



УДК 316.443  
ББК 60.524.4

## ЗДОРОВЬЕ КАК СОЦИАЛЬНЫЙ АКТИВ В БОРЬБЕ ЗА СТАТУС И УДОВЛЕТВОРЕНИЕ ПОТРЕБНОСТЕЙ В СОВРЕМЕННОМ РОССИЙСКОМ ОБЩЕСТВЕ

**Василенко Инна Викторовна**

Доктор философских наук, профессор кафедры социологии  
Волгоградского государственного университета  
logos-c@list.ru, socpol@volsu.ru  
просп. Университетский, 100, 400062 г. Волгоград, Российская Федерация

**Боровкова Ольга Эдуардовна**

Ассистент кафедры психологии  
Волгоградского государственного университета  
borovkovaol@ Rambler.ru, psi@volsu.ru  
просп. Университетский, 100, 400062 г. Волгоград, Российская Федерация

**Аннотация.** В современном обществе здоровье становится потребительской ценностью, которую можно использовать для получения других ценностей: материальных, образовательных, политических и т. д. Актив здоровья зависит от статуса индивида и, в свою очередь, определяет социальную позицию человека и возможности его устремлений. Вместе с тем использование актива здоровья может носить рациональный или иррациональный характер. В статье рассматриваются особенности использования здоровья как социального актива в современной России, выявляются факторы, влияющие на формирование практик его «проедания» и «деинвестирования», а также пути их переориентации.

**Ключевые слова:** социальный актив, капитал здоровья, критерий стратификации, рациональный выбор, иррациональное потребление, факторы инвестирования и «деинвестирования».

© Василенко И.В., Боровкова О.Э., 2014  
Проблема социальной устойчивости и развития коренится, прежде всего, в социальной дифференциации индивидов, групп и слоев и может разрешаться лишь с помощью подъема статусности или общего уровня благосостояния общества. В настоящий момент социальная дифференциация стала зависеть от накопления индивидами, группами и обществом в целом ресурсов и превращения их в капитал. Одним из таких ресурсов, особенно в последнее время, стало здоровье.

Тема социальной дифференциации и ее основ разрабатывалась различными учеными,

но, к сожалению, мало кто из них обращался к вопросу здоровья как критерию социальной дифференциации. Мотив здоровья в системе социальной дифференциации присутствует в классических теориях косвенно, однако в современных, использующих ресурсный подход, прослеживается непосредственно.

К примеру, К. Маркс разрабатывал свою стратификационную концепцию с целью анализа противоречий, лежащих в основе развития общества, и обращал внимание, прежде всего, на отношения полярных классов – рабочих и капиталистов. Различие между ними

было связано, по мнению К. Маркса, с особенностями объектов собственности этих классов, один из которых выступал собственником капитала, другой – способности к труду. Именно в этой полярности присутствует здоровье как фактор, обеспечивающий постоянство как самой способности к труду, так и социальной стабильности того индивида, который эту способность сумел выгодно продать.

М. Вебер понятиями «класс», «статус» и «партия» обозначал три относительно самостоятельные плоскости экономической, социокультурной и политической стратификации [20, р. 302–310]. Принадлежность к классу определяется, по его мнению, жизненными шансами на рынках товаров и рынке труда. Экономический успех, жизненные шансы и мобильность на рынке труда тесно связаны с состоянием здоровья индивида, целых групп и слоев. В трудах М. Вебера заложены основы изучения взаимосвязей социальных выборов индивидов и их образа жизни; выбор детерминирован принадлежностью к определенному социальному классу.

Особенный интерес ученых к изучению социальной обусловленности здоровья заметно усиливается с начала XX века. Социальные условия и механизмы изменения здоровья нашли отражение в трудах Э. Дюркгейма. Он показал взаимосвязь здоровья и счастья. Счастье возникает там, где индивиды живут здоровой материальной и духовной жизнью, «...счастье выражает не мгновенное состояние какой-то частной функции, но здоровье физической и моральной жизни в целом» [5, с. 249]. При этом здоровье предполагает гармоничное развитие всех функций, а функции могут развиваться гармонически только при условии взаимного умеряющего воздействия, то есть взаимного удержания в известных границах, за которыми начинается болезнь...» [там же, с. 243]. Дюркгейм развивает идею о том, что любая деятельность здорова, пока она умеренна, пока индивид находится в гармонии с условиями своего существования, имеет нормальную интенсивность всех своих потребностей – интеллектуальных, моральных, физических. В этом случае он ведет здоровую жизнь и здоров сам. В то же время, если он переступает пределы интенсивности удовлетворения своих потребностей, тогда

здоровье индивида и общества становится под угрозой.

