

СПРАВКА

По поручению Министра здравоохранения Российской Федерации Вероники Скворцовой при Минздраве России была организована **межведомственная комиссия по анализу причин смертности в нашей стране** и принятию мер по ее снижению.

Представители Росстата, Минздрава России, других федеральных и региональных ведомств совместно с экспертами в области демографии, социологии и общественного здоровья провели аналитическую работу, основные выводы которой оказались интересны и важны для планирования комплексных мер по увеличению продолжительности жизни россиян и снижению смертности.

1. Статистика смертности и особенности оперативной информации

По данным анализа, проведенного известными демографами В.М. Школьниковым и Е.М. Андреевым, **надежный анализ и диагностика изменений общественного здоровья могут основываться только на окончательных годовых данных смертности, составляющих часть годового отчета Росстата.** Эти данные содержатся в статистических формах С41 (Смерти по полу и однолетним возрастным группам) и С51 (Смерти по полу, причинам смерти и возрастным группам 0, 1-4, 5-9, 10-14, ... 85+). Эти данные достаточно надежны и основаны на индивидуальных записях о смертях, классифицированных по дате наступления смерти, месту постоянного жительства или месту смерти, и окончательно установленной медицинской причине смерти.

Годовые формы С41 и С51 становятся доступными *в августе года, следующего за отчетным.*

Окончательные оценки численности населения, которые используются как знаменатель при расчете возрастных коэффициентов смертности, формируются также *только в августе следующего года.*

Таким образом, таблицы смертности, ожидаемой продолжительности жизни и другие характеристики годовой смертности по текущему году могут быть получены *лишь в августе следующего года.* Такого рода запаздывание

статистических данных является абсолютно нормальным и существует во всех странах с налаженной системой статистического учета населения.

Оперативную информацию о смертности содержат месячные данные о количестве умерших от всех причин и по некоторым группам причин смерти. Эти данные – предварительные. Смерти классифицированы не по дате смерти, месту постоянного жительства или наступления смерти, а по дате и месту ее регистрации.

В оперативных данных причины смерти также могут в дальнейшем уточняться. Эти уточнения обычно особенно значительны для причин, связанных с отравлениями, в том числе алкоголем.

Среди умерших в такого рода оперативной статистике не производится детализации по возрасту, за исключением детей первого года жизни.

Месячные числа умерших подвержены значительным колебаниям, которые обусловлены как **субъективными факторами** (большим или меньшим переносом смертей из-за запаздывания регистрации, сменой праздников и будних дней, режимом работы медицинских организаций, патологоанатомической службы и судмедэкспертизы), так и **объективными факторами** (эпидемиями гриппа, сезонными изменениями смертности, чрезвычайными происшествиями, климатическими и природными аномалиями, а также другими причинами) (рис. 1).

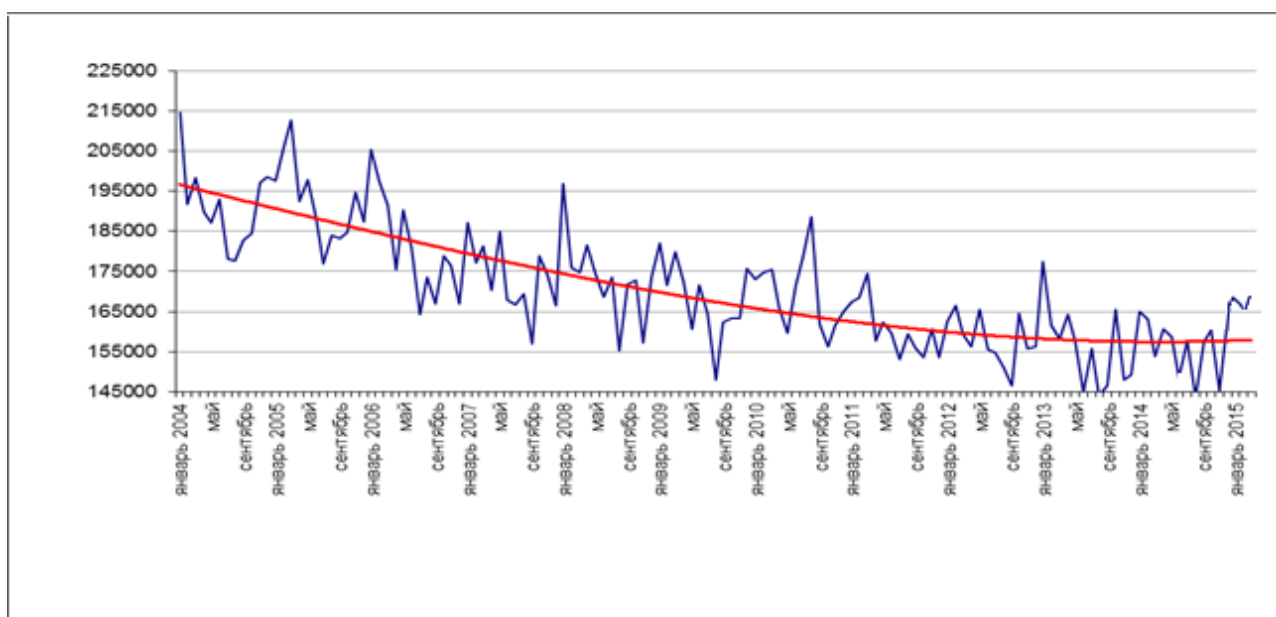


Рис. 1. Месячные числа случаев смерти, стандартизованные по длительности месяца с января 2004 г. по январь 2015 г.

