

¹Папанова Е.К.

ФАКТОРЫ РАЗЛИЧИЙ В САМООЦЕНКЕ ЗДОРОВЬЯ МЕЖДУ НАСЕЛЕНИЕМ МОСКВЫ И ОСТАЛЬНЫХ РЕГИОНОВ РОССИИ

¹ Национальный Исследовательский Университет «Высшая Школа Экономики»,
Москва, Россия

Контактная информация: Папанова Елена Константиновна, e-mail:
papanovaek@yandex.ru

Финансирование. Статья подготовлена в ходе проведения исследования в рамках Программы фундаментальных исследований Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики» (НИУ ВШЭ) с использованием средств субсидии в рамках государственной поддержки ведущих университетов Российской Федерации "5-100".

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Резюме

Актуальность. Москва является устойчивым лидером по уровню ожидаемой продолжительности жизни среди регионов России, однако в условиях старения населения важно не только снижение смертности, но и улучшение состояния здоровья. В связи с этим актуален вопрос о том, насколько различия в состоянии здоровья населения в Москве и остальной России соотносятся с различиями в уровне смертности, и чем обусловлены эти различия. Различия в уровне здоровья на региональном уровне не изучены в России в силу отсутствия репрезентативных на уровне регионов обследований населения, включающих вопросы о состоянии здоровья. Самооценка здоровья является наиболее часто используемым показателем для определения уровня здоровья и расчета ожидаемой продолжительности здоровой жизни, а также устойчиво работает как предиктор более высокого риска индивидов с плохим здоровьем.

Цель. Выявить факторы различий в самооценке здоровья между Москвой и остальными регионами России.

Методы. По данным РМЭЗ НИУ ВШЭ о самооценке здоровья и других характеристиках респондентов в Москве и остальных регионах России с учетом половозрастной структуры рассчитана доля респондентов с плохой самооценкой здоровья, а также построены логистические регрессии для определения факторов, влияющих на самооценку здоровья.

Результаты. В Москве наблюдается более низкая по сравнению с остальными регионами России доля респондентов с плохим здоровьем по самооценке. Наличие законченного высшего образования увеличивает шансы на хорошую самооценку здоровья более чем на 70% по сравнению со средним и низким образованием. Различия в структуре населения по уровню образования объясняют преимущество Москвы по распространённости плохой самооценки здоровья.

Выводы. Уровень образования является определяющим фактором различий в уровне здоровья между Москвой и остальными регионами России.

Ключевые слова: самооценка здоровья; региональная дифференциация; город Москва.

Введение

Москва является лидером по продолжительности жизни среди регионов России. Демографический анализ компонент разницы между Москвой и остальной Россией показал, что преимущество Москвы с середины 2000-х гг. сохраняется за счет все более старших возрастных групп [1]. Рутинная статистика смертности не позволяет в полной мере приблизиться к факторам, определяющим различия между территориями в уровне смертности, что определяет необходимость использования дополнительных данных на индивидуальном уровне, полученных из выборочных обследований населения.

Данные обследований населения не всегда позволяют изучать смертность респондентов. Например, Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения НИУ-ВШЭ (РМЭЗ) [2] содержит данные о смертях

респондентов, полученные в результате опроса других членов домохозяйства, однако использовать эти данные в целях изучения смертности в Москве представляется неосуществимым в силу низкого количества событий (смертей) для Москвы как одного из регионов в выборке РМЭЗ, а также ограничениями использования данных РМЭЗ для изучения смертности в целом, связанных с цензурированием выборки (в частности, с отсутствием возможности получить информацию о смерти индивида, проживающего в одиночном домохозяйстве).

Обследование РМЭЗ наряду с информацией о демографических и социально-экономических характеристиках респондентов содержит также информацию о состоянии здоровья индивидов, в том числе самооценку здоровья. Самооценка здоровья широко используется для расчета интегральных показателей здоровья на популяционном уровне, таких как ожидаемая продолжительность здоровой жизни или потерянные годы жизни. Вместе с тем, ряд исследований показывает значимую связь между плохой самооценкой здоровья и более высоким, по сравнению с хорошей и средней самооценкой, риском смерти. Самооценка здоровья устойчиво работает как предиктор более высокой смертности индивидов, сообщающих о плохом здоровье, в разных странах [3-4]. Это позволяет использовать самооценку здоровья как косвенный индикатор уровня смертности, и на примере этого показателя выявлять факторы, определяющие различия в смертности на индивидуальном уровне.

Вместе с тем, средние оценки распространенности плохого здоровья на популяционном уровне, в том числе с учетом возрастно-половой структуры населения, слабо коррелируют с ожидаемой продолжительностью жизни и другими показателями смертности населения для страны/региона в целом [5]. Основной причиной отсутствия значительной корреляции является большой разброс значений самооценки здоровья, которая сильно отличается между странами с низким уровнем доходов на душу населения. При этом среди стран с продолжительностью жизни при рождении выше 60 лет корреляция ОПЖ и самооценки здоровья выше, хотя и остается слабой ($r=0.384$) [5].

Для отдельных случаев было показано и отсутствие корреляции между продолжительностью жизни и состоянием здоровья по самооценке на

региональном уровне. Например, в более бедных регионах Индии с более высокой смертностью здоровье по самооценке лучше, чем в регионах с низкой смертностью [6]. Также для Аргентины было показано отсутствие корреляции между смертностью и самооценкой здоровья на региональном уровне [7]. Это является результатом разного социального контекста в сравниваемых регионах, доступности медицинской помощи и различий в диагностике заболеваний – все эти факторы приводят к разному пониманию хорошего и плохого здоровья [6].

