



DOI: <https://doi.org/10.15688/lp.jvolsu.2020.4.2>

UDC 316.61

LBC 60.6

**TRANSFORMING THE CONCEPT
OF HUMAN CAPITAL HEALTH IN THE CONTEXT OF THE COVID-19¹**

Vladimir A. Davydenko

Tyumen State University, Tyumen, Russian Federation

Irina Ya. Mikhalevich

Tyumen State University, Tyumen, Russian Federation; LLC "Doctor Arbitailo", Tyumen, Russian Federation

Abstract. The situation with the rapid progress of the COVID-19 coronavirus pandemic has become the context for writing this article. The authors believe that the scientific development of sociological topics on the transformation of human capital health should be combined with the socio-philosophical discourse, which is part of modern social theory. The factor of fundamental uncertainty that affects all forms of human existence and universal relations in this context is quite significant. Reflections on the universal principles of the world in connection with the coronavirus pandemic led the authors to understand the possibility of an ontological prerequisite for the growth of entropy (disorder) as a spectrum of disorganizing and destructive trends in nature and society, which reflect the modern ways of development of social systems in terms of the dichotomy of order and chaos. The pandemic began to spread rapidly in many countries, and time was lost. The leaders of many countries did not immediately realize that there is a high risk of medical and economic collapse. The proposed article is devoted to topical issues of human health capital in the context of modern shocks / turbulences, which are closely related to both the spread of the COVID-19 coronavirus infection in the world and the associated unclear consequences of fundamental uncertainty. The article suggests theories, which formed the basis of the author's vision of problems of the transformation of human health capital: Marx (the commodification of medicine; new methods of production, shifts in global trading patterns); Durkheim (social theory of suicide and anomie; social rituals that shape solidarity); Weber (theory of bureaucratization and rationalization as applied to medicine and health, modern hospitals and clinics); Parsons (the concept of "the role of the patient"); Bourdieu (concepts of social capital, habitus, health); Habermas (colonization of medicine and the life-world) and others. The authors believe that the COVID-19 coronavirus as a trigger triggered the socio-economic mechanisms of many systems, exposed the weakest points in the social fabric of various societies and sharply aggravated all the socio-economic imbalances that have accumulated for decades in the world and in Russia.

Key words: health, human capital of health, COVID-19 pandemic, health system, health sociology, crisis.

УДК. 316.61

ББК 60.6

**ТРАНСФОРМАЦИЯ КОНЦЕПЦИИ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО КАПИТАЛА
ЗДОРОВЬЯ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19¹**

Владимир Александрович Давыденко

Тюменский государственный университет, г. Тюмень, Российская Федерация

Ирина Яновна Михалевич

Тюменский государственный университет, г. Тюмень, Российская Федерация;
ООО «Доктор Арбитайло», г. Тюмень, Российская Федерация

Аннотация. Контекстом написания данной статьи послужила ситуация со стремительным продвижением пандемии коронавирусной инфекции COVID-19 с малопредсказуемыми последствиями в мире. Авторы полагают, что научная разработка социологической тематики по поводу трансформации человеческого капитала здоровья должна сопрягаться с социально-философским дискурсом как частью современной социальной теории. Фактор фундаментальной неопределенности, влияющий на все формы бытия человека и всеобщие отношения в этом контексте, достаточно значим. Размышления о всеобщих началах мира в связи с пандемией коронавируса привели авторов статьи к пониманию возможности онтологической предпосылки роста энтропии (беспорядка) как спектра дезорганизующих и деструктивных тенденций в природе и обществе, которые отражают современные пути развития социальных систем с точки зрения дихотомии порядка и хаоса. Изначально время, когда пандемия стала интенсивно распространяться, во многих странах было упущено. Руководители этих стран не сразу осознали, что существует высокая опасность медико-экономического коллапса. Предлагаемая статья посвящена актуальным вопросам человеческого капитала здоровья в условиях современных потрясений / турбулентностей, жестко связанных как с распространением в мире коронавирусной инфекции COVID-19, так и сопряженными с ней неясными последствиями фундаментальной неопределенности.

Приведен обзор теорий, которые легли в основу авторского видения проблемы трансформации человеческого капитала здоровья: Маркс (коммодификация медицины; новые методы производства, сдвиги в мировых торговых моделях); Дюркгейм (социальные теории суицида и аномии; социальные ритуалы, формирующие солидарность); Вебер (теории рационализации и бюрократизации применительно к медицине и здоровью, современным больницам и клиникам); Парсонс (концепт «роли больного»); Бурдьё (концепция социального капитала, габитус, здоровье); Хабермас (колониализация медицины и жизненного мира) и другие. Авторы полагают, что коронавирус COVID-19 как триггер запустил в действие социально-экономические механизмы многих систем, обнажил самые слабые места в социальной ткани различных обществ и резко обострил все социально-экономические диспропорции, которые накапливались десятилетиями в мире и в России.

Ключевые слова: здоровье, человеческий капитал здоровья, пандемия COVID-19, система здравоохранения, социология здоровья, кризис.

Введение

Понятие дихотомии «хаоса» и «после хаоса» развивает Эндрю Эббот (Andrew Abbott) – крупный американский социолог с солидной репутацией весьма оригинального и новаторского теоретика, главного редактора «American Journal of Sociology» [Abbott 2001; Abbott 2016; Abbott web]. Но как справедливо отмечали его критики, «энтропийный фатализм» и «процессуальная социология» не могут обеспечить плодотворный подход для объяснения социальных процессов и во многих отношениях они представляет скорее теоретический регресс, а не прогресс [Wilterdink 2018, 539-557]. Действительно, хаос, абсурд и авторский произвол, которые царят в современной социологии, рано или поздно приводят к отрицанию смысла происходящего. Им противодействует другая тенденция – стремление самосохранения своей целостности и равновесно-динамической структуры порядка.

