

© 2004 г.

**В.С. ТАПИЛИНА**

## **СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ СТАТУС И ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ**

---

*ТАПИЛИНА Вера Сергеевна - старший научный сотрудник Института экономики и организации промышленного производства Сибирского отделения РАН (Новосибирск).*

---

В данной статье рассматривается влияние социально-экономического неравенства на состояние здоровья населения России в середине 90-х годов XX века. Связь между социально-экономическим неравенством и здоровьем рассматривалась на макроуровне (население регионов - субъектов Российской Федерации) и на микроуровне (отдельные индивиды и социальные группы). Исследуется зависимость здоровья от социально-экономической иерархии общества.

Социально-экономические различия - значимые факторы неравенства в здоровье. В основе данного предположения лежат представления о механизмах связи здоровья с неравенством в социально-экономическом положении [1-5]. В одних случаях эти механизмы достаточно очевидны, в других сложны и не лежат на поверхности. Так, уровень доходов определяет различия в жизненных стандартах - количестве и качестве потребляемых товаров и услуг. От этого, в свою очередь, зависит калорийность, разнообразие и сбалансированность питания, защитные и санитарно-гигиенические свойства используемой одежды и обуви, удобство и комфорт микро-среды обитания. Различия в жизненных условиях формируют неодинаковые возможности адаптации, способность справляться с физическими и эмоциональными нагрузками. Неравенство в жизненных стандартах определяет неравенство возможностей в использовании эффективных мер и способов в борьбе с возникающими отклонениями от здоровья. С подобными механизмами "передачи" влияния социально-экономического неравенства на здоровье связана общая гипотеза исследования о том, что связь между показателями здоровья и социально-экономическим положением имеет форму зависимости "чем лучше экономическое положение, тем лучше здоровье".

Вместе с тем, в последнее время обнаружены иные каналы существенного влияния неравенства на здоровье, в частности, установлено, что хронические стрессы, связанные с неудовлетворенностью занимаемым социально-экономическим положением, могут приводить к изменению нейроэндокринного и психологического функционирования организма и увеличивать риск заболеваний. Уже общепризнано, что длительное состояние страха, неуверенности, низкая самооценка, социальная изоляция, невозможность принимать решения и контролировать ситуацию на работе и дома оказывают серьезное влияние на здоровье: вызывают депрессию, повышают предрасположенность к инфекционным заболеваниям, диабету, высокому уровню холестерина в крови, сердечно-сосудистым заболеваниям. Низкое социально-экономическое положение воздействует, следовательно, на здоровье непосредственно через депривацию и материальные лишения и через субъективное восприятие людьми своего "неравного" положения в обществе и связанные с этим оценки, отношения, переживания. При изучении влияния социально-экономического неравенства на здоровье населения в поле зрения должны находиться объективный социально-экономический статус и субъективный.

Таким образом, на научно-теоретическом и на уровне здравого смысла наличие связи между материальным благополучием и здоровьем населения не вызывает сомнений. Но необходимо было определить, насколько сильным являлось влияние экономического положения человека на его здоровье в России в последнее десятилетие, проверить, что больше влияет - абсолютные или относительные показатели материального положения, объективный или субъективный социально-экономический статус, каковы особенности проявления данного влияния во взаимодействии с другими важными детерминантами здоровья, одинаков ли вектор этого влияния по отношению к различным показателям здоровья и если нет, то почему? Поскольку существует широкий диапазон факторов, влияющих на здоровье, и действуют различные механизмы передачи влияния социально-экономического неравенства на здоровье, можно ожидать, что особенности проявления этого влияния на отдельные показатели здоровья будут неодинаковыми по величине и, возможно, противоречивыми по характеру. Именно это предполагалось установить при количественной проверке предположения: "чем лучше экономическое положение, тем лучше здоровье". Кроме того, социально-экономическое положение - лишь один из множества факторов (природных, культурных, социально-структурных, поведенческих и других), оказывающих влияние на здоровье. Но, будучи значимой детерминантой здоровья, способно ли социально-экономическое положение играть роль наиболее существенного фактора здоровья?

На индивидуальном уровне здоровье рассматривалось как *физическое благополучие* конкретного человека и определялось на основе медицинских показателей, так и на основе самооценки индивидов. Как исходный объективный показатель при измерении здоровья использовалось *отклонение* от физического благополучия: наличие установленного диагноза какого-либо заболевания, прохождение лечения в амбулаторных или стационарных условиях, наличие симптоматики, свидетельствующей о заболевании или об утрате здоровья и др. (всего использовалось более 20 показателей). На основе данного первичного показателя построен агрегированный *количественный показатель физического благополучия* (число отклонений от здоровья у каждого человека). Этот показатель отражает в одних случаях диапазон имеющихся заболеваний, в других - интенсивность, частоту проявлений какого-либо заболевания. Но в обоих случаях количество отклонений от здоровья свидетельствует о степени утраты здоровья. В зависимости от характера (вида) отклонений сформированы *типы отклонений* от физического благополучия (*качественный показатель*).

В соответствии с наличием или отсутствием тех или иных отклонений от физического благополучия, с их количеством, во-первых, выделены две крупные группы - относительно здоровых людей (или людей с "нормальным" здоровьем) и имеющих отклонения от здоровья. Во-вторых, дифференцировался *уровень* физического благополучия людей с отклонениями от здоровья на момент обследования. Среди них выделены группы населения - с временным расстройством здоровья; со стойкой утратой здоровья; с полной зависимостью жизнедеятельности от других.

