

## **МАССОВЫЕ ОПРОСЫ, ЭКСПЕРИМЕНТЫ, МОНОГРАФИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

*Н.Л. РУСИНОВА, В.В. САФРОНОВ*

### **СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ В ЕВРОПЕ И РОССИИ: ОБЩЕСТВЕННЫЙ КОНТЕКСТ И СОЦИАЛЬНЫЕ НЕРАВЕНСТВА**

*Аннотация.* Статья посвящена различиям здоровья людей в странах Европы и выраженности в них социальных неравенств в данной сфере. Анализ данных Европейского социального исследования 2008 года (репрезентативные выборки населения 28 стран) и статистики Мирового банка и ВОЗ, проведенный с применением методов двухуровневого логистического моделирования, показывает, что в посткоммунистических странах здоровье населения, как правило, существенно хуже, чем в других частях континента. Причина этого — относительно невысокий уровень развития (экономики, социального государства, эффективности государственного управления) многих из этих стран, а также ослабление в них социальной интеграции. Показано также, что здоровье в Европе структурировано по демографическим и социальным признакам, и отчетливость такого структурирования зависит от макроконтекста — уровня развития страны. С его повышением социальные неравенства в здоровье начинают сглаживаться.

*Ключевые слова:* здоровье в странах Европы, социальные факторы, социальные неравенства в здоровье, влияние общественного контекста, Европейское социальное исследование 2008, двухуровневое логистическое моделирование.

---

**Русинова Нина Львовна** — кандидат экономических наук, зав. сектором социологии здоровья Социологического института РАН.

**Адрес:** 190005, Санкт-Петербург, 7-ая Красноармейская ул., д. 25/14.

**Телефон:** (812) 316-75-68. **Электронная почта:** nrusinova@gmail.com

**Сафронов Вячеслав Владимирович** — старший научный сотрудник Социологического института РАН. **Адрес:** 190005, Санкт-Петербург, 7-ая Красноармейская ул., д. 25/14. **Телефон:** (812) 316-34-36.

**Электронная почта:** vsafronov@list.ru

Исследование выполнено при поддержке РГНФ, грант № 14-03-00697.

### **Введение**

Одна из острых проблем общественного здравоохранения — сохранение отчетливых социальных неравенств в здоровье. Здоровье населения одних стран заметно лучше, чем других. Различается оно в любой стране и у представителей разных общественных слоев: хуже в нижних общественных стратах в сравнении с верхними.

С целью объяснения таких неравенств в современных исследованиях рассматривается ряд факторов, объясняющих различия между странами и социальными позициями индивидов. Среди этих факторов — уровень экономического развития страны, степень социальной интеграции общества, развитие «государства благосостояния», распространенность в обществе типов поведения, формирующих серьезные риски для здоровья. Такие факторы, как предполагается, могут объяснять не только расхождения в показателях, характеризующих здоровье населения разных стран, но и большую или меньшую выраженность в них социальной несправедливости в распределении ресурсов здоровья. В самое последнее время исследовательские возможности были существенно расширены благодаря использованию статистических методов многоуровневого моделирования.

### **Здоровье, общественный контекст и социальные неравенства: состояние исследований**

Проблема неравенств в здоровье занимает важное место в современных исследованиях, посвященных изучению общественного здоровья. Появляется все больше доказательств того, что помимо индивидуальных характеристик человека, отражающих его положение в социально-демографической структуре общества, заметное влияние на статус здоровья — как индивида, так и населения в целом — оказывают и особенности социетального контекста [12; 19; 21; 22; 41–43].

В числе ключевых предикторов общественного здоровья — размер национального дохода. Многочисленные исследования подтверждают зависимость между уровнем социально-экономического развития страны и здоровьем граждан: с ростом ВВП на душу населения повышается продолжительность жизни и снижаются показатели смертности и заболеваемости [7; 45; 53]. Правда, потенциал экономического роста не безграничен: «По мере того, как стандарты жизни повышаются и страны становятся все богаче и богаче, взаимосвязь между экономическим ростом и продолжительностью жизни ослабевает» [61, с. 6]. В то же время, согласно исследованиям в Европе, размер национального богатства не позволяет объяснить социально-структурные неравенства, которые с полной отчетливостью обнаруживаются не только в менее развитых частях континента, но и в странах с самым высоким национальным доходом [57]. Не объясняет он и возрастных различий: так, по данным проекта «SHARE» (2006–2007 гг.),

посвященного здоровью людей старших возрастов, важнейший благоприятный фактор — не экономическое развитие страны, а низкий показатель неравенства доходов [44].

Ряд исследований показывает, что национальное здоровье связано с развитием так называемого «государства благосостояния» — оно лучше в тех странах, где выше душевые расходы бюджета на здравоохранение. В скандинавских странах, где эти расходы самые высокие в Европе, показатели здоровья — одни из самых высоких [2; 12; 21; 34]. В то же время было установлено, что в этих государствах социальные неравенства в здоровье выражены столь же отчетливо, как и в тех частях Европы, где бюджетные расходы в данной сфере значительно ниже, как, например, в бывших коммунистических странах [3; 4; 16; 17; 19–23; 30; 36; 37; 39; 40]. Развитие государства благосостояния (по данным проекта «SHARE») не оказывает самостоятельного влияния и на возрастные различия самочувствия людей в европейских странах. Лучшие показатели здоровья у пожилых, зафиксированные в северных социал-демократиях, были обусловлены менее выраженными экономическими неравенствами и меньшей приверженностью населения нездоровому образу жизни [44]. Концепция «режимов благосостояния» не позволяет в полной мере объяснить и гендерные различия в здоровье в европейских странах. Так, по результатам проекта «Устранение неравенств в здоровье»<sup>1</sup>, самые выраженные гендерные неравенства были обнаружены в менее «благополучных» Португалии и Италии, однако в Северной Европе они также проявлялись с полной определенностью. А в Великобритании, где бюджетные расходы на социальные нужды ограничены, у женщин здоровье оказалось лучше, чем у мужчин [1; 3; 31; 47].

Остроту проблемы коррупции в стране полагают еще одной важной переменной, определяющей состояние национального здоровья. Этот показатель свидетельствует об уровне развития демократии и тем самым интегрально — об ориентации государственной политики на социальные цели, о подотчетности властей в ее реализации, об отборе руководства, способного эффективно решать задачи по укреплению национального здоровья [6; 26; 33]. Материалы проекта «Новый европейский барометр»<sup>2</sup> показывают, что коррупция действительно может оказывать неблагоприятное воздействие на здоровье (правда, она тесно связана с индикаторами развития экономики и социальной сплоченности, что затрудняет оценку автономного влияния этих факторов) [8].

Состояние общественных отношений, как было установлено в исследованиях социальных сетей, социального капитала и социальной

<sup>1</sup> «Tackling Inequalities in Health», 12 стран Европы, национальные опросы населения, 1998–2004 гг.

<sup>2</sup> 13 стран Центральной и Восточной Европы, 2004 г.

интеграции, играет важную роль, определяя и различия национально-го здоровья, и социальные неравенства. Включенность человека в такие сети и возможность получения поддержки со стороны окружения создают благоприятные условия для сохранения индивидуального здоровья [5; 15; 50]. Последующее развитие этого направления позволило выдвинуть ряд предположений, согласно которым социальные взаимодействия и отношение к другим людям не только влияют на здоровье индивидов, но и, формируя особенности общественного контекста стран, определяют различия между ними по показателям здоровья, а также — характеру проявления социальных неравенств [9; 27; 35; 51; 52; 56]. О состоянии макроконтраста общественных отношений позволяют судить и интегральные индикаторы девиантного поведения, такие как уровни убийств и самоубийств, а также показатели социального неблагополучия в семейной сфере, например частоты разводов [18; 29; 48; 59]. Негативное воздействие на здоровье также может оказывать недостаточное развитие институтов гражданского общества и их слабое влияние на государственную политику, а также ограниченный доступ к ресурсам, необходимым для поддержания здоровья [10; 28; 48]. Согласно другому предположению, выраженная социальная дезинтеграция препятствует эффективному социальному контролю в обществе, не позволяя сдерживать деструктивные для здоровья типы поведения, в том числе — потребление алкоголя и курение [54; 60]. Неодинаковая распространенность в разных странах стилей жизни, связанных с такими практиками, представляет еще одну контекстуальную переменную, которая также может воздействовать на состояние национального здоровья. Так, широкое распространение нездоровых стилей жизни — злоупотребления алкоголем, курения, несбалансированного питания, гиподинамии — выдвигается в качестве одного из ключевых объяснений низкого статуса общественного здоровья в Восточной Европе [13; 14].

Общественный макроконтраст, как показывает представленный обзор исследований, признается важным фактором, определяющим неравенства в здоровье в разных странах, а также в демографических и социальных стратах внутри стран. При проверке этого положения все шире используются статистические методы многоуровневого моделирования, благодаря которым удастся проследить не только зависимости между демографическими и социальными переменными и здоровьем людей, между общественным контекстом и национальным здоровьем, но и характер проявления социальных неравенств в разных контекстах. Продолжается накопление результатов таких исследований, нередко они оказываются противоречивыми, не соответствующими теоретическим предположениям и заслуживают дальнейшей проверки. В первую очередь, на наш взгляд, необходимо продолжить изучение контекстуальных факторов, свидетельствующих об уровне общественного развития стран, их социальной интеграции и распространенности в них поведенческих рисков для здоровья.

