

Эмпирический анализ капитала здоровья как фактора экономического и социального ресурсного потенциала

Попова Ирина Викторовна 

Доктор социологических наук, доцент

Ярославский технический университет, г. Ярославль, Российская Федерация

E-mail: pivik@list.ru

Жилина Анна Николаевна 

Кандидат медицинских наук

Ярославский государственный медицинский университет, г. Ярославль, Российская Федерация

E-mail: zhilina-1979@mail.ru

Зорин Алексей Викторович 

Кандидат экономических наук, доцент

Костромская государственная сельскохозяйственная академия, г. Кострома, Российская Федерация

E-mail: zav104@yandex.ru

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА

человеческий капитал,
капитал здоровья,
здоровьесберегающее
поведение, экономика
здоровья, детерминанты
здоровья, инвестиции

АННОТАЦИЯ

Одной из наиболее распространенных проблем снижения производительности труда являются проблемы со здоровьем, в связи с чем, исследования капитала здоровья являются все более востребованными. Однако абстрактный характер понятия капитала здоровья и отсутствие единой общепринятой методики оценки показателей обуславливают собой научную проблему исследования. Предметом исследования является влияние здоровья населения на развитие экономических процессов в стране. Основой развития концепции капитала здоровья стало рассмотрение здоровья как актива, позволяющего человеку как можно дольше пользоваться своим человеческим капиталом. Такая постановка вопроса потребовала рассмотрения в качестве основного эндогенного фактора неравенства людей в здоровье здоровьесберегающее поведение, которое находится в фокусе внимания нескольких научных дисциплин, ключевые среди которых — медицина, экономика и социология. Задача измерения полезного запаса здоровья индивида и групп людей превращается в серьезную проблему и состоит в обобщении и оценке существующих методов количественной оценки капитала здоровья по критериям объективности и непротиворечивости. Проблема отсутствия общепризнанной методики создания единого индикатора, который может аппроксимировать теоретическое понятие «капитал здоровья» в эмпирических исследованиях определила цель данного материала. В данной статье предложена авторская методика создания индикаторов капитала здоровья. Исходя из того, что социальные детерминанты здоровья относятся к широким категориям причин, факторов и ресурсов, которые оказывают прямое и косвенное влияние на здоровье, были выбраны такие показатели как: общее самочувствие (самоощущение здоровья); наличие хронических заболеваний; инвестиции в капитал здоровья. В нашем исследовании капитала здоровья, мы используем количественные показатели, отражающие, насколько эффективно здоровье человека позволяет ему заниматься трудовой деятельностью. Определенные действия могут как улучшить, так и ухудшить здоровье. Иными словами, измеряя капитал здоровья мы показываем насколько человеку комфортно проживать и вести трудовую деятельность с таким уровнем здоровья

JEL codes: I1, I15, I12, A12

DOI: <https://doi.org/10.52957/2221-3260-2026-6-89-101>

Для цитирования: Попова, И.В. Эмпирический анализ капитала здоровья как фактора экономического и социального ресурсного потенциала / И.В. Попова, А.Н. Жилина, А.В. Зорин. – Текст : электронный // Теоретическая экономика. – 2026. – № 6. – С. 89-101. – URL: <http://www.theoreticaleconomy.ru> (Дата публикации: 30.06.2026)

Введение

В российской экономике в последние несколько лет достигнуто понимание того, что здоровье населения является одним из двигателей экономического развития. Это выражается в том числе и в формулировке и запуске национального проекта «Здравоохранение» на 2019–2024 гг., включающего реализацию 8 федеральных проектов на общую сумму 1725,8 млрд руб. и нацеленного на снижение смертности и улучшение качества предоставляемой помощи. В экономической литературе наблюдается дефицит работ, исследующих взаимосвязь между капиталом здоровья, затратами на здравоохранение и экономическим ростом. Не существует общепринятой в экономической теории модели, объясняющей зависимость между указанными переменными и подкрепленной эмпирическими проверками для отдельных регионов. Среди множества факторов, затрудняющих формализацию связи между данными понятиями, можно отметить: во-первых, неустойчивый и меняющийся с течением времени характер взаимосвязи между вложениями в здоровье и состоянием здоровья; во-вторых, методологическую сложность оценки эффективности расходов на здравоохранение на уровне медицинских учреждений с позиции государства. Одно из направлений исследования по оценке взаимосвязи между капиталом здоровья, затратами на здравоохранение и экономическим ростом связано с формализацией понятия «капитал здоровья» и эконометрическими оценками капитала здоровья на уровне индивидов и регионов. Капитал здоровья может быть определен как актив, или «запас здоровья», позволяющий индивиду в течение определенного периода использовать по назначению свой человеческий капитал. При этом индивид имеет возможность осуществлять инвестиции в капитал здоровья, используя свой запас времени и направляя денежные средства на расходы на медицину и здоровый образ жизни. Преимуществом полученных оценок капитала здоровья является возможность использования индивидуальных данных, т. е. непосредственно ответов на вопрос о самочувствии (так называемой самооценке здоровья).

