

ЕВРОПЕЙСКИЙ ДЕМОГРАФИЧЕСКИЙ БАРОМЕТР

Здоровье населения ЕС-28, 2011-2013 годы



Рубрику ведет кандидат экономических наук
Екатерина Щербакова

В 2012 году ожидаемая продолжительность здоровой жизни в среднем по ЕС-28 составила 62,3 года для женщин и 61,3 года для мужчин

В 2012 году ожидаемая продолжительность здоровой жизни в среднем по ЕС-28 составила 62,3 года для женщин и 61,3 года для мужчин

Для оценки здоровья населения, как и отдельного человека, используется целый набор различных показателей.

В качестве важнейшего и обобщающего показателя чаще всего используется показатель средней продолжительности жизни[1]. Служба адекватной интегральной характеристикой смертности, он в то же время является признанным индикатором здоровья населения, состояния здравоохранения, уровня и устойчивости социально-экономического развития.

В Европейском союзе (ЕС-28)[2] ожидаемая продолжительность жизни при рождении устойчиво возрастает, увеличившись до 79,2 года[3] в 2012 году, что на 5,1 года больше, чем в 1990 году (рис. 1).

В 18 странах-членах ЕС-28 (то есть в двух из трех) ожидаемая продолжительность жизни при рождении сейчас превышает 80 лет. Эту группу возглавляют Испания (82,5 года), Италия (82,4) и Франция (82,1), в остальных она пока ниже 82 лет. В 10 странах Восточной и Центральной Европы ожидаемая продолжительность жизни при рождении варьируется от 74,1 года в Латвии и Литве до 78,1 года в Чехии. Таким образом, различия по средней продолжительности жизни между странами ЕС-28 в 2012 году составляли 8,4 года. Примерно такими же они были в 1990 году – 8,3 года (от 69,4 года в Венгрии до 77,7 года в Швеции).

По сравнению с 1990 годом, заметное увеличение средней продолжительности жизни произошло во всех странах ЕС-28, преимущественно за счет значительного снижения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в возрасте от 50 до 65 лет. Наибольший прирост наблюдался в Эстонии (на 6,8 года) и Чехии (на 6,6), наименьший – примерно на 3 года - в Литве и Болгарии.

В странах Европейской Ассоциации свободной торговли средняя продолжительность жизни увеличилась примерно на 5 лет по сравнению с 1990 годом. В 2012 году она составляла от 81,5 года в Норвегии до 83,0 года в Исландии.

В странах-кандидатах на вступление в члены ЕС ожидаемая продолжительность жизни при рождении достигла примерно того же уровня, что в странах-членах ЕС-28 – от 74,9 года в Сербии и Македонии до 77,6 года в Турции.

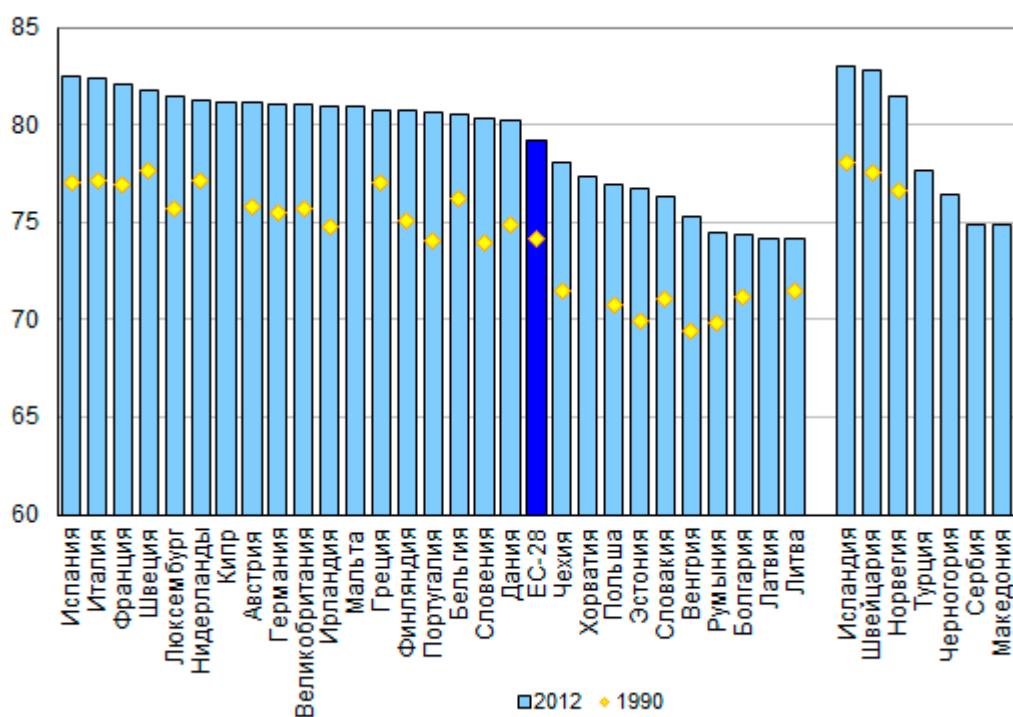


Рисунок 1. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в некоторых странах Европы, 1990 и 2012 годы, лет

Источник: Eurostat Statistics Database completed with data from OECD Health Statistics 2014, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>, дата обращения - 18.06.15

Хотя продолжительность ожидаемой жизни традиционно широко привлекается как интегральный индикатор смертности и здоровья населения, состояния здравоохранения и социально-экономического развития, этот показатель, на самом деле, дает лишь самое общее представление о реальном состоянии здоровья населения и качестве его жизни. Более адекватное представление

о них дают показатели ожидаемой продолжительности здоровой жизни, основывающиеся на концепции качества жизни. Они фокусируются на числе лет, которые предстоит прожить без ограничений жизнедеятельности из-за болезней или инвалидности. Для этого совмещаются характеристики смертности и восприятия человеком собственного здоровья, точнее, имеющихся ограничений в повседневной жизни из-за проблем со здоровьем. Источником информации о такой самооценке здоровья служат, как правило, выборочные обследования. Хронические заболевания, слабость, психические расстройства и физические недостатки, накапливающиеся с возрастом, и бремя этих полезных состояний оказывают существенное влияние на потребности в медицинском обслуживании и пенсионном обеспечении, значительно снижая качество жизни людей, страдающих от них. Повышение продолжительности ожидаемой здоровой жизни является одной из основных целей европейской политики в области здоровья.

Ожидаемая продолжительность здоровой жизни (HLY - healthy life years; DFLE - disability-free life expectancy)^[4] позволяет оценить, сколько лет в определенном возрасте предстоит еще прожить в здоровом состоянии, то есть без каких-либо серьезных проблем со здоровьем, ограничивающих повседневную жизнедеятельность человека. Этот показатель рассчитывается Евростатом для трех возрастов – при рождении и при достижении возраста 50 и 65 лет – по методу Салливена^[5] на основе данных демографической статистики о смертности и данных выборочных обследований о доле лиц, испытывающих определенные ограничения в повседневной жизни из-за проблем с физическим или психическим здоровьем, заболеванием или инвалидностью. Для 1994–2001 годов источником таких данных являлась Европейская панель обследования домохозяйств (European Community Household Panel, ECHP), а начиная с 2003 года – Система статистических данных о доходах и условиях проживания в ЕС (EU Statistics on income and living conditions, EU-SILC). Этот показатель привлекателен своей простотой и наглядностью, доступностью исходных данных для расчета и независимостью от численности населения и его возрастного состава. Однако социокультурные различия в оценке респондентами ограничений, испытываемых в повседневной жизни из-за каких-то проблем со здоровьем, несомненно, могут оказывать определенное влияние, снижая его сопоставимость, прежде всего, между странами.

В среднем по ЕС-28 ожидаемая продолжительность здоровой жизни при рождении составила в 2012 году 62,3 года для женщин и 61,3 года для мужчин (рис. 2).

Различия между ожидаемой продолжительностью жизни (ОПЖ) и ожидаемой продолжительностью здоровой жизни (ОПЗЖ) интерпретируются как среднее число лет, которые предстоит прожить с какими-либо постоянными ограничениями жизнедеятельности из-за проблем со здоровьем. По данным за 2012 год, для мужчин в среднем по ЕС-28 этот период ожидаемой жизни составлял 14,8 года (примерно пятая часть ожидаемой продолжительности жизни при рождении – 76,1 года), а для женщин – 19,9 года (почти четверть ожидаемой продолжительности жизни при рождении – 82,2 года). Таким образом, гендерные различия в ожидаемой продолжительности жизни при рождении (у женщин на 6,1 года больше) связаны, прежде всего, с различиями в продолжительности периода ожидаемой жизни с определенными ограничениями из-за проблем со здоровьем (у женщин на 5,1 года больше). Ожидаемая продолжительность здоровой жизни при рождении у женщин всего на год больше, чем у мужчин.

Среди стран ЕС-28 ожидаемая продолжительность жизни женщин при рождении варьировалась в 2012 году от 77,9 года в Болгарии до 85,5 года в Испании, а мужчин – от 68,4 года в Литве до 79,9 года в Швеции. Различия между странами по средней продолжительности жизни женщин были ниже (7,6 года), чем по средней продолжительности жизни мужчин (11,5 года).

Ожидаемая продолжительность здоровой жизни при рождении различалась в большей мере, варьируясь по значению показателя для женщин от 53,1 года в Словакии до 72,4 года на Мальте, а для мужчин – от 53,1 года в Эстонии до 71,8 года на той же Мальте. Различия между странами ЕС-28 по ожидаемой продолжительности здоровой жизни женщин при рождении составляли 19,3 года, а мужчин – 18,7 года. Ожидаемая при рождении продолжительность жизни с ограничениями отличалась, соответственно, на 17,1 года у женщин (от 10,6 года на Мальте до 27,7 года в Словении) и на 14,4 года у мужчин (от 6,8 года на Мальте до 21,2 года в Германии).

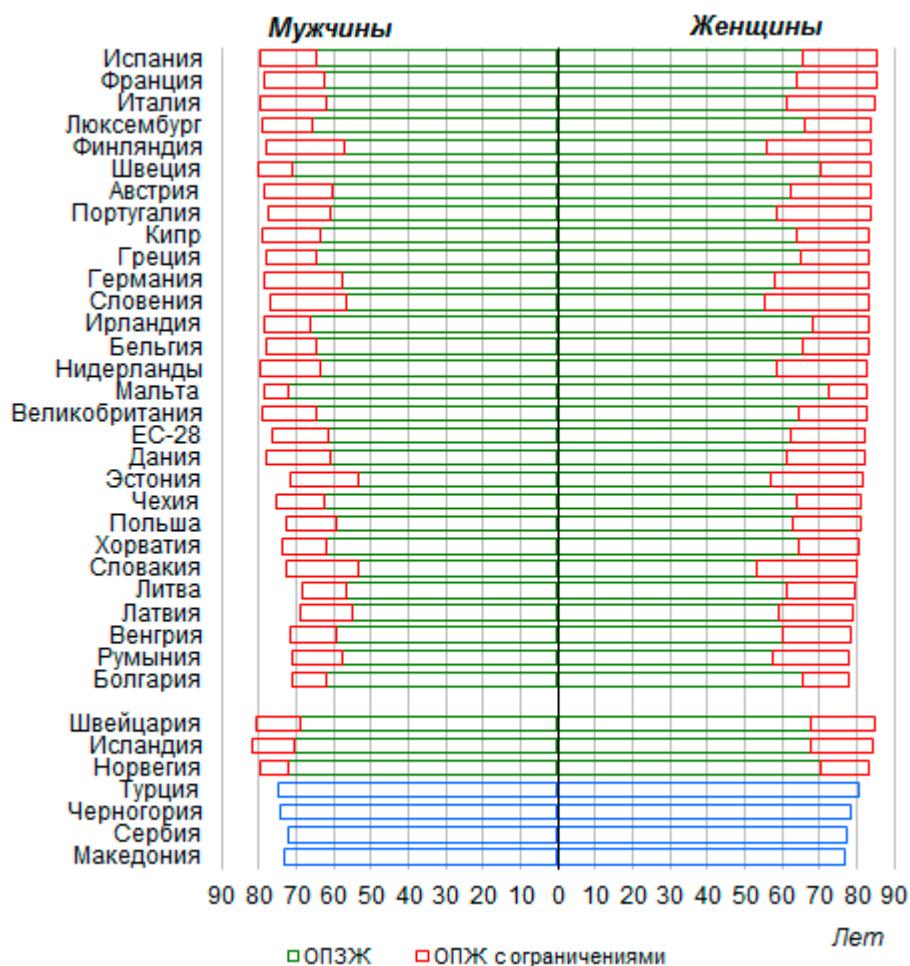


Рисунок 2. Ожидаемая продолжительность здоровой жизни при рождении (ОПЗЖ) и жизни с ограничениями из-за проблем со здоровьем (ОПЖ с ограничениями) в некоторых странах Европы, мужчины и женщины, 2012 год, лет

Источник: Eurostat Statistics Database completed with data from OECD Health Statistics 2014, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>, дата обращения - 18.06.15

В старших возрастах различия между мужчинами и женщинами по ожидаемой продолжительности здоровой жизни еще больше нивелируются. По оценкам Евростата, ожидаемая продолжительность здоровой жизни при рождении в 2013 году составляла в целом по ЕС-28 для мужчин 61,4 года, а для женщин – 61,5 года, а в возрасте 65 лет – соответственно, 8,5 года и 8,6 года.

