

ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ТЕОРИЯ

Возрастные траектории здоровьесберегающего поведения населения

Age Trajectories of Health-Saving Behavior of the Population

DOI: 10.12737/2587-9111-2025-13-3-4-10

Получено: 10 марта 2025 г. / Одобрено: 7 мая 2025 г. / Опубликовано: 25 июня 2025 г.

Рудалева И.А.

Канд. экон. наук, доцент кафедры экономической теории и эконометрики, ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет», Россия, 420008, г. Казань, ул. Кремлевская, д. 18, e-mail: rudiran@mail.ru

Кабашева И.А.

Канд. экон. наук, доцент кафедры экономической теории и эконометрики, ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет», Россия, 420008, г. Казань, ул. Кремлевская, д. 18, e-mail: kaba.73@mail.ru

Rudaleva I.A.

Candidate of Economic Sciences, Associate Professor, Kazan (Volga region) Federal University, 18, Kremlevskaya St., Kazan, 420008, Russia, e-mail: rudiran@mail.ru

Kabasheva I.A.

Candidate of Economic Sciences, Associate Professor, Kazan (Volga region) Federal University, 18, Kremlevskaya St., Kazan, 420008, Russia, e-mail: kaba.73@mail.ru

Аннотация

Исследование здоровьесбережения в соответствии с возрастными траекториями жизнедеятельности индивида акцентирует пристальное внимание на охране здоровья, ориентированной на человека на протяжении всей его жизни, профилактике заболеваний определенных возрастных групп в системе здравоохранения. Применение возрастной группировки приобретает решающее значение для понимания мер и инструментов воздействия на поведенческие установки людей в направлении возрастания значимости и приоритетности здоровья.

В статье проводится сравнительный анализ моделей здоровьесберегающего поведения населения в соответствии с возрастной траекторией их жизнедеятельности. Несмотря на некоторые существенные различия возрастных групп в анализируемых моделях авторы приходят к следующим выводам. Поведенческие стратегии населения в случае заболевания существенно меняются с возрастными траекториями жизни. Самостоятельное лечение лекарствами и «народными средствами» население начинает практиковать после 25 лет: накопленный личный, семейный и ближайшего окружения (коллег, друзей) опыт успешного лечения, выздоровления. Незначительная часть населения применяет иные стратегии: вызов скорой помощи, помощь в лечении мамы (I возрастная группа), помощь супруги в лечении (II, III, IV группы) или дочери (V, VI группы), молитвы (VI группа). Доля населения, прибегающего к квалифицированной медицинской помощи, с возрастом неуклонно увеличивается (с 73,9% до 91,4%). При этом причинами неудовлетворенности оказанной медицинской помощью в первой и второй возрастных группах чаще всего звучали высокие цены на медицинские услуги, тогда как у других возрастных групп — отсутствие узких специалистов. При этом частота жалоб на отсутствие узких специалистов возрастала от группы к группе по мере увеличения возраста респондентов.

Ключевые слова: здоровьесбережение, возрастные траектории, поведение населения, состояние здоровья, медицинская помощь, здравоохранение, медицинское обслуживание.

Abstract

The study of health-saving in accordance with the age trajectories of an individual's life focuses close attention on health protection aimed at a person throughout his or her life, and the prevention of diseases of certain age groups in the health care system. The use of age grouping is of crucial importance for understanding the measures and tools for influencing people's behavioral attitudes towards increasing the importance and priority of health.

The article provides a comparative analysis of models of health-saving behavior of the population in accordance with the age trajectory of their life activity. Despite some significant differences in age groups in the analyzed models, the authors come to the following conclusions. Behavioral strategies of the population in case of illness change significantly with age trajectories of life. Self-treatment with drugs and "folk remedies" begins to be practiced by the population after 25 years: accumulated personal, family and immediate environment (colleagues, friends) experience of successful treatment, recovery. A small part of the population uses other strategies: calling an ambulance, helping mother with treatment (age group I), helping spouse with treatment (groups II, III, IV) or daughter (groups V, VI), prayers (group VI). The share of the population resorting to qualified medical care steadily increases with age (from 73.9 to 91.4%). At the same time, the reasons for dissatisfaction with the medical care provided in the first and second age groups most often cited high prices for medical services, while in other age groups — the lack of specialists. At the same time, the frequency of complaints about the lack of specialists increased from group to group as the age of the respondents increased.

Keywords: health preservation, age trajectories, population behavior, health status, medical care, healthcare, medical services.