Функционализм, фундаментальной основой которого становится аналитический подход Т. Парсонса, утверждает, что в результате развивающегося разделения труда индивиды реализуют в данном обществе определенные полезные функции и, соответственно, занимают разные социально-профессиональные позиции. В основе ранжирования лежат два фактора: функциональная важность для общества (степень содействия общественному благу) и дефицитность выполняемой роли. Те позиции, которым приписывается более высокий ранг в соответствии с их важностью и дефицитностью, обеспечивают их обладателям в среднем и более значительные вознаграждения: доходы, власть и престиж. Существует конкуренция за более престижные места, в результате которой их занимают наиболее дееспособные члены данного общества. Таким путем и достигается функциональность общественного организма [4; 9]. Дееспособность же членов общества напрямую связана с их физическим и психическим здоровьем. Социальная система обеспечивает сохранение равновесия в обществе, а рост заболеваний связан с несовершенством системы.

Для Ж. Бодрийяра общества не могут существовать без дифференциации и производят ее, создают социальные различия. Продуктивистская система, экономический рост доводят эту функциональную разность уровней до крайности. Ж. Бодрийяр думает, что даже если материальное равенство и будет достигнуто в ситуации роста, то неравенство не исчезнет, оно сохранится, будучи перенесенным на нематериальные сферы. Ж. Бодрийяр констатирует, что возникли новые потребности: в чистом воздухе, зелени, воде, тишине, здоровье. По мнению Ж. Бодрийяра, в обществе потребления «здоровье становится функциональным требованием статуса» [2, с. 180]. Сегодня, считает ученый, здоровье является не столько биологическим императивом, продиктованным необходимостью выживания, сколько социальным императивом, продиктованным борьбой за статус [там же]. Здоровье сегодня в гораздо меньшей степени является фундаментальной ценностью, чем условием производительности. Иными слова-

ми, сейчас к здоровью относятся прагматически: оно нужно человеку, чтобы зарабатывать деньги и использовать условия общества потребления для удовлетворения своих постоянно растущих потребностей.

В качестве основы стратификации Э. Соренсен предлагал рассматривать все приносящие доход активы [19]. Активы индивидов состоят: 1) из активов, приобретаемых на рабочем месте, непосредственно в процессе трудовых отношений; 2) уникальных навыков, благодаря которым конкретный работник определенной фирмы приобретает особую ценность; 3) личных активов, в основном приобретенных за пределами рынка труда, в семье, школе, включающих человеческий капитал, приобретенный благодаря инвестициям в обучение и здоровье; способности и умения; физический капитал (средства производства). Различия в объеме и характер личных активов очень важны для моделей социализации разных классов, поскольку обуславливают их долгосрочные индивидуальные стратегии. К этой системе необходимо добавить условия сокращения приносящих доход активов. В соответствии с целью нашего исследования речь пойдет о здоровье. Надо отметить также, что, по нашему мнению, капитал здоровья не входит в человеческий капитал. В каких приобретаемых активах происходит снижение капитала здоровье? Во-первых, это происходит при накоплении активов на рабочем месте, в процессе трудовых отношений. Приобретение активов в труде в виде умений, навыков и знаний сказывается благотворно только в случае рационального использования трудовых усилий работником и правильного чередования режимов труда и отдыха. В противном случае приобретение трудового опыта сопровождается потерей здоровья, как актива и отчасти капитала человека. Во-вторых, подобная ситуация может складываться и при получении уникальных навыков и знаний. В-третьих, в нетрудовой деятельности важным является пропорциональность инвестиций в обучение, образование и в здоровье. В противном случае, приобретение активов знаний и умений нейтрализуется потерей активов здоровья.

У. Бек видит стратификацию в постоянном перемещении индивидов по социальному полю, причудливо группирующихся в каждый

момент строго определенным образом. При этом их возможности зависят от различных типов ресурсов, которыми они располагают. Среди ресурсов, о которых упоминает Бек – не только богатство и знания, но и пол, возраст, здоровье, продолжительность занятости на данном предприятии, связи, этническая принадлежность и т. д. [1, с. 23]. В настоящее время, к сожалению, распространены практики, в результате которых индивиды перемещаются по социальному полю благодаря денежным ресурсам, отчасти знаниям, но очень редко благодаря активам здоровья. Этот ресурс, как правило, не воспринимается сознанием современных россиян, поэтому и не является мотивом соответствующих действий.

Особое место в развитии методологии исследований стратификации занимают работы В.В. Радаева [10]. Любая стратификационная система образуется, с точки зрения В.В. Радаева, «особым типом социального расслоения и способом его воспроизводства на основе различий в накопленном капитале определенного типа» [11, с. 397]. При этом в числе основных типов капитала, определяющих социальное неравенство, он выделил: 1) экономический; 2) физиологический, включающий здоровье, трудоспособность, наличие определенных физических качеств; 3) культурный, воплощенный в практическом знании и навыках социализации и проявляющийся в стилях жизни, нормах поведения, потребительских вкусах и т. д.; 4) человеческий, обусловленный разницей полученного образования и квалификации; 5) социальный, зависящий от количества и характера социальных связей, которые могут быть мобилизованы индивидом и т. д. [10, с. 6–7].

