



ЕВРОПА

Обзорная сводка о состоянии здоровья
в Казахстане
2005

Обзорные сводки о состоянии здоровья в странах содержат краткий обзор последних данных о смертности, заболеваемости и воздействии факторов риска на население, а также анализ динамики показателей. Обзорные сводки проводят параллели между фактическими данными на уровне стран и политикой в области общественного здравоохранения, разрабатываемой Европейским региональным бюро ВОЗ и другими профильными организациями. *Обзорные сводки* составляются Отделением информации здравоохранения Европейского регионального бюро ВОЗ в сотрудничестве с государствами-членами и не являются официальными публикациями статистических данных.

В каждой сводке везде, где можно, приводится сравнение страны с референс-группой. Для данной сводки в качестве референс-группы выступают 25 стран с низкими показателями детской смертности и низкими либо высокими показателями смертности среди взрослых (группа Евр-В+С по классификации ВОЗ). Группа Евр-В+С включает следующие страны: Азербайджан, Албания, Армения, Беларусь, Болгария, Босния и Герцеговина, Бывшая Югославская Республика Македония, Венгрия, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Латвия, Литва, Польша, Республика Молдова, Российская Федерация, Румыния, Сербия и Черногория, Словакия, Таджикистан, Туркменистан, Турция, Узбекистан, Украина, Эстония.

Для обеспечения максимальной достоверности сравнений данные, как правило, берутся из одного и того же источника, что является гарантией того, что они были обработаны и гармонизированы однотипным образом. За исключением специально оговоренных случаев источником приводимых в сводках данных является Европейская база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ. Для других данных и сведений указаны их источники.

Ключевые слова

HEALTH STATUS
BURDEN OF DISEASE
COMPARATIVE STUDY
KAZAKHSTAN

EUR/05/5046415I
<http://www.euro.who.int/highlights>

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:

Publications
WHO Regional Office for Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запрос на документацию, информацию о здоровье и здравоохранении или на получение разрешения на цитирование или перевод можно заполнить в режиме он-лайн на веб-сайте Европейского регионального бюро ВОЗ по адресу: <http://www.euro.who.int/pubrequest>

© Всемирная организация здравоохранения, 2006 г.

Все права сохранены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет обращения с просьбой разрешить перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы ни в коем случае не отражают какого-либо мнения Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Там, где в заголовках таблиц используется обозначение “страна или район”, оно охватывает страны, территории, города или районы. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых пока что еще может не быть полного согласия.

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 не гарантирует, что информация, содержащаяся в настоящей публикации, является полной и правильной, и не несет ответственности за какой-либо ущерб, нанесенный в результате ее использования. Мнения, выраженные авторами или редакторами данной публикации, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

Содержание

	<i>Стр.</i>
Резюме: основные фактические данные и стратегические соображения	1
Избранная демографическая и социально-экономическая информация	3
Профиль населения	3
Социально-экономические показатели.....	5
Ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ) и ожидаемая продолжительность здоровой жизни (ОПЗЖ)	8
Бремя болезней	12
Основные виды нарушений здоровья	13
Основные факторы риска	13
Смертность.....	14
Младенческая, неонатальная и детская смертность.....	14
Материнская смертность.....	15
Избыточная смертность.....	17
Основные причины смерти	21
Библиография	27
Приложения	29
<i>Приложение. Возрастная пирамида.....</i>	<i>29</i>
<i>Приложение. Отдельные показатели смертности.....</i>	<i>30</i>
<i>Приложение. Детальные данные о смертности.....</i>	<i>31</i>
Технические примечания.....	34
Словарь терминов	37

Резюме: основные фактические данные и стратегические соображения

Ожидаемая продолжительность жизни

По оценкам ВОЗ, жители Казахстана, родившиеся в 2003 г., могут рассчитывать прожить в среднем 61 год (женщины – 67 лет, мужчины – 56 лет). В соответствии с этими оценками, только в двух других странах Региона отмечаются еще более низкие показатели ожидаемой продолжительности жизни для женщин и только в одной – еще более низкие для мужчин. При этом, оценки ВОЗ существенно отличаются от официальных данных, основанных на текущей регистрации смертности, в соответствии с которыми ОПЖ в Казахстане составляет 65,9 лет (71,5 – для женщин, 60,6 – для мужчин).

По мере того как продолжительность жизни растет, позитивные изменения образа жизни пожилых людей могут способствовать увеличению числа лет, прожитых в состоянии здоровья. Соответственно, системы здравоохранения должны уделять больше внимания вопросам оказания гериатрической помощи, профилактики и лечения хронических болезней, более систематической организации оказания долгосрочной помощи при хронических заболеваниях и инвалидности. Поскольку люди стали жить дольше, необходимо принимать меры по укреплению здоровья и профилактике болезней среди лиц трудоспособного возраста.

Ageing and employment policies (ОЕСД, 2004)

Каковы основные факторы риска, приводящие к инвалидности в престарелом возрасте, и как можно предупредить инвалидность? (Health Evidence Network, 2003a)

Младенческая смертность

В 2003 г. уровень младенческой смертности в Казахстане составлял 15,4 на 1000 живорожденных, существенно ниже, чем в среднем по Евр-В+С (19,9). За период с 1995 по 2003 г. этот показатель упал на 80%. Неонатальная смертность также снизилась с 11,7 на 1000 живорожденных в 1995 г. – до 9,3 в 2003 г. Средний уровень по Евр-В+С в 2003 г. составлял 7,3 на 1000 живорожденных; соответствующий показатель для Евр-А по наиболее точным оценкам был равен 3–4 случаев смерти на 1000 живорожденных. По оценкам ВОЗ, за период с 1990 по 2003 г. происходило снижение смертности детей до пяти лет в среднем прилб. на 1% в год. Соответствующие среднегодовые темпы снижения по Европейскому региону в целом за период с 2000 по 2003 г. составили около 3,5% (WHO, 2005).

Одним из важнейших аспектов медицинского обслуживания является оказание дородовой помощи. Однако ее стоимость может быть неадекватно высокой, предпринимаемые вмешательства порой слишком интенсивны, проводятся без явной необходимости и не обладают доказанной эффективностью. Имеется упрощенная модель оказания дородовой помощи, основанная на применении мер с объективно подтвержденным положительным эффектом.

Managing newborn problems: a guide for doctors, nurses and midwives (WHO, 2003a)

Какова действенность/эффективность, и каковы финансовые и организационные аспекты дородовой помощи? (Health Evidence Network, 2003b)

Какова эффективность дородовой помощи? (Дополнение) (Health Evidence Network, 2005)

Материнская смертность

В 2003 г. было зарегистрировано 104 случая материнской смертности (МС). За период с 1990 по 2002 г. уровень МС в Казахстане снизился лишь на 8%. Для достижения ЦРТ он должен упасть еще на 73%.

Крайне необходимо, чтобы страны предприняли конкретные действия по обеспечению женщин доступом к адекватной медико-санитарной помощи во время беременности и родов. Это даже более важно, чем формальное достижение ЦРТ в отношении уровней материнской

смертности. В этом направлении уже имеются инициативы, основанные на фактических данных, с доказанной эффективностью по снижению уровней материнской смертности.

The WHO reproductive health library, version 6 (WHO, 2003b)

Основные причины смерти

За небольшими исключениями, смертность от ведущих причин превышает соответствующие средние показатели для Евр-В+С. В 2003 г. около 85% всей смертности в Казахстане было обусловлено неинфекционной патологией; внешние причины составили около 11%, инфекционные болезни – около 2%. Все эти цифры весьма близки к среднему уровню для стран Евр-В+С.

Ведущей причиной смерти в Казахстане в 2003 г. были сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), на долю которых приходилось 57% всей смертности, что соответствует средним показателям для Евр-В+С.

В течение 1990-х годов наблюдался рост смертности от туберкулеза, однако с 1997 г. этот показатель начал снижаться.

Профилактические мероприятия, проводимые в рамках оказания первичной медико-санитарной помощи, могут способствовать снижению общего уровня смертности и преждевременной смертности, особенно от ССЗ.

Стратегия предупреждения хронических заболеваний в Европе: основное внимание – действиям общества по укреплению общественного здоровья: видение стратегии с позиций CINDI (WHO Regional Office for Europe, 2004a)

К созданию европейской стратегии борьбы с неинфекционными болезнями (WHO Regional Office for Europe, 2004b)

Каковы преимущества и недостатки реструктурирования системы здравоохранения в целях ее большей ориентации на службы первичной медико-санитарной помощи? (Health Evidence Network, 2004)

Избранная демографическая и социально-экономическая информация

Профиль населения

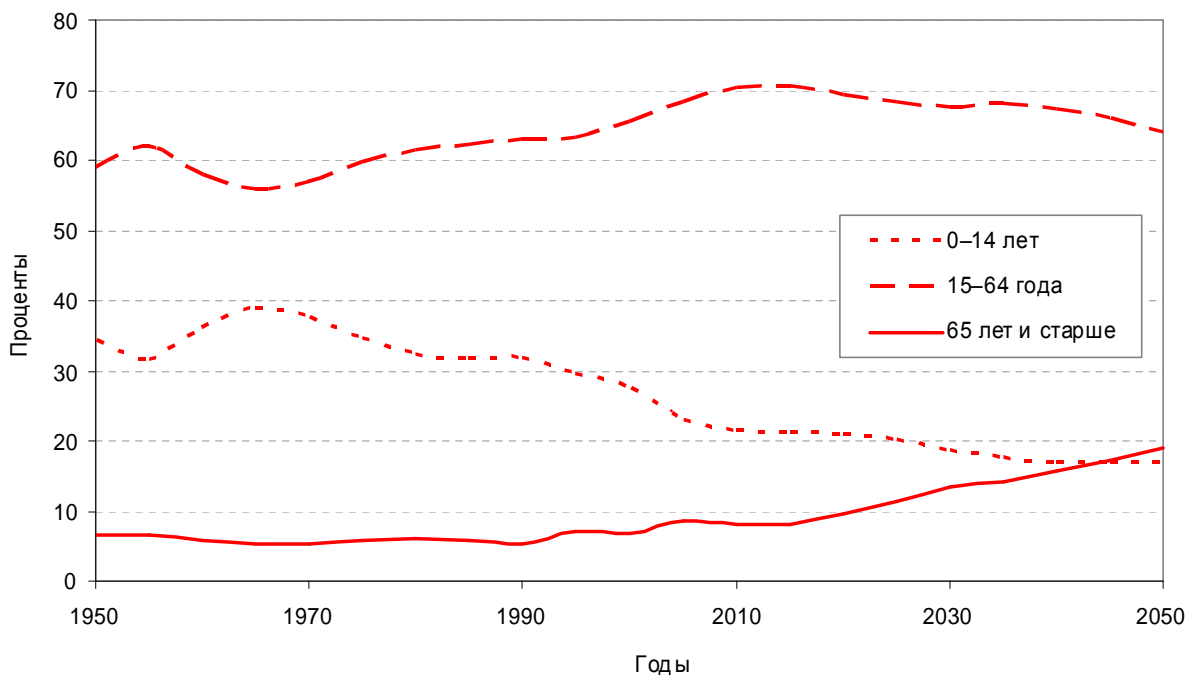
По данным на 2005 г. в Казахстане проживает около 14,8 млн человек. За период с 1995 по 2004 г. численность населения ежегодно снижалась на 0,7%. За период с 1994 по 2003 г. суммарная убыль населения за счет миграции составила 2,25 млн человек (UNDP, 2004). В стране живут представители 130 национальностей, из которых 57% составляют казахи и 27% – русские. Оставшиеся 16% распределены между другими этническими группами, включая украинцев (4%) и немцев (2%). Городское население составляет около 56%. Большинство этнических казахов проживают в сельской местности, главным образом на юге страны, в то время как русские в основном живут в северных, индустриально развитых регионах страны. Показатель грамотности населения составляет 99,5%. Основные религии – суннитский ислам и русское православие, однако преобладающая часть населения считают себя атеистами. Государственные языки, используемые в повседневном общении, – казахский и русский.

За период 2000–2004 гг. суммарный коэффициент фертильности в Казахстане был равен 2,0 (для обеспечения стабильной численности населения он должен превышать 2,1). Уровень фертильности был относительно высоким в течение прошлых десятилетий и всегда превышал средние показатели для Евр-В+С, однако в 1990 г. он резко упал и продолжал снижаться до минимальной отметки 1,8 в 1998–1999 гг. К 2003 г. коэффициент рождаемости вырос до 16,6 на 1000 населения.

Общий коэффициент смертности составляет 10,4 на 1 000 населения (2003 г.); этот показатель ниже, чем в среднем по Евр-В+С (12,0) благодаря тому, что в Казахстане более молодое население. Вместе с тем, в течение первой половины 1990-х годов смертность выросла более, чем на 2 на 1000. По своему масштабу и хронологии это повышение соотносится с аналогичным усредненным ростом смертности в странах Евр-В+С. При этом общий уровень смертности в Казахстане приблизился к средним значениям для Евр-В+С.

Благодаря сравнительно высокому уровню фертильности в предшествующие десятилетия сохраняется довольно «молодой» характер возрастной структуры населения Казахстана; возрастная группа 0–14 лет составляет 25% населения (2003 г.), в то время как средний показатель для Евр-В+С – 21%, для Евр-А – 17%. На долю людей в возрасте 65 лет и старше приходится 7,4% населения (2003 г.), по сравнению с 11% в Евр-В+С и 16% в среднем по Евр-А. На возрастную структуру населения повлияли также процессы эмиграции, поскольку средний возраст этнических казахов моложе, по сравнению с другими национальностями. Несмотря на все это, для Казахстана, как и для других стран Региона, прогнозируется относительно ускоренный рост численности пожилого населения (Приложение. Возрастная пирамида).

Процентное соотношение численности населения в возрасте 0–14 лет, 15–64 года и 65 лет и старше в Казахстане с 1950 г. по 2050 г. (прогноз)



Источник: United Nations (2005)

Отдельные демографические показатели в Казахстане и Евр-В+С за 2003 г. или за последний год, за который имеются сведения

Показатели	Казахстан	Евр-В+С		
		В среднем	Минимум	Максимум
Население (в тыс.)	14909.0	–	–	–
0–14 лет (%)	25.4	–	–	–
15–64 года (%)	67.2	–	–	–
65 лет и старше (%)	7.4	–	–	–
Городское население (%) ^а	55.8	63.7	25.0	73.3
Живорождения (на 1000 чел.)	16.6	12.8	8.6	27.1
Естественный прирост населения (на 1000 чел.)	6.2	0.8	–7.5	23.0
Миграционный прирост населения (на 1000 чел.)	–	1.8	–6.6	2.1

^а 2002 г.

Источники: Council of Europe (2005), WHO Regional office for Europe (2005)

Социально-экономические показатели

Показатели здоровья находятся под влиянием различных факторов, как индивидуальных, так и действующих на уровне семьи и всего населения. Очевидными примерами таких факторов являются характер питания, образ жизни, доступ к чистой воде, санитарии и медико-санитарным услугам. Немаловажную роль при этом играют социально-экономические детерминанты здоровья, которые влияют на степень уязвимости к воздействию факторов риска. Ключевое значение имеют такие параметры, как размер дохода, образовательный уровень и трудоустройство. Хотя все три детерминанты находятся в определенной зависимости друг от друга, они не являются взаимозаменяемыми: каждая из них отражает самостоятельные аспекты социально-экономического статуса населения. Для характеристики ключевых социально-экономических детерминант здоровья используют различные индикаторы.

Доход: абсолютная бедность, относительная бедность и распределение дохода

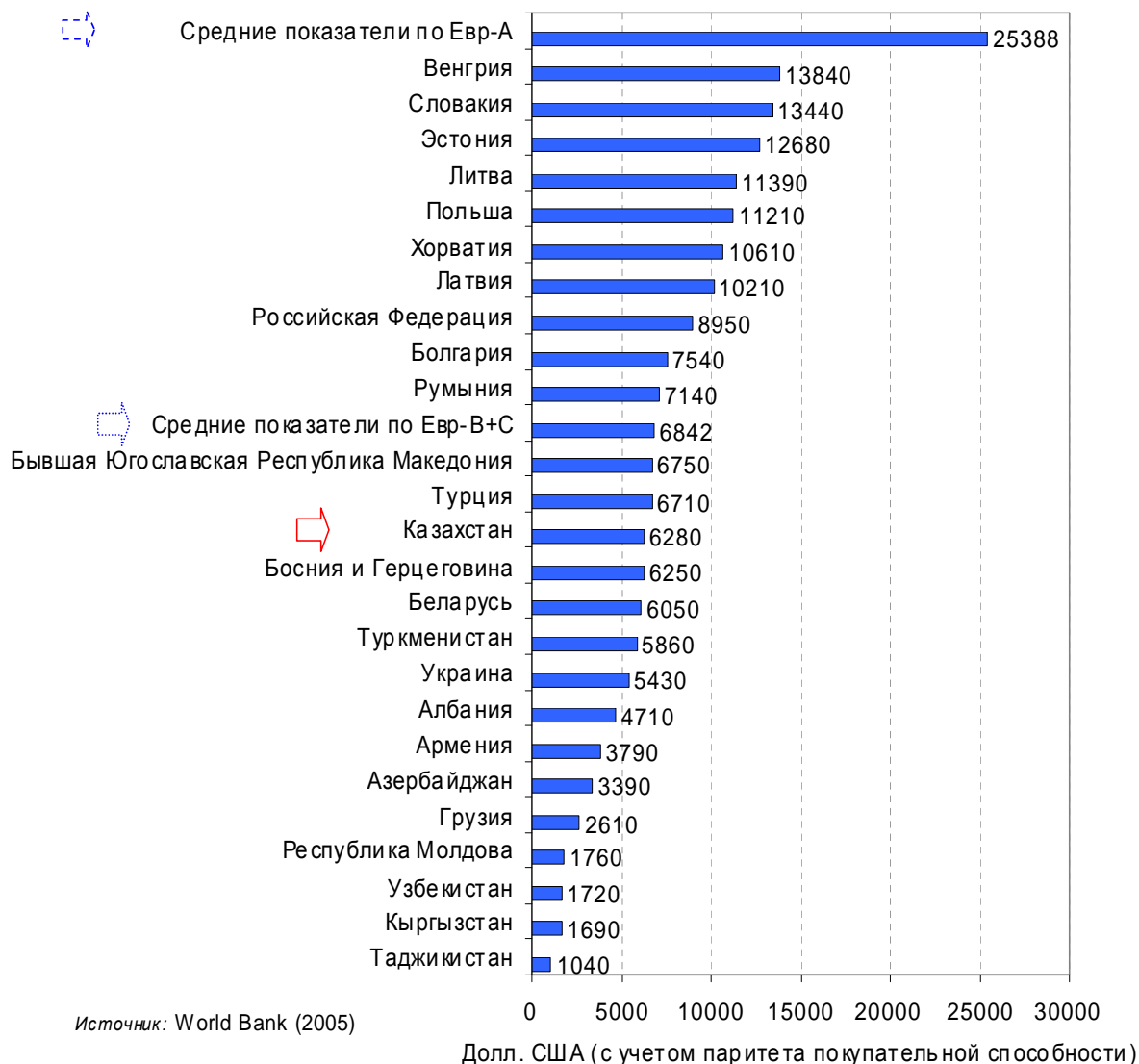
Различия в уровне дохода оказывают влияние на здоровье: у представителей бедных слоев населения состояние здоровья в среднем хуже, и они умирают раньше по сравнению с более обеспеченными группами. Люди с достаточно высоким уровнем дохода имеют, например, больше возможностей пользоваться благами и услугами, способствующими улучшению здоровья, включая более здоровую пищу, благоприятные жилищные условия и др.

