Электронный научный журнал
«Социальные аспекты здоровья населения»

ISSN 2071-5021
Эл №ФС77-28654
http://vestnik.mednet.ru

29.12.2018 г.

DOI: https://dx.doi.org/10.21045/2071-5021-2018-64-6-2

Сюнякова Д.А.

РОССИЯ И СТРАНЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЭКОНОМИЧЕСКОГО СОТРУДНИЧЕСТВА И РАЗВИТИЯ ПО ПОКАЗАТЕЛЯМ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

ФГБУ Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Минздрава России, Москва, Россия

Резюме

Международные сравнения являются важнейшими инструментами для анализа положения дел в стране с охраной здоровья населения. *Цель*: на основе сравнительного анализа показателей здоровья населения в России и странах Организации экономического сотрудничества и развития оценить результативность международного обмена передовым опытом в сфере охраны здоровья населения. Российская Федерация ежегодно направляет в страны Организации экономического сотрудничества и развития статистические данные по российскому здравоохранению через каналы Минздрава России, которые включаются в ежегодный выпуск статистического обзора стран Организации экономического сотрудничества и развития. Опираясь на аналитический обзор, рассмотрим оценку авторов обзора положения России по показателям здоровья среди стран Организации экономического сотрудничества и развития и интерпретацию полученных оценок.

В настоящее время Российская Федерация имеет худшие позиции на фоне стран Организации экономического сотрудничества и развития. Вместе с тем, нельзя не отметить, что практически по всем индикаторам здоровья населения имеется позитивная динамика, а по некоторым (например, младенческая смертность) достигнуты впечатляющие результаты.

Приоритетным направлением снижения смертности Россия избрала инвестиции в здравоохранение и реформы, направленные на их эффективное использование, что, несомненно, дало позитивный эффект. Однако без результативной политики в сфере доходов, роста уровня жизни населения, как показывает опыт стран Организации экономического сотрудничества и развития, усилия здравоохранения не могут обеспечить долгосрочной позитивной динамики продолжительности жизни, тем более, - темпами, позволяющими сократить отставание от стран Организации экономического сотрудничества и развития.

Меры по контролю факторов риска для сокращения смертности от предотвратимых причин начали реализовываться на более поздних этапах реализации Концепции демографической политики. Существенно, что политика по борьбе с курением и потреблением алкоголя в России вобрала опыт и рекомендации ВОЗ, а результативность мер продемонстрировала их универсальную применимость, независимо от сложившихся культурных и экономических стереотипов.

Полученный опыт международного обмена «лучшими практиками», применяемыми в странах Организации экономического сотрудничества и развития, является важным аргументом для развития сотрудничества, в том числе в сфере информационного обмена, что позволяет объективизировать мониторинг усилий по улучшению здоровья населения в нашей стране.

Ключевые слова: Организация экономического сотрудничества и развития; здоровье населения; детерминанты здоровья; факторы риска.

Контактная информация: Сюнякова Диляра Алимовна, e-mail: dilsun51@mail.ru
Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.
Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Сюнякова Д.А. Россия и страны Организации экономического сотрудничества и развития по показателям здоровья населения. *Социальные аспекты здоровья населения* [сетевое издание] 2018; 64(6). URL: http://vestnik.mednet.ru/content/view/1024/30/lang,ru/. DOI: https://dx.doi.org/10.21045/2071-5021-2018-64-6-2

Syunyakova D.A.

COMPARATIVE ANALYSIS OF HEALTH INDICATORS IN RUSSIA AND COUNTRIES OF THE ORGANIZATION FOR ECONOMIC COOPERATION AND DEVELOPMENT

Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia

Abstract

International comparisons are the most important tools for analyzing the state of affairs in the field of public health in a country.

Objective: on the basis of a comparative analysis of public health indicators in Russia and in the countries of the Organization for Economic Cooperation and Development, to assess the effectiveness of international exchange of best practices in the field of public health. The Russian Federation annually sends to the Organization for Economic Cooperation and Development Russian statistical health data through the channels of the Ministry of Health of Russia, which are included in the annual release of the statistical survey of the countries of the Organization for Economic Cooperation and Development. Based on the analytical review, we consider the authors' assessment of the Russian position in terms of health indicators among the countries of the Organization for Economic Cooperation and Development and the interpretation of the estimates obtained.

Currently the Russian Federation has the worst positions against the background of the countries of the Organization for Economic Cooperation and Development. At the same time, it should be noted that there is positive dynamics practically on all health indicators, and on some of them (for example, infant mortality) the impressive results have been achieved.

Russia chose investments in health care and reforms aimed at their effective use as a priority for reducing mortality, which undoubtedly had a positive effect. However, without effective policies in the area of income and growth of living standards of the population, as the experience of the

countries of the Organization for Economic Cooperation and Development shows, health care efforts cannot ensure long-term positive dynamics of life expectancy, especially, at the rates allowing to reduce the gap compared to indicators of the countries of the Organization for Economic Cooperation and Development.

Measures to control risk factors for reduction of mortality from preventable causes began to be implemented at the later stages of the implementation of the Concept of Demographic Policy. It is significant that the policy to combat smoking and alcohol consumption in Russia has absorbed the experience and recommendations of WHO, and the effectiveness of the measures demonstrated their universal applicability, regardless of the prevailing cultural and economic stereotypes.

The experience gained in the international exchange of “best practices” used in the countries of the Organization for Economic Cooperation and Development is an important argument for development of cooperation, including in the field of information exchange, which allows us to objectify monitoring efforts to improve the health of the population in our country.

Keywords: Organization for Economic Cooperation and Development; public health; health determinants; risk factors.

Contacts: **Dilyara Syunyakova,** e-mail: dilsun51@mail.ru
Acknowledgments. The study had no sponsorship.
Conflct of interests. The authors declare no conflict of interest.

For citation: Comparative analysis of health indicators in Russia and countries of the Organization for economic cooperation and development. *Social'nye aspekty zdorov'a naselenia* (Social aspects of population health) [serial online] 2018; 64(6). Available from: http://vestnik.mednet.ru/content/view/1024/30/lang,ru/. (In Russ.). DOI: https://dx.doi.org/10.21045/2071-5021-2018-64-6-2

Введение

Международные сравнения являются важнейшими инструментами для анализа положения дел в стране с охраной здоровья населения. Тем самым создаётся объективная основа для оценки национальной политики в области здравоохранения и её результативности.

Решение о вступлении Российской Федерации в Организацию экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) было зафиксировано в «Дорожной карте» присоединения России к Конвенции об учреждении ОЭСР 30 ноября 2007 г. [9]. С 13 марта 2014 года процесс вступления Российской Федерации в ОЭСР временно приостановлен на неопределённый срок по решению Совета ОЭСР в связи с введением рядом европейских стран санкций против РФ. Однако в заседаниях некоторых комитетов и рабочих групп Российская Федерация продолжает принимать участие в качестве наблюдателя по приглашению ОЭСР. В настоящее время Россия участвует в качестве наблюдателя в 24 комитетах и 8 рабочих группах, в том числе в заседаниях Комитета по здравоохранению.

Участие России в Комитете по здравоохранению, где обсуждаются самые актуальные «междисциплинарные» проблемы в области здравоохранения и социальной политики стран-членов ОЭСР, а также возможности их решения путём обмена передовым опытом, может

способствовать эффективному использованию в российском здравоохранении «лучших практик», применяемых в странах ОЭСР.

Цель: на основе сравнительного анализа показателей здоровья населения в России и странах ОЭСР оценить результативность международного обмена передовым опытом в сфере охраны здоровья населения.

Материал и методы

Российская Федерация ежегодно направляет в ОЭСР статистические данные по российскому здравоохранению через каналы Минздрава России. Формат представления данных определяется структурированными вопросниками, содержащими группы индикаторов [2]. При этом к мини-вопроснику прилагается Word-файл, содержащий определения всех показателей, в который необходимо вносить подробную информацию относительно источников и методов сбора и расчёта данных. Таким образом обеспечивается сопоставимость данных и возможность их сравнительного межстранового анализа.

Статистические данные по Российской Федерации включаются в ежегодный выпуск статистического сборника ОЭСР «Краткий обзор в области здравоохранения» («Health at a Glance»), а также в статистический справочник ОЭСР по здравоохранению. Кроме того, начиная с июля 2015 года, эта статистическая информация находится в открытом доступе на сайте ОЭСР [12]. Опираясь на аналитический обзор, рассмотрим оценку авторов обзора положения России по показателям здоровья среди стран ОЭСР и интерпретацию полученных оценок.

Результаты

Рассмотрим последовательно основные разделы аналитического отчёта.

