

Крашенинникова Ю.А.

МЕДИЦИНСКАЯ СТАТИСТИКА КАК СПОСОБ ЛЕГИТИМАЦИИ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ РЕСУРСОВ В РОССИЙСКОЙ СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ*

Аннотация

В статье предпринимается попытка оценить роль статистических показателей, характеризующих состояние здоровья населения в государственном управлении сферой здравоохранения в современной России. Анализируются текущие проблемы в сборе статистических данных, позволяющие говорить о том, что медицинская статистика не отражает реального положения дел в здравоохранении и состояние здоровья нации. С учетом этого предлагается рассматривать медицинскую статистику, с одной стороны, как инструмент в борьбе за распределение ресурсов, с другой – как форму подтверждения правильности принятых решений о выделении ресурсов.

Ключевые слова: медицинская статистика, государственная политика в сфере здравоохранения.

Формирование реальной картины происходящего в сфере медицины и здоровья в России, адекватной для целей выработки государственной политики в сфере здравоохранения, на наш взгляд, необходимо начинать с констатации того, что существуют два принципиально разных способа получения информации о текущей ситуации.

Первый – сугубо субъективный: представления о системе здравоохранения складываются на основе впечатлений наблюдателя, соприкасающегося с данной сферой при обращении за медицинской помощью. Личный опыт лечения (по-

* Работа выполнена при финансовой поддержке Фонда поддержки социальных исследований «Хамовники».

зитивный или негативный) или опыт близких ему людей определяет то, какой он видит общую ситуацию в здравоохранении и медицине. Такое восприятие свойственно и тем, кто формирует общественное мнение (журналистам, исследователям, экспертам), и тем, кто принимает решения (чиновникам). Признание данного обстоятельства находит отражение в распространенном мнении о том, что люди, определяющие государственную политику в сфере здравоохранения, попросту не понимают сути проблем и не могут их понять, поскольку в качестве пациентов с ними не сталкиваются, так как лечатся «в специальных клиниках» или «за границей».

Вторым, альтернативным способом формирования картины происходящего является изучение ситуации, построенное на статистических данных, т.е. на информации, претендующей на научность, точность и достоверность. Этот подход лежит в основе выработки управленческих решений в сфере здравоохранения и государственного дискурса о медицине. К нему апеллируют чиновники, отмечая упомянутое выше обвинение в незнании ситуации на местах¹. И именно он будет предметом нашего анализа.

При данном подходе на вершине иерархии ценности для познания реальности находятся показатели, характеризующие состояние общественного здоровья населения. Ключевую роль среди них играют три группы статистических данных: 1) медико-демографические показатели (рождаемость, смертность, средняя продолжительность жизни и др.), 2) показатели по заболеваемости (общей и по отдельным заболеваниям или группам заболеваний), 3) показатели по инвалидности. Собственно показатели деятельности системы здравоохранения (количество врачей, медицинских учреждений, уровень их оснащения, объемы оказанной медицинской помощи и т.д.) здесь не столь важны, что объясняется идеологией программно-целевого метода распределения средств, доминирующей в современном государственном управлении.

Ограничиваясь этими тремя основными группами показателей, попытаемся ответить на два вопроса. Во-первых, какое здравоохранение и чье состояние здоровья на самом деле описывает медицинская статистика сегодня в России? Во-вторых, для чего именно используется медицинская статистика в государственном управлении? В своем анализе мы опирались, в том числе, на материалы исследований², проводившихся во время экспедиционных поездок в регионы России (Костромскую область, Татарстан, Пермский край, Алтайский край) в рамках проекта «Система поддержания здоровья в современной России», реализуемого на базе проектно-учебной лаборатории муниципального управления Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики» при поддержке фонда «Хамовники».

* * *

Постановка первого вопроса закономерна, если учесть проблемы организации сбора первичных данных, создающие объективные ограничения для медицинской статистики и делающие ее изначально неполной. Прежде всего, это касается показателей заболеваемости. Фактически, они характеризуют состояние здоровья только той части населения, которая обращается за лечением в государственные/муниципальные учреждения здравоохранения. И еще – это преимущественно горожане.

В общую статистику заболеваемости по обращаемости попадают только те случаи, когда больной обратился за помощью к врачу и ему был поставлен диагноз, или же случаи смерти. Основанием для учета факта заболевания является запись в первичной медицинской документации (статистический талон, заполняемый лечащим врачом по факту обращения в медучреждение, свидетельство о смерти). Между тем, по результатам всероссийского опроса ВЦИОМа в 2009 г., только каждый второй респондент (51%), когда заболевает, обращается в государственную бесплатную поликлинику или больницу. Каждый третий опрошенный (33%) занимается самолечением; 8% обращаются в платную поликлинику, больницу; 2% обращаются к нетрадиционной медицине, и 2% ничего не делают, пуская ситуацию «на самотёк» [6]. Таким образом, медицинская статистика, формируемая в региональных медицинских информационно-аналитических центрах (МИАЦ) на основе отчетов лечебно-профилактических учреждений, не отражает значительной части легких заболеваний, для борьбы с которыми люди предпочитают заниматься самолечением.