Таким образом, при анализе социальной стратификации огромное значение в изменяющихся условиях приобретают новые виды ресурсов – вытекающие из процесса социализации, особенностей поведения, общего уровня культуры и т. п., а также физиологического (здоровье, возраст, пол), личностного и других ресурсов.

Не всякий ресурс в условиях рыночной экономики может выступать как актив, и в этом отношении сам по себе ресурс – всегда не более, чем потенциал. Для превращения

ресурса здоровья в актив необходимо соблюдение, по крайней мере, двух условий: 1) востребованность данного ресурса в условиях рыночной экономики, что переводит его из статуса потенциала в реальный ресурс; 2) определенный объем данного ресурса, то есть такой запас прочности здоровья, при котором обладание им начинает давать экономический эффект [17, с. 37]. Таким образом, как актив здоровье может рассматриваться в том случае, если оно используется в процессе обмена, связанного с хозяйственной деятельностью, и оказывает сколько-нибудь ощутимое позитивное воздействие на положение его владельца в социуме.

Итак, здоровье, являясь в определенных условиях активом, в то же время не всегда может выступать в роли капитала. Известно, что капитал обладает пятью конституирующими свойствами: 1) ограниченный хозяйственный ресурс; 2) накапливаемый хозяйственный ресурс; 3) ресурс, обладающий определенной ликвидностью, способностью превращаться в денежную форму; 4) стоимость, воспроизводящаяся в процессе непрерывного кругооборота форм; 5) стоимость, приносящая новую, добавочную стоимость [10, с. 6–7].

Первое свойство для здоровья выполняется в полной мере: так как здоровье как ресурс является ограниченным и своим объемом и качеством, и временем. Второе свойство капитала для здоровья выполняется далеко не в полной мере. Ведь здоровье нельзя накопить в запас. Более того, с возрастом человек его растрчивает и может только поддерживать. Третье свойство капитала для ресурса здоровья выполняется, ибо человек, трудясь, осуществляя творческую, предпринимательскую и прочую деятельность, затрачивает свое здоровье. Как эквивалент он приобретает взамен деньги, власть, статус. Четвертое свойство связано с воспроизводством здоровья. Ведущий здоровый образ жизни человек может поддерживать и укреплять, а значит, и воспроизводить свое здоровье. Однако с возрастом и накоплением физиологических проблем эти процессы становятся для человека все более слабыми и нерезультативными. Здоровье в форме капитала может приносить прибавочную стоимость в двух случаях: во-первых, когда деятельность ведет предприниматель,

который, затрачивая свое здоровье, может получать прибавочную стоимость; во-вторых, тогда, когда работник использует приобретенные в труде типовые и уникальные знания, навыки и умения для создания товара и услуги. Таким образом, здоровье, выступающее в роли актива, можно рассматривать как капитал только отчасти, так как оно способно конвертироваться в денежную форму и приносить новую, добавочную стоимость, но оно не способно накапливаться и воспроизводиться, что повышает ценность здоровья как ресурса.

Выше было выяснено, что здоровье, будучи ресурсом, активом и отчасти капиталом, способно превращаться в денежные средства, доходы, прибыль, богатство. Что представляют собой доходы, получаемые с помощью использования здоровья, приобретенного статуса актива или капитала? Для стратификационных исследований все основные виды доходов, которые получает человек, используя только один свой ресурс – здоровье, являются, с одной стороны, однотипными по своей сути – это ренты на здоровье, имеющиеся в его распоряжении, которые ему удалось превратить в активы и обменять на рынке на другие виды ресурсов, чаще всего финансовые. Разница заключается в том, что в случае использования в анализе критерия стратификации необходимо придать ресурсу здоровье дополнительный социальный смысл. Этот смысл заключается в том, что здоровье человека как ресурс «работает» сильнее для тех, у кого статус выше. Кроме того, высокостатусные люди, как правило, имеют значительно больше денежных средств, позволяющих укреплять и поддерживать здоровье как ресурс. Они чаще имеют возможность превращать его в капитал.

Само словосочетание «капитал здоровья» указывает на инвестиционный характер вложений в эту сферу. Иными словами, вкладывая средства в одни блага (лекарства, занятия физкультурой) и отказываясь от вложений в другие (наркотики, алкоголь, сигареты), люди рассчитывают на получение в будущем отдачи в виде большего количества дней, в течение которых они смогут использовать свой человеческий капитал и соответственно получать финансовые поступления. «Ведь как капитал здоровье может рассматриваться,

только если оно обеспечивает чистый выигрыш, то есть оказывает влияние на заработки» [15, с. 28]. В то же время капитал здоровья «воспринимается как приносящий выигрыш не сам по себе, а как условие эффективного применения другого типа капитала, а именно человеческого капитала» [там же]. Если с первым утверждением мы вполне согласны, то со вторым – нет. Выше нами уже указывалось, что капитал здоровья не включается в человеческий капитал, а существует отдельно от него. В связи с этим капитал здоровья, с одной стороны, действительно приносит выигрыш в виде других капиталов, но с другой стороны, при нерациональном его использовании он теряет, что далеко не всегда можно компенсировать другими капиталами.

