



## Ожидаемая продолжительность здоровой жизни в России

Над темой номера  
работал



Александр  
РАМОНОВ

### Ожидаемая продолжительность здоровой жизни как интегральная характеристика здоровья населения

Демографы уже несколько столетий пользуются показателем ожидаемой продолжительности жизни, который, по сути, представляет собой интегральный измеритель потерь от смертности в том или ином населении. Идея же подобного измерителя потерь от плохого состояния здоровья появилась сравнительно недавно, она была предложена Б. Сандерсом в 1964 году<sup>1</sup>. Методология расчета и название – «Ожидаемая продолжительность здоровой жизни» или «Ожидаемая продолжительность жизни без ограничений в дееспособности» (Disability Free Life Expectancy) - была предложена Д. Салливаном в 1971 году<sup>2</sup>.

Начиная с 60-х годов интегральные показатели здоровья стали активно применяться при мониторинге здоровья населения США, Японии и Европы. Все большее количество исследований<sup>3</sup> с применением разработанной Д. Салливаном методологии стало проводиться в Европе, Японии и США с целью описания ситуации в сфере здоровья и ее динамики, а также разработки практических рекомендаций в сфере здравоохранения.

Помимо эмпирических исследований ряд работ в зарубежной литературе посвящен дальнейшей разработке теоретических основ и методологии интегральных мер здоровья<sup>4</sup>.

Показатели ожидаемой продолжительности здоровой жизни (ОПЗЖ) активно используются ВОЗ<sup>5</sup> и его подразделением в Европейском союзе<sup>6</sup> для мониторинга ситуации в сфере здоровья в различных странах и разработки практических рекомендаций по увеличению его среднего уровня, также как и уменьшению дифференциации по нему.

Исследований здоровья населения России с применением показателей ОПЗЖ намного меньше, чем за рубежом, и они начали появляться только с конца 90-х годов XX века. Имеется ряд публикаций по данной тематике за рубежом<sup>7</sup>, и несколько в России<sup>8</sup>.

В России имеется небольшое количество работ, посвященных анализу показателей здоровья по самооценке и ОПЗЖ. Так, в России публикуются сравнительные данные ВОЗ<sup>9</sup>, включающие ОПЗЖ в России и ряде других стран по всему миру<sup>10</sup>. Ряд оценок ОПЗЖ в состоянии инвалидности был сделан также Комаровым, Ермаковым и Ивановой в 1997 году<sup>11</sup>.

Если рассматривать зарубежные публикации по России, часть из них посвящена анализу ОПЗЖ в сравнительном контексте. Так в статье Мартина Бобака<sup>12</sup> изучаются различия в ОПЗЖ между Россией и Швецией с применением показателей недееспособности и самооценки здоровья. В статье Е. Андреева и др.<sup>13</sup> изучаются различия в показателях ОПЗЖ, построенных по самооценке

здоровья, между Россией и странами Восточной и Западной Европы, опираясь на данные РМЭЗ и WVS (World Values Survey) в 1995 году.

Есть также работы, посвященные изучению факторов здоровья населения России на основе данных репрезентативных обследований<sup>14</sup>, в том числе с учетом их специфики по сравнению с другими странами<sup>15</sup>.

В статьях, посвященных анализу ОПЗЖ в России<sup>16</sup>, было показано, что Россия значительно уступает странам Западной и Восточной Европы по показателям ОПЗЖ, как и по показателю ожидаемой продолжительности жизни. При этом, как было показано в статье Андреева и др. с помощью метода декомпозиции, среди мужчин в различия ОПЗЖ между Россией и странами Западной Европы наибольший вклад вносит повышенная смертность в средних возрастах, среди женщин – плохое здоровье по самооценке в старших и пожилых возрастах.

Особенность нашей работы по сравнению с упомянутыми ранее состоит в использовании двух различных наборов данных и переменных для построения показателей ОПЗЖ и их сопоставлении между собой (подробнее см. ниже). В предыдущих работах показатели ОПЗЖ в России строились, опираясь на один показатель или их группу (напр. дееспособность<sup>17</sup> или самооценка<sup>18</sup> с применением одного набора данных, описывающих здоровье населения России (данные одного обследования).

### **Источники данных для расчета ожидаемой продолжительности здоровой жизни в России**

В международной практике принято выделять два подхода к оценке здоровья: субъективный и объективный<sup>19</sup>. Объективный подход – оценка здоровья внешним наблюдателем, экспертом с помощью специальных инструментов в рамках специализированных обследований. Субъективный подход – это оценка здоровья самим человеком, по его ощущениям. Субъективная оценка здоровья может быть получена на основе опроса населения. Именно этот подход лежит в основе нашего исследования.

Для расчета ожидаемой продолжительности здоровой жизни в России были использованы:

1. Таблицы смертности населения России в 2004 году, представленные на сайте Федеральной службы государственной статистики (отдельно для мужчин и женщин, 5-летние возрастные интервалы)<sup>20</sup>
2. Данные общероссийских репрезентативных опросов РМЭЗ и РидМиЖ волн 2004 года.

РМЭЗ<sup>21</sup> - Российский мониторинг экономики и здоровья, общероссийское лонгитюдное обследование социально-экономического положения домохозяйств, которое проводится в России начиная с 1992 года. Для анализа была выбрана 13-я волна 2004 года, объем выборки равен 12641 член домохозяйств. Вопросник данного обследования содержит ряд блоков, посвященных оценке социально-экономического статуса и благополучия членов домохозяйств. Среди них нас интересовал блок вопросника М «Оценка здоровья».

РидМиЖ - «Родители и дети, мужчины и женщины в семье и обществе» (российская версия международного исследования Gender and Generation Studies, GGS)<sup>22</sup>. Это исследование на данный момент имеет 2 волны, для анализа были использованы данные первой волны исследования 2004 года (общероссийская репрезентативная выборка мужчин и женщин в возрасте от 18 до 80 лет, равная 11261 респонденту). Вопросник данного обследования содержит ряд блоков, посвященных оценке социально-психологического климата в семье и взаимоотношениям представителей различных поколений. В том числе в него включен раздел 7 «Здоровье и благополучие».

Наша задача заключалась в том, чтобы из этих двух репрезентативных обследований выбрать вопросы, характеризующие здоровье населения России, и затем с помощью распределений

ответов на них и таблиц смертности рассчитать показатели ожидаемой продолжительности здоровой жизни по методу Салливана.

В мировой практике принято выделять несколько подходов к измерению здоровья на основе репрезентативных опросов.

В 1989 году Милфредом Блэкстером была предложена модель измерения субъективной составляющей здоровья, в которой она рассматривается как единство трех взаимосвязанных элементов<sup>23</sup>:

- Медицинский элемент (здоровье как отсутствие заболеваний)
- Функциональный элемент (здоровье как возможность функционировать)
- Ощущение благополучия в целом

Материалы используемых нами обследований позволяют оценить два из трех указанных элементов.

В разделе 7 «Здоровье и благополучие» анкеты обследования «Родители и дети, мужчины и женщины в семье и обществе» содержатся вопросы по общей самооценке здоровья, наличию/отсутствию хронических заболеваний, инвалидности и ее группе, потребности в помощи со стороны окружающих в элементарных регулярных действиях (одевание, купание) и психическому состоянию респондента.

В разделе анкеты М «Оценка здоровья» индивидуальной базы обследования РМЭЗ можно найти более широкий круг вопросов, характеризующих здоровье человека. Там есть вопросы по самооценке здоровья в целом, наличию/отсутствию хронических заболеваний различных органов, а также определенных заболеваний (сахарный диабет, туберкулез, инфаркт Миокарда и т.п.) инвалидности, психическим расстройствам.

Для построения ожидаемой продолжительности здоровой жизни были использованы распределения по категориям ответа на два вопроса:

1. вопрос, описывающий общее состояние здоровья («Как Вы оцениваете свое здоровье в целом?»)
2. вопрос о наличии/отсутствии хронических заболеваний.

Первый из них соотносится с первым элементом модели субъективного здоровья Блэкстера (здоровье как отсутствие хронических заболеваний со слов человека). Второй соотносится с ее третьим элементом (здоровье как ощущение благополучия в целом).

Распределения ответов именно на эти вопросы были использованы при построении ОПЗЖ по нескольким причинам:

1. Они содержатся в вопросниках обеих обследований (и РМЭЗ и РидМиЖ), что позволяет сопоставить полученные распределения ответов и построенные на их основе показатели ОПЗЖ между ними.
2. Они отражают определенные грани здоровья человека и неоднократно применялись при построении показателей ОПЗЖ<sup>24</sup>. Эти же вопросы рекомендованы к использованию в национальных обследованиях здоровья Всемирной Организацией Здравоохранения<sup>25</sup>.

Рассмотрим более конкретно формулировки выбранных вопросов, характеризующих здоровье со слов респондента, в обследованиях РидМиЖ и РМЭЗ.

