

МИРОВОЙ ДЕМОГРАФИЧЕСКИЙ БАРОМЕТР



Продолжительность жизни и риски для здоровья в странах ОЭСР

Рубрику ведет



Екатерина
ЩЕРБАКОВА

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в среднем по ОЭСР возросла до 80,6 года

В большинстве стран Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР)[1] охват населения услугами здравоохранения стал практически всеобщим, а их качество постоянно повышается. Это приводит к снижению смертности населения и улучшению его здоровья, но одновременно растут расходы на здравоохранение – сейчас они составляют в среднем около 9% ВВП. В связи с этим становится актуальной проблема выбора наиболее эффективных направлений инвестирования в здравоохранение и здоровье населения.

Для оценки смертности и здоровья населения используется целый набор различных показателей. В качестве важнейшего обобщающего показателя чаще всего используется показатель средней продолжительности жизни[2]. Служа адекватной интегральной характеристикой смертности, он в то же время является признанным индикатором здоровья населения, состояния здравоохранения, уровня и устойчивости социально-экономического развития.

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в странах ОЭСР устойчиво возрастает. Ее среднее значение по 35 странам-членам ОЭСР (ОЭСР-35) возросло до 80,6 года[3] в 2015 году, что на 3,1 года больше, чем в 2002 году (рис. 1). В большей степени – на 3,6 года – увеличилась ожидаемая продолжительность жизни при рождении мужчин (с 74,3 до 77,9 года). Более высокая продолжительность жизни женщин увеличилась на 2,6 года (с 80,5 до 83,1 года), причем по оценкам за 2015 год она оказалась несколько меньше, чем в 2014 году (83,3 года). Значение ожидаемой при рождении продолжительности жизни мужчин и населения обоих полов в 2015 году оставалось тем же, что и в 2014 году. Возможно, это связано с отсутствием данных по Канаде за 2014-2015 годы, и в дальнейшем оценки могут быть скорректированы.

По имеющимся данным, разрыв в продолжительности жизни женщин и мужчин снизился с 6,2 года в 2002 году до 5,2 года в 2015 году.

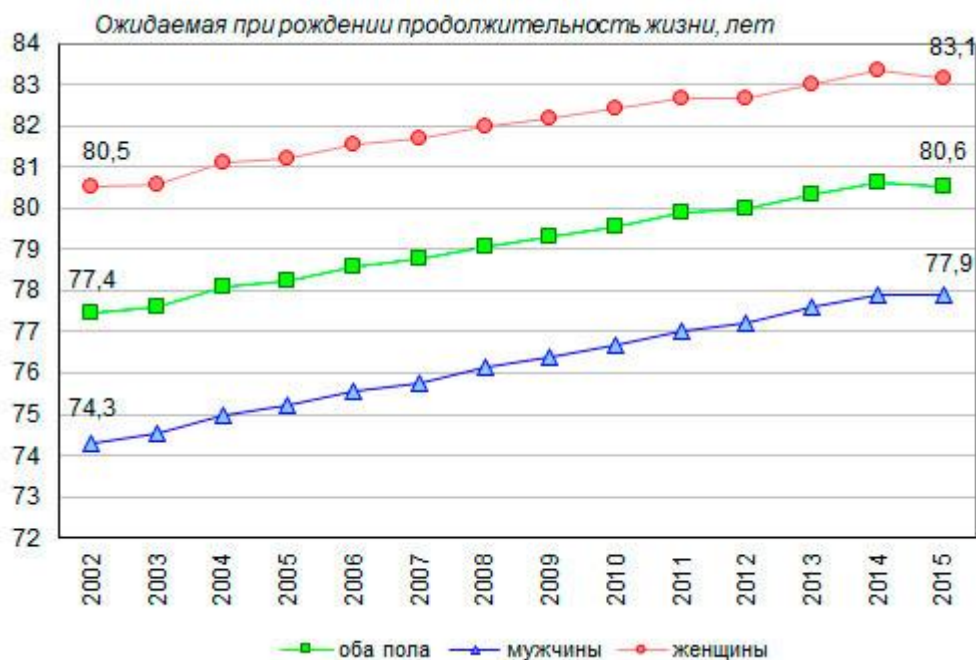


Рисунок 1. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в странах ОЭСР* по полу, 2002-2015** годы, лет

* среднее значение по 35 странам-членам ОЭСР, не взвешенное по численности населения

** данные по Канаде имеются за 2002-2013 годы, поэтому при расчете средней по ОЭСР за 2014-2015 годы использовалось значение для Канады за 2013 год

Источник: OECD Health Statistics 2017 - http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT (Last updated: 10 November 2017). Дата обращения - 19.01.18.

По сравнению с 1970 годом ожидаемая продолжительность жизни при рождении (для обоих полов) увеличилась в странах ОЭСР на 10,5 года (с 71,0 года по ОЭСР-34, без Латвии). Прирост средней продолжительности жизни варьировался по странам-членам ОЭСР от 6,5 года в Венгрии до 23,8 года в Турции (рис. 2). Помимо Турции очень значительный прирост средней продолжительности жизни наблюдался в Южной Корее (19,8 года), Чили (16,8), Португалии и Мексике (более 14 лет). В 16 странах средняя продолжительность жизни за 1970-2015 годы увеличилась менее, чем на 10 лет, причем среди них есть страны как с более высокой изначально, так и более низкой ожидаемой продолжительностью жизни. Наименьший прирост отмечался в Венгрии (6,5 года) и Словакии (6,7 года).

В 1970 году в 25 из 34 стран ОЭСР (без Латвии) ожидаемая продолжительность жизни при рождении составляла 70 лет и более, в 2015 году – во всех 35 странах-членах ОЭСР превышала 70 лет, а в 25 странах превышала 80 лет, варьируясь от 74,6 года в Латвии до 83,9 года в Японии.

За последние 10 лет (2005-2015) ожидаемая продолжительность жизни при рождении увеличилась в ОЭСР на 2,3 года. Величина прироста варьировалась по странам от 0,9 года в Исландии и 1,0 года в Мексике до 4,9 года в Турции и 4,8 года в Эстонии.

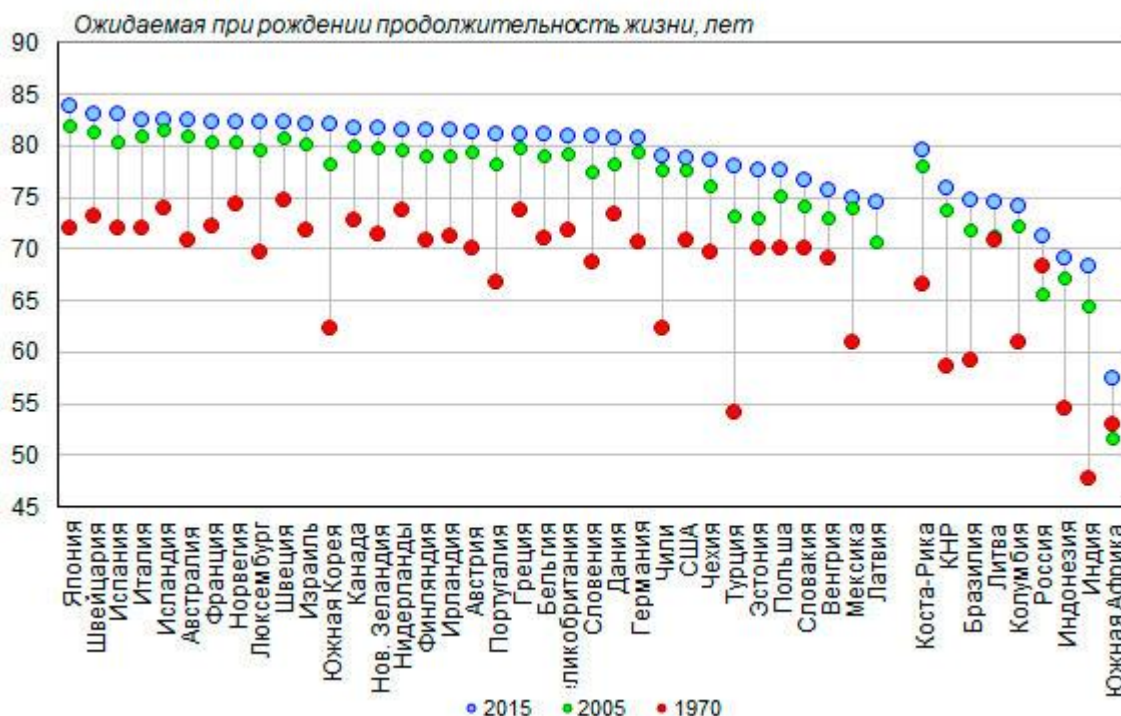


Рисунок 2. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении по странам ОЭСР и странам-партнерам, 1970*, 2005 и 2015** годы, лет

* Италия, Израиль, Канада, Люксембург – 1971 год

** Канада – 2013 год

Источник: OECD Health Statistics 2017 - http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT (Last updated: 10 November 2017). Дата обращения - 19.01.18.

Во всех странах-членах ОЭСР средняя продолжительность жизни женщин была выше, чем у мужчин как в 1970, так и в 2015 году. Среди стран-партнеров средняя продолжительность жизни женщин была ниже, чем у мужчин в Индии 1970 года (рис. 3).

В 2015 году ожидаемая продолжительность жизни женщин составляла в странах ОЭСР от 77,7 года в Мексике до 87,1 года в Японии. Только в трех странах она была ниже 80 лет (в Венгрии и Латвии помимо Мексики). По сравнению с 1970 годом прирост средней продолжительности жизни женщин составил от 6,5 года в Исландии и США до 24,4 года в Турции.

Ожидаемая продолжительность жизни мужчин составляла в 2015 году в странах ОЭСР от 69,7 года в Латвии до 81,2 года в Исландии. Значение ниже 70 лет сохранялось только в Латвии, в остальных странах-членах ОЭСР оно превышало 72 года, а в 10 странах составляло 80 лет и более. Прирост по сравнению с 1970 годом составил от 6,0 года в Венгрии до 23,3 года в Турции. Высоким приростом средней продолжительности жизни как мужчин, так и женщин отличались, помимо Турции, Южная Корея, Чили и Португалия, в которых она была относительно низка в 1970 году. Самые низкие приросты средней продолжительности жизни мужчин характерны для некоторых стран Восточной Европы, в которых в 1990-е годы, наблюдалось существенное снижение продолжительности жизни.

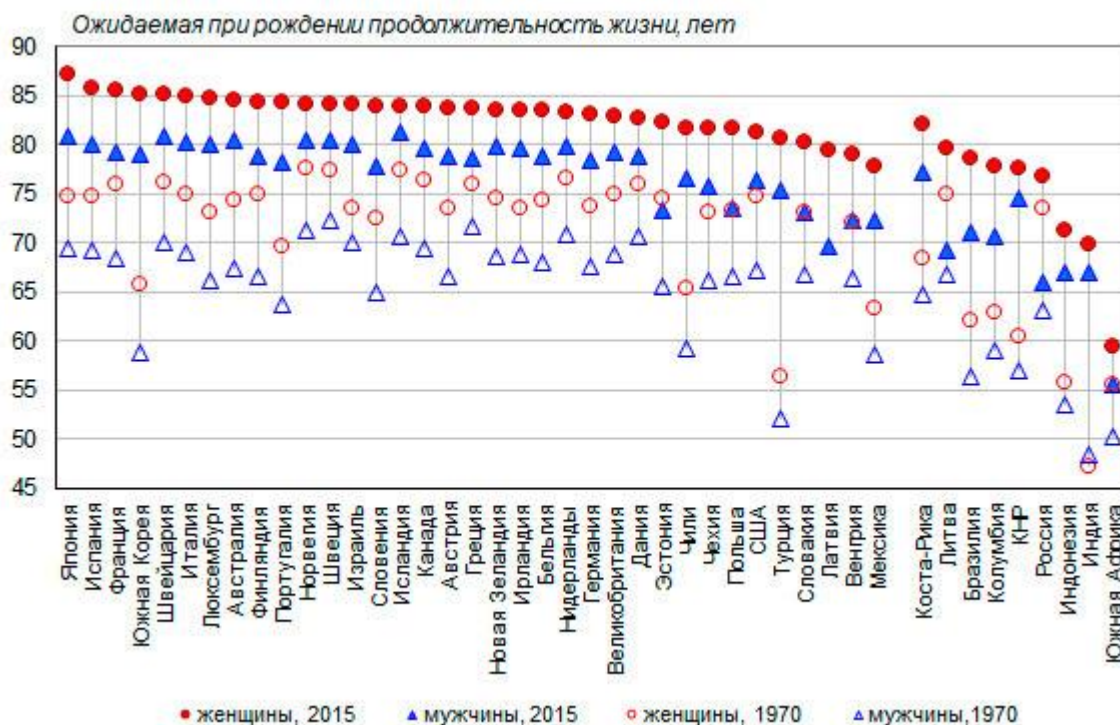


Рисунок 3. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении женщин и мужчин по странам ОЭСР и странам-партнерам, 1970* и 2015** годы, лет

* Италия, Израиль, Канада, Люксембург – 1971 год

** Канада – 2013 год

Источник: OECD Health Statistics 2017 - http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT (Last updated: 10 November 2017). Дата обращения - 19.01.18.

В рассматриваемый период повышение средней продолжительности жизни в странах ОЭСР шло не только и уже не столько за счет снижения детской смертности, сколько за счет снижения смертности в средних и старших возрастах. В результате ожидаемая продолжительность в возрасте 65 лет возросла в ОЭСР-35 до 21 года у женщин, и почти до 18 лет у мужчин. В 2015 году она составляла для женщин, достигших возраста 65 лет, от 18,2 года в Венгрии до 24,3 года в Японии, а для их ровесников – от 14,2 года в Латвии до 19,5 года в Австралии, Исландии и Японии.

Прирост ожидаемой продолжительности предстоящей жизни в возрасте 65 лет составил у женщин 31 страны-члены ОЭСР (нет данных за 1970 год по Израилю, Латвии, Словении, Чили) от 3,0 года в Мексике до 9,0 года в Японии, а у мужчин 65 лет – от 2,0 года в Мексике до 8,0 в Южной Корее.

Ожидаемая продолжительность предстоящей жизни в возрасте 65 лет у женщин ОЭСР-35 в 2015 году была в среднем на 3,3 года выше, чем у мужчин. Среди стран-членов ОЭСР значение такого превышения составляло от 1,8 года в Мексике и Исландии до 5,2 года в Эстонии. Помимо Эстонии высоким оно было в Японии (4,8 года), Латвии (4,7 года).

