

Елена Рождественская, Вероника Маланина,

Елена Клемашева, Галина Барышева

ПРЕДИКТОРЫ ИНВЕСТИРОВАНИЯ В КАПИТАЛ ЗДОРОВЬЯ СТАРШЕГО ПОКОЛЕНИЯ

Исследования ряда ученых направлены на оценку взаимосвязей социально-экономических институтов с процессами накопления и сохранения капитала здоровья. Экономические, культурные, социальные и экологические факторы в совокупности оказывают синергетическое воздействие на принятие решений об инвестировании в здоровье, что, в свою очередь, отражается на показателях накопления капитала здоровья в старшем возрасте. Целью данного исследования является анализ предикторов инвестирования в здоровье, влияющих на процессы его сохранения и накопления в старшем возрасте на основе эмпирических данных. Материалом для исследования послужили данные социологического опроса «Капитал здоровья старшего поколения», проведенного в 2022 г. среди лиц старше 55 лет (N=300) на территории Томской области. Установлено, что трудовая активность, уровень удовлетворенности состоянием здоровья и материальным благополучием, а также доверие к учреждениям здравоохранения оказывают статистически подтвержденное воздействие на формирование стратегии инвестиций в здоровье. Выход на пенсию не играет решающей роли в процессе сохранения здоровья, при условии активности в трудовой и социальной сферах. Выявлено, что несмотря на влияние внешней среды

Елена Михайловна Рождественская – к.экон.н, доцент, в.н.с., Международная научно-образовательная лаборатории технологий улучшения благополучия пожилых людей, доцент, Бизнес-школа, Томский политехнический университет, Томск, Россия. Электронная почта: elena.rojdestvenskaya@gmail.com

Вероника Анатольевна Маланина – к.экон.н., доцент, Бизнес-школа, Томский политехнический университет, Томск, Россия. Электронная почта: milanskaya@mail.ru

Елена Игоревна Клемашева – к.экон.н., доцент, Бизнес-школа, Томский политехнический университет, Томск, Россия. Электронная почта: klemaha@mail.ru

Галина Анзельмовна Барышева – д.экон.н., профессор, Бизнес-школа, Томский политехнический университет, Томск, Россия. Электронная почта: ganb@tpu.ru

на поведенческие паттерны заботы о здоровье, ее роль в формировании капитала здоровья требует дополнительного изучения. Отношение к инвестициям в собственное здоровье разделяется на две подгруппы: тех, кто вкладывает силы и средства в свое здоровье, и тех, кто этого не делает. Обнаружено, что не уделяют внимания инвестициям в здоровье представители возрастной группы 70–74-х лет. Такие факторы, как пол, место жительства и состав семьи не оказывают значимого влияния на выбор стратегии инвестирования в здоровье. В то же время работающие пожилые люди, ведущие активный образ жизни, чаще выражают удовлетворение своим здоровьем и материальным состоянием и, как показывают статистические данные, более склонны к инвестициям в сохранение и укрепление здоровья по сравнению с пенсионерами, ведущими пассивный образ жизни. Капитал здоровья старшего поколения определяется вложениями в накопление и сохранение ресурса здоровья на протяжении всей жизни, а также возможностями внешней среды, которые либо способствуют, либо ограничивают практики таких инвестиций.

Ключевые слова: инвестирование в здоровье, капитал здоровья, пожилые люди, ресурсный потенциал, экономика старения, социальная политика

DOI: 10.17323/727-0634-2023-21-4-647-660

Процессы старения населения акцентируют внимание на необходимости пересмотра социальной политики с целью интеграции пожилых в экономическую жизнь и преобразования их из пассивных получателей в активных участников социально-экономических процессов. Повышение социальной и экономической активности старшего поколения может способствовать снижению социальной и экономической нагрузки. Социальная политика под воздействием тенденций осознания «пожилых людей как ресурса» развивается в направлении концепции активного долголетия (*active ageing*) (Григорьева и др. 2019: 129). Эффективная трансформация социальной политики предполагает развитие понимания взаимосвязей между социальными институтами и эндогенными факторами здоровья, которые могут стимулировать либо препятствовать стратегии активного долголетия и развития человеческого капитала в условиях неизбежного старения общества.

Социальные институты анализируются через призму влияния социальных взаимодействий на процессы накопления и сохранения капитала здоровья (Næss 2019; Im 2018; Gengler 2014). Капитал здоровья в широком смысле рассматривается в контексте воздействия окружающей среды на ментальное, физическое и социальное благополучие человека. Основная научная проблема заключается в оценке стоимости влияния институтов на динамику капитала здоровья. Такие эффекты могут быть количественно измерены. Например, как это сделано в исследовании влияния урагана или гуманитарных катастроф на амортизацию капитала здоровья (Ezell 2022).

