



Здоровье и нездоровье россиян^[1]

Над темой номера работали



Сергей
ВАСИН^[2]



Екатерина
КВАША^[3]



Александр
РАМОНОВ^[4]



Татьяна
ХАРЬКОВА^[5]

По сравнению с 1990 годом в России болеть стали чаще на четверть

В 2013 году заболеваемость всеми болезнями (число случаев всех заболеваний, зарегистрированных впервые) составила 799,4 в расчете на 1000 населения, что выше, по сравнению с 1990 годом, на 22,8%, а по сравнению с предыдущим годом - на 0,7%. В то же время, как видно на рис. 1, в отдельные годы данного периода отмечалось и некоторое снижение общего уровня заболеваемости.

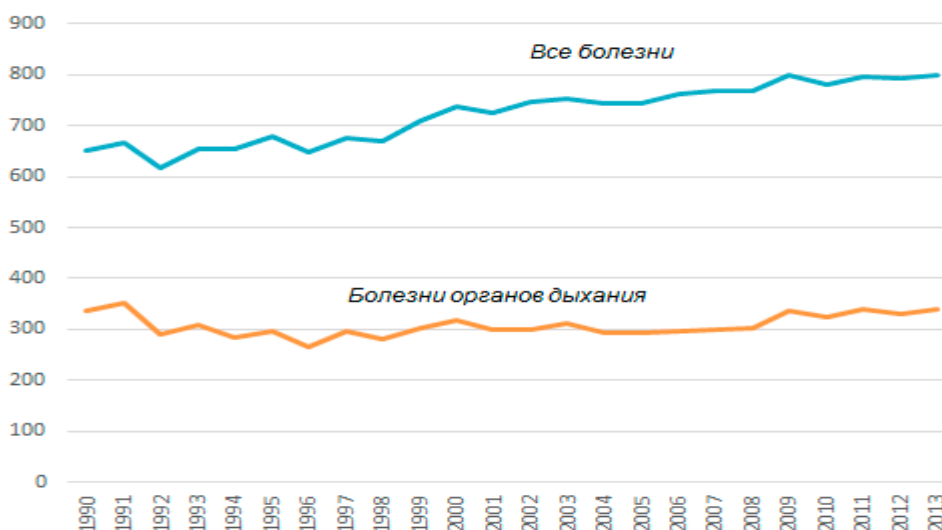
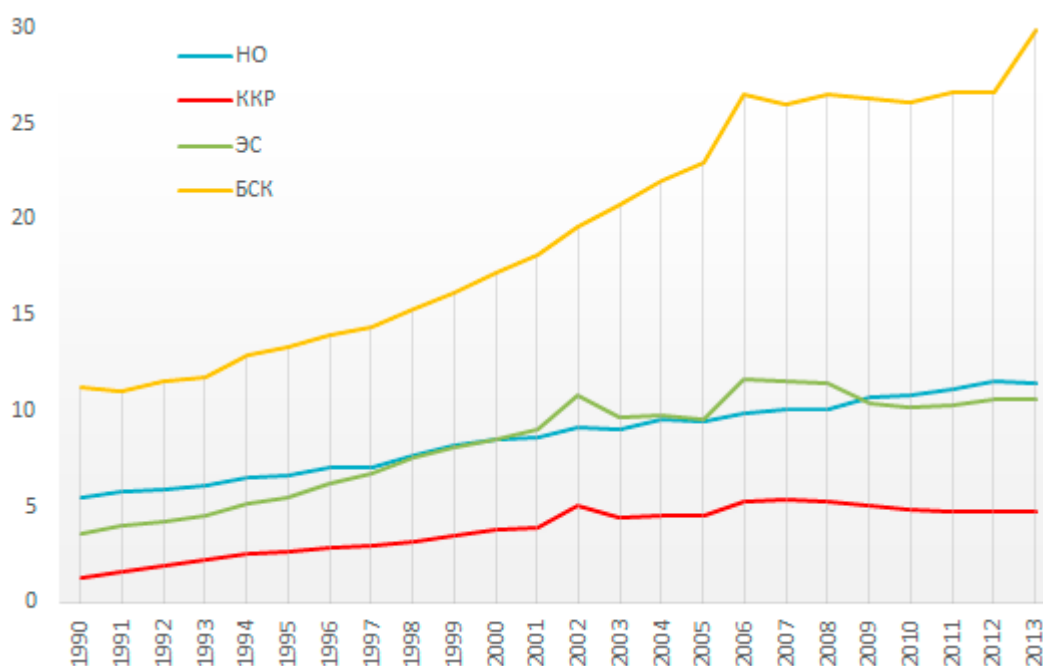


Рисунок 1. Общая заболеваемость и заболеваемость болезнями органов дыхания, Россия, число случаев, зарегистрированных впервые, на 1000 населения

Источник: данные Минздрава, расчеты авторов.

За последние десять лет (2003-2013 годы) первичная заболеваемость населения России выросла по всем основным классам болезней, кроме инфекционных и паразитарных (для них снижение составило 18,7%). Незначительные изменения отмечались по болезням органов пищеварения, кожи, костно-мышечной системы, а также травмам. Относительно устойчивой на всем протяжении рассматриваемого периода остается и заболеваемость болезнями органов дыхания, которая вообще слабо менялась с начала 1990-х годов, продемонстрировав незначительное повышение лишь в 2009, после чего она поддерживается стабильной на новом уровне (рис. 1).

Значительный рост первичной заболеваемости отмечается по болезням системы кровообращения. Так, в 2013 году уровень заболеваемости болезнями системы кровообращения был более чем в полтора раза выше, чем в 1990 году, на 40,2% выше, чем в 2003 году и на 12,4% выше, чем в 2012 году (рис. 2). Также высоким был рост первичной заболеваемости болезнями крови и кроветворных органов, эндокринной системы, органов мочеполовой системы и злокачественными новообразованиями.



НО - новообразования, ККР - болезни крови и кроветворных органов, ЭС - болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ и иммунитета, БСК - болезни системы кровообращения

Рисунок 2. Первичная заболеваемость болезнями системы кровообращения, крови и кроветворных органов, эндокринной системы и злокачественными новообразованиями, Россия, число случаев, зарегистрированных впервые, на 1000 населения.

Источник: данные Минздрава, расчеты авторов

Как следует из рис. 3, первичная заболеваемость болезнями нервной системы и органов чувств, а также осложнениями беременности и послеродового периода постоянно росла и лишь в последние годы (с 2008 года) отмечается некоторая стабильность.

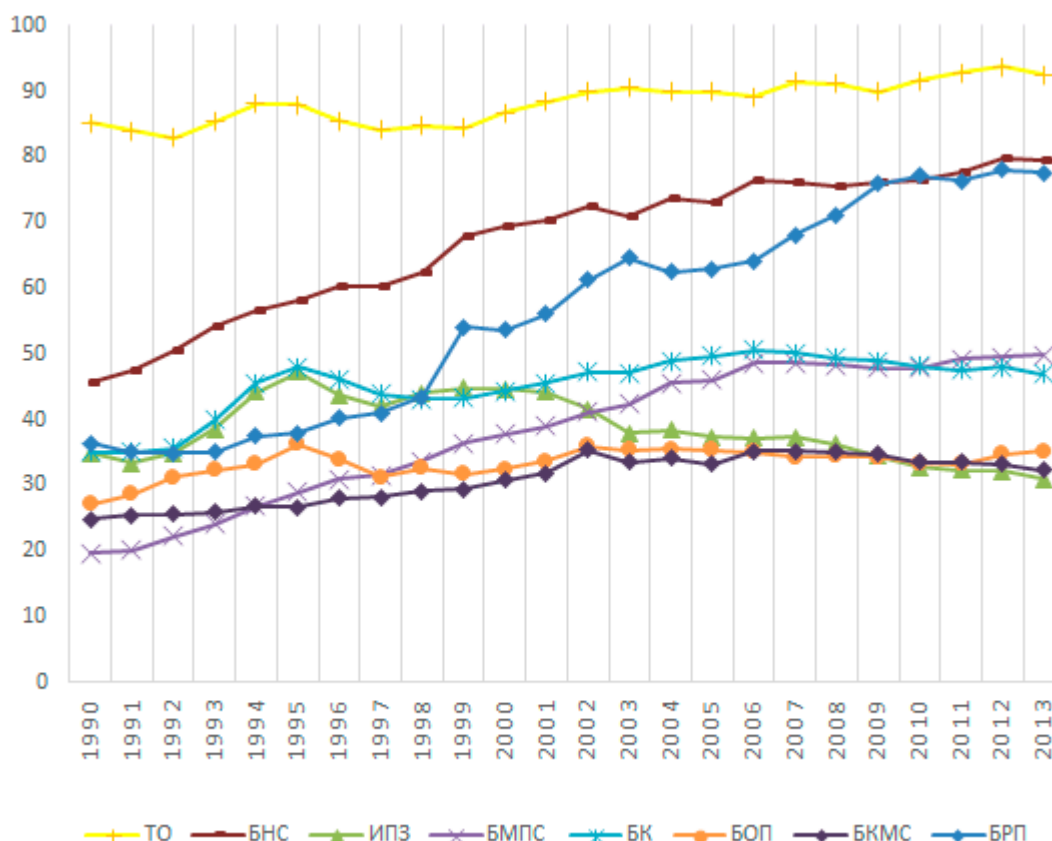


Рисунок 3. Первичная заболеваемость по некоторым основным классам болезней, Россия, число случаев, зарегистрированных впервые, на 1000 населения

ТО - травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин, БНС - болезни нервной системы, ИПЗ - некоторые инфекционные и паразитарные болезни, БМПС - болезни мочеполовой системы, БК - болезни кожи и подкожной клетчатки, БОП - болезни органов пищеварения, БКМС - болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, БРП - осложнения беременности, родов и послеродового периода [6].

