

## 5. Здоровье населения

### 5.1. Заболеваемость россиян увеличилась с 1990 г. почти на четверть

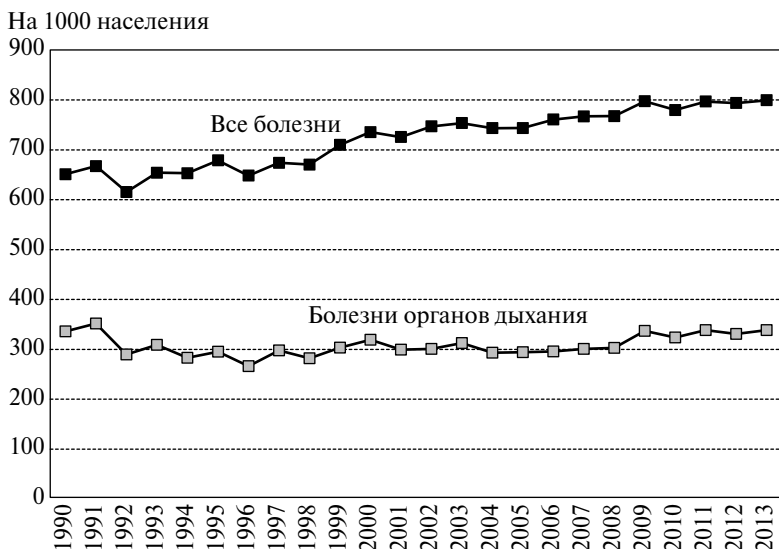
В 2013 г. заболеваемость всеми болезнями (число случаев всех заболеваний, зарегистрированных впервые) составила 799,4 в расчете на 1000 населения, что выше по сравнению с 1990 г. на 22,8%, а по сравнению с предыдущим годом — на 0,7%. В то же время, как видно на рис. 5.1, в отдельные годы данного периода отмечалось и некоторое снижение общего уровня заболеваемости.

За последние 10 лет (2003–2013 гг.) 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 по травмам. Относительно устойчивой на всем протяжении рассматриваемого периода остается и заболеваемость болезнями органов дыхания, которая вообще слабо менялась с начала 1990-х гг., продемонстрировав незначительное повышение лишь в 2009 г., после чего она поддерживается стабильной на новом уровне (см. рис. 5.1).

Значительный рост первичной заболеваемости отмечается по болезням системы кровообращения. Так, в 2013 г. уровень заболеваемости болезнями системы кровообращения был более чем в полтора раза выше, чем в 1990 г., на 40,2% выше, чем в 2003 г., и на 12,4% выше, чем в 2012 г. (рис. 5.2). Также высоким был рост первичной заболеваемости болезнями крови и кроветворных органов, эндокринной системы, органов мочеполовой системы и злокачественными новообразованиями.

Как следует из рис. 5.3, первичная заболеваемость болезнями нервной системы и органов чувств, а также осложнениями беременности и послеродового периода постоянно росла, и лишь в последние годы (с 2008 г.) отмечается некоторая стабильность.

Отмеченные изменения, естественно, привели к некоторым сдвигам в структуре заболеваемости населения. Так, если в 1990 г.

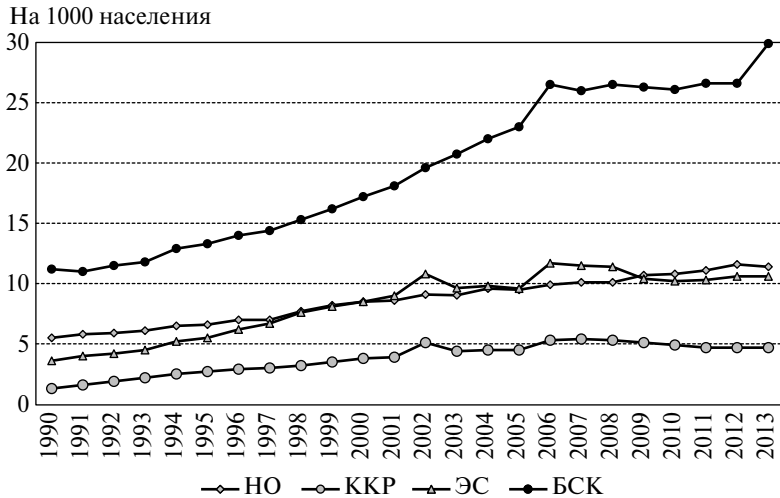


**Рис. 5.1.** Общая заболеваемость и заболеваемость болезнями органов дыхания, Россия, 1990–2013 гг., число случаев, зарегистрированных впервые

*Источники:* данные Минздрава России; расчеты авторов.