1. Ожидаемая продолжительность жизни

Ожидаемая продолжительность жизни является ключевым показателем состояния здоровья населения, поэтому основное внимание в этом разделе уделяется показателям, отражающим общую ожидаемую продолжительность жизни и её гендерные различия. Поскольку данные по статистике здоровья в базе данных на сайте ОЭСР имеются, начиная с 1960 года, можно проанализировать динамику ожидаемой продолжительности жизни в этих странах за более чем пять десятилетий. Как видно из рисунка 1, в 1960 году средняя продолжительность жизни при рождении в странах ОЭСР составляла 68,6 лет, постепенно увеличиваясь каждые пять лет в среднем на 1,1 года, в 2016 году достигла 80,8 лет. При этом в 22 странах, таких как Австралия, Австрия, Бельгия, Дания, Финляндия, Германия, Греция, Исландия, Ирландия, Италия, Япония, Израиль, Корея, Люксембург, Нидерланды, Новая Зеландия, Норвегия, Словения, Португалия, Швеция, Швейцария и Соединённое Королевство ожидаемая продолжительность жизни при рождении в 2016 году превышала 80 лет. Вышеперечисленную группу из 22 стран с высоким уровнем ожидаемой продолжительности жизни возглавляют Япония (84,1 года) и Швейцария (83,7 лет).

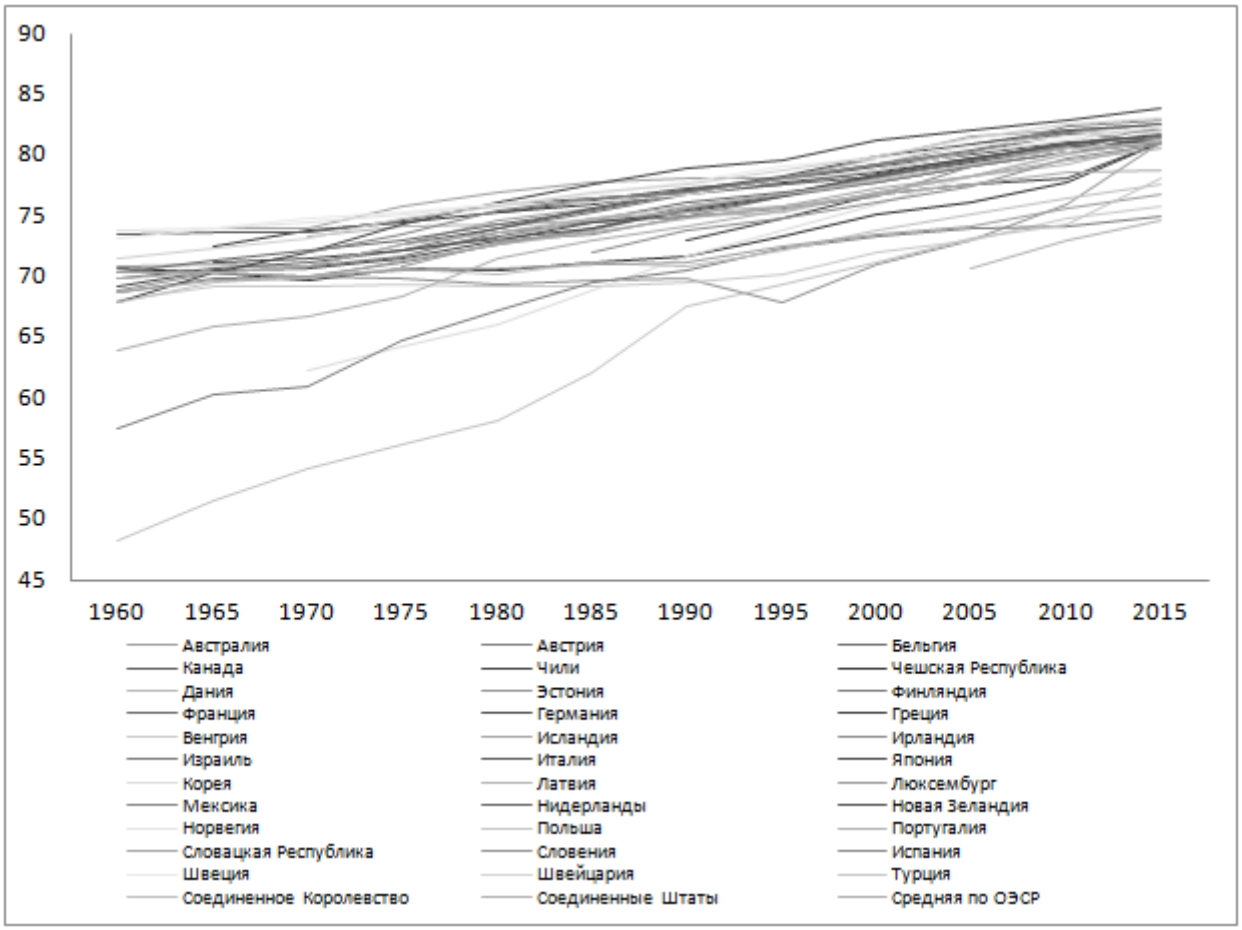


Рис. 1. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в странах ОЭСР

По оценке авторов доклада, рост ожидаемой продолжительности жизни происходит благодаря улучшению условий жизни, повышению уровня образования населения, а также более здоровому образу жизни и прогрессу в здравоохранении (улучшению качества медицинского обслуживания). Такая оценка основана на концепции ВОЗ о детерминантах здоровья населения и является очень обобщенной. Вместе с тем, было бы важно оценить, какой вклад внесли отдельные детерминанты в рост продолжительности жизни, и как менялась относительная значимость этих детерминант на протяжении более, чем полувека. Для Российской Федерации эти результаты представляли бы большое значение, поскольку она могла бы воспользоваться ими для разработки эффективной политики в сфере здравоохранения с учётом достигнутых уровней продолжительности жизни.

Единственная информация о влиянии отдельных детерминант на продолжительность жизни населения, которая имеется в обзоре, касается затрат на здравоохранение. Отмечается, что в большинстве стран ОЭСР универсальное медицинское страхование обеспечивает финансовую защиту против оплаты лечения болезней из личного бюджета, и содействует доступу к медицинским услугам для всего населения [12]. При этом сделан вывод, что в странах с более высоким уровнем доходов и затрат на здравоохранение наблюдается более высокая ожидаемая продолжительность жизни населения в целом. Эмпирические результаты показывают, что, хотя ожидаемая продолжительность жизни зависит от факторов как внутри, так и за пределами системы здравоохранения, расходы на здравоохранение были основным фактором, влияющим на уровень ожидаемой продолжительности жизни в последние десятилетия. В частности, 10%-ное увеличение расходов на здравоохранение на душу населения в странах ОЭСР (в реальном выражении) приводит к приросту в 3,5 месяца ожидаемой продолжительности жизни. Учитывая заметный рост в расходах на

здравоохранение за последние 20 лет, это привело к дополнительным 42,4 месяцам ожидаемой продолжительности жизни в странах ОЭСР за этот период времени [12].

Россия начала направлять в ОЭСР свои показатели в области здравоохранения только в 2013 году. Данные были предоставлены за период с 1990 года (таблица 1) по настоящее время. Никаких особых комментариев по поводу динамики продолжительности жизни в России не содержится в обзоре, кроме общей констатации сложившейся позитивной динамики после 2005 г. Между тем, в отечественной литературе содержится достаточно подробное описание самих процессов, и интерпретаций факторов, определивших отмеченные тенденции [1,6,7,8].

Таблица 1

Ожидаемая продолжительность жизни мужчин и женщин в России в 1990-2015гг.

Годы	Мужчины	Женщины	Разница в продолжительности жизни мужчин и женщин
1990	63,8	74,3	10,5
1991	63,5	73,8	10,3
1992	62,0	71,9	9,9
1993	58,9	71,2	12,3
1994	57,5	71,7	14,2
1995	58,3	72,5	14,2
2000	59,7	72,3	12,6
2001	58,9	72,2	13,3
2002	58,7	71,9	13,2
2003	58,6	71,9	13,3
2004	58,9	72,4	13,5
2005	58,9	72,5	13,6
2010	63,0	74,9	11,9
2011	64,0	75,6	11,6
2012	64,5	75,9	11,3
2013	65,1	76,3	11,2
2014	65,3	76,5	11,2
2015	65,9	76,7	10,8

Традиционно большое различие в ожидаемой продолжительности жизни между женщинами и мужчинами наблюдается во всех странах-членах ОЭСР. Так в среднем, ожидаемая продолжительность жизни при рождении женщин в 2015 году составила 83,1 года, а мужчин – 77,9 лет (разница 5,2 года). Гендерный разрыв в ожидаемой продолжительности жизни значительно увеличился во многих странах ОЭСР в 1970-х и начале 1980-х годов, достигнув пика разницы почти в семь лет в середине 1980-х годов, но с тех пор разрыв в большинстве стран сократился (рисунок 2). В период с 1970 по 2015 г. в целом по ОЭСР разрыв снизился на 1 год (с 6,2 до 5,2 лет). В наибольшей степени разрыв уменьшился в Исландии (на 4 года), а также - Канаде (на 2,9 года), Финляндии (на 2,8 года), Соединенных Штатах и Великобритании (на 2,7 года). Несмотря на то, что в целом ситуация в странах ОЭСР улучшилась в отношении гендерных различий в продолжительности жизни, в ряде стран разрыв вырос, в наибольшей степени: в Колумбии (на 3,3 года), в Литве (на 2,3 года), в Индонезии (на 1,9 года). Особая ситуация характерна для Индии, где в 1970 г. продолжительность жизни мужчин была выше, чем у женщин, что характерно лишь для архаичных обществ. К 2015 г. соотношение мужской и женской смертности приняло привычный для современных обществ характер, что означало огромный рывок в человеческом развитии в этой стране.

