

## СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СМЕРТНОСТИ И ГОСПИТАЛЬНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОТ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Владимир Иванович ПЕРХОВ<sup>1</sup>, Олег Владимирович ГРИДНЕВ<sup>2</sup>, Евгений Евгеньевич БАЛУЕВ<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ФГУ ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения Минздравсоцразвития РФ  
127254, Москва, ул. Добролюбова, 11

<sup>2</sup>Департамент здравоохранения города Москвы

<sup>3</sup>Правительство Пермского края

---

В условиях финансово-экономического кризиса возникают экономические, социальные, психологические и иные факторы, оказывающие пагубное влияние на здоровье населения. Вместе с тем проведенный анализ показал, что кроме проблемы сверхвысокой смертности населения Российской Федерации от болезней системы кровообращения (БСК) существует проблема смерти населения от БСК вне больничных условий, т. е. смерти, которая наступает до того, как пациент вступает в контакт с системой здравоохранения. Авторы обосновывают вывод о том, что реализуемые в настоящее время мероприятия по совершенствованию организации оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями должны быть дополнены мерами по увеличению доступности и обеспечению своевременности оказания специализированной стационарной помощи.

---

**Ключевые слова:** болезни системы кровообращения, общая смертность населения, госпитальная летальность.

В Российской Федерации ежегодно от болезней системы кровообращения умирает 1,2 млн человек, что составляет более половины от общего числа умерших. Удельный вес БСК в структуре причин смерти в Российской Федерации по всем классам заболеваний и внешних причин в 2007 году составил 57,0 % и увеличился в сравнении с 1995 годом на 4,2 %. Если исключить внешние причины смерти, то удельный вес болезней системы кровообращения в структуре причин смерти населения страны составит 65 %.

В целом за последние четыре десятилетия число лиц, умирающих ежегодно от БСК в Российской Федерации, увеличилось в 2,82 раза, в том числе мужчин — в 2,97 раза, женщин — в 2,25 раза. Вместе с тем в течение этих лет уровень смертности населения Российской Федерации от БСК ежегодно не только повышался, но и снижался (рис.). Так, например, на фоне проведения в 1992–1993 годы крупномасштабных социально-экономических реформ смертность от БСК населения России резко возросла. После первых трех лет реформ она снизилась почти до уровня показателей периода последних лет существования СССР. Положение резко ухудшил финансовый кризис августа 1998 года. С 1999 года показатели смертности населения России от БСК снова стали расти и достигли своих максимальных показателей в 2000–2003 годы.

Таким образом, динамика показателей смертности населения от БСК весьма зависима от

социально-экономических перемен, как позитивных, так и негативных.

В соответствии с Концепцией долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации к 2020 году предполагается обеспечить снижение уровня смертности от болезней системы кровообращения не менее чем в 1,4 раза за счет профилактики, своевременного выявления на ранних стадиях и лечения сердечно-сосудистых заболеваний.

Для достижения этой цели с 2008 года в Российской Федерации в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» начата реализация дополнительных мероприятий по совершенствованию оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями в рамках Постановления Правительства РФ от 29.12.2007 № 1012 «О финансовом обеспечении в 2008 г. за счет ассигнований федерального бюджета мероприятий, направленных на совершенствование оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями».

Создание и оснащение региональных сосудистых центров по данным Минздравсоцразвития России уже положительно сказались на снижении смертности от болезней системы кровообращения. Так, в целом по Российской Федерации по итогам первого квартала 2009 года оно составило 5,6 % на 100 тыс. населения по сравнению с аналогичным периодом 2008 года.

