

СОЦИОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ

Н.Л. Русина, В.В. Сафронов

СОЦИАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВО И НЕРАВЕНСТВА В ЗДОРОВЬЕ В СТРАНАХ ЕВРОПЫ*

В статье обсуждается проблема социальных неравенств в здоровье в странах Европы и влияния на них государства социальных гарантий. Анализ опросных данных Европейского социального исследования для 27 стран (ESS 2012) и статистики для них (WB, WHO, ILO) осуществлялся с помощью двухуровневого линейного моделирования (HLM). Состояние здоровья граждан европейских стран, как еще раз подтвердило исследование, сильно различается — по показателям и общего самочувствия, и психической неуравновешенности. Обнаруживаются также отчетливые отличия в здоровье людей внутри этих стран, обусловленные социальными причинами — особенностями положения индивидов в демографической и статусной структурах обществ, а также их разной интеграцией в социальную жизнь. Пожилые люди, индивиды с низким положением в обществе, те, кто слабо вовлечен в социальные сети и не может рассчитывать на помощь и поддержку со стороны других людей, относятся, как правило, к уязвимым слоям — их здоровье оставляет желать лучшего. Выраженность таких социальных отличий оказалась неодинаковой в разных частях Европы. Особенно остро стоит проблема неравенств в странах с относительно невысоким уровнем развития экономики, но и в богатых обществах она не утрачивает своей значимости — неравенства могут в них даже немного расширяться, отделяя узкий слой уязвимых граждан от многочисленных их сограждан, относящихся к среднему или верхнему сегментам социальной структуры. Эти контекстуальные особенности складываются в значительной мере

* Исследование выполнено при финансовой поддержке РГНФ, проект № 14-03-00697, «Социальные различия здоровья в Европе и России: анализ индивидуальных и контекстуальных факторов с использованием методов многоуровневого моделирования», руководитель Н.Л. Русина.

Русина Нина Львовна — кандидат экономических наук, заведующий сектором социологии здоровья, Социологический институт РАН (nrusinova@gmail.com)

Nina Rusinova — Candidate of Sciences (Economic Sciences), Head of the Sociology of health department, Sociological Institute, Russian Academy of Sciences (nrusinova@gmail.com)

Сафронов Вячеслав Владимирович — старший научный сотрудник, Социологический институт РАН (vsafonov@list.ru)

Viacheslav Safronov — Senior researcher, Sociological Institute, Russian Academy of Sciences (vsafonov@list.ru)

благодаря развитию — с ростом экономики — государства социальных гарантий. Повышение расходов на здравоохранение и социальную защиту способствует улучшению национального здоровья и сглаживанию некоторых неравенств.

Ключевые слова: *состояние здоровья, риски депрессии, социальные неравенства, государство социальных гарантий, государственные социальные расходы, двухуровневое моделирование, Европейское социальное исследование.*

Проблема и обзор состояния дел

Многочисленные исследования свидетельствуют о существовании социальных неравенств в здоровье — чем выше у человека образование, доходы или социальное положение, тем лучше его здоровье, ниже вероятности заболеваемости и смертности. Такие неравенства проявляются в разных обществах (Beckfield, Olafsdottir, Bakhtiari 2013), но степень их выраженности неодинакова, заметные различия существуют и в Европе (Beckfield, Olafsdottir 2009). Однако остается до конца неясным, какие именно социетальные факторы способствуют повышению уровня национального здоровья и снижению социальных неравенств. В одном из важных направлений современной социологии здоровья предполагается, что это связано с развитием социального государства (Vambra 2007).

Исследования этого направления подразделяются на три подхода (Dahl and van der Wel 2013). В одном из них изучается «типология режимов социального государства» и ее влияние на неравенства в здоровье (Esping-Andersen 1990; Ferrera 1996, Eikemo et al. 2008). В критике такого рода работ отмечался ряд концептуальных недостатков (типология исходно не предполагала анализа проблем здоровья, не позволяет установить механизмы влияния на здоровье, остается статичной, не учитывает изменений социальной политики во времени, а также может соединять в одном кластере государства, сильно отличающиеся по конкретным политическим решениям) (Dahl and van der Wel 2013; Vambra 2007). Эмпирические результаты оказались неоднозначными и в ряде случаев противоречили теоретическим ожиданиям. Так, неравенства в «социально-демократических» режимах (сильное вмешательство социального государства) оказались не менее отчетливыми, чем в постсоветских режимах (слабая социальная политика) (см., например, Eikemo et al. 2008; Mackenbach et al. 2008; и обзоры: Beckfield, Krieger 2009; Muntaner et al. 2011; Brennenstuhl, Quesnel-Vallee, McDonough 2012; Bergqvist, Yngwe, Lundberg 2013).

Во втором подходе, «институциональном», анализируются последствия для социальных различий в здоровье конкретных институтов и политики социального государства. Сопоставляются, например, социальные программы по пенсионному обеспечению, оплате нетрудоспособности по болезни, пособиям по безработице, семейной политике, несчастным случаям на производстве (Kopri, Palme 2007; Scruggs 2005). Сильная социальная политика, согласно проведенным исследованиям, способствует улучшению здоровья тех социальных групп, на которые она направлена, а также может давать положительный эффект в более широких общественных кругах (Ferrarini, Norström 2010; Ferrarini

and Sjöberg 2010; Lundberg 2008b). Но такое улучшение, как отмечает критика, не обязательно имеет место, поскольку целевая группа определяется с ориентацией на типичный случай, оставляя многих уязвимых людей без помощи (Kangas, Palme 2007).

Третий подход к изучению связи между социальным государством и состоянием здоровья общественных слоев — измерение и сравнение государственных расходов на социальные нужды и защиту. В его обосновании (Fritzell, Lundberg 2007; Lundberg et al. 2008) отмечается, что обеспечиваемые государством ресурсы благосостояния, нацеленные на компенсацию индивидам потерь, происходящих на рынке труда или в семейной сфере, являются важными факторами поддержания благополучия и здоровья людей. Они выступают «социальными детерминантами здоровья», способствуя укреплению человеческого капитала, усилению способности индивида к действию, расширению его возможностей справляться со стрессовыми событиями жизни, снижению рисков нездоровья (Link, Phelan 2010). В этом подходе, согласно критическим замечаниям, не учитывается соотношение расходов с общественной потребностью в них — большие расходы могут означать просто более серьезные социальные проблемы (Kangas, Palme 2007). Отмечалось, что используемые показатели расходов, указывающие на процентную долю от валового внутреннего продукта (ВВП), не позволяют адекватным образом оценить роль государства, маскируя как масштабы реальных вложений в социальную сферу, так и потребность в них, зависящую от общественного благосостояния (Gilbert 2009). Кроме того, индикатор общих трансфертов не дает возможности оценить эффективность государственной политики в конкретных социальных областях, что потребовало разработки дифференцированных индикаторов (Castles 2008). Несмотря на отмеченные недостатки, подход считается достаточно перспективным и продолжает развиваться.

Однако, эмпирических исследований, подтверждающих объяснительные возможности подхода, все еще крайне мало. В одной из первых работ (Европейское социальное исследование, European Social Survey, ESS 2003, 21 страна, двухуровневое моделирование) было показано (Olsen, Dahl 2007), что при контроле ВВП, с ростом которого повышались самооценки здоровья, общественные расходы на здоровье ухудшали парадоксальным образом самочувствие женщин и не были связаны с ним у мужчин.

Другая работа (по данным European Union Statistics on Income and Living Conditions, EU-SILC 2005, 26 стран, многоуровневые модели с межуровневыми интеракциями) посвящена выраженности образовательных неравенств в рисках незанятости среди людей с длительными хроническими заболеваниями (van der Wel, Dahl, Thielen 2011). Проверялось, снижаются ли они при росте общественных расходов на социальную защиту, защиту занятости и на изменение рынка труда. Результаты подтверждают такую зависимость. Подтверждает ее и еще одно исследование (ESS 2002-2008, 32 страны, также иерархические модели с интеракциями), в котором анализировались различия в здоровье по образованию в странах Европы, отличающихся по доле государства в общих расходах на здравоохранение, а также по его расходам на модернизацию рынка труда и пособия по безработице (Gesthuizen, Huijts, Kraaykamp 2012).

