

Distr.  
GENERAL

CES/AC.36/1998/11  
EUR/ICP/INFO 020603/11  
4 August 1998

RUSSIAN  
Original: ENGLISH

**СТАТИСТИЧЕСКАЯ КОМИССИЯ и ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ  
ЕВРОПЕЙСКАЯ ЭКОНОМИЧЕСКАЯ КОМИССИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
БЮРО БЮРО  
КОНФЕРЕНЦИЯ ЕВРОПЕЙСКИХ СТАТИСТИКОВ**

Совместное совещание ЕЭК-ВОЗ по статистике здравоохранения  
(Рим, Италия, 14-16 октября 1998 года)

ЗАСЕДАНИЕ IV: Прогресс в области внедрения МКБ-10

**МКДИН-2 - ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КЛАССИФИКАЦИИ В  
СТАТИСТИЧЕСКИХ И НАУЧНЫХ ЦЕЛЯХ**

Документ, представленный Национальным статистическим управлением,  
Лондон 1/

---

1/ Подготовил: Ховард Мельцер.

GE.98-31860 (R)

## Резюме

Во Всемирной организации здравоохранения ведется пересмотр Международной классификации дефектов, инвалидности и нетрудоспособности (МКДИН). В настоящем документе излагается основная информация по МКДИН, а также новые особенности пересмотренного варианта классификации с точки зрения ее целей и практического применения. В документе приводятся примеры некоторых исследований по вопросам распространенности инвалидности и эффективности реабилитации, в которых широко использовалась указанная классификация. В заключении в документе приводятся планы дальнейшего развития МКДИН и рассматриваются проблемы, связанные с разработкой инструментов оценки на основе базовых концепций, позволяющих получать точные и достоверные данные в научных и статистических целях, включая проведение сопоставительных исследований.

### 1. История вопроса

В 1980 году Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) опубликовала Международную классификацию дефектов, инвалидности и нетрудоспособности (МКДИН), позволяющую разработать единые рамки и определения понятий в области инвалидности 1/.

При этом преследовалась цель побудить исследователей и статистиков, занимающихся вопросами здравоохранения, к использованию более точной, объективной и международно признанной терминологии, которая должна была заменить прежние, зачастую расплывчатые и упрощенные определения.

В течение 80-х годов такие страны, как Австралия, Великобритания, Испания, Канада, Нидерланды и Соединенные Штаты приступили к сбору данных в соответствии с принципами и терминологией МКДИН, а позднее эту классификацию стали использовать и другие страны при сборе национальных данных в области инвалидности в рамках переписей и обследований.

В 90-е годы во Всемирной организации здравоохранения начался процесс серьезного пересмотра МКДИН, отражающий важные изменения в концепции охраны здоровья, а именно переход от модели здравоохранения, основное место в которой отводилось индивиду, к более интерактивному подходу, учитывающему биологические, социальные и экологические факторы. Полное название нового варианта МКДИН звучит как Международная классификация дефектов, видов деятельности и участия, однако в сокращенном виде оно выглядит как МКДИН-2, что отражает связь с первоначальным вариантом 2/.

## **2. Основные концепции МКДИН-2**

В МКДИН-2 дефект определяется как любая потеря или аномалия анатомической структуры или физиологической или психологической функции.

Деятельность определяется как характер и степень функционирования на уровне индивидуума и может быть ограничена по своему характеру, продолжительности и качеству.

Участие представляет собой характер и степень вовлеченности индивидуума в жизненные ситуации в связи с дефектами, видами деятельности, состоянием здоровья и контекстуальными факторами. Как и деятельность, участие может ограничиваться по характеру, продолжительности и качеству.

