

## ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. СОЦИОЛОГИЯ И ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ

УДК 614.2

### Модели поведения, связанные с обращением за медицинской помощью пациентов с разным уровнем располагаемого дохода

Ю. О. Камаев, С. Н. Черкасов, А. В. Федяева, А. В. Мартиросов

Институт проблем управления им. В. А. Трапезникова Российской академии наук,  
Российская Федерация, 117997, Москва, ул. Профсоюзная, 65

**Для цитирования:** Камаев Ю. О., Черкасов С. Н., Федяева А. В., Мартиросов А. В. Модели поведения, связанные с обращением за медицинской помощью пациентов с разным уровнем располагаемого дохода // Вестник Санкт-Петербургского университета. Медицина. 2023. Т. 18. Вып. 1. С. 70–78. <https://doi.org/10.21638/spbu11.2023.106>

Цель исследования — анализ моделей поведения, связанных с обращением за медицинской помощью пациентов, имеющих разный уровень располагаемого дохода. Располагаемый доход — это доход, остающийся в домохозяйстве после уплаты налогов в денежном эквиваленте. Его размер рассчитывается как средний ежемесячный доход в расчете на каждого члена семьи (домохозяйства) независимо от его личного дохода. Домохозяйство рассматривается как совокупность людей, ведущих совместное хозяйство, внутри которого не действуют рыночные принципы распределения экономических благ. В первую (основную) группу были включены респонденты, средний ежемесячный располагаемый доход которых составлял не более 30 тыс. руб. (низкий уровень). Во вторую (контрольную) группу были включены респонденты, средний ежемесячный располагаемый доход которых составлял более 30 тыс. руб. (высокий уровень). Частота регистрации активной модели поведения в части обращения за медицинской помощью более распространена в группе пациентов с высоким уровнем располагаемого дохода, однако наиболее распространенной формой поведения было затягивание момента обращения, а частота встречаемости такой формы поведения пациента не зависела от уровня располагаемого дохода. Неопределенность поведения чаще встречалась среди пациентов с низким уровнем располагаемого дохода. Пациенты с более высоким уровнем дохода чаще склонны к соблюдению рекомендаций врача, тогда как пациенты с более низкими доходами в полном объеме их соблюдают реже.

© Санкт-Петербургский государственный университет, 2023

Использование самолечения является широко распространенной моделью поведения среди пациентов, однако пациенты с более высоким уровнем располагаемого дохода чаще отказываются от его использования и реже используют его в облигатном режиме в сравнении с пациентами, располагаемый доход которых ниже величины, используемой в качестве критерия разделения для целей настоящего исследования.

*Ключевые слова:* модели поведения пациента, располагаемый доход, домохозяйство, медицинская активность, обращение за медицинской помощью.

## Введение

Управление общественным здоровьем как важнейшим компонентом социального развития невозможно без знаний механизмов воздействия на него многочисленных социальных и экономических феноменов [1–3]. Большинство из них в той или иной степени связаны с образом жизни человека. Сам человек, самостоятельно определяя для себя паттерны поведения, жизненные приоритеты, формируя определенный образ жизни, может способствовать сохранению и укреплению своего здоровья [4–6].

Взаимодействие с системой здравоохранения, отдельными медицинскими организациями имеет большое, а иногда и решающее значение для пациента [7–9]. Характеристики такого взаимодействия раскрываются в понятии «медицинская активность». Медицинская активность влияет на результаты лечения, а соответственно, и на показатели здоровья населения. Проявления и особенности медицинской активности во многом зависят от множества факторов и детерминант, однако единого мнения относительно степени влияния этих паттернов на выбор определенной модели поведения человека до настоящего времени не существует. Чаще всего в качестве предмета исследования рассматриваются факторы социального или демографического характера, а роль экономических факторов остается мало исследованной характеристикой, влияющей на модели поведения пациента [10–13].

Целью настоящего исследования явился анализ моделей поведения, обусловленных обращением за медицинской помощью пациентов с разным уровнем располагаемого дохода.

