

Интернет-журнал «Наукоедение» ISSN 2223-5167 <http://naukovedenie.ru/>

Том 9, №3 (2017) <http://naukovedenie.ru/vol9-3.php>

URL статьи: <http://naukovedenie.ru/PDF/97EVN317.pdf>

Статья опубликована 14.07.2017

Ссылка для цитирования этой статьи:

Шибалков И.П. Эволюция теоретических представлений о здоровье как экономической и социальной и категории // Интернет-журнал «НАУКОВЕДЕНИЕ» Том 9, №3 (2017)

<http://naukovedenie.ru/PDF/97EVN317.pdf> (доступ свободный). Загл. с экрана. Яз. рус., англ.

Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта № 16-36-00181 мол_a

УДК 330.8

Шибалков Иван Петрович

ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский Томский политехнический университет», Россия, Томск
Аспирант кафедры «Экономики»

ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия, Томск

Ассистент кафедры «Организации здравоохранения и общественного здоровья»

ОГБУЗ «Бюро медицинской статистики», Россия, Томск

Заместитель директора по организационно-методической работе

E-mail: shibalkov.ivan@yandex.ru

РИНЦ: https://elibrary.ru/author_items.asp?id=773437

Эволюция теоретических представлений о здоровье как экономической и социальной и категории

Аннотация. Доказано высокий уровень влияния состояния здоровья населения на экономическое развитие любой страны (региона) и необходимость эффективного использования ограниченных ресурсов для охраны здоровья определили интерес множества авторов к данному вопросу. Здоровье как экономическая категория рассматривалось в трудах многих известных ученых-экономистов, создатели и сторонники теории человеческого капитала отмечали важность инвестиций в человеческий капитал для экономического развития. Исследовалась связь между уровнем общественного здоровья (продолжительностью жизни) и реальным доходом на душу населения, а также между уровнем общественного здоровья и экономическим ростом. Параллельно развитию взглядов на здоровье населения как на экономическую категорию, вместе с развитием демографии, здоровье рассматривалось в качестве категории, характеризующей социальные процессы, однако данные исследования были в значительной степени изолированы друг от друга. В настоящей статье выделены общие черты эволюции теоретических представлений о здоровье населения как экономической и социальной категории и сделан вывод о том, что указанные направления развития теоретических представлений актуализируют вопросы рассмотрения причин и тенденций формирования здоровья населения как сложной многоаспектной категории в контексте конкретных социально-экономических условий.

Ключевые слова: здоровье в экономике; человеческий капитал; капитал здоровья; инвестиции в здоровье; здоровье; неравенство в здоровье; неравенство доходов

Введение

Высокая продолжительность жизни и активная вовлеченность граждан старшего возраста в социум являются не только неоспоримыми показателями качества и

результативности социальной политики, но и несомненными драйверами развития социально-экономической системы. Здоровье человека является комплексной категорией и имеет множество определений. Как совокупность характеристик живого организма оно изучалось со времен зарождения медицины, однако в настоящее время здоровье рассматривается еще и как социальная и экономическая категория. Доказано высокий уровень влияния состояния здоровья населения на экономическое развитие любой страны (региона) и необходимость эффективного использования ограниченных ресурсов для охраны здоровья определили интерес множества авторов к данным вопросам.

1. Здоровье как экономическая категория

Тема влияния состояния здоровья населения на экономическое развитие всегда заслуживала пристальное внимание и нашла отражение в трудах W. Petty, A. Smith, D. Ricardo, K. Marx, A. Marshall и других известных ученых. В разные периоды отличались методологические подходы к исследованию данной категории и изучаемые аспекты здоровья в системе экономических категорий.

Так, в своей книге «Слово мудрости» W. Petty предложил «метод подсчета ценности каждого человека» (Petty, 1665) и с помощью конкретных расчетов продемонстрировал выгоду здоровых работников. Можно сказать, что он заложил основы для развития теории человеческого капитала, поскольку именно W. Petty описал разную значимость каждого человека для государства, которая зависит от его умений, навыков и физического состояния, и вывел объективную зависимость эффективности общественного производства от уровня здоровья работников.

Помимо W. Petty, над вопросами взаимосвязи здоровья и уровня социально-экономического развития того или иного государства размышлял в своих работах F. Quesnay. Он пришел к выводу, что богатство государства создает людской труд и его результаты, а они, в свою очередь, зависят от численности населения и от производительности его труда (Quesnay, 1766).

