
СОЦИАЛЬНАЯ ПОЛИТИКА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

УДК 316:61
ББК 60.561.6

DOI 10.22394/1682-2358-2020-5-49-56

Т.И. Чернышева, *Doctor of Sciences (Sociology), Professor of the Economic Psychology and Psychology of Public Service Department, Povolzhsky Institute of Management named after P.A. Stolypin, Branch of the Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration*

HEALTH AS A POINT OF CONSOLIDATION OF HUMAN CAPITAL

Conceptualizing the health capital, alongside with revealing its multidimensional nature and reconstructing the basic dimensions is analyzed. Conflict fields of Russian health care are distinguished. Conflicts are considered as markers of social constructs of health capital.

Key words and word-combinations: health capital, dimensions, conflict, Russian health care field.

Т.И. Чернышева, *доктор социологических наук, профессор кафедры экономической психологии и психологии государственной службы Поволжского института управления имени П.А. Столыпина — филиала Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ (email: tatcher@yandex.ru)*

ЗДОРОВЬЕ КАК ТОЧКА СБОРКИ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО КАПИТАЛА*

Аннотация. Представлена концептуализация капитала здоровья с выявлением его многомерной природы и реконструкцией основных измерений. Выделяются конфликтные поля российского здравоохранения. Конфликты рассматриваются как маркеры социальных конструктов капитала здоровья.

Ключевые слова и словосочетания: капитал здоровья, измерения, конфликт, поле российского здравоохранения.

Популярная в экономике концепция человеческого капитала в последние годы становится трансдисциплинарной, наращивая содержательные компоненты и объяснительный потенциал. В центре

*Работа выполнена по гранту РФФИ 19-29-07559 «Транзит, обмен, развитие: динамика человеческого капитала в сельских поселениях в условиях депопуляции и роста возвратной миграции (на примере Центрального федерального округа РФ)».

наших рассуждений — капитал здоровья как стержневой фактор человеческого капитала.

Д.И. Асланов справедливо отмечает, что к настоящему времени не сложилось, да и не может сложиться общего определения здоровья. В зависимости от целевых и методологических установок, авторы фиксируют медико-демографические, медико-экономические, социально-гигиенические, демографические, социологические, экономические аспекты этого понятия [1, с. 203]. В целом толкования здоровья ведутся в терминах благополучия / ценности и адаптационных возможностей (табл. 1).

Таблица 1

Основные интерпретации здоровья

Основа понимания здоровья	Примеры определений
Благополучие / ценность	Здоровье – не только отсутствие болезней или физических дефектов, но и состояние физического, психического / душевного и социального благополучия [2]. Здоровье – это естественная и непреходящая жизненная ценность, занимающая самую верхнюю ступень на иерархической лестнице ценностей [3].
Адаптация	Под здоровьем следует понимать возможность организма человека адаптироваться к изменениям окружающей среды, взаимодействуя с ней свободно, на основе биохимической, психологической и социальной сущности человека [4]. Здоровье – состояние равновесия между адаптационными возможностями организма (потенциалом человека) и постоянно меняющимися условиями среды [5]

В ряде работ контекстуально здоровье понимается как ресурс человеческой активности, созидательной деятельности — именно в таком качестве чаще всего анализируется здоровье в структуре человеческого капитала [6]. В работах М. Гроссмана — автора концепции и термина — капитал здоровья представлен в категориях жизненного запаса, накопления, блага / товара длительного пользования, который расходуется и накапливается в процессах производства — потребления. С возрастом ценность здоровья возрастает, и, как правило, человек начинает задумываться об инвестициях в свое физическое, психическое, социальное, духовное Я [7–9].

Современные зарубежные исследования капитала здоровья проводятся в самых разнообразных дисциплинарных рамках. Поисковый запрос health capital в международном издательстве SAGE с ограничением временных рамок 1990–2020 гг. показал 99 670 публикаций. Короткий обзор источников выявил, что среди них встречаются как работы с упомина-

нием только термина капитал, так и труды, сконцентрированные только на здоровье. Распределение по типу публикаций представлено на рис. 1.