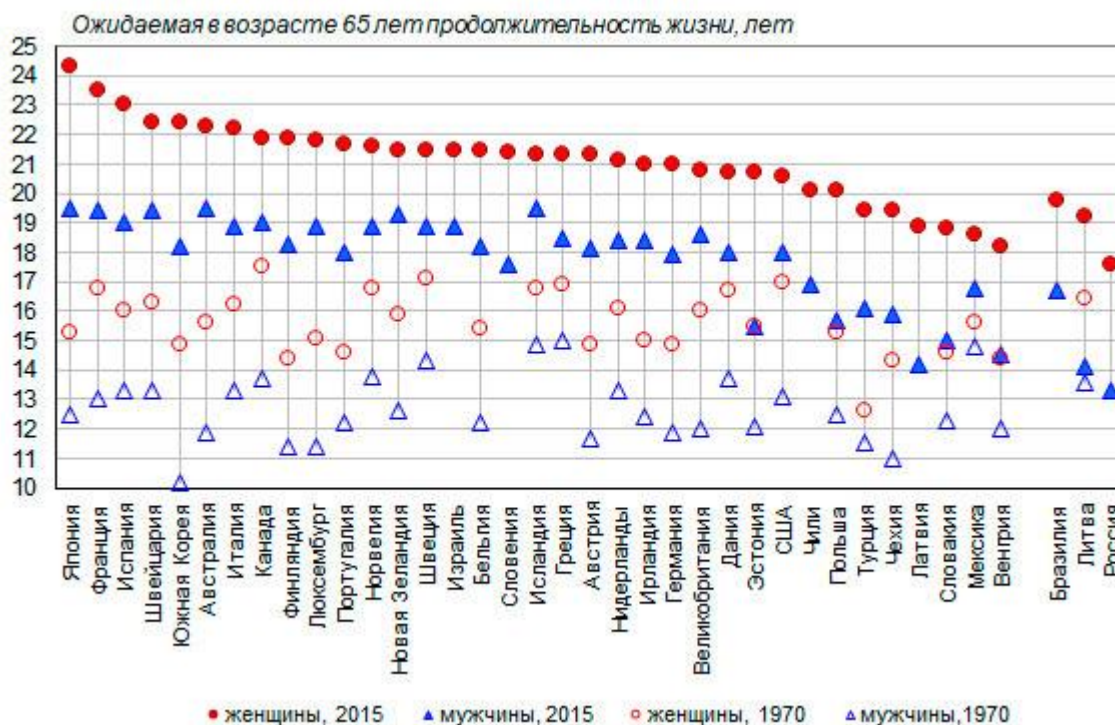


Рисунок 4. Ожидаемая продолжительность жизни женщин и мужчин в возрасте 65 лет по странам ОЭСР и странам-партнерам, 1970* и 2015* годы, лет

* Италия, Израиль, Канада, Люксембург – 1971 год

** Канада – 2013 год

Источник: OECD Health Statistics 2017 - http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT (Last updated: 10 November 2017). Дата обращения - 19.01.18.

Хотя ожидаемая продолжительность жизни традиционно широко привлекается как интегральный индикатор смертности и здоровья населения, состояния здравоохранения и социально-экономического развития, этот показатель 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, имеющих 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 болезненных 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 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 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 целом по миру ожидаемая продолжительность здоровой жизни при рождении составила в 2015 году, по оценке Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), 63,1 года (рис. 5). Учитывая, что ожидаемая продолжительность жизни при рождении составила в тот же период 71,4 года, можно говорить о том, что при условиях смертности и состояния здоровья 2015 года человеку, в среднем, предстоит прожить 8,3 года с какими-то постоянными ограничениями жизнедеятельности из-за проблем со здоровьем.

Значение ожидаемой продолжительности здоровой жизни при рождении варьировалось по крупным регионам ВОЗ[4], от 52,3 года в Африканском регионе до 68,7 года в Западно-Тихоокеанском регионе, а продолжительность жизни с ограничениями жизнедеятельности из-за проблем со здоровьем – от 7,7 года в Африканском регионе до 9,7 года в Американском регионе.

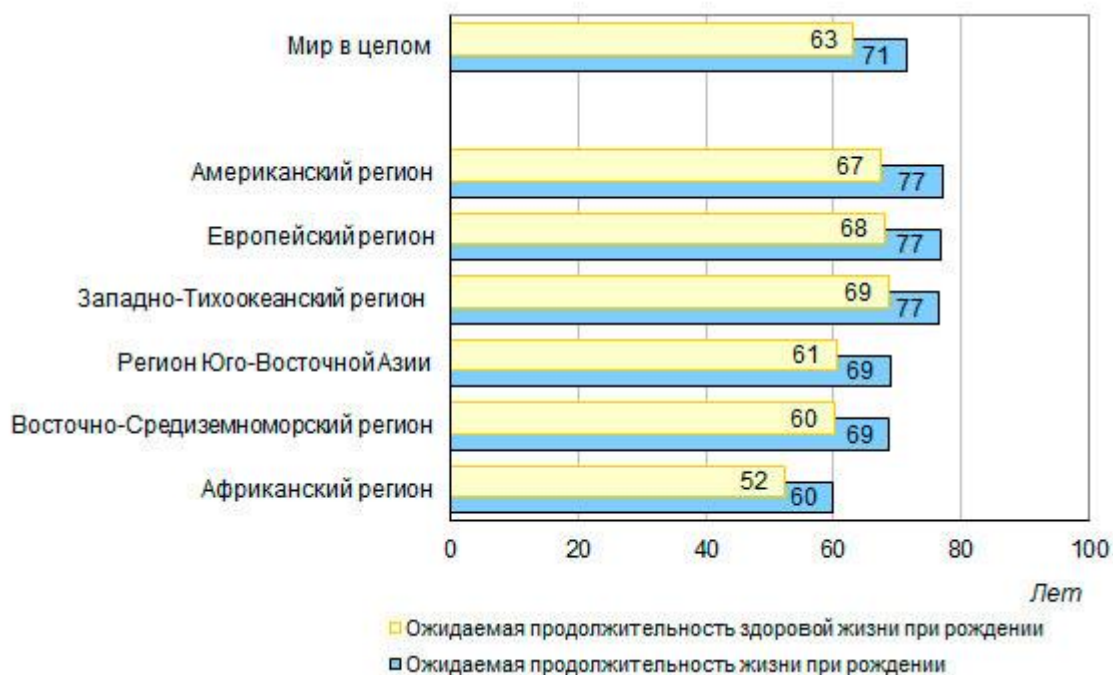


Рисунок 5. Ожидаемая при рождении продолжительность жизни и здоровой жизни по регионам ВОЗ и миру в целом, мужчины и женщины, 2015 год, лет

Источник: World Health Statistics 2017: Annex B,
http://who.int/entity/gho/publications/world_health_statistics/2017/en/index.html. Дата обращения - 17.01.18.

Продолжительность жизни увеличивается на фоне роста расходов на здравоохранение, доходов и уровня образования населения и снижения некоторых рисков для здоровья

Продолжительность жизни в странах ОЭСР в последние десятилетия увеличивалась на фоне роста расходов на здравоохранение, доходов (ВВП на душу населения) и уровня образования населения и снижения распространенности некоторых рисков для здоровья.

Анализ данных об ожидаемой продолжительности жизни и социально-экономических факторах, предположительно влияющих на нее, по 35 странам-членам ОЭСР за 1995-2015 годы показал наиболее значимую положительную взаимосвязь роста продолжительности жизни с ростом расходов на здравоохранение, ростом доходов и уровня образования населения, а также распространением здорового образа жизни. В частности, увеличение на 10% расходов на здравоохранение ассоциируется с увеличением продолжительности жизни на 3,5 месяца, распространности здорового образа жизни – на 2,6 месяца (уменьшение доли курильщиков – на 1,6 месяца, снижение потребления алкоголя – на 1,0 месяца), доходов (ВВП на душу населения) – на 2,2 месяца, распространенности первичного (начального) образования – на 3,2 месяца[5].

Другие факторы – доля собственных расходов населения на здравоохранение, распространенность здорового питания (доля ежедневно потребляющих фрукты и овощи), длительная безработица, загрязнение воздуха – не показали значимой связи с продолжительностью жизни. Отчасти это может быть связано с менее значительными изменениями этих факторов за рассматриваемый период или более долговременным влиянием на смертность населения в целом. Во всяком случае, в дальнейшем предполагается продолжить изучение влияния этих факторов на продолжительность жизни.

Характеристики основных рассмотренных факторов роста средней продолжительности жизни изменялись с разной скоростью. Наиболее значительно за 1990-2010 годы увеличились расходы на здравоохранение – почти вдвое (на 98%, с 1624 долларов США по паритету покупательной силы на душу населения в 1990 году до 3212 в 2010 году). ВВП на душу населения за этот период увеличился на 42% (с 22479 до 31900 долларов США по паритету покупательной силы), доля населения с уровнем образования выше начального – на 44% (с 57% до 82%).

Успехи в распространении здорового образа жизни были более скромными. Доля ежедневно курящих снизилась на 31% (с 30% до 21% населения 15 лет и старше), потребление алкоголя сократилось всего на 8% (с 10,1 до 9,2 литров чистого алкоголя на душу населения), а доля ежедневно потребляющих овощи и фрукты увеличилась лишь на 2% (с 64,2% до 65,3%).

Доля собственных расходов населения на здравоохранение снизилась на 9% (с 21,7% до 19,8%), загрязнение воздуха – на 14% (доля населения, проживающего на территориях с высокой концентрацией микрочастиц – размером менее 2,5 микрон – в воздухе, снизилась с 75,7% до 65,2%).

В результате такого изменения факторов роста продолжительности жизни на первое место вышли общие расходы на здравоохранение, образование и доходы (или фактически уровень экономического развития страны). Вклад факторов образа жизни (курения, потребления алкоголя, здорового питания) оказался менее значительным из-за менее существенных изменений за рассматриваемый период. Это необходимо учитывать при формировании перспективной политики, направленной на снижение смертности и повышение здоровья населения.

Имеющиеся данные о смертности населения стран ОЭСР с разным уровнем образования показывают, что ожидаемая продолжительность жизни людей с высшим образованием примерно на 6 лет больше, чем у людей с самым низким уровнем образования. Эти различия больше, чем

различия в продолжительности жизни женщин и мужчин (чуть более 5 лет). Особенно велики различия продолжительности жизни в группах с разным уровнем образования у мужчин.

Превышение ожидаемой продолжительности жизни в возрасте 30 лет у мужчин с высшим образованием составляет 7,1 года по сравнению с мужчинами со средним образованием (ниже послесреднего нетретичного[6]) в среднем по ОЭСР-25, а у женщин – 4,2 года (рис. 6).

Различия в ожидаемой продолжительности жизни в возрасте 30 лет составляли у мужчин с высшим и средним уровнем образования от 3,2 года в Турции до 14,4 года в Словакии, а у женщин – от 2,0 в Турции до 8,7 года в Эстонии.

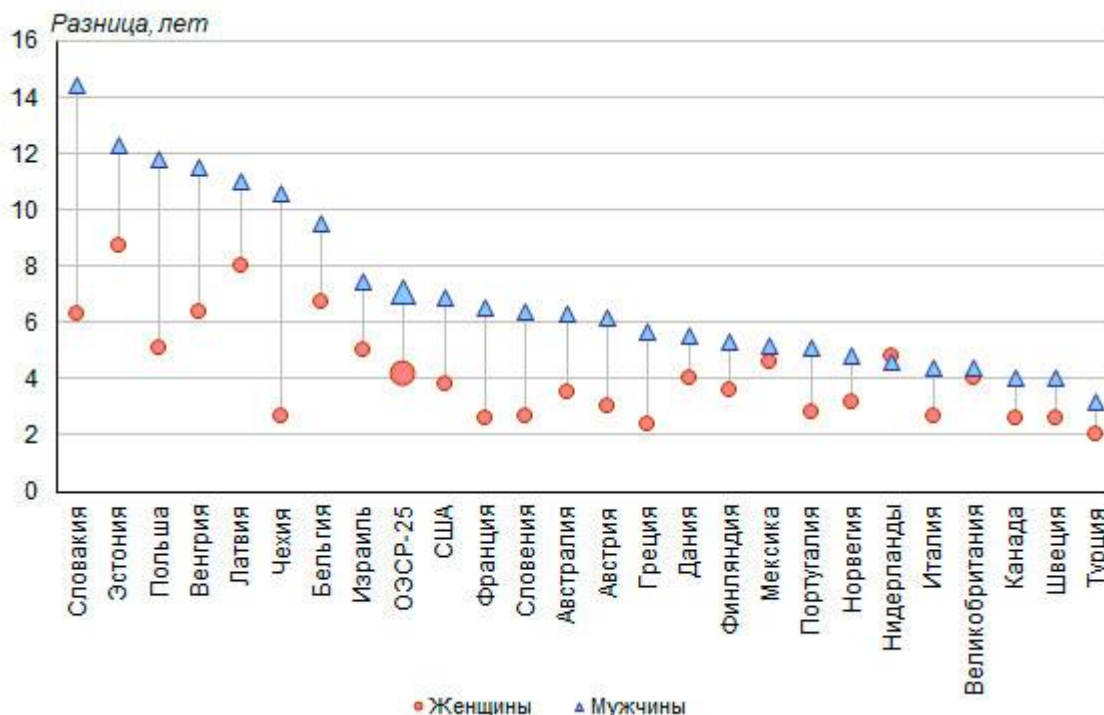


Рисунок 6. Различия в ожидаемой продолжительности жизни в возрасте 30 лет мужчин и женщин с высшим и средним уровнем образования в некоторых странах ОЭСР, 2015 (или близкий) год, лет

Источник: Health at a Glance 2017: OECD indicators, <http://dx.doi.org/10.1787/888933602310> . Дата обращения - 18.01.18.

Восприятие человеком собственного здоровья довольно существенно различается по доходным группам. Среди 20% опрошенных с самыми высокими доходами доля респондентов, сообщивших о хорошем здоровье, заметно выше, чем среди всего опрошенного населения 15 лет и старше и среди 20% респондентов с самыми низкими доходами (рис. 7). В среднем по ОЭСР-33 о хорошем здоровье в 2015 году (в Австралии, Канаде и Швейцарии – в 2014 году, в Японии – в 2013 году) сообщили почти 68% респондентов, среди 20% с самыми высокими доходами – 78%, среди 20% с самыми низкими доходами – 59%.

Наименьшие различия в самооценке собственного здоровья между респондентами из крайних доходных групп отмечаются в Новой Зеландии (менее 4 процентных пунктов), Австралии, Испании,

Греции и Италии (8-9 процентных пунктов), а наиболее значительные – в Эстонии (41), Латвии (35) и Чехии (33).