К 2015 г. минимальные различия в продолжительности жизни мужчин и женщин установились в Исландии – 2,6 года, максимальные – в Литве – 10,5 лет.

По мнению автора обзора, это можно объяснить, по крайней мере, частичным сокращением различий в повышающем риск поведении, таком как курение, сопровождаемое резким снижением смертности от заболеваний системы кровообращения среди мужчин.

Сопоставляя ожидаемую продолжительность жизни мужчин и женщин в России и в странах ОЭСР, заметно, что ожидаемая продолжительность жизни у женщин в России, как и в других странах ОЭСР, выше, чем у мужчин, однако эта разница в России значительно больше, чем в странах ОЭСР (см. таблицы 1 и рисунок 2). В 1994-1995 гг., например, разница в ожидаемой продолжительности жизни в России между мужчинами и женщинами достигла предельно высокого уровня и составила 14,2 года в то время как в странах ОЭСР самая большая разница за весь период с 2000 по 2016 годы составляла 11,6 лет в Эстонии, 11,4 года в Латвии в 2002 году, и 12,7 лет в Литве в 2007 году. Средняя ожидаемая продолжительность жизни женщин в странах ОЭСР в 2015 году составляла 83,1 года, в то время как в России – 76,7 года (разница равна 6,4 года). При этом средняя ожидаемая продолжительность жизни мужчин в странах ОЭСР составляла 77,9 лет, а в России – 65,9 лет. Таким образом, в России мужчины живут в среднем на 12 лет меньше, чем в странах ОЭСР [15].

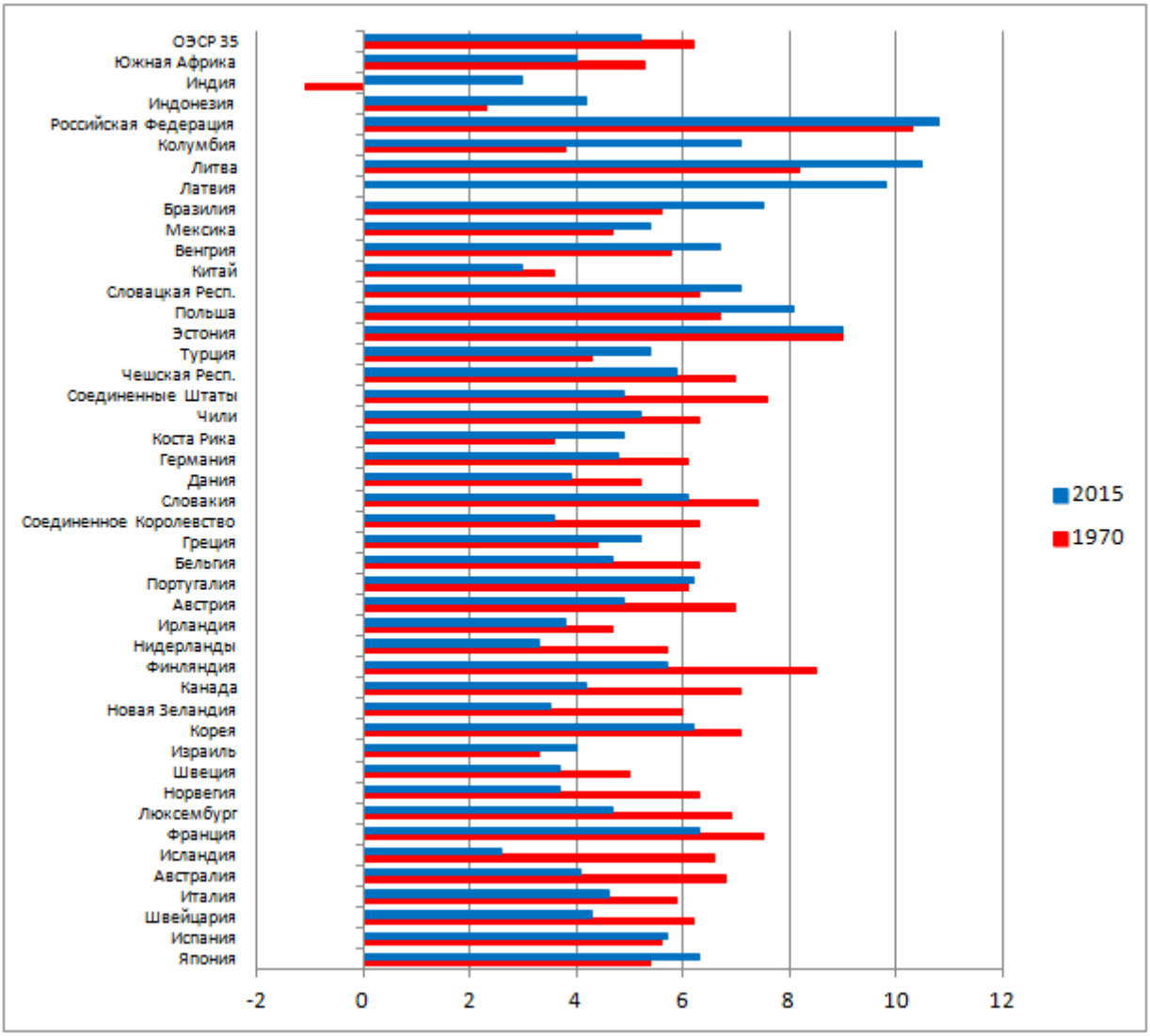


Рис. 2 – Гендерные различия в продолжительности жизни в странах ОЭСР в 1970 и 2015 гг.

2. Смертность

Более 10 млн. человек умерли в странах ОЭСР в 2015 году, что составляет в среднем 793 смерти на 100 000 населения. Заболевания сердечно-сосудистой системы и онкология являются двумя основными причинами смерти в большинстве стран. В странах ОЭСР более одной из трёх смертей произошли из-за ишемической болезни сердца, инсульта или другой болезни органов кровообращения, и каждая четвертая смерть произошла от рака [16] (таблица 2).

Таблица 2

Причины смертности в странах ОЭСР в 2015 году в %

Заболевания	Мужчины	Женщины
Ишемическая болезнь сердца	12,8	10,6
Инсульт	6,0	8,2
Деменция	2,1	4,5
Рак легких	7,0	3,9
Хроническая обструктивная болезнь легких	4,1	3,4
Диабет	3,1	3,4
Рак молочной железы	-	3,2
Рак простаты	2,5	-
Несчастные случаи	4,8	3,1
Болезнь Альцгеймера	1,3	3,0
Колоректальный рак	2,9	2,5
Намеренное причинение вреда самому себе	2,2	0,8
Болезнь Паркинсона	0,9	0,7

Авторы обзора отмечают определённые общие черты структуры причин смерти в странах ОЭСР и странах, желающих вступить в ОЭСР, и объясняют их двумя факторами. Во-первых, старение населения очень важно, поскольку основные причины смерти меняются с возрастом. Отмечается, что среди молодых людей смерть от онкологических заболеваний случается чаще, чем от других причин. В возрасте после 50 лет неуклонно растёт смертность от сердечно-сосудистых заболеваний и становится одной из основных причин смерти наряду с деменцией после 80 лет. Вторым фактором является эпидемиологический переход от инфекционных заболеваний к неинфекционным заболеваниям, который уже имеет место в странах с высоким уровнем доходов и быстро охватывает страны со средним уровнем доходов.

К этому можно добавить, что в странах с высоким уровнем доходов в результате кардиоваскулярной революции [11,10, 23] болезни системы кровообращения оттеснены новообразованиями на второе место как причина смерти. В связи с этим, вариации смертности по причине рака были более существенными в сравнении с болезнями системы кровообращения.

В России самый высокий коэффициент смертности по причине заболеваний органов кровообращения (869), который более, чем в 3 раза превышает средний коэффициент смертности в странах ОЭСР (282). Существенное превышение показателей в России сохраняется, несмотря на значительное сокращение сердечно-сосудистой смертности за прошедшее десятилетие [1,8,10,26]. Коэффициент смертности в России по причине рака (211) приблизительно равен среднему коэффициенту по странам ОЭСР (209) (рисунок 3).

