

ОТ РЕДАКЦИИ

DOI: 10.15838/ptd.2021.4.114.1

УДК 314.44+314.17 | ББК 60.7

© Шабунова А.А., Нацун Л.Н., Короленко А.В.

УКРЕПЛЕНИЕ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ: БАЛАНС ОТВЕТСТВЕННОСТИ ГОСУДАРСТВА И ГРАЖДАНИНА



АЛЕКСАНДРА АНАТОЛЬЕВНА ШАБУНОВА

Вологодский научный центр Российской академии наук

г. Вологда, Российская Федерация

e-mail: aas@volnc.ru

ORCID: [0000-0002-3467-0921](https://orcid.org/0000-0002-3467-0921); ResearcherID: [E-5968-2012](https://orcid.org/E-5968-2012)



ЛЕЙЛА НАТИГОВНА НАЦУН

Вологодский научный центр Российской академии наук

г. Вологда, Российская Федерация

e-mail: leyla.natsun@yandex.ru

ORCID: [0000-0002-9829-8866](https://orcid.org/0000-0002-9829-8866); ResearcherID: [I-8415-2016](https://orcid.org/I-8415-2016)



АЛЕКСАНДРА ВЛАДИМИРОВНА КОРОЛЕНКО

Вологодский научный центр Российской академии наук

г. Вологда, Российская Федерация

e-mail: coretra@yandex.ru

ORCID: [0000-0002-7699-0181](https://orcid.org/0000-0002-7699-0181); ResearcherID: [I-8201-2016](https://orcid.org/I-8201-2016)

Современные реалии социального, экономического и демографического развития страны предъявляют высокие требования к человеческому потенциалу населения, в частности к состоянию физического здоровья. Укрепление здоровья населения выступает необходимым условием социально-экономического развития территорий и России в целом, поэтому требует пристального внимания со стороны не только общества, но и органов власти всех уровней. Среди широкого перечня факторов, определяющих индивидуальное и общественное здоровье, на первый план в ряду управляемых факторов выходят характеристики образа жизни, в том

Для цитирования: Шабунова А.А., Нацун Л.Н., Короленко А.В. Укрепление общественного здоровья: баланс ответственности государства и гражданина // Проблемы развития территории. 2021. Т. 25. № 4. С. 7–23. DOI: 10.15838/ptd.2021.4.114.1

For citation: Shabunova A.A., Natsun L.N., Korolenko A.V. Strengthening public health: balance of responsibility of the state and a citizen. *Problems of Territory's Development*, 2021, vol. 25, no. 4, pp. 7–23. DOI: 10.15838/ptd.2021.4.114.1

числе поведение людей в отношении собственного здоровья. В отечественных и зарубежных исследованиях достаточно подробно разработана тематика оценки взаимосвязи поведения людей и рисков развития различных патологий, но недостаточно изученным остается влияние внутренних психологических установок людей в отношении заботы о здоровье на практики заботы о нем, а также потенциала его влияния на общую картину показателей, характеризующих общественное здоровье. Цель настоящего исследования состоит в оценке возможностей и ограничений достижения баланса ответственности за состояние здоровья граждан между ними и государством. Информационной базой исследования послужили данные официальной статистики, а также многолетнего мониторинга здоровья и самосохранительного поведения населения Вологодской области, проводимого Вологодским научным центром. Выполнен анализ оценок состояния здоровья и отдельных параметров самосохранительного поведения у населения Вологодской области, признающего и не признающего личную ответственность за здоровье. Установлено, что респонденты, ответственные за свое здоровье, значительно чаще называют здоровье главной жизненной ценностью, лучше оценивают его состояние, чаще применяют здоровьесберегательные меры, заботятся о нем и в большей степени мотивированы на ведение здорового образа жизни. В то же время показано, что повышение личной ответственности населения за состояние своего здоровья должно сопровождаться улучшением работы первичного звена здравоохранения региона и расширением профилактики поведенческих рисков для здоровья.

Здоровье, здоровый образ жизни, личная ответственность за здоровье, самосохранительное поведение населения региона.

Введение

Ключевыми процессами, определяющими демографическое развитие стран мира в перспективе ближайших десятилетий, выступают увеличение средней продолжительности жизни и старение населения. Основную роль демографического фактора в социально-экономическом развитии территорий неоднократно подчеркивали ведущие российские демографы А.И. Антонов и В.А. Борисов [1], Л.Л. Рыбаковский [2; 3], В.Н. Архангельский [4]. Учитывать особенности демографического развития необходимо, в том числе, в связи с их влиянием на изменение структуры причин смертности населения. На современном этапе демографического развития в мире наибольшее число умерших приходится на неинфекционные хронические заболевания, которые являются причиной 71% всех случаев смерти, включая 15 миллионов ежегодных случаев смерти среди людей в возрасте от 30 до 70 лет¹. Развитие хронических и неинфекционных заболеваний (НИЗ) в определенной

мере предотвратимо при условии своевременной профилактики. Вероятность НИЗ определяет образ жизни людей и их поведение в отношении своего здоровья, следовательно, эти факторы становятся ведущими в сохранении здоровья, особенно в пожилом возрасте². Так, в зарубежных исследованиях была подтверждена положительная прямая взаимосвязь между субъективным благополучием в пожилом возрасте и степенью физической активности в свободное время [5].

Вклад поведенческого фактора, связанного с отношением человека к собственному здоровью и продолжительности жизни, в состояние здоровья оценивается специалистами на уровне 50–55% [6]. В свою очередь, на качество жизни поведение в отношении здоровья влияет независимо от его исходного состояния [7]. В числе главных причин наиболее распространенных неинфекционных заболеваний (сердечно-сосудистых, онкологических, хронических респираторных и сахарного диабета) на сегодняшний день выступают такие предотвратимые поведен-

¹ ВОЗ представила Глобальный план действий по повышению уровня физической активности. URL: <http://www.who.int/ru/news-room/detail/04-06-2018-who-launches-global-action-plan-on-physical-activity> (дата обращения 09.06.2021).

² Глобальные рекомендации по физической активности для здоровья. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2010. 60 с.

ческие факторы риска, как употребление табака, отсутствие физической активности, неправильное питание и чрезмерное употребление алкоголя⁵ [8; 9]. По данным аналитиков ВОЗ, «каждый пятый взрослый человек в мире и каждые четыре из пяти подростков (11–17 лет) недостаточно физически активны»⁴.

Наличие установок на ведение здорового образа жизни и применение конкретных здоровьесберегательных практик зависят как от факторов внешней среды (доступности и качества услуг здравоохранения, объектов социальной инфраструктуры, «моды» на ведение ЗОЖ и т. д.), так и от личной ответственности индивида за собственное здоровье. Установки в отношении собственного здоровья – одни из наиболее устойчивых во времени и, как правило, передаются в семье из поколения в поколение. В частности, условия семейного воспитания воздействуют на формирование здорового образа жизни у детей уже в раннем возрасте, а впоследствии определяют готовность детей к школе, влияют на социальное неравенство и благополучие на протяжении всей жизни [10]. Государственная политика в сфере здоровьесбережения населения также оказывает существенное влияние на формирование и закрепление в общественном сознании установок на здоровьесбережение. Преобладание у части населения внешнего локуса контроля над состоянием своего здоровья – наследие советской системы здравоохранения и в целом социалистической политической системы. Сложившееся в советскую эпоху представление о том, что государство является носителем ответственности за здоровье каждого гражданина, способствует тому, что часть населения не принимает на себя инициативу в профилактике предотвратимых заболеваний и обращается

за медицинской помощью только по факту развития заболевания, чтобы получить больничный или рецепт на лекарства. За прошедшие постсоветские годы общественное здравоохранение претерпело ряд кардинальных изменений. Причем они касались сужения области ответственности государства за здоровье населения и сокращения спектра направлений оздоровительной и профилактической работы [11]. На практике это проявилось в свертывании финансирования корпоративных программ здоровьесбережения (отмена полной оплаты путевок в санатории и профилактории, летние детские оздоровительные лагеря, регулярных профосмотров, упразднение спортивных секций на предприятиях и в учреждениях). Эти перемены в сочетании с общим негативным социально-экономическим климатом раннего постсоветского периода (90-е гг.) наряду с другими факторами внесли свой вклад в рост заболеваемости и смертности населения трудоспособного возраста.

