

ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ ПРЕДОТВРАТИМОЙ СМЕРТНОСТИ В РОССИИ

ДИРЕКТОР
ФГУП ЦЕНТРАЛЬНЫЙ
НИИ ОРГАНИЗАЦИИ
И ИНФОРМАТИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОСЗДРАВА МЗСР РФ,
ДОКТОР МЕДИЦИНСКИХ
НАУК, ПРОФЕССОР
Юлия Васильевна
Михайлова



Для России, с ее крайне ограниченными экономическими и финансовыми ресурсами, направляемыми в здравоохранение, определение предотвратимой смертности и ее минимизация являются особенно актуальной проблемой, причем эта проблема лишь начала разрабатываться с научной и прикладной точек зрения.

В настоящее время существует два основных взаимодополняющих подхода к оценке и анализу предотвратимой смертности¹:

- оценка уровня предотвратимой смертности населения региона в сравнении со значениями показателей других территорий, национального уровня или за рубежом;
- выделение причин смерти, являющихся следствием недостаточно эффективной деятельности системы здравоохранения.

Первый подход имеет стратегический характер и рекомендован ВОЗ к применению в первую очередь для решения стратегических задач (например, в рамках мониторинга национальных программ «Здоровье для всех»). Второй, в силу его большей конкретности, име-

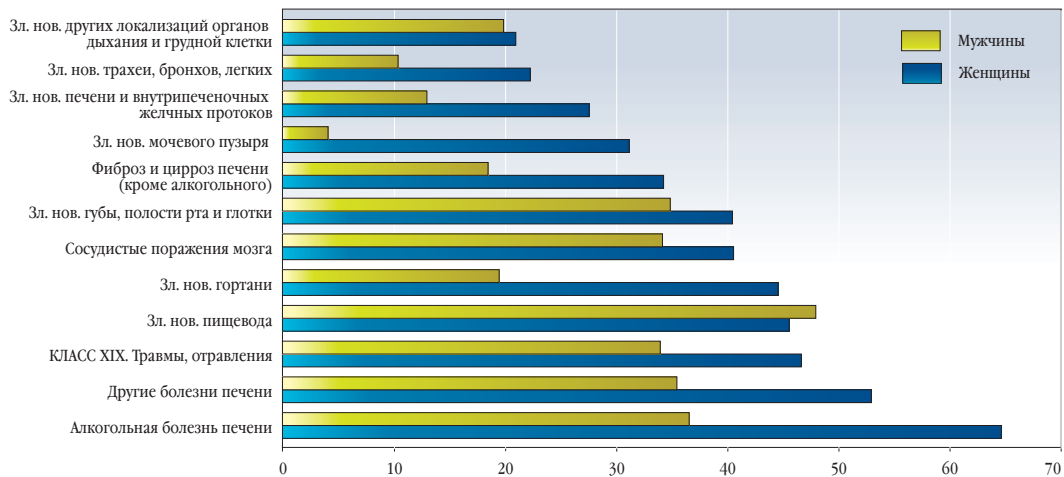
ет в значительной мере практическую направленность и в большей степени сигнализирует о возможных недостатках в деятельности здравоохранения. Результаты применения второго подхода могут использоваться не только при стратегическом планировании отрасли, но и в текущем мониторинге качества и эффективности деятельности служб здравоохранения.

Нами были проведены исследования в соответствии с данными подходами. На первом этапе (в рамках первого подхода) была дана оценка предотвратимой смертности в России в соответствии с европейскими подходами к ее определению. Это позволило обеспечить сопоставимость результатов и оценить общность и специфику российского развития. При этом в качестве достижимого уровня предотвратимой смертности были использованы минимальные по России показатели от причин, отнесенных к предотвратимым. За основу были взяты данные по федеральным округам. Мы ориентировались именно на российские уровни, реально достигнутые в 2004 году, с тем чтобы выявить достижимые резервы сокращения смертности. В противном случае, если мы в качестве критерия используем, например, европейские уровни смертности, эта работа перейдет в сугубо теоретическое русло и ее результаты к российским реалиям будут просто неприменимы. Подобный подход позволил выявить существующие уже сегодня резервы сокращения смертности на всей территории страны.

