

ПОВЫШЕНИЕ ДОСТОВЕРНОСТИ ДАННЫХ О ПРИЧИНАХ СМЕРТИ – ВАЖНОЕ УСЛОВИЕ ДЛЯ ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛЕВЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СНИЖЕНИЯ СМЕРТНОСТИ ОТ ОТДЕЛЬНЫХ ПРИЧИН

О. В. Зайратьянц

ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А. И. Евдокимова»
Минздрава России, Москва

Аннотация: Целевые показатели снижения смертности от отдельных причин, которые в наибольшей степени влияют на медико-демографическую ситуацию в стране, направленные на сохранение и укрепление здоровья граждан Российской Федерации и увеличение продолжительности их жизни, утверждены майскими Указами Президента РФ от 2012 и 2018 гг. В ходе в целом успешного выполнения майских Указов от 2012 г. было отмечено, что одной из важных задач в здравоохранении стало повышение достоверности данных о причинах смертности населения. В последние годы на многих форумах по здравоохранению подчеркивалось, что, несмотря на объективизацию ряда показателей смертности населения в России, определенные успехи в повышении качества оформления посмертных диагнозов, медицинских свидетельств о смерти и кодирования причин смерти по МКБ-10, сохраняются противоречия в действующих нормативно-методических документах по правилам формулировки и кодирования диагнозов. Нередки ошибки в оформлении диагнозов и медицинских свидетельств о смерти, что приводят к искажению показателей смертности населения от отдельных причин. На XXV Конгрессе «Человек и лекарство» (2018) были сформулированы основные проблемы, ведущие к ошибкам выбора и кодирования по МКБ-10 первоначальной причины смерти и последующей оценки показателей смертности от отдельных причин; для их скорейшего решения создана междисциплинарная рабочая группа под руководством Департамента мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения Минздрава России.

Ключевые слова: майские Указы Президента Российской Федерации, целевые показатели снижения смертности от отдельных причин, формулировка посмертного диагноза, кодирование первоначальной причины смерти по МКБ-10

IMPROVING THE REABILITY OF DATA ON CAUSES OF DEATH IS AN IMORTANT CONDITION FOR ACHIEVING THE TARGET INDICATORS OF MORALITY FROM INDIVIDUAL CAUSES

O. V. Zayratyants

Abstract: Targeted indicators of mortality reduction from individual causes that have the greatest impact on the medical and demographic situation in the country and are aimed at preserving and strengthening the health of citizens of the Russian Federation and increasing their life expectancy are approved by the may Decrees of the President of the Russian Federation of 2012 and 2018. In the course of the successful implementation of the May decrees of 2012, it was noted that one of the important tasks in public health was the increase in the reliability of data on the causes of mortality of the population. In recent years, many health forums have emphasized that, despite the objectification of a number of death rates in Russia, certain successes in improving the quality of postmortem diagnoses, medical certificates of death and coding the causes of death according to ICD-10 remain controversial in the current regulatory-methodical documents on the rules for the formulation and coding of diagnoses. There are frequent mistakes in the formulation of diagnoses and medical certificates of death, which lead to a distortion of the death rates of the population from individual causes. The XXV Congress of the Man and the Medicine (2018) formulated the main problems leading to errors in the selection and coding of the ICD-10 initial cause of death and subsequent assessment of mortality rates from individual causes, and an interdisciplinary working group was set up for their prompt decision, under the leadership of the Department monitoring, analysis and strategic development of health of the Ministry of Health of Russia.

Keywords: may Decrees of the President of the Russian Federation, targets to reduce mortality from individual causes, the formulation of a postmortem diagnosis, the coding of the original cause of death according to ICD-10

<http://dx.doi.org/10.19048/2411-8729-2018-4-3-4-9>

В Указе Президента РФ от 7 мая 2012 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» были установлены следующие целевые показатели снижения смертности от отдельных социально значимых заболеваний в срок до 2018 г.: от болезни системы кровообращения (БСК) до 649,4 случая на 100 тыс. населения; от новообразований (в том числе

от злокачественных) до 192,8 случая на 100 тыс. населения; от туберкулеза до 11,8 случая на 100 тыс. населения; от дорожно-транспортных происшествий до 10,6 случая на 100 тыс. населения, а также снижения младенческой смертности, в первую очередь за счет снижения ее в регионах с высоким уровнем данного показателя, до 7,5 на 1 тыс. родившихся живыми [1].

