



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

Словения.

Характеристики
здоровья и
благополучия
населения



Всемирная организация здравоохранения была создана в 1948 г. в качестве специализированного учреждения Организации Объединенных Наций, осуществляющего руководство и координацию международной деятельности в области общественного здравоохранения. Одной из уставных функций ВОЗ является предоставление объективных и достоверных данных и рекомендаций по вопросам охраны здоровья населения, и ее издательская деятельность – это один из путей выполнения данной функции. Посредством своих публикаций ВОЗ стремится помочь странам разрабатывать и осуществлять стратегии, направленные на улучшение здоровья людей и решение наиболее актуальных проблем общественного здравоохранения.

Европейское региональное бюро ВОЗ – это одно из шести расположенных в различных частях мира региональных бюро, каждое из которых проводит собственную программу, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых им стран. Европейский регион с населением почти 900 млн человек простирается от Северного ледовитого океана до Средиземного моря с севера на юг и от Атлантического до Тихого океана с запада на восток. Европейская программа ВОЗ оказывает помощь всем странам Региона в разработке и совершенствовании их стратегий, систем и программ здравоохранения; в предотвращении и устранении опасностей для здоровья населения; в повышении готовности стран к решению будущих проблем здравоохранения; и в пропаганде и реализации мер, направленных на охрану и улучшение здоровья населения.

В целях как можно более полного предоставления достоверной информации и научно обоснованных рекомендаций по вопросам охраны здоровья ВОЗ обеспечивает широкое международное распространение своих публикаций и поощряет их перевод и адаптацию. Содействуя укреплению и охране здоровья населения, а также профилактике и борьбе с болезнями, книги и другие публикации ВОЗ способствуют выполнению важнейшей задачи Организации – достижению всеми людьми наивысшего возможного уровня здоровья.

Словения.

Характеристики
здоровья и
благополучия
населения



**Всемирная организация
здравоохранения**

Европейское региональное бюро

Резюме

В публикациях из серии "Характеристики здоровья и благополучия населения" приводится обзор информации о состоянии здоровья населения, включая данные об уровнях смертности, заболеваемости и воздействии на граждан основных факторов риска, а также о динамике этих показателей. Они подготавливаются в сотрудничестве с государствами-членами Европейского региона ВОЗ. В каждом обзоре, по возможности, проводится сравнительный анализ данных конкретной страны с данными референтной группы: в настоящем обзоре такими группами являются весь Европейский регион ВОЗ и страны, которые входили в состав Европейского союза до 1 мая 2004 года. Для обеспечения максимальной достоверности сравнений данные, как правило, берутся из одного и того же источника; это должно послужить гарантией того, что сравниваемые данные в достаточной степени унифицированы. Авторы доклада использовали информацию из Европейской базы данных "Здоровье для всех" Европейского регионального бюро ВОЗ. Информация, представляемая государствами-членами в эту базу данных на ежегодной основе, включает и метаданные, указывающие исходный источник информации для конкретных показателей.

Ключевые слова

HEALTHY PEOPLE PROGRAMS – STATISTICS AND NUMERICAL DATA, HEALTH STATUS, HEALTH POLICY, SLOVENIA

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:
Publications, WHO Regional Office for Europe, UN City, Marmorvej 51
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-режиме на сайте Регионального бюро (<http://www.euro.who.int/pubrequest>).

ISBN 978 92 890 5210 8

© Всемирная организация здравоохранения, 2016 г.

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью. Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых полное согласие пока не достигнуто. Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного

характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами. Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни при каких обстоятельствах не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

Содержание

Выражение признательности	iv
Сокращения и акронимы	v
Краткая информация о ситуации и тенденциях в отношении состояния здоровья и благополучия населения Словении	vi
Библиография.....	ix
Введение	1
Избранная демографическая и экономическая информация	3
Состояние здоровья и бремя болезней	5
Ожидаемая продолжительность жизни	5
Ожидаемая продолжительность здоровой жизни и годы жизни, скорректированные с учетом нетрудоспособности	6
Заболеваемость	7
Младенческая и материнская смертность	9
Ведущие причины смерти	10
Другие основные причины смерти	12
Преждевременная смертность	15
Факторы риска и детерминанты здоровья	19
Употребление алкоголя	19
Табакокурение.....	19
Режим питания, потребление питательных макроэлементов и избыточная масса тела.....	20
Сравнительная оценка рисков.....	21
Система здравоохранения	22
Здоровье-2020	24
Сократить преждевременную смертность к 2020 году	24
Увеличение ожидаемой продолжительности жизни	27
Сокращение неравенств в отношении здоровья	27
Повышение уровня благополучия населения	28
Обеспечение всеобщего охвата и права на обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья	29
Установление национальных целей и ориентиров в отношении здоровья	29
Выводы	30
Библиография	33
Приложение 1. Коды МКБ-10 в отношении причин смерти	35
Приложение 2. Отдельные показатели смертности	36

Выражение признательности

Обзор данных о состоянии здоровья и благополучия и соответствующие характеристики здоровья и благополучия подготовлены под общим руководством Claudia Stein, директора Отдела информации, фактических данных, научных исследований и инноваций Европейского регионального бюро ВОЗ.

Основными авторами данной публикации являются:

- Mika Gissler, консультант Европейского регионального бюро ВОЗ и научный сотрудник Национального института здравоохранения и социального обеспечения Финляндии;
- Ivo Rakovac, и.о. руководителя программы “Информация, мониторинг и анализ в здравоохранении”, Европейское региональное бюро ВОЗ;
- Nadia Scott, консультант Европейского регионального бюро ВОЗ;
- Claudia Stein, директор Отдела информации, фактических данных, научных исследований и инноваций Европейского регионального бюро ВОЗ.

В подготовку публикации внесли вклад Tit Albreht (Национальный институт общественного здравоохранения Словении); Tatjana Buzeti (Министерство здравоохранения Словении); Metka Zaletel (Национальный институт общественного здравоохранения Словении); а также João Breda, Jon Cylus, Tamás Evetovits и Marijan Ivanuša (Европейское региональное бюро ВОЗ).

СОКРАЩЕНИЯ И АКРОНИМЫ

DALY годы жизни, скорректированные с учетом нетрудоспособности

ЕС Европейский союз

ЕС-15 страны, входившие в состав ЕС до 1 мая 2004 года

ВВП валовой внутренний продукт

МКБ Международная классификация болезней

Краткая информация о ситуации и тенденциях в отношении состояния здоровья и благополучия населения Словении

За последние пятнадцать лет показатели здоровья населения Словении значительно улучшились. Однако, несмотря на быстрое улучшение показателей ожидаемой продолжительности жизни и снижение показателей смертности в стране, которые отмечались с 2000 г., самые последние значения этих показателей остаются ниже среднего уровня для стран, которые по состоянию на 1 мая 2004 г. входили в состав Европейского союза (ЕС-15). Хотя Словения присоединилась к ЕС 1 мая 2014 года, в качестве группы для сравнения по просьбе Министерства здравоохранения Словении были выбраны страны ЕС-15. В 2010 году ожидаемая продолжительность жизни при рождении составляла 76,6 лет для мужчин и 83,2 года для женщин в Словении. К 2013 году ожидаемая продолжительность здоровой жизни, которая является более весомым показателем положительных изменений, возросла до 66 лет у мужчин и 72 лет у женщин.

Снижение показателей детской и материнской смертности является важным фактором, приводящим к росту ожидаемой продолжительности жизни, равно как и снижение показателей смертности от заболеваний системы кровообращения, инфекционных болезней, а также заболеваний дыхательных путей и мочеполовой системы. За последние годы резко снизился также уровень смертности в результате дорожно-транспортных происшествий. В то же время, медленный прогресс наблюдается в снижении смертности от злокачественных новообразований (рака) и заболеваний пищеварительной системы, особенно хронических заболеваний печени и цирроза печени. Показатели смертности от этих причин в Словении выше среднего по Европейскому региону ВОЗ. Частота случаев онкологических заболеваний и распространенность онкологических заболеваний и диабета за последние годы значительно возросли, что препятствует достижению прогресса в снижении показателей смертности, а уровень смертности от внешних причин травм и отравлений выше среднего по ЕС-15, особенно в отношении самоубийств. В целом, число случаев инфекционных заболеваний невелико, но имеются сообщения о вспышках

заболеваемости сифилисом и коклюшем. Частота случаев ВИЧ-инфекции и СПИДа за последние годы возросла, хотя остается ниже среднего по ЕС-15.

Тенденции к улучшению наблюдались в отношении 12 из 19 основных индикаторов для целевых ориентиров европейской политики здравоохранения Здоровье-2020¹ (см. таблицу на следующей странице). Тенденции к ухудшению отмечались по четырем показателям: потребление алкоголя на душу населения, распространенность избыточной массы тела, уровень безработицы и расходы домохозяйств за счет собственных средств. Словения документально подтвердила, что следует рекомендациям политики в отношении процесса установления целевых ориентиров, а также разработки национальной политики, согласованной с принципами Здоровье-2020, включая план реализации и механизм подотчетности.

Показатель удовлетворенности жизнью (мера субъективного благополучия) составляет 6,1, что соответствует среднему уровню по Региону, но ниже, чем в среднем по ЕС-15.

По результатам объективной оценки благополучия, 88% лиц в возрасте старше 50 лет в Словении сообщили, что у них имеются родственники или друзья, на которых они могут полагаться в случае возникновения проблем, что соответствует среднему показателю по ЕС-15 и превышает среднее значение по Региону, которое составляет 82%.

¹ Основы политики ВОЗ в поддержку действий на всех уровнях государственного управления и общества в интересах здоровья и благополучия.

Основные индикаторы для мониторинга достижения целевых ориентиров политики Здоровье-2020 в Словении,
за последние годы, по которым имеются данные

Целевой ориентир	Индикатор	Значение			Год
		Мужчины	Женщины	Оба пола	
1. Сокращение преждевременной смертности^a	Коэффициент преждевременной смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, рака, диабета и хронических респираторных заболеваний в возрасте от 30 до 70 лет	392,2	189,5	289	2010
	Распространенность употребления табака среди лиц в возрасте 18 лет и старше ^b	22,2	15,9	19,2	2012
	Потребление алкоголя в литрах чистого спирта на душу населения среди лиц в возрасте 15 лет и старше	–	–	10,3	2010
	Распространенность избыточной массы тела и ожирения (индекс массы тела ≥ 25) среди людей в возрасте 18 лет и старше (стандартизированная по возрасту оценка)	66,1	55,1	60,6	2014
	Показатель смертности от внешних причин травм и отравлений, все возрастные группы	87	28,7	56,3	2010
2. Увеличение ожидаемой продолжительности жизни	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (число лет)	76,6	83,2	80	2010
3. Сокращение неравенств^c	Младенческая смертность на 1000 живорождений	2,1	3	2,5	2010
	Доля детей, достигших установленного младшего школьного возраста, не записанных в школу	3,2	2,2	2,7	2013
	Уровень безработицы (1)	8,9	10,5	9,7	2014
	Национальные меры политики, направленные на сокращение неравенств в отношении здоровья, разработаны и задокументированы	Н/п	Н/п	Да	2014
	Коэффициент Джини	–	–	25	2014
4. Повышение уровня благополучия^d	Удовлетворенность жизнью среди людей в возрасте 15 лет и старше (2)	–	–	6,1	2007–2012
	Наличие мер социальной поддержки лиц в возрасте 50 лет и старше (3)	–	–	88	2014
	Процент населения, проживающего в улучшенных санитарно-гигиенических условиях	–	–	99,1	2015
5. Всеобщий охват и «право на здоровье»	Расходы домохозяйств за счет собственных средств как доля общих расходов на здравоохранение	Н/п	Н/п	12,1	2013
	Процент детей, вакцинированных против кори (одна доза к моменту достижения двухлетнего возраста)	–	–	95	2010
	Процент детей, вакцинированных против полиомиелита (три дозы к моменту достижения возраста одного года)	–	–	96	2012
	Процент детей, вакцинированных против краснухи (одна доза к моменту достижения двухлетнего возраста)	–	–	95	2012
	Общие расходы на здравоохранение в % от валового внутреннего продукта	Н/п	Н/п	9,2	2013
6. Национальные целевые ориентиры	Организация процесса для установления целевых ориентиров документально оформлена	Н/п	Н/п	Да	2014
	Документирование фактических данных:				
	(а) национальные стратегии здравоохранения, согласованные с политикой Здоровье-2020	Н/п	Н/п	Да	2014
	(б) план реализации	Н/п	Н/п	Да	2014
	(с) механизм подотчетности	Н/п	Н/п	Да	2014

Н/п: не применимо

^a Целевой ориентир 1 также включает процент детей, вакцинированных против кори, полиомиелита и краснухи.

^b Показатель распространенности включает ежедневное и регулярное употребление табака лицами в возрасте 15 лет или старше.

^c Целевой ориентир 3 включает ожидаемую продолжительность жизни при рождении.

^d Целевой ориентир 4 включает коэффициент Джини, уровень безработицы и долю детей, не записанных в начальную школу.

Источник: Европейская база данных ВОЗ «Здоровье для всех» (4), если не указано иное.