Авторы статьи скептически относятся к «энтропийному американскому фатализму» и стремятся показать, что кроме крупных социолого-медицинских американских фигур (Уильям Кокерхэм (William Cockerham), профессор медицинской социологии Калифорнийского университета США) или британских фигур (Грэхэм Скамблер (Graham Scambler), профессор медицинской социологии Лондонского университетского колледжа, со-редактор журнала *Social Theory and Health*) в социолого-медицинской науке появились новые авторы, интегрирующие экономико-социологические и медицинские подходы (Фрэн Коллайер (Fran Collyer), профессор Сиднейского университета, главный редактор-консультант журнала «Социология здоровья» с замечательной австралийской научной командой, которая произвела попытки конструктивно интегрировать то самое лучшее, что имеется в американской и британской социолого-медицинских школах). Неспроста ведь именно австралийские

ученые первыми обвинили в пандемии Китай и предложили радикально реформировать Всемирную организацию здравоохранения, а затем 62 страны поддержали эту идею [Моисеев web].

Цель статьи – показать, как в экстремальных условиях фундаментальных социально-экономических потрясений в связи с пандемией коронавирусной инфекции COVID-19 в разных странах работают медицинские службы, выявить их достоинства и недостатки. Главная проблема: соотношение частной и государственной медицины в условиях пандемии COVID-19, что плотно сопрягается с тематикой социальной стратификации и доступности качественной медицинской помощи. В то время как современная частная медицина остается по-прежнему важнейшей характеристикой здравоохранения любой страны, мало внимания уделяется сравнительно новым теоретико-социологическим и прикладным исследованиям человеческого капитала здоровья. Вместе с тем, в последнее время конструктивно заявили о себе в теоретическом и прикладном планах австралийская экономико-социологическая и медико-социологическая научные школы, которые исторически формировались в рамках традиции материнской дисциплины социологии (социальной теории), изначально будучи интеллектуальным продуктом западной, европейской и североамериканской культур [Collyer, Willis (ed.) 2020; Collyer, Scambler 2015]. Критические переоценки социологии здоровья проведены в фундаментальных справочниках в научных статьях ученых с мировым именем [Bird et al. (eds.) 2010; Pescosolido et al. 2011; Aneshensel, Phelan, Bierman 2013].

За последние 30 лет дисциплинарная область социологии здоровья, охраны здоровья и здравоохранения изменилась в сторону постановки совершенно нового набора вопросов. Медицина распространилась и на здоровых людей (профилактическое лечение), приняла нормативы разделения на больных и здоровых, патологических и нормальных состояний. Ставились такие вопросы: влияет ли увеличение неравенства в доходах на среднюю продолжительность жизни в стране; как люди, несмотря на хроническую болезнь, выстраивают свою жизнь.

Подобного рода вопросы привлекли внимание ученых, которые увидели перспективы на стыке социологии, медицины и экономики, занявшись изучением аспектов: как здоровье и болезнь переопределяются и воспроизводятся с точки зрения половозрастных признаков, этнической принадлежности, социального класса, профессионального статуса с течением времени и т.д. В более широком смысле ставятся вопросы о влиянии власти на систему здравоохранения, на индивидуальный опыт здоровья, влияние человеческих и профессиональных ценностей на использование врачами новых технологий в генетическом тестировании, социальных идей и знаний о раке или СПИДе на жизнь пациентов с данным заболеванием. Исследование трансформации человеческого капитала здоровья в условиях социально-экономических и властных потрясений в связи с пандемией COVID-19 является актуальным.

Научная проблема, решению которой посвящена статья, связана с: определением и изучением тех фундаментальных противоречий, которые лежат в основе трансформации человеческого капитала здоровья, их отражением экономической и медицинской социологий, выявлением факторов и детерминант того, как, почему, в каких направлениях происходит эта трансформация в различных странах мира, выявлением ситуаций, когда потребность становится социальной, а не только медицинской. *Научная и практическая проблемы* состоят и в том, что в начале 2020 года «черных лебедей» (Nassim Taleb) в Россию «прилетело» слишком много: коронавирус, санкции (негативные воздействия «для собственного кармана» населения довольно чувствительны), падение цен на нефть, резкое снижение ее производства и продаж, что чрезвычайно важно для определения экономических и социальных перспектив; каковы последствия всего этого, когда сильнейший экономический кризис в среднесрочной перспективе «убивает» спрос из-за падения ликвидности целых экономических областей. Все это идентифицируется как сильные и непрекращающиеся удары по социально-экономическому самочувствию и благосостоянию людей, задающие «мега-рамку» воздействия для разных событий – реаль-

ных, будущих и возможных, что определяется в терминах «современных потрясений».

Главной целью статьи является изучение социальных фактов, событий и тенденций, сопряженных с воздействием коронавируса на людей и на социально-экономические системы; интерпретация способов трансформаций моделей человеческого капитала здоровья, которые отражаются в экономической и медицинской социологии.

Задачи, решение которых должно привести к поставленной цели: верификация и выявление ключевых компонентов и структур во взаимодействии между общественным, некоммерческим и коммерческим обеспечением здравоохранения в различных странах мира, которая основана на экономико-социологическом подходе, с учетом воздействия экстремальных факторов на изучаемые события; внесение концептуальных авторских корректив в достаточно упрощенную неоллиберальную идею о том, что рост коммерческих услуг будет способствовать конкуренции, расширению выбора медицинских и социальных продуктов (работ, товаров, услуг) для потребителей, особенно в ситуациях кризиса; используя идеи и практики неомарксистских подходов экономической и медицинской социологии, применить понятийно-категориальный аппарат теории для выявления и определения медицины и здоровья как социального института, а также его составляющих: ценности (цели, принципы, кодексы), структуры, функции, формы капитала и внутриотраслевой организации, символы, статусы, роли (врачи, пациенты, чиновники как представители государства), системы стратификации.