Таблица 1

Показатели причин смертности мужчин и женщин от основных классов заболеваний и внешних причин на 100 тыс. населения за 2012–2016 гг. (Росстат, 2018 [3, 6])

Год	Некоторые инфекционные и паразитарные болезни		Новообразования		Болезни системы кровообращения		Болезни органов дыхания		Болезни органов пищеварения		Внешние причины	
	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.
2012	35,6	11,0	233,3	177,1	714,7	756,5	74,2	28,1	75,2	50,7	225,0	58,1
2013	34,6	11,4	233,3	177,5	677,2	716,1	75,8	30,8	73,8	51,1	215,9	54,4
2014	34,3	12,0	231,6	176,3	646,7	660,2	79,2	33,1	80,7	55,6	216,8	54,9
2015	36,0	12,7	235,3	178,9	629,1	640,6	75,2	31,6	82,9	58,2	200,8	52,7
2016	31,2	12,2	234,5	177,2	621,6	640,1	72,8	30,2	81,3	57,7	198,5	50,9

Таблица 2

Показатели причин смертности от основных классов заболеваний на 100 тыс. населения за 2017 г. и январь–март 2018 г. (Росстат, 2018 [6])

Год	Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	Новообразования	Болезни системы кровообращения	Болезни органов дыхания	Болезни органов пищеварения	Внешние причины
2017	23,0	198,5	647,4	51,8	66,8	97,0
2018	22,6	205,0	625,4	46,1	66,4	96,8

В 2012 г., на момент подписания первого из майских указов, смертность от БСК в России составляла у мужчин – 714,7, у женщин – 756,5 на 100 тыс. населения, от онкологических заболеваний, соответственно, 233,3 и 177,1, от инфекционных болезней – 35,6 и 11,0 (от туберкулеза – более 13) и внешних причин – 225,0 и 58,1 (от дорожно-транспортных происшествий – более 12) [3].

Уже в 2014 г. на заседании Комиссии при Президенте Российской Федерации по мониторингу достижения целевых показателей социально-экономического развития было отмечено снижение на 8 % смертности от БСК и на 15 % – от туберкулеза.

Однако мониторинг показателей, относящихся к сфере здравоохранения, проводимый Институтом социального анализа и прогнозирования РАНХиГС, и отчет Правительства Российской Федерации от 2017 г. о досрочном выполнении майских указов показали, что за период с 2012 по 2017 гг. смертность от БСК хотя и снизилась на 200 случаев на 100 тыс. населения, но продолжает лидировать среди других причин смерти. При этом значительно (на 100 случаев на 100 тыс. населения) выросла доля смертей от «прочих причин», в том числе неклассифицируемых. В настоящее время «прочие причины» составляют более 20 % от всех зафиксированных причин смерти.

В некоторых регионах, где наблюдалось максимальное снижение смертности от БСК, оно сопровождалось наиболее высоким увеличением смертности от «прочих причин» и редких заболеваний, куда входят болезни эндокринной, нервной и мочеполовой систем, а также психические расстройства. Наибольшее снижение показателей смертности от БСК было отмечено в республиках Мордовия, Марий Эл, Ингушетия, а также в Амурской, Тамбовской, Владимирской и Нижегородской областях. В тех же регионах почти в 2 раза выросла смертность от болезней эндокринной, нервной и мочеполовых систем, психических расстройств и прочих причин, значительно превысив средние показатели по России.

Эксперты справедливо заключают, что это произошло во многом из-за изменения подходов к выбору и учету

причин смерти. Директор НИИ организации здравоохранения Департамента здравоохранения г. Москвы Д. Мелик-Гусейнов подчеркнул, что врачи стали корректнее оформлять причины смерти [4, 5, 6].

В Указе Президента Российской Федерации от 7 мая 2018 г. № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» перечисляется среди целевых показателей снижение показателя смертности от БСК до 450 случаев, онкологических заболеваний – до 185 случаев на 100 тыс. населения [2]. По данным Минздрава РФ и Росстата за 2017 г., именно БСК стали причиной смерти 47,8 % россиян, а на втором месте остались онкологические заболевания – 15,6 % (табл. 1, 2).

