

А. Г. Шеломенцев ^{а)}, К. С. Гончарова ^{б)}^{а, б)} Институт экономики УрО РАН, Екатеринбург, Российская Федерация^{а)} <https://orcid.org/0000-0003-1904-9587>^{б)} <https://orcid.org/0000-0003-2381-3322>, e-mail: ksenia.gon4arowa@gmail.com

Численное исследование зависимости структуры расходов домохозяйств от уровня их доходов в контексте концепции самосохранительного поведения¹

Оценка результатов реформирования системы здравоохранения России, начавшегося в 2000-х гг., стала предметом активной научной дискуссии. В нашем исследовании результаты оценки рассматриваются в контексте концепции самосохранительного поведения населения. Целью исследования являлось определение моделей поведения членов домохозяйств в отношении расходования личных средств на медицинские товары и услуги, в зависимости от уровня их денежных доходов и структуры расходов. Исследование проведено с использованием эконометрического (корреляционно-регрессионного) анализа временных рядов. В результате были выявлены существенное влияние динамики доходов домохозяйств на долю их расходов на медицинские товары и предметы гигиены (различающееся по характеру в зависимости от уровня доходов домохозяйств), а также зависимость расходов домохозяйств на здравоохранение от уровня их затрат на покупку продуктов питания. В работе были сделаны следующие выводы: во-первых, в 2005–2019 гг. в нашей стране наблюдается устойчивая тенденция роста доли платных медицинских услуг в общем объеме медицинских услуг, воспользоваться которыми могут менее половины всех домохозяйств России, во-вторых, самосохранительное поведение различных по уровню доходов групп домохозяйств существенно различается при изменении динамики их доходов и структуры расходов, в-третьих, по мере роста доходов населения сокращается доля расходов на медицинские услуги и товары, а доля расходов санаторно-оздоровительного (профилактического) характера увеличивается. Так, определено, что уровень расходов на продукты питания в среднем определяет 55,9 % изменения расходов населения на медицинские услуги. В то же время повышение на 1 % их бюджета расходов на продукты питания вытесняет из него 2 % расходов на санаторно-оздоровительные услуги. Полученные результаты расширяют представления об особенностях самосохранительного поведения населения, определяющегося, с одной стороны, уровнем доходов, с другой — структурой расходов на продукты питания, медицинские товары и услуги. Выявленные в работе особенности самосохранительного поведения различных по уровню доходов групп населения могут быть использованы представителями органов государственной власти при разработке и совершенствовании государственной социально-экономической политики в сфере здравоохранения.

Ключевые слова: самосохранительное поведение, дифференциация доходов населения, доходы домохозяйств, расходы групп домохозяйств, неравенство в сфере здравоохранения, реформирование российской системы здравоохранения, доступность медицинских услуг, анализ данных ОБДХ, приоритеты национального развития России, социально-экономическое развитие России

Благодарность

Статья выполнена при финансовой поддержке гранта РФФИ №18-010-01049 «Методология и методика системной оценки взаимосвязи средовых факторов и здоровья населения в задаче устойчивого развития регионов России»

Для цитирования: Шеломенцев А. Г., Гончарова К. С. Численное исследование зависимости структуры расходов домохозяйств от уровня их доходов в контексте концепции самосохранительного поведения // Экономика региона. 2020. Т. 16, вып. 3. С. 791-806 <https://doi.org/10.17059/ekon.reg.2020-3-9>

¹ © Шеломенцев А. Г., Гончарова К. С. Текст. 2020.

Andrey G. Shelomentsev ^{a)}, Kseniya S. Goncharova ^{b)}^{a, b)} Institute of Economics of the Ural Branch of RAS, Ekaterinburg, Russian Federation^{a)} <https://orcid.org/0000-0003-1904-9587>^{b)} <https://orcid.org/0000-0003-2381-3322>, e-mail: ksenia.gon4arowa@gmail.com

Dependence of Spending Patterns of Households on their Income in the Context of Health-Related Behaviour: Numerical Study

The academic community has been actively discussing and assessing the results of the reform of the Russian healthcare system, which began in the early 2000s. This study considers the results of the reform from the perspective of a concept of health-related behaviour. The paper determines the behaviour patterns of household members concerning personal expenditures on medical goods and services, depending on their monetary income and spending pattern. The main research method was an econometric (correlation and regression) analysis of time series. As a result, we discovered that household income dynamics significantly influence expenditures on medical goods and hygiene items (that vary according to the household income). Moreover, household expenditures on health care depend on its spending on food products. We conclude that, firstly, in 2005–2019, Russia has been showing a steady growth of paid medical services (in total medical care), which are available to less than half of the households. Secondly, health-related behaviour of different groups of households divided by income level significantly changes depending on the income dynamics and spending pattern. Thirdly, an increase in income decreases expenditures on medical services and goods, as well as in an increase in expenditures on health-improvement (preventive) services. We have revealed that spending on food products on average determines 55.9 % of a change in expenditures on medical services. Simultaneously, in the households' budgets, a 1 % increase in food expenditures displaces 2 % of expenditures on health-improvement services. The obtained results extend the understanding of the features of health-related behaviour that is defined by households' income, as well as by the spending pattern on food, medical goods and services. Public authorities can consider the revealed features of health-related behaviour of different groups of households divided by income when developing and improving the socio-economic policy in the field of health care.

Keywords: health-related behaviour, income inequality, household income, household expenditures, inequalities in health care, reforming the Russian health care system, availability of medical services, analysis of household budget surveys, priorities of the Russian national development, socio-economic development of Russia

Acknowledgements

The article has been prepared with the support of the Russian Foundation for Basic Research, the grant № 18-010-01049 «Methodology and methods of system assessment of interrelation of environmental factors and public health in the context of the Russian regions' sustainable development».

For citation: Shelomentsev, A. G. & Goncharova, K. S. (2020). Dependence of Spending Patterns of Households on their Income in the Context of Health-Related Behaviour: Numerical Study. *Ekonomika regiona [Economy of Region]*, 16(3), 791-806, <https://doi.org/ekon.reg.10.17059/2020-3-9>

Введение

Одним из результатов реформирования российской системы здравоохранения является активный рост ее услуг, в том числе и предоставляемых на платной основе. Так, по проведенной на основе данных Росстата оценке экспертов Центра экономических и политических реформ (ЦЭПР) при формально существующей бесплатной системе здравоохранения наблюдается постоянный рост объема платных медицинских услуг, сопровождающийся «принуждением пациента к оплате». Спрос на платные услуги объясняется риском долгого ожидания диагностики заболевания и низким качеством лечения в бюджетных организациях здравоохранения¹. Эта ситуация не только

подтверждается практикой, но и признается федеральными органами власти. Так, в Указе Президента от 28 июня 2014 г. № 172-ФЗ «О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года» среди наиболее значимых вызовов национальной безопасности в сфере охраны здоровья граждан выделяется проблема замещения «бесплатных медицинских услуг, предоставляемых в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, медицинскими услугами, предоставляемыми на платной основе, что влечет за собой нарастание социальной напряженности в обществе»². Вместе с тем, сле-

тра экономических и политических реформ URL: <http://cepr.su/2017/05/17/zdravoohranenie/> (дата обращения: 29.04.2020).

¹ Здравоохранение. Оптимизация российской системы здравоохранения в действии. Исследование цен-

² О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года. Указ Президента РФ

дует особо отметить, что рост объема платных услуг сопровождается и ростом их стоимости, так, например, услуга первичного консультативного приема у врача специалиста ежегодно становится дороже на 8 %¹.

В последние десятилетия мы можем наблюдать, что по мере роста доходов население все больше средств расходует на платные медицинские услуги, поскольку от их оперативности и качества зависит здоровье. Это позволило нам сформулировать гипотезу, предполагающую, что возможности по охране своего здоровья (как одного из аспектов самосохранительного поведения) существенно дифференцируются в зависимости от уровня доходов населения. При этом состояние бюджетной медицины после проведенной реформы здравоохранения, как показывает практика, в большинстве городов признается неудовлетворительным².

Учитывая устойчивую на протяжении последних лет тенденцию устойчивого роста неравенства доходов населения, можно сделать вывод, что доступность как профилактики, так и эффективного лечения заболеваний для части населения снижается.

Как следствие, при сохранении существующих тенденций в частности роста численности населения с низкими доходами, а также на фоне усиления дифференциации доходов здоровье различных социальных групп населения оказывается в прямой зависимости от их доходов. В связи с этим в последние годы возросла актуальность исследования характера взаимосвязи между доходами населения и его самосохранительным поведением, чему и посвящена настоящая работа.

Выявленные в ходе исследования зависимости позволят повысить обоснованность и адресность мер социальной поддержки самосохранительного поведения населения, направленных на сохранение его здоровья

от 6 июня 2019 г. № 254.

¹ В среднем за период с 2010 по 2019 гг. (декабрь текущего года к декабрю предшествующего года). Данные по России. Индексы потребительских цен (тарифов) на продовольственные, непродовольственные товары и услуги. Информация для ведения мониторинга процессов в реальном секторе экономики, финансово-банковской и социальной сферах субъектов Российской Федерации. ЕМИСС. URL: <https://www.fedstat.ru/indicator/31074> (дата обращения: 29.04.2020).

