



Оригинальная статья
УДК 314, 614.2, 316.4, 316.6
DOI: 10.52180/1999-9836_2023_19_2_5_216_225
EDN: GZPINW

Детерминанты использования амбулаторных медицинских услуг в России: влияние места жительства

Ольга Анатольевна Кислицына

Институт Экономики РАН, Москва, Россия, (olga.kislitsyna@gmail.com), (ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4144-237X>)

Аннотация

Цель исследования заключается в том, чтобы оценить общий объём использования населением медицинских услуг, выявить наличие индивидуальных демографических и социально-экономических детерминант обращения за медицинскими услугами, сравнить уровень использования медицинских услуг в сельской и городской местности, изучить относительную важность факторов, влияющих на использование медицинских услуг сельскими и городскими жителями. Информационная основа исследования – Комплексное наблюдение условий жизни населения (КОУЖ), проведённое Росстатом в 2018 г. Статистический анализ выполнен с помощью многомерных моделей логистической регрессии как в целом для населения, попавшего в выборку, так и отдельно для городских и сельских жителей. Использование медицинских услуг определялось как посещение амбулаторных организаций или обращение за консультативной помощью к медицинским работникам без посещения медицинских организаций за предшествующие 12 месяцев. Установлено, что уровень использования медицинских услуг составил 46,6%. С учётом демографических и социально-экономических факторов сельские жители реже обращались за медицинской помощью по сравнению с горожанами. Три предрасполагающих фактора (пол, возраст, семейное положение), семь способствующих факторов (образование, доход, занятость, наличие автомобиля, три фактора индивидуального социального капитала), фактор потребностей (самооценка здоровья) и два фактора личной заботы о здоровье (курение, алкоголь) независимо и статистически значимо связаны с использованием медицинских услуг. Ключевые детерминанты, существенно повышающие вероятность использования медицинской помощи, включали плохое здоровье, женский пол, пожилой возраст. Среди предрасполагающих факторов наиболее важными оказались высокий уровень образования и незанятость. Среди факторов личной заботы о здоровье – курение в прошлом. Городские и сельские жители продемонстрировали разные модели использования медицинской помощи. В городских поселениях по сравнению с сельскими наиболее сильным оказалось влияние пола, возраста, статуса занятости, дохода, курения. В сельской местности – здоровья, семейного положения, образования, наличия автомобиля, потребления алкоголя.

Ключевые слова: использование медицинских услуг, детерминанты, различия город/село, территориальное неравенство, поведенческая модель Андерсена, Россия, Комплексное наблюдение условий жизни населения (КОУЖ)

Для цитирования: Кислицына О.А. Детерминанты использования амбулаторных медицинских услуг в России: влияние места жительства // Уровень жизни населения регионов России. 2023. Том 19. № 2. С. 216–225. https://doi.org/10.52180/1999-9836_2023_19_2_5_216_225; EDN GZPINW



RAR (Research Article Report)
DOI: 10.52180/1999-9836_2023_19_2_5_216_225
EDN: GZPINW

Determinants of Outpatient Health Service Utilization in Russia: Influence of Place of Residence

Ol'ga A. Kislitsyna

Institute of Economics of Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia, (olga.kislitsyna@gmail.com), (ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4144-237X>)

Abstract

The purpose of the study is to assess the overall scope of health services utilization by the population; to exam the individual demographic and socio-economic determinants of health services utilization; to compare the level of medical services utilization in rural and urban areas; to estimate the relative importance of factors affecting the health services utilization among in rural and urban inhabitants. Comprehensive observation of living conditions of the population, conducted by Rosstat in 2018, was used as an information base for the study. The statistical analysis was carried out using multivariate logistic regression models both for the population in the sample as a whole as well as separately for urban and rural residents. Health care services utilization was defined as visits to outpatient facilities or seeking advice from health professionals without visiting health facilities during the previous 12 months before the survey. The results of the study indicated that the rate of health care services utilization was 46.6%. Taking into account demographic and socio-economic factors, rural residents were less likely to use health care services compared to urban residents. Three predisposing factors (gender, age, marital status), seven enabling factors (education, income, employment status, car ownership, three factors of individual social capital), a need factor (self-reported health), and two personal health care factors (smoking, alcohol use) were independently and statistically significantly associated with healthcare service utilization. Female sex, poor/very poor health rating, old age were the strongest predictors of health service utilization. Among the enabling factors the most important were the high level of education and unemployment. Among personal health care factors – ex-smoking. Urban and rural residents showed different patterns of health care service utilization. In urban settlements compared to rural the influence of gender, age, employment status, per capita income, and smoking were the strongest determinants of health care service utilization. In rural areas – health, marital status, education, car ownership, alcohol use.

Keywords: health service utilization, determinants, urban-rural disparities, territorial inequality, Andersen behavioral model, Russia, Comprehensive observation of living conditions of the population

For citation: Kislitsyna O. A. Determinants of Outpatient Health Service Utilization in Russia: Influence of Place of Residence. *Living Standards of the Population in the Regions of Russia*. 2023. Vol. 19. No 2. P. 216–225. https://doi.org/10.52180/1999-9836_2023_19_2_5_216_225

Введение

Объект исследования. Население Российской Федерации.

Предмет исследования. Использование медицинских услуг.

Гипотеза исследования. Использование медицинских услуг связано с индивидуальными демографическими и социально-экономическими детерминантами. Существует территориальное неравенство в использовании медицинских услуг между городскими и сельскими жителями: жители сельской местности реже пользуются медицинскими услугами по сравнению с горожанами.

Внимание к анализу детерминант обращения за медицинской помощью возросло за последние десятилетия [1], что объясняется: 1) растущим консенсусом в отношении того, что все люди имеют право на медицинскую помощь, независимо от их платёжеспособности; 2) общим мнением о том, что определённые группы населения не получают медицинской помощи, сравнимой с той, которая доступна остальному населению [2].

Использование медицинских услуг зависит от множества взаимодействующих детерминант. Исследователи разработали различные теоретические модели, описывающие это явление. Одна из них – модель Андерсена, согласно которой на доступность/использование медицинской помощи влияют четыре типа факторов (доменов): предрасполагающие (например, пол, возраст), способствующие (например, доход, образование, статус занятости), потребность (например, состояние здоровья, заболеваемость) и факторы личной заботы о здоровье (например, потребление алкоголя, курение) [3; 4].

