

ОТ ТЕОРИИ К ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ПОЛИТИКЕ

Т.В. Чубарова

*д.э.н., главный научный сотрудник Института экономики РАН
(Москва)*

НЕРАВЕНСТВО В СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ: СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ ПОДХОД

Аннотация. В статье рассматривается социально-экономический подход к пониманию неравенства в состоянии здоровья населения, в основе которого лежит идея факторов здоровья, под которыми понимаются условия жизни людей. На основе анализа российских и зарубежных исследований автор выделяет ключевые характеристики неравенства в состоянии здоровья, наблюдаемого в странах с разным уровнем развития с точки зрения социально-экономических факторов, подчёркивает связанные с этим основные тенденции его проявления в общественном контексте. Одним из важнейших критериев общественного восприятия неравенства в здоровье является определение справедливости, которая с точки зрения экономической науки неразрывно связана с такими понятиями, как эффективность и перераспределение. В статье подчёркивается важность понимания социально-экономических причин неравенства в состоянии здоровья, так как это определяет возможности его преодоления с помощью мер государственной политики, направленной на повышение благосостояния граждан.

Ключевые слова: : *неравенство в состоянии здоровья, факторы здоровья, справедливость в здравоохранении, социальная модель здоровья, социальное неравенство, перераспределение ресурсов.*

JEL: I14

УДК: 614, 338.23

DOI: 10.52342/2587-7666VTE_2024_4_100_114

© Т.В. Чубарова, 2024

© ФГБУН Институт экономики РАН «Вопросы теоретической экономики», 2024

ДЛЯ ЦИТИРОВАНИЯ: Чубарова Т.В. Неравенство в состоянии здоровья: социально-экономический подход // Вопросы теоретической экономики. 2024. №4. С. 100–114. DOI: 10.52342/2587-7666VTE_2024_4_100_114.

FOR CITATION: Chubarova T. Health Inequalities: A Socio-Economic Approach // Voprosy teoreticheskoy ekonomiki. 2024. No. 4. Pp. 100–114. DOI: 10.52342/2587-7666VTE_2024_4_100_114.

В последнее время проблемы охраны здоровья всё активнее обсуждаются не просто в медицинских, а скорее в социально-экономических аспектах. В этом контексте неравенство в состоянии здоровья занимает важное место в повестке дня развития современных систем здравоохранения. Этот вопрос привлекает внимание таких международных организаций, как Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), которая создала специальную базу данных для анализа рассматриваемой проблемы. Усиление внимания к данной тематике произошло в период пандемии, когда оказалось, что определённые группы населения, прежде всего живущие в бедных депрессивных районах, больше пострадали от её влияния [Berchet, Bijlholt, Ando, 2023].

Вместе с тем, в области изучения неравенства в состоянии здоровья остаётся ещё много нерешённых вопросов, например, как его измерить, каковы причины его существования в современном обществе и что можно сделать, чтобы его преодолеть. Не претендуя

на рассмотрение всего спектра проблем, касающихся рассматриваемой области исследований, данная статья ставит следующие задачи:

- ▶ рассмотреть понимание неравенства в состоянии здоровья в научных исследованиях;
- ▶ выделить основные подходы к выявлению причин его сохранения в современном обществе, несмотря на активное развитие систем охраны здоровья населения;
- ▶ проанализировать роль таких категорий, как справедливость, эффективность и перераспределение применительно к пониманию неравенства в состоянии здоровья.

Определение неравенства в состоянии здоровья

ВОЗ определяет неравенство в состоянии здоровья как «систематические различия в состоянии здоровья между различными группами населения или в распределении ресурсов здравоохранения, которые проистекают из социальных условий, в которых граждане рождаются, взрослеют, живут, работают и стареют»¹. Важно отметить, что данное определение основано на системном подходе. В нем подчёркивается, что причина существования неравенства в состоянии здоровья не только в индивидуальных, биологических факторах, но и во влиянии условий жизни людей. Это означает, что у одних групп населения состояние здоровья может быть лучше, чем у других групп населения, на устойчивой основе. При этом ВОЗ отмечает, что такое неравенство:

- ▶ приводит к существенным социальным и экономическим затратам как для индивидов, так и для общества в целом;
- ▶ несправедливо и может быть преодолено с помощью государственной политики, применения правильного набора государственных мер.

Исследования неравенства в состоянии здоровья развиваются довольно активно и могут быть условно разделены на два направления.

Во-первых, ряд исследований фиксирует (подтверждает) существование неравенства в состоянии здоровья как между странами, что связывается с уровнем их социально-экономического развития, так и внутри стран — между различными социальными группами населения.

Зафиксировать такое неравенство довольно сложно, особенно внутри стран, и корректность результата определяется выбором соответствующих показателей состояния здоровья. Это, например, продолжительность жизни, годы жизни с поправкой на качество или годы здоровой жизни, уровень заболеваемости и смертности (обычно как относительные показатели на душу населения). Часто неравенство состояния здоровья изучается в отношении конкретных причин смертности или заболеваемости населения. Возможны и более сложные подходы. Так, в [Le Grand, 1987] для измерения неравенства в состоянии здоровья между странами автор основывался на показателях смертности и использовал индексы, аналогичные коэффициенту Джини и другим измерениям неравенства доходов.

В эмпирических эконометрических исследованиях активно применяется такой показатель, как самооценка состояния здоровья, которая отражает представление человека о своём здоровье в определённый период времени и выявляется в ходе социологических исследований. Хотя этот подход упрекают в субъективности, в данном вопросе между исследователями, занимающимися проблематикой здоровья, сложился определённый консенсус в том, что он в целом отражает реальную ситуацию и способен предсказать объективные резуль-

¹ WHO. URL: <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/health-inequities-and-their-causes> (access date: 26.09.2024).

таты здоровья [Jylhä, 2009]. Поэтому в исследованиях, где необходимо оценить состояние здоровья населения, часто используют именно этот показатель. Он удобен тем, что позволяет включать в анализ также ряд социально-экономических параметров, содержащихся в опросах. В России, например, исследователи пользуются данными социально-экономических обследований Росстата (рис. 1). Подобные опросы можно найти и по другим странам. Результаты таких исследований сравнительно единообразны и показывают, что чем выше благосостояние человека, тем выше он(а) оценивает состояние своего здоровья.

