

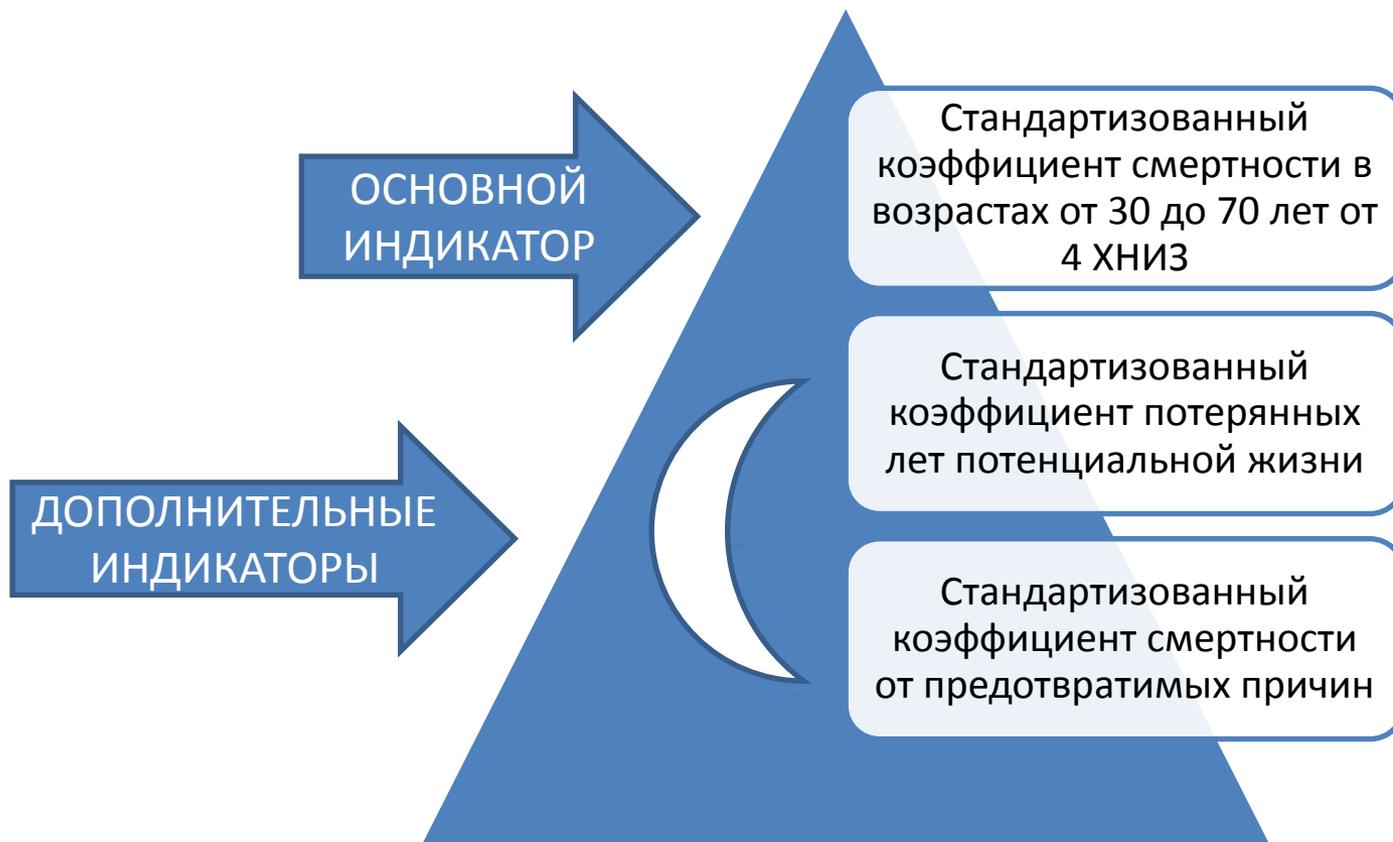
ПРЕДОТВРАТИМАЯ СМЕРТНОСТЬ В РОССИИ

СЦ ВОЗ по статистике и анализу
здоровья населения

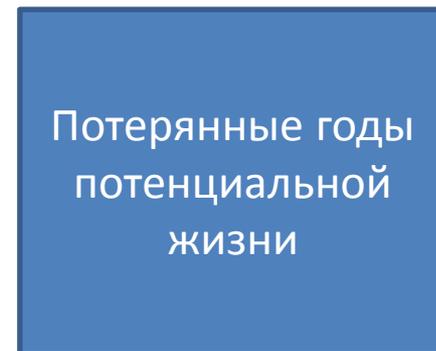
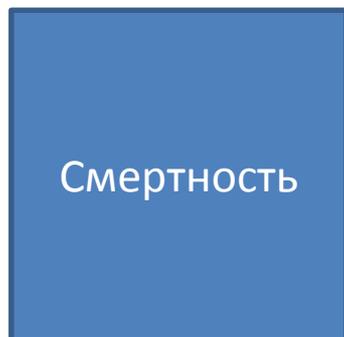
д.э.н., профессор А.Е.Иванова

**Критерии обоснования наиболее
актуальных задач снижения
смертности**

Основные и предлагаемые дополнительные индикаторы для мониторинга целевых ориентиров политики «Здоровье 2020»



Структура причин смерти и потерянных лет потенциальной жизни в возрастах 30-69 лет, Россия, 2014 г.



- Болезни системы кровообращения
- Травмы и отравления
- Новообразования
- Болезни органов пищеварения
- Болезни органов дыхания
- Неточно обозначенные состояния
- Инфекционные болезни
- Другие причины

- Болезни системы кровообращения
- Новообразования
- Травмы и отравления
- Неточно обозначенные состояния
- Болезни органов дыхания
- Болезни органов пищеварения
- Инфекционные болезни
- другие причины

Предотвратимая смертность

о качестве охраны здоровья населения можно судить по уровню смертности от ряда причин, преждевременной смерти от которых можно избежать путем предупреждения возникновения заболевания (потенциальной причины смерти) или его своевременного и адекватного лечения (D.D.Rutstein et al., 1976)



mortality from conditions amenable to prevention»

mortality from conditions amenable to medical care



**Разработка методологии и
направлений практического
применения концепции
предотвратимой смертности**

Критерии предотвратимой смертности

- Выбор причин смерти, принимаемых как предотвратимые, зависит от уровня развития здравоохранения. В практике развитых стран перечень предотвратимых причин смерти для конкретных половозрастных групп регулярно обновляется.
- Для большинства причин, относимых к предотвратимым, интервал, в котором они могут быть предупреждены, принят от 5 до 65 лет
- Список причин подразделяется на те, что являются индикаторами оказания медицинской помощи – (“treatable” conditions) и (“preventable” conditions) - причины, являющиеся индикаторами национальной политики в области охраны здоровья (R.Westerling, 1992-В)