Актуальность развития концепции капитала здоровья применительно к условиям экономики обусловлена необходимостью поиска ответов на вызовы пандемии, показавшей, что реализация ресурсного потенциала населения во многом связана с возможностями системы здравоохранения и здоровьесбережения реагировать на внешние шоки. Неравенство людей в здоровье может быть обусловлено как эндогенными (зависящими от личности), так и экзогенными факторами. Понятие капитала здоровья известно исследователям во всем мире начиная с 70-х годов XX века после его введения в научный оборот американским экономистом М. Гроссманом [26, с. 32]. Автор термина, разделяя идею экономистов-неоклассиков о здоровье как капитале, способном приносить доход (его владельцу и обществу в целом), предложил рассматривать здоровье как актив, позволяющий человеку как можно дольше пользоваться своим человеческим капиталом, т.е. теми знаниями и навыками, которые позволяют индивиду реализовывать свой потенциал в качестве полезного члена общества. Концепция экономики здоровья рассматривает здоровье не как данность, а как актив, который:

- наследуется при рождении;
- может инвестироваться через питание, спорт, медицину;
- подвержен износу с возрастом и болезнями;
- приносит дивиденды, позволяя больше работать, иметь хорошее качество жизни.

В основе предложенного им подхода лежали следующие важнейшие постулаты:

- любой индивид выступает в качестве как продуцента, так и потребителя капитала здоровья;
- здоровье является одним из важнейших элементов функции полезности конкретного индивида, в существенной мере определяя величину получаемого им дохода;
- величину капитала здоровья можно представить конечным итогом решения задачи, связанной с обеспечением максимизации полезности при существующих ресурсных ограничениях [25, с. 230]

В современной экономической теории капитал здоровья определяется как актив, позволяющий индивиду в течение определенного периода времени использовать по назначению свой человеческий капитал. Производством и накоплением капитала здоровья занимаются медицина и здравоохранение. Здоровье выступает товаром длительного пользования, а вложения в капитал здоровья рассматриваются с точки зрения выбора рационального индивида. Инвестиции в капитал здоровья способны обеспечить более высокие темпы экономического роста, во-первых, за счет увеличения человеко-часов на рабочем месте и повышения производительности труда самих индивидов, во-вторых, за счет высвобождения человеко-часов вследствие отсутствия необходимости заботиться о больных родственниках [5, с. 73].

Классическое определение капитала здоровья позволяет исследователям выделить его различные аспекты и проводить анализ: различных сфер формирования капитала здоровья, структуры и источников затрат на его формирование; структуры и источников затрат на его поддержание; продолжительности его использования; срока и форм отдачи от инвестиций в капитал здоровья; принципов распределения инвестиционных выгод; субъектов присвоения отдачи от инвестиций; особенностей и масштабов внешних эффектов. Динамика потребления платных медицинских услуг домохозяйствами анализируется в исследовании НИУ ВШЭ. Авторы отмечают разницу в отношении услуг, не относящихся к категории экстренной необходимости. Это объясняется тем, что в новых экономических условиях стоимость платных услуг стала слишком высокой для большинства потребителей. В целом, по мнению авторов потребители ориентированы на инвестиции в человеческий капитал, но наращивать их и сохранять привычный стандарт потребления в условиях кризиса стало труднее [12, с. 77].

Исследования, связанные с капиталом здоровья тесно связаны с проблемами социальной значимости сохранения здоровья населения, особенно детей и трудоспособных граждан. Это задачи стратегического значения так как они являются высшей целью в области повышения благосостояния. У человека нет ничего дороже жизни, поэтому демографические показатели и показатели качества работы системы здравоохранения выдвигаются на первый план. При этом речь идет не только о социальной значимости этого тренда. Сохранение и приумножение здорового населения придает дополнительный импульс экономическому развитию. Ведь жизнь человека имеет и экономическую ценность [1, с. 10].

Также важно отметить тот факт, что, поскольку с возрастом здоровье индивида ухудшается, то целесообразно говорить о его постепенном «изнашивании» или «амортизации», что, в свою очередь, выражается в переносе затрат на поддержание здоровья, эксплуатируемого в процессе осуществления трудовой деятельности, на стоимость производимой продукции.

Не менее значим к исследуемому феномену подход кейнсианцев. Основываясь на характерных для него принципах рационального поведения, исследователи капитала здоровья могут сконцентрироваться на мотивах, определяющих индивидуальные решения человека, касающиеся его здоровья и их отсроченные эффекты. Примерами рационального выбора (мотивами здоровьесберегающего поведения человека) здесь могут быть: уверенность человека в будущем; устойчивость социальных норм здоровьесберегающего поведения; «укорененность» институтов здорового образа жизни; осознание связи между продолжительностью жизни и требованиями к ее качеству в старшем возрасте. [17, с. 132]. Оба подхода (и классический, и кейнсианский) к феномену капитала здоровья исходят из разных посылов, однако, они не противоречат, а взаимодополняют друг друга, обеспечивают важный синергетический эффект причин и следствий его накопления, их взаимное усиление. Накопление капитала здоровья выгодно и индивиду, и обществу, оно способствует росту производительности труда и макроэкономическому росту, является важнейшим условием продления социально-экономической активности граждан. Идея о возможности комбинированного подхода к анализу капитала здоровья (на основе сочетания неоклассических и кейнсианских принципов) нашла свое отражение в Индексе человеческого капитала (ИЧК) –

проекте, реализуемом начиная с 2018 года Всемирным банком.

Основная часть

Капитал здоровья вышел за пределы экономической науки. Сегодня он является междисциплинарным предметом исследования. Такая составляющая, как здоровьесберегающее поведение находится в фокусе внимания нескольких научных дисциплин, ключевые среди которых— медицина, экономика и социология.

Медико-демографическое направление сфокусировано на диагностике здоровья населения, предупреждении развития заболеваний и роли образа жизни пациентов в этом процессе, а также оценке изменений в уровне и структуре рождаемости, заболеваемости, смертности, продолжительности жизни [8, 12].

