

Кузьмич Оксана Сергеевна — кандидат экономических наук, научный сотрудник, ЛИРТ НИУ ВШЭ. E-mail: oksana_kuz@mail.ru

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ

Происходившие в российской экономике на протяжении 1990—2000 гг. трансформационные процессы, затронувшие, в том числе, систему здравоохранения, оказали влияние и на ситуацию на рынке труда, и на здоровье индивидов (безработных и работающих, экономически активных и экономически неактивных). По оценкам демографов¹, в 1990-х годах Россия вступила в фазу демографического кризиса, характеризующегося ростом естественной убыли населения, низкой продолжительностью жизни и значительным разрывом в продолжительности жизни мужчин и женщин, высокими показателями общей смертности, сверхсмертностью мужчин, в особенности трудоспособного возраста.

По данным государственной статистики, за 1990-е годы существенно ухудшилось состояние здоровья населения: выросли заболеваемость (в особенности такими заболеваниями, как туберкулез, СПИД, алкоголизм, наркомания и другие) и показатели смертности, сократилась продолжительность жизни. Затем в течение 2000-х годов эти показатели несколько улучшились, и уровень здоровья населения в целом стабилизировался. Однако экономический кризис 2009 г. и общий упадок в экономике, продолжающийся до сих пор, могли оказать негативное воздействие на состояние здоровья российского населения.

Данные Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ (RLMS-HSE) содержат сведения о следующих показателях состояния здоровья россиян: с 2000 по 2010 г. — о наличии хронических заболеваний (по группам органов: сердца, легких, печени, почек, желудочно-кишечного тракта, позвоночника, других органов), а также с 1994 г. — о перенесенных тяжелых заболеваниях. Мы будем анализировать состояние здоровья населения в трудоспособном возрасте (от 14 до 60 лет), а также населения пенсионного возраста (старше 60 лет).

Данные RLMS-HSE показывают, что на протяжении 2000-х годов доля лю-

¹ См., напр: Население России 2005: Тринадцатый ежегодный демографический доклад / Отв. ред. А.Г. Вишневский / Гос. ун-т — Высшая школа экономики. М.: ГУ ВШЭ, 2007; Доклад о развитии человеческого потенциала в Российской Федерации, 2000 г. URL: <http://www.fw.ru/Lib/Text/201-250/240.html>; Доклад о развитии человеческого потенциала в Российской Федерации, 2002 г. URL: <http://hd.econ.msu.ru/reports/RF/>

дей 14 лет и старше, имеющих хотя бы одно хроническое заболевание, росла с 2000 по 2003 г. (с 43% до 47%), а затем снизилась и в течение периода 2004—2007 гг. оставалась на уровне 40—42%, минимум был достигнут в 2007 г. (рис. 1.а).

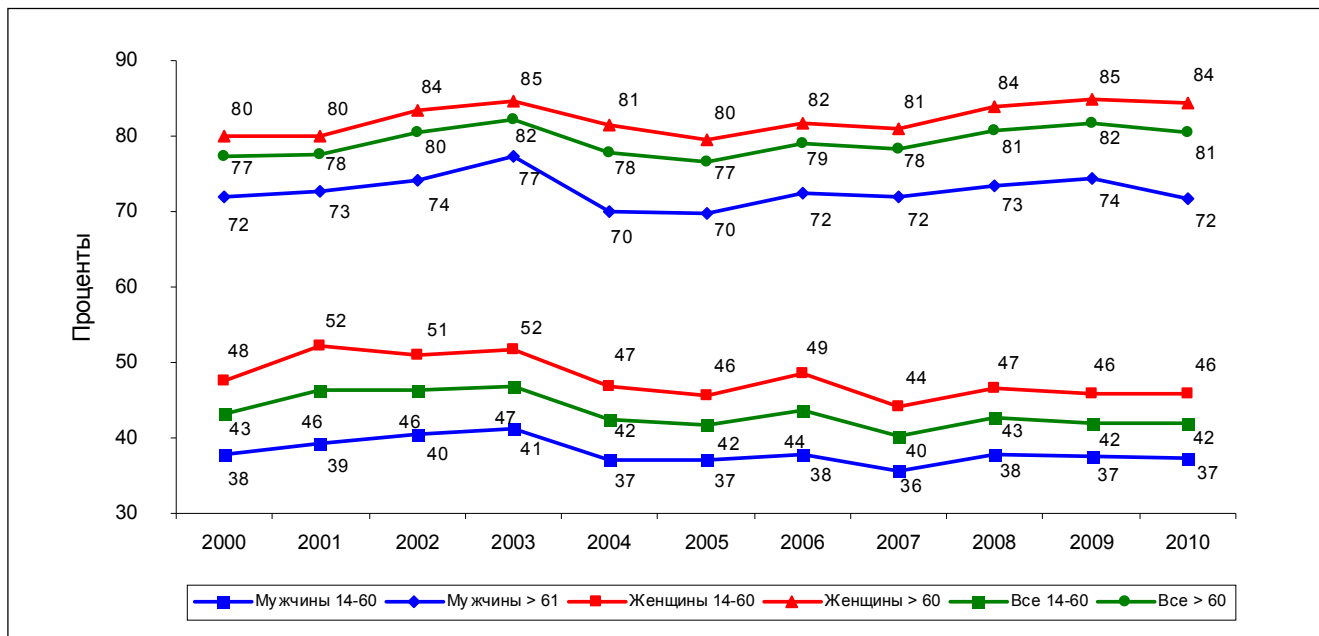


Рис. 1.а. Динамика доли лиц, имеющих хотя бы одно хроническое заболевание, 2000—2010 гг.

Затем доля лиц, имеющих хотя бы одно хроническое заболевание, снова начала увеличиваться и в 2010 г. достигла уровня 42%. При этом наблюдались существенные гендерные различия — для мужчин максимальное значение составило 41% в 2003 г., для женщин — 52% в 2001 и 2003 гг. Очевидна большая разница в заболеваемости по возрасту: в возрасте 61 года и старше доля больных возрастает, по сравнению с возрастной группой 14—60 лет, почти в два раза. Таким образом, в пенсионном возрасте только каждый пятый человек не имеет хронических заболеваний. В целом рассматриваемый показатель имел примерно одинаковую динамику в обеих возрастных группах, однако если наихудшим годом в обеих возрастных группах был 2003 г., то наилучшим для младших возрастов — 2007 г., а для старших — 2005 г. При этом обращает на себя внимание снижение количества имеющих хотя бы одно заболевание в старшей возрастной группе в 2010 г. На фоне небольшого роста среднего возраста исследуемой совокупности (рис. 1.б), данные тенденции можно рассматривать скорее как умеренно-положительные.

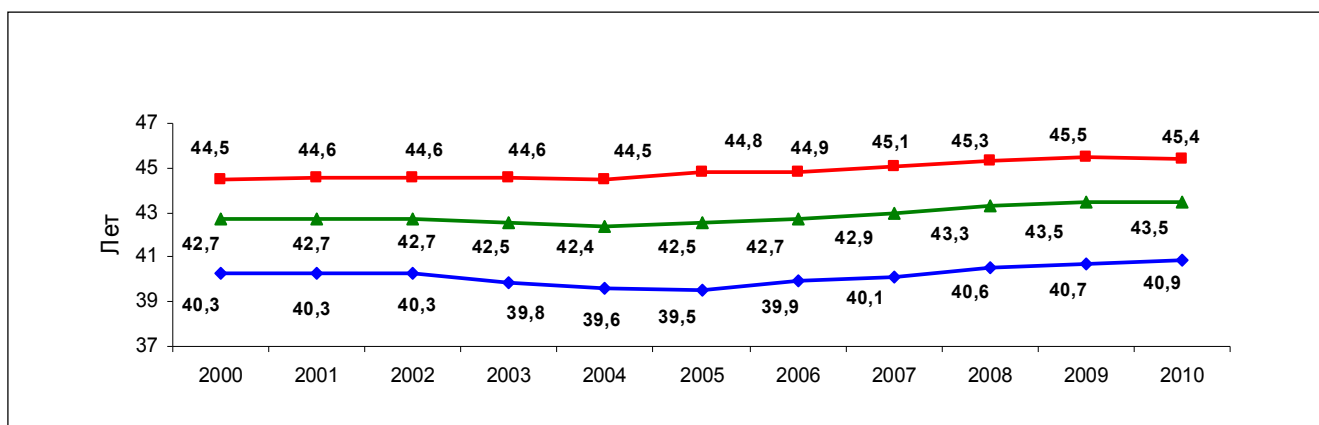


Рис. 1.б. Средний возраст выборки, 2000—2010 гг.

Если рассматривать хронические заболевания различных органов, а также отдельные серьезные болезни, информация о которых представлена в RLMS-HSE, то сравнение 2000 и 2010 гг. показывает незначительное, но все же улучшение ситуации (табл. 1 и 2). Во-первых, несколько увеличилось количество оценивающих свое здоровье как хорошее и очень хорошее, и снизилось — оценивающих свое здоровье как плохое и очень плохое, как мужчин, так и женщин. Во-вторых, несколько снизилось количество имеющих ряд хронических заболеваний, таких как хронические заболевания почек, позвоночника, также у мужчин — заболеваний легких, у женщин — печени; выросла доля не имеющих хронических заболеваний.

Таблица 1

Показатели здоровья населения в возрасте 14 лет и старше, 2010 г.

Показатель состояния здоровья	Мужчины		Женщины		Всего	
	14—60	61-	14—60	61-	14—60	61-
Самооценка здоровья, %						
Хорошее и очень хорошее	48	8	37	4	42	5
Нормальное	47	60	56	52	52	55
Плохое	5	32	7	44	6	40
Наличие хронических заболеваний, %						
Сердца	7	36	10	51	9	46
Легких	4	10	4	9	4	9
Печени	4	10	7	22	6	18
Почек	3	11	8	19	6	16
Желудочно-кишечного тракта	12	21	15	34	14	30
Позвоночника	11	24	13	31	12	29

Продолжение таблицы 1

Показатель состояния здоровья	Мужчины		Женщины		Всего	
	14—60	61-	14—60	61-	14—60	61-
Наличие хронических заболеваний, %						
Других	16	42	24	54	21	51
Нет хронических заболеваний	63	28	54	16	58	20
Наличие болезней в настоящем или прошлом, %						
Наличие инвалидности (без учета группы)	5	30	4	31	4	31
В течение последних 12 месяцев делались хирургические операции	3	6	4	4	3	5
Диабет (или повышенный сахар)	2	8	4	18	3	15
Инфаркт	1	11	0,4	7	1	8
Повышенное давление	23	62	30	79	27	74
Инсульт	1	9	1	6	1	7
В течение последних 12 месяцев была анемия	1	3	6	7	4	6
Туберкулез	1	2	0,4	1	1	1
Гепатит (любого типа)	6	4	6	4	6	4
Пользуется очками или линзами	27	86	40	89	34	88
Пользуется слуховым аппаратом	0,2	4,4	0,2	2	0,2	3
В течение последних 12 месяцев обращался к врачу по поводу нервного расстройства	1,15	1,37	2,1	4,3	1,7	3,4
Наличие проблем со здоровьем в течение последних 30 дней	22	51	32	70	27	64
Средние показатели, %						
Отличное здоровье по объективным показателям (нет ни одного хронического заболевания, диагноза, проблем со здоровьем) ¹	40	3	28	1	33	2
Среднее количество хронических заболеваний	0,57	1,5	0,81	2,1	0,7	1,94
Среднее количество болезней из перечня	0,38	1,04	0,53	1,27	0,46	1,20
Средняя самооценка (из 5 баллов)	2,58	3,27	2,71	3,47	2,65	3,41

¹ В 2000 г. данный показатель не приводится из-за отсутствия некоторых его составляющих, по этой же причине в 2000 г. не приводятся данные по среднему количеству болезней.

Таблица 2

Показатели здоровья населения в возрасте 14 лет и старше, 2000 г.

Показатель состояния здоровья	Мужчины		Женщины		Всего	
	14—60	61-	14—60	61-	14—60	61-
Самооценка здоровья, %						
Хорошее и очень хорошее	43	9	30	3	36	5
Нормальное	50	53	60	46	55	49
Плохое	7	38	10	50	9	46
Наличие хронических заболеваний, %						
Сердца	7	37	10	46	8	43
Легких	5	17	4	11	4	13
Печени	4	12	9	25	6	21
Почек	4	11	10	21	7	17
Желудочно-кишечного тракта	12	23	15	31	14	29
Позвоночника	12	26	13	32	13	30
Других	13	32	23	40	18	37
Нет хронических заболеваний	62	28	52	20	57	23
Наличие болезней в настоящем или прошлом, %						
Наличие инвалидности (без учета группы)	В 2000 г. нет данных					
В течении последних 12 месяцев делались хирургические операции	3	5	4	4	4	5
Диабет (или повышенный сахар)	1	5	3	13	2	10
Инфаркт	2	12	1	6	1	8
Повышенное давление	16	38	23	61	20	54
Инсульт	1	6	1	5	1	5
В течение последних 12 месяцев была анемия	1	2	7	5	4	4
Туберкулез	1	3	1	1	1	2
Гепатит (любого типа)	В 2000 г. нет данных					
Пользуется очками или линзами	60	90	67	86	65	88
Пользуется слуховым аппаратом	0	3	0	1	0	2
В течение последних 12 месяцев обращался к врачу по поводу нервного расстройства	В 2000 г. нет данных					
Наличие проблем со здоровьем в течение последних 30 дней	28	56	40	72	35	67
Средние показатели, %						
Среднее количество хронических заболеваний	0,54	1,55	0,82	2,00	0,69	1,85
Средняя самооценка (из 5 баллов)	2,60	3,37	2,79	3,60	2,70	3,52

В то же время существенно выросла доля людей, отмечающих наличие повышенного давления. В целом данные не позволяют сделать однозначного вывода об улучшении либо ухудшении ситуации с заболеваемостью населения в 2010 г. по сравнению с 2000 г. Возраст, как и ожидалось, является самым серьезным фактором возникновения хронических заболеваний: после 60 лет риск появления практически всех заболеваний существенно возрастает, самооценка падает.

Значительная разница в доле имеющих хронические заболевания среди мужчин и женщин может объясняться несколькими причинами. Так, женщины в России в среднем живут дольше мужчин на 12 лет. Следовательно, за счет того, что у пожилых женщин средний возраст выше, выше и доля имеющих заболевания. Однако такое объяснение не подходит для более молодых возрастов, где, как показывает рис. 1.а, различия между мужчинами и женщинами даже значительнее.

Самооценка индивидуального здоровья

Самооценка собственного здоровья (ответ на вопрос: «Скажите, как Вы оцениваете Ваше здоровье?») дает представление о здоровье респондента как психофизиологическом континууме, отражает объективный соматический статус, «восприятие человеком тех или иных патологических отклонений, степень адаптации к ним и их последствиям (различного рода ограничения в жизни)». Высокая степень корреляции с реальным состоянием здоровья отражает как реальную возможность работать, так и желание работать независимо от ограничений по здоровью. Это единственный индикатор, позволяющий отследить отклонения в здоровье не только в худшую по сравнению с нормой, но и в лучшую сторону. В то же время она подвержена случайной ошибке измерения (обратное влияние таких факторов, как занятость, заработка, институциональные характеристики рынка труда). Тем не менее самооценка здоровья остается одним из наиболее популярных показателей здоровья.

Распределение индивидов по группам здоровья в зависимости от возраста и пола показало в 2010 г. ожидаемую картину — доля индивидов с плохим здоровьем растет по мере увеличения возраста, при этом доля имеющих плохое здоровье среди женщин относительно больше, а имеющих хорошее здоровье — относительно меньше, чем среди мужчин (рис. 2, 3). Обращает на себя внимание тот факт, что после достижения пенсионного возраста самооценка здоровья резко падает.

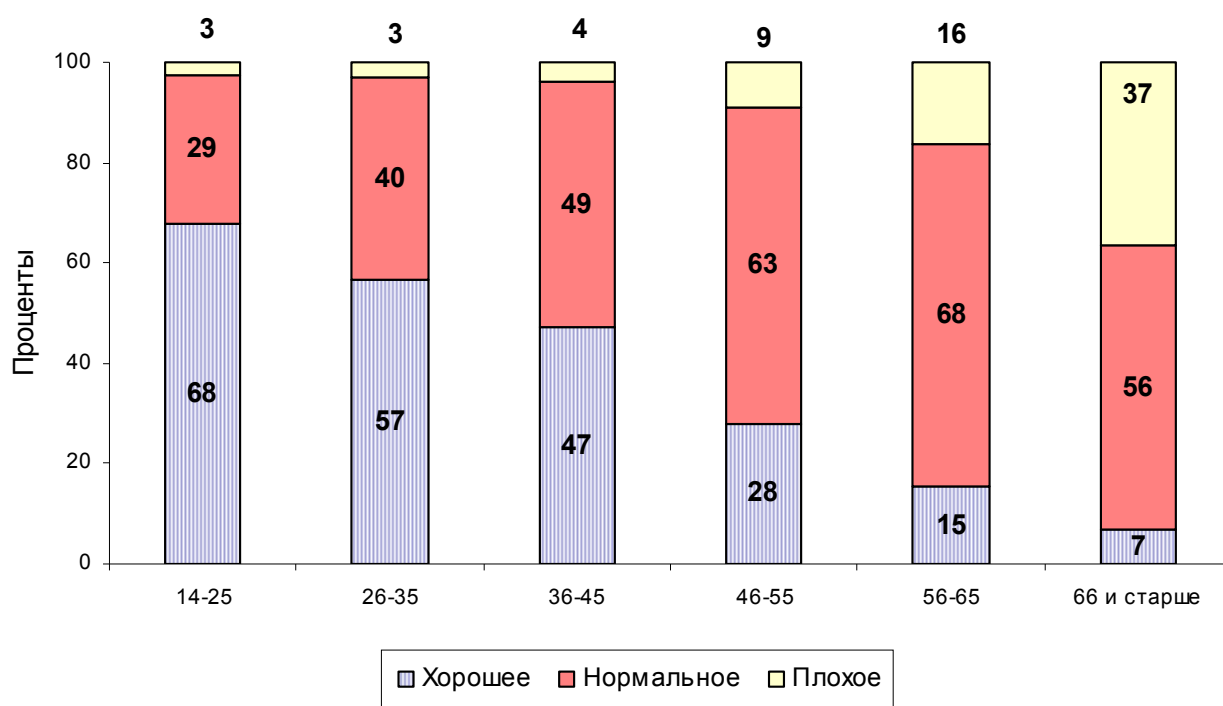


Рис. 2. Самооценка здоровья, 2010, мужчины от 14 лет и старше, по возрастным группам, %

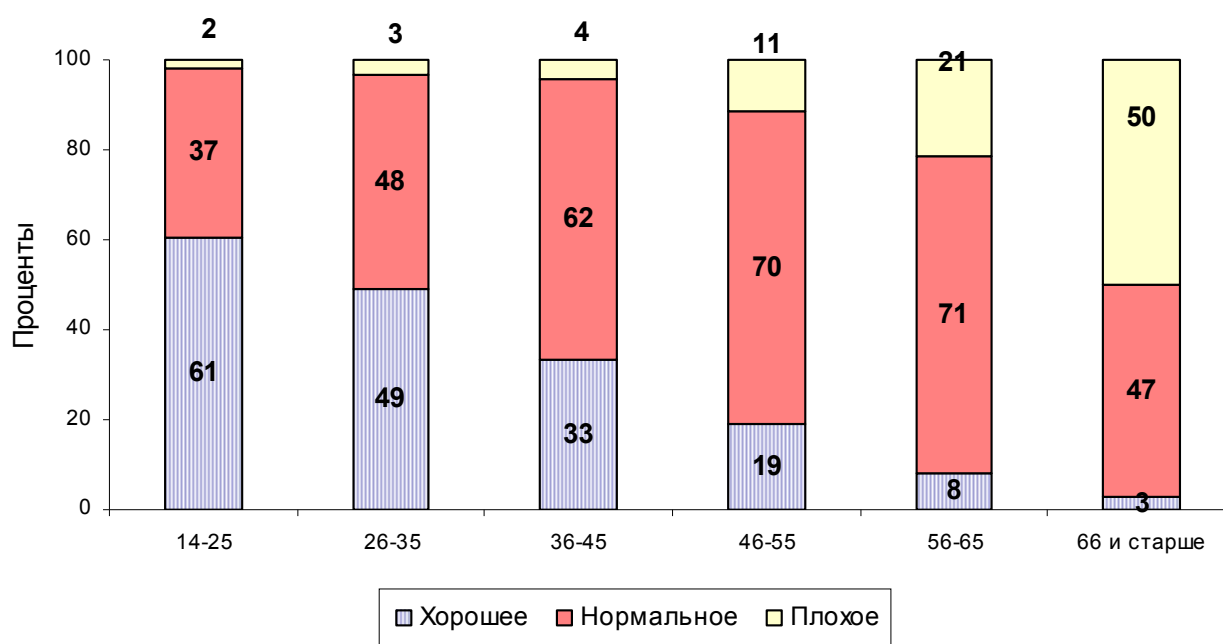


Рис. 3. Самооценка здоровья, 2010, женщины от 14 лет и старше, по возрастным группам, %

За рассматриваемый период несколько улучшилась самооценка населением своего здоровья. Доля мужчин, ответивших, что здоровье у них «плохое» или «очень плохое», постепенно снижалась с 12,4% в 1994 г. до 9,2% в 2010 г., а доля оценивающих свое здоровье как хорошее и очень хорошее постепенно росла (рис. 4).