более половины первичных обращений к врачам (51,6%) было связано с болезнями органов дыхания, то в 2000 г. — только 43,4%, а в 2013 г. — даже 42,3% (рис. 5.4). 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.

Существенную долю в первичной заболеваемости занимают травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин: в 1990 г. на их долю приходилось 13,1% от всех первичных обращений, в 2000 г. — 11,8, а в 2013 г. — 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.



**Рис. 5.2.** Первичная заболеваемость болезнями системы кровообращения, крови и кроветворных органов, эндокринной системы и злокачественными новообразованиями, Россия, 1990–2013 гг., число случаев, зарегистрированных впервые:

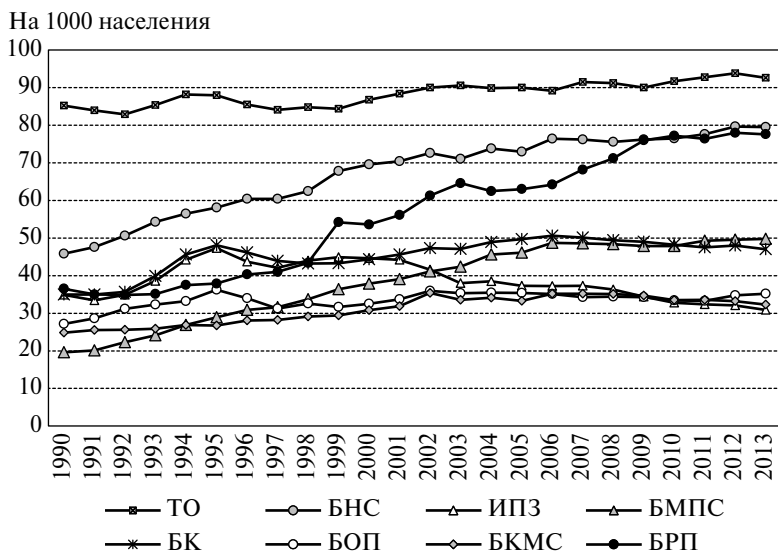
НО — новообразования; ККР — болезни крови и кроветворных органов; ЭС — болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ и иммунитета; БСК — болезни системы кровообращения

*Источники:* данные Минздрава России; расчеты авторов.

## 5.2. Заболеваемость острыми вирусными гепатитами В и С снижается

Несмотря на отмечающееся снижение, эпидемиологическая ситуация по вирусным гепатитам остается весьма неблагоприятной. Правда, после подъема в 1998–2001 гг. заболеваемость вирусными гепатитами снижалась (рис. 5.5). Наиболее высокие уровни заболеваемости вирусным гепатитом А по-прежнему отмечаются в регионах, имеющих серьезные проблемы с обеспечением населения доброкачественной питьевой водой.

Начавшееся после 2000 г. достаточно интенсивное снижение заболеваемости вирусными гепатитами В и С привело к тому, что



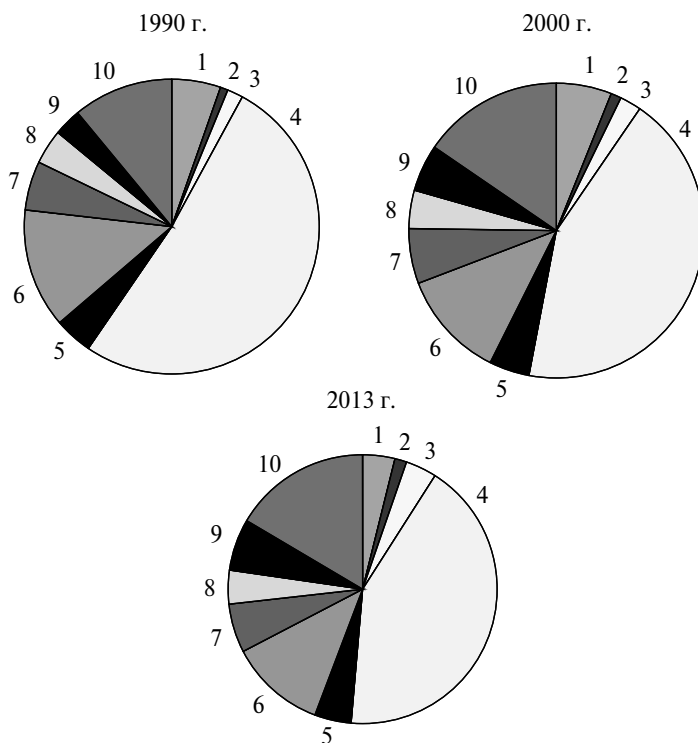
**Рис. 5.3.** Первичная заболеваемость по некоторым основным классам болезней, Россия, 1990–2013 г., число случаев, зарегистрированных впервые:

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 (на 1000 женщин в возрасте 15–49 лет)

*Источники:* данные Минздрава России; расчеты авторов.

