Киселева Е.С.,
ведущий специалист,
Институт комплексных стратегических исследований

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЗДОРОВОЙ ЖИЗНИ В СТАРШИХ ВОЗРАСТАХ В РОССИИ

Статья посвящена оценке изменений в здоровье лиц старшего возраста в период с 1996 г. по 2006 г. В статье анализируются данные о самооценке здоровья мужчинами и женщинами, полученные в ходе выборочного обследования «Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения», и производится расчет показателя ожидаемой продолжительности здоровой жизни в возрастах от 60 лет и старше. В заключение формулируются выводы о ситуации со здоровьем пожилого населения в России и предлагаются меры, направленные на его сохранение и поддержание.
Ключевые слова: *население старшего возраста, самооценка здоровья, ожидаемая продолжительность здоровой жизни.*

Введение

При обсуждении вопросов здоровья и смертности российского населения обычно в фокусе внимания находится проблема сверхвысокой предотвратимой смертности населения трудоспособного возраста, в то время как проблемы здоровья и смертности населения старшего возраста остаются за рамками рассмотрения [1].

Целью данной работы является оценка изменений в здоровье лиц старшего возраста в период с 1996 г. по 2006 г. на основе данных выборочного обследования «Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения» (РМЭЗ). Для достижения этой цели выявляются тенденции в здоровье пожилого населения и особенности самооценки здоровья мужчинами и женщинами старшего возраста, а также производится расчет показателя ожидаемой продолжительности здоровой жизни в возрастах от 60 лет и старше, который позволяет отразить потери в продолжительности жизни лиц из-за ухудшения здоровья. На основе полученных результатов делаются выводы о ситуации со здоровьем лиц старшего возраста и предлагаются меры, направленные на сохранение и поддержание здоровья пожилых людей в России.

Контингент лиц старшего возраста мы определяем в рамках интервала от 60 лет и старше. Отметим, что возраст 60 или 65 лет используется в качестве границы старости для обоих полов в большинстве зарубежных стран, тогда как в России к пожилому населению обычно относят мужчин и женщин, достигших пенсионного возраста, установленного в нашей стране на уровне 55 лет для женщин и 60 лет для мужчин.

Изменения в здоровье будут рассматриваться для трех возрастных групп в составе населения старшего возраста: 60-69 лет («молодые старики»),

70-79 лет (старые старики») и 80 и более лет («самые старые»). Для каждой из этих групп в составе «населения третьего возраста» характерны свои особенности, связанные с состоянием здоровья, выраженностью функциональных ограничений, уровнем трудовой активности.

Безусловно, эти различия более ярко выражены в том случае, если продолжительность предстоящей жизни в старших возрастах высока, и достижение пенсионного возраста не связывается однозначно с резким ухудшением здоровья и утратой трудоспособности. Но и для такой страны, как Россия, где пока еще только формируются отдельные группы в составе «населения третьего возраста», представляется возможным выявить определенные изменения в здоровье, характерные для каждой из указанных групп. Эти изменения мы будем оценивать на основе данных о самооценке здоровья.

Самооценка здоровья населением старшего возраста в России

Самооценка является довольно распространенным способом получения информации о здоровье населения. Этот способ имеет свои достоинства и недостатки. С одной стороны, самооценка адекватно отражает восприятие человеком того, насколько у него выражены те или иные патологии, и как он адаптировался к ограничениям в жизнедеятельности, возникающим вследствие негативных изменений в здоровье.

С другой стороны, на самооценку здоровья влияет множество факторов и условий косвенного характера, в том числе особенности ситуации в момент проведения опроса, частота обращения человека за медицинской помощью, его трудовой статус. Так, продолжающие работать после наступления пенсионного возраста могут завышать самооценку собственного здоровья, а неработающие – наоборот, занижать, оправдывая свой уход с рынка труда. Или, например, регулярное обращение за медицинской помощью может занижать самооценку здоровья, поскольку проведение медицинских обследований увеличивает вероятность выявления заболеваний и повышает информированность человека о состоянии своего здоровья.