В рамках второго подхода были исследованы мнения российских экспертов по проблемам предотвратимой смертности, а именно: 1) выработано общее понимание, что скрывается за этим понятием; 2) определены критерии предотвратимости (как возрастные, так и нозологические); 3) определено место этой проблемы в общем контексте задач по снижению смертности. Таким обра-

¹ Предотвратимая смертность в России и пути ее снижения. /Под ред. Ю.В. Михайловой, А.Е. Ивановой. М., 2006, 312 с.

1



ДОЛЯ СЛУЧАЕВ СМЕРТИ ОТ ПРИЧИН 1-Й ГРУППЫ, КОТОРАЯ МОГЛА БЫТЬ ПРЕДОТВРАЩЕНА МЕРАМИ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ (В ПРОЦЕНТАХ)

зом, получены результаты, которые могут быть практически использованы для оценки деятельности служб здравоохранения в российских регионах².

Обсуждая полученные результаты, надо отметить, что за основу определения предотвратимой смертности в России взята одна из последних европейских разработок, согласно которой к предотвратимой относится смертность в возрасте 5–64 года от 24 причин и классов причин, разделенных на 3 основные группы, в соответствии с 3 уровнями профилактики³.

К первой группе относятся причины смерти, которые могут быть предупреждены первичной профилактикой, то есть предупреждением заболеваемости. Эта группа включает причины, во многом определяемые стилем жизни, в основном тем, что принято называть вредными привычками, наиболее важными из которых являются потребление алкоголя и табака (сосудистые нарушения мозга, опухоли верхних пищеварительных и дыхательных путей, легких и мочевого пузыря, печени) и другие состояния, обусловленные потреблением алкоголя (хронические болезни печени). Первая группа также включает травмы и отравления, на уровень которых в значительной мере влияют правоохранительные, социально-экономические и общественные критерии, такие, например, как дорожная безопасность (лимиты скорости, использование ремней безопасности и т.д.) и меры по снижению преступности.

Ко второй группе относятся причины, за которые ответственна вторичная профилактика, то есть своевременное выявление и ранняя диагностика. Эта группа включает в первую очередь опухоли молочной железы и матки, а также меланому кожи.

К третьей группе относятся причины, за которые ответственны улучшение лечения и медицинской помо-

щи. Изменения смертности от язвы желудка, осложненной беременности, аппендицита, грыжи, холелитиаза и других причин в данной группе связаны с комплексом мер и слаженности работы разных служб системы здравоохранения, такими, например, как транспортировка в больницы, адекватная медицинская и хирургическая помощь и т.д.

Основываясь на этой модели, была дана оценка предотвратимой смертности в России.

Оказалось, что, опираясь только на меры первичной профилактики (1-я группа причин смерти), в 2004 году можно было бы избежать смерти около 150 тыс. человек (около 105 тыс. мужчин и 45 тыс. женщин) детского, трудоспособного и раннего пенсионного возрастов (рис. 1). Из всех сколько-нибудь значимых причин, входящих в 1-ю группу, максимальные предотвратимые потери, составляющие почти половину от числа реально умерших, связаны с травмами и отравлениями, алкогольным циррозом, другими болезнями печени, злокачественными новообразованиями пищевода и гортани. Иными словами, это потери, так или иначе связанные с алкоголизацией населения. В целом же потери, предотвратимые мерами первичной профилактики, составили 31,7% для мужчин и 43,6% для женщин, то есть от причин смерти 1-й группы в России в 2004 году могло умереть на треть меньше людей, чем в реальности.

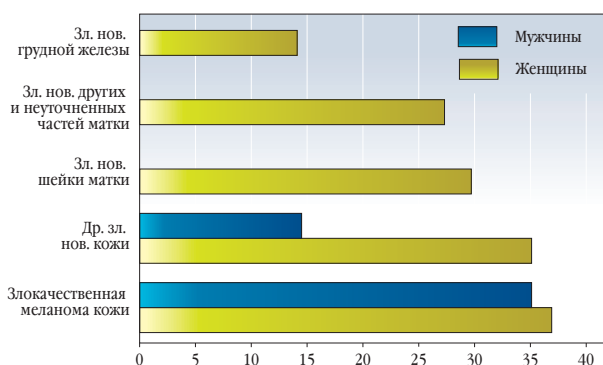
Что касается болезней 2-й группы (вторичная профилактика), к которым относились исключительно онкологические заболевания, то реальное число умерших от этих причин превышало минимально возможное для мужчин на 36,9%, для женщин – на 21%; то есть более 4 тыс. человек (около 500 мужчин и более 3,5 тыс. женщин) в 2004 году могли быть спасены, если бы ранняя

² Исследование проведено при поддержке Фонда по развитию народонаселения (UNFPA) в России.

