

ПРИМЕНЕНИЕ КОНЦЕПЦИИ ПРЕДОТВРАТИМОЙ СМЕРТНОСТИ ДЛЯ ОЦЕНКИ СИТУАЦИИ В РОССИИ

ДИРЕКТОР ФГУП
«ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
И ИНФОРМАТИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»
РОСЗДРАВА ДОКТОР
МЕДИЦИНСКИХ НАУК
Юлия Васильевна
Михайлова



В настоящее время во всех развитых странах здоровье населения относится к основным приоритетам общества. В современном мире здоровье, выраженное в уровне средней продолжительности жизни, воспринимается в качестве универсального интегрального индикатора качества жизни в том или ином регионе, является показателем не только экономического прогресса, но и степени социальной зрелости общества.

Никто из авторов, профессионально занимающихся проблемами здоровья и смертности в России, не сомневается в наличии значительных резервов сокращения потерь. Различаются, и довольно значительно, оценки потенциальных резервов и приоритетных направлений действия. В значительной мере имеющиеся расхождения связаны с выбором критериев и методикой оценки потерь. Проблема обоснования критериев является, несомненно, первичной¹.

Предотвратить силами системы здравоохранения сегодня можно лишь часть наблюдаемых в России потерь здоровья и преждевременной смертности насе-

ления, поэтому введение в практику российского здравоохранения дополнительного понятия о смертности – «предотвратимая смертность», вполне актуально. Термин «предотвратимая смертность» определяется как «смертность в результате причин, которые определены экспертами как предотвратимые усилиями системы здравоохранения исходя из современных знаний и практики, в определенных возрастно-половых группах населения»².

Европейский подход к выработке списка управляемых причин и возрастных границ предотвратимости требует коррекции в российских условиях. В настоящее время в европейских исследованиях используется классификация предотвратимости, основанная на трех уровнях профилактики³.

Это позволяет определить возможные стратегические пути снижения смертности населения, но не разработать тактические планы реализации этих путей, поскольку для реализации конкретных мероприятий по улучшению первичной профилактики необходимо участие других государственных структур и ведомств, а также зачастую и изменение государственной политики в области охраны здоровья населения. В связи с этим обоснована группировка причин предотвратимой смерти по признаку методов управления этими причинами⁴.

Управляемость смертностью населения означает возможность воздействия на факторы риска развития болезней и/или увеличения летальности хронических заболеваний. В докладе Всемирного банка 2005 года⁵ приведены десять самых распространенных факторов риска, обуславливающих преждевременную смертность населения России. Эксперты оценили, что три фактора (высо-

¹ Предотвратимая смертность в России и пути ее снижения. /Под ред. Ю.В. Михайловой, А.Е. Ивановой. – М.: ЦНИИОИЗ, 2006. – 308 с.

² Holland W.W., European Community Atlas of Avoidable Death'. Second edition. Volume one. Commission of the European Communities Health Services

Research Series No. 6. Oxford Medical Publications 1991.

³ Там же.

⁴ Предотвратимая смертность: пути снижения и оценка эффектив-

ности мероприятий. /Под ред. Ю.В. Михайловой, Т.П. Сабгайды. – М., 2007. – 113 с.

⁵ Рано умирать. МББР/ Всемирный банк, 2006. – «Алекс», 145 с.

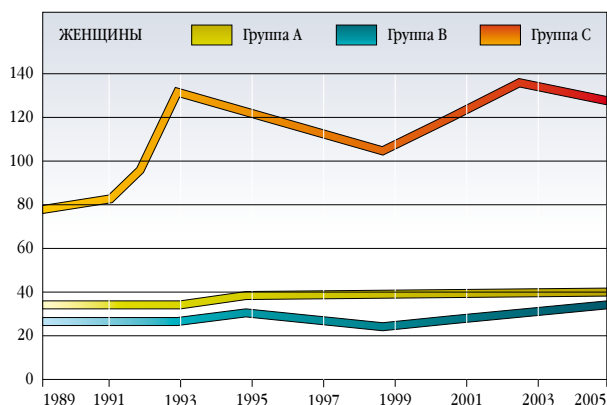
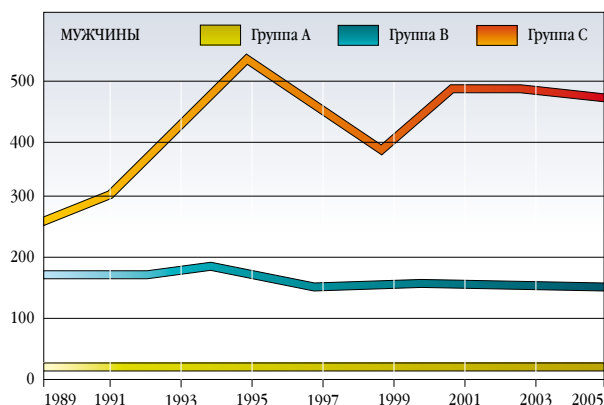
Таблица 1