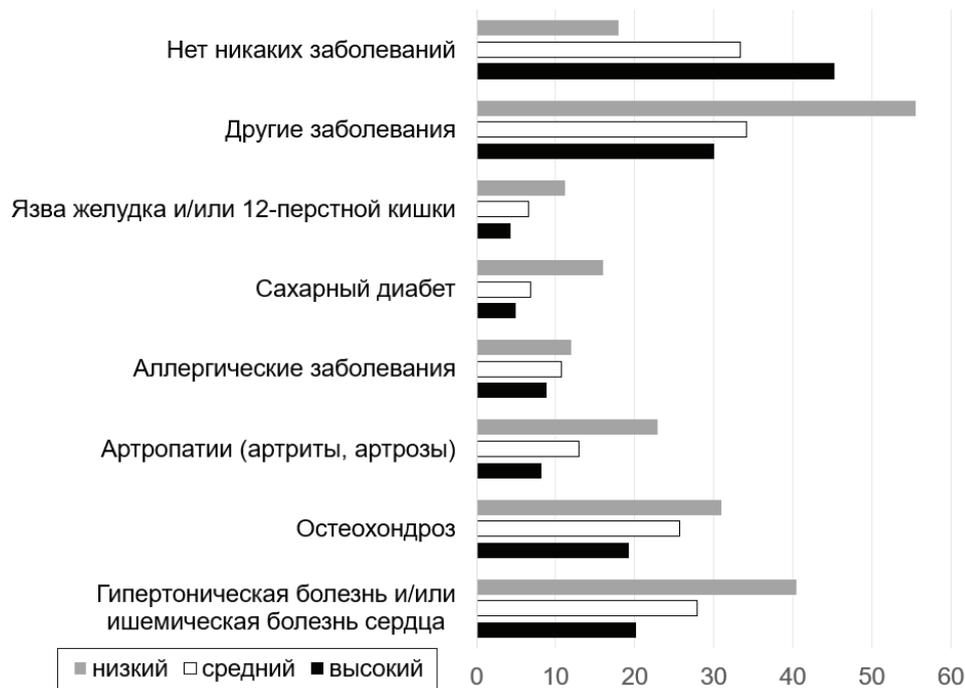


Рис. 1. Заболеваемость в группах населения с разным уровнем дохода в РФ, %
Источник: Росстат (расчёты автора).

Следует отметить, что сама идея неравенства в отношении здоровья подразумевает, что тут существующие различия могут быть измерены и использованы для того, чтобы стать основой для политических решений, направленных на преодоление существующих различий и достижение справедливости в отношении здоровья.

Во-вторых, исследователи пытаются понять причины неравенства в распределении здоровья между различными группами населения, которое сохраняется и даже усиливается в последнее время [Mackenbach, Stirbu, Roskam, Schaap, Menvielle, Leinsalu, Kunst, 2008].

Безусловно, важную роль играют биологические факторы, однако выявляемая устойчивая связь состояния здоровья и ряда социально-экономических показателей позволяет говорить о том, что они тоже имеют значение. Это привело к развитию концепции факторов (детерминантов) здоровья, под которыми понимаются условия жизни людей, оказывающие влияние на состояния их здоровья. Такие условия многообразны и могут быть классифицированы по различным критериям. Традиционно факторы здоровья подразделяются на:

- социально-экономические и культурные (например, доход, уровень образования, занятость, социальная поддержка);
- поведенческие, образ жизни и состояние окружающей среды (например, курение, питание, физическая активность, доступ к воде, загрязнение воздуха);
- индивидуальные — как физиологические (генетика), так и психологические (способность контролировать собственную жизнь);
- доступ к медицинскому обслуживанию (профилактика и лечение).

Факторы здоровья могут быть объединены в две большие группы: внутренние (биологические и поведенческие), присущие самому человеку, и внешние, определяющие социально-экономический контекст жизнедеятельности граждан.

Исследования подтверждают, что среди социально-экономических факторов здоровья важную роль играет уровень образования и дохода [Kawachi, Adler, Dow, 2010]. При прочих равных условиях, чем выше уровень образования, тем лучше здоровье человека, следовательно, прослеживается прямая зависимость состояния здоровья от уровня образования. Взрослые с более высоким уровнем образования живут более здоровой и долгой жизнью по сравнению с их менее образованными сверстниками, причём такие различия увеличиваются [Zajacova, Lawrence, 2018].

Каналы, через которые образование оказывает влияние на здоровье, многообразны. Это, например, доходы и социально-экономическое положение человека, социальная мобильность и социальный капитал. Низкий уровень образования связывается с поведением повышенного риска для здоровья, таким как курение, употребление алкоголя и т.д. Образование позволяет человеку найти нужную информацию, сопоставить, сделать выводы, задать нужные вопросы и т.д. Исследования показывают тесную связь уровня образования родителей, продолжительности обучения в школе и образования в области здоровья с выбором образа жизни, состоянием здоровья и продолжительностью жизни, что подтверждает важность раннего развития детей и организации самого процесса обучения.

Необходимо отметить, что образование может играть в процессе формирования неравенства состояния здоровья двоякую роль, выступая и как условие социального лифта и создания возможностей для улучшения жизни, и как средство закрепления социальной позиции человека, воспроизводя неравенства, причём на межпоколенческой основе.

Одной из важнейших причин неравенства в распределении здоровья выступает уровень доходов населения. Массив исследований, изучающих взаимосвязь между доходом и здоровьем, обширен, и полученные результаты в целом свидетельствуют о том, что более высокий доход связан с лучшим здоровьем. Интересно отметить, что в России исследований неравенства в состоянии здоровья по доходу меньше, чем в англоязычном сегменте [Кислицына, 2005; Карцева, Кузнецова, 2023; Кислицына, 2023]. В качестве объяснения такой ситуации можно предположить, что в России обеспечивается охват медицинской помощью всего населения и поэтому её получение, возможно, меньше зависит от уровня дохода.

Связь бедности и здоровья граждан прослеживается не только в развивающихся, но и в развитых странах, хотя возможно, что для последних относительная важность материальных обстоятельств снижается, в то время как значение психосоциальных факторов возрастает. Поэтому если в развивающихся странах наблюдается тесная корреляция между уровнем ВВП и улучшениями в состоянии здоровья, то в развитых странах связь бедности и здоровья сложнее. Во многом последнее обусловлено изменением характера бедности.

Различия в доходе могут иметь серьёзные последствия для структуры питания и, соответственно, для состояния здоровья, причём относительно бедные домохозяйства тратят большую долю дохода на питание, чем более богатые. Отмечаются различия в рисках хронических заболеваний в зависимости от уровня дохода. Больше вероятность того, что малообеспеченные граждане не предпринимают меры для профилактики болезни или её обнаружения на ранних стадиях.

Важным фактором является не просто уровень доходов населения, но и степень их дифференциации. Большинство исследований показывает, что состояние здоровья, как правило, хуже в обществах с сильной социальной дифференциацией, и неравенство доходов влияет как на физическое, так и на психическое здоровье, развитие человека и благополучие населения [Wagstaff, van Doorslaer, 2000; Lynch et al., 2004; Subramanian, Kawachi, 2004; Pickett, Wilkinson, 2015; Qasim, Pervaiz, Chaudhary, 2020; Tibber, Walji, Kirkbride, Huddy, 2021]. Например, в районах с неравным распределением дохода уровень

смертности выше, чем в сравнительно эгалитарных сообществах [Ross, Wolfson, Dunn, Berthelot, Kaplan, Lynch, 2000].