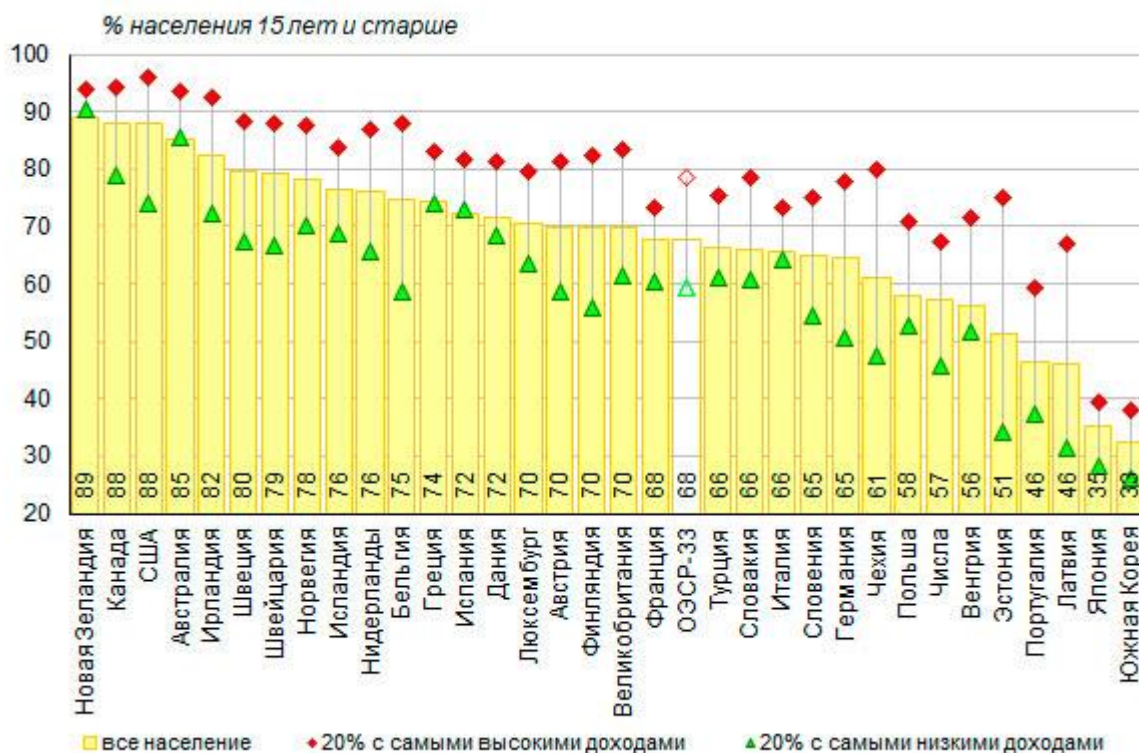


Рисунок 7. Доля сообщивших о хорошем здоровье в группах с разным уровнем доходов среди населения 15 лет и старше в некоторых странах ОЭСР, 2015 (или близкий) год, %

Источник: Health at a Glance 2017: OECD indicators, <http://dx.doi.org/10.1787/888933602576>. Дата обращения - 18.01.18.

Сходные различия демонстрируют и результаты опроса населения 65 лет и старше в некоторых европейских странах (рис. 8). В среднем по ОЭСР-25 более половины (56%) респондентов из 20% с самыми высокими доходами сообщили о хорошем здоровье, а среди 20% с самыми низкими доходами – менее трети (32%).

Наименьшие различия по доле сообщивших о хорошем здоровье в крайних квинтилях по доходам отмечаются в Португалии, Дании и Германии (около 15 процентных пунктов), а наибольшие – в Финляндии (39), Швеции (33), Австрии, Бельгии и Словении (30-31 процентный пункт).

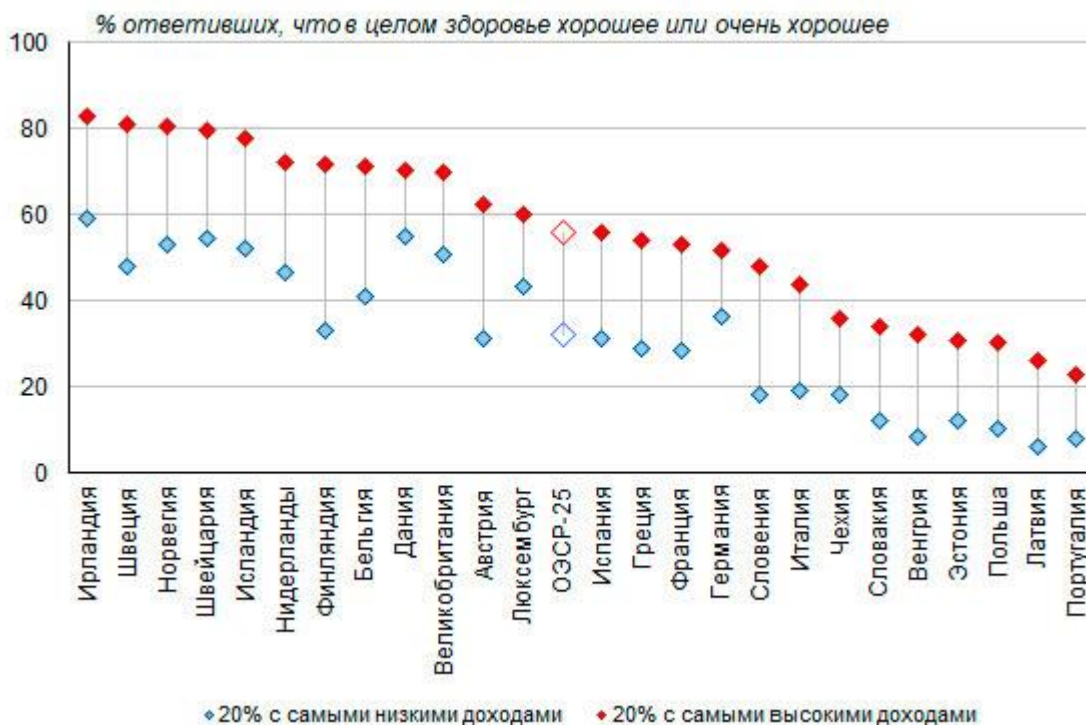


Рисунок 8. Доля сообщивших о хорошем здоровье в группах с разным уровнем доходов среди населения 65 лет и старше в европейских странах ОЭСР, 2015 (или близкий) год, %

Источник: Health at a Glance 2017: OECD indicators, <http://dx.doi.org/10.1787/888933605768>. Дата обращения - 19.01.18.

Заметно снизилась смертность от болезней системы кровообращения и рака

Регистрация смертей с указанием причины смерти, которая в странах ОЭСР близка к 100% (кроме Турции, где полнота учета смертей по причинам смерти составляет, по оценкам ВОЗ, 88%) [7], позволяет определять, за счет каких классов причин снижается смертность и каковы возможные перспективы повышения продолжительности жизни.

В 2015 году в ОЭСР-35 умерло более 10 миллионов человек, или 793 в расчете на 100 тысяч человек. Болезни системы кровообращения и злокачественных новообразований (рака) являются основными причинами смерти в ОЭСР. Каждая третья смерть (36%) обусловлена болезнями системы кровообращения, каждая четвертая (26%) – раком (рис. 9).

Сходство в структуре смертности по причинам смерти в странах ОЭСР и странах-партнерах объясняется двумя обстоятельствами. Первое связано со старением населения, поскольку с возрастом структура смертности по причинам изменяется. Среди людей молодых и средних возрастов смерти от рака происходят чаще, чем от многих других причин, а после 50 лет смерти чаще наступают от болезней системы кровообращения. В возрасте 80 лет и старше они становятся основной причиной смерти наряду с деменцией. Второе обстоятельство связано с эпидемиологическим переходом: в высокоразвитых странах (с высоким уровнем валового национального дохода на душу населения) переход от преобладания инфекционной заболеваемости и смертности к смертности от хронических и дегенеративных заболеваний уже произошел, в среднеразвитых странах – быстро завершается.

В целом же уровень смертности существенно различается по странам ОЭСР и странам-партнерам. Значение стандартизованного прямым способом по возрастной структуре населения ОЭСР коэффициента смертности варьируется от 583 на 100 тысяч человек в Японии до 1000 и более умерших на 100 тысяч человек в Венгрии (1128), Латвии (1163), Литве (1170), России (1489) и Словакии (1054).

Смертность от болезней системы кровообращения является основной причиной смерти в большинстве стран ОЭСР. Стандартизованный коэффициент смертности от болезней системы кровообращения составляет от 152 на 100 тысяч человек в Японии до 654 в Латвии. Особенности диеты, курение и потребление алкоголя играют важную роль в возникновении заболеваний этого класса, а их исход в значительной мере зависит от доступности и качества услуг здравоохранения.

Различия в смертности от рака менее значительны: значение стандартизованного коэффициента смертности составляет от 123 на 100 тысяч человек в Мексике до 286 в Венгрии.

Другие причины смерти играют относительно важную роль в отдельных странах. Так, из-за болезней органов дыхания (в основном хронических обструктивных заболеваний легких) в 2015 году умерло более 100 на 100 тысяч человек в Великобритании, Ирландии, Бразилии и Колумбии. В результате внешних причин (прежде всего, нападений, несчастных случаев и преднамеренных самоповреждений) умерло более 80 на 100 тысяч человек в Бразилии, Латвии, Литве, Южной Африке и России. ВИЧ-инфекция и СПИД привели к смерти 50 на 100 тысяч человек в Южной Африке.

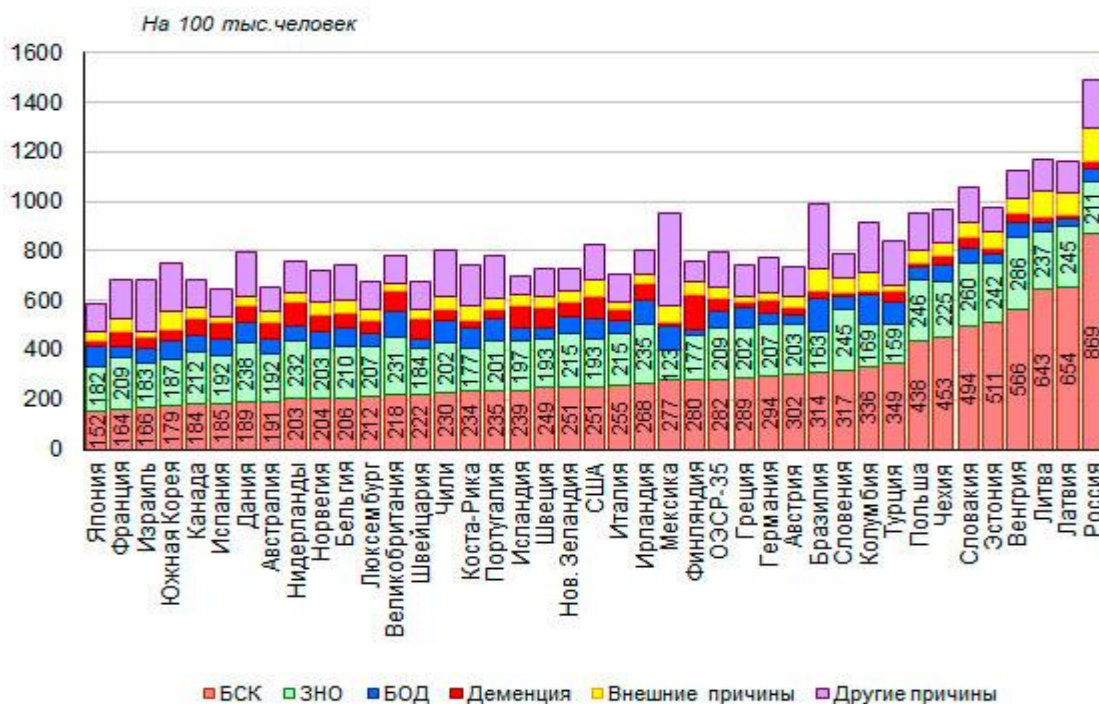


Рисунок 9. Стандартизованные коэффициенты смертности по причинам смерти в странах ОЭСР и странах-партнерах, 2015 (или близкий) год, умерших на 100 тысяч человек

Источник: Health at a Glance 2017: OECD indicators, <http://dx.doi.org/10.1787/888933602329> . Дата обращения - 19.01.18.

Смертность от болезней системы кровообращения заметно снизилась за последние десятилетия. Среди болезней системы кровообращения особенно выделяются ишемическая болезнь сердца (коды I20-I25 по МКБ-10[8]) и группа цереброваскулярных заболеваний, прежде всего инсульты (коды I60-I69).

В 2015 году ишемическая болезнь сердца (ИБС) стала причиной смерти 12% всех умерших в странах ОЭСР. Стандартизованный коэффициент смертности от ИБС составил от 34 на 100 тысяч человек в Японии до 328 в Латвии (рис. 10). Особенно высока смертность от ишемической болезни сердца в странах Центральной и Восточной Европы, особенно в России (458 на 100 тысяч человек) и Литве (424). Наиболее низкая смертность от ИБС, помимо Японии, наблюдается в Южной Корее и Франции (менее 40 на 100 тысяч человек, то есть в 11 раз ниже, чем в России). В странах ОЭСР смертность мужчин от ИБС на 82% выше, чем женщин.

По сравнению с 1990 годом смертность от ишемической болезни сердца снизилась практически во всех странах ОЭСР (кроме Южной Кореи, Мексики и Турции, по которой нет сведений на начальный период), обеспечив значительный выигрыш в ожидаемой продолжительности жизни, особенно для мужчин. В среднем по ОЭСР-35 снижение составило 52% (с 236 до 112 умерших на 100 тысяч человек). Особенно значительное снижение произошло в Дании, Нидерландах, Норвегии и Израиле, где коэффициенты смертности от ИБС снизились более чем на 70%.

В Южной Корее смертность от ИБС возросла на 43% (с 27 до 38 на 100 тысяч человек), хотя и осталась одной из самых низких среди стран ОЭСР. Рост смертности от ИБС был связан с изменениями в образе жизни и диетических пристрастиях, а также с воздействием окружающей среды (родившиеся в 1940-1950-е годы подвергались относительно более высокому риску). После введения в 2006 году Всеобъемлющего плана по предотвращению и лечению ишемической болезни, началось постепенное снижение смертности от ИБС.