Здоровьесбережение населения выступает актуальной задачей современной повестки дня для опережающих темпов социально-экономического развития страны. С 2025 г. в России стартует новый этап реализации национальных проектов, определяющих вектор развития страны до 2030 г. В их основу заложены масштабные институциональные инициативы, направленные на улучшение качества жизни населения, в том числе в сфере здравоохранения. Наиболее значимыми являются следующие из них. Национальный проект «Продолжительная и активная жизнь», ставящий целью увеличение ожидаемой

продолжительности жизни до 78 лет к 2030 г. и до 81 года к 2036 г. (в 2024 г. продолжительность жизни в России составляла 73,5 года). [14] На его реализацию до 2030 г. планируется выделить 2 трлн 25 млрд руб. Основная цель этого национального проекта заключается не столько в увеличении общей продолжительности жизни, сколько в ожидаемой продолжительности здоровой жизни. Одновременно достижению этой цели будут содействовать национальный проект «Семья», представленный комплексной программой по охране материнства, сбережению здоровья детей и подростков, и нацио-

нальный проект «Новые технологии здоровьесбережения».

В рамках «Продолжительной и активной жизни» запускаются 11 федеральных проектов, среди которых наиболее значимыми в контексте нашего исследования выступает «Здоровье для каждого». В соответствии с ним к 2030 г. доля россиян, придерживающихся здорового образа жизни, должна вырасти в полтора раза — 13,6% (в 2023 г. он составлял 9,1%) [15]. При этом планируется снизить показатель распространенности курения табака в возрасте 15 лет и более на уровне не выше 16%.

Современные вызовы в области общественного здравоохранения требуют комплексного подхода, основанного на сотрудничестве государства, бизнеса и собственно населения. Социально-экономические ресурсы, доступные людям на протяжении возрастной траектории его жизни, влияют на их способность и возможность делать правильный выбор в отношении здоровья, вносить свой вклад и получать поддержку, когда они в этом нуждаются. Проблемы в области здравоохранения, образования, занятости и заработка возникают в молодом возрасте, усиливают друг друга и накапливаются на каждом этапе возрастной траектории человека [6].

Всемирная организация здравоохранения предлагает следующую классификацию возрастной траектории жизни населения: молодежью считаются люди до 44 лет, с 45 до 59 лет — среднего возраста, 60–74 лет — пожилого, 75–90 лет — старческого. С 90 лет начинается долголетие. Согласно Федеральному закону «О молодежной политике в Российской Федерации» к молодежи относятся граждане от 14 до 35 лет [2].

Возрастные траектории здоровья — это долгосрочные изменения в состоянии здоровья с возрастом [11]. Ухудшение здоровья с возрастом связано с накоплением хронических заболеваний, индивидуальной скоростью изменений, генетическими компонентами, поведенческими и социальными воздействиями на протяжении жизни. Для изучения возрастных траекторий здоровья проводятся долгосрочные динамические наблюдения, оценка на индивидуальном уровне, исследования в различных популяциях и интеграция данных.

Используемый нами подход, учитывающий возрастные этапы жизнедеятельности индивида, демонстрирует важность определенного возраста и обстоятельств в понимании причинно-следственных связей воздействия поведенческих решений и их последствий на здоровье человека. Данный взгляд встречается в значительном числе научных публикаций, однако сохраняется объективная необходимость в

улучшении и разделении понимания разнообразных факторов, формирующих здоровье и благополучие людей, а также развития устойчивости к внешним воздействиям и рискам на разных возрастных этапах их жизнедеятельности. Применение возрастной группировки в нашем исследовании акцентирует повышенное внимание на охране здоровья, ориентированной на человека на протяжении всей его жизни, профилактике заболеваний для определенных возрастных групп в системе здравоохранения. Это позволяет формировать эффективную политику и меры воздействия практического характера на детерминанты здоровья, оптимизировать возможности и сократить несправедливые и предотвратимые неравенства в отношении здоровьесберегающего поведения индивидов.

Проведенный в России «Национальный мониторинг общественного здоровья» (2022 г.) показал, что 52,4% россиян сталкиваются с неудовлетворенными потребностями в медицинской помощи [12]. При этом основные из них (37%) были связаны с барьерами принятия медицинской помощи: отношение к собственному здоровью, системе здравоохранения, а также личными ситуациями, препятствующими обращениям за помощью. 23,4% неудовлетворенных потребностей в медицинской помощи были связаны с барьером удобства ее получения и недостаточной доступности — 19,4% [5].