В работе Idler, Benyamini «Self-Rated Health and Mortality: A Review of Twenty-Seven Community Studies» было показано, что большинство исследований, в которых проверяется связь между самооценкой здоровья и смертностью подтверждают эту связь, которая сохраняется при контроле других переменных и показателей состояния здоровья [4]. Было показано, что в пост-советских странах и в Венгрии население чаще оценивает здоровье как плохое (что согласуется с более высокими показателями смертности), а также то, что важными предикторами самооценки здоровья являются образование и материальная депривация [3, 14].

Данные РМЭЗ широко используются для анализа детерминант смертности и самооценки здоровья в России. Так, по данным РМЭЗ было показано статистически значимое влияние на риск смерти таких факторов, как субъективная оценка статуса в обществе, курение и частое употребление алкоголя, тип населенного пункта, доступ к здравоохранению и некоторых других [11], тестировались гипотезы о роли системы здравоохранения, распространенности факторов риска, и других факторов роста смертности в России в 1990-е гг. [12], связи самооценки здоровья и проживания со старшим поколением [13].

Взаимосвязь самооценки здоровья и риска смерти, а также из зависимости от других факторов в России была исследована по данным РМЭЗ в работе [3]. Было показано, что отношение рисков для респондентов, оценивших здоровье как плохое (плохое и очень плохое), составляет 1,69 для мужчин и 1,74 для женщин. Как риск смерти, так и самооценка здоровья оказались связаны с более низким образованием. Курение и частое употребление алкоголя увеличивали

риск смерти, но были связаны с лучшей самооценкой здоровья, что объясняется обратной связью между поведением и здоровьем – респонденты с плохим здоровьем изначально менее склонны к рискованному поведению в отношении здоровья. Таким образом, использование самооценки здоровья все же накладывает некоторые ограничения на анализ факторов, определяющих различия в смертности.

Другой описанный в литературе «парадокс» заключается в том, что женщины, как правило, сообщают о плохом здоровье чаще, чем мужчины. Эти различия были продемонстрированы во многих исследованиях, в западных странах, в Центральной и Восточной Европе. Гендерный разрыв в ожидаемой продолжительности жизни в России значительно больше, чем в большинстве или во всех других странах, при этом женщины в России также чаще оценивают свое здоровье как плохое. Это может объясняться различиями в структуре плохого состояния здоровья и смертности. Так, наиболее распространенные заболевания могут не приводить к смерти, но при этом ухудшать состояние здоровья. Другой фактор - разница между мужчинами и женщинами в распространенности курения и употребления алкоголя, и, как следствие, ряда заболеваний и состояний, которые могут не обнаруживаться вовремя или приводить к внезапной смерти [8-10].

Исследование в Таганроге в 1993-1994 гг. [15] показало, что люди с низким образованием сообщали о плохом состоянии здоровья в два раза чаще, чем люди с высшим образованием, в определенной степени эти различия объяснялись материальным благополучием. Также было показано, что курение и высокое потребление алкоголя не связаны с самооценкой здоровья, при этом ухудшение экономической ситуации в течение всего было связано с ухудшением самооценки здоровья [8] (за исключением периода 1997-1998 гг., когда экономические трудности оказывали негативное влияние как на рискованное поведение (курение и употребление алкоголя), так и на самооценку здоровья). В целом, авторы настаивают на точке зрения, что самооценка здоровья и смертность - два отдельных аспекта, характеризующих российский кризис в 1990-е годы.

Таким образом самооценка здоровья хорошо коррелирует с заболеваемостью и смертностью внутри групп населения, но эта корреляция не всегда прослеживается на популяционном уровне между разными населенными пунктами. Восприятие состояния здоровья может отличаться в зависимости от доступности медицинской помощи, при этом более высокая доступность ведет к более высоким показателям заболеваемости по самооценке. Различия в самооценке здоровья на региональном уровне не изучены в России в силу отсутствия репрезентативных на уровне регионов обследований населения, включающих вопросы о состоянии здоровья, в том числе его самооценке. В данной работе мы исходим из предположения, что эти данные сопоставимы между Москвой и остальными регионами России. Вместе с тем, самооценка здоровья, которая является одним из наиболее распространенных показателей состояния здоровья - это важный индикатор качества жизни в целом, дополняющий ожидаемую продолжительность жизни.

Данные и методы

Нами были использованы данные Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения НИУ-ВШЭ (РМЭЗ) 20 и 24 волн (опросы проводились в 2011 и 2015 гг. соответственно) о респондентах в возрасте от 50 лет. Данные представлены основной выборкой РМЭЗ по всей России, включающей, в том числе, Москву, а также дополнительной выборкой по городу Москве, опросы по которой были проведены в соответствии с вопросником РМЭЗ указанных волн. Общий объем выборки по Москве в 2011 году в возрасте 50 лет и старше – 1 307 человек, в 2015 году – 1 794 человека.