Вместе с тем, исследования указывают на то, что самооценка здоровья имеет тесную корреляцию с объективной оценкой здоровья на основе медицинских показателей. Как было показано в одной из работ [4], самооценка собственного здоровья как «плохого» более точно указывает на будущий летальный исход по сравнению с оценкой здоровья как «плохого» на основе данных медицинского обследования.

Для оценки изменений в здоровье лиц старшего возраста за период с 1996 г. по 2006 г. мы использовали данные о самооценке здоровья, полученные по итогам выборочного обследования «Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения» (РМЭЗ). Объектом анализа стало распределение ответов на вопрос «Как Вы оцениваете Ваше здоровье? Какое оно у Вас?».

При анализе различий по полу при самооценке здоровья в старших возрастах оказывается, что мужчины, в целом, дают более оптимистичную оценку своего здоровья, чем женщины. В частности, среди мужчин старшего

возраста, по сравнению с женщинами, выше доля тех, кто оценивает свое здоровье как «хорошее» и «среднее», и ниже доля тех, кто дает неудовлетворительную оценку своему здоровью («плохое», «совсем плохое») (Таблица 1).

Таблица 1. Распределение мужчин и женщин старшего возраста (60+) в зависимости от самооценки ими собственного здоровья, в среднем за рассматриваемый период (1994-2006 гг.)

	Состояние здоровья:			
	«хорошее»	«среднее»	«плохое»	«совсем плохое»
Мужчины 60+	9,6%	55,3%	28,4%	6,7%
Женщины 60+	3,1%	47,2%	39,3%	10,5%

Источник: Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения (РМЭЗ)

Выявленную особенность в самооценке здоровья мужчинами и женщинами старшего возраста можно объяснить следующими факторами. Во-первых, мужчины реже обращаются за медицинской помощью и поэтому могут быть хуже осведомлены об истинном состоянии своего здоровья. К тому же в силу сложившихся социальных ролей мужчины как «сильный пол», в отличие от женщин, как правило, менее склонны жаловаться на плохое самочувствие и заявлять о наличии проблем со здоровьем. Во-вторых, учитывая более высокий уровень смертности среди мужского населения по сравнению со смертностью женщин соответствующего возраста, может иметь место эффект селекции, выражающийся в том, что продолжают жить те мужчины, которые обладают относительно неплохим здоровьем.

Рассмотрение данных о самооценке здоровья в динамике позволяет говорить если не о заметном улучшении здоровья пожилого населения, то, по крайней мере, об отсутствии существенного ухудшения здоровья мужчин и женщин в возрастах от 60 лет и старше (Рисунок 1).

