

ОЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЗДОРОВОЙ ЖИЗНИ: МЕТОДОЛОГИЯ И АНАЛИЗ СИТУАЦИИ В РОССИИ

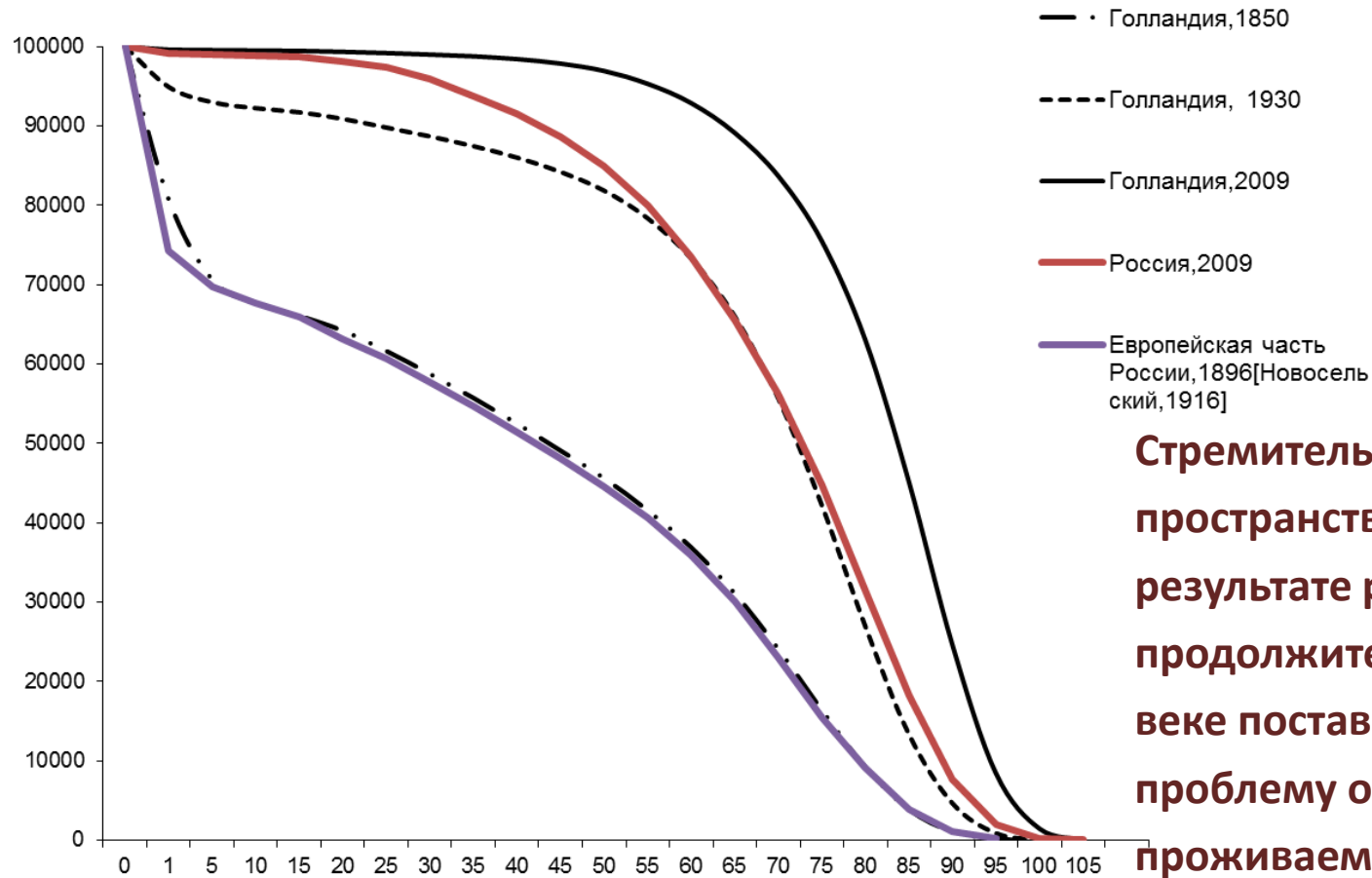
Александр Владимирович Рамонов

Институт демографии, НИУ ВШЭ

Руководитель:

д.э.н. Анатолий Григорьевич Вишневский

АКТУАЛЬНОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ



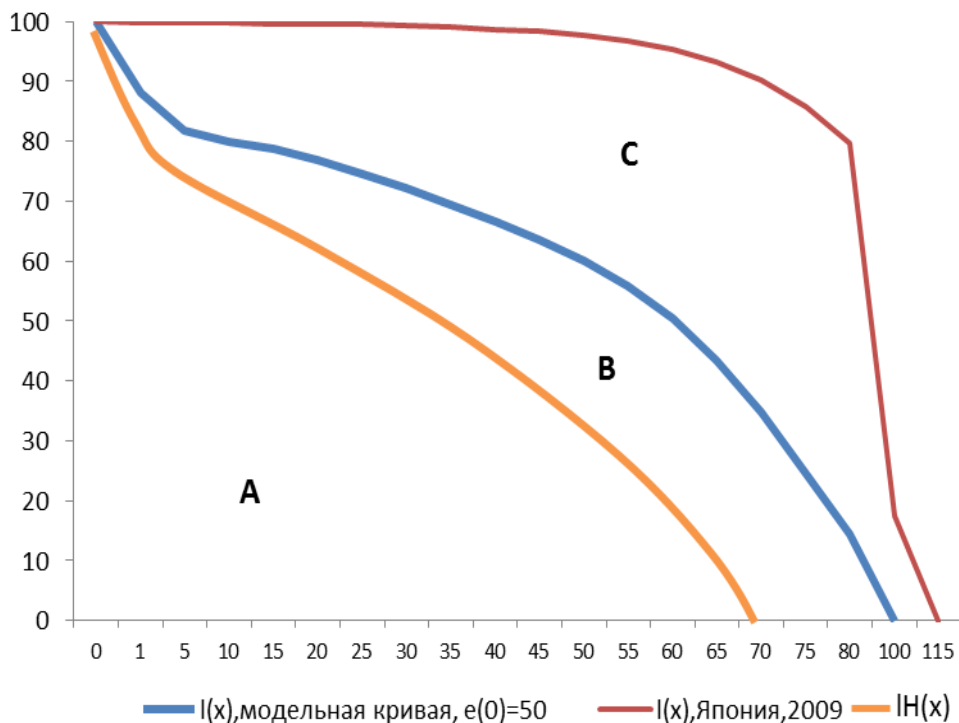
Стремительное расширение пространства жизни человека в результате роста продолжительности жизни в 20 веке поставило в повестку дня проблему оценки качества проживаемых лет, с учетом ограничений в здоровье

Ее решение с помощью введения представления об ожидаемой продолжительности здоровой жизни и ее измерении с использованием классических методов демографических таблиц было предложено лишь в 1960-е годы [Sanders,1964;Sullivan,1971].

СИСТЕМА ИНТЕГРАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ: 2 ГРУППЫ

*Идея расчета интегральных показателей проста. Демографы на основе возрастных коэффициентов смертности определяют совокупное время жизни, прожитое тем или иным поколением людей, - это пространство под **кривой дожития $I(x)$** , **ключевой функции таблиц смертности**.*

Таким же образом можно определить совокупное время, прожитое в состоянии здоровья, - пространство под **кривой $IH(x)$**



Площадь A – совокупное число лет, прожитых в состоянии здоровья

DFLE – Disability Free Life Expectancy

Площадь B – совокупное число лет, прожитых в состоянии нездоровья

Площадь A+B – все прожитое время

Площадь C – совокупное число лет, не дожитых до заданного стандарта. Как правило, страна с тах продолжительностью жизни при рождении, Япония.

Площадь B+C – совокупные потери из-за утраты здоровья или жизни

DALYs – Disability Adjusted Life Years = Years of life Lost + Years of Life Disabled

Задача сводится к нахождению функции $IH(x)$.

С этим и связаны главные трудности. Они могут быть методологическими и информационными.

Методологические трудности:

- а) множественность возможных определений здоровья, а значит, и границ между здоровьем и нездоровьем. При одной и той же функции $I(x)$ может быть неограниченное число вариантов $IH(x)$, и исследователь всегда стоит перед проблемой обоснования выбора одного или нескольких из них;
- б) множественность градаций, степеней тяжести утраты здоровья при любом выбранном критерии;
- в) обратимость состояния нездоровья (полное или частичное выздоровление);
- г) разнообразие причин ограничения здоровой жизни (в терминах МКБ) и необходимость их учета для понимания структуры «бремени болезней», а значит и приоритетов деятельности, направленной на снижение этого бремени.

Рассмотрение этих методологических трудностей и возможностей их преодоления составляет **первую группу задач**, решаемых в диссертации.

Им посвящена первая глава.

Различные составляющие:

- Медицинская (здоровье как отсутствие диагностированных хронических заболеваний)