И хотя женщинам, родившимся в ЕС-28, предстоит, в среднем, прожить более долгую жизнь, чем мужчинам (при условии смертности 2013 года – на 5,5 года), она включает более длительный период, когда повседневная жизнедеятельность будет ограничена из-за каких-то проблем со здоровьем. Различия в продолжительности ожидаемой здоровой жизни женщин и мужчин в целом по ЕС-28 не существенны, но в большинстве стран союза она выше у женщин, а в меньшей части, напротив, у мужчин.

Ожидаемая продолжительность здоровой жизни при рождении у женщин выше, чем у мужчин в 16 странах ЕС-28. В Болгарии, Эстонии, Польше и Литве это превышение достигает 3 лет и более (больше всего в Литве – 4,8 года).

Среди стран ЕС-28 ожидаемая продолжительность жизни женщин при рождении варьировалась в 2013 году от 78,6 года в Болгарии до 86,1 года в Испании (различия между странами составляли 7,5 года), а ожидаемая продолжительность жизни мужчин при рождении – от 68,5 года в Литве до 80,3 года в Италии (различия – 11,8 года). В то же время ожидаемая продолжительность здоровой жизни женщин при рождении варьировалась от 54,2 года в Латвии до 72,7 года на Мальте (18,5 года), а среди мужчин – от 51,7 года до 71,6 года (19,9 года) в тех же странах. Понятно, что в терминах качества жизни различия между странами ЕС очень велики. Например, мужчинам, родившимся в Германии, предстоит прожить 74% ожидаемой жизни без каких-либо ограничений в повседневной жизнедеятельности, а родившимся на Мальте – 90%. Женщинам, родившимся в Словакии, предстоит прожить без каких-либо ограничений из-за проблем со здоровьем 68% ожидаемой жизни, а родившимся на Мальте – 87%.

Ожидаемая продолжительность здоровой жизни в возрасте 65 лет у женщин выше, чем у мужчин в 15 странах ЕС-28, однако различия не превышают существенно 1 года (более всего в Болгарии и Ирландии – 1,2 года). В 12 странах ожидаемая продолжительность здоровой жизни у мужчин выше, чем у женщин (более всего – на 1,2 года – в Греции). В Германии ожидаемая продолжительность здоровой жизни в возрасте 65 лет одинакова для мужчин и женщин и составляет 7 лет. А больше всего она у мужчин Швеции (12,9 года) и Мальты (12,8), а у женщин – в Швеции (13,8), в Дании и на Мальте (по 12,7 года), а также у мужчин и женщин Исландии и Норвегии (по 15 лет) (рис. 3).

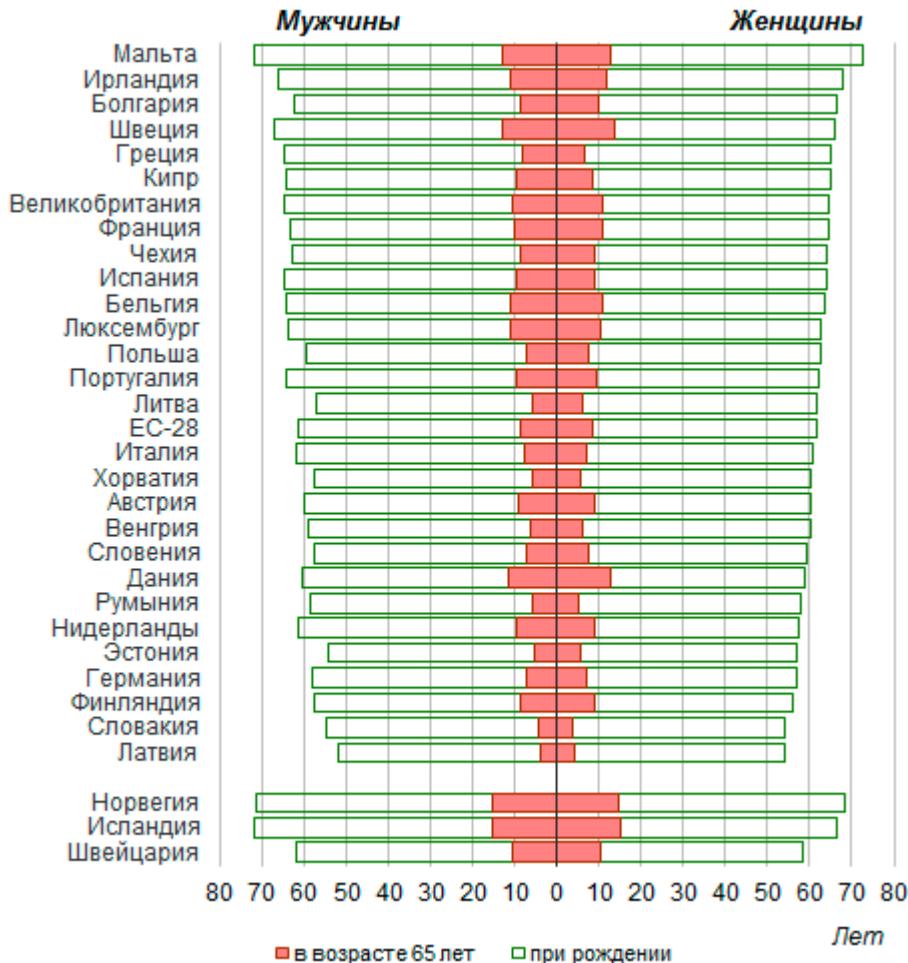


Рисунок 3. Ожидаемая продолжительность здоровой жизни при рождении и в возрасте 65 лет, мужчины и женщины, 2013 год*, лет

* Финляндия -2012 год

Источник: Healthy life years statistics - http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthy_life_years_statistics, дата обращения - 12.06.15

В среднем только 11% жителей ЕС-28 считают свое здоровье плохим

Достаточно интересную информацию об общем состоянии здоровья населения предоставляют самооценки здоровья респондентов, входящих в Систему статистических данных о доходах и условиях проживания в Европейском союзе (EU Statistics on income and living conditions, EU-SILC). Такие данные получают в ходе выборочных обследований частных домохозяйств, в которых опрашиваются лица старше 15 лет. Анкета опроса содержит блок «Здоровье», включающий три вопроса об общем состоянии здоровья респондента:

Свидетельство
о регистрации СМИ
Эл № ФС77-39707
от 07.05.2010 г.
ISSN 1726-2887

Для цитирования: Щербакова Е.М. Здоровье населения ЕС-28,

2011-2013 годы /Демоскоп Weekly. 2015. № 647-648.

6

URL: <http://demoscope.ru/weekly/2015/0647/barometer647.pdf>

- самооценка общего состояния здоровья;
- наличие хронических или длительных заболеваний или болезненных состояний, которые сохранялись (или, как ожидается, сохранятся) в течение 6 месяцев и более;
- наличие ограничений в повседневной жизни, связанных с состоянием здоровья, в течение последних 6 месяцев.

Замеры оценок состояния здоровья дают, по определению, субъективную информацию. При этом речь идет, скорее, об общем состоянии здоровья респондента, а не о его конкретном состоянии на момент проведения обследования. Предполагается, что такая оценка отражает восприятие различных аспектов здоровья - физического, социального, психоэмоционального, - включая все многообразие биомедицинских признаков и симптомов. Несмотря на их субъективный характер и неполноту[6], такие самооценки, по признанию специалистов, служат хорошим предиктором будущих тенденций смертности и спроса на услуги здравоохранения.

На вопрос об общем состоянии здоровья (то есть временные проблемы со здоровьем не должны приниматься в расчет) респондент может выбрать один из пяти ответов: очень хорошее, хорошее, вполне приличное (сносное, среднее), плохое, очень плохое. На выбор ответа влияют не только субъективные, но и объективные социально факторы. То, что в одних странах гораздо чаще дают позитивные оценки состоянию своего здоровья, чем в других, не всегда означает, что объективно здоровье граждан этих стран лучше. В основном эти различия связаны с культурными традициями, с тем, как принято говорить о своем собственном здоровье и вообще о здоровье в каждой конкретной стране. В определенной степени подобные различия могут быть обусловлены некоторыми особенностями проведения обследования (включая анкету на национальном языке), а также социально-экономической ситуацией в стране.

Не забывая об ограниченности межстрановых сопоставлений самооценок общего состояния здоровья, можно отметить, что в целом жители Европейского союза довольно позитивно оценивают состояние своего здоровья: только 11% респондентов оценили его как плохое или очень плохое, а 66% - как хорошее или очень хорошее (рис. 4). Лучше всего оценивают свое здоровье в Ирландии, Швеции, а также в Швейцарии, где более 80% опрошенных выбрали ответы «хорошее» или «очень хорошее». Хуже всего оценивают свое здоровье в Хорватии и Литве, где, соответственно, каждый четвертый или пятый считает его плохим или очень плохим.

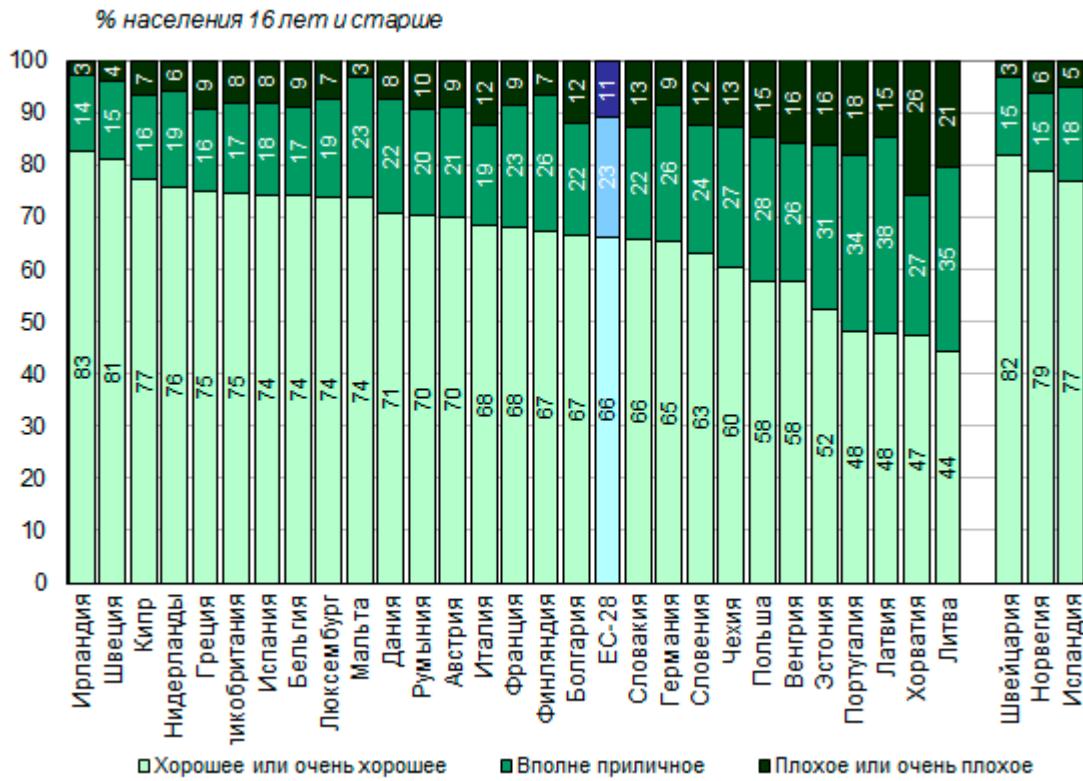


Рисунок 4. Распределение взрослого населения по самооценке здоровья в некоторых странах Европы, 2012 год, %

Источник: Eurostat Statistics Database completed with data from OECD Health Statistics 2014, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>, дата обращения - 18.06.15

Во всех европейских странах мужчины чаще, чем женщины, положительно оценивают состояние своего здоровья. Наибольшие гендерные различия наблюдаются в Португалии и Словакии. Доля положительно оценивающих свое здоровье снижается с повышением возраста, особенно резко после достижения возраста 45 и 65 лет. Респонденты с более низкими уровнями образования и доходов чаще хуже оценивают свое здоровье, чем более образованные и состоятельные.

Доля населения, имеющего какое-либо хроническое заболевание или длительно сохраняющуюся проблему со здоровьем, также заметно различается по странам Европы. В 2013 году она составляла 32,5% в среднем по ЕС-28, варьируясь от 19,1% в Болгарии до 47,5% в Финляндии (рис. 5). Высока доля взрослого населения с хроническими заболеваниями или долговременными проблемами со здоровьем характерна для Эстонии, Португалии, Латвии (от 40 до 44%).

