**«ПРОБЛЕМЫ ОЦЕНКИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СМЕРТНОСТИ ОТ ОТДЕЛЬНЫХ ПРИЧИН.  СОГЛАСОВАННОЕ ЭКСПЕРТНОЕ МНЕНИЕ»**

(резолюция  рабочей группы Конгресса "Человек и лекарство"

11 апреля 2018 года, г. Москва)

Использование разной терминологии, несогласованность клинических и морфологических классификаций, их несоответствие «Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра» (МКБ-10), противоречия в действующих нормативно-методических документах приводят к проблемам в организации и оказании медицинской помощи, неверному статистическому учету. Заслушав и обсудив выступления специалистов различного профиля – статистиков, клиницистов, патологоанатомов и судебно-медицинских экспертов на симпозиумах и круглом столе, организованных в рамках XXV Конгресса «Человек и лекарство», все участники констатировали ряд проблем, связанных с выбором первоначальной причины смерти и последующей оценкой показателей смертности от отдельных причин.

1. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) ежегодно вносит изменения в МКБ-10, которые публикуются на официальном сайте ВОЗ, но эти изменения регулярно не переводятся, не публикуются и практически не используются в Российской Федерации, хотя отдельные новые правила кодирования и выбора первоначальной причины смерти направляются в регионы письмами Минздрава России и методическими рекомендациями ЦНИИОИЗ МЗ РФ.

2. Правила выбора «основного заболевания (состояния)» в статистике заболеваемости и «первоначальной причины смерти» в статистике смертности определены МКБ-10, однако не всегда используются практическими врачами, не только в России, но и в других странах мира.

3. Международная статистическая классификация болезней не является образцом для формулирования клинического, патологоанатомического и судебно-медицинского диагноза, а служит только для его формализации. В связи с этим невозможно достигнуть полной соподчиненности клинических и морфологических классификаций с классификацией МКБ-10. Многие нозологические единицы, которые содержатся в МКБ-10, традиционно не используются клиницистами в прижизненной диагностике состояний и заболеваний, а также патологоанатомами и судебно-медицинскими экспертами по результатам вскрытий, нет согласованности между клиницистами и патологоанатомами в употреблении ряда терминов. Часть представленных в МКБ формулировок не имеет клинических и морфологических объяснений и обоснований. Не определены клинические и морфологические критерии для установления данных диагнозов, нет классификаций для данных состояний.

5. В последние годы в России посмертные диагнозы и медицинские свидетельства о смерти оформляют у 40-44% умерших врачи-клиницисты (без проведения вскрытий), в 20-23% - патологоанатомы и в 36-37% - судебно-медицинские эксперты (по результатам посмертных патологоанатомических и судебно-медицинских исследований). Процент вскрытий ежегодно растет, причем до 65% вскрытий в судебно-медицинской экспертизе составляют умершие от ненасильственных причин смерти (преимущественно - скоропостижная смерть), которые в части случаев могут направляться на патологоанатомические вскрытия. Приказ Минздрава России от 04.12.1996 г. № 398 «О кодировании (шифровке) причин смерти в медицинской документации» возложил на врачей, а не специалистов по статистике обязанность кодировать по МКБ (тогда МКБ-9) медицинскую документацию, в то время как во многих странах это является функцией специалистов по статистике. Хотя это не устраняет ошибки кодирования причин смерти по МКБ-10, если врачи не формулируют диагнозы в соответствие с требованиями МКБ. Несмотря на определенные успехи в повышении качества оформления диагнозов, медицинских свидетельств о смерти и кодирования причин смерти по МКБ-10, а также объективизации ряда показателей смертности населения в России, сохраняются серьезные проблемы, требующие консенсуса специалистов различного профиля – статистиков, клиницистов и морфологов. Прежде всего, это касается объективизации установления посмертных диагнозов и первоначальных причин смерти, подлежащих впоследствии кодированию по МКБ-10 и статистическому учету. Так, процент расхождений заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов, в среднем, по РФ, упал за 15 лет в 10 раз, с 10-16% в начале 2000-х гг., до 1,2% в 2016 г. По международной модели расчета, с учетом процента вскрытий, этот показатель должен быть не ниже 20% (в странах ЕС он составляет в последние годы 12-33%, в США – 14-24%). Основными факторами, влияющими на объективность формулировки и сопоставления диагнозов, являются не столько квалификация врачей, сколько экономическое (санкции ФОМС и разная «стоимость» диагнозов) и административное (парадокс снижения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний при сохранении общего показателя смертности населения ряда регионов) давление на результаты вскрытий, накопившиеся нерешенные организационные проблемы, касающиеся работы патологоанатомической службы в стране.

