

Дарья Юрьевна МОИСЕЕВА¹
Ирина Алексеевна ТРОИЦКАЯ²

УДК 314.18

СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ ЗДОРОВЬЯ

¹ аспирант кафедры народонаселения, экономический факультет, Московский государственный университет имени М. В. Ломоносова; аспирант Института демографии, Университет Париж 1 Пантеон-Сорбонна d.moiseeva@bk.ru

² кандидат экономических наук, ведущий научный сотрудник лаборатории экономики народонаселения и демографии, экономический факультет, Московский государственный университет имени М. В. Ломоносова itro@econ.msu.ru; ORCID: 0000-0002-3768-7155

Аннотация

Высокий уровень экономического и демографического развития страны не гарантирует ее гражданам равенства в отношении здоровья. Дифференциация в уровне здоровья связана не только с генетическими, поведенческими или инфраструктурными факторами; несмотря на их значимость, она отражает также социально-экономическую дифференциацию общества. Таким образом появляется понятие социальных детерминант здоровья — условий жизни людей с рождения и до пожилого возраста.

Всемирная организация здравоохранения определяет здоровье как состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только как отсутствие болезней и физических дефектов. Данное определение, однако, не позволяет выделить тот набор объективных индикаторов, при помощи которого возможны мониторинг и оценка здоровья. В настоящее время отсутствует единая сопоставимая шкала для определения уровня здоровья, ее разработка требует качественного междисциплинарного исследования.

Статья посвящена изучению понятия и определению классификации социально-экономических детерминант здоровья населения. На примерах современных зарубежных

Цитирование: Моисеева Д. Ю. Социально-экономические детерминанты здоровья / Д. Ю. Моисеева, И. А. Троицкая // Вестник Тюменского государственного университета. Социально-экономические и правовые исследования. 2019. Том 5. № 3 (19). С. 42-59. DOI: 10.21684/2411-7897-2019-5-3-42-59

исследований, связывающих конкретные показатели здоровья или продолжительности жизни с рядом социальных детерминант, раскрывается характер влияния социально-экономических факторов на здоровье населения. В связи с малоизученностью понятия социально-экономических факторов здоровья населения в России данная статья представляет интерес для российской аудитории благодаря широкому обзору теоретических и эмпирических работ по данной теме.

Ключевые слова

Социально-экономические детерминанты здоровья, экономика народонаселения, здоровье, взаимосвязь здоровья и социально-экономического положения, междисциплинарный подход, самосохранительное поведение, неравенство в области здоровья.

DOI: 10.21684/2411-7897-2019-5-3-42-59

Введение

Продолжительность жизни за последние 200 лет увеличилась в два раза и продолжает расти в большинстве стран. Однако достижения в области улучшения здоровья, определяющие наблюдаемый рост продолжительности жизни, распределены неравномерно как по странам, так и по социально-экономическим группам внутри стран.

Так, ожидаемая продолжительность жизни варьирует от 49 лет в Свазиленде до 84 лет в Гонконге. Внутри каждой страны также наблюдается неравенство в отношении динамики продолжительности жизни. Например, в Америке разница в продолжительности жизни социальных групп с самым высоким и самым низким статусом¹ составляет 14 лет (15,4 лет для мужчин и 12,8 лет для женщин), продолжительность жизни жителей богатейших районов Лондона составляет 88 лет, а их сограждан из бедных районов — 71 год [22].

Неравенство в уровне продолжительности жизни отражает неравенство в состоянии здоровья, которое измеряется как различия в здоровье или в распределении его детерминант по разным группам населения. Например, различия между двигательными возможностями молодежи и пожилых людей или разные показатели смертности в зависимости от социального класса.

Проблема становится еще более актуальной, если рассмотреть ее с учетом старения населения. В связи с переходом от высокой рождаемости к низкой, стабильным ростом ожидаемой продолжительности жизни при рождении и в старших возрастах растет доля пожилого населения. К 2030 г. численность пожилых (людей в возрасте 60 лет и старше) составит около 13% от мирового населения и превысит численность детей в возрасте до 10 лет [34]. При этом наиболее радикальные изменения структуры населения произойдут в развивающихся странах.

¹ Социально-экономический статус человека определяется посредством ключевых индикаторов: образования, профессионального статуса и дохода, которые тесно взаимосвязаны друг с другом и сами по себе влияют на здоровье.

Данная тенденция имеет определенные экономические последствия. Так, государство и страховые компании сталкиваются с тем, что пенсии и социальное обеспечение должны быть предоставлены на более длительный период и большему количеству людей. Вследствие хронических заболеваний люди позднего пожилого возраста (в возрасте 80 лет и старше) наиболее ограничены в жизнедеятельности, что влечет за собой рост расходов на здравоохранение и социальные службы. С увеличением продолжительности жизни и ростом количества людей позднего пожилого возраста возникает тенденция формирования семей с четырьмя одновременно живущими поколениями, в результате чего растет коэффициент демографической нагрузки¹, и люди трудоспособного возраста испытывают финансовое и эмоциональное давление в связи с необходимостью поддержки сразу трех поколений одновременно.

Феномен неравенства в отношении здоровья (в том числе и в продолжительности жизни) ставит перед исследователями ряд вопросов. Какие группы людей живут дольше? А какие группы людей дольше живут здоровыми? Чем обоснованы существующие различия в уровне здоровья населения и ожидаемой продолжительности жизни? И, наконец, каковы социально-экономические факторы здоровья населения? Поиску ответа на эти вопросы посвящена данная статья. Целью исследования является обоснование иерархии социальных детерминант здоровья населения. Стоит сразу оговорить необходимость междисциплинарного подхода в изучении данного вопроса: проблема социальных детерминант здоровья объединяет экономику, демографию и медицину.