В анкете обследования РидМиЖ вопрос, характеризующий здоровье в целом со слов респондента, сформулирован следующим образом:

## 7.01. Как Вы оцениваете свое здоровье?

1. Очень хорошее
2. Хорошее
3. Удовлетворительное
4. Плохое
5. Очень плохое

Поскольку, построение показателей ОПЗЖ по Салливану предполагает использование дихотомического вопроса, характеризующего здоровье, в соответствии с принятой в зарубежных исследованиях практикой<sup>26</sup>, распределение ответов на вопрос было разбито на 2 части. Полученная после преобразования переменная была названа «Хорошее/плохое здоровье в целом». При этом соответствующие распределения ответов по категориям 4 «Плохое» и 5 «Очень плохое» были объединены в категорию 1 «Плохое здоровье в целом». Ответы по категориям 1 «Очень хорошее», 2 «Хорошее», 3 «Удовлетворительное» были объединены в категорию 0 «Хорошее здоровье в целом».

Формулировка вопроса о наличии/отсутствии хронических заболеваний со слов респондента в обследовании РидМиЖ имеет следующий вид: «Страдаете ли вы каким-либо продолжительным или хроническим заболеванием?».

В вопроснике обследования РМЭЗ формулировка вопроса о самооценке здоровья в целом близка к приведенной выше формулировке аналогичного вопроса в анкете обследования РидМиЖ. Однако, имеются незначительные отличия.

## Im3. Как Вы оцениваете Ваше здоровье? Оно у Вас:

1. Очень хорошее
2. Хорошее
3. Среднее, не хорошее, и не плохое
4. Плохое
5. Совсем плохое

Есть небольшое различие в формулировке средней категории (3) по сравнению с формулировкой аналогичного вопроса в обследовании РидМиЖ. Однако, как будет показано далее (см. табл. 5), это различие не сказывается на наполненности данной категории при сравнении по результатам двух обследований.

По аналогии с описанной выше процедурой распределения ответов были сгруппированы в 2 категории, тем самым была сформирована дихотомическая переменная «Хорошее/плохое здоровье в целом» по результатам обследования РМЭЗ.

В индивидуальном вопроснике обследования РМЭЗ 13-ой волны нет единого вопроса о наличии/отсутствии хронических заболеваний. Однако он содержит блок вопросов о наличии/отсутствии хронических заболеваний различных органов:

- Есть ли у Вас хроническое заболевание сердца?
- Есть ли у Вас хроническое заболевание легких?
- Есть ли у Вас хроническое заболевание печени?
- Есть ли у Вас хроническое заболевание почек?
- Есть ли у Вас хроническое заболевание желудочно-кишечного тракта?
- Есть ли у Вас хроническое заболевание позвоночника?
- Есть ли у Вас другие хронические заболевания?

Опираясь на распределение ответов на данную группу вопросов, была создана дихотомическая переменная «Наличие/отсутствие хронических заболеваний». Респонденту присваивалось значение 1 «Наличие хронических заболеваний» по этой переменной в случае наличия хронического заболевания хотя бы одного из органов или наличия других хронических заболеваний. В случае отрицательного ответа на все вышеперечисленные вопросы респонденту присваивалось значение «0» «Отсутствие хронических заболеваний».

Сделаем оговорку, что различия в распределениях долей имеющих и не имеющих хронические заболевания при сравнении по данным двух обследований могут быть отчасти объяснены разницей в формулировках задаваемых вопросов.

### Доля нездоровых в разных возрастах по субъективным оценкам

В табл. 1 и 2 содержатся распределения ответов по выбранным для анализа показателям здоровья. Можно наблюдать систематические различия в долях респондентов, отвечавших тем или иным образом, в зависимости от пола.

**Таблица 1. Распределение ответов по категориям (вопрос «Как Вы оцениваете Ваше здоровье в целом?»), % от соответствующих выборочных совокупностей обследований РМЭЗ и РидМиЖ**

Как Вы оцениваете Ваше здоровье. Оно у Вас:?	В целом		Мужчины		Женщины	
	RLMS, N = 12641	РидМиЖ, N = 11261	RLMS, N = 5579	РидМиЖ, N = 4223	RLMS, N = 7062	РидМиЖ, N = 7038
Очень хорошее	1,8	2,8	2,6	4,7	1,2	1,5
Хорошее	34,8	28,6	42,0	36,4	29,1	23,6
Среднее, не хорошее и не плохое	50,5	52,1	46,6	46,9	53,5	55,5
Плохое	10,6	14,5	7,1	10,6	13,3	17,0
Совсем плохое	1,9	2,0	1,1	1,4	2,4	2,4

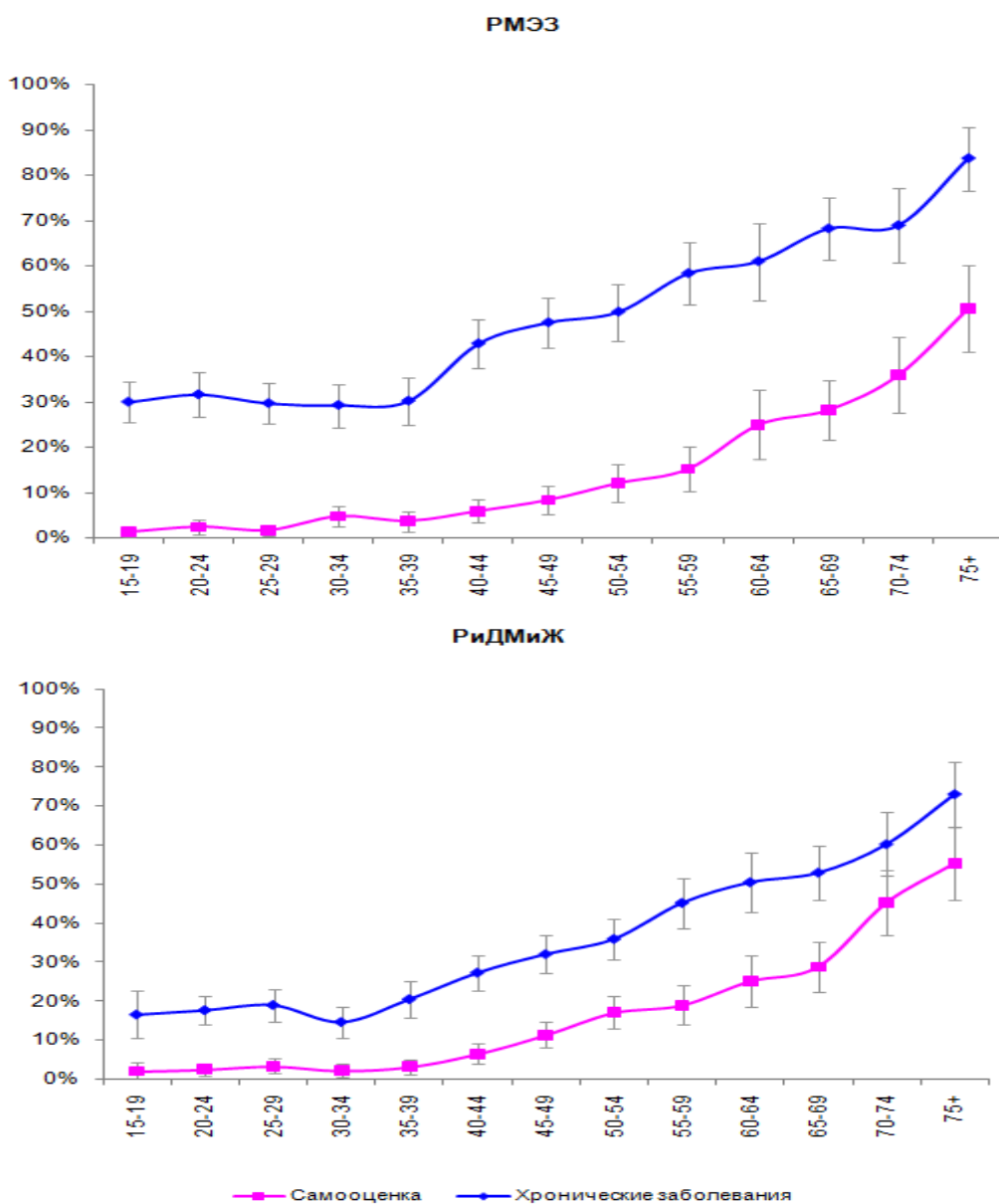
**Таблица 2. Распределение ответов (вопрос «Есть ли у Вас хронические заболевания»), % от соответствующих выборочных совокупностей обследований РМЭЗ и РидМиЖ**

Имеются ли хронические заболевания	В целом		Мужчины		Женщины	
	RLMS, N = 12641	РидМиЖ, N = 11261	RLMS, N = 5579	РидМиЖ, N = 4223	RLMS, N = 7062	РидМиЖ, N = 7038
Да	44,8	39,2	37,6	30,9	50,4	44,6
Нет	55,2	60,6	62,4	68,9	49,6	55,2