Опросы РМЭЗ проводятся на базе домохозяйств, при этом во время заполнения индивидуальной анкеты каждый член домохозяйства опрашивается отдельно, в отсутствие других членов домохозяйства. В опросе РМЭЗ респонденту предлагается ответить на вопрос «Как Вы оцениваете Ваше здоровье?», выбрав один из следующих вариантов ответа: «очень хорошее», «хорошее», «среднее, не хорошее, не плохое», «плохое» и «совсем плохое». В данной работе анализ проведен с использованием дихотомической переменной –

хорошее (варианты ответа «очень хорошее», «хорошее», «среднее, не хорошее, не плохое») и плохое (варианты ответа «плохое» и «совсем плохое») здоровье. Для обозначения региона также использовалась бинарная переменная (Москва и остальные регионы России).

Данные РМЭЗ о самооценке здоровья и других характеристиках респондентов в Москве и остальных регионах России, с распределением по полу и возрасту, были использованы для расчета возрастных и стандартизованных коэффициентов распространенности плохой самооценки здоровья и некоторых других показателей, также используются результаты логистической регрессии.

Стандартизованные по возрасту и уровню образования коэффициенты были рассчитаны с использованием возрастной и образовательной структуры населения России по результатам переписи населения 2010 года.

Результаты

Возрастные особенности распространенности плохой самооценки здоровья в старших возрастах Москве характеризуются в целом более низкой по сравнению с остальными регионами долей респондентов, оценивших свое здоровье как плохое (рис. 1). Эти различия более заметны в 2011 году в возрасте старше 70 лет у мужчин (на 5 и 11 п.п. в возрасте 70-79 лет и от 80 лет соответственно) и женщин (на 3 и 14 п.п. соответственно). В 2015 году в возрасте старше 80 лет у мужчин, а также в возрасте 60-69 лет у женщин, доля респондентов с плохим здоровьем (здесь и далее – по самооценке) в Москве, напротив, выше по сравнению с остальными регионами. Особенно заметно различие у мужчин (9 п.п.), при этом в остальных возрастах в 2015 году, а также во всех возрастах в 2011 году у женщин наблюдается более высокая доля лиц с плохим здоровьем, что согласуется с обычно наблюдаемой закономерностью. При этом к 2015 году сохраняется заметно более низкая распространенность плохого здоровья в Москве в возрасте 70-79 лет у мужчин (на 8 п.п.), и в возрасте старше 80 лет у женщин (на 16 п.п.). В 2015 году в большинстве возрастных групп у мужчин и женщин доля респондентов с плохим здоровьем снизилась по сравнению с 2011 годом.