В большинстве стран Содружества Независимых Государств (СНГ) в последние годы отмечается снижение уровня бедности благодаря стремительному и реальному росту валового внутреннего продукта (ВВП) по сравнению с 1995 г., когда экономический кризис в этих странах достигал максимальной остроты. К 1999 г. реальные значения ВВП превышали соответствующий уровень для 1990 г. Динамика многих показателей здоровья населения повторила данную U-образную траекторию экономического спада и последующего восстановления, но с определенным запаздыванием, так что поворотный момент в динамике состояния здоровья в странах СНГ пришелся на 2000 г.

Аналогичным образом во всемирных докладах о развитии человека выделены две различные стадии этого развития в странах СНГ. Первая стадия (1990–1995) характеризовалась резким ухудшением всех основных индикаторов человеческого развития. В течение второй стадии (1996–2002) значения индикаторов постепенно возвращались к норме.

Валовой национальный доход на душу населения составил в Казахстане в 2003 г. 6280 долл. США (с учетом паритета покупательной способности), что ниже средних цифр для Евр-В+С. За последние годы отмечается уменьшение масштабов бедности благодаря ускоренному восстановлению уровня ВВП после 1995 г. – периода наиболее глубокого экономического спада. К 1999 г. реальные значения ВВП превышали соответствующий уровень для 1990 г. Развитие многих показателей здоровья населения повторило данную U-образную траекторию экономического спада и последующего восстановления, но с определенным запаздыванием, так что поворотный момент в динамике состояния здоровья в стране пришелся на 2000 г. В более общем смысле, кривая экономического развития в 1990-х годах имеет одинаковые очертания в большинстве стран СНГ и нередко определяет также характер изменения показателей состояния здоровья населения.

Валовой национальный доход на душу населения, 2003 г.



Если доход недостаточен даже для приобретения минимума жизненно необходимых товаров и услуг, то речь идет об абсолютной бедности. Всемирный банк в настоящее время для обозначения порога абсолютной бедности использует уровни дохода в 2,15 и 4,30 долл. США в день на душу населения для стран Европейского региона ВОЗ, соответственно с низким и средним уровнем дохода (используя международные цены 1993 г., приведенные с учетом паритета покупательной способности). Хотя и нет полной определенности в том, что значения порога бедности в одинаковой мере отражают существующие нужды людей в разных странах, Всемирный банк пользуется этими константами в целях сравнительного анализа. Многие страны Европейского региона проводят собственные оценки уровня бедности исходя из стоимости минимальной потребительской корзины, рассчитанной в соответствии с местными условиями.

В тех случаях, когда уровень дохода в определенной степени ниже среднего дохода по стране (обычно на 50%), речь идет об относительной бедности. В экономически высоко развитых странах относительная бедность является гораздо более распространенным явлением по сравнению с абсолютной.

Результаты ежегодных обследований домашних хозяйств, проведенных в Казахстане в 1988 г. и в 2003 г. с применением критериев абсолютной бедности для Европы, рекомендованных Всемирным банком, выявили резкое увеличение числа людей, живущих в бедности. В 1988 г. 2,2%

населения жило в условиях абсолютной бедности, не имея возможности тратить на удовлетворение минимально необходимых жизненных потребностей более 4,30 долл. США; к 1993 г. эта доля возросла до 58,0%. По результатам обследования в 1996 г., этот показатель снизился до 55,4%, а в 2001 г. он составлял 45,3%. За период между 2001 и 2003 гг. произошло резкое увеличение доли населения, живущего на 2,15 долл. США в день или менее: в 2001 г. эта доля составляла 8,4% населения, тогда как в 2003 г. она выросла до 24,9% (World Bank, 2005).

В тех случаях, когда уровень дохода в определенной степени ниже среднего дохода по стране (обычно на 50%), речь идет об относительной бедности. В экономически высоко развитых странах относительная бедность является гораздо более распространенным явлением по сравнению с абсолютной.

Другой мерой относительной бедности, основанной на оценке уровня дохода, является индекс Гини. Этот показатель отражает степень неравномерности общего распределения доходов (или, в некоторых случаях, потребления). Значение «0» соответствует идеально равномерному распределению, значение «100» – абсолютной неравномерности.

В 2001 г. значение индекса Гини для Казахстана составляло 31,3. Аналогичные значения для 15 стран Евр-В+С на 2000–2002 гг. распределяются от 26,1 в Боснии и Герцеговине (2001 г.) до 45,6 в Российской Федерации (2000 г.) (World Bank, 2005).

Образование

Если человек более образован, он получает лучшие возможности в плане трудоустройства. Это, в свою очередь, способствует росту дохода, что в конечном счете оказывает благоприятное влияние на состояние здоровья. Образование также позволяет человеку более эффективно пользоваться информацией о рациональном поведении в отношении своего здоровья, в частности вовремя обращаться к врачу в случае необходимости. Более низкий образовательный уровень, вне зависимости от индивидуального дохода, коррелирует с ухудшенной способностью противостоять стрессу, с депрессией и проявлениями враждебности, а также с различными нарушениями здоровья.

В качестве показателя доступа к образованию используют степень охвата детей школьным обучением. Степень чистого охвата средним образованием рассчитывается как процент всего детского населения школьного возраста (разные страны могут устанавливать различные возрастные границы), посещающего среднюю школу.

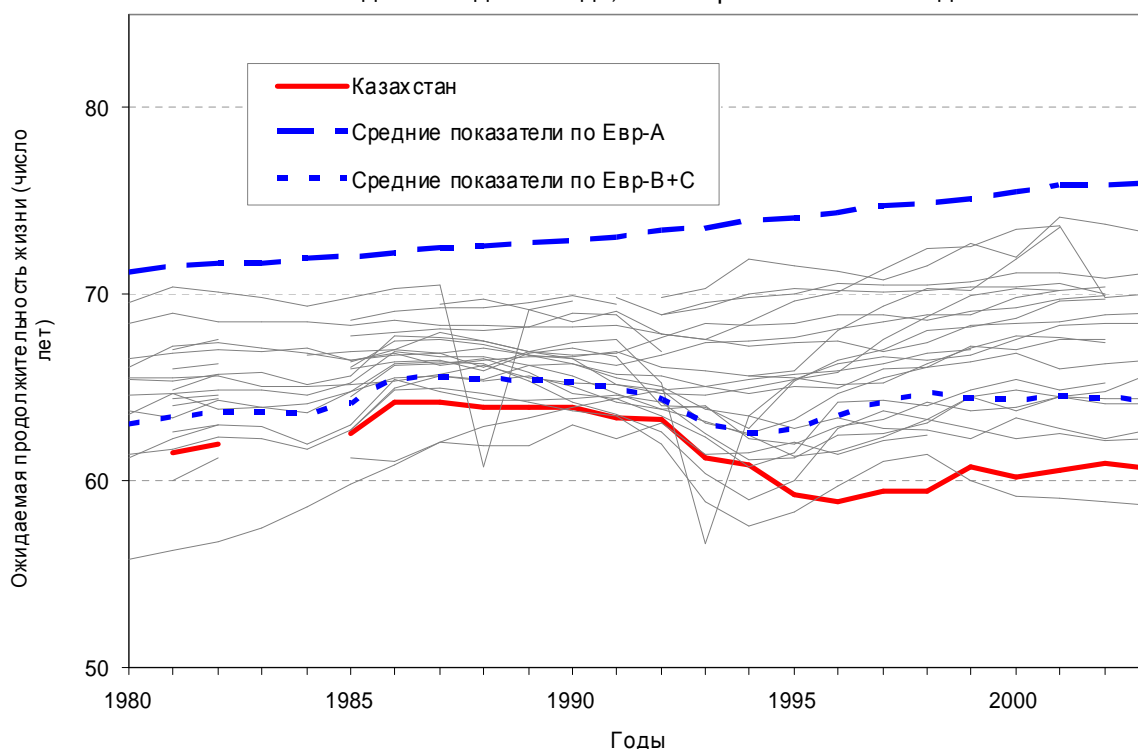
Степень чистого охвата средним образованием в Казахстане в 2000 г. составляла 83,2%, по сравнению с 81,2% в Евр-В+С и 88,5% в среднем по Евр-А. В 2001 г. этот показатель в Казахстане незначительно повысился, достигнув 84,1% (UNESCO, 2005).

Ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ) и ожидаемая продолжительность здоровой жизни (ОПЗЖ)

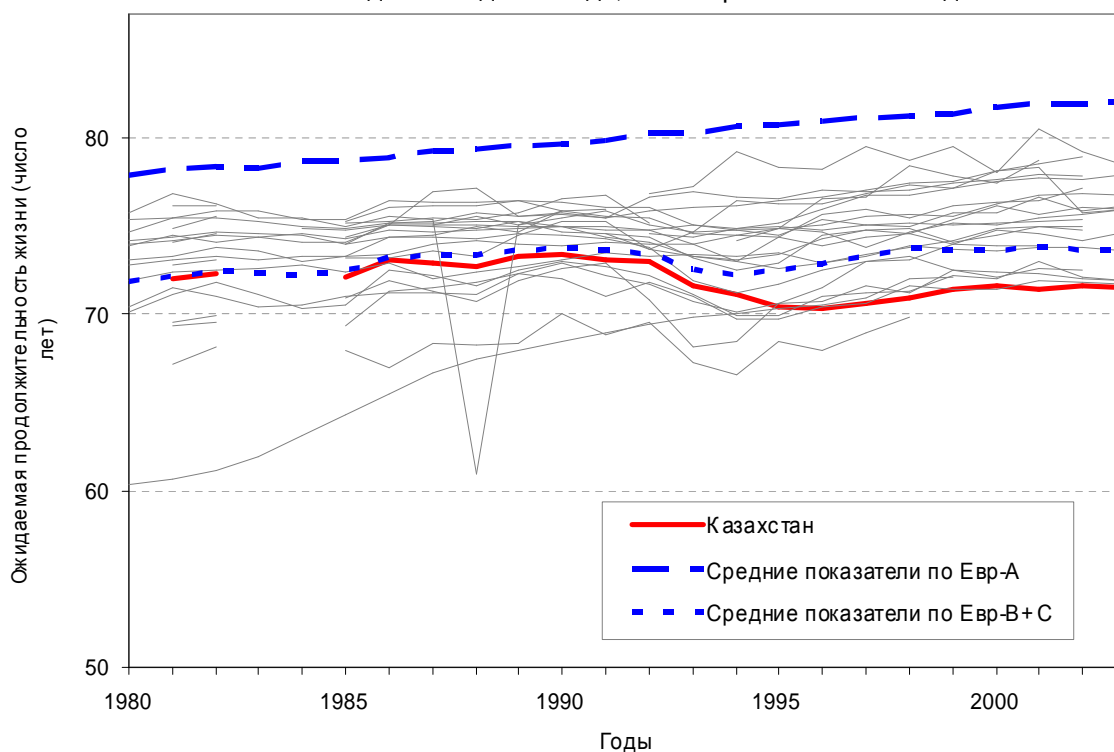
Ожидаемая продолжительность жизни

По расчетным оценкам, составленным ВОЗ для всех государств-членов (WHO, 2005), основанным не только на их официальной статистике и позволяющим сравнивать различные страны, жители Казахстана, родившиеся в 2003 г., могут рассчитывать прожить в среднем 61 год: женщины – 67 лет, мужчины – 56 лет. В соответствии с этими оценками, только в двух других странах Региона отмечаются еще более низкие показатели ожидаемой продолжительности жизни для женщин и только в одной – еще более низкие для мужчин. Однако официальное значение ОПЖ, основанное на данных текущей регистрации смертности значительно отличается от оценок ВОЗ и составляет около 65,9 лет (для женщин – 71,5 лет, для мужчин – 60,6 лет).

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении для мужчин в
Казахстане, а также средние показатели по Евр-А и Евр-В+С с
1980 г. до последнего года, за который имеются сведения



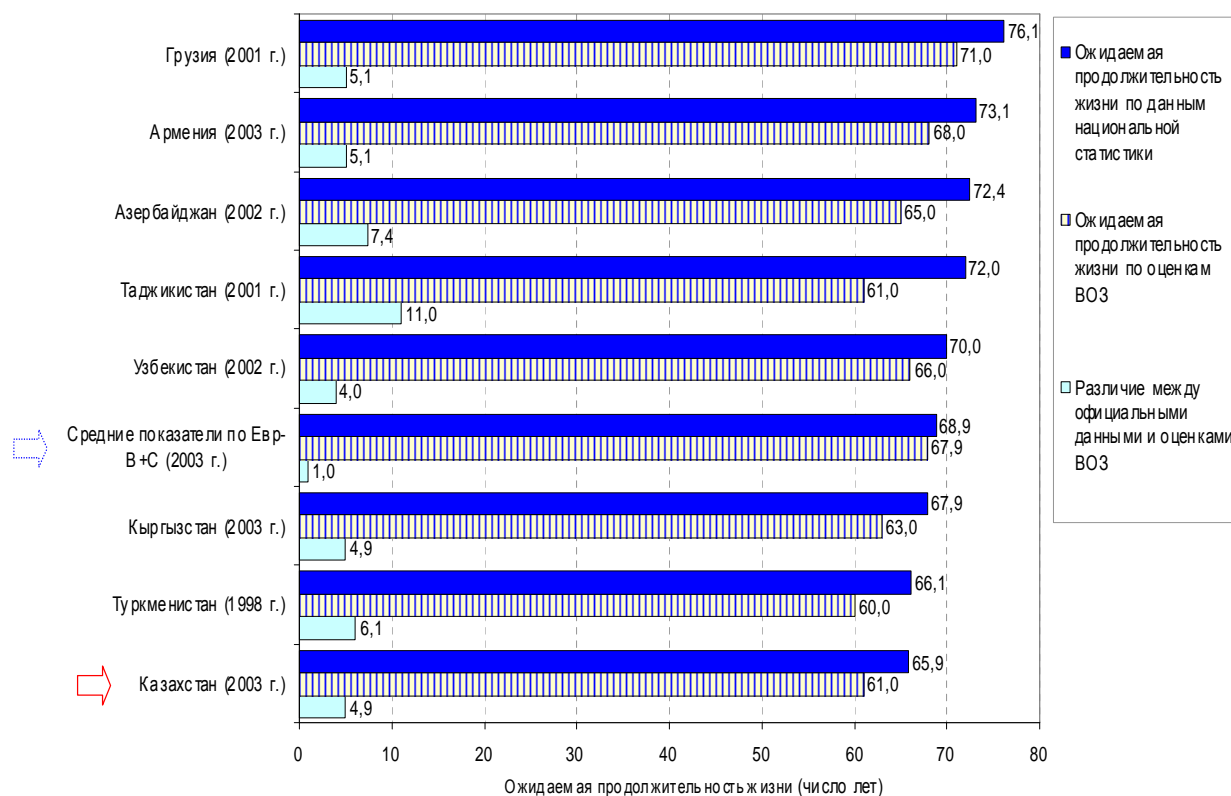
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении для женщин в Казахстане, а также средние показатели по Евр-А и Евр-В+С с 1980 г. до последнего года, за который имеются сведения



Наряду с этим, при сравнении оценочных данных ВОЗ относительно вероятности смерти в возрасте от 15 до 60 лет с цифрами официальной статистики смертности взрослого населения значительных расхождений не выявляется. Таким образом, разница между оценочными показателями ВОЗ и официальными цифрами касается в основном детской смертности. Это позволяет предположить, что официальные данные о смертности среди взрослых достаточно полные, и именно они приведены в подавляющем большинстве случаев в настоящей сводке, за исключением показателей материнской и ранней детской смертности, где помимо статистики страны даны также оценочные цифры ВОЗ (см. таблицу сравнительных данных ниже). Существует однако проблема, связанная с правильностью кодирования причин смерти, которая требует своего решения и находится в ряду признанных приоритетов государства (Office of the President of Kazakhstan, 2004).

По данным текущей регистрации смертности величина ОПЖ для Казахстана приблизительно на 3 года ниже аналогичного усредненного показателя для Евр-В+С (68,7 лет). Однако по оценкам ВОЗ, уровень ОПЖ в Казахстане прилб. на 7 лет ниже среднего значения, рассчитанного ВОЗ для стран Евр-В+С на 2003 г. Таким образом, уровень ОПЖ в Казахстане примерно на 18 лет ниже, чем в среднем по Евр-А (79,0 лет). Это означает, что общее состояние здоровья населения и место, занимаемое Казахстаном в отношении ОПЖ, по сравнению с другими странами, менее благоприятны, чем по данным официальной статистики.