Существенные методологические инновации были внесены в важной работе (Dahl, van der Wel 2013), также посвященной неравенствам по образованию (EU-SILC 2005, 18 европейских стран, многоуровневый логистический регрессионный анализ с межуровневыми интеракциями). Использовались четыре измерения социальных расходов, которые, в отличие от многих других работ, позволяют учесть «общественную потребность» (хотя и не идеальным образом). Для этого расходы взвешивались с помощью «коэффициента зависимости» (dependency ratio), отражающего отношение занятого ко всему населению. Кроме того, социальные расходы оценивались не только как процент от ВВП, но и в сопоставимых долларах (gross and net expenditure per capita in US dollar purchasing power parities). Было обнаружено, что социальные расходы действительно способствуют заметному снижению неравенств в здоровье среди женщин, тогда как у мужчин такая зависимость была выражена слабее.

Наконец, была предпринята попытка изучения различий психического здоровья — по шкале депрессии — между индивидами с разным образованием, статусом занятости и семейным положением (ESS 2006, 2012, 18 стран, двухуровневые модели с интеракциями между переменными первого и второго уровней). Оказалось, что сужение неравенств по образованию связано с увеличением расходов, направляемых на улучшение ситуации на рынке труда, поддержке психического равновесия у одиноких родителей помогало увеличение государственных вложений на нужды семьи, однако размер пособий по безработице никак не отражался на различиях в депрессии, связанных со статусом занятости (Niedzwiedz, Mitchell, Shortt, Pearce 2016).

Настоящая работа тоже опирается на методологию исследований неравенств в здоровье, в которой предполагается, что их снижению может способствовать социальное государство, вкладывающее значительные ресурсы в систему здравоохранения или направляющее их на программы социальной защиты. Немногочисленные, как мы видели, работы, выполненные в этом направлении, пока не позволяют с уверенностью утверждать, что такие вложения ведут к улучшению здоровья уязвимых слоев населения и, соответственно, сокращению структурных социальных неравенств. Требуется совершенствования методология исследования таких проблем, в том числе необходимо искать подходы к более точному измерению общественных расходов, учитывая неодинаковые потребности в разных обществах, а также проверять, не обусловлено ли фиксируемое воздействие фактора расходов другими социальными обстоятельствами — сокращение неравенств может, например, происходить в богатых странах вследствие общего повышения уровня жизни, которое должно сильнее сказываться на людях с невысокими статусными позициями.

Задачи и методы исследования

Проблема, которая обсуждается в представленном далее исследовании, — влияние социального государства на неравенства в здоровье, отражающие неодинаковое положение людей в демографической и социальной структурах общества. Несмотря на быстрый рост в последние годы работ, посвященных

этой проблеме, результаты, как было показано при обзоре литературы, не позволяют с уверенностью утверждать, что защита и поддержка государством уязвимых слоев способствует нивелированию этих неравенств. Одно из перспективных направлений дальнейшего изучения роли государства социальных гарантий в данном вопросе — подход, в котором предполагается сопоставление государственных и общественных расходов, выделяемых на социальные программы в разных странах. В настоящей работе, выполненной в рамках такого подхода, предполагается провести сравнительное изучение социальных различий в здоровье граждан, представляющих разные страны Европы, и проверить, действительно ли развитие социального государства, проявляющееся в наращивании расходов на здравоохранение и социальную защиту, ведет к их сокращению. Решение этой задачи осуществляется по двум отдельным аналитическим линиям, одна из которых связана с рассмотрением социальных расхождений в общем самочувствии, а другая — с психическим здоровьем представителей общественных страт.

В работе рассматриваются данные репрезентативных опросов населения 27 стран, собранные в 2012 г. при проведении 6-го раунда Европейского социального исследования (European Social Survey; ESS Round 6... 2012). В число этих стран входили: Бельгия, Болгария, Великобритания, Венгрия, Германия, Дания, Израиль, Ирландия, Исландия, Испания, Италия, Кипр, Литва, Нидерланды, Норвегия, Польша, Португалия, Россия, Словакия, Словения, Украина, Финляндия, Франция, Чехия, Швейцария, Швеция и Эстония (средний размер выборочной совокупности — 1870 человек).

В ходе интервьюирования респонденты отвечали на ряд анкетных вопросов, позволяющих судить о состоянии их здоровья — общем самочувствии и психическом равновесии. Для измерения различий в общем самочувствии использовался стандартный и широко применяемый в социологических исследованиях показатель самооценок здоровья: «Как Вы оцениваете состояние своего здоровья в целом? По Вашему мнению, оно ... 1. Очень хорошее, 2. Хорошее, 3. Среднее, 4. Плохое, 5. Очень плохое». Особенности психического здоровья фиксировались с помощью шкалы депрессии (CES-D) Центра эпидемиологических исследований Национального института психического здоровья США, разработанной для выявления групп населения с риском развития депрессивных расстройств (Radloff 1977). Применялся краткий (восемь суждений) вариант этой шкалы (Huppert et al. 2013). Во время интервью у респондентов выясняли, насколько часто (четыре градации оценок от «никогда» до «постоянно») за неделю, предшествующую опросу, они 1) ощущали подавленность, 2) чувствовали, что все дается с трудом, 3) плохо спали, 4) переживали одиночество, 5) были печальны, 6) не могли собраться, приступить к делу, 7) испытывали удовольствие от жизни и 8) были счастливы. Следуя нашим предшественникам (о построении и свойствах шкалы по данным ESS см.: Van de Velde, Bracke, Levesque 2010; Van de Velde et al. 2013), общие баллы рассчитывались как арифметическое среднее полученных оценок (допускалось не более трех вопросов, на которые не были даны содержательные ответы), которые затем преобразовывались в шкалу депрессии, диапазон значений которой — от 0 до 24 (чем выше значение, тем больше угроза депрессии).

Демографические и социально-структурные переменные, с помощью которых оценивались неравенства в здоровье, включали (при контроле половых различий): а) возраст (от 15 до 90 лет) и б) социальный статус. Оценки статуса — это ответы участников исследований на следующий вопрос: «В нашем обществе есть люди, которые находятся ближе к верхушке общества, а есть люди, которые ближе к его низам. На этой карточке Вы видите шкалу, которая идет сверху вниз. Где Вы расположили бы себя на этой шкале в настоящее время?» (0 — в самом низу, 10 — на самом верху). Распределение статусных позиций очень сильно отличается в изучавшихся странах: средние оценки варьируют от 3.9 в Болгарии до 6.7 в Нидерландах (низкими они были в посткоммунистических обществах, в Южной Европе, а высокими — на севере континента, в Скандинавских странах).

Еще одна важная переменная, оказывающая дифференцирующее влияние на здоровье, связана с понятием социального капитала (см. обзоры в наших предшествующих работах: Русинова, Панова, Сафронов 2010; Русинова, Сафронов 2014; 2015). Данные ESS содержат ряд признаков, позволяющих операционализировать это понятие. Среди них — индикаторы вхождения человека в сети социальных взаимодействий или изоляции от них: 1) живет ли респондент один или же у него есть семья, с ним живет кто-то близкий, 2) часто ли он или она встречается на досуге с друзьями, родственниками или знакомыми, 3) есть ли у него кто-то (и сколько таких людей), с кем можно поделиться проблемами личной жизни, 4) приходилось ли ей, ему в течение года участвовать в работе какой-либо добровольной организации. А также — показатели, говорящие о возможностях получения человеком инструментальной и психологической поддержки, о единении с сообществом, доверительном отношении к другим людям и позитивным установкам к социальному окружению: 5) уверен ли он в получении помощи от близких, если в этом будет необходимость, 6) в их признании, 7) чувствует ли себя в безопасности там, где живет, 8) испытывает ли чувство единения с проживающими здесь людьми, 9) считает ли, что они помогают друг другу, 10) полагает ли, что люди относятся к нему с уважением, 11) что большинству из них можно доверять, 12) они не склонны к обману, 13) готовы помочь. Шкалы, фиксирующие ответы на все эти вопросы, преобразовывались так, что диапазон их изменения был от «0» до «1», а затем вычислялись для каждого респондента значения обобщающего индекса социального капитала, свидетельствующие о его интеграции в социум (вычисление среднего арифметического при условии, что были даны ответы не менее чем на два вопроса о сетевом капитале и не менее чем на пять — о капитале поддержки и доверия). Согласно средним значениям для стран, социальные взаимосвязи были несколько более тесными в Северной Европе по отношению ко многим бывшим странам «социализма» (размах значений от 0.55 в Литве до 0.69 — в Норвегии).