Для достижения поставленных целей Правительству Российской Федерации поручено разработать совместно с региональными властями национальные программы по ряду направлений, включая «Демографию» и «Здравоохранение», и представить их на заседание Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и приоритетным проектам в срок до 1 октября 2018 г. К настоящему времени Минздравом России с участием Общероссийского Народного Фронта, Национальной Медицинской Палаты, других общественных медицинских организаций рассчитаны значения показателей для страны по годам и индикаторы для каждого субъекта РФ, так, чтобы к 2024 г. в целом выйти на нужный уровень [8, 9].

Одной из важных задач в здравоохранении стало повышение достоверности данных о смертности населения. Она зависит прежде всего от унификации и точного соблюдения правил формулировки посмертного (заключительного клинического, патологоанатомического и судебно-медицинского) диагноза, оформления медицинского свидетельства о смерти, а также корректного кодирования причин смерти по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра (МКБ-10). Необходимость принятия мер по уточнению основных принципов формулировки диагноза и строгого соблю-

дения требований МКБ-10 демонстрируют, например, данные статистики о многократном и диспропорциональном превышении показателей смертности в России от ряда болезней органов кровообращения, по сравнению со странами ЕС и США. Это свидетельствует о различных подходах к их диагностике и учету, как в разных субъектах Российской Федерации, так и в стране в целом. Кроме того, за последние годы в международную клиническую практику внедрены новые дефиниции и классификации ряда заболеваний, а в МКБ-10 экспертами Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) внесено более 200 изменений и обновлений, которые с опозданием внедряются в практику отечественного здравоохранения [10–12].

В последние годы на многих форумах по здравоохранению подчеркивалось, что использование разной терминологии, несогласованность клинических и морфологических классификаций, их несоответствие МКБ-10, противоречия в действующих нормативно-методических документах по правилам формулировки и кодирования диагнозов приводят не только к искажению показателей смертности населения от отдельных причин, но и проблемам в организации и оказании медицинской помощи.

По результатам выступлений специалистов различного профиля – статистиков, клиницистов, патологоанатомов и судебно-медицинских экспертов – на XXV Конгрессе «Человек и лекарство» (2018) были сформулированы основные проблемы, ведущие к ошибкам выбора и кодирования по МКБ-10 первоначальной причины смерти и последующей оценки показателей смертности от отдельных причин [13].

Специальным комитетом, организованным ВОЗ в 1999 г. (WHO ICD-10 Update Reference Committee), в МКБ-10 ежегодно вносятся изменения, которые публикуются на ее официальном сайте, но при этом они не публикуются на русском языке и практически не используются в Российской Федерации – только отдельные новые правила кодирования и выбора первоначальной причины смерти направляются в регионы письмами Минздрава России и методическими рекомендациями ФГБУ «ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России. Например, 05.12.2014 Минздравом России было разослано письмо с перечнем добавленных и исключенных рубрик МКБ-10 по состоянию на 2014 г., однако в настоящее время важно ускорить работу, проводимую Минздравом России и соответствующими институтами по внедрению в практику отечественного здравоохранения последней версии МКБ-10 от 2017 г. (МКБ-10–2017). Она не только значительно отличается от давно устаревшей версии МКБ-10, принятой 43-й Ассамблеей ВОЗ в 1989 г., которая до настоящего времени применяется в России (была переведена на русский язык, утверждена ВОЗ и опубликована в 1995 г.), но и является, в определенной мере, переходной к МКБ-11. Последняя была представлена в октябре 2016 г. в Токио как новая и значительно расширенная версия МКБ для использования в электронной среде, и ее постепенное внедрение в практику планируется в России после 2020 г.

Следует также кардинально отредактировать и переиздать русскоязычный 3-й том МКБ-10 (1995), ответственность за подготовку и содержание которого возложены на страны – члены ВОЗ, и, кроме того, его издание не требует утверждения экспертами ВОЗ. Дефекты этого тома привели к ошибочному использованию врачами первых двух томов МКБ-10, предназначенных для специалистов по статистике, вместо 3-го тома, который ВОЗ рекомендует применять для кодирования причин смерти врачами всех специальностей.