Различия в оценках ожидаемой продолжительности жизни, основанных на национальных данных и на прогнозах ВОЗ в отдельных странах



Источники: WHO Regional Office for Europe (2005); WHO (2005)

До начала 1990-х годов официальное значение ОПЖ в Казахстане практически совпадало со средними значениями для стран Евр-В+С, но в последующие годы стал намечаться разрыв. Имеющиеся на сегодняшний день различия, по сравнению со средними показателями для Евр-В+С, сформировались, главным образом, в период 1995–1996 гг. При этом динамика изменения ОПЖ для обоих полов практически повторяет кривые соответствующих средних значений для Евр-В+С. Следует также отметить, что разница в ОПЖ между казахскими мужчинами и женщинами составляет 10,8 лет – на втором месте в Регионе, после Российской Федерации. Среднее различие в ОПЖ между мужчинами и женщинами по странам Евр-В+С составляет 9 лет, по странам Евр-А – 6 лет.

Динамика ОПЖ в странах с низким и средним уровнем дохода, как правило, тесно зависит от показателей ВВП. Однако, в то время как к 1999 г. реальный показатель ВВП в Казахстане восстановился до уровня 1990 г. и с тех пор еще более вырос, ОПЖ увеличилась лишь незначительно. Этот показатель все еще на 3 года ниже по сравнению с уровнем 1990 г., и признаков прогресса не отмечается. Аналогичное несоответствие между динамикой ОПЖ и ВВП наблюдается в Российской Федерации. Одно из возможных объяснений заключается в том, что ускоренный экономический рост происходит, главным образом, за счет одного сектора – экспорта натурально-сырьевых ресурсов – при этом требуется более длительное время и проведение более целенаправленной политики для того, чтобы повышение среднедушевого уровня ВВП привело к улучшению состояния здоровья населения (см. вставку). Помимо этого, возможно, играют определенную роль изменения состава населения в плане образовательного уровня, социальных навыков и культуры, обусловленные процессами эмиграции.

Ожидаемая продолжительность жизни в Казахстане ниже, чем можно было предполагать, исходя из роста ВВП: одно из возможных объяснений – региональные различия

Обращает на себя внимание тот факт, что ОПЖ в Казахстане несколько ниже, чем этого можно было ожидать исходя из реального уровня ВВП (в 2002 г. – 5870 долл. США с учетом ППС), весьма приближающегося к средним показателям по Евр-В+С (в 2002 г. – 6853 долл. США с учетом ППС). Частичным объяснением возможно служит тот факт, что основным источником ВВП в Казахстане является экспорт природно-сырьевых ресурсов. Из опыта ряда стран известно, что подобная ситуация нередко приводит к значительным неравенствам в отношении производства и потребления национального богатства, доступа к современным знаниям, услугам и т.д., что в свою очередь оказывает влияние на развитие общественного здоровья.

Косвенным свидетельством региональных различий в уровне благосостояния и здоровья населения Казахстана является разброс значений индекса развития человеческого потенциала (ИРЧП), имеющего три составляющих: средняя продолжительность жизни, степень образованности и уровень жизни населения, – между различными регионами страны. По уровню развития можно выделить три следующих группы регионов:

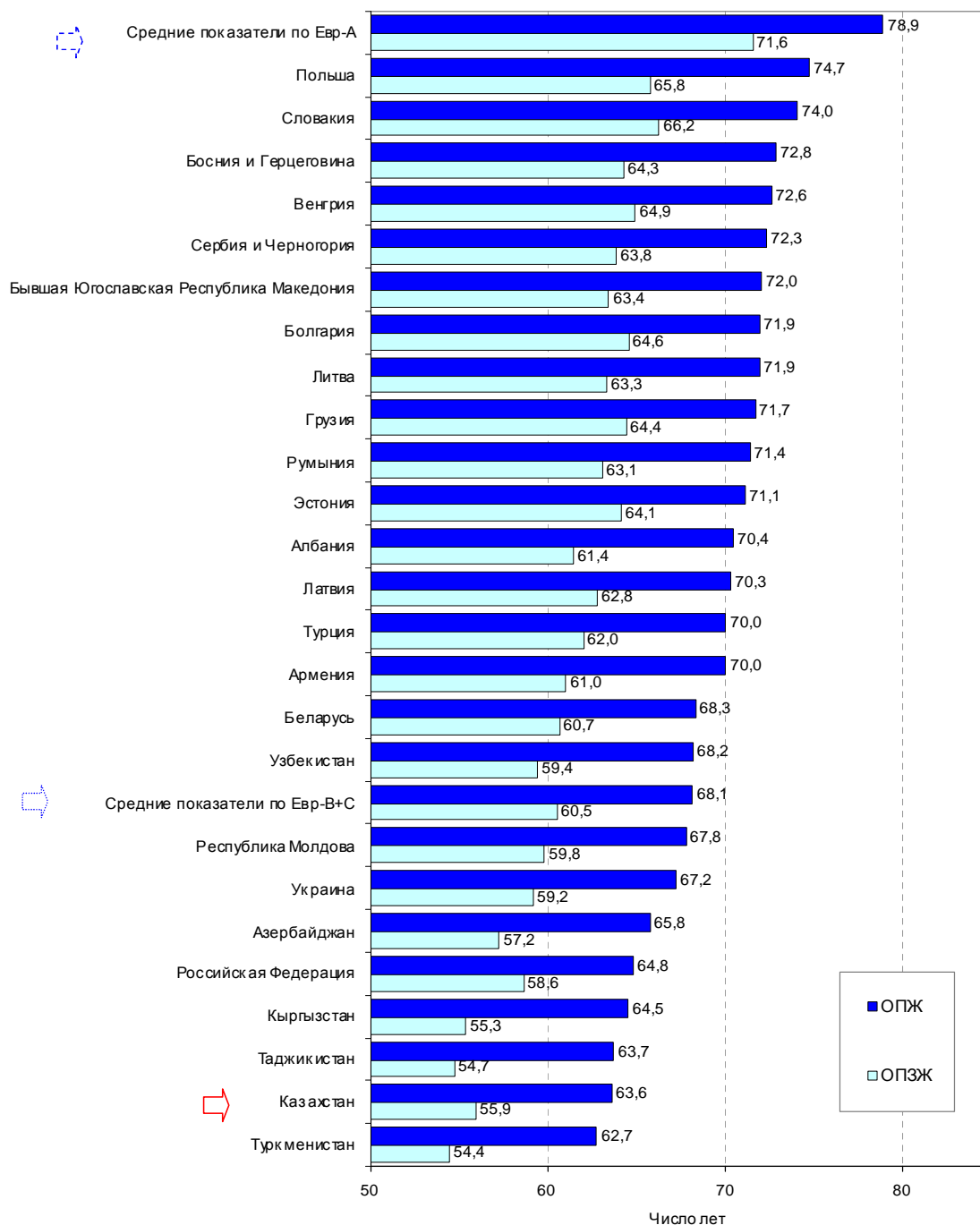
- 1) высокий уровень (за последние три года ИРЧП выше 0,80) – Атырауская и Мангистауская области, а также гг. Алматы и Астана;
- 2) средний уровень (ИРЧП от 0,76 до 0,78) – Актюбинская, Западно-Казахстанская, Карагандинская и Павлодарская области;
- 3) ниже среднего (ИРЧП около 0,75) – Восточно-Казахстанская, Костанайская и Кызылординская области;
- 4) низкий уровень (ИРЧП от 0,70 до 0,73) – Акмолинская, Алматинская, Жамбылская, Северо-Казахстанская и Южно-Казахстанская области.

Хотя необходим специальный анализ возможных неравенств в отношении здоровья в Казахстане, приведенные выше резкие различия могут служить отправной точкой для крайне актуальных конкретных исследований факторов, влияющих на развитие общественного здоровья в стране.

Ожидаемая продолжительность здоровой жизни

Помимо общей продолжительности жизни становится все более важно знать об ожидаемой продолжительности жизни, проведенной в состоянии хорошего здоровья. Для этой цели ВОЗ использует относительно новый индикатор – ожидаемую продолжительность здоровой жизни (ОПЗЖ), рассчитываемую на основе ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) за вычетом числа лет, прожитых в состоянии болезни и инвалидности. По оценкам ВОЗ на 2002 г. (WHO, 2004), средняя продолжительность здоровой жизни для населения Казахстана составляет 55,9 лет (59,3 для женщин и 52,6 для мужчин), что примерно на 15,7 лет меньше, чем в среднем по Евр-А (71,6 лет) и на 4,6 лет меньше, чем в среднем по Евр-В+С (60,5 лет). Наилучшие результаты в Европейском регионе по данному показателю достигнуты в Швеции: 73,3 года (74,8 для женщин, 71,9 для мужчин). Для жителей Казахстана в возрасте 60 лет ожидаемая продолжительность здоровой жизни составляет 12,5 лет для женщин и 9,7 лет для мужчин, в то время как в Швеции эти усредненные значения равны соответственно 19,6 и 17,1 годам. Ожидаемая продолжительность жизни с теми или иными нарушениями здоровья составляет в Казахстане 9,6 лет для женщин и 6,1 лет для мужчин, что приближается к соответствующим средним значениям для Швеции – 7,9 и 6,2 лет.

Ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ) и ожидаемая продолжительность здоровой жизни (ОПЗЖ) в Казахстане, а также средние показатели по Евр-А и Евр-В+С, 2002 г.



Источник: WHO (2003с)

Бремя болезней

Бремя болезней можно рассматривать как совокупность различий между реальным состоянием здоровья определенного населения и идеальной ситуацией, при которой все люди живут максимально долго, не страдая от болезней и инвалидности. В основе этих различий – преждевременная смертность, инвалидность и другие стойкие расстройства здоровья, а также воздействие ряда факторов риска, способствующих возникновению болезней. Ниже приведен детальный анализ данного бремени болезней. Суммарным индикатором, сочетающим оценку

влияния болезней, инвалидности и смертности на состояние здоровья населения, является показатель DALY (утраченные годы здоровой жизни).

Основные виды нарушений здоровья

В помещенной ниже таблице приведены 10 ведущих групп нарушений здоровья (в порядке убывания значимости, отдельно для мужчин и женщин), на которые приходится около 90% всего бремени болезней в Казахстане. Самую значительную долю бремени болезней среди мужчин составляют непреднамеренные травмы. Нервно-психические расстройства находятся на первом месте по значимости для женщин и на втором – для мужчин. Поскольку смертность от нервно-психических расстройств невысокая, основная часть обусловленного ими бремени болезней связана с нарушениями повседневной жизнедеятельности таких больных.

Десять ведущих групп стойких нарушений здоровья и инвалидности мужчин и женщин в Казахстане, (2002 г.), ранжированных в соответствии с их удельным весом в общем числе DALY

Ранг	Мужчины		Женщины	
	Группы стойких нарушений здоровья	Всего DALY (%)	Группы стойких нарушений здоровья	Всего DALY (%)
1	Непреднамеренные травмы	16,3	Нервно-психические расстройства	16,7
2	Нервно-психические расстройства	13,0	Злокачественные новообразования	8,6
3	Злокачественные новообразования	6,7	Непреднамеренные травмы	7,4
4	Инфекционные и паразитарные болезни	6,0	Болезни органов дыхания	5,7
5	Болезни органов пищеварения	5,1	Болезни органов пищеварения	5,5
6	Болезни органов дыхания	3,9	Болезни костно-мышечной системы	4,2
7	Респираторные инфекции	3,8	Инфекционные и паразитарные болезни	3,9
8	Состояния, возникающие в перинатальном периоде	3,1	Респираторные инфекции	3,3
9	Врожденные аномалии	2,0	Состояния, возникающие в перинатальном периоде	3,2
10	Болезни костно-мышечной системы	1,9	Патология беременности и родов	2,2

Источник: WHO, 2003с

Основные факторы риска

В помещенной ниже таблице приведены 10 ведущих факторов риска (в порядке убывания значимости, отдельно для мужчин и женщин) в отношении бремени болезней в Казахстане. При измерении в DALY максимальное бремя болезней среди мужчин связано с употреблением табака и алкоголя, среди женщин – с повышенным артериальным давлением и высоким уровнем холестерина.

Десять ведущих факторов риска по отношению к бремени болезней в Казахстане (2002 г.), ранжированных в соответствии с их удельным весом в общем числе DALY

Ранг	Мужчины		Женщины	
	Факторы риска	Всего DALY (%)	Факторы риска	Всего DALY (%)
1	Табак	18,8	Повышенное артериальное давление	13,2
2	Алкоголь	18,6	Высокий уровень холестерина	9,7
3	Повышенное артериальное давление	11,6	Высокий индекс массы тела	8,9
4	Высокий уровень холестерина	9,5	Табак	6,2
5	Высокий индекс массы тела	6,2	Недостаточное потребление фруктов и овощей	5,3
6	Недостаточное потребление фруктов и овощей	5,6	Алкоголь	5,1
7	Недостаточная физическая активность	3,3	Недостаточная физическая активность	3,8
8	Запрещенные наркотики	1,8	Дым в помещениях от сжигания твердого топлива	2,2
9	Свинец	1,3	Небезопасный секс	1,8
10	Дым в помещениях от сжигания твердого топлива	1,2	Свинец	1,1

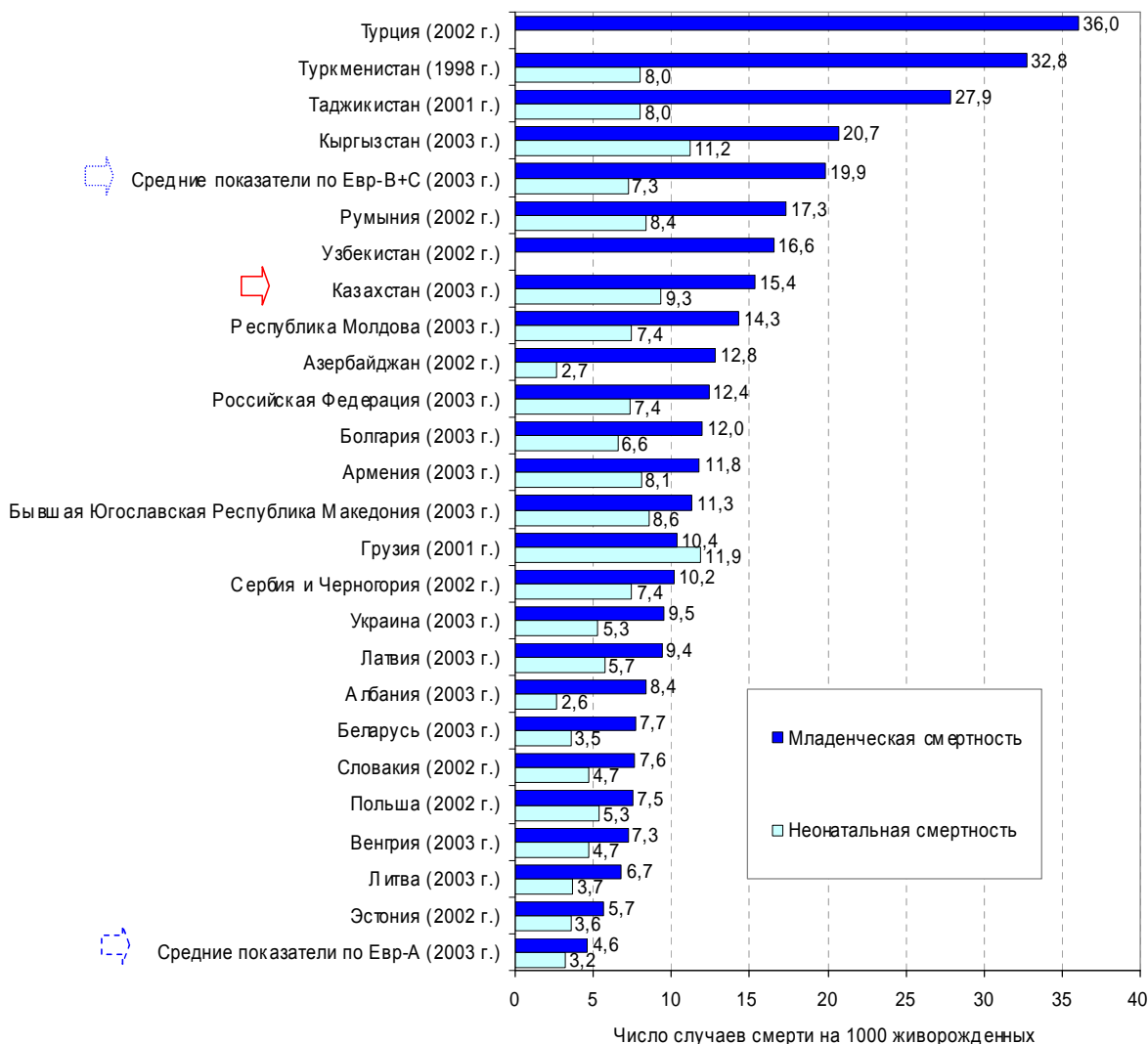
Источник: WHO, 2003с

Смертность

Младенческая, неонатальная и детская смертность

В 2003 г. уровень младенческой смертности в Казахстане составлял 15,4 на 1000 живорожденных, существенно ниже, чем в среднем по Евр-В+С (19,9). Наилучшим показателем среди стран Евр-В+С обладает Литва (6,7). За период с 1995 по 2003 г. младенческая смертность снизилась на 80%.

Младенческая и неонатальная смертность на 1000 живорожденных в Казахстане, а также средние показатели по Евр-А и Евр-В+С за последний год, за который имеются сведения



Уровень неонатальной смертности также понизился с 11,7 (1995 г.) до 9,3 (2003 г.) на 1000 живорожденных. В 2003 г. среднее значение по Евр-В+С составляло 7,3, а наиболее вероятное оценочное значение для группы Евр-А – около 3 или 4 на 1000 живорожденных.

Как уже было указано, с целью компенсации возможных погрешностей, обусловленных неполным учетом смертности в официальной статистике, ВОЗ проводит параллельный расчет оценочных показателей, основанный на систематическом анализе дополнительной информации из различных источников, а также на статистическом моделировании. Заключение ВОЗ базируется на наиболее надежной из имеющейся информации, но безусловно носят оценочный характер, т.е. содержат элементы статистической неопределенности. Официальные данные, находящиеся за нижней границей интервала неопределенности, следует рассматривать как вероятно свидетельствующие о неполной регистрации. В приведенной ниже таблице представлены сравнения официальных данных и оценок ВОЗ по четырем показателям, особенно подверженным риску неполного учета.