Использование критерия предотвратимой смертности для оценки эффективности деятельности здравоохранения

- Предотвратимая смертность населения ряда индустриальных стран Европы в период с 1950 по 1980 годы снижалась более быстрыми темпами, чем общая смертность (J.R.H.Charlton, R.Velez, 1986) – вывод о повышении качества оказания медицинской помощи населению и улучшении системы охраны здоровья населения (X.Albert, 1996)
- Создание «Атласа предотвратимой смертности» актуализировало задачу устранить различия в сборе данных (например, в диагностике, сертификации, кодировании), что позволило получить сравнимую картину по европейским странам (W.W.Holland, 1988, 1991, 1993)
- Тренды предотвратимой смертности оценивались в разные периоды времени с целью оценки результативности региональных программ здравоохранения: профилактики гипертонии (H.Tunstall-Pedoe, D.Vanuzzo, M.Hobbs, 2000), программ по выявлению опухолей женских половых органов, программ по борьбе с курением (J.P.Mackenbach, M.H.Bouvier-Colle, E.Jougla, 1990; M.Delvaux et al., 2005).
- Выявлены различия в уровнях и тенденциях предотвратимой смертности для разных групп населения одной территории: гендерные (R.J.Korda, J.R.Butler, 2006), в зависимости от социально-экономического статуса (J.P.Mackenbach, K.Stronks, A.E.Kunst, 1989; S.W.Marshall et al., 1993; Y.-M.Song, J.J.Byeon, 2000), этнической принадлежности (S.Woolhandler et al., 1985; M.Niti, T.P.Ng, 2001)

ВЫВОДЫ

- применимость методологии предотвратимой смертности для анализа деятельности здравоохранения в странах с любым уровнем социально-экономического развития и системой охраны здоровья населения (Westerling 2001).
- процесс официального формирования списка предотвратимых причин стимулирует систему здравоохранения провести анализ проблем и обеспечить действенное устранение их на основе обоснованных программ и четко направленного воздействия.