Классификация дефектов состоит из двух частей, в одной из которых рассматриваются функции, а в другой структура. Каждая часть состоит из 10 глав, при этом в соответствующей главе каждой части рассматривается конкретная система организма. Функциональные системы включают в себя:

Умственные функции  
Голосовые, речевые, слуховые и вестибулярные функции  
Зрительные функции  
Другие сенсорные функции  
Сердечно-сосудистые и дыхательные функции  
Дегестивные, трофические и метаболические функции  
Иммунологические и эндокринологические функции  
Мочеполовые функции  
Нервно-мышечные, скелетные и двигательные функции  
Функции кожи и смежные функции.

На уровне заглавий глав виды деятельности классифицируются следующим образом:

Зрение, слух и распознавание  
Обучение, применение знаний и выполнение заданий  
Коммуникативная деятельность  
Двигательная активность  
Передвижение  
Повседневная деятельность  
Удовлетворение основных потребностей и выполнение бытовых функций  
Реагирование на конкретные ситуации и их решение  
Использование технических средств, технических приспособлений и другие смежные виды деятельности

Классификация видов участия состоит из семи основных разделов:

Участие в самообслуживании  
Участие в передвижении  
Участие в обмене информацией

Участие в социальных контактах  
Участие в работе, отдыхе и духовной жизни  
Участие в экономической жизни  
Участие в гражданской и общественной жизни

Новый вариант МКДИН является более сложным, всеобъемлющим и логичным по сравнению с предыдущим вариантом и создает довольно сложные проблемы в связи с его развитием и применением. Все три компонента классификации, – дефекты, виды деятельности и участия – взаимосвязаны, однако ничто не мешает использовать каждый из них отдельно. Кроме того, у некоторых исследователей могут возникнуть вопросы, относящиеся лишь к некоторым аспектам каждой из трех вышеупомянутых областей.

### 3. Цели МКДИН-2

МКДИН-2 должна обеспечить общую основу и принципы описания, понимания и диалога по вопросам последствий заболеваний. Эта многоцелевая классификация может использоваться во многих областях. МКДИН-2 в соответствии с проектом руководства служит следующим целям:

- Обеспечение научной основы для понимания и изучения состояния здоровья населения
- Создание единого языка для описания последствий проблем со здоровьем с целью улучшения понимания между медицинскими работниками, другими секторами и инвалидами
- Обеспечение основы для понимания воздействия инвалидности на жизнь людей и их участие в жизни общества
- Определение проблем в области здоровья в интересах совершенствования медицинского обслуживания и более активного участия инвалидов в общественной жизни
- Сопоставление данных по странам, профилям медицинской помощи, услугам и временным интервалам
- Разработка упорядоченной системы кодирования для информационных систем в области здравоохранения

- Активизация исследований последствий проблем в области здоровья

- Сбор данных о факторах, способствующих и препятствующих участию инвалидов в общественной жизни.

МКДИН-2 в основном относится к здравоохранению, однако, как и предыдущий вариант, она может использоваться в других целях: страхование, социальное обеспечение, занятость, экономика и разработка законодательных норм.

Практическое применение классификации связано с трудностями, если при этом не использовать инструменты оценки, позволяющие увязывать концепции классификации с практическими вопросами. В настоящее время в связи с МКДИН-2 ведется работа по созданию таких инструментов и по разработке ВОЗ-СОИ-2 (система оценки инвалидности) и контрольного перечня МКДИН-2.

#### 4. Применение МКДИН-2

Первоначальный вариант МКДИН использовался в различных целях, который сохраняют свою актуальность и для нового варианта:

- Как статистический инструмент - эпидемиологические или демографические обследования, составление вопросников для сбора демографических данных, разработка баз данных, информационные системы управления.
- Как инструмент научного анализа - определение эффективности деятельности в области здравоохранения, реабилитации и социальной интеграции, оценка качества жизни.
- Как клинический инструмент - оценка потребностей, сопоставление методов лечения с конкретными условиями, индивидуальные планы лечения, оценка результатов лечения.
- Как инструмент социальной политики - оценка обоснованности прав на пользование социальными пособиями, страхованием по инвалидности, системами компенсации.
- Как учебный инструмент - составление учебных программ, информирование общественности, пропагандистская работа.

