

На правах рукописи

Кузьмич Оксана Сергеевна

**Влияние здоровья работника на заработки и занятость на
российском рынке труда.**

Специальность 08.00.05 – Экономика и управление народным хозяйством
(экономика труда)

**Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата экономических наук**

Москва - 2008

Работа выполнена на кафедре экономики труда и народонаселения факультета экономики Государственного университета - Высшей школы экономики.

Научный руководитель: кандидат экономических наук
доцент Рощин Сергей Юрьевич

Официальные оппоненты: Доктор экономических наук
Шишкин Сергей Владимирович
Кандидат экономических наук
Денисова Ирина Анатольевна

Ведущая организация: Институт социально-экономических проблем
народонаселения Российской Академии Наук.

Защита состоится 30 сентября 2008 года в 14.00 на заседании диссертационного совета Д 212.048.05 в Государственном университете – Высшей школе экономики по адресу: 101990, Москва, ул. Мясницкая, д.20, ауд. 309.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Государственного университета – Высшей школе экономики.

Автореферат разослан «___» августа 2008 года.

Ученый секретарь
диссертационного совета

к.э.н.

Н.Т.Вишневская

I. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования. Здоровье является одним из важнейших элементов человеческого капитала, наряду со способностями, образованием, опытом работы. Оно представляет непосредственную ценность для людей, так как определяет их возможность выполнять различные социальные функции, влияет на их оценку удовлетворенности жизнью. В том числе оно оказывает влияние на экономическую деятельность людей, на их производительность, на возможность получить отдачу от инвестиций в другие компоненты человеческого капитала – образование, опыт работы.

Довольно распространенными являются макроэкономические оценки последствий изменений в здоровье, заболеваемости и смертности. Но представляет интерес также исследование влияния здоровья на экономическое положение отдельных людей, домохозяйств, предприятий на микроэкономическом уровне. Этот интерес связан с тем, что в условиях рационального поведения экономических субъектов отдача от здоровья определяет объем инвестиций в него как в элемент человеческого капитала. Такие инвестиции могут принимать форму вложений как в медицинское обслуживание, так и в профилактику здоровья, которая в широком смысле слова связана с образом жизни. Анализ неблагоприятных тенденций здоровья российского населения за последние десятилетия показывает, что они складываются как под влиянием неудовлетворительного состояния российской системы здравоохранения, так и в результате недостаточного самосохранительного поведения людей.

Оценка отдачи от здоровья на микроэкономическом уровне также важна для развития страховой медицины, выявления дифференциации стимулов для инвестиций в здоровье, в человеческий капитал различных субъектов этих инвестиций – государства, фирм, домохозяйств. Это, в свою очередь, позволяет уточнить направления реформирования системы финансирования российской медицины.

Выявление дифференциации экономической отдачи от здоровья по группам работников, а также дифференциации влияния отдельных форм утраты здоровья позволяет выявить группы, которые являются объектом дополнительной социальной защиты как имеющие сниженную конкурентоспособность на рынке труда в связи с проблемами со здоровьем, помимо традиционно пользующихся государственной поддержкой лиц, имеющих инвалидность.

Степень разработанности проблемы. Работы, посвященные изучению проблем здоровья, занятости и доходов, могут быть условно разделены на два основных направления.

В рамках первого направления изучаются процессы формирования спроса на здоровье и предложения здоровья на микроуровне. Отличительной особенностью данного направления анализа является то, что объектом исследования в данном случае является собственно здоровье индивидов. Источником как спроса, так и предложения здоровья в данном случае является рационально действующий индивид. Объем предложения здоровья формируется исходя из заданного экзогенно начального уровня капитала здоровья (потенциала здоровья при рождении) под воздействием внешних факторов. Предметом изучения в данном случае становится влияние данных факторов на здоровье. Объем спроса на здоровье формируется исходя из условия оптимизации функции полезности индивида, что задает уровень совершаемых им инвестиций в здоровье (с учетом начального запаса капитала здоровья и нормы его выбытия). Данный подход позволяет оценить влияние экономических, социальных и демографических параметров, таких как занятость, доходы, образование, пол и пр., на здоровье. Теоретические концепции, лежащие в основе анализа этих процессов, фокусируются в основном на построении моделей спроса на здоровье с учетом вышеперечисленных факторов, при этом исходной точкой анализа является модель

спроса на здоровье М. Гроссмана. Основной вывод – что заработная плата и занятость оказывают значимое влияние на уровень здоровья – подтвержден результатами многочисленных эмпирических исследований – такими, как работы Гроссмана М., Курие Д., Парсонса Д., Ли Л. и др. Исследование влияние различных факторов, в том числе заработной платы и занятости на здоровье, в российской экономике представлено в работах Назаровой И.

Второе направление концентрируется на процессах обратного влияния здоровья на поведение населения на рынке труда. Концептуальный подход к анализу данной проблемы дается в работах Беккера Г., в которых здоровье рассматривается как составляющая человеческого капитала, влияющая на поведение работника на рынке труда. Эмпирические оценки влияния здоровья на занятость и предложение труда и доходы представлены в работах Ламбриноса Д., Баунда Д., Дитона А., Парсонса Д., Леунга С. и Вонга Ч., Каи Л., Джекел Р., Иващенко А. и др. Подробный обзор исследований, посвященных влиянию здоровья на заработную плату, экономическую активность и занятость дается в работах Курие Д. и Мадриана Б.

