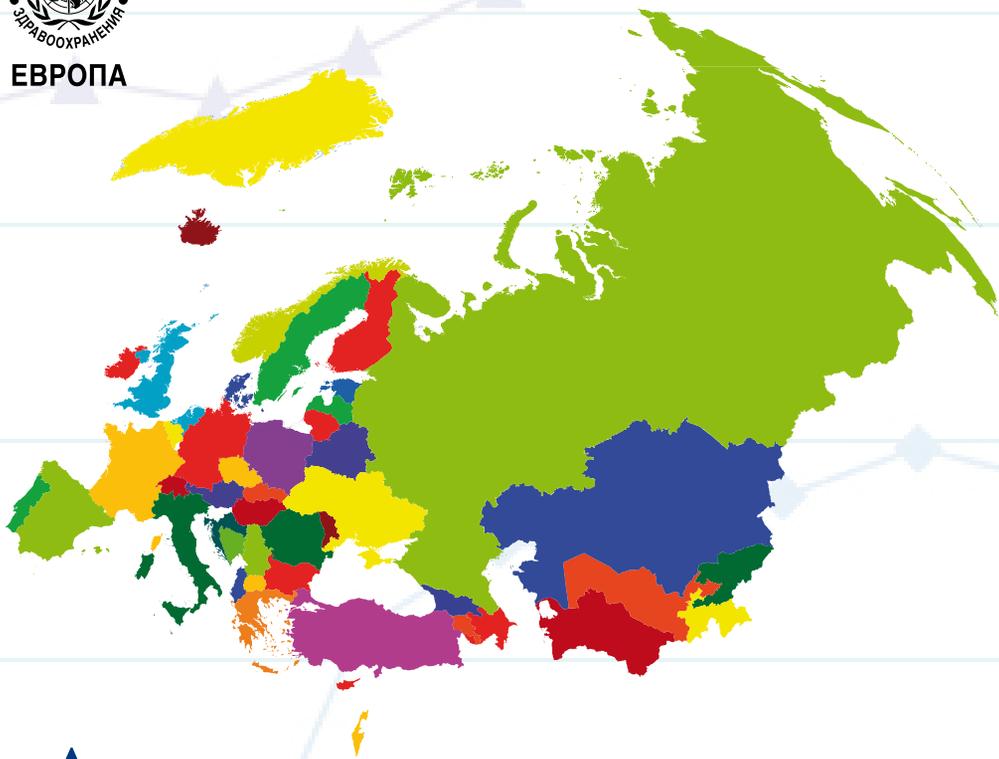




ЕВРОПА



Атлас здоровья в Европе

2-е издание, 2008 г.

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 в обслуживаемых ими странах. Европейский регион с населением около 880 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 максимально возможного уровня здоровья.

**Атлас здравья
в Европе**
2-е издание, 2008 г.



ЕВРОПА

**Атлас здоровья
в Европе
2-е издание, 2008 г.**

WHO Library Cataloguing-in-Publication Data

Atlas of health in Europe/2nd edition 2008

1. Health surveys – statistics – atlases
2. Health status
3. Morbidity – statistics
4. Mortality – statistics
5. Europe

ISBN 978 92 890 4410 3 (print)

ISBN 978 92 890 4411 0 (ebook) (NLM Classification : WA 17)

ISBN 978 92 890 4410 3 (print)

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

© Всемирная организация здравоохранения, 2009 г.

Все права сохранены. 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 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 приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо четко выраженной или подразумеваемой гарантии. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни в коем случае 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

<i>Предисловие</i>	viii
Замечания технического характера	1
1. Демография	5
Примечания	5
Население	
Среднегодовая численность населения, 2006 г.	7
Естественный прирост населения	8–9
Дети (0–14 лет) и пожилые люди (65 лет и старше).....	9–11
Возрастная пирамида, 2005 г.	12
Рождаемость	
Коэффициент рождаемости.....	13–14
Низкая масса тела (до 2500 г) при рождении	14–15
Рождения у юных матерей (до 20 лет)	16
Рождения у матерей старшего возраста (35 лет и старше)	16
Аборты	
Аборты	17
2. Жизнь и смерть	19
Примечания	19
Ожидаемая продолжительность жизни	
Условная и расчетная ожидаемая продолжительность жизни.....	24
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (число лет)	26
Ожидаемая продолжительность жизни в возрасте 65 лет (число лет)	27
Процентная доля жизни, прожитая в состоянии полного здоровья (при отсутствии стойких нарушений здоровья), 2002 г.....	28
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	29
Смертность	
Смертность от всех причин	29–31
Младенческая смертность	32–33
Младенческая, неонатальная и постнеонатальная смертность	33
Перинатальная смертность	34
Материнская смертность	35–36
Причины смерти	
Основные причины смерти по возрастным группам.....	37
Смертность от:	
болезней системы кровообращения	38–39
ишемической болезни сердца	40–41

легочно-сердечной недостаточности и других болезней сердца.....	41–42
цереброваскулярных болезней.....	43–44
злокачественных новообразований, по локализации опухоли	44–45
рака	46–48
рака легких.....	49–50
рака молочной железы среди женщин и рака шейки матки	51–52
рака толстой кишки и анальной области.....	53–54
рака предстательной железы.....	54–55
внешних причин – травм и отравлений	56–57
дорожно-транспортных несчастных случаев	58–59
самоубийств	59–60
болезней органов дыхания	61–62
болезней органов пищеварения.....	63–64
хронических болезней печени и цирроза печени.....	65–66
3. Болезни	67
Примечания	67
Некоторые инфекционные болезни	
Число новых случаев:	
туберкулеза	69–70
гепатита В.....	71–72
сифилиса	73–74
клинически диагностированного СПИДа.....	75–76
ВИЧ-инфекции.....	76–77
Некоторые неинфекционные заболевания	
Распространенность сахарного диабета	78
Частота новых случаев и смертность от рака легких.....	79
Частота новых случаев и смертность от рака молочной железы (у женщин)	80
Частота новых случаев и смертность от рака шейки матки	81
Госпитализация	
Число выбывших из стационара с диагнозом:	
злокачественного новообразования	82–83
болезни системы кровообращения	83–84
болезни органов дыхания	85–86
болезни органов пищеварения.....	86–87
болезни опорно-двигательного аппарата	88–89
травмы или отравления.....	89–90
Зубы	
Пораженные кариесом, отсутствующие и запломбированные зубы у детей в возрасте 12 лет	91

4. Образ жизни и окружающая среда	93
Примечания	93
Курение	
Доля курящих среди взрослых	95
Курящие ежедневно, 15 лет и старше	96
Избыточная масса тела и ожирение	
Распространенность избыточной массы тела среди взрослых.....	97
Распространенность ожирения среди взрослых	98
Дорожно-транспортные происшествия	
Травматизм и смертность в результате дорожно-транспортных происшествий	99
Дорожно-транспортные происшествия, связанные с употреблением алкоголя	100
Алкоголь	
Общий уровень потребления алкоголя	101–102
Потребление вин и крепких спиртных напитков	103
Потребление крепких спиртных напитков, вин и пива	104
Несчастные случаи на рабочем месте	
Смертность от несчастных случаев на рабочем месте	104–106
5. Здравоохранение.....	107
Примечания	107
Кадры здравоохранения	
Численность:	
врачей	110–111
стоматологов.....	111–112
медицинских сестер	113–114
Больницы	
Число больничных коек	114–115
Число психиатрических коек	116
Число больничных коек и длительность пребывания в стационаре	117
Длительность пребывания в стационаре.....	118–119
Число случаев госпитализации	119–120
Отдельные виды вмешательств	
Число детей, вакцинированных против кори и дифтерии	121
Частота кесарева сечения	122–123
Расходы на здравоохранение	
Общие расходы на здравоохранение в процентах от ВВП	123–124
Общие расходы на здравоохранение на душу населения	125–126
Библиография	127

Предисловие

Решения, принимаемые в сфере здравоохранения, основаны на фактических данных и глубоком понимании широкого круга факторов, включая медико-санитарную статистику. Руководители здравоохранения принимают в расчет всю имеющуюся информацию о состоянии здоровья населения в своих странах и, в соответствии с этим, формулируют политику и строят практическую деятельность. Для облегчения процесса принятия решений они нуждаются во всеобъемлющем, но вместе с тем простым и наглядном представлении данных, позволяющем их анализ и сравнение – примером чего являются графики и карты, помещенные в настоящем атласе. Сопоставление национальных и международных медико-санитарных данных дает представление об общей картине общественного здравоохранения: статистическая информация, подкрепленная последующим анализом, может стать мощным средством помощи органам здравоохранения в выявлении неудач и успехов, трудностей и примеров успешной практики.

Европейское региональное бюро ВОЗ предлагает второе издание атласа вниманию специалистов здравоохранения и медицины, а также более широкой аудитории. В это издание были включены новые данные по актуальным вопросам здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ в целях более полного отражения новых проблем, стоящих перед общественным здравоохранением. Подробные, детально проработанные данные, полученные из самых разных источников, были подвергнуты систематизации и перегруппировке, и, в конечном счете, представлены читателям так, что они могут получить столь полную картину здоровья населения в Регионе, какую только можно выразить в цифрах.

Региональное бюро выражает надежду, что настоящая статистическая публикация будет полезна всем тем, чья деятельность направлена на улучшение состояния общественного здоровья в Регионе, и послужит стимулом для обзора и плодотворного обсуждения затронутых в ней вопросов.

Marc Danzon

Директор Европейского
регионального бюро ВОЗ

Замечания технического характера

Эта публикация содержит основные статистические данные о здоровье населения в 53 европейских государствах – членах Европейского региона ВОЗ. Представленные сведения охватывают наиболее важные аспекты здоровья и его детерминанты, т. е. основные демографические характеристики, состояние здоровья населения в плане заболеваемости и смертности, отдельные показатели образа жизни, состояния окружающей среды, а также средства, которыми располагает здравоохранение и то, как эти средства используются. Приведенная информация относится к периоду не ранее 1980 г. и не позднее 2006 г., в зависимости от сведений, имеющихся в той или иной конкретной стране.

Данные, использованные в настоящем издании, поступили главным образом от самих государств-членов, как правило из статистических подразделений министерств или других учреждений общественного здравоохранения, а также из национальных статистических агентств. Такая информация регулярно собирается силами специалистов ВОЗ (в Европейском региональном бюро и в штаб-квартире ВОЗ), а также сотрудничающих центров ВОЗ. Все приведенные, а также более подробные сведения содержатся в базах данных, доступных через веб-сайты Регионального бюро и штаб-квартиры (1,2). В целях обеспечения полноты информации, при необходимости были включены с указанием источника некоторые открытые данные, собираемые и публикуемые другими международными организациями, такими как Статистическое бюро Европейского сообщества (Евростат), Международная организация труда (МОТ), Европейская экономическая комиссия (ЕЭК) ООН, Организация экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), Продовольственная и сельскохозяйственная организация ООН (ФАО).

Для улучшения международной сопоставимости статистических данных они были сведены воедино, проверены на предмет надежности и обработаны по стандартной методологии. Тем не менее, такие факторы, как различия в используемых определениях, неполная регистрация сведений в некоторых странах и иные особенности сбора и обработки данных на местах, могут влиять на точность статистической информации по той или иной стране и на ее сопоставимость в международном плане. Вот почему любые статистические данные, особенно при международных сравнительных исследованиях, всегда следует интерпретировать с осторожностью. То же самое относится к статистике по странам с очень небольшой численностью населения (когда цифры прыгают просто в силу незначительного числа учетных событий). С другой стороны, статистический шум из-за возможной неточности данных или случайных

колебаний, вызванных малыми числами, обычно не столь выражен, чтобы полностью скрыть лежащие в основе статистики объективные тенденции.

Большая часть данных, публикуемых в этом издании, представлена в трех стандартных графических формах.

Ранжированная столбиковая диаграмма показывает положение, которое, по последним имеющимся данным, занимает та или иная страна в ряду других стран. Поскольку время представления странами данных в ВОЗ существенно различается, часто приходится использовать сведения за различные годы. По мере того как поступает более свежая информация, положение страны в общем перечне может меняться.

Карта иллюстрирует конкретный характер географического распределения данных, как, например, разрыв между Востоком и Западом в показателях смертности. Здесь также могут указываться сведения за различные годы, хотя наиболее часто используются данные за 2005 и 2006 гг.

Линейный график показывает тенденции изменения различных медико-санитарных показателей за последние 25 лет по двум группам стран Региона. С технической точки зрения непросто представить на одном графике динамику того или иного показателя для каждой из 53 стран. С другой стороны, если бы были представлены только усредненные тенденции для всего Региона, многие важные субрегиональные различия остались бы незаметными. Поэтому по каждому показателю были рассчитаны усредненные значения, взвешенные по численности населения, для двух групп стран:

- Евр-А – 27 стран Европейского региона ВОЗ с очень низкими показателями детской смертности и смертности среди взрослых: Австрия, Андорра, Бельгия, Германия, Греция, Дания, Израиль, Ирландия, Исландия, Испания, Италия, Кипр, Люксембург, Мальта, Монако, Нидерланды, Норвегия, Португалия, Сан-Марино, Словения, Соединенное Королевство, Финляндия, Франция, Хорватия, Чешская Республика, Швейцария, Швеция
- Евр-В+С – 26 следующих стран в составе Региона: Евр-В (17 стран с низкими показателями детской смертности и низкими показателями смертности взрослого населения: Азербайджан, Албания, Армения, Болгария, Босния и Герцеговина, бывшая югославская Республика Македония, Грузия, Кыргызстан, Польша, Румыния, Сербия, Словакия, Таджикистан, Туркменистан, Турция, Узбекистан, Черногория), а также Евр-С (9 стран с низкой детской смертностью, но с высокой смертностью среди взрослых: Беларусь, Венгрия, Казахстан, Латвия, Литва, Республика Молдова, Российская Федерация, Украина, Эстония).

Использованы названия стран, официально принятые в ВОЗ на момент сдачи публикации в печать.

Приведенные показатели смертности, если не оговорено иное, представляют собой стандартизованные по возрасту коэффициенты смертности (СКС): число случаев смерти на 100 000 "стандартного" населения. Это способствует международной сопоставимости данных, поскольку устраняет неоднородность показателей, обусловленную различиями возрастной структуры населения между странами. Для расчета СКС было взято европейское "стандартное население" (см. таблицу ниже).

Показатели смертности охватывают все возрастные группы: в большинстве случаев приведены цифры смертности среди людей моложе 65 лет (так называемая преждевременная смертность) или в возрастной группе 25–64 года (население трудоспособного возраста). Те читатели, которые заинтересованы в показателях для других или более мелких возрастных групп, могут обратиться к европейским базам данных: "Здоровье для всех" или по показателям смертности (1,3).

Структура Европейского стандартного населения

Возраст (число лет)	Процент населения	Возраст (число лет)	Процент населения
0	1,6	45–49	7
1–4	6,4	50–54	7
5–9	7	55–59	6
10–14	7	60–64	5
15–19	7	65–69	4
20–24	7	70–74	3
25–29	7	75–79	2
30–34	7	80–84	1
35–39	7	≥ 85	1
40–44	7	Все возрасты	100

1. Демография

Примечания

Численность населения (с. 7)

На середину 2006 г. население 53 стран Европейского региона ВОЗ составляло 881,5 млн человек. На шесть самых крупных стран (Российская Федерация, Германия, Турция, Франция, Соединенное Королевство и Италия) приходится более половины численности жителей Региона.

Естественный прирост населения (сс. 8–9)

В 1990-х годах снижение рождаемости и рост смертности в ряде стран, прежде всего в центральной и восточной частях Европейского региона, достигли критической точки. Тем не менее, в целом по Европейскому региону число рождений в настоящее время вновь превышает число смертей.

Возрастная структура населения (сс. 9–12)

Для европейских стран в целом характерно стареющее население. Каждый седьмой житель достиг возраста 65 лет и старше, и эта доля растет, в то время как относительная численность детей снижается. Процесс старения более выражен в странах Евр-А, то есть в западной части Региона. Приведенные графики основаны на последних данных о возрастной структуре населения, представленных странами в ВОЗ и в Евростат.

Рождения (сс. 13–16)

Вплоть до начала XXI века коэффициенты рождаемости в Регионе снижались, причем это снижение особенно резко проявлялось в странах Евр-В+С. Это, вероятнее всего, было обусловлено глубокими социально-экономическими сдвигами и экономическими кризисами, поразившими ряд стран.

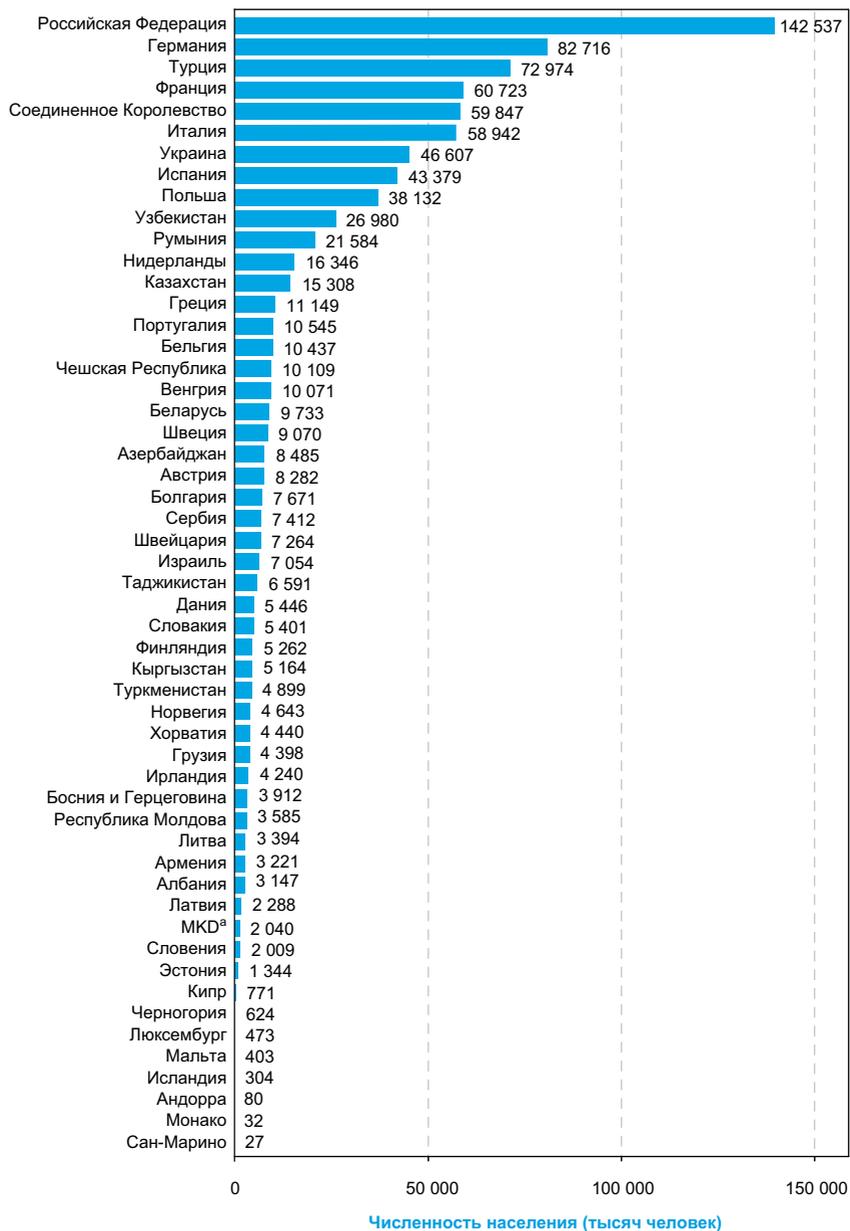
В странах Евр-А доля младенцев, родившихся с низким весом (менее 2500 г), в среднем выше, чем в Евр-В+С, и продолжает расти. Однако не исключено, что в ряде стран восточной части Региона частота случаев низкого веса при рождении также высока, но не полностью учитывается.

Случаи рождения детей у юных матерей чаще всего отмечаются в восточной части Региона, в то время как рождения детей у матерей старше 35 лет — чаще в западных странах.

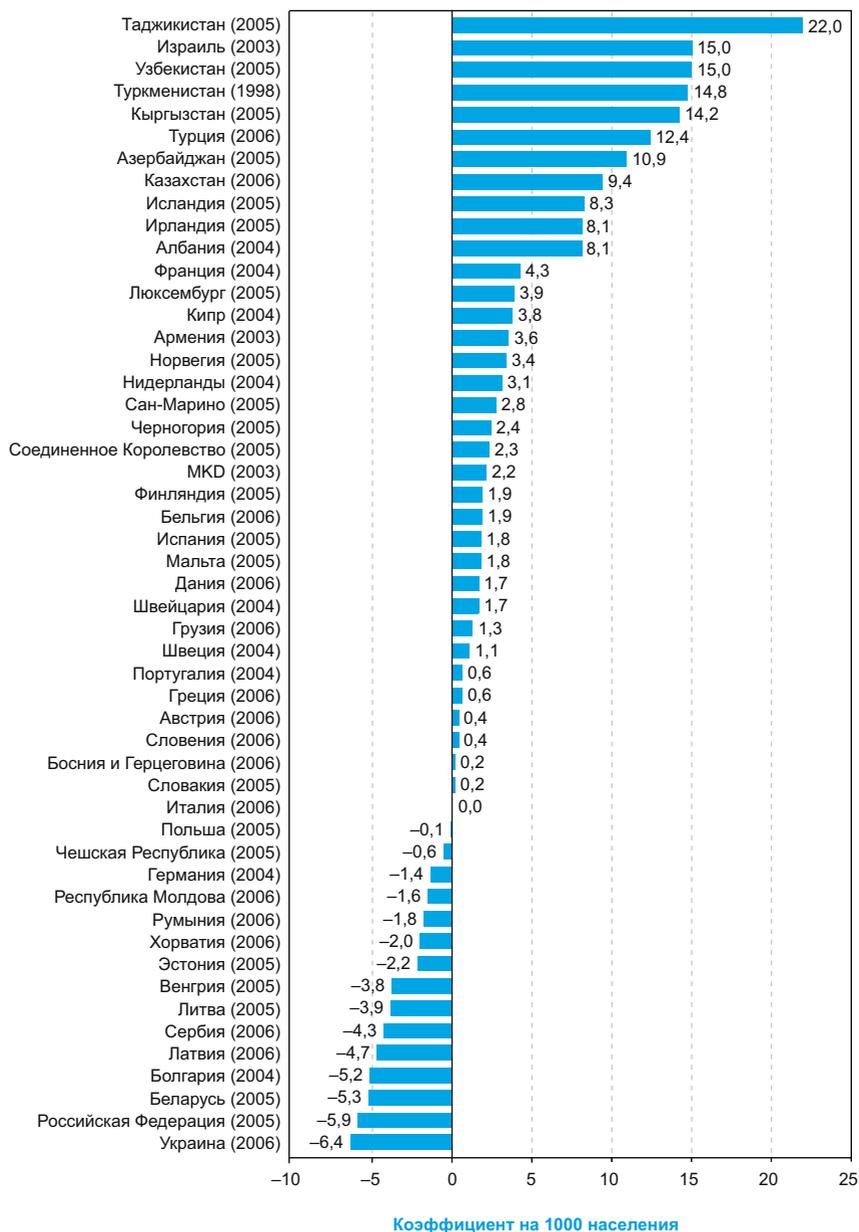
Аборты (с. 17)

Правовые регуляции в отношении абортов существенно различаются между странами. В целом, средняя частота абортов выше в странах восточной и центральной частей Региона, по сравнению с западной частью.

Среднегодовая численность населения, 2006 г.

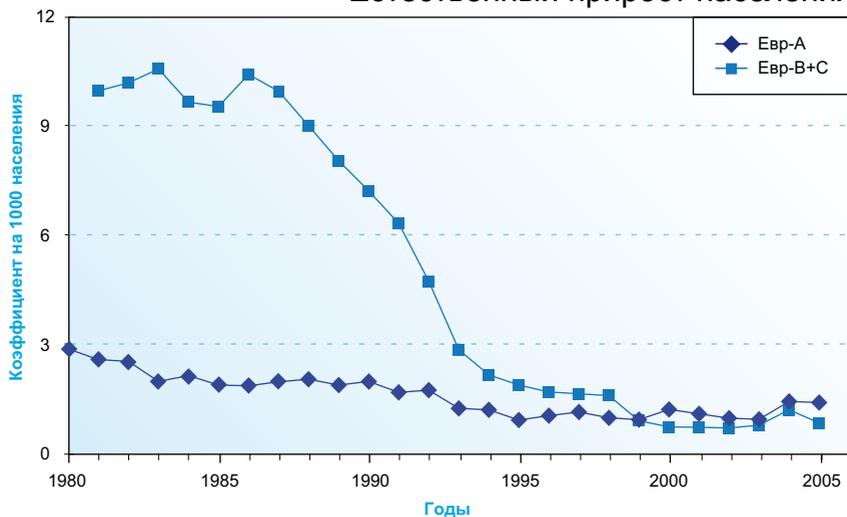


^а Здесь и далее используется трехбуквенный код МКД в соответствии с Международным стандартом ISO для обозначения бывшей югославской Республики Македония.

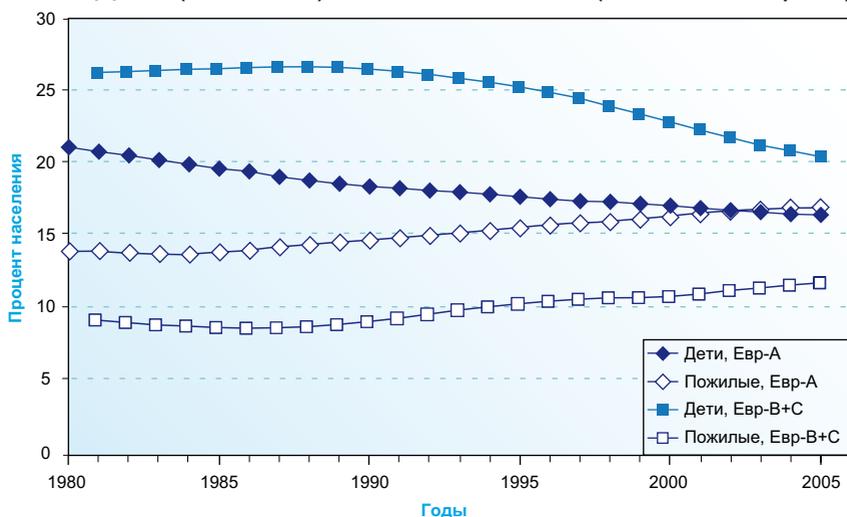
Естественный прирост населения

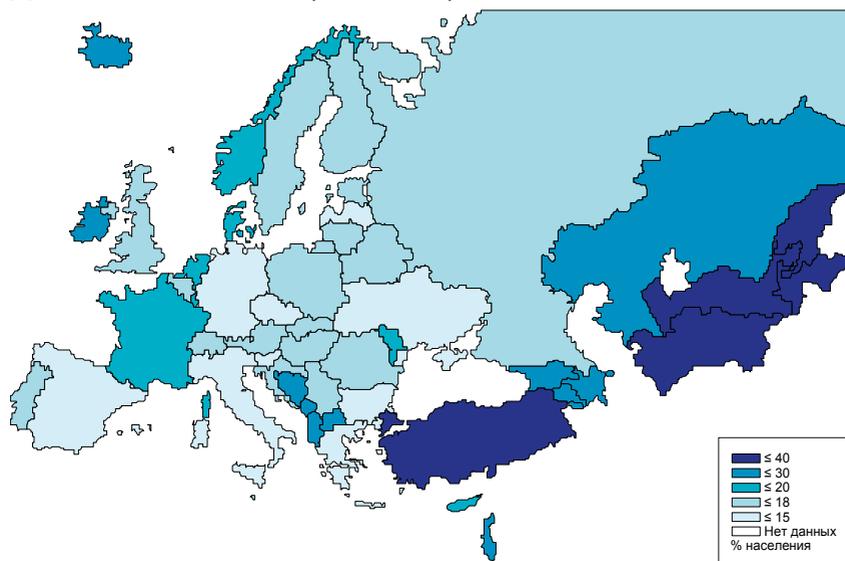
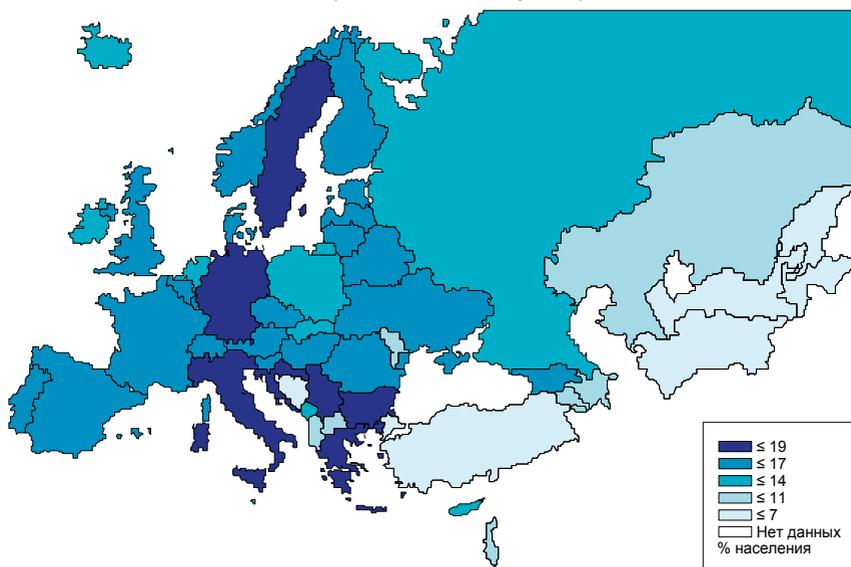
Примечание: Данные для Италии, Бельгии, Дании, Боснии и Герцеговины, Турции, Грузии взяты из системы Евростат.

Естественный прирост населения

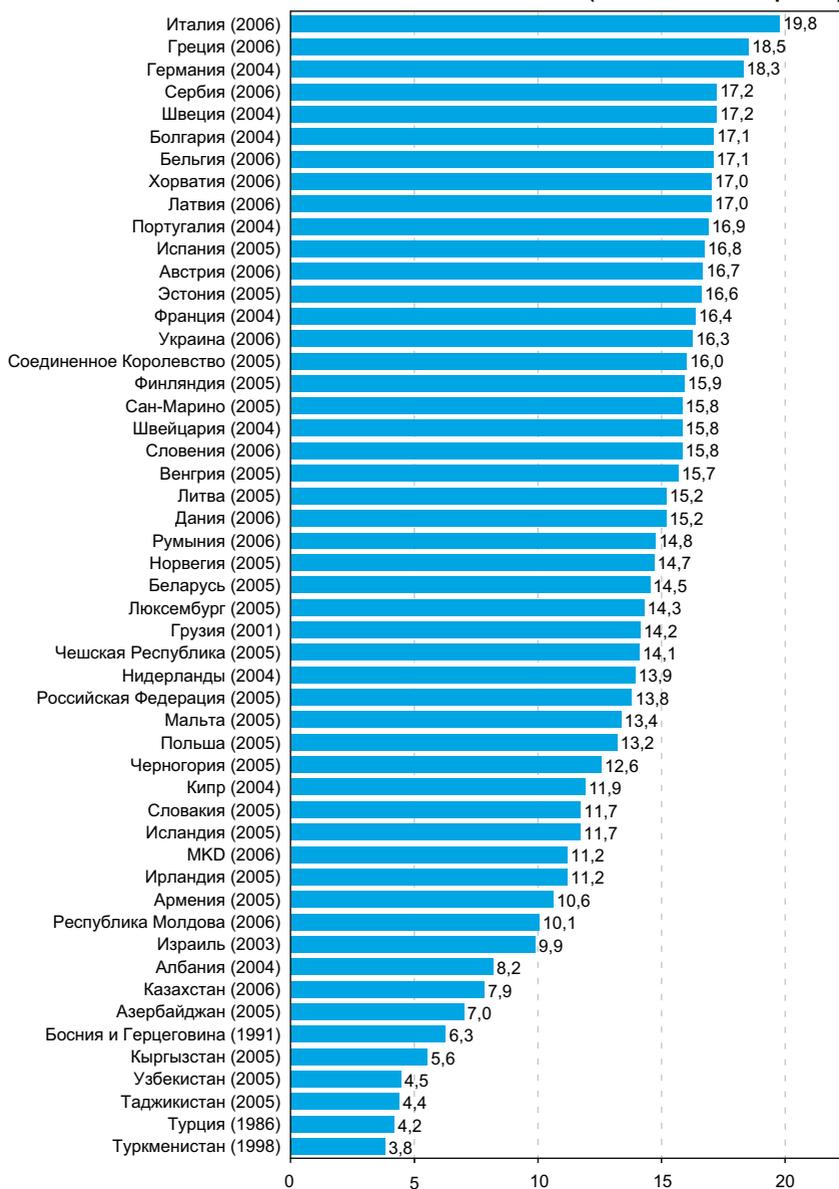


Дети (0–14 лет) и пожилые люди (65 лет и старше)



Детское население (0–14 лет)**Пожилое население (65 лет и старше)**

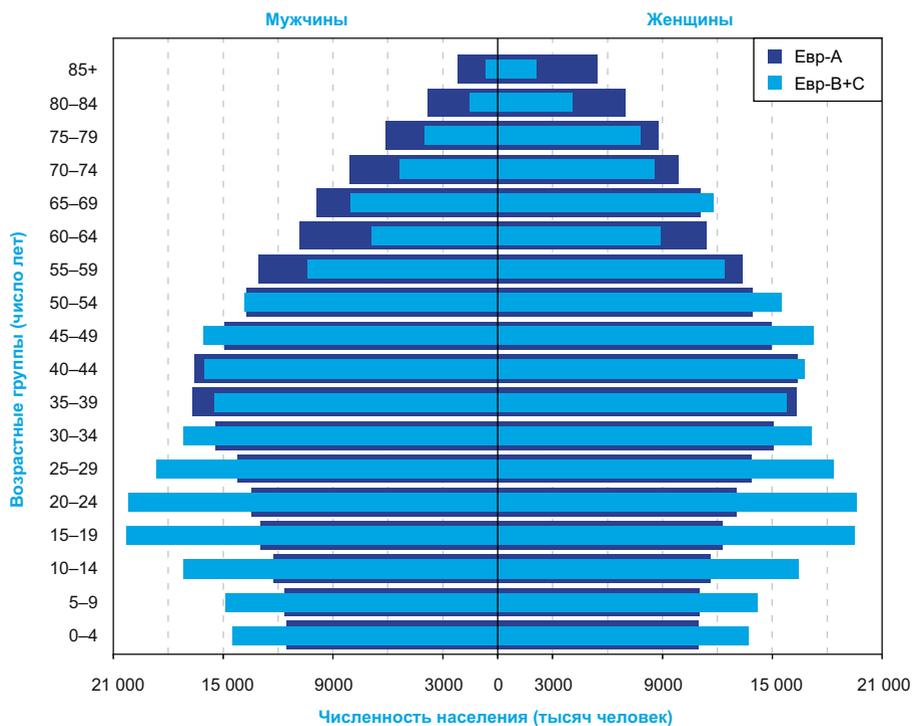
Пожилое население (65 лет и старше)



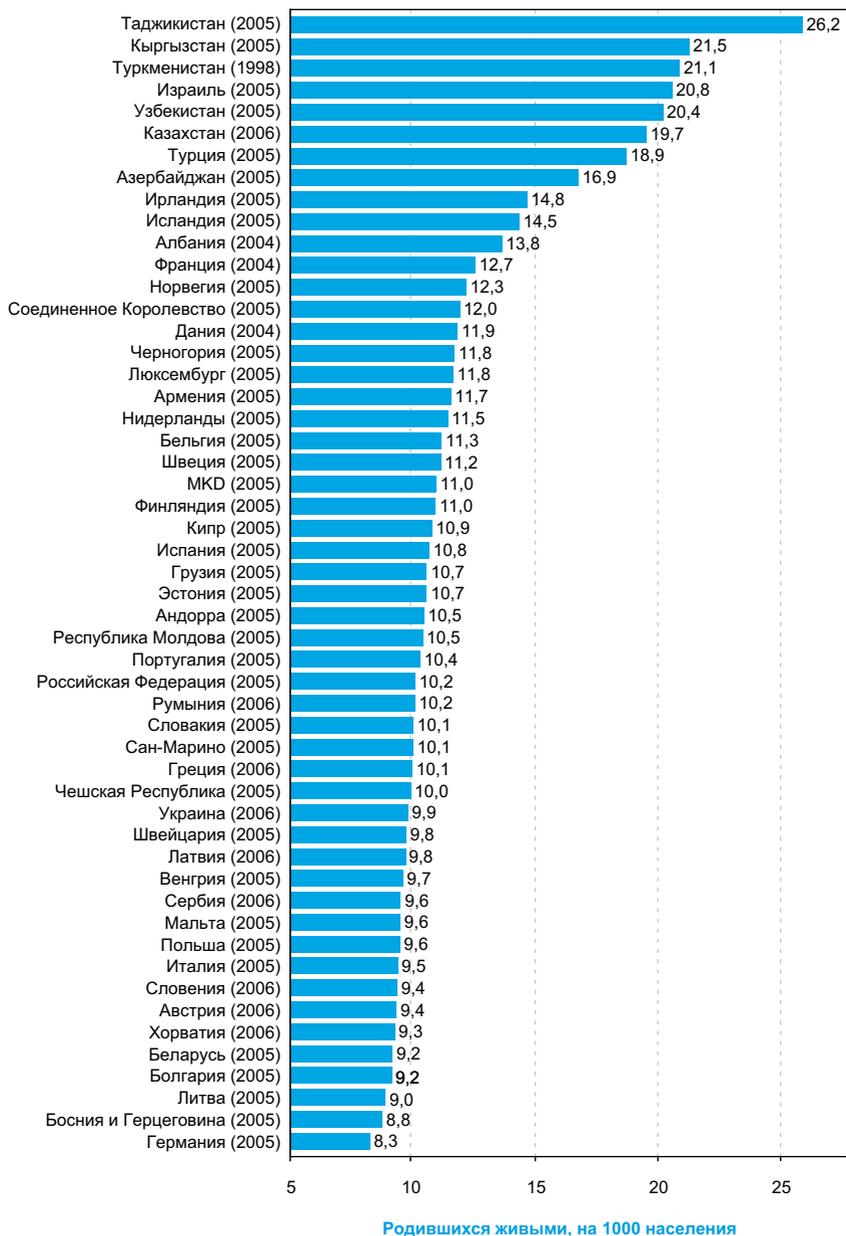
Численность населения (тысяч человек)

Примечание: Данные для Бельгии, Дании, Италии и бывшей югославской Республики Македония получены от агентства Евростат.

Возрастная пирамида, 2005 г.

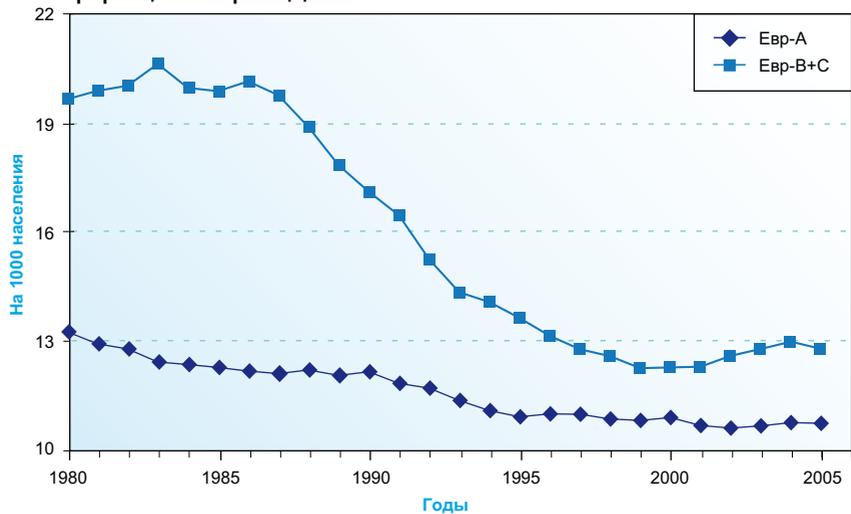


Коэффициент рождаемости

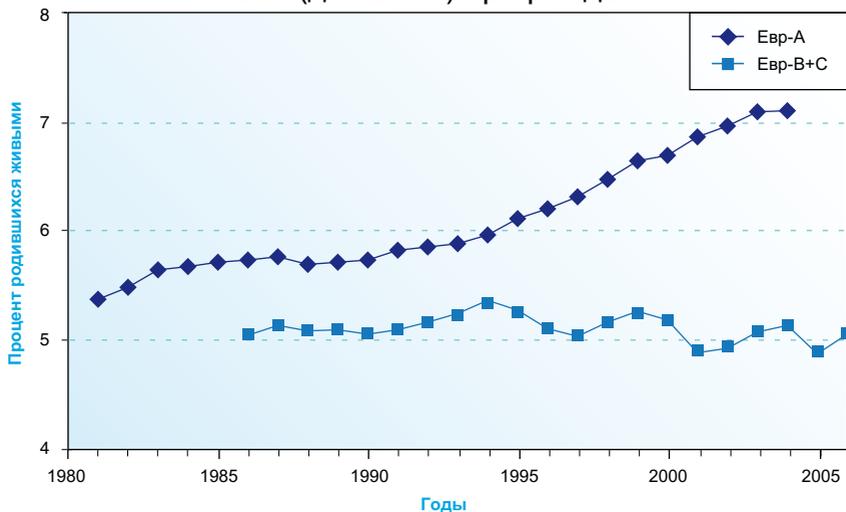


Примечание: Данные для Болгарии и Германии получены от агентства Евростат.