Последние десятилетия сопровождаются попытками изменения самого восприятия возрастных траекторий жизни человека в процессе обеспечения высокого качества жизни и здоровьесохранительного поведения. Несмотря на важность долголетия, ВОЗ актуализирует категорию «здоровое старение» как непрерывный процесс на всех возрастных этапах жизни для раннего достижения высокого уровня возможностей и способностей и максимального замедления их спада [13]. В продолжении этого Организация Объединенных Наций объявила 2021–2030 гг. Десятилетием здорового старения. Акцентируя внимание на значительных различиях в показателях здоровья пожилого населения, ученые привлекают внимание на неравенстве профилактических мер, заболеваемости, смертности, доступе к медицинскому обслуживанию и др. на протяжении всех этапов жизни, предшествующих пожилому возрасту [20; 24; 25].

«Здоровое старение» в соответствии с подходом ВОЗ рассматривается как процесс поддержания функциональной способности жизнедеятельности индивида в соответствии с его возрастными траекториями, обеспечивающим, в конечном итоге, благополучие в пожилом возрасте [13]. Функциональная способность — это «все связанные со здоровьем ха-

рактеристики, которые позволяют людям существовать и делать то, что они считают значимым для них» [13]. В этом подходе отражается индивидуальная жизнеспособность людей и их взаимодействие с внешней средой (детерминанты здоровья), которые накапливаются на всех этапах жизни и способствуют многообразию сильных и слабых сторон. При этом указывается, что системные неравенства в распределении ресурсов и получении услуг здравоохранения имеют следствием как предотвратимые различия в состоянии здоровья индивида, так и определяют изменение его возрастных траекторий. Отсюда результирующей характеристикой выступает неуклонное улучшение и выравнивание различий в состоянии здоровья индивида на всех возрастных этапах его жизнедеятельности.

Институциональная база российских реформ последних лет развивается в русле этой общемировой тенденции. В Указе Президента РФ «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 г. и на перспективу до 2036 г.» заявлена национальная демографическая цель — сохранение населения, укрепление здоровья и повышение благополучия людей, поддержка семьи [1]. Здесь приоритетное значение уделяется продолжительности здоровой жизни и достижение активного здорового долголетия. Одновременно с этим хотелось бы отметить, что имеются исследования, свидетельствующие о сравнительно невысоких ожиданиях желаемой продолжительности жизни среди российского населения [9]. Более того, ученые заявляют о том, что старость ассоциируется у российского населения с бедностью, болезнями и одиночеством, отсюда сложно ожидать формирования массовой потребности в долголетьи и соответствующего поведения по сохранению собственного здоровья [9].

Принципиально важная роль образа жизни в управлении здоровьем на всех этапах возрастной траектории доказательно значима [10], что привело к формированию нового направления в научных ис-

следованиях — медицины образа жизни [18]. По оценкам ВОЗ, ведение здорового образа жизни могло бы предотвратить до 80% заболеваний. Исследования в области медицины образа жизни пытаются решить задачу изменения институциональной и социально-экономической среды, способствующей осознанному выбору людьми стратегий здорового поведения, что включает в себя снижение вреда от табакокурения, употребления алкоголя и некачественных продуктов питания, стресса, малоподвижного образа жизни и т.д. [18].

Материалы и методы. Основным способом исследования является сравнительный анализ моделей здоровьесберегающего поведения населения в выделенных возрастных группах. В качестве эмпирической базы исследования использованы репрезентативные данные Выборочного федерального статистического наблюдения состояния здоровья населения ВНСЗН-2024 (118 572 человек) [4]. Объектом исследования выступают все респонденты репрезентативной выборки старше 14 лет. Субъективными показателями, характеризующими состояние здоровья и здоровьесберегающее поведение населения, являются ответы на вопросы в разных возрастных группах. При проведении исследования была использована программа *IBM SPSS Statistics*. Все респонденты старше 14 лет (100 806 человек) были отнесены к семи группам по возрасту (число полных лет):

- I группа (14–25 лет) — 11 376 респондентов;
- II группа (26–35 лет) — 13 731 респондентов;
- III группа (36–44 лет) — 17 527 респондентов;
- IV группа (45–59 лет) — 23 593 респондентов;
- V группа (60–74 лет) — 26 020 респондентов;
- VI группа (75–90 лет) — 8245 респондентов;
- VII группа (старше 90 лет) — 314 респондентов.

Результаты исследования

На первом этапе исследования была проведена оценка собственного состояния здоровья респондентов в разных возрастных группах (табл. 1).