## Методы

Располагаемый доход — это доход, остающийся в домохозяйстве после уплаты налогов в денежном эквиваленте. Его размер рассчитывается как средний ежемесячный доход в расчете на каждого члена семьи (домохозяйства) независимо от его личного дохода. Домохозяйство при этом рассматривается как экономическая категория, как совокупность людей, ведущих совместное хозяйство, внутри которого не действуют рыночные принципы распределения экономических благ.

В ходе исследования выделялось две группы. В первую (основную) были включены респонденты, средний ежемесячный располагаемый доход которых составлял не более 30 тыс. руб. (низкий уровень). Во вторую (контрольную) группу были включены респонденты, средний ежемесячный располагаемый доход которых составлял более 30 тыс. руб. (высокий уровень). Численный состав основной груп-

пы составил 249 человек, контрольной — 253 человека. При формировании групп гендерный и возрастной принципы не учитывались, однако сравнение гендерного состава групп показало, что в основной группе удельный вес мужчин составлял 47,8 %, тогда как в контрольной — 47,0 %, а удельный вес женщин в основной группе составил 52,2 %, в контрольной — 53,0 % (различия не достоверны,  $p > 0,05$ ). Возрастной состав также не имел достоверных различий. Средняя взвешенная величина возраста в основной группе составила 51,5 года, в контрольной — 48,2 года (различия не достоверны,  $p > 0,05$ ). Следовательно, группы были сравнимы по демографическим характеристикам.

С целью изучения особенностей поведения пациентов в зависимости от величины их располагаемого дохода было выделено два типа моделей. Первая, активная модель, выражалась в принятии решения об обращении за медицинской помощью при появлении первых признаков заболевания, а также для прохождения профилактических осмотров. Вторая модель поведения выражалась в затягивании момента обращения, пока это было возможно, а также в отсутствии обращений без крайней необходимости. Неопределенная модель поведения характеризовалась наличием в ответе пациента вариантов ответов, описывающих обе модели поведения (при выборе ответов допускалось выбрать несколько вариантов).

При оценке достоверности различий использован непараметрический критерий  $\chi^2$ . Достоверность отрицания «нулевой» гипотезы принималась на уровне 95 %. Сила зависимости оценивалась по величине коэффициента ассоциации Ка.

## Результаты

Частота регистрации первой модели поведения в группе пациентов с низким уровнем располагаемого дохода (основная группа) составила 38 из 100 опрошенных, тогда как в группе пациентов с высоким уровнем располагаемого дохода (контрольная группа) — 50 из 100 опрошенных. Соответственно, вторая модель была более распространена в основной группе — 62 из 100 опрошенных, в контрольной группе — 50 из 100 опрошенных.

Наиболее частым поводом для обращения за медицинской помощью в основной группе было тяжелое состояние, когда пациент не мог справиться с ним самостоятельно. Так ответили 75 из 100 опрошенных пациентов, включенных в основную группу. Частота такого рода ответа в контрольной группе была достоверно ниже — 54 из 100 опрошенных ( $p < 0,05$ ). Коэффициент ассоциации частоты этой модели поведения с уровнем располагаемого дохода составил 0,44, а достоверность различий соответствовала 95 % вероятности (значение  $\chi^2 = 9,63$ ). Ответ «не посещаю, так как считаю себя здоровым» не пользовался популярностью среди опрошенных пациентов и одинаково редко встречался в обеих сравниваемых группах. Неопределенная модель поведения встречалась у 12 из 100 опрошенных в основной группе и у 8 из 100 опрошенных в контрольной группе.