Сравнение основных показателей детской и материнской смертности в Казахстане по национальным данным и по оценкам ВОЗ

Показатель	Национальные данные ^а	Оценочные данные ВОЗ
Младенческая смертность, на 1000 живорождённых, 1999 г. (показатель ЦРТ)	20,7	33 ^b
Неонатальная смертность, на 1000 живорожденных, 2000 г.	10,7	32 ^c
Смертность детей в возрасте до 5 лет, на 1000 живорожденных (показатель ЦРТ)	20	73 (56–90) ^c
Материнская смертность, на 100 000 живорождённых, 2000 г. (показатель ЦРТ)	61,6	210 ^c

^аWHO Regional Office for Europe (2005); ^bWHO (2004); ^cWHO (2005)

Учет смертности детей в возрасте до 5 лет в Казахстане представляется явно неполным. Это говорит о том, что данные по младенческой и неонатальной смертности также занижены, поскольку неполная регистрация касается главным образом детей в возрасте до одного года.

Тем не менее, по оценкам ВОЗ, за период с 1990 по 2003 г. происходило снижение смертности детей до пяти лет в среднем прир. на 1% в год. Соответствующие среднегодовые темпы снижения по Европейскому региону в целом за период с 2000 по 2003 г. составили около 3,5%. Это свидетельствует об относительно замедленной динамике улучшения в Казахстане, хотя исходно высокий уровень смертности детей до 5 лет обычно позволяет достичь более выраженного прогресса даже в условиях ограниченных ресурсов (WHO, 2005).

Материнская смертность

Показатели материнской смертности и Цели в области развития, сформулированные в Декларации тысячелетия (ЦРТ)

Несмотря на трудность достоверной оценки материнской смертности (МС), для оценки прогресса в достижении ЦРТ (снизить показатель материнской смертности за период с 1990 до 2015 г. на 75%) используются национальные данные. В некоторых странах целевой показатель для 2015 г. может быть равен или ниже среднего значения показателя МС для стран Европейского региона с высоким уровнем дохода (в группе Евр-А среднее значение показателя МС в 2001 г. составляло 5 случаев на 100 000 живорожденных). Страны, в которых к 2015 г. МС будет ниже сегодняшних средних значений для Евр-А, будут считаться выполнившими ЦРТ (World Bank, 2004).

Однако в ряде стран показатели МС в 2002 г. ухудшились по сравнению с 1990 г. Применение в этих странах критерия 75%-ного снижения по отношению к исходному уровню 1990 г. в некоторых случаях потребует резкого снижения показателя МС за оставшийся период до 2015 г. В этих ситуациях необходимо, чтобы страны предприняли конкретные действия по обеспечению женщин доступом к адекватной медико-санитарной помощи во время беременности и родов. Это даже более важно, чем формальное достижение ЦРТ, и в этом направлении уже имеются инициативы с доказанной эффективностью по снижению уровней материнской смертности.

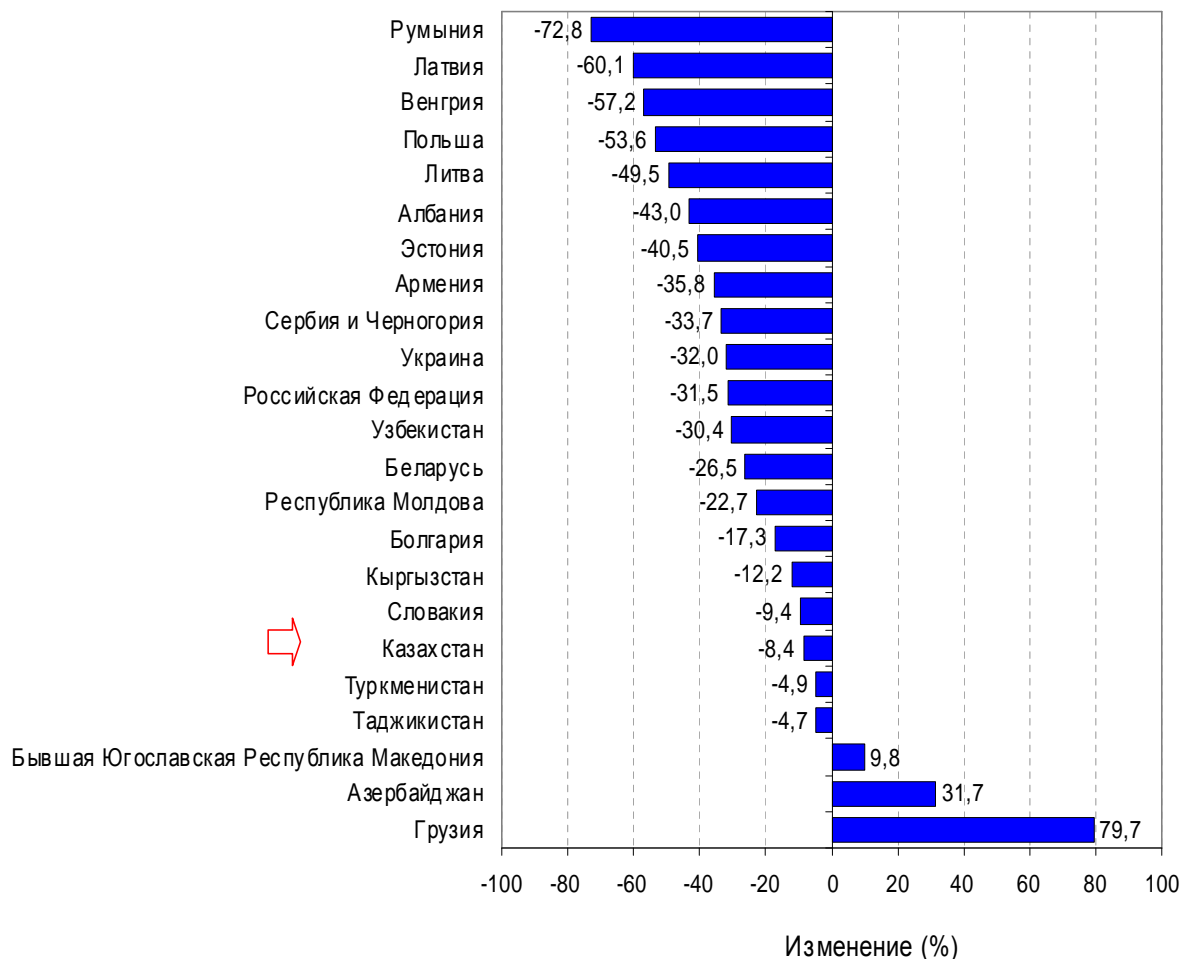
Точный учет материнской смертности представляет собой весьма трудную задачу даже в странах с надежными системами регистрации, при этом степень неполноты регистрации в Казахстане с трудом поддается оценке. По официальным данным этот показатель в 2003 г. составлял 42 на 100 000 живорожденных – две трети от уровня 1995 г. (57). Исходный для ЦРТ уровень 1990 г. был равен 55.

Из каждых 104 случаев материнской смертности, зарегистрированных в 2003 г., пять были связаны с абортom.

За период с 1990 по 2002 г. уровень материнской смертности в Казахстане снизился лишь на 8% по причине наблюдавшегося роста с 1990 г. до пика в 1999 г., когда МС достигала 69 на

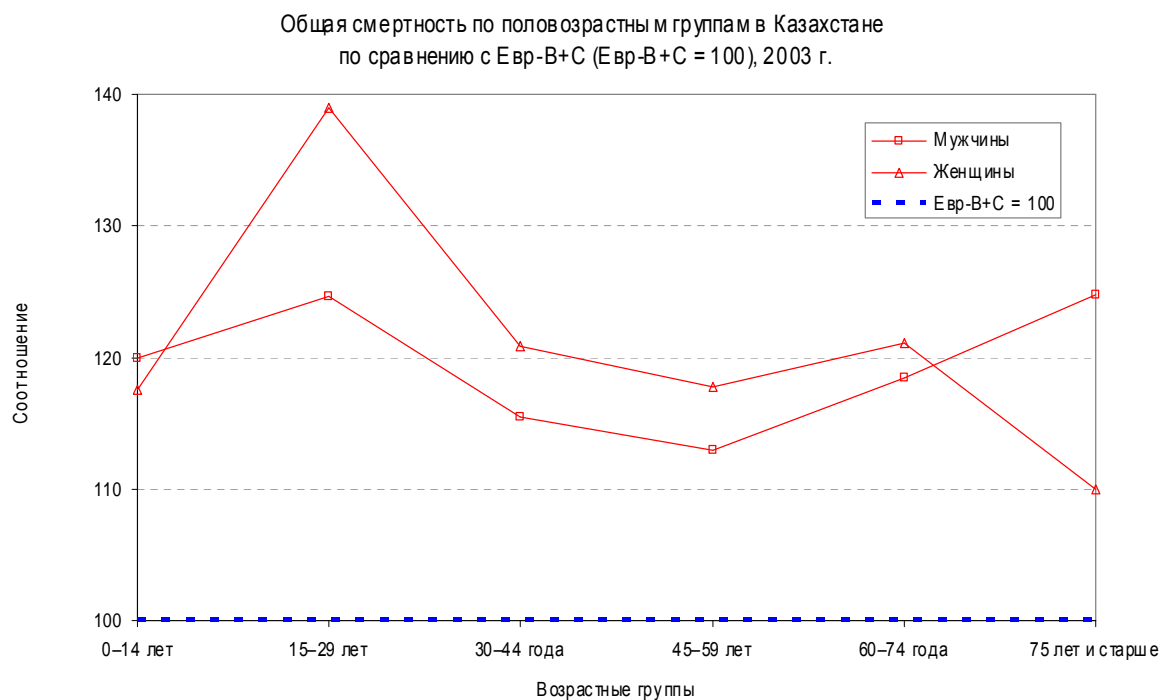
100 000 живорожденных. За период с 1999 по 2002 г. этот показатель снизился на 31%. Для достижения ЦРТ уровень материнской смертности должен упасть еще на 73% по отношению к показателям 2002 г.

Процентные изменения материнской смертности (скользящие средние показатели за 3 года) с 1990 г. по 2002 г., или до последнего года, за который имеются сведения



Избыточная смертность

Показатели смертности в Казахстане в целом приibl. на 17% выше, по сравнению со средними значениями для Евр-В+С, и в 2,3 раза выше, чем аналогичные показатели в странах Евр-А.

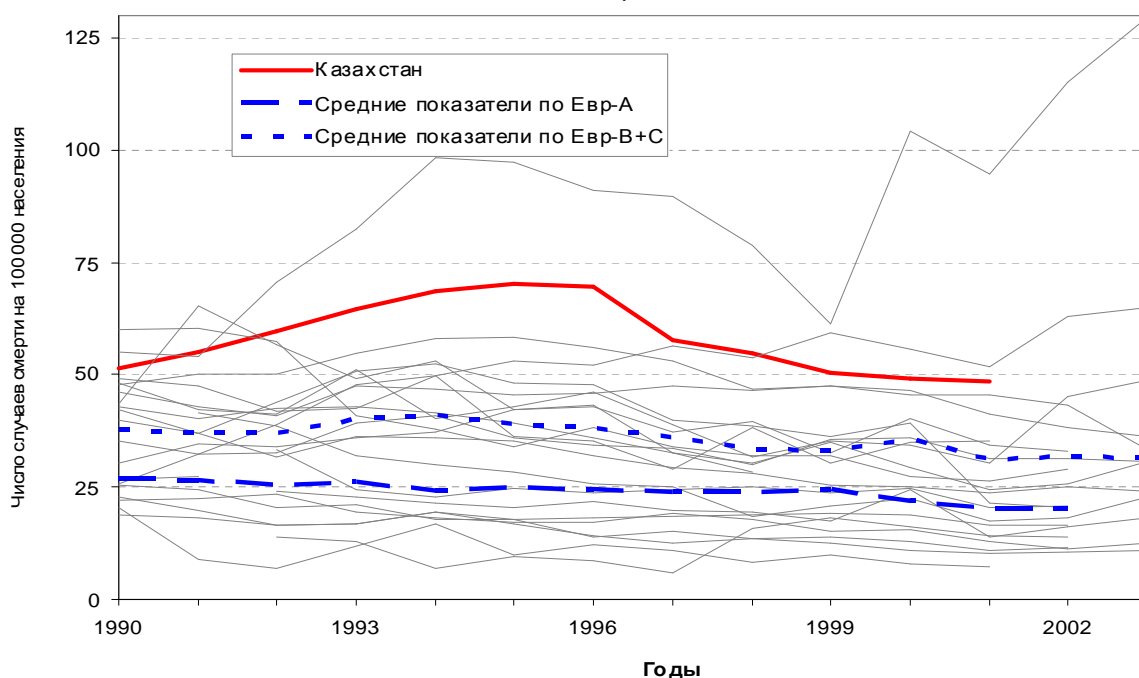


Во всех возрастных группах наивысшая избыточная смертность обусловлена не внешними причинами (как в Российской Федерации и ряде других стран СНГ), а болезнями органов дыхания и инфекционными болезнями. Тем не менее, избыточная смертность от внешних причин характеризуется высокими цифрами. Среди нозологических форм единственной наиболее заметной причиной избыточной смертности являются хронические болезни нижних дыхательных путей. Несмотря на то, что в эту категорию могут попадать и другие причины смерти, по-видимому, важное значение имеет ряд неблагоприятных экологических (применение твердых видов топлива) и поведенческих факторов (курение). Среди других весьма частых причин смерти, по сравнению со средними показателями для Евр-В+С, можно отметить хронические болезни печени и цирроз печени, а также самоубийства, что свидетельствует о высоком уровне потребления алкоголя со всеми вытекающими из этого пагубными последствиями для здоровья населения.

Избыточная смертность от внешних причин примерно на 18% выше, чем в среднем по Евр-В+С, и в четыре раза превышает средний уровень для стран Евр-А. Особенно высока частота убийств.

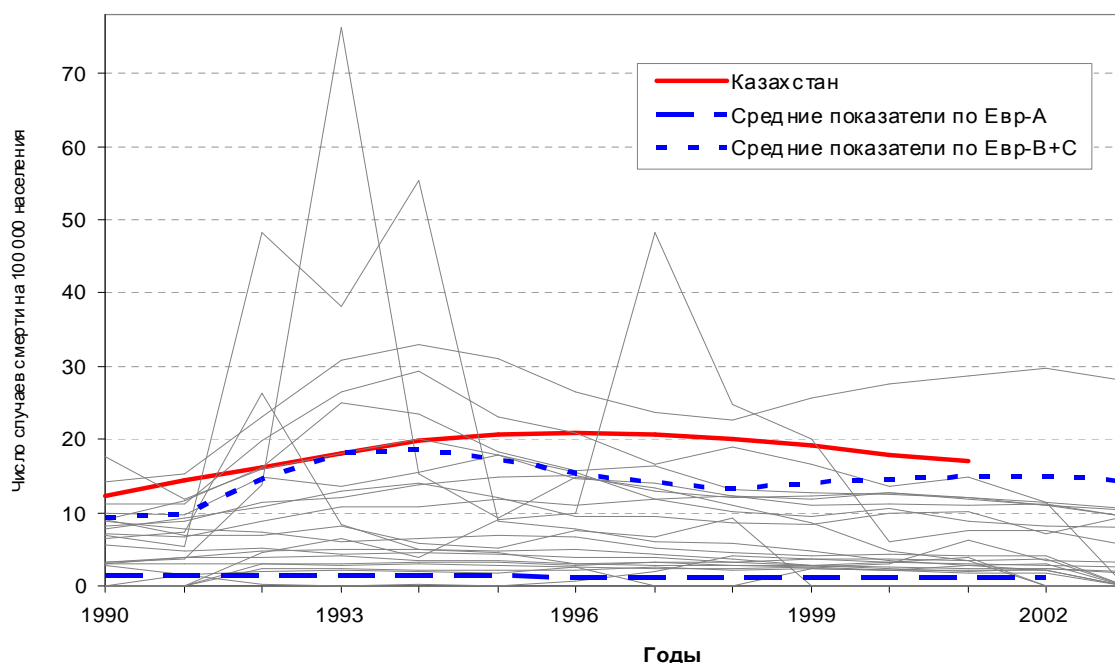
Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) превышает средний уровень для Евр-В+С на 17%.

Стандартизированный коэффициент смертности (СКС) от хронических болезней нижних дыхательных путей среди людей всех возрастов в Казахстане, а также средние показатели по Евр-А и Евр-В+С с 1990 г. до последнего года, за который имеются сведения



Примечание: данные по Казахстану представляют собой скользящие средние показатели за пять лет.

Стандартизированный коэффициент смертности (СКС) от убийств среди людей всех возрастов в Казахстане, а также средние показатели по Евр-А и Евр-В+С с 1990 г. до последнего года, за который имеются сведения

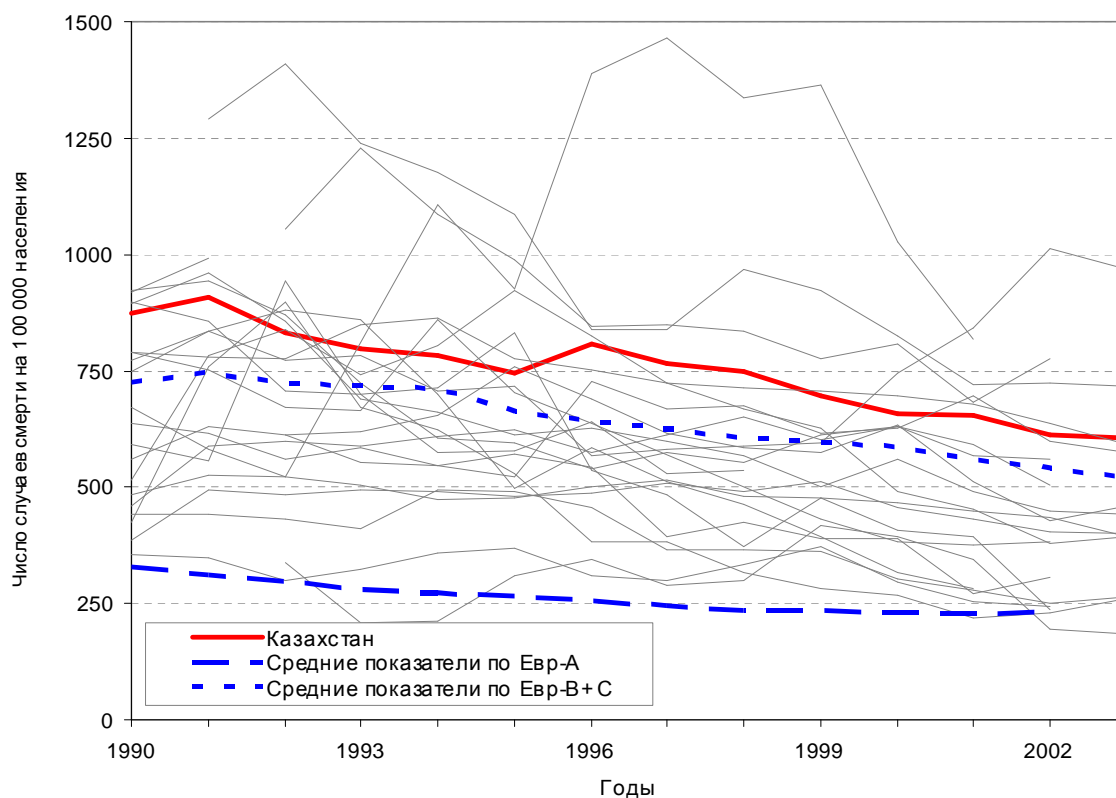


Примечание: данные по Казахстану представляют собой скользящие средние показатели за 5 лет.