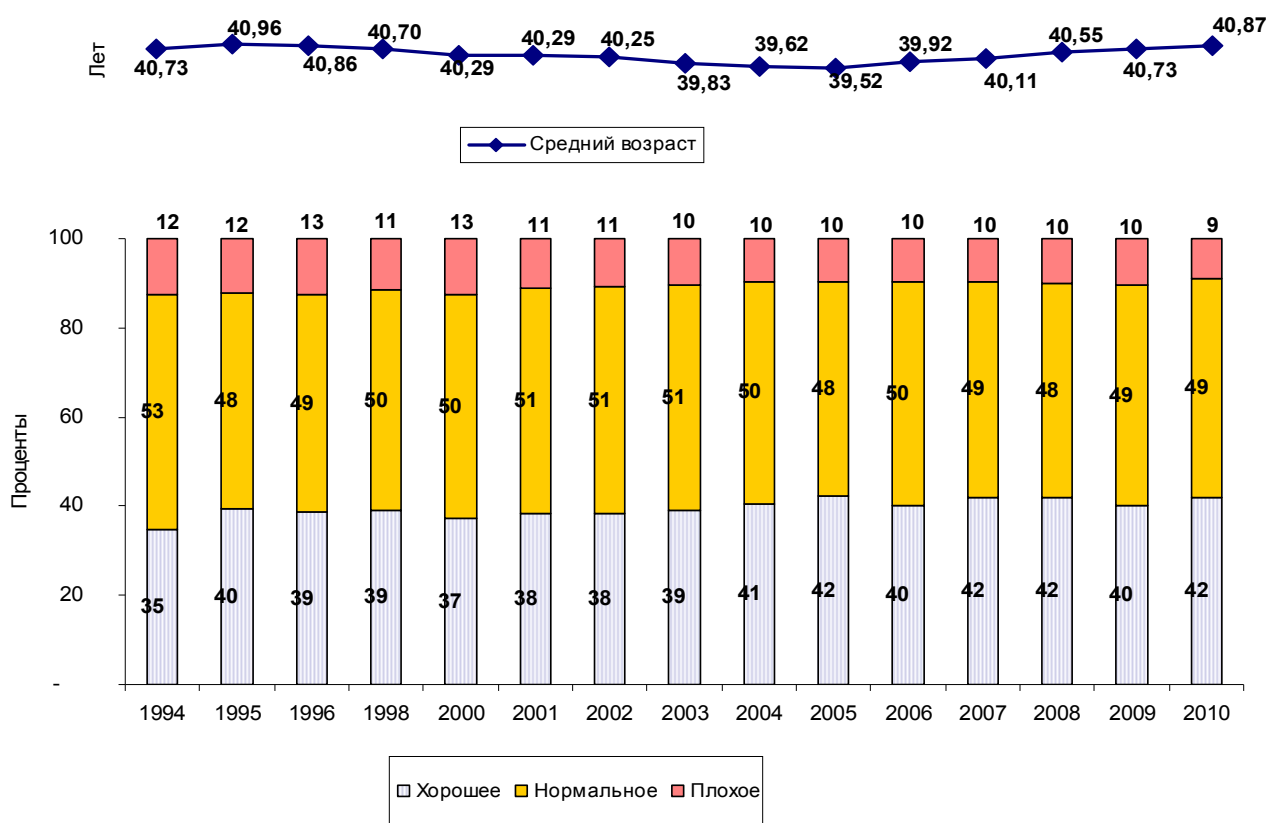


Рис. 4. Динамика самооценки здоровья, 1994—2010 гг., мужчины от 14 лет и старше, %

В то же время такая самооценка не прямо связана с состоянием здоровья: так, в период с 2000 по 2003 г. доля лиц с хроническими заболеваниями росла, а доля оценивавших свое здоровье как плохое — снижалась. Тем не менее и по самооценке, и по объективному показателю наличия хронических заболеваний наиболее благоприятным можно считать период с 2004 по 2007 г., а наиболее неблагоприятными — с 2000 по 2003 г., при этом в период с 1994 по 1998 г., для которого данные по хроническим заболеваниям отсутствуют, ситуация была еще более неблагоприятной. Доля лиц, имеющих нормальное здоровье, также постепенно сокращалась.

С учетом небольшого снижения среднего возраста исследуемой совокупности после 1998 г. (что согласуется с данными официальной статистики, фиксирующей снижение продолжительности жизни мужчин), незначительное улучшение самооценки здоровья, произошедшее за период 1994—2006 гг. вряд ли можно считать свидетельством улучшения здоровья мужского населения (что против-

речило бы данным Росстата), поскольку, как видно из графика, изменение среднего возраста и изменение самооценки имеют однонаправленную динамику. После 2006 г. отмечается небольшой рост среднего возраста исследуемой выборки, что в совокупности с улучшением самооценки здоровья можно рассматривать как признак улучшения здоровья. В 2010 г. показатели самооценки здоровья достигли «максимума» за весь рассматриваемый период — доля оценивающих свое здоровье как плохое составила 9,2%, как хорошее — 42,1%.

Для женщин в целом были характерны примерно такие же тенденции в отношении самооценки собственного здоровья, 2010 г. также стал для них наиболее благоприятным, доля оценивающих свое здоровье как плохое и очень плохое достигла минимума в 15,7%, как хорошее и очень хорошее — максимума в 29,1% (рис. 5). При этом в среднем на протяжении всего периода женщины оценивали свое здоровье хуже, чем мужчины.

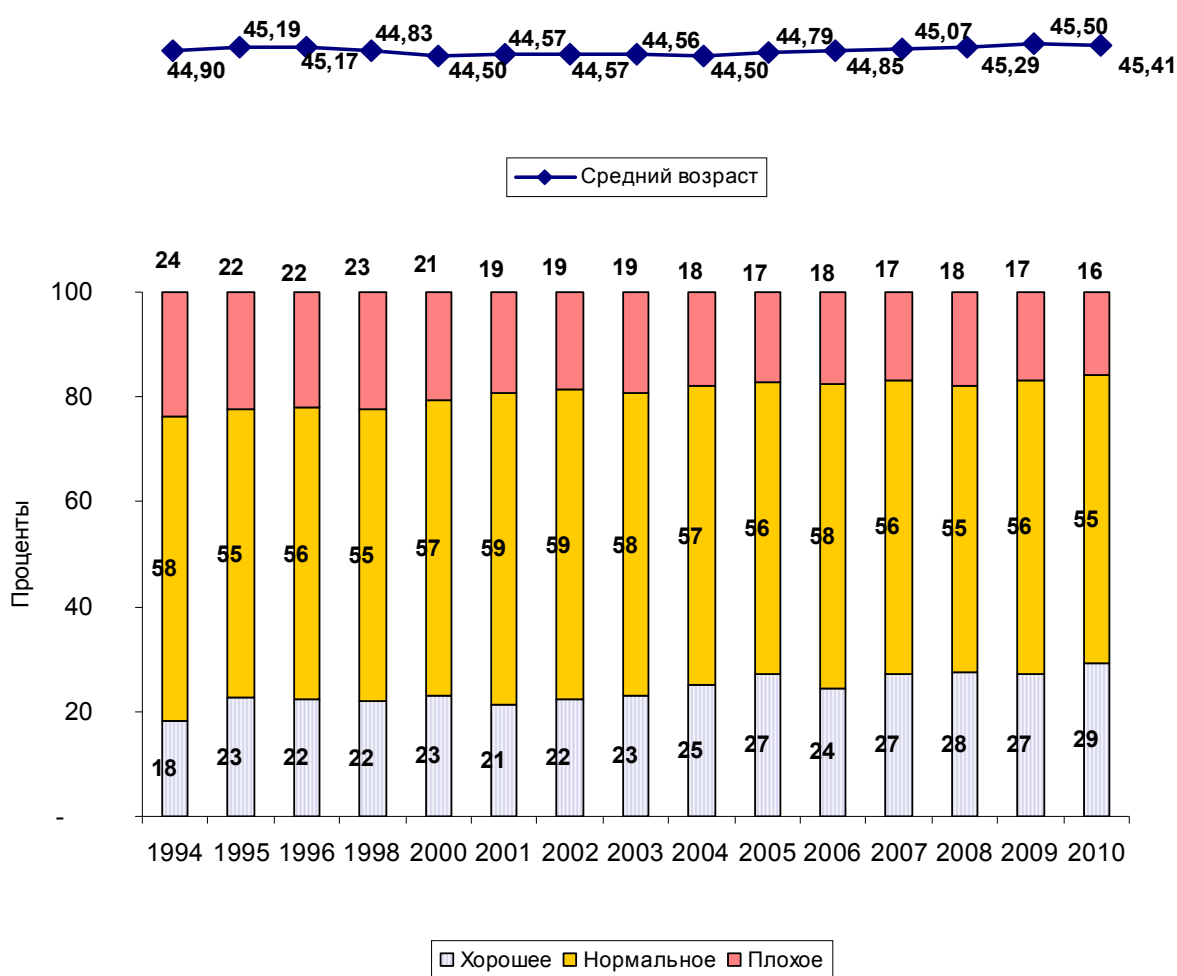


Рис. 5. Динамика самооценки здоровья, 1994—2010 гг., женщины от 14 лет и старше, %

Инвалидность среди людей до 60 лет не превышает 4—5%, при этом она выше среди мужчин на 1,5—2 процентных пункта (рис. 6).

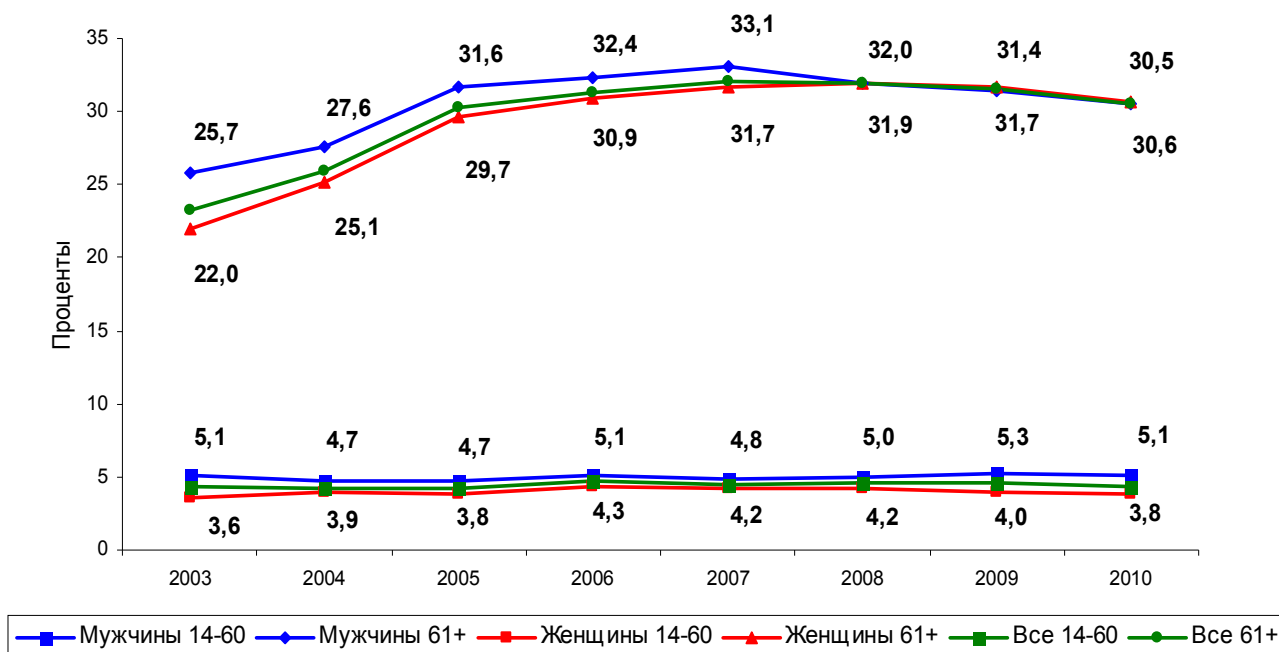


Рис. 6. Динамика доли лиц, имеющих инвалидность, 2003—2010 гг.

Доля инвалидов в этом возрасте оставалась стабильной практически на протяжении всего периода с 2000 по 2010 г. А вот доля имеющих инвалидность в возрасте старше 60 лет в 2000–2007 гг. выросла с 26 до 33% среди мужчин и с 23 до 35% среди женщин, а затем к 2010 г. снизилась примерно до 30,5%, при этом гендерные различия практически исчезли. Мы полагаем, что эта динамика связана скорее с институциональными факторами, чем с реальными изменениями в здоровье населения.

Как уже отмечалось, самооценка является достаточно хорошим показателем состояния здоровья, однако не идеальным. Как видно из таблицы 3 (стр. 179), даже лица, оценивающие свое здоровье как хорошее и очень хорошее, имеют различные хронические заболевания и перенесли тяжелые болезни. Более 10% мужчин, оценивающих свое здоровье как хорошее, имели хронические заболевания легких, желудочно-кишечного тракта, других, 21% из них перенес операцию в течение последнего года, 18% перенесли туберкулез, у 17% были проблемы со здоровьем в течение последних 30 дней. Женщины в целом склонны хуже оценивать свое здоровье, поэтому по всем группам заболеваний доля оценивающих свое здоровье как хорошее ниже, чем среди мужчин.

Таблица 3

Взаимосвязь между самооценкой и объективными показателями, 2010 г.

Показатель здоровья	Мужчины			Женщины		
	хорошее	нормальное	плохое	хорошее	нормальное	плохое
Наличие хронических заболеваний, %						
Сердца	5,0	56,2	38,8	2,4	49,7	47,9
Легких	10,8	58,0	31,2	3,6	56,7	39,7
Печени	8,4	56,1	35,6	3,2	52,2	44,6
Почек	9,6	52,2	38,2	7,7	51,5	40,7
Желудочно-кишечного тракта	11,9	64,1	24,0	7,4	59,2	33,4
Позвоночника	10,8	64,6	24,6	5,4	58,7	35,8
Других	13,4	60,8	25,7	7,5	59,2	33,3
Наличие болезней в настоящем или прошлом, %						
Операции	21,2	59,6	19,2	14,4	60,5	25,1
Диабет	5,3	58,7	36,1	2,2	48,3	49,4
Инфаркт	3,2	38,2	58,6	0,5	32,0	67,5
Инсульт	1,2	38,7	60,1	1,4	34,6	64,0
Анемия	7,9	47,2	44,9	12,8	57,7	29,6
Туберкулез	18,2	54,5	27,3	3,2	62,9	33,9
Давление	16,1	61,6	22,4	8,4	60,9	30,7
Пользуется очками или линзами	19,2	62,8	17,9	13,5	61,1	25,4
Пользуется слуховым аппаратом	12,7	41,3	46,0	4,3	47,1	48,6
Были проблемы со здоровьем в течение последних 30 дней	16,9	57,3	25,8	9,7	57,8	32,5
Назначена любая группа инвалидности	2,0	44,0	54,1	2,1	35,5	62,4
Отличное здоровье по объективным показателям, %	74,4	25,3	0,2	69,9	29,8	0,3
Наличие детей, %	33,6	55,1	11,3	23,5	58,7	17,8

Существенным шоком для здоровья являются инфаркт и инсульт — около 60% мужчин и 64—68% женщин, перенесших данные заболевания, оценивают свое здоровье как плохое, практически настолько же значимым фактором для оценки своего здоровья как плохого является наличие инвалидности. Кроме того, значимым фактором для оценки здоровья как плохого является использование слухового аппарата (в отличие от использования очков или линз) — 46—48%, для мужчин существенно также наличие в анамнезе анемии — 45% (что, предположительно, связано с перенесенными операциями).

Агрегированный показатель «отличное здоровье по объективным показателям» принимает значение 1 только в случае отсутствия всех вышеперечисленных заболеваний и диагнозов, включая проблемы со здоровьем в течение последних 30 дней и ношение очков. Как видно из таблицы, практически все индивиды, имеющие отличное по объективным показателям здоровье, оценивали свое здоровье как хорошее или нормальное, при этом доля «нормального» была все же довольно существенной — от 25 до 30% для мужчин и женщин соответственно.

Посещение врачей и расходы на медицинские услуги

Образ жизни, элементы самосохранительного поведения, такие как посещения врачей, занятия спортом, питание, безусловно, оказывают влияние на здоровье людей. Данные RLMS-HSE содержат информацию о расходах на медицинские услуги и посещение врачей, а также ряд показателей, характеризующих образ жизни.

Доля лиц, имеющих договор ДМС, росла на протяжении 2000—2007 гг., достигнув максимума в 7% и 5,6% для мужчин и женщин соответственно, после чего стала снижаться, достигнув в 2010 г. отметок в 5,2% и 4,0% для мужчин и женщин соответственно (рис. 7). При этом на протяжении всего исследуемого периода доля мужчин, имеющих договор ДМС, была на 1—1,5% выше, чем доля женщин. Мы предполагаем, что это связано в первую очередь с соцпакетом, предоставляемым работодателем, а также тем, в среднем мужчины занимают рабочие места более высокого уровня.

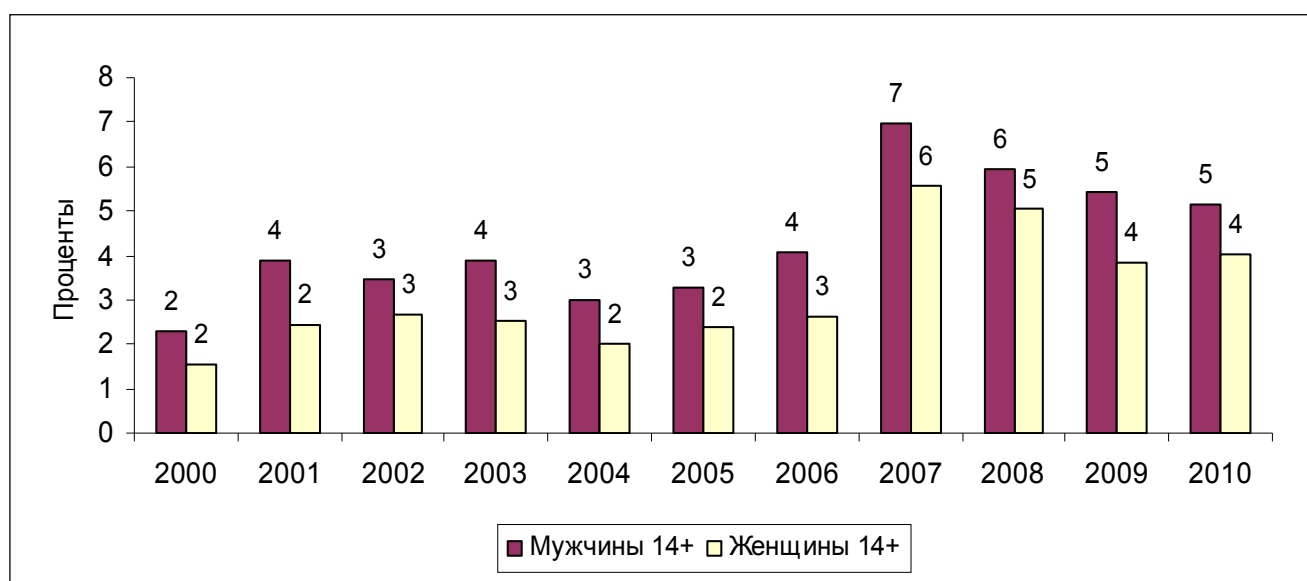


Рис. 7. Есть договор на дополнительное добровольное медицинское страхование, обслуживание с какой-нибудь страховой фирмой, поликлиникой, больницей, медицинским центром, 2000—2010 гг.

В большинстве случаев договор ДМС оплачивался предприятием (более 70% для мужчин, рис.8, и более 65% для женщин, рис. 9), причем максимума этот показатель достиг в 2008 г., после чего началось снижение, вызванное, вероятно, экономическим кризисом.

