

УРОВЕНЬ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ В СТРУКТУРЕ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО КАПИТАЛА

© 2012 В.Ю. Моисеева*

Ключевые слова: санаторно-оздоровительные услуги, человеческий капитал, капитал здоровья, демографические показатели, потребление услуг, качество жизни.

Рассмотрено понятие человеческого капитала, установлено место капитала здоровья в структуре человеческого капитала. Проведен анализ демографических показателей здравоохранения РФ. Определены микроэкономические закономерности потребления услуг здравоохранения, в частности, санаторно-оздоровительных услуг.

Формирование информационного общества, отражающее новый уровень развития рыночных отношений, актуализировало проблему невещественного производственного накопления, в котором решающее значение имеет накопление знаний и развитие творческого взаимодействия. Эти процессы обусловили расширение источников формирования человеческого капитала за счет образования; подготовки и переподготовки кадров на производстве; науки, включая затраты на исследования и разработки; инновации, в том числе расходы на технологические инновации, стимулирование инновационной деятельности и создание интеллектуальной собственности; здоровья, включая расходы на здравоохранение, экологию и физическую культуру.

Современный подход к определению человеческого капитала находит отражение и в оценках национального богатства. Всемирный банк произвел стоимостные оценки национального богатства по основным элементам, выделив три основные составляющие: человеческий капитал; природный капитал; воспроизводимый капитал (основные производственные и непроизводственные фонды, оборотный капитал, домашнее имущество). Причинами такой оценки явилось то, что часть потребительских расходов (текущие затраты семей на питание, одежду, содержание жилищ, образование, здравоохранение, культуру и затраты государства на эти цели) используется на воспроизводство человеческого капитала и его накопление.

Настоящие представления о человеческом капитале относят к нему нормы, ценнос-

ти, знания, умения, опыт человека, а также его здоровье - все, что может приносить доход (отдачу) и является условием принятия решений о вложении инвестиций в эти составляющие. Наряду с инвестициями в человеческий капитал (обучение по месту работы, образование и получение информации), рассматриваются и вложения в здоровье (психологическое и физическое). В научных исследованиях чаще всего предлагается рассматривать человеческий капитал как витальный (жизненный), социальный и духовный. Первая составляющая - врожденная, то "богатство", которое человек получает при рождении (физический капитал). Духовный - приобретает индивидом через его внутреннюю жизнь путем самосовершенствования. Возможность конвертации капиталов рассматривается и как "пересечение" капиталов, когда сложно определить их четкие границы, поэтому одни капиталы включают в качестве составляющих другие. Здоровье индивида (физическое и психологическое) является составляющим элементом человеческого капитала и его определенным ресурсом.

В такой социоэкономической постановке одной из характеристик физического капитала является уровень здоровья и трудоспособности человека. Однако в рамках этой теории не предлагаются какие-либо методы измерения и оценки степени достижения показателей здоровья.

В мировой практике предлагается использовать понятия ресурсов и возможностей (потенциала). Так, по оценкам экспертов Всемирного банка, в структуре национального

* Моисеева Валентина Юрьевна, аспирант Самарского государственного экономического университета.
E-mail: vestnik@sseu.ru.

богатства ведущих стран мира доля человеческого капитала зависит от качества жизни, обобщающим показателем которого является индекс развития человеческого потенциала.

В Институте социально-экономических проблем народонаселения РАН разработана методика измерения и оценки качества трудового потенциала, обобщающим индикатором которого является социальная дееспособность, понимаемая как способность личности к осуществлению трудовых функций в специфических условиях конкретного производства. Качество трудового потенциала определяется двумя группами свойств:

- ◆ энергетический потенциал, или способность к труду, включающий психофизический потенциал (физическое здоровье, психическое здоровье) и интеллектуальный потенциал (когнитивный и творческий потенциал);

- ◆ социально-психологический потенциал, определяемый коммуникативным потенциалом (коммуникативность и культурный уровень) и социальной активностью (нравственный уровень, потребность в достижении целей). С помощью специальных процедур сбора информации и алгоритмов расчета выявляются индикаторы качества трудового потенциала.