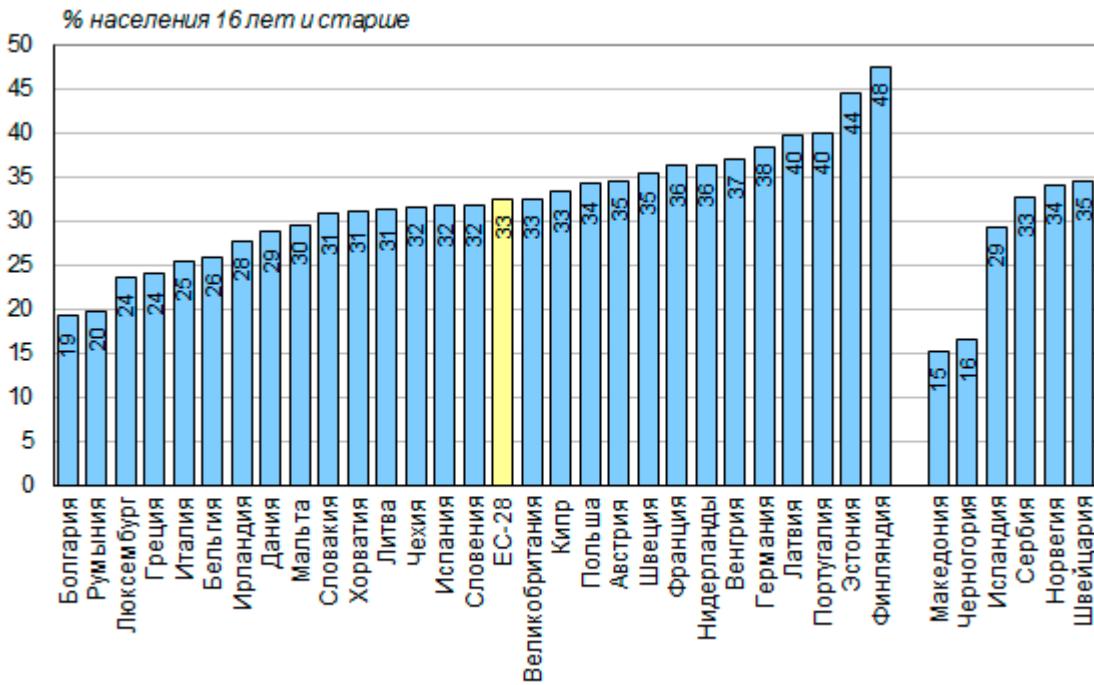


Рисунок 5. Доля взрослого населения с длительным заболеванием или иной проблемой со здоровьем в некоторых странах Европы, 2013 год, %

Источник: База данных Евростата, код файла [hlth_silc_04], дата обращения - 20.06.15

Доля населения, имеющего какое-либо хроническое заболевание или длительно сохраняющуюся проблему со здоровьем, повышается с увеличением возраста. Однако во всех возрастных группах она среди женщин выше, чем среди мужчин. По данным за 2013 год, доля имеющих длительное заболевание или иную проблему со здоровьем, составляла от 11% в возрастной группе 16-24 года до 73% в возрастной группе 86 лет и старше, в том числе среди женщин – от 12% до 74%, а среди мужчин – от 10% до 71% (рис. 6).

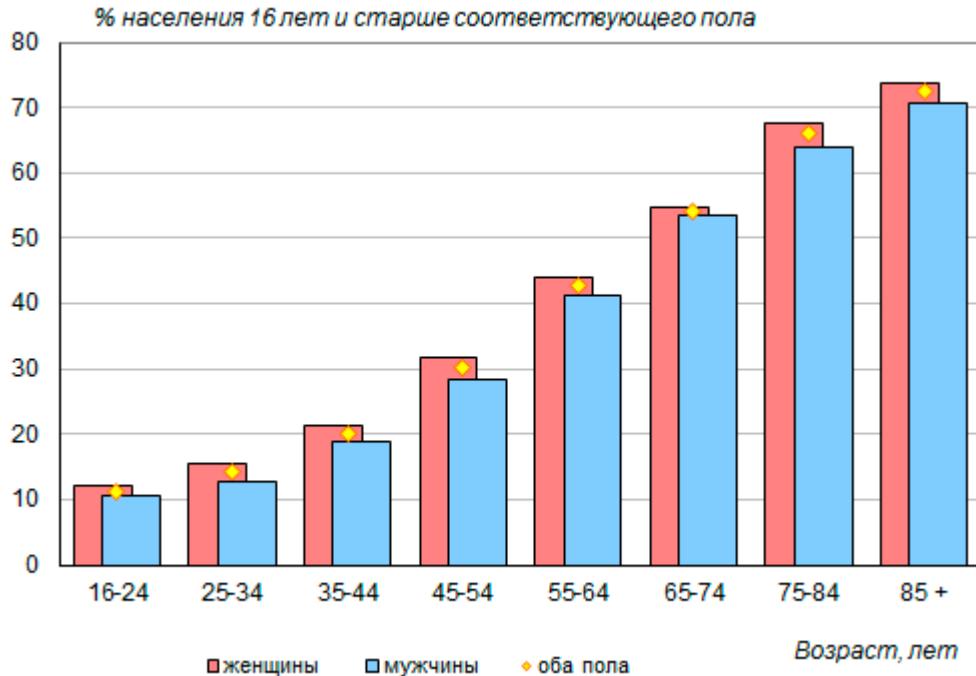


Рисунок 6. Доля населения с длительным заболеванием или иной проблемой со здоровьем в различных возрастно-половых группах, ЕС-28, 2013 год, %

Источник: База данных Евростата, код файла [hlth_silc_04], дата обращения - 20.06.15

Среди основных проблем здоровья, которые испытывают взрослые люди в Европе, чаще всего упоминаются проблемы со спиной и шеей (8,4% населения 15 лет и старше), несколько реже – проблемы с сердцем и артериальным давлением (5,0%), а также проблемы с ногами (4,4%). Даже в самой младшей возрастной группе – 15-24 лет – наличие проблем со спиной и шеей отметили 2,2% опрошенных (рис. 7). В возрастной группе 55-64 года наличие этого проблемы отметили почти 15% опрошенных. Почти столько же отметили наличие проблем с сердцем и артериальным давлением (14,4%). Доля людей, страдающих сахарным диабетом, в этой возрастной группе вдвое выше, чем в ближайшей более молодой – 4,8% в группе 55-64 года против 2,2% в группе 45-54 лет.

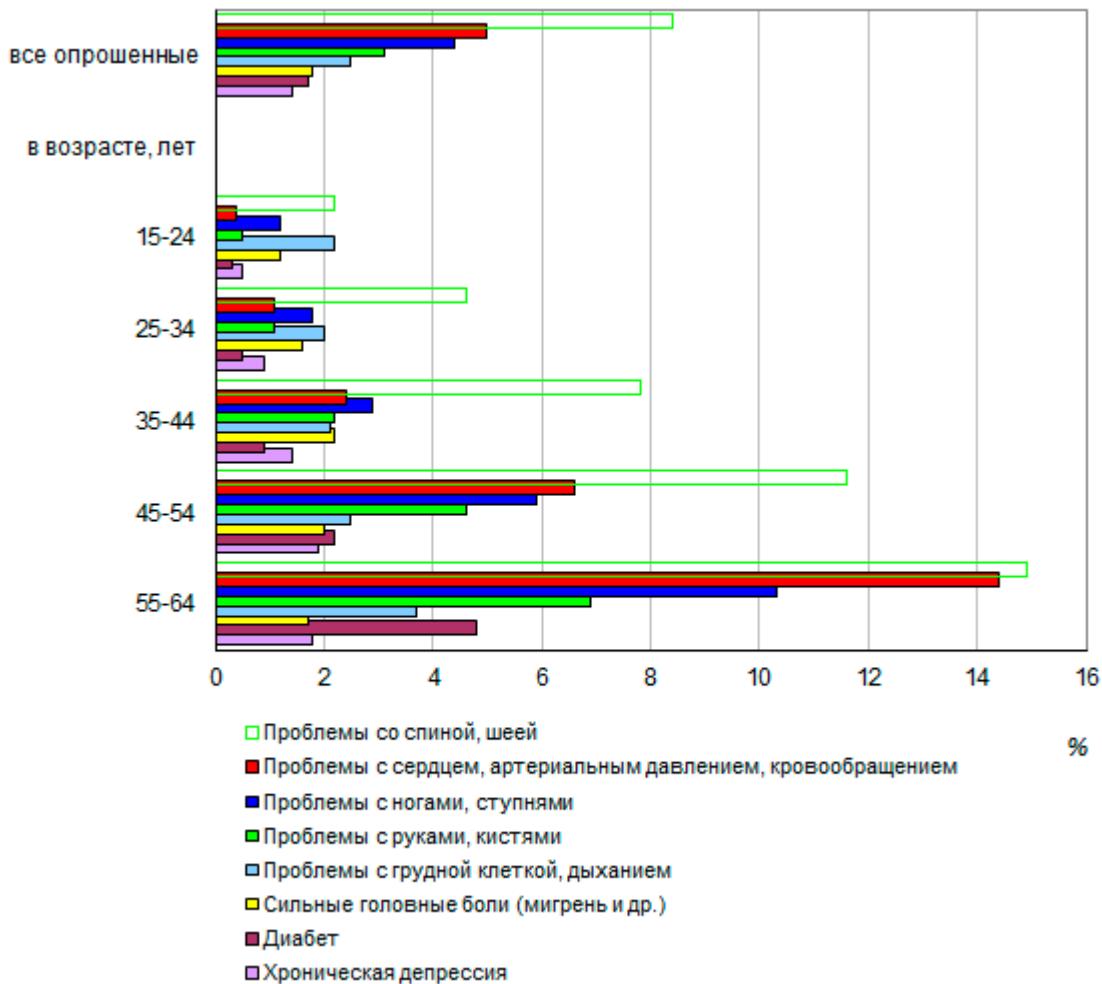


Рисунок 7. Доля взрослого населения с определенными проблемами со здоровьем, по возрастным группам, ЕС-28, 2011 год, %

Источник: База данных Евростата, код файла [hlth_dp030], дата обращения - 20.06.15

Распределение ответов на вопрос о наличии ограничений в повседневной жизнедеятельности (по крайней мере, на протяжении последних 6 месяцев), которое может рассматриваться как один из критериев инвалидности, также заметно различается по странам Европы. В среднем по ЕС-28, согласно данным за 2012 год, каждый четвертый испытывал определенные ограничения в своей повседневной жизни, в том числе 7,6% - серьезные (рис. 8). Чаще всего ограничения в повседневной жизнедеятельности отмечают в Финляндии, Германии, Словении, Словакии и Эстонии (более 30%), а реже всего – на Мальте, в Швеции и Норвегии (менее 16%).

Наличие ограничений в повседневной жизнедеятельности в большей степени связано с наличием в течение длительного времени каких-либо заболеваний или проблем со здоровьем и в меньшей степени – с плохой оценкой общего состояния здоровья. Так, в некоторых странах низкая доля отметивших плохое состояние здоровья сочетается с низкой долей людей, отметивших наличие ограничений в повседневной жизни (в Ирландии, Швеции, на Мальте), но не во всех странах с высокой долей отметивших плохое здоровье высока и доля отметивших наличие ограничений в повседневной жизни (в Хорватии и Литве).

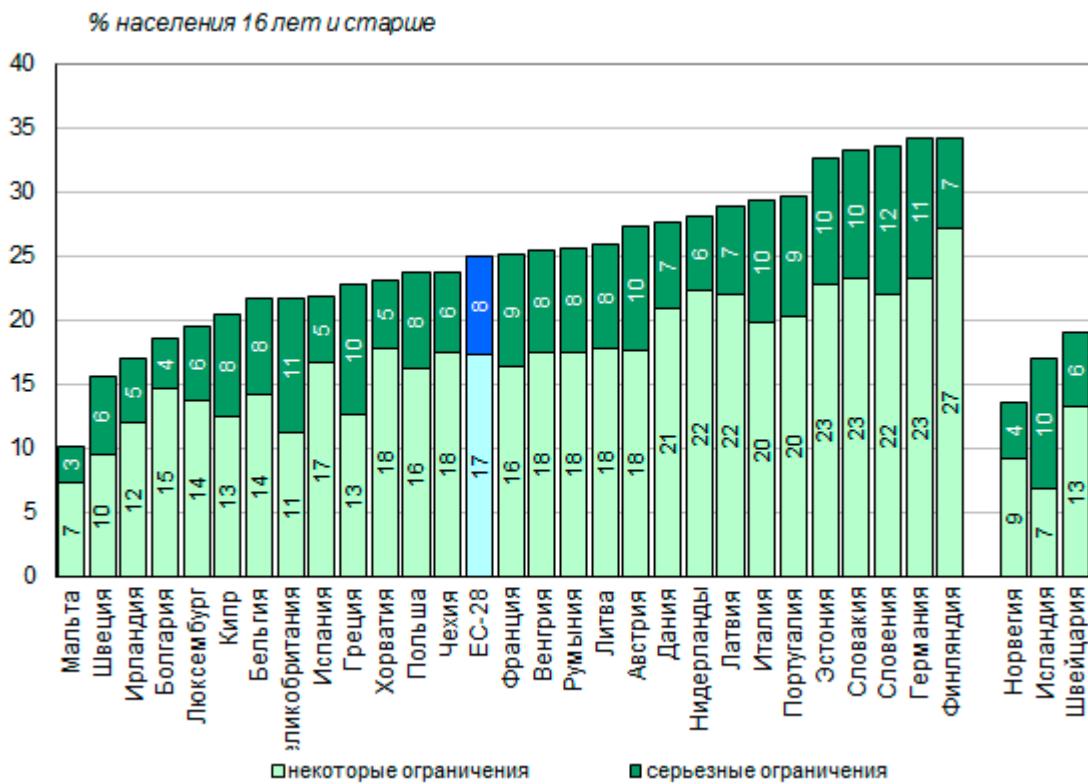


Рисунок 8. Доля взрослого населения, испытывающего ограничения в повседневной жизнедеятельности (по крайней мере, на протяжении последних 6 месяцев), по некоторым странам Европы, 2012 год*

* Ирландия, Португалия – 2011 год

Источник: Eurostat Statistics Database completed with data from OECD Health Statistics 2014,
<http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>, дата обращения - 18.06.15

Распределение ответов на вопрос о наличии ограничений в повседневной жизнедеятельности (по крайней мере, на протяжении последних 6 месяцев) также монотонно изменяется с возрастом: доля отрицающих наличие таких ограничений снижается от 92% в возрастной группе 16-24 лет до 24% в группе 85 лет и старше (рис. 9). Доля людей, имеющих серьезные ограничения в повседневной жизнедеятельности, напротив, возрастает, соответственно, с 2,0% до 38,5%. Отметим, что именно

эта информация используется при расчетах ожидаемой продолжительности здоровой жизни, о которой говорилось выше.