Спектр социально-экономических неравенств широк: половозрастные, образовательные, расово-этнические, профессиональные, властные, материально-имущественные, территориальные и пр. В данном исследовании акцент делался на экономическом, материально-имущественном неравенстве. Экономический статус индивида или его положение в системе экономического неравенства измерялся с помощью объективных и субъективных показателей. В первом случае речь идет о размере среднемесячного дохода, получаемого домохозяйством, к которому принадлежит индивид, из всех источников в расчете на потребительскую единицу - удельном показателе, учитывающем рентабельность домохозяйств различного состава в соответствии с концепцией потребительской единицы. Во внимание приняты и существенные различия в стоимости жизни, наблюдающиеся в различных регионах страны. Поэтому размер дохода на потребительскую единицу нормирован на величину территориального прожиточного минимума. На основе распределения опрошенных жителей по размеру дохода на потребительскую единицу, нормированного на величину стоимости территориального прожиточного минимума, сформированы аналитические шкалы (децильная, квартальная). В качестве субъективного показателя экономического неравенства рассматривалось положение в экономической стратификации, то есть место, занимаемое индивидом (по самоидентификации) на шкале экономической стратификации из 9 ступеней, характеризующей континуум, полюсами которого являются нищета и богатство.

В качестве информационной базы использовались данные "Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения" (РМЭЗ). РМЭЗ информирует о составе и доходах домохозяйств, о каждом члене домохозяйства, что характеризует занятость, профессиональную деятельность и здоровье. Программа мониторинга содержит 2 блока вопросов, ответы

на которые дают достаточно полное и развернутое представление об отношениях индивида с формальной и неформальной системой медицинского обслуживания и о состоянии его здоровья. В качестве базового периода для анализа рассматривался 1994 г. (Выбор этой временной точки объясняется стремлением использовать массив информации, имеющий максимальный размер и минимальные пропуски данных о "ключевых детерминантах" исследования - индивидуальных и семейных доходах. Массовый и нарастающий характер невыплат и задержек заработной платы, пенсий, стипендий и пособий в период 1995-1998 гг. сделал предпочтительным использование массива данных за 1994 г.). Объем выборочной совокупности, использованной в непосредственных расчетах, составил 8022 человек в возрасте 18 лет и старше.

Измерение индивидуальных различий в здоровье в контексте социально-экономического неравенства предполагает, прежде всего, выявление в составе населения людей здоровых и нездоровых. При проведении границы между здоровой и нездоровой частью населения и определения уровня и характера отклонений от здоровья были использованы в общей сложности 25 показателей физического благополучия людей. Здоровым считался тот, кто не имел ни одного отклонения от здоровья по заданному спектру отклонений. При таком подходе по состоянию на 1994 г. 53,5% взрослого сельского населения можно было отнести к здоровым, а 46,5% к нездоровым; среди городского населения здоровые насчитывали 48,7%, а нездоровые - 51,3%. Установленное соотношение между здоровыми и нездоровыми в известной мере условно. Во-первых, нельзя считать исчерпывающим перечень признаков нездоровья. Во-вторых, определенная часть отклонений от здоровья остается латентной, не выявленной. В этом иногда заинтересован сам заболевший: он может не обращаться, например, в медицинское учреждение по разным причинам, в том числе и такой, как освобождение от работы по болезни приведет к ощутимым материальным потерям. Поэтому некоторые люди с латентными признаками отклонений от здоровья попадают в группу здоровых. Иными словами, выявленное соотношение между здоровыми и нездоровыми жителями можно принять как некоторое приближение к реально существующим пропорциям при заданных показателях отклонения от здоровья.

Другим индикатором выступает самооценка здоровья, выраженная в терминах\* "очень хорошее", "хорошее", "среднее", "плохое", "очень плохое". Согласно этим оценкам, примерно третья часть взрослых жителей удовлетворена своим здоровьем, поскольку 2% респондентов имеют очень хорошее и 29,6% - хорошее здоровье. Чуть больше половины (52,6%) считают свое здоровье средним (ни хорошим, ни плохим). Менее пятой части опрошенных оценили свое здоровье как неудовлетворительное (13% - как плохое и 2,7% - как очень плохое).

Особый интерес представляет количество и характер отклонений, характеризующий нездоровую часть взрослого населения. Используя рассмотренные выше показатели отклонения от здоровья, можно вычислить доли населения с различным количеством признаков нездоровья или интенсивностью проявления нездоровья. Такой подсчет показывает, что более половины нездоровой части взрослого населения (59,2%) имеют одно отклонение от здоровья; чуть более пятой части (21,9%) - два отклонения; три отклонения имеют 8,8%; четыре отклонения обнаружены у 3,6% опрошенных жителей, а остальные 6,6% обладают пятью и более признаками нездоровья (при максимальном их количестве 17).

Для интерпретации характера отклонений от здоровья мы использовали эмпирическую типологию переменных, характеризующих разнообразие проявлений нездоровья - множественный факторный анализ (с применением метода главных компонент для выделения факторов и процедуры Varimax в качестве метода вращения факторов). С точки зрения количественной наполненности выделяемых групп и их смысловой однородности наилучшим оказался вариант с выделением четырех факторов. Эмпирическая типология, построенная на основе этого варианта факторного анализа, разбила совокупность нездоровой части взрослого населения на следующие типы.

