



ISSN 2073-6606

TERRA ECONOMICUS

8
ТОМ

4
НОМЕР

2010

TERRA ECONOMICUS

Журнал зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций 16 января 2009 г. Свидетельство о регистрации средств массовой информации ПИ № ФС77-34982

Журнал издается с 2003 г.,
выходит 4 раза в год.
Подписной индекс 81958

**До 2009 г. — Экономический вестник
Ростовского государственного
университета**

Журнал включен в перечень ВАК Министерства образования и науки РФ ведущих научных журналов и изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени доктора экономических наук

Учредитель:

Южный федеральный университет

Редакционная коллегия:

Главный редактор

Мамедов О.Ю., Заслуженный деятель науки РФ, доктор экономических наук, профессор,

Алешин В.А., доктор экономических наук, профессор,

Вольчик В.В. (зам. главного редактора), доктор экономических наук, профессор,

Матвеева Л.Г., доктор экономических наук, профессор,

Овчинников В.Н., Заслуженный деятель науки РФ, доктор экономических наук, профессор.

Редакционный совет:

Овчинников В.Н. (председатель редакционного совета), Заслуженный деятель науки РФ, доктор экономических наук, профессор,

Белокрылова О.С., Заслуженный деятель науки РФ, доктор экономических наук, профессор,

Алешин В.А., доктор экономических наук, профессор,

Архипов А.Ю., доктор экономических наук, профессор,

Белюсов В.М., доктор экономических наук, профессор,

Боровская М.А., доктор экономических наук, профессор,

Бортник Е.М., кандидат экономических наук, профессор,

Германова О.Е., доктор экономических наук, профессор,

Кетова Н.П., Заслуженный деятель науки РФ, доктор экономических наук, профессор,

Кольвах О.И., доктор экономических наук, профессор,

Крюков С.В., доктор экономических наук, профессор,

Мамедов О.Ю., Заслуженный деятель науки РФ, доктор экономических наук, профессор,

Наймушин В.Г., доктор экономических наук, профессор,

Солдатова И.Ю., доктор экономических наук, профессор,

Чернышев М.А., доктор экономических наук, профессор,

Юрков А.М., кандидат экономических наук, профессор.

Рукописи статей в обязательном порядке оформляются в соответствии с требованиями для авторов, установленными редакцией. Статьи, оформленные не по правилам, редакцией не рассматриваются.

Редакция не вступает в переписку с авторами статей, получивших мотивированный отказ в опубликовании. Рукописи аспирантов публикуются бесплатно.

Адрес учредителя:

344006, г. Ростов-на-Дону,
ул. Б. Садовая, 105.
тел.: (863) 2653-158, 2648-466
факс: 2645-255, 265-31-58, 264-84-66
e-mail: rectorat@mis.rsu.ru

Адрес редакции:

344002, г. Ростов-на-Дону,
ул. М. Горького, 88, к. 211.
тел.: (863) 240 96-27
e-mail: terraeconomicus@mail.ru

СЛОВО РЕДАКТОРА

Мамедов О.Ю. Семь «углов» северокавказской экономики.	5
--	---

СОВРЕМЕННАЯ ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ТЕОРИЯ

Архипов А.Ю. Модернизация российской экономики после кризиса: императивы, институты, инновации	13
Скоробогатов А.С. Зависимость между человеческим капиталом и самосохранительным поведением	20
Сухарев О.С. Проблемы институциональной экономики: факторы экономических изменений	37
Усанов П.В. Экономическая феноменология как метод политической экономики австрийской школы	47
Шмаков А.В. Стремление к справедливому сотрудничеству как мотив экономического поведения	57
Вольчик В.В., Зотова Т.А. Экономическое поведение в контексте эволюции институтов	62
Мухачев В.В. Размышления над дискуссией о «кризисе» (экономической) науки	68
Воронкова О.В. Зарубежный опыт исследования теневых доходов	82
Володина Д.Д. Фигура потребителя в работах теоретиков «постиндустриального общества»	90

ИСТОРИЯ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ МЫСЛИ

Кларк Дж. М. Основы современной концепции экономической ответственности	94
--	----

ОТКРЫТАЯ АУДИТОРИЯ

Нуреев Р.М. Примитивная командная экономика	104
--	-----

ВОЗРОЖДАЯ ЦЕЛОСТНОСТЬ ОБЩЕСТВОЗНАНИЯ

Плохотнюк В.С. Аксиоматизация семиологии и научный статус семиотики	124
--	-----

NOTA VENE

Мамедов О.Ю. Там, где прилагательное важнее существительного!	133
--	-----

РЕЦЕНЗИИ

Кольвах О.И. Научный подвиг профессора Кутера	136
Логинова Т.П. Россия и Европа сквозь призму институциональных различий	140

КОНФЕРЕНЦИИ

Архипов А.Ю., Мартишин Е.М. Школа эволюционной и институциональной экономики	143
Сорокожердьеv В.В., Гварлиани Т.Е., Иголина Л.Л., Хашева З.М. Экономико-правовые аспекты стратегии модернизации России: механизмы обеспечения конкурентоспособности и качественного экономического роста	152

ОН ТАКОЙ ОДИН

Мэйстринг Дж. Приключения «ЭКОНОМИЧЕСКОЙ КАТЕГОРИИ»	158
--	-----

ЗАВИСИМОСТЬ МЕЖДУ ЧЕЛОВЕЧЕСКИМ КАПИТАЛОМ И САМОСОХРАНИТЕЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ*

А.С. СКОРОБОГАТОВ,

кандидат экономических наук, доцент,
Государственный университет — Высшая школа экономики,
e-mail: skorobogat@mail.ru

В статье рассматривается зависимость поведения в отношении здоровья от ценности человеческого капитала. Представлена модель, в которой индивидуальный спрос на здоровье выступает как функция от надбавки за человеческий капитал. Главная идея статьи тестируется на данных по потреблению алкоголя и наркотиков. Разработанный подход сравнивается с альтернативными подходами в отношении объясняющих переменных, предсказаний и выводов.

Ключевые слова: Самосохранительное поведение, образование, человеческий капитал.

The paper develops an approach to health behavior as one determined by market value of human capital. A model is presented in which an individual demand for health is a function of a premium for an individual human capital. The main idea of the paper is tested on the data on consumption of alcohol and drugs. A comparison of various approaches to analysis of health behavior, including that developed in the paper, is presented in terms of their main explanatory variables, key predictions, and implications.

Keywords: Self-Preserving Behavior, human capital, education.

Коды классификатора JEL: I18, I29, D15.

В отечественной литературе по социальным основам здоровья термин «самосохранительное поведение» впервые был использован в 1982 г. и впоследствии употреблялся для обозначения «действий и отношений, опосредующих здоровье и продолжительность жизни человека» [9, с. 92]. Изучение человеческого поведения под таким углом зрения становится особенно актуальным в связи с демографическим кризисом современной России. Речь идет о высокой смертности, являющейся главным фактором естественной убыли населения.

По данным ВОЗ, здоровье на 50% зависит от образа жизни [9, 7], откуда следует, что нормы самосохранительного поведения или поведенческие стратегии здоровья (health behavior) в значительной степени определяют продолжительность жизни. И современная Россия здесь не является исключением, поскольку печальная статистика смертности находит соответствие в низких нормах самосохранительного поведения у российского населения. Это выражается в огромных масштабах алкоголизма, прогрессирующей наркомании и интенсивном росте табачной индустрии. Помимо этих, наиболее ярких, проявлений небрежного отношения россиян к своему здоровью можно отметить и такие черты, как терпимое отношение к контрафактной и фальсифицированной продукции, а также просто к низкому или изменчивому качеству продуктов питания, напитков, лекарств и медицинских препаратов. Все это можно объяснить тем, что человек, не беспокоящийся о собственном здоровье, не будет заботиться и о качестве потребляемых им благ, от которого оно зависит.

Связь между различными сторонами самосохранительного поведения и продолжительностью жизни, в частности, обнаруживается при сопоставлении динамики потребления табачной, алкогольной и наркотической продукции и продолжительностью жизни в России на протяжении постсоветского периода. Так, при сопоставлении графиков продолжительности жизни и объемов изъятых наркотиков за один и тот же период 1997–2001 гг. (рис. 1 и рис. 2) можно невооруженным глазом заметить ярко выраженную отрицательную зависимость между оборотом наркотических средств (если в качестве его косвенного показателя принять объем изъятых наркотиков) (рис. 3) и продолжитель-

* Настоящая статья написана на основе тезисов доклада «Self-Preserving Patterns of Behavior in Russia during the Transition», сделанного на конференции Moscow Workshop on Institutional Analysis, которая была проведена Ronald Coase Institute при участии ГУ-ВШЭ и проходила 2–8 мая 2010 г.

ностью жизни. Если же сопоставить график продолжительности жизни с графиком динамики начального возраста приобщения к потреблению табачных, алкогольных¹ и наркотических продуктов (также косвенно указывающей на динамику их общего потребления), то снова наличие очевидной положительной зависимости между этими двумя величинами позволяет говорить о снижающихся нормах самосохранительного поведения как важном факторе продолжительности жизни.

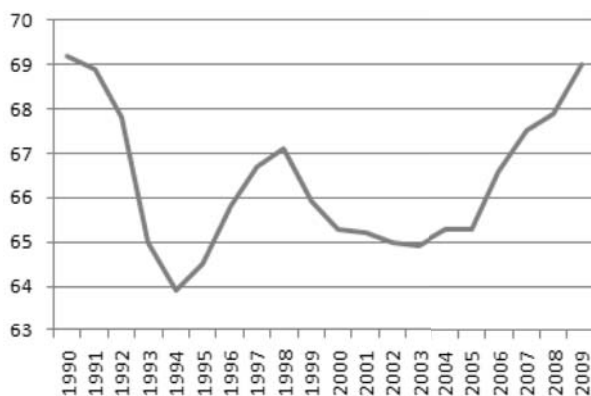


Рис. 1. Продолжительность жизни в России в 1990-2009 гг.