При этом регистрация смертей, как правило, происходит с некоторым запаздыванием, которое зависит от многих обстоятельств, включая причину смерти. Часть смертей, зарегистрированных в определенном месяце, наступили в предыдущем месяце и даже ранее. Особенно велик перенос смертей с конца предыдущего календарного года на начало следующего. По данным субъектов Российской Федерации, в июне 2015 года до 15 % от общего числа зарегистрированных актов записей о смерти было оформлено на основании медицинских свидетельств о смерти, выписанных до 1 июня 2015 года.

Кроме того, исходя из международной статистической практики, актуальность демографических показателей для анализа и планирования повышается на более значимых временных интервалах, так как при расчете месячных показателей смертности отсутствует точная информация о численности населения в связи с тем, что нет возможности учитывать данные миграционного прироста (убыли).

Таким образом, достоверные выводы о динамике демографических показателей можно делать лишь на основе анализа полного календарного года – с учетом достоверных данных о численности населения страны и каждого региона, миграционных потоков. Помесячный анализ не в полной мере отражает реальность и не позволяет делать достоверных выводов о динамике демографических показателей.

2. Влияние ожидаемой продолжительности жизни и изменений возрастной структуры населения на показатели смертности

Проведенный демографический анализ показал, что изменения общей смертности населения отчасти связаны с увеличением ожидаемой продолжительности жизни и изменившейся возрастной структурой населения.

Так, если проанализировать динамику демографических показателей по Российской Федерации, то можно увидеть, что наиболее значительный вклад в общую смертность приходится на лиц пожилого возраста: в 2006 году он составлял 67,3%, в 2011 г. – 71,4%, а в 2014 г. – уже 73,2%. Вместе с тем, вклад лиц трудоспособного возраста снижался с 30,9% в 2006 г., 27,2% в 2011г. до 25,4% в 2014 г., а лиц моложе трудоспособного возраста – с 1,4% в 2006 г., 1,2% в 2011 г. до 1,2% в 2014 г. (рис. 2).

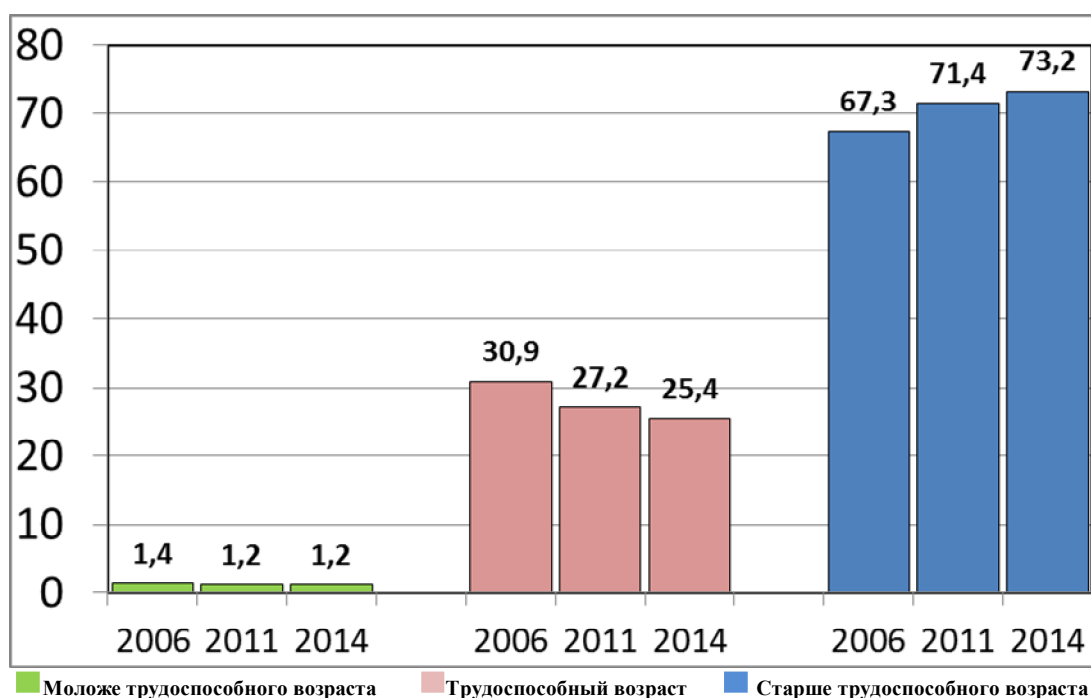


Рис. 2. Вклад отдельных возрастных групп в общую смертность населения в 2006-2014 годах

При этом в силу положительных демографических изменений, приведших к увеличению продолжительности жизни, количество граждан в старших возрастных группах увеличилось с 20,5% в 2006 г., 22,3% в 2011 г. до 23,5% в 2014 г. Это увеличило и общее количество умерших.