² Путин поручил модернизировать первичное звено здравоохранения // INTERFAX.RU. 20 авг. URL: <https://www.interfax.ru/russia/673402> (дата обращения 08.05.2020); Голикова назвала проведение оптимизации в сфере здравоохранения ужасным // ТАСС. 2019 25 дек. URL: <https://tass.ru/obschestvo/7418625> (дата обращения: 08.05.2020).

за счет доступности и качества предоставляемых услуг.

Целью нашего исследования являлось определение особенностей самосохранительного поведения населения в части расходования личных средств на медицинские товары и услуги в зависимости от уровня его денежных доходов и структуры расходов.

Обзор литературы, ключевые термины и понятия

В современной отечественной научной литературе для исследования социально-демографических, экономических и психологических особенностей отношения индивида к своему здоровью используется концепция самосохранительного поведения, разработанная советскими учеными в 80-х гг. XX в. До настоящего времени не подвергается критике, а только уточняется ее понимание как «системы действий и отношений, обуславливающих состояние здоровья и срок жизни индивида» [1], которое было предложено одним из ее основателей — А.И. Антоновым. Им же были обозначены и три вида самосохранения: психологическое, социальное и физическое.

В большинстве исследований физическое самосохранение понимается как здоровый образ (или стиль) жизни, заключающийся в отказе от вредных привычек (курения и употребления алкоголя), занятиях спортом, сбалансированном питании (И.Б. Назарова [2], Е.В. Мартищенко [3], О.Н. Ображей и В.С. Подвальская [4], и др.), уровне информированности человека о своем здоровье и здоровом образе жизни, профилактике заболеваний (О.Н. Калачикова [5], П.С. Краснова (Корчагина) [6]), а также в формировании экологической культуры (В.Я. Шклярчук [7]).

Социальное самосохранение рассматривается через призму самоидентификации личности и ее реализации в семье и в обществе (М.А. Миллер [8], С.А. Вангородская [9]). В последнее время все чаще многие авторы под социальным самосохранением также предлагают понимать возможность человека поддерживать достойный уровень и качество жизни (П.Г. Абдулманапов [11], И.А. Щеткина [11]).

Психологическое самосохранение, определяемое А.И. Антоновым как «сохранение своего Я» [1], в исследованиях по социологии, демографии и экономике практически не рассматривается.

При анализе самосохранительного поведения учеными определяются следующие ос-

новые детерминанты его формирования и динамики.

Во-первых, это внутренние, или субъективные детерминанты, которые можно разделить на группы:

— социальные, характеризующие место, занимаемое индивидом в социуме: уровень образования (А.А. Шабунова, Г.В. Леонидова, В.Р. Шухатович, М.И. Артюхин [12]), характер трудовой деятельности (П.С. Корчагина [13]), уровень доходов (В.А. Федотова [14]), формы досуга (И.О. Валитов [15]), семейный социальный статус и религиозные убеждения (П.С. Корчагина [13]);

— демографические: пол (А.И. Антонов [1], Л.Ю. Иванова [16]) и возраст (И.Б. Назарова [2], А.А. Шабунова, П.С. Корчагина [17]) человека, его генетические предрасположенности (В.В. Савченко [18]), а также место проживания (Е.А. Николаюк [19]) и миграция (А.И. Кузьмин [20]);

— психологические, определяющие чувства и эмоции индивида по отношению как к себе, так и к окружающей его среде: мотивация поведения (П.Г. Абдулманапов [10]), ценности и мировоззренческие установки (Т.Л. Лепихина и Ю.В. Карпович [21]), самооценка, в том числе здоровья (О.Н. Калачикова, П.С. Корчагина [5]), стресс (Л.С. Шилова [22], М.И. Черепанова [23]).

Во-вторых, внешние детерминанты, независимые от отдельной личности:

— культурно-исторические: национальные особенности (Л.С. Шилова [22]), семейные традиции и паттерны (П.С. Корчагина [13]);

— социально-экономические: экономическая (И.О. Валитов [15], С.А. Вангородская, В.М. Захаров, В.П. Бабинцев [24]) и социальная (И.В. Журавлева [25]) политика, включая уровень жизни населения страны (Л.Ю. Иванова [16]), динамику дифференциации населения по уровню доходов (Л.С. Шилова [22]), объем предоставляемых населению медицинских услуг (Л.С. Шилова [26]).

Среди перечисленных детерминант особое место в исследованиях отечественных ученых и ученых стран постсоветского пространства занимают социально-экономические факторы, в том числе — доходы и уровень жизни населения.

Так, если влияние демографических и культурно-исторических факторов на самосохранительное поведение населения анализировалось в нашей стране достаточно равномерно с конца 90-х гг. XX в., то интерес к экономическим детерминантам актуализируется

в периоды кризисов, когда существенно изменяются уровень доходов населения и социально-экономическая политика государства. Например, в исследовании Л.С. Шиловой, опубликованном в 1999 г., делается вывод о влиянии уровня неравенства населения по доходам и росте платных медицинских услуг на различия на самосохранительное поведение населения; автор замечает, что «люди с низкими доходами вынуждены еще больше эксплуатировать свое здоровье, а богатые начинают глубже усваивать культуру самосохранения» [22, с. 92]. В работе 2005 г. Л.Ю. Иванова обращает внимание на необходимость активизации государственной политики по борьбе с бедностью и повышению жизненного уровня в стране, что позволит населению выработать и поддержать культуру сохранения своего здоровья, в том числе и в области профилактики заболеваний [16]. В исследованиях 2010–2014 гг., а затем 2020 г. И.О. Валитов [15], В.В. Савченко [18], А.А. Шабунова, П.С. Корчагина [17] и В.А. Федотова [14] также обращают внимание на материальные (преимущественно денежные) ограничения для поддержания частью населения эффективного самосохранительного поведения.

Однако зачастую результаты российских исследований основываются на социологических опросах, проводимых в отдельных регионах страны и в конкретный момент времени, тогда как в работах зарубежных авторов для исследования зависимости поведения населения в сфере охраны здоровья от уровня и динамики их доходов широко используются материалы национальных статистических служб, выборка по которым охватывает всю территорию страны за длительный период времени. При этом для обработки и анализа данных применяются экономико-статистические методы, в том числе и регрессионного анализа, позволяющие количественно оценить сами зависимости и их устойчивость во времени (например, исследования М. Джохар (M. Johar), П. Соевондо (P. Soewondo), Р. Пуджисубекти (R. Pujisubekti), Х.К. Сатрио (H.K. Satrio), А. Аджи (A. Adji) (анализ данных национального социально-экономического обследования Индонезии за 2011–2016 гг.) [27], С. Кино (S. Kino), И. Кавачи (I. Kawachi) (методом деконпозиции Блайндера — Оахаки проанализированы данные Национального центра статистики здравоохранения США (NCHS) за 2015 и 2016 гг.) [28], П. Мэтью (P. Matthew), Д.М. Бродерсен (D.M. Brodersen) (использованы данные системы наблюдения за поведен-

ческими факторами риска (BRFSS) за период с 2006 г. по 2014 г., собираемым по всем штатам США, а также в округах Колумбия, Гуаме, Пуэрто-Рико и Виргинских островах США) [29] и других ученых [30–38]).

Соответственно, к настоящему времени исследованы различные аспекты и детерминанты самосохранительного поведения населения России. Доказана его значимость и важность для демографического и социально-экономического развития страны.

Однако остается слабо изученным влияние на самосохранительное поведение долгосрочных тенденций динамики доходов и вариации структуры расходов членов домохозяйств. Также следует отметить, что для этих целей редко используются репрезентативные для всей страны данные федеральной статистической службы.

Так, согласно результатам представленного выше анализа, в рамках рассматриваемой в работе концепции в научной литературе субъектом самосохранительного поведения традиционно признается население, семья, человек, личность. При этом с середины 90-х гг. система государственной статистики в процессе внедрения системы национальных счетов перешла с учета доходов и расходов по семье на учет по домохозяйству как социально-экономической ячейке. При этом под домохозяйством понимается «группа лиц, проживающих в жилом доме, квартире или комнате либо части жилого дома или квартиры, совместно обеспечивающих себя необходимыми средствами к существованию и объединяющих полностью или частично свои доходы; либо лицо, проживающее в жилом доме, квартире или комнате либо части жилого дома или квартиры и самостоятельно обеспечивающее необходимыми средствами к существованию»¹. В связи с этим в экономике объектом первичного анализа доходов и расходов населения были приняты домохозяйства, в то время как в социологии в качестве объекта исследования сохранилась семья. Следовательно, в настоящем исследовании субъектом самосохранительного поведения приняты домохозяйства.