Источник: данные Минздрава, расчеты авторов.

Отмеченные изменения, естественно, привели к некоторым сдвигам в структуре заболеваемости населения. Так, если в 1990 году более половины первичных обращений к врачам (51,6%) было связано с болезнями органов дыхания, то в 2000 году – только 43,4%, а в 2013 году даже 42,3% (рис. 4). Также снизилась доля первичных обращений по поводу инфекционных и паразитарных болезней. Напротив, почти вдвое увеличилась доля первичных обращений по поводу болезней системы кровообращения, злокачественных новообразований, а также болезней мочеполовой системы.

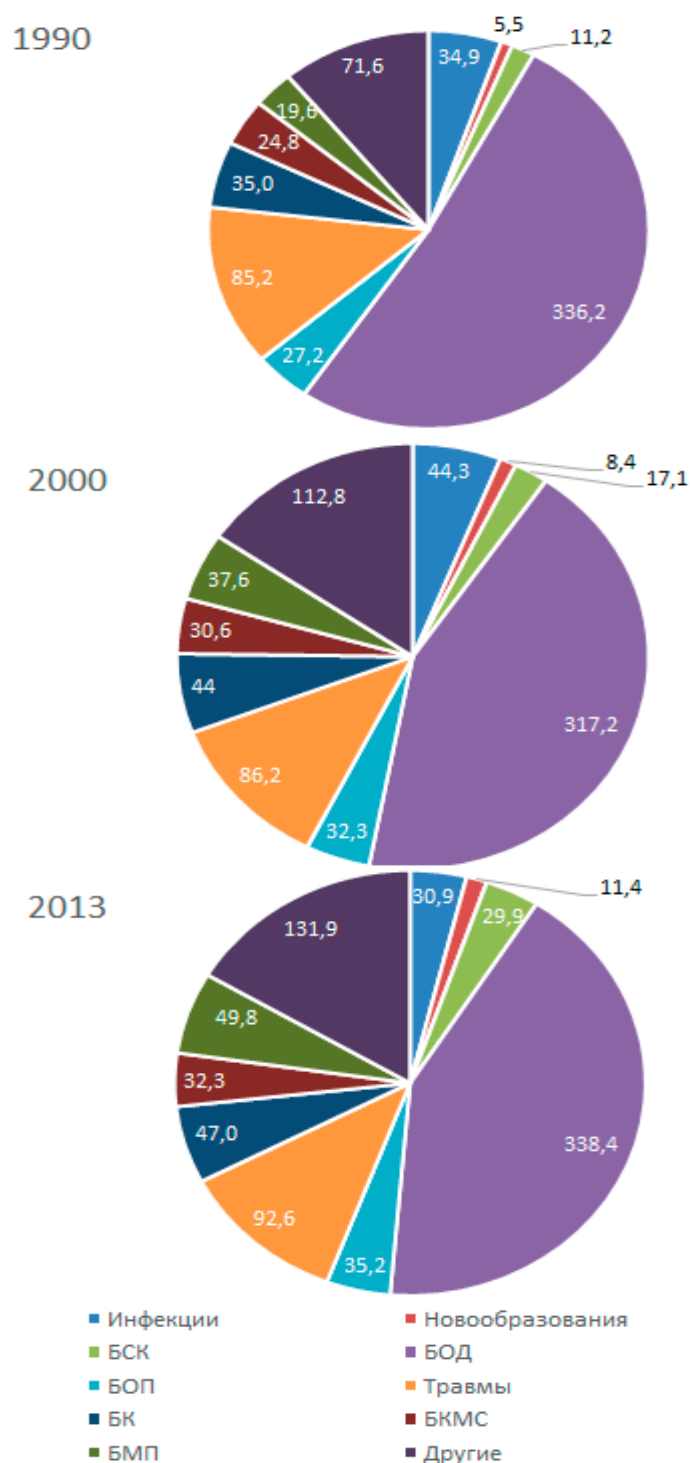


Рисунок 4. Структура первичной заболеваемости населения в России, 1990, 2000 и 2013 годы, %

Источник: данные Минздрава, расчеты авторов

Примечание: расшифровка сокращений см. рис. 3

Существенную долю в первичной заболеваемости занимают травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин: в 1990 году на их долю приходилось 13,1% от всех первичных обращений, в 2000 году – 11,8% и в 2013 году – 11,6%. Другие классы заболеваний по первичной обращаемости относительно менее значимы, хотя по многим из них в последние годы наблюдался как заметный рост, так и некоторое снижение уровня заболеваемости.

Заболеваемость гепатитами В и С снижается

Несмотря на отмечающееся снижение, эпидемиологическая ситуация по вирусным гепатитам остается весьма неблагоприятной. Правда, после подъема в 1998-2001 годах, заболеваемость вирусными гепатитами снижалась (рис. 5). Наиболее высокие уровни заболеваемости вирусным гепатитом А по-прежнему отмечаются в регионах, имеющих серьезные проблемы с обеспечением населения доброкачественной питьевой водой.

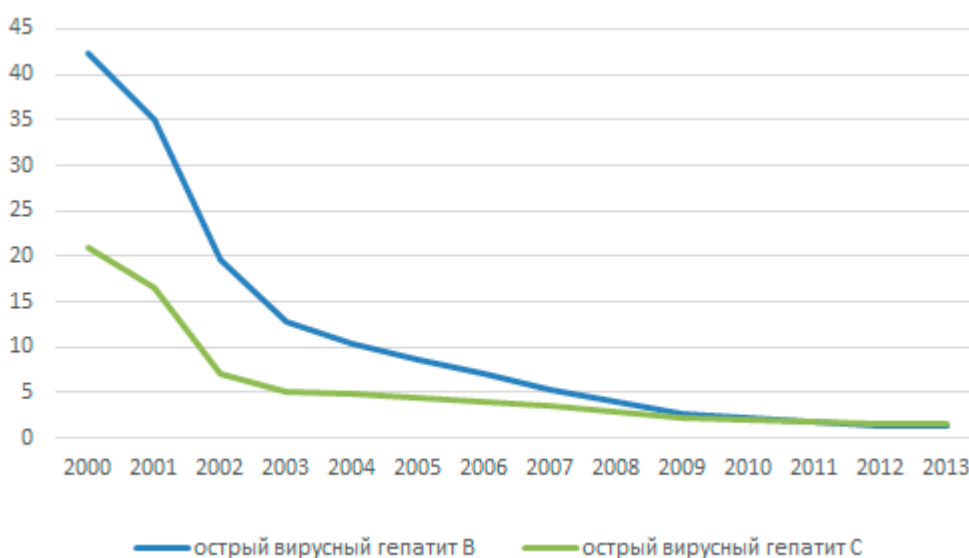


Рисунок 5. Первичная заболеваемость острыми вирусными гепатитами В и С в России, число случаев, зарегистрированных впервые, на 100 тысяч населения

Источник: данные Минздрава, расчеты авторов

Начавшееся после 2000 года достаточно интенсивное снижение заболеваемости вирусными гепатитами В и С шло с разной скоростью. В 2000 г. заболеваемость гепатитом В была вдвое выше, чем гепатитом С. Но так как с тех пор она сократилась более чем в 30 раз, тогда как заболеваемость гепатитом С – всего в 14 раз, то они примерно сравнялись по уровню. Основную долю в общем числе заболевших вирусным гепатитом В составляют подростки 15–19 лет и молодые люди следующей возрастной группы - 20–29 лет.

