

А.А. Шабунова

**ЗДОРОВЬЕ
НАСЕЛЕНИЯ
В РОССИИ**

СОСТОЯНИЕ И ДИНАМИКА

Вологда
2010

Александра Анатольевна Шабунова

Здоровье населения в России:

состояние и динамика

Текст предоставлен правообладателем

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=6571149

Здоровье населения в России: состояние и динамика: монография

[Текст] / А.А. Шабунова: ИСЭРТ РАН; Вологда; 2010

ISBN 978-5-93299-161-9

Аннотация

В монографии на широком фактическом материале анализируется здоровье населения современной России на макро– и микроуровне. Изучение индивидуального здоровья базируется на данных оригинальных исследований, проведенных в Вологодской области, в том числе уникального для России панельного мониторинга здоровья и развития детей в формате реального времени. Выявлены основные проблемы в сфере охраны и укрепления здоровья населения и обоснованы стратегические направления их решения. Книга будет интересна работникам сферы управления здравоохранением, образованием, социальной защитой, молодежной политики, научным работникам, преподавателям высших учебных заведений и студентам, а также широкому кругу читателей, кому не безразличны здоровье и судьба русского народа.

Содержание

От автора	5
Введение	7
Глава 1	12
1.1. Понятие, сущность, тенденции общественного и индивидуального здоровья	12
1.2. Общественное здоровье и социально- экономическое развитие	45
Конец ознакомительного фрагмента.	64

**Александра
Анатольевна Шабунова
Здоровье населения
в России: состояние
и динамика**

© Шабунова А.А., 2010

© ИСЭРТ РАН, 2010

Все права защищены. Никакая часть электронной версии этой книги не может быть воспроизведена в какой бы то ни было форме и какими бы то ни было средствами, включая размещение в сети Интернет и в корпоративных сетях, для частного и публичного использования без письменного разрешения владельца авторских прав.

От автора



Монография основана на данных исследований, в том числе проведенных автором или при его участии, и официальной статистики.

Искренне благодарю сотрудников Института социально-экономического развития территорий РАН, оказавших поддержку и содействие в работе, и лично его директора заслуженного деятеля науки РФ, доктора экономических наук, профессора В.А. Ильина.

Особая признательность – моему научному консультанту члену-корреспонденту РАН, советнику РАН Наталии Михайловне Римашевской, сотрудникам Института социально-экономических проблем народонаселения РАН, чей интерес к представленным исследованиям был неформальным, а замечания и советы – весьма важными.

Выражаю глубокую признательность за всемерное содействие проводимым исследованиям ведущим специалистам Департамента здравоохранения Вологодской области – заместителю начальника департамента кандидату медицинских наук Дуганову Михаилу Давидовичу, заместителю начальника кандидату медицинских наук Короленко Наталье Александровне, начальнику отдела охраны материнства и детства Вологдиной Елене Леонидовне. А также педиатрам, помогавшим в осуществлении мониторинга формирования здоровья и развития детей.

Большое спасибо всем, кто участвовал в проведении исследований, без чьей поддержки и помощи работа над книгой была бы невозможна.

Введение

Конец XX – начало XXI века в России характеризуется устойчивой убылью населения и ухудшением показателей здоровья. За период с 1992 по 2008 г. естественная убыль составила 12,5 млн. человек. Ожидаемая продолжительность жизни населения снизилась с 69,19 в 1990 г. до 64,8 года в 2003 г. Несмотря на некоторый рост к 2008 г. (67,8 года), ее уровень, по оценкам Всемирной организации здравоохранения, сопоставим с уровнем бедных стран Африки. Разрыв в показателях продолжительности жизни женщин и мужчин достиг чрезвычайно высокой величины – 13 лет. В трудоспособном возрасте умирает каждый десятый мужчина. Большинство смертей обусловлено низким уровнем здоровья, поэтому снижение смертности невозможно без его всемерного укрепления.

Значимость здоровья населения не ограничивается только его демографической ролью – снижением числа умерших и неродившихся [252, с. 4–10].

Здоровье – это важнейшая характеристика человеческого и трудового потенциала, человеческого капитала. Экспертами ВОЗ доказано, что улучшение качества и увеличение продолжительности жизни населения ведет к ускорению экономического развития государства, росту его валового национального продукта [388, с. 138].

С каждой ступенью развития человеческой цивилизации усиливается взаимозависимость общества и индивида, в том числе и в плане здоровья. Реализация людьми общественных интересов, выполнение социальных задач во многом определяются состоянием их индивидуального здоровья. В свою очередь, состояние здоровья индивидов напрямую зависит от того, насколько здорово само общество. Такая взаимозависимость позволяет говорить о здоровье как о социальном феномене.

Поэтому забота об укреплении здоровья населения является важнейшей задачей государства и общества. Приоритетность здоровья обуславливает необходимость его глубокого изучения, понимания причин и факторов его изменения.

При рассмотрении состояния, изменений здоровья с учетом причин и факторов, определяющих его, важно понимать, что существуют два уровня здоровья: общественное и индивидуальное. Общественное, или популяционное, здоровье отражает общие тренды в изменении здоровья населения страны, региона, населенного пункта. Индивидуальное здоровье – здоровье конкретных людей.

Изучение общественного здоровья базируется на анализе статистических показателей, таких как ожидаемая продолжительность предстоящей жизни, рождаемость и смертность населения, заболеваемость и инвалидизация. Для характеристики индивидуального здоровья наряду с использованием

медицинских показателей возможно учитывать данные социологических исследований, которые проводятся с охватом населения как нескольких регионов страны, так и отдельных типовых регионов с последующим распространением выводов на популяцию в целом.

Социологические исследования, составившие эмпирическую базу работы, осуществлялись на территории Вологодской области. Данный регион является во многом типичным для Российской Федерации, имеющим сходные со страной в целом структуру населения и характеристики демографических процессов, тенденции в динамике заболеваемости и инвалидизации населения, а также характеристики работы служб здравоохранения. Это позволяет, опираясь на данные анализа, делать обобщенные выводы и рекомендации.

Исходя из определения здоровья, данного Всемирной организацией здравоохранения, выделяют три его компонента:

1) биологическое (физическое) здоровье: совершенство саморегуляции в организме и максимальная адаптация к окружающей среде;

2) психическое здоровье: состояние общего душевного комфорта, обеспечивающее адекватную поведенческую реакцию;

3) социальное здоровье: система ценностей, установок и мотивов поведения индивида в обществе, мера его социальной активности, трудоспособности как форма деятельного отношения к миру.

На наш взгляд, психическое и социальное здоровье очень близки и взаимозависимы, поэтому при изучении компонентов здоровья могут быть рассмотрены в едином ключе.

Однако изучение здоровья будет неполным, если не учесть такие важные его компоненты, как репродуктивное здоровье и репродуктивный потенциал. Понимая под репродуктивным здоровьем не только возможность удовлетворенной и безопасной сексуальной жизни, но и способность к воспроизведению – рождению здоровых детей, мы замыкаем цикл формирования здоровья. Цепочка «здоровые родители – здоровый ребенок – здоровый подросток – здоровый родитель» подчеркивает важность здоровья на всех этапах репродуктивного цикла, в рамках которого здоровье детей становится важнейшей составляющей. Поскольку важные для здоровья людей в их взрослой жизни основы закладываются и предопределяются генетическими характеристиками, унаследованными от родителей и затем приобретенными в пренатальном периоде и в раннем детском возрасте.

Здоровье населения можно рассматривать как индикатор изменений, происходящих в обществе, определяющем среду его формирования. Поэтому мы вправе предположить, что здоровье и демографическое развитие государства в благоприятный период его развития также будут иметь положительные тренды.

В последние годы проблема необходимости улучшения здоровья обсуждается в России на различных уровнях вла-

сти. Неоднократно в посланиях Президента РФ Федеральному Собранию декларировался приоритет развития здравоохранения, образования и культуры [217]. С 2005 года осуществляется приоритетный национальный проект «Здоровье». В обращении Президента РФ «Россия, вперед!» [176] в числе стратегических задач государства обозначены улучшение демографической ситуации и повышение качества медицинского обслуживания. В июне 2009 г. пропаганда и развитие здорового образа жизни населения и борьба с табакокурением были в числе важных тем, обсуждавшихся генеральным директором Всемирной организации здравоохранения и премьер-министром РФ.

Принят ряд стратегических документов, определяющих векторы дальнейшего социального развития страны, в том числе сохранения народонаселения и улучшения общественного здоровья: Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации до 2020 г. [144], Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года [296], разработана и направлена в Правительство РФ Концепция развития здравоохранения РФ до 2020 г. [145] и др.

Действенность принятых мер можно оценить с помощью анализа динамики демографического развития и здоровья населения России в 2000–2008 гг. Это актуализирует исследование тенденций в здоровье населения, результаты которого помогут понять и изменить ситуацию.