В экономической науке активно развивается относительно новое направление— экономика здоровья [21, с. 108]. В его рамках здоровье рассматривается как значимое для большинства благо и как компонент человеческого капитала. Любые действия, предпринимаемые для сохранения и улучшения здоровья, считаются инвестициями в человеческий капитал, предопределяющими темпы экономического роста и общественного развития. [15, 14, 7, 6]

Социологи изучают здоровьесберегающее поведение, отталкиваясь от представления о человеке как о биосоциокультурной единице. Согласно классику отечественной социологии В.А. Ядову, «Личность— устойчивая целостность социально-типических и индивидуальных свойств, потенций и способностей к активному действию, ее самосознание, реализуемые в практической деятельности» [24]. По этому определению, личность, с одной стороны, является продуктом того социума, в котором она формируется и существует, а с другой— организует свою деятельность в соответствии с индивидуальностью и субъектной позицией в восприятии окружающей действительности. Этот дуализм проявляется в существовании двух взаимодополняющих подходов к изучению здоровьесберегающего поведения— институционального и активно-деятельностного [4, 16, 13, 3].

При изучении ресурсов, участвующих в процессе современного производства, многие исследователи склоняются к мысли, что именно человек и его человеческий потенциал выходят на первое место. Соответственно, увеличивается роль и влияние накопленного человеческого капитала компаний, поскольку именно он обладает наибольшими резервами для улучшения эффективности субъектов экономической деятельности. Капитал здоровья является основой формирования и накопления человеческого капитала. Именно отношение к своему здоровью является фундаментом для накопления и развития человеческого потенциала. Перспективы развития капитала здоровья можно рассматривать как на макроуровне: обновление существующих и разработка новых направлений государственной политики, направленных на поддержание здоровья населения, таких как популяризация ЗОЖ и спорта, развитие профилактических медицинских услуг, так и на микроуровне: проведение более тщательной диспансеризации работников предприятий, включение в ее состав сдачу специальных анализов, позволяющих своевременно выявить предрасположенность к заболеваниям сердечно-сосудистой системы, поскольку в настоящее время именно они представляют собой одну из главных причин смертности населения. Кроме того, развитие капитала здоровья следует рассматривать на индивидуальном уровне: повышенный уровень внимания к своему здоровью, улучшение своего образа жизни такими мерами, как прогулки на свежем воздухе, занятия спортом и повышение качества своего рациона [2, с. 57].

Капитал здоровья в экономике знаний является одной из основных движущих сил ее развития. Важность здоровья как ключевого компонента эффективной экономической системы государства отмечал в своих трудах А. Маслоу, «всестороннее развитие здорового общественного индивида выступает в качестве основного устоя производства и богатства, здоровье – это величайшая общественная и личная ценность, источник «возвышенной духовной деятельности». А. Смит, исследовавший связь между эффективностью производства и уровнем здоровья населения и

отдельного работника, отмечал, что «человек, который работает не спеша и потому способен работать постоянно, не только дольше сохранит свое здоровье, но и в течение года выполнит большее количество работы» [22]. С точки зрения современной экономической теории здоровье рассматривается как производительное потребление, оказывающее влияние на экономический рост.

Дальнейшее экономическое развитие страны напрямую связано с сохранением капитала здоровья населения страны. Происходившие в последний период времени в РФ социальные и экономические изменения, а также пандемия привели к смещению в худшую сторону качество жизни и здоровья населения. В соответствии с социальной тенденцией экономической политики состояния здоровья населения необходимо исследовать как экономическую категорию – основу развития экономики страны. Необходимо выделить, что капитал здоровья для человека представляется определённым базовым «фундаментом», характеризующим способность человека к учебе, к труду и к активному образу жизни, а также к восприятию культурных ценностей [18, с. 1669].

При нехватке капитала здоровья, человек не способен в полной мере отдавать себя работе и учебе, и по этой причине, если мы говорим о человеческом капитале нации, то следует начинать с капитала здоровья. Капитал здоровья представляет собой невещественный актив, а носителем данного актива считаются люди. Недостаток капитала здоровья приводит к неэффективной трудовой деятельности и делает рабочую силу непроизводительной. Экономика зависит от вклада каждого предприятия страны, на который, в свою очередь, влияет производительность каждого отдельно взятого индивида, то есть производительность труда каждого отдельно взятого работника конкретного предприятия. А на индивидуальную производительность труда влияет состояние здоровья [11, с. 357].

Результаты

Трансформация собственности, переход к постиндустриальному обществу, становление эпохи инновационного конкурентоспособного производства в России потребовали формирования новой модели развития экономики и новых факторов экономического роста. В новых условиях локомотивом экономического роста становятся творческие производительные силы, принимающие форму человеческого капитала. В основе функционирования человеческого капитала как на уровне индивида, коллектива (группы), так и на уровне общества (государства), лежит капитал здоровья. Инвестиции в здоровье, с одной стороны, определяют саму возможность формирования и функционирования человеческого капитала, с другой стороны, увеличивают его продолжительность действия. Они влекут за собой рост общественного производства и личных доходов граждан, оказывают положительное влияние на темпы социально-экономического развития страны.

Капитал здоровья является составной частью человеческого капитала и обуславливает связь со здоровьем человека, выступая одной из основных детерминант экономического роста. Рассматривая его как теоретическое понятие, исследователи считают его основой формирования и функционирования человеческого капитала в рамках теории экономического роста постиндустриальной экономики. Краткий обзор концепций указывает на необходимость создания методологии эмпирических исследований зависимости качества капитала здоровья с экономикой. Основная проблема эмпирического исследования связана с необходимостью выбора индикаторов капитала здоровья. Понятно, что единого индикатора, который может аппроксимировать теоретическое понятие «капитал здоровья» в эмпирических исследованиях не существует. Поиск факторов, оказывающих влияние на склонность индивида к здоровью сбережению ведутся давно [9, с. 20].