Таким образом, в связи с изложенным выше, в нашей работе были выявлены основные особенности самосохранительного поведения с помощью проведения эконометрического анализа зависимости физического самосохранительного поведения населения

России, рассматриваемого в настоящем исследовании как доля расходов членов домохозяйств на товары и услуги сферы здравоохранения, от внешних социально-экономических факторов — уровня доходов и структуры расходов членов домохозяйств в период с 2005 г. по 2018 г.² Это позволит расширить и формализовать в виде экономико-математических моделей понимание выбора стратегий поведения населения в отношении своего здоровья в условиях наличия внешних ограничений.

Материалы и методы исследования

Основным методом исследования являлся однофакторный линейный корреляционно-регрессионный анализ, при помощи которого были обработаны статистические данные о денежных доходах и расходах населения, разделенного на 10 групп по уровню доходов³, за период с 2005 г. по 2018 г. При этом точность и надежность, а также возможность корректной интерпретации результатов анализа обеспечивалась выполнением предпосылок МНК (условий Гаусса — Маркова), а именно: постоянстве дисперсии случайных отклонений и отсутствии автокорреляции остатков при уровне значимости 0,05. Для проверки гипотезы об отсутствии в модели автокорреляции остатков рассчитывались два теста — Дарбина — Уотсона (в качестве основного) и Бреуша — Годфри (если расчетное значение DW попадало в зону неопределенности между d_L и d_U). Для исключения автокорреляции, в случае ее обнаружения, осуществлялись авторегрессионные преобразования (авторегрессионная схема первого порядка $AR(1)$). Для проверки гипотезы о гомоскедастичности остатков модели проводился тест Уайта с использованием F -статистики значимости коэффициента детерминации вспомогательной регрессии ($F_{\text{факт}} < F_{\text{табл}}$) и p -вероятности принятия гипотезы о непостоянстве дисперсии (H_0). При несоответствии параметров рассчитанной модели указанным критериям (наличии автокорреляции остатков, гетероскедастичности случайных ошибок, а также критических значений регрессионной статистики (R^2 , p -value) результаты моделирования отклонялись, и принималось решение об отсутствии влияния исследуемого фактора на зависимую переменную.

² Максимальный период, по которому Росстат предоставил в открытый доступ статистические данные обследований домашних хозяйств. URL: <https://obdx.gks.ru/> (дата обращения: 13.04.2020).

³ Основные расчеты были проведены в системе статистических вычислений R.

¹ Энциклопедия статистических терминов в 8 т. Демографическая и социальная статистика. Т. 5. М., 2011.

Информационной базой исследования являлись данные Федеральной службы государственной статистики, опубликованные в сборниках «Здравоохранение в России» за 2005–2019 гг. (издается с периодичностью один раз в два года), а также открытые данные выборочных обследований бюджетов домашних хозяйств России (ОБДХ)¹, основывающихся на непосредственном опросе (интервьюировании) членов домашних хозяйств и их записей обо всех текущих расходах. Согласно методическим положениям Росстата, ОБДХ проводится по выборочному методу с квартальной периодичностью и охватывает по основным демографическим и социально-экономическим группам около 48 тыс. домашних хозяйств на всей территории страны. Таким образом, выбранные для анализа данные обладают необходимой для целей нашего исследования региональной и общестрановой репрезентативностью.

Исследование проводилось поэтапно. Так, на первом этапе на основе собранных статистических данных, а также данных социологических опросов были выявлены основные тенденции оказания населению России медицинских услуг на бесплатной и платной основе.

Далее, на втором этапе, используя данные бюджетов домашних хозяйств за период с 2005 г. по 2018 г., мы проанализировали структуру расходов различных по уровню доходов 10-процентных групп домохозяйств. Анализ проводился в разрезе основных статей затрат и по расходам членов домохозяйств на медицинские товары и услуги.

На третьем этапе с помощью методов эконометрики и данных ОБДХ нами были рассчитаны экономико-математические модели самосохранительного поведения индивидов, выражающегося в ресурсных возможностях и установлении приоритетности расходования денежных средств на товары и услуги сферы здравоохранения, в различных по уровню доходов группах населения.

Также на третьем этапе мы оценили степень зависимости расходов населения на медицинские товары и услуги, во-первых, от уровня и динамики доходов членов домохозяйств, во-вторых, от удельного веса их расходов на продукты питания (в общей структуре потребительских расходов членов домохозяйств).

¹ Открытые данные выборочных обследований бюджетов домашних хозяйств России (ОБДХ) / Росстат. URL: <https://obdx.gks.ru/> (дата обращения 01.04.2020).

Результаты. Основные тенденции оказания платных и бесплатных медицинских услуг в России

Как показывает практика, фактический объем платных услуг в сфере здравоохранения в среднем в четыре раза превышает объем услуг, предоставленных населению в рамках территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи, а по темпам в 1,5–2 раза (рис. 1²). При этом следует отметить, что в периоды последних финансово-экономических кризисов 2008–2010 и 2014–2016 гг. темпы прироста объема платных медицинских услуг были максимальны — в 2 раза выше аналогичного показателя по бесплатным медицинским услугам.

Таким образом, можно сделать вывод о наличии в России долгосрочной устойчивой тенденции опережающего роста объема платных медицинских услуг по сравнению с медицинскими услугами, предоставляемыми населению бесплатно.

Данный вывод подтверждается и данными исследования фонда «Общественное мнение»³, согласно которым 46 % населения приходилось оплачивать медицинские услуги в лечебных учреждениях. Из них у 34 % уровень доходов был менее 8 тыс. руб./мес., то есть чуть больше прожиточного минимума, составлявшего на мо-

² Сост. по: Здравоохранение в России. 2019. Стат. сб. / Росстат. М., 2019. 170 с. С. 166; Приложение к сборнику «Здравоохранение в России 2019. Т. 7.3». Фактические объемы медицинской помощи, предоставляемой населению в рамках территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в 2018 году; Здравоохранение в России. 2017. Стат. сб. / Росстат. М., 2017. 170 с. С. 167; Приложение к сборнику «Здравоохранение в России 2017. Т. 7.3». Фактические объемы медицинской помощи, предоставляемой населению в рамках территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в 2016 году; Здравоохранение в России. 2015. Стат. сб. / Росстат. М., 2015. 174 с. С. 171; Приложение к сборнику «Здравоохранение в России 2015. Т. 7.3». Фактические объемы медицинской помощи, предоставляемой населению в рамках территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в 2014 году; Здравоохранение в России. 2013. Стат. сб. / Росстат. М., 2013. 380 с. С. 369, 345–348; Здравоохранение в России. 2011. Стат. сб. / Росстат. М., 2011. 326 с. С. 311, 287–290; Здравоохранение в России. 2009. Стат. сб. / Росстат. М., 2009. 365 с. С. 348, 342–327; Росстат. Индексы потребительских цен по Российской Федерации. URL: https://www.gks.ru/free_doc/new_site/prices/potr/tab-potr1.htm (дата обращения: 15.04.2020).

³ Платная медицина. Опрос фонда «Общественное мнение», проведенный 20 окт. 2015. URL: <https://fom.ru/Zdorove-i-sport/12355> (дата обращения: 13.04.2020)



Рис. 1. Скорректированные на инфляцию фактические объемы услуг в области здравоохранения (источник: составлено авторами на основе данных Росстата)

Figure 1. Inflation-adjusted actual volumes of health care services

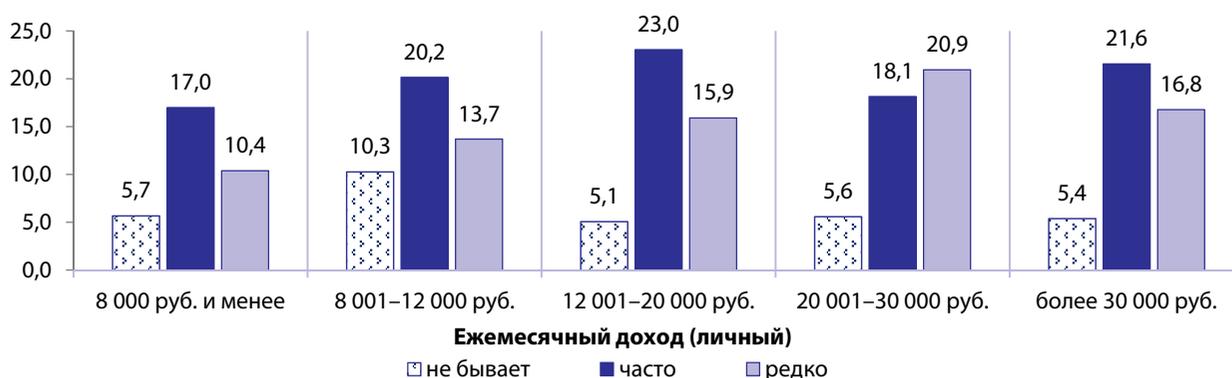


Рис. 2. Доля населения по уровням доходов, оплатившего услуги, входящие в перечень бесплатных по полису ОМС (% от общей доли респондентов, оплативших медицинские услуги в 2015 г.; источник: составлено авторами на основе данных опроса фонда «Общественное мнение»)

Figure 2. The share of the population by income level who paid for free of charge services included in the compulsory health insurance (% of the total share of respondents who paid for medical services in 2015)

мент опроса (2015 г.) 7161 руб.¹ В основном платные услуги оказывались в государственных медицинских учреждениях (29 % из тех, кому приходилось платить за медицинские услуги) и могли бы быть получены бесплатно (в 77,9 % случаях оплаты услуг). При этом необходимость или потребность оплаты медицинских услуг практически не менялась в зависимости от уровня дохода респондента (рис. 2²).