Глава 1

Концептуальные основы исследования здоровья

1.1. Понятие, сущность, тенденции общественного и индивидуального здоровья

Важным критерием функционирования и развития страны (государства) является качество народонаселения, которое неразрывно связано с категорией «здоровье». Здоровье населения – комплексный социально-гигиенический и экономический показатель, который интегрирует биологические, демографические и социальные процессы, свойственные человеческому обществу, отражает уровень его экономического и культурного развития, состояние медицинской помощи, находясь в то же время под воздействием традиций, исторических, этнографических и природно-климатических условий. Можно сказать, что это интегральный показатель качества жизни в объективных ее проявлениях.

Вопрос о сущности и значимости здоровья всегда был центральной методологической проблемой многих наук. Без

осмысления понятия «здоровье» невозможно сущностное понимание ценностных ориентаций как медицины, которая призвана служить людям, обеспечивая возможности самой жизни в наиболее приемлемых для человека формах, так и самих людей. А также места и роли государства и общества в создании условий, благоприятных для жизни и здоровья людей.

Здоровье издревле является главной жизненной ценностью человека, основой гармоничного развития личности и величайшим благом. В современном обществе «максимально достижимый уровень здоровья» признается одним из неотъемлемых прав человека и народа, выступает как важнейшее условие и средство, как одна из конечных целей общественного развития. Наоборот, низкий уровень здоровья населения ассоциируется с прямой угрозой национальной безопасности любого государства, с препятствием его социально-экономическому прогрессу [195, с. 121].

В связи с большой значимостью для развития государства и общества здоровье является объектом изучения многих наук. Каждая конкретная научная дисциплина, исходя из своих интересов и намеченных задач, определяет свой круг вопросов в этом общем объекте познания.

Здоровье имеет множество аспектов, выступающих в качестве предмета специальных наук. И для того чтобы создать единую целостную картину, необходимо связать, объединить те фрагменты научного познания, которые выраба-

тываются отдельными науками, изучающими здоровье [266, с. 51].

Демография изучает закономерности рождаемости, смертности, воспроизводства населения во взаимосвязи с демографическими факторами, такими как семейное состояние населения, демографическая структура, условия и образ жизни, демографическое поведение. В область медико-демографических исследований входит изучение ситуации, сложившейся и на индивидуальном (локальном), и на популяционном уровнях, проведение анализа современных тенденций медико-демографических процессов и определяющих их факторов [115, с. 110].

Здоровье населения служит объектом исследования экономических наук, поскольку оказывает огромное влияние на развитие экономики, науки и культуры, на все социальные процессы в обществе. В последнее время значительно возросло число исследований, в которых рассматриваются экономические аспекты здоровья человека. Ученые отмечают, что «здоровье – не просто благо, это один из экономических ресурсов общества» [327, с. 8], так как оно прямо или косвенно влияет на рост производительности труда и развитие экономики, общественной жизни. Увеличение эффективности производства, изыскание резервов повышения производительности труда, рост фондоотдачи, снижение себестоимости продукции и повышение ее качества и тем самым уменьшение затрат общественного труда – все это лежит в

основе анализа «социально-экономического здоровья» [47, с. 145–153; 69, с. 6–7; 122, с. 101–119].

Признание теории «человеческого капитала» (344; 345; 383, с. 639–551) и ее дальнейшее развитие позволяют говорить о здоровье как об экономической категории. Выделяется понятие «капитал здоровья» – инвестиции в человека, осуществляемые с целью формирования, поддержания и совершенствования его здоровья и работоспособности. Капитал здоровья является несущей конструкцией, основой человеческого капитала в целом [124, с. 30, 217].

Обобщение современных представлений о здоровье, получаемых из различных отраслей знаний, дает возможность сформировать его структуру, выделив составные части: духовно-нравственный компонент, биологический, социальный, интеллектуальный, эмоциональный, репродуктивный, физический, экономический и др. (*табл. 1.1*). Все компоненты взаимосвязаны.

Таблица 1.1. Обобщенное представление понятия «здоровье» на основе различных компонентов (по В.Н. Максимовой [212, с. 47], с нашими дополнениями)

Компонент	Характеристика составляющих здоровья
Биологический*	Биологическое благополучие – нормальная (непатологическая) наследственность, полноценная деятельность органов и всего организма.
Демографический*	Сбалансированность основных характеристик населения в целом и отдельных этнических групп – численности, рождаемости, смертности, плотности, при учете общей заболеваемости и инвалидности.
Экологический*	Отношения в системе «человек – общество – окружающая среда», характеризующие действие адаптационных и дезадаптационных факторов по отношению к организму.
Физический (соматический)	Естественное состояние организма, когда все показатели деятельности органов и систем соответствуют норме, позволяющей вести адекватную трудовую деятельность, не препятствуют активной социальной позиции.
Репродуктивный	Способность к продлению рода, к рождению здоровых детей.
Психический (личностный)	Способность осознавать себя личностью, адекватной своему биологическому возрасту и полу; состояние душевного благополучия, характеризующееся отсутствием болезненных психических проявлений и обеспечивающее адекватную условия окружающей действительности регуляцию поведения, деятельности.
Эмоциональный	Способность противостоять стрессам, адекватно оценивать эмоции окружающих, проявлять свои эмоции и управлять ими. Эмоциональная составляющая здоровья оказывает влияние на все остальные его компоненты.
Духовно-нравственный	Прежде всего, это сила духа человека и иерархия его жизненных ценностей, на основе которой формируется индивидуальная программа жизнедеятельности.
Социальный	Способность к адаптации и высокая степень адаптивности в жизни и социуме. Социальное здоровье человека определяется и его социальной активностью, профессиональным движением, высокой коммуникативностью, широким кругом общения, наличием взаимопонимания, социально-психологической поддержки.
Когнитивный (интеллектуальный)	Способность мыслить позитивно и оперативно, принимать адекватные решения, уметь выделять главное, находить недостающую информацию.
Культурологический*	Состояние, обеспечивающее усвоение опыта по сохранению здоровья и ведению здорового образа жизни на базе общечеловеческой, государственной, региональной и национальной культуры, основанное на осознании принадлежности человека к определенной культуре, принятии ее ценностей как своих и выборе образа жизни.
Экономический	Крепкое здоровье содействует росту производительности труда. Производительный труд способствует экономическому благополучию государства, семьи, отдельного человека в условиях стабильной обеспеченности трудовыми ресурсами, определяющей финансовые показатели.
Примечание. Категории, обозначенные звездочкой, добавлены нами.	

Здоровье – это комплексное и вместе с тем целостное многомерное динамическое состояние, развивающееся в процессе реализации генетического потенциала в условиях конкретной социальной и экологической среды, позволяющее человеку в той или иной степени осуществлять его биологические и социальные функции. Для решения как практических, так и теоретических вопросов здоровья в любой обла-

сти знаний важнейшее значение имеет определение самого здоровья.

Многие подходы к определению здоровья декларативны; часто определяют, каким оно должно быть, а не то, чем на самом деле является здоровье. Для понимания этой категории выделим следующие аксиоматические положения, характеризующие ее:

– здоровье – способность человека к самосохранению и увеличению жизненных сил, а также способность улучшать возможности, свойства и способности своего организма;

– здоровье – способность противостоять повреждениям, болезням и другим формам деградации, оно находится в зависимости от здоровья окружающих людей;

– здоровье – область человеческой культуры и способность производить, поддерживать и сохранять себе подобных, а также культурные, духовные и материальные ценности;

– здоровье – результат собственной деятельности и способность увеличивать длительность полноценной жизнедеятельности;

– здоровье – способность созидать адекватное самосознание, морально-этическое отношение к себе, своему окружению и будущим поколениям через систему воспитательно-образовательных учреждений;

– здоровье – уровень адаптационных возможностей организма и способность приспосабливаться к среде обитания,

к своим возможностям, сохраняя для себя искусственную и естественную среду обитания.

В современной литературе существует много определений и подходов к понятию «здоровье», каждое из них апеллирует к какому-либо одному или нескольким видам здоровья:

- Н.Е. Sigerist, известный швейцарский историк медицины, рассматривая здоровье как ненарушаемый ритм жизни, пишет: «Каждый из нас живет в определенном ритме жизни, зависящем от природы, культуры и привычек. Наша работа, отдых, сон и бодрствование подчиняются суточному ритму. Этот сложившийся ритм есть здоровье. Нездоровье же грубо нарушает сложившуюся структуру ритма» [384].

- В.А. Фролов [303, с. 33–40] предлагает следующее определение здоровья населения: это статическое состояние, характеризующееся комплексом демографических показателей – рождаемостью, смертностью, средней продолжительностью жизни, а также некоторыми другими социально-биологическими показателями.

- Ю.П. Лисицын [160, с. 57] характеризует общественное здоровье как здоровье групп (половых, возрастных, профессиональных, социальных) населения, проживающего на определенной территории, в различных странах и регионах; результат социально опосредованных действий, проявляющихся через образ жизни человека, группы людей.

