
ЗДОРОВЬЕ – ВАЖНЕЙШИЙ ИНДИКАТОР КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

Биктимирова З.З.

Понятие "здоровье" рассматривается в статье в контексте концепции качества жизни. Выделяются особенности, отличающие здоровье от остальных компонентов благосостояния и позволяющие рассматривать его как индикатор качества жизни. Анализируются методические подходы к оценке здоровья, отмечаются их недостатки и преимущества. Предлагается выделение показателей рождаемости (качественные), младенческой, детской и материнской смертности как особо важных индикаторов.

Здоровье и качество жизни

Среди индикаторов уровня и качества жизни в мировой практике уже с 60-х годов первостепенное значение отводят показателям, характеризующим состояние здоровья населения. Причем, это характерно и для тех случаев, когда речь идет только о концепциях уровня жизни. Это отражено, например, в документах ООН (1961 г.) и Совета организации экономического сотрудничества и развития (ОЕСД, 1973 г.). Появлению подобных концепций уровня жизни – с выделением приоритетного значения здоровья – предшествовали те изменения в оценке его роли в жизни каждого человека и общества, которые произошли в мире во второй половине XX века. В 1948 г. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определила здоровье как "состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие заболевания или физического дефекта". Тем самым было положено начало переходу к пониманию здоровья и болезни не только как медицинской проблемы, но и как общесоциальной [1].

В нашей стране показателям здоровья населения уделяется неоправданно мало внимания при характеристике благосостояния и рассмотрении проблем экономического развития. Чаще и традиционно социально-экономические аспекты здоровья населения рассматриваются в рамках демографических, медико-демографических, социологических и социально-гигиенических, а не экономических исследований. Только в 80-е гг. расширился круг работ, в которых здоровье как компонент благосостояния рассматривается в контексте экономических исследований. Основное внимание при этом уделяется выявлению количественной зависимости здоровья от влияния социально-экономических факторов [2, 3].

В 90-х годах в нашей научной печати были впервые фрагментарно изложены методологические принципы концепции уровня жизни ООН. Круг исследователей, рассматривающих здоровье в контексте концепции уровня жизни, расширился. Однако проблема здоровья населения не занимает достойного места в экономических исследованиях. И тем более принятие практических решений по-прежнему основывается на ограничительной концепции чрезвычайно узкого понимания благосостояния как уровня доходов и потребления, а здоровья населения – как медицинской проблемы.

В большинстве экономических работ проблема здоровья населения традиционно продолжает рассматриваться с точки зрения экономики здравоохранения. В основном это сводится к оценке ресурсов. Между тем такой подход необходимо признать узким и ограниченным, так как он оставляет открытыми такие принципиальные вопросы, как здоровье и общественное развитие, цели и социальные пределы экономического роста.

Первостепенное значение показателей здоровья при характеристике уровня жизни объясняется тем, что оно рассматривается как *базисная потребность человека и главное условие его деятельности* [4]. Возможность долгой и здоровой жизни рассматривается в концепции развития человека в качестве одной из трех ключевых проблем, решение которых определяет доступность других вариантов выбора жизненного пути [5, 6]. Кроме того, в отличие от всех остальных компонентов благосостояния для понятия "здоровье" характерны следующие особенности: уникальность и невосполнимость, а отсюда – особая ценность, отсутствие адекватной стоимостной оценки, невозможность денежной компенсации, а также прямого измерения (математически точное количественное выражение – задача не только трудная, но и неразрешимая). Количественно измеряемые параметры могут дать лишь весьма ограниченное и упрощенное представление о реальном состоянии здоровья.

Следует отметить также, что показатели, характеризующие здоровье населения, являются наиболее *результатирующими*. Здоровье является понятием многомерным, определяется широким кругом факторов, в том числе социально-культурных, экономических и политических, и отражает практически все процессы, происходящие в обществе и окружающей среде. Снижение показателей здоровья свидетельствует о неблагоприятных тенденциях в развитии общества. Поэтому состояние здоровья населения может и должно выступать как индикатор качества жизни и важнейший критерий социально-экономического развития [7].