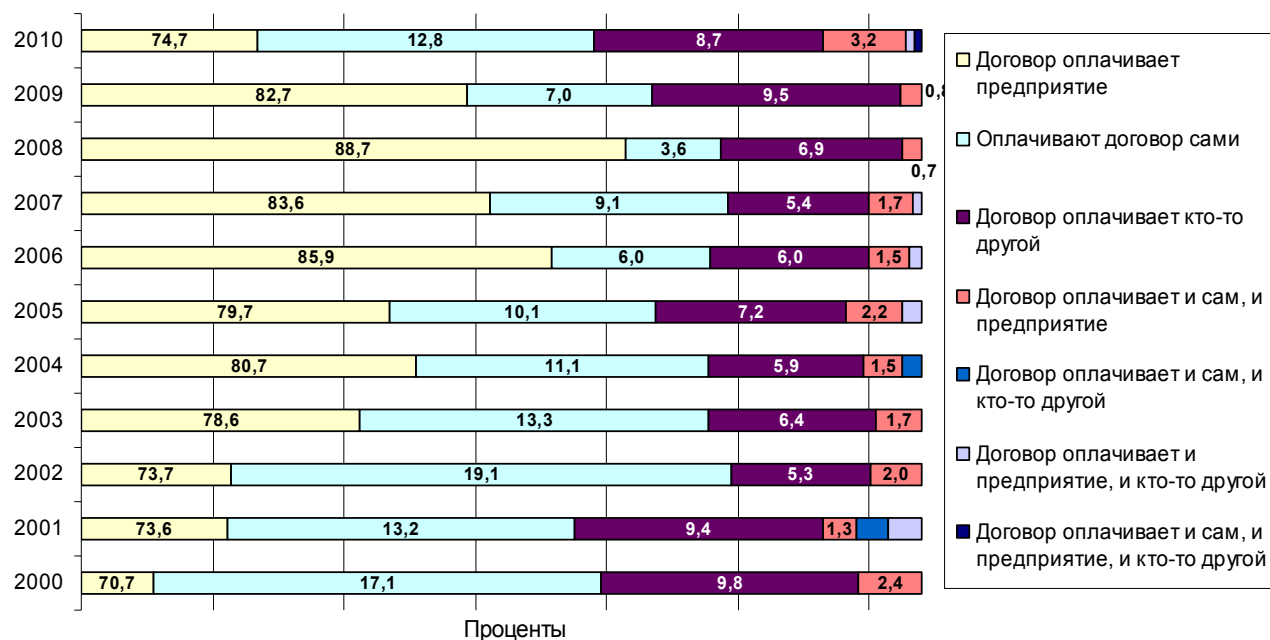


Рис. 8. Мужчины от 14 лет и старше. Кто оплачивает ДМС (сам респондент, предприятие, кто-то другой), 2000—2010 гг.

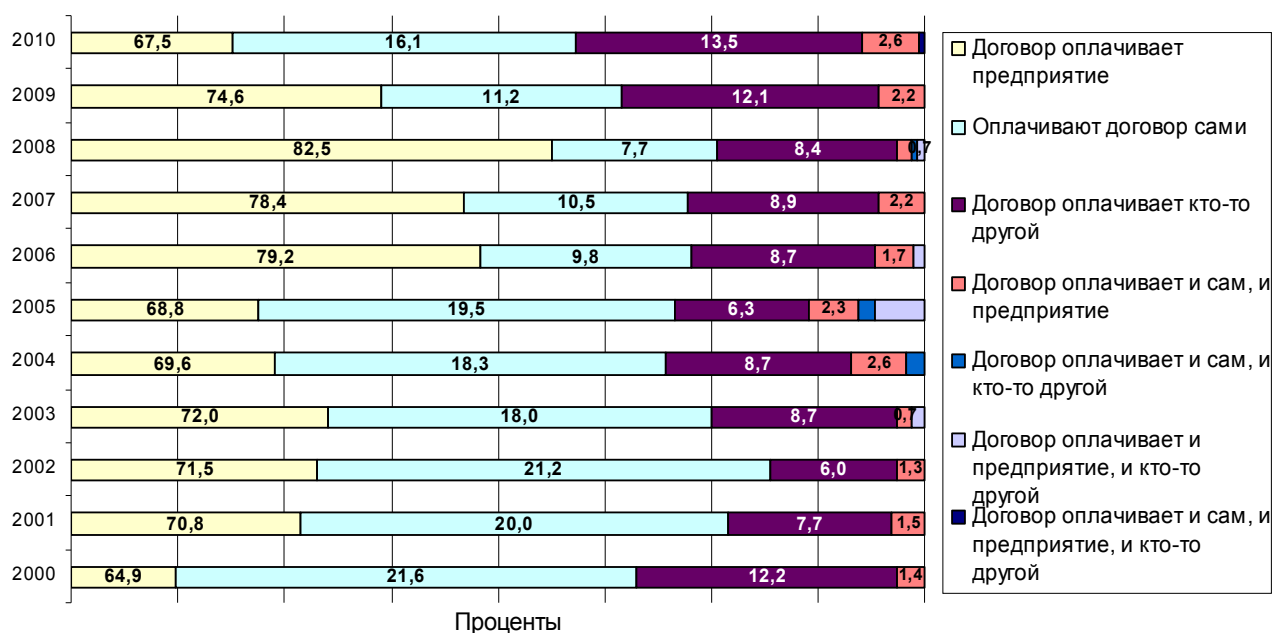


Рис. 9. Женщины от 14 лет и старше. Кто оплачивает ДМС (сам респондент, предприятие, кто-то другой), 2000—2010 гг.

Среди женщин относительно выше доля тех, кто оплачивает договор ДМС самостоятельно. Предположительно это может быть связано с беременностью, однако это предположение требует дополнительной проверки.

Наиболее высокая стоимость договора ДМС в среднем соответствует варианту «договор оплачивает и сам, и предприятие»; вариант «договор оплачивает предприятие» на втором месте (рис. 10). При этом, однако, в случае оплаты договора целиком за счет предприятия его стоимость для женщин выше, чем для мужчин, в ситуации же солидарной оплаты договора, как за счет средств предприятия, так и за счет средств работника, стоимость договора для мужчин более чем в два раза выше, чем стоимость договора для женщин, что, предположительно, может быть связано с различиями в заработках.

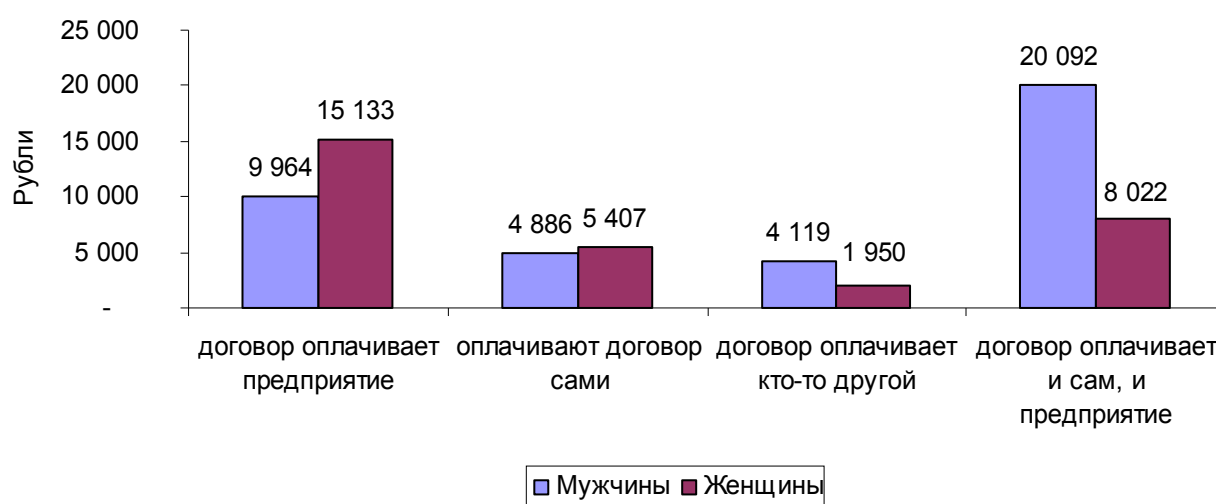
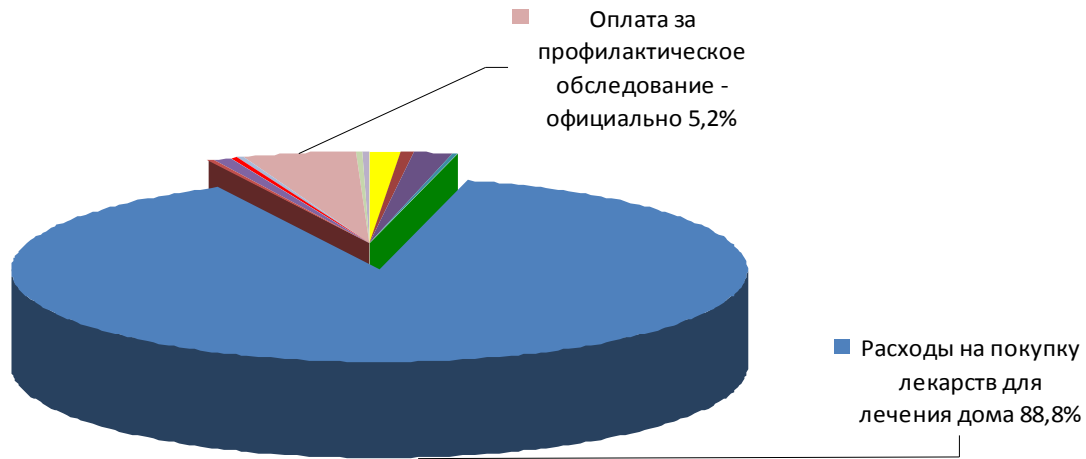


Рис. 10. Средняя стоимость ДМС в год, руб., 2010 г.

В структуре расходов на медицинские услуги бóльшую часть — почти 90% — составляют расходы на покупку лекарств для лечения дома, следующая по величине статья расходов — оплата за профилактическое обследование (см. рис. 11 на стр. 183).

Разница в заболеваемости между мужчинами и женщинами может объясняться как субъективным восприятием своего здоровья — в частности, нежеланием мужчин признавать себя больными, так и более редким посещением врача, следствием чего может быть незнание того, что их заболевание является хроническим. Так, в 2010 г. 41,2% мужчин в трудоспособном возрасте посещали врача реже одного раза в год, тогда как для женщин эта доля составляет 22,2% (см. рис. 12 на стр. 183). Не реже 2—3 раз в год посещают врача 24% мужчин и 41% женщин в возрасте 18—60 лет, а для пожилого населения эти доли составляют 28 и 38% соответственно.



- Оплата официально в кассу за амбулаторную нестоматологическую помощь 1,4%
- Оплата неофициально деньгами за амбулаторную нестоматологическую помощь 0,5%
- Оплата неофициально подарками за амбулаторную нестоматологическую помощь 0,1%
- Оплата официально в кассу за дополнительное обследование/процедуры 1,6%
- Оплата неофициально деньгами за дополнительное обследование/процедуры 0,2%
- Оплата неофициально подарками за дополнительное обследование/процедуры 0,05%
- Расходы на покупку лекарств для лечения дома 88,8%
- Расходы на покупку лекарств для лечения в больнице - официально в кассу больницы 0,3%
- Расходы на покупку лекарств для лечения в больнице - неофициально 0,05%
- Расходы на покупку лекарств для лечения в больнице - неофициально вне больницы 0,7%
- Оплата за лечение в больнице - официально 0,3%
- Оплата за лечение в больнице - неофициально деньгами 0,2%
- Оплата за лечение в больнице - неофициально подарками 0,1%
- Оплата за профилактическое обследование - официально 5,2%
- Оплата за профилактическое обследование - неофициально деньгами 0,3%
- Оплата за профилактическое обследование - неофициально подарками 0,2%

Рис. 11. Усредненная структура расходов на медицинские услуги, 2010 г.

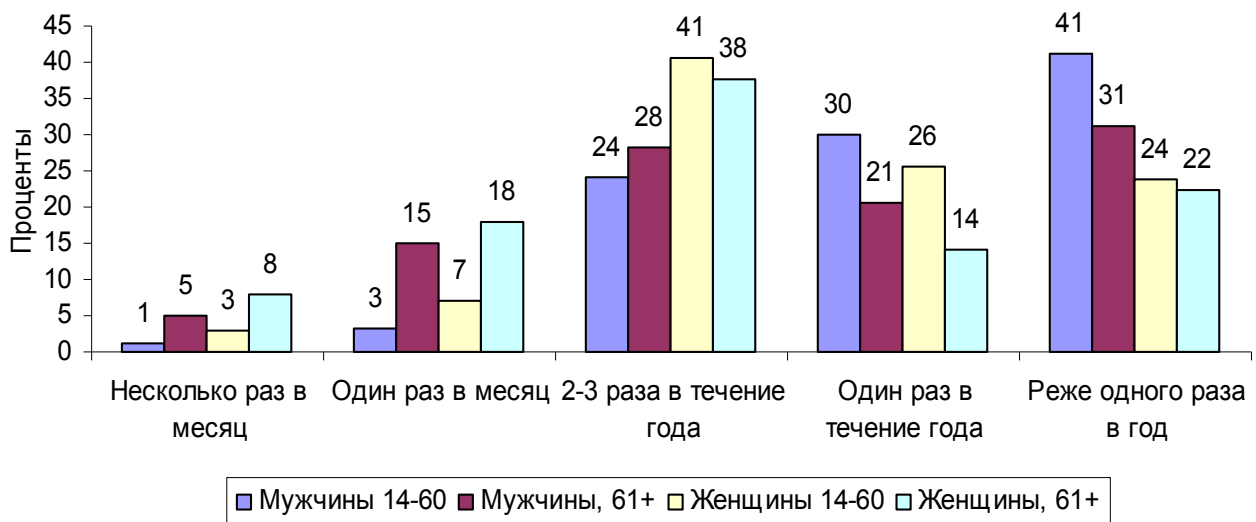


Рис. 12. Частота посещения врача, 2010 г.

Мужчины существенно реже, чем женщины, отмечают у себя наличие каких-либо проблем со здоровьем (рис. 13) в течение 30 дней перед опросом (21,6% по сравнению с 32,2% в возрасте 18—60 лет, и 50,6% по сравнению с 70% в возрасте старше 60 лет).

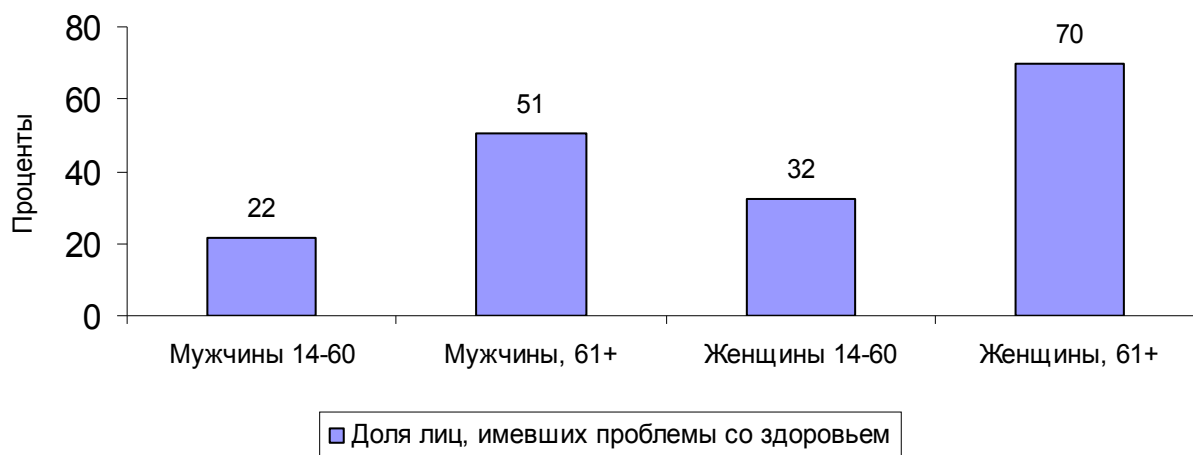


Рис. 13. Имели проблемы со здоровьем в течение последних 30 дней, 2010 г.

При этом среди тех, кто отметил наличие проблем со здоровьем в течение последних 30 дней, только порядка 4—5% обращались к врачу несколько раз в месяц, 9—14% обращались к врачу один раз в месяц, и большинство (37—46%) обращались к врачу 2—3 раза в течение года (рис. 14).

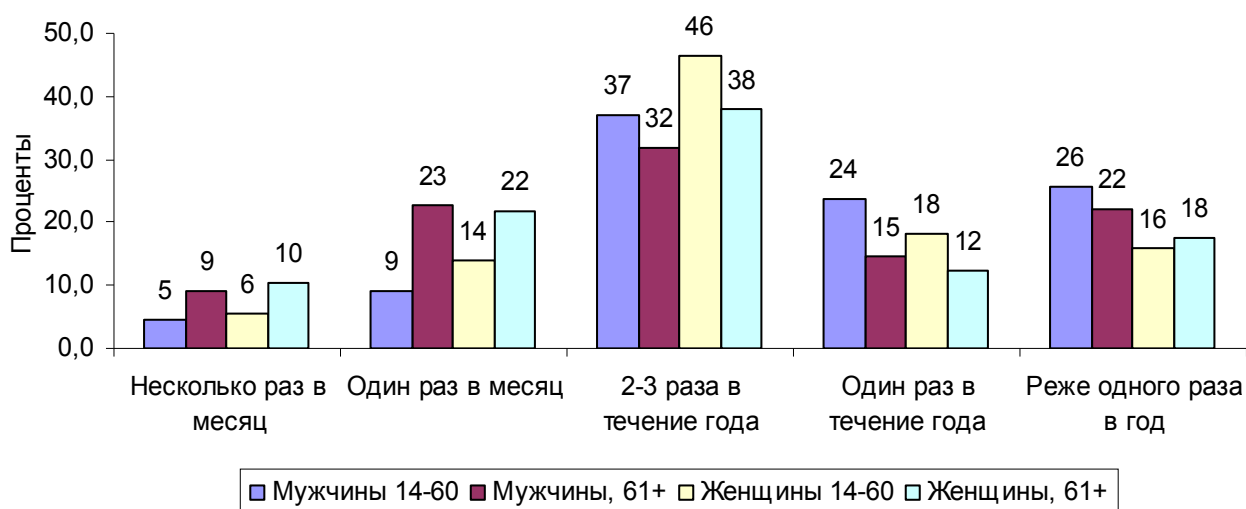


Рис. 14. Взаимосвязь между наличием проблем со здоровьем в течение последних 30 дней и частотой посещения врачей, 2010 г.

В случае появления проблем со здоровьем более 50% как мужчин, так и женщин обеих возрастных групп, предпочитают лечиться самостоятельно, а не обращаться к медработникам (рис. 15).

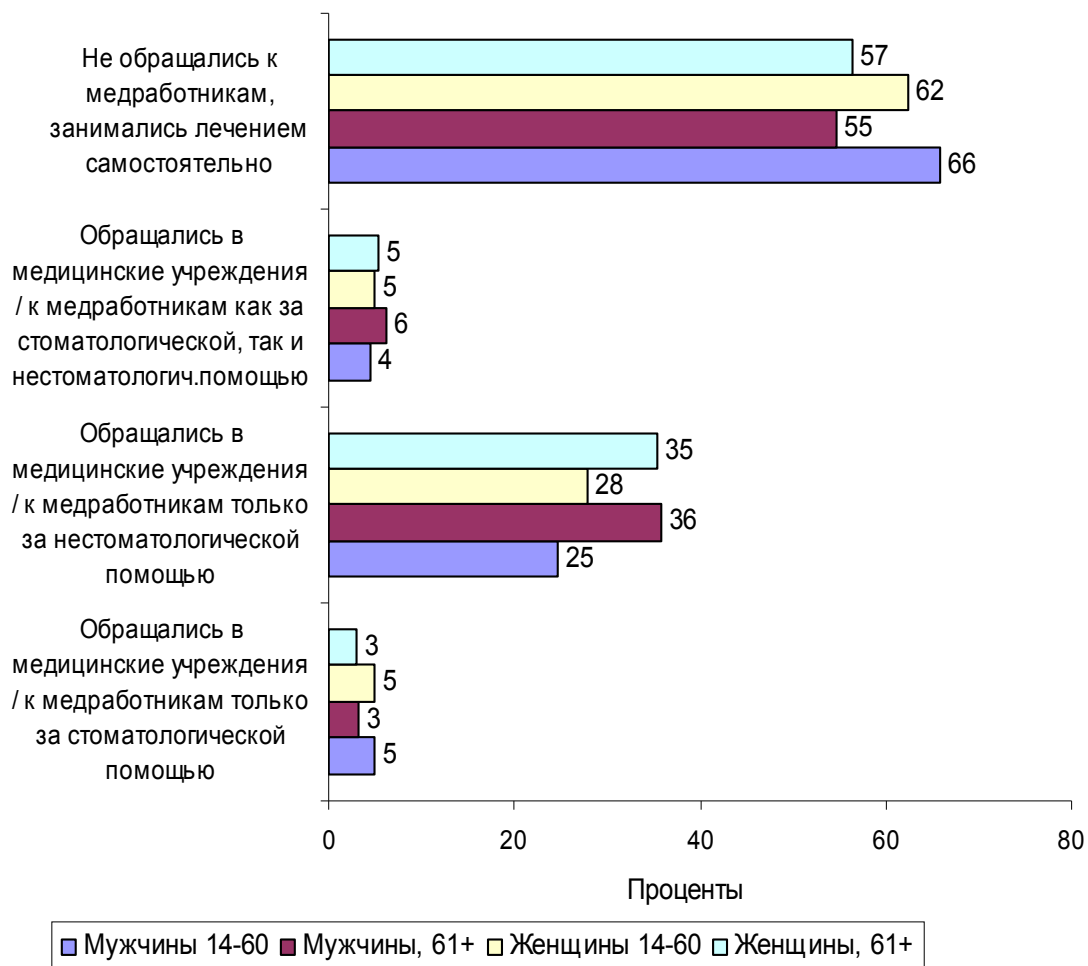


Рис. 15. Обращение за медицинской помощью среди тех, кто имел проблемы со здоровьем, 2010 г.