СООТВЕТСТВИЕ ГРУПП ПРЕДОТВРАТИМЫХ ПРИЧИН СМЕРТИ,
ОБЪЕДИНЕННЫХ ПО СУБЪЕКТАМ УПРАВЛЕНИЯ ПРЕДОТВРАТИМЫМИ
ПРИЧИНАМИ СМЕРТИ (ГРУППЫ А, В, С), ГРУППАМ,
ОБЪЕДИНЕННЫМ ПО УРОВНЮ ПРОФИЛАКТИКИ (ГРУППЫ 1, 2, 3)

Причина смерти	Номер группы по европейской классификации
ГРУППА А. ВОЗМОЖНОСТЬ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ТОЛЬКО СИЛАМИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	
Злокачественные новообразования молочной железы	2
Злокачественные новообразования шейки матки	2
Злокачественные новообразования мужских половых органов	3
Злокачественные новообразования губы, полости рта и глотки	1
Злокачественные новообразования кожи	2
Хронические ревматические болезни сердца	3
Язва желудка	3
Язва двенадцатиперстной кишки	3
Болезни червеобразного отростка (аппендикса)	3
Грыжи	3
Желчекаменная болезнь (холелитиаз)	3
Холецистит	3
ГРУППА В. ВОЗМОЖНОСТЬ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ УЧРЕЖДЕНИЯМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ С ПРИВЛЕЧЕНИЕМ ДРУГИХ ВЕДОМСТВ И ОБЩЕСТВЕННЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ	
Злокачественные новообразования трахеи, бронхов и легкого	1
Инфаркт мозга	1
Гипертоническая болезнь	3
КЛАСС X. Болезни органов дыхания	3
КЛАСС XV. Осложнения беременности, родов и послеродового периода	3
ГРУППА С. ВОЗМОЖНОСТЬ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ УЧРЕЖДЕНИЯМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПРИ УСЛОВИИ ИЗМЕНЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ	
Субарахноидальное кровоизлияние	1
Внутричерепные и другие внутримозговые кровоизлияния	1
Инсульт, не уточненный как кровоизлияние или инфаркт	1
Алкогольная болезнь печени (алкогольный цирроз, гепатит, фиброз)	1
КЛАСС I. Инфекционные и паразитарные болезни	3
КЛАСС XIX. Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних факторов	1



1



ДИНАМИКА ПРЕДОТВРАТИМОЙ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ В 1989–2005 ГОДАХ (НА 100 ТЫС. ЧЕЛОВЕК В ВОЗРАСТЕ 5–64 ЛЕТ) В ГРУППАХ ПРИЧИН, ОБЪЕДИНЕННЫХ ПО СУБЪЕКТАМ УПРАВЛЕНИЯ ЭТИМИ ПРИЧИНАМИ

кое артериальное давление, высокое содержание холестерина в крови и курение) являются причинами более 75% смертей в стране. Это заключение для России выглядит несколько спорным, поскольку многочисленные публикации отечественных авторов свидетельствуют о том, что уникальность российской структуры причин смерти, прежде всего мужчин, заключается в крайне высокой доле смертности от неестественных и насильственных причин, как по сравнению с развитыми странами, так и на фоне стран, близких к России по уровню среднедушевых доходов. Эта специфика была характерна для России и накануне реформ, и в период кризисного развития.

В период кризисного развития страны добавился ряд социально-экономических факторов, действие которых привело к росту смертности населения активного трудоспособного возраста.

Во-первых, это объективное ухудшение всего комплекса условий жизни населения, связанное с резким социальным расслоением, распространением бедности, безработицы, продолжительностью накопления негативных тенденций. Исследования демографов и социологов высветили долгосрочную проблему, связанную с последствиями моральной, физической и интеллектуальной деградации значительной части населения, живущего в состоянии хронической бедности.