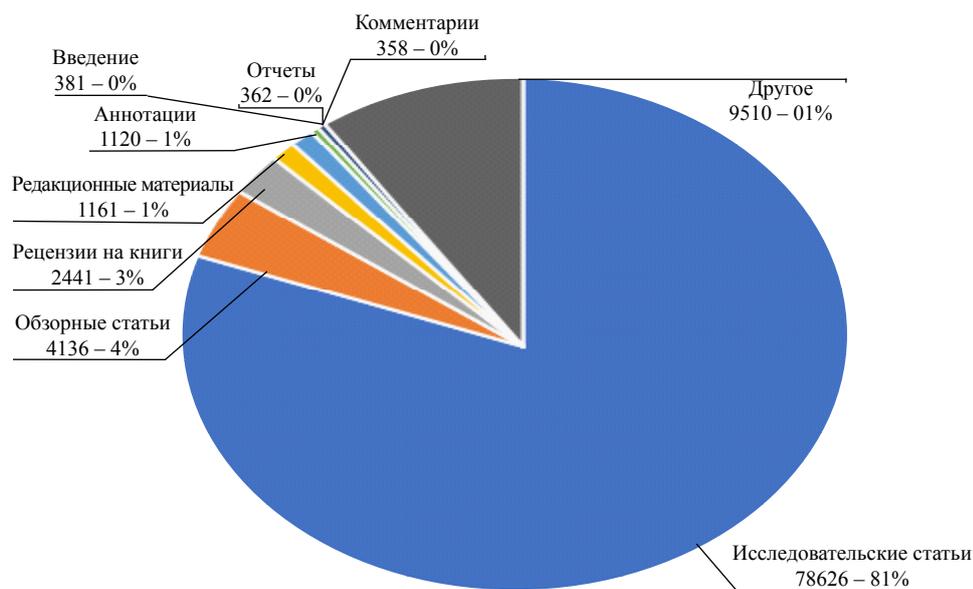


Рис. 1. Типы зарубежных публикаций по капиталу здоровья в 1990–2020 гг.

Согласно данным диаграммы, больше всего публикаций по капиталу здоровья выполнено в формате исследовательских статей, что свидетельствует о научной актуальности тематики.

Распределение материалов по отраслям научного знания представлено на рис. 2. Наибольшее число публикаций выполнено в рамках социальных и гуманитарных наук (44%), медицинских наук (11%), социологии (9%). Заметим, что экономические науки входят в раздел гуманитарных и социальных дисциплин.

Часть работ связана с переосмыслением оригинальной концепции М. Гроссмана. Так, А. Сепейри (A. Serehri) приводит системный критический анализ классических идей капитала здоровья. Автор отмечает, что модель получила широкое распространение в исследованиях здоровья, социально-экономического неравенства в отношении здоровья, мер по его охране, профессиональных карьер. Вместе с тем автор полагает, что в основе модели М. Гроссмана лежат ошибочные концептуальные рамки и допущения о высокой степени контроля потребителями / пациентами своего состояния здоровья и возможности выживания. А. Сепейри считает, что индивидуалистический и механистический взгляд М. Гроссмана на здоровье лишает капитал здоровья и его производство биологического / физиологического содержания и взаимодействия с социальной и физической средой человека [10].



Рис. 2. Распределение публикаций по капиталу здоровья по отраслям научного знания в 1990–2020 гг.

Отметим, что важными линиями дополнения или критики М. Гроссмана становятся идеи привнесения и усиления значимости нематериальных компонентов в структуре человеческого капитала. Интересны работы по эмоциональному капиталу, психологическому капиталу, заостряющие значимость соответствующих компонентов в повышении финансовой отдачи от трудовой деятельности, в воспроизводстве гендерных механизмов разделения домашнего труда [11; 12].

Следует особо отметить, что капитал здоровья вписан в социальные и культурные рамки, становится своеобразной проекцией жизненных сценариев человека в соответствующих социальных средах и культурных обстоятельствах.

Обобщая результаты разнообразных дисциплинарных исследований, Д.И. Асланов выделяет девять топологических свойств и признаков здоровья как человеческого капитала [1, с. 205–206]. На их основе выделим шесть основных измерений капитала здоровья (табл. 2).

Многомерность капитала здоровья, его проекции в деятельность, социальную активность, эмоциональные связи позволяют трактовать здоровье как своеобразную точку сборки разнообразных аспектов человеческого капитала, символическое пересечение институциональных, организационных, коммуникативных потоков.

