

# Проблемы качества статистики смертности в России<sup>1</sup>

**В.В. ЮМАГУЗИН**, кандидат социологических наук, Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики». E-mail: vyumaguzin@hse.ru

**М.В. ВИННИК**, магистр социологии, Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», Москва. E-mail: mvinnik@hse.ru

**Аннотация.** В работе представлены основные проблемы статистики смертности, в том числе учёта причин смертности. Перевод убийств, самоубийств, туберкулёза, сердечно-сосудистых заболеваний в «другие виды причин смерти» искажает фактическую картину. Ряд проблем связан с заполнением медицинского свидетельства о смерти, измерением младенческой смертности, оценкой ожидаемой продолжительности жизни. Даются организационные и методические рекомендации по совершенствованию системы учета смертности, в том числе внедрение централизованных автоматизированных систем; улучшение судебно-медицинской экспертизы; повышение координации между органами статистики, организациями системы здравоохранения, полицией. Важными условиями улучшения качества статистики смертности являются повышение демографической грамотности и рост уровня жизни населения.

**Ключевые слова:** демографическая статистика; причины смерти; кодирование смертей

## Введение

Повышение качества статистических данных о смертности по-прежнему является одной из актуальных задач российского здравоохранения [Сабгайда и др., 2012]. Статистика о причинах смерти имеет основополагающее значение для формирования стратегии развития здравоохранения. Планирование и проведение мероприятий по снижению заболеваемости и смертности, мониторинг и оценка принимаемых мер, а также определение приоритетов научно-исследовательской деятельности в области общественного здоровья невозможны без опоры на качественную и оперативную статистику.

---

<sup>1</sup> Исследование осуществлено в рамках Программы фундаментальных исследований НИУ ВШЭ в 2019 г.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), российская статистика смертности по причинам в 2010 г. охватывала 100% населения<sup>2</sup>, однако у исследователей вызывает много вопросов высокая доля смертей от таких причин, как «повреждения с неопределёнными намерениями», «неточно обозначенные и неуточнённые причины смерти», «кардиомиопатия неуточнённая», «старость» и др., куда в скрытой форме попадают так называемые «социально значимые причины смерти» (убийства, самоубийства, алкогольные и наркотические отравления) и причины, которые имеют плановые показатели по снижению (сердечно-сосудистые заболевания).

Исследователи из Центрального научно-исследовательского института организации и информатизации здравоохранения Минздрава (ЦНИИОИЗ) пишут, что ухудшение качества статистики по причинам смерти началось ещё с середины 1980-х годов, с тех пор «темпы роста смертности от повреждений без уточнений опережают темпы роста смертности от убийств, а на российских территориях с минимальными уровнями смертности от убийств зачастую фиксируются максимальные уровни смертности от повреждений (без уточнений)»<sup>3</sup>.

Уровень смертности и её структура тесно связаны с показателями экономического благополучия и неравенства. В годы кризисов, потрясений и бедствия уровень смертности от социально значимых причин резко возрастает даже в самых развитых странах. Так, в недавней публикации исследователи из США Энн Кейс (Anne Case) и Ангус Дитон (Angus Deaton) обратили внимание на рост смертности от самоубийств, алкогольных и наркотических отравлений, а также смертности от алкогольной болезни печени среди белых американцев, назвав эти смерти *death of despair*, что можно перевести как «смерть от отчаяния, безысходности».

Общепризнанно, что уровень насильственной смертности отражает масштабы социально-экономического неравенства и может служить индикатором психологического благополучия

---

<sup>2</sup> Global Health Observatory data repository. Death registration coverage. Data by country. URL: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.HS10v> (дата обращения: 22.05.2019).

<sup>3</sup> Иванова А., Семенова В., Дубровина Е. Маргинализация российской смертности. Демоскоп Weekly 2004. № 181–182. URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/2004/0181/tema01.php>

общества и ценности человеческой жизни. Не случайно в дореволюционное и в раннее советское время эти причины формировали так называемую моральную или нравственную статистику<sup>4</sup>.

Вместе с тем перевод социальных причин смерти в латентную форму ведет к неадекватной оценке масштабов социальных проблем, которые вследствие этого остаются за пределами общественного и государственного внимания. Намеренное их игнорирование может быть сравнимо с альтернативой полному засекречиванию статистики по причинам смерти, опыт чего у нашей страны уже имеется. К примеру, Д. Д. Богоявленский пишет, что статистика самоубийств появилась сначала только для городского населения (в начале 1930-х), и лишь с 1956 г. – для всего населения страны. Однако «эти данные... вплоть до конца 1980-х не публиковались в открытой печати. Они пылились и выцветали в сейфах и архивах – изменялся только гриф секретности: “Не для публикации” – “Секретно” – “Для служебного пользования” – и снова “Секретно”» [Богоявленский, 2002. С. 5]. М. Тольц указывает, что данные об убийствах, самоубийствах, несчастных случаях на производстве, смертности от особо опасных инфекций (чума, холера и др.) в конце 1970-х – начале 1980-х годов имели статус «государственной тайны» (крайне ограниченный доступ), а данные о смертности по возрастным группам (в том числе младенческая в возрасте до года) могли найти отражение в редких публикациях в открытой печати только с разрешения Центрального статистического управления СССР и его региональных подразделений (обычно с грифом «ДСП») <sup>5</sup>.

Положение с засекречиванием данных стало меняться только в период перестройки и с приходом гласности (1987–1988 гг.), когда начинают впервые регулярно публиковаться данные по основным классам причин смерти. Однако долговременные ряды статистики по причинам смерти стали доступны широкому кругу исследователей лишь в 1996 г., когда францужско-российская команда демографов смогла реконструировать данные за 1965–1994 гг.

---

<sup>4</sup> Помимо преступлений, самоубийств, нравственная статистика имеет дело с вопросами брачности, рожденьями в браке и вне брака, с проституцией, отношениями общества со школой и церковью и с другими явлениями, которые в современном обществе можно было бы объединить в статистику культурную.

<sup>5</sup> Тольц М. Тайны советской демографии. Демоскоп Weekly, 2004. № 171–172, URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/2004/0171/analit06.php>

В современной России, как и в 1970-е гг., стандартизованный коэффициент смертности от убийств в 7–8 раз превышает средневропейский уровень. И по-прежнему вместо реальной борьбы с этой причиной смерти самым простым решением оказывается «спрятать» ее глубоко в недрах статданных.

И здесь впору сказать несколько слов о системе учета смертности по причинам смерти.

### **Международная классификация и «мусорные коды» причин смерти**

Учёт заболеваемости и причин смерти в мире ведется согласно Международной статистической классификации болезней (МКБ) (отсчет с 1893 г. – с Классификации Бертильона, или Международного перечня причин смерти<sup>6</sup>).

