

ОЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЗДОРОВОЙ ЖИЗНИ В КОНТЕКСТЕ ДЕСЯТИЛЕТИЯ ЗДОРОВОГО СТАРЕНИЯ ООН

© СИНДЯШКИНА Е. Н., 2022

СИНДЯШКИНА Евгения Николаевна, кандидат экономических наук, доцент, старший научный сотрудник отдела комплексных социально-экономических исследований Центра сравнительных социально-экономических и политических исследований (syndyash@yandex.ru), ORCID: 0000-0001-6410-5643.

Национальный исследовательский институт мировой экономики и международных отношений им. Е.М. Примакова РАН, РФ, 117997 Москва, Профсоюзная, 23.

Синдяшкина Е.Н. Ожидаемая продолжительность здоровой жизни в контексте Десятилетия здорового старения ООН. *Анализ и прогноз. Журнал ИМЭМО РАН*, 2022, № 1, сс. 40-53. DOI: 10.20542/afij-2022-1-40-53

DOI: 10.20542/afij-2022-1-40-53

УДК: 338.27

Поступила в редакцию 09.12.2021.

Доработана после рецензирования 23.01.2022.

Принята к публикации 05.04.2022.

Показатель ожидаемой продолжительности здоровой жизни широко применяется в демографических и социальных прогнозах. Пандемия коронавирусной инфекции внесла свои коррективы в долгосрочные тенденции роста продолжительности жизни, отразилась на перспективах здорового старения. В статье рассматриваются методологические вопросы измерения ожидаемой продолжительности здоровой жизни, межстрановые сопоставления, основные тенденции и особенности формирующегося неравенства в этой сфере. Повышение продолжительности здоровой жизни, активное долголетие, развитие “серебряной экономики” могут стать ответом на демографические вызовы старения при наличии необходимых ресурсов как на уровне стран, так и на уровне групп населения.

Ключевые слова: продолжительность здоровой жизни, старение, здоровье, неравенство, социальная политика, активное долголетие, “серебряная экономика”, пандемия COVID-19, прогнозные исследования.

Продолжительность жизни – один из конвенциональных показателей общественного прогресса, входящий в состав Индекса человеческого развития (ИЧР). При расчете ИЧР учитываются значения трех компонентов: благосостояния, образования и долголетия. Индикатором последнего как раз и служит “ожидаемая продолжительность жизни при рождении”, которая, в свою очередь, позволяет в наиболее общем виде оценить состояние здоровья населения. В международной статистике и в прогнозных исследованиях применяется также интегральный показатель ожидаемой продолжительности здоровой жизни, позволяющий объединить информацию о состоянии здоровья и смертности населения.

Социальный контекст изучения ожидаемой продолжительности здоровой жизни наряду с медицинскими аспектами включает широкий круг проблем в различных сферах: неравенство качества жизни, в том числе неравенство здоровья населения и возможности прогресса в этой области для развитых и развивающихся стран; социальная политика и социальные обязательства государства; демографические тенденции и вызовы, в первую

очередь вопросы старения населения; прогнозные исследования демографических и социальных процессов.

Пандемия новой коронавирусной инфекции, ставшая событием, без преувеличений перевернувшим жизнь современного общества, резко прервала сформировавшиеся долгосрочные тенденции в области состояния здоровья населения, ожидаемой продолжительности жизни в мире, отразилась на перспективах здорового старения, породила новые аспекты неравенства, привела к изменениям в социальной политике и системах здравоохранения. Все эти вопросы требуют нового осмысления, анализа, оценок перспектив развития и возможностей прогресса в этих областях.

Из всех разнообразных аспектов проблематики ожидаемой продолжительности здоровой жизни в данной статье рассматриваются три блока вопросов: методологические вопросы измерения; наблюдаемое в мире неравенство в этой области и активное долголетие как один из возможных ответов на демографические вызовы старения.

ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ ОЖИДАЕМОЙ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЗДОРОВОЙ ЖИЗНИ В МЕЖДУНАРОДНОЙ СТАТИСТИКЕ

Прежде чем говорить о тенденциях ожидаемой продолжительности здоровой жизни и их взаимосвязи с проблемами старения населения, необходимо остановиться на методологических аспектах измерения, специфике и сфере применения показателя ожидаемой продолжительности здоровой жизни.

Показатель ожидаемой продолжительности здоровой жизни, используемый в международной статистике, – прогнозный показатель, показывающий, сколько лет человеку предстоит прожить в здоровом состоянии при условии, что на протяжении его жизни возрастные уровни смертности и заболеваемости не изменятся. Идея обобщающего индикатора, позволяющего учитывать и продолжительность жизни, и состояние здоровья, была предложена в 1964 г. Б. Сандерсом [1]. Название “Ожидаемая продолжительность здоровой жизни” (*Health Adjusted Life Expectancy, HALE*) было сформулировано Д. Салливаном в 1971 г., он также разработал теоретические основы и методологические подходы к расчетам [2]. В настоящее время используются различные варианты этого индикатора или производных от него, но принцип расчета не меняется – продолжительность здоровой жизни (*HALE*) определяется как разность между общей продолжительностью жизни и числом лет, прожитых в нездоровом состоянии.

При этом разграничение здорового и нездорового состояния является ключевой проблемой при оценке *HALE*. Измерение отдельных показателей здоровья населения, таких как заболеваемость в расчете на 1000 человек населения по видам болезней, смертность по причинам смерти и по возрастам, не представляет затруднений, тогда как обобщенная оценка состояния здоровья – весьма сложная методологическая задача, не предполагающая простых и однозначных решений. Методологические сложности обусловлены неоднозначностью возможных определений границ между здоровым и нездоровым состоянием, а также множественностью градаций степени нездорового состояния; обратимостью нарушений (возможностью полного или частичного выздоровления).

Можно выделить два основных подхода к оценке состояния здоровья при расчете ожидаемой продолжительности здоровой жизни. Первый базируется на официальной статистике заболеваемости и выявленных закономерностях ухудшения здоровья после перенесенных заболеваний – этот подход использует Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). Второй подход, практикуемый, в частности, Евростатом, а также Росстатом, основывается на самооценках населения, получаемых в ходе различных национальных и международных обследований.

Подход ВОЗ. Оценки продолжительности здоровой жизни опираются на данные проекта “Изучение глобального бремени болезней” (ГББ)¹, который реализуется под эгидой ВОЗ и Всемирного банка. В ходе исследования бремени болезней К. Мюррэй и А. Лопес предложили использовать сравнительный индекс, который складывается из потерянных лет жизни в результате преждевременной смертности и лет, прожитых с нарушением здоровья, – “количество потерянных лет здоровой жизни” (*Disability Adjusted Life Year, DALY*) [3]. В дальнейшем методика была модифицирована и подробно представлена в публикациях [4; 5; 6].