### Цели и методы исследования

В основе работы — представление, что здоровье населения страны обусловлено многими факторами. Это положение человека в демографической и социальной структурах, общественный макроконтекст, а также взаимодействие между ними. Авторы ставят перед собой две основные цели. Первая — выявление социетальных факторов, определяющих различия в здоровье населения европейских стран. Эти различия, как позволяет предположить обзор исследований, могут быть связаны с неодинаковым экономическим, социальным и политическим развитием стран, со степенью социальной интеграции общественных систем, а также с приверженностью населения вредным привычкам. Вторая цель — изучение выраженности в разных частях Европейского континента социальных неравенств в здоровье и влияния на них социетального контекста.

Рассматриваются эмпирические данные, позволяющие судить о самочувствии людей с разными демографическими и социально-структурными характеристиками в 28 странах Европы (и ее ближайших соседей). А также — статистические сведения об этих странах, содержащиеся в материалах таких организаций, как Мировой банк (World Bank) и Всемирная организация здравоохранения (World Health Organization, WHO). Индивидуальные данные были получены в четвертом раунде Европейского социального исследования в 2008–2009 гг. (European Social Survey... 2008; далее — ESS) [25]<sup>3</sup>.

Состояние здоровья (зависимая переменная) фиксировалось с помощью широко используемого в современных исследованиях, в том числе и при многоуровневом моделировании, показателя — оценки респондентом своего здоровья [20; 32; 49]. Участникам ESS-опросов предлагалось ответить на следующий вопрос: «Как вы оцениваете состояние своего здоровья в целом? По вашему мнению, оно... 1. очень хорошее, 2. хорошее, 3. среднее, 4. плохое, 5. очень плохое». Такие оценки в нашем анализе были укрупнены и сводились к дихотомической переменной («0» — высокие оценки: *очень хорошее*,

<sup>3</sup> В число государств, охваченных этим раундом опросов, входили: Бельгия, Болгария, Великобритания, Венгрия, Германия, Греция, Дания, Израиль, Испания, Кипр, Латвия, Нидерланды, Норвегия, Польша, Португалия, Россия, Румыния, Словакия, Словения, Турция, Украина, Финляндия, Франция, Хорватия, Чехия, Швейцария, Швеция и Эстония (анализировались данные, взвешенные с помощью переменной *dweight*, см. *Weighting ESS Data* на сайте: <<http://ess.nsd.uib.no/ess/round4/>>). Опросы проводились на представительных национальных выборках (респонденты в возрасте 15 лет и старше). Общее число опрошенных — более 50 тыс. чел. Минимальный размер выборки — на Кипре: 1215 чел., средний — около 2000, а наибольший — в Германии: 2751 чел.

хорошее, «1 — невысокие: очень плохое, плохое, среднее). Поиск различий в здоровье осуществлялся на двух уровнях: индивидуальных отличий, обусловленных социальной демографией, и контекстуальных особенностей изучавшихся стран.

Важнейшая социальная переменная, определяющая положение человека в общественной стратификации здоровья, — уровень его образования [11; 21; 30; 32; 37; 38]. Она измерялась по показателю общего числа лет, в течение которых происходило обучение респондента в тех или иных формальных учреждениях (школах, училищах, институтах, университетах и т. п.). Место человека в демографических структурах определялось индикаторами пола и возраста.

Контекстуальные факторы учитывали неодинаковое экономическое, социальное и политическое развитие ESS-стран. Уровень экономического развития измерялся по показателю ВНД (валового национального дохода) на душу населения (*GNI per capita, PPP, current international \$, 2008*) [62]. Выраженность социальной ориентации в государственной политике — по индексу душевых расходов государства на поддержание здоровья (*Per capita government expenditure on health, PPP, international \$, 2008*) [65, p. 127–138, table 7]. Способность общества и государства контролировать коррупцию отображалась по композитному показателю, входящему в состав *Worldwide Governance Indicators (WGI, Control of Corruption, 2008)* [64].

Три указанных контекстуальных фактора очень тесно связаны между собой, так что страны можно расположить на шкале, на одном полюсе которой — относительно слабая экономика, низкие расходы на здоровье и высокая коррупция, а на другой — все наоборот. Такое шкалирование производилось нами при конструировании индекса общественного развития, который отражает результаты факторного (главных компонент) анализа трех рассматриваемых переменных (факторный вес соответственно 0.97, 0.97 и 0.94). К числу наиболее развитых стран, где значения этого индекса наиболее высоки, относятся Норвегия, Дания, Нидерланды, Швейцария, Швеция, Финляндия, Германия и Великобритания. Далее по мере убывания показателя идут Франция, Бельгия, Испания, Словения, Португалия, Кипр. Еще ниже он в Израиле, Греции, Чехии, Эстонии, Словакии, Венгрии. Наконец, последние позиции занимают Хорватия, Польша, Латвия, Турция, Румыния, Болгария, Россия и Украина.

Наряду с индексом социально-экономического развития в нашем исследовании использовался индекс социальной дезинтеграции. Он отражает три аспекта состояния общества: уровень разводов (*The number of divorces per 1,000 population*) [58], убийств (*Intentional homicides per 100000 people*) [63] и самоубийств (*Suicide and self-inflicted injury, all ages per 100000*) [24]. Каждый из трех указанных индикаторов преобразовывался в процентный показатель (по отношению к

стране с наивысшими уровнями деструкции — России), а затем, поскольку все три индикатора оказались тесно связанными между собой, рассчитывался генерализованный индекс дезинтеграции общества (среднее значение по трем индикаторам). С целью проверки предположения о влиянии на здоровье населения его приверженности вредным привычкам рассматривался показатель потребления алкоголя (*Alcohol consumption among adults aged  $\geq 15$  years, liters of pure alcohol per person per year*) [66, p. 109–117, table 5].

Описанные эмпирические данные образуют двухуровневую иерархическую структуру. Сведения о здоровье респондентов, их социальные и демографические характеристики, полученные в ESS, относятся к первому уровню, представленному индивидами. Контекстуальные переменные, отражающие различия между странами, — ко второму уровню, надстроенному над первым. Анализ таких данных в современных исследованиях осуществляется с помощью математического аппарата многоуровневого моделирования. В нашей работе используется специализированный статистический пакет HLM<sup>4</sup>, позволяющий строить релевантные нашим задачам двухуровневые логистические модели [46, ch. 10]<sup>5</sup>. В дальнейшем анализе используются две основные разновидности таких моделей. Для проверки влияния контекстуальных факторов (социально-экономического развития, социальной интеграции и потребления алкоголя) на здоровье жителей европейских стран строились так называемые «модели со случайным интерсептом» (при контроле на первом уровне социальной демографии). Другая разновидность уравнений применялась при анализе влияния социетального контекста на выраженность социальных и демографических различий в здоровье — это модели со «случайными коэффициентами» для переменных первого уровня и интеракциями между этими переменными и факторами контекста.

### Оценки здоровья в странах Европы

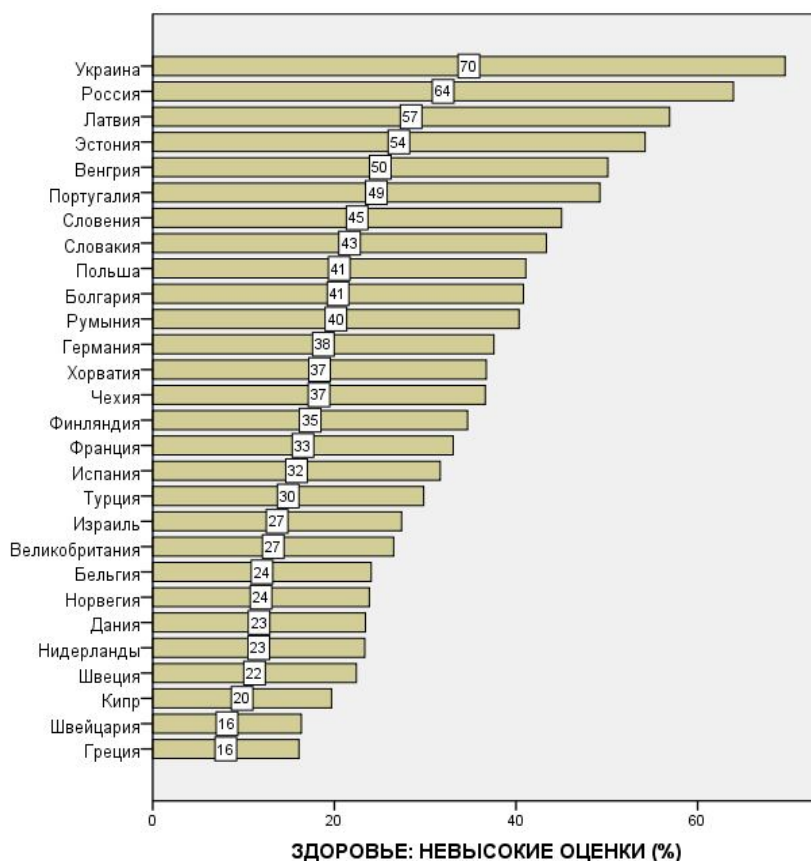
Приступая к описанию результатов исследования, рассмотрим вначале, насколько отличаются самооценки здоровья в 28 европейских странах. На рисунке 1 эти страны упорядочены сверху вниз в соответствии с сокращением доли людей, оценивающих свое здоровье как «очень плохое», «плохое» или «среднее».