Гипотезы

Опираясь на предварительный анализ концепций человеческого капитала здоровья, *главная гипотеза* заключается в том, что вирус COVID-19 расколол и дестабилизировал все мировые «медико-образовательно-промышленные комплексы» [Balon, Beresin, Guerrero 2018], выросшие из «очень больших и растущих сетей частных корпораций, занимающихся оказанием медицинских услуг пациентам с целью получения прибыли – услуг, которые ранее предоставлялись некоммерчес-

кими учреждениями или отдельными практиками» [Relman 1980]. В результате пандемии передовые страны мира оказались в пространстве здравоохранения странами с архаичными медицинскими системами, в которых внезапно обнаружили разноскоростные и разнонаправленные векторы разрушительного действия коронавируса COVID-19 (см. таблицу). В здравоохранении США, занимающем 1-е место в псевдолидерстве по количеству заболевших и умерших от болезни COVID-19, стали очевидными значительные потери, сопряженные с сильной зависимостью от медицинского и чиновничьего персонала, несоблюдением правил, административной неэффективностью, чрезмерной защитной медициной, навязчивой заботой о пациентах, другими ущемлениями и растратами. Хотя на эти моменты давно указывали многие авторитетные ученые [Balon, Beresin, Guerrero 2018; Cockerham (ed.) 2013; Collyer, Willis (ed.) 2020; Collyer, Graham 2015; Pescosolido et al. 2011]. Текущие механизмы управления и рыночные принципы работы системы здравоохранения превращали ее в отрасль, мотивирующими ценностями которой стали эффективность и прибыль, когда социальная справедливость отходит далеко на задний план.

Гипотеза-следствие основана на том, что в некоммерческом секторе здравоохранения, сопряженном с «этосом государственного сектора», практикующие врачи и пациенты работают друг с другом в соответствии с логикой культурного капитала, поддерживая ценности здравоохранения и хорошего здоровья как права всех граждан. В то время как чиновники от медицины в коммерческом секторе утверждают логику экономического капитала, они ценят здоровье и качественное здравоохранение как товар и услугу, и как право только для тех, кто может себе это позволить. Трудно совмещать оба этих противоположно направленных набора ценностей, потому ставится гипотетическая задача определить параметры «вынужденности» уровней, форм поддержки экономического капитала для воспроизводства социального капитала, и для выживания капиталистического государства в целом. Доминирование и эскалация корпоративной медицинской власти в мире, описываемые в терминах «медицинского образова-

тельно-промышленного комплекса» [Relman 1980], привели к пониманию того, что имеется реальная проблема видов знаний и капиталов, необходимых для тех, кто работает в сфере здравоохранения, и того, как они неравномерно распределяются в смешанной сфере государственного и частного сектора, таким образом, делая действия бюрократов и чиновников от медицины, практикующих врачей и врачей-диспетчеров неэффективными.

Обзор литературы вкратце объясняет состояние изученности проблемы относительно трансформации концепций человеческого капитала здоровья с точки зрения научных вкусов и предпочтений авторов, перечисляет основные достижения и нерешенные вопросы. Достаточно весомое интеллектуальное наследие экономической социологии здоровья и социологии медицины сопряжено с такими именами и их научными вкладами, как Карл Маркс (коммодификация медицины; историческая природа существующих систем здравоохранения, их создание в результате борьбы и конфликтов, новые методы производства, форм обмена, новые технологии, открытия и закрытия рынков, сдвиги в мировых торговых моделях). Отто фон Бисмарк (практическое воплощение систем социального обеспечения, страхования здоровья людей, пенсионной системы), Эмиль Дюркгейм (социальные теории суицида и аномии; социальные ритуалы, формирующие солидарность, символический капитал; анализ перехода от механической солидарности к органической, где показаны явные и четкие последствия для медицины в исторически новом разделении труда: профессии стали играть уникальную социальную роль в поддержании морального порядка); Макс Вебер (теории рационализации и бюрократизации применительно к медицине и здоровью, современным больницам и клиникам); Талкотт Парсонс (будучи психоаналитиком, он изучал роли, в которые играют профессионалы, включил в структурно-функциональный анализ действия врачей, разработал концепт «роли больного» (“sick role”), который до сих пор широко цитируется и используется в качестве идеальных типов в эмпирических исследованиях); Пьер Бурдьё (человеческий капитал и другие формы капитала, их трансформации; габитус, здоровье); Юрген Хабермас (колонизация

медицины и жизненного мира), Мишель Фуко (отношения между знанием и властью, вернул в научный оборот конструктивно работающее словосочетание «знание – сила» (впервые разработал Фрэнсис Бэкон) для обозначения концептуального единства о том, что знания производят опыт, используемый профессионалами – врачами для формирования социального поведения различного вида; в исследованиях безумия, клиник, тюрем и сексуальности убедительно показал, как именно медицинские знания функционируют для контроля и регулирования поведения); Норберт Элиас (его социологическая концепция строится на понятии фигураций, введенного им в научный оборот): социальные процессы и структуры, цепочки взаимосвязей, в которых люди друг с другом взаимодействуют на макроуровне (то есть правил в обществе) и микроуровне (индивидуальном поведении людей). Фигурационная социология Норберта Элиаса имеет особое теоретическое значение в период буйства коронавируса, поскольку становится концептуальной основой для понимания последствий разрывов логистических цепочек в социальных связях и в бизнесе, когда создаются специальные барьеры по пресечению передвижений людей и различных видов капиталов.

Термин «человеческий капитал» ввел в научный оборот Джекоб Минсер [Mincer 1958], который предложил модель, позже названную его именем, представляющую заработную плату как функцию от пройденного обучения и полученного опыта работы. Эта модель стала одной из самых широко используемых методик оценки выгоды вложений в человеческий капитал, так как объясняла перераспределение доходов среди индивидов в результате полученного ими профессионального обучения. В своей концептуальной части она рассчитывала эффективность инвестиций в человеческий капитал. В первом крупном сборнике статей по этой теме [Schultz web] содержались дискуссии об инвестициях в человека, в контексте которых обсуждались ключевые теоретические вопросы здравоохранения, образования и профессиональной подготовки.

Большой шаг сделал Майкл Гроссман, который вывел модели оптимальных инвес-

тий в увеличение продолжительности жизни. Его статья стимулировала дискуссию о здоровье как человеческом капитале [Grossman 1972]. С точки зрения парадигмы человеческого капитала здоровья изучались две ключевые идеи: инвестиции в здоровье (investing in health) и само по себе здоровье – как инвестиция (health as an investment).