Первоначально исследования были сосредоточены на выяснении того, действительно ли состояние здоровья хуже в обществах с сильной социальной дифференциацией, но в настоящее время появляется всё больше доказательств проявления более общей тенденции. Согласно этой тенденции, отрицательные социальные последствия, связанные с неблагополучием в обществе, чаще встречаются там, где большая разница в доходах между богатыми и бедными обостряет проблемы, связанные с низким социально-экономическим статусом. Отмечается влияние неравенства в доходах на здоровье через осознание человеком своего места в социальной иерархии, основанной в том числе и на его относительном положении в зависимости от дохода.

Связь между неравенством по доходу и состоянием здоровья населения подтверждается во многих исследованиях, однако есть работы, из которых следует, что она если и существует, то достаточно слаба [Macinko, Starfield, Wulu, 2003]. Такое расхождение, которое обычно связывается с методологическими проблемами, в том числе выбора показателей и временных рамок, всё же свидетельствует о том, что, возможно, связь между неравенством в доходах и состоянием здоровья до конца не выяснена.

Вероятно, что получаемая корреляция между доходом и состоянием здоровья является побочным продуктом действия двух факторов. Во-первых, между индивидуальным доходом и состоянием здоровья существует линейная зависимость, т.е. бедность практически всегда ассоциируется с неблагоприятными результатами для здоровья. Во-вторых, неравенство в доходах — своего рода маркер других параметров, которые влияют на здоровье [Judge, Paterson, 2001].

Важный фактор — доступность медицинской помощи [Чубарова, 2022]. Это подчёркивает роль собственно системы здравоохранения, её способности оперативно и адекватно реагировать на потребности населения. Она включает не только организацию и финансирование оказания медицинских услуг и профилактики, но и создание условий и стимулов, которые ведут к более эффективному решению возникающих проблем. Именно в таком ракурсе в настоящее время обсуждается вопрос о том, какая из сложившихся систем здравоохранения представляет собой наиболее оптимальный вариант обеспечения универсального доступа населения к медицинским услугам.

Способ распределения и финансирования услуг здравоохранения может рассматриваться как одна из причин неравенства в состоянии здоровья между социально-экономическими группами. В странах, где такие услуги могут быть получены только за плату, т.е. возможность их получения определяется доходом, ограниченность доступа к медицинским услугам влияет на состояние здоровья малообеспеченных граждан с низкой платёжеспособностью. Напротив, в странах, где здравоохранение финансируется из общественных средств, связь между доходом и здоровьем выражена слабее [Ross, Wolfson, Dunn, Berthelot, Kaplan, Lynch, 2000; Чубарова, 2020].

Таким образом, в настоящее время тема факторов здоровья занимает важное место в повестке дня исследователей и в России, и за рубежом. Она довольно хорошо разработана, и большинство исследований фиксируют связь состояния здоровья и социально-экономических детерминантов. В связи с этим хотелось бы обратить внимание на несколько аспектов.

Неравенство в состоянии здоровья *фиксируется практически во всех странах*, хотя его уровень различается. В межстрановых сравнениях оно довольно легко улавливается, является видимым и объясняется различиями в социально-экономическом развитии, спецификой национальных и культурных условий и т.д. Иная ситуация складывается для отдельных государств, особенно благополучных, имеющих в целом довольно хорошие показатели здоровья населения, что требует специальных исследований понимания

причинно-следственных связей. В контексте здравоохранительной политики ставится вопрос о том, что игнорирование существования такого неравенства ведёт к снижению общих показателей состояния здоровья населения и снижает эффективность работы систем здравоохранения.

Неравенство в состоянии здоровья обсуждается в рамках *социальной модели здоровья*. Это подразумевает его понимание как «состояния полного физического, душевного и социального благосостояния и не просто отсутствие болезни» (ВОЗ). Несмотря на то, что эта модель активно пропагандируется и формально признаётся на мировом уровне, существенное влияние медицинской модели пока еще сохраняется. Особенно это прослеживается в практике организации систем здравоохранения, где, на мой взгляд, пока ещё не найден баланс между этими дополняющими, а не взаимоисключающими моделями.

Как отмечалось выше, анализ влияния неравенства на здоровье в основном проводится по отдельным социально-экономическим факторам, таким, например, как образование, доход, доступность медицинских услуг. Однако есть исследования, в которых речь идёт о *социально-экономическом статусе или социальном классе* как обобщающем показателе влияния условий жизни на здоровье людей [Clark, DesMeules, Luo, Duncan, Wielgosz, 2009; Недоспасова, Шибалков, 2017; Hoffmann, Kröger, Pakpahan, 2018]. Хотя они основаны на тех же вводных — доход, образование, профессиональный статус, — такой подход прямо связывает общее положение человека в социальной и профессиональной иерархии с состоянием его здоровья и продолжительностью жизни. Это усиливает важный вывод, что причины неравенства в состоянии здоровья в значительной степени коренятся в уровне развития общества, а не отдельного индивида.

В настоящее время практически общепризнано, что неравенство носит *многоаспектный характер*, так как оно проявляется по многим направлениям социально-экономических условий жизнедеятельности граждан [ISSC, IDS, UNESCO, 2016]. Поэтому важно понимать, как влияют друг на друга различные факторы здоровья, оценить их относительный вклад. Сложность заключается в том, что такой вклад, очевидно, зависит как от конкретных обстоятельств, так и от сочетания различных факторов и их взаимосвязи. Интересное исследование было проведено на основе данных КОУЖ² по выявлению связи между социальным статусом и самооценкой здоровья, а также изучению вклада материальных, психосоциальных и поведенческих факторов, с учётом взаимоотношения между ними, в социальное неравенство в состоянии здоровья граждан России [Кислицина, 2023].

Следует учитывать, что понимание роли различных факторов в обеспечении здоровья населения может меняться. Так, традиционно ВОЗ оценивает вклад медицинской помощи в поддержание здоровья населения в 20%, признавая решающее значение образа и условий жизни, экологии и т.д. Однако исследования показывают, что в результате развития новых технологий роль медицинской помощи, очевидно, повышается, что подчёркивает необходимость обеспечения её доступности для населения.

Сложной проблемой является *диалектика взаимовлияния социально-экономических факторов (социального статуса) и состояния здоровья* граждан. В этом контексте часто апеллируют к идее жизненного цикла и социальной мобильности. Если человек меняет свой социально-экономический статус, причём в сторону повышения либо понижения, то как это влияет на состояние его здоровья? Данные свидетельствуют, что в целом такая зависимость существует, и изменение социально-экономического статуса, и социальная мобильность отражаются на здоровье человека. Примечательно, что исследования подтверждают: повышение социального статуса ведёт к улучшению состояния здоровья, в то время как данные об относительном влиянии на здоровье понижения статуса, прочности запаса хорошего здоровья до конца не выяснены.

² КОУЖ — комплексное наблюдение условий жизни населения. Осуществляется Росстатом. — Прим. ред.

Связь социально-экономического статуса и состояния здоровья может быть двоякой, т.е. различия в здоровье могут влиять на социальное положение, и люди с плохим здоровьем имеют меньше шансов достичь высокой социальной позиции в обществе [Kröger, Pakrahan, Hoffmann, 2015]. При этом наиболее существенное обратное влияние связано с материальным положением [Galama, van Kippersluis, 2019].