В данной статье представлен обзор теоретических положений, определяющих неравенство в области здоровья, и механизмов влияния основных социальных детерминант на здоровье людей.

Теоретические основы проблемы неравенства в области здоровья

Неравенство в области здоровья

Социальные условия, в которых живут люди, существенно влияют на их здоровье: как правило, чем выше социальное положение человека, тем лучше его здоровье. Так, например, в Англии люди из наиболее бедных домохозяйств в среднем умирают на семь лет раньше, чем люди из наиболее богатых домохозяйств. Более значителен разрыв между этими группами населения в продолжительности здоровой жизни — 17 лет. Если исключить крайние пятипроцентные группы населения по доходам, разрыв в продолжительности здоровой жизни составит 13 лет [22, с. 47].

Выгоды от устранения неравенства в отношении здоровья могут быть как экономическими, так и социальными. Стоимость социального градиента может

¹ Демографическая нагрузка — обобщенная количественная характеристика возрастной структуры населения, показывающая нагрузку на общество непроизводительного населения. Определяется различными соотношениями численности укрупненных возрастных групп: детей (0-14 лет), пожилых и старых (60 лет и старше), трудоспособных (условно 15-59 лет) [3].

быть измерена в годах жизни, годах здоровой жизни и в суммарных расходах экономики на лечение дополнительных заболеваний.

Систематическая дифференциация в уровне здоровья не возникает случайно и связана не только с генетическими, поведенческими или инфраструктурными факторами, несмотря на их значимость. Социально-экономические различия в здоровье отражают и вместе с тем обуславливают социально-экономическую ситуацию в обществе [13].

Так формируется понятие «социальных детерминант здоровья — тех условий, в которых люди рождаются, растут, живут, работают и стареют» [1]. Эти обстоятельства формируются под воздействием распределения ресурсов на различных уровнях общества. Социальные детерминанты здоровья являются основной причиной «несправедливых и предотвратимых различий в состоянии здоровья, наблюдаемых внутри стран и между ними» [1].

В соответствии с заключительным докладом Комиссии по социальным детерминантам здоровья, учрежденной Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в 2005 г. [6], различия в уровне здоровья должны рассматриваться в совокупности с рядом факторов, взаимодействующих между собой. Эти факторы включают в себя материальную обеспеченность, социальную сплоченность, психологические, поведенческие и биологические факторы. В свою очередь, каждый из перечисленных факторов отражает социальное положение индивида, формирующееся под воздействием образования, профессионального статуса, дохода, пола, национальности и расы [6]. Все эти связи зависят от экономической, социальной, демографической, политической и культурной ситуации в стране или регионе.

Существует ряд теоретических моделей, описывающих социальные детерминанты здоровья, основной из которых является многоуровневая модель-радуга [7] (рис. 1).

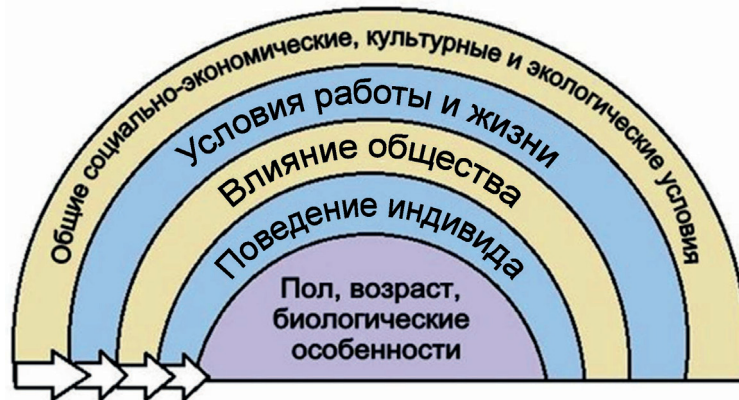


Рис. 1. Многоуровневая модель-радуга, характеризующая социальные детерминанты здоровья
Источник: [7].

Fig. 1. Multilevel rainbow model characterizing social determinants of health
Source: [7]

Основные детерминанты здоровья в целом могут быть представлены по уровням влияния. Центральной фигурой модели является индивид с набором биологических характеристик — возраст, пол, физиологические особенности, — находящийся под влиянием ряда факторов, на которые можно оказывать воздействие посредством проводимой политики (любая политика государства имеет прямое или косвенное влияние на поведение индивида). Основным фактором влияния является поведенческий фактор, то есть самосохранительное поведение (первый уровень), особенности образа жизни: курение, сексуальное поведение, физическая активность и пр. Второй уровень — социальный: индивид взаимодействует с социумом, непосредственно влияющим на его поведение, в том числе в области здоровья. Третий уровень включает в себя более широкий ряд факторов. Это условия, в которых индивид живет и работает, питается, потребляет товары и услуги. Наконец, в качестве главенствующего фактора выступают общие социально-экономические и культурные условия, а также окружающая среда (четвертый уровень). Этот уровень оказывает воздействие на население в целом.

Таким образом, уровень здоровья индивида не является исключительно его выбором, но во многом определяется условиями, в которых индивид родился, вырос, живет, работает и стареет.

Другая модель описывает взаимосвязь человеческого здоровья и его социального статуса [28]. Социальный статус индивида влияет на его здоровье, а здоровье, в свою очередь, оказывает воздействие на возможность индивида достичь более высокого положения в обществе.

