

6. Готсдинер, А. Л. Музыкальная психология / А. Л. Готсдинер. – Москва : NB Магистраль, 1993. – 190 с.
7. Дмитриева, Н. В. Музыкальные занятия как фактор активного долголетия / Н. В. Дмитриева // Наука и образование: актуальные вопросы теории и практики. – 2019. – № 3. – С. 321-325.

Влияние доходов населения на здоровьесбережение

Рудалева Ирина Анатольевна
Казанский федеральный университет
Казань, Россия, Irina.Rudaleva@kpfu.ru

На уровень здоровья населения влияет достаточно большое число факторов, в том числе такие, как уровень развития системы здравоохранения, качество и доступность медицинских услуг, состояние экологии, доходы населения и др.

Анализ научных исследований взаимосвязи уровня доходов и здоровьесберегающего поведения населения показал многоаспектность исследовательских подходов. Во-первых, рассматривается профилактика и лечение как стратегия здоровьесбережения в группах населения с разным уровнем дохода. Исследование, проведенное М. А. Карцевой и П.О. Кузнецовой в 2023г. на данных национального репрезентативного Выборочного наблюдения состояния здоровья населения, показало наличие двух механизмов взаимосвязи доходов и здоровья населения: представители более высокодоходных групп реже страдают хроническими заболеваниями; высокие доходы позволяют людям лучше справляться с возникающими проблемами здоровья, обеспечивая более высокий уровень здоровья при наличии хронических заболеваний [1]. Авторы приходят к выводу о наличии прямой связи между уровнем дохода и самооценкой состояния здоровья.

Во-вторых, выделяется исследовательский подход, направленный на выявление особенностей и факторов регионального здоровьесбережения. Так, Т.И. Тютюнникова рассматривает процессы здоровьесбережения населения в группах регионов, характеризующихся различным уровнем экономического развития, а размер доходов населения как предпосылку наличия (отсутствия) возможностей получения качественных медицинских услуг [2]. В исследовании [3] мы пришли к схожим выводам: объективные показатели и субъективные оценки состояния здоровья населения выше в регионах с высоким и относительно высоким качеством жизни.

И в том, и в другом случае, авторы связывают здоровьесбережение, прежде всего, с профилактическими медицинскими осмотрами, лечением (в частных и государственных медучреждениях). Однако стратегия здоровьесбережения предполагает отказ от вредных привычек, правильное питание, регулярные занятия спортом. Я.М. Рощина проводит микроэкономический анализ отдачи от инвестиций в здоровье и

обнаруживает негативное влияние стажа курения, чрезмерного потребления алкоголя и абсолютно трезвого образа жизни и позитивное занятий спортом [4].

В проводимом нами исследовании мы, следуя логике М. Гроссмана, показавшему влияние ставки заработной платы на оптимальный уровень здоровья [5], выявляем причинно-следственную связь доходов и здоровьесбережения: фокусируемся на проверке гипотезы, что с ростом дохода индивид более ответственно относится к собственному здоровью, занимается спортом, отказывается от вредных привычек. Разведочный анализ данных Выборочного наблюдения состояния здоровья населения, проведенного Росстатом в 2024г. [6], показал, что с ростом уровня доходов, начиная с 50 тыс. руб. в месяц, улучшаются оценки респондентами состояния собственного здоровья. Мы оценили степень вовлеченности в занятия спортом и отказ от вредных привычек. Оказалось, что с ростом доходов населения доля тех, кто не занимается спортом регулярно, снижается с 57,1% в первой группе (с самыми низкими доходами) до 33,3% в группе с самыми высокими доходами, что является самым низким значением среди всех групп респондентов. Наиболее пассивными оказались респонденты групп с доходом от 10,1 до 30,0 тыс. руб. со средним уровнем 76,2%

Рассмотрим далее потребление респондентами табака и алкоголя, как наиболее распространенных вредных привычек. Интерес вызывают группы с доходами от 200 тыс. руб. и выше, в которых доля имеющих такой поведенческий фактор риска, как регулярное курение, ниже 10%, в то время как в группах с доходом до 50 тыс. руб. их доля в среднем составляет 16,5%.

На наш взгляд, осознанное отношение населения к своему здоровью по мере роста доходов обусловлено, с одной стороны, меньшим беспокойством и стрессом, связанным с закрытием базовых потребностей, выплатой регулярных платежей; позволяет сформировать определенный запас финансовой прочности, дает чувство уверенности в будущем. С другой стороны, более высокий уровень дохода позволяет не только своевременно проходить скрининг здоровья на основе передовых медицинских технологий, но и осуществлять профилактику заболеваний, получать дополнительные оздоровительные процедуры, выбирать относительно дорогие современные формы проведения отдыха взамен курения и употребления алкоголя, питаться высококачественными и полезными продуктами питания, а также регулярно заниматься физической культурой и спортом.

Список литературы:

1. Карцева М. А., Кузнецова П. О. Здоровье, доходы, возраст: эмпирический анализ неравенства в здоровье населения России // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены, 2023. – №2. URL: <https://doi.org/10.14515/monitoring.2023.2.2355> (дата обращения: 25.05.2025г.)
2. Тютюнникова Т.И. Оценка процессов сбережения здоровья населения: теоретико-методические основы и их приложение // Фундаментальные

- исследования. – 2018. – № 10. – С. 117-122. URL: <https://fundamental-research.ru/article/view?id=42291> (дата обращения: 25.05.2025г.)
3. Кабашева И.А., Рудалева И.А. Здоровьесберегающее поведение населения в регионах с разным качеством жизни // Регион: Экономика и Социология. 2024. № 3 (123). С. 126-153.
 4. Рощина Я.М. Микроэкономический анализ отдачи от инвестиций в здоровье в современной России // Экономический журнал Высшей школы экономики. 2009. Т. 13. № 3. С. 428-451.
 5. Grossman M. The Human Capital Model // Handbook of Health Economics / Ed. by A.J. Culver, J.P. Newhouse. Vol. 1A. Amsterdam: Elsevier, 2000.
 6. Выборочное наблюдение состояния здоровья населения 2024 // URL: https://rosstat.gov.ru/free_doc/new_site/zdor24/PublishSite_2024/index.html (дата обращения: 25.05.2025г.)

Социальные неравенства в доступе к медицинской помощи: значение общественного контекста

Русинова Нина Львовна, Сафронов Вячеслав Владимирович
Социологический институт РАН – филиал ФНИСЦ РАН
Санкт-Петербург, Россия, nrusinova@gmail.com

В докладе анализируется проблема социальных неравенств доступа к медицинским услугам в разных странах мира, включая Россию. Широко используемый в предшествующих исследованиях подход к анализу таких неравенств предполагает их фиксацию по субъективному показателю неудовлетворенных потребностей в медицинской помощи [1; 2].

Было установлено, что с возрастом этот показатель заметно снижается и становится больше в экономически уязвимых слоях [3; 4]. Такие возрастные и статусные неравенства проявляются в разных странах с неодинаковой отчетливостью. Однако единичные попытки объяснить эти различия между странами с использованием контекстуальных переменных успеха не имели [5; 6].

Для прояснения ситуации в настоящей работе проводится двухуровневое логистическое иерархическое моделирование с использованием опросных данных, собранных в 26 странах мира по Международной программе социальных исследований (ISSP 2021), и статистических сведений, характеризующих эти страны [7].

При объяснении межстрановых различий возрастных и статусных неравенств в доступе к медицинским услугам рассматривались пять контекстуальных факторов: уровень экономического развития (душевой ВВП), состояние социального государства (государственные расходы на здравоохранение), индексы доступности и качества медицинских услуг, а