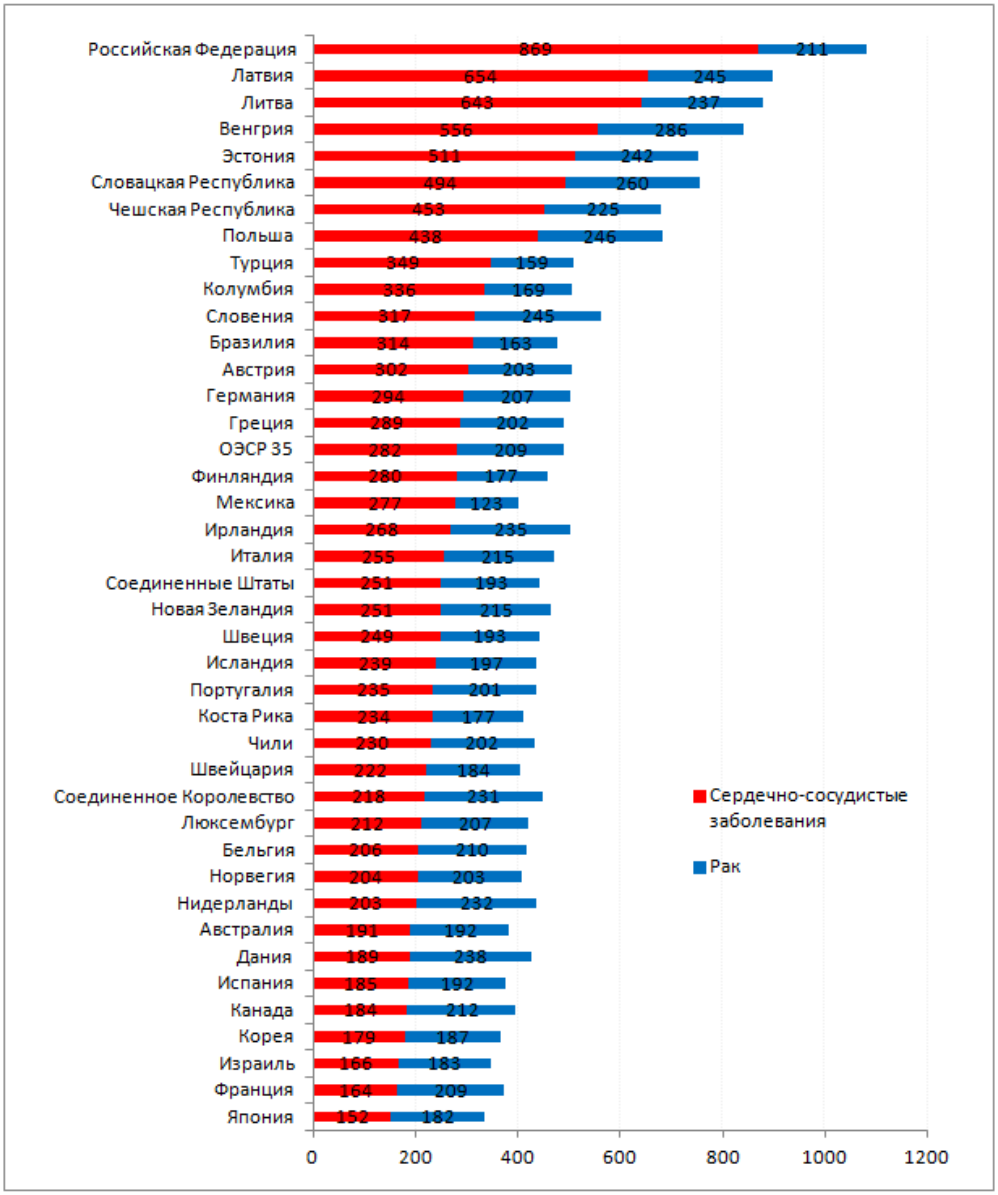


Рис. 3 - Стандартизированные по возрасту коэффициенты смертности на 100 000 населения, 2015 г. Страны ОЭСР и страны-наблюдатели (http://dx.doi.org/10.1787/888933602329)[i]

Кроме двух ведущих причин смерти, другие причины были, в частности, важны для конкретных стран. Для Российской Федерации, это, несомненно, внешние причины, которые в 1990-е годы конкурировали за второе место с новообразованиями. И, хотя в настоящее время они отодвинуты на третье место в структуре причин смерти, их вклад в смертность российского населения существенно выше в сравнении со странами ОЭСР.

Авторы обзора отмечают, что основные причины смерти также имеют гендерные различия, например, от деменции больше умерло женщин, чем мужчин, в то же время от рака лёгких и от разного рода несчастных случаев больше умерло мужчин, чем женщин (таблица 2) [19]. Это можно объяснить более здоровым и менее связанным с риском образом жизни женщин.

3. Младенческая смертность

Младенческая смертность является фундаментальной мерой здоровья. В странах ОЭСР около двух третей смертей, которые происходят в течение первого года жизни,

являются неонатальными смертями (т.е. происходят в течение первых четырёх недель). Врождённые дефекты, недоношенность и другие состояния, возникающие во время беременности, являются основными факторами, приводящими к неонатальной смертности в развитых странах. Для случаев смерти в возрасте более одного месяца (постнатальная смертность) существует более широкий круг причин, наиболее распространёнными из которых являются «синдром внезапной смерти младенца», врождённые дефекты, инфекции и несчастные случаи.

В большинстве стран ОЭСР младенческая смертность довольно низкая и существует лишь небольшая разница между странами. В 2015 году средний показатель младенческой смертности в странах ОЭСР составил ниже 4 смертей на 1000 живорождений (рисунок 4). В Турции, Мексике и Колумбии все еще сравнительно высокий уровень младенческой смертности и составляет свыше 10 смертей на 1000 живорождений. В некоторых больших странах, подавших заявку для вступления в ОЭСР, уровень младенческой смертности остается выше 20 смертей на 1000 живорождений (Индия – 37,9; Южная Африка – 33,6 и Индонезия – 22,8), хотя в этих трех странах младенческая смертность значительно снизилась за последние 25 лет. В реальности во всех странах ОЭСР младенческая смертность существенно снизилась за этот период, и особенно в Словении, Эстонии, Польше, Корее и Китае – более, чем на 70%.

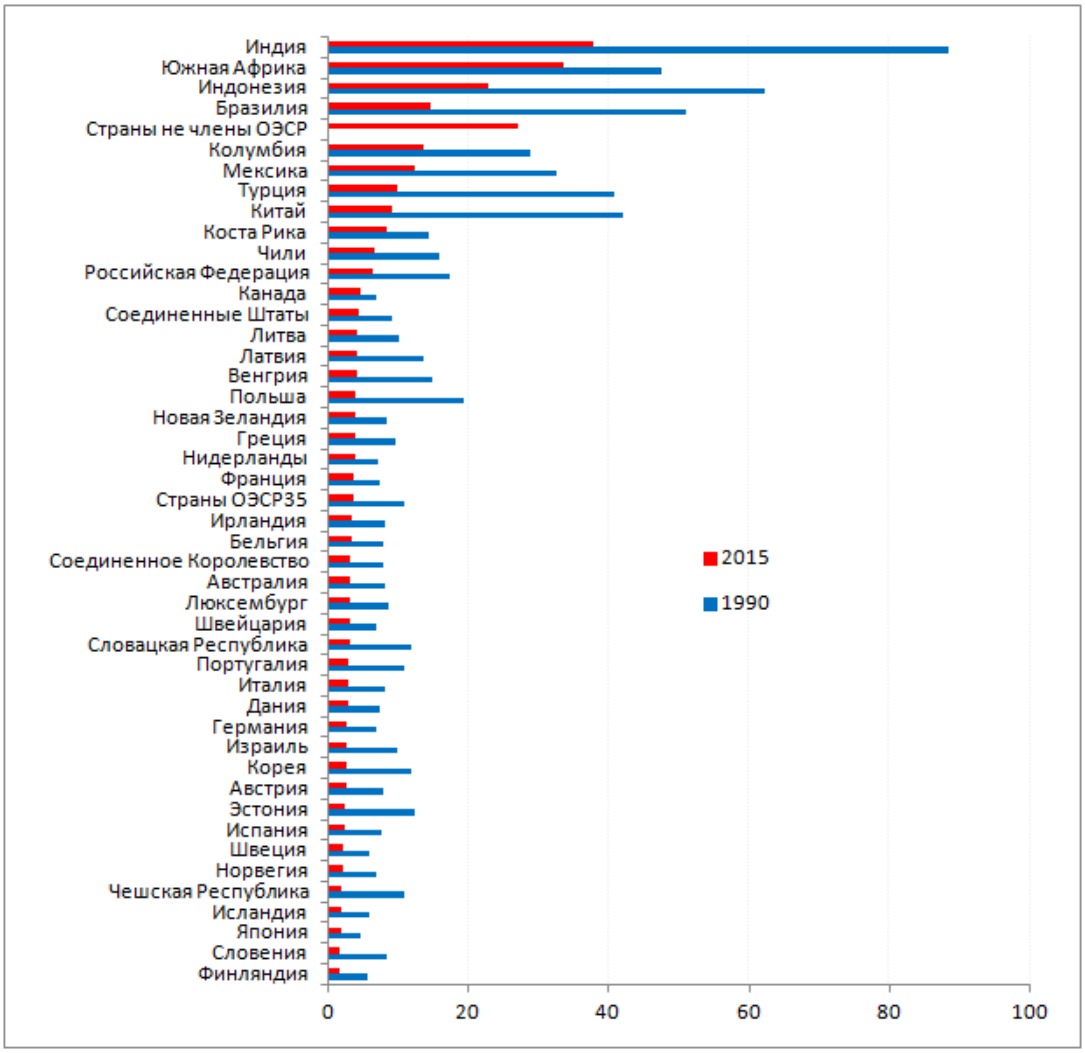


Рис. 4. Младенческая смертность и изменения за период с 1990 по 2015гг. [ii]

В России, как и в большинстве стран ОЭСР, также значительно снизилась младенческая смертность по сравнению с 1990 годом и составила в 2015 году 6,5 смертей на 1000 живорождений, что на 63 % меньше, чем в 1990 году и приблизительно соответствует среднему коэффициенту снижения младенческой смертности по странам ОЭСР (-64%). [21].