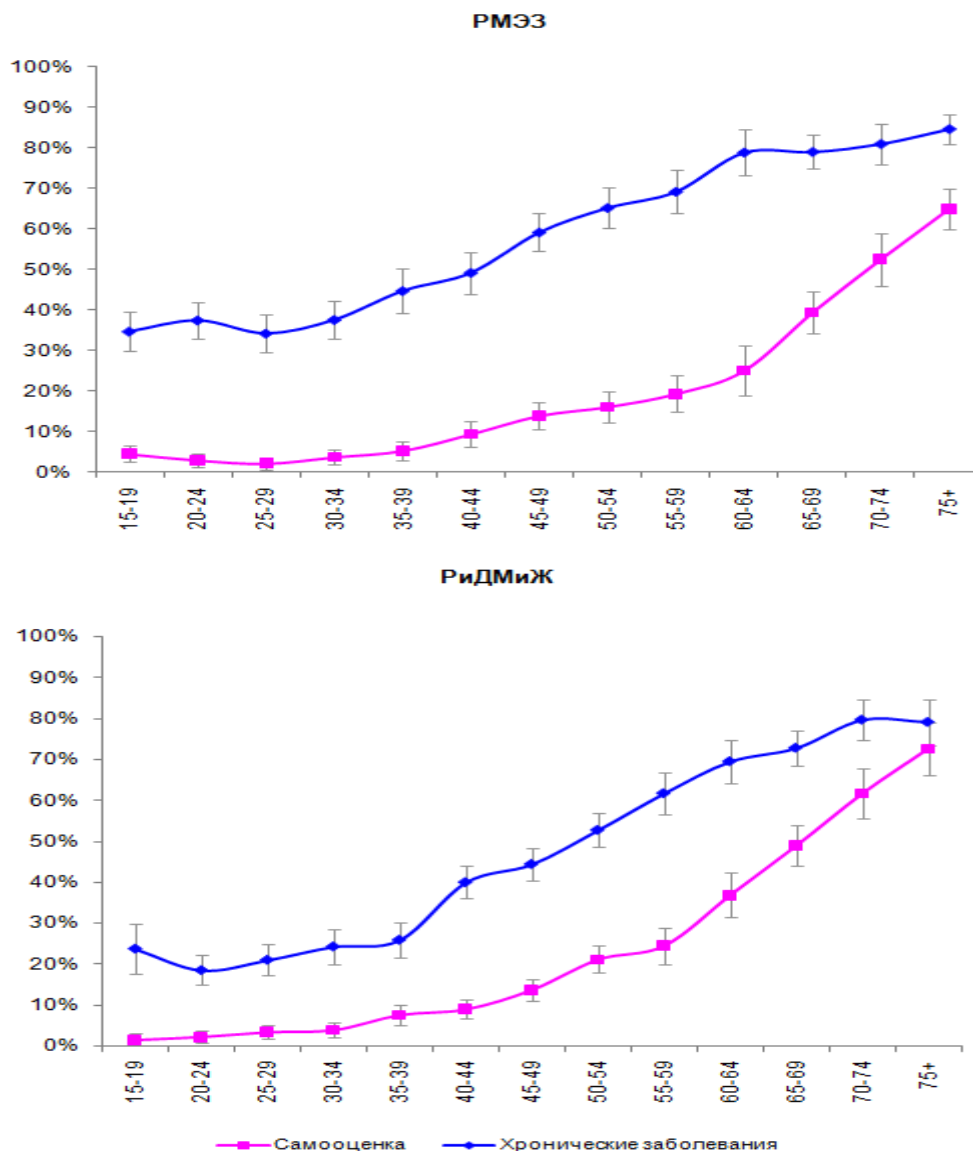
Так, мужчины в целом склонны оценивать свое здоровье более оптимистично, чем женщины. Это показывают и данные РМЭЗ, и РидМиЖ (табл. 1). При этом во всех случаях на долю средней категории («Среднее, не хорошее, не плохое») приходится порядка половины ответов (среди мужчин чуть меньше, среди женщин – чуть больше). Эта особенность распределения ответов на вопрос о состоянии здоровья в целом в России была обнаружена в более ранних работах за рубежом<sup>27</sup>.

Стоит отметить, что показатель самооценки здоровья в целом и показатель наличия/отсутствия хронических заболеваний со слов респондентов сильно статистически взаимосвязаны. Это верно как по результатам обследования РидМиЖ, так и РМЭЗ. Соответствующие коэффициенты корреляции – 0,43<sup>28</sup>, по данным РидМиЖ и 0,34<sup>29</sup>, по данным РМЭЗ.

На рис. 1 и 2 представлены половозрастные распределения ответов по использованным для анализа дихотомическим переменным, характеризующим здоровье со слов респондентов (с дробными пятилетними возрастными интервалами). Для проверки надежности полученных результатов для каждой выборочной оценки построены 95% доверительные интервалы с использованием статистики Вальда. При расчетах с использованием данных обследования РидМиЖ использовались веса по Кишу.



**Рисунок 1. Доли имеющих хронические заболевания и доли оценивающих свое здоровье в целом как плохое среди мужчин (по результатам исследования РМЭЗ и РидМиЖ), % от численности половозрастных групп в выборках**



**Рисунок 2. Доли имеющих хронические заболевания и доли оценивающих свое здоровье в целом как плохое среди женщин (по результатам исследования РМЭЗ и РидМиЖ), % от численности половозрастных групп в выборках**

По данным, представленным на рис. 1 и 2, наблюдается вполне предсказуемое увеличение с возрастом долей респондентов с плохим здоровьем в целом, также как и долей имеющих хронические заболевания.

Если рассматривать самооценку здоровья, то здесь различия в долях в зависимости от используемых данных невелики. Так, 2,5% мужчин в возрастах от 20 до 24 лет имеют плохое здоровье в целом, как по результатам РМЭЗ, так и по данным РидМиЖ. Среди мужчин в возрастах свыше 75 лет соответствующие доли составляют 50,7% по данным РМЭЗ, и 55,5% по данным РидМиЖ.

Среди женщин в возрастах от 20 до 24 лет 3% имеют плохое здоровье в целом по данным РМЭЗ, и 2,2% по данным РидМиЖ. В возрастах свыше 75 лет соответствующие доли составляют 64,9% по данным РМЭЗ, и 74,9% по данным РидМиЖ.



Различия в половозрастных долях респондентов с плохим здоровьем при сравнении распределений по данным двух обследований составляют максимум 9% среди мужчин и 12% среди женщин.

Иная картина возникает при сопоставлении половозрастных долей респондентов, имеющих хронические заболевания. Различия в полученных половозрастных долях имеющих хронические заболевания по результатам двух обследований носят более отчетливый и систематический характер. По данным РМЭЗ половозрастные доли людей, имеющих хронические заболевания систематически выше, чем по данным РидМиЖ – это видно при сравнении рис. 1 и 2. Систематические различия в соответствующих половозрастных долях могут быть объяснены различной постановкой вопроса о наличии/отсутствии хронических заболеваний. Как отмечалось, вопросник РМЭЗ содержит подробный блок вопросов о хронической заболеваемости, тогда как в РидМиЖ всего один стандартный вопрос.

Максимальное различие в половозрастных долях имеющих хронические заболевания среди мужчин составляет 16% среди женщин – 19%.

### Ожидаемая продолжительность здоровой жизни россиян и россиянок

Опираясь на половозрастные распределения ответов на вопросы, характеризующие здоровье респондентов, а также на таблицы смертности Росстата, были рассчитаны половозрастные показатели ОПЗЖ по методу Салливана<sup>30</sup> (табл. 3 и 4 и рис. 3 и 4). Следует оговориться, что в выборочной совокупности обследования РидМиЖ не представлены респонденты в возрасте старше 80 лет, что является ограничением при решении задачи построения ОПЗЖ для пожилых возрастов. Для решения этой проблемы использовался метод экспоненциального сглаживания случайных флуктуаций в половозрастных долях в пожилых возрастах в связи с малым объемом соответствующих половозрастных групп в выборке<sup>31</sup>.