В 1965–1969 гг. в России действовала номенклатура причин смерти, основанная на 7-й ревизии МКБ, в 1970–1980 гг. – на МКБ-8, в 1981–1998 гг. – на МКБ-9, а с 1999 г. – на МКБ-10. Издание МКБ-10 состоит из трех томов, где первый том содержит основную классификацию, второй – инструкции по применению для пользователей МКБ, третий – алфавитный указатель. Классификация четырехуровневая. В ней выделены крупные классы причин смерти, которые далее делятся на отдельные рубрики и причины смерти. МКБ-10 содержит 22 класса причин смерти, среди основных – «Некоторые инфекционные и паразитарные болезни», «Новообразования», «Болезни системы кровообращения», «Болезни органов дыхания», «Болезни органов пищеварения» и «Внешние причины заболеваемости и смертности», на долю которых суммарно приходится 80% умерших в России.

С каждым новым пересмотром МКБ в ней появляются новые коды, соответствующие причинам смерти, которые ранее не выделялись, уточняются положение и названия «старых» причин, корректируются принципы группировки причин смерти

---

<sup>6</sup> Созданию международной классификации причин смерти посвящен § 1 монографии «Смертность от внешних причин в России с середины XX века», которую написали демографы из НИУ ВШЭ. См. URL: [https://id.hse.ru/data/2017/10/24/1172462398/%D0%A1%D0%BC%D0%B5%D1%80%D1%82%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8C\\_%D0%B2\\_%D0%A0%D0%BE%D1%81%D1%81%D0%B8%D0%B8\\_%D1%82%D0%B5%D0%BA%D1%81%D1%82\\_%D1%81%D0%B0%D0%B9%D1%82.pdf](https://id.hse.ru/data/2017/10/24/1172462398/%D0%A1%D0%BC%D0%B5%D1%80%D1%82%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8C_%D0%B2_%D0%A0%D0%BE%D1%81%D1%81%D0%B8%D0%B8_%D1%82%D0%B5%D0%BA%D1%81%D1%82_%D1%81%D0%B0%D0%B9%D1%82.pdf)

в рубрики. Это нарушает непрерывность статистических рядов и требует воссоздания долговременных рядов показателей смертности на уровне отдельных причин смерти. Первая реконструкция данных за 1965–1994 гг., как уже отмечалось, была выполнена в 1996 г., в 2003 г. горизонт данных был продлен вглубь – до 1956 г. Наконец, реконструкция 2015 г. охватила период после перехода к МКБ-10.

Хотя глобально пересмотры МКБ происходят раз в 10–20 лет, в течение этого времени ВОЗ все равно меняет методики кодирования и состав причин смерти. В связи с этим острым становится вопрос поддержания в актуальном состоянии инструкций и самой классификации. Сотрудники ЦНИИОИЗ и специалисты Росстата обращают внимание, что русскоязычное издание МКБ-10, выпущенное в 1995 г., с тех пор не обновлялось. И хотя Министерство здравоохранения и Росстат готовят инструкции, информационные письма и директивы по вопросу кодирования причин смерти, это не снижает региональные различия в практиках кодирования, которые связаны в том числе с разной скоростью «усвоения» всех этих нововведений.

Говоря об административных перипетиях, нельзя не упомянуть, что с 1999 г. функции по кодированию причин смерти были переданы из органов статистики органам здравоохранения. При этом врачи, не испытывая реальной потребности в статистике на уровне популяций, не всегда ответственно подходят к данной обязанности [Сабгайда и др., 2014а]. Это обстоятельство вкупе с переходом на МКБ-10 в 1999 г. явилось причиной резкого роста числа случаев смерти, зашифрованных врачами кодами класса «Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках» (далее «Симптомы и признаки»). Уже в 2000 г. в сравнении с годом ранее в Москве смертность мужчин от «неточно обозначенных и неизвестных причин смерти» выросла с 7 до 50 чел. на 100 тыс. населения, а от «повреждений с неопределенными намерениями» сократилась со 104 до 46 чел. на 100 тыс. населения. Фактически эти показатели в официальной статистике поменялись местами, что позволило на бумаге отразить снижение насильственной смертности.

И. А. Данилова отмечает, что переход от советской номенклатуры к МКБ-10 многократно увеличил список кодов, которым

должен оперировать специалист, кодирующий причину смерти. Если до 1999 г. работники статистических офисов, ответственные за кодирование причин смерти, оперировали лишь 175 рубриками советской номенклатуры причин смерти, то сегодня медицинские работники должны выбрать нужный пункт из более чем 10 тысяч кодов, содержащихся в МКБ-10.

В МКБ есть такие коды, по которым можно судить о качестве статистики смертности. К ним относятся, например, неуточнённые причины смерти и так называемые «мусорные коды», а именно неопределённые и неточно обозначенные причины смерти и состояний [Иванова и др., 2013; Юмагузин, Винник, 2017]. Если статистика по неуточненным причинам часто не оговаривает место смерти, возраст умершего, конкретный тип возбудителя или локализацию болезни, но, по крайней мере, дает представление о причине смерти, то «мусорные коды» часто не содержат даже такой информации, чем искажают структуру смертности и затрудняют анализ статистики по причинам. И хотя использовать «мусорные коды» не запрещено, есть рекомендации ВОЗ и ЦНИИОИЗ, отраженные в руководстве по кодированию причин смерти, не злоупотреблять этими рубриками чрезмерно.

Проблема избытка использования этих кодов стоит не только в России, но и в других странах. Однако несмотря на то, что в России доля неопределённых и неизвестных причин смерти составляет 8%, а в Бельгии и Японии – 15–16%, в целом качество информации о причинах смерти в нашей стране экспертами ВОЗ оценивается как среднее, тогда как в двух названных странах оно считается высоким. Это означает, что в оценке качества статистики смертности доля неопределённых смертей не является единственным критерием.

К примерам неуточнённых причин смерти относят «Транспортные несчастные случаи» (без уточнения, дорожные или не дорожные), «Пневмония без уточнения возбудителя», «Злокачественное новообразование брюшины неуточнённой части», «Инсульт, не уточнённый как кровоизлияние или инфаркт» и др. [Сабгайда и др., 2012]. К примерам «мусорных кодов» относится весь класс «Симптомы и признаки» (за исключением причины «Внезапная смерть грудного ребенка»), который содержит такие коды, как «Старость», «Мгновенная смерть», «Смерть без

свидетелей», «Другие неточно обозначенные и неуточненные причины смерти». К числу «мусорных» относится также блок причин «Повреждения с неопределенными намерениями» (ПНН) и причина «Последствия событий [повреждений], не уточнённых как случайные или преднамеренные», которые содержатся внутри класса «Внешние причины смерти». Из других классов причин в эту группу входят такие, как «Злокачественное новообразование без уточнения локализации», «Остановка сердца», «Генерализованный и неуточненный атеросклероз» и др. То есть список таких кодов в целом довольно обширен.