Во-вторых, это порожденное значительным ухудшением условий жизни распространение неудовлетворенности жизнью в целом и отдельными ее сторонами, низкий уровень надежд на перемены к лучшему. Правовая и экономическая незащищенность населения способствуют криминализации общества. В этой связи растет число убийств, самоубийств, смертей из-за травм и повреждений.

В-третьих, бытовая неустроенность и безработица большинства мигрантов, и в первую очередь беженцев и вынужденных мигрантов из очагов межнациональных и военных конфликтов, приводит к обострению социально-экономической, криминогенной, санитарно-гигиенической и эпидемиологической ситуации в регионах их вселения и требует принятия дорогостоящих мер компенсаторного характера.

Необходимо отметить, что в последние несколько лет отмечены заметные положительные сдвиги как в отношении условий жизни, так и состояния здоровья населения, однако столь масштабная проблема не может быть решена в короткие сроки.

В Послании Президента России Федеральному Собранию 10 мая 2006 года было отмечено, что многие из ныне существующих причин смерти не только устранимы, но даже не требуют особых затрат. К таким управляемым причинам относятся неестественные причины смерти: случайные отравления, убийства, самоубийства, транспортные и иные травмы. Но здесь имеются в виду затраты со стороны системы здравоохранения. Со стороны всего общества в целом требуются значительные совместные усилия.

Поэтому стабилизацию социально-экономических условий, повышение законности в обществе, уменьшение амплитуды социально-экономического расслоения, уменьшение доли лиц, живущих ниже черты бедности, следует рассматривать как неперенные условия реализации мероприятий по предотвращению смертности.

Собственно система здравоохранения также обладает широкими возможностями для сокращения предотвратимых потерь. Но здесь необходимо выделить два уровня. Уровень ответственности собственно системы здравоохранения и уровень межсекторального взаимодействия.

В таблице 1 представлена группировка причин смерти по признаку необходимости участия разных структур в предотвращении смертности от них. Данная группировка отличается от группировки предотвратимых причин смерти, предложенной европейскими экспертами, и учитывает современную российскую специфику.

Прогноз таких заболеваний, как хроническое ревматическое заболевание сердца, язва желудка и 12-перстной кишки, желчекаменная болезнь, холецистит, зависит от доступности медицинской помощи и медицинских препаратов, квалификации терапевта, умения больного контролировать свое заболевание. Эти факторы сегодня более значимы, чем предупреждение возникновения данных заболеваний. Смертность от пере-



Таблица 2

**АЛГОРИТМ РАЗБИЕНИЯ СУБЪЕКТОВ РФ НА ГРУППЫ
ПО УРОВНЮ И ДИНАМИКЕ ПРЕДОТВРАТИМОЙ СМЕРТНОСТИ**

Уровневая группа в 1994 году	Уровневая группа в 2005 году	Кластер	Число субъектов РФ	
			Мужчины	Женщины
1 (низкая смертность)	1	11	1	15
	2	12	0	16
	3	13	0	5
2 (средняя смертность)	1	21	8	6
	2	22	8	21
	3	23	4	4
	4	24	0	1
3 (высокая смертность)	1	31	3	0
	2	32	14	2
	3	33	16	3
	4	34	1	2
4 (наивысшая смертность)	2	42	3	0
	3	43	11	1
	4	44	9	2

численных болезней сегодня возможно снизить силами системы здравоохранения. Аналогично, смертность от аппендицита, паховых и других грыж брюшной полости целиком зависит от доступности и качества оказания хирургической помощи.

Для предупреждения смертности от инфаркта миокарда, гипертонической болезни и болезней органов дыхания также требуется активная позиция населения, но не только в плане мониторинга состояния своего здоровья, но и здоровья окружающих. Следует знать признаки и симптомы угрожающих жизни состояний и иметь навыки оказания первой помощи. Создание здоровых условий труда, доступность спортивно-оздоровительных учреждений, хорошая экологическая обстановка также необходимы для профилактики этих заболеваний.

Для предупреждения смертности населения от ряда причин (убийства, самоубийства, несчастные случаи, случайные отравления алкоголем, инсульты мозга, осложнения беременности, родов и после родового периода, некоторые инфекционные и паразитарные болезни) требуются политические решения в плане организации охраны здоровья и меры по борьбе с бедностью. К этим решениям относятся снижение криминальной напряженности,

взвешенная алкогольная политика, повышение ценности здоровья, поощрение здорового образа жизни. Гарантия государством права на здоровье подразумевает защиту незараженных граждан от контакта с инфекцией. Для туберкулеза и ИППП требуются усиление ответственности зараженных за осознанное причинение вреда здоровью окружающих, а также гарантия реализации этого правила.