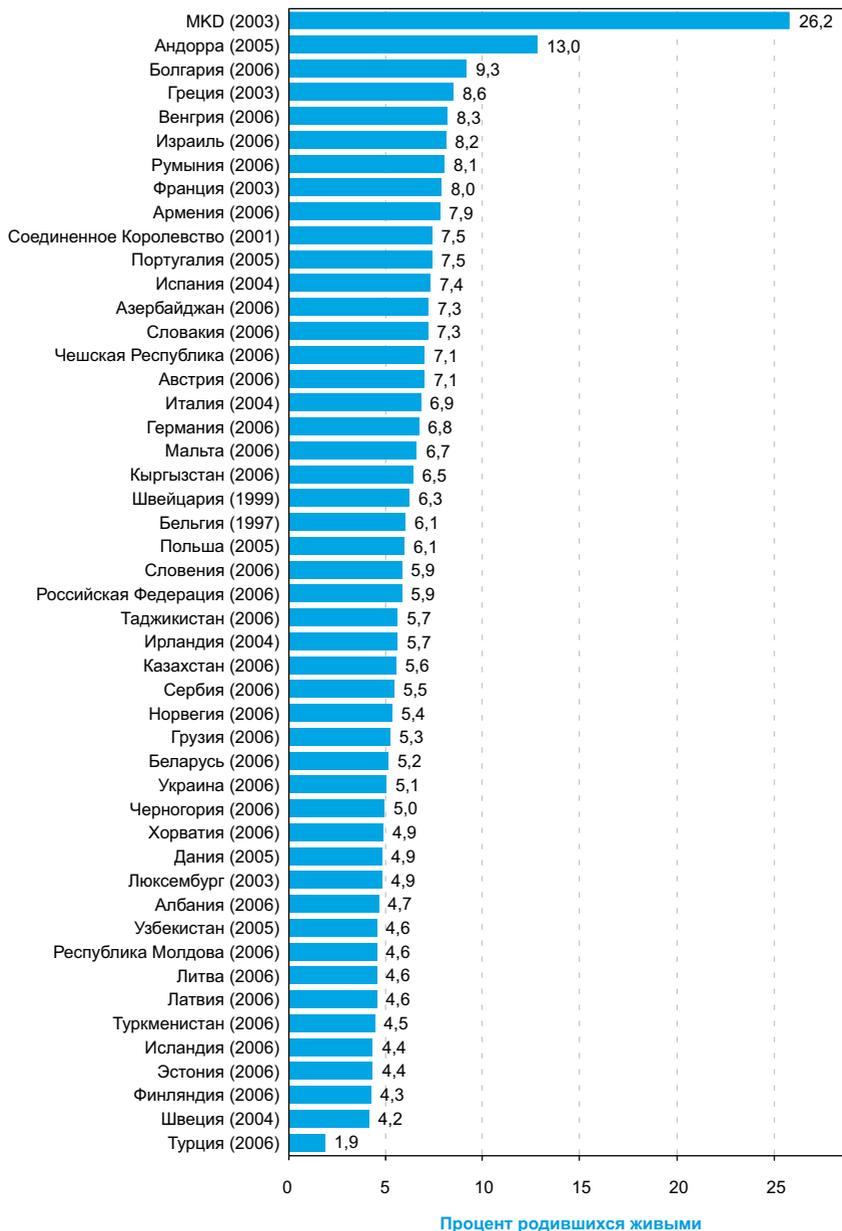
Коэффициент рождаемости

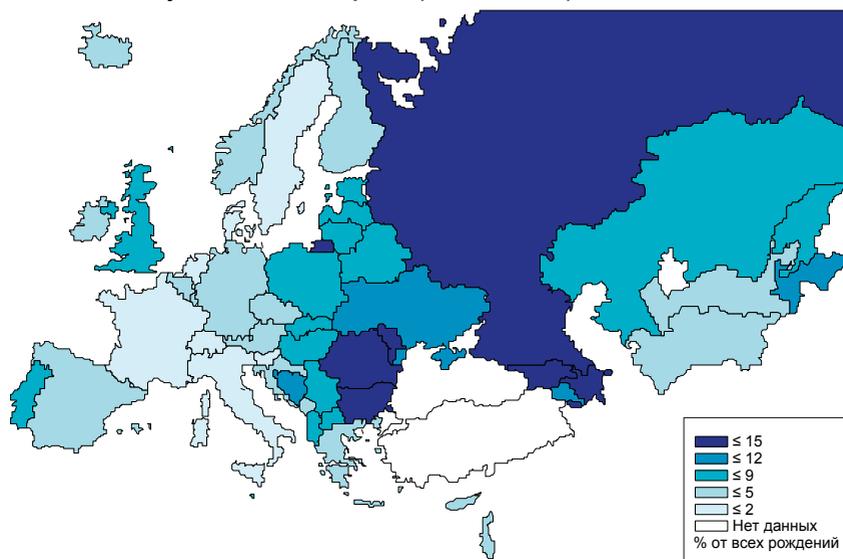
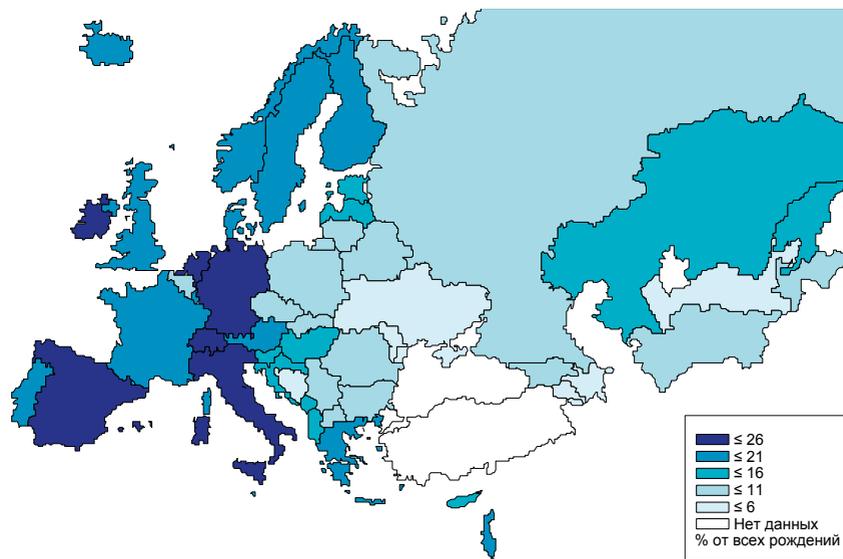


Низкая масса тела (до 2500 г) при рождении

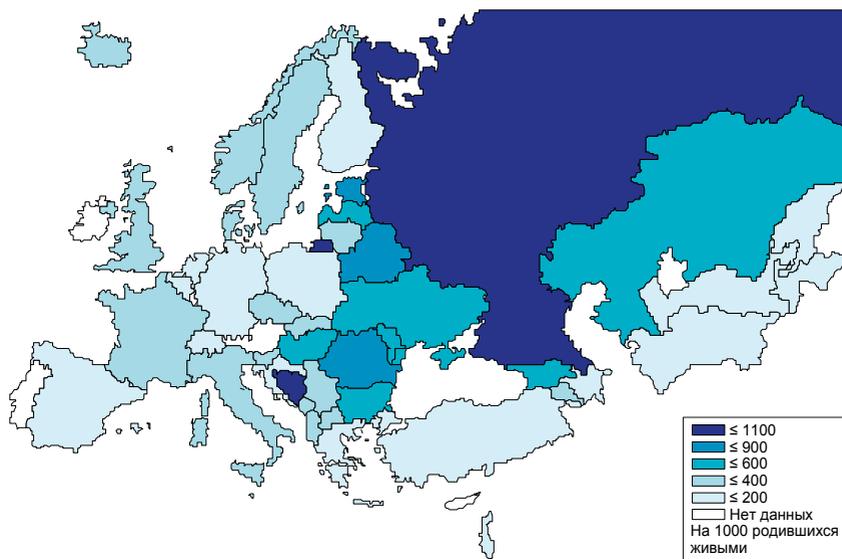


Низкая масса тела (до 2500 г) при рождении



Рождения у юных матерей (до 20 лет)**Рождения у матерей старшего возраста (35 лет и старше)**

Аборты



2. Жизнь и смерть

Примечания

Ожидаемая продолжительность жизни (сс. 24–29)

Ожидаемая продолжительность жизни, или среднее число лет, которое предстоит прожить только что родившемуся ребенку, если параметры смертности населения останутся неизменными, – это один из самых распространенных показателей состояния общественного здоровья. Поскольку его рассчитывают на основе статистики смертности, то его точность зависит от точности и полноты официальных данных об уровнях смертности в стране. Таблица на сс. 24–25 показывает две разные оценки ожидаемой продолжительности жизни. Одна из них – это условная ожидаемая продолжительность жизни, определяемая на основе официальной статистики смертности. Другая оценка получена с применением специальных демографических методов, позволяющих нейтрализовать возможный недоучет случаев смерти (более подробно эти методы изложены в *Докладе о состоянии здравоохранения в мире, 2006 г. (4,5)*). Страны с наибольшими различиями между этими двумя оценками, скорее всего, в действительности имеют показатели ожидаемой продолжительности жизни значительно ниже тех, что получены на основе официальных статистических сведений. Эта проблема наиболее актуальна для стран Центральной Азии, Кавказа и Балкан, пострадавших от вооруженных конфликтов и тяжелых социально-экономических трудностей в течение 1990-х годов, одним из последствий которых было нарушение работы национальных систем учета естественного движения населения (регистрация браков, рождений и смертей). Данное обстоятельство следует принимать во внимание при сопоставлении показателей ожидаемой продолжительности жизни в этих странах с такими же показателями в других странах.

Тенденции изменений ожидаемой продолжительности жизни в различных странах свидетельствуют о все еще растущем разрыве по этому показателю между западной и восточной частями Региона. Особенно сложную конфигурацию имеют общие тенденции в странах Евр-В+С, поскольку они отражают эффекты как антиалкогольной кампании, проводившейся в СССР в 1985 г., так и глубокого социально-экономического кризиса, поразившего ряд стран в 1990-е годы. Аналогичную картину можно наблюдать и в тенденциях изменения смертности от конкретных причин. Тем не менее, в ряде стран Евр-В+С со второй половины 1990-х годов отмечается заметный рост ожидаемой продолжительности жизни.

Ожидаемая продолжительность жизни с поправкой на утрату трудоспособности (часто называемая также ожидаемой продолжительностью здоровой жизни) показывает оценочное число лет, которое предстоит прожить людям в состоянии полного здоровья, то есть за вычетом лет, прожитых в состоянии неполного здоровья вследствие заболевания и/или травмы. ВОЗ осуществляет расчет этих оценочных показателей, применяя специальную методику, позволяющую добиться максимальной сопоставимости данных между различными группами населения (более подробно эти методы изложены в *Докладе о состоянии здравоохранения в мире, 2004 г. (6,7)*). На столбиковой диаграмме показано, какую процентную часть от ожидаемой продолжительности жизни дети, родившиеся в 2002 г., могут рассчитывать прожить в состоянии полного здоровья.

Смертность от всех причин (сс. 30–31)

От западной к восточной части Региона показатели смертности постепенно повышаются. Уровни преждевременной смертности (т. е. смертность людей в возрасте до 65 лет) демонстрируют особенно резкие относительные различия. Разброс в показателях смертности среди пожилого населения (в возрасте 65 лет и старше) выражен менее явно.

Избыточная смертность среди мужчин представлена в виде процентного превышения значений смертности среди мужчин, по сравнению с женщинами, приведенного в левой части столбиковых диаграмм. Разрыв в уровнях общей смертности между востоком и западом в наибольшей мере обусловлен крайне высокими показателями преждевременной смертности среди мужчин в некоторых странах восточной части Региона.

Младенческая смертность (сс. 32–33)

Показатель младенческой смертности – это число смертей детей в возрасте до одного года, приходящееся на 1000 родившихся живыми. К сожалению, в некоторых странах отсутствует возможность обеспечить полный учет числа смертей младенцев и числа родившихся живыми или предоставить данные сведения в соответствии с определением ВОЗ. Таким образом, эти страны сообщают данные о младенческой смертности, которые ниже реально существующих, и поэтому к сопоставлениям этих показателей между странами следует относиться с осторожностью. В связи с этим, приведенная диаграмма показателей младенческой смертности включает помимо официальных данных также последние (за 2006 г.) оценочные значения младенческой смертности, рассчитанные на основании результатов работы межучрежденческой группы по оценке детской смертности, в состав которой входят Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ), ВОЗ, Всемирный банк и Отдел народонаселения ООН (8).

Масштабы неполноты регистрации особенно значительны в странах Центральной Азии и Кавказа, а также в некоторых других странах, таких как Албания и Босния и Герцеговина.

Младенческая смертность выше в восточной части, самые значительные ее уровни отмечены в некоторых странах юго-востока Региона. Принимая во внимание вышеупомянутую неполноту учета, реальный уровень младенческой смертности в этих странах, возможно, еще выше.

Перинатальная смертность (сс. 33–34)

Данный коэффициент показывает число случаев внутриутробной смерти плода весом 1000 г и более и новорожденных в возрасте 0–6 полных суток, на 1000 рожденных (как живыми, так и мертвыми). В тех случаях, когда данные о массе тела отсутствовали, показатели вычислялись по сведениям, представленным страной в соответствии с национальными критериями. В связи с этим, а также принимая во внимание возможную неполноту регистрации перинатальной смертности в странах с неполным учетом младенческой смертности, к сопоставлениям показателей между странами следует относиться с осторожностью.

Материнская смертность (сс. 35–36)

Материнская смерть — это смерть женщины, наступившая в период беременности или в течение 42 дней после ее окончания от любой причины, связанной с беременностью, отягощенной ею или ее ведением. Материнская смертность (число смертей на 100 000 родившихся живыми) рассчитывалась по данным статистики естественного движения населения, представляемым в ВОЗ, а также по сведениям из больниц, представляемым министерствами здравоохранения. Если эти данные расходились, в расчет всегда брали более высокое из представленных значений.

Даже в странах с надежной системой учета и регистрации естественного движения населения реальный уровень материнской смертности по всей вероятности выше официально публикуемых данных. В связи с этим, приведенная диаграмма показателей материнской смертности включает помимо официальных данных также наиболее свежие (за 2005 г.) оценочные значения материнской смертности, рассчитанные на основании результатов работы ВОЗ, ЮНИСЕФ, Фонда ООН в области народонаселения (ЮНФПА) и Всемирного банка (9).

Смертность по причинам смерти и возрасту (с. 37)

Важность конкретных причин смерти существенно различается на различных этапах жизни. В детском возрасте главными причинами смерти являются болезни органов дыхания и некоторые другие

заболевания, в подростковом периоде и в молодом возрасте они сменяются несчастными случаями и другими внешними причинами. В старших возрастных группах ведущими причинами смерти становятся рак и болезни системы кровообращения.

Смертность от болезней системы кровообращения (сс. 38–44)

В странах Евр-А отмечается усредненная тенденция к снижению смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. В странах Евр-В+С ситуация не улучшается: показатели для женщин стабильны, для мужчин – продолжают расти. Однако положение не является одинаковым для всех стран данной группы; в течение ряда лет в одних странах показатели снижаются, в других – увеличиваются. Явный разрыв в значениях этого показателя между Востоком и Западом обуславливает различия между ними в уровнях общей смертности и ожидаемой продолжительности жизни.

Характер тенденций и различий коэффициентов смертности от ишемической болезни сердца и цереброваскулярных болезней подобны тем, которые свойственны всем видам болезней системы кровообращения. Вместе с тем, в странах Евр-В+С отмечается резкий рост среднего уровня смертности от легочно-сердечной недостаточности и других болезней сердца.

Смертность от рака (сс. 44–55)

В Европейском регионе наблюдается тенденция к некоторому снижению общей смертности от злокачественных новообразований. Средний уровень смертности от рака в Западных странах относительно низок в молодых возрастных группах и относительно высок в старших возрастах. Для восточной части Региона характерна обратная картина, хотя в некоторых странах Центральной Азии, а также в Грузии смертность относительно низка как в молодых, так и в старших возрастных группах. В центральной части Региона отмечаются высокие уровни смертности от рака как в молодых, так и в старших возрастных группах.

В странах Евр-А отмечается устойчивый рост смертности от рака легких среди женщин; в странах Евр-В+С не удается добиться снижения смертности от рака ободочной и прямой кишки среди пожилых людей, рака молочной железы у пожилых женщин и рака шейки матки среди женщин более молодого возраста.

Смертность от внешних причин – травм и отравлений (сс. 56–60)

Внешние причины смерти включают несчастные случаи, убийства, самоубийства и другие причины, которые не относятся к заболеваниям. Значительный рост смертности от этих причин в странах Евр-В+С в первой половине 1990-х годов можно отнести за счет комбинированного эффекта прекращения антиалкогольной кампании, начатой в СССР в 1985 г., и социально-экономического кризиса 1990-х годов. Уровень избыточной смертности в Евр-В+С по сравнению со странами Евр-А крайне высок, особенно среди мужчин.

Смертность от болезней органов дыхания (сс. 61–62)

В целом, смертность от респираторных заболеваний в обеих группах стран снижается. Показатели смертности для мужчин в странах Евр-В+С выше, чем в Евр-А, среди женщин – примерно одинаковые.

Смертность от болезней органов пищеварения (сс. 63–66)

Смертность от хронических болезней печени и цирроза печени составляет примерно половину от общего уровня смертности, обусловленной болезнями органов пищеварения. Показатели смертности в странах Евр-А устойчиво снижаются, в Евр-В+С – растут.

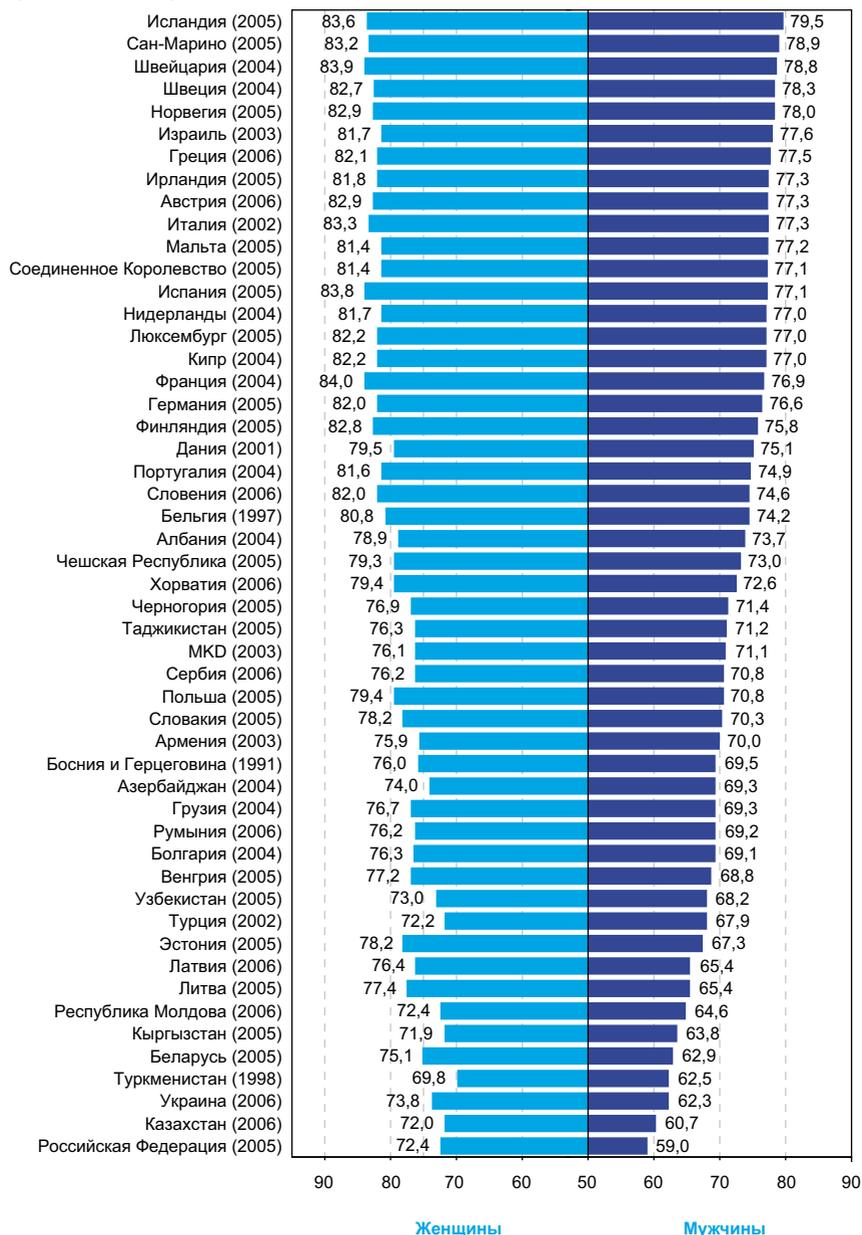
Условная и расчетная ожидаемая продолжительность жизни

Страна (год)	Мужчины		Женщины	
	Условная ожидаемая продолжительность жизни (число лет)	Расчетная ожидаемая продолжительность жизни, 2004 г. (число лет)	Условная ожидаемая продолжительность жизни (число лет)	Расчетная ожидаемая продолжительность жизни, 2004 г. (число лет)
Австрия (2006)	77,3	76,0	82,9	82,0
Азербайджан (2004)	69,3	63,0	74,0	68,0
Албания (2004)	73,7	69,0	78,9	74,0
Андорра		77,0		83,0
Армения (2003)	70,0	65,0	75,9	72,0
Беларусь (2005)	62,9	63,0	75,1	74,0
Бельгия (1997)	74,2	75,0	80,8	81,0
Болгария (2004)	69,1	69,0	76,3	76,0
Босния и Герцеговина (1991)	69,5	70,0	76,0	77,0
МКД (2003)	71,1	69,0	76,1	76,0
Венгрия (2005)	68,8	69,0	77,2	77,0
Германия (2005)	76,6	76,0	82,0	82,0
Греция (2006)	77,5	77,0	82,1	82,0
Грузия (2004)	69,3	70,0	76,7	77,0
Дания (2001)	75,1	75,0	79,5	80,0
Израиль (2003)	77,6	78,0	81,7	82,0
Ирландия (2005)	77,3	75,0	81,8	81,0
Исландия (2005)	79,5	79,0	83,6	83,0
Испания (2005)	77,1	77,0	83,8	83,0
Италия (2002)	77,3	78,0	83,3	84,0
Казахстан (2006)	60,7	56,0	72,0	67,0
Кипр (2004)	77,0	77,0	82,2	82,0
Кыргызстан (2005)	63,8	59,0	71,9	67,0
Латвия (2006)	65,4	66,0	76,4	76,0
Литва (2005)	65,4	66,0	77,4	78,0
Люксембург (2005)	77,0	76,0	82,2	81,0
Мальта (2005)	77,2	76,0	81,4	81,0
Монако		78,0		85,0
Нидерланды (2004)	77,0	77,0	81,7	81,0
Норвегия (2005)	78,0	77,0	82,9	82,0
Польша (2005)	70,8	71,0	79,4	79,0
Португалия (2004)	74,9	74,0	81,6	81,0

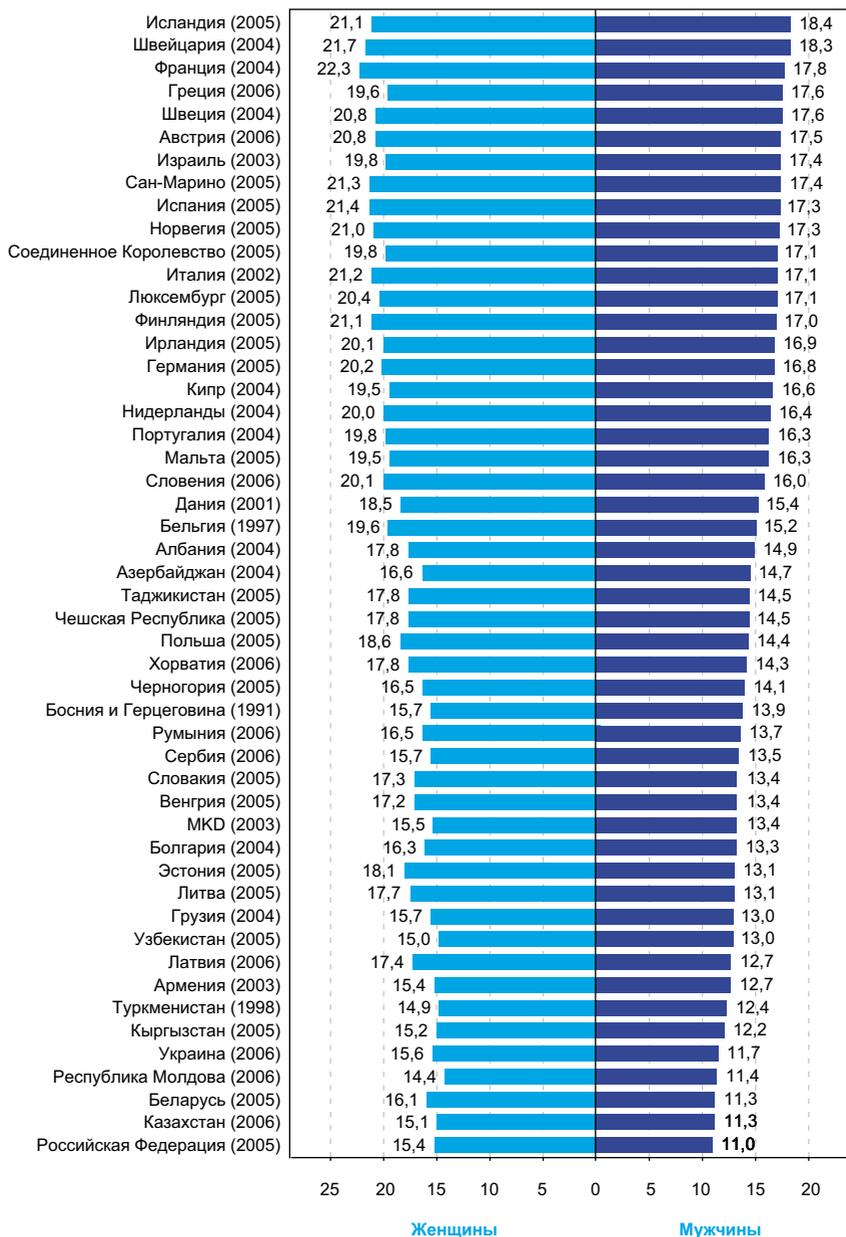
Условная и расчетная ожидаемая продолжительность жизни (продолжение)

Страна (год)	Мужчины		Женщины	
	Условная ожидаемая продолжительность жизни (число лет)	Расчетная ожидаемая продолжительность жизни, 2004 г. (число лет)	Условная ожидаемая продолжительность жизни (число лет)	Расчетная ожидаемая продолжительность жизни, 2004 г. (число лет)
Республика Молдова (2006)	64,6	64,0	72,4	71,0
Российская Федерация (2005)	59,0	59,0	72,4	72,0
Румыния (2006)	69,2	68,0	76,2	76,0
Сан-Марино (2005)	78,9	79,0	83,2	84,0
Сербия (2006)	70,8		76,2	
Словакия (2005)	70,3	70,0	78,2	78,0
Словения (2006)	74,6	73,0	82,0	81,0
Соединенное Королевство (2005)	77,1	76,0	81,4	81,0
Таджикистан (2005)	71,2	62,0	76,3	64,0
Туркменистан (1998)	62,5	56,0	69,8	65,0
Турция (2002)	67,9	69,0	72,2	73,0
Узбекистан (2005)	68,2	63,0	73,0	69,0
Украина (2006)	62,3	62,0	73,8	73,0
Финляндия (2005)	75,8	75,0	82,8	82,0
Франция (2004)	76,9	76,0	84,0	83,0
Хорватия (2006)	72,6	72,0	79,4	79,0
Черногория (2005)	71,4		76,9	
Чешская Республика (2005)	73,0	73,0	79,3	79,0
Швейцария (2004)	78,8	78,0	83,9	83,0
Швеция (2004)	78,3	78,0	82,7	83,0
Эстония (2005)	67,3	66,0	78,2	78,0

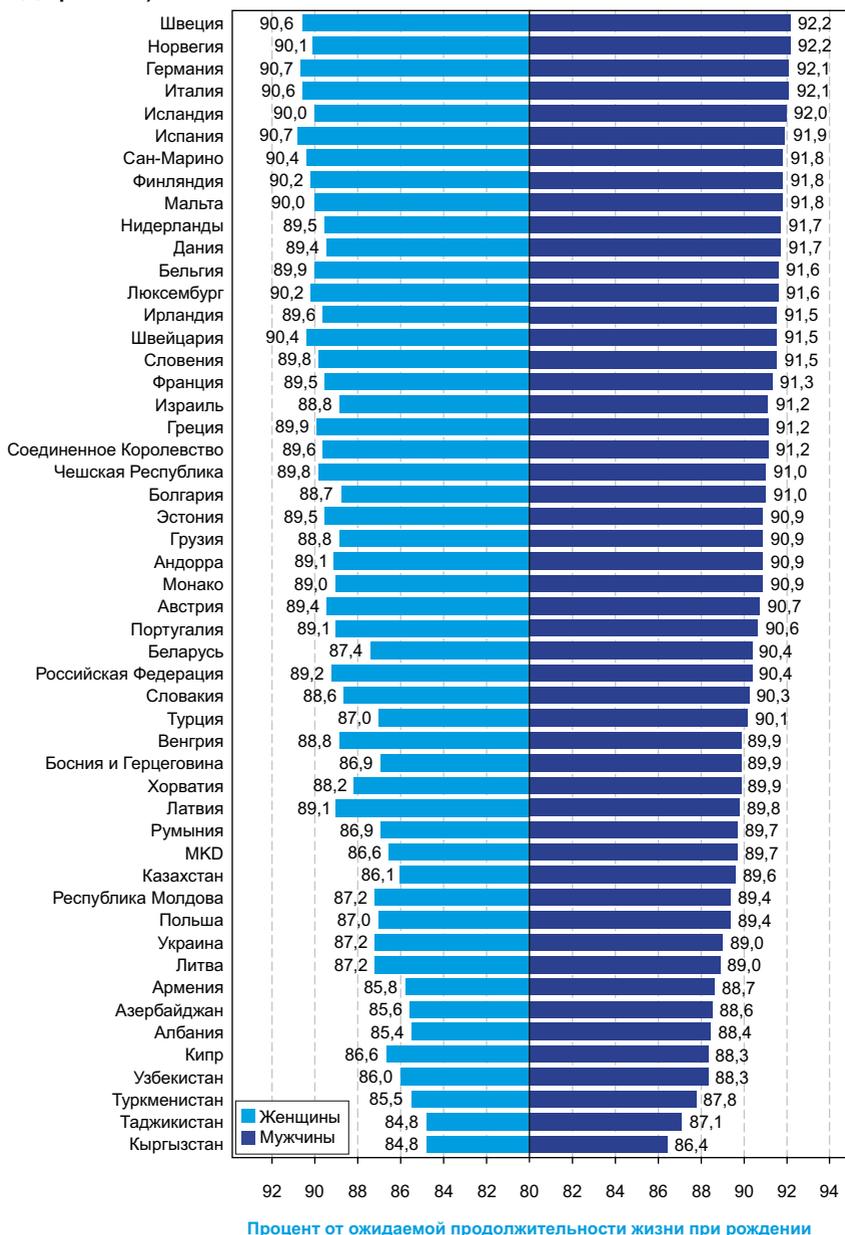
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (число лет)



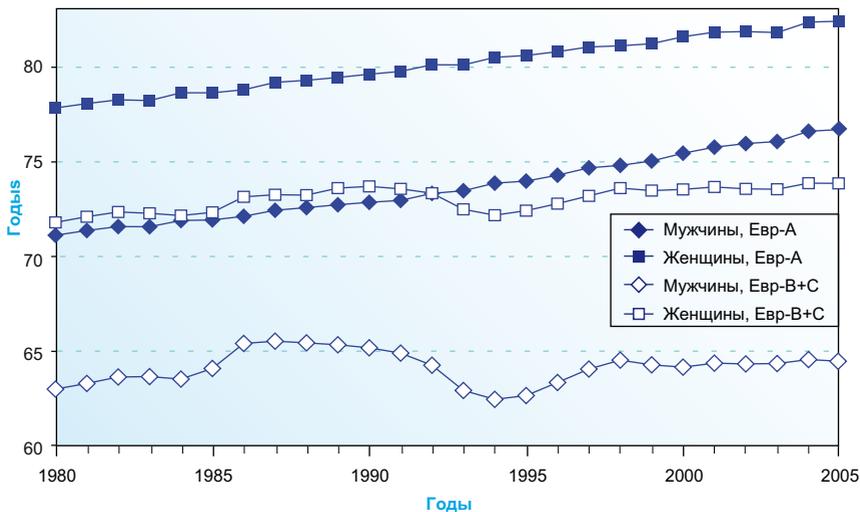
Ожидаемая продолжительность жизни в возрасте 65 лет (число лет)



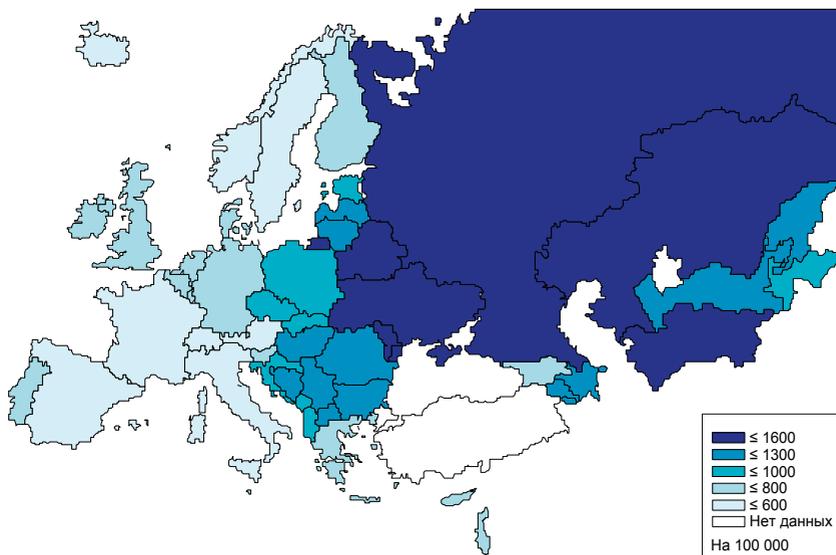
Процентная доля жизни, прожитой в состоянии полного здоровья (при отсутствии стойких нарушений здоровья), 2002 г.

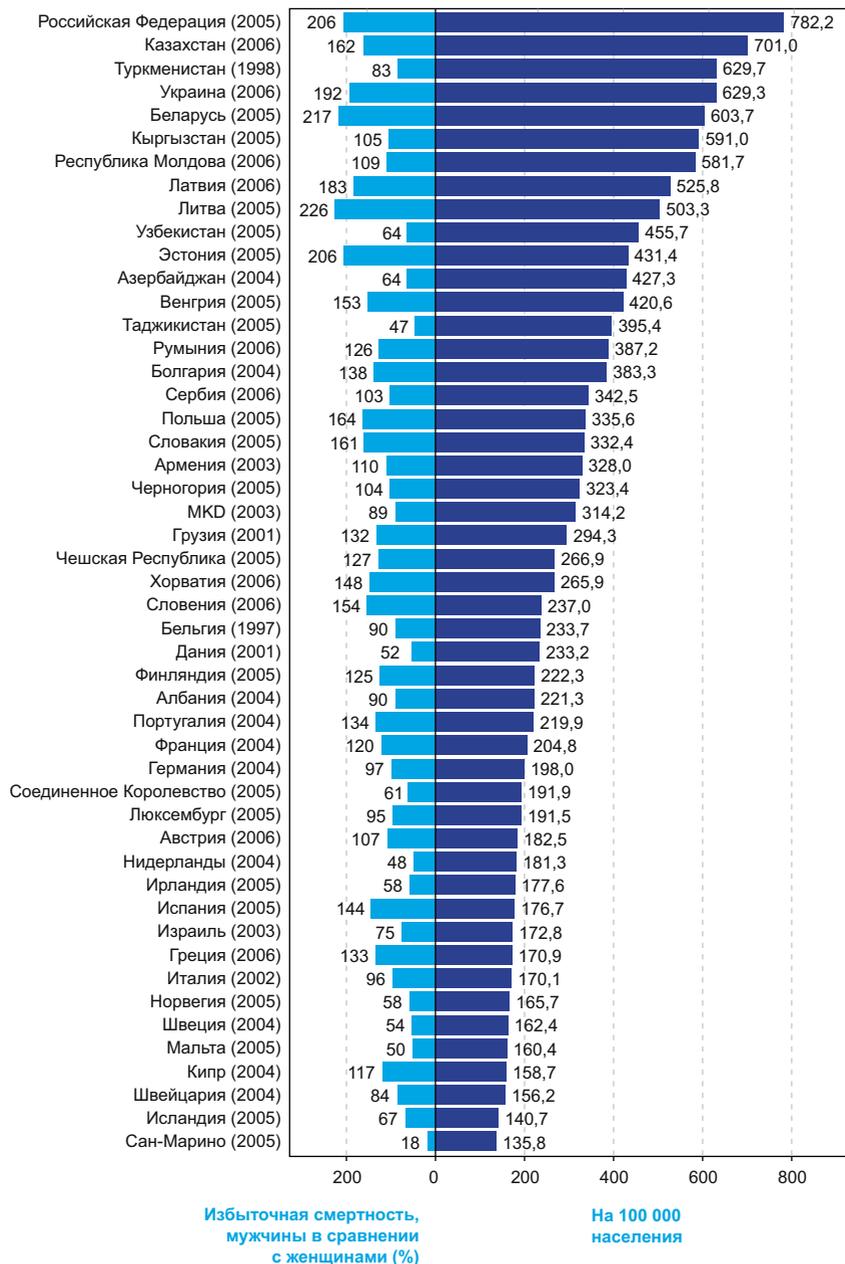


Ожидаемая продолжительность жизни при рождении

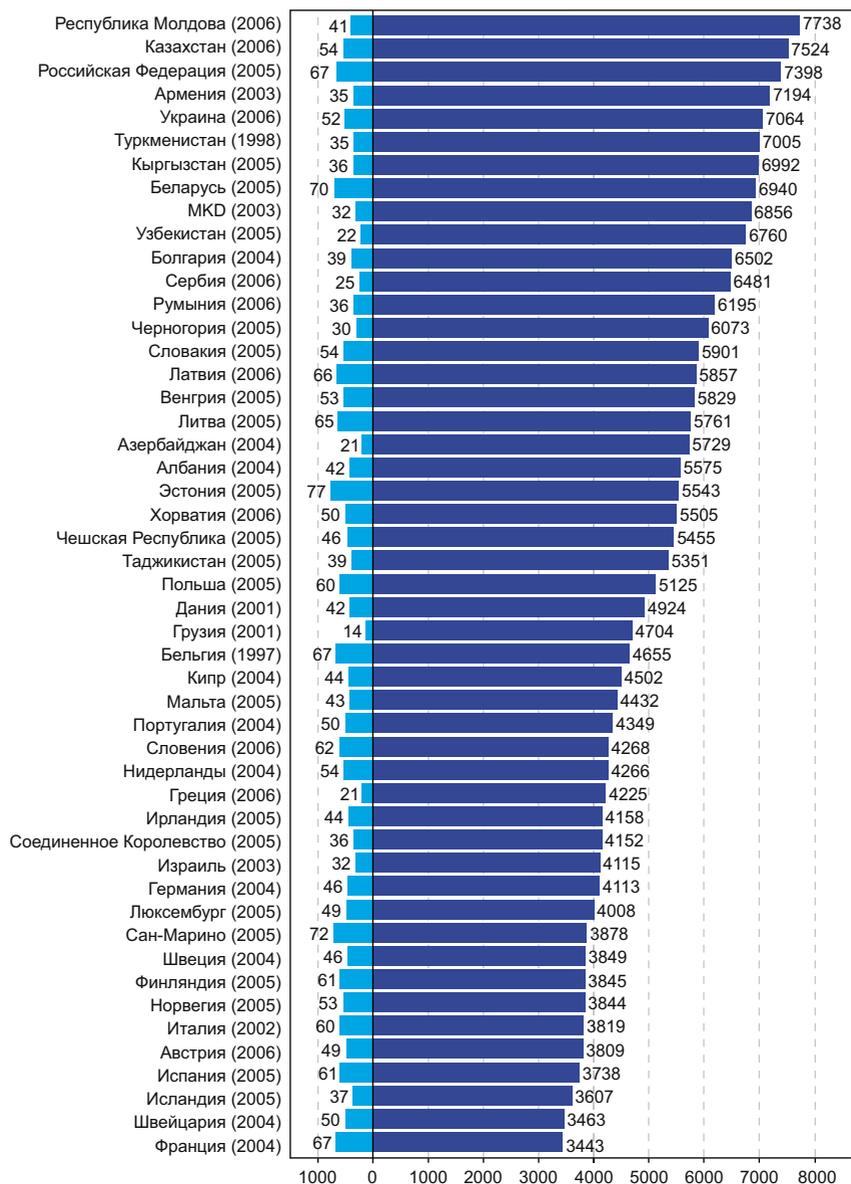


Смертность от всех причин



Смертность от всех причин, 0–64 года

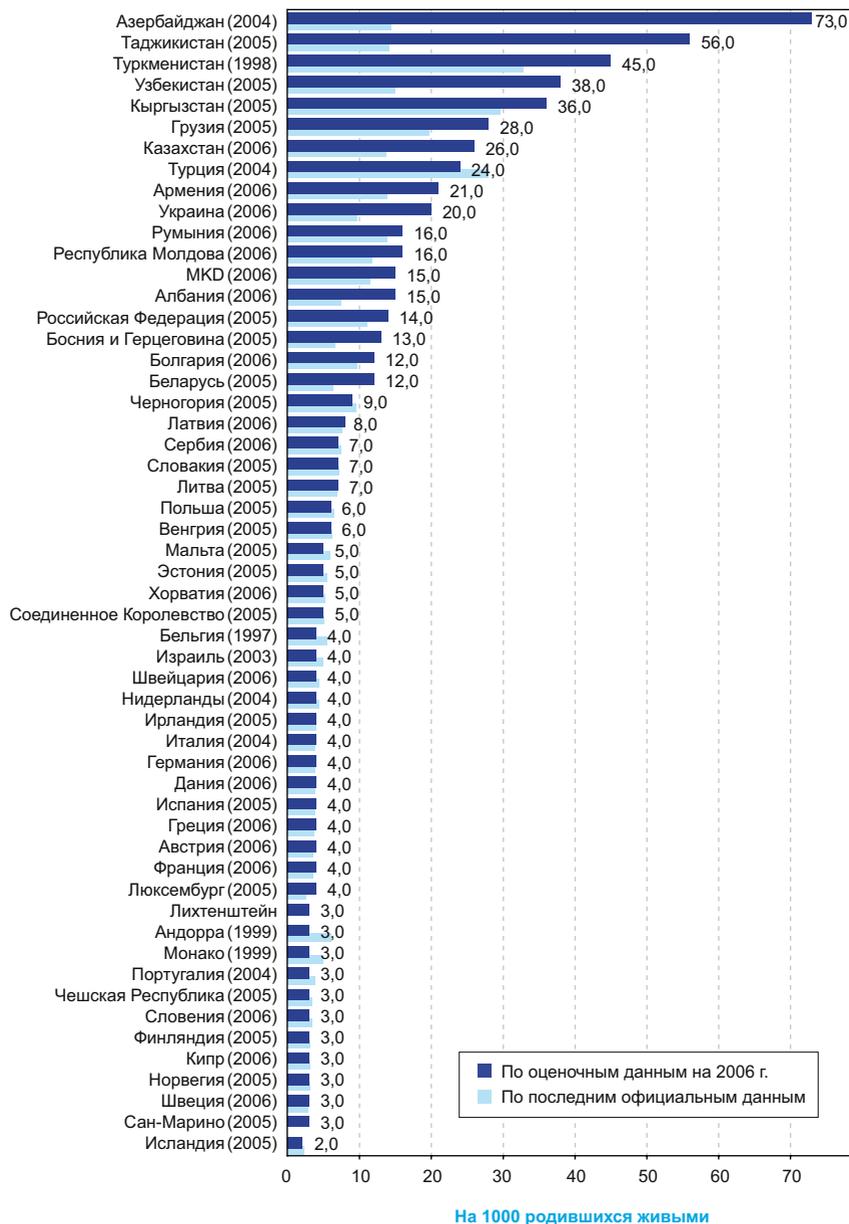
Смертность от всех причин, 65 лет и старше



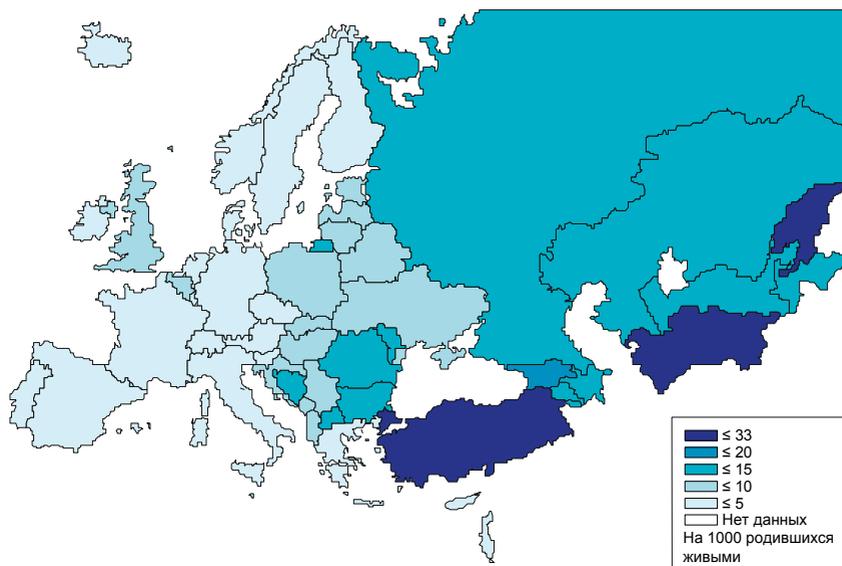
Избыточная смертность,
мужчины в сравнении
с женщинами (%)