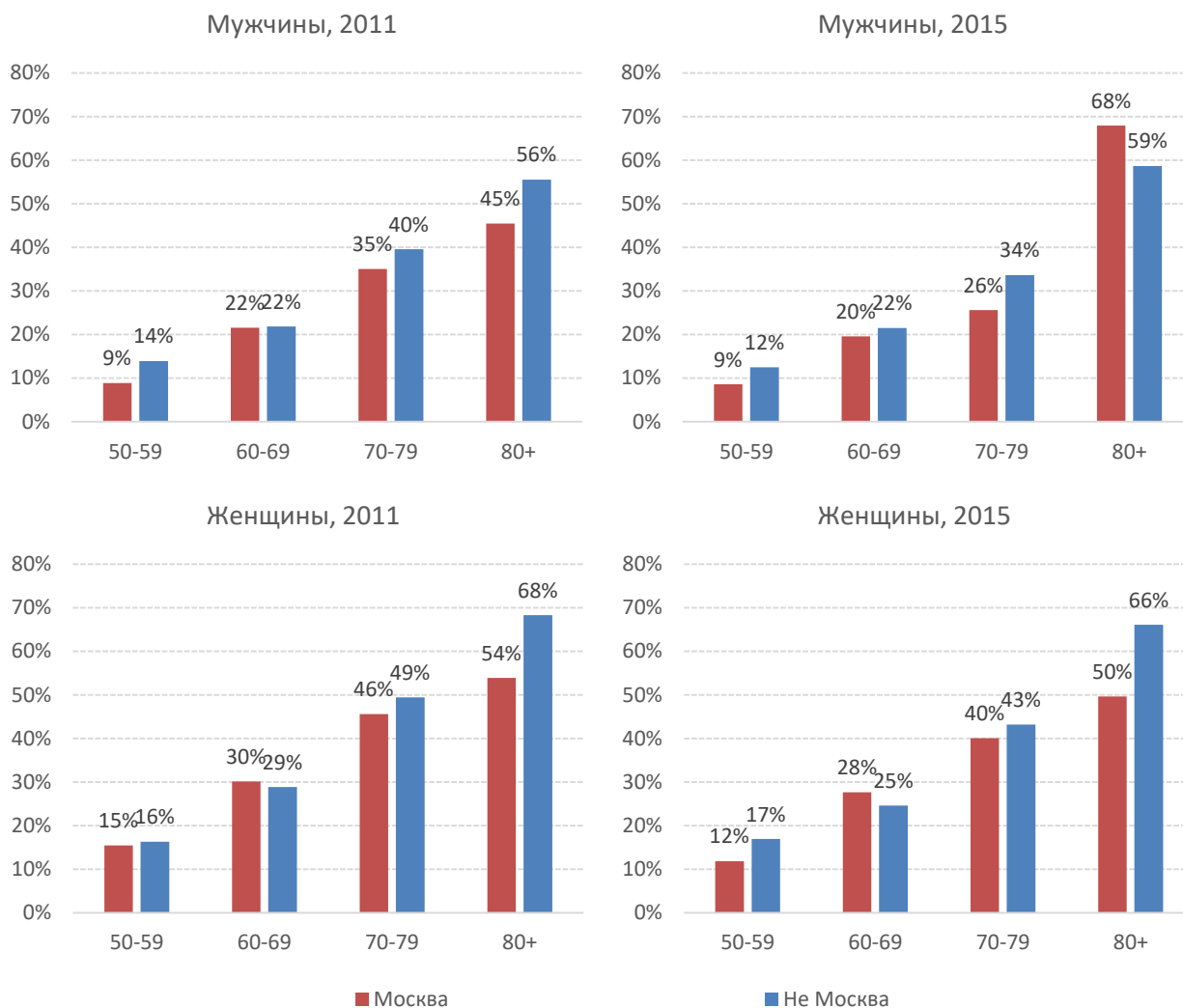


Рисунок 1. Доля респондентов, оценивших здоровье как плохое, по полу и возрастным группам в Москве и остальных регионах, 2011 и 2015 гг., %

В Москве по сравнению с остальными регионами как в 2011, так и в 2015 году наблюдается более низкая доля респондентов (стандартизованная по возрасту) с плохим здоровьем (таблица 1). Разница для обоих полов в 2011 году составила 2,9 п.п., у мужчин – 4,2 п.п., у женщин – 2,2 п.п. Доля респондентов с плохим здоровьем к 2015 году у женщин сократилась как в Москве, так и в остальных регионах (на 2,3-3,8 п.п.), а у мужчин – сократилась на 1,7 п.п. в остальных регионах России и на 0,7 п.п. в Москве. Разница между Москвой и остальными регионами в 2015 году выросла на 3,5 п.п. по сравнению с 2011 годом.

Стандартизация, учитывающая, помимо возрастной структуры, также структуру населения по уровню образования, сокращает преимущество Москвы

по доле лиц с плохим здоровьем над остальными регионами России до 1 п.п. для обоих полов (до 2 п.п. у мужчин и 0,8 п.п. у женщин). Распространенность плохого здоровья с учетом образовательной структуры опрошенных в 2015 году также оказалась ниже по сравнению с 2011 г., различия между Москвой и остальными регионами также увеличились до 2,2 п.п., но остались существенно ниже по сравнению с показателями, стандартизованными по возрасту.

Таблица 1. Стандартизованная по возрасту, по возрасту и образованию распространенность плохой самооценки здоровья в Москве и остальных регионах, 50 лет и старше, %

		2011			2015		
		Стандартизация по возрасту	Стандартизация по возрасту и уровню образования	Разница	Стандартизация по возрасту	Стандартизация по возрасту и уровню образования	Разница
Оба пола	Москва	26,2	28,0		23,4	24,8	
	Остальные регионы	29,1	29,0		26,9	26,9	
	<i>Разница</i>	-2,9	-1,0	-1,9	-3,5	-2,2	-4,7
Мужчины	Москва	20,8	22,9		20,1	20,9	
	Остальные регионы	25,0	24,9		23,3	23,5	
	<i>Разница</i>	-4,2	-2,0	-2,1	-3,1	-2,6	-0,6
Женщины	Москва	28,9	29,9		25,1	27,0	
	Остальные регионы	31,0	30,8		28,7	28,9	
	<i>Разница</i>	-2,2	-0,8	-1,3	-3,6	-1,8	-1,8

Источник: расчеты по данным Росстата и Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения НИУ-ВШЭ

Для выявления факторов, определяющих различия в самооценке здоровья между Москвой и остальными регионами России, нами были построены логистические регрессии для 2011 и 2015 гг. Представленные модели, в которых зависимой переменной является самооценка здоровья, во всех случаях включают в себя контроль возраста и пола и регион (Москва и остальные регионы). Базовая модель строится с учетом только этих переменных. После этого в модель включаются и другие факторы, изменение отношения шансов для переменной региона показывает, в какой степени включаемый фактор может объяснять разницу между Москвой и остальными регионами по самооценке здоровья.

Таковыми факторами выступают уровень образования, курение в настоящее время и наличие в прошлом таких диагнозов как инфаркт миокарда и инсульт. В качестве зависимой переменной в регрессиях выступает бинарная переменная самооценки здоровья – хорошее (очень хорошее, хорошее и среднее) или плохое (плохое и очень плохое).

По данным РМЭЗ за 2011 год для обоих полов для населения Москвы шансы на хорошую самооценку здоровья на 20% выше по сравнению с остальными регионами, по данным за 2015 год – на 19% выше (таблица 2). Как в 2011, так и в 2015 году, при включении в модель уровня образования преимущество Москвы по сравнению с остальными регионами снижается до 7-8% и данное различие становится статистически не значимым. Наличие законченного высшего образования увеличивает шансы на хорошую самооценку здоровья на 74-76% в по сравнению со средним и низким образованием, а среднего профессионального (техникум, колледж) и неоконченного высшего – на 21 и 24%. Курение, как и в предыдущем исследовании по данным РМЭЗ [Perlman, Vobak 2008] не связано значимо с самооценкой здоровья.

Наличие в прошлом инфаркта миокарда и инсульта (по данным за 2011 год) ассоциировано с существенно более низкой самооценкой здоровья (на 74-79%), в том числе в модели с включением уровня образования, однако данный фактор не объясняет различий между Москвой и остальными регионами по самооценке здоровья.

