

УДК 330.163.11

А.А. Земцов, А.В. Илларионова**ЗДОРОВЬЕ ДОМОХОЗЯИНА¹: ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И МЕТОДЫ ОЦЕНКИ**

Рассмотрены вопросы оценки и управления здоровьем на уровне отдельного домохозяйства. Раскрывается понятие «индивидуальное здоровье». Отмечается экономическая значимость здоровья отдельного индивида, рассматриваемая в рамках экономики здоровья, изучаются понятия «капитал здоровья» и «рента здоровья». Описываются существующие методы оценки состояния здоровья индивида.

Ключевые слова: здоровье, индивидуальное здоровье, домохозяин, оценка здоровья, экономика здоровья, капитал здоровья, рента здоровья, донозологическая диагностика, факторы риска.

Важность здоровья как ресурса высока на каждом уровне: и на индивидуальном, и на корпоративном, и на региональном, и на национальном. С ростом заболеваемости увеличиваются затраты на различные пособия и сокращаются доходы государства. Недооценка роли здоровья чревата снижением рождаемости и продолжительности жизни, увеличением смертности, что сопровождается падением качества жизни и приводит к замедлению социально-экономического развития общества и снижению его места в мировом пространстве.

По данным Института социально-экономического развития территорий РАН, из-за временной нетрудоспособности государство теряет около 0,3% ВВП в год, а из-за преждевременной смерти – 17% ВВП [1].

Здоровье – проблема междисциплинарная; ею занимаются медики, социологи, экономисты. В последнее время активно формируется дисциплина «экономика здоровья», которая рассматривает общественное и индивидуальное здоровье как одну из составляющих экономического роста, а следовательно, и устойчивого развития государства, которой можно и нужно управлять.

Экономика здоровья – это наука об ограниченности ресурсов здоровья людей и выборе путей их эффективного воспроизводства. Объектом данной науки являются ресурсы здоровья на индивидуальном, корпоративном, региональном и национальном уровнях [2. С. 25].

Здоровье больше, чем просто ресурс: это производительный ресурс или капитал, так как все, что производится, связано с расходом жизненной энергии, здоровья. В России крайне мало благ, наращивающих богатство страны. Здоровье и есть основной капитал экономики. И в его приумножении должны быть заинтересованы как государство, так и отдельные индивиды [1].

¹ Под термином «домохозяин» здесь понимается любой член домохозяйства.

По В.И. Кашину, недооценка ресурсов здоровья как объекта рыночной экономики является сегодня сдерживающим фактором эффективного развития многих стран и регионов. В России и большинстве развитых стран сложились «нездоровые экономики», т.е. здоровье как экономическая категория не является ни объектом оценки, ни критерием, ни целью их развития. Подтверждение этому — крайне низкая продолжительность жизни людей (60–70 лет) по сравнению с генетическим потенциалом человека (120–140 лет). При этом на информации о болезнях «висят» здравоохранение, статистика, наука, правительство и все общество, а информации о ресурсах здоровья просто нет. О значимости качества здоровья для экономики России говорят оценки, сделанные данным автором [3. С. 46]: 1) ресурсы здоровья россиян на начало 2003 г. составляли порядка 3,9 трлн долл. США, что почти в 8 раз больше всей российской недвижимости, оцениваемой в 0,5 трлн долл. США; 2) потери национальных ресурсов здоровья из-за недожития полутора лет российскими мужчинами до своей пенсии (60 лет) эквивалентны недопроизведенным 10–12% ВВП.

Сегодня ощущается нехватка отечественных и зарубежных исследований здоровья как экономической категории и капитала экономики, а становление института оценки ресурсов здоровья и человеческого капитала открывает широкие возможности в модернизации российской экономики и ее социальной сферы, что требует своего нормативного, законодательного и организационного развития.

Эксперты также отмечают [3, 4, 5], что основа хорошего здоровья – самостоятельная работа человека по укреплению своего здоровья. Поэтому не обобществление, а персонификация здоровья должна стать ядром новой оздоровительной политики. Тем самым наряду с государственным и корпоративно-частным секторами будет создан третий – самодельный сектор. А деятельность человека по поддержанию своего здоровья надо рассматривать как специфическую самоуслугу, замещающую труд медицинских работников, тренеров, методистов. И мотивацией к самодельности может служить надбавка за здоровье или сниженный страховой тариф при страховании [2. С. 25].

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определяет здоровье как «состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов» [6. С. 13].

Согласно Федеральному закону от 21.01.2011 № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», к данному определению прибавляется также необходимость отсутствия расстройств функций органов и систем организма [7].

В медико-санитарной статистике под здоровьем на индивидуальном уровне понимается отсутствие выявленных расстройств и заболеваний, а на популяционном уровне – процесс снижения уровня смертности, заболеваемости и инвалидности, а также повышение ощущаемого уровня здоровья [6. С. 13–14].