Несмотря на то, что практически во всех упомянутых исследованиях обнаруживается существенное влияние здоровья на заработки и занятость, данная проблема не относится к числу широко разработанных в отечественной литературе или в применении к российскому рынку труда. Анализ отдачи от человеческого капитала на российском рынке труда наиболее подробно проводится в работах Нестеровой Д. и Сабирьяновой К., Денисовой И. и Карцевой М., но параметры здоровья при этом не рассматривались, что приводило к смещенности оценок.

Некоторые оценки влияния здоровья на предложение труда и занятость даются в работах Денисенко М. и Саградова А., Рощина С. Анализу взаимосвязей между доходами, расходами на медицинское обслуживание и здоровьем посвящены работы

Тапилиной В., Шевского В., Шишкина С. Проблемы влияния здоровья на занятость рассматриваются в работах Назаровой И., Максимовой Т., Прохорова Б., Шмакова Д. Но в этих работах приводятся в основном макроэкономические оценки, и не проводятся эконометрические оценки влияния здоровья на заработную плату и занятость.

Таким образом, исследований, в которых бы комплексно рассматривались механизмы и результаты влияния здоровья на параметры рынка труда, на настоящий момент не существует. Как следствие, остаются невыясненными вопросы о величине отдачи от здоровья в заработной плате в российской экономике, реальной степени влияния здоровья на экономическую активность и занятость с учетом российской специфики, гендерных различиях в данных процессах. Актуальность и отсутствие в отечественной экономической литературе исследований, раскрывающих данную проблему, предопределили выбор темы и цели диссертационной работы.

Целью диссертационного исследования является теоретический анализ и эмпирические оценки воздействия здоровья на занятость и заработную плату работников в российской экономике, обоснование стимулов и подходов к построению механизмов инвестирования в здоровье государства, фирм и домохозяйств

В соответствии с указанной целью в работе поставлены и решены следующие задачи:

- Рассмотреть социально-экономическую сущность здоровья как составляющей человеческого капитала, проанализировать теоретические подходы к анализу влияния здоровья на заработную плату и занятость, модифицировать существующие теоретические модели предложения труда с включением в них фактора здоровья.

- Выработать критерии, которым должны соответствовать источники данных о здоровье российского населения на микроуровне и предложения по усовершенствованию методов сбора соответствующей информации.
- Получить количественные оценки влияния здоровья на вероятность занятости и количество часов работы.
- Оценить отдачу от здоровья работников на российском рынке труда как вклад в заработную плату.
- Предложить подходы к распределению различных видов инвестиций в здоровье между индивидами (домохозяйствами), фирмами и государством.

Объект исследования – рынок труда, занятое население России

Предметом исследования является влияние здоровья на занятость и заработную плату.

Теоретическая основа исследования. Теоретическая и прикладная части исследования базируются на основных положениях современной экономической теории труда, исследованиях отечественных и зарубежных ученых по проблемам человеческого капитала, воспроизводства человеческого капитала, предложения труда и формирования заработной платы. В прикладной части диссертации применяются современные методы эконометрического и многомерного статистического анализа, в частности используется аппарат регрессионного и факторного анализа.

Информационной базой исследования являются данные Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения (РМЭЗ), а также статистические материалы Росстата РФ (результаты выборочных обследований населения по проблемам занятости, данные Министерства труда РФ).

Научная новизна исследования заключается в следующем.

1. Предложена модификация простой модели предложения труда, включающая в явном виде параметр здоровья как фактор, влияющий на выводы и результаты модели. На основе расширенной модели проанализированы и систематизированы способы влияния здоровья на предложение труда и занятость.

2. Выработаны рекомендации по совершенствованию методологии измерения здоровья индивидов в российских условиях с целью получения информации, в большей степени соответствующей задачам экономического анализа влияния здоровья на рынок труда. Систематизированы причины, вызывающие эффект эндогенности при измерении влияния здоровья на заработную плату и занятость.

3. Выявлены характерные для российского рынка труда особенности влияния здоровья на вероятность занятости и количество часов работы: отрицательное влияние на занятость крайних форм утраты здоровья, отсутствие положительного влияния хорошего здоровья на вероятность занятости и количество часов работы; существование гендерных различий во влиянии здоровья на занятость. На основе полученных оценок предложены объяснения особенностей самосохранительного поведения российского населения в отношении собственного здоровья и механизмов подстройки трудового поведения к изменениям в состоянии здоровья.

4. Впервые получены эконометрические оценки влияния здоровья на заработную плату в российских условиях, установлено большее по абсолютной величине влияние плохого здоровья, чем хорошего. На основе полученных результатов предложены объяснения существующей «реактивной» модели инвестиций в здоровье, характерной для российского населения, подразумевающей совершение значительных инвестиций только в ответ на «шоки» здоровья. Выявлен перечень отдельных

заболеваний, которые могут оказывать наиболее существенное негативное влияние на вероятность занятости, количество часов работы и заработную плату.