Библиография

1. ILOSTAT database [онлайновая база данных]. Geneva: International Labour Organization; 2016 (http://www.ilo.org/ilostat/faces/help_home/data_by_country/country-details?_adf.ctrl-state=3wmg83w82_25&_afrcLoop=552577240791405, по состоянию на 12 марта 2016 г.)
2. Global AgeWatch Index 2015. AgeWatch report card Slovenia [website]. London: HelpAge International; 2016 (<http://www.helpage.org/global-agewatch/population-ageing-data/country-ageing-data/?country=Slovenia>, по состоянию на 11 апреля 2016 г.).
3. UNDP human development reports. Human Development Index (HDI) [веб-сайт]. New York (NY): United Nations Development Programme; 2016 (<http://hdr.undp.org/en/content/human-development-index-hdi>, по состоянию на 12 марта 2016 г.).
4. Европейская база данных "Здоровье для всех" (База данных ЗДВ) [онлайновая база данных]. Копенгаген Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 г. (http://data.euro.who.int/hfad/shell_ru.html, по состоянию на 15 декабря 2015 г.).

Введение

В 2012 году государствами-членами Европейского региона ВОЗ была принята стратегия Здоровье-2020 (1,2), представляющая собой основы политики в поддержку действий всего государства и общества в интересах здоровья и благополучия. В целях ускорения темпов реализации политики Здоровье-2020 Европейское региональное бюро ВОЗ приступило к выпуску двух новых серий публикаций по странам - "Характеристики здоровья и благополучия населения" и "Обзорные сведения о состоянии здоровья и благополучия населения". Эти публикации являются продолжением серии "Обзорные сводки о состоянии здоровья в странах", которая выпускалась с начала 1990-х до середины 2000-х годов в целях проведения анализа ситуации и тенденций в области здравоохранения в новых государствах с формирующейся рыночной экономикой для оказания содействия европейским странам в выработке политики на основе фактических данных. Представляемые характеристики позволяют проводить сравнительный анализ положения дел и тенденций в области охраны здоровья и обеспечения благополучия в странах, включая новейшие данные о смертности, заболеваемости и воздействии основных факторов риска, уделяя особое внимание всем индикаторам политики Здоровье-2020 (3), включая благополучие. Эти материалы составляются в сотрудничестве с государствами-членами и не являются официальными публикациями статистических данных. "Обзорные сведения о состоянии здоровья и благополучия населения" представляют собой отдельную серию публикаций, ориентированных на лиц, формирующих политику, с указанием основных данных, приводимых в более подробных публикациях о характеристиках.

Для обеспечения максимальной достоверности сравнений данные берутся из одного и того же источника, что должно послужить гарантией того, что сравниваемые данные в достаточной степени унифицированы. Если не указано иное, авторы публикаций используют информацию из Европейской базы данных "Здоровье для всех"¹ Европейского регионального бюро ВОЗ (4). Информация, получаемая от государств-членов и из других международных источников на ежегодной основе, включает метаданные,

¹ Европейская база данных "Здоровье для всех" (4) включает данные с 1970 года. Данные о смертности по Словении имеются за период с 1985 по 2010 годы. Эталонным годом является 2000 год.

указывающие исходный источник информации для конкретных индикаторов. Для других данных и сведений, использованных в публикации, указаны их источники. В Приложении 1 приводятся коды Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10) в отношении причин смерти. В каждой публикации, по возможности, приводится сравнительный анализ данных конкретной страны с данными одной или нескольких референтных групп стран: в настоящем обзоре такими группами являются все государства-члены Европейского региона ВОЗ и страны, которые входили в состав Европейского союза до 1 мая 2004 года (ЕС-15). Хотя Словения присоединилась к ЕС 1 мая 2014 года, в качестве группы для сравнения по просьбе Министерства здравоохранения Словении были выбраны страны ЕС-15.

Избранная демографическая и экономическая информация

С демографической точки зрения Словения является типичным примером процесса старения населения в Европейском регионе ВОЗ. Эти тенденции, однако, развиваются более быстрыми темпами в Словении, чем в Регионе в целом или в ЕС-15.

В 2010 году дети в возрасте 0-14 лет составляли 14,1% от общей численности населения - почти на два процента меньше, чем в 2000 году - по сравнению с 15,8% по ЕС-15 и 17,7% по Региону (таблица 1, рис. 1). В то же время доля населения в возрасте 65 лет и старше возросла до 16,6% в 2012 году, что почти на 2% выше, чем в целом по Региону (таблица 1, рис. 2). Оставаясь ниже, чем по ЕС-15, годовые темпы поста этого показателя в Словении были гораздо выше, составляя 1,7% в период с 2000 по 2010 гг.

В последние годы наблюдается положительный рост (на 23% с 2000 по 2010 гг.) общего коэффициента фертильности, который возрос с 1,2 в начале 2000-х годов и, как представляется, стабилизировался на уровне около 1,5 в 2013 году, что почти аналогично изменениям в Регионе и ЕС-15 (рис. 3). Это, однако, намного ниже теоретического коэффициента воспроизводства населения, составляющего 2,1. В сочетании с медленно снижающимся общим коэффициентом смертности (рис. 4), уровень естественного прироста населения² в Словении

Рис. 1. Процент населения в возрасте 0–14 лет, Словения, Европейский регион ВОЗ и ЕС-15, последние имеющиеся данные

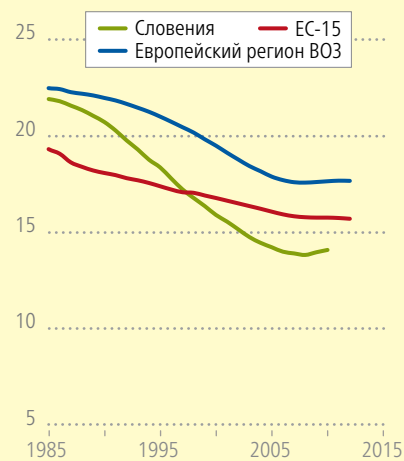


Таблица 1. Отдельные демографические показатели в Словении, 2012 г. или последний год, за который имеются данные

Показатели	Словения	Европейский регион ВОЗ	ЕС-15
Численность населения (в тыс. чел)	2 059	902 367	398 635
Процент населения в возрасте 0-14 лет	14.1	16.8	15.8
Процент населения в возрасте 15-64 лет	69.4	67.8	66
Процент населения в возрасте 65 лет и старше	16.6	15.3	18.2
Процент городского населения	49.5	70.3	76.8
Общий коэффициент рождаемости (число живорождений на 1000)	10.6	12	10.5
Общий коэффициент смертности на 1000 населения	9.1	10.5	9.3
Естественный прирост населения на 1000 человек ^а	1.8	1.5	1.2

^а Коэффициент рождаемости минус коэффициент смертности.

² Коэффициент рождаемости минус коэффициент смертности.

с 2005 года, как представляется, восстановился до положительных значений после десятилетия уровня роста ниже нуля.

В то время как уровень безработицы, в целом, был ниже, чем по Региону и по ЕС-15, его рост после европейского долгового кризиса в 2009 году в Словении был более резким, чем в сопоставимых районах, увеличиваясь ежегодно почти на 18% по сравнению с 1% по Региону и 6% по ЕС-15. В результате, уровень безработицы в Словении в 2014 году составил 9,7%, что выше чем по Региону. Разбивка данных по признаку пола показывает, что разрыв между мужчинами и женщинами увеличился после 2000 года. В 2014 году уровень безработицы среди женщин составил 10,5%, что почти на 2% выше, чем среди мужчин (5).

Рис. 2. Процент населения в возрасте ≥ 65 лет, Словения, Европейский регион ВОЗ и ЕС-15, последние имеющиеся данные

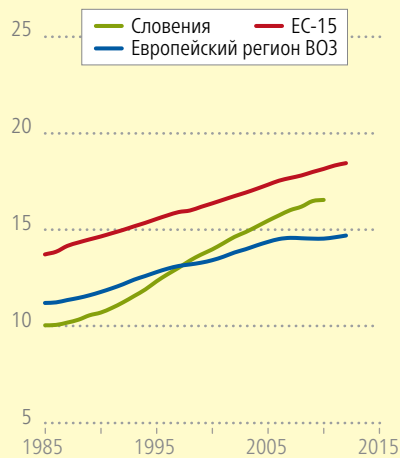


Рис. 3. Общий коэффициент фертильности, Словения, Европейский регион ВОЗ и ЕС-15, 1985-2013 гг.

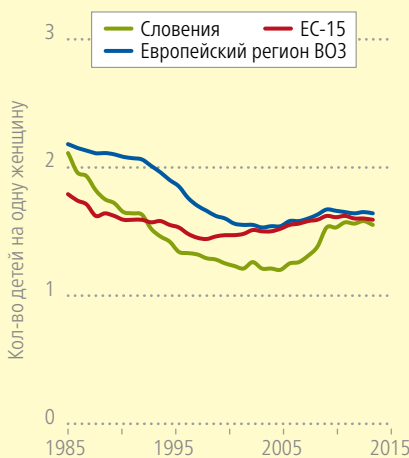
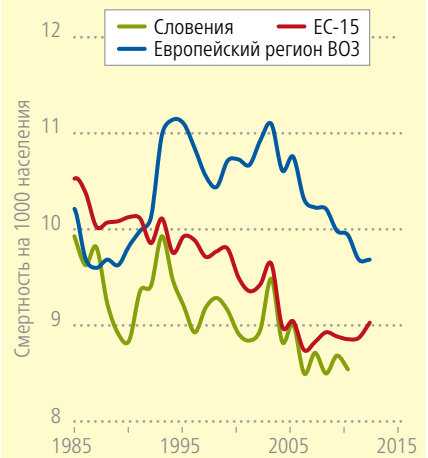


Рис. 4. Общий коэффициент смертности, Словения, Европейский регион ВОЗ и ЕС-15, последние имеющиеся данные



Состояние здоровья и бремя болезней

Ожидаемая продолжительность жизни

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении определяется как среднее число лет, которое мог бы прожить новорожденный ребенок, если показатели смертности, существующие на момент рождения, сохранятся на протяжении всей жизни ребенка. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в Словении по сравнению с 2000 годом возросла быстрыми темпами на 4,3 года для мужчин и на 3,2 года для женщин (рис. 5, 6). В 2010 году уровень этого показателя в Словении был ниже средних значений по ЕС-15 на 2,1 года для мужчин и на 0,8 года для женщин. Однако ожидаемая продолжительность жизни (76,6 лет для мужчин и 83,2 года для женщин) была существенно выше, чем в среднем по Региону (73,2 года и 80,3 лет, соответственно). Разрыв между полами в продолжительности жизни при рождении сократился на один год за период с 2010 года.

Тенденции в отношении ожидаемой продолжительности жизни в возрасте 65 лет, определяемой как среднее число лет, которое мог бы прожить человек в возрасте 65 лет, исходя из существующих

Рис. 5. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении для мужчин, Словения, Европейский регион ВОЗ и ЕС-15, последние имеющиеся данные

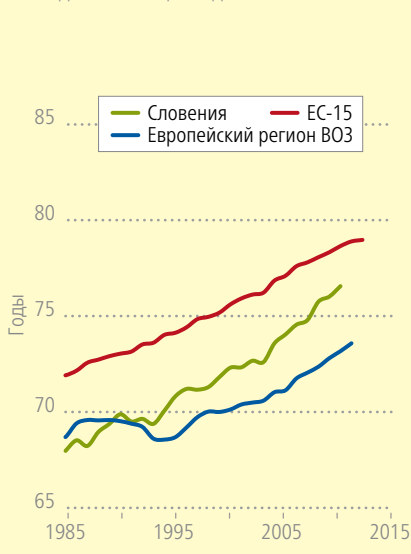
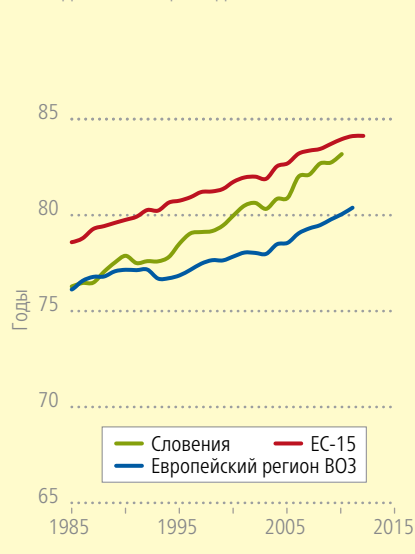


Рис. 6. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении для женщин, Словения, Европейский регион ВОЗ и ЕС-15, последние имеющиеся данные



статистических данных в отношении смертности, схожи с тенденциями в отношении ожидаемой продолжительности жизни при рождении (рис. 7,8). Разрыв между ожидаемой продолжительностью жизни мужчин в ЕС-15 и в Словении сократился после 2000 года, в результате чего в 2010 году ожидаемая продолжительность жизни мужчин в Словении была на один год меньше, чем в среднем по ЕС-15. Ожидаемая продолжительность жизни для женщин возрастала аналогичными темпами после 2000 года, в результате чего в 2010 году ожидаемая продолжительность жизни женщин в Словении была на один год меньше, чем в среднем по ЕС-15.