Таблица 1

Субъективные оценки состояния здоровья населения, %

Показатель	Все, n = 100806	Респонденты возрастных групп						
		I группа, n = 11 376	II группа, n = 13 731	III группа, n = 17 527	IV группа, n = 23 593	V группа, n = 26 020	VI группа, n = 8245	VII группа, n = 314
Очень хорошее	6,4	21,6	14,1	7,3	2,8	0,5	0,1	0,0
Хорошее	43,5	52,2	69,5	66,7	49,0	17,6	5,3	2,5
Удовлетворительное	39,8	6,9	13,5	23,1	44,2	69,1	59,8	46,8
Плохое	6,4	0,4	0,4	1,0	2,6	11,4	30,9	41,1
Очень плохое	0,6	0,1	0,1	0,1	0,2	0,7	3,5	8,9
Затрудняюсь ответить	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,2	0,1	0,3
Всего	100	100	100	100	100	100	100	100

Ожидаемо высокие оценки состояния собственного здоровья были зафиксированы в группах I, II, III. Начиная с 45 лет, доля имеющих хорошее здоровье резко сокращается, удовлетворительное и плохое — перманентно увеличивается.

Поведенческие стратегии населения в случае заболевания существенно меняются с возрастом (табл. 2).

Так, доля прибегающих к квалифицированной медицинской помощи с возрастом неуклонно увеличивается (с 73,9 до 91,4%). Самостоятельное лечение лекарствами и «народными средствами» население начинает практиковать после 25 лет: активно используется накопленный личный, семейный и ближайшего окружения (коллег, друзей) опыт успешного лечения, выздоровления. Незначительная часть населения применяет иные стратегии: вызов скорой помощи, помощь в лечении мамы (I группа), помощь супруги в лечении (II, III, IV группы) или дочери (V, VI группы), молитвы (VI группа).

Выбор между государственной и частной медицинской организацией значительно отличается по возрастным группам (табл. 3).

Чаше других возрастных групп в частные медучреждения обращались люди в возрасте от 36 до 74 лет.

Уровень доверия к услугам частных клиник выше, так как они привлекают к работе узких специа-

листов, обладающих высокой квалификацией и опытом, а, кроме того, несут высокие репутационные риски. С позиции пациентов, частные клиники привлекательны возможностью выбора времени приёма и его большей длительностью, что повышает качество и точность диагностики, выбора стратегии лечения, получение информации и рекомендаций по здоровьесбережению. Однако именно в частной клинике предложение и спрос на медицинские услуги формирует врач (направляет на дополнительные анализы, скрининг и т.д.), что порождает проблему асимметрии информации [7] и может привести к избыточным расходам пациентов.

С выходом на пенсию пациенты делают выбор в пользу государственной системы здравоохранения, отмечается резкое сокращение пациентов, обращающихся в частные клиники. На наш взгляд, причина кроется в объективных возрастных изменениях состояния здоровья. Когда заболевания переходят в хроническую форму и абсолютное выздоровление становится невозможным, частота обращений за медпомощью увеличивается, что на фоне сокращения уровня доходов приводит к выбору наиболее доступной государственной медицинской помощи. Как показывают данные рис. 1, представленный выбор является вынужденным: удовлетворенность качеством государственной медицинской помощи (от

Таблица 2

Поведенческие стратегии в случае болезни (недомогания), %

Показатель	Все, n = 100806	Респонденты возрастных групп						
		I группа, n = 11 376	II группа, n = 13 731	III группа, n = 17 527	IV группа, n = 23 593	V группа, n = 26 020	VI группа, n = 8245	VII группа, n = 314
Обращение к врачам	87,9	73,9	86,3	87,5	89,3	92,0	93,6	91,4
Обращение к людям, лечащим нетрадиционными средствами	3,0	1,6	2,6	3,0	3,3	3,5	3,8	1,6
Самостоятельное лечение лекарствами и «народными» средствами	51,4	34,3	51,2	53,5	54,2	54,6	53,0	43,9
Другое	0,4	0,6	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	1,0
Ничего не делать	0,3	0,5	0,5	0,4	0,3	0,2	0,3	0,6
Отказ от ответа	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0
Всего	100,0	100	100	100	100	100	100	100

Таблица 3

Выбор медицинских организаций, %

Показатель	Все, n = 100 806	Респонденты возрастных групп						
		I группа, n = 11 376	II группа, n = 13 731	III группа, n = 17 527	IV группа, n = 23 593	V группа, n = 26 020	VI группа, n = 8245	VII группа, n = 314
Медицинские организации государственной системы здравоохранения	75,3	58,8	67,4	70,6	77,0	84,3	87,3	84,1
Медицинские организации частной формы собственности	17,8	17,6	30,6	30,9	28,3	21,8	15,7	6,7
Не обращался	15,1	19,1	23,6	21,9	18,2	13,2	11,1	14,0
Затрудняюсь ответить	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2	0,6

74,6% до 86,9%) значительно ниже, чем частной, во всех возрастных группах (от 87,3% до 95,2%). А необходимость многоступенчатой записи к узкопрофильным специалистам и очереди к врачу являются серьезной проблемой государственной системы здравоохранения в России [8].