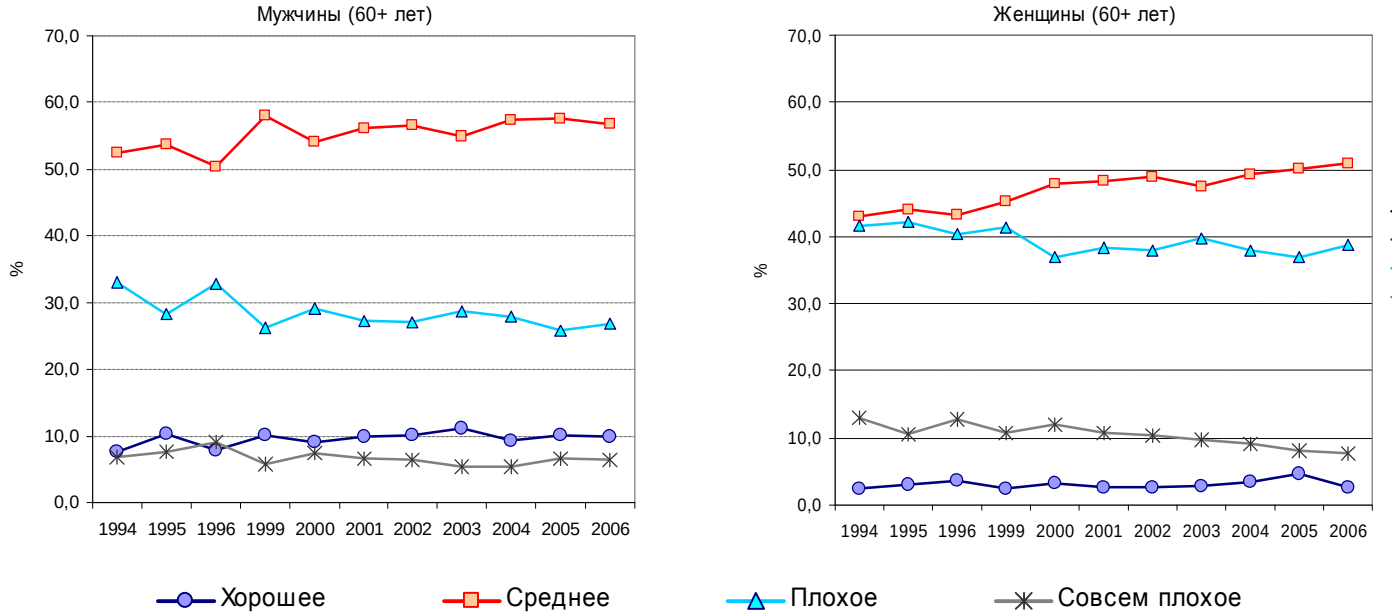
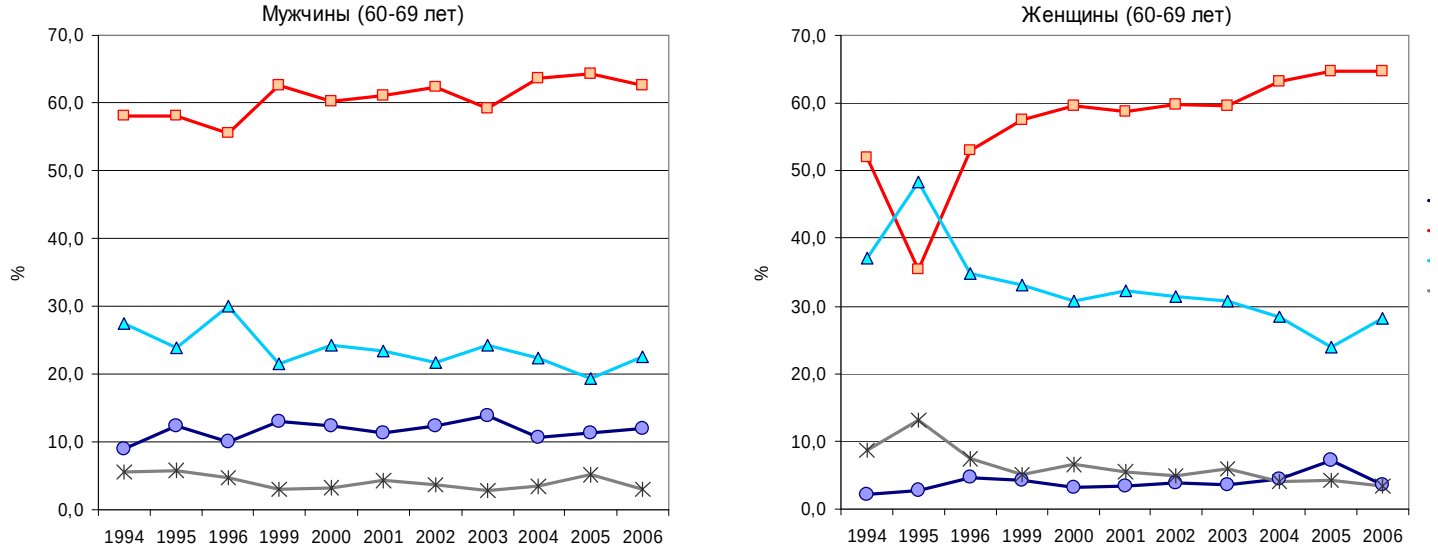