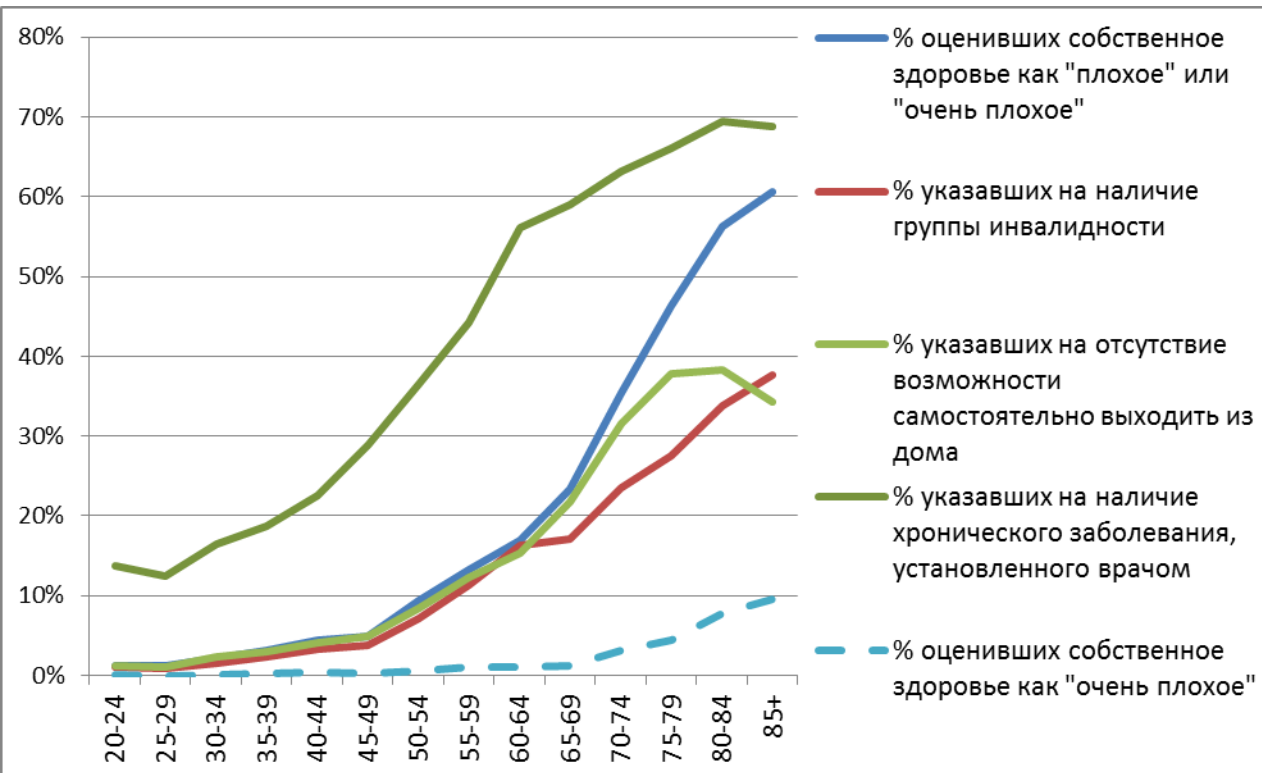
$\pi(x)$ – распространенность хронических заболеваний

- Функциональная (отсутствие ограничений или возможность успешно выполнять повседневные социальные функции)

$\pi(x)$ – распространенность инвалидности или функциональных нарушений

- Субъективная (здоровье как отсутствие жалоб, ощущения беспокойства, болей и ощущение благополучия в целом)

$\pi(x)$ – распространенность плохого самочувствия



$\pi(x)$ и полученные значения ОПЗЖ зависят от выбранного определения здоровья и вариантов разбиения совокупности на здоровых и нездоровых.

Комплексное обследование условий жизни населения, Росстат, 2011

ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТРУДНОСТИ ПРИ ОЦЕНКЕ ИНТЕГРАЛЬНЫХ МЕР

Более серьезные трудности – **информационного характера**.

Для построения ключевой функции $IH(x)$, необходимо иметь оценки распространённости нездоровья детализированные по полу и возрасту **функции $\pi(x)$** . Для их получения нужна надежная **эмпирическая база** показателей здоровья населения, обеспечивающая необходимую степень детализации по полу и возрасту.

Информация о здоровье населения



Объективный способ получения

Статистика заболеваемости (амбулаторной по обращаемости, госпитальной), инвалидности, регистры заболеваемости - **согласно произведенным наблюдениям и поставленным диагнозам** врачами



Субъективный

Данные переписей населения и выборочных обследований. Информация **со слов самого человека**.

В России

Статистика заболеваемости – отсутствие детализированных по полу и возрасту показателей распространённости за некоторыми исключениями, разные основания классификации – обращение, госпитализация, временная утрата трудоспособности. Статистика инвалидности - проблема «социально стимулированной» инвалидности [Малева, Васин, Голодец, Бесфамильная, 1999]

Большинство обследований содержит несколько общих вопросов о здоровье (RLMS HSE, РидМиЖ, КОУЖ 2011). Исключение – обследование SAGE (2007-2010), обследование здоровья пожилых людей в России. Наличие инструментов, рекомендованных для оценки ОПЗЖ JA-EHLEIS, Евростат => сопоставимость.

СХЕМА ПОСТРОЕНИЯ ТАБЛИЦ ОПЗЖ, ОЦЕНКИ ДЛЯ РОССИИ

Анализ методологических основ и информационных возможностей построения таблиц ожидаемой продолжительности жизни подводит к решению *третьей группы задач* работы: **построению таких таблиц для России**, оценке ожидаемой продолжительности здоровой жизни россиян, **сравнительному анализу** полученных показателей в России, странах Западной и Восточной Европы и разработке предложений по расширению российской информационной базы показателей здоровья.