Лучшее понимание этих детерминант, облегчающих или препятствующих доступу к медицинской помощи, позволяет выявить подгруппы населения, которые либо недостаточно, либо чрезмерно пользуются медицинскими услугами. На основе полученных результатов лица, ответственные за разработку политики в области здравоохранения, могут определить потенциальные проблемы и соответствующие решения, а также приоритеты для сохранения и улучшения здоровья населения.

В последние годы российское здравоохранение претерпевает значительные преобразования, которые привели к тотальному сокращению больниц и амбулаторно-поликлинических учреждений в сельской местности [5], что ставит в невыгодное положение более четверти российского населения, проживающего там, и порождает неравенство в использовании медицинской помощи между жителями городских и сельских поселений. Кроме того, существуют различия в

состоянии здоровья между жителями городов и сёл: по сравнению с городскими сельские жители имеют более высокие показатели смертности от всех причин, более короткую продолжительность жизни, более низкую самооценку здоровья [6]. Причины различий в показателях здоровья в сельской и городской местности многочисленны и сложны и включают, в том числе, и ограниченный доступ к медицинским услугам, а также более высокую долю пожилых людей, более низкие уровни образования и жизни.

В некоторых странах были выявлены и проанализированы различные факторы, которые могут повлиять на использование услуг здравоохранения в различных ситуациях (например, [1; 7; 8]). Тем не менее, эти усилия незначительны в России (например, [9;10]). Обычно исследователи рассматривают тип поселения как один из факторов использования медицинской помощи, в то время как редко оцениваются различия в использовании медицинских услуг между сельскими и городскими жителями.

Цель исследования заключается в том, чтобы: 1) оценить общий объём использования медицинских услуг; 2) выявить наличие индивидуальных демографических и социально-экономических детерминант использования медицинских услуг; 3) сравнить уровень использования медицинских услуг в сельской и городской местности; 4) изучить относительную важность факторов, влияющих на использование медицинских услуг сельскими и городскими жителями.

Данные и методы

Информационная основа исследования – Комплексное наблюдение условий жизни населения (КОУЖ)¹, проведённое Росстатом в 2018 г., в ходе которого получена информация о более, чем 130 тыс. респондентов в возрасте 15 лет и старше, из которых для дальнейшего анализа отобраны лица в возрасте 18–80 лет (всего около 100 тыс. человек).

Использование медицинских услуг (зависимая переменная) определялось как посещение амбулаторных организаций и обращение за консультативной помощью к медицинским работникам без посещения медицинских организаций за предшествующие опросу 12 месяцев.

Рассмотрены четыре группы факторов обращения за медицинской помощью, описанные в поведенческой модели Андерсена [3; 4].

Предрасполагающие факторы – создающие условия для обращения за медицинской помощью: пол (мужчина или женщина); возраст (18–29,

¹ Комплексное наблюдение условий жизни населения 2018 // Федеральная служба государственной статистики: [сайт]. URL: https://rosstat.gov.ru/free_doc/new_site/KOUZ18/index.html (дата обращения: 16.03.2023)

30–39, 40–49, 50–59, 60+ лет); семейное положение (состоящий в браке (зарегистрированном/незарегистрированном) или одинокий (никогда не состоявший в браке/вдовый/разведённый)).

Способствующие факторы – способствующие или препятствующие использованию медицинских услуг, в том числе: уровень образования (среднее общее или ниже, начальное или среднее профессиональное, высшее); месячный душевой денежный доход домохозяйства, в котором проживает респондент (Q1 (нижний квартиль отделивающий ¼ часть совокупности с наименьшими значениями месячного душевого денежного дохода), Q2, Q3, Q4 (высший квартиль, отсекающий ¼ часть с наибольшими значениями признака)); статус занятости (работает/не работает); наличие в домохозяйстве автомобиля (есть/нет). Другие способствующие факторы включали характеристики индивидуального социального капитала. Респондентам были заданы три вопроса: 1) есть ли человек, с кем можно обсудить вопросы личного характера? 2) есть ли человек, не являющийся членом домохозяйства, которого можно просить о помощи? 3) встречаются ли респонденты с друзьями, родственниками или коллегами, хотя бы, раз в неделю? Ответившие отрицательно рассматривались как имеющие низкий социальный капитал.

Факторы потребности – отражающие потребность в медицинской помощи: самооценка состояния здоровья, измеренная по пятибалльной шкале (1 – очень плохое здоровье, 5 – очень хорошее здоровье) и преобразованная в двоичную переменную (неплохое здоровье (оценки 5, 4, 3) и плохое здоровье (оценки 1, 2)).

Факторы личной заботы о здоровье – факторы, представляющие образ жизни, оказывающий влияние на состояние здоровья и будущую потребность в медицинском обслуживании: потребление алкоголя и курение. В соответствии с ответом на вопрос о потреблении табачных изделий, все респонденты были разделены на пять групп: не курящие и никогда не курившие; курившие, но бросившие; курящие изредка; курящие менее пачки в день; курящие пачку и более в день. Информация о потреблении алкоголя получена на основе ответов на четыре вопроса, касающиеся как в целом потребления алкоголя, так и отдельных его видов (крепких спиртных напитков, вина, пива). В соответствии с потреблением алкоголя респонденты были разделены на 2 группы (не употребляющие/употребляющие только по праздникам и употребляющие).

Статистический анализ влияния различных факторов на использование медицинских услуг проведён с помощью многомерных моделей ло-

гистической регрессии пакета SPSS как для всего населения, попавшего в выборку, так и отдельно для городских и сельских жителей.

Результаты исследования

В таблице 1 представлены характеристики респондентов. Выборка состояла из 45,2% мужчин и 54,8% женщин. Средний возраст попавших в выборку составил 46,9 лет. Большинство проживало в городе (75,3%). Две трети состояли в браке (63,2%). Треть (31,3%) имела высшее образование. Более трети (36,2%) не работали. Наибольший процент респондентов принадлежал к группе со средними доходами (58,9% – Q2(25,1%) и Q3 (33,8%), по одной пятой относились к бедным и богатым (20,4% и 20,7% соответственно). Половина опрошенных (56,2%) имела автомобиль. Пятая часть (19,7%) встречалась с родственниками реже, чем раз в неделю, 12,3% не имели того, к кому можно обратиться за помощью, ещё 4,6% не с кем обсудить вопросы личного характера. Большинство участников обследования (91,2%) оценило своё здоровье как очень хорошее, хорошее или удовлетворительное, десятая часть (8,8%) – как плохое и очень плохое. Большая часть опрошенных не курит и никогда не курила (60,8%), десятая часть (10,3%) курила, но бросила. Почти треть респондентов курит (5,4% изредка, 22% каждый день менее пачки, а 1,5% пачку и более). Большая часть участников обследования (80,1%) совсем не употребляла алкоголь или выпивала только по праздникам, пятая часть (19,9%) относилась к употребляющим.