**Экспертное мнение российских
специалистов по проблемам
предотвратимой смертности**

Опыт исследований

- Экспертная оценка недостатков в деятельности системы здравоохранения и ее отдельных служб, ответственных за смертность от отдельных причин (Ю.М.Комаров и др. 1994)
- Сравнительный анализ предотвратимой смертности по единому списку причин в России, прибалтийских странах и Великобритании в период 1965-2000 г. (Е.М.Andreev et al., 2003)
- Опрос российских экспертов по проблемам предотвратимой смертности, оценка масштабов, тенденций и региональных особенностей предотвратимой смертности в России (Михайлова Ю.В., Иванова А.Е., 2006; Сабгайда Т.П., 2007; 2012; Стародубов В.И., Иванова А.Е., 2012)

Восприятие концепции предотвратимой смертности врачебным сообществом в России

Опросы:

- ✓ В 2005 г. - 280 экспертов (клиницисты, организаторы здравоохранения) в 3 областях с разным уровнем финансирования здравоохранения: ХМАО, Саратовской и Смоленской областях
 - ✓ В 2011 г. – 135 экспертов Краснодарского края и Нижегородской области в муниципальных учреждениях здравоохранения
 - ✓ В 2014 г. – 124 эксперта Красноярского края в амбулаторных и стационарных учреждениях
- 72% - выразила согласие с принятым европейским определением, 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»
 - 82% - согласились с европейским списком предотвратимых причин смерти
 - 34% - в качестве возрастных границ следует принять интервал 5-64 года
 - 40% - внутри России допустимы межрегиональные различия критериев предотвратимости, связанные с возможностями территориального здравоохранения
 - 87% - поддержали точку зрения не о полной, а лишь о частичной предотвратимости причин смерти из европейского списка. Причем степень предотвратимости существенно зависит от характера причин смерти.
 - 53% - по показателям предотвратимой смертности можно судить об эффективности деятельности здравоохранения
 - 13% - правильно ответили на вопросы о тенденциях смертности от предотвратимых причин

Масштабы и тенденции предотвратимой смертности в России

Группа 1: Смертность, предотвратимая мерами первичной профилактики :

- Злокачественные новообразования: губы, полости рта и глотки; пищевода; печени и внутрипеченочных желчных протоков; гортани; трахеи, бронхов, легких; других и неточно обозначенных локализаций органов дыхания и грудной клетки; мочевого пузыря; др. и неуточненные мочевых органов (C00-C15, C22, C30-C34, C37-C39, C65-C68)
- Субарахноидальное кровоизлияние, внутримозговые и другие внутричерепные кровоизлияния, инфаркт мозга, инсульт, не уточненный как кровоизлияние или инфаркт, другие цереброваскулярные болезни (I60-I64, I67-I69)
- Алкогольная болезнь печени (алкогольный: цирроз, гепатит, фиброз), фиброз и цирроз печени (кроме алкогольного), другие болезни печени (K70-K76)
- КЛАСС XIX. Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних факторов (S00-S09, T00-T98)