Таким образом, хотя смертность среди лиц старше трудоспособного возраста снизилась (табл.), увеличение их числа определило тенденцию к росту общей смертности в стране. Следует отметить, что такая тенденция наблюдается не только в нашей стране. Так, американские исследователи,

проанализировавшие данные по 188 странам пришли к выводу, что 41% увеличение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в мире с 1990 по 2013 гг. на 55 % обусловлено старением населения¹.

Таблица

Динамика демографических показателей по Российской Федерации за 2006-2014 гг.

На картах представлено распределение по субъектам Российской

Показатели		2006	2011	% 2011 к 2006	2012	% 2012 к 2011	2013	% 2013 к 2012	2014	% 2014 к 2013
Ожидаемая продолжительность жизни (лет)		66,69	69,83	4,71	70,24	0,58	70,76	0,74	70,93	0,24
Доля возрастных групп в структуре населения (%)	0-17 лет	16,3	16,2	-0,61	16,5	1,41	16,8	2,09	17,2	2,29
	трудоспособный возраст	63,2	61,5	-2,69	60,9	-1,03	60,1	-1,26	59,3	-1,35
	старше трудоспособного возраста	20,5	22,3	8,78	22,7	1,83	23,1	1,85	23,5	1,85
Повозрастная смертность (на 100 тыс. населения)	0-17 лет	108,9	88,5	-18,73	98,6	11,41	91,7	-7,00	86,0	-6,22
	трудоспособный возраст	740,8	597,9	-19,29	573,1	-4,15	558,9	-2,48	565,6	1,2
	старше трудоспособного возраста	4990,0	4278,1	-14,27	4209,8	-1,60	4081,8	-3,04	4031,7	-1,23

Федерации показателя общей смертности (рис. 3) и доли лиц старше трудоспособного возраста (рис. 4) в 2014 году. Очевидна тесная связь между этими показателями, определяющая во многом уровень смертности в каждом регионе страны.

¹ Roth G.A. et al. Demographic and epidemiologic drivers of global cardiovascular mortality. N Engl J Med. 2015 Apr 2;372(14):1333-41.

Общая смертность населения на 1000 населения, 2014 г.

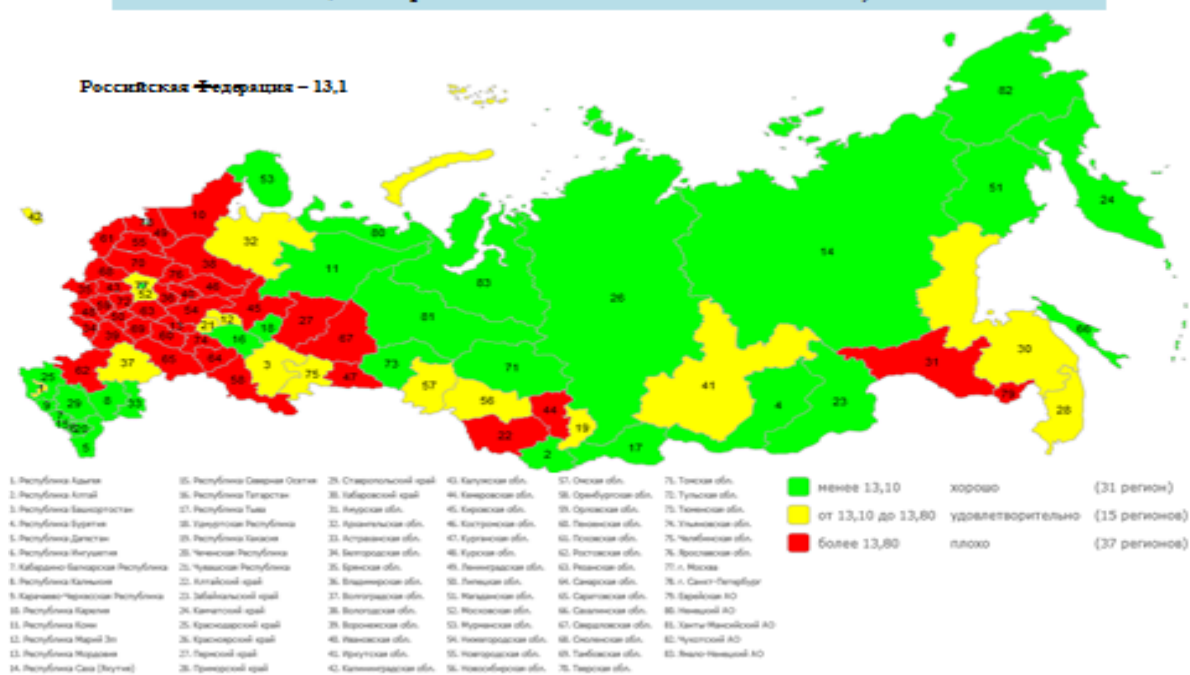


Рис. 3. Общая смертность населения в субъектах Российской Федерации (на 1000 населения), 2014 год

Доля лиц старше трудоспособного возраста в общей численности населения, %, 2014 г.