Тем не менее доля мужчин старших возрастов, лежавших в больнице в течение последних 30 дней, существенно выше, чем доля женщин соответствующего возраста; в трудоспособных возрастах, наоборот, доля женщин, лежавших в больнице, выше, что может быть связано с беременностью и родами, однако это предположение требует дополнительной проверки (рис. 16.а—б).

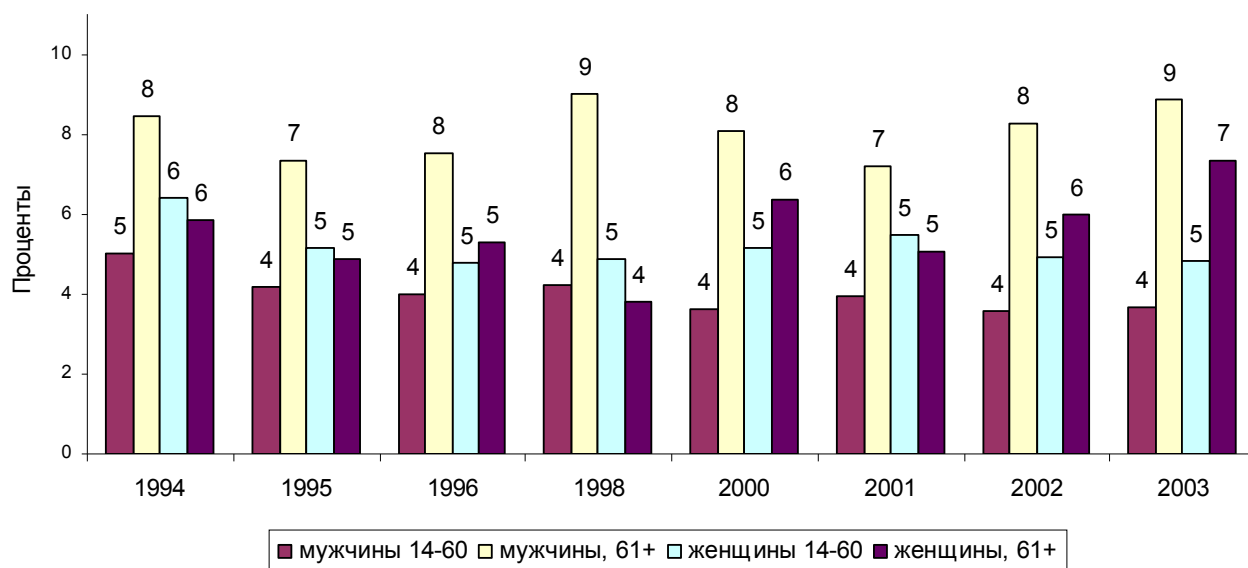


Рис. 16.а. Вы лежали в больнице в течение последних 30 дней? 1994—2003 гг.

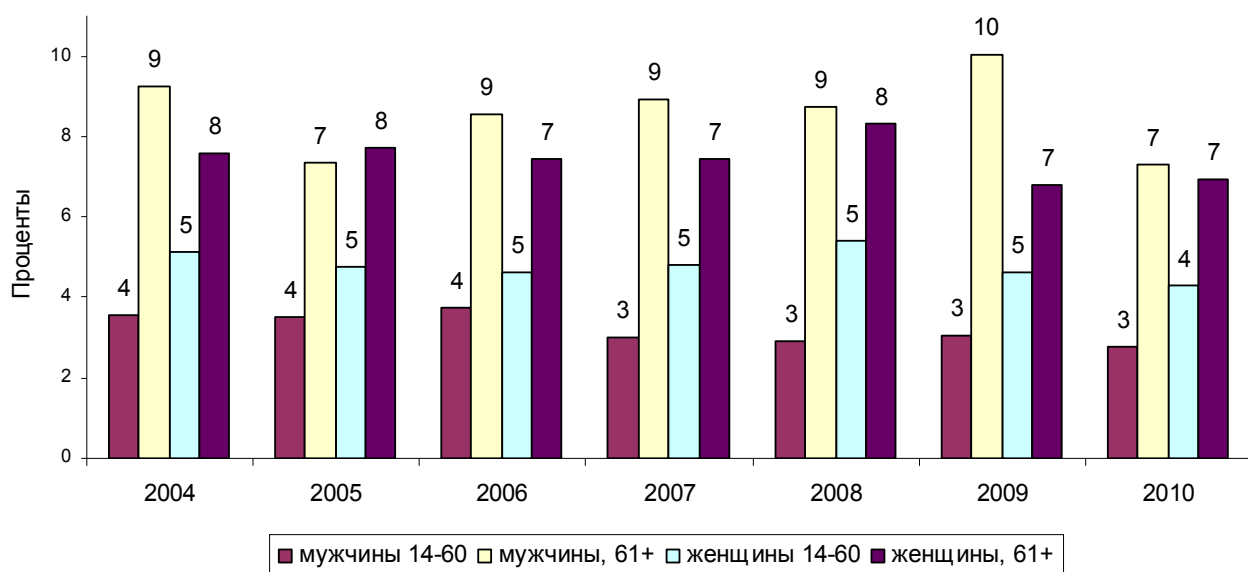


Рис. 16.б. Вы лежали в больнице в течение последних 30 дней? 2004—2010 гг.

Средняя продолжительность пребывания в больнице постепенно падала в течение исследуемого периода, однако это скорее связано с институциональными факторами — реформой здравоохранения, сокращением нормативных сроков пребывания в стационаре (рис. 17.а—б). При этом у мужчин в обеих возрастных группах срок пребывания в больнице выше, чем у женщин.

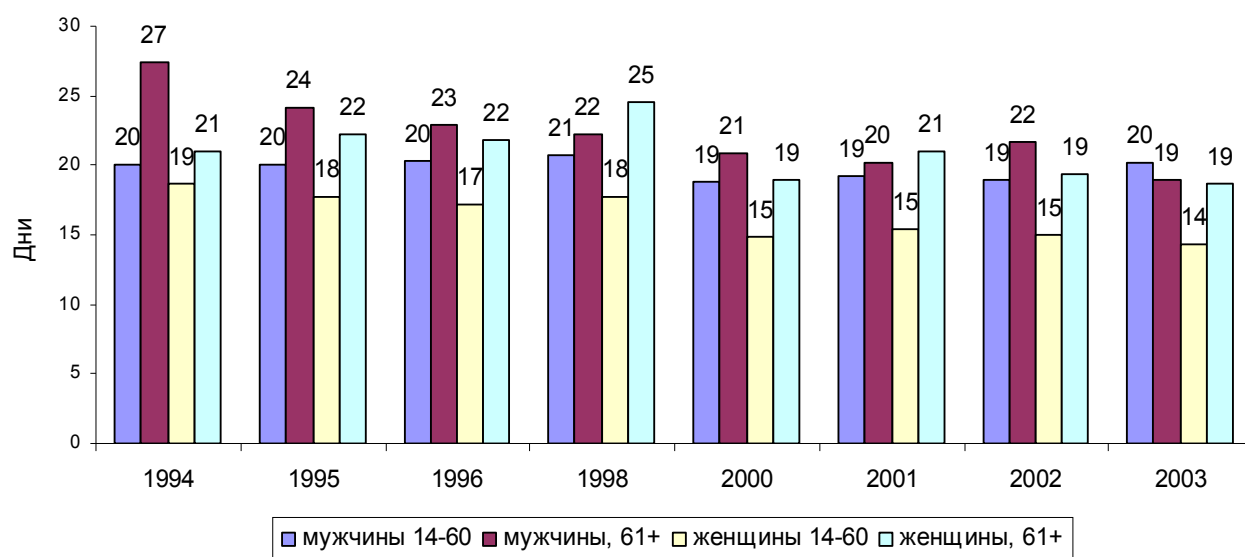


Рис. 17.а. Средняя продолжительность пребывания в больнице в днях, 1994—2003 гг.

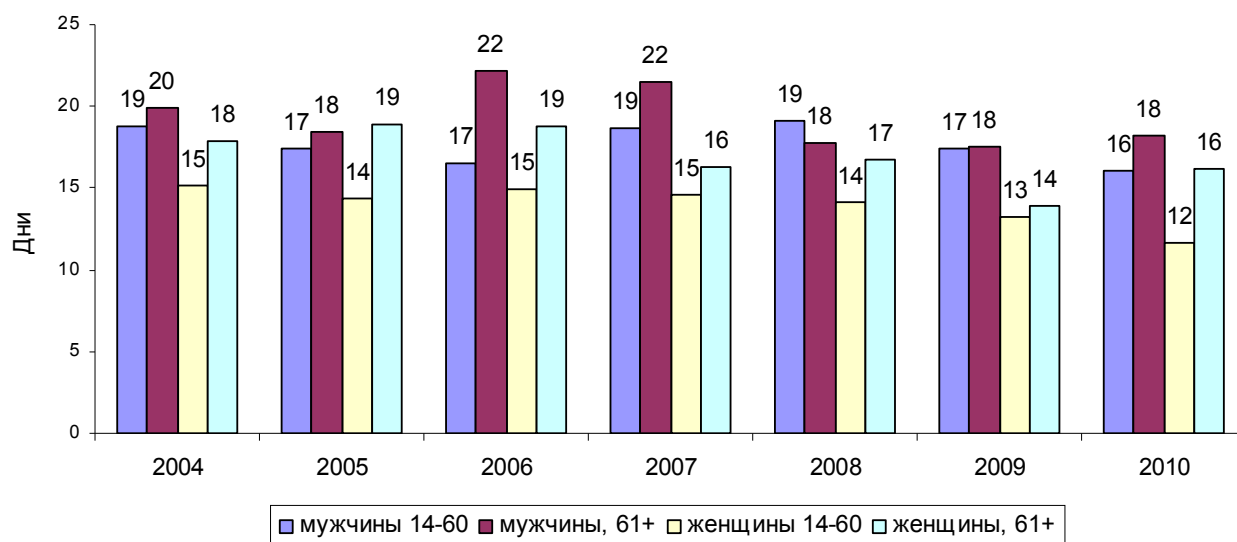


Рис. 17.б. Средняя продолжительность пребывания в больнице в днях, 2004—2010 гг.

О менее серьезном отношении мужчин к своему здоровью говорит и то, что мужчины реже посещают медицинские учреждения с целью профилактического осмотра: только 16,3% из них в возрасте 14—60 лет посещали с этой целью врача в течение трех месяцев перед опросом, тогда как среди женщин эта доля составила 25,9%; при этом в старшей возрастной группе доля лиц, посещающих врачей с целью профилактического осмотра, падает до 12—13%, и гендерные различия практически исчезают (рис. 18).

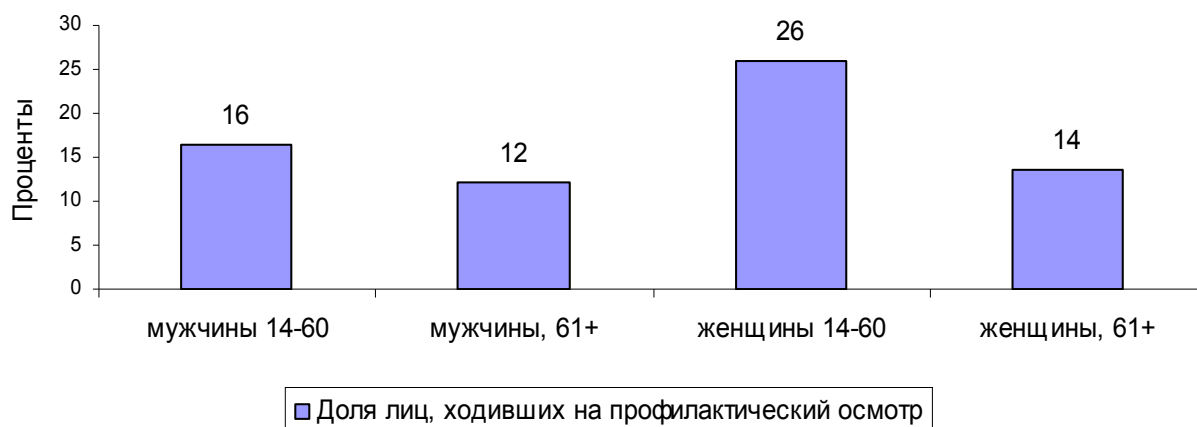


Рис. 18. Посещение врача/больницы с целью *профилактического осмотра* в течение последних 3 месяцев, 2010 г.

Это можно объяснить, во-первых, тем, что в молодых возрастах женщины чаще посещают врача для профилактического осмотра по причинам, связанным с деторождением, а с возрастом это утрачивает актуальность, к тому же в старших возрастных группах большая часть и мужчин, и женщин имеют целый перечень заболеваний и вынуждены уже обращаться к врачам с целью не профилактического осмотра, а по причине реальных проблем со здоровьем.

В целом можно сделать вывод что мужчины менее склонны обращаться к врачам, как в случае появления проблем со здоровьем, так и для профилактики, однако болеют они сильнее и дольше, чем женщины.

Образ жизни

Образ жизни включает в себя характеристики самосохранительного поведения, такие, как занятия спортом, употребление алкоголя, курение, питание. Курение будет обсуждаться отдельно в соответствующем разделе, здесь же мы рассмотрим занятия физкультурой и спортом и питание.

По данным RLMS-HSE, не более 22% мужчин и 17% женщин в возрасте до 60 лет в принципе занимаются каким-либо видом спорта либо физической активностью (рис. 19). В возрасте старше 60 лет этот показатель падает до 8% и 6% у мужчин и женщин соответственно.

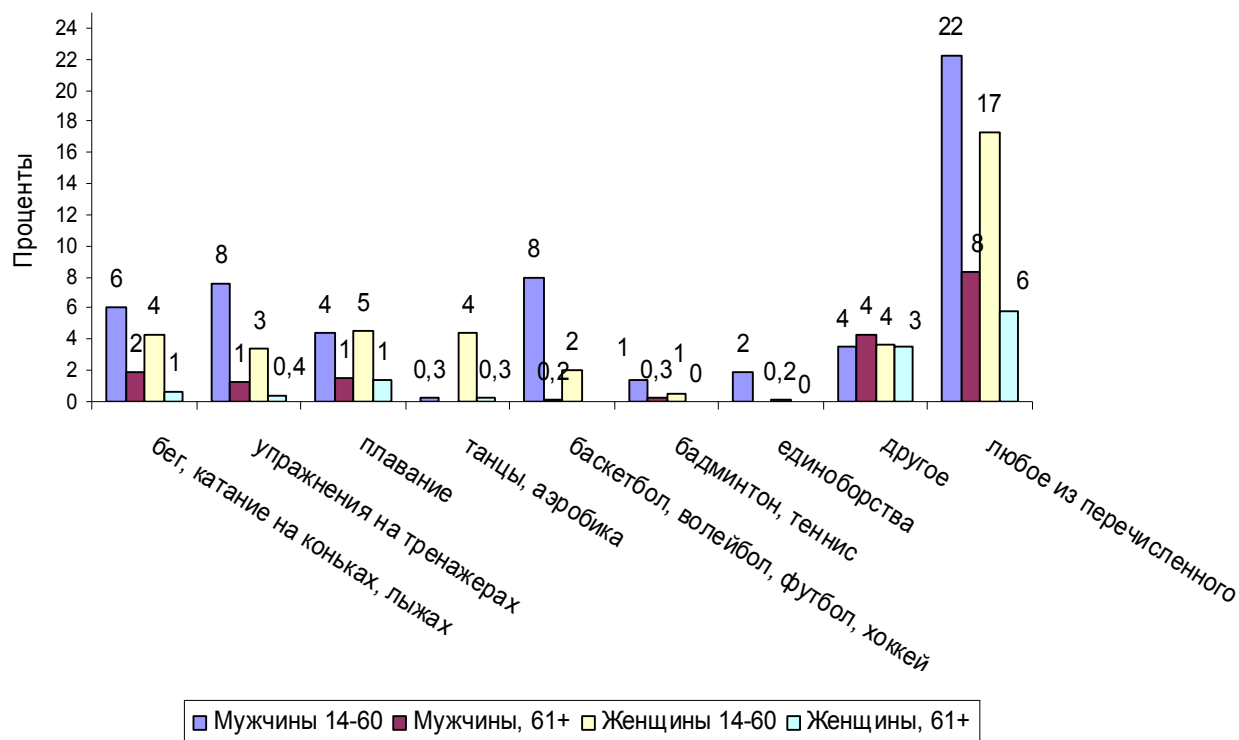


Рис. 19. Занятия различными видами спорта, 2010 г.

Отметим, что в данном случае формулировка вопроса «Вы занимались в течение последних 12 месяцев по меньшей мере 12 раз... (далее идет указание конкретного вида спорта)» включает в себя достаточно слабо интенсивные занятия спортом — раз в месяц. В 2010 г. наиболее популярными среди мужчин трудоспособного возраста были занятия на тренажерах (7,5%) и игровые виды спорта — футбол, волейбол и т. п. (7,9%). Мужчины старших возрастов в основном занимались другими, кроме перечисленных, видами физической активности (4,3%). Среди женщин трудоспособного возраста наиболее популярными (около 4,5%) были бег, катание на лыжах, коньках, плавание и танцы, аэробика, шейпинг. У женщин старших возрастов так же, как и у мужчин, преобладает ответ «другое» (3,5%). Однако в целом уровень занятия различными видами физической активности невысокий.

Более 70% мужчин и 75% женщин трудоспособного возраста не занимаются физкультурой вообще (см. рис. 20 на следующей странице). При этом 11% и 15% мужчин и женщин соответственно охарактеризовали свои занятия физкультурой как легкие, менее трех раз в неделю.

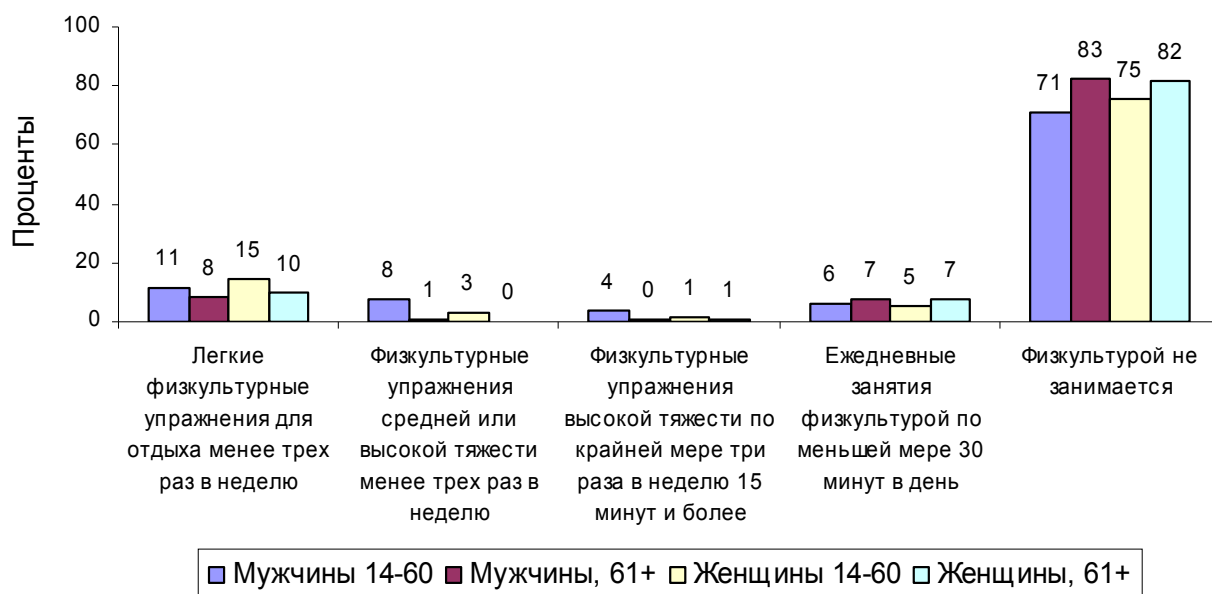


Рис. 20. Интенсивность занятий физкультурой, 2010 г.

Около 25% опрошенных мужчин и 20% женщин указали, что они питаются скорее нерегулярно, чем регулярно; 5% никогда не удается питаться регулярно, 3—4% практически всегда питаются вне дома. 25% женщин и 11% мужчин трудоспособного возраста принимали какие-либо витамины и пищевые добавки, около 10% женщин и 2,5% мужчин сидели на какой-либо диете; с возрастом данные показатели у мужчин растут, а у женщин падают (рис. 21).