Рисунок 1. Распределение мужчин и женщин старшего возраста (60+) в зависимости от самооценки состояния здоровья (в процентах)

Источник: Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения (РМЭЗ)

В частности, за период с 1994 г. по 2006 г. у мужчин старшего возраста отмечалось некоторое увеличение доли лиц со «средним» уровнем здоровья и сокращение доли лиц с «плохим» здоровьем. А у женщин старшего возраста помимо таких же тенденцией наблюдалось еще и снижение доли лиц, заявлявших о «совсем плохом» состоянии здоровья.

В самых «молодых» старческих возрастах (от 60 до 69 лет) среди мужчин и женщин доля лиц со «средним» уровнем здоровья, начиная с 2000-х гг., различалась незначительно и составляла около 60%. Однако мужчины все же были более оптимистичны в оценке собственного здоровья, чем женщины. Среди мужчин данного возраста доля лиц с «хорошим» здоровьем была примерно втрое выше, чем среди женщин, а доля лиц с «плохим» здоровьем – наоборот, в 1,5 раза ниже (Рисунок 2).



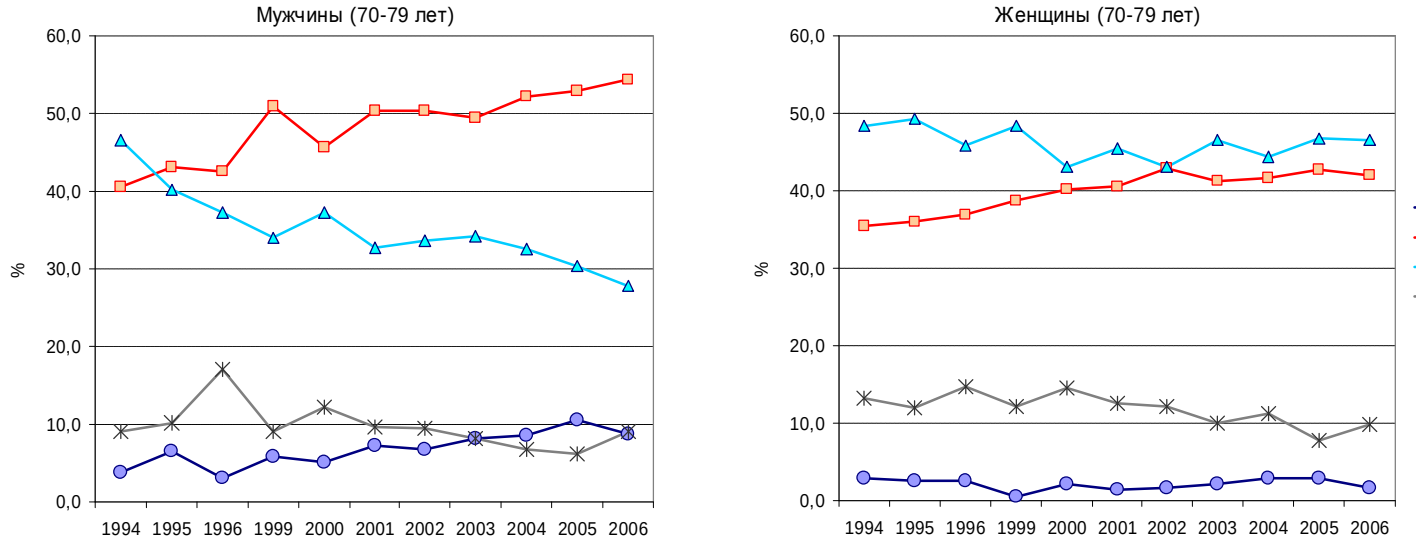
Хорошее Среднее Плохое Совсем плохое

Рисунок 2. Распределение мужчин и женщин в возрасте 60-69 лет в зависимости от самооценки состояния здоровья (в процентах)