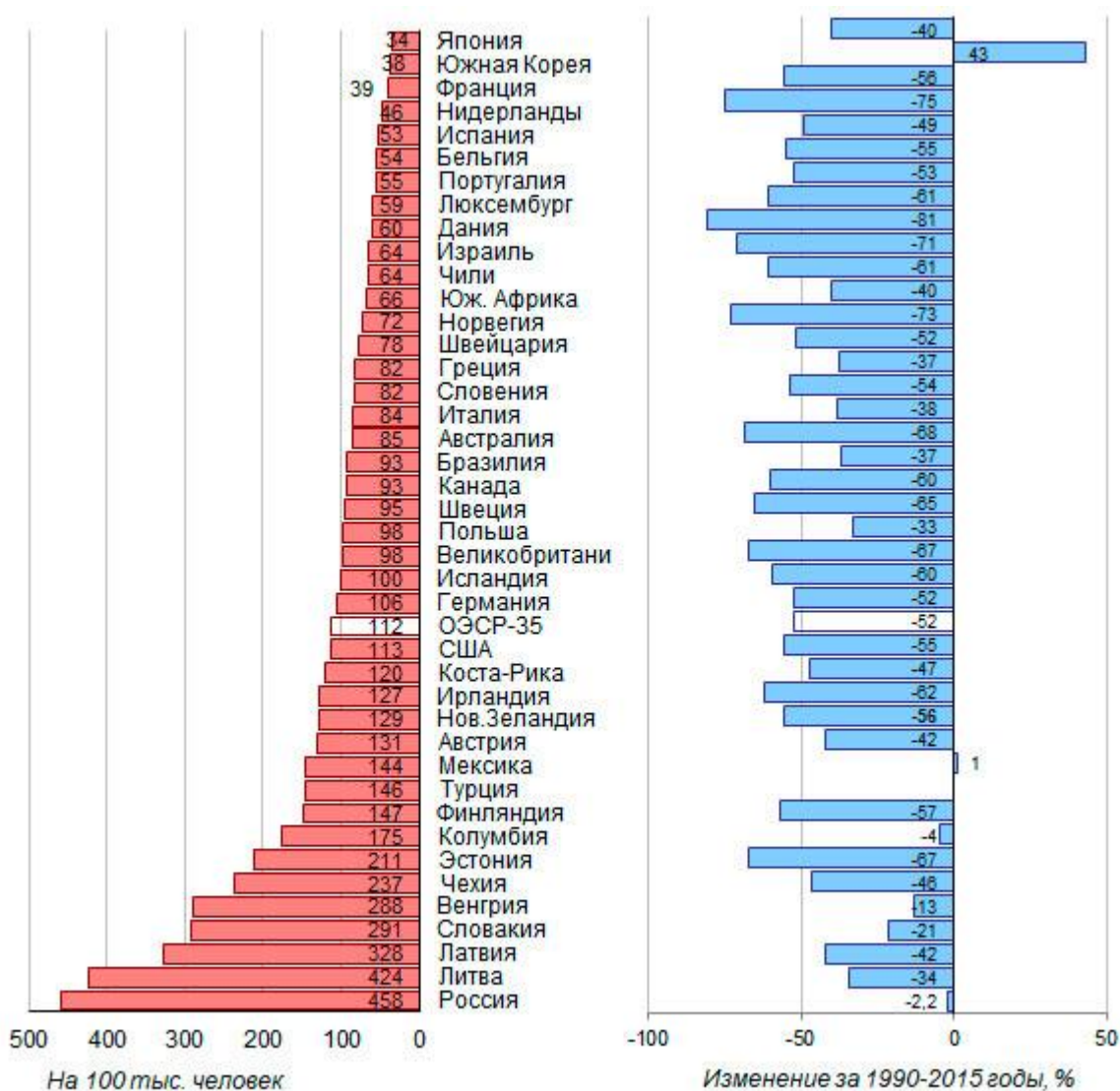


Рисунок 10. Стандартизованные коэффициенты смертности от ишемической болезни сердца* в странах ОЭСР и странах-партнерах, 2015 (или близкий) год (на 100 тысяч человек) и изменение коэффициентов за 1990-2015 (или близкие) годы (%)

* Коды I20-I25 по МКБ-10

Источник: Health at a Glance 2017: OECD indicators, <http://dx.doi.org/10.1787/888933602367>. Дата обращения - 19.01.18.

Цереброваскулярные заболевания явились причиной смерти 7% всех умерших в 2015 году в странах ОЭСР.

Смертность от цереброваскулярных заболеваний заметно различается по странам ОЭСР, варьируясь от 36 умерших на 100 тысяч человек во Франции и Канаде до 197 в Латвии. В Латвии, Венгрии и Словакии она втрое выше, чем во Франции, Канаде и Швейцарии (рис. 11). В среднем по ОЭСР-35 смертность от цереброваскулярных заболеваний составила в 2015 году 65 на 100 тысяч

человек. Среди стран-партнеров ОЭСР она особенно высока в России (275) и Южной Африке (142), что может быть связано с высоким распространением среди населения курения и высокого кровяного давления.

По сравнению с 1990 годом смертность от цереброваскулярных заболеваний снизилась во всех странах ОЭСР (по Турции нет сведений за 1990 год). В среднем по ОЭСР-35 снижение составило 59% (со 156 на 100 тысяч человек в 1990 году до 65 в 2015 году). В Эстонии, Люксембурге, Португалии, Чехии, Австрии и Испании коэффициент смертности от цереброваскулярных заболеваний снизился на 70% и более. Наиболее «скромное» снижение – на 21% – отмечалось в Польше и Словакии, а среди стран-партнеров ОЭСР – в Южной Африке (-4%) и Литве (-14%).

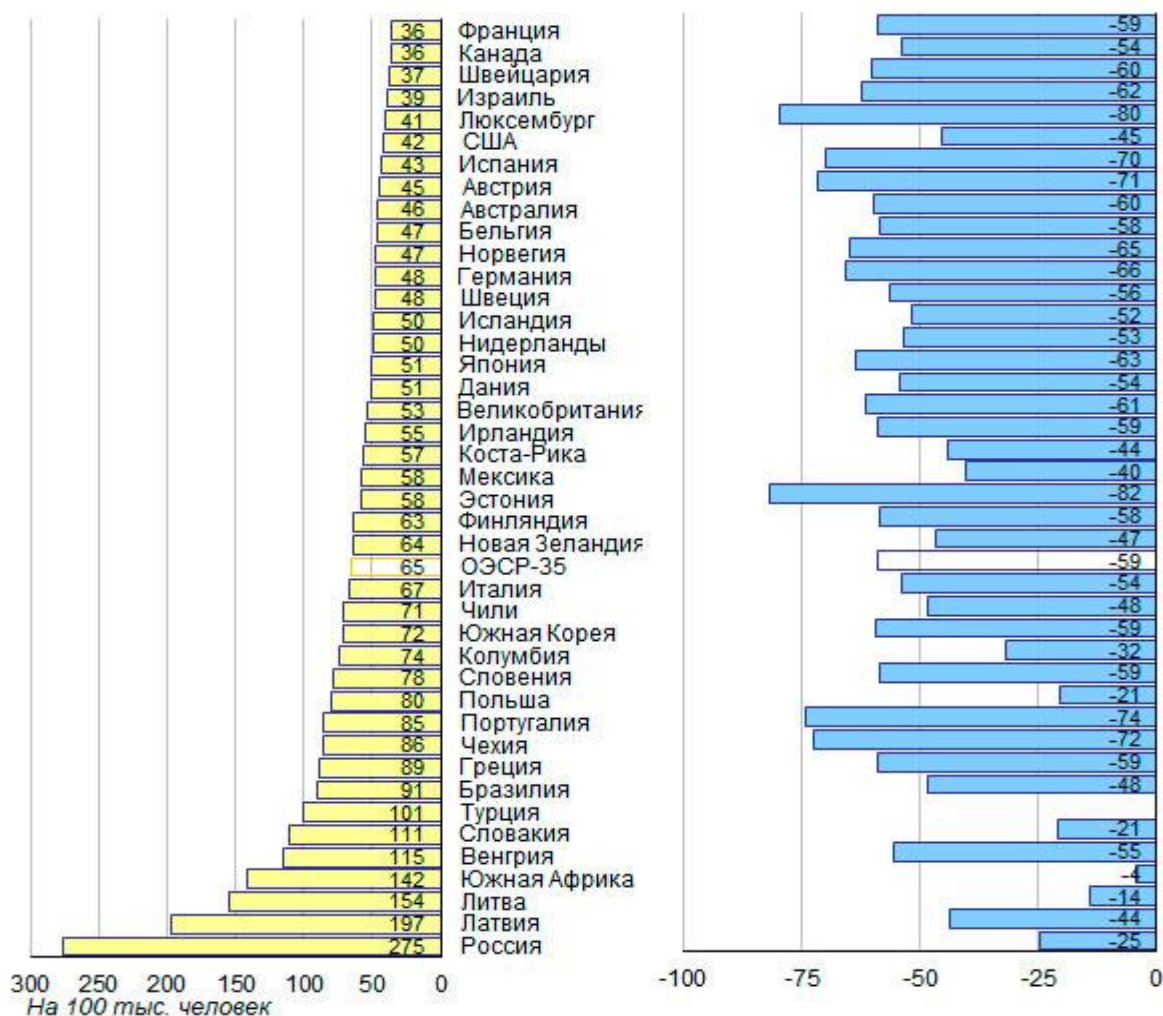


Рисунок 11. Стандартизованные коэффициенты смертности от цереброваскулярных болезней* в странах ОЭСР и странах-партнерах, 2015 (или близкий) год (на 100 тысяч человек) и изменение коэффициентов за 1990-2015 (или близкие) годы (%)

* Коды I60-I69 по МКБ-10

Источник: Health at a Glance 2017: OECD indicators, <http://dx.doi.org/10.1787/888933602386>. Дата обращения - 19.01.18.

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

Для цитирования: Щербакова Е.М. Продолжительность жизни и риски для здоровья в странах ОЭСР // Демоскоп Weekly. 2017. № 755-756.
URL: <http://demoscope.ru/weekly/2018/0755/barom01.php>

Злокачественные новообразования являются вторым из основных классов причин смерти в странах ОЭСР. Его значение повышается. Если в 1960 году рак стал причиной смерти 15% всех умерших, то в 2015 году – 25%. В таких странах, как Дания, Франция, Япония, Нидерланды, Канада, Великобритания, Испания, Бельгия и Австралия смертность от рака выше, чем от болезней системы кровообращения, то есть является лидирующей причиной смерти. Рост доли умерших от рака отражает тот факт, что смертность от других причин смерти, прежде всего от болезней системы кровообращения, снижается быстрее, чем от злокачественных новообразований.

Различают более 100 типов злокачественных новообразований. Для многих из них риск развития заболевания увеличивается с возрастом. И хотя наследственность является фактором риска, она обуславливает 5-10% всех случаев заболевания раком, а 90-95% случаев заболевания связаны с таким факторами риска, как курение, ожирение, малоподвижный образ жизни, воздействие солнечной радиации и других вредных факторов воздействия окружающей среды. Поэтому предотвращение, ранее выявление и лечение стоят во главе угла борьбы с раком.

В 2015 году смертность рака в среднем по ОЭСР составила 204 умерших на 100 тысяч человек, варьируясь от 115 в Мексике до 282 в Венгрии (рис. 12). Помимо Мексики, относительно низка смертность от рака в Турции, Финляндии, Швейцарии, Японии, Израиле и Южной Корее (менее 180 на 100 тысяч человек). Среди стран-партнеров ОЭСР низкой смертностью от рака отличаются Колумбия, Бразилия, Коста-Рика и Южная Африка. Наиболее высока смертность от злокачественных новообразований, помимо Венгрии, в Словакии, Словении и Латвии, где она превышает 240 на 100 тысяч человек.

В большинстве стран ОЭСР смертность от рака снизилась по сравнению с 1990 годом (кроме Южной Кореи и Словакии, где она незначительно увеличилась, и Турции, по которой нет сведений за 1990 год). Наибольшее снижение наблюдалось в Чехии и Швейцарии (-31%). В среднем по ОЭСР-35 снижение составило 18%. Наиболее существенно снизилась смертность от рака желудка, рака прямой и толстой кишки, рака легких у мужчин, рака груди, шейки матки и яичников и женщин.

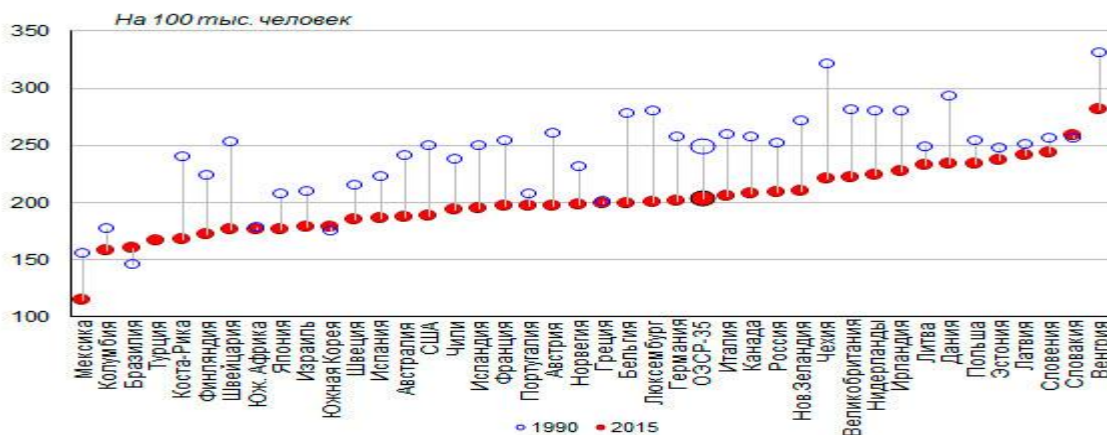


Рисунок 12. Стандартизованные коэффициенты смертности от злокачественных новообразований в странах ОЭСР и странах-партнерах, 2015 (или близкий) год (на 100 тысяч человек) и изменение коэффициентов за 1990-2015 (или близкие) годы (%)

* Коды C00-C97 по МКБ-10

Источник: Health at a Glance 2017: OECD indicators, <http://dx.doi.org/10.1787/888933602405>. Дата обращения - 19.01.18.

Распространенность курения снизилась до 18% населения 15 лет и старше, потребление алкоголя - до 9 литров в год на человека

Распространенность курения среди населения стран ОЭСР продолжает снижаться. По имеющимся оценкам, за последние годы в среднем по ОЭСР-34 доля ежедневно курящих снизилась до 18,4% населения 15 лет и старше, что на 28% меньше, чем было в начале нашего века (25,7%). Доля людей, ежедневно курящих табак и табачные изделия, заметно различается по странам ОЭСР и странам-партнерам. По оценкам за последние годы (2012-2016), она составляла от 7% в Бразилии и Мексике до 27% в Турции и 40% в Индонезии (рис. 13). По сравнению с началом столетия, доля ежедневно курящих сократилась в большинстве стран ОЭСР, особенно значительно в Норвегии (на 20 процентных пунктов), Дании, Нидерландах, Исландии (на 12-14), а среди стран-партнеров ОЭСР – в Литве и России (на 12 процентных пунктов). Исключение составили Австрия, где эта доля не изменилась, и Словакия, где она немного увеличилась (на процентный пункт). Значительный рост распространенности курения отмечался только в Индонезии – на 9 процентных пунктов, или 28% (с 31% до 40%).

