

# 7/22

ПРЕПРИНТЫ



Т. М. Малева, М. А. Карцева, П. О. Кузнецова

**ВЛИЯНИЕ РОДИТЕЛЬСКОЙ СЕМЬИ  
НА ЗДОРОВЬЕ И ОБРАЗ ЖИЗНИ  
ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ:  
ОПЫТ ЭМПИРИЧЕСКОГО АНАЛИЗА**

**Федеральное государственное бюджетное образовательное  
учреждение высшего образования  
«РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ НАРОДНОГО ХОЗЯЙСТВА  
И ГОСУДАРСТВЕННОЙ СЛУЖБЫ  
ПРИ ПРЕЗИДЕНТЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»**

**Влияние родительской семьи на здоровье и образ жизни взрослого  
населения: опыт эмпирического анализа**

Малева Т.М., директор ИНСАП РАНХиГС, к.э.н., ORCID 000-0002-1483-0326, email: ma-  
leva-tm@ranepa.ru

Карцева М.А., с.н.с. ИНСАП РАНХиГС, к.э.н., ORCID 000-0002-4292-3597, email:  
kartseva-ma@ranepa.ru

Кузнецова П.О., с.н.с. ИНСАП РАНХиГС, к.э.н., ORCID 0000-0002-1524-5620, email: kuz-  
netsova-po@ranepa.ru

**Препринт**

**Москва 2022**

## **Аннотация**

Здоровье населения – важнейший компонент человеческого капитала, человеческого потенциала любой страны. Здоровье населения лежит в основе успешного экономического и социального развития страны в настоящем и в будущем, определяет демографические тенденции и многие другие аспекты общественной жизни. Понимание факторов здоровья взрослого населения – ключ к формированию эффективной политики в области сохранения и укрепления здоровья граждан.

Основным фокусом данной работы является изучение влияния стартовых возможностей человека на его здоровье во взрослых возрастах. Под стартовыми возможностями в данном случае понимаются те условия, в которых человек родился и рос. В работе представлены результаты обзора современной российской и зарубежной литературы, посвященной неравенству возможностей в здоровье взрослого населения. В рамках исследования проводится анализ и систематизация основных теоретических и эмпирических подходов к определению вклада неравенства стартовых возможностей в неравенство в здоровье взрослого населения. Результаты проведенного исследования закладывают основу для формирования методологии эконометрической оценки вклада неравенства возможностей в неравенство в здоровье взрослого населения РФ. Дополнительным результатом работы является формирование базы результатов количественной оценки неравенства возможностей в здоровье, которая может быть использована для проведения сравнительного анализа.

**Ключевые слова:** здоровье, взрослые, неравенство возможностей

**JEL-коды:** I1, J16, J24

**The effect of the parental family on the health and lifestyle of the adult  
population: experience of empirical analysis**

Maleva T.M., Institute for Social Analysis and Forecasting, RANEPА, Director, Candidate of  
Science, ORCID: 000-0002-1483-0326,

email: maleva-tm@ranepa.ru

Kartseva M.A., Institute for Social Analysis and Forecasting, RANEPА, Senior Researcher,  
Candidate of Science, ORCID: 000-0002-4292-3597,

email: kartseva-ma@ranepa.ru

Kuznetsova P.O., Institute for Social Analysis and Forecasting, RANEPА, Senior Researcher,  
Candidate of Science, ORCID: 0000-0002-1524-5620,

email: kuznetsova-po@ranepa.ru

**Working Paper**

**Moscow 2022**

## **Abstract**

Public health is the most important component of human capital of any country, of its human capacity. The health of the population determines the success of economic and social development of the country at present and in the future, determines demographic trends and many other aspects of social life. Understanding the health factors of the adult population is key to designing an effective public health policy.

The main focus of this work is to study the influence of a person's starting opportunities on his health in adulthood. In this case, starting opportunities are understood as the conditions in which that person was born and grew up. The paper presents the results of a review of modern Russian and foreign literature on the inequality of opportunities in the health of the adult population. The study analyzes and classifies the main theoretical and empirical approaches to determining the contribution of inequality of opportunities to inequality in the health of the adult population. The results of the study provide the basis for developing a methodology for econometric assessment of the contribution of inequality of opportunity to inequality in the health of the adult population of the Russian Federation. An additional result of the work is the formation of a database of results of a quantitative assessment of inequality of opportunities in health, which can be used for comparative analysis.

**Keywords:** health, adults, inequality of opportunity

**JEL-codes:** I1, J16, J24

## Содержание

Введение.....	6
1. Неравенство возможностей в здоровье: обзор методологических подходов и зарубежных эмпирических исследований .....	8
2. Неравенство возможностей в здоровье: обзор российских исследований .....	35
Заключение.....	41
Благодарности.....	43
Список источников.....	44

## Введение

Здоровье населения – важнейший компонент человеческого капитала, человеческого потенциала любой страны. Здоровье населения лежит в основе экономического развития страны, является важнейшим фактором экономического роста. Здоровье населения также тесно связано с социальной стабильностью и благополучием населения в целом. Состояние здоровья человека влияет на все без исключения аспекты его жизни – экономические, социальные, демографические. Необходимо особо подчеркнуть, что здоровье населения определяет не только благополучие общества в настоящее время, но в следующих периодах [1, 2].

Понимание ключевых экономических и социально-демографических детерминант здоровья населения может дать политикам ключевую информацию для формирования эффективных мер комплексной политики в области сбережения здоровья населения. Особое внимание в этом контексте следует уделить факторам формирования здоровья и образа жизни в детском возрасте – развитие ребенка имеет существенное влияние на его здоровье и образ жизни во взрослом возрасте; здоровье и образ жизни, сформированные в детском возрасте, не могут быть полностью скорректированы во взрослых возрастах.

В современном развитом обществе неравенство достижений, обусловленное неравенством экзогенных для человека факторов (стартовых возможностей), традиционно рассматривается как несправедливое, требующее компенсации. Соответственно, и неравенство в здоровье безусловно должно трактоваться как несправедливое и требующее вмешательства со стороны общества и государства. Для того, чтобы оценить масштаб проблемы неравенства возможностей в здоровье населения РФ необходимо провести количественную оценку вклада неравенства стартовых возможностей в существующее неравенство в здоровье. Эта оценка позволит понять, в какой степени неравенство в здоровье обусловлено экзогенными факторами, а в какой собственными усилиями людей. Подобная оценка может стать важнейшим фактором формирования политики в области общественного здоровья. Например, если существенная доля неравенства в здоровье обуславливается неравенством стартовых возможностей, то существенные усилия в рамках этой политики должны быть направлены на работу с детьми, с семьями, в которых они проживают, на сохранение и укрепление здоровья детей и на формирования здорового образа жизни детей вне зависимости от социально-экономического и демографического статуса их семей.

Оценка вклада неравенства возможностей в неравенство достижений – сложная теоретическая и эмпирическая задача. Основной целью данной работы является изучение и систематизация теоретических и эмпирических методик, лучших практик анализа нера-

венства факторов здоровья и образа жизни взрослого населения. Основным инструментом работы является кабинетное исследование, в ходе которого проводится критический обзор зарубежной и российской научной литературы, посвященной анализу неравенства факторов здоровья и образа жизни взрослого населения. Особое внимание в рамках анализа уделяется влиянию характеристик родительской семьи, рассматривается концепция неравенства возможностей в здоровье. Проведенный анализ формирует основу для разработки методологии оценки неравенства возможностей в здоровье населения РФ, а также создает базу для сравнительного анализа количественных оценок неравенства в здоровье в РФ и в зарубежных странах.



# **1. Неравенство возможностей в здоровье: обзор методологических подходов и зарубежных эмпирических исследований**

Статья «Несправедливое неравенство в отношении здоровья и здравоохранения» 2009 года [3] – одна из первых исследовательских работ, в которых ставится вопрос оценки вклада неравенства стартовых возможностей в неравенство в здоровье. Авторы отмечают, что в современной научной литературе существует большое количество работ, посвященных анализу влияния текущего социально-экономического положения индивидов на их состояние здоровья. Важным фокусом подобных исследований является анализ неравенства в здоровье и/или неравенства доступа к здравоохранению среди различных социально-демографических групп. Обзор таких исследований представлен в работе [4]. Принято считать, что неравенство в здоровье внутри социально-экономических групп является меньшей проблемой, чем межгрупповое неравенство в здоровье. Также предполагается, что неравенство в потреблении услуг здравоохранения, обусловленное неравенством потребностей, не является несправедливым и, более того, рассматривается как эффективное. Таким образом, с точки зрения исследователей существует легитимное (справедливое) и нелегитимное (несправедливое) неравенство в здоровье, причем справедливое неравенство в здоровье обусловлено поведением индивидов.

Вопросы справедливости неравенства широко обсуждаются в философской и социологической литературе [511]. В рамках эгалитаристской концепции неравенство достижений индивидов не рассматривается как несправедливое. Если неравенство достижений вызвано неравенством усилий, то есть теми факторами, которые находятся во власти человека, то такое неравенство признается справедливым, оно принимается и даже одобряется обществом. Несправедливым считается только то неравенство, которое обусловлено экзогенными факторами, то есть теми факторами, на которые индивид не может влиять. Примерами таких факторов являются демографические характеристики человека (пол, возраст, место рождения, расовая и национальная принадлежность и т.п.), а также характеристики условий, в которых человек родился и воспитывался (образование и занятость родителей, доходы родительской семьи, забота родителей, психологический климат в семье и школе и т.п.). Существенный вклад в разработку теоретической концепции неравенства возможностей внесли работы Джона Ремера [12, 13], который формализовал идею равенства возможностей и представил ее в математических терминах. Согласно предложенной ученым концепции, критерием равенства возможностей является незави-

симось распределения достижений индивидов от их стартовых возможностей (формула (1.1)):

$$F(w|C) = F(w), \quad (1.1)$$

где  $w$  — достижения индивида;

$C$  — набор его стартовых возможностей.

Базируясь на концепции равенства возможностей, предложенной Ремером, авторы [3] строят теоретическую модель, которая позволяет оценить вклад неравенства стартовых возможностей в неравенство в здоровье населения. Следуя Ремеру, авторы полагают, что неравенство в здоровье, обусловленное поведением индивидов, их собственным выбором (усилиями), является справедливым. Несправедливым является только то неравенство в здоровье, которое вызвано экзогенными для индивида факторами.

В качестве усилий в работе рассматриваются такие факторы как здравоохранительное поведение человека, его образ жизни, а в качестве стартовых возможностей – социально-экономические характеристики родительского домохозяйства. Однако авторы отмечают, что в данном случае сложно предположить, что усилия человека, направленные на укрепление и сохранение собственного здоровья абсолютно не зависят от тех условий, в которых он родился и рос. Авторы рассматривают пример такой вредной привычки как курение. В настоящее время широко признается, что курение наносит значительный ущерб здоровью человека, увеличивает вероятность различных заболеваний, сокращает продолжительность жизни. В контексте концепции неравенства возможностей курение можно представить как “негативное” усилие, то есть усилие, ухудшающее здоровье. Однако ключевыми факторами курения во взрослых возрастах являются условия, в которых он родился и рос, то есть стартовые возможности человека. Авторы работы [3] считают, что влияние стартовых возможностей на усилия человека необходимо учитывать при анализе влияния стартовых возможностей на состояние здоровья.

В работе [3] предлагается следующая концептуальная структурная модель. Здоровье индивида  $h_i$  формируется с помощью технологии  $H(\cdot)$  (формула (1.2)):

$$h_i = H(m_i, c_i, e_i, \varepsilon_i, o_i, s_i), \quad (1.2)$$

где  $m_i$  – вектор потребления услуг здравоохранения (например, количество посещений терапевта, количество посещений врачей-специалистов, потребление лекарственных средств, витаминов и т. п.);

$c_i$  – вектор товаров потребления, в том числе товаров, связанных со здравоохранительным поведением, образом жизни (например, курение, алкоголь, физические упражнения);

$o_i$  – вектор характеристик работы индивида (включая время на отдых);

$s_i$  – социально-экономическое происхождение индивида;

$e_i$  – генетически обусловленный «запас» здоровья;

$\varepsilon_i$  – стохастический шок.

Технология производства здоровья является экзогенной для индивида. Таким образом, человек может определять уровень здоровья, выбирая уровни  $m_i$ ,  $c_i$  и  $o_i$ .

