

Женщина в российском обществе. 2026. № 2. С. 36—53.

Woman in Russian Society. 2026. No. 2. P. 36—53.

Научная статья

УДК 316.346.2:614.2

EDN: <https://elibrary.ru/qxltst>

DOI: 10.21064/WinRS.2026.2.3

ЖЕНЩИНЫ И МУЖЧИНЫ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ПОВЕСТКА

Наталья Сергеевна Григорьева¹,

Татьяна Владимировна Чубарова²

¹ Московский государственный университет им. М. В. Ломоносова,
г. Москва, Россия, grigorieva@spa.msu.ru

² Институт экономики, Российская академия наук, г. Москва, Россия

Аннотация. Статья посвящена анализу различий в состоянии здоровья и специфике взаимодействия с системой здравоохранения женщин и мужчин в России с учетом социально-экономических факторов. Для этого применена методология гендерного подхода, предполагающая изучение социальных ролей обоих полов в здоровье и здравоохранении. Эмпирическая база исследования сформирована статистическими данными Росстата, результатами национальных выборочных обследований состояния здоровья населения. Констатируется недостаточность существующей гендерной статистики, которая зачастую не содержит необходимых дезагрегированных показателей по полу, что ограничивает возможности проведения углубленных исследований. Авторский анализ указывает на необходимость перехода от традиционных стереотипных представлений о гендере к системному подходу. Приводится аргументация в пользу значимости понятия «гендерные развилки» как инструмента идентификации и преодоления неравенств. В заключении подчеркивается, что реализация гендерной политики в здравоохранении является ключевым элементом улучшения общественного здоровья и устойчивого социально-экономического развития страны.

Ключевые слова: здоровье, здравоохранение, гендерный подход, социальные детерминанты здоровья, «гендерные развилки», междисциплинарный подход

Для цитирования: Григорьева Н. С., Чубарова Т. В. Женщины и мужчины в системе здравоохранения: социально-экономическая повестка // *Женщина в российском обществе. 2026. № 2. С. 36—53.*

Original article

WOMEN AND MEN IN THE HEALTHCARE SYSTEM: A SOCIO-ECONOMIC AGENDA

Natalia S. Grigorieva¹, Tatiana V. Chubarova²

¹ Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russian Federation, grigorieva@spa.msu.ru

² Institute of Economics of the Russian Academy of Sciences, Moscow, Russian Federation

Abstract. This article provides a comprehensive analysis of gender disparities in health status and interactions with the healthcare system in the Russia, grounded in a socio-economic perspective. The research employs a gender approach methodology, which examines social constructs of gender and their influence on shaping healthcare needs. Empirical data sources include Rosstat statistics, national population health surveys, and extensive national and international studies. Key limitations in current gender-disaggregated data are highlighted, particularly the insufficient availability of sex-disaggregated indicators, which hinders in-depth scientific and practical research. The article identifies major health issues and characteristics among Russian men and women: disparities in life expectancy, healthy life expectancy, self-rated health, prevalence of chronic diseases, behavioral risk factors such as smoking and alcohol consumption. Socio-economic determinants including income, poverty levels, education, employment, and the gendered division of unpaid domestic labor are examined for their considerable impact on healthcare access and utilization. The paper reviews important international frameworks and strategic documents such as the 1995 Beijing Declaration, the United Nations Sustainable Development Goals agenda to 2030, and relevant Russian national programs aimed at reducing gender health inequities. The authors argue for moving beyond traditional gender stereotypes toward a systemic approach that accounts for differentiated needs of various social groups and builds health policy based on gender-sensitive data. The concept of “gender points” is argued for as a tool for identifying and overcoming inequalities in health and healthcare. Organizational and methodological challenges are considered, including the urgent need to expand and improve gender statistics, raise healthcare providers’ awareness of gender influences, integrate gender perspectives into clinical research and practice, and foster intersectoral collaboration to tackle complex gender-based health issues. The influence of gender roles on patient behavior is explored, highlighting male stoicism and women’s caregiving roles in family health management, alongside the creation of social conditions that promote healthy behaviors and equitable access to quality healthcare for all population segments. In conclusion, the paper emphasizes that implementing gender-sensitive health policies are crucial for advancing public health and sustainable socio-economic development.

Key words: health, healthcare, gender approach, social determinants of health, gender points, interdisciplinary approach

For citation: Grigorieva, N. S., Chubarova, T. V. (2026) Zhenshchiny i muzhchiny v sisteme zdravookhraneniia: sotsial'no-ekonomicheskaiia povestka [Women and men in the healthcare system: a socio-economic agenda], *Zhenshchina v rossiiskom obshchestve*, no. 2: 36—53.

Введение

Вопросы охраны здоровья населения занимают важное место в политической повестке дня, в том числе в связи с необходимостью обеспечения сбережения населения в условиях современного демографического вызова. Ставятся многосоставные задачи повышения продолжительности жизни, снижения смертности населения, продвижения здорового образа жизни, активного долголетия.

Здоровье является ключевым фактором полноценной жизни граждан, обеспечивая возможность участия в общественно значимых видах деятельности. При этом оно является комплексным феноменом, охватывая широкий круг вопросов, включая

объективные индикаторы и субъективные оценки состояния здоровья, организацию и финансирование системы его охраны, последствий принимаемых решений для здоровья населения и т. д.

Один из аспектов обеспечения здоровья и здравоохранения включает выделение мужчин и женщин как крупных социальных групп в обществе, в основе чего лежит предположение о том, что у каждой из этих групп потребности и их проявления в рассматриваемой сфере могут быть различны. Поэтому они, очевидно, нуждаются в специальном рассмотрении как с научной, так и с практической точки зрения. При этом речь идет о том, что учет таких различий при формировании здравоохранительной политики приведет к повышению ее результативности и эффективности, что особенно важно в условиях ресурсных ограничений, с которыми сталкиваются страны в области охраны здоровья населения.

Задача данной статьи — на основе применения гендерного подхода проанализировать проблемы, которые существуют в области охраны здоровья женщин и мужчин в России и предложить адекватные меры здравоохранительной политики для их решения.

Актуальность выбранной темы обосновывается в вводной части статьи. В первой части представлен краткий обзор релевантной литературы и рассмотрена методологическая основа, базирующаяся на гендерном подходе. Вторая часть посвящена анализу ключевых гендерных проблем здравоохранения, подтвержденных статистическими данными и результатами имеющихся исследований. В заключении предлагаются рекомендации по интеграции гендерной методологии в научные исследования в области здоровья и здравоохранения, указываются возможности ее применения при принятии политических решений.

Методологические подходы к исследованию здоровья женщин и мужчин и их положения в системе здравоохранения

В основе данной работы лежит гендерный подход. По определению П. Бурдые, «гендер — это социальная модель мужчины и женщины, посредством которой рассматривается социальное положение в обществе мужчин и женщин» [Бурдые, 2005]. Смысл «гендера» заключен прежде всего в социальном моделировании пола. Социальный пол конструируется социальной практикой, когда в обществе возникает система норм поведения, предписывающая выполнение определенных ролей; соответственно, возникает жесткий ряд представлений о том, что есть «мужское» и «женское» в данном обществе» [Хрестоматия... , 2000].