В своей профессиональной деятельности человеку необходимо обладать выносливостью, работоспособностью, физической силой и устойчивостью к различным заболеваниям. Данный капитал закладывается задолго до рождения человека и формируется в течение всей его жизни. Здоровье – это основа жизнедеятельности человека. Поддерживая его на высоком уровне, человек увеличивает свою трудоспособность, повышает производительность труда и эффективность

производства в целом. Однако сегодня общество, а особенно в России, сталкивается с такими проблемами, как невысокая продолжительность жизни, низкая рождаемость, дорогостоящее медицинское обслуживание и т.д., которые резко сокращают капитал здоровья в нашей стране.

По результатам имеющихся исследований в России текущее состояние капитала здоровья экономического активного населения оценивается как низкий, что связано с рядом причин. Наиболее значимыми проблемами для капитала здоровья в России являются:

- несовершенная система здравоохранения, включая недостаточное финансирование и неэффективное распределение ресурсов;
- ограниченный доступ к качественным медицинским услугам, особенно в сельской местности и удаленных районах;
- плохой образ жизни, включающий курение, употребление алкоголя, неправильное питание и малоподвижный образ жизни;
- рост заболеваемости хроническими заболеваниями, такими как диабет, артериальная гипертензия и сердечно-сосудистые заболевания;
- экологические проблемы, включая загрязнение воздуха и воды, что ухудшает здоровье людей.

Социальные детерминанты здоровья относятся к широким категориям причин, факторов и ресурсов, которые оказывают прямое и косвенное влияние на здоровье. Составляющие социальных детерминант общественного здоровья — экономическая стабильность в обществе, доступность образования, инфраструктура и среда обитания, а также общественный контекст и инклюзивность социума, в котором живут люди. Официальный учет влияния социальных детерминант на общественное здоровье в планировании и оказании медицинских услуг – это пока не оформившаяся концепция в медицинском научном дискурсе и в практике оказания медицинской помощи в нашей стране. Результаты исследования свидетельствуют о высоком потенциале использования термина «социальные детерминанты общественного здоровья» в качестве методологической базы для разработки стратегий по улучшению общественного здоровья, а также о том, что управленцы сферы здравоохранения и медицинские работники в большей степени могут оказывать влияние на доступ к медицинским услугам и к просветительской информации в области общественного здоровья, а также на нормы и ценности общества, способствующие широкому распространению и культурному укоренению поведенческих самосохранительных практик поддержания здоровья [19].

Особое место среди факторов, влияющих на капитал здоровья, занимает медицинское обслуживание. Сложная экономическая ситуация, снижение доходов и уровня жизни, дороговизна услуг проводят к халатному отношению к своему здоровью. Кроме того, с развитием цивилизации и появлением новых заболеваний медицина не успевает уделять внимание сохранению здоровью и профилактике болезней, в большей степени нацеливаясь на лечение уже имеющихся заболеваний.

Представленные результаты исследования являются частью (одним из блоков) опроса населения г. Ярославля по проблеме удовлетворенности качеством жизни. В выборку вошли: 77,3% женщин и 22,7% мужчин. По возрасту: 51,7% до 30 лет; 23,4% от 31 до 40 лет; 15,4% от 41 до 50 лет; 7,0% от 51 до 60 лет; 2,5% старше 60 лет. По уровню образования: 70,1% с высшим образованием; 22,4% среднее специальное; 7,5% законченная средняя школа. Семейное положение: 42,3% состоят в первом браке; 28,9% не замужем\не женаты; 8,5% разведены; 8,0% состоят в повторном браке, после развода; 10,4% состоят в гражданском браке; 2,0% вдова\вдовец. Жилищные условия: 56,4% в приватизированной квартире; 13,5% в частном доме; 19,0% снимают жилье; 6,5% в государственной квартире; 4,5% в коммунальной квартире. По занятости: 64,5% работают; 19,0% работают и учатся; 5,0% учатся; 4,0% на пенсии и работают; 7,5% не работают и не учатся. По сфере занятости: 23,9% органы власти, административные органы; 19,8% торговля, услуги; 14,2% образование, медицина, культура; 11,2% промышленность; 5,1% частное предпринимательство; 6,1% транспорт, перевозки; 19,7% другое.

Оценки индивидами состояния своего здоровья, выявляемые с помощью выборочных

количественных исследований, носят субъективный характер и непосредственными индикаторами запаса капитала здоровья являться не могут. Но они имеют то преимущество, что, во-первых, не отрывают здоровье от его носителя – индивида, во-вторых, учитывают образ его жизни, определяющий на 55–60% состояние его здоровья, в-третьих, поддаются статистическому описанию на уровне индивидов.

В нашем исследовании капитала здоровья, мы используем количественный показатель, отражающий, насколько эффективно здоровье человека позволяет ему заниматься трудовой деятельностью. Определенные действия могут как улучшить, так и ухудшить здоровье. Иными словами, измеряя капитал здоровья мы не измеряем непосредственно само здоровье, а учитываем, насколько человеку комфортно проживать и вести трудовую деятельность с таким уровнем здоровья и какой вклад он вносит в его укрепление. В связи с этим наша методика оценки капитала здоровья строится на определении следующих показателей:

- общее самочувствие (самоощущение здоровья);
- наличие хронических заболеваний;
- инвестиции в капитал здоровья.