1). Тип 1 - группа жителей с очень высокой степенью утраты здоровья, проявлением которой является неспособность к самообслуживанию и зависимость от окружающих в осуществлении необходимых видов жизнедеятельности (питание, уход за собой, пользование туалетом и пр.). Среди нездоровой части взрослого населения они составляют около 3%, а в выборочной совокупности немногим более 1%;

2). Тип 2 - группа жителей, у которых перенесенные в прошлом острые и хронические заболевания привели к стойкой утрате здоровья. Состояние сердечно-сосудистой системы и опорно-двигательного аппарата у представителей этой группы является причиной серьезных трудностей при выполнении необходимых повседневных физических усилий, неспособности переносить "обычные" физические нагрузки: подняться по лестнице, пройти пешком 1 км, пронести

тяжесть весом 5 кг и др. Эта группа охватывает 16% нездоровой части населения или 8% выборочной совокупности;

3). Тип 3 - группа населения, перенесшего в текущем (1994) году обострение имеющихся хронических болезней, респираторные и другие инфекционные и острые заболевания, травмы, отравления, ушибы и т.д., которые привели к частичной утрате здоровья или к временной утрате трудоспособности. Она охватывает 27% нездоровой части или 14% выборочной совокупности;

4). Тип 4 - группа людей, имеющих хронические заболевания, которые привели к большей или меньшей утрате здоровья. Она включает перенесших в прошлом инсульт, инфаркт миокарда, страдающих анемией, болеющих диабетом и другими диагностированными хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, опорно-двигательного аппарата и прочими болезнями. Имеющие хронические заболевания насчитывают 54% всех нездоровых или 27% всего взрослого населения выборочной совокупности.

Приведенные характеристики выделенных типов дополняют данные об интенсивности проявления нездоровья у входящих в эти типы групп населения. Среднее число отклонений от здоровья в группе людей, не способных самостоятельно удовлетворять элементарные бытовые и санитарно-гигиенические потребности, составляет 7,2; у жителей с ограниченными возможностями физической активности - 3,7; у перенесших острые заболевания - 1,9, а у имеющих хронические заболевания - 1,1. Аналогичным образом, но с меньшим разбросом, меняется среднее число отклонений в группах людей с разным уровнем удовлетворенности здоровьем: от 5,17 у тех, кто считает свое здоровье очень плохим, до 1,21 у тех, кто считает его очень хорошим.

Каждый из выделенных типов имеет специфический социально-демографический профиль, в первую очередь, возрастной. Группа зависимых в осуществлении необходимой повседневной деятельности и имеющих ограниченные физические возможности включает людей самых старших возрастов. Возрастной диапазон групп "хроников" и перенесших временную утрату здоровья очень широк. В них довольно высока доля лиц молодых возрастов, средний возраст входящих в эти типы жителей составляет 46,5 лет и 38,4 года соответственно.

Типы с различной степенью утраты здоровья характеризуются и неодинаковым уровнем образования. При этом величина потерь здоровья находится в обратной зависимости от уровня образования. Определенная доля вклада в эту зависимость принадлежит возрасту, поскольку для всего населения (и городского, и сельского) наблюдается обратная связь между возрастом и образованием: чем выше возраст, тем ниже (в среднем) уровень образования.

Подавляющая часть работающего населения с отклонениями от здоровья относится к типам частичной утраты здоровья в результате хронических заболеваний или временного характера утраты здоровья. Тем не менее, для части работников (это, в основном, лица, продолжающие работать после 60 лет) характерны симптомы ограниченных возможностей физической активности. Они наблюдаются примерно у 5-6% работающего населения. Наиболее высока концентрация таких работников среди неквалифицированных рабочих. Однако эти симптомы нездоровья встречаются и у мастеров, и у бригадиров, и у высококвалифицированных специалистов, причем существенно чаще у мужчин, чем у женщин.

Приступая к анализу зависимости здоровья от объективного экономического статуса, представляется полезным обратиться к основным результатам первого этапа работы по изучению проблемы связи здоровья и социально-экономического неравенства [6]. На этом этапе исследовалось влияние социально-экономических неравенств, сложившихся между административно-территориальными единицами Российской Федерации - областями, краями, автономными округами и республиками, - на итоговые, обобщающие показатели физического благополучия населения: смертность всего населения и младенческую смертность, а также заболеваемость (число зарегистрированных заболеваний).

Для выявления связи между показателями уровня жизни и здоровья населения различных регионов страны использовались многофакторные регрессионные модели. В построенных линейных регрессионных моделях показатели смертности всего населения, младенческой смертности и заболеваемости (число впервые зарегистрированных заболеваний) рассматривались в качестве зависимых переменных. В качестве независимых переменных использовались показатели социально-экономического положения населения и неравенства в распределении материальных благ (размеры доходов, расходов, сбережений, потребления основных продуктов питания, обеспеченности жилой площадью и другие - в общей сложности более 20 показателей).