7. Наиболее остро вопрос о правилах формулировки диагнозов и кодирования причин смерти стоит для класса IX МКб-10 – болезней органов кровообращения, а именно ИБС и ЦВБ. Статистические данные о причинах смерти населения в России несопоставимы с таковыми в других странах. Так, в России, по сравнению с США, в 2000-2015 гг. была в 1,6 раз ниже смертность от острых форм ИБС, но в 1,3 раза выше – от хронических (хронические формы в группе ИБС составили 88%); в 200 раз - выше смертность от инфаркта головного мозга, вызванного неуточненными причинами; в 200 раз - выше доля «Гипертензивной энцефалопатии» в смертности от ЦВБ (причем этот код должен применяться крайне редко, только при гипертоническом кризе); в 50 раз - выше доля «Других уточненных поражений сосудов мозга (хроническая ишемия мозга)» и в 105 раз - ниже смертность от болезни Альцгеймера и т.д. [1,2,3]. Близкая ситуация отмечается с регистрацией смертей от алкогольной кардиомиопатии. Приведенные данные свидетельствую о том, что статистические данные о причинах смерти населения в России носят искажённый характер.

8. В части случаев, особенно у умерших пожилого возраста имеются коморбидные состояния и врачам бывает сложно, руководствуясь правилами МКБ-10, выделить одно ведущее состояние (заболевание) – первоначальную причину смерти.  Учитывая высокую распространенность мультиморбидной патологии в популяции, проблема требует внимания специалистов, как с точки зрения оказания медицинской помощи, так и уточнения состояния здоровья пациентов, должна быть отражена в определенных рубриках диагноза, а в перспективе подлежать обязательному статистическому учёту.

9. Наиболее распространенными ошибками при оформлении медицинских свидетельств о смерти являются (учитывая исследование, проведенное в Иркутске): переписывание диагноза из медицинских карт без изменений, включение развернутого диагноза, неправильный выбор первоначальной причины смерти, неверный порядок патологических состояний, включение нескольких заболеваний в одну строку, указание в качестве первоначальной и непосредственной причины смерти болезней, таковыми не являющихся, использование сокращений и аббревиатур, отсутствие или неверное определение кода МКБ [4].

10. Серьезной проблемой является то, что достаточно большая доля смертей регистрируется в селах и небольших населенных пунктах, пациенты пожилого возраста часто умирают дома, без обращения за медицинской помощью в течение месяцев, а иногда и лет, что приводит к появлению в свидетельствах неуточненных первоначальных причин смерти и вызывающей настороженность тенденции необоснованного расширения использования диагноза "Старость".

11. Все это, наряду с отсутствием единого учебного центра и системы обучения по МКБ в Российской Федерации приводило к многочисленным ошибкам кодирования (межклассовым — до 20 %, внутриклассовым - до 40 %).

**Таким образом, результаты обсуждения свидетельствуют о проблемах сопоставимости данных о смертности от отдельных причин (в динамике, между регионами России, между Россией и другими странами), что обусловлено:**

1. Проблемами в статистической оценке смертности от отдельных причин.

2. Использованием разных подходов и критериев к формулировке диагнозов, несоблюдением правил выбора первоначальной причины смерти и неправильным кодированием.

3. Несоответствием терминов и формулировок, используемых в МКБ, терминам и формулировкам, используемым в клинической, патологоанатомической и судебно-медицинской практике (особенно при ИБС).

4. Отсутствием полноценной системы обучения врачей, ординаторов и студентов принципам формулировки диагнозов с учетом правил МКБ.

5. Недостаточным внедрением автоматизированной системы кодирования, использование которой изменяет структуру смертности (например, согласно результатам пилотных исследований, доля смертей от болезней системы кровообращения снижается с 55% до 36-38%).

Учитывая представленные данные, участники Круглого стола считают целесообразным дальнейшее изучение вышеперечисленных вопросов на уровне профессиональных медицинских обществ с привлечением специалистов смежных специальностей.