Уровень заболеваемости вирусными гепатитами В и С существенно различается по регионам. При этом сохранение высокого уровня заболеваемости парентеральными вирусными гепатитами в отдельных субъектах Российской Федерации связано, в основном, с заражением при внутривенном введении наркотических препаратов и активизацией полового пути передачи, особенно в возрастной группе от 15 до 29 лет[7].

По распространенности социально-значимых болезней Россия остается неблагополучной страной

К социально значимым болезням, в первую очередь, относится туберкулез. По интенсивности заболеваемости туберкулезом можно в определенной мере судить о социально-экономической ситуации в стране или регионе. Растущая заболеваемость и смертность от туберкулеза на рубеже XX-XXI веков была обусловлена рядом причин. Важную роль играл общемировой фактор – появление возбудителей туберкулеза, устойчивых к старым лекарственным средствам и, следовательно, плохо поддающихся лечению. Второй фактор - сугубо российский, из-за финансовых трудностей в учреждениях здравоохранения туберкулез выявлялся не в ранней стадии, а в запущенной, 40% из числа вновь выявленных больных имели фазу распада легочной ткани. Крайне неблагоприятным фактором оказалась обстановка, сложившаяся в местах отбывания наказаний. Анализ социальной структуры больных туберкулезом с впервые установленным диагнозом свидетельствует, что среди них увеличивается доля пенсионеров, инвалидов, лиц освобожденных из мест заключения, лиц без определенных занятий и других маргинальных слоев и асоциальных элементов[8].

В последние годы быстрый рост числа новых зарегистрированных случаев туберкулеза приостановился (рис. 6). Если среднегодовые темпы прироста заболеваемости туберкулезом, начиная с 1994 года, составляли 12% и более, то в 2000 году - только 5,6%. В последующие годы снижение заболеваемости продолжилось и в 2013 году первичная заболеваемость туберкулезом по сравнению с 2000 годом снизилась на 30%.

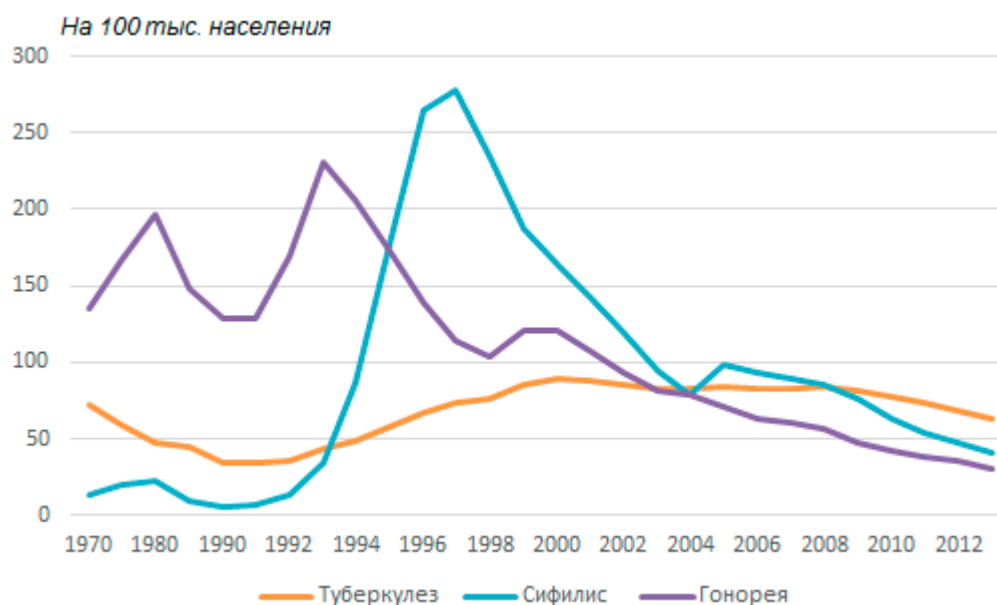


Рисунок 6. Первичная заболеваемость некоторыми социально значимыми болезнями в России, число случаев, зарегистрированных впервые, на 100 тысяч населения

Источник: данные Минздрава, расчеты авторов

Несмотря на то, что российская ситуация имеет некоторые общие черты с ситуацией в других странах, в том числе и западных, у нее есть и довольно неприятные отличия. В конце 1980-х годов число вновь заболевших туберкулезом перестало снижаться во многих странах, а кое-где оно начало даже увеличиваться. Однако ни в Западной, ни в Восточной Европе рост заболеваемости

туберкулезом, сам по себе неприятный, не вызвал подъема смертности от этой болезни. В России же рост заболеваемости сопровождался и ростом смертности^[9]

Крайне напряженной остается и эпидемиологическая ситуация по заболеваниям, передаваемым половым путем, несмотря на наметившееся в последние годы некоторое снижение заболеваемости.

Заболеваемость сифилисом, даже после ее снижения с 1998 года, составила в 2013 году 41,5 случаев на 100000 человек населения, что превышает уровень 1990 года в 8 раз. В отдельных регионах этот показатель в 3,0-3,2 раза превышает среднероссийский уровень. Но в целом ситуация с заболеваемостью сифилисом улучшается. Остается, однако, вопрос, действительно ли это снижение заболеваемости или имеет место усилившийся недоучет больных, обусловленный самолечением или лечением у частнопрактикующих врачей. Аналогичная ситуация отмечается и при анализе первичной заболеваемости гонореей.

Проблема алкоголизма до сих пор остается одной из актуальных задач на пути оздоровления российского населения. По данным психоневрологических и наркологических учреждений в России под диспансерным наблюдением на конец 2013 года находилось 1746,5 тыс. человек (1215,7 на 100 тыс.), что было на четверть меньше, чем в 2000 году (соответственно 2355,3 тыс. человек или 1629,9 на 100 тыс. населения). За последние двадцать лет было отмечено два пика первичной обращаемости по поводу алкоголизма и алкогольных психозов: в 1994 и 2003 годах, когда она достигала уровней соответственно 161,0 и 159,0 случаев на 100 тыс. человек. 1994-й год был вообще самым тяжелым годом для общественного здоровья в России. В этом году был отмечен очень высокий уровень сердечно-сосудистых заболеваний, убийств и самоубийств, зарегистрирована самая низкая за последние 50 лет ожидаемая продолжительность жизни. По мнению некоторых социологов^[10], на протяжении 1992-1994 годов происходила социальная адаптация населения к политико-экономическим изменениям в стране. И, конечно, такой мощный стрессор и адаптоген, как алкоголь, играл в этом процессе весьма заметную роль^[11]. Подтверждением этого факта служит очередной подъем алкоголизма после кризиса 1998 года (рис. 7).

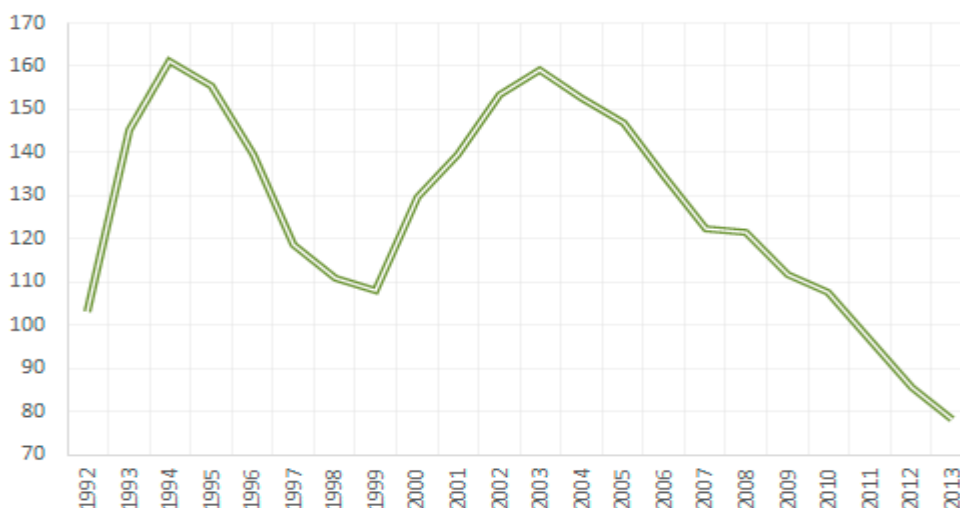


Рисунок 7. Первичная заболеваемость алкоголизмом в России, число случаев, зарегистрированных впервые, на 100 тысяч населения

Источник: данные Минздрава, расчеты авторов

Свидетельство о регистрации СМИ
Эл № ФС77-39707 от 07.05.2010 г.
ISSN 1726-2887

Для цитирования: Васин С.А., Кваша Е.А., 7
Рамонов А.В., Харькова Т.Л. Здоровье и
нездоровье россиян // Демоскоп Weekly. 2015. №
647 - 648.
URL: [http://demoscope.ru/weekly/2015/0647/
demoscope647.pdf](http://demoscope.ru/weekly/2015/0647/demoscope647.pdf)

Начиная с 2004 года отмечалось достаточно стабильное снижение первичной заболеваемости алкоголизмом: на 4% в 2004-2005 и 2010 годах и более 8% - в остальные годы, а в 2011-2012 годах годовые темпы снижения были еще выше - более 10%.