Без учета влияния на здоровье нельзя правильно оценить экономические последствия любых хозяйственных мероприятий. В настоящее время такие оценки довольно широко используются в развитых странах. У нас учитывается, к сожалению, довольно узкий спектр последствий новой техники. Вторичные и отдаленные последствия не учитываются. Сохраняются традиционные подходы к оценке экономического развития, предусматривающие количественные показатели.

Все еще сохраняется традиционная примитивная концепция материального роста, от которой во многих странах уже смогли отойти. Доминирует технократический подход в отношении здоровья человека. Человек рассматривается как средство производства материальных ценностей. Это способствовало выработке ущербной односторонней концепции материального развития, которая имела весьма негативные последствия для здоровья населения. Большинство статистических показателей и аналитических оценок состояния здоровья населения свидетельствуют о негативных тенденциях. Причины, которые приводятся обычно в документах – недостаток средств и т.д. – являются поверхностными, обусловленными одной глобальной – недооценкой роли и значения здоровья как отдельного человека, так и общества в целом. Для существенного изменения положения со здоровьем человека нужен иной концептуальный подход к развитию и кардинально новые решения. Здоровье должно занимать приоритетное место в системе целей национального развития.

Проблемы оценки

Оценка состояния здоровья населения и тенденций его изменения является одной из сложнейших задач и сопряжена со значительными трудностями. Несмотря на многочисленные исследования, нет общепринятой и достаточно надежной методики изучения и оценки здоровья населения. Прежде всего, это обусловлено невозможностью прямого количественного измерения состояния здоровья. Наука не располагает методами прямой оценки здоровья. Вряд ли проблему количественного измерения здо-

ровья удастся решить однозначно, поскольку оно неизмеримо в принципе и может быть оценено с большой долей условности. Причем, следует оговориться, что состояние и качество российских статистических источников не позволяют исчислить даже многие условные показатели.

Анализ имеющихся методических разработок показывает, что на данном этапе исследования для характеристики здоровья применяются косвенные показатели. В отдельных источниках они так и формулируются: "показатели нездоровья" [8]. Делаются попытки разработки обобщающего показателя здоровья, однако большинство исследователей совершенно правомерно, на наш взгляд, считают, что такое сложное и многогранное понятие, как здоровье, может быть достаточно достоверно отражено лишь системой показателей.

Однако даже при исчислении косвенных показателей имеется множество трудностей. Прежде всего, отсутствие и сложность получения достоверной информации, особенно на региональном уровне. Система статистической регистрации данных о здоровье является неполной и неточной, а иногда и преднамеренно искаженной. Зачастую имеющиеся медико-санитарные данные несопоставимы из-за различий в методиках их определения.

Само понятие "здоровье" до сих пор является дискуссионным, и не прекращаются попытки дать всеобъемлющее его определение. Однако вряд ли удастся решить эту задачу однозначно. Проблема здоровья весьма многогранна, требует привлечения к исследованию специалистов различных направлений: медицины, биологии, философии, социологии, демографии и т.д. Учитывая сложность и многогранность понятия, признавая необходимость различных подходов к его исследованию, следует признать правомерность наличия различных определений здоровья. Попытки дать единое определение, видимо, методологически несостоятельны. Приведенное выше определение ВОЗ подвергается критике многими исследователями из-за трудности, вернее невозможности, количественной интерпретации, что ставит под сомнение возможность применения его в практических целях.

В отечественной научной литературе одним из наиболее распространенных является определение здоровья как способности человека к оптимальному физиологическому и социальному функционированию [2]. Исходя из такого определения, формируется система показателей, характеризующих (как уже упоминалось – косвенно) состояние здоровья населения.

Самое общее представление о состоянии и тенденциях здоровья населения может быть получено уже при расчете традиционных (или, как их еще называют, классических) показателей с использованием информации государственной статистики. Прежде всего, это демографические показатели (*рождаемость, смертность, средняя продолжительность жизни*), а также показатели *заболеваемости, инвалидности и физического развития*. Кроме того, в последние десятилетия применяются также такие показатели, как *жизненный потенциал человека* и *потери жизненного потенциала*, а также сводный *индекс здоровья*. Получение более подробной и достоверной картины состояния здоровья предполагает проведение специальных выборочных наблюдений и социологических обследований, сочетание объективных и субъективных оценок. Социологический подход к оценке здоровья особенно важен при изучении качества жизни. В целом следует учесть, однако, особую сложность корректной интерпретации показателей состояния здоровья населения.

