

УДК 331.101.262

А. В. Васильев, проректор (Гомельский государственный университет имени Ф. Скорины)**КАПИТАЛ ЗДОРОВЬЯ: СУЩНОСТЬ И ОЦЕНКА**

Работа посвящена рассмотрению ряда теоретических вопросов, связанных с проблемой определения и оценки капитала здоровья как элемента человеческого потенциала. Приведены методики оценки индекса здоровья и дана их сравнительная характеристика.

Work is devoted to consideration of a number of the theoretical questions connected with a problem of definition and an assessment of the capital of health as an element of human potential. Techniques of an assessment of an index of health are given and their comparative characteristic is given.

Введение. Физическая сила, выносливость, работоспособность, иммунитет к болезням, увеличение периода активной трудовой деятельности необходимы каждому человеку, в любой сфере профессиональной деятельности. Мы осознаем все огромное, капитальное значение здоровья человека и нации от противного, при потерях здоровья и увеличении смертности населения. Еще в 2000 г. Правительство Республики Беларусь рассмотрело и одобрило концепцию демографической политики, хотя зловещие «ножницы» превышения смертности над рождаемостью в Беларуси отмечаются статистикой с 1993 г.

Сокращение (снижение) капитала здоровья сказывается на демографической ситуации, которую в настоящее время можно оценить как достаточно сложную. Капитал здоровья является неотъемлемой частью человеческого капитала, инвестиции в который выражаются в сохранении работоспособности за счет уменьшения заболеваемости и увеличения продуктивного периода жизни. Уровень здоровья во многом зависит от качества услуг здравоохранения, которое сопровождает человека с самого рождения до его пенсионного возраста. Инвестиции в здоровье обеспечивают нормальный оборот рабочей силы в производстве.

Как бы трудно ни было стране в условиях глубокого социально-экономического кризиса, надо понимать, что здравоохранение является такой стороной человеческого капитала, которая «не понимает» нехватку финансовых средств, «не терпит» невнимания к себе и «мстит» обществу за безответственное к себе отношение. Известно, что живущие поколения несут в себе груз накопленных патологий. Нынешние болезни, в силу их инерционного воздействия, отзовутся тяжелыми последствиями в будущем.

Основная часть. В. И. Даль в словаре русского языка характеризует здоровье как «состояние животного тела (или растения), когда все жизненные отправления идут в полном порядке». Гигиенисты определяют здоровье как «состояние полного социального и психологи-

ческого благополучия, когда все функции организма человека резонируют с окружающей средой – природной и социальной» [1].

Задачей медицинской науки и практики является познание процессов, происходящих в организме человека, с целью сохранения и укрепления его здоровья, а также разработки и практического применения методов (методик) диагностики, предупреждения и лечения болезней. Несмотря на все успехи медицины, заболеваемость населения, преждевременная смерть, хронические недуги все еще довольно распространены и даже возрастают. По данным медицинской статистики, в Гомельской области заболеваемость населения на 1000 чел. составляла в 1990 г. – 647,2, в 1995 г. – 673,1, в 1999 г. – 710,0, в 2010 г. – 819,0 чел. зарегистрированных больных с диагнозом, установленным впервые в жизни. В Минстате Республики Беларусь отметили, что за 2007 г. от болезней системы кровообращения умерли 52,8% всех умерших (в трудоспособном возрасте – 30,8%), от новообразований – 13,7% (15,6%), от причин, не связанных с заболеваемостью, – 10,8% (32,5%). Растет заболеваемость тяжелыми и трудноизлечимыми болезнями. Численность больных злокачественными новообразованиями выросла с 1112 тыс. человек в 1990 г. до 2533 тыс. человек в 2010 г. Почти 3 млн. человек страдают психологическими расстройствами и состоят на учете.

Очень высока заболеваемость детей: 130 детей в возрасте до 14 лет на 1000 человек, в т. ч. 9,8% – с инфекционными и паразитарными болезнями, 9,2% – болезнями органов дыхания, 3,3% – болезнями нервной системы, 8,1% – болезнями кожи и др.

Заболеваемость и непрочность здоровья становится основной причиной смертности даже в трудоспособном возрасте. Серьезной проблемой для общества стали социально обусловленные болезни – алкоголизм, наркомания, туберкулез, ВИЧ-инфекция, заболевания, передающиеся половым путем.