---

*Перхов В.И.* — д.м.н., ведущ.н.с., e-mail: finramn@mail.ru

*Гриднев О.В.* — к.м.н., директор

*Балуев Е.Е.* — Консультант заместителя председателя Правительства Пермского края

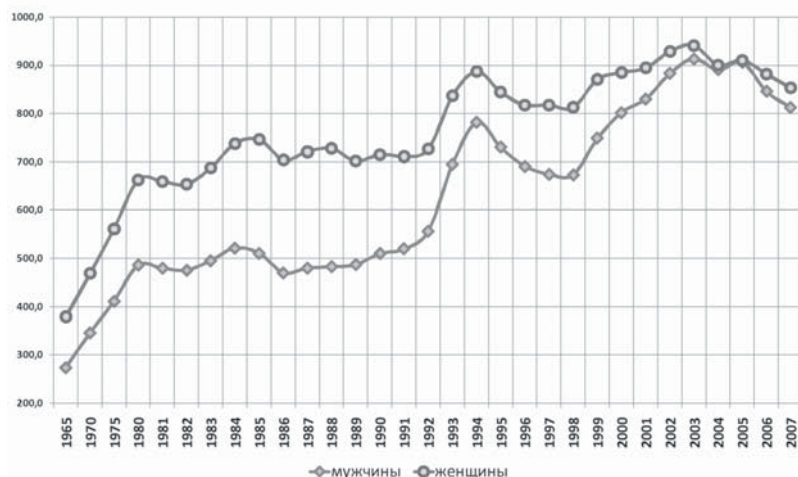


Рис. Динамика показателей смертности населения Российской Федерации от БСК (на 100 000 населения).

Вместе с тем расчеты показывают, что значительная часть пациентов, страдающих БСК, умирают вне больничных условий государственных и муниципальных медицинских учреждений.

**Цель исследования:** провести сопоставление показателей смертности населения в государственных и муниципальных больничных учреждениях Российской Федерации от БСК с показателями общей смертности от БСК.

**Объекты исследования:** объемы больничной помощи, оказанной в государственных и муниципальных медицинских учреждениях Российской Федерации; административные территории ( $n = 85$ ) и федеральные округа Российской Федерации ( $n = 7$ ).

**Единицы исследования:** больные всех возрастов, пользовавшиеся в круглосуточном стационаре медицинского учреждения.

**Источники информации:** форма № 14 федерального государственного статистического наблюдения «Сведения о деятельности стационара»; статистический сборник Росстата «Демографический

ежегодник России. 2008»; доклад Минздравсоцразвития России «О ходе реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в 2007 году».

#### Результаты исследования

В 2007 году в целом по Российской Федерации только 17,1 % умерших от БСК скончались в стационарах государственных и муниципальных медицинских учреждений (202,6 тыс. человек из 1185,2 тыс. умерших всего).

В разрезе федеральных округов удельный вес умерших от БСК в стационарах государственных и муниципальных медицинских учреждений варьирует от 12,8 до 25,1 % (табл. 1).

В табл. 2 представлены десять субъектов Российской Федерации с наименьшим удельным весом умерших от БСК в стационарах государственных и муниципальных медицинских учреждений. Следует отметить, что согласно сведениям из доклада Минздравсоцразвития России «О ходе реализации Программы государственных гарантий

Таблица 1

Показатели смертности и госпитальной летальности населения от БСК в 2007 году в разрезе округов Российской Федерации

Наименование федерального округа	Количество взрослых и детей, умерших от БСК (тыс. человек)		Удельный вес умерших от БСК в стационарах
	Всего	В том числе в стационарах	
Приволжский	266,5	34,2	12,8 %
Южный	164,0	23,5	14,3 %
Сибирский	144,4	23,4	16,2 %
Уральский	82,6	14,9	18,0 %
Центральный	361,1	67,1	18,6 %
Дальневосточный	45,5	9,1	20,0 %
Северо-западный	121,2	30,4	25,1 %
Всего:	1185,2	202,6	17,1 %

Таблица 2

Десять субъектов Российской Федерации с наименьшим удельным весом умерших от БСК в стационарах государственных и муниципальных медицинских учреждений

Наименование федерального округа	Количество взрослых и детей, умерших от БСК		Удельный вес умерших от БСК в стационарах
	Всего	В том числе в стационарах	
Кабардино-Балкарская Республика	5174	423	8,2 %
Республика Башкортостан	31 663	2757	8,7 %
Курская область	12 777	1167	9,1 %
Белгородская область	15 427	1411	9,1 %
Воронежская область	26 326	2579	9,8 %
Удмуртская Республика	11 542	1154	10,0 %
Пензенская область	14 450	1459	10,1 %
Липецкая область	12 773	1335	10,5 %
Брянская область	14 926	1579	10,6 %
Республика Дагестан	7811	831	10,6 %

оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в 2007 году» в указанных десяти территориях только в Кабардино-Балкарской Республике и в Пензенской области дефицит финансирования территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи (ПГГМП) составил более 20 %. При этом, например, в Удмуртской Республике и Липецкой области дефицита финансирования ПГГМП в 2007 году не было, а в Белгородской области он составил всего 1,2 %.