Такой показатель, как заболеваемость по данным медицинских осмотров, имеет свои ограничения, обусловленные тем, что диспансеризацию в лечебно-профилактическом учреждении (ЛПУ), где налажена система статистической отчетности, проходят только определенные социальные группы, здоровье которых по определенным причинам представляет для государства особый интерес, а потому оно оплачивает их осмотр и диагностику (призывники, ветераны войны, бюджетники и др.).

Если больной обращается в частную или, в некоторых случаях, ведомственную клинику, не входящую в систему Минздравсоцразвития России (например, Федеральной службы исполнения наказаний РФ), то, скорее всего, данные о нем также не будут учтены в общей статистике по заболеваемости.

До 2008 г. в Российской Федерации статистические данные были обязаны сдавать государству только бюджетные медучреждения. Поскольку частные и ведомственные клиники были исключены из общей системы государственного статистического учета и не предоставляли сведения о поставленных диагнозах по факту обращения, заболевания их пациентов вообще не включались в общие подсчеты. Сегодня они их сдают в территориальные отделения Росстата, но не в МИАЦы. То есть региональные органы управления здравоохранением, которые в своей текущей деятельности обычно оперируют данными подведомственных им информационно-аналитических центров, эти сведения фактически не учитывают. Сотрудник одного из региональных МИАЦ в экспертном интервью пояснил нам, что сведения по заболеваемости из частных клиник они не берут из-за стремления избежать дублирования (поскольку люди часто обращаются параллельно в государственное и частное медучреждение) и из опасений, что таким образом общие данные по заболеваемости вырастут. В то же время, по признанию одного из опрошенных нами экспертов – руководителя частной клиники, лишь очень немногие негосударственные ЛПУ сегодня сдают требуемые сведения о своей деятельности в органы статистического учета. Да и те данные, что сдаются, являются по большей части фиктивными. По его словам, обычно это происходит следующим образом: «Берем цифры за прошлый год и прибавляем 5%». К тому же данные об общих объемах оказанной

медицинской помощи в частных клиниках также занижаются, по оценке эксперта, в 3–4 раза, чтобы уходить от налогов.

Помимо этого, существуют и очевидные территориальные ограничения показателей заболеваемости, связанные с дефицитом кадров и диагностического оборудования в сельской местности.

На селе и в малых городах из-за неукомплектованности медучреждений врачами статистика по заболеваемости, по всей видимости, существенно отличается от реального положения дел. Дело в том, что фельдшеры до недавнего времени не имели права заполнять статистические талоны, на основе которых идут подсчеты заболеваемости. Соответственно, те больные, которые обращаются только в фельдшерско-акушерские пункты (в селах и деревнях), не всегда учитываются в статистике. Например, в Пермском крае данные по заболеваемости от фельдшеров учитываются только для отдельных заболеваний, которые они обычно лечат самостоятельно (ОРЗ и пр.).

Кроме того, как показывают наши наблюдения в муниципалитетах, уровень заболеваемости по определенным диагнозам на конкретной территории напрямую зависит от наличия профильных специалистов в местных медучреждениях. Из-за низкой квалификации (когда функции узкого специалиста выполняет другой врач на 0,25 ставки или фельдшер), а также из-за отсутствия специалистов диагностики по «дефицитным» медицинским направлениям не ставятся вообще или не учитываются в общей статистике. Например, в одном из обследованных нами районов Костромской области за 2009 г. не было зафиксировано ни одного случая заболеваний органов слуха среди 8 тыс. прикрепленного населения. Такой удивительный факт можно объяснить тем, что в местной центральной районной больнице вообще нет отоларинголога.

В-третьих, по экспертным оценкам, существует жесткая зависимость уровня заболеваемости по определенным нозологиям от наличия диагностического оборудования и, шире, возможностей диагностики. Например, в одном из обследованных нами муниципальных районов заболеваемость туберкулезом (впервые выявленные случаи) резко возросла после того, как было проведено обследование жителей отдаленных деревень с помощью передвижного флюорографа, арендованного у соседнего района. До этого эпидемиологическая ситуация по туберкулезу на данной территории оценивалась как более легкая – не потому, что люди не болели, а потому, что не было возможности поставить им диагноз. В ходе интервью с врачами в регионах мы неоднократно слышали мнение, что официальная статистика по «свиному» гриппу в России в осенне-зимний период 2009 г. была завышена, поскольку реально подсчитать количество зараженных именно этой формой вируса было невозможно из-за отсутствия тестов в лабораториях на местах.

В наибольшей степени эта зависимость проявляется в случае редких заболеваний, для выявления которых требуются специальные дорогостоящие анализы и процедуры. Например, по данным заведующей лабораторией наследственных болезней обмена веществ Медико-генетического научного центра РАМН Е.Захаровой, в России действует всего около 20 лабораторий, в которых проводятся генетические тесты на 250 наследственных заболеваний, причем подавляющее большинство этих лабораторий располагают возможностями для проведения всего 10–20 видов тестов. Государство оплачивает проверку новорожденных только

на пять генетических заболеваний в рамках неонатального скрининга, поэтому большинство генетических исследований оплачивают родители пациентов, благотворительные организации или фармацевтические компании, заинтересованные в сбыте своих препаратов³.