Индивидуальное здоровье человека, в свою очередь, обычно разделяют на три составляющие:

- биологическое (физическое) здоровье – уровень саморегуляции в организме и способность адаптации к окружающей среде;
- психическое здоровье – уровень душевного комфорта, отражающийся в адекватных поведенческих реакциях;
- социальное здоровье – система ценностей, установок и мотивов поведения индивида в обществе [2].

По Д.И. Асланову, индивидуальное здоровье обладает следующими характеристиками [5. С. 204]:

1. Здоровье – это базисная потребность человека и основное условие его жизнедеятельности.

2. Уникальность и невосполнимость здоровья.

3. Особая ценность здоровья, отсутствие адекватной стоимостной оценки, невозможность прямого измерения.

4. Здоровье – это многомерное понятие, которое отражает практически все процессы, происходящие в обществе и окружающей среде.

5. Здоровье – это в равной мере индивидуальная и общественная ценность. Они взаимосвязаны и взаимозависимы.

6. Здоровье нельзя повысить выше определенного уровня (обусловленного наследственностью, предрасположенностью к определенным человеческим заболеваниям), тогда как, например, образование можно приобретать, расширяя свои навыки, умения, кругозор практически неограниченно.

7. При достижении определенного баланса психофизических сил организма повышаются так называемые резервы (ресурсы) здоровья человека. Поэтому человеку необходимо больше заботиться об укреплении и развитии потенциала своего здоровья.

8. Здоровье больше, чем просто ресурс, как нефть, газ, лес; это производственный ресурс или капитал. Здоровье и есть основной капитал экономики и в первую очередь гуманистической.

9. Восстановление в обществе «здравоохранительной стратегии» вместо «лечебной».

С позиций экономического анализа здоровье можно представить как потребительское благо, на которое предъявляется спрос, и как инвестиционное благо, которое определяется чистой стоимостью потока выгод, приносимых данным благом. В частности, увеличение продолжительности жизни означает добавление дополнительных периодов деятельности, во время которых индивид получает доход, а также инвестирует в свой капитал.

Основными измерителями здоровья в контексте экономической науки являются потенциалы здоровья человека, как составная часть человеческого потенциала, и капитал здоровья, как главный (узловой) компонент человеческого капитала.

Потенциал здоровья человека, по мнению Д.И. Асланова, это демографические, физические, психические и социоэкономические способности и возможности человека, которые позволяют при определенных условиях повысить в будущем качество и продолжительность жизни и благополучия людей, обеспечить воспроизводство населения, нарастить ВВП, интеллектуальный и оборонный потенциал.

Под капиталом здоровья понимаются инвестиции в человека, необходимые для формирования, поддержания и совершенствования его здоровья и работоспособности за счет уменьшения заболеваемости и увеличения продуктивного периода жизни [5. С. 204–205].

Под инвестициями в здоровье понимаются:

1. Покупка товаров (например, лекарства) и услуг (посещения врачей), способных улучшить состояние здоровья, в том числе и в длительной перспективе. Сюда же относятся бесплатные случаи приобретения подобных благ (например, обязательные прививки).

2. Отказ от потребления товаров (например, алкоголь), способных ухудшить состояние здоровья, в том числе и в длительной перспективе. Соответственно, повышение спроса на алкоголь можно рассматривать как дезинвестиции в капитал здоровья.

3. Такое использование свободного от работы времени, которое может улучшить состояние здоровья, в том числе и в будущем (например, занятия физкультурой) [8. С. 113–119].

Учитывая, что здоровье характеризуется самостоятельной потребительской стоимостью вне «способности к выполнению трудовых операций», осуществлению определенной экономической деятельности, то у здоровья есть составляющая, которая не является частью капитала здоровья.

Затраты на здоровье, на его поддержку влияют на объем человеческого капитала лишь в той мере, в которой препятствуют его физическому износу и тем самым продлевают срок его службы. Они не накапливаются и аналогично затратам на ремонт оборудования составляют лишь часть текущих расходов.

В капитал здоровья должны включаться физическая сила, выносливость, работоспособность, иммунитет, период трудовой деятельности, а также понятия «заболеваемость», «инвалидность», «нетрудоспособность», которые объединяются в термин «глобальное бремя болезней» (DALY).

Капитал здоровья во многом зависит от правильной организации профилактики заболеваний и укрепления здоровья человека. При этом под профилактикой здесь понимается система мер медицинского и немедицинского характера, направленных на снижение риска развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний, предотвращение или замедление их прогрессирования, уменьшение их неблагоприятных последствий, в том числе и для человеческой деятельности [5. С. 205].