В рамках данного исследования под социальными институтами мы понимаем совокупность социально-экономических взаимодействий в сферах занятости, образования, здравоохранения, взаимодействия с социальным окружением, а также условия независимого и безопасного проживания (Ezell 2022; Quick et al. 2019; Дорожкин, Щербина 2014; Sampson, Graif 2009; Karol, Gale 2005; Agius 2003). Современные зарубежные исследования подтверждают наличие устойчивой связи между социальными институтами и социальным статусом с динамикой капитала здоровья (Rossi 2016; Diener, Suh 2003; Wadsworth et al. 1999; Grossman 1972). Отмечается методологический переход от рассмотрения текущих расходов на здоровье к их пониманию как инвестиций (ЕЭК ООН 2016: 6; Mammen et al. 2009). Капитал здоровья анализируется как совокупность личных активов и преимуществ, которые человек имеет изначально или которые ему доступны. Эти активы включают в себя личные качества и доходы. В современном контексте концепция капитала здоровья в значительной степени опирается на институциональные факторы (*enabling environment*), создающие поддерживающую среду, а не только на биологические активы и сферу здравоохранения. В нашем исследовании капитал здоровья понимается как спектр социально-экономических взаимоотношений в основных сферах жизни и деятельности человека, включая: (1) занятость; (2) участие в социальной жизни; (3) независимое, здоровое и безопасное проживание; (4) наличие возможностей и благоприятной среды для активного долголетия, способствующих накоплению и сохранению здоровья.

Интернализация социального капитала (Bart 2014; Белов, Роговина 2013), как процесс тесного взаимодействия и объединения разных капиталов, способствует формированию внутренней ментальной «логики», влияющей на повседневные решения и поведение человека в разнообразных социальных контекстах, таких как семья, соседство, сообщество, рабочее место. Эта «логика» также находит отражение во внешних символах, например, в выборе продуктов питания, одежды, образовательных учреждений. Накопление и сохранение капитала здоровья зависят от индивидуальной стратегии инвестирования или не инвестирования в здоровье (Guimarães 2007), а также от поведенческих паттернов и результатов, связанных с поддержанием здоровья (Han, Powell 2013; Han et al. 2012; Ljungvall, Zimmerman 2012; Sallis, Glanz 2009).

Таким образом, восприятие здоровья и связанные с этим повседневные практики частично зависят от условий жизни и социальных отношений, а также от истории принадлежности к определенному сообществу (Dumas et al. 2014). Личная ценность, придаваемая капиталу здоровья, определяет стратегии инвестиций в ресурс здоровья и влияет на процессы его накопления и поддержания на протяжении всей жизни. Следовательно, процессы социализации влияют на формирование стратегий инвестирования в капитал здоровья и, как следствие, на продолжительность здоровой жизни (Smith et al. 1998). Меры социальной политики в сфере здравоохранения, направленные на снижение расходов на поддержание здоровья у отдельных групп населения,

например, таких как астматики и аллергики, могут оказывать значительное позитивное влияние на процессы накопления и сохранения капитала здоровья (Bolin, Lindgren 2002). Эти группы тратят на свое здоровье больше по сравнению с остальным населением. Введение поддерживающих инициатив, таких как субсидирование лекарственных препаратов, улучшение условий окружающей среды и повышение доступности медицинского обслуживания, может существенно снизить финансовую нагрузку на этих индивидов. Создание благоприятных институциональных условий, обеспечивающих доступ к необходимой медицинской помощи и поддержке, напрямую способствует улучшению состояния здоровья и увеличению продолжительности активной жизни у таких групп населения. Ряд исследователей также отмечают, что увеличение социальной поддержки связано с улучшением физического и психического здоровья (Han et al. 2012; Ljungvall, Zimmerman 2012, Mickelson, Kubzansky 2003). В случае, когда социальная активность человека интенсифицируется, появляются возможности и ресурсы, способствующие накоплению и сохранению здоровья (Ljungvall, Zimmerman 2012).

Социальные институты играют значимую роль в процессах накопления и сохранения капитала здоровья. Большинство исследований на эту тему выполнены с применением качественных методов, таких как интервью и фокус-группы. В то же время количественные исследования и анализ корреляций, отражающих влияние социальной среды на капитализацию здоровья, встречаются в научных публикациях нечасто. Данное исследование направлено на выявление предикторов инвестирования в здоровье в старшем возрасте на основе эмпирических данных, полученных в ходе социологического опроса, проведенного Международной научно-образовательной лабораторией технологий улучшения благополучия пожилых людей Томского политехнического университета (далее – Лаборатория). Мы предполагаем, что идентификация данных взаимосвязей послужит основой для разработки рекомендаций по формированию социальной политики, направленной на улучшение качества жизни старшего поколения.

Материалы и методы

Наше исследование основано на данных социологического опроса «Капитал здоровья старшего поколения», проведенного в июле 2022 г. на территории Томской обл., в котором приняли участие 300 человек в возрасте старше 55 лет. Опрос организован в рамках ежегодного мониторинга благополучия пожилых людей в регионе и фокусировался на выявлении проблем, связанных с накоплением и сохранением капитала здоровья, и оценке ограничений в реализации ресурсного потенциала старшего поколения. Коллективом Лаборатории с 2014 г. регулярно проводятся исследования, целью которых является анализ определенных аспектов благополучия пожилых людей, включая такие проблемные зоны, как

одиночество, качество жизни, удовлетворенность институтами социальной сферы (Столбова, Ращихулина 2020). В предыдущие годы число участников опроса было следующим: 450 чел. в 2019 г. в возрасте от 50 лет и старше; 600 чел. аналогичного возраста в 2020 г.; 400 чел. старше 55 лет в 2021 г. (Российский индекс... 2021).