Источник: Росстат, <http://www.gks.ru/dbscripts/Cbsd/DBInet.cgi?pl=2415003>

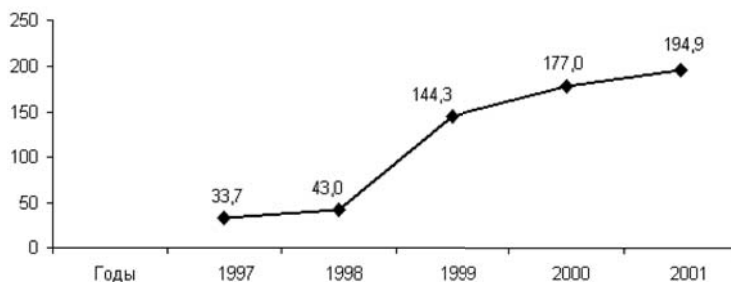


Рис. 2. Динамика объема изъятых на границах РФ наркотических средств, млн условных доз.

Источник: Таможня и наркотические средства. Обзор задержанной контрабанды наркотических средств в 2001 г. Государственный таможенный комитет РФ. Главное управление по борьбе с контрабандой. М. 2002 г., стр. 2., цит. по [20].



Рис. 3. Динамика начального возраста приобщения детей и подростков к потреблению психоактивных веществ.

Источник: [20, Часть II].

¹ Еще одна важная особенность стратегии потребления алкогольной продукции — высокая доля крепких напитков в общем объеме потребляемой алкогольной продукции [2, с. 9].

Важность самосохранительного поведения как фактора продолжительности жизни естественно рождает исследовательский интерес к тем социально-экономическим предпосылкам, от которых оно зависит. И здесь инструментарий экономической науки может пролить новый свет на эту проблему. Его использование в данном случае предполагает принятие допущения о том, что нормы самосохранительного поведения являются результатом рационального выбора. Среди соображений, определяющих этот рациональный выбор, важную роль может играть такой фактор, как человеческий капитал. В настоящей статье рассматривается то, как на выбираемые индивидами нормы самосохранительного поведения влияет ценность человеческого капитала, которым они располагают.

Статья состоит из шести частей. Первая часть содержит обзор литературы по социальным основам здоровья с выделением основных конкурирующих гипотез относительно направления связи между здоровьем и социальными явлениями и ключевых объясняющих переменных. Во второй части излагаются теоретические основы для изучения поставленной в статье проблемы. В третьей части представлена модель, увязывающая спрос на здоровье с отдачей от человеческого капитала. Четвертая часть посвящена обсуждению некоторых данных, характеризующих нормы самосохранительного поведения в современной России, с предварительной оценкой гипотез, вытекающих из представленной модели. В пятой части изложенный подход сравнивается с альтернативными подходами к той же проблеме с целью выявить его отличие от них в плане выделяемой взаимосвязи, предсказаний и практических следствий. Заключительная часть содержит соображения относительно перспектив дальнейших исследований с целью строгой проверки изложенной модели.

I. Обзор литературы

В литературе по экономике и по социологии здоровья разграничиваются два вида переменных, а именно: поведение в отношении здоровья (health behavior) и состояние здоровья (health status). Первая из них измеряется через различные параметры самосохранительного поведения, такие как потребление вредных продуктов или занятия физкультурой. Вторая же переменная измеряется через объективные показатели смертности и заболеваемости и через субъективные показатели самооценки опрашиваемых. Во многих исследованиях с состоянием здоровья (либо напрямую, либо косвенно — через влияние на поведение в отношении здоровья) увязываются различные независимые переменные, отражающие социально-экономический статус индивида, такие как абсолютный и относительный доход, образование, профессия, возраст, семейное положение, национальность, пол и т. д. Нередко исследователи по причине взаимозависимости всех этих факторов заменяют их агрегированной переменной «социально-экономический статус» [33].

Другая разновидность исследований посвящена взаимосвязям агрегированных величин. Примером может служить статья А. Сена о связи между смертностью и экономическим ростом [53]. Ее важным результатом является то, что связь между экономическим ростом и смертностью не является однозначной. Это иллюстрируется примерами как обратной, так и прямой статистической зависимости между смертностью и экономическим ростом из истории Европы XX в. В последнем случае можно было бы сделать вывод о том, что экономический рост отрицательно влияет на здоровье, поскольку предполагает увеличение трудовой нагрузки или экологические последствия. Сен же это объясняет социально-экономическими и организационными факторами, влияние которых на здоровье переживало влияние материального благосостояния.

Еще одна разновидность исследований агрегированных показателей — увязывание неравенства и здоровья в целом по странам или регионам. В качестве отправной точки для таких исследований послужила идея Р. Уилкинсона о ключевом значении для индивидуального здоровья относительной, а не абсолютной социально-экономической позиции, откуда вытекает необходимость худшего здоровья населения в более стратифицированных обществах [24]. Для проверки этой гипотезы в исследовании Р. Штурма и К. Гресенца [57] была оценена связь между неравенством доходов и физическими или умственными расстройствами и было показано, что последние значимо связаны с общим уровнем образования и доходом, но не с неравенством как таковым. Аналогичные результаты относительно роли неравенства были получены Дж. Меллором и Дж. Милио [45], осуществившими эконометрическую проверку гипотезы об обратной связи между неравенством доходов и состоянием здоровья. В частности, их результат состоит в том, что неравенство при надлежащем контроле прочих переменных не является значимым фактором. Другие примеры исследований, результаты которых говорят скорее против связи между неравенством и здоровьем, — это работы Дж. МакЛеода и соавт. [44] и Дж. Линча и соавт. [43]. В первой из этих работ была осуществлена проверка связи между неравенством доходов и расовым составом, с одной стороны, и здоровьем, с другой, не выявившая соответствующей статистически значимой зависимости. Во второй же работе содержится обзор 98 разнообразных исследований, посвященных связи между неравенством доходов и здоровьем населения. В целом, эта связь строго не выявляется. Скорее обнаруживается влияние уменьшения неравенства на здоровье беднейших и через это на общие характеристики здоровья.

Но имеются и исследования, подтверждающие эту зависимость. Примером может служить работа К. Антинау [22], посвященная изучению этой взаимосвязи в Стране Басков. Согласно результатам этой работы, неравенство в распределении материальных благ и в условиях труда играет роль

в определении неравенства по здоровью. На американских данных подобные результаты были получены Г. Капланом и соавт. [40]. Была выявлена связь между процентом общего дохода, получаемого 50% менее благополучных домохозяйств, и общей смертностью (с корректировками медианного дохода штата). Неравенство дохода оказалось значимо связано также с возрастной смертностью, низким весом при рождении, убийствами и грабежами, нетрудоспособностью, расходами на медицинское обслуживание и полицию, курением и сидячим образом жизни, уровнем безработицы, заключением под стражу, получением пособий и талонов на еду, отсутствием медицинской страховки и образованием («инвестициями в человеческий и социальный капитал»).

Далее, когда речь идет более конкретно о зависимости между индивидуальным статусом и здоровьем, имеющиеся исследования можно разделить на три группы в зависимости от представленного в них типа связи между этими переменными: от здоровья к статусу; от статуса к здоровью; и от некоей третьей переменной, влияющей как на статус, так и на здоровье. Обычно берется какая-то переменная, отражающая статус, и некая переменная, отражающая состояние здоровья, описывается теоретическая связь между ними и осуществляется эмпирическая проверка этой связи.

Исследования, посвященные влиянию здоровья на статус (заработки), нередко выявляют лишь умеренное и/или частичное влияние здоровья на статус. Так, изучение связи между здоровьем и статусом на примере выборки норвежских мужчин 1946 г. р. [31] выявило некоторое влияние здоровья на занятие управленческих позиций и изменение дохода, но влияние это сказывается только после сорока лет. На российских данных подобное же исследование было осуществлено О.С. Кузьмич и С.Ю. Рощиным [6]. Соответствующая зависимость обнаружена, но, опять-таки, имеет обусловленный характер. В качестве условия существования этой зависимости на этот раз выступает не возраст, а шкала сравнений состояния здоровья, а именно: заметная зависимость была обнаружена только при сравнении плохого и нормального здоровья, но не нормального и хорошего. Поскольку заработки зависят не только от ставки вознаграждения, но и от рабочего времени, была проверена связь между здоровьем и количеством часов работы. При сравнении по шкале нормальное-хорошее здоровье результат этой проверки состоял в отсутствии таковой связи для мужчин и лишь слабой связи для женщин, что, вероятно, объясняется меньшей ролью, которую обычно играют женщины в обеспечении семьи. Еще одно интересное исследование на российских данных было посвящено влиянию на заработка такого параметра поведения в отношении здоровья, как потребление алкоголя [4]. Результатом стало частичное подтверждение \cap -образной зависимости между потреблением алкоголя и заработками (для женщин). При этом было указано на проблемы с эндогенностью переменных и наличие возможного временного лага.