Хочется надеяться, что отмеченный факт все же является следствием снижения распространенности алкоголизма, а не результатом изменений в регистрационной практике.

В России первый случай заражения ВИЧ-инфекцией был зарегистрирован в 1987 году, и в течение 10 лет она относилась к числу стран с низким уровнем распространения ВИЧ-инфекции - к 1996 году было зарегистрировано всего 1086 случаев.

В настоящее время эпидемическая ситуация по ВИЧ-инфекции в России оценивается как достаточно сложная. Случаи ВИЧ-инфекции выявлены во всех субъектах Российской Федерации. Число больных ВИЧ-инфекцией в расчете на 100 тысяч населения выросло с 121 в 2001 году до 322,8 в 2013 году (оба показателя по состоянию на конец года, рис. 8).

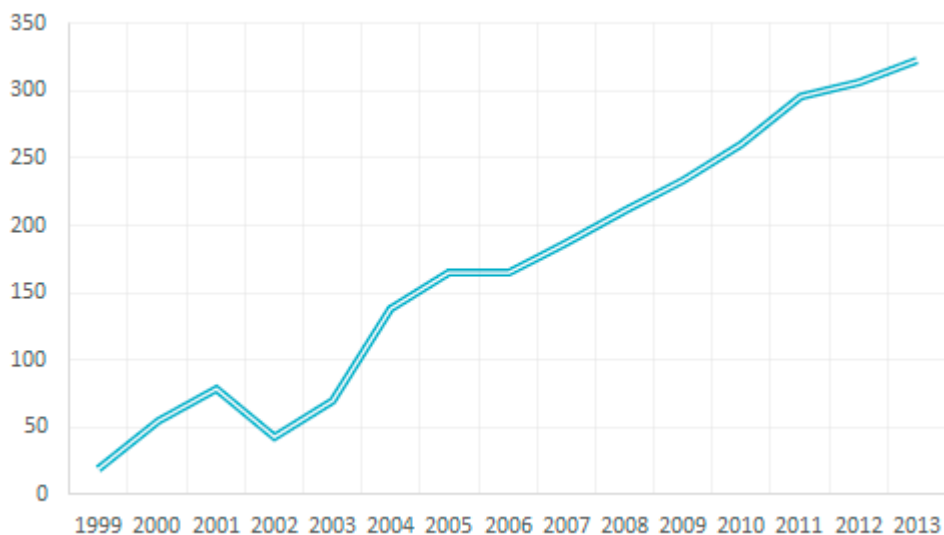


Рисунок 8. Число состоящих на учете больных ВИЧ-инфекцией в России, на 100 тысяч населения

Источник: данные Минздрава, расчеты авторов

После 2007 года для роста первичной заболеваемости ВИЧ-инфекцией характерен линейный тренд. В 2013 году уровень заболеваемости был в 2,2 раза выше, чем в 2006 году, и составлял 44,3 случая в расчете на 100000 населения. С начала регистрации наибольшее число ВИЧ-инфицированных лиц регистрировалось в городах Санкт-Петербурге и Москве, Свердловской, Московской, Самарской, Иркутской областях.

Остается актуальной проблема внутривенного заражения потребителей наркотиков. Так, в большинстве регионов России около 75% вновь зарегистрированных ВИЧ-инфицированных являются внутривенными потребителями наркотиков. Наибольшую тревогу вызывает тот факт, что 70-80% ВИЧ-инфицированных - это молодежь 15-29 лет.

Динамика инвалидности - эффект социальной политики?

Согласно официальным данным, общее число инвалидов⁽¹²⁾ в России на начало 2013 года составило 13,08 млн человек, что в три с лишним раза больше, чем в 1991 году. В динамике этого показателя можно выделить несколько периодов. Постепенный рост в первой половине 1990-х годов отражал подспудное изменение определения инвалидности, которая де факто вышла за границы трудоспособного возраста. Скачкообразный рост произошел после принятия в 1995 году закона о социальной защите инвалидов, в котором де-юре инвалидность больше не связывалась с понятием трудоспособности. Тем не менее, резкое увеличение числа инвалидов во второй половине 1990-х, особенно в 1997 году – сразу на 2 млн человек – в большей мере результат улучшения учета инвалидов, получающих трудовую пенсию по старости. Поэтому сопоставимый ряд чисел начинается только с 1999 года. На этот момент число инвалидов достигло 10,3 млн. Однако, как следует из рис. 9, и в сопоставимый период инвалидность населения России продолжала нарастать. Решающее значение имел всплеск инвалидности в 2004-2006 годах, за три года число инвалидов увеличилось на 2 млн человек, причем половина прироста выпала на 2005 год. С тех пор общее число инвалидов колеблется около 13,1 млн человек, а уровень инвалидности – около 92 на 1000 населения.

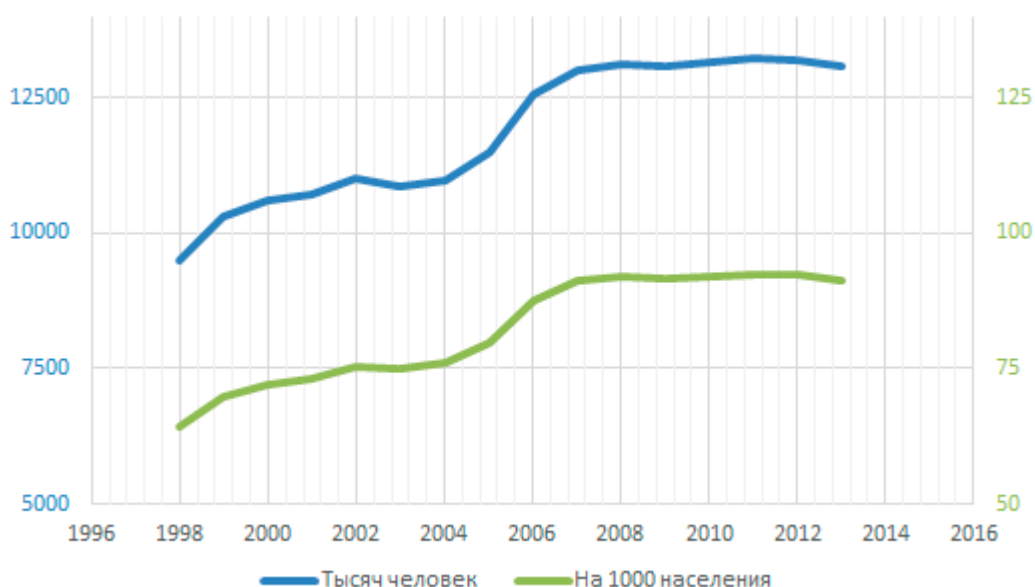


Рисунок 9. Общее число инвалидов (тысяч человек – левая ось) и общий коэффициент распространности инвалидности (на 1000 населения – правая ось), Россия, 1998-2014 (на начало года)

Источник: Социальное положение и уровень жизни населения России. М: Росстат, за разные годы в 2002-2013 гг.

Российская статистика инвалидности, основанная на данных о получателях пенсий, игнорирует демографические характеристики инвалидов. Помимо общей численности инвалидов, известна численность детей и, соответственно, взрослых. Динамика уровня инвалидности в этих двух группах населения различна (рис. 10). Упомянутый выше всплеск инвалидности в 2004-2006 годах отсутствует в тренде детской инвалидности. Из анализа первичной инвалидности взрослых по трем возрастным группам (18-44/49; 45/50-54/59 и 55+/60+, соответственно для женщин и мужчин), следует, что всплеск относится к последней из них – пенсионной (рис. 11). Всплеск отмечался для

всех групп инвалидности по тяжести состояния, но менее всего в самой тяжелой – 1-й группе. В абсолютном выражении наибольшим был вклад 2-й группы, но темпы роста коэффициента первичной инвалидности в 3-й группе были крайне высоки – 5,2 раза за два года. Не менее впечатляет и последовавший после 2005 года спад в уровне первичной инвалидности, который, что удивительно, сильнее всего проявился в двух самых тяжелых группах.

