

онного возраста. Ожидается, что это снизит нагрузку на работающее население и уменьшит дефицит Пенсионного фонда РФ. С другой стороны, весомым аргументом против увеличения пенсионного возраста выступает сравнительно низкая продолжительность жизни в России. Оценка последствий увеличения пенсионного возраста должна учитывать его влияние на здоровье. Представление об этом можно получить, оценивая эффект прекращения трудовой деятельности на здоровье индивида.

Насколько известно автору, эмпирический анализ влияния прекращения трудовой деятельности на здоровье по российским данным ранее никогда не проводился. Подобные исследования проводились в зарубежных странах, однако их результаты противоречивы. В отдельных работах выявлено, что уход на пенсию приводит к более значительному ухудшению здоровья по сравнению с продолжением трудовой деятельности [8; 11; 13]. В то же время в других работах зафиксирована более благоприятная динамика показателей здоровья в результате пенсионного перехода [6; 7; 9; 12]. Различия в результатах объясняются наличием нескольких каналов воздействия выхода на пенсию на здоровье. С одной стороны, вышедшие на пенсию имеют возможность уделять больше времени своему здоровью: выполнять упражнения, посещать врачей и т.д. Также устраняется воздействие вредных условий труда. С другой стороны, в результате прекращения трудовой деятельности может снизиться физическая активность, человек может испытать психологический шок. Таким образом, суммарный эффект может существенно варьироваться в зависимости от образа жизни, условий труда, распространенности вредных привычек.

На российских данных причинно-следственная взаимосвязь выхода пенсионного перехода и здоровья, насколько нам известно, ранее не исследовалась. Вместе с тем проводились исследования различных причинно-следственных эффектов, связанных как с уходом на пенсию, так и здоровьем индивида. Например, О.С. Кузьмич и С.Ю. Рощина (Кузьмич, Рощина, 2007) выявили, что здоровье оказывает влияние на занятость и заработную плату [3]. В.Ю. Ляшок и С.Ю. Рощина показали влияние текущего состояния здоровья на предложение труда, а также динамики здоровья на предложение труда мужчин [4]. В работе К.Г. Абазиевой показано, что плохое здоровье оказывает значимое влияние на принятие решения о трудовой деятельности после выхода на пенсию [1]. В статье Т.Ю. Черкашиной выявлено разнообразие траекторий пенсионного перехода в России, в том числе и высокая распространенность прекращения занятости до наступления пенсионного возраста [5]. В работе Р. Дженсена и К. Рихтера выявлена значительная уязвимость здоровья российских пенсионеров к задержкам выплаты пенсий в 1990-

е годы, что заставило некоторых пенсионеров вернуться на рынок труда [10].

Характерно, что состояние здоровья российских пенсионеров остается весьма плохим. В статье П. Козыревой с соавторами выявлено, что характерный для других возрастных групп тренд улучшения состояния здоровья в 2000-х годах отсутствует среди лиц пенсионного возраста [2].

Цель данной работы – дать эмпирическую оценку влияния на здоровье различных траекторий пенсионного перехода с использованием российских данных. В качестве основных траекторий при наступлении пенсионного возраста выбраны следующие: прекращение трудовой деятельности, переход в состояние частичной занятости, продолжение полной занятости. Анализ проводится в гендерном разрезе, что связано как с гендерными различиями в официальных границах трудоспособного возраста (у мужчин до 60 лет, у женщин до 55 лет), так и с тем, что предложение труда мужчин и женщин во многом определяется различными факторами.

Анализ проведен с использованием первичных данных национального обследования РМЭЗ-ВШЭ¹. Обследование проводится ежегодно, общая выборка составляет около 10 000 жителей России. Данное обследование носит панельный характер, что позволяет проследить одного и того же индивида в течение длительного периода времени. Привлекая данные за разные годы, можно оценить динамику здоровья до и после наступления пенсионного возраста.

Для исследования устойчивости результатов здоровье респондента оценивается на основе трех различных показателей:

- субъективная оценка респондентом своего здоровья по пятибалльной шкале (1 – очень хорошее, 2 – хорошее, 3 – среднее, 4 – плохое, 5 – очень плохое);
- интегральный показатель, построенный с помощью метода главных компонент на основе 11 переменных, десять из которых представляют собой объективные показатели (наличие различных заболеваний), а одиннадцатая – самооценку здоровья;
- интегральный показатель из 11 переменных, построенный на основе модификации методики, предложенной М. Инслером в 2014 году.

В последнем случае интегральный показатель определяется следующим образом:

¹ «Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения НИУ-ВШЭ (RLMS-HSE)», проводимый Национальным исследовательским университетом – Высшей школой экономики и ЗАО «Демоскоп» при участии Центра народонаселения Университета Северной Каролины в Чапел Хилле и Института социологии РАН. (Сайты обследования RLMS-HSE: <http://www.cpc.unc.edu/projects/rlms> и <http://www.hse.ru/rlms>)».