Количество потерянных лет здоровой жизни для каждого вида заболеваний определяется как сумма лет жизни, потерянных в результате смертности от него, и лет жизни, прожитых с нарушением здоровья, вызванным данным заболеванием. При оценке лет жизни, прожитых с нарушением здоровья, количество случаев заболевания (по каждому виду) за определенный период умножается на его среднюю продолжительность и условный коэффициент тяжести по шкале от 1 (смерть) до 0 (полное здоровье), который определяется на основании разработанной математической модели [5]. После оценки потерянных лет здоровой жизни вычисляется ее ожидаемая продолжительность.

Многие исследователи отмечают ряд сложностей и ограничений применения такой методики [7; 8]. Прежде всего, это связано с условностью критериев степени потери здоровья, также во многих странах недостаточно статистических данных для выполнения всех предусмотренных методикой расчетов, что и приводит к необходимости использования математического моделирования, различных экспертных оценок и допущений для получения данных. Тем не менее на сегодняшний день это основной общепринятый в международной статистике инструмент оценки ожидаемой продолжительности здоровой жизни. ВОЗ широко использует показатель *HALE* для мониторинга ситуации в сфере здоровья населения в различных странах, для разработки рекомендаций по увеличению продолжительности здоровой жизни и сокращению межгосударственного неравенства. Результаты публикуются в докладах ВОЗ “Мировая статистика здравоохранения”² и на сайте Всемирной организации здравоохранения в разделе “Глобальное наблюдение за здоровьем”³.

Подход Евростата. Статистическая служба Европейского союза, в дополнение к данным ВОЗ, рассчитывает показатель “Годы здоровой жизни” (*Healthy Life Years, HLY*), называемый также “Ожидаемая продолжительность жизни без нарушений здоровья” (*Disability-Free Life Expectancy, DFLE*). Этот индикатор тоже объединяет информацию о смертности и состоянии здоровья, однако методика отличается от используемой ВОЗ. Если Всемирная организация здравоохранения при оценке потерь лет здоровой жизни основывается в первую очередь на статистике заболеваемости и моделях расчета потерь по группам болезней, то данные Евростата в основном базируются на самооценках населением своего состояния.

Евростат публикует ряд данных, характеризующих состояние здоровья населения^{4,5}, на основании которых оценивается ожидаемая продолжительность здоровой жизни, по следующим разделам:

- самооценка здоровья и благополучия (симптомы депрессии по степени тяжести; самооценка своего здоровья в целом);
- самооценка функциональных ограничений (физические и сенсорные ограничения; затруднения в самообслуживании и в ведении домашнего хозяйства для лиц в возрасте 65 лет и старше; самооценка длительных ограничений в обычной деятельности из-за проблем со здоровьем);

¹ *Global Burden of Disease*. Institute for Health Metrics and Evaluation. Available at: <http://www.healthdata.org/gbd/2019> (accessed 15.09.2021).

² *World Health Statistics*. World Health Organization. Available at: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/en/ (accessed 20.09.2021).

³ *The Global Health Observatory: Explore a World of Health Data*. World Health Organization. Available at: <https://www.who.int/data/gho> (accessed 10.10.2021).

⁴ *Self-Perceived Long-Standing Limitations in Usual Activities due to Health Problem by Sex, Age and Labour Status*. Eurostat. Available at: http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_silc_06&lang=en (accessed 13.09.2021).

⁵ *Self-Perceived Health by Sex, Age and Labour Status*. Eurostat. Available at: http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_silc_01&lang=en (accessed 15.09.2021).

- самооценка хронической заболеваемости;
- травмы в результате несчастных случаев (со слов респондентов);
- детерминанты здоровья (индекс массы тела; оздоровительная физическая нагрузка; употребление фруктов и овощей; употребление табачных изделий и алкоголя).

Подход Росстата. В России с 2019 г. также рассчитывается показатель ожидаемой продолжительности здоровой жизни при рождении, для расчетов используются данные таблиц смертности и данные Выборочного наблюдения состояния здоровья населения. В Выборочном наблюдении представлен широкий круг вопросов, касающихся различных аспектов здоровья. Наряду с прямым вопросом “Как в целом вы оцениваете состояние своего здоровья в настоящее время” (от очень хорошего до очень плохого) задаются вопросы о наличии различных хронических заболеваний, а также о наличии недомоганий и функциональных нарушений по направлениям: подвижность; уход за собой; привычная повседневная деятельность; наличие боли или какого-либо дискомфорта, тревоги, депрессии⁶.

Этот блок вопросов, во многом сходный с вопросами Евростата, представляется исключительно важным прежде всего с позиций оценки продолжительности здоровой жизни, так как именно наличие либо отсутствие подобных ограничений и затруднений в повседневной жизни в значительной степени определяет здоровую жизнь. Также подобная информация необходима для определения потребности в инфраструктуре по уходу за пожилыми лицами и инвалидами. Однако, согласно методике Росстата, здоровое и нездоровое состояние оценивается на основании ответа на единственный вопрос (“Как в целом вы оцениваете состояние своего здоровья в настоящее время?”)⁷, без учета ответов на детализирующие вопросы, позволяющие более полно учесть ограничения здоровья и повысить объективность оценок. То есть подходы к оценке продолжительности здоровой жизни в методике Росстата близки к применяемым в Евростате, но расчеты проводятся в несколько упрощенной форме.

Таким образом, количество лет здоровой жизни (*HLY*), рассчитываемое Евростатом, несопоставимо с показателем *HALE*, рассчитываемым ВОЗ. Самооценка состояния здоровья носит субъективный характер, на нее влияет также принадлежность к той или иной социальной группе, поскольку люди с разным социально-экономическим статусом могут различным образом интерпретировать понятия здорового и нездорового состояния. Измеритель, используемый ВОЗ, более объективен, обеспечивает большую сопоставимость данных и в большей степени пригоден для межстрановых сравнений. При этом *HLY*, рассчитываемый Евростатом, позволяет учесть восприятие своего здоровья людьми, а также оценить испытываемые в повседневной жизни ограничения и, следовательно, потребность в уходе, в развитии соответствующих медицинских и социальных служб.

Использование различных способов оценки состояния здоровья при расчете ожидаемой продолжительности здоровой жизни позволяет в определенной степени нивелировать различные допущения и условности расчетов и выбирать наиболее адекватные для различных сфер применения и решаемых задач показатели. Так, для анализа неравенства ожидаемой продолжительности здоровой жизни в мире и тенденций в этой области более прочих подходит показатель ВОЗ, хотя и данные Евростата могут дать полезную дополнительную информацию. При анализе взаимосвязи продолжительности здоровой жизни с возможностями активного долголетия повышается значимость показателя Евростата, учитывающего различные функциональные ограничения и препятствия для активной жизни.