Различия по этому показателю между государствами, оказавшимися на нижних и верхних позициях, очень велики. Так, в Греции и Швейцарии лишь по 16% выставляют невысокие оценки своему здоровью, на Кипре, в Швеции, Нидерландах, Дании, Норвегии и Бельгии

<sup>4</sup> *Hierarchical Linear and Nonlinear Modeling* by Stephen Raudenbush, Anthony Bryk, and Richard Congdon, см.: <<http://www.ssicentral.com/hlm/>>.

<sup>5</sup> При описании результатов нами применяется система обозначений, принятых в этой книге.

доли таких людей — от 20 до 24%. На противоположном полюсе расположились такие страны, как Украина, с показателем 70%, Россия — 64%; Латвия, Эстония, Венгрия — 57–50%; далее следуют Португалия, Словения, Польша, Болгария и Румыния — от 49 до 40% указавших на наличие определенных проблем со здоровьем.



**Рис 1. Доли жителей европейских стран, оценивающих свое здоровье как неудовлетворительное**

Согласно этим данным, хуже всего дела обстоят в бывших коммунистических государствах: именно они расположились в верхней половине списка. В нижней его части размещаются страны, где наиболее развита экономика и сильно социальное государство. Оказавшиеся среди них Греция и Кипр — скорее исключение, указывающее на то, что наряду с социальными и экономическими факторами воздействие могут оказывать и другие: средний возраст населения, который в этих странах один из самых низких; возможно, благоприятный для здоровья климат; особенности национальных диет.



Показатель негативной самооценки здоровья в России, согласуясь с объективными сведениями (например, индикатором ожидаемой продолжительности жизни), оказался одним из самых высоких в Европе, уступая лишь украинскому. Его значение заметно выше не только в сравнении с большинством развитых стран, расположенных в западной и северной частях континента, но и со многими посткоммунистическими государствами.

### **Здоровье в Европе: значение социетальных факторов**

Опираясь на обзор исследований, можно предположить, что на национальное здоровье позитивно влияет рост экономики, эффективности госуправления и усиление социального государства. По мере снижения социальной сплоченности и распространения приверженности алкоголю состояние здоровья населения, напротив, может ухудшаться. Результаты двухуровневого моделирования (*Random intercept models*), позволяющие проверить эти соображения, сведены в таблице 1.

Уравнение модели 1 включает переменные социальной демографии первого уровня (фиксированные коэффициенты) и допускает «случайное» варьирование только Intercept'a — соответствующая дисперсия говорит о выраженности различий между изучавшимися странами по показателю невысоких оценок здоровья. В этих странах, как правило, у женщин здоровье хуже, чем у мужчин; с возрастом самочувствие, естественно, ухудшается (соответственно статистически значимые отрицательный и положительный  $\gamma$ -коэффициенты). Кроме того, результаты подтверждают наличие в Европе отчетливых неравенств в здоровье, обусловленных образованием: чем меньше лет человек учился, тем хуже у него самочувствие (отрицательная  $\gamma$  с высоким уровнем статистической значимости). Но даже при контроле социальной демографии и неодинаковой композиции населения в рассматриваемых странах по полу, возрасту и образованию показатели здоровья в них заметно разнятся ( $\tau$  для Intercept'a=0.52328,  $p<0.000$ ). Можно ли объяснить эти различия с помощью предполагаемых нами контекстуальных факторов?

Ответ на этот вопрос дает модель 2: в ней в уравнение вводится один из факторов второго уровня — индекс общественного развития, что позволяет существенно улучшить модель 1 (согласно соотношению показателей *Deviance statistics* для моделей 1 и 2,  $\chi^2=18.8$ ,  $p<0.000$ ). По результатам, с повышением значений указанного индекса укрепляется национальное здоровье — сокращается доля тех, кто не может признать его состояние хорошим (отрицательный  $\gamma$ -коэффициент,  $p<0.000$ ). При этом дисперсия, характеризующая размах вариаций здоровья между странами, сокращается почти вдвое (объясненная дисперсия — 49%). Если в модели 2 вместо индекса

общественного развития использовать показатель социальной дезорганизации или индикатор потребления алкоголя, мы убедимся, что предположения о негативном влиянии этих социетальных факторов на здоровье также не лишены основания ( $\gamma$ -коэффициенты окажутся значимыми на высоком уровне, статистики  $\chi^2$  будут составлять соответственно 18.9,  $p < 0.000$  и 13.3,  $p < 0.001$ , а объясненные дисперсии — 49% и 38%). Таким образом, каждый из трех контекстуальных факторов, рассмотренных по отдельности, важен для понимания ситуации со здоровьем в европейских странах. Теперь нам предстоит выяснить, какие факторы наиболее важны и играют самостоятельную роль, определяя межгосударственные различия по данному критерию.

Таблица 1

**Влияние контекстуальных факторов на здоровье в европейских странах (двухуровневые логистические модели, Random intercept models)**

ПЕРЕМЕННЫЕ	Модель 1		Модель 2		Модель 3		Модель 4	
	$\gamma$	Sig.	$\gamma$	Sig.	$\gamma$	Sig.	$\gamma$	Sig.
<b>УРОВЕНЬ 1:</b>								
Intercept	-.630	.002	-.625	.000	-.621	.000	-.619	.000
Пол (Ж=0, М = 1)	-.266	.000	-.266	.000	-.266	.000	-.265	.000
Возраст (лет)	.050	.000	.050	.000	.050	.000	.050	.000
Образование (лет)	-.080	.000	-.080	.000	-.080	.000	-.080	.000
<b>УРОВЕНЬ 2:</b>								
Индекс развития страны			-.513	.000	-.385	.000	-.354	.001
Социальная дезинтеграция					.023	.000	.018	.003
Потребление алкоголя							.048	.118
<b>ДИСПЕРСИИ:</b>								
	$\tau$		$\tau$	% Exp.	$\tau$	% Exp.	$\tau$	% Exp.
Intercept	.52328	.000	.26527	49%	.13609	74%	.11505	78%
<b>МОДЕЛИ (X Deviances):</b>								
			18.8	.000	18.3	.000	4.6	.031

Method of estimation: Laplace. Доля объясненной дисперсии — по отношению к дисперсии модели 1. Каждая последующая модель сопоставляется по  $\chi^2$  с моделью предшествующей.

N1 (уровень 1, индивиды) = 53910; N2 (уровень 2, страны) = 28.

С этой целью в модели 3 на втором уровне учитывались уже не один, а два фактора — наряду с индексом общественного развития в уравнение был включен показатель социальной дезинтеграции. Оба

они оказываются статистически значимыми ( $p < 0.000$ ); третья модель значительно лучше по сравнению со второй описывает данные ( $\chi^2 = 18.3$ ,  $p < 0.000$ ), и объясненная дисперсия возрастает с 49% до 74%. Все это говорит о том, что и один и другой контекстуальные факторы являются важными предикторами состояния национального здоровья в Европе. Оно улучшается с повышением уровня общественного развития и ухудшается с понижением социального единства.

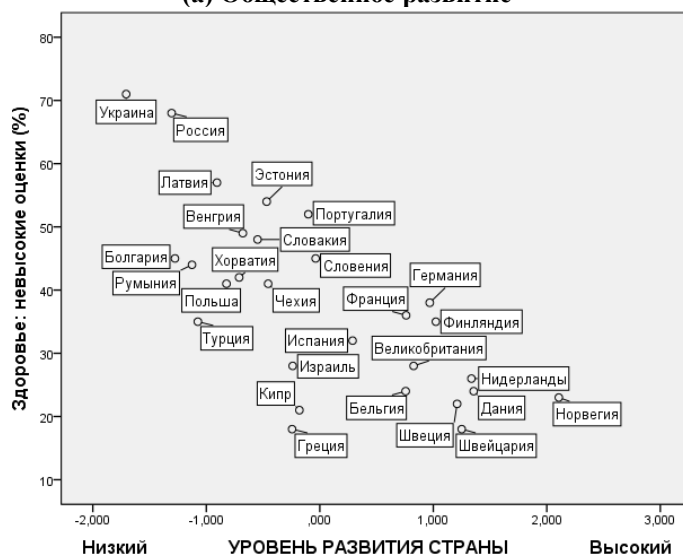
При включении в уравнение — в дополнение к индексу развития страны — показателя национального потребления алкоголя (модель не представлена в табл. 1) можно убедиться, что он также выступает предиктором различий, хотя и не таким важным, как состояние социальных отношений (уровень значимости  $\gamma 0.014$ , при сопоставлении с моделью 2  $\chi^2 = 10.7$ ,  $p < 0.001$ ; объясненная дисперсия — 66%). В тех частях Европы, где пьют больше, выше вероятность встретить людей, жалующихся на неважное самочувствие. Самые высокие показатели душевого потребления чистого алкоголя в год зафиксированы на Украине — 18 литров, в Эстонии и Чехии — 17; России, Румынии и Венгрии — 16; в Словении и Хорватии — 15 (для лиц в возрасте от 15 лет).