Сравнительный анализ различий в показателях смертности по возрасту, полу, возможно и другим социально-экономическим параметрам, может дать дополнительные сведения о причинах избыточной смертности в стране. Следует учитывать, что на 1994–1995 гг. пришелся пик кризиса смертности в странах СНГ (как следствие распада СССР), и поэтому динамика этого показателя с 1995 до 2003 г. носит более благоприятный характер, чем в целом за период 1990–2003 гг.

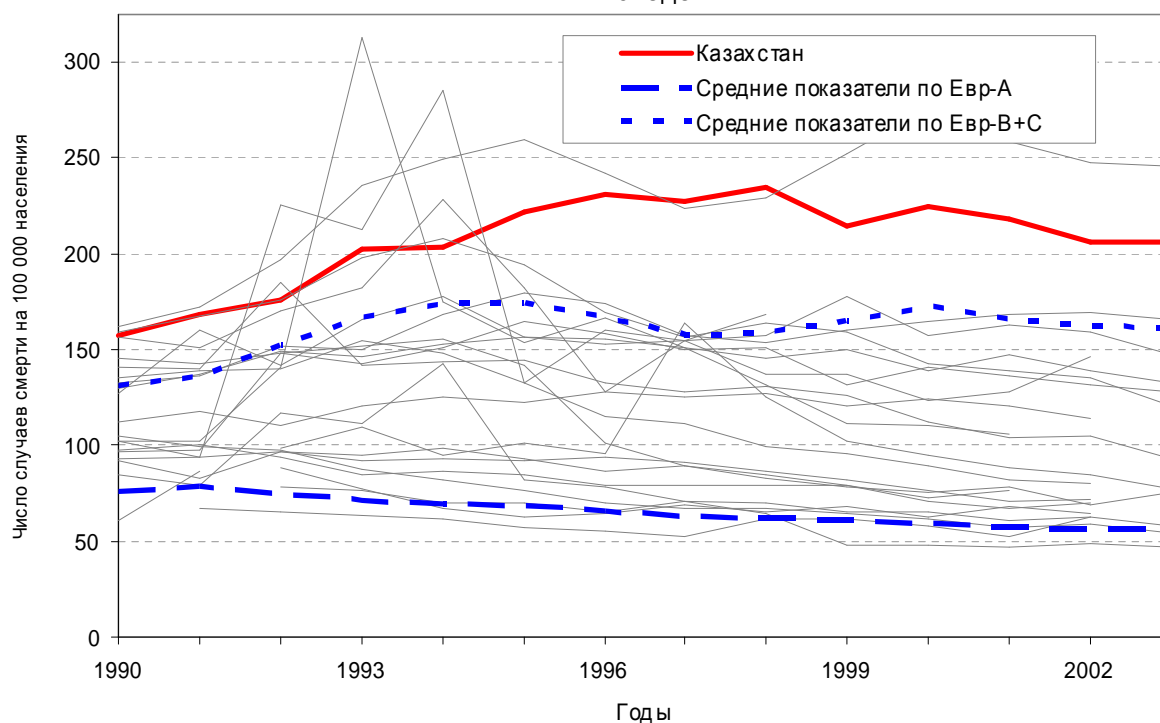
Смертность в возрастной группе 0–14 лет в Казахстане составляла в 2003 г. 180 на 100 000, что прилб. на 20% выше по сравнению со средними значениями для Евр-В+С (152) и более чем в три раза превышает аналогичный усредненный показатель для стран Евр-А (49). За период с 1995 г. уровень смертности снизился на 3,7%, повторяя динамику снижения в среднем по Евр-В+С (3,8%). Это улучшение носит практически универсальный характер, прослеживаясь по всем причинам смерти среди детей обоего пола. Остается серьезной проблемой перинатальная смертность: показатели улучшаются, однако все еще превышают средний уровень для Евр-В+С.

Смертность от отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде (оба пола) в Казахстане, а также средние показатели по Евр-А и Евр-В+С с 1990 г. до последнего года, за который имеются сведения



Смертность в возрастной группе 15–29 лет составляет 206 на 100 000, что на 25% превышает и без того высокий средний показатель по Евр-В+С (161). Избыточная смертность по сравнению с Евр-В+С в этой возрастной группе обусловлена главным образом внешними причинами, в особенности самоубийствами и случайными отравлениями, но также и инфекционными болезнями. Для этой группы характерен также высокий уровень смертности от ССЗ, хотя не исключено, что в эту рубрику отчасти попадают смертельные исходы, связанные с потреблением алкоголя. За период с 1995 г. показатели избыточной смертности снизились, однако степень улучшения была различной в отношении разных причин смерти и общий уровень смертности остается выше, чем в 1990 г. Такая ситуация характерна для многих стран Евр-В+С, особенно стран СНГ.

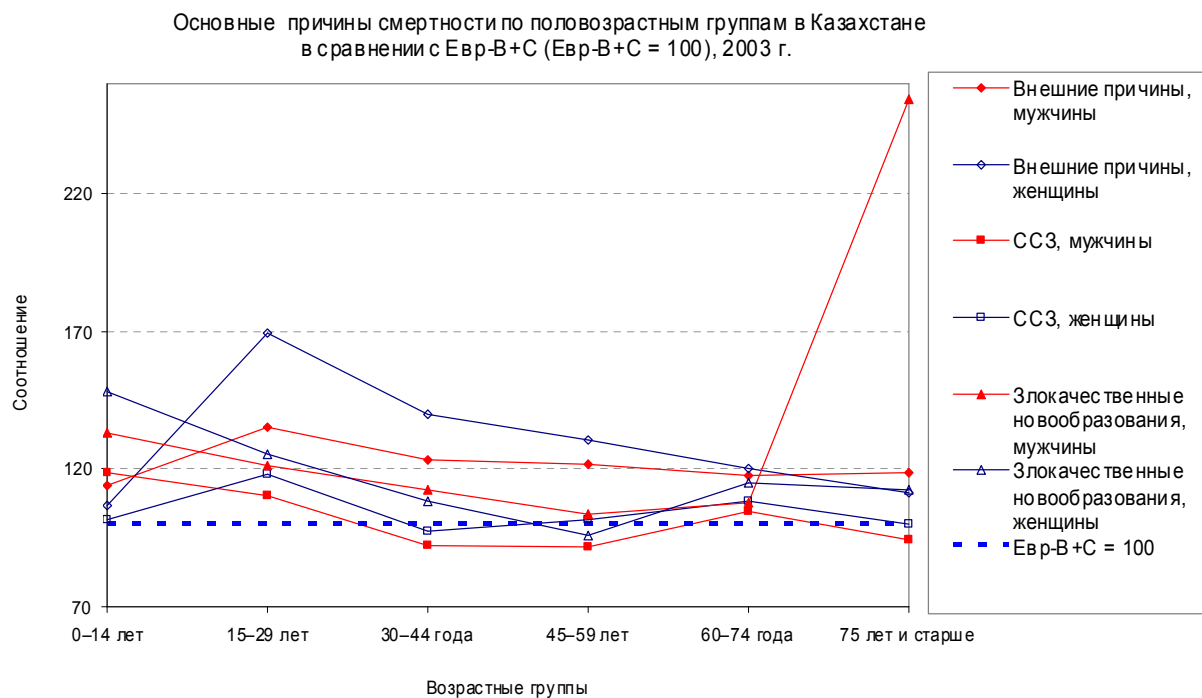
Стандартизированный коэффициент смертности (СКС) от всех причин в возрастной группе 15-29 лет в Казахстане, а также средние показатели по Евр-А и Евр-В+С с 1990 г. до последнего года, за который имеются сведения



В возрастной группе 30–44 лет показатели смертности аналогичны вышеописанной группе, однако избыточная смертность вследствие внешних причин и ССЗ по отношению к Евр-А характеризуется более значительными цифрами. Темпы улучшения показателей с 1995 г. несколько ниже, чем в среднем по Евр-В+С. Вызывает беспокойство рост смертности от болезней органов пищеварения. Показатели смертности в группе 45–59 лет весьма близки к средним значениям для Евр-В+С, при этом они существенно повысились в период с 1990 по 1996 г. и с тех пор ситуация не улучшилась. Наиболее высока смертность от ССЗ. Самой выраженной чертой картины смертности в группе 60–74 года является крайне высокая смертность от болезней органов дыхания – почти вдвое превышающая средние показатели по Евр-В+С. Это возможно связано с существующей практикой кодирования причин смерти, но также свидетельствует о проблемах качества медицинского обслуживания; то же самое относится и к болезням органов пищеварения. В возрастной группе старше 74 лет смертность выше, чем в среднем по Евр-В+С, особенно среди мужчин (главным образом от ССЗ, болезней органов дыхания и внешних причин). За период с середины 1990-х годов до 2000 г. показатели улучшались, однако последующие годы характеризуются обратной динамикой, в отношении как мужчин, так и женщин.

Основные причины смерти

За небольшими исключениями, смертность от ведущих причин во всех основных возрастных группах выше, чем соответствующие средние показатели для Евр-В+С.

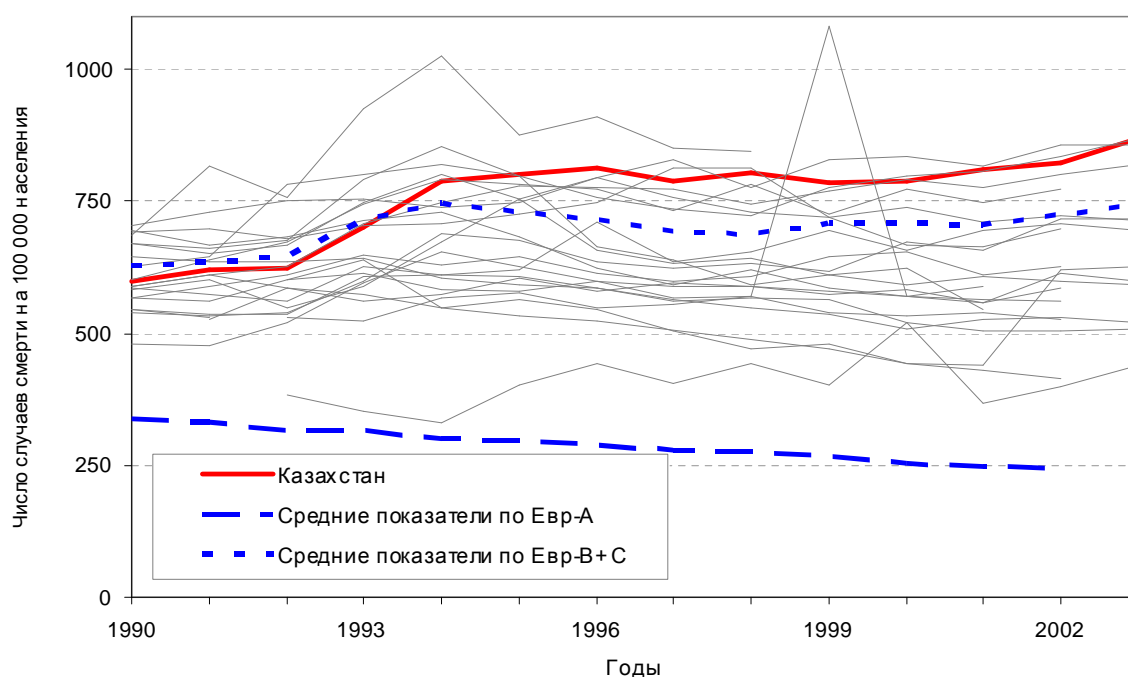


В 2003 г. около 85% всей смертности в Казахстане было обусловлено неинфекционной патологией; внешние причины составили около 11%, инфекционные болезни – около 2%, оставшаяся доля смертности приходится на неточно обозначенные состояния. Эти цифры весьма близки к средним показателям по Евр-В+С. По сравнению с Евр-А, в Казахстане более высокая доля смертности от внешних причин и более низкая – от неинфекционных болезней. Однако при сравнении интенсивных показателей (на 100 000 населения) смертность от неинфекционных болезней в Казахстане более чем вдвое превышает средний уровень для стран Евр-А.

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ)

Сердечно-сосудистые заболевания были в 2003 г. ведущей причиной смерти в Казахстане: на их долю приходилось 57% всей смертности, что соответствует средним показателям для Евр-В+С и в 2,5 раза выше по сравнению с Евр-А. Половина смертности от ССЗ обусловлена ишемической болезнью сердца и чуть более одной трети – цереброваскулярными болезнями. В интенсивных показателях уровень смертности от ССЗ в Казахстане 2,5 раза выше, чем в среднем в странах Евр-А, и выше, чем в Евр-В+С. При этом смертность от этой причины среди людей среднего возраста ниже, а в более молодых возрастных группах – выше, чем в Евр-В+С. Важно отметить, что с 1990 г. показатели повысились примерно на 45% и продолжают расти.

Стандартизированный коэффициент смертности (СКС) от ССЗ среди людей всех возрастов в Казахстане, а также средние показатели по Евр-А и Евр-В+С с 1990 г. до последнего года, за который имеются сведения



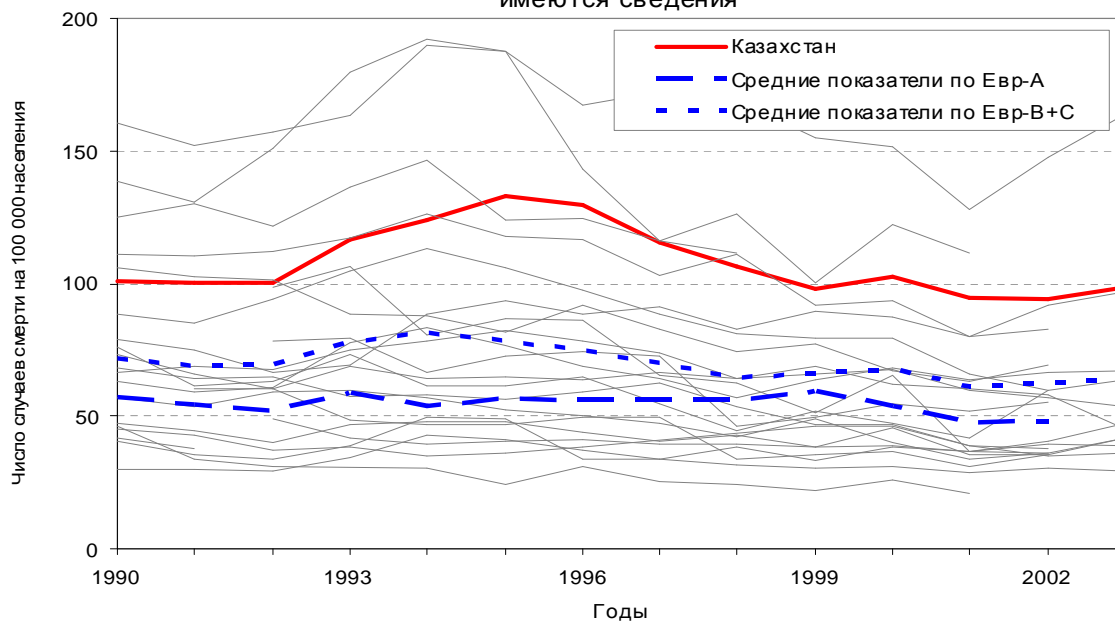
Злокачественные новообразования

Смертность от злокачественных новообразований более равномерно распределена в пределах Европейского региона. Интенсивные показатели в Казахстане несколько превышают средний уровень для Евр-В+С и приближается к средним значениям для стран Евр-А. Как и в других странах СНГ с высокой смертностью от других причин помимо рака, доля смертей от злокачественных новообразований составляет в Казахстане около 12% общей смертности, по сравнению с 28% в среднем по Евр-А, и этот показатель после 1990 г. устойчиво снижается.

Болезни органов дыхания

Болезни органов дыхания в 2003 г. составляли около 6,4% среди всех причин смертности в Казахстане, превышая аналогичный средний показатель для Евр-В+С. По интенсивным показателям (на 100 000 населения), смертность примерно на 50% превышает средние значения для Евр-В+С и в два раза выше, чем в странах Евр-А.