- В.П. Казначеев [125] трактует здоровье популяции как

процесс (динамическое состояние) сохранения и развития биологических, физиологических и психических функций, оптимальной трудоспособности, социальной активности при максимальной продолжительности жизни; процесс социально-исторического развития психосоциальной и биологической жизнедеятельности населения в ряду поколений, повышение трудоспособности и производительности общественного труда, совершенствование психофизиологических возможностей человека.

- И.И. Брехман [34; 35, с. 34] понимает здоровье как способность, соответствующую возрасту, устойчивость в условиях резких изменений качественных и количественных параметров триединого потока сенсорной, вербальной и структурной информации.

- В.А. Лищук, Е.В. Мосткова [168] определяют здоровье как способность жизни сохранять и развивать себя и среду своего обитания.

В других многочисленных определениях в качестве основных признаков здоровья используются: 1) отсутствие болезни; 2) нормальное состояние организма; 3) динамическое равновесие организма и среды;

4) способность к полноценному выполнению социальных функций;

5) полное физическое, духовное, умственное и социальное благополучие, гармоническое развитие организма; 6) способность приспосабливаться к динамическим условиям

окружающей среды; 7) жизнеспособность как интегральный показатель жизнедеятельности, т. е. осуществление биологических и социальных функций и пр.

Обобщая доступные в литературе определения здоровья, П.А. Калью предложил следующее объединенное определение: «1 – нормальная функция организма на всех уровнях его организации, нормальное течение физических и биохимических процессов, способствующих индивидуальному выживанию и воспроизводству; 2 – динамическое равновесие организма и его функций и факторов окружающей среды; 3 – способность к полноценному выполнению основных функций, участие в социальной деятельности и общественно полезном труде; 4 – способность организма приспособляться к постоянно меняющимся условиям существования в окружающей среде, поддерживать постоянство внутренней среды организма, обеспечивая нормальную и разностороннюю жизнедеятельность;

5 – отсутствие болезни, болезненных состояний либо болезненных изменений; 6 – полное физическое и духовное, умственное и социальное благополучие, гармоническое развитие физических и духовных сил организма, принцип его единства, саморегуляции и гармонического взаимодействия всех органов» [128, с. 33–35].

На основе данного определения ученый сформировал 5 концептуальных моделей определения здоровья: медицинскую, биомедицинскую, биосоциальную, ценностно-соци-

альную, интегрированную модель, в последней собраны все определения здоровья, содержащие несколько признаков.

Согласно Уставу Всемирной организации здравоохранения здоровье является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием физических дефектов и болезней. При этом «благополучие – динамическое состояние ума, характеризующееся некоторой психической гармонией между способностями, потребностями и ожиданиями работающего и теми требованиями и возможностями, которые предъявляет и предоставляет окружающая среда» [55]. Что соответствует интегрированной модели в понимании П. Калью – более полной, в отличие от биомедицинской модели, поскольку здоровье объясняется как состояние полного психического, физического и социального благополучия, а объектом здравоохранения становится не только человек, но и население в целом.

Все представленные выше определения, включая определение ВОЗ, характеризуют в большей степени индивидуальное здоровье, то есть качественную характеристику состояния человека, обеспечивающую достижение чувства полноты жизни и максимально возможный для него вклад в человеческую культуру.

Индивидуальное здоровье отдельного человека в значительной степени обусловлено влиянием эндогенных факторов и зависит от влияния случайных внешних процессов и явлений. Параметры индивидуального здоровья не могут

служить основанием для принятия решений, направленных на оптимизацию условий жизни больших групп населения.

Для характеристики здоровья населения, проживающего на какой-либо территории, либо сформированной по другим признакам большой группы населения используется понятие «общественное (или популяционное) здоровье» [191, 274, 335].

В современной литературе понятие «общественное здоровье» рассматривается, по меньшей мере, в двух аспектах. С одной стороны, общественное здоровье как система (public health as system) – это система научных и практических мер и обеспечивающих их структур медицинского и немедицинского характера, деятельность которой направлена на реализацию концепции охраны и укрепления здоровья населения, профилактику заболеваний и травм, увеличение продолжительности активной жизни и трудоспособности.

С другой стороны, общественное здоровье как ресурс (public health as resource) – это медико-социальный ресурс и потенциал общества, способствующий обеспечению национальной безопасности страны [126, с. 7–9].

Ю.П. Лисицын, изучавший общественное здоровье много лет, определяет его следующим образом: это здоровье населения, обусловленное комплексным воздействием социальных и биологических факторов окружающей среды, оцениваемое социально-экономическими, демографическими показателями, характеристиками физического развития, забо-

леваемости и инвалидности при определяющем значении экономического и политического строя, зависящем от условий общественной жизни.

В этом определении широко представлены факторы, влияющие на формирование общественного здоровья, показатели для его измерения, однако автор недостаточно четко очерчивает само понятие. Кроме того, исходя из данного определения, трудно выделить главные индикаторы, характеризующие популяционное здоровье.

Другие авторы, определяя общественное здоровье, указывают, что это такое состояние, качество общества, которое обеспечивает условия для образа жизни людей, не обремененных заболеваниями, физическими и психическими расстройствами, т. е. такое состояние, когда обеспечивается формирование здорового образа жизни [163].

Такого рода определения не учитывают динамику общественного здоровья, акцентируют внимание на его статическом состоянии и в большей степени апеллируют к формированию здорового образа жизни, не определяя четко его измерителей.

А.И. Вялков и И.А. Гундаров понимают под общественным здоровьем способность населения обеспечивать воспроизводство полноценного потомства, необходимую продолжительность жизни и адекватную трудовую активность. Обсуждая сущность понятия, авторы отмечают, что общество есть множество отдельных индивидов, которые в то же

время находятся во взаимодействии между собой, образуя социальное целое. Поэтому, с одной стороны, общество не может быть здоровым, если все его граждане по отдельности больны. С другой стороны, даже если все граждане по отдельности здоровы, общество может оказаться больным как социальный организм, когда повреждены внутренние системные зависимости, объединяющие людей в единое целое. Например, если население страны состоит на 70 % из женщин и на 30 % из мужчин и все они здоровы, тем не менее такая гендерная структура есть признак репродуктивного нездоровья, лишаящего народ возможности выжить [58, с. 5–9].

Предложенная трактовка понятия более лаконична и конкретна. Авторы выделяют три главные составляющие общественного здоровья, предполагая их динамическое развитие, однако намеренно не включают в определение основные факторы, влияющие на формирование и изменение общественного здоровья.

Н.М. Римашевская подчеркивает, что общественное здоровье существенным образом определяет характер всех демографических процессов в стране не только в части смертности и продолжительности предстоящей жизни, но в не меньшей степени от него зависит уровень брачности, рождаемости и детности, а также качество и количество приходящих в эту жизнь новых поколений. Сложившееся в России общественное здоровье всех групп и когорт формирует

и настоящее, и будущее качество людских ресурсов по его основным компонентам [117, с. 36].

Обобщая определения общественного здоровья, представим свой взгляд на эту категорию.

Общественное здоровье – свойство населения определенной территории, обеспечивающее демографическое развитие, максимально возможную продолжительность жизни и трудовую активность, формирующееся при комплексном воздействии биологических, социально-экономических, социокультурных и экологических факторов.

Переходя к вопросу об измерении здоровья, отметим, что до сих пор не существует единого, общепризнанного «измерителя» здоровья, хотя имеется множество подходов к построению интегрального индекса здоровья [102, с. 300, 311]. В зависимости от направлений исследования выделяют и различные подходы к оценке здоровья.

По мнению Н.М. Римашевской, с методологической точки зрения здоровье следует оценивать на двух уровнях, которые органически взаимосвязаны между собой, но имеют самостоятельные обозначения. Один из них – макроуровень с оценкой популяционного здоровья, другой – микроуровень, отражающий индивидуальные характеристики. Выделение двух уровней изучения принципиально, поскольку они имеют различные индикаторы и объект исследования, изменяются вследствие воздействия различных факторов [117, с. 36].

Обобщая показатели измерения здоровья на разных уровнях, В.В. Окрепилов [203, с. 67] констатирует, что для оценки индивидуального здоровья используется ряд весьма условных показателей, таких как ресурсы здоровья, потенциал здоровья и баланс здоровья.

Ресурсы здоровья – это морально-функциональные и психологические возможности организма изменять свой баланс здоровья в положительную сторону. Повышение ресурсов здоровья обеспечивается всеми мерами здорового образа жизни (питание, физические нагрузки и т. д.).

Потенциал здоровья – совокупность способностей индивида адекватно реагировать на воздействие внешних факторов. Адекватность реакций определяется состоянием компенсаторно-приспособительных систем (нервной, эндокринной и т. д.) и механизмом психической саморегуляции.