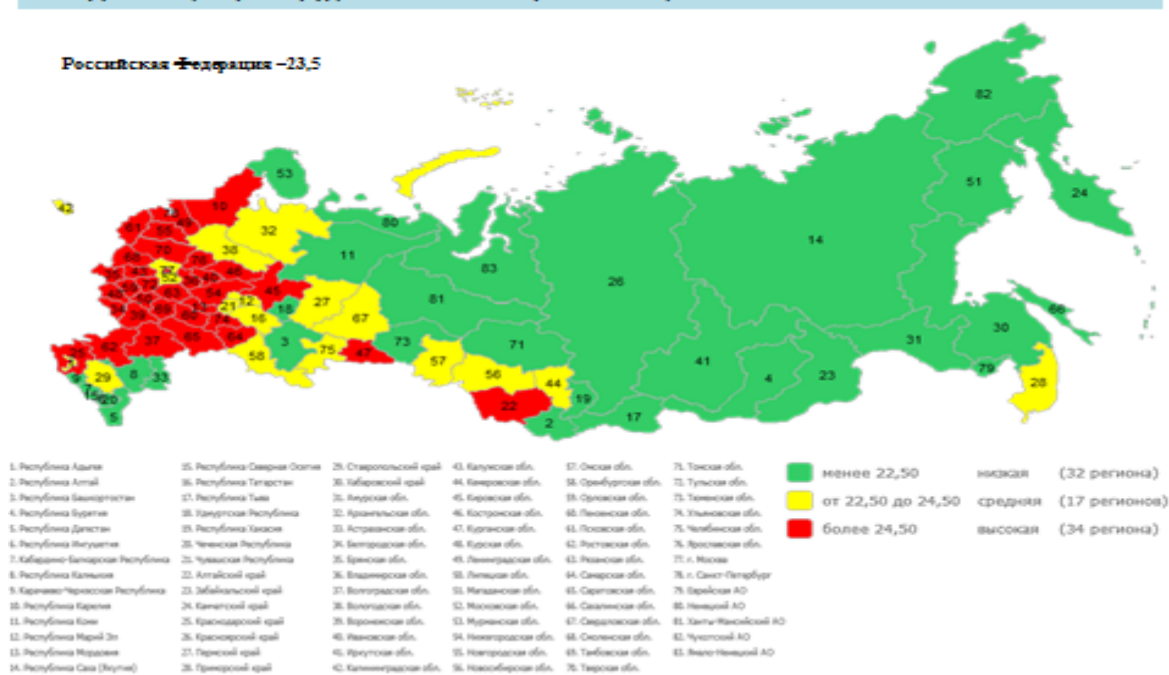


Рис. 4. Доля лиц старше трудоспособного возраста в субъектах российской Федерации в общей численности населения (в %), 2014 год

3. Показатели смертности у лиц трудоспособного возраста и основные их причины

Одновременно с описанными выше изменениями наблюдается небольшой рост смертности среди лиц трудоспособного возраста: в 2014 году на 1,2% (см. табл.). Основными причинами смертности трудоспособного населения являются сердечно-сосудистые заболевания (вклад в смертность – около 30 %), внешние причины: травмы, отравления, самоубийства (вклад в смертность – 28,2 %), новообразования (вклад в смертность – 14,1 %), болезни органов пищеварения (вклад в смертность – 8,9 %). Важно отметить, что подавляющее большинство смертей от внешних причин происходит в состоянии алкогольного опьянения.

Кроме того, по данным международных экспертов ВОЗ, состояния алкоголизации тесно ассоциировано с гораздо более широким спектром значимых причин смерти, прежде всего, с болезнями органов пищеварения (циррозы печени, панкреатиты, панкреонекрозы и др.), смертность от которых среди трудоспособного населения увеличилась на 9,3 %; болезнями органов дыхания (запущенные случаи пневмоний) и сердечно-сосудистой системы (кровоизлияния в органы на фоне гипертонических кризов, инфаркты миокарда, инсульты и др.).

Анализ показателя смертности у лиц трудоспособного возраста по субъектам Российской Федерации продемонстрировал совершенно иное, по сравнению с общей смертностью, распределение (рис. 5): это регионы, в которых отмечался наиболее высокий уровень распространенности и заболеваемости (новые случаи) хроническим алкоголизмом и алкогольными психозами (рис. 6 и 7), а также наиболее высокая смертность от острых отравлений алкоголем, в том числе суррогатным, и самоубийств (рис. 8 и 9).