Понятие «капитал здоровья» обсуждается сравнительно мало, прежде всего потому, что такой капитал трактуется как разновидность или элемент человеческого капитала. Однако мы согласны с М. Гроссманом [18, р. 223–255], что капитал здоровья и человеческий капитал нужно рассматривать отдельно. Ведь навыки, позволяющие зарабатывать больше денег, и возможность в течение большего количества времени применять эти навыки – не одно и то же. «Запас знания, которым обладает человек, влияет на его рыночную и нерыночную производительность, в то время как запас его здоровья определяет суммарное количество времени, которое он сможет потратить, зарабатывая деньги и производя товары» [ibid., р. 224]. Этот запас и есть капитал здоровья.

Таким образом, реальные социально-экономические условия современных обществ, часто трактуемых как «общество потребления», создает ситуацию, в которой капитал здоровья «проедается» людьми, не верящими в будущее, а поэтому сосредоточенными исключительно на краткосрочных задачах. Как правило, такие практики появляются в рамках такой общественной системы, институты которой неэффективно снижают неопределенность. Так, в постсоветской России за последние несколько десятилетий имели место беспрецедентные сокращения инвестиций в капитал здоровья, повлекшие за собой снижение средней продолжительности жизни россиян. Впрочем, некоторые инвестиции все же

осуществляются, однако они носят однобокий характер: вложения осуществляются не столько в профилактические методы (занятия физической культурой, ведение здорового образа жизни и т. д.), сколько в медикаментозные. При этом люди осуществляют, по мнению Ж. Бодрийяра, «иррациональное потребление», не имеющее практической терапевтической цели и доходящее до нарушения экономических императивов (половина покупок медикаментов осуществляется без рецептов) [2, с. 180].

М. Гроссман [18, р. 224] трактует капитал здоровья как актив, позволяющий его обладателю как можно дольше «использовать по назначению» свой человеческий капитал [ibid.]. Вложения в капитал здоровья рассматриваются ученым с точки зрения индивидуального рационального выбора, который базируется, с одной стороны, на приросте дохода, обеспечиваемого увеличением количества дней, в течение которых актор-инвестор может применять свой человеческий капитал, а с другой – ростом знаний о том, как с помощью вложений в капитал здоровья увеличить отдачу от него, при этом рост заработной платы будет увеличивать оптимальный объем инвестиций.

Весь этот механизм является идеальным, в реальности с вложениями в капитал здоровья ситуация сложнее. Связь между инвестициями в здоровье и увеличением количества дней, в течение которых индивид не будет болеть, весьма неочевидна и трудно выявляется. К примеру, большинство индивидов не могут ответить однозначно на вопрос: «Насколько дольше я буду осуществлять деятельность и получать за работу денежные средства, если с завтрашнего дня начну бегать по утрам или пойду в бассейн?» Кроме того, прирост «дохода» вследствие инвестиций в капитал здоровья еще в большей степени, чем в случае с физическим капиталом, отдален во времени. Отдаленные перспективы не внушают людям уверенность при ответе на вопрос: «Если я буду уделять внимание своему здоровью, буду посещать бассейн или тренажерный зал, то до какого возраста я буду чувствовать себя работоспособным человеком, которому не нужно выходить на пенсию по состоянию здоровья?»

Следовательно, в сфере накопления капитала здоровья индивидуальный рациональный выбор затруднен в еще большей степени, чем в сфере накопления физического капитала. Это обусловлено тем, что для принятия рационального решения необходимо как осознание наличия четкой связи между затратами и результатами, так и информация о сути этой связи [13, с. 86–99]. Но при осуществлении инвестиций в капитал здоровья эта информация отсутствует или ее не хватает. Поэтому накопление капитала здоровья в незначительной степени зависит от индивидуального рационального выбора. Оно определяется факторами, влияющими на человеческое поведение в условиях неопределенности будущего и сложности получения информации. К таким взаимосвязанным факторам нужно отнести следующие.

Во-первых, это наличие социальной установки индивида на то, что для увеличения срока, в течение которого он сможет успешно применять свой человеческий капитал как актив, необходимо вести здоровый образ жизни, заниматься спортом, посвящать свободное время активному отдыху, покупать необходимые лекарственные препараты. При этом он должен быть рационально готов к тому, что его сегодняшние вложения, возможно, принесут выгоды лишь в весьма отдаленном будущем.