Таким образом, гендер понимается как социальная конструкция, в то время как медицина изучает влияние биологических различий между женщинами и мужчинами. Такая двойственность порождает дискуссии о том, как биологические особенности влияют на формирование гендерной идентичности и гендерного поведения. Это включает анализ социальных значений, которые общество приписывает различным биологическим характеристикам мужчин и женщин.

Гендерный подход подразумевает оценку любого планируемого мероприятия с точки зрения его воздействия на мужчин и женщин. Это касается законодательства, стратегий и программ в различных сферах и на разных уровнях. В здравоохранении он определяется как «учет гендерных различий при анализе системы здравоохранения и формировании политики в области охраны здоровья населения» [Григорьева, Чубарова, 2001: 18]. Это позволяет выявить различия в состоянии здоровья и качестве

медицинской помощи в зависимости от пола и таким образом помогает системно исследовать социальные факторы, оказывающие влияние на здоровье обоих полов.

Специалисты выделяют три ключевых аспекта, а именно:

- гендерные факторы, определяющие состояние здоровья, и их взаимодействие с другими социальными и структурными факторами;
- особенности поведения мужчин и женщин в отношении своего здоровья;
- гендерная специфика в предоставлении медицинских услуг, включая их доступность и качество [Григорьева, Чубарова, 2001; Здоровье и здравоохранение..., 2007; Григорьева, Чубарова, 2019; Кислицина, Чубарова, 2023].

Ряд проблем здоровья, специфичных для мужчин и женщин, обусловлен биологическими факторами, что отражается в концепциях «женского здоровья» и «мужского здоровья». Однако для комплексного понимания взаимосвязи между социально-экономической средой и состоянием здоровья необходим системный анализ социальных факторов, влияющих как на здоровье женщин и мужчин, так и на их позиционирование в системе здравоохранения [Short, Zacher, 2022]. При этом гендерный подход не содержит противопоставления мужчин и женщин, а наоборот, в его рамках особое внимание уделяется достижению гендерного равенства как стратегической цели. Однако принцип равенства подразумевает возможность дифференцированного подхода к различным социальным группам, что не исключает необходимости исследования специфических характеристик здоровья мужчин и женщин как отдельных категорий. При этом понятие потребности является ключевым для концепции равенства в здоровье и здравоохранении *«с акцентом именно на дифференцированном (а не эгалитарно-уравнительном) распределении ресурсов»* [Здоровье и здравоохранение..., 2007: 73—91].

В целом тема здоровья и здравоохранения в гендерном измерении — не новая для России. Кроме исследований, непосредственно касающихся этих вопросов, в ряде работ рассматриваются различные проблемы, связанные с положением женщин и мужчин в системе здравоохранения. Так, например, есть данные, что в России доля мужчин, не обращающихся за медицинской помощью, почти в два раза выше, чем женщин, а следовательно *«необходимы эффективные мероприятия, направленные на минимизацию экономических барьеров в доступе к медицинской помощи, в том числе: снижение оплаты расходов «из кармана»; устранение транспортных барьеров и улучшение инфраструктуры здравоохранения в сельской местности; продвижение просветительских программ, нацеленных на вовлечение пациента в решение вопросов собственного здоровья и формирование здорового образа жизни...»* [Кислицина, Чубарова, 2023: 103].

В последнее время отмечается усиление интереса к исследованиям здоровья женщин и мужчин главным образом в рамках медицинской проблематики. Широко используется термин «гендерная медицина», но при этом речь идет об отличиях мужчин и женщин как биологических полов в состоянии их здоровья и заболеваемости. Авторы часто указывают, что «в медицине слово «гендер» используется как *«дихотомичный зонтичный термин для отражения как биологических, так и социальных различий между мужчинами и женщинами»*, но подчеркивают, что *«гендерная медицина фокусируется на гендер-акцентных клинических исследованиях, подходах к диагностике, лечению и профилактике заболеваний»* [Красняк, Бондарев, 2022: 85].

На наш взгляд, точнее писать «половые различия в здоровье и болезни» [Драпкина, Ким, 2023: 3657]. Ведь совершенно очевидно: если анализируются «гендерные различия в течении инфаркта миокарда...» [Харисова и др., 2018], то речь идет о том, как в зависимости от пола женщины и мужчины переносят болезнь и ее лечение. Иными словами, половые различия в здоровье и болезни учитывают не только анатомические и функциональные особенности мужского и женского организмов, но и специфические триггерные факторы, влияющие на характер течения болезней внутренних органов, что позволяет разрабатывать дифференцированные методы лечения для пациентов разного пола, что, в свою очередь, способствует более эффективному оказанию медицинской помощи [Красняк, Бондарев, 2022].

В случае гендерного подхода упор делается не на медицинской, а на социальной составляющей заболевания и тех последствиях, которые они могут привести к уровню и качеству жизни мужчин и женщин [Брюн, Полунина, 2018]. Для дальнейшего изучения связи половых различий с социально-экономическими факторами болезни, лечения и в целом здравоохранительного поведения, необходимы масштабные исследования, которые расширят представления о половых и гендерных особенностях здоровья и здравоохранения [Шаповалова и др., 2019].

В данном исследовании рассматриваются прежде всего социально-экономические аспекты, которые определяют состояние здоровья женщин и мужчин и особенности их взаимодействия с системой здравоохранения. Его эмпирической базой стали статистические данные и результаты обследований по России. К сожалению, необходимо отметить проблемы с гендерной статистикой — несмотря на то, что Росстат выпускает специальный сборник «Женщины и мужчины России» (ЖиМ)¹, не все необходимые показатели представлены в гендерном разрезе. Это ограничивает возможности для исследований с применением гендерного подхода.

Основные проблемы женщин и мужчин в здравоохранении: гендерный анализ

В 2025 г. исполнилось 30 лет со времени проведения в Пекине IV Всемирной конференции по положению женщин². Принятые там решения положили начало осознанию необходимости переноса основного внимания с женщин на концепцию равенства мужчин и женщин, признав потребность переоценки всей структуры общества и отношений между мужчинами и женщинами внутри него. Итогом конференции стало принятие Пекинской декларации и Платформы действий, которые фактически определили общую повестку расширения прав и возможностей женщин, поскольку на тот момент в мировом сообществе де факто фиксировалось доминирование мужских прав. Было выделено 12 важнейших направлений как ориентиров для государств, международных организаций и бизнеса по внедрению системных реформ по улучшению положения женщин, в том числе в области здравоохранения.

Позднее появилась Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 г., в которой цели устойчивого развития (ЦУР) самым тесным образом связали ЦУР 3 (здоровье) и ЦУР 5 (гендер) [Григорьева, Чубарова, 2019: 55—71], что стало своеобразной дорожной картой для достижения прогресса, демонстрирующей примеры взаимодействия ЦУР 3 и 5 с другими глобальными целями устойчивого развития [Григорьева, Чубарова, 2019: 61—63]. При этом гендерное равенство (ЦУР 5)

¹ Статистический сборник «Женщины и мужчины России» (2024) // Федеральная служба государственной статистики. URL: https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Wum_Man_2024.htm (дата обращения: 07.11.2025).

² Пекинская конференция (1995) собрала рекордное число участников: 17 000 официальных делегатов и более 30 000 представителей гражданского общества из 189 государств.

рассматривается не просто как самостоятельная цель, но как системный фактор успеха по всем другим направлениям.

Отмечая важность 30-летия Пекинской платформы действий, участники встречи на высоком уровне, посвященной этой дате в 2025 г., отметили не только прогресс, но и проблемы: глубокое неравенство пока искоренить не удалось, а «цель устойчивого развития номер пять — гендерное равенство — значительно отстает»³.