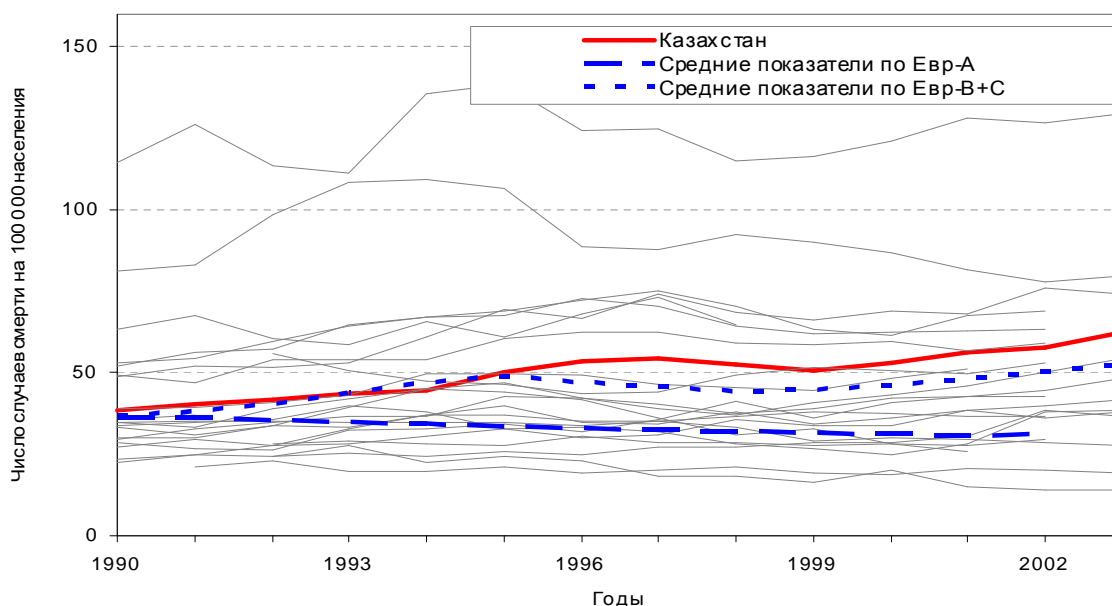
Стандартизированный коэффициент смертности (СКС) от болезней органов дыхания среди людей всех возрастов, а также средние показатели по Евр-А и Евр-В+С с 1990 г. до последнего года, за который имеются сведения



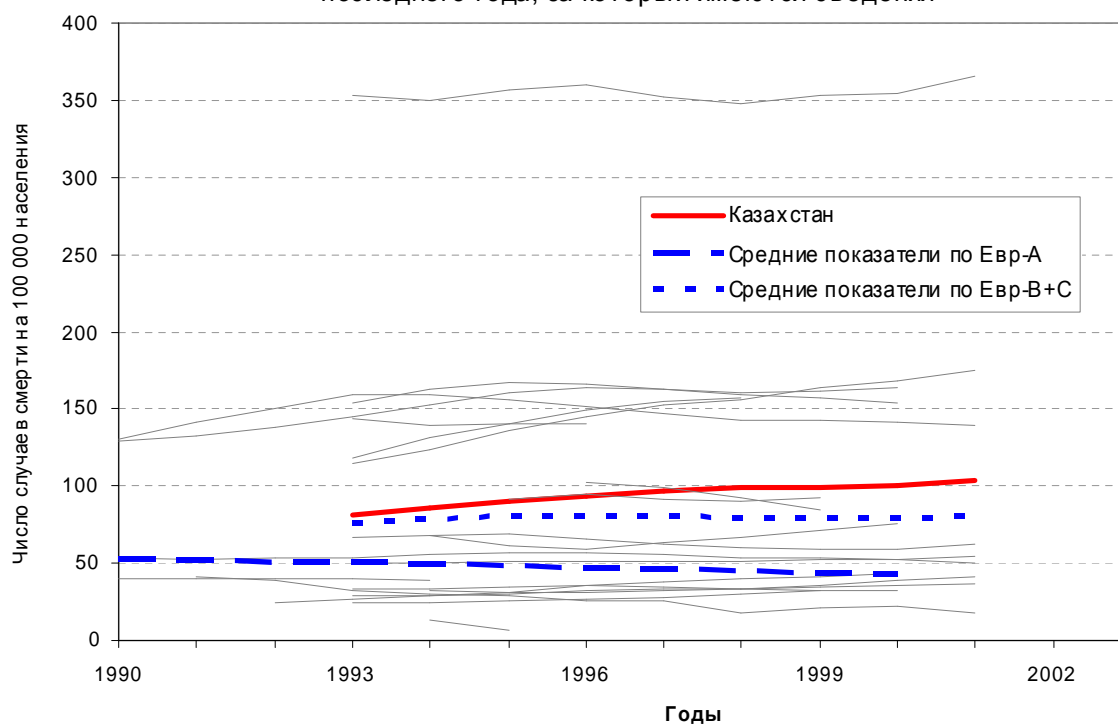
Болезни органов пищеварения

В странах Евр-А смертность от болезней системы пищеварения в течение последних 20 лет стойко снижается, однако в Евр-В+С и особенно в Казахстане данный показатель значительно вырос по сравнению с 1990 г. К 2003 г. значение коэффициента смертности было явно выше, чем в среднем по Евр-В+С и более чем в два раза превышало средний уровень по странам Евр-А. Как уже отмечалось, существенная часть проблемы – это избыточная смертность от хронических болезней печени и цирроза печени.

Стандартизированный коэффициент смертности (СКС) от болезней органов пищеварения среди людей всех возрастов в Казахстане, а также средние показатели по Евр-А и Евр-В+С с 1990 г. до последнего года, за который имеются сведения



Стандартизированный коэффициент смертности (СКС) от хронических болезней печени и цирроза печени среди людей всех возрастов в Казахстане, а также средние показатели по Евр-А и Евр-В+С с 1990 г. до последнего года, за который имеются сведения

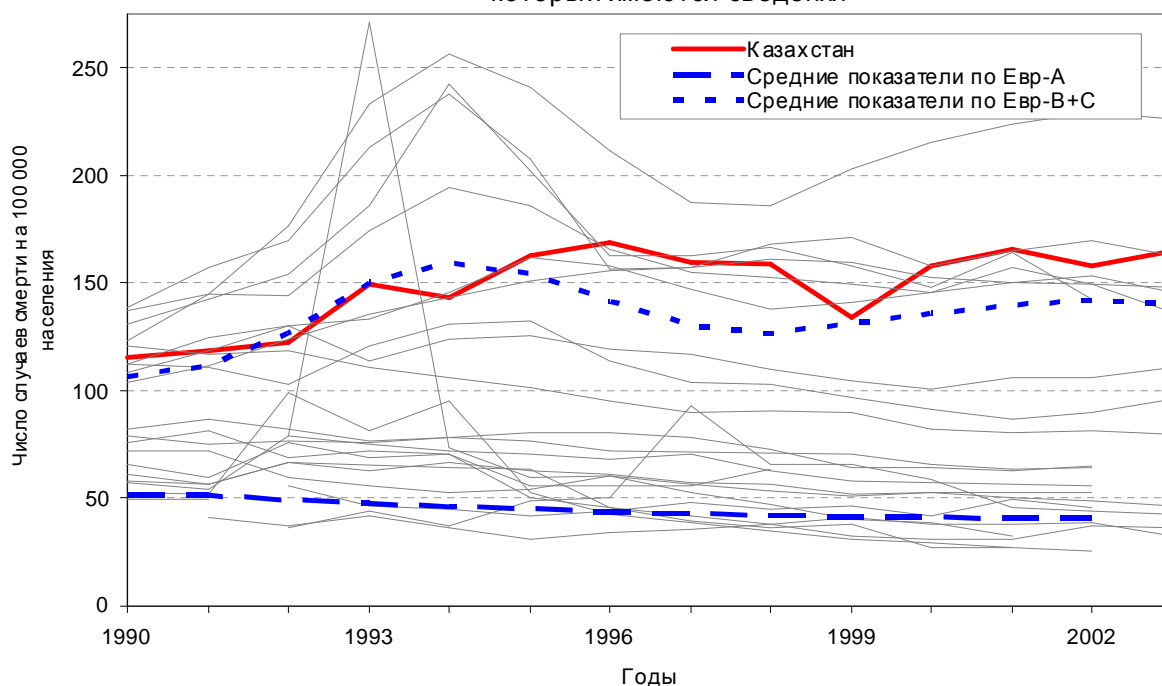


Примечание: данные по Казахстану представляют собой скользящие средние показатели за 5 лет.

Внешние причины

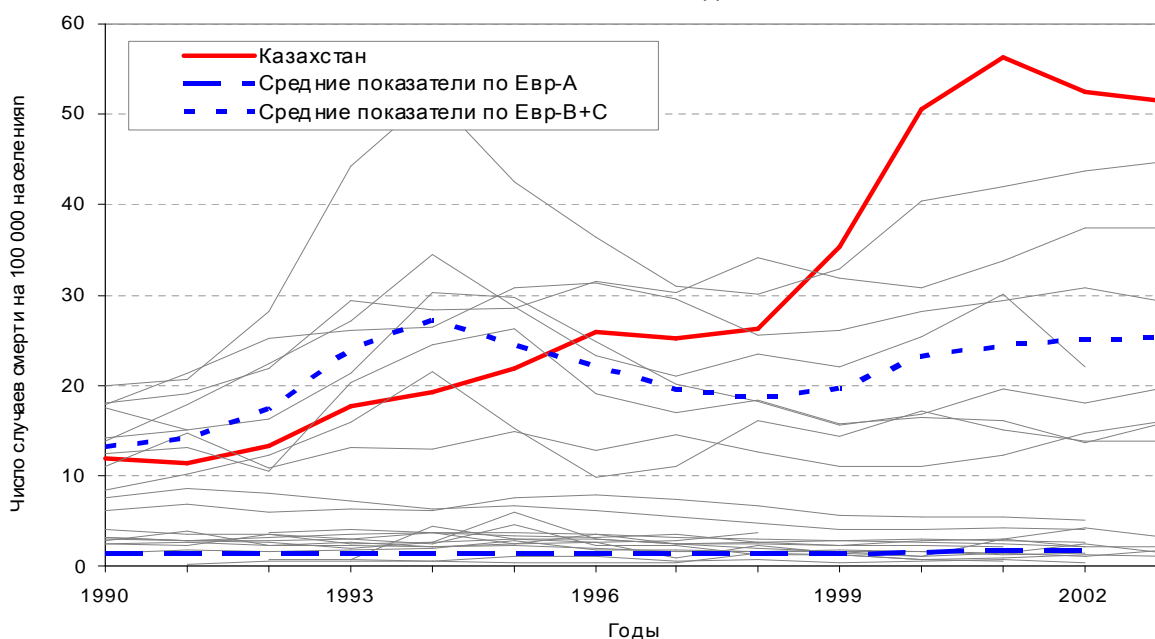
По внешним причинам различают непреднамеренные травмы (транспортный травматизм, отравления, травмы вследствие падений, пожаров, утопление и др.) и преднамеренные травмы (самоповреждения, травмы вследствие насилия и войн и др.). В 2003 г. суммарная смертность от внешних причин составила в Казахстане 165 случаев на 100 000 населения, в то время как аналогичный показатель для Евр-В+С был равен 140, а для Евр-А – 40.

Стандартизированный коэффициент смертности (СКС) от внешних причин (травм и отравлений) среди людей всех возрастов в Казахстане, а также средние показатели по Евр-А и Евр-В+С с 1990 г. до последнего года, за который имеются сведения

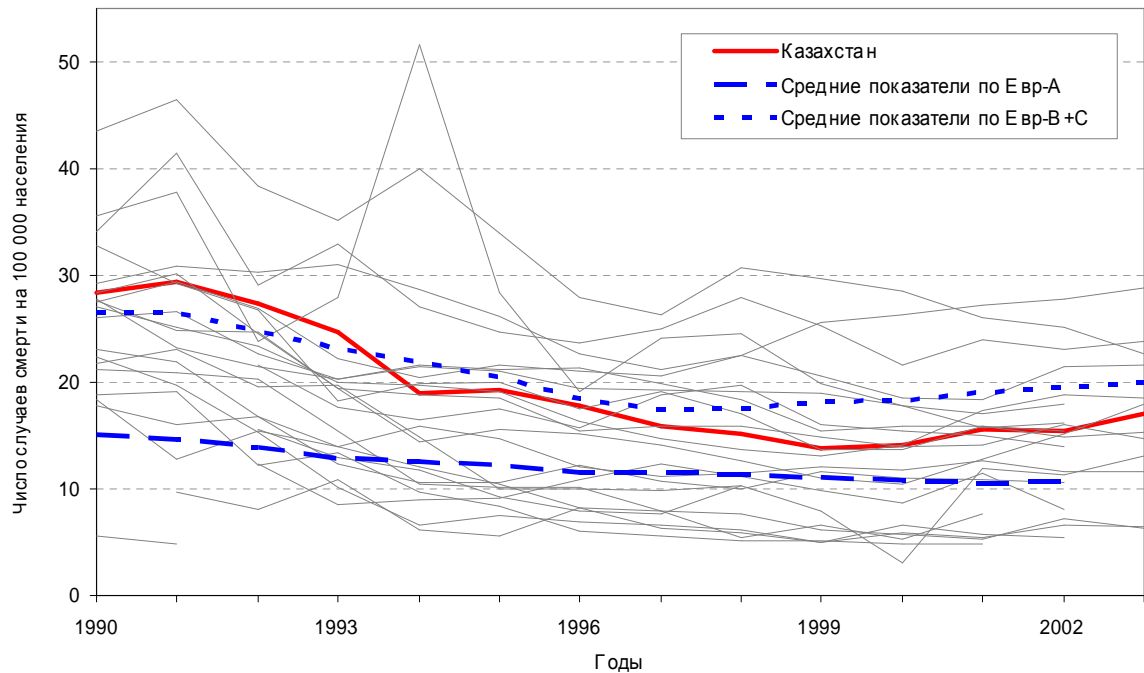


За период с 1990 по 1996 г. интенсивные показатели заметно выросли; к сожалению, за последующие годы существенного улучшения не произошло. Необычным фактом, требующим своего объяснения, является противоположно направленная динамика смертности от дорожно-транспортных несчастных случаев и от случайных отравлений (главным образом алкогольных).

Стандартизированный коэффициент смертности (СКС) от случайных отравлений среди людей всех возрастов в Казахстане, а также средние показатели по Евр-А и Евр-В+С с 1990 г. до последнего года, за который имеются сведения



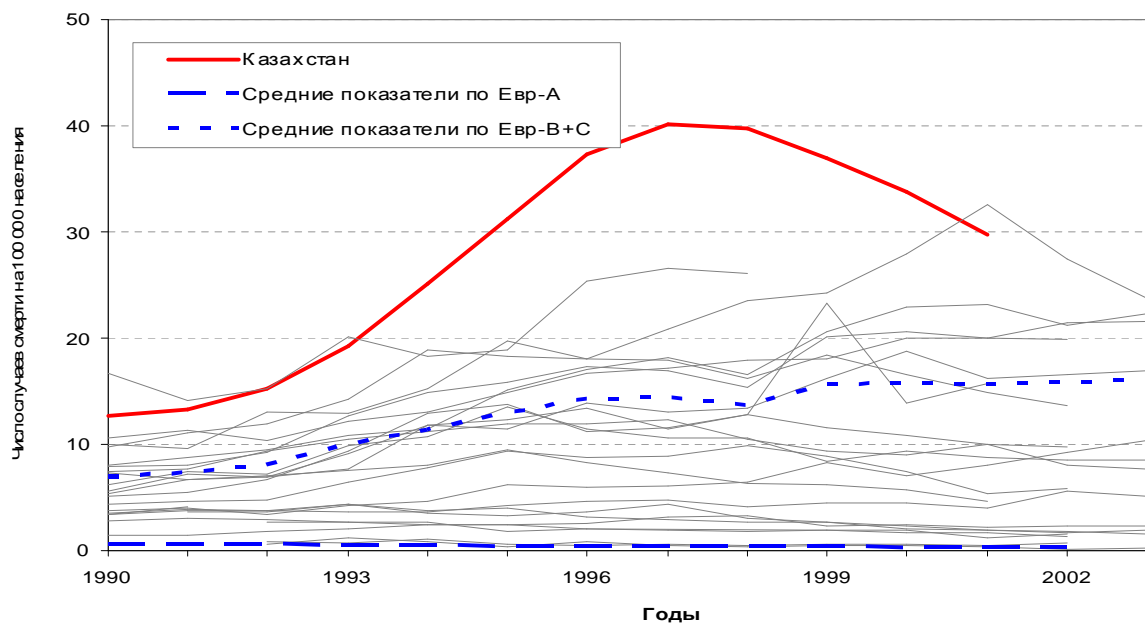
Стандартизованный коэффициент смертности (СКС) от дорожно-транспортного травматизма среди людей в всех возрастах в Казахстане, а также средние показатели по Евр-А и Евр-В+С с 1990 г. до последнего года, за который имеются сведения



Туберкулез

Начиная с 1990 г. наблюдался рост смертности от туберкулеза, однако с 1997 г. этот показатель вновь начал снижаться.

Стандартизованный коэффициент смертности (СКС) от туберкулеза в возрастной группе 0–64 года в Казахстане, а также средние показатели по Евр-А и Евр-В+С с 1990 г. до последнего года, за который имеются сведения



Примечание: данные по Казахстану представляют собой скользящие средние показатели за 5 лет.

Библиография

Council of Europe (2005). *Recent demographic developments in Europe 2004*. Strasbourg, Council of Europe.

Health Evidence Network (2003a). *Каковы основные факторы риска, приводящие к инвалидности в престарелом возрасте, и как можно предупредить инвалидность?* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/HEN/Syntheses/Disabilities/20030929_4?language=Russian, по состоянию на 12 мая 2006 г.).

Health Evidence Network (2003b). *Какова действенность/эффективность, и каковы финансовые и организационные аспекты дородовой помощи?* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ <http://www.euro.who.int/document/e82996r.pdf>, по состоянию на 12 мая 2006 г.).

Health Evidence Network (2004). *Каковы преимущества и недостатки реструктурирования системы здравоохранения в целях ее большей ориентации на службы первичной медико-санитарной помощи?* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ (<http://www.euro.who.int/document/e82997r.pdf>, по состоянию на 12 мая 2006 г.).

Health Evidence Network (2005). *Какова эффективность дородовой помощи?* (дополнение) Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ (http://www.euro.who.int/HEN/Syntheses/20030820_1, accessed 15 January 2006).

ILO (2005). Key indicators of the labour market database [web site]. Geneva, International Labour Organization (<http://www.ilo.org/public/english/employment/strat/kilm/index.htm>, accessed 29 November 2005).