Стоит затронуть вопрос совершения выбора в вопросах инвестиций в здоровье отдельного индивида. 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 об этой связи. Но при осуществлении инвестиций в капитал здоровья эта информация отсутствует. 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 факторам с посткейнсианской точки зрения нужно отнести следующие:

1. «Жизнерадостность», «самопроизвольный оптимизм», «спонтанно возникающая решимость действовать». Эти термины означают некую уверенность в том, что усилия, связанные с ведением здорового образа жизни, или покупка лекарственных препаратов действительно увеличат срок, в течение которого индивид сможет успешно применять свой человеческий капитал. Таким образом, индивид, преисполненный жизнерадостности, готов к тому, что результаты его сегодняшних вложений, возможно, принесут выгоды лишь в весьма отдаленном будущем.

2. Ориентация на среднее мнение. Делая выбор в пользу инвестиций в капитал здоровья или отказываясь от них, индивид ориентируется на поведение других индивидов. Принимаемые этими другими людьми решения в условиях неопределенности служат неким сигналом к тому, как вести себя при нехватке нужной информации.

3. Следование социальным нормам и правилам, т.е. подчинение требованиям со стороны неформальных и (частично) формальных институтов. Такие нормы и правила могут как способствовать, так и препятствовать накоплению капитала здоровья.

4. Следование привычкам (хорошим и вредным).

Именно эти типы поведения, а не рациональная оптимизация, играют существенную роль в определении объема инвестиций в капитал здоровья и, как следствие, динамики накопления этого капитала. Получается, что ведущее значение в данном вопросе приобретает «инвестиционный климат» [8. С. 113–119].

Значительный вклад в разработку человеческого капитала, учитывающий компоненту здоровья, внес американский экономист Майкл Гроссман. В его работах 70-х гг. была развита концепция «капитала здоровья».

М. Гроссман считал, что здравоохранение и медицина являются отраслями, производящими его. Основная посылка М. Гроссмана состоит в том, что здоровье можно рассматривать как некоторый товар длительного пользования (health stock), который необходим для производства человеческого капитала. При этом потребителю нужно здоровье, а не медицинские услуги сами по себе. Спрос на медицинские услуги – это опосредованный спрос на здоровье.

Здоровье в понимании М. Гроссмана имеет двойную природу и может рассматриваться как: а) потребительское благо; б) средство для получения прибыли.

Именно во втором своем качестве оно представляет собой составляющую часть человеческого капитала, являющуюся объектом инвестиционных вложений (цит. по Д.И. Асланову [5. С. 205]).

Подводя итог вышесказанному, можно выделить следующие характеристики здоровья как основного компонента человеческого капитала [5. С. 205–206]:

1. Капитал здоровья является основой для человеческого капитала вообще. Инвестиции в здоровье, его охрану, способствующие сокращению заболеваний и смертности, снижению амортизации (износа) человеческого организма, продлевают трудоспособную жизнь человека и, следовательно, время функционирования человеческого капитала.

При этом понятия «капитал здоровья» и «человеческий капитал» лучше рассматривать отдельно. Ведь навыки, позволяющие зарабатывать, и возможность в течение большего количества времени применять эти навыки – не одно и то же. По М. Гроссману, «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». Этот запас и есть капитал здоровья (цит. по И. Розмаинскому [8. С. 113]).

2. Капитал здоровья является национальным достоянием, ибо он оказывает заметное влияние на производительность общественного труда, а значит, на динамику экономического развития общества.

3. Человеческое здоровье как капитал не приносит его обладателю мгновенный (быстрый) доход и требует отвлечения значительных средств нередко в ущерб текущим потребностям.

4. Капитал здоровья имеет двойственную природу. Он является одновременно благом, производимым на основе резервов, и ресурсом, на основе которого производятся блага. Причем капитал здоровья – благо длительного, но ограниченного пользования в силу физического и морального износа.

5. Человеческое здоровье, в отличие от образования, невозможно приобрести или восстановить за короткий срок. Более того, накопленный за жизнь капитал здоровья человека может быть мгновенно уничтожен в силу чрезвычайных происшествий.

6. Здоровье человека остается капиталом человека даже в том случае, если он не реализует его, т.е. не занимается деятельностью. В то же время образование с позиций экономической науки не может считаться капиталом человека, если оно не приносит ему дохода.

7. Здоровье в качестве капитала не подлежит обесцениванию. Здоровье может быть истощено, исчерпано, но своей ценности для человека оно никогда не потеряет. В то же время полученные человеком знания могут потерять свою ценность в зависимости от времени и места проживания человека.

8. Капитал здоровья – в большей степени сфера индивидуальной ответственности человека. Государство в лице органов здравоохранения призвано помочь в формировании капитала здоровья человека, а не полностью взять на себя его поддержание.