1) оценивается отдельно 11 моделей логистической регрессии, в каждой из которых поочередно меняется зависимая переменная, а все остальные переменные становятся независимыми (для переменной самооценки оценивается порядковая логистическая регрессия);

2) далее рассчитываются предсказанные значения зависимых переменных (они показывают вероятность наступления того или иного события);

3) все предсказанные значения нормализуются в шкале от 0 до 1 по улучшению здоровья (чем ближе к 0, тем хуже здоровье);

4) рассчитывается среднее арифметическое из 11 значений.

Мы оцениваем две модели для определения эффектов в течение первого и второго года соответственно:

$$\Delta H_{it} = \alpha + \gamma RS_{it} + X_{it}\beta + \varepsilon_{it}, \quad (1)$$

$$\Delta H_{it} = \alpha + \theta RL_{it} + X_{it}\beta + \varepsilon_{it}, \quad (2)$$

где ΔH_{it} – изменение интегрального показателя здоровья респондента i в году t по сравнению с годом $t-1$; RS_{it} – дамми-переменная, равная 1, если респондент ушел на пенсию менее года назад, RL_{it} – дамми-переменная, равная 1, если респондент ушел на пенсию от одного до двух лет назад, X_{it} – вектор контрольных переменных (возраст, образование, число детей в домохозяйстве, число взрослых в домохозяйстве, проживание в городской местности, логарифм реального дохода).

Первая модель оценивалась на данных по работающим и вышедшим на пенсию менее 12 месяцев назад. Коэффициент при переменной RS показывает, насколько изменение здоровья в течение последнего года ушедших на пенсию *в этот период* отличалось от изменения здоровья продолжающих работать. Вторая модель оценивалась на данных по работающим и вышедшим на пенсию от 1 до 2 лет назад. Коэффициент при переменной RL показывает, насколько изменение здоровья в течение последнего года ушедших на пенсию *за год до этого* отличалось от изменения здоровья продолжающих работать. Таким образом, кумулятивный эффект от выхода на пенсию к концу второго года приблизительно равен сумме коэффициентов при переменных RS и RL .

Основной методологической проблемой является то, что не только прекращение трудовой деятельности влияет на здоровье, но и наоборот. Решение о прекращении трудовой деятельности во многом зависит от здоровья человека. В связи с этим оценки, полученные методом наименьших квадратов, будут смещенными. Для установления причинно-следственного эффекта мы используем метод регрессионного анализа с инструментальными переменными. В качестве инструментов мы используем следующие:

1) наличие пенсии по старости или выслуге лет – право ее получения зависит от профессиональной категории, региона, условий труда, но не от решения индивида закончить трудовую деятельность из-за проблем со здоровьем. Уязвимость данного инструмента – в том, что вредные условия труда, способствующие досрочному выходу на пенсию, могут в дальнейшем сказаться на здоровье.

2) ретроспективные ответы респондентов на вопросы о том, на какие средства они собираются жить после достижения пенсионного возраста («когда Вы достигните пенсионного возраста, Вы собираетесь жить на собственные заработки?»). Мы используем хронологически первые ответы с момента появления респондента в мониторинге РМЭЗ-ВШЭ. Уязвимость данного инструмента – в том, что респондент может ожидать возможные проблемы со своим здоровьем в будущем и на этой основе принимать решения о прекращении трудовой деятельности.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что у мужчин выход на пенсию оказывает положительное влияние на здоровье. Для женщин наблюдается слабый положительный эффект, который не является статистически значимым.

Литература

1. **Абазиева К.Г.** Работать или не работать после пенсии: гендерные аспекты выбора // Экономический вестник Ростовского государственного университета. – 2009. – № 7(1). – С. 67–74.

2. **Козырева П.М., Низамова А.Э., Смирнов А.И.** Здоровье населения России: динамика и возрастные особенности // Вестник Института Социологии. – 2012. – № 6. – С. 9–47.

3. **Кузьмич О.С., Роцин С.Ю.** Влияние здоровья на заработную плату и занятость: эмпирические оценки отдачи от здоровья // Препринт WP15/2007/02. – М.: ГУ ВШЭ.

4. **Ляшок В.Ю., Роцин С.Ю.** Влияние здоровья на предложение труда пожилых // Препринт WP15/2012/05. – М.: Изд. дом ГУ ВШЭ.

5. **Черкашина Т.Ю.** Работа на пенсии: необходимость или возможность? // ЭКО. – 2011. – № 4. – С. 101–114.

6. **Bound John, Timothy Waidmann.** 2007. “Estimating the Health Effects of Retirement.” Michigan Retirement Research Center Research Paper No. UM WP 2007-168. Ann Arbor: University of Michigan.

7. **Coe Norma, Gema Zamarro.** 2011. “Retirement Effects on Health in Europe.” *Journal of Health Economics*, 30(1): 77–86.

8. **Dave Dhaval, Inas Rashad, Jasmina Spasojevic.** 2008. “The Effects of Retirement on Physical and Mental Health Outcomes.” *Southern Economic Journal*, 75(2): 497–523.

9. **Insler Michael.** 2014. “The Health Consequences of Retirement.” *Journal of Human Resources*, 49(1): 195–233.