5. На основе полученных оценок влияния здоровья на заработки и занятость обосновано существование различий в стимулах для совершения инвестиций в здоровье индивидами, фирмами и государством. Инвестиции индивидов и государства, прежде всего, актуальны для страховых случаев, связанных с предотвращением негативных шоков здоровья, чтобы избежать попадания в «ловушку инвалидности». Инвестиции фирм целесообразны для поддержания хорошего здоровья работников, обеспечивающего более высокую производительность

Практическая значимость работы состоит в том, что основные результаты диссертационного исследования могут быть использованы при разработке мер социально-экономической политики в контексте реформирования системы здравоохранения, направленных на сохранение и улучшение здоровья занятого населения, а также при проведении мероприятий, направленных на более детальное исследование состояния здоровья российского населения, в частности, при проведении панельных обследований для сбора микроданных. Выявленный перечень заболеваний, оказывающих наиболее негативное воздействие на занятость и заработки, может служить основой при формировании объектов воздействия государственной политики в сфере здравоохранения.

Результаты проведенного исследования использованы Министерством экономического развития России при подготовке проекта Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации до 2020 года

Апробация результатов работы. Основные положения и результаты диссертационного исследования были представлены в докладах на следующих научных и научно-практических конференциях: Международных научных конференциях студентов, аспирантов и молодых ученых (Москва, МГУ им. М.В. Ломоносова, апрель,

2003 г., апрель 2004 г., апрель 2005 г., апрель 2006 г.); Второй международно-практической конференции «Экономическое развитие в современном мире: факторы, структура, особенности переходных состояний» (Екатеринбург, УрГУ, апрель 2005 г.); Всероссийской научно-практической конференции «Рынок труда, занятость, доходы: проблемы и тенденции развития» (Орел, Орловский государственный университет, апрель 2005 г.); Международной научно-практической конференции «Трансформация социально-экономических отношений в современных экономических условиях» (Пенза, 2006 г.); Международной конференции «Экономика и бизнес: Позиция молодых ученых» (Барнаул, АлтГУ, 2006 г.); «Реформирование общественного сектора: поиск путей повышения эффективности» (Санкт-Петербург, Научно-исследовательский институт менеджмента СПбГУ, 2006).

Исследования диссертанта получили грантовую поддержку международного научного фонда EERC (Консорциум экономических исследований и образования, Москва) по научно-исследовательскому проекту «Лучше ли быть здоровым? Экономическая отдача от здоровья в России.» в 2005–2007 гг. (авторы проекта: Рощин С.Ю., Кузьмич О.С.).

Основные теоретические и практические результаты диссертационного исследования отражены в 11 печатных работах общим объемом 10.1 печатных листа (лично автором – 6.1 п.л.).

Логика и структура работы. Логика диссертационного исследования основана на сочетании теоретического и эмпирического анализа влияния здоровья на заработки и занятость на рынке труда, предполагает модификацию существующей простой модели предложения труда, обзор эмпирических исследований по данной проблеме, проведение эмпирического анализа на данных по российскому рынку труда и обсуждение полученных результатов.

В соответствии с логикой исследования диссертация имеет следующую структуру:

Введение

ГЛАВА 1. Здоровье как экономическое благо.

1.1. Социально-экономическая сущность здоровья

1.2. Теоретические обоснования влияния здоровья на заработки и занятость.

1.3. Измерение экономической отдачи от здоровья: методы и проблемы.

ГЛАВА 2. Влияние здоровья на занятость.

2.1. Здоровье и занятость в России.

2.2. Построение системы показателей здоровья занятого населения на основе российских микроданных

2.3. Микроэкономический анализ влияния здоровья на занятость в России.

ГЛАВА 3. Влияние здоровья на заработки.

3.1. Микроэкономический анализ влияния здоровья на заработки:
исследовательские подходы и результаты

3.2. Эмпирические оценки влияния здоровья на заработную плату на российском рынке труда.

3.3. Инвестиции в здоровье и экономическая отдача от него: выводы для политики.

Заключение

Библиография

Приложения.

II. СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

1. Экономическая отдача от здоровья: теоретический подход.

Особенностью здоровья как объекта экономического анализа является то, что для этого понятия трудно подобрать исчерпывающее определение, отражающее как его биомедицинскую, так и социально-экономическую составляющие. В демографической, социологической, экономической науках в настоящее время превалирует подход, согласно которому здоровье человека определяется через его способность выполнять

социальные роли, связанные с различными видами экономической, демографической и общественной активности, а также через совокупность ограничений и специфических потребностей, удовлетворение которых необходимо для поддержания жизни индивида.

В рамках экономического анализа, здоровье может рассматриваться как благо, на которое предъявляется спрос. С одной стороны, как аргумент базовой функции полезности, здоровье приносит потребительскую отдачу, повышая уровень полезности индивида. С другой стороны, здоровье влияет на его трудовое поведение и, следовательно, на достигаемые им на рынке труда результаты.