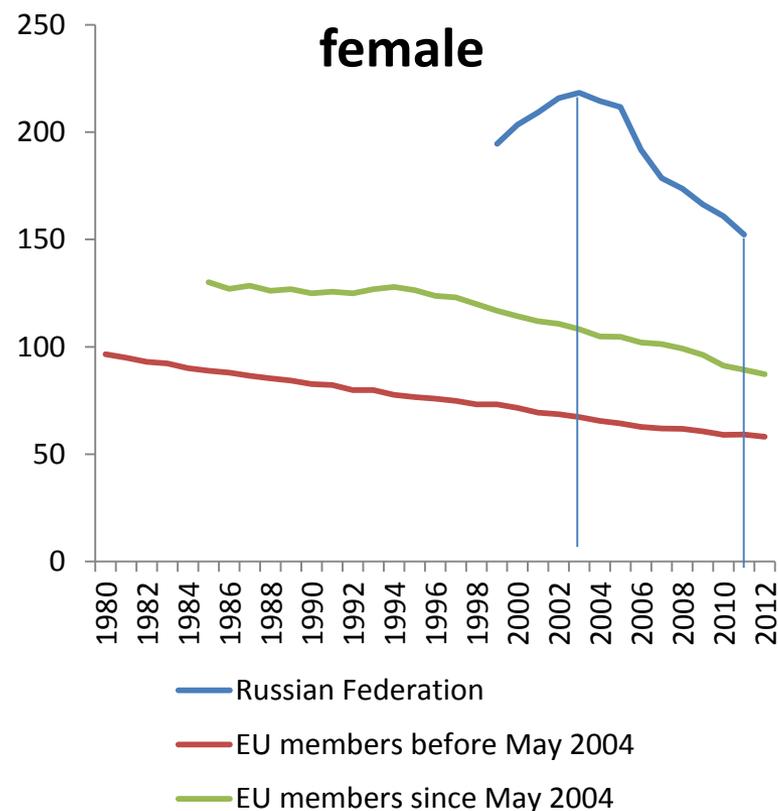
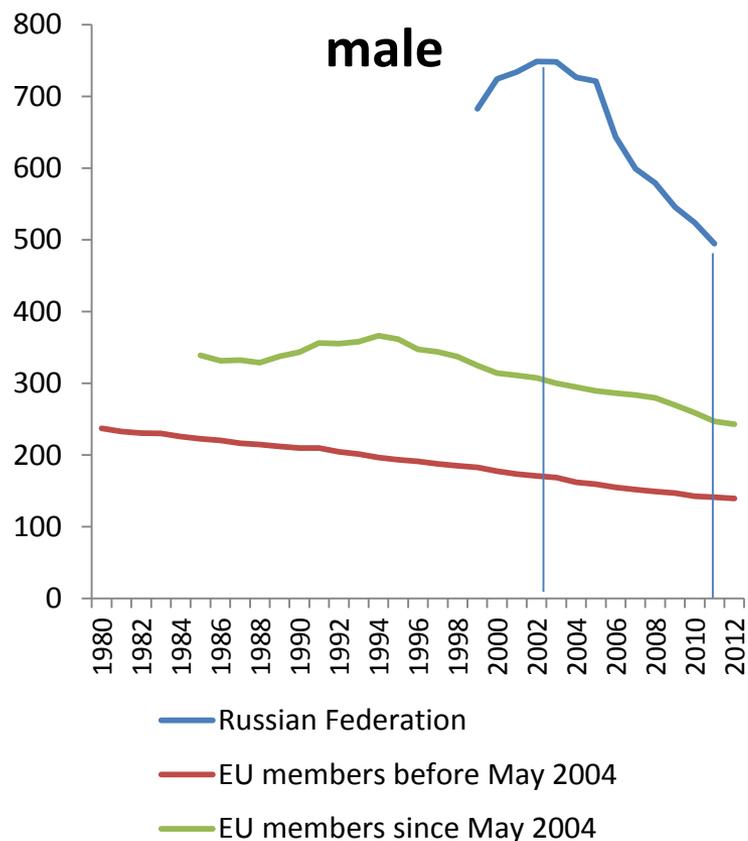
Группа 2: Смертность, предотвратимая при своевременном выявлении и адекватной диагностике

- Злокачественная меланома кожи, другие злокачественные новообразования кожи (C43-C44)
- Злокачественные новообразования грудной железы, злокачественные новообразования шейки матки, злокачественные новообразования др. и неуточненных частей матки (C50, C54, C55)

