

*Н.Л. РУСИНОВА<sup>1</sup>, В.В. САФРОНОВ<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Социологический институт РАН — филиал ФНИСЦ РАН.  
190005, Санкт-Петербург, 7-я Красноармейская ул., д. 25/14.

## **ВОЗРАСТНЫЕ РАЗЛИЧИЯ СТАТУСНЫХ НЕРАВЕНСТВ В ЗДОРОВЬЕ: ЗНАЧЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ГОСУДАРСТВА**

*Аннотация.* Статья посвящена проблеме изменений социально-экономических неравенств в здоровье в зависимости от возраста граждан. Согласно одному теоретическому объяснению, эти неравенства к старшим возрастам усиливаются: в нижних слоях происходит аккумуляция негативных воздействий жизненных тягот на здоровье, а в благополучных strataх — наоборот, накопление позитивных эффектов. Этому объяснению противостоят концепции, предсказывающие сокращение неравенств. Как отмечается в одной из них, в когортах пожилых людей неравенства уменьшаются, поскольку физиологические механизмы старения начинают играть все более важную роль в здоровье, снижая значимость социальных факторов. Выравниванию может способствовать и избирательная смертность — уменьшение количества низкостатусных индивидов с плохим состоянием здоровья ведет к сглаживанию структурных отличий. Сторонники другой концепции подчеркивают значение социальной политики — поддержанию здоровья уязвимых слоев способствуют государственная поддержка и защита, в том числе специальные программы для пожилых людей. Эмпирические результаты противоречивы и не дают убедительного подтверждения ни одного из предположений. Двухуровневое моделирование с использованием опросных данных Европейского социального исследования (ESS 2012) для 27 стран и статистических сведений о них, а также регрессионный анализ, проведенный на массивах двух групп стран — с низкими и высокими государственными расходами на поддержание здоровья населения, — продемонстрировали, что по мере перехода к старшим возрастным когортам наблюдается постепенное увеличение статусных неравенств, особенно заметное в странах с низкими расходами. В наиболее развитых социальных демократиях эта тенденция нарушалась — небольшое усиление неравенств продолжалось до предпенсионного возраста, а затем — в категории пожилых людей — они сглаживались. Полученные факты подкрепляют аргументы о позитивной роли социального государства в улучшении национального здоровья и сокращении неравенств в здоровье людей пенсионного возраста.

*Ключевые слова:* самочувствие; ограничения жизнедеятельности по болезни; субъективный социальный статус; статусные неравенства в здоровье; возрастная модерация; сравнительный анализ; Европейское социальное исследование; государственные расходы на здравоохранение; двухуровневое моделирование.

**Для цитирования:** *Русинова Н.Л., Сафронов В.В.* Возрастные различия статусных неравенств в здоровье: значение социального государства // Социологический журнал. 2021. Том 27. № 1. С. 97–121. DOI: 10.19181/socjour.2021.27.1.7846

### **Социальные неравенства в здоровье и возраст: проблема и состояние исследований**

Ухудшение здоровья с возрастом, связанное с естественными процессами старения организма, в значительной мере обусловлено также социальными обстоятельствами. Об этом говорят значительные различия показателей здоровья у пожилых людей с низким и с высоким общественным положением, а также большое расхождение этих показателей в странах, отличающихся по развитию экономики и социального государства [41; 79]. В последние годы внимание исследователей привлекает проблема возрастных особенностей социально-экономической стратификации здоровья.

В нашей стране эта проблема остается малоизученной. В исследованиях, посвященных социальной структуризации здоровья российского населения, не учитывается, как правило, что она может быть обусловлена возрастом [4; 9; 10]. Анализ возрастных особенностей здоровья, в том числе среди лиц старших возрастов, проводится без учета их взаимосвязей с социальными неравенствами [2; 3; 5; 6; 7; 11]. Такие взаимосвязи учитываются в работах демографов, изучающих динамику смертности российского населения и ее структуру по демографическим и социально-экономическим группам [1; 8; 68]. Можно указать и на исследования (по материалам РМЭЗ НИУ ВШЭ, 1994–2015 гг.) показателей смертности и ожидаемой продолжительности жизни в старших возрастах в зависимости от образовательного статуса [12], а также механизмов формирования (по данным SAHR, 2006/2009–2014) образовательных неравенств в смертности во второй половине жизни [73].

В западных работах, где обращается внимание на то, что выраженность структурных неравенств в здоровье может различаться в разные периоды жизненного цикла, были предложены две основные гипотезы о влиянии возраста на такие неравенства: одна вытекает из теории накопления неблагоприятия (cumulative disadvantage hypothesis) [23; 63; 70], а другая — из представления о возрасте как уравнительном факторе (age-as-leveler hypothesis) [35; 36].

Согласно теории накопления неблагоприятия, у людей, занимающих высокое положение в социально-экономической иерархии, ухудшение

здоровья с возрастом происходит более медленными темпами по сравнению с теми, кто находится ниже на социальной лестнице. Индивиды, занимающие менее привилегированные позиции в этой иерархии, больше страдают от постепенного ухудшения здоровья на протяжении жизни из-за кумулятивного воздействия на организм экономического, социального и психосоциального неблагополучия и их склонности к нездоровому поведению. В результате социально-экономические неравенства с возрастом продолжают нарастать. В концепции уравнительной роли возраста, уточняющей изложенные соображения, предполагается, что расхождения в состоянии здоровья представителей различных социально-экономических слоев увеличиваются лишь до определенного предела — ранних старших возрастов (40–65 лет). В пожилом возрасте (после 65 лет) — из-за общего ослабления здоровья вследствие старения и уменьшения роли факторов, связанных с трудовой деятельностью, — структурные дифференциации поведенческого и психосоциального риска начинают сглаживаться, а зависимость состояния здоровья человека от его положения в социальной структуре ослабевает. На сокращение неравенств может оказывать воздействие и эффективная государственная политика по социальной защите людей пожилого возраста, обеспечивающая им равный доступ к услугам здравоохранения и возможность сохранения высокого уровня и качества жизни [36].

Эмпирические исследования не позволяют пока с уверенностью говорить о том, какой из теоретических подходов лучше отражает реальность. Гипотеза накопления неблагополучия получила подтверждение в США и Канаде [47; 58; 59; 63; 78], а также в странах Западной Европы — Великобритании [18; 65], Германии [50; 67], Швейцарии [20]. В Швеции также отмечалось нарастание неравенств, правда, в старших возрастах оно стабилизировалось [49].

В некоторых работах, однако, не удалось обнаружить существенных различий неравенств в возрастных группах. Такие результаты были получены в США [34; 46; 54], Великобритании [55; 56], Германии [67; 76], а также в проекте, охватывающем многие европейские страны [39].

Другие исследования свидетельствуют об ослаблении связи между социально-экономическим положением и здоровьем в самых старших возрастах, подкрепляя предположение об уравнительной роли возраста. Такие заключения также были получены во многих развитых странах, например, в США [33; 47], Великобритании [53; 56], Германии [67], Голландии [74], Испании [22] и Швейцарии [24], а также при совместном анализе многих европейских государств [40]. Тем не менее обоснованность заключений о сужении неравенств ставится под сомнение. Оно может объясняться эффектами «выборочной смертности» — обездоленные люди умирают более молодыми, а выживают относительно здоровые, в результате чего создается впечатление, что неравенства среди пожилых людей уменьшаются [15; 29; 30; 34]. Но большинство исследователей приходят к выводу, что выборочная

смертность не может полностью объяснить конвергенцию неравенств в здоровье на позднем этапе жизни [14; 33; 47; 56].

Неопределенность результатов, описывающих возрастные влияния на статусные неравенства в здоровье, становится еще большей, если принять во внимание, что выявляемые паттерны зависят от социально-экономических показателей [16; 31; 51]. Доход, образование и профессия, широко используемые для фиксации различий социально-экономического статуса, могут оказаться нерелевантными для пожилых людей [62]. Обобщение результатов исследований затрудняется также тем, что ожидаемые эффекты, проявляющиеся для одних показателей статуса, при анализе других могут оказаться противоположными [72]. Такого рода рассогласования встречаются и при рассмотрении разных индикаторов здоровья, например, физического и психического состояний [66].

Неоднозначность выводов связана, вероятно, и с недооценкой роли экономического и социально-политического контекстов, обуславливающих распределение и перераспределение ресурсов в обществе и влияющих на процессы аккумуляции (не)благополучия на протяжении жизненного пути человека [19]. Преобладающая часть работ были выполнены в развитых западноевропейских государствах с сильными системами социальных гарантий, и остается неясным, как обстоят дела в посткоммунистических странах Центральной и Восточной Европы, отличающихся невысокими — по европейским меркам — уровнями развития экономики и социального государства. Изучение контекстуальных зависимостей только начинает разворачиваться. Анализ данных Европейского социального исследования (ESS), например, показывает, что более высокие государственные расходы на услуги пожилым людям и более высокие минимальные пенсии способствуют сокращению структурных различий в здоровье граждан старших возрастов [37].