Несмотря на прогресс в снижении младенческой смертности в большинстве стран ОЭСР, в некоторых странах наблюдается увеличение числа рождений младенцев с низким весом при рождении (менее 2500 г). В среднем, один из 15 детей, родившихся в странах ОЭСР (или 6,5% всех родившихся) в 2015 году, весил при рождении менее 2500 граммов. Почти во всех странах ОЭСР доля рождений младенцев с низким весом увеличилась за последние два десятилетия, в основном, из-за увеличения рождения недоношенных детей. В Корее, Испании, Португалии, Греции и Японии произошло увеличение (50% и более) рождений детей с низким весом с 1990 года [21].

У младенцев с низким весом при рождении имеется больший риск плохого здоровья или смерти, им требуется более длительный период госпитализации после рождения, и они более подвержены риску развития серьёзных заболеваний. Факторами риска для рождения детей с низким весом являются курение матерей, чрезмерное потребление алкоголя, плохое питание, низкий индекс массы тела, более низкий социально-экономический статус, экстракорпоральное оплодотворение, многоплодные роды и более высокий материнский возраст. Также рождению детей с более низким весом способствует внедрение новых технологий при родах, таких как стимуляция родов и использование кесарева сечения, которые повысили выживаемость младенцев с низким весом при рождении [17].

В Российской Федерации число родившихся младенцев с низким весом в 2015 году составило 6,2% от общего количества родившихся детей, что приблизительно равно среднему значению по странам ОЭСР (6,5%), а по сравнению с 1990 годом это увеличение составило 9% (для сравнения в странах ОЭСР – 15%).

Важно учитывать, что показатели по Российской Федерации в 1990 и 2015 гг. не полностью сопоставимы, поскольку страна лишь в 2012 г. полностью перешла на критерии живорождения ВОЗ. Поэтому показатели 1990 г. в соответствии с принятыми критериями несколько занижены, а, следовательно, прогресс в снижении младенческой смертности больше, чем это следует из статистического сравнения. Аналогичным образом, прирост доли маловесных детей среди родившихся, по-видимому, меньше.

4. Факторы риска

Риски для здоровья относятся к немедицинским детерминантам. Факторы риска - это любое воздействие на человека, которое увеличивает вероятность развития заболевания или причинения травмы. Примерами наиболее важных факторов риска являются потребление табака и алкоголя, а также избыточный вес или ожирение.

Курение табака

Последствия для здоровья человека от курения табака являются многочисленными, включая, среди прочих, рак, инсульт и заболевания сердечно-сосудистой системы. Кроме того, курение табака служит важным дополнительным фактором для развития заболеваний органов дыхательной системы, таких как хроническое обструктивное заболевание легких. Курение беременных женщин может привести к рождению недоношенных младенцев с низким весом и разными заболеваниями. Курение определяет наибольшую долю общих лет потерянной здоровой жизни в 15 странах ОЭСР, и занимает второе место еще в 16 странах ОЭСР. Согласно последним исследованиям ВОЗ, количество смертей, связанных с курением табака, ежегодно увеличивается до 7,2 миллионов человек в мире, из которых 890 000 человек умирают вследствие пассивного курения. Это ведущая, но единственная, наиболее предотвратимая причина заболеваний и смерти [22].

Таблица 3

Процент населения в странах ОЭСР и в РФ в возрасте 15 лет и старше, ежедневно курящих табак

Страны / Годы	2001	2004	2009	2014	2016
Австралия	19,6	17,8			12,4
Австрия				24,3	
Бельгия	24,1	23,7			
Канада	22,4		16,2	14	12,5
Чили			29,8		24,5
Чешская Республика		25,4	23,8	22,3	19,6
Дания	29,5	26	19		16,9
Эстония		32,8		22,1	21,3
Финляндия	23,8	23	18,6	15,4	15
Франция	27	23,4		22,4	
Германия			21,9		
Греция		38,6	31,9	27,3	
Венгрия			26,5	25,8	
Исландия	22,9	19,8	15,4	12,6	10,2
Ирландия	27				19
Израиль		21,6		17,1	19,6
Италия	24,1		23,9	19,7	20
Япония	24,4	26,4	23,4	19,6	18,3
Корея	26,1		25,6	20	18,4
Латвия				24,1	
Литва				20,4	
Люксембург	26	27	19	15,3	14,9
Мексика			7,6		7,6
Нидерланды	28,8	25,4	22,6	19,1	18
Новая Зеландия	25	22		15,7	14,2
Норвегия	30	26	21	13	12
Польша	27,6	26,3	23,8	22,7	
Португалия				16,8	
Словакия			19,5	22,9	
Словения	22,4			18,9	
Испания	31,7		26,2	23	
Швеция	18,9	15,9	14	11,9	10,9
Швейцария	26,4			20,4	
Турция				27,3	26,5
Соединенное Королевство	27	25	21	19	16,1
Соединенные Штаты Америки	18,7	17	16,1	12,9	11,8
Российская Федерация	35,1	35,8	39,4		30,9

Судя по данным таблицы 3, в 2016 году в Российской Федерации был самый высокий процент населения в возрасте 15 лет и старше, ежедневно курящих табак (30,9%). Из стран ОЭСР высокий процент ежедневного курения наблюдается в Чили (24,5%), Эстонии (21,3%) и в Турции (26,5%). В то же время можно заметить, что с 2001 года по 2016 год во всех странах ОЭСР процент населения, ежедневно курящих табак, постепенно снижается. В таких

странах, как Канада, Исландия, Дания, Норвегия, Люксембург и Новая Зеландия процент ежедневно курящих табак снизился почти вдвое.

По мнению автора обзора, такая положительная динамика во многих странах ОЭСР связана с принятием в 2003 г. Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе с табаком, являющейся первым международным договором в сфере здравоохранения, и содержащим ряд основанных на фактических данных стратегий борьбы с этой глобальной проблемой. Россия подписала Рамочную конвенцию в 2008 году [5] и приняла ряд мер, способствующих снижению уровня курения табака, включая предотвращение незаконной торговли табачными изделиями, запрет курения на рабочих и в общественных местах, ценовые и налоговые меры, организацию медицинской помощи населению по отказу от потребления табака, запрет открытой выкладки табачной продукции в местах продаж, запрет рекламы, стимулирования и спонсорства табака, запрет продажи табака в киосках, предотвращение продажи табака несовершеннолетним, информирование населения о вредном воздействии табачного дыма и др. В результате вышеупомянутых мер уровень ежедневного потребления табака в России снизился с 39,4% в 2009 году до 30,9% в 2016, оставаясь при этом самым высоким по сравнению со странами ОЭСР.

Отсутствие данных за некоторые годы (таблица 3) объясняется тем, что в разных странах ОЭСР существует разная практика сбора и представления данных по факторам риска. Также, как и в некоторых других странах ОЭСР (Австралия, Австрия, Бельгия, Чили, Германия, Венгрия, Латвия, Литва, Португалия, Словакия и Турция), в России не ведется регулярный статистический учет по немедицинским детерминантам здоровья. Данные по этим показателям получают путем регулярных обследований в рамках комплексного наблюдения условий жизни населения Федеральной службой государственной статистики.

Потребление алкоголя

Злоупотребление алкоголем является основной причиной смерти и инвалидности во всем мире, особенно в трудоспособном возрасте. Употребление алкоголя входит в первую десятку ведущих факторов риска с точки зрения потерянных лет здоровой жизни в 32 странах ОЭСР, а его потребление в странах ОЭСР остаётся значительно выше среднего мирового показателя.

В 2015 году употребление алкоголя привело к 2,3 миллионам смертей, вызванных, среди прочих, раком, сердечно-сосудистыми заболеваниями и заболеваниями печени. Наибольшее количество выпивается лицами, злоупотребляющими алкоголем, которые составляют 20% населения. Злоупотребление алкоголем приводит к более низкой трудовой занятости, более продолжительному отсутствию на работе и к более низкой производительности труда и заработной платы [16].

В среднем, зарегистрированное ежегодное потребление алкоголя с 2000 года уменьшилось в странах ОЭСР (таблица 4) с 9,3 литров до 8,3 литров чистого алкоголя на душу населения в год. Динамика потребления значительно варьирует по странам. В пяти странах ОЭСР фактически, потребление увеличилось (от 0,1 до 1 литра на душу населения) в Канаде, Норвегии, Швеции, Новой Зеландии и Соединенных Штатах. Более значительным было увеличение в Исландии, Чили, Латвии, Литве, Эстонии и Польше (от 1,1 до 5,3 литра на душу населения). Во всех остальных странах потребление алкоголя сократилось между 2000 годом и 2015 гг. Наибольшее сокращение потребления произошло в Дании, Ирландии, Италии, Испании и Нидерландах (более 2-х литров на душу населения).

Таблица 4

Потребление алкоголя в литрах на душу населения в возрасте 15 лет и старше в странах ОЭСР с 2000 по 2017 гг.