Таблица 2. Параметры логистической регрессии (опорная категория – плохое здоровье), 50 лет и старше для обоих полов

	Модель 1	Модель 2	Модель 3	Модель 4	Модель 5	Модель 6
2011						
Константа (В)	6,57***	6,17***	6,74***	6,50***	6,58***	6,05***
Пол	0,71***	0,72***	0,68***	0,68***	0,69***	0,67***
Возраст	0,92***	0,93***	0,92***	0,93***	0,93***	0,93***
Москва (опорная категория – остальные регионы)	1,20**	1,07	1,20**	1,21**	1,20**	1,08
Высшее образование (опорная категория – среднее и ниже)		1,76***				1,79***
Среднее специальное и неоконченное высшее образование (опорная категория – среднее и ниже)		1,24**				1,31***

	Модель 1	Модель 2	Модель 3	Модель 4	Модель 5	Модель 6
Курение в настоящее время (опорная категория – не курит)			0,88			
Диагноз "инфаркт миокарда" в прошлом (опорная категория - отсутствие в прошлом инфаркта)				0,26***		0,29***
Диагноз "инсульт (кровоизлияние в мозг)" в прошлом (опорная категория - отсутствие в прошлом инсульта)					0,21***	0,23***
2015						
Константа (B)	6,25***	5,92***	6,34***			
Пол	0,75***	0,76***	0,74***			
Возраст	0,93***	0,93***	0,93***			
Москва (опорная категория – остальные регионы)	1,19**	1,08	1,19**			
Высшее образование (опорная категория – среднее и ниже)		1,74***				
Среднее специальное и неоконченное высшее образование (опорная категория – среднее и ниже)		1,21**				
Курение в настоящее время (опорная категория – не курит)			0,94			

Таким образом, с учетом половозрастной структуры, для населения Москвы характерна в более низкая, по сравнению с остальными регионами России, доля респондентов с плохим здоровьем по самооценке. Распространенность плохой самооценки здоровья снижается как в Москве, так и в остальных регионах, сравнение 2011 и 2015 гг. показывает тенденцию к сокращению разницы в этом показателе между указанными населенными пунктами, что происходит за счет более выраженных улучшений самооценки здоровья среди мужчин в остальных регионах. Включение в логистическую модель образования как фактора, влияющего на самооценку здоровья, практически полностью нивелирует различия по самооценке здоровья между Москвой и остальными регионами России, при расчете стандартизованного коэффициента по уровню образования разница между Москвой и остальными регионами также заметно сокращается.

Дискуссия

Самооценка здоровья является одним из наиболее чувствительных индикаторов, предсказывающих риск смерти на индивидуальном уровне.

Сильная взаимосвязь между самооценкой здоровья и смертностью доказывается результатами исследований самооценки здоровья и смертности по данным обследований в других странах [3-4]. При этом здоровье по самооценке в обследованиях населения России в среднем хуже по сравнению с англоязычными странами, что может указывать на объективные факторы, такие как высокий уровень заболеваемости, что отражается также и в высокой смертности в России по сравнению с другими странами [3, 17]. Однако, международные различия в распространенности плохой самооценки здоровья не всегда соответствуют различиям в уровне смертности, что ограничивает объяснение смертности состоянием здоровья (точнее, его самооценкой). Так, в Литве плохое здоровье по самооценке было распространено больше, чем в России, несмотря на более высокую продолжительность жизни. Подобные несоответствия могут объясняться, с одной стороны, культурными различиями, с другой стороны – высокой частотой внезапных смертей в России (например, от болезней системы кровообращения и внешних причин), которые затрагивают индивидов, не оценивающих свое здоровье как плохое (т.е. смерти не предшествовало плохое состояние здоровья) [3, 18]. Отмечается также, что для лиц с более рискованным поведением (в терминах курения и употребления алкоголя) чаще характерно хорошее здоровье по самооценке. Это также справедливо для гендерных различий – для мужчин чаще характерна хорошая самооценка здоровья, и, вместе с тем, более низкая продолжительность жизни и более рискованное поведение.

Использование самооценки здоровья как косвенного индикатора риска смерти дает возможность проследить опосредованное влияние тех или иных факторов не только на состояние (самооценку) здоровья, но и на смертность. Вместе с тем, как сказано выше, не все факторы одинаково связаны с самооценкой здоровья и смертностью. Тем не менее, было показано, что для риска смерти и самооценки здоровья уровень образования является общей детерминантой, в отличие от курения и употребления алкоголя, предсказывающих только смертность, или таких характеристик как доход домохозяйства и удовлетворенность жизнью, связанных только с самооценкой

здоровья [3]. При этом одной из гипотез, объясняющих механизм взаимосвязи самооценки здоровья и смертности, являлось то, что самооценка здоровья служит маркером социально-экономических условий, которые влияют на смертность, однако данный механизм не подтвердился, так как самооценка здоровья предсказывает смертность независимо от уровня дохода и образования [3].

