

## 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).

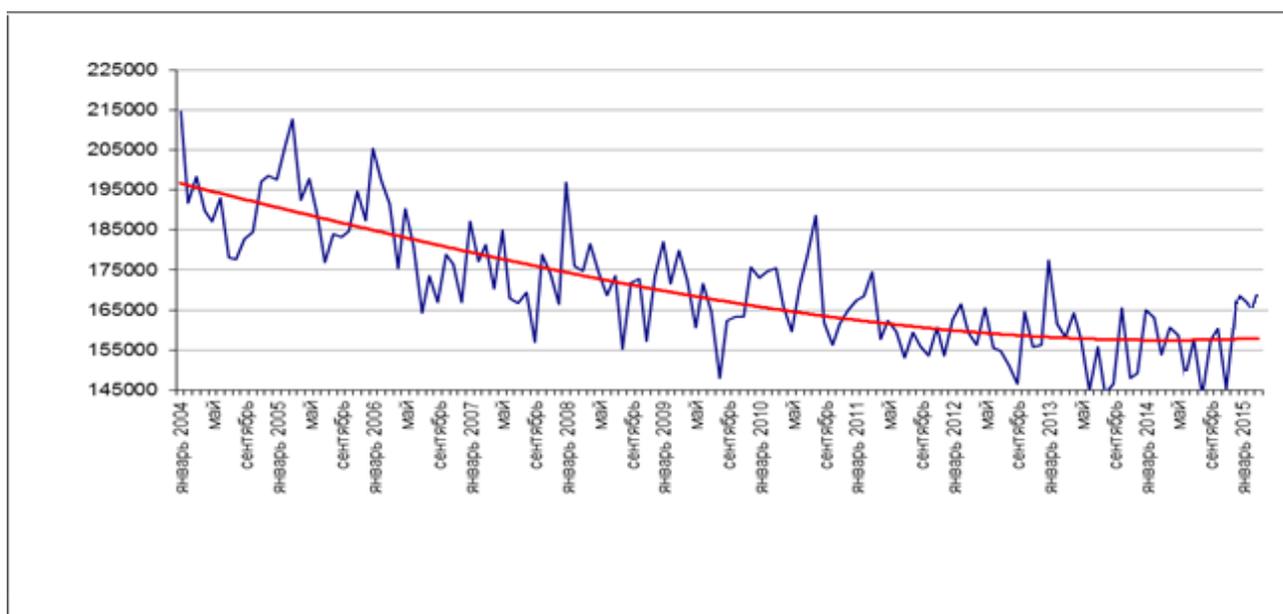


Рис. 1. Месячные числа случаев смерти, стандартизованные по длительности месяца с января 2004 г. по январь 2015 г.

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).