Баланс здоровья – выраженное состояние равновесия между потенциалом здоровья и действующими на него факторами.

Многочисленные исследования индивидуального здоровья, проведенные учеными Института социально-экономических отношений РАН, показали, что приемлемым методом его измерения является балльная оценка, позволяющая получать интегральные индикаторы состояния человека. Н.М. Римашевская также использует понятие «потенциал здоровья», определяя его как некоторый теоретический «абсолют» здоровья, характеризующийся биологиче-

ским максимумом, снижающимся на протяжении жизненного цикла в результате воздействия патологических состояний человека. Поэтому здоровье может рассматриваться как некий потенциал, изменяющийся под влиянием нездоровья [117, с. 45].

По мнению экспертов ВОЗ, в медико-санитарной статистике под здоровьем на индивидуальном уровне понимается отсутствие выявленных расстройств и заболеваний, а на популяционном – процесс снижения уровня смертности, заболеваемости и инвалидности.

Характеристики общественного здоровья населения в статике и динамике рассматриваются как интегральное понятие личного здоровья каждого человека в отдельности. В то же время это не просто сумма данных, а сумма цельно взаимосвязанных параметров, выраженных количественно-качественными показателями.

Важнейшими показателями, отражающими общественное здоровье, наряду с общей смертностью населения являются ожидаемая продолжительность предстоящей жизни (ППЖ) и уровень детской смертности до 1 года (на тысячу родившихся живыми). В отличие от данных об общей смертности, показатель ожидаемой продолжительности предстоящей жизни не зависит от различий в возрастном составе населения и потому особенно пригоден для сопоставления состояния общественного здоровья в различные периоды времени и в разных странах [117, с. 37]. Наряду с ожидаемой

продолжительностью жизни важно предусматривать характеристики населения, отражающие качество жизни с учетом состояния здоровья. Это позволяет использовать показатель «ожидаемая продолжительность здоровой жизни» (ОПЗЖ).

Помимо комплексных показателей для оценки общественного здоровья анализируют уровни смертности и рождаемости, заболеваемости и инвалидизации населения страны в целом, отдельных регионов, половозрастных групп (либо иных больших групп населения).

Здоровье людей – качество социальное, в связи с этим для оценки общественного здоровья Организацией Объединенных Наций принята Система социальных показателей здоровья:

- ожидаемая продолжительность жизни в возрасте 1 года, 20 лет, 40 лет, 60 лет;
- ожидаемая продолжительность жизни в состоянии нездоровья в возрасте 1 года, 20 лет, 40 лет, 60 лет;
- доля лиц, пребывающих в состоянии нездоровья (%);
- физическая доступность медобслуживания (средний срок получения скорой медпомощи);
- экономическая доступность медицинского обслуживания – семейные доходы, чистые расходы на страхование рисков здоровья в расчете на одну семью, полная стоимость услуг здравоохранения, получаемых семьей.

Перечисленные показатели не только определяют состояние здоровья населения, но и характеризуют уровень соци-

ально-экономического развития страны в целом, степень медицинской грамотности населения, уровень и качество организации медицинской помощи. Как правило, экономический рост государства и повышение индивидуального достатка людей, совершенствование социальной инфраструктуры и организации медицинской помощи сопровождаются снижением показателей смертности и увеличением средней продолжительности предстоящей жизни.

Понимание общественного здоровья как социальной ценности и показателя социального прогресса позволяет определить приоритеты социальной политики государства.

Общественное здоровье является характеристикой одного из важнейших свойств, качеств, аспектов общества как социального организма. Его нельзя сводить к совокупности показателей здоровья отдельных людей. О нем говорят как об общественном богатстве, т. е. факторе, без которого не может создаваться вся совокупность материальных и духовных ценностей.

Относительность и противоречивость категории «здоровье» делает целесообразным подход к нему с позиции качества. Подобный концептуальный подход с позиции «количество» и «качество» встречается в трудах отечественных ученых [7, с. 63–70; 14, с. 21; 125]. Определение здоровья как формы жизнедеятельности, обеспечивающей качество жизни и достаточную ее продолжительность, расширяет понимание этой категории. Показатели качества жизни вклю-

чают уровень удовлетворения потребностей, объективные и субъективные показатели, а также, в отличие от показателей уровня жизни, оценку социального благополучия в психосоциальном аспекте, уровень душевного комфорта.

Анализ научной литературы показал, что здоровье следует рассматривать не в статике, а в динамике изменений внешней среды и в онтогенезе. В этом отношении заслуживает внимания высказывание, что здоровье определяет процесс адаптации [16, с. 73–78], что это не результат инстинкта, а реакция на социально созданную реальность. Она дает возможность адаптироваться к изменяющейся внешней среде, социальным условиям, к росту и старению, лечению, страданиям и мирному ожиданию смерти [367]. То есть здоровье актуально во все периоды жизни и развития человека.

Изменение качества популяционного здоровья представляет собой процесс, тесно связанный с общим поступательным развитием человечества. Улучшение условий жизни, совершенствование технологий, облегчающих труд и быт людей, развитие медицины и биологии одновременно ведут к повышению уровня здоровья населения. Ухудшение условий существования людей – войны, голод, экономические кризисы – влечет за собой снижение уровня общественного здоровья. Повышение качества здоровья происходит постепенно, а ухудшение, как правило, – очень быстро.

Подробный анализ изменения общественного здоровья и его классификация представлены в монографии Б.Б. Прохо-

рова «Общественное здоровье и экономика» [202, с. 17], в которой показано, что состояние здоровья населения существенно варьируется во времени и пространстве. Чем ниже степень экономического развития территории, тем хуже качество здоровья населения.

В рамках данной классификации Б.Б. Прохоровым выделено пять типов популяционного здоровья. Из этого следует, что человеческие общности в процессе своей эволюции последовательно сменили четыре типа здоровья.

Первый тип здоровья – примитивный, его можно охарактеризовать как простое выживание человеческих общностей под постоянной угрозой насильственной смерти. Средняя продолжительность жизни населения находилась в пределах 20–22 лет. Младенческую смертность в этот период можно оценить величиной 50 случаев и более на 100 новорожденных.

Второй тип – постпримитивный, со сравнительно короткой продолжительностью жизни большинства населения, с высокой вероятностью преждевременной смерти от периодически возникавших эпидемий острозаразных болезней, голода. Величина средней продолжительности жизни, как правило, колебалась в пределах от 20 до 30 лет. Младенческая смертность достигала 200 случаев и более на 1000 новорожденных.

Третий, квазимодерный тип общественного здоровья характеризуется недостаточно продолжительной жизнью боль-

шинства населения при преждевременной повышенной смертности части людей в молодых и допенсионных возрастах. Средняя продолжительность жизни находится в диапазоне 60–65 лет. Младенческая смертность составляет 10–15 случаев на 1000 новорожденных.

Четвертый тип – современный. Для него характерна продолжительная жизнь большинства населения с надежной и эффективной работоспособностью и здоровой старостью. Продолжительность жизни обычно в пределах 75–80 лет, а младенческая смертность не превышает 6–8 случаев на 1000 новорожденных.

Наиболее экономически развитые страны стремятся сформировать пятый, постмодерный, наиболее прогрессивный тип здоровья. На начальном этапе существования этого типа здоровья продолжительность жизни населения будет не ниже 82–85 лет, а младенческая смертность не превысит 5 случаев на 1000 новорожденных. Для этого этапа характерны резкое снижение числа больных всеми видами заболеваний, успешное лечение ныне неизлечимых недугов, полноценная радостная жизнь подавляющего большинства населения. При постмодерном типе здоровья усилия медицины направлены на повышение уровня здоровья практически здоровых людей. В России в настоящее время преобладает квазимодерный тип, в отличие от развитых государств, где господствует современный тип здоровья.

Ожидаемая продолжительность жизни населения в Рос-

сии на протяжении долгого исторического промежутка была ниже, чем в развитых странах. Но если в 1970-х годах отставание было не очень велико, то постепенно различия нарастали и в настоящее время составляют для мужчин 15–19 лет, а для женщин 7 – 11 лет.

С учетом условного разделения государств по уровню доходов, принятого в международной статистике, выделяются четыре группы стран (с высоким, высшим средним, нижним средним и низким уровнем доходов) [397]. Россия находится в группе с доходами ниже среднего, и показатели здоровья наших соотечественников на современном этапе исторического развития сопоставимы с аналогичными показателями развивающихся стран, таких как Марокко и Нигерия (*табл. 1.2*).

Таблица 1.2. Младенческая смертность, средняя продолжительность жизни и валовой национальный продукт в России, в мире и в некоторых странах (2007 г.)