Во-вторых, это ориентация индивида на мнение ближайшего окружения. В данном случае речь идет о том, делая выбор в пользу инвестиций в капитал здоровья или отказываясь от них, данный индивид ориентируется на поведение других индивидов. Одобряемые этими другими людьми решения служат неким сигналом к тому, как вести себя в той или иной ситуации, особенно в условиях нехватки нужной информации.

В-третьих, это следование социальным нормам и правилам, то есть подчинение требованиям со стороны неформальных и (частично) формальных институтов [8]. Такие нормы и правила могут как способствовать, так и препятствовать накоплению капитала здоровья. Например, неформальные правила поведения в сообществах молодежи могут одобрять практики потребления наркотиков и алкоголя, а аналогичные нормы поведения среди работников банков могут подвергать

осуждению тех, кто курит и злоупотребляет алкоголем.

В-четвертых, это следование выработанным социальным практикам, деталями которых зачастую являются привычки. Имеется ли у индивида практика заботы о своем здоровье? Привык ли он делать по утрам гимнастику, ограничивать потребление алкоголя, регулярно посещать врачей? Может быть, к числу его практик относятся регулярные выпивки и употребление легких наркотиков?

Помимо факторов, возникающих на микроуровне человеческих представлений, опыта и общения, существуют факторы, которые относятся к мезо- и макроуровню общественной системы.

Так, на здоровье непосредственным образом влияет уровень развития инфраструктуры здравоохранения (больницы, поликлиники, санатории и т. д.) и культуры в ней, увеличивающие отдачу от вложений в капитал здоровья и создаваемые при участии государства.

На макроуровне общества на состояние здоровья и отношение к нему действуют предъявляемые государством или обществом требования к определенным видам вложений в капитал здоровья, например, к обязательным прививкам или к формированию социального неприятия в отношении курящих, алкоголиков, наркоманов.

Именно эти факторы играют существенную роль в определении объема вложений в капитал здоровья и, как следствие, динамики накопления этого капитала. Поскольку на любом уровне общества все действия инициируются индивидами, а их смысл зависит от тех представлений и ценностей, которые вкладывают индивиды в свои действия, то отсюда следует, что ведущее значение здесь приобретает «повседневный опыт», а точнее, тот его сегмент, который затрагивает обсуждаемую сферу. Каковы представления авторов относительно выгоды вложений в капитал здоровья? Какой объем капитала здоровья они оценивают для себя как желательный? Каковы социальные нормы, влияющие на формирование представлений о необходимости вкладывать средства в капитал здоровья, о том, каким образом надо заботиться о здоровье? Наконец, в какой степени индивиды привыкли вести здоровый образ жизни?

К сожалению, в России сформировалось несколько тенденций, которые не способствуют формированию капитала здоровья у населения, а на этой основе и прочности социально-экономического положения индивидов, коллективов, организаций и общества в целом, не говоря уже об его повышении. Во-первых, это существование значительного числа людей, которые не заботятся о своем здоровье, иными словами, «продают» его. Это выражается в увеличении потребления сигарет, алкоголя, наркотиков, сокращении времени на занятия физкультурой, посещения врачей и прочие формы профилактики и лечения болезней. Во-вторых, это зависимость предпочтений индивидов по отношению к своему здоровью от финансовых и социально-классовых ограничений. В-третьих, это склонность к стадному поведению при формировании капитала здоровья и личная безответственность, приводящая к невыполнению взятых обязательств. В-четвертых, это надежда на то, что «кто-то другой», например государство, решит за данного человека его проблемы со здоровьем.

Массовое неверие в будущее, в устойчивость социально-экономической ситуации в стране, в деятельность правительства и результативность рыночной экономики, сформировавшееся в 90-х гг. XX в., привели к тому, что люди в результате стали чувствовать себя неуверенно, беспокоиться за свое будущее и будущее своих детей. Наряду с этим в сознание людей начали медленно проникать идеалы «общества потребления», причем в крайней форме – желания немедленного обогащения любой ценой, в том числе и «растратой» своего здоровья. Такие практики усугубляются тем, что и советское мировоззрение не требовало от человека ответственно относиться к своему образу жизни, бороться с вредными привычками (употреблением алкоголя, курением, неправильным питанием и т. д.) [12, с. 71–82]. Поэтому нет ничего удивительного, что большинство представителей населения России в целом пренебрежительно относятся и к врачам, и к попыткам вести здоровый образ жизни. Недоверие к врачам во многом связано с тем, что в современной России крайне трудно привлечь к суду и легально наказать врача, халатно отнесшегося к своим

обязанностям, или фармацевтическую компанию, выпустившую и продавшую некачественный или просто вредный для здоровья продукт. В нашей стране до сих пор существует проблема распространенности агрессивной и недобросовестной рекламы некачественных лекарственных средств.