Однако, как можно убедиться, обратившись к модели 4 (табл. 1), показатель приверженности алкоголю оказывается за пределами статистической значимости, если в уравнение включаются все три контекстуальные переменные. По сравнению с моделью 3 в четвертой лишь незначительно увеличивается доля объясненной дисперсии (с 74% до 78%), хотя это улучшение нельзя признать несущественным ( $\chi^2 = 4.6$ ,  $p < 0.031$ ). В то же время было установлено, что на результаты моделирования сильно влияют две из рассматривавшихся стран — Украина и Россия. В связи с этим нами была повторно проделана описанная последовательность аналитических шагов от модели 1 до модели 4, только теперь поиск закономерностей осуществлялся при контроле принадлежности к этим странам. Выяснилось: описанные нами результаты действительно характеризуют общеевропейские закономерности и не могут быть объяснены искажающим воздействием сильно отклоняющихся стран. Этот анализ подтверждает, что две важнейшие контекстуальные переменные — это уровень общественного развития и социальная дезорганизация. Влияние фактора потребления спиртного является опосредованным — он воздействует на здоровье в той мере, в какой ведет к нарушению социальной гармонии.

Наглядное представление о выявленных закономерностях позволяет получить рисунок 2, данные для которого были рассчитаны по модели 4 (табл. 1). В верхней его части — 2а — можно видеть, как сокращается доля населения с неважным здоровьем по мере повышения уровня общественного развития страны. Больше всего эта доля в менее развитых европейских государствах — с отстающей экономикой,

слабым социальным государством и высокой коррупцией. В их числе многие посткоммунистические страны, а наиболее выразительными примерами являются Украина и Россия. Менее всего людей, жалующихся на здоровье, можно, как правило, встретить в странах с самыми высокими показателями индекса развития — Швейцарии, Швеции, Дании, Норвегии или в Нидерландах (рис. 2а).

(а) Общественное развитие



(б) Интеграция общества

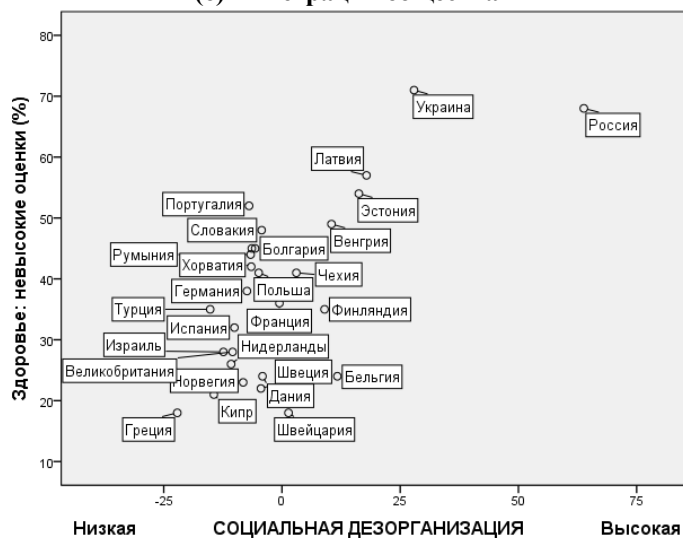


Рис. 2. Состояние здоровья жителей европейских стран и факторы макроконтекста (по результатам двухуровневого моделирования)

Нижняя часть рисунка — 2б — позволяет проследить зависимость между состоянием здоровья и социальным неблагополучием нации. В ряде бывших коммунистических государств (в первую очередь это относится опять же к России и Украине, но также к Латвии, Эстонии и Венгрии) признаки дезорганизации социума более выражены, и именно там более всего людей, у которых не все хорошо со здоровьем. Греция и Кипр, где одни из лучших в нашей выборке показатели здоровья (что представлялось странным, учитывая их средний уровень общественного развития), оказались и наиболее социально спаянными. Высокий уровень социальной интеграции благотворным образом сказывается на здоровье жителей этих стран.

Согласно результатам моделирования, общественное развитие и социальная деструкция — важные самостоятельные факторы национального здоровья: позитивные и негативные эффекты первого могут усиливаться или ослабляться в зависимости от состояния социальных отношений. Уровень развития общества практически не связан с показателем этих отношений, так что его повышение не обязательно влечет их гармонизацию. Представленный анализ оставляет открытым вопрос о причинах социального неблагополучия в странах Европы, однако можно с уверенностью утверждать, что одна из них — приверженность населения алкоголю. В свете этих закономерностей серьезные проблемы со здоровьем в таких странах, как Россия объясняются совместным воздействием ряда факторов: невысокий уровень благосостояния людей, неспособность государства обеспечить должный уровень социальной защиты, неэффективная работа госструктур, а также сильная дезинтеграция общества, отчасти провоцируемая широким распространением привычки к спиртному.

#### **Социальные различия в здоровье в контексте общественного развития**

Состояние здоровья людей из разных демографических и социальных страт не одинаково, как отмечалось и в нашем исследовании при описании переменных первого уровня. Тех, у кого со здоровьем не все в порядке, больше среди женщин, в старших возрастных группах, на нижних ярусах социальной стратификации, в том числе — среди малообразованных граждан. Такие различия могут проявляться с большей отчетливостью в одних странах, чем в других, — воздействие контекстуальных факторов может сказываться на самочувствии людей не только сходным для представителей тех или иных социальных слоев образом, как это предполагалось в нашем анализе до сих пор, но и дифференцированно.

Первый шаг для проверки этих предположений позволяет построить модель 5 (табл. 2). В этой модели коэффициенты, характеризующие связи переменных первого уровня с нашим дихотомическим

показателем оценок здоровья, были сделаны «случайными», что позволяет судить о размахе их вариаций среди изучавшихся стран. Все три дисперсии (для влияния пола, возраста и образования) оказались статистически значимыми ( $p < 0.000$ ,  $p < 0.000$ ,  $p < 0.003$  соответственно) — демографические и социальные расслоения здоровья в странах Европы явно различаются.

Дальнейший анализ был нацелен на поиск контекстуальных переменных, способных это объяснить. Уравнение при таком моделировании включало не только переменные социальной демографии (случайные коэффициенты) и контекстуальные факторы, но и интеракции между ними. Среди изучавшихся нами трех контекстуальных переменных только показатель развития страны позволяет в какой-то мере прояснить ситуацию<sup>6</sup>. Соответствующие результаты представляет модель 6 (табл. 2). Хотя  $\gamma$ -коэффициент для интеракции индекса развития страны с гендерной принадлежностью оказался вне пределов общепринятых статистических критериев, учет данного фактора позволяет объяснить значительную долю дисперсии (48%), характеризующей вариативность влияния этой переменной на здоровье в разных странах<sup>7</sup>. Согласно приведенным в данной модели значениям гамм, по мере повышения уровня общественного развития различия между мужским и женским здоровьем начинают сокращаться.

Тенденция к уменьшению демографических расслоений в здоровье при росте показателя развития страны с полной определенностью проявляется для переменной возраста (статистически значимая интеракция,  $p < 0.015$ ; при *Restricted maximum likelihood* —  $p < 0.000$ ). Если в менее продвинутых странах (как можно установить по значениям  $\gamma$ -коэффициентов) возрастная дифференциация здоровья отчетливо выражена, то в наиболее развитых она до определенной степени сжимается (объясненная дисперсия для влияния возраста — 54%). Правда, этот контекстуальный фактор не позволяет прояснить ситуацию с вариативностью образовательных отличий (интеракция статистически не значима, причем при любом методе оценивания параметров объясненная дисперсия — лишь 5%). Отчетливые неравенства в здоровье граждан в зависимости от их образования можно обнаружить в любой части европейского континента (только в одних странах они проявляются с чуть большей определенностью, в других — с чуть меньшей, что, возможно, свидетельствует о случайных вариациях).

<sup>6</sup> Ни одна из интеракций признаков пола, возраста и образования с показателями социальной дезорганизации и потребления алкоголя не были статистически значимыми.

<sup>7</sup> Отметим, что при использовании менее консервативного метода оценивания параметров, чем в наших моделях, — *Restricted maximum likelihood* вместо *Laplace*, — важность этого факта не вызывает сомнений,  $p < 0.001$ .

Таблица 2

**Проявление социально-демографических различий в здоровье: влияние фактора общественного развития страны (двухуровневые модели, Random coefficient models)**

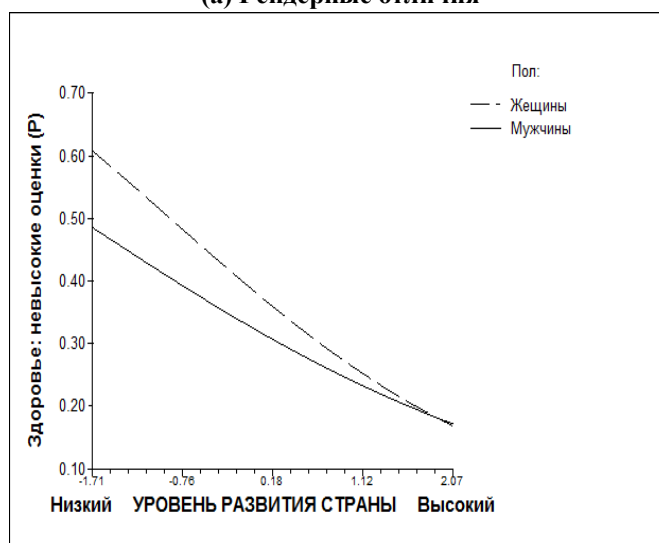
ПЕРЕМЕННЫЕ	Модель 5		Модель 6		Модель 7		Модель 8	
	$\gamma$	Sig.	$\gamma$	Sig.	$\gamma$	Sig.	$\gamma$	Sig.
<b>УРОВЕНЬ 1:</b>								
Intercept	-.597	.009	-.594	.003	2.284	.000	2.284	.000
Пол (Ж=0, М = 1)	-.263	.000	-.261	.004	-.088	.000	-.088	.000
Возраст (лет)	.052	.000	.052	.000	.020	.000	.020	.000
Образование (лет)	-.088	.000	-.087	.000	-.034	.000	-.034	.000
<b>УРОВЕНЬ 2:</b>								
Индекс развития страны			-.478	.141			-.192	.000
<b>ИНТЕРАКЦИИ:</b>								
Индекс x Пол			.138	.104			.046	.001
Индекс x Возраст			-.015	.015			.006	.000
Индекс x Образование			.005	.535			.003	.105
<b>ДИСПЕРСИИ:</b>								
	$\tau$		$\tau$	% Ехр.	$\tau$		$\tau$	% Ехр.
Intercept	.55940	.000	.33793	40%	.08377	.000	.04865	42%
Влияние пола	.03922	.000	.02028	48%	.00439	.000	.00242	45%
Влияние возраста	.00037	.000	.00017	54%	.00006	.000	.00002	67%
Влияние образования	.00019	.003	.00018	5%	.00005	.000	.00004	20%