На 100 000
населения

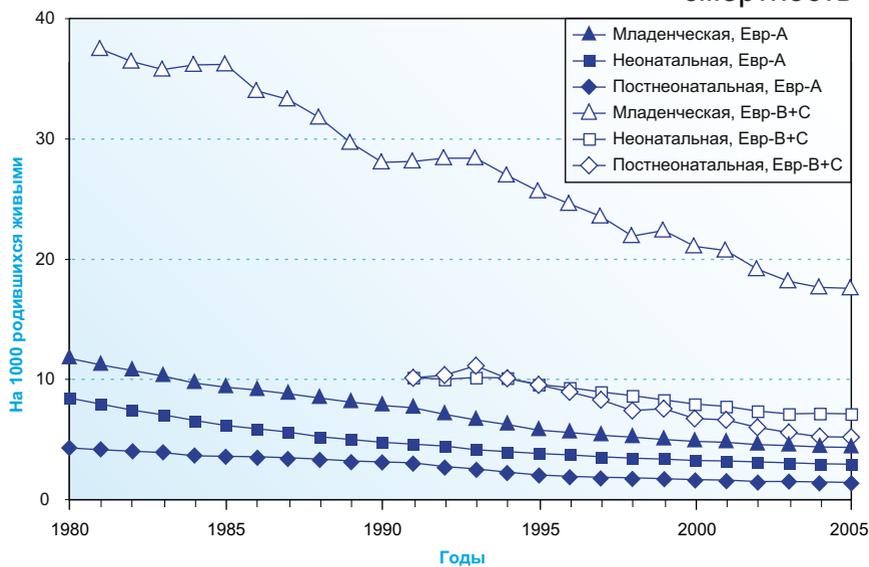
Младенческая смертность

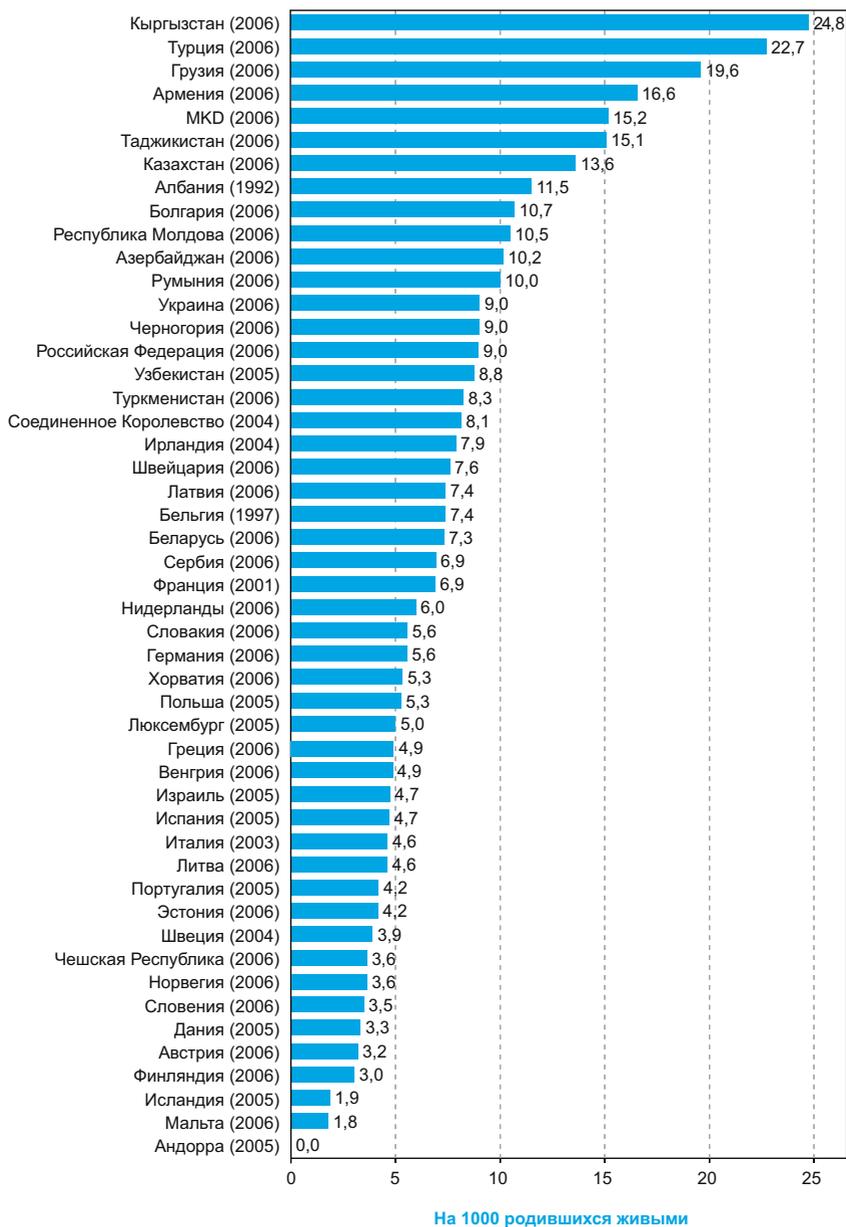


Младенческая смертность

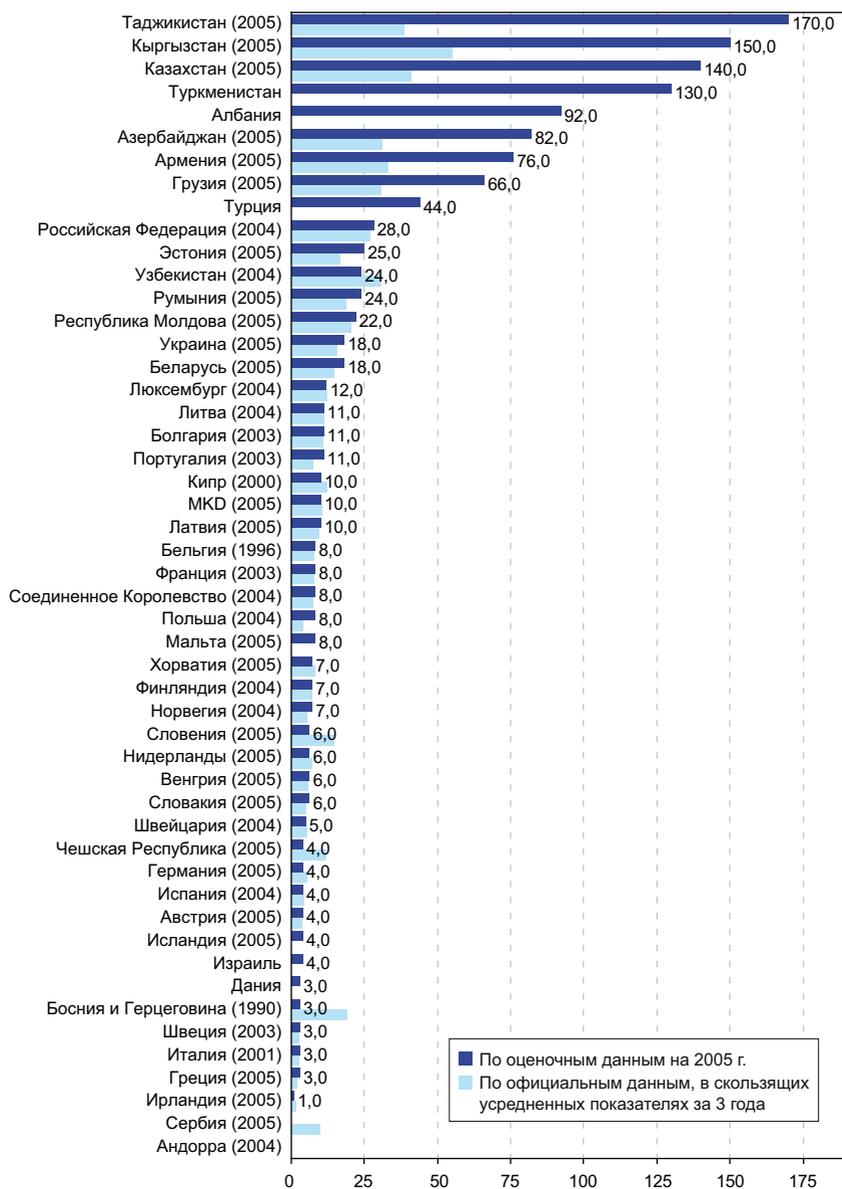


Младенческая, неонатальная и постнеонатальная смертность



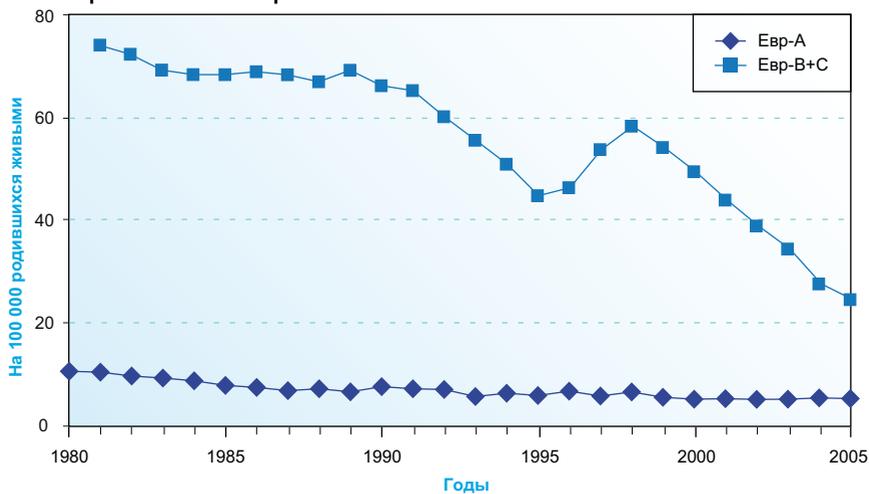
Перинатальная смертность

Материнская смертность

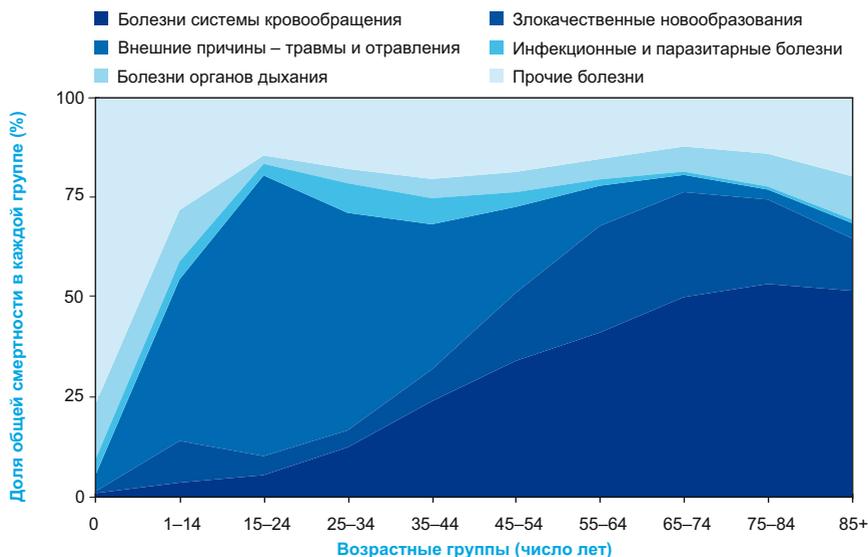


На 100 000 родившихся живыми

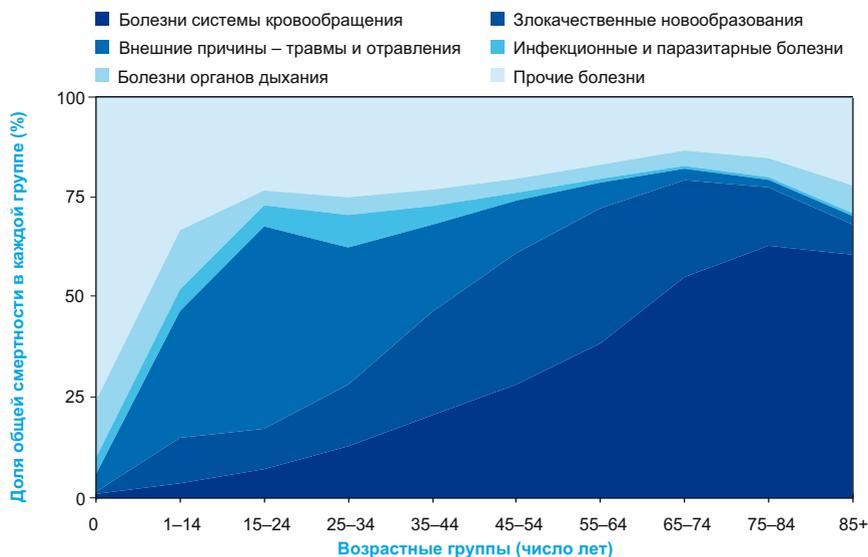
Материнская смертность



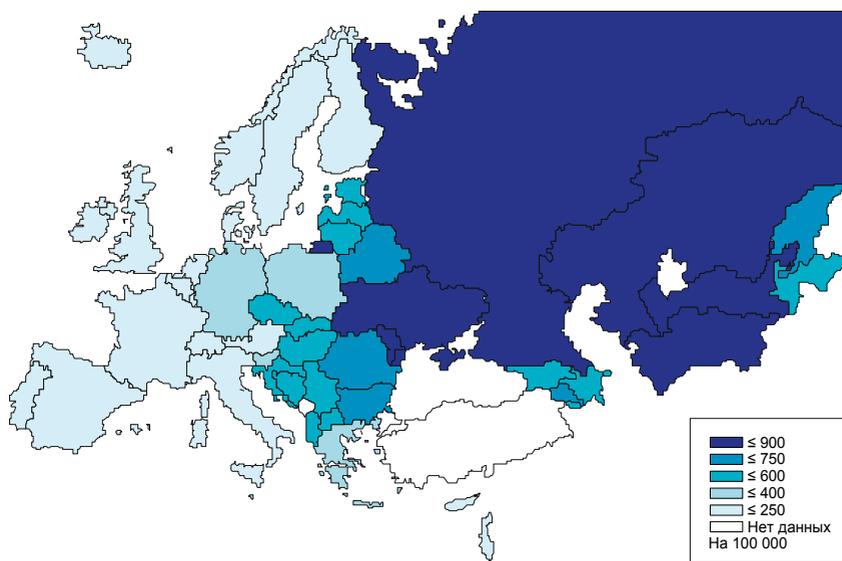
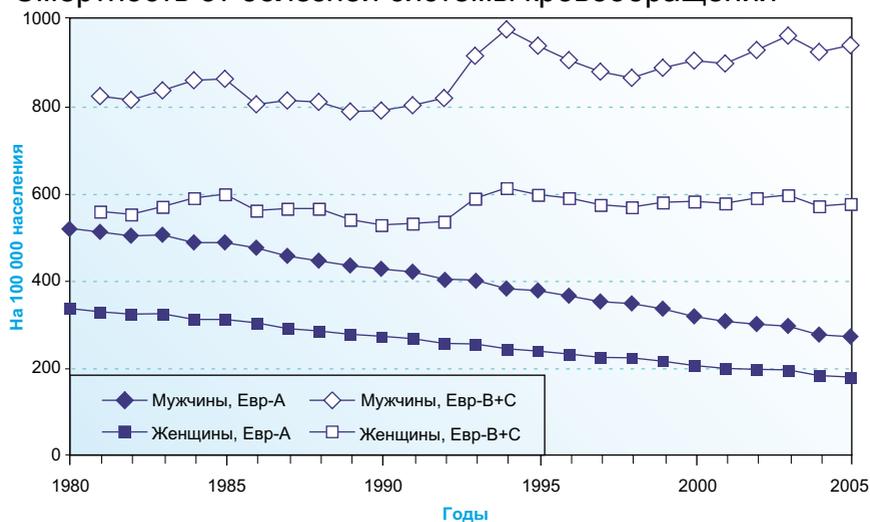
Основные причины смерти по возрастным группам, мужчины



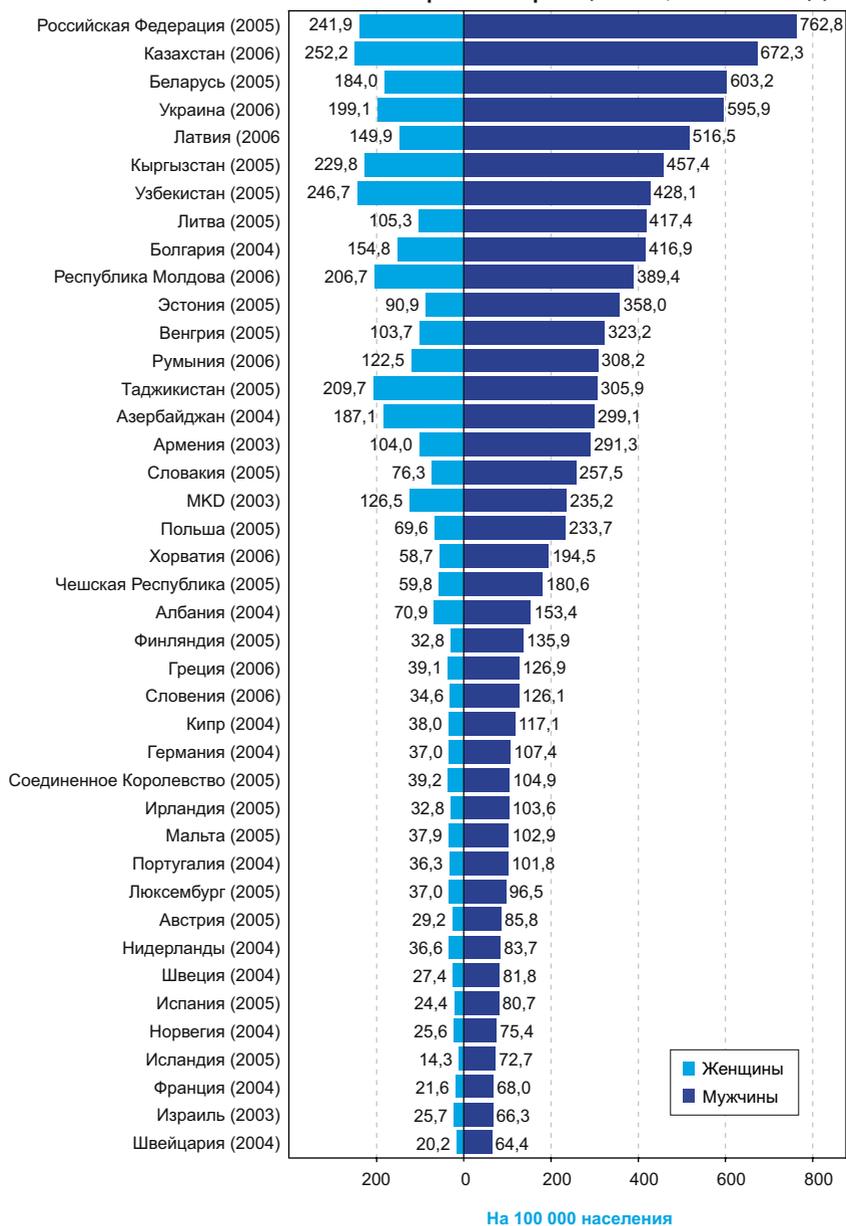
Основные причины смерти по возрастным группам, женщины



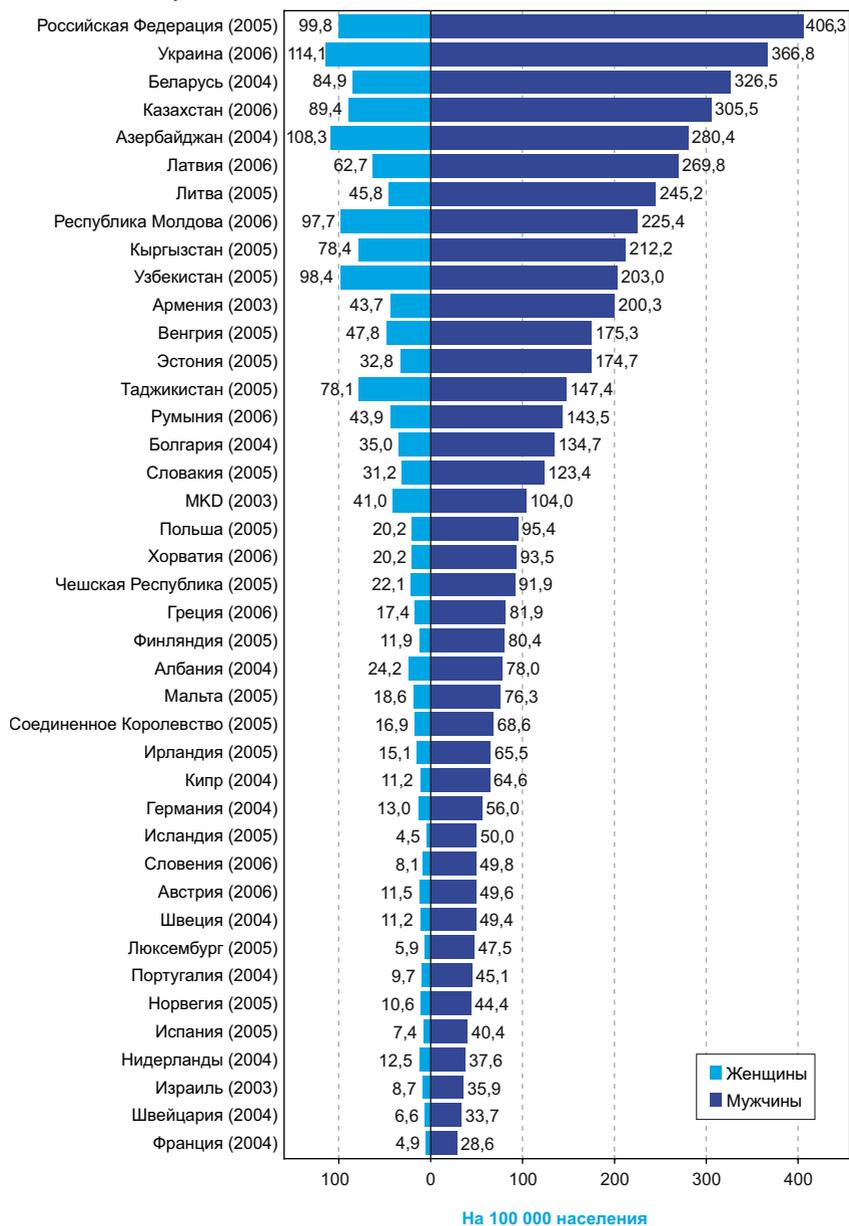
Смертность от болезней системы кровообращения



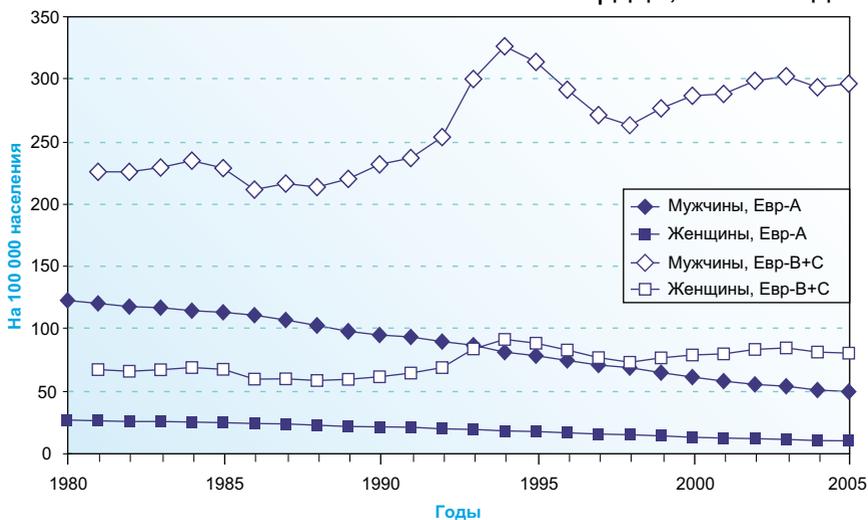
Смертность от болезней системы кровообращения, 25–64 года



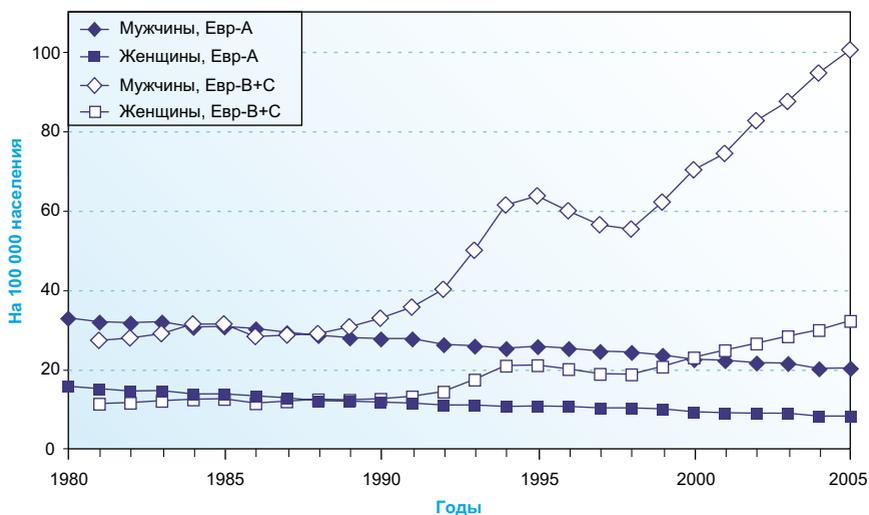
Смертность от ишемической болезни сердца, 25–64 года



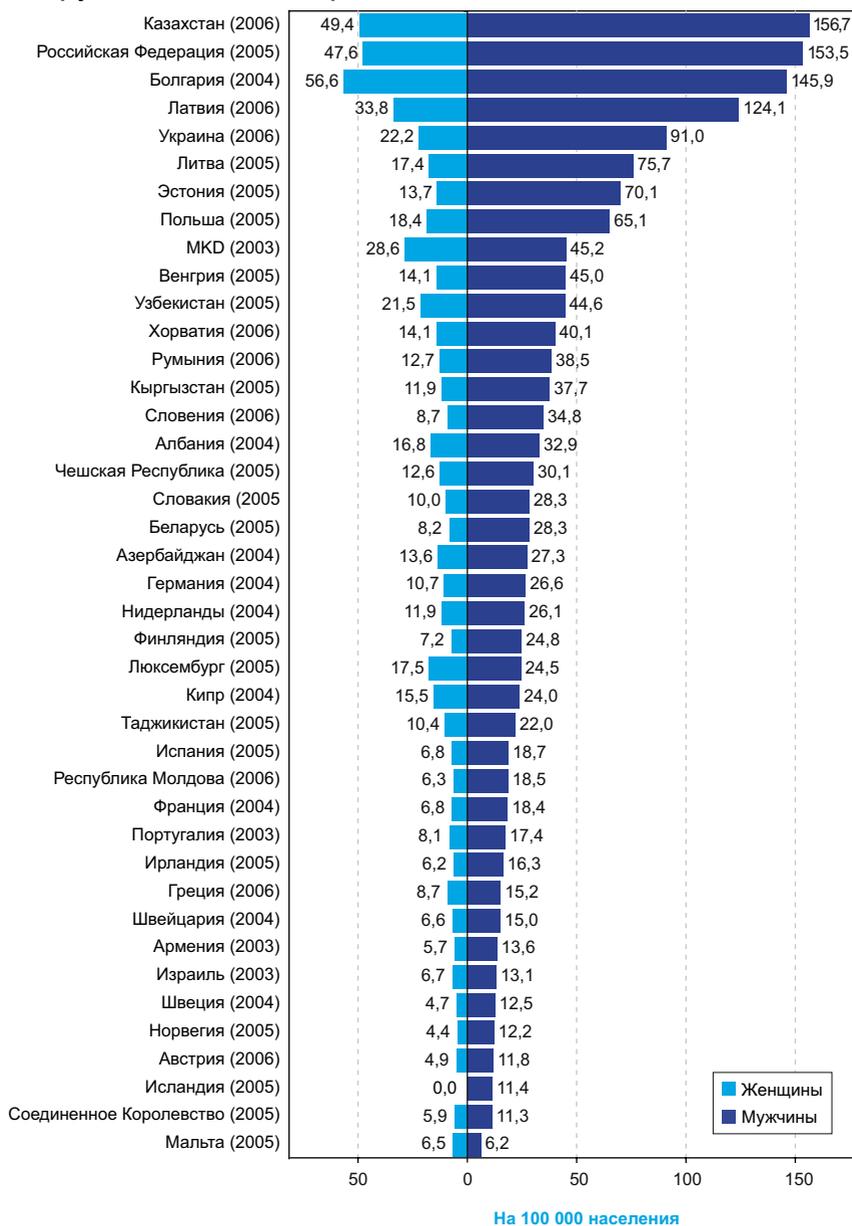
Смертность от ишемической болезни сердца, 25–64 года



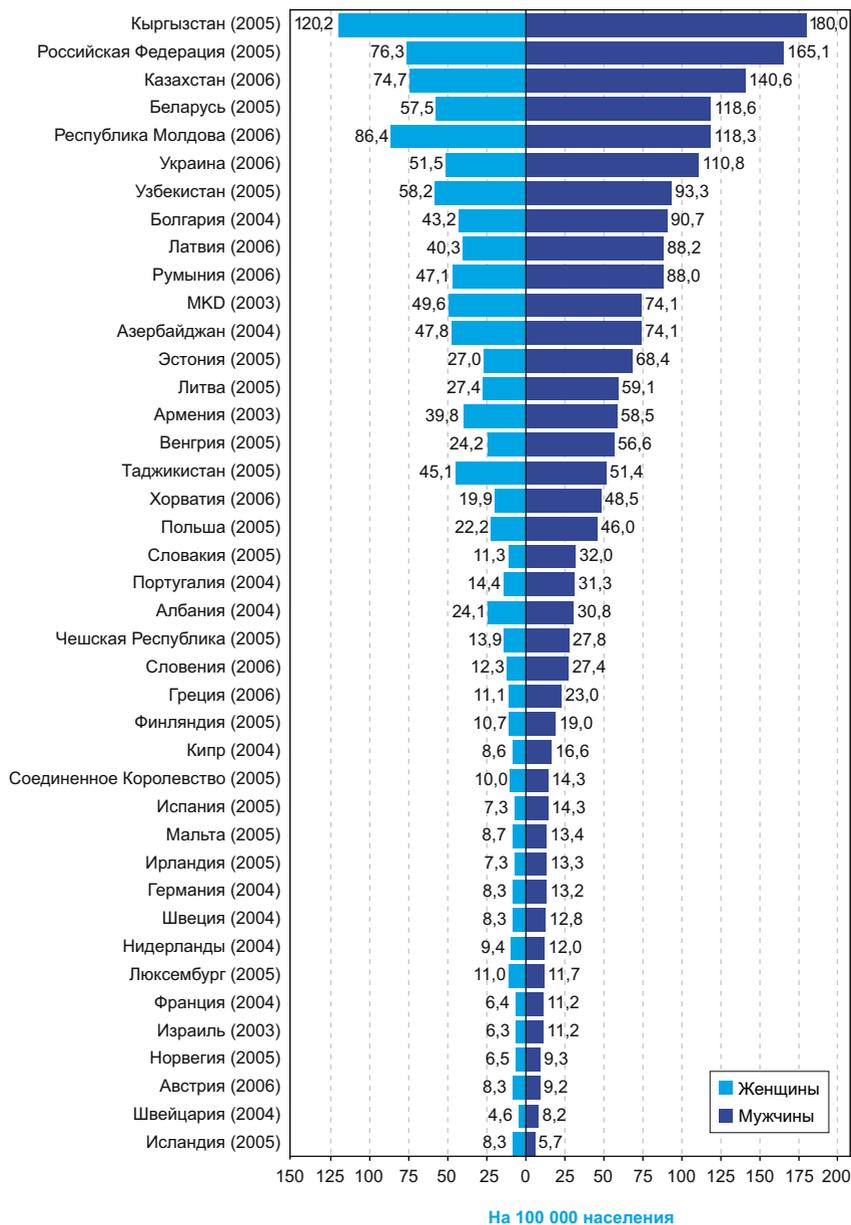
Смертность от легочно-сердечной недостаточности и других болезней сердца, 25–64 года



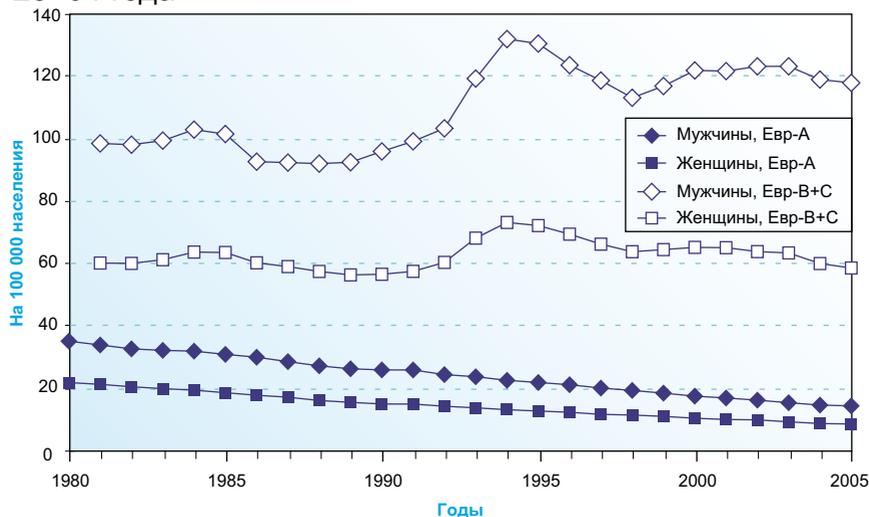
Смертность от легочно-сердечной недостаточности и других болезней сердца, 25–64 года



Смертность от цереброваскулярных болезней, 25–64 года



Смертность от цереброваскулярных болезней, 25–64 года



Смертность от злокачественных новообразований, по локализации опухоли, Европейский регион ВОЗ



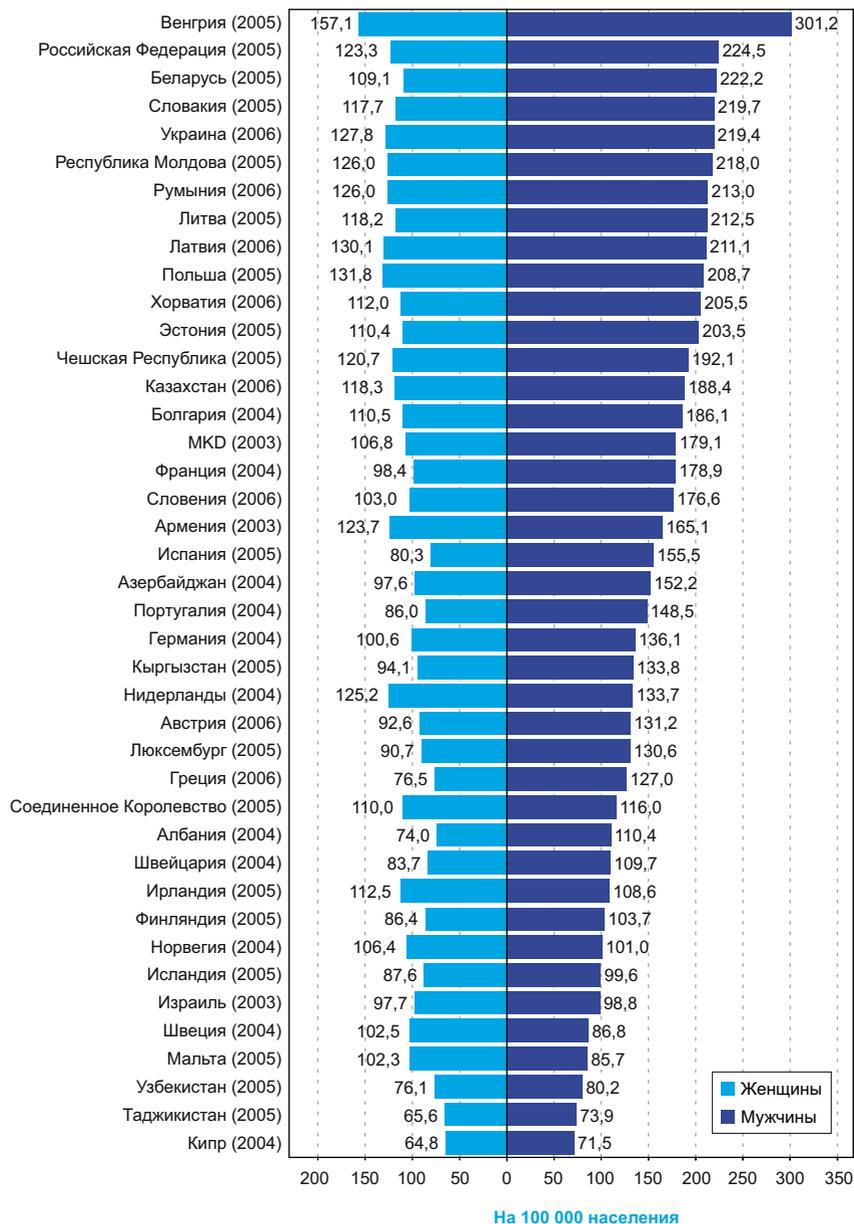
Смертность от злокачественных новообразований, по локализации опухоли, Евр-А



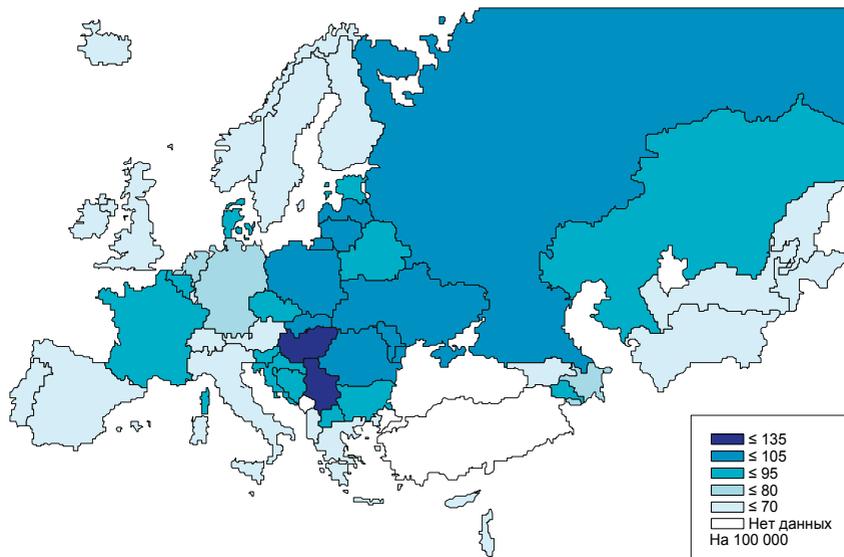
Смертность от злокачественных новообразований, по локализации опухоли, Евр-В+С



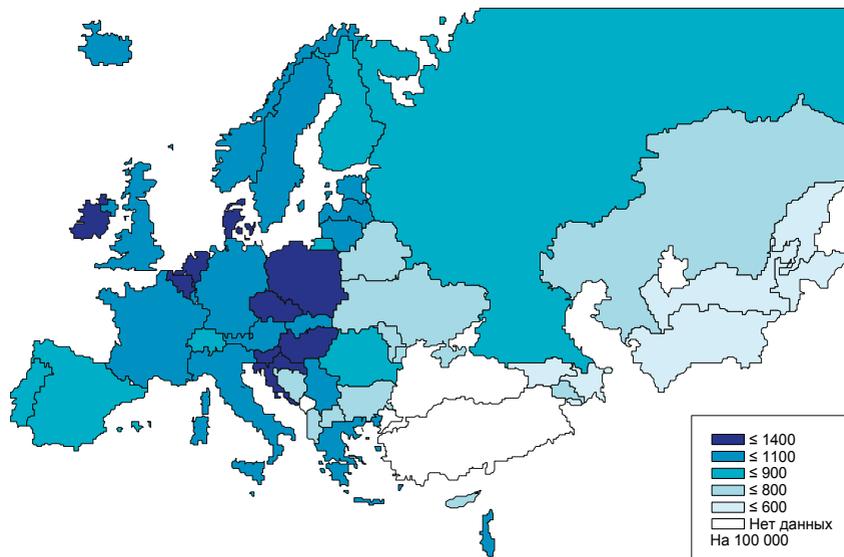
Смертность от рака, 25–64 года



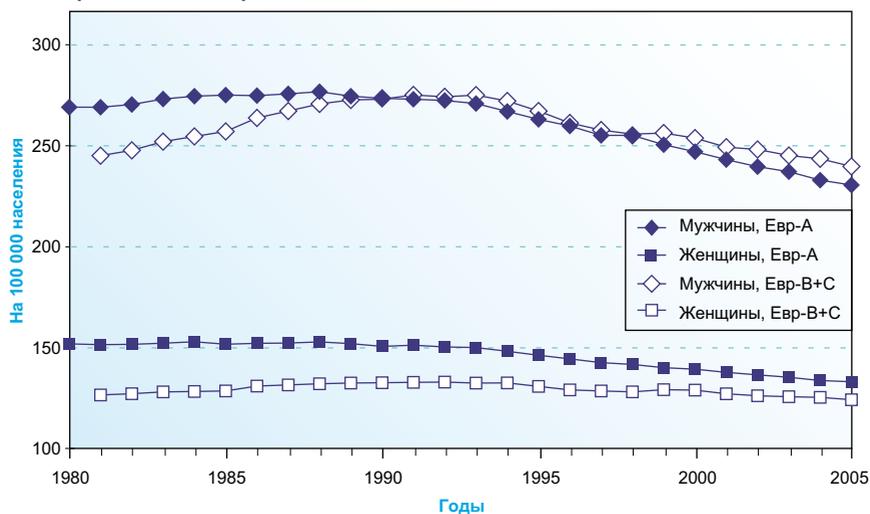
Смертность от рака, 0–64 года



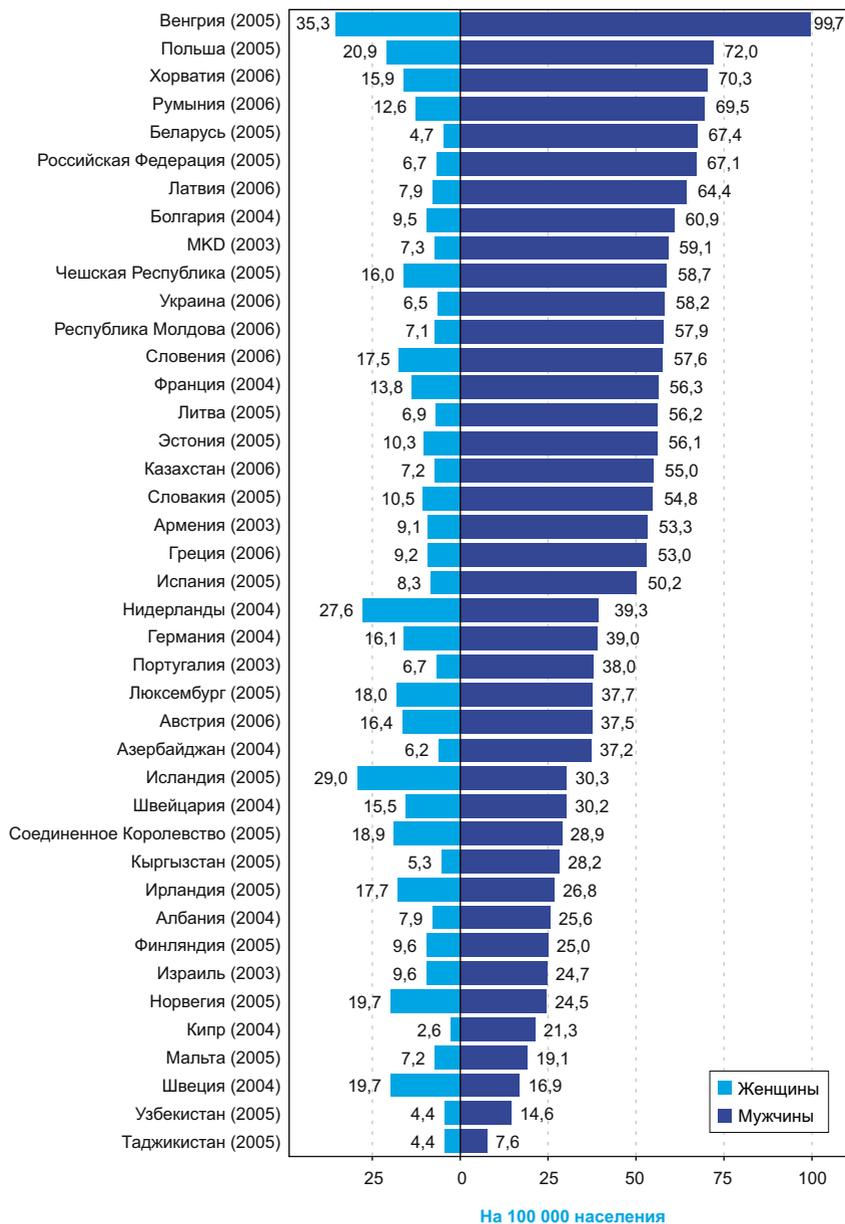
Смертность от рака, 65 лет и старше

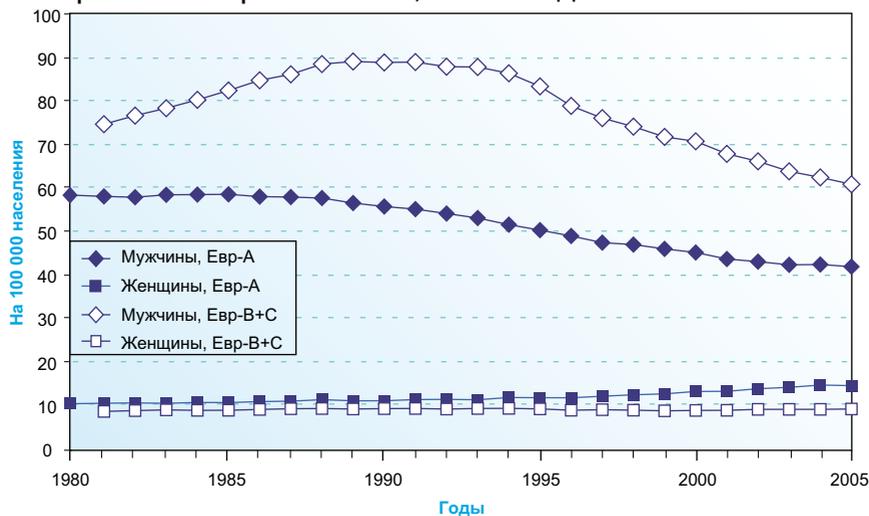
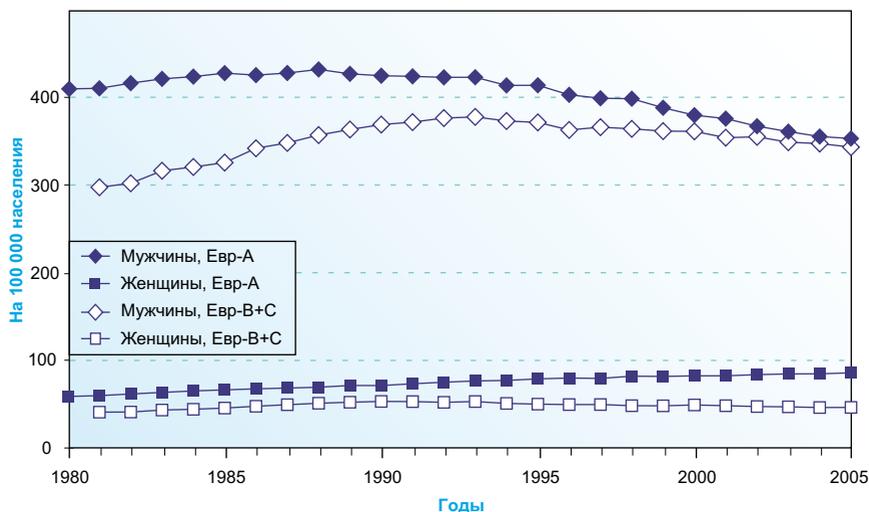