Для формирования выборки мы опирались на данные (Росстат 2021), согласно которым в 2021 г. в Томской области проживало 286 296 граждан предпенсионного и пенсионного возраста, что составляло 26,7% от общей численности населения региона. Эта информация помогла определить объем и структуру выборки для изучения взглядов и поведения людей старшего возраста в контексте капитала здоровья (Guimarães 2007). Для более глубокого понимания различий в отношении к здоровью и связанных с ним поведенческих особенностей, респонденты разделены на три возрастные группы. Первая группа – «собственно пожилые люди», включала граждан от 55 до 64 лет. Вторая охватывала возрастной диапазон 65–74 года. Третья – включала лиц в возрасте 75 лет и старше. Такая классификация позволила провести детализированный анализ и сформулировать более точные выводы относительно особенностей здоровьесберегающего поведения старшего поколения.

Исследование проведено методом стандартизованного личного интервью. Для создания квотной выборки отобрано 300 респондентов, проживающих в Томской области, достигших возраста 55 лет и старше. При формировании выборки, чтобы обеспечить ее репрезентативность, учитывались географические и демографические критерии в соответствии с генеральной совокупностью Томской обл. Географические квоты распределялись следующим образом: 55% участников проживали в Томске, 20% – в других городах области, 25% – в сельской местности. Что касается демографического признака, выборка включала 39% мужчин и 61% женщин.

Разработанная анкета опроса «Капитал здоровья старшего поколения» состояла из 66-ти вопросов, охватывающих различные аспекты жизни старшего поколения, важные для реализации их ресурсного потенциала. Основные темы анкеты касались социальных настроений и связей, занятости, благосостояния, взаимодействия с медицинскими и социальными учреждениями, а также цифровых практик пожилых. Структура анкеты выстраивалась на основе анализа институциональных сфер жизнедеятельности человека по аналогии с методом *Active Ageing Index* (Барышева и др. 2022). Этот подход позволил всесторонне проанализировать влияние социальной политики на образование, здравоохранение, доступность и безопасность жилищных условий, а также на социальную защищенность старшей возрастной группы. Он рассматривает здоровье с позиции эффективности работы социальных институтов, доступности среды и качества трудовой жизни, что является ключевым приоритетом государственной социальной политики.

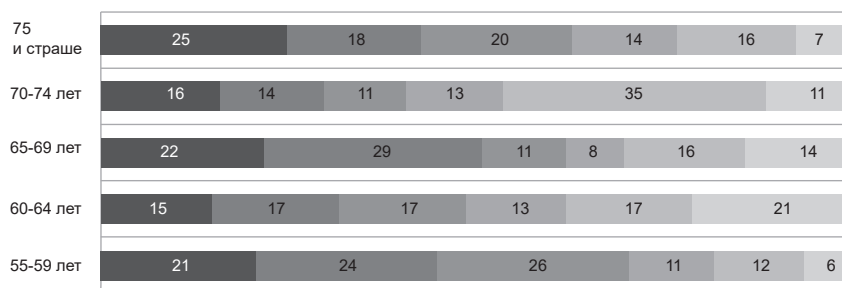
Гипотеза данного исследования базируется на предположении, что деятельность институтов, направленная на реализацию ресурсного потенциала

пожилых людей (включая различные их комбинаций), оказывает влияние на субъективные оценки старшим поколением процессов накопления и сохранения капитала здоровья. Для проверки этой гипотезы был проведен корреляционный анализ. Мы изучили связи между переменными, отражающими деятельность социальных институтов, и субъективными оценками состояния здоровья пожилых людей в Томской области.

Результаты исследования и обсуждение

Опрос 2022 г. показал, что мнения участников относительно инвестиций в здоровье разделились на две основные группы. Первая состояла из тех, кто всю жизнь или с некоторых пор активно вкладывает силы и средства в поддержание своего здоровья (41 %). Вторая группа включала тех, кто по разным причинам не занимался активными инвестициями в свое здоровье (48 %). Примечательно, что наибольшее количество людей, скептически относящихся к вопросу инвестиций в здоровье («нигилистов»), отмечено среди возрастной группы 70–74-х лет: 36 % не видят смысла в приложении усилий для его поддержания.