Согласно рассчитываемому Всемирным экономическим форумом индексу человеческого капитала⁵, по компоненту «здоровье населения» Россия в 2015 году находилась на 81 месте. А по величине ожидаемой продолжительности здоровой жизни она заметно уступает не только развитым западным европейским странам, но и многим государствам постсоветского пространства (для примера: в 2016 году ОПЗЖ в России составляла 63,5 года, в Германии – 71,6 года, в Беларуси – 65,5 года)⁶.

В настоящее время важной задачей в сфере здоровьесбережения представляется формирование действенного, эффективного баланса ответственности за здоровье индивида между ним и государством. Государство со своей стороны декларирует важность сохранения здоровья и увеличения продол-

⁵ Global status report on non-communicable diseases 2014. Geneva: World Health Organization, 2014. 302 p.

⁴ ВОЗ представила Глобальный план действий по повышению уровня физической активности. URL: <http://www.who.int/ru/news-room/detail/04-06-2018-who-launches-global-action-plan-on-physical-activity> (дата обращения 09.06.2021).

⁵ Отчет о человеческом капитале – 2015 / Всемирный экономический форум. URL: <http://reports.weforum.org/human-capital-report-2015> (дата обращения 09.06.2021).

⁶ World Health Organization. Global Health Observatory Data Repository. URL: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.680?lang=en> (accessed 20.06.2021).

жительности здоровой жизни. В рамках специальных программ предпринимаются отдельные шаги по укреплению материально-технической базы учреждений здравоохранения, решению проблем кадрового дефицита в отрасли, в том числе на региональном уровне. В национальном проекте «Здравоохранение» особое внимание уделяется развитию первичного звена оказания медицинской помощи, детского здравоохранения, борьбе с неинфекционными заболеваниями⁷. В качестве составляющей национального проекта «Демография» реализуется федеральный проект «Укрепление общественного здоровья»⁸, а также федеральный проект по повышению качества жизни пожилого населения⁹.

В 2017 году Президиумом Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию и приоритетным проектам утвержден приоритетный проект «Здоровый образ жизни». Его целью является увеличение доли граждан, приверженных здоровому образу жизни, до 50% к 2020 году и до 60% к 2025 году путем формирования ответственного отношения к своему здоровью¹⁰. Однако индикаторы проекта имеют некоторую разбалансированность. Например, значения показателя «распространенность потребления табака среди взрослого населения» планируется достичь на уровне 27% к 2025 году. Согласно последнему замеру ВЦИОМ¹¹, этот показатель уже достиг 29%. В то же время вовлечь в систематические занятия физической культурой и спортом к 2025 году планируется 45% населения. Данные ВЦИОМ свидетельствуют о том, что сегодня доля таких граждан составляет только 25%.

Целевые показатели здоровьесбережения требуют реализации системы профи-

лактических мероприятий среди детского и взрослого населения. Основная нагрузка, связанная с проведением данных мероприятий, приходится на амбулаторно-поликлинические отделения. Вместе с тем именно первичный сегмент системы здравоохранения в настоящее время испытывает хронический дефицит финансирования и наименее укомплектован медицинскими кадрами [12]. Исследователи указывают на существование дисбаланса в структуре финансирования отрасли: на первичное звено здравоохранения, обладающее максимальным охватом населения, расходуется наименьший объем средств, а на стационарную помощь выделяются значительные средства при низких показателях охвата ею населения [13; 14].

Сложность проблемы заключается даже не столько в наличии дисбаланса затрат, сколько в низком уровне государственного финансирования отрасли в целом. Доля государственных расходов на здравоохранение в общем объеме ВВП в России ниже рекомендуемого ВОЗ порога в 5%. По данному показателю Россия уступает не только постиндустриальным странам Европы, но и многим постсоциалистическим странам (рис. 1).

Руководитель Высшей школы организации и управления здравоохранением Г.Э. Улумбекова отмечает, что достижение целевого показателя ОПЖ (78 лет) к 2024 году возможно при условии увеличения финансирования здравоохранения в 1,4–1,5 раза, при правильной расстановке приоритетов в области укрепления общественного здоровья и решении ключевых проблем предоставления медицинской помощи населению [15]. Дефицит финансирования отрасли ведет к тому, что конституционно закрепленное право россиян на получение бесплатной

⁷ Национальные проекты «Здравоохранение» и «Демография». URL: <https://minzdrav.gov.ru/poleznye-resursy/natsproektzdravoohranenie> (дата обращения 01.07.2021).

⁸ Федеральный проект «Укрепление общественного здоровья». URL: <https://minzdrav.gov.ru/poleznye-resursy/natsproektzdravoohranenie/zozh> (дата обращения 01.07.2021).

⁹ Федеральный проект «Разработка и реализация программы системной поддержки и повышения качества жизни граждан старшего поколения «Старшее поколение». URL: <https://minzdrav.gov.ru/poleznye-resursy/natsproektzdravoohranenie/stranitsa-5729> (дата обращения 01.07.2021).

¹⁰ Ключевая цель проекта – увеличить долю граждан, приверженных здоровому образу жизни, до 50% к 2020 году и до 60% к 2025 году. URL: <http://government.ru/news/28745> (дата обращения 09.06.2021).

¹¹ Здоровый образ жизни: пресс-выпуск // ВЦИОМ. 2018. 21 марта (№ 3611). URL: <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=9001> (дата обращения 13.06.2021).

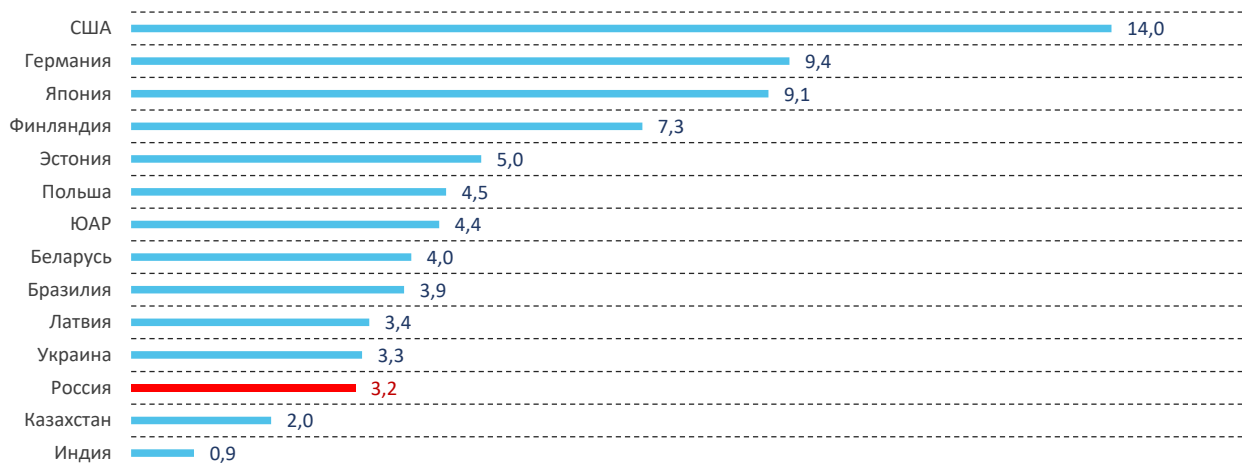


Рис. 1. Государственные расходы на здравоохранение по странам мира, 2018 год, % к ВВП

медицинской помощи по месту жительства не реализуется в полном и желаемом объеме. Это приводит к снижению доступности бесплатной медицинской помощи и вынужденному обращению населения в частные медицинские клиники [16].