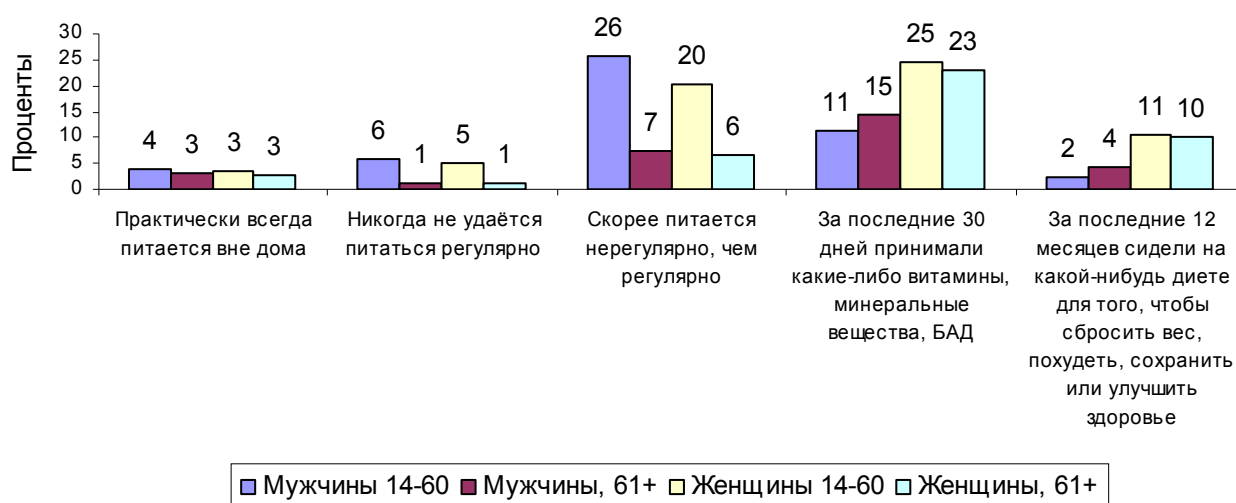


Рис. 21. Характеристики питания, 2010 г.

Если рассматривать то, насколько описанные поведенческие характеристики связаны со здоровьем (см. ниже табл. 4—6), можно отметить следующее. Если взять в качестве основного показателя здоровья самооценку, то в целом распреде-

ление людей по самооценке здоровья в зависимости от характеристик частоты посещения врачей и занятий спортом совпадает с ожидаемым результатом, однако отмечается эффект эндогенности здоровья (табл. 4).

Таблица 4

Взаимосвязь между самооценкой здоровья и посещением врачей и больниц, %

Показатель	Мужчины			Женщины		
	хорошее	нормальное	плохое	хорошее	нормальное	плохое
Есть договор ДМС	49,7	46,1	4,1	39,7	53,2	7,1
Договора ДМС нет	41,6	49,0	9,4	28,7	55,3	16,1
Посещение врачей/больниц						
Несколько раз в месяц	7,2	42,0	50,7	15,4	41,7	42,9
Один раз в месяц	10,4	46,3	43,3	11,1	48,5	40,4
2—3 раза в течение года	32,1	55,7	12,2	26,5	58,0	15,5
Один раз в течение года	47,9	47,6	4,5	38,4	54,1	7,6
Реже одного раза в год	48,9	46,6	4,4	34,1	56,6	9,2
Посещение врача с целью профилактического осмотра в течение последних 3-х месяцев (да)	41,9	49,5	8,6	33,1	57,3	9,7
Посещение врача с целью профилактического осмотра в течение последних 3-х месяцев (нет)	42,0	48,7	9,3	27,8	54,6	17,6

Так, среди тех, кто чаще всего посещает врачей, около 40—50% имеют плохое здоровье, т. е. частота посещения в данном случае является следствием плохого здоровья. Как среди мужчин, так и среди женщин, принимающих витамины и пищевые добавки и сидящих на какой-либо диете, доля оценивающих свое здоровье как плохое выше, чем среди тех, кто не употреблял витамины и не использовал диеты. Скорее всего, это также проявление обратной взаимосвязи — данные виды самосохранительного поведения появляются скорее как ответ на ухудшение здоровья, чем в качестве профилактических мер.

Занятия спортом положительно связаны с самооценкой здоровья, наибольшая доля имеющих плохое здоровье у тех, кто физкультурой и спортом не занимается. Среди женщин во всех категориях относительная доля имеющих плохое здоровье выше, чем среди мужчин (табл. 5).

Таблица 5

**Взаимосвязь между самооценкой здоровья и интенсивностью занятий
физкультурой и спортом, %**

Характеристика занятий физкультурой и спортом	Мужчины			Женщины		
	хорошее	нормальное	плохое	хорошее	нормальное	плохое
Занимается каким-либо видом спорта	59,6	38,2	2,2	42,8	51,7	5,4
Легкие физкультурные упражнения для отдыха менее трех раз в неделю	48,1	46,3	5,6	35,2	55,4	9,4
Физкультурные упражнения средней или высокой тяжести менее трех раз в неделю	65,7	32,5	1,8	57,4	39,1	3,5
Физкультурные упражнения высокой тяжести по крайней мере три раза в неделю 15 минут и более	67,4	30,5	2,1	43,4	50,4	6,2
Ежедневные занятия физкультурой по меньшей мере 30 минут в день	46,9	46,7	6,3	26,4	60,5	13,2
Физкультурой не занимается	37,4	51,6	11,0	27,0	55,3	17,7

По характеристикам питания наибольшая доля оценивающих свое здоровье как плохое среди тех, кому удается питаться регулярно 3 раза в день (табл. 6). Это, опять же, скорее всего, является следствием того, что здоровье относительно лучше у работающих людей, между тем питаться регулярно работающим людям удается реже.

Таблица 6

Взаимосвязь между самооценкой здоровья и характеристиками питания, %

Характеристики питания	Мужчины			Женщины		
	хорошее	нормальное	плохое	хорошее	нормальное	плохое
Как часто Вы питаетесь вне дома?						
Практически всегда питается вне дома	45,0	46,1	8,9	32,0	53,2	14,8
Все рабочие дни недели вне дома	52,3	45,2	2,6	40,3	55,3	4,4

Продолжение таблицы 6

Характеристики питания	Мужчины			Женщины		
	хорошее	нормальное	плохое	хорошее	нормальное	плохое
Как часто Вы питаетесь вне дома?						
В среднем 2—3 раза в неделю вне дома	47,4	48,9	3,7	37,7	56,0	6,3
В среднем меньше 2-х раз в неделю	42,3	53,4	4,3	36,5	58,9	4,6
Питаетесь только дома	32,7	51,7	15,6	22,5	55,1	22,4
Удается ли Вам в целом питаться регулярно, не реже 3-х раз в день, изо дня в день?						
Да, удается	38,1	48,5	13,4	25,9	55,2	18,9
Скорее да, чем нет	45,8	48,3	5,9	33,1	53,1	13,8
Скорее нет, чем да	44,9	49,7	5,4	33,7	57,2	9,1
Никогда не удается	43,3	52,1	4,6	29,8	59,8	10,4
За последние 30 дней принимали какие-либо витамины, минеральные вещества, биологически активные добавки?						
Да	34,4	51,5	14,1	25,0	57,0	18,0
Нет	43,0	48,5	8,5	30,4	54,6	15,0
За последние 12 месяцев Вы сидели на какой-нибудь диете? Диетой мы считаем любое изменение в Вашей обычной еде именно для того, чтобы сбросить вес, похудеть, сохранить или улучшить здоровье						
Да	21,1	54,5	24,4	26,2	52,8	21,0
Нет	42,6	48,6	8,7	29,4	55,5	15,2

Таким образом, пол и возраст существенно коррелируют с уровнем здоровья человека и его здравоохранительным поведением. Особенно велика разница между населением в пенсионном возрасте (старше 60 лет) и более молодыми. Мужчины оценивают свое здоровье выше, однако во многом являются более уязвимыми: среди них выше инвалидность, а серьезные заболевания среди них чаще приводят к летальному исходу, чем среди женщин. Возможно, структура «мужских» болезней такова, что они чаще заканчиваются смертью (в частности, инфаркт и инсульт).

Здоровье и экономическая активность

Анализ простых взаимосвязей индивидуального здоровья с разными соци-

ально-демографическими характеристиками в 2010 г. продолжает устойчивые тенденции, характерные для предыдущих периодов:

- среди мужчин выше доля тех, кто оценивает свое здоровье как хорошее, среди женщин, соответственно, тех, кто оценивает свое здоровье как плохое;
- доля лиц с плохим здоровьем существенно выше среди экономически неактивных, чем среди занятых и безработных;
- средняя заработная плата в месяц и количество отработанных часов в месяц тем меньше, чем хуже индивид оценивает свое здоровье;
- доля оценивающих свое здоровье как плохое увеличивается с возрастом, а доля оценивающих свое здоровье как хорошее, соответственно, уменьшается;
- среди лиц с высшим образованием относительно выше доля имеющих хорошее здоровье, а среди лиц с образованием ниже среднего — плохое, тем не менее эти различия не являются очень существенными (табл. 7).

Таблица 7

Анализ простых взаимосвязей между здоровьем и социально-демографическими характеристиками (начиная с 14 лет), 2010 г.

Социально-демографические характеристики	Здоровье		
	хорошее	нормальное	плохое
Экономическая активность			
Женщины			
Занятые	33,9	60,2	5,9
Безработные	39,8	51,9	8,4
Экономически неактивные	21,1	49,0	29,9
Мужчины			
Занятые	45,7	50,7	3,6
Безработные	47,7	45,9	6,3
Экономически неактивные	31,8	45,3	22,9
Среднее количество часов работы за месяц			
Женщины	165,7	162,0	161,6
Мужчины	183,8	184,8	176,8

Продолжение таблицы 7

Социально-демографические характеристики	Здоровье		
	хорошее	нормальное	плохое
Доходы			
Средняя заработная плата на 1-й работе¹, руб.			
Женщины	13 218	11 943	9 848
Мужчины	18 668	17 503	14 100
Средняя заработная плата на 2-й работе, руб.			
Женщины	5 795	5 766	7 078
Мужчины	9 837	9 809	8 500
Средний приработок, помимо заработной платы, руб.			
Женщины	7 395	4 663	4 716
Мужчины	14 079	8 542	3 791
Средний суммарный доход, руб.			
Женщины	9 869	11 252	9 976
Мужчины	15 113	14 657	10 391
Образование			
Женщины			
Ниже среднего специального	30,6	49,0	20,4
Среднее специальное	24,4	60,9	14,7
Высшее	32,7	58,2	9,1
Мужчины			
Ниже среднего специального	44,9	45,6	9,5
Среднее специальное	35,4	54,8	9,8
Высшее	42,5	50,3	7,2

Анализ взаимосвязи между самооценкой и типом экономической активности показывает ожидаемую картину — существенно более высокая доля лиц, оценивающих свое здоровье как плохое и очень плохое, среди экономически неактивного населения (рис. 22, 23).

¹ Контрактная заработная плата в ценах 2010 г.

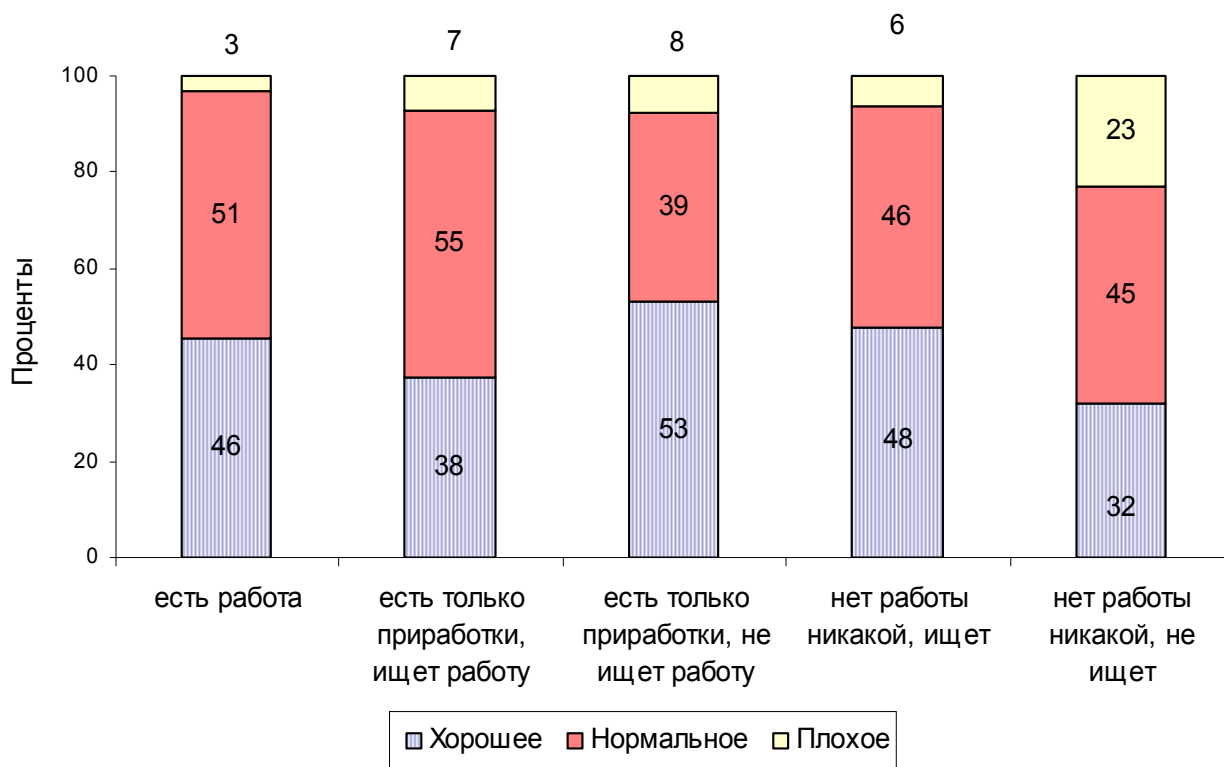


Рис. 22. Самооценка здоровья и экономическая активность, 2010 г., мужчины

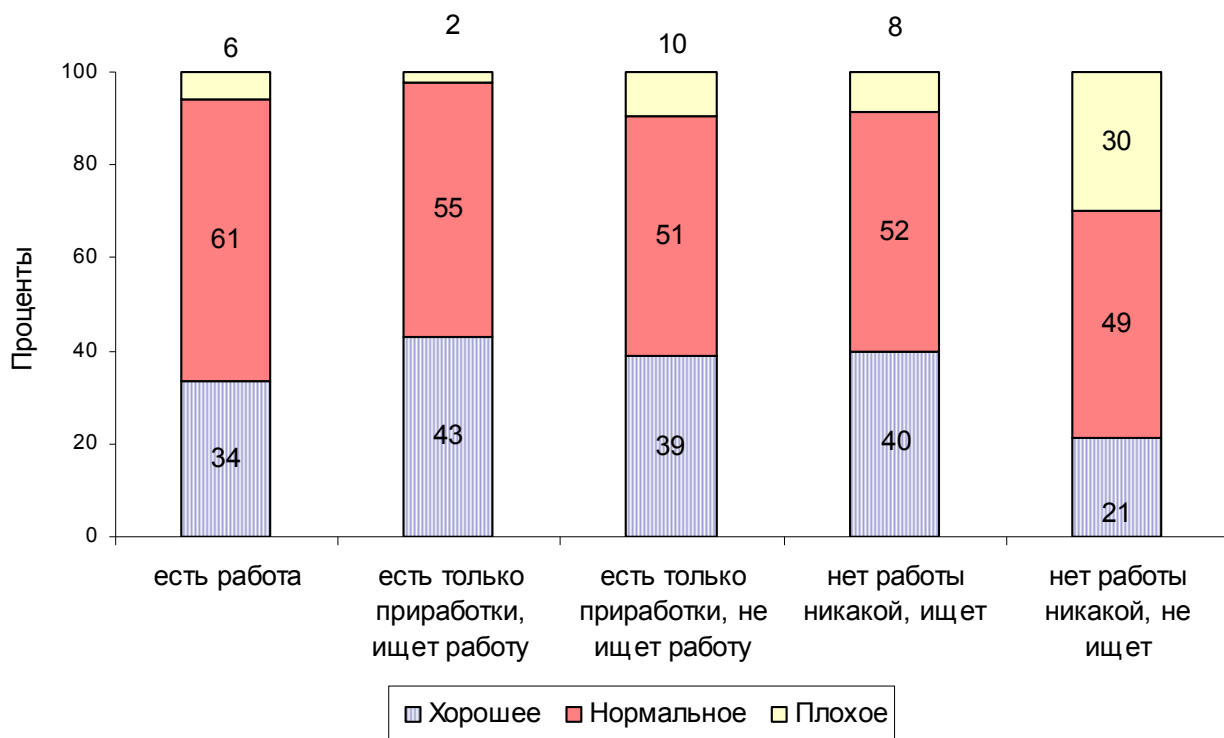


Рис. 23. Самооценка здоровья и экономическая активность, 2010 г., женщины

В целом распределения 2010 г. продолжают установленные в многочисленных эмпирических исследованиях устойчивые тенденции относительно взаимосвязи между самооценкой и социально-демографическими характеристиками: во-первых, самооценка ухудшается с возрастом, во-вторых, женщины в среднем хуже, чем мужчины, оценивают свое здоровье, в-третьих, среди безработных и экономически неактивных групп населения самооценка здоровья в среднем ниже, чем среди занятых¹.

В молодых возрастах (до 25 лет у женщин и до 35 лет у мужчин) максимальная группа людей концентрируется в первой группе (хорошее здоровье), колеблясь на уровне 50—68%, после 25 и 35 лет у женщин и мужчин соответственно увеличивается доля тех, кто оценивает свое здоровье как нормальное (см. рис. 24.а—в, 25.а—в). У женщин устойчиво больший процент попадает в группу с плохим здоровьем, у мужчин, наоборот, в группу с хорошим здоровьем.

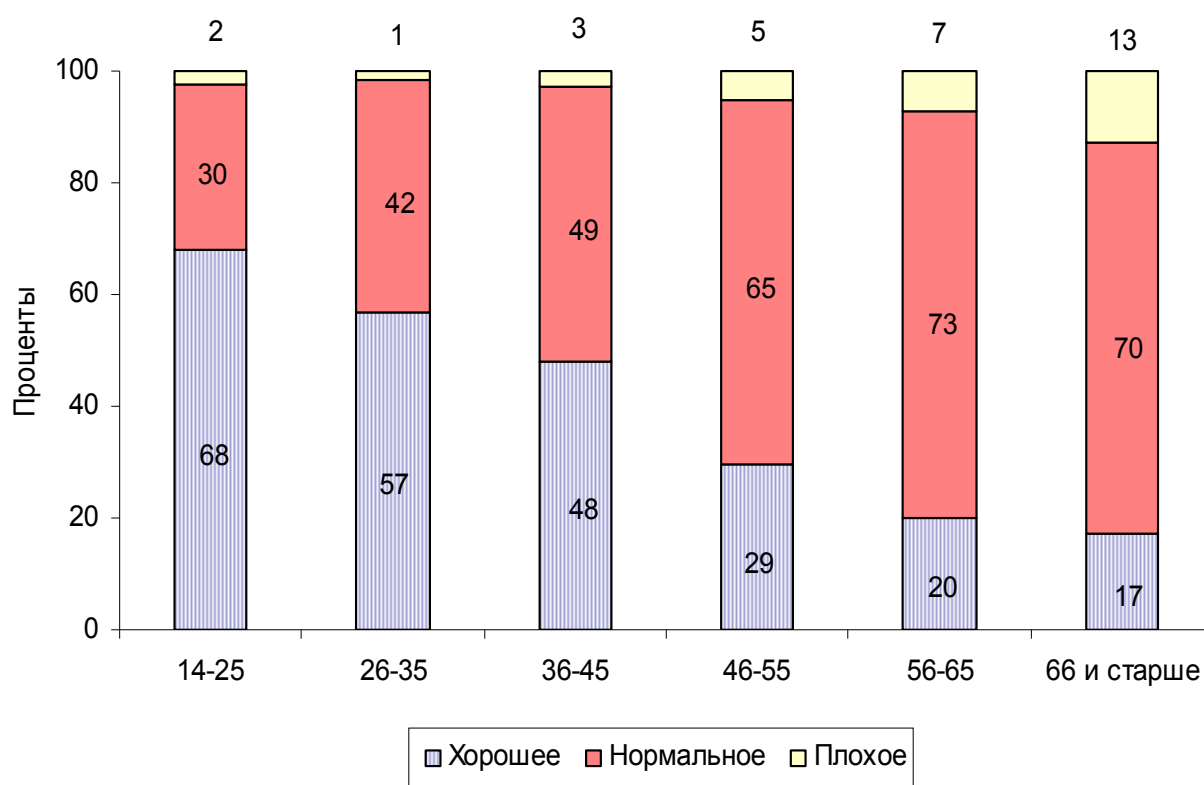


Рис. 24.а. Самооценка здоровья и экономическая активность, 2010 г., занятые мужчины по возрастным группам

¹ К занятым по данным RLMS-HSE мы относили индивидов, имеющих работу (включая декретные и иные отпуска), либо имеющих приработки и не ищущих работу; к безработным относили индивидов, не имеющих работы и ищущих ее, либо имеющих только приработки и ищущих работу; к экономически неактивным относили индивидов, не имеющих работы и не ищущих ее. Лица старше пенсионного возраста, но ищущие работу, также относились к безработным. См.: *Lambrinos J.* Health: a source of bias in labor supply models // *The review of economics and statistics.* 1981. № 33. P. 206—212; *Benitez-Silva H., Buchinsky M.* How large is the bias in self-reported disability? // *Journal applied econometrics.* 2004. Vol. 19; *Bound J.* Self-reported versus objective measures of health in retirement models // *Journal of human resources.* 1991. Vol. 26; *Butler J.S.* et al. Measurement error in self-reported health variables // *Review of economics and statistics.* 1987. Vol. 69; *Idler E., Benyamini Y.* Self-Rated Health and Mortality: A Review of Twenty-Seven Community Studies // *Journal of Health and Social Behavior.* 1997. Vol. 38. № 1.