³ Подробно см. в: Предотвратимая смертность в России и пути ее снижения. / Под ред. Ю.В. Михайловой, А.Е. Ивановой. М., 2006, 312 с.



2



ДОЛЯ СЛУЧАЕВ СМЕРТИ ОТ ПРИЧИН 2-Й ГРУППЫ, КОТОРАЯ МОГЛА БЫТЬ ПРЕДОТВРАЩЕНА МЕРАМИ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ (В ПРОЦЕНТАХ)

диагностика во всех российских регионах была на должной, уже реально достигнутой в России высоте (рис. 2).

Что касается болезней 3-й группы, для снижения смертности от которых требуется улучшение лечения и медицинской помощи, то максимальный резерв сокращения потерь в 2004 году составил 100%, что представляется более чем обоснованным – смертность от грыж и аппендицита, безусловно, полностью предотвратима, как, впрочем, и от холецистита (рис. 3). В целом же в 2004 году число умерших благодаря улучшению лечения и медицинской обслуживания можно было снизить на 28,4% в мужской и на 37% в женской популяциях, то есть более чем на 30 тыс. человек (22,5 тыс. мужчин и 8 тыс. женщин).

Таким образом, оценка предотвратимой смертности в России, которая исходит из возможности сокращения смертности от предотвратимых причин на всей ее территории до минимальных уровней, наблюдаемых сегодня в стране, показала следующее. Если использовать уже достигнутые в некоторых российских регионах результаты и внедрить их во всей стране, то только в 2004 году число умерших вследствие причин, смертность от которых предотвратима силами российской медицины и здравоохранения, можно было снизить более чем на 185 тыс. человек детского, трудоспособного и раннего пенсионного возрастов, то есть самых активных в экономическом и социальном плане групп. С позиций предотвратимости потерь усилиями системы охраны здоровья, включая профилактическое направление, деятельность по улучшению раннего выявления заболеваний и их качественную диагностику, а также адекватную лечебную помощь, – доминирующее положение занимают травмы и отравления, на долю которых приходится более половины (53,8%) всех предотвратимых потерь от смертности в России в 2004 году, в том числе 58,9% у мужчин и 42,5% у женщин. На долю болезней системы кровообращения в 2004 году пришлось 16,3% всех предотвратимых потерь, в том числе 13,8% для мужчин и 21,9% для женщин. Новообразования обусловили в 2004 году в России 7,1% предотвратимых потерь, в том числе 5,7% у мужчин и 10,1% у жен-

щин. Вклад других причин предотвратимой смертности существенно меньше.

Полученная оценка предотвратимой смертности в России лишь открывает перспективу дальнейших исследований для того, чтобы методология предотвратимой смертности могла стать реальным инструментом оценки положения дел в отечественном здравоохранении.

Во-первых, это уточнение списка предотвратимых причин смерти. Сейчас существует целый ряд таких списков. В настоящем анализе мы воспользовались одним из вариантов европейского перечня, однако даже на первый взгляд видно, что он требует адаптации к условиям России, поскольку в основном построен, как мы уже отмечали, на онкологических заболеваниях. Может быть, для постиндустриального общества это оправданно, но в современной России, к сожалению, это не так. Более того, онкологические болезни являются единственными массовыми причинами смерти, проявившимися в пореформенной России тенденцию к снижению. Другой стороной этой же проблемы является выбор возрастной группы, в которой смертность является предотвратимой. Интервал 5–64 года является достаточно обширным, тем более для причин, большинство которых начинается во второй половине жизни.