Гипотеза о влиянии статуса на здоровье, развитая в классических трудах М. Мармота, в целом, пользуется большей популярностью у исследователей, что выражается в обширной литературе на эту тему, как правило подтверждающей это влияние [24]. В этом можно убедиться, познакомившись с обзором исследований о влиянии на здоровье статуса [59]. Значимые связи обнаруживаются и от отдельных переменных статуса к отдельным переменным поведения в отношении здоровья. Так, еще в 1927 г. [30] была осуществлена классификация болезней как причин смерти среди бедных и богатых. Далее, в 1974 г. Д. Кобен и К. Поуп [29] выявили значимое влияние образования, возраста, дохода и социального участия (в указанном порядке) на поведение по предупреждению заболеваний и их раннему выявлению. При исследовании данной связи на пространственных данных США [25] были обнаружены существенные региональные различия в состоянии здоровья, связанные с социально-демографическими факторами. Имеются и исследования, посвященные влиянию на здоровье такой характеристики статуса, как среда обитания. Интересное сравнение данного влияния было осуществлено М. Стаффорд и соавт. [56] на данных по Лондону и Хельсинки. Примечательно, что в Лондоне эта связь оказалась более тесной по причине более жесткой социально-экономической сегрегации. Кроме того, авторы исследования показали наличие связи со здоровьем таких характеристик среды обитания, как доля безработных, доля занятых ручным трудом и доля одиноких. Еще один интересный сравнительный анализ в этой области был проведен М. Хедом и А. Каптайеном [38]. С целью определить влияние институциональных различий они сравнили США и Нидерланды. Влияние доходов на здоровье оказалось больше в США по причине менее выраженной социальной ориентацией институтов этой страны. По этой же причине богатство в США оказалось более значимым фактором здоровья, чем доход. Еще большая значимость богатства как фактора здоровья была обнаружена О. Аттанасио и К. Эмерсоном [24]. В частности, была выявлена значимость богатства после контроля первоначального здоровья и региональных эффектов. В то же время, согласно результатам этого исследования, при контроле богатства другие параметры статуса, такие как образование и семейное положение, не влияют на здоровье.

Данная взаимосвязь изучалась и на российских данных. В работе В.С. Тапилиной [18] обобщаются данные в целом по стране в 1990-е гг., подтверждающие зависимость здоровья от абсолютного и, еще больше, относительного дохода и, в целом, статуса. Статья Б.Б. Прохорова [10] содержит результаты по данным следующего десятилетия относительно связи между доходом и продолжительностью жизни среди всего населения России. Основным результатом этой работы является строгое подтверждение этого влияния, которое автор исследования объясняет зависимостью от дохода всех прочих социально-экономических факторов, значимых для здоровья и качества жизни. Исследо-

ние И.В. Цветковой [19] посвящено оценке важности здоровья среди тольяттинских подростков. Оценка связи между материальным положением и оценкой важности здоровья на этих, более конкретных, данных не дала однозначного результата.

Влияние на здоровье изучалось и со стороны других параметров статуса, таких как социальный капитал, временные предпочтения и образование. Значимость социального капитала исследовалась на венгерских данных в работе А. Скрабски и соавт. [54]. В данном исследовании были получены результаты, согласно которым индикаторы социального капитала объясняют 68% региональных различий в смертности среди мужчин и 29% среди женщин. Среди последних значимым фактором является религиозность. Однако, что касается результата для мужчин, его высокая значимость может объясняться слишком широким пониманием социального капитала, принятым в этом исследовании, так что к его параметрам, наряду с социальным единством, социальным доверием, отношением к конкуренции, взаимностью и участием в гражданских организациях, был отнесен и социально-экономический статус — параметр, обычно принимаемый как родовое понятие по отношению к социальному капиталу. На российских данных влияние социального капитала было исследовано Н.Л. Русиновой и соавт. [12]. Соответствующая зависимость была выявлена, но было указано, что социальный капитал оказывается в наличии у обладателей высокого статуса, измеряемого образованием, доходом и прочими показателями. В данном случае, опять-таки, есть основания подвергнуть критике эти результаты, указав на влияние других социально-экономических переменных. Кроме того, неоднозначность социального капитала как фактора, влияющего на образ жизни, может быть связана и с тем, что такие его характеристики, как алкоголизм и курение, нередко являются выражением выстраивания социальных связей.

Еще одно направление исследований связано с влиянием на здоровье человеческого капитала, в частности, образования². Концептуальные основы изучения этой взаимосвязи были заложены в 1960–1970-е гг., начиная с Т. Шульца [52], развившего идею о том, что инвестиции в человеческий капитал приводят к повышению экономической ценности человека. Применительно к здоровью развитием этой идеи стал описанный Дж. Спраттом мл. [55] подход к человеческому капиталу как к мере ценности человека в глазах общества. Эта ценность задает верхнюю границу затрат, которые индивид или общество будут готовы нести на сохранение его здоровья, т. е. данный подход можно свести к концепции цены спроса на здоровье. Дальнейшее развитие этого подхода состояло в разработке различных моделей спроса на здоровье, что и стало основной отличительной чертой экономического подхода к анализу поведения в отношении здоровья и его зависимости от образования, как это показывается в обобщающей работе Дж. Перейра [47].

Одна из наиболее известных идей в рамках этого подхода была развита М. Гроссманом [35]. В своей работе он основывается на эмпирически установленной связи между годами школьного образования и здоровьем, измеряемым как объективно (смертность, заболеваемость), так и субъективно (самооценка). Из трех возможных трактовок этой связи — от школы к здоровью, от здоровья к школе и от неизвестной переменной к школе и здоровью — Гроссман выбирает первую, указывая на установленную им статистически значимую зависимость здоровья от количества лет, проведенных в школе. Установленная зависимость здоровья от образования интерпретируется им в том смысле, что школа повышает эффективность инвестиций в здоровье. Имеется в виду то, что люди, учась в школе, приобретают знания и навыки, необходимые для того, чтобы эффективно заботиться о своем здоровье.

В одной из своих последних статей [36] Гроссман сделал обзор эмпирической литературы о связи между собственными здоровьем и образованием и, что концептуально близко к этой проблеме, образованием родителей и здоровьем детей. Основываясь на последних исследованиях, он снова указывает на твердо установленную положительную связь между образованием и здоровьем и приводит примеры ее трех возможных объяснений, соответственно предполагающих причинную связь от здоровья к образованию, от образования к здоровью и от третьей переменной к здоровью и образованию. Сторонники первого варианта объясняют его тем, что более здоровые дети меньше пропускают занятия и больше способны получать на самих занятиях. Это приводит к большим достижениям и, тем самым, большему сроку обучения. Еще одно объяснение — более долгосрочная ориентация здоровых (поскольку они думают, что их активная жизнь будет дольше), побуждающая их делать инвестиции в образование. Второй вариант предполагает, что школа повышает либо производительную, либо аллокативную эффективность, что сказывается на действенности мер по поддержанию здоровья. В последнем случае предполагается более эффективное использование ресурсов, связанное с лучшим знанием «истинной природы производственной функции» [р. 287], например вреда курения. В качестве третьей переменной предлагалось временное предпочтение, влияющее на инвестиции как в здоровье, так и в образование. Еще вариант — влияние образования на временные предпочтения.

² Источником человеческого капитала, т. е. знаний, навыков, развитых способностей, являющихся источником дополнительного предложения потребительских благ, традиционно считается образование. Вместе с тем, как показывают А. Хантер и Дж. Лейпер [37], образование может оказывать сложное влияние на заработки — не только через формирование человеческого капитала, но и через сигналы. Увязка образования с сигналами (а не с человеческим капиталом), впервые предложенная М. Спенсом при изучении проблем неблагоприятного отбора, дает основания рассматривать человеческий капитал как переменную, в значительной степени самостоятельную по отношению к образованию.

Подход Гроссмана получил развитие в целом ряде исследований, в которых была взята на вооружение его идея о зависимости здоровья от образования через получение знаний. К. Эшером [23] было исследовано влияние на здоровье со стороны социальных служб через распространение ими информации. Идея исследования заключалась в том, что чем больше люди знают о здоровом образе жизни и следуют этому знанию, — независимо от того, приобретают ли они это знание посредством формального образования или как-то иначе, — тем они здоровее.

Хотя влияние образования на здоровье в вышеописанных исследованиях принимается как установленный факт, сама эта предпосылка была подвергнута строгой проверке в ряде исследований. Так, Е. Региродом и соавт. [48] было исследовано влияние образования на здоровье в различных регионах Испании. Интересный результат этого исследования состоит в том, что влияние это имеет территориальное различия. Эти вариации должны объясняться действием еще каких-то факторов, не исследованных в данной работе. Аналогичное исследование по одному из регионов Норвегии, по которому были собраны пространственные данные, отделенные 10-летним промежутком времени — середины 80-х и 90-х гг. — [41] выявило устойчивую обратную связь между уровнем образования и воспринимаемым уровнем проблем со здоровьем. Исследование Е. Лахеллы и соавт. [42] на данных по Хельсинки, направленное на исследование взаимосвязи между социально-экономическими детерминантами здоровья — образованием, профессиональным классом и доходом семьи — показало, что эффект каждой детерминанты частично либо объясняется другими детерминантами, либо проявляется через другую детерминанту. Таким образом, эндогенность статусных переменных, включая здоровье, ставит под сомнение считавшиеся установленными факты о влиянии на здоровье именно образования.

Интересный вклад в дискуссию о влиянии на здоровье человеческого капитала делают и исследования на российских данных. В ходе опросов студентов в разных городах исследовался их образ жизни в плане влияния на здоровье. Результатом опроса студентов Пензенского педагогического университета [5] было выявление нездорового характера их поведения (большая распространенность вредных привычек и несклонность к привычкам полезным). Схожие результаты были получены и Г.А. Ивахненко [3] в обзоре самосохранительного поведения среди московских студентов. Выяснилось, что основную роль в определении состояния здоровья студенты отводят объективным факторам, недооценивая пагубные последствия вредных привычек и нездорового образа жизни. Это подтверждает гипотезу Гроссмана о ключевом значении знаний для здорового образа жизни, но заставляет усомниться в какой-либо роли школы в приобретении людьми этих знаний, которая в его модели выступает в качестве единственного их источника.