Основоположник классической политической экономии, Adam Smith, также исследовал связь между эффективностью производства и уровнем здоровья населения и отдельного работника. Акцентируя внимание на соотношении условий труда, здоровья и производительности, A. Smith отмечал, что «человек, который работает не спеша и потому способен работать постоянно, не только дольше сохранит своё здоровье, но в течение года выполнит большее количество работы» и что не подлежит сомнению, «чтобы люди вообще работали больше при скудном питании, подавленном настроении и частых болезнях, чем при обильном питании, бодром настроении и хорошем здоровье» (Smith, 1776). A. Smith исследовал факторы, влияющие на здоровье, и особенно выделял среди них климатогеографические условия, расположение и качество земли, а также подчеркивал значение накопленных запасов, которые помогали работникам и их семьям переживать неблагоприятные сезоны. Годы болезней и возросшей смертности ученый связывал со снижением производительности труда и с периодами роста так называемой «дороговизны» (инфляционного взлета цен).

Также необходимо упомянуть концепцию «экономического человека» A. Smith, описывающую конкурентное поведение человека, который постоянно стремится к максимизации собственной выгоды. Согласно A. Smith, победу в конкурентной борьбе ожидаемо одержит индивид, обладающий значительными способностями и умениями, которые приносят владельцу доход, но не могут быть проданы. A. Smith писал, что если «человек с затратой большого труда и продолжительного времени изучил какую-либо из тех

профессий, которые требуют чрезвычайной ловкости и искусства», следует ожидать, что труд «возместит ему, сверх обычной заработной платы за простой труд, все расходы, затраченные на обучение, с обычной, по меньшей мере, прибылью на капитал, равный этой сумме расходов» (Smith, 1776).

Данную точку зрения развивал D. Ricardo, полагавший, что способности каждого человека в большой степени зависят от уровня потребления им экономических благ (Ricardo, 1817). Он описал, как здоровье рабочего зависит от размера его заработной платы и от того, в какой пропорции она расходуется на предметы первой необходимости и прочие.

К. Marx также не обошел вниманием вопросы влияния на здоровье населения экономических параметров: в своем фундаментальном труде «Капитал» он демонстрирует связь между условиями и продолжительностью «активного жизненного процесса» работников и продолжительностью рабочего времени с точки зрения условий труда и производства и с классовых позиций (Marx, 1867).

Основоположник неоклассического направления в экономической науке A. Marshall в своей работе «Принципы экономической науки» называет здоровье населения и физическую, умственную и нравственную «силу населения» основой производительности труда и материального богатства, а также источником всякого прогресса. Он учитывает при этом и влияние климатических условий, и даже расовые свойства. Подобно A. Smith, A. Marshall подчеркивал, что «отдых столь же важен для развития энергичного населения, как и более материальные жизненные средства – пища, одежда и т.п. Чрезмерный труд в любой форме снижает жизненную энергию, а тревоги, заботы и чрезмерное умственное напряжение фатально ведут к подрыву телесных сил, сокращению плодовитости и ослаблению жизненной энергии нации» (Marshall, 1890). Таким образом, A. Marshall показал многофакторную зависимость здоровья нации от показателей и условий жизнедеятельности человека в экономической среде.

Возросшая во второй половине XX века значимость человеческого фактора для развития экономики требовала научного осмысления – так появилась теория человеческого капитала T. Schultz и G. Becker, развивавшаяся на стыке обществознания, демографии и экономической науки. Она сосредоточила свое внимание на оценке роли и вклада человека, его способностей, уровня образования и здоровья в экономический рост развитых стран. Некоторые исследователи (T. Schultz, E.F. Denison, J. Kendrick) полагали справедливым рассматривать в качестве капитала человека только его образование, однако другие ученые, развивавшие теорию человеческого капитала (например, W.G. Bowen, E.G. Dolan, И.В. Ильинский, А.Н. Добрынин, С.А. Дятлов, Л.И. Абалкин, О.В. Иншаков), выделяют различные его аспекты – активы, ссылаясь на многочисленность человеческих способностей и сфер их развития – приложения инвестиций в человеческий капитал.

В терминах, обычно применяемых при анализе капитала (прибыль, инвестирование и т.п.), человеческие способности первым стал описывать T. Schultz, но только применительно к сфере образования. Здоровье как элемент человеческого капитала, приносящий индивиду поток экономических выгод, впервые упомянул G. Becker. Он определил человеческий капитал как благо длительного пользования, которое, как и любой другой капитал, амортизируется, требует модернизации и ремонта и может устареть [13]. Также он ввел понятие внутренних норм отдачи, которые могут быть индивидуальными (вложения с позиции отдельных инвесторов) и социальными (измеряют эффективность инвестиций с точки зрения всего общества). По сравнению с отдачей от вложений в физический капитал, отдача от вложений в человеческий капитал гораздо выше, но при этом убывает с ростом объема инвестиций.

Дальнейшее изучение теории G. Becker было представлено в трудах P. Howitt, который, анализируя здоровье, человеческий капитал и экономическое развитие, делает вывод, что влияние здоровья на экономическое развитие обеспечивается по шести основным каналам: 1) продуктивная эффективность (здоровый работник более продуктивен); 2) ожидаемая продолжительность жизни (стабильный уровень навыков на эффективного работника); 3) обучаемость (образование в течение жизни, начиная с детского возраста); 4) креативность (хорошее здоровье делает человека способным к творчеству); 5) адаптивность (чем выше уровень здоровья детей и матерей, тем лучше молодые люди могут справляться со стрессом, адаптироваться к неблагоприятным факторам); 6) неодинаковость (сильная отрицательная корреляция между показателями здоровья популяции и неодинаковостью дохода; факторы, повышающие уровень здоровья, уменьшают разницу в доходах населения) [17].