Группировка причин предотвратимой смерти по признаку методов управления этими причинами позволила проследить динамику смертности населения России в возрасте от 5 до 64 лет от трех групп причин.

За период кризисного развития уровень смертности населения от причин группы «А» менялся слабо, принципиальных гендерных различий в уровне этой смертности не наблюдалось (рис. 1). Это свидетельствует об относительной инертности качества оказания медицинской помощи в течение того периода, когда ее оказывали специалисты, обучавшиеся по устаревшей системе подготовки. Поэтому для снижения уровня этой группы смертности требуется не только принципиальное материально-техническое переоснащение отрасли и развитие новых организационных форм оказания медицинской помощи, но и усиленная переподготовка медицинских работников.



Интересно, что смертность населения от группы причин «В», зависящих как от эффективности деятельности системы здравоохранения, так и от социально-экономических факторов, увеличившись в период дестабилизации (1993–1998 годы), затем снизилась до исходного уровня для женщин и даже более низкого – для мужчин. Смертность детей от этой группы причин весьма низкая, поэтому здесь речь идет преимущественно о трудоспособном населении. Факт податливости смертности мужского населения (вдвое превышающей смертность женщин) факторам, связанным с улучшением экономической ситуации, позволяет надеяться на быстрое достижение эффекта программ, в которых улучшается возможность раннего выявления заболеваний этой группы.

Наиболее лабильна смертность населения от причин группы «С», для предотвращения которой требуется адекватная государственная политика в области охраны здоровья граждан. Смертность мужчин от этой группы предотвратимых причин в 6,5 раза выше, чем от причин второй группы, и в 12 раз выше, чем от причин первой группы. С этих позиций продолжительность жизни мужчин может служить индикатором уровня заботы государства о здоровье своих граждан.

С неадекватной политикой в области охраны здоровья населения связано 66% потерянных лет потенциальной жизни населения в возрасте от 20 до 60 лет (на 1000 населения) в 2005 году. Это не означает, что на столь высокий уровень смертности не повлияло недостаточное качество оказания медицинской помощи при этой группе болезней, приведших к смерти больных. Это означает, что улучшение этого качества без изменения государственной политики не сможет значимо снизить уровень смертности населения от этой группы причин. Аналогично, экономическими причинами и социальной защищенностью населения при повышении качества оказания медицинской помощи можно снизить уровень смертности от причин второго типа, обусловивших в 2005 году 24% потерянных лет потенциальной жизни трудоспособного населения. Только недостаточное качество оказания медицинской помощи и недоработки в системе здравоохранения обусловили 10% потерь потенциальной жизни трудоспособного населения.

Даже если предотвратимая смертность стабилизируется на наблюдаемом в последние годы уровне, за 10 лет (с учетом средней длительности недожитых лет) экономические потери, по грубой оценке, составят около 3500 млрд. рублей. Это примерно в 2,5 раза ниже, чем прогнозирует Всемирный банк, но принципиально выше, чем затраты страны не только на здравоохранение, но и на социальную политику в целом.

Заболеваемость и смертность от отдельных причин в разной степени зависят от адекватной деятельности служб здравоохранения, условий и возможностей выявления заболеваний на ранних стадиях, а также от полноты и качества реализации комплексных мер первичной профилактики.

Традиционно все региональные программы снижения смертности населения до сих пор имеют целью снижение общих показателей смертности от тех при-

чин смерти, которые вносят основной вклад в структуру смертности (сердечно-сосудистые заболевания, травмы и отравления, онкологические заболевания). При этом не учитывается реальная возможность предотвратимости смертей. Известно, что для эффективной реализации любых программ они должны иметь реально достижимые цели, выполнение которых можно измерить. Это диктует необходимость применения методологии предотвратимой смертности во всех регионах России, использования унифицированных методов оценки предотвратимой смертности, формулирования целей региональных программ, результаты достижения которых возможно будет сравнивать для всех субъектов РФ.

Проведенные исследования показали, что в России отмечается существенная региональная вариация как масштабов, так и структуры и тенденций предотвратимой смертности. Так, варьирование доли суммарной смертности от предотвратимых причин в общей смертности по территории России происходит в довольно широких пределах. В середине 1990-х годов на пике кризиса этот показатель для России в целом составлял 61,8%, для субъектов РФ он изменялся от 53,6 до 79,0%. В 2005 году при среднероссийском значении 59,1% территориальные показатели доли суммарной смертности от предотвратимых причин в общей смертности колебались от 46,1 до 75,4%. То есть при снижении доли предотвратимой смертности в общей смертности разброс территориальных показателей увеличился.