Это в полной мере относится и к достижению целей в области здоровья и здравоохранения. Обозначим ключевые, на наш взгляд, проблемы как общего характера, так и специфичные для России.

1. При анализе постановки и степени достижения гендерных целей развития в области здравоохранения следует разделять страны по уровню их социально-экономического развития и состоянию систем охраны здоровья. Если в развивающихся странах население сталкивается с открытой дискриминацией женщин во всех областях, в том числе в здравоохранении, то в развитых государствах ситуация не такая критическая. Однако это не означает отсутствие проблем или дискриминации, просто проблема носит более скрытый характер, завуалирована и выявить ее можно только в результате глубинных или сопутствующих исследований, не связанных напрямую с темой здоровья и здравоохранения. Поэтому складывается ситуация, когда существующие неравенства оказываются не видны и, как следствие, не становятся объектом политики — в итоге снижается общая эффективность принимаемых мер.

2. Важным показателем положения женщин и мужчин в системе здравоохранения является доступность. Традиционно выделяют два уровня, а именно — формальный доступ к системе (охват) и возможность получить услуги [Hopkins-Doyle et al., 2024: 63]. На наш взгляд, целесообразно говорить также об использовании услуг здравоохранения, то есть ситуации, когда женщины и мужчины реально получают ту или иную услугу.

В России нет прямой дискриминации женщин, все население, независимо от каких-либо других факторов, охвачено обязательным медицинским страхованием (ОМС). Но данные и исследования показывают существование проблем внутри системы здравоохранения и в обществе в целом, которые влияют на взаимодействие женщин и мужчин с этой системой и находят отражение в состоянии их здоровья.

3. Ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ) является одним из наиболее часто используемых показателей здоровья населения, и гендерные различия в ОПЖ при рождении, как правило, благоприятствуют женщинам, которые в среднем живут дольше. По данным Росстата, в 2024 г. ОПЖ в России составила 72,8 года. При этом мужчины жили в среднем 68,45 года, а женщины — 78,39 года, т. е. на 10 лет дольше.

Однако данные относительно ОПЖ не учитывают качество жизни, в том числе и в более поздние годы, для этого используется такой показатель как «годы здоровой жизни», в течение которых человек, как ожидается, будет находиться в хорошем и функциональном состоянии здоровья. В России ожидаемая продолжительность здоровой жизни составляет 61,4 года⁴. Увеличение ожидаемой продолжительности здоровой жизни (ОПЗЖ) прописано в Указе о национальных целях развития Российской

³ Неделя высокого уровня: в ООН отметили достижения в области прав женщин // Новости ООН. 2025. 22 сентября. URL: <https://news.un.org/ru/story/2025/09/1466438> (дата обращения: 07.11.2025).

⁴ Егоршева Н. «Голикова: Ожидаемая продолжительность здоровой жизни в России составляет 61,4 года» // «Российская газета». 2024. 13 мая. URL: [https://rg.ru/2024/05/13/golikova-ozhidaemaia-prodolzhitelnost-zdorovoj-zhizni-v-rf-sostavliaet-614-goda.html?utm_referrer="https%3A%2F%2Fyandex.ru%2F](https://rg.ru/2024/05/13/golikova-ozhidaemaia-prodolzhitelnost-zdorovoj-zhizni-v-rf-sostavliaet-614-goda.html?utm_referrer=) (дата обращения: 13.11.2025).

Федерации на период до 2030 года и на перспективу до 2036 года⁵. Ожидаемая продолжительность здоровой жизни — это число лет, которое останется, если вычестить из ее общей длины время тяжелых болезней, она рассчитывается с использованием различных методов [Панафидина и др., 2024]. В России с 2019 г. Росстат проводит ежегодный расчет ОПЗЖ на основе результатов «Выборочного наблюдения состояния здоровья населения» («ВНСЗН», 60 тысяч домохозяйств в год), результаты расчетов выкладываются в открытый доступ на портале ЕМИСС (Единая межведомственная информационно-статистическая система) без деления по полу⁶, в то время как ожидаемая продолжительность здоровой жизни, являясь интегральным показателем, способна давать информацию о «качестве» роста ожидаемой продолжительности жизни как мужчин, так и женщин.

Женщины живут дольше, но у них выше показатель по годам нездоровой жизни, они имеют больше хронических заболеваний и чаще обращаются за медицинской помощью. Мужчины реже посещают врачей, но чаще подвержены летальным исходам при сердечно-сосудистых и онкологических заболеваниях [Драпкина, Ким, 2023]. Причем это происходит и в развитых странах, где практически нет гендерного разрыва в ОПЖ, и в России, где он фиксируется, и при этом отсутствует дискриминация в доступе к услугам здравоохранения.

Один из традиционных показателей, который используют в гендерных исследованиях здравоохранения, — самооценка состояния здоровья⁷. Женщины обычно оценивают состояние своего здоровья ниже, чем мужчины.

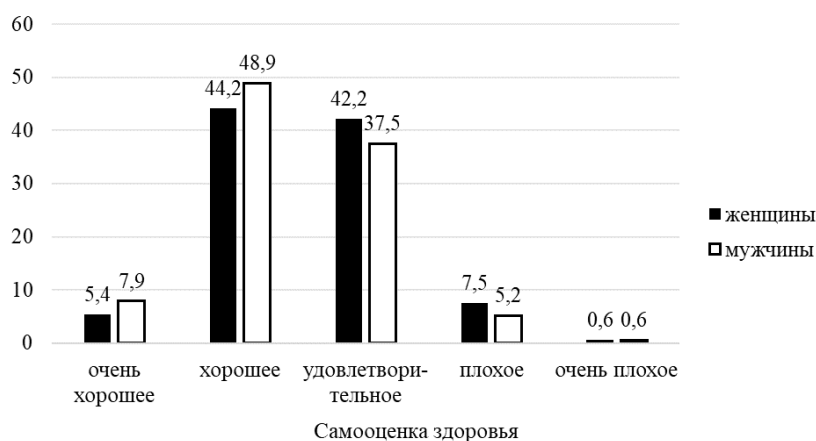


Рис. 1. Самооценка состояния здоровья мужчин и женщин по данным Выборочного наблюдения состояния здоровья, %, 2024 г.

Источник: Женщины и мужчины России 2024: стат. сб.
М.: Росстат, 2024. С. 38

⁵ Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2024 г. № 309 «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года и на перспективу до 2036 года» // Официальный сайт Президента Российской Федерации. URL: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/50542?ysclid=mlnlqb5run332499788> (дата обращения: 13.11.2025).

⁶ ЕМИСС. Ожидаемая продолжительность здоровой жизни. URL: <https://www.fedstat.ru/indicator/59456> (дата обращения: 13.11.2025).

⁷ Исследования показывают, что гетерогенность самооценки здоровья по данным Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения (РМЭЗ) возникает из-за систематических различий в восприятии здоровья разными группами населения, что приводит к неверным выводам при прямом сравнении.

Данные на рисунке 1 показывают, что в настоящее время различия в оценке состояния здоровья между мужчинами и женщинами в России сохраняются. Причем они отмечаются и при учете других факторов, например, места проживания: женщины оценивают свое здоровья хуже, чем мужчины.