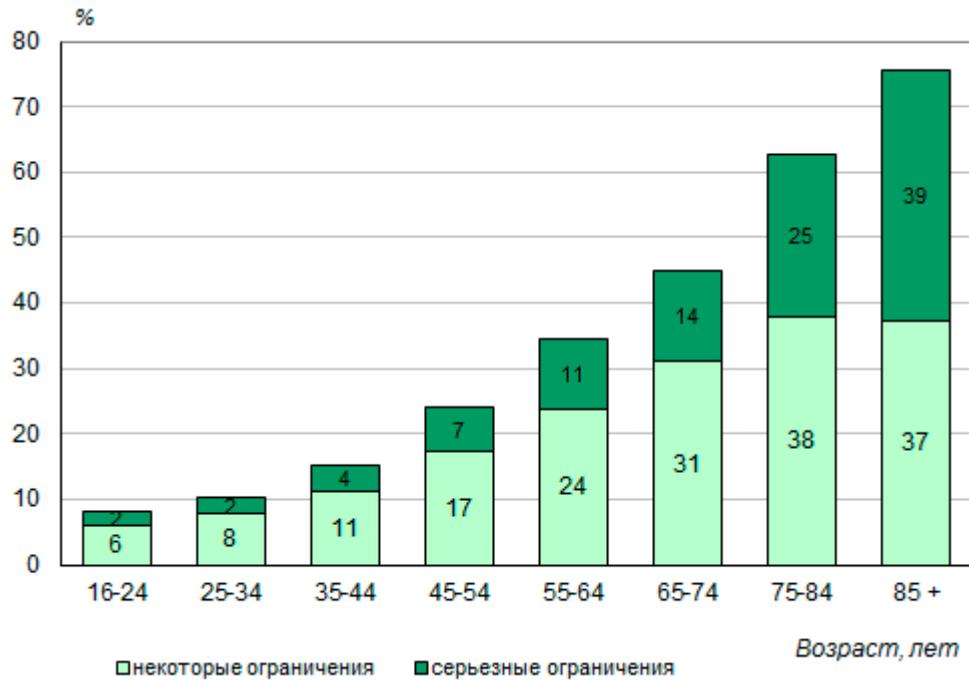


Рисунок 9. Доля взрослого населения, испытывающего ограничения в повседневной жизнедеятельности (по крайней мере, на протяжении последних 6 месяцев), в разных возрастных группах, ЕС-28, 2013 год

Источник: База данных Евростата, код файла [hlth_silc_06], дата обращения - 20.06.15

Женщины, особенно в старших возрастах, чаще, чем мужчины отмечают наличие ограничений из-за проблем со здоровьем в повседневной жизнедеятельности (рис. 10). Среди мужчин выше доля отмечающих, что таких ограничений нет. Если в возрасте 16-24 года таких более 92% среди мужчин и 91% среди женщин, то в возрасте 85 лет и старше – 30% и 21%, соответственно.

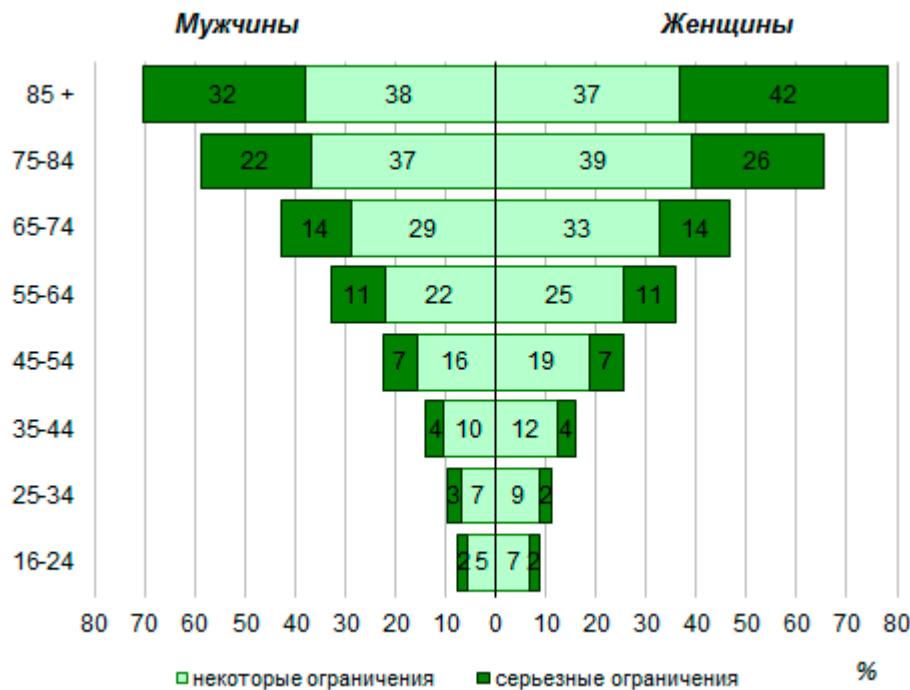


Рисунок 10. Доля взрослого населения, испытывающего ограничения в повседневной жизнедеятельности (по крайней мере, на протяжении последних 6 месяцев), в разных возрастно-половых группах, ЕС-28, 2013 год

Источник: База данных Евростата, код файла [hlth_silc_06], дата обращения - 20.06.15

В 2012 году основной причиной 38% смертей в ЕС-28 были болезни системы кровообращения, 26% - рак

Статистика причин смерти относится к наиболее давним и разработанным разделам медицинской статистики. Данные о причинах смерти играют ключевую роль в общей системе информации о здоровье населения. Из-за недостатка исчерпывающей статистики заболеваемости в Европейском союзе данные о причинах смерти часто используются для оценки действующей системы здравоохранения и разработки обоснованной политики в области здоровья населения, включая превентивные и лечебно-профилактические меры, которые могут способствовать снижению смертности и повышению ожидаемой продолжительности жизни. Зная основные причины всех смертей, произошедших в населении, можно оценить риски смерти от различных причин смерти.

Евростат начал собирать данные о причинах смерти в 1994 году. До 2010 года предоставление этих данных странами-членами союза не было обязательным и осуществлялось в соответствии с техническими условиями Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Начиная с 2011 года, предоставление сведений о причинах смерти определенного формата стало обязательным для всех стран-членов ЕС[7].

Медицинское освидетельствование и регистрация умерших обязательны во всех странах-членах ЕС-28. Сведения об умершем и основной причине его смерти, содержащиеся в медицинской справке о смерти (сертификате), служат основным источником для формирования статистики причин смерти. Сейчас она основывается на выборе одной основной причины – болезни, травмы или обстоятельств несчастного случая или насилия, приведших к смерти. Эта причина кодифицируется в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, разработанной ВОЗ^[8]. Агрегированные данные о числе умерших по отдельным классам причин смерти, полу, возрасту и региону проживания^[9] разрабатываются и распространяются Евростатом.

Достоверность и надежность статистических данных о причинах смерти во многом зависит от качества заполнения медицинских сертификатов. Помимо простых ошибок, которые практически неизбежны в любой документации, искажения могут возникать из трудностей постановки диагноза, выбора основной и единственной причины смерти, а также кодирования причины смерти. Особенно это касается умерших в возрасте 65 лет и старше, страдающих, как правило, от нескольких хронических заболеваний. Поэтому в некоторых странах ЕС-28 считают необходимым кодирование по некоторым причинам смерти, а Евростат поддерживает усилия этих стран по развитию совместной автоматизированной системы кодирования **IRIS** для улучшения статистики причин смерти и повышения сопоставимости ее данных между странами Европы^[10].

После резкого снижения смертности от инфекционных заболеваний в первой половине XX века, в Европе все большее значение приобретала смертность от болезней системы кровообращения и новообразований. В настоящее время две трети смертей в ЕС-28 связаны именно с этими двумя классами заболеваний. В 2012 году 38% смертей, зарегистрированных в ЕС-28, произошли из-за болезней системы кровообращения, 26% - от рака (злокачественных новообразований, от всех новообразований – 27%). Еще 8% смертей были обусловлены болезнями органов дыхания. На каждый из остальных классов причин смерти пришлось менее чем по 5% смертей, в том числе 4,7% - от внешних причин, 4,4% - от болезней органов пищеварения, 1,6% - от некоторых инфекционных и паразитарных заболеваний.

Статистика смертности подтверждает, что заметно ухудшение здоровья населения происходит в возрасте 45 лет и старше. Лишь относительно небольшое число смертей происходит в возрасте до 45 лет (3,5% умерших в 2012 году), более 90% смертей происходит в возрасте 55 лет и старше (91,7%), в том числе более 80% - в возрасте 65 лет и старше (81,6%).

Распределение умерших разных возрастов по основным причинам смерти существенно различается (рис. 11).

Болезни системы кровообращения становятся лидирующей причиной смерти в возрастных группах 75 лет и старше. Почти половина умерших в возрасте 85 лет и старше – умерли от этого класса причин смерти.

В возрастах от 40 до 74 лет основной причиной смерти является рак. Среди умерших в возрасте от 55 до 69 лет доля умерших от злокачественных новообразований достигает 44-45%.

Большая часть умерших в возрасте от 15 до 29 лет погибли от внешних причин. Доля умерших от болезней системы кровообращения, новообразований, органов дыхания ниже, чем в старших группах.

Злокачественные новообразования, а также болезни органов дыхания играют большую роль в смертности детей в возрасте от 1 года до 15 лет, хотя и внешние причины смерти вносят свой весомый вклад.

Болезни органов дыхания вносят наибольший вклад в смертность населения старших возрастов – около 10% среди умерших в возрасте 80 лет и старше.

Младенческая смертность в ЕС-28 снизилась практически до минимального уровня – до 20,1 тысячи умерших в возрасте до 1 года в 2012 году, или 3,8 на 1000 родившихся живыми (в 2013 году - 3,7‰). Основными причинами смерти в возрасте до 1 года являются отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде, и врожденные аномалии (пороки развития). Две трети смертей в возрасте до 1 года приходятся на первые 4 недели жизни новорожденного (0-27 дней). Основными факторами неонатальной смертности в европейских странах являются врожденные аномалии (пороки развития), преждевременные роды и другие состояния, возникающие во время беременности. Увеличение числа женщин, откладывающих рождение ребенка на более поздний возраст, и рост числа многоплодных родов в связи с распространением вспомогательных технологий приводят к увеличению числа преждевременных родов и числа новорожденных с низкой массой тела, что увеличивает риск смертности в первые дни и недели жизни. В некоторых высокоразвитых странах это привело к выравниванию понижающегося тренда младенческой смертности и стагнации показателя в последние годы. Что касается пост-неонатальной смертности (с 28 дня жизни до возраста 1 года), то она обусловлена целым набором причин, основными среди которых являются синдром неожиданной младенческой смертности, врожденные пороки развития, инфекции и несчастные случаи (внешние причины).