Ожидаемая продолжительность здоровой жизни и годы жизни, скорректированные с учетом нетрудоспособности

Ожидаемая продолжительность здоровой жизни отражает сводную информацию о летальных и нелетальных исходах в качестве единого среднего показателя здоровья населения. Он используется для сравнительного анализа показателей здоровья в разных странах и позволяет оценивать динамику их изменений во времени.

Оценки ВОЗ по Словении показывают, что ожидаемая продолжительность здоровой жизни в период с 2000 по 2013 годы

Рис. 7. Ожидаемая продолжительность жизни в возрасте 65 лет для мужчин, Словения, Европейский регион ВОЗ и ЕС-15, последние имеющиеся данные

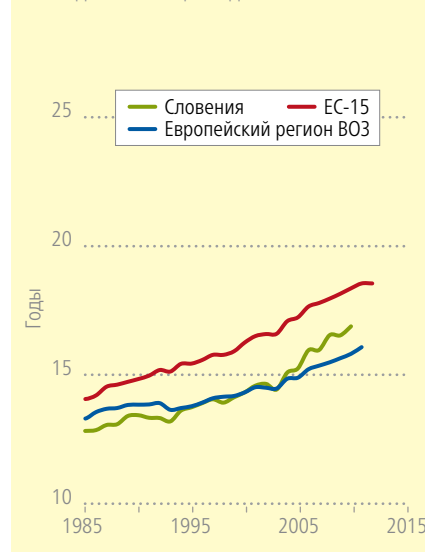
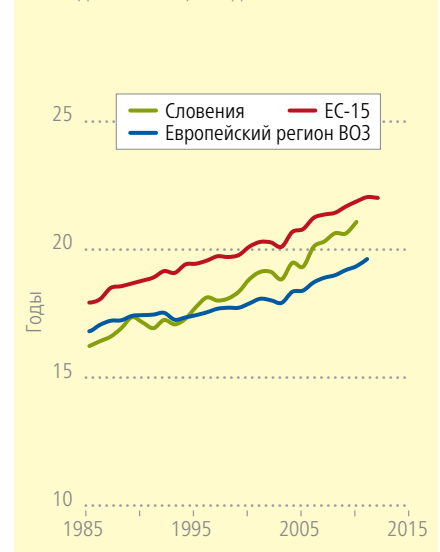


Рис. 8. Ожидаемая продолжительность жизни в возрасте 65 лет для женщин, Словения, Европейский регион ВОЗ и ЕС-15, последние имеющиеся данные



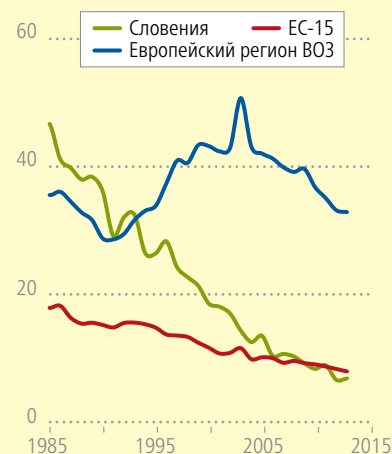
возросла на два года до 66 лет для мужчин и до 72 лет для женщин. Эти оценки были ниже, чем в среднем по ЕС-15 (68,5 лет для мужчин и 72,5 года для женщин), но на два года выше, чем по Региону (64 года для мужчин и 70 лет для женщин). Только 86,1% жизни мужчин считаются годами здоровой жизни. По этому показателю Словения занимает предпоследнее место в Регионе - на 1,9% ниже, чем в среднем по Региону. Аналогичным образом для женщин, лишь 86,6% ожидаемой продолжительности жизни женщин можно считать прожитыми без нетрудоспособности.

Заболеваемость

Сопоставимая информация о заболеваемости является более ограниченной, чем в отношении смертности. В то же время имеются данные в отношении некоторых инфекционных болезней, онкологических заболеваний и психических расстройств, полученные на основании обычных медицинских систем отчетности. Уровень охвата, полнота и качество этих данных различаются по странам и во времени, в связи с чем сопоставления следует толковать с осторожностью.

Первичные источники данных являются разными и включают реестры, системы эпиднадзора и данные стационарных медицинских учреждений.

Рис. 9. Заболеваемость туберкулезом на 100 000 населения, Словения, Европейский регион ВОЗ и ЕС-15, 1985-2013 гг.



Инфекционные заболевания и вакцинация

Заболеваемость туберкулезом снизилась на 63% после 2000 года до 6,8 на 100 000 населения в 2013 г., что ниже среднего значения по ЕС-15, которое составляет 7,9 на 100 000 (рис. 9).

Заболеваемость гонореей снизилась на две трети после 2000 года до 1,2 на 100 000 в 2011 году, что ниже, чем в среднем по ЕС-15 (9,4/100 000) и по Региону (14/100 000). В то же время, уровень заболеваемости сифилисом увеличился почти в десять раз после 2000 года до 5,4 на 100 000 в 2011 году, что выше среднего значения по ЕС-15 (3,7/100 000), но в два раза ниже, чем в среднем по Региону (10,4/100 000).

В последнее время в Словении не было крупных вспышек кори, дифтерии, столбняка, острых форм полиомиелита, краснухи или эпидемического паротита, но число случаев коклюша значительно возросло в конце 2000-х годов, достигнув максимального уровня

в 2006-2007 гг. и 2009-2010 гг. В 2012 году этот показатель (8,7/100 000) был ниже среднего значения по ЕС-15 (10,8/100 000), но выше, чем по Региону (7,9/100 000).

Частота случаев ВИЧ-инфекции в период с 2000 по 2012 гг. возросла в 3,4 раза (рис. 10а). Несмотря на увеличение, уровень этого показателя в 2012 году (2,2/100 000) был значительно ниже среднего значения по ЕС-15 (6,6/100 000) и по всему Региону (10,6/100 000). Параллельно с ростом числа случаев ВИЧ-инфекции, уровень заболеваемости СПИДом в период с 2000 по 2012 гг. увеличился более чем на 50% (рис. 10б), и этот показатель в 2012 году (0,53/100 000) был ниже среднего по ЕС-15 (0,88/100 000) и по Региону (1,25/100 000).

В целом уровни охвата вакцинацией против кори (рис. 11а), краснухи и эпидемического паротита (95% в 2012 году), дифтерии, столбняка, коклюша, инвазивной гемофильной инфекции типа b (96% в 2011-2012 гг.) и полиомиелита (96% в 2012) (рис. 11б) являются очень высокими. Уровень охвата вакцинацией против гепатита В несколько ниже (92% в 2011 году).

Прочие болезни

Показатели заболеваемости и распространенности онкологических заболеваний в Словении быстро растут. Показатель

Рис. 10а. Частота случаев ВИЧ-инфекции на 100 000 населения, Словения, Европейский регион ВОЗ и ЕС-15, 1985-2012 гг.

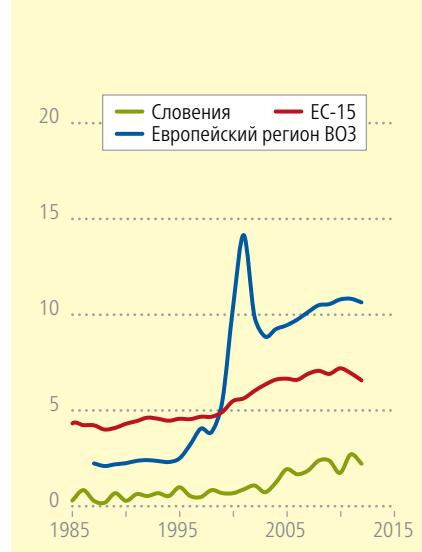
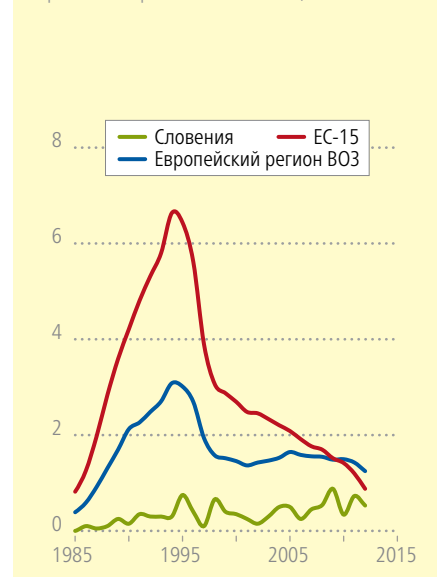


Рис. 10б. Число случаев СПИДа на 100 000 населения, Словения, Европейский регион ВОЗ и ЕС-15, 1985-2012 гг.



распространенности увеличился в большей степени (на 73% в период с 2000 по 2011 гг.), чем заболеваемости (на 37%). Уровень заболеваемости раком (630/100 000 в 2011 году) превышает средние значения по ЕС-15 (565/100 000) и по Региону (419/100 000). Аналогичным образом, показатели распространенности онкологических заболеваний в Словении (4,2% в 2011 году) выше, чем в среднем по ЕС-15 (2,5% в 2008 году) и по Региону (2,2% в 2011 году).

Как и в других европейских странах, распространенность диабета в период с 2005 по 2013 гг. увеличилась с 3,5% до 4,9%. По последним данным (2013 год) этот показатель соответствовал среднему уровню по ЕС-15 (5% в 2011 году), но был выше, чем в среднем по Региону (3,6% в 2012 году).

Информация о случаях психических расстройств и алкогольных психозов отсутствует.

Младенческая и материнская смертность

Показатель младенческой смертности на 1000 живорождений в Словении значительно сократился. В течение полутора десятилетий он был ниже среднего уровня по ЕС-15 (рис. 12), и в 2010 году являлся самым низким в Регионе после Финляндии.

Рис. 11а. Доля детей, иммунизированных против кори, Словения, Европейский регион ВОЗ и ЕС-15, 1985-2012 гг.

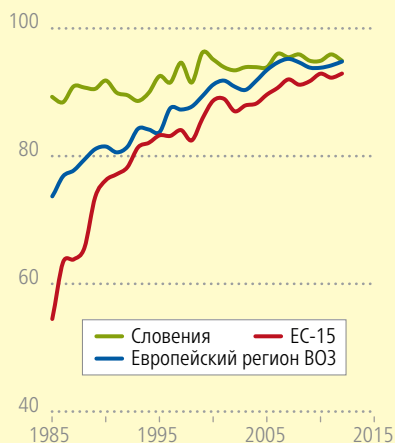


Рис. 11б. Доля детей, иммунизированных против полиомиелита, Словения, Европейский регион ВОЗ и ЕС-15, 1985-2012 гг.

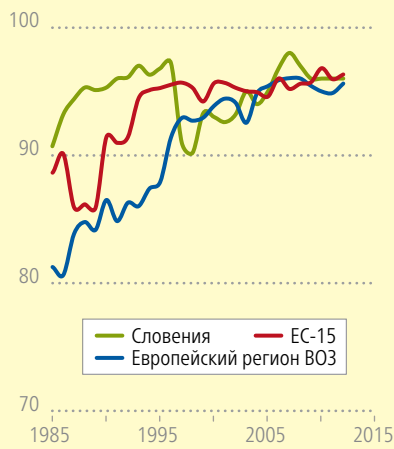
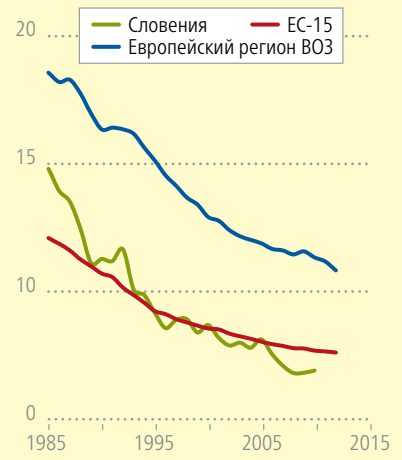


Рис. 12. Младенческая смертность на 1000 живорождений, Словения, Европейский регион ВОЗ и ЕС-15, последние имеющиеся данные



Коэффициент материнской смертности в Словении также значительно снизился (рис. 13). За трехлетний период 2009-2011 гг. был зарегистрирован лишь один случай материнской смертности. Скользящий средний показатель материнской смертности за эти три года показывает, что его уровень в Словении (1,5 на 100 000 живорождений) является одним из самых низких в Регионе, будучи намного ниже, чем в среднем по ЕС-15 (5,2 на 100 000) и по Региону (13,5 на 100 000) за тот же период.

Ведущие причины смерти

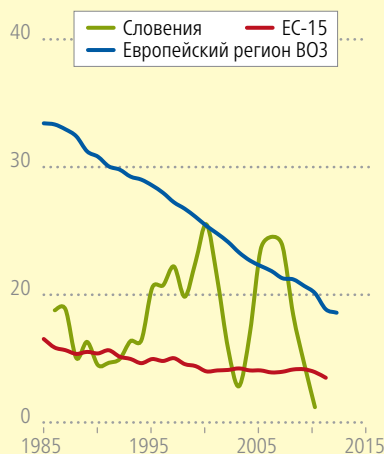
Сравнение стандартизированных по возрасту показателей смертности³ между странами указывает на различия в отношении наиболее распространенных причин смерти среди населения, позволяя легче определять, какие случаи можно предотвратить.