Рис. 5. Смертность населения трудоспособного возраста в субъектах Российской Федерации (на 1000 населения соответствующего возраста), 2014 год



Рис. 6. Число больных хроническим алкоголизмом и алкогольными психозами, состоящих под наблюдением (на 100 тыс. населения) в субъектах Российской Федерации, 2014 год

Заболееваемость хроническим алкоголизмом и алкогольными психозами (на 100 тыс. населения)

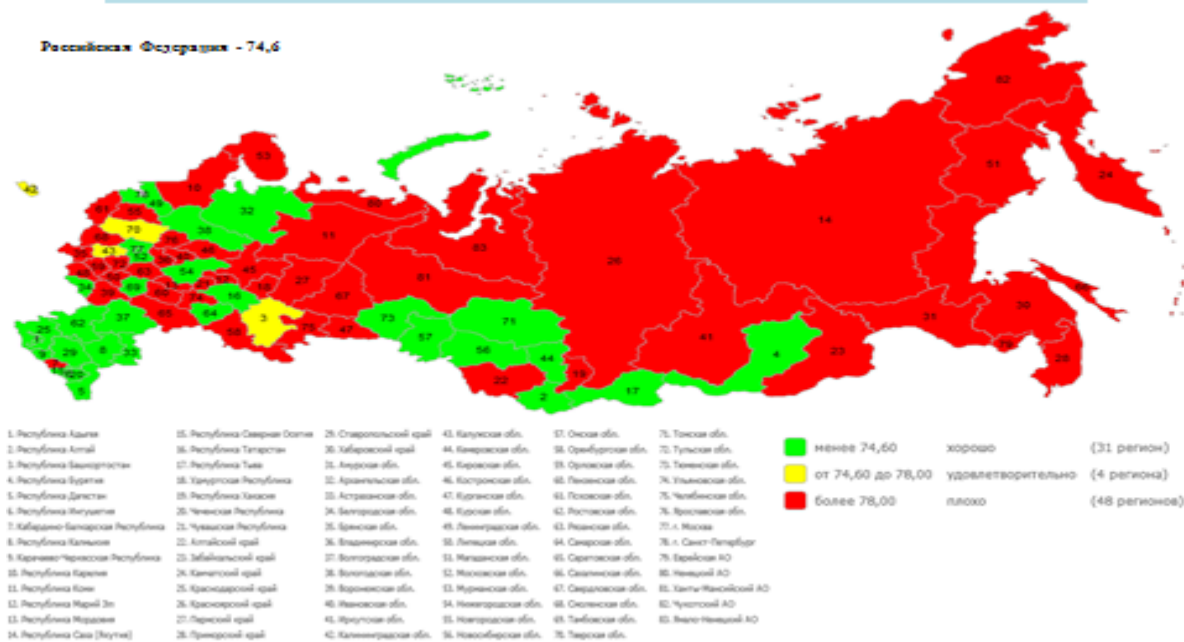


Рис. 7. Заболееваемость хроническим алкоголизмом и алкогольными психозами (на 100 тыс. населения) в субъектах Российской Федерации, 2014 год

Смертность населения от случайных отравлений алкоголем (на 100 тыс. населения), 2014 г.