в 2013 г. уровень заболеваемости вирусным гепатитом В по сравнению с 2000 г. снизился почти в 30 раз — с 35,5 до 1,3 в расчете на 100 тыс. населения, а гепатита С — в 4,5 раза, соответственно с 6,7 до 1,5. Основную долю в общем числе заболевших вирусным гепатитом В составляют подростки 15–19 лет и более старшая молодежь 20–29 лет.

Уровень заболеваемости вирусными гепатитами В и С существенно различается по регионам. При этом сохранение высокого уровня заболеваемости парентеральными вирусными гепатитами

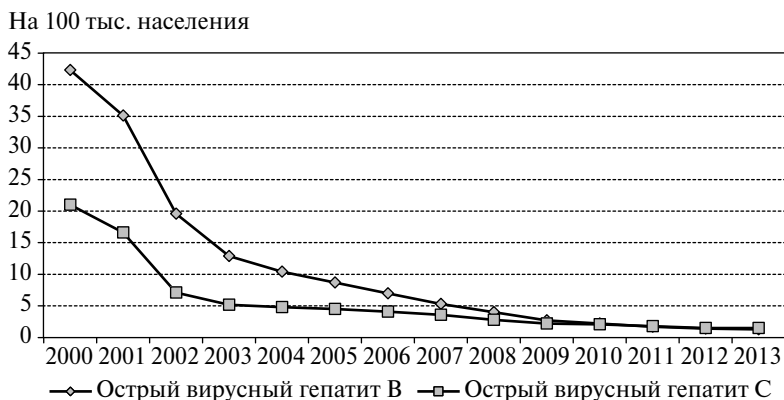


**Рис. 5.4.** Структура первичной заболеваемости населения, Россия, 1990, 2000 и 2013 гг., %:

1 — инфекции; 2 — новообразования; 3 — болезни системы кровообращения; 4 — болезни органов дыхания; 5 — болезни органов пищеварения; 6 — травмы; 7 — болезни кожи и подкожной клетчатки; 8 — болезни костно-мышечной системы; 9 — болезни мочеполовой системы; 10 — другие

*Источники:* данные Минздрава России; расчеты авторов.

в отдельных субъектах РФ связано в основном с заражением при внутривенном введении наркотических препаратов и активизацией полового пути передачи, особенно в возрастной группе от 15 до 29 лет.



**Рис. 5.5.** Первичная заболеваемость острыми вирусными гепатитами В и С, Россия, 2000–2013 гг., число случаев, зарегистрированных впервые

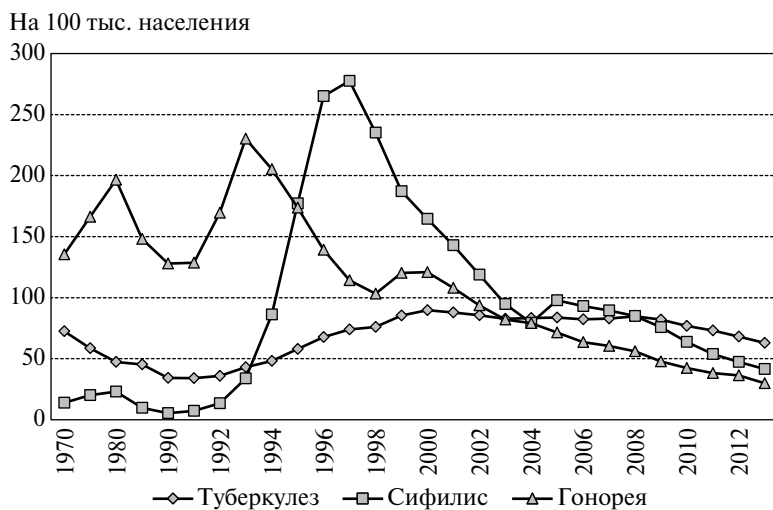
*Источники:* данные Минздрава России; расчеты авторов.

### 5.3. Снижение заболеваемости социально значимыми болезнями остается актуальной задачей

В первую очередь к социально значимым болезням 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 вв. были обусловлены 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.

В последние годы быстрый рост числа новых зарегистрированных случаев туберкулеза приостановился (рис. 5.6). Если среднегодовые темпы прироста заболеваемости туберкулезом начиная с 1994 г. составляли 12% и более, то в 2000 г. — только 5,6%. В последующие годы снижение заболеваемости продолжилось, и в 2013 г. первичная заболеваемость туберкулезом по сравнению с 2000 г. снизилась на 30%.