Под влиянием перечисленных факторов баланс ответственности и заботы о здоровье все больше смещается от государства к населению. В то же время профилактика основных рисков развития хронических неинфекционных заболеваний требует решения ключевых вопросов с недофинансированием направления, обеспечением кадрами, устранения территориальной дифференциации в доступности медицинской помощи. О неравенстве в доступе к медицинской помощи в разрезе территории проживания свидетельствуют, в том числе, данные опросов населения Вологодской области. В 2020 году на низкую доступность услуг здравоохранения указали 27% опрошенных, проживающих в сельской местности, и только 18% горожан¹². Одной из главных проблем здравоохранения в сельской местности остается дефицит врачей. Согласно данным Росстата, в 2018 году именно отсутствие нужного специалиста возглавило перечень причин неполучения медпомощи при обращении в организации

здравоохранения: 40,5% случаев в городской и 48,6% в сельской местности¹³.

Очевидно, что достижение амбициозных целей в области укрепления здоровья населения требует определенных усилий и со стороны самих граждан. В силах каждого человека пересмотреть некоторые аспекты своего образа жизни, чтобы снизить риск неинфекционных заболеваний. Пандемия новой коронавирусной инфекции преподала миру несколько важных уроков, в т. ч. научила тому, что каждый человек несет ответственность не только за собственное здоровье, но и за здоровье окружающих. Картина распространения заболевания и результаты последующих мер по борьбе с ним показали, что в ответственных сообществах преодоление кризисной ситуации протекало быстрее и с меньшими потерями. По данным российских региональных исследований, в этот период население под влиянием контента, транслируемого через СМИ, стало более внимательно относиться к мерам профилактики, больше времени уделять занятиям спортом и физкультурой [17]. Однако пока неясно, закрепятся ли эти навыки надолго или это явление имеет краткосрочный характер.

Получило эмпирическое подтверждение влияние трудовой нагрузки и графика рабо-

¹² Данные мониторинга физического здоровья населения Вологодской области, 2020 год.

¹³ Причины неполучения лицами в возрасте 15 лет и более амбулаторно-поликлинической помощи в 2018 году // Здравоохранение в России – 2019 / Федеральная служба государственной статистики. URL: https://gks.ru/bgd/regl/b19_34/IssWWW.exe/Stg/03-24.doc

ты на здоровьесберегательные практики работающих граждан, имеющих в семье несовершеннолетних детей. В условиях дефицита свободного времени на заботу о здоровье, гибкие формы труда приобретают ключевое значение, особенно для работающих матерей [18].

Здоровый образ жизни (ЗОЖ) – это основа качественной жизни и увеличения количества прожитых здоровых лет. Он подразумевает отказ от «вредных привычек», полноценное питание, физическую активность, соблюдение гигиены, режима труда и отдыха, психологическое благополучие индивида [19].

Понятие «здоровый образ жизни» исследователи раскрывают с учетом отраслевой специфики научного знания (философско-социологический, медико-биологический, психолого-педагогический, социологический подходы). Наиболее обоснованным и проработанным подходом к исследованию самосохранительного поведения и здорового образа жизни является социологический, который получил развитие, в частности, в трудах И.Б. Назаровой [20; 21], И.В. Журавлевой [22] и др.

Все подходы к определению ЗОЖ объединены общим пониманием того, что здоровье человека детерминируется комплексом условий и факторов, решающим среди которых является позиция самого человека, его отношение к собственному здоровью и продолжительности жизни.

Материалы и методы

Информационной базой исследования выступили данные социологического мониторинга физического здоровья населения Вологодской области, проводимого ФГБУН «Вологодский научный центр РАН». Обследование проходило ежегодно в период с 1999 по 2020 год в форме раздаточного анкетирования в городах Вологде и Череповце, а также в восьми районах Вологодской области. Объем ежегодной выборки – 1500 респондентов. Тип выборки: районирование с пропорциональным размещением единиц наблюдения, квотная по полу и возрасту в соответствии с генеральной совокупностью. Репрезентативность выборки обеспечива-

лась соблюдением следующих условий: пропорций между городским и сельским населением; пропорций между жителями населенных пунктов различных типов (сельские населенные пункты, малые и средние города); половозрастной структуры взрослого населения области. Величина случайной ошибки выборки составляет 3% при доверительном интервале 4–5%. Техническая обработка информации осуществлялась в программах IBM SPSS Statistics 22 и MS Excel 2010.

Анализ влияния личной ответственности за здоровье на самооценку его состояния и отдельные параметры самосохранительного поведения (ценность здоровья, практикуемые здоровьесберегательные меры, характер и мотивы заботы о здоровье) выполнялся с помощью группировки респондентов на тех, кто считает себя ответственным за собственное здоровье, и тех, кто не считает себя таковым. Группировка была проведена на основании ответов на вопрос «Кого Вы считаете ответственным за Ваше здоровье?».

Исследование также опиралось на данные мониторинга качественного состояния трудового потенциала ФГБУН ВолНИЦ РАН и результаты всероссийских опросов Росстата, Института социологии РАН, посвященных тематике здорового образа жизни населения.

Результаты и их обсуждение

В России широко распространены факторы, ограничивающие или снижающие здоровье населения. На основе данных многолетнего мониторинга здоровья и самосохранительного поведения населения Вологодской области нами выделены три группы факторов риска, воздействующих на здоровье.

1. *Социально-экономические* – факторы, определяющие материальное благополучие и социальный статус населения: низкий уровень образования (ниже среднего специального), некомфортность жилья, неудовлетворительные оценки питания. В 2018 году действие факторов данной группы отмечались для 64,1% населения (70,9% в 2014 году; 66,1% в 2000 году). Снижение негативного воздействия данных факторов возможно

при условии принятия эффективных мер социальной политики по повышению уровня жизни населения.

2. *Поведенческие* – факторы, объединяющие негативные характеристики образа жизни населения: курение, употребление алкогольных напитков, низкая физическая активность, отсутствие профилактики основных болезней. Эти факторы наиболее широко распространены в популяции. В 2018 году в той или иной мере они были присущи 86,2% опрошенных (90,1% в 2014 году; 91,1% в 2000 году). Сократить нагрузку на здоровье со стороны поведенческих факторов возможно только через изменение отношения населения к своему здоровью и осознанную мотивацию на изменение образа жизни, а также активизацию регулирующих воздействий со стороны государства и общества.

3. *Медико-демографические* – характеристики населения, ассоциированные с повышенным риском потери здоровья: возраст более 50 лет, наличие хронических заболеваний. Представительность группы носителей данных факторов среди населения в 2018 году составила 54,6% (55,5% в 2014 году, 57% в 2000 году). Снижение вероятности реализации рисков для здоровья, обусловленных данными факторами, требует поддержания высокого качества и доступности медицинской помощи, отлаженной работы служб социальной поддержки населения.

Накопление числа факторов риска закономерно сопровождается снижением вероятности позитивной самооценки здоровья. Сравнение групп населения, различающихся по количеству действующих факторов риска для здоровья, показывает обратное соотношение между долей людей, высказывающих хорошие самооценки здоровья, и числом отмеченных в группе факторов риска. Среди тех, у кого рассматриваемые факторы риска отсутствуют, регистрируется 20,3% позитивных самооценок здоровья, а среди тех, у кого отмечены 5 и более факторов риска, доля таких оценок падает до 13,8%. И если

для первой группы достаточно проведения информационно-профилактической работы и повышения физической активности (первичная профилактика болезней), то для тех, кто демонстрирует наличие вредных привычек, но пока не ощущает значимых изменений в здоровье, нужны не только доступные медицинские услуги, но и возможность социальной реабилитации, мероприятия, мотивирующие вести здоровый образ жизни.