**Топологические свойства и признаки здоровья
как человеческого капитала**

Индивидуально-ценностное измерение капитала здоровья	Национальное (общечеловеческое) измерение капитала здоровья	Темпоральное измерение
<p>Капитал здоровья – основа человеческого капитала. Инвестиции в здоровье продлевают жизнь и время использования человеческого капитала. Здоровье в качестве капитала не подлежит обесцениванию. Здоровье может быть истощено, исчерпано, но своей ценности для человека оно никогда не теряет</p>	<p>Капитал здоровья является национальным достоянием, так как определяет производительность общественного труда и особенности социального развития</p>	<p>Человеческое здоровье как капитал не приносит его обладателю мгновенный (быстрый) доход и требует отвлечения значительных средств нередко в ущерб текущим потребностям</p>
Потребительское измерение	Рисковое измерение	Локус контроля и распределения ответственности
<p>Капитал здоровья является одновременно благом, производимым на основе резервов, и ресурсом, на основе которого производятся блага, причем капитал здоровья – благо длительного, но ограниченно-пользования в силу физического и морального износа. Здоровье человека остается капиталом человека даже в том случае, если он не реализует его, то есть не занимается деятельностью</p>	<p>Человеческое здоровье, в отличие от образования, невозможно приобрести или восстановить за короткий срок. Более того, накопленный за жизнь капитал здоровья человека может быть мгновенно уничтожен в силу чрезвычайных происшествий</p>	<p>Государство берет на себя обязательство по обеспечению прав граждан на здоровье, но ответственность за реальное состояние здоровья несет сам человек. Образ жизни, который ведет человек, его отношение к питанию, физической активности, трудовой деятельности, социальным контактам, возможностям самореализации существенно определяют характеристики его здоровья</p>

Огромную роль в накоплении и конвертации капитала здоровья играет социальная сфера в целом и здравоохранение в частности. Более того, в рамках российских процессов модернизации и оптимизации именно институт здравоохранения наделен ответственностью за смертность и рождаемость, профилактику и лечение, сохранение и накопление капитала здоровья на конкретных территориях России.

Последние статистические данные рисуют неутешительную картину: в январе — августе 2020 г. смертность опередила рождаемость практически во всех регионах. Очевидно, что в той или иной степени на это влияют: сами граждане; медицинские организации разных форм собственности — с их культурой, технологиями, персоналом, управленческими практиками, финансовой состоятельностью; организации альтернативной медицины, целители; поставщики медицинского оборудования и фармацевтические компании; ТФОМС и страховые фирмы; образовательные организации; суды; государство, включая контрольно-надзорные органы; разнообразные посредники, включая медийные структуры; общественные объединения; волонтерские солидарности; правозащитные организации, общественные объединения пациентов или их родственников; профессиональные объединения. Разноуровневые коммуникации по поводу здоровья выстраиваются в общем русле укорененных культурных паттернов пациентов: готовность к патернализму, недостаточная комплаентность (порою и отсутствие), надежда на волшебную таблетку и быстрое излечение, недоверие к бюджетной медицине, ориентация на прошлый опыт успешного самолечения и самоназначения медицинских препаратов, а также популярность административных методов восстановления справедливости — жалоб.

По данным Росздравнадзора, число обращений граждан, не удовлетворенных качеством оказанной медицинской помощи, ежегодно растет. В отчете «Итоги деятельности Росздравнадзора в 2019 году» приводятся такие данные: в 2018 г. было зарегистрировано 89 751, а в 2019 — 95 518 обращений граждан. Круглосуточно работает бесплатная «горячая линия» Росздравнадзора по соблюдению прав граждан в сфере охраны здоровья. Примерно по 33% обращений принимаются оперативные решения в течение 24 часов [13]. В 2019 г. резко возросли показатели восстановления прав граждан на получение качественной и безопасной медицинской помощи и лекарственного обеспечения — 15 038 против 7572 в 2018 г. Сравним со статистикой 2015 г. Восстановлено право на получение качественной и безопасной медицинской помощи 5086 гражданам [14]. Эти данные могут свидетельствовать как о повышении качества проверок, так и о сохранении негативных тенденций в самой системе здравоохранения, которые приобретают определенную устойчивость, повышая конфликтный потенциал поля здравоохранения.

Пандемия 2020 г. существенно изменила не только порядок коммуникации в поле здравоохранения, но и саму конфигурацию трудовой деятельности и повседневной жизни. По данным Росстата, среднедушевые денежные доходы населения во II квартале 2020 г. снизились по сравнению с тем же периодом 2019 г. с 34 513 до 32 854 руб. в месяц. Численность населения с денежными доходами ниже величины прожиточ-

точного минимума в целом по Российской Федерации во II квартале 2020 г. увеличилась по сравнению с тем же периодом 2019 г. с 18,6 до 19,6 млн человек [15].