Показатель «самооценка здоровья» – это субъективная оценка состояния здоровья, позволяющая респондентам выбрать ответ на вопрос «Скажите, пожалуйста, как вы оцениваете свое здоровье?» среди трех предложенных категорий: «У меня хорошее здоровье, болею только сезонными простудными заболеваниями», «В целом хорошее, имею одно хроническое заболевание», «У меня плохое здоровье, имею несколько хронических заболеваний» 54,0% выбрали первый вариант. Однако, исходя из цели исследования необходимо обратить внимание на сумму результатов по второму и третьему вариантам: 46% имеют одно или несколько хронических заболеваний. Простота вопроса и возможность оценить уровень здоровья индивида без непосредственного участия медицинского работника определили широкое распространение данной субъективной оценки на практике. Всемирная организация здравоохранения в 1996 г. рекомендовала к использованию показатель самооценки здоровья как один из основных индикаторов для мониторинга здоровья [5, с. 73].

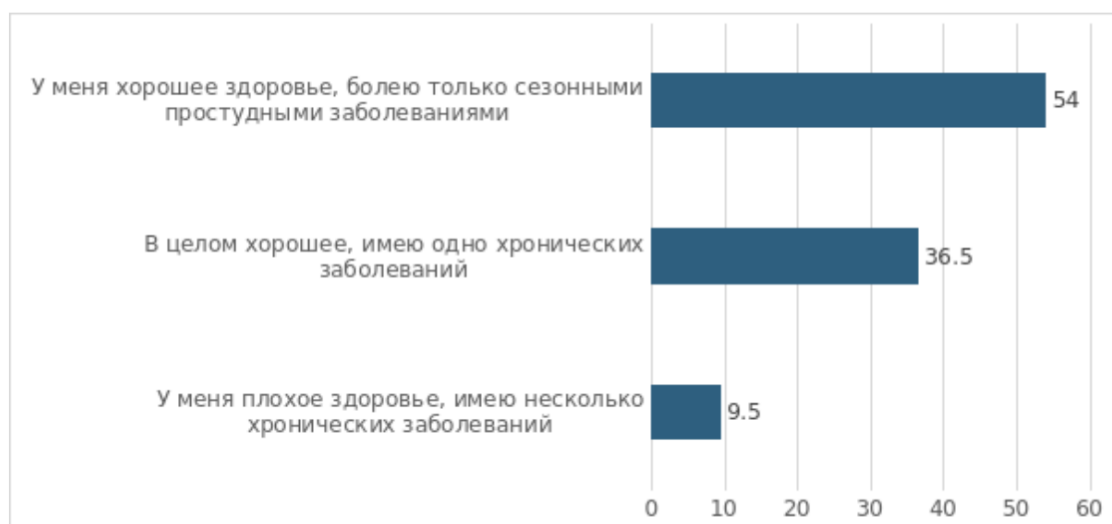


Рисунок 1 – Самооценка респондентами капитала здоровья (% от числа опрошенных)

Источник: разработано автором

Другим важным фактором, определяющим капитал здоровья, является самочувствие. Поэтому ставился вопрос: «Как Вы оцениваете свое самочувствие чаще всего?» полученный результат показал:

- 31,9% - в основном у меня всегда хорошее самочувствие, ничего не болит;
- 62,3% - иногда бывает плохое самочувствие, что-то болит;
- 5,8% - почти всегда плохое самочувствие, что-то постоянно болит.

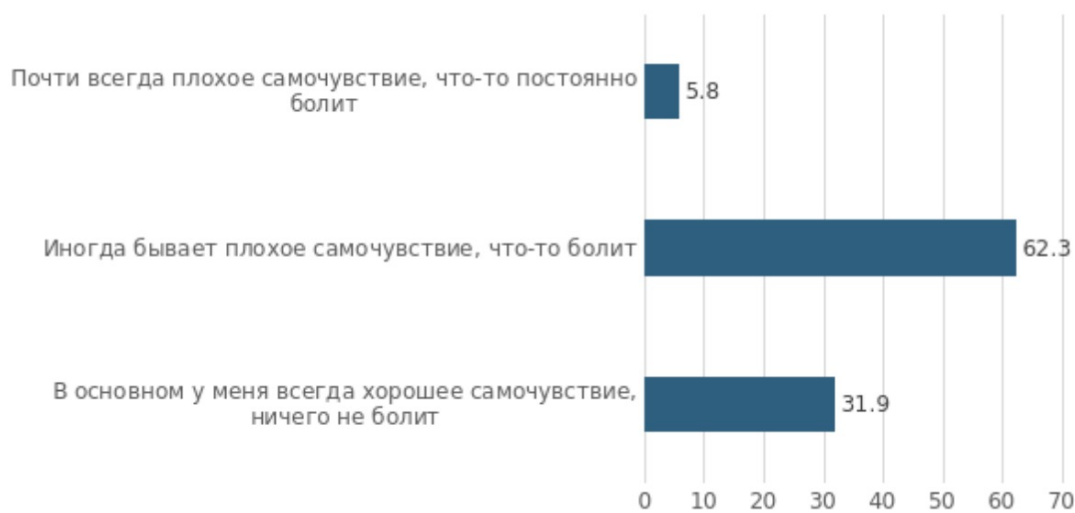


Рисунок 2 – Самооценка респондентами самочувствия капитала здоровья (% от числа опрошенных)

Источник: разработано автором.

В качестве уточняющего задавался вопрос: «Что из перечисленного, беспокоит Вас и как часто?» Результат представлен в таблице 1.