Исследователи утверждают, что ПНН (принадлежащие классу «Внешние причины заболеваемости и смертности») служат главным «резервуаром» самоубийств, и особенно убийств [Иванова и др., 2013]. Преимущественно неестественные и насильственные причины смерти маргинальных групп населения могут скрываться также под кодами класса «Симптомы, признаки» [Иванова и др., 2004], таких как «Мгновенная смерть», «Смерть без свидетелей», «Другие неточно обозначенные и неуточнённые причины смерти». В отличие от статистики убийств и самоубийств, эти внешне безобидные причины смерти не вызывают особого интереса ни у властей, ни у общественности.

Отметим, что в данной статье, если не оговорено иное, речь идет о медицинских свидетельствах о смерти, которые следует отличать от гражданских свидетельств, выдаваемых органами ЗАГСа. Первые представляют собой документ, заполняемый врачом (судмедэкспертом, патологоанатомом) или фельдшером в медицинском учреждении (больнице, поликлинике или бюро судебно-медицинской экспертизы). Они выдаются родственникам умерших и далее обмениваются ими в ЗАГСе на гражданские свидетельства, которые являются разрешением на захоронение и юридическим документом для решения вопросов о наследстве и пр.

В медицинском свидетельстве о смерти указываются три типа причин: основная, непосредственная и сопутствующая. В статистическую обработку идет основная причина смерти, которая кодируется на региональном уровне, а потом сводится на национальном. С 2011 г. в бланк свидетельства о смерти введена графа, в которой отражаются «прочие важные состояния, способствовавшие смерти».

## Смертность и оценка продолжительности жизни

Регистрация фактов смерти в России производится по месту проживания умершего либо по месту наступления смерти – на основании врачебного свидетельства о смерти или фельдшерской справки. Если человек проживал в одном регионе, а умер в другом, власти обоих регионов заинтересованы в том, чтобы отказать в регистрации смерти на своей территории, поскольку это портит его статистику смертности и ожидаемой продолжительности жизни. Пример такого противостояния – Москва и Московская область, между которыми велика маятниковая и сезонная миграция<sup>7</sup>. По оценкам, ожидаемая продолжительность жизни у лиц, зарегистрированных в Москве, выше, чем у фактически там проживающих – на три года у мужчин и 1,5 года у женщин [Иванова и др., 2016]. Интересно, что ни один из регионов не отказывает в регистрации рождения, если оно произошло на его территории.

В расчёте коэффициентов смертности, которые необходимы для оценки ожидаемой продолжительности жизни, используется информация как о числе умерших, так и о численности населения. Возрастной коэффициент смертности есть отношение числа умерших в определённом возрасте к численности населения этого же возраста. Предполагается, что регистрация смерти ведётся более качественно, чем учёт численности населения, хотя проблемы встречаются везде. Если у исследователей возникает недоверие к показателю численности населения, появляется так называемая «проблема знаменателя». Например, высокие показатели ожидаемой продолжительности жизни в кавказских республиках многими исследователями ставятся под сомнение как раз из-за завышенной численности населения. Это приводит к тому, что северокавказские республики часто исключают из дальнейшего анализа демографической статистики.

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в Москве выше, чем в среднем по России, на пять лет. Отметим ряд связанных со статистикой причин, которые могут искусственно завышать этот показатель для столицы. Например, хорошо известен «эффект здорового мигранта», который проявляется

---

<sup>7</sup> Фактическая смертность в Москве снижается // Интерфакс. 30 октября 2015 г. URL: <https://www.interfax.ru/moscow/476503> (дата обращения: 18.05.2019).

в том, что на заработки в город едут преимущественно молодые и здоровые люди, а при возникновении проблем со здоровьем они возвращаются в родной регион. При переписи населения такой мигрант сначала будет учтён в составе постоянного населения Москвы, а в случае его болезни или смерти на родине событие учитывается в статистике соответствующего региона.

Есть и другие проблемы, связанные со статистикой смертности. Так, коллеги из ВШЭ [Папанова и др., 2017] отмечают, что с 2011 г. в возрасте 80 лет ожидаемая продолжительность жизни московских мужчин, во-первых, оказывается выше, чем в других странах с надёжной статистикой, во-вторых, превышает показатель для женщин, что не встречается ни в одной стране мира. Основными факторами завышения исследователи называют двойной учёт пожилого населения, а также высокую миграционную подвижность мужчин, из-за чего их смерть могла произойти и быть зарегистрирована вне столицы. Корректировка ожидаемой продолжительности жизни в возрасте 80 лет приводит к снижению ожидаемой продолжительности жизни при рождении на 1,6 года у мужчин и на 0,4 года у женщин. Таким образом, целый ряд проблем со статистикой смертности несколько снижают превосходство столицы.

### **Проблемы кодирования причин смерти**

В России врачи и фельдшеры самостоятельно кодируют причины смерти для целей статистического учета. Контроль за качеством заполнения ими медицинского свидетельства о смерти часто ограничивается формальной проверкой со стороны главного врача медицинской организации, что нередко негативно сказывается на качестве статистики. За рубежом на смену ручному кодированию давно пришли централизованные автоматизированные системы, которые помогают избежать ряда ошибок, например, они проверяют логику последовательности событий, приведших к смерти, не позволяя указывать в качестве основной причины смерти те коды, которые не должны использоваться для этого, не позволяют оставлять незаполненными обязательные поля, помогают избежать нелепых и курьезных диагнозов (ставить женские болезни мужчинам и наоборот, самоубийства для младенцев и т.д.). Введение такой системы в российских реалиях помогло бы не только сократить количество подобных

ошибок, но и оперативно учитывать изменения в правилах кодирования, и унифицировать региональную практику кодирования. Кроме того, это дало бы возможность оценивать смертность как по месту происхождения инцидента, так и по месту проживания индивида.

Приведём наиболее яркие примеры, обнажающие проблемы современной российской статистики по причинам смерти.

**Смертность от неестественных причин.** За последние полвека стандартизованный коэффициент смертности от повреждений с неопределёнными намерениями в России увеличился в семь раз у мужчин и в шесть раз у женщин; в сравнении с европейскими странами смертность от этого блока причин в России в 2015 г. была выше в 9–8 раз и составила 47 чел. и 11 чел. на 100 тыс. мужчин и женщин соответственно. Для сравнения: уровень смертности от убийств и самоубийств в нашей стране составил у мужчин 12 и 29 чел. на 100 тыс., а у женщин – 3 и 5 чел. на 100 тыс. населения соответственно. Таким образом, в более чем половине случаев насильственных смертей точная причина смерти не установлена. Учитывая, что некоторая часть насильственных смертей скрывается и в других «мусорных кодах» (преимущественно за счет отнесения их к неточно обозначенным причинам смерти класса «Симптомы и признаки»), доля неуточнённых диагнозов становится ещё выше.