9. Качество капитала здоровья во многом определяет образ жизни носителя человеческого капитала: уровень социальной, экономической и трудовой активности, степень миграционной подвижности, приобщение к современным достижениям культуры, искусства, науки, техники и технологии, характер проведения досуга и отдыха.

Планирование и управление ресурсами здоровья невозможно без предварительной его оценки. Экономическая оценка здоровья производится на основе оценки трех составляющих. Первая из них – физическое здоровье индивида, психические особенности и генетический фактор. Вторая – учитываются приобретенные навыки и способности к сохранению здоровья – образ и условия жизни [2. С. 26].

Обе эти составляющие – индивидуальное здоровье и факторы, на него влияющие, – требуют разработки специальных методик для их однозначной

оценки. При измерении индивидуального здоровья обычно используются методики традиционной медицины, нетрадиционных медицинских подходов и методы донозологической диагностики.

В медицине при диагностике индивидных, организменных показателей здоровья наиболее валидны аппаратные методы, позволяющие объективно регистрировать динамику психофизиологических процессов. В дифференциальной психофизиологии используются методы ЭКГ (например, математический анализ ритма сердца [9. С. 33]), динамометрия, термометрия и др. [10. С. 254–268].

Донозологическая диагностика — комплекс методических, технологических и операционных средств для оценки адаптационных возможностей организма, уровня здоровья. Для оценки уровня здоровья достаточно выбрать один или несколько параметров, характеризующих адаптационные возможности организма и гомеостаз его основных систем. Это теоретически обосновано наличием взаимосвязи между всеми показателями жизнедеятельности, так что если отклонение одного из них не компенсируется изменениями других показателей, то адаптация организма в целом к условиям окружающей среды снижается [9. С. 22].

На рис. 1 представлена концептуальная схема измерения уровня здоровья.

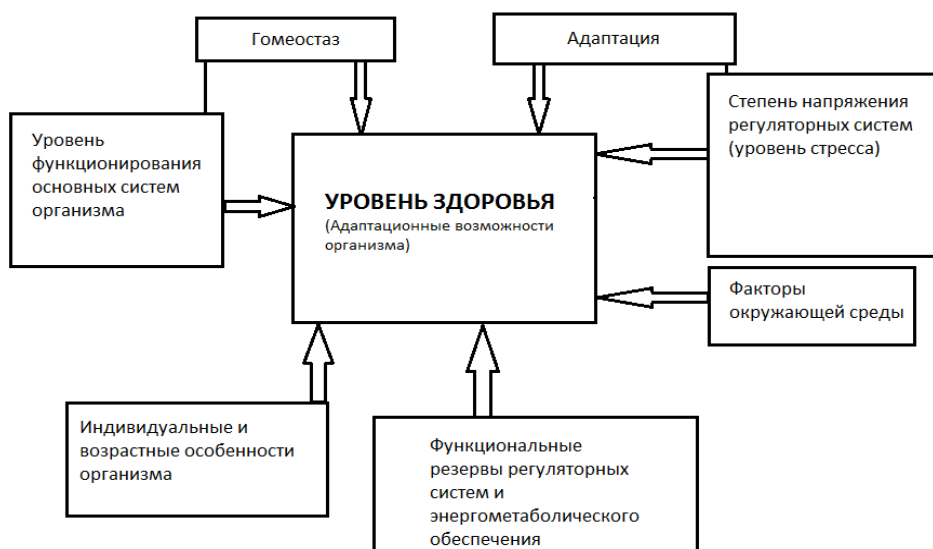


Рис. 1. Концептуальная схема измерения уровня здоровья [9. С. 33]

Конкретное функциональное состояние организма можно рассматривать как положение точки в пространстве состояний, определяемое тремя координатами: уровнем функционирования, степенью напряжения и функциональным резервом [9. С. 33].

Все подходы к оценке состояния здоровья можно разделить на количественные и качественные. Количественный подход в методологическом плане

предполагает, что человек в каждый период времени имеет определенную величину функциональных возможностей, позволяющую ему реализовать свою генетическую программу, т.е. величину здоровья. Поэтому индивид должен иметь четкую цель – увеличить количество здоровья и уменьшить количество болезни. Следовательно, в каком бы состоянии человек ни находился, у него определенное количество здоровья все-таки есть. Возможность контролировать динамику изменения количества здоровья выгодно отличает такой подход, так как ориентирует человека на постоянное стремление к увеличению количества здоровья. Принципиально здесь и то, что в этом случае данный человек не сравнивается с другими, а лишь с самим собой [11. С. 87].