Болезни системы кровообращения, злокачественные новообразования (рак) и внешние причины травм и отравлений (несчастные случаи, убийства и самоубийства) являются основными причинами смертности в Регионе: в 2012 году они явились причинами 73% всех случаев смерти. В Словении доля этих причин составляла 77% в 2010 году, в то время как в странах ЕС-15 стран она была гораздо ниже (67% в 2012 году).

Стандартизированные по возрасту и полу коэффициенты смертности от всех причин в Словении были выше, чем в среднем по ЕС-15, что объясняется избыточной смертностью от болезней системы кровообращения, злокачественных новообразований (рака), внешних причин травм и отравлений, а также заболевания пищеварительной системы. Уровень преждевременной смертности в возрасте до 65 лет также выше, чем в среднем по ЕС-15; в 2010 году относительный показатель избыточной смертности был выше в отношении преждевременной смертности (18%), чем для всех возрастных групп (13%). Общие причины избыточной преждевременной смертности являются одинаковыми для всех возрастов (рис. 14) при преобладающей значимости рака трахеи, бронхов и легких.

На рисунках 15-18 приводятся тенденции в отношении стандартизированных по возрасту показателей смертности

Рис. 13. Материнская смертность на 100 000 живорождений, Словения, Европейский регион ВОЗ и ЕС15, скользящий средний показатель за три года



³ Стандартизированные по возрасту показатели смертности рассчитываются с помощью прямого метода: они представляют собой общие коэффициенты, которые были бы зарегистрированы, если бы возрастная структура населения была такой же, как стандартная возрастная структура населения европейских стран.

от болезней системы кровообращения, злокачественных новообразований (рака) и внешних причин травм и отравлений, а также респираторных заболеваний для всех возрастов и обоих полов.

Рис. 14. Структура смертности по основным причинам смерти, стандартизованный по возрасту коэффициент смертности на 100 000 населения, Словения, Европейский регион ВОЗ и ЕС-15, последние имеющиеся данные



Рис. 15. Стандартизованный по возрасту коэффициент смертности от болезней системы кровообращения во всех возрастных группах на 100 000 населения, Словения, Европейский регион ВОЗ и ЕС-15, последние имеющиеся данные

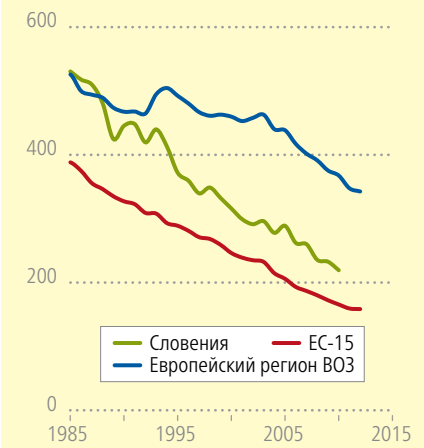


Рис. 16. Стандартизованный по возрасту коэффициент смертности от злокачественных новообразований во всех возрастных группах на 100 000 населения, Словения, Европейский регион ВОЗ и ЕС-15, последние имеющиеся данные

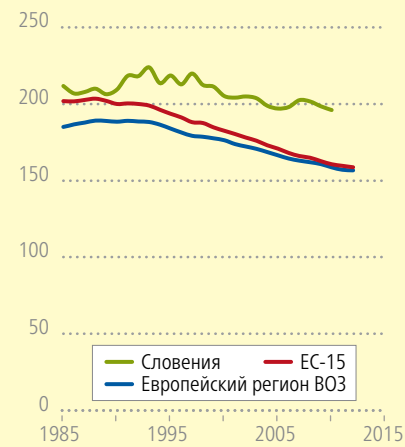


Рис. 17. Стандартизованный по возрасту коэффициент смертности от внешних причин травм и отравлений во всех возрастных группах на 100 000 населения, Словения, Европейский регион ВОЗ и ЕС-15, последние имеющиеся данные

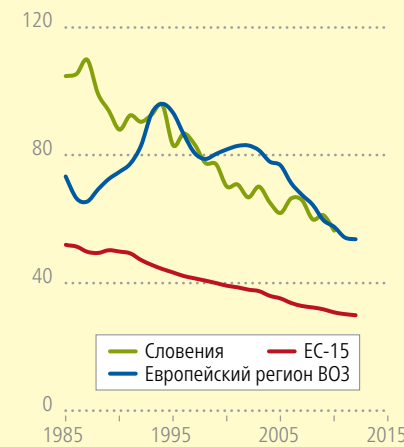
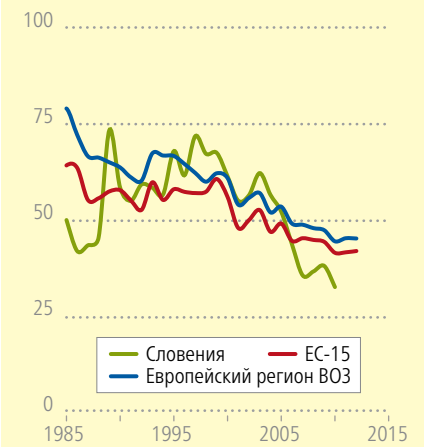


Рис. 18. Стандартизованный по возрасту коэффициент смертности от респираторных болезней во всех возрастных группах на 100 000 населения, Словения, Европейский регион ВОЗ и ЕС-15, последние имеющиеся данные



Другие основные причины смерти

Стандартизированный по возрасту коэффициент смертности от инфекционных заболеваний, респираторных заболеваний и заболевания мочеполовой системы для всех возрастов снизились до уровня ниже средних показателей по ЕС-15 и по Региону.

Стандартизированный по возрасту коэффициент смертности от заболеваний пищеварительной системы (рис. 19) также снизился (на 27% с 2000 по 2010 гг.), но его уровень в 2010 году (40/100 000) был по-прежнему выше, чем в среднем в том же году в ЕС-15 (26/100 000) и в Регионе (37/100 000).

Повышенные показатели избыточной смертности отмечаются особенно среди мужчин в возрасте 45 лет или более и женщин в возрасте 60 лет или более. Аналогичная тенденция наблюдается в отношении смертности от хронических заболеваний печени и цирроза (рис. 20), которые, вместе взятые, являются причиной 43% всех случаев смерти в этой группе в Регионе и 38% случаев в ЕС-15. В Словении эта доля гораздо выше, составляя 60%. Этот рост можно объяснить не только повышенным потреблением алкоголя, но также повышенной распространенностью гепатита В и С. Вероятность смерти от хронических заболеваний печени и цирроза в Словении

Рис. 19. Стандартизированный по возрасту коэффициент смертности от болезней органов пищеварения во всех возрастных группах на 100 000 населения, Словения, Европейский регион ВОЗ и ЕС-15, последние имеющиеся данные

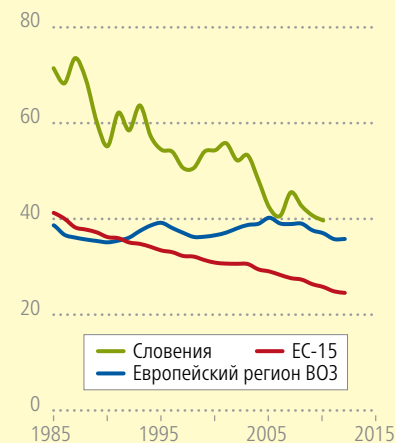
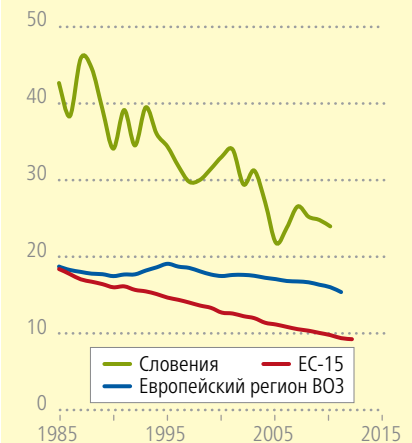


Рис. 20. Стандартизированный по возрасту коэффициент смертности от хронических болезней печени и цирроза во всех возрастных группах на 100 000 населения, Словения, Европейский регион ВОЗ и ЕС-15, последние имеющиеся данные



выше, чем в среднем по Региону для мужчин в возрасте 30 лет или более и для женщин в возрасте 45 лет или более.

Стандартизированный по возрасту коэффициент смертности от внешних причин и отравлений снизился на одну пятую с 2000 года, однако по последним данным (2010 год) он на 5% выше, чем в среднем по Региону. Хотя этот показатель был выше среди мужчин (85/100 000 в 2010 году), чем женщин (25/100 000), в 2010 году уровень избыточной смертности от внешних причин и отравлений в Словении по сравнению с Регионом был выше для женщин (14%), чем для мужчин (2%).

Стандартизированный по возрасту коэффициент смертности в результате самоубийств снизился на одну треть с 2000 года, однако этот показатель все еще находится в числе десяти самых высоких в Регионе, особенно для мужчин (рис. 21, 22). Он составляет 29,3/100 000 для мужчин, что почти в пять раз выше, чем для женщин (6,1/100 000).

Стандартизированный по возрасту коэффициент смертности от убийств и преднамеренного нанесения телесных повреждений снизился более чем на 60% за период с 2000 по 2010 гг. Это снижение было более значительным среди мужчин, чем среди женщин. В 2010 году этот показатель был одинаковым

Рис. 21. Стандартизированный по возрасту коэффициент смертности в результате самоубийств и самоповреждений во всех возрастных группах на 100 000 мужчин, Словения, Европейский регион ВОЗ и ЕС-15, последние имеющиеся данные

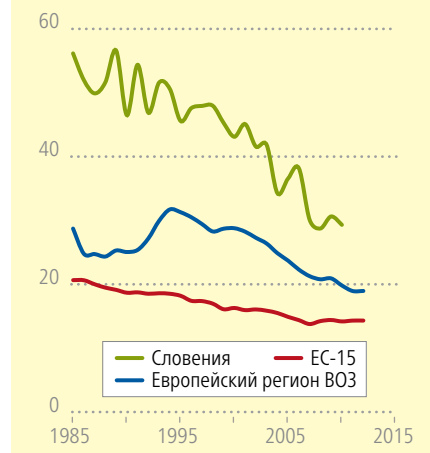
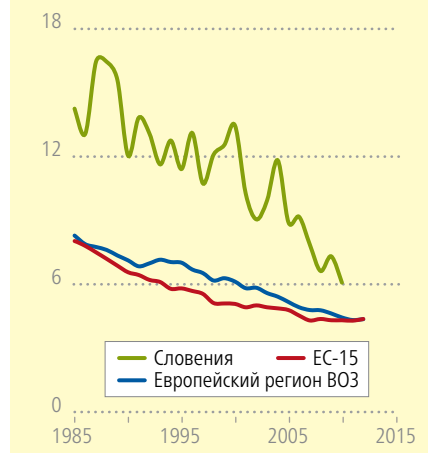
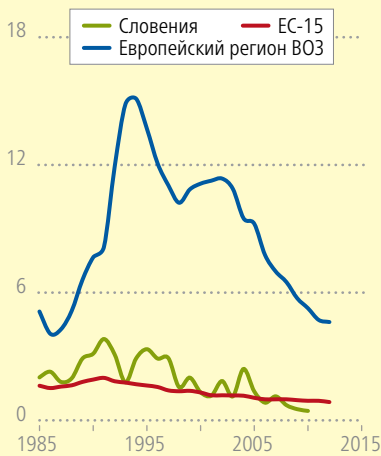


Рис. 22. Стандартизированный по возрасту коэффициент смертности в результате самоубийств и самоповреждений во всех возрастных группах на 100 000 женщин, Словения, Европейский регион ВОЗ и ЕС-15, последние имеющиеся данные



для мужчин и женщин (0,4/100 000). Хотя его уровень для женщин в том же году был равен среднему значению по ЕС-15 (0,4/100 000), для мужчин он являлся одним из самых низких в Регионе (рис. 23, 24).

Рис. 23. Стандартизованный по возрасту коэффициент смертности в результате убийств и преднамеренных травм во всех возрастных группах на 100 000 мужчин, Словения, Европейский регион ВОЗ и ЕС-15, последние имеющиеся данные



Хотя стандартизованный по возрасту коэффициент смертности от дорожно-транспортных происшествий в Словении снизился вдвое с 2007 года по 2010 год (рис. 25, 26), по последним данным (2010 год) он остается немного выше среднего уровня по ЕС-15. В 2010 году показатель смертности мужчин (10,7/100 000) был более чем в четыре раза выше показателя для женщин (2,4/100 000).

Уровень смертности от случайных падений в Словении является особенно высоким. Он составляет 112 случаев смерти на 100 000 человек в возрасте 65 лет или старше и является самым высоким в Регионе.

В дополнение к тенденциям, отмеченным в данном разделе, в Приложении 2 представлены некоторые причины смертности и их выраженные в процентах изменения за период с 2000 года по последний год, за который имеются данные в Словении (2010 г.), в сравнении со средними значениями по Региону (2012 г.) и ЕС-15 (2012 г.).