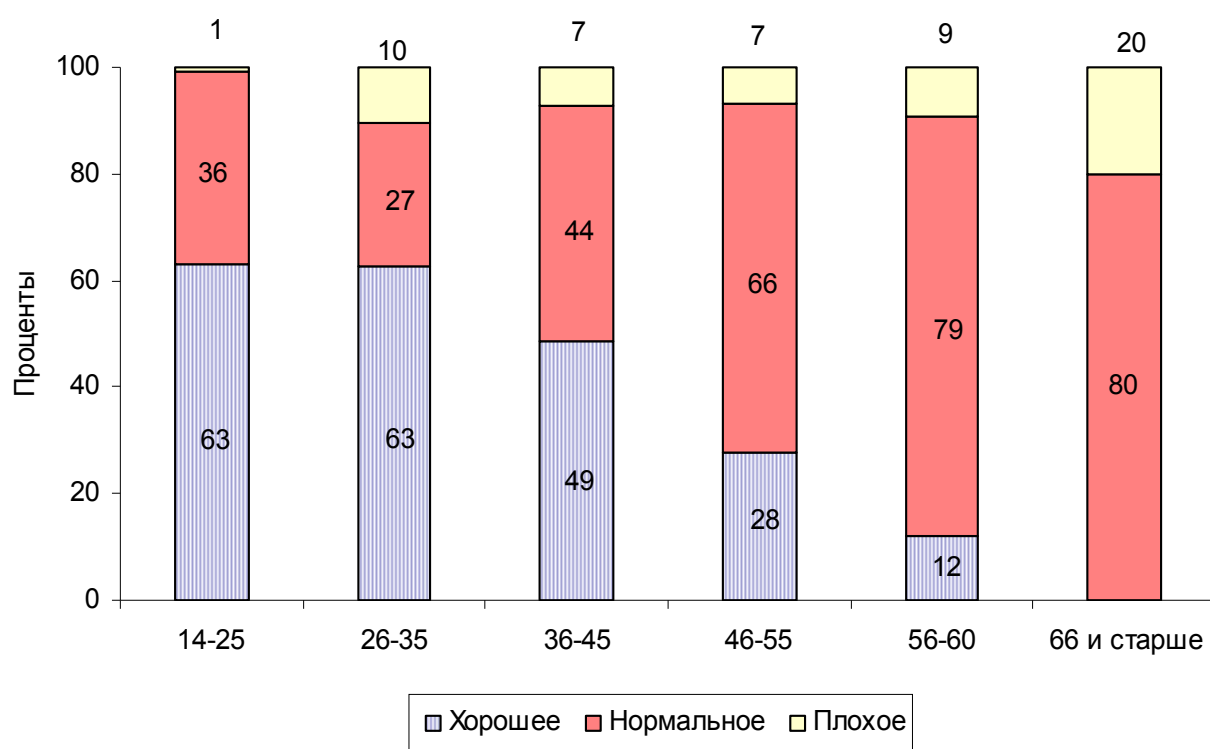


Рис. 24.б. Самооценка здоровья и экономическая активность, 2010 г., безработные мужчины по возрастным группам

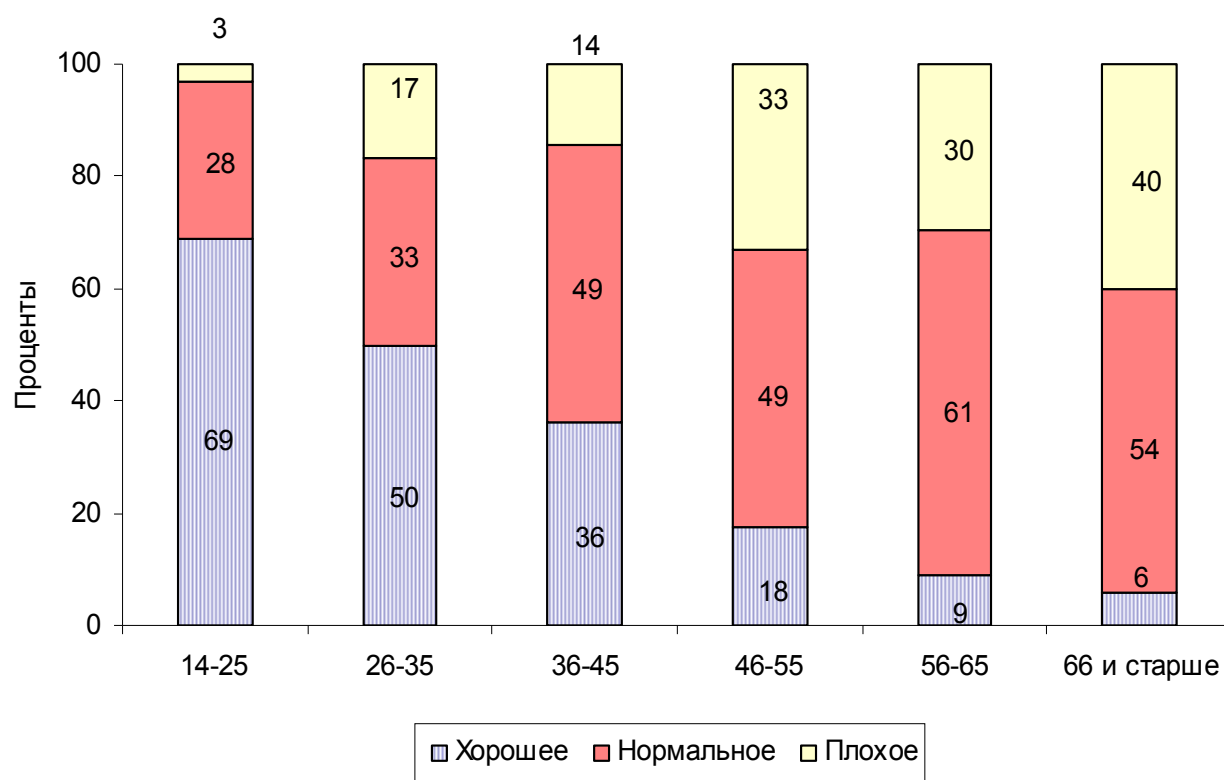


Рис. 24.в. Самооценка здоровья и экономическая активность, 2010 г., экономически неактивные мужчины по возрастным группам

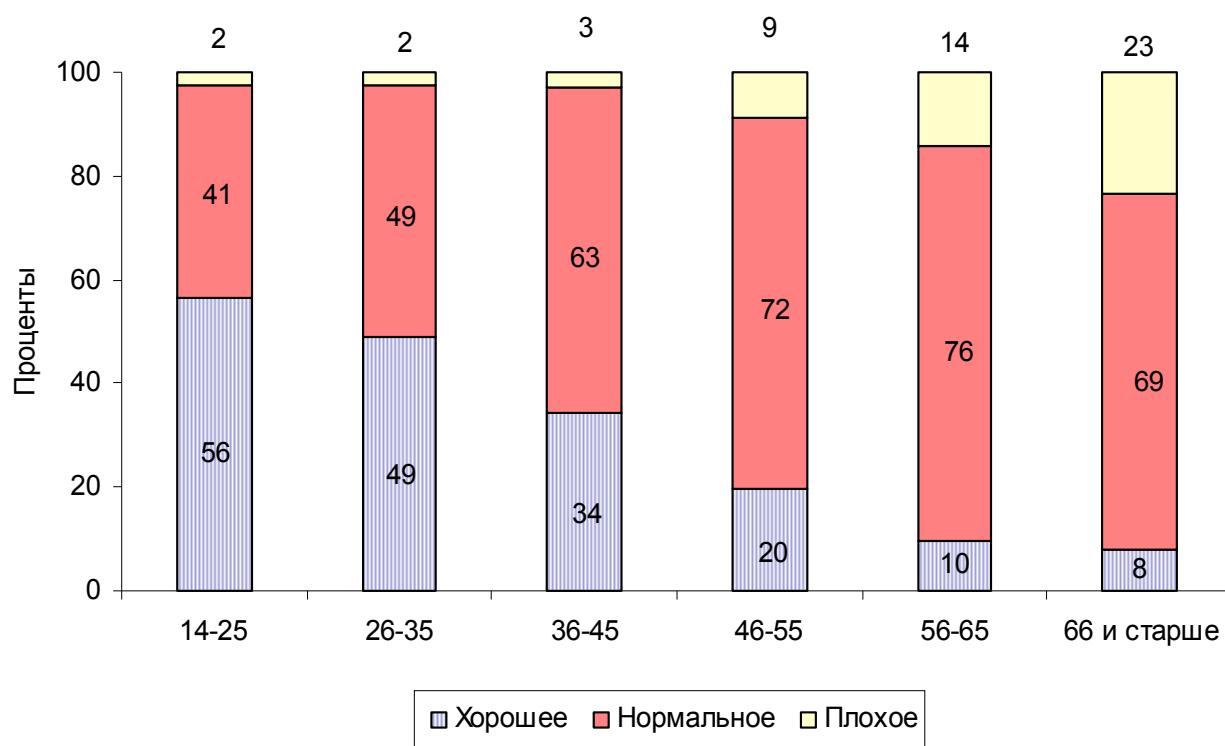


Рис. 25.а. Самооценка здоровья и экономическая активность, 2010 г., занятые женщины по возрастным группам

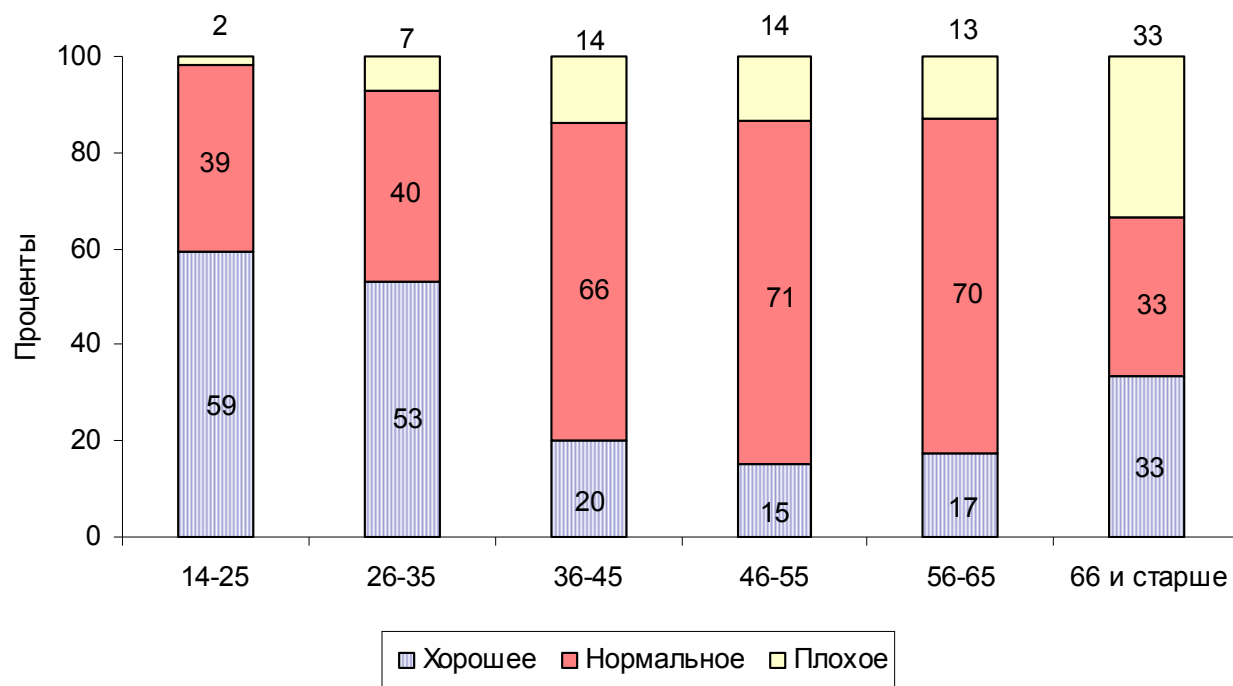


Рис. 25.б. Самооценка здоровья и экономическая активность, 2010 г., безработные женщины по возрастным группам

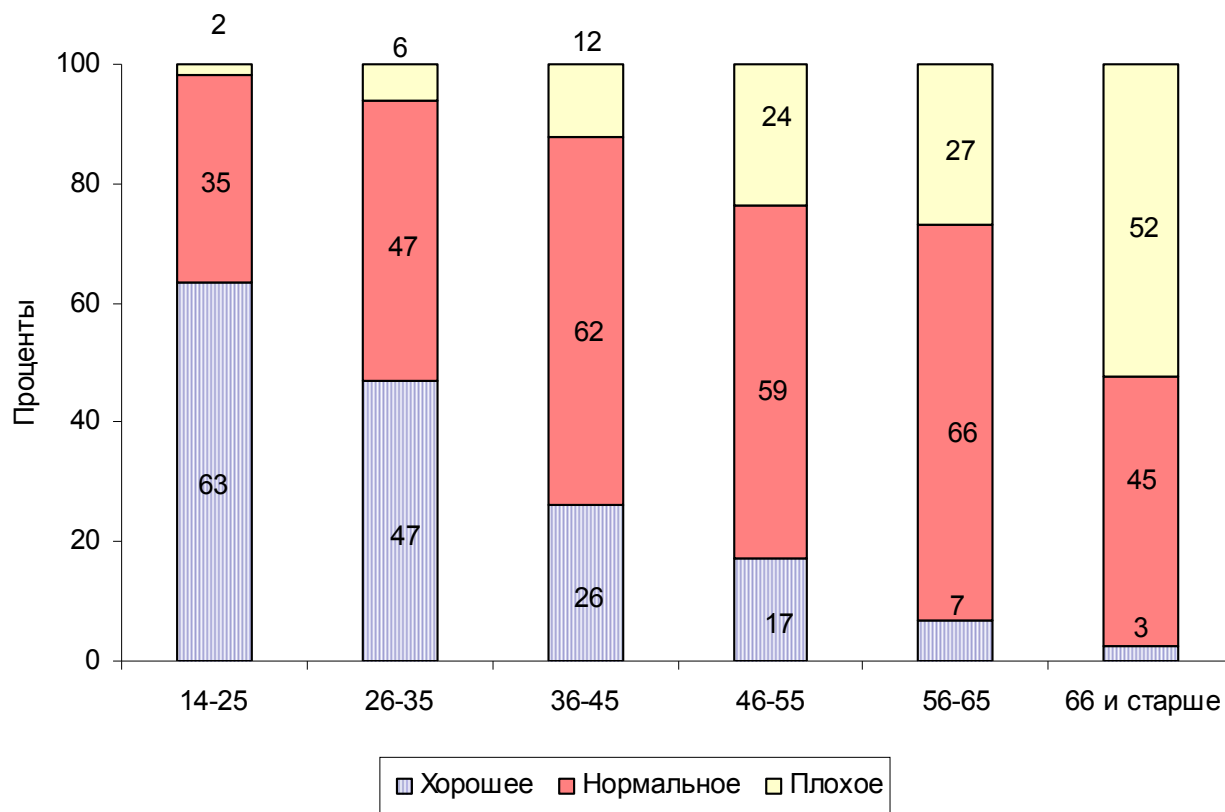


Рис. 25.в. Самооценка здоровья и экономическая активность, 2010 г., экономически неактивные женщины по возрастным группам

Помимо устойчивости распределения по возрастным группам, самооценка здоровья в среднем выше среди занятых, чем среди безработных, а также экономически неактивных. Более подробный анализ других характеристик данных индивидов показывает, что, действительно, среди них очень низок процент тех, кто имеет какое-либо хроническое заболевание или другие проблемы со здоровьем. Также нужно отметить, что доля лиц с хорошим здоровьем среди экономически неактивных индивидов в возрастных группах до 35 лет выше, чем среди занятых. Можно предположить, что это является проявлением проблемы эндогенности здоровья, в частности, негативного влияния занятости на здоровье в результате стрессов и профессиональных заболеваний.

Таким образом, распределение занятых, безработных и экономически неактивных индивидов по группам здоровья в зависимости от возраста и пола показало ожидаемую картину — доля индивидов с плохим здоровьем растет по мере увеличения возраста, при этом доля имеющих плохое здоровье среди женщин относительно больше, а имеющих хорошее здоровье — относительно меньше, чем среди мужчин.

Что касается хронических и прочих заболеваний, по данным RLMS-HSE в

2010 г. отмечается рост по таким показателям, как операции, диабет, инфаркт, инсульт, анемия (связано, скорее всего, с операциями), повышенное давление, причем данный рост по незанятым (безработным и экономически активным вместе) был заметно сильнее (см. рис. 26.а—г, а также рис. 27.а—г на стр. 203—205).

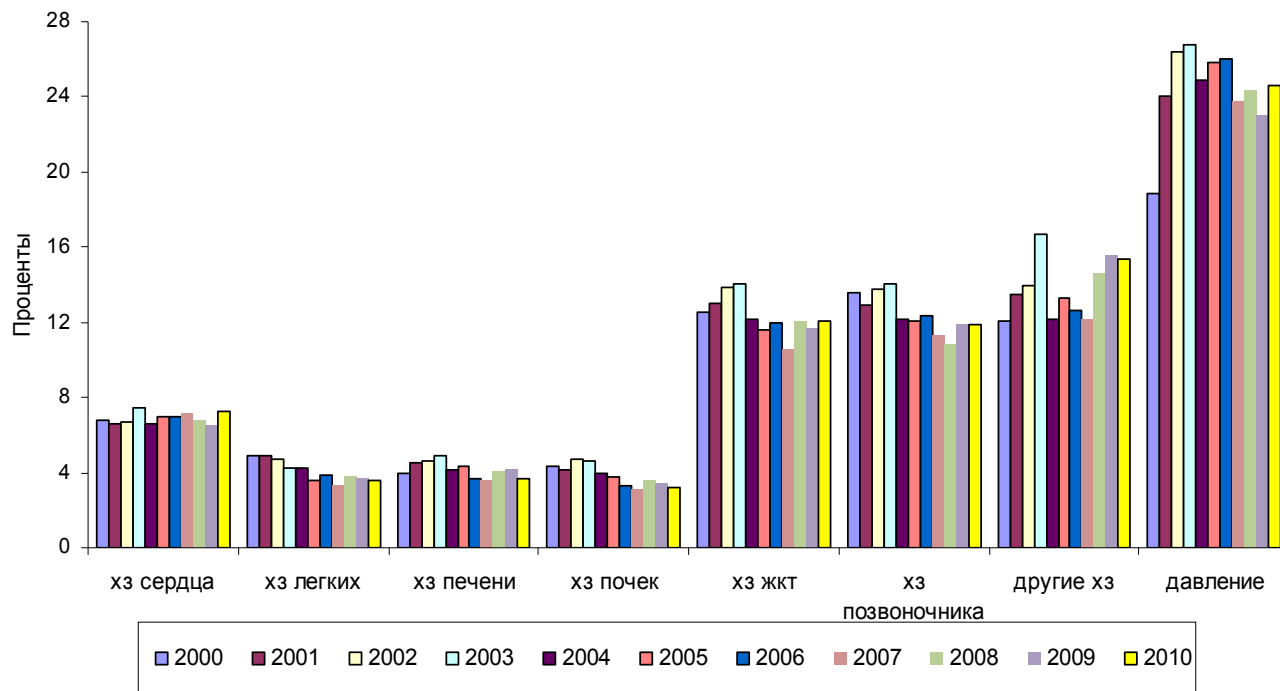


Рис. 26.а. Динамика доли занятых мужчин, имеющих указанные заболевания, в выборке, 2000—2010 гг.