**Рис. 5.6.** Первичная заболеваемость некоторыми социально значимыми болезнями, Россия, 1970–2013 гг., число случаев, зарегистрированных впервые

*Источники:* данные Минздрава России; 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 гг. число вновь заболевших туберкулезом перестало снижаться во многих странах, а кое-где даже начало увеличиваться. Однако ни в Западной, ни в Восточной Европе рост заболеваемости тубер-

кулезом, сам по себе неприятный, не вызвал подъема смертности от этой болезни.

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 г. составила в 2013 г. 41,5 случая на 100 тыс. населения, что превышает уровень 1990 г. 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 гонорей.

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 г. находилось 1746,5 тыс. человек (1215,7 на 100 тыс. ), что было на четверть меньше, чем в 2000 г. (соответственно 2355,3 тыс. человек, или 1629,9 на 100 тыс. населения). За последние 20 лет были отмечены два пика первичной обращаемости по поводу алкоголизма и алкогольных психозов: в 1994 и 2003 гг., когда она достигала уровней соответственно 161 и 159 случаев на 100 тыс. человек. 1994 г. 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, на протяжении 1992–1994 гг. происходила социальная адаптация населения к политико-экономическим изменениям в стране. И, конечно, такой мощный стрессопротектор и адаптоген, как алкоголь, играл в этом процессе весьма заметную роль. Подтверждением этого факта служит очередной подъем алкоголизма после кризиса 1998 г. (рис. 5.7).

Начиная с 2004 г. отмечалось достаточно стабильное снижение первичной заболеваемости алкоголизмом: на 4% в 2004–2005





**Рис. 5.7.** Первичная заболеваемость алкоголизмом, Россия, 1992–2013 гг., число случаев, зарегистрированных впервые

*Источники:* данные Минздрава России; расчеты авторов.

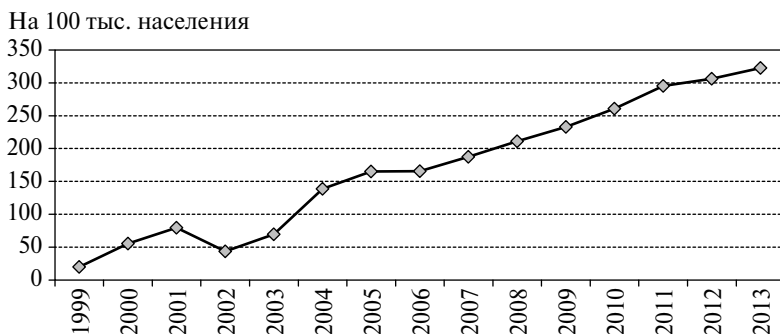
и 2010 гг. и более 8% — в остальные годы, а в 2011–2012 гг. годовые темпы снижения были еще выше — более 10%.

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 г., и в течение 10 лет она относилась к числу стран с низким уровнем распространения ВИЧ-инфекции: к 1996 г. 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 РФ. Число больных ВИЧ-инфекцией в расчете на 100 тыс. населения выросло с 121 в 2001 г. до 322,8 в 2013 г. (оба показателя по состоянию на конец года, рис. 5.8).

После 2007 г. для роста первичной заболеваемости ВИЧ-инфекцией характерен линейный тренд. В 2013 г. уровень заболеваемости был в 2,2 раза выше, чем в 2006 г., и составлял 44,3 случая в расчете на 100 тыс. населения. С начала регистрации наибольшее число ВИЧ-инфицированных лиц регистрировалось в горо-



**Рис. 5.8.** Число состоящих на учете больных ВИЧ-инфекцией, Россия, 1999–2013 гг.

*Источники:* данные Минздрава России; расчеты авторов.

дах Санкт-Петербурге и Москве, Свердловской, Московской, Самарской, Иркутской областях.

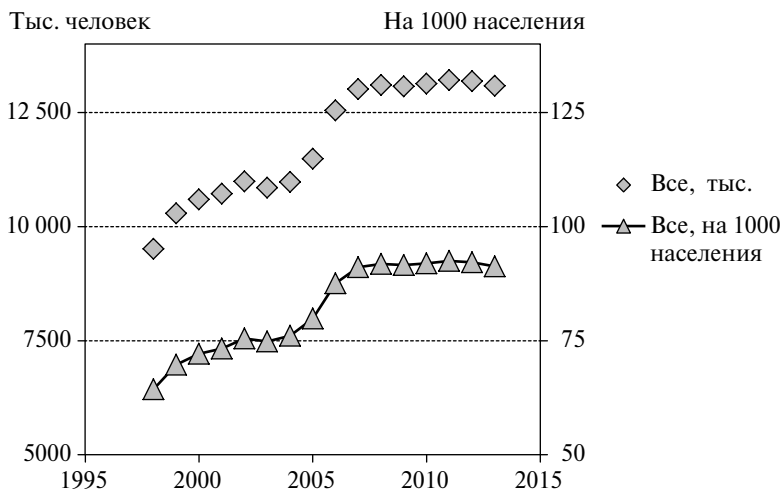
Остается актуальной проблема внутривенного заражения потребителей наркотиков. Так, в большинстве регионов России около 75% вновь зарегистрированных ВИЧ-инфицированных являются внутривенными потребителями наркотиков. Наибольшую тревогу вызывает тот факт, что 70–80% ВИЧ-инфицированных — это молодежь 15–29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