Влияние здоровья на социально-экономический статус в принципе может рассматриваться как менее несправедливое, так как может быть связано с индивидуальными, биологическими, а не с социальными факторами. Однако можно согласиться с утверждением, что оба направления влияния одинаково несправедливы, поскольку плохое здоровье как следствие низкого социального статуса, так и низкий социальный статус ввиду плохого состояния здоровья указывают на дисфункцию социального государства, которое должно противодействовать и тому, и другому [Mackenbach, 2012; Kröger, Pakrahan, Hoffmann, 2018].

Понимание неравенства в состоянии здоровья с точки зрения факторов здоровья подчёркивает важность и необходимость реализации *междисциплинарного подхода в организации охраны здоровья населения*, причём как на макро-, так и на микроуровне. Этот вопрос должен находиться в поле зрения не только системы здравоохранения, но и других отраслей, деятельность которых оказывает влияние на факторы здоровья как прямо, так и опосредованно. Он должен учитываться при выработке государственной политики, разработке соответствующих программ и планов. Однако добиться такой междисциплинарности на практике сложно, и в настоящее время реализуется отраслевой подход к охране здоровья, где основное бремя лежит именно на системе здравоохранения. Кроме того, важно обеспечить совместную работу представителей различных дисциплин и на уровне оказания медицинской помощи. В настоящее время реализация такого подхода связана с идеей пациентоцентрированности в организации систем здравоохранения, в частности необходимости взаимодействия медицинских организаций и социальных служб [Паллиативная помощь..., 2021].

Справедливость в контексте неравенства в состоянии здоровья

Вопрос о справедливости или несправедливости неравенства в состоянии здоровья намного менее разработан. Вместе с тем, он является неотъемлемой частью самой идеи неравенства в состоянии здоровья. Представляется, что именно интуитивное понимание его несправедливости побуждает исследователей обращаться к этой проблеме.

Одно из направлений дискуссий носит терминологический характер. В литературе используются различные словосочетания, например различия в состоянии здоровья, или неравенства в состоянии здоровья (*health disparities, health inequality*). Однако исследователи предлагают уточнения этих понятий, причём они связаны именно с темой справедливости [Lee, Kim, Lee, Fawcett, 2020]. Так, различия в состоянии здоровья могут просто фиксироваться, объясняться индивидуальными факторами. Но употребление словосочетания «неравенство в состоянии здоровья» всё же имеет другой подтекст: оно описывает различия, которые носят систематический характер, оказывают отрицательное влияние на социально неблагополучные группы населения и могут быть предотвращены [Braveman, Egerter, Woolf, Marks, 2011]. Российские исследователи часто используют термин «социальное неравенство в состоянии здоровья» [Лядова, 2020; Русинова, Сафронов, 2019]. В итоге фиксируется проблема различного распределения не просто здоровья, а также социально-экономических факторов, влияющих на его состояние.

Дискурс о справедливости безграничен, причём он развивается в рамках различных наук, которые предлагают свои критерии. В данной статье важно его практическое преломление в сфере здравоохранения, что имеет свои особенности. Справедливость в отношении здоровья может быть определена как отсутствие несправедливых, предотвратимых или

устранимых различий в состоянии здоровья среди групп населения, определяемых социальными, экономическими, демографическими или географическими характеристиками [WHO, 2020]. Предполагается, что в идеале каждый человек должен иметь возможность достичь полного потенциала здоровья и, соответственно, никто не должен быть ущемлён в достижении такого потенциала, если этого можно избежать.

В англоязычной литературе иногда используется термин «несправедливости в состоянии здоровья» (*health inequities*). Он обозначает неравенства, которые признаются несправедливыми так как связаны с положением людей в обществе, обусловленном влиянием предшествовавших факторов, которых можно было бы избежать. То есть можно предположить ситуацию, когда неравенства в состоянии здоровья могут быть признаны справедливыми, если они неизбежны и не могут быть изменены.

Причины неравенства в состоянии здоровья многообразны, как то: естественные биологические, поведение, наносящее вред здоровью, подверженность вредным условиям труда, плохие жилищные условия, проблемы с доступностью медицинской помощи и т.д. Признание того, какие из них справедливы, а какие нет, в значительной мере определяется тем, насколько человек может влиять на ситуацию, отрицательно влияющую на состояние его здоровья. Поэтому одним из важнейших критериев разграничения «справедливого» и «несправедливого» применительно к состоянию здоровья, на мой взгляд, является степень свободы выбора. Если человек добровольно, сознательно выбирает рисковое поведение, то проблемы, которые у него могут возникнуть со здоровьем, вряд ли следует рассматривать как несправедливые. Другое дело, когда выбор человека существенно ограничен социальными и экономическими факторами, которые он не может быстро изменить и которые влияют на его поведение. Тогда вытекающие из этого худшие показатели здоровья не могут считаться справедливыми. Например, здоровый образ жизни требует значительных ресурсов, которыми не обладают малообеспеченные граждане.

Справедливость часто обсуждается применительно к системе охраны здоровья, или, точнее, оказания медицинских услуг. В этом случае её можно определить как:

- ▶ равный доступ к имеющимся услугам при равной потребности;
- ▶ равное использование услуг при равной потребности;
- ▶ одинаковое качество для всех [Leenen, 1985].

Как видно из определения, справедливость в здравоохранении связывается с равенством. Однако необходимо разделять равенство результата и равенство возможностей. В здравоохранении есть ситуации, когда для обеспечения равенства результата нужны неравные возможности. Когда дело доходит до справедливого распределения ограниченных медицинских ресурсов, возникает выбор: относиться ко всем пациентам одинаково или в соответствии с их уникальными потребностями. В отличие от равенства в отношении здоровья, которое требует равного обращения со всеми пациентами, справедливость ставит на первое место лечение и уход на основе потребностей [Fawcett, 2019]. Медицинская помощь предоставляется не всем «в равных долях», а тем, кому она нужна, т.е. по потребности. Поэтому на практике одни получают больше медицинских услуг, а другие — меньше. Главное, чтобы при возникновении потребности гражданам была оказана своевременная качественная помощь.

В здравоохранении сложное соотношение равенства и неравенства может приводить к тому, что неравенство может быть признано справедливым. С одной стороны, возможны случаи дискриминации отдельных групп населения, и здесь, безусловно, необходимо обеспечение равенства. С другой стороны, предоставление дополнительных ресурсов пациентам из группы риска будет способствовать уменьшению неравенства. Равенство возможностей не обеспечивает удовлетворение специфических потребностей отдельных групп населения, особенно в условиях сохранения неравенства в доступе (например, граждан, страдающих редкими заболеваниями).

То, что ресурсы системы здравоохранения должны распределяться справедливо практически не подвергается сомнению. Однако, на мой взгляд, следует учитывать другие факторы здоровья, и здесь ситуация не такая однозначная. Если в отношении оказания медицинской помощи аргумент справедливости понятен, то проблема распределения социально-экономических факторов здоровья гораздо сложнее, учитывая общее отношение к социальному неравенству в обществе.