Смертность от причин, входящих в класс «Симптомы и признаки», также показывает значительный рост. К началу текущего тысячелетия она выросла «максимальными темпами на фоне всех других причин смерти, в результате чего доля неточно обозначенных состояний увеличилась с 0,8% до 4% в мужской и с 0,8% до 5,5% в женской популяциях»<sup>8</sup>. К 2018 г. их доля в общей структуре смертности увеличилась до 4,8% у мужчин и 9,5% у женщин.

В последнее время в Астраханской области уровни убийств и суицидов снизились почти до нуля – в 2015 г. у мужчин он был 4 чел. и 1 чел. на 100 тыс. населения, а у женщин – 1 чел. и менее 1 чел. на 100 тыс. В 2016 г. снижение смертности по этим причинам в регионе продолжилось, причем у женщин уровень

---

<sup>8</sup> Иванова А., Семенова В., Дубровина Е. Маргинализация российской смертности. Демоскоп Weekly 2004. № 181–182. URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/2004/0181/tema01.php>

самоубийств оказался настолько незначим, что в базе данных по смертности данные вообще не представлены. Такие результаты приводят Астраханскую область в число лучших регионов РФ по психологическому благополучию населения, наряду с Чечней и Ингушетией. Но значит ли это, что её опыт и пример могут оказаться ценными для других регионов России или, к примеру, для развитых стран, где эти показатели хотя и ниже среднероссийских в 5–7 раз, но до астраханского уровня им еще далеко? Увы, но чересчур высокая доля в структуре смертности в регионе «Повреждений с неопределёнными намерениями» делает такие выводы преждевременными.

Установлено, что в 2014–2016 гг. коды смерти от «Повреждений с неопределёнными намерениями» были проставлены более чем в половине всех случаев смертей от внешних причин в таких регионах, как Астраханская, Мурманская, Ростовская, Сахалинская, Магаданская области и Хабаровский край [Юмагузин, Винник, 2019]. По-видимому, власти этих регионов решили так бороться с социально значимыми причинами смерти – главным образом на бумаге.

Указанная проблема не обошла стороной и столицу. В 2014 г. смертность трудоспособного населения г. Москвы «От неизвестных причин» оказалась самой высокой в России – каждый четвёртый москвич и каждая седьмая москвичка погибали именно от этих причин. Не случайно в научных кругах [Иванова и др., 2016] сложилось мнение, что «говорить о приоритетах здоровья, особенно у трудоспособного населения, можно сугубо оценочно». Вклад мигрантов в этот показатель тоже значим: 35,7 и 22,4% смертей мужчин и женщин трудоспособного возраста от неизвестных причин пришлись на лиц, не зарегистрированных в столице.

Исследования сотрудников ЦНИИОИЗ по данным Кировской области показывают, что в 2003 г. среди умерших от неточно обозначенной причины смерти 85–95% трупов были найдены в состоянии разложения. В определённой мере здесь можно говорить о вкладе «ненужных» людей: умершие представляют собой неопознанные тела, лица без определённого места жительства или просто без документов, а поскольку у погибших нет родственников, такие случаи, как правило, не расследуются.

В настоящее время каждая десятая смерть наступила от неуточнённых, неизвестных и неточно определённых причин смерти, что дает повод говорить о деградации и маргинализации российской статистики смертности. Впору переключать исследовательский фокус на эти причины (в связи с их масштабом). Однако если они не дают представления о конкретных причинах смерти, как можно создать программу борьбы с ними? И здесь опять встает вопрос о необходимости улучшения качества кодирования и внимательной работы с опубликованными данными. Сегодня лишь немногие исследователи, анализируя смертность от отдельных причин (или их классов), корректируют статистическую информацию с учетом возможных искажений, остальные, к сожалению, ограничиваются официальными данными, которые плохо отражают реальное состояние дел.

Достоверность статистики смертности от дорожно-транспортного травматизма также подвергается сомнениям. К. В. Лопак [Лопак, 2011] пишет, что в 2002 г. в Калужской области «28,6% от всех неуточненных внешних причин смерти составили транспортные происшествия, в которых несчастный случай не был уточнён как дорожный или не дорожный». В этой же статье приводятся данные, согласно которым диагноз по внешним причинам смерти в 97% случаев устанавливался на основании вскрытия при участии судмедэксперта. Однако несмотря на то, что это должно приводить к наиболее точной диагностике, именно среди причин этого класса доля неуточнённых была наивысшей – почти 60%.

**СПИД и туберкулёз.** Ряд исследователей считают, что происходит манипуляция со статистикой по причинам смерти и в отношении смертности от туберкулёза, поскольку правительством утверждён целевой показатель её снижения. Так, по данным сотрудницы ЦНИИОИЗ О. Б. Нечаевой, при кодировании причин смерти ВИЧ-инфицированных, страдающих туберкулезом, нередко в качестве причины указывалась ВИЧ-инфекция, даже в тех случаях, когда у пациентов на фоне удовлетворительных показателей иммунитета развивался активный туберкулёзный процесс. Это, кстати, привело к быстрым темпам роста смертности от ВИЧ-инфекции. Вместе с тем другой автор, демограф А. Ракша, опровергает выводы О. Б. Нечаевой на том основании, что снижение смертности от туберкулёза и рост смертности

от ВИЧ происходят в разных возрастах. По его данным, пик смертности от ВИЧ совпадает с первым «горбом» смертности от туберкулёза в возрасте 30–39 лет.

Возможно, добиться согласия в этом вопросе помогут методические рекомендации Минздрава<sup>9</sup>, согласно которым в качестве причины смерти ВИЧ-инфицированных необходимо указывать болезнь, вызванную ВИЧ, независимо от того, какое из состояний (в том числе туберкулёз) у пациента развилось раньше<sup>10</sup>. К сожалению, эти рекомендации были утверждены Минздравом только в 2016 г., до того момента, как мы сможем оценить их эффект, остается еще много методической работы, в том числе по обучению персонала.

**Старость и сердечно-сосудистые заболевания.** Как показывает история, введение целевых значений по конкретным показателям смертности, как правило, приводит к ухудшению качества статистики. Для примера вспомним, как в позднесоветское время Минздрав СССР боролся с сердечно-сосудистыми заболеваниями. На коллегии Минздрава<sup>11</sup> были приняты «Указания о порядке установления причины смерти при основных заболеваниях болезней органов кровообращения...». В соответствии с документом «умершим вне стационара в возрасте старше 80 лет при отсутствии в медицинской документации указаний на заболевания, способные вызвать смерть, при отсутствии подозрения на насильственную смерть, в случаях, когда патологоанатомическое исследование не проводилось... в качестве причины смерти указывается старость, код R54» (цит. по [Самородская и др., 2014. С. 11]).