Самооценка здоровья является достаточно чувствительным индикатором общественного здоровья, динамика которого свидетельствует о его улучшении на уровне страны и отдельных регионов. По данным РМЭЗ, значительно снизилась доля россиян, оценивающих свое здоровье как «плохое и очень плохое»: с 27% в 1998 году до 10,1% в 2018 году, причем 47% россиян в 2018 году дали положительную оценку своему здоровью¹⁴. В то же время согласно данным ВОЗ, Россия по доле позитивных самооценок здоровья по-прежнему значительно отстает от стран ЕС, где 68% населения оценивает свое здоровье как «хорошее».

По данным социологических опросов ФГБУН ВолНИЦ РАН, большая часть респондентов признают личную ответственность за собственное здоровье (86% в 2020 году; *рис. 2*). Полученные результаты согласуются с данными выборочного обследования поведенческих факторов здоровья Росстата, согласно которому 83% россиян считают себя ответственными за здоровье¹⁵. Для сравнения: в 2016 году в регионе доля таких ответов составляла 91%, а в 2018 году – 87%. То есть понимание личной ответственности за собственное здоровье осталось высоким даже в условиях пандемии коронавирусной инфекции. Вместе с тем в 2020 году респонденты несколько чаще стали возлагать ответственность за свое здоровье на медицинских работников (прирост – 3 п. п.) и государство (прирост – 5 п. п.).

Как отмечает доктор социологических наук И.В. Журавлева, «сегодня можно го-

¹⁴ Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ (RLMS-HSE). URL: <http://www.hse.ru/rlms> <http://www.cpc.unc.edu/projects/rlms> (дата обращения 29.03.2019).

¹⁵ Выборочное наблюдение поведенческих факторов, влияющих на состояние здоровья населения – 2013 // Росстат. URL: http://www.gks.ru/free_doc/new_site/ZDOR/Sdp2013.Bfs.Publisher/index.html (дата обращения 13.06.2018).

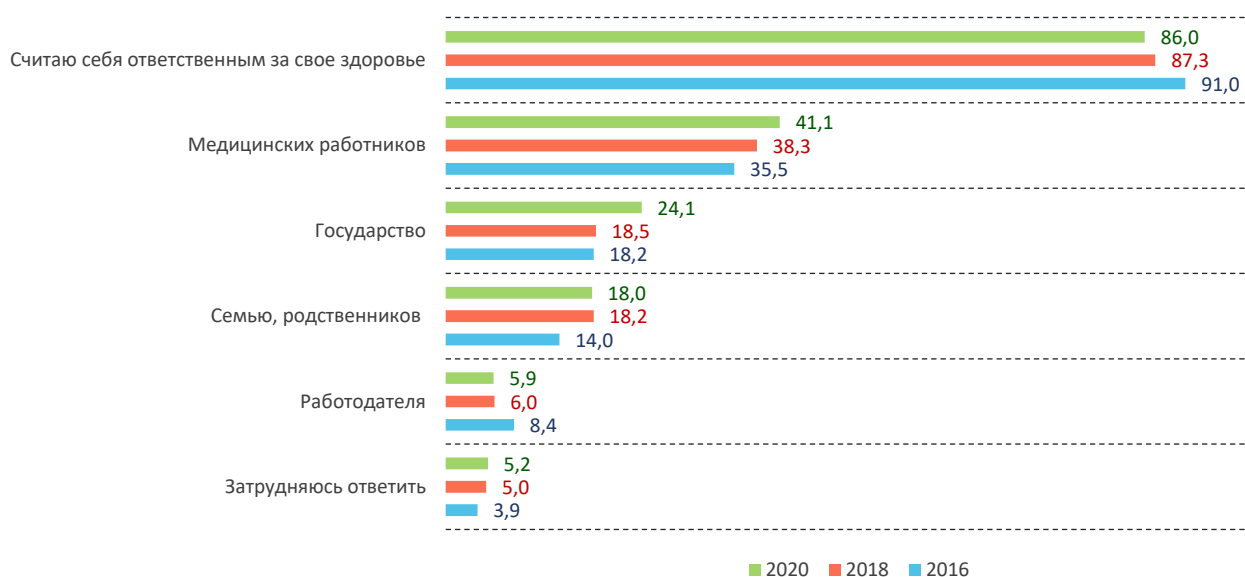


Рис. 2. Распределение ответов на вопрос «Кого Вы считаете ответственным за Ваше здоровье?»*, 2018 и 2020 гг., % от числа ответивших

* Вопрос подразумевал выбор нескольких (не более 3) вариантов ответа, поэтому сумма ответов не равна 100%.
Источник (здесь и далее, если не указано иное): данные мониторинга физического здоровья населения Вологодской области, 2016, 2018 и 2020 гг.

Таблица 1. Главные жизненные ценности в зависимости от признания личной ответственности за здоровье*, % от числа опрошенных

Ценность	Не считают себя ответственными за собственное здоровье			Считают себя ответственными за собственное здоровье		
	2016 год	2018 год	2020 год	2016 год	2018 год	2020 год
Здоровье	52,6	46,6	55,7	80,7	74,4	74,0
Счастливая и дружная семья	50,4	23,0	31,9	75,7	33,7	46,0
Материальное благополучие	49,6	63,4	67,1	52,7	80,5	82,2
Материнство/отцовство	28,1	42,4	41,9	43,1	51,9	46,1
Любимая работа	21,5	12,0	16,7	21,0	19,8	17,7
Образование	18,5	6,8	17,1	9,1	11,3	10,9
Общественное признание, популярность	10,4	4,2	2,9	5,6	2,5	4,1
Другое	0,0	10,5	8,1	0,2	2,1	2,2
Затрудняюсь ответить	11,1	0,5	0,0	1,6	1,4	0,2

* Вопрос «Что для Вас является главной ценностью?» подразумевал выбор нескольких (не более 3) вариантов ответа, поэтому сумма ответов в столбце не равна 100%.

ворить о существовании двух типов ответственности за здоровье. Первый ориентирован, прежде всего, на усилия самого человека при заботе о здоровье, второй – преимущественно на условия жизни, когда усилиям человека отводится второстепенная роль» [23].

Несмотря на преобладание среди опрошенных мнения о личной ответственности за свое здоровье (более 80%), трудоспособное население не стремится заботиться о нем. Мониторинг качества трудового потенциала населения Вологодской области, проводимый ФГБУН ВолНЦ РАН на протяжении

двадцати последних лет, показывает, что реальные планы по сохранению здоровья и его поддержанию в хорошем состоянии имеют только 40–45% работающего населения региона [24].

Хотя ценность здоровья присуща обеим рассматриваемым группам населения, в группе с четко выраженной позицией личной ответственности за свое здоровье значительно больше число тех, для кого оно является главной жизненной ценностью, причем данная закономерность устойчива во времени (табл. 1).

Среди респондентов в целом преобладают положительные (45,8%) и нейтральные (46%) самооценки состояния индивидуального здоровья. Личная ответственность за здоровье не показала существенных различий в ответах о наличии у людей хронических заболеваний. Хронические недуги встречались в обеих группах (33 и 31% соответственно).

В группе тех, кто признает личную ответственность за свое здоровье, доля негативных самооценок здоровья (8%) ниже, чем в противоположной группе (11%; *рис. 3а*). По данным общероссийских социологических исследований Института социологии РАН (И.В. Журавлева), здоровье лучше у тех, кто чаще указывал на значимость «собственных усилий человека» для его поддержания [25; 26]. В то же время позитивная самооценка здоровья чаще сочетается с признанием личной ответственности за здоровье, тогда как при крайне негативной оценке значительно возрастает неприятие такой ответственности (40%). Смещение в сторону крайне положительных самооценок здоровья также сопровождается ростом доли респондентов, не считающих

себя лично ответственными за состояние своего здоровья. Вероятно, часть из них полагают, что хорошее здоровье не является их личным достижением (19%; *рис. 3б*). Эти распределения свидетельствуют, с одной стороны, о том, что при наличии серьезных проблем со здоровьем люди склонны искать их причины не в собственном образе жизни, а во внешних воздействиях, а с другой – о том, что признание личной ответственности за свое здоровье в целом более характерно для респондентов с нейтральной самооценкой.