OECD (2004). *Ageing and employment policies*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development (http://www.oecd.org/document/37/0,2340,en_2649_201185_32019685_1_1_1_1,00.html, accessed 14 November 2005).

Office of the President of Kazakhstan (2004). *О Государственной программе реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005–2010 годы*. Указ Президента Республики Казахстан от 13 сентября 2004 года N 1438 http://www.government.kz/ru/doc/U041438_20040913.htm (по состоянию на 26 июня 2006 г.).

UNDP (2004). *Отчет о человеческом развитии, Казахстан 2004 г. Образование для всех: основная цель нового тысячелетия*. Алматы. Программа развития ООН в Казахстане. http://www.undp.kz/library_of_publications/files/3983-23024.pdf (по состоянию на 28 июня 2006 г.).

UNESCO Institute for Statistics (2005). Country/Regional profiles [web site]. Montreal, UNESCO Institute for Statistics (http://www.uis.unesco.org/profiles/selectCountry_en.aspx, accessed 2 December 2005).

United Nations (2005). *World population prospects: the 2004 revision population database* [database online]. New York, United Nations (<http://esa.un.org/unpp/index.asp?panel=1>, accessed 28 September 2005).

WHO (2003a). *Managing newborn problems: a guide for doctors, nurses and midwives*. Geneva, World Health Organization; (<http://www.who.int/reproductive-health/publications/mnp/mnp.pdf>, accessed 13 October 2005).

WHO (2003b). *The WHO reproductive health library, version 6*. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/reproductive-health/rhl/index.html>, accessed 11 October 2005).

WHO (2003c). *The world health report 2003 – shaping the future*. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/whr/2003/en>, accessed 11 October 2005).

WHO (2004). *The world health report 2004 – changing history*. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/whr/2004/en>, accessed 11 October 2005).

WHO (2005). *Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2005 г.: Не оставим без внимания каждую мать, каждого ребенка*. Женева, Всемирная организация здравоохранения (<http://www.who.int/whr/2005/en/index.html>, по состоянию на 12 мая 2006 г.).

WHO Regional Office for Europe (2002). *Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2002 г.*, Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ (<http://www.euro.who.int/document/e76907r.pdf>, по состоянию на 12 мая 2006 г.).

WHO Regional Office for Europe (2004a). *Стратегия предупреждения хронических заболеваний в Европе: основное внимание – действиям общества по укреплению общественного здоровья: видение стратегии с позиций CINDI*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ (<http://www.euro.who.int/document/e83057r.pdf>, по состоянию на 12 мая 2006 г.).

WHO Regional Office for Europe (2004b). *К созданию европейской стратегии борьбы с неинфекционными болезнями*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ (<http://www.euro.who.int/document/rc54/rdoc08.pdf>, по состоянию на 12 мая 2006 г.).

WHO Regional Office for Europe (2005). Европейская база данных «Здоровье для всех» (База данных ЗДВ) (<http://data.euro.who.int/hfadb/index.php?lang=ru>, по состоянию на 20 июля 2004 г. и январь 2005 г.).

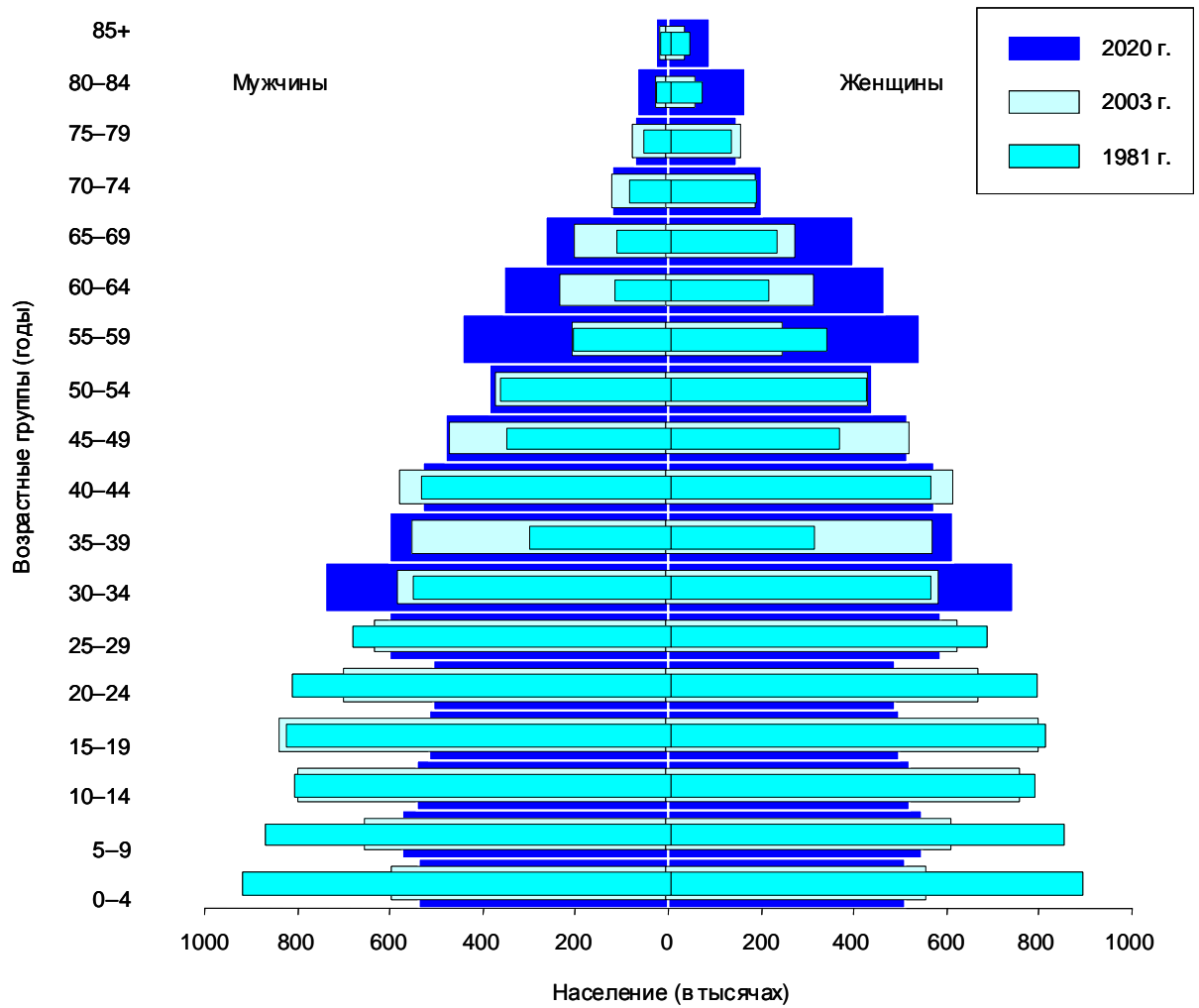
World Bank (2004). *The Millennium Development Goals in Europe and Central Asia*. Washington, DC, World Bank.

World Bank (2005). *World development indicators 2005*. Washington, DC, World Bank (<http://devdata.worldbank.org/wdi2005/home.htm>, accessed 28 September 2005)

Приложения

Приложение. Возрастная пирамида

Возрастная пирамида для Казахстана



Источники: WHO Regional Office for Europe (2005), United Nations (2005)

Приложение. Отдельные показатели смертности

Отдельные показатели смертности в Казахстане в сравнении со средними показателями по Евр-А и Евр-В+С

Болезни и патологические состояния	СКС на 100 000 населения		Избыточная смертность в Казахстане (%)	Доля в структуре смертности в Казахстане (%)	Доля в структуре смертности в Евр-В+С (%)	Средние показатели по Евр-А	Избыточная смертность в Казахстане по отношению к Евр-А (%)	Доля в структуре смертности в Евр-А (%)
	Казахстан (2003 г.)	Средние показатели по Евр-В+С (2003 г.)						
Отдельные неинфекционные болезни	1225,3	1044,9	17,3	79,8	79,6	533,8	129,5	82,4
Сердечно-сосудистые заболевания	867,9	741,8	17,0	56,6	56,5	243,4	256,6	37,6
Ишемическая болезнь сердца	448,3	362,7	23,6	29,2	27,6	95,9	367,5	14,8
Цереbroваcuляpные болезни	241,3	221,7	8,8	15,7	16,9	61,1	294,9	9,4
Нарушения легочного кровообращения и другие болезни сердца	75,8	68,9	10,0	4,9	5,3	56,6	33,9	8,7
Экологически новообразования (рак)	179,8	172,0	4,5	11,7	13,1	181,5	-0,9	28,0
Рак трахеи/бронхов/легких	35,7	33,9	5,3	2,3	2,6	37,1	-3,8	5,7
Рак молочной железы	20,0	22,1	-9,5	1,3	1,7	27,0	-25,9	4,2
Рак прямой кишки (включая прямую кишку) и анальной области	14,8	19,0	-22,1	1,0	1,4	20,7	-28,5	3,2
Рак предстательной железы	9,3	14,3	-35,0	0,6	1,1	25,1	-62,9	3,9
Болезни органов дыхания	98,7	63,1	56,4	6,4	4,8	47,8	106,5	7,4
Хронические болезни нижних дыхательных путей	58,6	31,2	87,8	3,8	2,4	20,2	190,1	3,1
Пневмония	26,4	23,6	11,9	1,7	1,8	16,2	63,0	2,5
Болезни органов пищеварения	62,6	52,3	19,7	4,1	4,0	30,8	103,2	4,8
Хронические болезни печени и цирроз печени	39,4	32,0	23,1	2,6	2,4	12,6	212,7	1,9
Нервно-мышечные расстройства	16,3	15,7	3,8	1,1	1,2	30,3	-46,2	4,7
Инфекционные болезни	32,7	20,8	57,2	2,1	1,6	8,4	289,3	1,3
ВИЧ/СПИД	0,0	0,8	-100,0	0,0	0,1	1,1	-100,0	0,2
Внешние причины	165,2	139,6	18,3	10,8	10,6	40,3	309,9	6,2
Непреднамеренные	117,1	102,2	14,6	7,6	7,8	28,7	308,0	4,4
Дорожно-транспортный травматизм	11,7	14,7	-20,4	0,8	1,1	9,9	18,2	1,5
Падения	2,9	7,5	-61,3	0,2	0,6	6,1	-52,5	0,9
Преднамеренные	48,0	37,4	28,3	3,1	2,9	11,6	313,8	1,8
Самоповреждения (самоубийства)	31,5	23,2	35,8	2,1	1,8	10,6	197,2	1,6
Насилие (убийства)	16,5	14,2	16,2	1,1	1,1	1,0	1550,0	0,2
Неточно обозначенные состояния	57,6	64,0	-10,0	3,8	4,9	20,9	175,6	3,2
Все причины	1534,6	1312,2	16,9	100,0	100,0	647,8	136,9	100,0

Приложение. Детальные данные о смертности

Таблица 1. Отдельные показатели смертности в возрастной группе 0–14 лет с разбивкой по полу в Казахстане и Евр-В+С: СКС на 100 000 населения и изменения в процентах с 1995 г. до последнего года, за который имеются сведения

Причины смерти	Пол	Казахстан (2003 г.)		Евр-А (2002 г.)		Евр-В+С (2003 г.)	
		Показатель	Средне-годовая динамика (%)	В среднем	Средне-годовая динамика (%)	В среднем	Средне-годовая динамика (%)
Все причины	Оба пола	180,4	-5,0	49,4	-2,4	151,7	-3,8
	М	204,6	-5,0	55,3	-2,5	170,5	-3,9
Инфекционные и паразитарные болезни	Ж	154,9	-5,0	43,3	-2,4	131,9	-3,8
	М	9,9	-10,0	1,4	-1,1	10,9	-7,0
Кишечные инфекции	Ж	10,1	-9,2	1,1	-3,0	9,5	-6,6
	М	2,9	-11,4	0,2	-0,7	5,1	-8,2
Злокачественные новообразования	Ж	3,5	-10,8	0,1	-7,3	4,7	-7,9
	М	6,1	0,9	3,3	-1,8	5,1	-1,9
Сердечно-сосудистые заболевания	Ж	4,3	-2,3	2,6	-1,8	4,2	-1,9
	М	3,7	-0,5	1,4	-3,1	3,3	1,1
Болезни органов дыхания	Ж	2,8	-2,9	1,3	-2,5	2,6	0,1
	М	40,9	-7,4	1,4	-4,3	35,9	-5,0
Пневмония	Ж	32,8	-7,6	1,0	-4,2	30,7	-6,0
	М	28,6	-7,5	0,5	-6,0	20,9	-4,9
Состояния, возникающие в перинатальном периоде	Ж	24,0	-7,4	0,4	-5,1	17,9	-4,7
	М	715,5	-2,7	255,3	-2,1	607,6	-2,7
Врожденные аномалии и хромосомные нарушения	Ж	491,8	-1,7	202,3	-1,6	427,5	-2,7
	М	32,6	-1,3	11,6	-2,9	24,2	-2,8
Неточно обозначенные причины смерти	Ж	26,8	-1,1	10,0	-3,3	21,0	-2,6
	М	5,1	-0,8	5,0	-3,9	5,6	-0,6
Внешние причины (травмы и отравления)	Ж	2,8	-4,3	3,4	-4,2	4,6	-1,0
	М	38,6	-3,4	7,0	-4,0	29,0	-3,4
Дорожно-транспортный травматизм	Ж	26,7	-2,7	4,6	-3,2	18,1	-3,1
	М	4,7	-3,1	2,5	-4,5	4,7	-2,6
	Ж	3,6	-0,1	1,7	-4,8	3,0	-1,6

Таблица 2. Отдельные показатели смертности в возрастной группе 15–29 лет с разбивкой по полу в Казахстане и Евр-В+С: СКС на 100 000 населения и изменения в процентах с 1995 г. до последнего года, за которой имеются сведения

Причины смерти	Пол	Казахстан (2003 г.)		Евр-А (2002 г.)		Евр-В+С (2003 г.)	
		Показатель	Средне-годовая динамика (%)	В среднем	Средне-годовая динамика (%)	В среднем	Средне-годовая динамика (%)
Все причины	Оба пола	205,9	-0,9	56,0	-2,3	161,0	-0,9
	М	301,1	-0,7	82,0	-2,3	241,7	-1,0
Инфекционные и паразитарные болезни	Ж	109,8	-0,9	29,3	-2,2	79,0	-0,6
	М	23,1	-5,0	1,2	1,5	12,3	3,0
Злокачественные новообразования	Ж	11,7	1,0	0,8	1,9	5,1	2,5
	М	9,7	0,0	6,2	-1,0	8,8	-1,9
Сердечно-сосудистые заболевания	Ж	9,1	-1,5	4,7	-1,4	7,7	-1,9
	М	23,8	1,3	4,1	-2,4	17,6	0,0
Болезни органов дыхания	Ж	12,3	-1,1	2,3	-2,0	7,3	-0,9
	М	8,5	-4,6	1,4	-3,6	6,9	0,2
Болезни органов пищеварения	Ж	5,3	-5,8	0,9	-2,7	3,8	-1,1
	М	9,3	4,3	0,9	-3,5	8,0	3,0
Неточно обозначенные причины смерти	Ж	4,8	1,5	0,5	-3,8	3,7	3,1
	М	10,5	6,3	4,0	-3,1	11,6	7,1
Внешние причины	Ж	3,7	6,8	1,4	-1,3	3,3	5,8
	М	196,9	-0,3	58,3	-1,4	162,4	-1,6
Дорожно-транспортный травматизм	Ж	46,3	1,0	14,4	-1,6	36,9	-0,2
	М	19,1	-2,3	28,5	-1,3	27,8	-1,5
Случайное утопление	Ж	4,5	-1,8	7,3	-1,4	8,0	0,3
	М	15,3	-1,0	1,3	-2,2	10,8	-3,9
Случайные отравления	Ж	3,0	1,7	0,2	-2,1	1,9	-2,2
	М	36,1	19,6	2,8	0,0	19,1	3,3
Самоповреждения (самоубийства)	Ж	10,5	17,2	0,7	0,8	4,4	2,5
	М	57,1	1,6	12,7	-1,8	36,8	0,0
	Ж	11,0	0,8	3,1	-2,2	5,8	-1,3

Таблица 3. Отдельные показатели смертности в возрастной группе 30–44 года с разбивкой по полу в Казахстане и Евр-В+С: СКС на 100 000 населения и изменения в процентах с 1995 г. до последнего года, за которой имеются сведения

Причины смерти	Пол	Казахстан (2003 г.)		Евр-А (2002 г.)		Евр-В+С (2003 г.)	
		Показатель	Средне-годовая динамика (%)	В среднем	Средне-годовая динамика (%)	В среднем	Средне-годовая динамика (%)
Все причины	Оба пола	526,7	0,0	120,3	-2,5	453,8	-0,7
	М	808,5	-0,1	161,6	-2,6	700,0	-0,8
	Ж	260,5	0,5	78,5	-2,1	215,6	-0,2
Злокачественные новообразования (орк)	М	37,1	-3,6	27,6	-2,3	40,2	-2,8
	Ж	42,7	-1,3	31,3	-2,0	43,8	-1,4
Рак трахеи/бронхов/лёгких	М	7,3	-3,4	5,0	-3,4	7,3	-4,2
	Ж	2,1	-1,8	2,8	-0,6	2,2	-1,0
Рак молочной железы	Ж	9,3	0,0	10,0	-2,6	10,0	-2,3
Сердечно-сосудистые заболевания	М	195,8	0,7	26,1	-2,5	158,6	-0,4
	Ж	63,5	0,7	10,4	-2,1	45,3	0,0
Ишемическая болезнь сердца	М	85,1	-2,2	11,8	-3,1	73,7	-2,2
	Ж	17,1	-2,1	2,4	-2,7	14,4	-1,3
Цереброваскулярные болезни	М	37,6	3,7	4,4	-3,2	24,6	-0,4
	Ж	16,8	2,3	3,6	-2,5	10,6	-1,3
Болезни органов дыхания	М	41,1	0,4	3,9	-3,5	34,3	0,9
	Ж	14,9	0,5	2,2	-2,0	9,8	0,8
Болезни органов пищеварения	М	55,8	7,4	12,6	-2,4	50,2	1,4
	Ж	22,7	9,4	5,4	-1,7	19,4	4,1
Внешние причины	М	336,3	-0,5	58,8	-1,2	299,5	-1,9
	Ж	63,9	-0,2	15,1	-1,8	58,9	-1,0
Дорожно-транспортный травматизм	М	26,8	-2,9	16,0	-0,5	31,4	-1,7
	Ж	6,0	-3,5	3,9	-2,0	7,1	-0,5
Самоповреждения (самоубийства)	М	78,4	0,2	21,2	-1,5	54,9	-2,4
	Ж	9,3	-0,5	5,8	-2,2	7,9	-2,5