Правила выбора «первоначальной причины смерти» в статистике смертности определены МКБ-10, однако не всегда правильно трактуются и используются. Причем это характерно для практикующих врачей не только России, но и других стран мира. Ошибки в построении «логической последовательности» с определением и кодированием основного заболевания – первоначальной причины смерти лежат в основе, например, того, что показатели смертности от заболеваний из группы ИБС в США и Японии различаются в 6 раз, а данные многих стран вообще несопоставимы. В США 99% случаев смерти от инфаркта миокарда учитываются как «неуточненный инфаркт миокарда», а в части штатов по-прежнему применяется еще МКБ-9. В странах ЕС отсутствует объективная статистика причин смерти от инфекционных заболеваний, например вирусных гепатитов и циррозов печени (вычисляется только математическими методами, а не по отчетам стран ЕС), ряда других заболеваний, важных в медико-социальном плане [10–13].

МКБ-10 не является образцом или справочником для формулирования клинического, патологоанатомического и судебно-медицинского диагнозов, а предназначена для его формализации и кодирования, прежде всего основного и коморбидных заболеваний. Невозможно достигнуть полной соподчиненности статистической классификации с клиническими и морфологическими. 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 аутопсий. Часть представленных в МКБ-10 формулировок не имеет клинических и морфологических объяснений и обоснований. Не определены клинические и морфологические критерии для установления данных диагнозов, нет классификаций для данных состояний.

Усугубляет ситуацию отсутствие в России единых клинико-морфологических классификаций, соответствующих современным международным и отечественным рекомендациям, даже таких распространенных групп заболеваний, как ИБС и ЦВБ, а также согласованности между клиницистами, патологоанатомами и судебно-медицинскими экспертами в употреблении ряда терминов. Такие понятия, как внезапная коронарная и сердечная смерть, острый коронарный синдром, варианты кардиосклероза, ишемическая кардиомиопатия и многие другие остаются предметом дискуссии при формулировке и кодировании диагнозов. В результате до 80% среди причин смерти в группе ИБС в России составляет атеросклеротический или диффузный мелкоочаговый кардиосклероз – понятие, которое вообще отсутствует в современных международных клинических классификациях ИБС и МКБ-10. Анализ патологоанатомических и судебно-медицинских диагнозов показал, что даже с морфологической точки зрения часто выявляется его необоснованная гипердиагностика как первоначальной причины смерти [10–12].

В 2016–2017 гг. в России посмертные диагнозы и медицинские свидетельства о смерти оформляют у 40–44% умерших клиницисты (без проведения вскрытий), у 20–23% – врачи-патологоанатомы и у 36–37% – судебно-медицинские эксперты (по результатам аутопсий). Процент вскрытий ежегодно растет, причем почти 65% вскрытий в судебно-медицинской экспертизе составляют вскрытия умерших от ненасильственных причин [14, 15]. Приказ Минздрава России от 04.12.1996 № 398 «О кодировании (шифровке) причин смерти в медицинской документации» возложил на врачей, а не специалистов по статисти-

стике, 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 все ошибки кодирования причин смерти по МКБ-10, если врачи не формулируют диагнозы в соответствии с требованиями МКБ, как это показывает опыт стран ЕС и США. В результате основная нагрузка по выбору первоначальной причины смерти и ее кодированию была возложена на патологоанатомов и судебно-медицинских экспертов, которые фактически должны были освоить вторую специальность – медицинскую статистику.

На XXV Конгрессе «Человек и лекарство» (2018) и заседаниях Комитета по охране здоровья Государственной думы Российской Федерации (2018) было подчеркнuto, что, несмотря на определенные успехи в повышении качества оформления посмертных 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 согласованного мнения специалистов различного профиля – статистиков, клиницистов и морфологов. Прежде всего это касается объективизации установления патологоанатомических диагнозов и первоначальных причин смерти, подлежащих впоследствии кодированию по МКБ-10 и статистическому учету. Так, по данным Минздрава России, процент расхождений заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов в среднем по России за 15 лет снизился в 10 раз – с 10–16% в начале 2000-х гг. до 1,2% в 2016 г. [15]. По международной модели расчета с учетом такого показателя, как процент вскрытий, индекс расхождения диагнозов не должен быть ниже 20% (например, 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 болезней органов кровообращения при сохранении общего показателя смертности населения ряда регионов) давление на результаты вскрытий, накопившиеся нерешенные организационные проблемы, касающиеся работы патологоанатомической службы в стране [14, 15].