Похожий порядок действует и в современной России, хотя Минздрав подчёркивает, что старость не может быть выбрана в качестве первоначальной причины смерти «при наличии любого состояния, классифицированного в других рубриках».

---

<sup>9</sup> Методические рекомендации по порядку статистического учёта и кодирования болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) в статистике заболеваемости и смертности. Утверждено МЗ РФ 28.06.2016.

<sup>10</sup> Вместе с тем с увеличением доступности эффективной терапии ВИЧ-инфекции число лиц, живущих с ВИЧ, будет расти (по крайней мере, до тех пор, пока не будет значимого снижения заболеваемости ВИЧ). При их заболевании туберкулёзом и смерти от этой причины, положение, выдвинутое Нечаевой (2017) о гипердиагностике ВИЧ в этом случае, заслуживает дальнейшего обсуждения.

<sup>11</sup> См. Протокол коллегии № 8.1 от 29.03.1989 г.

В 2013 г. в России 14,6% смертей пожилых людей старше 80 лет были отнесены к рубрике «Старость». При этом в 16 регионах эта доля составила менее 1%, тогда как в Смоленской области – 50%, в Республике Башкортостан – 53%, в Тамбовской области – 60%, а в Республике Мордовия – 62% случаев смерти после 80 лет [Данилова, 2015]. Обращает на себя внимание тот факт, что в современной России от «старости» умирают не только в 80 лет и старше, но даже 60-летние! Вероятно, мы могли бы получить более достоверные уровни смерти от болезней системы кровообращения, если бы прибавили к ним умерших от старости.

**О ближайших перспективах.** В национальном проекте «Здравоохранение» указаны целевые параметры по снижению смертности от сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний, в национальном проекте «Безопасные и качественные автомобильные дороги» – по снижению смертности от ДТП. По нашему мнению, это порождает риски интенсивного перевода соответствующих причин смерти в другие: старость, недорожные и неуточнённые транспортные несчастные случаи. Борьба с другими социально значимыми смертями – убийствами и самоубийствами – уже давно привела к росту смертности от «Повреждений с неопределёнными намерениями».

При этом, по мнению некоторых исследователей, в России явно недооценен потенциал (очень низкий уровень по сравнению с западными странами) смертности в пожилых возрастах от сахарного диабета, психоневрологических заболеваний [Самородская и др., 2014; Данилова, 2015]. Если в медицинском свидетельстве о смерти в качестве сопутствующего заболевания или состояния указаны некоторые коды, относящиеся к злокачественным новообразованиям, сахарному диабету, бронхиальной астме, деменции, то, согласно правилам кодирования причин смерти по МКБ-10 (раздел 4.1.12 «Сводка о связях по кодовому номеру» тома 2 МКБ 10-го пересмотра издания 2010 г.), вместо кодов острых и терминальных болезней системы кровообращения должны быть указаны именно они или другие коды болезней системы кровообращения [Сабгайда и др., 2014а]. Однако исследования показывают, что такие ошибки встречаются, а значит, происходит гипердиагностика смертности от болезней системы кровообращения. Так, по данным за 2011 г., 2% смертей от сердечно-сосудистых заболеваний должны были получить коды

других классов причин смерти [Сабгайда и др., 2014а]. Таким образом, смертность от болезней системы кровообращения в перспективе может снижаться и по причинам, связанным с правилами кодирования смертей.

### **Множественные причины смерти**

Как было сказано, статистический учёт смертности традиционно опирается на анализ одной причины, которая в соответствии с правилами МКБ-10 рассматривается как первоначальная или основная (болезнь или травма, вызвавшая цепь болезненных процессов, приведших к смерти) [Сабгайда и др., 2015]. При этом свидетельство позволяет описать медицинские обстоятельства, сопровождавшие смерть от основной причины, и формирует таким образом статистику множественных причин смерти.

Анализ такой статистики позволяет более полно описать эпидемиологию заболеваний, поскольку, во-первых, документируется вся цепочка состояний, которые привели к смерти, во-вторых, повышается значимость тех причин, большая часть которых указывается в качестве сопутствующих, в-третьих, позволяет учитывать комбинации причин смерти различных уровней [Сабгайда и др., 2015]. Так, в Австралии, где такая статистика ведётся уже давно, было обнаружено, что ВИЧ и рак у покончивших жизнь самоубийством могли послужить роковым поводом. Таким образом, у политиков и демографов появляется гораздо больше информации для принятия тех или иных профилактических мер, направленных на снижение смертности от конкретных причин.

Помимо этого, статистика множественных причин смерти может быть полезна при оценке качества диагностики причин смерти (хотя при этом и сама требует корректного заполнения последовательности состояний) [Сабгайда и др., 2015].

В нашей стране статистический учёт множественных причин стал возможен с 2011 г., когда в бланк свидетельства о смерти была введена вторая часть п. 19, где, собственно, и отражаются «прочие важные состояния, способствовавшие смерти» (п. 19.1 – первоначальная (основная) причина смерти). К сожалению, вторая часть, в отличие от первой, является факультативной (по некоторым данным, в 2011 г. п. 19 был заполнен полностью менее чем в 1% случаев [Сабгайда и др., 2014б]). Вместе с тем заполнение всех строк могло бы стать

хорошим способом выявления реального уровня алкогольной и наркотической смертности. К тому же в случае обязательного заполнения второй части меняется ответственность врача. Так, эксперт из Центрального НИИ организации и информатизации здравоохранения обращает наше внимание на следующее: «Одно дело не указать, а другое – солгать и заверить своей подписью. И что касается алкоголя, это настолько важный фактор риска для России, что даже в случае необнаружения алкоголя в крови, своей рукой эксперт должен писать “алкоголь не обнаружен”» (цит. по: [Юмагузин, Винник, 2017. С. 268].

### **Учёт младенческой смертности**

Резкий рост смертности детей до одного года, или младенческой смертности, в России, отмеченный в 1993 и 2012 гг., есть не что иное, как результат новых правил учёта рождения, связанных с поэтапными расширениями критериев живорождения [Андреев и др., 2016; Кваша, 2014]. Например, в 2012 г., к живорожденным стали относить младенцев с массой тела 500 г и более (ранее – свыше 1000 г), при сроках беременности 22 недели и более (ранее – от 28 недель). Вместе с тем динамика перинатальной смертности (смерть плода или новорожденного в период от 22-й недели беременности до семи суток после рождения в расчете на 1000 родившихся) детей с очень низкой (от 1000 до 1499 г) и экстремально низкой (от 500 до 999 г) массой тела в 2011–2012 гг. показала, что положение первых несколько ухудшилось, а вторых, наоборот, резко улучшилось. Это противоречило имевшимся ожиданиям. Как пишет Е. А. Кваша [Кваша, 2014], изменение критериев живорождения должно было привести к росту числа рождений одних и смертей других в первую очередь за счёт детей, родившихся с экстремально низкой массой тела. На практике получилось иначе.