4. Гендер выступает как социально-экономический детерминант здоровья. Однако он действует не изолированно, а взаимодействует с другими детерминантами, такими как доход, образование, обеспеченность жильем. Именно на пересечениях детерминант могут образовываться гендерные разрывы [Здоровье и здравоохранение..., 2007; Григорьева, Чубарова, 2020], преодолеть которые в рамках только одной группы детерминант практически невозможно [Герри, Байдин, 2017: 31—36].

Традиционно значимую роль играет фактор дохода. Как у женщин, так и у мужчин он положительно коррелируется с самооценкой здоровья. Эта взаимосвязь может отражать тот факт, что более высокие доходы обеспечивают более широкий доступ к профилактической медицинской помощи и скринингу, здоровому образу жизни (например, более частое использование методов лечения и профилактики, улучшающих здоровье, рост возможностей приобретать более здоровую пищу) и улучшают условия жизни (например, изменить жилищные условия, место проживания на экологически более благоприятное).

На протяжении достаточно долгого периода времени отмечается разрыв в доходах мужчин и женщин. Отношение заработной платы женщин к заработной плате мужчин в России в 2023 г. составило 69,6 % [ЖиМ, 2024: 95].

Статистика показывает более высокий уровень бедности среди женщин. Численность женщин с денежными доходами ниже границы бедности/ величины прожиточного минимума по всем возрастным группам выше с наименьшей разницей в пенсионном возрасте. При этом наибольшая доля с наименьшими доходами приходится на женщин в активном трудоспособном возрасте (31,2 % в возрасте 16—29 лет и 33,4 % в возрасте 30—54 лет). Такая же тенденция наблюдается и у мужчин, с той лишь разницей, что их показатели несколько лучше (26,5 % в возрасте 16—29 лет и 27,7 % в возрасте 30—59 лет).

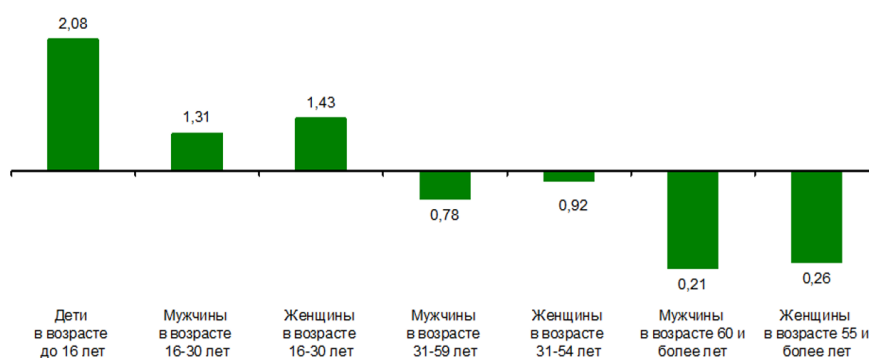


Рис. 2. Индекс риска бедности в зависимости от пола и возраста населения в 2023 г. (по данным выборочного наблюдения доходов населения и участия в социальных программах)

Источник: Социальное положение и уровень жизни населения России. 2025: стат. сб. М.: Росстат, 2025. С. 117

Таким образом, у женщин выше риск бедности (рис. 2). Этот фактор в условиях достаточно высокого уровня платных услуг в российском здравоохранении косвенно свидетельствует о том, что доступность для женщин может быть ограничена. Более того, поведение, ухудшающее здоровье, чаще встречается среди людей с низким доходом, они не только заболевают раньше, но и показывают, как правило, худшие результаты по сравнению с людьми с более высоким доходом или более высоким уровнем образования, что ставит их в двойное невыгодное положение.

Женщины в России наравне с мужчинами вовлечены в трудовую деятельность как в формальной, так и в теневой экономике. Вместе с тем они еще и активно заняты в домашнем хозяйстве. Согласно данным Выборочного наблюдения использования суточного фонда времени населением, проведенного Росстатом в 2019 г., затраты на оказание неоплачиваемых бытовых услуг в будние дни, включая приготовление пищи, уборку и т. д., составили у работающих женщин в городской местности 2 часа 5 минут, а в сельской — 2 часа 28 минут. А вот у работающих мужчин эти показатели принципиально меньше, 53 и 58 минут, соответственно. Причем в выходные дни, хотя общее число часов на работу «по хозяйству» вырастает, у мужчин по-прежнему на нее уходит в два раза меньше времени, чем у женщин, а именно 2 часа 22 минуты против 4 часов 14 минут в городе и 2 часа 24 минуты против 4 часов 42 минут на селе [ЖиМ, 2024: 140].

В последнее время исследователи стали больше уделять внимание фактору возраста, который влияет и на положение женщин и мужчин в системе здравоохранения. Это связано с тем, что женщины преобладают среди пожилых людей и объективно чаще пользуются услугами системы здравоохранения. Именно этот разрыв порождает стереотип, что пожилые женщины — «главные посетители поликлиник» и что в медицинской помощи нуждаются одни «старушки». Это, в свою очередь, снижает статус государственных поликлиник. Молодежь чаще прибегает к дополнительным/платным услугам. Во-первых, молодые люди стараются трудоустроиться на предприятия или в учреждения, которые предоставляют «социальный пакет», куда входит и полис ДМС (полис добровольного медицинского страхования полного покрытия или покрытия на паритетных началах). Во-вторых, им важна возможность быстро получить услугу, зачастую в момент обращения. В-третьих, в обществе отмечается определенная доля эйджизма, который присутствует в поведении молодых людей по отношению к старшим, в данном случае — пожилым женщинам.

5. Необходимо отметить факторы здоровья, по которым традиционно «лидируют» мужчины. Во-первых, у них выше уровень занятости в отраслях с тяжелыми условиями труда и соответственно выше уровень производственного травматизма. Так, например, в 2023 г. доля женщин среди пострадавших на производстве с утратой трудоспособности на 1 день и более и со смертельным исходом составила 29,2 %, а доля мужчин — 70,8 %, что в пересчете на 100 000 работающих составило 70,6 и 122,1 человек соответственно [ЖиМ, 2024: 92]. Если выделить только пострадавших на производстве с утратой трудоспособности со смертельным исходом, то доля мужчины достигает почти 95 %, а женщин — около 5 %. В результате в пересчете на 100 000 работающих это составляет 8,7 мужчин и 0,7 женщин. [ЖиМ, 2024:93]. Во-вторых, среди мужчин выше распространенность таких вредных привычек, как курение и употребление алкоголя: среди курящих — 77,5 % мужчин и 22,5 % женщин. При этом мужчины начинают курить гораздо раньше — в возрасте 15—17 лет данное соотношение составляет 93,1 % и 6,9 % (табл. 1).

Таблица 1

Употребление табака населением в 2024 г.

	Да, ежедневно	Не каждый день (периодически)	Нет, совсем не курю и не курил ранее	Отказ от ответа
Всего	16,3	2,3	66,8	0,6
Мужчины	28,8	3,4	43,2	0,6
Женщины	6,2	1,4	85,9	0,5

По данным Выборочного наблюдения состояния здоровья населения; %

Источник: Здравоохранение в России, 2025

Похожая ситуация складывается и с употреблением алкоголя: мужчины употребляют спиртных напитков больше и чаще, чем женщины (табл. 2)

Таблица 2

Распределение женщин и мужчин по частоте употребления
алкогольных напитков в 2024 г.