#### **5.4. Инвалидность детей растет, а взрослых снижается: эффект социальной политики?**

Согласно официальным данным общая численность инвалидов<sup>1</sup> на начало 2013 г. составила 13,08 млн человек, что в три с лишним раза больше, чем в 1991 г. В динамике этого показателя можно выделить несколько периодов. Постепенный рост в первой половине 1990-х гг. отражал подспудное изменение определения инвалидности, которая де-факто вышла за границы трудоспособного возраста. Скачкообразный рост во второй половине 1990-х гг.

<sup>1</sup> Здесь и далее, если не сказано иначе, инвалидами будем называть лиц, получающих пенсии по инвалидности.

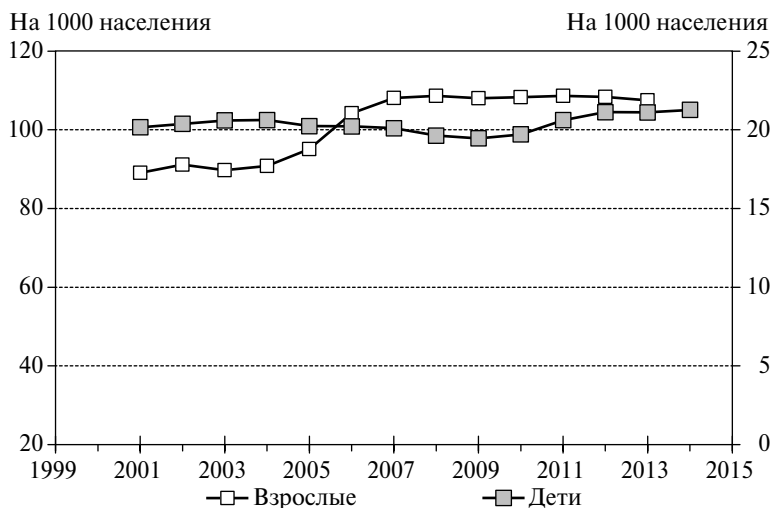
произошел после принятия в 1995 г. закона о социальной защите инвалидов, в котором де-юре инвалидность больше не связывалась с понятием трудоспособности. Тем не менее резкое увеличение численности инвалидов во второй половине 1990-х гг., особенно в 1997 г. — сразу на 2 млн человек, — в большей мере результат улучшения учета инвалидов, получающих трудовую пенсию по старости. Поэтому сопоставимый ряд чисел начинается только с 1999 г. На этот момент численность инвалидов достигла 10,3 млн. Однако, как следует из рис. 5.9, и в сопоставимый период инвалидность населения России продолжала нарастать. Решающее значение имел всплеск инвалидности в 2004–2006 гг. За три года число инвалидов увеличилось на 2 млн человек, причем половина прироста выпала на 2005 г. С тех пор общая численность инвалидов колеблется в районе 13,1 млн человек, а уровень инвалидности — около 92 на 1000 населения.



**Рис. 5.9.** Общая численность инвалидов (левая ось) и общий коэффициент распространности инвалидности (правая ось), Россия, 1998–2014 гг., на начало года

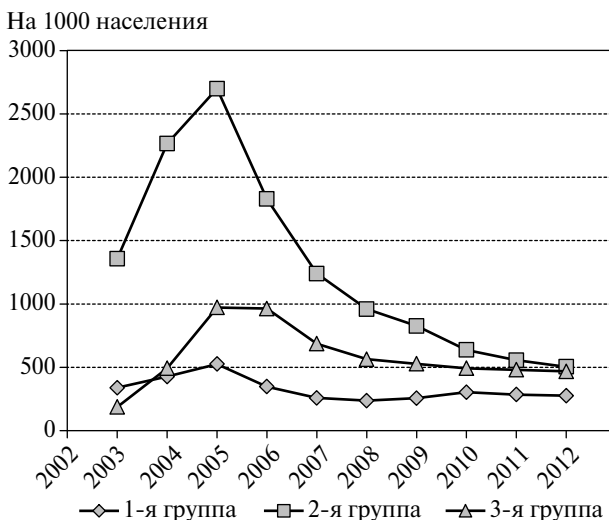
*Источник:* Социальное положение и уровень жизни населения России. М.: Росстат, 2002–2013.