### **Задачи и методы исследования**

Одно из современных направлений изучения социально-экономических неравенств в здоровье связано с анализом изменения этих неравенств с возрастом, в частности их особенностей в группе пожилых людей, перед выходом на пенсию и после него. Высказывались соображения, согласно которым возраст играет роль модератора структурных неравенств — различия в здоровье в зависимости от образования, дохода и профессионального положения начинают, согласно результатам некоторых работ, увеличиваться к старшим возрастам, хотя у очень пожилых людей они, возможно, снова уменьшаются. Эти предположения пока не имеют убедительной эмпирической верификации. Одна из возможных причин противоречивости результатов связана с тем, что возрастная модерация может зависеть от социетального контекста, проявляясь в одних странах и оставаясь латентной в других, отличающихся от первых благоприятными режимами обеспечения социальных гарантий со стороны государства.

Настоящее исследование было посвящено проверке теоретических положений о дифференцированном проявлении социально-структурных неравенств в разных возрастных группах — об их росте к старшим возрастам и сглаживании при поддержке уязвимых слоев населения, в том числе пожилых и старых людей, со стороны государства. В работе рассматривались эмпирические данные, характеризующие несколько десятков европейских стран. Предполагалось решение трех основных задач. Во-первых, нужно было выяснить, действительно ли социально-структурные неравенства в здоровье с возрастом увеличиваются, как свидетельствуют некоторые результаты, не подтверждающиеся, правда, в других исследованиях. А также проанализировать, не связана ли противоречивость этих заключений с воздействием общественного контекста, — можно предположить, что эффекты возрастного увеличения неравенств будут с большей отчетливостью проявляться в тех странах, где люди в старших возрастах слабее защищены государством от трудностей жизни, возникающих с выходом на пенсию, и не имеют полноценного доступа к качественной медицинской помощи. В развитых социальных демократиях, где всем гражданам государство гарантирует благополучную жизнь и получение современных медицинских услуг, такие эффекты окажутся выраженными, вероятно, с меньшей определенностью. Во-вторых, предполагалось установить, как именно в странах, различающихся по уровню развития социального государства, изменяются неравенства с переходом от младших возрастных групп к средним и старшим. В менее развитых государствах увеличение неравенств может характеризовать отличия средних возрастов от младших или старших — от средних или и те и другие, тогда как в развитых странах, согласно высказанным предположениям, может даже наблюдаться сокращение неравенств при переходе к пожилым возрастам, когда человек уже, как правило, не работает, но оказывается под защитой социальных гарантий. Еще одна задача была связана с углубленным анализом двух старших возрастных категорий — 50–64-летних и 65–80-летних людей, поскольку именно им были посвящены сравнительные исследования, в которых обнаружилось, что сильное социальное государство оказывает на неравенства сглаживающее воздействие (в частности, значительное пенсионное замещение заработной платы в самой старшей группе). Нам предстоит проверить эти утверждения, поскольку разноречивость имеющихся фактов пока не позволяет перейти к их обобщению.

В работе анализируются данные репрезентативных опросов Европейского социального исследования (European Social Survey, 2012–2013 гг. [27]), охватывающего 27 стран, и сведения европейской статистики, характеризующие развитие государства благосостояния в изучаемых странах. Среди этих стран: Бельгия, Болгария, Великобритания, Венгрия, Германия, Дания, Израиль, Ирландия, Исландия, Испания, Италия, Кипр, Литва, Нидерланды, Норвегия, Польша,

Португалия, Россия, Словакия, Словения, Украина, Финляндия, Франция, Чехия, Швейцария, Швеция и Эстония. Участники опросов, которые учитывались в нашем анализе, находились в возрасте от 25 до 80 лет и принадлежали к той части населения, для которой как раз характерны структурные неравенства в здоровье. Совокупное их число составляет более 42,5 тыс. человек, а средний размер национальной выборочной совокупности — около 1500 респондентов.

Европейское социальное исследование дает возможность охарактеризовать общее самочувствие участников опросов по их самооценкам и влияние серьезных заболеваний на их повседневную жизнь. Показатель самооценок здоровья широко применяется в академических проектах, использующих сведения массовых опросов населения, и включается в мировую и европейскую статистику. Методические исследования показывают, что этот показатель согласуется с объективными индикаторами здоровья — демонстрирует, в частности, прогностическую способность в отношении смертности и тесные связи с заболеваемостью и снижением функционального статуса [13; 38; 42; 43; 44; 48]. Для нашей работы важно, что эти зависимости остаются в силе и для старших возрастов и наблюдаются в европейских странах [45; 75]. Другой показатель — воспринимаемых ограничений в повседневной жизни вследствие проблем со здоровьем — также отчетливо связан с диагностированными хроническими заболеваниями [52] и другими объективными свидетельствами серьезных проблем со здоровьем [17]. Общее самочувствие фиксировалось с помощью стандартного и хорошо себя зарекомендовавшего вопроса анкеты: «Как Вы оцениваете состояние своего здоровья в целом? По Вашему мнению, оно... 1) очень хорошее, 2) хорошее, 3) среднее, 4) плохое, 5) очень плохое». Кроме этой пятибалльной шкалы, в нашем анализе использовалась также дихотомическая переменная, позволяющая отделить людей с «плохим» или «очень плохим» здоровьем (значение «1») от тех, кто указал, что оно было «средним», «хорошим» или «очень хорошим» (значение «0»). Для выявления респондентов, страдающих от серьезных заболеваний, предлагался следующий вопрос: «Испытываете ли Вы какие-нибудь ограничения, трудности в своей повседневной жизни из-за хронического заболевания или инвалидности, физического недостатка или общей физической немощи, психического расстройства? ... Если “да”: насколько серьезные ограничения, трудности Вы испытываете? 1. Да, очень серьезные; 2. Да, испытываю некоторые ограничения; 3. Нет, не испытываю». В нашей работе ответы, отмеченные градациями 1 и 2, объединялись, и рассматривался признак наличия ограничений (значение «1») или их отсутствия (значение «0»).

Неоднозначность полученных ранее результатов в изучаемой проблемной области, как отмечалось в обзоре, зависит также от используемых показателей общественного положения индивидов. Заключение о характере возрастных неравенств в здоровье существенно различают-

ся при учете факторов образования, профессионального статуса или дохода. Было также установлено, что важным предиктором плохого здоровья выступает субъективный социальный статус [60], причем объективные показатели общественного положения не объясняют в полной мере эту зависимость — субъективный показатель отражает «когнитивное усреднение стандартных маркеров социально-экономической ситуации» [69] и лучше, чем эти маркеры, различает изменения в здоровье [71]. Наш анализ начинался с изучения социальных неравенств по традиционным индикаторам социально-экономического статуса — семейного дохода, образования и профессионального статуса (результаты не приводятся). Однако мы получили то же, что и другие исследователи: неотчетливые зависимости и противоречащие друг другу результаты. В настоящей работе рассматриваются неравенства в здоровье через призму субъективного социального статуса — для его измерения респондентам ESS предлагался вопрос: «В нашем обществе есть люди, которые находятся ближе к верхушке общества, а есть люди, которые ближе к его низам. На этой карточке Вы видите шкалу, которая идет сверху вниз. Где Вы расположили бы себя на этой шкале в настоящее время? ... 10 — на самом верху; 0 — в самом низу». Показатель субъективного статуса имеет свои преимущества. Во-первых, он отражает не только положение индивида в обществе во время проведения опроса, но и то, какое место в общественной структуре он занимал на протяжении всей жизни [25]. Это важно, поскольку теоретические представления об увеличении неравенств с возрастом предполагают кумулятивный процесс накопления неблагополучия в уязвимых слоях (и преимуществ у людей с высоким статусом) на протяжении жизненного пути человека. Во-вторых, субъективный статус позволяет уловить не только объективные различия, связанные с низким или высоким статусом, но и относительную депривацию — воспринимаемое благополучие по отношению к другим людям. В развитых странах с высоким ВВП и уровнем жизни населения многие люди с низкими позициями в социальной структуре не испытывают острых материальных лишений, способных привести к ухудшению здоровья. Однако на их самочувствие, как свидетельствуют исследования, сильное негативное влияние оказывают стрессы, вызванные социальными сравнениями с успешным и благополучным большинством.

Возраст респондентов различался в годах, другая его переменная — пять возрастных категорий (25–34, 35–44, 45–54, 55–64, 65–80 лет), и наконец, использовался дихотомический признак, различающий две старшие группы (50–64 года = 0, 65–80 лет = 1). Вычислялись произведения всех этих переменных и показателя субъективного социального статуса — интеракции, которые дают возможность проверить гипотезы об изменении структурных неравенств в здоровье с возрастом. Такая проверка осуществлялась при контроле гендерных особенностей здоровья.