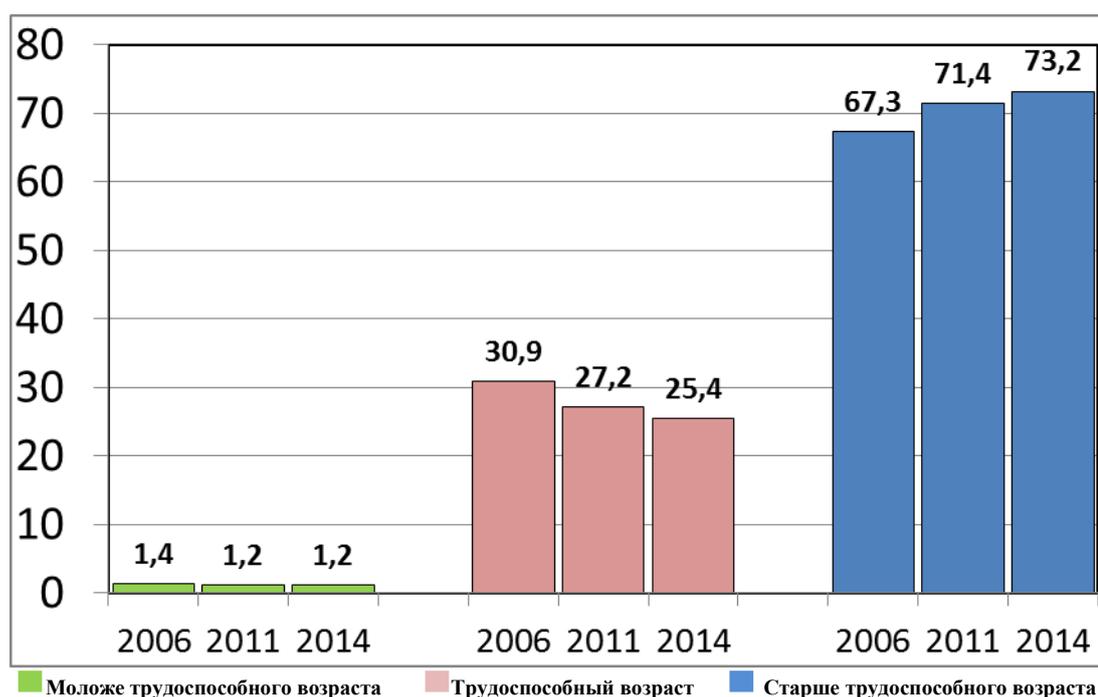


Рис. 2. Вклад отдельных возрастных групп в общую смертность населения в 2006-2014 годах

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 населения<sup>1</sup>.

Таблица

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

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

На картах представлено распределение по субъектам Российской 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.

<sup>1</sup> 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.**

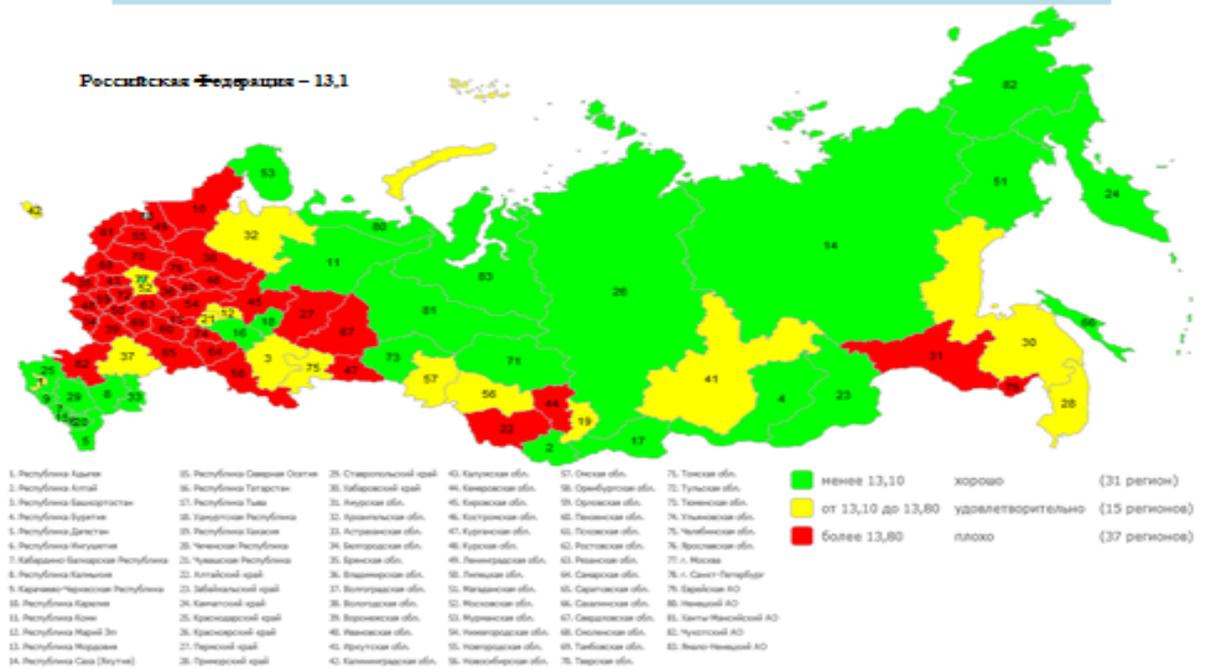


Рис. 3. Общая смертность населения в субъектах Российской Федерации (на 1000 населения), 2014 год