Данные тезисы иллюстрируют и многочисленные исследования здоровья как производственного актива, демонстрирующие связь между наличием того или иного заболевания и снижением производительности труда. В Индонезии, например, производительность анемичных мужчин была 20% меньше, чем у неанемичных мужчин. Когда анемичных мужчин пролечили железом, их производительность возросла почти до уровня неанемичных мужчин¹. В развитых странах становится все больше случаев инвалидности, вызванной психическими заболеваниями. Все психоневрологические нарушения составляли около 11% от полного общего бремени заболеваний в 1999г., и, по оценкам, к 2020 г. их количество возрастёт до 15%². Поскольку психические заболевания обычно хронические и протекают в течение всего жизненного цикла, они ухудшают производительность и уменьшают человеческий капитал. Так, для США оценка совокупной стоимости всех психических расстройств составила 148 миллиардов долларов [19].

Вопросы изучения здоровья как составной части человеческого капитала отражены и в трудах отечественных ученых. А.Н. Добрынин и С.А. Дятлов определили человеческий капитал как сформированный в результате инвестиций и накопленный человеком определенный запас здоровья, знаний, навыков, способностей, мотиваций, которые целесообразно используются в той или иной сфере общественного воспроизводства, содействуют росту производительности труда и эффективности производства и тем самым влияют на рост зарплаток (доходов) данного человека [2]. Другой отечественный ученый, И.В. Ильинский, описывал капитал здоровья как инвестиции в человека, осуществляемые с целью формирования, поддержания и совершенствования его здоровья и работоспособности, и считал капитал здоровья национальным достоянием, несущей конструкцией, основой для человеческого капитала вообще [3]. Автором выделяются базовый и приобретенный капитал здоровья: базовый как совокупность физиологических свойств человека во многом определяется наследственностью, а приобретенный образуется в процессе формирования и потребления физических свойств человека, осуществляемом в производственной деятельности. Инвестиции в здоровье способствуют продлению продуктивной, трудоспособной жизни и, соответственно, времени функционирования человеческого капитала. То есть человеческий капитал стал рассматриваться не только как совокупность знаний и умений, но и определенное состояние здоровья человека, которое стало не только ресурсом для производства определенного объема продукции, но и объектом инвестиций.

¹ Health, Economic Growth, and Poverty Reduction: The Report of Working Group 1 of the Commission on Macroeconomics and Health / ed. by Hope Steele. World Health Organization, 2002.

² World health report 2000: health systems: improving performance. World Health Organization, 2000. URL: <http://www.who.int/whr/2000/en/index.html>.

Вопросы формирования человеческого капитала рассмотрены в трудах О.В. Киселёвой, которая смоделировала процесс формирования и воспроизводства национального человеческого капитала. Основные сферы формирования человеческого капитала (входные данные) – семья, система образования и здравоохранения, общественные институты и сфера НИОКР. Выходные данные представлены качественными характеристиками и показателями, такими как производительность труда, деловая активность населения, средняя ожидаемая продолжительность жизни, социальное согласие и стабильность и др. Ведущую роль в процессе формирования человеческого капитала автор отводит капиталу здоровья, что подчёркивает важность государственной политики в области здравоохранения, особенно для России на фоне снижения общей численности населения, средней продолжительности жизни, общего статуса здоровья нации [4].

Еще один отечественный ученый – М. Критский – также внес значительный вклад в формирование теории человеческого капитала, рассмотрев отличия человеческого капитала от трудового ресурса [6]. В его трактовке рабочая сила является товаром, в то время как человеческий капитал – долговременным капитальным ресурсом, т.к. он не просто продается и покупается, но и авансируется, амортизируется и возмещается как основной капитал. Совершая экономический кругооборот, он проявляет себя в разных функциональных формах, в том числе интеллектуальных, что не свойственно обычной рабочей силе. Инвестиции в здоровье способствуют замедлению процесса износа человеческого капитала, а смерть равнозначна его обесценению.