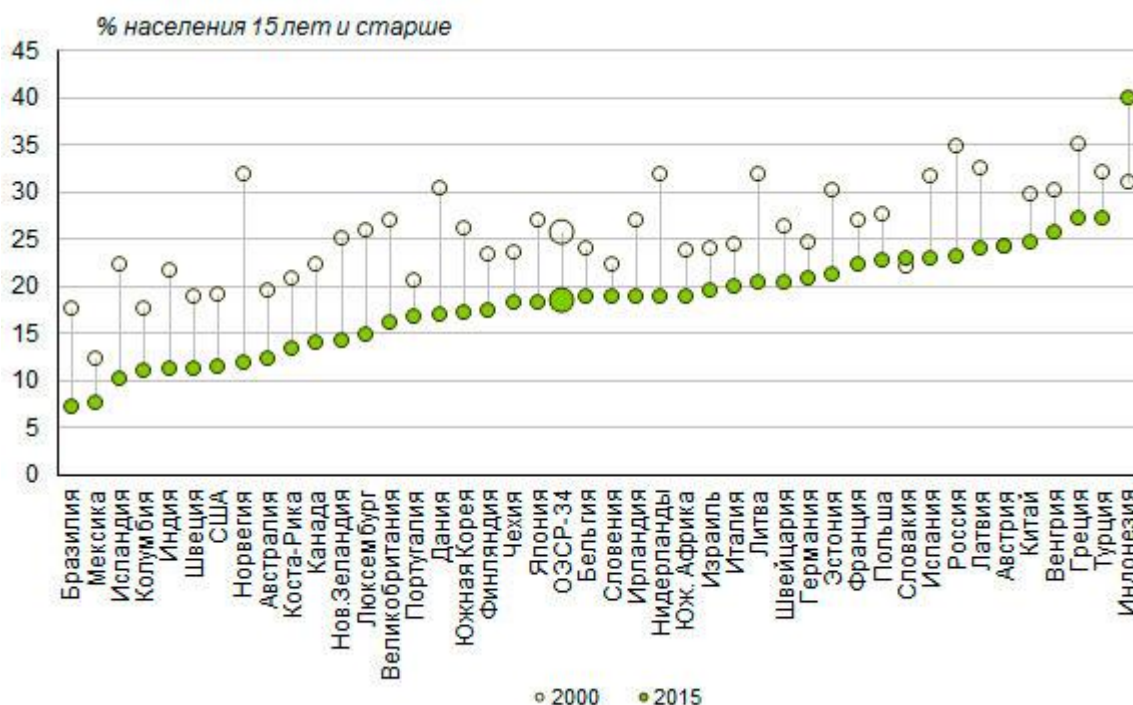


Рисунок 13. Доля курящих ежедневно в странах ОЭСР и странах-партнерах, 2000 и 2015 (или близкие) годы, % населения 15 лет и старше

Источник: Health at a Glance 2017: OECD indicators, <http://dx.doi.org/10.1787/888933602728> . Дата обращения - 18.01.18.

Доля заядлых курильщиков заметно выше среди мужчин. По оценкам за последние годы, в среднем по ОЭСР-34 доля ежедневно курящих женщин составляла 14%, а доля ежедневно курящих мужчин - 23% (рис. 14). Особенно велика эта доля среди мужчин Индонезии (76%), Китая (48%), Турции и России (42%). Ниже всего доля ежедневно курящих среди мужчин Исландии и Бразилии (около 10%).

Доля ежедневно курящих женщин ниже всего в Индии и Китае (менее 2%), Южной Корее (3%), Мексике и Индонезии (около 4%). Выше всего эта доля среди женщин Австрии (22%), Греции и Венгрии (21%).

В Исландии и Дании доля ежедневно курящих несколько выше среди женщин (на 1 процентный пункт больше, чем среди мужчин), в США, Норвегии, Новой Зеландии, Австралии и Великобритании различия между мужчинами и женщинами по доле ежедневно курящих малозначимы (выше на 2-3 процентного пункта).

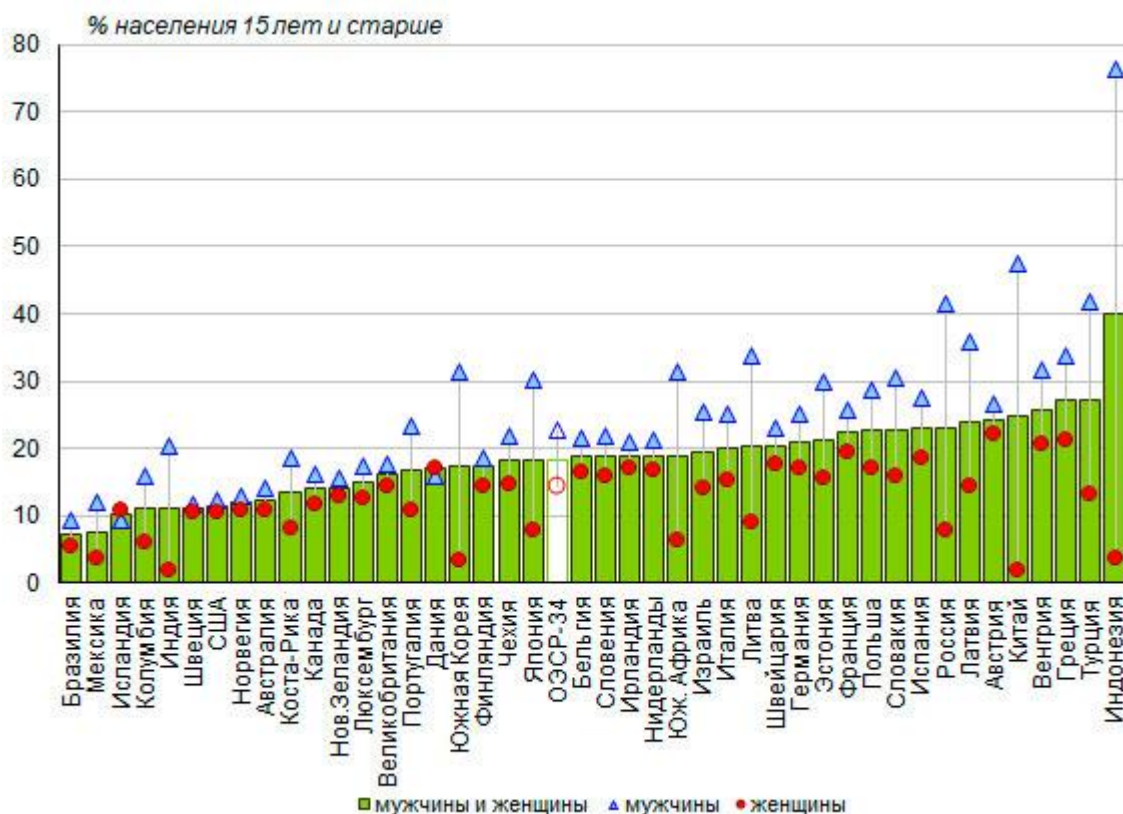


Рисунок 14. Доля курящих ежедневно в странах ОЭСР и странах-партнерах, 2015 (или близкий) год по полу, % населения 15 лет и старше соответствующего пола

Источник: Health at a Glance 2017: OECD indicators, <http://dx.doi.org/10.1787/888933602709>. Дата обращения - 18.01.18.

Потребление уценного алкоголя (по объемам продаж алкогольной продукции) постепенно снижается. В среднем по ОЭСР-35 оно снизилось до 9 литров чистого алкоголя за год в расчете на человека 15 лет и старше (примерно 100 бутылок вина), что на 0,5 литра, или 6% ниже, чем в начале века (рис. 15). Среди стран ОЭСР среднедушевой объем потребления алкоголя варьируется от 1,4 литра в Турции до 12,6 литра в Бельгии. Крайние значения отмечаются в странах-партнерах ОЭСР: 0,1 литра в год в Индонезии и 15,2 литра в Литве.

По сравнению с началом века снижение потребления алкоголя отмечалось в 21 стране ОЭСР, в 13 странах оно увеличилось, в одной – Новой Зеландии - осталось на том же уровне.

Наибольшее снижение наблюдалось в Дании (на 3,7 литра), Ирландии (3,3), Италии и Нидерландах (более чем на 2 литра). Наиболее значительный рост потребления алкоголя отмечен в Латвии (на 3,7 литра), Польше (2,1), Бельгии (1,4) и Исландии (1,3), а среди стран-партнеров ОЭСР – в Литве (5,3), Китае (2,7) и Индии (2,2).

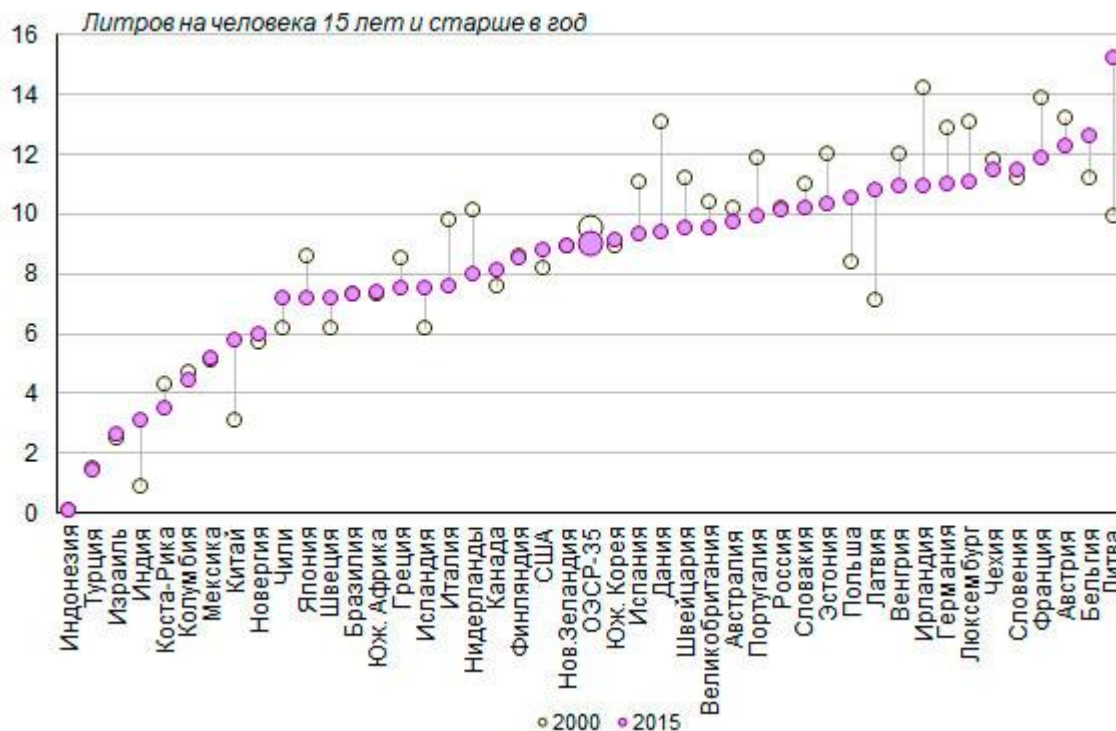


Рисунок 15. Учетное потребление чистого алкоголя в странах ОЭСР и странах-партнерах, 2000 и 2015 (или близкие) годы, литров на человека 15 лет и старше в год

Источник: Health at a Glance 2017: OECD indicators, <http://dx.doi.org/10.1787/888933602747> . Дата обращения - 18.01.18.

По оценкам ВОЗ за 2016 год, среднегодовое потребление учетного алкоголя составило в среднем по миру 6,4 литра чистого алкоголя на человека 15 лет и старше. По крупным регионам ВОЗ оно варьировалось от 0,7 литра в Восточно-Средиземноморском регионе до 10,3 литра в Европейском регионе (рис. 16). Среди стран мира лидерами по объемам потребления учетного алкоголя являются Литва (18,2 литра), Белоруссия (16,4), Молдавия (15,9), Россия (13,9), Чехия, Румыния, Болгария и Хорватия (13,6-13,7 литра).

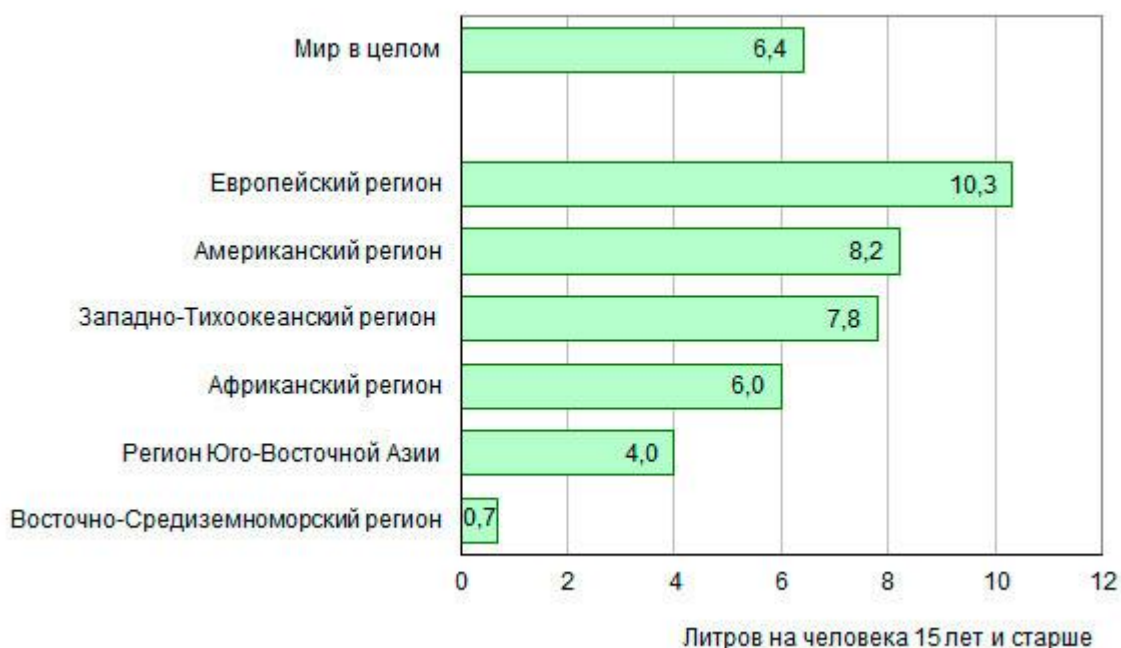


Рисунок 16. Учетное потребление чистого алкоголя по регионам ВОЗ и в целом по миру, 2016 год, литров на человека 15 лет и старше в год

Источник: World Health Statistics 2017: Annex B, http://who.int/entity/gho/publications/world_health_statistics/2017/en/index.html. Дата обращения - 17.01.18.