⁶ Выборочное наблюдение состояния здоровья населения 2020. Росстат. [The Selective Surveys of the State of Health of the Population 2020. Federal State Statistics Service. (In Russ.)] Available at: https://gks.ru/free_doc/new_site/ZDOR20/PublishSite_2020/index.html (accessed 20.10.2021).

⁷ Приказ от 25 февраля 2019 года № 95 об утверждении методики расчета показателя “Ожидаемая продолжительность здоровой жизни (лет)”. Министерство экономического развития Российской Федерации. Федеральная служба государственной статистики. [The Order on February 25, 2019 no. 95 on Approval of the Methodology for Calculating the Indicator ‘Healthy Life Expectancy (Years)’: Ministry of Economic Development of the Russian Federation. Federal State Statistics Service (In Russ.)] Available at: <https://docs.cntd.ru/document/552499807> (accessed 10.10.2021).

ТЕНДЕНЦИИ ОЖИДАЕМОЙ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЗДОРОВОЙ ЖИЗНИ В МИРЕ

Говоря о неравенстве в сфере здоровья населения и возможностях прогресса в этой области для стран с высоким и низким доходом, прежде всего рассмотрим сложившиеся до пандемии долгосрочные тенденции в динамике ожидаемой продолжительности здоровой жизни, иллюстрируемые данными ВОЗ и Евростата.

Ожидаемая продолжительность здоровой жизни по оценкам ВОЗ. За два прошедших десятилетия (2000–2019) в мире был достигнут значительный прогресс в области долголетия; общая ожидаемая продолжительность жизни увеличилась на 6.5 лет, продолжительность здоровой жизни – на 6 лет (здесь и далее см. данные табл. 1). Однако, несмотря на очевидный прогресс, сохраняется высокий уровень неравенства в вопросах долголетия и здоровья. Разрыв в продолжительности здоровой жизни и между регионами ВОЗ, и между группами стран с низким и высоким доходом достигает 13 лет, а между странами – лидерами по продолжительности здоровой жизни (Япония и Сингапур) и беднейшими странами с самыми низкими показателями (Лесото и Центральнаяафриканская Республика) – 28–30 лет (74 года и 44–46 лет)⁸.

Таблица 1. Ожидаемая продолжительность здоровой жизни (HALE), лет

	при рождении			в возрасте 60 лет		
	2000	2019	2019/2000, %	2000	2019	2019/2000, %
Весь мир	58	64	110.3	14.1	15.8	112.1
Регионы ВОЗ						
Африканский	46	56	121.7	11.5	13.3	115.7
Американский	64	66	103.1	15.7	16.6	105.7
Юго-Восточной Азии	55	61	110.9	12.0	13.7	114.2
Европейский	64	68	106.3	15.0	17.1	114.0
Восточного Средиземноморья	57	60	105.3	12.9	13.6	105.4
Западной части Тихого океана	64	69	107.8	14.7	16.5	112.2
Группы стран по уровню доходов						
Низкий доход	47	57	121.3	11.4	13	114.0
Ниже среднего	54	60	111.1	12.1	13.5	111.6
Выше среднего	62	67	108.1	14.0	16.0	114.3
Высокий	68	70	102.9	16.6	18.2	109.6

Источник: составлено автором по данным Всемирной организации здравоохранения⁹.

При этом наиболее интенсивный рост показателей продолжительности здоровой жизни наблюдался в Африканском регионе ВОЗ – на 10 лет или на 21.7%, тогда как в Американском регионе рост составил только два года или 3.1%. Как отмечается в исследовании “Качество жизни населения мира: измерение, тенденции, институты”, чем выше уровень социально-экономического развития страны, тем труднее добиться дальнейшего прогресса в области здоровья населения, для этого требуется перманентное увеличение финансирования и внедрение все более сложных медицинских технологий [9]. Особенно ярко эта закономерность проявляется при группировке стран по уровню дохода (классификация Всемирного банка по уровню валового национального дохода – ВНД на душу населения): рост ожидаемой продолжительности здоровой жизни замедляется от 121.0% в группе стран с низким доходом до 102.9% – в группе стран с высоким доходом.

⁸ The Global Health Observatory...Op. cit.

⁹ Healthy Life Expectancy (HALE) at Birth (Years). World Health Organization. Available at: <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/gho-ghe-hale-healthy-life-expectancy-at-birth> (accessed 22.09.2021).

В бедных развивающихся государствах такие результаты достигаются прежде всего за счет сокращения младенческой и материнской смертности, детской смертности в результате широкого внедрения давно применяемых в развитых странах методов лечения и профилактики, причем эти медицинские практики распространяются при поддержке экономически развитых стран и международных организаций. В развитых странах возможности такого роста уже исчерпаны, что наглядно иллюстрируется данными о соотношении расходов на здравоохранение и продолжительности здоровой жизни. Например, во Франции, Дании, Нидерландах, Великобритании при доле расходов на здравоохранение в ВВП 10–11% продолжительность здоровой жизни выросла с 2000 г. на 2–3 года, тогда как в Анголе, Конго, Эритрее – на 9–12 лет при расходах на здравоохранение 2.8–2.9% ВВП^{10,11,12}.

Таким образом, происходит постепенное сокращение неравенства между странами с низким и высоким доходом. При этом необходимо отметить, что бедные страны догоняют экономически развитые только по продолжительности здоровой жизни при рождении, тогда как разрыв между ними по продолжительности жизни в старших возрастах с 2000 г. не изменился и по-прежнему составляет 5.2 года.

В России как ожидаемая продолжительность жизни в целом, так и продолжительность здоровой жизни значительно ниже, чем в экономически развитых странах. Так, если рассматривать данные по регионам ВОЗ, то РФ опережает только Африканский регион, регионы Юго-Восточной Азии и Восточного Средиземноморья. От средних показателей продолжительности здоровой жизни по Европейскому региону Россия в 2019 г. отставала на 4 года, а от наиболее благополучных в этом отношении стран Европейского региона – на 9–10 лет. Однако разрыв постепенно сокращается. По темпам роста (112.3%) РФ опережает средний уровень по своей группе государств – и по Европейскому региону ВОЗ, и по странам с доходом выше среднего. Причем более быстрый, чем в России, рост наблюдался только в Африканском регионе ВОЗ и в группе стран с низкими доходами.