Показатели здоровья населения

Подход к оценке здоровья населения, основанный на применении объективных показателей, является наиболее разработанным и распространенным. При этом применяются, прежде всего, следующие показатели.

Рождаемость. Из всего многообразия показателей рождаемости, отражающих различные стороны процесса воспроизводства населения, наиболее информативными в отношении характеристики здоровья являются повозрастные и суммарные коэффициенты рождаемости, в том числе и учитывающие брачное состояние женщин, а также индексы мертворождаемости и недонашиваемости. Это объясняется тем, что слишком ранние или поздние роды, многодетность являются факторами риска для здоровья. Они повышают нагрузку на организм женщины и способствуют его износу, приводят к появлению на свет менее здоровых детей. В таких случаях чаще встречается мертворождаемость и перинатальная смертность. Рождение ребенка женщиной, не состоящей в зарегистрированном браке, также является определенным фактором риска как для нее самой, так и для ее младенца. Среди этих женщин значительно выше доля родивших ребенка в наименее благоприятном возрасте (до 19 лет, а также старше 35 и даже 40 лет), где более вероятны патологические отклонения. Кроме того, у незамужних женщин чаще отмечаются осложнения беременности и родов, дополнительно обусловленные психоэмоциональным состоянием. Отсюда и возникает необходимость учета не только уровня рождаемости в целом, но и в различных возрастах, а также дифференцированно для женщин, не состоящих в зарегистрированном браке [9, 10].

О масштабах серьезных нарушений в состоянии здоровья женщины и, в частности, ее репродуктивной функции, говорят показатели мертворождаемости и поздних выкидышей мертвым плодом. Для анализа здоровья как женщин, так и детей необходимо знать и уровень недонашиваемости. С одной стороны, этот показатель показывает наличие негативных изменений в состоянии здоровья самой женщины, с другой – отражает долю новорожденных с изначально ослабленным здоровьем и малым весом. Как известно, уровень заболеваемости и смертности у недоношенных детей значительно выше, чем у доношенных.

Смертность. Важнейшей характеристикой здоровья населения являются показатели смертности [11, 12, 13]. Они не только дают представление о жизнеспособности населения, но и отражают влияние на людей всей совокупности внешних условий их существования, меняются в зависимости от их изменения, зависят от уровня экономического и социального развития, санитарного состояния. Высокие показатели смертности свидетельствуют о неблагоприятном состоянии здоровья населения, дают косвенное представление о распространенности заболеваемости.

Наиболее удобные в вычислении *общие коэффициенты смертности* не отражают ни реальной картины смертности, ни уровня здоровья населения. Они зависят от структуры населения и будут тем больше, чем выше в его составе доля детей и пожилых, вероятность умереть для которых значительно выше, чем для молодых и средних возрастов. Показатели смертности зависят от пола и от возраста. Высокие коэффициенты смертности детей до года резко снижаются по истечении первого года жизни, а после 10 – 14 лет снова возрастают, достигая максимальных значений в самых старших возрастах, причем на всем протяжении показатели смертности у мужчин обычно выше, чем у женщин. Поэтому исключительно важное значение имеет использование *половозрастных коэффициентов смертности*. *Стандартизация* коэффициентов смертности устраняет влияние различий в возрастной структуре и делает их пригодными для анализа и сопоставлений. Использование *половозрастных и стандартизованных ко-*

эффициентов позволяет дать реальную оценку процессов смертности как для отдельных групп, так и для населения в целом.

Более подробный анализ картины смертности дает исследование причин смерти, поскольку различные причины представляют разную степень опасности для людей и уровень влияния их меняется. Наибольшую угрозу для жизни населения в настоящее время представляют заболевания сердечно-сосудистой системы и органов кровообращения, злокачественные новообразования и несчастные случаи. Однако для различных возрастов степень опасности смерти от разных причин неодинакова. Для молодежи наибольшую угрозу представляют внешние факторы, а для людей старшего возраста – эндогенные заболевания, обусловленные старением организма и влиянием на него негативных воздействий внешней среды. Поэтому наиболее полную и содержательную картину смертности дает исследование *половозрастных коэффициентов смертности по причинам смерти*. Эти показатели позволяют выявить степень угрозы каждой причины для отдельных групп населения и проанализировать динамику этих явлений.