В целом чуть менее половины участников (46,6%) пользовались медицинскими услугами за последний год, предшествующий опросу. Уровень использования медицинской помощи немного выше в городе по сравнению с сельской местностью (47,6% и 43,7% соответственно). По сравнению с горожанами, среди сельских жителей больше мужчин, лиц более пожилого возраста, не состоящих в браке, менее образованных, неработающих, с более низкими доходами, но чаще имеющих автомобиль и реже жалующихся на невозможность встреч с родственниками раз в неделю. Сельские жители чаще городских оценивали своё здоровье как плохое, среди них чуть больше курящих, но чуть меньше употребляющих алкоголь.

Многомерная логистическая регрессия использовалась для дальнейшего изучения связи различных факторов с использованием медицинской помощи, как в целом для населения, так и отдельно для жителей городской и сельской местности (таблица 2).

Таблица 1

Характеристики респондентов, в (%)

Table 1

Characteristics of Respondents (%)

	Все	Город	Село
Тип поселения	100	75,3	24,7
Пол (мужчины)	45,2	44,5	47,4
Возраст (средн.знач.)	46,9	46,5	47,9
18-29	16,1	16,7	14,2
30-39	21,0	21,8	18,8
40-49	19,3	19,3	19,5
50-59	18,7	17,7	21,7
60 лет и старше	24,9	24,6	25,8
Семейное положение (в браке)	63,2	66,5	64,0
Образование			
Среднее общее или ниже	22,5	19,0	33,1
Начальное или среднее профессиональное	46,2	45,3	49,1
Высшее	31,3	35,7	17,7
Занятость (не работают)	36,2	33,9	43,2
Душевой доход			
Q1 (низший)	20,4	13,8	40,3
Q2	25,1	23,4	30,1
Q3	33,8	37,4	23,1
Q4 (высший)	20,7	25,4	6,5
Наличие автомобиля (есть)	56,2	55,2	59,0
Возможность обсудить вопросы (нет)	4,6	4,6	4,7
Возможность обратиться за помощью (нет)	12,3	12,4	12,1
Встреча с родственниками хотя бы раз в неделю (нет)	19,7	20,5	17,6
Здоровье (плохое)	8,8	8,6	9,4
Курение			
Не курит и не курил	60,8	60,3	62,3
Курил, но бросил	10,3	10,9	8,5
Курит изредка	5,4	5,6	5,0
Курит менее пачки в день	22,0	21,9	22,3
Курит пачку и более в день	1,5	1,4	1,8
Потребление алкоголя			
Совсем не употребляет/ По праздникам	80,1	78,8	84,0
Употребляют	19,9	21,2	16,0
Использование медицинских услуг (да)	46,6	47,6	43,7

Источник: рассчитано автором

Таблица 2

**Связь между различными факторами и получением медицинской помощи
(коэффициенты шансов (OR) логистической регрессии
с 95-% доверительными интервалами (CI))**

Table 2

Association between Various Factors and Health Service Utilization
(Odds Ratios (OR) of Logistic Regression with 95% Confidence Intervals (CI))

	Все		Город		Село	
	OR	CI	OR	CI	OR	CI
Место жительства (село vs город)	0,85	(0,851-0,852) ¹				
Пол (женщины vs мужчины)	2,14	(2,140-2,144) ¹	2,17	(2,167-2,172) ¹	2,05	(2,043-2,051) ¹
Возраст						
30-39 vs 18-29	1,02	(1,015-1,018) ¹	1,01	(1,006-1,009) ¹	1,06	(1,058-1,064) ¹
40-49 vs 18-29	1,24	(1,236-1,239) ¹	1,22	(1,220-1,223) ¹	1,29	(1,287-1,295) ¹
50-59 vs 18-29	1,77	(1,770-1,775) ¹	1,76	(1,755-1,760) ¹	1,82	(1,814-1,824) ¹

60 лет и старше vs 18-29	2,82	(2,814-2,823) ¹	2,90	(2,891-2,900) ¹	2,63	(2,624-2,640) ¹
Семейное положение (в браке vs одинокие)	1,06	(1,059-1,061) ¹	1,05	(1,045-1,047) ¹	1,12	(1,114-1,118) ¹
Образование						
Начальное или среднее профессиональное vs Среднее общее или ниже	1,25	(1,251-1,254) ¹	1,23	(1,232-1,235) ¹	1,27	(1,271-1,276) ¹
Высшее vs Среднее общее или ниже	1,28	(1,277-1,280) ¹	1,27	(1,263-1,266) ¹	1,30	(1,294-1,301) ¹
Душевой доход						
Q2 vs Q1	1,06	(1,055-1,057) ¹	1,10	(1,093-1,097) ¹	1,02	(1,020-1,024) ¹
Q3 vs Q1	1,04	(1,040-1,043) ¹	1,08	(1,078-1,081) ¹	0,99	(0,987-0,991) ¹
Q4 vs Q1	1,06	(1,059-1,062) ¹	1,10	(1,097-1,101) ¹	1,01	(1,007-1,015) ¹
Занятость (не работает vs работает)	1,12	(1,119-1,122) ¹	1,14	(1,138-1,141) ¹	1,07	(1,071-1,076) ¹
Наличие автомобиля (есть vs нет)	1,05	(1,044-1,046) ¹	1,03	(1,026-1,028) ¹	1,10	(1,094-1,098) ¹
Возможность обсудить вопросы (нет vs есть)	1,02	(1,015-1,019) ¹	1,02	(1,017-1,023) ¹	1,02	(1,014-1,022) ¹
Возможность обратиться за помощью (нет vs есть)	0,91	(0,910-0,913) ¹	0,90	(0,900-0,952) ¹	0,95	(0,950-0,955) ¹
Встречи с родственниками хотя бы раз в неделю (нет vs да)	1,02	(1,018-1,020) ¹	1,04	(1,041-1,043) ¹	0,95	(0,944-0,949) ¹
Здоровье (плохое vs неплохое)	3,97	(3,965-3,980) ¹	3,73	(3,719-3,735) ¹	4,67	(4,653-4,685) ¹
Курение						
Курил, но бросил vs Не курит и не курил	1,31	(1,304-1,308) ¹	1,36	(1,356-1,361) ¹	1,12	(1,117-1,124) ¹
Курит изредка vs Не курит и не курил	0,95	(0,949-0,953) ¹	0,98	(0,975-0,980) ¹	0,86	(0,858-0,865) ¹
Курит менее пачки в день vs Не курит и не курил	1,02	(1,015-1,018) ¹	1,01	(1,011-1,014) ¹	1,03	(1,023-1,028) ¹
Курит пачку и более в день vs Не курит и не курил	1,00	(1,001-1,008) ²	1,03	(1,021-1,030) ¹	0,93	(0,927-0,939) ¹
Потребление алкоголя (употребляют vs совсем не употребляют/по праздникам)	0,95	(0,946-0,948) ¹	0,96	(0,960-0,963) ¹	0,91	(0,907-0,911) ¹