Модель Гроссмана предполагает, что положительная роль образования в отношении здоровья связана с выполняемой им функцией просвещения о здоровом образе жизни. Но это положительное влияние можно объяснить не только информативным эффектом образования, но и стимулирующим: получая образование, люди могут больше и лучше заботиться о своем здоровье не потому, что приобрели необходимые для этого знания, а потому, что приобрели для этого сильные стимулы.

В то же время такие стимулы могут возникнуть в отношении не только собственного, но и чужого здоровья по причине заинтересованности в сохранении соответствующего человеческого капитала. Так, М. Баум и Д. Лейк [26] при исследовании косвенного влияния демократии на рост через общественное здравоохранение и образование в качестве прокси для человеческого капитала использовали продолжительность жизни и охват населения системой среднего образования. Такой подход предполагает заинтересованность демократических правительств в здоровье как составной части человеческого капитала, определяющей экономический рост. Влияние статуса человека на заинтересованность в его здоровье окружающих было исследовано в работе С. Тиммерманса и Д. Саднау [58]. Ими была осуществлена проверка и доказательство гипотезы о том, что социальная ценность пациента определяет усилия медперсонала по поддержанию его здоровья или сохранению жизни.

Предлагались и другие объяснения положительной связи между образованием и здоровьем. Так, в работе О. Морана [46] показывается, что большая продолжительность жизни стимулирует индивидов делать инвестиции в себя. Поэтому экономический рост зависит от здоровья через продолжительность жизни, что уже предполагает зависимость образования от здоровья. Еще одна возможность объяснить положительную связь между образованием и здоровьем была продемонстрирована в работе Р. Сэба и С. Смита [51]. И образование, и здоровье здесь рассматриваются как объекты вложений, что и создает основу для объяснения статистической связи между ними. В ходе эмпирического исследования в качестве запаса образования они брали количество лет в средней и высшей школе. Конечным результатом их исследования было обоснование идеи о том, что здоровье и образование — это совместные инвестиции.

Эти идеи, дополненные результатами исследований, посвященных роли специфического человеческого капитала в современной России, могут послужить источником интересных гипотез относительно образа жизни современного российского населения. Так, И.В. Мальцева [8] исследовала зависимость между мобильностью, являющейся мерой отсутствия специфического человеческого капитала, и заработками. Результатом стало выявление более высоких доходов у мобильных работников, чем у стабильных, что указывает на наличие «штрафа» за специфический человеческий капитал вместо вознаграждения. Исследование же Л.И. Смирных [16] обнаружило не только более высокие заработки у мобильных работников, но и большую удовлетворенность работой. Таким образом,

обладатели специфического человеческого капитала в нашей стране проигрывают с точки зрения как денежных, так и неденежных аспектов их работы. Эти результаты вкупе с результатами вышеописанных исследований об экономической ценности человека как ключевом факторе его здоровья [26, 51, 52, 55, 58] наводят на возможное объяснение печальной статистики поведения в отношении здоровья в нашей стране, а именно: ее причиной может быть низкая экономическая ценность человека, объясняемая низкой ценностью человеческого капитала.

Положительная связь между образованием и здоровьем исследовалась и на основе предположения о влиянии третьей переменной. В ставшей уже классической работе В. Фукс [32] предложил в качестве третьей переменной временные предпочтения индивида [34; 38]³. В своем исследовании временные предпочтения индивидов он увязал одновременно как с решениями относительно времени, затрачиваемого на получение образования, так и с самосохранительным поведением и через него с состоянием здоровья. Главная идея работы состояла в том, что люди с большей ориентацией на будущее посвящают обучению больше времени и по той же причине больше инвестируют в здоровье, т. е. временные предпочтения — это независимая переменная, в одном и том же направлении влияющая как на образование, так и на здоровье. В своей работе он уделил внимание и факторам, влияющим на межвременные предпочтения. Ссылаясь на работу Канемана и Тверски по поводу различающегося у большинства людей отношения к риску в том отношении, что, когда речь идет о выигрыше, люди являются рискофобами, а когда — о потерях, они рискофилы, он предложил соответствующее объяснение нежелания людей отказываться от вредных привычек или иным образом инвестировать в здоровье. В качестве компенсирующих факторов этого рода склонности к риску могут выступать семейное воспитание и, в частности, религия.

Подход Фукса стал основой для большого количества эмпирических работ, по-разному увязывающих переменные, отражающие межвременной выбор, здоровье и образование. Л. Жан и И. Рашад [60] исследовали такой параметр здоровья, как тучность. Результатом стало установление эмпирической связи между субъективной ставкой дисконта, измеряемой в опросных данных «силой воли», и тучностью. Поскольку сила воли принимается как прокси для ориентации на будущее, результат данной работы о зависимости фигуры от силы воли говорит в пользу идеи Фукса об определяющей роли межвременного выбора для здоровья. Другое интересное исследование на эту тему сделано Б. Робберстадом на данных по Танзании [49]. Основным результатом исследования стало обнаружение значительно более высокой ставки дисконта в Танзании, чем в других развивающихся странах, что может объясняться большей ориентацией на выживание. Это означает, что режим выживания, в котором живут многие народы и отдельные члены развитых обществ, не способствует здоровью, прежде всего потому, что не способствует ориентации на будущее и, соответственно, здоровому образу жизни. Другим результатом работ стало то, что ставка дисконта ниже, когда речь идет о тяжелых потенциальных заболеваниях по сравнению с легкими, что вполне объяснимо в рамках стандартной микроэкономической теории.

Имело место и еще несколько исследований, подтвердивших идею Фукса на различных данных. В работе Дж. Кларка и соавт. [28] было выявлено прямое влияние пессимистических ожиданий молодежи на рисковое потребление, курение, отказ от занятий физкультурой и непосещение школы. В исследовании Н.М. Лебедевой и соавторов [7] при сравнении стратегий в отношении здоровья русских и китайских студентов было, в частности, выявлено положительное влияние долговременной ориентации, которая оказалась более характерна для китайцев.

Имели место и работы, в которых делалась попытка выяснить, от чего зависят временные предпочтения. С этим связаны попытки перевернуть предложенную Фуксом связь, рассматривая временные предпочтения и образ жизни как переменные, определяемые образованием. В качестве примера такой попытки можно привести работу М. Хуссейна [39], посвященную связи между ставкой дисконта, сроком обучения и состоянием здоровья. Результатами работы стали эмпирическое подтверждение ранее полученных результатов о зависимости здоровья от образования и, главное, выявление значимого позитивного влияния обучения на временные предпочтения в направлении ориентации на будущее. Это объясняется влиянием школы на «формирование терпения». Увязка межвременных предпочтений с образованием восходит к подходу психолога Альберта Бандуры, согласно которому образование способствует развитию у человека самоконтроля [33].

Межвременные предпочтения увязывались также с возрастом, богатством, национальностью и прочими индивидуальными параметрами, предполагающими переменный характер временных предпочтений [27]. Переменный характер последних может объясняться и с помощью такой агрегированной переменной, как неопределенность. Последняя была предложена И. В. Розмаинским в качестве фактора, объясняющего низкие нормы самосохранительного поведения в современной России, институты которой плохо справляются со своей ролью снижения неопределенности [11]⁴.

Представленный обзор позволяет увидеть, что при всем разнообразии подходов к анализу взаимосвязи между социальными условиями и здоровьем ни один из них не является готовым ре-

³ Тот же смысл выражается терминами «терпение», «межвременной выбор», «ставка дисконта», «самоконтроль» и др. [27].

⁴ Данный подход тесно связан с концепцией инвестиционной близорукости, предполагающей сугубо краткосрочную ориентацию при осуществлении инвестиций в условиях высокой неопределенности [50].

шением поставленной в настоящей статье проблемы. Подход Гроссмана, во-первых, основан на крайне нереалистичном (по крайней мере, для российских реалий) допущении о том, что образование выполняет функцию обеспечения населения информацией о здоровом образе жизни, — допущении, которое не подтверждается в ходе опросов студентов [3, 5]. Во-вторых, такое естественно вытекающее из этого подхода предсказание, как положительная связь между охватом населения системой высшего образования и нормами самосохранительного поведения, также не подтверждается [1]. Подход Фукса, в частности предполагающий зависимость между общей неопределенностью и самосохранительным поведением, также в полной мере не оправдывается, если учесть положительную динамику оценки стабильности российским населением с начала 2000-х гг. [13] при сохранении отрицательной динамики норм самосохранения. Исследования, основанные на общих подходах Мармота и Уилкинсона, предполагающих в качестве главных объясняющих факторов, соответственно, абсолютный и относительный доходы, также не всегда находят подтверждение в эмпирических исследованиях, например в исследовании Денисовой о потреблении алкоголя в России [2]. Наконец, подход, выводящий на первый план положительную роль социального капитала, уязвим для критики ввиду крайней неоднозначности результатов основанных на нем исследований, поскольку, во-первых, обычно трудно отделить влияние социального капитала от других статусных переменных, и, во-вторых, развитие социального капитала может сопровождаться ухудшением норм самосохранительного поведения.

II. Теоретическая перспектива

Теоретической основой настоящего исследования является стандартная микроэкономическая схема, предполагающая увязку действий людей с рациональными стимулами. Последние складываются в зависимости от систем индивидуальных предпочтений и ограничений, с которыми сталкиваются индивиды при достижении целей, задаваемых их предпочтениями. Рациональный индивид действует в двух ипостасях — как продавец и как покупатель. Оптимальная стратегия поведения в обеих ипостасях может быть описана в соответствии со вторым законом Госсена, а именно как

$$\frac{MB_1}{C_1} = \frac{MB_2}{C_2} = \dots = \frac{MB_n}{C_n},$$

т. е. как комбинация видов деятельности (в терминах производимых товаров или потребляемых благ), предполагающая равенство соотношений предельных выгод и издержек по каждому из них. В качестве ограничений, с которыми сталкивается рациональный индивид как продавец, выступают система общественных предпочтений и доступная технология производства. Общественные предпочтения задают шкалу видов деятельности по их доходности для продавца, а доступная технология ранжирует те же виды деятельности по издержкам, которые они будут на него накладывать.