Территориальные искажения возникают и при формировании демографических показателей, так как данные рождаемости и смертности фиксируются по месту прописки людей и не учитывают неформальных миграционных потоков между населенными пунктами, например отходничества в сельской местности. Поэтому нередко случаи, когда в статистику небольших городов и сел включаются данные по смертям людей, которые уже давно жили, например, в областном центре и не лечились в медучреждениях по месту прописки.

Кроме территориальной и социальной ограниченности, обусловленной неравномерным распределением ресурсов в сфере здравоохранения, на искажения в показателях влияют организационные и технические проблемы сбора информации и организации работы статистической службы на местах. Масштаб этих проблем, по оценкам опрошенных нами экспертов, таков, что позволяет говорить о недостоверности всей статистики в целом. В отличие от врачей, сами статистики формулируют проблему более мягко, но, тем не менее, признают ее масштабы: «Нередко, в силу как особенностей организации сбора данных, так и предвзятости исполнителей, точность первичных данных является сомнительной, что сказывается на информативности агрегированных показателей, а в конечном счете – на адекватности представлений специалистов о состоянии проблемы и на эффективности принимаемых решений по вопросам здоровья населения» [5].

Серьезные искажения обусловлены ошибками в заполнении первичной медицинской документации, на основе которой формируется статистика, что связывается с низкой квалификацией врачей, сложностью отчетности, а также более чем скромным положением статистики в иерархии приоритетов деятельности ЛПУ.

Касается это не только показателей по заболеваемости, но и причин смертности. По подсчетам специалистов, ошибки кодирования диагнозов заболеваний в соответствии с Международной классификацией болезней (МКБ-10) достигают от 10 до 40% [5]. Среди опрошенных нами экспертов звучало мнение, что масштаб ошибок при определении причин смерти вообще оценить невозможно, так как патологоанатомическое исследование проводится не более чем в 10% случаев (по официальным данным – 10–15% случаев смертей на дому⁴), а на селе нередко свидетельство о смерти заполняется на основании фельдшерской справки, но не заключения врача. В свете этих данных заявления официальной статистики о том, что на первом (втором, третьем и т.д.) месте в России по причинам смертности находятся те или иные группы заболеваний, выглядят, по большому счету, бездоказательными.

На качество статистических данных влияет бедственное положение статистиков в медицинских учреждениях: зарплаты очень низкие, текучка большая, работают в основном пенсионеры или люди предпенсионного возраста, часто без медицинского образования. Они не имеют достаточного авторитета у врачей для того, чтобы повлиять на качество заполнения первичной документации. Врачам обычно некогда заполнять статистические талоны, поэтому большой процент из них остаются либо незаполненными, либо заполненными частично.

Еще одна проблема кодировки заболеваемости по МКБ-10 в ее отличии от устаревшей клинической классификации болезней, которую изучало большинство российских врачей в институте. Поэтому даже врачам бывает сложно подобрать правильный код. Кроме того, на практике нередко задачу по кодировке заболеваний по МКБ-10 врачи перекладывают на самих статистиков, не имеющих для этого необходимой квалификации. В результате процент искажений статистики еще более возрастает.

Возможностей и каких-либо фиксированных процедур регулярной проверки достоверности данных, поступающих в отчетах из медицинских учреждений, на региональном уровне нет. Специальные проверки, если они проводятся, обнаруживают существенную долю ошибок. Например, в ходе проверки первичной документации за период с августа по декабрь 2009 г., проведенной сотрудниками Санкт-Петербургского МИАЦ, было выявлено более 7 тыс. медицинских свидетельств о смерти и рождении людей, содержащих ошибки при заполнении кодов МКБ-10, что составляет более 20% от общего числа медицинских документов (ежемесячно выявляется более 1 тыс. ошибок) [7, с. 156].

Помимо объективных ограничений, обусловленных несовершенством системы статистического учета, существуют стимулы для целенаправленного искажения показателей медицинской статистики, заложенные в их целевом предназначении как критериев для оценки эффективности работы, причем, с недавнего времени, не только учреждений здравоохранения, но и органов исполнительной власти субъектов РФ и органов местного самоуправления. В 2007–2008 гг. основные показатели медицинской статистики были включены в критерии оценки работы региональных и муниципальных властей, что должно было повысить заинтересованность чиновников в улучшении ситуации в здравоохранении. Однако параллельно это создало стимулы для вмешательства властей в формирование показателей с учетом конъюнктуры.