Следующим аспектом, характеризующим модель поведения пациента, является время, прошедшее между появлением первых симптомов заболевания (недомогания) и моментом обращения в медицинскую организацию за получением медицинской помощи. Анализ этих характеристик не позволил выявить наличие достоверных различий между сравниваемыми группами. И в основной, и в контрольной груп-

пе большинство опрошенных пациентов не обращались за медицинской помощью до того момента, пока состояние не ухудшалось настолько, что привычный образ жизни стал невозможным (55 в основной и 54 в контрольной группах из 100 опрошенных,  $p > 0,05$ ). Ссылка на невозможность обращения в связи с нехваткой времени или мешающими обстоятельствами несколько чаще фигурировала среди пациентов контрольной группы (15 из 100 опрошенных в контрольной группе против 11 из 100 опрошенных в основной группе). В данном случае достоверных различий не было ( $p > 0,05$ ). Только четверть опрошенных пациентов в сравниваемых группах обращались сразу после появления первых симптомов заболевания (недомогания) (24 в основной и 23 в контрольной группах из 100 опрошенных).

Одним из краеугольных элементов медицинской активности является соблюдение рекомендаций врача. Опрос проводился по стандартной схеме с тремя вариантами ответа. Первый вариант ответа свидетельствовал о том, что пациент всегда соблюдает назначения и рекомендации врача и не относится к ним критически. Второй вариант ответа свидетельствовал о негативном отношении пациента к рекомендациям врача и не предусматривал их выполнения. Третий вариант ответа определял критическое отношение к рекомендациям врача и предусматривал их выполнение только, когда сам пациент считал их правильными. Адекватность имеющейся у пациента информации и ее достаточность для принятия таких решений в данном случае не изучалась.

Негативное отношение к назначениям врача очень редко встречалось среди исследованного контингента пациентов. Только по одному человеку из опрошенных в основной и в контрольной группах ответили, что они никогда не соблюдают назначения врача. Большинство опрошенных утверждали, что всегда выполняют назначения врача (73 в основной и 81 в контрольной группе из 100 опрошенных). Различия наблюдаются за счет тех, кто соблюдает назначения врача, только если считает это необходимым (23 в основной группе и 15 в контрольной из 100 опрошенных).

Большое значение имеет не только сам факт соблюдения назначений врача, но и точность их исполнения. Ответ на этот вопрос не должен отличаться от ответа на предыдущий вопрос. Так, 23,3 % пациентов основной группы ответили, что соблюдают назначения врача, только если считают это необходимым, и 22 % пациентов ответили, что исполняют назначения врача, только если считают их правильными. В контрольной группе также наблюдалось совпадение частоты ответов (15,4 % пациентов при ответе на первый вопрос и 16,7 % при ответе на второй вопрос ответили, что соблюдают назначения врача при условии их правильности и необходимости по их собственному мнению). Такие данные доказывают как адекватность инструмента исследования (анкеты), так и достаточный уровень качества ответов респондентов (различия между частотой ответов укладывались в пределы статистической погрешности).

Настораживают данные о том, что 18 из 100 опрошенных основной группы и 16 из 100 опрошенных контрольной группы признались, что точность выполнения назначений врача зависит от внешних обстоятельств и не всегда они их выполняют в точности, хотя негативного отношения у них к назначениям врача нет.

Наиболее частой моделью поведения по отношению к использованию самолечения являлась практика факультативного использования данного подхода. Более половины опрошенных независимо от принадлежности к сравниваемым группам

(70 в основной и 71 в контрольной из 100 опрошенных) использовали метод самолечения в отдельных случаях. Понятие «отдельный случай» для каждого пациента было разным, но предусматривало несерьезность симптомов. Восприятие серьезности или несерьезности симптомов было, конечно, субъективным и могло не соответствовать объективной картине заболевания. Уровень располагаемого дохода связан с отношением к самолечению положительной корреляционной зависимостью средней силы ( $Ka = 0,46$ , критерий  $\chi^2 = 2,18$ ).

Так как большинство опрошенных используют метод самолечения в факультативном режиме, то крайне важным является вопрос о принципах принятия решения по возможности его использования, что зависит от объема и характера знаний, имеющихся у пациента. Оценка объема и характера знаний является субъективной, однако важно определить, как сочетается субъективное понимание пациента о возможности принятия решения с его исполнением.