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. 5.10). Упомянутый выше всплеск инвалидности в 2004–2006 гг. отсутствует в тренде детской инвалидности. Из анализа первичной инвалидности взрослых по трем возрастным группам (18–44/49; 45/50–54/59 и 55+/60+ лет соответственно для женщин и мужчин) следует, что всплеск относится к последней из них — пенсионной (рис. 5.11). 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 г. спад



**Рис. 5.10.** Распространённость инвалидности среди взрослых (левая ось) и детей до 18 лет (правая ось), Россия, 2001–2014 гг., на начало года

*Источник:* Социальное положение и уровень жизни населения России. М.: Росстат, 2002–2013.



**Рис. 5.11.** Уровень первичной инвалидности в пенсионном возрасте (женщины 55 лет и старше, мужчины 60 лет и старше) по трем группам инвалидности, Россия, 2002–2012 гг.

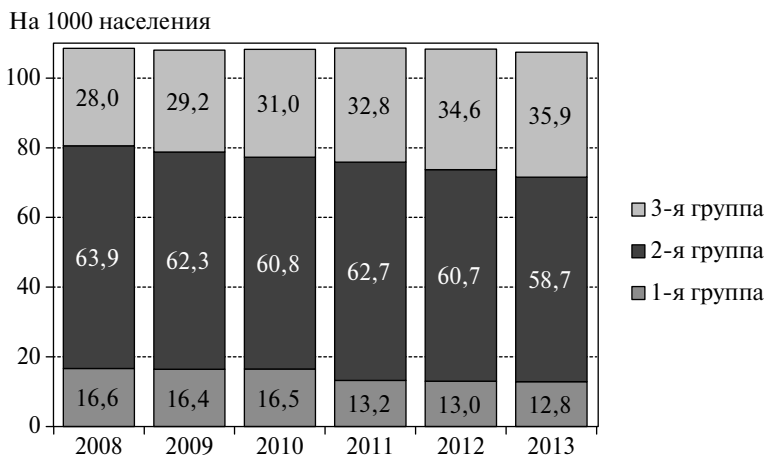
*Источник:* расчеты С.А. Васина на основе неопубликованных данных Росстата.

в уровне первичной инвалидности, который, что удивительно, сильнее всего проявился в двух самых тяжелых группах.

В результате за последнее десятилетие структура первичной инвалидности по группам коренным образом изменилась: если до 2004 г. пропорция самой легкой из них была наименьшей, то в 2012 г. 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 г.<sup>2</sup> Так, на рис. 5.12 видно, что при почти неизменном в последние годы уровне распространенности инвалидности ее структура по тяжести состояния стала заметно «легче».

Показатель инвалидности детей таких значительных изменений не испытывал. На начало 2014 г. его уровень составил 21,3

<sup>2</sup> До этого распределения для взрослых по трем степеням тяжести инвалидности в отдельности не доступны.



**Рис. 5.12.** Общий коэффициент распространенности инвалидности среди взрослых по трем группам тяжести состояния, Россия, 2008–2013 гг. (на начало года)

*Источник:* Социальное положение и уровень жизни населения России. М.: Росстат, 2002–2013.

на 1000 детей — на 1,1‰ выше, чем в 2001 г. Столь малое изменение по сравнению с динамикой показателя для взрослых складывается за счет двух противоположных тенденций: снижение в 2004–2008 гг. и рост после 2008 г.

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 гг., 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 г. первичная инвалидизация всего населения

снижается, причем после 2010 г. 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 гг., который затем сменился на противоположный. Устранение структурного фактора приводит к выводу, что снижения не было и рост детской инвалидности начался на год раньше — с 2008 г. и выражен сильнее.

Таким образом, с 2008 г. в детских и взрослых возрастах наблюдаются противоположные тенденции: инвалидность детей растет, взрослых — снижается. До 2008 г. 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 гг.

### **5.5. Здоровье населения и ожидаемая продолжительность здоровой жизни**

Период с 2005 по 2011 г. в России характеризовался поступательным ростом ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ), причем как при рождении, так и взрослых, и пожилых мужчин и женщин. В 2011 г. она составила 44,9 года для 20-летних мужчин и 57,1 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. Так, согласно сценарию пандемической заболеваемости<sup>3</sup> рост продолжительности жизни происходит за счет удлинения периода жизни, проживаемого с хроническими заболеваниями и ограничениями в активности, и его пропорции в общей продолжительности жизни.

<sup>3</sup> *Olshansky J., Ault B.* The fourth stage of the epidemiologic transition: The age of delayed degenerative diseases // *The Milbank Quarterly.* 1986. Vol. 64 (3). P. 355–391.