	Женщины	Мужчины	Распределение по полу	
			Женщины	Мужчины
Лица в возрасте 15 лет и более, употребляющие алкогольные напитки в течение последних 12 месяцев	100	100	48,0	52,0
в том числе по максимальной частоте употребления всех видов алкогольных напитков:				
4—5 дней в неделю и более	0,8	3,2	18,5	81,5
2—3 дня в неделю	4,1	13,9	21,5	78,5
2—4 раза в месяц	28,7	44,8	37,1	62,9
1 раз в месяц и реже	66,3	38,0	61,7	38,3

По данным Выборочного наблюдения состояния здоровья населения; %

Источник: Здравоохранение в России, 2025

Среди заболевших ВИЧ инфекцией традиционно преобладают мужчины — в 2023 г. их доля в числе зарегистрированных больных с данным диагнозом составила 48 человек на 100 000 населения соответствующего пола, а женщин — 29. Заболеваемость активным туберкулезом среди мужчин также практически была в 2 раза выше (2024) — 39, 6 и 15,9 человека на 100 000 человек населения с диагнозом, установленным впервые.

Для российских мужчин характерна более ранняя инвалидизация. Так, в общей численности граждан в возрасте 18 лет и старше, впервые признанных инвалидами, в 2023 г. женщины составили 47,8 %, а мужчины — 52,2 %. При этом в трудоспособном возрасте мужчин-инвалидов значительно больше — 62,6 % против 37,4 % соответственно [ЖиМ, 2024].

6. Необходимо отдельно отметить проблемы женщин в области здоровья и его охраны, обусловленные репродуктивным здоровьем и связанные с беременностью и родами. В настоящее время этим вопросам уделяется много внимания, в том числе и в

связи с политикой, направленной на преодоление демографического кризиса в стране. Вместе с тем данные показывают, что среди беременных женщин сохраняется высокий уровень заболеваемости. Так, например, среди женщин, закончивших беременность, доля страдающих анемией устойчиво составляет около 34 %, болезни мочеполовой системы отмечены у 15—16 %, а венозные осложнения — у 5—6 % женщин. То есть каких-либо существенных улучшений по рассматриваемым показателям не отмечается. Одновременно статистика фиксирует резкий рост страдающих сахарным диабетом среди беременных женщин — с 2,2 % в 2015 г. до 13,6 % в 2024 г.

Отметим, что беременность в первую очередь является биологическим процессом, который включает значительные физиологические изменения: гормональные сдвиги, перестройку сердечно-сосудистой и эндокринной систем и т. д. Однако она влияет на гендерные/социальные роли (например, ожидание материнства, подготовка отцов, перераспределение обязанностей в семье).

Важный аспект, на который мало обращают внимания исследователи, но который также оказывает влияние на состояние здоровья, можно определить следующим образом: женщины как организаторы охраны здоровья в семье. Это можно выявить в качественных исследованиях. Так, анализ здоровья работающих женщин и мужчин пенсионного возраста показал, что за здоровьем мужчин и их взаимодействием с системой здравоохранения следят главным образом жены [Григорьева, Чубарова, 2025: 62].

Также особо отметим роль женщин как ухаживающих субъектов — за престарелыми, инвалидами, другими членами семьи, что, безусловно, имеет последствия для их здоровья [Паллиативная помощь, 2021: 306—321]. Женщины, кроме непосредственной организации ухода, еще обеспечивают эмоциональную поддержку, при этом вынуждены работать и зачастую жертвовать своей карьерой⁸.

7. В системе здравоохранения также отмечаются гендерные «перекося». Здесь необходимо зафиксировать следующие аспекты. Вплоть до XIX в. внимание к женскому здоровью было сосредоточено преимущественно на аспектах, связанных с деторождением. Информация о болезнях и способах лечения была получена на основе исследований исключительно мужского здоровья, а поскольку женщины не допускались во врачебную специальность, то и исходила она также от мужчин, и многим аспектам женской анатомии и физиологии просто не уделялось достаточного внимания. Женщины не участвовали в клинических исследованиях, на основе результатов которых могла бы строиться база данных о женском здоровье⁹. Считалось, что ответ женского организма, например, на исследуемые лекарства, будет таким же, как у мужчин [Liu, Mage, 2016; Перес, 2024].

⁸ В России любой трудоспособный человек, не работающий и не получающий пособие по безработице, получает выплату 1200—2600 руб. (в зависимости от региона и категории) как надбавку к пенсии подопечного; стаж (1,8 баллов в год) ухаживающему сохраняется. Для родителей, ухаживающих за детьми-инвалидами, выплаты выше — 11 695 руб.

⁹ Например, только в 1993 г. Национальный институт здравоохранения США выпустил специальное постановление о том, что женщины должны участвовать в клинических исследованиях: Institute of Medicine (US) Committee on ethical and legal issues relating to the inclusion of women in clinical studies; Mastroianni A.C., Faden R., Federman D. (eds.) Women and health research: ethical and legal issues of including women in clinical studies: volume I. Washington (DC): National Academies Press (US); 1994. Chapter: Appendix A: Reports on women's participation in clinical studies, 1977—1993. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK236531/?report=reader> (дата обращения: 20.11.2025).

Только в конце XX в. в исследованиях стали идентифицировать различия мужчин и женщин в сфере здоровья и доступности для них услуг здравоохранения, а проблемы здоровья начали связывать с широким кругом вопросов, относящихся к гендерным ролям. Однако вопрос о включении женщин в клинические испытания, с одной стороны, и учет различий между женщинами и мужчинами в клинических проявлениях, психологических эффектах, течении болезни и, наконец, реакции на лечение, которые характерны для ряда заболеваний, с другой стороны, стал рассматриваться не так давно. В продолжение Акта (закона) о возрождении (реформировании) Национального института здравоохранения 1993 года (NIH Revitalization Act, 1993), обязавшего включать женщин и меньшинства в клинические исследования, Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов (FDA — Food and Drug Administration) в 1994 г. открыло отдел женского здоровья; в том же году Институт медицины (ИОМ — ныне Национальная академия медицины США) издал отчет под названием «Женщины и медицинские исследования», в котором были описаны две формы исторической половой дискриминации в дизайне и реализации клинических исследований; в европейских странах в 2014 г. Регламентом ЕС о клинических испытаниях № 536/2014 (EU Clinical Trial Regulation № 536/2014) были введены правила прозрачности данных по гендеру и меры защиты для беременных. В России нет прямого запрета на участие женщин в клинических испытаниях, за исключением беременных и кормящих (кроме случаев, когда препарат предназначен для них) — в 1998 г. Федеральный закон № 86—ФЗ «О лекарственных средствах» запретил исследования на беременных (кроме специальных случаев), но разрешил для других женщин; также принят ГОСТ 42–511–99 по качественным клиническим испытаниям (женщины участвуют пропорционально, но без обязательных квот или разбивки данных по полу испытуемых [Красняк, Бондарев, 2022: 86–87]).

Исследования также отмечают различия в проявлении заболеваний: например, у женщин и мужчин сердечные приступы случаются с одинаковой частотой, но риск смерти в течение пяти лет после первого тяжелого сердечного приступа у женщин на 20 % выше. Симптомы инфаркта у женщин часто отличаются от мужских¹⁰. Многие женщины не испытывают сильной боли в груди, которая является классическим симптомом сердечного приступа у мужчин, и инфаркты у женщин часто имеют «неклассический» сценарий [Шаповалова и др., 2019]. Учет этих факторов по меньшей мере требует повышения грамотности медиков и, возможно, корректировку соответствующих стандартов.