Смертность от рака

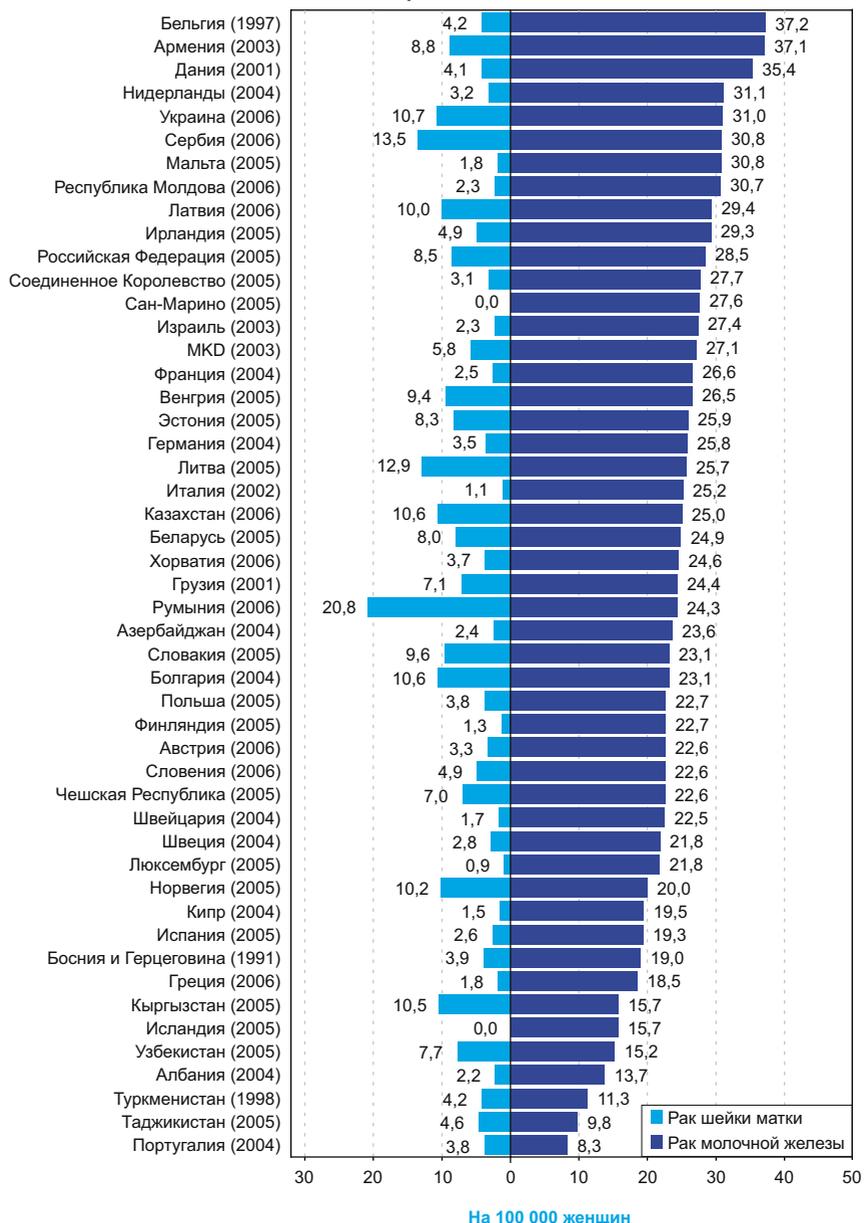


Смертность от рака легких, 25–64 года

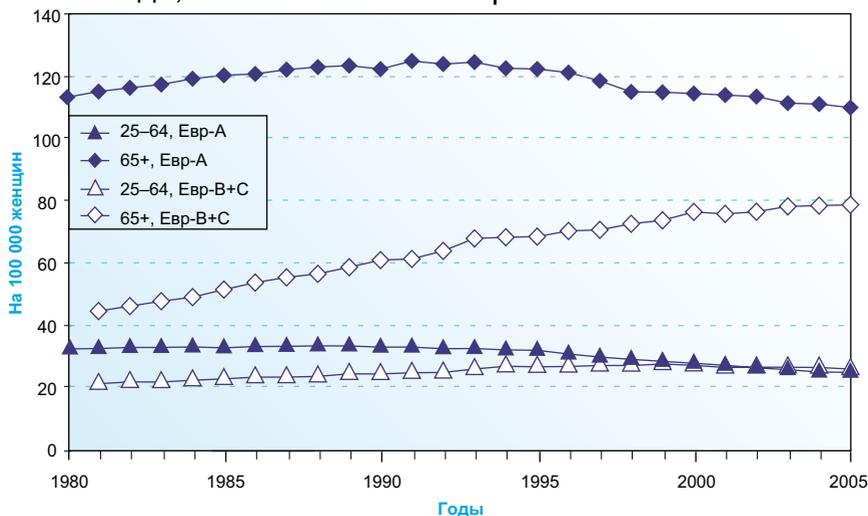


Смертность от рака легких, 25–64 года**Смертность от рака легких, 65 лет и старше**

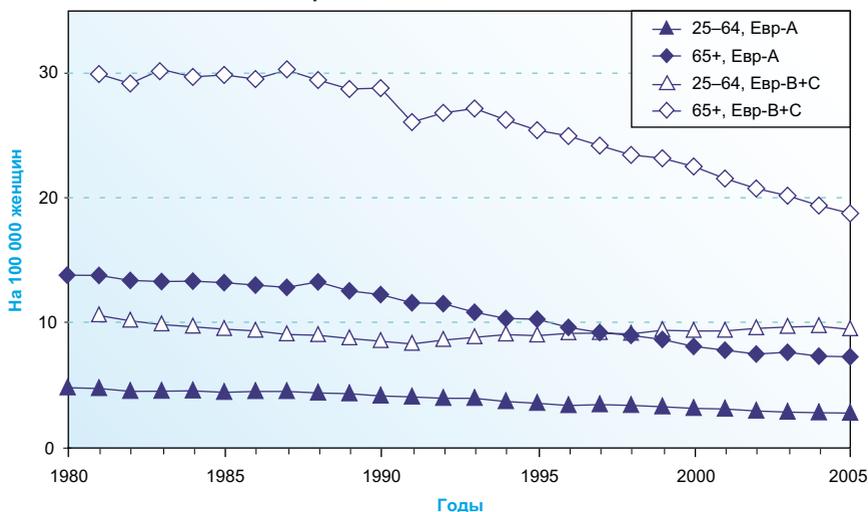
Смертность от рака молочной железы среди женщин и от рака шейки матки, 25–64 года



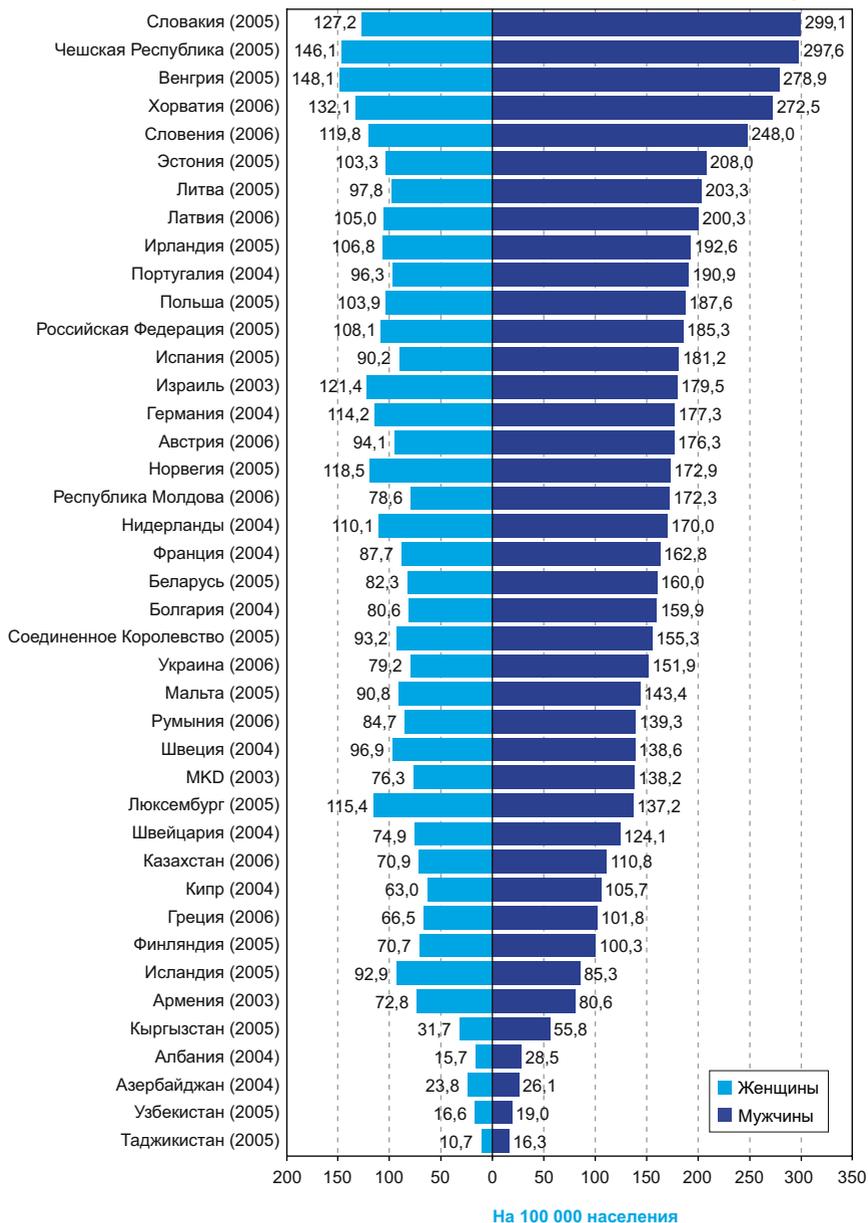
Смертность от рака молочной железы среди женщин, 25–64 года, а также 65 лет и старше



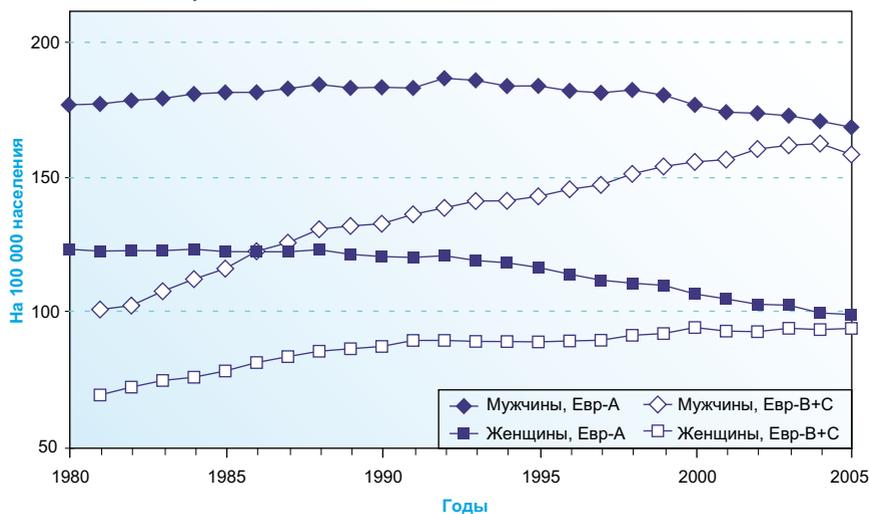
Смертность от рака шейки матки, 25–64 года, а также 65 лет и старше



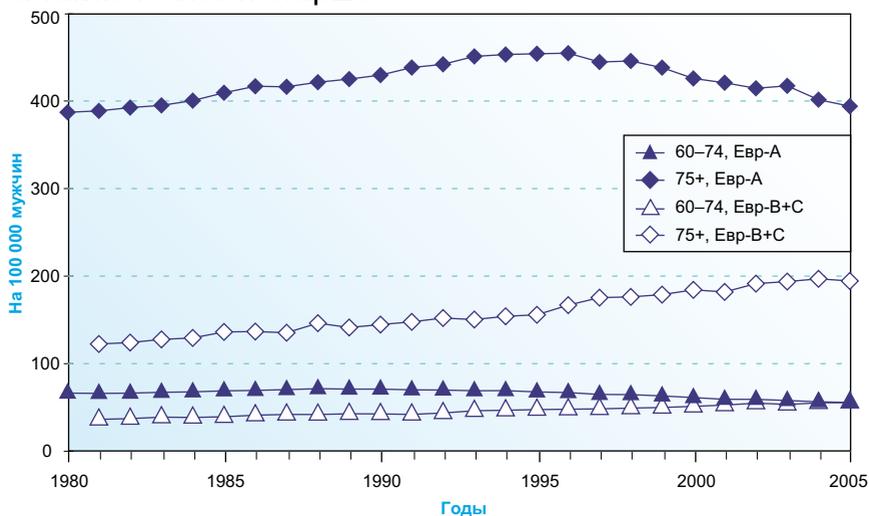
Смертность от рака толстой кишки и анальной области, 65 лет и старше



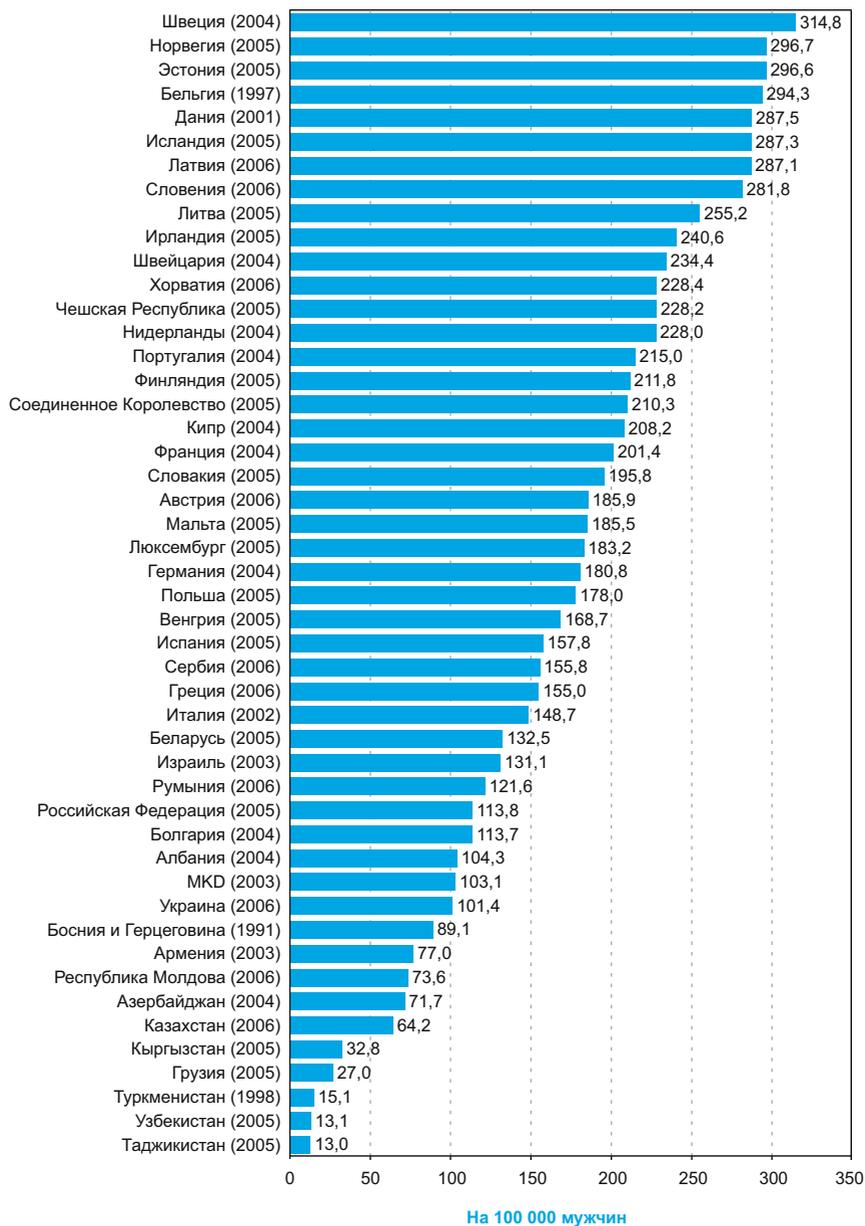
Смертность от рака толстой кишки и анальной области, 65 лет и старше



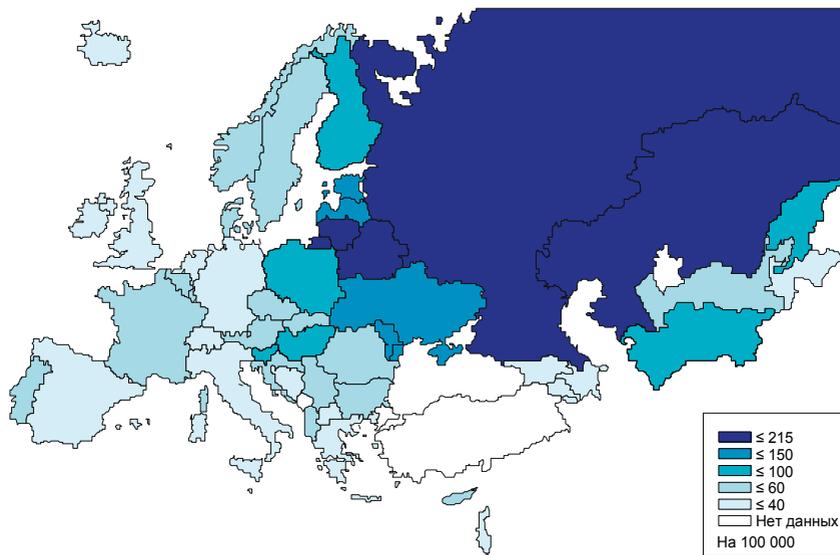
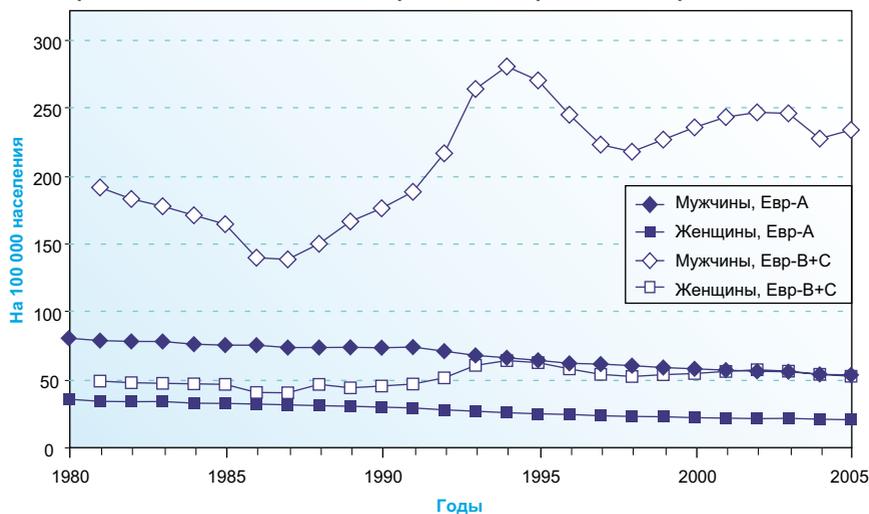
Смертность от рака предстательной железы, 60–74, а также 75 лет и старше



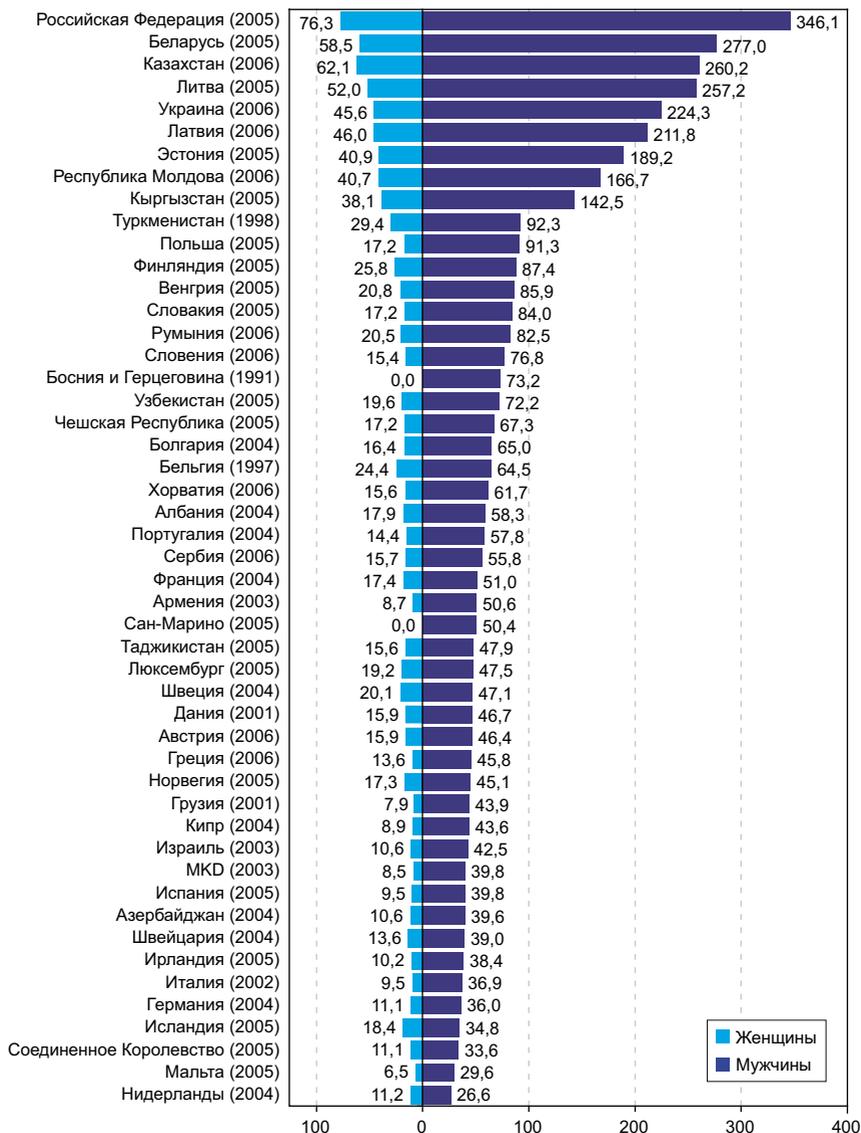
Смертность от рака предстательной железы, 65 лет и старше



Смертность от внешних причин – травм и отравлений

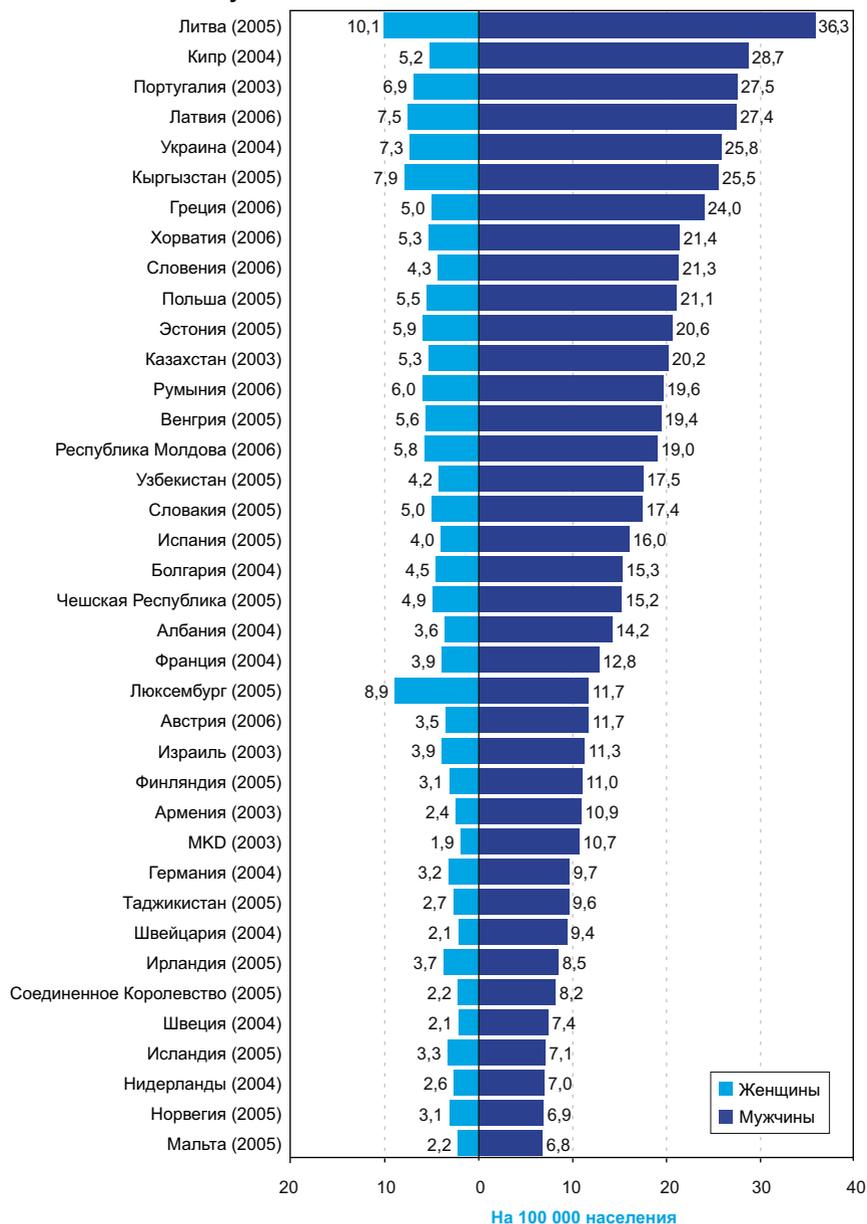


Смертность от внешних причин – травм и отравлений, 0–64 года

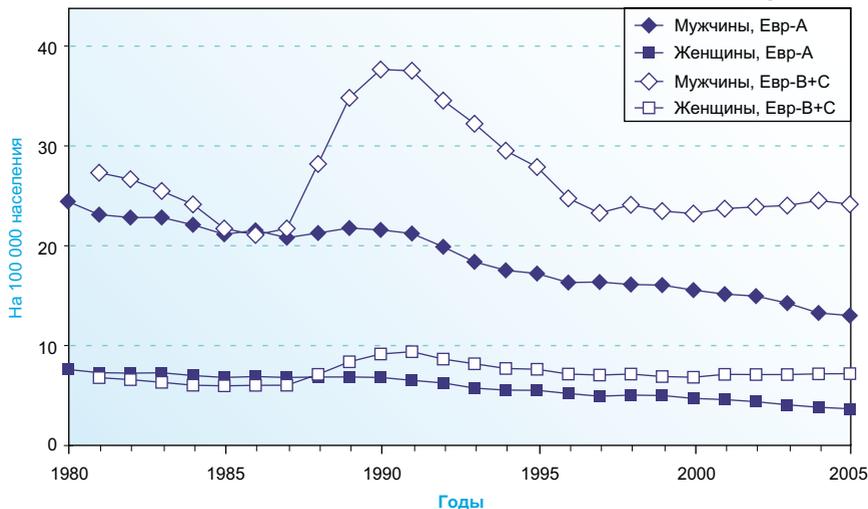


На 100 000 населения

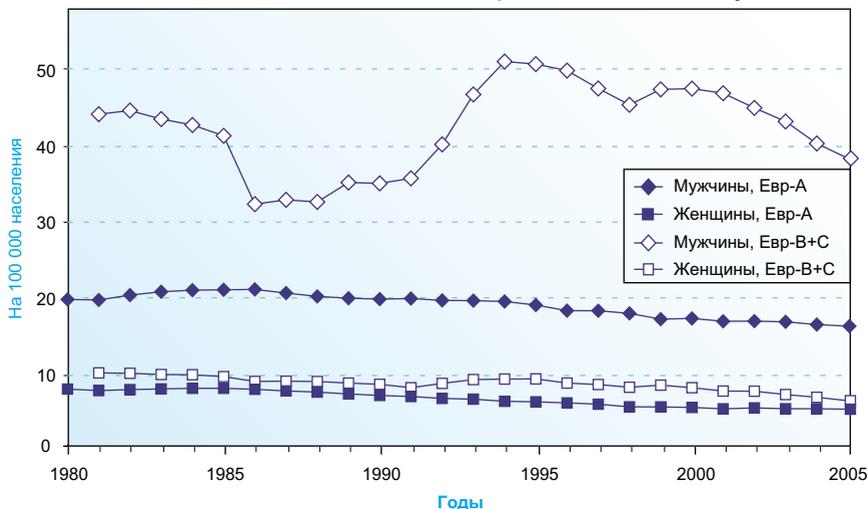
Смертность в результате дорожно-транспортных несчастных случаев



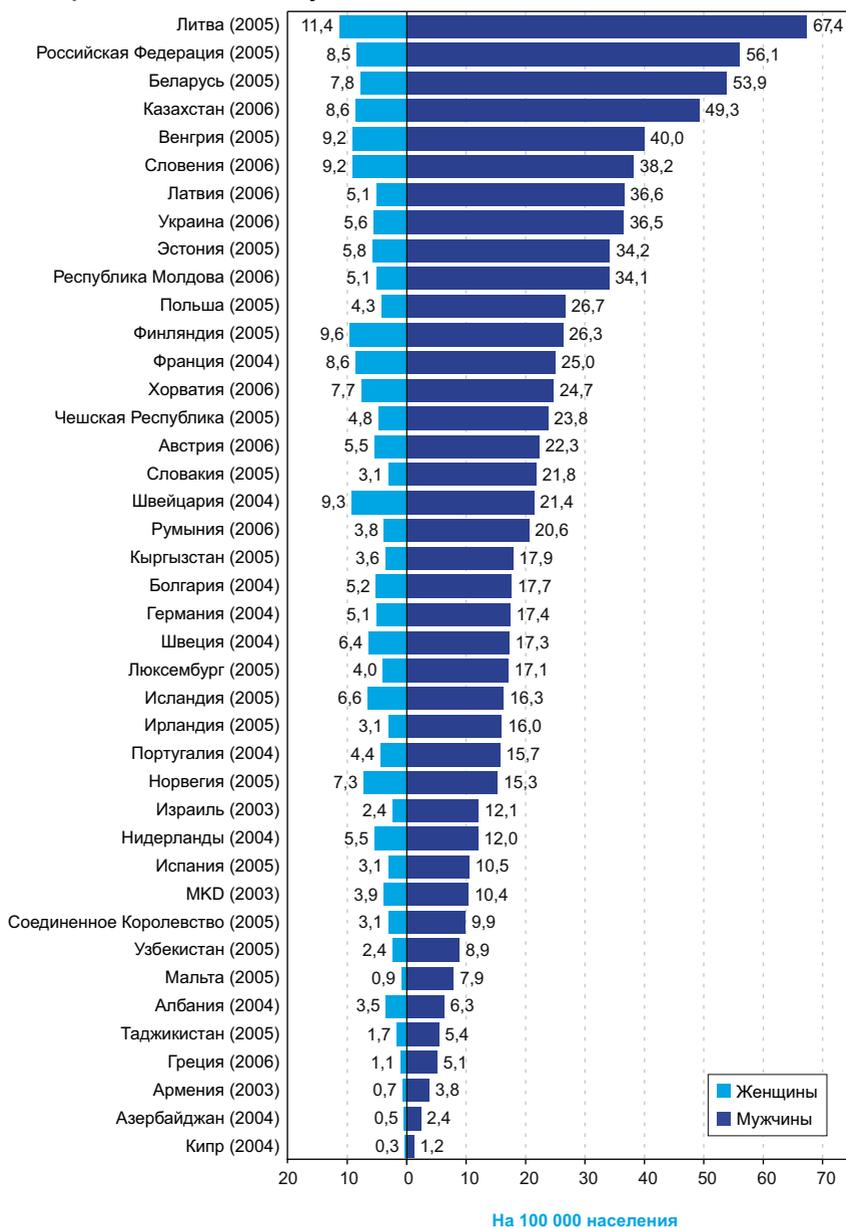
Смертность в результате дорожно-транспортных несчастных случаев



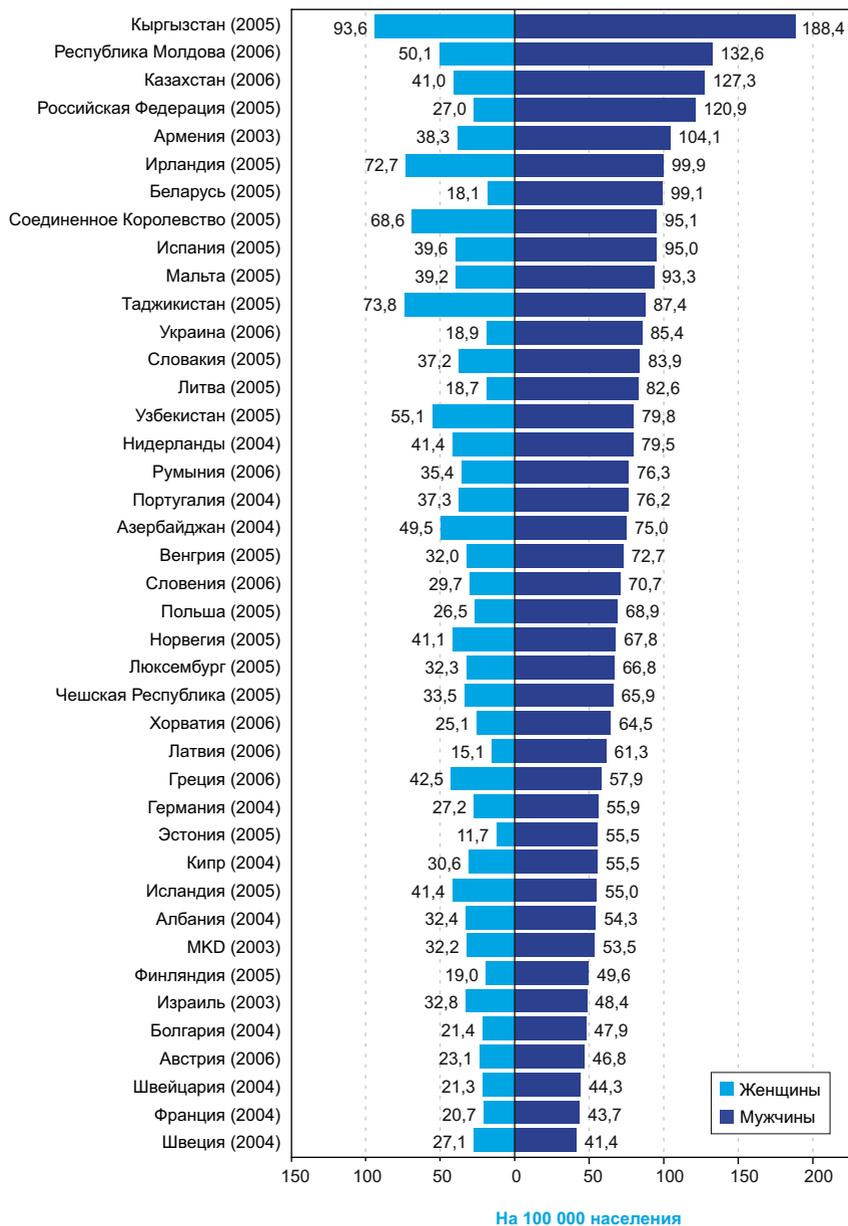
Смертность от самоубийств



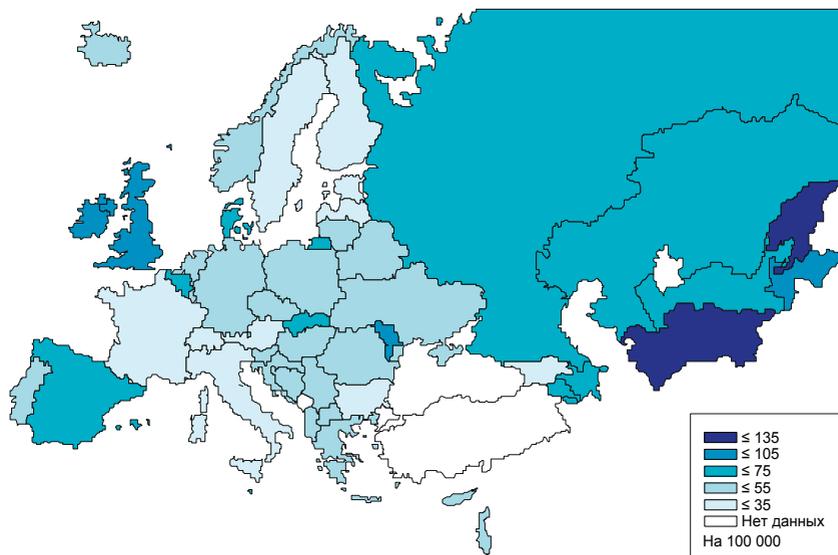
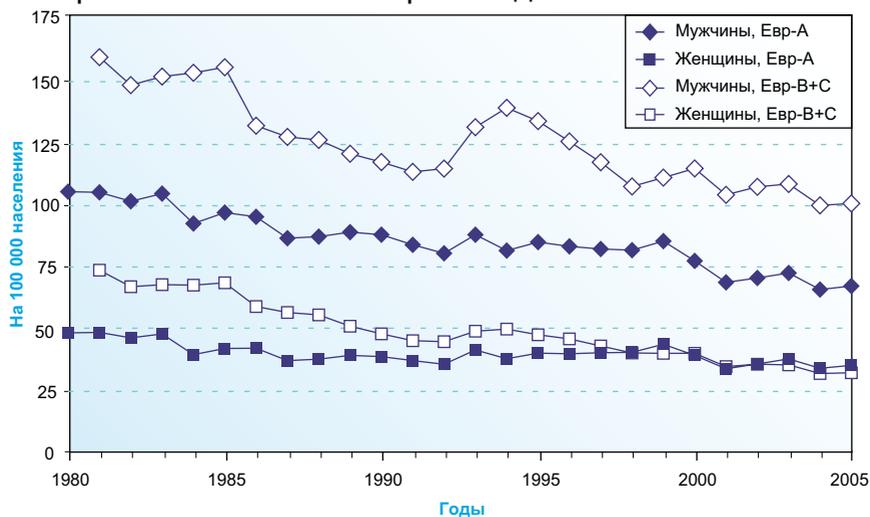
Смертность от самоубийств



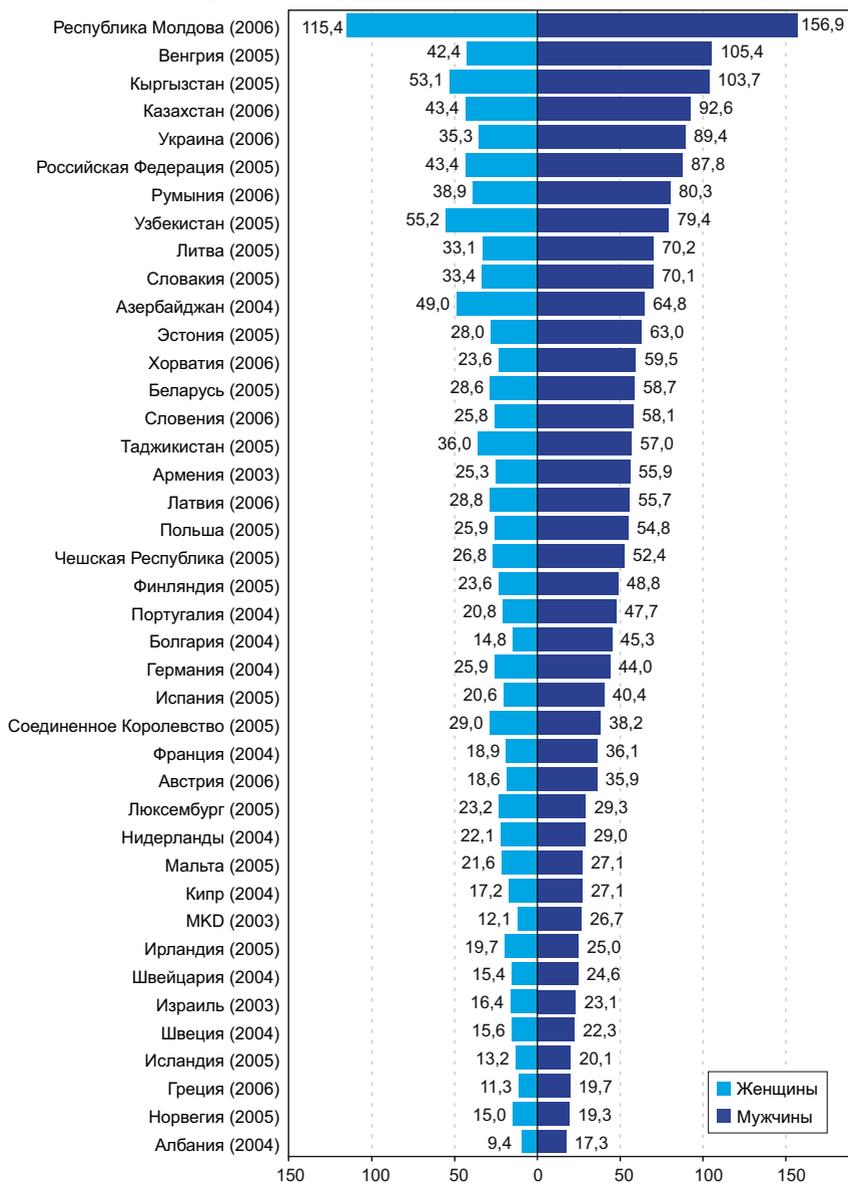
Смертность от болезней органов дыхания



Смертность от болезней органов дыхания

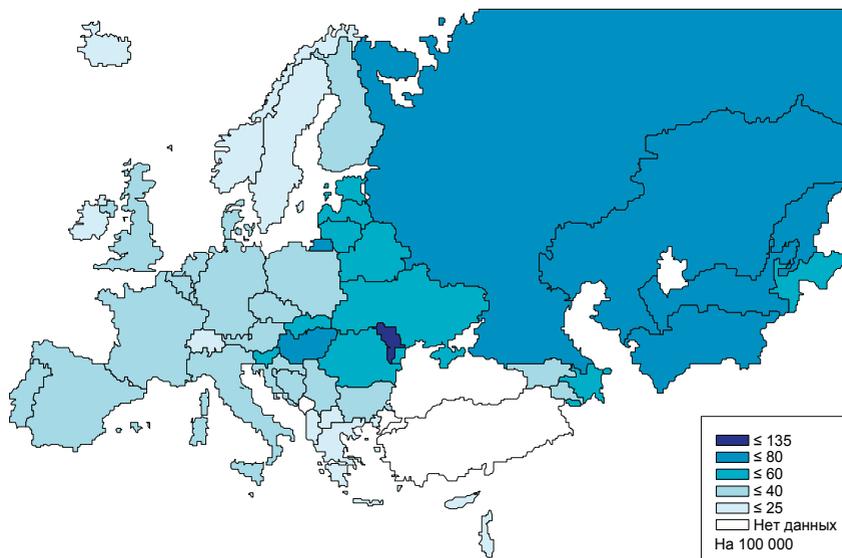
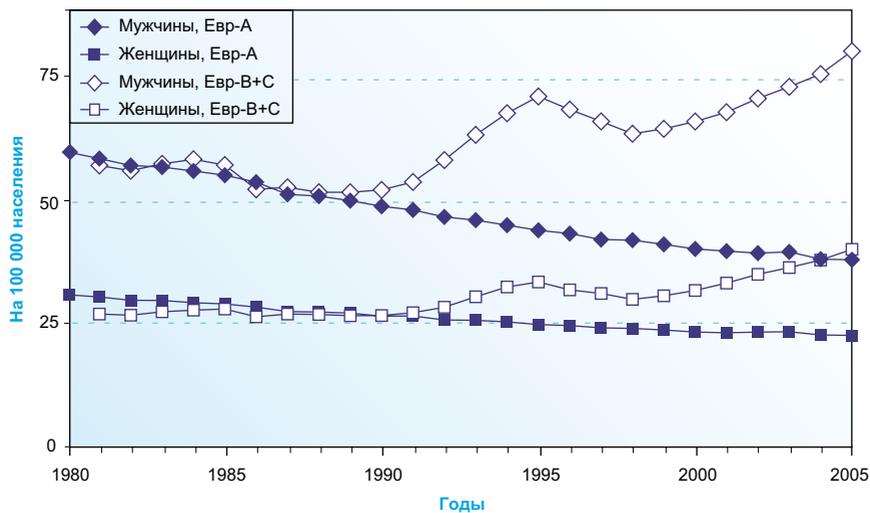


Смертность от болезней органов пищеварения

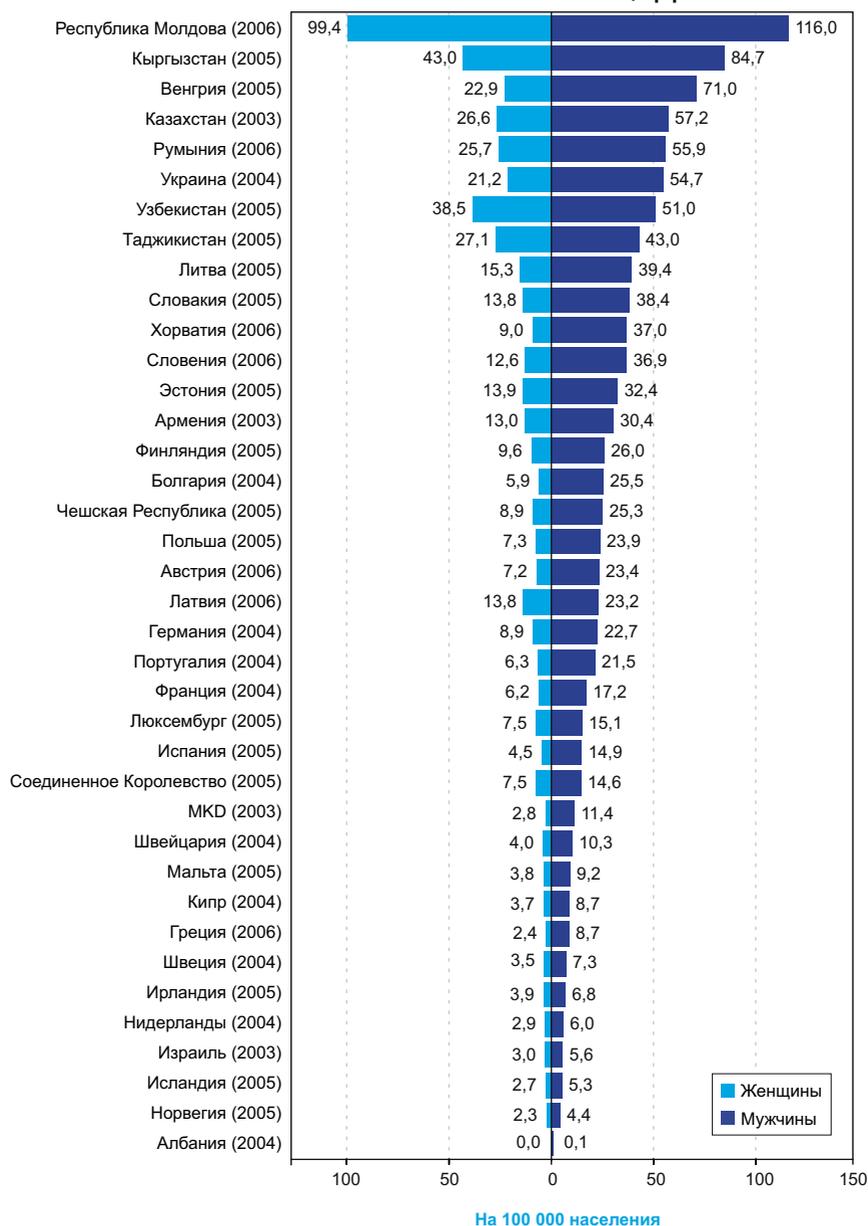


На 100 000 населения

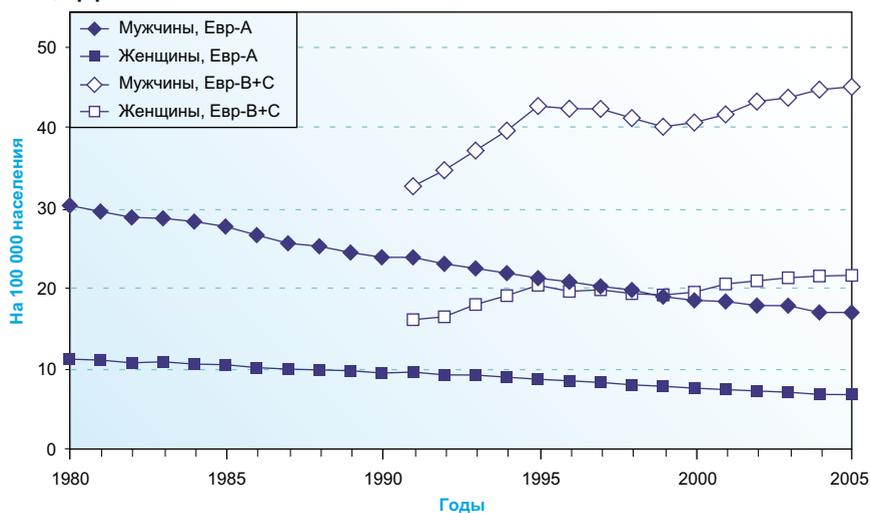
Смертность от болезней органов пищеварения



Смертность от хронических болезней печени и цирроза печени



Смертность от хронических болезней печени и цирроза печени



3. Болезни

Примечания

Туберкулез (сс. 69–70)

Представленные цифры отражают частоту вновь выявленных случаев туберкулеза всех форм и любой локализации, включая рецидивы. Средние показатели для Евр-В+С в течение последних лет стабилизировались, однако ситуация различается между странами. В ряде из них (например в Венгрии, Польше и Словакии) заболеваемость на протяжении ряда лет снижается, в других, напротив, растет.