Попарное соответствие между уровнем знаний (субъективным восприятием) и использованием практики самолечения присутствовало в обеих сравниваемых группах, но более сильное оно было в основной группе ( $Ka = 0,49$  против  $Ka = 0,42$  в контрольной группе). Из этого следует, что пациенты с меньшими доходами были более уверены в себе в вопросах использования самолечения.

Значимым является вопрос об источнике знаний, используемых для самостоятельного выбора метода лечения и лекарственных препаратов. Варианты ответа на данный вопрос предусматривали в качестве возможных источников информации СМИ (в том числе интернет), специальную литературу, советы родственников, друзей и соседей. Достоверных различий между группами по данному вопросу выявлено не было ( $p > 0,05$ ). Наибольшая доля респондентов затруднилась при ответе на данный вопрос (23 из 100 опрошенных в обеих сравниваемых группах). Сравнимым по популярности источником были советы родственников и друзей, а также специальная литература. Однако, если учесть тех, кто не ответил на данный вопрос, и считать, что они затруднились с ответом, то удельный вес тех затруднившихся с ответом возрастает до 56 в основной группе и до 54 в контрольной группе. Сочетание таких ответов, как «Мои знания достаточны для выбора метода лечения и назначения лекарственных препаратов» и использование более адекватного источника информации встречались только в четверти случаев: 24 чел. в основной группе и 22 в контрольной.

Использование квазипрофессиональных советов, полученных в аптеке при покупке лекарственных препаратов, также является широко распространенной моделью поведения. И в данном случае более распространенной такая модель поведения была среди пациентов с более низким уровнем располагаемого дохода. Всегда слушают такие советы 12 из 100 опрошенных основной группы и 10 из 100 опрошенных контрольной группы. Иногда прибегают к таким советам более половины пациентов (53 чел.), включенных в основную группу, и 46 пациентов, включенных в контрольную группу. В итоге достоверных различий в частоте использования советов фармацевтов при покупке лекарственных препаратов выявлено не было ( $Ka = 0,19$ , критерий  $\chi^2 = 1,69$ ,  $p > 0,05$ ), однако имеющаяся разница позволяет использовать полученные данные в вероятностных моделях.

Критической моделью поведения пациента является самостоятельное прекращение лечения. Каждый десятый представитель основной группы допускает

такой поступок (9 из 100 опрошенных), тогда как в контрольной группе только 6 из 100 опрошенных признались в этом. Отрицают для себя такую возможность четверть пациентов (25 чел.) основной группы и 27 опрошенных, включенных в контрольную группу. Классическими методами выявления достоверности различий разница в частоте ответов не определяется ( $Ka = 0,09$ , критерий  $\chi^2 = 0,31$ ,  $p > 0,05$ ), однако указанная разница позволяет включить данный признак в вероятностную модель. Следует обратить внимание, что примерно половина опрошенных допускает для себя такую модель поведения в определенных случаях (47 из 100 опрошенных в основной группе и 45 из 100 опрошенных в контрольной группе).

Значимым аспектом взаимодействия пациента и лечащего врача в процессе лечения является поддержание контакта с врачом в процессе лечения, информирование его о нарушении графика приема препаратов, уточнение информации о данных рекомендациях. При тесном и постоянном взаимодействии пациента и врача вероятность неблагоприятных реакций в процессе лечения снижается и появляется возможность предпринять меры по недопущению серьезных осложнений.

Постоянный контакт во время лечения поддерживают 33 из 100 опрошенных в основной группе и 40 из 100 опрошенных в контрольной группе. Никогда не поддерживают контакта с врачом, наоборот, чаще в основной группе, чем в контрольной (19 против 12 из 100 опрошенных пациентов, включенных в основную и контрольную группу соответственно). Анализ зависимостей показал, что исследуемый параметр зависит от уровня располагаемого дохода ( $Ka = 0,31$ , критерий  $\chi^2 = 2,25$ ,  $p < 0,05$ ). Направление зависимости прямое — при увеличении уровня располагаемого дохода степень взаимодействия с врачом в процессе лечения увеличивается, сила зависимости средняя.