Модели 5 и 6 — логистические, зависимая переменная — дихотомия оценок здоровья (0 = «очень плохое», «плохое» или «среднее», 1 = «хорошее» или «очень хорошее»), *Method of estimation: Laplace*. Модели 7 и 8 — линейные, зависимая переменная — пятичленная шкала самооценок здоровья (1 = «очень хорошее», 5 = «очень плохое»), *Method of estimation: restricted maximum likelihood*. Доли объясненных дисперсий: в модели 6 — по отношению к соответствующим дисперсиям модели 5, в модели 8 — к дисперсиям модели 7. N1 (уровень 1, индивиды) = 53910; N2 (уровень 2, страны) = 28.

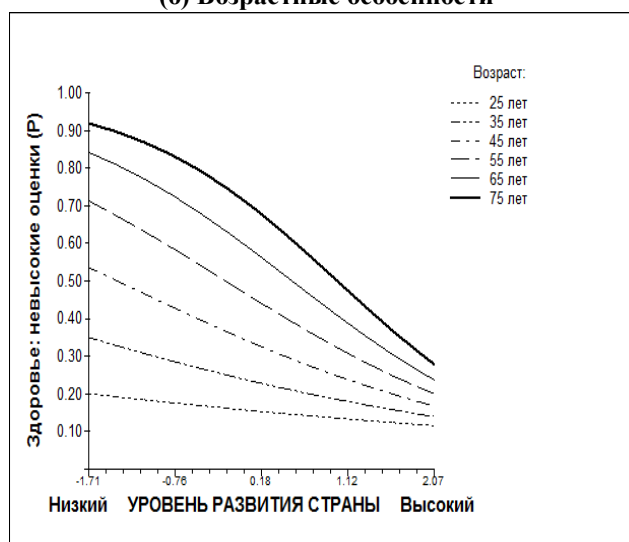
С целью проверки описанных фактов анализ межуровневых взаимодействий был продолжен с помощью двухуровневых линейных моделей, в которых зависимая переменная — исходная пятичленная шкала самооценок здоровья. Модель 7 в таблице 2 (случайные коэффициенты для социальной демографии) подтверждает, что неравенства здоровья по возрасту, полу и образованию в изучавшихся странах различаются (все  $\tau$  статистически значимы,  $p < 0.000$ ). Согласно модели 8,

общественное развитие действительно способствует сокращению гендерных и возрастных различий в здоровье (статистически значимые интеракции, объясненные дисперсии соответственно 45% и 67%), что касается образовательных неравенств, то такая тенденция лишь намечается.

(а) Гендерные отличия



(б) Возрастные особенности



**Рис. 3. Социальные различия здоровья в странах Европы с неодинаковым уровнем общественного развития (по результатам моделирования)**

Данные для респондентов со средними значениями контролируемых переменных.



Иллюстрацией к закономерностям, описывающим влияние макроконтекста на социальные различия в здоровье, является рисунок 3, отражающий результаты моделирования для дихотомического индикатора здоровья (модель 6).

Общественное развитие сильно влияет на состояние национального здоровья, сокращая долю граждан, у которых с ним не все благополучно. В то же время это влияние затрагивает представителей различных социальных слоев в неодинаковой степени. Женщин больше, чем мужчин (см. рис. 3а), — если в странах с относительно низким уровнем развития первые чаще сообщают о неважном самочувствии (разница в 12 п.п.), то по мере повышения этого уровня их здоровье все меньше уступает мужскому, так что в самых продвинутых странах различия полностью исчезают. Такая зависимость — одно из проявлений общих закономерностей перехода к постиндустриальному обществу, связанного с дальнейшим выравниванием общественного положения женщин и мужчин и сдвигами в культуре, предполагающими сближение представлений о гендерных ролях.

Дифференцированное воздействие контекста проявляется с еще большей определенностью при рассмотрении возрастных срезов (см. рис. 3б). Так, в слаборазвитых странах между 25- и 75-летними людьми разрыв по показателю неудовлетворительного здоровья достигает 72 п.п. (20% и 92% соответственно), тогда как в высокоразвитых — всего лишь 17 п.п. (11% и 28% соответственно). Высокий уровень жизни и эффективное использование немалых бюджетных средств на поддержание здоровья граждан способствуют сохранению активного здоровья людьми даже очень почтенного возраста.

В России уровень общественного развития — один из самых низких в Европе, поэтому в нашей стране отчетливо проявляются социальные неравенства в здоровье. Сохраняются выраженные гендерные различия — худшее самочувствие женщин обусловлено как объективными обстоятельствами (более низкое социально-экономическое положение и двойные нагрузки на работе и дома), так и традиционными представлениями о гендерных ролях<sup>8</sup>. Кроме того, в нашей стране очень сильно различаются оценки самочувствия молодежи и людей старшего возраста — среди последних лишь меньшинство говорят, что обладают хорошим здоровьем, тогда как в развитых странах Европы — большинство даже среди очень пожилых. Причина этого — материальное неблагополучие (проблема, с особой остротой затрагивающая старшие поколения) и малоэффективная медицина, не

<sup>8</sup> Женщины более восприимчивы к проблемам здоровья, входящим в сферу их компетенции в семье, тогда как мужчины склонны не придавать им значения, считая непозволительной слабостью.

имеющая необходимой государственной поддержки. Заметно различается и здоровье россиян, принадлежащих к разным общественным слоям, — оно заметно хуже у малообразованных людей, чем у тех, кто получил хорошее образование. Такие неравенства глубоко укоренены по всему европейскому континенту, что свидетельствует о зависимости здоровья человека не только от макроконтекста и экономического благосостояния, но и от культуры. Представители образованного слоя склонны придавать большее значение здоровью, они менее подвержены вредным привычкам, их больше заботит диета, профилактика и необходимость укрепления здоровья.

### **Заключение**

Результаты сравнительного анализа состояния здоровья населения европейских стран (по данным European Social Survey 2008 и мировой статистики), выполненного с использованием методов двухуровневого логистического моделирования, показывают, что оно очень сильно различается в разных частях Европы — в посткоммунистических странах ситуация, как правило, гораздо хуже, чем в прочих. Это расслоение обусловлено отставанием первых по уровню развития экономики, социального государства, эффективности госуправления. Характерными примерами стран с низкими — по европейским меркам — уровнями общественного развития и качества здоровья населения могут служить Россия и Украина, а с высокими — Швейцария, Норвегия или Швеция. Негативное влияние на здоровье низкого уровня общественного развития в бывших странах социализма усугубляют проблемы, связанные с социальной дезинтеграцией, сопряженной со значительным потреблением алкоголя (общая причина этих процессов, вероятно, — быстрая смена общественных систем и аномия). Наиболее остро проблемы утраты социумом единства стоят перед Украиной и Россией, а также Латвией, Эстонией и Венгрией.

В Европе здоровье, как показывает исследование, структурировано по демографическим и социальным признакам — хуже у женщин, пожилых, малообразованных, однако выраженность таких отличий зависит от макроконтекста, уровня развития страны. С повышением этого уровня социальные неравенства в здоровье начинают сглаживаться: гендерные полностью стираются, разрыв между оценками самочувствия пожилых и молодых уже не столь велик, как в менее продвинутых странах, и возможно, несколько меньшей становится дифференциация по уровню образования. В России, заметно отстающей от наиболее развитых социальных демократий Европы, такие неравенства оказываются одними из самых выраженных на континенте.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. *Bambra C.* The worlds of welfare: Illusory and gender blind? // *Social Policy and Society*. 2004. Vol. 3. Issue 3. P. 201–212.