Страны / Годы	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Австралия	10,2	10,5	10,3	10	9,9	9,8	9,5	9,7		
Австрия	13,2	12,4	12,1	11,9	12,1	11,6	12,2	11,4		
Бельгия	11,3	12,2	10,3	10,1	10,1	10,3	10,6	10,4		
Канада	7,6	8	8,4	8,2	8,3	8,2	8	8,1	8,2	
Чили	6,2	7,2	7,6	7,1	8,3	7,2	7,9	7,9	7,9	
Чешская Республика	11,8	12	11,4	11,5	11,6	11,5	11,9	11,5	11,7	
Дания	13,1	12,7	10,3	10,5	9,3	9,4	9,5	9,3	9,4	
Эстония	7,9	13	11,4	12	12,1	11,9	11,1	10,6	9,9	
Финляндия	8,6	10	9,7	9,8	9,3	9,1	8,8	8,5	8,4	
Франция	13,9	12,9	12,3	12,4	12,2	11,6	12	11,9	11,7	
Германия	12,9	12	11,4	11,9	11,8	11,7	11,6	12	10,9	
Греция	9,2	10	9	8	7,6	7,5	7	6,6	6,5	
Венгрия	12	13	10,8	11,4	11,1	10,6	10,9	10,8		
Исландия	6,2	7,1	6,8	6,8	6,8	6,8	7	7,7	7,5	7,7
Ирландия	14,2	13,4	11,6	11,7	11,5	10,6	10,8	10,7	11,2	
Израиль	2,6	2,4	2,6	2,7	2,8	2,9	2,7	2,6	2,6	
Италия	9,8	7,4	7	7	7,5	7,4	7,6	7,1	7,1	
Япония	8,6	8,5	7,3	7,3	7,2	7,4	7,1	7,2	7,2	
Корея	8,9	9	9	8,9	9,1	8,7	8,9	9,1	8,7	
Латвия	7,1	9,9	9,8	10,1	10,2	10,4	10,6	10,8	11,2	
Литва	9,7	12,5	13,5	14,7	14,7	14,5	14,2	14	13,2	
Люксембург	13,3	12,3	11,8	12,1	12	11,7	11,8	11,9	11,3	
Мексика	4,9	4,9	4	4	3,9	3,9	4	4,4	4,4	
Нидерланды	10	9,6	9,2	9	9,3	8,7	8	8	8,3	
Новая Зеландия	8,7	9,3	9,6	9,5	9,2	9,2	9,1	8,7	8,9	8,8
Норвегия	5,7	6,4	6,6	6,4	6,2	6,2	6,1	6	6	6
Польша	8,4	9,1	10	10,3	10,2	10,8	10,5	10,5	10,4	
Португалия	13,1	13,3	12,2	11,9	10,9	10,5	10,4	10,5	10,7	
Словацкая Республика	11	11	10,1	10,2	10,1	9,9	10,1	10,2	9,9	
Словения	11,2	10,3	10,3	10,6	11	9,5	10,9	11,5	10,5	
Испания	11,8	11,9	9,8	9	8,8	8,8	8,7	8,3	8,6	
Швеция	6,2	6,5	7,3	7,4	7,2	7,3	7,2	7,2	7,2	
Швейцария	11,2	10,1	10	10	9,9	9,9	9,5	9,5	9,3	
Турция	1,5	1,3	1,5	1,5	1,6	1,4	1,5	1,4	1,3	1,3
Соединенное Королевство	10,4	11,4	10,1	9,9	9,6	9,4	9,4	9,5	9,5	
Соединенные Штаты Америки	8,3	8,5	8,6	8,7	8,9	8,8	8,8	8,8		
Российская Федерация	18,8	18,5	13,5	12,4	11,9	11,6	11,1	10,5	10,3	
Источник: https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_LVNG										

Как видно из таблицы 4, в Российской Федерации с 2000 года по 2016 г. произошло резкое, почти в два раза, сокращение потребления алкоголя на душу населения (с 18,8 до 10,3 литров). Основное снижение пришлось на период после 2009 г., когда начал реализовываться комплекс мер антиалкогольной политики, в частности, Распоряжением Правительства

Российской Федерации от 30 декабря 2009 г. №2128-р была принята Концепция реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации на период до 2020 года [3], где предусматривается предотвращение незаконной торговли алкогольной продукцией в ночное время с 22:00 час. до 10:00 час. утра, ценовые и налоговые меры, запрет рекламы пива и алкогольной продукции и продажи в киосках, предотвращение продажи алкоголя несовершеннолетним, информирование населения о вредном воздействии чрезмерного употребления алкоголя и др. Также специальные ужесточающие меры приняты для водителей, находящихся за рулем в нетрезвом состоянии.

Избыточная масса тела и ожирение.

Избыточный вес и ожирение (ИМТ>25) являются основными факторами риска для многих хронических заболеваний, включая диабет, сердечно-сосудистые заболевания и рак. Высокий индекс массы тела (ИМТ) привёл к почти 4 миллионам смертей в 2015 году, что на 19,5% больше, чем в 2005 году по всему миру. Это ведущий фактор риска с точки зрения потерянных лет здоровой жизни в Турции, второй по величине в шести других странах ОЭСР и третий в остальных 24 странах-членах ОЭСР. Уровень ожирения быстро повысился в странах ОЭСР за последние десятилетия, и, как показывают прогнозы, эта тенденция сохранится. Оно затрагивает все группы населения, независимо от пола, возраста, расы, уровня доходов или образования, хотя и в разной степени.

В среднем в странах ОЭСР 53,9% населения имеют избыточный вес, включая 19,4% населения, имеющих ожирение (таблица 5). Общие показатели по избыточному весу варьируют от 23,8% в Японии и 33,4 в Корее до 70,1% в США и 72,5% в Мексике. Самые высокие показатели по ожирению (ИМТ≥30) в Мексике, США, Новой Зеландии и Венгрии; самые низкие (менее 10%) в Японии и Корее. Наибольшая часть людей с избыточной массой тела в большинстве стран ОЭСР находятся в стадии предожирения (25≤ИМТ<30).

Таблица 5

Избыточный вес или ожирение в странах ОЭСР в 2015 г. (или ближайшем году) в % от общего населения в возрасте 15 лет и старше.

Страны	Ожирение (измер.)	Ожирение (самооценка)	Избыточный вес (измер.)	Избыточный вес (самооценка)
Япония	3,7		20,1	
Корея	5,3		28,1	
Швейцария		10,3		30,8
Италия		9,8		35,3
Норвегия		12		34
Австрия		14,7		32,4
Дания		14,9		33,3
Нидерланды		12,8		34,7
Швеция		12,3		36
Франция	17		32	
Бельгия	18,6		32,4	
Эстония	18		33,3	
Испания		16,7		36,1
Португалия		16,6		36,4
Израиль		16,6		36,5
Польша		16,7		36,6

ОЭСР (средний)	19,4		34,5	
Словацкая Республика		16,3		37,9
Латвия	23,2		31,4	
Чешская Республика		18,7		36,7
Турция	22,3		33,1	
Словения		19,2		36,4
Греция		17		39,2
Исландия		19		38,6
Люксембург	22,6		35,5	
Германия	23,6		36,4	
Канада	25,8		34,4	
Ирландия	23		37	
Венгрия	30		32,3	
Соединенное Королевство	26,9		36,1	
Австралия	27,9		35,5	
Финляндия	24,8		40,2	
Новая Зеландия	31,6		35,2	
Соединенные Штаты	38,2		31,9	
Мексика	33,3		39,2	
Источник: OECD Health Statistics 2017				

В России показатели по избыточному весу тела и ожирению, начиная с 2013 года, будут разрабатываться один раз в 5 лет по материалам выборочного наблюдения рациона питания населения, проводимого Росстатом. Ранее в России такие показатели не рассчитывались на регулярной основе.

Обсуждение

Проведённый анализ продемонстрировал, что по многим показателям здоровья населения Российская Федерация имеет худшие позиции на фоне стран ОЭСР. Вместе с тем, нельзя не отметить, что практически по всем индикаторам имеется позитивная динамика, а по некоторым (например, младенческая смертность) достигнуты впечатляющие результаты. Можно ли на основании этих данных судить о результативности международного обмена передовым опытом в сфере охраны здоровья населения?

Судя по темпам роста продолжительности жизни за период ее устойчивой динамики в России после 2005 г., ситуация в стране развивается в более позитивном ключе в сравнении со средними показателями по странам ОЭСР. Вместе с тем, это может быть обусловлено эффектом «низкой базы», а, по мере сокращения отставания от стран ОЭСР, темпы могут снизиться.

Среди важнейших условий роста продолжительности жизни в обзоре отмечены инвестиции в здравоохранение. И несмотря на то, что в эту отрасль за последние годы были направлены значительные ресурсы, Россия пока по этому показателю отстаёт от стран ОЭСР [Health at a Glance 2017]. Таким образом, продолжение инвестиций в здравоохранение – важный фактор дальнейшего роста продолжительности жизни. При этом не следует игнорировать тот факт, что высокая продолжительность жизни отмечается в странах не только с высокими затратами на здравоохранение, но и с высокими доходами населения. Судя по тому, что среди национальных целей, объявленных Президентом Российской

Федерации [7], присутствуют цели роста уровня жизни населения и борьбы с бедностью, сложилось понимание, что только за счёт усилий здравоохранения задачу роста продолжительности жизни населения не решить.