Аналогичные результаты получены при анализе вопроса о частоте уточнения пациентами у врача полученной от него информации (график приема препаратов, частота приема и другие рекомендации). Степень зависимости частоты такого поведения даже выше, чем в предыдущем случае ( $Ka = 0,35$ ). Однако критическую информацию о прекращении приема рекомендованных препаратов доносит до врача одинаковое число пациентов, независимо от уровня располагаемого дохода.

При проверке корректности высказываний одних и тех же пациентов выявлена более высокая степень коррелированности их ответов по заданным вопросам в контрольной группе (0,45 против 0,28 в основной группе). Сочетание положительного ответа о поддержании контакта с врачом в процессе лечения и информировании врача о нарушении данных рекомендаций в основной группе регистрировалось только в 41,6 % случаев, тогда как в контрольной — в 54,5 % случаев.

## Выводы

Частота регистрации активной модели поведения в части обращения за медицинской помощью более распространена в группе пациентов с высоким уровнем располагаемого дохода, однако наиболее распространенной формой поведения было затягивание момента обращения, а частота использования такого подхода не зависела от уровня располагаемого дохода. Неопределенность поведения чаще встречалась среди пациентов с низким уровнем располагаемого дохода.

Пациенты с более высоким уровнем дохода чаще склонны к соблюдению рекомендаций врача, тогда как пациенты с более низкими доходами в полном объеме их соблюдают реже. Впрочем анализ зависимостей показал отсутствие достоверных различий в частоте наблюдения изучаемого явления ( $Ka = 0,22$ , критерий  $\chi^2 = 1,81$ ,  $p > 0,05$ ), что свидетельствует о необходимости более подробного изучения этого явления.

Использование самолечения является широко распространенной моделью поведения среди пациентов, однако те из них, кто обладает более высоким уровнем располагаемого дохода, чаще отказываются от самолечения и реже прибегают к нему в облигатном режиме в сравнении с пациентами, располагаемый доход которых ниже величины, используемой в качестве критерия разделения для целей настоящего исследования. Экономическое положение пациента, выраженное в виде располагаемого дохода, не оказывает влияния на выбор источника информации для самостоятельного выбора метода лечения и лекарственных препаратов.

Полученные данные свидетельствуют о более ответственном отношении к соблюдению рекомендаций, данных врачом, пациентами с более высоким уровнем располагаемого дохода, что выражается в более частом поддержании контакта с врачом в процессе лечения, информировании его о нарушении графика приема препаратов, уточнении информации о данных рекомендациях.

## Литература

1. *Missinne S., Meuleman B., Bracke P.* The popular legitimacy of European healthcare systems: a multilevel analysis of 24 countries // *Journal of European Social Policy*. 2013. Vol. 23. P.231–247.
2. *Genovese U., Del Sordo S., Casali M., Zoja R., Pravettoni G., Akulin I.M.* A new paradigm on health care accountability to improve the quality of the system: four parameters to achieve individual and collective accountability // *Journal of Global Health*. 2017. Vol. 7, no. 1. P.010301.
3. *Meshkov D., Bezmelnitsyna L., Cherkasov S.* A data management model for proactive risk management in healthcare // *Advances in Systems Science and Applications*. 2020. Vol. 20, no. 1. P.114–118.
4. *Шаповалова М. А.* Социально-экономические аспекты воспроизводства населения // *Экономика здравоохранения*. 2004. № 4. С. 12–16.
5. *Cherkasov S., Shapovalova M., Boyko Y., Fedyaeva A., Meshkov D., Shiroki A., Polozkov O., Orlov F.* The influence of social determinants on the need for medical care in women // *Archiv Euromedica*. 2021. Vol. 11, no. 4. P.31–33.
6. *Кром И. Л., Еругина М. В., Орлова М. М., Долгова Е. М., Черняк М. Д., Бочкарёва Г. Н.* Детерминанты общественного здоровья в социальном контексте // *Саратовский научно-медицинский журнал*. 2017. Т. 13, № 2. С. 292–295.
7. *Черкасов С. Н., Полозков О. И., Федяева А. В., Камаев Ю. О.* Влияние уровня образования на модели поведения, связанные с обращаемостью за медицинской помощью населения старших возрастных групп // *Медико-фармацевтический журнал «Пульс»*. 2021. № 23, т. 7. С. 31–37.
8. *Келасьев В. Н., Первова И. Л., Полуэктова Н. М.* Концепция человека: социальные и субъективные детерминанты здоровья // *Вестник Санкт-Петербургского университета. Социология*. 2016. Т. 1. С. 15–26. <https://doi.org/10.21638/11701/spbu12.2016.102>
9. *Хабриев Р. У., Суходолов А. П., Безмельницына Л. Ю., Спасенников Б. А., Мешков Д. О., Черкасов С. Н.* Оценка необходимого объема финансирования лекарственной терапии отдельных заболеваний // *Известия Байкальского государственного университета*. 2018. Т. 28, № 2. С. 179–185.
10. *Черкасов С. Н., Курносииков М. С.* Влияние медико-социальных факторов и особенностей поведения пациенток на уровень потребности в стационарной помощи при внематочной беременности // *Российский медико-биологический вестник имени академика И. П. Павлова*. 2015. Т. 3. С. 66–70.
11. *Хорошилова Е. Ю.* Образование как детерминант здоровья // *Научный альманах*. 2017. Т. 3, № 3 (29). С. 387–390.