Ценность здоровья, установки на долготеление в значительной степени определяют наличие у населения здоровьесберегающих практик [19]. Люди, считающие себя ответственными за здоровье, чаще прибегают к самосохранительным мерам по здоровьесбережению. Наиболее распространенными среди них являются (*табл. 2*):

- отказ от курения (42%);
- своевременное обращение за медицинской помощью (34%);
- посещение бани, сауны (27%);

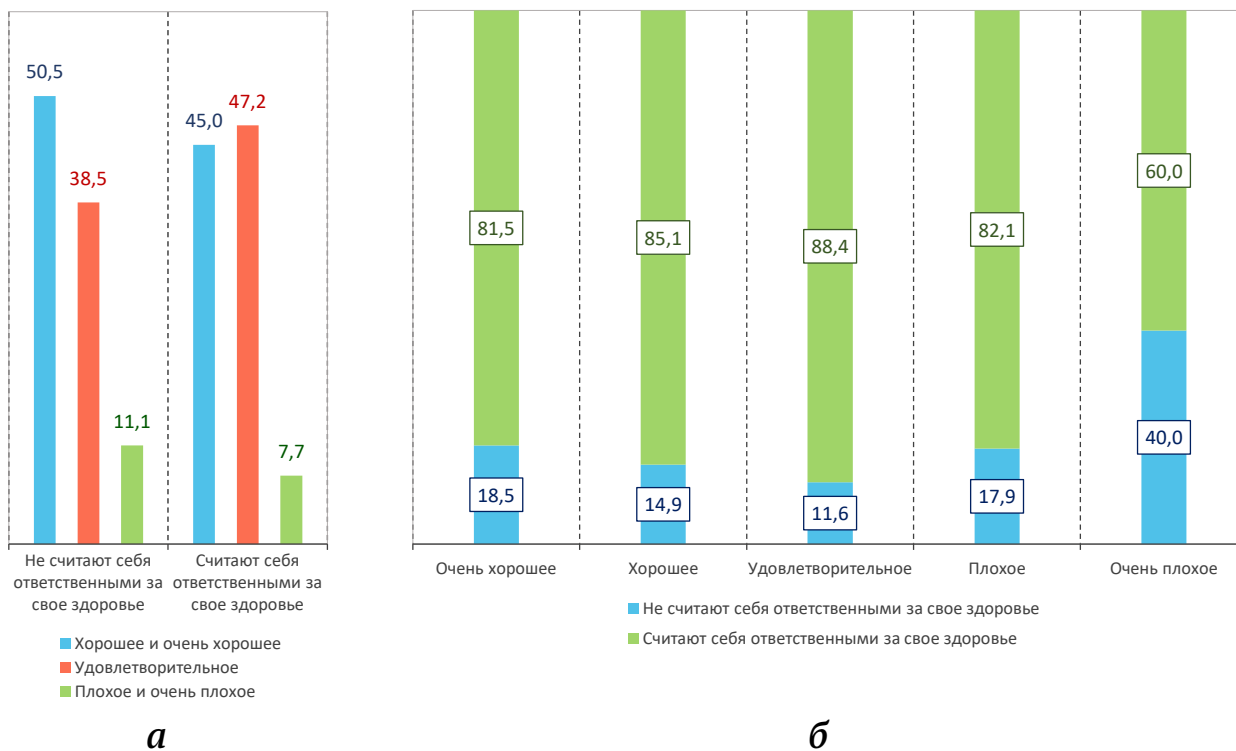


Рис. 3. Самооценка состояния здоровья в зависимости от признания личной ответственности за него (а) и признание личной ответственности за здоровье в группах респондентов с разной самооценкой здоровья (б), % от числа опрошенных соответствующих групп

Таблица 2. Практикуемые здоровьесберегательные меры в зависимости от признания личной ответственности за здоровье, % от числа опрошенных

Здоровьесберегательные меры*	Не считают себя ответственными за собственное здоровье			Считают себя ответственными за собственное здоровье		
	2016 год	2018 год	2020 год	2016 год	2018 год	2020 год
Не курю	23,0	28,8	27,1	47,8	42,1	38,7
Обращаюсь к врачу при первых признаках болезни, регулярно прохожу медицинский осмотр	17,8	18,8	24,3	24,3	33,6	33,8
Посещаю баню, сауну	19,3	23,0	22,4	32,0	27,4	26,0
Стараюсь больше ходить пешком, совершаю прогулки в местах отдыха	13,3	12,0	15,7	27,9	23,8	24,0
Использую бытовые приборы для очистки питьевой воды, покупаю бутилированную воду, пользуюсь водой из специальных источников (родников, колодцев)	12,6	17,8	20,0	30,8	21,7	22,9
Соблюдаю режим питания, стараюсь, чтобы рацион был сбалансированным**	20,0	20,4	14,8	24,5	25,8	22,5
Соблюдаю умеренность в потреблении алкоголя	14,8	12,0	11,9	31,6	26,3	18,5
Стараюсь организовать свое свободное время с пользой для здоровья, саморазвития, самореализации	8,1	16,2	16,2	21,2	17,9	17,7
Стараюсь оптимально сочетать трудовые нагрузки и отдых	8,9	13,1	13,3	22,6	19,9	15,7
Стараюсь контролировать свое психическое состояние	9,6	12,0	15,2	16,8	17,3	13,5
Активно занимаюсь физической культурой, закаливанием организма	6,7	12,6	10,0	16,0	12,4	12,6
По возможности прохожу курс лечения в санатории, на курорте и т. п.	6,7	6,8	9,0	10,2	14,1	9,1
Ничего специально не предпринимаю	45,9	37,7	41,0	27,3	27,6	28,3

* Вопрос «Что Вы лично предпринимаете для сохранения и укрепления своего здоровья?» подразумевал выбор нескольких (всех подходящих) вариантов ответа, поэтому сумма ответов в столбце не равна 100%.

** В 2016 года вместо данного варианта ответа предлагалась формулировка «контролирую свой вес».

- соблюдение умеренности в потреблении алкоголя (26%);
- соблюдение режима и рациона питания (26%);
- ходьба пешком (24%);
- использование очистительных приборов для воды (22%);
- соблюдение оптимального сочетания трудовых нагрузок и отдыха (20%);
- контроль психического состояния (14%).

Среди респондентов, не признающих личную ответственность за свое здоровье, доля здоровьесохранительных практик заметно ниже (в 1,5–2 раза), чем у признающих ответственность. Следует также отметить, что в обеих группах есть слой граждан, ниче-

го не предпринимающих для поддержания своего здоровья (28% среди ответственных групп против 41% среди неответственных). Причем данная закономерность наблюдалась и в 2016, и 2018 гг., что свидетельствует о существовании устойчивого разрыва между знанием и поведением, а также о невысокой культуре здоровьесбережения.