Исследования здоровья в теории человеческого капитала с точки зрения экономических категорий способствовали также его изучению с позиции спроса. Так, М. Grossman называл медицину и здравоохранение отраслями, которые производят капитал здоровья, поскольку потребители на самом деле желают не буквально приобрести конкретную их услугу, а улучшить свое здоровье – таким образом, спрос на медицинские услуги является опосредованным спросом на здоровье. Двойственная природа здоровья заключается для М. Grossman в том, что оно рассматривается, с одной стороны, как потребительское благо, с другой стороны – как средство для получения прибыли, часть человеческого капитала, которая выступает объектом инвестиционных вложений. Действуя как рациональный инвестор, каждый человек сам решает, сколько он готов заплатить и чем жертвовать ради сохранения и улучшения своего здоровья, а, значит, и продления своей жизни [16]. М. Grossman отмечает, что инвестиции в здоровье создаются благодаря времени и медицинским услугам. При этом спрос на здоровье имеет опосредованную связь с доходом человека, поскольку, во-первых, само здоровье зависит как от текущих условий жизни и труда, так и от прошлых вложений, во-вторых, для воспроизводства здоровья необходимо тратить деньги и свободное время (занятия спортом, госпитализация, профилактические мероприятия и т.д.). С определенным временным лагом инвестиции влияют на состояние здоровья, но и здоровье, в свою очередь, как часть человеческого капитала положительно влияет на занятость и доход за счет роста производительности труда у более здоровых работников и за счет увеличения продолжительности рабочего времени. При этом М. Grossman рассматривает только занятое население, и в его модели для измерения уровня здоровья используется число рабочих дней в году, пропущенных по болезни.

Человека одновременно можно назвать и «потребителем» собственного здоровья (здоровье как благо входит в его функцию полезности), и его «производителем» (человек инвестирует в капитал здоровья и тем самым может влиять на его уровень). Являясь составной частью человеческого капитала, здоровье влияет на поведение, положение и достаток работника. При этом его важной характеристикой является то, что «здоровье не только представляет ценность само по себе, но также влияет на срок накопления и использования (то есть получения отдачи) других видов человеческого капитала» [7].

Так, рост ожидаемой продолжительности жизни подразумевает более высокую процентную ставку возвращения инвестиций в человеческий капитал: ценность образования зависит от будущего прироста доходов, и очевидно, что этот прирост может реализоваться, только если человек живет достаточно долго. Поэтому сохранение капитала здоровья населения является необходимым инструментом в инновационной экономике [11]. Кроме того, позволяя человеку жить дольше, рост ожидаемой продолжительности жизни также прямо повышает его производительность, поскольку он получает шанс стать более продуктивным, накопив больше опыта. Можно ожидать, что увеличение продолжительности жизни будет канализироваться в улучшение подготовки рабочих, поскольку опыт – это важная детерминанта человеческого капитала. Таким образом, здоровье становится «социально-экономическим механизмом повышения результативности и качества труда» [10].

Долгая жизнь и высокие доходы высоко коррелированы в статистическом смысле. Это документируется знаменитыми кривыми Престона. Престонская кривая показывает, что люди, родившиеся в более богатых странах, в среднем, могут ожидать жить дольше, чем родившиеся в бедных странах. Однако на низких уровнях дохода на душу населения дальнейшее увеличение дохода связано с крупным приростом в продолжительности жизни, в то время как на высоких уровнях дохода увеличение дохода уже не дает подобного эффекта [18]. Как демонстрирует работа А. Deaton, воздействие дохода на здоровье ослабляется на повышенных уровнях дохода тем, что кривая сглаживается [15].

На макроэкономическом уровне исследуется проблема связи уровня здоровья нации (средней ожидаемой продолжительности жизни) с экономическим ростом, проблема здоровья и бедности, а также здоровья и неравенства. Во всем мире слабое здоровье непропорционально чаще встречается среди бедных людей. Причины большего ослабления здоровья среди бедных разнообразны и взаимосвязаны: плохое питание, например, ослабляет защиту организма от инфекции, а инфекция, в свою очередь, ослабляет эффективность поглощения питательных веществ. Как отметил Всемирный банк, «тело – это главный актив бедных людей, но он не застрахован». Поэтому слабое здоровье налагает на бедных более высокий уровень риска: если заболевание или травма нанесли ущерб их основному активу, они не могут заработать деньги, даже чтобы обеспечить себя едой или лекарствами.

В бедных странах высокий уровень доходов защищает от вредной работы, недоедания, антисанитарии и множества инфекционных заболеваний. В богатых странах, где подобные явления уже не распространены повсеместно, индикатором уровня здоровья, качества социального обеспечения, стресса и смертности является не бедность, а неравенство доходов. Если именно бедность, а не неравенство стимулирует смертность, доход оказывает больший эффект на здоровье при низком доходе, чем при высоком, то средний доход, в конце концов, перестанет быть связанным со слабым здоровьем, в то время как эффекты неравенства продлятся гораздо дольше, поскольку даже в богатых экономиках есть бедные слои. Учитывая, что для России проблема имущественного расслоения стоит очень остро, значимость данного направления теоретических исследований для социально-экономической политики нашей страны трудно переоценить.

