

Distr.  
GENERAL

CES/AC.36/1998/3  
EUR/ICP/INFO 020603/3  
25 November 1998

RUSSIAN  
Original: ENGLISH

**СТАТИСТИЧЕСКАЯ КОМИССИЯ и ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
ЕВРОПЕЙСКАЯ ЭКОНОМИЧЕСКАЯ КОМИССИЯ и ЕВРОПЕЙСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ БЮРО**

**КОНФЕРЕНЦИЯ ЕВРОПЕЙСКИХ СТАТИСТИКОВ**

Совместная сессия ЕЭК-ВОЗ по статистике здравоохранения  
(Рим, 14-16 октября 1998 года)

**ДОКЛАД**

**I. ВВЕДЕНИЕ**

1. Совместная сессия ЕЭК-ВОЗ по статистике здравоохранения была проведена в Риме 14-16 октября 1998 года по приглашению правительства Италии в сотрудничестве с Национальным статистическим институтом (ИСТАТ) и министерством здравоохранения Италии. В ней приняли участие представители следующих стран: Австрии, Албании, Андорры, Армении, Азербайджана, Беларуси, Бельгии, Болгарии, Боснии и Герцеговины, Венгрии, Германии, Грузии, Дании, Израиля, Ирландии, Испании, Италии, Канады, Казахстана, Кыргызстана, Латвии, Литвы, Люксембурга, Мальты, Нидерландов, Норвегии, Польши, Португалии, Республики Молдова, Российской Федерации, Румынии, Словакии, Словении, Соединенного Королевства, Соединенных Штатов Америки, Таджикистана, Туркменистана, Узбекистана, Украины, Финляндии, Франции, Хорватии, Чешской Республики, Швеции, Швейцарии, Эстонии и бывшей югославской Республики Македонии.

2. Европейская комиссия была представлена Евростатом и Генеральным директором V по занятости, отношениям с промышленностью и социальным вопросам.

GE.98-32766 (R)

3. В соответствии со статьей 11 Положения о круге ведения ЕЭК ООН на сессии присутствовали представители Австралии.

4. На ней также присутствовали представители Фонда Организации Объединенных Наций по деятельности в области народонаселения (ЮНФПА), Департамента по экономической и социальной информации и анализу политики Организации Объединенных Наций (Статистический отдел ООН) и следующих специализированных учреждений и межправительственных организаций: центральных учреждений ВОЗ, Американского регионального бюро ВОЗ, Информационного центра ВОЗ для центральноазиатских республик, Всемирного банка, Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) и Совета Европы.

5. Обязанности Председателя сессии исполнял г-н Паоло Гаронна, Генеральный директор Итальянского национального статистического института (ИСТАТ).

## **II. ОРГАНИЗАЦИЯ И ДОКУМЕНТАЦИЯ**

### **Повестка дня и процедура**

6. Была утверждена предварительная повестка дня (CES/AC.36/1998/2/Add.1).

7. Программа работы сессии включала в себя следующие темы по существу:

- i) проблемы, связанные с отсутствием координации в системах национальной и международной статистики здравоохранения;
- ii) роль информационной технологии в сборе информации о здравоохранении и обеспечении оперативного доступа к статистическим данным и показателям состояния здоровья населения;
- iii) разработка и использование показателей эффективности медицинского обслуживания;
- iv) прогресс в области внедрения МКБ-10 и других международно сопоставимых классификаций в области здравоохранения.

8. Обсуждению каждой темы было посвящено отдельное заседание. По каждому заседанию были назначены организаторы, которые отвечали за планирование и обеспечение подготовки дискуссионных документов, а также руководители обсуждений и докладчики. В последний день было проведено групповое заседание с участием всех руководителей дискуссий с целью дополнительного обсуждения и принятия выводов по четырем темам.

### Документация

9. Все документы, включая доклад, размещены в Интернете по следующему адресу:

[www.unece.org/stats/documents/1988.10.health.htm](http://www.unece.org/stats/documents/1988.10.health.htm)

На три рабочих языка, английский, французский и русский, были переведены полностью только специальные документы и резюме вспомогательных документов. Краткое изложение обсуждений и основных выводов каждого заседания приводится в приложении к настоящему докладу.