Выявлены механизмы расширения региональной вариации предотвратимой смертности мужчин, которые имеют отчетливую гендерную специфику. Так, в 1994 году в наиболее благополучный уровень входило больше субъектов РФ по уровню смертности женщин, чем по смертности мужчин, но их число в 2005 году увеличилось для мужчин и снизилось для женщин. В самый неблагоприятный уровень (3-я и 4-я группы в таблице 2) в 1994 году входило больше субъектов РФ по уровню мужской смертности, чем по смертности женщин, но в 2005 году их число снизилось для мужчин и увеличилось для женщин. Не было субъектов РФ, в которых произошло резкое ухудшение ситуации смертности у мужчин, то есть переход в группу выше на два уровня, тогда как такие регионы были по показателю доли предотвратимой смертности женщин. И наоборот, не было субъектов РФ, в которых произошло резкое улучшение ситуации смертности у женщин, то есть переход в уровневую группу на два уровня ниже, тогда как у мужчин такие регионы были.

Таким образом, анализ предотвратимой смертности более ярко проявил закономерность, известную по медико-демографическим исследованиям. В период кризисного социально-экономического развития именно у женщин отмечались более неблагоприятные тенденции, чем у мужчин, и складывались эти тенденции прежде всего за счет предотвратимых причин. Этот факт не очень хорошо известен и мало принимается во внимание при выработке политики из-за колоссальных масштабов мужской сверхсмертности. Однако важно оценивать не только текущую ситуацию, но и перспективу.



И для мужчин, и для женщин прослеживается общая тенденция – с ростом неблагополучия регионов увеличивается ранг предотвратимой смертности от причин, связанных с социально-экономическим неблагополучием населения (группа «С» – возможность реализации мероприятий учреждениями здравоохранения при условии изменения государственной политики в области охраны здоровья) и отсутствием адекватной поддержки со стороны социальных институтов, ответственных за здоровье (группа «В» – возможность реализации мероприятий учреждениями здравоохранения с привлечением усилий других ведомств и общественных организаций). Так, значения доли предотвратимой смертности для мужчин составляют 11,3% (группа «С») и 3,0% (группа «В») в наиболее благополучном кластере против 57,7 и 72,4% соответственно в самом неблагополучном. Для женщин в благополучном кластере вклад группы «С» составляет 32,4%, группы «В» – 24,1% против 54,2 и 60,0% в неблагополучном кластере территорий.

Для разработки региональной политики по снижению предотвратимой смертности очень важна качественная оценка положения региона по трендам смертности от управляемых причин. В проведенных исследованиях обоснованы критерии качественной оценки тенденций предотвратимой смертности на федеральном и региональном уровнях, которые исходят из следующих индикаторов. Первый – направленность (рост/снижение) смертности, второй – темпы изменения смертности от предотвратимых и непродотвратимых причин.

Это послужило основой выделения этапов предотвратимости. Первый этап определяется ростом смертности от всех причин, второй – сокращением смертности от предотвратимых причин, причем более быстрыми темпами, чем от непродотвратимых, третий этап – снижением смертности от всех причин примерно в равных темпах.

Анализ региональных тенденций свидетельствует, что вплоть до начала наступившего десятилетия во всех, даже относительно благополучных, регионах России наблюдался первый этап предотвратимости – этап продолжающегося роста смертности от всех причин. Лишь в начале наступившего десятилетия (с 2003 года) в большинстве субъектов РФ наметился второй этап предотвратимости, когда предотвратимая смертность снижается более быстрыми темпами, чем непродотвратимая. Третий этап, который приближал бы нас к европейской динамике смертности, пока не отмечается ни в одной из территорий страны.

Исходя из предположения, что выявленные закономерности в краткосрочной перспективе сохранятся, был рассчитан прогноз уровня смертности мужчин и женщин от предотвратимых причин групп «А», «В» и «С» до 2015 года. Моделируемые тенденции предотвратимой смертности мужчин и женщин практически для всех кластеров прогнозируют снижение ее, что позволяет рассчитывать в среднесрочной перспективе на переход к третьему (европейскому) этапу тенденций смертности в России и реализации позитивного прогноза, который представлен в Концепции демографической политики России до 2015 года.