В работе предложена модификация модели предложения труда с учетом фактора здоровья. В течение жизни индивид максимизирует функцию полезности вида $U=(\phi_t H_{e_t}, Z_t, L)$, где H_{e_t} – здоровье в момент времени t , ϕ_t – удельный поток товаров и услуг, необходимых для обеспечения здорового образа жизни, $\phi_t H_{e_t}$ – совокупное потребление этих товаров и услуг в момент времени t ; Z_t – остальные блага, помимо здоровья, L – время, затрачиваемое на досуг. Для рационально действующего субъекта здоровье является нормальным благом. При этом индивид действует в условиях временных и бюджетных ограничений, задающихся, соответственно, условиями: $H_h + (L + T H_t) + T L_t = \Omega$, где Ω – все доступное индивиду время, H_h – время работы на рынке труда, L – время досуга, $T H_t$ – время, затрачиваемое на совершение инвестиций в здоровье, $T L_t$ – потери времени в результате болезни, и $\sum_{t=0}^1 (P_1 * \phi_t H_{e_t} * + P_2 * Z_t) / (1+r)^t = \sum_{t=0}^1 (V + w * H_h) / (1+r)^t$, где P_1 и P_2 – цены товаров и услуг, потребляемых в течение жизненного цикла, связанных со здоровьем и прочим, r – рыночная ставка процента.

Производственная функция здоровья индивида описывается соотношением $I_t = I_t(M_t, E; T H_t)$, где I_t – набор произведенных индивидом инвестиций в здоровье, M_t – параметр, описывающий набор благ, использующихся в производстве здоровья

(медицинские услуги и пр.), E – параметр, описывающий запас остального человеческого капитала, $TН_t$ – переменная времени. Связь между здоровьем и объемом инвестиций в здоровье задается соотношением $He_{t+1}-He_t=I_t-\delta_t He_t$, т.е. здоровье (He_t) в каждый момент времени t определяется инвестициями в здоровье (I) и нормой выбытия запаса здоровья (δ , $0<\delta<1$).

Оптимальное количество здоровья, прочих благ и досуга определяются условиями максимизации функции полезности индивида и производственной функции здоровья:

$$(dU/dL)/(dU/dC)=w/P_2$$

$$(dI/dTH)/(dI/dM)=w/P_1$$

Из модели предложения труда с включением фактора здоровья следует, во-первых, что здоровье влияет на соотношение предельных ценностей труда и досуга, поскольку человек, имеющий плохое здоровье, вынужден затрачивать дополнительное время на лечение, что приводит для него к выбору меньшего количества времени работы, и наоборот; во-вторых, так как трудовой доход индивида равен произведению почасовой ставки заработной платы на общее время работы, и индивиды с лучшим здоровьем располагают большим количеством времени, которое они могут использовать для работы на рынке труда, их совокупный доход будет выше, чем у работника с худшим здоровьем и меньшим временем работы.

Являясь составной частью человеческого капитала, здоровье влияет и на производительность индивида как таковую, и на срок накопления и использования им других видов человеческого капитала – образования, опыта работы, поскольку период, в течение которого индивид работает и получает доход, непосредственно связан с длительностью его жизни и, следовательно, с его здоровьем.

Вследствие действия эффекта самоотбора, люди, имеющие проблемы со здоровьем, могут изначально ориентироваться на совершение меньших инвестиций в человеческий капитал и претендовать на рабочие места, требующие меньшей квалификации, из-за ожидания меньшей заработной платы на рынке труда, а также из-за ограничения времени и сил, что может выражаться и в получении образования худшего качества, и в приобретении ими меньшего опыта, то есть недоинвестирования в обучение непосредственно на рабочем месте.

Здоровье работника влияет не только на предложение труда, но и на спрос на труд. Со стороны работодателей имеет место эффект отбора. Поскольку здоровье потенциального работника является для них доверительным благом, работодатели могут получить информацию о реальном состоянии здоровья работника только после найма. Так как увольнение работника по причине проблем со здоровьем ограничено законодательно, работодатель может частично компенсировать издержки, связанные с плохим здоровьем работника, через ограничение его карьерного роста, роста заработной платы, предоставление незарплатных бонусов. Вследствие действия механизма селекции как со стороны спроса на труд, так и со стороны предложения труда, происходит концентрация работников, имеющих плохое здоровье, на низкооплачиваемых рабочих местах, с худшими перспективами карьерного роста.

Таким образом, здоровье может приносить экономическую отдачу в виде повышения вероятности получить работу, найти рабочее место с лучшими характеристиками и более высокой заработной платой.

2. Измерение экономической отдачи от здоровья: методы и проблемы.

Теоретические и эмпирические исследования влияния здоровья на доходы, заработную плату, часы работы, экономическую активность, занятость подтверждают значимость влияния здоровья на указанные характеристики, однако оценка абсолютной величины отдачи от здоровья, по сравнению с отдачей от других форм человеческого

капитала, затруднена: это связано как с проблемой измерения собственно здоровья, т.е. перевода данной характеристики в количественные показатели, так и с измерением отдачи от здоровья вследствие существования значительного эффекта эндогенности.