Различия здоровья индивидов в зависимости от их социальных характеристик рассматривались в социетальном контексте, который определялся различиями между странами по трем факторам. Один из них — (1) уровень развития экономики страны по значению Валового национального дохода на душу населения (World Bank, GNI per capita, PPP, int. \$, 2012, URL: <http://data.worldbank.org/indicator/NY.GNP.MKTP.PP.CD>). Два других указывают на степень разви-

тия социального государства. Это — показатели (2) государственных расходов на здравоохранение в душевом исчислении (World Health Organization, Per capita government expenditure on health, PPP, int. \$, 2012, URL [<http://apps.who.int/gho/data/node.main.78?lang=en>]), а также (3) общественных расходов на социальную защиту. Что касается последнего, в исследованиях, как отмечалось, можно встретить разные подходы к его построению. Используются показатели процентной доли таких расходов от ВВП (валового внутреннего продукта), но при этом не учитываются реальные вложения, которые могут очень сильно отличаться при одних и тех же процентах в странах с низким и высоким уровнем экономического развития. Кроме того, не учтенной оказывается и разница в «спросе» на социальную защиту — неодинаковое в разных странах число претендующих на помощь государства. В связи с этим предпочтительным представляется показатель расходов на социальную защиту в долларах на душу населения, взвешенный дополнительно с помощью индекса соотношения числа занятых среди населения к его общей численности (dependency ratio, позволяет в определенной мере, хотя и довольно грубо, уловить разницу в «спросе», учитывая, кто не работает и может нуждаться в поддержке). Наряду с этим показателем в нашей работе был сконструирован и другой индекс, отчасти корректирующий, на наш взгляд, недостатки описанных способов измерения. Доля ВВП, приходящаяся на общественные расходы на социальную защиту (International Labor Organization, Total social protection expenditure, % of GDP, 2009-11), использовалась для вычисления душевых расходов в долларах (сведения о ВВП — World Bank, World Development Indicators, GDP per capita, const.2011 intern. \$, PPP, 2010), которые затем взвешивались, принимая во внимание неодинаковое в странах — по данным ESS опросов — представительство людей, которые сообщили, что на свои доходы им живется трудно или очень трудно (различия спроса отражают широту слоев с низким уровнем жизни). Результаты анализа для обоих «взвешенных» индексов оказались очень близкими, так что в дальнейшем будут описываться факты, полученные только при включении второго из них.

Все переменные социальных различий между индивидами и факторы отличий между странами преобразовывались в шкалы, изменяющиеся от 0 до 1, что позволяет напрямую сопоставлять — в первом приближении — силу их влияния на состояние здоровья.

Статистический аппарат, который применяется в современных сравнительных исследованиях социальных неравенств в здоровье при анализе данных описанного типа (индивиды со своими социальными особенностями соотносены со странами, которые описывают контекстуальные факторы), относится к методам многоуровневого моделирования. В нашей работе такое моделирование осуществлялось с помощью специализированного пакета программ — HLM (Hierarchical Linear and Nonlinear Modeling) (Raudenbush, Bryk 2002, ниже употребляются обозначения, введенные в этой книге). Рассматриваются иерархические линейные модели со «случайными коэффициентами» для переменных первого уровня (индивидуальных различий) и взаимодействиями между этими переменными и факторами второго уровня (контекстуальных отличий между странами).

Здоровье населения и социальные расходы: характеристика европейских стран

Изучавшиеся страны Европы по показателям общего самочувствия людей и психического здоровья заметно отличаются друг от друга. О выраженности таких отличий позволяет судить рис. 1, на котором — по данным ESS 2012 г. — показано расположение этих стран в плоскости, определяемой по горизонтали шкалой депрессии, а по вертикали — долями участников опросов, оценивших свое здоровье как хорошее или очень хорошее (в отличие от тех, у кого оно удовлетворительное, плохое или очень плохое). Высокие для страны значения по одной из осей соответствуют, как правило, низким показателям по другой — меньшая угроза развития массовых депрессивных состояний сочетается с большим распространением среди населения хорошего здоровья, тогда как в обществах, в большей мере подверженных этой угрозе, ниже оценки самочувствия (Pearson's $R = -0.76$, $p < 0.000$).

Неблагоприятная ситуация со здоровьем, учитывая оба его измерения, характерна для стран, расположенных в правой нижней части рис. 1. Она постепенно улучшается при продвижении к странам, которые лежат в левой верхней его части. К числу первых относятся многие посткоммунистические государства, включая Россию и Украину, Эстонию и Венгрию, Литву и Болгарию. Несколько лучше положение дел в Чехии, Польше, Словении и Словакии, к которым примыкают средиземноморские страны — Португалия, Испания и Италия. Еще лучше здоровье в Германии, Франции, Финляндии, Великобритании и Израиле, на Кипре, в Бельгии и Нидерландах. Наконец, наиболее благополучным оказалось положение дел в Швейцарии и на севере Европы — в Дании, Швеции, Норвегии, Ирландии и Исландии.

Представленное расположение стран позволяет предположить, что состояние здоровья улучшается при росте экономического благополучия общества и обеспечении государством социальных гарантий — значительных вложениях, направляемых на развитие системы здравоохранения и социальную защиту. Бывшие страны советского блока, как и средиземноморские государства, заметно уступают в обоих этих отношениях западным демократиям, особенно — социально-демократическим скандинавским режимам.

Общественные расходы, которые способны благоприятно повлиять на национальное здоровье, действительно, как видно на рис. 2, не одинаковы в разных частях Европы, отличаясь во много раз. На этом рисунке положение стран определяется координатами, задаваемыми двумя описанными ранее индексами общественных платежей на социальные нужды — душевыми расходами государства на укрепление здоровья граждан (рассчитанных в сопоставимых по паритету покупательной способности долларах) и на их социальную защиту (в тех же долларах с учетом различий в доле населения, которым может потребоваться помощь государства, — людей, признающих, что при их доходе «жить трудно» или «очень трудно»).

Социальная политика, способствующая укреплению здоровья людей, получает лишь очень скромную финансовую поддержку со стороны государства и общественных институтов на Украине, в Болгарии и России, немного сильнее она в других посткоммунистических странах — Венгрии и Литве, Словакии, Эстонии