В сфере здравоохранения и социальных услуг преобладают женщины — такова картина во всех странах, Россия не является исключением: женщины составляют 80 % занятых против 20 % мужчин. Впереди только сфера образования, где 82 % занятых — женщины. Показатель отношения заработной платы женщин и мужчин в здравоохранении и социальных услугах довольно высокий и составляет 86,1 % [ЖиМ, 2024: 95]. При этом средний возраст занятых в здравоохранении женщин и мужчин практически одинаков — около 44–45 лет.

¹⁰ Стало известно, как отличаются признаки сердечного приступа у мужчин и женщин // «Рамблер/здоровье». 2021. 20 апреля. URL: https://doctor.rambler.ru/pharma/46260862/?utm_content=doctor_media&utm_medium=read_more&utm_source=copylinkhttps://doctor.rambler.ru/pharma/46260862-stalo-izvestno-kak-otlichayutsya-priznaki-serdechnogo-pristupa-u-muzhchin-i-zhenshin/ (дата обращения: 20.11.2025).

Вместе с тем мужчины в целом занимают более высокое положение в системе здравоохранения. Например, женщины преобладают среди медицинских сестер: они составляют значительную долю занятых в здравоохранении и имеют диплом о среднем образовании. Может быть, поэтому доля работающих в здравоохранении мужчин с высшим образованием существенно выше, чем женщин, хотя в среднем по экономике уровень образования женщин традиционно выше (рис. 3).

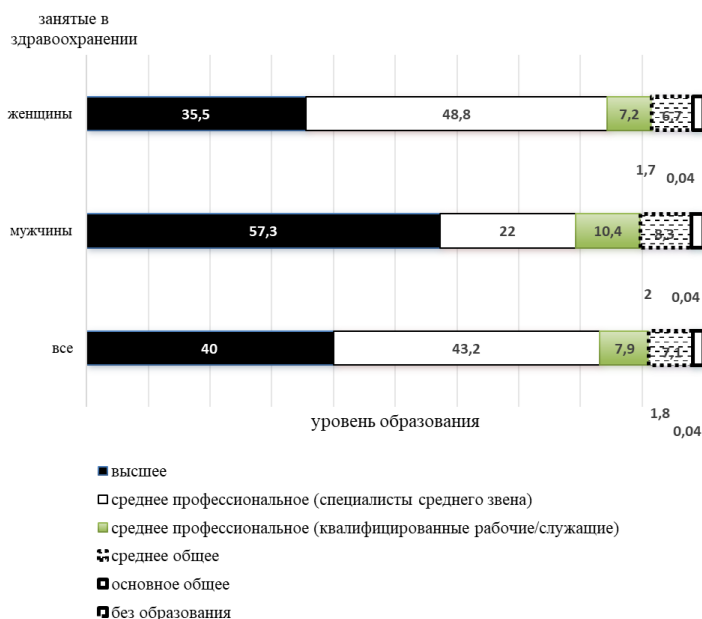


Рис. 3. Распределение занятых по уровню образования в здравоохранении в России, 2024, %
Источник: Здравоохранение России, 2025

Обсуждение

Гендерный подход следует использовать с учетом уже имеющихся достижений, опираясь на национальные традиции и особенности. При этом нужна специальная политика учета социальных различий между мужчинами и женщинами, которая концептуализирует гендерный подход, что в итоге будет способствовать оказанию более качественной и доступной медицинской помощи для представителей обоих полов и как результат — улучшению состояния здоровья населения в целом и повышению ОПЖ.

При этом задачи, которые стоят перед Россией в области реализации тех преимуществ, которые дает использование гендерного подхода, можно условно разделить на две группы: теоретико-методологические и организационные.

Теоретико-методологические задачи связаны с использованием в исследованиях в области здравоохранения таких понятий, как гендерное равенство/неравенство, «гендерные развилки», гендерные стереотипы и т. д.

Гендерное равенство предполагает, что дифференцированное отношение к мужчинам и женщинам является необходимым условием для достижения паритетных

результатов. Для реализации этой задачи государству необходимо разрабатывать и внедрять осознанные стратегии, поскольку оно выступает ключевым субъектом в процессе обеспечения гендерного равенства.

Введение понятия «гендерные развилки» призвано подчеркнуть, что для достижения гендерного равенства в здоровье и системе здравоохранения допустимо использовать различные инструменты в отношении женщин и мужчин. Это позволит выявить, «как одинаковые действия могут влиять на здоровье мужчин и здоровье женщин», и актуализирует «необходимость по-разному воздействовать на их здоровье для решения одних и тех же задач здравоохранительной политики» [Григорьева, Чубарова, 2019: 59]. Выявление гендерных развилки позволяет определить лучшие маршруты для мужчин и женщин в поддержании здоровья, лечении или реабилитации, что важно при выборе технологий преодоления различий и достижения равенства с учетом специфики государственного управления и институциональных особенностей системы здравоохранения России.

Подход к исследованиям здоровья мужчин и женщин через гендерные стереотипы — устойчив и удобен, но представляется мало плодотворным для решения всего комплекса проблем здоровья мужчин и женщин и их взаимоотношений с системой здравоохранения. Стереотипами можно многое (если не все) объяснить, а поскольку они очень медленно меняются, то и сложившаяся картина становится привычной, а стремления к ее изменению вялотекущими [Герри, Байдин, 2017: 31—36]. Анализ поведенческих факторов свидетельствует, что преодоление гендерных стереотипов возможно, если больше внимания уделять оценке индивидуального отношения к своему здоровью как мужчин, так и женщин. Кроме того, исследователи отмечают, что происходит усиление других факторов, которые «ломают» привычные стереотипы [Кислицина, Чубарова, 2023: 94—108].

Значительный вклад в наблюдаемую картину гендерного равенства/неравенства мужчин и женщин в вопросах здоровья и здравоохранения вносят здоровые/нездоровые модели поведения как среди пациентов, так и среди медицинских работников. Например, сформировавшиеся представления о «мужском» стоицизме могут отпугивать мужчин от посещения медицинских организаций, от профилактической медицины вообще, в то время как обязанности по уходу за детьми, малоподвижными членами семьи, представления о том, что это исключительно «женская работа», могут ограничивать доступ женщин к медицинской помощи и усугублять пробелы в понимании специфических потребностей женщин в области здравоохранения.

Организационные задачи определяются необходимостью определить то основное звено, потянув за которое можно вытащить всю цепь. На наш взгляд — это комплексный подход, который предполагает участие в решении вопросов здоровья и здравоохранения всех заинтересованных сторон, взаимосвязь между секторами, ведомствами и специалистами, вступающими во взаимодействие во имя достижения поставленных целей.

Хотя в России не отмечаются радикальные гендерные различия в здравоохранении, однако они сохраняются в других сферах и оказывают влияние на состояние здоровья. Поэтому необходимо стимулировать межсекторное и многостороннее взаимодействие в разработке и реализации политики в этой области в направлении создания устойчивых объединений институционально независимых государственных и негосударственных участников, вовлеченных в процесс принятия решений, а главное — в процесс их исполнения. Такой подход должен быть направлен на достижение

конкретных результатов и устранение гендерных диспропорций. Это требует преодоления узкого понимания комплексного подхода в здравоохранении (участие команды специалистов, объединяющих усилия для достижения максимального терапевтического результата в решении проблем здоровья конкретного пациента¹¹), когда комплексность рассматривается только как важнейшая характеристика медицинской услуги.