Территория	Смертность детей до 1 года на 1000 живорожденных	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (лет)		ВВП на 1 жителя (ППС межд. долл.)*
		Муж.	Жен.	
Весь мир	46	65	70	9 872
<i>Высокий уровень (средняя продолжительность предстоящей жизни 80 лет)</i>				
США	6	76	81	45 850
Канада	5	78	83	35 310
Япония	3	79	86	34 600
Израиль	4	79	82	25 930
Руанда	109	49	51	14 400
Аргентина	14	71	79	12 990
...				
<i>Высший средний уровень (средняя продолжительность предстоящей жизни 70 лет)</i>				
Бразилия	20	70	76	9 370
Египет	30	66	70	5 400
...				
<i>Низший средний уровень (средняя продолжительность предстоящей жизни 68 лет)</i>				
Марокко	32	70	75	3 990
Россия	10	60	73	2 930
Нигерия	83	48	50	1 770
...				
<i>Низкий уровень (средняя продолжительность предстоящей жизни 57 лет)</i>				
Гаити	57	59	64	1 150
Гвинея	93	52	56	1 120
...				
<p>* ППС межд. долл. – паритет покупательной способности по международному курсу доллара. Источник: World development indicators 2007. – Washington: DC, World Bank, 2008. – URL: http://www.worldbank.org/data (выборка 13 февраля 2009 года).</p> <p>Источник: World health statistics 2009 / Всемирная организация здравоохранения, 2009 год. – URL: www.who.int/whosis/whostat/2009/</p>				

Период с 2000 по 2008 г. характеризуется стабилизацией политических и социально-экономических процессов в Российской Федерации, оживлением экономики и повышением уровня жизни населения. Это, несомненно, отразилось и на состоянии общественного здоровья населения. За указанный период ожидаемая продолжительность жизни населения выросла почти на 3 года – с 65 лет в 2000 г. до 67,9 в 2008 г. На 40 % снизился уровень младенческой смертности. Однако столь небольшие положительные подвижки нель-

зя расценивать как начало устойчивого изменения общественного здоровья российского населения в лучшую сторону. С большой долей осторожности можно лишь предположить, что часть населения начала адаптироваться к сложившейся общественно-политической и социально-экономической ситуации. При этом необходимо иметь в виду, что ситуация может сдвинуться в любую сторону. Особую настороженность вызывает ухудшение здоровья детей и подростков [229, с. 41–55].

При определении основной причины сложившейся ситуации мы согласимся с Б.Б. Прохоровым, что это низкая величина валового национального продукта на душу населения. В России данный показатель в 16 раз ниже, чем в США, в 12 раз ниже, чем в Японии и Канаде. Величина ВВП – показатель интегральный, низкий ВВП – это и плохое качество продуктов питания, плохая вода в водопроводе, фальсифицированные спиртные напитки, низкие оклады медиков и соответствующий уровень медицинского обслуживания, невозможность приобретения медицинского оборудования, необходимых (дорогих) лекарств, плохое качество или полное отсутствие очистных сооружений на предприятиях, протекающая канализация, приводящая к росту инфекционных заболеваний, а также проституция, в том числе детская, преступность, коррупция, усугубляющая негативную ситуацию, растущая социальная и материальная дифференциация и поляризация населения и т. д. [229, с. 41–55].

Наряду с ВВП (или ВВП), не меньшее и даже большее влияние на популяционное здоровье, а далее и на индивидуальное оказывают глубина и масштабы социального неравенства, формирующегося в результате реализации системы перераспределительных отношений [44, с. 9–10].

Одним из наиболее значимых теоретических подходов, показывающих этапы и причины изменения общественного здоровья, является теория эпидемиологического перехода, разработанная американским демографом А.Р. Омраном в 1971 г. [376, с. 509–538]. Концепция основана на радикальном изменении структуры причин смертности, при котором причины экзогенного характера меняются на эндогенные.

Сама классификация причин смертности на экзогенные и эндогенные принадлежит французскому демографу Ж. Буржуа-Пиша [301]. К первым относятся причины, внешние по отношению к естественным процессам, происходящим в организме: насильственная смерть, туберкулез, эпидемии, инфекционные и паразитарные заболевания и т. д. Такие причины сравнительно легко поддаются воздействию (санитарно-гигиенические и профилактические мероприятия, массовые вакцинации).

Эндогенные причины смертности связаны с естественной старостью организма (например, сердечно-сосудистые и онкологические заболевания).

По мере развития медицины, увеличения возможностей влияния на причины экзогенного характера и по мере осо-

знания человеком ответственности за состояние собственного здоровья возрастает роль эндогенных факторов смертности, что и составляет суть концепции эпидемиологического перехода. Данный процесс проходит за четыре этапа:

1. Период эпидемий и голода. Высокий уровень и колебания смертности.

2. Снижение пандемии экзогенных заболеваний. Снижение темпов смертности от инфекционных заболеваний, туберкулеза. Из-за стремительного процесса индустриализации, загрязнения окружающей среды и ускорения темпов жизни увеличивается смертность от квазиэндогенных причин (заболевания системы кровообращения, новообразования, несчастные случаи).

3. Дегенеративные и профессиональные заболевания. Идет борьба с отрицательными последствиями прогресса. Ведущую роль играет фактор развития медицины. Возрастает роль профилактики, борьбы за здоровый образ жизни. Смертность снижается и стабилизируется на низком уровне. Увеличивается продолжительность жизни и показатель среднего возраста смерти.

4. Период отложенных дегенеративных заболеваний (данная стадия предложена в 1986 г. S.J. Olshansky и A.V. Ault [377, с. 355–391]). Идет прогресс медицины и профилактики заболеваний. Смертность снижается, и ее средний возраст переходит на самые старшие возрастные группы. Появляется зависимость здоровья от профилактики [263].

Существуют две модели эпидемиологического перехода:

- 1) классическая модель (ускоренная), характерная для западных стран;
- 2) современная модель (замедленная), характерная для развивающихся стран и сопровождающаяся сохранением высокого уровня детской и младенческой смертности.

По поводу того, на какой стадии эпидемиологического перехода находится Россия в настоящее время, среди ученых нет единой точки зрения. Одни приводят данные о чрезмерно высоком уровне смертности от туберкулеза и внешних причин как доказательство того, что Россия стоит на первой стадии эпидемиологического перехода (О.Е. Баксанский, И.К. Лисеев). Другие полагают, что, «дойдя до четвертой стадии, в России начался процесс обратного эпидемиологического перехода» (В.Г. Семенова).

Среди ученых также нет единой точки зрения и на причины, повлекшие за собой широкое распространение смертности экзогенного характера, современный демографический кризис и в конечном итоге незавершенность эпидемиологического перехода. Одни ученые (И.Б. Орлова, И.Н. Веселкова и др.) объясняют это распадом СССР, последовавшим за ним экономическим кризисом и, как следствие, психологической дезадаптацией широких слоев населения (в качестве доказательства они приводят данные о резком ухудшении демографической ситуации именно в кризисный период – 1990-е гг.).

Другие специалисты (Е.М. Андреев, А.Г. Вишневский и др.) полагают, что «кривая уровня смертности, тенденции которой сложились еще в середине 60-х гг., была прервана антиалкогольной кампанией 1985–1987 гг., когда смертность искусственно понизилась» [204]. По мнению этих ученых, «в период 1993–1994 гг. реализовалась какая-то часть смертей, отсроченных благодаря антиалкогольной кампании, и их число прибавилось к числу смертей, действительно возросшему вследствие кризиса независимо от последствий антиалкогольной кампании» [10, с. 75–84].

Существует и точка зрения о том, что скачок смертности в первую очередь связан с резким ростом потребления алкоголя после официальной отмены антиалкогольной кампании (А.В. Немцов, Э. Брейнерд, Д. Катлер).

Третьи ученые подчеркивают, что население социалистического лагеря в период перестройки и в последующие годы было подвергнуто действию растущего числа ситуаций, вызывавших стресс, в результате чего выработался специфический моральный настрой населения восточноевропейских стран как фактор повышения смертности взрослого населения.

Мы считаем более обоснованной и доказательной точку зрения В.Г. Семеновой, полагающей, что события последних десятилетий в России привели к обратному эпидемиологическому переходу, что не противоречит и положению страны в периодизации, предлагаемой Б.Б. Прохоровым. С точки

зрения эпидемиологического перехода специфика демографических процессов в России имела следующие черты:

1. Более позднее начало и ускоренное развитие эпидемиологического перехода по сравнению с западными государствами, что существенно отразилось на уровне смертности от самоубийств.

2. Отсутствие адекватного появляющимся проблемам развития системы здравоохранения и профилактики факторов смертности от внешних причин, в том числе самоубийств.

В динамике смертности населения с середины 60-х гг. XX века до начала XXI века В.Г. Семенова выделяет три этапа: 1965–1980 гг., когда тенденции смертности были весьма неблагоприятными, 80-е годы – период позитивных тенденций, особенно ускорившихся с проведением антиалкогольных мероприятий, и 90-е годы XX – начало XXI в., когда негативные тенденции возобновились невиданными темпами [270, с. 226].