Источник: Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения (РМЭЗ)

В возрастной группе 70-79 лет среди мужчин самооценка здоровья со временем только улучшается: увеличивается лиц со «средним» состоянием здоровья и убывает доля лиц с «плохим» состоянием здоровья, а доля лиц с «хорошим» здоровьем в последние годы даже начинает превышать долю лиц с «совсем плохим» здоровьем (Рисунок 3). Распределение ответов мужчин 70-79 лет на вопрос о состоянии собственного здоровья сходно с распределением ответов женщин в предыдущей возрастной группе (60-69 лет), представленном на Рисунок 2.

В то же время, для женщин в возрасте 70-79 лет, начиная с 2002 г., доля лиц с «плохим» здоровьем не только не убывает, но и превышает долю лиц со «средним» здоровьем. Кроме того, среди женщин в возрасте 70-79 лет доля лиц с «совсем плохим» здоровьем оказывается значительно выше доли лиц с «хорошим» здоровьем. Для сравнения, среди женщин в возрасте 60-69 лет доля лиц с «совсем плохим» здоровьем либо незначительно превышала долю тех, кто оценивал свое здоровье как «хорошее», либо была ниже ее. Все это свидетельствует о том, что с возрастом различия в самооценке здоровья пожилыми мужчинами и женщинами нарастают и выражаются в преобладании негативных оценок собственного здоровья у женщин по сравнению с мужчинами.



Хорошее Среднее Плохое Совсем плохое

Рисунок 3. Распределение мужчин и женщин в возрасте 70-79 лет в зависимости от самооценки состояния здоровья (в процентах)

Источник: Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения (РМЭЗ)

В самых старших возрастах (80 и более лет) и у мужчин, и у женщин наблюдаются наиболее сильные колебания самооценки здоровья год от года, что связано с нестабильным состоянием здоровья у людей, достигших такого возраста. Как показывает Рисунок 4, и среди мужчин, и среди женщин, достигших возраста 80 лет и старше, по сравнению с возрастной группой 70-79 лет примерно вдвое увеличивается доля лиц с «совсем плохим» здоровьем и достигает, в среднем, 18% и 24% соответственно.

Однако при этом доля лиц с «плохим» здоровьем у женщин в возрасте от 80 лет и старше не намного выше, чем в возрастной группе 70-79 лет (в среднем, 49% и 46% соответственно). У мужчин наблюдается более существенное ухудшение самооценки здоровья. Доля лиц с «плохим» здоровьем увеличилась с 35%, в среднем, для возраста 70-79 лет до 42% для возраста от 80 лет и старше.