При обсуждении неравенства в здоровье вопрос о справедливости приобретает особую значимость в силу важности этических моментов, ведь речь идёт о жизни человека. Здоровье рассматривается как высшая гуманитарная ценность; если жизнь можно спасти, то её потеря из-за наличия любых барьеров, в том числе финансовых, признаётся недопустимой, по крайней мере, на уровне общественного сознания и деклараций государства.

Сама постановка вопроса о необходимости преодоления или сокращения неравенства в состоянии здоровья связана с ценностями, которые лежат в основе современных систем здравоохранения, такими как справедливость, универсальность, социальная солидарность. Здоровье признаётся высшей ценностью, без которой все остальные аспекты жизнедеятельности человека теряют своё значение. Поэтому преодоление неравенства в здоровье открыто ставится как политическая задача, тогда как вопрос о преодолении неравенства в распределении социально-экономических факторов здоровья — не такой однозначный, что отражается и в политических решениях.

Анализ неравенства в состоянии здоровья, особенно несправедливого, ставит вопрос о социальном неравенстве — является ли оно проблемой для современного общества или, наоборот, стимулом для развития? Экономисты относятся к тому вопросу по-разному, выдвигая аргументы как в пользу, так и против социального неравенства [Кислицина, 2020]. Всё же скорее преобладают аргументы «против», включая отрицательное влияние на экономический рост, причём последняя точка зрения время от времени находит эмпирическое подтверждение. Так, на российских данных было показано, что с увеличением неравенства в доходах граждан рост ВВП на душу населения замедляется, а рост экономики, в свою очередь, ведёт к сокращению неравенства в распределении доходов [Туманянц, Арженовский, Арькова, Монастырев, Пичулина, 2024]. Некоторые исследователи, в принципе признавая социальное неравенство, пытаются определить его оптимальный уровень (например, идея умеренного, нормального versus избыточного неравенства [Шевяков, Кирута, 2002]).

Система охраны здоровья — это прежде всего социальная система, которая неразрывно связана с общей организацией жизни в обществе. Очевидно, что задача полностью преодолеть неравенство не ставится при капитализме. Поэтому возникает вопрос: как преодолеть неравенство (обеспечить равенство) в состоянии здоровья граждан, если неравенство в обыденной жизни сохраняется? Сложно определить, справедливое оно или нет, если до конца не понятны критерии справедливости распределения социально-экономических факторов здоровья.

Система здравоохранения с её общей установкой на обеспечение универсального доступа может рассматриваться как выравнивающая сила, сглаживающая влияние социально-экономических факторов. Однако даже если граждане получают необходимую им медицинскую помощь на эгалитарных принципах, они потом попадают в свою обыденную жизнь, где остальные неравенства сохраняются и продолжают оказывать влияние на состояние их здоровья. Таким образом, неравенство в здоровье воспроизводится в общих условиях рынка, снижая выравнивающий результат системы здравоохранения [Чубарова, 2008].

Хотелось бы отметить, что ценностные ориентиры могут если и не меняться кардинально, то несколько смещаться. Например, в последнее время при оказании социальной помощи или предоставлении социальных льгот всё чаще используют подход на основе «заслуженности». Это означает, что от получателей требуется соответствие определённым

правилам, иначе поддержка не будет оказана. Вопрос о том, насколько социально-экономические условия обеспечивают людям такую возможность, остаётся за скобками.

В здравоохранении проявляется вечная проблема экономической теории, а именно, *соотношение эффективности и справедливости* при распределении ограниченных ресурсов. Учитывая важность критерия справедливости для здравоохранения, в целом предлагается достижение своего рода «золотой середины», когда эффективность и справедливость могут быть достигнуты без какого-либо ущерба друг другу, рассматриваться как взаимодополняющие, а не конфликтующие соображения. Предполагается, что справедливость может быть достигнута без ущерба эффективности, в то время как эффективность может способствовать достижению справедливости [Asamani, Alugsi, Ismaila, Nabyonga-Orem, 2021].

Однако важно отметить, что прикладные исследования в данной области в основном ведутся по частным случаям, будь то отдельные заболевания или оценка деятельности конкретных медицинских организаций. Разработка этой проблемы в более широком контексте применительно к системе здравоохранения носит скорее теоретический характер и затрагивает только область оказания медицинских услуг. Учёт критериев справедливости при оценке эффективности распределения ресурсов в здравоохранении на макроуровне необходим, но более сложная задача включения в этот процесс распределения факторов здоровья пока не получила должного внимания в исследовательском сообществе.

Вопрос о справедливости возникает в связи с тем, что неравенство факторов здоровья предполагает возможность получения гражданами с более высокими доходами медицинского обслуживания лучшего качества, например, приобретая страховой полис либо оплачивая услуги из кармана. Причём такая ситуация распространена и в странах с развитым государственным участием. Например, существует возможность за плату перепрыгнуть очередь и получить приоритетное право получения медицинской помощи. Анализ данных Международной программы социальных исследований (ISSP) показал, что около двух третей респондентов во всех странах (от 42,8% на Тайване до 84% в Словении) считают несправедливым, когда люди с более высокими доходами могут позволить себе лучшее здравоохранение, чем люди с более низкими доходами [von dem Knesebeck, Vonneilich, Kim, 2016]. Это справедливо и для России: 67,7% опрошенных россиян полагает несправедливым, что лица с более высокими доходами могут позволить себе более качественное медицинское обслуживание, чем люди с более низкими доходами [Кислицина, 2018]. Таким образом, большинство населения воспринимает неравенство в здравоохранении, связанное с доходами, как несправедливое.

Эти исследования выявили, что неравенство в здравоохранении, связанное с доходами, с большей вероятностью рассматривают как несправедливое женщины, люди с низким социально-экономическим статусом, плохим здоровьем, недостаточным страховым покрытием. При этом можно проследить зависимость результата от моделей государств благосостояния и связанных с этим общих ценностей и форм организации систем здравоохранения — доля возмущённых несправедливостью выше в консервативных, южноевропейских и восточноевропейских странах, чем в восточноазиатских, либеральных и социал-демократических государствах [von dem Knesebeck, Vonneilich, Kim, 2015; Кислицина, 2018].

С экономической точки зрения смягчение неравенства всегда связано с *перераспределением ресурсов*, прежде всего *доходов*, в обществе. Однако оно автоматически не обязательно ведёт к преодолению неравенства, для этого нужны соответствующие законы, институты, политические решения. Границы перераспределения и конкретные механизмы, которые могут быть для этого использованы, существенно различаются.

Исследования показывают, что, несмотря на значительную поддержку национальных систем здравоохранения, граждане не так единодушны в вопросе увеличения выплат на её содержание. Так, исследование на российских данных показало, что хотя 93% считает,

что здравоохранением должно заниматься государство, доля желающих платить больше на здравоохранение в общий котёл составила только 14,6% респондентов [Кислицина, 2018].