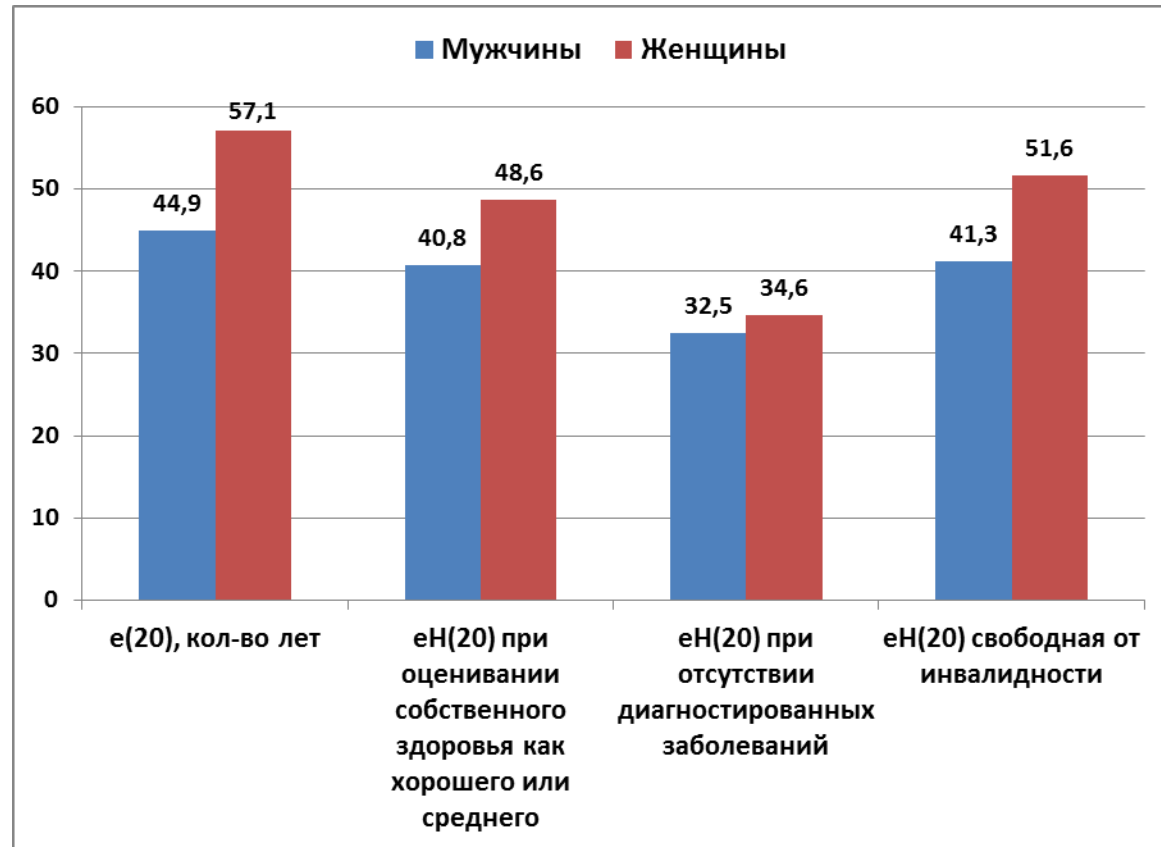
Мужчины Россия ,2011, x	$m(x)$	$e(x)$	$\pi(x)$, плохое и очень плохое здоровье	$\pi(x)$, хронические заболевания диагностиро ванные врачом	$\pi(x)$, инвали дность
15	0,001	49,7	1%	8%	1%
20	0,002	44,9	1%	9%	1%
25	0,004	40,4	1%	12%	1%
75	0,092	7,9	38%	63%	33%
80	0,138	6,1	46%	69%	40%
85	0,201	5,0	54%	76%	48%