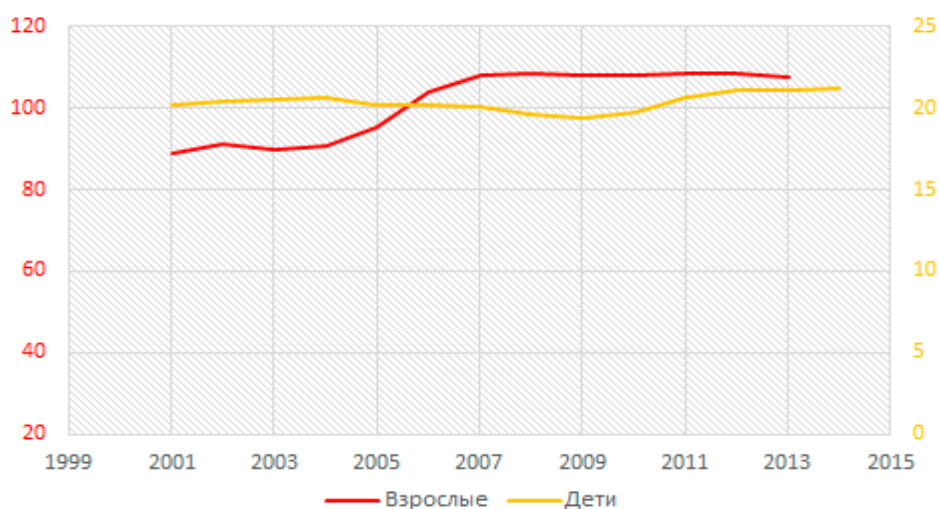


Рисунок 10. Распространенность инвалидности среди взрослых (левая ось) и детей до 18 лет (правая ось), Россия, 2001-2014 (на начало года), на 1000 населения

Источник: Социальное положение и уровень жизни населения России. М: Росстат, за разные годы в 2002-2013 гг.

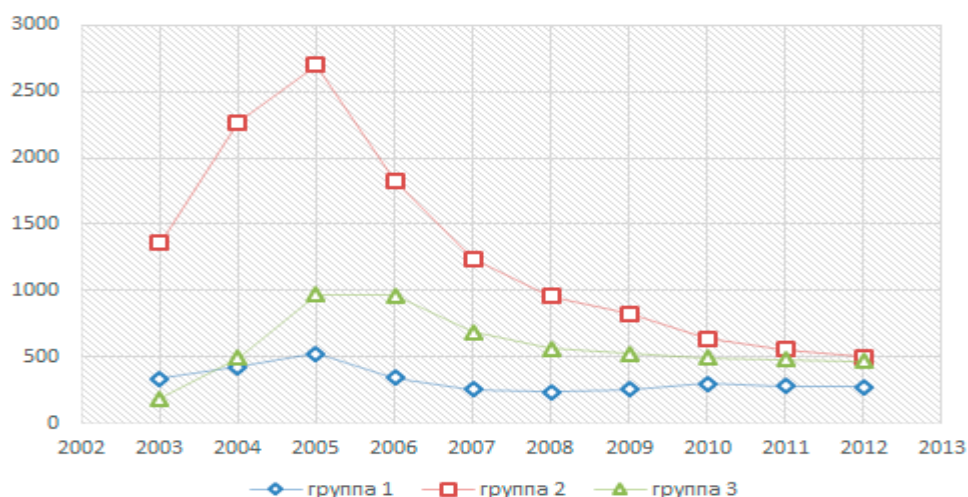


Рисунок 11. Уровень первичной инвалидности в пенсионном возрасте (женщины 55 лет и старше, мужчины 60 лет и старше) по трем группам инвалидности, Россия, на 1000 населения

Источник: расчеты С.А. Васина на основе неопубликованных данных Росстата.

В результате за последнее десятилетие структура первичной инвалидности по группам коренным образом изменилась: если до 2004 года пропорция самой легкой из них была наименьшей, то в 2012 она почти сравнялась с пропорцией 2-й группы. Это отразилось и на структуре контингента взрослых инвалидов по группам тяжести состояния, изменения в которой можно проследить лишь с 2008 года^[13]. Так, на рис. 12 видно, что при почти неизменном в последние годы уровне распространенности инвалидности ее структура по тяжести состояния стала заметно «легче».

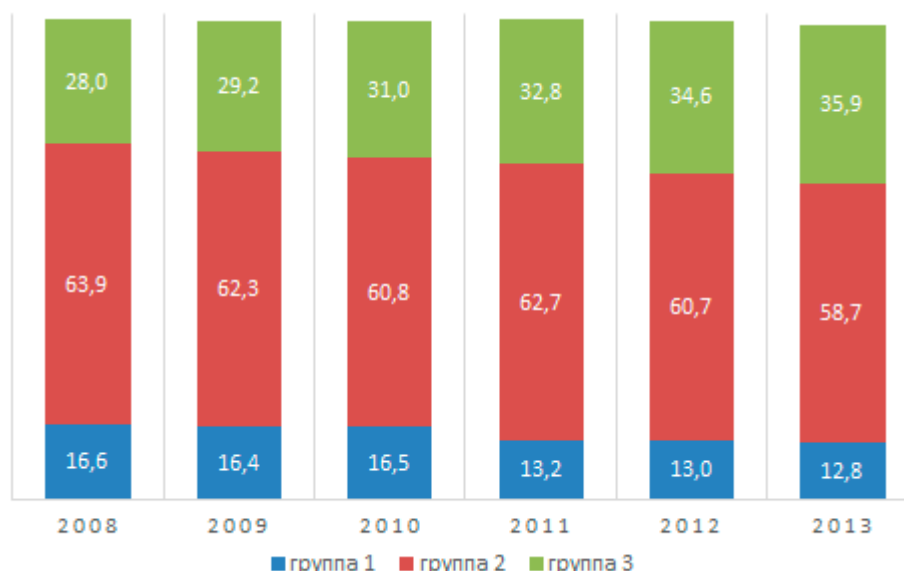


Рисунок 12. Общий коэффициент распространенности инвалидности среди взрослых по трем группам инвалидности, Россия, 2008-2013 (на начало года), на 1000 населения

Источник: Социальное положение и уровень жизни населения России. М: Росстат, за разные годы в 2002-2013 годах.

Показатель инвалидности детей таких значительных изменений не испытывал. На начало 2014 года его уровень составил 21,3 на 1000 детей – на 1,1 промилле выше, чем в 2001 году. Столь малое изменение, по сравнению с динамикой показателя для взрослых, складывается за счет двух противоположных тенденций: снижение в 2004-2008 годах и рост после 2008 года.

Между уровнем инвалидности и возрастом существует сильная зависимость, поэтому на динамику общих показателей инвалидности влияют изменения в возрастной структуре населения. В первую очередь это относится к общему коэффициенту инвалидности и коэффициенту инвалидности взрослых. Устранение структурного эффекта несколько меняет выводы о тенденциях инвалидности. Общие коэффициенты, публикуемые в официальных статистических справочниках, показывают, что после роста в 2004-2006 годах, особенно быстрого в год проведения реформы социальной помощи населению, связанной с «монетизацией льгот», инвалидность населения России имела тенденцию к едва заметному росту. На самом деле, если учесть изменение возрастной структуры, то с 2007 года первичная инвалидизация всего населения снижается, причем после 2010 года довольно быстро. То же характерно и для тенденций инвалидности населения 18 лет и старше.

Стандартизация коэффициентов детской инвалидности также меняет оценку ее тенденции. По официальным данным, показатель имел отчетливый тренд к снижению в 2004-2008 годах, который затем сменился на противоположный. Устранение структурного фактора приводит к выводу, что

снижения не было, и что рост детской инвалидности начался на год раньше – с 2008 года и выражен сильнее.

Таким образом, с 2008 года в детских и взрослых возрастах наблюдаются противоположные тенденции: инвалидность детей растет, взрослых – снижается. До 2008 года было почти наоборот: инвалидность взрослых росла, а детской – почти не менялась.

Инвалидность рассматривается как одна из важнейших характеристик здоровья населения. Однако, статистика инвалидности, построенная на официальном статусе «инвалид», отражает также иные процессы, такие как изменения в социальной политике, что и продемонстрировало поведение показателей инвалидности взрослого населения в 2004-2006 годах.

Рост продолжительности жизни сопряжен с сокращением времени нездоровья у женщин

Период с 2005 по 2011 год в России характеризовался поступательным ростом ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ), причем как при рождении, так и взрослых, и пожилых мужчин и женщин. В 2013 году она составила 46,3 года для 20-летних мужчин и 57,2 года для женщин того же возраста.