Наиболее остро вопрос о правилах формулировки диагнозов и кодирования причин смерти стоит для класса IX МКБ-10 – БСК, 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 раза 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 болезней Альцгеймера и т. д. Сходная ситуация отмечается с регистрацией смертей от алкогольной кардиомиопатии. Приведенные факты свидетельствуют, что статистические данные о причинах смерти населения в России носят искаженный характер [10–12].

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. Ввиду высокой распространенности коморбидности проблема требует внимания специалистов с точки зрения как оказания медицинской помощи, так и отражения в определенных рубриках диагноза, а в перспективе должна подлежать обязательному статистическому учету. Приоритет исследований по теории диагноза, в том числе с учетом коморбидности, принадлежит российским ученым. Основы учения о диагнозе были заложены в 70–80-е гг. XX века в трудах И. В. Давыдовского, А. И. Струкова, А. М. Вихерта, А. В. Смольяникова, Д. С. Саркисова, В. В. Серова, О. К. Хмельницкого, Г. Г. Автандилова и других. Были детально обоснованы и внедрены в практику варианты формулировки, кодирования диагноза и оформления свидетельства о смерти как при одном заболевании (состоянии), так и сочетании нескольких нозологических форм. Множественность заболеваний и причин смерти определяется как коморбидность (термин предложен А. R. Feinstein в 1970 г.). Правилами ВОЗ определено, что ограничение анализа по единичному состоянию для каждого эпизода влечет за собой потерю части имеющейся информации. Потому рекомендуется по возможности проводить кодирование и анализ заболеваемости и смертности по множественным причинам. В томе 2 МКБ-10 особо подчеркивается, что поскольку международных правил на этот счет не существует, такой анализ следует делать в соответствии с местными правилами [16, 17].

Исследование, проведенное в Иркутске, показало, что наиболее распространенными ошибками при оформлении медицинских свидетельств о смерти являются следующие: 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 [12].

Серьезной проблемой является то, что пациенты пожилого возраста часто умирают дома без обращения за медицинской помощью в течение месяцев, а иногда и лет, что без проведения вскрытия приводит к появлению в медицинских свидетельствах о смерти неуточненных первоначальных причин смерти и вызывающей настоятельность тенденции необоснованного расширения использования диагноза «старость».

Все это, наряду с отсутствием единого учебного центра и системы обучения по МКБ в Российской Федерации, приводит к многочисленным ошибкам кодирования (межклассовым – до 20%, внутриклассовым – до 40%). Таким образом, результаты обсуждения проблемы на XXV Конгрессе «Человек и лекарство» (2018) свидетельствуют о несопоставимости данных о смертности от отдельных причин (в динамике, между регионами России, между Россией и другими странами), что обусловлено следующим [18]:

- проблемы в статистической оценке смертности от отдельных причин;
- использование разных подходов и критериев к формулировке диагнозов, несоблюдение правил выбора первоначальной причины смерти и неправильное кодирование;
- несоответствие терминов и формулировок, используемых в МКБ-10, терминам и формулировкам клинических и морфологических классификаций;
- отсутствие полноценной системы обучения врачей, ординаторов и студентов принципам формулировки диагнозов с учетом правил МКБ-10;

- недостаточное внедрение автоматизированных систем кодирования, использование которых изменяет структуру смертности (например, согласно результатам пилотных исследований, доля смертей от БСК снижается с 55 до 36–38%). Однако правила кодирования причин смерти и их учета, заложенные в автоматизированные системы, должны быть согласованы с медицинскими профессиональными сообществами и профильными специалистами Минздрава России, а также быть едиными для всех регионов Российской Федерации.