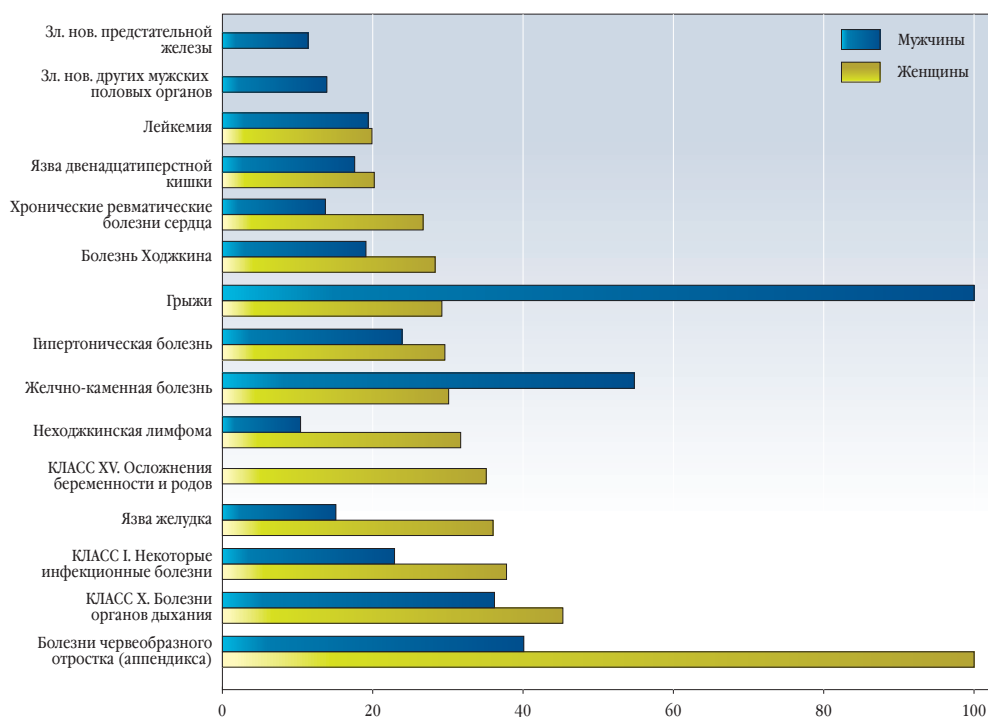
Второй узловой проблемой предотвратимой смертности является вопрос о классификации мер ее предотвращения. Классификация предотвратимости по уровням профилактики представляется вполне плодотворной и применимой к российским реалиям, но для практического применения нуждается в детальной проработке.

Третья и, может быть, самая трудная проблема – это уровни предотвратимости. Действительно, в самом благополучном обществе и при самом щедром финансировании трудно предположить полную элиминацию кардиологической и онкологической смертности даже в трудоспособных возрастах, какая-то ее часть, к сожалению, не поддается усилиям современной медицины, и представляется чрезвычайно важным вычленив эту часть, определить допустимые уровни смертности от этих причин. Для приведенной в докладе оценки мы прибегли к региональному анализу, и с общеметодической точки зрения это представляется оправданным и корректным. Однако необходим комплексный подход к решению этой действительно важной и с теоретической, и с практической точек зрения задачи, так как именно оценка предотвратимой смертности позволяет определить реальные и первоочередные резервы снижения смертности в том или ином регионе.

Все эти вопросы обсуждались в рамках второго подхода, а именно по результатам опроса в трех российских территориях: Смоленской, Саратовской областях и Ханты-Мансийском АО. Всего опрошено около 250 специалистов, возрастной состав которых, широкая представленность основных врачебных специальностей, а также охват всех звеньев здравоохранения (от амбулаторно-поликлинического до органов управления здравоохранением) позволяют рассчитывать на профессиональные суждения и интерпретации.



3



ДОЛЯ СЛУЧАЕВ СМЕРТИ ОТ ПРИЧИН 3-Й ГРУППЫ, КОТОРАЯ МОГЛА БЫТЬ ПРЕДОТВРАЩЕНА МЕРАМИ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЛЕЧЕНИЯ (В ПРОЦЕНТАХ)

Основные результаты опроса показали следующее⁴.

Основная часть экспертов (около 70%) выразила согласие с европейским подходом к понятию «предотвратимая смертность», в соответствии с которым к предотвратимой относится «смертность в результате причин, которые определены экспертами как предотвратимые усилиями системы здравоохранения исходя из современных знаний и практики, в определенных возрастно-половых группах населения». При этом, было отмечено, во-первых, что критерии предотвратимости должны вырабатываться преимущественно с участием мнений отечественных специалистов, а не заимствоваться от зарубежных экспертов; во-вторых, быть привязаны к возможностям регионального здравоохранения и периодически пересматриваться по мере накопления медицинских знаний и появления материальных возможностей использования их в лечебно-диагностической практике.

Около трети экспертов поддержали европейский подход к определению возрастных границ предотвратимой смертности, включающий детей, лиц трудоспособного возраста и молодых пенсионеров (5–64 года). Вместе с тем значительная часть экспертов (также треть) предложила сосредоточиться преимущественно на лицах трудоспособного возраста, в основном молодых, поскольку

именно в этой группе тенденции наименее благоприятны. Более оправданной, по нашему мнению, является поддержка более широких возрастных границ предотвратимой смертности, поскольку нарастающий отрыв от европейских уровней смертности формируется в России практически на всей возрастной шкале.