Среднедушевое потребление алкоголя дает лишь самое общее представление о распространенности злоупотребления алкоголем в обществе. В стороне остается проблема потребления неучтенного алкоголя (самодельного, контрафактного, суррогатного), а также особенности потребления (культура «пития»). Оценить долю подверженных поведенческим рискам для здоровья, в том числе злоупотребляющих алкоголем, можно с помощью данных выборочных обследований.

Так, по данным обследования 2014 года, проведенного в европейских странах, доля злоупотребляющих алкоголем (потребляющих алкоголь в чрезмерных количествах, или, попросту, напивающихся, не реже раза в месяц) составляет 21% населения 15 лет и старше в среднем по ОЭСР-18, в том числе 12% среди женщин и 30% среди мужчин (рис. 18).

Доля злоупотребляющих алкоголем среди населения 15 лет и старше составляет от 8% в Венгрии до 37% в Дании, среди мужчин - от 14% в Испании и Венгрии до 42-48% в Финляндии, Дании, Люксембурге и Германии, а среди женщин – от 3% в Испании и Венгрии до 28% в Финляндии.

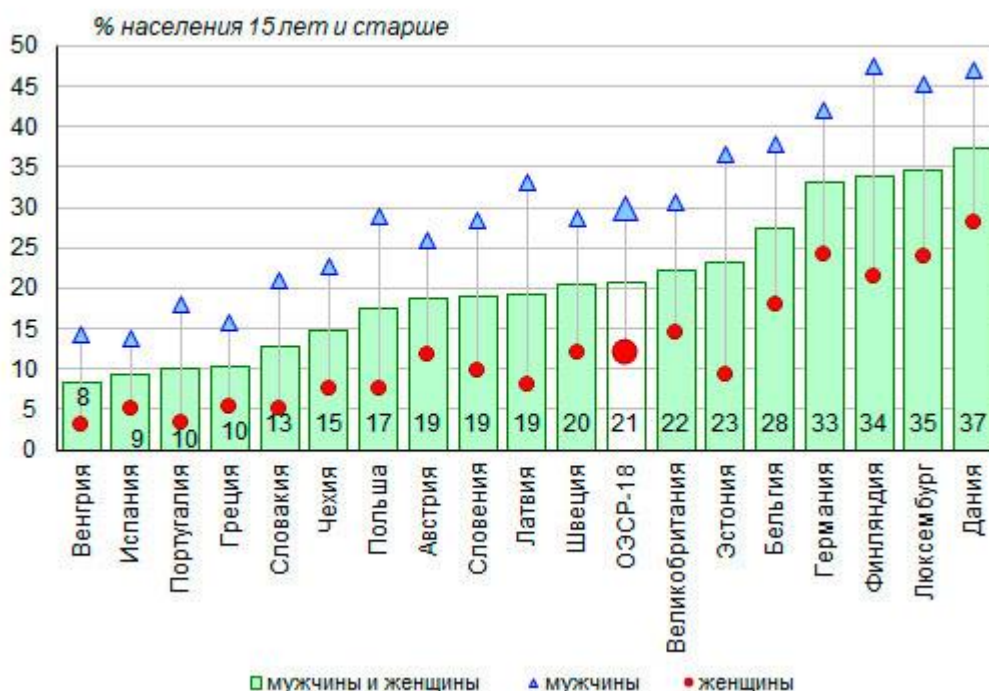


Рисунок 17. Доля регулярно злоупотребляющих алкоголем (потребляющих алкоголь в чрезмерных количествах не реже раза в месяц) по полу в некоторых европейских странах ОЭСР, 2014 год, % населения 15 лет и старше соответствующего пола

Источник: Health at a Glance 2017: OECD indicators, <http://dx.doi.org/10.1787/888933602766> . Дата обращения - 18.01.18

Рискованное поведение привлекает молодых людей, и уже в подростковом возрасте многие приобщаются к курению и потреблению алкоголя. В последние десятилетия наметилась тенденция к снижению доли курящих и потребляющих алкоголь среди подростков, но тем не менее часть из них по-прежнему подвергается этим рискам для здоровья, которые, как правило, в дальнейшем перерастают во вредные привычки взрослых людей.

По данным обследований, проведенных в 1993-1994 годах в 19 странах ОЭСР, доля подростков 15 лет, сообщивших о том, что курят хотя бы раз в неделю, составила 21,3% среди юношей и 19,6% среди девушек. По данным обследований, проведенных в 2013-2014 годах в 27 странах ОЭСР, эта доля снизилась до 12,1% и 11,8%, соответственно (рис. 18). Таким образом, доля регулярно курящих среди подростков сократилась почти вдвое и сравнялась для юношей и девушек.

Наличие повторяющихся эпизодов злоупотребления алкоголем у подростков грозит формированием алкогольной зависимости. По данным те же обследований, проведенных в странах ОЭСР, доля употреблявших алкоголь в чрезмерных количествах («напивавшихся») два раза и более снизилась у юношей 15 лет с 35% в 1993-1994 годах до 24% в 2013-2014 годах, а среди их ровесниц – с 26% до 21%.

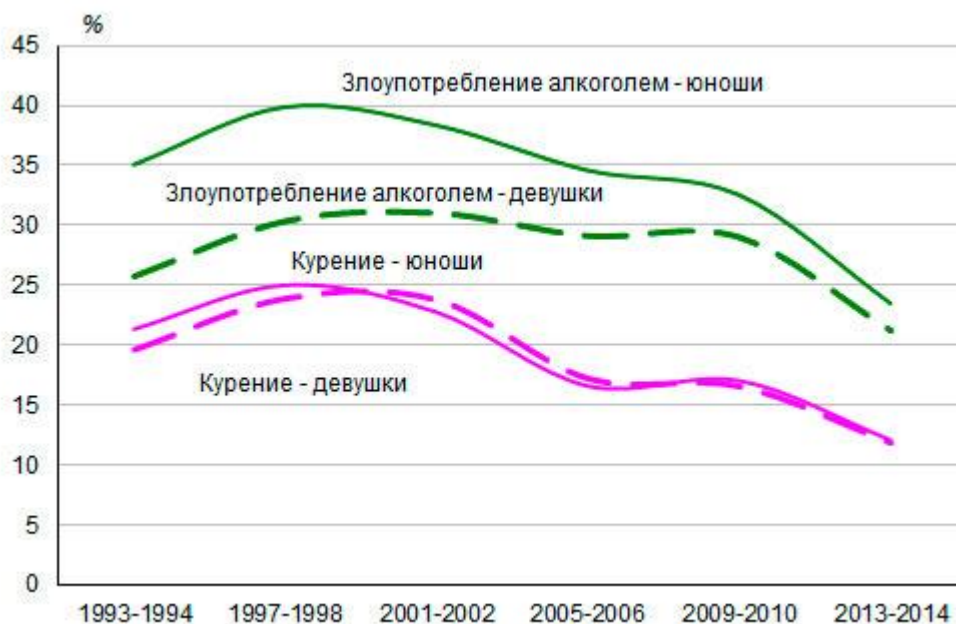


Рисунок 18. Доля регулярно курящих* (каждую неделю) и злоупотребляющих алкоголем среди юношей и девушек 15 лет в некоторых странах ОЭСР, 1993-2014 годы, %

* сами сообщили о том, что курят каждую неделю

** сами сообщили о том, что употребляли алкоголь в чрезмерных количествах 2 раза в жизни и более

Источник: Health at a Glance 2017: OECD indicators, <http://dx.doi.org/10.1787/888933602823>. Дата обращения - 18.01.18

Растет доля людей с избыточной массой тела

В отличие от курения и потребления алкоголя, распространенность такого риска для здоровья как избыточный вес и особенно ожирение в последние годы возростала во многих странах ОЭСР.

В настоящее время ожирение рассматривается как хроническое заболевание, проявляющееся в избыточном увеличении массы тела преимущественно за счёт чрезмерного накопления жировой ткани и сопровождающееся увеличением общей заболеваемости и смертности населения. Ожирение и другие виды избыточности питания входят в большой класс болезней эндокринной системы, расстройств питания и нарушения обмена веществ (класс IV МКБ-10, коды E66-E68).

Помимо основной причины ожирения - превышения энергии, поступающей с пищей, над ее расходом - к причинам и предрасполагающим факторам ожирения относятся также некоторые эндокринные заболевания, нарушения в системе органов пищеварения (поджелудочной железы, печени, тонкого и толстого кишечника), генетические и психологические нарушения.

Основные причины, связанные с изменением моделей питания и физической активности по мере социально-экономического развития, сводятся к двум группам, которые сами могут рассматриваться как риски для здоровья:

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

Для цитирования: Щербакова Е.М. Продолжительность жизни и риски для здоровья в странах ОЭСР // Демоскоп Weekly. 2017. № 755-756.
URL: <http://demoscope.ru/weekly/2018/0755/barom01.php>

- растущее потребление высококалорийной пищи с высоким содержанием жиров, соли и сахара и низким содержанием витаминов, минералов и других микроэлементов;
- снижение физической активности из-за растущей распространенности "сидячих" видов работы, изменения способов передвижения и урбанизации, способствующей укоренению малоподвижного образа жизни.

Заболеваемость ожирением быстро растет во всех странах мира, что побуждает экспертов говорить о глобальной "эпидемии" ожирения[9].

Для диагностики ожирения взрослых в медицине чаще всего используют индекс массы тела (ИМТ), рассчитываемый как отношение массы тела (в килограммах) к квадрату роста человека (измеренного в метрах). По классификации ВОЗ, для людей в возрасте 18 лет и старше избыточным считается вес при значении ИМТ от 25 до 30, а к ожирению относятся случаи, когда ИМТ равен или превышает 30. Несмотря на критику, этот метод определения избыточного веса является наиболее простым и доступным, и поэтому находит наиболее широкое применение. Стоит только отметить, что сведения о доле населения с избыточной массой тела фиксируются как при медицинских осмотрах, так и в ходе выборочных обследований. Оценки, полученные со слов опрашиваемых, как правило, ниже тех, что получены при измерениях в ходе осмотров. Кроме того, в некоторых странах оценки распространенности ожирения среди взрослого населения относятся к населению 15 лет и старше.

Имеющиеся сведения за период 1990-2015 годов по некоторым странам ОЭСР подтверждают тенденцию роста доли лиц с ожирением среди взрослого населения (рис. 19). Она удвоилась, хотя и с крайне низких уровней, в Южной Корее (с 2,2% в 1998 году до 5,3% в 2015 году) и Норвегии (с 5% в 1995 году до 12% в 2015 году). Наиболее высока доля взрослых людей с ожирением в США, где она возросла с 23% в 1991 году до 38% в 2015 году, а также в Мексике, где она увеличилась с 24% в 2000 году до 33% в 2016 году.

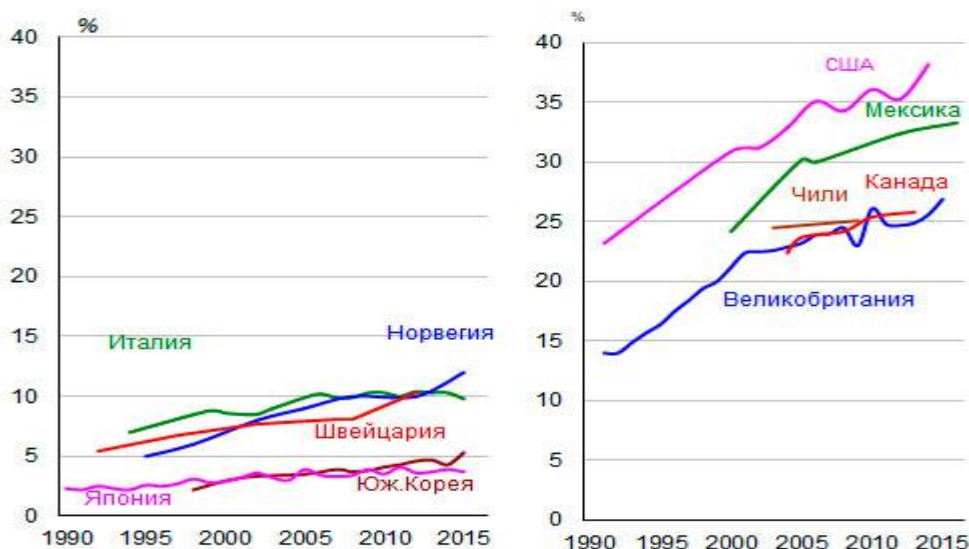


Рисунок 19. Изменение доли взрослого населения с ожирением в некоторых странах ОЭСР, 1990-2015 годы, %

Источник: Health at a Glance 2017: OECD indicators, <http://dx.doi.org/10.1787/888933602994>. Дата обращения - 18.01.18

В среднем по ОЭСР доля взрослого населения с избыточным весом составляет в настоящее время более половины (54%), причем каждый пятый (19%) страдает ожирением. Доля взрослого населения с ожирением превышает 30% не только в США и Мексике, но и в Венгрии и Новой Зеландии.

Избыточный вес в детском возрасте значительно увеличивает риск ожирения, инвалидности и преждевременной смерти. Помимо увеличения будущих рисков, избыточный вес в детстве приводит к затруднению дыхания, повышает риск переломов, гипертонии, появления ранних признаков болезней системы кровообращения, диабета, сопровождаясь нередко различными психологическими проблемами.

По данным медицинских осмотров, избыточный вес имеет каждый четвертый ребенок (24,6% в среднем по ОЭСР-24). Доля детей с избыточным весом варьируется от 15% в Норвегии и Польше до 40% в США и 45% в Чили (рис. 20). Распространенность избыточного веса среди мальчиков (25,6% в среднем по ОЭСР-24) несколько выше, чем среди девочек (23,7%). Детей с избыточным весом среди девочек больше, чем среди мальчиков в Швеции, Ирландии, Новой Зеландии и Турции (на 6-7 процентных пунктов), Мексике, Португалии, Англии и Швейцарии (на 1-2 процентного пункта), а среди стран-партнеров ОЭСР - в Южной Африке (на 8 процентных пунктов).