Группа 3: Смертность, предотвратимая путем улучшения качества медицинской помощи

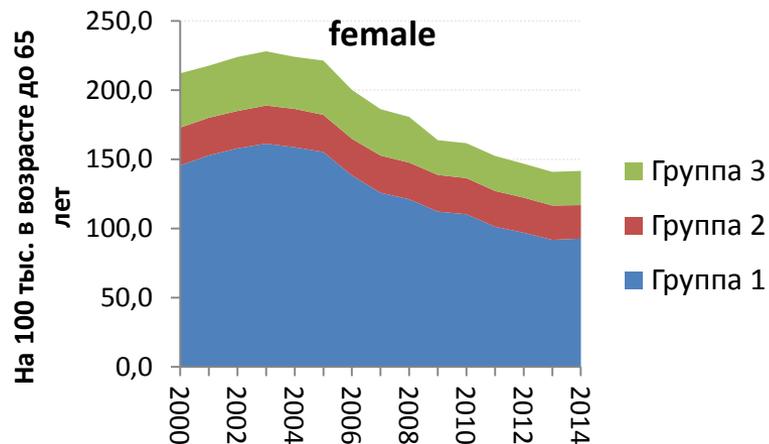
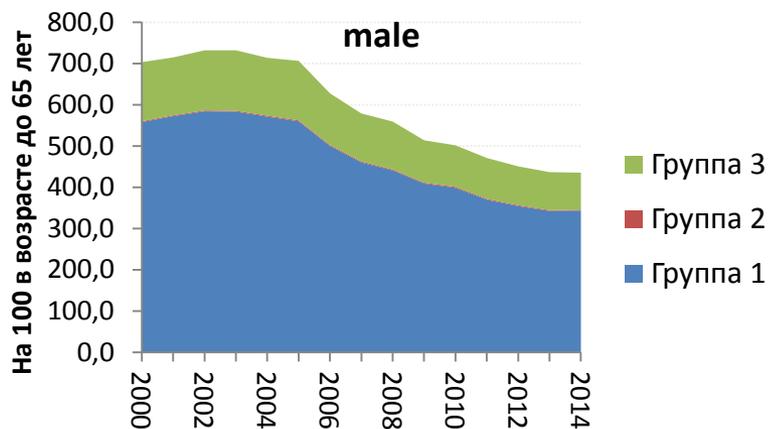
- Злокачественные новообразования предстательной железы; других мужских половых органов, болезнь Ходжкина, неходжкинская лимфома, лейкемия (C60-C63, C81-C85, C91-C95)
- Хронические ревматические болезни сердца, гипертоническая болезнь (I05-I09, I10-I13, I15)
- Язва желудка, язва двенадцатиперстной кишки, болезни червеобразного отростка (аппендикса), грыжи, желчно-каменная болезнь (холелитиаз), холецистит (K25, K26, K35-K38, K40-K46, K80, K81)
- КЛАСС I. Инфекционные и паразитарные болезни (A00-A99, B00-B99)
- КЛАСС X. Болезни органов дыхания (J00-J99)
- КЛАСС XV. Осложнения беременности, родов и послеродового периода (O00-O99)

Динамика смертности от предотвратимых причин в возрастах до 65 лет, на 100 тыс., стандартизованный коэффициент



С 2003 г. в России сформировался устойчивый тренд снижения смертности от предотвратимых причин. Разрыв к 2011 г. сократился в сравнении со «старыми и новыми членами ЕС» соответственно: у мужчин с 4,5 и 2,5 раз до 3,5 и 2,0 раз; у женщин – с 3,3 и 2,0 раз до 2,6 и 1,7 раз

Динамика и структура смертности от причин, предотвратимых на разных уровнях профилактики



	На 100 тыс. лиц в возрасте до 65 лет			
	Группа 1	Группа 2	Группа 3	Всего
	мужчины			
2000	557,8	2,1	143,3	703,2
2014	343,6	2	89,8	435,4
2014/2000	-38,4	-4,8	-37,3	-38,1
	женщины			
2000	145,6	27,3	39,2	212,1
2014	92,7	24,2	24,7	141,6
2014/2000	-36,3	-11,4	-37,0	-33,2

	В %			
	мужчины		женщины	
	2000	2014	2000	2014
Группа 1	79,3	78,9	68,6	65,5
Группа 2	0,3	0,5	12,9	17,1
Группа 3	20,4	20,6	18,5	17,4
	100,0	100,0	100,0	100,0

Структура ведущих причин смерти, предотвратимых на разных уровнях профилактики, Россия, 2014 г.