Системы охраны здоровья должны быть организованы так, чтобы обеспечивалась финансовая справедливость. Она рассматривается сквозь призму бремени финансовых взносов различных социально-экономических групп населения и влияния расходов на здравоохранение на материальное положение домохозяйств. Одним из критериев финансовой справедливости является отсутствие связи между получением услуг, которые нужны гражданам, и их оплатой. Финансовые взносы должны быть отделены от использования услуг и основаны на платёжеспособности граждан. В рамках этого люди, прежде всего с низкой платёжеспособностью, должны быть защищены от финансовых трудностей, связанных с необходимостью личных платежей.

Обеспечению финансовой справедливости способствует мобилизация финансов здравоохранения через различные системы предоплаты. В этом смысле преимущество имеют налоговые системы и обязательное (социальное) страхование. В таком контексте необходимо проводить различие между социальной и частной моделями медицинского страхования. Если частное медицинское страхование, в том числе групповое, обычно привязано к рискам заболеваемости страхуемых граждан, что прямо влияет на размер их выплат, то социальное страхование даёт возможность разорвать эту связь. Оно основано на доходах граждан, их способности платить.

Результаты исследований показали, что система страхования, прежде всего социальная, является наиболее справедливым методом финансирования, тогда как прямая оплата медицинских услуг в момент их получения (из кармана) — наиболее несправедливый метод. Поэтому увеличение прямых платежей, неспособность охватить страхованием всё население (особенно бедных) и проблемы с обеспечением финансовой защиты малообеспеченных граждан нарушает справедливость финансирования [Abu-Zaineh, Arfa, Ventelou, Ben Romdhane, Moatti, 2014; Rostampour, Nosratnejad, 2020].

Особо хотелось остановиться на оплате гражданами услуг в момент получения медицинской помощи, по мере необходимости. Это не способствует перераспределению финансирования в системах здравоохранения, так как каждый платит за себя и не происходит объединения ресурсов. Более того, в таких ситуациях бедные несут относительно большую долю расходов, так как состояние их здоровья хуже, что в результате может приводить к катастрофическим расходам, ведущим к ухудшению общего финансового состояния домохозяйства. Но даже если богатые платят относительно больше, с точки зрения системы здравоохранения перераспределения и, соответственно, выравнивания не происходит.

Налогообложение — наиболее распространённый механизм перераспределения. В последнее время в налоговой практике ряда стран получили развитие маркированные налоги. Предполагается, что граждане легче отдают свои средства, если знают, на что они будут потрачены, и связь финансирования и результата становится более прозрачной. К их числу относят и взносы на обязательное медицинское страхование. Однако такие выводы, на мой взгляд, пока не нашли однозначного эмпирического подтверждения, в частности, того, что маркированные налоги могут привести к росту расходов на здравоохранение [MacKinnon, Mintz, Khanal, 2024].

Во многих странах налоговое законодательство предусматривает льготы на затраты в медицинских целях, например, они могут предоставляться при покупке полиса частного медицинского страхования или оплате медицинских расходов «из кармана».

Опыт показывает, что налоговые преференции регрессивны, так как приносят выгоду обеспеченным гражданам, которые могут себе позволить такие траты, например купить страховой полис, а потенциальная ценность вычета увеличивается с ростом дохода из-за прогрессивной структуры налогообложения. Преференциальный налоговый режим ведёт к эрозии налоговой базы и снижению доходов бюджета. Использование обществен-

ных средств для оплаты налоговых льгот отвлекает средства от финансирования государственной системы здравоохранения, нужно или повышать налоги, или снижать расходы в других областях. Кроме того, налоговые преференции могут поощрить излишнее потребление, что ведёт к искажению потребительских предпочтений, расширению пакета страховых услуг и в итоге способствует росту затрат на здравоохранение.

Однако, несмотря на ряд потенциальных угроз, многие страны, прежде всего развитые, предоставляют те или иные льготы для поощрения приобретения полиса частного медицинского страхования как отдельными гражданами, так и работодателями. Вычеты из налогооблагаемого дохода являются наиболее распространённой формой стимулов для покупателей такого полиса. Важно, должны ли работники выплачивать подоходный налог на выплаты по частному медицинскому страхованию, сделанные в их пользу работодателями. В США, например, они не включаются в общий доход работника, а работодатель может отнести их на расходы по ведению бизнеса.

В последнее время отмечается усиление экономического неравенства, и прежде всего по доходам, во многих странах мира [Chancel et al., 2023; OECD, 2015]. Теоретически это должно приводить к росту спроса на перераспределение со стороны общества, в основном со стороны групп населения с низкими и средними доходами. Например, медианный избиратель, преследуя свои экономические интересы в условиях растущего неравенства, приводящего к увеличению разрыва между медианным и средним доходом, должен поддерживать перераспределение [Meltzer, Richard, 1981].

Однако эмпирические исследования, которые активизировались в последнее время, такую связь практически не выявляют, как не наблюдается серьёзных сдвигов в политике, так и нет широкого недовольства населения [Gimpelson, Treisman, 2018; Lupu, Pontusson 2023; Cavaille, 2023, Weisstanner, 2023]. Вместе с тем, исследование, проведённое на международных данных (ISSP) за период 1987–2019 гг., выявило положительную зависимость между увеличением неравенства доходов и ростом общественной поддержки перераспределения, причём во всех доходных группах [Hillen, Steiner, 2024]. Авторы предположили, что ограниченность политических действий в этом направлении объясняется не отсутствием запроса со стороны общества, а неспособностью политиков его реализовать.

Таким образом, понимание неравенства в состоянии здоровья с точки зрения не просто организации и финансирования системы охраны здоровья населения, а в более широком общественном контексте, который концептуализируется через социально-экономические факторы здоровья, является не просто интересной исследовательской задачей, но важно для формирования здравоохранительной политики. Признание того факта, что неравенство в состоянии здоровья возникает и воспроизводится социально, систематически, что оно напрямую связано с исторически обусловленным и текущим неравным распределением социальных, политических, экономических ресурсов, означает, что его можно сгладить — даже в рамках существующих ограничений — с помощью улучшения условий жизнедеятельности человека.

ЛИТЕРАТУРА/ REFERENCES

- Карцева М.А., Кузнецова П.О. (2023). Здоровье, доходы, возраст: эмпирический анализ неравенства в здоровье населения России [Kartseva M.A., Kuznetsova P.O. (2023). Health, Income, Age: Empirical Analysis of Health Inequality in Russia] // *Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены*. 2023. №2. С. 160–185. DOI: 10.14515/monitoring.2023.2.2355.
- Кислицына О.А. (2005). *Неравенство в распределении доходов и здоровья в современной России* [Kislitsyna O.A. (2005). Inequality in the distribution of income and health in modern Russia]. — М.: РИЦ ИСЭПН.
- Кислицына О.А. (2018). Восприятие россиянами несправедливости неравенства в доступе к услугам здравоохранения и детерминирующие его факторы [Kislitsyna O.A. (2018). Perception of injustice of inequality in access to health care by Russians and its determinants] // *Социальные аспекты здоровья населения*. Т. 61. № 3. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/981/30/lang.ru/>