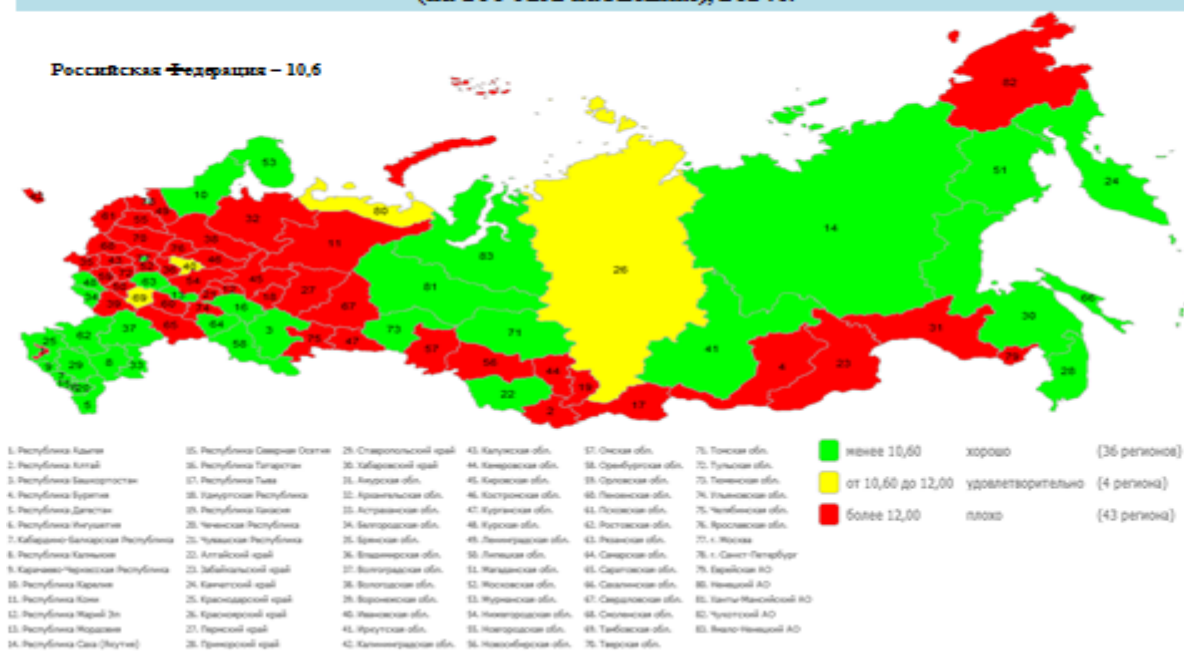


Рис. 8. Смертность населения от случайных отравлений алкоголем (на 100 тыс. населения) в субъектах Российской Федерации, 2014 год

**Смертность населения от самоубийств
(на 100 тыс. населения), 2014 г.**

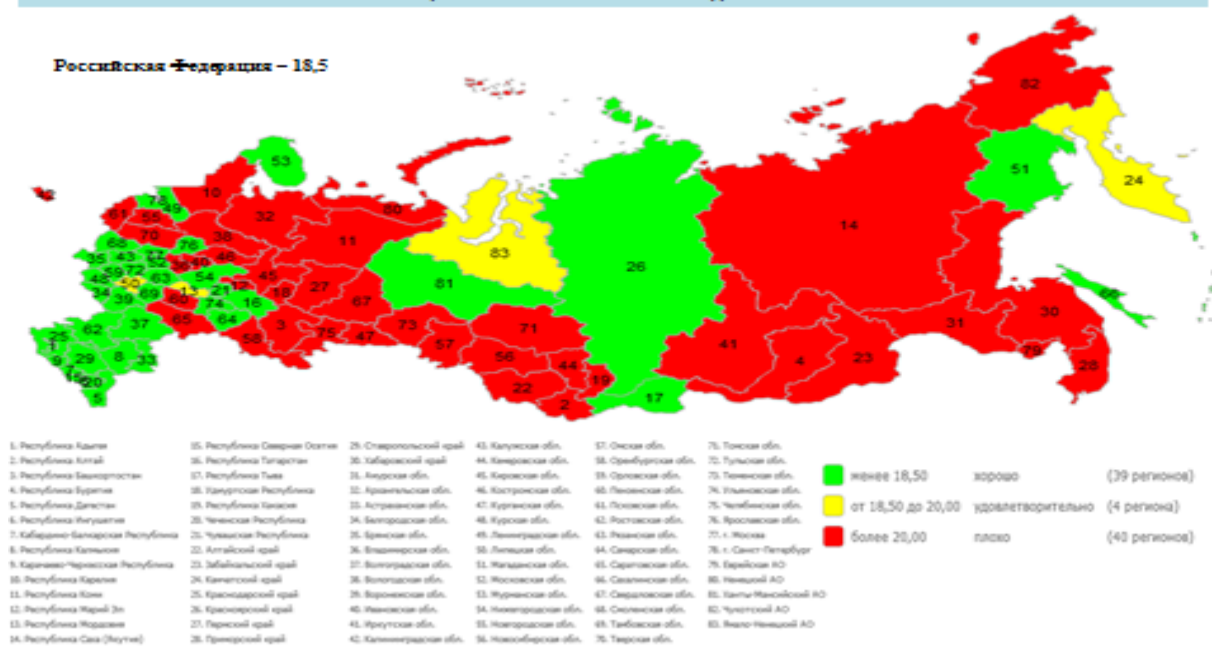


Рис. 9. Смертность населения от самоубийств (на 100 тыс. населения) в субъектах Российской Федерации, 2014 год