Особое место среди коэффициентов смертности занимают показатели *младенческой смертности* [14, 15] Это объясняется, с одной стороны, высокой величиной смертности детей до года, которая в несколько раз превышает смертность детей старше года. С другой стороны, младенческая смертность – наиболее объективный показатель здоровья населения и условий его жизни (социально-экономических и санитарно-гигиенических) и быстрее всего реагирует на изменения в этой сфере.

Поскольку фактические показатели младенческой смертности могут быть искажены при значительном изменении от года к году числа родившихся, для расчета коэффициентов младенческой смертности лучше использовать формулу Ратса, в которой число умерших за год детей в возрасте до года относят не к числу родившихся за этот год, а к сумме $2/3$ или $3/4$ числа родившихся за данный год и соответственно $1/3$ или $1/4$ – за предыдущий год. Расчеты показывают, что целесообразно пользоваться соотношением $3/4$ и $1/4$.

Ценную информацию не только о состоянии здоровья самих новорожденных, но и женщин, предоставляет *коэффициент перинатальной смертности*, объединяющий в себе показатели мертворождаемости и смертности детей на первой неделе жизни. Эти два явления тесно связаны между собой и объясняются преимущественно состоянием здоровья матери, такими неблагоприятными условиями внутриутробного развития ребенка, которые приводят к его нежизнеспособности.

Необходимо также исследование структуры смерти младенцев по причинам, которые далеко не равнозначны по характеру и степени влияния на здоровье ребенка, а также по возможности их устранения. Существуют внешние, экзогенные причины, обусловленные неблагоприятными условиями содержания и неправильным или недостаточным лечением. Вторая группа причин, выдвигающаяся в последнее время на передний план, – эндогенные, то есть те причины, которые ребенок изначально несет в себе, они либо являются следствием родовой травмы, либо обусловлены здоровьем матери и т.п. Доля смертей детей от врожденных аномалий и осложнений в родах увеличивается, что вызывает необходимость расчета и анализа таких показателей.

Демографические показатели здоровья, отражающие процесс воспроизводства населения, являются наиболее объективными, поскольку базируются на более точной и однозначной информации – регистрации рождений и смертей. Тем не менее, проблема достоверности исходной информации существует. Мертворождения, например, в отдельных случаях фиксируются как поздние выкидыши. Искусственно занижается мла-

денческая смертность путем регистрации некоторых случаев смерти младенцев как мертворождение или поздний выкидыш, а некоторых – как смерти детей старше года. Это вызвано тем, что показатели перинатальной и младенческой смертности, мертворождаемости служат критерием оценки деятельности лечебно-профилактических учреждений по охране здоровья женщин и детей, качества медицинской помощи. Поэтому в занижении данных показателей заинтересованы органы как здравоохранения, так и управления. Хотя говорить о массовости подобных случаев нельзя, тем не менее, проблема такая существует и признается многими исследователями. Сомнения в полной достоверности информации существуют и относительно распределения умерших по причинам смерти, где существуют случаи как случайного, так и умышленного искажения действительности. Тем не менее, на сегодняшний день эти статистические показатели наиболее удобны, информативны и пригодны для анализа.

Продолжительность жизни. Одной из наиболее распространенных характеристик состояния здоровья населения является средняя продолжительность жизни, емкий, интегрированный показатель, обобщающий возрастные коэффициенты смертности. Средняя продолжительность жизни показывает среднее число лет, которое предстоит прожить каждому члену данного поколения при сохранении существующих условий смертности. Величину средней продолжительности жизни можно вычислить для любого возраста. Наиболее распространенным показателем является средняя продолжительность предстоящей жизни для поколения в нулевом возрасте, или, согласно принятой терминологии, средняя продолжительность жизни новорожденных [16]. Несомненным достоинством показателя средней продолжительности жизни является то, что он элиминирует влияние различий в возрастном составе и может использоваться при сравнении состояния здоровья населения различных регионов и в разные годы. Это устойчивый показатель. Случайные колебания смертности в отдельных возрастах, вызванные временными причинами, мало влияют на его величину [9].