Рис. 24. Стандартизованный по возрасту коэффициент смертности в результате убийств и преднамеренных травм во всех возрастных группах на 100 000 женщин, Словения, Европейский регион ВОЗ и ЕС-15, последние имеющиеся данные

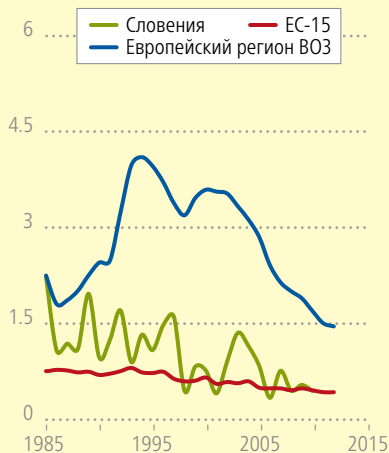


Рис. 25. Стандартизованный по возрасту коэффициент смертности в результате дорожно-транспортных происшествий во всех возрастных группах на 100 000 мужчин, Словения, Европейский регион ВОЗ и ЕС-15, последние имеющиеся данные

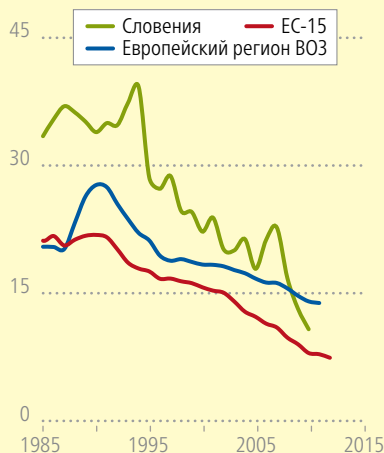
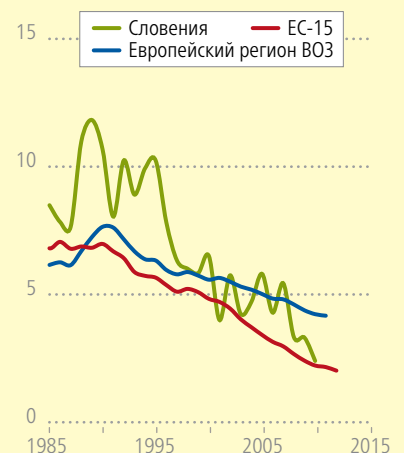


Рис. 26. Стандартизованный по возрасту коэффициент смертности в результате дорожно-транспортных происшествий во всех возрастных группах на 100 000 женщин, Словения, Европейский регион ВОЗ и ЕС-15, последние имеющиеся данные



Преждевременная смертность

Поскольку значительное число случаев преждевременной смерти от сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний, а также несчастных случаев зависит от поведения и привычек в отношении здоровья, анализ тенденций в отношении преждевременной смертности между странами может показать, какие именно методы лечения и меры укрепления здоровья и профилактики дали хорошие результаты.

Уровень преждевременной смертности от болезней системы кровообращения за последние десятилетия снизился в большинстве европейских стран, однако в Словении в большей степени (-43%), чем в среднем по ЕС-15 (-35%). В 2010 году показатель для мужчин в Словении составлял 54/100 000 (рис. 27), что на одну четверть выше, чем в среднем по ЕС-15 (45/100 000 в 2010 году), в то время как показатели для женщин в Словении и ЕС-15 являются аналогичными, составляя 16/100 000 в обоих случаях (рис. 28).

Хотя уровень преждевременной смертности от ишемической болезни сердца среди мужчин в Словении сократился на одну треть в период с 2000 по 2010 гг. (рис. 29), он оставался в 2010 году выше (27/100 000), чем в среднем по ЕС-15 (22/100 000). Для женщин,

Рис. 27. Стандартизованный по возрасту коэффициент смертности от болезней системы кровообращения в возрасте 0-64 лет на 100 000 мужчин, Словения, Европейский регион ВОЗ и ЕС-15, последние имеющиеся данные

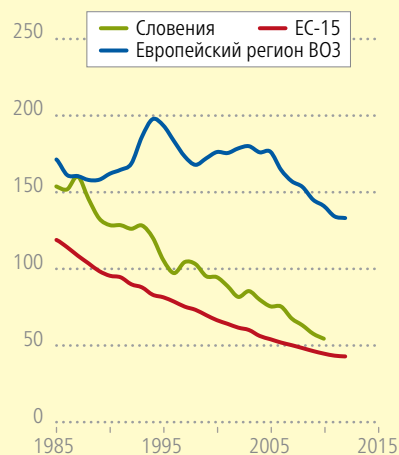


Рис. 28. Стандартизованный по возрасту коэффициент смертности от болезней системы кровообращения в возрасте 0-64 лет на 100 000 женщин, Словения, Европейский регион ВОЗ и ЕС-15, последние имеющиеся данные

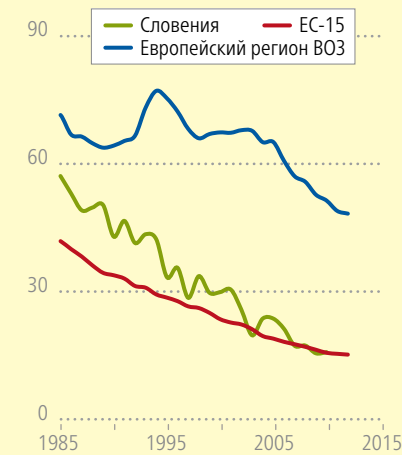
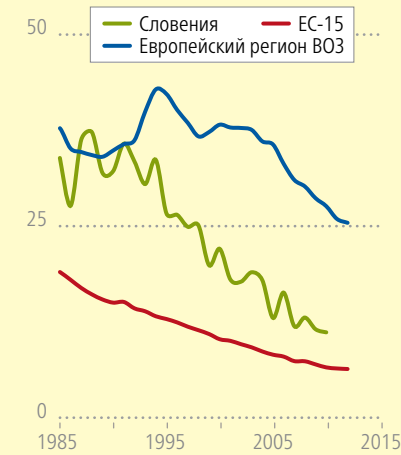


Рис. 29. Стандартизованный по возрасту коэффициент смертности от ишемической болезни сердца в возрасте 0-64 лет на 100 000 мужчин, Словения, Европейский регион ВОЗ и ЕС-15, последние имеющиеся данные



соответствующий показатель за этот же период снизился более чем вдвое до 4 на 100 000 (рис. 30), что ниже среднего по ЕС-15 (5/100 000).

В период с 2000 по 2010 гг. уровень преждевременной смертности от цереброваскулярных заболеваний снизился в два раза среди мужчин и на одну треть среди женщин (рис. 31, 32). В 2010 году стандартизированный по возрасту коэффициент смертности в Словении оставался выше, чем в среднем по ЕС-15 как для мужчин (11/100 000 по сравнению с 7/100 000), так и для женщин (6/100 000 по сравнению с 4/100 000).

Уровень преждевременной смертности от злокачественных новообразований в Словении в период с 2000 по 2010 гг. снизился, однако остается выше, чем в ЕС-15 для обоих полов (рис. 33, 34). Для мужчин этот показатель (96/100 000) был на треть выше, чем в среднем по ЕС-5 (73/100 000) и одну десятую выше, чем в среднем по Региону (89/100 000). Различия в преждевременной смертности среди женщин являются меньшими; ее уровень в Словении составляет 59/100 000, что аналогично среднему уровню по Региону (58/100 000), но немного выше, чем в среднем по ЕС-15 (54/100 000).

Преждевременная смертность от рака трахеи, бронхов и легких для мужчин снижалась до 2010 года, но ее уровень в Словении

Рис. 30. Стандартизированный по возрасту коэффициент смертности от ишемической болезни сердца в возрасте 0-64 лет на 100 000 женщин, Словения, Европейский регион ВОЗ и ЕС-15, последние имеющиеся данные

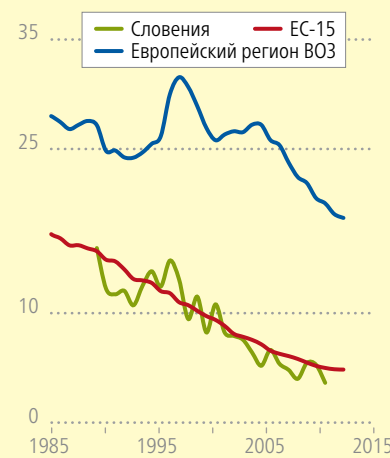
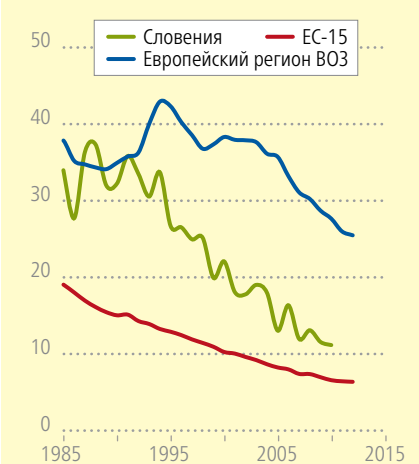


Рис. 31. Стандартизированный по возрасту коэффициент смертности от цереброваскулярных заболеваний в возрасте 0-64 лет на 100 000 мужчин, Словения, Европейский регион ВОЗ и ЕС-15, последние имеющиеся данные



в том же году (30/100 000), был выше среднего по ЕС-15 (21/100 000) и по Региону (26/100 000) (рис. 35). Соответствующий показатель для женщин возрос за тот же период, отражая

Рис. 32. Стандартизованный по возрасту коэффициент смертности от цереброваскулярных заболеваний в возрасте 0-64 лет на 100 000 женщин, Словения, Европейский регион ВОЗ и ЕС-15, последние имеющиеся данные

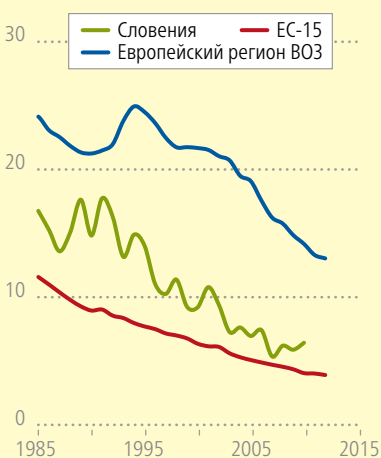


Рис. 33. Стандартизованный по возрасту коэффициент смертности от злокачественных новообразований в возрасте 0-64 лет на 100 000 мужчин, Словения, Европейский регион ВОЗ и ЕС-15, последние имеющиеся данные

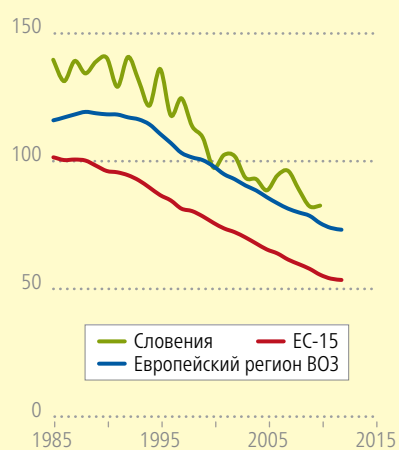


Рис. 34. Стандартизованный по возрасту коэффициент смертности от злокачественных новообразований в возрасте 0-64 лет на 100 000 женщин, Словения, Европейский регион ВОЗ и ЕС-15, последние имеющиеся данные

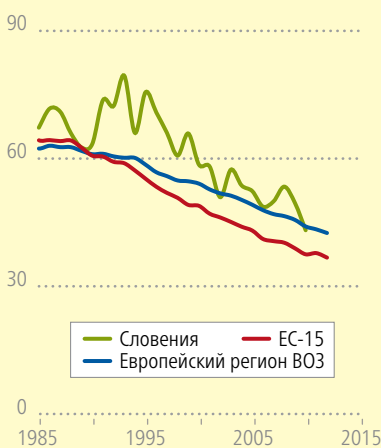
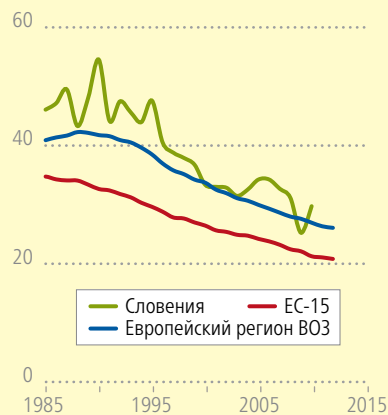


Рис. 35. Стандартизованный по возрасту коэффициент смертности от рака трахеи, бронхов и легких в возрасте 0-64 лет на 100 000 мужчин, Словения, Европейский регион ВОЗ и ЕС-15, последние имеющиеся данные



увеличение показателей распространенности курения среди женщин от 8 до почти 11 на 100 000, что выше средних показателей по ЕС-15 (10/100 000) и по Региону (8/100 000) (рис. 36).

Уровень преждевременной смертности от рака молочной железы снизился после 2000 года, до 13/100 000 в 2010 году (рис. 37), что немного выше средних показателей по ЕС-15 и по Региону.

Уровень преждевременной смертности от рака шейки матки в середине 1990-х годов был выше, чем в среднем по Региону, однако впоследствии снизился (рис. 38). По последним данным (2,3/100 000 в 2010 году) он выше, чем в среднем по ЕС-15 (1,6/100 000), но ниже, чем по Региону (3,4/100 000).