Как отмечают И.Н. Веселкова и Е.В. Землянова, «снижение продолжительности жизни в России с середины 60-х годов связано с двумя основными составляющими избыточной смертности:

1. Высокой и более «молодой», чем в развитых странах, смертностью от болезней системы кровообращения, которая, в отличие от большинства стран, не снижалась на протяжении последних двух десятилетий.

2. От несчастных случаев, отравлений и травм в трудоспособном возрасте, особенно у мужчин» [49, с. 91].

Государство, культивируя новую идеологию рыночных отношений, все больше отстранялось от участия в решении социальных и экономических проблем населения. По этим причинам к началу 90-х гг. Россия находилась в критическом состоянии по трем направлениям:

1) экономическому (резкий спад производства, обнищание широких слоев населения, расслоение населения по доходам);

2) социальному (маргинализация, безработица, криминализация);

3) медицинскому (отсутствие профилактического звена в здравоохранении, постоянное увеличение количества платных услуг, а также размера их оплаты).

Анализируя структуру и причины смертности россиян в конце XX – начале XXI в., В.Г. Семенова подчеркивает, что основным источником увеличения смертности стало разрастание маргинальных слоев населения и повышение преимущественно в них рисков смертности от эндогенных и внешних причин.

Именно эти обстоятельства общественной и экономической жизни страны и послужили основной причиной обратного развития эпидемиологического перехода в России. Его специфика состоит в увеличении смертности населения в трудоспособном возрасте. Это подтверждает и основную

причину произошедшего обратного перехода – социальную деградацию общества.

Итак, отметим, что здоровье, являясь определяющим компонентом человеческого потенциала, имеет большую значимость в социально-экономическом развитии страны. Это определяет оправданный интерес к его изучению со стороны многих научных дисциплин. Существует множество взглядов и подходов к определению сущности здоровья.

Современные исследователи выделяют два уровня изучения и формирования здоровья: индивидуальное здоровье – здоровье одного человека (представляющее микроуровень изучения) и общественное здоровье – здоровье популяционное, здоровье нации (представляющее макроуровень изучения закономерностей его изменения и формирования).

Наиболее распространенное и полное определение индивидуального здоровья, на наш взгляд, прописано в Уставе ВОЗ, согласно которому здоровье является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием физических дефектов и болезней.

Обобщение представлений и определений общественного здоровья позволило нам сформулировать следующее его определение.

Общественное здоровье – свойство населения определенной территории, обеспечивающее демографическое развитие, максимально возможную продолжительность жизни и трудовую активность, формирующееся при комплексном

воздействии биологических, социально-экономических, социокультурных и экологических факторов.

Наиболее приемлемым методом измерения индивидуального здоровья служит балльная оценка, полученная на основе социологической информации. В сочетании со статистическими и медицинскими данными она позволяет определять интегральные индикаторы состояния человека. Главными показателями, отражающими общественное здоровье, являются ожидаемая продолжительность предстоящей жизни (ППЖ), ожидаемая продолжительность здоровой жизни (ОПЗЖ) и уровень младенческой смертности.

Ожидаемая продолжительность жизни населения в России на протяжении длительного исторического промежутка была ниже, чем в развитых странах. В настоящее время различия составляют для мужчин 15–19 лет, а для женщин 7 – 11 лет. За период с 2000 по 2008 г. уровень младенческой смертности в России снизился на 40 %, ожидаемая продолжительность жизни населения выросла почти на 3 года, но достигнутый уровень сопоставим с аналогичными показателями развивающихся стран, таких как Египет, Марокко.

Среди причин сложившейся ситуации учеными выделяются низкая величина валового национального продукта на душу населения. В России этот показатель в 16 раз ниже, чем в США, и в 12 раз – чем в Японии и Канаде. Причиной является также усиление социального неравенства, рост смертности населения в трудоспособном возрасте, что обусловило

обратное развитие эпидемиологического перехода в России.

1.2. Общественное здоровье и социально-экономическое развитие

Изучение общественного здоровья требует глубокого понимания его социальной и экономической значимости. Социальную природу здоровья раскрывают социальные теории, концепции, модели, например теория социального капитала. Впервые категория «социальный капитал» появилась в работах Лиды Д. Хэнифэн. Для раскрытия ее сущности автор использовала такие понятия, как «товарищество», «симпатия», а также провела исследование социального взаимодействия людей в рамках общины и семьи [395, с. 225–251], продолженное в работах Дж. Р. Сила, Элизабет В. Лузли, Дж. С. Хомансона, Галена Лоури [371, с. 153–186].

П. Бурдые определял социальный капитал как «ресурсы, основанные на родственных отношениях и отношениях в группе членства» [349, с. 56–58]. Но наибольшую известность понятие «социальный капитал» получило в расширительной трактовке Джеймса Коулмена. Он определяет социальный капитал как отношения особого рода, которые возникают при повторяющемся персонифицированном взаимодействии между экономическими субъектами и сопровождаются накоплением двухсторонних ожиданий и обязательств [150, с. 121–139]. При этом «социальный капитал» представляет собой ценность аспектов социальной структуры для ак-

торов как ресурсы, которые они могут использовать для достижения своих целей» [352, с. 95–120].

Социальный капитал в поддержке физического ресурса – здоровья – может быть рассмотрен как система взаимосвязей: родственных, дружеских, административных и т. д., а также как доступ к необходимым ресурсам в сохранении жизни и здоровья индивида и как доверие и взаимность во взаимодействиях с медицинским работником при получении услуг [380, с. 27–40; 282, с. 41–51] либо во взаимодействиях с работодателем при осуществлении им социальных гарантий.

Исследования в ряде стран показали, что с учетом изначального состояния здоровья широта социальных связей, то есть наличие тесных контактов с родственниками, друзьями и знакомыми, коррелирует с большей ожидаемой продолжительностью жизни. В то же время отметим, что не все дружеские и родственные связи способствуют укреплению здоровья, а некоторые просто держатся на вредных привычках. Выявлена положительная связь [281] между социальным капиталом, измеряемым социальными связями, и образованием, благополучием детей, физическим и психологическим здоровьем, счастьем и демократическим управлением.

Наиболее убедительное свидетельство положительного воздействия социального капитала обнаруживается в сфере личного здоровья. Еще в XIX веке социолог Эмиль Дюркгейм выявил тесную связь между склонностью к суициду

и степенью интегрированности индивидов в общество. Было замечено, что количество самоубийств резко возросло в периоды социальных изменений. Эффект был отнесен на счет разрушения структуры общества и ослабления социальных связей. Многочисленные исследования [281] подтверждают наличие зависимости между социальными связями и здоровьем и личным благополучием (при неизменных прочих – социальных, демографических, расовых – индивидуальных характеристиках). Доказывается, что разветвленность социальных связей положительно влияет и на продолжительность жизни.

Выделяют две основные причины указанных зависимостей: 1) социальные связи дают поддержку и внимание, которые ослабляют психический и физический стресс, и 2) социальный капитал приводит в действие психологический механизм, стимулирующий иммунную систему организма на противостояние болезням и стрессам.

Исследования влияния социального капитала на здоровье показывают, что социальная изоляция обычно предшествует заболеваниям, то есть является причиной, а не следствием болезни. Специалисты-психологи [350] в результате более тридцати лет наблюдений подтверждают связь между отношениями поддержки и взаимопонимания и психическим здоровьем. Например, одиноко проживающие пожилые люди, не имеющие друзей или родственников, подвержены большему риску заболевания слабоумием или болез-

нию Альцгеймера при прочих равных условиях. Наличие положительных контактов с окружающими, особенно с членами семьи и детьми, сказывается на снижении вероятности заболевания слабоумием, даже если подобные контакты относительно нерегулярны.

Значимость социального капитала в жизни детей уступает лишь значимости бедности. Но если бедность связана с высоким уровнем подростковой рождаемости и незанятостью учебой или работой, то вовлеченность в жизнь сообщества обладает прямо противоположным эффектом. Подобные результаты были получены и на российских материалах [246, с. 22–31; 250].

Изменения в социальном капитале могут отражать изменения в моделях экономического неравенства внутри стран и между странами. Так, например, данные обследования, проведенного в США, показали, что неравенство по доходам уменьшает социальный капитал и таким образом ведет к повышению уровня смертности (а также к повышению уровня преступности) [369, с. 292–314]. Следует, безусловно, иметь в виду, что социальный капитал в данном контексте играет смягчающую роль, а между бедностью и плохим состоянием здоровья существует непосредственная связь. Данное исследование показало, что на здоровье в большей степени влияет распределение доходов в обществе, а не их средний уровень.