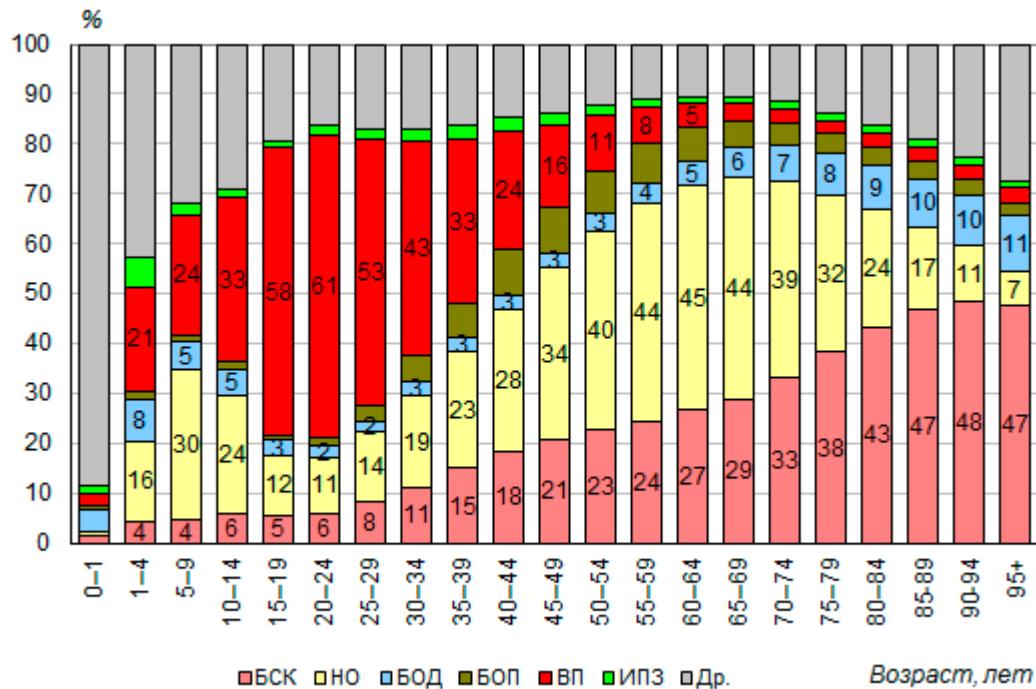


Рисунок 11. Распределение умерших разных возрастов по основным классам причин смерти*, ЕС-28, 2012 год, %

* Обозначение классов причин смерти на рис. 11:
 БСК Болезни системы кровообращения (I00-I99)
 НО Новообразования (C00-D48)
 БОД Болезни органов дыхания (J00-J99)
 БОП Болезни органов пищеварения (K00-K93)
 ВП Внешние причины смерти (V01-Y89)
 ИПЗ Некоторые инфекционные и паразитарные заболевания (A00-B99)
 Др Другие причины

Источник: База данных Евростата, код файла [hlth_cd_ago], дата обращения - 21.06.15

Система данных о заболеваемости по медицинским диагнозам в ЕС-28 только формируется

В настоящее время источником данных о состоянии здоровья населения Европейского союза и его детерминантах служат, преимущественно, результаты выборочных обследований, то есть ответы респондентов (чаще всего, взрослых членов частных домохозяйств), представляющих небольшую часть населения, на определенные вопросы о здоровье и образе жизни. В основном, это результаты трех выборочных обследований:

- проводящегося раз в пять лет Европейского интервью о здоровье ([European health interview survey \(EHIS\)](#)),
- нового обследования по проблемам инвалидности ([European health and social integration survey — EHSIS](#))
- ежегодного обследования доходов и условий проживания ([EU statistics on income and living conditions \(EU-SILC\)](#)), включающего блок базовых вопросов, относящихся к здоровью, о которых уже шла речь выше.

Система данных о заболеваемости по медицинским диагнозам, позволяющих оценить частоту случаев заболевания (по вновь установленным диагнозам) и распространность заболевания (по числу людей, страдающих данным видом заболевания), в ЕС-28 только формируется. Сложилась парадоксальная ситуация, при которой разнообразие информации по отдельным заболеваниям не дает полной и репрезентативной картины для населения в целом, данные не собираются регулярно и по единой системе показателей. По другим заболеваниям национальные данные крайне редки. В результате, картина заболеваемости населения Европейского союза крайне фрагментарна, складываясь, нередко, из данных, поступающих по программам отдельных заболеваний или каких-то разовых наборов данных. Нередко имеются данные только о случаях новых заболеваний за определенный период (чаще всего, год), или о числе людей, страдающих данным заболеванием (на определенный момент времени), хотя было бы целесообразно иметь в распоряжении обе характеристики заболеваемости. В итоге, имеющиеся источники информации и затрачиваемые средства используются неэффективно.

В период между 2005 и 2011 годами в 16 странах-членах Европейского союза было проведено пилотное исследование с целью оценки имеющихся данных о заболеваемости по медицинским диагнозам и возможности формирования единой системы сопоставимой, полной и достоверной информации о заболеваемости населения Европейского союза. Результаты проведенного исследования были представлены в конце 2013 года [11]. Основный вывод сводится к тому, что формирование системы статистических данных о заболеваемости населения по медицинским диагнозам осуществимо и может стать решающим для восполнения недостатка данных о состоянии здоровья населения ЕС. В качестве ключевых моментов формирования такой системы данных выделены следующие:

- наиболее качественные оценки из разных источников, которые могут быть использованы (от врачей, ставящих диагнозы; предписаний или записей в регистрах, учреждениях здравоохранения и страхования);
- возможность сравнения наиболее качественных оценок заболеваемости по впервые установленным диагнозам и по числу страдающих от данного заболевания;
- исчерпывающая полнота данных о заболеваемости;
- ожхват всего населения при формировании национальных оценок;
- отбор заболеваний и состояний здоровья, по которым представляются данные, по их релевантности в отношении к ЕС и перспективам общественного здоровья.

В настоящее время Евростат работает с национальными статистическими службами 13 стран-членов ЕС-28 с целью определения существующих (или планируемых) источников и методов представления возможно более качественных национальных оценок всех показателей заболеваемости по разработанной краткой номенклатуре. Необходимо выявить, какие препятствия и трудности существуют на национальном уровне и как их можно устранить, чтобы обеспечить формирование полноценной системы статистики заболеваемости. Результаты этой работы, как ожидается, будут представлены в течение 2017 года.

Пока же данные о заболеваемости населения ЕС-28 довольно фрагментарны и относятся, скорее, к разряду социально значимых инфекционных заболеваний, а также хронических заболеваний с высоким экономическим бременем. Они не всегда вполне сопоставимы, поэтому интерпретация различий по странам требует определенной осторожности. Далее в качестве иллюстрации приведены характеристики заболеваемости отдельными болезнями, имеющими особое социальное значение.

В 2012 году в ЕС-28 проживало около 800 тысяч человек, инфицированных ВИЧ, за год было выявлено около 29 тысяч новых случаев инфицирования

Распространение инфекции вируса иммунодефицита человека (ВИЧ) остается одной из важнейших тем общественного здоровья в Европе. По оценкам, в 2012 году в ЕС-28 проживало около 800 тысяч человек, инфицированных ВИЧ, за год было выявлено около 29 тысяч новых случаев инфицирования ВИЧ. Наибольшее число новых случаев заражения ВИЧ-инфекцией в расчете на 100 тысяч человек постоянного населения было зарегистрировано в Эстонии (23,5), заметно меньше в Латвии (16,6), Бельгии (11,1), Люксембурге и Великобритании (по 10,3). В остальных странах ЕС-28, странах-кандидатах на вступление в ЕС и странах Европейской ассоциации свободной торговли заболеваемость ВИЧ-инфекцией по первичным диагнозам не достигала 10 на 100 тысяч человек (рис. 12). Ниже всего заболеваемость ВИЧ-инфекцией в Словакии и Македонии (менее 1 на 100 тысяч человек).

В среднем по ЕС-28 заболеваемость ВИЧ-инфекцией в 2012 году составила 6,3 на 100 тысяч человек. Более двух третей заразившихся ВИЧ-инфекцией в 2012 году составили мужчины. Чаще всего заражение происходило при гомосексуальных контактах мужчин (40%), несколько реже – при гетеросексуальных контактах (34%). В некоторых странах распространенным путем заражения является инъекционное потребление наркотиков.

Заражение ВИЧ-инфекцией приводит через определенное время к формированию синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД). Он может проявляться через различные заболевания (такие, например, как пневмония и туберкулез), поскольку иммунная система уже не способна защищать организм и противостоять инфекциям и новообразованиям. Заражение ВИЧ-инфекцией, заболевание СПИДом и, в конце концов, смерть разделяют большее или меньшее число лет в зависимости от поддерживающего лечения. Однако способов излечения или вакцинирования до сих пор не найдено, несмотря на ведущиеся по всему миру исследования.

В 2012 году было зарегистрировано 4287 новых случаев заболевания СПИДом в ЕС-28, что составляет 1,1 на 100 тысяч человек (ось справа на рис. 12). Выше всего заболеваемость СПИДом была в Латвии (6,8), в 2,5 раза ниже – в Эстонии (2,7) и Португалии (2,4). В остальных странах ЕС-28 она не достигала 2 на 100 тысяч человек. Ниже всего заболеваемость СПИДом в Словакии и Турции (по 0,1).

Данные о новых случаях заражения ВИЧ-инфекцией и заболевания СПИДом не отражают реальной картины. Они могут относиться к людям, заразившимся или заболевшим несколько лет тому назад. Не все заразившиеся и заболевшие выявляются. По некоторым оценкам, регистрируемые данные о заболеваемости отражают в некоторых странах не более 40% случаев.

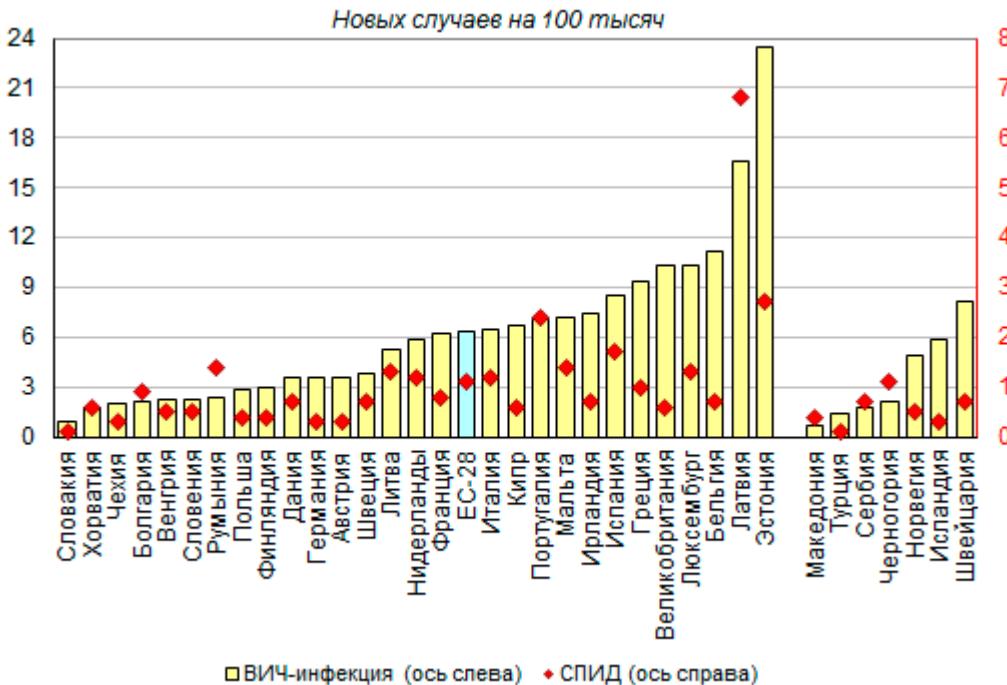


Рисунок 12. Заболеваемость населения ВИЧ-инфекцией и СПИДом по некоторым странам Европы, 2012 год, новых случаев на 100 тысяч человек

Источник: Eurostat Statistics Database completed with data from OECD Health Statistics 2014, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>, дата обращения - 18.06.15

Заболеваемость ВИЧ-инфекцией по вновь установленным диагнозам остается довольно стабильной в среднем по ЕС-28 в течение последнего десятилетия – на уровне 6-7 новых случаев на 100 тысяч человек (рис. 13). Однако за этой стабильностью скрываются противоположные тенденции в отдельных странах.

Так, в Греции заболеваемость ВИЧ-инфекцией по первичным диагнозам более чем удвоилась за 2002-2012 годы (с 3,6 до 9,4) и теперь заметно превышает средний уровень по ЕС-28. Отчасти такой быстрый рост был связан со значительным увеличением в Афинах, начиная с 2010 года, числа ВИЧ-инфицированных из числа употребляющих наркотики через инъекции после сокращения финансирования программ замещения опиоидов и обмена шприцев.

С другой стороны, заболеваемость ВИЧ-инфекцией резко снизилась в Эстонии и Португалии, хотя она до сих пор выше, чем в среднем по ЕС-28.

Если говорить о способах передачи ВИЧ-инфекции, то, по сравнению с 2006 годом, число ВИЧ-инфицированных из числа мужчин-гомосексуалистов увеличилось на 11%, а из числа потребителей наркотиков, напротив, снизилось на 7%. Снизилось также число новых случаев заражения ВИЧ-инфекцией при гетеросексуальных контактах, от матери к ребенку и при переливании крови.