Данные РМЭЗ о самооценке здоровья и образовательном составе населения Москвы и остальных регионов России показали, что уровень образования является значимым фактором более высокой самооценки здоровья. При этом в Москве выше доля населения с высоким уровнем образования, в том числе и в пожилом возрасте, в котором различия в распространенности плохого здоровья наиболее заметны. Так, по данным переписи населения 2010 года, в возрасте 60-69 лет доля населения с высшим образованием в Москве превышает 40%, в то время как по России в целом - 22-23%. С возрастом доля населения с высшим образованием снижается, в возрасте старше 80 лет высшее образование есть у 25% жителей Москвы и 11% жителей других регионов. Во всех возрастных группах в Москве доля населения с высшим образованием в 1,5-2 раза выше, чем в России в целом, а среди пожилых людей (в возрасте старше 75 лет) – в 2,3-2,4 раза.

Наличие законченного высшего образования увеличивает вероятность хорошей самооценки здоровья более чем на 70% по сравнению со средним и низким образованием, а среднего специального и неоконченного высшего – более чем на 20%, и объясняет преимущество Москвы по распространённости хорошей самооценки здоровья во всех рассмотренных нами моделях, в том числе с включением удовлетворенности материальным положением. Тот же результат показывает и стандартизация распространенности плохой самооценки здоровья, дополнительно к возрастной, по образовательной структуре - такая стандартизация практически сокращает различия между Москвой и остальными регионами России по данному показателю.

Уровень образования является одной из наиболее важных характеристик населения, влияющих на демографические процессы. Известно, что смертность

достоверно ниже среди наиболее образованных групп населения, предыдущие исследования смертности в зависимости от уровня образования показали, что большая часть положительных изменений в смертности в России связана с изменением структуры населения, а именно с ростом доли высокообразованных людей и снижением смертности в этой группе [19-21]. Анализ индивидуальных данных по данным выборочных обследований также показал более низкую смертность среди лиц с высоким уровнем образования [22]. В частности, было показано, что дополнительный год обучения связан с 5% снижением риска смерти от всех причин и сердечно-сосудистых заболеваний [23].

Таким образом, более высокий в среднем уровень образования населения Москвы, очевидно является одним из основных факторов, определяющих более низкий уровень смертности в Москве. Вместе с тем, структура населения по уровню образования – не единственное отличие Москвы от остальных регионов. Так, доступность и качество оказания медицинской помощи в Москве, наряду с высокой концентрацией ресурсов здравоохранения и экономических ресурсов, очевидно также определяет преимущество Москвы по уровню продолжительности жизни. Неравенство в здоровье и смертности в России требует дальнейшего анализа, особенно с учетом региональной дифференциации. В связи с этим открываются дополнительные возможности в рамках мониторинга исполнения национальных проектов, в частности национального проекта «Демография», в рамках которого одним из основных целевых показателей является ожидаемая продолжительность здоровой жизни. Данный показатель введен в Федеральный план статистических работ с 2019 года¹, что потребует регулярного сбора информации о самооценке здоровья и может способствовать также сбору ряда другой полезной информации для исследования детерминант состояния здоровья.

Выводы

1. В Москве наблюдается более низкая по сравнению с остальными регионами России доля респондентов с плохим здоровьем по самооценке –

стандартизованные по возрасту показатели в Москве по сравнению с другими регионами ниже на 2,9-3,5 п.п.

2. Различия в структуре населения по уровню образования являются определяющим фактором различий в уровне здоровья между Москвой и остальными регионами России.

Благодарность

Автор выражает благодарность заведующему Международной лаборатории исследований населения и здоровья (МЛИНиЗ) НИУ ВШЭ Евгению Михайловичу Андрееву, научному руководителю МЛИНиЗ НИУ ВШЭ и исследователю Института демографических исследований Общества имени Макса Планка Владимиру Михайловичу Школьникову и заместителю заведующего МЛИНиЗ НИУ ВШЭ Тимонину Сергею Андреевичу за ценные консультации в ходе работы над подготовкой публикации.

Библиография

1. Папанова Е. К., Школьников В. М., Тимонин С. А. Особенности динамики и компоненты снижения смертности в Москве в 1989-2017 гг. *Демографическое обозрение* 2019; 6 (1): 50-103.
2. Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ (RLMS HSE), проводимый Национальным исследовательским университетом Высшей школой экономики и ООО «Демоскоп» при участии Центра народонаселения Университета Северной Каролины в Чапел Хилле и Института социологии Федерального государственного бюджетного учреждения науки Федерального научно-исследовательского социологического центра РАН. (Сайты обследования RLMS-HSE: <http://www.hse.ru/rlms>, <http://www.cpc.unc.edu/projects/rlms>).
3. Perlman, F., Bobak, M. Determinants of self rated health and mortality in Russia - are they the same? *International journal for equity in health* 2008; 7 (19).