Рис. 36. Стандартизованный по возрасту коэффициент смертности от рака трахеи, бронхов и легких в возрасте 0-64 лет на 100 000 женщин, Словения, Европейский регион ВОЗ и ЕС-15, последние имеющиеся данные

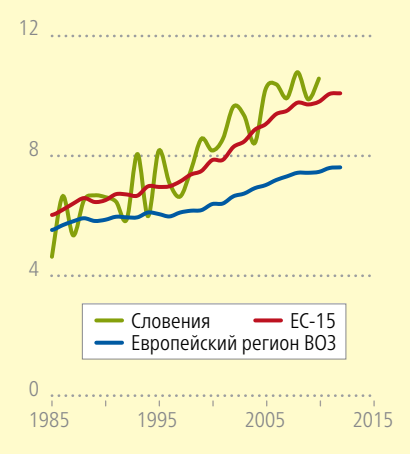


Рис. 37. Стандартизованный по возрасту коэффициент смертности от рака молочной железы в возрасте 0-64 лет на 100 000 женщин, Словения, Европейский регион ВОЗ и ЕС-15, последние имеющиеся данные

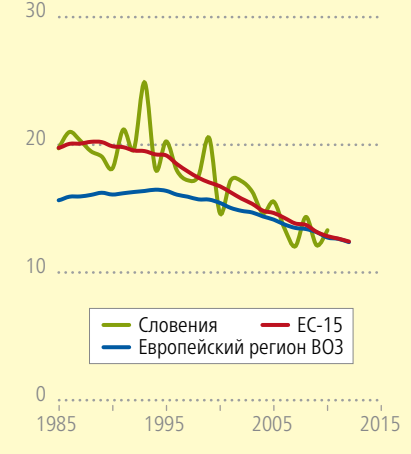
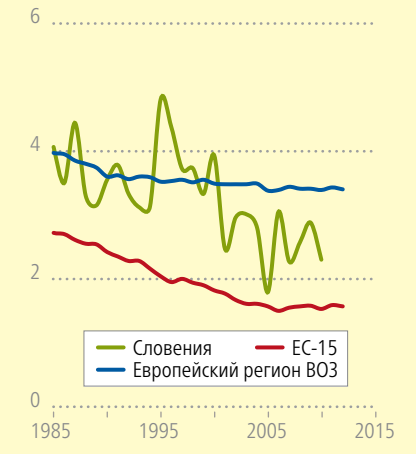


Рис. 38. Стандартизованный по возрасту коэффициент смертности от рака шейки матки в возрасте 0-64 лет на 100 000 женщин, Словения, Европейский регион ВОЗ и ЕС-15, последние имеющиеся данные



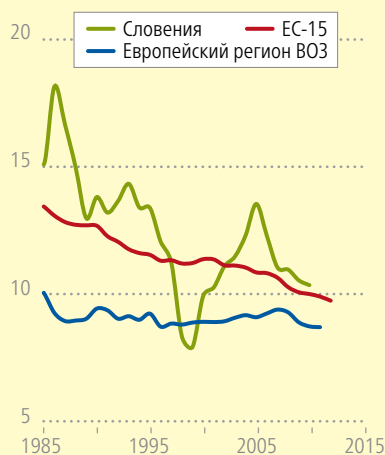
Факторы риска и детерминанты здоровья

Отрицательное влияние на здоровье и благополучие отдельных лиц и всего населения оказывают несколько факторов, в том числе генетические факторы, физическая, социальная и культурная среда, а также поведение в отношении здоровья. Такие факторы риска, как нездоровый рацион питания, низкий уровень физической активности, курение и вредное употребление алкоголя связаны с повышенным артериальным давлением, высоким уровнем холестерина в сыворотке крови и избыточным весом. Эти факторы риска способствуют преждевременной смертности от сердечно-сосудистых заболеваний и рака, являющихся двумя основными причинами смертности в Регионе. Факторы риска оказывают влияние на развитие большого числа других хронических заболеваний и, таким образом, на качество жизни в целом.

Употребление алкоголя

Оценка потребления алкоголя основывается на учтенном объеме потребления алкоголя на душу населения в возрасте 15 лет и старше в течение календарного года в стране в литрах чистого (100%) спирта. Уровень учтенного потребления алкоголя на душу взрослого населения в Словении исторически является очень высоким, превышая 10 литров до 1998 года и вновь поднявшись до этого уровня после 2001 года. В 2010 году этот показатель составил 10,3 л (рис. 39), что выше, чем в среднем по Региону (8,7 л в 2011 году) и ЕС-15 (9,7 л в 2012 году). Хотя данные по продажам не включают неучтенное потребление, по оценкам Глобальной обсерватории здравоохранения объем неучтенного потребления алкоголя в Словении является низким: один литр на душу населения (6).

Рис. 39. Учетное потребление алкоголя в литрах на душу населения в возрасте 15 лет и старше, Словения, Европейский регион ВОЗ и ЕС-15, последние имеющиеся данные

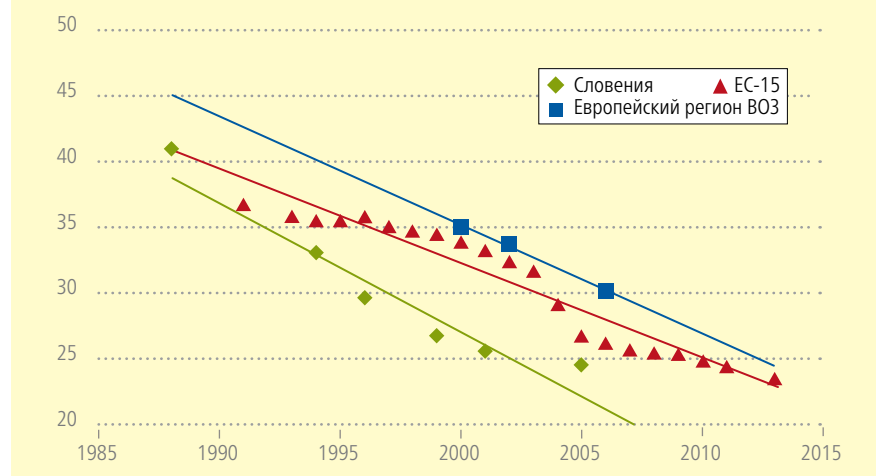


Табакокурение

Процентная доля заядлых курильщиков определяется среди взрослого населения в возрасте 15 лет и старше. В Словении распространенность курения уменьшилась для обоих полов (рис. 40). Среди мужчин снижение составило 7% (с 29% в 1999 году до 22% в 2012 году); для женщин - 4% (с 20% до 16%, соответственно). Эти показатели были ниже средних по ЕС-15 (26% для мужчин и 19% для женщин). По данным Глобальной обсерватории

здравоохранения, основанным на данных национального обследования, 20% девочек и 14% мальчиков в возрасте 13-15 лет в ходе проведенного в 2007 году опроса ответили, что они курят сигареты (6).

Рис. 40. Процент заядлых курильщиков среди населения в возрасте ≥ 15 лет, Словения, Европейский регион ВОЗ и ЕС-15, последние имеющиеся данные



Режим питания, потребление питательных макроэлементов и избыточная масса тела

В период с 2000 по 2009 гг. среднее количество калорий на человека в день в Словении увеличилось на 7%. По данным на 2009 год, уровень потребления калорий в Словении составлял, в среднем, 3275 ккал в день, что ниже средних значений как по ЕС-15 (3484 ккал), так и по Региону (3488 ккал). 35% от общего объема калорий в Словении приходится на долю жиров, что ниже среднего по ЕС-15 (39%), но выше чем по Региону (33%). Среднее количество фруктов и овощей на душу населения в год (225 кг) в 2009 году было ниже среднего уровня по ЕС-15 (231 кг) и по Региону (243 кг).

По оценкам Глобальной обсерватории здравоохранения в 2014 году 66% мужчин и 55% женщин в Словении имели избыточный вес (индекс массы тела 25 или более), что на 2% выше, чем в 2010 году. Уровень распространенности ожирения (индекс массы тела 30 или более) также увеличился на 2%. Распространенность ожирения выше среди женщин (26% в 2014 году), чем среди мужчин (25%). Средние значения по Региону являются более высокими в отношении избыточного веса (59%) и ожирения (27%) для

женщин, но ниже в отношении избыточного веса (65%) и ожирения (23%) для мужчин.

Сравнительная оценка рисков

Поскольку составленные ВОЗ оценки числа лет жизни, скорректированных с учетом нетрудоспособности (DALY), связаны с некоторыми факторами риска на региональном, но не на страновом уровне, в настоящей публикации используются оценки на страновом уровне, сделанные Институтом по измерению показателей здоровья и оценке состояния здоровья (7). Согласно оценкам Института, наибольшее бремя болезней в Словении приходится на долю пищевых факторов риска, за которыми следует высокое артериальное давление. В Таблице 2 приводятся полученные оценки 10 основных факторов риска и связанного с ними бремени болезней в Словении, измеряемого показателями DALY, с разбивкой по полу.

Таблица 2. 10 основных факторов риска и связанное с ними стандартизированное по возрасту бремя болезней в Словении, с разбивкой по полу, 2013 г.

Факторы риска	DALY (в среднем на 100 000 населения)
Женщины	
Повышенный индекс массы тела	2869
Высокое систолическое кровяное давление	2801
Пищевые факторы риска	2799
Высокий уровень глюкозы в плазме крови натощак	1470
Табакокурение	1399
Употребление алкоголя и наркотиков	1070
Низкая скорость клубочковой фильтрации	929
Низкий уровень минеральной плотности костной ткани	914
Высокий уровень общего холестерина	735
Низкая физическая активность	619
Мужчины	
Пищевые факторы риска	4295
Табакокурение	4152
Употребление алкоголя и наркотиков	3783
Высокое систолическое кровяное давление	3143
Повышенный индекс массы тела	2912
Высокий уровень глюкозы в плазме крови натощак	1668
Высокий уровень общего холестерина	1089
Профессиональные риски	1023
Низкая скорость клубочковой фильтрации	897
Загрязнение воздуха	780

Источник: Институт по измерению показателей здоровья и оценке состояния здоровья (7).

Система здравоохранения

Основные показатели системы здравоохранения в 2013 году приведены в Таблице 3. Число больничных коек сократилось в период с 2000 по 2013 гг.; в 2013 году этот показатель был на 9% ниже среднего по ЕС-15 и на 20% ниже, чем в среднем по Региону. В отношении кадровых ресурсов здравоохранения, численность врачей, стоматологов, медсестер и акушерок увеличивалась с 2000 года. В 2013 году численность врачей и акушерок была значительно ниже средних показателей по ЕС-15 и Региону, в то время как число стоматологов и медсестер в расчете на душу населения было немного ниже, чем в среднем по ЕС-15 (-7% и -9%, соответственно), но выше среднего показателя по Региону.

Число пациентов, выписанных из стационарных медицинских учреждений, увеличилось с 16,7 на 100 жителей в 2000 году до 18,2 на 100 в 2013 году. Этот показатель был выше среднего значения по ЕС-15 (17,1/100), но соответствовал среднему уровню по Региону (18,1/100). Средняя продолжительность пребывания во всех больницах на протяжении десятилетий снижалась. Согласно последним данным (2013 г.), продолжительность

Таблица 3. Основные показатели в отношении ресурсов здравоохранения, использования услуг здравоохранения и расходов на нужды здравоохранения, Словения, 2013 г. или последний год, за который имеются данные

Показатель	Словения	Изменение по сравнению с 2000 г.	Европейский регион ВОЗ	ЕС-15
Кол-во больничных коек на 100 000 населения	455,4	-16%	566,7	498,1
Кол-во врачей на 100 000 населения	263	22%	307,9	364,4
Кол-во стоматологов на 100 000 населения	64,9	12%	53,3	70,1
Кол-во медсестер на 100 000 населения	833,4	–	728,9	912,4
Кол-во акушерок на 100 000 населения	6	–	40,2	30,4
Число пациентов, выписанных из стационаров, на 100 жителей	18,2	9%	18,1	17,1
Средняя продолжительность пребывания, все больницы	6,5	-24%	8,6	8,2
Число амбулаторных обращений на одного человека в год	6,5	–	7,6	6,8
Общие расходы на здравоохранение в процентах от ВВП ^а	9,2	0,9 ^б	8,2	10,3
Общие расходы на здравоохранение, паритет покупательной способности в долл. США на душу населения ^а	2595	78%	2455	3871
Расходы государственного сектора здравоохранения в % от общих расходов на здравоохранение ^а	71,6	-2,4 ^б	67,1	77,1
Расходы на здравоохранение за счет собственных средств в % от общих расходов на здравоохранение	12,1	5,2%	26,4	14,2

^а Валовой внутренний продукт; оценки ВОЗ.

^б Изменение в процентах.

госпитализации составляла 6,5 дней, что примерно на 2 дня меньше среднего уровня по ЕС-15 (8,2 дней) и по Региону (8,6 дней).

Среднее число амбулаторных обращений остается неизменным с 2000 года. По последним имеющимся данным (2013 г.) этот показатель составлял 6,5, что ниже, чем по ЕС-15 (6,8) и по Региону (7,6).