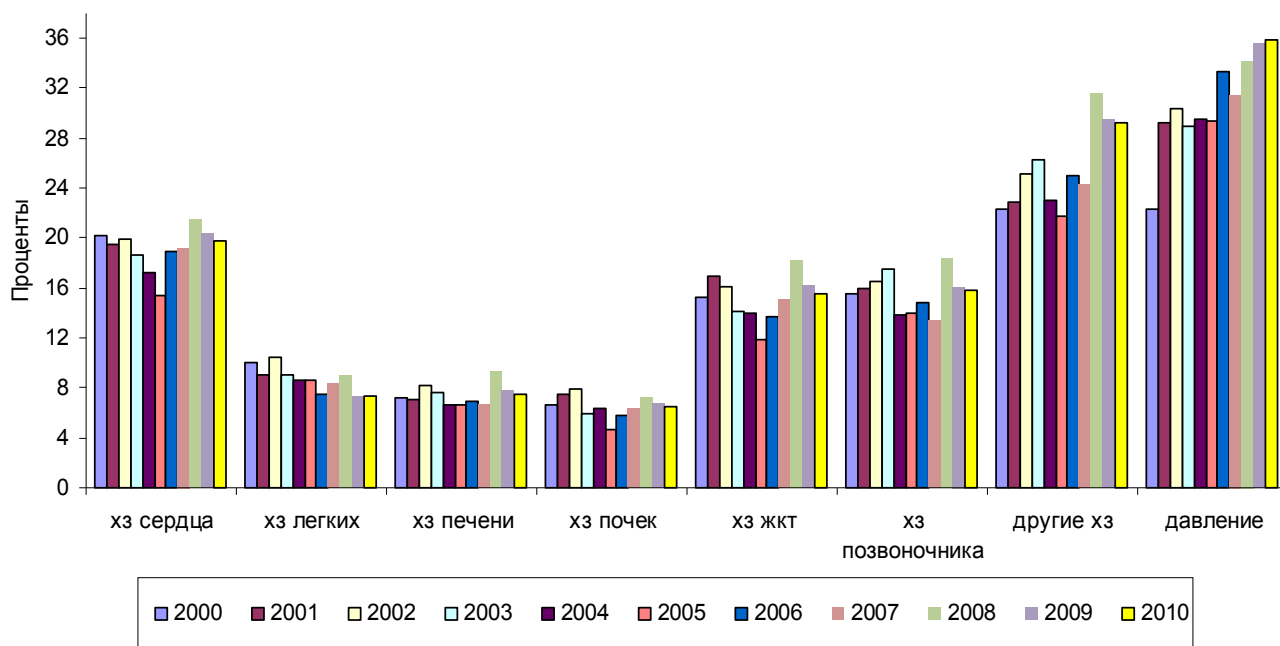


Рис. 26.б. Динамика доли незанятых мужчин, имеющих указанные заболевания, в выборке, 2000—2010 гг.

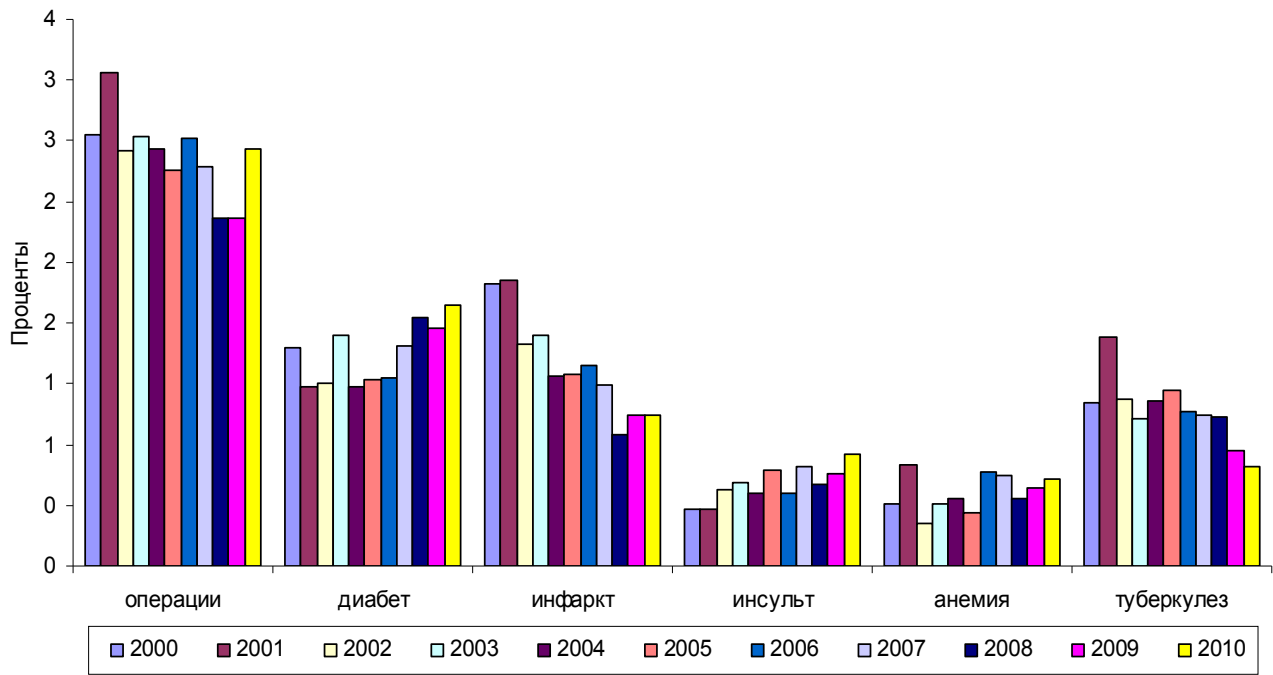


Рис. 26.в. Динамика доли занятых мужчин, имеющих указанные заболевания, в выборке, 2000—2010 гг.

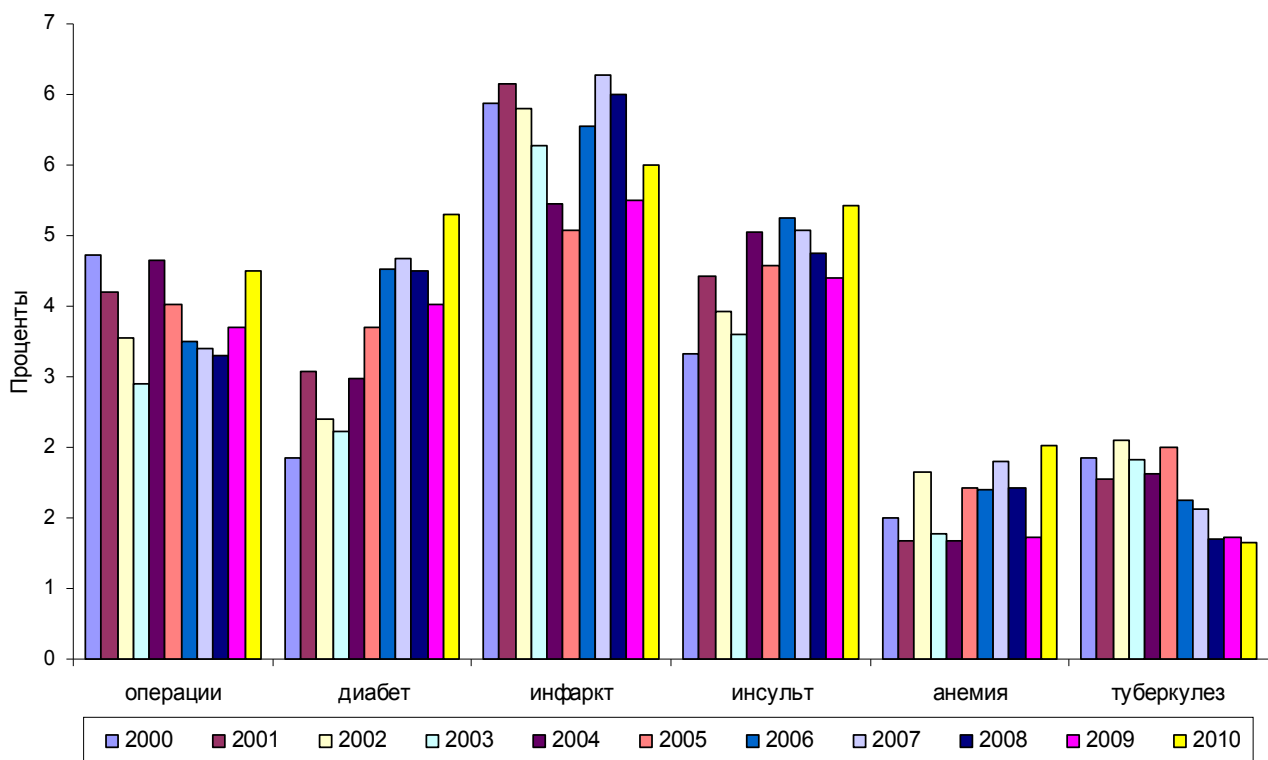


Рис. 26.г. Динамика доли незанятых мужчин, имеющих указанные заболевания, в выборке, 2000—2010 гг.

Учитывая некоторое снижение среднего возраста занятых мужчин, что отмечается и по данным Росстата, и по данным RLMS-HSE, рост заболеваемости по данным классам болезней может быть проявлением обратного влияния занятости на здоровье — свидетельством роста напряженности нагрузки на работе, уровня стресса, ухудшения условий труда. Сравнение распространенности указанного перечня заболеваний среди занятых и незанятых мужчин показывает, что по всем без исключения показателям доля лиц, имеющих данное заболевание, среди незанятых выше. Практически по всем хроническим заболеваниям и другим диагнозам доля имеющих данные заболевания среди незанятых в 1,5—2 раза выше, чем среди занятых; перенесших инфаркт среди незанятых в 3 раза больше, чем среди занятых; инсульт — в 7 раз больше, чем среди занятых; имеющих диабет среди незанятых в 2,5 раза больше, чем среди занятых. Такие существенные различия позволяют предположить, что эти заболевания могут, потенциально, вносить очень существенный вклад в снижение вероятности занятости и, соответственно, должны стать объектом более пристального внимания.

Среди женщин доля лиц, имеющих данные заболевания, стабильно выше, чем среди мужчин. Динамика уровня заболеваемости по хроническим и прочим болезням среди женщин сходна с динамикой по мужчинам — по ряду показателей в 2010 г. отмечается рост, по остальным уровень остался стабильным (рис. 27.а—г).

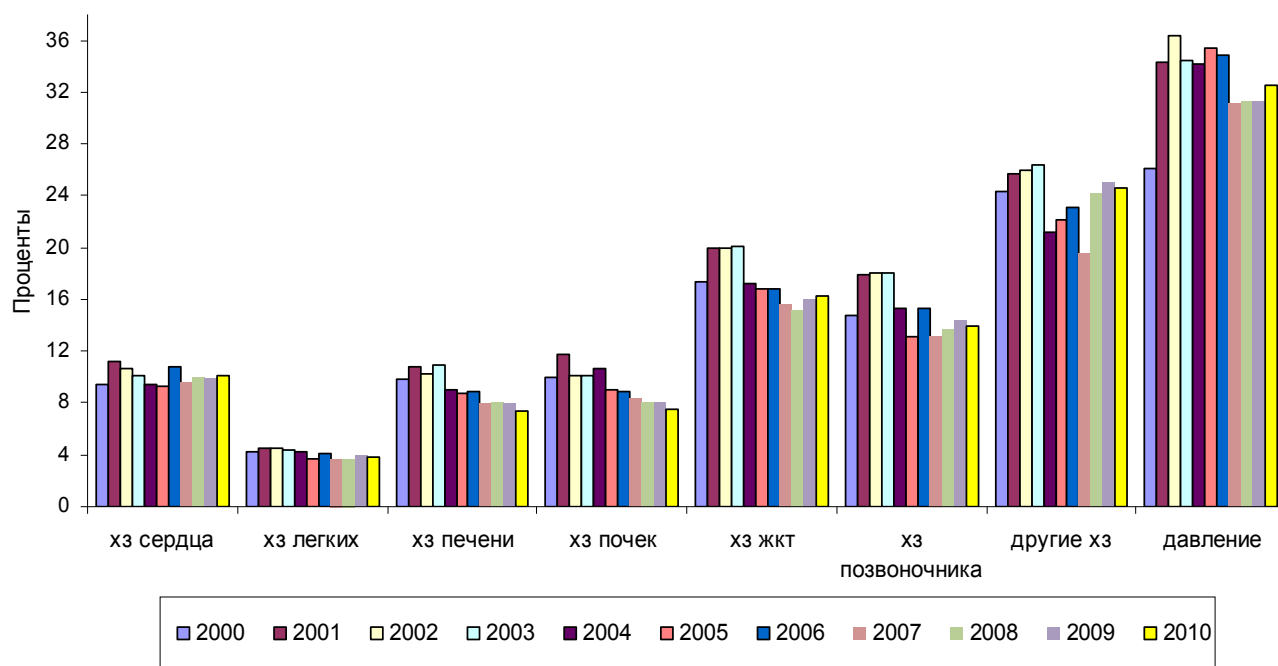


Рис. 27.а. Динамика доли занятых женщин, имеющих указанные заболевания, в выборке, 2000—2010 гг.

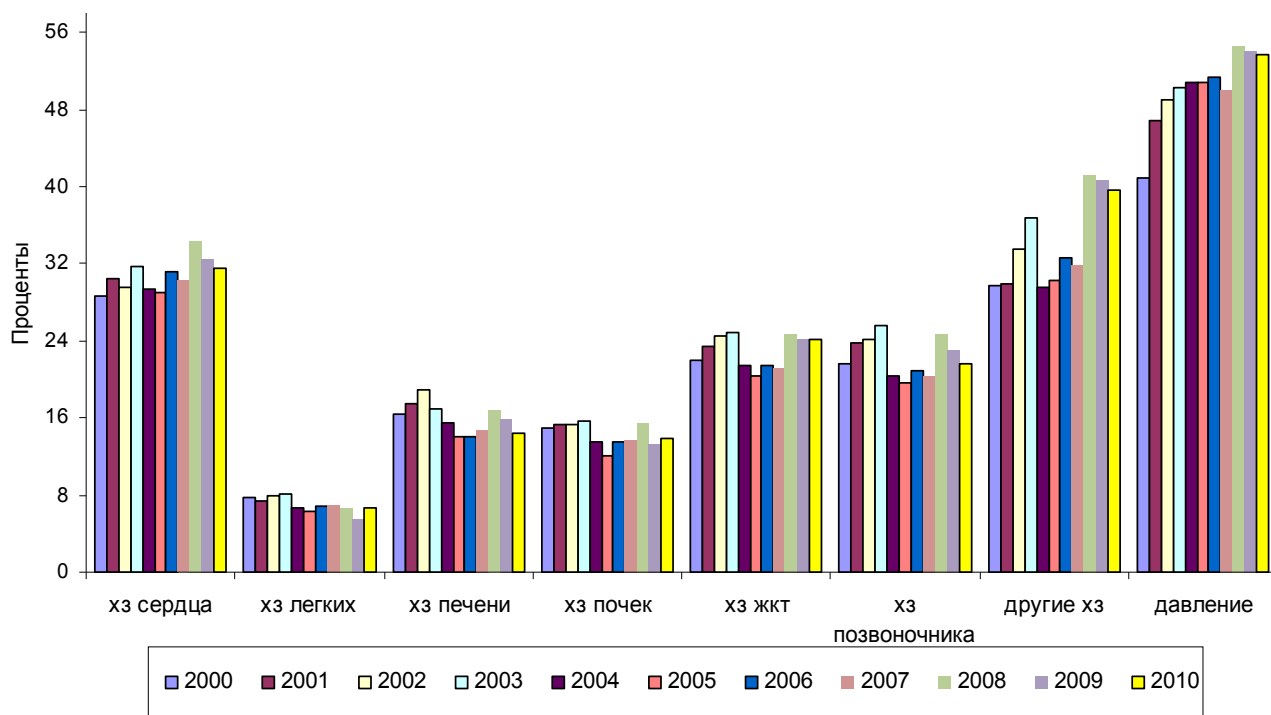


Рис. 27.б. Динамика доли незанятых женщин, имеющих указанные заболевания, в выборке, 2000—2010 гг.

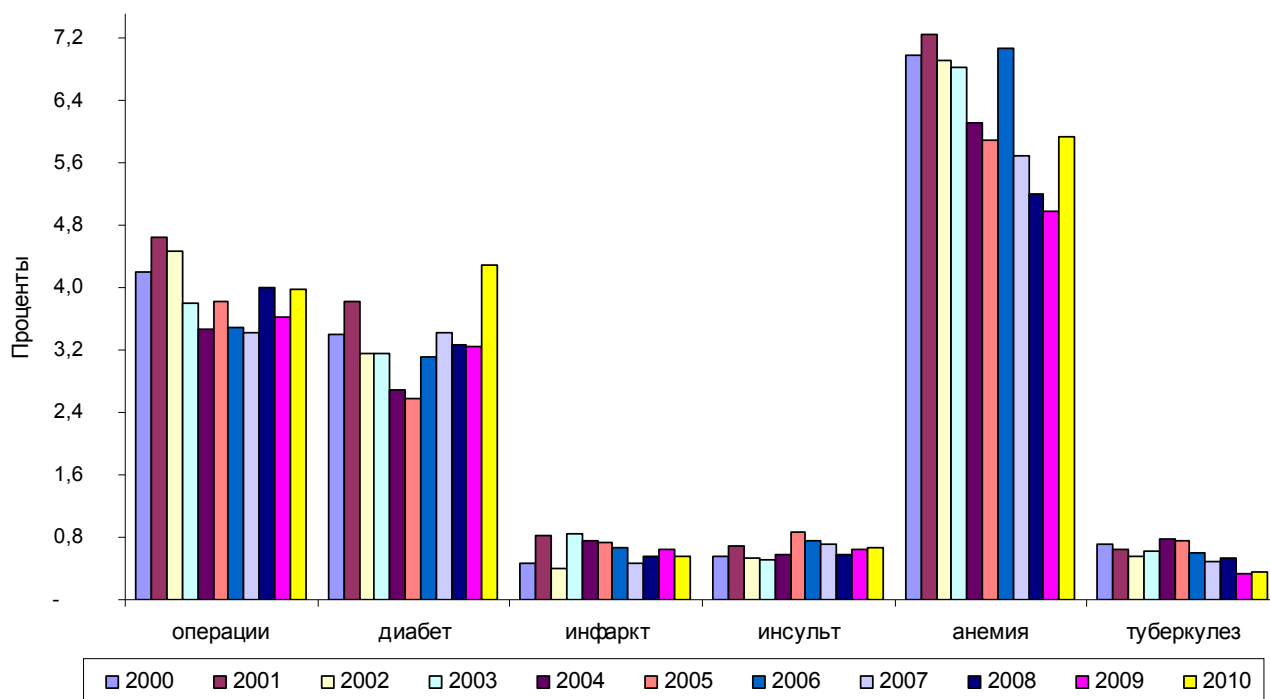


Рис. 27.в. Динамика доли занятых женщин, имеющих указанные заболевания, в выборке, 2000—2010 гг.

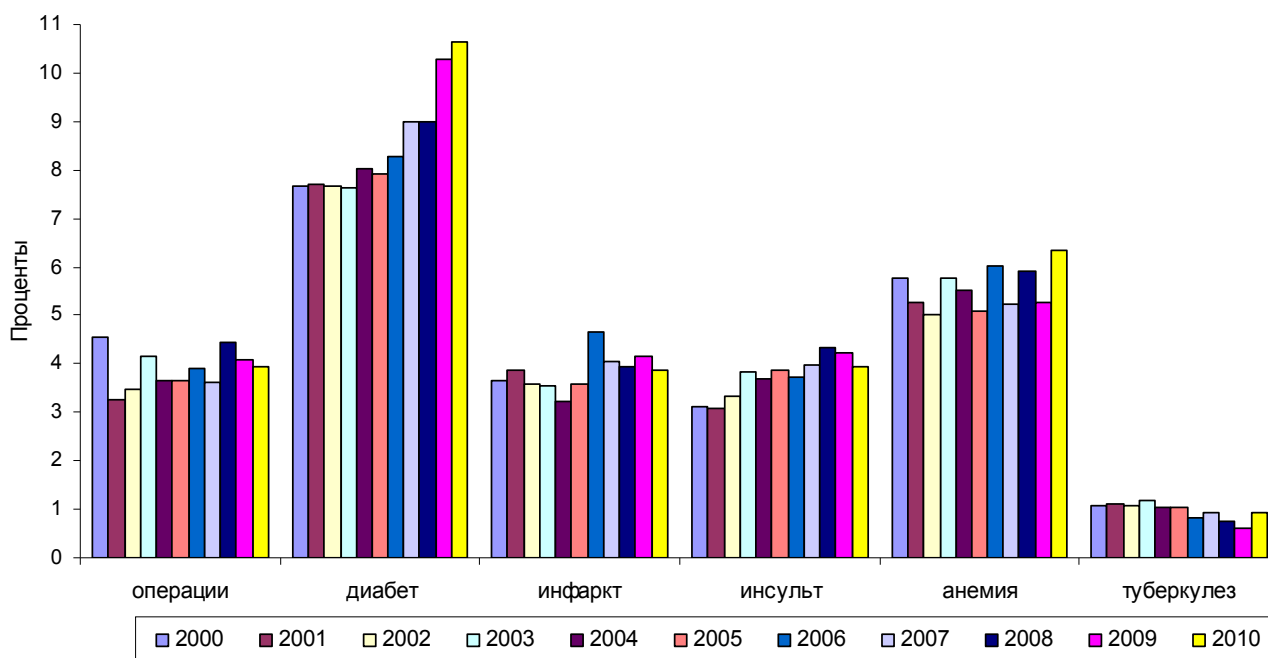


Рис. 27.г. Динамика доли незанятых женщин, имеющих указанные заболевания, в выборке, 2000—2010 гг.

Наличие повышенного давления отмечают более трети занятых женщин и более половины незанятых. Однако, поскольку средний возраст исследуемой совокупности по данным RLMS-HSE несколько вырос, в целом можно говорить о небольшом снижении заболеваемости среди занятых женщин. Разрыв между занятыми и незанятыми женщинами выше, чем у мужчин; доля женщин, имеющих какие-либо из указанных заболеваний среди незанятых в 1,5—3 раза выше, чем среди занятых; также обращают на себя внимание инфаркт и инсульт — по ним разрыв составляет 5—6 раз. Исключение составляют операции и анемия, уровень женщин с данными диагнозами среди занятых выше, чем среди экономически неактивных. Поскольку в занятых в данном случае включались женщины в декретных отпусках и отпусках по уходу за ребенком, можно предположить, что аномалии по данным заболеваниям связаны с репродуктивным здоровьем женщины.