x – возраст

$m(x)$ – возрастные коэффициенты смертности

$e(x)$ – ожидаемая продолжительность жизни в возрасте x

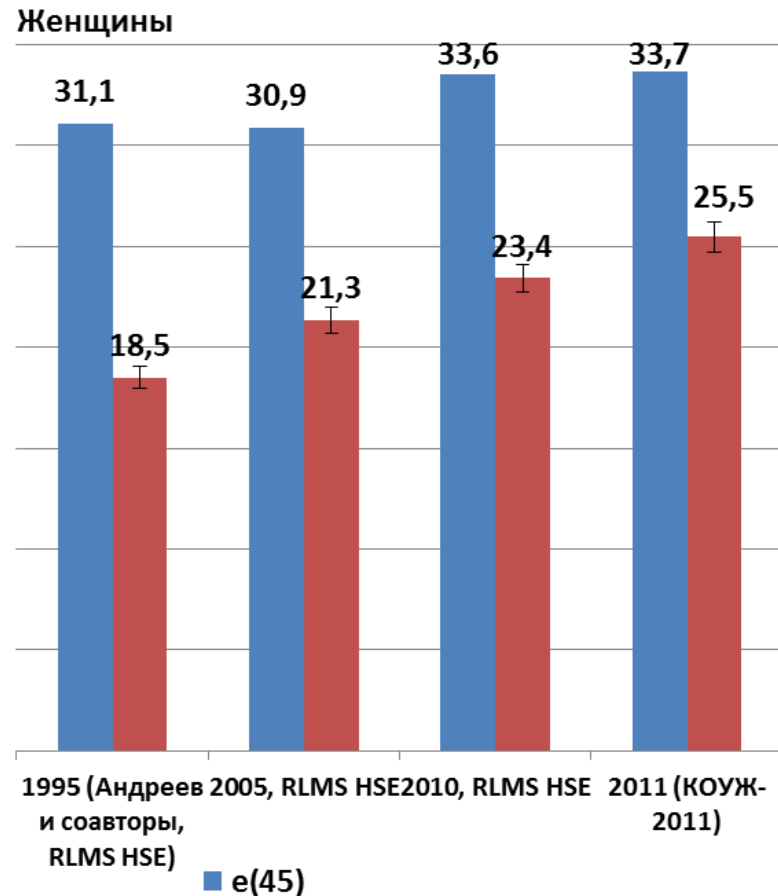
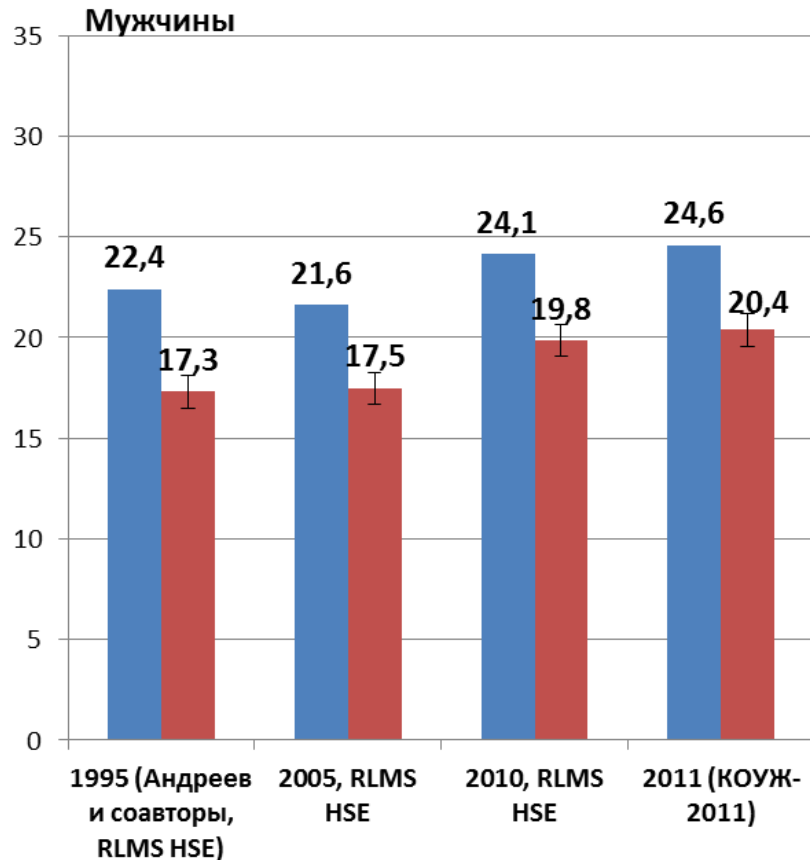
$\pi(x)$ – распространенность различных ограничений в здоровье, %



Построение доверительных интервалов

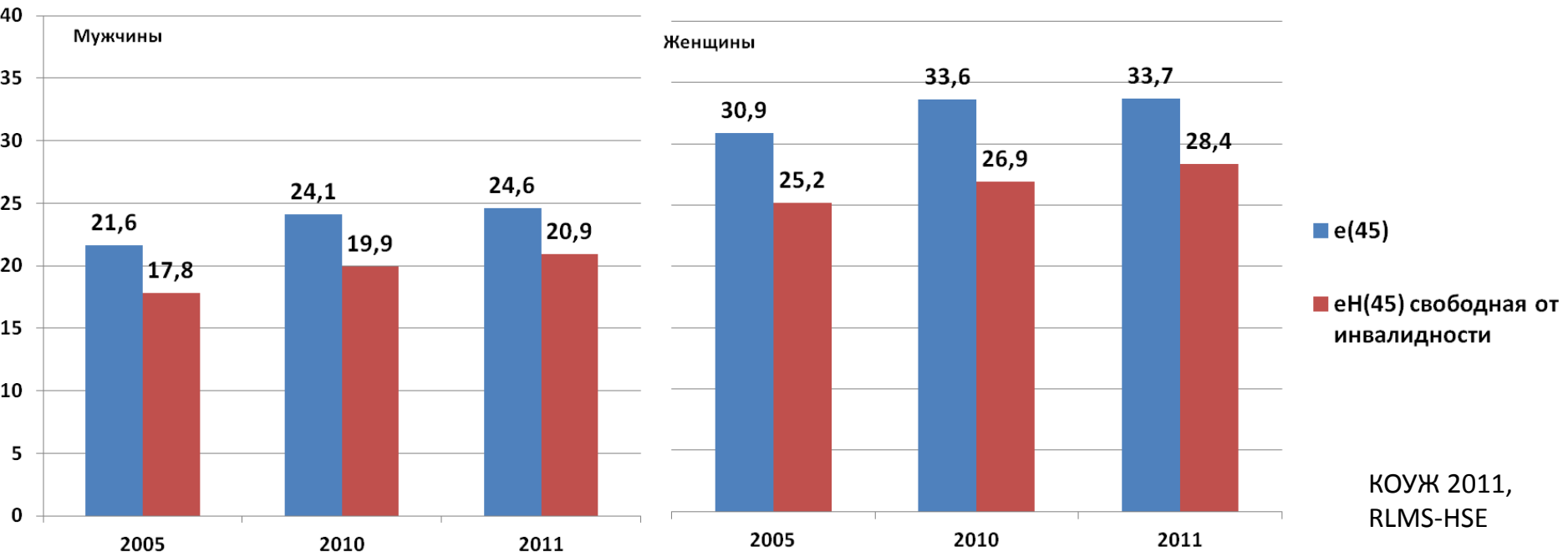
Положительная динамика ОПЗЖ при оценке собственного здоровья как «хорошего» или «среднего» в России в последние годы на фоне роста ожидаемой продолжительности жизни, особенно среди женщин за счет снижения распространенности плохого здоровья.