По продолжительности жизни в старших возрастах (в возрасте 60 лет) экономически развитые государства также существенно опережают Россию. Отставание России от среднего показателя по Европейскому региону составляло 2.1 года, от стран-лидеров (Франция, Испания, Швейцария) – 5.5 лет. При этом опережающий рост продолжительности жизни в возрасте 60 лет в России на мировом фоне выражен значительно ярче, чем продолжительности жизни при рождении. За 20 лет ожидаемая продолжительность здоровой жизни в возрасте 60 лет в России выросла на 22%, при этом в регионах ВОЗ рост составил от 5.4% в странах Восточного Средиземноморья до 15.7% в Африканском регионе.

Рассмотрим подробнее ситуацию с ожидаемой продолжительностью здоровой жизни в Европейском регионе, в который наряду со странами, расположенными в Европе, ВОЗ включает Турцию, Израиль, постсоветские государства, географически относящиеся к Азии. Разброс показателя *HALE* при рождении демонстрирует значительный уровень неравенства в Европейском регионе – от 73 лет в Швейцарии до 62 в Туркменистане в 2019 г., во главе списка – страны Северной, Западной, Южной Европы, средние показатели отмечаются в Восточной Европе, самые низкие – в большинстве постсоветских государств. Россия входит в число пяти стран, замыкающих список, опережая только Таджикистан и Туркменистан, однако по темпам роста она на втором (после Казахстана) месте. В число стран с опережающим ростом *HALE* также входят Узбекистан, Киргизия, Азербайджан, Молдавия и другие государства с низкой продолжительностью здоровой жизни, подтверждая тезис о том, что “чем на более

¹⁰ *Healthy Life Expectancy (HALE) at Birth (Years)...* Op. cit..

¹¹ *Total Health Care Expenditure*. Eurostat. Available at: <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00207/default/table?lang=en> (accessed 10.09.2021).

¹² *Рейтинг стран мира по уровню расходов на здравоохранение*. Всемирная организация здравоохранения. [Ranking of Countries in the World by the Level of Spending on Health Care. World Health Organization. (In Russ.)] Available at: <https://gtmarket.ru/ratings/global-health-expenditure> (accessed 15.10.2021).

низком уровне экономического развития находится та или иная страна, тем меньшие затраты требуются для улучшения ситуации. С ростом качества жизни все большие ресурсы требуются для дальнейшего прогресса” [9, с. 23].

По оценкам Европейского бюро ВОЗ, при сохранении сложившихся тенденций постсоветским странам может потребоваться до 50 лет, а “новым” странам Европейского союза – до 25 лет, чтобы достичь сложившихся в “старых” странах ЕС уровня продолжительности жизни и смертности от предотвратимых заболеваний [10]. Вместе с тем у постсоциалистических стран имеется значительный потенциал для ускоренного сокращения отставания за счет использования новых технологий и накопленного опыта по сокращению смертности. Именно эта тенденция и наблюдается в настоящее время в Европейском регионе ВОЗ, где темп роста показателя *HALE* за 2000–2019 гг. в Казахстане достиг 116.1%, в Узбекистане, Киргизии, Азербайджане, Молдавии – 110.2–112.1%, тогда как в странах Западной Европы прогресс в этой области замедляется. В таких странах, как Австрия, Бельгия, Германия и ряде других, рост *HALE* составлял 104.4%, в Нидерландах, Великобритании, Швеции – 102.9%¹³.

Влияние пандемии COVID-19 на ожидаемую продолжительность здоровой жизни. Итак, до 2020 г. продолжительность здоровой жизни, по оценкам ВОЗ, в мире устойчиво повышалась, разрыв между бедными и экономически развитыми странами постепенно сокращался. Однако пандемия коронавирусной инфекции, ставшая самым масштабным глобальным кризисом в области здоровья населения со времен гриппа 1918 г., внесла свои коррективы в долгосрочные тренды роста продолжительности жизни, превратившись в глобальную угрозу здоровью населения. На начало декабря 2021 г. в мире переболели *COVID-19* около 265 млн человек, из которых умерло более 5 млн, и эти показатели с каждым днем увеличиваются. Причем, с учетом многочисленных случаев бессимптомного течения болезни, неполного охвата диагностическим тестированием, реальная заболеваемость может быть значительно выше официально зарегистрированной. Кроме того, пандемия косвенно вызвала значительное число дополнительных смертей, что неизбежно привело к сокращению продолжительности жизни во многих странах.

В результате в 2020 г. ожидаемая продолжительность жизни сократилась почти во всех странах Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) за исключением Японии, Дании, Финляндии, Норвегии, Латвии, Колумбии и Коста-Рики, особенно значительно продолжительность жизни упала в США (на 1.6 года), Испании (1.5 года), а также Литве, Польше, Италии, Бельгии (на 1.2–1.3 года)¹⁴. Такой разброс данных объясняется различными обстоятельствами, включая доступность медицинской помощи, запас прочности систем здравоохранения, вариации вводимых государством ограничительных мер, масштабы вакцинации, соблюдение населением масочного режима и социального дистанцирования и другими.

Данные об ожидаемой продолжительности здоровой жизни на момент подготовки статьи не были опубликованы, однако естественно предположить значительное снижение этого показателя в большинстве стран, обусловленное как ростом смертности и заболеваемости, так и проявлением в дальнейшем еще не до конца изученных долгосрочных негативных последствий для здоровья людей, переболевших *COVID-19*. Особенно негативно пандемия влияет на общую продолжительность и продолжительность здоровой жизни в старших возрастах; пожилой возраст остается основным фактором риска тяжелого течения и летального исхода заболевания [11]. По оценкам ОЭСР, более 90% случаев смерти от коронавирусной инфекции в 2020 г. приходилось на лиц в возрасте 60 лет и старше. Ожидаемая продолжительность жизни в возрасте 65 лет в 2020 г. в странах ОЭСР снизилась в среднем на 0.6 года, снижение наблюдалось в 18 из 25 стран, по которым имеются данные [12].

¹³ *Healthy Life Expectancy (HALE) at Birth (Years)*...Op. cit.

¹⁴ *Life Expectancy at Birth*. Organisation for Economic Co-operation and Development. Available at: <https://data.oecd.org/healthstat/life-expectancy-at-birth.htm#indicator-chart> (accessed 03.12.2021).

Еще одним эффектом пандемии стало нарастание неравенства в мире. По данным ВОЗ, по состоянию на 1 мая 2021 г. только 1% доз вакцины приходится на страны с низкими доходами, 19% – на страны с доходами ниже среднего, 33% – с уровнем дохода выше среднего и 47% – с высоким уровнем дохода¹⁵. Первоначально заболеваемость COVID-19 была сконцентрирована в основном в государствах с высоким уровнем дохода. Однако в последнее время происходит дрейф заболеваемости к низкоресурсным странам, что еще более усиливает неравенство в области здоровья и продолжительности здоровой жизни.