Физическая сила, выносливость, работоспособность, иммунитет к болезням, увеличение периода активной трудовой деятельности необходимы каждому человеку, в любой сфере профессиональной деятельности. Сокращение (снижение) капитала здоровья сказывается на демографической ситуации, которую в настоящее время можно оценить как достаточно сложную. Демографические показатели на перспективу позволяют оценить возможные количественные и структурные сдвиги в потенциале здоровья в первой четверти XXI в. (см. таблицу). В целом демографический прогноз показывает, что даже в случае оптимис-

тического сценария развития экономики и значительных вложений в социальную сферу сокращение населения к 2025 г. составит 7%.

Капитал здоровья является неотъемлемой частью человеческого капитала, инвестиции в который выражаются в сохранении работоспособности за счет уменьшения заболеваемости и увеличения продуктивного периода жизни.

Уровень здоровья во многом зависит от качества услуг здравоохранения, которое сопровождает человека с самого рождения. Инвестиции в здоровье обеспечивают нормальный оборот рабочей силы в производстве. Снижение здоровья, заболеваемость, инвалидность выражаются в нетрудоспособности. Безусловно, чем меньше болезней, тем выше уровень здоровья населения страны и отдача от капиталовложений в здравоохранение.

В последнее время в России особую тревогу вызывает состояние психического здоровья населения страны, так как с ним непосредственно связаны интеллектуальный потенциал нации, развитие производительных сил и трудовых ресурсов, обороноспособность государства.

Долгое время расходы на здравоохранение в России составляли 3,1-3,5% национального дохода, тогда как в мире они находились на уровне 8%, а в развитых странах - 10%. Достижение объема финансирования, обеспечивающего устойчивость социально-демографической ситуации в стране, является приоритетной задачей. Очевидно, что хорошее здоровье населения - результат продуманной и долгосрочной программы развития здравоохранения.

Место физического капитала (капитала здоровья) в структуре человеческого капитала по проведенным, в том числе и авторским, исследованиям показано на рисунке.

Ожидаемые демографические показатели в России

Показатели	2000 г.	2001 г.	2005 г.	2010 г.	2015 г.	2020 г.	2025 г.
Численность населения (на конец года), млн. чел.	144,8	144,0	141,0	138,1-138,6	134,3-135,2	131-131,8	126,2-127,8
Суммарный коэффициент рождаемости	1,21	1,25	1,33	1,37	1,38	1,4	1,4
Ожидаемая продолжительность жизни, лет	65,3	65,3	66,4	67,6	69,3	70,7	72,0
В том числе:							
мужчин	59,0	59,0	59,8	59,9	60,4	62,5	63,1
женщин	72,2	72,3	73,6	73,7	74,1	74,4	75,0
Коэффициент младенческой смертности	15,3	14,65	13,9	12,1	10,3	8,5	7,0



Рис. Место капитала здоровья в структуре человеческого капитала

В экономической теории также рассматриваются имеющие важное методологическое значение для определения цели (целей) функционирования сферы здравоохранения концепции спроса на “здоровье” и потребления услуг здравоохранения¹. В концепции спроса на “здоровье” рассматриваются микроэкономические факторы формирования спроса, а также переменные, характеризующие типы поведения человека и членов его семьи. Концепция потребления рассматривает услуги здравоохранения и санаторно-оздоровительные (санаторно-курортные) услуги как являющиеся частично инвестициями в человеческий капитал и частично - объектом потребления. Своевременная и качественная охрана здоровья и профилактика заболеваний, а также санаторно-курортная помощь позволяют сохранить и восстановить здоровье, а следовательно, являются вкладом в сохранение и умножение человеческого капитала.

По проведенным автором исследованиям установлено, что в научной литературе недостаточно полно разработаны микроэкономические закономерности потребления услуг здравоохранения, что, прежде всего, связано с преимущественно государственной формой и директив-

ными методами управления здравоохранением, а также централизованной технологией принятия управленческих решений в этой сфере национальной экономики.