В качестве еще одного подхода к определению областей применения классификации можно

проанализировать виды ее использования с точки зрения предмета анализа:

- на индивидуальном уровне (например, для определения потребности того или иного лица в лечении);

- на уровне учреждения (например, для документации предоставления услуг или эффективности принимаемых мер в целях разработки политики здравоохранения);
- на уровне населения (например, для определения потребностей общества в конкретных мерах и установления приоритетов для системы здравоохранения и социального обеспечения).

Помимо профильного и аналитического подхода, при классификации сфер применения МКДИН-2 в качестве отправной точки можно взять проблемы в области здоровья: пациенты, страдающие параличом, испытывающие проблемы в области зрения, слуха или речи, лица с психическими или неврологическими расстройствами.

МКДИН-2 как многоцелевой инструмент должна обеспечивать возможности для анализа проблем в области здоровья у детей, подростков и престарелых. В связи с детьми и подростками возникают проблемы оценки, объясняемые необходимостью учитывать стадии их развития. Проблемы, возникающие при анализе вопросов, связанных с дефектами, видами деятельности и участия престарелых, заключаются в том, что с возрастом проблемы здоровья приобретают комплексный характер и могут ограничивать деятельность или участие сразу в нескольких областях.

При применении МКДИН-2 возникают также проблемы в связи с умственным здоровьем, поскольку в некоторых случаях провести различие между расстройством конкретной функции и его последствиями довольно трудно.

## 5. Конкретные виды использования МКДИН-2

МКДИН-2 находится пока на этапе разработки, и поэтому приведенные ниже примеры основаны на статистических исследованиях, проводящихся с использованием первоначального варианта МКДИН в качестве концептуальной базы. Таким образом, основное внимание в этих исследованиях уделяется не вопросам участия, а инвалидности и ограничениям различных видов деятельности. Вместе с тем обзор исследований на основе МКДИН показывают, каким образом результаты, полученные в ходе этих исследований, содействуют процессу пересмотра. Наиболее широкое применение МКДИН нашла в исследованиях по вопросам распространенности заболеваний и реабилитации.

**3FF: , \*e&'>4b B@ &BD@F' < D'FBD@FD'>, >>@FH 4>&': 4\*>@FH**

Для оценки степени распространенности инвалидности в обследованиях по вопросам

инвалидности, проводящихся на национальном, региональном и местном уровне в нескольких странах, используются основные концепции и определения МКДИН. Основная цель большинства исследований по вопросам распространенности инвалидности, в которых МКДИН использовалась в качестве базового инструмента оценки, заключалась в определении

степени распространенности инвалидности (и расчете общих показателей) с разбивкой по возрасту и полу, в определении дефектов, приводящих к инвалидности, а также в анализе ограничений в повседневной деятельности (участии), связанных с конкретным дефектом и инвалидностью.

Коэффициенты распространенности инвалидности, приведенные в национальных исследованиях, оказались довольно схожими: Канада (1986) – 15,5%; Великобритания (1985) – 14%; Испания (1986) – 15% 3/ 4/ 5/. Несмотря на схожесть этих показателей, в результатах этих исследований были отмечены следующие проблемы в области оценки инвалидности:

- a) трудность расчета коэффициентов по каждому пункту классификации
- b) единообразное толкование терминов
- c) обобщение всех данных для получения общего коэффициента распространенности
- d) опрос респондентов с комплексной инвалидностью для увязки конкретного дефекта с каждым видом инвалидности
- e) учет заболеваний, различающихся по продолжительности и степени тяжести
- f) оценка инвалидности, при которой используется или не используется технические вспомогательные средства и индивидуальная помощь.