Рост продолжительности жизни, который, согласно всем сценариям демографического развития, будет сопровождаться старением населения, не всегда сопряжен с позитивными изменениями в здоровье. Если рост ожидаемой продолжительности жизни $e(x)$ сопровождается ростом ее доли, проживаемой без ограничений в активности (или при хорошем самочувствии в целом) - $eH(x)$, можно говорить о сокращении заболеваемости, в противном случае, при снижении $eH(x)$, речь идет о сценарии растущей заболеваемости.

Согласно сценарию пандемической заболеваемости^[14], рост продолжительности жизни происходит за счет удлинения периода жизни, проживаемого с хроническими заболеваниями и ограничениями в активности, и увеличения его доли в общей продолжительности жизни. Более оптимистическая гипотеза, предусматривает возможность удлинения количества и удельного веса лет, проживаемых при отсутствии заболеваний и ограничений в здоровье, с параллельным ростом ожидаемой продолжительности жизни.

Показатели ожидаемой продолжительности здоровой жизни^[15] (ОПЗЖ), совмещающие информацию о смертности и распространенности заболеваний и ограничений в здоровье, дают возможность проверки этих гипотез. С использованием данных «Комплексного обследования условий жизни» (КОУЖ-2011)^[16], а также другого представительного общероссийского обследования «Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения» (RLMS HSE)^[17], были проанализированы тенденции в здоровье мужчин и женщин, которые сопровождали недавний рост ожидаемой продолжительности жизни, и положение Москвы как более благополучного региона в отношении смертности на фоне всей России.

При ее расчете использованы показатели самооценки здоровья, отсутствия/наличия хронических заболеваний и отсутствия/наличия ограничений в активности и инвалидности^[18].

Для определения распространенности нездоровья в России в выборке обследований КОУЖ-2011 и RLMS HSE как нездоровые были определены респонденты, оценившие собственное здоровье как «плохое» или «очень плохое», указавшие на наличие хронического заболевания, диагностированного врачом, или группы инвалидности. Половозрастные профили распространенности ограничений в здоровье продемонстрированы на рисунке ниже (рис. 13).

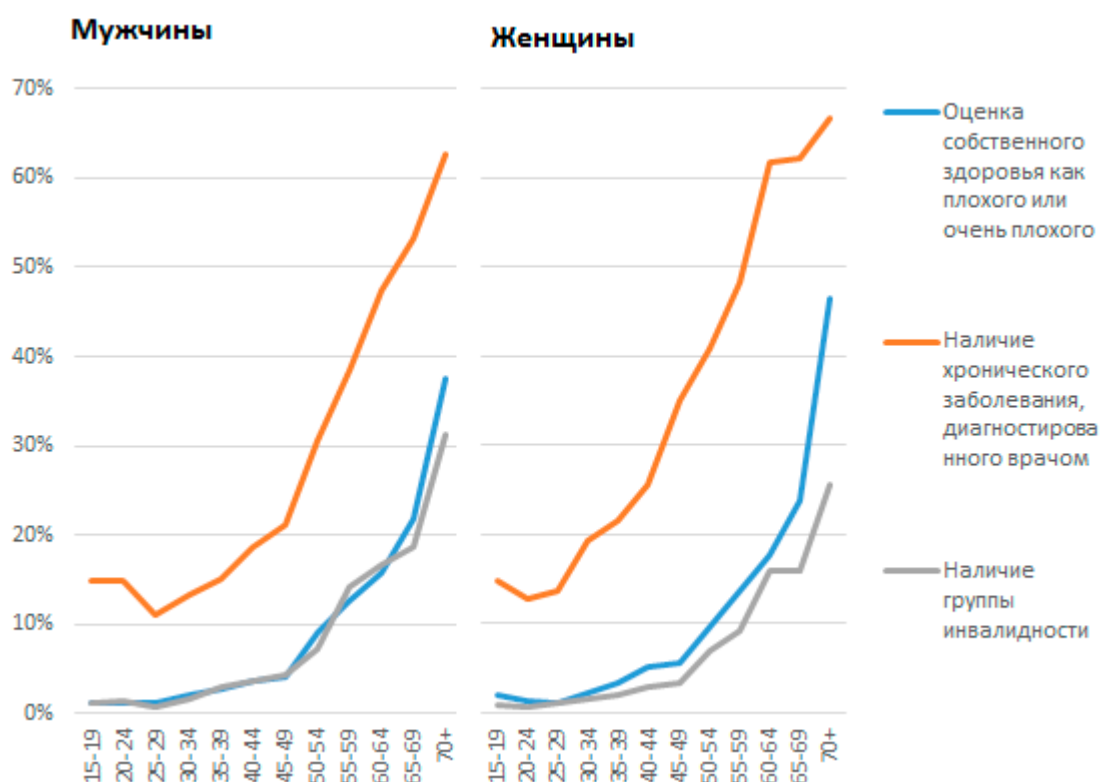


Рисунок 13. Доля тех, кто оценил собственное здоровье как «плохое» или «очень плохое», упомянул о наличии диагностированного врачом хронического заболевания, указал на наличие зарегистрированной инвалидности в 2011 году, % от численности возрастных групп

Источник: расчеты А.В. Рамонова по данным выборочного исследования «Комплексное обследование условий жизни населения» (Росстат).

По оценкам, основанным на данных обследования КОУЖ-2011, 20-летним мужчинам в России при ожидаемой продолжительности жизни 44,9 года предстояло прожить 4,1 года, оценивая собственное здоровье как «плохое» или «очень плохое». 3,7 года предстояло бы прожить с инвалидностью и 12,4 года при наличии диагностированных врачом хронических заболеваний. Женщинам того же возраста при ожидаемой продолжительности жизни 57,1 года предстояло прожить 8,5 года, оценивая собственное здоровье как «плохое» или «очень плохое», 5,5 года с инвалидностью и 22,5 года при наличии диагностированных врачом хронических заболеваний.

При интерпретации гендерных различий по показателю «ожидаемая продолжительность жизни, прожитая с хроническими заболеваниями», следует иметь в виду, что мужчины и женщины имеют различный уровень осведомленности о своих заболеваниях и разную частоту контактов с медицинским персоналом, особенно в старших трудоспособных и более поздних возрастах.

Среди мужчин ожидаемая продолжительность жизни, прожитая с инвалидностью, совпадает с аналогичным показателем, рассчитанным при оценке собственного здоровья как плохого, чего не наблюдается у женщин (рис. 15). Распространенность плохого самочувствия среди женщин выше, чем распространенность инвалидности, особенно в пожилых возрастах. Это может быть связано с особенностями их ответов на вопросы во время интервью или же говорит о том, что среди мужчин

оценка собственного здоровья как плохого в большей степени отражает тяжелые ограничения в активности, сопряженные также с наличием статуса инвалидности.

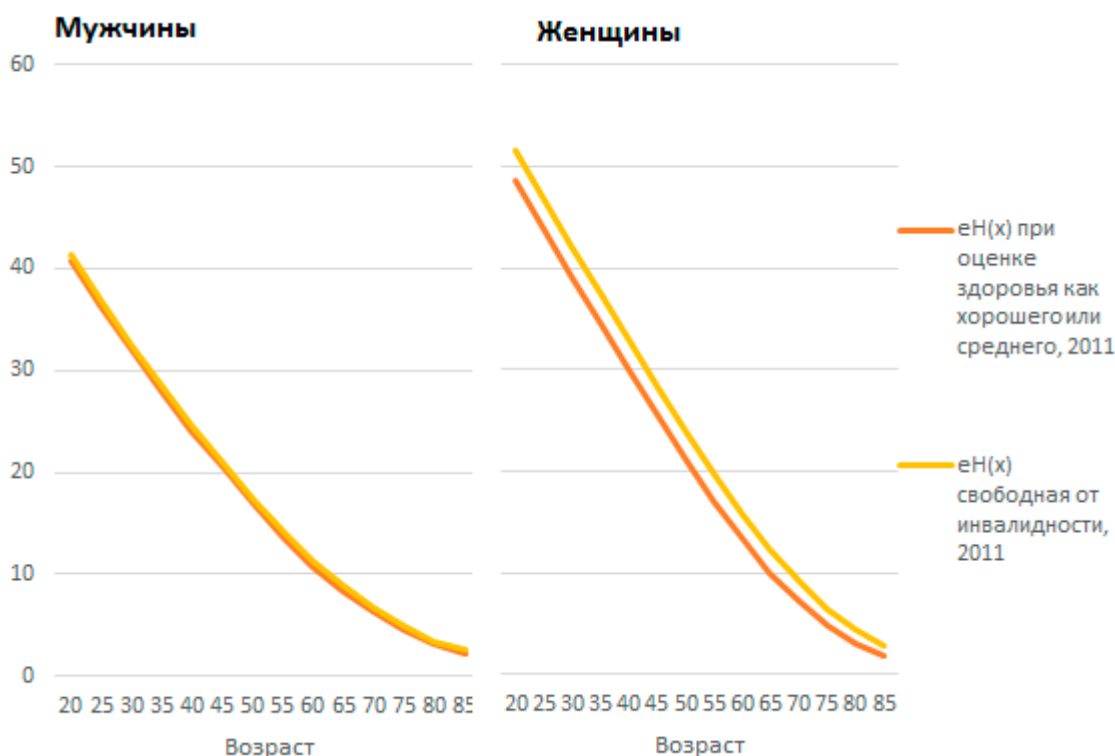


Рисунок 14. Ожидаемая продолжительность жизни при оценке собственного здоровья как хорошего или среднего, а также свободная от инвалидности, мужчины и женщины в зависимости от возраста, Россия, 2011 г, лет

Источник: расчеты А.В. Рамонова по данным выборочного исследования «Комплексное обследование условий жизни населения» (Росстат, 2011).