Как покупатель рациональный индивид отталкивается от собственных предпочтений и сталкивается с ограничением в виде доступной технологии потребления. Как и в предыдущем случае, индивидуальные предпочтения и технология ранжируют блага по их выгодам и издержкам для потребителя. В итоге деятельность рационального индивида может быть описана в таких терминах как план производства и структура факторных цен, с одной стороны, и план потребления и структура потребительских цен, с другой стороны. При этом универсальный характер экономической теории как науки об обществе, а не просто о хозяйстве, позволяет применять эту схему для анализа любой сферы общественной жизни.

Самосохранительное поведение не является исключением. Исходя из вышеописанной схемы его можно трактовать в терминах как предложения здоровья, так и спроса на здоровье, в зависимости от рассматриваемой стороны деятельности рационального индивида. Как продавец рациональный индивид ориентируется на общественные предпочтения, и, тем самым, выбираемая им норма самосохранительного поведения может трактоваться как его индивидуальное предложение здоровья. Как покупатель он действует исходя из собственных предпочтений, и, с этой точки зрения, его самосохранительное поведение выступает как его индивидуальный спрос на здоровье. В обоих случаях объемы предложения или спроса на здоровье будут результатом сопоставления предельных выгод от здоровья с соответствующими факторными или потребительскими ценами.

На основе этой схемы может быть развито два типа гипотез относительно самосохранительного поведения в зависимости от того, трактуется ли оно как предложение здоровья или как спрос на здоровье. В первом случае стимулы индивида заботиться о своем здоровье будут проистекать из заинтересованности в нем у остального общества (государства, работодателя, семьи и т. д.)⁵. Во втором

⁵ Здесь может быть развита и гипотеза, увязывающая здоровье населения с поведением в отношении не своего, а чужого здоровья. Например, государство в своей политике может в большей или меньшей степени руководствоваться соображениями сохранения здоровья населения. И тогда эта заинтересованность государства в здоровье населения может быть предметом анализа в качестве как переменной, объясняющей здоровье, так и зависимой переменной, в отношении которой должны быть определены и оценены объясняющие переменные. Заинтересованность государства в сохранении здоровья населения или работодателя — в здоровье работников здесь может быть проанализирована в рамках подхода, близкого к экономическому анализу поведения рабовладельца [14].

случае эти стимулы будут связаны с его собственной заинтересованностью в сохранении своего здоровья. Таким образом, индивид руководствуется либо общественными предпочтениями, задающими относительную ценность здоровья индивида для общества/окружающих; либо индивидуальными предпочтениями, определяющими ценность здоровья индивида для него самого. И факторные, и потребительские цены можно рассматривать как альтернативную стоимость заботы о здоровье для индивида. Эта альтернативная стоимость может выражаться в относительной доступности различных сторон образа жизни — полезных/вредных для здоровья привычек и развлечений⁶.

Далее, здоровье может трактоваться как потребительское и как инвестиционное благо, так что самосохранительное поведение индивида будет выступать в качестве потребительского или инвестиционного спроса на здоровье либо же как предложение здоровья в качестве потребительского или инвестиционного блага. Трактовка здоровья как потребительского блага предполагает, что здоровье индивида само по себе представляет ценность — либо для него самого, что стимулирует его спрос на него, либо для окружающих, что стимулирует его предложение. Трактовка же здоровья как инвестиционного блага предполагает, что либо оно само является капиталом (health capital), либо является условием функционирования какого-то другого вида капитала, например человеческого капитала (human capital). И тогда в зависимости от того, используется ли этот капитал для расширения возможностей потребительского выбора его носителем или окружающими, можно говорить об инвестиционном спросе или предложении здоровья как инвестиционного блага.

Трактовка самосохранительного поведения как инвестиционного спроса на здоровье может быть теоретической основой для гипотезы о влиянии здоровья на заработки. Ведь как капитал здоровье может рассматриваться, только если оно обеспечивает чистый выигрыш, т. е. оказывает влияние на заработки. В то же время, если самосохранительное поведение трактуется как потребительский спрос на здоровье, это может рассматриваться как логическое обоснование гипотезы о влиянии заработков на здоровье, поскольку при заданных предпочтениях и ценах доход будет единственной переменной, оказывающей влияние на спрос.

Общий принцип данной схемы состоит в том, что выбираемая норма самосохранительного поведения определяется рациональными стимулами, а не информацией (как предполагает подход Гроссмана), воспитанием (подход Фукса) или какими-то аирациональными факторами (подходы Мармота и Уилкинсона). На основе этого общего подхода может быть развит целый ряд разнообразных гипотез относительно самосохранительного поведения. В настоящей статье в рамках вышеизложенного подхода выбирается трактовка здоровья как инвестиционного блага. При этом для простоты анализа не делается различия между спросом и предложением, так что в данном случае стимулы индивида к самосохранительному поведению могут в равной степени выводиться из его собственной заинтересованности в сохранении своего здоровья и из заинтересованности в его здоровье, исходящей от окружающих. Наконец, капитал здоровья рассматривается как приносящий выигрыш не сам по себе, а как условие эффективного применения другого типа капитала, а именно человеческого капитала.

III. Модель

На основе этих общих соображений в настоящей статье предлагается модель, увязывающая стимулы к самосохранительному поведению с человеческим капиталом. Модель строится на следующих допущениях:

- человеческий капитал приносит выигрыш своему владельцу в форме надбавки к рыночной годовой зарплате;
- последняя, при условии отработки индивидом всех рабочих дней в течение года, принимается равной единице;
- доход индивида представляет собой сумму дневных заработков («больничные» не оплачиваются);
- болезнь является единственной причиной возможного невыхода на работу.

Фонд годового рабочего времени N представляет собой сумму

$$N = W + L, \quad (1)$$

где W — отработанное время, L — время, не отработанное по болезни. Соответственно, w — доля отработанного времени в фонде рабочего времени

$$w = W/N. \quad (2)$$

Тогда годовой доход индивида S можно представить как

$$S = f(q)w(h), \quad (3)$$

⁶ Если рассматривается гипотеза о зависимости здоровья от поведения не индивида, а общества, то речь будет идти об альтернативной стоимости для общества, примером которой может служить выгода от деятельности, вредной для здоровья, — торговли алкоголем, табачными изделиями и т. д.

где $f(q)$ — функция, связывающая заработок с человеческим капиталом q , такая, что $f(q = 0) = 1$ (второе допущение); h — капитал здоровья. Пусть эти функции будут удовлетворять стандартным требованиям убывающей предельной отдачи, так что $f'(q) \geq 0, f''(q) \leq 0, w'(h) \geq 0, w''(h) \leq 0$. Это могут быть функции вида

$$f = 1 + \sqrt{q}, \quad (4)$$

$$w = \sqrt{h}. \quad (5)^7$$

Тогда доход индивида может быть описан следующей функцией типа Кобба-Дугласа:

$$S = (1 + \sqrt{q})\sqrt{h}, \text{ при } \sqrt{h} \leq 1. \quad (6)$$

Продифференцировав данное выражение по h , найдем обратную функцию спроса на здоровье:

$$S'(w) = p_h = \frac{1 + \sqrt{q}}{2\sqrt{h}}, \quad (7)$$

где p_h — цена спроса на здоровье. Отсюда функция капитала здоровья будет иметь следующий вид:

$$h = \left(\frac{1 + \sqrt{q}}{2p_h} \right)^2. \quad (8)$$

Таким образом, если принять цену здоровья как фиксированный фактор, единственная переменная, которая влияет на капитал здоровья через спрос на него, — это человеческий капитал.

Суть данной модели в том, что человеческий капитал определяет меру самосохранительного поведения потому, что здоровье определяет отдачу от человеческого капитала. Поэтому направление причинной связи здесь можно выстроить так: человеческий капитал — самосохранительное поведение — здоровье — отдача от человеческого капитала. Поскольку связь эта предполагается известной индивидам, обладатели человеческого капитала будут больше склонны к самосохранительному поведению по причине больших денежных потерь в случае утраты работоспособности.

Данная модель также позволяет увидеть отличие человеческого капитала от любого другого вида капитала, отчуждаемого от его носителя, с точки зрения стимулов к самосохранительному поведению. Функция дохода работающего обладателя отчуждаемого капитала в рамках данной модели может быть описана как

$$S = f(q = 0)w(h) + y(c), \quad (9)$$

где $y(c)$ — функция, связывающая доход с размером отчуждаемого капитала. Если последнему, как и человеческому капиталу, приписать свойство убывающей предельной отдачи, описав его для простоты с помощью функции аналогичного вида, то доход будет определяться как

$$S = \sqrt{h} + \sqrt{c}. \quad (10)$$

Далее точно так же находим обратную функцию спроса на здоровье и функцию капитала здоровья:

$$S'(w) = p_h = \frac{1}{2\sqrt{h}}, \quad (11)$$

$$h = \left(\frac{1}{2p_h} \right)^2. \quad (12)$$

Итак, стимулы заботиться о здоровье никак не связаны с размером отчуждаемого капитала, поскольку отдача от последнего не зависит от работоспособности его владельца.

⁷ Следует отметить, что, согласно результатам исследования Кузьмич и Рощина, когда речь не идет о полной утрате здоровья, «мужчины не могут или не хотят менять количество часов работы в ответ на изменение здоровья» [6, с. 44]. Таким образом, обнаруженная ими на российских данных эмпирическая зависимость

между занятостью и здоровьем имеет следующий вид: $\begin{cases} w[h | h = 0] = 0 \\ w[h | h = 1] = 1 \end{cases}$. Однако выбор представленной

здесь функциональной формы был обусловлен тем, что, не исключая указанный эмпирический результат, она имеет более общий характер.