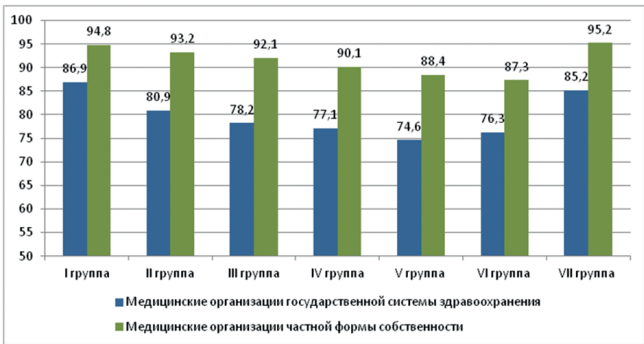


Рис. 1. Удовлетворенность оказанной помощью, % из обратившихся в соответствующие организации

Действительно, наиболее распространенными причинами неудовлетворенности качеством оказываемой медицинской помощи (рис. 2) является длительность ожидания в регистратуре поликлиники, записи на исследования, отсутствие необходимого оборудования и лекарств, низкий уровень профессионализма врачей (неверно поставленный диагноз, назначенное лечение).

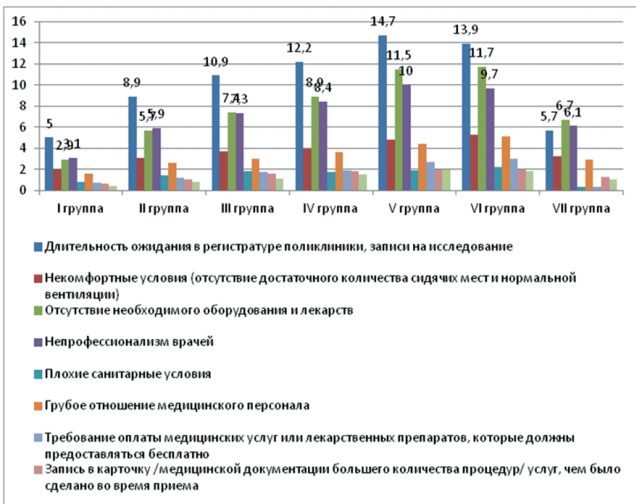


Рис. 2. Причины неудовлетворенности оказанной медицинской помощью

Среди других причин неудовлетворенности оказанной медицинской помощью чаще всего звучали высокие цены (I, II группы), отсутствие узких специалистов (II, III, IV, V, VI, VII группы). При этом частота жалоб на отсутствие узких специалистов возрастала от группы к группе по мере увеличения возраста респондентов.

Обсуждение и заключение

Дискуссионность дифференцированных поведенческих реакций человека с точки зрения здоровьесбережения на различных возрастных этапах объясняется учеными с разных точек зрения. Первая гипотеза исходит из того, что различия в состоянии здоровья населения обусловлены воздействием разнообразных социально-экономических факторов, жизненных обстоятельств [22; 23]. Возможные факторы риска, связанные с плохими социально-экономическими условиями ранней взрослой жизни, оказывают негативное влияние на здоровьесбережение более поздних этапов взрослой жизни. Здоровье стратифицировано по различным возрастным группам населения: его ухудшение с возрастом может происходить не только вследствие естественного старения организма, но и под воздействием социально-экономического статуса человека, усиливаясь при невысоком и снижаясь при его низком уровне [16]. Тем самым социально-экономические факторы, воздействующие на здоровье, представляют собой так называемое «кумулятивное преимущество» индивида в возрастной траектории жизни.

Однако предыдущие исследования дали противоречивые результаты относительно связи между социально-экономическим статусом и здоровьем на протяжении взрослой жизни. Величина социально-экономического неравенства почти не различается между группами населения с разным уровнем образования по всем индикаторам здоровья [17].

Напротив, некоторые ученые придерживаются взгляда — «возраст как выравнитель», предполагая, что неизбежные биологические процессы так или иначе могут доминировать в пожилом возрасте [21]. Факторы риска, связанные с ухудшением здоровья и неблагоприятными обстоятельствами, накапливаются в течение жизни индивида, по мере его старения, приводя к «выравниванию» различий в состоянии здоровья, несмотря на различия социально-экономических условий жизни, систем здравоохранения и т.д. [21].