Так, дети, рожденные в семьях, принадлежащих к низкому социальному классу, имеют для своего развития меньше социально-экономических ресурсов, что приводит к большему количеству недомоганий и хронических заболеваний, например астме. Такие дети чаще пропускают занятия в школе, в совокупности получая меньшее количество лет образования. Сложившиеся условия ограничивают их в возможности получения высокооплачиваемой работы и достижения карьерного роста. Низкооплачиваемый труд, как правило, связан с тяжелыми условиями и большим уровнем стресса, что негативно сказывается на здоровье. Накопленные на протяжении многих лет работы болезни влияют на возможность работать дальше и/или продвинуться по службе, что приводит к ухудшению финансовой обеспеченности индивида в пенсионном возрасте.

В свою очередь, чем большую часть своей жизни индивид сохраняет высокий социально-экономический статус, тем больше он накапливает выгод для своего здоровья. Иммуитет не поврежден, питание и регулярные физические нагрузки создают и поддерживают физическое здоровье, спокойные условия работы способствуют психологическому здоровью.

То есть социально-экономический статус человека напрямую связан с его здоровьем. Исследования показали, что плохое здоровье и частое отсутствие на рабочем месте по болезни, а также окончательная потеря трудоспособности наиболее распространены среди людей с низким статусом [19, 24]. Поэтому связь между социальным положением и здоровьем сложна и биполярна [14].

Факторы риска

Поведение индивида в отношении своего здоровья называется самосохранительным поведением (ССП). Под этим термином в данном исследовании понимается система мер, действий и отношений, влияющих на здоровье и продолжительность жизни индивида. Самосохранительное поведение проявляется в сочетании с любой другой сферой жизни индивида, будь то репродуктивное поведение, образ жизни или выбор товаров и услуг для потребления. Самосохранительное поведение бывает трех видов: позитивное, защитное и негативное.

Позитивные факторы самосохранительного поведения направлены на поддержание и укрепление здоровья. Основными позитивными факторами являются экономическая безопасность, хорошие жилищные и социальные условия, качественная еда. Крепкие социальные связи и положительные эмоции также являются важными положительными факторами самосохранительного поведения.

Защитные факторы исключают риск заболевания или способствуют сопротивлению болезни. Классическим примером является иммунизация от различных инфекционных заболеваний. Психологические факторы, такие как социальная поддержка и наличие цели в жизни, также считаются факторами, защищающими здоровье.

Негативные факторы, или факторы риска — это внешние условия или особенности действий индивида, негативно сказывающиеся на его здоровье. Они могут быть социальными или экономическими, а также могут быть связаны с экологическими или поведенческими факторами. Ключевыми негативными факторами являются употребление табака и/или алкоголя, а также лишний вес.

Социальные детерминанты здоровья

На основе материалов ВОЗ [36] авторами был выделен ряд социальных детерминант, имеющих наиболее сильное влияние на здоровье. Среди них:

1. Условия жизни в раннем детстве.
2. Образование.
3. Занятость:
 - a) безработица;
 - b) условия труда.
3. Доход и богатство.
4. Стресс.
5. Сообщество:
 - a) жилищные условия;
 - b) соседи и среда обитания;
 - c) образ жизни¹;
 - d) транспорт.

¹ В контексте данной работы образ жизни определяется особенностями самосохранительного поведения индивида.

Рассмотрим подробнее каждый из вышеперечисленных факторов.

Ранние годы жизни

То, что человек испытывает в раннем детстве, становится основой его будущей жизни. Физическое, социальное и когнитивное развитие ребенка на протяжении первых лет его жизни существенно влияет на его готовность к школе, на академические способности, а также на здоровье.

Влияние социально градуированных неравенств отмечается уже в пренатальном периоде и остается ощутимым в первые годы жизни ребенка. Слабое здоровье матери, стресс, неправильное питание, употребление табака, алкоголя и наркотиков во время беременности наносят непоправимый вред здоровью плода и развитию его мозга на ранних стадиях беременности. Четверти всех младенческих смертей можно было бы избежать при условии, что у всех рождений был бы такой же уровень риска, как и у детей, рожденных социально стабильными женщинами [22, с. 60].

Первые годы жизни критически важны для развития мозговой активности и когнитивных способностей. Исследования показывают, что если ребенок отстает в развитии в раннем возрасте, то, скорее всего, он будет отстающим и на последующих образовательных этапах [10]. И наоборот, быстрое развитие когнитивных способностей приводит к дальнейшим успехам в образовании, доходу и крепкому здоровью [11]. Развитие эмоциональных и социальных способностей, таких как прилежание, саморегуляция и эмпатия, также позволяет детям обеспечить и поддерживать крепкие доверительные отношения в школе и в дальнейшей жизни [17].

Образование

Качественное образование является кратчайшим путем к получению престижной работы и высокого дохода. Но мало кто связывает образование и здоровье. Несмотря на это, существует множество эмпирических подтверждений данной связи [18, 24, 29]. Люди с большим количеством лет образования живут дольше, обладают более крепким здоровьем, ведут активный образ жизни, своевременно проверяют свое здоровье.

Образование может повлиять на уровень здоровья тремя способами [9]:

1. Посредством аккумуляции информации о здоровье и здоровом образе жизни. Образование накапливает знания, улучшает навыки решения проблем, позволяет индивиду осуществлять выбор, располагая большей информацией о вариантах, в том числе связанных со здоровьем. В результате индивид принимает лучшие для себя и для своих близких решения, накапливая здоровье.
2. Качественное образование — кратчайший путь к хорошей работе. Хорошая должность подразумевает высокую заработную плату, хорошие условия труда, выгоды, связанные с занимаемой должностью. Все эти условия приводят к поддержанию и укреплению здоровья.