Источник: рассчитано автором.

Полная модель, включающая все переменные.

Значимость ¹ P<0,001; ² P<0,05.

Установлено (таблица 2), что сельские жители реже обращались за амбулаторной помощью по сравнению горожанами (OR=0,85 CI:0,851-0,852), несмотря на потенциально повышенные потребности в медицинской помощи, что нашло отражение в чуть большем количестве жителей сельской местности, оценивших своё здоровье как плохое и очень плохое (9,4% против 8,6%). Этот результат не зависит от других факторов, рассмотренных в исследовании, и согласуется с выводами других авторов [6; 9; 11-13]. Хотя надо отметить, что существуют и другие исследования, свидетельствующие о том, что сельские жители чаще обращаются за медицинской помощью [11]. Бо-

лее низкий уровень использования медицинских услуг в сельской местности может отражать географические или социокультурные барьеры для доступа к медицинской помощи в сельской местности, нехватку времени, нехватку поставщиков услуг или отсутствие транспорта [14].

Факторы потребности являются одними из самых сильных предикторов использования медицинских услуг. Вероятность использования услуг здравоохранения почти в 4 раза выше для респондентов с плохим состоянием здоровья по сравнению с теми, у кого неплохое здоровье (OR=3,97 CI:3,965-3,980), что подтверждает результаты многих исследований [9; 11; 15; 16]. Это

вполне ожидаемый результат в том смысле, что те, кто считает своё здоровье плохим, обращаются за медицинской помощью.

Далее по своей важности следовали предрасполагающие факторы. Вероятность воспользоваться услугами здравоохранения выше для респондентов женского пола – более, чем в 2 раза по сравнению с мужчинами (OR=2,14 CI:2,140-2,144); пожилых – почти в 3 раза для тех, кому за 60, по сравнению с молодыми 18-29 лет (OR=2,82 CI:2,814-2,823). Это согласуется с результатами других исследователей [15; 17-19]. Согласно предположениям, гендерные различия в использовании услуг здравоохранения могут быть связаны с большей заболеваемостью среди женщин; репродуктивной биологией и условиями, характерными для определённого пола; гендерными различиями в восприятии и отношении к здоровью [20]. Связь между использованием медицинских услуг и возрастом довольно очевидна, так как с возрастом у людей возникают различные функциональные ограничения и, как следствие, потребность в медицинской помощи.

Наблюдались небольшие статистически значимые различия между состоящими в браке и одиночными: вероятность воспользоваться услугами здравоохранения на 6% выше для имеющих семейного партнёра (OR=1,06 CI:1,059-1,061). Этот результат соответствует полученным ранее в других исследованиях [21; 22] и может объясняться несколькими причинами: семейные партнёры могут выступать в роли опекунов, которые следят за здоровьем и обеспечивают своевременное посещение медицинских организаций [23]; не имеющие семейного партнёра имеют более ограниченный доступ к ресурсам (например, доход), которые могут повлиять на использование медицинской помощи [24].

Все способствующие факторы в той или иной степени повлияли на использование услуг здравоохранения. Наиболее важным оказалось образование. Вероятность воспользоваться услугами здравоохранения более, чем на 25% выше для участников со средним и высшим уровнем образования по сравнению с низко образованными (OR=1,25 CI:1,251-1,254) для среднего и OR=1,28 CI:1,277-1,280 для высшего образования), что соответствует полученным ранее другими исследователями результатам [25] и, возможно, объясняется тем, что уровень образования связан с повышенным вниманием к болезни и симптомам; служит хорошим показателем социально-экономического положения, повышая способность оплачивать возможные расходы на услуги здравоохранения [26].

Согласно полученным нами результатам, незанятость в экономике на 12% повышает ве-

роятность использования медицинских услуг (OR=1,12 CI:1,119-1,122). Это согласуется с предыдущими исследованиями [27–29] и, возможно, связано с временными ограничениями, с которыми сталкиваются работающие (особенно сверхурочно) [30].

Исследования связи между использованием медицинской помощи и экономическими характеристиками (доходы/расходы) демонстрируют противоречивые результаты. Одни из них установили, что лица с более низкими доходами (или расходами) с большей вероятностью пользовались услугами здравоохранения [31]. Другие, напротив, показали, что чаще за медицинской помощью обращались респонденты с высокими доходами [32]. Это отчасти соответствует полученным в нашем исследовании результатам. Установлена небольшая связь между уровнем доходов и использованием медицинской помощи в целом для всего населения (например, вероятность использования медицинских услуг среди участников обследования с высоким доходом (Q4) на 6% выше по сравнению с относящимися к низко-доходной группе (Q1) (OR=1,06 CI:1,059-1,062). Связь между уровнем доходов и использованием медицинской помощи объясняется тем, что люди с высоким доходом могут иметь финансовые средства либо для оплаты медицинских услуг из собственного кармана, либо для доступа к услугам, покрываемым добровольным медицинским страхованием [33]. Влияние уровня доходов было более выражено для городских жителей по сравнению с сельскими. Это, вероятно, вызвано тем, что в городах, как правило, сеть поставщиков медицинских услуг шире, чем в сельской местности, и больше возможностей использовать платные медицинские услуги. Некоторые исследования выявили значительную разницу между типом медицинского обслуживания и уровнем дохода [11]. Низко обеспеченные с большей вероятностью посещали врача общей практики, тогда как высоко обеспеченные чаще использовали специализированные услуги.