2. *Bambra C.* Health status and the worlds of welfare // *Social Policy and Society*. 2006. Vol. 5. Issue 1. P. 53–62.
3. *Bambra C., Pope D., Stanistreet D., Swami V., Stirbu I., Kunst A., and Scott-Samuel A.* Gender and health inequalities in welfare state regimes: A cross-national study of twelve European countries // *Tackling Health Inequalities in Europe: An Integrated Approach*. EUROTHINE (Final Report). Rotterdam: Erasmus MC, 2007. Chapter 13. P. 230–246.
4. *Beckfield J., and Krieger N.* Epi + demos + cracy: Linking political systems and priorities to the magnitude of health inequities — evidence, gaps, and a research agenda // *Epidemiologic Reviews*. 2009. Vol. 31. Issue 1. P. 152–177.
5. *Berkman L.F., and Glass T.* Social integration, social networks, social support, and health // *Social epidemiology* / Ed. by Berkman, and I. Kawachi. Cambridge: Oxford University Press, 2000. P. 137–173.
6. *Besley T., and Masayuki K. M.* Health and democracy // *The American Economic Review*. 2006. Vol. 96. No. 2. P. 313–318.
7. *Bloom D.E., Canning D.* The health and wealth of nations // *Science*. 2000. Vol. 287. Issue 5456. P. 1207–1209.
8. *Bobak M., Murphy M., Rose R., and Marmot M.* Societal characteristics and health in the former communist countries of Central and Eastern Europe and the former Soviet Union: A multilevel analysis // *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2007. Vol. 61. No. 11. P. 990–996.
9. *Carlson E.D., Chamberlain R.M.* Social capital, health, and health disparities // *Journal of Nursing Scholarship*. 2003. Vol. 35. Issue 4. P. 325–331.
10. *Castilla E.J.* Organizing health care — a comparative analysis of national institutions and inequality over time // *International sociology*. 2004. Vol. 19. No. 4. P. 403–435.
11. *Cavelaars A.E.J.M., Kunst A.E., Geurts J.J.M., Crialesi R., Grötvædt L., et al.* Differences in self-reported morbidity by educational level: A comparison of 11 Western European countries // *Journal of Epidemiology and Community Health*. 1998. Vol. 52. No. 4. P. 219–227.
12. *Chung H., Muntaner C.* Welfare state matters: A typological multilevel analysis of wealthy countries // *Health Policy*. 2007. Vol. 80. Issue 2. P. 328–339.
13. *Cockerham W.C.* The social determinants of the decline of life expectancy in Russia and Eastern Europe: A lifestyle explanation // *Journal of Health and Social Behavior*. 1997. Vol. 38. No. 2. P. 117–130.
14. *Cockerham W.C., Snead M.C., Dewaal D.F.* Health lifestyles in Russia and the Socialist Heritage // *Journal of Health and Social Behavior*. 2002. Vol. 43. No. 1. P. 42–55.
15. *Cohen S.* Social relationships and health // *American Psychologist*. 2004. Vol. 59. Issue 8. P. 676–684.
16. *Dahl E., Fritzell J., Lahelma E., Martikainen P., Kunst A., and Mackenbach J.P.* Welfare state regimes and health inequalities // *Social Inequalities in Health: New Evidence and Policy Implications* / Ed. by J. Siegrist and M. Marmot. Oxford: Oxford University Press, 2006. P. 193–222.
17. *Dahl E., van der Wel K.A.* Educational inequalities in health in European welfare states: A social expenditure approach // *Social Science and Medicine*. 2013. Vol. 81. Issue 1. P. 60–69.
18. *Durkheim E.E.* Suicide: A study in sociology / Ed. by J.A. Spaulding, G. Simpson. New York: Free Press, 1997. — 405 p.
19. *Eikemo T.A., Bambra C., Joyce K., and Dahl E.* Welfare state regimes and income-related health inequalities: A comparison of 23 European countries // *European Journal of Public Health*. 2008. Vol. 18. Issue 6. P. 593–599.
20. *Eikemo T.A., Bambra C., Judge K., Ringdal K.* Welfare state regimes and differences in self-perceived health in Europe: A multilevel analysis // *Social Science and Medicine*. 2008. Vol. 66. Issue 11. P. 2281–2295.

21. *Eikemo T.A., Huisman M., Bambra C., and Kunst A.E.* Health inequalities according to educational level in different welfare regimes: A comparison of 23 European countries // *Sociology of Health and Illness*. 2008. Vol. 30. Issue 4. P. 565–582.
22. *Eikemo T.A., Kunst A.E., Judge K., and Mackenbach J.P.* Class-related health inequalities are not larger in the East: A comparison of four European regions using the new European socioeconomic classification // *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2008. Vol. 62. No. 12. P. 1072–1078.
23. *Espelt A., Borrell C., Rodríguez-Sanz M., Muntaner C., Pasarín M.I., et al.* Inequalities in health by social class dimensions in European countries of different political traditions // *International Journal of Epidemiology*. 2008. Vol. 37. Issue 5. P. 1095–1105.
24. European health for all database (HFA-DB). World Health Organization Regional Office for Europe [online]. Date of access 15.03.2014. URL: <<http://data.euro.who.int/hfadb/>>.
25. European Social Survey Round 4 Data. Data file edition 4.1. Norwegian Social Science Data Services, Norway — Data Archive and distributor of ESS data. [online]. Date of access 15.03.2014. URL: <<http://ess.nsd.uib.no/ess/round4/>>.
26. *Franco A., Alvarez-Dardet C., Ruiz M.T.* Effect of democracy on health: ecological study // *British Medical Journal*. 2004. Vol. 329. Issue 7480. P. 1421–1423.
27. *Islam M.K., Merlo J., Kawachi I., Lindström M., and Gertham U.-G.* Social capital and health: Does egalitarianism matter? A literature review // *International Journal for Equity in Health*. 2006. Vol. 5. No. 3. P. 3–28.
28. *Kawachi I., Kennedy B.P., and Glass R.* Social capital and self-rated health: A contextual analysis // *American Journal of Public Health*. 1999. Vol. 89. Issue 8. P. 1187–1193.
29. *Kawachi I., Kennedy B.P., and Wilkinson R.G.* Crime: Social organization and relative deprivation // *Social Science & Medicine*. 1999. Vol. 48. Issue 6. P. 719–731.
30. *Knesbeck von dem O., Verde P.E., Dragano N.* Education and health in 22 European countries // *Social Science and Medicine*. 2006. Vol. 63. Issue 5. P. 1344–1351.
31. *Korpi W.* Faces of inequality: Gender, class, and patterns of inequality in different types of welfare states // *Social Politics*. 2000. Vol. 7. Issue 2. P. 127–191.
32. *Kunst A.E., Bos V., Lahelma E., Bartley M., Lissau I., et al.* Trends in socioeconomic inequalities in self-assessed health in 10 European countries // *International Journal of Epidemiology*. 2005. Vol. 34. Issue 2. P. 295–305.
33. *Lake D.A., Baum M.A.* The invisible hand of democracy: Political control and the provision of public services // *Comparative Political Studies*. 2001. Vol. 34. No. 6. P. 587–621.
34. *Lundberg O., Yngwe M.A., Stjerne M.K., Elstad J.I., Ferrarini T., Kangas O., Norstrom T., Palme J., Fritzell J.* The role of welfare state principles and generosity in social policy programmes for public health: an international comparative study // *The Lancet*. 2008. Vol. 372 (9650). P. 1633–1640.
35. *Macinko J., and Starfield B.* The utility of social capital in research on health determinants // *Milbank Quarterly*. 2001. Vol. 79. No. 3. P. 387–427.
36. *Mackenbach J.P.* The persistence of health inequalities in modern welfare states: The explanation of a paradox // *Social Science and Medicine*. 2012. Vol. 75. Issue 4. P. 761–769.
37. *Mackenbach J.P., Stirbu I.M., Roskam A.-J.R., Schaap M.M., Menvielle G., et al.* Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries // *New England Journal of Medicine*. 2008. Vol. 358. Issue 23. P. 2468–2481.
38. *Marmot M.* Social determinants of health inequalities // *The Lancet*. 2005. Vol. 365 (9464). P. 1099–1104.

39. *Muntaner C., Borrell C., Kunst A., Chung H., Benach J., and Ibrahim S.* Social class inequalities in health: Does welfare state regime matter? // *Staying Alive: Critical Perspectives on Health, Illness, and Health Care* / Ed. by D. Raphael, T. Bryant, and M.H. Rioux. Toronto: Canadian Scholars Press, 2006. P. 139–158.
40. *Muntaner C., Borrell C., Ng E., Chung H., Espelt A., Rodriguez-Sanz M., Benach J., and O'Campo P.* Politics, welfare regimes, and population health: Controversies and evidence // *Sociology of Health and Illness*. 2011. Vol. 33. Issue 6. P. 946–964.
41. *Navarro V., Borrell C., Benach J., Muntaner C., Quiroga A., et al.* The importance of the political and the social in explaining mortality differentials among the countries of the OECD, 1950–1998 // *International Journal of Health Services*. 2003. Vol. 33. Issue 3. P. 419–494.
42. *Navarro V., and Shi L.* The political context of social inequalities and health // *International Journal of Health Services*. 2001. Vol. 31. No. 1. P. 1–21.
43. *Olsen K.M., Dahl S.-A.* Health differences between European countries // *Social Science & Medicine*. 2007. Vol. 64. Issue 8. P. 1665–1678.
44. *Ploubidis G.B., Dale C., Grundy E.* Later life health in Europe: How important are country level influences? // *European Journal of Ageing*. 2012. Vol. 9. Issue 1. P. 5–13.
45. *Preston S.H.* The changing relation between mortality and level of economic development // *Population Studies*. 1975. Vol. 29. Issue 2. P. 231–248.
46. *Raudenbush S.W., and Bryk A.S.* Hierarchical linear models: Applications and data analysis methods. Thousand Oaks, CA: Sage, 2002. — 512 p.
47. *Sainsbury D.* Gendering welfare states. London: SAGE, 1994. — 243 p.
48. *Sampson R.J., Raudenbush S.W., Earls F.* Neighborhoods and violent crime: A multilevel study of collective efficacy // *Science*. 1997. Vol. 277. Issue 5328. P. 918–924.
49. *Schutte S., Chastang J.-F., Parent-Thirion A., Vermeylen G., Niedhammer I.* Social differences in self-reported health among men and women in 31 countries in Europe // *Scandinavian Journal of Public Health*. 2013. Vol. 41 (1). P. 51–57.
50. *Smith K.P., and Christakis N.A.* Social networks and health // *Annual Review of Sociology*. 2008. Vol. 34. P. 405–429.
51. Social capital debate // *International Journal of Epidemiology*. 2004. Vol. 33. Issue 4. P. 650–709.
52. Social capital and health / Ed. by I. Kawachi, S.V. Subramanian, and D. Kim. New York: Springer Publishing Company, 2008. — 292 p.
53. *Subramanian S.V., Belli P., and Kawachi I.* The macroeconomic determinants of health // *Annual Review of Public Health*. 2002. Vol. 23. P. 287–302.
54. *Subramanian S.V., Kim D.J., and Kawachi I.* Social trust and self-rated health in US communities: A multilevel analysis // *Journal of Urban Health*. 2002. Vol. 79 (Supplement 1). P. S21–S34.
55. *Szaflarski M., and Ritchey P.N.* Individual and areal socioeconomic factors in health: Comparing the United States and Poland // *International Review of Modern Sociology*. 2005. Vol. 31. No. 1. P. 33–55.
56. *Szreter S., and Woolcock M.* Health by association? Social capital, social theory and the political economy of public health // *International Journal of Epidemiology*. 2004. Vol. 33. No. 4. P. 650–667.
57. Tackling health inequalities in Europe: An integrated approach. EUROTHINE Final Report. Rotterdam: Erasmus MC, 2007. — 634 p.
58. United Nations statistical division (UNSTAT). Demographic yearbook 2008. Divorces and crude divorce rates [online]. Date of access 15.03.2014. URL: <<http://unstats.un.org/unsd/demographic/products/dyb/dyb2008/Table25.pdf>>