Относительно правомерности использования показателя средней продолжительности жизни в качестве критерия здоровья не существует единого мнения [16]. Действительно, между средней продолжительностью жизни и состоянием здоровья нет прямой зависимости. Продолжительность жизни населения может увеличиваться и тогда, когда есть основания говорить о негативных изменениях в состоянии его здоровья. Общеизвестно, что при высоких показателях средней продолжительности жизни и даже при их дальнейшем росте еще нельзя безоговорочно утверждать об улучшении здоровья населения. Однако стабилизация этого показателя на уровне, далеком не только от предполагаемого биологического предела, но и достигнутого в развитых странах, или даже снижение его, большой разрыв между средней продолжительностью жизни мужчин и женщин, свидетельствуют о наличии негативных явлений в процессах смертности населения, что может являться результатом ухудшения здоровья. Поэтому использование показателей средней продолжительности жизни населения, в том числе вычисленных и для различных контингентов, является неотъемлемой составной анализа состояния здоровья. Немаловажным достоинством этого показателя в российских условиях является его информационная доступность. Что же касается значимости этого показателя, то уместно сослаться на французского экономиста и социолога Жана Фурастье, который писал, что *"среди всех человеческих проблем самая важная – это проблема продолжительности жизни, поскольку для того, чтобы быть человеком, надо прежде всего быть живым"* [16].

Заболеваемость. Показатели смертности и средней продолжительности жизни не могут служить исчерпывающей характеристикой здоровья. Их необходимо дополнить информацией о состоянии здоровья ныне живущих людей, то есть статистикой заболеваемости. В характере патологии населения в последние десятилетия произошли значительные изменения. Как относительно, так и абсолютно возросло число хронических заболеваний. Медицина во многих случаях способна предотвратить смертельный исход инфекционных заболеваний, на годы и даже десятилетия отодвинуть срок смерти людей с тяжелыми хроническими болезнями, инвалидов. В результате, при улучшении показателей смертности и средней продолжительности жизни, одновременно увеличивается доля людей, страдающих тяжелыми хроническими заболеваниями, число инвалидов. Необходимо учитывать и тот факт, что у людей, страдающих различными заболеваниями, рождаются менее здоровые дети; некоторые болезни являются наследственными. Поэтому показатели заболеваемости как характеристика здоровья не только ныне живущих людей, но и в значительной степени – будущих поколений, играют исключительно важную роль. Они могли бы иметь еще более важное значение для анализа здоровья населения при большей их достоверности. Пока же полнота и достоверность статистики заболеваемости ставятся под сомнение многими исследователями. Данные по заболеваемости зачастую ограничены, недостоверны, причем отличаются от реальных значительно, и мало пригодны для анализа. В особенности недостоверны данные об уровне заболеваемости. Фактическое число заболеваний значительно выше официально зарегистрированного. Реальные или близкие к ним показатели заболеваемости могут быть выявлены лишь при выборочных углубленных медицинских осмотрах.

В российской статистике имеются данные только для исчисления *общего коэффициента заболеваемости*, равного числу заболеваний на 1000 человек в год, ценность которого, как отмечает один из ведущих отечественных демографов Е.М. Андреев, ограничена. Данными, необходимыми для исчисления более информативных и применяемых в международной практике *возрастных и суммарных коэффициентов заболеваемости*, а также расчета таблиц распространенности хронических болезней, наша статистика не располагает [17].

Сложность использования показателей заболеваемости при анализе здоровья состоит еще и в их ограниченной сопоставимости. Различие заболеваний и даже тяжести течения одной и той же болезни у разных людей и в различных условиях значительно затрудняет возможности обобщения и сопоставлений. Поэтому анализ показателей заболеваемости по данным государственной статистики не дает полной и объективной картины состояния здоровья населения, а позволяет лишь получить некоторое (весьма ограниченное) представление о наиболее общих и характерных тенденциях. Характеристикой здоровья служат также данные об *инвалидности* населения. Особо пристального анализа требует *детская инвалидность*. Однако статистика инвалидности еще более несовершенна и ограничена, чем статистика заболеваемости.

Жизненный потенциал и потери жизненного потенциала. В последние десятилетия для оценки состояния здоровья населения применяются также такие интегральные показатели, как *жизненный потенциал* человека и *потери жизненного потенциала*.