Данные о распространенности плохого самочувствия и доле жизни, проживаемой в этом состоянии, показали, что они снизились за 2004-2013 годы, причем, если рассматривать женщин, начиная с 55 лет, это снижение является более существенным, чем у мужчин. (рис. 14).

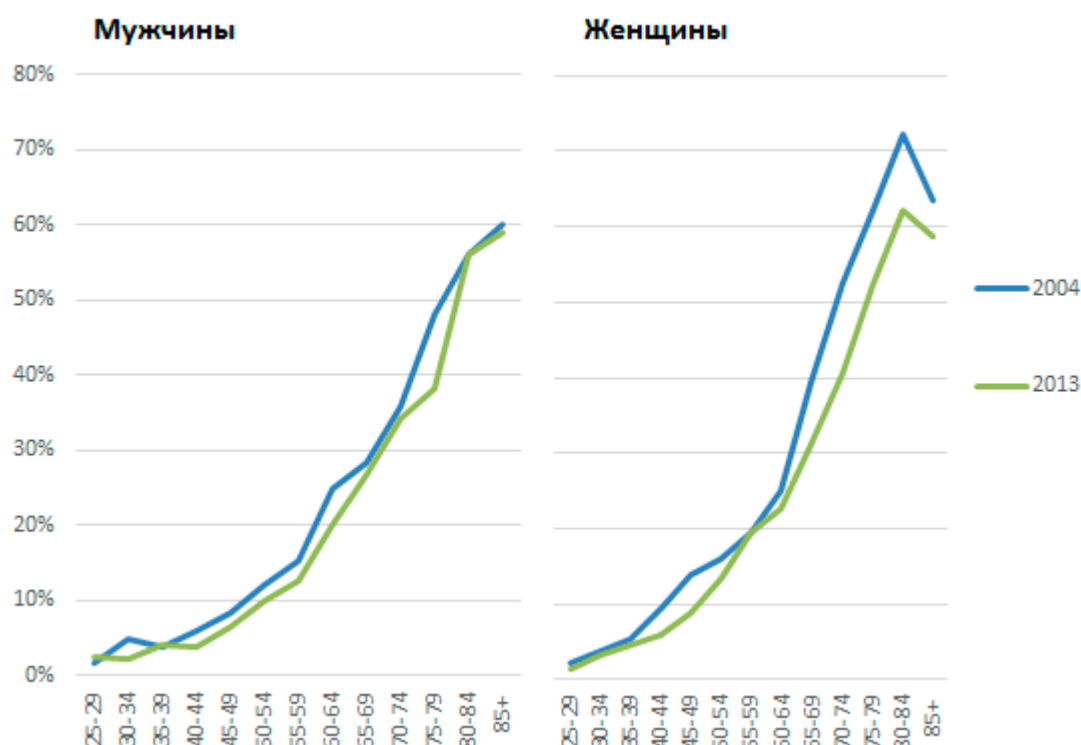


Рисунок 15. Доля тех, кто оценил собственное здоровье как «плохое» или «очень плохое» в 2004 и в 2013 годах, % от численности возрастных групп

Источник: расчеты А.В. Рамонова по данным выборочного исследования «Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения» (RLMS HSE, 2004,2013).

С 2004 по 2013 год доля жизни, проживаемая 55-летними мужчинами при оценке собственного здоровья как плохого [19], сократилась на 3% (с 32% до 29%) при росте ожидаемой продолжительности жизни на 2,4 года. Для 55-летних женщин динамика соответствующих показателей составила 5% (с 40% до 35%) и 1,9 года.

Население России неоднородно по показателям смертности и ожидаемой продолжительности жизни как территориально, так и в зависимости от характеристик социального статуса. Минимальные показатели смертности сегодня наблюдаются в столицах – Москве и Санкт-Петербурге. Обследование КОУЖ-2011 репрезентирует не только население России в целом, но и отдельные территориальные единицы, в частности, г. Москву. Рассмотрим, наблюдается ли более благоприятное положение этого региона по показателям распространенности инвалидности и плохого самочувствия наряду со смертностью. Численность опрошенных в этом городе в возрастах 15 лет и старше составила 1302 респондента – 527 мужчин и 775 женщин.

Сначала посмотрим на показатели распространенности плохого здоровья среди населения 15 лет и старше в целом. Распространенность плохого самочувствия в Москве в 2011 году составила 7% среди мужчин и 9% среди женщин против 9% среди мужчин и 14% среди женщин в России в целом. Что касается распространенности инвалидности, то она составила 3% среди мужского взрослого населения и 5% среди женщин (в России - 8 и 9% соответственно).

Полученную разницу в общих показателях можно частично объяснить различиями в возрастной структуре – население Москвы в среднем более молодое по сравнению с Россией в целом. Чтобы

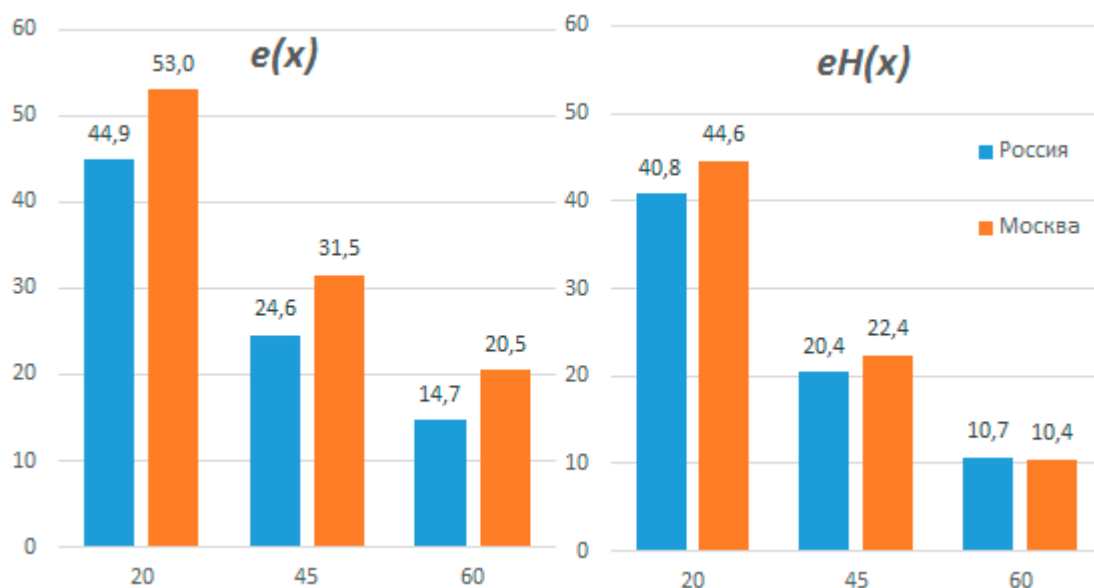
сравнить чистую интенсивность, обратимся к свободным от возрастной структуры показателям ОПЖ и ОПЗЖ.

Представленность инвалидов в выборке населения Москвы оказалась статистически незначимой. Поэтому в качестве интегрального показателя здоровья использована только ожидаемая продолжительности жизни при оценке собственного здоровья как хорошего или среднего.

Для построения функции ОПЗЖ для г. Москвы использованы возрастные функции распространенности по аналогии с теми, что были продемонстрированы ранее для России в целом. В связи с небольшим количеством респондентов, оценивших собственное здоровье как плохое, полученные кривые подвержены случайным колебаниям. Для преодоления этого использованы функции сглаживания, разработанные Андреевым Е.М. для подобных целей [20].

