

Динамика здоровья и смертности в России в 2000-ые годы: о чем говорят показатели ожидаемой продолжительности здоровой жизни

Цель: проанализировать динамику здоровья населения России с 2005 по 2011 гг., сопутствующую снижению смертности и росту ожидаемой продолжительности жизни.

Данные: статистика смертности (Росстат), данные репрезентативных обследований «комплексное наблюдение условий жизни населения» (КОУЖ-2011), РидМиЖ первой и второй волн (2004 и 2007), RLMS-HSE

Показатели: ожидаемая продолжительность жизни ($e(x)$), ожидаемая продолжительность здоровой жизни Салливана¹ ($eH(x)$, ОПЗЖ)
проанализированы показатели распространенности плохого самочувствия (оценка собственного здоровья как «плохое» и «очень плохое»), хронических заболеваний (диагностированных врачом), и инвалидности.

Тезисы:

1. За десятилетний промежуток времени с 1995 по 2005 г. прогресса в продолжительности здоровой жизни 45-летних мужчин в России не наблюдалось, тогда как, в общей продолжительности жизни наблюдался только регресс (в целом период с 1998 года характеризовался неблагоприятными тенденциями в смертности). У женщин, несмотря на стагнацию продолжительности жизни в целом, наблюдался рост продолжительности здоровой жизни (измеренную по показателю распространенности оценки собственного здоровья как «плохого» и «очень плохого». Вопрос «Как Вы оцениваете собственное здоровье в целом?», данные RLMS-HSE и КОУЖ 2011) – за период с 1995 по 2005 гг. ее прирост составил 2,8 года.
2. Рост ОПЗЖ 45-летних женщин продолжился и в период с 2005 по 2011. Прирост продолжительности жизни в этот период времени составил 2,8 года, тогда как

¹ Sullivan D. A single index of mortality and morbidity// HSMHA health report. 1971. № 86. Также Sanders B. Measuring community health levels// American journal of public health. 1964. № 54.

ОПЗЖ – уже 4,2 года, что говорит в пользу гипотезы о «сокращении заболеваемости»² в последние годы у них.

3. С 2005 по 2011 гг., (по данным RLMS-HSE и КОУЖ-2011) не наблюдается значимых изменений в распространенности инвалидности по возрасту (если судить по распределению ответов на вопрос «Есть ли у Вас группа инвалидности?»). Соответствующие значения ОПЗЖ, свободный от инвалидности, росли параллельно с ожидаемой продолжительностью жизни пропорциональными темпами. Однако показатель отсутствия/наличия инвалидности может необъективно отражать реальную картину – количество инвалидов в выборках очень мало (на уровне 5%) и они не репрезентируют всех инвалидов в населении.
4. Распространенность хронических заболеваний (вопрос: «Есть ли у Вас хроническое заболевание, диагностированное врачом?») несколько снизилась у женщин за последние годы, что сделало возможным рост ОПЗЖ при отсутствии хронических заболеваний более быстрыми темпами, чем ожидаемой продолжительности жизни.
5. Женщины начиная с возраста 30 лет указывают на значительно более часто указывают на наличие хронических заболеваний по сравнению с мужчинами. (по данным КОУЖ-2011, RLMS-HSE, РидМиЖ), это частично отражает их более высокий уровень осведомленности о состоянии собственного здоровья – женщины значимо более часто ходят к врачу. В связи с этим возможности его применения для анализа тенденций и различий в объективном здоровье также ограничены.
6. В последние годы (2005-2010) Россия приближается к восточноевропейским странам по величине показателей ОПЗЖ. Если намеченный тренд «сокращения заболеваемости» и роста ожидаемой продолжительности жизни закрепится, то в ближайшие годы Россия по показателям ожидаемой продолжительности здоровой жизни женщин может обойти восточноевропейских соседей – Литву, Эстонию, Польшу.³

² Fries J., The compression of morbidity. Milbank quarterly. 61(3), 1983, p.397-419.

³ Расчеты для стран ЕС основаны на данных Европейской базы данных по мониторингу показателей ОПЗЖ – www.eurohex.eu