По итогам обсуждения было принято решение о создании междисциплинарной рабочей группы под руководством Департамента мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения Минздрава России, с целью обсуждения и возможной реализации следующих предложений:

● поэтапно передать кодирование причин смерти по МКБ-10 в России специалистам по медицинской статистике;

● совместно с ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко» РАН, ФГБУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России под руководством Департамента мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения Минздрава России создать, утвердить и внедрить во всех регионах страны единую автоматизированную систему для оформления и формирования базы данных медицинских свидетельств о смерти, с возможным многофакторным анализом причин смерти;

● сформулировать задачи профессиональным медицинским ассоциациям по разработке единых клинико-морфологических классификаций, не противоречащих МКБ-10 с соответствующими синонимами для применения в диагнозах и кодирования по МКБ-10;

● издать на русском языке приложение к МКБ-10 (уточнения и дополнения по последней актуальной версии), доработать т. 3 МКБ-10 как справочник с клиническими, морфологическими и статистическими синонимами терминов классификаций болезней, прежде всего, ИБС; привести в соответствие с 323-ФЗ и МКБ-10 (2017) и издать единые рекомендации Минздрава России по формулировке и кодированию диагнозов;

● организовать на базе учебного центра Сотрудничающего центра ВОЗ в России по семейству международных классификаций обучение врачей всех специальностей единым правилам формулировки диагноза (пригодного для последующей кодировки по МКБ): включить раздел «учение о диагнозе» в соответствующие учебные программы ВУЗов и НМО по всем специальностям;

● принять положение, что сам факт (и процент) расхождения диагнозов не является дефектом оказания медицинской помощи, разработать и утвердить правила сличения заключительного клинического и патологоанатомического/судебно-медицинского диагнозов, организации и проведения комиссий по анализу летальных исходов (КИЛИ) и клинико-анатомических конференций (КАК); внести соответствующие изменения в Законодательные акты РФ, нормативную базу Минздрава России и ФОМС;

● завершить централизацию патологоанатомической службы, начатую в России 1988 г. (Приказ МЗ РСФСР от 04.01.1988 г. № 2), организовать целевую подготовку кадров для скорейшего устранения острого дефицита кадров врачей-патологоанатомов, повысить качество их подготовки и внести соответствующие уточнения и дополнения в нормативные документы патологоанатомической службы;

● организовать вертикально-структурированную (регионы-центр) и постоянно действующую комиссионную структуру по контролю над оформлением и кодированием диагнозов и медицинских свидетельств о смерти с участием специалистов по статистике, врачей-патологоанатомов и судебно-медицинских экспертов.

● организовать Всероссийское совещание по вопросу смертности от болезней системы кровообращения с приглашением  главных внештатных специалистов субъектов РФ по кардиологии, патологической анатомии, судебно-медицинской экспертизе, специалистов службы медицинской статистики  для решения на совещании вопроса о целесообразности создания рабочей группы и последующей  разработки методических рекомендаций по вопросу формулирования диагнозов при болезнях системы кровообращения, правил кодирования и выбора первоначальной причины смерти с учетом решений и предложений рабочей группы при Минздраве России.

Рабочая группа  (по алфавиту):

**Барбараш О.Л.**, член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор (Кемерово директор ФГБНУ НИИ Комплексных проблем сердечно сосудистых заболеваний),

**Бойцов С.А.**, член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор (директор ФГБУ " НМИЦ Кардиологии" Минздрава России, Москва),

**Вайсман Д.Ш.**, д.м.н. (вед. научный сотрудник ФГБУ "ЦНИИОИЗ" Минздрава России, Москва),

**Галявич А.С.**, д.м.н., профессор (вице-президент РНКО, заведующий кафедрой кардиологии ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России Казань),

**Драпкина О.М.**, д.м.н., профессор (директор ФГБУ «НМИЦ профилактической медицины» Минздрава России)

**Забозлаев Ф.Г.**, д.м.н., профессор (профессор кафедры клинической лабораторной диагностики и патологической анатомии ИПК ФМБА России, главный патологоанатом ФМБА России)

**Зайратьянц О.В.**, д.м.н., профессор (заведующий кафедрой патологической анатомии ФГБОУ ВО МГМСУ им. А. И. Евдокимова МЗ РФ, Заслуженный врач РФ, главный патологоанатом Росздравнадзора по ЦФО РФ),

**Какорина Е.П.**, д.м.н., профессор (директор Департамента мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения Министерства здравоохранения Российской Федерации Москва),

**Кактурский Л.В.**, член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор (научный руководитель ФГБНУ НИИ морфологии человека, главный патологоанатом Росздравнадзора, Президент Российского общества патологоанатомов)

**Клевно В.А.**, д.м.н., профессор (главный судебно-медицинский эксперт МО, начальник Бюро СМЭ МО, Президент ассоциации судебных медиков)

**Самородская И.В.**, д.м.н., профессор (руководитель лаборатории демографических аспектов здоровья населения ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, Москва),

**Черкасов С.Н.**, д.м.н., профессор (заведующий отделом исследований общественного здоровья ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А.Семашко», руководитель Сотрудничающего центра ВОЗ по семейству международных классификаций, Москва).