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

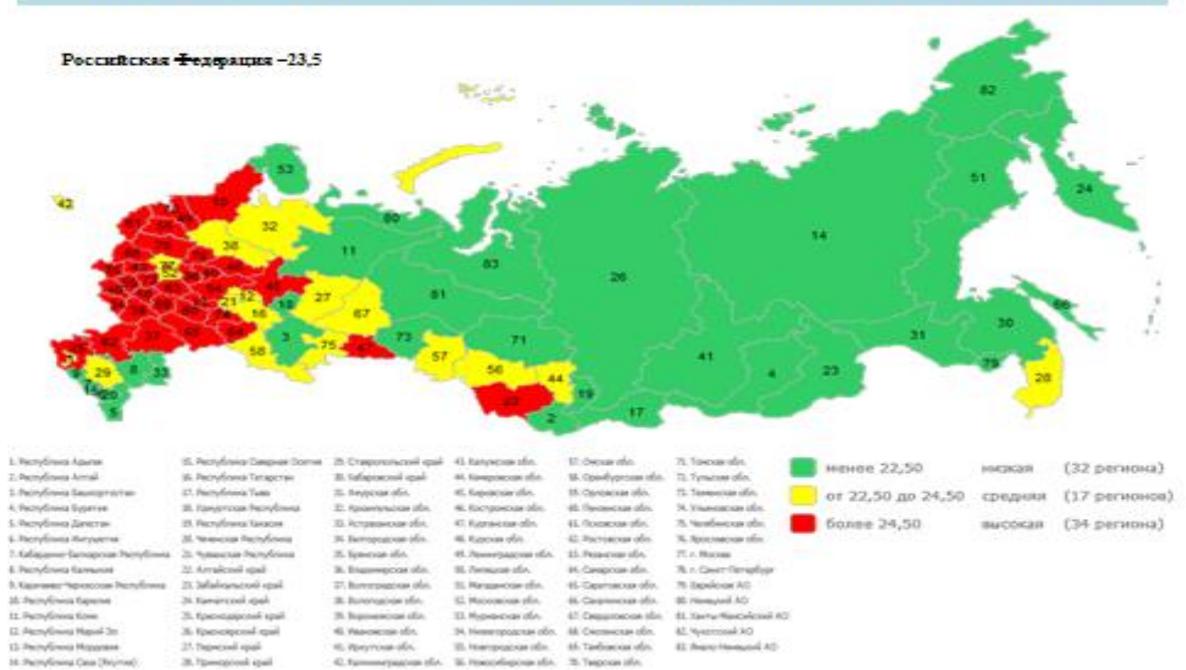
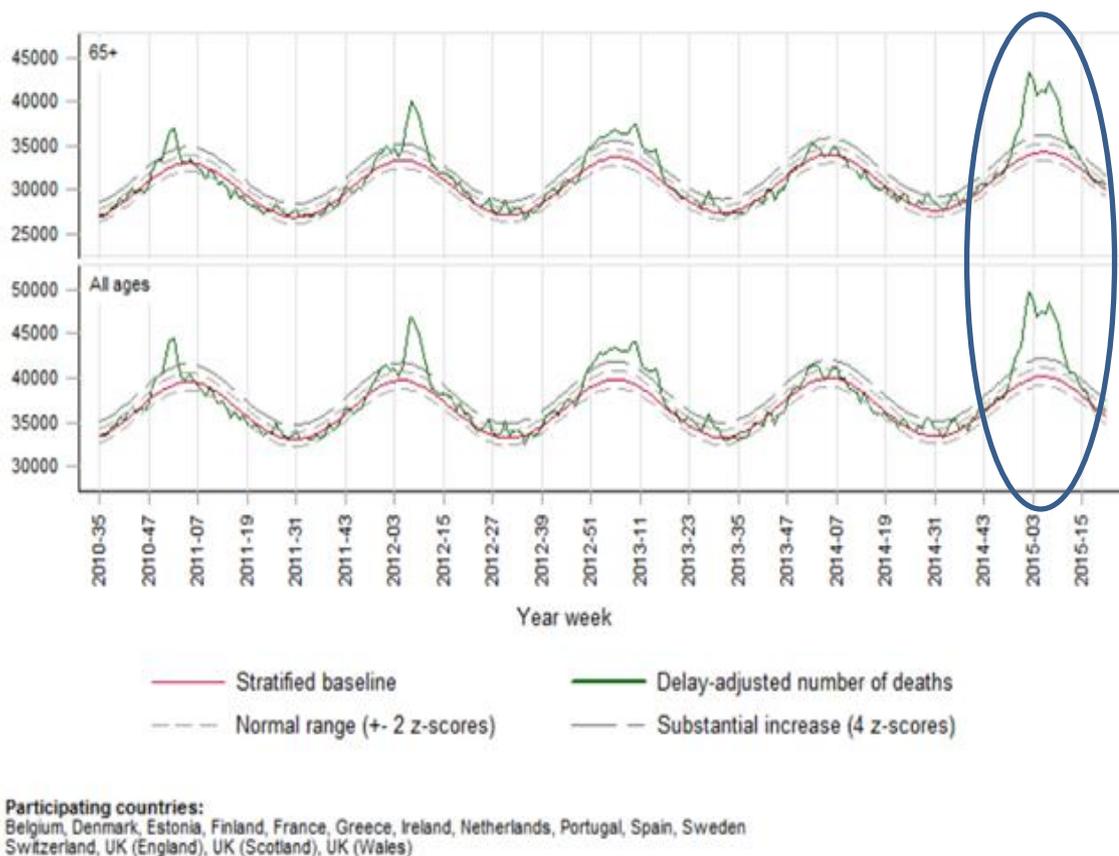