4. Idler, E., & Benyamini, Y. Self-Rated Health and Mortality: A Review of Twenty-Seven Community Studies. *Journal of Health and Social Behavior* 1997; 38 (1): 21-37.
5. Babones, S.J. The consistency of self-rated health in comparative perspective. *Public Health* 2009; 123 (2): 199-201
6. Sen, A. Mortality as an Indicator of Economic Success and Failure. *The Economic Journal* 1998; 108(446): 1-25.
7. De Maio F.G. Health inequalities in Argentina: patterns, contradictions and implications. *Health Sociol Rev* 2007; 16: 279-291.
8. Carlson P. Risk behaviours and self rated health in Russia 1998. *Journal of epidemiology and community health* 2001; 55 (11): 806–817.
9. Oksuzyan A., Petersen I., Stovring H., Bingley P., Vaupel J.W., Christensen K. The male-female health-survival paradox: a survey and register study of the impact of sex-specific selection and information bias. *Ann Epidemiol.* 2009; 19 (7): 504–511.
10. Albers S.C., Archie E.A., Gesquiere L.R., Altmann J., Vaupel J. W., Christensen K. The Male-Female Health-Survival Paradox: A Comparative Perspective on Sex Differences in Aging and Mortality. In: Committee on Population; Division of Behavioral and Social Sciences and Education; National Research Council; Weinstein M, Lane MA, editors. *Sociality, Hierarchy, Health: Comparative Biodemography: A Collection of Papers*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2014. C. 339-363.
11. Denisova, I. Adult Mortality in Russia: A Microanalysis. *Economics of Transition* 2010; 18 (2): 333-363.
12. Brainerd E., Cutler D. Autopsy of an Empire: Understanding Mortality in Russia and the Former Soviet Union. *The Journal of Economic Perspectives* 2005; 19 (1): 107-130.
13. Permyakova N.V., Billingsley S. Men's health and co-residence with older generations in Russia: better or worse? *J Epidemiol Community Health* 2018; 72 (3): 179-184.

14. Bobak M., Pikhart H., Rose R., Hertzman C., Marmot M. Socioeconomic factors, material inequalities, and perceived control in self-rated health: cross-sectional data from 7 post-communist countries. *Social Science and Medicine* 2000; 51 (9): 1343–1350.
15. Carlson P. Educational differences in self-rated health during the Russian transition. Evidence from Taganrog 1993–94. *Social Science and Medicine* 2000; 51 (9): 1363–1374.
16. World Health Organization Metrics: Population Attributable Fraction (PAF) 2019. [Интернет]. URL: https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/metrics_paf/en/ (Дата обращения: 01.10.2019)
17. Heistaro S., Laatikainen T., Vartiainen E., Puska P., Uutela A., Pokusajeva S., Uhanov M. Self-reported health in the Republic of Karelia, Russia and in north Karelia, Finland in 1992. *Eur J Public Health* 2001; 11(1):74-80.
18. Chenet L., McKee M., Leon D., Shkolnikov V, Vassin S. Alcohol and cardiovascular mortality in Moscow; new evidence of a causal association. *J Epidemiol Community Health* 1997; 52 (12): 772–774.
19. Shkolnikov V.M., Leon D.A., Adamets S., Andreev E.M., Deev A. Educational Level and Adult Mortality in Russia: An Analysis of Routine Data 1979 to 1994. *Social Science and Medicine* 1998; 47 (3): 357–369.
20. Shkolnikov V.M., Andreev E.M., Jasilionis D., Leinsalu M., Antonova O.I., McKee M. The Changing Relation between Education and Life Expectancy in Central and Eastern Europe in the 1990s. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2006; 60 (10): 875–881.
21. Харькова Т.Л., Никитина С.Ю., Андреев Е.М. Зависимость продолжительности жизни от уровня образования в России. *Вопросы статистики* 2017; 8: 61–68.
22. Shkolnikov V.M., Deev A.D., Kravdal Ø., Valkonen T. Educational differentials in male mortality in Russia and northern Europe. *Demographic Research* 2004; 10: 1–26.

23. Todd M.A., Shkolnikov V.M., Goldman N. Why are well-educated Muscovites more likely to survive? Understanding the biological pathways. *Social Science and Medicine* 2016; 157: 138–147.

¹Papanova E.K.

**DETERMINANTS OF DIFFERENCES IN SELF-RATED HEALTH
BETWEEN MOSCOW AND THE REST OF RUSSIA**

¹National Research University Higher School of Economics, Moscow, Russia

Contacts: Papanova Elena, e-mail: epapanova@hse.ru

Information about authors:

Papanova E.K., <http://orcid.org/0000-0002-3288-4926>

Acknowledgments. The paper was prepared within the framework of the Basic Research Program at HSE University and funded by the Russian Academic Excellence Project '5-100'.

Conflict of interests. The authors declare no conflict of interest.

Abstract

Significance. In the population aging era it is important not only to reduce mortality, but also to improve health. In this regard, the question of how the differences in the health status of the population in Moscow and the rest of Russia correlate with mortality of these populations is relevant. Due to the lack of regionally representative population surveys that include questions about health, differences in health have not been studied at the regional level in Russia. Self-rated health is the most commonly used indicator for determining individual health level and calculating healthy life expectancy. Self-rated health significantly associated with mortality, which allows to use it as an indirect indicator of mortality risk.

Purpose. To identify the factors of differences in self-rated health between Moscow and the rest of Russia.

Methods. We used data of the Russia Longitudinal Monitoring Survey on self-rated health in Moscow and other regions of Russia to calculate indicators of the prevalence of poor self-rated health, associations between predictor variables and poor self-rated health were measured using logistic regression.

Results. The prevalence of poor self-esteem is lower in Moscow compared to other regions of Russia. Individuals with higher education have better self-rated health compared to individuals with secondary and low education. Educational composition of population explains the advantage of Moscow in the prevalence of poor self-rated health.

Conclusions. Educational attainment is a determining factor of the differences in the health status between Moscow and the rest of Russia.