Наиболее спорными в данном случае выглядят показатели по инвалидности населения, которые оказываются наиболее «чувствительны» к конъюнктуре и воздействию факторов немедицинской природы. На первый взгляд логично предположить, вслед за медицинскими чиновниками, что рост или снижение числа заболеваний, которые делают человека нетрудоспособным, характеризуют качество работы системы здравоохранения на определенной территории. Однако эта логика рушится, если принять во внимание то обстоятельство, что на решения бюро медико-социальной экспертизы, присваивающих или подтверждающих статус инвалида в Российской Федерации, влияют многие факторы, в первую очередь ситуационные запросы и нужды государства и местных властей. Для получения «хороших отметок» на территории региона и муниципального района (городского округа) должно ежегодно снижаться количество людей, впервые признанных инвалидами. В этом случае лучшим способом избежать взыскания «сверху» оказывается отказ переводить хронических больных на группу.

Наиболее сильно воздействует на уровень инвалидизации населения общероссийская, а не местная конъюнктура. Так, по признанию экспертов из муниципальных учреждений здравоохранения, в ходе реформы льготного обеспечения граждан («монетизация льгот») в 2004 г. и введения программы дополнительного лекарственного обеспечения (ДЛО) «сверху» шли неофициальные команды

массово «выводить пенсионеров на группу», чтобы раздуть общий бюджет программы. Эту тенденцию подтверждают результаты мониторинга ситуации, проводимого Всероссийским обществом инвалидов (ВОИ)⁵. После того как программа ДЛО в 2007 г. столкнулась с серьезным кризисом, медико-социальные экспертные комиссии, по сведениям активистов пациентского движения, повсеместно стали ужесточать требования к подтверждению инвалидности, т.е. «стандарт» трудоспособности конъюнктурно повысился. В первую очередь это коснулось людей, которым требуется дорогостоящее лечение (например, онкологические заболевания), а среди причин снятия или снижения степени инвалидности стало чаще фигурировать, например, получение ребенком-инвалидом диплома о высшем или среднем образовании или формальное прохождение инвалидом рекомендованного курса реабилитации.

Кроме того, на уровень инвалидности влияют и факторы, не имеющие прямого отношения к медицине, в первую очередь – экономическая ситуация в стране и рост безработицы. По данным мониторинга ВОИ, в первой половине 2009 г., в период экономического кризиса, «в экспертные комиссии гораздо чаще стали приходить граждане трудоспособного возраста с теми или иными дефектами здоровья, лишившиеся работы и рассматривающие возможность получения пенсии по инвалидности как едва ли не единственный выход из критического материального положения» [4]. Эта информация подтверждается и в наших наблюдениях в муниципалитетах. Выяснилось, что существует определенная зависимость числа обращений с хроническими заболеваниями в поликлинику и заинтересованности людей получить инвалидность от колебаний на рынке труда. Люди чаще обращаются в медучреждения с просьбой присвоить инвалидность после какого-то массового сокращения на предприятиях. Стимулирует эту ситуацию и то, что сейчас каждый желающий может подать заявку на получение инвалидности (ранее часть больных отсекали на этапе лечащего врача).

Отдельная тема – теневой рынок покупки инвалидности людьми с нормальной трудоспособностью, который, судя по всему, процветает в России наряду с теневым рынком выписки больничных листов и практикой вымогательства сотрудниками учреждений медико-социальной экспертизы взяток у людей, имеющих все медицинские показания для получения инвалидности. Последнее явление более заметно благодаря многочисленным уголовным делам, заведенным правоохранительными органами по обращениям граждан, столкнувшихся с фактами вымогательства. Точные масштабы рынка покупки инвалидности определить очень сложно (и, соответственно, измерить степень ее влияния на статистические показатели), но в среде самих пациентов распространено мнение, что это устоявшаяся практика. Так, в одном из обследованных нами районов Татарстана жители рассказывали о сложившихся тарифах на данный вид «услуги», которая востребована у «челноков», торгующих на местном рынке, – «баран или 5–6 тыс. рублей».

Наконец, практически неизмерим пока вклад в искажение статистических показателей по заболеваемости, которое вносит манипулирование отчетностью по объемам оказанной медицинской помощи, по нашим наблюдениям, повсеместно практикуемое руководством ЛПУ при расчетах с территориальными фондами обязательного медицинского страхования и страховыми компаниями.

* * *

В целом, данные медицинской статистики, с учетом всех вышеперечисленных факторов, не отражают реального положения дел в российском здравоохранении и состояние здоровья нации. Как признают сами статистики, они могут быть приняты во внимание лишь с учетом их относительности. Однако сам этот вывод достаточно тривиален и может лишь служить подтверждением известного изречения, призывающего со скептицизмом относиться к любым статистическим данным: «Существуют три вида лжи: ложь, наглая ложь и статистика». Гораздо интереснее другое – почему, несмотря на очевидность того, что статистические показатели в силу объективных и субъективных причин не отражают в полной мере реальной ситуации, они принимаются и активно используются основными заинтересованными группами – медиками и чиновниками, которые хорошо осведомлены о барьерах в сборе данных, искажающих истинную картину? Почему это является общепринятым правилом игры для управленцев разного уровня в сфере здравоохранения, а не проблемой, необходимость решения которой осознается на государственном уровне?