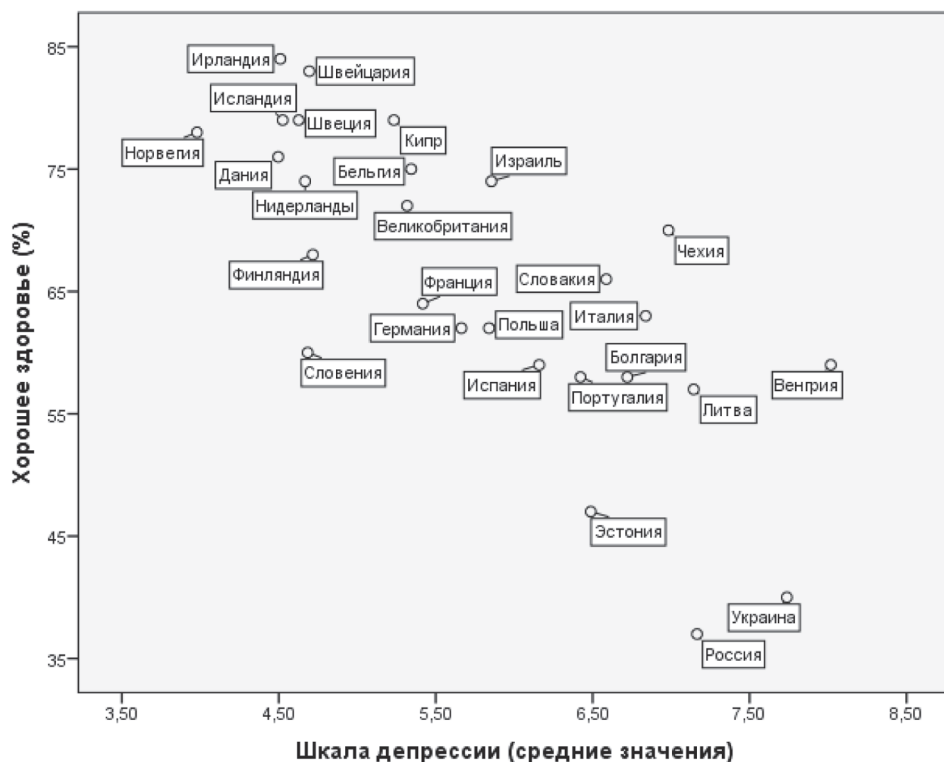


Рис. 1. Общее самочувствие и психическое здоровье в странах Европы

и Польше, Чехии и Словении, а также на юге континента, включая Кипр, Португалию, Испанию, а также Израиль. Еще выше социальные расходы в Исландии, Италии и Ирландии, Великобритании. Их дальнейшее повышение наблюдается в Швейцарии, Франции, Бельгии и Германии, в Нидерландах, Финляндии и Швеции, а самые высокие значения расходов — в Дании и Норвегии.

Описанные показатели здоровья и социального государства являются основными переменными в нашем дальнейшем анализе, нацеленном на прояснение вопроса о том, способствует ли сильная социальная политика сокращению статусных неравенств в здоровье, благоприятно сказываясь на самочувствии людей, занимающих невысокие позиции в социальной структуре общества. В двух последующих разделах будут представлены результаты этого анализа, сначала при рассмотрении оценок, которыми участники европейских опросов характеризуют состояние своего здоровья, а затем — распространения симптомов депрессивных состояний.

Социальные расходы и статусные неравенства: показатель общего самочувствия

Исследование социальных неравенств, зафиксированных в оценках респондентами состояния своего здоровья, и влияния на них социетального кон-

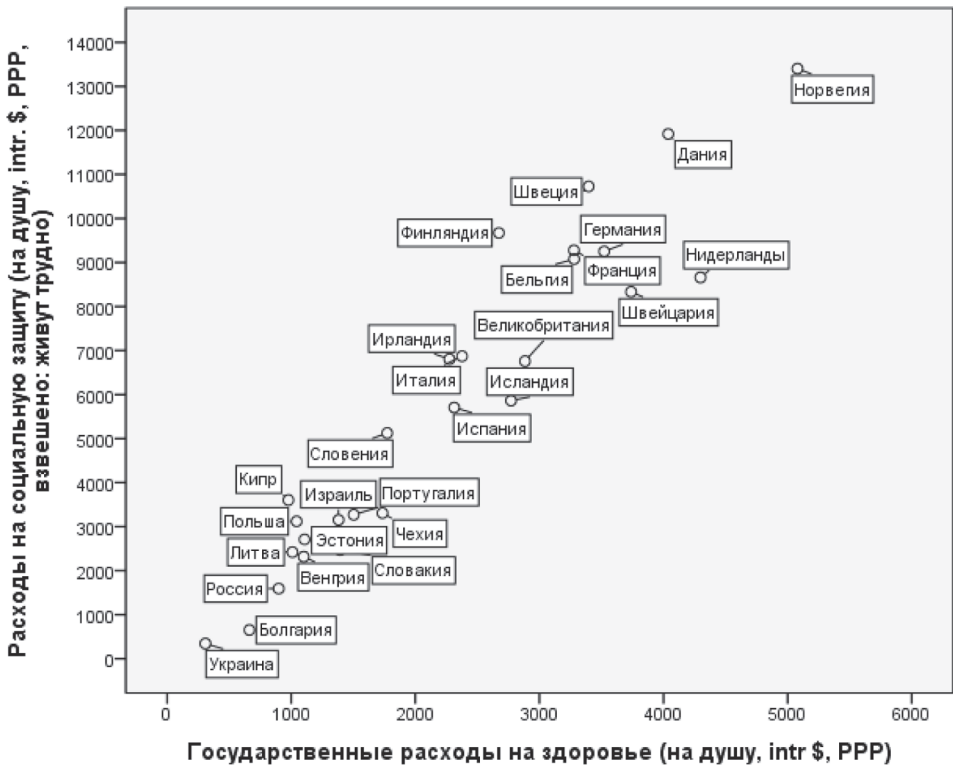


Рис. 2. Общественные расходы на здравоохранение и социальную защиту в странах Европы

текста, соотносимого с различиями в странах Европы релевантных государственных расходов, осуществлялось с помощью двухуровневого моделирования, результаты которого отображены в четырех моделях, описанных в табл. 1. Зависимая переменная в этих моделях свидетельствует об ухудшении состояния здоровья, измеренного пятибалльной шкалой — от градации «очень хорошее» до значения «очень плохое».

Модель 1 позволяет выяснить, насколько выражены социальные неравенства в здоровье на индивидуальном уровне — по возрасту, социальному статусу и социальному капиталу, и разнятся ли эти неравенства в изучаемых обществах. Предварительный анализ показал, что в ряде стран различия самочувствия по статусу (все большее распространение проблем со здоровьем при снижении общественного положения человека) заметно усиливаются с возрастом. Для учета этого обстоятельства в уравнение модели была включена переменная, характеризующая интеракцию между возрастом и (снижающимся) статусом. Кроме того, осуществлялся контроль гендерных особенностей, поскольку известно, что оценки самочувствия у женщин отличаются в худшую сторону по сравнению с мужчинами (показанные в таблице значения коэффициентов для признака «пол» подтверждают эту закономерность).

Таблица 1

**Оценки самочувствия: социальные различия и их контекстуальная выраженность
(Двухуровневые линейные модели с интеракциями между переменными
1-го и 2-го уровней)**

ПЕРЕМЕННЫЕ:	Модель 1		Модель 2		Модель 3		Модель 4	
	γ (T-ratio)	Sig.	γ (T-ratio)	Sig.	γ (T-ratio)		γ (T-ratio)	
УРОВЕНЬ 1:								
Intercept	2.22 (42.1)	0.000	2.22 (56.9)	0.000	2.22 (51.5)	0.000	2.22 (52.5)	0.000
Пол (M=1)	-0.07 (-5.3)	0.000	-0.07 (-5.3)	0.000	-0.07 (-5.3)	0.000	-0.07 (-5.3)	0.000
Возраст	1.65 (14.5)	0.000	1.65 (22.0)	0.000	1.66 (28.0)	0.000	1.66 (26.8)	0.000
Социальный статус (снижение)	0.89 (20.9)	0.000	0.89 (23.6)	0.000	0.89 (24.9)	0.000	0.89 (24.1)	0.000
Возраст x Статус	0.74 (3.9)	0.001	0.75 (4.4)	0.000	0.75 (4.6)	0.000	0.75 (4.5)	0.000
Социальный капитал	-1.14 (-20.5)	0.000	-1.14 (-20.5)	0.000	-1.14 (-20.7)	0.000	-1.14 (-20.7)	0.000
УРОВЕНЬ 2								
ВНД			-0.89 (-5.0)	0.000				
Госрасходы: здоровье					-0.61 (-3.7)	0.001		
Расходы: социаль- ная защита							-0.60 (-4.4)	0.000
ИНТЕРАКЦИИ								
x Возраст			-2.16 (-5.4)	0.000	-1.96 (-8.4)	0.000	-1.82 (-8.8)	0.000
x Социальный статус			0.44 (2.7)	0.012	0.43 (3.2)	0.004	0.36 (2.8)	0.011
x Возраст x Статус			-2.03 (-3.6)	0.002	-1.87 (-3.5)	0.002	-1.65 (-3.0)	0.007
x Социальный капитал			-0.09 (-0.4)	0.669	-0.16 (-0.9)	0.379	-0.16 (-0.8)	0.436
ДИСПЕРСИИ	U	Sig.	U	%Exp	U	%Exp	U	%Exp
Intercept	0.074	0.000	0.041	45%	0.050	33%	0.048	36%
Возраст	0.344	0.000	0.145	58%	0.087	75%	0.095	72%
Социальный статус	0.036	0.000	0.027	23%	0.023	35%	0.026	28%
Возраст x Статус	0.716	0.000	0.527	26%	0.475	34%	0.494	31%