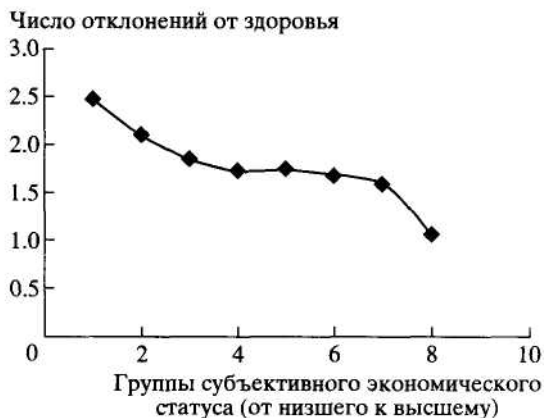
Результаты этого этапа исследования показали, что на макроуровне как различия в размерах доходов, так и в величине неравенства в их распределении имеют непосредственное отношение к здоровью населения, что объясняет немалую часть изменения его показателей, в первую очередь показатели смертности всего населения. Тем самым подтверждаются основные

гипотезы, активно обсуждаемые последнее время в научной литературе, о роли абсолютных и относительных показателей материального положения в формировании неравенства в здоровье. Надо, однако, отметить, что относительные показатели материального положения (неравенство в распределении доходов) оказались значимой детерминантой для всех трех рассмотренных показателей здоровья - смертности всего населения, младенческой смертности и заболеваемости, тогда как абсолютные показатели дохода только для двух - смертности всего населения и заболеваемости. Следовательно, "диапазон" влияния относительных доходов шире, чем абсолютных. Кроме того, судя по величине стандартизованного коэффициента множественной регрессии  $P$  в двух из трех построенных моделей, неравенство в здоровье больше зависит от неравенства в распределении доходов, чем от абсолютной их величины. Таким образом, есть основание считать, что в России в 90-е годы XX в. различия в здоровье в большей мере зависели от неравного положения людей в социально-экономической иерархии, чем от абсолютной величины их доходов. Влияние уровня жизни на показатели здоровья населения имеет довольно устойчивый характер. Это показывает сравнение оценок параметров моделей, построенных для разных периодов времени (1984, 1994 и 1997 гг.), с использованием в качестве независимых переменных только сопоставимых показателей уровня жизни. Однако совокупное влияние и прогностические возможности включенных 11 переменных, характеризующих уровень жизни населения, при моделировании роли территориальных различий в смертности всего населения и младенческой смертности несколько уменьшились в 90-е годы по сравнению с 80-ми. Тем не менее, эти переменные по-прежнему объясняют значительную часть вариативности показателей смертности (в 1994 г. коэффициент детерминации  $R^2$  в модели, где моделируемой функцией были показатели смертности всего населения, равнялся 0,591). Уменьшение вклада экономического неравенства в формирование территориальных различий в здоровье может быть вызвано различными причинами. Оно могло быть результатом того, что совокупности независимых переменных, использованных в моделях, построенных для разных периодов наблюдения, включали только абсолютные показатели дифференциации населения по уровню жизни, в частности по уровню доходов. Между тем, за рассматриваемый период существенно повысилась роль относительных показателей неравенства, характеризующих различия между бедными и богатыми. По данным Госкомстата, величина коэффициента неравенства Джини составляла в 1991 г. 0,260, а к 1998 г. она достигла 0,379. Ослабление вклада экономического неравенства могло быть также следствием изменения структуры населения по уровню образования, по соотношению занятых умственным и физическим трудом, по состоянию в браке и т.п. и, соответственно, усилением роли факторов, не включенных в модели. Известно, например, что в России на каждый дополнительный год обучения приходится девятипроцентное сокращение смертности у мужчин и семипроцентное сокращение смертности у женщин, а занятые умственным трудом (особенно руководители) демонстрируют значительно более высокий уровень дожития, чем занятые физическим трудом [7, с. 43, 69].

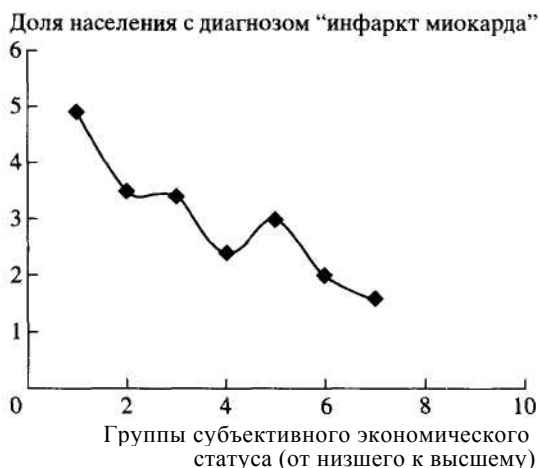
Регрессионный анализ зависимости обобщающих показателей физического благополучия населения (смертности всего населения и младенческой смертности, а также заболеваемости) говорит о том, что между заболеваемостью и величиной доходов существует положительная связь, что не согласуется с общей гипотезой о характере зависимости между здоровьем и социально-экономическим неравенством. Зависимость уровня смертности от размеров доходов, вероятность более короткой жизни формируется в результате длительного аккумуляирования негативного воздействия материальных лишений и связанных с ними эмоциональных реакций. Когда речь идет о величине доходов и заболеваемости, связь является отражением поведения человека в условиях возникновения "сбоев" в функционировании организма, требующих оперативного реагирования. При прочих равных условиях, адекватнее и быстрее будут реагировать на это высокообеспеченные люди. Если такие выводы и предположения справедливы, то они должны найти подтверждение в результатах изучения зависимости здоровья от экономического статуса на уровне отдельных индивидов и социальных групп.