Причиной «проедания» капитала здоровья в постсоветской России являются вредные привычки, усиленные агрессивной рекламой спиртных напитков и сигарет. В то время как во многих странах Запада потребление сигарет и крепких спиртных напитков уменьшается, в нашей стране оно увеличивается [14, с. 51–56]. Потребление алкоголя и курение стали некоей нормой поведения, особым случаем демонстративного потребления, прежде всего среди мужчин. Отказ же от потребления подобных продуктов может вызвать социальное осуждение. Боязнь такого порицания зачастую становится первопричиной алкоголизма и никотиновой зависимости, опять-таки особенно среди мужчин.

Наркотизация населения стала еще более сильнодействующей разновидностью дезинвестиций в капитал здоровья. Если верить данным за 2010 г., то в стране умерло 7 728 человек наркоманов, в том числе 536 от психотропных веществ и 7 192 – собственно от наркотических. Это несколько больше, чем в предыдущем, 2009 г. (7 592 смерти), но заметно меньше, чем в пиковом 2006 г. – 10 027 [16]. В 2010 и 2011 гг. коэффициент смертности от наркотиков достиг в России 70 % [6, с. 482–485]. При этом, по данным независимых социологических исследований, фактическая численность употребляющих наркотики превышает официальную в 8–10 раз.

Повышение спроса на наркотики можно считать следствием ряда факторов: неверие в будущее, низкая рациональность поведения (неспособность и/или нежелание просчитать последствия потребления наркотиков, особенно на длительный срок), отсутствие должной антинаркотической пропаганды и эффективно-го формального механизма наказания наркоторговцев, а также социальных норм, потворствующих этому пороку. Очень часто наркомания оказывается следствием давления неформальных правил игры, сформированных в сообществах молодежи и подростков в усло-

виях отсутствия должного государственного и общественного контроля над ними, и влияния ценностей общества потребления, когда хочется всего и как можно быстрее, а получить желаемое – совсем непросто.

Практики иррационального использования актива здоровья современными россиянами наносят серьезный ущерб как им самим, так и обществу и государству в целом. В связи с этим возникает острая необходимость выявления основных путей исправления сложившейся ситуации в России. По нашему мнению, основные направления переориентации практик нерационального использования актива здоровья должны включать следующие:

1) формировать у молодежи, особенно у детей и подростков, социальной установки на сохранение и укрепление актива здоровья как ценности, необходимой для дальнейшего его рационального использования;

2) привить населению социально-экономический навык – постоянно осуществлять инвестиции в свой капитал здоровья; просвещать население в плане охраны здоровья;

3) пропагандировать здоровый образ жизни и бороться с потреблением алкоголя, наркотиков и сигарет (демонстрация антитабачных и антиалкогольных рекламных роликов, введение каких-либо мягких разновидностей сухого закона);

4) ограничить рекламу некачественных лекарств и преступную халатность врачей при исполнении своих обязанностей; создать эффективно работающую систему наказаний наркоторговцев и тех, кто продает некачественные алкогольные напитки;

5) повысить степень социальной ориентированности отечественной системы здравоохранения путем увеличения государственного финансирования здравоохранения, в частности, для решения проблемы крайней изношенности медицинского оборудования, имеющегося в лечебно-профилактических учреждениях [7, с. 69].

Если все описанные меры будут систематически проводиться, то актив здоровья российских граждан станет со временем лучше. Капитал здоровья будет накапливаться более быстрыми темпами, а продолжительность жизни россиян начнет серьезно увеличиваться.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бек, У. Общество риска. На пути к другому модерну / У. Бек. – М. : Прогресс-Традиция, 2000. – 384 с.

2. Бодрийяр, Ж. Общество потребления. Его мифы и структуры / Ж. Бодрийяр. – М. : Культурная революция : Республика, 2006. – 260 с.

3. Вебер, М. Основные понятия стратификации / М. Вебер // Социологические исследования. – 1994. – № 5. – С. 147–156.

4. Дэвис, К. Некоторые принципы стратификации / К. Дэвис, У. Е. Мур // Структурно-функциональный анализ в современной социологии. «Информационный бюллетень» Советской Социологической Ассоциации. Серия «Переводы и рефераты». – Вып. I. – М., 1968. – № 6. – С. 194–212.

5. Дюркгейм, Э. О разделении общественного труда / Э. Дюркгейм ; пер. с фр. А. Б. Гофмана. – М. : Канон, 1996. – 432 с.

6. Калабеков, И. Г. Российские реформы в цифрах и фактах / И. Г. Калабеков. – Изд. 2-е. – М. : РУСАЕИ, 2010. – 605 с.

7. Кривцова, Д. В. Проблемы финансирования национальной системы здравоохранения Российской Федерации / Д. В. Кривцова // Сборник трудов междисциплинарного научно-практического семинара «Социально-экономические проблемы здоровья и здравоохранения». – СПб. : Изд-во Политехн. ун-та, 2009. – 192 с.

8. Норт, Д. Институты, институциональные изменения и функционирование экономики / Д. Норт ; пер. с англ. А. Н. Нестеренко. – М. : Фонд экономической книги «Начала», 1997. – 180 с.