ПЕРЕМЕННЫЕ:	Модель 1		Модель 2		Модель 3		Модель 4	
	γ (T-ratio)	Sig.	γ (T-ratio)	Sig.	γ (T-ratio)		γ (T-ratio)	
МОДЕЛИ	D[eviance]1 (df)		D[eviance]2 (df)		D[eviance]3 (df)		D[eviance]4 (df)	
Характеристики	114701 (22)		114662 (27)		114650 (27)		114656 (27)	
			D1-D2	Sig.	D1-D3	Sig.	D1-D4	Sig.
			39.0	0.000	50.7	0.000	44.9	0.000

Метод оценивания: full maximum likelihood. Зависимая переменная — пятибалльная шкала оценок здоровья от «очень хорошее» до «очень плохое». Социальный статус — 11-ти балльная переменная свидетельствует о снижении воспринимаемого статуса. Доля объясненной дисперсии (% Exp) — по отношению к дисперсиям модели 1. N1 (индивидуумы) = 50507, N2 (страны) = 27.

Согласно гаммам, приведенным в табл. 1, среди участников опросов отчетливо проявляются социальные различия в здоровье — оно ухудшается с возрастом, при снижении социального статуса и при интеракции этих переменных, а также у людей, не обладающих запасами социального капитала — тех, кто слабо интегрирован в социальное окружение. Статистически значимые на высоком уровне дисперсии, приведенные в нижней части табл. 1, говорят о том, что все интересующие нас неравенства заметно варьируют в ESS странах.

Описанная модель служит базой для сопоставления с тремя другими моделями, в которых рассматриваются основные контекстуальные факторы, способные объяснить различия в выраженности социальных неравенств. В модели 2 таким фактором выступает валовой национальный доход (ВНД, описанный в методологической части работы) — в уравнение включается как этот фактор, так и его интеракции с переменными первого уровня. Оказалось, что с ростом уровня развития экономики, о котором свидетельствует ВНД, состояние здоровья граждан заметно улучшается — снижаются оценки проявлений нездоровья, которые фиксирует наша шкала. Причем благотворное влияние этого фактора было неодинаковым для разных социальных категорий. Отрицательная интеракция ВНД с возрастом (гамма = -2.16, $p < 0.000$) показывает, что в наиболее развитых экономиках отличия здоровья между старшими и младшими поколениями проявляются в гораздо меньшей степени, чем в относительно менее богатых странах, а положительная интеракция с понижением статуса (0.44, $p < 0.012$) говорит о небольшом усилении структурных неравенств в более развитых экономически государствах. Усиление статусных различий с возрастом характерно для относительно небогатых обществ, тогда как в передовых экономиках этого не происходит (на это указывает интеракция ВНД с переменной, фиксирующей взаимодействия возраста и статуса, равная -2.03, $p < 0.002$). Наконец, социальный капитал является одной из самых сильных, наряду с возрастом, переменных, определяющих состояние здоровья — оно лучше у людей, интегрированных в социальное окружение, и такое воздействие проявляется вне зависимости от состояния экономики (интеракции с ВНД статистически не значимы).

Уравнение модели 3 включает вместо ВНД один из наших показателей социального государства — индекс государственных расходов на здравоохранение — и все его интеракции с переменными социально-структурных различий первого уровня, а модель 4 — другой из них, показатель расходов на социальную защиту (взвешенных для корректировки неодинакового «спроса» на нее). В этих моделях коэффициенты, описывающие социальные неравенства индивидуального уровня, остаются практически без изменений по отношению к уже описанным уравнениям и не требуют дополнительных комментариев.

Факторы социальных расходов второго уровня, согласно моделям 3 и 4, оказывают, как и ВНД, существенное воздействие на дифференциацию здоровья — с их ростом сокращаются возрастные различия, несколько возрастают статусные неравенства, сдерживается расширение таких неравенств с возрастом. Как именно происходят эти изменения, иллюстрирует рис. 3, построенный, для примера, с использованием уравнения, включающего показатель государственных расходов на здравоохранение (уравнение, аналогичное модели 3, с использованием переменной статуса в трех категориях — низкий, средний и высокий).

Как видно на рис. 3, с возрастом здоровье людей заметно ухудшается, но ухудшение это далеко не одинаково — оно гораздо менее выражено в странах, где государство вкладывает значительные средства в развитие системы здравоохранения. Однако и в этих странах существуют достаточно большие неравенства в здоровье между людьми с низкими и высокими статусными позициями, правда, в отличие от государств, в которых расходы на здоровье невелики, эти неравенства не усиливаются в старших возрастных категориях и отражают отличия достаточно многочисленного слоя со средним или высоким статусом от узкой прослойки с низким общественным положением, у представителей которой хуже здоровье. В странах с небольшими государственными расходами на здравоохранение такие неравенства проявляются немного слабее, однако здесь лучшее здоровье при более высокой статусной позиции характерно для скромного меньшинства, тогда как для многих людей, оказавшихся внизу социальной иерархии, свойственны низкие показатели самочувствия, и они еще больше ухудшаются у этой категории в старших возрастах.

Анализ ВНД, расходов на здравоохранение и расходов на социальную защиту, как видим, приводит к очень похожим результатам, что вполне закономерно, учитывая очень тесные корреляции между этими факторами — социальные расходы растут по мере повышения уровня экономического развития страны. Что же стоит за описанными зависимостями? Сокращение неравенств может происходить вследствие повышения уровня жизни всех общественных слоев в богатых странах — материальное благополучие, как известно, способствует улучшению здоровья до определенного предела, после которого его рост дает все меньшую отдачу, так что в большем выигрыше оказываются представители нижних социальных страт, и неравенства сглаживаются. Такую трактовку подтверждают факты, полученные при моделировании с включением ВНД. Но сокращению различий может способствовать и целенаправленная политика, ориентированная на совершенствование системы здравоохранения и защиту уязвимых слоев, на что указывает моделирование с использованием соответствующих показателей.

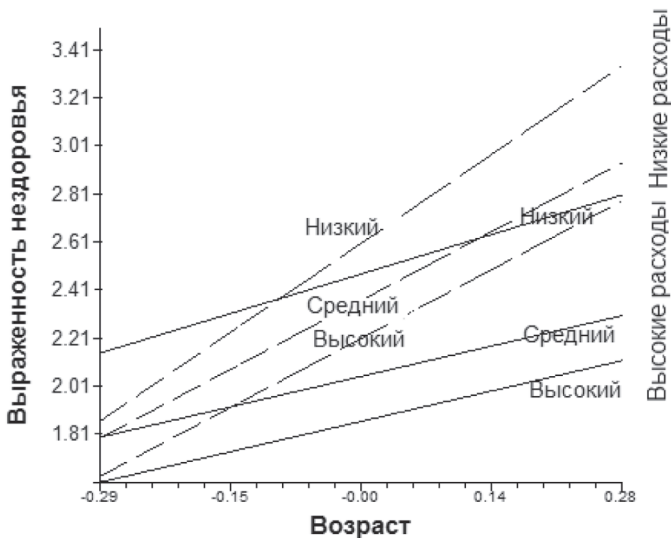


Рис. 3. Состояние здоровья в зависимости от возраста и социального статуса человека в странах, различающихся по уровню государственных расходов на здравоохранение

Низкие (три пунктирные линии) / Высокие (три сплошные линии) расходы — усредненные значения для соответственно нижнего / верхнего квартилей индекса государственных расходов на здравоохранение. Статус: низкий (верхняя из трех линий) — значения 0–3, средний (средняя линия) — 4–6, высокий (нижняя линия) — 7–10 шкалы воспринимаемого положения в обществе. Возраст — децили.