Примером качественного подхода к оценке индивидуального здоровья являются всевозможные шкалы оценки (табл. 1). Шкала «Светофор» очень популярна в системе массовых обследований. Зеленый означает, что все в порядке, не требуется никаких дополнительных мероприятий по профилактике и лечению. Желтый указывает на необходимость повышенного внимания к своему здоровью, а также проведения оздоровительных и профилактических мероприятий. Красный показывает, что необходимо провести серьезные мероприятия в отношении своего здоровья. Здесь требуется диагностика и лечение возможных заболеваний.

Сопоставление шкал в разных классификаторах достаточно условно, однако может быть полезно для более глубокого понимания сущности пограничных между здоровьем и болезнью состояний.

Таблица 1

Четыре шкалы оценки здоровья [9. С. 25]

«Светофор»	Донозологическая диагностика	Шкала Авиценны	Степень напряжения регуляторных систем
1. Зеленый	1. Физиологическая норма	1. Тело здоровое до предела	1. Оптимальный уровень 2. Нормальный уровень 3. Умеренное функциональное напряжение
2. Желтый	2. Донозологические состояния	2. Тело здоровое, но не до предела 3. Тело не здоровое, но и не большое	4. Выраженное функциональное напряжение 5. Резко выраженное функциональное напряжение
	3. Преморбидные состояния	4. Тело, легко воспринимающее здоровье	6. Перенапряжение регуляторных механизмов 7. Резко выраженное перенапряжение регуляторных механизмов
3. Красный	4. Срыв адаптации	5. Тело больное, но не до предела 6. Тело больное до предела	8. Истощение регуляторных систем 9. Резко выраженное истощение регуляторных систем 10. Полом (срыв) механизмов регуляции

Существенным недостатком качественного подхода является необходимость установления нормы, ведь обеспечение здоровья организма значимо зависит от его способности мобилизовать функциональные резервы для поддержания и сохранения гомеостаза в изменяющихся условиях окружающей среды, но на одно и то же воздействие у одних людей напряжение регулятор-

ных систем находится в умеренных пределах, у других оно может быть резко выраженным. Это зависит от функциональных резервов организма, от запаса жизненных сил, от индивидуального уровня адаптационных возможностей организма. Из этого следует высокая неопределенность понятия нормы как исходной точки отсчета в различных оценочных шкалах.

Под нормой следует понимать рабочий диапазон функционирования живого организма, детерминированный как генотипически, так и фенотипически [11. С. 86]. Здоровье при этом отождествляется с отсутствием существенных отклонений от нормы.

Здоровье индивида зависит также от влияния окружающей среды в виде комплексного воздействия социальных, поведенческих и биологических факторов. В отличие от непосредственных причин заболеваний (вирусы, бактерии и т.д.), факторы риска воздействуют опосредованно, нарушают устойчивость механизмов регуляции, создают неблагоприятный фон для возникновения и развития болезней.

Факторы риска – это потенциально опасные для здоровья факторы поведенческого, экологического, социального характера, окружающей и производственной среды, повышающие вероятность развития заболеваний, их прогрессирования и неблагоприятного исхода.

При изучении здоровья факторы, его определяющие, принято объединять в следующие группы:

- социально-экономические факторы (условия труда, жилищные условия, материальное благосостояние и др.);
- социально-биологические факторы (возраст родителей, пол и т. д.);
- экологические и природно-климатические факторы (загрязнение среды обитания, среднегодовая температура, уровень солнечной радиации и др.);
- организационные или медицинские факторы (уровень, качество и доступность медико-социальной помощи и т. д.) [10. С. 254–268].

Удалось примерно рассчитать, что заболеваемость обусловлена: на 50% и более условиями и образом жизни, на 20–25% – состоянием (загрязнением) внешней среды; на 20% – генетическими факторами и на 10–15% – состоянием здравоохранения. Однако такой расчет справедлив лишь для одного показателя и для взрослого человека. У ребенка же в раннем возрасте преимущественное влияние на здоровье оказывают социально-биологические факторы. По мере взросления их роль снижается, уступая место социально-экономическим факторам, в частности условиям и образу жизни. Для других показателей общественного здоровья (например, инвалидности) соотношения могут быть другими, однако ведущая роль условий и образа жизни остается неизменной.

Разделение факторов на группы весьма условно, так как обычно человек подвергается комплексному воздействию взаимосвязанных и обуславливающих друг друга факторов. Факторы, определяющие здоровье населения, взаимодействуют друг с другом, меняются во времени, имеют региональные особенности. Поэтому для изучения здоровья обычно проводятся комплексные медико-социальные исследования, в которых учитывается влияние как можно большего числа факторов, их взаимосвязь и ранговая оценка каждого из них [6. С. 21–22].

Рассмотрим некоторые комплексные системы измерения состояния здоровья индивида с учетом факторов, на него влияющих.