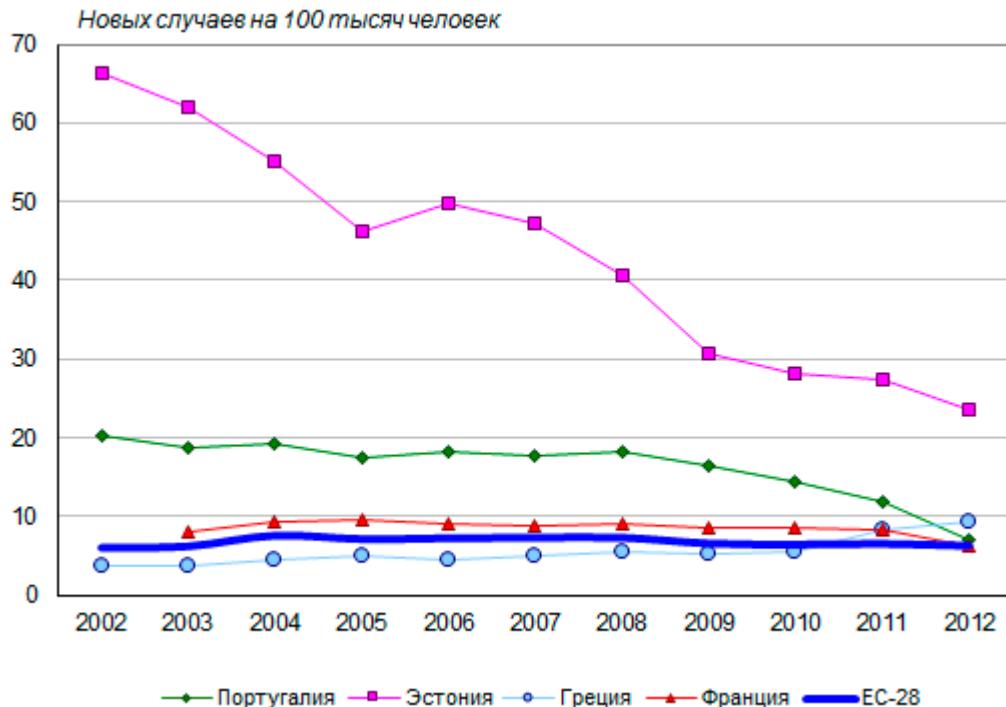


Рисунок 13. Заболеваемость населения некоторых стран ЕС-28 ВИЧ-инфекцией, 2002-2012 годы, новых случаев на 100 тысяч человек

Источник: Eurostat Statistics Database completed with data from OECD Health Statistics 2014, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>, дата обращения - 18.06.15

После первых сообщений о СПИДе, появившихся в начале 1980-х годов, заболеваемость СПИДом в Европейском союзе быстро росла и достигла пока – около 4 новых случаев на 100 тысяч человек – в середине 1990-х годов. Осознание общественной опасности заболевания и предпринятые меры по предотвращению столь быстрого распространения инфекции привели к снижению заболеваемости по первичным диагнозам СПИД во второй половине 1990-х годов. Развитие антиретровирусной терапии и обеспечение ее доступности сыграли важную роль в замедлении развития заболевания и ВИЧ-инфицированных, что также повлияло на снижение заболеваемости СПИДом.

Особенно высокая заболеваемость СПИДом в первое десятилетие распространения болезни наблюдалась в Испании, но с середины 1990-х годов она стала быстро сокращаться, пустившись в 2012 году до 1,7 на 100 тысяч человек (рис. 14). В Португалии пик заболеваемости был пройден позже, в конце 1990-х годов, и за ним также последовало быстрое сокращение – с 10,3 на 100 тысяч человек в 2002 году до 2,4 в 2012 году. В Латвии, напротив, число новых случаев заболевания СПИДом в последние годы быстро растет, увеличившись с 2,4 в 2003 году до 6,8 в 2012 году. В то же время низкие коэффициенты заболеваемости в некоторых странах могут быть обусловлены значительной латентной заболеваемостью.

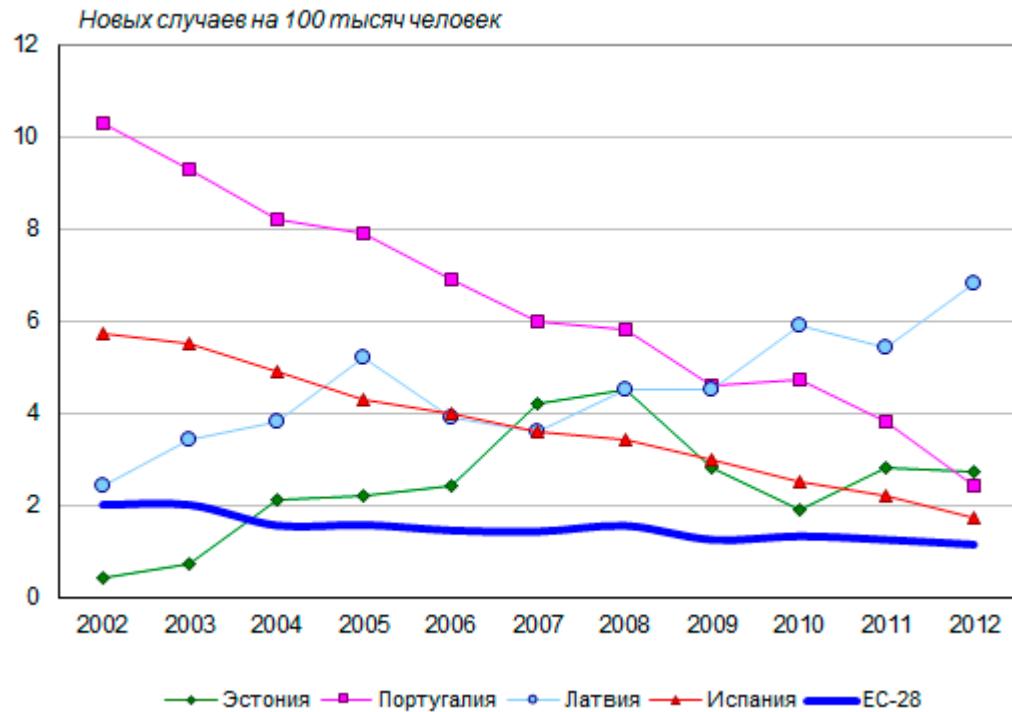


Рисунок 14. Заболеваемость населения некоторых стран ЕС-28 СПИДом, 2002-2012 годы, новых случаев на 100 тысяч человек

Источник: Eurostat Statistics Database completed with data from OECD Health Statistics 2014, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>, дата обращения - 18.06.15

Уведомление о всех случаях заболевания корью, коклюшем и гепатитом В обязательно во всех странах-членах ЕС-28

В большинстве стран Европы существует система обязательного уведомления об инфекционных заболеваниях, хотя определения случаев заболевания, требования лабораторного подтверждения и система представления информации могут заметно различаться. Уведомление о всех случаях заболевания корью, коклюшем и гепатитом В обязательно во всех странах-членах ЕС-28.

В 2011 году было сообщено о 13797 подтвержденных случаях заболевания корью в целом по Европейскому союзу, что составило 6,4 случая на 100 тысяч человек, как и в предшествующем 2010 году. В 13 странах заболеваемость корью в 2011 году оказалась ниже уровня 1 случая на 100 тысяч человек, что считается целевым показателем для ликвидации заболевания. Наиболее высокая заболеваемость корью отмечалась во Франции – 23 случая на 100 тысяч человек (рис. 15). О вспышке заболевания сообщили Румыния (20), Италия (9), Испания (8), Бельгия и Ирландия (по 6 случаев по 100 тысяч человек).

Наиболее уязвимы, с точки зрения заболевания корью, дети в возрасте 0-4 года, несколько меньше – дети и подростки в возрасте 5-14 лет. Помимо самого заболевания, сопровождающегося высокой

температурой, кашлем, насморком, слезотечением и сыпью на коже, опасны его возможные осложнения: пневмония, энцефалит, диарея и слепота.

В сентябре 2010 годы европейские страны подтвердили свое обязательство предотвратить заражение корью внутри региона к 2014 году. Чтобы достичь этой цели, необходимо обеспечить, по крайней мере, 95-процентной вакцинации детей от кори (дважды: в возрасте 1 года и 4-5 лет). Во Франции доля детей, получивших первую вакцину в возрасте 1 года, составила в 2011 году только 89%. В 2012 году охват детей вакцинацией против кори остался на том же уровне.

Что касается коклюша, в 2011 году было сообщено о 12529 подтвержденных случаях заболевания, что составило по Европейскому союзу в целом 4,4 случая на 100 тысяч человек. Это на 25% больше, чем в 2010 году, но сопоставимо с уровнем заболеваемости в предшествующие годы. Наиболее высокой заболеваемостью коклюшем была в Эстонии (36 случаев на 100 тысяч человек), Нидерландах (33), а также в Словакии (17) и Словении (14). Стоит отметить крайне высокий уровень заболеваемости коклюшем в Норвегии (почти 90 случаев на 100 тысяч человек в 2011 году), что связано с более интенсивным тестированием.

Наиболее подвержены заболеванию коклюшем дети и подростки, но рост заболеваемости наблюдается во всех возрастных группах. Коклюш перестал представлять преимущественно педиатрическую проблему. Иммунизация, которая в рамках национальных программ вакцинации детей проводится обычно в возрасте около 1 года, не обеспечивает сохранение иммунитета на протяжении всей жизни, поэтому требуется повторная вакцинация. Некоторые страны уже добавили вакцинацию от коклюша в подростковом возрасте в общую схему вакцинации (Австрия, Бельгия, Германия, Италия, Финляндия и Франция).

Гепатит В – вирусное заболевание печени, заражение которым происходит через кровь и другие биологические жидкости инфицированного человека. В ряде случаев заболевание становится хроническим, что существенно повышает риск смерти от рака или цирроза печени. Защитой от заболевания является вакцинация.

В 2011 году в Европейском союзе было сообщено о 16488 случаях заболевания гепатитом В, что составило 3,4 случая на 100 тысяч человек. Особенно высока заболеваемость в Швеции, Великобритании, Латвии, Ирландии и Нидерландах – более 10 случаев на 100 тысяч человек. Еще выше значение показателя в Норвегии – 15,5 на 100 тысяч человек, – что так же, как и в случае с коклюшем, связано с более интенсивным тестированием (включая тестирование всех иммигрантов, прибывающих в страну).

Примерно треть всех случаев заболевания гепатитом В регистрируется у молодых людей в возрасте 25-34 года. В случаях острого заболевания вирус передается чаще всего через гетеросексуальные контакты, реже – при лечении или уходе за больными, а в случаях хронического заболевания – от матери к ребенку.

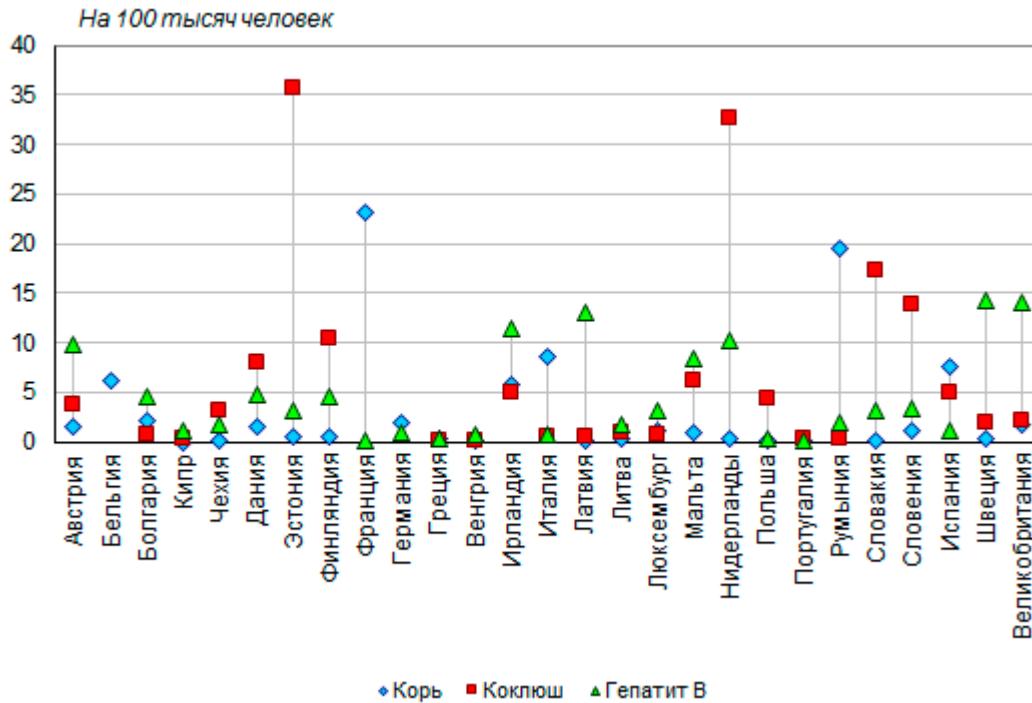


Рисунок 15. Заболеваемость населения некоторых стран Европы корью, коклюшем и гепатитом В, 2011 год, новых случаев на 100 тысяч человек

Источник: Eurostat Statistics Database completed with data from OECD Health Statistics 2014, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>, дата обращения - 18.06.15

В 2012 году в странах ЕС было диагностировано 2,7 миллиона новых случаев заболевания раком

Регистрация случаев заболевания раком (злокачественными новообразованиями, коды C00-C97 по МКБ-10) хорошо налажена в большинстве стран-членов ЕС, хотя качество и полнота регистров рака различна. В некоторых странах регистры рака охватывают только отдельные территории. Сопоставимость данных отдельных стран снижается из-за различий в медицинской подготовке и практике.