Сифилис (сс. 73–74)

Сифилис считается надежным индикатором тенденций для всех заболеваний, передаваемых половым путем. В 1990-е годы восточная часть Региона пережила эпидемический рост новых случаев сифилиса, однако в настоящее время во всех странах Евр-В+С этот показатель снижается.

ВИЧ/СПИД (сс. 75–77)

Данные по ВИЧ/СПИДу собирает Европейский центр эпидемиологического мониторинга СПИДа (ЕвроВИЧ), который является совместным сотрудничающим центром по проблемам СПИДа Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДУ (ЮНЭЙДС) и ВОЗ (10). Данные по случаям СПИДа за последние годы приведены с поправкой на запаздывание в предоставлении сведений, данные по ВИЧ-инфекции публикуются в том виде, в каком их представили страны. В странах Евр-В+С частота новых случаев ВИЧ-инфекции вплоть до 2001 г. резко повышалась, главным образом за счет роста этого показателя в Латвии, Российской Федерации и Эстонии.

Сахарный диабет (с. 78)

Показатель распространенности сахарного диабета отражает общую численность больных с данной патологией на 100 человек населения. Источниками данных, представленных странами, являются национальные диабетические регистры (там, где они ведутся), системы плановой медицинской отчетности или результаты эпидемиологических обследований. Некоторые страны, однако, не смогли представить объективных данных; в этих случаях в диаграмму включены оценочные данные ВОЗ за 2000 г. (11).

Рак (сс. 79–81)

Правая сторона диаграммы показывает число людей, у которых был впервые диагностирован рак в течение данного года, в расчете на 100 000 населения. Наиболее частый источник данных – национальные онкологические регистры.

Заболеваемость раком легких четко коррелирует со смертностью. В отношении рака молочной железы и шейки матки эта ассоциация менее очевидна.

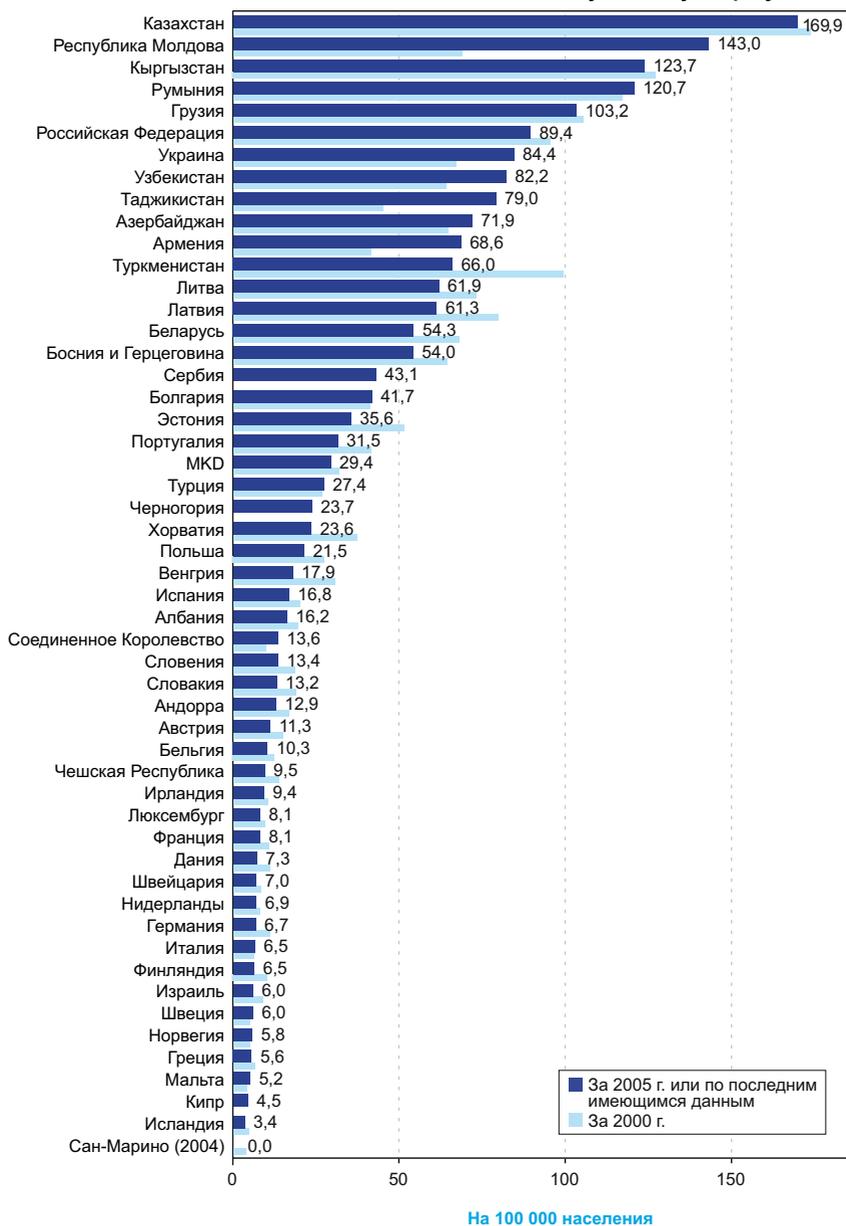
Число выбывших из стационара (сс. 82–90)

Этот показатель отражает, в расчете на 100 000 населения, общее число пациентов, выбывших в течение года из всех больниц (включая умерших), в разбивке по основному диагнозу. Сопоставимость значений данного показателя между странами ограничена из-за различий в организации сбора больничных данных в разных странах, а также различий в системах здравоохранения в целом. Особая осторожность необходима при использовании данных по числу выбывших из стационара для оценки уровня заболеваемости.

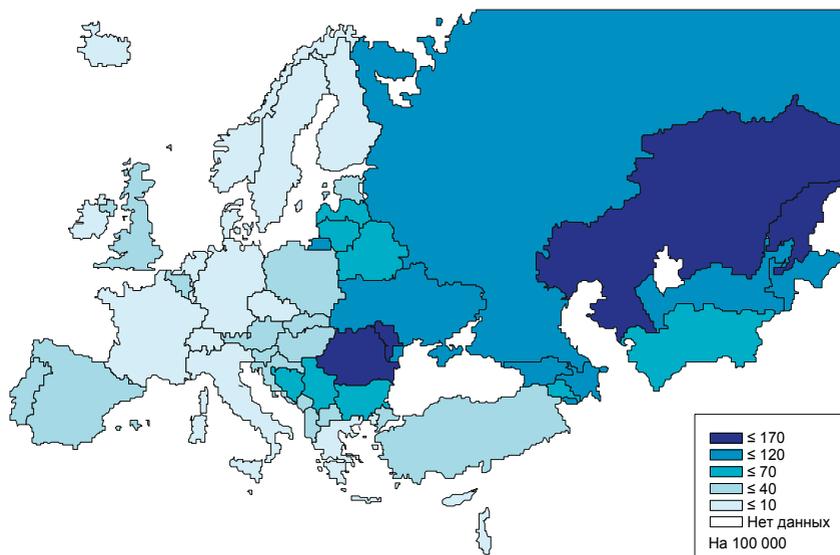
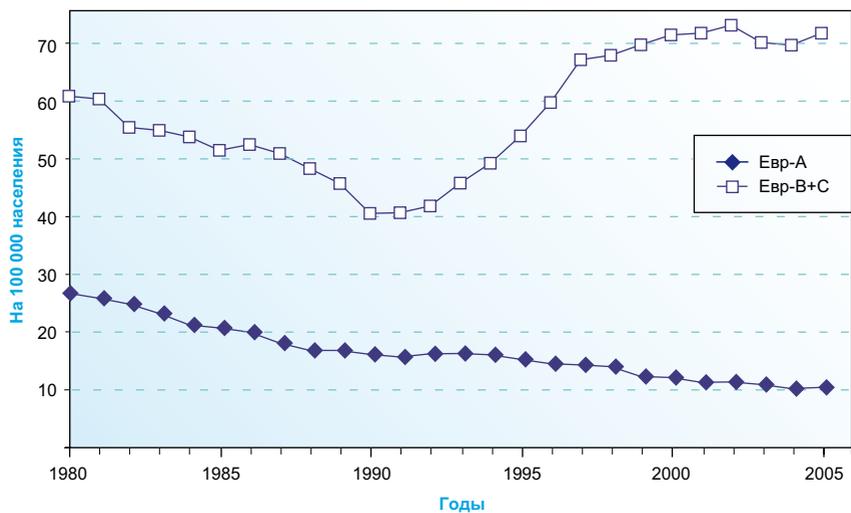
Состояние зубов (с. 91)

Распространенным показателем состояния здоровья полости рта служит среднее число пораженных кариесом, отсутствующих и запломбированных зубов у детей в возрасте 12 лет. Сбор этих данных осуществляет ВОЗ и ее сотрудничающий центр в Швеции (12).

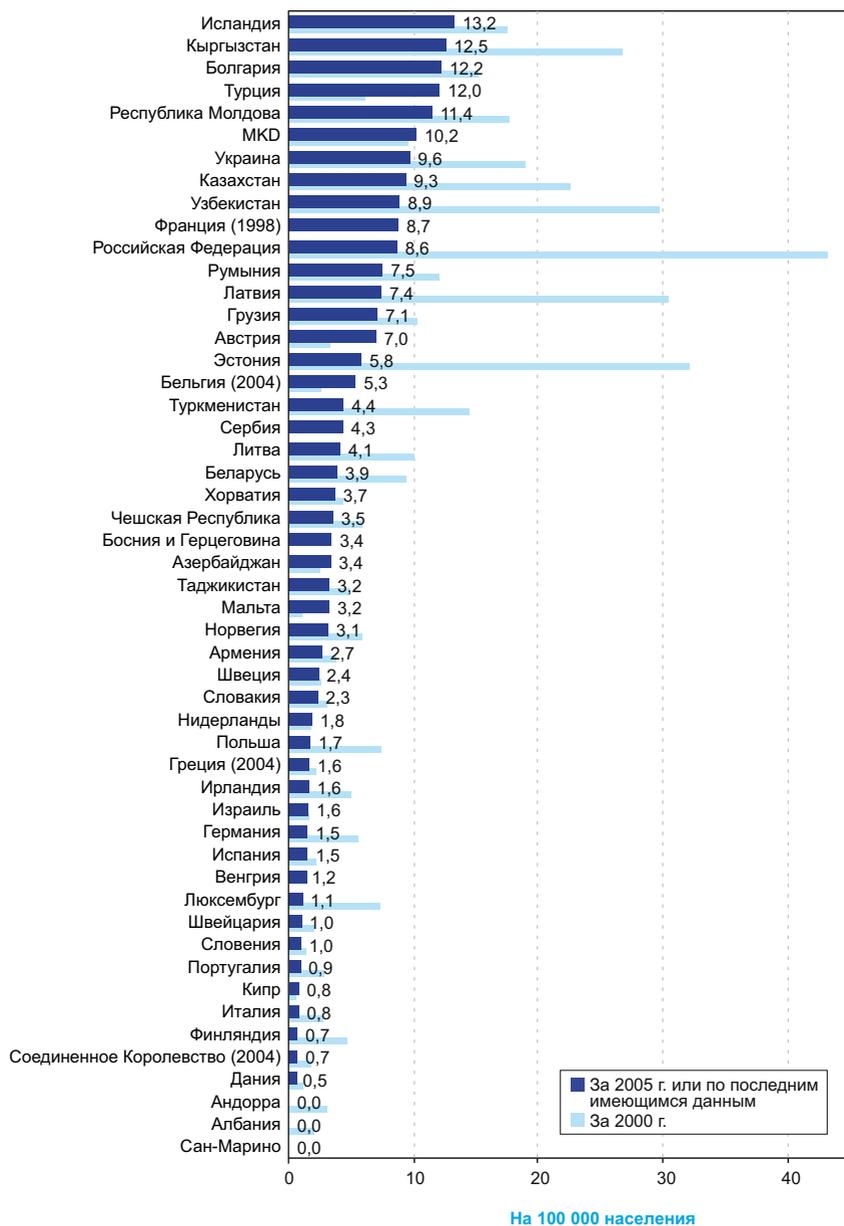
Новые случаи туберкулеза



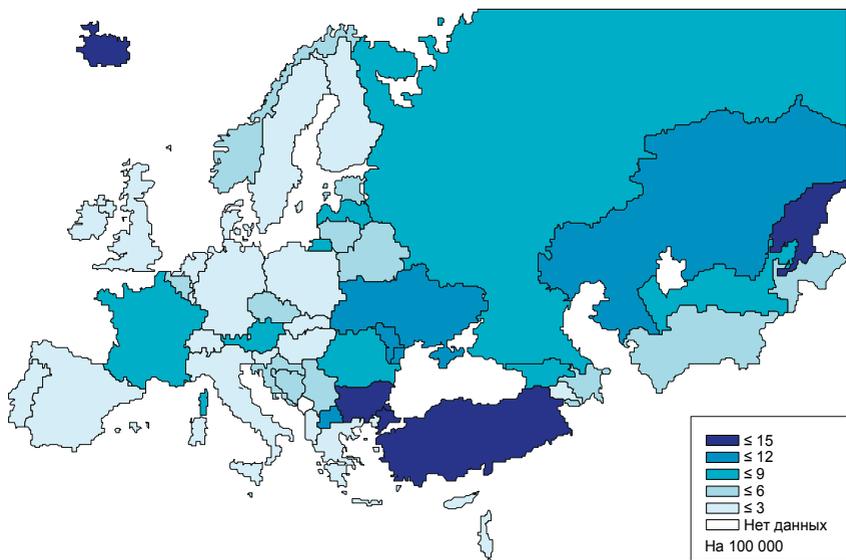
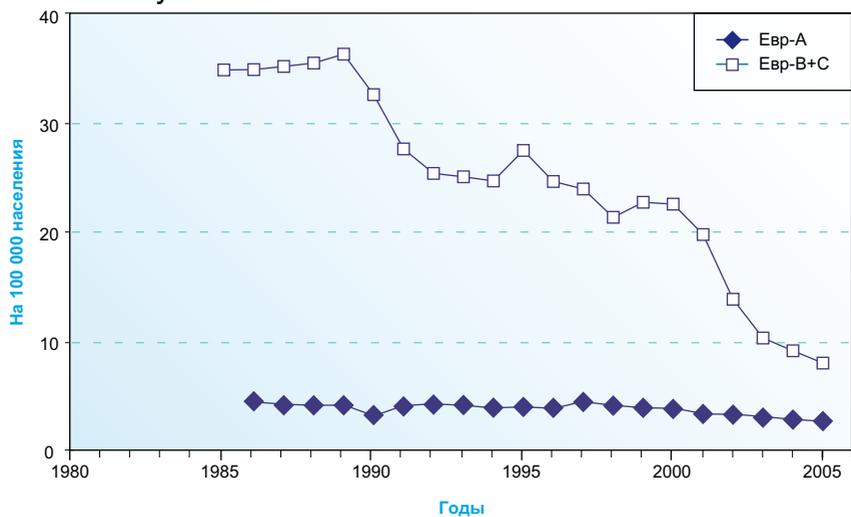
Новые случаи туберкулеза



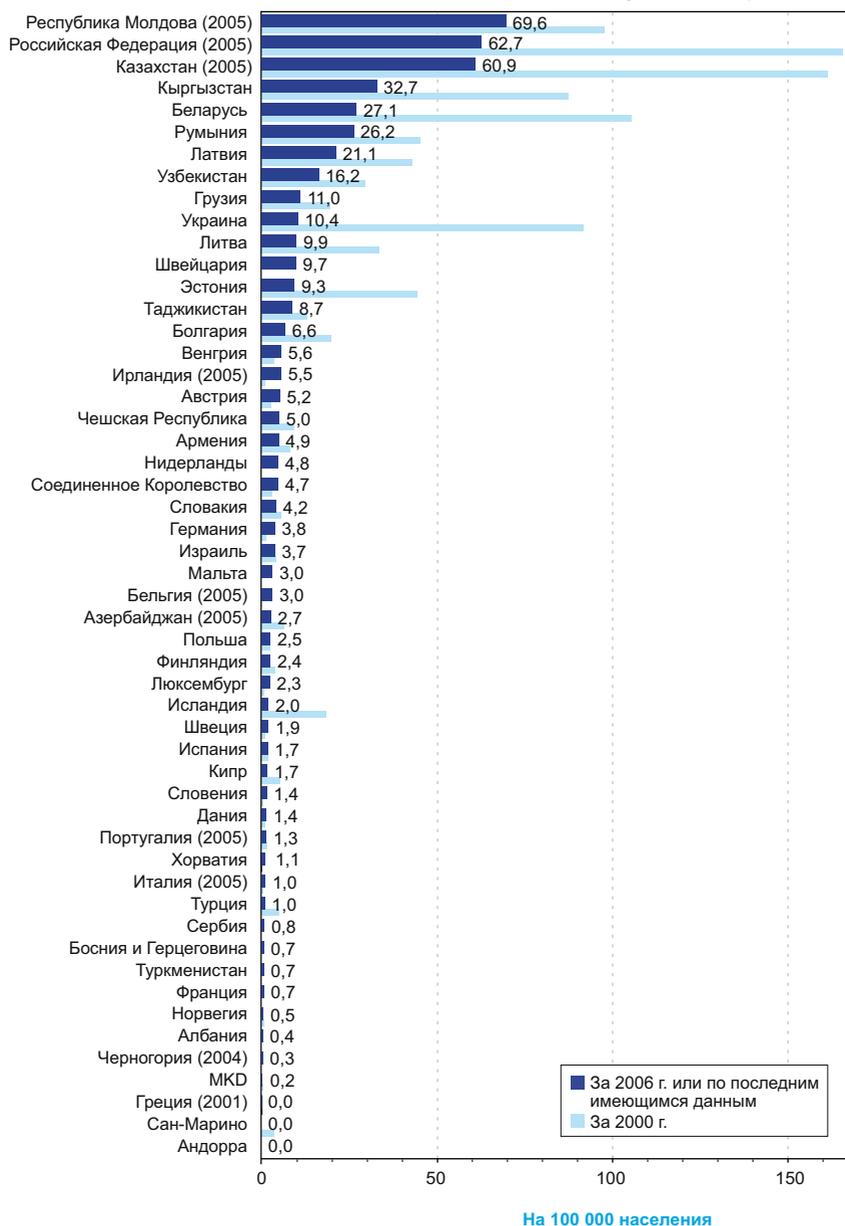
Новые случаи гепатита В



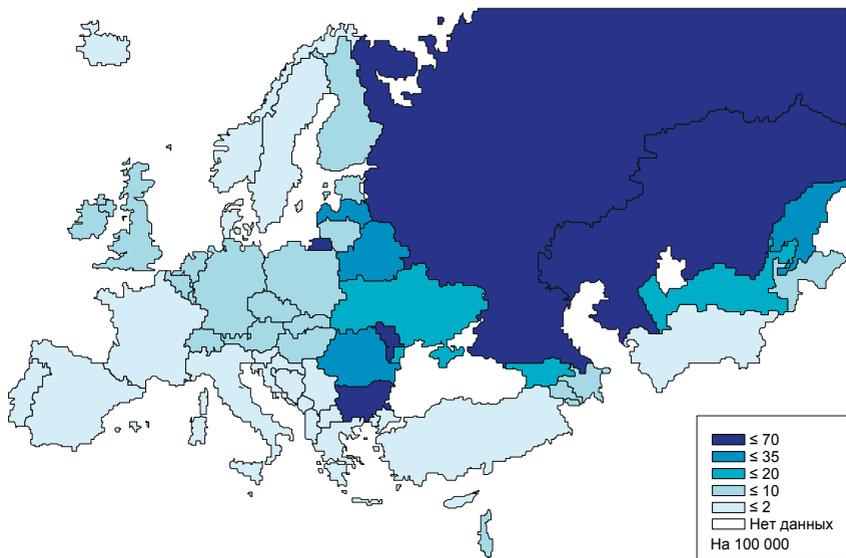
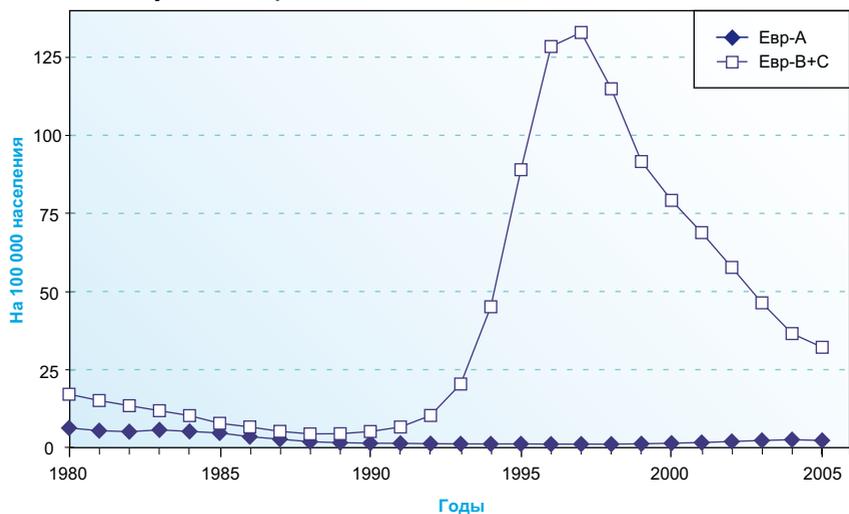
Новые случаи гепатита В



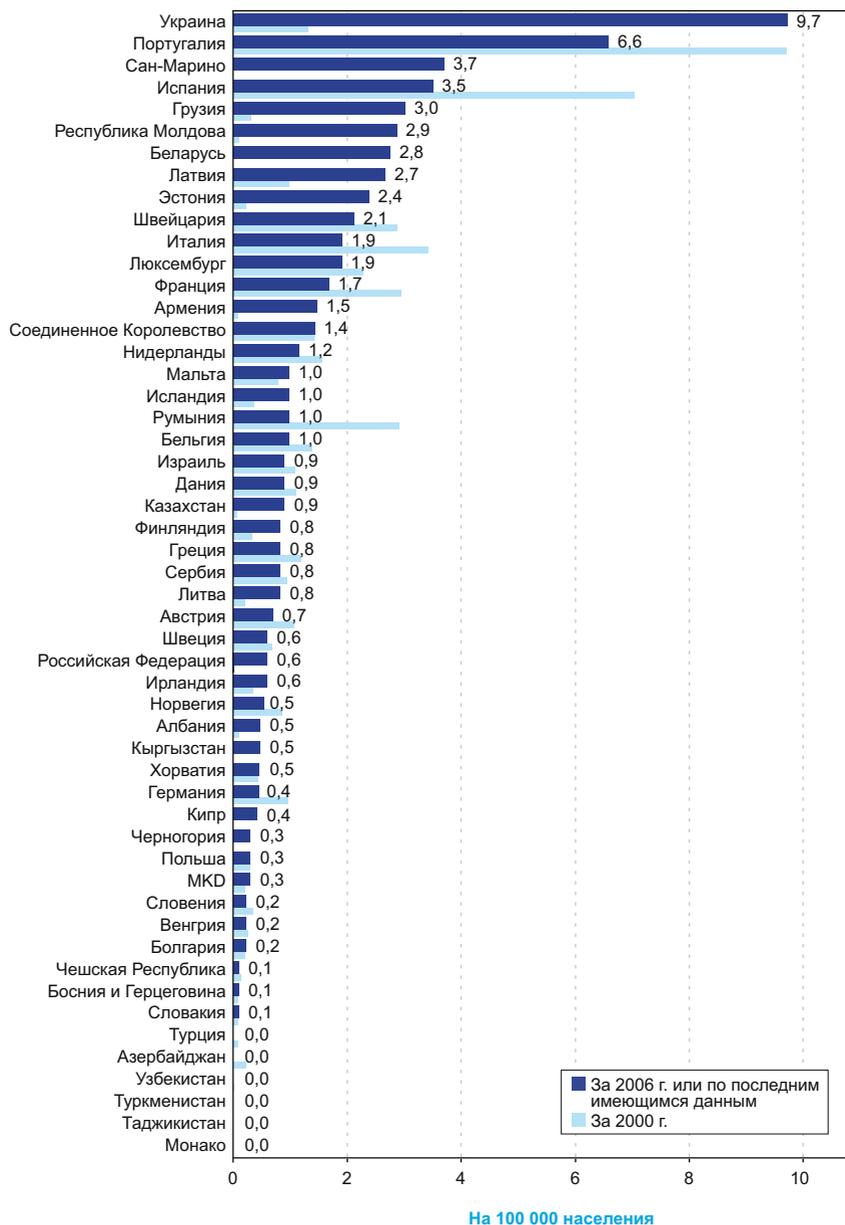
Новые случаи сифилиса



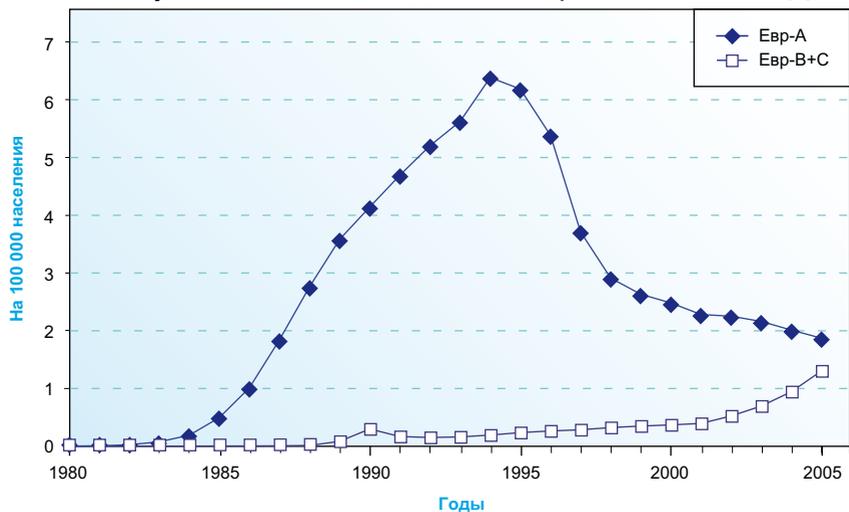
Новые случаи сифилиса



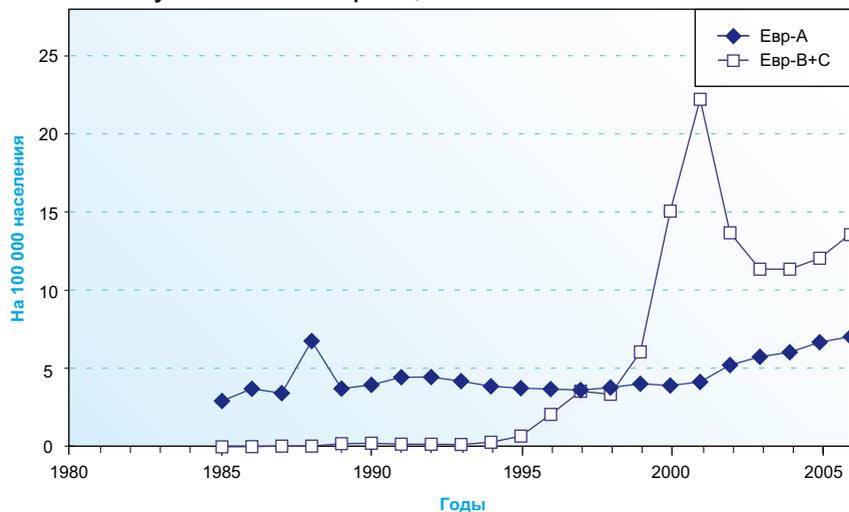
Новые случаи клинически диагностированного СПИДа



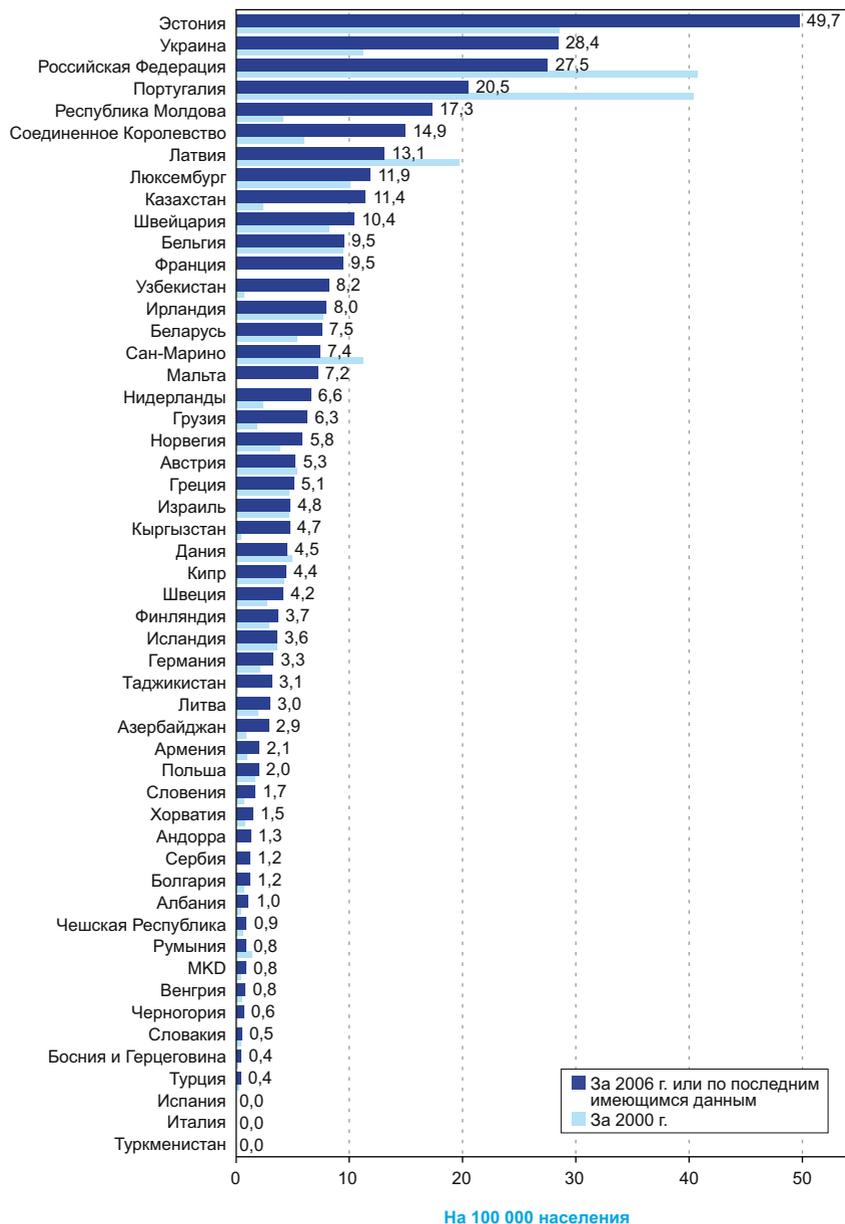
Новые случаи клинически диагностированного СПИДа



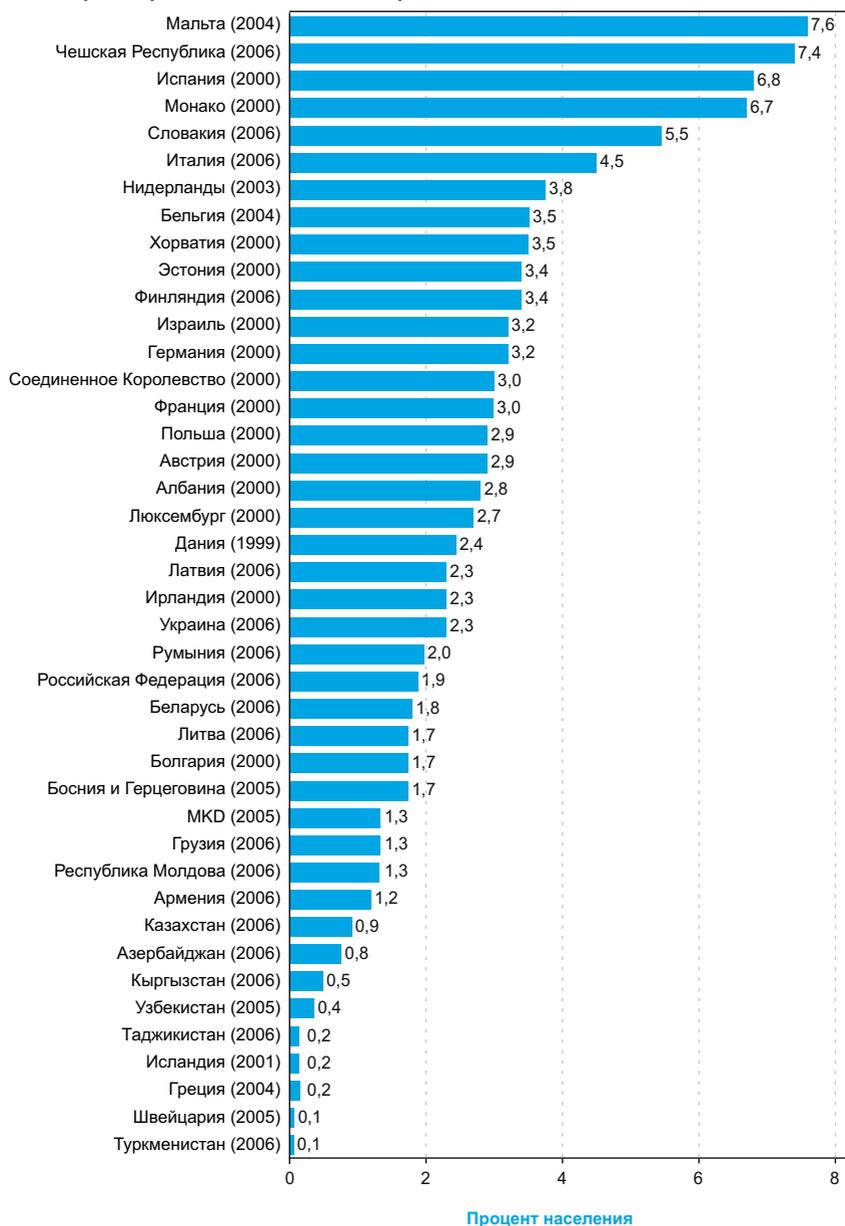
Новые случаи ВИЧ-инфекции



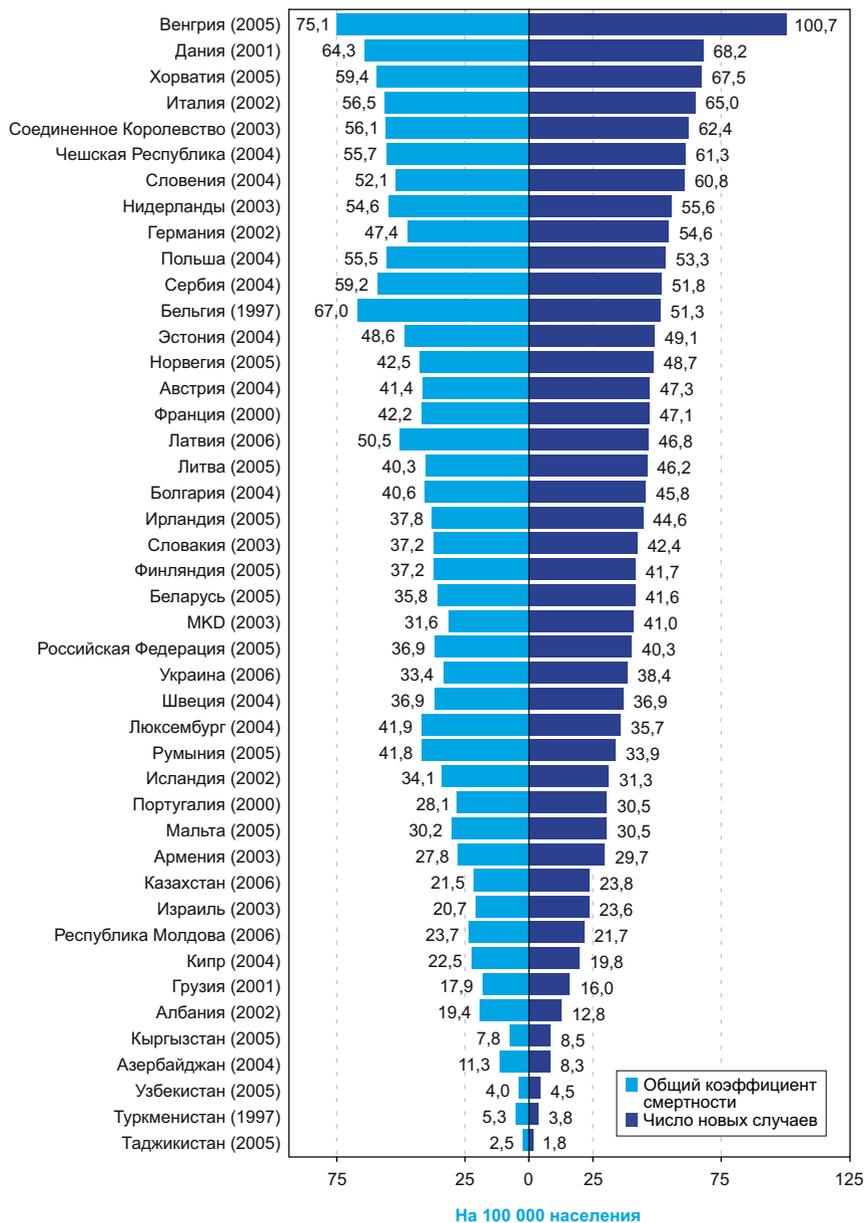
Новые случаи ВИЧ-инфекции



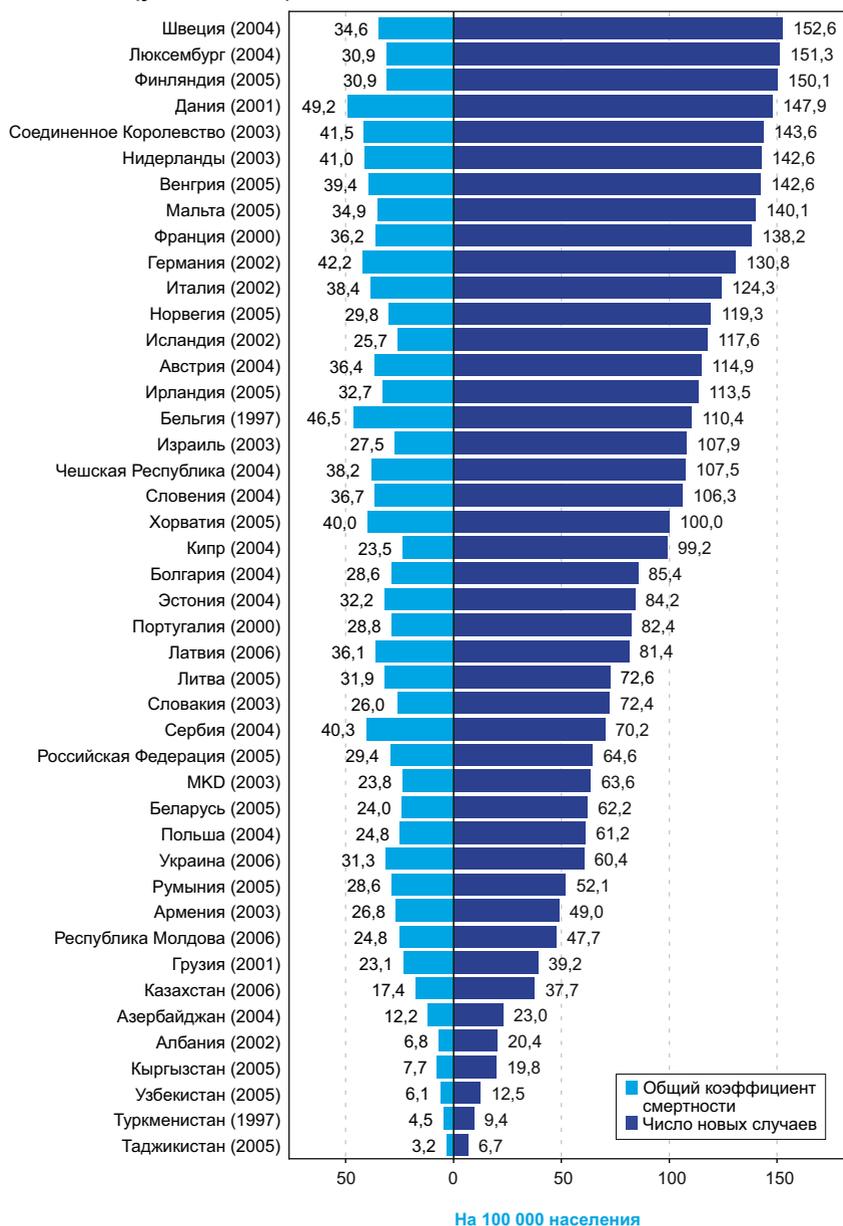
Распространенность сахарного диабета



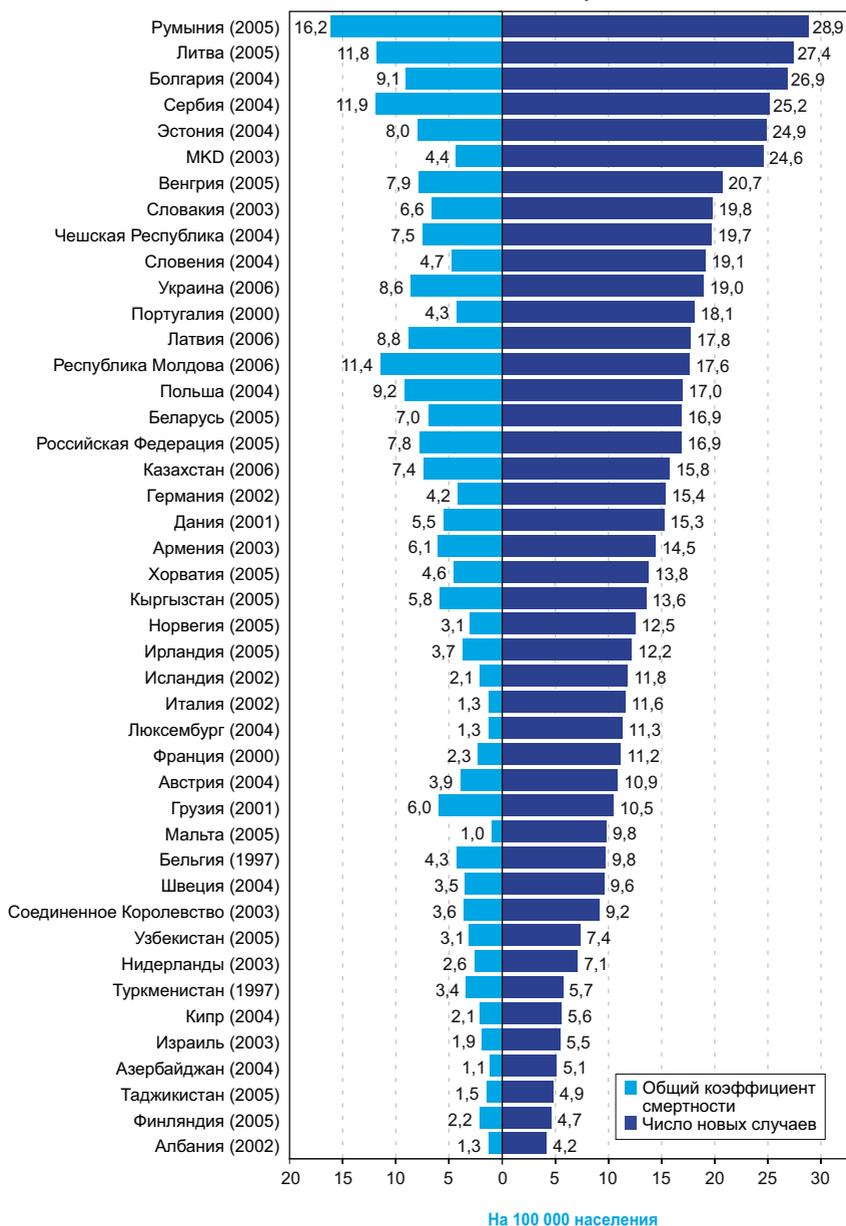
Частота новых случаев и смертность от рака легких