Респонденты, признающие личную ответственность за здоровье, при ответе на вопрос «В какой мере Вы заботитесь о своем здоровье?» чаще выбирали вариант «в основном забочусь» (46%; рис. 4). В противоположной группе доля таких ответов почти в 2 раза ниже (24%). Кроме того, каждый пятый респондент данной

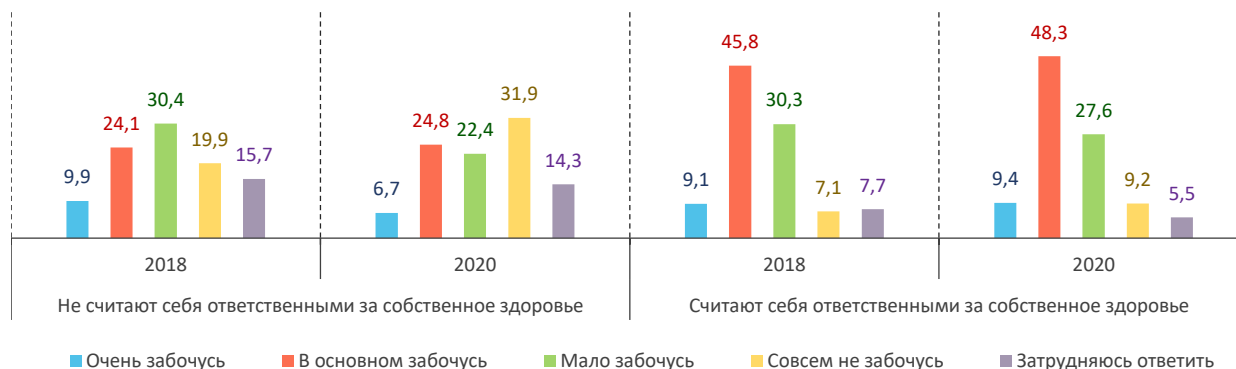


Рис. 4. Характер заботы о здоровье в зависимости от признания личной ответственности за него, %

Таблица 3. Здоровьесберегательные мотивы в зависимости от признания личной ответственности за здоровье, % от числа опрошенных

Здоровьесберегательные мотивы	Не считают себя ответственными за собственное здоровье			Считают себя ответственными за собственное здоровье		
	2016 год	2018 год	2020 год	2016 год	2018 год	2020 год
Потребность в хорошем самочувствии	20,0	31,4	30,0	48,8	42,2	46,6
Нежелание доставлять хлопоты, быть обузой близким	12,6	23,0	24,8	34,1	39,4	39,5
Желание повысить (сохранить) работоспособность	11,9	9,4	23,8	29,4	28,3	30,8
Страх заболеть	9,6	22,5	21,0	20,5	29,0	30,5
Нежелание сталкиваться с медициной	11,9	22,5	17,6	29,0	29,6	29,1
Стремление хорошо выглядеть, нравиться	9,6	19,9	5,7	34,5	20,8	23,3
Желание иметь здоровых детей	9,6	9,9	12,9	19,6	16,6	19,8
Стремление к долголетию	7,4	11,0	11,9	21,1	20,2	16,7
Стремление быть примером для своих детей, близких	10,4	9,9	9,0	19,5	19,0	16,6
Ухудшение здоровья, болезнь	14,1	16,2	6,7	16,3	11,0	11,0
Стремление достичь значимых целей в жизни (в работе, учебе)	1,5	5,2	5,2	9,7	9,3	9,8
Другое	0,7	0,0	0,5	0,1	3,4	0,1

* Вопрос «Если Вы заботитесь о своем здоровье, то что побуждает Вас это делать?» подразумевал выбор нескольких (всех подходящих) вариантов ответа, поэтому сумма ответов в столбце не равна 100%.

категории отмечал, что вовсе не заботится о здоровье (20%).

В 2016 и 2018 гг. основными мотивами здоровьесбережения среди респондентов, признающих личную ответственность за свое здоровье, выступали потребность в хорошем самочувствии (49 и 42%, соответственно), нежелание доставлять хлопоты близким (34 и 39%), сталкиваться с медициной (29 и 30%), желание повысить (сохранить) работоспособность (29 и 28%), страх заболеть (21 и 29%; табл. 3). В 2020 году ситуация в целом не изменилась.

Заключение

Как демонстрирует проведенный нами анализ, для современной России характерно смещение баланса ответственности за здоровье от государства к гражданину. Поэтому на первый план в сохранении общественного здоровья выходит осознание людьми новой реальности, принятие и выполнение обязательств по заботе о своем здоровье. В этой связи вызывает настороженность заметный разрыв между признанием большинством населения личной ответственности за здоровье (ее декларированием) и невысокими

показателями распространенности применения здоровьесберегательных мер на практике. Дополнительным компонентом проблемы становится присутствие среди населения тех, кто не признает личную ответственность за здоровье (14%). Среди них доля не предпринимających никаких мер по сохранению и укреплению здоровья достигает 41%, а доля тех, кто совсем не заботится о здоровье, – 32%. Эта группа фактически не адаптирована к новой социально-экономической реальности и несет определенный риск ухудшения показателей общественного здоровья.

Выявленные проблемы сохранения и укрепления общественного здоровья имеют два основных источника: низкую активность населения в сфере здоровьесбережения и недофинансирование здравоохранения со стороны государства в условиях постоянно растущей нагрузки на отрасль, снижающее доступность медицинской помощи для населения. Представляется, что решение обозначенной в начале статьи проблемы поиска баланса ответственности государства и гражданина за общественное здоровье кроется прежде всего в развитии первичного сегмента здравоохранения, расширении его укомплектованности кадрами и оборудованием. Необходимо также вести работу по возрождению советской традиции реализации программ здоровьесбережения на рабочих местах, восстановлению медицинских служб при крупных предприятиях. Перечисленные меры позволят расширить охват населения просветительской работой, ориентированной на воспитание у него потребности в здоровье, повышение востребо-

ванности профилактических медицинских услуг, снижение приверженности саморазрушительным поведенческим практикам (чрезмерному потреблению алкоголя, табакокурению, переяданию). Соответственно, ожидаемыми результатами данных мероприятий станет снижение распространенности поведенческих рисков неинфекционных заболеваний, повышение выявляемости нарушений здоровья на ранних стадиях, улучшение объективных показателей здоровья и его субъективных оценок на индивидуальном уровне.

Укрепление здоровья населения выступает необходимым условием социально-экономического развития России и требует пристального внимания со стороны государства и общества. Особенно важно в этом контексте понимать, что наряду с традиционными факторами риска для здоровья появляется ряд новых, современных вызовов, игнорирование которых может уже в перспективе привести к резкому снижению общественного здоровья и человеческого потенциала. Признание личной ответственности за свое здоровье и расширение здоровьесберегающих практик служат ориентирами управленческого воздействия с целью формирования более высокого уровня культуры самосохранительного поведения и улучшения здоровья россиян. В свою очередь, материальной основой управления показателями общественного здоровья должно стать существенное увеличение финансирования здравоохранения и поэтапное доведение этого показателя до стандарта, рекомендованного на международном уровне.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антонов А.И., Борисов В.А. Динамика населения России в XXI веке и приоритеты демографической политики. М.: Ключ-С, 2006. 191 с.
2. Рыбаковский Л.Л. Демографические вызовы: что ожидает Россию? // Социологические исследования. 2012. № 8 (340). С. 49–60.
3. Рыбаковский Л.Л. Динамика населения России и ее компоненты в 2001–2025 гг. // Социологические исследования. 2011. № 12 (332). С. 43–49.
4. Перспективы демографического развития России до середины века / В.Н. Архангельский [и др.] // Народонаселение. 2017. № 3 (77). С. 24–36. DOI: 10.26653/1561-7785-2017-3-2