Рис. 4. Доля лиц старше трудоспособного возраста в субъектах российской Федерации в общей численности населения (в %), 2014 год

**3. 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. 5).



Источник: <http://www.euromomo.eu/>

Рис. 5. 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

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. 6).

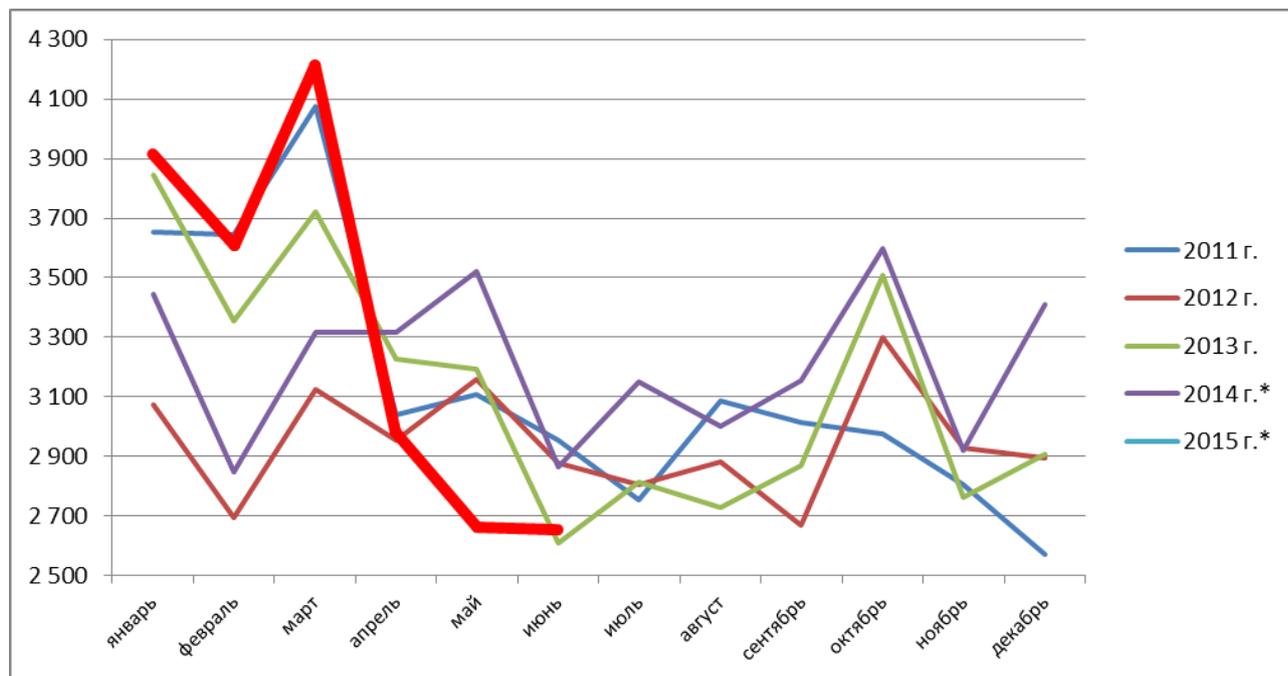


Рис. 6. Число умерших по месяцам от гриппа, ОРЗ и пневмонии, 2008-2015 годы

**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.**

#### **4. 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.**