Отсюда можно сделать вывод, что если богатство (отчуждаемый капитал) и влияет на здоровье, то это влияние не связано со стимулами в отношении здоровья как инвестиционного блага⁸. Уникальным же свойством человеческого капитала является его неотчуждаемость от своего владельца и способность приносить доход только при условии сохранения его жизни и здоровья. В то же время человеческий капитал, подобно отчуждаемому капиталу, приносит отдачу в зависимости не только от своего размера, но и от востребованности. Иными словами, ценность человеческого капитала определяется восстановительной стоимостью (например, формальным образованием или чем-то еще, измеренным через затраты) и ожидаемой доходностью, определяющей спрос на него как со стороны его потенциальных арендаторов (работодателей), так и покупателей (будущих владельцев).

IV. Проверка

Основная идея представленной выше модели состоит в том, что выбираемая индивидом норма самосохранительного поведения определяется ценностью располагаемого им человеческого капитала. Предварительная проверка этой идеи может быть осуществлена при помощи целого ряда гипотез, различающихся степенью агрегирования оцениваемых переменных и характером используемых данных.

Одна из таких гипотез может быть сформулирована следующим образом: лица, с большей вероятностью причастные к развитию или реализации человеческого капитала, должны характеризоваться меньшими объемами потребления наркотических средств (вариант — алкоголя, табачных изделий). Соответственно, гипотеза может быть опровергнута при наличии данных, отражающих причастность к человеческому капиталу, которые бы не выявляли соответствующей зависимости, в частности, отсутствовала бы тенденция к уменьшению потребления вредных (психоактивных) веществ при переходе к группе, более причастной к человеческому капиталу.

В качестве прокси для причастности к развитию/реализации человеческого капитала можно рассматривать принадлежность человека к различным группам по характеру деятельности или учебы. По этим группам далее приводятся данные из доклада «Оценка наркоситуации в среде детей, подростков и молодежи», подготовленного Центром социологических исследований МинОбр РФ по 2002–2004 гг. Ниже, в Таблицах 1–4, приводятся результаты опросов молодежи (до 24 лет) по поводу, ее отношения к наркотическим и психоактивным веществам.

Молодежь разбита на группы учащихся, работающих и ничем не занятых. Естественно предположить, что приобщение к развитию/реализации человеческого капитала будет убывать от первых ко вторым (если учесть, что основную часть этой выборки составляют люди в возрасте, слишком раннем для окончания учебного заведения) и от вторых к третьим. Тогда в соответствии с нашей гипотезой, приобщение к вредным продуктам, таким как наркотические вещества, должно возрастать от первых ко вторым и от вторых к третьим. Именно это и можно увидеть в данных, содержащихся в Таблицах 1 и 2. Среди учащихся доля тех, кто пробовал наркотические или психоактивные вещества в среднем вдвое меньше, чем среди работающих и незанятых. Это соответствует предсказанию представленной выше модели, а именно, что приобретение человеческого капитала должно сопровождаться большей заботой о здоровье, поскольку это является условием получения должной отдачи от него. Вместе с тем и среди работающих доля «пробовавших» заметно ниже, чем среди незанятых, что можно объяснить большей долей среди них тех, кто учился и окончил учебные заведения⁹.

Однако необходимо заметить, что эти данные, указывая на наличие зависимости между образованием и образом жизни, не позволяют выделить влияние стимулов среди других факторов, объясняющих эту зависимость, таких как информация или межвременные предпочтения.

Таблица 1

Приобщение к наркотическим веществам лиц по характеру деятельности, %

	Характер деятельности		
	Учатся	Работают	Не работают и не учатся
Пробовали наркотические средства или психоактивные вещества	24,1	45,5	55,7

Некоторый контроль информации как фактора образования обеспечивает такая переменная, как информированность этих трех групп о различных наркотических и психоактивных веществах. Поскольку информированность естественно рассматривать как прокси для приобщения к наркотикам, наша гипотеза предполагает возрастание этой информированности от первых ко вторым и от

⁸ Едва ли имеет место и особый потребительский стимул заботиться о здоровье, который бы усиливался по мере увеличения богатства. Ведь хотя для богатого здоровье и является условием получения им полного удовлетворения от своего богатства, последнее может компенсировать ему последствия нездорового образа жизни (дорогое медицинское обслуживание и т. д.) и, тем самым, ослабить его стимулы к самосохранительному поведению.

⁹ Кроме того, модель предполагает, что сама по себе работа предъявляет большие требования к человеческому здоровью, чем состояние незанятого.

вторых к третьим. Именно это и можно наблюдать в Таблице 2, показывающей, что доля информированных заметно меньше среди учащихся почти по всем видам наркотических и психоактивных веществ и, как и в предыдущей Таблице, в меньшей степени, но всегда имеет место соответствующая разница и между работающими и незанятыми¹⁰.

Таблица 2

Информированность о наркотических средствах и психоактивных веществах в зависимости от основного вида деятельности подростков и молодежи, %

Виды наркотических средств и психоактивных веществ	Основной вид деятельности опрошенных		
	Учатся	Работают	Не работают и не учатся
Препараты конопли	72,1	83,9	88,2
Препараты опийной группы	66,1	81,2	82,6
Кокаин	45,4	55,7	56,7
Галлюциногены	17,4	28,9	31,0
Психостимуляторы	12,9	23,3	25,6
Ингаляторы	3,5	4,2	6,0
Лекарственные препараты	8,1	10,0	16,8
Иные психоактивные вещества	8,9	6,8	8,7

Далее, группа учащихся также была разбита на четыре подгруппы учащихся школ, начальных и средних профессиональных заведений и вузов. Если не считать учащихся школ в связи с несопоставимостью их с остальными по возрасту и сделать вполне реалистичное допущение, что серьезность отношения к учебе и ориентация на развитие человеческого капитала возрастает от второй группы к третьей и от третьей к четвертой, то, согласно нашей гипотезе, потребление наркотических и психоактивных веществ должно возрастать строго в обратном направлении. Это предсказание вполне оправдывается на данных, представленных в таблицах 3 и 4.

Таблица 3

Частота потребления наркотических средств учащимися различных образовательных учреждений, %

Частота потребления	Учащиеся			
	Школ	Начальных профессиональных заведений	Средних профессиональных заведений	Вузов
Пробовали 1–3 раза	9,4	20,5	17,6	23,1
Потребляют не чаще 3–5 раз в месяц	3,8	17,5	10,6	10,0
Потребляют не реже 2–3 раз в неделю	1,5	7,8	2,5	1,4
Не потребляют	85,3	54,2	69,3	65,5
Итого	100	100	100	100
Итого потребляют (сумма показателей во 2-й и 3-й строках)	5,3	25,3	13,1	11,4

Таблица 4

Средняя разовая доза потребления алкогольных напитков представителями учащейся молодежи, миллилитров

Алкогольные напитки	Учащиеся			
	Школ	Начальных профессиональных заведений	Средних профессиональных заведений	Вузов
Вино	300	420	380	310
Водка	260	410	320	270
Коньяк	150	190	190	170
Ром, виски, джин, ликер	230	280	260	210
Самогон, спирт	230	300	260	180
Пиво	850	1150	1100	1100

¹⁰ Эти данные, прекрасно подтверждающие предсказание гипотезы, сами по себе далеко не очевидны, если исходить из того, что учащиеся, как более развитые и образованные люди, лучше просвещены и в вопросах наркотических веществ.

В отношении данных, представленных в Таблице 4, следует также отметить, что разница между группами в потреблении алкогольных напитков при ее сортировке обнаруживает интересную тенденцию, выраженную в Таблице 5. Если взять соотношения потребления перечисленных в Таблице 4 видов алкогольных напитков между учащимися начальных профессиональных заведений и вузов (второй столбец) и средних профессиональных заведений и вузов (третий столбец) и отсортировать их значения по второму столбцу, получится зависимость, представленная на рис. 4. Эти соотношения обнаруживают тенденцию к росту от пива к водке и самогону.

Определенный вывод из этого можно сделать, если учесть результаты исследования Денисовой [2, с. 13–14, 24], согласно которым статистически значимое отрицательное влияние на здоровье оказывают частое потребление именно крепких напитков (особо отмечено влияние водки), тогда как для пива и вина такой зависимости не обнаружено. Следует отметить, что опасное для здоровья злоупотребление алкоголем в России традиционно выражается в потреблении водки и самогона, а не коньяка, рома или виски. Таким образом, в России алкоголизм выражается почти исключительно в потреблении водки, самогона и спирта¹¹. Поскольку именно по этим напиткам разница в потреблении между группами учащихся выражается наиболее отчетливо, это можно считать дополнительным эмпирическим аргументом в пользу нашей гипотезы. Кроме того, согласно данным Денисовой [2, с. 35–36, 38], различие между образовательными группами как по структуре, так и по частоте потребления алкогольных напитков имеет место не только в отношении учащихся, но и для лиц всех последующих возрастов.

Таблица 5

Соотношения потребления между учащимися начальных профессиональных заведений и вузов и средних профессиональных заведений и вузов

Алкогольные напитки	Соотношения потребления алкогольных напитков между учащимися	
	Пнач.профуч/Пвуз	Псред.профуч/Пвуз
Пиво	1,045455	1
Коньяк	1,117647	1,117647
Ром, виски, джин, ликер	1,333333	1,238095
Вино	1,354839	1,225806
Водка	1,518519	1,185185
Самогон, спирт	1,666667	1,444444

Рассчитано по [20].