**Таблица 3. Ожидаемая продолжительность жизни и ожидаемая продолжительность жизни при условии оценки собственного здоровья в целом как хорошего среди мужчин и женщин России (по данным Росстата и результатам исследований РидМиЖ и РМЭЗ), 2004 год**

	Мужчины			Женщины		
	е(х) муж.	еН(х) муж.,РМЭЗ	еН(х) муж.,РидМиЖ	е(х) жен.	еН(х) жен.,РМЭЗ	еН(х) жен., РидМиЖ
30	32,4	27,9	27,2	44,2	33,4	31,3
35	28,6	24,1	23,3	39,6	28,9	26,8
40	24,9	20,5	19,5	35,2	24,6	22,5
45	21,6	17,1	16,1	30,8	20,4	18,4
50	18,5	14,1	12,9	26,6	16,6	14,5
55	15,8	11,4	10,1	22,6	13,0	11,0
60	13,2	9,0	7,6	18,8	9,8	7,8
65	11,1	6,9	5,5	15,3	7,0	5,2
70	9,0	5,1	3,7	11,9	4,7	3,0
75	7,3	3,5	2,4	9,0	2,9	1,4
80	5,8	2,3	1,4	6,6	1,6	0,5
85	4,3	1,0	0,8	4,6	0,6	0,1



Таблица 4. Ожидаемая продолжительность жизни и ожидаемая продолжительность жизни при отсутствии хронических заболеваний среди мужчин и женщин России (по данным Росстата и результатам исследований РидМиЖ и РМЭЗ), 2004 год

	Мужчины			Женщины		
	е(х) муж.	еН(х) муж.,РМЭЗ	еН(х) муж.,РидМиЖ	е(х) жен.	еН(х) жен.,РМЭЗ	еН(х) жен.,РидМиЖ
30	32,4	16,7	21,1	44,2	15,9	20,6
35	28,6	13,7	17,7	39,6	13,1	17,0
40	24,9	11,0	14,5	35,2	10,5	13,8
45	21,6	8,7	11,7	30,8	8,3	10,9
50	18,5	6,7	9,2	26,6	6,4	8,4
55	15,8	5,1	7,1	22,6	4,8	6,4
60	13,2	3,8	5,3	18,8	3,5	4,7
65	11,1	2,7	3,8	15,3	2,5	3,4
70	9,0	1,9	2,5	11,9	1,7	2,5
75	7,3	1,3	1,6	9,0	1,0	1,8
80	5,8	0,8	0,8	6,6	0,6	1,3
85	4,3	0,3	0,3	4,6	0,2	1,0

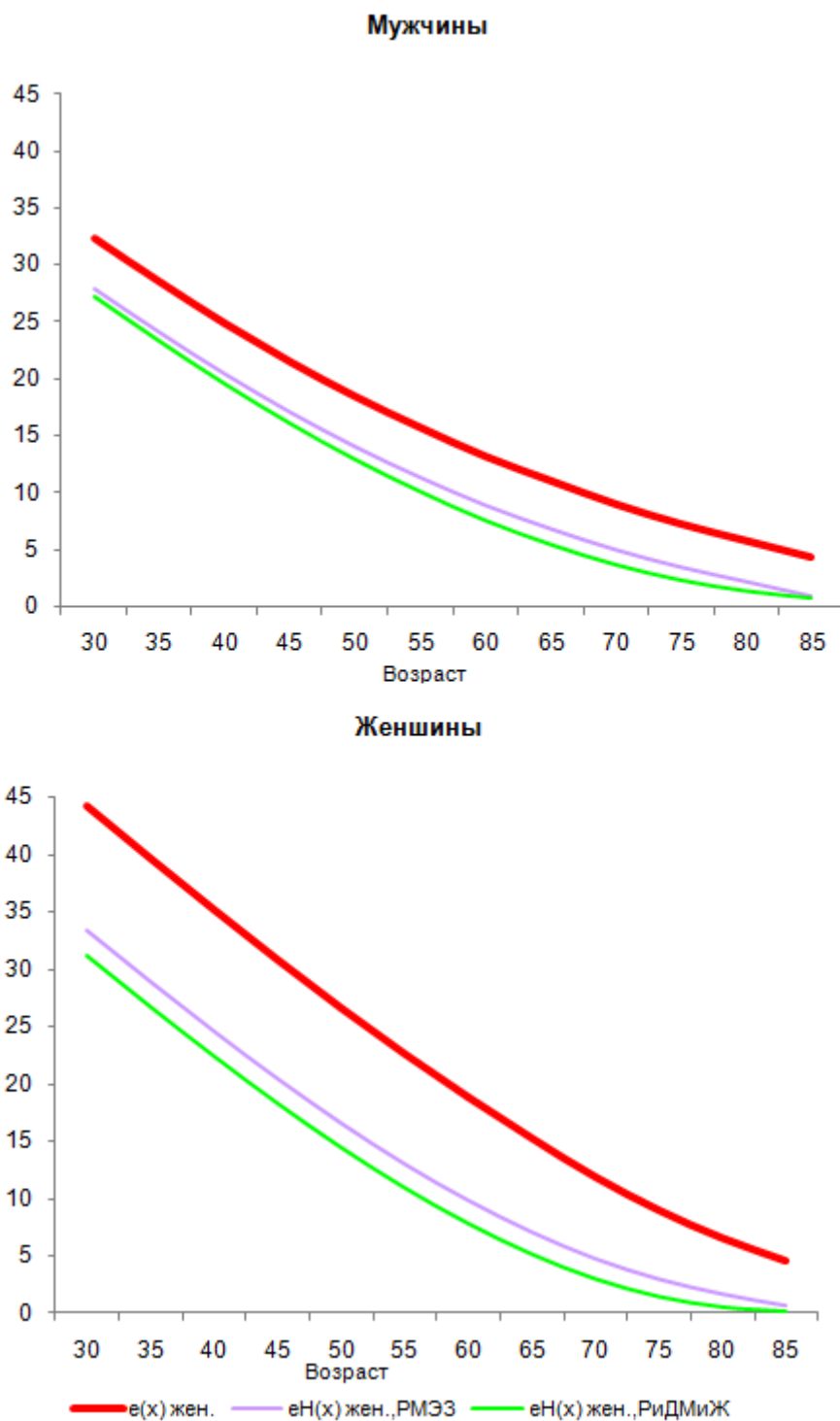
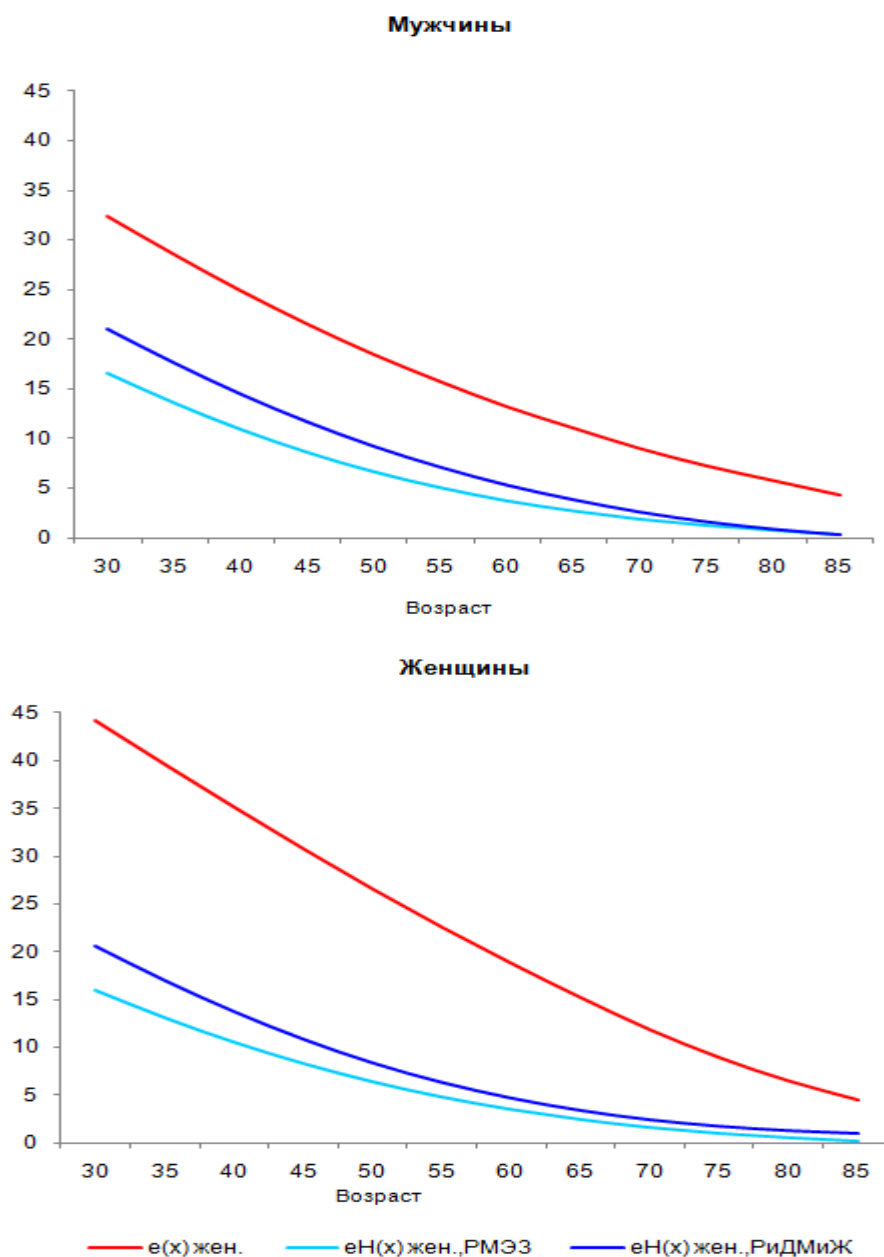