Отношение к здоровьесбережению на различных возрастных этапах индивида весьма различно. Научное обоснование этого видится, прежде всего, в неравенстве возможностей индивидов в отношении здоровья, которые обычно ниже в более молодом возрасте, а затем монотонно увеличиваются [23]. Среди факторов, объясняющих данное обстоятельство, группа ученых выдвигает первостепенную роль неблагоприятных условий раннего возраста в здоровьесбережении индивида. Его вклад по различным оценкам колеблется от 25% до 45%, что сопоставимо с долей социально-экономических факторов, но зна-

чительно превышает демографические характеристики, особенно в более молодом возрасте [23].

Здоровьесбережение заключается не столько в отсутствии болезней, а в активной и полноценной жизни. Достижение этого становится возможным в поведенческих стратегиях здорового образа жизни и максимального снижения влияния негативных факторов. Здесь можно воспользоваться опытом развитых

стран, в которых существуют курсы, направленные на развитие поведенческих установок и обучение практикам здорового образа жизни населения, входят в перечень страховых оплачиваемых программ [19].

Таким образом, активное здоровое долголетие достигается формированием мотивационных механизмов и программ взаимодействия всех субъектов — государства, бизнеса и населения.

Литература

1. Указ Президента РФ от 07.05.2024 № 309 «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года и на перспективу до 2036 года». Консультант Плюс. — URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_475991
2. Федеральный закон «О молодежной политике в Российской Федерации» от 30.12.2020 № 489-ФЗ [Электронный ресурс]. — URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_372649 (дата обращения: 24.01.2025)
3. Выборочное наблюдение состояния здоровья населения — 2024 [Электронный ресурс]. — URL: https://rosstat.gov.ru/free_doc/new_site/zdor24/PublishSite_2024/index.html (дата обращения: 10.01.2025).
4. Давитадзе А.П. Неудовлетворённые потребности в медицинской помощи у населения России: результаты Мониторинга общественного здоровья в 2022 г. [Текст] / А.П. Давитадзе, Т.И. Родионова, А.Р. Хабибуллина, Е.А. Александрова // Демографическое обозрение. — 2024. — № 11(1). — С. 20–36. — DOI: 10.17323/demreview.v11i1.20930
5. Десятилетие здорового старения на период 2020–2030 годов. Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс]. — URL: <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal-final-apr2020-en> (дата обращения: 13.01.2025).
6. Тироль Ж. Экономика для общего блага [Текст] / Ж. Тироль; пер. с фр. И. Шевелевой; науч. ред. перевода М. Левин. — М.: Изд-во Института Гайдара, 2020. — 696 с.
7. Заздравных Е.А. Удалось ли реформам здравоохранения в России уменьшить очередь к врачу? [Текст] / Е.А. Заздравных, Е.В. Тараскина // Экономическая политика. — 2021. — Т. 16. — № 5. — С. 118–143.
8. Иванова А.Е., Стародубов В.И. Продолжительность здоровой жизни в контексте демографических прогнозов [Электронный ресурс] // Социальные аспекты здоровья населения. — 2024. — № 70(4). — DOI: 10.21045/2071-5021-2024-70-4-5 — URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1627/30/lang,ru>
9. Кабашева И.А. Здоровьесберегающее поведение населения в регионах с разным качеством жизни [Текст] / И.А. Кабашева, И.А. Рудалева // Регион: Экономика и Социология. — 2024. — № 3. — С. 126–153.
10. Картоотека грантовой поддержки Российского научного фонда [Электронный ресурс]. — URL: http://rscf.ru/prjcard_int?17-45-00002 (дата обращения: 22.01.2025).