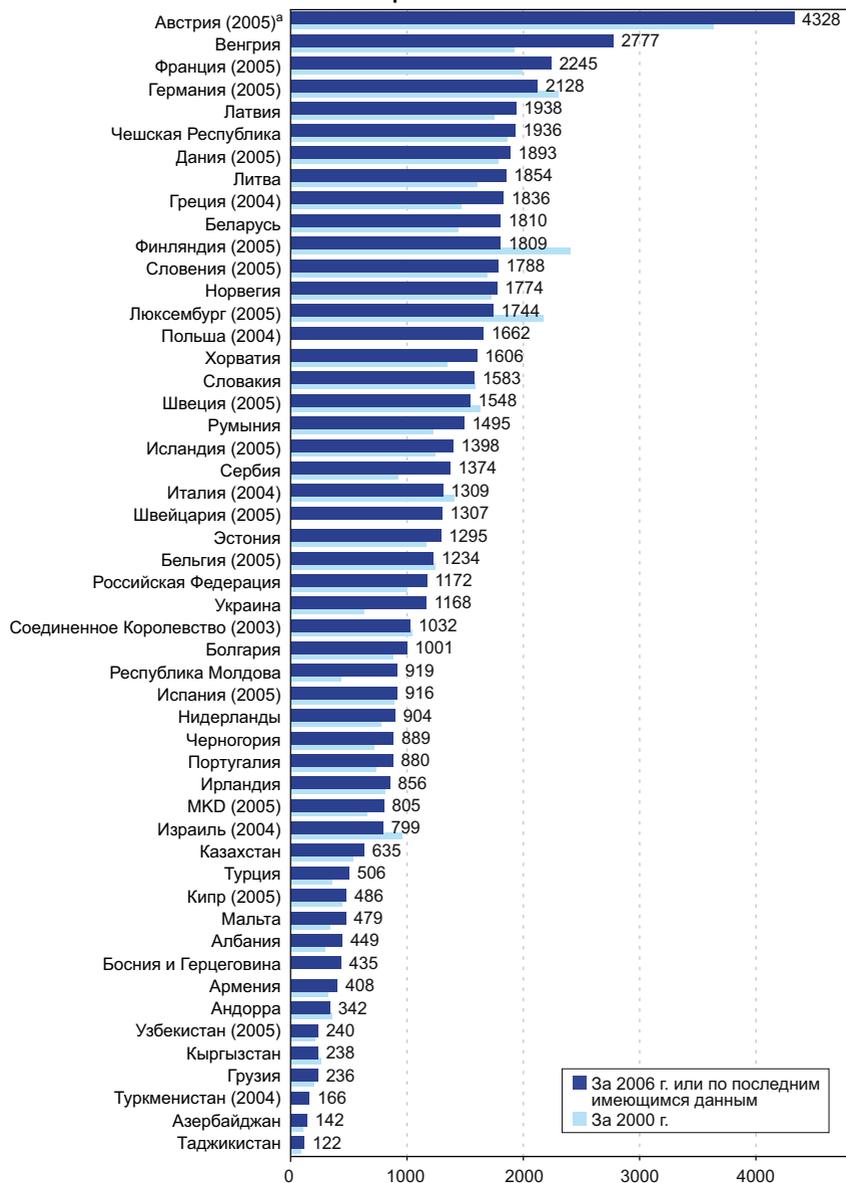
Частота новых случаев и смертность от рака молочной железы (у женщин)



Частота новых случаев и смертность от рака шейки матки



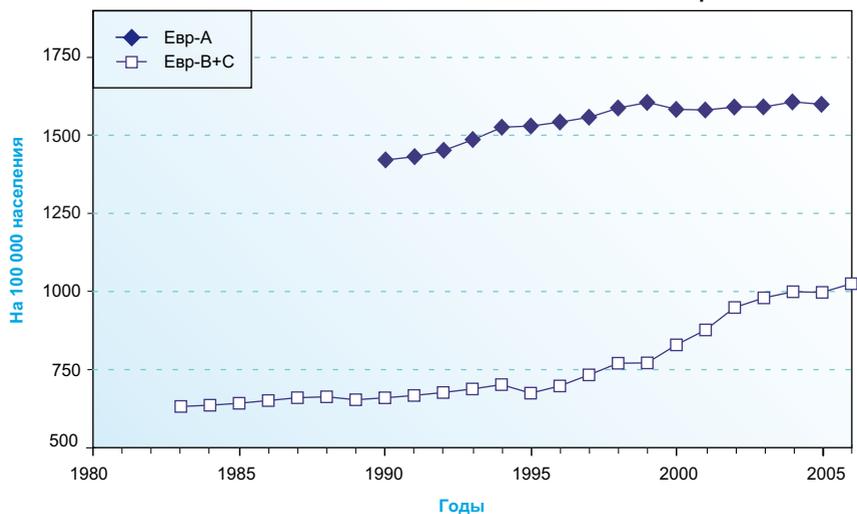
Число выбывших из стационара с диагнозом злокачественного новообразования



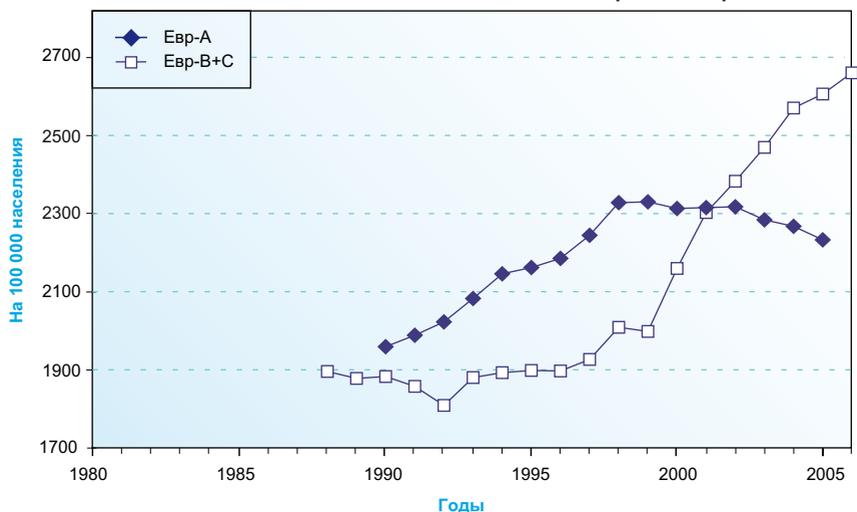
На 100 000 населения

^aВключая случаи однодневной госпитализации.

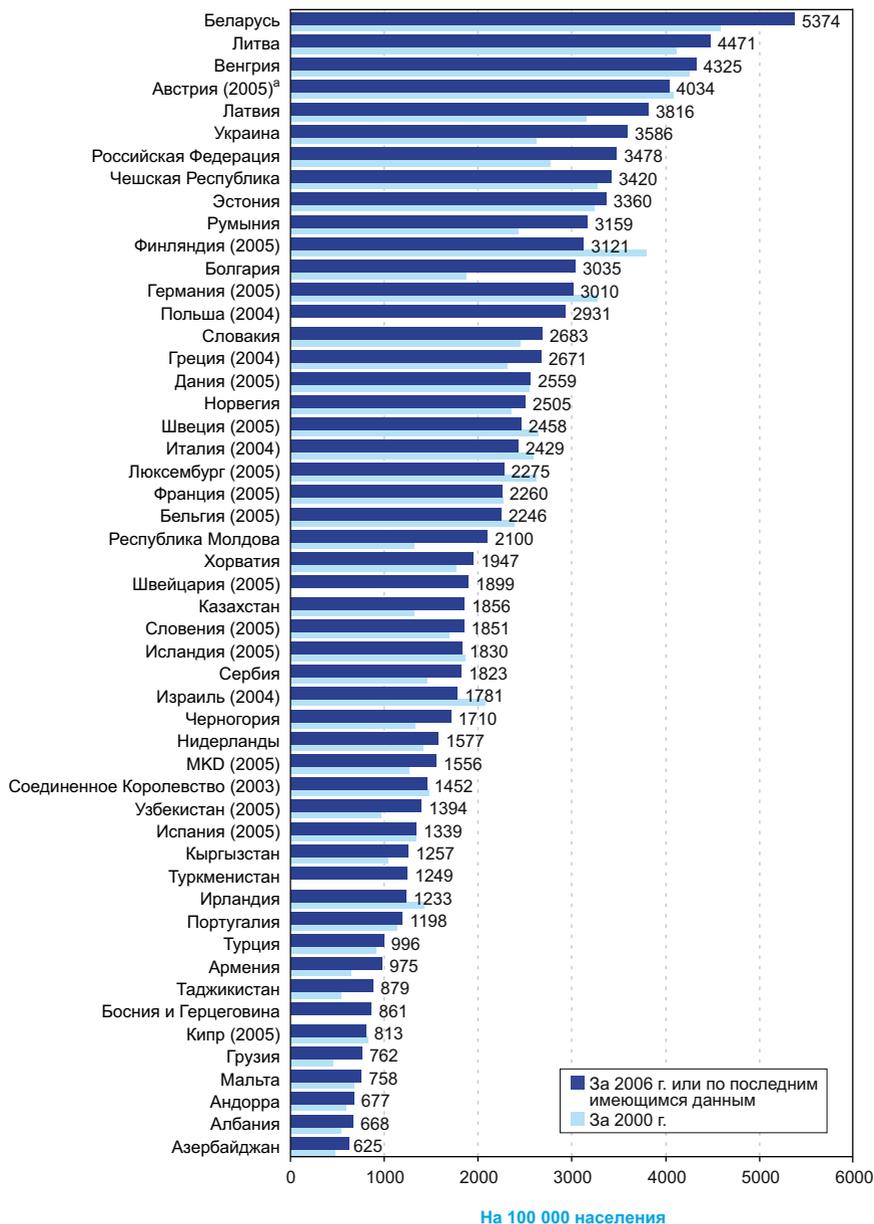
Число выбывших из стационара с диагнозом злокачественного новообразования



Число выбывших из стационара с диагнозом болезни системы кровообращения

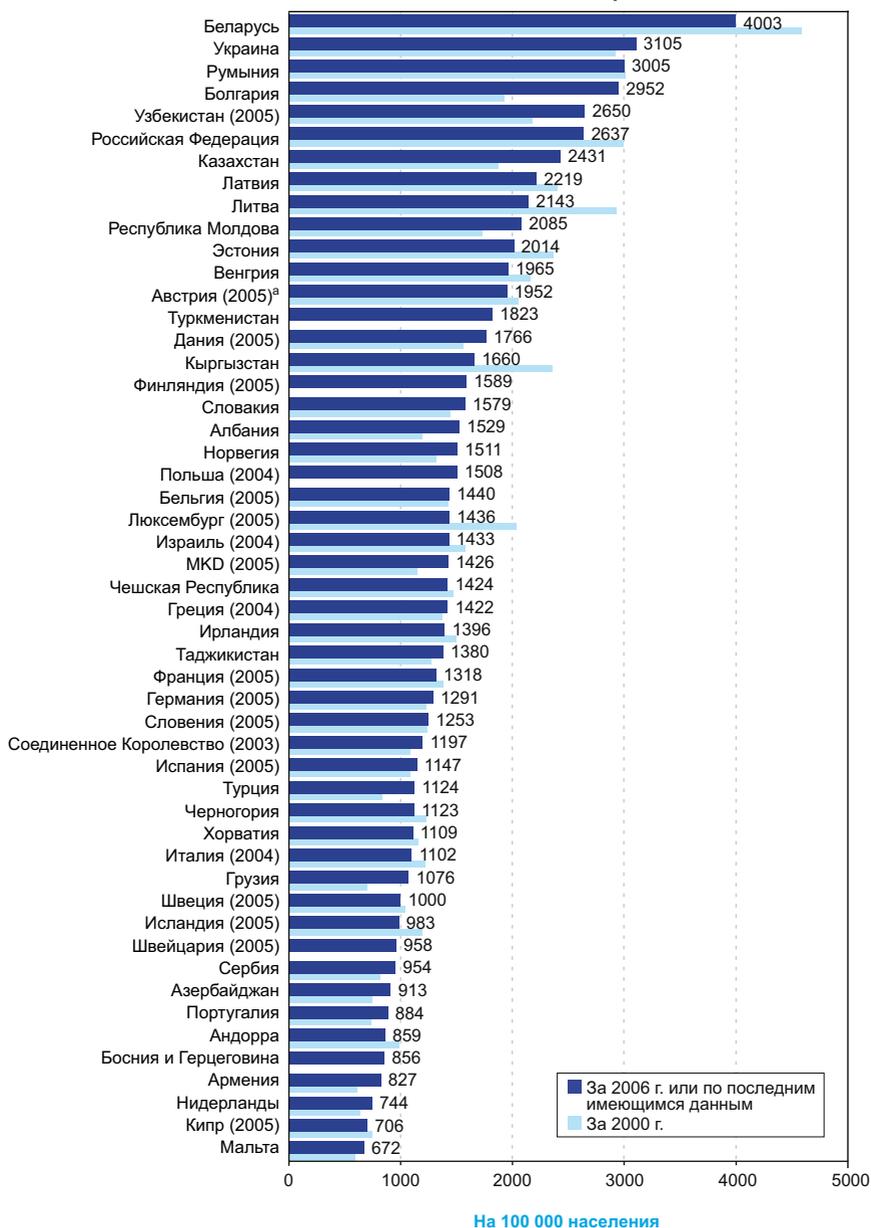


Число выбывших из стационара с диагнозом болезни системы кровообращения



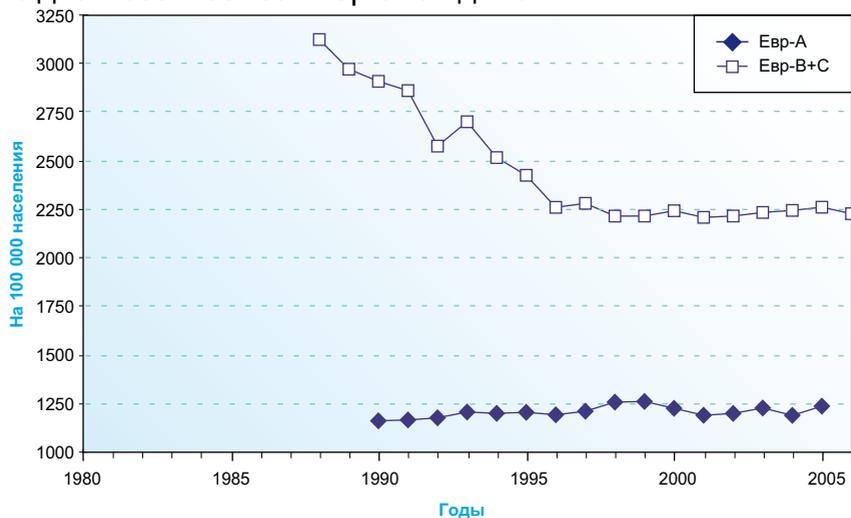
^aВключая случаи однодневной госпитализации.

Число выбывших из стационара с диагнозом болезни органов дыхания

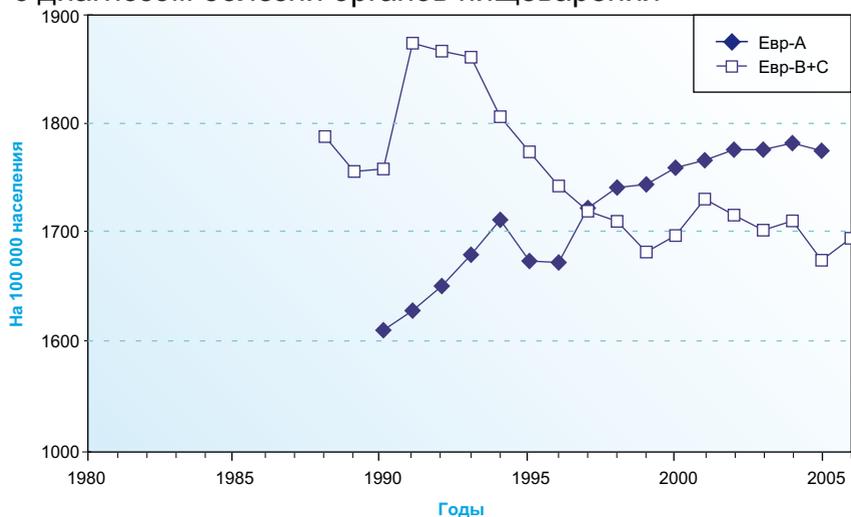


^аВключая случаи однодневной госпитализации.

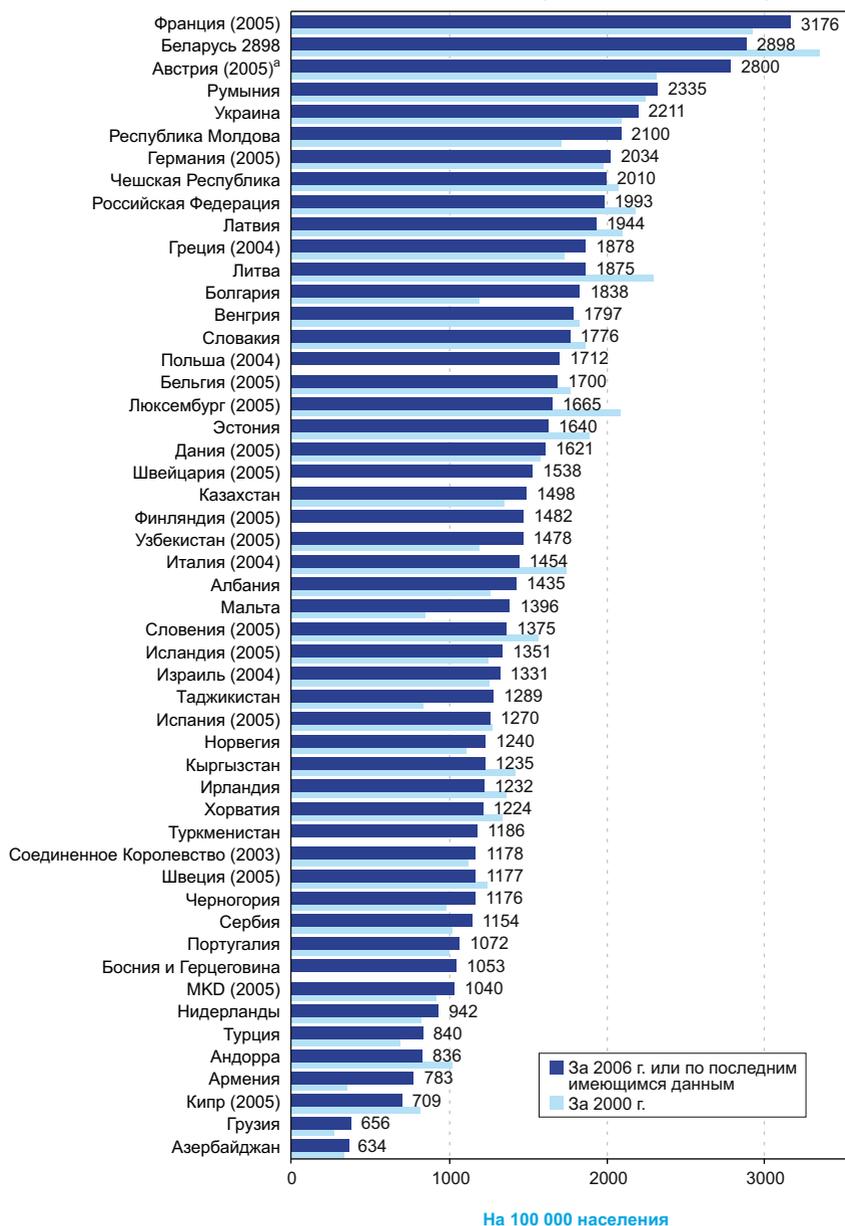
Число выбывших из стационара с диагнозом болезни органов дыхания



Число выбывших из стационара с диагнозом болезни органов пищеварения

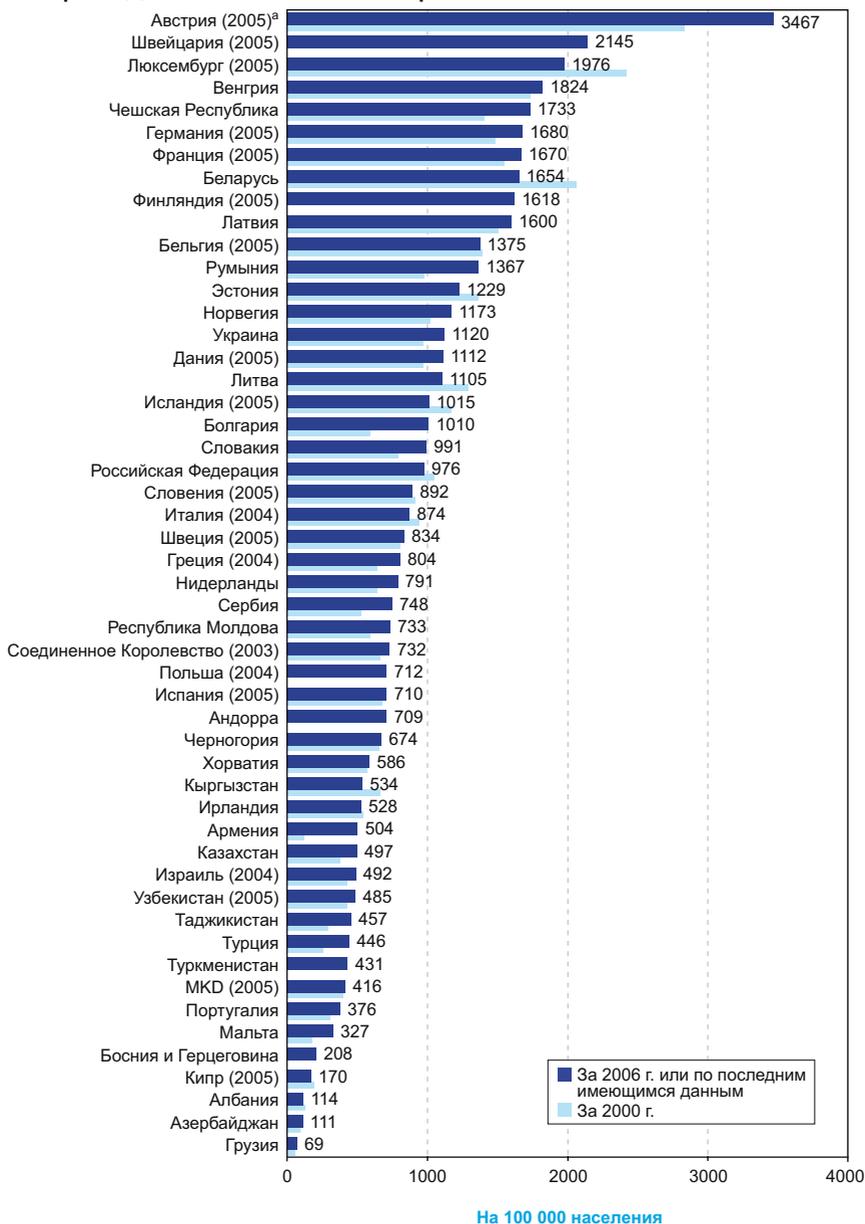


Число выбывших из стационара с диагнозом болезни органов пищеварения



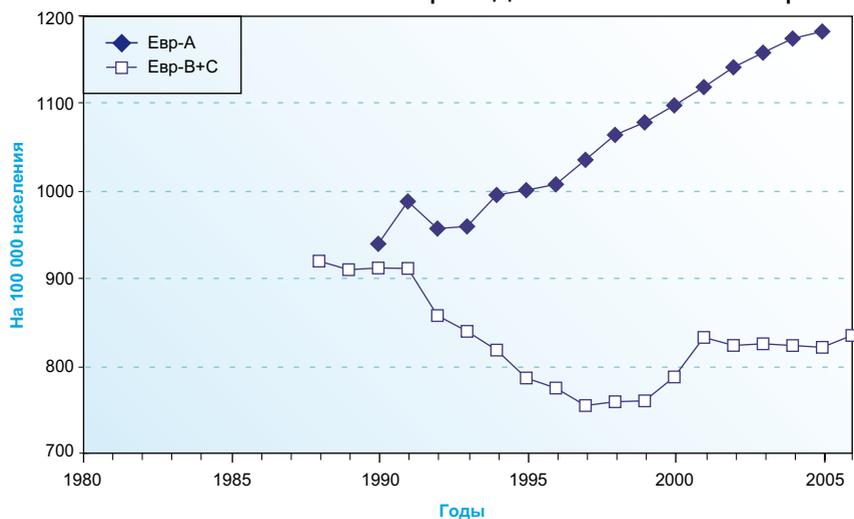
^аВключая случаи однодневной госпитализации.

Число выбывших из стационара с диагнозом болезни опорно-двигательного аппарата

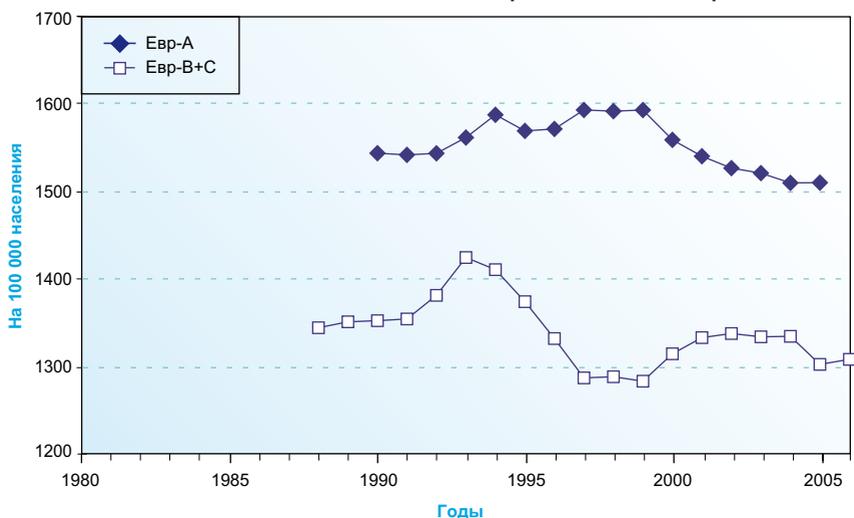


^aВключая случаи однодневной госпитализации.

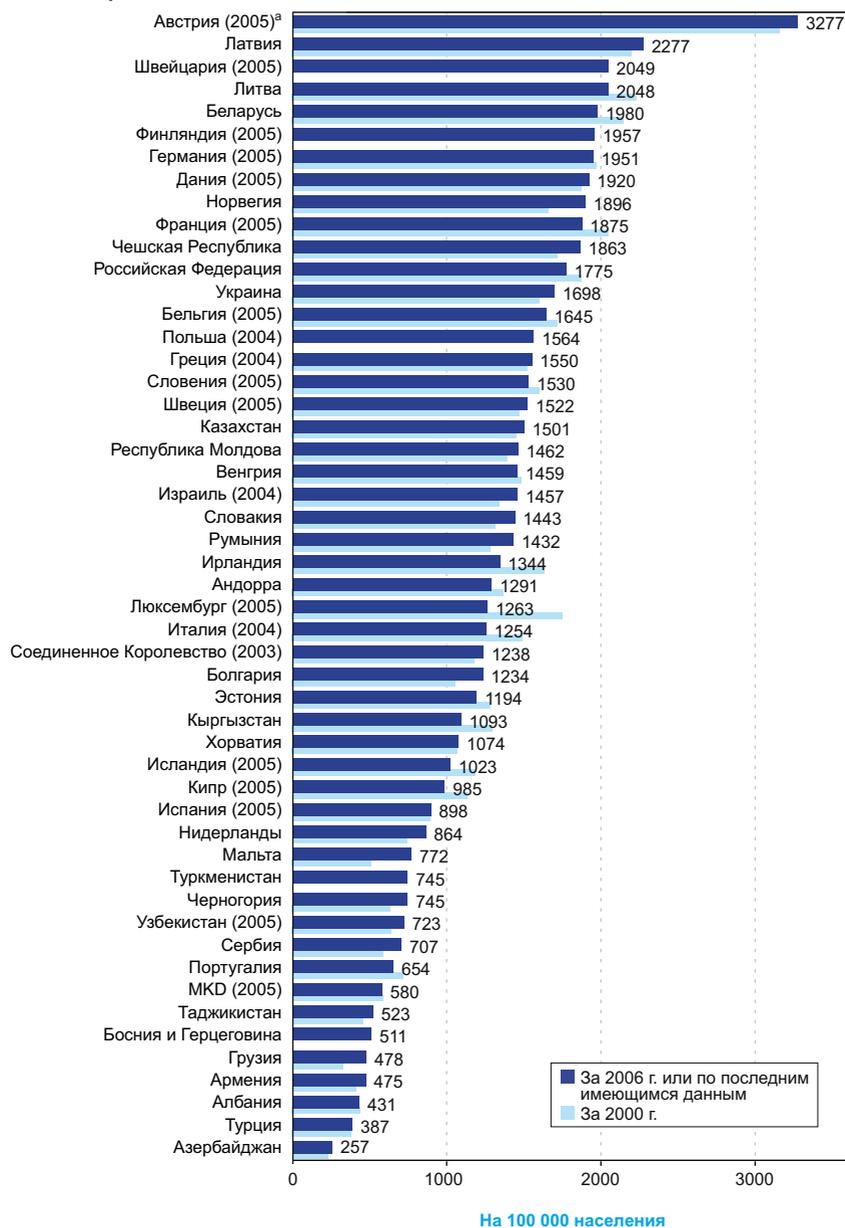
Число выбывших из стационара с диагнозом болезни опорно-двигательного аппарата



Число выбывших из стационара с диагнозом травмы или отравления

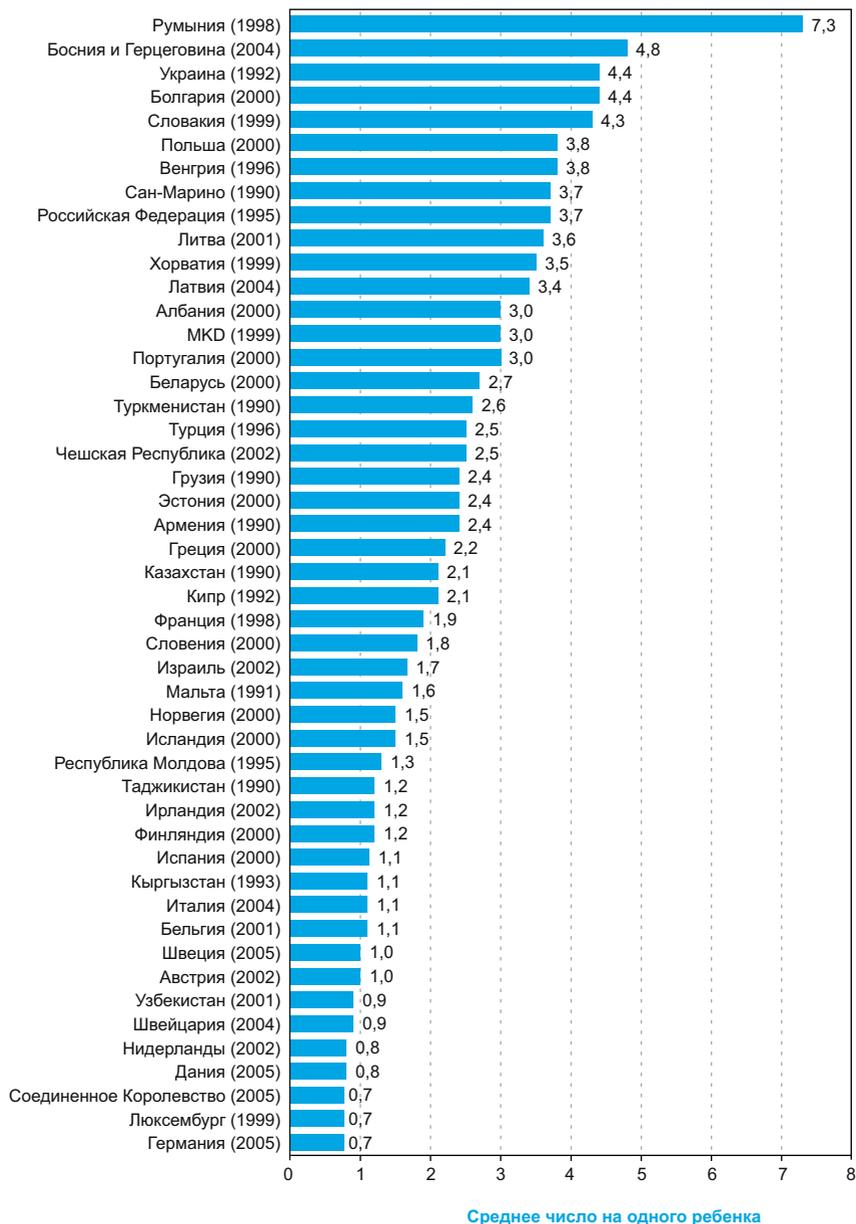


Число выбывших из стационара с диагнозом травмы или отравления



^aВключая случаи однодневной госпитализации.

Пораженные кариесом, отсутствующие и запломбированные зубы у детей в возрасте 12 лет



4. Образ жизни и окружающая среда

Примечания

Курение (сс. 95–96)

Расчет процентной доли постоянных (ежедневных) курильщиков в возрасте 15 лет и старше проводится в странах на основе результатов опросов населения. Европейское региональное бюро ВОЗ осуществляет сбор этих данных. Однако расчетные оценки, как правило, базируются на многочисленных источниках данных, а проводимые выборочные обследования не всегда репрезентативны по отношению ко всей стране. Поэтому сопоставления величин этих показателей между странами следует делать с осторожностью.

Распространенность курения среди подростков в возрасте 15 лет в Европейском регионе оценивается более унифицированным образом благодаря проводимому ВОЗ исследованию “Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья” (13). Однако в этом исследовании собираются данные не по всем странам Региона.

Избыточная масса тела и ожирение (сс. 97–98)

Данные, приведенные в настоящем издании, были собраны силами Европейского регионального бюро ВОЗ в 2007 г.

Дорожно-транспортные происшествия (сс. 99–100)

Основной источник данных о дорожно-транспортных происшествиях – бюллетень “Статистика дорожно-транспортных происшествий в Европе и Северной Америке” (14), выпускаемый на регулярной основе Европейской экономической комиссией ООН. Данные о смертных случаях в результате дорожно-транспортных происшествий поступают из базы данных о смертности ВОЗ (3). Практика регистрации дорожно-транспортных происшествий значительно различается между странами, ограничивая тем самым возможность международных сопоставлений.

Имеющиеся данные показывают, что для стран Восточной и некоторых стран Центральной Европы характерно наименьшее число зарегистрированных дорожно-транспортных происшествий с наличием пострадавших в расчете на 100 000 населения и одновременно с этим наибольшее число погибших в расчете на 1000 происшествий. Такой характер связи, скорее всего, отражает неполный учет дорожно-

транспортных происшествий в этих странах, а также свидетельствует о низком уровне безопасности дорожного движения в восточной части Региона.

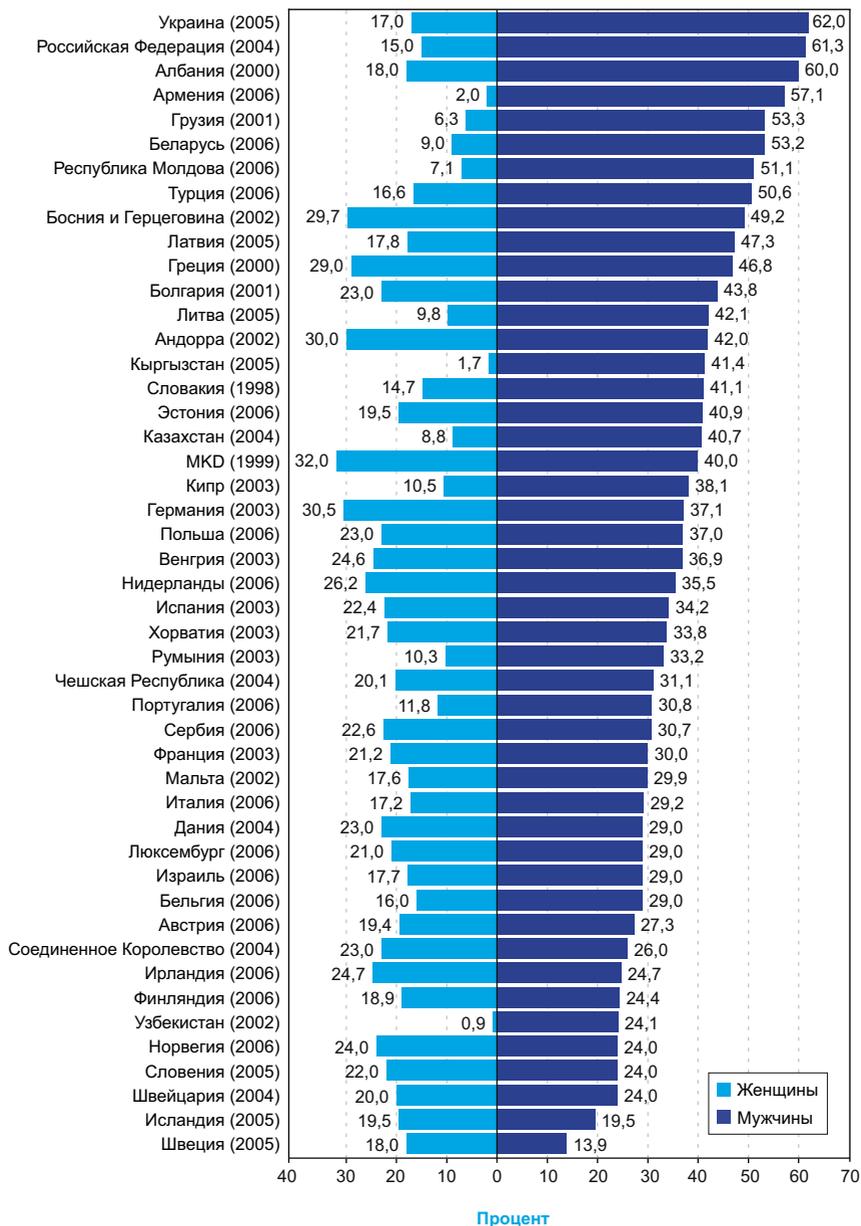
Алкоголь (сс. 101–104)

Приведенные данные отражают расчетный объем чистого этилового спирта, потребленного в виде крепких спиртных напитков, вина, пива и других алкогольных напитков в расчете на душу населения в год. Эти оценки получают на основе официальной статистики производства такой продукции на местах, ее продаж, импорта и экспорта, а там, где это возможно, учитываются также и объемы запасов таких продуктов и их домашнего производства. Европейское региональное бюро ВОЗ осуществляет сбор данных и проводит расчеты, опираясь главным образом на два источника: ФАО и сведения, поступающие непосредственно из стран.

Смертность от несчастных случаев на рабочем месте (сс. 104–106)

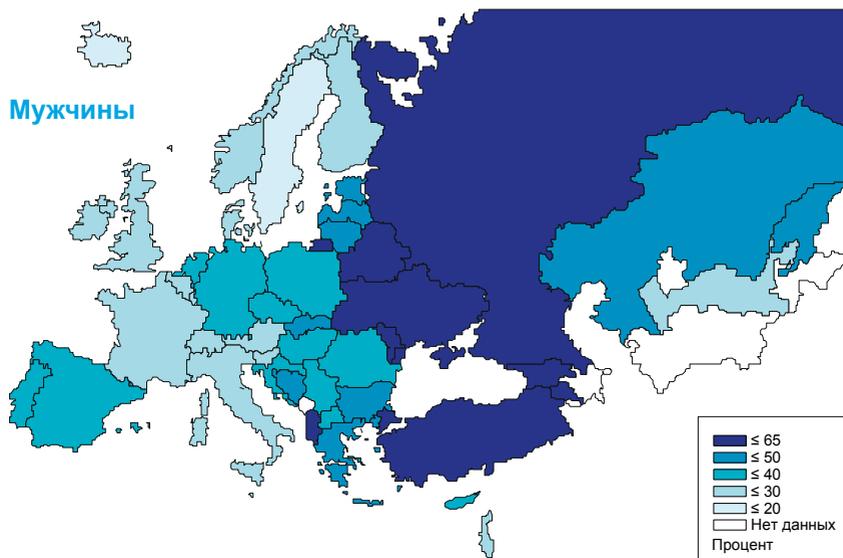
Источник данных – МОТ.