12. Черкасов С. Н., Киртадзе И. Д. Влияние уровня образования на самооценку здоровья в различных возрастно-половых группах // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2017. Т. 7. С. 74–78.
13. Лукин А. Г., Черкасов С. Н., Сараев А. Р. Проблемы и противоречия современной модели финансирования практической медицины в Российской Федерации // Финансы. 2022. Т. 5. С. 49–57.

Статья поступила в редакцию 2 февраля 2023 г.;  
рекомендована к печати 20 марта 2023 г.

#### Контактная информация:

Камаев Юрий Олегович — канд. мед. наук; scapule@mail.ru  
Черкасов Сергей Николаевич — д-р мед. наук, гл. науч. сотр.; cherkasovsn@mail.ru  
Федяева Анна Владимировна — канд. мед. наук, ст. науч. сотр.; orgzdravotdel@gmail.com  
Мартirosов Арам Вацаганович — канд. мед. наук; dr.martirosov@mail.ru

### Behaviors associated with seeking medical care from surgical patients with different levels of disposable income

Yu. O. Kamaev, S. N. Cherkasov, A. V. Fedyayeva, A. V. Martirosov

V. A. Trapeznikov Institute of Control Sciences of the Russian Academy of Sciences,  
65, ul. Profsoyuznaya, Moscow, 117997, Russian Federation

**For citation:** Kamaev Yu. O., Cherkasov S. N., Fedyayeva A. V., Martirosov A. V. Behaviors associated with seeking medical care from surgical patients with different levels of disposable income. *Vestnik of Saint Petersburg University. Medicine*, 2023, vol. 18, issue 1, pp. 70–78.  
<https://doi.org/10.21638/spbu11.2023.106> (In Russian)

The aim of the study is to analyze behavioral patterns associated with seeking medical help from patients with different levels of disposable income. Disposable income is the income remaining in the household after taxes in monetary terms. Its size is calculated as the average monthly income per each member of her family (household), regardless of his personal income. A household is considered as a set of people running a joint household, within which market principles of the distribution of economic benefits do not apply. The first (main) group included respondents whose average monthly disposable income was no more than 30 thousand rubles (low level). The second (control) group included respondents whose average monthly disposable income was more than 30 thousand rubles (a high level). The frequency of registration of an active behavior model in terms of seeking medical help is more common in the group of patients with a high level of disposable income, however, the most common form of behavior was delaying the moment of treatment and the frequency of using this approach did not depend on the level of disposable income. Uncertainty of behavior was more common among patients with low disposable income. Patients with a higher income level are more likely to comply with the doctor's recommendations, while patients with lower incomes fully comply with them less often. The use of self-medication is a widespread model of behavior among surgical patients, however, patients with a higher level of disposable income more often refuse to use it and less often use it in an obligate mode in comparison with patients whose disposable income is lower than the value used as a separation criterion for the purposes of this study.