Представляется, что оценить значение медицинской статистики можно, если рассматривать сферу здравоохранения в, условно говоря, политической плоскости – как область распределения государственных ресурсов, за которые идет конкуренция между отдельными группами интересов, оформленными в виде медицинских корпораций⁶. При дефиците ресурсов они не могут быть распределены равномерно, в силу вступает принцип приоритетности (борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями, дорожно-транспортным травматизмом, ВИЧ-эпидемией, с «наркоугрозой», эпидемией гриппа и т.д.). В этой ситуации медицинская статистика становится основным способом легитимации распределения государственных ресурсов в сфере здравоохранения. С одной стороны, она главный инструмент для определения приоритетов, с другой – общепризнанная форма оценки эффективности государственной политики, т.е. правильности принятых решений о выделении ресурсов.

С точки зрения медиков, высокие показатели заболеваемости или их рост – скорее хорошо, чем плохо, поскольку они отражают в первую очередь эффективность диагностики и, соответственно, работы системы здравоохранения на определенной территории. В то же время именно они дают возможность обосновывать необходимость выделения дополнительных государственных средств на борьбу с тем или иным заболеванием или группой заболеваний. «Диалектика» использования данных статистики как способа аргументации сводится к обоснованию постоянного расширения работы системы здравоохранения: при получении ресурсов (например, диагностического оборудования, врачебных ставок) увеличивается выявляемость заболеваний, что дает возможность претендовать на очередные дополнительные ресурсы для борьбы со сформированной угрозой.

Соответственно, для «внутреннего» использования, в рамках одной группы интересов, статистика по заболеваемости оказывается источником информации о работе медицинских учреждений. Для «внешнего» использования – обоснованием расширения фронта работы медицинских корпораций. Например, в одном из экспертных интервью нам так описывали анализ в региональном министерстве здра-

воохранения ситуации по заболеваемости в муниципальных районах: если показатели ниже средних по субъекту РФ – то плохо, так как это означает, что либо нет профильного специалиста, либо обращаемость низкая, либо ставят неправильные диагнозы; если выше – это «не всегда плохо». «Внешнее» использование предполагает, что высокая заболеваемость – это плохо само по себе, это угроза общественному здоровью. Поэтому она становится основным аргументом при выделении целевых бюджетных средств (в виде программ борьбы с теми или иными недугами).

Примечательны в этом смысле региональные программы модернизации здравоохранения на 2011–2012 гг., разработанные субъектами РФ по инструкциям Минздравсоцразвития России, а потому – однотипные. На ближайшие два года эти программы стали основным источником дополнительных финансовых ресурсов, выделяемых на здравоохранение из федерального бюджета. Однако целевые приоритеты, куда потратить эти средства, были определены заранее и централизованно. Они совпадают с выбранными ранее направлениями национального проекта «Здоровье», но, с точки зрения региональных органов управления здравоохранением, не всегда соответствуют реальным нуждам и потребностям самих регионов. В соответствии с методическими рекомендациями министерства, планируемые расходы на те или иные мероприятия должны были быть обоснованы структурой заболеваемости и смертности субъекта Российской Федерации. Авторы региональных программ были поставлены перед необходимостью найти хрупкий баланс между необходимостью обосновать масштаб проблем, требующих денежных вливаний, и желанием показать эффективность работы подчиненных им учреждений здравоохранения в предыдущие годы. Некоторые делали акцент на «внешнюю» сторону. Например, в программе Алтайского края утверждается, что «появившиеся позитивные тенденции демографических показателей нельзя характеризовать как стойкие, а в общественном здоровье края до настоящего времени сохраняется ряд существенных проблем. Как следствие, для населения края сохраняется высокая потребность в объемах медицинской помощи, как первичной медико-санитарной, так и специализированной и высокотехнологичной»⁷. Другие признавали, что «плохие» цифры статистики обусловлены в том числе предыдущими денежными вливаниями в систему здравоохранения, и давали противоположные по сути тезисы: «динамику популяционного здоровья населения отражает характеристика заболеваемости» и «рост показателей заболеваемости обусловлен в первую очередь реализацией приоритетного национального проекта «Здоровье». Улучшение оснащенности лечебно-профилактических учреждений оборудованием, проведение дополнительной диспансеризации работающего населения способствуют повышению выявляемости и диагностированию заболеваний» (Костромская область)⁸.

Вообще, в наиболее выигрышном положении с точки зрения использования аргументации с опорой на официальную статистику оказываются те медицинские направления (службы), которые занимают лидирующими по причинам смертности и заболеваемости недугами. Для других специальностей более результативным оказывается публично заявлять о недостоверности статистики. Поскольку и чиновники, и профильные медики понимают приблизительность подсчетов количества отдельных заболеваний из-за трудностей их диагностики, статистика по ним становится предметом особенно активных спекуляций в борьбе за дополнительные бюджеты и ресурсы. Часто на страницах прессы можно встретить заявления

ведущих специалистов (в духе «ученые бьют тревогу») или представителей пациентских организаций, что, по их подсчетам, реальное количество страдающих тем или иным заболеванием в разы превышает официальную статистику⁹.