Среди причин, негативно влияющих на состояние здоровья населения, необходимо отметить снижение качества жизни значительной

части населения (низкий уровень заработной платы и пенсионного обеспечения, ухудшение условий жизни, труда, отдыха, состояния окружающей среды, качества и структуры питания и др.), чрезмерные стрессовые нагрузки, снижение общего уровня культуры, в том числе санитарно-гигиенической, что способствует распространению вредных привычек и нездорового образа жизни.

В Беларуси более половины населения проживает в крайне неблагоприятной экологической обстановке, связанной с последствиями радиационного загрязнения, загрязнением окружающей среды выбросами промышленных предприятий и автомобильного транспорта, пользуется недоброкачественной питьевой водой.

Потенциал силы здоровья проявляется в средней продолжительности жизни. Если японцы в среднем живут 82 года, то белорусы – 70,9 года. По сравнению с Японией наши мужчины не доживают 17 лет, женщины – 5 лет. Значит, экономика несет прямые потери по причине «недожития» в активном трудовом периоде.

Ресурсы здоровья включают врожденное (генетическое) здоровье, а также приобретенные навыки и способности к его сохранению. Ресурсы здоровья измеряются в традиционном (ожидаемые годы жизни) и относительном (от 0 до 1) виде, натуральном (ожидаемые годы здоровой жизни) и денежном эквиваленте. Для получения денежной оценки ресурсов здоровья последовательно используют относительную и натуральную 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. Исходя из традиционных групп здоровья, используемых в медицинской практике, нами определены базовые значения рейтинга здоровья:

– «хорошее здоровье» – лица здоровые и практически здоровые, которые: а) в течение полугодия не болели (базовое значение рейтинга здоровья – 0,50); б) болели только простудным (сезонным) заболеванием от 1 до 7 дней (рейтинг здоровья – 0,45). Группы здоровья Д1 и Д2;

– «среднее здоровье» – лица: а) болеющие в течение полугодия простудными (сезонными) заболеваниями более недели (рейтинг здоровья – 0,40); б) болеющие хроническими заболеваниями в стадии компенсированного течения (рейтинг здоровья – 0,35). Группа здоровья ДЗ-1;

– «здоровье ниже среднего» – лица, страдающие острыми заболеваниями и/или обострениями хронических заболеваний в течение нескольких лет (рейтинг здоровья – 0,30). Группа здоровья ДЗ-2;

– «плохое здоровье» – лица, страдающие острыми и частыми обострениями хронических заболеваний в течение длительного времени (рейтинг здоровья – 0,20). Группа здоровья ДЗ-3;

– «очень плохое здоровье» – лица, страдающие хроническими, длительно протекающими заболеваниями, ведущими к утрате трудоспособности (базовое значение рейтинга здоровья – 0,10). Группа здоровья ДЗ-4.

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 и определяется на основе авторского «Теста потенциала здоровья, ресурсов здоровья и эффективного возраста».

Тестирование выполняется путем опроса и включает три блока: 1) психосоматические качества; 2) образ и условия жизни; 3) инвестиции в здоровье.

Натуральным измерителем ресурсов здоровья являются «ожидаемые годы здоровой жизни по Кашину», kvit (квит). В отличие от показателя «ожидаемая продолжительность жизни» данный измеритель дополнительно учитывает ее качество. Ресурсам здоровья 1 kvit соответствует продолжительность жизни 1 год с потенциалом здоровья 1,0 или 1 kvit = 1 год [3].

Для обобщенной количественной оценки состояния человека применяют также цифровые индексы, соединяющие в себе оценки степени нарушения функций, психики, социального функционирования. Эти индексы могут быть специфическими (ориентированными на оценку дефекта от некоторого заболевания, как, например, для ишемической болезни сердца известные функциональные классы New York Heart Association) или неспецифическими (нацеленными на оценку суммарного дефекта в жизнедеятельности человека независимо от заболевания, например, индекс МакМастера, Ноттингемский профиль здоровья).