Теоретический анализ показывает, что, например, цели потребителей услуг здравоохранения вообще, и в частности санаторно-оздоровительных услуг, связанные с максимизацией полезности, как правило, недостижимы. Полезность этих видов услуг не имеет максимума, так как кривая полезности монотонно возрастает, а предельная полезность услуг с определенного их объема практически остается постоянной (не убывает).

Здоровье можно рассматривать также с позиций теории потребительского выбора, когда индивиду приходится постоянно “взвешивать”, на что потратить средства: на профилактику и восстановление здоровья или на что-то другое. В некоторых случаях просчитывается не долгосрочный эффект от инвестиций в здоровье, а сиюминутная выгода возможного заработка, сохранения работы и т.д.²

Для всей социальной сферы национальной экономики основная траекторная цель сформулирована достаточно четко и заключается в ду-

ховном, интеллектуальном и физическом развитии человека. Однако указанная цель не имеет количественного выражения, что представляет определенные трудности оценки степени ее достижения.

В зарубежной и отечественной научной литературе разработаны методические подходы к количественному определению так называемого “качества жизни” населения, являющегося синонимом духовного, интеллектуального и физического развития человека, которое включает набор индикаторов, характеризуется наиболее важными социально-экономическими показателями.

Понятие “качество жизни” используется очень широко, но оно не имеет общепризнанной формализованной структуры и стандартного набора индикаторов. Приоритеты развития зависят от потребностей людей, тесно связанных с уровнем жизни, поэтому критерии оценки качества жизни не совпадают для развитых и развивающихся стран. Наиболее полный перечень компонентов качества жизни, используемых в международных сопоставлениях и национальных оценках развитых стран, включает следующие показатели (индикаторы):

- ◆ доходы населения;
- ◆ бедность и неравенство;
- ◆ безработица и использование рабочей силы;
- ◆ динамика демографических процессов;
- ◆ образование и обучение;
- ◆ здоровье, продовольствие и питание;
- ◆ состояние жилища (населенных пунктов), инфраструктура, связь;
- ◆ ресурсы и состояние природной среды;
- ◆ культура, социальные связи, семейные ценности;
- ◆ политическая и социальная стабильность (безопасность);
- ◆ политические и гражданские институты (демократия и участие).

Оценки качества жизни сложны не только из-за многомерности этого понятия. Для разных групп населения представления о качестве жизни различны и выявляются через субъективные оценки. В западных исследованиях сочетаются объективные (статистические) и субъективные измерения, основанные на регулярных массовых опросах населения или оценках экспертов. Такие компоненты, как социальные связи, семейные ценности, политическая и соци-

альная стабильность, могут оцениваться только субъективно, так как объективных критериев не существует.

Научными сотрудниками географического факультета МГУ разработан индекс качества жизни. Индекс предназначен для интегральной оценки приоритетных компонентов качества жизни в субъектах РФ и мониторинга социального развития регионов. Приоритеты в оценках качества жизни выбирались с учетом наиболее острых проблем настоящего периода. Если ранее различия в большей мере определялись условиями жизни (доступностью и обеспеченностью базовыми услугами, благоприятностью условий проживания в регионе), то в настоящий момент на первый план вышли проблемы уровня жизни (низкие доходы и сильное неравенство по доходу), занятости (безработица), здоровья населения (низкая ожидаемая продолжительность жизни и здоровье детей). Эти компоненты включены в состав “кризисного” индекса качества жизни, разработанного для интегральной оценки региональных различий по наиболее проблемным аспектам качества жизни. С помощью такого индекса можно проводить мониторинг и экспресс-диагностику качества жизни отдельных групп населения, например, в регионах РФ³.

Некоторыми отечественными учеными рассматриваются несколько иные способы построения интегральных показателей качества жизни населения. Качество жизни населения - сложная, комплексная, системообразующая социально-экономическая категория, интегрирующая две составляющие: условия для развития и удовлетворения потребностей человека и степень развития удовлетворения потребностей, основанных как на объективной, так и субъективной оценке. Предлагаемая структура категории “качество жизни населения” представлена следующими компонентами (с учетом экономической интерпретации и степени доступности статистической информации из официальных источников): уровень жизни, жилище, образование, здоровье, окружающая среда, культура, правопорядок, труд.