Наличие такого рода зависимостей выявлено и российскими учеными. Исследования, проведенные в Институте

социально-экономических проблем народонаселения РАН, вскрыли закономерности влияния социально-экономического неравенства на экономический рост, демографическую динамику и качество человеческого и социального капитала. Подход А.Ю. Шевякова основан на гипотезе, что различным видам экономического, социального и демографического поведения соответствуют определенные функциональные границы или пороговые уровни доходов, переход через которые необходим для того, чтобы соответствующие виды поведения были полноценно осуществимыми [318, с. 32–33]. Учеными ИСЭПН доказано, что избыточное неравенство заметно снижает потенциал здоровья населения и рождаемость. Тогда как вытеснение избыточного неравенства за счет роста нормального неравенства, напротив, ведет к росту рождаемости. Динамика коэффициента рождаемости в России в 1991–1999 гг. довольно точно следовала с лагом в один год за динамикой соотношения между нормальным и общим неравенством: локальным всплескам рождаемости в 1994 и 1998 годах предшествовали увеличения этого соотношения [317, с. 86–102].

В современных обществах здоровье из области естественного неравенства между людьми довольно быстро перетекает в область социального неравенства. «Здоровье» и «болезнь» не существуют в смысле различных заболеваний в то или иное время, в том или ином обществе, которые могут излечиваться более или менее сходными способами. Они яв-

ляются особыми общественными конструктами, образуемыми социокультурными определениями, значениями и с ними связанными политическими и повседневными практиками. Общества, которые способны производить неравенство в здоровье граждан, должны реализовать социально-политическое регулирование.

Ситуация в РФ такова, что факт неравного доступа к медицинским услугам дополняется исключением некоторых групп населения из системы здравоохранения: бомжей, беспризорных детей, мигрантов, да и зачастую просто необеспеченных людей, которые лишены элементарной медицинской помощи или доступ которых к этой помощи сильно затруднен. Затем в обществе неравно разделены риски болезней или преждевременных смертей. Основной причиной заболеваний и преждевременных смертей в благополучных странах является неравенство в условиях жизни и труда в соединении со специфическими для различных социальных слоев стилями поведения по поддержанию здоровья [360, с. 137–143]. В России же в первую очередь необходимо принимать во внимание экзогенные факторы – преступность, ДТП, проблемы с окружающей средой, высокую стоимость лекарств, несвоевременно оказанную медицинскую помощь. Впрочем, эндогенные факторы, конечно, тоже влияют на продолжительность жизни населения и возникновение хронических заболеваний или инвалидности, повышенную младенческую смертность.

В.В. Радаев [236, с. 20–32] отмечает, что в отличие от культурного и человеческого капитала социальный капитал не является атрибутом отдельного человека. Его объективированную структурную основу формируют сети социальных связей, которые используются для транслирования информации, экономии ресурсов, взаимного обучения правилам поведения, формирования репутаций. На основе социальных сетей, которые часто имеют тенденцию к относительной замкнутости, складывается институциональная основа социального капитала – принадлежность к определенному социальному кругу, или членство в группе. При этом последнее может подкрепляться и формальными статусами [349, с. 102–103].

Социальный статус индивида или социальной группы, к которой он принадлежит, ранг или престиж этой позиции во многом определяет уровень здоровья.

Социальная структура, обуславливая социальные позиции (включая стат ус занятости, социальный класс, образование), в значительной степени связана со здоровьем и благополучием. Различия в состоянии здоровья или болезни мужчины и женщины также основываются на их общей социальной позиции и социальных отношениях и ролях в структуре семьи [331, с. 425–436; 340, с. 61–76]. Иными словами, позиция в социальной структуре может являться причиной стрессовой ситуации и вызывать патологию [365, с. 300–405].

В своей концепции П. Бурдые указывает на связь между классовой принадлежностью индивида, уровнем его здоровья и образом жизни: знание о рациональном поведении влияет на отношение к здоровью. П. Бурдые анализирует логику практики во времени и пространстве, концептуализирует приобретенное положение (*habits*), поиск социальных различий в конструировании стиля жизни в отношении к здоровью. На основе социального капитала формируются культура и вкусы, которые распространяются на весь класс [385, с. 577–604]; преимущества, передаваемые элитами своим детям (навыки устной и письменной речи, эстетические ценности, умение взаимодействовать с людьми, ориентация на достижения в учебе), расширяют возможности их социальной мобильности. Высокие требования школы, которым необходимо соответствовать, чтобы оставаться успешным, способствуют воспроизводству классового неравенства [348, с. 2].

Основными показателями принадлежности индивида к определенному социальному классу являются профессионально-статусная позиция, образование и доход. Зависимость здоровья от принадлежности к социальному классу выступает одной из фундаментальных закономерностей социальной психологии здоровья. Эта закономерность, получившая название классового градиента [171], заключается в том, что чем выше социальный класс, тем лучше здоровье его представителей. Классовый градиент устанавливает-

ся по большинству нервно-психических и соматических расстройств и, по-видимому, присущ всем обществам.

В теории социальной причинности [101, с. 100–103] акцентируется значение объективно худших условий жизни представителей низших классов. Низкий профессиональный статус связан с работой во вредных условиях, монотонной или физически тяжелой. Низкий доход влечет за собой стесненные жилищные условия, проживание в районах с неблагоприятной экологической обстановкой, более низкое качество питания и т. п. Представителям низшего класса менее доступны оздоровительные ресурсы и возможности системы здравоохранения. Низкий социально-экономический статус вообще сопряжен с более глубоким уровнем переживания жизненных трудностей и психотравм. Напротив, принадлежность к высшим социальным классам создает благоприятные условия жизни и доступ к материальным ресурсам сохранения и укрепления здоровья. Высокий образовательный уровень способствует адекватной социальной ориентации, усвоению гигиенических знаний и навыков. Сам по себе процесс обучения в высшей школе развивает навыки преодоления жизненных трудностей.

Люди, обладающие более низким социальным статусом, часто исходят из того, что они в меньшей степени контролируют многие из аспектов своей обыденной жизни, а следовательно, и не несут за них ответственности. Более того, многие из этих людей считают также, что их здоровье уже под-

верглось негативному влиянию этих сторон жизни. Примерно двое из каждых пяти петербуржцев (41,8 %) отмечают, что их здоровье пострадало в результате низких заработков, а один из трех – считает в этом повинными недостаточно качественное и разнообразное питание (31,8 %) и/или неудовлетворительные жилищные условия (34,0 %) [29, с. 103–106].

Именно люди, находящиеся на низших ступенях социальной иерархии, наиболее часто говорят о том, что их здоровье испытало на себе негативное влияние одного или более негативных факторов. К низкому доходу, некачественному питанию и плохим жилищным условиям они добавляют также неблагоприятные условия жизни в детстве, тяжелую работу и вредные условия труда [29, с. 110–114].

Исследования, проведенные в целом ряде стран, показывают: представители групп, характеризующихся более низким социально-экономическим статусом, полагают, что их жизнь подвергается меньшему контролю с их стороны, нежели тех, кто находится в привилегированном социальном положении [351]. Существуют и многочисленные подтверждения того, что особенности восприятия людьми этой проблемы могут иметь серьезные последствия для их здоровья [362].

Одну из попыток теоретического осмысления этого феномена представляет собой идея Антоновского, заключающаяся в том, что здоровье низкостатусных индивидов страдает

не только в связи с тем, что эти люди в действительности оказываются менее способными контролировать свою жизнь, но даже в большей мере в связи с отсутствием у них так называемого «чувства соответствия» (sense of coherence). В это понятие автор включает целую гамму ощущений человека, принципиально значимых для его ориентации в жизни и сохранения его здоровья. Антоновский, в частности, говорит о том, насколько важно для человека чувствовать, что все, что происходит с ним в этой жизни, объяснимо, предсказуемо; что он обладает необходимыми средствами для того, чтобы удовлетворять возникающие у него потребности, которые достаточно важны для него, чтобы стоило добиваться их удовлетворения.

Социально-экономические различия – значимые факторы неравенства в здоровье. В основе данного предположения лежат представления о механизмах связи здоровья с неравенством в социально-экономическом положении [359, с. 693–705; 372, с. 1387–1393; 379, с. 841–868; 386, с. 145–166; 393, с. 591–605]. На влияние социально-экономического статуса на здоровье населения указывает в своих исследованиях и В.С. Тапилина [294, с. 126–137]. Уровень доходов определяет различия в жизненных стандартах – количестве и качестве потребляемых товаров и услуг. От этого, в свою очередь, зависит калорийность, разнообразие и сбалансированность питания, защитные и санитарно-гигиенические свойства используемой одежды и обуви, удобство

и комфорт микросреды обитания. Различия в жизненных условиях формируют неодинаковые возможности адаптации и способность справляться с физическими и эмоциональными нагрузками. Неравенство в жизненных стандартах определяет неравенство возможностей в использовании эффективных мер и способов в борьбе с возникающими отклонениями от здоровья. С подобными механизмами «передачи» влияния социально-экономического неравенства на здоровье связана общая гипотеза исследования о том, что связь между показателями здоровья и социально-экономическим положением имеет следующую форму зависимости: «чем лучше экономическое положение, тем лучше здоровье».