Исследователи относят это на счёт того, что раньше детей с массой тела чуть более 1000 г в случае их смерти фиксировали как мертворождённых, что улучшало статистику младенческой смертности, поскольку в её расчёте в знаменателе стоит число рождённых живыми; когда же были введены новые критерии живорождения, этих детей начали регистрировать с реальным весом. Однако проблема регистрации умерших детей как мертворождённых не исчезла, теперь к таким относят детей,

которые соответствуют нижней границе критериев (чуть более 500 г при беременности 22 недель) [Андреев и др., 2016; Кваша, 2014]. Этого можно было бы избежать, если бы Россия полностью перешла на критерии живорождения ВОЗ, которые не имеют ограничений по сроку беременности и массе тела новорожденного.

### **Рекомендации**

Рекомендации по повышению качества кодирования причин смерти содержатся во многих работах [Сабгайда и др., 2012; Самородская и др., 2014]. Выделим необходимые организационные и методические преобразования в системе учета смертности, а также обозначим важность повышения демографической грамотности для формирования устойчивого запроса общества на информацию о демографическом положении страны.

*Организационные преобразования.* Ряд исследователей выражают сожаление, что из-за передачи в 1997 г. (завершившейся в 1999 г.) функции по кодированию причин смерти из органов статистики органам здравоохранения, Росстат более не может контролировать правильность заполнения медицинских свидетельств о смерти [Сабгайда и др., 2014а; Юмагузин, Винник, 2017]. В качестве одного из путей снижения числа ошибок и пропусков при заполнении свидетельств и переносе записей в электронную базу данных предлагается автоматизация процесса.

Следует кардинально повысить эффективность системы судебно-медицинской экспертизы. Речь идет об улучшении оснащённости диагностических лабораторий, увеличении уровня оплаты труда, обеспечении независимости медиков в определении причин смерти (исключении влияния полиции, администрации, родных умершего и т.д.) при одновременном усилении контроля за качеством кодирования и повышении ответственности за ошибки и небрежное отношение к диагностике причин смерти и заполнению свидетельств [Сабгайда и др., 2012; Самородская и др., 2014; Юмагузин, Винник, 2017].

Важную роль в повышении качества статистики смертности играет слаженность работы судмедэкспертизы, полиции и органов статистики [Иванова и др., 2016], поскольку помимо предварительных и окончательных медицинских свидетельств

используются также и такие, как «взамен предварительного» и «взамен окончательного», однако этой самой замены часто не происходит. Не случайно в некоторых регионах мы наблюдаем, с одной стороны, высокую долю неуточнённых причин смерти, а с другой – низкую долю тех диагнозов, которые требуют времени на проверку, например, алкогольных отравлений [Юмагузин, Винник, 2017].

Целый ряд рекомендаций Всемирного банка и ВОЗ по развитию текущего учёта смертности в развивающихся странах (которые касаются регистрации событий, сбора и передачи данных, их анализа и публикации) актуален и для России<sup>12</sup>. Например, эксперты считают, что нормой должна стать смерть в медицинском учреждении, а не дома, поскольку таким образом достигается более точная постановка диагноза.

*Методические преобразования.* Для того, чтобы избежать ошибок, вызванных низкой квалификацией медицинского персонала (которая часто усугубляется халатным отношением к кодированию), необходима постоянная методическая и образовательная работа по обучению врачей и медицинских статистиков правильному кодированию [Сабгайда и др., 2013; Александрова и др., 2014]. В целях получения полной и качественной картины смертности необходимо также добиться досконального заполнения всех пунктов медицинского свидетельства о смерти, включая описание социальных признаков умершего, указания основной и сопутствующих причин смерти, а также сведений о «прочих важных состояниях», в том числе – обязательного упоминания наличия/отсутствия в крови токсичных веществ.

Еще один блок рекомендаций касается практики постоянных изменений в правилах кодирования и рубриках, которые остаются не учтёнными в русскоязычном издании МКБ-10, выпущенном ограниченным тиражом в 1995 г. Фактически оно давно устарело [Сабгайда и др., 2012; Александрова и др., 2014], и, если Минздрав РФ заинтересован в улучшении качества кодирования, ему необходимо создать и поддерживать в актуальном состоянии онлайн-версию МКБ-10.

---

<sup>12</sup> Global Civil Registration and Vital Statistics Scaling up Investment Plan 2015–2024. World Bank WHO. 2014. 75 p.

Впрочем, вскоре планируется введение новой, 11-й редакции МКБ, поэтому нужно заранее подготовить подробные инструкции о порядке заполнения медицинских свидетельств о смерти с учётом новых требований, обеспечить сопоставимость кодов между разными версиями МКБ и решить другие вопросы, которые, судя по практике прошлых лет, могут возникнуть при переходе на новую редакцию [Сабгайда и др., 2012].

*Повышение демографической грамотности населения является ключевым фактором создания устойчивого спроса на информацию о демографическом положении страны.* Многие исследователи в качестве причин низкого качества статистики указывают на недостаточную востребованность реальных данных как наукой и обществом, так и органами власти. С этим трудно спорить. До тех пор, пока мы будем анализировать официальные показатели смертности от убийств и самоубийств, закрывая глаза на рост смертей от «повреждений с неопределёнными намерениями» и «неточно обозначенных состояний», мы не сможем привлечь внимание общества к этой социальной проблеме. Можно признать успехи государственных органов в снижении смертности от болезней системы кровообращения, если не знать, что весомая часть смертей просто перераспределяется в другой класс причин и кодируется как «старость». Властям такая статистика выгодна. До недавнего времени им было также выгодно использовать общий коэффициент смертности, пока он не начал расти под влиянием изменений в возрастной структуре населения. В первые месяцы 2015 г. сначала Президент РФ, за ним председатель правительства и министр здравоохранения связали рост этого коэффициента с увеличением доли пожилых<sup>13</sup>, хотя эта доля начала расти уже давно. Возможно, поэтому в отличие от Демографической концепции 2007 г., в майских указах 2012 и 2018 гг. этот показатель не используется. Однако в национальных проектах «Демография», «Здравоохранение» и «Безопасные и качественные автомобильные дороги» всё же

---

<sup>13</sup> На самом деле рост смертности власти связали не только с ростом доли пожилого населения, но и с ростом продолжительности жизни. При этом логически увеличение продолжительности жизни возможно только при снижении смертности, однако для этого необходимо использовать стандартизованные коэффициенты смертности. О других демографических ошибках и неточностях в средствах массовой информации можно прочитать в работе [Юмагузин, Винник, 2016].