Проверить сопоставительную значимость трех указанных факторов непросто, поскольку их нельзя включить в одно уравнение (из-за проблем мультиколлинеарности). Одна из возможностей связана с сопоставлением моделей 2, 3 и 4 по статистикам, приведенным в нижней части табл. 1 (deviance statistics). Чем больше разность между ними для базовой модели 1 и для модели, включающей фактор второго уровня, тем лучше этот фактор объясняет социальные неравенства. Объяснения, которые позволяют получить факторы социальных расходов, как показывают приведенные данные, не только не уступают по своей силе ВНД, но даже немного его превосходят, причем лучшее объяснение неравенств дает модель, учитывающая государственные расходы на совершенствование системы здравоохранения (разность указанных статистик 50.7, тогда как для модели с ВНД — 39.0).

Другая возможность для сравнения факторов — сопоставление объясненных ими дисперсий для каждого из неравенств, определяемых переменными первого уровня, в отдельности. Сами дисперсии и процентные показатели объяснительных возможностей факторов также можно найти в нижней половине табл. 1. Оба показателя социальных расходов позволяют объяснить несколько большую долю дисперсий, свидетельствующих о неодинаковом в изучавшихся странах влиянии на здоровье возраста, статуса и их взаимодействия, чем ВНД. Правда, в случае статусных неравенств эти доли невелики — в лучшем случае

немного превышают треть исходного значения дисперсии, полученного в модели со «случайными» коэффициентами. Но при рассмотрении возрастных различий преимущества социально-политической интерпретации по сравнению с экономическим подходом проявляются с полной отчетливостью — доли объясненной дисперсии составляют для фактора государственных расходов на здравоохранение — 75%, для общественных вложений в социальную защиту — 72%, тогда как уровень богатства страны объясняет только 58%.

Итак, представленный анализ не противоречит предположению о том, что благотворное воздействие экономического развития на состояние национального здоровья и сдерживание неравенств между социальными слоями связано в значительной мере с усилением государственной социальной политики в странах Европы, которое происходило по мере роста их общественного богатства.

Социальные различия психического здоровья и общественные расходы

Продолжая исследование социальных различий самочувствия у граждан европейских стран, обратимся к показателю психического здоровья. Анализ, как и прежде, осуществлялся с помощью статистических методов двухуровневого линейного моделирования. Зависимая переменная теперь — шкала депрессии, охарактеризованная при описании методологии нашей работы, а последовательность аналитических шагов воспроизводит логику, изложенную в предшествующем разделе при рассмотрении оценок общего самочувствия. Основные статистические модели, свидетельствующие о социальных различиях рисков депрессии в социетальных контекстах, представлены в табл. 2.

Таблица 2

Шкала депрессии: контекстуальные проявления социальных различий (Двухуровневые линейные модели с интеракциями между переменными 1-го и 2-го уровней)

ПЕРЕМЕННЫЕ:	Модель 5		Модель 6		Модель 7		Модель 8	
	γ (T-ratio)	Sig.	γ (T-ratio)	Sig.	γ (T-ratio)		γ (T-ratio)	
УРОВЕНЬ 1:								
Intercept	5.88 (26.1)	0.000	5.88 (45.1)	0.000	5.88 (41.7)	0.000	5.88 (46.3)	0.000
Пол (M=1)	-0.77 (-11.6)	0.000	-0.77 (-11.6)	0.000	-0.77 (-11.5)	0.000	-0.77 (-11.6)	0.000
Возраст	1.61 (4.9)	0.000	1.61 (8.7)	0.000	1.62 (9.3)	0.000	1.62 (8.6)	0.000
Социальный статус	4.93 (21.5)	0.000	4.93 (23.2)	0.000	4.92 (23.0)	0.000	4.93 (23.5)	0.000
Возраст x Статус	2.32 (2.9)	0.009	2.33 (3.2)	0.004	2.32 (3.4)	0.003	2.33 (3.3)	0.003
Социальный капитал	-10.72 (-29.5)	0.000	-10.73 (-37.4)	0.000	-10.71 (-36.7)	0.000	-10.71 (-37.2)	0.000

ПЕРЕМЕННЫЕ:	Модель 5		Модель 6		Модель 7		Модель 8	
	γ (T-ratio)	Sig.	γ (T-ratio)	Sig.	γ (T-ratio)		γ (T-ratio)	
УРОВЕНЬ 2								
ВНД			-4.64 (-7.9)	0.000				
Госрасходы: здоровье					-3.55 (-8.0)	0.000		
Расходы: соци- альная защита							-3.57 (-10.4)	0.000
ИНТЕРАКЦИИ								
x Возраст			-6.81 (-8.8)	0.000	-5.60 (-11.1)	0.000	-5.13 (-10.4)	0.000
x Социальный статус			-1.99 (-1.7)	0.092	-1.55 (-1.8)	0.088	-1.64 (-1.9)	0.068
x Возраст x Статус			-9.28 (-4.7)	0.000	-8.33 (-4.4)	0.000	-7.16 (-3.7)	0.001
x Социальный капитал			5.64 (5.5)	0.000	4.41 (4.6)	0.000	4.29 (4.9)	0.000
ДИСПЕРСИИ	U	Sig.	U	%Exp	U	%Exp	U	%Exp
Intercept	1.364	0.000	0.454	67%	0.531	61%	0.430	69%
Возраст	2.776	0.000	0.760	73%	0.666	76%	0.800	71%
Социальный статус	1.127	0.000	0.970	14%	0.990	12%	0.943	16%
Возраст x Статус	11.819	0.000	8.067	32%	7.129	40%	7.818	31%
Социальный капитал	2.884	0.000	1.531	47%	1.603	44%	1.550	46%
МОДЕЛИ	D[eviance]1 (df)		D[eviance]2 (df)		D[eviance]3 (df)		D[eviance]4 (df)	
	272442 (22)		272403 (27)		272402 (27)		272402 (27)	
Характеристики			D1-D2	Sig.	D1-D3	Sig.	D1-D4	Sig.
			39.2	0.000	40.4	0.000	40.2	0.000

Метод оценивания: full maximum likelihood. Зависимая переменная — шкала депрессии [0, 24]. Социальный статус — 11-ти балльная переменная свидетельствует о снижении воспринимаемого статуса. Доля объясненной дисперсии (% Exp[lained]) — по отношению к дисперсиям модели 1. N1 (индивиды) = 50507, N2 (страны) = 27.

Модель 5 (базовая для сопоставлений) показывает, как на риски депрессии влияют переменные первого уровня (при контроле гендерных особенностей: мужчины менее склонны к депрессии, чем женщины, как видно по значимым статистически гаммам). Это модель со «случайными» коэффициентами — дисперсии для них показывают, что влияние этих переменных было действительно неодинаковым в наших 27 странах. Согласно приведенным гаммам, развитию депрессивных состояний в наибольшей мере способствует социальная изоляция — дефицит социального капитала (коэффициент намного больше, чем для

любой иной переменной). Содействует ему и низкий социальный статус. С возрастом несколько более вероятной становится угроза развития депрессии, особенно у людей из нижних общественных страт.

В моделях 6, 7 и 8 последовательно вводятся факторы второго уровня и анализируются их интеракции с возрастными и статусными признаками — сначала ВНД, затем расходы государства на здравоохранение и, наконец, на социальную защиту. Рост богатства страны и социальных расходов благоприятно сказываются на психическом здоровье нации, снижая распространенность депрессивных симптомов, причем такое воздействие было неодинаковым для людей, принадлежащих к интересовавшим нас общественным стратам.