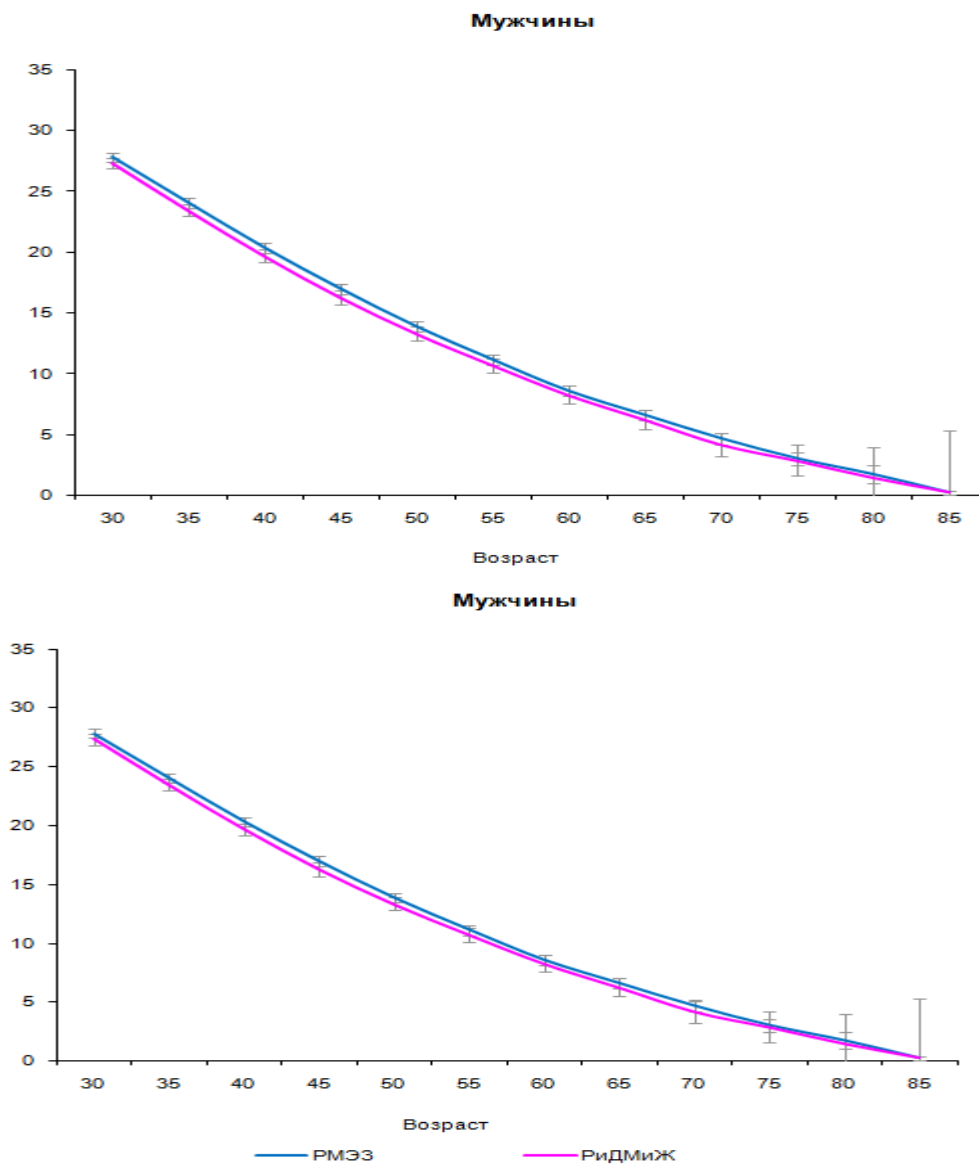
Рисунок 3. Ожидаемая продолжительность жизни и ожидаемая продолжительность здоровой жизни с учетом оценки собственного здоровья в целом как хорошего среди мужчин и женщин России (по данным исследований РидМиЖ и РМЭЗ), 2004 год



**Рисунок 4. Ожидаемая продолжительность жизни и ожидаемая продолжительность здоровой жизни при отсутствии хронических заболеваний среди мужчин и женщин России (по данным исследований РИДМиЖ и РМЭЗ), 2004 год**

В старших возрастах начиная с 70 лет объемы выборок в соответствующий половозрастных группах описанных обследований незначительны, в связи с чем возникли сомнения в надежности полученных данных. В связи с этим на основе метода симуляций Монте-Карло было проделано доверительное оценивание для рассчитанных показателей ОПЗЖ (рис. 5 и 6). Доверительные интервалы могут дать представление о надежности полученных оценок – об их возможном разбросе в генеральной совокупности при заданной степени доверия к полученным результатам (в данном случае взят общепринятый уровень 95%). Как видно, на рис. 5 и 6, доверительные интервалы для полученных оценок ОПЗЖ в возрастных группах 75 лет и старше составляют значительные величины, что обусловлено малым объемом выборки в соответствующих

половозрастных группах и дает основание для сомнений в надежности полученных результатов применительно к этим возрастным группам.



**Рисунок 5. Ожидаемая продолжительность здоровой жизни с учетом оценки собственного здоровья в целом как хорошего среди мужчин и женщин России в 2004 году (по данным исследований РидМиЖ и РМЭЗ) с соответствующими 95% доверительными интервалами**