Значимость обратных связей между целями политики также не подлежит сомнению. В частности, решение проблем, связанных с гендерными социальными детерминантами здоровья, такими как худшие показатели на рынке труда, более низкие уровни доходов и повышенный риск бедности в пожилом возрасте у женщин, может существенно улучшить здоровье женщин и их доступ к медицинским услугам. Это, в свою очередь, создаст положительную синергию, способствующую дальнейшему укреплению здоровья и благополучия данной социально-демографической группы.

Для реализации таких задач необходимо внедрение дополнительных мер, направленных на повышение осведомленности и обучение медицинского персонала, чтобы устранить гендерную предвзятость и недостаточную представленность женщин в исследованиях и клинических испытаниях. Это позволит обеспечить более эффективное и справедливое оказание медицинской помощи всем пациентам, независимо от пола.

В заключении хотелось бы отметить, что определенным препятствием для развития гендерного подхода является дефицит информации. В большинстве государственных программ отсутствует разделение статистических данных по полу, несмотря на то, что в соответствии со статьей 6 Федерального закона «О государственных гарантиях равных прав и свобод и равных возможностей мужчин и женщин в Российской Федерации» от 11 июля 2018 г. государственные статистические отчеты должны включать гендерные показатели изменения положения населения. Поэтому исследователи довольно часто получают информацию из опросов населения, например, данных Комплексного наблюдения условий жизни населения (КОУЖ) или Выборочного наблюдения за состоянием здоровья населения, проводимых Росстатом¹². Вместе с тем разбивка по полу имеющихся статистических показателей является необходимым условием для улучшения качества мониторинга достижений в области здоровья мужчин и женщин России, обозначенных еще в Указе Президента Российской Федерации от 7 мая 2018 года № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года», а также для реализации федеральных проектов «Старшее поколение» и «Укрепление общественного здоровья» национального проекта «Демография», равно как и разработки мер демографической и социальной политики, количественного измерения их эффективности.

Таким образом, полученные в ходе данного исследования результаты свидетельствуют о недостаточном внимании к гендерным вопросам здоровья и здравоохранения в России со стороны как исследователей, так и политиков, управленцев. Гендерный

¹¹ Комплексный подход к здоровью // СберЗдоровье. URL: <https://sberhealth.ru/library/zdorove/kompleksnyj-podhod-k-zdorovju> (дата обращения: 27.11.2025).

¹² Приказ Федеральной службы государственной статистики от 28 июня 2024 г. N 266 «Об утверждении форм федерального статистического наблюдения с указаниями по их заполнению Выборочного наблюдения состояния здоровья населения в 2024 году» // Информационно-правовой портал ГАРАНТ.РУ. URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/409360001/> (дата обращения: 28.11.2025).

подход должен стать ядром здравоохранительной политики, основанной на оценке социальной и экономической эффективности мер, направленных на преодоление проблем со здоровьем женщин и мужчин и их позиционирования в системе здравоохранения.

Список источников

- Брюн Е. А., Полунина А. Г. Депрессия, тревожные расстройства и антисоциальное расстройство личности как факторы риска или последствие алкоголизма и наркомании: гендерные аспекты // Наркология. 2018. Т. 17, № 11. С. 74—85.
- Бурдые П. Мужское господство. Социальное пространство. Поля и практики. М.; СПб.: Алетея, 2005. 300 с.
- Герри К. Д., Байдин В. М. (2017) Источники искажений в самооценке здоровья // Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. 2017. Т. 10, № 4. С. 31—36.
- Григорьева Н. С., Чубарова Т. В. Здоровье как фактор работы женщин и мужчин пенсионного возраста и проблема его поддержания // Женщина в российском обществе. 2025. № 4. С. 54—70.
- Григорьева Н. С., Чубарова Т. В. Продвижение здоровья в контексте поведенческой экономики: гендерный аспект // Народонаселение. 2020. Т. 23, № 2. С. 112—124.
- Григорьева Н. С., Чубарова Т. В. Гендерные развилки здоровья и здравоохранения в России // Женщина в российском обществе. 2019. № 3. С. 55—71.
- Григорьева Н. С., Чубарова Т. В. Гендерный подход в здравоохранении. М.: Альфа-Принт, 2001. 96 с.
- Драпкина О. М., Ким О. Т. Половые и гендерные различия в здоровье и болезни. Часть I. Эволюционная // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2023. Т. 22, № 8. С. 68—79.
- Драпкина О. М., Ким О. Т. Половые и гендерные различия в здоровье и болезни. Часть II. Клиническая и медико-социальная // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2023. Т. 22, № 12. С. 176—186.
- Женщины и мужчины России: статистический сборник. 2024. Федеральная служба государственной статистики Российской Федерации. 178 с.
- Здоровье и здравоохранение в гендерном измерении / под общ. ред. Н. М. Римашевской. М.: Социальный проект, 2007. 240 с.
- Кислицина О. А., Чубарова Т. В. Факторы, влияющие на обращаемость россиян за медицинской помощью: гендерный аспект // Женщина в российском обществе. 2023. № 2. С. 94—108.
- Красняк Э. В., Бондарев К. В. Прошлое, настоящее и будущее гендерной медицины в России и мире // Профилактическая медицина. 2022. Т. 25, № 10. С. 84—90.
- Паллиативная помощь как сфера междисциплинарного взаимодействия: от теории к практике / под ред. Н. С. Григорьевой, С. И. Колесникова, Т. В. Чубаровой. М.: ЛЕНАНД, 2021. 400 с.
- Панафидина И. А., Шибалков И. П., Тюфиллин Д. С., Кобякова О. С., Деев И. А., Никитина С. Ю. Сравнительный анализ подходов к оценке ожидаемой продолжительности здоровой жизни // Социальные аспекты здоровья населения. 2024. Т. 70, № 4.
- Перес К. К. Невидимые женщины: почему мы живем в мире, удобном только для мужчин. Неравноправие, основанное на данных: пер. с англ. М.: Альпина Паблшер, 2022. 538 с.
- Харисова Э. Х., Балеева Л. В., Галеева З. М., Галявич А. С. Гендерные различия в течении инфаркта миокарда // Неотложная кардиология. 2018. № 4. С. 35—40.
- Хрестоматия по курсу «Основы гендерных исследований» / отв. ред. О.А. Воронина М.: МЦГИ, 2000. 396 с.

- Шановалова Э. Б., Максимов С. А., Артамонова Г. В. Половые и гендерные различия сердечно-сосудистого риска // Российский кардиологический журнал. 2019. № 4. С. 99—104.
- Hopkins-Doyle A., Chalmers J., Toribio-Flórez D., Cichocka A. Gender disparities in social and personality psychology awards from 1968 to 2021 // *Communications Psychology*, 2024. Vol. 2, no. 1. 10 p.
- Liu K. A., Mager N. A. Women's involvement in clinical trials: historical perspective and future implications // *Pharmacy Practice*. 2016. Vol. 14, № 1. 9 p.
- Short S. E., Zacher M. Women's Health: Population Patterns and Social Determinants // *Annual Review of Sociology*. 2022. Vol. 48, no. 1. P. 277—298.