фигурируют показатели смертности, которые зависят от возрастной структуры населения. Впрочем, на протяжении всего времени власти продолжают также ориентироваться на более точный показатель – ожидаемую продолжительность жизни, и даже включили в новые указы его уточненную версию – ожидаемую продолжительность здоровой жизни.

Для квалифицированного анализа причин смертности и формирования политики в области ее снижения необходимо расширить доступ исследователей к деперсонифицированной базе данных о смертности, которая сейчас находится в руках Росстата. Ведомство публикует довольно ограниченную информацию в разрезе причин смерти (всего около 300 рубрик), при этом общественности недоступна статистика множественных причин смерти и информация о социально-экономическом статусе погибших, их гражданстве и национальности.

Обозначенные сюжеты показывают важность демографической экспертизы при формировании демографической политики и необходимость повышения демографической грамотности у населения в целом.

\*\*\*

Исследователи из ЦНИИОИЗ считают, что ухудшение статистики смертности является маркером ухудшения качества населения, расширения слоя лиц, истинная причина смерти которых не интересует ни близких, ни общество в целом. Рост маргинальных групп, слабо социально адаптированных и дезадаптированных людей среди умерших свидетельствует об острой необходимости повышения уровня жизни населения и борьбы с бедностью.

Некоторые коллеги [Кандрычын, Разводовский, 2017. С. 54] задаются вопросами: «Существует ли в российском обществе опосредованная связь между причинами, принуждающими чиновников и врачей заниматься “выправлением” статистических показателей и причинами, обуславливающими формирование высоких показателей заболеваемости и смертности? ... [В чём] причины... бедственного положения системы здравоохранения?» По их мнению, которое авторы целиком разделяют, ответ надо искать в проблемах системного характера, характерных не только для здравоохранения или статистики как отдельных

ведомств, но в целом – для российского общественного устройства. По-видимому, до тех пор, пока общество не поймет, что смотрит в кривое зеркало (которое отражает состояние не только статистики), и оно само, и власти будут продолжать считать, что «всё идёт путем».

## Литература

*Александрова Г. А., Никитина С. Ю., Вайсман Д. Ш.* Качество статистической информации о причинах смерти в Российской Федерации // Вопросы статистики. 2014. № 8. С. 25–30.

*Андреев Е. М., Кваша Е. А., Харькова Т. Л.* Смертность и продолжительность жизни в России – что нового? Статья вторая // Демоскоп Weekly. 2016. № 685–686. URL: <http://demoscope.ru/weekly/2016/0685/tema01.php>

*Богоявленский Д. Д.* Российские самоубийства и российские реформы // Социологические исследования. 2002.

*Данилова И. А.* Проблемы качества российской статистики причин смерти в старческом возрасте // Успехи геронтологии. 2015. Т. 28. № 3. С. 409–414.

*Иванова А. Е., Рязанцев С. В., Семенова В. Г.* Вклад миграции в смертность российского населения трудоспособного возраста // Научное обозрение. Серия 2: Гуманитарные науки. 2016. № 6. С. 47–60.

*Иванова А. Е., Сабгайда Т. П., Семенова В. Г., Запорожченко В. Г., Землянова Е. В., Никитина С. Ю.* Факторы искажения структуры причин смерти трудоспособного населения России // Социальные аспекты здоровья населения. 2013. № 4. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/491/30>

*Иванова А., Семенова В., Дубровина Е.* Насильственных смертей в России больше, чем мы думаем // Демоскоп Weekly. 2004. № 181–182. URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/2004/0181/tema01.php>

*Кандрычын С. В., Разводовский Ю. Е.* За пределами демографии (по материалам круглого стола «Как преодолеть отставание России по продолжительности жизни») // Тюменский медицинский журнал. 2017. Т. 19. № 2. С. 49–54.

*Кваша Е. А.* Смертность детей до 1 года в России: что изменилось после перехода на новые определения живорождения и мертворождения // Демографическое обозрение. 2014. Т. 1. № 2. С. 38–56.

*Лопакос К. В.* Оценка достоверности кодирования причин смерти (по материалам пилотного исследования) // Социальные аспекты здоровья населения. 2011. № 2. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/292/30/lang, ru/>

*Папанова Е. К., Школьников В. М., Андреев Е. М., Тимонин С. А.* Высокая продолжительность жизни москвичей после 80 лет – реальность или статистический артефакт? // Успехи геронтологии. 2017. Т. 30. № 6. С. 826–835.

*Сабгайда Т. П., Землянова Е. В., Секриеру Е. М., Иванова А. Е., Семёнова В. Г., Запорожченко В. Г.* Информационный потенциал статистики множественных причин смерти (аналитический обзор) // Социальные аспекты здоровья населения. 2015. № 4. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/691/30/lang, ru/>

*Сабгайда Т. П., Роцин Д. О., Секриеру Э. М., Никитина С. Ю.* Качество кодирования причин смерти от сахарного диабета // Здоровоохранение Российской Федерации. 2013. № 1. С. 11–15.

*Сабгайда Т.П., Секриеру Е.М., Никитина С.Ю.* Неуточненные причины смерти российского населения от инфекционных и неинфекционных заболеваний по данным официальной статистики // Социальные аспекты здоровья населения. 2012. № 4. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/416/30/lang,ru/>

*Сабгайда Т.П., Семенова В.Г., Евдокушкина Г.Н., Секриеру Е.М., Никитина С.Ю.* Модификация причины смерти при статистическом учёте смертности. // Социальные аспекты здоровья населения. 2014а. № 3. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/564/30/lang,ru/>

*Сабгайда Т.П., Семенова В.Г., Иванова А.Е., Евдокушкина Г.Н., Секриеру Е.М., Никитина С.Ю.* Полнота учёта в медицинских свидетельствах о смерти состояний, приведших к смерти // Здравоохранение Российской Федерации. 2014б. Т. 58. № 5. С. 4–8.

*Самородская И.И., Ватолина М.А., Белов В.Б., Бойцов С.А.* Оценка уровня смертности от психических заболеваний и болезней системы кровообращения: проблемы кодирования и статистического учёта случаев смерти // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2014. Т. 22. № 5. С. 8–12.

*Юмагузин В.В., Винник М.В.* Основные ошибки и неточности в статьях по демографической тематике в СМИ // Вестник Московского университета. Серия 10: Журналистика. 2016. № 4. С. 3–21.

*Юмагузин В.В., Винник М.В.* Проблемы статистического учёта смертности от внешних причин в России // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2017. Т. 25. № 5. С. 265–268.