В современных исследованиях влияние на здоровье социального государства анализируется в рамках трех основных подходов, каждый из которых имеет свои достоинства и недостатки [21], — типологии режимов социальных гарантий, институционального направления и сравнения государственных расходов на социальные нужды и защиту. Наша работа ориентировалась на последний из этих подходов (хотя использовалась и типология режимов, о чем будет сказано в заключении) — при таком выборе для всех рассматриваемых стран удастся найти сопоставимые показатели развития социального государства. В данной работе различия между странами фиксировались с помощью статистических сведений об уровне государственных расходов на здравоохранение (\$ в душевом исчислении с учетом паритета покупательной способности в год проведения опросов ESS). Источник этих сведений — Всемирная организация здравоохранения (Per capita government expenditure on health, \$ PPP, [77]). Самыми высокими вложениями в здравоохранение были в таких странах, как Норвегия (\$ 5080), Нидерланды (\$ 4298), Дания (\$ 4037) и Швейцария (\$ 3739), а самыми низкими — в Центральной и Восточной Европе, в частности, на Украине (\$ 308), в Болгарии (\$ 663), России (\$ 899), Польше (\$ 1044). Фактор государственных вложений в здравоохранение очень тесно связан для изучавшихся 27 стран с такими показателями, как валовой внутренний продукт на душу населения (Pearson's  $r = 0,92$ ,  $p < 0,000$ ), уровень благосостояния населения — доля респондентов в стране, которым доход позволяет не испытывать никаких материальных затруднений ( $r = 0,91$ ,  $p < 0,000$ ), а также с другими переменными, свидетельствующими о развитом социальном государстве, — общими расходами государства на социальную защиту ( $r = 0,92$ ,  $p < 0,000$ ), в том числе расходами на поддержку людей пожилого возраста ( $r = 0,64$ ,  $p < 0,000$ ). Связан он и с дихотомическим признаком, разделяющим страны на Западную и Восточную (посткоммунистическую) Европу ( $r = -0,71$ ,  $p < 0,000$ ). Таким образом, наш показатель вложений в здравоохранение отражает синдром контекстуальных характеристик, свидетельствующих о социально-экономических и социально-политических различиях между европейскими государствами.

Эмпирические данные, характеризующие на индивидуальном уровне респондентов по особенностям здоровья, полу, возрасту, социальному статусу, а на уровне стран — государственные расходы, образуют иерархическую структуру. Их анализ проводился статистическими методами двухуровневого линейного и логистического моделирования (программный пакет HLM, [61]) — строились модели со случайными коэффициентами и межуровневыми интеракциями. Все независимые переменные были преобразованы — представлены в шкалах, изменяющихся от 0 до 1, так что полученные при моделировании коэффициенты свидетельствуют о различиях показателей здоровья при наибольших их значениях по сравнению с наименьшими. Для устранения искажений в выборках



данные ESS опросов взвешивались, как и рекомендуется методологией этих исследований [28], переменной “post-stratification weights” (pspwght).

### Возрастные изменения статусных неравенств в здоровье и социальное государство

Результаты двухуровневого иерархического моделирования, направленного на проверку предположений о возрастных различиях статусных неравенств в здоровье и неодинаковой выраженности таких различий в странах, различающихся по уровню развития социального государства, приводятся в таблице 1.

Таблица 1

#### Неравенства в здоровье: влияние возраста, воспринимаемого социального статуса и государственных расходов на здравоохранение

Переменные	Модель 1: самооценки здоровья		Модель 2: ограничения по болезни	
	G	Sig.	G	Sig.
<i>Уровень 1: индивиды</i>				
Интерсепт	2,26	0,000	-1,23	0,000
Пол (Ж = 0, М = 1)	-0,07	0,000	-0,17	0,001
Возраст, лет	1,85	0,000	4,05	0,000
Субъективный социальный статус	-1,18	0,000	-2,13	0,000
Возраст x социальный статус	-0,58	0,016	-0,05	0,939
<i>Уровень 2: страны</i>				
Госрасходы на здравоохранение	-0,68	0,000	0,02	0,937
<i>Интеракции уровней 1 и 2</i>				
Госрасходы x пол	0,11	0,012	0,01	0,938
Госрасходы x возраст	-1,98	0,000	-3,73	0,000
Госрасходы x социальный статус	-0,63	0,000	-1,48	0,002
Госрасходы x (возраст x социальный статус)	2,38	0,007	7,36	0,004
<i>Дисперсии</i>				
Возраст x социальный статус	1,21	0,000	9,37	0,000
Объяснение дисперсии: госрасходы, %	31		48	

*Примечание:* Двухуровневые линейная и логистическая модели (1 и 2) с робастными стандартными ошибками, случайными коэффициентами и взаимным влиянием воспринимаемого социального статуса и возраста, а также интеракциями между переменными первого и второго уровней. N 1 (индивиды), модель 1 = 42089, модель 2 = 41955; N 2 (страны) = 27.

Модель 1, линейная, описывает зависимости, выявленные при рассмотрении самооценок здоровья (пятибалльная шкала, градации от «очень хорошее» к «очень плохое»). Независимые переменные индивидуального уровня — возраст в годах, субъективный социальный статус и интеракция этих переменных, которые рассматривались при контроле пола. Фактор различий между странами — расходы государства на здравоохранение. Статистически значимый гамма-коэффициент для интеракции переменных возраста и социального статуса ( $-0,58$ ,  $p < 0,016$ ) указывает, что с годами жизни — в среднем для изучавшихся стран — более отчетливыми становятся статусные неравенства. Такое увеличение неравенств с возрастом, согласно значимой дисперсии этих коэффициентов на втором уровне ( $1,21$ ,  $p < 0,000$ ), с большей определенностью проявляется в одних частях Европы, чем в других. Эту вариацию можно отчасти объяснить, если принять во внимание различия между странами по нашему показателю расходов государства на здравоохранение (объясненная дисперсия 31%). Гамма для соответствующей межуровневой интеракции (в таблице 1 она обозначена «Госрасходы  $x$  (возраст  $x$  социальный статус)») — положительная и статистически значимая ( $2,38$ ,  $p < 0,007$ ), что свидетельствует о большей выраженности возрастных проявлений статусных неравенств в странах, отличающихся скромными по европейским меркам государственными вложениями в здравоохранение, и о сглаживании таких различий по мере увеличения этих вложений.

В модели 2, логистической, тот же самый набор независимых переменных применяется для объяснения распространенности серьезных заболеваний, приводящих к ограничениям в повседневной жизни. Моделирование подтверждает зависимости, описанные при анализе общего самочувствия. В этой модели коэффициент, свидетельствующий о взаимном влиянии возраста и субъективного статуса, оказался статистически незначимым. Но он говорит об интересующем нас эффекте лишь в среднем для изученных стран, и то, что он небольшой, вовсе не означает, что во всех странах такое влияние было слабым. Здесь как раз важно обратить внимание на дисперсию этих коэффициентов, которая оказалась значимой на высоком уровне ( $9,37$ ,  $p < 0,000$ ), — это значит, что в одних странах интересующее нас влияние было очень слабым, но в других, напротив, оно должно проявляться с полной отчетливостью. Межуровневая интеракция, подтверждая это соображение, показывает, что закономерность, свидетельствующая о возрастном расширении статусных неравенств, с большей определенностью проявляется в странах с относительно скромными государственными вложениями в здравоохранение (гамма =  $7,36$ ,  $p < 0,004$ ), чем в передовых социальных демократиях, где эти вложения особенно значительны (объясненная дисперсия — 48%).

### **Статусные неравенства в возрастных категориях: анализ в полярных контекстах**

В дальнейшем анализе изменения статусных неравенств в здоровье нам предстоит, во-первых, прояснить, в каких именно возрастных группах

начинается их рост, характерный преимущественно для стран с ограниченными вложениями государства в здравоохранение. И, во-вторых, установить, остаются ли (если такие вложения значительны) эти неравенства в разных возрастных срезах одинаковыми или же, как предполагается в ряде исследований, сокращаются, причем среди самых пожилых, вследствие гарантированного государством доступа к качественной медицине. Исследование этих вопросов производилось с помощью регрессионного анализа (программа Process [32]), позволяющего изучать модерации статусных неравенств самочувствия при разбиении возраста на пять категорий. Такой анализ осуществлялся на объединенных массивах двух групп стран — с низкими расходами государства на здравоохранение (Болгария, Польша, Россия, Украина) и с высокими (Норвегия, Нидерланды, Дания, Швейцария). Его результаты можно найти в таблице 2.