Трудовой доход в модели определяется как усилиями индивида, так и его стартовыми возможностями (формула (1.3)):

$$y_i = Y(c_i, o_i, h_i, a_i, s_i), \quad (1.3)$$

где  $a_i$  – врожденная производительность человека, на которую он не может влиять.

Согласно модели, индивид максимизирует свою полезность, которая зависит от потребления, характеристик работы и состояния здоровья ( $U(m_i, c_i, o_i, h_i)$ ), выбирая размер  $m_i$ ,  $c_i$  и  $o_i$ . Необходимо отметить, что потребление услуг здравоохранения  $m_i$  входит в функцию полезности в явном виде – такой подход позволяет учесть наличие индивидуальных предпочтений относительно использования различных медицинских услуг. Бюджетное ограничение в модели имеет следующий вид (формула (1.4)):

$$pc_i + B(m_i, r_i) = y_i - T(y_i, c_i) - \rho(r_i, e_i), \quad (1.4)$$

где  $y_i$  – трудовые доходы индивида;

$T(y_i, c_i)$  – объем налоговых выплат в зависимости от полученных доходов и потребления товаров;

$p$  – цены;

$B(m_i, r_i)$  – объем денежных средств, затраченных на потребление медицинских услуг, помимо оплаты медицинского страхования ( $m_i$  – потребление медицинских услуг,  $r_i$  – степень покрытия стоимости услуг дополнительным страхованием). Функциональный вид  $B(\cdot)$  определяется существующей системой здравоохранения;

$\rho(r_i, e_i)$  – стоимость дополнительной страховки.

В предложенной модели агент ведет себя следующим образом. На первом этапе индивид определяет, покупать дополнительную медицинскую страховку или нет. Это ре-

шение определяется его здоровьем и потенциальными доходами, которые в свою очередь зависят от  $e_i$  и  $a_i$ , а также степенью отвращения к риску ( $R_i$ ) (формула (1.5):

$$r_i = \theta^R(R_i, e_i, a_i, s_i). \quad (1.5)$$

На втором шаге индивид выбирает набор  $(m_i, c_i, o_i)$ , максимизируя полезность  $U(m_i, c_i, o_i, h_i)$  с учетом бюджетного ограничения (1.4). В результате решения максимизационной задачи оптимальный уровень величин  $m_i, c_i, o_i$  может быть определен как функция экзогенных для индивида показателей (формулы (1.6), (1.7), (1.8):

$$m_i = m(s_i, a_i, e_i, \varepsilon_i, R_i, U_i) \quad (1.6)$$

$$o_i = o(s_i, a_i, e_i, \varepsilon_i, R_i, U_i) \quad (1.7)$$

$$c_i = c(s_i, a_i, e_i, \varepsilon_i, R_i, U_i). \quad (1.8)$$

Уровни здоровья, дохода и полезности определяются экзогенно. Подставляя выбранные индивидом уровни  $m_i, c_i, o_i$  в уравнения здоровья (1.2) и уравнение дохода (1.3), можно получить:

$$h_i = H^R(s_i, a_i, e_i, \varepsilon_i, R_i, U_i) \quad (1.9)$$

$$y_i = Y^R(s_i, a_i, e_i, \varepsilon_i, R_i, U_i) \quad (1.10)$$

$$u_i = U^R(s_i, a_i, e_i, \varepsilon_i, R_i, U_i) \quad (1.11)$$

Таким образом, поведение индивида и его выбор описываются достаточно сложной системой уравнений, решение которых в явном виде затруднительно даже при наложении упрощающих предположений относительно вида функциональных зависимостей и пр. Более того, в рамках НИР мы рассматриваем модель без учета ограничений со стороны предложения услуг здравоохранения и без учета информационной неопределенности индивида о виде его производственной функции здоровья (в отличие от оригинальной модели [3]). Наложение дополнительных условий, очевидно, приводит к еще большему усложнению модели.

Суммируя, можно сказать, что в [3] показано, что изучение вклада неравенства возможностей в неравенство в здоровье – сложная теоретическая и эмпирическая задача. В большой степени это связано с тем, что социально-экономическое происхождение чело-

века определяет не только его стартовые возможности, что также является важнейшим детерминантом усилий. Авторы не предлагают конкретных подходов для эмпирической оценки полученной системы уравнений, замечая, однако, что возможно использование любых подходящих для решения систем уравнений эконометрических методик.

Работа [14] также посвящена эмпирическому изучению влияния неравенства стартовых возможностей на неравенство здоровья населения в возрасте от 49 лет и старше во Франции. Эмпирической базой работы являются микроданные Европейского обследования населения Исследование здоровья, старения и выхода на пенсию в Европе (SHARE) за 2004 год. В качестве экзогенных факторов, характеризующих стартовые возможности индивидов, в работе используются социально-экономический статус родителей (переменная строится на основе информации об образовании и профессионального статуса отца и матери индивида); две дамми-переменные, принимающие значение 1, если отец/мать на момент опроса были живы и 0 в противном случае; индикатор долгожительства отца/матери, в котором они умерли (в том случае, если на момент опроса отца/матери респондента не было в живых). Индикатор долгожительства родителей характеризует соотношение ожидаемой и фактической продолжительности жизни родителей респондента на момент их двадцатилетия. Индикатор долгожительства был построен как разность фактического возраста отца/матери на момент смерти за вычетом 20 лет и средней ожидаемой продолжительности жизни в 20 лет в возрастной когорте отца/матери. Авторы предполагают, что дамми наличия живых родителей и информация об их долгожительстве несут информацию о состоянии здоровья родителей.

В качестве показателя, характеризующего собственное здоровье индивида, используется самооценка здоровья (порядковый пятиступенчатый показатель – очень хорошее, хорошее, среднее, плохое и очень плохое здоровье).

Для изучения вклада неравенства стартовых возможностей в неравенство здоровья в работе используется два подхода – непараметрический и параметрический. Непараметрический подход основан на методологии, предложенной в работе [15], основанный на сопоставлении кумулятивных функций распределения достижений при различных стартовых условиях. Согласно этому подходу, неравенство возможностей имеет место в том случае, если функция распределения достижений при условии лучших стартовых возможностей доминирует функцию распределения достижений при условии худших стартовых возможностей в смысле стохастического доминирования первого порядка.

Авторы проводят сравнительный анализ кумулятивных функций распределения самооценки здоровья индивидов при различных показателях здоровья отца/матери (наличие в живых, индикатор долгожительства), а также при различном социально-

экономическом статусе отца/матери. Для верификации наличия стохастического доминирования в работе используется двумерный критерий Колмогорова-Смирнова (непараметрический критерий равенства двух вероятностных распределений).

Тест Колмогорова-Смирнова весьма требователен к количеству наблюдений. Поэтому для анализа влияния здоровья родителей на распределение здоровья детей были сформированы категориальные переменные, характеризующие долгожительство отца/матери. Эти переменные принимают значение 1, если отец/мать живы на момент опроса; 2 – если отец/мать умерли, но имеют относительно высокий показатель долгожительства (выше медианного); 3 – если отец/мать живы на момент опроса и имеют относительно низкий показатель долгожительства (ниже медианного). Результаты анализа показали, что функция распределения здоровья для тех, чьи родители живы, доминирует над функцией распределения здоровья для тех, чьи родители умерли вне зависимости от показателя долгожительства в смысле стохастического доминирования первого порядка. Не было найдено статистических различий в распределениях здоровья индивидов с высоким и низким показателем долгожительства. Полученные результаты, однако, не могут с уверенностью свидетельствовать о существовании неравенства возможностей в здоровье, так как более молодые люди имеют большую вероятность хорошего здоровья и большую вероятность наличия живых родителей. При сужении выборки респондентов до возрастов 60-69 лет наблюдаемые на общей выборке эффекты сохраняются, но становятся существенно менее значимыми.

Результаты анализа влияния социально-экономического статуса родителей на распределение здоровья потомков показали, что люди, чьи отцы имели высокий профессиональный статус (коды ISCO<sup>1</sup> 0-3) с большей вероятностью имеют хорошее здоровье, чем те, чьи отцы имели рабочие специальности (коды ISCO 6-9). Также распределение здоровья тех, чьи отцы были клерками (код ISCO 4), доминирует над распределением здоровья тех, чьи отцы были заняты неквалифицированным трудом (код ISCO 9). Схожие результаты были получены при анализе влияния социально-экономического статуса матери на распределение здоровья респондентов.

Авторы приходят к выводу, что существует неравенство возможностей в здоровье, обусловленное в основном социально-экономическим статусом родителей и в меньшей степени их здоровьем.

Непараметрический подход позволяет установить факт наличия неравенства в здоровье, но не дает никаких оценок того, в какой степени неравенство возможностей определяет неравенство здоровья. Для ответа на этот вопрос авторы предлагают параметриче-

---

<sup>1</sup> Международный классификатор профессий ISCO-08 <https://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/isco/>.

ский метод оценки неравенства возможностей в здоровье. Авторы поддерживают идею [3] о том, что стартовые возможности человека имеют не только непосредственное влияние на здоровье человека. Существует также канал косвенного влияния – стартовые возможности являются важными факторами усилий, которые в свою очередь определяют здоровье. В том случае, если бы переменная, характеризующая здоровье, была непрерывной, для оценки вклада стартовых возможностей было бы достаточно оценить линейную регрессионную модель зависимости здоровья от показателей стартовых возможностей. Такая модель учла бы как прямое, так и опосредованное влияние стартовых возможностей на здоровье индивидов. Однако в случае категориальной переменной здоровья подобная модель нелинейна. Для проведения оценки вклада неравенства возможностей в неравенство самооценки здоровья индивидов авторы предлагают решение, использующее подход, аналогичный методике, описанной в теореме Фриша-Во-Ловелла для линейных зависимостей. На первом этапе проводится регрессионный анализ зависимости показателей усилий от набора показателей стартовых возможностей человека. Далее регрессионные оценки остатков уравнений усилий включаются в уравнение здоровья в качестве регрессоров наряду с показателями стартовых возможностей. Остатки уравнений усилий – это усилия человека по поддержанию и укреплению собственного здоровья, не зависящие от его стартовых возможностей. Далее уравнение здоровья оценивается с помощью модели порядкового выбора (порядковая логит/пробит-модель). Оценки коэффициентов при индикаторах стартовых возможностей трактуются как совокупный (прямой и косвенный) эффект стартовых возможностей на состояние здоровья человека, а коэффициенты при остатках – эффект усилий, удачи и ненаблюдаемых обстоятельств. Используя такой подход, авторы оценивают уравнения усилий и уравнение здоровья (усилия в работе характеризуются собственным социально-экономическим статусом индивида и его уровнем образования).

Для количественной оценки влияния неравенства возможностей на неравенство здоровья авторы сравнивают распределения предсказанной вероятности иметь хорошее здоровье при различных стартовых условиях. Для измерения неравенства используются индекс Джини и индекс Эррейгера. Показано, что если бы у всех индивидов характеристики стартовых возможностей стали наилучшими, то неравенство в здоровье снизилось бы на 45-57% (в зависимости от используемого показателя неравенства). Если бы наилучшими у всех индивидов стали только показатели, характеризующие отца, то снижение неравенства составило бы 26-39%. Повышение показателей, связанных с долгожительством и социально-экономическим статусом матери, до максимальных может снизить неравенство в здоровье на 17-27%. Улучшение характеристик социально-экономического

статуса родителей в большей степени снижает неравенство в здоровье по сравнению с улучшением характеристик родительского долгожительства.

В работе [16] проводится эмпирический анализ неравенства возможностей в здоровье. Исследование выполнено на данных национального обследования по вопросам развития детей (National Child Development Study), проводимого в Великобритании с 1958 года. Всего к моменту окончания работы над статьей было проведено 8 волн обследования. Это уникальное обследование позволяет проследить жизненный путь респондентов от рождения до достижения ими 46 лет. В рамках опроса собирается информация о социально-экономическом положении родителей, их образовании, здоровье, данные об учебе индивида в школе, результаты тестов по математике и чтению. В более поздних волнах обследования собирается информация о достижениях детей – уровень образования, занятость, профессиональный статус, доходы, здоровье и здоровьесберегающее поведение, место проживания, брачный статус и многое другое.