Таким образом, платные услуги являются сегодня неотъемлемым атрибутом сферы здравоохранения. Однако насколько каждый

житель нашей страны может свободно воспользоваться предлагаемым спектром услуг медицинских учреждений? К сожалению, согласно данным Федеральной службы государственной статистики, в последние девять лет резко выросла доля населения, не обратившаяся при необходимости за медицинской помощью в связи с тем, что ее можно было получить лишь на платной основе (рис. 3³). То есть, часть населения не смогла себе позволить услуги здравоохранения в связи с нехваткой денежных средств.

¹ Прожиточный минимум в субъекте РФ на 2015 год. URL: http://www.pfrf.ru/grazdanam/pensionres/soc_doplata~1790 (дата обращения 13.04.2020)

² Платная медицина. Опрос...

³ Здравоохранение в России. 2013. Стат. сб. / Росстат. М., 2013. 380 с. С. 229; Здравоохранение в России. 2015. Стат. сб. / Росстат. М., 2015. 174 с. С. 88; Здравоохранение в России. 2017. Стат. сб. / Росстат. М., 2017. 170 с. С. 104; Здравоохранение в России. 2019. Стат. сб. / Росстат. М., 2019. 170 с. С. 106.

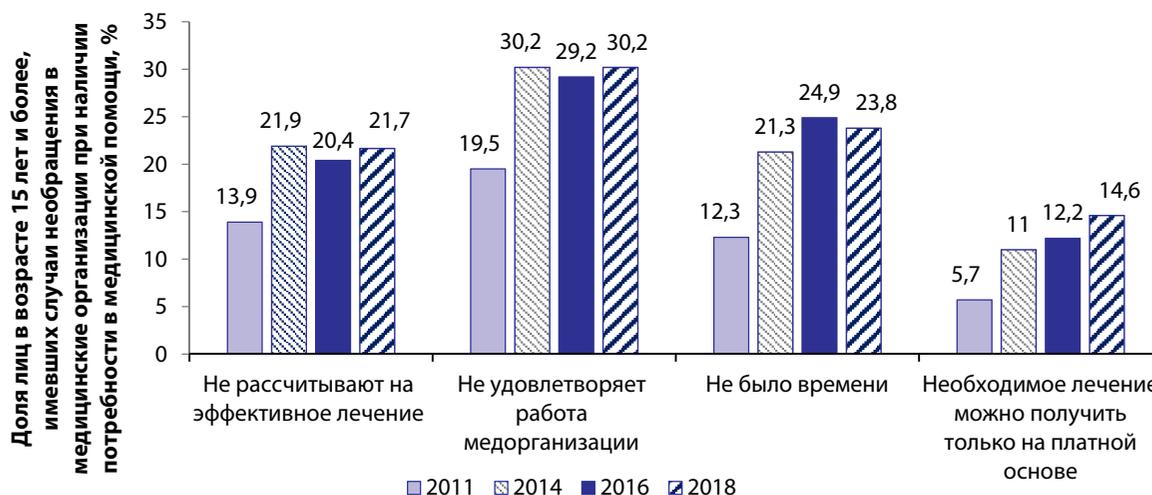


Рис. 3. Причины не обращения лицами в возрасте старше пятнадцати лет за медицинской помощью при наличии потребности в медицинской помощи (динамический ряд за 2011, 2014, 2016 и 2018 гг.; источник: составлено авторами на основе данных Росстата)

Figure 3. Reasons for not seeking for medical help by persons over the age of fifteen when there is a need for medical care (time series: 2011, 2014, 2016 and 2018)

Особенности самосохранительного поведения домохозяйств в отношении расходов населения на медицинские товары и услуги от уровня и динамики их доходов и расходов на продукты питания

Анализ структуры потребительских расходов, представленной на рисунке 4, подтверждает наличие обратно пропорциональной зависимости между долями расходов домохозяйств на продовольственные товары и их затратами на медицинские товары и услуги в зависимости от роста уровня доходов членов домохозяйств.

Анализ динамики затрат на услуги (в общей структуре потребительских расходов) также позволяет заключить, что наиболее затратной статьёй расходов у наименее состоятельной части населения является оплата услуг ЖКХ (15,6 % за период с 2005 г. по 2018 г.), тогда как на медицинские и санаторно-оздоровительные услуги расходуется в среднем 0,3 % и 0,04 % соответственно. Расход по аналогичным статьям наиболее обеспеченной части населения: услуги ЖКХ — 5,5 % (в среднем за 2005–2018 гг.), медицинские услуги — 1,6 % и санаторно-оздоровительные услуги — 0,6 % (рис. 5). Можно предположить, что благодаря меньшему удельному весу постоянных и обязательных затрат (на продукты питания и услуги ЖКХ) у группы населения из верхнего дециля остается при необходимости больше средств для оплаты услуг сферы здравоохранения, включая услуги по профилактике заболеваний (санаторно-оздоровительные).

Вместе с тем доля затрат на медицинские товары и предметы гигиены (также в общей

структуре потребительских расходов) у домохозяйств с наименьшими располагаемыми ресурсами является, по сравнению с другими группами, самой высокой (5,4 %). Установленная значительность величины расходов по данной статье затрат у нижнего дециля согласуется, на наш взгляд, с результатами исследования Е.А. Николаюк, которая определила, что в сельской местности (где значительная часть жителей имеет низкий уровень денежных доходов — прим. авт.) при первых признаках заболевания люди «не обращаются к врачу, а просто начинают пить таблетки» [19].

Таким образом, в связи с высокой долей расходов на продукты питания и оплату коммунальных услуг домохозяйства с низкими доходами вынуждены реже обращаться к платным услугам здравоохранения, в том числе и на покупку санаторно-оздоровительных услуг. Вероятно, что при необходимости данная группа населения обращается к медицинской услугам, оказываемым по программе государственных гарантий (Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ), а их основную долю расходов на здоровье составляют траты на лекарственные средства. Это подтверждают и результаты эконометрического анализа.

Так, проведенный нами корреляционно-регрессионный анализ позволил установить для всех групп населения, разделенных по уровню доходов, наличие устойчивых статистически значимых зависимостей: во-первых, уровня расходов на медицинские товары и предметы гигиены от динамики роста доходов (рис. 5), во-вторых, степени за-