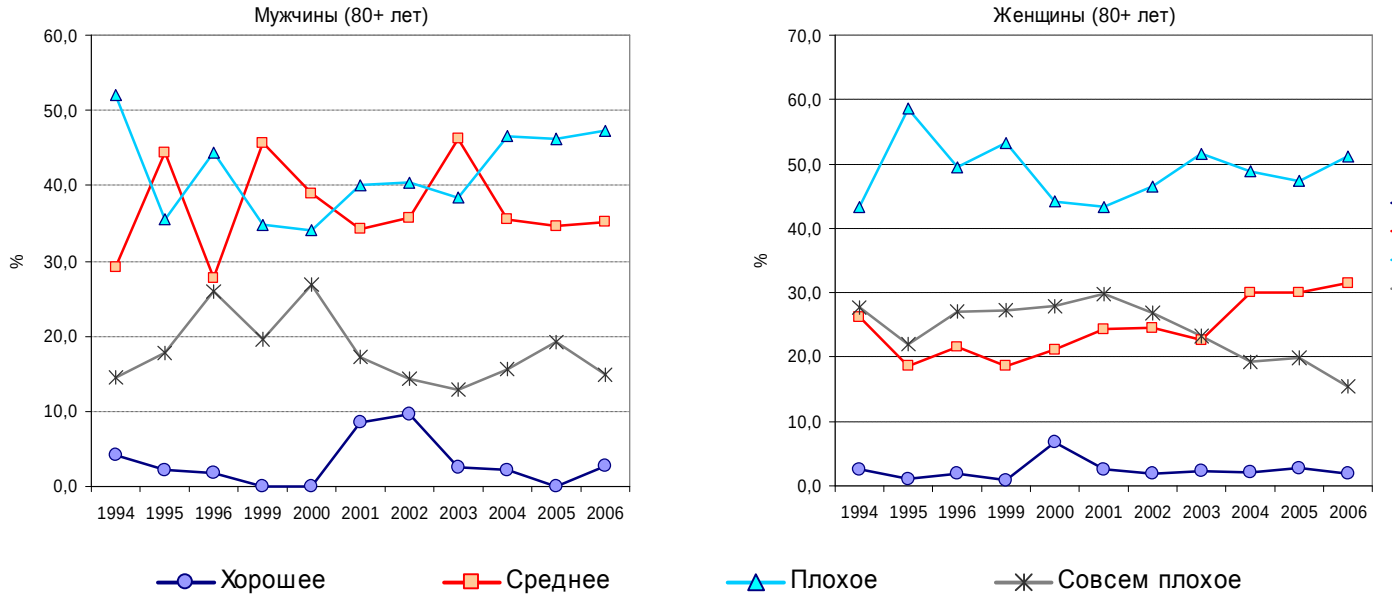


Рисунок 4. Распределение мужчин и женщин в возрасте 80 лет и старше в зависимости от самооценки состояния здоровья (в процентах)

Источник: Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения (РМЭЗ)

Доля лиц со «средним» здоровьем сокращается примерно в одинаковой степени у мужчин и женщин в возрасте от 80 лет и старше по сравнению с предыдущим возрастным интервалом. Однако среди мужчин самого старшего возраста (80 и более лет) по сравнению с женщинами такого же возраста по-прежнему выше доля тех, кто оценивает свое здоровье как «среднее, не хорошее, но и не плохое» (37% против 25% в среднем за рассматриваемый период).

Таким образом, мужчины старшего возраста (от 60 лет и старше) дают более высокую самооценку своего здоровья, чем женщины, и это превосходство сохраняется во всех рассмотренных возрастных группах, включая самых старых. При этом в двух из рассмотренных возрастных групп (70-79 лет, 80 и более лет) самооценка здоровья мужчинами была сходна с самооценкой здоровья женщинами предыдущей возрастной группы. То есть самооценка здо-

ровья мужчинами в возрасте 70-79 лет имеет особенности, характерные для самооценки здоровья женщинами в возрасте 60-69 лет, а самооценка здоровья мужчинами в возрасте 80 и более лет – особенности, характерные для самооценки здоровья женщинами в возрасте 70-79 лет. В целом, чем старше респонденты, тем более выражены колебания в самооценке здоровья год от года, что объясняется общим ухудшением здоровья с возрастом.

Информация о самооценке здоровья, наряду с показателями таблиц смертности, служит источником данных для расчета показателя ожидаемой продолжительности здоровой жизни. Этот показатель представляет собой число лет, которое в среднем предстоит прожить человеку, достигшему данного возраста, в состоянии хорошего здоровья при условии, что на протяжении этого периода уровень здоровья и повозрастная смертность останутся на уровне того года, для которого вычислен показатель.