Важным вкладом в концепцию человеческого капитала здоровья стала публикация Гэрри Беккера «Здоровье как человеческий капитал» [Becker 2007], где он разработал новую парадигму сферы здравоохранения как человеческого капитала, основывающегося на трех взаимосвязанных разработках для создания динамичной и развивающейся области: анализ оптимальных инвестиций в здравоохранение отдельными лицами, фармацевтическими компаниями и правительствами; обсуждения критериев страхования и своей самозащиты, уровни инвестиций в фармацевтические препараты; ценность жизни, когда анализируется, сколько люди готовы платить за повышение вероятности выживания в разных возрастах, обоснование важности решения вопроса взаимодополняемости в увязке здравоохранения с образованием и другими видами инвестиций в человеческий капитал; увязке инвестиций в здравоохранение со ставками дисконтирования для прогресса в борьбе с различными заболеваниями в терминах обсуждения конкурирующих рисков и других источников общих изменений показателей выживаемости [Becker 2007, 382]. Повышение уровня выживаемости в зрелом возрасте ведет к увеличению инвестиций в образование, поскольку ожидаемая отдача от инвестиций в образование будет выше, а также приводит к увеличению инвестиций в товары, которые увеличивают полезность в будущем, включая полезные привычки и пристрастия, и препятствуют инвестициям во вредные товары, которые снижают будущую полезность вредных привычек. Более высокая выживаемость также ведет к увеличению инвестиций в «капитал воображения» (“imagination capital”) – дефиницию, которую Гэрри Беккер ввел в научный оборот [Becker 2007, 407].

Гэри Беккер особое внимание обратил на вероятность «пандемии, вызванной вирусом птичьего гриппа», которая, по его расчетам,

может привести к гибели гораздо большего числа людей (около 168 миллионов человек), чем страшная пандемия гриппа 1918–1919 годов, которая унесла жизни около 50 миллионов человек. С точки зрения «статистической ценности потерянных жизней» такого рода пандемия американскому народу и Бюджетному управлению Конгресса США может обойтись 100 триллионов долларов. Мало кто оценил это предостережение [Becker 2007, 407].

Разные взаимодополняющие факторы человеческого капитала здоровья подразумевают, что неравенство в обществе имеет несколько аспектов, которые положительно коррелируют друг с другом. В частности, люди с более высокой вероятностью выживания в более молодом возрасте, как правило, получают больше образования и, следовательно, имеют более высокий заработок, они будут меньше дисконтировать будущее и, следовательно, будут больше экономить, у них будет больше полезных привычек, и они, как правило, будут иметь лучшие показатели выживаемости и в более старшем возрасте [Becker 2007, 407–408].

В качестве несущей теоретической конструкции макроуровня авторы опираются на понимание общества и здоровья в русле подхода критического теоретика Юргена Хабермаса [Habermas 1987], в терминах разделения на сегменты «жизненный мир» (“lifeworld”), «система» (“system”) и процессы «колонизации» (“colonization”). Тогда как жизненный мир представляет воззрения действующих субъектов, «контекстообразующий фон процессов достижения понимания» через коммуникативное действие [Habermas 1987, 204], дефиниция «система» предполагает внешний взгляд, рассматривающий общество «с наблюдательской позиции кого-то извне» [Habermas 1987, 117].

В социолого-медицинской литературе хабермасовская концепция жизненного мира использовалась для ссылки на взгляд пациента на его болезнь, которая возникает из трех элементов: особого культурного контекста (знания и образ жизни); социальных отношений (внутри семей и сообществ); индивидуальной точки зрения (включая влияние болезни на их самоощущение). Голос жизненного мира определялся как контекстуально обоснованным.

ванное переживание индивидом сложных проблем его жизни.

Новые разработки теоретических социологических концепций привели на уровень критических взаимодействий по поводу решений вопросов медиализации [Светличная, Смирнова 2017], социолого-медицинской экспертизы, взаимодействия между врачом и пациентом и клинической практикой, коллективных действий как в социально-экономической сфере, так и в области здравоохранения. Общая социальная теория связывает экономическую и медицинскую социологию с более широкой дисциплиной социологии обширно и разнопланово, чем какой-либо один аспект социологической работы [Федотова 2020].

Методология

После вычленения *объекта* исследования – человеческого капитала здоровья – главный методологический упор делается на дальнейшую разработку неомарксистского подхода к здоровью и болезни как коммодификации (commodification; commodity – «товар») – экономико-социологического процесса, в ходе которого все большее число разных видов человеческой деятельности обретает ту или иную степень денежной стоимости, и фактически становится товарами, покупаемыми и продаваемыми на рынке. Теоретическим основанием данной идеи являются классические работы Карла Маркса, справедливо утверждавшего, что капитализм представляет собой саморасширяющуюся социально-экономическую систему, которая требует все большей коммодификации, ведя к очевидному вытеснению духовных (ментальных) человеческих ценностей – денежными.

Неомарксистский анализ в сочетании с феминистским подходом делает очевидным тот факт, что в процессе коммодификации тела людей становятся своеобразным товарным проектом, в идеале он должен быть сформирован, преобразован, произведен и продан по выгодной цене. Поскольку богатые и высокостатусные люди стремятся, как правило, достичь совершенного организма, они имеют свободу выбора в реализации этого проекта. Что касается низшего и средне-

го уровней населения любой страны, то они, как правило, остаются «и бедными, и больными». Вызревает ситуация «конфликта капиталов и знаний», выявляющая границы природы и ограничения человеческих способностей, человеческого капитала здоровья, границ рациональности и актов выбора, что приводит к необходимости дальнейшей разработки методологического наследия Карла Маркса, Пьера Бурдьё, Юргена Хабермаса и других классиков экономической социологии. Указанная методология позволяет расширять собственную авторскую теорию, которая становится более разноплановой из-за обращения к воззрениям разнообразных социологических теоретиков и включению их идей в круг своей теории.

Теория представлена в этой статье на макро- и микроуровнях. Если «жизненный мир» – это тот микромир, в котором люди взаимодействуют, коммуницируют и общаются, а истоки «системы» лежат в их жизненном пространстве, то, в конечном счете, сама «система» приходит к развитию своих собственных структурных характеристик. Так как эти структуры функционируют самостоятельно и интенсивно, то возникает необходимость усиления контроля над жизненным пространством. В итоге «система» приходит к необходимости «колонизации», то есть управлению и контролированию жизненного пространства. Централизованные государство благосостояния начинают не удовлетворять потребностям в том, что касается как здоровья, так благосостояния дифференцированного населения, поэтому требуются более гибкие дифференцированные институты «системы».