3. Образование связано с психологическими и социальными факторами, способствующими укреплению здоровья. Проходя обучение, индивид вовлекается в социум, получает социальную поддержку и навыки самоконтроля, что способствует поддержанию психологического здоровья на высоком уровне.

Занятость

Занятость как фактор здоровья также взаимосвязана с социальным градиентом через неравенство в доступе на рынок труда. Наиболее высокий уровень безработицы наблюдается у населения с минимальным набором трудовых навыков, людей с ограниченной трудоспособностью, одиноких родителей, представителей национальных меньшинств, пожилых работников и молодых людей [22, с. 68]. Нанимаясь на работу, эти слои населения получают низкую заработную плату, маловероятную возможность повышения, зачастую плохие условия труда.

Нестабильная занятость связана с растущим риском ухудшения физического и психологического здоровья, влекущего за собой отсутствие по болезни на работе, а затем и отсутствие работы. Основными заболеваниями, связанными с занятостью, являются психологические расстройства и патологии опорно-двигательного аппарата [22, с. 68]. Связь между здоровьем и занятостью тесная и взаимонаправленная, основанная либо на безработице, либо на тяжелых условиях труда.

Безработица может повлиять на здоровье несколькими способами. Во-первых, финансовые проблемы, являясь последствием безработицы, могут привести к ухудшению жилищных условий, что может снизить социальную интеграцию и самоуважение. Во-вторых, безработица вызывает психологическое расстройство, чувство зависти по отношению к другим и депрессию. При этом негативным последствиям подвержен не только сам безработный, но и другие члены домохозяйства. Потеря работы своеобразным образом символизирует утрату определяющей роли, связанной с чувством личности и уникальности. В-третьих, безработица влияет на образ жизни и может повлечь снижение физических нагрузок, рост употребления табака и алкоголя [20].

Неблагоприятные условия труда также оказывают влияние на здоровье индивида: физическая опасность, долгие или нестабильные часы работы, производственные травмы, сменная и сидячая работа вредят здоровью работника.

В контексте глобализации технологический прогресс и экономический рост ставят перед работником новые типы задач, требуя большей гибкости, при этом снижая стабильность и безопасность работы, увеличивая ее темп и продолжительность рабочего дня. Большинство работников находятся в жесткой системе иерархии, не имея возможности самостоятельно принимать решения. Все это негативно сказывается на физическом и психологическом здоровье индивида, приводя к общему ухудшению здоровья, депрессии, заболеваниям сердечно-сосудистой системы, патологиям опорно-двигательного аппарата [32].

Доход и богатство

Доход и уровень богатства могут быть связаны с уровнем здоровья, так как они являются маркерами социально-экономического статуса, который оказывает существенное влияние на здоровье [21, с. 178].

Положительная связь между низким доходом и слабым здоровьем подтверждается результатами многих исследований [10; 12, с. 1968; 26, с. 329; 19; 20, с. 241; 23, с. 335; 25, с. 6-7; 29, с. 322]. Люди с низкими доходами отказываются от потребления товаров и/или услуг, укрепляющих здоровье, но приобретают менее дорогие товары/услуги, зачастую наносящие здоровью вред. Данная связь может работать в двух направлениях: низкий доход может привести к ухудшению здоровья, и ухудшение здоровья может способствовать снижению заработка.

Изменение уровня доходов существенно влияет на психологическое здоровье: эмпирически показано, что рост доходов приводит к стабилизации психологического состояния и снижению чувства озлобленности и депрессии. А чем больше у людей долгов, тем более вероятно психологическое расстройство [33].

Есть также эмпирическое подтверждение того, что неравенство доходов в стране негативно сказывается не только на бедных, но и на всем обществе в целом. Страны и регионы, подверженные наиболее сильному неравенству доходов, отличаются не только более низким уровнем здоровья населения, но еще и более высоким уровнем преступности, а также другими негативными социальными последствиями [35].

Стресс

Стресс и стрессовые ситуации имеют значительные последствия для здоровья индивида с самого его рождения. Так, некоторые исследования показывают, что, испытывая стрессовые ситуации во время беременности, женщина может родить ребенка преждевременно. Постоянная подверженность женщины стрессу в детском или взрослом возрасте до беременности также может вызвать преждевременные роды [8]. Этот риск может негативно сказаться на ребенке: преждевременные роды являются значимым фактором риска не только для младенческой смертности, но также и для серьезных хронических заболеваний.

В детском и юношеском периоде стресс увеличивает риск ухудшения психологического и физиологического здоровья [15]. Кроме того, все больше исследований в настоящее время связывают стрессовые ситуации детей с серьезными проблемами со здоровьем во взрослом возрасте (диабет, сердечно-сосудистые заболевания) [16].

Стрессы во взрослом возрасте, связанные, как правило, с проблемами на работе, в исследованиях представляются серьезными факторами риска заболеваний сердечно-сосудистой системы [5].

Сообщество

Неподходящие жилищные условия, например, протекающий кран, слабая вентиляция, грязные ковры или насекомые в доме, могут привести к распростра-

нению плесени, клещей и других аллергенов. Эти и другие аллергены наряду с плохими жилищными условиями приводят к распространению респираторных заболеваний, включая астму. Низкие температуры в жилом помещении приводят к ослаблению здоровья и возникновению заболеваний сердечно-сосудистой системы. А постоянные перепады температур в доме негативно сказываются на здоровье пожилых людей [30].