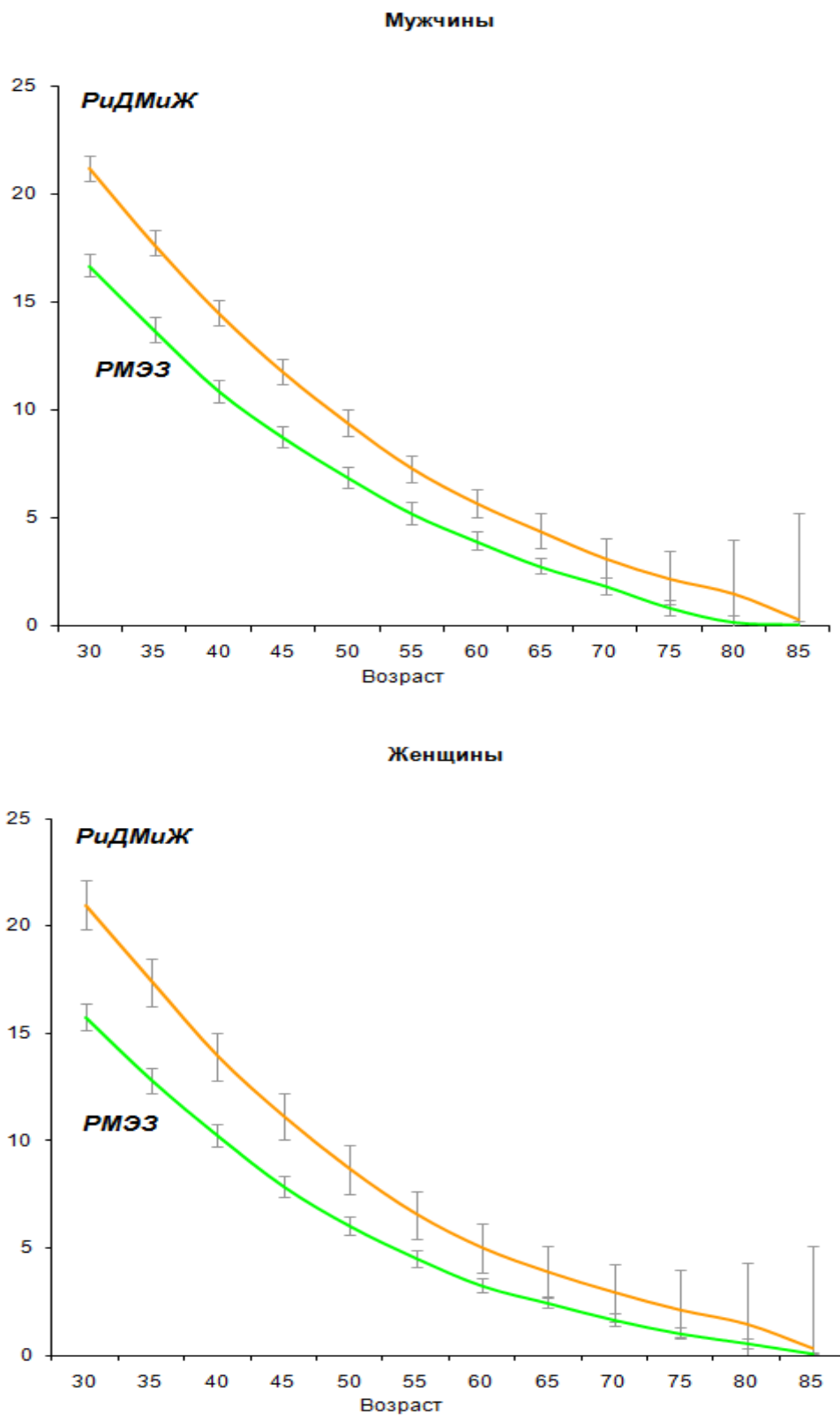
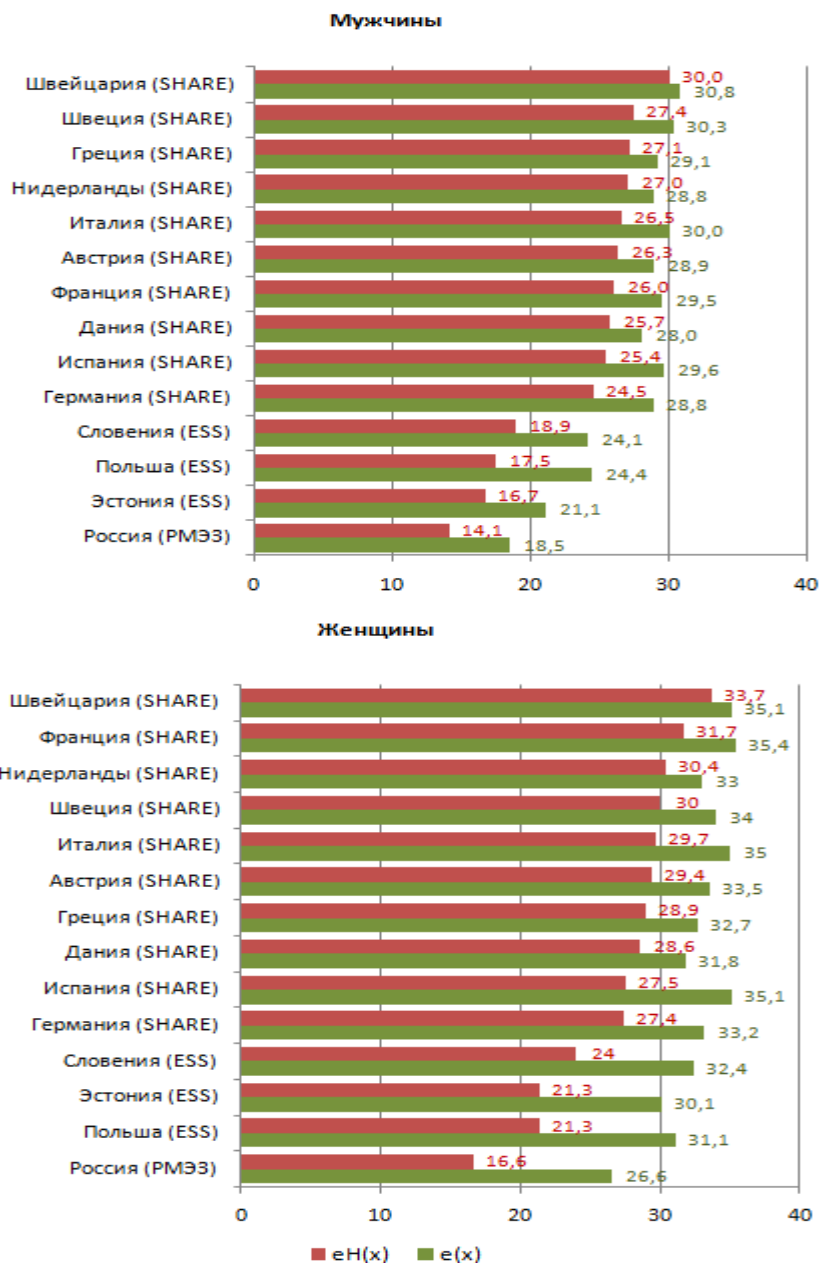


Рисунок 6. Ожидаемая продолжительность здоровой жизни при отсутствии хронических заболеваний среди мужчин и женщин России в 2004 году (по результатам исследований РидМиЖ и РМЭЗ) с соответствующими 95% доверительными интервалами

Обратим также внимание на существенное отставание России от ряда стран-членов ЕС как по показателям ОПЖ, так и по показателям ОПЗЖ в возрасте 50 лет, полученным с использованием данных статистики смертности и распределений долей людей, оценивающих свое здоровье как плохое, полученных на основе данных Европейских обследований SHARE и ESS<sup>32</sup> (рис. 7).



**Рисунок 7. Ожидаемая продолжительность жизни  $e(x)$  и здоровой жизни  $eH(x)$  с учетом оценки собственного здоровья в целом как хорошего в возрасте 50 лет среди мужчин и женщин в России и ряде стран Западной и Восточной Европы в 2004 году**

(страны ранжированы по величине ожидаемой продолжительности здоровой жизни)

Отставание России от стран Восточной Европы (Словении, Польши и Эстонии) по показателю ОПЗЖ и у мужчин и у женщин меньше, чем от стран Западной Европы, но тоже довольно

значительное. Стоит также отметить, что среди женщин, несмотря на меньшее отставание по показателю ожидаемой продолжительности жизни, отставание по показателю ожидаемой продолжительности здоровой жизни остается значительным (особенно если рассматривать страны Западной Европы в качестве образца для сравнения). Эти результаты соотносятся с прделанными до этого сравнительными исследованиями по схожей тематике<sup>33</sup>.

По результатам исследования Андреева, Школьников и МакКи<sup>34</sup>, ожидаемая продолжительность здоровой жизни в возрасте 45 лет (рассчитанная опираясь на половозрастные доли оценивающих свое здоровье в целом как хорошее по данным обследования РМЭЗ) в России в 1995 году составила 17,3 года для мужчин и 18,5 года для женщин.

По нашим расчетам, основанным на данных того же обследования, в 2004 году ОПЗЖ составила 17,1 года для мужчин, и 20,4 года для женщин (см. табл. 3).

### **Женщины живут дольше, но оценивают свое здоровье хуже, чем мужчины**

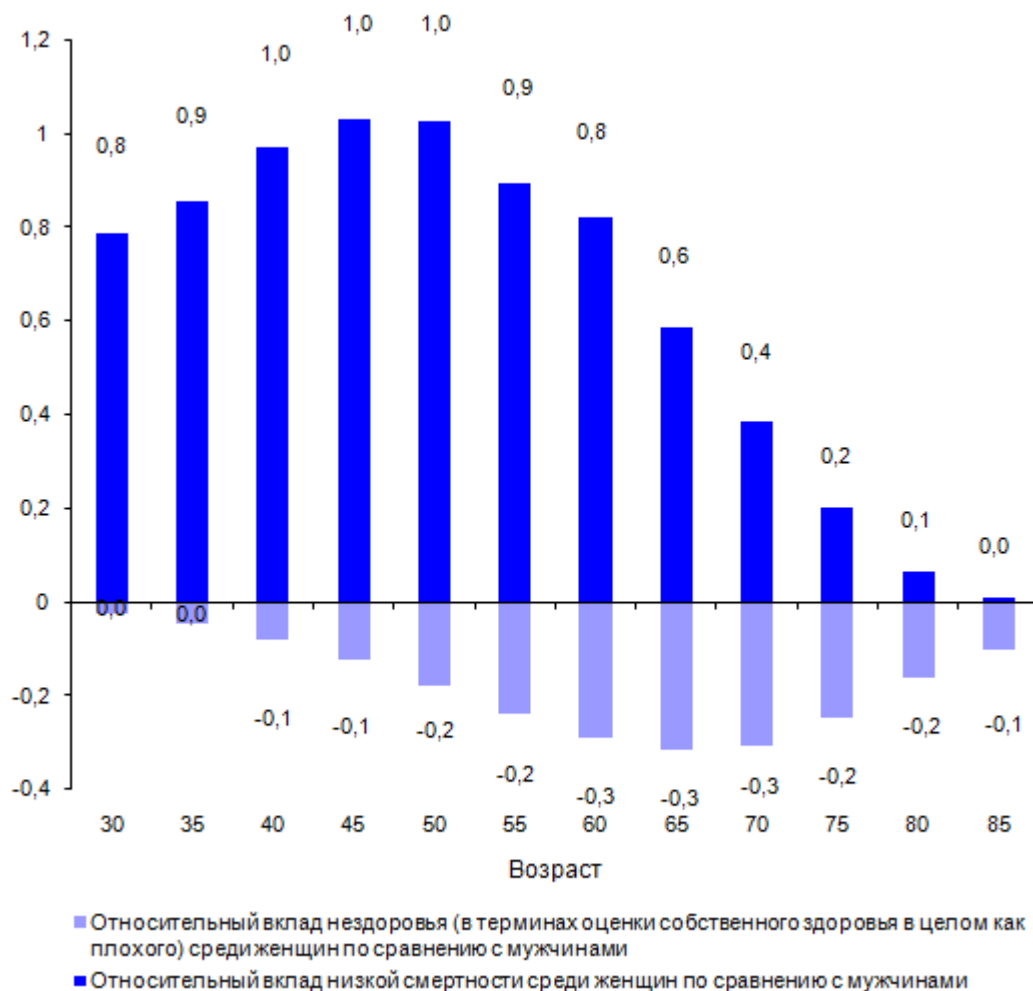
На рис. 3, где представлены кривые ОПЗЖ для мужчин и женщин, построенные на основе показателя самооценки здоровья, можно наблюдать различия в показателях ОПЗЖ в зависимости от пола. Использование данных различных обследований дает похожие оценки ОПЗЖ среди мужчин и женщин. ОПЗЖ у женщин до 60 лет превышают соответствующие показатели среди мужчин – как будет показано далее (рис. 8), это преимущество практически полностью объясняется их преимуществом по показателю ожидаемой продолжительности жизни. В возрастах старше 65 лет показатели ОПЗЖ среди мужчин и женщин сравниваются, несмотря на разницу по показателю ОПЖ, что объясняется более плохим здоровьем женщин в целом в старших и пожилых возрастах, и по данным РМЭЗ, и по данным РидМиЖ.