Первичный анализ данных о характере связи неравенства в здоровье с экономическим статусом свидетельствует о том, что по отношению к различным показателям здоровья прослеживается как обратная связь (чем выше статус, тем меньше болезней), так и прямая.

Эмпирической иллюстрацией существования связи неравенства в здоровье, связанного с неравенством в доходах, служат, например, данные о дифференциации среднего числа отклонений от здоровья в различных группах субъективного экономического статуса. Самое большое число отклонений от здоровья в группах низкого экономического статуса, и оно уменьшается по мере роста статуса (см. рисунок 1).



**Рис. 1.** Среднее число отклонений от здоровья в группах субъективного экономического статуса



**Рис. 2.** Доля населения, перенесшего инфаркт миокарда, в группах субъективного экономического статуса

Аналогичная зависимость здоровья от объективного экономического статуса прослеживается и на распространенности отдельных болезней, в частности, болезней органов кровообращения. Самая высокая концентрация перенесших инфаркт миокарда наблюдается в группе жителей с самым низким статусом, и она уменьшается по мере повышения субъективного экономического статуса (см. рисунок 2).

Зависимость здоровья от объективного экономического статуса иллюстрирует и характер отклонений от здоровья (см. табл. 1). Во-первых, он указывает на повышенную концентрацию лиц с низкими доходами в типах с очень высокой и высокой степенью потери здоровья: к типам неспособных к самообслуживанию и ограниченной физической активности относятся представители старших возрастных групп. Иначе говоря, обратная зависимость между объективным экономическим статусом и уровнем здоровья характерна в основном для групп населения пожилого и самого старшего возраста, что говорит в пользу гипотезы о том, что в формировании устойчивой негативной зависимости между здоровьем и экономическим положением большую роль играет фактор аккумуляции негативного воздействия материальных лишений и их последствий в течение длительного периода времени. Во-вторых, зависимость между хрониче-

Таблица 1

**Тип отклонений от здоровья в зависимости от доходной группы (доходная группа = 100%)**

Доходный квартиль	Тип отклонения от здоровья			
	Неспособность к самообслуживанию	Ограниченная физическая подвижность	Острые заболевания	Хронические болезни
I (минимальные доходы)	3,5	15,1	31,5	49,9
II	4,9	23,2	21,7	50,2
III	2,4	15,2	26,0	56,5
IV (максимальные доходы)	0,7	8,8	32,6	57,9

Таблица 2

**Доля лиц разного возраста с минимальными и максимальными доходами при одинаковом уровне образования (7-10 лет обучения), посещавших медицинские учреждения с профилактическими целями (%)**

Доходные группы (квартили)	Возрастные группы, лет			
	18-29	30-44	45-59	60 и старше
Минимальные доходы (I квартиль)	20,8	17,2	10,5	10,4
Максимальные доходы (IV квартиль)	30,2	22,0	18,7	16,4

скими заболеваниями и экономическим положением носит прямой характер. Дополнительный анализ этой зависимости с учетом возрастного состава лиц с различным уровнем доходов также говорит о том, что среди бедных доля лиц, имеющих диагностированные хронические заболевания, во всех возрастных группах меньше, чем в тех же возрастных группах населения с максимальными доходами. Что касается острых, инфекционных заболеваний, то от них более других и практически одинаково не застрахованы бедные и богатые, и в меньшей степени им подвержены средние слои.

Распределение населения различного возраста с отклонениями здоровья в группах субъективного экономического статуса также приводит к заключению, что в молодые годы или в первой половине жизни доля лиц с установленными (диагностированными) отклонениями от здоровья возрастает по мере роста субъективного экономического статуса. Однако ближе к концу жизни заметнее становится тенденция: чем ниже субъективный экономический статус, тем выше концентрация в нем людей с отклонениями от здоровья (см. рисунок 3).

Достаточно обеспеченные люди обладают большими материальными возможностями получить необходимые медицинские услуги и с большей заинтересованностью следить за своим здоровьем, поддерживать и беречь его. На это указывает, в частности, и распространенность посещений медицинских учреждений с профилактическими целями. Среди достаточно обеспеченных людей она выше по сравнению с малоимущими в целом и в разрезе отдельных возрастных и образовательных групп (см. табл. 2).

Таким образом, по отношению к различным показателям здоровья обнаружены как прямая, так и обратная зависимости от объективного и субъективного экономических статусов. С одной стороны, чем выше экономический статус, тем чаще жители обращаются в медицинские учреждения с профилактическими целями и тем выше доля лиц с выявленными хроническими заболеваниями. С другой стороны, чем выше экономический статус, тем в среднем меньше количество отклонений от здоровья, меньше доля лиц с серьезными сердечно-сосудистыми болезнями (инфаркт миокарда), меньше доля лиц со значительной и стойкой утратой здоровья. В целом индивидуальные показатели здоровья подтверждают выводы и предположения о пролонгированном и текущем влиянии дохода на здоровье, сделанные на основе результатов изучения связи между социально-экономическим неравенством и территориальными различиями в здоровье населения. Прослеживается как кумулятивный эффект, "переход количества (денег) в качество (здоровья)" по прошествии определенного периода времени, так и стимулирующая роль