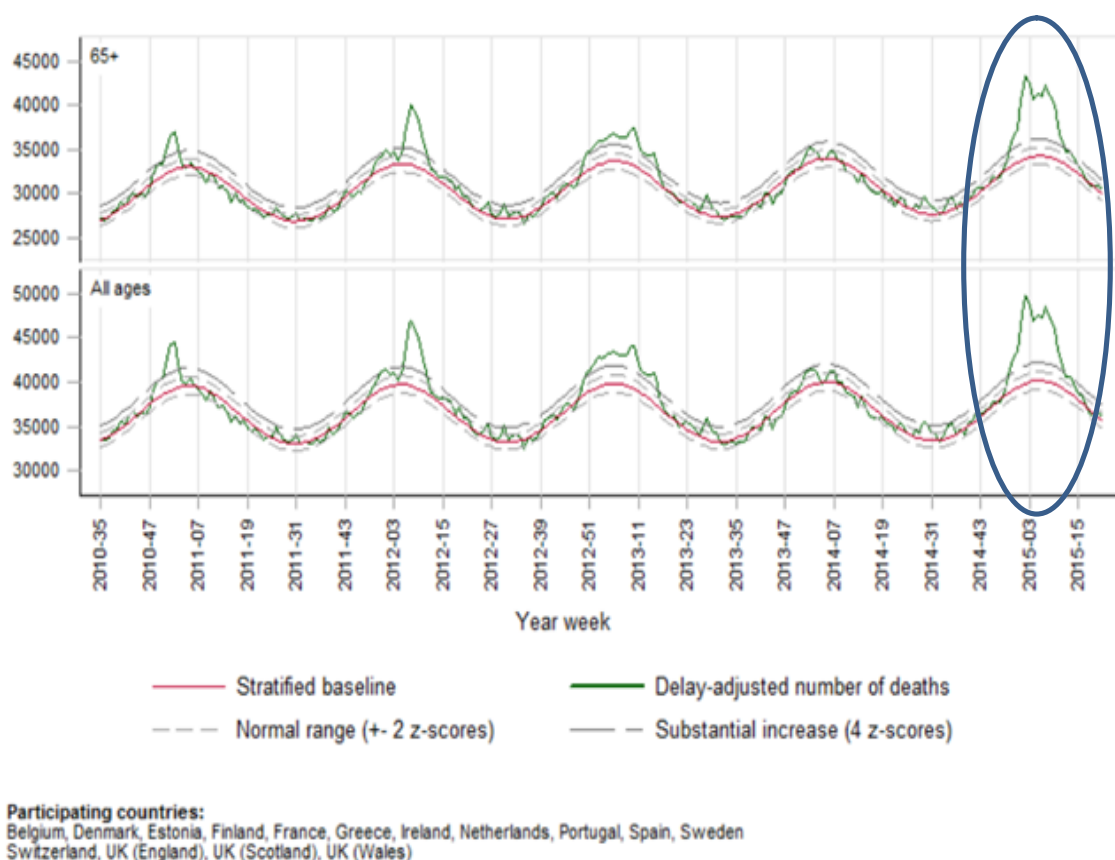
Выявленная картина подтверждает общеизвестный факт об определяющем влиянии на показатель общей смертности образа жизни человека и его вредных привычек, вклад которых, по данным ВОЗ, составляет не менее 60%.

В связи с этим, необходимо срочное принятие общегосударственных мер по борьбе с суррогатным алкоголем и его нелегальным оборотом, по активному противодействию бытовому пьянству и поддержанию трезвого образа жизни. Требуется подключение к их реализации и контролю всего российского общества, религиозных конфессий и гражданских активистов.

4. Подъем смертности в сезон гриппа и острых респираторных инфекций (декабрь 2014 года – апрель 2015 года)

Отдельного внимания заслуживает факт повышенной смертности от острых респираторных заболеваний и вируса гриппа в сезон декабрь 2014 года – апрель 2015 года. По данным ВОЗ, интенсивность эпидемии гриппа в 2015

году в России и еще 14 европейских странах была выше из-за не учтенных при создании вакцинного штамма гриппа изменений (дрейфа), произошедших в структуре штамма А(Н3N2) (рис. 10)².



Источник: <http://www.euromomo.eu/>

Рис. 10. Общее число смертей в европейских странах за отдельные недели с 2010 по 2015 гг.

Согласно статистике Роспотребнадзора, в остром периоде прошедшей эпидемии от гриппа умерло 57 граждан. Вместе с тем, в настоящее время убедительно доказано международными исследованиями, что смертность от гриппа и других респираторных заболеваний носит пролонгированный (до 3 – 4 месяцев) характер и состоит не только из острой токсической смертности (первые 3 – 5 дней заболевания), но и смертности, связанной с инфекционными дыхательными осложнениями (2-я – 4-я недели), а также отсроченной

² Mølbak K et al. Excess mortality among the elderly in European countries, December 2014 to February 2015. Eurosurveillance, Volume 20, Issue 11, 19 March 2015

смертности вследствие декомпенсации хронических заболеваний, прежде всего, сердечно-сосудистых.

За период января – марта 2015 года общее число смертей, сопряженных с гриппом или острой респираторной вирусной инфекцией, составило 4 269, что привело к повышению общей смертности в первом квартале 2015 года на 4,9% (рис. 11).