Прямые эконометрические оценки отношений между продолжительностью жизни, экономическим ростом, распределением доходов и бедностью позволяют смоделировать последствия недавнего и обозримого увеличения продолжительности жизни в бедных слоях. Модель Bloom and Canning охватывает 31 страну, для которых доступны достаточные данные с общей численностью населения по состоянию на 1990 год, составляющей 3,1 млрд. чел. Они утверждают, что, если бы в 1990 г. продолжительность жизни была на 10% выше, это оказало бы сильный положительный эффект на рост доходов и некоторый отрицательный эффект на неравенство доходов в течение следующих 25 лет [14]. Оценки предполагают, что одни

только эти улучшения к 2015 г. вывели бы 30 миллионов человек из абсолютной бедности. Две трети из них жили бы в Индии и одна треть – в Африке, что отражает огромную важность здоровья для регионов на ранней стадии развития³. Их анализ оставляет без ответа важнейший вопрос: достигается ли снижение бедности лучше всего через политику, направленную на достижение всеобъемлющих медицинских улучшений, или специфических медицинских улучшений, направленных на бедные слои. Однако сделанный вывод предполагает, что при сравнении двух стран, идентичных во всех отношениях, за исключением того, что у одной есть преимущество в 5 лет в продолжительности жизни, более здоровая страна испытает рост дохода на душу населения, который будет на 0,3-0,5% пункта быстрее, чем у её соперника. Эти показатели согласуются с показателями, полученными R. Варго. Сохраняя постоянными другие детерминанты экономического роста (начальный доход, образование, демократические правительства), R. Варго оценивает, что продолжительность жизни в данный момент времени в значительной степени коррелируется с последующим ростом. По его оценкам, подъём продолжительности жизни на 10% в течение последующих десятилетий повышает экономический рост на 0,4% в год [12].

Таким образом, сущность и значимость здоровья человека как экономической категории была существенно пересмотрена в ходе эволюции теоретических представлений. Так, здоровье человека из характеристики, определяющей его конкурентоспособность, стало рассматриваться как полноценная экономическая категория в виде капитала, обладающая определенными амортизационными и инвестиционными свойствами. Акцент со здоровья индивидуума и его личного благосостояния переместился на популяционное здоровье и общее состояние экономики отдельного государства.

2. Здоровье как социальная категория

Параллельно развитию взглядов на здоровье населения как на экономическую категорию, вместе с развитием демографии, здоровье рассматривалось в качестве категории, характеризующей социальные процессы (такие, например, как смертность и рождаемость). В качестве одной из характеристик населения страны здоровье стало фигурировать в трудах ученых, развивавших государственное и политическое арифметику. В связи с переходом от аграрного (феодалного) общества к индустриальному (капиталистическому), который выражался в том числе в значительном увеличении мобильности населения (как социальной, так и пространственной), возникла необходимость в сборе, накоплении и анализе данных о населении. В основе взглядов ученых, изучавших государственное, в частности, A. Niemann и A.L. Schlözer, лежал тезис о том, что процветание государства напрямую зависит от численности и экономической деятельности населения. Политические арифметики (W. Petty, J. Graunt, E. Halley) в своих трудах заложили предпосылки изучения социально-экономических факторов динамики населения и основы его количественного изучения, очертив границы понятия «естественное движение населения».

Данные о населении, которые использовали ученые, зачастую носили фрагментарный характер, что побудило их к развитию в этой области математических методов. D. Bernoulli, L. Euler впервые применили теорию вероятности к изучению смертности населения и ожидаемой продолжительности жизни.

A. Quetelet в своем труде «О человеке и развитии его способностей, или опыт социальной физики» (1835) сформулировал концепцию «среднего человека» как

³ Health, Economic Growth, and Poverty Reduction: The Report of Working Group 1 of the Commission on Macroeconomics and Health / ed. by Hope Steele. World Health Organization, 2002.

среднестатистического показателя, характеризующего происходящие в обществе процессы как результат неких закономерностей или законов общественного развития, а не как набор случайных событий. Его можно назвать основополагающим для развития демографии, поскольку он положил начало дискуссиям о предмете и объекте этой науки и ее отношениях с другими науками, которые также изучают человеческое общество. В конечном итоге, благодаря работам J. Bertillon и других ученых, демография сформировалась в отдельную, самостоятельную науку. Следующим шагом было сближение демографии с другой молодой наукой – социологией. Начало ему положил А. Dumont, создатель теории «социальной капиллярности», согласно которой продвижение по социальной лестнице способствует снижению рождаемости, поскольку изменяет систему ценностей человека.