Таблица 1 – Причины плохого самочувствия (% от числа ответивших)

Причины	Часто беспокоит	Иногда беспокоит	Не беспокоит
Головные боли	29,0	58,2	12,8
Повышенное давление	17,0	44,6	38,4
Головокружение	7,5	52,5	40,0
Боли в области сердца	5,1	51,3	43,6
Боль в суставах	24,5	40,8	34,7
Расстройство желудочно-кишечного тракта	11,9	50,0	38,1
Расстройство сна	34,0	31,9	34,1
Боль в спине	32,0	50,9	17,1
Слабость	31,2	41,7	27,1
Тяжесть и боль в ногах	29,2	37,5	33,3
Раздражительность	28,8	42,4	28,8

Источник: составлено авторами на основе результатов проведенного исследования.

По мнению одного из соавторов, практикующего врача эндокринолога, неблагоприятные социальные детерминанты здоровья и вредные поведенческие привычки повышают риски появления и оказывают влияние на течение социально-значимых заболеваний, включая туберкулез, ВИЧ, сердечно-сосудистые заболевания, гипертонию, атеросклероз, диабет, ожирение.

Сниженная склонность к здоровьесбережению при низкой самооценке здоровья говорит о том, что в обществе отсутствует культура именно сохранения здоровья, пока оно есть. Для проверки данной гипотезы в исследовании задавался вопрос: «Как часто Вы посещаете врачей?» результат распределился следующим образом:

Только когда нужно взять больничный лист – 14,3%;

Когда что-то беспокоит, сразу иду к врачу – 21,4%;

Только в крайнем случае, когда уже не возможно терпеть – 35,7%;

Каждые полгода прохожу профилактический осмотр – 11,4%;

Редко, предпочитаю лечиться своими средствами – 17,1%.

Таким образом, гипотеза подтвердилась: обладающие культурой сохранения здоровья составляют 11,4% опрошенных. Предпочитающих заниматься самолечением 17,1% и 35,7% обращаются к врачу только в крайнем случае, когда уже невозможно терпеть – показатель несформированности культуры сохранения здоровья у большей части опрошенных. В этой связи возникает необходимость выявления детерминант, которые бы закрепляли здоровьесберегающее поведение в повседневных практиках. Однако практическая реализация сознательного отношения индивида к своему здоровью как к социальной ценности в современном российском обществе, как показали результаты нашего исследования, находится на низком уровне. Данная гипотеза подтвердилась также результатами, полученными по вопросу: «Что Вы делаете для укрепления своего здоровья?» Результат представлен в таблице 2.

Таблица 2 – Детерминанты здоровьесберегающего поведения в повседневных практиках

Детерминанты	Структура, %
У меня нет вредных привычек	20,0
Занимаюсь регулярно спортом	17,1
Принимаю витамины, биодобавки	20,0
Занимаюсь скандинавской ходьбой	2,9
Раз в год посещаю санаторий	12,9
Ничего специально не делаю	45,7

Источник: составлено авторами на основе результатов проведенного исследования.

Полученные результаты демонстрируют отсутствие поведенческих самосохранительных практик поддержания здоровья у половины опрошенных. Также только 20,0% не имеющих вредных привычек, подтверждают гипотезу о несформированности ценностей, способствующих выработке поведенческих привычек пагубно влияющих на здоровье.

Недостаток существующей методики состоит в субъективности оценок населением своего состояния здоровья. Потенциально этот недостаток преодолим, если осуществить массовое проведение check-up и измерения биологического возраста каждого человека. Большая часть методов предполагает возможность агрегирования на мезо- и макроуровнях экономики, но не дает возможности оценить стоимостные результаты использования капитала здоровья. Часто используемые для создания рейтингов территорий, а также рейтингов компаний интегральные показатели на основе набора частных индикаторов капитала здоровья определяют условия для его воспроизводства, но не измеряют непосредственно его запас. Однако, полученные результаты дают возможность определять не только индивидуальный капитал здоровья, но и агрегированный капитал здоровья на предприятии, в субъекте РФ, в национальной экономике в целом, при этом на каждом уровне экономики приобретать стоимостную форму.

Заключение

Капитал здоровья представляет собой одну из важнейших составляющих человеческого капитала. Следовательно, вопросам сохранения и накопления данного вида капитала важно уделять особое внимание, так как он способствует повышению эффективности организации и производительности труда. В соответствии с этим одной из главных задач в современных реалиях становится накопление и развитие капитала здоровья населения страны на различных уровнях — отдельного индивида, предприятий, государства, что даст возможность поддержать и укрепить общественное здоровье, как основу экономического и социального ресурсного потенциала.

Важным выводом можно считать то, что в качестве инвестиций в развитие капитала здоровья могут рассматриваться исключительно общественно полезные и экономически целесообразные капиталовложения. При этом осуществление инвестиций в воспроизводство капитала здоровья

необходимо как для его носителей, так и для общества в целом. Подтверждением этого является эмпирически обоснованный анализ, позволяющий постулировать, более высокий уровень рентабельности инвестиций в укрепление здоровья населения, по сравнению с инвестиционными вложениями, которые обеспечивают воспроизводство капитала в его традиционных формах. В целом, подводя итоги проведенного анализа, можно утверждать, что именно капитал здоровья в значительной степени является основой развития производительных сил. Данное обстоятельство обуславливает важнейшую роль процесса управления капиталом здоровья, целевая направленность предпринимаемых мер обусловлена ориентацией на достижение ключевых целевых ориентиров социально-экономического развития. Этот процесс обретает свое практическое воплощение в рамках взаимосвязанной совокупности социально-экономических отношений, принципов, методов и форм организации процессов формирования, использования и воспроизводства капитала здоровья как элемента человеческого капитала и важнейшего ресурса социально-экономического развития в целом.