Основным индикатором здоровья индивидов в работе является самооценка здоровья (4 категории – отличное, хорошее, среднее, плохое). Эмпирические данные содержат информацию о самооценке здоровья индивидов на момент 23, 33, 42 и 46 лет. Основной фокус работы – здоровье индивидов в возрасте 46 лет. В качестве переменных, характеризующих стартовые возможности индивидов, в работе используется набор показателей социально-экономического статуса родителей и прародителей индивида – наличие финансовых затруднений, уровень образования, принадлежность родителей к определенному социальному классу. Также в качестве стартовых возможностей индивида в работе рассматриваются вес при рождении, заболеваемость в детстве, ожирение (на момент 16 лет), здоровьесберегающее поведение родителей, хронические заболевания родителей, наличие в семье заболеваний, которые могут передаваться по наследству. В качестве усилий в исследовании рассматриваются курение, потребление алкоголя, потребление жареного и образование. Автор отмечает, что рассматриваемые усилия, безусловно, отчасти определяются стартовыми возможностями индивидов, однако во многом являются предметом собственного выбора. В исследовании [17] автор продолжает тему неравенства возможностей в здоровье, обращая внимание на существование ненаблюдаемых факторов-обстоятельств и предлагая возможные пути учета ненаблюдаемых характеристик.

Как и в работе [14], на первом этапе исследования авторы подтверждают наличие неравенства возможностей в здоровье с помощью сравнения функций кумулятивного распределения здоровья индивидов с разными стартовыми возможностями. Тестирование проводится с помощью теста Колмогорова-Смирнова на наличие стохастического доминирования первого порядка. Также с помощью индекса Джини по возможностям (Gini ор-



portunity index) авторы оценивают величину вклада неравенства возможностей в неравенство в здоровье. Индекс Джини по возможностям оценивает неравенство по гипотетическому распределению доходов, которое строится при условии равенства возможностей (например, [18]). Согласно полученным в работе результатам, 21-26% неравенства в здоровье в Великобритании объясняется неравенством стартовых возможностей.

Далее в работе анализируется вклад конкретных факторов-обстоятельств в неравенство в здоровье с помощью регрессионного оценивания уравнения здоровья. Показано, что наличие финансовых затруднений в детстве снижает вероятность иметь отличное здоровье на 13,4%. Также негативно на здоровье индивидов сказываются проблемы со здоровьем и ожирение в детстве. Собственные усилия также значимы для самооценки здоровья, однако величина эффекта усилий снижается при учете стартовых возможностей.

Исследование [19] посвящено изучению вклада неравенства возможностей в неравенство здоровья для населения в возрасте от 50 лет и старше в 11 европейских странах (Австрия, Бельгия, Дания, Греция, Германия, Голландия, Испания, Италия, Франция, Швейцария и Швеция). Так же, как и в работе [14], эмпирическую основу исследования составляют микроданные европейского Исследования здоровья, старения и выхода на пенсию в Европе (SHARE) за 2004 год. Показатели здоровья, стартовых возможностей и собственных усилий строятся аналогично [14], используется сходная методология оценки уравнения здоровья. Значительный интерес представляет проведенный в работе межстрановой анализ неравенства возможностей в здоровье.

Согласно полученным результатам, социально-экономическое положение родителей и их здоровья являются статистически значимыми факторами, определяющими здоровье потомков практически во всех европейских странах за исключением Голландии и Греции. Однако вклад отдельных факторов и их значимость существенно варьируются в отдельных странах.

Величина неравенства возможностей в здоровье была оценена авторами с помощью индекса Джини по возможностям. В работе показано, что неравенство возможностей в здоровье существенно варьируется в европейских странах. Так, например, в Испании, Германии, Франции, Италии, Австрии и Греции наблюдаются относительно высокие показатели неравенства возможностей в здоровье (индекс Джини 0,13-0,16). В Голландии и Швеции, наоборот, отмечается самое низкое неравенство в здоровье (индекс Джини ниже 0,10). Авторы отмечают, что величина неравенства возможностей в здоровье имеет статистически значимую обратную корреляцию с показателем ВВП на душу населения.

Публикация [20] посвящена анализу вклада стартовых возможностей и собственных усилий в формирование здоровья населения. Основой эмпирического анализа явля-

ются данные национально репрезентативного обследования «Здоровье, здравоохранение и страхование», проведенного во Франции в 2006 году. Возраст респондентов обследования – от 16 и старше. Отличительной особенностью обследования является наличие в нем информации об условиях жизни респондентов в детстве, а также о здоровье родителей и их самосохранительном поведении на тот момент, когда респонденту было 12 лет. Данные вопросы были включены в обследование при содействии и настоянии авторов работы, что позволило создать уникальный массив данных, позволяющий провести эмпирический анализ неравенства возможностей в здоровье.

В качестве показателя здоровья человека в работе используется индикатор хорошего здоровья, бинарная переменная, построенная на базе самооценки здоровья и принимающая значение 1, если респондент оценивает свое здоровье как хорошее или очень хорошее и 0 в противном случае.

В работе рассматриваются четыре типа стартовых возможностей – социально-экономический статус родителей, здоровье родителей, их образ жизни и экономическое положение семьи в детстве респондента. Социально-экономический статус определяется профессиональной группой (7 категорий) и образованием родителей (5 категорий). Здоровье родителей измеряется двумя способами. Во-первых, данные обследования содержат ретроспективную информацию о здоровье родителей на тот момент, когда респонденту было 12 лет – респондент оценивает здоровье родителей по пятиступенчатой шкале (от очень хорошего до очень плохого или родитель на тот момент умер). На основе этой информации строится бинарная переменная здоровья родителей, принимающая значение 1, если здоровье родителя было очень хорошее, хорошее или среднее, и 0 в противном случае. Второй переменной, характеризующей здоровье родителей, является индекс долгожительства, построенный аналогично с [14]. Курение (бинарная переменная курил/не курил) и употребление алкоголя (бинарная переменная имел/не имел проблемы с алкоголем) характеризуют образ жизни и самосохранительное поведение родителей на момент, когда индивиду было 12 лет. Для учета экономического положения домохозяйства в детстве респондента была построена переменная наличия экономических трудностей, принимающая значение 1, если семья испытывала материальные затруднения в период, когда индивиду было 12 лет, и 0 в противном случае.

В исследовании определяются 3 типа усилий, связанных с изменением здоровья индивида – курение, ожирение ( $BMI \geq 30$ ) и ежедневное потребление овощей. Каждое из усилий характеризуется соответствующей бинарной переменной.

Авторы [20] рассматривают три теоретических концепции к анализу неравенства возможностей в здоровье. Соответственно эмпирический анализ в работе также был вы-

полнен для трех концепций. Рассмотрим результаты оценки, выполненной согласно концепции Ремера, то есть с учетом зависимости усилий от стартовых возможностей. Для оценки зависимости здоровья от стартовых возможностей и усилий индивида авторы используют подход, предложенный в [14]. На первом этапе они проводят регрессионное оценивание уравнений зависимости усилий от стартовых возможностей, а на втором этапе проводят регрессионный анализ зависимости здоровья от стартовых возможностей и регрессионных остатков уравнений усилий.

Для расчета вклада неравенства возможностей в неравенство в здоровье авторы используют разложение коэффициента вариации, основанное на методике, предложенной в работе [21] и доработанной с учетом используемой методологии оценки. Полученные результаты свидетельствуют о том, что 46% неравенства в здоровье обусловлены стартовыми возможностями индивида, 47% – его демографическими характеристиками и только 6% – собственными усилиями. Таким образом, практически половина неравенства здоровья является несправедливой.

Исследование [22] также посвящено анализу неравенства возможностей в здоровье в европейских странах. Рассматривается ситуация в 13 странах Европы – Дании, Швеции, Австрии, Франции, Германии, Швейцарии, Бельгии, Голландии, Испании, Италии, Греции, Чехии и Польше. В качестве эмпирической основы используются данные европейского Обследования здоровья, старения и выхода на пенсию в Европе (SHARE) за 2008/2009 гг. Дополнительно используется информация из предыдущих волн этого обследования (за 2004 и 2006/2007 гг.). В выборку исследования вошли индивиды в возрасте от 50 до 80 лет. В качестве переменной, характеризующей здоровье респондента, авторы используют индикатор хорошего здоровья, построенный на основе полученной в ходе опроса информации о самооценке здоровья (принимает значение 1, если индивид оценивает здоровье как хорошее или лучше).

Вектор стартовых возможностей включает в себя такие показатели как профессиональный статус родителей, образ жизни родителей, количество книг в доме индивида в детстве индивида (категориальная переменная), жилищные условия в детстве, два индикатора финансовых трудностей, регулярное посещение стоматолога в детстве, а также индекс долгожительства родителей, построенный аналогично [14]. Усилия индивидов характеризуются курением, ожирением ( $BMI \geq 30$ ), физической активностью.

Эмпирический анализ неравенства возможностей в здоровье был выполнен с использованием двух подходов к его определению. Для обеспечения сравнимости результатов исследований в рамках обзора ниже представлены только результаты анализа, проведенного в рамках концепции Дж. Ремера. Для оценки неравенства возможностей в работе

используется методика, аналогичная применяемой в работе [20]. На первом этапе оценивания проводится оценивание уравнения зависимости состояния здоровья от показателей стартовых обстоятельств, усилий и демографических характеристик индивида (используется подход, описанный в [14]). На втором этапе проводится оценка вклада неравенства возможностей в неравенство в здоровье с помощью разложения коэффициента вариации.

В работе было выявлено, что в Европе стартовые возможности являются важнейшим фактором здоровья – в среднем они определяют 57% неравенства в здоровье населения (от 40% до 83% в зависимости от страны). При этом максимальные показатели вклада неравенства стартовых возможностей в неравенство в здоровье отмечаются в Греции, Испании и Чехии (более 70%). В Бельгии, Голландии и Швейцарии, наоборот, отмечается наименьшее неравенство возможностей в здоровье, но и в этих странах соответствующие показатели достаточно высоки (порядка 40%).

Исследование [23] посвящено изучению вклада неравенства возможностей в неравенство здоровья людей в возрасте от 20 лет и старше в Израиле. Эмпирической основой работы являются данные Израильского социального обследования населения, проведенного в 2003 году. В качестве меры здоровья автор использует самооценку здоровья (4 категории – плохое, среднее, хорошее, очень хорошее). Набор факторов стартовых возможностей включает в себя образование отца, место рождения отца (две дамми-переменные – родился в Израиле/в другой стране; родился в Европе или Америке/ в другой стране), индикатор религиозной принадлежности индивида (исповедует иудаизм/иначе), две дамми-переменные, представляющие собой произведение места рождения индивида и его религиозной принадлежности (исповедует иудаизм и родился в Израиле/иначе; исповедует иудаизм и родился в Америке или в Европе), а также два демографических показателя, а именно пол и возраст индивида. Для описания усилий в работе отобраны три показателя – образование индивида (дамми-переменная, определяющая наличие у человека высшего образования), тип профессии (дамми-переменная, принимающая значение 1 в том случае, если человек является руководителем или специалистом высшего уровня квалификации (коды ISCO 1 и 2), и переменная, описывающая вредные привычки индивида, а именно курение (дамми-переменная, принимающая значение 1, если человек не курит).

В основе методологии оценки прямых и косвенных эффектов стартовых возможностей индивидов на их состояние здоровья в работе лежит методический подход, предложенный в статье [14]. Эмпирический подход к оцениванию состоит из двух этапов. На первом шаге для каждого типа усилий проводится регрессионная оценка уравнения усилий, где в качестве зависимой переменной выступают отобранные показатели усилий, а в качестве объясняющих переменных – факторы, характеризующие стартовые условия

индивида, а также оценки остатков моделей усилий других типов. Для оценивания используется бинарная логит-модель. Оценивание уравнений усилий проводится последовательно. Сначала авторы оценивают зависимость вероятности наличия высшего образования от стартовых возможностей индивидов. На базе полученных оценок формируется оценка остатков этой модели. Далее проводится оценка зависимости вероятности наличия высокого социально-экономического статуса (человек является руководителем или специалистом высшего уровня квалификации) от показателей стартовых возможностей и оценки остатков модели наличия высшего образования. Потом выполняется регрессионный анализ зависимости вероятности отсутствия вредных привычек (курения) от факторов-обстоятельств, оценки остатков модели наличия высшего образования и оценки остатков модели вероятности высокого социально-экономического статуса. На втором этапе анализа с помощью порядковой логистической регрессии оценивается зависимость самооценки здоровья индивидов от показателей их стартовых возможностей и тремя показателями усилий. В качестве показателей усилий используются остатки от оценивания соответствующих моделей усилий. Напомним, что такой подход используется для того, чтобы «очистить» наблюдаемые показатели усилий от влияния стартовых возможностей. Далее в работе на основе оценки уравнения самооценки здоровья формируется непрерывная переменная, характеризующая здоровье респондентов. Она определяется как латентная переменная уровня здоровья, от которой зависит самооценка здоровья в используемой порядковой логит-модели. Для удобства работы полученный показатель здоровья нормируется с помощью линейного преобразования на отрезок от 0 до 1.