Поскольку и по данным Росстата, и по данным RLMS-HSE отмечается рост количества индивидов, имеющих болезни системы кровообращения, а также чрезвычайно высока доля имеющих начальную стадию проблем с сердечно-сосудистой системой (повышенное давление), необходимо проанализировать возможное влияние данных проблем на трудовое поведение.

Таким образом, анализ взаимосвязей между индивидуальным здоровьем и трудовым поведением на уровне простых распределений позволяет предположить, что здоровье может оказывать влияние на вероятность получить хорошее образование, быть экономически активным, найти работу, на величину заработ-

ной платы. Однако, из-за эндогенности здоровья и обратного влияния социально-экономических факторов на здоровье, для корректного измерения данного влияния необходимо применение более строгих методов оценки.

Здоровье и заработки

Что касается взаимосвязи с доходами, то она неоднозначна. С одной стороны, нередко занятые из высокодоходных слоев имеют более напряженную работу, что негативно сказывается на здоровье. С другой стороны, они имеют больше возможностей как диагностики, так и профилактики и лечения заболеваний. Кроме того, согласно теории М. Гроссмана, высокий доход стимулирует человека к большим инвестициям в свое здоровье, так как в случае болезни его убытки будут более значительными.

Вид эмпирических профилей «возраст — заработная плата» для индивидов с хорошим, нормальным и плохим здоровьем, построенных на данных 2010 г., показывает следующую картину (см. ниже рис. 28.а—б, 29.а—б, 30.а—б). Поскольку образование само по себе дает вклад в различия в заработках, для того чтобы элиминировать этот вклад, профили «возраст — заработная плата» были построены для каждого уровня образования в отдельности (для высшего — рис. 28.а—б; среднего специального — рис. 29.а—б; ниже среднего специального — рис. 30.а—б).

Для мужчин с высшим образованием наблюдается частичное перекрывание профилей для хорошего и нормального здоровья в возрастной группе до 45 лет, при этом наблюдается положительный вклад в заработки по сравнению с плохим здоровьем. Хорошее здоровье начинает давать ощутимый положительный вклад в заработки по сравнению с нормальным здоровьем уже после 40—45 лет. При этом обращает на себя внимание существенный разрыв в заработках между мужчинами с плохим и хорошим здоровьем в возрастах до 45 лет. Можно предположить, что это связано с какими-либо незарплатными характеристиками рабочих мест, типом работы (см. рис. 28.а на следующей странице).

У женщин с высшим образованием различия в средних заработках между хорошим, нормальным и плохим здоровьем относительно меньше. Хорошее здоровье дает положительный вклад в заработки по сравнению с нормальным и плохим здоровьем в период примерно после 25 лет (см. рис. 28.б на следующей странице).

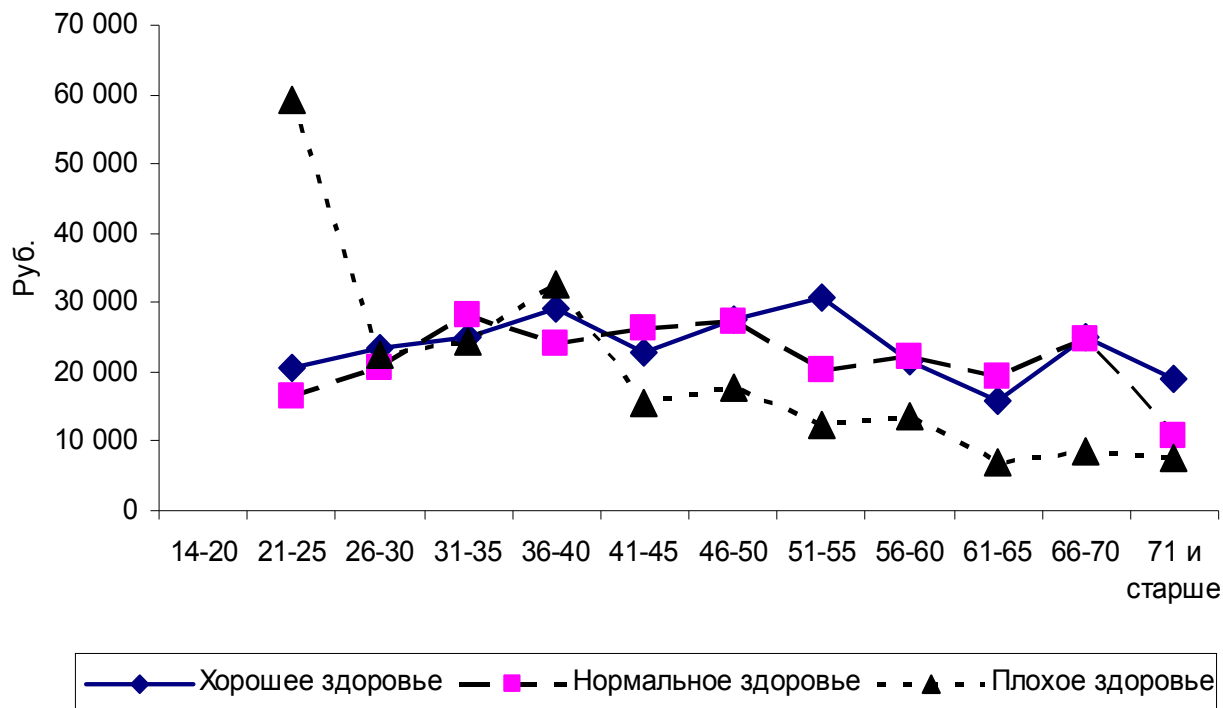


Рис. 28.а. Взаимосвязь между здоровьем и заработной платой: мужчины с высшим образованием по возрастным группам, 2010 г.

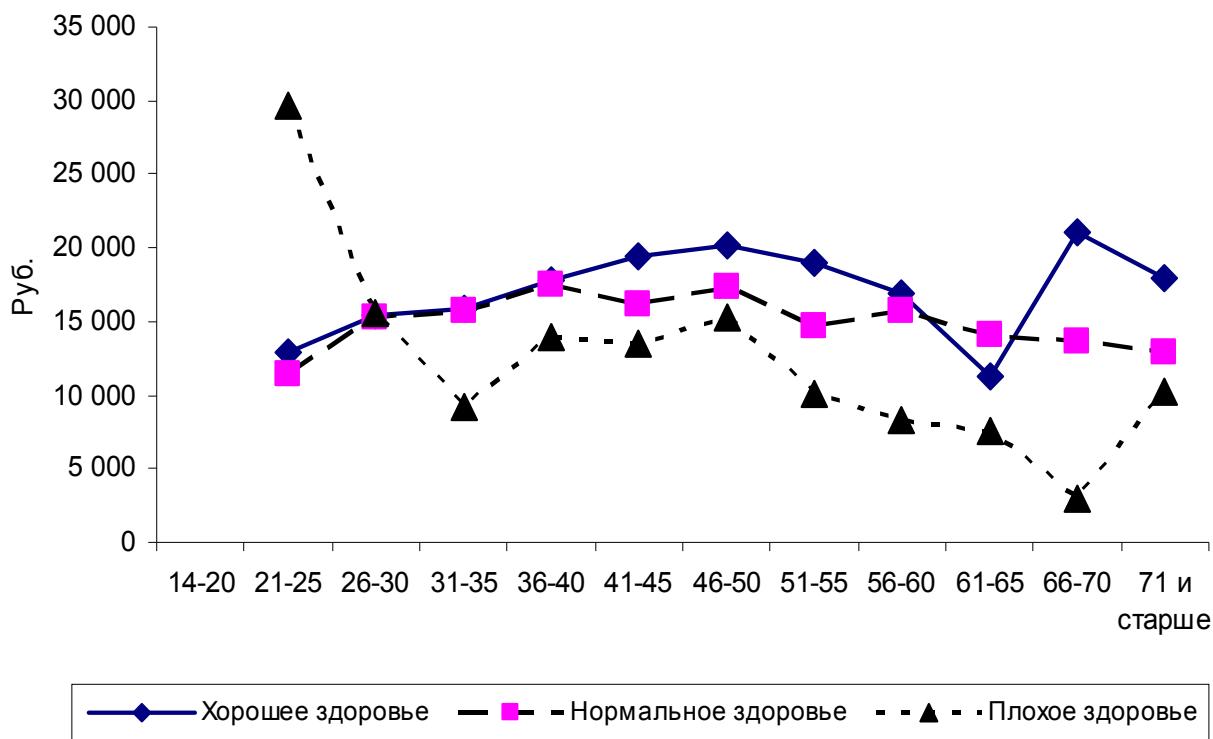


Рис. 28.б. Взаимосвязь между здоровьем и заработной платой: женщины с высшим образованием по возрастным группам, 2010 г.

Среди индивидов со средним специальным образованием у мужчин отмечается существенный вклад в заработки хорошего и нормального здоровья по сравнению с плохим, при этом различия в заработках для нормального и хорошего здоровья не очень существенны (рис. 29.а).

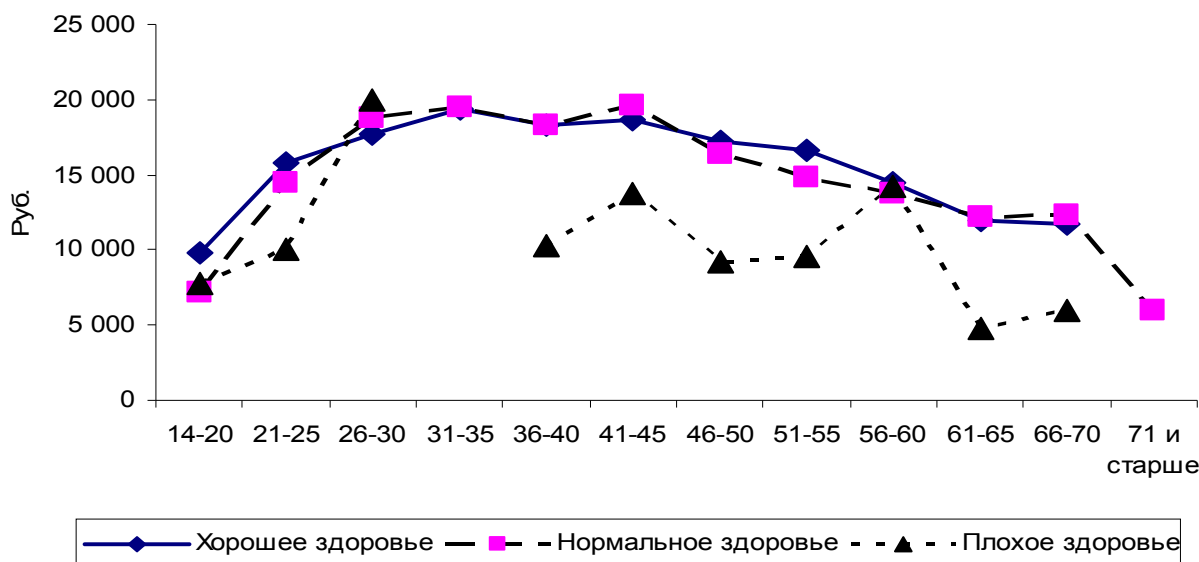


Рис. 29.а. Взаимосвязь между здоровьем и заработной платой: мужчины со средним специальным образованием по возрастным группам, 2010 г.

Для женщин скорее можно отметить более существенный вклад хорошего здоровья, с той поправкой, что для них различия в заработках между лицами с нормальным и плохим здоровьем относительно меньше, при этом наиболее существенный вклад в различия в заработках здоровье дает в наиболее активных возрастах — 25—55 лет (рис. 29.б).

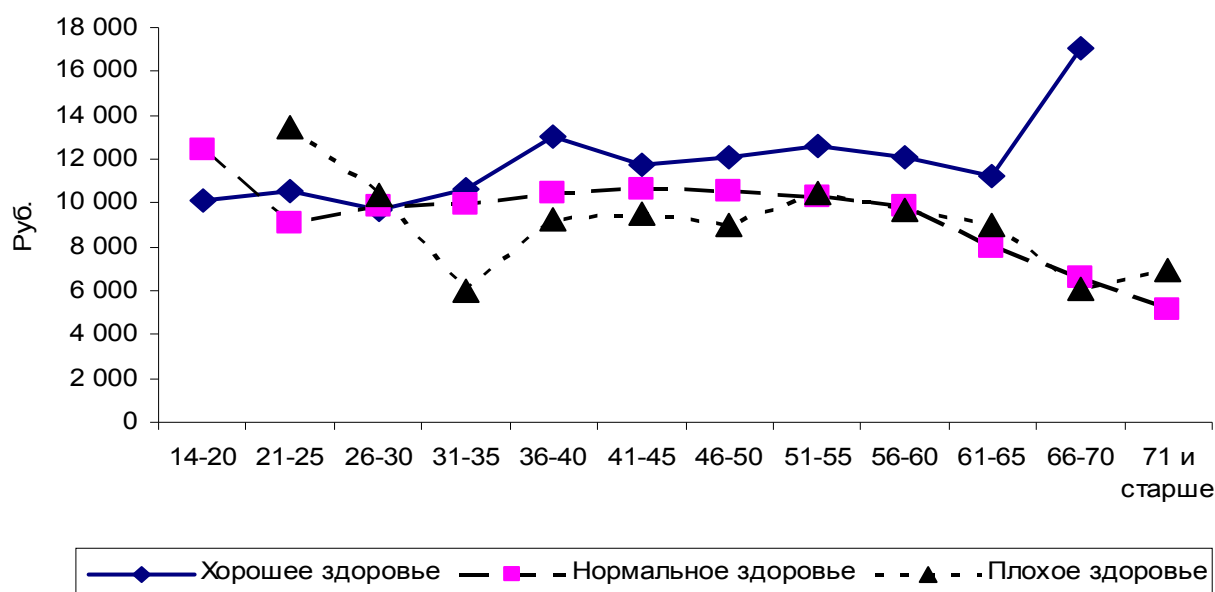


Рис. 29.б. Взаимосвязь между здоровьем и заработной платой: женщины со средним специальным образованием по возрастным группам, 2010 г.

В группе работников с образованием ниже среднего специального у мужчин также наблюдается вклад в заработки хорошего и нормального здоровья по отношению к плохому здоровью, а также устойчивый положительный, хотя относительно меньший, вклад хорошего здоровья по сравнению с нормальным, хотя данные различия выражены менее ярко, чем для других уровней образования (рис. 30.а).

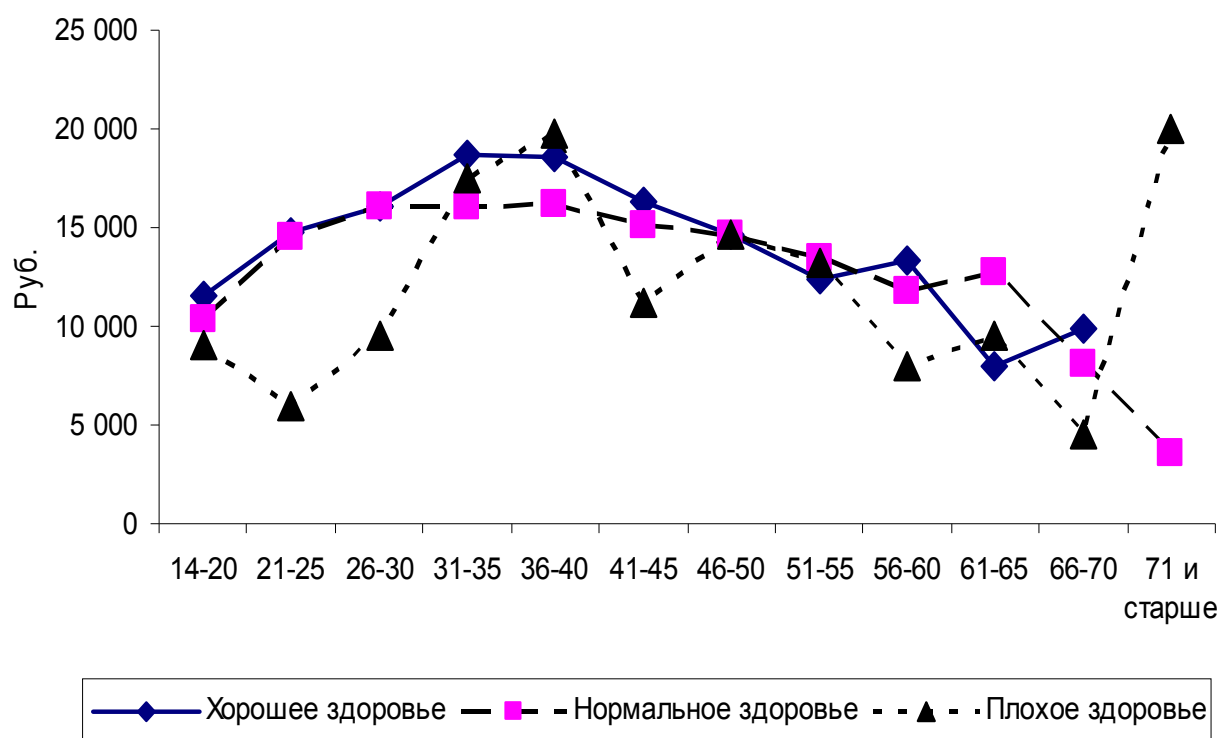


Рис. 30.а. Взаимосвязь между здоровьем и заработной платой: мужчины с образованием ниже среднего специального по возрастным группам, 2010 г.

У женщин отмечается положительный вклад в заработки нормального и хорошего здоровья примерно до 45 лет, в старших возрастных группах заработки лиц, имеющих хорошее здоровье, падают, что может быть связано с характером работы, выполняемой работниками с низкой квалификацией, высокой долей физического труда в данной группе и, как следствие, сильной связью между состоянием физического здоровья и возможностью работать (рис. 30.б).

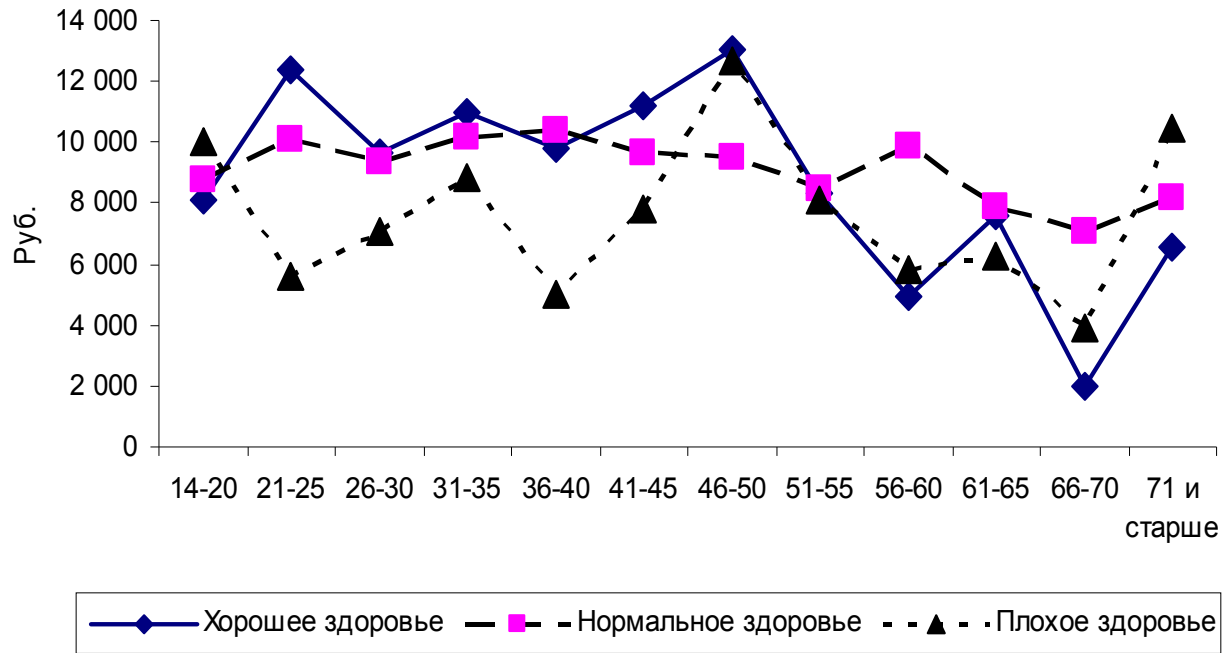


Рис. 30.б. Взаимосвязь между здоровьем и заработной платой: женщины с образованием ниже среднего специального по возрастным группам, 2010 г.

В целом общий вид полученных кривых возраст—доход для работников с разным уровнем здоровья позволяет предположить, что существуют различия в заработках, обусловленные различиями в здоровье, при этом наблюдаются существенные гендерные различия. Для выяснения точного вида зависимости и оценки ее значимости необходим более детальный эконометрический анализ, в том числе и для учета эндогенности здоровья, поскольку влияние здоровья может проявляться еще на этапе получения образования вследствие учета индивидом возможности последующего трудоустройства в зависимости от состояния здоровья.