Здоровье – это центральный аспект повседневной жизни человека – его «жизненного мира». Важность здоровья часто осознается в тех обстоятельствах, когда его «отнимают». Плохое здоровье оказывает главное влияние не только на тело как организм, но и на то, как человек живет, как он думает о себе, каким образом он относится к другим. Здоровье – это воплощенное в организме человека социобиологическое, физиологическое, духовное и культурно-контекстуальное явление. *Человеческий капитал здоровья* рассматривается с точки зрения входных и выходных

его ресурсов, максимально используемых для оптимального функционирования организма. Личная идентичность, образ жизни и социальные отношения формируются именно тем обстоятельством – здоров человек или нет. Если человек заболевает, ему приходится пересматривать свое самосознание (как человека «больного»), свой образ жизни (в условиях болезни) и свои отношения с другими людьми (семья и друзья, которые очень сильно вовлечены в опыт болезни). Формы капитала в здравоохранении имеют свою цену и свою валюту здоровья в каждой исследуемой области (борьба за то, что составляет само здоровье или то, что должно составлять «хорошее здравоохранение»), делается акцент на том, как именно реальные результаты лучше всего достигаются.

Признание реальной опасности коронавируса COVID-19 запоздало, медицинского оборудования и средств защиты стало недостаточно, чтобы замедлить распространение коронавируса и снизить давление на все системы здравоохранения и жизнеобеспечения, пришлось принять сверхжесткие меры для ограничения социальных контактов. На основе последних данных статистики и динамики разных рядов *обосновывается прогноз* о том, что все человечество жить по докризисному сценарию (мироощущению) будет еще очень не скоро; поскольку экономическая активность во всем мире стремительно падает как под влиянием резкого сужения всех сегментов рынков, так и решений, ограничивающих деятельность фирм и привычную жизнедеятельность населения, причем решения вынуждены принимать власти всех стран, регионов, городов. Выход из кризиса «черных лебедей» и возвращение к нормальной социально-экономической жизни будут возможны лишь по мере преодоления пандемии, что зависит от реальных успехов фармацевтических компаний в создании успешно работающей противовирусной вакцины, на что, по оценкам большинства специалистов, понадобится от одного до двух лет. Ретроспективный анализ различных исследований показал, что общая летальность коронавируса SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome) составляет около 4 %, с резкими колебаниями в разных возрастных группах [Bennett, Dolin, Blaser 2019].

Эмпирические и статистические данные

Адекватной статистики по пандемии COVID-19 на момент написания статьи слишком мало, она достаточно резко различается по разным странам, и даже многие базовые цифры вызывают больше вопросов, чем дают ответов, потому что не вполне понятно, как они формируются в своем исходном варианте.

На 15 июня 2020 года (на момент написания данной статьи) в мире было 7 872 684 случаев коронавируса, из них 432 475 летальных исходов; в России зафиксировано 520 129 человек заболевших с диагнозом COVID-19 и 6 829 361 – погибших (см. таблицу). Рассмотрим структурные данные о случаях коронавируса в мире и его последствиях. Представлены подтвержденные COVID-19 на 15 июня 2020 года верхние 30 стран мира, хотя имеются данные по всем 215 странам мира. Здесь ключевые признаки – это случаи коронавируса (coronavirus cases), определяющие ранжирование страны в данном списке (4-я вертикальная колонка), летальные исходы в стране (5-я вертикальная колонка). Имеет значение показатели «случаи коронавируса на 1 млн человек в стране» (6-я вертикальная колонка), «летальные исходы коронавируса на 1 млн человек в стране» (7-я вертикальная колонка). Кроме того, любые карантинные меры должны применяться в комплексе с тестированием – каково количество тестов (total tests) было сделано в той или иной стране – 8-я вертикальная колонка, каково количество тестов было сделано на 1 млн человек – 9-я вертикальная колонка. Еще три показателя, фиксирующие мировую картину с коронавирусом – это количество активно восстановленных больных (total recovered active) – 10-я вертикальная колонка, серьезные случаи (cases serious) болезни – 11-я вертикальная колонка, критические случаи (critical cases) – 12-я вертикальная колонка. Если рассмотреть данные 10 верхних стран, то видим, что случаев коронавируса было: в США при численности 330 912 290 человек – 2 142 224, в Бразилии (212 488 104 человек) – 850 796 в России (145 931 723 человек) – 520 129, в Индии (1 379 344 820 человек) – 321 626, в Великобритании (67 869 522 человек) – 294 375,

в Испании (46 753 986 человек) – 290 685, в Италии (60 465 633 человек) – 236 651, в Перу (32 948 535 человек) – 225 132, в Германии (83 771 837 человек) – 187 423; в Иране (83 939 011 человек) – 184 955. Мы также видим структурный ряд летальных исходов от пандемии, который возглавляет США, где было 117 527 случаев; в Бразилии 42 791 случаев, в Великобритании 41 662 случаев, во Франции 29 398 случаев, в Испании 27 136 случаев. Из данных таблицы видим, что независимо от того, развитая эта страна (как член ОЭСР), которая смогла организовать массовое тестирование населения на предмет обнаружения вируса, что позволило бы выявлять большее число инфицированных, или страна не достаточно развитая – все равно

цифры пандемии в мире поражают наше воображение.