Для измерения вклада неравенства возможностей в неравенство в здоровье авторы применяют непараметрический подход, предложенный в работах [3, 24]. Методической основой непараметрического подхода является разбиение исходной выборки на группы в зависимости от типа стартовых возможностей и класса усилий. В работе используются два варианта оценки – *ex-ante* и *ex-posed*. В качестве меры неравенства используется среднее логарифмическое отклонение. Подобный подход достаточно часто применяется в работах, посвященных анализу вклада неравенства возможностей в неравенство доходов индивидов как в зарубежной, так и в российской литературе (например, [25-28]). В работе используются два варианта оценки – *ex-ante* и *ex-posed*. Необходимо подчеркнуть, что возможность использования подобного подхода обеспечивается в том числе непрерывностью переменной, характеризующей здоровье индивидов. Разделение на типы стартовых возможностей и классы усилий в исследовании производится следующим образом. На основе оценок уравнения здоровья формируется предсказанный уровень усилий и предсказанный

уровень обстоятельств (как сумма произведений соответствующих факторов и оценок). Далее полученные распределения предсказанных усилий/обстоятельств разбиваются на квинтили. Таким образом, формируется матрица 5 на 5, строки которой характеризуют стартовые возможности индивидов, а столбцы – прилагаемый уровень усилий. Для каждой клетки полученной матрицы определяется среднее значение латентной переменной здоровья.

Результаты работы показывают, что неравенство стартовых возможностей объясняет большую часть неравенства в здоровье населения Израйля – от 89,5% согласно *ex-ante* подхода до 91,8% согласно *ex-posed* подхода.

В работе [29] анализируется неравенство возможностей в здоровье в Люксембурге. В работе проводится анализ вклада обстоятельств, усилий и образа жизни, демографических характеристик в неравенство в здоровье населения страны. В качестве эмпирической базы исследования используются данные панельного обследования социально-экономического положения домохозяйств Люксембурга. В основу работы легли микроданные обследования за 2008 год, данные об образовании и стране рождения родителей были взяты из баз за 2005 и 2007 гг. Панельная структура данных позволила объединить данные в единую базу. Для проведения анализа выборка была ограничена индивидами в возрасте от 25 до 65 лет.

Как и во многих исследованиях в данной тематике в качестве показателя здоровья индивидов в [29] используется самооценка здоровья. Рассматриваются два показателя, характеризующих здоровье – порядковая переменная самооценки (пятиступенчатая шкала, от очень хорошего до очень плохого) и бинарная переменная здоровья, принимающая значение 1, если респондент оценивает свое здоровье как очень хорошее или хорошее, и 0 в противном случае.

Стартовые возможности индивидов в работе характеризуются следующими показателями – наличие финансовых затруднений у семьи в то время, когда индивиду было 12-16 лет; страна рождения родителей, страна рождения индивида, год иммиграции. В качестве усилий рассматриваются как показатели, характеризующие образ жизни индивида (курение, физическая активность), так и образовательные достижения индивида.

Регрессионное оценивание уравнения здоровья проводится согласно методике, предложенной в [14]. Для оценивания величины вклада неравенства возможностей в неравенство в здоровье в работе предлагается авторская методика, а именно использование разложения Шепли для определения вклада стартовых обстоятельств, усилий и демографических характеристик в псевдо- $R^2$ . Оригинальная методика разложения была разработана для линейных моделей. Поскольку для оценивания уравнения здоровья используются

нелинейные логит-модели (порядковая и бинарная), то прямое применение разложения Шепли невозможно. Авторы предлагают модификацию разложения для использования в подобных нелинейных моделях.

Результаты работы показывают, что вклад неравенства возможностей в неравенство в здоровье составляет 27-28% в зависимости от используемого показателя здоровья. Усилия индивида объясняют 20-25% наблюдаемого неравенства в здоровье. Вклад демографических характеристик – 47-52%.

В работе [30] рассматривается эффект профессионального статуса родителей на здоровье потомков в Испании. Исследование базируется на данных трех волн обследования финансового поведения домохозяйств, проведенных Банком Испании в 2002, 2005 и 2008 годах. Выборку исследования составляют индивиды в возрасте от 28 до 86 лет. В качестве переменной, характеризующей здоровье индивидов, используется дамми-переменная хорошего здоровья, построенная на базе самооценки здоровья (5 категорий). Профессиональный статус родителей измеряется с помощью принадлежности к определенной профессиональной группе (5 групп для отцов, 3 группы для матерей). Собственные усилия индивидов характеризуются их образованием и профессиональным статусом.

Для оценки зависимости здоровья от стартовых возможностей и усилий используется регрессионная методика, предложенная в [14]. Результаты анализа показывают, что профессиональный статус родителей оказывает значимое влияние на здоровье потомков – чем выше профессиональный статус родителей, тем лучше здоровье детей. При этом профессиональный статус отца в большей степени определяет здоровье потомков по сравнению с профессиональным статусом матери. Масштаб влияния профессионального статуса родителей на здоровье индивидов снижается с возрастом индивидов. Таким образом, в Испании неравенство в здоровье во многом связано с особенностями занятости родителей.

В статье [31] исследуется влияние экзогенных обстоятельств и собственных усилий на неравенство в здоровье лиц в возрасте от 55 лет и старше в Великобритании. Эмпирическая база исследования – панельное обследование домохозяйств (British Household Panel Survey). В качестве базового показателя здоровья в работе используется самооценка здоровья (4 категории – от отличного до плохого).

Стартовые возможности индивидов характеризуются социально-экономическим статусом отца (на то время, когда индивиду было 14 лет), национальностью индивида, местом его рождения, а также наличием в жизни несчастных случаев. В качестве показателей усилий индивида используются курение, образование и социально-экономический статус. Демографические переменные включаются в анализ для дополнительного контроля.

На первом этапе исследования авторы на базе категоричного показателя самооценки здоровья строят непрерывную переменную, отражающую вероятность иметь хорошее здоровье. Для этого в работе оценивается уравнение зависимости самооценки здоровья от факторов-обстоятельств и факторов усилий. Для проведения оценки используется методология, предложенная в [14], которая позволяет «очистить» показатели усилий от влияния стартовых обстоятельств. Далее, на втором этапе проводится анализ вклада неравенства усилий в неравенство распределения построенного показателя здоровья (вклад неравенства обстоятельств в наблюдаемое неравенство в работе не рассматривается). В работе используется непараметрический метод оценки, предложенный в работе [24] (ex-posed и ex-ante подходы). Неравенство измеряется с помощью индекса Аткинсона.

Проведенное исследование показало, что в Великобритании в 2000-2005 гг. более трети (32-42%) неравенства в здоровье объяснялось неравенством прилагаемых усилий. Вклад неравенства стартовых возможностей в работе не оценивался. Тем не менее полученные результаты позволяют сделать вывод о том, что стартовые возможности в значительной степени определяют здоровье индивидов.

Исследование [32] посвящено исследованию вклада неравенства возможностей в неравенство здоровья населения Великобритании в возрасте от 16 лет и старше. Эмпирической основой работы послужили уникальные данные, полученные в ходе обследования «Понимая общество» (Understanding Society) в 2011 году. Помимо социально-экономических характеристик респондента, его домохозяйства, характеристик родительской семьи данные обследования содержат данные лабораторного обследования индивида (анализа крови), а также данные измерений роста, веса и объема талии (измерения были выполнены интервьюером).

Специфика данных позволила авторам работы в качестве показателя здоровья индивида использовать интегральный индекс аллостатической нагрузки. Этот индекс агрегирует в себе шесть биомаркеров – отношение окружности талии к весу, давление, общий холестерин, холестерин липопротеинов низкой плотности, глюкоза, С-реактивный белок. В работе анализируется вклад неравенства возможностей как в неравенство интегрального индекса здоровья, так и в неравенство каждой отдельной компоненты этого индекса.

При анализе неравенства возможностей авторы следуют концепции Ремера. Для эмпирической оценки используется методика, предложенная в работе [33]. Неравенство измеряется с помощью показателя среднего логарифмического отклонения. В качестве показателей, характеризующих стартовые возможности индивида, в исследовании рассматриваются пол, возраст, национальность индивида и язык, на котором говорили в его



семье, когда он был ребенком, профессиональный статус и образование родителей, успеваемость в школе.

Результаты исследования показали, что стартовые возможности объясняют 20% неравенства аллостатической нагрузки. Вклад неравенства возможностей в неравенство отдельных компонент индекса составляет 4-20%. Наибольший вклад в неравенство возможностей вносят пол и возраст индивида, следующими по важности факторами являются профессиональный статус и образование родителей. Авторы приходят к интересному выводу – в правом хвосте распределения индекса аллостатической нагрузки (то есть у людей с наибольшим риском здоровью) вклад характеристик родительской семьи в неравенство возможностей увеличивается, а вклад возраста и пола, наоборот, снижается.

Большинство современных эмпирических исследований, посвященных оценке неравенства возможностей в здоровье, фокусируются на рассмотрении ситуации в экономически развитых странах. Тем не менее, существенный интерес представляет собой анализ неравенства возможностей в здоровье в развивающихся странах. В развивающихся странах достаточно часто наблюдается высокое доходное неравенство, а также высокий вклад неравенства возможностей в неравенство доходов населения (обзор соответствующих исследований представлен в [28]), что возможно может отразиться на неравенстве возможностей в здоровье.

В исследовании [34] анализируется неравенство возможностей в здоровье в Чили. Эмпирической базой работы являются данные обследования по вопросам социального обеспечения за 2002, 2004, 2006 и 2009 годы. В фокусе исследования – люди в возрасте от 30 лет и старше.

Как и во многих ранее рассмотренных работах, в данном исследовании в качестве основного показателя здоровья самооценка здоровья респондентами (порядковая переменная, 6 ступеней – от очень плохого до отличного здоровья). На основе самооценки строятся два бинарных индикатора здоровья – первый принимает значение 1, если индивид оценивает свое здоровье как отличное или очень хорошее; второй принимает значение 1, если самооценка здоровья отличное, очень хорошее или хорошее. Оценка неравенства возможностей в здоровье проводится в соответствии с концепцией Ремера.

Стартовые возможности индивидов в исследовании характеризуются показателями образования родителей (4 категории), индикатором долгожительства родителей (наличие отца/матери в живых на момент обследования), экономическим положением домохозяйства (субъективная оценка положения в то время, когда респондент был ребенком; 5 категорий), составом домохозяйства. Дополнительно стартовые возможности индивида характеризуются его когнитивными способностями, а именно его навыками счета (numeracy

skills). Показатель счетных навыков был построен на основе ответов индивидов на три простые вычислительные задачи, предложенные им в ходе опроса. Показатель представляет собой балльную оценку, отражающую количество правильных ответов (0, 1, 2, 3). Усилия характеризуются такими показателями как курение (курит/не курит), нормальный вес (BMI находится в пределах от 18,5 до 24,9), занятия спортом (занимается спортом хотя бы 1 раз в неделю).

Для оценки уравнения здоровья используется методика последовательных регрессий, предложенная в [14]. Анализ вклада неравенства возможностей проводится с помощью метода декомпозиции аналогичного тому, который используется в [20]. Результаты работы показывают, что неравенство стартовых возможностей объясняет 42-51% неравенства в здоровье. При этом ключевым фактором неравенства возможностей являются навыки счета и образование матери. Также в значительной степени наблюдаемое неравенство возможностей в здоровье объясняется здоровьем родителей и образованием отца.

Работа [35] также посвящена анализу неравенства возможностей в здоровье в Чили. В исследовании проводится анализ стохастического доминирования кумулятивных функций распределения здоровья людей с разными стартовыми обстоятельствами. Эмпирической основой работы являются данные Национального обследования здоровья (Chilean National Health Survey), проведенного в Чили в 2010 году. Выборку исследования составляют индивиды в возрасте от 20 лет и старше. Здоровье измеряется с помощью показателя самооценки здоровья (5 категорий). В работе рассматриваются следующие показатели стартовых возможностей – образование матери, доход родительского домохозяйства. Результаты анализа свидетельствуют о наличии значимого неравенства возможностей в здоровье в Чили.