Население Москвы, по сравнению с российским населением в целом, может рассматриваться как более молодое во многом благодаря своей возрастной структуре, значительный вклад в «омолаживание» которой вносит трудовая и образовательная миграция. Однако если отталкиваться от показателей дожития населения (учитывать старение «сверху»), оно является более старым. При этом мужчины, проживающие в Москве, выигрывают в большей степени на фоне общероссийских показателей, чем женщины. Разница в продолжительности жизни 20-летних мужчин между Москвой и Россией в целом в 2011 году составила 8,1 года, женщин – только 3,9. Для 60-летних мужчин аналогичная разница составила 5,8 года, женщин – 3,3 года (рис. 16). Разница в ожидаемой продолжительности здоровой жизни между Москвой и Россией несколько меньше как у мужчин, так и у женщин. В 2011 году доля ожидаемой продолжительности жизни 20-летних мужчин, проживаемой при хорошем или среднем состоянии здоровья, в России в целом составила 91%, в Москве – 84%. У 20-летних женщин показатели сравнялись и составили 85%.

а)



б)

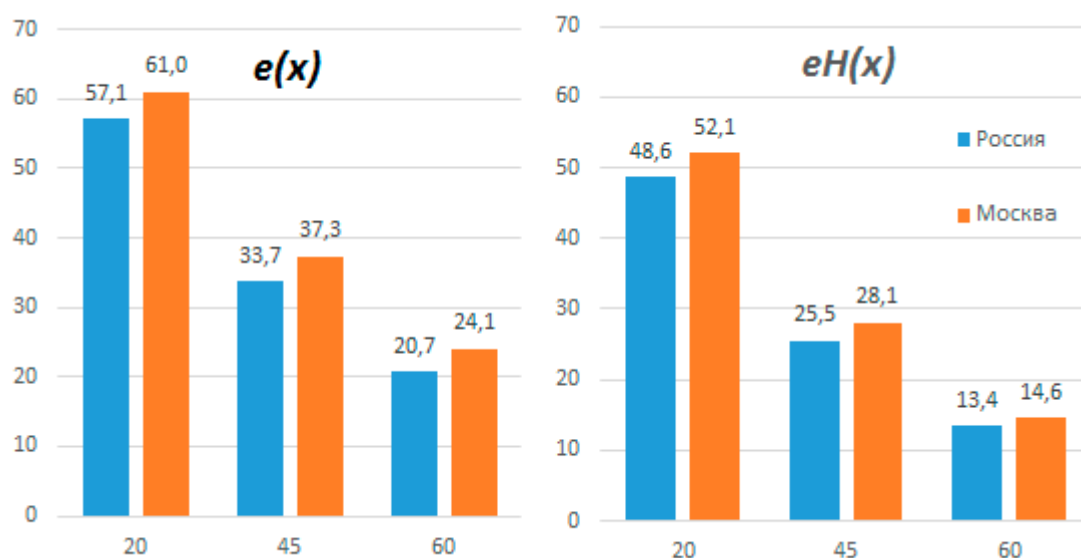


Рисунок 16. Ожидаемая продолжительность жизни в целом и при оценке собственного здоровья как хорошего или среднего, для мужчин (а) и женщин (б) в возрасте 20, 45 и 60 лет, Россия в целом и г. Москва, 2011 год

Источник: расчеты А.В. Рамонова по данным выборочного исследования «Комплексное обследование условий жизни населения» (Росстат, 2011).

Однако к полученным оценкам ожидаемой продолжительности здоровой жизни для возрастов от 60 лет и старше следует относиться с осторожностью в связи с тем, что доля этих групп в выборке

населения Москвы мала, и, соответственно, крайне незначительно количество респондентов, оценивших собственное здоровье как плохое.

Заключение

Период с начала 2000-х годов в России характеризовался стремительными изменениями ожидаемой продолжительности жизни, динамика которой стабилизировалась только начиная с 2003 года. Напротив первичная заболеваемость населения России выросла по всем основным классам болезней, кроме инфекционных и паразитарных. Отмеченные изменения, естественно, привели к некоторым сдвигам в структуре заболеваемости населения: снизилась доля инфекций, а хронических болезней несколько выросла.

Закрепившийся уже на протяжении более десяти лет рост ожидаемой продолжительности жизни, причем как при рождении, так и среди взрослого и пожилого населения, поставил во главу угла вопрос о механизмах дальнейшей ее динамики - достигается ли устойчивый рост за счет накопления хронических заболеваний и утяжеления их последствий для жизнедеятельности, или наоборот, ее рост сопровождается улучшением общей эпидемической ситуации. Данные о заболеваемости населения дают противоречивую картину - с одной стороны, можно говорить о прогрессе, сокращении числа инфекционных заболеваний, с другой стороны, если говорить о дегенеративных заболеваниях, наблюдается рост первичной заболеваемости по большинству их классов. Данные о зарегистрированной инвалидности имеют социальную природу и зависят от процедур учета и законопроектов, их регулирующих. Поэтому динамика соответствующих показателей распространенности не может быть проинтерпретирована однозначно. Динамика оценки собственного здоровья, измеренная на основе репрезентативных опросов, говорит об улучшении здоровья женщин старших трудоспособных и пожилых возрастов, начиная с 2004 года, и тем самым, свидетельствует в пользу более оптимистического сценария сокращения плохого здоровья.

-
- [1] В данной научной работе использованы результаты проекта «Демографические тенденции в России и в странах ОЭСР: сравнительный анализ и выводы для политики», выполненного в рамках Программы фундаментальных исследований НИУ ВШЭ в 2015 году
- [2] Васин Сергей Алексеевич – старший научный сотрудник Института демографии НИУ ВШЭ.
- [3] Кваша Екатерина Александровна – к.э.н., старший научный сотрудник Института демографии НИУ ВШЭ.
- [4] Харькова Татьяна Леонидовна – к.э.н., старший научный сотрудник Института демографии НИУ ВШЭ.
- [5] Рамонов Александр Владимирович – к.с.н., научный сотрудник Института демографии НИУ ВШЭ.
- [6] На 1000 женщин в возрасте 15-49 лет.
- [7] Шахгильдян И.В., Михайлов М.И., Хухлович П.А. и др. Современная эпидемиологическая характеристика гепатита В.// Инфекционные болезни. <http://www.medlinks.ru/article.php?sid=32581>
- [8] Гилинский Я. Демография "заключенности"// Демоскоп Weekly 2009 №361-362
<http://demoscope.ru/weekly/2009/0361/tema05.php>
- [9] Андреев Е., Харькова Т. Новый вызов туберкулеза // Демоскоп Weekly 2002 №75-76
<http://demoscope.ru/weekly/2002/075/tema02.php>
- [10] Корель Л.В. Социология адаптаций. Вопросы теории, методологии и методики. Новосибирск: Наука. 2005.

- [11] Немцов А.В. и В.М. Школьников. Потери в связи с алкогольной смертностью в России в 1980-х-1990-х годах. // Новости науки и техн. Сер. Мед. Вып. Алкогольная болезнь/ВИНИТИ.-1999.-№ 5.- С. 1-15
- [12] Здесь и далее, если не сказано иначе, под инвалидами понимаются лица, получающие пенсии по инвалидности.
- [13] До этого распределения для взрослых публиковалось по трем степеням тяжести инвалидности, а не по группам инвалидности.
- [14] Olshansky J., Ault B., 1986. The fourth stage of the epidemiologic transition: the age of delayed degenerative diseases, The Milbank Quarterly, vol. 64(3), p. 355-391
- [15] Sullivan D. A single index of mortality and morbidity. HSMHA health report. 1971. № 86
- [16] Обследование проведено Росстатом в 2011 году по общероссийской репрезентативной выборке объемом 10000 домохозяйств http://www.gks.ru/free_doc/new_site/KOUZ/survey0/index.html
- [17] Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения НИУ-ВШЭ (RLMS-HSE)», проводимый Национальным исследовательским университетом – Высшей школой экономики и ЗАО «Демоскоп» при участии Центра народонаселения Университета Северной Каролины в Чапел Хилле и Института социологии РАН. (См: <http://www.cpc.unc.edu/projects/rllms> ; <http://www.hse.ru/rllms>).
- [18] Эти три показателя входят в минимальный блок вопросов о здоровье, разработанный и рекомендованный к применению в европейских обследованиях здоровья (Minimum European Health module) и используются для построения показателей ОПЗЖ.
- [19] Для расчета использованы данные RLMS HSE о здоровье и данные Российской Экономической Школы о смертности населения, собранные Е.М. Андреевым.
- [20] 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. Vol.81, p.778-788.