Перенаселенность жилища также отрицательно сказывается на физическом здоровье, способствуя развитию инфекционных болезней — туберкулеза и респираторных заболеваний, а также имеет негативные последствия для психики как детей, так и взрослых.

Соседи и среда обитания

Важную роль в жизни каждого человека играет его семья. И поддержка семьи оказывает существенное влияние на здоровье индивида. Так, женатые люди обладают более крепким здоровьем, чем одинокие. Менее вероятно, что женатый человек будет подвержен какому-либо физическому или психологическому заболеванию. Брак также меняет образ жизни человека:

- снижает курение и употребление алкоголя;
- снижает употребление наркотиков;
- способствует более частым проверкам на холестерин и физическим нагрузкам;
- способствует более частым посещениям стоматолога и гинеколога [23].

Место жительства во многом зависит от материального благополучия семьи. Проживание в районе, расположенном вблизи лесов, парков и зеленых зон, способствует улучшению психического и физического здоровья вне зависимости от социального класса. Наличие зеленых зон также способствует социализации: предоставляет место для физической активности и игр, улучшает качество воздуха и снижает температуру в городском острове [27].

Ощутимый ущерб здоровью населения наносит загрязнение воздуха. Так, ежегодно в Великобритании в связи с респираторными заболеваниями преждевременно умирает от 12 до 24 тысяч человек. 66% выбросов канцерогенных химикатов попадают в атмосферу в тех регионах, где сосредоточено 10% наименее обеспеченного населения [26].

Образ жизни

Образ жизни индивида в контексте данного исследования определяется его самосохранительным поведением: питанием, наличием или отсутствием зависимостей и физической нагрузкой. Алкоголь, табак, наркотики, а также избыточный вес (и/или ожирение) и отсутствие регулярных занятий спортом негативно влияют на психологическое и физическое здоровье индивида.

Транспорт

Транспорт, с одной стороны, обеспечивает легкий доступ к учебе, работе, обществу, товарам и услугам, снижая уровень стресса [31]. Однако, с другой стороны,

транспорт загрязняет воздух, его обилие создает пробки, вызывая конфликты и психологические расстройства. Отказ от использования личного или общественного транспорта, переход на экологичный тип транспорта способствуют активному образу жизни и улучшают здоровье индивида [4].

Заключение

В рамках данного исследования были рассмотрены сущность и виды социальных детерминант здоровья, проанализированы результаты международных исследований в области социальных детерминант здоровья населения и определена классификация социально-экономических факторов здоровья населения.

Произведенный анализ показывает, что здоровье индивида определяется не только его выбором, но во многом зависит от «условий, в которых человек рождается, растет, живет, работает и стареет» [1] — социальных детерминант здоровья. Среди социальных детерминант здоровья можно выделить следующие: условия жизни в раннем детстве, образование, занятость, доход и богатство, стресс, сообщество (включая жилищные условия, район и среду обитания, особенности самосохранительного поведения, транспорт).

Но что же такое здоровье и как его можно измерить? Согласно ВОЗ [1], «здоровье является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов». Данное определение, однако, не позволяет определить тот набор объективных индикаторов, при помощи которого возможен мониторинг и оценка здоровья. Не существует единой шкалы для измерения здоровья.

Эмпирические исследования, рассмотренные в данной статье, в описании здоровья опирались в большинстве случаев на продолжительность жизни (или продолжительность здоровой жизни) либо на конкретные факторы (сердечно-сосудистые заболевания, младенческая смертность, заболеваемость, самооценка здоровья и др.). В связи с такими существенными различиями представляется сложным их сравнительный анализ, несмотря на схожие результаты многих зарубежных и отечественных исследований.

Задачу исследования социальных детерминант здоровья усложняет также и то, что связи между детерминантами и уровнем здоровья мультинаправлены: несколько факторов могут оказывать совокупное влияние на здоровье, взаимодействуя друг с другом, при этом здоровье также может воздействовать на один или несколько факторов. То есть физическое и психологическое здоровье человека напрямую зависит от его поведения в различных сферах жизни, в то время как множественные негативные факторы аккумулируются, оказывая значительно больший эффект на благополучие индивида.

Таким образом, для решения поставленного вопроса необходимо разработать единый показатель (индикатор), характеризующий уровень здоровья индивида, который должен быть сопоставим в исследованиях по различным странам, в том числе по России. Такой показатель может содержать в себе различные биомаркеры здоровья и/или самооценку психологического и физического здоровья.

Разработка индикатора здоровья, как и само исследование социальных детерминант здоровья населения, требует междисциплинарного подхода, так как изучаемый вопрос находится на стыке медицины и демографии (экономики).

Используя показатель здоровья, данные обследований населения в различных странах и методы эконометрического моделирования, можно построить модель, описывающую взаимосвязь социальных детерминант и здоровье людей. Подобный эконометрический анализ позволит проверить, например, следующие гипотезы:

1. Детерминанты здоровья имеют не только социальный, но и возрастной градиент.
2. Социальные детерминанты здоровья оказывают различное влияние на мужчин и женщин.
3. Для жителей городской и сельской местности характерны различия в социальных детерминантах здоровья.

Результаты такого моделирования могут стать основой для классификации факторов риска здоровью для отдельных возрастных (или иных социально-демографических) групп населения. Кроме того, результаты могут быть использованы для разработки программы политических мер по повышению уровня здоровья населения России. Политические меры, разрабатываемые государственными органами, должны быть представлены с учетом устранения несправедливости в отношении здоровья, а также оказывать воздействие на различные социальные детерминанты здоровья.