Каждая компонента состоит из частных индикаторов, характеризующих качество жизни. Таким образом, предлагаемая система результативных показателей качества жизни состоит из 29 показателей, отражающих условия жизни человека, и 34 показателей, характеризующих

степень развития и удовлетворения потребностей. При построении исходят из накопленного в статистических работах опыта: индекса социального развития, индекса физического качества жизни, индекса развития человеческого потенциала, индекса развития с учетом гендерного фактора, индекса интеллектуального потенциала общества, человеческого капитала на душу населения, коэффициента жизнеспособности населения, “кризисного” индекса качества жизни. Поскольку показатели имеют различные единицы измерения, для получения сопоставимых величин использован метод непараметрического оценивания.

В последние годы Всемирная организация здравоохранения стала активно использовать новый индикатор - продолжительность здоровой жизни, т.е. ожидаемая продолжительность жизни новорожденного с учетом существующего на тот момент показателя смертности. Новый индикатор также учитывает количество времени, которое человек проводит в нездоровом состоянии. Этот критерий более корректно описывает эффективность системы здравоохранения в различных странах. Исследования ВОЗ показывают, что число лет, проведенных человеком в нездоровом состоянии, значительно выше для жителей бедных стран. В среднем, представитель наиболее “здоровой” нации проводит в нездоровом состоянии 9% своей жизни, в то время как для наименее “здоровых” стран этот показатель равен 14%.

На состояние здоровья населения влияют многочисленные факторы. Так, социально-экономические показатели (факторы) влияют на состояние здоровья населения через уровень доходов и потребления, уровень занятости. Влияние социально-экономических факторов проявляется двояко. Например, недостаточное питание оказывает прямое негативное действие на снижение иммунитета и ведет к росту заболеваний. Социально-экономические факторы оказывают косвенное влияние на здоровье населения через совокупность стрессовых воздействий.

Выделение культурно-психологических факторов здоровья населения несколько условно и пересекается с социально-экономическим состоянием общества. Сравнительный анализ данных исследований американской и российской популяций показал, что если при переживании стресса наиболее распространенной реакцией преодоления для американцев является их пря-

мое преодоление, то для россиян - “избегание” и не прямое (внутриличностное) преодоление.

Экологические факторы играют существенную роль в состоянии здоровья населения. При изучении экологических аспектов здоровья населения исследованию и характеристике подлечит как внешняя среда, так и специфика заболеваемости населения. В рамки решения этой проблемы вовлекаются многие науки: медицина, статистика, экология, география, история, совокупность которых получила название экологической медицины. Решение проблемы установления причинно-следственных связей между повреждающими факторами окружающей среды и здоровьем человека во многом связано со сложностью и непредсказуемостью ответной реакции организма на различные воздействия внешней среды, интенсивностью самих факторов, а также неспецифическим характером ответной реакции организма на действие огромного количества химических, физических и биологических воздействий.

Таким образом, все вышеизложенное позволяет сделать вывод о тесной взаимосвязи и влиянии оказания санаторно-оздоровительных услуг на состояние здоровья человека и в целом человеческого капитала, капитала здоровья. Существует определенное соотношение между медицинскими, санаторно-оздоровительными и санаторно-курортными услугами в системе здравоохранения, которое характеризуется их включением и пересечением.

Можно дать следующее определение санаторно-оздоровительных услуг - это вид деятельности, являющийся общественным или частично общественным благом, приносящим потребителям выгоду в виде увеличения их физического капитала (капитала здоровья). Отличие санаторно-курортных услуг от санаторно-оздоровительных заключается в том, что первые - обязательно используют рекреационные ресурсы данной местности.

¹ Щепин О.П., Медик В.А. Здоровье населения региона и приоритеты здравоохранения. М., 2010.

² Акимов Н.И. Политическая экономия современного способа производства. Кн. 3. Микроэкономика и микроэкономика: динамический подход. Ч. 2. Экономика в целом. М., 2005.

³ Индекс качества жизни. URL: http://atlas.socpol.ru/indexes/index_life.shtml.

Поступила в редакцию 23.12.2011 г.