Жизненный потенциал человека – время, которое лицо в данном возрасте в среднем проживет в будущем в соответствии с существующим в данное время и в данной группе населения уровнем смертности [18, 19].

Показатель *потерь жизненного потенциала* основан на учете недожития до некоего потенциально достижимого возраста и рассчитывается по формуле:

$$PYLL_{adj} = \sum_{i=0}^w a_i (d_i / P_i) (P_{ir} / N_r) \times 1000,$$

где $a_i = T - x_i$; T – верхний предельный возраст; x_i – середина соответствующего возрастного интервала; d_i – число умерших в i -й возрастной группе; P_i – численность изучаемой популяции в i -й возрастной группе; P_{ir} – численность стандартной популяции в возрасте i ; N_r – общая численность стандартной популяции.

Исследователи отмечают особо тесную связь показателя потерь жизненного потенциала со смертностью в молодых и средних возрастах [20]. Показатель потерь жизненного потенциала позволяет сравнивать популяции с различной численностью населения и выполнять количественные оценки ущерба от преждевременной смертности [21]. И может быть применен как для внутри-, так и межрегионального анализа.

Таким образом, ни один из показателей в отрыве от других не может служить исчерпывающей характеристикой здоровья населения. Но исследуемые в комплексе, дополняющие при этом друг друга и отражающие одно и то же явление с качественно разных позиций, они позволяют получить *некоторое* представление об уровне здоровья населения и тенденциях его изменения.

Особую значимость, на наш взгляд, в системе показателей состояния здоровья населения при характеристике качества жизни должны иметь показатели *рождаемости* (качественные), *младенческой, детской и материнской смертности, детской заболеваемости* как наиболее чувствительные индикаторы.

Субъективная оценка как метод изучения здоровья

Рассмотренные выше подходы применяют для получения так называемой объективной оценки состояния здоровья. Показатели здоровья исчисляются при этом на основе данных текущей санитарной и демографической статистики, а также получаемых в ходе специальных медицинских обследований. Основой объективной оценки является мнение специалиста о состоянии здоровья человека, зафиксированное в соответствующих документах.

Для получения более полного представления о состоянии здоровья населения объективные показатели дополняются оценками субъективного характера. Основой данного подхода является самооценка населением состояния своего здоровья, фиксируемая в ходе специальных обследований. Субъективная оценка может не только отличаться от объективной, но в некоторых случаях – быть противоположной. Выявление степени совпадения и расхождения субъективной и объективной оценок, причин значительных их отличий является также важным аспектом характеристики состояния здоровья. Эти два подхода являются взаимодополняющими, а не взаимоисключающими. Их сочетание особенно важно при изучении состояния здоровья в контексте качества жизни. Признается, что человек при субъективной оценке характеризует свое состояние в *целом*: не только физический аспект, но и психологический, а также в какой-то степени – социальный [8].

Собственная оценка предполагает наличие у опрашиваемого определенного представления о понятии "здоровье". В качестве наиболее распространенных в сознании населения представлений о здоровье выделяют следующие [1]. Первое – отражает социально заданный стандарт, меняющийся вместе с развитием общества, в основе которого лежат представления о полноценности человека, принятые в данной культуре.

Второе представление оценивает здоровье как фактор, обуславливающий возможности человека (расширяющий либо ограничивающий).

Широко применяется такой подход к изучению здоровья в социологических исследованиях. Наиболее распространенным является анкетный опрос выборочной совокупности. Учитывая ограниченность официальной санитарной (медицинской) статистики, а также проблему ее достоверности, следует признать данные социологических обследований важным дополнением и необходимым условием получения более полного представления о состоянии здоровья населения.

Одним из первых наиболее широкомасштабных отечественных проектов изучения здоровья с применением субъективной оценки и совмещения ее с объективной является исследование "Таганрог – 2", методика и результаты которого описываются в нескольких научных работах [2, 3, 8]. В 90-е годы подход, основанный на опросе субъективных ощущений человека, касающихся его здоровья, получает развитие и более широкое распространение. Результаты его применения приводятся в ряде работ [1, 22].