Согласно оценкам ВОЗ, доля расходов на здравоохранение в валовом внутреннем продукте (ВВП) возросла с 8,3% в 2000 году до 9,2% в 2013 году. Это выше, чем в среднем по Региону (8,2%), но ниже среднего показателя по ЕС-15 (10,3%). В течение этого периода средние ежегодные темпы роста общего объема расходов на здравоохранение составили 4,6% в год в соответствии с ежегодными темпами прироста населения по Региону (4,8%) и по ЕС-15 (4,5%). Уровень расходов в 2013 году был немного выше среднего по Региону (2455 долл. США), но на одну треть меньше, чем в среднем по ЕС-15 (3871 долл. США). По последним оценкам ВОЗ, уровень расходов государственного сектора здравоохранения (2013 г.) составил 72%, что на 5% выше среднего показателя по Региону (67%), но на 5% ниже среднего по ЕС-15 (77%). Доля расходов за счет собственных средств является очень низкой. В 2013 году она составляла 12% от общего объема расходов на здравоохранение, что является одним из самых низких показателей в Регионе, в два раза ниже среднего уровня по ЕС-15 и на одну треть ниже среднего по Региону.

Подробное описание системы здравоохранения в Словении в 2010 году приводится в публикации *Slovenia: health system review* (8).

Как указывалось во Введении, европейская политика здравоохранения Здоровье-2020 направлена на поддержку мер на всех уровнях государственной власти и в масштабах всего общества с целью значительно улучшить здоровье и повысить уровень благополучия населения, сократить неравенства в отношении здоровья, укрепить общественное здравоохранение и обеспечить наличие устойчивых систем здравоохранения, ориентированных на нужды людей и характеризующихся высоким качеством помощи и соблюдением принципов всеобщего охвата населения и социальной справедливости (1). Государства-члены Европейского региона ВОЗ согласовали набор основных индикаторов для мониторинга хода работ по достижению целевых ориентиров политики Здоровье-2020 в Европейском регионе и во всех государствах-членах (3).

В недавно пересмотренных публикациях "Обзорные сведения о состоянии здоровья и благополучия" и "Характеристики здоровья и благополучия" приводятся данные о прогрессе на пути к достижению всеобъемлющих целевых ориентиров политики Здоровье-2020. Индикаторы политики Здоровье-2020 для Словении приведены в Таблице 4.

Сократить преждевременную смертность к 2020 году

Словения добилась значительного прогресса в снижении показателей преждевременной смертности⁴. Стандартизированный по возрасту показатель общей преждевременной смертности от четырех основных неинфекционных заболеваний (сердечно-сосудистые заболевания, рак, диабет и хронические респираторные заболевания) снижался ежегодно на 2,8% с 2000 по 2010 гг. для обоих полов, что выше регионального целевого ориентира, составляющего 1,5% в год. Несмотря на этот прогресс, показатели преждевременной смертности в Словении остаются выше, чем в ЕС-15, особенно в отношении злокачественных новообразований, болезней системы кровообращения и заболеваний пищеварительной системы. В целом прогресс в сокращении преждевременной смертности был более

⁴ Определяется в механизме мониторинга политики Здоровье-2020 (2) как смертность в возрасте от 30 до 70 лет в целях обеспечения соответствия с механизмом мониторинга в отношении неинфекционных заболеваний (9).

Таблица 4. Основные показатели мониторинга достижения целевых ориентиров политики Здоровье-2020 в Словении, за последние годы, по которым имеются данные

Целевой ориентир	Индикатор	Значение			Год
		Мужчины	Женщины	Оба пола	
1. Сокращение преждевременной смертности^a	Коэффициент преждевременной смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, рака, диабета и хронических респираторных заболеваний в возрасте от 30 до 70 лет	392,2	189,5	289	2010
	Распространенность употребления табака среди лиц в возрасте 18 лет и старше ^b	22,2	15,9	19,2	2012
	Потребление алкоголя в литрах чистого спирта на душу населения среди лиц в возрасте 15 лет и старше	–	–	10,3	2010
	Распространенность избыточной массы тела и ожирения (индекс массы тела \geq 25) среди людей в возрасте 18 лет и старше (стандартизированная по возрасту оценка)	66,1	55,1	60,6	2014
	Показатель смертности от внешних причин травм и отравлений, все возрастные группы	87	28,7	56,3	2010
2. Увеличение ожидаемой продолжительности жизни	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (число лет)	76,6	83,2	80	2010
3. Сокращение неравенств^c	Младенческая смертность на 1000 живорождений	2,1	3	2,5	2010
	Доля детей, достигших установленного младшего школьного возраста, не записанных в школу	3,2	2,2	2,7	2013
	Уровень безработицы (1)	8,9	10,5	9,7	2014
	Национальные меры политики, направленные на сокращение неравенств в отношении здоровья, разработаны и задокументированы	Н/п	Н/п	Да	2014
	Коэффициент Джини	–	–	25	2014
4. Повышение уровня благополучия^d	Удовлетворенность жизнью среди людей в возрасте 15 лет и старше (2)	–	–	6,1	2007–2012
	Наличие мер социальной поддержки лиц в возрасте 50 лет и старше (3)	–	–	88	2014
	Процент населения, проживающего в улучшенных санитарно-гигиенических условиях	–	–	99,1	2015
5. Всеобщий охват и «право на здоровье»	Расходы домохозяйств за счет собственных средств как доля общих расходов на здравоохранение	Н/п	Н/п	12,1	2013
	Процент детей, вакцинированных против кори (одна доза к моменту достижения двухлетнего возраста)	–	–	95	2010
	Процент детей, вакцинированных против полиомиелита (три дозы к моменту достижения возраста одного года)	–	–	96	2012
	Процент детей, вакцинированных против краснухи (одна доза к моменту достижения двухлетнего возраста)	–	–	95	2012
	Общие расходы на здравоохранение в % от валового внутреннего продукта	Н/п	Н/п	9,2	2013
6. Национальные целевые ориентиры	Организация процесса для установления целевых ориентиров документально оформлена	Н/п	Н/п	Да	2014
	Документирование фактических данных:				
	(а) национальные стратегии здравоохранения, согласованные с политикой Здоровье-2020	Н/п	Н/п	Да	2014
	(б) план реализации	Н/п	Н/п	Да	2014
(с) механизм подотчетности	Н/п	Н/п	Да	2014	

Н/п: не применимо

^a Целевой ориентир 1 также включает процент детей, вакцинированных против кори, полиомиелита и краснухи.

^b Показатель распространенности включает ежедневное и регулярное употребление табака лицами в возрасте 15 лет или старше.

^c Целевой ориентир 3 включает ожидаемую продолжительность жизни при рождении.

^d Целевой ориентир 4 включает коэффициент Джини, уровень безработицы и долю детей, не записанных в начальную школу.

Источник: Европейская база данных ВОЗ «Здоровье для всех» (4), если не указано иное.

значительным для мужчин, чем для женщин, что соответствует общей тенденции в Регионе. Возможно, это является следствием наблюдавшейся ранее тенденции к снижению показателей среди мужчин, у которых уровень смертности был выше, чем у женщин, в результате чего различия между полами сократились. Для обоих полов, однако, снижение преждевременной смертности от сердечно-сосудистых заболеваний соответствует тенденциям в ЕС-15, а не характеру изменений во многих других странах Центральной и Восточной Европы (4). Смертность от внешних причин травм и отравлений также снизилась в период с 2000 по 2010 гг. на одну пятую. Это снижение было более заметным для женщин (-25%), чем для мужчин (-18%), и разница между обоими полами в отношении стандартизированного по возрасту коэффициента смертности остается большой: в 2010 году вероятность смерти от внешних причин травм и отравлений среди мужчин в Словении была в три раза выше, чем среди женщин.

Принимая во внимание факторы риска, влияющие на стандартизированное по возрасту бремя болезней (Таблица 2), очевидно, что наибольшая часть DALY приходится на долю пищевых факторов риска.

Это свидетельствует о том, что неправильное питание играет важную роль в отсутствии прогресса в снижении уровня преждевременной смертности. На уровень преждевременной смертности от неинфекционных заболеваний в Словении все большее влияние оказывает "среда, способствующая ожирению". В 2014 году 55% женщин имели избыточный вес или страдали ожирением по сравнению с 66%, или двумя третями, мужчин (6).

Эти цифры указывают на рост распространенности избыточного веса и ожирения с 2010 года, что подчеркивает необходимость повышения эффективности мер укрепления здоровья и контроля.

Словения добилась больших успехов в уменьшения распространенности регулярного употребления табака, но в 2012 году (последнем году, за который имеется информация в базе данных "Здоровье для всех" (4)), темпы снижения, по-видимому, замедляются и даже наблюдается обратная тенденция. В 2012 году заядлыми курильщиками являлись 22% мужчин и 16% женщин. В отношении мужчин Словения по этому показателю находится ниже среднего уровня

по ЕС-15 и значительно ниже среднего уровня по Региону (38%). Прогресс для женщин носит менее выраженный характер, и в 2012 году Словения находилась ниже среднего уровня по ЕС-15 (19%).

Аналогичным образом, в расчете на душу населения общее потребление алкоголя⁵ увеличилось после 2000 года, и в 2010 году было выше, чем в ЕС-15 и в Регионе. Хотя количественная оценка того, в какой мере употребление алкоголя влияет на рост общей преждевременной смертности от неинфекционных заболеваний, еще не проведена, ясно, что сокращение потребления алкоголя в Словении будет способствовать более значительному прогрессу в сокращении преждевременной смертности в целом.

Увеличение ожидаемой продолжительности жизни

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в 2010 году составляла 76,6 лет для мужчин и 83,2 года для женщин, что представляет собой увеличение на 4,3 года для мужчин и 3,2 года для женщин с 2000 года. Необходимы дополнительные данные за период после 2010 года, чтобы определить, увеличивается ли ожидаемая продолжительность жизни в Словении, по меньшей мере, существующими темпами⁶ как для мужчин, так и для женщин, в соответствии с целевым ориентиром политики Здоровье-2020 (3).

Сокращение неравенств в отношении здоровья

Словения добилась прогресса в устранении неравенств в отношении здоровья детей, связанных с социальными детерминантами в соответствии с рекомендациями политики Здоровье-2020 (3). В 2010 году коэффициенты младенческой смертности составляли 2,1/1000 живорождений для мальчиков и 3/1000 живорождений для девочек, что представляет собой уменьшение на 62% для мальчиков и 29% для девочек с 2000 года. Для обоих полов коэффициенты младенческой смертности были ниже средних по ЕС-15 и по Региону, особенно для мальчиков. Аналогичные успехи были отмечены в области материнской

⁵ На основе данных по продажам для лиц в возрасте 15 лет и старше в литрах чистого спирта.

⁶ Годовой показатель с 2006 г. по 2010 г.

смертности, которая снизилась с 21/100 000 живорождений в 1999-2001 гг. до 2/100 000 живорождений в 2009-2011 гг.

Доля детей, достигших установленного младшего школьного возраста, но не получающих образования, также снизилась на 40% после 2000 года до 3,2% для мальчиков и 2,2% для девочек в 2013 году.

Одной из приоритетных областей деятельности в достижении целевых ориентиров политики Здоровье-2020 является снижение безработицы (1). В результате финансового кризиса безработица в Словении резко возросла: в 2014 году безработными являлись 8,9% мужчин, что на 2,1% выше, чем в 2000 году, и 10,5% женщин, что на 3,4% выше за тот же период (5). После 2013 года, однако, уровень безработицы для обоих полов значительно снизился. Коэффициент Джини (показатель распределения доходов) увеличился на 14% с 22 в 2000 году до 25 в 2014 году. Однако он оставался на одну четверть ниже среднего значения по Региону и одну пятую ниже, чем в ЕС-15.

Повышение уровня благополучия населения

Уровень благополучия, измеряемый целым рядом индикаторов, является относительно новым элементом и, таким образом, потребуются дополнительные данные по каждой стране, прежде чем можно будет провести соответствующий анализ тенденций. По данным Всемирного опроса института Гэллапа за 2007-2012 гг., полученным на основе докладов ПРООН о человеческом развитии (10), общий уровень удовлетворенности жизнью в Словении составлял 6,1 по шкале от 0 (наименьший уровень удовлетворенности) до 10 (наибольший уровень удовлетворенности), что ниже среднего по ЕС-15 (6,7) и по Региону (6).

88% людей в возрасте 50 лет и старше в 2014 году сообщили, что у них имеются родственники или друзья, на которых они могут полагаться в случае возникновения проблем. По этому показателю Словения занимает среднее место между уровнями в ЕС-15 (90%) и в Регионе (85%).

По состоянию на 2015 г. водопроводной питьевой водой были обеспечены 99% домов в сельской и городской местности, а 99% сельского и городского населения имеют доступ

к канализационной системе, системе септической очистки или другим средствам удаления сточных вод с соблюдением санитарно-гигиенических требований, как и в 1990 году.

Обеспечение всеобщего охвата и права на обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья

По оценкам ВОЗ, уровень расходов домохозяйств за счет собственных средств в процентах от общих расходов на здравоохранение является одним из самых низких в Регионе, превосходя многие страны ЕС с более развитой экономикой.