В целом предложенный европейский список предотвратимых причин смерти также получил достаточно высокую степень одобрения. В свою очередь, это означает, что даже в условиях отечественного здравоохранения возможности сокращения потерь от широкого спектра заболеваний и состояний довольно велики.

Существенным результатом опроса в отличие от европейских данных можно считать тот факт, что большинство экспертов всех территорий поддержали точку зрения не о полной, а лишь о частичной предотвратимости представленных причин смерти. Причем степень предотвратимости лишь в незначительной степени зависит от уровня экономической состоятельности территории, а следовательно, от среднестатистических затрат на здравоохранение. Она примерно одинакова в Ханты-Мансийском АО (с самыми высокими, исключая Москву, затратами, Саратовской области – со средним уровнем и Смоленской области – с низкими среднестатистическими расходами на здравоохранение). Скорее,

⁴ Предотвратимая смертность в России и пути ее снижения. /Под ред. Ю.В. Михайловой, А.Е. Ивановой. М., 2006, 312 с.



можно говорить о том, что степень предотвратимости зависит от уровня смертности, она тем выше, чем выше смертность от этих причин на данной территории. Соответственно, чем ниже уровень смертности, то есть чем ближе он к некоторому пределу, достижимому при современном уровне развития здравоохранения, тем ниже степень ее предотвратимости.

Следующим важным результатом исследования является тот факт, что степень предотвратимости существенно колеблется в зависимости от характера причин смерти. На первые места вышли преимущественно экзогенные причины, обусловленные условиями жизни и поведенческими факторами риска: от четверти до трети экспертов считают их полностью предотвратимыми, а подавляющее большинство оставшихся оценивают, что от половины до 70% случаев смерти от этих причин могут быть предупреждены частично. В первую очередь эти оценки касаются заболеваний, связанных со злоупотреблением алкоголем, болезней органов дыхания, пищеварения, инфекций, травм и отравлений, осложнений беременности, родов и послеродового периода. Опираясь на мнение экспертов, можно отметить, что смертность от перечисленных причин при нацеленности здравоохранения на предотвратимые потери может быть сокращена в 2–3 раза для отдельных причин.

Если говорить об эффекте снижения предотвратимой смертности от основных причин с точки зрения общих потерь населения, то оказывается, что жизни от четверти до трети умерших по отдельным территориям могли быть сохранены. С точки зрения продолжительности жизни можно отметить, что сокращение предотвратимых потерь может привести к увеличению средних сроков жизни в наиболее активном периоде (до 65 лет) на 2–3,5 года. С учетом современных уровней продолжительности жизни это был бы очень заметный выигрыш. Таким образом, перенос центра тяжести реформ здравоохранения на решение задач предотвратимой смертности позволяет достичь существенного эффекта как с точки зрения сокращения естественной убыли населения, так и повышения его трудового потенциала. Причем резервы эксперты оценивают довольно близко как при высоких затратах на здравоохранение, так и при относительно низких. Иными словами, не только отсутствие средств является причиной существующих потерь, но и отсутствие четких приоритетов в решении задач здравоохранения.

Для каждой причины существуют наиболее эффективные стратегии сокращения потерь, будь то профилактика поведенческих факторов риска, вопросы своевременного выявления и адекватной диагностики, проблемы улучшения качества лечения. Вместе с тем сокращение предотвратимой смертности от ряда причин связано с необходимостью наращивания усилий сразу по нескольким направлениям, поскольку прогресс в одном может привести к увеличению потерь на следующем этапе, не готовом к новым условиям. Наиболее распространенный пример связан с эффектом профилактических программ, стимулирующим в том числе обращение в первичный уровень здравоохранения. В условиях неготовности амбулаторных учреждений к осуществлению

функций медицинской профилактики эффект от таких программ является по преимуществу отрицательным.