Проведенный холдингом «Ромир» в сентябре 2020 г. опрос россиян по удовлетворенности медицинскими услугами показал, что граждане с высоким уровнем дохода более удовлетворены качеством и доступностью медицинской помощи по сравнению с низкодоходными группами (59% респондентов с низким доходом оценивают качество медицины как плохое или очень плохое, в группе высокодоходных такие оценки дали 25% респондентов). Отметим, что в опросе участвовали 1500 респондентов старше восемнадцати лет из всех типов населенных пунктов всех субъектов РФ. Радует то, что даже несмотря на коронавирус достаточное число россиян удовлетворены состоянием своего здоровья (71%). В 2003 г. только 52% опрошенных были довольны своим здоровьем. Еще одно заключение из опроса «Ромир» — потребительский имидж российской медицины хуже, чем реальная ситуация в здравоохранении [16].

В 2020 г. такая ситуация во многом поддерживается алармистскими сообщениями российских медиа. Каждый день до сведения россиян доводится число заболевших и умерших, экспертные мнения о недостаточной надежности вакцины, конфликтные позиции международных организаций. Но основания конфликтов заложены в самой системе — медикалистские дискурсивные практики не позволяют соответствовать рыночному фокусу на клиенте; внедрение инфокоммуникативных технологий и 4P-медицины наталкивается на низкую информационную грамотность персонала и населения; противоположные, а иногда и конфликтные интересы агентов поля согласуются в пространстве блуждающих туманов; ужесточение контроля порождает хитроумные тактики по максимизации собственной выгоды.

Сохранение и накопление капитала здоровья возможно лишь при отказе от ведомственного принципа и разработки практик целостного межведомственного взаимодействия, способствующего сохранению, восстановлению и накоплению капитала здоровья на протяжении всей жизни.

Библиографический список

1. Асланов Д.И. Системные представления о здоровье как основном компоненте человеческого капитала // Экономические науки. 2011. № 12. С. 202–206.
2. Всемирная организация здравоохранения. URL: <https://www.who.int/ru/about/who-we-are/frequently-asked-questions>
3. Лисицын Ю.П., Полунина Н.В. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник. М., 2002.
4. Бавеский Р.М. Прогнозирование состояний на грани нормы и патологии. М., 1979.

5. Вайнер Э.Н. Валеология. М., 2001.
6. Мосейко Е.Е. Теоретические подходы к анализу здоровья как элемента человеческого капитала // Вестник Волгоградского государственного университета. Сер. 3: Экономика. Экология. 2012. № 2 (21). С. 17–21.
7. Grossman M. On the Concept of Health Capital and the Demand for Health // Journal of Political Economy. 1972. Vol. 80, № 2. P. 223–255.
8. Grossman M. The Demand for Health: A Theoretical and Empirical Investigation. N.Y.: National Bureau of Economic Research, 1972.
9. Grossman M. The Human Capital Model // Culyer A., Newhouse J (eds). Handbook of Health Economics. Amsterdam: Elsevier Science, 2000. Vol. 1.
10. Sepehri A. A Critique of Grossman's Canonical Model of Health Capital // International Journal of Health Services. 2015. Vol. 45, № 4. P. 762–778.
11. Luthans F., Vogelgesang G.R., Lester P.B. Developing the Psychological Capital of Resiliency // Human Resource Development Review. 2006. Vol. 5, Issue 1. P. 25–44.
12. Parcel T.L., Hendrix J.A., Taylor A.J. "How Far Is Too Far?": Gender, Emotional Capital, and Children's Public School Assignments // Socius: Sociological Research for a Dynamic World. 2016. Vol. 2. URL: <https://doi.org/10.1177/2378023116669955>
13. Об итогах работы Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, территориальных органов Росздравнадзора по субъектам Российской Федерации и федеральных государственных бюджетных учреждений Росздравнадзора в 2015 году, планах на 2016 год и плановый период. URL: <https://roszdravnadzor.gov.ru/i/upload/images/2016/4/28/1461849076.10347-1-4927.pdf>
14. О соотношении денежных доходов населения с величиной прожиточного минимума и численности малоимущего населения в целом по Российской Федерации во II квартале 2020 года. URL: https://rosstat.gov.ru/bgd/free/b04_03/IssWWW.exe/Stg/d05/174.htm
15. Публичный отчет Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по итогам работы в 2019 году. URL: <https://roszdravnadzor.gov.ru/i/upload/images/2020/4/21/1587447902.29407-1-42728.pdf>
16. Россияне довольны состоянием своего здоровья, а не качеством медицинских услуг. URL: <https://romir.ru/studies/rossiyane-dovolny-sostoyaniem-svoego-zdorovya-a-ne-kachestvom-medicinskih-uslug-2020-09-15>