Оценка экономической отдачи от здоровья может зависеть от показателя (или комплекса показателей), который использовался в уравнении для аппроксимации уровня здоровья индивида. Например, для индивидов со сходными физиологическими (объективными) характеристиками здоровья, но разной «склонностью к работе», влияние здоровья на трудовое поведение будет разным: данное противоречие может быть снято, если использовать более «широкий» подход к определению статуса здоровья, включающий желание работать вне зависимости от исключительно физического состояния. В связи с этим, отмечается недостаток эмпирической информации о здоровье, позволяющей построить оценки, наилучшим образом характеризующие здоровье индивида с учетом указанных выше требований. В работе обосновывается необходимость включения в периодические обследования населения дополнительных вопросов, позволяющих получить информацию о том, сталкивался ли индивид с тем, что из-за наличия проблем со здоровьем его трудовые права и возможности были ограничены: в получении образования, в получении работы, в карьерном продвижении, в повышении заработной платы, при увольнении, в виде других форм дискриминации со стороны работодателя. Кроме этого, помимо стандартного вопроса о самооценке здоровья предлагается использовать вопрос о самооценке изменения состояния здоровья в течение определенного периода. Это позволит частично элиминировать влияние ситуации в момент опроса на самооценку здоровья.

Для целей нашего исследования использовалось измерение здоровья как через самооценку, так и через ряд объективных показателей; к тому же, на основе совокупности объективных характеристик с помощью метода главных компонент был построен интегральный показатель здоровья.

Проблема измерения здоровья частично затрагивает проблему, связанную с

количественным измерением отдачи от здоровья, получившую название эндогенности здоровья. Поскольку здоровье как таковое может быть подвержено обратному влиянию занятости и заработков, при оценке влияния здоровья на занятость и заработки с помощью эконометрических методов достаточно трудно выделить чистый эффект от влияния собственно здоровья, рассматриваемый в теоретической модели. Состояние здоровья индивида изменяется под влиянием образа жизни и зависит, в том числе, от уровня заработков и наличия и характера занятости. Феномен эндогенности здоровья может быть представлен как результат суммирования трех разнонаправленных эффектов: 1) негативного влияния занятости на состояние здоровья вследствие плохих условий труда и стрессов; 2) позитивного влияния **наличия** работы на здоровье (либо негативного влияния ее отсутствия), проявляющегося как через повышение/понижение самооценки здоровья, так и через доступ/отсутствие доступа к более качественному медицинскому обслуживанию; 3) потенциально более низкой самооценкой здоровья индивидом, имеющем больше информации о состоянии своего здоровья (также в результате получения им доступа к более качественному медицинскому обслуживанию), по сравнению с индивидом, имеющим аналогичный перечень проблем со здоровьем, однако менее информированным о них.

Поскольку использование формальных методов решения проблемы эндогенности (оценка системы одновременных уравнений либо использование инструментальных переменных) связано с определенными ограничениями, в работе для эмпирического анализа на имеющихся российских данных обосновывается использование лаговых переменных здоровья, позволяющих частично элиминировать проблему эндогенности.

3. Эмпирические оценки влияния здоровья на занятость.

Анализ простых распределений подтверждает обоснованную теоретически положительную зависимость между хорошим здоровьем и занятостью. Так, доля индивидов, оценивающих свое здоровье как плохое и очень плохое, устойчиво выше среди безработных и экономически неактивных, чем среди занятых. Например, в 2006

году доля занятых мужчин, оценивающих свое здоровье как плохое и очень плохое, составила 2% - 10% (в зависимости от возрастной группы), в то время как аналогичные оценки для безработных мужчин составили 1%-25%, а для экономически неактивных – 3% - 44% соответственно. Те же соотношения сохраняются и для женщин, за исключением того, что им свойственна в целом более низкая оценка собственного здоровья. Этот результат устойчиво сохраняется для всех периодов обследования. При этом, необходимо отметить, что в отношении хорошего здоровья прямой зависимости не наблюдается: среди занятых доля оценивающих свое здоровье по наивысшим оценкам в среднем выше, чем среди безработных, однако ниже, чем среди экономически неактивных.

Оценка влияния здоровья на **вероятность занятости** была получена с помощью логистической регрессии вида:

$$P(e) = a_0 + a_1 * X + a_2 * V + a_3 * P + a_4 * He + \varepsilon,$$

где $P(e)$ - зависимая переменная, принимающая значения: 1 – занят, 0 – не занят; X – вектор социально-демографических характеристик (возрастная группа, образование, семейный статус, статус пенсионера, статус учащегося, число членов семьи, количество детей до 17 лет), V – вектор переменных дохода (логарифм нетрудового дохода, логарифм доходов других членов семьи, показатель региональной безработицы (муж/жен)), P – контрольные переменные (раунд), He – здоровье.