По итогам обсуждения проблемы на XXV Конгрессе «Человек и лекарство» (2018) было принято решение о создании междисциплинарной рабочей группы под руководством Департамента мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения Минздрава России. В рабочую группу вошли опытные специалисты разного профиля и организаторы здравоохранения: О. Л. Барбараш (Кемерово), С. А. Бойцов (Москва), Д. Ш. Вайсман (Москва), А. С. Галявич (Казань), О. М. Драпкина (Москва), Ф. Г. Забозлаев (Москва), О. В. Зайратьянц (Москва), Е. П. Какорина (Москва), Л. В. Кактурский (Москва), В. А. Клевно (Москва), Н. Н. Никулина (Рязань), И. В. Самородская (Москва), С. Н. Черкасов (Москва), Л. А. Эфрос (Челябинск), С. С. Якушин (Рязань). Целью создания рабочей группы явились обсуждение и возможная реализация следующих предложений [18]:

- 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;

- ускорить издание русскоязычной версии МКБ-10–2017 и переработку 3-го тома МКБ-10 в справочник с клиническими, морфологическими и статистическими синонимами терминов классификаций болезней, прежде всего ИБС; привести в соответствие с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», МКБ-10–2017 и издать единые междисциплинарные рекомендации Минздрава России по формулировке и кодированию диагнозов;

- организовать на базе учебного центра Содружества 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 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 и клинико-анатомических конференций; внести

соответствующие изменения в законодательные акты РФ, нормативную базу Минздрава России и ФОМС;

- завершить централизацию патологоанатомической службы, начатую в России в 1988 г. (Приказ МЗ РСФСР от 04.01.1988 № 2), организовать целевую подготовку кадров для скорейшего устранения острого дефицита кадров патологоанатомов, повысить качество их подготовки и внести соответствующие уточнения и дополнения в нормативные документы патологоанатомической службы. В январе 2018 г. вице-премьер Правительства Российской Федерации Ольга Голодец указала, что для дальнейшей объективизации посмертных диагнозов и учета причин смертности населения патологоанатомическая служба должна быть юридически отделена от стационаров, где она находится [6];

- 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, патологоанатомов и судебно-медицинских экспертов;

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

♦ ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. <http://base.garant.ru/70170948/#ixzz5Qz7tW8Ns>. (Ссылка активна на 16.09.2018 г.)
2. <http://kremlin.ru/acts/news/57425> (Ссылка активна на 16.09.2018 г.)
3. Демографический ежегодник России. 2017: Стат. сб./ Росстат. М, 2017. 263 с.
4. <https://med.vesti.ru/novosti/obshhestvo-i-zakonodatelstvo/ot-kakih-boleznej-umirayut-rossiyane/>. (Ссылка активна на 16.09.2018 г.)
5. <https://meduza.io/news/2018/03/12/v-rossii-vypolnen-mayskiy-ukaz-o-snizhenii-smernosti-ot-sosudistyh-zabolevaniy-no-rezko-vyrosli-prochie-prichiny>. (Ссылка активна на 16.09.2018 г.)
6. <https://www.gks.ru>.
7. <https://www.vedomosti.ru/economics/articles/2018/03/12/753159-rossiyane-chasche-umirat>. (Ссылка активна на 16.09.2018 г.)
8. <http://www.kmis.ru/blog/maiskii-ukaz-prezidenta-no-204-i-zadachi-razvitiia-zdravookhra-neniia>. (Ссылка активна на 16.09.2018 г.)
9. <https://onf.ru/2018/05/11/eksperty-onf-obsudil-novyy-mayskiy-ukaz-prezidenta-v-chasti-demografii-i/>. (Ссылка активна на 16.09.2018 г.)
10. Бойцов С. А., Самородская И. В., Никулина Н. Н., Якушин С. С., Андреев Е. М., Зайратьянц О. В., Барбараш О. Л. Сравнительный анализ смертности населения от острых форм ишемической болезни сердца за пятнадцатилетний период в РФ и США и факторов, влияющих на ее формирование. Терапевтический архив 2017;89(9):53–9. [Boytsov S. A., Samorodskaya I. V., Nikulina N. N., Yakushin S. S., Andreev E. M., Zayratyants O. V., Barbarash O. L. Comparative analysis of mortality from acute forms of ischemic heart disease during a 15-year period in the