Также обострилось внутристрановое неравенство, особенно сильно пострадали уязвимые группы населения, которые столкнулись с повышенным риском заражения, тяжелых форм заболевания и смерти. Как отмечается в докладе ОЭСР, существует явный социальный градиент риска заражения и смерти от коронавирусной инфекции, пандемия выявила и усугубила существующее неравенство в обществе. По данным экспертов ОЭСР, риск заражения и тяжелых последствий для здоровья выше среди лиц, живущих в неблагополучных районах, лиц с низкими доходами, с более низким уровнем образования, а также среди этнических меньшинств и иммигрантов [12].

Ожидаемая продолжительность здоровой жизни в странах ЕС по оценкам Евростата. Данные ВОЗ за период 2000–2019 гг. демонстрируют устойчивый рост показателей продолжительности здоровой жизни (до пандемии) в мире и, в частности, в Европейском регионе, тогда как по данным Евростата наблюдалось снижение показателей в ряде стран ЕС. Такая парадоксальная ситуация свидетельствует о том, что в экономически развитых странах население предъявляет более высокие требования к своему здоровью и качеству жизни в целом, что отражается в субъективных оценках здоровья и функциональных ограничений.

По данным Евростата за 2019 г., верхняя граница количества лет здоровой жизни при рождении совпадает с показателем *HALE*, используемым ВОЗ, – 73 года в Швеции и на Мальте, нижняя граница – на девять лет ниже (53 года в Латвии); при этом страны – лидеры по уровню *HALE* не обязательно оказываются среди первых в списке Евростата¹⁶. Статистическая служба ЕС отмечает снижение количества лет здоровой жизни за 2010–2019 гг. в целом ряде государств. Динамика показателя на отдельных интервалах времени нестабильна, меняется от года к году и от страны к стране.

Такие колебания прежде всего связаны с методикой, применяемой Евростатом. Если общая продолжительность жизни – это объективный расчетный показатель, определяемый статистикой смертности, то корректировка его с учетом состояния здоровья по самооценке населения вносит субъективную составляющую в величину продолжительности здоровой жизни. Самооценка может отражать не только и не столько состояние здоровья индивида, сколько общую удовлетворенность жизнью, ощущение тревоги, депрессии, которые, в свою очередь, подвержены влиянию не только медицинских факторов, но и экономической, социально-политической ситуации и общей атмосферы в обществе. Например, можно предположить, что снижение продолжительности здоровой жизни в Латвии, Литве, Эстонии отражает некоторое разочарование общества и неоправдавшиеся ожидания относительно подъема уровня жизни после вступления в Европейский союз, а также проблемы русскоязычного населения; в Великобритании – напряжение в обществе в связи с выходом из ЕС.

Ожидаемая продолжительность здоровой жизни в России по оценкам Росстата. Данные ВОЗ позволяют сопоставить показатели общей и здоровой продолжительности жизни в России со странами и регионами мира. В дополнение к оценкам ВОЗ в России с 2019 г. также рассчитывается показатель ожидаемой продолжительности здоровой жизни при рождении по методике Росстата¹⁷, построенной на схожих с подходами

¹⁵ World Health Statistics... Op. cit.

¹⁶ Healthy Life Years at Birth by Sex. Eurostat. Available at: <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00150/default/table?lang=en> (accessed 12.09.2021)

¹⁷ Приказ от 25 февраля 2019 года № 95 об утверждении методики расчета... Указ. соч.

Евростата принципах, но, как отмечалось выше, менее полно учитывающей различные функциональные нарушения и ограничения здоровья.

Ожидаемая продолжительность жизни в России стабильно росла с 2004 г. В 2020 г. под влиянием пандемии впервые за этот период произошло снижение на 1.8 года, то есть больше, чем в любой из стран ОЭСР. Продолжительность здоровой жизни за год снизилась на 1.4 года. Хотя данные Росстата о продолжительности здоровой жизни не могут использоваться для межстрановых сопоставлений, этот показатель весьма полезен для анализа внутрироссийской дифференциации состояния здоровья населения. В табл. 2 представлены регионы-лидеры и аутсайдеры по продолжительности здоровой жизни в 2020 г. По сравнению с 2019 г. состав регионов с максимальной и минимальной продолжительностью здоровой жизни несколько изменился, однако судить о каких-либо тенденциях пока рано, поскольку 2020 г. стал исключительным в плане заболеваемости и смертности населения.

Таблица 2. Регионы с максимальной и минимальной ожидаемой продолжительностью здоровой жизни при рождении в 2020 г., лет

Минимальная продолжительность			Максимальная продолжительность		
Российская Федерация 58.9					
1	Чукотский автономный округ	37.0	1	Республика Дагестан	68.2
2	Ненецкий автономный округ	43.9	2	Республика Татарстан	66.9
3	Еврейская автономная область	48.3	3	Чеченская Республика	66.4
4	Республика Марий Эл	49.9	4	Ханты-Мансийский АО - Югра	62.4
5	Республика Тыва	50.5	5	Москва	61.6
6	Орловская область	50.8	6	Московская область	61.1
7	Республика Алтай	51.0	7	Ярославская область	61.0
8	Курская область	52.4	8	Белгородская область	61.0
9	Магаданская область	52.8	9	Республика Ингушетия	60.6
10	Республика Карелия	53.4	10	Республика Саха (Якутия)	60.6

Источник: составлено автором по данным Единой межведомственной информационно-статистической системы (ЕМИСС)¹⁸.

Обращает на себя внимание значительный разрыв в продолжительности здоровой жизни между российскими регионами. Так, в 2019 г. продолжительность здоровой жизни в регионе-лидере (Ингушетия) была на 37% выше, чем в Чукотском АО, в 2020 г. разрыв между первым (Дагестан) и последним (Чукотский АО) регионами увеличился до 84% и составил более 30 лет – жизнь целого поколения. Хотя данные Росстата несопоставимы с данными ВОЗ, тем не менее с определенной степенью условности можно сравнить региональную дифференциацию продолжительности здоровой жизни в России с масштабами неравенства между странами и группами стран. По данным ВОЗ за 2019 г., разрыв показателя *HALE* при рождении между группами стран с высоким и низким доходом составлял 22.8%, между регионом Западной части Тихого океана и Африканским регионом – 23.2%, между странами Европейского региона 17.7%.

Таким образом, различия в продолжительности здоровой жизни между субъектами Российской Федерации достигают большего размаха, чем между группами стран с низким и высоким доходом, между регионами ВОЗ, между странами Европейского региона ВОЗ. Это еще раз подтверждает отмечаемую многими экспертами [13; 14; 15] проблему колоссальной региональной дифференциации качества жизни населения в Российской Федерации. Россия – одна из стран, для которых огромное значение

¹⁸ Ожидаемая продолжительность здоровой жизни. Единая межведомственная информационно-статистическая система (ЕМИСС). [Healthy life expectancy. Unified Interdepartmental Information and Statistical System (EMISS). (In Russ.)] Available at: <https://www.fedstat.ru/indicator/59456> (accessed 18.09.2021).