ОТНОШЕНИЕ К ИНВЕСТИЦИЯМ В ЗДОРОВЬЕ (%)



- Я всю жизнь вкладываю силы и средства в сохранение своего здоровья
- Я решил вкладывать силы и средства в сохранение своего здоровья недавно /незадолго до выхода на пенсию / когда вышел на пенсию
- Я планирую вкладывать силы и средства в сохранение своего здоровья, но пока нет возможности
- Я не планирую вкладывать силы и средства в сохранение своего здоровья, т.к. нет средств и/или сил
- Я не планирую вкладывать силы и средства в сохранение своего здоровья, т.к. нет смысла
- Затрудняюсь ответить, не думал об этом

Рис. Отношение к инвестициям в здоровье в % (Томск, 2022, N=300)

Среди женщин больше доля тех, кто заявил о постоянных инвестициях в свое здоровье на протяжении жизни (22 %), среди мужчин аналогичный показатель составил 17 %. Кроме того, женщины вдвое больше говорят

о намерении делать это в будущем (22 против 10% у мужчин). Мужчины чаще не видят смысла в таких инвестициях (24 против 16% у женщин). В сельских районах отмечается в два раза меньше людей, инвестирующих в здоровье на протяжении всей жизни (11 в сравнении с 23–24% в городах). Здесь больше тех, кто не видит смысла в инвестициях в здоровье (23% в сравнении с 11% в малых городах и 19% в Томске). Такие факторы, как пол и место проживания, оказались незначимыми для инвестирования пожилых в здоровье (табл.). Доверие к органам власти и учреждениям здравоохранения показали положительную связь со стратегией инвестирования в здоровье. Таким образом, мы видим, что доверие является важным фактором для формирования долгосрочных здоровьесберегающих практик и доверяющие с большей вероятностью откликаются на соответствующую социальную политику.

Таблица

Влияние качественных индикаторов на стратегию инвестирования в здоровье

<i>Осуществление инвестиций в здоровье (положительные ответы* объединены)</i>	<i>хи-квадрат</i>	<i>p-value</i>
Пол	0,488	0,485
Место проживания (город/село)	2,535	0,112
Наличие работы	4,261	0,039
Одинокое проживание	0,004	0,950
Проживание с детьми (и их семьями)	0,311	0,578
Проживание с супругом	0,000	1,0000
Регулярная физическая активность	19,365	<0,001
Удовлетворенность здоровьем	6,191	0,013
Удовлетворенность материальным положением	7,819	0,006
Субъективно некритическое материальное положение («могу покупать одежду и обувь» и выше)	17,443	<0,001
Наличие статуса «пенсионер»	0,703	0,402
Наличие высшего образования	1,021	0,313
Доверие к органам власти	6,026	0,015
Доверие к учреждениям здравоохранения	6,496	0,011
Хорошее и очень хорошее здоровье в сравнении со сверстниками	7,054	0,000

* «Я всю жизнь вкладываю силы и средства в сохранение своего здоровья» и «Я решил вкладывать силы и средства в сохранение своего здоровья недавно/незадолго до выхода на пенсию/когда вышел на пенсию».

Полученные данные свидетельствуют, что такие социальные переменные, как пол, место проживания и состав домохозяйства, не оказывают значимого влияния на выбор стратегии инвестирования в здоровье. А наличие работы

и регулярная физическая активность выступают как значимые объективные параметры, влияющие на этот выбор. Субъективные индикаторы, такие как удовлетворенность здоровьем и материальным положением, также показывают уверенную значимость. Их ассоциированность с инвестициями в здоровье может иметь как двустороннюю причинно-следственную связь, так и не иметь никакой. Основываясь на полученных данных, можно утверждать, что работающие и физически активные пожилые люди чаще довольны своим здоровьем и материальным положением, и, как следствие, чаще инвестируют в здоровье по сравнению с неработающими и неактивными сверстниками. Сам по себе выход на пенсию, который может происходить в разном возрасте, оказывается менее значимым фактором для принятия решений об инвестировании в здоровье. Важное значение имеет доверие к органам власти и учреждениям здравоохранения: пожилые люди, которые доверяют этим институтам, значительно чаще инвестируют в свое здоровье, чем те, кто выражает недоверие.

Корреляционный анализ демонстрирует, что прямой связи между деятельностью социальных институтов и удовлетворенностью здоровьем нет. В качестве объясняемой переменной использована самооценка удовлетворенностью собственным здоровьем, где респонденты сравнивали свое состояние здоровья со здоровьем своих сверстников. Ответы «очень хорошее» и «хорошее» сгруппированы как положительная оценка здоровья.

Анализ выявил, что хотя статистически значимых и сильных корреляций между сравнительным здоровьем и другими субъективными или объективными индикаторами качества жизни не обнаружено, некоторые интересные связи все же присутствуют. Обнаружена умеренная корреляция с удовлетворенностью здоровьем (0,335***), и с регулярными занятиями спортом (0,296***). Также выявлены слабые, но значимые связи между сравнительным здоровьем и совокупными усилиями (хотя бы по одному направлению) по инвестированию в здоровье (0,153***), уровнем доходов (0,194***) и регулярным использованием интернета минимум раз в неделю (0,122***). Работающие респонденты чаще используют интернет, субъективно чувствуют себя моложе и больше инвестируют в свое здоровье. Уровень образования и необходимость ухода за другими пожилыми людьми не показали наличие корреляций со сравнительным здоровьем.