Анализ реального положения дел и прогнозы относительно подавления эпидемии можно строить только на основании статистических данных, которые сообщают страны, предполагая, что они не скрывают данные и не искажают действительность. Но страны по-разному ведут учет заболевших и умерших, зачастую ставя в качестве первостепенного диагноза другие заболевания. Мы не можем ставить под сомнение достоверность мировой и российской статистики относительно числа заболевших. Даже если будут погрешности в количественных параметрах, но они не изменят качественных выводов. На этот момент

Отчет о случаях коронавируса в мире (Report coronavirus cases) на 15 июня 2020 г.

| № п.п | Country, Other | Population | Total Cases | Total Deaths | Tot Cases/ 1M pop | Deaths/ 1M pop | Total Tests | Tests/ 1M pop | Total Recovered | Active Cases | Serious, Critical |
|-------|----------------|---------------|-------------|--------------|-------------------|----------------|-------------|---------------|-----------------|--------------|-------------------|
| 1 | USA | 330,912,290 | 2,142,224 | 117,527 | 6,474 | 355 | 24,292,171 | 73,410 | 854,106 | 1,170,591 | 16,744 |
| 2 | Brazil | 212,488,104 | 850,796 | 42,791 | 4,004 | 201 | 1,499,041 | 7,055 | 437,512 | 370,493 | 8,318 |
| 3 | Russia | 145,931,723 | 520,129 | 6,829 | 3,564 | 47 | 14,574,117 | 99,869 | 274,641 | 238,659 | 2,300 |
| 4 | India | 1,379,344,820 | 321,626 | 9,199 | 233 | 7 | 5,658,614 | 4,102 | 162,379 | 150,048 | 8,944 |
| 5 | UK | 67,869,522 | 294,375 | 41,662 | 4,337 | 614 | 6,624,676 | 97,609 | N/A | N/A | 492 |
| 6 | Spain | 46,753,986 | 290,685 | 27,136 | 6,217 | 580 | 4,465,338 | 95,507 | N/A | N/A | 617 |
| 7 | Italy | 60,465,633 | 236,651 | 34,301 | 3,914 | 567 | 4,564,191 | 75,484 | 174,865 | 27,485 | 220 |
| 8 | Peru | 32,948,535 | 225,132 | 6,498 | 6,833 | 197 | 1,338,477 | 40,623 | 111,724 | 106,910 | 1,113 |
| 9 | Germany | 83,771,837 | 187,423 | 8,867 | 2,237 | 106 | 4,694,147 | 56,035 | 171,900 | 6,656 | 447 |
| 10 | Iran | 83,939,011 | 184,955 | 8,730 | 2,203 | 104 | 1,219,400 | 14,527 | 146,748 | 29,477 | 2,755 |
| 11 | Turkey | 84,294,508 | 176,677 | 4,792 | 2,096 | 57 | 2,586,995 | 30,690 | 150,087 | 21,798 | 684 |
| 12 | Chile | 19,108,331 | 167,355 | 3,101 | 8,758 | 162 | 819,999 | 42,913 | 137,296 | 26,958 | 1,656 |
| 13 | France | 65,267,057 | 156,813 | 29,398 | 2,403 | 450 | 1,384,633 | 21,215 | 72,808 | 54,607 | 871 |
| 14 | Mexico | 128,866,423 | 142,690 | 16,872 | 1,107 | 131 | 401,755 | 3,118 | 104,975 | 20,843 | 378 |
| 15 | Pakistan | 220,661,983 | 139,230 | 2,632 | 631 | 12 | 868,565 | 3,936 | 51,735 | 84,863 | 111 |
| 16 | Saudi Arabia | 34,785,871 | 123,308 | 932 | 3,545 | 27 | 1,087,021 | 31,249 | 82,548 | 39,828 | 1,843 |
| 17 | Canada | 37,726,251 | 98,410 | 8,107 | 2,609 | 215 | 2,113,924 | 56,033 | 59,354 | 30,949 | 1,937 |
| 18 | Bangladesh | 164,609,508 | 84,379 | 1,139 | 513 | 7 | 489,960 | 2,976 | 17,828 | 65,412 | 1 |
| 19 | China | 1,439,323,776 | 83,132 | 4,634 | 58 | 3 | | | 78,369 | 129 | |
| 20 | Qatar | 2,807,805 | 78,416 | 70 | 27,928 | 25 | 286,830 | 102,155 | 55,252 | 23,094 | 232 |
| 21 | South Africa | 59,271,249 | 65,736 | 1,423 | 1,109 | 24 | 1,087,887 | 18,354 | 36,850 | 27,463 | 208 |
| 22 | Belgium | 11,587,314 | 59,918 | 9,650 | 5,171 | 833 | 1,010,059 | 87,169 | 16,547 | 33,721 | 88 |
| 23 | Belarus | 9,449,458 | 53,241 | 303 | 5,634 | 32 | 714,324 | 75,594 | 29,111 | 23,827 | 92 |
| 24 | Sweden | 10,096,321 | 50,931 | 4,874 | 5,045 | 483 | 325,000 | 32,190 | N/A | N/A | 272 |
| 25 | Colombia | 50,856,291 | 48,746 | 1,592 | 959 | 31 | 482,832 | 9,494 | 19,426 | 27,728 | 335 |
| 26 | Netherlands | 17,133,178 | 48,640 | 6,057 | 2,839 | 354 | 455,067 | 26,561 | N/A | N/A | 77 |
| 27 | Ecuador | 17,629,274 | 46,356 | 3,874 | 2,629 | 220 | 134,141 | 7,609 | 22,865 | 19,617 | 219 |
| 28 | Egypt | 102,231,323 | 42,980 | 1,484 | 420 | 15 | 135,000 | 1,321 | 11,529 | 29,967 | 41 |
| 29 | UAE | 9,884,452 | 41,990 | 288 | 4,248 | 29 | 2,626,000 | 265,670 | 26,761 | 14,941 | 1 |
| 30 | Singapore | 5,848,152 | 40,197 | 26 | 6,873 | 4 | 488,695 | 83,564 | 28,808 | 11,363 | 1 |

Примечание. Источник: Данные COVID-19 на 15 июня 2020, предоставляемые институтом Джонса Хопкинса (Johns Hopkins) [Reported Cases and Deaths... web].

обращает особое внимание эксперт ВОЗ Олег Стороженко, когда утверждает, что необходимо понимать, что разные страны по-разному тестируют больных [Штерн web]. Южная Корея и Япония тестируют всю популяцию, всех заболевших, всех людей с симптомами вирусной инфекции. Соответственно, у одних получаются одни цифры, у других – другие. Северные страны Европы тестировали только тяжело болеющих людей, находящихся в больницах, в реанимации. Соответственно, у них другие индексы летальности/фатальности.

Рассматривая разные концепты здравоохранения – такие, как частная медицина в США, Австралии, социализированная медицина в Канаде, Великобритании, Швеции; децентрализованные программы здравоохранения в Германии, Мексики, Японии, социалистические типы медицины в России и в Китае, подчеркнем, что их детальный анализ в связи с коронавирусом еще впереди.