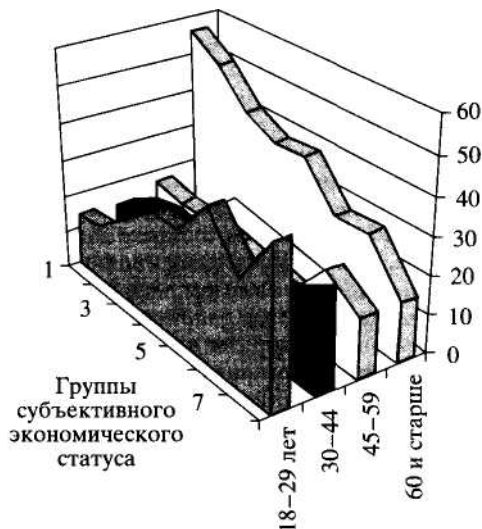


Рис. 3. Доля лиц различного возраста с отклонениями от здоровья в группах субъективного экономического статуса

высокого уровня дохода в отношении текущего контроля над здоровьем и оперативного реагирования на его сбой.

Измерение величины вклада экономического положения в формирование неравенства в здоровье имеет смысл начать с рассмотрения его неравенства места в системе других индивидуальных социальных характеристик, определяющих уровень здоровья. Это дает основание оценить, какие ограничения накладывают используемые данные на решение поставленных задач.

Прежде всего, экономический статус - это лишь один из множества социально-структурных и поведенческих факторов, оказывающих влияние на здоровье. Наиболее естественно и целесообразно считать одной из самых существенных детерминант здоровья человека его возраст - непосредственный индикатор степени "исчерпанности" биологического ресурса здоровья, данного человеку от природы. В среднем, чем моложе человек, тем выше его биологический ресурс, чем старше, тем этот ресурс беднее.

Экономический статус является проекцией неравенства в доходах, которое имеет непосредственное отношение к неравенству в здоровье [6]. Однако известно, что различия в доходах отражают одновременно и различия в уровне образования, профессиональной принадлежности. Образовательный статус во многих странах используется в качестве основного индикатора положения людей в иерархии социально-экономического неравенства, а экономический статус, в свою очередь, рассматривается как индикатор отдачи от вложений в культурный капитал. Помимо этого образование можно считать индикатором повышенной способности человека воспринимать и перерабатывать информацию, принимать решения, позволяющие разумно, грамотно и бережно подходить к сохранению и поддержанию своего здоровья. Очевидна и связь между доходами и профессией. Низкие доходы, например, часто бывают связаны с малоквалифицированным тяжелым физическим трудом, для которого характерен к тому же повышенный риск получить травму, увечье. Выделить "чистый" вклад - доходов, образования, профессии трудно, о величине вклада дохода можно говорить условно. Но как бы то ни было, неизбежность неравенства в здоровье в первую очередь связана с возрастом. При прочих равных, пожилые люди не могут конкурировать в этой области с молодыми. Это отражают и результаты проведенного многофакторного регрессионного анализа. В построенной модели в качестве зависимой переменной рассматривалось количество отклонений от здоровья, а в качестве независимых переменных использовались: возраст, число лет обучения, объективный экономический статус, обеспеченность жилой площадью, частота потребления алкоголя, частота потребления кофе, величина избыточного веса, загрязнение окружающей среды (по оценке опрошенных). Все включенные в модели независимые переменные оказались статистически значимыми факторами числа отклонений здоровья. Среди главных факторов изменения интенсивности откло-



нений здоровья оказались возраст и образование. Что касается объективного экономического статуса, его вклад в изменение количества отклонений от здоровья безусловно ниже, чем вклад возраста.

Неравномерность распределения лиц определенного возраста в доходных группах создает серьезные помехи при измерении зависимости между здоровьем и экономическим положением. Так, на стадии первичного анализа обнаружилось, что согласованность улучшения или ухудшения показателей здоровья в зависимости от изменения объективного экономического статуса прослеживается не на всей шкале распределения населения по экономическому статусу, что во многом связано именно с возрастным составом доходных групп. Главным образом это касается возрастного состава группы населения с минимальными доходами. В ней наиболее высок удельный вес молодого населения в возрасте до 29 лет (половина состава квартили с минимальными доходами). Этим объясняются, например, наблюдаемые особенности дифференциации среднего числа отклонений от здоровья в разных доходных группах. В группе относительно мало обеспеченных (вторая квартиль) среднее число отклонений составляет 2,18; в следующей доходной группе (третья квартиль) - 1,87; в группе с максимальными доходами (четвертая квартиль) - 1,70. В группе наименее обеспеченных, но самых молодых (первая квартиль), среднее число отклонений составляет 1,93. Таким образом, возрастной фактор "маскирует" истинный характер влияния дохода на здоровье, и уменьшение интенсивности отклонений здоровья по мере улучшения материального положения наблюдается только для 75% выборочной совокупности.