**Keywords:** patient behavior patterns, disposable income, household, medical activity, seeking medical help.

#### References

1. Missinne S., Meuleman B., Bracke P. The popular legitimacy of European healthcare systems: a multi-level analysis of 24 countries. *Journal of European Social Policy*, 2013, vol. 23, pp. 231–247.



2. Genovese U., Del Sordo S., Casali M., Zoja R., Pravettoni G., Akulin I. M. A new paradigm on health care accountability to improve the quality of the system: four parameters to achieve individual and collective accountability. *Journal of Global Health*, 2017, vol. 7, no. 1, p. 010301.
3. Meshkov D., Bezmelnitsyna L., Cherkasov S. A data management model for proactive risk management in healthcare. *Advances in Systems Science and Applications*, 2020, vol. 20, no. 1, pp. 114–118.
4. Shapovalova M. A. Socio-economic aspects of population reproduction. *Health Economics*, 2004, vol. 4, pp. 12–16. (In Russian)
5. Cherkasov S., Shapovalova M., Boyko Y., Fedyaeva A., Meshkov D., Shirokiy A., Polozkov O., Orlov F. The influence of social determinants on the need for medical care in women. *Archiv euromedica*, 2021, vol. 11, no. 4, pp. 31–33.
6. Krom I. L., Yerugina M. V., Orlova M. M., Dolgova E. M., Cherniak M. D., Bochkareva G. N. Determinants of public health in a social context. *Saratov Journal of Medical Scientific Research*, 2017, vol. 13, no. 2, pp. 292–295. (In Russian)
7. Cherkasov S. N., Polozkov O. I., Fedyaeva A. V., Kamaev Yu. O. Influence of the level of education on the behavior models related to the access to medical care of the population of older age groups. *Medical and Pharmaceutical Journal "Pulse"*, 2021, vol. 23, no. 7, pp. 31–37. (In Russian)
8. Kelasev V. N., Pervova I. L., Poluektova N. M. Subjective and objective determinants of health. *Vestnik of Saint Petersburg University. Sociology*, 2016, vol. 1, pp. 15–26. (In Russian)
9. Khabriev R. U., Sukhodolov A. P., Bezmelnitsyna L. Yu., Spasennikov B. A., Meshkov D. O., Cherkasov S. N. Assessment of the required amount of financing of drug therapy for certain diseases. *Bulletin of Baikal State University*, 2018, vol. 28, no. 2, pp. 179–185. (In Russian)
10. Cherkasov S. N., Kurnosikov M. S. The influence of medical and social factors and peculiarities of the behavior of patients on the level of the need for inpatient care in ectopic pregnancy. *I. P. Pavlov Russian Medical Biological Herald*, 2015, vol. 3, pp. 66–70. (In Russian)
11. Khoroshilova E. Yu. Education as a determinant of health. *Nauchnyi al'manakh*, 2017, vol. 3, no. 29, pp. 387–390. (In Russian)
12. Cherkasov S. N., Kirtadze I. D. Influence of educational level on self-assessment of health in different age-sex groups. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*, 2017, vol. 7, pp. 74–78. (In Russian)
13. Lukin A. G., Cherkasov S. N., Saraev A. R. Problems and contradictions of the modern model of financing of practical medicine in the Russian Federation. *Financy*, 2022, vol. 5, pp. 49–57. (In Russian)

Received: February 2, 2023

Accepted: March 20, 2023

#### Authors' information:

*Yuri O. Kamaev* — PhD in Medicine; scapule@mail.ru

*Sergey N. Cherkasov* — Dr. Sci. in Medicine, Main Researcher; cherkasovsn@mail.ru

*Anna V. Fedyaeva* — PhD in Medicine, Senior Researcher; orgzdravotdel@gmail.com

*Aram V. Martirosov* — PhD in Medicine; dr.martirosov@mail.ru