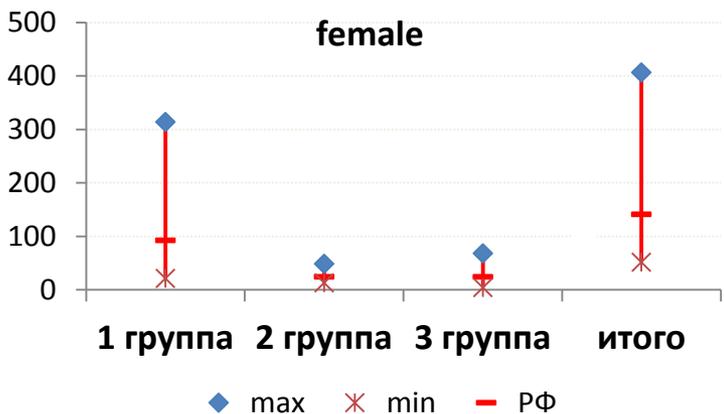
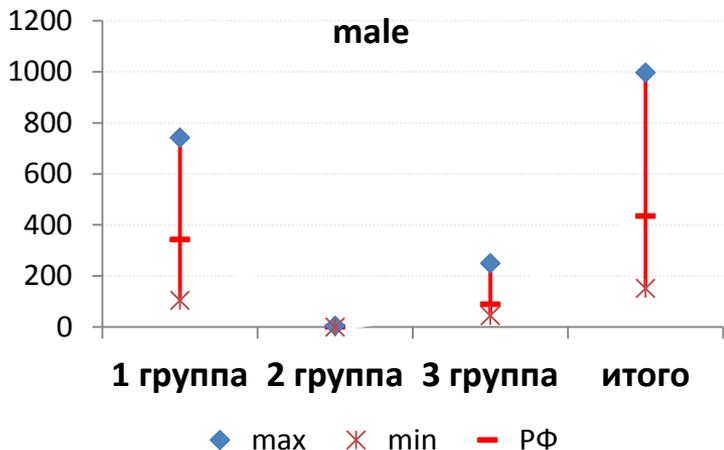
(на 100 тыс. лиц в возрасте до 65 лет)

	мужчины	женщины
Злокачественные новообразования (C00-C15, C22, C30-C34, C37-C39, C65-C68)	16,5	9,1
Болезни системы кровообращения (I60-I64, I67-I69)	14,3	22,4
Болезни органов пищеварения (K70-K76)	10,2	20,1
Травмы и отравления (S00-S09, T00-T98)	59,0	48,4
Итого 1 группа	100,0	100,0

	мужчины	женщины
Злокачественные новообразования (C60-C63, C81-C85, C91-C95)	10,5	11,7
Болезни системы кровообращения (I05-I09, I10-I13, I15)	5,1	7,7
Болезни органов пищеварения K25, K26, K35-K38, K40-K46, K80, K81)	6,0	6,7
Инфекционные и паразитарные болезни (A00-A99, B00-B99)	35,3	38,3
Болезни органов дыхания (J00-J99)	43,2	34,6
Осложнения беременности, родов и послеродового периода (J00-J99)	-	1,0
Итого 3 группа	100	100

Региональные особенности смертности от предотвратимых причин в РФ, 2014 г.

(стандартизованный коэффициент, на 100 тыс. 0-64 года)