Поэтому для корректного анализа связи между доходом и неравенством в здоровье необходимо устранить или нейтрализовать влияние возраста. Такую возможность дает измерение индекса неравенства в здоровье (С) с применением демографической стандартизации показателей здоровья в группах по социально-экономическому статусу [7]. Метод прямой демографической стандартизации, например, по возрасту, предполагает использование при расчетах средних возрастных уровней заболеваемости в каждой из групп социально-экономического статуса. Стандартизованный уровень заболеваемости для социально-экономической группы  $t$  равняется

$$\mu = \sum_d n_d \mu_{dt} / n, \quad (1)$$

где  $n_d$  – численность демографической группы  $d$  во всей совокупности населения,  $\mu_{dt}$  – уровень заболеваемости среди представителей  $d$ -той демографической группы в группе  $t$  по социально-экономическому статусу. Кривая стандартизации с использованием стандартизации по демографическим признакам  $L^+$  (5) для всей совокупности строится на основе данных о стандартизованных по этим демографическим признакам уровнях заболеваемости в каждой из групп социально-экономического статуса:

$$S_t^+ = f_t \cdot \sum_d n_d \mu_{dt} / \sum_d n^d \mu_d. \quad (2)$$

В этом случае  $n$  в знаменателе заменяется на  $T$  – число групп социально-экономического статуса.

На основе стандартизованных значений уровня заболеваемости для групп по социально-экономическому статусу можно вычислить индекс концентрации:

$$C = \frac{2}{\mu} + \sum_{t=1}^T f_t \mu_t R_t - 1, \quad (3)$$

где  $\mu^+ \sum_{t=1}^T f_t \mu_t^+$  – это средний стандартизованный уровень заболеваемости по совокупности,  $f_t$  – доля социально-демографической группы в выборочной совокупности, а  $R_t$  – относительный ранг  $t$ -ой социально-экономической группы. Он рассчитывается следующим образом:

$$R_t = \sum_{\gamma=1}^{t-1} f_\gamma + \frac{1}{2} f_t. \quad (4)$$

Значения индекса концентрации лежат в интервале  $(-1, +1)$ .

Среднее число отклонений от здоровья в группах по экономическому статусу

Группы экономического статуса (от низшего к высшему)	Объективный экономический статус		Субъективный экономический статус	
	Без стандартизации	Со стандартизацией	Без стандартизации	Со стандартизацией
	по возрасту	по возрасту	по возрасту	по возрасту
1	0,936	1,358	1,758	1,484
2	1,267	1,260	1,419	1,293
3	1,459	1,311	1,152	1,162
4	1,429	1,242	1,067	1,121
5	1,542	1,317	1,089	1,146
6	1,315	1,229	0,922	1,097
7	1,194	1,181	0,827	1,225
8	1,105	1,137	0,741	0,759
9	1,023	1,144	-	-
10	1,093	1,353	-	-
В среднем по совокупности	1,240	1,240	1,226	1,226
с,с <sup>+</sup>	-0,034	-0,015	-0,097	-0,047

При вычислении индекса концентрации и построении кривой концентрации в качестве стратифицирующей переменной в данном исследовании обращались к объективному и субъективному экономическому статусу. При использовании в качестве стратифицирующей переменной объективного экономического статуса в качестве групп рассматривались децили текущего дохода на потребительскую единицу. Субъективный экономический статус был представлен 8-ю группами, соответствующими ступеням иерархической лестницы по уровню материального благосостояния, на которых "разместили" себя опрошенные<sup>1</sup>.

Результаты расчета средних уровней отклонений от здоровья для каждой из групп экономического статуса представлены в таблице 3.

Стандартизация количества отклонений от здоровья по возрасту в каждой из групп экономического статуса показывает, как изменились показатели здоровья у представителей разных экономических групп<sup>3</sup>. Интенсивность отклонений от здоровья понизилась в менее обеспеченных группах (за исключением группы беднейшего населения по объективному экономическому статусу) и повысилась в более обеспеченных. Приведенные средние уровни отклонений от здоровья в группах по экономическому статусу показывают, что в целом среди групп с менее благоприятным экономическим положением наблюдается более высокий уровень утраты здоровья. С большей последовательностью эта тенденция прослеживается для групп субъективного экономического статуса. Отрицательные знаки индексов концентрации (С) говорят о том, что между переменными экономический статус и интенсивность отклонений от здоровья в данной совокупности существует обратная связь: чем выше экономический статус, тем меньше количество отклонений от здоровья (тем лучше здоровье). Значения индексов концентрации (нестандартизованных и стандартизованных) существенно выше для групп субъективного экономического статуса, нежели объективного. Видимо, это можно считать косвенным подтверждением предположений о том, что низкая самооценка, неуверенность в себе в сочетании с неблагоприятным экономическим положением оказывают на здоровье более сильное негативное воздействие, чем только объективно неблагоприятное экономическое положение.

Исследование выявило сложную, многоплановую и, вместе с тем, согласованную картину взаимосвязи между экономическим неравенством и неравенством в здоровье населения. Величина доходов, неравенство в их распределении оказались значимыми факторами состояния здоровья населения. Оправдались основные гипотезы относительно механизмов передачи влияния экономического неравенства на здоровье населения. Экономическое неравенство оказывает как текущее, так и пролонгированное воздействие на состояние здоровья. Различия в экономическом положении формируют неодинаковые возможности адаптации людей к природной и социальной среде, способности справляться с физическими и эмоциональными нагрузками. Дли-

тельный и кумулятивный характер воздействия неблагоприятного материального положения на здоровье определяет вероятность "получить" более высокую степень утраты здоровья. Это особенно проявляется среди людей старшего поколения. Высокий уровень текущих доходов является важным фактором контроля над индивидуальным здоровьем, профилактического наблюдения и предупреждения заболеваний, выявления возникших отклонений здоровья. Неблагоприятное материальное положение ограничивает возможности использования оперативных и эффективных мер и способов в борьбе с возникающими отклонениями в здоровье.