Установлено, что наличие автомобиля оказывает небольшое способствующее использованию медицинской помощи влияние (OR=1,05 CI:1,044-1,046). Этот фактор более важен для проживающих в сельской местности. Отчасти полученный нами результат соответствует предыдущим исследованиям, свидетельствующим о важности транспортной доступности и показавшим связь между использованием медицинских услуг и расстоянием до ближайших центров оказания медицинской помощи, а также временем в пути до ближайшего медицинского центра: короткое расстояние до медицинских учреждений [9; 17] и

уменьшение времени в пути до ближайшего учреждения [34] повышали вероятность использования медицинских услуг

Существует связь между индивидуальным социальным капиталом и использованием медицинских услуг. Отсутствие кого-то, к кому можно обратиться за помощью, снижает вероятность использования услуг здравоохранения (OR=0,91 CI:0,910-0,913). Отсутствие того, с кем можно обсудить проблемы, и невозможность встретиться с родственниками, напротив, немного увеличивают вероятность использования медицинской помощи (соответственно, OR=1,02 CI:1,015-1,019 и OR=1,02 CI:1,018-1,020). Исследования связи между социальной поддержкой и использованием медицинских услуг крайне немногочисленны. Те, которые удалось найти, также демонстрируют противоречивые результаты. Например, установлено, что большое количество близких друзей препятствует обращению за медицинскими услугами, что, по мнению исследователей, может отражать доступ к медицинской информации и психосоциальную поддержку, а наличие, по крайней мере, пяти человек, к которым можно обратиться за помощью, повышает вероятность обращения за услугами здравоохранения в сельской местности, что, по-видимому, может объясняться возможностью решения проблемы транспортной доступности поставщиков медицинских услуг [35]. Таким образом, полученные нами результаты соответствуют приведённому выше исследованию.

Зарубежные исследования свидетельствуют о том, что образ жизни связан с более широким использованием медицинских услуг, включая госпитализации [36]. Бывшие курильщики значительно чаще обращаются за услугами здравоохранения, чем некурящие и курильщики [37], что подтверждается полученными нами результатами: вероятность обращения за медицинской помощью на 30% повышается для тех, кто курил в прошлом, по сравнению с теми, кто не курит и не курил (OR=1,31 CI:1,304-1,308). По сравнению с никогда не употребляющими алкоголь или употребляющими по праздникам наблюдается небольшое статистически значимое уменьшение вероятности использования медицинских услуг для тех, кто употребляет алкоголь (OR=0,95 CI:0,946-0,948), что также согласуется с наблюдениями других авторов [32; 38]. Такая связь между здоровым образом жизни и более частым обращением за медицинской помощью, по предположениям исследователей, объясняется тем, что постоянные пользователи медицинских услуг более осведомлены о рисках, связанных с поведением, оказывающим влияние на состояние здоровья [32].

Городские и сельские жители продемонстрировали разные модели использования медицинской помощи.

В городских поселениях по сравнению с сельским наиболее сильным оказалось влияние пола (OR=2,17 против OR=2,05), возраста (для группы старше 60 лет OR=2,90 против OR=2,63), статуса занятости (OR=1,14 против OR=1,07), душевого денежного дохода (например, для группы с высокими доходами Q4 OR=1,10 против OR=1,01).

В сельской местности по сравнению с городской вероятностью использования медицинской помощи в наибольшей степени зависели от состояния здоровья (OR=4,67 против OR=3,73), состояния в браке (OR=1,12 против OR=1,05), образования (для среднего образования OR=1,27 против OR=1,23; для высшего образования OR=1,30 против OR=1,27), наличия автомобиля (OR=1,10 против OR=1,03).

Социальный капитал по-разному оказывал влияние на жителей городской и сельской местности. С одной стороны, отсутствие помощи снижает вероятность использования медицинских услуг, особенно в городе (OR=0,90 против OR=0,95). С другой стороны, встречи с родственниками реже, чем раз в неделю, способствуют обращению в медицинские организации в городе (OR=1,04 CI:1,041-1,043), но препятствуют на селе (OR=0,95 CI:0,944-0,949). Отсутствие кого-то, с кем можно обсудить проблемы, увеличивает вероятность обращения за медицинской помощью независимо от типа поселения (OR=1,02 CI:1,017-1,023 в городе и OR=1,02 CI:1,014-1,022 в сельской местности).

Если рассматривать влияние курения и потребления алкоголя, то для горожан, которые курили и бросили, вероятность обращения за медицинской помощью выше, чем для сельских жителей (OR=1,36 против OR=1,12). И, напротив, для жителей сел, которые курят изредка, вероятность обращения за медицинской помощью ниже, чем для городских жителей (OR=0,86 против OR=0,98). Кроме того, курение больше пачки в день немного способствует использованию медицинских услуг для горожан, но препятствует для жителей сел (OR=1,03 против OR=0,93). Потребляющие алкоголь сельские жители с меньшей вероятностью используют медицинские услуги по сравнению с горожанами (OR=0,91 против OR=0,96).

Необходимо отметить некоторые ограничения нашего исследования. Во-первых, оно не позволяет выявить причинно-следственные связи, поскольку опирается на кросс-секционное обследование. Во-вторых, исследование охватывает не все факторы, объясняющие использование

медицинских услуг, по причине отсутствия такой информации в опросе. В-третьих, показатели, использованные в исследовании, основаны на самооценках респондентов и могут быть подвержены некоторой ошибке измерения.

Вывод

Проведённое исследование представило доказательство существования территориального неравенства в российской системе здравоохранения – сельские жители реже обращаются за амбулаторными медицинскими услугами по сравнению с горожанами.

Кроме того, установлены факторы, оказывающие влияние на использование медицинских услуг, как в целом для всего населения, так и в зави-

симости от типа поселения, которые следует учитывать при разработке мероприятий, нацеленных на улучшение доступа населения к медицинской помощи. Изменение некоторых из этих факторов выходят за рамки возможностей сектора здравоохранения и требует межсекторного сотрудничества министерств и ведомств.

Полученные результаты также свидетельствуют о необходимости программ, нацеленных на конкретные группы населения, которые могут быть подвержены менее частому взаимодействию со службами здравоохранения (например, мужчины, лица с низким уровнем образования), с целью снижения вероятности неблагоприятных последствий для здоровья.