Подход к оценке здоровья населения, основанный на агрегировании по определенному принципу многомерной информации о здоровье, т. е. с помощью специально сконструированных обобщенных показателей, часто называемых в последнее время «индексами здоровья» (ИЗ), представляется достаточно перспективным. Поскольку «здоровье» предстает комплексной, многосторонней характеристикой индивида, естественным представляется его оценка по многим признакам одновременно. Кроме того, использование многих признаков по отдельности неудобно. Поэтому возникает

стремление к созданию ИЗ. Такой агрегатный ИЗ – это не многомерный анализ (анализ множества признаков, измеренных у обследуемого человека), а способ сокращения пространства признаков до одного – величины ИЗ. Предполагается, что некоторой величине ИЗ можно было бы присвоить значение «0» и от него отсчитывать величину дефекта «вниз» и величину «положительного» здоровья «вверх». Такая простая оценка экономически целесообразна, так как позволяет обследовать профилактически большие массы людей без привлечения специалистов. При этом возможна и элементарная интерпретация. Впрочем, углубленный анализ агрегатных индексов весьма ограничен. Для этого нужно рассматривать отдельные признаки, а использование только агрегатного индекса сопровождается потерей части информации, содержащейся в каждом признаке.

Создание единого ИЗ обещает также преимуществу в виде повышения надежности. Ведь отдельный признак может быть недоступен для оценки у субъекта или оценен с большой ошибкой. Агломерация отдельных признаков должна, как будто, нивелировать подобные погрешности. В действительности же даже аномалии отдельных признаков могут резко искажать величину агрегатного индекса, и эта возможность должна специально учитываться при разработке индекса.

Заключение. Большинство используемых ИЗ несовершенны и не удовлетворяют основным методическим требованиям, предъявляемым к их созданию. Эти требования сведены нами в пять групп.

1. Выбор исходной информации не может быть произвольным, основанным только на доступности; для выбора среди многих доступных признаков существуют эффективные приемы, и эти приемы должны употребляться корректно.

2. Каждый избранный исходный признак должен иметь ясные критерии оценки, уровни деления на ранги (категорирования), обоснованные шкалы оценки.

3. Возможно объединение обобщенных оценок в единый ИЗ, что может быть концептуально и методически сложно, но должно быть обосновано.

4. Так же, как каждая шкала по отдельности, единый ИЗ должен быть проверен (а не применен) на независимой совокупности.

5. Интегральный ИЗ должен обладать свойством расширяемости и адаптации к любому новому уровню медицинских знаний.

Кроме того, все ИЗ стали достоянием более или менее широкой практики, так и не пройдя проверки на совокупности, не зависимой от той, на которой разрабатывались.

При создании любых индексов изначально важна задача, для решения которой они конструируются, и область приложения. Индекс здоровья должен соответствовать некоему внешнему критерию, например выздоровлению или наступлению смерти в некоторый срок.

Если же невозможно точно определить критерий здоровья (даже каким-либо малопримлемым, сложным методом), то нельзя и оценить соответствие ИЗ основной цели? Следовательно, ИЗ невозможен без ясного определения здоровья, внешнего «стандарта», по соответствию которому можно было бы разработать практически приемлемый ИЗ.

Очевидно, что таким образом разработка единого ИЗ невозможна. Если по определению здоровье – это мера благополучия, прежде всего физического, то наличие дополнительных шкал означает, что само измерение здоровья созданным ИЗ несовершенно.

Таким образом, несмотря на всю привлекательность ИЗ, сегодня для его создания нет полноценных теоретических предпосылок. Прежде всего, отсутствует тот критерий здоровья, по отношению к которому мог бы быть разработан ИЗ. Практически реализуемые подходы к созданию ИЗ разнородны и в большинстве своем методически неполноценны. Желания иметь ИЗ недостаточно для того, чтобы создать хороший ИЗ. Применение же в качестве ИЗ частных компонентов образа жизни, физических параметров организма, заболеваний и т. д., порождает информацию о здоровье, качество которой остается неизвестным, и она способна в лучшем случае имитировать обоснование решений, а в худшем – обосновывать неверные решения врача или администратора.

Литература

1. Лаптев, А. П. Здоровье – фундамент деловых успехов / А. П. Лаптев // Управление персоналом. – 1997. – № 10. – С. 89–90.
2. Харрисон, Генри С. Оценка здоровья: учеб. пособие / Генри С. Харрисон. – М.: РИО Мособлупрполиграфиздата, 2004. – 231 с.
3. Человеческий капитал: содержание и виды, оценка и стимулирование: монография / В. Т. Смирнов [и др.]; под ред. В. Т. Смирнова. – М.: Машиностроение-1, 2005. – 513 с.

Поступила 02.04.2012