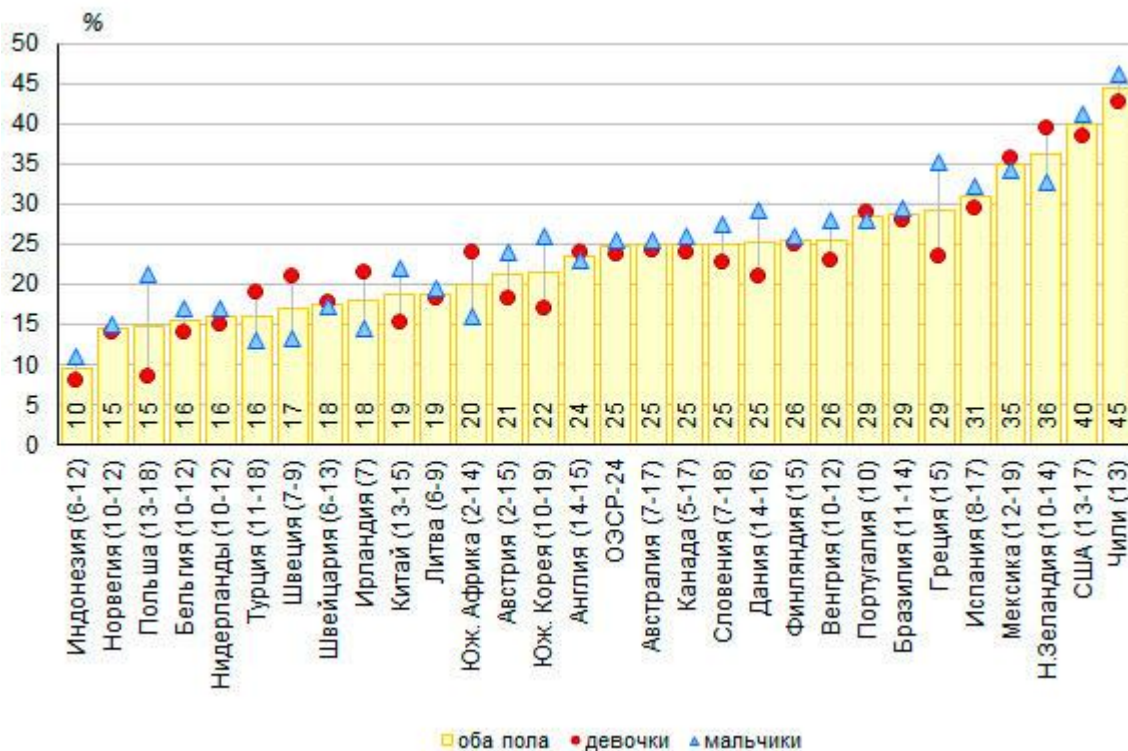


Рисунок 20. Доля детей разного возраста (годы указаны в скобках рядом с названием страны) и пола с избыточным весом в некоторых странах ОЭСР, 2010 (или близкий) год, %

Источник: Health at a Glance 2017: OECD indicators, <http://dx.doi.org/10.1787/888933603013>. Дата обращения - 18.01.18

В большинстве стран ОЭСР доля подростков 15 лет с избыточным весом (по самооценке) возросла за 2001-2014 годы (рис. 21). По данным обследований, проведенных в начале века, доля подростков

15 лет, указавших на свой избыточный вес, составляла 12,3% в среднем по ОЭСР-28 (8,9% среди девочек и 15,6% среди мальчиков). Результаты обследований, проведенных десятилетие спустя, показали, что доля подростков 15 лет, имеющих по самооценке избыточный вес, возросла до 15,7% (12,1% среди девочек, 19,2% среди мальчиков). Снижение доли подростков с избыточной массой тела отмечалось только в Дании (на 2,4 процентного пункта) и Англии (на 0,1 процентного пункта).

Наибольший прирост за рассматриваемый период отмечался в Эстонии, Израиле, Латвии и Польше (на 6-7 процентных пунктов), а среди стран-партнеров ОЭСР - в России (8) и Литве (6).

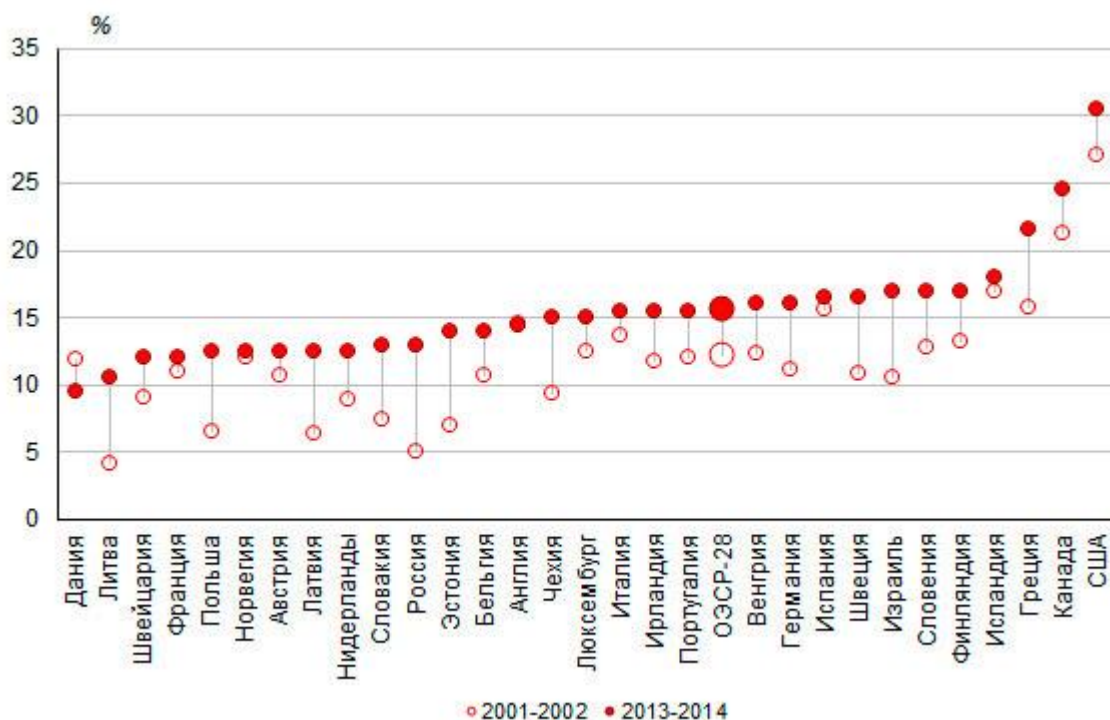


Рисунок 21. Изменение доли подростков 15 лет с избыточным весом (по самоопределению) в некоторых странах ОЭСР между 2001-2002 и 2013-2014 годами, %

Источник: Health at a Glance 2017: OECD indicators, <http://dx.doi.org/10.1787/888933603051>. Дата обращения - 18.01.18

В странах с низким и средним доходом (ВНД) на душу населения дети подвержены риску несбалансированного питания на всех этапах развития, начиная с эмбрионального. Высококалорийная еда с высоким содержанием жиров, соли и сахара и низким содержанием микроэлементов, витаминов и других необходимых веществ, как правило, значительно дешевле, чем полноценные продукты питания. Такое более доступное, но неполноценное питание в сочетании с понижающимся уровнем физической активности приводит к быстрому росту ожирения среди детей, не решая проблемы недостаточного по отдельным компонентам питания. В результате многие страны с низким и средним доходом сталкиваются с двойным бременем заболеваний, связанных как с недоеданием детей, так и с их избыточным весом.

По оценкам ВОЗ за 2016 год, в целом по миру 6% детей в возрасте до 5 лет имели избыточную массу тела и почти 8% - недостаточную (рис. 22). Доля детей с избыточным весом варьировалась от 4% в Африканском регионе до 13% в Европейском регионе ВОЗ. В Американском и Восточно-

Средиземноморском регионе она была почти вдвое ниже, чем в Европейском. В то же время в Восточно-Средиземноморском регионе высока доля детей с недостаточной массой тела (9%). Еще выше она в регионе Юго-Восточной Азии (15%).

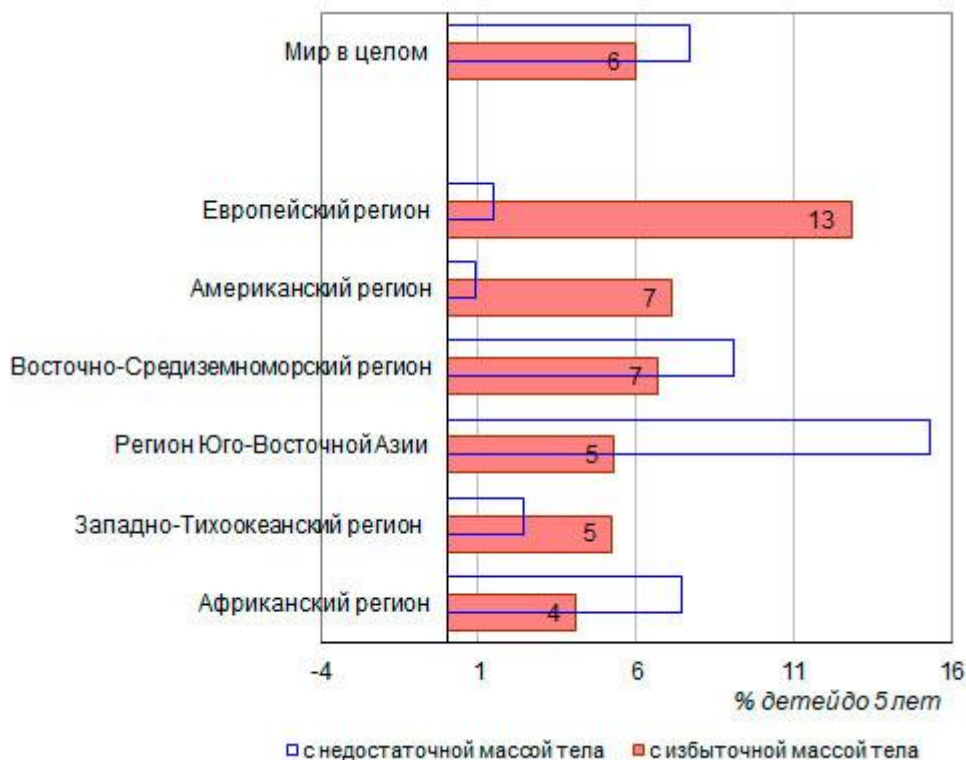


Рисунок 22. Доля детей в возрасте до 5 лет с избыточной и недостаточной массой тела по регионам ВОЗ и в целом по миру, 2016 год, %

Источник: World Health Statistics 2017: Annex B, http://who.int/entity/gho/publications/world_health_statistics/2017/en/index.html. Дата обращения - 17.01.18.

68% населения стран ОЭСР подвергается риску, связанным с высоким загрязнением воздушного бассейна

Помимо расширения распространенности ожирения среди населения, усилилось и влияние другого риска для здоровья населения – загрязнения воздушного бассейна. Для его характеристики и сравнительных исследований используется показатель доли населения, подверженного высокому уровню загрязнения воздушного бассейна. Критерием опасного для здоровья загрязнения воздуха считается среднегодовая концентрация микрочастиц (размером менее 2,5 микрон в диаметре, PM_{2.5}) в кубометре воздуха, превышающая 10 микрограмм. Данные о загрязнении воздушного бассейна поступают из разных источников, включая спутниковое наблюдение за атмосферой и наземный мониторинг концентрации твердых частиц в воздухе.

По оценкам за 2015 год, 68% населения стран ОЭСР подвергаются риску, связанным с высоким загрязнением воздушного бассейна. В 21 стране ОЭСР таким риском подвергается более 90% населения, в том числе в 17 странах – практически все население (рис. 23). В то же время в ряде

стран – Исландии, Новой Зеландии, Швеции, Канаде, Финляндии и Австралии – таким рискам население не подвержено фактически вообще.

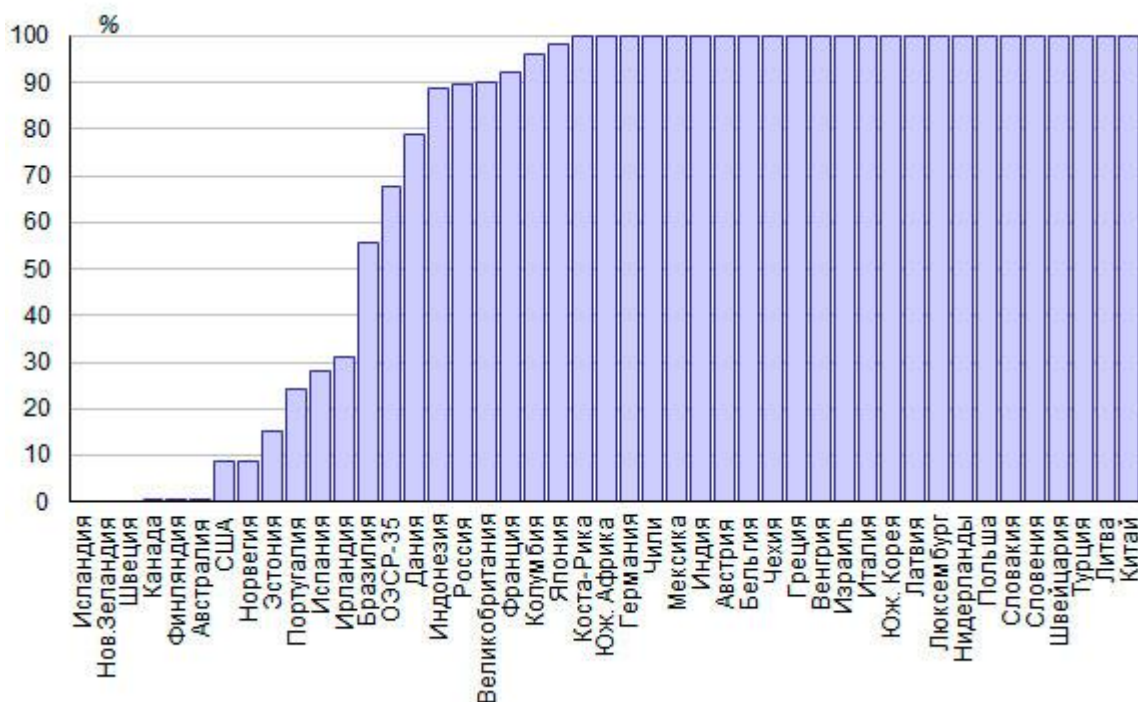


Рисунок 23. Доля населения, подверженного рискам высокого уровня загрязнения воздуха*, в некоторых странах ОЭСР, 2010 (или близкий) год, %

* содержание микрочастиц размером менее 2,5 микрон превышает 10 микрограмм на м³

Источник: Health at a Glance 2017: OECD indicators, <http://dx.doi.org/10.1787/888933603070> . Дата обращения - 18.01.18

Среднегодовая концентрация микрочастиц в воздухе снижается в большинстве стран ОЭСР. Если по данным за 1990 год она была ниже 10 микрограмм РМ_{2,5} на кубометр только в 6 странах (Новой Зеландии, Австралии, Швеции, Канаде, Финляндии и Исландии), то в 2015 году – в 12 (к перечисленным странам добавились США, Норвегия, Эстония, Испания, Португалия и Ирландия). В среднем по ОЭСР-35 среднегодовая концентрация микрочастиц в воздухе снизилась с 18,2 микрограмм РМ_{2,5} на кубометр в 1990 году до 15,1 в 2015 году (рис. 24). Несмотря на снижение, такой уровень загрязнения в 1,5 раза превышает безопасный уровень загрязнения воздушного бассейна. Особенно высоким остается загрязнение воздушного бассейна в Турции (36,4 микрограмм РМ_{2,5} на кубометр), Южной Корее (28,7), Польше (24,3), Венгрии (23,1), Чехии, Израиле, Чили и Словакии (21).