В табл. 3 представлены десять субъектов Российской Федерации с наибольшим удельным весом умерших от БСК в стационарах государственных и муниципальных медицинских учреждений. Согласно сведениям из доклада Минздравсоцразвития России «О ходе реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в 2007 году» по восьми из указанных субъектов федерации не зафиксировано дефицита ПГГМП в 2007 году. Вместе с тем в Республике Карелия и Мурманской области дефицит составил 14,4 и 8,5 % соответственно.

Безусловно, уровень финансирования из государственных источников территориальных ПГГМП оказывает влияние на доступность для населения и качество оказываемых медицинских услуг. Вместе с тем стационарную помощь в первой группе территорий с учетом показателя числа госпитализаций на одного жителя (в среднем по выбранным территориям  $3,13 \pm 0,51$ ) можно считать более доступной, чем во второй группе территорий ( $2,99 \pm 1,01$ ).

Следует также отметить, что одним из главных проявлений российского кризиса смертности является сверхсмертность населения трудоспособного возраста, в том числе от БСК. В частности, в 2007 году 25,9 % умерших от БСК – лица трудоспособного возраста. Для этих людей (свыше 300 тыс. человек) кардиологическая смертность является преждевременной и может быть обусловлена не только комплексом общих социально-экономических факторов, но и недостаточной доступностью, а также своевременностью оказания специализированной больничной помощи.

К сожалению, действующие формы статистического учета больничной помощи не содержат информации о пролеченных пациентах, находящихся в трудоспособном возрасте. Однако в целом можно утверждать, что в 2007 году третья часть скончавшихся от БСК трудоспособных людей (около 100 тыс. человек) умерли вне больничных условий государственных и муниципальных медицинских учреждений.

#### Обсуждение результатов

В течение последних лет наметилась тенденция снижения смертности населения страны от БСК. С 2006 года линии тренда смертности от БСК как среди мужчин, так и среди женщин пошли вниз с годовым темпом снижения примерно 5 % у мужчин и 3 % у женщин.

Вместе с тем в условиях финансово-экономического кризиса возникают экономические, социальные, психологические и иные факторы, оказывающие пагубное влияние на здоровье населения. Кроме того, кризис уже привел к сокращению планируемых доходов бюджетов субъектов РФ

Таблица 3

Десять субъектов Российской Федерации с наибольшим удельным весом умерших от БСК в стационарах государственных и муниципальных медицинских учреждений

Наименование федерального округа	Количество взрослых и детей, умерших от БСК		Удельный вес умерших от БСК в стационарах
	Всего	В том числе в стационарах	
Тюменская область	5628	2682	47,7 %
Магаданская область	1042	347	33,3 %
г. Москва	69 673	23 036	33,1 %
г. Санкт-Петербург	40 926	13 222	32,3 %
Камчатский край	1870	567	30,3 %
Сахалинская область	3737	1067	28,6 %
Мурманская область	5584	1567	28,1 %
Республика Карелия	6047	1631	27,0 %
Республика Ингушетия	727	195	26,8 %
Ханты-Мансийский автономный округ	4239	1116	26,3 %

и соответственно планируемых приростов расходов на здравоохранение. Все это может вызвать ухудшение медико-демографических показателей, новый рост заболеваемости и смертности населения, увеличение его потребности в медицинской помощи.

Реализуемые в настоящее время организационно-финансовые мероприятия по совершенствованию оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями приходятся на благоприятную «конъюнктурную» тенденцию в отношении уровня смертности населения от БСК. Поэтому результаты осуществления этих мероприятий, а также эффективность их целевого финансирования должны быть рассмотрены шире, чем простая констатация снижения показателей смертности от БСК. Также следует учесть, что эти мероприятия направлены в основном на дооснащение за счет субсидий федерального бюджета существующих профильных стационаров путем создания на их базе т. н. «сосудистых центров».