References

- Bourdieu, P. (2005) *Muzhskoe gospodstvo. Sotsial'noe prostranstvo. Polia i praktiki* [Male Domination. Social Space. Fields and Practices]. Moscow; Saint Petersburg: Aleteya.
- Bryun, E. A., Polunina, A. G. (2018) *Depressiia, trevozhnye rasstroistva i antisotsial'noe rasstroistvo lichnosti kak faktory riska ili posledstvie alkogolizma i narkomanii: gendernye aspekty* [Depression, anxiety disorders and antisocial personality disorder as risk factors or consequences of alcoholism and drug addiction: gender aspects], *Narkologia*, vol. 17, no. 11, pp. 74—85.
- Chubarova, T. V., Grigorieva, N. S. Kolesnikov, S. I. (Eds.) (2021) *Palliativnaia pomoshch' kak sfera mezhdisciplinarnogo vzaimodejstviia: ot teorii k praktike* [Palliative care as a field of interdisciplinary interaction: from theory to practice]. Moscow: LENAND, 400 p.
- Drapkina, O. M., Kim, O. T. (2023) *Polovye i gendernye razlichiiya v zdorov'e i bolezni. Chast' I. Evolyutsionnaia* [Sex and gender differences in health and disease. Part I. Evolutionary], *Kardiovaskuliarnaia terapiia i profilaktika*, vol. 22, no. 8, pp. 68—79.
- Drapkina, O. M., Kim, O. T. (2023) *Polovye i gendernye razlichiiya v zdorov'e i bolezni. Chast' II. Klinicheskaia i mediko-sotsial'naia* [Sex and gender differences in health and disease. Part II. Clinical and medical-social], *Kardiovaskulyarnaia terapiia i profilaktika*, vol. 22, no. 12, pp. 176—186.
- Gerry, K. D., Baydin, V. M. (2017) *Istochniki iskazhenii v samoosenke zdorov'ia* [Sources of BIAS in self-assessed health], *Farmaekonomika. Sovremennaia farmakoekonomika i farmakoepidemiologiia*, vol. 10, no. 4, pp. 31—36.
- Grigorieva, N. S., Chubarova, T. V. (2001) *Gendernyi podkhod v zdavookhraneni* [Gender approach in health care]. Moscow: Al'fa-Print, 96 p.
- Grigorieva, N. S., Chubarova, T. V. (2020) *Prodvizhenie zdorov'ia v kontekste povedencheskoj ekonomiki: gendernyi aspekt* [Health Promotion in the context of behavioral economics: gender aspect], *Narodonaselenie*, vol. 23, no. 2, pp. 112—124.
- Grigorieva, N. S., Chubarova, T. V. (2019) *Gendernye razvilki zdorov'ia i zdavooxraneniia v Rossii* [Gender Road Junction of Health and Healthcare in Russia], *Zhenshchina v rossiiskom obshchestve*, no. 3, pp. 55—71.
- Grigorieva, N. S., Chubarova, T. V. (2025) *Zdorov'e kak faktor raboty zhenshchin i muzhchin pensionnogo vozrasta i problema ego podderzhaniia* [Health status as a factor to continue working for women and men of retirement age and the problem of its protection], *Zhenshchina v rossiiskom obshchestve*, no. 4, pp. 54—70.
- Hopkins-Doyle, A., Chalmers, J., Toribio-Flórez, D., Cichocka, A. (2024) *Gender disparities in social and personality psychology awards from 1968 to 2021*, *Communications Psychology*, vol. 2, no. 1.
- Kislitsina, O. A., Chubarova, T. V. (2023) *Faktory, vliiaushchie na obrashchaemost' rossiian za meditsinskoj pomoshch'iu: gendernyi aspekt* [Factors influencing Russians' applications for medical assistance: gender aspect], *Zhenshchina v rossiiskom obshchestve*, no. 2, pp. 94—108.

- Kharisova, E. Kh., Baleyeva, L. V., Galeeva, Z. M., Galyavich, A. S. (2018) Genderne razlichii v techenii infarkta miokarda [Gender differences in the course of myocardial infarction], *Neotlozhnaia kardiologiya*, no. 4, pp. 35—40.
- Krasniak, E. V., Bondarev, K. V. (2022) Proshloe, nastoyashchee i budushchee gendernoi mediciny v Rossii i mire [Past, present and future of gender medicine in Russia and worldwide], *Profilakticheskaya meditsina*, vol. 25, no. 10, pp. 84—90.
- Liu, K. A., Mager, N. A. (2016) Women's involvement in clinical trials: historical perspective and future implications, *Pharmacy Practice*, vol. 14, no. 1, 9 p.
- Panafidina, I. A., Shibalkov, I. P., Tyufilin, D. S., Kobyakova, O. S., Deev, I. A., Nikitina, S. Yu. (2024). Sravnitel'nyy analiz podhodov k otsenke ozhidaemoi prodolzhitel'nosti zdorovoï zhizni [Comparative analysis of approaches to estimating healthy life expectancy], *Sotsial'nye aspekty zdorov'ia naseleniia*, vol. 70, no. 4.
- Perez, C. C. (2019) *Invisible Women: Exposing Data Bias in a World Designed for Men*. London: Chatto & Windus.
- Rimashevskaya, N. M. (ed.) (2007) *Zdorov'e i zdravookhranenie v gendernom izmerenii* [Gender dimension of health and healthcare]. Moscow: Socialnyy proekt, 240 p.
- Shapovalova, E. B., Maksimov, S. A., Artamonova, G. V. (2019) Polovye i genderne razlichii serdechno-sosudistogo riska [Gender differences of cardiovascular risk], *Rossiiskiy kardiologicheskii zhurnal*, no. 4, pp. 99—104.
- Short, S. E., Zacher, M. (2022) Women's Health: Population Patterns and Social Determinants, *Annual Review of Sociology*, vol. 48, no. 1, pp. 277—298.
- Voronina, O. A. (ed.) (2000) *Hrestomatiia po kursu «Osnovy gendernykh issledovaniï»* [Reader for the course «Fundamentals of Gender Studies»]. Moscow: MCGI.
- Zhenshchiny i muzhchiny Rossii: statisticheskii sbornik. 2024* (2024) [Women and Men of Russia: Statistical Digest. 2024], *Federal'naya sluzhba gosudarstvennoi statistiki Rossiiskoi Federatsii*.

Статья поступила в редакцию 10.02.2026; одобрена после рецензирования 22.02.2026; принята к публикации 01.03.2026.

The article was submitted 10.02.2026; approved after reviewing 22.02.2025; accepted for publication 01.03.2026.

Информация об авторах / Information about the authors

Григорьева Наталия Сергеевна — доктор политических наук, профессор, заведующая кафедрой социологии управления, факультет государственного управления, Московский государственный университет им. М. В. Ломоносова, г. Москва, Россия, grigorieva@spa.msu.ru (Dr.Sc. (Political Sc.), Professor, Head of the Department of Sociology of Management, School of Public Administration, Faculty of Public Administration, Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russian Federation).

Чубарова Татьяна Владимировна — доктор экономических наук, PhD (Social Policy, LSE), главный научный сотрудник, Институт экономики РАН, г. Москва, Россия, t_chubarova@mail.ru (D.Sc. (Economics), PhD (Social Policy, LSE), Principal Researcher, Institute of Economics of the Russian Academy of Sciences, Moscow, Russian Federation).