*Юмагузин В.В., Винник М.В.* Оценка реального уровня убийств и самоубийств в регионах России // Социологические исследования. 2019. № 1. С. 116–126.

Статья поступила 30.05.2019.

**Для цитирования:** Юмагузин В.В., Винник М.В. Проблемы качества статистики смертности в России // ЭКО. 2019. № 10. С. 54-77. DOI: 10.30680/ECO0131-7652-2019-10-54-77.

## Summary

*Yumaguzin, V.V., Cand. Sci. (Sociol.), Vinnik, M.V. National Research University Higher School of Economics, Moscow*

### Quality Problems of Mortality Statistics in Russia

**Abstract.** The paper reveals main problems of mortality statistics, including recorded causes of death. Miscoding of homicides, self-harm, tuberculosis, cardiovascular disease distorts the actual mortality statistics as to causes of death. There are a number of problems with completion of death certificates, measuring infant mortality, and estimating life expectancy. The paper provides recommendations for improving the system of forensic examination and enhancing coordination between statistical bodies, health bodies, and police. Other important conditions for improving the quality of mortality statistics are increased demographic literacy and a growing standard of living of the population.

**Keywords:** vital statistics; causes of death; coding of deaths

## References

Aleksandrova, G.A., Nikitina, S. Yu., Vaisman, D. Sh. (2014). Quality of statistical information on causes of death in the Russian Federation. *Voprosy statistiki*. No. 8. Pp. 25–30. (In Russ.).

Andreev, E.M., Kvasha, E.A., Khar'kova, T.L. (2016b). Mortality and life expectancy in Russia – what is new? Second article. *Demoscope Weekly*. 2016. No. 685–686. Available at: <http://demoscope.ru/weekly/2016/0685/tema01.php> (In Russ.).

Bogoyavlensky, D.D. (2002). Russian suicides and Russian reforms. *Sociological research*. No. 5.

Danilova, I.A. (2015). The issue of quality of Russian cause-specific mortality statistics at old ages. *Uspekhi gerontologii*. Vol. 28. No. 3. Pp. 409–414. (In Russ.).

Ivanova, A.E., Ryazantsev, S.V., Semenova, V.G. (2016). Contribution of migration in Russian mortality working-age population. *Nauchnoe obozrenie. Seriya 2: Gumanitarnye nauki*. No. 6. Pp. 47–60. (In Russ.).

Ivanova, A.E., Sabgaida, T.P., Semenova, V.G., Zaporozhchenko, V.G., Zemlyanova, E.V., Nikitina, S. Yu. (2013). Factors distorting structure of death causes in working population in Russia. *Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya*. No. 4. (In Russ.).

Ivanova, A., Semenova, V., Dubrovina, E. (2004). Violent deaths in Russia are more in number than we think. *Demoskop Weekly*. No. 181–182. Available at: <http://www.demoscope.ru/weekly/2004/0181/tema01.php>

Kandrychyn, S.V., Razvodovskii, Yu.E. (2017). Beyond the borders of demography (on the round table discussion “How to overcome Russia’s lag in life expectancy?”). *Tyumenskii meditsinskii zhurnal*. T. 19. No. 2. Pp. 49–54. (In Russ.).

Kvasha, E.A. (2014). Mortality of children under 1 year old in Russia: what has changed after the transition to the new definition of live birth and stillbirth. *Demograficheskoe obozrenie*. Vol. 1. No. 2. Pp. 38–56. (In Russ.).

Lopakov, K.V. (2011). Evaluation of confidence for coded causes of death: a pilot study. *Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya*. No. 2. Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/292/30/lang, ru/> (In Russ.).

Papanova, E.K., Shkol'nikov, V.M., Andreev, E.M., Timonin, S.A. (2017). High life expectancy of Muscovites at old ages: reality or statistical artifact? *Uspekhi gerontologii*. Vol. 30. No. 6. Pp. 826–835. (In Russ.).

Sabgaida, T.P., Roshchin, D.O., Sekrieru, E.M., Nikitina, S. Yu. (2013). The quality of coding the causes of death because of diabetes mellitus in Russia. *Zdravookhranenie Rossiiskoi Federatsii*. No. 1. Pp. 11–15. (In Russ.).

Sabgaida, T.P., Sekrieru, E.M., Nikitina, S. Yu. (2012). Unspecified causes of death from infectious and noninfectious diseases, according to official statistics in Russia. *Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya*. No. 4. Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/416/30/lang, ru/> (In Russ.).

Sabgaida, T.P., Semenova, V.G., Evdokushkina, G.N., Sekrieru, E.M., Nikitina, S. Yu. (2014a). Modification of death causes in mortality statistics. *Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya*. No. 3. Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/564/30/lang, ru/> (In Russ.).

Sabgaida, T.P., Semenova, V.G., Ivanova, A.E., Evdokushkina, G.N., Sekrieru, E.M., Nikitina, S. Yu. (2014b). The completeness of recordings in medical

death certificates the conditions resulted in death. *Zdravookhranenie Rossiiskoi Federatsii*. No. 58. Pp. 4–8. (In Russ.).

Sabgaida, T.P., Zemlyanova, E.V., Sekrieru, E.M., Ivanova, A.E., Semenova, V.G., Zaporozhchenko, V.G. (2015). Informational potential of multiple death causes statistics (analytical review). *Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya*. No. 4. Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/691/30/lang,ru/> (In Russ.).

Samorodskaya, I.I., Vatolina, M.A., Belov, V.B., Boitsov, S.A. (2014). The evaluation of level of mortality of mental diseases and circulatory system diseases: problems of coding and statistical recording of cases of death. *Problemy sotsial'noi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. Vol. 22. No. 5. Pp. 8–12. (In Russ.).

Yumaguzin, V.V., Vinnik, M.V. (2016). Main errors and inaccuracies in the articles on demographic topics in the media. *Vestnik Moskovskogo universiteta. Seriya 10: Zhurnalistika*. No. 4. Pp. 3–21. (In Russ.).

Yumaguzin, V.V., Vinnik, M.V. (2017). The problems of statistical registration of mortality from external causes in Russia. *Problemy sotsial'noi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. Vol. 25. No. 5. Pp. 265–268. (In Russ.).

Yumaguzin, V.V., Vinnik, M.V. (2019). Assessment of the real rates of homicides and suicides in the regions of Russia. *Sotsiologicheskie issledovaniya*. No. 1. Pp. 116–126. (In Russ.).

**For citation:** Yumaguzin, V.V., Vinnik, M.V. (2019). Quality Problems of Mortality Statistics in Russia. *ECO*. No.10. Pp. 54-77. (In Russ.). DOI: 10.30680/ECO0131-7652-2019-10-54-77.