Не последнюю роль в «разоблачении» официальной статистики играют производители фармацевтических препаратов, предпринимающие со своей стороны шаги по стимулированию диагностики и повышению выявляемости заболеваний. Для них это традиционный способ повышения продаж их продукции. Поэтому они заинтересованы в расширении на территории России сети диагностических лабораторий, которые позволяли бы делать сложные виды анализов. Общая государственная политика сегодня, напротив, направлена на снижение таких возможностей, в том числе и потому, что они увеличивают расходы бюджета на лечение больных со сложными и «дорогостоящими» заболеваниями.

Количество подтвержденных случаев заболевания, требующего дорогостоящего лечения, – значимая цифра не только для фармацевтических компаний, но и медицинских учреждений, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь (ВМП), которая оплачивается из государственного бюджета методом квотирования. В российских массмедиа регулярно обсуждается проблема недостаточного количества выделенных квот на высокотехнологичные операции. Однако, с точки зрения самих медиков, как подтвердилось в экспертных интервью, главной проблемой считается дефицит не квот, а больных. Под увеличение количества зарегистрированных больных можно претендовать на увеличение квот, выделенных на какое-то конкретное медицинское учреждение. Но уровень муниципальной медицины сегодня таков, что рядовые врачи на местах попросту не могут выявлять случаи, требующие ВМП, и направлять больных в высокотехнологичные центры. В результате между ведущими федеральными и региональными клиниками, проводящими одни и те же операции, идет настоящая конкурентная война за пациентов, особенно если это больные из регионов, где нет своих высокотехнологичных центров.

В определенных случаях показатели статистики оказывают формирующее действие, т.е. не отражают ситуацию, а моделируют ее. Яркий пример последнего времени – планируемый в российской системе здравоохранения в 2012 г. переход на стандарты Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) по младенческой смертности¹⁰, который повлечет за собой резкое увеличение младенческой смертности (по экспертным оценкам, на 12–15%), учитываемой в статистике. По свидетельствам опрашиваемых экспертов в регионах, все усилия службы родовспоможения направлены в текущем году на то, чтобы не допустить резкого скачка показателей в следующем году. Выхаживание младенцев с низкой массой тела, которые до сих пор не признавались людьми и, соответственно, не учитывались в статистике рождаемости и смертности, стало основной задачей при распределении ресурсов на местах (и материальных, и интеллектуальных – включая определение приоритетных направлений научных исследований на кафедрах медицинских вузов). С другой стороны, различия в критериях учета между Россией и ВОЗ дают возможность представителям корпорации педиатров говорить о том, что данные по младенческой смертности в стране сейчас существенно занижены¹¹.

Нередко возникают коллизии между борьбой за ресурсы и оценкой эффективности государственного управления. Примером может служить рассказанный в одном из экспертных интервью случай: в субъекте РФ за год заметно увеличи-

лось количество зарегистрированных наркоманов, за что региональная наркологическая служба получила благодарность от Госнаркоконтроля РФ (так как увеличилась выявляемость) и порицание – от губернатора, поскольку для оценки его деятельности рост наркомании не является положительным показателем.

Использование медицинской статистики для оценки результативности уже вложенных средств в систему здравоохранения, с учетом вероятной недостоверности показателей, становится средством обоснования уже принятых решений властей различных уровней. В последние годы прямые данные по результативности деятельности медицинских учреждений и эффективности расходования бюджетных средств (количество врачей, койко-мест, объемы оказанной медицинской помощи, стоимость медицинских услуг, состояние материально-технической базы и пр.) при оценке программ и политик все чаще дополняются медико-демографическими показателями. Хотя далеко не всегда те, кого оценивают, в силах повлиять на эти цифры.

С 2006 г. медико-демографические показатели были положены в основу оценки эффективности реализации национального проекта «Здоровье» как показатели медицинской результативности. Однако, по мнению самих врачей, нельзя делать такую жесткую привязку к деятельности медицинских учреждений, поскольку больница не может напрямую повлиять, например, ни на снижение смертности от внешних причин (которая находится на одном из лидирующих мест в общероссийской статистике), ни на рождаемость, т.е. на желание женщин заводить детей.

На региональном уровне территориальные программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи устанавливают целевые значения критериев доступности и качества медицинской помощи, в число которых входят показатели по заболеваемости социально значимыми болезнями, первичной инвалидности, смертности от различных причин [2].

Упомянутая ранее система оценки деятельности региональных и муниципальных властей, введенная в России в 2007–2008 гг., еще более привязала медико-демографические показатели к финансированию медицинских учреждений, а также усилила ответственность руководства ЛПУ и исполнительных органов власти за ситуацию, на которую они зачастую не в силах повлиять (но могут повлиять на изменение показателей). Так, в перечень дополнительных показателей, разработанных Правительством РФ во исполнение Указа Президента РФ от 28 июня 2007 г. № 825 «Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации», вошел наряду с показателями деятельности учреждений здравоохранения такой индикатор, как «доля лиц трудоспособного возраста, впервые признанных инвалидами, в общей численности лиц, впервые признанных инвалидами» [3].