Все оценки были получены с учетом фиксированного эффекта, что позволяет решить проблему гетерогенности, устраняя влияние ненаблюдаемых переменных. Корректировка эндогенности здоровья проводилась с помощью использования лаговых переменных здоровья с лагом в 1, 2 и 3 года. И для мужчин, и для женщин обращает на себя внимание незначимость влияния хорошего здоровья, измеренного через самооценку. Плохое по самооценке здоровье оказывает отрицательное влияние на занятость только для мужчин, для них эластичность вероятности занятости по здоровью составила -0,24.

Из выбранных нами наиболее важных частных объективных показателей здоровья для мужчин существенное отрицательное влияние на занятость оказывает статус инвалидности (оцененный коэффициент при данном показателе составил -0,52 - -0,61), операции (-0,42), перенесенные инфаркт (-0,64), инсульт (-1,11), наличие анемии (-1,27), а также интегральный фактор здоровья (-0,15). Для женщин в целом влияние здоровья на вероятность занятости менее значимо: отмечается отрицательный вклад наличия инвалидности (-1,09) и диабета (-0,67).

Поскольку предельный вклад большинства частных показателей здоровья в вероятность занятости незначим, значимость таких показателей, как наличие инвалидности, перенесенных инсульта и инфаркта, операций подтверждает предположение, что в сокращение занятости вносят существенный вклад только крайние формы утраты здоровья.

Анализ взаимосвязи здоровья и часов работы показывает, что среднее количество часов, отработанных за месяц индивидами с хорошим здоровьем, стабильно выше времени, отработанного индивидами с нормальным и плохим здоровьем.

Оценка влияния здоровья на **часы работы** была получена с помощью оценивания стандартной линейной регрессии методом наименьших квадратов с корректировкой смещенности по методу Хекмана:

$$\ln H = a_0 + a_1 * X + a_2 * J_1 + a_3 * P + a_4 * He + \varepsilon.$$

где зависимая переменная представляла собой логарифм часов работы, отработанных в течение последнего месяца, J_1 – вектор характеристик занятости (заработная плата, профессиональная группа, специфический стаж работы), значение остальных переменных то же, что и в уравнении вероятности занятости.

Для мужчин отмечается отрицательное влияние на количество часов работы повышенного давления (-0,01), а также хорошего по самооценке здоровья (-0,01); влияние плохого по самооценке здоровья, инвалидности, инсульта, туберкулеза, других

хронических заболеваний оказалось, с невысокой значимостью, положительным. У женщин отмечается положительное влияние на количество часов работы хорошего здоровья по самооценке (0,017 – 0,023), а также перенесенного инфаркта и хронических заболеваний сердца. Значимое отрицательное влияние также оказывают хронические заболевания почек, анемия, другие хронические заболевания, принадлежность к группе как с плохим, так и с хорошим здоровьем по интегральному показателю. Таким образом, большая часть исследованных показателей здоровья не оказывает значимого отрицательного влияния на часы работы как для мужчин, так и для женщин, отмеченное положительное влияние может являться как следствием эндогенности здоровья, так и особенностями трудового поведения лиц, имеющих указанные характеристики здоровья.

Полученные результаты влияния здоровья на занятость, измеренную и как вероятность для индивида быть занятым, и как количество отработанных им часов, позволили выдвинуть следующие предположения относительно институциональных особенностей российского рынка труда.

Во-первых, поскольку оценивалось количество часов работы только для работающих индивидов, можно предположить, что здоровье в большей степени оказывает влияние на возможность занятости как таковой, нежели на количество отработанного времени, что может быть признаком отсутствия на российском рынке труда гибких механизмов подстройки предложения труда работников, имеющих проблемы со здоровьем. В результате они вынуждены либо выбирать вариант «работать полное время, несмотря на здоровье», либо вариант «не работать вообще». Это предположение подтверждается тем, что, в отличие от влияния на вероятность занятости и на заработную плату, влияние крайних форм утраты здоровья (инвалидности, плохого здоровья по самооценке, операций) на отработанное время

оказалось незначимым либо вообще положительным. Можно предположить, что работники с указанными отклонениями в здоровье либо вообще не работают и, таким образом, не попадают в анализируемую выборку, либо работают на местах с низкой оплатой труда, и вынуждены, наоборот, увеличивать количество отработанного времени для обеспечения минимально необходимого уровня дохода. Таким образом, значительная часть работников остается социально незащищенной в случае временной нетрудоспособности, что вынуждает их по минимуму сокращать время работы в случае болезни.

Во-вторых, незначимость влияния хорошего здоровья на вероятность занятости, в сочетании с отмечаемым в некоторых случаях положительным его влиянием на количество часов работы, может служить подтверждением предположения о том, что в условиях российского рынка труда работники с хорошим здоровьем лишены возможности реализовать свое конкурентное преимущество – возможность с большей вероятностью получить работу. Это возникает также из-за ограниченных возможностей для измерения хорошего здоровья и «измерительной асимметрии» для плохого и хорошего здоровья. Соответственно, с экономической точки зрения это создает стимулы для больших инвестиций в другие формы человеческого капитала, дающие более явное конкурентное преимущество на рынке труда.