Статья [36] посвящена анализу неравенства возможностей в здоровье взрослого населения Колумбии. В работе используются данные национально репрезентативного Обследования условий жизни и социальной мобильности, проведенного в Колумбии в 2010 году. Выборка исследования ограничивается индивидами в возрасте от 25 до 65 лет. Подобное ограничение обусловлено тем, что вопросы о социальной мобильности в ходе обследования задавались только этой группе населения.

Здоровье в работе измеряется с помощью категориального показателя самооценки здоровья (4 категории – плохое, среднее, хорошее, отличное). При проведении параметрического анализа неравенства возможностей в здоровье используется бинарный индикатор хорошего здоровья, сформированный на категориальной переменной. Для характеристики стартовых обстоятельств используются показатели образования родителей и социально-экономического положения семьи в детстве респондента (на тот момент 10 лет). Также в

группу стартовых обстоятельств входит место рождения индивида, его раса и этническая принадлежность. Собственное образование рассматривается как усилия индивида.

Для определения существования неравенства возможностей в здоровье автор проводит сравнительный анализ кумулятивных функций распределения самооценки здоровья индивидов в зависимости от показателей стартовых возможностей. Показано, что функция распределения здоровья людей, которые росли в домохозяйствах с высоким социально-экономическим статусом, доминирует функцию распределения здоровья для тех, кто воспитывался в семьях с низким социально-экономическим статусом, в смысле стохастического доминирования первого порядка. Также в работе было подтверждено, что функция распределения здоровья индивидов, чьи родители имели относительно высокий уровень образования, стохастически доминирует над функцией распределения здоровья индивидов, чьи родители имели низкий уровень образования или же были необразованными. Таким образом, проведенный непараметрический анализ выявил наличие статистически значимого неравенства возможностей в здоровье.

Для количественной оценки неравенства возможностей в здоровье в [36] используется параметрический подход. Сначала авторы оценивают уравнение зависимости здоровья от показателей стартовых возможностей индивида, его усилий и демографических характеристик. Оценка осуществляется по методике, аналогичной используемой в работе [14]. Далее распределение предсказанного уровня здоровья анализируется с помощью индекса расхождения (dissimilarity index) Используется модификация индекса, предложенная в [37]. Индекс расхождения представляет собой меру, пропорциональную расстоянию между распределением стартовых обстоятельств среди людей с хорошим здоровьем и аналогичным распределением среди людей с плохим здоровьем. Индекс расхождения в работе рассчитывается следующим образом (формула (1.12)):

$$\hat{D} = \frac{1}{2\bar{p}} \sum_{i=1}^n w_i |\hat{p}_i - \bar{p}|, \quad (1.12)$$

где  $\hat{p}_i$  – предсказанная вероятность хорошего здоровья для индивида  $i$ ;

$\bar{p} = \sum_{i=1}^n w_i \hat{p}_i$  – оценка условной вероятности ( $w_i$  – выборочные веса).

Индекс расхождения в данном случае может быть интерпретирован как минимальная доля людей с хорошим здоровьем, которая должна быть перенесена в группу людей с более низким уровнем стартовых возможностей для достижения равенства возможностей, то есть для того, чтобы во всех группах стартовых возможностей была одинаковая доля людей с плохим здоровьем. Индекс варьируется от 0 до 1 (0 – ситуация равенства возмож-

ностей). В качестве дополнительной меры неравенства возможностей в здоровье в исследовании применяется индекс неравенства по возможностям Джини.

Результаты проведенного анализа показывают, что индекс расхождения составляет 8,4%. Величина индекса Джини по возможностям оценивается в 0,10-0,32 в зависимости от используемого показателя здоровья. В работе была выполнена декомпозиция индекса расхождения (декомпозиция Шепли) по источникам неравенства в здоровье. Показано, что стартовые возможности объясняют две трети наблюдаемого расхождения (66,7%).

Неравенство возможностей в здоровье в Колумбии также находится в центре внимания в исследовании [39]. Для проведения эмпирического анализа в работе используется массив микроданных, отличный от используемого в работе [36] – данные колумбийского панельного обследования, проводимого Университетом Лос-Андес, за 2010 год. Выборка исследования включает индивидов в возрасте от 17 лет и старше.

В работе используются два показателя здоровья индивида. Первый показатель – это самооценка здоровья по визуально-аналоговой шкале (VAS), которую респондент дает в ходе опроса (оценка здоровья по этой шкале варьируется от 1 до 100, где 1 – это самое плохое состояние здоровья, а 100 – наилучшее). Также данные опроса позволяют оценить здоровье респондентов с помощью индекса EQ5D, который агрегирует в себе следующие характеристики качества жизни индивидов – подвижность, самообслуживание, способность выполнять ежедневные рутинные задачи, боль или дискомфорт, депрессия или беспокойство. Индекс EQ5D может принимать 253 значения. Оба показателя здоровья рассматриваются в работе как непрерывные. Дополнительно в работе используется скорректированный показатель самооценки здоровья (AVAS), построенный с учетом шоков здоровья, происходивших с респондентом за год, предшествовавший опросу.

В качестве показателей стартовых возможностей индивидов в работе используются пол индивида, место рождения, его раса, состав домохозяйства, образование родителей и характеристики их здоровья. Показатель здоровья родителей формируется на основе информации о том, живы ли они на момент опроса, и информации о наличии у них серьезных хронических заболеваний. Усилия в работе характеризуются использованием профилактической медицины, собственным образованием индивидов, профессиональным статусом и доходами.

Для оценки вклада неравенства возможностей в неравенство в здоровье в работе используется методология, сходная с методологией (регрессионный анализ зависимости здоровья от показателей стартовых возможностей и усилий; декомпозиция), применяемой в работе [20]. Результаты анализа свидетельствуют о том, что неравенство возможностей объясняет 43-47% неравенства в здоровье в Колумбии (в зависимости от используемого

показателя здоровья). Наибольший вклад в неравенство возможностей вносят такие показатели стартовых возможностей как здоровье матери, пол индивида, а также структура домохозяйства в то время, когда индивиду было 12-14 лет.

Исследование [39] посвящено анализу вклада неравенства возможностей в неравенство в здоровье населения Индонезии. Эмпирической основой работы являются данные панельного индонезийского обследования семейной жизни (Family Life Survey) за 2007 год. Выборка исследования ограничивается индивидами в возрасте от 40 лет и старше. Данное ограничение связано со спецификой данных о состоянии здоровья респондентов.

Данные обследования позволяют авторам построить целый ряд показателей, характеризующих здоровье индивида. На основе данных о самооценке здоровья (4 категории) с помощью логистической регрессии авторы строят непрерывную переменную здоровья с учетом объективных и квази-объективных показателей состояния здоровья. Данный подход аналогичен методике, используемой в [40]. В ходе проведения обследования семейной жизни в 2007 году были собраны данные об объективных показателях здоровья. Медицинские работники дважды посещали домохозяйство для сбора различных биомаркеров – рост, вес, окружность талии, показатели анализа крови, давление, объем легких, сила хвата. Также в рамках обследования была получена информация о квази-объективных показателях здоровья респондентов. К таким показателям относятся различные ограничения физических возможностей человека, курение, психическое здоровье, наличие симптомов заболеваний, наличие боли. Объективные и квази-объективные показатели здоровья были использованы в работе в качестве факторов самооценки здоровья. На базе результатов регрессионного оценивания модели в работе была построена непрерывная переменная здоровья (предсказанная вероятность того, что индивид оценивает свое здоровье как «очень хорошее»).

Набор переменных, характеризующих стартовые возможности человека, используемый в работе, включает в себя возраст и пол индивида, а также характеристики родительского домохозяйства – образование родителей, здоровье родителей (дамми-переменная наличия родителей в живых на момент опроса), характеристики места рождения, религиозную принадлежность. В качестве усилий индивида, оказывающих влияние на его состояние здоровья, в работе рассматриваются образование, профессиональный статус человека, его состояние в браке, миграционный опыт.

В работе используются как параметрические, так и непараметрические подходы к оценке неравенства возможностей в здоровье. На первом этапе исследования в работе был проведен сравнительный анализ кумулятивных функций распределения построенного по-

казателя здоровья для индивидов с различными стартовыми возможностями. Были проведены тесты на наличие стохастического доминирования первого порядка (тест Колмогорова-Смирнова). Было показано, что функция распределения здоровья для людей с более благоприятными стартовыми возможностями стохастически доминирует аналогичную функцию распределения для людей с менее благоприятными стартовыми обстоятельствами. Это заключение верно (статистически значимо) практически для всех рассматриваемых типов стартовых возможностей, связанных с характеристиками родительской семьи. Таким образом, подтверждается существование неравенства возможностей в здоровье.

Параметрический анализ неравенства возможностей в здоровье проводится на основе результатов регрессионного оценивания (с помощью МНК) зависимости построенной меры здоровья от показателей стартовых возможностей и усилий индивида. Вклад неравенства стартовых возможностей в неравенство в здоровье оценивается с помощью разложения Шепли, выполненного для коэффициента вариации. Результаты анализа показывают, что в Индонезии неравенство стартовых возможностей объясняет 7-10% неравенства в здоровье. Наибольший вклад в неравенство возможностей в здоровье вносят характеристики здоровья родителей. Следующими по значимости факторами неравенства возможностей являются характеристики места рождения и образования родителей.

Ряд работ посвящен анализу вклада неравенства возможностей в неравенство в здоровье в Китае. В публикации [41] анализируется роль социально-экономического положения в детстве на неравенство в здоровье пожилых граждан Китая (от 60 лет и старше). Эмпирической основой исследования являются две базы микроданных – данные панельного Исследования здоровья и выхода на пенсию (China Health and Retirement Longitudinal Study – CHARLS) за 2013 и 2015 годы и данные Обследования жизненного цикла (Life History Survey) за 2014 год.

Отличительной особенностью данной работы является использование широкого набора показателей здоровья. Меры здоровья, применяемые в статье, включают в себя самооценку здоровья (5 категорий); меру, построенную на основе краткой батареи тестов физического функционирования (SPPB), включающей в себя информацию о возможности человека поддерживать равновесие, о скорости ходьбы, о возможности подняться со стула; оценку когнитивных возможностей индивида (память, навыки счета); оценку психического здоровья, построенную на базе шкалы-опросника Центра эпидемиологических исследований депрессии CES-D; смертность (критерий – смерть наступила между опросом 2014 года и опросом 2015 года).

В исследовании были построены следующие показатели стартовых возможностей – две дамми-переменные, принимающие значение 1, если человек родился в период войны

(война с Японией и гражданская война); регион рождения; тип местности рождения (город/село); социально-экономические характеристики родительского домохозяйства в детстве индивида – субъективная оценка финансового положения, политический статус, жилищные условия; здоровье и здравоохранительное поведение родителей в детстве индивида (ограничение способности работать, физические ограничения, курение, избыточное потребление алкоголя); здоровье и питание в детстве – самооценка здоровья на момент 15 лет, голод; отношения с родителями; наличие друзей; доступность здравоохранения в детстве (вакцинация, посещение врачей).

Для оценки вклада неравенства стартовых возможностей в неравенство здоровья пожилых граждан в Китае авторы используют параметрический подход, впервые предложенный в работе [42] и широко применяющийся в работах, посвященных оценке вклада неравенства возможностей в доходное неравенство населения. В основе данного подхода лежит построение гипотетического распределения достижений индивидов при условии равенства стартовых возможностей. Оценка вклада неравенства возможностей проводится путем сравнения наблюдаемого и гипотетического распределения. В качестве меры неравенства используется среднее логарифмическое отклонение.

Результаты исследования показывают, что стартовые возможности определяют от 1% до 22% неравенства в здоровье в зависимости от используемого показателя здоровья. В частности, неравенство возможностей объясняет 0,8% неравенства в смертности, 3,2% неравенства в мере SPPB, 6,8% неравенства в самооценке здоровья; 8,0% неравенства физических возможностей; 10,4% неравенства в когнитивных навыках; 16,7% неравенства в способности к запоминанию; 16,9% неравенства в психическом здоровье и 22,7% в неравенстве в навыках счета.