Наиболее заметно это проявляется на муниципальном уровне. Любопытно, что в критериях оценки эффективности деятельности органов МСУ городских округов и муниципальных районов, утвержденных на федеральном уровне [1], присутствуют непосредственные показатели деятельности МУЗов, из медико-демографических показателей там только основные показатели смертности (трудоспособного населения и детей до 18 лет)¹². В то же время, когда органы МСУ принимают обязательства перед региональными властями, в них появляются куда более разнообразные индикаторы. Например, в перечне показателей оценки эффективности деятельности органа МСУ одного из обследованных нами муници-

пальных районов Республики Татарстан фигурирует средняя продолжительность жизни населения и смертность от туберкулеза, хотя борьба с туберкулезом является задачей субъекта РФ, а противотуберкулезные учреждения находятся не в муниципальной, а краевой собственности.

Доведением до абсурда идеи целевых показателей выглядят контрольные показатели деятельности медучреждений на 2011 г., прилагаемые к соглашениям о взаимодействии между Правительством Пермского края и муниципальными образованияами, на основании которых органам МСУ даются дотации из краевого бюджета. Составляются эти целевые показатели исходя из тенденций предыдущих годов, с учетом прогноза роста или уменьшения количества прикрепленного населения. Например, по контрольным показателям города Кунгур в 2011 г. должно быть признано инвалидами по причине болезней системы кровообращения 49 человек или быть принято 318 вызовов скорой помощи. Эти цифры можно «подогнать» под план – путем отказа людям в медицинской помощи. Но не совсем понятно, как, например, медицинские учреждения городского округа могут обеспечить, чтобы в 2011 г. в Кунгуре было не более 14 случаев смертей людей трудоспособного возраста от самоубийств¹³. Напрашивается вывод: либо эти контрольные показатели воспринимаются самими исполнителями как фикция, либо они все-таки выполняются, но путем махинаций со статистикой и отчетностью.

* * *

В начале статьи мы говорили о двух способах формирования представлений о здоровье нации и системе здравоохранения – построенном на собственном опыте соприкосновения с этой системой в качестве пациента или опыте близких и знакомых и опыте, базирующемся на данных медицинской статистики. Однако во втором случае, как выясняется, создаваемая картина также далека от реальности и является проекцией чьих-то запросов и интересов, хотя и используется для выработки государственных решений на всех уровнях.

Проблемы в организации сбора первичных данных задают объективные ограничения для медицинской статистики. На искажения показателей влияют многие факторы: территориальные и социальные ограничения, обусловленные неравномерным распределением ресурсов в сфере здравоохранения, организационные и технические сбои при сборе информации и организации работы статистической службы на местах, скрытая мобильность населения, политическая конъюнктура, а также стратегии выживания и борьбы за финансирование медицинских учреждений в России.

С учетом этого становится заметной основная роль медицинской статистики в легитимации распределения государственных ресурсов в сфере здравоохранения, которую, соответственно, можно рассматривать как пространство конкуренции и борьбы за ресурсы между отдельными группами интересов, медицинскими корпорациями. Для них ссылки на медико-демографические показатели служат обоснованием постоянного расширения своего фронта работы, а для органов власти – доказательством выполнения государством своих социальных обязательств. Представляется, что понимание данных взаимоотношений, описание их в такой логике может существенно прояснить общее видение того, как устроена система здравоохранения в современной России.

ЛИТЕРАТУРА

1. Указ Президента Российской Федерации «Об оценке эффективности деятельности органов местного самоуправления городских округов и муниципальных районов» от 28 апреля 2008 г. № 607.
2. Постановление Правительства РФ № 913 от 5 декабря 2008 г. «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2009 год».
3. Постановление Правительства Российской Федерации от 15 апреля 2009 г. № 322 «О мерах по реализации Указа Президента Российской Федерации от 28 июня 2007 г. № 825 «Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации».
4. Анализ результатов мониторинга тенденций в практике освидетельствования инвалидности и ОСТД граждан учреждениями МСЭ и предоставления инвалидам услуг по Программе государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи в условиях финансово-экономического кризиса 2009 года (9-й этап мониторинга). Всероссийское общество инвалидов. – 2009. URL: <http://www.voi.ru/info.asp?view=3739>.
5. Михайлова Ю.В., Леонов С.А., Сон И.М., Погорелова Э.И., Секриеру Э.М., Огрызко Е.В., Савина А.А., Вайсман Д.Ш., Утка В.Г., Максимова Т.М., Лужкина Н.П., Барабанова Н.А., Белов В.А., Роговина А.Г. Современное состояние и пути развития отечественной медицинской статистики // Социальные аспекты здоровья населения, № 1. – 2007 (1). URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/21/30>.
6. Пресс-выпуск ВЦИОМ № 1211 «Бесплатная медицина и самолечение – российский рецепт спасения от болезней». 28.04.2009. URL: <http://wciom.ru/index.php?id=268&uid=11795>.
7. Шиф А.А., Лушнов М.С., Солдатенкова Ж.М., Березин А.И. Возможные направления автоматизации сбора и обработки данных о показателях демографических процессов // Фундаментальные исследования. – № 2. – 2010.