имеет территориальный аспект неравенства во всех его проявлениях. Под влиянием пандемии эта проблема применительно к области здоровья населения в РФ еще более обострилась [16; 17].

Еще раз обращаясь к методологическим вопросам количественной оценки ожидаемой продолжительности здоровой жизни, отметим, что независимо от метода измерения, наблюдается значительное неравенство в продолжительности здоровой жизни между странами и группами стран. Что касается динамики, то тенденции зависят от выбранного показателя. В связи с такой неоднозначностью измерителей продолжительности здоровой жизни необходимо выделить оптимальные сферы применения различных показателей.

Используемый ВОЗ показатель *HALE*, в значительной мере базирующийся на официальной статистике заболеваемости и моделях расчета потерянных лет здоровой жизни после перенесенных заболеваний, в большей степени пригоден для международных сопоставлений, для оценки результативности систем здравоохранения, для мониторинга ситуации в области здоровья населения, для разработки направлений борьбы с ключевыми заболеваниями в различных странах и регионах.

Как отмечается в докладе ВОЗ “Мировая статистика здравоохранения” за 2020 г., в странах с низким уровнем дохода основными причинами преждевременной смерти все еще остаются инфекционные заболевания и осложнения родов. Вместе с тем по мере прогресса в борьбе с инфекционными заболеваниями здесь повышается доля сердечно-сосудистых, онкологических, хронических респираторных заболеваний, диабета, для преодоления которых страны с низким уровнем дохода не располагают достаточными возможностями¹⁹. Также для низкодоходных государств все еще актуальны проблемы доступа к безопасному водоснабжению и охвата населения услугами здравоохранения. В странах с высоким уровнем дохода основными причинами смертности являются неинфекционные заболевания, прежде всего, сердечно-сосудистые и онкологические, что определяется как успехами в борьбе с инфекционными угрозами, так и возрастной структурой населения.

Отмеченные проблемы определяют основные пути сокращения преждевременной смертности и повышения ожидаемой продолжительности здоровой жизни, широко освещаемые в документах ВОЗ применительно к различным странам и регионам. В документах Всемирной организации здравоохранения рассматриваются как меры медицинского характера в области диагностики, лечения, реабилитации, профилактики, так и меры, направленные на формирование здорового образа жизни, повышение доступности медицинской помощи, а также высоко актуальное для стран с низкими доходами расширение доступа к безопасной питьевой воде и средствам санитарии, полноценному питанию.

Что касается экономически развитых стран, то наряду с внедрением новейших медицинских технологий и методов лечения, стимулирования здорового образа жизни, на первый план выходят социально-психологические и экономические аспекты здорового старения. Показатели, рассчитываемые Евростатом на основании самооценок населения в области состояния здоровья, различных функциональных нарушений и ограничений, в большей степени пригодны для оценки качества жизни и определения потребности в медицинском обслуживании, социальных услугах и уходе. Самооценка состояния здоровья, несмотря на субъективный характер, дает более полное представление о потребностях общества в условиях глобального тренда старения населения. Она имеет важное значение для определения масштабов потенциального спроса на медицинские и социальные услуги, для разработки социальной политики, отвечающей потребностям людей в меняющихся демографических условиях.

¹⁹ World Health Statistics... Op. cit.

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЗДОРОВОЙ ЖИЗНИ И АКТИВНОЕ ДОЛГОЛЕТИЕ

Говоря о неравенстве в сфере здоровья населения и возможностях прогресса в этой области для стран с высоким и низким доходом, прежде всего рассмотрим сложившиеся до пандемии долгосрочные тенденции в динамике ожидаемой продолжительности здоровой жизни, иллюстрируемые данными ВОЗ и Евростата.

Продолжительность жизни в мире в целом и в большинстве стран до 2020 г. постоянно увеличивалась. Надо полагать, что после завершения пандемии COVID-19 (которая, по опыту всех предшествующих пандемий и эпидемий, не может быть бесконечной) эта глобальная тенденция восстановится. При этом преимущества, связанные с ростом продолжительности жизни, в значительной степени зависят от состояния здоровья в старших возрастах. Эксперты ВОЗ и ООН постоянно подчеркивают, что растущая продолжительность жизни только тогда может рассматриваться как показатель социального прогресса, когда она сопряжена с улучшением здоровья в старших возрастных группах населения. В противном случае (если этот рост сопровождается ухудшением самочувствия, социальной изоляцией или зависимостью от ухода) последствия для пожилых людей и общества в целом могут быть весьма негативными [18; 19].

Таким образом, продолжительность жизни неразрывно связана с проблемами здорового старения. Процесс старения населения в мире все более ускоряется. Как отмечается в материалах Комиссии по народонаселению и развитию ООН, этот процесс – один из четырех глобальных демографических трендов наряду с ростом численности населения, урбанизацией и международной миграцией [20]. Он затрагивает все страны, однако в наибольшей степени проблемы старения сейчас актуальны для экономически развитых государств. Одновременно это – глобальный демографический вызов современности, оказывающий влияние практически на все аспекты жизни общества, включая систему здравоохранения, социальную защиту, сферу услуг, спрос на потребительские товары, систему образования, рынок труда, процессы цифровизации и др. ООН и Всемирная организация здравоохранения откликнулись на злободневную повестку: 2021–2030 гг. объявлены Десятилетием здорового старения [18]. Безусловно, достижение целей Десятилетия может оказаться под угрозой вследствие влияния пандемии, особенно негативно отразившейся на здоровье именно пожилых людей. Вместе с тем это делает еще более актуальными задачи здорового старения.

Увеличение доли пожилых людей в общей массе населения требует реформирования систем общественного здравоохранения и социального обслуживания, которые изначально были рассчитаны на совершенно другую возрастную структуру и иные задачи. Здесь возникает проблема ограниченности ресурсов, причем не только в бедных странах, но и в обществах с высоким уровнем дохода.

Кроме того, здоровое старение – это новые вызовы для прочих систем современного общественного уклада, включая как проблемы, вытекающие из изменения возрастной структуры населения, так и открывающиеся возможности и стимулы к развитию. Увеличение продолжительности здоровой жизни в старших возрастах удлиняет период трудовой деятельности, повышает потребность в программах непрерывного образования, расширяет спрос на товары и услуги, ориентированные на пожилых людей. Структурные изменения в экономике, инициированные процессом старения населения, принято называть “серебряной экономикой” (*Silver Economy*) или “экономикой долголетия” (*Longevity Economy*) [21; 22; 23].