С середины XX века было осознано, что демография не сводится лишь к статистике естественного движения населения и миграции, а имеет своим объектом изучение возобновления поколений людей. Для измерения интенсивности этого процесса в 1920-1930-х годах вводятся в обиход коэффициенты воспроизводства населения. Они явились результатом осмысления рождаемости и смертности как сторон двуединого процесса (Kuczynski, 1931). Однако скоро стало понятно, что при расчете общих коэффициентов рождаемости, смертности и т.д. без учета различий между группами населения имеет место неполный охват изучаемых демографией явлений. Т.е. некорректно считать, что все люди равноценны и равнозначны для воспроизводства населения, т.к. ожидаемая продолжительность их жизни существенно различается. Этот тезис привел к возникновению потенциальной демографии, где единицей измерения служит уже не человек, а человеко-год (поскольку каждый человек имеет свой «вес», измеряемый величиной ожидаемой продолжительности жизни, – жизненный потенциал, рассчитываемый на основе таблиц смертности при условии сохранения текущего уровня и структуры смертности). Основные принципы и методы потенциальной демографии сформулировали L. Gershe, J. Bourgeois-Pichat и E. Vielrose.

На основе потенциальной демографии и социальной медицины (в настоящее время – общественное здоровье и здравоохранение) М.С. Бедный основал такую научную дисциплину, как медицинская демография. Он предложил «пересмотреть различные статистические показатели с точки зрения оценки влияния состояния здоровья населения на его жизненный потенциал, а арсенал методов потенциальной демографии сделать достоянием медицинской демографии и этим самым развивать эту важную промежуточную отрасль науки» [1]. Изучать демографические закономерности предполагалось исходя из главной качественной характеристики населения – его здоровья, которое выражается в длительной активной жизни и полноценной трудоспособности. В конечном итоге, медико-демографическими показателями выступает совокупность критериев жизнеспособности населения – «продолжительность жизни», «продолжительность здоровой жизни» и «жизненный потенциал». Дополнительным направлением оценки вклада продолжительности здоровой жизни в формирование трудового потенциала является также расчёт экономических потерь.

Эволюция теоретических представлений об изучении здоровья населения в социальном аспекте в основном была связана с предметом изучения демографической науки. При этом, если в начале становления данного подхода к здоровью населения изучались в основном фактически сложившиеся состояния определенного общества за временной промежуток (уровень смертности, рождаемости), то в последующем интерес исследователей сместился в сторону определения причин данных тенденций. Выделяются разнонаправленные тренды эволюции теоретических представлений о здоровье населения как социальной категории – с одной стороны, происходит разукрупнение и детализация предмета демографии (обособление медицинской демографии), с другой – синтез с социологией, экономикой и некоторыми другими изучающими общество науками. В предмет демографической науки вводятся

потенциальные показатели, отражающие прогнозные значения, которые будут принимать те или иные величины. Состояние здоровья населения рассматривается как комплексная категория, меняющаяся под воздействием широкого ряда причин. Исследования проводятся на популяционном уровне и рассматривают феномен общественного здоровья в контексте социально-экономических условий: в частности, имущественного неравенства и неравенства в здоровье.

В буквальном смысле «неравенство в здоровье» является общим термином, который используется для определения различий, изменений и диспропорций в здоровье индивидов и групп. Не все неравенства в здоровье являются несправедливыми (например, они могут быть вызваны биологическими и генетическими вариациями или поведением индивида). Концепция несправедливости в здоровье фокусирует свое внимание на распределении ресурсов и других процессов, которые движут определенными видами неравенства в здоровье, т.е. на систематическом неравенстве в здоровье (или в его социальных детерминантах) между социальными группами, находящимися в более и менее выгодном положении – на неравенствах в здоровье, которые несправедливы и нечестны [5]. Как правило, когда говорят о неравенстве в здоровье, подразумевают именно их.

Зависимость заболеваемости и смертности от социально-экономического статуса в целом не подвергается сомнению, так, например, проблему социальных детерминант здоровья и неравенства в здоровье активно исследует ВОЗ. В 2005 году ВОЗ учредила Комиссию по социальным детерминантам здоровья (КСДЗ) в целях систематизации существующих знаний о возможных путях сокращения социальных неравенств в отношении здоровья, чтобы таким образом привлечь внимание всего мира к задачам достижения более высокого уровня социальной справедливости путем воздействия на социальные детерминанты здоровья. В основе лежало положение о том, что «...вмешательства, направленные на снижение заболеваемости и спасение жизней, приводят к успеху только в том случае, если они надлежащим образом учитывают социальные детерминанты здоровья»⁴.

Для России проблема социальных неравенств в отношении здоровья является крайне актуальной в виду исторически сложившихся различий между разными регионами страны, между городскими и сельскими жителями, жителями малых и крупных городов, а также в виду существующей системы социальной стратификации, в основе которой лежат позиции субъектов на рынке труда и в структуре отношений собственности, уровень образования и дохода. В 2014 году в рамках Программы Оксфам по предоставлению прав гражданскому обществу в неравном многополярном мире (ECSM BRICSAM (БРИКСАМ – Бразилия, Россия, Индия, Китай, Южная Африка, Мексика) был реализован проект по анализу тенденций неравенства в России, как экономического, так и неравенства в доступе к здравоохранению [8]. Согласно репрезентативному опросу населения 2013 года, россияне считают, что двумя формами неравенства, наиболее сильно влияющими на благосостояние населения страны, являются неравенство доходов (72% респондентов) и неравенство в доступе к здравоохранению (47%). Несмотря на то, что официально население России полностью охвачено системой здравоохранения и право на бесплатное здравоохранение закреплено в конституции, эксперты выделяют три основных измерения неравенства доступности здравоохранения в России: географическое, социальное (в т.ч. дискриминация отдельных групп, таких как бездомные, мигранты и заключенные) и экономическое. Различие социального статуса пациентов создает стратегии отношения к здоровью, закрепляющие