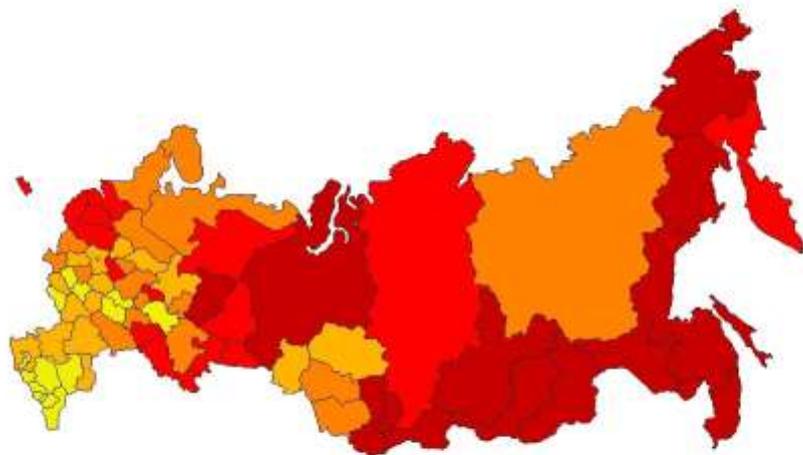


- ✓ Смертность от предотвратимых причин в регионах России различается в 6,5 раз у мужчин и в 7,9 раз для женщин.
- ✓ Наибольшие различия касаются причин смерти, предотвратимых на уровне первичной профилактики (1 группа) – в 7,2 раза у мужчин и 14,8 раз – для женщин.
- ✓ Существенно более однородная картина складывается в отношении причин, предотвратимых своевременной диагностикой заболеваний (2 группа)

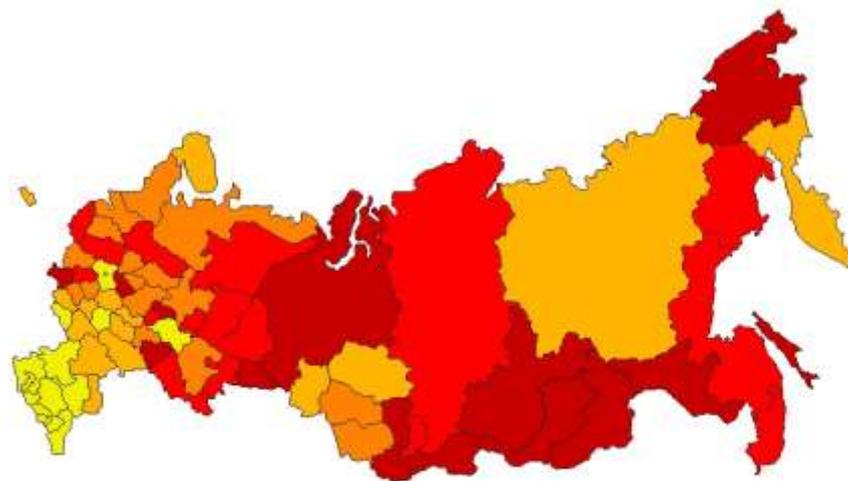
	На 100 тыс.				%		
	1 гр.	2 гр.	3 гр.	итого	1 гр.	2 гр.	3 гр.
мужчины							
max	742,1	5,1	250,3	997,5	87,2	1,5	37,4
min	104,4	0,0	45,3	152,5	61,8	0,0	12,4
РФ	343,6	2,0	89,8	435,4			
женщины							
max	314,4	48,6	68,1	406,7	79,1	27,1	25,9
min	21,2	13,1	4,5	51,5	50,9	5,4	8,7
РФ	92,7	24,2	24,7	141,6			

Региональная вариация предотвратимой смертности, (квintильные (по 20% объектов) группы на основе стандартизованного коэффициента смертности в возрасте до 65 лет на 100 тыс. соответствующего населения)

мужчины



женщины



Возможные направления продвижения критерия предотвратимой смертности для оценки деятельности здравоохранения на федеральном и региональном уровне

- 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.
- Необходимо учитывать возможности территориального здравоохранения, поскольку степень предотвратимости летальных исходов будет существенно различаться по территориям такой огромной страны, как Россия
- В современных условиях большинство экспертов не поддержат полный переход на критерии предотвратимой смертности с целью оценки эффективности деятельности здравоохранения, поскольку в отношении ряда предотвратимых причин отмечены или негативные тренды, или стагнация показателей (2 группа). Если же, игнорировать это обстоятельство, то окажется, что к числу предотвратимых эксперты будут относить причины, смертность от которых снижается.
- Ключевым направлением снижения предотвратимой смертности является профилактика поведенческих факторов риска. В свою очередь, это означает, что центром реформы здравоохранения необходима активная работа с населением с целью повышения внимания к собственному здоровью, с другой стороны, это означает необходимость переориентации здравоохранения на работу первичного звена.