Доля курящих среди взрослых

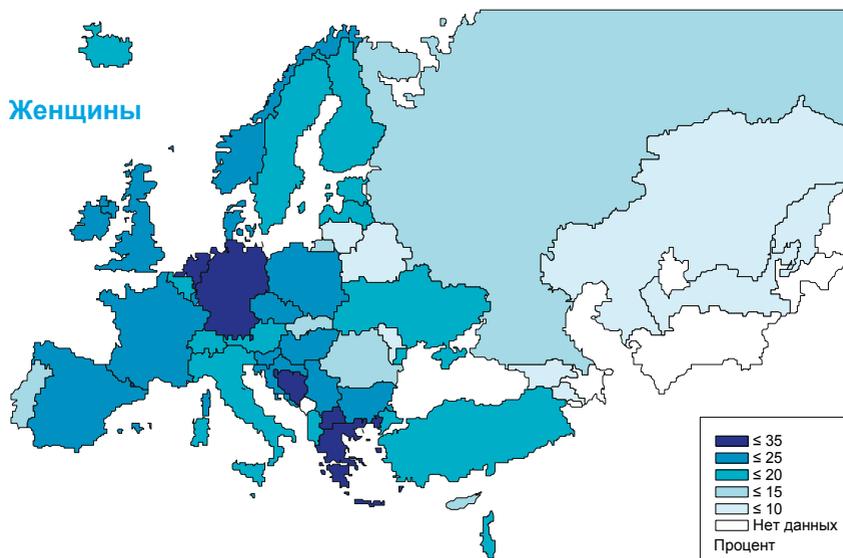


Курящие ежедневно, 15 лет и старше

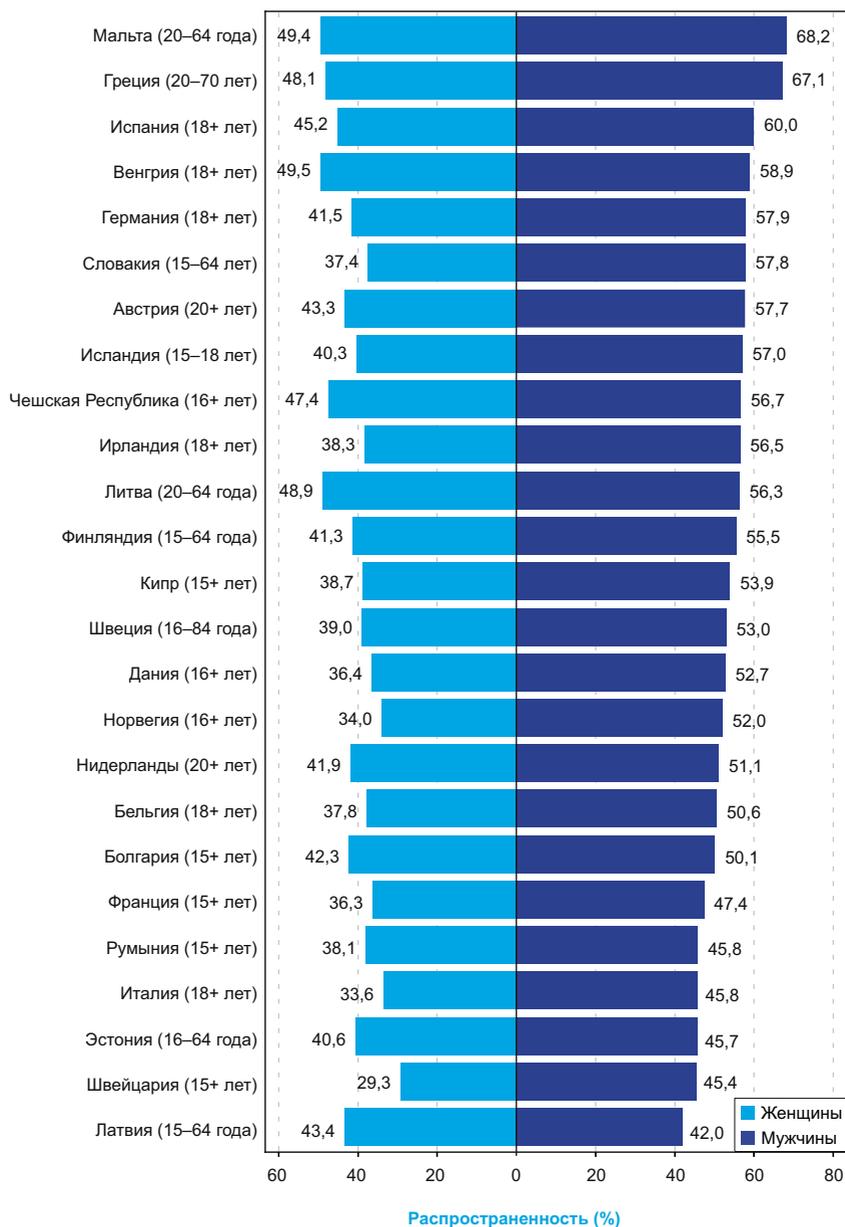
Мужчины



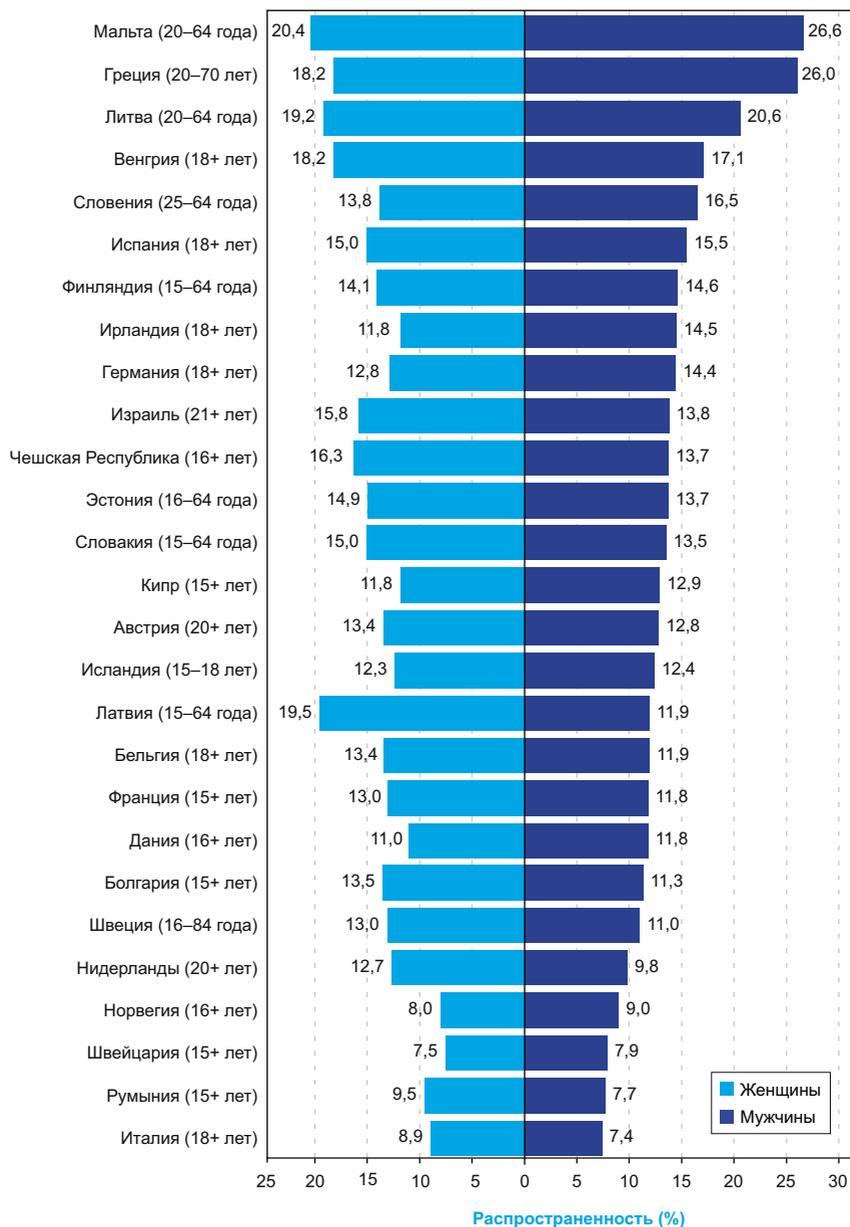
Женщины



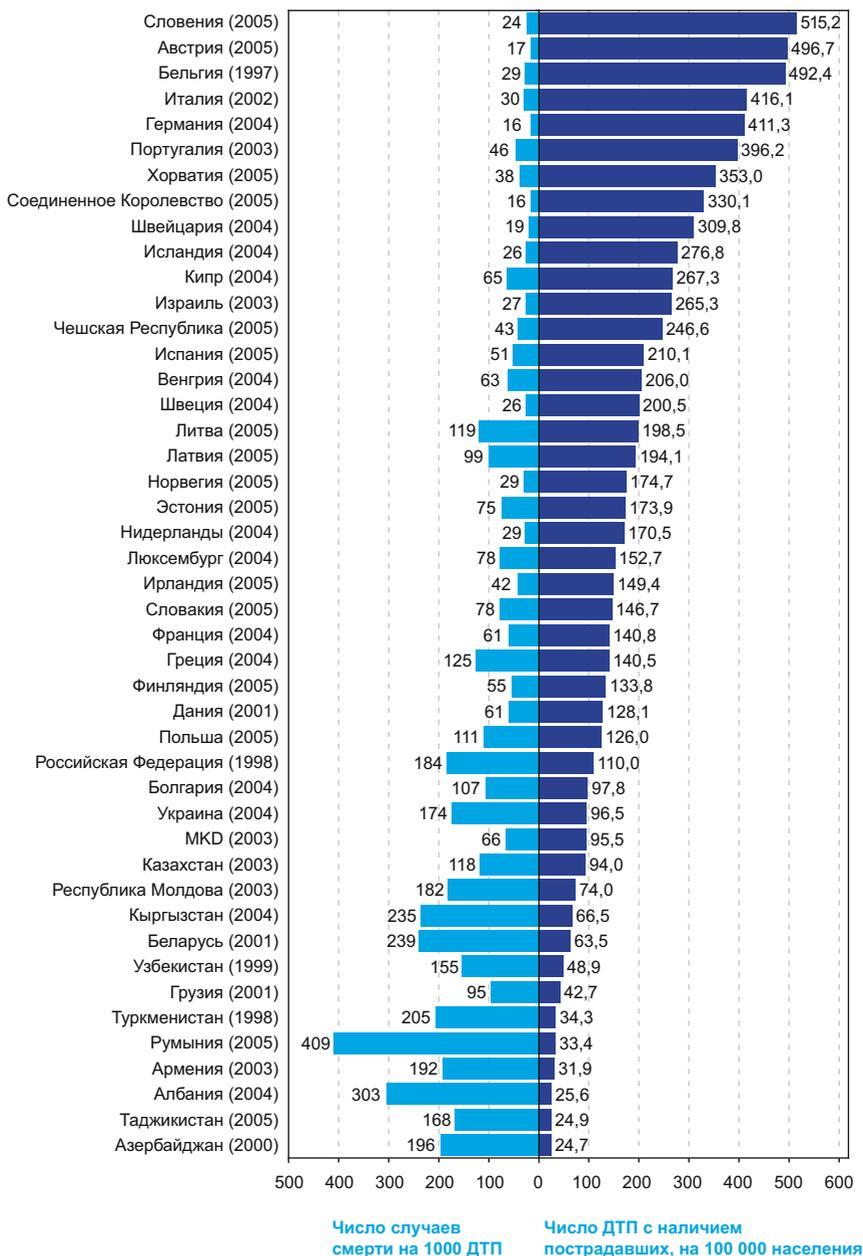
Распространенность избыточной массы тела среди взрослых, последние имеющиеся данные за период 2000–2006 гг.



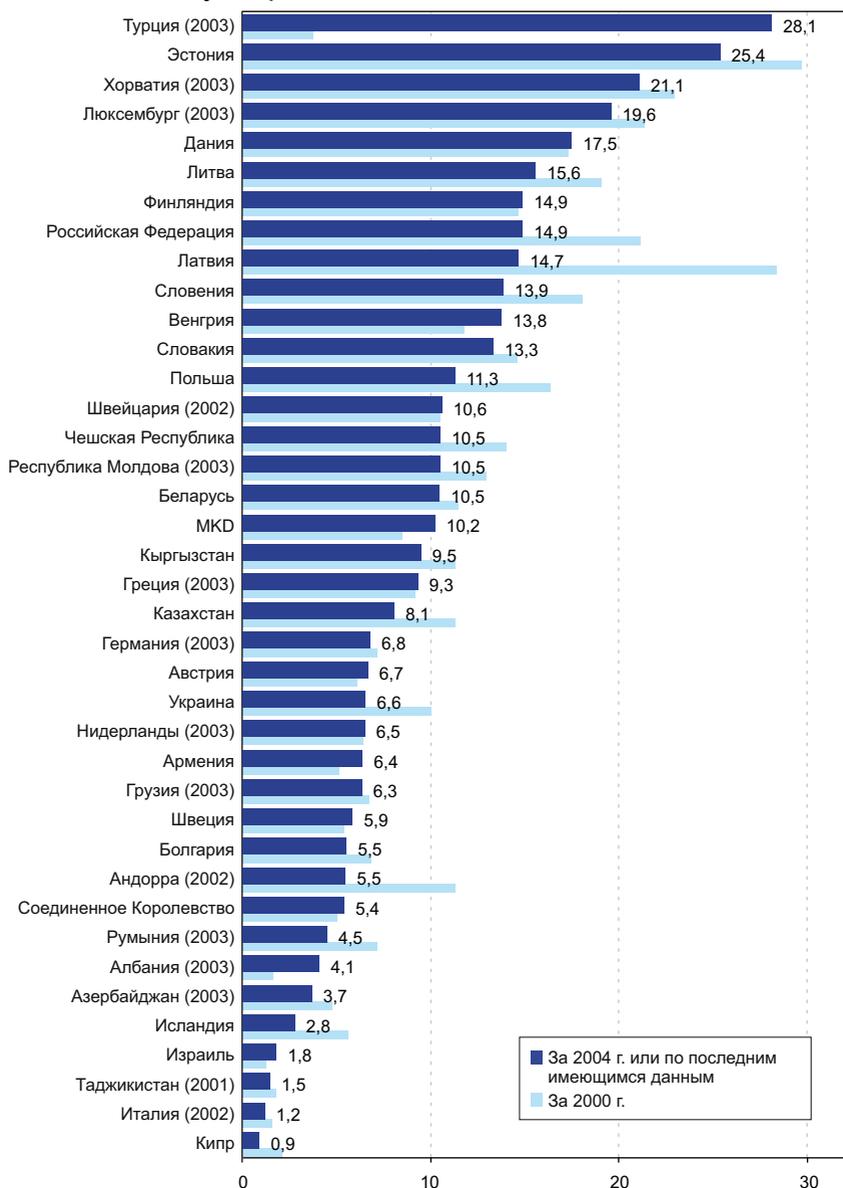
Распространенность ожирения среди взрослых, последние имеющиеся данные за период 2000–2006 гг.



Травматизм и смертность в результате дорожно-транспортных происшествий

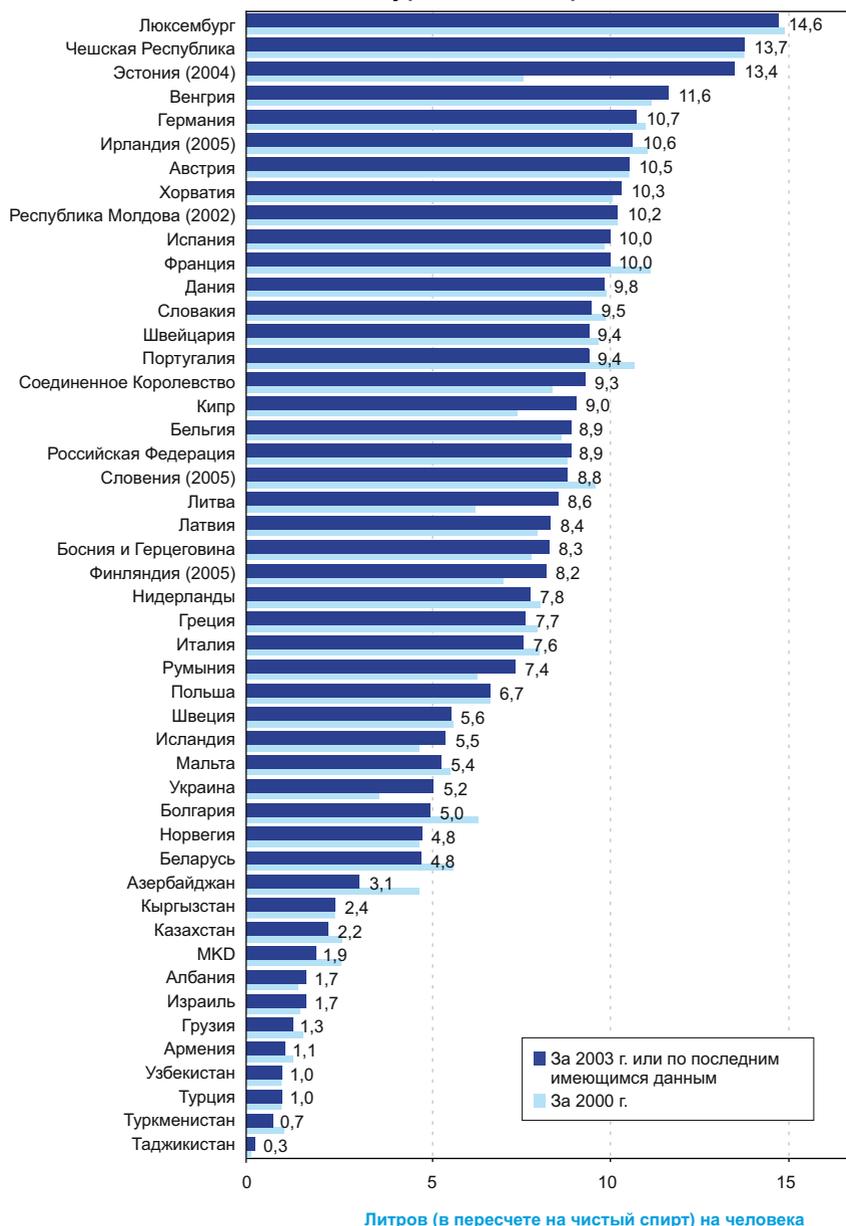


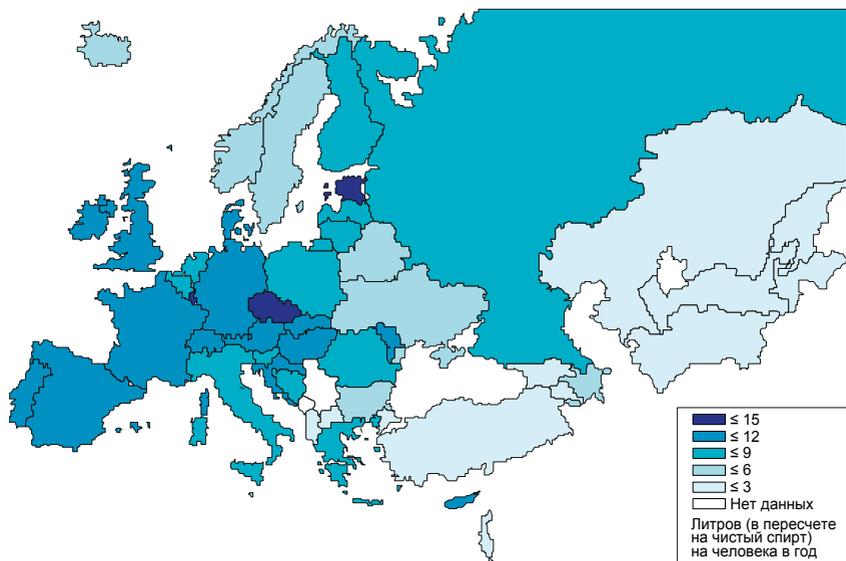
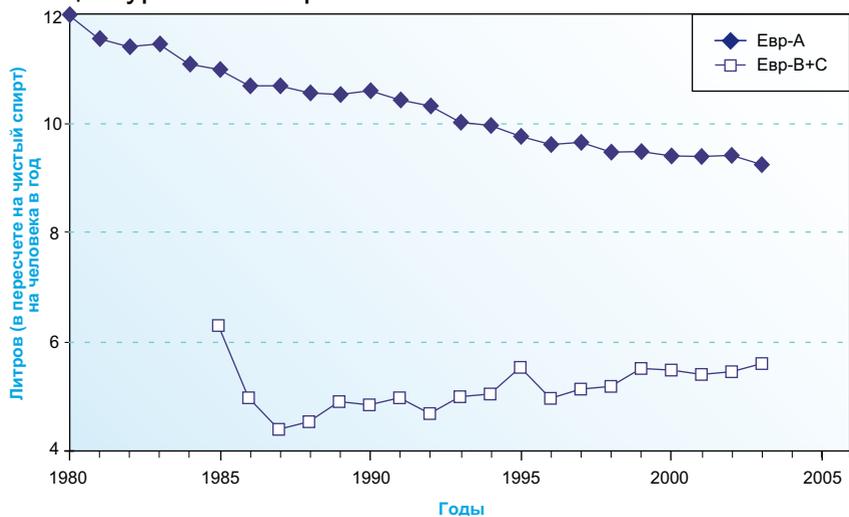
Дорожно-транспортные происшествия, связанные с употреблением алкоголя



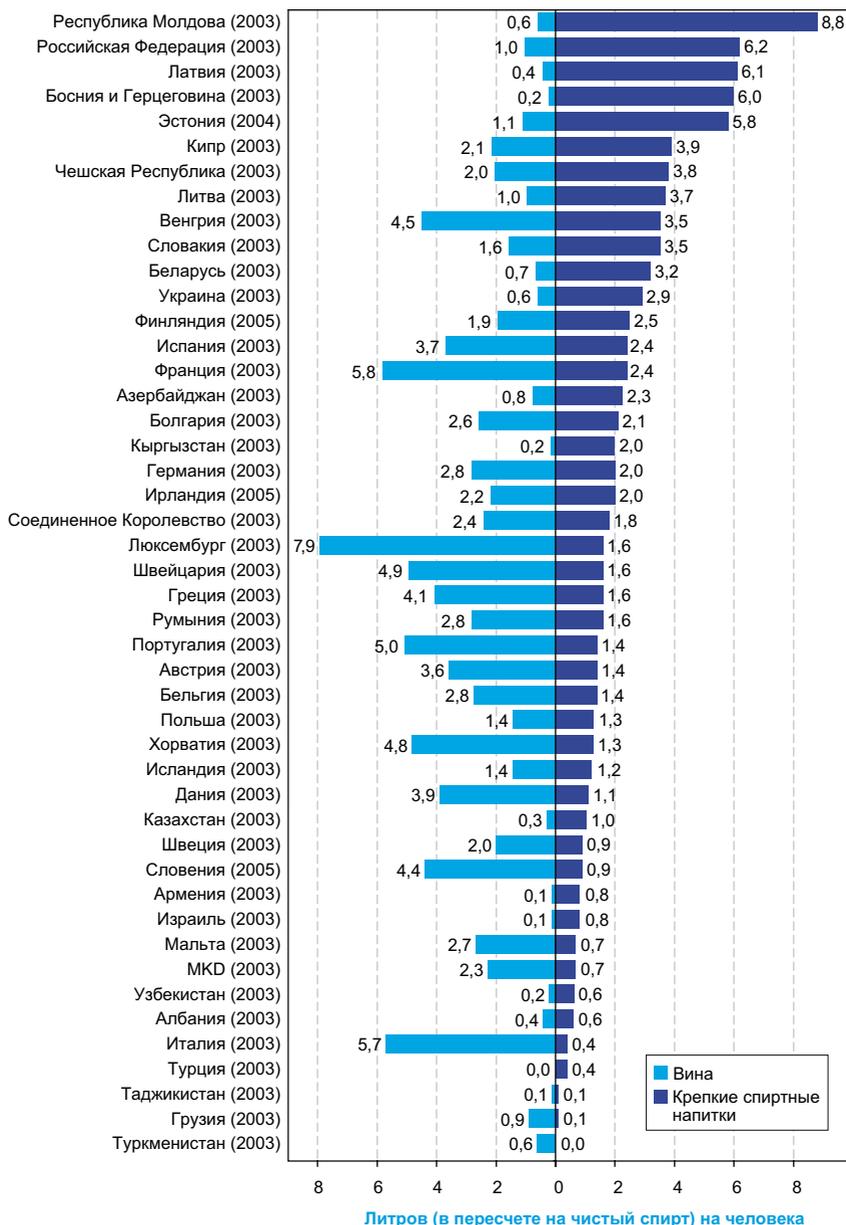
Процент от всех дорожно-транспортных происшествий с наличием пострадавших

Общий уровень потребления алкоголя

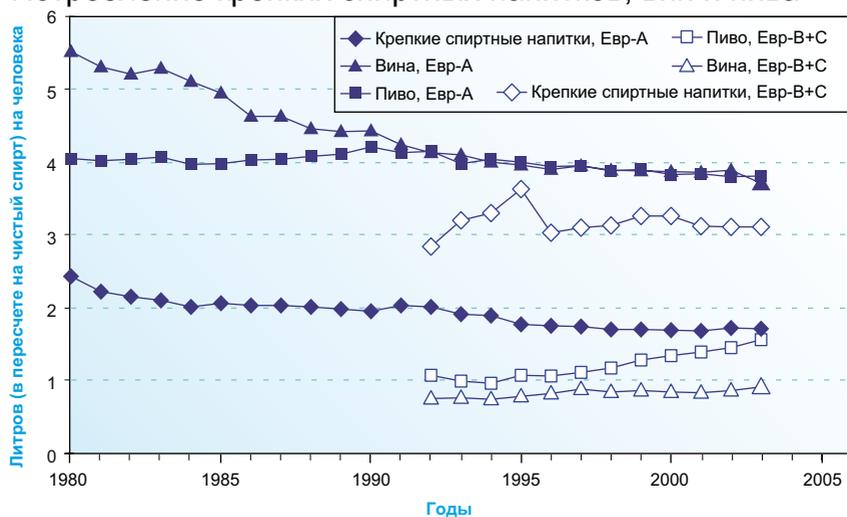


Общий уровень потребления алкоголя

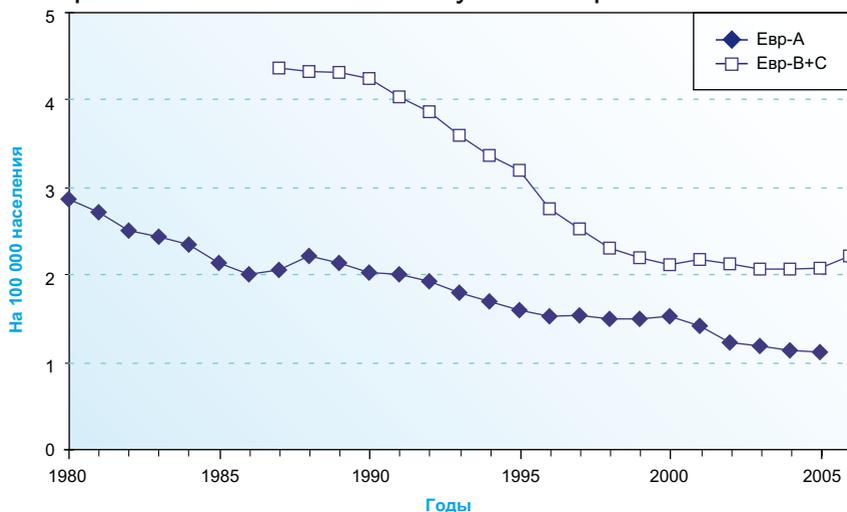
Потребление вин и крепких спиртных напитков



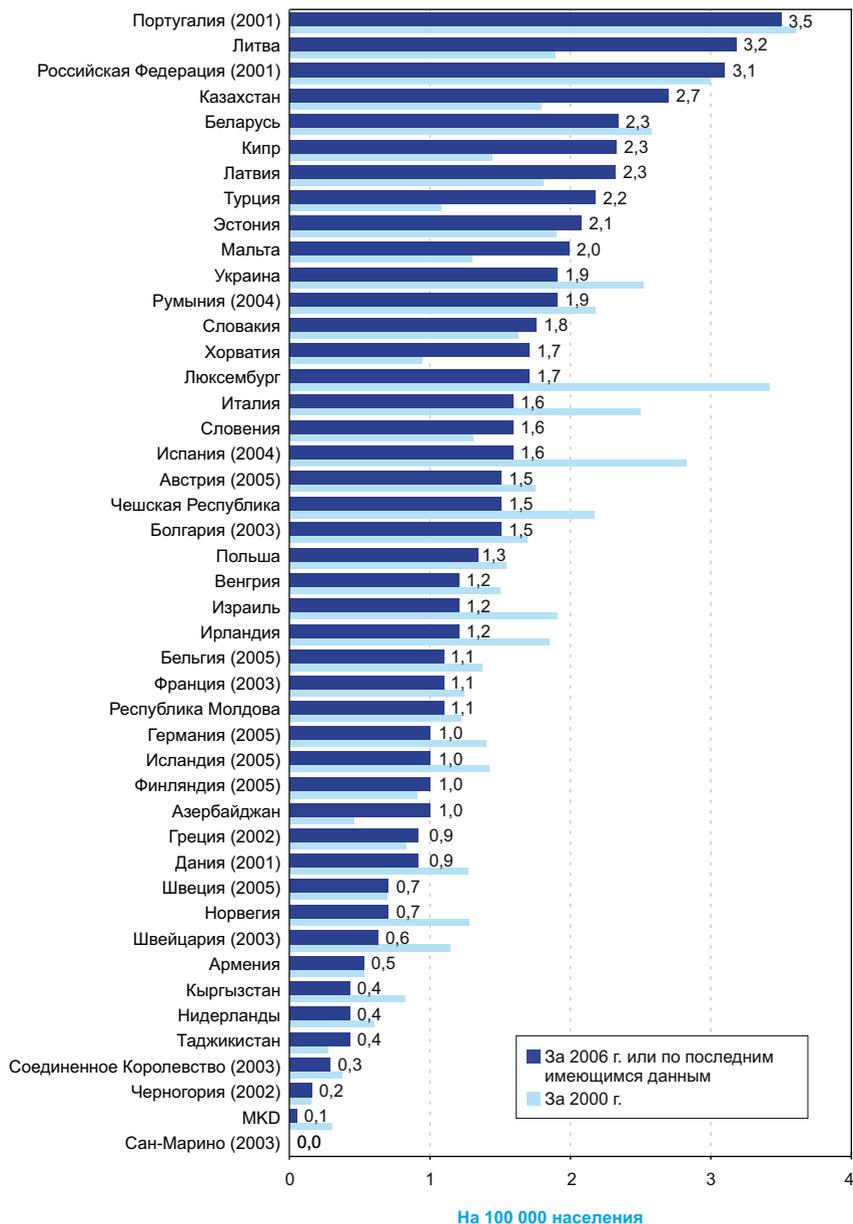
Потребление крепких спиртных напитков, вин и пива

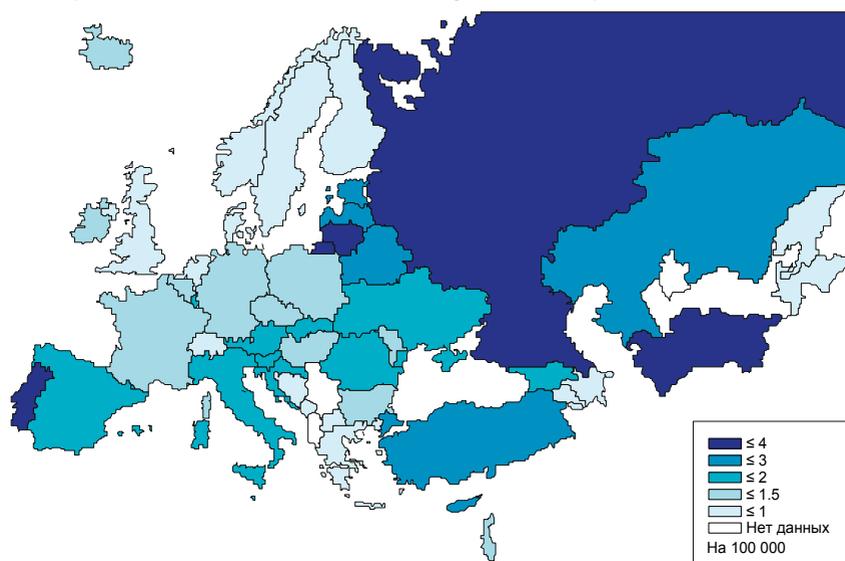


Смертность от несчастных случаев на рабочем месте



Смертность от несчастных случаев на рабочем месте



Смертность от несчастных случаев на рабочем месте

5. Здравоохранение

Примечания

Врачи (сс. 110–111)

Приведенные данные показывают число практикующих врачей, работающих в государственных и частных лечебно-профилактических учреждениях. Не все страны представляют данные в строгом соответствии с рекомендуемыми определениями. Кроме того, в них по-разному проводится составление национальной статистики трудовой занятости в секторе здравоохранения.

В странах Евр-А до последнего времени отмечался устойчивый рост численности врачей в расчете на душу населения. В странах Евр-В+С этот показатель ранее был высоким и демонстрировал тенденцию к росту, однако в течение первой половины 1990-х годов он снизился и затем стабилизировался.

Стоматологи (сс. 111–112)

Данные включают стоматологов, которые прошли полный курс подготовки по стоматологии в объеме высшего учебного заведения и в настоящее время работают по специальности. Отмечается устойчивое увеличение разрыва по этому показателю между странами Евр-А и Евр-В+С.

Медицинские сестры (сс. 113–114)

Данные показывают число медицинских сестер, которые прошли полный курс сестринской подготовки (базовый или в объеме университета) и получили соответствующую квалификацию и право на работу в своих странах в качестве медицинских сестер во всех типах учреждений, предоставляющих услуги по укреплению здоровья и профилактике болезней, уходу за больными и их реабилитации.

Международная сопоставимость статистических сведений о числе медицинских сестер особенно сильно затруднена, вследствие различий в национальных определениях и в практике занятости этой категории персонала. Отмечается противоположно направленная динамика усредненных показателей для Евр-А и Евр-В+С. Так, в странах Евр-А наблюдается активный рост, в то время как в Евр-В+С, на фоне гораздо более высоких показателей до 1990 г., произошло резкое снижение в период с начала 1990-х годов до 2000-х годов, после чего динамика стабилизировалась. Таким образом, с середины 1990-х годов имеет место растущий разрыв по средним значениям данного показателя между двумя группами стран.

Число больничных коек (сс. 114–119)

Данные о числе имеющихся больничных коек включают больничные койки во всех стационарах, независимо от их профиля. Главную трудность при международных сопоставлениях представляет то, что в некоторых странах к больницам причисляют дома для престарелых и другие аналогичные учреждения, тогда как в других странах этого не делают.

В большинстве стран отмечается устойчивое снижение числа психиатрических коек. В целом по Региону показатели числа больничных коек в расчете на 100 000 населения и средней длительности пребывания в стационаре отчетливо снижаются, однако их значения в странах Евр-В+С остаются более высокими по сравнению с Евр-А.

Частота госпитализации (сс. 119–120)

Отмечается противоположно направленная динамика усредненных показателей частоты госпитализации в странах Евр-А и Евр-В+С. В Евр-В+С на фоне ранее высоких показателей, в течение 1990-х годов произошло их резкое снижение, но с 1998 г. они вновь начали расти; в странах Евр-А, напротив, показатели повышались до 1998 г., а затем начали падать. Кроме того, показатели частоты госпитализации существенно различаются по отдельным странам.

Вакцинация детей (с. 121)

На диаграмме показан процент детей, достигших годовалого возраста в течение данного календарного года, которые получили полную программу прививок против дифтерии (3 дозы вакцины), а также процент детей, достигших двухлетнего возраста, полностью вакцинированных против кори.

Частота кесарева сечения (сс. 122–123)

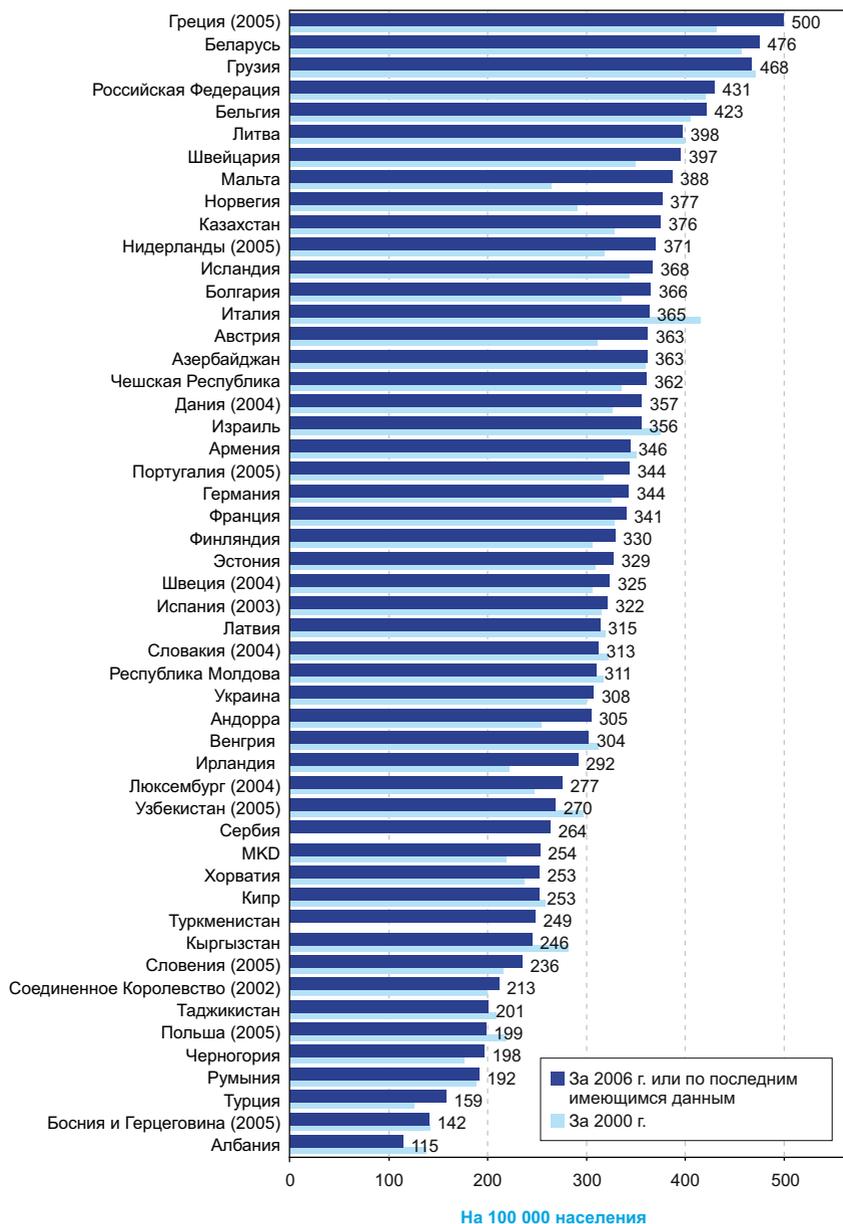
Число производимых операций кесарева сечения возрастает по всей территории Региона. Самые высокие уровни этого показателя отмечаются в западной и центральной частях, самые низкие – в восточной.

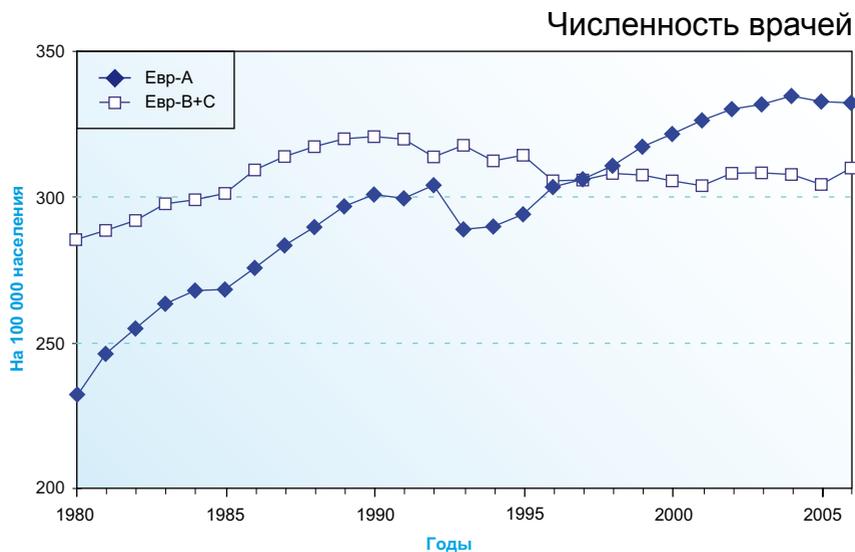
Расходы на здравоохранение (сс. 123–126)

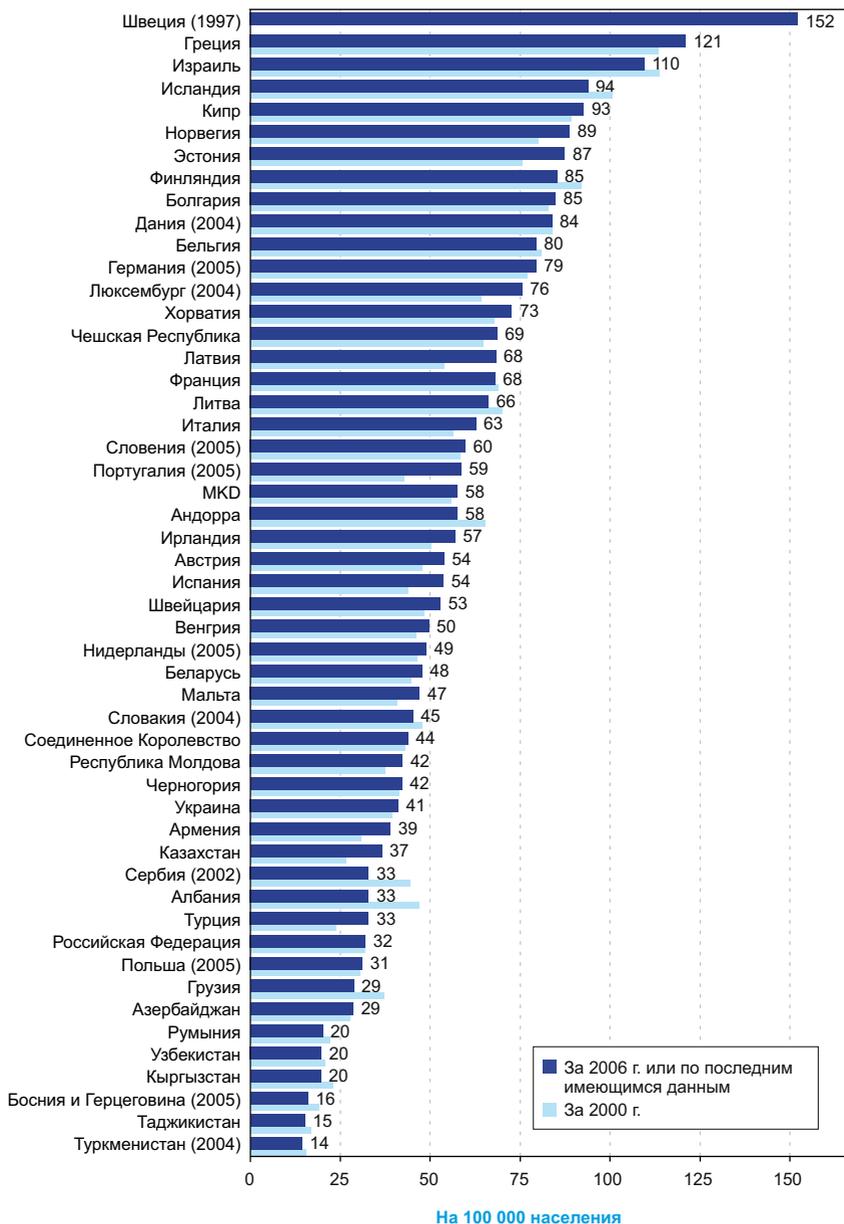
Расчеты значений данного показателя были проведены силами ВОЗ. Везде где возможно эти расчеты опирались на классификацию национальных счетов здравоохранения (более подробно данный метод изложен в “Докладе о состоянии здравоохранения в мире, 2006 г.” (4,5). В качестве источников использованы сведения, предоставленные странами, а также расчетные оценки международных организаций, таких как Международный валютный фонд, Всемирный банк, ООН и ОЭСР.

Ввиду этого, приведенные данные могут расходиться с официальной статистикой стран.

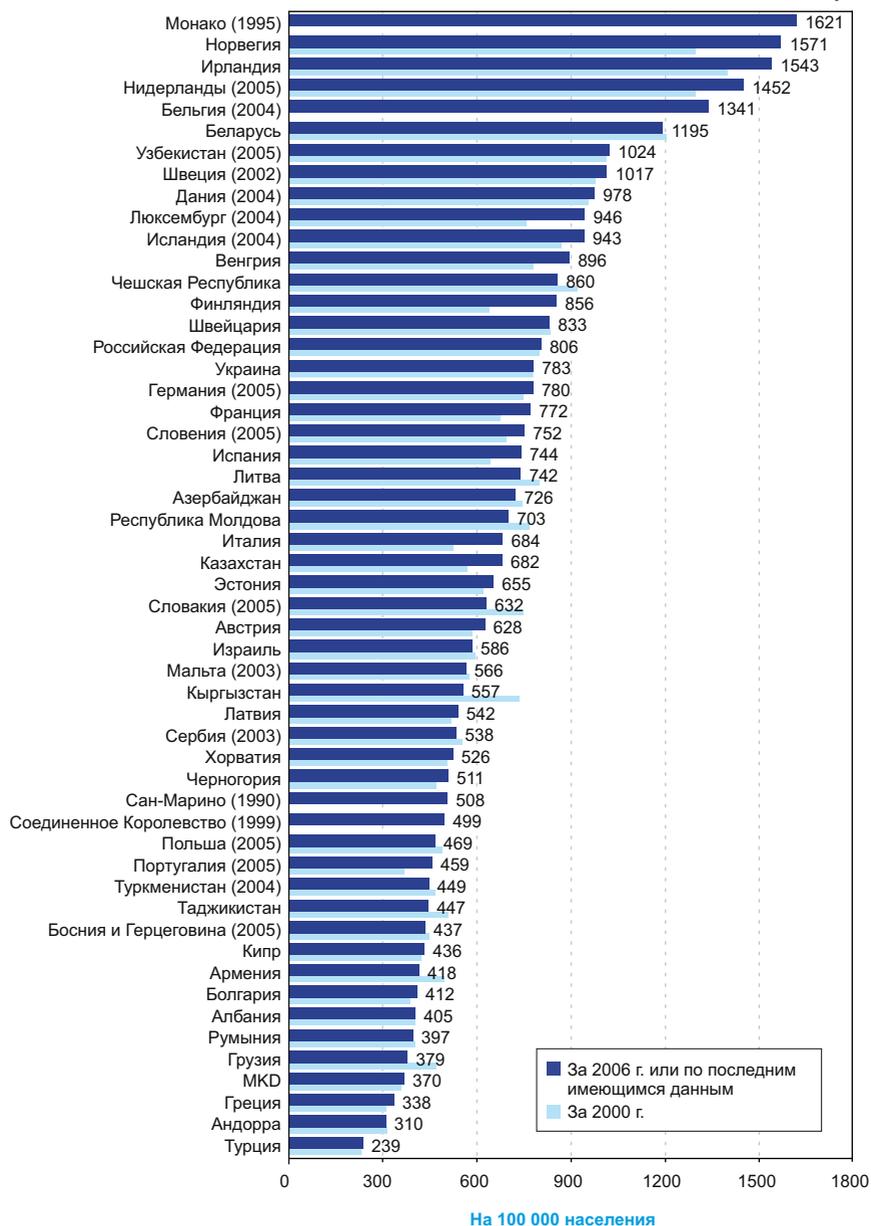
Величина расходов на здравоохранение, выраженная как в виде процента валового внутреннего продукта (ВВП), так и в международных долларах (долл. США с учетом паритета покупательной способности) в расчете на душу населения, значительно различается между странами. В странах Евр-А расходы растут быстрее, чем в Евр-В+С, вызывая дальнейшее углубление разрыва между Востоком и Западом.