Рост продолжительности жизни в наиболее развитых странах обеспечен за счёт контроля над предотвратимыми причинами смерти, в том числе, наиболее массовыми – болезнями системы кровообращения, в результате чего на первое место в структуре причин смерти в этих странах вышли новообразования. Россия к настоящему времени, несмотря на успехи в снижении сердечно-сосудистой смертности, имеет самые высокие на фоне стран ОЭСР, показатели, при том, что смертность от новообразований находится на среднем для стран ОЭСР уровне. По сути, это означает, что в России пока отсутствуют заметные успехи в контроле над факторами риска смертности от болезней системы кровообращения. В обзоре отмечена позитивная динамика некоторых факторов риска и эффективность мер, предпринятых в России на основе европейского опыта по борьбе с курением и потреблением алкоголя. Но достигнутые уровни являются все еще одними из самых высоких среди стран ОЭСР.

Выводы

В рамках сотрудничества Российской Федерации с ОЭСР по вопросам здравоохранения осуществляется участие нашей страны в формировании базы данных Организации для мониторинга и оценки реформ здравоохранения в странах-участниках и наблюдателях. В настоящее время методика сбора данных и расчета показателей по продолжительности жизни, смертности и здоровью детей вполне сопоставимы с критериями ОЭСР, что позволило проводить сравнительный анализ этих показателей и получать надёжные выводы.

В настоящее время Российская Федерация имеет худшие позиции на фоне стран ОЭСР. Вместе с тем, нельзя не отметить, что практически по всем индикаторам здоровья населения имеется позитивная динамика, а по некоторым (например, младенческая смертность) достигнуты впечатляющие результаты.

Приоритетным направлением снижения смертности Россия избрала инвестиции в здравоохранение и реформы, направленные на их эффективное использование, что, несомненно, дало позитивный эффект. Однако без результативной политики в сфере доходов, роста уровня жизни населения, как показывает опыт стран ОЭСР, усилия здравоохранения не могут обеспечить долгосрочной позитивной динамики продолжительности жизни, тем более, - темпами, позволяющими сократить отставание от стран ОЭСР.

Меры по контролю факторов риска для сокращения смертности от предотвратимых причин начали реализовываться на более поздних этапах реализации Концепции демографической политики. Существенно, что политика по борьбе с курением и потреблением алкоголя в России вобрала опыт и рекомендации ВОЗ, а результативность мер продемонстрировала их универсальную применимость, независимо от сложившихся культурных и экономических стереотипов.

Полученный опыт международного обмена «лучшими практиками», применяемыми в странах ОЭСР, является важным аргументом для развития сотрудничества, в том числе в сфере информационного обмена, что позволяет объективизировать мониторинг усилий по улучшению здоровья населения в нашей стране.

Библиография

1. Иванова А.Е., Михайлов А.Ю. Оценка демографической политики по снижению смертности на региональном уровне в России. *Социальные аспекты здоровья населения* [сетевое издание] 2017; 57 (5). URL: http://vestnik.mednet.ru/content/view/914/30/lang,ru/ (Дата посещения: 20.09.2018).
2. Иванова А.Е., Сюнякова Д.А., Зайченко Н.М. Оценка адекватности информационных ресурсов России критериям стран Организации экономического сотрудничества и развития в сфере здравоохранения. *Социальные аспекты здоровья населения* [сетевое издание] 2018; 60 (2). URL: http://vestnik.mednet.ru/content/view/962/30/lang,ru/ DOI: 10.21045/2071-5021-2018-60-2-1 (Дата посещения: 20.09.2018).
3. О концепции реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения РФ на период до 2020 г.: распоряжение правительства Российской Федерации от 30 декабря 2009 г. №2128-р. URL: https://aaufa.ru/kontseptsiya-gosudarstvennoj-politiki-po-snizheniyu-masshtabov-zloupotrebleniya-alkogolem-i-profilaktike-alkogolizma-sredi-naseleniya-rossijskoj-federatsii (Дата посещения: 20.09.2018).
4. О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 г.: Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2018 г. №204. URL: http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001201805070038 (Дата посещения: 20.09.2018).
5. О присоединении Российской Федерации к Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака: Федеральный закон от 24.04.2008 №51-ФЗ. URL: http://base.garant.ru/12160035 (Дата посещения: 20.09.2018).
6. Сабгайда Т.П. Предотвратимые причины смерти в России и странах Евросоюза. *Здравоохранение Российской Федерации.* 2017; 61(3): 116-122
7. Сабгайда Т.П., Иванова А.Е, Землянова Е.В. Преждевременная смертность и факторы риска как индикаторы программ снижения смертности в России. *Социальные аспекты здоровья населения* [сетевое издание] 2017; 55 (3). URL: http://vestnik.mednet.ru/content/view/831/30/lang,ru/ (Дата посещения: 20.09.2018).
8. Семенова В.Г., Головенкин С.Е., Евдокушкина Г.Н., Сабгайда Т.П. Потери от болезней системы кровообращения в контексте программы по снижению сердечно-сосудистой смертности в России. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2016; 60(1): 4-9.
9. Convention on the Organization for Economic Co-operation and Development. URL: http://www.oecd.org/general/conventionontheorganisationforeconomicco-operationanddevelopment.htm [Accessed Sep 20, 2018].
10. Grigoriev P., Meslé F., Shkolnikov V.M., Andreev E., Fihel A., Pechholdova M., Vallin J. The recent mortality decline in Russia: beginning of the cardiovascular revolution? *Population and Development Review*. 2014:40(1): 107–129.
11. Meslé F., Vallin J. Mortality in Europe: The divergence between East and West. Population (English edition). 2002. 57 (1): 157–197.
12. OECDiLibrary. Health at a Glance 2017. OECD Indicators. (page 41) Available at: https://www.oecdilibrary.org/docserver/health_glance-2017-en.pdf?expires=1545051021&id=id&accname=guest&checksum=878982509CD469B4C137775E402706BF [Accessed Sep 20, 2018].
13. OECDiLibrary. Health at a Glance 2017. Indicator overview: OECD snapshots and country dashboards. Available at: https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017/indicator-overview-oecd-snapshots-and-country-dashboards_health_glance-2017-4-en#page2 [Accessed Sep 20, 2018].

14.OECDiLibrary. Health at a Glance 2017. Available at: https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health_glance-2017-en.pdf?expires=1541497613&id=id&accname=guest&checksum=0F79CB121719123C8F89063D38A93A1D [Accessed Sep 20, 2018].

15.OECDiLibrary. Health at a Glance 2017. Life Expectancy by Sex and Education Level. Available at: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017/life-expectancy-by-sex-and-education-level_health_glance-2017-7-en [Accessed Sep 20, 2018].

16.OECDiLibrary. Health at a Glance 2017. Risk Factors for Health. Available at: https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health_glance-2017-17-en.pdf?expires=1544107261&id=id&accname=guest&checksum=69B68AFFC6D06D6FE8E35BD5B86A0B60 (page 72-73) [Accessed Sep 20, 2018].

17.OECDiLibrary. Health at a Glance 2015. Available at: https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health_glance-2015-en.pdf?expires=1541410167&id=id&accname=guest&checksum=9D143189FEF08A268CF1020639AA5032 (page 58) [Accessed Sep 20, 2018].

18.OECDiLibrary. Health at a Glance 2017. Available at: https://doi.org/10.1787/health_glance-2017-en [Accessed Sep 20, 2018].

19.OECDiLibrary. Health at a Glance 2017. Main Causes of Mortality. URL: https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health_glance-2017-8-en.pdf?expires=1544116312&id=id&accname=guest&checksum=F3DE45D0FC5690A3FEF3A4C00456CA87 [Accessed Sep 20, 2018].

20.OECDiLibrary. Health at a Glance 2017. Infant Health. Available at: https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health_glance-2017-en.pdf?expires=1544111996&id=id&accname=guest&checksum=EABECC4324A371DA3AFCED733F456E99 [Accessed Sep 20, 2018].

21.OECDiLibrary. Health at a Glance 2017. Infant Health. Available at: https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health_glance-2017-11-en.pdf?expires=1540977874&id=id&accname=guest&checksum=E597D973C1CBE2B8E4B71F8F69274AD1 (page 58) [Accessed Sep 20, 2018].

22.OECDiLibrary. Health at a Glance 2017. Smoking Among Adults. Available at: https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health_glance-2017-en.pdf?expires=1544175055&id=id&accname=guest&checksum=57D8BDFF9DFF3FA02D5847417B37B7ED [Accessed Sep 20, 2018].

23.OECDiLibrary. Health at a Glance 2017. OECD indicators - OECD 2017. Main causes of mortality. Available at: https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health_glance-2017-en.pdf?expires=1545054567&id=id&accname=guest&checksum=66BFB1D85B2CCA97538282247C8F5324 [Accessed Sep 20, 2018].

24.OECD Health Statistics 2017. Available at: https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_LVNG [Accessed Sep 20, 2018].

25.OECD Health Statistics: Health Expenditure and Financing. Available at: https://stats.oecd.org/ [Accessed Sep 20, 2018].

26.Shkolnikov V.M., Andreev E.M., McKee M., Leon D.A. Components and possible determinants of the decrease in Russian mortality in 2004-2010. *Demographic research*. 2013; 28 (32): 917-950.