По результатам исследования была признана важность влияния социальных детерминант на капитал здоровья. Представленные результаты демонстрируют необходимость разработки региональных стратегий здравоохранения. По результатам количественного опроса можно сделать вывод о том, что управленцы в сфере здравоохранения и медицинские работники в большей степени могут оказывать влияние на такие социальные детерминанты влияющих на общественное здоровье, как доступ к медицинским услугам, нормы и ценности общества, способствующие широкому распространению и культурному укоренению поведенческих самосохранительных практик поддержания здоровья, доступ к просветительской информации в области общественного здоровья.

В целом, состояние капитала здоровья экономически активного населения г. Ярославля требует значительных улучшений в ближайшие годы. Это включает в себя модернизацию системы здравоохранения и более широкий доступ к качественным медицинским услугам, а также более активную борьбу с вредными привычками.

Рассмотренные в исследовании факторы доказывают, что здоровьесберегающее поведение – это система социальных и поведенческих практик, определяющих благоприятные условия жизнедеятельности человека, уровень его поведенческой культуры, желание поддержать оптимальное качество жизни.

Обеспечение подхода к здоровью населения как к одной из важнейших форм капитала существенным образом трансформирует целевую направленность деятельности органов власти и управления различных уровней от обеспечения реализации достаточно узконаправленных мероприятий медицинского профиля на разработку и претворение в жизнь комплексных решений медико-социального профиля, предполагающих использование принципиально новых подходов к решению проблем, связанных с улучшением состояния здоровья населения как важнейшего показателя качества его жизни, с учетом текущих и перспективных тенденций социально-экономического развития и воздействия большого числа факторов внешней среды.

В качестве рекомендации органам управления здравоохранения и лечащим врачам амбулаторного звена следует учитывать социальные детерминанты здоровья, связанные с его образом жизни, включая вредные привычки (курение), пристрастия в еде, двигательную активность. Во избежание увеличения времени на прием, а, следовательно, увеличения нормативов труда, правильной стратегией должна быть опора на медсестринский персонал: решающее значение в сборе информации, относящейся к социальным детерминантам здоровья, необходимой врачам для планирования и оказания стационарного и амбулаторного лечения пациентов, должны играть медицинские сестры.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аганбегян А. Г. (2020). О целевой направленности региональной стратегии социально-экономического развития. Экономические стратегии, Т. 22, № 1 (167), С. 6—17. DOI: 10.33917/es-1.167.2020.
2. Бодрягина А. С., Бутяева А. Г., Форрестер С. В. (2023). Капитал здоровья как составляющая человеческого капитала: проблемы и перспективы формирования в современной экономике. Материалы XLIX Самарской областной студенческой научной конференции. Том 1. Секция «Менеджмент, маркетинг и логистика», 10–21 апреля 2023 г., С. 57—58.
3. Булычева Е. В., Тупикова Н. Н. (2025). Взаимосвязь самооценки здоровья молодого поколения с социально-экономическим статусом и социальной поддержкой: эмпирическое исследование. Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание], Т. 71, № 5, С. 19. DOI: 10.21045/2071-5021-2025-71-5-19. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1852/30/lang,ru/>.
4. Егорова Н. Н., Лавренюк-Исаева Н. М., Франц М. В. (2023). Социальная зрелость личности среди детерминант здоровьесберегающего поведения. Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены, № 1, С. 251—278. DOI: 10.14515/monitoring.2023.1.2307.
5. Канева М. А. (2021). Оценки капитала здоровья для российских регионов в 2004–2018 гг. Регион: экономика и социология, № 1 (109), С. 72—96. DOI: 10.15372/REG20210103.
6. Киселева Л. С. (2011). Роль ресурса здоровья в социально-экономическом развитии страны. Известия ИГЭА, № 2, С. 144—147.
7. Киселева Л. С. (2011). Экономика здоровья: концептуальные положения нового научного направления. Известия высших учебных заведений. Социология. Экономика. Политика, № 1, С. 47—50.
8. Кобякова О. С., Шибалков И. П., Соломатников И. А., Тимонин С. А., Щур А. Е., Лагутин М. Д., Тюфилин Д. С., Деев И. А., Никитина С. Ю. (2024). Медико-демографическая ситуация в России: долгосрочные тенденции, прогнозы и резервы улучшения. Анализ риска здоровью, № 2, С. 4—17. DOI: 10.21668/health.risk/2024.2.01.
9. Куделина О. В., Канева М. А. (2020). Выбор индикатора капитала здоровья в российских регионах. Экология человека, № 9, С. 18—27.
10. Ладик Е. А., Шипилов И. В., Воронин В. Н. (2019). Хронические неинфекционные заболевания и факторы их развития. Вопросы диетологии, Т. 9, № 4, С. 24—36. DOI: 10.20953/2224-5448-2019-4-24-36. URL: <https://www.doi.org/10.20953/2224-5448-2019-4-24-36> (дата обращения: 14.12.2025).
11. Мелехина П. Ю., Дмитриев А. Г. (2021). Перспективы развития человеческого капитала в экономике Российской Федерации. Экономика: вчера, сегодня, завтра, Том 11, № 3А, С. 355—364.
12. Пишняк А. И., Горайнова А. Р., Назарбаева Е. А., Халина Н. В. (2020). Инвестиции среднего класса в человеческий капитал: потребление платных услуг в области образования и медицины. Вопросы экономики, № 11, С. 69—85.
13. Пузанова Ж. В., Вялов И. С. (2013). Управление здоровьем: научные подходы к исследованию здоровья и здоровьесберегающего поведения у студентов. Вестник Российского университета дружбы народов им. П. Лумумбы, № 4, С. 94—103.
14. Ревич Б. А., Кузнецова О. В., Харькова Т. Л., Подольная М. А. (2019). Экономические факторы дифференциации российских мегаполисов по уровню смертности. Социальные аспекты здоровья населения [электронный журнал], № 3. DOI: 10.21045/2071-5021-2019-65-3-5.
15. Илларионов А. Е. (ред.) (2021). Региональная экономика: опыт и проблемы: материалы XIV Международной научно-практической конференции (Гутманские чтения), 12 мая 2021 года. Владимир: Владимирский филиал РАНХиГС. — 307 с. ISBN 978-5-907389-27-4. URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785907389274.html> (дата обращения: 22.12.2025).
16. Решетников А. В. (2012). Эволюция социологии медицины. Социология медицины, № 2, С. 4—10.