Вместе с тем в последнее время обнаружены иные каналы существенного влияния неравенства на здоровье, в частности установлено, что хронические стрессы, связанные с неудовлетворенностью занимаемым социально-экономическим положением, могут приводить к изменению нейроэндокринного и психологического функционирования организма и увеличивать риск заболеваний. Уже общепризнано, что длительное состояние страха, неуверенности, низкая самооценка, социальная изоляция, невозможность принимать решения и контролировать ситуацию на работе и дома оказывают серьезное влияние на здоровье: вызывают депрессию, повышают предрасположенность к инфекционным заболеваниям, диабету, высокому уровню холестерина в крови, сердечно-сосудистым заболеваниям. Следовательно,

низкое социально-экономическое положение воздействует на здоровье непосредственно через депривацию и материальные лишения и через субъективное восприятие людьми своего «неравного» положения в обществе и связанные с этим оценки, отношения, переживания [293, с. 114–124].

В.В. Радаев подчеркивает, что человеческий капитал непосредственно связан с социально-профессиональной стратификационной системой, в которой группы делятся по образованию и профессиональной квалификации, условиям и содержанию труда, образующим границы между профессиями и специальностями. При этом социально-профессиональные группы, как правило, являются исходной основой для большинства прочих стратификационных построений [236, с. 20–32].

Потенциально существует сильное взаимодополнение между социальным капиталом и капиталом человеческим. А в некоторых случаях эти факторы могут выступать взаимозаменяемыми, например в области социальной защиты официальные правила и нормы могут преследовать те же цели и осуществляться в тех же формах, что и неформальные социальные связи. Дж. Коулман[353] в одной из своих первых работ по социальному капиталу подчеркивал роль сильных сообществ и связей между родителями, учителями и учениками в побуждении к обучению. В то же время образование и обучение могут поддерживать привычки, навыки и ценности, существенные для социального взаимодействия и уча-

ствия.

Высокоразвитые институты, квалифицированная рабочая сила, доминирование норм и связей, способствующих социальной кооперации, предопределяют высокий уровень инвестиций в физический капитал.

Наиболее значимой в данном контексте является теория капитала, предложенная Г. Беккером, которая рассматривает здоровье с точки зрения человеческого и социального капиталов.

Г. Беккер доказал, что знания, умения человека, его ценности и здоровье могут приносить доход. И это должно учитываться при планировании инвестиций [343]. Кроме инвестиций в обучение и переобучение работников, информационное обеспечение, Г. Беккер считал необходимым инвестирование в здоровье как физическое, так и эмоциональное [342, с. 9–43].

О взаимосвязи здоровья и эффективности производства на рубеже XIX–XX вв. писал видный английский экономист А. Маршалл. По его мнению, «...здоровье и сила населения включают три компонента – физический, умственный и нравственный. Они служат основой для производительности и создания материальных благ. В свою очередь материальные богатства увеличивают здоровье» [173, с. 207].

Группа ученых под руководством Л.И. Абалкина, исследующих проблему стратегического развития России в новом веке, рассматривают человеческий капитал как сумму врож-

денных способностей, общего и специального образования, приобретенного профессионального опыта, творческого потенциала, морально-психологического и физического здоровья, мотивов деятельности, обеспечивающих возможность приносить доход [288, с. 21–22]. Исходя из этого социально-экономический прогресс определяется прежде всего новыми знаниями, полученными научно-исследовательскими работниками и осваиваемыми в дальнейшем в процессе их образования и профессиональной подготовки и переподготовки. Основными сферами деятельности, формирующими человеческий капитал, выступают научно-образовательный комплекс, система здравоохранения, сферы, непосредственно формирующие условия жизни и быта.

Человеческий капитал, являясь частью совокупного капитала, представляет собой сочетание составляющих его элементов, т. е. имеет свою внутреннюю структуру.

И.В. Ильинский выделяет в связи с этим следующие составляющие: капитал образования, капитал здоровья и капитал культуры [124]. В зависимости от степени обобщенности человеческого капитала в его структуре можно обозначить следующие компоненты: индивидуальный, коллективный и общественный. Два первых рассматриваются на микроуровне как человеческие капиталы отдельно взятого человека и группы людей, объединенных по определенному признаку, – коллектива фирмы, членов социально-культурной группы и т. д. Общественный компонент – это человеческий

капитал на макроуровне, он представляет собой весь накопленный обществом человеческий капитал, который, в свою очередь, является частью национального богатства, стратегическим ресурсом и фактором экономического роста.

Человеческий капитал можно охарактеризовать следующим образом: это врожденный и сформированный в результате инвестиций и накоплений определенный уровень здоровья, образования, навыков, способностей, мотиваций, энергии, культурного развития как конкретного индивида, группы людей, так и общества в целом, которые целесообразно используются в той или иной сфере общественного воспроизводства, способствуют экономическому росту и влияют на величину доходов их обладателя [291, с. 69–73].

Согласно концепции Ю.Г. Быченко структурно человеческий капитал выглядит следующим образом [39]:

1. Биологический человеческий капитал – ценностный уровень физических способностей к выполнению трудовых операций, уровень здоровья населения.

2. Культурный человеческий капитал – совокупность интеллектуальных способностей индивидов, их образованности, умений, навыков, моральных качеств, квалификационной подготовки, которые используются или могут быть использованы в трудовой деятельности и узаконивают обладание статусом и властью.

Биологический человеческий капитал состоит из двух частей: одна часть является наследственной, другая – благо-

приобретенной. В течение всей жизни индивидуума происходит износ этого капитала, все более и более ускоряющийся с возрастом (смерть необходимо понимать как полное обесценение фонда здоровья). Вложения, связанные с охраной здоровья, способны обеспечить лишь строго ограниченное развитие биологического капитала работника. Их главное предназначение – увеличивать период активной жизнедеятельности индивида.

Культурный капитал – это языковая и культурная компетенция человека, богатство в форме знания или идей, которые легитимируют статусы и власть, поддерживают установленный социальный порядок, существующую в обществе иерархию. Культурный капитал индивида характеризуется такими показателями, как интеллектуальная культура (интеллектуальный капитал), образовательная культура (образовательный капитал), морально-нравственная культура (морально-нравственный капитал), символическая культура (символический капитал), социальная культура (социальный капитал).

Одно из важных положений теории человеческого капитала заключается в том, что его увеличение находится среди главных причин экономического развития, поскольку человеческий капитал составляет большую часть благосостояния общества. Исследователи указывают, что значительные социальные и экономические достижения являются результатом вложений капитала в образование, обучение, здраво-

охранение, питание и др., обеспечивающие создание человеческого капитала. Поэтому инвестирование в человеческий капитал абсолютно необходимо для любой национальной экономики, особенно развивающихся стран.

Для воспроизводства человеческого капитала требуются значительные затраты и различные виды ресурсов как со стороны индивида, так и со стороны общества (государственных учреждений, частных фирм, семьи и т. д.). Подчеркивая сходство таких затрат с вложениями других видов капитала, экономисты относятся к ним как к инвестициям в человеческий капитал. Источниками таких инвестиций являются затраты работодателей, бюджетные расходы государства, индивидуальные расходы граждан.

Н. Федоренко глубоко убежден, что «затраты на воспитание, образование, спорт, здравоохранение и все другие «инвестиции в человека» должны рассматриваться не как непроизводительное потребление, а как инвестиции, дающие непосредственный хозяйственный эффект и в конечном счете обеспечивающие прирост национального богатства» [300, с. 86]. Ведь расширенное воспроизводство человеческого капитала есть исходное условие эффективного роста и развития хозяйства. Социальный гуманизм должен реально стать методологическим и идеологическим «ядром» экономики развития России [34, с. 126–150].

Различного рода услуги по охране здоровья и организации питания также представляют собой капиталовложение, по-

сколькx они увеличивают отдачу от труда, снижая заболеваемость и смертность, и помогают сохранить здоровье и, соответственно, увеличить длительность продуктивного периода жизни.

Важнейшими формами вложений в человека западные экономисты считают образование, подготовку на производстве (on-the-job training), медицинское обслуживание, миграцию, поиск информации о ценах и доходах, рождение детей и уход за ними. Образование и подготовка на производстве повышают уровень знаний человека, т. е. увеличивают объем человеческого капитала. Охрана здоровья, сокращая заболеваемость и смертность, продлевает срок службы человека, а также увеличивает интенсивность его использования. Миграция и поиск информации способствуют перемещению рабочей силы в те районы и отрасли, где труд лучше оплачивается, т. е. цена за услуги человеческого капитала выше. Рождение детей и уход за ними представляют собой форму воспроизводства человеческого капитала в следующем поколении. В этом подходе уравнены факторы разного срока действия, влияющие на различные стороны воспроизводства рабочей силы.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.