5. Ku P.W., Fox K.R., Chen L.J. Leisure-time physical activity, sedentary behaviors and subjective well-being in older adults: An eight-year longitudinal research. *Social Indicators Research*, 2016, vol. 127, iss. 3, pp. 1349–1361. DOI: 10.1007/s11205-015-1005-7
6. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. 520 с.
7. Woodruff S.I., Conway T.L. Impact of health and fitness-related behavior on quality of life. *Social Indicators Research*, 1992, vol. 26, iss. 4, pp. 391–405. DOI: 10.1007/BF00347897
8. Sommer I., Griebler U., Mahlknecht P. [et al.]. Socioeconomic inequalities in non-communicable diseases and their risk factors: an overview of systematic reviews. *BMC Public Health*, 2015, vol. 15, no. 914. Available at: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12889-015-2227-y.pdf>. DOI: 10.1186/s12889-015-2227-y
9. Wu F., Guo Y., Chatterji S. [et al.]. Common risk factors for chronic non-communicable diseases among older adults in China, Ghana, Mexico, India, Russia and South Africa: The study on global ageing and adult health (SAGE) wave 1. *BMC Public Health*, 2015, vol. 15. Available at: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-015-1407-0>
10. Mollborn S., Lawrence E., Krueger P.M. Developing health lifestyle pathways and social inequalities across early childhood. *Population Research and Policy Review*, 26 September 2020. Available at: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s11113-020-09615-6.pdf>. DOI: 10.1007/s11113-020-09615-6
11. Федотова Л.С. Здравоохранение как общественное благо и национальные модели организации системы медицинских услуг // Вестн. Удмурт. ун-та. Сер.: Экономика и право. 2017. Т. 27. № 4. С. 54–63.
12. Обеспечение доступности и качества первичной медико-санитарной помощи / Н.Ф. Прохоренко [и др.] // ОРГЗДРАВ: Новости. Мнения. Обучение. Вестник ВШОУЗ. 2019. № 4 (18). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/obespechenie-dostupnosti-i-kachestva-pervichnoy-mediko-sanitarnoy-pomoschi> (дата обращения 01.07.2021).
13. Калашников К.Н., Шабунова А.А., Дуганов М.Д. Организационно-экономические факторы управления региональной системой здравоохранения. Вологда: ИСЭРТ РАН, 2012. 153 с.
14. Александрова О.А. Кризис российского здравоохранения: «эксцесс исполнителя» или запрограммированный результат? // Экономическое возрождение России. 2021. № 1 (67). С. 63–71. DOI: 10.37930/1990-9780-2021-1-67-63-71
15. Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России: 2018–2024 гг. Что надо делать? // ОРГЗДРАВ: Новости. Мнения. Обучение. Вестник ВШОУЗ. 2018. № 1 (11). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/zdravoohranenie-rossii-2018-2024-gg-chnado-delat> (дата обращения 05.07.2021).
16. Калашников К.Н., Дуганов М.Д. Платные медицинские услуги: бремя или альтернатива? // Проблемы развития территории. 2017. № 3 (89). URL: <http://pdt.vscs.ac.ru/article/2239/full> (дата обращения 02.07.2021).
17. Pedersen D.E. Work characteristics and the preventive health behaviors and subjective health of married parents with preschool age children. *Journal of Family and Economic Issues*, 2015, vol. 36, pp. 48–63. DOI: 10.1007/s10834-014-9433-0
18. Шабунова А.А. Здоровье и самосохранительное поведение населения в контексте COVID-19 // Социальное пространство. 2020. Т. 6. № 3. URL: <http://socialarea-journal.ru/article/28613/full>. DOI: 10.15838/sa.2020.3.25.1
19. Шабунова А.А., Короленко А.В. Современная модель здорового образа жизни: место профилактики в повседневных практиках населения региона // Демографический потенциал стран ЕАЭС: сб. ст. VIII Уральского демогр. форума / отв. ред. А.И. Кузьмин. Т. II. Екатеринбург: ИЭ УрО РАН, 2017. С. 489–497.

20. Назарова И.Б. Здоровье занятого населения / ГУ ВШЭ. М.: МАКС Пресс, 2007. 526 с.
21. Назарова И.Б. Доступность системы здравоохранения (медицинской помощи) и само-сохранительная активность граждан // Социология медицины. 2006. № 2 (9). С. 43–54.
22. Журавлева И.В., Лакомова Н.В. Социальная обусловленность здоровья подростков во временном аспекте // Социологическая наука и социальная практика. 2019. Т. 7. № 2 (26). С. 132–152. DOI: 10.19181/snsp.2019.7.2.6414
23. Журавлева И.В. Почему не улучшается здоровье россиян? // Вестн. Ин-та социологии. 2013. № 6. URL: http://www.vestnik-isras.ru/files/File/vestnik_is_2013_6.pdf (дата обращения 13.06.2018).
24. Чекмарева Е.А., Леонидова Г.В. Региональные измерения трудового потенциала // Народонаселение. 2016. № 1. С. 54–66.
25. Журавлева И.В. Отношение к здоровью индивида и общества / Ин-т социологии РАН. М.: Наука, 2006. 238 с.
26. Здоровье студентов: социологический анализ / отв. ред. И.В. Журавлева; Ин-т социологии РАН. М., 2012. 252 с.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Александра Анатольевна Шабунова – директор, доктор экономических наук, доцент, Федеральное государственное бюджетное учреждение науки «Вологодский научный центр Российской академии наук». Российская Федерация, 160014, г. Вологда, ул. Горького, д. 56а; e-mail: aas@volnc.ru

Лейла Натиговна Нацун – научный сотрудник, Федеральное государственное бюджетное учреждение науки «Вологодский научный центр Российской академии наук». Российская Федерация, 160014, г. Вологда, ул. Горького, д. 56а; e-mail: leyla.natsun@yandex.ru

Александра Владимировна Короленко – научный сотрудник, Федеральное государственное бюджетное учреждение науки «Вологодский научный центр Российской академии наук». Российская Федерация, 160014, г. Вологда, ул. Горького, д. 56а; e-mail: coretra@yandex.ru

Shabunova A.A., Natsun L.N., Korolenko A.V.

STRENGTHENING PUBLIC HEALTH: BALANCE OF RESPONSIBILITY OF THE STATE AND A CITIZEN

The modern realities of social, economic and demographic development of the country place high demands on human potential of population, in particular, on physical state. Strengthening population health is a necessary condition for socio-economic development of the territories and Russia as a whole, therefore it requires close attention from not only society, but also authorities at all levels. Among a wide list of factors that determine individual and public health, lifestyle characteristics including people's behavior in relation to their own health, come to the fore in a number of controlled factors. Domestic and foreign studies have sufficiently detailed developed the topic of assessing the relationship between people's behavior and the risks of developing various pathologies, but the influence of people's internal psychological attitudes regarding health care on the practice of taking care of it, as well as the potential of its influence on the overall picture of indicators characterizing public health, remains insufficiently studied. The purpose of this research is to assess the possibilities and limitations of achieving responsibility balance for the

citizens' health state between them and the state. The information base of the work is the data of official statistics, as well as the long-term monitoring of health and self-preservation behavior of the Vologda Oblast population, conducted by the Vologda Research Center. The authors have carry out the analysis of assessments of the health state and individual parameters of self-preserving behavior among the Vologda Oblast population, who recognize and do not recognize personal responsibility for health. The article finds that respondents, responsible for their health, are much more likely to call health the main value of life, better assess its condition, more often apply health-saving measures, take care of it and are more motivated to lead a healthy lifestyle. At the same time, the paper shows that increasing the personal responsibility of population for their health should be accompanied by improving the work of the primary health care system in the region and expanding the prevention of behavioral health risks.

Health, healthy lifestyle, personal responsibility for health, self-preserving behavior, of the region's population.