Список литературы

1. Determinants of Outpatient Health Service Utilization according to Andersen's Behavioral Model: A Systematic Scoping Review / N. SoleimanvandīAzar, S.H. Mohaqeqi Kamal, H. Sajjadi [et al.] // *Iran J Med Sci.* 2020. Vol. 45, no. 6. P. 405–424. <https://doi.org/10.30476/ijms.2020.85028.1481>
2. van Hemelrijck W., Schröder-Bäck P. The availability of demographic and socioeconomic determinants of health care utilization // *Albanian Medical Journal.* 2014. Vol. 2. P. 74–82.
3. Andersen R.M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? // *Journal of health and social behavior.* 1995. Vol. 36, no. 1. P. 1–10. <https://doi.org/10.2307/2137284>
4. Andersen R.M., Davidson P.L. Improving access to care in America: Individual and contextual indicators. / *Changing the U.S. health care system: Key issues in health services policy and management.* eds. R.M. Andersen, T.H. Rice, G.F. Kominski. San Francisco: Jossey-Bass, 2007. 744 p.
5. Белова Н.И. Сельское здравоохранение: состояние, тенденции и проблемы // *Социологические исследования.* 2017. № 3. С. 97–105.
6. Блинова Т.В., Вьялишина А.А., Русановский В.А. Отношение сельского населения к своему здоровью и доступности медицинской помощи // *Экология человека.* 2020. № 12. С. 52–58. <http://dx.doi.org/10.33396/1728-0869-2020-12-52-58>
7. Patient delay and related influencing factors in Chinese women under 35 years diagnosed with cervical cancer: A cross-sectional study / J. Ma, Y. Luo, S. Yang [et al.] // *Asia Pac J Oncol Nurs.* 2022. Vol. 10, No 2. P. 100165. <https://doi.org/10.1016/j.apjon.2022.100165>
8. Can a multitiered copayment system affect people's healthcare-seeking behavior? A case study of Wenzhou, China / L. Ge, X. Zhang, Y. Huang [et al.] // *BMC Health Serv Res.* 2022. Vol. 22, No 1. P. 630. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08031-0>
9. Черкашина Т.Ю. Дифференциации населения России по потреблению медицинских услуг: масштабы и факторы // *SPERO.* 2012. № 17. С. 121–136.
10. Неравенство в сфере здравоохранения: аналитический доклад / под ред. С.В. Шишкина. М.: НИУ ВШЭ, 2021. 78 с.
11. Sozmen K., Unal B. Explaining inequalities in Health Care Utilization among Turkish adults: Findings from Health Survey 2008 // *Health Policy.* 2016. Vol. 120. P. 100–110. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.10.003>
12. The impact of insurance instability on health service utilization: does non-metropolitan residence make a difference? / B.E. Fields, J.F. Bell, S. Moyce, J.L. Bigbee // *J Rural Health.* 2015. Vol. 31. P. 27–34. <https://doi.org/10.1111/jrh.12077>
13. Lopez-Cevallos D.F., Chi C. Health care utilization in Ecuador: a multilevel analysis of socio-economic determinants and inequality issues // *Health Policy Plan.* 2010. Vol. 25. P. 209–218. <https://doi.org/10.1093/heapol/czp052>
14. Quantifying rural disparity in healthcare utilization in the United States: Analysis of a large midwestern healthcare system / A. Nuako, J. Liu, G. Pham [et al.] // *PLoS One.* 2022. Vol. 17, No 2. P. e0263718. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0263718>
15. Kim K., Casado B.L. Preventive Health Services Utilization Among Korean Americans // *Soc Work Public Health.* 2016. Vol. 31. P. 431–438. <https://doi.org/10.1080/19371918.2015.1137508>
16. Socioeconomic inequities in health care utilization in China / X. Zhang, Q. Wu, Y. Shao [et al.] // *Asia Pac J Public Health.* 2015. Vol. 27. P. 429–438. <https://doi.org/10.1177/1010539514565446>
17. Bazie G.W., Adimassie M.T. Modern health services utilization and associated factors in North East Ethiopia // *PLoS One.* 2017. Vol. 12. P. e0185381. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0185381>
18. Socio-economic inequalities in health services utilization: a cross-sectional study / M. Ranjbar Ezzatabadi, A. Khosravi, M.A. Bahrami, S. Rafiei // *Int J Health Care Qual Assur.* 2018. Vol. 31. P. 69–75. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-04-2017-0059>
19. Factors Affecting Health Care Utilization in Tehran / S. Nouraei Motlagh, A. Sabermahani, M. Hadian [et al.] // *Glob J Health Sci.* 2015. Vol. 7. P. 240–249. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v7n6p240>
20. Manuel J.I. Racial/Ethnic and Gender Disparities in Health Care Use and Access // *Health Serv Res.* 2018. Vol. 53. P. 1407–1429. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12705>
21. The impact of marital status on health care utilization among Medicare beneficiaries / K.R. Pandey, F. Yang, K.A. Cagney [et al.] // *Medicine (Baltimore).* 2019. Vol. 98, No 12. P. e14871. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000014871>
22. Şenol V., Cetinkaya F., Balci E. Factors associated with health services utilization by the general population in the Center of Kayseri, Turkey // *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences.* 2010. Vol. 30. P. 721–730. <https://doi.org/10.5336/medsci.2008-9283>