Численность врачей

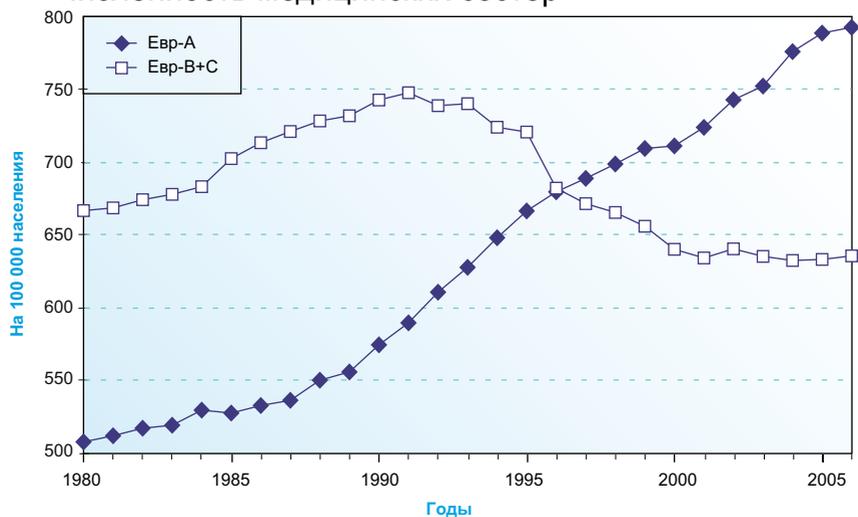


Численность стоматологов

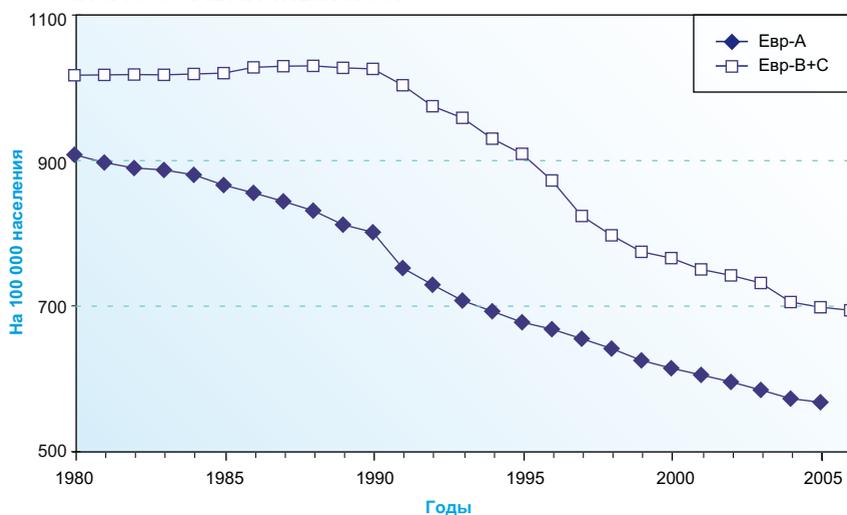
Численность медицинских сестер



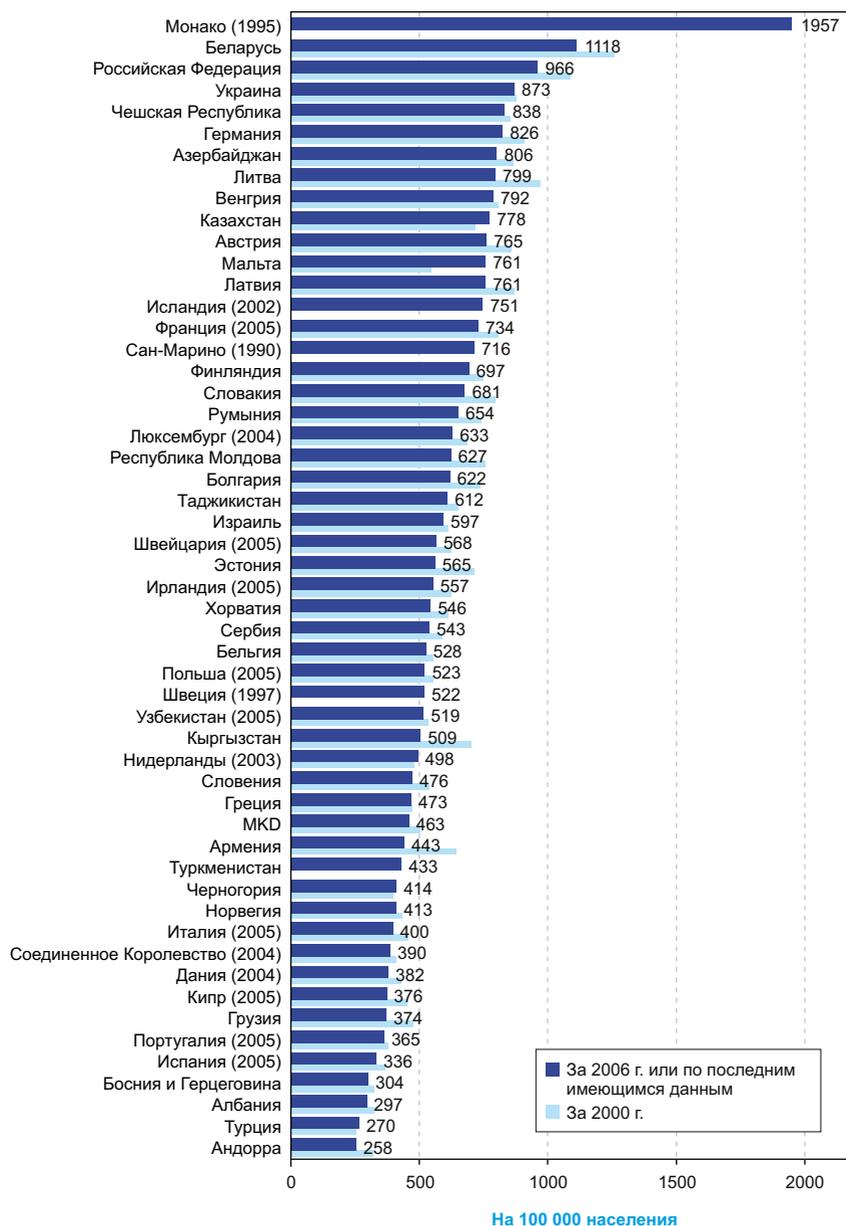
Численность медицинских сестер



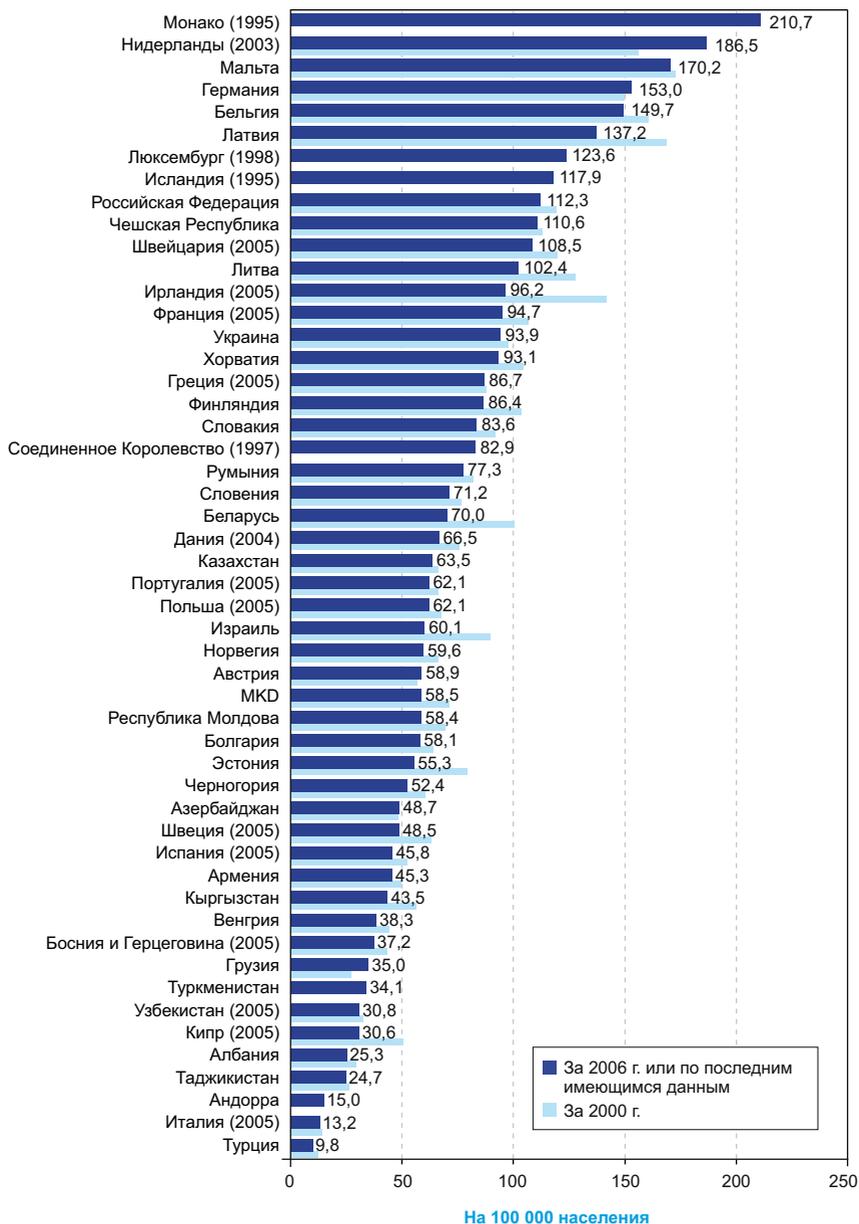
Число больничных коек



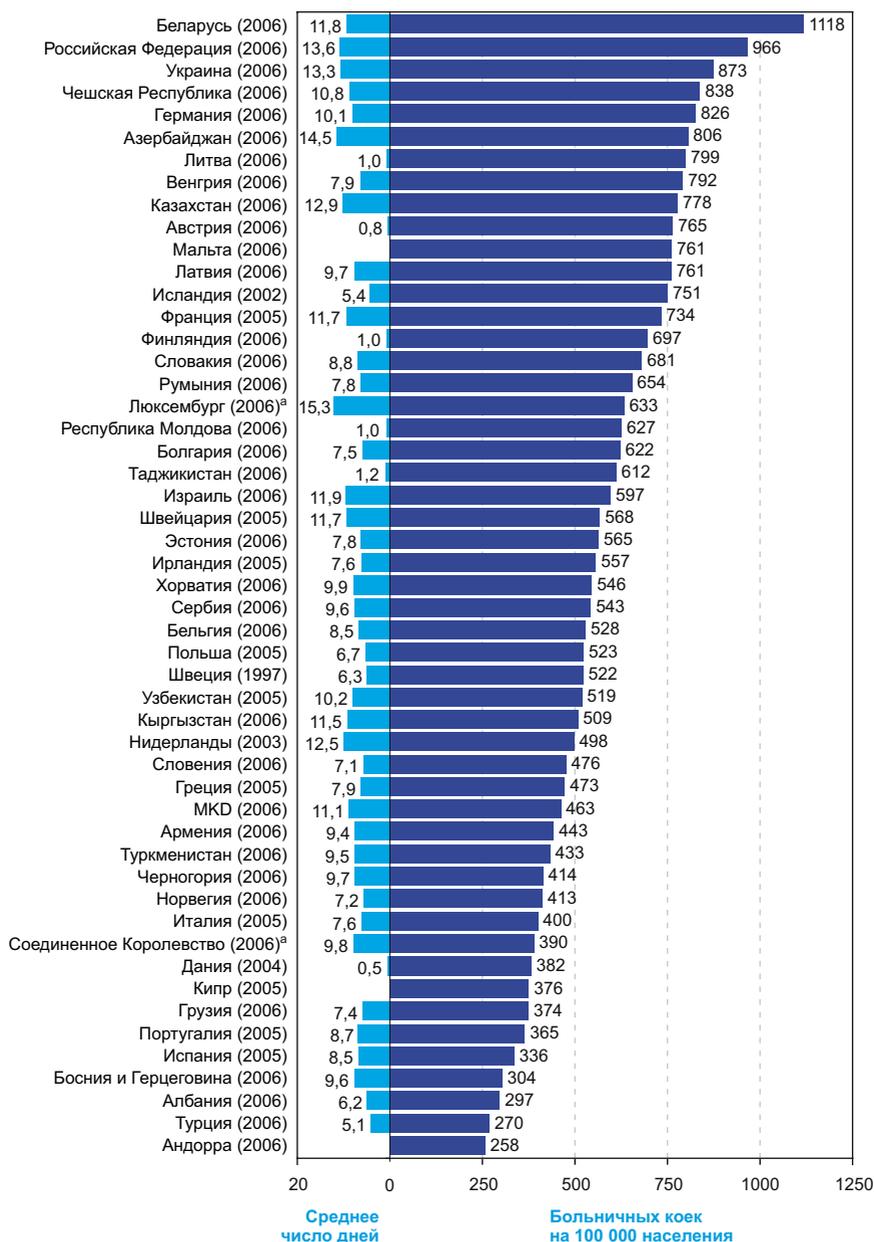
Число больничных коек



Число психиатрических коек

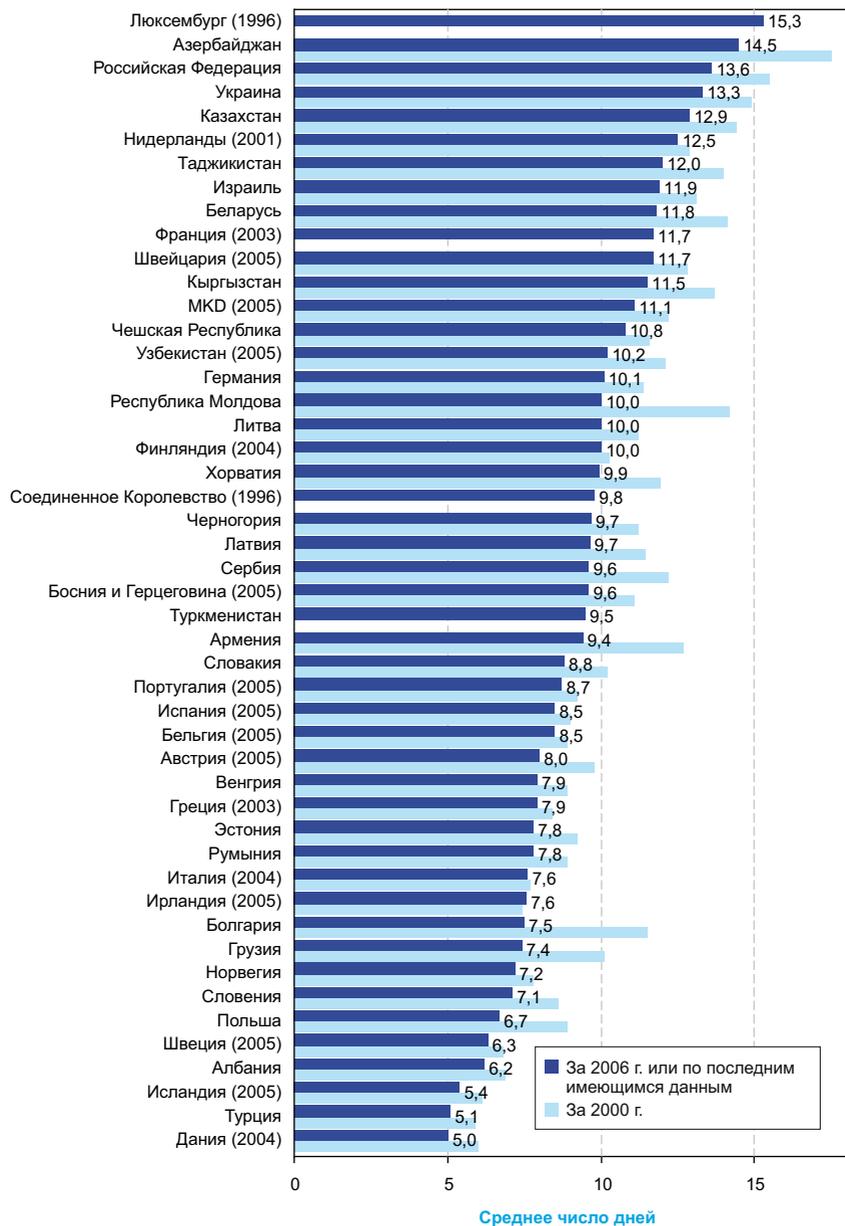


Число больничных коек и длительность пребывания в стационаре

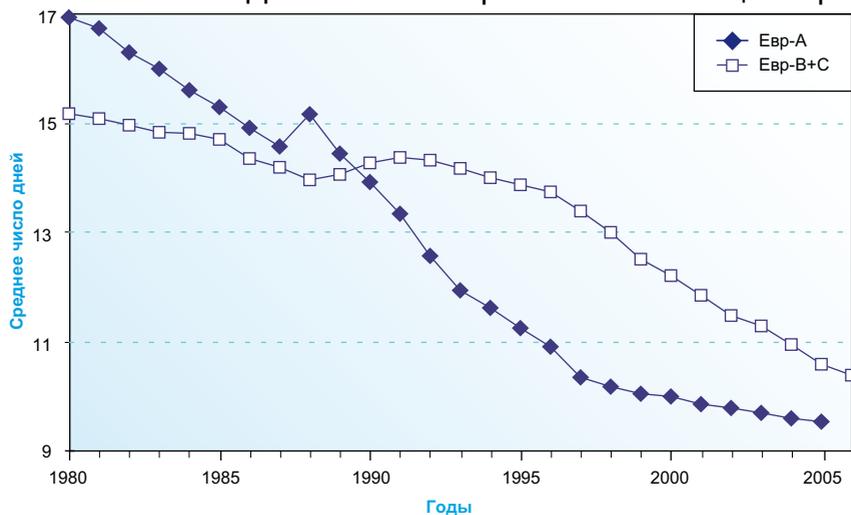


^а Для Люксембурга и Соединенного Королевства данные по длительности пребывания в стационаре даны за 1996 г.

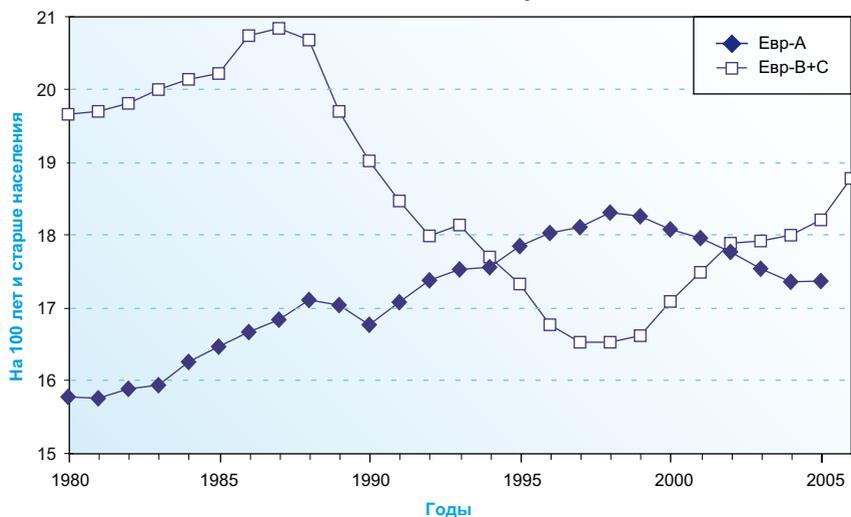
Длительность пребывания в стационаре



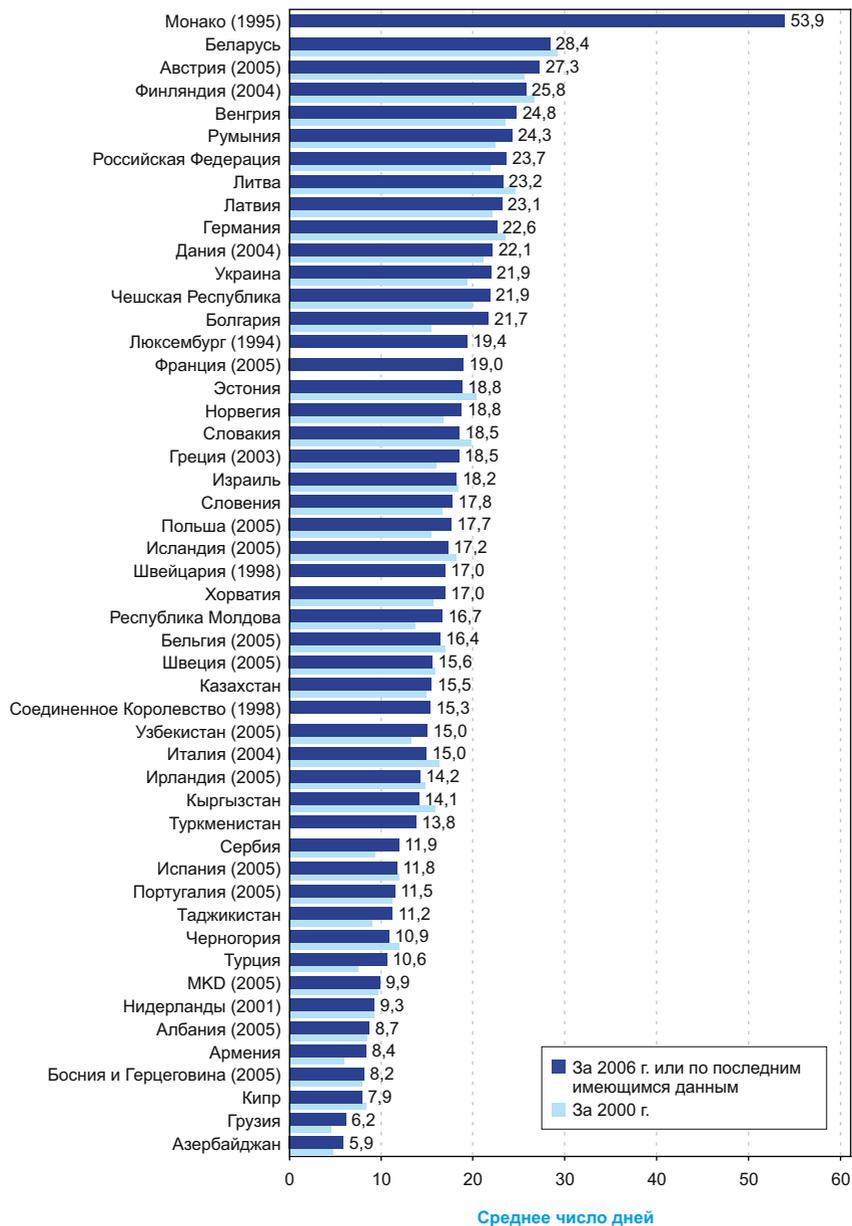
Длительность пребывания в стационаре



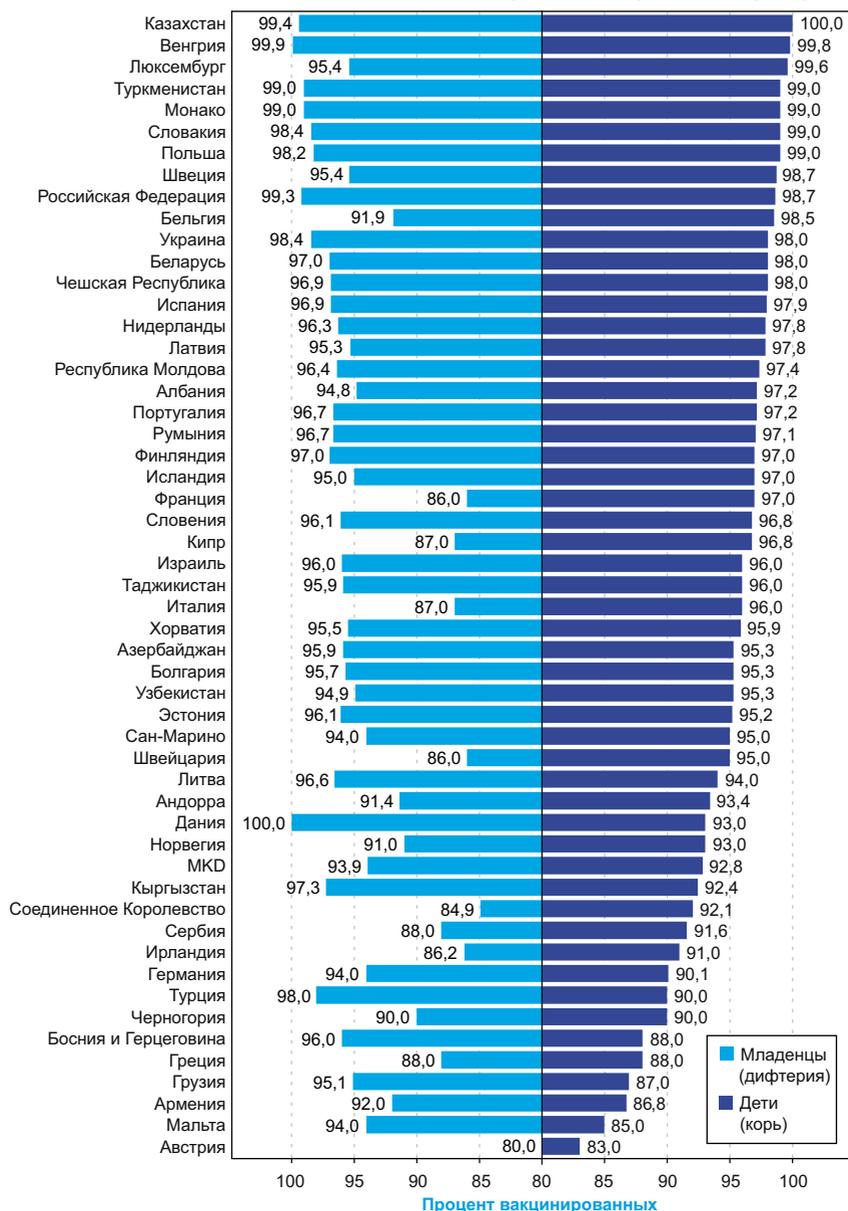
Число случаев госпитализации



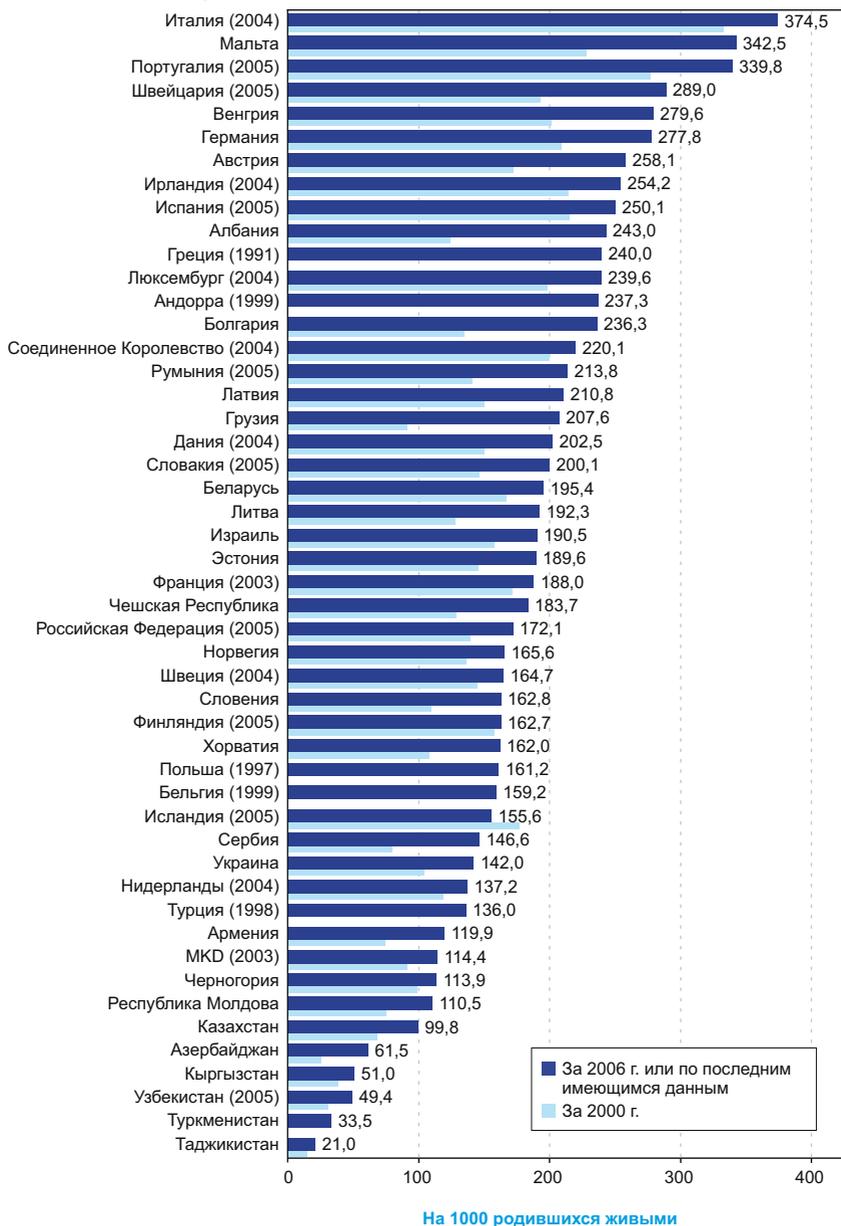
Число случаев госпитализации



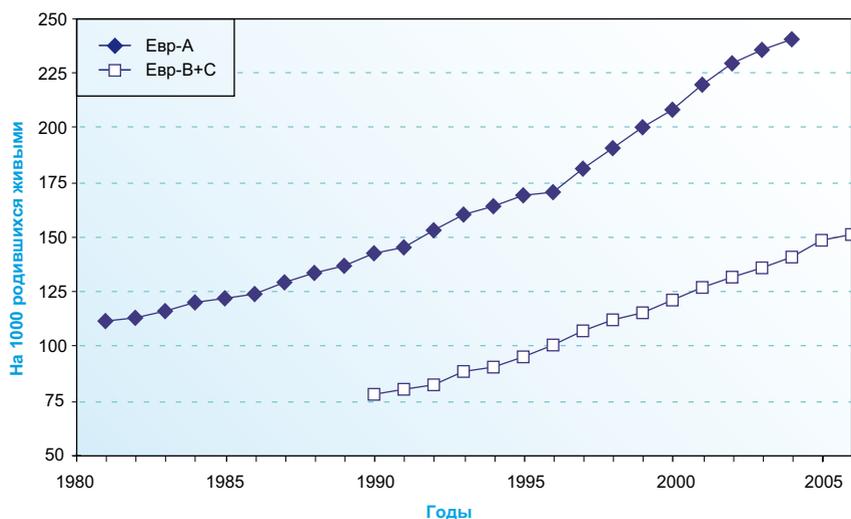
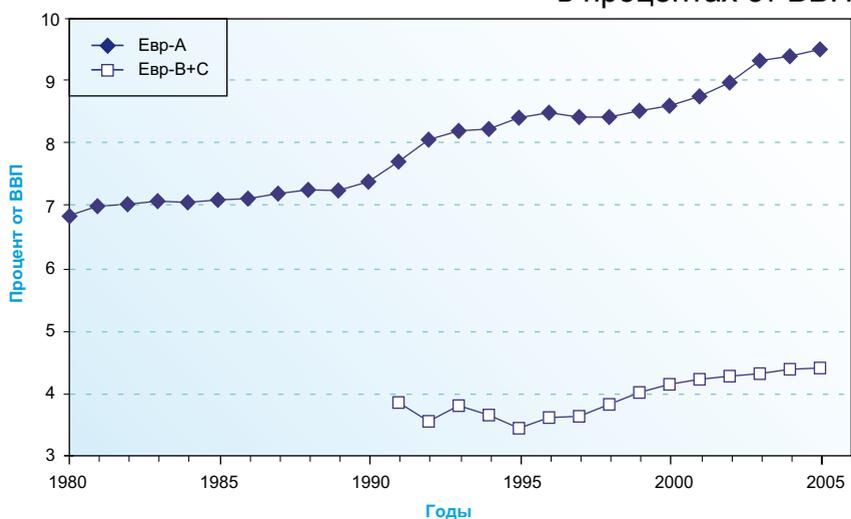
Число детей, вакцинированных против кори и дифтерии



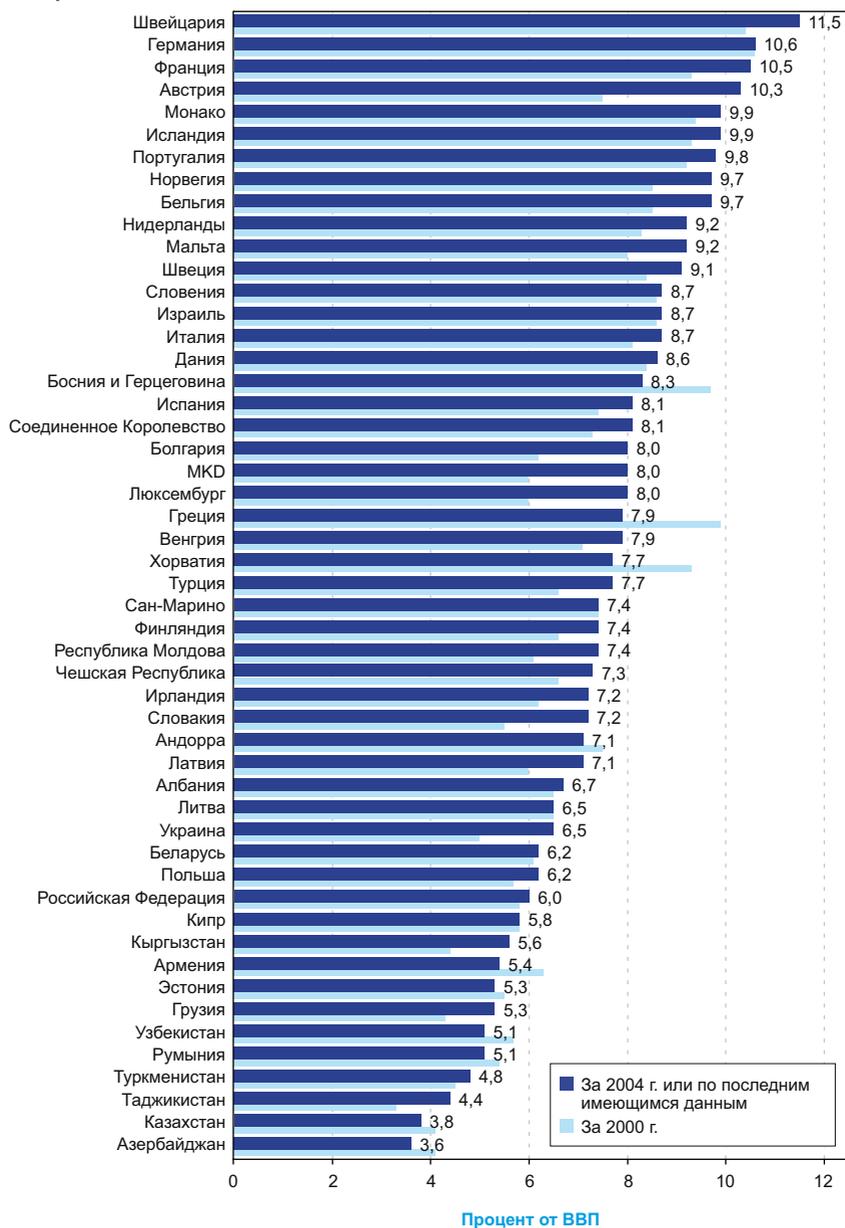
Частота кесарева сечения



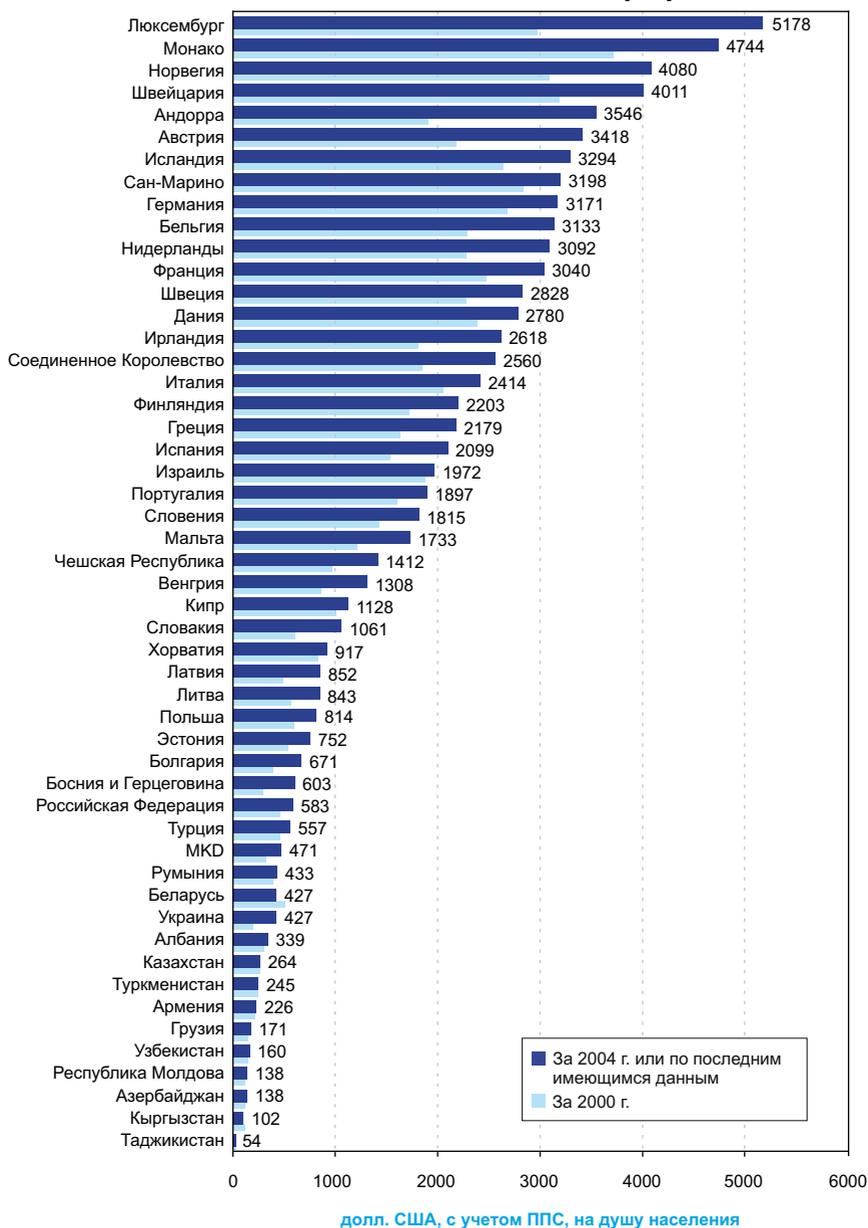
Частота кесарева сечения

Общие расходы на здравоохранение
в процентах от ВВП

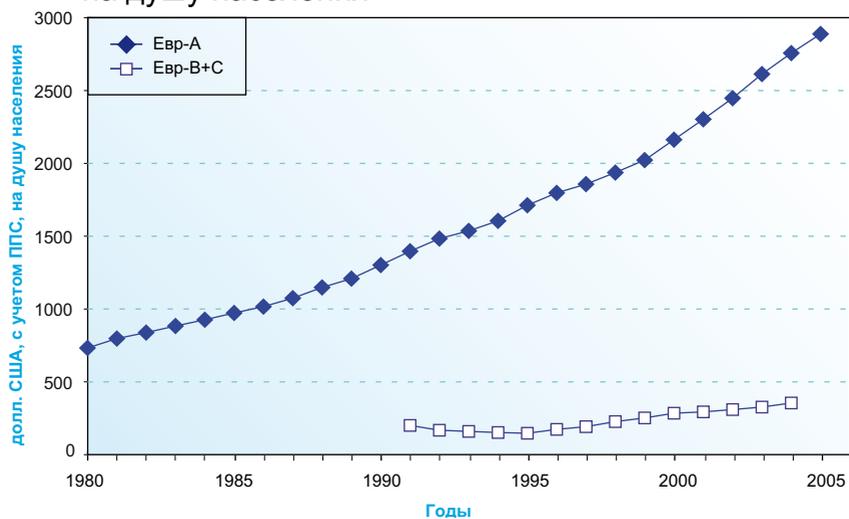
Общие расходы на здравоохранение в процентах от ВВП



Общие расходы на здравоохранение на душу населения



Общие расходы на здравоохранение на душу населения



Библиография

1. Европейская база данных “Здоровье для всех” (БД-ЗДВ) [онлайновая база данных]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2008 (<http://www.euro.who.int/hfadb?language=Russian>, по состоянию на 23 апреля 2008 г.).
2. WHOSIS (WHO Statistical Information System) [web site]. Geneva, World Health Organization, 2008 (<http://www.who.int/whosis/en/>, accessed 23 April 2008).
3. Показатели смертности в разбивке по 67 причинам смерти, возрасту и полу (HFA-MDB) [онлайновая база данных]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2008 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Data/20011017_1?language=Russian, по состоянию на 29 октября 2008 г.).
4. *The world health report 2006. Working together for health.* Geneva, World Health Organization, 2006 (<http://www.who.int/entity/whr/2006/en/index.html>, accessed 23 April 2008).
5. *Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2006 г. Совместная работа на благо здоровья. (Обзор).* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2006 (http://www.who.int/entity/whr/2006/06_overview_ru.pdf, по состоянию на 29 октября 2008 г.).
6. *The world health report 2004. Changing history.* Geneva, World Health Organization, 2004 (<http://www.who.int/whr/2004/en/index.html>, accessed 23 April 2008).
7. *Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2004 г. Изменить ход истории (Обзор).* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2004 (http://www.who.int/entity/whr/2004/en/overview_ru.pdf, по состоянию на 29 октября 2008 г.).
8. The state of the world’s children 2008. Child survival [web site]. New York, United Nations Children’s Fund, 2007 (<http://www.unicef.org/sowc08>, accessed 23 April 2008).
9. *Материнская смертность в 2005 г. По оценкам ВОЗ, ЮНИСЕФ, ЮНФПА и Всемирного банка.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2008 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789244596210_rus.pdf, по состоянию на 28 октября 2008 г.).
10. European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS. EuroHIV. HIV/AIDS surveillance in Europe [web site]. Stockholm, European Centre for Disease Prevention and Control, 2008 (<http://www.eurohiv.org>, accessed 16 May 2008).

11. *Prevalence of diabetes in the WHO European Region*. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://www.who.int/diabetes/facts/world_figures/en/index4.html, accessed 16 May 2008).
12. WHO Oral Health Country/Area Profile Programme [web site]. Geneva, World Health Organization, 2008 (<http://www.whocollab.od.mah.se>, accessed 16 May 2008).
13. HBSC. Health Behaviour in School-aged Children. A World Health Organization cross-national study [web site]. Edinburgh, HBSC International Coordinating Centre, 2008 (<http://www.hbsc.org/index.html>, accessed 16 May 2008).
14. *Statistics of road traffic accidents in Europe and North America*. Geneva, United Nations Economic Commission for Europe, 2008 (<http://www.unece.org/trans/main/wp6/transstatpub.html>, accessed 16 May 2008).

АТЛАС ЗДОРОВЬЯ В ЕВРОПЕ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) была создана в 1948 г. в качестве специализированного учреждения Организации Объединенных Наций, осуществляющего руководство и координацию международной деятельности в области 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 в обслуживаемых ими странах.

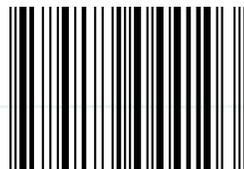
Государства-члены

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

Настоящий статистический атлас содержит наиболее важные цифровые показатели, характеризующие общественное здравоохранение в Европейском регионе ВОЗ. Приведены основные данные по населению, рождаемости, смертности, ожидаемой продолжительности жизни и заболеваемости, по показателям образа жизни и окружающей среды, таким как употребление алкоголя, курение, дорожно-транспортные происшествия, а также по типам и уровням медико-санитарного обслуживания.

Каждый показатель представлен в виде карты, иллюстрирующей географические различия в масштабе Региона, в виде столбиковой диаграммы, содержащей ранжированные перечни стран, а также в виде графика, демонстрирующего динамику изменений по трем страновым группировкам. Используя уникальную базу данных Европейского регионального бюро ВОЗ “Здоровье для всех”, в сочетании с другими наиболее надежными источниками данных со всего Региона, настоящий атлас представляет собой всеобъемлющий обзор характеристик здоровья жителей Европы. Портативный формат позволяет легко пользоваться атласом в качестве удобного пособия в любых условиях – как в офисе, так и в дороге.

Всемирная организация здравоохранения
 Европейское региональное бюро
 Scherfigsvej 8
 DK-2100 Copenhagen Ø
 Denmark
 Тел.: +45 39 17 17 17
 Факс: +45 39 17 18 18
 Эл. адрес: postmaster@euro.who.int
 Веб-сайт: <http://www.euro.who.int>



9 789289 044103