2 независимых источника данных



■ e(45)
 ■ eH(45) при оценке собственного здоровья как хорошего или среднего
 КОУЖ 2011, RLMS-HSE

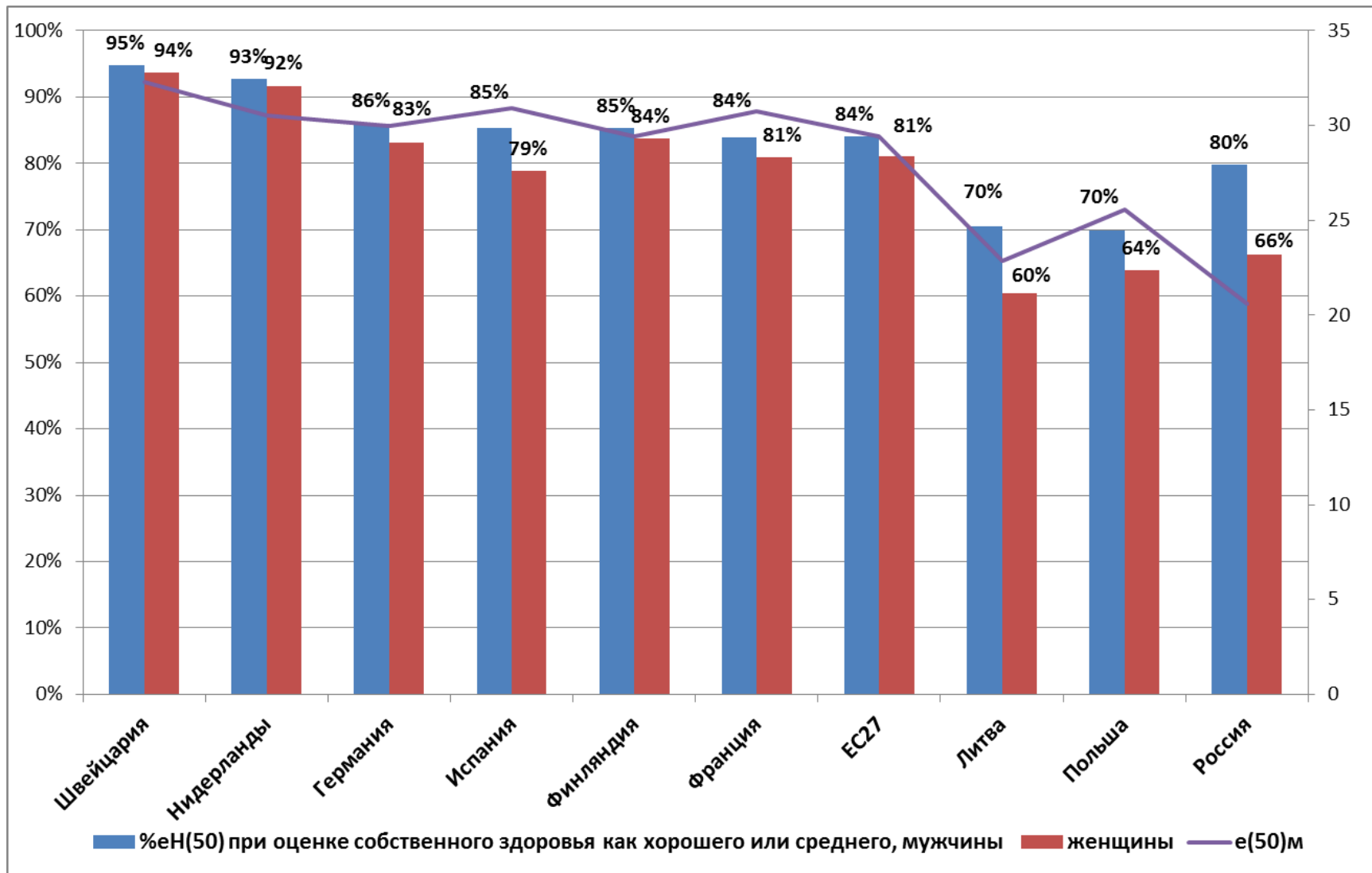
ОПЗЖ свободная от инвалидности увеличилась за счет общего снижения смертности мужчин и женщин, снижения распространенности инвалидности не происходило



г Спирмена	Инвалидность	Плохое здоровье в целом (плохое+очень плохое)
Трудности при передвижении	0,4	0,5
Затруднения при самообслуживании	0,4	0,5
Ограничения в повседневной активности из-за проблем со здоровьем	0,4	0,5
2 и более двух хронических заболеваний одновременно	0,3	0,4
Депрессии(постоянно или иногда)	0,2	0,3
Боли(сильные и умеренные)	0,2	0,3