Несмотря на небольшое увеличение с 11,5% до 12,1% в период с 2000 по 2013 гг., система здравоохранения Словении обеспечивает отличную финансовую защиту в отношении расходов на охрану здоровья. По данным Евростат, уровень субъективно оцениваемых неудовлетворенных потребностей в медицинской помощи (вследствие ее слишком высокой стоимости) также является одним из самых низких в ЕС, указывая на то, что доступ к услугам в области здравоохранения не ограничен финансовыми барьерами (11).

Установление национальных целей и ориентиров в отношении здоровья

В 2014 году в Словении были документально оформлены процесс установления целевых ориентиров, а также национальная политика, согласованная с принципами политики Здоровье-2020, включая план реализации и механизм подотчетности, в соответствии с рекомендациями этой политики (3).

Выводы

Показатели здоровья населения Словении значительно улучшились по сравнению с 2000 годом, но все еще отстают от среднего уровня по ЕС-15. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении возросла на 3-4 года, однако остается примерно на один год меньше, чем в среднем по ЕС-15. За период с 2000 года по 2013 год ожидаемая продолжительность здоровой жизни возросла на три года до 66 лет у мужчин и 72 лет у женщин. Эти оценки остаются ниже среднего уровня по ЕС-15. Показатели младенческой и материнской смертности резко снизились и в 2010 году входили в число самых низких в Регионе.

Уровень преждевременной смертности от неинфекционных заболеваний в период 2000-2010 гг. в Словении снижался более быстрыми темпами, чем в среднем по ЕС-15, главным образом вследствие значительного и более быстрого уменьшения преждевременной смертности от болезней системы кровообращения. Ее уровень для женщин в 2010 году достиг среднего уровня по ЕС-15, в то время как показатель для мужчин на одну четверть выше. Уровни преждевременной смертности от ишемической болезни сердца являются схожими, однако стандартизированный по возрасту коэффициент преждевременной смертности от цереброваскулярных заболеваний в Словении остается выше, чем в ЕС-15. Хотя уровень преждевременной смертности от злокачественных новообразований уменьшился, в 2010 году он был выше, чем в среднем по ЕС-15 и по Региону. Преждевременная смертность от рака трахеи, бронхов и легких после 2000 года снизилась у мужчин, но возросла у женщин, в то время как уровни смертности от рака молочной железы и шейки матки после 2000 года снизились.

Особую тревогу вызывает быстрый рост заболеваемости и распространенности онкологических заболеваний, а также распространенности диабета.

Кроме того, стандартизированные по возрасту показатели смертности от заболеваний пищеварительной системы, а также хронических болезней печени и цирроза снизились, но в 2010 году оставались выше средних по Региону. Уровень самоубийств является высоким, но уровень смертности

от убийств и преднамеренного нанесения телесных повреждений является низким, в то время как смертность в результате дорожно-транспортных происшествий в период с 2007 по 2010 гг. снизилась в два раза.

Уровень смертности от инфекционных заболеваний, заболеваний респираторной системы и заболеваний мочеполовой системы сократился до уровня ниже среднего по ЕС-15. Заболеваемость туберкулезом и гонореей за период после 2000 года снизилась на две трети. Заболеваемость коклюшем значительно возросла в конце 2000-х годов, но число новых случаев заболевания впоследствии сократилось. За период после 2000 года значительно увеличилось число случаев сифилиса, ВИЧ-инфекции и СПИДа. В целом, показатели охвата вакцинацией являются высокими или очень высокими.

Уровень учтенного потребления алкоголя на душу взрослого населения в Словении исторически был высоким, и в 2010 году он был выше среднего уровня по Региону и по ЕС-15. Показатели распространенности курения снижаются для обоих полов и в 2012 году составляли 22% для мужчин и 16% для женщин. Хотя это ниже среднего уровня по ЕС-15, показатели в целом ряде стран еще ниже. По оценкам ВОЗ, показатели распространенности избыточной массы тела и ожирения в период с 2010 по 2014 гг. возросли на 2%. В 2014 году 66% мужчин и 55% женщин имели избыточную массу тела с индексом массы тела 25 или более, а 25% мужчин и 26% женщин страдали ожирением с индексом массы тела 30 или более.

Согласно оценкам ВОЗ, доля расходов на здравоохранение в ВВП возросла до 9,2% в 2013 году. Уровень собственных расходов граждан на здравоохранение в Словении является очень низким, что объясняется, в основном, высоким уровнем охвата населения дополнительным частным страхованием, которое покрывает совместные платежи за услуги. Уровень расходов государственного сектора здравоохранения ниже среднего по ЕС-15: в 2013 году он составлял 72% от общего объема расходов на здравоохранение. Число больничных коек снизилось до уровня ниже среднего по ЕС-15. Численность врачей, стоматологов, медсестер и акушерок возрастает с 2000 года, хотя численность врачей и акушерок остается значительно ниже среднего по ЕС-15.

Политика в области здравоохранения в Словении согласована с политикой Здоровье-2020, и в стране имеются планы реализации

и механизмы подотчетности. Объективные показатели благополучия соответствуют средним значениям по ЕС-15, но уровень субъективного благополучия еще остается более низким. Хотя в последние годы были достигнуты значительные улучшения в состоянии здоровья населения, некоторые показатели все еще отстают от ЕС-15. Высокие уровни некоторых факторов риска и рост распространенности неинфекционных заболеваний, в сочетании с меньшей численностью кадровых ресурсов здравоохранения и увеличением доли расходов на здравоохранение за счет собственных средств, может замедлить прогресс в предстоящие годы: необходимо осуществлять тщательный мониторинг ситуации и тенденций в области здравоохранения.

Библиография

1. Здоровье-2020: основы Европейской политики в поддержку действий всего государства и общества в интересах здоровья и благополучия. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2012 г. (EUR/ RC62/9; <http://www.euro.who.int/en/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/sixty-second-session/documentation/working-documents/eurrc629-health-2020-a-european-policy-framework-supporting-action-across-government-and-society-for-health-and-well-being>, по состоянию на 15 декабря 2015 г.).
2. Здоровье-2020: основы европейской политики и стратегия для XXI века [веб-сайт]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2013 г. (<http://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents/health-2020.-a-european-policy-framework-and-strategy-for-the-21st-century-2013>, по состоянию на 12 марта 2016 г.).
3. Целевые ориентиры и индикаторы для политики Здоровье-2020: Версия 2. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2014 г. (http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0003/317937/Targets-indicators-Health-2020-version3-ru.pdf?ua=1, по состоянию на 15 декабря 2015 г.).
4. Европейская база данных "Здоровье для всех" (База данных ЗДВ) [онлайновая база данных]. Копенгаген Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 г. (http://data.euro.who.int/hfadshell_ru.html, по состоянию на 15 декабря 2015 г.).
5. ILOSTAT database [онлайновая база данных]. Geneva: International Labour Organization; 2016 (http://www.ilo.org/ilostat/faces/help_home/data_by_country/country-details?_adf.ctrl-state=3wmg83w82_25&_afLoop=552577240791405, по состоянию на 12 марта 2016 г.).
6. Данные Глобальной обсерватории здравоохранения (ГОЗ) [онлайновая база данных]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2015 г. (<http://www.who.int/gho/en/>, по состоянию на 18 апреля 2016 г.).
7. GBD Compare [онлайновая база данных]. Global Burden of Disease Study 2013 (GBD 2013). Results by risk factor 1990–2013. Seattle (WA): Institute for Health Metrics and Evaluation; 2015 (<http://ihmeuw.org/zsi9>, по состоянию на 5 апреля 2016 г.).
8. Albreht T, Turk E, Toth M, Ceglar J, Marn S, Pribaković Brinovec R et al. Slovenia: health system review. Health Syst Transit 2009;11(3).

-
9. Проект комплексной глобальной системы мониторинга и целей по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2013 г. (Шестьдесят шестая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения А66/8; http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_8-ru.pdf?ua=1, по состоянию на 28 апреля 2016 г.).
 10. Global AgeWatch Index 2015. AgeWatch report card Slovenia [веб-сайт]. London: HelpAge International; 2016 (<http://www.helpage.org/global-agewatch/population-ageing-data/country-ageing-data/?country=Slovenia>, по состоянию на 11 апреля 2016 г.).
 11. UNDP human development reports. Human Development Index (HDI) [веб-сайт]. New York (NY): United Nations Development Programme; 2016 (<http://hdr.undp.org/en/content/human-development-index-hdi>, по состоянию на 12 марта 2016 г.).
 12. Self-reported unmet needs for medical care due to being too expensive, by income quintile [онлайновая база данных]. Luxembourg: Eurostat; 2016 (<http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&plugin=1&language=en&rcode=tsdph270>, по состоянию на 12 марта 2016 г.).

Приложение 1. Коды МКБ-10 в отношении причин смерти

Причина смерти	Коды МКБ-10
Рак шейки матки	C53
Рак молочной железы	C50
Рак трахеи, бронхов и легких	C33–C34
Цереброваскулярные заболевания	I60–I69
Хронические болезни печени и цирроз	K70, K73, K74, K76
Болезни системы кровообращения	I00–I99
Болезни органов пищеварения	K00–K93
Болезни органов дыхания	J00–J99
Внешние причины травм и отравлений	V00-V99, W00-W99, X00-X99, Y00-Y99
Убийство и преднамеренные травмы	X85-X99, Y00 -Y09
Инфекционные и паразитарные заболевания	A00-A99, B00-B99
Ишемическая болезнь сердца	I20–I25
Злокачественные новообразования	C00–C97
Дорожно-транспортные происшествия	V02-V04, V09, V12-V14, V20-V79, V82, V87, V89
Самоубийство и преднамеренное самоповреждение	X60–X84
Симптомы, признаки и неустановленные состояния	R00-R53, R55, R99
Туберкулез	A15-A19, B90

Приложение 2. Отдельные показатели смертности

Стандартизированные по возрасту показатели смертности на 100 000 населения и изменение в процентах по сравнению с 2000 г.

Причина смерти	Пол	Словения (2010 г.)		Европейский регион ВОЗ (2012 г.)		ЕС-15 (2012 г.)	
		Коэффициент	Изменение (%)	Коэффициент	Изменение (%)	Коэффициент	Изменение (%)
Все причины	Оба	599,7	-25,1	753,3	-20,6	519,5	-20,9
	М	800,1	-26,9	982,9	-21,8	650,3	-23,4
	Ж	448,4	-24,9	578,1	-19,7	412,4	-19,2
Инфекционные и паразитарные болезни	М	3,7	-41,1	18	-18,3	11,1	-2,5
	Ж	2	-31,9	8,5	11,1	7,4	15,4
Злокачественные новообразования	М	270	-8,5	211	-13,5	204,5	-16,6
	Ж	145,6	-3	119	-8,9	124,1	-10,2
Болезни системы кровообращения	М	269,2	-33,8	429,6	-25,1	193,3	-37,2
	Ж	178,1	-29,1	277	-26,6	127,2	-35,5
Болезни органов дыхания	М	49,7	-47,9	66,8	-29,1	56,5	-29,7
	Ж	23	-46,3	30,5	-23,6	31,8	-22,5
Болезни органов пищеварения	М	55,4	-25,8	47,6	-4	31,2	-21,5
	Ж	26,1	-31,3	26,1	-0,3	18,5	-20,4
Симптомы, признаки и неустановленные состояния	М	14,1	-49,4	43,4	5,6	23,8	4,9
	Ж	4,6	-65,3	28,2	7,1	14,6	12,9
Внешние причины травм и отравлений	М	87	-18,3	85,1	-35,8	43,3	-24,3
	Ж	28,7	-24,5	25,1	-31,9	17,4	-22,1
Дорожно-транспортный травматизм	М	10,7	-51,8	-	-	7,4	-53
	Ж	2,4	-63,1	-	-	2	-58,2
Самоубийство и преднамеренное самоповреждение	М	29,3	-32	19	-34,2	14,3	-12,2
	Ж	6,1	-54,9	4,4	-28,8	4,4	-13,9
Убийство и преднамеренные травмы	М	0,4	-68	4,6	-58,6	0,8	-35,2
	Ж	0,4	-42,1	1,5	-59,6	0,4	-35,4

Европейское региональное бюро ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, созданное в 1948 г., основная функция которого состоит в решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения. Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из шести региональных бюро в различных частях земного шара, каждое из которых имеет свою собственную программу деятельности, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых ими стран.

Государства-члены

Австрия	Греция	Нидерланды	Туркменистан
Азербайджан	Грузия	Норвегия	Турция
Албания	Дания	Польша	Узбекистан
Андорра	Израиль	Португалия	Украина
Армения	Ирландия	Республика Молдова	Финляндия
Беларусь	Исландия	Российская Федерация	Франция
Бельгия	Испания	Румыния	Хорватия
Болгария	Италия	Сан-Марино	Черногория
Босния и Герцеговина	Казахстан	Сербия	Чешская Республика
Бывшая югославская Республика	Кипр	Словакия	Швейцария
Македония	Кыргызстан	Словения	Швеция
Венгрия	Латвия	Соединенное Королевство	Эстония
Германия	Литва	Таджикистан	
	Люксембург		
	Мальта		
	Монако		

Всемирная организация здравоохранения

Европейское региональное бюро

UN City, Marmorvej 51

DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Тел.: +45 45 33 70 00; Факс: +45 45 33 70 01

Эл. адрес: eucontact@who.int

Веб-сайт: www.euro.who.int