59. Walberg P., McKee M., Shkolnikov V., Chenet L., Leon D.A. Economic change, crime, and mortality crisis in Russia: Regional analysis // *British Medical Journal*. 1998. Vol. 317. No. 7154. P. 312–318.
60. Wilkinson R.G. Health, hierarchy, and social anxiety // *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1999. Vol. 896. P. 48–63.
61. Wilkinson R.G., Pickett K. *The spirit level: Why more equal societies almost always do better*. London: Allen Lane, 2009.
62. World Bank. GNI per capita, PPP (current international \$) [online]. Date of access 15.03.2014. URL: <<http://data.worldbank.org/indicator/NY.GNP.PCAP.PP.CD>>.
63. World Bank. Intentional homicides (per 100,000 people) [online]. Date of access 15.03.2014. URL: <<http://data.worldbank.org/indicator/VC.IHR.PSRC.P5>>.
64. World Bank. Worldwide Governance Indicators (WGI) [online]. Date of access 15.03.2014. Control of Corruption. URL: <<http://info.worldbank.org/governance/wgi/>>.
65. World health organization (2011). *World Health Statistics 2011*. Geneva: WHO Press, 2011. — 170 p.
66. World health organization (2012). *World Health Statistics 2012*. Geneva: WHO Press, 2012. — 175 p.

Дата получения: 20.03.2014.

**N.L. RUSINOVA, V.V. SAFRONOV**

**Rusinova Nina Lvovna** — PhD, Sociological Institute of the Russian Academy of Sciences, Head of the Sociology of health department. **Address:** 25/14, 7 Krasnoarmeiskaya str., St. Petersburg, Russia, 190005. **Phone:** +7 (812) 316-75-68.

**Email:** nrusinova@gmail.com

**Safronov Viacheslav Vladimirovich** — Sociological Institute of the Russian Academy of Sciences, Senior Fellow. **Address:** 25/14, 7 Krasnoarmeiskaya str., St. Petersburg, Russia, 190005. **Phone:** +7 (812) 316-34-36. **Email:** vsafronov@list.ru

#### **HEALTH IN EUROPE AND RUSSIA: SOCIETAL CONTEXT AND SOCIAL INEQUALITIES**

*Abstract.* Article is devoted to health differences in the European states and social inequalities in health in Europe. The analysis of the European Social Survey 2008 data (representative samples of the population of 28 countries) and statistics of World bank and WHO, carried out with methods of two-level logistic modeling, shows that in the postcommunist countries health is, as a rule, significantly worse, than in other parts of the continent. The reason of such differences is rather low level of their development (inefficient economy, welfare state, public administration) and low social integration. It is found also that health in Europe is structured on demographic and social variables, and such structuring depends on a macro context — a country level of social development. With growth of this level, social inequalities in health start smoothing out.

*Keywords:* health differences in Europe, societal factors, social inequalities in health, macro context, European Social Survey 2008, two-level logistic modeling.

#### **REFERENCES**

1. Bambra C. *The Worlds of Welfare: Illusory and Gender Blind?* *Social Policy and Society*. 2004. Vol. 3. Issue 3. P. 201–212.
2. Bambra C. *Health Status and the Worlds of Welfare*. *Social Policy and Society*. 2006. Vol. 5. Issue 1. P. 53–62.
3. Bambra C., Pope D., Stanistreet D., Swami V., Stirbu I., Kunst A., and Scott-Samuel A. Gender and Health inequalities in welfare state regimes: a cross-national study of twelve

- European countries. Tackling Health Inequalities in Europe: An Integrated Approach. EUROTHINE (Final Report). Rotterdam: Erasmus MC, 2007. Chapter 13. P. 230–246.
4. Beckfield J., and Krieger N. *Epi + demos + cracy: Linking Political Systems and Priorities to the Magnitude of Health Inequities — Evidence, Gaps, and a Research Agenda*. *Epidemiologic Reviews*. 2009. Vol. 31. Issue 1. P. 152–177.
  5. Berkman L.F., and Glass T. *Social Integration, Social Networks, Social Support, and Health*. *Social epidemiology*. Ed. by Berkman, and I. Kawachi. Cambridge: Oxford University Press, 2000. P. 137–173.
  6. Besley T., and Masayuki K. M. *Health and democracy*. *The American Economic Review*. 2006. Vol. 96. No. 2. P. 313–318.
  7. Bloom D.E., Canning D. *The Health and Wealth of Nations*. *Science*. 2000. Vol. 287. Issue 5456. P. 1207–1209.
  8. Bobak M., Murphy M., Rose R., and Marmot M. *Societal Characteristics and Health in the Former Communist Countries of Central and Eastern Europe and the Former Soviet Union: A Multilevel Analysis*. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2007. Vol. 61. No. 11. P. 990–996.
  9. Carlson E.D., Chamberlain R.M. *Social Capital, Health, and Health Disparities*. *Journal of Nursing Scholarship*. 2003. Vol. 35. Issue 4. P. 325–331.
  10. Castilla E.J. *Organizing Health Care — A Comparative Analysis of National Institutions and Inequality over Time*. *International sociology*. 2004. Vol. 19. No. 4. P. 403–435.
  11. Cavelaars A.E.J.M., Kunst A.E., Geurts J.J.M., Crialesi R., Grötvedt L., et al. *Differences in Self-Reported Morbidity by Educational Level: A Comparison of 11 Western European Countries*. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 1998. Vol. 52. No. 4. P. 219–227.
  12. Chung H., Muntaner C. *Welfare State Matters: A Typological Multilevel Analysis of Wealthy Countries*. *Health Policy*. 2007. Vol. 80. Issue 2. P. 328–339.
  13. Cockerham W.C. *The Social Determinants of the Decline of Life Expectancy in Russia and Eastern Europe: A Lifestyle Explanation*. *Journal of Health and Social Behavior*. 1997. Vol. 38. No. 2. P. 117–130.
  14. Cockerham W.C., Snead M.C., Dewaal D.F. *Health Lifestyles in Russia and the Socialist Heritage*. *Journal of Health and Social Behavior*. 2002. Vol. 43. No. 1. P. 42–55.
  15. Cohen S. *Social Relationships and Health*. *American Psychologist*. 2004. Vol. 59. Issue 8. P. 676–684.
  16. Dahl E., Fritzell J., Lahelma E., Martikainen P., Kunst A., and Mackenbach J.P. *Welfare State regimes and health inequalities*. *Social Inequalities in Health: New Evidence and Policy Implications*. Ed. by J. Siegrist and M. Marmot. Oxford: Oxford University Press, 2006. P. 193–222.
  17. Dahl E., van der Wel K.A. *Educational Inequalities in Health in European Welfare States: A Social Expenditure Approach*. *Social Science and Medicine*. 2013. Vol. 81. Issue 1. P. 60–69.
  18. Durkheim E.E. *Suicide: A Study in Sociology*. Ed. by J.A. Spaulding, G. Simpson. N.Y.: Free Press, 1997. — 405 p.
  19. Eikemo T.A., Bambra C., Joyce K., and Dahl E. *Welfare State Regimes and Income-Related Health Inequalities: A Comparison of 23 European Countries*. *European Journal of Public Health*. 2008. Vol. 18. Issue 6. P. 593–599.
  20. Eikemo T.A., Bambra C., Judge K., Ringdal K. *Welfare State Regimes and Differences in Self-Perceived Health in Europe: A Multilevel Analysis*. *Social Science and Medicine*. 2008. Vol. 66. Issue 11. P. 2281–2295.
  21. Eikemo T.A., Huisman M., Bambra C., and Kunst A.E. *Health Inequalities According to Educational Level in Different Welfare Regimes: A Comparison of 23 European Countries*. *Sociology of Health and Illness*. 2008. Vol. 30. Issue 4. P. 565–582.
  22. Eikemo T.A., Kunst A.E., Judge K., and Mackenbach J.P. *Class-Related Health Inequalities are Not Larger in the East: A Comparison of Four European Regions Using the New European Socioeconomic Classification*. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2008. Vol. 62. No. 12. P. 1072–1078.
  23. Espelt A., Borrell C., Rodríguez-Sanz M., Muntaner C., Pasarín M.I., et al. *Inequalities in Health by Social Class Dimensions in European Countries of Different Political Traditions*. *International Journal of Epidemiology*. 2008. Vol. 37. Issue 5. P. 1095–1105.