ПРИМЕЧАНИЯ

- ¹ Хотя для публичной аргументации активно используется и «экскурсионный» прием «изучения ситуации», когда государственный деятель посещает рядовое медицинское учреждение и общается с «народом». Например: «Я только что заезжал, смотрел на работу обычной московской детской поликлиники. Поликлиника действительно ничего особенного собой не представляет, 1964 года постройки, требует капитального ремонта, хотя внутри всё чистенько. Люди довольны тем, как медицинская помощь оказывается. Во всяком случае, с теми родителями, которые были в поликлинике, я успел переговорить. С учетом того, что мы туда заехали случайно, – по всей вероятности, это были искренние соображения, их искренняя позиция». Из выступления Президента РФ Д.А.Медведева на совместном заседании президиума Государственного совета и Комиссии по реализации приоритетных национальных проектов и демографической политике 30.05.2011. URL: <http://kremlin.ru/news>.
- ² В частности, мы анализировали заполненные отчетные формы центральных районных больниц, отправляемые в региональные медико-информационные центры и территориальные отделения Росстата. Вопросы релевантности статотчетности также обсуждались в ходе экспертных интервью с представителями руководства медучреждений, местными чиновниками и самими статистиками.
- ³ Сиротская доля // Медновости.ру, 24.09.2009. URL: <http://medportal.ru/mednovosti/main/2009/09/24/orphan>.
- ⁴ По данным Российского общества патологоанатомов, в среднем по стране патологоанатомическому исследованию подвергаются менее 60% умерших в стационарах. Среди россиян, скончавшихся дома (а это основная доля смертей) – около 80%, вскрытие проводится лишь в 10–15% случаев. Расхождения диагноза, поставленного лечащим врачом, с выводами патологоанатомов наблюдаются в 15–20% случаев смерти в медучреждениях и в 50–70% случаев смерти на дому. См.: Российские патологоанатомы призвали повысить число вскрытий // Медновости.ру, 17.03.2011. URL: <http://medportal.ru/mednovosti/news/2011/03/17/prosection>.
- ⁵ По данным ВОИ, «в 2005–2006 годах резко увеличился приток на первичное освидетельствование МСЭ лиц пенсионного возраста, имеющих те или иные признаки инвалидности. Это привело к существенному росту общей численности инвалидов в Российской Федерации и соответственно – к заметному увеличению нагрузки на федеральный бюджет и бюджет Пенсионного фонда РФ» [4].
- ⁶ Под «корпорациями» в данном случае понимаются в той или иной степени организованные структуры, монополизировавшие оказание определенных услуг и исполняющие экспертные и иные функции в части, связанной со здоровьем и здравоохранением, извлекающие ренту со своего монопольного статуса и конкурирующие друг с другом в процессе распределения бюджетных ресурсов.

- ⁷ Программа модернизации здравоохранения Алтайского края на 2011–2012 годы. Приложение к постановлению Администрации Алтайского края от 30 марта 2011 г. – № 154. – С. 18.
- ⁸ Программа модернизации здравоохранения Костромской области на 2011–2012 годы. С. 23.
- ⁹ Для примера – заголовки некоторых информационных сообщений на новостных интернет-ресурсах: «ВОЗ: официальные данные о заболеваемости туберкулезом в России сильно занижены» (<http://www.newsru.com/russia/30mar2005/ill.html>), «Официальная статистика онкологических заболеваний у детей в России занижена на 30 процентов» (<http://www.medlinks.ru/article.php?sid=44159>), «Официальная статистика заболеваемости муковисцидозом в России занижена в несколько раз» (<http://www.medlinks.ru/article.php?sid=43194>), «Россия занижает статистику по ВИЧ и СПИДу» (<http://www.medlinks.ru/article.php?sid=19192>).
- ¹⁰ В России принято не регистрировать родившихся детей весом менее 1 кг и ранее 28 недель, квалифицируя плод не как ребенка, а как поздний выкидыш. Согласно стандартам ВОЗ, потенциально жизнеспособными считаются дети, родившиеся с массой тела более 500 грамм при сроке беременности не менее 22 недель. С 2012 г. Россия переходит на эти стандарты, и специалистам родильных домов придется повсеместно регистрировать смерть младенцев, родившихся с весом более 500 грамм.
- ¹¹ В 2012 г. Россию ждет резкий рост детской смертности // Gzt.ru, 15.02.2011. URL: <http://pharmapactice.ru/37001>.
- ¹² В соответствии с Указом Президента РФ критериями оценки являются в том числе – число случаев смерти лиц в возрасте до 65 лет: на дому – всего, в том числе от инфаркта миокарда, инсульта; в первые сутки в стационаре – всего, в том числе от инфаркта миокарда, инсульта; число случаев смерти детей до 18 лет: на дому; в первые сутки в стационаре.
- ¹³ Контрольные показатели 2011 года. Приложение к Соглашению о взаимодействии между Правительством Пермского края и городом Кунгуром Пермского края в сфере развития человеческого потенциала города Кунгура Пермского края. URL: <http://gnkobeleva.wordpress.com/>.