Ряд авторов [12. С. 26] предлагают оценивать индивидуальное здоровье, используя следующие параметры:

а) резерв здоровья – жизнеспособность, или вероятность остаться живым в прогнозируемом интервале времени. В качестве единицы жизнеспособности может использоваться «вита», где одна вита равна 1% вероятности остаться живым в течение ближайших 10 лет;

б) качество здоровья – самооценка состояния организма в физическом, социальном и душевных аспектах. Самооценка здоровья может измеряться в «баллах самочувствия» на самостабилизирующейся 10-балльной шкале, где 0 баллов означает крайне плохое самочувствие, а 10 баллов – предельно хорошее. Для характеристики душевного комфорта используют различные опросники;

в) дееспособность – соответствие функциональных возможностей человека требованиям семьи и общества. Социальная дееспособность выражается способностью выполнять необходимые виды деятельности. Используются тестовые программы, а также собирается информация путем опроса пациента или его окружения. Единицей оценки может выступать «степень функционального соответствия» [12. С. 26].

Для измерения жизнеспособности можно использовать два типа показателей: косвенные маркеры, опосредованно отражающие внутренние процессы организма, или субстратные показатели, непосредственно показывающие внутреннюю основу здоровья, являющуюся телесным фундаментом жизнеспособности. К субстрату относятся основной обмен, интенсивность тканевого кровообращения, тонус сосудов жизненно важных органов и др., существующие между собой сцепленно в виде физиологического синдрома [13. С. 35].

К примеру, состояние кислородотранспортных систем организма: чем оно выше, тем здоровее человек. Проверить состояние этих систем можно при выполнении организмом предельно напряженной по объему физической нагрузки за определенное время. Это можно сделать с использованием, например, 12-минутного (или полуторамильного) теста. Результаты его оцениваются по расстоянию, которое испытуемый преодолел за 12 минут, так как чем выше функциональное состояние организма, тем большую дистанцию в единицу времени он может преодолеть. Другой вариант — использовать для оценки уровня здоровья сравнение произвольной задержки дыхания на спокойном выдохе с возможностями обменных процессов в организме [11. С. 91–92].

Для простого измерения здоровья достаточно использовать поверхностные маркеры. Если же предполагается коррекция здоровья, требуется измерение базовых показателей. Тогда прицельным воздействием на них можно осуществлять реабилитацию резервов организма. Соответственно и оценка эффективности оздоровительных мероприятий должна производиться по динамике субстрата здоровья в целом [13. С. 35].

Самооценка как интегральный показатель включает в себе оценку не только наличия или отсутствия симптомов заболевания, но и психологического благополучия – своих возможностей и качеств, осознания жизненной перспективы, своего места среди других людей; таким образом, самооценка

физического и психического состояния выступает в качестве реального показателя здоровья людей [14. С. 51–57].

В работе Т.Е. Подсвировой отмечается перспективность введения самооценки здоровья населения как альтернативы методу оценки здоровья по заболеваемости на основе обращаемости населения за медицинской помощью. В качестве особой ценности социологической оценки здоровья (на основе данных, полученных путем социологических опросов) отмечается возможность проведения анализа большего массива патологии, по поводу которой в силу тех или иных причин обращение за медицинской помощью не производится [15].

Для характеристики душевного комфорта существуют многочисленные опросники. Удобен опросник Appelса на жизненное истощение, валидизированный в проспективном наблюдении [13. С. 33].

Э.Н. Вайнер [11. С. 91] предлагает следующие группы признаков, по которым должно оцениваться здоровье:

1. Уровень и гармоничность физического развития.
2. Резервные возможности основных функциональных систем и организма в целом.
3. Уровень иммунной защиты и неспецифической резистентности организма.
4. Наличие или отсутствие хронического или врожденного заболевания или дефектов развития.
5. Уровень личностных характеристик, отражающих духовное и социальное благополучие и здоровье человека.

Исходя из этого, выделяются восемь основных групп показателей индивидуального здоровья (табл. 2) [11. С. 91].

Таблица 2

Показатели индивидуального здоровья

Генетические	Генотип, отсутствие дизэмбриогенеза, наследственных дефектов
Биохимические	Показатели биологических тканей и жидкостей
Метаболические	Уровень обмена веществ в покое и после нагрузок
Функциональные	Функциональное состояние органов и систем: – норма покоя; – норма реакции; – резервные возможности, функциональный тип
Психологические	Эмоционально-волевая, мыслительная, интеллектуальная сферы: – доминантность полушария; – тип ВНД; – тип темперамента; – тип доминирующего инстинкта
Социально-духовные	Целевые установки, нравственные ценности, идеалы, уровень притязаний и реамуляции потребностей, степень признания и т. д.
Морфологические	Уровень физического развития, тип конституции (морфотип)
Клинические	Отсутствие признаков болезни

Стоит отметить, что среди критериев психического и социального здоровья индивида наиболее важными являются психическое равновесие, гармоничность и интегрированность организации психики и ее адаптивные возможности, а также такие составляющие направленности личности, как духовность, ориентация на саморазвитие и самореализацию [10. С. 254–268].