Вместе с тем проведенный анализ показал, что кроме проблемы сверхвысокой смертности населения Российской Федерации от БСК существует проблема смерти населения от БСК вне больничных условий, т. е. смерти, которая наступает до того, как пациент оказывается в специализированном стационаре.

При этом следует признать, что невозможно разобраться в детальных причинах столь высокой вариабельности удельного веса умерших от БСК в стационарах государственных и муниципальных медицинских учреждений в сравнении с общими показателями смертности без проведения специальных исследований, основанных на персонифи-

цированном учете умерших и госпитализированных лиц. Можно лишь предположить, что одной из причин может быть внезапная смерть, наступившая от осложнений БСК до того, как пациент вступил в контакт с государственной или муниципальной системой здравоохранения. Другой причиной может быть то, что часть умерших вступили в контакт с другими системами здравоохранения страны (ведомственной, частной), показатели работы которых не входят в государственную статистическую отчетность. Но могут быть также и другие причины, обусловленные недостаточной доступностью больничной помощи для населения, в том числе в регионах с хорошим уровнем финансирования ПГМП.

Проблема наступления смерти от БСК вне больничных условий усугубляется также данными о том, что значительная часть лиц, умирающих от БСК вне стационаров, находится в трудоспособном возрасте.

В настоящее время в Российской Федерации нет даже экспертных мнений о допустимых пределах потерь, возникающих вследствие неприменения на рассматриваемые контингенты больных мер медицинского воздействия в условиях специализированного стационара.

Однако не только города Москва и Санкт-Петербург, которые являются мощными центрами притяжения больных с других территорий, демонстрируют сравнительно высокую долю лиц с БСК, умерших в условиях стационара. Тюменская и Магаданская области даже опережают их, что вполне соответствует уровню финансирования ПГМП на этих территориях, входящих в первую десятку

регионов с учетом размера подушевых расходов на здравоохранение. Поэтому следует признать, что в этих регионах идет реальная борьба медиков, организаторов здравоохранения и местных властей за жизнь граждан, страдающих БСК, пусть не всегда с благополучным исходом, но до конца.

В заключение следует отметить, что БСК — не исключение. Например, в 2007 году от травм, отравлений и воздействия других внешних причин (кроме самоубийств) погибло 218,1 тыс. человек, из них в больничных условиях — всего 53,6 тыс. пациентов (25 %).

## **THE COMPARATIVE ANALYSIS OF THE GENERAL AND HOSPITAL DEATH RATE OF THE POPULATION OF THE RUSSIAN FEDERATION FROM ILLNESSES OF SYSTEM OF BLOOD CIRCULATION**

**Vladimir Ivanovich PERKHOV<sup>1</sup>, Oleg Vladimirovich GRIDNEV<sup>2</sup>, Evgeni Evgenievich BALUEV<sup>3</sup>**

*<sup>1</sup>FSI CRI for organization and information of public health service  
of Ministry of Public Health and Social Development RF  
127254, Moscow, Dobrolyubov str., 11*

*<sup>2</sup>Moscow Board of Public Health*

*<sup>3</sup>Permski district administration*

---

In the conditions of financial and economic crisis there are some economic, social, psychological and other factors influencing on population health fatally. At the same time the carried out analysis has shown that except the problem of ultrahigh death rate of the population of the Russian Federation from illnesses of system of blood circulation there is a problem of death of the population from illnesses of system of blood circulation out of hospital conditions, i. e. death which appears before the patient comes into contact with public health services system. Therefore activity realised now for perfection of the organisation of rendering of medical aid to the patient with vascular diseases should be added by measures on increase in availability and providing of timeliness of rendering specialised stationary aid.

---

**Keywords:** illnesses of system of blood circulation, the general death rate of the population, hospital death rate of the population

*Perkhov V.I. — doctor of medical sciences, leading researcher, e-mail: finramn@mail.ru*

*Gridnev O.V. — candidate of medical sciences, director*

*Baluev E.E. — Consultant of vice-president of Permski district administration*