Таким образом, операциональные переменные, на которые можно целенаправленно воздействовать – это наличие работы и уровень физической активности. Это означает, что капитал здоровья может зависеть от стремления и способности человека инвестировать в развитие своих профессиональных компетенций, прежде всего через образование и самообразование. Также значительное влияние на процессы накопления и сохранения капитала здоровья оказывает поддержка физической активности. Она может включать такие виды деятельности, как зарядка, пешие прогулки, участие в активных формах досуга, например, садоводство, танцы, скандинавская ходьба. Несмотря на большое влияние «врожденных» биологических активов, которые представляют собой

индивидуальный ресурс здоровья, эти факторы практически невозможно контролировать. Поэтому в процессе объективного старения на передний план выходят субъективные факторы, такие как желание и способность развивать профессиональную деятельность и поддержание активного образа жизни.

Результаты исследования показывают необходимость переосмысления подходов к формированию социальной политики активного долголетия. Старшее поколение можно рассматривать не просто как получателей помощи, а как активный человеческий капитал, который нуждается в создании условий для своей реализации. Таким образом, социальная политика должна расширяться за пределы поддержки «слабого старшего поколения» и сфокусироваться на создании институциональных условий для актуализации их ресурсов в интересах общества. Здоровье связано с возможностями и желанием продолжать трудовую деятельность. Следовательно, социальная политика в интересах старшего поколения должна стремиться к преодолению негативного отношения работодателей к возрастным работникам, а также к разрушению социальных стереотипов, связанных с представлениями о «ненужности» пожилых людей. Отметим, что хотя возможности внешней среды влияют на поведенческие паттерны активного долголетия, они не являются решающими факторами. Корреляции между такими факторами, как наличие спортивной инфраструктуры или парков, и желанием поддерживать здоровье существуют, но они незначительны. Также выявлено, что материальное благополучие значительно коррелирует с удовлетворенностью здоровьем. Однако следует учитывать, что материальное благосостояние, как фактор накопления и сохранения капитала здоровья, является комплексным показателем, поскольку хорошее здоровье повышает производительность, что, в свою очередь, позитивно отражается на материальном достатке.

Выводы и дискуссия

Исследование подтвердило наличие взаимосвязи между институциональными факторами и процессами накопления и сохранения капитала здоровья. Анализ научной литературы подтверждает, что оценка предикторов инвестирования в здоровье является ключевым элементом для понимания этих процессов. В зависимости от используемых подходов и методологии, исследования приходят к различным, но в целом сопоставимым результатам, демонстрирующим общие тенденции. Исследователи сходятся в том, что процессы социализации и доступность инфраструктуры оказывают значительное влияние на выбор стратегии инвестирования в здоровье. Последнее влияет на стоимость накопленного капитала здоровья и на человеческий капитал в целом.

Результаты анализа показали, что уровень доверия к органам власти и учреждениям здравоохранения способствует распространению практик сохранения здоровья среди старшего поколения. Это подчеркивает необходимость включения в социальную политику мер, направленных на создание

доверительных и долгосрочных отношений между гражданами и социальными институтами как предикторов, содействующих инвестированию в здоровье. В то же время социальные переменные, такие как пол, возраст или место проживания, оказались менее значимыми для накопления ресурса здоровья по сравнению с объективными переменными, такими как занятость и регулярная физическая активность. Мы считаем, что социальная политика в сфере здравоохранения и здоровьесбережения может ориентироваться на поддержку занятости старшего поколения и обеспечение доступности спортивной инфраструктуры, включая такие меры, как информирование о новых формах занятости, адаптированных для пожилых (удаленная работа или платформенная занятость), а также о способах поддержания физической активности, например, через виртуальные спортзалы или в группах активного долголетия.

Капитал здоровья в старшем возрасте определяется способностью инвестировать в собственное здоровье на протяжении всей жизни и возможности для реализации этих инвестиций. Это означает, что важно не только иметь желание и понимание необходимости поддержания здоровья, но и обладать доступом к соответствующим ресурсам и услугам, которые могут поддерживать и улучшать здоровье на разных этапах жизни.

Благодарности

Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда № 19–18–00300, URL: <https://rscf.ru/project/19–18–00300/>. Конфликт интересов отсутствует.

Редакция благодарит программу «Университетское партнерство» за поддержку и возможность опубликовать данную статью.

Материалы для анализа

ЕЭК ООН (2016) *Руководство по измерению человеческого капитала*. Доступно по ссылке: https://unece.org/DAM/stats/publications/2016/ECECESSTAT20166_R.pdf (дата обращения: 2 июня 2023).

Российский индекс благополучия старшего поколения (2021) *Институты реализации ресурсного потенциала старшего поколения в экономике старения, 2019–2021*. (РНФ № 19–18–00300). Доступно по ссылке: <https://rewi.tpu.ru> (дата обращения: 2 июня 2023).