23. Simeonova E. Marriage, bereavement and mortality: the role of health care utilization // *J Health Econ.* 2013. Vol. 32. P. 33–50. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2012.10.010>
24. Lillard L.A., Waite L.J. Til death do us part: marital disruption and mortality // *Am J Sociol.* 1995. Vol. 100. P. 1131–1156. <http://dx.doi.org/10.1086/230634>
25. Socio-economic inequalities in health care utilization in Norway: a population based cross-sectional survey / A.H. Hansen, P.A. Halvorsen, U. Ringberg, O.H. Forde // *BMC Health Serv Res.* 2012. Vol. 12. P. 336. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-336>
26. Zyaambo C., Siziya S., Fylkesnes K. Health status and socio-economic factors associated with health facility utilization in rural and urban areas in Zambia // *BMC Health Serv Res.* 2012. Vol. 12. P. 389. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-389>
27. Abera Abaerei A., Ncayiyana J., Levin J. Health-care utilization and associated factors in Gauteng province, South Africa // *Glob Health Action.* 2017. Vol. 10. P. 1305765. <https://doi.org/10.1080/16549716.2017.1305765>
28. Economou A., Nikolaou A., Theodossiou I. Socioeconomic status and health-care utilization: a study of the effects of low income, unemployment and hours of work on the demand for health care in the European Union // *Health Serv Manage Res.* 2008. Vol. 21. P. 40–59. <https://doi.org/10.1258/hsmr.2007.007013>
29. Leach M.J., Gunn K., Muyambi K. The determinants of healthcare utilisation in regional, rural and remote South Australia: A cross-sectional study // *Health & Social Care in the Community.* 2022. Vol. 30. P. e4850–e4863. <https://doi.org/10.1111/hsc.13894>
30. Schofield D. The impact of employment and hours of work on health status and health service use. Discussion Paper No.11. National Centre for Social and Economic Modelling. University of Canberra. Australia, 1996. 83 p.
31. Factors associated with health service utilization in Ulaanbaatar, Mongolia: a population-based survey / A. Gan-Yadam, R. Shinohara, Y. Sugisawa [et al.] // *J Epidemiol.* 2013. Vol. 23. P. 320–328. <https://doi.org/10.2188/jea.je20120123>
32. Vikum E., Krokstad S., Westin S. Socioeconomic inequalities in health care utilisation in Norway: the population-based HUNT3 survey // *Int J Equity Health.* 2012. Vol. 11. P. 48. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-11-48>
33. Inequalities in Older age and Primary Health Care Utilization in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review / Q. Gao, A.M. Prina, Y. Ma [et al.] // *Int J Health Serv.* 2022. Vol. 52, no. 1. P. 99–114. <https://doi.org/10.1177/00207314211041234>
34. Health status and health service utilisation in remote and mountainous areas in Vietnam / B.X. Tran, L.H. Nguyen, V.M. Nong, C.T. Nguyen // *Health Qual Life Outcomes.* 2016. Vol. 14. P. 85. <https://doi.org/10.1186/s12955-016-0485-8>
35. Herberholz C., Phuntsho S. Social capital, outpatient care utilization and choice between different levels of health facilities in rural and urban areas of Bhutan // *Soc Sci Med.* 2018. Vol. 211. P. 102–113. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.06.010>
36. The impact of smoking, alcohol consumption, and physical activity on use of hospital services / N. Haapanen-Niemi, S. Miilunpalo, I. Vuori [et al.] // *American Journal of Public Health.* 1999. Vol. 89. P. 691–698. <https://doi.org/10.2105/ajph.89.5.691>
37. Disparities in health care utilization by smoking status – NHANES 1999–2004 / J.W. Kahende, B. Adhikari, E. Maurice [et al.] // *International Journal of Environmental Research and Public Health.* 2009. Vol. 6. P. 1095–1106. <https://doi.org/10.3390/ijerph6031095>
38. Alcohol consumption and risk of hospitalizations and mortality in the atherosclerosis risk in communities study / N.R. Daya, C.M. Rebholz, L.J. Appel [et al.] // *Alcoholism: Clinical and Experimental Research.* 2020. Vol. 44. P. 1646–1657. <https://doi.org/10.1111/acer.14393>

Информация об авторе:

Ольга Анатольевна Кислицына – д-р экон. наук, главный научный сотрудник, Институт экономики РАН, Москва, Россия (e-mail: olga.kislitsyna@gmail.com) (e-library Author ID: 76704) (ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-4144-237X>) (SCOPUS ID: <https://www.scopus.com/authid/detail.uri?authorid=885246000015>)
 Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Статья поступила в редакцию 03.04.2023; одобрена после рецензирования 03.05.2023; принята к публикации 16.05.2023.

References

1. SoleimanvandiAzar N., Mohaqeqi Kamal S.H., Sajjadi H., et al. Determinants of Outpatient Health Service Utilization according to Andersen's Behavioral Model: A Systematic Scoping Review. *Iran J Med Sci.* 2020;45(6):405–424. <https://doi.org/10.30476/ijms.2020.85028.1481>
2. van Hemelrijck W., Schröder-Bäck P. The availability of demographic and socioeconomic determinants of health care utilization. *Albanian Medical Journal.* 2014;2:74–82.
3. Andersen R.M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Journal of health and social behavior.* 1995;36(1):1–10. <https://doi.org/10.2307/2137284>
4. Andersen R.M., Davidson P.L. Improving access to care in America: Individual and contextual indicators. Changing the U.S. health care system: Key issues in health services policy and management. R.M. Andersen, T.H. Rice, G.F. Kominski eds. San Francisco: Jossey-Bass; 2007. 744 p.
5. Belova N.I. Rural health care: state, trends and problems. *Sociologicheskie issledovaniya=Sociological research.* 2017;3:97–105. (in Russ.)
6. Blinova T.V., Vyalshina A.A., Rusanovsky V.A. The attitude of the rural population to their health and the availability of medical care. *Ekologiya cheloveka=Human Ecology.* 2020;(12):52–58. (in Russ.) <http://dx.doi.org/10.33396/1728-0869-2020-12-52-58>
7. Ma J., Luo Y., Yang S., et al. Patient delay and related influencing factors in Chinese women under 35 years diagnosed with cervical cancer: A cross-sectional study. *Asia Pac J Oncol Nurs.* 2022;10(2):100165. <https://doi.org/10.1016/j.apjon.2022.100165>
8. Ge L., Zhang X., Huang Y., et al. Can a multitiered copayment system affect people's healthcare-seeking behavior? A case study of Wenzhou, China. *BMC Health Serv Res.* 2022;22(1):630. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08031-0>
9. Cherkashina T.Yu. Differentiation of the Russian population by the consumption of medical services: scale and factors. *SPERO.* 2012;(17):121–136. (in Russ.)
10. Inequality in health care: analytical report. Ed. by S.V. Shishkin. Moscow: HSE University; 2021. 78 p. (in Russ.)