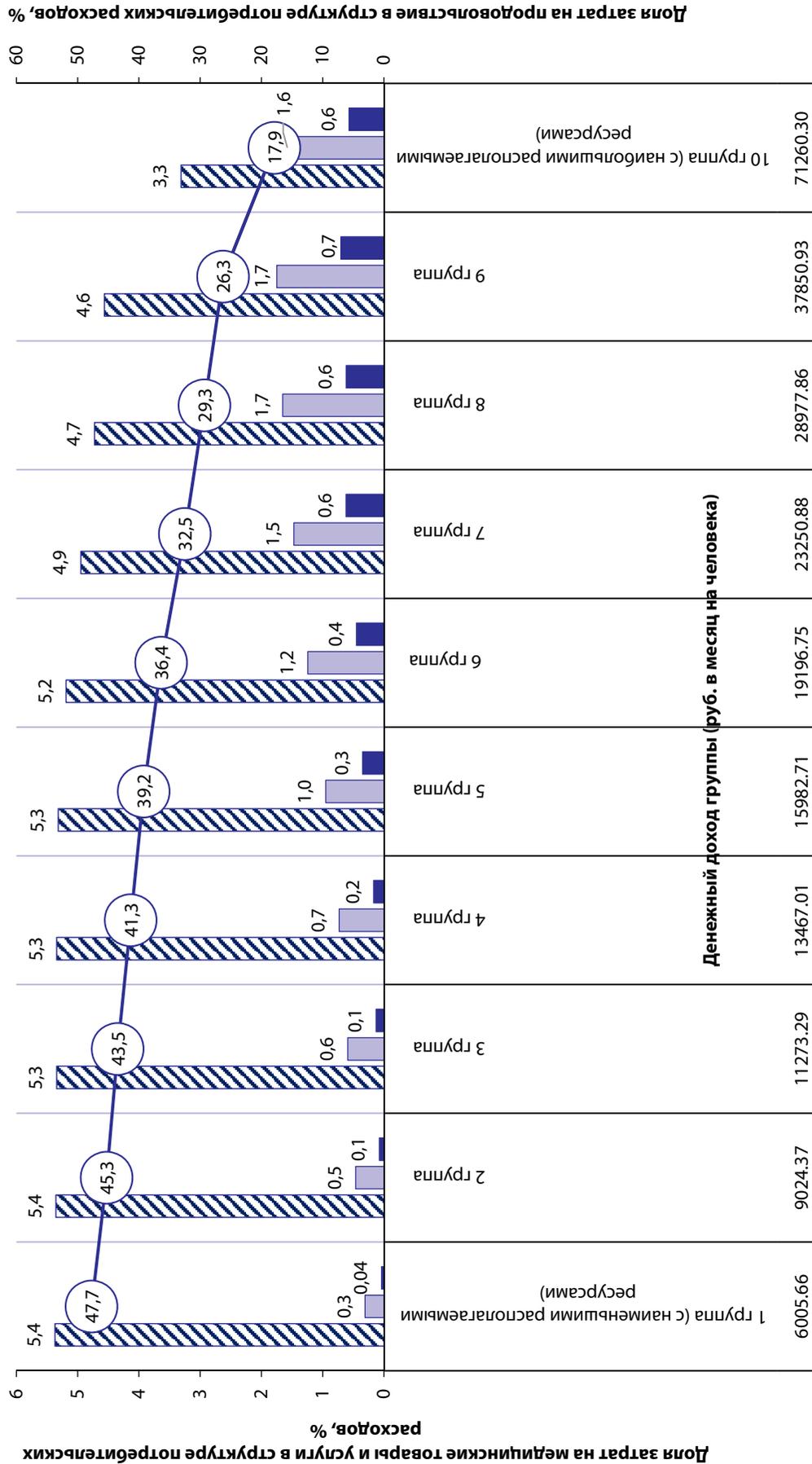


Рис. 4. Структура расходов домохозяйств с различным уровнем доходов (источник: составлено авторами на основе данных Росстата: Открытые данные выборочных обследований бюджетов домашних хозяйств России (ОБДХ). Росстат. URL: <https://obdx.gks.ru/> (дата обращения 01.04.2020))

Figure 4. Spending pattern of households divided by income level

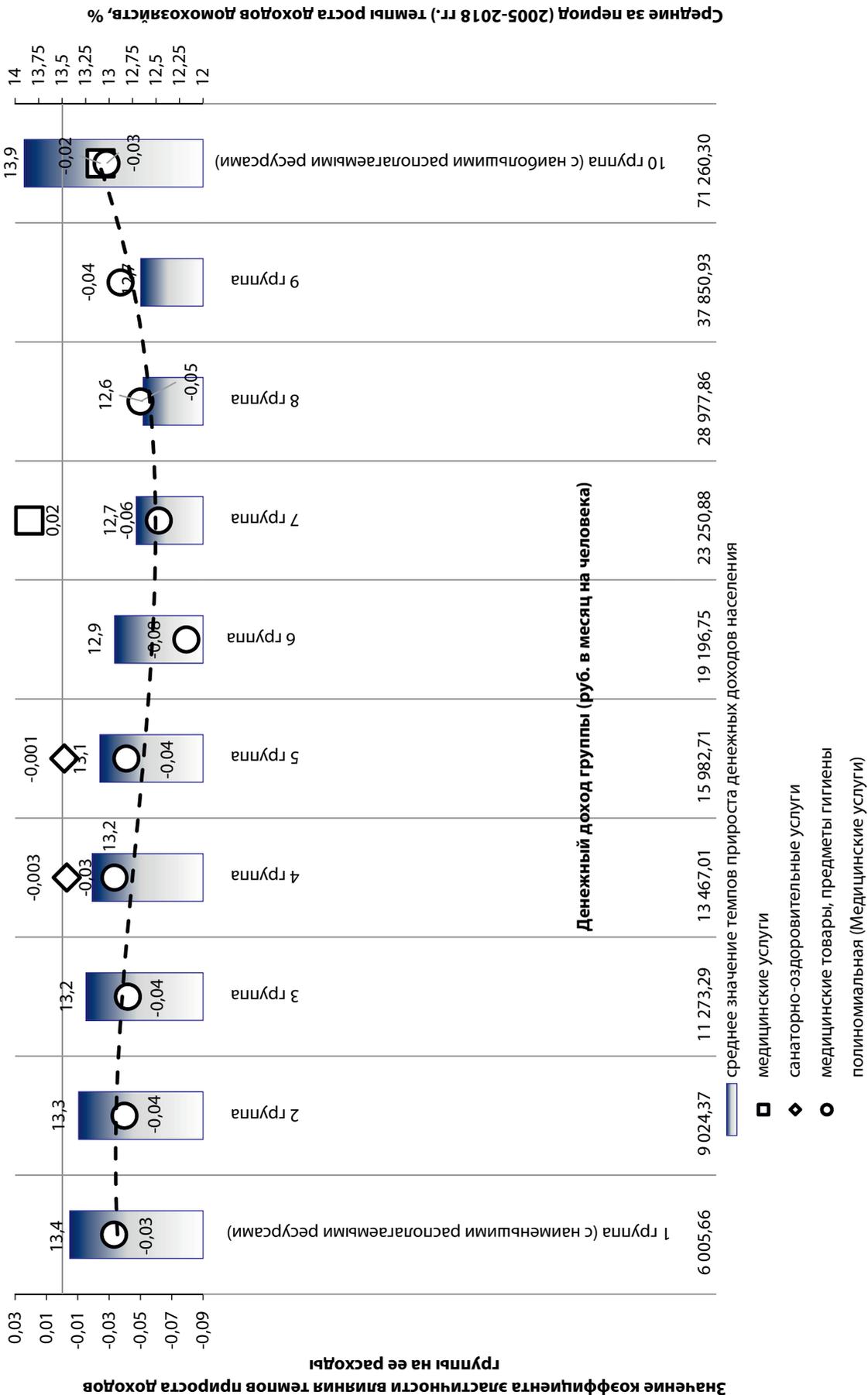


Рис. 5. Влияние темпов роста доходов групп домохозяйств на долю их расходов в сфере здравоохранения (источник: рассчитано авторами)

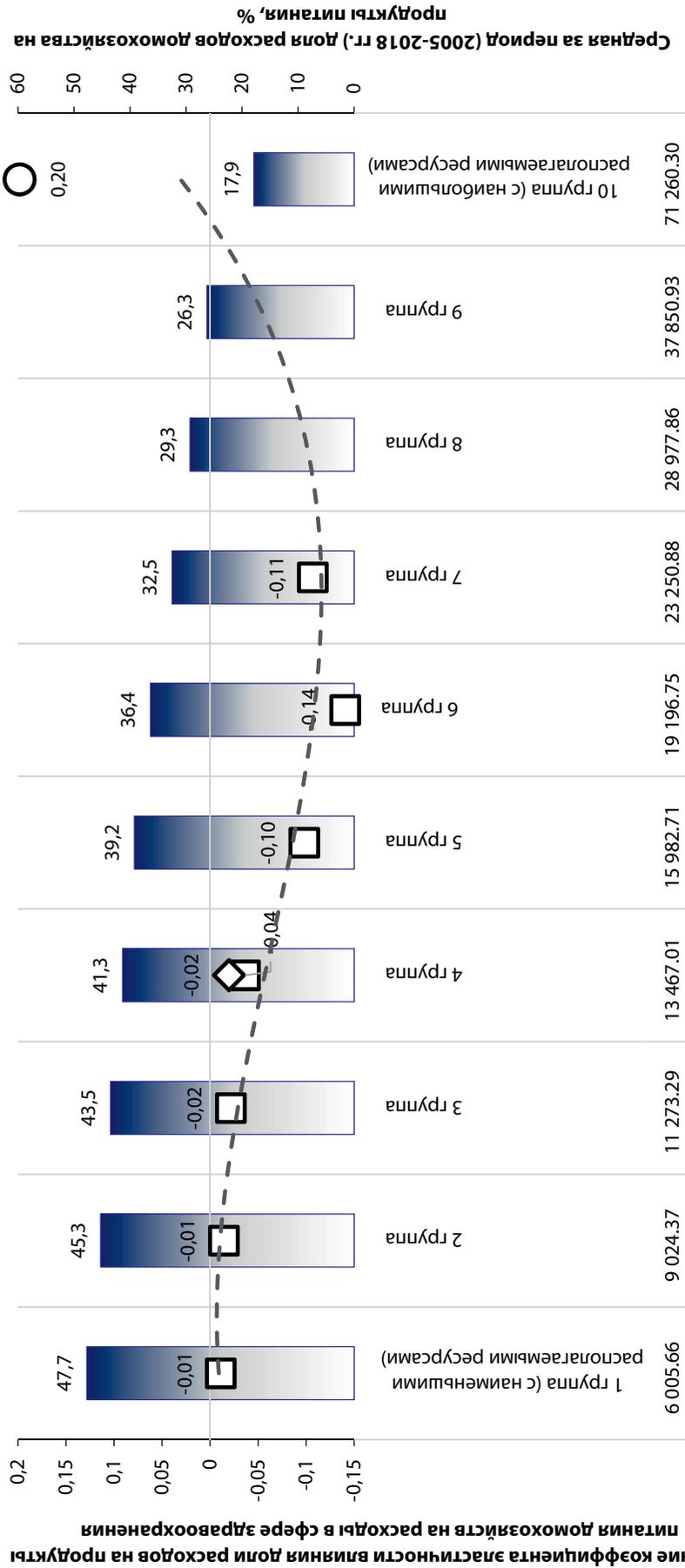


Рис. 6. Зависимость расходов на продукты и услуги сферы здравоохранения от уровня затрат домохозяйств на покупку продуктов питания (источник: исследование автора)

Figure 6. Dependence of expenditures on health care goods and services on the household expenditures on food products

трат на медицинские услуги от уровня расходов на покупку продуктов питания (рис. 6).