Росстат (2021) *Численность постоянного населения Российской Федерации по муниципальным образованиям на 1 января 2022 года*. Доступно по ссылке: <https://rosstat.gov.ru> (дата обращения: 2 июня 2023).

Список источников

Барышева Г. А., Недоспасова О. П., Павлова И. А., Рождественская Е. М., Барышев А. А. (2022) Капитал здоровья старшего поколения: социологические данные для оценки процессов накопления и сохранения (на примере Томской области). *Вестник Томского государственного университета*, (484): 194–206.

Белов В. Б., Роговина А. Г. (2013) Социальный капитал и здоровье населения. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*, (6): 3–5.

Григорьева И. А., Уханова Ю. В., Смолева Е. О. (2019) Трансформация социальной политики в России в контексте старения населения. *Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз*, 12 (5): 124–140.

Дорожкин Е. М., Щербина Е. Ю. (2014) Взаимодействие социальных институтов в процессе формирования человеческого капитала. *Вестник Томского государственного университета*, (381): 184–188.

- Столбова Т. В., Рашикулина Е. Н. (2020) Здоровьесберегающие технологии в работе социальных служб с людьми пожилого возраста. С. И. Линник-Ботова, Гагауз О. А. (ред.) *Наука и образование: отечественный и зарубежный опыт: сборник трудов 28-й международной научно-практической конференции*. Белгород: 334–338.
- Agius R. (2003) *What is 'Environmental Health'?* Available at: www.agius.com/hew/resource/envhlth.htm (accessed 2 June 2023).
- Barr D. A. (2014) Understanding How Low Social Status Leads to Poor Health. In: *Health Disparities in the United States: Social Class, Race, Ethnicity & Health*, 2nd ed.; Johns Hopkins University Press: Baltimore, MD, USA: 64–98.
- Bolin K., Lindgren B. (2002) Asthma and Allergy: The Significance of Chronic Conditions for Individual Health Behavior. *Allergy*, 57 (2): 115–122.
- Diener E., Suh E. M. (2003) *Culture and Subjective Well-being*. Cambridge: MIT
- Dumas A., Savage M., Stuart S. (2014) Anti-normative Lifestyles in Cardiac Rehabilitation: Underprivileged Men's Post-Heart Incident Lives. *Health*, 18 (5): 458–475.
- Ezell J. M. (2022) Environmental Health Capital: A Paradigm for Environmental Injustice Prevention and Truth and Reconciliation. *Local Environment*, 27 (2): 131–144.
- Gengler A. M. (2014) 'I Want You to Save My Kid!' Illness Management Strategies, Access, and Inequality at an Elite University Research Hospital. *Journal of Health and Social Behavior*, 55 (3): 342–359.
- Grossman M. (1972) On the Concept of Health Capital and the Demand for Health. *Journal of Political Economy*, 80 (2): 223–255.
- Guimarães R. M. (2007) Health Capital, Life Course and Ageing. *Gerontology*, 53 (2): 96–101.
- Han S., Kim H., Lee H. S. (2012) A Multilevel Analysis of Social Capital and Self-Reported Health: Evidence from Seoul, South Korea. *International Journal for Equity in Health*, (11): 3.
- Han E., Powell L. (2013) Consumption Patterns of Sugar-Sweetened Beverages in the United States. *The Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, (113): 43–45.
- Im H. (2018) Constructing Health Capital in Ecological Systems: A Qualitative Evaluation of Community-Based Health Workshops in the Refugee Community. *Health and Social Care in the Community*, 26 (4): 541–551.
- Karol J., Gale T. (2005) Bourdieu's Social Theory and Sustainability: What is 'Environmental Capital'? In *Doing the Public Good: Positioning Education Research*. In: P. Jeffrey (ed.) *AARE 2004 International Education Research Conference Papers*: Melbourne, Australia: 1–15
- Ljungvall A., Zimmerman F. J. (2012) Bigger Bodies: Long-Term Trends and Disparities in Obesity and Body-mass Index among U. S. Adults 1960–2008. *Social Science & Medicine*, (75): 109–119.
- Mammen S., Bauer J. W., Lass D. (2009) Life Satisfaction among Rural Low-Income Mothers: The Influence of Health, Human, Personal, and Social Capital. *Applied Research in Quality of Life*, 4 (4): 365–386.
- Mickelson K. D., Kubzansky L. D. (2003) Social Distribution of Social Support: The Mediating Role of Life Events. *American Journal of Community Psychology*, (32): 265–281.
- Næss A. (2019) Trust, Cultural Health Capital, and Immigrants' Health Care Integration in Norway. *Sociology*, 53 (2): 297–313.
- Quick V., Eck K.M., Delaney C., Lewis R., Byrd-Bredbenner C. (2019) Stability of Differences in Weight-Related Characteristics of Mothers Across Economic, Cultural, Social, and Environmental-Health Indicators of Socioeconomic Status. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16 (20): 3866.
- Rossi I. (2016) Health Status of Uruguayan People. *Estudios De Economía*, 34 (1): 73–96.
- Sallis J. F., Glanz K. (2009) Physical Activity and Food Environments: Solutions to the Obesity Epidemic. *The Milbank Quarterly*, (87): 123–154.
- Sampson R. J., Graif C. (2009) Neighborhood Social Capital as Differential Social Organization. *American Behavioral Scientist*, (52): 1579–1605.
- Smith G. D., Hart C., Blane D. (1998) Adverse Socioeconomic Conditions in Childhood and Cause Specific Mortality: Prospective Observational Study. *British Medical Journal*, 316 (7145): 1631–1635.
- Wadsworth M., Montgomery S., Bartley M. (1999) The Persisting Effect of Unemployment on Health and Social Well-Being in Men Early in Working Life. *Social Science & Medicine*, 48 (10): 1491–1499.