9. Парсонс, Т. Аналитический подход к теории социальной стратификации / Т. Парсонс // Социальная стратификация / отв. ред. С. А. Белановский. – Вып. L. – М. : Ин-т народохозяйственного прогнозирования РАН, 1992. – С. 114–137.

10. Радаев, В. В. Понятие капитала, формы капиталов и их конвертация / В. В. Радаев // Общественные науки и современность. – 2003. – № 2. – С. 5–16.

11. Радаев, В. В. Экономическая социология / В. В. Радаев. – М. : Изд. Дом ГУ ВШЭ, 2005. – 603 с.

12. Розмаинский, И. В. «Инвестиционная близорукость» в посткейнсианской теории и в российской экономике / И. В. Розмаинский // Вопросы экономики. – 2006. – № 9. – С. 71–82.

13. Розмаинский, И. В. На пути к общей теории нерациональности поведения хозяйствующих субъектов / И. В. Розмаинский // Экон. вестн. Рост. гос. ун-та. – 2003. – Т. 1, № 1. – С. 86–99.

14. Розмаинский, И. В. Посткейнсианский подход к анализу состояния здоровья населения и системы здравоохранения России / И. В. Розмаинский



// Сборник трудов междисциплинарного научно-практического семинара «Социально-экономические проблемы здоровья и здравоохранения». – СПб, 2009 – С. 51–56.

15. Скоробогатов, А. С. Зависимость между человеческим капиталом и самосохранительным поведением / А. С. Скоробогатов // *Terra Economicus*. – 2010. – Т. 8, № 4. – С. 20–36.

16. Смертность от наркотиков в России. – Электрон. текстовые дан. – Режим доступа: [http://www.grace.org.ru/articles/death\\_from\\_drug\\_russia](http://www.grace.org.ru/articles/death_from_drug_russia) (дата обращения: 30.04.2014). – Загл. с экрана.

17. Тихонова, Н. Е. Ресурсный подход как новая теоретическая парадигма в стратификационных исследованиях / Н. Е. Тихонова // Социологические исследования. – 2006. – № 9. – С. 28–41.

18. Grossman, M. On the Concept of Health Capital and the Demand for Health / M. Grossman // *Journal of Political Economy*. – 1972. – Vol. 80, № 2. – P. 223–255.

19. Sorensen, A. B. Toward a Sounder Basis for Class Analysis / A. B. Sorensen // *British Journal of Sociology*. – 2000. – Vol. 105, № 6. – P. 1523–1558.

20. Weber, M. *Economy and Society* / M. Weber. – Berkeley: University of California Press, 1978. – Vol. I. – P. 302–310.

#### REFERENCES

1. Bek U. *Obshchestvo riska. Na puti k drugomu modernu* [Risk Society. On the Way to Another Modernism]. Moscow, Progress-Traditsiya Publ., 2000. 384 p.

2. Bodriyar Zh. *Obshchestvo potrebleniya. Ego mify i struktury* [The Consumer Society. Its Myths and Structures]. Moscow, Kulturnaya revolyutsiya Publ., Respublika Publ., 2006. 260 p.

3. Veber M. Osnovnye ponyatiya stratifikatsii [Basic Concepts of Stratification]. *Sotsiologicheskie issledovaniia*, 1994, no. 5, pp. 147-156.

4. Devis K., Mur U.E. Nekotorye printsipy stratifikatsii [Some Principles of Stratification]. *Strukturno-funktsionalnyy analiz v sovremennoy sotsiologii*. “Informatsionnyy byulleten” *Sovetskoy Sotsiologicheskoy Assotsiatsii. Seriya “Perevody i referaty”* [Structural and Functional Analysis in Modern Sociology. “Informational Bulletin” of Soviet Sociological Association. Series “Translations and Essays”. Iss. 1.]. Moscow, 1968, no. 6, pp. 194-212.

5. Dyurkgeim E. *O razdelenii obshchestvennogo truda* [On the Division of Social Labour Activity]. Moscow, Kanon Publ., 1996. 432 p.

6. Kalabekov I. G. *Rossiyskie reformy v tsifrah i faktakh* [The Russian Reforms in Figures and Facts]. 2<sup>nd</sup> ed. Moscow, RUSAEI Publ., 2010. 605 p.

7. Krivtsova D.V. Problemy finansirovaniya natsionalnoy sistemy zdravookhraneniya Rossiyskoy Federatsii [The Problems of Financing National Healthcare System in the Russian Federation]. *Sbornik trudov mezhdistsiplinarnogo nauchno-prakticheskogo seminar “Sotsialno-ekonomicheskie problemy zdorovya i zdravookhraneniya”* [Collected Works of Interdisciplinary Research and Practice Seminar “Social and Economic Problems of Health and Health System”]. Saint Petersburg, Izd-vo Politekh. un-ta, 2009. 192 p.