11. Sozmen K., Unal B. Explaining inequalities in Health Care Utilization among Turkish adults: Findings from Health Survey 2008. *Health Policy*. 2016;120:100–110. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.10.003>
12. Fields B.E., Bell J.F., Moyce S., Bigbee J.L. The impact of insurance instability on health service utilization: does non-metropolitan residence make a difference? *J Rural Health*. 2015;31:27–34. <https://doi.org/10.1111/jrh.12077>
13. Lopez-Cevallos D.F., Chi C. Health care utilization in Ecuador: a multilevel analysis of socio-economic determinants and inequality issues. *Health Policy Plan*. 2010;25:209–218. <https://doi.org/10.1093/heapol/czp052>
14. Nuako A., Liu J., Pham G., et al. Quantifying rural disparity in healthcare utilization in the United States: Analysis of a large midwestern healthcare system. *PLoS One*. 2022;17(2):e0263718. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0263718>
15. Kim K., Casado B.L. Preventive Health Services Utilization Among Korean Americans. *Soc Work Public Health*. 2016;31:431–438. <https://doi.org/10.1080/19371918.2015.1137508>
16. Zhang X., Wu Q., Shao Y., et al. Socioeconomic inequities in health care utilization in China. *Asia Pac J Public Health*. 2015;27:429–438. <https://doi.org/10.1177/1010539514565446>
17. Bazie G.W., Adimassie M.T. Modern health services utilization and associated factors in North East Ethiopia. *PLoS One*. 2017;12:e0185381. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0185381>
18. Ranjbar Ezzatabadi M., Khosravi A., Bahrami M.A., Rafiei S. Socio-economic inequalities in health services utilization: a cross-sectional study. *Int J Health Care Qual Assur*. 2018;31:69–75. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-04-2017-0059>
19. Nouraei Motlagh S., Sabermahani A., Hadian M., et al. Factors Affecting Health Care Utilization in Tehran. *Glob J Health Sci*. 2015;7:240–249. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v7n6p240>
20. Manuel J.I. Racial/Ethnic and Gender Disparities in Health Care Use and Access. *Health Serv Res*. 2018;53:1407–1429. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12705>
21. Pandey K.R., Yang F., Cagney K.A., et al. The impact of marital status on health care utilization among Medicare beneficiaries. *Medicine (Baltimore)*. 2019;98(12):e14871. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000014871>
22. Şenol V., Cetinkaya F., Balci E. Factors associated with health services utilization by the general population in the Center of Kayseri, Turkey. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*. 2010;30:721–730. <https://doi.org/10.5336/medsci.2008-9283>
23. Simeonova E. Marriage, bereavement and mortality: the role of health care utilization. *J Health Econ*. 2013;32:33–50. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2012.10.010>
24. Lillard L.A., Waite L.J. Til death do us part: marital disruption and mortality. *Am J Sociol*. 1995;100:1131–56. <http://dx.doi.org/10.1086/230634>
25. Hansen A.H., Halvorsen P.A., Ringberg U., Forde O.H. Socio-economic inequalities in health care utilisation in Norway: a population based cross-sectional survey. *BMC Health Serv Res*. 2012;12:336. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-336>
26. Zyaambo C., Siziya S., Fylkesnes K. Health status and socio-economic factors associated with health facility utilization in rural and urban areas in Zambia. *BMC Health Serv Res*. 2012;12:389. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-389>
27. Abera Abaerei A., Ncayiyana J., Levin J. Health-care utilization and associated factors in Gauteng province, South Africa. *Glob Health Action*. 2017;10:1305765. <https://doi.org/10.1080/16549716.2017.1305765>
28. Economou A., Nikolaou A., Theodossiou I. Socioeconomic status and health-care utilization: a study of the effects of low income, unemployment and hours of work on the demand for health care in the European Union. *Health Serv Manage Res*. 2008;21:40–59. <https://doi.org/10.1258/hsmr.2007.007013>
29. Leach M.J., Gunn K., Muyambi K. The determinants of healthcare utilisation in regional, rural and remote South Australia: A cross-sectional study. *Health & Social Care in the Community*. 2022;30:e4850–e4863. <https://doi.org/10.1111/hsc.13894>
30. Schofield D. The impact of employment and hours of work on health status and health service use. Discussion Paper No.11. National Centre for Social and Economic Modelling. University of Canberra. Australia, 1996. 83 p.
31. Gan-Yadam A., Shinohara R., Sugisawa Y., et al. Factors associated with health service utilization in Ulaanbaatar, Mongolia: a population-based survey. *J Epidemiol*. 2013;23:320–328. <https://doi.org/10.2188/jea.je20120123>
32. Vikum E., Krokstad S., Westin S. Socioeconomic inequalities in health care utilisation in Norway: the population-based HUNT3 survey. *Int J Equity Health*. 2012;11:48. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-11-48>
33. Gao Q., Prina A.M., Ma Y., et al. Inequalities in Older age and Primary Health Care Utilization in Low-and Middle-Income Countries: A Systematic Review. *Int J Health Serv*. 2022;52(1):99–114. <https://doi.org/10.1177/00207314211041234>
34. Tran B.X., Nguyen L.H., Nong V.M., Nguyen C.T. Health status and health service utilization in remote and mountainous areas in Vietnam. *Health Qual Life Outcomes*. 2016;14:85. <https://doi.org/10.1186/s12955-016-0485-8>
35. Herberholz C., Phuntsho S. Social capital, outpatient care utilization and choice between different levels of health facilities in rural and urban areas of Bhutan. *Soc Sci Med*. 2018;211:102–113. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.06.010>
36. Haapanen-Niemi N., Miilunpalo S., Vuori I., et al. The impact of smoking, alcohol consumption, and physical activity on use of hospital services. *American Journal of Public Health*. 1999;89:691–698. <https://doi.org/10.2105/ajph.89.5.691>
37. Kahende J.W., Adhikari B., Maurice E., et al. Disparities in health care utilization by smoking status – NHANES 1999–2004. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2009;6:1095–1106. <https://doi.org/10.3390/ijerph6031095>
38. Daya N.R., Rebholz C.M., Appel L.J., et al. Alcohol consumption and risk of hospitalizations and mortality in the atherosclerosis risk in communities study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2020;44:1646–1657. <https://doi.org/10.1111/acer.14393>

Information about the author:

Ol'ga Anatolyevna Kislitsyna - Doctor of Economics, Principle investigator of the Institute of Economics of the Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia
 (e-mail: olga.kislitsyna@gmail.com) (e-library Author ID: 76704) (ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-4144-237X>)
 (SCOPUS ID: <https://www.scopus.com/authid/detail.uri?authorid=885246000015>)
 The author declares no conflict of interests.

The article was submitted 03.04.2023; approved after reviewing 03.05.2023; accepted for publication 16.05.2023