24. European health for all database (HFA-DB). World Health Organization Regional Office for Europe [online]. Date of access 15.03.2014. URL: <<http://data.euro.who.int/hfadb/>>.
25. European Social Survey Round 4 Data. Data file edition 4.1. Norwegian Social Science Data Services, Norway — Data Archive and distributor of ESS data. [online]. Date of access 15.03.2014. URL: <<http://ess.nsd.uib.no/ess/round4/>>.
26. Franco A., Alvarez-Dardet C., Ruiz M.T. *Effect of democracy on health: Ecological study*. British Medical Journal. 2004. Vol. 329. Issue 7480. P. 1421–1423.
27. Islam M.K., Merlo J., Kawachi I., Lindström M., and Gerdtham U.-G. *Social capital and health: Does egalitarianism matter? A literature review*. International Journal for Equity in Health. 2006. Vol. 5. No. 3. P. 3–28.
28. Kawachi I., Kennedy B.P., and Glass R. *Social Capital and Self-rated Health: A Contextual Analysis*. American Journal of Public Health. 1999. Vol. 89. Issue 8. P. 1187–1193.
29. Kawachi I., Kennedy B.P., and Wilkinson R.G. *Crime: Social Organization and Relative Deprivation*. Social Science & Medicine. 1999. Vol. 48. Issue 6. P. 719–731.
30. Knesebeck von dem O., Verde P.E., Dragano N. *Education and Health in 22 European Countries*. Social Science and Medicine. 2006. Vol. 63. Issue 5. P. 1344–1351.
31. Korpi W. *Faces of Inequality: Gender, Class, and Patterns of Inequality in Different Types of Welfare States*. Social Politics. 2000. Vol. 7. Issue 2. P. 127–191.
32. Kunst A.E., Bos V., Lahelma E., Bartley M., Lissau I., et al. *Trends in Socioeconomic Inequalities in Self-Assessed Health in 10 European Countries*. International Journal of Epidemiology. 2005. Vol. 34. Issue 2. P. 295–305.
33. Lake D.A., Baum M.A. *The Invisible Hand of Democracy: Political Control and the Provision of Public Services*. Comparative Political Studies. 2001. Vol. 34. No. 6. P. 587–621.
34. Lundberg O., Yngwe M.A., Stjerne M.K., Elstad J.I., Ferrarini T., Kangas O., Norstrom T., Palme J., Fritzell J. *The role of welfare state principles and generosity in social policy programmes for public health: An international comparative study*. The Lancet. 2008. Vol. 372 (9650). P. 1633–1640.
35. Macinko J., and Starfield B. *The Utility of Social Capital in Research on Health Determinants*. Milbank Quarterly. 2001. Vol. 79. No. 3. P. 387–427.
36. Mackenbach J.P. *The Persistence of Health Inequalities in Modern Welfare States: The Explanation of a Paradox*. Social Science and Medicine. 2012. Vol. 75. Issue 4. P. 761–769.
37. Mackenbach J.P., Stirbu I.M., Roskam A.-J.R., Schaap M.M., Menvielle G., et al. *Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries*. New England Journal of Medicine. 2008. Vol. 358. Issue 23. P. 2468–2481.
38. Marmot M. *Social determinants of health inequalities*. The Lancet. 2005. Vol. 365 (9464). P. 1099–1104.
39. Muntaner C., Borrell C., Kunst A., Chung H., Benach J., and Ibrahim S. *Social class inequalities in health: Does welfare state regime matter? Staying Alive: Critical Perspectives on Health, Illness, and Health Care*. Ed. by D. Raphael, T. Bryant, and M.H. Rioux. Toronto: Canadian Scholars Press, 2006. P. 139–158.
40. Muntaner C., Borrell C., Ng E., Chung H., Espelt A., Rodriguez-Sanz M., Benach J., and O'Campo P. *Politics, Welfare Regimes, and Population Health: Controversies and Evidence*. Sociology of Health and Illness. 2011. Vol. 33. Issue 6. P. 946–964.
41. Navarro V., Borrell C., Benach J., Muntaner C., Quiroga A., et al. *The Importance of the Political and the Social in Explaining Mortality Differentials Among the Countries of the OECD, 1950–1998*. International Journal of Health Services. 2003. Vol. 33. Issue 3. P. 419–494.
42. Navarro V., and Shi L. *The Political Context of Social Inequalities and Health*. International Journal of Health Services. 2001. Vol. 31. No. 1. P. 1–21.
43. Olsen K.M., Dahl S.-A. *Health differences between European countries*. Social Science & Medicine. 2007. Vol. 64. Issue 8. P. 1665–1678.
44. Ploubidis G.B., Dale C., Grundy E. *Later Life Health in Europe: How Important are Country Level Influences? European Journal of Ageing*. 2012. Vol. 9. Issue 1. P. 5–13.
45. Preston S.H. *The Changing Relation between Mortality and Level of Economic Development*. Population Studies. 1975. Vol. 29. Issue 2. P. 231–248.
46. Raudenbush S.W., and Bryk A.S. *Hierarchical Linear Models: Applications and Data Analysis Methods*. Thousand Oaks, CA: Sage, 2002. — 512 p.



47. Sainsbury D. *Gendering Welfare States*. L.: SAGE, 1994. — 243 p.
48. Sampson R.J., Raudenbush S.W., Earls F. *Neighborhoods and Violent Crime: A Multilevel Study of Collective Efficacy*. Science. 1997. Vol. 277. Issue 5328. P. 918–924.
49. Schutte S., Chastang J.-F., Parent-Thirion A., Vermeulen G., Niedhammer I. *Social differences in self-reported health among men and women in 31 countries in Europe*. Scandinavian Journal of Public Health. 2013. Vol. 41 (1). P. 51–57.
50. Smith K.P., and Christakis N.A. *Social Networks and Health*. Annual Review of Sociology. 2008. Vol. 34. P. 405–429.
51. *Social Capital Debate*. International Journal of Epidemiology. 2004. Vol. 33. Issue 4. P. 650–709.
52. *Social Capital and Health*. Ed. by I. Kawachi, S.V. Subramanian, and D. Kim. N.Y.: Springer Publishing Company, 2008. — 292 p.
53. Subramanian S.V., Belli P., and Kawachi I. *The Macroeconomic Determinants of Health*. Annual Review of Public Health. 2002. Vol. 23. P. 287–302.
54. Subramanian S.V., Kim D.J., and Kawachi I. *Social Trust and Self-rated Health in US Communities: A Multilevel Analysis*. Journal of Urban Health. 2002. Vol. 79 (Supplement 1). P. S21–S34.
55. Szaflarski M., and Ritchey P.N. *Individual and areal socioeconomic factors in health: Comparing the United States and Poland*. International Review of Modern Sociology. 2005. Vol. 31. No. 1. P. 33–55.
56. Szreter S., and Woolcock M. *Health by Association? Social Capital, Social Theory and the Political Economy of Public Health*. International Journal of Epidemiology. 2004. Vol. 33. No. 4. P. 650–667.
57. *Tackling Health Inequalities in Europe: An Integrated Approach*. EUROTINE Final Report. Rotterdam: Erasmus MC, 2007. — 634 p.
58. United Nations Statistical Division (UNSTAT). *Demographic Yearbook 2008. Divorces and crude divorce rates* [online]. Date of access 15.03.2014. URL: <<http://unstats.un.org/unsd/demographic/products/dyb/dyb2008/Table25.pdf>>
59. Walberg P., McKee M., Shkolnikov V., Chenet L., Leon D.A. *Economic change, crime, and mortality crisis in Russia: regional analysis*. British Medical Journal. 1998. Vol. 317. No. 7154. P. 312–318.
60. Wilkinson R.G. *Health, Hierarchy, and Social Anxiety*. Annals of the New York Academy of Sciences. 1999. Vol. 896. P. 48–63.
61. Wilkinson R.G., Pickett K. *The Spirit Level: Why More Equal Societies Almost Always Do Better*. L.: Allen Lane, 2009.
62. World Bank. *GNI per capita, PPP (current international \$)* [online]. Date of access 15.03.2014. URL: <<http://data.worldbank.org/indicator/NY.GNP.PCAP.PP.CD>>.
63. World Bank. *Intentional homicides (per 100,000 people)* [online]. Date of access 15.03.2014. URL: <<http://data.worldbank.org/indicator/VC.IHR.PSRC.P5>>.
64. World Bank. *Worldwide Governance Indicators (WGI)* [online]. Date of access 15.03.2014. *Control of Corruption*. URL: <<http://info.worldbank.org/governance/wgi/>>.
65. World Health Organization (2011). *World Health Statistics 2011*. Geneva: WHO Press, 2011. — 170 p.
66. World Health Organization (2012). *World Health Statistics 2012*. Geneva: WHO Press, 2012. — 175 p.

Received: 20.03.2014.