Таблица 2

**Статусные неравенства в здоровье в возрастных группах при низких и высоких государственных расходах на здравоохранение**

Переменные	Шкала выраженности нездоровья			
	Модель 3: низкие расходы		Модель 4: высокие расходы	
	B	Sig.	B	Sig.
Intercept	3,72	0,000	2,86	0,000
Пол (Ж = 0, М = 1)	-0,17	0,000	-0,06	0,006
Возраст, лет: 25–34	-1,16	0,000	-0,39	0,015
35–44	-0,98	0,000	-0,08	0,567
45–54	-0,65	0,000	0,08	0,583
55–64	-0,31	0,000	0,33	0,027
Субъективный социальный статус	-1,15	0,000	-0,94	0,000
25–34 x социальный статус	0,40	0,011	-0,17	0,492
35–44 x социальный статус	0,32	0,039	-0,46	0,037
45–54 x социальный статус	0,17	0,258	-0,48	0,029
55–64 x социальный статус	-0,04	0,794	-0,65	0,004
R <sup>2</sup> / Nagelkerke's R <sup>2</sup>	0,254		0,099	

*Примечание:* Модели 3 и 4 — линейные регрессии с интеракциями субъективного социального статуса на возрастные категории (референтная — 65–80 лет). Зависимая переменная в этих моделях, шкала выраженности нездоровья, — это пятибалльная шкала оценок здоровья, упорядоченных от градации «очень хорошее» до «очень плохое». Страны с низкими госрасходами на здравоохранение — Болгария, Польша, Россия, Украина, с высокими расходами — Норвегия, Нидерланды, Дания, Швейцария. N: модель 3 = 7198, модель 4 = 5416.

В группе стран с небольшими по европейским меркам расходами, как показывает модель 3, неравенства в самой старшей когорте (65–80 лет, референтная категория) практически не отличаются от того, что можно обнаружить в двух предшествующих возрастных категориях (55–64 и 45–54 года), однако в младших и средних возрастах статусные различия оценок здоровья оказались менее выраженными, чем в референтной категории, причем эти отличия были статистически значимыми (коэффициент В для интеракции социального статуса и дихотомии, указывающей на принадлежность к 25–34-летним, равняется 0,40,  $p < 0,011$ , а социального статуса и признака принадлежности к 35–44-летним равен 0,32,  $p < 0,039$ ). Влияние субъективного социального статуса на самочувствие у 65–80-летних людей составляет  $-1,15$  (с повышением статуса от самого низкого до самого высокого оценка нездоровья по пятибалльной шкале снижается более чем на одну градацию), в следующей категории, 55–64 года, этот показатель  $-1,19$ , далее, у 45–54-летних, он немного уменьшается — до  $-0,98$ , а затем снижается существенно (со статистической точки зрения) — для респондентов 35–44 лет он равен  $-0,83$ , а для 25–34-летних значение становится  $-0,75$ . Во всех возрастных категориях это влияние остается статистически значимым на высоком уровне ( $p < 0,0000$ ) — в любых возрастах можно обнаружить отчетливые статусные неравенства в здоровье, но в старших группах по сравнению с младшими и средними они становятся более отчетливыми.

В странах с высокими государственными вложениями в здравоохранение, согласно модели 4, не отмечается усиления статусных неравенств в здоровье по мере перехода от младших когорт к старшим. Напротив, самыми скромными эти неравенства были у людей 65–80 лет, и от них значимо отличались большими неравенствами категория 55–64 года, чуть в меньшей степени — 45–54 и 35–44 года. Различия здоровья в зависимости от социального статуса в самой старшей группе были сходными с теми, которые характеризуют самую младшую категорию респондентов (25–34 года). Зависимости между статусом и самочувствием выражались следующими коэффициентами при переходе от пожилых к самым молодым когортам:  $-0,94$ ;  $-1,59$ ;  $-1,43$ ;  $-1,41$  и  $-1,11$  (все статистически значимые,  $p < 0,0000$ ). Если у 65–80-летних повышение статуса от нижнего до верхнего улучшает самочувствие по пятибалльной шкале на 0,9 пункта, то у тех, кому 55–64 года, неравенства были самыми большими, и показатель улучшения достигал 1,6. Хотя неравенства постепенно увеличивались с переходом к старшим категориям вплоть до предпоследней, 55–64 года, различия между ними были весьма скромными. Коэффициенты, указывающие на зависимости между статусом и здоровьем в возрастных группах 25–34, 35–44, 45–54 и 55–64 года, заметно различаются, однако эти отличия статистически незначимы, в чем можно убедиться, если сделать референтной категорией самую младшую возрастную группу. Напомним, что независимые переменные в нашей работе представлены преобразованными шкалами, изменяю-

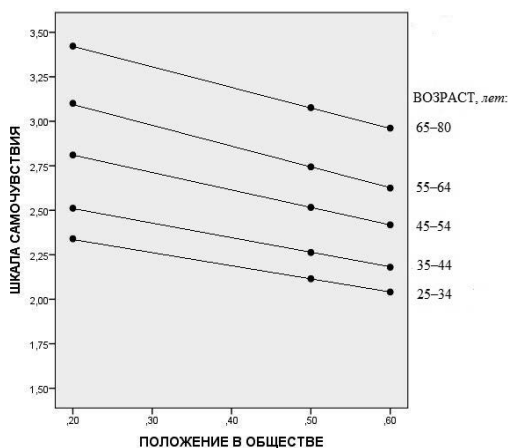
щимися от 0 до 1. Поэтому регрессионные коэффициенты указывают на различия в здоровье между респондентами с самым низким и самым высоким статусами (по 11-балльной шкале). Но даже заметные различия между коэффициентами по величине могут оказаться за пределами статистической значимости, если распределение по статусу, как это и имеет место в развитых странах, смещено к верхнему полюсу шкалы, — в них очень мало тех, кто видит себя в нижних стратах социальной структуры.

Зависимости между возрастными группами и субъективным статусом, выявленные в моделях 3 и 4, проиллюстрированы на рисунках 1(А) и 1(Б), построенных по уравнениям этих регрессий. На первом из них хорошо видно, что в странах с невысокими государственными расходами на здравоохранение между людьми из разных возрастных когорт есть значительные расхождения в здоровье, и при повышении социального статуса у представителей любой из когорт происходит улучшение самочувствия (снижение показателя выраженности нездоровья). Причем особенно заметным такое улучшение, то есть усиление неравенств между индивидами с низким и высоким положением в обществе, было в старших группах, тогда как в младших оно было чуть менее отчетливым — в последних неравенства в здоровье немного сокращались по отношению к первым группам.

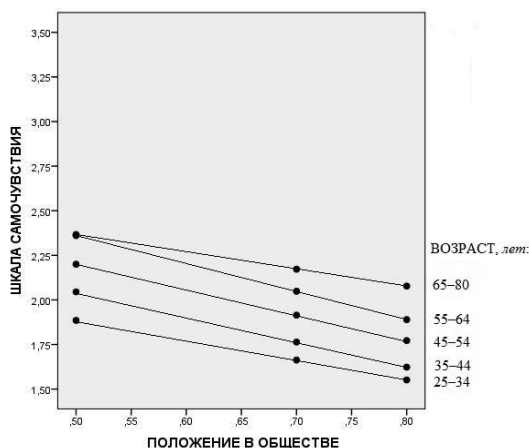
В странах с высокими госрасходами на здравоохранение, как показывает рисунок 1(Б), состояние здоровья в любых возрастах было гораздо лучше, а возрастные расхождения самочувствия — заметно скромнее, чем в первой группировке стран, однако и здесь статусные неравенства проявлялись с полной определенностью (о них можно судить по отклонению прямых линий от горизонтали: чем оно больше, тем сильнее неравенства). Кроме того, на рисунке видно, что как раз в когорте 65–80 лет эти неравенства не так выразительны, как в других возрастных категориях, не считая самой младшей, и особенно большими они оказались у тех, кому было 55–64 года.

Таким образом, наш анализ подтверждает, что с возрастом статусные неравенства в здоровье начинают увеличиваться, правда, лишь ненамного, особенно заметно — в менее развитых странах, где государственные вложения в систему здравоохранения не очень велики. Если эти вложения значительны, такие неравенства в самой старшей возрастной категории, представители которой получают доступ к качественной медицинской помощи, становятся, напротив, менее отчетливыми, тогда как к предпенсионному возрасту они чуть увеличиваются.

Обнаруженное при анализе развитых стран сокращение неравенств в категории самых пожилых респондентов по сравнению с теми, кто достиг предпенсионного возраста, заслуживает дальнейшего анализа. При исследовании именно этих категорий в предшествующих работах было высказано предположение, пока еще не получившее убедительного доказательства, что сглаживание неравенств в самой старшей группе связано с социальной защитой уязвимых слоев со стороны государства.



(А) Болгария, Польша, Россия, Украина



(Б) Норвегия, Нидерланды, Дания, Швейцария

*Примечание:* Рисунки 1(А) и 1(Б) построены по регрессионным уравнениям моделей 3 и 4, представленным в таблице 2. Шкала самочувствия — оценки здоровья от «очень хорошее» до «очень плохое». Точки характеризуют следующие три значения в распределении субъективного статуса (положения в обществе): 16%, среднее, 84%.