8. Nort D. *Instituty, institutsionalnye izmeneniya i funktsionirovanie ekonomiki* [Institutes, Institutional Changes and Economics Functioning]. Moscow, Fond ekonomicheskoy knigi «Nachala» Publ., 1997. 180 p.

9. Parsons T. Analiticheskiy podkhod k teorii sotsialnoy stratifikatsii [The Analytical Approach to the Theory of Social Stratification]. Belanovskiy S.A., ed. *Sotsialnaia stratifikatsiia* [Social Stratification]. Iss. L. Moscow, In-t narodokhozyaystvennogo prognozirovaniya RAN, 1992, pp. 114–137.

10. Radaev V.V. Ponyatie kapitala, formy kapitalov i ikh konvertatsiia [The Concept of Capital, Forms of Capitals and Their Converting]. *Obshchestvennye nauki i sovremennost*, 2003, no. 2, pp. 5-16.

11. Radaev V.V. *Ekonomicheskaya sotsiologiya* [Economic Sociology]. Moscow, Izd. Dom GU VShE, 2005. 603 p.

12. Rozmainskiy I.V. “Investitsionnaya blizorukost” v postkeynsianskoy teorii i v rossiyskoy ekonomike [“Investment Short-Sightedness” in the Post-Keynesian Theory and in the Russian Economics]. *Voprosy ekonomiki*, 2006, no. 9, pp. 71-82.

13. Rozmainskiy I.V. Na puti k obshchey teorii neratsionalnosti povedeniya khozyaystvuyushchikh subyektov [On the Way to General Theory of Behavior Irrationality of Economic Entities]. *Ekonomicheskii vestnik Rostovskogo gos. un-ta*, 2003, vol. 1, no. 1, pp. 86-99.

14. Rozmainskiy I.V. Postkeynsianskiy podkhod k analizu sostoyaniya zdorovya naseleniya i sistemy zdravookhraneniya Rossii [The Post-Keynesian Approach to the Analysis of Population Health and Health System in Russia]. *Sbornik trudov mezhdistsiplinarnogo nauchno-prakticheskogo seminar “Sotsialno-ekonomicheskie problemy zdorovya i zdravookhraneniya”* [Collected Works of Interdisciplinary Research and Practice Seminar “Social and Economic Problems of Health and Health System”]. pp. 51-56.

15. Skorobogatov A.S. Zavisimost mezhdou chelovechskim kapitalom i samosokhranitelnyim povedeniem [Dependence Between Human Capital and Self-Preserving Behavior]. *Terra Economicus*, 2010, vol. 8, no. 4, pp. 20-36.

16. *Smertnost ot narkotikov v Rossii* [Mortality Caused by Drugs in Russia]. Available at: [http://www.grace.org.ru/articles/death\\_from\\_drug\\_russia/](http://www.grace.org.ru/articles/death_from_drug_russia/) (accessed April 30, 2014).

17. Tikhonova N.E. Resursnyy podkhod kak novaya teoreticheskaya paradigma v stratifikatsionnykh issledovaniyakh [Resource Approach as a New Theoretical Paradigm in Stratification Research]. *Sotsiologicheskie issledovaniya*, 2006, no. 9, pp. 28-41.

18. Grossman M. On the Concept of Health Capital and the Demand for Health. *Journal of Political Economy*, 1972, vol. 80, no. 2. pp. 223-255.

19. Sorensen A.B. Towards a Sounder Basis for Class Analysis. *British Journal of Sociology*, 2000, vol. 105, no. 6, pp. 1523-1558.

20. Weber M. *Economy and Society*. Berkeley, University of California Press, 1978, vol. I, pp. 302-310.

## HEALTH AS THE SOCIAL ASSET IN FIGHT FOR STATUS AND SATISFACTION OF NEEDS IN MODERN RUSSIAN SOCIETY

**Vasilenko Inna Viktorovna**

Doctor of Philosophical Sciences, Professor, Department of Sociology,  
Volgograd State University  
logos-c@list.ru, socpol@volsu.ru  
Prosp. Universitetsky, 100, 400062 Volgograd, Russian Federation

**Borovkova Olga Eduardovna**

Assistant, Department of Psychology,  
Volgograd State University  
borovkovaol@rambler.ru, psi@volsu.ru  
Prosp. Universitetsky, 100, 400062 Volgograd, Russian Federation

**Abstract.** In modern society health becomes the consumer value which can be used for obtaining other values: material, educational, political, etc. The asset of health depends on the status of a person and, in turn, defines their social position and possible aspirations. At the same time, the use of health asset can have rational or irrational character. The article considers the features of health use as a social asset in modern Russia, reveals the factors influencing the formation of practices of its “consumption” and “disinvestment”, and also the ways of their reorientation.

**Key words:** social asset, health capital, criterion of stratification, rational choice, irrational consumption, investment and “disinvestment” factors.