Так, с ростом этих контекстуальных факторов значение индивидуального социального капитала для поддержания психического равновесия становится менее существенным. С этой зависимостью можно в наглядном виде познакомиться, обратившись к рис. 4 (построен по уравнению модели 8, для примера выбран фактор расходов на социальную защиту). Рис. 4 показывает, что в тех странах, где человек может рассчитывать на поддержку со стороны государства и общественных институтов, окажись он в трудных обстоятельствах, связи с социальным окружением играют менее важную роль в предотвращении стрессов, чем в том случае, когда похожему по демографическим и структурным характеристикам представителю другого общества не приходится уповать на защиту со стороны государства.

Другие межуровневые интеракции, как показывают гаммы, приведенные в табл. 2, позволяют говорить о том, что с повышением уровня экономического и социального развития страны сокращаются возрастные угрозы депрессии. А при относительно невысоком его уровне усиливаются риски для низко статусных групп, причем особенно резко, если их представители относятся к старшим возрастным когортам. Все эти зависимости отображены на рис. 5, который был построен по уравнению, аналогичному модели 8, но при представлении социального статуса в трех категориях.

Угроза депрессии, как хорошо видно на картинке, заметно выше в странах, в которых правительство тратит лишь сравнительно небольшие суммы на социальную защиту. В этих странах повышается распространенность депрессивных симптомов в старших возрастных категориях. С особой быстротой это происходит у тех немолодых и пожилых людей, которые относятся к нижним слоям, образующим обширное основание стратификационной пирамиды. В социальных государствах, расходуя большие суммы на поддержку граждан, оказавшихся в трудных обстоятельствах, такие зависимости не проявляются: риски депрессии с возрастом не связаны, статусные неравенства, выраженные, правда, достаточно отчетливо, свидетельствуют о неблагоприятной ситуации для узкого социального сегмента, который располагается на нижних ступенях лестницы общественных статусов.

В нижней половине табл. 2 можно найти уже знакомые нам характеристики моделей, позволяющие сравнивать силу воздействия на социальные неравенства социетальных факторов. Объяснительные возможности ВНД, расходов на здравоохранение и на социальную защиту в целом (разности deviance statistics) оказались сходными, как близки и показатели объясненных диспер-

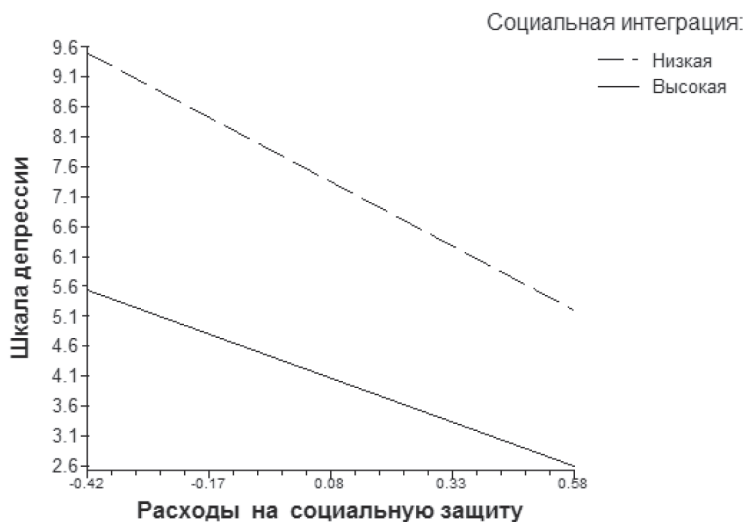


Рис. 4. Риски депрессии: значение социального капитала в странах с разными уровнями социальной защиты

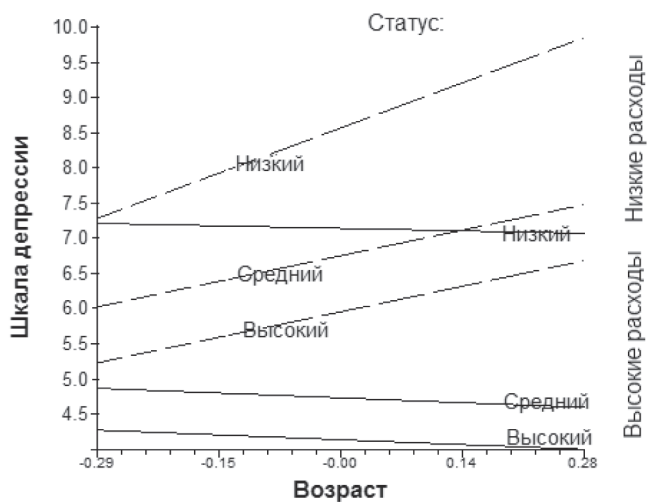


Рис. 5. Зависимость рисков депрессии от возраста и социального статуса в странах с неодинаковыми расходами на социальную защиту

Низкие (три пунктирные линии) / Высокие (три сплошные линии) расходы — усредненные значения для соответственно нижнего / верхнего квартилей индекса государственных расходов на здравоохранение. Статус: низкий (верхняя из трех линий) — значения 0–3, средний (средняя линия) — 4–6, высокий (нижняя линия) — 7–10 шкалы воспринимаемого положения в обществе. Возраст — децили.

сий для всех влияний на психическое здоровье переменных индивидуального уровня.

Таким образом, результаты моделирования показывают, что факторы социального государства, по крайней мере, не уступают по своим объяснительным возможностям экономическому подходу. Снижение в обществе рисков развития массовых депрессивных состояний, особенно вероятное для представителей низкостатусных категорий, старших возрастных групп и людей, оказавшихся в социальной изоляции, происходит в развитых экономиках и благодаря развитию в них социального государства и поддержке, которую эти люди получают с его стороны.

Заключение: основные результаты анализа

Состояние здоровья граждан европейских стран, как еще раз подтвердило представленное исследование, сильно различается — по показателям и общего самочувствия, и психической неуравновешенности. Обнаруживаются также отчетливые отличия внутри этих стран, обусловленные социальными причинами — особенностями положения индивидов в демографической и статусной структурах обществ, а также их разной интеграцией в социальную жизнь. Пожилые, люди с низким положением в обществе, те, кто слабо вовлечен в социальные сети и не может рассчитывать на помощь и поддержку со стороны других людей, относятся, как правило, к уязвимым слоям — их здоровье оставляет желать лучшего. Выраженность социальных отличий оказалась неодинаковой в разных частях Европы. Особенно остро стоит проблема неравенств в странах с относительно невысоким уровнем развития экономики, но и в богатых обществах она не утрачивает своей значимости — неравенства могут в них даже немного расширяться, отделяя узкий слой уязвимых граждан от многочисленных их сограждан, относящихся к среднему или верхнему сегментам социальной структуры. Эти контекстуальные особенности складываются в значительной мере благодаря развитию — с ростом экономики — государства социальных гарантий.

Так, результаты моделирования свидетельствуют, что в экономически развитых государствах сокращение разрыва между здоровьем старших и младших поколений происходит главным образом вследствие значительных государственных вложений в систему здравоохранения и обеспечения ею качественных услуг населению, а также — социальной защиты государством уязвимых слоев. Слабая социальная политика, характерная для небогатых стран, имеет серьезные негативные последствия для национального здоровья, будучи не в состоянии способствовать его улучшению у широких масс населения с невысоким общественным положением, особенно в том случае, когда этот признак сочетается с принадлежностью к старшим возрастным категориям. Значительные расходы государства на социальные нужды способствуют улучшению самочувствия значительной части граждан, хотя их заметный отрыв по показателям здоровья от узкого слоя, располагающегося в основании статусного ромба, может при этом сохраняться, но все же не усиливаться — благодаря государственному вмешательству — с переходом к старшим возрастам.