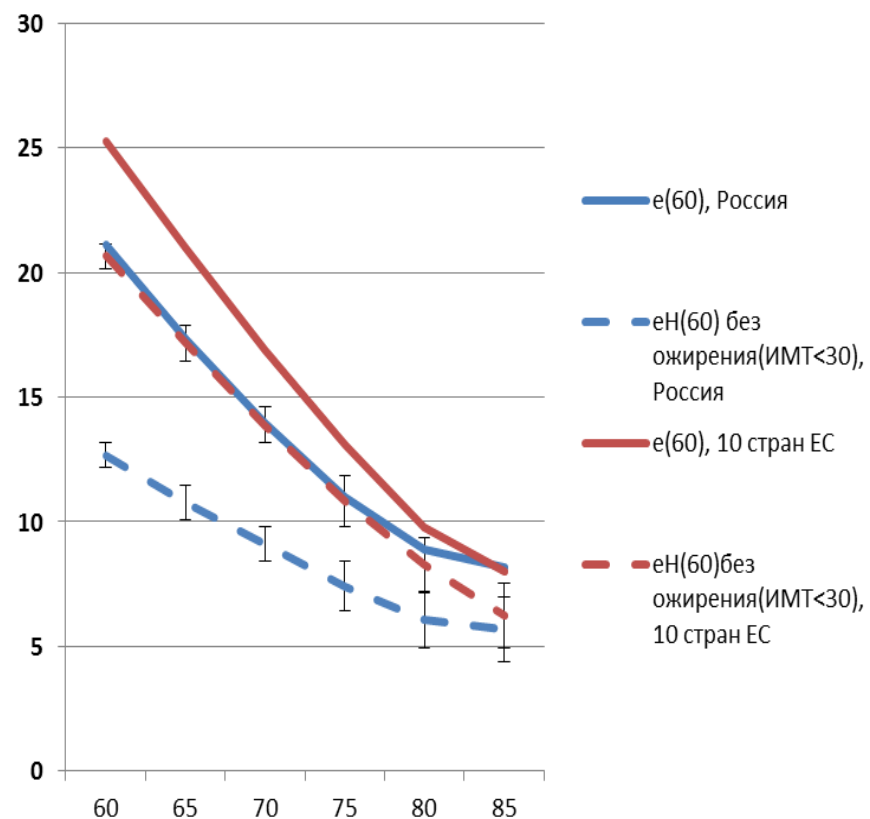
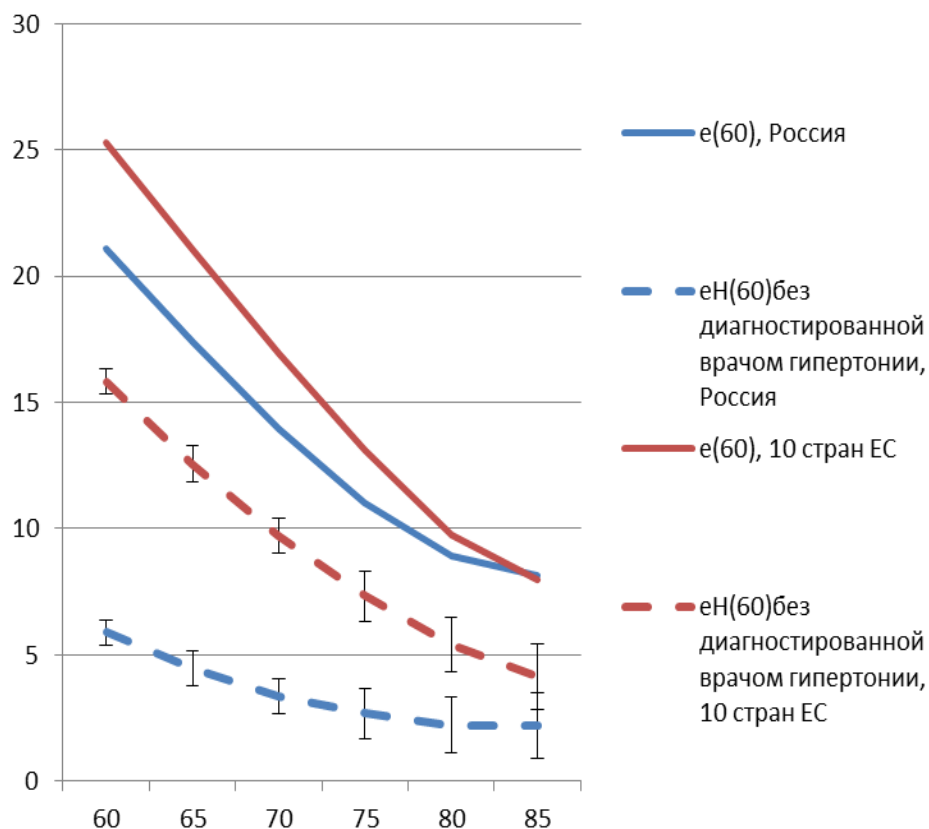
ПОЛОЖЕНИЕ РОССИИ НА ФОНЕ СТРАН ЕС

Международные сопоставления говорят об отставании российских мужчин по показателям дожития в трудоспособных возрастах, женщин – по показателям дожития и состоянию здоровья в пожилых возрастах