⁴ Социальные и гендерные неравенства в отношении окружающей среды и здоровья. Всемирная Организация Здравоохранения, 2010. URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/76522/Parma_EH_Conf_pb1_rus.pdf?ua=1.

неравенство в поддержании здоровья россиян [9]. При этом основные программные документы по развитию отрасли здравоохранения в России практически полностью игнорируют данную проблему, в то время как во многих странах проблема социального неравенства в здоровье признается и решается на правительственном уровне путем реализации соответствующих стратегий – это Австралия, Великобритания, Канада, Норвегия, Швеция и др.

Заключение

Эволюция теоретических представлений об изучении здоровья населения как экономической и социальной категории представлена в таблице.

Таблица

Эволюция теоретических представлений о здоровье как экономической и социальной категории (составлено автором)

Здоровье как экономическая категория		Здоровье как социальная категория
начало XVII века – конец XIX века		
индивидуальное	уровень изучения здоровья	популяционное
Здоровье как основа конкурентоспособности человека (работника).	предмет изучения	Здоровье как одна из характеристик населения страны, естественное движение населения.
Ценность здоровья определяется на индивидуальном уровне. Здоровье человека – основа его конкурентоспособности.	← История →	Демография как политическая арифметика. Простейший анализ данных о смертности и рождаемости, количественное изучение естественного движения населения.
конец XIX века – начало XX века		
популяционное	уровень изучения здоровья	популяционное
Здоровье как ресурс (фактор производства), обеспечивающий функционирование субъектов хозяйственной деятельности и государства в целом.	предмет изучения	Здоровье как часть воспроизводственного процесса.
Популяционное здоровье – основа уровня производительности в экономике.	← Математика → Статистика →	Демография как раздел статистики. Широкое применение математических моделей и методов.
середина XX века – н.в.		
популяционное	уровень изучения здоровья	популяционное
Здоровье как экономическая категория – компонент человеческого капитала.	предмет изучения	Здоровье как компонент жизненного потенциала.

Здоровье как экономическая категория		Здоровье как социальная категория
<p>Теория человеческого капитала. Включение здоровья в человеческий капитал. Здоровье рассматривается как экономическая категория с точки зрения инвестирования. Расширения круга задач, стоящих перед системой здравоохранения, экономическая эффективность ее функционирования. Изучение связи между уровнем здоровья и уровнем дохода на микро- и макроуровне, темпами экономического роста.</p>	<p>← Демография</p> <p>← Обществознание →</p> <p>← Математика →</p> <p>Экономика →</p> <p>Медицина →</p> <p>Статистика →</p>	<p>Демография как общественная наука. Потенциальная демография, медицинская демография, социально-экономический анализ демографических процессов. Формируется подход, соответствующий широкому пониманию воспроизводства населения как совокупности трех форм движения – социального (изменение социальных структур, социальная и профессиональная мобильность и т.д.); естественного (рождаемость и смертность) и пространственного (миграция). Феномен общественного здоровья рассматривается в контексте социально-экономических условий (социальные неравенства в отношении здоровья).</p>

Данные особенности позволяют выделить общие черты эволюции теоретических представлений о здоровье населения как экономической и социальной категории:

- здоровье населения изучается на уровне отдельных стран, в исследованиях используется большая численность населения;
- происходит синтез с другими отраслями науки, изучающими общество в целом;
- применяется комплексный подход к определению здоровья населения, оценке и прогнозированию, а также причин, влияющих на его состояние;
- феномен общественного здоровья рассматривается в контексте социально-экономических условий: выдвигаются гипотезы влияния неравенства по доходам на здоровье населения, а также исследуется социальное неравенство в отношении здоровья.

В целом, ввиду высокой сложности и многоаспектности самой категории «здоровье», ее полноценное исследование требует учесть как медицинские, так и социально-экономические индикаторы, и, соответственно, предполагает синтез различных отраслей знания – медицины, обществознания, статистики, экономики, математики.

Здоровье можно определить как важную часть человеческого капитала, экономическое благо и ресурс, формируемые в условиях конкретной социально-экономической среды, а доступ к здоровью в значительной мере определяется социально-экономическим статусом личности. Указанные направления развития теоретических представлений актуализируют вопросы рассмотрения причин и тенденций формирования здоровья населения в контексте конкретных социально-экономических условий. Потенциал традиционного медико-статистического подхода к изучению здоровья населения был исчерпан в связи с повышающимися требованиями к эффективности функционирования экономики страны, диктующими необходимость достижения высокого уровня человеческого капитала, выраженного, в том числе, в здоровье популяции. Широкая же трактовка здоровья как комплексной многоаспектной категории может существенно повысить эффективность государственного управления при формировании стратегий и программ развития

человеческого капитала, направленных на улучшение здоровья населения (увеличение средней ожидаемой продолжительности жизни).