В 2012 году в странах ЕС было диагностировано 2,7 миллиона новых случаев заболевания раком, в том числе 1,5 миллиона (54%) у мужчин и 1,2 миллиона (46%) у женщин. К наиболее частым локализациям злокачественных новообразований относятся рак груди (13,8% всех впервые установленных случаев заболевания), простаты (13,6%), толстой и прямой кишки (13,0%), легкого (11,8). На эти четыре вида рака приходится более половины всех случаев заболевания раком в Европейском союзе. Риск заболевать раком в возрасте до 75 лет составляет 27% (31% для мужчин, 24% для женщин), а риск умереть от рака в возрасте до 75 лет – 12% (14% для мужчин, 9% для женщин).

Заболеваемость раком существенно различается по странам Европы. Выше всего она в странах Северной и Западной Европы – в Дании, Франции, Бельгии и Норвегии, - где стандартизованный коэффициент [12] превышает 300 вновь установленных случаев заболевания раком на 100 тысяч человек за 2012 год (рис. 16). Ниже всего зарегистрированная заболеваемость раком в некоторых средиземноморских странах, таких как Греция (163), Кипр и Турция (по 205). В среднем по ЕС-28 заболеваемость раком в 2012 году составила 266 новых случаев на 100 тысяч человек. Различия в заболеваемости раком между странами Европы обусловлены не только разной распространенностью факторов риска возникновения рака, но различиями в национальной политике по отношению к скринингу рака и в качестве отчетности о заболеваемости.

Заболеваемость раком выше среди мужчин во всех странах Европы, хотя величина различий между мужчинами и женщинами разная. В Турции, Эстонии, Испании и Латвии заболеваемость раком мужчин примерно на 60% выше, чем заболеваемость женщин, тогда как в Великобритании, Дании, Исландии и на Кипре – менее чем на 10%.

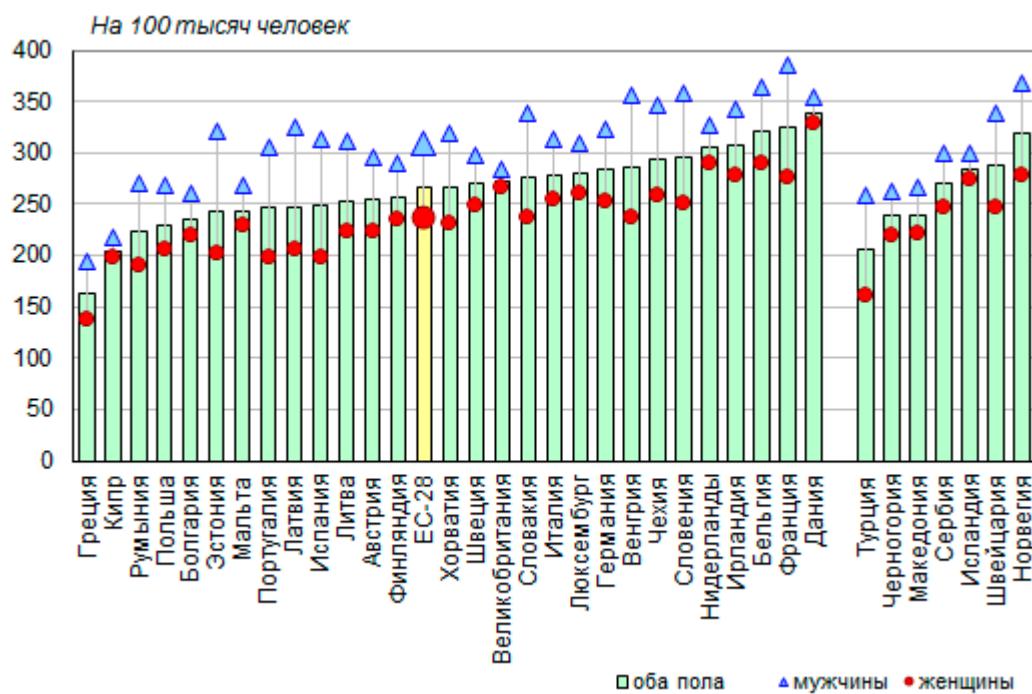


Рисунок 16. Заболеваемость населения некоторых стран Европы раком (всех видов) по полу, 2012 год, стандартизованные коэффициенты по впервые установленным диагнозам на 100 тысяч человек

Источник: Eurostat Statistics Database completed with data from OECD Health Statistics 2014,
<http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>, дата обращения - 18.06.15

Рак груди занимает первое место среди всех раковых заболеваний у женщин, намного опережая другие локализации (30% всех случаев заболевания раком), за ним следуют рак толстой и прямой кишки (13%), рак легкого (8%) и рак шейки матки (5%).

Причины возникновения рака молочной железы не вполне ясны, но к установленным факторам риска относятся возраст, генетическая предрасположенность (наличие заболевания у близких кровных родственников), плотность молочной железы, воздействие эстрогена, излишний вес и ожирения, алкоголь, радиация и гормонозамещающая терапия.

Первичная заболеваемость раком груди выше всего в странах Западной Европы (Бельгии, Франции, Нидерландах, Германии) и некоторых странах Северной Европы (Дании, Великобритании, Ирландии и Исландии), где она на 25% и более выше, чем в среднем по ЕС-28 – 74 новых случая заболевания на 100 тысяч женщин за 2012 год (рис. 17). Ниже всего стандартизованные коэффициенты заболеваемости раком в Греции, странах Балтии (Латвии, Литве, Эстонии), Румынии и Польше, где они на 30-40% ниже, чем в среднем по ЕС-28. Вариация показателей заболеваемости раком молочной железы по странам ЕС-28 может быть, по крайней мере, отчасти связана с различиями в охвате и типа скрининга заболевания. И хотя благодаря более раннему выявлению и совершенному лечению смертность от рака груди снизилась по сравнению с началом 1990-х годов в большинстве стран ЕС, это заболевание остается основной причиной смерти женщин от раковых заболеваний.

Рак простаты стал наиболее частой формой рака, диагностируемой у мужчин почти во всех странах ЕС-28, за исключением некоторых стран Центральной и Восточной Европы, в которых среди раковых заболеваний все еще лидирует рак легкого. В 2012 году рак простаты составил четверть всех новых случаев заболевания мужчин раком в ЕС-28, за ним следовал рак легкого (15%), толстой и прямой кишки (13%) и мочевого пузыря (7%).

Как и в случае с раком молочной железы, причины возникновения рака также не вполне понятны, но возраст, этническое происхождение, генетическая предрасположенность, ожирение, недостаточные физические нагрузки и некоторые привычки питания относятся к основным факторам риска.

Выше всего заболеваемость раком простаты в таких странах Западной и Северной Европы, как Норвегия, Франция, Швеция, Ирландия, Швейцария, Исландия и Финляндия, в которых стандартизованный коэффициент заболеваемости составляет около 100 новых случаев заболевания на 100 тысяч человек. Самая низкая заболеваемость раком простаты отмечается в Греции, а также в странах Центральной и Восточной Европы - Болгарии, Румынии, Польше и Венгрии (от 20 до 38 вновь установленных случаев заболевания на 100 тысяч мужчин).

Заболеваемость раком простаты возросла, по сравнению с концом 1990-х годов, в большинстве стран Европы, особенно северной и западной, из-за большего распространения тестирования на наличие простат-специфического антигена (PSA) и лучшего выявления заболевания. Отчасти различия между странами по заболеваемости раком простаты обусловлены разными масштабами применения такого тестирования. Смертность от рака простаты за период снизилась в некоторых странах благодаря более раннему выявлению и совершенствованию методов лечения.

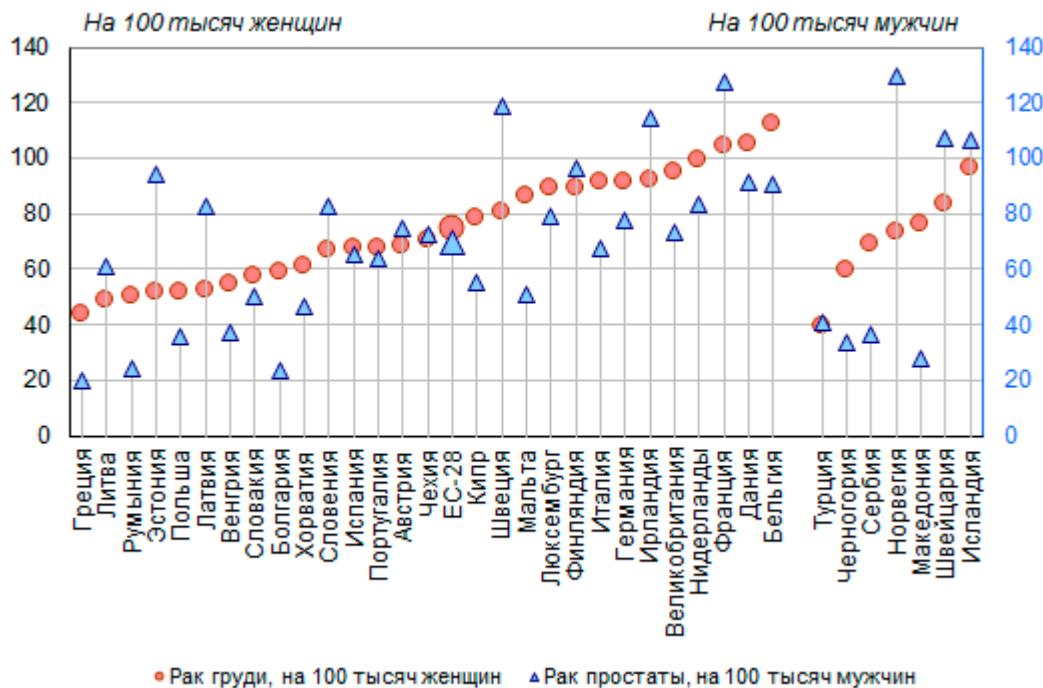


Рисунок 17. Заболеваемость населения некоторых стран Европы раком груди и простаты по полу, 2012 год, стандартизованные коэффициенты по впервые установленным диагнозам на 100 тысяч человек

Источник: Eurostat Statistics Database completed with data from OECD Health Statistics 2014, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>, дата обращения - 18.06.15

Диабет является хроническим заболеванием, для которого характерны высокие уровни сахара в крови. Оно развивается, если поджелудочная железа перестает производить гормон инсулин (диабет I типа) или если при сниженной способности поджелудочной железы производить инсулин, снижена чувствительность тканей к действию инсулина (диабет II типа). Если болезнь остается нераспознанной или плохо контролируемой, страдающие диабетом подвержены высокому риску развития сердечно-сосудистых заболеваний (сердечных приступов, инсультов), а также повышенному риску потери зрения, ампутации ступней и ног из-за повреждения сосудистой и нервной ткани, почечной недостаточности, при которой появляется необходимость в диализе или трансплантации.

По оценкам Международной федерации диабета, в 2013 году число больных диабетом ЕС-28 достигало 32 миллиона взрослых людей в возрасте 20-79 лет, что составляет около 6% населения данного возраста. Наиболее высока заболеваемость диабетом среди взрослых людей в Португалии, Германии, Испании и на Кипре, где она превышает 8% от численности населения этой группы (рис. 18).

Случаи заболевания диабетом I типа составляют всего 10-15% от общего числа случаев заболевания диабетом, но это основная форма заболевания среди младших возрастных групп в

европейских странах. Согласно данным регистра диабета и недавних исследований, число новых случаев диагностирования диабета I типа среди детей в возрасте до 15 лет выше всего в скандинавских странах и в Великобритании. Если в среднем по ЕС-28 оно составило в 2013 году 18 новых случаев заболевания на 100 тысяч детей в возрасте 0-14 лет, то в Финляндии -58, в Швеции - 43, в Норвегии – 33, в Великобритании (28), в Дании – 25. Вызывает тревогу тот факт, что в некоторых странах Европы диабет I типа развивается во все более раннем возрасте.

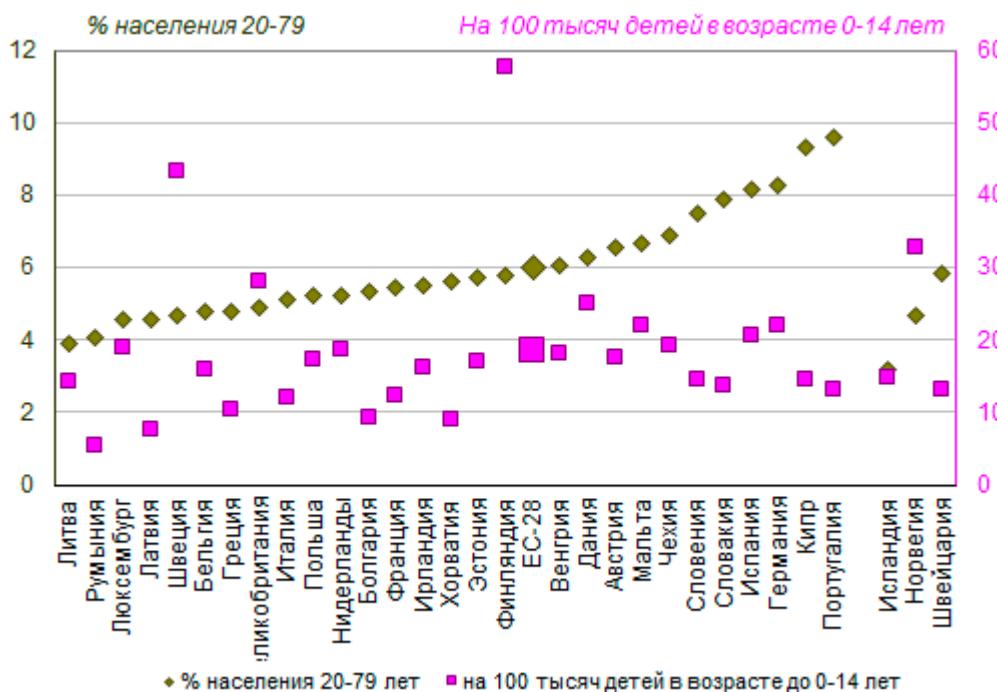


Рисунок 18. Заболеваемость населения некоторых стран Европы диабетом, 2013 год, % населения 20-79 лет и число случаев диабета I типа на 100 тысяч детей в возрасте 0-14 лет

Источник: Eurostat Statistics Database completed with data from OECD Health Statistics 2014, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>, дата обращения - 18.06.15

Диабет входит в число основных причин смерти в Европе. По оценкам, в 2013 году от болезней, связанных с диабетом, умерло 271,3 тысячи человек. Из всех страдавших диабетом, 50% умерло от сердечно-сосудистых заболеваний, еще 10-20% - от почечной недостаточности.