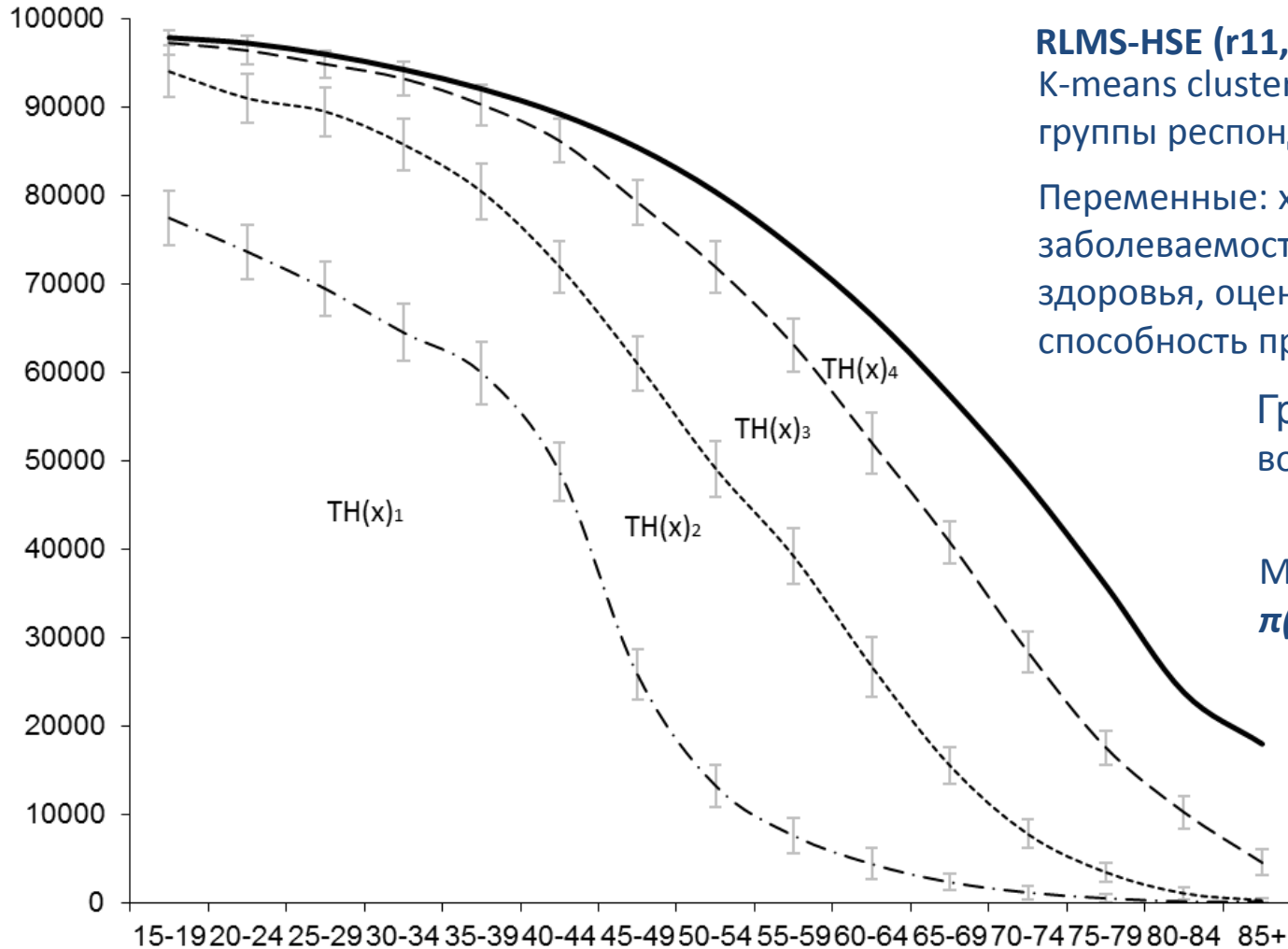
ПОТЕРИ ОТ ГИПЕРТОНИИ И ОЖИРЕНИЯ НА ФОНЕ СТРАН ЕС

В частности, российские **пожилые женщины** значительно уступают их западноевропейским сверстницам по распространенности гипертонии и ожирения (ИМТ>30)



По данным обследований SAGE (ВОЗ) 2007-2010 и SHARELIFE 2010, а также Росстата и Евростата

КОМПЛЕКСНАЯ МОДЕЛЬ ДОЖИТИЯ С УЧЕТОМ ЗДОРОВЬЯ



RLMS-HSE (r11,2002)

K-means cluster: 4 равно наполненные группы респондентов

Переменные: хроническая заболеваемость, самооценка здоровья, оценка зрения и слуха, способность пробежать километр

Группировка по возрастным интервалам

Множественная функция $\pi(x)$: $\pi_1(x)$, $\pi_2(x)$...

TH(x)₁ Человеко-годы, проживаемые при невысоком бремени хронических заболеваний, отсутствии физических и сенсорных ограничениях, хорошей самооценке здоровья

TH(x)₂ Человеко-годы, проживаемые при растущем бремени хронических заболеваний (66%), легких физических и сенсорных ограничениях

TH(x)₃ Человеко-годы, проживаемые с хроническими заболеваниями . физическими и сенсорными ограничения средней и высокой степени тяжести или стадия компенсации

TH(x)₄ Человеко-годы, проживаемые с тяжелыми и очень тяжелыми функциональными ограничениями, при ощущении неблагополучия в целом

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!