Оценка ожидаемой продолжительности здоровой жизни для российских мужчин и женщин в старших возрастах

Первые оценки ожидаемой продолжительности предстоящей жизни с учетом уровня здоровья были представлены в 1960-х – 1970-х гг. в работах Б. Сандерса и Д. Салливана [5, 6]. В своих расчетах авторы использовали стандартный инструментарий таблиц смертности, а также данные о состоянии здоровья, получаемые на основе специальных обследований здоровья или опросов населения.

Метод, предложенный Б. Сандерсом и доработанный Д. Салливаном, позволяет объединить в одном показателе имеющуюся информацию об уровне смертности и здоровья населения. Для расчета показателя ожидаемой продолжительности здоровой жизни по методу Салливана необходимы данные о доли лиц с хорошим и плохим здоровьем в каждом интервале возраста и значения возрастных коэффициентов смертности либо других показателей (среднегодовая численность населения, число умерших по возрастам), на основе которых можно построить таблицу смертности. При расчете показателя ожидаемой продолжительности здоровой жизни используется следующая формула:

$$e_x^h = \frac{1}{l_x}\sum_{x}^{w}(1-{}_n\pi_x)\,{}_nL_x \text{, где:}$$

l_x – число доживающих до возраста x лет;

${}_n\pi_x$ – доля населения в возрастном интервале от n до x лет с плохим состоянием здоровья;

${}_nL_x$ – число живущих в интервале возрастов от x лет до x+n лет;

e_x^h – ожидаемая продолжительность здоровой жизни доживающих до возраста x лет.

В наших расчетах мы опирались на официальную статистику смертности, публикуемую Росстатом, а в качестве значения ${}_n\pi_x$ для соответствующего интервала возраста использовали сумму ответов «плохое» и «совсем плохое», даваемых респондентами при самооценке собственного здоровья в рам-

ках обследования «Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения».

С возрастом бремя болезней и плохого самочувствия нарастает, а время здоровой жизни сокращается. Полученные результаты расчетов показывают, что плохое здоровье «забирает» в старших возрастах 31% до 66% времени предстоящей жизни, причем для женщин характерны более значительные потери, чем для мужчин. (Таблица 2).

Таблица 2. Потери в ожидаемой продолжительности жизни, связанные с плохим здоровьем, для мужчин и женщин старшего возраста (лет), 2006 г.

Возраст	Мужчины				Женщины			
	ОПЖ	ОПЗЖ	потери (лет)	потери (%)	ОПЖ	ОПЗЖ	потери (лет)	потери (%)
60-64	13,82	9,47	4,35	31%	19,28	10,58	8,70	45%
65-69	11,45	7,16	4,29	37%	15,60	7,47	8,13	52%
70-74	9,31	5,43	3,88	42%	12,15	4,95	7,20	59%
75-79	7,48	3,67	3,81	51%	9,15	3,16	5,99	65%
80-84	6,07	2,60	3,47	57%	6,68	2,25	4,43	66%
85+	4,69	2,81	1,88	40%	4,66	1,63	3,03	65%

Примечание: ОПЖ – ожидаемая продолжительность жизни для данного интервала возраста (лет); ОПЗЖ – ожидаемая продолжительность здоровой жизни для данного интервала возраста (лет).

Источник: Росстат, Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения (РМЭЗ), расчеты автора

Вместе с тем, как видно из таблицы, в самых старших возрастах (85+) может наблюдаться некоторое сокращение потерь от плохого здоровья, которое в большей степени выражено у мужчин. Такая особенность может быть связана с эффектом селекции (до самых старших возрастов доживают именно те люди, которые обладают относительно неплохим здоровьем), а также с особенностями выборки (малочисленность самых старших возрастных групп, не позволяющая судить об истинном уровне здоровья лиц старшего возраста).

За десятилетие с 1996 г. по 2006 г. произошло увеличение показателя ожидаемой продолжительности здоровой жизни во всех рассматриваемых возрастных группах и у мужчин, и у женщин (Таблица 3). Другими словами, население старшего возраста стало проживать более длительную часть своей жизни в благоприятных, с точки зрения состояния здоровья, условиях.