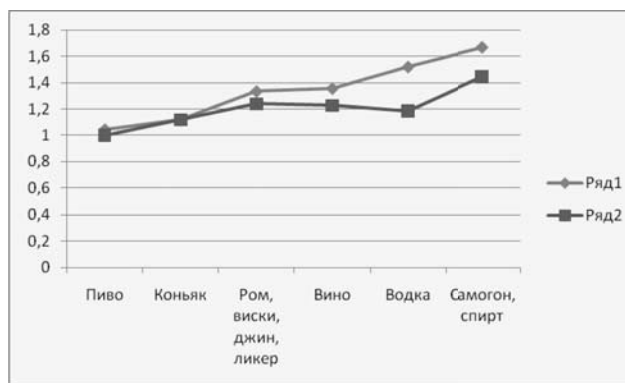


Рис. 4. Зависимость соотношения потребления между учащимися начальных профессиональных заведений и вузов (ряд 1) и средних профессиональных заведений и вузов (ряд 2) от типа алкогольного напитка.

Рассчитано по [20].

Эту гипотезу можно было бы проверить и через использование такой переменной, как успеваемость. По этому поводу интересные результаты содержатся в исследовании И.В. Цветковой [19], где в качестве объекта изучения были выбраны школьники Тольятти, разделенные на три группы по оценке важности здоровья. Примечательно, с точки зрения нашей гипотезы, что группа затрудняющихся считать здоровье важным — вторая по численности (25%) — отличается значительно более низкой успеваемостью.

Использование успеваемости особенно ценно, поскольку обеспечивает контроль такой переменной, как время обучения, которое принимается в альтернативных моделях как фактор, определяющий информированность о здоровом образе жизни или отражающий межвременной выбор.

¹¹ В последнее время стало часто употребляться понятие «пивной алкоголизм», но результаты исследования Денисовой [3, с. 24] ставят под сомнение само это понятие.

Другой способ проверить идею модели — проверка гипотезы, предполагающей использование агрегированных переменных на панельных данных. Такая гипотеза может формулироваться следующим образом: динамика самосохранительного поведения зависит от динамики использования человеческого капитала. В качестве прокси для общей по стране нормы самосохранительного поведения может использоваться продолжительность жизни. В соответствии с этой гипотезой следует ожидать отрицательной динамики человеческого капитала в России.

В работах, посвященных использованию и оценке человеческого капитала в России в постсоветский период [17; 21], указывается, что за это время его доля в национальном богатстве, измеренная через отдачу от него, значительно сократилась. Это объясняется как обесценением, так и деградацией человеческого капитала, связанных с его низкой востребованностью или полным неиспользованием [17, с. 38]. Кроме того, слабая ориентация постсоветской экономики на развитие и реализацию человеческого капитала выражается и в отраслевой структуре, в которой преобладают некапиталоемкие отрасли, в частности не ориентированные на осуществление вложений в человеческий капитал: энергетика, добывающие отрасли, пищевая промышленность, торговля и т. д. Другим, близким к этому, является такой признак, как инвестиционный голод, по сей день испытываемый российской экономикой. Значительная часть без того скромных инвестиций направляется в сферу спекуляций с недвижимостью и финансами или же в связана с поиском ренты в политической сфере [13; 50]. Все эти общие наблюдения позволяют сделать вывод, что современная российская экономика приводится в движение факторами, не связанными с поддержанием и развитием капитала, в том числе человеческого.

V. Сравнение альтернативных подходов к социальным основам здоровья

Представленный в настоящей статье подход отличается от альтернативных подходов в плане как объяснения самосохранительного поведения, так и вытекающих из него предсказаний и практических следствий. Своеобразие каждого подхода представлено в таблице 6.

Таблица 6

Альтернативные подходы к социальным основам здоровья

Критерии Подходы	Модель (объяснение связи)	Предсказание модели	Практические следствия
Здоровье влияет на доход	Здоровье определяет работоспособность и, через это, обрабатываемое рабочее время и успехи в карьере	Доля страдающих врожденными заболеваниями и пороками должна последовательно уменьшаться от одной проценти по доходу к другой	Здоровья населения не зависит от социальных явлений, но само на них влияет
Относительное богатство влияет на здоровье	Самочувствие человека зависит от занимаемого им места в обществе	Показатели состояния и поведения в отношении здоровья должны быть обратно связаны со степенью стратифицированности общества	Ключевое значение для здоровья населения имеет социальное экономическое равенство
Временные предпочтения влияют на образование и здоровье	Ориентация на будущее является необходимой предпосылкой долгосрочных инвестиций, будь то в образование или здоровье	Показатели состояния и поведения в отношении здоровья должны быть обратно связаны со степенью общей неопределенности	Ключевое значение для здоровья населения имеет стабильность и долгосрочная ориентация
Богатство (неотчуждаемый капитал) влияет на здоровье	Богатство дает человеку возможность заботиться о здоровье	Показатели состояния и (в меньшей степени) поведения в отношении здоровья должны улучшаться при переходе от одной проценти по доходу к другой	Ключевое значение для здоровья населения имеет душевой доход
Человеческий капитал (измеренный по затратам) влияет на здоровье	Образование обеспечивает человека знаниями и навыками, необходимыми для здорового образа жизни	Показатели поведения и состояния здоровья должны улучшаться при переходе от одной проценти по образованию к другой	Ключевое значение для здоровья населения имеет человеческий капитал, измеренный по затратам
Человеческий капитал (измеренный по отдаче) влияет на здоровье	Квалификация определяет стимулы заботиться о здоровье, связанные с желанием воспользоваться связанными с ней выгодами	Показатели поведения и состояния здоровья должны улучшаться при переходе от одной проценти по квалификации к другой	Ключевое значение для здоровья населения имеет удельный вес емких по человеческому капиталу отраслей в структуре экономической деятельности

VI. Заключение

В настоящей статье была представлена модель, объясняющая самосохранительное поведение стимулами, проистекающими из ожидаемой отдачи от человеческого капитала. Представленное в ее поддержку эмпирическое обоснование имеет предварительный характер. Надлежащая эмпирическая оценка этой модели требует строгого контроля переменных, влияние которых предполагается конкурирующими подходами, прежде всего человеческого капитала, измеренного через затраты, и межвременных предпочтений. Один из вариантов такого эмпирического исследования связан с изучением данных по успеваемости. Сравнение учащихся одного и того же вуза по успеваемости обеспечивает некоторый контроль затратной стороны человеческого капитала (в виде количества лет обучения), выявляя разницу в образе жизни, связанную с успеваемостью. Если последнюю принять в качестве прокси для сравнительной ожидаемой отдачи от человеческого капитала, такое исследование может позволить оценить влияние на образ жизни описанного в настоящей статье фактора. Существуют и прямые эмпирические оценки отдачи от человеческого капитала, использование которых при наличии данных об образе жизни его владельцев может стать основой для проверки представленной здесь гипотезы.

Если более строгое эмпирическое исследование позволит ее подтвердить, это будет означать, что образ жизни населения, определяющий его здоровье, зависит от доминирующего в экономике характера деятельности, в частности от его ориентации на развитие и реализацию человеческого капитала. Последний должен стимулировать здоровый образ жизни через повышение альтернативной стоимости потери работоспособности. Имеется в виду, что чем больше человек теряет при утрате работоспособности, тем сильнее его стимулы вести здоровый образ жизни. В отличие от альтернативных подходов, увязывающих образ жизни с образованием, предложенный здесь подход предполагает, что образ жизни зависит от образования только в той степени, в которой оно создает востребуемый рынком человеческий капитал. В то же время в отличие от подходов, увязывающих образ жизни со статусом и доходом в частности, наш подход предполагает, что статус имеет стимулирующее значение для образа жизни, только если связанные с ним выгоды зависят от сохранения работоспособности его носителя. В конечном счете, представленная здесь модель представляет собой конкретизацию общей идеи о том, что экономическая ценность человека определяет заботу о нем его самого и окружающих. Доказательство этой идеи на российских данных будет означать, что нездоровым образом жизни своего населения наша страна обязана сравнительно незначительной роли, которую играют человеческие ресурсы в образовании ее доходов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аврамова Е.М., Кулагина Е.В. Образовательный потенциал населения как ресурс инновационной экономики // *Срего: Экспертиза, рекомендации, обзоры*. 2009. № 11. С. 29–40.
2. Денисова И. Потребление алкоголя в России: влияние на здоровье и смертность // *ЦЕФИР при РЭШ*. 2010. № 31.
3. Ивахненко Г.А. Здоровье московских студентов: анализ самосохранительного поведения // *Социологические исследования*. 2006. № 5. С. 78–81.
4. Ким В.В., Роцин С.Ю. Влияние потребления алкоголя на заработную плату: Препринт WP15/2009/01. М.: ИД ГУ-ВШЭ, 2009.
5. Козина Г.Ю. Здоровье в ценностном мире студентов // *Социологические исследования*. 2007. № 9. С. 147–149.
6. Кузьмич О.С., Роцин С.Ю. Влияние здоровья на заработную плату и занятость: эмпирические оценки отдачи от здоровья: Препринт WP15/2007/02. М.: ИД ГУ-ВШЭ, 2007.
7. Лебедева Н.М., Татарко А.Н., Чирков В.И., Лю Ц. Культурно-психологические особенности отношения к здоровью русских и китайских студентов // *Психологический журнал*. 2007. №4. С. 64–74.
8. Мальцева И.О. Трудовая мобильность и стабильность: насколько высока отдача от специфического человеческого капитала в России?: Препринт WP15/2007/01. М.: ИД ГУ-ВШЭ, 2007.
9. Назарова И.Б. Здоровье в представлении жителей России // *Общественные науки и современность*. 2009. № 2. С. 91–101.
10. Прохоров Б.Б. Социальная стратификация общества и здоровье населения // *Проблемы прогнозирования*. 2009. №3. С. 112–133.
11. Розмаинский И.В. Посткейнсианский подход к анализу состояния здоровья населения и системы здравоохранения России // *Сборник трудов междисциплинарного научно-практического семинара «Социально-экономические проблемы здоровья и здравоохранения»*. СПб.: Изд-во Политехнического университета, 2009. С. 51–56.
12. Русинова Н.Л., Панова Л.В., Сафронов В.В. Здоровье и социальный капитал (опыт исследования в Санкт-Петербурге) // *Социологические исследования*. 2010. № 1. С. 87–100.
13. Скоробогатов А.С. Российская стабильность последних лет: предпосылка экономического развития или институциональный склероз? // *Экономический вестник Ростовского государственного университета*. 2007. Т. 5. № 1. С. 41–58.