Выявленные гендерные различия могут свидетельствовать о меньших способностях мужчин с различными заболеваниями к адаптации на рынке труда по сравнению с женщинами. Для мужчин с плохим здоровьем выше вероятность быть незанятыми, поскольку в случае появления проблем со здоровьем механизмы подстройки к изменившимся условиям не срабатывают. Это может быть результатом отсутствия у мужчин самосохранительного поведения, и отражать особенности их функции полезности, проявляющиеся в том, что предельная норма замещения здоровья

выгодами, получаемыми от занятости, очень мала.

4. Эмпирические оценки влияния здоровья на заработную плату на российском рынке труда.

Анализ взаимосвязи доходов и здоровья индивидов подтверждает теоретические выводы о положительном влиянии здоровья на заработки. Так, средняя заработная плата индивидов с хорошим здоровьем выше, чем заработная плата индивидов с нормальным здоровьем, которая, в свою очередь, выше заработной платы лиц с плохим и очень плохим здоровьем. Эмпирические профили «возраст - заработная плата», построенные для каждого статуса здоровья в отдельности, с некоторыми оговорками подтверждают этот вывод для всех уровней образования и гендерных групп.

Оценки отдачи от здоровья в заработках были получены с помощью оценивания уравнения доходов минцеровского типа методом наименьших квадратов с корректировкой смещенности по Хекману:

$$LW = P(e) = a_0 + a_1 * X + a_2 * J_2 + a_3 * P + a_4 * He + \epsilon,$$

где LW - логарифм месячной заработной платы на основном месте работы; J_2 – вектор характеристик занятости (количество часов работы, профессиональная группа, специфический стаж работы); значение остальных контрольных переменных аналогично предыдущим двум уравнениям.

Полученные оценки соответствуют теоретическим представлениям о влиянии здоровья на заработки. Для мужчин величина эластичности заработков по самооценке здоровья как хорошего варьируется от 0,033 до 0,068, для женщин – от 0,039 до 0,047, по самооценке здоровья как плохого -0,07 - -0,15 для мужчин и -0,03 - -0,07 для женщин соответственно. Для мужчин, большая часть частных объективных характеристик здоровья, а именно: инвалидность, анемия, интегральный фактор здоровья, плохое здоровье по интегральному фактору, хронические заболевания легких, печени, почек, желудочно-кишечного тракта, позвоночника, другие хронические заболевания, а также

хорошее здоровье по интегральному фактору, вносит значимый отрицательный вклад в заработки. Для женщин, отрицательный вклад в заработки вносит инвалидность, анемия, повышенное артериальное давление, интегральный фактор здоровья, плохое здоровье по интегральному фактору, хронические заболевания сердца, печени, перенесенный инсульт, другие хронические заболевания; хорошее здоровье по интегральному фактору также вносит отрицательный вклад в заработки. Перечень характеристик, оказывающих значимое влияние на здоровье, за небольшим исключением достаточно устойчив при использовании лагов с различным периодом. Наблюдаются гендерные различия в наборе данных характеристик, которые также сохраняются при использовании различных вариантов лага.

5. Перспективы практического применения полученных результатов.

Перемены, произошедшие в российской экономике, затронули области, традиционно являвшиеся объектами государственной поддержки – образование и науку, здравоохранение, сферу социальной защиты и обеспечения, причем существенные изменения коснулись источников и способов их финансирования. Изменения социально-экономических условий потребовали от людей изменения своего поведения, адаптации к новым условиям, в том числе в отношении охраны собственного здоровья.

Оценки влияния здоровья на заработки и занятость позволили выявить следующие особенности, характерные для российского рынка труда.

Во-первых, существует значительное отрицательное влияние на занятость и заработную плату плохого здоровья, в том числе – крайних форм утраты здоровья. Поскольку за годы существования бесплатной медицины у людей сформировалась «реактивная» модель поведения в отношении заботы о собственном здоровье, когда основная часть инвестиций в здоровье носит характер шоковых, связанных в большей степени с резкими, часто временными, ухудшениями здоровья, при сохранении данной модели поведения для индивидов высок риск попадания в «ловушку инвалидности».

«Ловушка инвалидности» возникает в случае, когда индивиды сталкиваются с резким сокращением доходов по причине негативных шоков здоровья, а для улучшения здоровья необходимы значительные расходы, которые уже не обеспечиваются, как раньше, государством, и также не могут быть обеспечены за счет собственных средств по причине их недостатка. Таким образом, у индивидов существуют экономические стимулы для изменения модели поведения и совершения превентивных инвестиций, направленных на страхование негативных шоков здоровья. Для индивидов, не располагающих достаточным количеством собственных средств для совершения подобных инвестиций, а также имеющих характеристики здоровья, вносящие критический вклад в снижение вероятности занятости и снижение отдачи от человеческого капитала, такие как перенесенные инсульт, туберкулез, инфаркт, хронические болезни сердца, легких, почек, печени, возможна дополнительная государственная поддержка. Альтернативой этому может быть уточнение критериев для получения статуса инвалидности, включение в перечень критериев заболеваний, которые действительно существенно снижают вероятность занятости.