Keywords: *self-rated health; regional differences; Moscow.*

References

1. Papanova E. K., Shkol'nikov V. M., Timonin S. A. Osobennosti dinamiki i komponenty snizheniya smertnosti v Moskve v 1989-2017 gg. [Distinctive features and components of mortality decrease in Moscow in 1989-2017]. *Demograficheskoe obozrenie* 2019; 6 (1): 50-103. (in Russian).
2. «Russia Longitudinal Monitoring survey, RLMS-HSE», conducted by National Research University "Higher School of Economics" and OOO "Demoscope" together with Carolina Population Center, University of North Carolina at Chapel Hill and the Institute of Sociology of the Federal Center of Theoretical and Applied Sociology of the Russian Academy of Sciences. (RLMS-HSE web sites: <http://www.cpc.unc.edu/projects/rlms-hse>, <http://www.hse.ru/org/hse/rlms>)
3. Perlman, F., Bobak, M. Determinants of self rated health and mortality in Russia - are they the same? *International journal for equity in health* 2008; 7 (19).
4. Idler, E., & Benyamini, Y. Self-Rated Health and Mortality: A Review of Twenty-Seven Community Studies. *Journal of Health and Social Behavior* 1997; 38 (1): 21-37.

5. Babones, S.J. The consistency of self-rated health in comparative perspective. *Public Health* 2009; 123 (2): 199-201
6. Sen, A. Mortality as an Indicator of Economic Success and Failure. *The Economic Journal* 1998; 108(446): 1-25.
7. De Maio F.G. Health inequalities in Argentina: patterns, contradictions and implications. *Health Sociol Rev* 2007; 16: 279-291.
8. Carlson P. Risk behaviours and self rated health in Russia 1998. *Journal of epidemiology and community health* 2001; 55 (11): 806–817.
9. Oksuzyan A., Petersen I., Stovring H., Bingley P., Vaupel J.W., Christensen K. The male-female health-survival paradox: a survey and register study of the impact of sex-specific selection and information bias. *Ann Epidemiol.* 2009; 19 (7): 504–511.
10. Albers S.C., Archie E.A., Gesquiere L.R., Altmann J., Vaupel J. W., Christensen K. The Male-Female Health-Survival Paradox: A Comparative Perspective on Sex Differences in Aging and Mortality. In: Committee on Population; Division of Behavioral and Social Sciences and Education; National Research Council; Weinstein M, Lane MA, editors. *Sociality, Hierarchy, Health: Comparative Biodemography: A Collection of Papers.* Washington (DC): National Academies Press (US); 2014. C. 339-363.
11. Denisova, I. Adult Mortality in Russia: A Microanalysis. *Economics of Transition* 2010; 18 (2): 333-363.
12. Brainerd E., Cutler D. Autopsy of an Empire: Understanding Mortality in Russia and the Former Soviet Union. *The Journal of Economic Perspectives* 2005; 19 (1): 107-130.
13. Permyakova N.V., Billingsley S. Men's health and co-residence with older generations in Russia: better or worse? *J Epidemiol Community Health* 2018; 72 (3): 179-184.
14. Bobak M., Pikhart H., Rose R., Hertzman C., Marmot M. Socioeconomic factors, material inequalities, and perceived control in self-rated health: cross-sectional data from 7 post-communist countries. *Social Science and Medicine* 2000; 51 (9): 1343–1350.

15. Carlson P. Educational differences in self-rated health during the Russian transition. Evidence from Taganrog 1993–94. *Social Science and Medicine* 2000; 51 (9): 1363–1374.
16. World Health Organization Metrics: Population Attributable Fraction (PAF) 2019. [Интернет]. URL: https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/metrics_paf/en/ (Дата обращения: 01.10.2019)
17. Heistaro S., Laatikainen T., Vartiainen E., Puska P., Uutela A., Pokusajeva S., Uhanov M. Self-reported health in the Republic of Karelia, Russia and in north Karelia, Finland in 1992. *Eur J Public Health* 2001; 11(1):74-80.
18. Chenet L., McKee M., Leon D., Shkolnikov V, Vassin S. Alcohol and cardiovascular mortality in Moscow; new evidence of a causal association. *J Epidemiol Community Health* 1997; 52 (12): 772–774.
19. Shkolnikov V.M., Leon D.A., Adamets S., Andreev E.M., Deev A. Educational Level and Adult Mortality in Russia: An Analysis of Routine Data 1979 to 1994. *Social Science and Medicine* 1998; 47 (3): 357–369.
20. Shkolnikov V.M., Andreev E.M., Jasilionis D., Leinsalu M., Antonova O.I., McKee M. The Changing Relation between Education and Life Expectancy in Central and Eastern Europe in the 1990s. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2006; 60 (10): 875–881.
21. Khar'kova T.L., Nikitina S.Yu., Andreev E.M. Zavisimost' prodolzhitel'nosti zhizni ot urovnya obrazovaniya v Rossii [Dependence of life expectancy on the education levels in Russia]. *Voprosy statistiki* 2017; 8: 61–68. (in Russian).
22. Shkolnikov V.M., Deev A.D., Kravdal Ø., Valkonen T. Educational differentials in male mortality in Russia and northern Europe. *Demographic Research* 2004; 10: 1–26.
23. Todd M.A., Shkolnikov V.M., Goldman N. Why are well-educated Muscovites more likely to survive? Understanding the biological pathways. *Social Science and Medicine* 2016; 157: 138–147.

ⁱ Распоряжение Правительства РФ от 31.12.2018 N 3052-р «О внесении изменений в распоряжение Правительства РФ от 06.05.2008 N 671-р»