Как видно из табл. 2, показатели, определяющие индивидуальное здоровье, имеют то преимущество, что по большей части могут быть выражены количественно, что позволяет в конечном итоге получить суммарную величину уровня здоровья, динамика которой и позволит судить о состоянии и перспективах здоровья данного человека. Также такой подход позволяет оценить силу или слабость каждого из показателей индивидуального здоровья, эффективность предпринимаемых оздоровительных мер применительно к каждому показателю и внести коррективы в саму программу оздоровления [11. С. 91].

По А.Д. Калужскому [16. С. 51–52], состояние здоровья человека может быть охарактеризовано следующими группами показателей:

1. Показатель работы подсистем организма индивидуума (РПО) — интегральный показатель, характеризующий состояние сердечно-сосудистой, мочеполовой, нервной и других систем организма индивида путем обследования врачами разных специальностей с учетом всех вышеуказанных факторов.

2. Показатель уровня последствий травм, хронических заболеваний (ТХЗ) — интегральный показатель, характеризующий заболевания, которые имеются в МИП, но за последнее время не проявляются и по которым соответственно индивидуум жалоб не предъявляет, должны учитываться при расчете уровня здоровья в случае возможного попадания пациента в экстремальные для него условия.

3. Показатель уровня наследственных заболеваний (НЗ) — интегральный показатель, характеризующий заболевания близких родственников 1, 2 колена и учитывающийся как при осмотре индивида, так и при расчете прогноза эффективности работы организма.

4. Показатель уровня комфортности жизни индивидуума (УКЖ) — интегральный показатель, характеризующий уровень комфортности работы, питания, бытовых условий индивидуума, уровень его эмоционального состояния, включает в себя подгруппы комфортности работы, пригодности условий проживания и психоэмоциональной самооценки на момент расчета.

При этом собственно уровень здоровья индивидуума в момент его обращения к врачу определяется величиной эффективности РПО; показатели СЗ, УКЖ отражают степень их влияния на здоровье индивида и тенденцию ближайшего изменения функционирования организма; степень влияния (при ее отрицательной величине) акцентирует внимание на необходимости принятия мер для улучшения здоровья индивида в ближайшее время.

Эффективность прогноза уровня здоровья определяется эффективностью всех перечисленных показателей (РПО, НЗ, ТХЗ, СЗ, УКЖ) [16. С. 51–52].

В экономической оценке ресурсов здоровья, как включающих врожденное (генетическое) здоровье, а также приобретенные навыки и способности к его сохранению, помимо измерения здоровья в традиционном (ожидаемые

годы жизни) виде, необходима оценка в денежном эквиваленте. Для получения денежной оценки ресурсов здоровья последовательно используют относительную (от 0 до 1) и натуральную (ожидаемые годы здоровой жизни) оценки.

Для относительной оценки ресурсов здоровья применяют близкие по содержанию ключевые понятия «рейтинг здоровья» и «потенциал здоровья». Под рейтингом здоровья (от 0 до 1) понимают степень приближения достигнутого уровня здоровья к его нормативному значению.

Потенциал здоровья (от 0 до 1) – это способность человека к самооздоровлению, достижению максимального уровня здоровья с учетом психосоматических качеств, образа жизни и инвестиций в здоровье. Данный показатель по сравнению с рейтингом здоровья является более точным отражением качества здоровья [3].

Помимо таких составляющих экономической оценки здоровья, как индивидуальное здоровье и факторы, на него влияющие, существует еще третья составляющая – инвестиции в здоровье [2. С. 26]. Как отмечалось выше, по И. Розмаинскому, фактический уровень совокупных инвестиций в здоровье определяется не суммой вложений, которые были сделаны отдельными агентами на основе сопоставления предельной производительности капитала и его стоимости. Этот уровень определяется следующими факторами:

- уверенностью людей в том, что некоторые виды инвестиций в здоровье действительно эффективно увеличат в будущем количество дней, которое они смогут посвящать трудовой деятельности;
- степенью интереса к долгосрочным последствиям принимаемых сегодня решений, в первую очередь в сфере здоровья;
- ориентацией на поведение других людей в сфере охраны здоровья;
- сформированными за длительный период времени привычками;
- предъявляемыми государством или обществом требованиями к определенным видам вложений в капитал здоровья, например обязательные прививки;
- инфраструктурой здравоохранения, увеличивающей отдачу от вложений в капитал здоровья и создаваемой в основном государством.

Таким образом, капитал здоровья «проедается» людьми, которые не верят в будущее, а сосредоточены исключительно на краткосрочных задачах, причем это происходит в рамках экономической системы, институты которой неэффективно снижают неопределенность [8. С. 113–119].