**Рис. 1. Возрастные различия статусных неравенств в здоровье при (А) низких и (Б) высоких государственных расходах на здравоохранение**

### Статусные неравенства здоровья в пожилом возрасте и их контекстуальная обусловленность

Дальнейшее исследование зависимостей между социальным статусом, возрастом и здоровьем проводилось вновь с помощью двух-

уровневого моделирования, учитывающего во всех 27 странах Европы влияние на показатели «плохого» здоровья и ограничений активности из-за болезней уже знакомого нам набора независимых переменных первого и второго уровней. Учитывались только респонденты, принадлежащие к одной из двух возрастных групп — 50–64 года и 65–80 лет. Результаты моделирования отображены в таблице 3.

Таблица 3

**Статусные различия здоровья в старших возрастах и госрасходы на здоровье**

Переменные	Модель 5: плохое здоровье		Модель 6: ограничения по болезни	
	G	Sig.	G	Sig.
<i>Уровень 1: индивиды</i>				
Intercept	-0,22	0,029	0,45	0,001
Пол (Ж = 0, М = 1)	-0,20	0,014	-0,19	0,001
Возраст, лет: 50–64 = 0, 65–80 = 1	-0,04	0,779	0,26	0,055
Субъективный социальный статус	-4,01	0,000	-2,45	0,000
Возраст x статус	1,07	0,001	0,55	0,014
<i>Уровень 2: страны</i>				
Госрасходы на здравоохранение	0,92	0,004	1,42	0,001
Интеракции уровней 1 и 2				
Госрасходы x пол	0,28	0,172	-0,06	0,680
Госрасходы x возраст	-3,69	0,000	-2,52	0,000
Госрасходы x статус	-2,26	0,006	-1,61	0,021
Госрасходы x (возраст x статус)	4,10	0,001	2,28	0,011
<i>Дисперсии</i>				
Возраст x статус	1,67	0,002	0,77	0,001
Объясненная дисперсия: госрасходы, %	45		61	

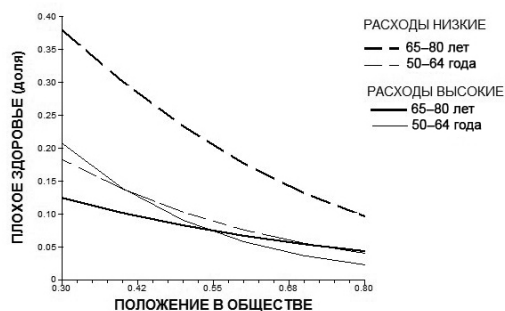
*Примечание:* Двухуровневые логистические модели с робастными стандартными ошибками, случайными коэффициентами и взаимным влиянием воспринимаемого социального статуса и возрастной дихотомии, а также интеракциями между переменными первого и второго уровней. N1 (индивиды), модель 5 = 22582, модель 2 = 22536; N2 (страны) = 27.

В модели 5 зависимая переменная — дихотомия оценок здоровья, отделяющая тех, у кого оно плохое или очень плохое, от всех прочих участников исследования — со средним, хорошим или очень хорошим самочувствием, а в модели 6 — признак наличия или отсутствия серьезных заболеваний, ограничивающих жизнедеятельность.

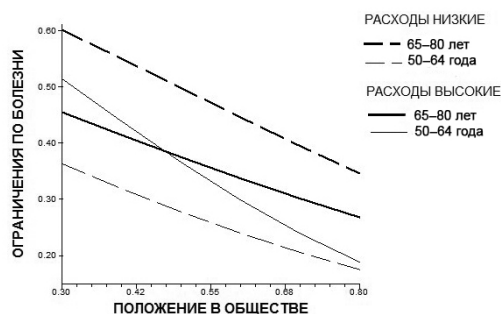
Обе модели приводят к сходным заключениям, свидетельствуя о статистически значимых воздействиях на здоровье интеракции социаль-

ного статуса и возрастной дихотомии, о существенных различиях таких воздействий в изучаемых странах, а также о возможности объяснения этих различий общественным контекстом. Согласно коэффициентам, приведенным в таблице 3, неравенства в здоровье с меньшей отчетливостью проявляются в группе людей 65–80 лет, чем в категории 50–64-летних, причем такая закономерность характерна для стран, отличающихся большими государственными вложениями в здравоохранение.

В наглядном виде результаты моделирования представлены на рисунке 2: график (А) иллюстрирует различия «плохого» здоровья (построен по модели 5), а (Б) демонстрирует расхождения по показателю серьезных заболеваний (по модели 6). Сплошные линии на рисунках (А) и (Б) характеризуют страны с высокими государственными расходами на здравоохранение, пунктирные — с низкими расходами, жирные линии — группу пожилых людей 65–80 лет, а простые — 50–64-летних.



(А) Плохое здоровье



(Б) Ограничения по болезни

*Примечание:* Рисунки построены по уравнениям моделей 5 и 6. Положение в обществе — децили переменной субъективного социального статуса. Низкие/высокие расходы государства на здравоохранение — усредненные значения для нижнего и верхнего квартилей соответственно.

**Рис. 2. Статусные неравенства здоровья в старших возрастах: значение государственных расходов на здравоохранение**



Согласно рисункам, при невысоких бюджетных расходах на здравоохранение между двумя возрастными группами обнаруживаются значительные расхождения в показателях здоровья, причем с понижением социального статуса этот разрыв увеличивается вследствие большего ухудшения здоровья в самой старшей группе, что особенно хорошо видно на графиках, объясняющих «плохое» здоровье. Неравенства (проекции линий на ось ординат) выражены в обеих возрастных категориях достаточно отчетливо, а у самых пожилых они даже больше, чем в группе 50–64-летних. Иная картина в странах, где расходы на здравоохранение были значительными. Сплошные жирные линии, относящиеся к категории 65–80 лет, идут на обоих рисунках ближе к горизонтали, чем простые линии, относящиеся к 50–64-летним, и пересекают их, что говорит о меньших статусных неравенствах у пожилых, причем при низком статусе их здоровье оказывается даже лучше по сравнению с самочувствием их более молодых сограждан.

#### **Заключительные замечания**

Представленная работа была посвящена исследованию изменения статусных неравенств в здоровье с возрастом. Сравнительный анализ, охватывающий многие европейские государства, продемонстрировал, что по мере перехода к старшим возрастным когортам наблюдается постепенное увеличение неравенств, измеренных по показателю субъективного социального статуса. Оно было не очень отчетливым, но все же заметным, особенно в странах с относительно небольшими бюджетными вложениями в развитие здравоохранения. В наиболее развитых социальных демократиях эта тенденция нарушалась — небольшое усиление неравенств продолжалось до предпенсионного возраста, а затем — в категории пожилых людей — они сглаживались.

Ориентируясь на предположение, что это выравнивание может быть следствием государственной социальной защиты уязвимых слоев, мы провели двухуровневое моделирование, подтвердившее такую зависимость. Неравенства сглаживались в самой старшей когорте только в тех странах, которые отличались значительными государственными расходами на здравоохранение. При малом объеме этих расходов показатели здоровья у индивидов с низким социальным статусом в самой старшей группе не только не сближались с показателями предшествующей когорты, но, напротив, еще больше с ними расходились, если сравнивать это расхождение с соответствующим в высокостатусном слое. Описанные закономерности подтверждаются и при построении нами ряда аналогичных двухуровневых моделей, в которых использовались другие индикаторы социального государства. Среди них — общие расходы государства на социальную защиту, а также отдельно — на поддержку пожилых людей и на социальную помощь (рассчитаны нами в сопоставимых по паритету

покупательной способности \$ на душу населения с использованием сведений Международной организации труда [80, Table B.13]). Еще один индикатор был представлен типологией режимов обеспечения социальных гарантий (опирается на идеи [26], развиваемые применительно к нашей проблематике, например в [64]), включающей социал-демократическую, консервативную, либеральную, южную и восточноевропейскую разновидности (две первые обеспечивают высокий уровень защиты, а остальные — низкий). Как и в описанных выше моделях, все эти индексы дают статистически значимые межуровневые интеракции, объясняющие взаимное воздействие возрастной дихотомии и социального статуса на плохое самочувствие и ограничения активности по болезни в разных общественных контекстах. Например, лучшее объяснение сглаживания в развитых странах статусных неравенств плохого здоровья в самой старшей когорте дает контекстуальный фактор бюджетных расходов на нужды пожилых (объясняет 62% дисперсии, характеризующей разброс коэффициентов совместного влияния возраста и статуса на здоровье в изученных странах). Такое сглаживание — при анализе ограничений по болезни — можно обнаружить в социально-демократическом и консервативном режимах обеспечения социальных гарантий, но не в средиземноморском и восточном (объясненная дисперсия — 83%).