Во-вторых, существование положительной отдачи от хорошего здоровья в заработках свидетельствует о более высокой производительности работников, имеющих хорошее и очень хорошее здоровье. Это может являться стимулом для работодателей инвестировать в поддержание и улучшение здоровья работников, для получения выигрыша в виде повышения производительности их труда.

Количественная оценка вклада здоровья в вероятность занятости и в заработную плату также создает основы для построения системы компенсаций в случае частичной утраты здоровья, что необходимо в судебной практике, при нанесении ущерба здоровью человека, а также для развития обязательного и добровольного страхования здоровья от различного ущерба.

III. СПИСОК ПУБЛИКАЦИЙ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Работы, опубликованные автором в ведущих рецензируемых научных журналах, рекомендованных ВАКом Министерства образования и науки РФ:

1. Кузьмич О.С. Лучше ли быть здоровым? Экономическая отдача от здоровья в России. // Экономический журнал ГУ-ВШЭ, 2008 № 1 – 1,6 п.л. (в соавторстве с Роциным С.Ю., лично автором - 0.8 п.л.).

Другие работы, опубликованные автором по теме кандидатской диссертации:

2. Кузьмич О.С. Влияние здоровья на трудовое поведение и положение работника. // Ломоносов–2003: Международная конференция студентов, аспирантов и молодых ученых по фундаментальным наукам, МГУ им. М.В. Ломоносова 15-17 апреля 2003. Сборник тезисов. / Под общ. ред. В.Н. Сидоренко и др. – М.: ТЕИС, 2003. – 0.1 п.л.

3. Кузьмич О.С. Влияние здоровья на заработки и занятость. // Ломоносов 2004: Международная конференция студентов, аспирантов и молодых ученых по фундаментальным наукам, МГУ им. М.В.Ломоносова 12-15 апреля 2004. Сборник тезисов./Гл. ред. В.Н.Сидоренко.- М.: ТЕИС, 2004. – 0.1 п.л.

4. Кузьмич О.С. Экономическая отдача от здоровья в России. // Ломоносов–2005: Международная конференция студентов, аспирантов и молодых ученых, МГУ им. М.В. Ломоносова, 12–15 апреля 2005 г. Сборник тезисов. Том II / Гл. ред. В.Н. Сидоренко. — М.: Издательство МГУ, 2005. – 0.2 п.л.

5. Кузьмич О.С. Экономическая отдача от здоровья на российском рынке труда. // Экономическое развитие в современном мире: факторы, структура, особенности переходных состояний. Материалы второй международно-практической конференции. (Екатеринбург, 21-22 апреля 2005 г.). Екатеринбург: Издательство УрГУ, 2005. – 0.3 п.л.

6. Кузьмич О.С. Влияние здоровья на рынок труда. // Рынок труда, занятость, доходы: проблемы и тенденции развития. Материалы всероссийской научно-практической конференции, 25-27 апреля 2005 г. – Орел: ГОУ ВПО «Орловский государственный университет», 2005. – 0.7 п.л.

7. Кузьмич О.С. Методы оценки ущерба от утраты здоровья. // Ломоносов–2006: Международная конференция студентов, аспирантов и молодых ученых по фундаментальным наукам, МГУ им. М. В. Ломоносова 12-15 апреля 2006. Сборник тезисов. / Гл. ред. В.Н. Сидоренко и др. – М.: КДУ, 2006. – 0.2 п.л.

8. Кузьмич О.С. Здоровье как экономическое благо: его влияние на заработную плату и занятость // Реформирование общественного сектора: поиск путей повышения эффективности. Сб статей в 2 ч. Ч.1 / Под ред. И.Н.Баранова, Т.М.Скляр, Ю.В.Федотова; Научно-исследовательский ин-т менеджмента СПбГУ. СПб.: Издат. Дом С.-Петерб.гос. ун-та, 2006 (Серия «Труды конференции»). – 3 п.л. (в соавторстве с Роциным С.Ю., лично автором – 1.5 п.л.).

9. Кузьмич О.С. Влияние здоровья на вероятность занятости на российском рынке труда. // Экономика и бизнес: Позиция молодых ученых. Материалы международной конференции. – Барнаул: издательство АлтГУ, 2006 г. – 0.2 п.л.

10. Кузьмич О.С. Здоровье как фактор конкурентоспособности работника на рынке труда. // Трансформация социально-экономических отношений в современных экономических условиях: сборник статей международной научно-практической конференции. –Пенза, 2006. – 0.2 п.л.

11. Кузьмич О.С. Влияние здоровья на заработную плату и занятость: эмпирические оценки отдачи от здоровья: Препринт WP15/2007/02. — М.: ГУ ВШЭ, 2007. – 3.5 п.л. (в соавторстве с Роциным С.Ю., лично автором – 1.8 п.л.).

Лицензия ЛР № 020832 от 15 октября 1993 г.

Подписано в печать 25 августа 2008 г. Формат 60x84/16

Бумага офсетная. Печать офсетная.

Усл. печ. л. 1.

Тираж 100 экз. Заказ № _____

Типография издательства ГУ-ВШЭ
125319, г. Москва, Кочновский пр-д, д. 3