Таблица 3. Прирост (убыль) показателей ожидаемой продолжительности жизни и ожидаемой продолжительности здоровой жизни (лет), за период с 1996 г. по 2006 г.

Возраст	Мужчины		Женщины	
	ОПЖ	ОПЗЖ	ОПЖ	ОПЗЖ

60-64	0,23	1,84	0,43	2,01
65-69	0,18	1,51	0,36	1,57
70-74	0,05	1,55	0,21	0,98
75-79	0,10	0,91	0,12	0,77
80-84	0,29	0,73	0,06	0,77
85+	-0,07	0,62	-0,20	0,96

Примечание: ОПЖ – ожидаемая продолжительность жизни для данного интервала возраста (лет); ОПЗЖ – ожидаемая продолжительность здоровой жизни для данного интервала возраста (лет).

Источник: Росстат, Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения (РМЭЗ), расчеты автора

Основные выводы и рекомендации

Проведенный анализ позволяет сделать ряд важных выводов относительно тенденций в области здоровья населения старшего возраста в России.

Во-первых, мужчины старшего возраста, в среднем, более высоко оценивают уровень своего здоровья, чем женщины аналогичного возраста, несмотря на то, что ожидаемая продолжительность предстоящей жизни в старших возрастах у мужчин ниже, чем у женщин.

Во-вторых, на протяжении периода с 1996 г. по 2006 г. наблюдалось снижение потерь от плохого здоровья в старших возрастах, выраженное в годах предстоящей жизни, как для мужчин, так и для женщин, и увеличение показателя ожидаемой продолжительности здоровой жизни. Это позволяет говорить о наличии потенциала для дальнейшего улучшения ситуации в области сохранения здоровья пожилых людей.

Для дальнейшего сокращения потерь от плохого здоровья среди лиц старшего возраста требуется реализация политики, направленной на:

- Устойчивое повышение уровня жизни пенсионеров и сокращение неравенства по доходам внутри этой группы населения;
- Обеспечение доступности для пожилых людей медицинской помощи и лекарственных препаратов, в том числе необходимых для проведения профилактических и реабилитационных мероприятий;
- Информирование о негативном влиянии факторов риска (недостаточная физическая активность, наличие избыточного веса, злоупотребление табаком и алкоголем, риски, связанные с профессиональной деятельностью, и другие) на состояние здоровья, а также о возможных вариантах получения консультационной и другой необходимой поддержки для снижения воздействия выявленных факторов риска.

Результатом последовательной реализации мероприятий по этим направлениям должно стать улучшение ситуации в области здоровья пожилых людей, выражающееся в сокращении заболеваемости и инвалидизации, а также повышении самооценки собственного здоровья. При таких позитивных

изменениях возможно снижение спроса на медицинское и социальное обслуживание со стороны пенсионеров, что позволит сократить расходы государства на оказание этих услуг.

Литература

1. Здоровье населения России в социальном контексте 90-х годов: проблемы и перспективы. Под ред. В.И. Стародубова. М. Медицина, 2003, с. 158
2. Андреев Е.М., Школьников В.М., МакКи М. 2002. Продолжительность здоровой жизни. Вопросы статистики №11, с. 16-21
3. Семенова В.Г. 2005. Обратный эпидемиологический переход в России. М. Центр социального прогнозирования, с. 192-229
4. Mossey J.M. and Shapiro E. 1982. Self-Rated Health: a Predictor of Mortality Among the Elderly, American Journal of Public Health №72, p. 800-808
5. Sanders, B.S. 1964. Measuring Community Health Levels. American Journal of Public Health, 54, p. 1063-1070
6. Sullivan, D.F. 1971. A Single Index of Mortality and Morbidity. HSMHA Health Reports, 86, p. 347-354
7. Oxley H. 2009. Policies for Healthy Ageing: an Overview. OECD Health Working Papers №42