- Russian Federation and the United States and the factors influencing its formation. *Terapevticheskiy arkhiv*. 2017;89(9):53–9] (In Russian). DOI: 10.17116 / ter-arkh201789953–592.
11. Бойцов С.А., Андреев Е.М., Самородская И.В. Оценка возможности сравнения показателей смертности от болезней системы кровообращения в России и США. *Кардиология* 2017;57 (1):5–16. [Boytsov S.A., Andreev E.M., Samorodskaya I. V. Assessment of the Possibility of Comparing Mortality Rates from Diseases of the Circulatory System in the United States and Russia. *Kardiologiya* 2017; 57(1):5–16] (In Russian). DOI: 10.18565 / cardio. 2017.1.5–16
 12. Бойцов С.А., Самородская И.В., Галявич А.С., Белялов Ф.И., Вайсман Д.Ш., Явелов И.С., Никулина Н.Н., Якушин С.С., Зайратьянц О.В., Какорина Е.П. Статистическая, клиническая и морфологическая классификация ишемической болезни сердца – есть ли возможность объединения? *Российский кардиологический журнал* 2017;143 (3):63–71. [Boytsov S.A., Samorodskaya I.V., Galyavich A.S., Belyalov F.I., Vaysman D. Sh., Yavelov I.S., Nikulina N.N., Yakushin S.S., Zayratyants O.V., Kakorina E. P. Statistical, clinical and morphological classifications of coronary heart disease – possible to unite? *Russian Journal of Cardiology* 2017; 143 (3): 63–7] (In Russian). DOI: <http://dx.doi.org/10.15829/15604071/2017/3.63.71>.
 13. Duarte G., Williams C. J., Vasconcelos P., Nogueira P. Capacity to report on mortality attributable to chronic hepatitis B and C infections by Member States: An exercise to monitor progress towards viral hepatitis elimination *J. Viral Hepat.* 2018; 25:878–82.
 14. Состояние и основные задачи развития патологоанатомической службы РФ. Под ред. Г.А. Франка. Минздрав России, 2017. [Sostoyanie i osnovnyye zadachi razvitiya patologoanatomicheskoy sluzhchy RF. Ed by G. A. Frank. Minzdrav of Russia, 2017. (In Russian)].
 15. Андреев Е. М. Плохо определенные и точно не установленные причины смерти в России. *Демографическое обозрение*, 2016;3(2):103–42 [Andreev E. M. Ploho opredelennyye i tochno ne ustanovlennyye prichiny smerti v Rossii. *Demograficheskoye obozreniye*, 2016;3,2:103–42] (In Russian). DOI: [org/10.17323/demre.view.v3i2.1755](https://doi.org/10.17323/demre.view.v3i2.1755)
 16. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр. Официальное русское издание. В 3-х т. Женева: ВОЗ;1995. [Mezhdunarodnaya statisticheskaya klassifikatsiya boleznei i problem, svyazannykh so zdorov'em. Desyatyi peresmotr. Oftsial'noe russkoye izdanie. Zheneva: VOZ;1995. (In Russian)].
 17. Какорина Е. П., Александрова Г. А., Франк Г. А., Мальков П. Г., Зайратьянц О. В., Вайсман Д. Ш. Порядок кодирования причин смерти при некоторых болезнях системы кровообращения. *Архив патологии*; 2014; 76(4): С.45–52. [Kakorina E.P., Alexandrova G.A., Frank G.A., Malkov P.G., Zayratyants O.V., Vaysman D. Sh. Porjadok kodirovaniya prichin smerti pri nekotorykh boleznyah sistemy krovoobrashcheniya. *Archiv Patologii*. 2014; 76(4): С.45–52] (In Russian).
 18. Резолюция круглого стола XXV Конгресса «Человек и лекарство» (2018) на тему «Вклад болезней системы кровообращения в структуру общей смертности: вопросы и проблемы». [Rezolyutsiya kruglogo stola XXV Kongressa «Chelovek i lekarstvo» (2018) na temu «Vklad bolezney sistemy krovoobrashcheniya v strukturu obshchej smertnosti: voprosy i problem». *Zdravoohranenie Rossijskoy Federatsii* 2016;60(5):277–80). DOI 10.18821/0044–197X2016/60/5/277/280

Для корреспонденции:

ЗАЙРАТЪЯНЦ Олег Вадимович – заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой патологической анатомии ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Минздрава России • 127473, Москва, ул. Делегатская, д. 20 • +7(903) 184-92-17 • ovzair@mail.ru {SPIN-код: 4817-1084, AuthorID: 582025, ORCID: 0000-0003-3606-3823}