В этой связи ВОЗ рассматривает здоровое старение как один из элементов более широкой концепции – концепции активного долголетия, позволяющей учесть все аспекты общественной жизни, связанные с увеличением доли людей преклонного возраста. Эта идея впервые была выдвинута ВОЗ в 2002 г. в Рамочной стратегии активного долголетия [24]. Названная концепция охватывает три аспекта жизни пожилых людей: здоровье, участие в общественных делах и защищенность. Сфера здоровья рассматривается

с позиций увеличения продолжительности периода физического благополучия; участие предполагает широкое вовлечение в общественную деятельность, включая трудовую, социальную и политическую, внутрисемейную активность; защищенность подразумевает обеспечение прав и потребностей пожилых людей.

Активное долголетие и развитие “серебряной экономики” могут стать в не столь отдаленном будущем одним из возможных ответов на демографический вызов старения населения. Однако, как отмечает ряд экспертов, формирование “серебряной экономики” и реализация потенциальных плюсов возрастного тренда не происходят автоматически [23]. Для их воплощения в жизнь необходимо выполнение, как минимум, трех условий. Прежде всего, это достижение высокой ожидаемой продолжительности именно здоровой жизни в пожилом возрасте. Также необходимы структурные, организационные, институциональные изменения, отвечающие меняющимся демографическим условиям, практически во всех сферах общественной жизни: в системе здравоохранения, социальной защиты, пенсионного обеспечения, образования, трудовых отношений. Наконец, требуются финансовые ресурсы, необходимые для реализации первых двух условий.

* * *

В современном мире сохраняется высокий уровень неравенства в вопросах долголетия и здоровья, несмотря на значительный прогресс в этих областях. Анализ динамики ожидаемой продолжительности здоровой жизни населения свидетельствует, что более интенсивный ее рост происходит в странах с низким доходом. По мере увеличения благосостояния рост ожидаемой продолжительности здоровой жизни замедляется. Однако постепенное сокращение неравенства между богатыми и бедными странами касается только продолжительности здоровой жизни при рождении. Разрыв между ними по продолжительности жизни в старших возрастах не сокращается.

Проблемы, связанные со старением населения, наиболее остро стоят в экономически развитых странах. Наряду с медицинскими аспектами повышения продолжительности здоровой жизни в них растет актуальность социально-психологических и экономических аспектов здорового старения и активного долголетия. Увеличение продолжительности здоровой жизни, особенно в старших возрастах, – необходимое условие активного долголетия. Последнее вкпе со здоровым старением может рассматриваться как ответ на глобальный демографический вызов – общее старение населения, создавая новые стимулы к развитию.

Вместе с тем здоровое старение, с одной стороны, задает новые направления, новые горизонты развития различных сфер общества: медицины, социальной защиты, образования, рынка труда, с другой, формирует новые аспекты неравенства в этих сферах, определяющиеся наличием необходимых ресурсов как на уровне стран, так и на уровне групп населения и отдельных индивидов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ / REFERENCES

1. Sanders B.S. Measuring Community Health Levels. *American Journal of Public Health*, 1964, vol. 54, no. 7, pp. 1063-1070. DOI: 10.2105/ajph.54.7.1063
2. Sullivan D.F. A Single Index of Mortality and Morbidity. *HSMHA Health Reports*, 1971, vol. 86, no. 4, pp. 347-354. DOI: 10.2307/4594169
3. Murray C.J.L., Salomon J.A., Colin D.M, Lopez A.D., eds. *Summary Measures of Population Health: Concepts, Ethics, Measurement and Applications*. Geneva, World Health Organization. 2002. 770 p. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42439> (accessed 10.10.2021).
4. Murray C.J.L., Lopez A.D. Measuring the Global Burden of Disease. *The New England Journal of Medicine*, 2013, no. 369, pp. 448-457. DOI: 10.1056/NEJMra1201534
5. Murray C.J.L., Ezzati M., Flaxman A.D., et al. GBD 2010: Design, Definitions, and Metrics. *Lancet*, 2012, no. 380, pp. 2063-2066. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)61899-6
6. Wang H., Dwyer-Lindgren L., Lofgren K.T., et al. Age-Specific and Sex-Specific Mortality in 187 Countries, 1970–2010: a Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 2012, no. 380, pp. 2071-2094. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)61719-X