В теоретических дебатах, как отмечалось в обзоре литературы, противостоят две точки зрения, объясняющие выравнивание статусных неравенств в самой старшей группе. Согласно одной из них, физиологические механизмы старения начинают играть для представителей этой группы более важную роль, снижая зависимость здоровья от социальных факторов. Отмечалось также, что избирательная смертность, сокращая ряды низкостатусных индивидов с плохим здоровьем, может приводить к выравниванию структурных различий. Сторонники другой позиции подчеркивают значение социальной политики — поддержанию здоровья уязвимых слоев способствуют государственная поддержка и защита, в том числе специальные программы для пожилых людей. Наши результаты подкрепляют аргументы последней позиции. Если бы действовали естественные механизмы старения и селекции, выравнивание должно было бы наблюдаться повсеместно, а не только в развитых странах. Однако этого не происходит — в менее развитых частях Европы сокращения неравенств среди пожилых не наблюдается, а по некоторым показателям они даже отчетливо увеличиваются, причем из-за большего ухудшения здоровья у представителей нижних социальных слоев. Уменьшение неравенств в группе 65–80-летних происходит в развитых странах, напротив, вследствие сохранения здоровья людьми с низкой общественной позицией, чему способствует защита со стороны социального государства.

ЛИТЕРАТУРА НА РУССКОМ ЯЗЫКЕ<sup>1</sup>

1. Вишневский А., Школьников В. Смертность в России: главные группы риска и приоритеты действия. М.: Московский Центр Карнеги, 1997. — 84 с.
2. Имаева А.Э., Туаева Е.М., Шальнова С.А., Киселева Н.В. Ишемическая болезнь сердца и факторы риска у населения пожилого возраста // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2016. Т. 15. № 2. С. 93–99. DOI: 10.15829/1728-8800-2016-2-93-99
3. Киселева Е.С. Продолжительность жизни и здоровье населения старшего возраста в России // Вестник Московского университета. Серия 6. Экономика. 2011. № 2. С. 93–100.
4. Кислицына О.А. Влияние социально-экономических факторов на состояние здоровья: роль абсолютных или относительных лишений // Журнал исследований социальной политики. 2015. № 2. С. 289–302.
5. Козырева П.М., Низамова А.Э., Смирнов А.И. Здоровье населения России: динамика и возрастные особенности (1994–2011 гг.) // Вестник Института социологии. 2013. № 6. С. 8–47.
6. Косова Л.Б. Недоступное счастье: Что говорят данные опросов о здоровье российского населения // Демоскоп Weekly. 2014. № 621–622 [электронный ресурс]. Дата обращения 25.02.2021. URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/2014/0621/analit04.php>
7. Косова Л.Б. Третий возраст: социальное самочувствие // Демоскоп Weekly. 2015. № 667–668 [электронный ресурс]. Дата обращения 25.02.2021. URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/2015/0667/demoscope667.pdf>
8. Неравенство и смертность в России / Под ред. В. Школьников, Е. Андреева, Т. Малевой. М.: Сигналь, 2000. — 107 с.
9. Римашевская Н., Кислицына О. Неравенство доходов и здоровье // Народонаселение. 2004. № 2. С. 5–17.
10. Тапилина В.С. Социально-экономическая дифференциация и здоровье населения России // ЭКО. 2002. № 2. С. 114–125.
11. Шальнова С.А., Имаева А.Э., Капустина А.В., Муромцева Г.А., Баланова Ю.А., Школьников В.М. Самооценка здоровья москвичей 55 лет и старше, традиционные факторы риска и их прогностическое значение // Российский кардиологический журнал. 2019. Т. 24. № 6. С. 27–33. DOI: 10.15829/1560-4071-2019-6-27-33
12. Шульгин С.Г., Зинькина Ю.В., Щербов С.Я. Ожидаемая продолжительность жизни пожилых в России в зависимости от образовательного статуса // Демографическое обозрение. 2018. Т. 5. № 1. С. 25–38. DOI: 10.17323/demreview.v5i1.7708

## СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

**Русинова Нина Львовна** — кандидат экономических наук, заведующий сектором социологии здоровья, Социологический институт РАН — филиал Федерального научно-исследовательского социологического центра РАН. **Телефон:** +7 (812) 316-75-68. **Электронная почта:** nrusinova@gmail.com

<sup>1</sup> Полный список литературы приводится в “References”. — Прим. ред.

**Сафронов Вячеслав Владимирович** — старший научный сотрудник, Социологический институт РАН — филиал Федерального научно-исследовательского социологического центра РАН.

**Телефон:** +7 (812) 316-34-36. **Электронная почта:** vsafronov@list.ru

Дата поступления: 27.03.2020.

---

**SOTSIOLOGICHESKIY ZHURNAL = SOCIOLOGICAL JOURNAL. 2021.**  
**VOL. 27. No. 1. P. 97–121.** DOI: 10.19181/socjour.2021.27.1.7846

*NINA L. RUSINOVA<sup>1</sup>, VIACHESLAV V. SAFRONOV<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Sociological Institute of FCTAS RAS.

25/14, 7-th Krasnoarmeyskaya str., 190005, St Petersburg, Russian Federation.

#### **AGE DIFFERENCES OF SES INEQUALITIES IN HEALTH: THE ROLE OF SOCIAL STATE**

*Abstract.* This article is devoted to such an issue as the changing socio-economic inequalities in health that come with age. According to one theoretical explanation, these inequalities increase when people get older: in the lower strata, the negative effects of life's hardships on health accumulate, and in the well-off ones, conversely, an accumulated positive effect occurs. This explanation is opposed by theories that predict a reduction in inequality. In older cohorts, as one of them notes, inequalities decrease as the physiological mechanisms of aging begin to play an increasingly important role, reducing the importance of social factors. Selective mortality can also help equalize structural distinction — reducing the number of low-status individuals with poor health leads to social differences smoothening out. Proponents of another theory emphasize the importance of social policy — state support and protection, including special social security programs for the elderly, in helping to maintain the health of vulnerable groups. The empirical results contradict the hypotheses and do not provide convincing evidence for any of the assumptions. Two-level modeling with survey data from the European Social Survey (ESS 2012) for 27 countries and statistical data on these countries, as well as regression analysis carried out on arrays of two groups of countries — with low and high government expenditure on health — showed that, as the transition to older age cohorts occurs, there is a gradual expansion of status inequalities, especially noticeable in countries with low budget spending on health. In the most developed social democracies, this trend did not persist — a slight increase in inequality continues until pre-retirement age, and then — in the category of older people — they smoothen out. The findings support arguments about the positive role of the social state in improving national health and reducing health inequalities after retirement.

*Keywords:* self-rated health; limitations in daily activity due to illness; subjective social status; status inequalities in health; age moderation; comparative analysis; European Social Survey; government expenditure on health; two-level modeling.

**For citation:** Rusinova, N.L., Safronov, V.V. Age Differences of SES Inequalities in Health: The Role of Social State. *Sotsiologicheskii Zhurnal = Sociological Journal*. 2021. Vol. 27. No. 1. P. 97–121. DOI: 10.19181/socjour.2021.27.1.7846

## REFERENCES

1. Vishnevskii A., Shkol'nikov V. *Smertnost' v Rossii: glavnye gruppy riska i priority deistviya*. [Mortality in Russia: main risk groups and priorities for action.] Moscow: Moskovskii Tsentri Karnegi publ., 1997. 84 p. (In Russ.)
2. Imaeva A.E., Tuaeve E.M., Shal'nova S.A., Kiseleva N.V. Ischemic heart disease and risk factors in the elderly population. *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika*. 2016. Vol. 15. No. 2. P. 93–99. DOI: 10.15829/1728-8800-2016-2-93-99 (In Russ.)
3. Kiseleva E.S. Life expectancy and health of the older population in Russia. *Vestnik Moskovskogo universiteta. Seriya 6. Ekonomika*. 2011. No. 2. P. 93–100. (In Russ.)
4. Kislitsyna O.A. The influence of socio-economic factors on health: The role of absolute or relative deprivation. *Zhurnal issledovaniy sotsial'noi politiki*. 2015. No. 2. P. 289–302. (In Russ.)
5. Kozyreva P.M., Nizamova A.E., Smirnov A.I. Health of the population of Russia: Dynamics and age characteristics (1994–2011). *Vestnik Instituta sotsiologii*. 2013. No. 6. P. 8–47. (In Russ.)
6. Kosova L.B. Inaccessible Happiness: What Survey Data Say About the Health of the Russian Population. *Demoskop Weekly*. 2014. No. 621–622. Accessed 25.02.2021. URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/2014/0621/analit04.php> (In Russ.)
7. Kosova L.B. Third age: Social well-being. *Demoskop Weekly*. 2015. No. 667–668. Accessed 25.02.2021. URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/2015/0667/demoscope667.pdf> (In Russ.)
8. *Neravenstvo i smertnost' v Rossii*. [Inequality and Mortality in Russia.] Ed. by V. Shkol'nikov, E. Andreev, T. Maleva. Moscow: Signal' publ., 2000. 107 p. (In Russ.)
9. Rimashevskaya N., Kislitsina O. Income inequality and health. *Narodonaselenie*. 2004. No. 2. P. 5–17. (In Russ.)
10. Tapilina V.S. Socio-economic differentiation and health of the population of Russia. *EKO*. 2002. No. 2. P. 114–125. (In Russ.)
11. Shal'nova S.A., Imaeva A.E., Kapustina A.V., Muromtseva G.A., Balanova Yu.A., Shkol'nikov V.M. Self-assessment of the health of Muscovites 55 years and older, traditional risk factors and their prognostic value. *Rossiiskii kardiologicheskii zhurnal*. 2019. Vol. 24. No. 6. P. 27–33. DOI: 10.15829/1560-4071-2019-6-27-33 (In Russ.)
12. Shul'gin S.G., Zin'kina Yu.V., Shcherbov S.Ya. Life expectancy of the elderly in Russia depending on educational status. *Demograficheskoe obozrenie*. 2018. Vol. 5. No. 1. P. 25–38. DOI: 10.17323/demreview.v5i1.7708 (In Russ.)
13. Assari S. Gender differences in the predictive role of self-rated health on short-term risk of mortality among older adults. *SAGE Open Medicine*. 2016. Vol. 4. P. 1–8. DOI: 10.1177/2050312116666975
14. Beckett M. Converging health inequalities in later life—an artifact of mortality selection. *Journal of Health and Social Behavior*. 2000. Vol. 41. No. 1. P. 106–119. DOI: 10.2307/2676363
15. Benzeval M., Green M.J., Leyland A.H. Do social inequalities in health widen or converge with age? Longitudinal evidence from three cohorts in the West of Scotland. *BMC Public Health*. 2011. Vol. 11:947. Accessed 25.02.2021. DOI: 10.1186/1471-2458-11-947
16. Braveman P.A., Cubbin C., Egerter S., Chideya S., Marchi K.S., Metzler M., et al. Socioeconomic status in health research: one size does not fit all. *JAMA*. 2005. Vol. 294. No. 22. P. 2879–2888. DOI: 10.1001/jama.294.22.2879
17. Cohen G., Forbes J., Garraway M. Interpreting self reported limiting long term illness. *British Medical Journal*. 1995. Vol. 311. No. 7007. P. 722–724. DOI: 10.1136/bmj.311.7007.722
18. Chandola T., Ferrie J., Sacker A., Marmot M. Social inequalities in self reported health in early old age: follow-up of prospective cohort study. *British Medical Journal*. 2007. Vol. 334:990. Accessed 27.02.2021. DOI: 10.1136/bmj.39167.439792.55