Предварительные выводы

В статье приводятся результаты теоретико-эмпирического исследования специфики интерпретаций и трансформаций различных концептов человеческого капитала здоровья с позиций неоклассических социологических школ, рассматриваются некоторые способы контроля знаний в здравоохранении, что особенно явно проявляется в процессах трансформации человеческого капитала здоровья, в том числе в экстремальных условиях современных потрясений. Своеобразные особенности и конкретный тип государственного управления, подобно «лезвию бритвы Оккама», позволяет «срезать» все то наносное, лишнее, маловероятное и неправдоподобное.

Сделаны выводы, что после пандемии необходима разработка комплексных мероприятий по изменению медицины в целом и ее экономико-социологического и управленческого сопровождения. Необходимы изменения и в процедурах согласования вывода на рынок новых медицинских препаратов, систем вакцинации, совершенно иная медицинская и информационная логистика. На повестке дня разработка и принятие решений в отношении нивелирования барьеров международных

стандартов, развитие теле-медицины, систем промышленного, фармакологического производства, образования, пересмотр федеральных бюджетов всех стран мира в сторону медицинско-образовательного комплекса с целью улучшения человеческого капитала здоровья.

ПРИМЕЧАНИЕ

¹ Работа выполнена при финансовой поддержке РФФИ (грант №19-29-07131 «Моделирование и измерение человеческого капитала и формы его проявления в контексте цифровизации экономики: ресурсы, потоки, институты»).

The reported study was funded by RFBR, project number 19-29-07131 “Modeling and measuring human capital and its manifestations in the context of digitalization of the economy: resources, flows, institutions”.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Моисеев web – *Моисеев Д.* В Австралии обвинили в пандемии Китай. Страна-континент предложила радикально реформировать Всемирную организацию здравоохранения [Независимая газета. В мире] // http://www.ng.ru/world/2020-04-23/6_7852_australia.html.
- Светличная, Смирнова 2017 – *Светличная Т.Г., Смирнова Е.А.* Теоретико-концептуальные подходы и результаты эмпирического изучения феномена медиализации (обзор литературы) // *Logos et Praxis*. Т. 16, № 3. С. 145-160 DOI: <https://doi.org/10.15688/lp.jvolsu.2017.3.17>.
- Федотова 2020 – *Федотова В.А.* Влияние ценностных ориентаций и экономического благополучия россиян на установки по отношению к здоровью // *Общественные науки и современность*. 2020. № 1. С. 22–38.
- Штерн web – *Штерн А.* Эксперт ВОЗ о коронавирусе: «В России начали агрессивное тестирование людей, отсюда всплеск новых зарегистрированных случаев» // <https://echo.msk.ru/blog/openworld/2615965-echo/>.
- Abbott 2001 – *Abbott A.* *Chaos of Disciplines*. Chicago: University of Chicago Press, 2001.
- Abbott 2016 – *Abbott A.* *Processual Sociology*. Chicago: University of Chicago Press, 2016.
- Abbott web – *Abbott A.* Después de Chaos: Auto similaridad en las ciencias sociales [Relmecs, diciembre 2016, vol. 6, no. 2, e014] // <https://www.relmecs.fahce.unlp.edu.ar/article/view/relmecs014/7869>.

- Aneshensel, Phelan, Bierman (eds.) 2013 – *Aneshensel C.S., Phelan Jo. C., Bierman A.* (eds). *Handbook of the Sociology of Mental Health*.: Springer Netherlands, 2013 // <https://www.springer.com/gp/book/9789400742758>.
- Balon, Beresin, Guerrero 2018 – *Balon R., Beresin E.V., Guerrero A.* *Medical-Education-Industrial Complex?* // *Academic Psychiatry*. 2018. Vol. 42. P. 495–497.
- Becker 2007 – *Becker G.* Health as Human Capital: synthesis and extensions // *Oxford Economic Papers*. 2007. Vol. 59, Issue 3. P. 379–410.
- Bennett, Dolin, Blaser 2019 – *Bennett J., Dolin R., Blaser M. J.* *Principles and Practice of Infectious Diseases*. 2 volume set. 9th edition. Philadelphia: Elsevier, 2019.
- Bird et al. (eds.) 2010 – *Bird C.E., Conrad P., Fremont A.M., Timmermans S.* (eds). *Handbook of Medical Sociology*. 6th Edition. Nashville: Vanderbilt University Press, 2010.
- Cockerham (ed.) 2013 – *Cockerham W.C.* (ed.) *Medical Sociology on the Move: New Directions in Theory*. N.Y.: Springer, 2013.
- Collyer, Scambler 2015 – *Collyer F.M., Scambler G.* *The Sociology of Health, Illness and Medicine: Institutional Progress and Theoretical Frameworks* // *The Palgrave Handbook of Social Theory in Health, Illness and Medicine* / Collyer F. M. (eds). Palgrave Macmillan, London, 2015. P. 1–18.
- Collyer, Willis (ed.) 2020 – *Collyer F.M., Willis K.* (ed.) *Navigating Private and Public Healthcare. Experiences of Patients, Doctors and Policy-Makers*. London: Palgrave Macmillan, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1007/978-981-32-9208-6>.
- Grossman 1972 – *Grossman M.* On the concept of health capital and the demand for health // *The Journal of Political Economy*. 1972. Vol. 80, № 2. P. 223–55.
- Habermas 1987 – *Habermas J.* *The theory of communicative action*. Volume 2. *Lifeworld and system: a critique of functionalist reason*. Boston: Beacon Press, 1987 // https://doi.org/10.1057/9781137355621_1.
- Mincer 1958 – *Mincer J.* Investment in Human Capital and Personal Income Distribution // *Journal of Political Economy*. 1958. Vol. 66, № 4. P. 281–302. DOI: <https://doi.org/10.1086/258055>.
- Pescosolido et al. 2011 – *Pescosolido B.A., Martin J.K., McLeod J.D., Rogers A.* (eds.) *Handbook of the Sociology of Health, Illness, and Healing: A Blueprint for the 21st Century* 2011. N.Y.: Springer-Verlag, 2011.
- Relman 1980 – *Relman A.* The new medical industrial complex // *The New England Journal of Medicine*. 1980. Vol. 303, № 17. P. 963–970. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJM198010233031703>.
- Reported Cases and Deaths ... web – *Reported Cases and Deaths* by Country, Territory, or Conveyance // <https://www.worldometers.info/coronavirus>.
- Schultz web – *Schultz T.* Reflections on investment in man [The journal of political economy. 1962. No. 5, part 2] // <https://www.nber.org/chapters/c13570.pdf>.
- Wilterdink 2018 – *Wilterdink N.* Driving in a dead-end street: critical remarks on Andrew Abbott's Processual Sociology // *Theory and Society*. 2018. № 47. P. 539–557.