27.Tobacco. WHO, Regional Office for Europe. Available at: http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/tobacco [Accessed Sep 20, 2018].

References

1. Ivanova A.E., Mikhaylov A.Yu. Otsenka demograficheskoy politiki po snizheniyu smertnosti na regional'nom urovne v Rossii [Assessment of the demographic policy to reduce mortality at the regional level in Russia]. *Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya* [serial online] 2017 [cited 2018 Sep 20]; 57 (5). Available from: http://vestnik.mednet.ru/content/view/914/30/lang,ru/. (In Russian).
2. Ivanova A.E., Syunyakova D.A., Zaychenko N.M. Otsenka adekvatnosti informatsionnykh resursov Rossii kriteriyam stran Organizatsii ekonomicheskogo sotrudnichestva i razvitiya v sfere zdravookhraneniya [Assessment of adequacy of Russian information resources to the health care criteria of the countries of the Organization for Economic Cooperation and Development]. *Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya* [serial online] 2018 [cited 2018 Sep 20]; 60 (2). Available from: http://vestnik.mednet.ru/content/view/962/30/lang,ru/ DOI: 10.21045/2071-5021-2018-60-2-1.(In Russian).
3. O kontseptsii realizatsii gosudarstvennoy politiki po snizheniyu masshtabov zloupotrebleniya alkogol'noy produktsiey i profilaktike alkogolizma sredi naseleniya RF na period do 2020 g [On the concept of implementation of the state policy for reduction of alcohol consumption and alcohol abuse prevention in the RF population for period until 2020]. Rasporyazhenie pravitel'stva Rossiyskoy Federatsii ot 30 dekabrya 2009 g. №2128-r. [Online] [cited 2018 Sep 20]. Available from: https://aaufa.ru/kontseptsiya-gosudarstvennoj-politiki-po-snizheniyu-masshtabov-zloupotrebleniya-alkogolem-i-profilaktike-alkogolizma-sredi-naseleniya-rossijskoj-federatsii. (In Russian).
4. O natsional'nykh tselyakh i strategicheskikh zadachakh razvitiya Rossiyskoy Federatsii na period do 2024 g. [On the national goals and strategic objectives of development of the Russian Federation up to 2024]. Ukaz Prezidenta Rossiyskoy Federatsii ot 7 maya 2018 g. №204. [Online] [cited 2018 Sep 20]. Available from: http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001201805070038. (In Russian).
5. O prisoedinenii Rossiyskoy Federatsii k Ramochnoy konventsii VOZ po bor'be protiv tabaka [On accession of Russian Federation to WHO Framework Convention on Tobacco Control]. Federal'nyy zakon ot 24.04.2008 №51-FZ. [Online] [cited 2018 Sep 20]. Available from: http://base.garant.ru/12160035. (In Russian).
6. Sabgayda T.P. Predotvratimye prichiny smerti v Rossii i stranakh Evrosoyuza [Avoidable causes of mortality in Russia and EU countries]. *Zdravookhranenie Rossiyskoy Federatsii* 2017; 61(3): 116-122).(In Russian).
7. Sabgayda T.P., Ivanova A.E, Zemlyanova E.V. Prezhdevremennaya smertnost' i faktory riska kak indikatory programm snizheniya smertnosti v Rossii [Premature mortality and risk factors as the determinants of the programs to reduce mortality rate in Russia]. *Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya* [serial online] 2017 [cited 2018 Sep 20]; 55 (3). Available from: http://vestnik.mednet.ru/content/view/831/30/lang,ru/. (In Russian).
8. Semenova V.G., Golovenkin S.E., Evdokushkina G.N., Sabgayda T.P. Poteri ot bolezney sistemy krovoobrashcheniya v kontekste programmy po snizheniyu serdechno-sosudistoy smertnosti v Rossii [Population losses caused by circulatory diseases in the context of the program to reduce cardiovascular mortality in Russia]. *Zdravookhranenie Rossiyskoy Federatsii* 2016; 60(1): 4-9. (In Russian).
9. Convention on the Organization for Economic Co-operation and Development. [Online] [cited 2018 Sep 20]. Available from: http://www.oecd.org/general/conventionontheorganisationforeconomicco-operationanddevelopment.htm.

10.Grigoriev P., Meslé F., Shkolnikov V.M., Andreev E., Fihel A., Pechholdova M., Vallin J. The recent mortality decline in Russia: beginning of the cardiovascular revolution? *Population and Development Review*. 2014:40(1): 107–129.

11.Meslé F., Vallin J. Mortality in Europe: The divergence between East and West. Population (English edition). 2002. 57 (1): 157–197.

12.OECDiLibrary. Health at a Glance 2017. OECD Indicators. (page 41) [Online] [cited 2018 Sep 20]. Available from: https://www.oecdilibrary.org/docserver/health_glance-2017-en.pdf?expires=1545051021&id=id&accname=guest&checksum=878982509CD469B4C137775E402706BF.

13.OECDiLibrary. Health at a Glance 2017. Indicator overview: OECD snapshots and country dashboards.[Online] [cited 2018 Sep 20]. Available from: https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017/indicator-overview-oecd-snapshots-and-country-dashboards_health_glance-2017-4-en#page2.

14.OECDiLibrary. Health at a Glance 2017. [Online] [cited 2018 Sep 20]. Available from: https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health_glance-2017-en.pdf?expires=1541497613&id=id&accname=guest&checksum=0F79CB121719123C8F89063D38A93A1D.

15.OECDiLibrary. Health at a Glance 2017. Life Expectancy by Sex and Education Level. [Online] [cited 2018 Sep 20]. Available from: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017/life-expectancy-by-sex-and-education-level_health_glance-2017-7-en.

16.OECDiLibrary. Health at a Glance 2017. Risk Factors for Health. [Online] [cited 2018 Sep 20]. Available from: https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health_glance-2017-17-en.pdf?expires=1544107261&id=id&accname=guest&checksum=69B68AFFC6D06D6FE8E35BD5B86A0B60 (page 72-73).

17.OECDiLibrary. Health at a Glance 2015. [Online] [cited 2018 Sep 20]. Available from: https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health_glance-2015-en.pdf?expires=1541410167&id=id&accname=guest&checksum=9D143189FEF08A268CF1020639AA5032 (page 58).

18.OECDiLibrary. Health at a Glance 2017. [Online] [cited 2018 Sep 20]. Available from: https://doi.org/10.1787/health_glance-2017-en.

19.OECDiLibrary. Health at a Glance 2017. Main Causes of Mortality. [Online] [cited 2018 Sep 20]. Available from: https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health_glance-2017-8-en.pdf?expires=1544116312&id=id&accname=guest&checksum=F3DE45D0FC5690A3FEF3A4C00456CA87.

20.OECDiLibrary. Health at a Glance 2017. Infant Health. [Online] [cited 2018 Sep 20]. Available from: https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health_glance-2017-en.pdf?expires=1544111996&id=id&accname=guest&checksum=EABECC4324A371DA3AFCED733F456E99.

21.OECDiLibrary. Health at a Glance 2017. Infant Health. [Online] [cited 2018 Sep 20]. Available from: https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health_glance-2017-11-en.pdf?expires=1540977874&id=id&accname=guest&checksum=E597D973C1CBE2B8E4B71F8F69274AD1 (page 58).

22.OECDiLibrary. Health at a Glance 2017. Smoking Among Adults. [Online] [cited 2018 Sep 20]. Available from: https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health_glance-2017-en.pdf?

expires=1544175055&id=id&accname=guest&checksum=57D8BDFF9DFF3FA02D5847417B37B7ED.

23.OECDiLibrary. Health at a Glance 2017. OECD indicators - OECD 2017. Main causes of mortality. [Online] [cited 2018 Sep 20]. Available from: https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health_glance-2017-en.pdf?expires=1545054567&id=id&accname=guest&checksum=66BFB1D85B2CCA97538282247C8F5324.

24.OECD Health Statistics 2017. [Online] [cited 2018 Sep 20]. Available from: https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_LVNG.

25.OECD Health Statistics: Health Expenditure and Financing. [Online] [cited 2018 Sep 20]. Available from: https://stats.oecd.org/.

26.Shkolnikov V.M., Andreev E.M., McKee M., Leon D.A. Components and possible determinants of the decrease in Russian mortality in 2004-2010. *Demographic research*. 2013; 28 (32): 917-950.

27.Tobacco. WHO, Regional Office for Europe. [Online] [cited 2018 Sep 20]. Available from: http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/tobacco.

Дата поступления: 10.11.2018.

i# Коэффициенты смертности основаны на количестве смертей, зарегистрированных в стране за год, поделённые на количество соответствующего населения. Коэффициенты были стандартизированы по возрасту (http://oecd/mortality), чтобы удалить вариации, возникающие из различий в возрастных структурах по странам и по времени.

ii# Данные для большинства стран основаны на минимальном пороге в 22 недели беременности (или весом при рождении в 500 граммов), чтобы устранить влияние различных методов регистрации крайне недоношенных детей в разных странах, за исключением Австралии, Канады, Греции, Ирландии, Италии, Люксембурга, Мексики, Норвегии и Португалии.