11. Мониторинг общественного здоровья. Первый МГМУ им. Сеченова (Сеченовский университет) [Электронный ресурс]. — URL: <https://monitoring.sechenov.ru> (дата обращения: 22.01.2025).
12. Официальный сайт Всемирной организации здравоохранения. Доклад «Сокращение несправедливости в отношении здоровья на всех этапах жизни: пожилой возраст и здоровое старение» [Электронный ресурс]. — URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/346030/WHO-EURO-2019-3531-43290-60673-rus.pdf?sequence=3> (дата обращения: 22.01.2025).
13. Официальный сайт Правительства РФ [Электронный ресурс]. — URL: <http://government.ru/rugovclassifier/section/2641> (дата обращения: 12.01.2025).
14. Официальный сайт Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения [Электронный ресурс]. — URL: <http://roszdravnadzor.gov.ru/spec/news/39945?ysclid=m7loikipfk729544914> (дата обращения: 12.01.2025).
15. Русинова Н.Л. Возрастные различия здоровья и психологические ресурсы личности: ключевые теоретические концепции и результаты современных эмпирических исследований [Текст] / Н.Л. Русинова // Демографическое обозрение. — 2021. — № 8(4). — С. 132–155. — DOI: 10.17323/demreview.v8i4.13879
16. Хабибуллина А.Р. Оценки неравенства в здоровье россиян [Текст] / А.Р. Хабибуллина, Е.А. Александрова, А.В. Аистов // Вопросы экономики. — 2021. — № 3. — С. 117–138.
17. Хайруллин Р.Н., Ильдарханова Ч.И., Ершова Г.Н. Поведенческие предикторы ожидаемой продолжительности жизни в Российской Федерации (по итогам Всероссийского выборочного наблюдения состояния здоровья населения в 2019 и 2023 гг.) [Электронный ресурс] // Социальные аспекты здоровья населения. — 2024. — № 70(4). — DOI: 10.21045/2071-5021-2024-70-4-8 — URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1630/30/lang,ru> (дата обращения: 10.01.2025).
18. Collings C., Frates E.P., Shurney D. The Time is Now For Lifestyle Medicine: Lesson From Lifestyle Medicine Leaders // *Am J Lifestyle Med.* 2022. № 1. Т. 16(5), pp. 557–561. DOI: 10.1177/15598276221088807
19. Costa-Font J., Hernández-Quevedo C., McGuire A. Persistence despite action? Measuring the patterns of health inequality in England (1997–2007) // *Health Policy.* 2011. Т. 103. № 2–3, pp. 149–159. DOI: 10.1016/j.healthpol.2011.07.002
20. Davillas A., Jones A. Ex ante inequality of opportunity in health, decomposition and distributional analysis of biomarkers. // *Journal of Health Economics.* 2020. № 69. P. 102251. DOI: 10.1016/j.jhealeco.2019.102251
21. Kim J., Durden E. Socioeconomic status and age trajectories of health // *Social Science & Medicine.* 2007. Т. 65. I. 12, pp. 2489–2502. DOI: 10.1016/j.socscimed.2007.07.022
22. Kovacic M., Orso C.E. Trends in inequality of opportunity in health over the life cycle: The role of early-life conditions. // *Journal of Economic Behavior & Organization.* 2022. Vol. 201, pp. 60–82. DOI: 10.1016/j.jebo.2022.07.018
23. Mackenbach J.P., Kulháňová I., Menvielle G., Bopp M., Borrell C., Costa G., Deboosere P., Esnaola S., Kalediene R., Kovacs K., Leinsalu M. Trends in inequalities in premature mortality: A study of 3.2 million deaths in 13 European countries // *Journal of Epidemiology & Community Health.* 2015. Vol. 69. № 3, pp. 207–217. DOI: 10.1136/jech-2014-204319
24. Van Doorslaer E., Clarke P., Savage E., Hall J. Horizontal inequities in Australia's mixed public/private health care system // *Health Policy.* 2008. Vol. 86. № 1, pp. 97–108. DOI: 10.1016/j.healthpol.2007.09.018