Таким образом, формирование единого индекса здоровья человека позволит ответить на множество вопросов, связанных с социальными детерминантами здоровья населения. Но решение этой проблемы требует качественного междисциплинарного подхода со стороны ученых в области медицины, статистики и демографии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Всемирная организация здравоохранения. Социальные детерминанты здоровья // Всемирная организация здравоохранения, 2018. URL: https://www.who.int/social_determinants/ru/ (дата обращения: 20.11.2018).
2. Всемирная организация здравоохранения. Устав (Конституция) Всемирной организации здравоохранения. 2014. URL: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-ru.pdf?ua=1#page=9>
3. Демографический энциклопедический словарь / гл. ред. Д. И. Валентей. М.: Советская энциклопедия, 1985. 608 с.
4. A safer way: making Britain's roads the safest in the World / Department for Transport, 2009. URL: <https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+http://www.dft.gov.uk/consultations/closed/roadsafetyconsultation/roadsafetyconsultation.pdf>
5. Belkic K. L. Is job strain a major source of cardiovascular disease risk? / K. L. Belkic, P. A. Landsbergis, P. L. Schnall, D. Baker // Scandinavian Journal of Work, Environment and Health. 2004. No 30 (2). Pp. 85-128.

6. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization, 2008.
URL: https://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008.pdf
7. Dahlgren G. Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health / G. Dahlgren, M. Whitehead. Stockholm: Institute for Futures Studies, 1991.
URL: <http://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf>
8. Dominguez T. P. Racial differences in birth outcomes: the role of general, pregnancy, and racism stress / T. P. Dominguez, C. Denkel-Schetter, L. M. Glynn, C. Hobel, C. A. Sandman // *Health Psychology*. 2008. No 27 (2). Pp. 194-203.
9. Egerter S. Education and health. Exploring the social determinants of health: issue brief no 5 / S. Egerter, P. Braveman, T. Sadegh-Nobari, R. Grossman-Kahn, M. Dekker. Princeton (NJ): Robert Wood Johnson Foundation, 2011.
URL: <https://www.rwjf.org/en/library/research/2011/05/education-matters-for-health.html>
10. Feinstein L. Preschool educational inequality? British children in the 1970 cohort / L. Feinstein. London: Centre for Economic Performance and University College, 1999.
11. Feinstein L. Development in the Early Years / L. Feinstein, K. Duckworth. Centre for Research on the Wider Benefits of Learning, 2006. Research Report 20.
12. Fitch C. Debt and Mental Health / C. Fitch, S. Hamilton, P. Basset, R. Davey. London: Royal College Psychiatrists, 2009.
13. Huijts T. Income-related health inequalities in the nordic countries: examining the role of education, occupational class, and age / T. Huijts, T. A. Eikemo, V. Skalicka // *Social Science & Medicine*. 2010. No 71. Pp. 1964-1972.
14. Lahelma E. Pathways between socioeconomic determinants of health / E. Lahelma, P. Martikainen, M. Laaksonen, A. Aittomäki // *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2004. No 58. Pp. 327-332.
15. Larson K. Influence of multiple social risks on children's health / K. Larson, S. A. Russ, J. J. Crall, N. Halfon // *Pediatrics*. 2008. No 121 (2). Pp. 337-344.
16. Lehman B. J. Relationship of early life stress and psychological functioning to blood pressure in the CARDIA study / B. J. Lehman, S. E. Taylor, C. I. Kiefe, T. E. Seeman // *Health Psychology*. 2009. No 28 (3). Pp. 338-346.
17. Lexmond J. Building Character / J. Lexmond, R. Reeves. London: Demos, 2009.
URL: https://www.demos.co.uk/files/Building_Character_Web.pdf
18. Low M. D. Can education policy be health policy? Implications of research on the social determinants of health / M. D. Low, B. J. Low, E. R. Baumler, P. T. Huynh // *Journal of Health Politics, Policy and Law*. 2005. No 30 (6). Pp. 1131-1162.
19. Mackenbach J. P. Socio-economic health differences in the Netherlands: a review of recent empirical findings / J. P. Mackenbach // *Social Science & Medicine*. 1992. No 34. Pp. 213-126.
20. Maier R. Effects of short- and long-term unemployment on physical work capacity and on serum cortisol / R. Maier, A. Egger, A. Barth, R. Winker, W. Osterode, M. Kundi, C. Wolf, H. Ruediger // *International Archives of Occupational and Environmental Health*. 2006. No 79 (3). Pp. 193-198.
21. Marmot M. The status syndrome: how social standing affects our health and longevity / M. Marmot. New York: Owl Books, 2004. 336 p.