Таким образом, наиболее зависимы от динамики роста доходов расходы на медицинские товары в группах населения, имеющих среднемесячный доход 19–23,5 тыс. руб. В данных группах среднее значение темпов прироста денежных доходов (за анализируемый период 2005–2018 гг.) является одним из самых низких — 12,9 % (шестая группа) и 12,7 % (седьмая группа). Расходы групп населения с доходами ниже и выше обозначенного диапазона менее чувствительны к динамике их доходов.

Кроме того, было установлено влияние динамики доходов домохозяйств на уровень их расходов на услуги здравоохранения. Мы определили, что для групп населения с уровнем доходов от 13,5 тыс. до 16 тыс. руб. на человека (четвертая и пятая доходные группы) с ростом доходов сокращается доля расходов на санаторно-оздоровительные услуги (на 0,3 % при приросте доходов на 1 %). В то же время для населения со среднемесячными доходами 23,5 тыс. руб. и более 71 тыс. руб. на человека установлены прямая (7-я группа) и обратная (10-я группа) зависимости между динамикой доходов и медицинскими услугами. Так, с ростом доходов населения 7-й группы растут их затраты на медицинские услуги, а с ростом доходов населения 10-й группы расходы на данный вид услуг, наоборот, сокращаются.

Также по результатам проведенного анализа была установлена зависимость расходов домохозяйств на здравоохранение от уровня их затрат на покупку продуктов питания. Данное влияние является дифференцированным и зависит от среднемесячного уровня доходов населения. Нами было определено, что уровень расходов на продукты питания в среднем определяет 55,9 % изменения расходов населения на медицинские услуги. Причем степень данной зависимости растет с уровнем доходов населения. Так, в домохозяйствах со среднемесячными доходами до 13,5 тыс. руб. (первая — четвертая группы) на человека с ростом на 1 % расходов на питание сокращаются до 4 % расходы на медицинские услуги. Для населения с доходами до 19 тыс. руб. (пятая и шестая группы) сокращение расходов на медицинские услуги из-за повышения расходов на продовольствие составляет 14 %. При этом сравнительная зависимость расходов на медицинские услуги от роста доходов домохозяйств и уровня их затрат на продукты питания, можно заключить, что второй фактор (расходы на питание) является для большинства российских домохо-

зяйств одним из ключевых при определении самосохранительного поведения.

Далее для населения со среднемесячным уровнем дохода 13,5 тыс. руб. на человека (четвертая группа) было установлено, что повышение на 1 % в бюджете расходов на продукты питания вытесняет из него 2 % расходов на санаторно-оздоровительные услуги. Вместе с тем для группы населения с наибольшими располагаемыми ресурсами является статистически значимой прямая зависимость между уровнем их расходов на продовольственные товары и затратами на медицинские товары — с ростом расходов на продукты питания растут и расходы на товары сферы здравоохранения (на 20 %).

Заключение

Таким образом, на основе проведенного анализа можно сделать ряд выводов.

Во-первых, к настоящему времени в России сохраняется тенденция роста доли медицинских услуг, оказываемых на платной основе, в общем количестве медицинских услуг. При этом в наиболее тяжелые для населения (с точки зрения уровня и динамики доходов) периоды финансово-экономических кризисов данная тенденция, как правило, усиливается. Все это приводит к росту числа людей, не обратившихся при необходимости за лечением в специализированное лечебно-профилактическое учреждение. Большинство экспертов связывает сложившуюся ситуацию с проводимой в стране реформой здравоохранения, предполагающей, помимо прочего, и сокращение затрат на содержание системы оказания бесплатной медицинской помощи (в рамках ОМС).

Во-вторых, обозначенная тенденция может иметь негативные последствия для здоровья значительной части населения России, так как уровень его доходов и структура расходов не позволяют выделять существенное количество ресурсов на услуги сферы здравоохранения (медицинские и санаторно-оздоровительные). Так, нами было установлено, что в целом для домохозяйств с доходами ниже 28 тыс. руб. на человека (около 55 % населения¹) важным критерием для определения расходов на услуги здравоохранения является уровень текущих расходов на покупку продуктов питания.

¹ В среднем за 2018 г. Данные по России. Распределение населения по величине среднедушевых денежных доходов и распределение общего объема денежных доходов населения. ЕМИСС. URL: <https://www.fedstat.ru/indicator/31399> (дата обращения 09.05.2020).

В-третьих, выявлены особенности самосохранительного поведения различных групп домохозяйств в зависимости от динамики их доходов. Так, для всех групп домохозяйств существует отрицательная взаимосвязь между их доходами и расходами на медицинские товары, при этом характер данной взаимосвязи различен. В четвертой и пятой группах (от 13,5 до 16,0 тыс. руб. на чел.) наблюдается устойчивая взаимосвязь между изменением доходов и затратами на санаторно-оздоровительные услуги. В седьмой группе (23 тыс. руб. на чел.) выявлена положительная взаимосвязь между динамикой доходов домохозяйств и расходами на медицинские услуги, а в десятой группе (71 тыс. руб.) данная взаимосвязь является отрицательной.

В-четвертых, установлены особенности самосохранительного поведения различных групп домохозяйств в зависимости от их расходов на питание. С первой по шестую группу домохозяйств (до 19,0 тыс. руб. на чел.) было определено наличие положительной, но различной по степени взаимосвязи между расходами на питание и расходами на медицинские услуги. В четвертой группе (13,5 тыс. руб. на чел.) наблюдается отрицательная взаимосвязь между долей расходов на продукты питания и расходами на санаторно-оздоровитель-

ные услуги. Для десятой группы (более 71 тыс. руб. на чел.) имеет место положительная взаимосвязь между расходами на питание и расходами на приобретение медицинских товаров.

В-пятых, выявлено, что по мере роста доходов домохозяйств сокращается доля их расходов на медицинские услуги и товары, а доля расходов санаторно-оздоровительного (профилактического) характера увеличивается. Данный вывод согласуется с результатами проводимых ранее в России и за рубежом исследований, авторы которых также подчеркивали необходимость сокращения бедности и неравенства доходов населения для создания и поддержания высокого уровня его самосохранительного поведения.

Полученные результаты расширяют представления об особенностях самосохранительного поведения населения, определяющегося, с одной стороны, уровнем доходов, с другой — структурой расходов на продукты питания, медицинские товары и услуги. Выявленные в работе особенности самосохранительного поведения различных по уровню доходов групп населения могут быть использованы представителями органов государственной власти при разработке и совершенствовании государственной социально-экономической политики в сфере здравоохранения.

Список источников

1. Антонов А. И. Микросоциология семьи. Методология исследования структур и процессов. М.: Издательский Дом «Nota Bene», 1998. 360 с.
2. Назарова И. Б. Субъективные и объективные оценки здоровья населения // Социологический журнал. 1998. № 3–4. С. 111–114.
3. Мартищенко Е. В. Проблемы устойчивого развития территорий, пострадавших от аварии на Чернобыльской атомной электростанции. По результатам конкретного социологического исследования // Социально-гуманитарный вестник Прикаспия. 2015. № 2 (3). С. 63–71.
4. Образжей О. Н., Подвальская В. С. Актуальность изучения самосохранительного поведения населения // Социологический альманах. 2010. № 1. С. 262–269.
5. Калачикова О. Н., Корчагина П. С. Основные тенденции самосохранительного поведения населения региона // Проблемы развития территории. 2012. № 5. С. 72–82.
6. Краснова П. С. Самосохранительное поведение молодежи. На примере студентов гуманитарных факультетов вузов // Проблемы развития территории. 2012. № 3. С. 93–98.
7. Шклярчук В. Я. Экологическая культура как фактор самосохранительного поведения личности в современном социуме // Вестник Саратовского государственного социально-экономического университета. 2017. № 1(65). С. 71–75.
8. Миллер М. А. Самосохранительное поведение населения как элемент демографического развития // Актуальные вопросы экономических наук. 2009. № 8–1. С. 167–171.
9. Вангородская С. А. Семья как детерминанта самосохранительного поведения россиян // Национальные демографические приоритеты. Новые подходы, тенденции / Под ред. Рязанцева С. В., Ростовской Т. К. 2019. Т. 5, вып. 4. С. 41–44. (Демография. Социология. Экономика).
10. Абдулманов П. Г. Теоретико-методологические основы изучения самосохранительного поведения населения // УЭПС. Управление, экономика, политика, социология. 2016. № 2. С. 82–86.
11. Щеткина И. А. Историография исследования проблем качества жизни // Вестник ЗабГУ. 2012. № 9. С. 67–72.
12. Социально-демографические аспекты развития трудового потенциала / Шабунова А. А., Леонидова Г. В., Шухатович В. Р., Артюхин М. И. // Экономические и социальные перемены. Факты, тенденции, прогноз. 2012. № 2(20). С. 71–82.