Итак, профилактика как основной путь борьбы с предотвратимыми потерями отчетливо проявилась в вопросах снижения травматической смертности (78,6% экспертов) и летальных исходов от заболеваний, связанных с злоупотреблением алкоголем (87,4%). Усилия всех остальных этапов без акцента именно на профилактику поведенческих факторов риска практически не принесут результатов, по мнению экспертов. В снижении предотвратимой смертности от других причин профилактике, как это ни странно, отводится существенно меньшая роль: при заболеваниях органов пищеварения и туберкулезе – 23,2%, при болезнях органов дыхания – 12,5%. Характерно, что для снижения предотвратимой смертности от болезней системы кровообращения лишь 7,1% экспертов указали на приоритетность профилактических мер, и это на фоне принятой и реализуемой программы на федеральном и региональном уровнях по профилактике артериальной гипертензии и других факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний. Для всех остальных заболеваний и состояний на профилактику как значимое направление сокращения предотвратимой смертности указали лишь единицы из общего числа опрошенных.

Максимальный вклад задач своевременного выявления и адекватной диагностики заболеваний объединил злокачественные новообразования основных локализаций: органов дыхания, пищеварения, мочеполовой сферы, а у женщин – рака молочной железы. От 50 до 60% экспертов отметили приоритет данного направления. Если сравнивать полученные результаты с европейским подходом, то отчетливо выделяются отличия. В соответствии с европейским подходом приоритет в снижении смертности от злокачественных новообразований органов дыхания и пищеварения принадлежит именно первичной профилактике, прежде всего курения, неправильного питания и злоупотребления алкоголем; приоритет в снижении смертности от рака молочной железы и женских половых органов – задаче своевременного выявления; тогда как центральным направлением сокращения смертности от злокачественных новообразований мужской половой сферы является задача улучшения качества лечения. Таким образом, ответы экспертов демонстрируют отчетливую российскую специфику, характерную в том числе для региона с относительно низкой смертностью от онкологических заболеваний.

Вопросы повышения качества лечения как единственный приоритетный путь снижения смертности не получили поддержки у экспертов. Это направление практически с равным весом встречается в сочетании с вопросами профилактики и своевременного выявления и адекватной диагностики в случае практически всех основных хронических заболеваний. И это вполне объяснимо, поскольку обращение больного в запущенной стадии заболевания даже при современных методах лечения зачастую не позволяет избежать летального исхода. Причем следует отметить, что если по другим вопросам мнения разных групп экспертов существен-



но отличались, то в отношении приоритетов снижения смертности от хронических заболеваний их суждения различаются незначительно.

В целом проблема выявления главного направления снижения предотвратимой смертности от тех или иных причин оказалась для экспертов не столь очевидной. Исключая травмы и отравления, а также алкоголь-зависимые причины, в снижении смертности от которых доминирует профилактика поведенческих факторов риска, а также злокачественных новообразований различных локализаций, снижение потерь в результате которых связано прежде всего со своевременным выявлением и качественной диагностикой, приоритетные снижения смертности от всех остальных причин довольно размыты. Это же обстоятельство находит свое выражение и в довольно большой доле экспертов, которые затруднились выбрать единственный, наиболее значимый этап возможной предотвратимости. По нашему мнению, такие результаты являются отражением того обстоятельства, что существенные резервы существуют в каждом из направлений, и выбор приоритетного в этой ситуации будет диктоваться экономическими, материальными, кадровыми и иными факторами.

Таким образом, проведенный опрос выявил, с одной стороны, поддержку в целом европейских подходов к определению предотвратимой смертности. С другой стороны, выявилась отчетливая специфика, которая касается нескольких аспектов:

– во-первых, необходимости учитывать возможности территориального здравоохране-

ния, поскольку степень предотвратимости летальных исходов будет существенно различаться по территориям такой огромной страны, как Россия (около 40% экспертов указали на необходимость адаптировать критерии предотвратимости к конкретной территории и со временем пересматривать);

– во-вторых, необходимости учитывать, что в современных условиях большинство экспертов не поддержат полный переход на критерии предотвратимой смертности с целью оценки эффективности деятельности здравоохранения, поскольку более половины опрошенных осведомлены о негативных тенденциях смертности от предотвратимых причин. Если же игнорировать это обстоятельство, то окажется, что к числу предотвратимых эксперты будут относить причины, смертность от которых снижается;

– в-третьих, ключевыми направлениями снижения предотвратимой смертности от большинства причин эксперты наряду с профилактикой поведенческих факторов риска считают своевременное выявление патологии и адекватную диагностику. В свою очередь, это означает, что центром реформы здравоохранения должна быть активная работа с населением с целью повышения внимания к собственному здоровью, с другой стороны, это означает необходимость переориентации здравоохранения на работу первичного звена.