Региональные особенности

Проблема оценки здоровья сопряжена не только с методологическими трудностями, но в значительной степени усугубляется недостатками статистической информации. Отмеченная выше проблема достоверности, объективности и полноты статистической информации еще более обостряется на региональном уровне. Это ограничивает возможности анализа и прогнозирования здоровья, применения модельного инструментария. Наиболее полную (относительно) информационную базу, а также развитый и традиционный модельный инструментарий имеют модели, описывающие демографические аспекты здоровья. И, прежде всего, это модели для разработки прогнозов здоровья на основе таблиц смертности. В то же время применение используемых в мировой практике моделей для анализа и прогнозирования заболеваемости не представляется возможным ввиду отсутствия в российской статистике возрастных данных по заболеваемости. Следует отметить также очень важную проблему методологической сопоставимости показателей здоровья. Прежде всего, это относится к необходимости учета изменений в методике статистического учета и измерения отдельных показателей, например, рождаемости. Система индикаторов здоровья населения, составленная с учетом возможностей современной официальной статистики, приведена нами ранее [23].

Таким образом, здоровье – один из важнейших индикаторов качества жизни. В то же время оценка здоровья предполагает *особую корректность* при интерпретации расчетных данных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Фомин Э.А., Федоров Н.М. Стратегии в отношении здоровья // СОЦИС. 1999. № 11. С. 35 – 40.
2. Трудовые ресурсы и здоровье населения / Под ред. Н.М. Римашевской, М.С. Бедного. М.: Наука, 1986.

3. Народное благосостояние: Тенденции и перспективы /Отв. ред. Н.М. Римашевская, Л.А. Оников. М.: Наука, 1991.
4. Бобков В., Масловский-Мстиславский П. Динамика уровня жизни населения // Экономист. 1994. № 6. С.52 – 66.
5. ПРООН. Доклад о развитии человека за 1995 год. Нью-Йорк: Оксфорд Юниверсити пресс, 1995.
6. ПРООН. Доклад о развитии человека за 1999 год. Нью-Йорк: Оксфорд Юниверсити пресс, 1999.
7. Национальное богатство в условиях формирования рыночных отношений / Под ред. Фальцмана В.К., Бухвальда Е.М. М.: Наука, 1994.
8. Народное благосостояние: : методология и методика исследования / Отв. ред. Н.М. Римашевская, Л.А. Оников. М.: Наука, 1988.
9. Бедный М.С. Демографические факторы здоровья. М.: Финансы и статистика, 1984.
10. Бондарская Г.А., Дарский Л.Е. Брачное состояние женщин и рождаемость // Демографические процессы в СССР. М.: Наука, 1990.
11. Андреев Е.М. Продолжительность жизни и причины смерти в СССР // Демографические процессы в СССР. М.: Статистика, 1990.
12. Андреев Е.М. Продолжительность жизни в СССР: дифференциальный анализ // Продолжительность жизни: анализ и моделирование. М.: Статистика, 1979.
13. Андреев Е.М. Изучение продолжительности жизни. М.: Статистика, 1977.
14. Ксенофонтова Н.Ю. Некоторые тенденции младенческой смертности в последнее десятилетие // Демографические процессы в СССР. М.: Статистика, 1990.
15. Шабуров К.Ю. Типологический подход к изучению детской смертности // Продолжительность жизни: анализ и моделирование. М.: Статистика, 1979.
16. Россет Э. Продолжительность человеческой жизни. М.: Прогресс, 1981.
17. Основы изучения человеческого развития / Под ред. И.Б. Баркалова и С.Ф. Иванова. М.: Права человека, 1998.
18. Фильрозе Э. Очерк потенциальной демографии. М.: Статистика, 1975.
19. Демографический энциклопедический словарь. М.: Советская энциклопедия, 1985.
20. Комаров Ю.М. Медико-географический анализ смертности за рубежом // Медицинская география. Т. 16. М., 1989.
21. Флоринская Ю. Здоровье населения российских регионов // Проблемы прогнозирования. 1999. № 5. С. 141 – 157.
22. Русинова Н.Л., Браун Дж. В. Социально-статусные группы: различия в субъективном здоровье // Петербургская социология. 1977. № 1. С. 53 – 56. 1997.
23. Биктимирова З.З. Качество жизни: проблемы измерения и оценки // Экономика региона. 2005. № 2. С. 147 –162.