22. Marmot M. Fair society, healthy lives / M. Marmot, R. Bell // *Public Health*. 2012. No 126. Pp. 4-10.
23. Miller G. E. Marital status, spousal characteristics, and the use of preventive care / G. E. Miller, I. Pylypchuk // *Journal of Family and Economic Issues*. 2014. No 35. Pp. 323-338.
24. Mirowsky J. Education, social status, and health / J. Mirowsky, C. E. Ross. Hawthorne, NY: Aldine de Gruyter, 2003. 252 p.
25. Piha K. Interrelationships between education, occupational class, income and sickness absence / K. Piha, M. Laaksonen, P. Martikainen, O. Rahkonen, E. Lahelma // *European Journal of Public Health*. 2010. No 20. Pp. 276-820.
26. Pollution and poverty — Breaking the link / Friends of the Earth, 2001.
URL: https://friendsoftheearth.uk/sites/default/files/downloads/pollution_poverty_report.pdf
27. Porritt J. Sustainable development task group report: health impacts of climate change. Task group submission to the Marmot Review / J. Porritt, D. Colin-Thomé, A. Coote, S. Friel, T. Kjellstrom, P. Wilkinson // *Marmot Review*, 2009.
28. Reaching for a healthier life: Facts on socioeconomic status and health in the U.S. / MacArthur Foundation Research Network on Socioeconomic Status and Health, 2010.
URL: http://www.macses.ucsf.edu/downloads/Reaching_for_a_Healthier_Life.pdf
29. Ross C. E. Refining the association between education and health: the effects of quantity, credential, and selectivity / C. E. Ross, J. Mirowsky // *Demography*. 1999. No 36 (4). Pp. 445-460.
30. Shaw M. Housing and Public Health / M. Shaw // *Annual Review of Public Health*. 2004. No 25. Pp. 397-418.
31. Social exclusion and the provision of public transport / Department of the Environment, Transport and the Regions, 2000. URL: <https://www.thenbs.com/PublicationIndex/documents/details?Pub=DETR&DocID=259643>
32. Stuckler D. The public health effect of economic crisis and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis / D. Stuckler, S. Basu, M. Suhrcke, A. Coutts, M. McKee // *The Lancet*. 2009. No 374 (9686). Pp. 315-323.
33. Taylor M. Financial capability and wellbeing: evidence from the BHPS / M. Taylor, A. Sacker, S. Jenkins // Financial Services Authority website, 2009.
URL: <http://www.fsa.gov.uk/pubs/occpapers/op34.pdf>
34. Why Population Aging Matters: A Global Perspective / Department of State and the Department of Health and Human Services; National Institute on Aging; National Institutes of Health. URL: <http://2001-2009.state.gov/g/oes/rls/or/81537.htm>
35. Wilkinson R. The Spirit Level: Why More Equal Societies almost Always Do Better / R. Wilkinson, K. Pickett. London: Allen Lane, 2009. 352 p.
36. Wilkinson R. Social Determinants of Health: The Solid Facts / R. Wilkinson, M. Marmot, eds. 2nd edition. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2003.

Daria Yu. MOISEEVA¹
Irina A. TROITSKAYA²

UDC 314.18

SOCIO-ECONOMIC DETERMINANTS OF HEALTH

¹ Postgraduate Student, Department of Population,
Faculty of Economics, Lomonosov Moscow State University;
Postgraduate Student, Institute of Demography (IDUP),
University Paris 1 Panthéon-Sorbonne
d.moiseeva@bk.ru

² Cand. Sci. (Econ.), Leading Researcher,
Laboratory of Population Economics and Demography,
Faculty of Economics, Lomonosov Moscow State University
itro@econ.msu.ru; ORCID: 0000-0002-3768-7155

Abstract

The high level of economic and demographic development of a country does not guarantee health equality to its citizens. Health differentiation is associated not only with genetic, behavioral, or infrastructural factors, despite their significance; it reflects also the socio-economic differentiation of society. Thus, the concept of social determinants of health arises — the of people from their birth to the old age.

The World Health Organization defines health as a state of complete physical, mental and social well-being, but not only as the absence of disease and physical defects. This definition, however, does not allow emphasizing that set of objective indicators through which one can monitor and measure health. At present, there is no unique comparable scale for determining the level of health; its development requires a complex interdisciplinary study.

This article studies the concept and defines the classification of socio-economic determinants of the population's health. Using a variety of contemporary foreign studies linking specific indicators of health or life expectancy with a number of social determinants, the current paper reveals the nature of the socio-economic factors

Citation: Moiseeva D. Yu., Troitskaya I. A. 2019. "Socio-economic determinants of health". Tyumen State University Herald. Social, Economic, and Law Research, vol. 5, no 3 (19), pp. 42-59.
DOI: 10.21684/2411-7897-2019-5-3-42-59

influence on the health of the population. Due to the lack of Russian research on the topic, this article is of interest to the Russian audience with a broad overview of theoretical and empirical works.

Keywords

Social determinants of health, population economy, health, interrelation of health and socio-economic status, interdisciplinary approach, self-preserving behavior, health inequality.

DOI: 10.21684/2411-7897-2019-5-3-42-59

REFERENCES

1. World Health Organization. 2018. "Social Determinants of Health". Accessed 20 November 2018. https://www.who.int/social_determinants/ru/ [In Russian]
2. World Health Organization. 2014. "Constitution of the World Health Organization". <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-ru.pdf?ua=1#page=9> [In Russian]
3. Valentey D. I. (ed.). 1985. Demographics Encyclopedic Dictionary. Moscow: Sovetskaya entsiklopediya. [In Russian]
4. UK Department for Transport. 2009. A Safer Way — Making Britain's Roads the Safest in the World. <https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+http://www.dft.gov.uk/consultations/closed/roadsafetyconsultation/roadsafetyconsultation.pdf>
5. Belkic K. L., Landsbergis P. A., Schnall P. L., Baker D. 2004. "Is job strain a major source of cardiovascular disease risk?". *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, vol. 30, no 2, pp. 85-128.
6. Commission on Social Determinants of Health. 2008. CSDH Final Report: Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization. https://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008.pdf
7. Dahlgren G., Whitehead M. 1991. Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Stockholm: Institute for Futures Studies. <http://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf>
8. Dominguez T. P., Denkel-Schetter C., Glynn L. M., Hobel C., Sandman C. A. 2008. "Racial differences in birth outcomes: The role of general, pregnancy, and racism stress". *Health Psychology*, vol. 27, no 2, pp. 194-203.
9. Egerter S., Braveman P., Sadegh-Nobari T., Grossman-Kahn R., Dekker M. 2011. "Education and health". *Exploring the Social Determinants of Health*, issue brief no 5. Princeton (NJ): Robert Wood Johnson Foundation. <https://www.rwjf.org/en/library/research/2011/05/education-matters-for-health.html>
10. Feinstein L. 1999. Preschool educational inequality? British children in the 1970 cohort. London: Centre for Economic Performance and University College.
11. Feinstein L., Duckworth K. 2006. Development in the Early Years, Centre for Research on the Wider Benefits of Learning, Research Report 20.