В России середины 90-х гг. население, занимавшее место в нижней половине шкалы по экономическому статусу, имело наименее благоприятные показатели здоровья. Повышение экономического статуса, начиная с величины дохода на одного члена домохозяйства равного двум прожиточным минимумам, ведет к заметному улучшению показателей здоровья. В этой связи уместно сделать несколько замечаний, касающихся методов стоимостной оценки прожиточного минимума и, главным образом, стоимости продуктового набора. Территориальными управлениями статистики (согласно решениям Правительства Российской Федерации, рекомендациям Министерства труда РФ) при оценке величины прожиточного минимума берется за основу продуктовый набор, который в количественном отношении представляет собой около 68% набора нижнего допустимого уровня. В стоимостном отношении этот продуктовый набор, видимо, равен лишь половине набора нижнего допустимого уровня, поскольку в нем более всего занижены нормы потребления более дорогих продуктов питания - мяса, фруктов, молочных продуктов. Поэтому в денежном выражении прожиточный минимум, которым оперирует статистика, составляет фактически лишь половину того, что необходимо для нормального воспроизводства жизни. Следовательно, не случайными являются неблагоприятные показатели здоровья той части населения, чьи доходы не превышают двух прожиточных минимумов. Эти доходы не достаточны для поддержания и сохранения здоровья именно потому, что они не обеспечивают нормального воспроизводства человека на нижнем допустимом уровне.

С точки зрения социальной политики, прежде всего, необходимо осознать масштаб проблемы - примерно половина населения страны не имеет достаточных денежных средств, чтобы поддерживать и сохранять здоровье на надлежащем уровне. Поэтому первоочередной целью социальной политики в этой области должна стать борьба, по крайней мере, за ограничение влияния бедности и неравенства в распределении доходов на здоровье населения. Проблемы борьбы с бедностью, дефицитом денежных средств на воспроизводство и поддержание здоровья в России следует решить по нескольким направлениям. Одно из них - приближение структуры и стоимости прожиточного минимума к величине, реально обеспечивающей нормальный уровень сохранения здоровья и увеличения продолжительности жизни. Борьба с негативным влиянием низкого уровня жизни на здоровье населения должна вестись не только с помощью социальных трансфертов, но и за счет адекватной оплаты труда, повышения экономической активности самого населения и сбалансированного увеличения доходов за счет различных источников.

## ПРИМЕЧАНИЯ

- <sup>1</sup> Девятая группа этой шкалы оказалась практически незаполненной и трудно идентифицируемой с какой-либо из групп по уровню фактического дохода.
- <sup>2</sup> Стандартизация показателей отклонений от здоровья по возрасту в каждой из этих статусных групп проводилась с использованием 10 возрастных групп (лет): 1) до 20 лет; 2) 20-24; 3) 25-29; 4) 30-34; 5) 35-39; 6) 40-44; 7) 45-49; 8) 50-54; 9) 55-59; 10) 60 и старше.
- <sup>3</sup> Здесь уместно было бы сравнить Россию с другими странами. Однако несовершенство показателей состояния здоровья, используемых в таких расчетах, затрудняет сравнения. Можно сослаться на результаты работы (N. Kakwani, A. Wagstaff and E. Van Doorslaer, 1997), в которой рассчитаны нестандартизованные и стандартизованные коэффициенты концентрации уровня заболеваемости хроническими заболеваниями в децильных группах по уровню дохода для Нидерландов начала 1980-х годов. В качестве показателя заболеваемости хроническими заболеваниями использовалась бинарная переменная, указывающая на наличие или отсутствие хронических заболеваний. Согласно этим расчетам, средний для совокупности нестандартизованный показатель заболеваемости хроническими болезнями составил 0,294, а стандартизованный показатель - 0,292. Нестандартизованный и стандартизованный индексы концентрации здоровья составили соответственно -0,040 и -0,011 [8, p. 94-95].

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Ecob R., Smith G.D.* Income and Health: What Is the Nature of Relationship // *Social Science and Medicine*. 1999. V. 48. № 5. P. 693-705.
2. *Marmot M.G., Davey Smith G., Stansfeld S.A. et al.* Health Inequalities Among British Civil Servants: the Whitehall II Study // *Lancet*. 1991. V. 337. P. 1387-1393.
3. *Pritchett L., Summers L.H.* Wealthier is Healthier // *Journal of Human Resources*. 1996. V. 31. P. 841-868.
4. *Smith J.P.* Healthy Bodies and Thick Wallets: the Dual Relation Between Health and Economic Status // *Journal of Economic Perspective*. 1999. V. 13. № 2. P. 145-166.
5. *Wilkinson R.G.* Health Inequalities: Relative or Absolute Material Standards? // *British Medical Journal*. 1997. № 314 (February, 22). P. 591-605.
6. *Тапилина В.С.* Социально-экономическая дифференциация и здоровье населения России // *ЭКО*. 2002. № 2. С. 114-124.
7. *Неравенство и смертность в России. Коллективная монография. Под ред. В. Школьникова, Е. Андреева и Т. Малевой. Московский центр Карнеги. М: Сигналь, 2000.*
8. *Kakwani N., Wagstaff A., van Doorslaer E.* Socioeconomic Inequalities in Health: Measurement, Computation, and Statistical Inference // *Journal of Econometrics*. 1997. V. 77. № 1. P. 87-103.