Применительно к оценкам ОПЗЖ, построенным опираясь на показатель хронической заболеваемости, различий в соответствующих половозрастных показателях по полу не наблюдается – в то же время наблюдаются систематические различия в зависимости от используемого обследования. По данным РМЭЗ, доли людей, имеющих хронические заболевания, систематически выше, чем значения аналогичных показателей по данным РидМиЖ. В связи с этим значения половозрастных показателей ОПЗЖ по данным РМЭЗ систематически ниже, чем по данным РидМиЖ. Также и по данным РидМиЖ, и по данным РМЭЗ наблюдаются различия в возрастных показателях долей, имеющих хронические заболевания, по полу. Доли людей, говорящих о наличии хронических заболеваний, выше среди женщин во всех возрастных группах. Поэтому соответствующие возрастные показатели ОПЗЖ не сильно различаются по полу, несмотря на преимущество женщин по возрастным показателям ОПЖ.

На рис. 8 и 9 представлены результаты декомпозиции различий в ожидаемой продолжительности здоровой жизни в возрасте 30 лет,  $Eh(30)$ , между женщинами и мужчинами, полученных на основе данных РМЭЗ. Декомпозиция выполнена с помощью формулы, разработанной Андреевым и др.<sup>35</sup>.

Данные РМЭЗ выбраны для демонстрации применения метода декомпозиции ОПЗЖ по полу ввиду того, что в них в большей степени представлены старшие возрастные группы, чем в обследовании РидМиЖ.



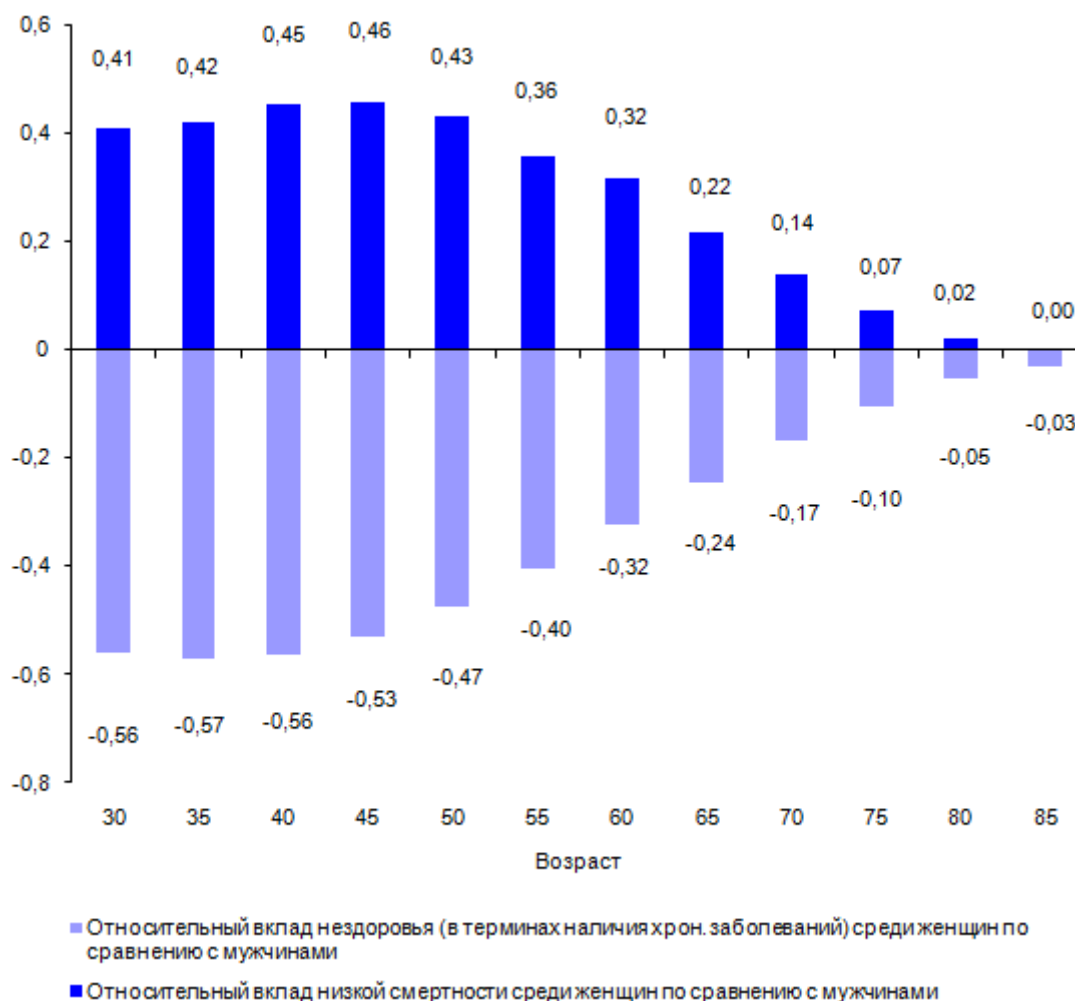


**Рисунок 8. Относительные различия между женщинами и мужчинами в ожидаемой продолжительности здоровой жизни с учетом оценки собственного здоровья в целом как хорошего в возрасте 30 лет в России в 2004 году (по данным обследования РМЭЗ)**

Ожидаемая продолжительность жизни в возрасте 30 лет среди женщин выше, чем среди мужчин, однако они оценивают свое здоровье в целом несколько хуже, чем мужчины. Эта тенденция проявляется сильнее в старших возрастах.

Более высокая доля людей с плохой самооценкой здоровья среди женщин компенсирует их относительное преимущество по уровню ОПЖ. Так, различие в  $e(30)$  между женщинами и мужчинами составляет 11,8 года, различие в  $eH(30)$  несколько меньше - 5,5 года (по данным РМЭЗ).

Как показала декомпозиция различий в  $eH(30)$  между женщинами и мужчинами, относительные вклады самооценки здоровья в это различие для мужчин отрицательны и ниже по модулю преимуществ по уровню ОПЖ, однако имеют тенденцию увеличения с возрастом.



**Рисунок 9. Относительные различия между женщинами и мужчинами в ожидаемой продолжительности здоровой жизни при отсутствии хронических заболеваний в возрасте 30 лет в России в 2004 году (по данным обследования РМЭЗ)**

Среди женщин доля имеющих хронические заболевания по самооценке выше, чем среди мужчин по всем возрастным группам. Это показывают и данные и РидМиЖ, и РМЭЗ .

Более высокий уровень хронической заболеваемости среди женщин компенсирует их относительное преимущество по уровню ожидаемой продолжительности жизни. Несмотря на то, что различие в ОПЖ в возрасте 30 лет между женщинами и мужчинами составляет 11,8 года, различие в ОПЖ при отсутствии хронических заболеваний существенно меньше и, что более важно, имеет отрицательный знак (-0,7 года).

Как показала декомпозиция различий в  $eH(30)$  между женщинами и мужчинами, относительные вклады хорошего здоровья (в терминах отсутствия хронических заболеваний) среди мужчин по всем возрастным группам отрицательны и превышают по модулю соответствующие преимущества женщин по уровню ОПЖ.

Полученные различия в возрастных распределениях женщин и мужчин, имеющих плохое здоровье, требуют дальнейшего анализа и интерпретации. Показатели субъективного здоровья (в том числе, использованные в данной работе), отражают с одной стороны, объективный уровень

здоровья, с другой – субъективное восприятие собственного здоровья, которое подвержено влиянию социально-экономических, поведенческих и психологических особенностей людей. В мировой литературе существует направление исследований, посвященное анализу адекватности различных субъективных мер здоровья при анализе его «реального» уровня<sup>36</sup>.