13. Корчагина П. С. Социально-демографические характеристики населения с позитивным самосохранительным поведением // Вопросы территориального развития. 2013. № 10 (10). С. 1–9.
14. Федотова В. А. Модель здоровьесберегающего поведения у разных поколений россиян // Международный научно-исследовательский журнал. 2020 № 2 (92). Ч. 2. Февр. С. 67–73. DOI: <https://doi.org/10.23670/IRJ.2020.92.2.049>.
15. Валитов И. О. Человеческое здоровье в контексте взаимовлияния экологической и демографической культур // Вестник Башкирского университета. 2010. № 2. С. 444–450.
16. Иванова Л. Ю. Самосохранительное поведение и его гендерные особенности // Россия реформирующаяся. 2005. № 5. С. 110–133.
17. Шабунова А. А., Корчагина П. С. Влияние самосохранительных компонентов на наличие хронических заболеваний и самооценку здоровья населения // Здравоохранение РФ. 2014. № 3. С. 40–43
18. Савченко В. В. Проблема неравенства ресурсов инвестирования семьи в развитие человеческого капитала в современной России // Региональная экономика. Теория и практика. 2012. № 21. С. 40–46.
19. Николаюк Е. А. Самооценка здоровья и самосохранительное поведение сельских жителей и дачников Костромской области // Социальные аспекты здоровья населения. 2015. № 3. [Электронный ресурс]. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/681/30/lang.ru/> (дата обращения 10.05.2020).
20. Кузьмин А. И. Лидеры и аутсайдеры по дожитию населения в экономически активном возрасте. Региональный демографический анализ // Регион. Экономика и социология. 2018. № 2 (98). С. 149–167. DOI: 10.15372/REG20180207
21. Лепихина Т. Л., Карпович Ю. В. Институт здоровья как элемент менеджмента человеческого капитала предприятия // ПСЭ. 2012. № 4. С. 117–119.
22. Шилова Л. С. Трансформация самосохранительного поведения // Социологические исследования. 1999. № 5. С. 84–92.
23. Черепанова М. И. Почему россияне не хотят жить? Социальные истоки суицидального риска в приграничных регионах страны // Society and Security Insights. 2018. № 1. С. 145–153. DOI: [https://doi.org/10.14258/ssi\(2018\)1-11](https://doi.org/10.14258/ssi(2018)1-11).
24. Вангородская С. А., Захаров В. М., Бабинцев В. П. Региональные программы по охране здоровья. Проблемы реализации и оценки // Власть. 2019. Т. 27. № 4. С. 17–25. DOI: 10.31171/vlast.v27i4.6580
25. Журавлева И. В. Отношение к здоровью индивида и общества / Ин-т социологии РАН. М. : Наука, 2006. 238 с.
26. Шилова Л. С. Модернизации российского здравоохранения. Ожидания и реальность // Социология и общество. Глобальные вызовы и региональное развитие Мат-лы IV Очередного всерос. социологического конгр. Уфа, 2012 / РОС, ИС РАН, АН РБ, ИСППИ. М. : РОС, 2012. С. 4445–4453. 1-CD ROM
27. Inequality in access to health care, health insurance and the role of supply factors / Johar M., Soewondo P., Pujisubekti R., Satrio H. K., Adji A. // Social Science & Medicine. 2018. Jul. P. 134–145. DOI: 10.1016/j.socscimed.2018.07.044.
28. Kino S., Kawachi I. How much do preventive health behaviors explain education- and income-related inequalities in health? Results of Oaxaca-Blinder Decomposition analysis // Annals of Epidemiology. 2020. Vol. 43. P. 44–50. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2020.01.008>.
29. Matthew P., Brodersen D. M. Income inequality and health outcomes in the United States: An empirical analysis // The Social Science Journal. 2018. № 55. P. 432–442. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.soscij.2018.05.001>.
30. Factors associated with the healthcare-seeking behaviour of older people in Nigeria / Atchessi N., Ridde V., Abimbola S., Zunzunegui M.-V. // Archives of Gerontology and Geriatrics. 2018. Vol. 79. P. 1–7. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.archger.2018.07.015>
31. Association between good work ability and health behaviours among unemployed: A cross-sectional survey / Hulta M., Pietilä A.-M., Koponen P., Saaranen T. // Applied Nursing Research. 2018. № 43. P. 86–92. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2018.07.008>.
32. Disparities in health-risk behaviors, preventive health care utilizations, and chronic health conditions for people with disabilities: the Korean National Health and Nutrition Examination Survey / Ko K. D., Lee K. Y., Cho B., Park M. S., Son K. Y., Ha J. H., Park S. M. // Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. 2011. Vol. 92, iss. 8. P. 1230–1237. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2011.03.004>
33. Factors associated with health-promoting behavior of people with or at high risk of metabolic syndrome: Based on the health belief / Lo S.W.S., et al. // Applied Nursing Research. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2014.11.001>
34. Sociodemographic, lifestyle factors and health status indicators associated with alcohol consumption and related behaviours: a Brazilian population-based analysis / Sandoval G. A., Monteiro M. G., Campos K. De P., Shield K., Marinho F. // Public Health. 2020. Vol. 178. P. 49–61. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2019.08.011>.
35. Xiao Y., Romanelli M., Lindsey M. A. A latent class analysis of health lifestyles and suicidal behaviors among US adolescents // Journal of Affective Disorders. 2019. Vol. 255. P. 116–126. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.05.031>.
36. Analyzing Health Seeking Behavior of Chinese Residents and Their Influencing Factors Based on CHNS Data / Xue J., Ren X., Xu Y., Feng Q. // Procedia Computer Science. 2019. Vol. 162. P. 835–841. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.procs.2019.12.057>.
37. Hounkpatin H. O., Wood A. M., Brown G. D. A. Comparing indices of relative deprivation using behavioural evidence // Social Science & Medicine. 2020. Vol. 259. P. 1–4. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.112914>.
38. Material deprivation and self-rated health: a multilevel study of adolescents from 22 European and North American countries / Torsheim T., Currieb C., Boyce W., Kalnins I., Overpeck M., Haugland S. // Social Science & Medicine. 2004. Vol. 59. P. 1–12. DOI: 10.1016/j.socscimed.2003.09.032.