- Кислицына О.А. (2020). Научный диспут об экономическом неравенстве: обзор аргументов «За» и «Против» [Kislitsyna O.A. (2020). Scientific debate on economic inequality: a review of arguments «For» and «Against»] // *Вестник ИЭ РАН*. № 3. С. 142–158.
- Кислицына О.А. (2023). Социальные различия в состоянии здоровья россиян: роль материальных, психосоциальных и поведенческих факторов [Kislitsyna O.A. (2023). Social inequality in the health status of Russians: the role of material, psychosocial and behavioral factors] // *Социальные аспекты здоровья населения* [сетевое издание] Т. 69. №3. DOI: 10.21045/2071-5021-2023-69-3-7
- Лядова А.В. (2020). Социальное неравенство в отношении здоровья как объект научного дискурса: основные подходы и направления исследования за рубежом [Lyadova A.V. (2020). Social inequality in health as an object of scientific discourse: main approaches and directions of research abroad] // *Теория и практика общественного развития*. № 11. С. 42–46. DOI: 10.24158/tipor.2020.11.6
- Недоспасова О.П., Шибалков И.П. (2017). Социально-экономический статус человека как один из факторов формирования его здоровья [Nedospasova O.P. Shibalkov I.P. (2017). Socioeconomic status of a person as one of the factors in the formation of his health] // *АНИ: экономика и управление*. Т. 6. №1 (18). С. 140–144.
- Паллиативная помощь как сфера междисциплинарного взаимодействия: От теории к практике (2021). Под ред. Н.С. Григорьевой, С.И. Колесникова, Т.В. Чубаровой. Т. 5 [Palliative care as a sphere of interdisciplinary interaction: From theory to practice. (2021). N.S. Grigorieva, S.I. Kolesnikov, T.V. Chubarova (Eds.)]. — М.: URSS.
- Русинова Н.Л., Сафронов В.В. (2019). Проблема социальных неравенств в здоровье: сравнительное исследование России в европейском контексте [Rusinova N.L., Safronov V.V. (2019). The Problem of Social Inequalities in Health: A Comparative Study of Russia in the European Context] // *Вестник института социологии*. № 1. С. 140–162.
- Туманянц К., Арженовский С., Арькова О., Монастырев М., Пичулина И. (2023). Неравенство и экономический рост в России: эконометрические оценки зависимостей [Tumanyants K., Arzhenovskiy S., Arkova O., Monastyryov M., Pichulina I. (2023). Inequality and Economic Growth in Russia: Econometric Analysis] // *Деньги и кредит*. Т.82 №2. С. 52–77.
- Чубарова Т.В. (2008). Экономика здравоохранения. Теоретические аспекты [Chubarova T.V. (2008). Health economics. Theoretical issues]. — М.: Институт экономики РАН.
- Чубарова Т.В. (2020). Доходы и потребление медицинских услуг: опыт анализа с позиции теории опекаемых благ [Chubarova T.V. (2020). Income and consumption of medical services: an analysis from the perspective of the theory of protected goods] // *Журнал новой экономической ассоциации*. Т. 47. № 3. С. 190–196. DOI: 10.31737/221-2264-2020-47-3-10.
- Чубарова Т.В. (2022). Обеспечение доступности здравоохранения в России: инструменты государственной политики [Chubarova T.V. (2022). Ensuring accessibility of healthcare in Russia: instruments of state policy] // *Государственное управление. Электронный вестник*. Вып. 95. С. 93–107. URL: <https://spajournal.ru/index.php/spa/article/view/99>
- Шевяков А.Ю., Кирута А.Я. (2002). Измерение экономического неравенства [Shevyakov A.Yu., Kiruta A.Ya. (2002). Measuring Economic Inequality]. — М.: Лето.
- Abu-Zaineh M., Arfa C., Ventelou B., Ben Romdhane H., Moatti J.P. (2014). Fairness in healthcare finance and delivery: what about Tunisia? // *Health Policy Plan*. V. 29. No. 4. Pp. 433–442.
- Asamani J.A., Alugsi S.A., Ismaila H., Nabyonga-Orem J. (2021). Balancing Equity and Efficiency in the Allocation of Health Resources-Where Is the Middle Ground? // *Healthcare* (Basel). Sep. 24. No. 9(10). Pp. 1257. DOI: 10.3390/healthcare9101257.
- Barakat C., Konstantinidis T.A. (2023). Review of the Relationship between Socioeconomic Status Change and Health // *International Journal Environ Research Public Healthcare*. Jun 29. N. 20(13). Pp. 6249. DOI: 10.3390/ijerph20136249.
- Berchet C., Bijlholt J., Ando M. (2023). Socio-economic and ethnic health inequalities in COVID-19 outcomes across OECD countries // *OECD Health Working Papers*. No. 153. Paris: OECD Publishing. DOI: 10.1787/6c2a96c9-En.
- Braveman P.A., Egerter S.A., Woolf S.H., Marks J.S. (2011). When do we know enough to recommend action on the social determinants of health? // *American Journal of Preventive Medicine*. Vol. 40. No. 1. Suppl 1. Pp. S58–S66. DOI: 10.1016/j.amepre.2010.09.026.
- Cavaille C. (2023). *Fair Enough?: Support for Redistribution in the Age of Inequality*. — Cambridge: Cambridge University Press.
- Chancel L., Piketty T., Saez E., Zucman G. et al. (2023). *World Inequality Report 2022*. World Inequality Lab. URL: https://wir2022.wid.world/www-site/uploads/2021/12/WorldInequalityReport2022_Full_Report.pdf.
- Clark A.M., DesMeules M., Luo W., Duncan A.S., Wielgosz A. (2009). Socioeconomic status and cardiovascular disease: Risks and implications for care // *Nature Reviews. Cardiology*. No. 6. Pp. 712–722. DOI: 10.1038/nrcardio.2009.163.
- Fawcett J. (2019). Thoughts About the Language of Equity for Population Health // *Nursing Science Quarterly*. Apr. Vol. 32. No. 2. Pp. 157–159. DOI: 10.1177/0894318419826277.