В России, отличающейся относительно невысокими уровнями экономического развития и государственных социальных расходов, состояние здоровья

населения заметно уступает по показателям общего самочувствия и рисков развития депрессии передовым социальным демократиям Северной Европы. У значительной части наших сограждан, обладающих невысоким общественным статусом, здоровье существенно хуже, чем у тех, кто располагается выше в социальной стратификации. Слабая социальная защита со стороны государства уязвимых слоев в нашей стране приводит к значительной дифференциации здоровья между младшими и старшими поколениями, которая еще больше усиливается, если последние принадлежат к нижним стратам, — зависимость, которая намного слабее выражена в странах с сильным социальным государством.

Среди противоречивых результатов исследований, посвященных проблеме влияния государства социальных гарантий на неравенства в здоровье, представленная работа подкрепляет позиции той стороны, которая полагает, что государственные вложения в систему здравоохранения и расходы на социальную защиту оказывают благоприятное воздействие на здоровье уязвимых слоев, препятствуя сокращению таких неравенств.

Литература

Русинова Н.Л., Панова Л.В., Сафронов В.В. Здоровье и социальный капитал: исследование в Санкт-Петербурге // *Социологические исследования*, 2010, 1: 87–100.

Русинова Н.Л., Сафронов В.В. Значение социального капитала для здоровья в странах Европы // *Журнал социологии и социальной антропологии*, 2014, 3: 112–133.

Русинова Н.Л., Сафронов В.В. Здоровье в странах Европы: статусные неравенства и влияние социального капитала // *Социологический журнал*, 2015, 4: 34–60.

Bambra C. Going beyond the three worlds of welfare capitalism: regime theory and public health research. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2007, 61(12): 1098–1102.

Beckfield J., Olafsdottir S. Empowering health: A comparative political sociology of health disparities. *Perspectives on Europe*, 2009, 39(2): 9–12.

Beckfield J., Olafsdottir S., Bakhtiari E. Health inequalities in global context. *American Behavioral Scientist*, 2013, 57(8): 1014–1039.

Beckfield J., Krieger N. Epi + demos + cracy: a critical review of empirical research linking political systems and priorities to the magnitude of health inequities. *Epidemiologic Reviews*, 2009, 31(1): 152–177.

Bergqvist K., Yngwe M.Å., Lundberg O. Understanding the role of welfare state characteristics for health and inequalities — An analytical review. *BMC Public Health*, 2013, 13(1234). DOI: 10.1186/1471-2458-13-1234.

Brennenstuhl S., Quesnel-Vallee A., McDonough P. Welfare regimes, population health and health inequalities: a research synthesis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2012, 66(5): 397–409.

Castles F.G. What welfare states do: a disaggregated expenditure approach. *Journal of Social Policy*, 2008, 38(1): 45–62.

Dahl E., van der Wel K.A. Educational inequalities in health in European welfare states: a social expenditure approach. *Social Science and Medicine*, 2013, 81: 60–69. DOI: 10.1016/j.socscimed.2012.12.010.

Eikemo T.A., Bambra C., Judge K., Ringdal K. Welfare state regimes and differences in self-perceived health in Europe: a multilevel analysis. *Social Science & Medicine*, 2008, 66(11): 2281–2295.

Esping-Andersen G. *The three worlds of welfare capitalism*. Cambridge: Polity Press, 1990.

ESS Round 6: European Social Survey Round 6 Data. *Data file edition 2.1*. Norwegian Social Science Data Services, Norway — Data Archive and distributor of ESS data, 2012.

Ferrarini T., Norström T. Family Policy, Economic Development and Infant Mortality: A Longitudinal Comparative Analysis. *International Journal of Social Welfare*, 2010, 19 (Supplement s1): S89–102.

Ferrarini T., Sjöberg O. Social Policy and Health: Transition Countries in a Comparative Perspective. *International Journal of Social Welfare*, 2010, 19 (Supplement s1): S60–88.

Ferrera M. The ‘southern Model’ of welfare in social Europe. *Journal of European Social Policy*, 1996, 6(1): 17–37.

Fritzell J., Lundberg O. (eds.). *Health inequalities and welfare resources: Continuity and change in Sweden*. Bristol: Policy press, 2007.

Gesthuizen M., Huijts T., Kraaykamp G. Explaining health marginalisation of the lower educated: the role of cross-national variations in health expenditure and labour market conditions. *Sociology of Health and Illness*, 2012, 34(4): 591–607.

Gilbert N. The least generous welfare state? A case of blind empiricism. *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*, 2009, 11(3): 355–367.

Huppert F., Marks N., Michaelson J., Vázquez C., Vittersø J. *European Social Survey Round 6 Module on Personal and Social Wellbeing — Final Module in Template*. London: Centre for Comparative Social Surveys, City University London, 2013. URL [http://www.europeansocialsurvey.org/docs/round6/questionnaire/ESS6_final_personal_and_social_well_being_module_template.pdf]

Kangas O., Palme J. Social rights, structural needs and social expenditure: a comparative study of 18 OECD countries 1960–2000, in: Clasen J., Siegel N.A. (eds.), *Investigating Welfare State Change: The Dependent Variable Problem in Comparative Analysis*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing Limited; 2007: 106–129.

Korpi W., Palme J. *The social citizenship indicator program (SCIP): General coding comments*, 2007. URL [<https://dSPACE.it.su.se/dSPACE/bitstream/10102/1522/1/Codebook.pdf>]

Link B., Phelan J. Social conditions as fundamental causes of health inequalities, in Bird C.E., Conrad P., Fremont A.M., Timmermans S. (eds.), *Handbook of medical sociology*. Nashville: Vanderbilt University Press, 2010: 3–16.

Lundberg O., Yngwe M.Å., Stjärne M. K., Björk L., Fritzell J. The Nordic experience: Welfare states and public health (NEWS). *Health Equity Studies*, 2008a, 12.

Lundberg O., Yngwe M., Stjärne M., Elstad J., Ferrarini T., Kangas O., Norström T., Palme J., Fritzell J. The Role of Welfare State Principles and Generosity in Social Policy Programmes for Public Health: An International Comparative Study: Report prepared for the NEWS Nordic Expert Group. *Lancet*, 2008b, 372 (9650): 1633–1640.

Mackenbach J.P., Stirbu I., Roskam A.J.R., Schaap M.M., Menvielle G., Leinsalu M., et al. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *New England Journal of Medicine*, 2008, 358(23): 2468–2481.

Muntaner C., Borrell C., Ng E., Chung H., Espelt A., Rodriguez-Sanz M., et al. Review article: politics welfare regimes, and population health: controversies and evidence. *Sociology of Health and Illness*, 2011, 33(6): 946–964.

Niedzwiedz C.L., Mitchell R.J., Shortt N.K., Pearce J.R. Social protection spending and inequalities in depressive symptoms across Europe. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2016, 51(7): 1005–1015. DOI 10.1007/s00127-016-1223-6.

Olsen K.M., Dahl S.A. Health differences between European countries. *Social Science and Medicine*, 2007, 64(8): 1665–1678.

Radloff L.S. The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. *Applied Psychological Measurement*, 1977, 1(3): 385–401.

Raudenbush S.W., Bryk A.S. *Hierarchical Linear Models: Applications and Data Analysis Methods*. Thousand Oaks, CA: Sage, 2002.

Scruggs L. *Comparative welfare entitlement dataset*, 2005. URL [<http://sp.uconn.edu/wscruggs/>]

Van de Velde S., Bracke P., Levecque K. Gender differences in depression in 23 European countries. Cross-national variation in the gender gap in depression. *Social Science & Medicine*, 2010, 71(2): 305–313.

Van de Velde S., Huijts T., Bracke P., Bambra C. Macro-level gender equality and depression in men and women in Europe. *Sociology of Health & Illness*, 2013, 35(5): 682–698.

van der Wel K.A., Dahl E., Thielen K. Social Inequalities in ‘Sickness’: European Welfare States and Non-employment among the Chronically Ill. *Social Science & Medicine*, 2011, 73(11): 1608–1617.