References

1. Antonov, A. I. (1998). *Mikrosotsiologiya semi (Metodologiya issledovaniya struktur i protsessov) [Microsociology of the Family (Methodology of Structure and Process Studies)]*. Moscow: Publishing House «Nota Bene», 360. (In Russ.)
2. Nazarova, I. B. (1998). Subjective and objective assessments of population health. *Sotsiologicheskii zhurnal [Sociological Journal]*, 3–4, 111–114. (In Russ.)
3. Martitshtenkova, E. V. (2015). Issues of sustainable development of territories affected by the Chernobyl disaster (based on the specific sociological survey). *Sotsialno-gumanitarnyy vestnik Prikaspiya [Social and Humanitarian Herald of the Caspian Region]*, 2(3), 63–71. (In Russ.)
4. Obrajey, O. N. & Podolskaya, V. S. (2010). Actual character of the study of people's self-protective behavior. *Sotsiologicheskii almanakh [Sociological almanac]*, 1, 262–269. (In Russ.)
5. Kalachikova, O. N. & Korchagina, P. S. (2012). The main trends of self-preservation behavior in the region. *Problemy razvitiya territorii [Problems of territory's development]*, 5, 72–82. (In Russ.)
6. Krasnova, P. S. (2012). Self-preservation behavior of the youth (the case of the students attending the humanities departments of higher educational establishments). *Problemy razvitiya territorii [Problems of territory's development]*, 3, 93–98. (In Russ.)
7. Shklyaruk, V. Ya. (2017). Environmental and health awareness as a factor of self-preserving behavior of people in modern society. *Vestnik saratovskogo gosudarstvennogo sotsialno-ekonomicheskogo universiteta [Vestnik of Saratov State Socio-Economic University]*, 1(65), 71–75. (In Russ.)
8. Miller, M. A. (2009). Self-preservation behavior of a population as an element of demographic development. *Aktualnye voprosy ekonomicheskikh nauk [Current issues of economic Sciences]*, 8–1, 167–171. (In Russ.)
9. Vangorodskaya, S. A. (2019). Family as determinant of self-preservation behavior of Russians. In: S. V. Ryzantseva, T. K. Rostovskaya (Eds.), *Natsionalnye demograficheskie priority. Novye podkhody, tendentsii. «Demografiya. Sotsiologiya. Ekonomika» [The national demographic priorities: approaches and measures of realization. «Demography. Sociology. Economy»]* (pp. 41–44). Moscow. (In Russ.)
10. Abdulmanapov, P. G. (2016). Theoretiko-metodologichesky bases of studying of samosokhranitelny behavior of the population. *UEPS. Upravlenie, ekonomika, politika, sotsiologiya [UEPS: management, economics, politics, sociology]*, 2, 82–86. (In Russ.)
11. Shchetkina, I. A. (2012). Research historiography of the quality of life problems. *Vestnik ZabGU [Bulletin of ZabGU]*, 9, 67–72. (In Russ.)
12. Shabunova, A. A., Leonidova, G. V., Shuhatovich, V. R. & Artyukhin, M. I. (2012). Socio-demographic aspects of labour potential development. *Ekonomicheskie i sotsialnye peremeny: Fakty, tendentsii, prognoz [Economic and Social Changes: Facts, Trends, Forecast]*, 2(20), 71–82. (In Russ.)
13. Korchagina, P. S. (2013). Socio-demographic characteristics of population with positive selfpreservation behavior. *Voprosy territorialnogo razvitiya [Territorial development issues]*, 10(10), 1–9. (In Russ.)
14. Fedotova, V. A. (2020). Health-saving behavior model in different generations of Russians. *Mezhdunarodnyy nauchno-issledovatel'skiy zhurnal [International Research Journal]*, 2–2(92), 67–73. DOI: <https://doi.org/10.23670/IRJ.2020.92.2.049>. (In Russ.)
15. Valitov, I. O. (2010). Human health in context of the mutual influence ecological and demographic cultures. *Vestnik Bashkirskogo universiteta [Bulletin of Bashkir University]*, 2, 444–450. (In Russ.)
16. Ivanova, L. Y. (2005). Self-preservation behavior and its gender-related specificity. *Rossiya reformiruyushchayasya [Yearbook of Russia reforming]*, 5, 110–133. (In Russ.)
17. Shabunova, A. A. & Korchagina, P. S. (2014). The impact of self-preserving components of behavior on the presence of chronic diseases and health self-reports in the population. *Zdravookhranenie Rossiyskoy Federatsii [Health Care of the Russian Federation]*, 3, 40–43. (In Russ.)
18. Savchenko, V. V. (2012). Problem of inequality of resources of the family investment in human capital development in modern Russia. *Regionalnaya ekonomika: Teoriya i praktika [Regional economics: theory and practice]*, 21, 40–46. (In Russ.)
19. Nikolayuk, E. A. (2015). Self-assessment of health and self-protective behavior of rural dwellers and summer residents in Kostroma region. *Sotsialnye aspekty zdorovya naseleniya [Social aspects of population health]*, 3. Retrieved from: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/681/30/lang/ru/> (Date of access: 10.05.2020). (In Russ.)
20. Kuzmin, A. I. (2018). Leaders and Outsiders in Survival of Economically Active Population: Regional Demographic Analysis. *Region: Ekonomika i sotsiologiya [Region: economics and sociology]*, 2(98), 149–167. DOI: 10.15372/REG20180207 (In Russ.)
21. Lepikhina, T. L. & Karpovich, Y. V. (2012). Institute of health as an element of human capital management of the enterprise. *Problemy sovremennoy ekonomiki [Problems of modern economics]*, 4, 117–119. (In Russ.)
22. Shilova, L. S. (1999). Transformation of self-preserving behavior. *Sotsiologicheskie issledovaniya [Sociological studies]*, 5, 84–92. (In Russ.)
23. Cherepanova, M. I. (2018). Why do not Russians want to live? The social sources of suicidal risk in the border regions of the country. *Society and Security Insights*, 1, 145–153. (In Russ.)
24. Vangorodskaya, S. A., Zakharov, V. M. & Babintsev, V. P. (2019). Regional Programs for Health: Issues of Implementation and Evaluation. *Vlast [The Authority]*, 27(4), 17–25. DOI: <https://doi.org/10.31171/vlast.v27i4.6580>. (In Russ.)

25. Zhuravleva, I. V. (2006). *Otnoshenie k zdorovyu individa i obshchestva [Attitude to the health of the individual and society]*. Moscow: Institute of sociology of the Russian Academy of Sciences, Nauka, 238. (In Russ.)
26. Shilova, L. S. (2012). Modernization of Russian healthcare: expectations and reality. In: "Sotsiologiya i obshchestvo. Globalnye vyzovy i regionalnoe razvitiye" *Mat-ly IV Ocherednogo vseros. sotsiologicheskogo kongressa [Sociology and society: global challenges and regional development Materials of the 4th all-Russian sociological Congress]* (pp. 4445–4453). Ufa. (In Russ.)
27. Johar, M., Soewondo, P., Pujisubekti, R., Satrio, H. K. & Adji, A. (2018). Inequality in access to health care, health insurance and the role of supply factors, *Social Science & Medicine*, 213, 134–145. DOI: 10.1016/j.socscimed.2018.07.044.
28. Kino, S. & Kawachi, I. (2020). How much do preventive health behaviors explain education- and income-related inequalities in health? Results of Oaxaca-Blinder Decomposition analysis. *Annals of Epidemiology*, 43, 44–50. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2020.01.008>.
29. Matthew, P. & Brodersen, D. M. (2018). Income inequality and health outcomes in the United States: An empirical analysis. *The Social Science Journal*, 55, 432–442. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.soscij.2018.05.001>.
30. Atchessi, N., Ridde, V., Abimbola S. & Zunzunegui, M.-V. (2018). Factors associated with the healthcare-seeking behaviour of older people in Nigeria. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 79, 1–7. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.archger.2018.07.015>.
31. Hulta, M., Pietilä, A.-M., Koponen, P. & Saaranen, T. (2018). Association between good work ability and health behaviours among unemployed: A cross-sectional survey. *Applied Nursing Research*, 43, 86–92. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2018.07.008>.
32. Ko, K. D., Lee, K. Y., Cho, B., Park, M. S., Son, K. Y., Ha, J. H. & Park, S. M. (2011). Disparities in health-risk behaviors, preventive health care utilizations, and chronic health conditions for people with disabilities: the Korean National Health and Nutrition Examination Survey. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 92(8), 1230–1237. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2011.03.004>
33. Lo, S. W. S., Chair, S. Y. & Lee, F. K. (2015). Factors associated with health-promoting behavior of people with or at high risk of metabolic syndrome: Based on the health belief model. *Applied Nursing Research*, 28(2), 197–201. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2014.11.001>
34. Sandoval, G. A., Monteiro, M. G., De Pinho Campos, K., Shield, K., & Marinho, F. (2020). Sociodemographics, life-style factors and health status indicators associated with alcohol consumption and related behaviours: a Brazilian population-based analysis. *Public Health*, 178, 49–61. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2019.08.011>.
35. Xiao, Y., Romanelli, M. & Lindsey, M. A. (2019). A latent class analysis of health lifestyles and suicidal behaviors among US adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 255, 116–126. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.05.031>.
36. Xue, J., Ren X., Xu, Y. & Feng, Q. (2019). Analyzing Health Seeking Behavior of Chinese Residents and Their Influencing Factors Based on CHNS Data. *Procedia Computer Science*, 162, 835–841. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.procs.2019.12.057>
37. Hounkpatin, H. O., Wood, A. M. & Brown, G. D. A. (2020). Comparing indices of relative deprivation using behavioural evidence. *Social Science & Medicine*, 259, 1–4. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.11.2914>.
38. Torsheim, T., Currie, C., Boyce, W., Kalnins, I., Overpeck, M. & Haugland, S. (2004). Material deprivation and self-rated health: a multilevel study of adolescents from 22 European and North American countries. *Social Science & Medicine*, 59(1), 1–12. DOI: 10.1016/j.socscimed.2003.09.032.

Информация об авторах

Шеломенцев Андрей Геннадьевич — доктор экономических наук, профессор, главный научный сотрудник, Институт экономики УрО РАН; Scopus Author ID: 56288580900; <https://orcid.org/0000-0003-1904-9587> (Российская Федерация, 620014, г. Екатеринбург, ул. Московская, 29; e-mail: a.shelom@yandex.ru).

Гончарова Ксения Сергеевна — младший научный сотрудник, Институт экономики УрО РАН; <https://orcid.org/0000-0003-2381-3322> (Российская Федерация, 620014, г. Екатеринбург, ул. Московская, 29; e-mail: ksenia.gon4arowa@gmail.com).

About the authors

Andrey G. Shelomentsev — Dr. Sci. (Econ.), Professor, Chief Research Associate, Institute of Economics of the Ural Branch of RAS; Scopus Author ID: 56288580900; <https://orcid.org/0000-0003-1904-9587> (29, Moskovskaya St., Ekaterinburg, 620014, Russian Federation; e-mail: a.shelom@yandex.ru).

Kseniya S. Goncharova — Research Assistant, Institute of Economics of the Ural Branch of RAS; <https://orcid.org/0000-0003-2381-3322> (29, Moskovskaya St., Ekaterinburg, 620014, Russian Federation; e-mail: ksenia.gon4arowa@gmail.com).

Дата поступления рукописи: 20.01.2020

Прошла рецензирование: 23.03.2020

Принято решение о публикации: 10.06.2020.