14. *Скоробогатов А.С.* Жизнь или свобода: рациональные основы принудительного труда в исторической перспективе // Журнал институциональных исследований. 2009. Т. 1. № 1. С. 57–72.
15. *Скоробогатов А.С.* Человеческий капитал как фактор состояния здоровья населения и системы здравоохранения: случай России // Сборник трудов междисциплинарного научно-практического семинара «Социально-экономические проблемы здоровья и здравоохранения». СПб.: Изд-во Политехнического университета, 2009. С. 46–51.
16. *Смирных Л.И.* Удовлетворенность работой. Кто выигрывает: стабильные или мобильные работники?: Препринт WP15/2008/02. М.: ИД ГУ-ВШЭ, 2008.
17. *Соболева И.В.* Парадоксы измерения человеческого капитала. М.: Институт экономики РАН, 2009.
18. *Тапилина В.С.* Социально-экономический статус и здоровье населения // Социологические исследования. 2004. № 3. С. 126–137.
19. *Цветкова И.В.* Здоровье как жизненная ценность подростков // Социологические исследования. 2005. № 11. С. 105–109.
20. *Чепурных Е.Е.* Оценка наркоситуации в среде детей, подростков и молодежи // http://www.narkotiki.ru/research_56580.html.
21. *Algieri B.* Human Capital in Russia // European Journal of Comparative Economics. 2006. Vol. 3. No. 1. pp. 103–129.
22. *Anitua C., Esnaola S.* Changes in Social Inequalities in Health in the Basque Country // Journal of Epidemiology and Community Health. 2000. Vol. 54. No. 6. pp. 437–443.
23. *Asher C.C.* The Impact of Social Support Networks on Adult Health // Medical Care. 1984. Vol. 22. No. 4. pp. 349–359.
24. *Attanasio O., Emmerson C.* Mortality, Health Status, and Wealth // Journal of the European Economic Association. 2003. Vol. 1. No. 4. pp. 821–850.
25. *Au D.H., McDonell M.B., Martin D.C., Fihn S.D.* Regional Variations in Health Status // Medical Care. 2001. Vol. 39. No. 8. pp. 879–888.
26. *Baum M.A., Lake D.A.* The Political Economy of Growth: Democracy and Human Capital // American Journal of Political Science. 2003. Vol. 47. No. 2. pp. 333–347.
27. *Becker G.S., Mullingan C.* The Endogenous Determination of Time Preference // Quarterly Journal of Economics. 1997. Vol. 112. No. 3. pp. 729–758.
28. *Clark J., Kim B., Poulton R., Milne B.* The Role of Low Expectations in Health and Education Investment and Hazardous Consumption // Canadian Journal of Economics. 2006. Vol. 39. No. 4. pp. 1151–1172.
29. *Coburn D., Pope C.* Socioeconomic Status and Preventive Health Behaviour // Journal of Health and Social Behavior. 1974. Vol. 15. No. 2. pp. 67–78.
30. *Economic Status and Health* // Public Health Reports (1896–1970). 1927. Vol. 42. No. 16. pp. 1114–1115.
31. *Elstad J.I.* Health and Status Attainment: Effects of Health on Occupational Achievement among Employed Norwegian Men // Acta Sociologica. 2004. Vol. 47. No. 2. pp. 127–140.
32. *Fuchs V.R.* Time Preference and Health: an Exploratory Study, Working Paper. 1982. No. 539.
33. *Fuchs V.R.* Reflections on the Social-Economic Correlates of Health // Journal of Health Economics. 2005. Vol. 23. pp. 653–661.
34. *Gourdel P., Hoang-Ngoc L., Le Van C., Mazamba T.* Health Care and Economic Growth // Annales d'Economie et de Statistique. 2004. No. 75/76. pp. 257–272.
35. *Grossman M.* The Correlation between Health and Schooling, Working Paper. 1975. No. 22.
36. *Grossman M.* The Relationship Between Schooling and Health // Eastern Economic Journal. 2008. Vol. 34. pp. 281–292.
37. *Hunter A.A., Leiper J.A.* On Formal Education, Skills and Earnings: The Role of Educational Certificates in Earnings Determination // Canadian Journal of Sociology. 1993. Vol. 18. No. 1. pp. 21–42.
38. *Hurd M., Kaptyen A.* Health, Wealth, and the Role of Institutions // Journal of Human Resources. 2003. Vol. 38. No. 2. Special Issue on Cross-National Comparative Research Using Panel Surveys. pp. 386–415.
39. *Hussain M.* Role of Time Preference in the Correlation between Health and Education. A Doctoral Dissertation. New York, 1997.
40. *Kaplan G., Pamuk E., Lynch J.W., Cohen R.D., Balfour J.L.* Inequality In Income And Mortality In The United States: Analysis Of Mortality And Potential Pathways // British Medical Journal. 1996. Vol. 312. No. 7037. pp. 999–1003.
41. *Krokstad S., Kunst A.E., Westin S.* Trends in Health Inequalities by Educational Level in a Norwegian Total Population Study // Journal of Epidemiology and Community Health. 2002. Vol. 56. No. 5. pp. 375–380.
42. *Lahelma E., Martikainen P., Laaksonen M., Aittomaki A.* Pathways between Socioeconomic Determinants of Health // Journal of Epidemiology and Community Health. 2004. Vol. 58. No. 4. pp. 327–332.
43. *Lynch J., Smith G.D., Harper S., Hillemeier M., Ross N.* Is Income Inequality a Determinant of Population Health? Part 1. A Systematic Review // Milbank Quarterly. 2004. Vol. 82. No. 1. pp. 5–99.
44. *McLeod J.D., Nonnemaker J.M., Call K.T.* Income Inequality, Race, and Child Well-Being: An Aggre-

- gate Analysis in the 50 United States // *Journal of Health and Social Behavior*. 2004. No. 3. pp. 249–264.
45. *Mellor J.M., Milyo J.* Income Inequality and Health Status in the United States: Evidence from the Current Population Survey // *Journal of Human Resources*. 2002. Vol. 37. No. 3. pp. 510–539.
46. *Morand O.F.* Economic Growth, Longevity and the Epidemiological Transition // *European Journal of Health Economics*. 2004. Vol. 5. No. 2. pp. 166–174.
47. *Periera J.* The Economics of Inequality in Health: Bibliography // *Journal of Science and Medicine*. 1990. Vol. 31. No. 3. pp. 413–420.
48. *Regidor E., Dominguez V., Navarro P., Rodriguez C.* The Magnitude of Differences in Perceived General Health Associated with Educational Level in the Regions of Spain // *Journal of Epidemiology and Community Health*. 1999. Vol. 53. No. 5. pp. 288–293.
49. *Robberstad B.* Estimation of Private and Social Time Preferences for Health in Northern Tanzania // *Social Science and Medicine*. 2005. Vol. 61. pp. 1597–1606.
50. *Rozmainsky I.V., Skorobogatov A.S.* Investment Myopia as Institutional Restraint on Economic Growth in Post-Soviet Russia // *Social Sciences*. 2007. Vol. 38, No. 3, 2007. P. 32–47.
51. *Sab R., Smith S.C.* Human Capital Convergence: A Joint Estimation Approach // *IMF Staff Papers*. 2002. Vol. 49. No. 2. pp. 200–211.
52. *Schultz T.W.* Institutions and the Rising Economic Value of Man // *American Journal of Agricultural Economics*. 1968. Vol. 50. No. 5. pp. 1113–1122.
53. *Sen A.* Mortality as an Indication of Economic Success and Failure // *Economic Journal*. 1998. Vol. 108. No. 446. pp. 1–25.
54. *Skrabski A., Kopp M., Kawachi I.* Social Capital and Collective Efficacy in Hungary: Cross Sectional Associations with Middle Aged Female and Male Mortality Rates // *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2004. Vol. 58. No. 4. pp. 34–345.
55. *Spratt J.Jr.* The Relation of 'Human Capital' Preservation to Health Costs // *American Journal of Economics and Sociology*. 1975. Vol. 34. No. 3. pp. 295–307.
56. *Stafford M., Martikainen P., Lahelma E., Marmot M.* Neighbourhoods and Self Rated Health: A Comparison of Public Sector Employees in London and Helsinki // *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2004. Vol. 58. No. 9. pp. 772–778.
57. *Sturm R., Gresenz C.R.* Relations Of Income Inequality And Family Income To Chronic Medical Conditions And Mental Health Disorders: National Survey in USA // *British Medical Journal*. 2002. Vol. 324. No. 7328. pp. 20–23.
58. *Timmermans S., Sudnow D.* Social Death as Self-Fulfilling Prophecy: David Sudnow's «Passing On» Revisited // *Sociological Quarterly*. 1998. Vol. 39. No. 3. pp. 453–472.
59. *Williams D., Collins C.* US Socioeconomic and Racial Differences in Health: Patterns and Explanations // *Annual Review of Sociology*. 1995. Vol. 21. pp. 349–386.
60. *Zhang L., Rashad I.* Obesity and Time Preference: The Health Consequence of Discounting the Future // *Journal of Biosociological Science*. 2007. Vol. 40. pp. 97–113.