17. Розмаинский И. В., Татаркин А. С. (2018). Неверие в будущее и «негативные инвестиции» в капитал здоровья в современной России. Вопросы экономики, № 1, С. 128—150.
18. Сидоров Р. В. (2021). Значение капитала здоровья населения страны для ее экономики. Проблемы управления социально-экономическими системами и пути их решения, Том 16, № 4, С. 1667—1670.
19. Тарасенко Е. А., Русских С. В., Васильева Т. П., Макарова Е. В., Горбачева Н. А., Ротов В. М. (2024). Социальные детерминанты здоровья как методологическая основа для разработки стратегий по улучшению общественного здоровья: зарубежный опыт и уроки для России. Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание], Т. 70, № 2, С. 3. DOI: 10.21045/2071-5021-2024-70-2-3. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1583/27/lang.ru/>.
20. Хабибуллина А. Р., Александрова Е. А., Аистов А. В. (2021). Оценки неравенства в здоровье россиян. Вопросы экономики, № 3, С. 117—138.
21. Цехла С. Ю., Плугарь Е. В. (2017). Здоровье населения и развитие экономики здоровья. Ученые записки Крымского федерального университета имени В.И. Вернадского. Экономика и управление, Т. 3, № 1, С. 104—110.
22. Шибалков И. П. (2017). Эволюция теоретических представлений о здоровье как экономической и социальной категории. Интернет-журнал «НАУКОВЕДЕНИЕ», Том 9, № 3. URL: <https://naukovedenie.ru/PDF/97EVN317.pdf> (дата обращения: 10.12.2025).
23. Шматова С. С. (2017). Социальные детерминанты здоровьесберегающего поведения (на примере студентов вузов). Изв. Саратов. ун-та. Нов. сер. Сер. Социология. Политология, Т. 17, вып. 1, С. 56—58. DOI: 10.18500/1818-9601-2017-17-1-56-58.
24. Ядов В. А. (2007). Стратегия социологического исследования. Описание, объяснение, понимание социальной реальности. М.: Омега-Л.
25. Grossman M. The Demand for Health: A Theoretical and Empirical Investigation. Columbia University Press. DOI: 10.7312/gros17900. URL: <https://www.jstor.org/stable/10.7312/gros17900> (дата обращения: 12.12.2025).
26. Grossman M. (2004). The demand for health, 30 years later: a very personal retrospective and prospective reflection. Journal of health economics, Vol. 23, No. 4, pp. 29—36.

Empirical analysis of health capital as a factor of economic and social resource potential

Popova Irina Viktorovna

Doctor of Sociological Sciences, Associate Professor

Yaroslavl State Technical University, Yaroslavl, Russian Federation

E-mail: pivik@list.ru

Zhilina Anna Nikolaevna

Candidate of Medical Sciences

Yaroslavl State Medical University, Yaroslavl, Russian Federation

E-mail: zhilina-1979@mail.ru

Zorin Alexey Viktorovich

Candidate of Economic Sciences, Associate Professor

Kostroma State Agricultural Academy, Kostroma, Russian Federation

E-mail: zav104@yandex.ru

KEYWORDS

human capital, health capital, health-saving behavior, health economics, determinants of health, investments

ABSTRACT

One of the most common problems of declining labor productivity is health problems, which is why health capital research is increasingly in demand. However, the abstract nature of the concept of health capital and the lack of a single generally accepted methodology for evaluating indicators pose a scientific research problem. The subject of the study is the impact of public health on the development of economic processes in the country. The basis for the development of the concept of health capital was the consideration of health as an asset that allows a person to use his human capital for as long as possible. This formulation of the issue required consideration of health—saving behavior as the main endogenous factor of people's inequality in health, which is the focus of attention of several scientific disciplines, the key among which are medicine, economics and sociology. The problem of the lack of a generally accepted methodology for creating a single indicator that can approximate the theoretical concept of «health capital» in empirical research has determined the purpose of this material. In this article, the author's methodology for creating indicators of health capital is proposed. Based on the fact that social determinants of health belong to broad categories of causes, factors and resources that have a direct and indirect impact on health, such indicators as: general well-being (self-awareness of health); the presence of chronic diseases were selected.; investing in health capital. In our study of health capital, we use quantitative indicators that reflect how effectively a person's health allows them to engage in work. Certain actions can both improve and worsen your health. In other words, when measuring health capital, we not only measure health itself directly, but also take into account how comfortable a person is to live and work with such a level of health and what contribution he makes to its strengthening.