19. Corna L.M. A life course perspective on socioeconomic inequalities in health: A critical review of conceptual frameworks. *Advances in Life Course Research*. 2013. Vol. 18. No. 2. P. 150–159. DOI: 10.1016/j.alcr.2013.01.002
20. Cullati S. Socioeconomic inequalities in health trajectories in Switzerland: are trajectories diverging as people age? *Sociology of Health and Illness*. 2015. Vol. 37. No. 5. P. 745–764. DOI: 10.1111/1467-9566.12232
21. 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. P. 60–69. DOI: 10.1016/j.socscimed.2012.12.010
22. Damian J., Ruigomez A., Pastor V., Martin-Moreno J.M. Determinants of self assessed health among Spanish older people living at home. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 1999. Vol. 53. No. 7. P. 412–416. DOI: 10.1136/jech.53.7.412
23. Dannefer D. Cumulative advantage/disadvantage and the life course: Cross-fertilizing age and social science theory. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 2003. Vol. 58. No. 6. P. S327–S337. DOI: 10.1093/geronb/58.6.s327
24. Della Bella S., Lucchini M., Assi J. Health inequality across time: a growth curve analysis of self assessed health in contemporary Switzerland. *Swiss Journal of Sociology*. 2012. Vol. 38. No. 2. P. 291–309.
25. Demakakos P., Nazroo J., Breeze E., Marmot M. Socioeconomic Status and Health: The Role of Subjective Social Status. *Social Science & Medicine*. 2008. Vol. 67. No. 2. P. 330–340. DOI: 10.1016/j.socscimed.2008.03.038
26. Esping-Andersen G. *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1990. 264 p. DOI: 10.1007/s12286-019-00433-5
27. ESS Round 6: European Social Survey Round 6 Data. Data file edition 2.4. *NSD — Norwegian Centre for Research Data, Norway — Data Archive and distributor of ESS data for ESS ERIC, 2012*. Accessed 10.02.2020. DOI: 10.17356/ieejsp.v5i1.483
28. European Social Survey. *Weighting European Social Survey Data*, 2014. Accessed 10.02.2020. URL: [https://www.europeansocialsurvey.org/docs/methodology/ESS\\_weighting\\_data\\_1.pdf](https://www.europeansocialsurvey.org/docs/methodology/ESS_weighting_data_1.pdf)
29. Ferraro K.F., Farmer M.M. Double jeopardy, aging as leveler, or persistent health inequality? A longitudinal analysis of white and black Americans. *Journal of Gerontology*. 1996. Vol. 51B. No. 6. P. S319–S328. DOI: 10.1093/geronb/51b.6.s319
30. Ferraro K.F., Shippee T.P. Aging and cumulative inequality: How does inequality get under the skin? *Gerontologist*. 2009. Vol. 49. No. 3. P. 333–343. DOI: 10.1093/geront/gnp034
31. Grundy E., Holt G. The socioeconomic status of older adults: How should we measure it in studies of health inequalities? *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2001. Vol. 55. No. 12. P. 895–904. DOI: 10.1136/jech.55.12.895
32. Hayes A.F. *Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis. A Regression-Based Approach*. Second Ed. New York and London: The Guilford Press, 2018. 692 p.
33. Herd P. Do functional health inequalities decrease in old age? Educational status and functional decline among the 1931–1941 birth cohort. *Research on Aging*. 2006. Vol. 28. No. 3. P. 375–392. DOI: 10.1177/0164027505285845
34. Hoffman R. Do socioeconomic mortality differences decrease with rising age? *Demographic Research*. 2005. Vol. 13. No. 2. P. 35–62. DOI: 10.4054/demres.2005.13.2
35. House J., Kessler R., Herzog R., Mero R., Kinney A., Breslow M. Age, socioeconomic status, and health. *Milbank Quarterly*. 1990. Vol. 68. No. 3. P. 383–411. DOI: 10.2307/3350111
36. House J., Lepkowski J., Kinney A., Mero R., Kessler R., Herzog R. The social stratification of aging and health. *Journal of Health and Social Behavior*. 1994. Vol. 35. No. 3. P. 213–234. DOI: 10.2307/2137277

37. Högberg B., Strandh M., Baranowska-Rataj A., Johansson Sevä I. Ageing, health inequalities and the welfare state: A multilevel analysis. *Journal of European Social Policy*. 2018. Vol. 28. No. 4. P. 311–325. DOI: 10.1177/0958928717739234
38. Hu W., Lu J. Associations of chronic conditions, APOE4 allele, stress factors, and health behaviors with self-rated health. *BMC Geriatrics*. 2015. Vol. 15:137. Accessed 27.02.2021. DOI: 10.1186/s12877-015-0132-y
39. Huisman M., Kunst A.E., Andersen O., Bopp M., Borgan J.K., Borrell C., et al. Socioeconomic inequalities in mortality among elderly people in 11 European populations. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2004. Vol. 58. No. 6. P. 468–475. DOI: 10.1136/jech.2003.010496
40. Huisman M., Kunst A.E., Mackenbach J.P. Socioeconomic inequalities in morbidity among the elderly: a European overview. *Social Science & Medicine*. 2003. Vol. 57. No. 5. P. 861–873. DOI: 10.1016/s0277-9536(02)00454-9
41. Huisman M., Read S., Towriss C.A., Deeg D.J., Grundy E. Socioeconomic inequalities in mortality rates in old age in the World Health Organization Europe region. *Epidemiologic Reviews*. 2013. Vol. 35. No. 1. P. 84–97. DOI: 10.1093/epirev/mxs010
42. Idler E.L., Benyamini Y. Self-Rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*. 1997. Vol. 38. No. 1. P. 21–37. DOI: 10.2307/2955359
43. Idler E.L., Kasl S.V. Self-ratings of health: Do they also predict change in functional ability? *Journal of Gerontology*. 1995. Vol. 50. No. 6. P. S344–S353. DOI: 10.1093/geronb/50b.6.s344
44. Idler E.L., Russell L.B., Davis D. Survival, functional limitations, and self-rated health in the NHANES I epidemiologic follow-up study, 1992. First National Health and Nutrition Examination Survey. *American Journal of Epidemiology*. 2000. Vol. 152. No. 9. P. 874–883. DOI: 10.1093/aje/152.9.874
45. Jürges H., Avendano M., Mackenbach J.P. Are Different Measures of Self-Rated Health Comparable? An Assessment in Five European Countries. *European Journal of Epidemiology*. 2008. Vol. 23. No. 12. P. 773–781. DOI: 10.1007/s10654-008-9287-6
46. Kelley-Moore J.A., Ferraro K.F. The black/white disability gap: persistent inequality in later life? *The Journals of Gerontology: Series B*. 2004. Vol. 59. No. 1. P. S34–S43. DOI: 10.1093/geronb/59.1.s34
47. Kim J., Durden E. Socioeconomic status and age trajectories of health // *Social Science & Medicine*. 2007. Vol. 65. No. 12. P. 2489–2502. DOI: 10.1016/j.socscimed.2007.07.022
48. Lee Y. The predictive value of self assessed general, physical, and mental health on functional decline and mortality in older adults. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2000. Vol. 54. No. 2. P. 123–129. DOI: 10.1136/jech.54.2.123
49. Leopold L. Cumulative Advantage in an Egalitarian Country? Socioeconomic Health Disparities over the Life Course in Sweden. *Journal of Health and Social Behavior*. 2016. Vol. 57. No. 2. P. 257–273. DOI: 10.1177/0022146516645926
50. Leopold L., Leopold T. Education and Health across Lives and Cohorts: A Study of Cumulative (Dis)advantage and Its Rising Importance in Germany. *Journal of Health and Social Behavior*. 2018. Vol. 59. No. 1. P. 94–112. DOI: 10.1177/0022146517751206
51. Macintyre S., McKay L., Der G., Hiscock R. Socio-economic position and health: what you observe depends on how you measure it. *Journal of Public Health Medicine*. 2003. Vol. 25. No. 4. P. 288–294. DOI: 10.1093/pubmed/fdg089
52. Manor O., Matthews S., Power C. Self-Rated Health and Limiting Longstanding Illness: Inter-Relationships with Morbidity in Early Adulthood. *International Journal of Epidemiology*. 2001. Vol. 30. No. 3. P. 600–607. DOI: 10.1093/ije/30.3.600
53. Marmot M.G., Shipley M.J. Do socioeconomic differences in mortality persist after retirement? 25 year follow up of civil servants from the first Whitehall study. *British Medical Journal*. 1996. Vol. 313. No. 7066. P. 1177–1180. DOI: 10.1136/bmj.313.7066.1177