7. Самородская И.В., Ватолина М.А., Бойцов С.А. Методические вопросы и результаты оценки глобального бремени болезней (обзор литературы). *Профилактическая медицина*, 2015, № 18(1), сс. 40-45. [Samorodskaja I.V., Vatolina M.A., Boytsov S.A. Methodological Issues and Results of Assessment of the Global Burden of Disease (Literature Review). *Profilakticheskaya Meditsina*, 2015, no. 18(1), pp. 40-45. (In Russ.)] DOI: 10.17116/profmed201518140-45
8. Naghavi M., Makela S., Foreman K., et al. Algorithms for Enhancing Public Health Utility of National Causes-of-Death Data. *Population Health Metrics volume*, 2010, article no. 9. DOI: 10.1186/1478-7954-8-9
9. Садовая Е.С., Сауткина В.А. *Качество жизни населения мира: измерение, тенденции, институты*. Москва, ИМЭМО РАН, 2012. 208 с. [Sadovaya E.S., Sautkina V.A. *Quality of Life of the World Population: Measurement, Trends and Institutions*. Moscow, IMEMO RAN, 2012. 208 p. (In Russ.)]
10. *На пути к Европе, свободной от предотвратимых неинфекционных заболеваний*. Европейское региональное бюро ВОЗ. 2017. 13 с. [Towards a Europe Free of Avoidable Noncommunicable Diseases. Regional Office for Europe of WHO. 2017. 13 p. (In Russ.)] Available at: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/340866/Report-1-Ru.pdf (accessed 10.10.2021).
11. *World Population Ageing 2020 Highlights: Living Arrangements of Older Persons*. New York, United Nations, 2020. 47 p. Available at: https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org/development/desa/pd/files/undesa_pd-2020_world_population_ageing_highlights.pdf (accessed 01.12.2021).
12. *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*. Paris, OECD, 2021. 274 p. DOI: org/10.1787/ae3016b9-en
13. Зубаревич Н.В. *Регионы России: неравенство, кризис, модернизация*. Москва, Независимый институт социальной политики, 2010. 160 с. [Zubarevich N.V. *Russian Regions: Inequality, Crisis, Modernization*. Moscow, Independent Institute of Social Policy, 2010. 160 p. (In Russ.)]
14. Быков А.В., Красильникова М.Д. и др. *Неравенство в сфере здравоохранения: аналитический доклад*. Москва, НИУ ВШЭ, 2021. 78 с. [Bykov A.V., Krasil'nikova M.D., et al. *Inequality in Health Care: Analytical Report*. Moscow, NIU VShE, 2021. 78 p. (In Russ.)] Available at: https://www.hse.ru/data/2022/01/30/1758503209/04_Shishkin_Inequality_Healthcare_NCMU_Site_2022.pdf (accessed 01.12.2021).
15. Бобков В.Н., Гулюгина А.А. Неравенство качества и уровня жизни населения регионов. *Экономика региона*, 2012, № 2, сс. 170-178. [Bobkov V.N., Gulyugina A.A. The Inequality of the Quality and Standards of Life of the Population of the Regions. *Economy of Regions*, 2012, no. 2, pp. 170-178. (In Russ.)] Available at: <http://region.council.gov.ru/media/files/41d4c51abc73059f36f8.pdf> (accessed 08.10.2021).
16. Осипова Н.Г., ред. *Международная научная конференция "COVID 19 как фактор отражения социального неравенства". Сборник материалов*. Москва, МАКС Пресс, 2020. 115 с. [Osipova N.G., ed. *International Scientific Conference 'COVID 19 as a Factor of Social Inequality'. Collection of Materials*. Moscow, MAKS Press, 2020. 115 p. (In Russ.)] Available at: https://www.socio.msu.ru/documents/20210111_sbornik.pdf (accessed 21.10.2021).
17. Мау В.А., Идрисов Г.И., Кузьминов Я.И., Радугин А.Д., Садовничий В.А., Синельников-Мурылев С.Г., ред. *Общество и пандемия: опыт и уроки борьбы с COVID-19 в России*. Москва, 2020. 744 с. [Mau V.A., Idrisov G.I., Kuz'minov Ya.I., Radygin A.D., Sadovnichii V.A., Sinel'nikov-Murylev S.G., eds. *Society and the Pandemic: Experience and Lessons in the Fight Against COVID-19 in Russia*. Moscow, 2020. 744 p. (In Russ.)] Available at: <https://publications.hse.ru/mirror/pubs/share/direct/414121642.pdf> (accessed 01.10.2021).
18. *Десятилетие здорового старения (2021–2030 гг.)*. Всемирная организация здравоохранения. [The Decade of Healthy Ageing (2021–2030)]. World Health Organization. (In Russ.)] Available at: <https://www.who.int/ru/initiatives/decade-of-healthy-ageing> (accessed 01.10.2021).
19. Robine J.-M. *Ageing Populations: We Are Living Longer Lives, but Are We Healthier?* United Nations. Department of Economic and Social Affairs. September, 2021. 26 p. Available at: https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org/development/desa/pd/files/files/documents/2021/Sep/undesa_pd_2021_technical_paper_no.2_healthy_life_expectancy.pdf (accessed 10.10.2021).
20. *World Demographic Trends*. Commission on Population and Development. United Nations. Available at: <https://undocs.org/pdf?symbol=en/E/CN.9/2020/5> (accessed 12.11.2021).
21. *The Silver Economy as a Pathway for Growth*. Organisation for Economic Co-operation and Development. 2014. 15 p. Available at: <http://www.oecd.org/sti/the-silver-economy-as-a-pathway-to-growth.pdf> (accessed 01.11.2021).
22. *Growing the Silver Economy in Europe*. European Commission. August 16, 2017. Available at: <https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/library/growing-silver-economy-europe> (accessed 01.11.2021).
23. Цапенко И.П. Социально-экономические контуры общества долголетия. *Мировая экономика и международные отношения*, 2017, т. 61, № 5, сс. 34-44. [Tsapenko I.P. Socio-Economic Contours of Longevity Societies. *Mirovaya ekonomika i mezhdunarodnye otnosheniya*, 2017, vol. 61, no. 5, pp. 34-44. (In Russ.)] DOI: 10.20542/0131-2227-2017-61-5-34-44
24. *Active Ageing: a Policy Framework*. World Health Organization. 2002. 60 p. Available at: <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Active-Ageing-Framework.pdf> (accessed 16.10.2021).

HEALTHY LIFE EXPECTANCY IN THE CONTEXT OF THE UNITED NATIONS DECADE OF HEALTHY AGEING

(Analysis and Forecasting. IMEMO Journal, 2022, no. 1, pp. 40-53)

Received 09.12.2021.

Revised 23.01.2022.

Accepted 05.04.2022.

Evgeniya N. SINDYASHKINA (syndyash@yandex.ru), ORCID: 0000-0001-6410-5643, Primakov National Research Institute of World Economy and International Relations, Russian Academy of Sciences (IMEMO), 23, Profsoyuznaya Str., Moscow, 117997, Russian Federation.

The article examines the dynamics of the healthy life expectancy (HALE) in the world, in the WHO European Region and in Russia. It provides cross-country comparisons, revealing the main trends in the dynamics of healthy life expectancy at birth and at older ages. The author notes that the most intense growth in healthy life expectancy can be observed in low-income countries; as wealth increases, growth in healthy life expectancy slows down.

The author analyzes the differences in healthy life expectancy between the regions of the Russian Federation. It is noted that the inequality between Russian regions is higher compared to the inequality between groups of low- and high-income countries, between WHO regions, and between countries of the WHO European Region. Russia is one of the countries for which the territorial aspect of inequality in all its manifestations is of great importance.

The article discusses various methods for assessing healthy life expectancy, adopted in international and Russian statistics. The study concludes that the HALE indicator used by WHO is optimal for assessing the performance of health systems, for monitoring the health situation of the population. The indicators calculated by Eurostat and Russian statistics are based on the population's self-perceived state of health. Self-perceived health status is essential for assessing the quality of life and determining the need for health care, social services and care, although it is subjective. This is especially important in terms of promoting healthy ageing. The process of population ageing in the world is accelerating more and more. Medical, social, economic, psychological problems associated with the ageing of the population are most acute in economically developed countries.

Increasing healthy life expectancy, active longevity, and the development of the 'silver economy' are responses to the global demographic challenge of population ageing. Active longevity sets new directions for the development of various spheres of society: medicine, social protection, education and the labour market. At the same time, active longevity creates new types of inequality in these areas, associated with the availability of the necessary resources both at the country level and at the level of population groups and individuals.

Keywords: life expectancy, ageing, health, inequality, social policy, active longevity, silver economy, COVID-19, forecasting studies.

About the author:

Evgeniya N. SINDYASHKINA, Cand. Sci. (Econ.), Senior Researcher, Sector of Social Policy and Labor Market Studies, Department of Complex Socio-Economic Research, Center of Comparative Socio-Economic and Political Studies.

DOI: 10.20542/afij-2022-1-40-53