Исследование [43] анализирует вклад неравенства возможностей в неравенство здоровья населения Китая в возрасте от 60 лет и старше с использованием той же эмпирической базы, что и в работе [41] – данные панельного Исследования здоровья и выхода на пенсию (China Health and Retirement Longitudinal Study – CHARLS) за 2011 и 2015 годы и данные Обследования жизненного цикла (Life History Survey) за 2014 год. Однако в качестве индикаторов здоровья авторы используют индекс массы тела (BMI), рассчитываемый как отношение веса (в кг) к квадрату роста (в метрах) и обхват талии (WC). Отметим, что в ходе обследования рост, вес и обхват талии измерялись интервьюерами, что позволило очистить измерения от искажений, которые, как правило, присутствуют при самооценке этих показателей.

В качестве переменных, характеризующих стартовые возможности индивида, авторы используют набор показателей, аналогичный [41]. В качестве усилий авторы рассмат-

ривают характеристики социально-экономического статуса и образа жизни индивидов, а именно – образование, брачный статус, занятость, потребление алкоголя, курение.

Количественная оценка доли неравенства в здоровье, которая объясняется неравенством стартовых возможностей, в работе проводится согласно методике, описанной в исследовании [14]. Для показателей ВМІ и WС анализ неравенства возможностей в здоровье проводится с помощью разложения Шепли (это возможно, так как оба показателя являются непрерывными).

Результаты работы свидетельствуют о том, что неравенство стартовых возможностей объясняет 66-75% неравенства в индексе массы тела и 82-96% неравенства в окружности талии. Наибольший вклад в неравенство возможностей вносят характеристики места рождения индивида. Следующий по важности фактор неравенства возможностей – здоровье и питание индивида в то время, когда он был ребенком.

Для удобства основные положения и результаты эмпирических исследовательских работ, посвященных изучению вклада неравенства возможностей в неравенство в здоровье в зарубежных странах, систематизированы в таблице 1.1 ниже.



Таблица 1.1 – Основные положения и результаты эмпирических исследовательских работ, посвященных изучению вклада неравенства возможностей в неравенство в здоровье в зарубежных странах

Статья	Страна, год	Возраст	Здоровье	Стартовые возможности	Усилия	Вклад неравенства возможностей в неравенство здоровья
[14] Tranno et al., 2010	Франция, 2004	49+	Самооценка здоровья (5 категорий)	Социально-экономический статус родителей (образование и профессиональный статус), показатели долгожительства родителей	Профессиональный статус, образование	Нет оценки Если бы у всех показатели стартовых возможностей стали наилучшими, то неравенство в здоровье снизилось бы на 45-57%.
[20] Jusot et al, 2013	Франция, 2006	16+	Индикатор хорошего здоровья (на основе самооценки)	Социально-экономический статус родителей, здоровье родителей, образ жизни родителей, экономическое положение семьи, в то время, когда индивиду было 12 лет.	Курение, ожирение (BMI≥30), ежедневное потребление овощей	46%
[22] Bricard et al, 2013	13 европейских стран, 2007/2008	50-80	Индикатор хорошего здоровья (на основе самооценки)	Профессиональный статус родителей, образ жизни родителей, количество книг в доме индивида в детстве индивида (категориальная переменная), жилищные условия в детстве, два индикатора финансовых трудностей, регулярное посещение стоматолога в детстве, индекс долгожительства родителей	Курение, ожирение (BMI≥30), физическая активность	В среднем в Европе 57%. По странам от 40% до 83%. Наибольший вклад в Чехии, Испании, Греции (более 70%), наименьший – в Швейцарии, Бельгии и Голландии (менее 45%)
[23] Lazar, 2013	Израиль, 2003	20+	Самооценка здоровья (4 категории)	Место рождения и образование отца, место рождения и религиозная принадлежность индивида	Профессиональный статус, образование, курение	90-92%
[34] Carranza and Hojman	Чили, 2009	30+	Индикатор хорошего здоровья (на основе самооценки)	Образование родителей, показатели их долгожительства, экономическое положение семьи, когда индивид был ребенком, состав домохозяйства, навыки счета	Курение, вес (нормальный BMI), занятия спортом	42-51%
[29] Deutsch et al, 2018	Люксембург, 2008	25-65	Самооценка здоровья (4 категории), индикатор хорошего здоровья (на основе самооценки)	Наличие финансовых затруднений у семьи в то время, когда индивиду было 12-16 лет; страна рождения родителей, страна рождения индивида, год иммиграции	Курение, физическая активность, образование	27-28%

[36] Fajardo-Gonzalez, 2016	Колумбия, 2010	25-65	Самооценка здоровья (5 категорий), индикатор хорошего здоровья (на основе самооценки)	Образование родителей, социально-экономическое положение домохозяйства в то время, когда индивиду было 10 лет, место рождения индивида, его раса и этническая принадлежность	Образование	67%
[38] Rivera, 2017	Колумбия, 2010	17+	Самооценка здоровья по визуально-аналоговой шкале (VAS; от 1 до 100), индекс EQ5D	Пол индивида, место рождения, его раса, состав домохозяйства, образование родителей и характеристики их здоровья	Использование профилактической медицины, образование, профессиональный статус, доходы	43-47% (в зависимости от показателя здоровья)
[41] Yan et al., 2020	Китай, 2013-2015	60+	10 различных мер здоровья	Время, место рождения индивида, социально-экономическое положение домохозяйства, здоровье и самосохранительное поведение родителей, здоровье и питание индивида в детстве, доступ к услугам здравоохранения, отношения с родителями, наличие друзей	нет	1-22% (в зависимости от показателя здоровья)
[43] Nie et al., 2020	Китай, 2011-2015	60+	Индекс массы тела, обхват талии	Время, место рождения индивида, социально-экономическое положение домохозяйства, здоровье и самосохранительное поведение родителей, здоровье и питание индивида в детстве, доступ к услугам здравоохранения, отношения с родителями, наличие друзей	Образование, брачный статус, занятость, потребление алкоголя, курение	66-75% (индекс массы тела), 82-96% (окружность талии)
[32] Davillas and Jones, 2020	Великобритания, 2011	16+	Отношение окружности талии к весу, давление, общий холестерин, холестерин липопротеинов низкой плотности, глюкоза, С-реактивный белок; интегральный индекс аллостатической	Пол, возраст, национальность индивида и язык, на котором говорили в его семье, когда он был ребенком, профессиональный статус и образование родителей, успеваемость в школе	нет	20% для индекса аллостатической нагрузки; 4-20% в зависимости от конкретного биомаркера

Продолжение таблицы 1.1

			нагрузки			
[39] Jusot et al., 2017	Индонезия, 2017	16+	Оценка вероятности иметь очень хорошее здоровье (на основе регрессионного анализа зависимости самооценки здоровья от объективных и квази-объективных показателей здоровья)	Возраст, пол, характеристики родительского домохозяйства – образование родителей, здоровье родителей, характеристики места рождения, религиозная принадлежность	Образование, профессиональный статус человека, состояние в браке, миграционный опыт.	7-10%
[31] Li Donni et al., 2014	Великобритания, 2000-2005	55+	Самооценка здоровья (4 категории)	Социально-экономический статус отца, национальность, место рождения, индивида, несчастные случаи	Курение, образование, социально-экономический статус	Вклад усилий в неравенство в здоровье – 32-42%
[16] Rosa Dias, 2009	Великобритания, 2004	46	Самооценка здоровья (4 категории)	Наличие финансовых затруднений, уровень образования, принадлежность родителей и прародителей к определенному социальному классу, вес при рождении, заболеваемость и ожирение в детстве, здравоохранительное поведение родителей, хронические заболевания родителей, наличие в семье наследственных заболеваний	Курение, потребление алкоголя, потребление жареной пищи, образование	21-26%

Примечание – Источник: составлено исполнителями НИР.

## 2. Неравенство возможностей в здоровье: обзор российских исследований

Социологические обследования населения показывают, что в России женщины оценивают свое здоровье в среднем заметно ниже, что соответствует мировым тенденциям [44]. Авторы упомянутого исследования предполагают, что причиной может быть существование четких гендерных стереотипов («мужчины не должны жаловаться на состояние здоровья»). Также мужчины в России меньше следят за своим здоровьем, ниже оценивают ценность здоровья и в большей степени склонны жертвовать своим здоровьем ради работы (по данным выборочного наблюдения поведенческих факторов, влияющих на состояние здоровья населения, проводимого Росстатом в 2013 г. и 2018 г.). Кроме того, мужчины и женщины по-разному оценивают меры, которые дают возможность сохранить необходимую физическую форму: если женщины на первое место ставят режим питания и полноценный сон, то для мужчин это отказ от вредных привычек и занятия физкультурой и спортом. Проведенный анализ гендерных различий в отношении к собственному здоровью позволяет определить существующие гендерные стереотипы как скорее рисковое у мужчин (невнимание к здоровью как следствие маскулинности) и скорее заботливое у женщин (забота в большей степени о других, чем о себе, как следствие феминности).

Анализируя ситуацию с состоянием здоровья и благосостоянием населения России, сложившуюся к 2000-м годам, Н.М. Римащевская [45] перечисляет основные последствия, к которым приводит социальное расслоение и рост неравенства в обществе. Во-первых, это психологический и эмоциональный стресс, который испытывает значительная часть населения, следствием которого становится снижение защитных свойств организма и рост заболеваемости. Во-вторых, рост неравенства, нестабильность, агрессию и безнадежность, что способствует различным формам социального нездоровья, в том числе злоупотреблению алкоголем. Кроме того, рост неравенства порождает бедность и нищету, которые в свою очередь способствуют распространению болезней социальной этиологии (резистентная форма туберкулеза, ВИЧ, гепатит и др.).

В работе [46] изучаются взаимосвязи демографических и социально-экономических характеристик с состоянием здоровья. Для оценки индивидуальных значений социально-экономического положения используется многомерный индикатор. В индекс вошли такие переменные как эквивалентный доход, наличие имущества, условия жизни, наличие сбережений, использование личного подсобного хозяйства. Отбор характеристик осуществлялся с использованием метода главных компонент. На основе разработанного авторами многомерного индикатора социально-экономического положения и самооценки здоровья был рассчитан индекс концентрации здоровья.

Самооценка здоровья на данных РМЭЗ в период с 1994 г. по 2012 г. улучшилась для обоих полов и всех возрастных групп. Несмотря на то, что различия в здоровье между более обеспеченными и менее обеспеченными слоями населения сокращаются, показатель неравенства здоровья показывает улучшение здоровья более состоятельных граждан.

В работе Я.М. Рощиной [47] были изучены факторы, влияющие на здоровье и доступ к медицинским услугам для детей и подростков. В частности, с использованием панельных данных РМЭЗ НИУ ВШЭ было показано, что значимыми факторами доступа к медицинским услугам, в том числе диагностике и профилактике заболеваний являются тип населенного пункта (выше в городских поселениях), образование родителей и доход домохозяйства.

В теоретическом обзоре, представленном в работе О.А. Кислицыной [48], суммированы основные тенденции социально-экономического градиента в здоровье и перечислены ключевые гипотезы, его объясняющие. В исследовании отмечается, что социальный градиент в здоровье пронизывает общество сверху вниз: чем ниже статус человека, тем больше он рискует столкнуться с проблемами плохого здоровья и преждевременной смерти. Автор отмечает, что, по мнению большинства исследователей, социальная компонента в неравенстве в состоянии здоровья является неприемлемой и вследствие этого воспринимается как одна из важнейших проблем системы общественного здравоохранения в Европе.

В другой работе того же автора [49] влияние социально-экономического статуса на здоровье респондентов проанализировано на данных российского репрезентативного обследования. Набор значимых детерминантов здоровья различается для мужчин и женщин. В частности, для мужчин ключевым фактором здоровья являются относительные материальные лишения, а для женщин – абсолютные лишения. Автор приходит к выводу о том, что для улучшения ситуации в сфере здоровья населения в России необходимо не только снижение бедности (для преодоления абсолютных лишений), но и мероприятия по снижению социального-экономического неравенства (для уменьшения эффекта относительных лишений).

В статье [50] исследуется роль социальных отношений как факторов социально-экономического неравенства в здоровье жителей России. Эмпирическая часть работы выполнена на данных Европейского социального исследования 2011 г. Для определения социально-экономического статуса были использованы три меры: уровень образования (три категории), занятость (две категории) и материальное положение (три категории). Основным выводом исследования состоит в том, что экономическое неблагополучие повышает вероятность социальной изоляции и риски ухудшения здоровья. Противостоять этим явле-

ниям могли бы меры, направленные на расширение и упрочнение социальных связей. Авторы отмечают, что это особенно важно для низкодоходных групп.