ЛИТЕРАТУРА

1. Бедный М.С. Медико-демографическое изучение народонаселения / М.С. Бедный. – М.: Статистика, 1979. – 224 с.
2. Добрынин, А.И. Человеческий капитал в транзитивной экономике: формирование, оценка, эффективность использования / А.И. Добрынин, С.А. Дятлов, Е.Д. Царенова. – СПб.: Наука, 1999. – 309 с.
3. Дятлов С.А., Мизринь Л.А. Инвестиции в человеческий капитал России: состояние, проблемы, перспективы / Под ред. И.В. Ильинского. – СПб.: Санкт-Петербургский государственный университет технологии и дизайна, 2003. – 216 с.
4. Киселёва О.В. Развитие теории человеческого капитала и особенности его оценки: автореф. дис. ... канд. экон. наук. – Орел, 2006. – 26 с.
5. Кислицына О.А. Неравенство в распределении доходов и здоровья в современной России. – М.: РИЦ ИСЭПН, 2005. – 376 с.
6. Критский М.М. Человеческий капитал / М.М. Критский. – Л.: ЛГУ, 1991. – 117 с.
7. Кузьмич О.С. Влияние здоровья на заработную плату и занятость: эмпирические оценки отдачи от здоровья / О.С. Кузьмич, С.Ю. Роцин. – М.: ГУ – ВШЭ, 2007. – 60 с.
8. Кучерявенко О., Ухова Д. Неравенство и доступ к здравоохранению в России [Электронный ресурс]. – Оксфам, 2015. – Режим доступа: <http://neravenstvo.com/?p=865>, свободный.
9. Нарская Н.В. Здоровье и социальное неравенство в РФ // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Социально-гуманитарные науки. – 2014. – №1. – Т. 14. – С. 97-99.
10. Сокольская М.В., Ткаченко А.В. Здоровье профессионала как социально-экономическая категория // Здоровье и образование в XXI веке. – 2016. – Т. 18. – №2. – С. 807-811.
11. Солина Е.Е. Здоровье населения как фактор воспроизводства человеческого капитала // Социальная политика и социология. – 2013. – №5-1 (98). – С. 128-138.
12. Barro R. Determinants of economic growth. A cross country empirical study / R. Barro. – USA: MIT Press, 1997.
13. Becker D.S. Human Capital: Theoretical and Empirical Analysis with Special Reference to Education / D.S. Becker. – Chicago: The University of Chicago Press, 1964. – 412 p.
14. Bloom D., Canning D. The health and wealth of nations // Science. – 2000. – № 287 (18). – Pp. 1207-1209.
15. Deaton A. Health, inequality, and economic development // Journal of Economic Literature. – 2003. – Vol. 41. – Pp. 113-158.
16. Grossman M. The Demand for Health: A Theoretical and Empirical Investigation / M. Grossman. – N.Y., 1972.
17. Howitt P. Health, Human Capital, and Economic Growth: A Schumpeterian Perspective / P. Howitt. – Cambridge, MA: MIT Press, 2005.
18. Preston S.H. The Changing Relation between Mortality and Level of Economic Development // Population Studies. – 1975. – Vol. 29. – № 2. – Pp. 231-248.
19. Rice D.P. The economic costs of alcohol, drug abuse, and mental illness / D.P. Rice. – San Francisco, CA: University of California at San Francisco, 1990.

Shibalkov Ivan Petrovich

National research Tomsk polytechnic university, Russia, Tomsk

Siberian state medical university, Russia, Tomsk

Medical statistics bureau, Russia, Tomsk

E-mail: shibalkov.ivan@yandex.ru

Evolution of theoretical concepts of health as an economic and social category

Abstract. Strong influence of public health on the economic development of any country (region) and need for effective using of limited resources for health care determined interest of many authors to this issue. Health as an economic category was seen in the works of many well-known economists, creators and supporters of human capital theory also noted the importance of the state of health for economic development. The relationship between the level of public health (longevity) and real income, as well as between public health and economic growth, was investigated. In parallel with the evolution of economic views on public health, together with the development of demography, health was considered as a category characterizing social processes, but these studies were largely isolated from each other. This article highlights the common features of the evolution of theoretical concepts of health as an economic and social categories and concluded that these directions of development of theoretical concepts actualize questions address the causes and trends shaping public health as a complex multidimensional category in the context of the specific socio-economic conditions.

Keywords: health in economics; human capital; health capital; investment in human capital; health; inequalities in health; income inequality