References

1. Ukaz Prezidenta RF ot 07.05.2024 № 309 "O nacionalnykh celyakh razvitiya Rossijskoj Federacii na period do 2030 goda i na perspektivu do 2036 goda". Konsultant Plyus. URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_475991 (in Russian)
2. Federalnyj zakon «O molodezhnoj politike v Rossijskoj Federacii» ot 30.12.2020 № 489-FZ. [Elektronnyj resurs]. URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_372649/ (data obrasheniya: 24.01.2025) (in Russian)
3. Vyborochnoe nablyudenie sostoyaniya zdorovya naseleniya — 2024 [Elektronnyj resurs]. URL: https://rosstat.gov.ru/free_doc/new_site/zdor24/PublishSite_2024/index.html (data obrasheniya: 10.01.2025) (in Russian)
4. Davitadze A.P., Rodionova T.I., Habibullina A.R., Aleksandrova E.A. Neudovletvoryonnye potrebnosti v medicinskoj pomoshi u naseleniya Rossii: rezultaty Monitoringa obshchestvennogo zdorovya v 2022 g. Demograficheskoe obozrenie, 2024, 11(1), pp. 20–36. <https://doi.org/10.17323/demreview.v11i1.20930> (in Russian)
5. Desyatiletie zdorovogo stareniya na period 2020–2030 godov. Vsemirnaya organizaciya zdavoohraneniya. URL: <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal-final-apr2020-en>
6. Tirol Zh. Ekonomika dlya obshego blaga / per. s fr. I. Shevel'evoy; nauchnyj redaktor perevoda M. Levin. M.: Izd-vo Instituta Gajdara, 2020, 696 s.
7. Zazdravnykh E.A., Taraskina E.V. Udalos li reformam zdavoohraneniya v Rossii umenshit ochered k vrachu? Ekonomicheskaya politika, 2021, T. 16, № 5, pp. 118–143 (in Russian)
8. Ivanova A.E., Starodubov V.I. Prodolzhitel'nost zdorovoj zhizni v kontekste demograficheskikh prognozov. Socialnye aspekty zdorovya naseleniya. 2024; 70(4):5. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1627/30/lang,ru> DOI: 10.21045/2071-5021-2024-70-4-5 (in Russian)
9. Kabasheva I.A., Rudaleva I.A. Zdorovesberegayushee povedenie naseleniya v regionah s raznym kachestvom zhizni. Region: Ekonomika i Sociologiya, 2024, № 3, (123), pp. 126–153 (in Russian)
10. Kartoteka grantovoj podderzhki Rossijskogo nauchnogo fonda. URL: http://rscf.ru/prjcard_int?17-45-00002
11. Monitoring obshchestvennogo zdorovya. Pervyj MGMU im. Sechenova (Sechenovskij universitet). URL: <https://monitoring.sechenov.ru>
12. Ofitsialnyj sayt Vsemirnoj organizacii zdavoohraneniya. Doklad «Sokrashenie nespravedlivosti v otnoshenii zdorovya na vsekh etapah zhizni: pozhiloy vozrast i zdorovoe starenie». URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/346030/WHO-EURO-2019-3531-43290-60673-rus.pdf?sequence=3>
13. Ofitsialnyj sayt Pravitelstva RF. URL: <http://government.ru/rugovclassfier/section/2641>
14. Ofitsialnyj sayt Federalnoj sluzhby po nadzoru v sfere zdavoohraneniya. URL: <http://roszdravnadzor.gov.ru/spec/news/39945?ysclid=m7loikipfk729544914>
15. Rusinova N.L. Vozrastnye razlichiya zdorovya i psihologicheskie resursy lichnosti: klyuchevye teoreticheskie kontseptsii i rezultaty sovremennykh empiricheskikh issledovanij. Demograficheskoe obozrenie, 2021, 8(4), pp. 132–155. <https://doi.org/10.17323/demreview.v8i4.13879> (in Russian)
16. KHabibullina A.R., Aleksandrova E.A., Aistov A.V. Otsenki neravenstva v zdorove rossijan. Voprosy ekonomiki, 2021, № 3, pp. 117–138 (in Russian)
17. KHajrullin R.N., Ildarkhanova Ch.I., Ershova G.N. Povedencheskije prediktory ozhidaemoj prodolzhitel'nosti zhizni v Rossijskoj Federatsii (po itogam Vserossijskogo vyborochnogo nablyudeniya sostoyaniya zdorovya naseleniya v 2019 i 2023 gg.). Sotsialnye aspekty zdorovya naseleniya. 2024, 70(4):8. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1630/30/lang,ru> DOI: 10.21045/2071-5021-2024-70-4-8 (in Russian)
18. Collings C., Frates E.P., Shurney D. The Time is Now For Lifestyle Medicine: Lesson From Lifestyle Medicine Leaders. Am J Lifestyle Med, 2022, Jun 1, 16(5):557–561. doi: 10.1177/15598276221088807
19. Costa-Font J., Hernández-Quevedo C., McGuire A. Persistence despite action? Measuring the patterns of health inequality in England (1997–2007). Health Policy, 2011, Vol. 103, no. 2–3, pp. 149–159. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2011.07.002>
20. Davillas A., Jones A. Ex ante inequality of opportunity in health, decomposition and distributional analysis of biomarkers. Journal of Health Economics, 2020, vol. 69, p. 102251. URL: <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2019.102251>
21. Kim J., Durden E. Socioeconomic status and age trajectories of health. Social Science & Medicine, 2007, vol. 65, i. 12, pp. 2489–2502. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.07.022>
22. Kovacic M., Orso C.E. Trends in inequality of opportunity in health over the life cycle: The role of early-life conditions. Journal of Economic Behavior & Organization, 2022, vol. 201, pp. 60–82. <https://doi.org/10.1016/j.jebo.2022.07.018>
23. Mackenbach J. P., Kulhánová I., Menvielle G., Bopp M., Borrell C., Costa G., Deboosere P., Esnaola S., Kalediene R., Kovacs K., Leinsalu M. Trends in inequalities in premature mortality: A study of 3.2 million deaths in 13 European countries. Journal of Epidemiology & Community Health, 2015, vol. 69, no. 3, pp. 207–217. URL: <https://doi.org/10.1136/jech-2014-204319>
24. Van Doorslaer E., Clarke P., Savage E., Hall J. (2008). Horizontal inequities in Australia's mixed public/private health care system. Health Policy, vol. 86, no. 1, pp. 97–108. URL: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2007.09.018>