По сравнению с 1990 годом снижение среднегодовой концентрации микрочастиц в воздухе произошло во всех странах ОЭСР, кроме Турции, Израиля, Южной Кореи, Италии, Японии и Чили, где она возросла в той или иной степени, но не очень значительно. В Греции она осталась неизменной. Наиболее существенное снижение отмечалось в Польше (на 21 микрограмм РМ_{2,5} на кубометр), Чехии, Венгрии и Словакии (на 15-16), хотя уровень загрязнения воздушного бассейна остался крайне опасным для здоровья населения (в 2 раза выше безопасного уровня).

Среди стран-партнеров ОЭСР наиболее значительное снижение загрязнения воздушного бассейна отмечалось в России и Южной Африке (на 5 микрограмм $PM_{2.5}$ на кубометр), однако в Китае и Индии оно существенно возросло, превысив безопасный уровень в 6-7 раз (соответственно, 58 и 74 микрограмм $PM_{2.5}$ на кубометр).

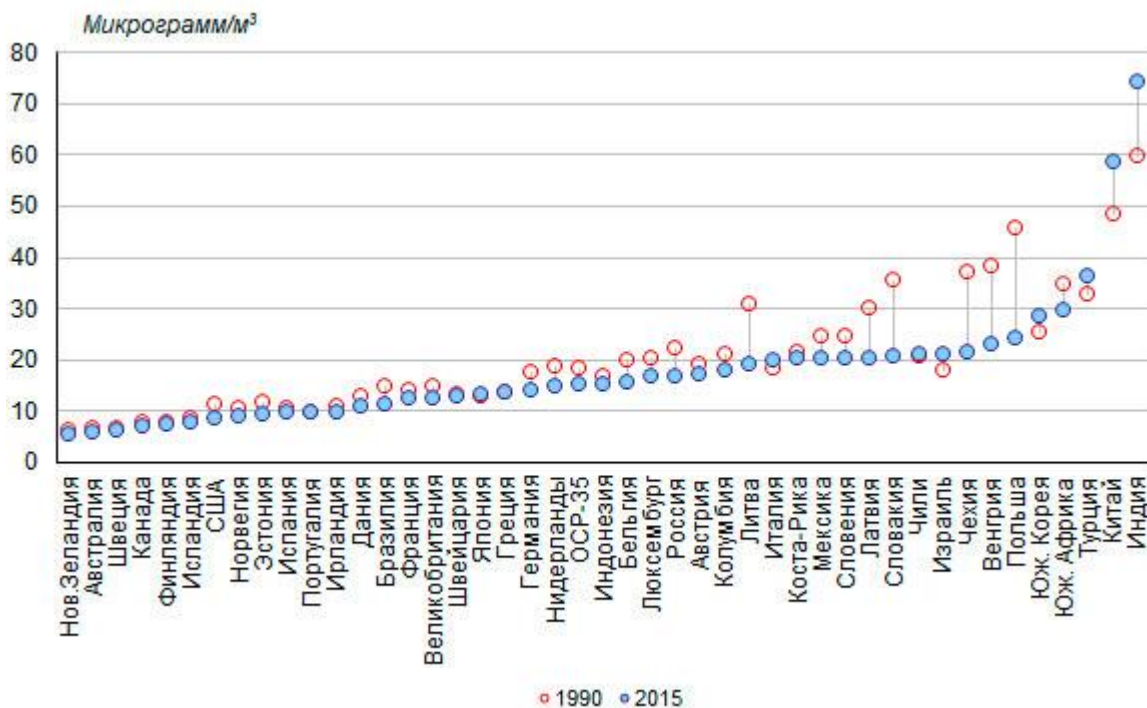


Рисунок 24. Среднегодовая концентрация микрочастиц в воздухе по некоторым странам ОЭСР, 1990 и 2015 годы, микрограмм $PM_{2.5}$ на m^3

Источник: Health at a Glance 2017: OECD indicators, <http://dx.doi.org/10.1787/888933603070>. Дата обращения - 18.01.18

По оценкам ВОЗ за 2014 год, в целом по миру среднегодовая концентрация микрочастиц в воздухе над городскими территориями превысила 43 микрограмма на кубический метр. Ниже всего загрязнение воздушного бассейна над городами Американского (15) и Европейского регионов (19) ВОЗ, выше всего – в Восточно-Средиземноморском регионе (63). Смертность, связанная с загрязнением воздуха, составила, по оценкам за 2012 год, 92 умерших на 100 тысяч человек в целом по миру и варьировалась от 20 на 100 тысяч человек в Американском регионе до 134 в Западно-Тихоокеанском регионе ВОЗ.

Что касается отдельных стран мира, то наиболее высокие уровни загрязнения воздушного бассейна отмечались в Саудовской Аравии (127 микрограмм $PM_{2.5}$ на кубический метр), Катаре (105) и Египте (100). При этом печальными «лидерами» по смертности, связанной с загрязнением воздуха, оказались совсем другие страны - в КНДР (238 умерших на 100 тысяч человек), Боснии и Герцеговине (230), Болгарии (217) и Грузии (205). Это свидетельствует об отсутствии простой взаимосвязи между, казалось бы, очевидными рисками для здоровья и смертностью населения. В ряде случаев влияние многих рисков становится опасным при долговременном воздействии, и оно может быть определенным образом компенсировано за счет изменения других условий жизни. Определенные вопросы вызывает оценка и измерение как самих рисков, так и состояния здоровья и смертности населения.

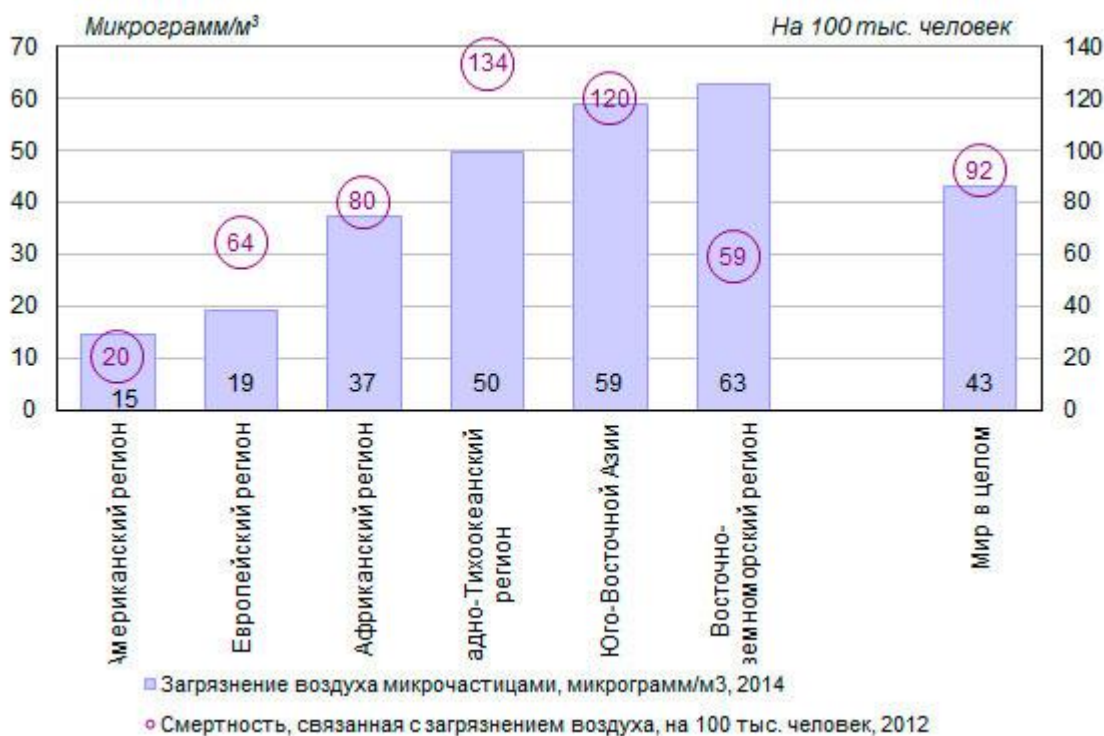


Рисунок 25. Среднегодовая концентрация микрочастиц (размером менее 2,5 микрон) в воздухе городских территорий (микрограмм/м³, 2014 год) и смертность, связанная с загрязнением воздуха (умерших на 100 тыс. человек, 2012 год) по регионам ВОЗ и в целом по миру

Источник: World Health Statistics 2017: Annex B, http://who.int/entity/gho/publications/world_health_statistics/2017/en/index.html. Дата обращения - 17.01.18.

Источники:

Organisation for Economic Co-operation and Development – www.oecd.org

OECD (2017), Health at a Glance 2017: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en;

OECD Database - OECD.Stat - <http://stats.oecd.org/#>

OECD Health Statistics 2017 - Frequently Requested Data/ November 2017 http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT;

World Health Organization – www.who.int

World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. Geneva: World Health Organization; 2017. - http://who.int/entity/gho/publications/world_health_statistics/2017/en/index.html

[1] Organization for Economic Co-Operation and Development (OECD) - международная экономическая организация развитых стран, признающих принципы представительной демократии и свободной рыночной экономики. Первоначально (1960-1961годы) в эту организацию вошли 20 стран: Австрия, Бельгия, Великобритания, Германия, Греция, Дания, Ирландия, Исландия, Испания, Италия, Канада, Люксембург, Нидерланды, Норвегия, Португалия, США, Турция, Франция, Швейцария и Швеция. Позже к ним присоединилась Япония (1964), Финляндия (1969), Австралия (1971), Новая Зеландия (1973), Мексика (1994), Чехия (1995), Венгрия, Польша и Южная Корея (1996), Словакия (2000), Израиль, Словения, Чили, Эстония (2010), Латвия (2016). В настоящее время число полноправных членов ОЭСР составляет 35, на их долю приходится около 60% мирового ВВП.

Помимо этих стран, приглашение для переговоров о возможном вступлении в организацию и сотрудничестве получили Бразилия, Китай, Колумбия, Коста-Рика, Литва, Индия, Россия, Индонезия и Южная Африка. ОЭСР осуществляет обширную аналитическую работу, вырабатывает рекомендации для стран-членов организации и служит платформой для организации многосторонних переговоров по широкому кругу социально-экономических проблем. При этом в фокусе внимания неизменно оказываются вопросы демографии, миграции, здоровья населения и благополучия семей. Основой для аналитической работы служит постоянно пополняемая база данных, формирующаяся на основе информации, поступающей из национальных статистических служб, Статистической службы Европейского союза (Евростата) и ООН. <http://www.oecd.org/about/membersandpartners/>

[2] 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.

[3] Здесь и далее средние значения по ОЭСР, приводимые из доклада «Health at a Glance 2017: OECD Indicators», OECD Publishing, Paris, не взвешены по численности населения, то есть рассчитаны как простые средние из имеющихся значений по странам-членам организации.

[4] Выделяются ВОЗ для аналитических целей в зависимости от уровней смертности и заболеваемости.

К Американскому региону отнесены все страны Северной и Южной Америки и Карибского бассейна.

В Европейский регион, помимо европейских стран, входит Турция, а также закавказские государства и страны Средней Азии, входящие в СНГ.

В Восточно-Средиземноморский регион входят Афганистан, Бахрейн, Джибути, Египет, Ирак, Иран, Иордания, Йемен, Кувейт, Ливан, Ливия, Марокко, Оман, Пакистан, Катар, Саудовская Аравия, Сомали, Судан, Сирия, Тунис, ОАЭ, а в Африканский регион - все остальные страны Африки.

К Западно-Тихоокеанскому бассейну отнесены Австралия, Бруней, Вануату, Вьетнам, Камбоджа, Кирибати, Китай, Лаос, Малайзия, Маршалловы о-ва, Микронезия, Монголия, Науру, Ниуэ, Новая Зеландия, о-ва Кука, Палау, Папуа-Новая Гвинея, Самоа, Сингапур, Соломоновы о-ва, Таиланд, Тонга, Тувалу, Фиджи, Филиппины, Южная Корея, Япония.

К региону Юго-Восточной Азии – Бангладеш, Бутан, Мьянма, Шри-Ланка, Индия, Индонезия, КНДР, Мальдивы, Непал, Тимор-Лесте.

[5] Подробнее об исследовании см. гл. 2 доклада «Health at a Glance 2017: OECD Indicators».

[6] Для международных сопоставлений используется *Международная стандартная классификация образования (МСКО)*. В настоящее время используется классификация, принятая в 2011 году (МСКО-2011), которая предусматривает выделение 9 уровней образования:

0 – образование детей младшего возраста;

1 – начальное образование

2 – первый этап среднего образования

3 – второй этап среднего образования (общее или профессионально-техническое, в том числе с

прямым доступом к третичному образованию)

4 – послесреднее нетретичное образование (общее или профессионально-техническое, в том числе с прямым доступом к третичному образованию)

5 – короткий цикл третичного образования

6 – бакалавриат или его эквивалент

7 – магистратура или ее эквивалент

8 – докторантура или ее эквивалент

Уровни 5-8 относятся к третичному образованию, которое мы обозначаем более привычным термином «высшее образование».

Ранее применялась МСКО 1997 года (ISCED 1997) с выделением 7 уровней образования.

Основные различия связаны с введением в МСКО-2011 программ развития детей младше 3 лет, которые не классифицировались в МКСО-1997 (уровень 0 соответствовал программам дошкольного образования, в МСКО-2011 они соответствуют подуровню 02), и с более детальной классификацией уровней третичного образования (уровни 5-7 МСКО-2011 соответствуют уровню 5 МСКО-1997, уровень 8 МСКО-2011 – уровню 6 МСКО-1997). Несколько изменены параметры отнесения образовательных программ к уровням 3 и 4, хотя в целом соответствие между этими уровнями сохранено. Подробнее см.: Международная стандартная классификация образования МСКО 2011. UNESCO-UIS 2013.

[7] World Health Statistics 2017: Annex B,

http://who.int/entity/gho/publications/world_health_statistics/2017/en/index.html . Дата обращения - 17.01.18

[8] Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра - <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/E66> ; <http://mkb-10.com/index.php?pid=3232>

[9] Этой проблеме был посвящен отдельный выпуск Мирового барометра -

<http://demoscope.ru/weekly/2012/0529/barom01.php>