Имеется лишь несколько работ за рубежом, посвященных анализу специфики восприятия и оценивания собственного здоровья мужчинами и женщинами России<sup>37</sup>. Актуальность дальнейшего изучения данной проблемы в России состоит в том, что необходимо выявить культурные, социальные и демографические особенности, которые стоят за механизмом оценивания собственного здоровья людьми, чтобы затем учитывать эту информацию при анализе уровня здоровья на основе этих показателей.

Отметим также, что в нашем исследовании было ограничение при выборе показателей, характеризующих здоровье респондентов, а именно сопоставимость соответствующих вопросов в анкетах двух обследований. С этим ограничением сталкивались и другие авторы, ранее оценивавшие ожидаемую продолжительность здоровой жизни в России. В перспективе необходимо использование более широкого круга субъективных и объективных мер здоровья для получения более полной и целостной картины здоровья населения на основе множества взаимосвязанных показателей здоровья и смертности.

---

<sup>1</sup> Sanders B. Measuring community health levels. American journal of public health, 1964, 54: 1063-1070.

<sup>2</sup> Sullivan D. A single index of mortality and morbidity. HSMHA health report, 1971, 86: 347-354.

<sup>3</sup> См. например Determining Health Expectancies, под ред. J.-M. Robine et al.

<sup>4</sup> Robine J.-M., Mormiche P., Cambois E. Evolution des courbes de survie totale, sans maladie chronique et sans incapacité en France de 1981 Application of a WHO Model. Annales de démographie historique, 1996: 99-115; Robine J.-M., Romieu I., & Cambois M. Health expectancy indicators Bulletin of the World Health Organization, 1999, 77; Murray C.J.L., Acharya K. Understanding DALYs Journal of Health Economics, 1997, 16: 703-730;

<sup>5</sup> Murray C.J.L., Salomon J.A., Mathers C. A critical examination of summary measures of population health. Bulletin of the World Health Organization 2000; 78: 981-994.

<sup>6</sup> European Health Expectancy Monitoring Unit, [www.ehemu.eu](http://www.ehemu.eu)

<sup>7</sup> Bobak M., Kristensen M., Marmot M. Life span and disability: a cross sectional comparison of Russian and Swedish community based data. BMJ, doi:10.1136/bmj.38202.667130.55 (published 17 September 2004); Андреев Е., Школьников В., МакКи М. Продолжительность здоровой жизни // Вопросы статистики, 2002, № 11.

<sup>8</sup> Напр.: Комаров Ю.Н. Ермаков С.П., Иванова А.Е. Продолжительность жизни населения России с учетом инвалидности: динамика, региональные аспекты, основные причины потерь. М.: 1997.

<sup>9</sup> [www.who.int/topics/life\\_expectancy.ru](http://www.who.int/topics/life_expectancy.ru)

<sup>10</sup> [www.demoscope.ku/weekly/app/app4067](http://www.demoscope.ku/weekly/app/app4067)

<sup>11</sup> Комаров Ю.Н. Ермаков С.П., Иванова А.Е. Продолжительность жизни населения России с учетом инвалидности: динамика, региональные аспекты, основные причины потерь. М.: 1997.

<sup>12</sup> Bobak M., Kristensen M., Marmot M., Life span and disability: a cross sectional comparison of Russian and Swedish community based data. BMJ, doi:10.1136/bmj.38202.667130.55 (published 17 September 2004)

<sup>13</sup> Andreev E.M., McKee M., & Shkolnikov V.M. Health expectancy in the Russian Federation: a new perspective on the health divide in Europe. Bulletin of the World Health Organization 2003;81:778-788 (пер. на русский) Андреев Е., Школьников В., МакКи М. Продолжительность здоровой жизни // Вопросы статистики, 2002, № 11.

<sup>14</sup> Bobak M., Pikhart H., Hertzman C., Rose R. and Marmot M. Socioeconomic factors, perceived control and self-reported health in Russia. Soc. Sci. Med. Vol. 47, No. 2, pp. 269-279, 1998; Nicholson A., Bobak M., Murphy M., Rose R., Marmot M. Socio-economic influences on self-rated health in Russian men and women—a life course approach Social Science & Medicine 61 (2005) 2345–2354; Perlman F., Bobak, M. Determinants of self rated health and mortality in Russia – are they the same? International Journal for Equity in Health, 2008, 7:19.

<sup>15</sup> Palosuo H., Uutela A., Zhuravleva I., Lakomova N. Social patterning of ill-health in Helsinki and

Moscow Results from a comparative survey in 1991. Soc. Sci. Med., 1998, Vol. 46, No. 9: 1121-1136.

<sup>16</sup> Андреев Е., Школьников В., МакКи М. Продолжительность здоровой жизни // Вопросы статистики, 2002, № 11.

<sup>17</sup> Bobak M., Kristensen M. Marmot M. Life span and disability: a cross sectional comparison of Russian and Swedish community based data. BMJ, doi:10.1136/bmj.38202.667130.55 (published 17 September 2004).

<sup>18</sup> Андреев Е., Школьников В., МакКи М. Продолжительность здоровой жизни // Вопросы статистики, 2002, № 11.

<sup>19</sup> Gourbin, C., Wunsch, G. (2006). Health, illness, and death. In: G. Caselli, J. Vallin, G. Wunsch (Eds.), *Demography: analysis and synthesis*. Vol. 2, pp. 5-12. Burlington: Academic Press.

<sup>20</sup> Сайт ФСГС: [www.gks.ru](http://www.gks.ru)

<sup>21</sup> Подробнее см. [www.rlms-hse.ru](http://www.rlms-hse.ru)

<sup>22</sup> Подробнее см. [www.socpol.ru/gender/1\\_w](http://www.socpol.ru/gender/1_w)

<sup>23</sup> Blaxter, M. (1989). A comparison of measures of inequality in morbidity. In: J. Fox (Ed.), *Health inequalities in European countries*, pp. 199-230. Aldershot: Gower.

<sup>24</sup> См. напр.: Jagger, Robine, Cambois, *Inequalities in healthy life years in the 25 countries of the European Union in 2005: a cross-national meta-regression analysis*; *The Lancet*; Volume 372, Issue 9656, 20 December 2008-2 January 2009, Pages 2124-2131. Андреев Е., Школьников В., МакКи М., Продолжительность здоровой жизни. Вопросы статистики. 2002 No 11.

<sup>25</sup> Sermet, C., Cambois, E., *Measuring the state of health*. In: G. Caselli, J. Vallin, G. Wunsch (Eds.), *Demography: analysis and synthesis*. Vol. 2, pp. 13-27. Burlington: Academic Press.

<sup>26</sup> Palosuo H. How good is 'normal' health? An exercise in Russian-Finnish comparative survey methodology. *The Finnish Review of East European Studies*, 2000;3-4:41-70

<sup>27</sup> Palosuo H., Uutela A., Zhuravleva I., Lakomova N. Social patterning of ill-health in Helsinki and Moscow. Results from a comparative survey in 1991. Soc. Sci. Med. 1998, Vol. 46, No. 9, pp. 1121-1136; Perlman F., Bobak, M. Determinants of self rated health and mortality in Russia – are they the same? *International Journal for Equity in Health*. 2008, 7:19.

<sup>28</sup> Значимо на уровне 99%.

<sup>29</sup> Значимо на уровне 99%.

<sup>30</sup> Sullivan D. A single index of mortality and morbidity. *HSMHA health report*, 1971, 86: 347-354.

<sup>31</sup> Андреев Е., Школьников В., МакКи М. Продолжительность здоровой жизни // Вопросы статистики, 2002, № 11.

<sup>32</sup> EHEMU estimates based on data from SHARE and ESS, 2004. [www.ehemu.eu](http://www.ehemu.eu)

<sup>33</sup> См. подробнее Bobak M., Kristensen M. Marmot M. Life span and disability: a cross sectional comparison of Russian and Swedish community based data. BMJ, doi:10.1136/bmj.38202.667130.55 (published 17 September 2004); а также Андреев Е., Школьников В., МакКи М. Продолжительность здоровой жизни // Вопросы статистики, 2002, № 11.

<sup>34</sup> Андреев Е., Школьников В., МакКи М. Продолжительность здоровой жизни // Вопросы статистики, 2002, № 11.

<sup>35</sup> Andreev E.M., Shkolnikov V.M., Begun A.Z. Algorithm for decomposition of differences between aggregate demographic measures and its application to life expectancies, healthy life expectancies, parity progression ratios and total fertility rates. *Demographic Research* 2002, 7, article 14. Available from: URL: [www.demographicresearch.org](http://www.demographicresearch.org) (accessed on 30 October 2002).

<sup>36</sup> См. напр., Idler E, Kasl S. Health perceptions and survival: do global evaluations of health status really predict mortality? *J Gerontol*, 1991;46: 55–65.

<sup>37</sup> Напр., Palosuo H. How good is 'normal' health? An exercise in Russian-Finnish comparative survey methodology. *The Finnish Review of East European Studies*, 2000;3-4:41-70.