Экономическое бремя диабета весьма существенно. Расходы на здравоохранение в странах ЕС, направленные на предотвращение и лечение диабета и его осложнений в 2013 году, оцениваются в €100 миллиардов. Более четверти из этих средств потрачено на контроль повышенного уровня сахара в крови, еще четверть – на лечение долговременных осложнений диабета, остальное – на дополнительную медицинскую помощь общего характера.

Между тем диабет II типа в значительной степени предотвратим. Такие факторы риска, как повышенная масса тела и ожирение, недостаточная физическая нагрузка вполне могут быть смягчены, и этот способствовал бы сокращению числа осложнений, вызываемых диабетом.

Под деменцией (приобретенным слабоумием) понимается целая группа изменений мозга, ведущих к его повреждению и постепенному ухудшению индивидуальных функциональных возможностей и возможностей социального общения. Это заболевание является одной из важнейших причин инвалидности пожилых людей, накладывая тяжелое бремя не только на людей, страдающих от него, но и на тех, кто ухаживает за ними. Среди наиболее распространенных форм деменции выделяется болезнь Альцгеймера, на которую приходится от 60 до 80% всех случаев старческой деменции. Другой распространенной формой является мульти-инфарктная деменция, вызванная серией инсультов (инфарктов головного мозга). В настоящее время средств излечения деменции нет, но фармацевтические препараты и другие средства медицинского воздействия могут замедлить прогрессирование заболевания.

По оценкам, в 2012 году примерно 8,4 миллиона человек в возрасте 60 лет и старше, проживающих в странах ЕС-28, страдали от деменции, что составляет около 7% от численности населения данного возраста. Выше всего уровень заболеваемости деменцией в Италии, Испании и Франции, где более 7,5% населения 60 лет и старше страдает от деменции (рис. 19). Ниже всего заболеваемость деменцией пожилого населения Мальты, Словакии, Болгарии, Чехии и Румынии – менее 6% населения 60 лет и старше.

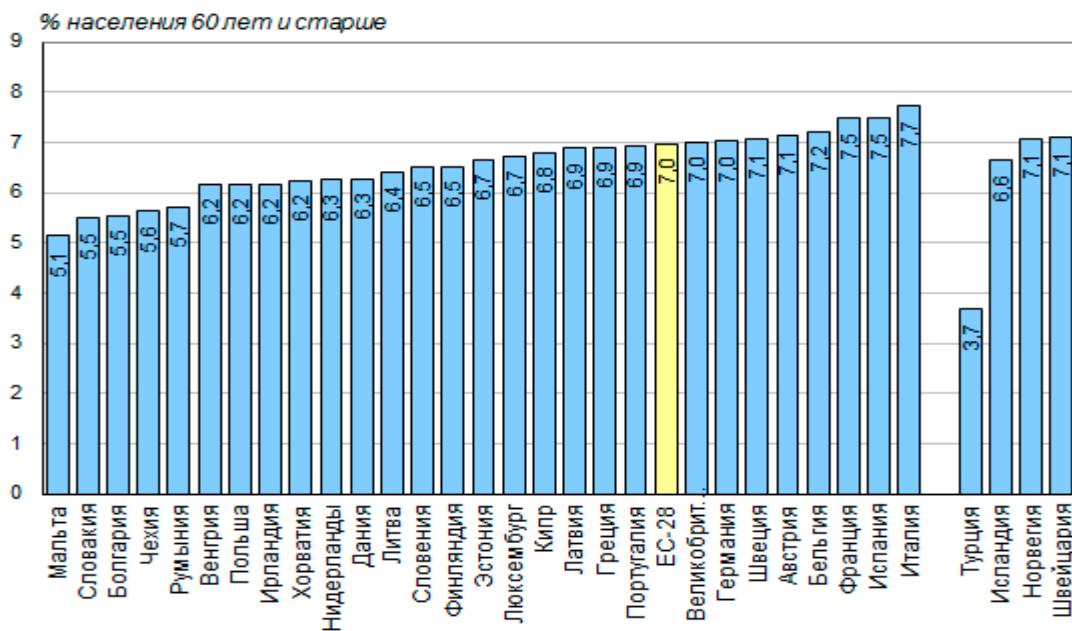


Рисунок 19. Распространенность деменции среди пожилого населения некоторых стран Европы, 2012 год, % населения 60 лет и старше

Источник: Eurostat Statistics Database completed with data from OECD Health Statistics 2014,
<http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>, дата обращения - 18.06.15

Клинические признаки деменции проявляются обычно после достижения возраста 60 лет и быстро нарастают с повышением возраста (рис. 20). Заболевание поражает женщин в большей мере, чем мужчин. В целом по ЕС-28 по данным за 2012 год, от деменции страдали 14% мужчин и 16% женщин возрастной группы 80-84 года, тогда в группе моложе 75 лет – менее 4%. Среди населения 90 лет и более заболеваемость возрастает до 30% мужчин и 47% женщин. Раннее наступление деменции – в возрасте до 65 лет – крайне редко и составляет лишь около 1% от общей численности людей, страдающих от деменции.

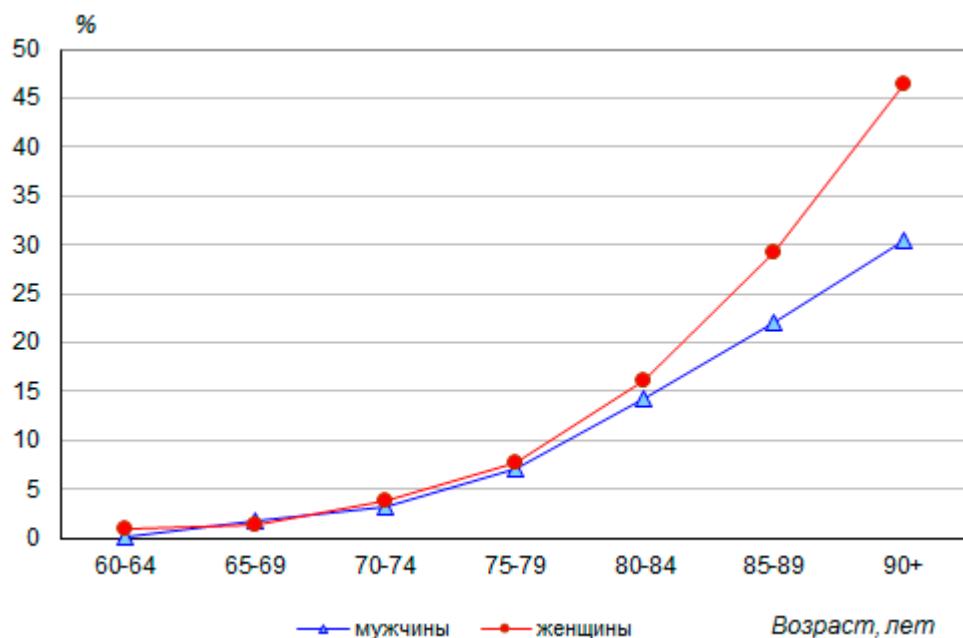


Рисунок 20. Распространенность деменции среди пожилого населения ЕС-28 по возрастно-половым группам, 2012 год, %

Источник: Eurostat Statistics Database completed with data from OECD Health Statistics 2014, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>, дата обращения - 18.06.15

Прямые расходы на деменцию составляют значительную долю совокупных денежных расходов на здравоохранение в странах Европы, превосходя расходы, связанные с лечением депрессий и таких психических расстройств, как шизофрения. Так, в Нидерландах расходы, связанные с деменцией, составили в 2011 году около 5,5% от всех расходов на здравоохранение. И со временем эта доля растет. Большая часть расходов направляется на уход за людьми, страдающими деменцией, в специальных домах престарелых. Часть средств направляется на уход на дому и самая меньшая часть – на уход в больницах. В Германии расходы, связанные с деменцией, составили 3,7% всех расходов на здравоохранение в 2008 году, что несколько больше, чем в 2004 году – 3,5%. Большая часть средств расходуется также на уход в домах престарелых.

Источники:

Организация экономического сотрудничества и развития - OECD

OECD/European Union (2014), Health at a Glance: Europe 2014, OECD Publishing, Paris.

DOI: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance_eur-2014-en;
http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2014_health_glance_eur-2014-en

Статистическая служба Европейского союза – Eurostat

Health in the European Union – facts and figures - http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Health_in_the_European_Union_%E2%80%93_facts_and_figures;Health variables in SILC – methodology - http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Health_variables_in_SILC_-_methodology ;Morbidity statistics in the EU / Report on pilot studies //Statistical working papers. European Union, 2014 -
<http://ec.europa.eu/eurostat/web/products-statistical-working-papers/-/KS-TC-14-003>;Morbidity statistics - methodology. – http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Morbidity_statistics_-_methodologyCauses of death statistics – methodology - http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Morbidity_statistics_-_methodology

[1] Точнее, ожидаемая продолжительность жизни при рождении - число лет, которое в среднем предстояло бы прожить одному человеку из некоторого гипотетического поколения родившихся при условии, что на протяжении всей жизни этого поколения уровень смертности в каждом возрасте останется таким же, как в годы, для которых вычислен показатель. Не зависит от возрастной структуры населения.

[2] После вступления в Европейский союз Хорватии (1 июля 2013 года) в его состав входят 28 стран: Австрия, Бельгия, Болгария, Великобритания, Венгрия, Германия, Греция, Дания, Ирландия, Испания, Италия, Кипр, Латвия, Литва, Люксембург, Мальта, Нидерланды, Польша, Португалия, Румыния, Словакия, Словения, Финляндия, Франция, Хорватия, Чехия, Швеция и Эстония.

[3] Здесь и далее средние значения по ЕС, приводимые из доклада «Health at a Glance: Europe 2014», OECD Publishing, Paris, не взвешены по численности населения, то есть рассчитаны как простые средние из 28 значений по странам-членам союза (или меньшего числа, если данных по каким-то странам нет).

[4] Экспертами ВОЗ рассчитывается сходный показатель: *HALE – healthy life expectancy*.

[5] Sullivan, D.E. (1971). A single index of mortality and morbidity. HSMHA Health Reports, 86:347-354.

[6] Поскольку опрашивается взрослое население частных домохозяйств, вне поля зрения остается население, проживающее в коллективных домохозяйствах (институциональных учреждениях – домах престарелых, больница и т.п.). Из выборки практически выпадают дети в возрасте до 15 лет

и пожилые люди из самых старших возрастных групп.

[7] В апреле 2011 года были приняты Правила регулирования статистики причин смерти (European Commission Regulation 328/2011). Был определен детальный список показателей и разбивка, в которой они должны предоставляться странами-членами Европейского союза в Статистический комитет Европейского союза (Евростат).

[8] По краткой номенклатуре, включающей 86 причин (до 2011 года - 65) на основе Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)). Почти все страны ЕС применяют в настоящее время классификацию десятого пересмотра - ICD-10 (в Греции - ICD-9), хотя и не все используют ее обновления.

[9] Уровень 2 номенклатуры территориальных единиц NUTS.

[10] Causes of death statistics – methodology - http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Causes_of_death_statistics_-_methodology

[11] Morbidity statistics in the EU / Report on pilot studies //Statistical working papers. European Union, 2014. 96 pp. Cat. No: KS-TC-14-003-EN-N.

[12] В 2012 году Европейский стандарт возрастной структуры, используемый для стандартизации коэффициентов смертности и заболеваемости с целью устранения влияния возрастной структуры и повышения сопоставимости показателей, был пересмотрен. В новом стандарте используются невзвешенные средние значения численности населения по пятилетним возрастным интервалам (кроме группы до 5 лет и 95 лет и старше), исходя из численностей этих групп в населении стран ЕС-27 (без Хорватии) и стран Европейской ассоциации свободной торговли по прогнозу с исходной базой расчета от 2010 года в среднем для периода 2011-2030 годов.