Данные большинства национальных обследований по вопросам инвалидности задокументированы и являются одним из важнейших источников вторичного анализа. По мере расширения данных, собираемых в ходе обследований на основе МКДИН, активизировалась исследовательская работа по вопросам продолжительности жизни без инвалидности или заболеваемости. Такой анализ был проведен в Австралии, Франции, Великобритании, Испании и Нидерландах 6/.

### **C, "§4: 4H'P4b**

Не вызывает удивления тот факт, что МКДИН нашла широкое применение в области реабилитации, поскольку и сама классификация, и медицинский профиль имеют отношение к последствиям заболеваний. В соответствии с терминологией МКДИН цель реабилитации заключается в лечении и смягчении последствий инвалидности, связанных с дефектами.

Проводящаяся на основе МКДИН первоначальная оценка физического состояния того или иного индивидуума, например, с травмой позвоночника, артритом или плохим зрением позволяет определить степень потребности этого индивидуума в реабилитации, а также

необходимые лечебные меры и процедуры (физиотерапия, трудовая терапия и т.д.). Повторные оценки показывают, улучшилось ли состояние данного индивидуума в результате такого лечения.

Большинство из приведенных примеров использования МКДИН в области реабилитации носят индивидуальный характер (характеристика пациента, оценка потребностей пациента, оценка результатов лечения или состояния выписанных пациентов). Вместе с тем в некоторых исследованиях была проведена оценка результатов лечения на уровне учреждений, а также кадровые потребности реабилитационных медицинских учреждений. Некоторые примеры показывают, что МКДИН использовалась для разработки политики, в частности в области обучения и подготовки специалистов и разработки программ реабилитации в рамках общин 7 / .

#### **6. Перспективы использования МКДИН-2 в статистических и научных целях**

Одно из важных преимуществ многоцелевой классификации с единой терминологией и концептуальной основой заключается в том, что статистические данные об инвалидности могут сопоставляться по регионам в пределах отдельных стран и между различными странами. В то же время краткий обзор проведенных исследований показывает, что исследователи используют те элементы классификации, которые отвечают их потребностям. Именно поэтому ВОЗ стремится разработать различные системы оценки на основе МКДИН-2, которые могут использоваться в различных целях в разнообразных обстоятельствах. Пользователям, безусловно, потребуются эти инструменты в компьютеризированной форме.

Существует также определенная потребность в разработке более систематического метода измерения серьезности ограничений в области деятельности и участия. Эта потребность, в свою очередь, по-видимому, приведет к разработке алгоритмов, с помощью которых на основе имеющихся данных можно будет рассчитывать общий показатель степени инвалидности или обоснованности ходатайств о выплате пособий.

В будущем основная проблема будет заключаться в установлении критериев для определения степени участия, поскольку этот фактор учитывает социальные, культурные, религиозные и политические особенности жизни.

**EBD'@R"b :4H'D'HD'**

1. World Health Organisation. *International classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*. Geneva: WHO 1980.
2. World Health Organisation. *International classification of Impairments, Activities and Participation: Beta1 Draft for field Trials*. Geneva: WHO 1997.
3. Furrie, A D, (1995) The Canadian Database on disability issues: a national application of the ICIDH, *Disability and Rehabilitation* **17**, no. 7, 344-349.
4. Martin, J., Meltzer, H. and Elliott, D, (1988) *The OPCS Surveys of disability in Great Britain, Report 1, The prevalence of disability among adults*. London: HMSO
5. Rodriguez, P G, Using the ICIDH in surveys: the case of Spain, *World Health Statistics Quarterly* (1989), **42**, no. 3, 161-174.
6. Ribine, J M, Estimating disability free life expectancy (DFLE) in the Western countries in the last decade - how can that new indicator of health status be used? *World Health Statistics Quarterly* (1989), **42**, no. 3, 147-150.
7. De Klein-de Vrankrijiker, M. The ICIDH - its use in rehabilitation *World Health Statistics Quarterly* (1989), **42**, no. 3, 151 -156.

-----