Итак, на основе изученных подходов можно сделать следующие выводы:

1. Здоровье с позиций экономического анализа можно представить как потребительское благо, на которое предъявляется спрос, и как инвестиционное благо, которое определяется чистой стоимостью потока выгод, приносимых данным благом. 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.

2. На здоровье индивида постоянно влияет окружающая среда в виде комплексного воздействия социальных, поведенческих и биологических

факторов. Поэтому наиболее объективным методом оценки уровня здоровья является комплексная система, в перечне показателей которой есть относящиеся к следующим группам: состояние организма в покое, функциональные резервы, образ жизни и состояние иммунной системы [14. С. 92].

3. Для самоконтроля отдельный индивид может использовать самооценку здоровья, т.е. самостоятельную оценку своего физического и психического состояния.

4. В экономической оценке здоровья, помимо оценки индивидуального здоровья и образа и условий жизни, учитываются также инвестиции в здоровье.

Таким образом, необходимо детальное изучение проблемы здоровья отдельного индивида как важного производительного ресурса на всех уровнях от национального (прирост национального богатства, сокращение потерь производительности и т.д.) до индивидуального (рост уровня и качества жизни отдельного человека).

Основа хорошего здоровья – самостоятельная работа человека по его укреплению. С позиций курса «Финансы домохозяйства» отдельный индивид как базовый актив домашнего хозяйства [17. С. 177–190] должен постоянно осуществлять «здоровое» поведение и овладеть ролью администратора личного здоровья (его состояния), исходя из теории ролевого набора [17. С. 178–180; 18].

Роль администратора здоровья при этом предполагает осуществление (организацию) оценки текущего состояния; определение перспективных целей, путей достижения целей, выбор доступных методов (организационно и финансово), осуществление мероприятий, последующую оценку состояния и т.д.

Причем подобных ролей может быть несколько, так как в разные периоды жизни (жизненного цикла) актуальны разные аспекты здоровья, да и возможности тоже разные.

Литература

1. *Окрепиллов В.В.* Развитие экономики здоровья для повышения качества жизни человека [Электронный ресурс]. Электрон. дан. М., 2011. URL: <http://okrepilov.ru/?p=365> (дата обращения: 20.02.2012).
2. *Антонова А.* Экономика здоровья // Ремедиум. 2010. № 4. С. 25–28.
3. *Кашин В.И.* Ресурсы здоровья – объект оценки рыночной экономики // Вопросы оценки. 2003. № 2. С. 38–47.
4. *Базуева Е.В.* Экономика здоровья: необходимость внедрения в современной России // Проблемы современной экономики. 2009. № 1 (29).
5. *Асланов Д.И.* Системные представления о здоровье как основном компоненте человеческого капитала // Фундаментальные исследования. 2011. № 12-1. С. 202–206.
6. *Медик В.А., Юрьев В.К.* Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению. Ч. 1: Общественное здоровье. М.: Медицина, 2003. 368 с.
7. *Федеральный закон от 21.01.2011 г. №323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».*
8. *Розмаинский И.* Почему капитал здоровья накапливается в развитых странах и «продается» в постсоветской России? // Вопросы экономики. 2011. № 10. С. 113–131.
9. *Григорьев А.И.* Концепция здоровья и космическая медицина. М.: Слово, 2007. 207 с.
10. *Диагностика здоровья: психологический практикум / под ред. Г.С. Никифорова.* СПб.: Речь. 2007. 949 с.

11. *Вайнер Э.Н.* Валеология: учеб. для вузов. М.: Флинта, 2008. 411 с.
12. *Илларионова А.В.* Обзор публикаций в журнале «Менеджер здравоохранения» по направлению «Оценка здоровья» // Проблемы учета и финансов. 2012. № 1(5). С. 25–34.
13. *Гундаров И.А., Полесский В.А.* Методологические требования к оценке качества технологий измерения здоровья // Менеджер здравоохранения. 2007. № 4. С. 32–37.
14. *Журавлева И.В.* Отношение к здоровью индивида и общества. М.: Наука, 2006. 237 с.
15. *Подсвинова Т.Е.* Определение заболеваемости различных категорий населения методом анкетирования // Менеджер здравоохранения. 2010. № 11. С. 25–30.
16. *Калужский А.Д.* О необходимости и возможности количественной оценки уровня здоровья человека // Врач и информационные технологии. 2009. № 5. С. 49–55.
17. *Земцов А.А., Осипова Т.Ю.* Финансы домохозяйства: учеб. пособие. Томск: Изд-во Том. ун-та. 2012. 334 с.
18. *Земцов А.А.* Набор ролей домохозяйина в психической структуре личности // Проблемы учета и финансов. 2012. № 2 (6). С. 3–11.