Elena Rojdestvenskaya, Veronika Malanina

Elena Klemasheva, Galina Barysheva

PREDICTORS OF INVESTMENT IN HEALTH CAPITAL OF THE OLDER GENERATION

The available research reveals the interconnection between social and economic institutions and the processes of accumulation and preservation of health capital. Economic, cultural, social, and environmental factors have synergistic effects on decision-making to invest in health. These strategies become outcomes in old age. This article provides an analysis of the predictors of investing in health that influence health capital accumulation in old age, based on empirical data. This research is based upon a sociological survey 'Health capital of the older generatio' carried out in the Tomsk region in 2022 (N=300, 55+). The results show that qualitative indicators, namely labor activity, satisfaction with health and economic well-being, and trust in health care institutions, significantly influence the choice of health care investment strategies. However, retirement itself does not appear to be a critical factor of health preservation when older adults continue to work. External opportunities change behavioral patterns to some extent, but it is difficult to estimate their impact on the health capital formation. The subjective decision to invest or not to -invest in one's health divides respondents into two comparable groups: those who persistently invest (41 %) and those who choose not to invest (48 %). We found out that the most health negligent people belong to the age group of 70–74 (36% of them do not consider it reasonable to invest in health investment). Gender, place of residence, and family composition do not significantly promote the choice of health investment strategy. Employed and physically active older adults are more satisfied with their health and financial status. They are also more likely to invest in health compared to the unemployed and inactive. The health capital of older adults depends on the ability to invest in the accumulation and maintenance of a health resource over the life course, as well as on the environment that supports investment in health.

Elena Rojdestvenskaya – Cand. Sci. (Econ.), Assoc. Prof., Leading Researcher, International Scientific Educational Laboratory for the Improvement of Wellbeing Technologies of Older Adults, associate professor, School of Business, Tomsk Polytechnic University, Tomsk, Russian Federation. Email: elena.rojdestvenskaya@gmail.com

Veronika Malanina – Cand. Sci. (Econ.), Assoc. Prof., School of Business, Tomsk Polytechnic University, Tomsk, Russian Federation. Email: milanskaya@mail.ru

Elena Klemasheva – Cand. Sci. (Econ.), Assoc. Prof., School of Business, Tomsk Polytechnic University, Tomsk, Russian Federation. Email: klemaha@mail.ru

Galina Barysheva – Dr. Sci. (Econ.), Prof., School of Business, Tomsk Polytechnic University, Tomsk, Russian Federation. Email: ganb@tpu.ru

Keywords: investment in health, health capital, older adults, resource potential, ageing economy, social policy

DOI: 10.17323/727-0634-2023-21-4-647-660

References

- Agius R. (2003) *What is 'Environmental Health'?* Available at: www.agius.com/hew/resource/envhlth.htm (accessed 2 June 2023).
- Barr D. A. (2014) Understanding How Low Social Status Leads to Poor Health. In: *Health Disparities in the United States: Social Class, Race, Ethnicity & Health*, 2nd ed.; Johns Hopkins University Press: Baltimore, MD, USA: 64–98.
- Barysheva G. A., Nedospasova O. P., Pavlova I. A., Rozhdestvenskaya E. M., Baryshev A. A. (2022) Kapital zdorov'ya starshego pokoleniya: sociologicheskie dannye dlya ocenki processov nakopleniya i sohraneniya (na primere Tomskoj oblasti) [The Health Capital of the Older Generation: Sociological Data for Assessing the Processes of Accumulation and Preservation (On the Example of Tomsk Region)]. *Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo universiteta* [Tomsk State University Journal], (484): 194–206.
- Belov V. B., Rogovina A. G. (2013) Social'nyj kapital i zdorov'e naseleniya [Social Capital and Population Health]. *Problemy social'noj gigieny, zdavoohraneniya i istorii mediciny* [Problems of Social Hygiene, Public Health and History of Medicine], (6): 3–5.
- Bolin K., Lindgren B. (2002) Asthma and Allergy: The Significance of Chronic Conditions for Individual Health Behavior. *Allergy*, 57 (2): 115–122.
- Diener E., Suh E. M. (2003) *Culture and Subjective Well-being*. Cambridge: MIT
- Dorozhkin E. M., Shherbina E. Ju. (2014) Vzaimodejstvie social'nyh institutov v processe formirovaniya chelovecheskogo kapitala [Interaction of Social Institutions in the Process of Human Capital Formation]. *Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo universiteta* [Tomsk State University Journal], (381): 184–188.
- Dumas A., Savage M., Stuart S. (2014) Anti-normative Lifestyles in Cardiac Rehabilitation: Underprivileged Men's Post-Heart Incident Lives. *Health*, 18 (5): 458–475.
- Ezell J. M. (2022) Environmental Health Capital: A Paradigm for Environmental Injustice Prevention and Truth and Reconciliation. *Local Environment*, 27 (2): 131–144.
- Gengler A. M. (2014) 'I Want You to Save My Kid!' Illness Management Strategies, Access, and Inequality at an Elite University Research Hospital. *Journal of Health and Social Behavior*, 55 (3): 342–359.
- Grigor'eva I. A., Ukhanova Yu. V., Smoleva E. O. (2019) Transformaciya social'noj politiki v Rossii v kontekste stareniya naseleniya [Transformation of Social Policy in Russia in the Context of Population Ageing]. *Ekonomicheskie i Social'nye Peremeny: Fakty, Tendencii, Prognoz* [Economic and Social Changes: Facts, Trends, Forecast], 12 (5): 124–140.
- Grossman M. (1972) On the Concept of Health Capital and the Demand for Health. *Journal of Political Economy*, 80 (2): 223–255.
- Guimarães R. M. (2007) Health Capital, Life Course and Ageing. *Gerontology*, 53 (2): 96–101.