REFERENCES

1. Antonov A.I., Borisov V.A. *Dinamika naseleniya Rossii v XXI veke i priority demograficheskoi politiki* [The Dynamics of the Russian Population in the 21st Century and the Priorities of Demographic Policy]. Moscow: Klyuch-S, 2006. 191 p.
2. Rybakovskii L.L. Demographic challenges: what awaits Russia? *Sotsiologicheskie issledovaniya=Sociological Reviews*, 2012, no. 8 (340), pp. 49–60 (in Russian).
3. Rybakovskii L.L. Dynamics of the Russian population and its components in 2001–2025. *Sotsiologicheskie issledovaniya=Sociological Reviews*, 2011, no. 12 (332), pp. 43–49 (in Russian).
4. Arkhangelsky V.N. et al. Prospects of the demographic development of Russian until the mid-century. *Narodonaselenie=Population*, 2017, no. 3 (77), pp. 24–36. DOI: 10.26653/1561-7785-2017-3-2 (in Russian).
5. Ku P.W., Fox K.R., Chen L.J. Leisure-time physical activity, sedentary behaviors and subjective well-being in older adults: An eight-year longitudinal research. *Social Indicators Research*, 2016, vol. 127, iss. 3, pp. 1349–1361. DOI: 10.1007/s11205-015-1005-7
6. Lisitsyn Yu.P. *Obshchestvennoe zdorov'e i zdavookhranenie* [Public Health and Health Care]. Moscow: GEOTAR-MED, 2002. 520 p.
7. Woodruff S.I., Conway T.L. Impact of health and fitness-related behavior on quality of life. *Social Indicators Research*, 1992, vol. 26, iss. 4, pp. 391–405. DOI: 10.1007/BF00347897
8. Sommer I., Griebler U., Mahlknecht P. [et al.]. Socioeconomic inequalities in non-communicable diseases and their risk factors: an overview of systematic reviews. *BMC Public Health*, 2015, vol. 15, no. 914. Available at: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12889-015-2227-y.pdf>. DOI: 10.1186/s12889-015-2227-y
9. Wu F., Guo Y., Chatterji S. [et al.]. Common risk factors for chronic non-communicable diseases among older adults in China, Ghana, Mexico, India, Russia and South Africa: The study on global ageing and adult health (SAGE) wave 1. *BMC Public Health*, 2015, vol. 15. Available at: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-015-1407-0>
10. Mollborn S., Lawrence E., Krueger P.M. Developing health lifestyle pathways and social inequalities across early childhood. *Population Research and Policy Review*, 26 September 2020. Available at: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s11113-020-09615-6.pdf>. DOI: 10.1007/s11113-020-09615-6
11. Fedotova L.S. Healthcare as a public benefit and national models of organization of the medical services system. *Vestnik Udmurtskogo universiteta. Seriya: Ekonomika i parvo=Bulletin of Udmurt University. Series Economics and Law*, 2017, vol. 27, no. 4, pp. 54–63 (in Russian).

12. Prokhorenko N.F. et al. Ensuring the availability and quality of primary health care. *ORGZDRAV: Novosti. Mneniya. Obuchenie. Vestnik VShOUZ=GORZDRAV: News. Opinions. Training. Herald of the Higher School of Healthcare Organization and Management*, 2019, no. 4 (18). Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/obespechenie-dostupnosti-i-kachestva-pervichnoy-mediko-sanitarnoy-pomoschi> (accessed: July 1, 2021; in Russian).
13. Kalashnikov K.N., Shabunova A.A., Duganov M.D. *Organizatsionno-ekonomicheskie faktory upravleniya regional'noi sistemoi zdravookhraneniya* [Organizational and Economic Factors of Regional Health System Management]. Vologda: ISERT RAN, 2012. 153 p.
14. Aleksandrova O.A. The crisis of the Russian healthcare system: an “excess of the performer” or a programmed result? *Ekonomicheskoe vozrozhdenie Rossii=Economic Revival of Russia*, 2021, no. 1 (67), pp. 63–71. DOI: 10.37930/1990-9780-2021-1-67-63-71 (in Russian).
15. Ulumbekova G.E. Russian Healthcare: 2018–2024 What should we do? *ORGZDRAV: Novosti. Mneniya. Obuchenie. Vestnik VShOUZ=GORZDRAV: News. Opinions. Training. Herald of the Higher School of Healthcare Organization and Management*, 2018, no. 1 (11). Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/zdravookhraneniye-rossii-2018-2024-gg-chto-nado-delat> (accessed: July 5, 2021; in Russian).
16. Kalashnikov K.N., Duganov M.D. What is paid medical service: a burden or an alternative? *Problemy razvitiya territorii=Problems of Territory's Development*, 2017, no. 3 (89). Available at: <http://pdt.vsc.ac.ru/article/2239/full> (accessed: July 2, 2021; in Russian).
17. Pedersen D.E. Work characteristics and the preventive health behaviors and subjective health of married parents with preschool age children. *Journal of Family and Economic Issues*, 2015, vol. 36, pp. 48–63. DOI: 10.1007/s10834-014-9433-0
18. Shabunova A.A. Population's health and self-preservation behavior within the context of COVID-19. *Sotsial'noe prostranstvo=Social Area*, 2020, vol. 6, no. 3. Available at: <http://socialarea-journal.ru/article/28613/full>. DOI: 10.15838/sa.2020.3.25.1 (in Russian).
19. Shabunova A.A., Korolenko A.V. Contemporary model of healthy lifestyle: prophylaxis in the daily routines of the region's population. In: *Demograficheskii potentsial stran EAES: sbornik statei VIII Ural'skogo demograficheskogo foruma* [Demographic Potential of the EAEU Countries: Stat. Coll. of the 8th Ural Demographic Forum]. Ed. by Kuz'min A.I., vol. 2. Ekaterinburg: IE UrB RAS, 2017, pp. 489–497 (in Russian).
20. Nazarova I.B. *Zdorov'e zanyatogo naseleniya* [Health of the Employed Population]. Moscow: MAKS Press, SU HSE, 2007. 526 p.
21. Nazarova I.B. Accessibility of the health care system (medical care) and self-preservation activity of citizens. *Sotsiologiya meditsiny=The Sociology of Medicine*, 2006, no. 2 (9), pp. 43–54 (in Russian).
22. Zhuravleva I.V., Lakomova N.V. Social conditionality of adolescent health in a temporary aspect. *Sotsiologicheskaya nauka i sotsial'naya praktika=Sociological science and social practice*, 2019, vol. 7, no. 2 (26), pp. 132–152. DOI: 10.19181/snsp.2019.7.2.6414 (in Russian).
23. Zhuravleva I.V. Why not improve the health of Russians? *Vestnik Instituta sotsiologii=Bulletin of the Institute of Sociology*, 2013, no. 6. Available at: http://www.vestnik-isras.ru/files/File/vestnik_is_2013_6.pdf (accessed: June 13, 2018; in Russian).
24. Chekmareva E.A., Leonidova G.V. Regional dimensions of labor potential. *Narodonaselenie=Population*, 2016, no. 1, pp. 54–66 (in Russian).
25. Zhuravleva I.V. *Otnosheniye k zdorov'yu individa i obshchestva* [Attitude to the Health of Individual and Society]. Moscow: Nauka, Institute of Sociology of RAS, 2006. 238 p.
26. Ed. by Zhuravleva I.V. *Zdorov'e studentov: sotsiologicheskii analiz* [Students' Health: a Sociological Analysis]. Moscow: Institute of Sociology of RAS, 2012. 252 p.

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Aleksandra A. Shabunova – Director, Doctor of Sciences (Economics), Associate Professor, Federal State Budgetary Institution of Science “Vologda Research Center of the Russian Academy of Sciences”. 56A, Gorky Street, Vologda, 160014, Russian Federation; e-mail: aas@volnc.ru

Leila N. Natsun – Researcher, Federal State Budgetary Institution of Science “Vologda Research Center of the Russian Academy of Sciences”. 56A, Gorky Street, Vologda, 160014, Russian Federation; e-mail: leyla.natsun@yandex.ru

Aleksandra V. Korolenko – Researcher, Federal State Budgetary Institution of Science “Vologda Research Center of the Russian Academy of Sciences”. 56A, Gorky Street, Vologda, 160014, Russian Federation; e-mail: coretra@yandex.ru