REFERENCES

- Moiseev D.I., 2020. China was accused pandemic in Australia. The continent proposed to radically reform the World Health Organization, *Nezavisimaya Gazeta*. In the world, April 2020. URL: http://www.ng.ru/world/2020-04-23/6_7852_australia.html.
- Svetlichnaya T.G., Smirnova E.A., 2017. Theoretical and conceptual approaches and the results of an empirical study of the phenomenon of medicalization (literature review). *Logos et Praxis*, vol. 16, no. 3, pp. 145-160.
- Fedotova V.A., 2020. The influence of value orientations and economic well-being of Russians on attitudes towards health. *Obshchestvennyye nauki i sovremennost'*, no. 1, pp. 22-38.
- Shtern A., 2020. *Who expert on coronavirus: in Russia, aggressive testing of people has begun, hence the surge in new registered cases*. March 2020. URL: <https://echo.msk.ru/blog/openworld/2615965-echo/>.
- Abbott A., 2001. *Chaos of Disciplines*. Chicago, University of Chicago Press.
- Abbott A., 2016. *Processual Sociology*. Chicago, University of Chicago Press.
- Abbott A., 2016. After Chaos: self-similarity in the Social Sciences, *Relmecs*, December 2016, vol. 6, no. 2, URL: <https://www.relmecs.fahce.unlp.edu.ar/article/view/relmecse0147869>.
- Aneshensel C.S., Phelan Jo.C., Bierman A., 2013. *Handbook of the Sociology of Mental Health*. Springer Netherlands.
- Balon R., Beresin E.V., Guerrero A., 2018. Medical-education-industrial complex. *Academic Psychiatry*, vol. 42, pp. 495-497.
- Becker G., 2007. Health as human capital: synthesis and extensions. *Oxford Economic Papers*, vol. 59, Issue 3. pp. 379-410.
- Bennett J., Dolin R., Blaser M.J., 2019. *Principles and Practice of Infectious Diseases*. 2 volume set. 9th ed. Philadelphia: Elsevier.
- Bird C.E., Conrad P., Fremont A.M., Timmermans S., 2010. Bird C.E. et al. (eds.). *Handbook of Medical*

- Sociology*. 6th edition. Nashville, Vanderbilt University Press.
- Cockerham W.C., 2013. *Medical Sociology on the Move: New Directions in Theory*. N.Y., Springer.
- Collyer F.M., Scambler G., 2015. The Sociology of Health, Illness and Medicine: Institutional Progress and Theoretical Frameworks. *The Palgrave Handbook of Social Theory in Health, Illness and Medicine*. Palgrave Macmillan, London, pp. 1-18.
- Collyer F.M., Willis K. (ed.) 2020. *Navigating Private and Public Healthcare. Experiences of Patients, Doctors and Policy-Makers*. London, Palgrave Macmillan.
- Grossman M., 1972. On the concept of health capital and the demand for health, *The Journal of Political Economy*, vol. 80, no. 2, pp. 223-55.
- Habermas J., 1987. *The theory of communicative action*. Vol. 2: Lifeworld and system: a critique of functionalist reason. Boston, Beacon Press.
- Mincer J., 1958. Investment in Human Capital and Personal Income Distribution. *Journal of Political Economy*, vol. 66, no. 4, pp. 281-302.
- Pescosolido B.A., Martin J.K., McLeod J.D., Rogers A., 2011. *Handbook of the Sociology of Health, Illness, and Healing: A Blueprint for the 21st Century*. N.Y., Springer-Verlag.
- Relman A., 1980. The new medical industrial complex. *The New England Journal of Medicine*, vol. 303, no. 17, pp. 963-970.
- Reported Cases and Deaths by Country, Territory, or Conveyance*, 2020. URL: <https://www.worldometers.info/coronavirus>.
- Schultz T. Reflections on investment in man. *The journal of political. economy*, no. 5, part 2. URL: <https://www.nber.org/chapters/c13570.pdf>.
- Wilterdink N., 2018. Driving in a dead-end street: critical remarks on Andrew Abbott's Processual Sociology. *Theory and Society*, no. 47, pp. 539-557.

Information About the Authors

Vladimir A. Davydenko, Doctor of Sciences (Sociology), Professor, Head of the Research Center, Tyumen State University, Lenina St, 16, 625003 Tyumen, Russian Federation, vlad_davydenko@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-7014-3811>

Irina Ya. Mikhalevich, Postgraduate Student, Department of General and Economic Sociology, Tyumen State University, Lenina St, 16, 625003 Tyumen, Russian Federation; Deputy Director, LLC "Doctor Arbitailo", Shirotnaya St, 130, Bld. 1, 625046 Tyumen, Russian Federation, Mikhalevich@dok-a.ru, <https://orcid.org/0000-0003-3507-4512>

Информация об авторах

Владимир Александрович Давыденко, доктор социологических наук, профессор, начальник Научно-исследовательского Центра, Тюменский государственный университет, ул. Ленина 16, 625003 г. Тюмень, Российская Федерация, vlad_davydenko@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-7014-3811>

Ирина Яновна Михалевич, аспирант кафедры общей и экономической социологии, Тюменский государственный университет, ул. Ленина 16, 625003 г. Тюмень, Российская Федерация, заместитель директора ООО «Доктор Арбитайло», г. Тюмень, 625046, ул. Широкая, 130, корпус 1, Mikhalevich@dok-a.ru, <https://orcid.org/0000-0003-3507-4512>