- Galama T., van Kippersluis H. (2019). A theory of socioeconomic disparities in health over the life cycle // *Economic Journal* (London). Vol. 129 (617). Pp. 338–374. DOI: 10.1111/eoj.12577.
- Gimpelson V., Treisman D. (2018). Misperceiving inequality // *Economics & Politics*. Vol. 30. No. 1. Pp. 27–54.
- Hillen V., Steiner N.S. (2024). Rising inequality and public support for redistribution // *European Journal of Political Research*. No. 1. DOI: 10.1111/1475-6765.12696.
- Hoffmann R., Kröger H., Pakpahan E. (2018). Pathways between socioeconomic status and health: Does health selection or social causation dominate in Europe? // *Advances in life course research*. Vol. 36. Pp. 23–36. DOI: 10.1016/j.alcr.2018.02.002.
- ISSC, IDS and UNESCO (2016). *Challenging Inequalities: Pathways to a Just World*: World Social Science Report 2016. — Paris: UNESCO Publishing.
- Judge K., Paterson I. (2001). Poverty, Income Inequality and Health // *New Zealand Treasury Working Paper*. Vol. 29. No. 01. — Wellington: New Zealand Government, The Treasury.
- Jylhä M. (2009). What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model // *Social Science & Medicine*. Vol. 69. No. 3. Pp. 307–316.
- Kawachi I., Adler N.E., Dow W.H. (2010). Money, schooling, and health: mechanisms and causal evidence // *Applied Nursing Research Academy Sciences*. Vol. 1186. No. 1. Pp. 56–68.
- Kröger H., Pakpahan E., Hoffmann R. (2015). What causes health inequality? A systematic review on the relative importance of social causation and health selection // *European Journal of Public Health*. Vol. 25. No. 6. Pp. 951–960. DOI: 10.1093/eurpub/ckv111.
- Lee H., Kim D., Lee S., Fawcett J. (2020). The concepts of health inequality, disparities and equity in the era of population health // *Applied Nursing Research*. No. 56. P. 151–367. DOI: 10.1016/j.apnr.2020.151367.
- Leenen H. (1985). *Equality and equity in health care*. // WHO Nuffield Centre for Health Services Studies meeting. — Leeds.
- Le Grand J. (1987). Inequalities in health: Some international comparisons // *European Economic Review*. Vol. 31. Is. 1–2. Pp. 182–191.
- Lupu N., Pontusson J. (2023). The political puzzle of rising inequality // *Unequal democracies: Public policy, responsiveness, and redistribution in an era of rising economic inequality* / N. Lupu, J. Pontusson (Eds). — Cambridge: Cambridge University Press. Pp. 1–26.
- Lynch J., Smith G.D., Harper S., Hillemeier M., Ross N., Kaplan G.A., Wolfson M. (2004). Is income inequality a determinant of population health? Part 1. A systematic review // *Milbank Quarterly*. Vol. 82. No. 1. Pp. 5–99. DOI: 10.1111/j.0887-378x.2004.00302.x.
- Meltzer A., Richard S.F. (1981). A Rational Theory of the Size of Government // *Journal of Political Economy*. Vol. 89. Is. 5. Pp. 914–927. DOI: 10.1086/261013.
- Macinko J.A., Shi L., Starfield B., Wulu J.T. (2003). Income Inequality and Health: A Critical Review of the Literature // *Medical Care Research and Review*. Vol. 60. No 4. Pp. 407–452. DOI: 10.1177/1077558703257169.
- Mackenbach J.P. (2012). The persistence of health inequalities in modern welfare states: The explanation of a paradox // *Social Science & Medicine*. Vol. 75. No.4. Pp. 761–769.
- Mackenbach J.P., Stirbu I., Roskam A.-J.R., Schaap M.M., Menvielle G., Leinsalu M., Kunst A.E (2008). Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries // *The New England Journal of Medicine*. No. 358. Pp. 2468–2481.
- MacKinnon J., Mintz J., Khanal M. (2024). Financing Healthcare With Earmarked Taxes // *Tax Notes International*. June 10. P. 1567. DOI: 10.2139/ssrn.4928168.
- OECD (2015). In it together: Why less inequality benefits all. OECD. A rational theory of the size of government // *Journal of Political Economy*. Vol. 89. No.5. Pp. 914–927.
- Pickett K.E., Wilkinson R.G. (2015). Income inequality and health: A causal review // *Social Science & Medicine*. Vol. 128. Pp. 316–326. DOI: 10.1016/j.socscimed.2014.12.031.
- Qasim M., Pervaiz Z., Chaudhary A.R. (2020). Do poverty and income inequality mediate the association between agricultural land inequality and human development? // *Social Indicators Research*. Vol. 151. Pp. 115–34. DOI: 10.1007/s11205-020-02375-y.
- Ross N.A., Wolfson M.C., Dunn J.R., Berthelot J.M., Kaplan G.A., Lynch J.W. (2000). Relation between income inequality and mortality in Canada and in the United States: cross sectional assessment using census data and vital statistics // *British Medical Journal*. No. 320. Is. 7239. Pp. 898–902. DOI: 10.1136/bmj.320.7239.898.
- Rostampour M., Nosratnejad S. (2020). A Systematic Review of Equity in Healthcare Financing in Low- and Middle-Income Countries // *Value in Health Regional Issues*. Vol. 21. Pp. 133–140. DOI: 10.1016/j.vhri.2019.10.001.
- Subramanian S.V., Kawachi I. (2004). Income Inequality and Health: What Have We Learned So Far? // *Epidemiologic Reviews*. Vol. 26. Is. 1. Pp. 78–91. DOI: 10.1093/EPIREV/MXH003.
- Tibber M.S., Walji F., Kirkbride J.B., Huddy V. (2021). The association between income inequality and adult mental health at the subnational level — a systematic review // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. Vol. 57. No.1. Pp. 1–24. DOI: 10.1007/s00127-021-02159-w.
- von dem Knesebeck O., Vonneilich N., Kim T.J. (2016). Are health care inequalities unfair? A study on public attitudes in 23 countries // *International Journal Environ Equity Health*. Vol. 15 P. 61. DOI: 10.1186/S12939-016-0350-8.

- Wagstaff A., E. Van Doorslaer (2000). Equity in health care finance and delivery // *Handbook of Health Economics*. Vol. 1. Part B. Pp. 1803–1862.
- Weisstanner D. (2023). Stagnating incomes and preferences for redistribution: The role of absolute and relative experiences // *European Journal of Political Research*. Vol. 62. No. 2. Pp. 551–570.
- Whitehead M.A. (2007). Typology of actions to tackle social inequalities in health // *Journal of Epidemiology and Community Health*. Vol. 61. No. 6. Pp. 473–478. DOI: 10.1136/jech.2005.037242.
- Zajacova A., Lawrence E.M. (2018). The Relationship Between Education and Health: Reducing Disparities Through a Contextual Approach // *Annual Review Public Health*. Vol. 39. Pp. 273–289. DOI: 10.1146/annurev-publhealth-031816-044628.

Чубарова Татьяна Владимировна

t_chubarova@mail.ru

Tatyana Chubarova

Doctor of Sciences (Econ.), Leading Research Fellow, Institute of Economics, Russian Academy of Sciences (Moscow)

t_chubarova@mail.ru

HEALTH INEQUALITIES: A SOCIO-ECONOMIC APPROACH

Abstract. The article examines the socio-economic approach to understanding inequality in health status, based on the idea of health factors, which are understood as living conditions that affect people's health. Based on the analysis of Russian and foreign studies, the author identifies the key characteristics of inequality in health status observed in countries with different levels of development, from the point of view of socio-economic factors, and identifies the main trends in its manifestation in the social context. One of the most important criteria for public perception of inequality in health is the definition of justice, which from the point of view of economic science is inextricably linked with such concepts as efficiency and redistribution. The article emphasizes the importance of understanding the socio-economic causes of inequality in health, as this determines the possibilities of overcoming it with the help of public policy measures aimed at improving the well-being of citizens.

Keywords: *health inequality, health factors, health equity, social model of health, social inequality, redistribution of resources.*

JEL: I14.