Существует и более оптимистическая гипотеза, предусматривающая 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<sup>4</sup> (ОПЗЖ), совмещающие информацию о смертности и распространенности заболеваний и ограничений в здоровье, дают возможность проверки этих гипотез. Так, если рост ожидаемой продолжительности жизни ( $e(x)$ ) сопровождается ростом ее доли, проживаемой без ограничений в активности (или хорошим самочувствием в целом) —  $eH(x)$ , можно говорить о сокращении заболеваемости, в противном случае, при снижении  $eH(x)$ , речь идет о пандемической заболеваемости.

С использованием данных Комплексного обследования условий жизни (КОУЖ—2011)<sup>5</sup>, а также другого представительного общероссийского обследования «Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения» (RLMS HSE)<sup>6</sup>, 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<sup>7</sup>.

---

<sup>4</sup> *Sullivan D.* A single index of mortality and morbidity // HSMHA Health Report. 1971. No. 86.

<sup>5</sup> Обследование проведено Росстатом в 2011 г. по общероссийской репрезентативной выборке объемом 10 тыс. домохозяйств. URL: [http://www.gks.ru/free\\_doc/new\\_site/KOUZ/survey0/index.html](http://www.gks.ru/free_doc/new_site/KOUZ/survey0/index.html).

<sup>6</sup> Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ (RLMS HSE), проводимый НИУ ВШЭ и ЗАО «Демоскоп» при участии Центра народонаселения Университета Северной Каролины в Чапел Хилле и Института социологии РАН (см.: <http://www.cpc.unc.edu/projects/rhms>; <http://www.hse.ru/rhms>).

<sup>7</sup> 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.



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 рис. 5.13.



**Рис. 5.13.** 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 г.

*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

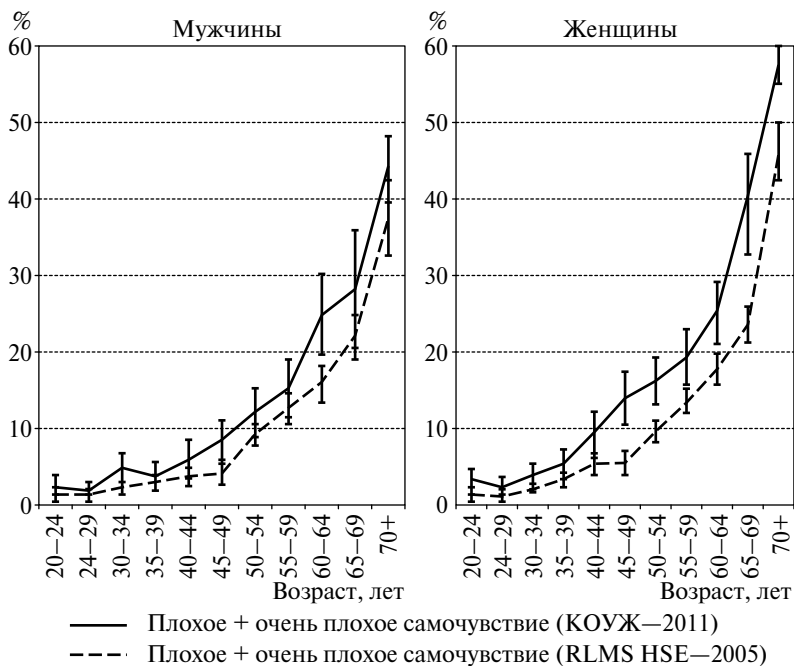
собственное здоровье как «плохое» или «очень плохое», 3,7 года — с инвалидностью или 12,4 года — при наличии диагностированных врачом хронических заболеваний. Женщинам того же возраста при ожидаемой продолжительности жизни 57,1 года предстояло прожить 8,5 года, оценивая собственное здоровье как «плохое» 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.

Данные о распространенности плохого самочувствия показали, что она снизилась за 2005–2011 гг., причем, если рассматривать женщин начиная с возрастной группы 40–44, это снижение является значимым. Об этом говорят данные обоих независимых выборочных опросов (рис. 5.14).

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. 5.15). 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.