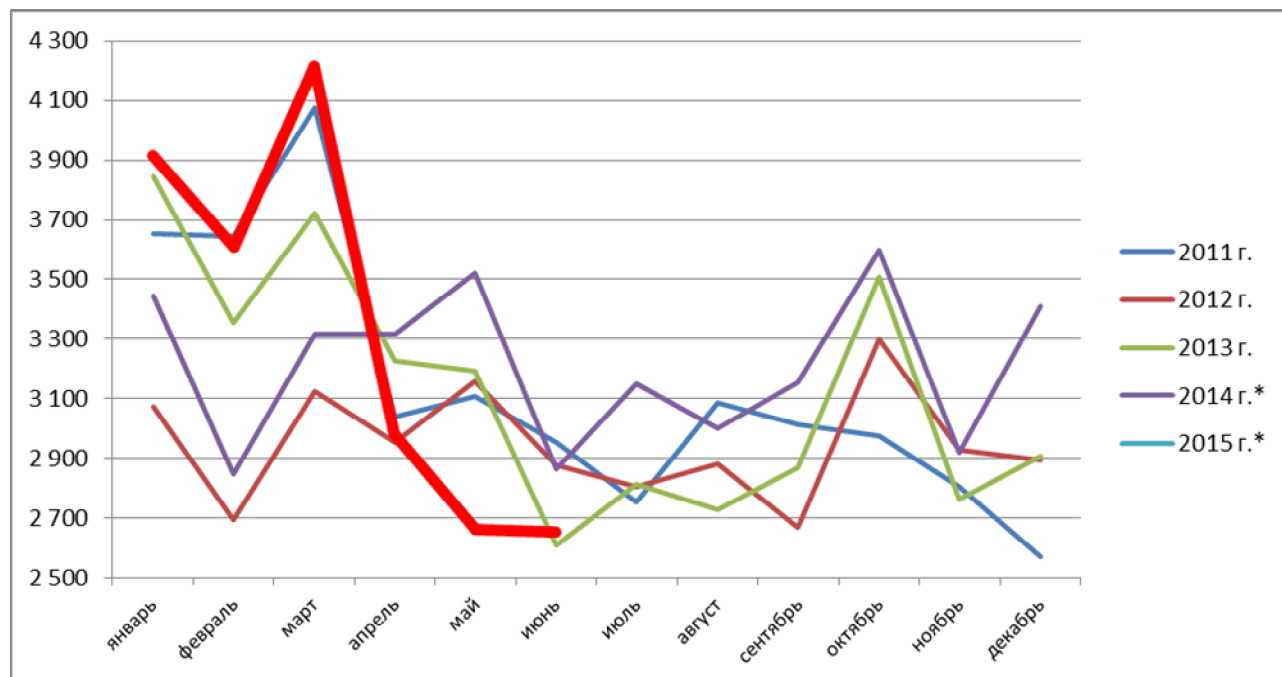


Рис. 11. Число умерших по месяцам от гриппа, ОРЗ и пневмонии, 2008-2015 годы

Минздрав России проводит реорганизацию действующей системы надзора за гриппом, в первую очередь, с ориентацией на повышение эффективности вакцинопрофилактики. Внедрение эффективных принципов организации вакцинопрофилактики и современных методов мониторинга инфекционных заболеваний позволит обеспечить превентивный и оперативный контроль за ситуацией.

5. Комплекс дополнительных мер по снижению смертности

Анализируя основные тенденции по динамике смертности, проявившиеся за последний период, Минздравом России был принят комплекс дополнительных мер для увеличения «шага» в снижении смертности

населения. Они направлены на выявление и использование скрытого резерва повышения качества медицинской помощи, в том числе профилактической.

Совместно с экспертным сообществом впервые сформирован пул клинических рекомендаций (протоколов лечений), задающих основные требования к алгоритму и смысловому содержанию медицинской помощи.

В настоящее время уже разработано 1127 клинических рекомендаций, которые включают более 90 % патологических состояний, требующих госпитализации, из более чем 2 000 кодов МКБ-10. К концу 2015 года профессиональным экспертным сообществом планируется утвердить более 1200 клинических рекомендаций (протоколов лечения).

На основе протоколов и порядков оказания медицинской помощи по всем основным 54 медицинским профилям разработаны и утверждены критерии качества медицинской помощи (приказ Минздрава России от 7 июля 2015 года № 422ан «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»).

Введен ежемесячный мониторинг хода реализации региональных планов мероприятий по снижению смертности от 8 основных причин (ишемическая болезнь сердца, цереброваскулярные заболевания, новообразования, туберкулез, дорожно-транспортные происшествия, болезни органов пищеварения, болезни органов дыхания, младенческая смертность), включающий мониторинг основных технологических показателей оказания медицинской помощи, прямо и высоко достоверно влияющих на показатели смертности.

По результатам анализа вышеуказанного мониторинга, в случае выявления отклонений от рекомендуемых экспертным сообществом значений, вносятся необходимые корректировки в региональные планы мероприятий, направленные на снижение смертности населения.

Впервые в Программе государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи установлены предельные сроки ожидания консультаций специалистов, лабораторных и инструментальных диагностических исследований, плановой госпитализации.

Вся эта работа проводится в тесном сотрудничестве с субъектами Российской Федерации. Совместно осуществляется и еженедельный мониторинг числа смертей и вызовов скорой помощи на каждом участке, оказывающем первичную медицинскую помощь. Их в стране около 60 000. Это позволяет узнавать о проблемах до получения официальной статистической информации и быстро и точно реагировать на них.

Изменен порядок прикрепления застрахованных в ОМС граждан не просто к медицинской организации, но к конкретному участковому врачу (или фельдшеру). Фактически, это означает переход к индивидуальному подходу в организации медицинского обеспечения.

В августе 2015 года Росстат представит выверенные демографические показатели по первому полугодю 2015 года, в том числе в возрастных группах. Это позволит представить продолжение анализа динамики показателей смертности уже по текущему году.