54. McDonough P., Sacker A., Wiggins R.D. Time on my side? Life course trajectories of poverty and health. *Social Science & Medicine*. 2005. Vol. 61. No. 8. P. 1795–1808.
55. McFadden E., Luben R., Bingham S., Wareham N., Kinmonth A.L., Khaw K.T. Social inequalities in self-rated health by age: Cross-sectional study of 22 457 middle-aged men and women. *BMC Public Health*. 2008. Vol. 8:230. DOI: 10.1186/1471-2458-8-230
56. McMunn A., Nazroo J., Breeze E. Inequalities in health at older ages: a longitudinal investigation of the onset of illness and survival effects in England. *Age and Ageing*. 2009. Vol. 38. No. 2. P. 181–187. DOI: 10.1093/ageing/afn236
57. Miilunpalo S., Vuori I., Oji P., Pasanen M., Urponen H. Self-rated health status as a health measure: the predictive value of self-reported health status on the use of physician services and on mortality in the working-age population. *Journal of Clinical Epidemiology*. 1997. Vol. 50. No. 5. P. 517–528. DOI: 10.1093/ageing/afn236
58. Mirowsky J., Ross C.E. Education and self-rated health. Cumulative advantage and its rising importance. *Research on Aging*. 2008. Vol. 30. No. 1. P. 93–122. DOI: 10.1177/0164027507309649
59. Prus S.G. Age, SES, and health: a population level analysis of health inequalities over the lifecourse. *Sociology of Health & Illness*. 2007. Vol. 29. No. 2. P. 275–296. DOI: 10.1111/j.1467-9566.2007.00547.x
60. Präg P., Mills M.C., Wittek R. Subjective socioeconomic status and health in cross-national comparison. *Social Science & Medicine*. 2016. Vol. 149. P. 84–92. DOI: 10.1016/j.socscimed.2015.11.044
61. Raudenbush S.W., Bryk A.S. *Hierarchical Linear Models: Applications and Data Analysis Methods*. 2nd ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 2002. 512 p.
62. Robert S., House J.S. SES differentials in health by age and alternative indicators of SES. *Journal of Aging and Health*. 1996. Vol. 8. No. 3. P. 359–388. DOI: 10.1177/089826439600800304
63. Ross C.E., Wu C.L. Education, age, and the cumulative advantage in health. *Journal of Health and Social Behavior*. 1996. Vol. 37. No. 1. P. 104–120.
64. Rostila M. *Social Capital and Health Inequality in European Welfare States*. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2013. 512 p.
65. Sacker A., Clarke P., Wiggins R.D., Bartley M. Social dynamics of health inequalities: a growth curve analysis of ageing and self assessed health in the British Household Panel Survey 1991–2001. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2005. Vol. 59. No. 6. P. 495–501. DOI: 10.1136/jech.2004.026278
66. Schmidt S., Petermann F., Braehler E. Social inequality, mental and physical health — how much is influenced by age? *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*. 2012. Vol. 60. No. 3. P. 205–215. DOI: 10.1024/1661-4747/a000117
67. Schöllgen I., Huxhold O., Tesch-Römer C. Socioeconomic status and health in the second half of life: findings from the German Ageing Survey. *European Journal of Ageing*. 2010. Vol. 7. No. 1. P. 17–28. DOI: 10.1007/s10433-010-0140-x
68. Shkolnikov V.M., Andreev E.M., McKee M., Leon D.A. Components and possible determinants of decrease in Russian mortality in 2004–2010. *Demographic Research*. 2013. Vol. 28. Article 32. P. 917–950. DOI: 10.4054/demres.2013.28.32
69. Singh-Manoux A., Adler N.E., Marmot M.G. Subjective Social Status: Its Determinants and its Association with Measures of Ill-health in the Whitehall II study. *Social Science & Medicine*. 2003. Vol. 56. No. 6. P. 1321–1333. DOI: 10.1016/s0277-9536(02)00131-4
70. Singh-Manoux A., Ferrie J.E., Chandola T., Marmot M. Socioeconomic trajectories across the life course and health outcomes in midlife: evidence for the accumulation hypothesis? *International Journal of Epidemiology*. 2004. Vol. 33. No. 5. P. 1072–1079. DOI: 10.1093/ije/dyh224
71. Singh-Manoux A., Marmot M.G., Adler N.E. Does Subjective Social Status Predict Health and Change in Health Status Better Than Objective Status? *Psychosomatic Medicine*. 2005. Vol. 67. No. 6. P. 855–861. DOI: 10.1097/01.psy.0000188434.52941.a0



72. Sulander T., Pohjolainen P., Karvinen E. Self-rated health (SRH) and socioeconomic position (SEP) among urban home-dwelling older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2012. Vol. 54. No. 1. P. 117–120. DOI: 10.1016/j.archger.2011.01.009
73. Todd M.A., Shkolnikov V.M., Goldman N. Why are well-educated Muscovites more likely to survive? Understanding the biological pathways. *Social Science & Medicine*. 2016. Vol. 157. P. 138–147. DOI: 10.1016/j.socscimed.2016.02.041
74. van Kippersluis H., O'Donnell O., van Doorslaer E., van Ourti T. Socioeconomic differences in health over the life cycle in an egalitarian country. *Social Science & Medicine*. 2010. Vol. 70. No. 3. P. 428–438. DOI: 10.1016/j.socscimed.2009.10.020
75. Verropoulou G. Key Elements Composing Self-Rated Health in Older Adults: A Comparative Study of 11 European Countries. *European Journal of Ageing*. 2009. Vol. 6. No. 3. P. 213–226. DOI: 10.1007/s10433-009-0125-9
76. von dem Knesebeck O., Lüschen G., Cockerham W.C., Siegrist J. Socioeconomic status and health among the aged in the United States and Germany: a comparative cross-sectional study. *Social Science & Medicine*. 2003. Vol. 57. No. 9. P. 1643–1652. DOI: 10.1016/s0277-9536(03)00020-0
77. *WHO Global Health Expenditure Atlas*. Geneva: World Health Organization, 2014. Accessed 10.02.2020. URL: <https://www.who.int/health-accounts/atlas2014.pdf>
78. Wilson A.E., Shuey K.M., Elder G.H. Cumulative advantage processes as mechanisms of inequality in life course health. *American Journal of Sociology*. 2007. Vol. 112. No. 6. P. 1886–1924. DOI: 10.1086/512712
79. *World Report on Ageing and Health*. Geneva: World Health Organization, 2015. Accessed 10.02.2020. URL: <https://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en/>
80. *World Social Protection Report 2014/15: Building economic recovery, inclusive development and social justice*. International Labour Office. Geneva: ILO, 2014. 361 p.

#### INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

**Nina L. Rusinova** — Head of the Sociology of Health Department, Sociological Institute of FCTAS RAS. **Phone:** +7 (812) 316-75-68. **Email:** nrusinova@gmail.com

**Viacheslav V. Safronov** — Senior Fellow, Sociological Institute of FCTAS RAS. **Phone:** +7 (812) 316-34-36. **Email:** vsafronov@list.ru

Received: 27.03.2020.

---