12. Fitch C., Hamilton S., Basset P., Davey R. 2009. *Debt and Mental Health*. London: Royal College Psychiatrists.
13. Huijts T., Eikemo T. A., Skalicka V. 2010. "Income-related health inequalities in the nordic countries: examining the role of education, occupational class, and age". *Social Science & Medicine*, vol. 71, pp. 1964-1972.
14. Lahelma E., Martikainen P., Laaksonen M., Aittomäki A. 2004. "Pathways between socioeconomic determinants of health". *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 58, pp. 327-332.
15. Larson K., Russ S. A., Crall J. J., Halfon N. 2008. "Influence of multiple social risks on children's health". *Pediatrics*, vol. 121, no 2, pp. 337-344.
16. Lehman B. J., Taylor S. E., Kiefe C. I., Seeman T. E. 2009. "Relationship of early life stress and psychological functioning to blood pressure in the CARDIA study". *Health Psychology*, vol. 28, no 3, pp. 338-346.
17. Lexmond J., Reeves R. 2009. *Building Character*. London: Demos.
https://www.demos.co.uk/files/Building_Character_Web.pdf
18. Low M. D., Low B. J., Baumler E. R., Huynh P. T. 2005. "Can education policy be health policy? Implications of research on the social determinants of health". *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 30, no 6, pp. 1131-1162.
19. Mackenbach J. P. 1992. "Socio-economic health differences in the Netherlands: a review of recent empirical findings". *Social Science & Medicine*, vol. 34, pp.213-226.
20. Maier R., Egger A., Barth A., Winker R., Osterode W., Kundi M., Wolf C., Ruediger H. 2006 "Effects of short- and long-term unemployment on physical work capacity and on serum cortisol". *International Archives of Occupational and Environmental Health*, vol. 79, no 3, pp. 193-198.
21. Marmot M. 2004. *The Status Syndrome: How Social Standing Affects Our Health and Longevity*. New York: Owl Books. 336 p.
22. Marmot M., Bell R. 2012. *Fair Society, Healthy Lives*. Public Health. No 126. Pp. 4-10.
23. Miller G. E., Pylypchuk I. 2014. "Marital status, spousal characteristics, and the use of preventive care". *Journal of Family and Economic Issues*, vol. 35, pp. 323-338.
24. Mirowsky J., Ross C. E. 2003. *Education, Social Status, and Health*. Hawthorne, NY: Aldine de Gruyter. 252 p.
25. Piha K., Laaksonen M., Martikainen P., Rahkonen O., Lahelma E. 2010. "Interrelationships between education, occupational class, income and sickness absence". *European Journal of Public Health*, vol. 20, pp. 276-280.
26. Friends of the Earth. 2001. "Pollution and poverty — breaking the link".
https://friendsoftheearth.uk/sites/default/files/downloads/pollution_poverty_report.pdf
27. Porritt J., Colin-Thomé D., Coote A., Friel S., Kjellstrom T., Wilkinson P. 2009. "Sustainable development task group report: health impacts of climate change". *Marmot Review*.
28. MacArthur Foundation Research Network on Socioeconomic Status and Health. 2010. "Reaching for a healthier life: Facts on socioeconomic status and health in the U.S.". http://www.macses.ucsf.edu/downloads/Reaching_for_a_Healthier_Life.pdf
29. Ross C. E., Mirowsky J. 1999. "Refining the association between education and health: the effects of quantity, credential, and selectivity". *Demography*, vol. 36, no 4, pp. 445-60.
30. Shaw M. 2004. "Housing and public health". *Annual Review of Public Health*, vol. 25, pp. 397-418.

31. Department of the Environment, Transport and the Regions. 2000. "Social exclusion and the provision of public transport". <https://www.thenbs.com/PublicationIndex/documents/details?Pub=DETR&DocID=259643>
32. Stuckler D., Basu S., Suhrcke M., Coutts A., McKee M. 2009. "The public health effect of economic crisis and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis". *The Lancet*, vol. 374, no 9686, pp. 315-323.
33. Taylor M., Sacker A., Jenkins S. 2009. "Financial capability and wellbeing: evidence from the BHPS". Financial Services Authority. <http://www.fsa.gov.uk/pubs/occpapers/op34.pdf>
34. Department of State and the Department of Health and Human Services, National Institute on Aging, National Institutes of Health. "Why population aging matters: a global perspective". <http://2001-2009.state.gov/g/oes/rls/or/81537.htm>
35. Wilkinson R., Pickett K. 2009. *The Spirit Level: Why More Equal Societies Almost Always Do Better*. London: Allen Lane. 352 p.
36. Wilkinson R., Marmot M. (eds.). 2003. *Social Determinants of Health: The Solid Facts*. 2nd edition. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.