Таблица 4. Отдельные показатели смертности в возрастной группе 45–59 лет с разбивкой по полу в Казахстане и Евр-В+С: СКС на 100 000 населения и изменения в процентах с 1995 г. до последнего года, за который имеются сведения

Причины смерти	Пол	Казахстан (2003 г.)		Евр-А (2002 г.)		Евр-В+С (2003 г.)	
		Показатель	Средне-годовая динамика (%)	В среднем	Средне-годовая динамика (%)	В среднем	Средне-годовая динамика (%)
Все причины	Оба пола	1465,8	-0,6	435,6	-1,3	1294,9	-0,6
	М	2238,2	-0,2	580,1	-1,4	1981,7	-0,6
	Ж	822,8	-0,8	293,3	-1,0	698,9	-0,5
Злокачественные новообразования (орк)	М	296,2	-3,1	218,2	-1,2	323,2	-1,9
	Ж	188,9	-0,6	155,0	-1,0	186,1	-0,5
Рак трахеи/бронхов/лёгких	М	96,9	-3,7	65,9	-1,5	101,4	-2,9
	Ж	14,4	0,1	21,8	3,4	15,4	1,0
Рак молочной железы	Ж	40,5	1,5	44,0	-2,2	45,3	0,1
Сердечно-сосудистые заболевания	М	964,3	0,8	156,4	-2,6	793,1	-0,1
	Ж	354,8	-1,0	50,9	-2,5	271,7	-0,6
Ишемическая болезнь сердца	М	495,5	-0,9	86,2	-3,3	435,3	-0,7
	Ж	125,0	-2,3	17,8	-3,4	111,1	-0,6
Цереброваскулярные болезни	М	220,6	0,9	23,7	-2,6	168,6	-0,9
	Ж	125,5	-1,1	14,5	-2,1	88,4	-1,4
Болезни органов дыхания	М	144,7	-2,6	20,3	-1,7	108,7	-1,4
	Ж	38,4	-2,6	10,2	-1,3	24,5	-0,7
Болезни органов пищеварения	М	157,3	4,9	49,6	-0,8	129,7	0,7
	Ж	64,6	3,0	20,3	-0,7	57,3	1,9
Внешние причины	М	424,6	-0,1	62,8	-1,0	409,2	-0,9
	Ж	85,5	-2,2	20,9	-0,9	89,1	-1,1
Дорожно-транспортный травматизм	М	22,2	-2,7	13,0	-1,3	28,5	-1,8
	Ж	5,6	-3,7	4,1	-2,1	7,5	-1,4
Самоповреждения (самоубийства)	М	80,0	-2,0	23,1	-1,1	68,1	-2,4
	Ж	11,2	-3,7	8,5	-1,2	10,2	-3,4

Таблица 5. Отдельные показатели смертности в возрастной группе 60-74 года с разбивкой по полу в Казахстане и Евр-В+С: СКС на 100 000 населения и изменения в процентах с 1995 г. до последнего года, за который имеются сведения

Причины смерти	Пол	Казахстан (2003 г.)		Евр-А (2002 г.)		Евр-В+С (2003 г.)	
		Показатель	Средне-годовая динамика (%)	В среднем	Средне-годовая динамика (%)	В среднем	Средне-годовая динамика (%)
Все причины	Оба пола	4066,5	0,2	1570,9	-1,9	3411,7	-0,1
	М	5917,1	0,2	2156,9	-2,1	4996,4	0,1
	Ж	2832,8	-0,2	1069,2	-1,9	2339,0	-0,6
Злокачественные новообразования (орк)	М	1049,3	-1,7	851,3	-1,4	1002,5	-0,8
	Ж	476,1	-1,4	439,8	-1,1	438,9	-0,7
Рак трахеи/бронхов/лёгких	М	332,7	-2,0	261,8	-1,9	321,7	-1,5
	Ж	40,3	-2,6	59,0	0,2	37,1	-1,4
Рак молочной железы	Ж	54,9	0,9	79,7	-1,6	68,7	1,3
Сердечно-сосудистые заболевания	М	3416,2	1,4	744,9	-3,6	2903,0	0,6
	Ж	1812,0	0,5	335,7	-3,9	1507,8	-0,3
Ишемическая болезнь сердца	М	1824,8	0,5	381,3	-4,2	1582,2	1,2
	Ж	866,6	0,2	133,5	-4,6	731,4	0,5
Цереброваскулярные болезни	М	927,4	0,7	143,3	-3,7	833,7	0,2
	Ж	589,5	-0,5	86,7	-4,1	528,9	-0,8
Болезни органов дыхания	М	521,0	-2,9	144,0	-3,5	303,0	-2,4
	Ж	138,6	-3,4	62,5	-2,4	68,6	-3,6
Болезни органов пищеварения	М	253,6	2,1	111,6	-1,6	193,0	0,1
	Ж	131,8	1,1	54,1	-1,7	94,2	0,2
Внешние причины	М	344,5	0,6	79,3	-1,4	320,0	1,0
	Ж	101,9	-0,3	32,1	-2,1	88,7	-0,5
Дорожно-транспортный травматизм	М	19,4	-3,3	14,8	-3,0	24,3	-1,5
	Ж	7,2	-2,4	5,9	-3,4	9,5	-1,0
Самоповреждения (самоубийства)	М	69,7	-1,8	24,5	-1,6	60,5	-0,8
	Ж	14,2	-1,9	8,7	-2,6	12,7	-3,1

Таблица 6. Отдельные показатели смертности в возрастной группе 75 лет и старше с разбивкой по полу в Казахстане и Евр-В+С: СКС на 100 000 населения и изменения в процентах с 1995 г. до последнего года, за который имеются сведения

Причины смерти	Пол	Казахстан (2003 г.)		Евр-А (2002 г.)		Евр-В+С (2003 г.)	
		Показатель	Средне-годовая динамика (%)	В среднем	Средне-годовая динамика (%)	В среднем	Средне-годовая динамика (%)
Все причины	Оба пола	13999,5	1,5	8059,6	-1,0	12338,8	0,0
	М	18509,5	1,5	9832,0	-1,1	14838,0	0,1
	Ж	12559,8	1,4	7112,5	-0,9	11421,7	0,0
Злокачественные новообразования (орк)	М	1407,8	-0,5	2231,1	-0,4	1489,3	1,2
	Ж	723,5	0,0	1136,2	-0,4	721,7	0,8
Рак трахеи/бронхов/лёгких	М	320,5	0,5	457,1	-0,7	323,5	1,0
	Ж	60,5	0,2	102,7	1,5	55,6	0,5
Рак молочной железы	Ж	81,3	6,6	159,6	-0,4	92,0	3,1
Сердечно-сосудистые заболевания	М	12125,9	1,0	4356,2	-2,1	10221,2	0,4
	Ж	9799,4	1,5	3577,9	-1,9	8805,6	0,4
Ишемическая болезнь сердца	М	6932,2	1,6	1708,0	-2,2	4925,6	1,4
	Ж	5285,2	2,1	1150,0	-2,2	4028,6	1,2
Цереброваскулярные болезни	М	2976,9	-0,9	1119,8	-2,5	3004,4	0,7
	Ж	2797,6	0,1	1026,9	-2,4	2967,6	0,5
Болезни органов дыхания	М	1500,0	-1,8	1156,5	-2,4	824,1	-2,1
	Ж	547,5	-2,5	591,9	-2,1	302,3	-3,2
Болезни органов пищеварения	М	360,8	4,6	340,3	-1,1	270,4	0,3
	Ж	197,1	1,6	279,8	-0,4	175,0	1,1
Внешние причины	М	1535,6	18,6	275,0	-0,6	604,2	0,1
	Ж	193,7	6,2	187,8	-1,2	172,4	-1,2
Дорожно-транспортный травматизм	М	68,3	7,4	28,1	-2,2	34,6	-3,1
	Ж	7,0	-5,3	10,0	-3,1	14,7	-1,7
Самоповреждения (самоубийства)	М	129,5	1,3	49,5	-1,6	86,6	-1,1
	Ж	26,2	-2,0	11,8	-3,2	22,4	-1,9

Технические примечания

Расчет средних показателей

В качестве средних показателей для референс-группы при использовании Европейской базы данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ применялись значения, средневзвешенные по численности населения. Отдельные страны, для которых отсутствовали необходимые данные, могли быть исключены из расчета усредненных показателей. При использовании данных из других источников в случае необходимости применяли простое вычисление средней величины.

Для уменьшения степени разброса значений годовых показателей, обусловленного малым числом случаев в статистике, как правило использовали усредненные показатели из расчета трехлетних периодов. Таким образом производился, например, для всех стран расчет показателей материнской смертности (обычно малое число случаев). При крайне резких отклонениях, достоверно вызванных теми или иными популяционными аномалиями, соответствующие данные исключали из анализа.

Источники данных

С целью обеспечения максимальной достоверности результатов сравнительного анализа данные по каждому индикатору, как правило, брались из одного источника, что служило определенной гарантией их сопоставимости. За исключением специально оговоренных случаев, источником данных, приведенных на графиках и в таблицах в настоящей обзорной сводке, является Европейская база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ (**версия от января 2005 г.**).

При отсутствии данных, основанных на национальных переписях и сведениях о международной миграции населения, для приблизительной характеристики населения страны используются оценки ООН и предварительные национальные данные. Такие данные естественно являются источником неопределенности при расчете стандартизированных коэффициентов смертности.

Кодирование болезней

Используемые в различных странах критерии постановки диагноза, существующая практика регистрации и классификации болезней (с применением Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 9-го и 10-го пересмотра; соотв. МКБ-9 и МКБ-10), а также традиции и языковые особенности могут оказывать влияние на данные и тем самым затруднять их международный сравнительный анализ.

Ожидаемая продолжительность здоровой жизни (ОПЗЖ, HALE) и показатель DALY (утраченные годы здоровой жизни)

ОПЗЖ и DALY представляют собой суммарные показатели здоровья населения, сочетающие в себе совокупную количественную информацию как о смертности, так и об уровне патологии, не приводящей к летальным исходам. Их роль в дополнение к показателям смертности заключается в том, что они помогают получить представление об относительном вкладе различных патологических факторов в уровень утраты здоровья в целом среди населения.

Значения показателя DALY основаны на информации о причинах смерти по каждому региону ВОЗ и на региональных эпидемиологических оценках значимости основных видов ограничений здоровья. При подготовке настоящих обзорных сводок была проведена разбивка значений региональных оценок по отдельным государствам-членам.

Оценочные значения ОПЗЖ по государствам-членам основаны на данных национальных таблиц смертности, репрезентативных выборочных эпидемиологических исследований по оценке общего состояния здоровья населения и уровней имеющихся ограничений физического и психического здоровья, а также на детальной эпидемиологической информации по основным видам патологии в каждой стране.

Более подробные разъяснения приведены в статистическом приложении и пояснительных комментариях *Доклада о состоянии здравоохранения в мире, 2003 г.*¹

Ограниченность данных на национальном уровне

Усредненные данные, рассчитанные для всей страны, особенно демонстрирующие относительно хорошее состояние или динамику показателей здоровья, что характерно для наиболее развитых стран, могут скрывать за собой локальные очаги неблагополучия. Наличие рисков и менее удовлетворительные показатели здоровья в небольших по численности группах населения могут быть выявлены только путем разбивки национальных данных на более мелкие категории. Исключение представляют лишь те случаи, когда состояние здоровья небольшой группы настолько резко отличается от нормы, что это оказывает влияние на национальные показатели.

Референс-группы для сравнения

Как одно из средств оценки сравнительных преимуществ и недостатков той или иной страны, а также для формулирования суммарного заключения о том, что уже достигнуто и что нуждается в дальнейшем улучшении, по мере возможности используются международные сравнения. Выявляемые различия между страновыми показателями и усредненными значениями позволяют формулировать гипотезы о причинных связях и предлагать возможные пути решения проблем, что дает стимул для дальнейших исследований.

Группы стран², используемые для сравнения носят название «референс-группы» и включают:

- страны со сходным уровнем или динамикой показателей здоровья и социально-экономического развития;
- страны, объединенные по геополитическому признаку (геополитические группы).

По классификации ВОЗ группу из 27 стран с очень низкими показателями детской смертности и очень низкими показателями смертности среди взрослых обозначают как группу Евр-А. Группа Евр-А включает следующие страны: Австрия, Андорра, Бельгия, Германия, Греция, Дания, Израиль, Ирландия, Исландия, Испания, Италия, Кипр, Люксембург, Мальта, Монако, Нидерланды, Норвегия, Португалия, Сан-Марино, Словения, Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии, Финляндия, Франция, Хорватия, Чешская Республика, Швейцария, Швеция. Однако для двух из выше перечисленных стран, а именно для Андорры и Монако, по большинству показателей данных не имеется. В связи с этим, за исключением специально оговоренных случаев, при ссылках на Евр-А и усредненные значения показателей для Евр-А речь идет о 25 странах, по которым имеются данные.

По классификации ВОЗ группу из 25 стран с низкими показателями детской смертности и низкими либо высокими показателями смертности среди взрослых обозначают как группу Евр-В+С. В эту группу входят следующие страны: Азербайджан, Албания, Армения, Беларусь, Болгария, Босния и Герцеговина, Бывшая Югославская Республика Македония, Венгрия, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Латвия, Литва, Польша, Республика Молдова, Российская Федерация, Румыния, Сербия и Черногория, Словакия, Таджикистан, Туркменистан, Турция, Узбекистан, Украина, Эстония. За исключением особо оговоренных случаев при упоминании Евр-В+С и средних показателей для Евр-В+С речь идет именно об этих странах.

Предпочтительно проводить сравнения на один и тот же момент времени, однако наиболее свежие данные по странам могут относиться к разным годам. Это следует учитывать, поскольку место страны в ранжированном перечне может меняться при получении обновленных данных.

В приводимых графиках как правило показана динамика показателей начиная с 1990 г. Эти графики обычно отражают тенденции, характерные для всех стран, входящих в референс-группу. Выделены на графике и обозначены в легенде лишь показатели страны, которой посвящена

¹ WHO (2003). *The world health report 2003 – shaping the future*. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/whr/2003/en>, accessed 10 June 2005).

² WHO (2004). *The world health report 2004 – changing history*. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/whr/2004/en>, accessed 26 August 2004).

обзорная сводка, и средние показатели для референс-групп. Это дает возможность более наглядно проследить тенденции изменения страновых показателей в сравнении с усредненными значениями и динамикой аналогичных показателей для совокупности стран, входящих в ту или иную референс-группу.

Словарь терминов

Причины смерти

Коды в МКБ-10

Дорожно-транспортный травматизм (транспортные несчастные случаи)	V02–V04, V09, V12–V14, V19–V79, V82–V87, V89
Злокачественные новообразования (рак) предстательной железы	C61
Злокачественные новообразования (рак) молочной железы у женщин	C50
Злокачественные новообразования (рак) толстого кишечника (включая прямую кишку) и анальной области	C18–C21
Злокачественные новообразования (рак) трахеи/bronхов/легких	C33–C34
Ишемическая болезнь сердца	I20–I25
Нарушения легочного кровообращения и другие болезни сердца	I26–I51
Насилие	X85–Y09
Нервно-психические расстройства (включая болезни глаза и уха)	F00–99, G00–99, H00–95
Падения	W00–W19
Пневмония	J12–J18
Преднамеренные самоповреждения (в т.ч. самоубийство)	X60–X84
Хроническая обструктивная болезнь легких	J40–J47
Хронические болезни печени и цирроз печени	K70, K73, K74, K76
Цереброваскулярные болезни	I60–I69

Специальные термины

Естественный прирост населения	Уровень рождаемости за вычетом уровня смертности.
Индекс Гини	отражает степень неравномерности общего распределения доходов или потребления. Значение «0» соответствует идеально равномерному распределению, значение «100» – абсолютной неравномерности. В Европейском регионе ВОЗ нижние значения индекса колеблются в пределах от 23 до 25; верхние значения – от 35 до 36 ¹ .
Нервно-психические расстройства	Нарушения психики, функций нервной системы (в том числе зрения и слуха), а также расстройства, связанные с употреблением веществ, вызывающих наркотическую зависимость.
Общий прирост населения	(уровень рождаемости за вычетом смертности) + (уровень иммиграции за вычетом эмиграции)
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (ОПЖ)	Среднее число лет, которое проживет новорожденный ребенок, если картина смертности, преобладающая на момент его рождения, будет сохраняться неизменной на протяжении всей его жизни.
Ожидаемая продолжительность здоровой жизни (ОПЗЖ, HALE)	ОПЗЖ рассчитывают на основе общей ожидаемой продолжительности жизни за вычетом лет, прожитых в состоянии неполного здоровья вследствие болезней и травм.
Показатель DALY (утраченные годы здоровой жизни)	Показатель DALY содержит в едином количественном выражении информацию о числе лет, прожитых со стойким нарушением здоровья или инвалидностью, и числе лет жизни, утраченных вследствие преждевременной смертности. 1 DALY можно представить как 1 утраченный год здоровой жизни.
Стандартизированный коэффициент смертности (СКС)	Коэффициент смертности, стандартизированный по возрасту с применением прямого метода; эквивалентен общему коэффициенту смертности в изучаемом населении в том случае, если бы его возрастная структура совпадала с возрастной структурой населения Европы, взятого за стандарт.
Черта бедности (50% от медианного уровня дохода)	Речь идет о процентной доле населения, проживающего за чертой бедности: в данном случае с доходом ниже 50% от медианного (среднего) уровня.

¹ WHO Regional Office for Europe (2002). Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2002 г. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ (<http://www.euro.who.int/document/e76907r.pdf>). По состоянию на 10 ноября 2005 г.).