Исследование Д.К. Ходоренко [51] представляет собой редкую работу, выполненную на российских данных и посвященную характеру влияния характеристик родительской семьи на социально-экономическое (статусное) неравенство в здоровье. В работе обсуждаются два взаимосвязанных подхода, объясняющих взаимосвязь социально-экономического статуса родителей и здоровья их детей во взрослой жизни. Теория ресурсного замещения среди факторов здоровья отдает приоритет не уровню образования самого человека, а суммарному образованию его и его родителей. В ходе жизненного цикла наблюдается перераспределение ресурсов, и постепенно влияние на здоровье высокого уровня образования родителей все сильнее становится похожим на эффект собственного образования. Как следствие, наиболее заметен эффект образования для людей, происходящих из небогатых семей с невысоким социальным положением. Если судить по международному опыту, то можно отметить, что существенное влияние восходящей мобильности на здоровье наблюдается для переходных экономик Восточной и Центральной Европы, в то время как в скандинавских странах его значимость существенно ниже. Другой способ объяснить взаимосвязь характеристик родительской семьи и здоровья представлен в теории структурного усиления: высокий уровень собственного образования позволяет увеличить имеющиеся преимущества от высокого статуса родительской семьи и наоборот.

Работа [51] базируется на данных Европейского социального исследования (ESS) за 2012 г. Обследование было проведено в 29 странах, с том числе и в России. В работе показано, что образование родителей является значимым фактором здоровья людей – чем выше уровень образования родителей, тем лучше респонденты оценивают свое здоровье. Восходящая межпоколенная образовательная мобильность положительно отражается на здоровье индивидов. Эффект особенно выражен для людей, выросших в семьях с относительно невысоким социально-экономическим положением.

Автор приходит к заключению о том, что неравенство в здоровье складывается на протяжении всего жизненного цикла, начинаясь с обстоятельств в раннем детстве. В таких условиях особую важность приобретают социальные механизмы, позволяющие хотя бы частично смягчать последствия несправедливого неравенства. Важным направлением такой политики является расширение доступа к качественному образованию для детей из небогатых семей. Но для большего эффекта на здоровье помощь в небогатые семьи должна приходиться раньше, поскольку отдача от роста качества жизни детей существенно выше, чем от аналогичных программ, направленных на взрослое население, а собственное

образование лишь отчасти компенсирует последствия лишений, с которыми пришлось столкнуться в раннем детстве.

Исследование [52] посвящено анализу взаимосвязи стиля жизни в отношении здоровья и социального неравенства. В эмпирических расчетах используется переменная «социальный класс», построенная на основании различных критериев статуса главы семьи (т.е. члена семьи с наибольшими доходами). В частности, рассматриваются статус занятости, количество подчиненных на работе, образование и доходы семьи (для незанятых). Используется следующее разбиение социальных классов: А – высший класс, В, С1, С2 – средние классы, D – низший класс, Е – низший низший класс. При анализе стиля жизни по отношению к собственному здоровью используются такие факторы как частота и интенсивность занятий спортом, характеристики индекса массы тела, питание и прием витаминов, продолжительность рабочего дня, курение, чрезмерное потребление алкоголя, а также профилактические визиты к врачу. На основе перечисленных переменных образа жизни с помощью кластерного анализа было выделено восемь типов стиля жизни, от абсолютно здорового до наиболее нездорового стиля жизни. Была выявлена значимая связь между социальным статусом и стилем жизни в отношении здоровья.

В работе было показано, что в соответствии с теоретическими предположениями и результатами, ранее полученными для других стран, в России существует тесная взаимосвязь между принадлежностью к определенному социальному классу и отношением к собственному здоровью. Таким образом, можно сделать вывод о том, что образ жизни человека, включая его склонность к сохраняющим здоровье практикам (отказ от курения, умеренное потребление алкоголя, правильное питание, занятия физкультурой и т.д.) формируется в рамках его существования в определенной социальной среде. Это в свою очередь может свидетельствовать о возможном снижении распространенности курения и неумеренного потребления алкоголя с ростом среднего класса, а также о положительном эффекте в распространении сохраняющих здоровье практик с помощью пропаганды, прежде всего через средства массовой коммуникации (в том числе интернет, социальные сети и др.).

В работе [53] изучается посредническая роль, которую играют в социальном неравенстве в здоровье материальные лишения и психологические ресурсы. Связь между социально-экономическим статусом и здоровьем в исследовательской литературе в основном объясняются тремя подходами: материалистическим (или неоматериалистическим), психосоциальным и поведенческим (культурно-поведенческим). Как показывают многочисленные исследования, три одноименные с этими подходами группы факторов оказывают самостоятельное влияние на здоровье населения, отчасти тем не менее объясняя со-

циальную структурированность здоровья, будучи своего рода посредниками между ним и социально-экономическим статусом.

Основные тенденции в социальной стратификации здоровья населения России рассмотрены в работе [54]. В 2000-е годы здоровье женщин, измеряемое с помощью его самооценки, росло, что объясняется позитивными изменениями в благосостоянии домохозяйств, расширении возможностей использования более современных лекарственных средств и доступе к качественным медицинским услугам, в том числе оказываемым негосударственными медицинскими учреждениями. В особенности улучшение здоровья женщин было заметно в наиболее высокодоходных группах. В то же время у мужчин позитивной динамики в здоровье почти не наблюдалось, а в странах с низким социально-экономическим статусом ситуация даже ухудшилась, что авторы объясняют стилем жизни и укоренившимися представлениями о здоровьесберегающих практиках.

В статье [55] социальное неравенство в здоровье в России рассматривается в обще-европейском контексте. Авторы отмечают, что показатели здоровья в России являются одними из наиболее низких в Европе. Различия касаются не только средних значений показателей здоровья. В частности, в России наблюдается высокий уровень различий между молодыми и старшими возрастными группами, в то время как в развитых странах возрастные различия существенно сглажены высоким уровнем благосостояния и социальных гарантий для пожилого населения. В работе также отмечается, что различия в здоровье в связи с социально-экономическим статусом в России выражено не столь ярко, как в западноевропейских странах. Одним из возможных объяснений является многочисленность группы с плохим здоровьем в России: основные расхождения в здоровье наблюдаются между большей частью населения с проблемами в здоровье и теми, у кого их нет, в то время как в европейских странах основное разделение проходит между группой людей с хорошим и отличным здоровьем и всеми остальными. Другое важное отличие состоит в том, что в России для здоровья являются абсолютные депривации (то есть лишения, определяемые бедностью), а в развитых европейских странах – относительные депривации, в большей степени являющиеся последствиями социально-экономического неравенства. В Европе, несмотря на значительные усилия, социально обусловленное неравенство в здоровье не снижается, затрагивая не только взрослое население, но и детей и молодежь.

В современной российской исследовательской литературе приводится ряд аргументов в пользу использования такого показателя как самооценка здоровья респондентами. В работе [56] отмечается, что самооценка здоровья представляет собой многомерную концепцию, которая, наряду с оценкой физического здоровья респондентов, отражает степень их функционального состояния и адаптации к имеющимся заболеваниям, а также их непо-



средственное самочувствие. В работе [57] показано, что несмотря на определенные ограничения, самооценка здоровья является надежным показателем, о чем свидетельствует факт рекомендации его ВОЗ для национальных оценок и международных сравнений. В то же время авторы отмечают, что самооценка здоровья респондентами отражает не только наличие или отсутствие определенных заболеваний, но и характеризует их психологическое благополучие в целом.

## Заключение

В представленной работе был осуществлен обзор российских и зарубежных исследований социально-экономических и демографических факторов здоровья и образа жизни взрослого населения. Особое внимание в рамках обзора уделяется работам, анализирующим неравенство возможностей в здоровье. В работе рассматриваются теоретические основы изучения неравенства возможностей в здоровье. Концепция неравенства возможностей исходит из понимания справедливости и несправедливости существующего неравенства достижений (в нашем случае – неравенства в здоровье). В рамках современного эгалитаристского подхода неравенство достижений индивидов само по себе не является несправедливым. Если неравенство достижений вызвано неравенством усилий, то есть теми факторами, которые находятся во власти человека, то такое неравенство признается справедливым, оно принимается и даже одобряется обществом. Несправедливым считается только то неравенство, которое обусловлено экзогенными факторами, то есть теми факторами, на которые индивид не может влиять. В случае неравенства в здоровье к справедливому неравенству можно отнести неравенство, обусловленное, например, образом жизни респондента (курение, употребление алкоголя, занятия спортом, правильное питание и пр.), а к несправедливому – неравенство, обусловленное характеристиками родительской семьи, условиями в которых человек родился и рос, то есть его стартовыми возможностями. Понимание того, в какой степени человек сам определяет свое здоровье, а в какой степени его здоровье формируется факторами, от самого человека не зависящими, – важнейшая информация для формирования политики в области общественного здоровья.

Существует значительное количество работ, посвященных анализу неравенства возможностей в здоровье в зарубежных странах. Все без исключения зарубежные работы приходят к выводу о том, что неравенство стартовых возможностей является важнейшим фактором неравенства в здоровье взрослого населения. Количественные оценки вклада неравенства возможностей в неравенство возможностей в здоровье в европейских странах колеблются от 20% до 83%. В Израиле неравенство возможностей в здоровье оценивается в 90-92%. В Колумбии и Чили оценка доли неравенства в здоровье, объясняющейся неравенством стартовых возможностей, составляет 42-67%.

Также на базе зарубежных исследований были подробно изучены используемые в работах методологические подходы к анализу неравенства возможностей в здоровье. Было выявлено, что на данный момент не существует единого подхода к оценке неравенства возможностей в здоровье. Применяются различные методологические подходы, используются различные наборы показателей, характеризующих усилия и стартовые возможности индивидов. Во многом выбор методологии исследования зависит от специфики име-

ющихся в распоряжении исследователя эмпирических данных. Проведенный анализ используемых в литературе методологических подходов позволил сформулировать основные подходы к оцениванию неравенства возможностей в здоровье, которые впоследствии могут быть использованы для неравенства возможностей в здоровье российского населения.

Обзор российской литературы показал, что в России в настоящее время отмечается существенное неравенство в здоровье населения. В ряде исследований отмечается существование значимого межгрупповое неравенство в здоровье. В частности, отмечается гендерное неравенство здоровья – женщины оценивают свое состояние здоровья значительно хуже, чем мужчины. Отмечается также и высокое неравенство в здоровье в разрезе возрастных групп – в России различия в состоянии здоровья молодых и пожилых людей существенно выше, чем в развитых европейских странах. Существуют свидетельства того, что в России состояние взрослых значительно варьируется в зависимости от их социально-экономического статуса, здоровье более обеспеченных людей лучше, чем здоровье менее обеспеченных.

В российской литературе вопросы неравенства возможностей в здоровье освещаются в недостаточной степени. В отдельных работах показано, что в РФ здоровье взрослых во многом закладывается еще в детстве. На здоровье взрослых влияют такие факторы стартовых возможностей как тип населенного пункта, образование и доход родителей. Например, показано, что существует прямая зависимость между образованием родителей и самооценкой здоровья их взрослых детей. Межпоколенческая восходящая образовательная мобильность также положительно отражается на здоровье индивидов. В наибольшей степени этот эффект выражен для тех, кто вырос в относительно менее благополучных семьях.

Таким образом, информация о масштабе неравенства возможностей в здоровье взрослого населения в России ограничена. Для получения более подробной достоверной информации о вкладе неравенства возможностей в неравенство в здоровье взрослого населения России необходимо проведения дополнительного комплексного исследования с использованием лучших теоретических и эконометрических практик подобного анализа.

## **Благодарности**

Материал подготовлен в рамках выполнения научно-исследовательской работы государственного задания РАНХиГС.

## СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. World Bank 2005. World Development Report 2006: Equity and Development. Washington, DC. – Retrieved from <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/5988> (дата обращения 17.05.2022).
2. World Health Organization 2008. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. WHO Press, Geneva. Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1> (дата обращения 17.05.2022).
3. Fleurbaey M., Schokkaert E. Unfair inequalities in health and health care // Journal of health economics. – 2009. – Vol. 28. – №. 1. – P. 73-90.
4. Wagstaff A., Van Doorslaer E. Equity in health care finance and delivery // Handbook of health economics. – 2000. – Vol. 1. – P. 1803-1862.
5. Tawney R. H. Equality. – London: Unwin Books, 1964. – 255 p.
6. Rawls J. A Theory of Justice. Harvard University Press, 1971. – 607 p. doi: 10.2307/j.ctvjf9z6v (дата обращения 17.05.2022).
7. Dworkin R. Part 1: Equality of Welfare // Philosophy & public affairs. – 1981a. – Vol. 10. – No. 3. – P. 185-246.
8. Dworkin R. Part 2: Equality of resources // Philosophy & public affairs. – 1981a. – Vol. 10. – No. 4. – P. 283-345.
9. Arneson R. Equality and Equal Opportunity for Welfare // Philosophical Studies. – 1989. – Vol. 56. – No 1. – P. 77-93. doi:10.1007/BF00646210 (дата обращения 17.05.2022).
10. Cohen G. On the currency of egalitarian justice // Ethics. – 1989. – Vol. 99. – No. 4. – P. 906-944.
11. Sen A. Capabilities and commodities. Amsterdam and New York: North-Holland, 1985. – 130 p.
12. Roemer J. A pragmatic theory of responsibility for the egalitarian planner // Philosophy & Public Affairs. – 1993. – Vol.22. – No. 2. – P. 146-166.
13. Roemer J. Equality of Opportunity. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1998. – 128 p.
14. Trannoy A., Tubeuf S., Jusot F., Devaux M. Inequality of opportunities in health in France: a first pass // Health economics. – 2010. – Vol. 19. – №. 8. – P. 921–938.
15. Lefranc A., Pistolesi N, Trannoy A. Equality of opportunity: Definitions and testable conditions, with an application to income in France // Journal of Public Economics. – 2006. – Vol. 93. – P. 1189-1207.

16. Rosa Dias P. Inequality of opportunity in health: evidence from a UK cohort study // *Health Economics*. – 2009. – Vol. 18. – №. 9. – P. 1057-1074. doi: 10.1002/hec.1535 (дата обращения 17.05.2022).
17. Rosa Dias P. Modelling opportunity in health under partial observability of circumstances // *Health Economics*. – 2010. – Vol. 19. – №. 3. – P. 252-264. doi: 10.1002/hec.1584 (дата обращения 17.05.2022).
18. Brunori P. How to measure inequality of opportunity: a hands-on guide. LCC Working Paper Series. – 2016–04. Institute for Social Science Research, The University of Queensland, 2016.
19. Jusot F., Tubeuf S., Trannoy A. Effort or Circumstances: Does the Correlation Matter for Inequality of Opportunity in Health? – Working Papers DT33, IRDES institut for research and information in health economics, revised Jul 2010. URL: [https://www.researchgate.net/publication/46437766\\_Effort\\_or\\_Circumstances\\_Does\\_the\\_Correlation\\_Matter\\_for\\_Inequality\\_of\\_Opportunity\\_in\\_Health](https://www.researchgate.net/publication/46437766_Effort_or_Circumstances_Does_the_Correlation_Matter_for_Inequality_of_Opportunity_in_Health) (дата обращения 17.05.2022).
20. Jusot F., Tubeuf S., Trannoy A. Circumstances and efforts: how important is their correlation for the measurement of inequality of opportunity in health? // *Health economics*. – 2013. – Vol. 22. – №. 12. – P. 1470-1495.
21. Shorrocks A. F. Inequality decomposition by factor components // *Econometrica: Journal of the Econometric Society*. – 1982. – P. 193-211.
22. Bricard D., Jusot F., Trannoy A., Tubeuf S. Inequality of opportunities in health and the principle of natural reward: Evidence from European countries // *Health and inequality*. – Emerald Group Publishing Limited, 2013. doi: 10.1108/S1049-2585(2013)0000021016 (дата обращения 17.05.2022).
23. Lazar A. Ex-ante and ex-post measurement of inequality of opportunity in health: evidence from Israel // *Health and Inequality*. – Emerald Group Publishing Limited, 2013.
24. Checchi D., Peragine V. Inequality of opportunity in Italy // *The Journal of Economic Inequality*. – 2010. – Vol. 8. – №. 4. – P. 429-450. doi: 10.1007/s10888-009-9118-3 (дата обращения 17.05.2022).
25. Checchi D., Peragine V., Serlenga L. Income inequality and opportunity inequality in Europe: Recent trends and explaining factors // 5th ECINEQ meeting, University of Luxembourg. – 2015.
26. Fleurbaey M., Peragine V., Ramos X. Ex post inequality of opportunity comparisons // *Social Choice and Welfare*. – 2017. – Vol. 49. – №. 3. – P. 577-603.
27. Ибрагимова З. Ф., Франц М. В. Неравенство возможностей: теория и практика измерения на микроданных RLMS-HSE // *Экономическая политика*. – 2020. – Т. 15. – №. 1. – С. 64-89. doi: 10.18288/1994-5124-2020-1-64-89 (дата обращения 17.05.2022).

28. Карцева М., Кузнецова П. Справедливое и несправедливое неравенство в России: оценка вклада неравенства возможностей в неравенство доходов // Прикладная эконометрика. – 2020. – Том 58. – № 2. – С. 5–31. doi: 10.22394/1993-7601-2020-58-5-31 (дата обращения 17.05.2022).
29. Deutsch J., Alperin M. N. P., Silber J. Using the Shapley decomposition to disentangle the impact of circumstances and efforts on health inequality // Social Indicators Research. – 2018. – Vol. 138. – №. 2. – P. 523-543. doi: 10.1007/s11205-017-1690-5 (дата обращения 17.05.2022).
30. Pinilla J., Lopez-Valcarcel B. G., Urbanos-Garrido R. M. Estimating direct effects of parental occupation on Spaniards' health by birth cohort // BMC public health. – 2017. – Vol. 17. – №. 1. – P. 1-9. doi: 10.1186/s12889-016-3997-6 (дата обращения 17.05.2022).
31. Donni P. L., Peragine V., Pignataro G. Ex-ante and Ex-post measurement of equality of opportunity in health: A normative decomposition // Health economics. – 2014. – Vol. 23. – №. 2. – P. 182-198. doi: 10.1002/hec.2908 (дата обращения 17.05.2022).
32. Davillas A., Jones A. M. Ex ante inequality of opportunity in health, decomposition and distributional analysis of biomarkers // Journal of health economics. – 2020. – Vol. 69. – P. 102251. doi: 10.1016/j.jhealeco.2019.102251 (дата обращения 17.05.2022).
33. Ferreira F., Gignoux J. The measurement of inequality of opportunity: Theory and an application to Latin America // Review of Income and Wealth. – 2011 – Vol. 57 (4). – P. 622–657. doi: 10.1111/j.1475-4991.2011.00467.x (дата обращения 17.05.2022).
34. Carranza R., Hojman, D. Inequality of opportunity in health and cognitive abilities: the case of Chile. – Univ. de Chile, Department de Economía, 2015.
35. Gallardo K., Varas L., Gallardo M. Inequality of opportunity in health: evidence from Chile // Revista de saude publica. – 2017. – Vol. 51. – P. 110. doi: 10.11606/S1518-8787.2017051007034 (дата обращения 17.05.2022).
36. Fajardo-Gonzalez J. Inequality of opportunity in adult health in Colombia // The Journal of Economic Inequality. – 2016. – Vol. 14. – №. 4. – P. 395-416. doi: 10.1007/s10888-016-9338-2 (дата обращения 17.05.2022).
37. Ferreira F. H., Molinas Vega J. R., Paes de Barros R., Saavedra Chanduvi J. Measuring inequality of opportunities in Latin America and the Caribbean. – The World Bank, 2008.
38. Rivera F. Health opportunities in Colombia // Lecturas de Economía, Universidad de Antioquia, Departamento de Economía. – 2017. – Is. 87. – P. 125-164.
39. Jusot F., Mage-Bertomeu S., Menendez M. Inequality of Opportunity in health in Indonesia. – 2017. URL: <https://EconPapers.repec.org/RePEc:hal:wpaper:hal-01507738> (дата обращения 17.05.2022).

40. Jürges H. True health vs response styles: exploring cross-country differences in self-reported health // *Health economics*. – 2007. – Vol. 16. – №. 2. – P. 163-178. doi: 10.1002/hec.1134 (дата обращения 17.05.2022).
41. Yan B., Chen X., Gill T. M. Health inequality among Chinese older adults: The role of childhood circumstances // *The Journal of the Economics of Ageing*. – 2020. Vol – Т. 17. – P. 100237. doi: 10.1016/j.jeoa.2020.100237 (дата обращения 17.05.2022).
42. Bourguignon F., Ferreira F. H. G., Menéndez M. Inequality of opportunity in Brazil // *Review of income and Wealth*. – 2007. – Vol. 53. – №. 4. – P. 585-618.
43. Nie P., Ding L., Jones A. M. Inequality of opportunity in bodyweight among middle-aged and older Chinese: a distributional approach. – 2020. Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=3643185> (дата обращения 17.05.2022).
44. Григорьева Н. С., Чубарова Т. В. Продвижение здоровья в контексте поведенческой экономики: гендерный аспект // *Народонаселение*. – 2020. – Т. 23. – №. 2. – С. 112-124. <https://doi.org/10.19181/population.2020.23.2.10> (дата обращения 17.05.2022).
45. Римашевская Н. М. Социальная политика сбережения народа: радикальное изменение негативного тренда здоровья российского населения // *Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз*. – 2010. – Т. 12. – №. 4.
46. Пол П., Валтонен Х., Ковтун Н. В. Социально-экономическое неравенство населения в области здоровья в постсоветской России // *Народонаселение*. – 2019. – №. 1.
47. Рощина Я. М. Дети и подростки в России в 1994-2015 гг.: здоровье, образование и характеристики семьи // *Вестник Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ (RLMS-HSE)*. – 2017. – С. 96-116.
48. Кислицына О. А. Социально-экономическое неравенство в состоянии здоровья: тенденции и гипотезы // *Социальные аспекты здоровья населения*. – 2017. – Т. 54. – №. 2.
49. Кислицына О. А. Влияние социально-экономических факторов на состояние здоровья: роль абсолютных или относительных лишений // *Журнал исследований социальной политики*. – 2015. – Т. 13. – №. 2.
50. Кислицына О. А., Ферландер С. Роль социальных отношений в объяснении социально-экономических различий в состоянии здоровья россиян // *Социальные аспекты здоровья населения*. – 2015. – Т. 44. – №. 4.
51. Ходоренко Д. К. Статусные неравенства в здоровье: значение социального положения родительской семьи // *Журнал социологии и социальной антропологии*. – 2019. – Т. 22. – №. 3.



52. Рощина Я. М. Стиль жизни в отношении здоровья: имеет ли значение социальное неравенство? // Экономическая социология. – 2016. – Т. 17. – №. 3.
53. Русинова Н. Л. Социальные неравенства в здоровье: посредническая роль материальных лишений и психологических ресурсов // Демографическое обозрение. – 2019. – Т. 6. – №. 3.
54. Русинова Н. Л., Сафронов В. В. Социальная стратификация здоровья в России: тенденции в 1990-е и 2000-е гг. // Социологический журнал. – 2012. – №. 1 – С. 28-46.
55. Русинова Н. Л., Сафронов В. В. Проблема социальных неравенств в здоровье: сравнительное исследование России в европейском контексте // Вестник Института социологии. – 2019. – Т. 10. – №. 1.
56. Григорьева Н. С., Чубарова Т. В. Гендерные развилки здоровья и здравоохранения в России // Женщина в российском обществе. – 2019. – №. 3.
57. Шабунова А. А., Шухатович В. Р., Корчагина П. С. Здоровьесберегающая активность как фактор здоровья: гендерный аспект // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. – 2013. – №. 3 (27).

**В СЕРИИ ПРЕПРИНТОВ  
РАНХиГС РАССМАТРИВАЮТСЯ  
ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ  
И ПРАКТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ  
К СОЗДАНИЮ, АКТИВНОМУ  
ИСПОЛЬЗОВАНИЮ  
ВОЗМОЖНОСТЕЙ  
ИННОВАЦИЙ В РАЗЛИЧНЫХ  
СФЕРАХ ЭКОНОМИКИ  
КАК КЛЮЧЕВОГО УСЛОВИЯ  
ЭФФЕКТИВНОГО УПРАВЛЕНИЯ**

Хасанова Р.Р.



**РАНХиГС**  
РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ НАРОДНОГО ХОЗЯЙСТВА  
И ГОСУДАРСТВЕННОЙ СЛУЖБЫ  
ПРИ ПРЕЗИДЕНТЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