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 пло-

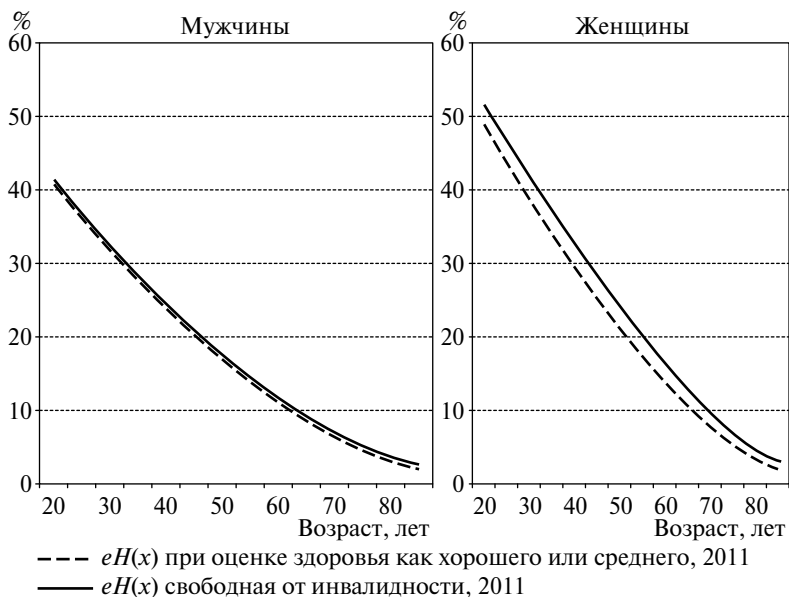


**Рис. 5.14.** Доля тех, кто оценил собственное здоровье как «плохое» или «очень плохое», 2005 и 2011 гг.

*Источник:* расчеты А.В. Рамонова по данным выборочного исследования «Комплексное обследование условий жизни населения» (Росстат, 2011) и выборочного исследования «Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения» (НИУ ВШЭ, 2005).

хого 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 г. 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).



**Рис. 5.15.** 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).

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 продолжительность жизни при оценке собственного здоровья как хорошего или среднего.

Для построения функции ОПЗЖ для г. Москвы использованы возрастные функции распространенности по аналогии с теми,

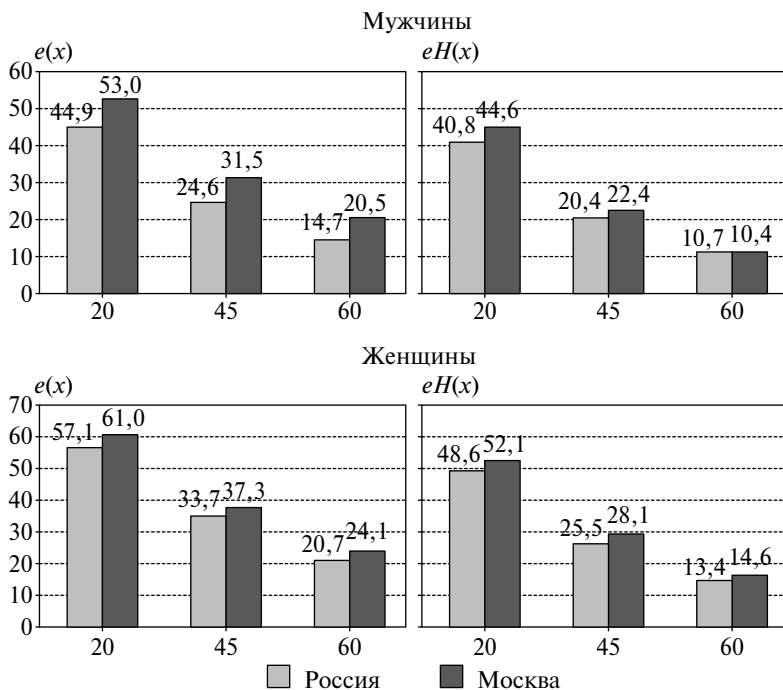
что были продемонстрированы ранее для России в целом. В связи с небольшим количеством респондентов, оценивших собственное здоровье как плохое, полученные кривые подвержены случайным колебаниям. Для преодоления этого использованы функции сглаживания, разработанные Е.М. Андреевым для подобных целей<sup>8</sup>.

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. Разницы в продолжительности жизни 20-летних мужчин между Москвой и Россией в целом в 2011 г. составила 8,1 года, женщин — только 3,9. Для 60-летних мужчин аналогичная разница составила 5,8 года, женщин — 3,3 (рис. 5.16). Разница в ожидаемой продолжительности здоровой жизни между Москвой и Россией несколько меньше как у мужчин, так и у женщин. В 2011 г. доля ожидаемой продолжительности жизни 20-летних мужчин, проживаемая в хорошем или среднем здоровье, в России в целом составила 91%, в Москве — 84%. У 20-летних женщин показатели сравнялись и составили 85%.

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.

---

<sup>8</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. Vol. 81. P. 778–788.



**Рис. 5.16.** Ожидаемая продолжительность жизни в целом и при оценке собственного здоровья как хорошего или среднего, для мужчин и женщин в возрасте 20, 45 и 60 лет, Россия в целом и г. Москва, 2011 г.

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