- Han E., Powell L. (2013) Consumption Patterns of Sugar-Sweetened Beverages in the United States. *The Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, (113): 43–45.
- Han S., Kim H., Lee H. S. (2012) A Multilevel Analysis of Social Capital and Self-Reported Health: Evidence from Seoul, South Korea. *International Journal for Equity in Health*, (11): 3.
- Im H. (2018) Constructing Health Capital in Ecological Systems: A Qualitative Evaluation of Community-Based Health Workshops in the Refugee Community. *Health and Social Care in the Community*, 26 (4): 541–551.
- Karol J., Gale T. (2005) Bourdieu's Social Theory and Sustainability: What is 'Environmental Capital'? In *Doing the Public Good: Positioning Education Research*. In: P. Jeffrey (ed.) *AARE 2004 International Education Research Conference Papers*: Melbourne, Australia: 1–15
- Ljungvall A. Zimmerman F. J. (2012) Bigger Bodies: Long-Term Trends and Disparities in Obesity and Body-mass Index among U. S. Adults 1960–2008. *Social Science & Medicine*, (75): 109–119.
- Mammen S., Bauer J. W., Lass D. (2009) Life Satisfaction among Rural Low-Income Mothers: The Influence of Health, Human, Personal, and Social Capital. *Applied Research in Quality of Life*, 4 (4): 365–386.
- Mickelson K. D., Kubzansky L. D. (2003) Social Distribution of Social Support: The Mediating Role of Life Events. *American Journal of Community Psychology*, (32): 265–281.
- Næss A. (2019) Trust, Cultural Health Capital, and Immigrants' Health Care Integration in Norway. *Sociology*, 53 (2): 297–313.
- Quick V., Eck K.M., Delaney C., Lewis R., Byrd-Bredbenner C. (2019) Stability of Differences in Weight-Related Characteristics of Mothers Across Economic, Cultural, Social, and Environmental-Health Indicators of Socioeconomic Status. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16 (20): 3866.
- Rossi I. (2016) Health Status of Uruguayan People. *Estudios De Economía*, 34 (1): 73–96.
- Sallis J. F. Glanz K. (2009) Physical Activity and Food Environments: Solutions to the Obesity Epidemic. *The Milbank Quarterly*, (87): 123–154.
- Sampson R. J., Graif C. (2009) Neighborhood Social Capital as Differential Social Organization. *American Behavioral Scientist*, (52): 1579–1605.
- Smith G. D., Hart C., Blane D. (1998) Adverse Socioeconomic Conditions in Childhood and Cause Specific Mortality: Prospective Observational Study. *British Medical Journal*, 316 (7145): 1631–1635.
- Stolbova T. V., Rashhikulina E. N. (2020) Zdorov'esberegajushhie tehnologii v rabote social'nyh sluzhb s ljud'mi pozhilogo vozrasta [Health-saving Technologies in the Work of Social Services for the Elderly]. In: S. I. Linnik-Botova, Gagauz O. A. (eds.) *Nauka i obrazovanie: otechestvennyj i zarubezhnyj opyt: sbornik trudov 28-oj mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoy konferencii* [Science and Education: Domestic and Foreign Experience: Proceedings of the 28th International Scientific and Practical Conference], Belgorod: 334–338.
- Wadsworth M., Montgomery S., Bartley M. (1999) The Persisting Effect of Unemployment on Health and Social Well-Being in Men Early in Working Life. *Social Science & Medicine*, 48 (10): 1491–1499.