### Вступительные заявления

10. Со вступительными заявлениями выступили Генеральный директор ИСТАТ г-н Паоло Гаронна, Директор Европейского регионального бюро ВОЗ г-н Дж.Э. Асвалл и проф. Силано, руководитель отдела международных отношений министерства здравоохранения Италии.

11. Все три оратора подчеркнули роль статистики здравоохранения и медико-санитарной информации в разработке и оценке программ охраны здоровья населения, а также в оказании содействия странам в переходе к опирающимся на фактологическую информацию и ориентированным на результаты системам медицинского обслуживания. Была также подчеркнута важность интеграции статистики медицинского обслуживания со статистической информацией о других факторах, оказывающих влияние на состояние здоровья населения, таких, как социальные условия, образ жизни, образование и окружающая среда. Политика в области здравоохранения все в большей степени приобретает межсекторальный характер, причем одной из ее центральных проблем становится социальное неравенство. Координация источников и мероприятий по сбору данных о здравоохранении была определена в качестве одной из главных задач как для стран, так и международных организаций, что, в частности, обусловлено отсутствием официальной основы для обеспечения такой координации на международном уровне. Недавно государства - члены Европейского региона ВОЗ признали, что право на здоровье является одним из основных прав человека, в связи с чем политика в этой области должна опираться на такие ценности и принципы, как равенство, солидарность, участие и отчетность с целью достижения прогресса на пути к установленной цели обеспечения здоровья для всех. Растущие потребности в измерении состояния здоровья населения в сочетании с увеличением расходов на медицинское обслуживание, обусловленным старением населения и появлением новых медицинских технологий, ведут к увеличению спроса на сопоставимые статистические данные о здравоохранении. Поскольку это не сопровождается соответствующим увеличением объема ресурсов, выделяемых на цели статистики здравоохранения, чрезвычайно важное значение приобретает налаживание эффективного сотрудничества между всеми участвующими в этом процессе сторонами - врачами, органами здравоохранения, страховщиками, статистиками и т.д.

### III. БУДУЩАЯ РАБОТА

12. В начале сессии Председатель обратился к участникам с просьбой передать в секретариат свои письменные предложения по темам для будущих сессий. Консультативная группа, в состав которой вошли представители Канады, Чешской Республики, Франции, Италии, Норвегии и Российской Федерации, обсудила представленные предложения и подготовила краткий перечень из четырех тем. Участники сессии обсудили данное предложение и рекомендовали включить в программу работы Конференции европейских статистиков следующий текст.

#### 4.6 СТАТИСТИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

##### Мероприятия и средства осуществления

##### Мероприятия ЕЭК ООН

13. Совещание по статистике здравоохранения (совместно с Европейским региональным бюро ВОЗ) в 2001/2002 году для рассмотрения следующих вопросов:

- i) Использование медико-санитарной информации для целей политики и управления в области здравоохранения и оказания медицинской помощи. Соответствие медико-информационных систем потребностям в области социальной политики и политики по охране здоровья населения (например, использование взаимосвязанных наборов данных или данных учета естественного движения населения для крупномасштабных эпидемиологических исследований; адекватность ныне существующих наборов данных целям мониторинга результатов деятельности систем здравоохранения; потребности в продольных данных для облегчения медицинского и социального обеспечения престарелых и вопросы, связанные с распространением данных);
- ii) Концептуальные и статистические вопросы измерения состояния здоровья населения (например, уточнение концепций, используемых для определения, оценки и измерения состояния здоровья населения, заболеваемости и факторов, определяющих качество жизни; достижение прогресса в области международной стандартизации, включая дальнейшую разработку и применение МКДИН; количественное измерение связанных с состоянием здоровья факторов, определяющих качество жизни, на национальном уровне; адаптация ныне существующих статистических систем и процедур сбора данных для достижения прогресса в вышеупомянутых областях);
- iii) Интеграция ключевых национальных статистических данных по медико-санитарным и связанным со здравоохранением аспектам в согласованные и легкодоступные базы данных (правовые и административные вопросы увязки

данных из различных источников; пользователи и виды использования национальных комплексных наборов данных);

- iv) Согласование на международном и национальном уровнях определений и отчетности в области медико-санитарной статистики (достижение прогресса в координации международных процедур сбора данных, совместное использование данных международными организациями, увязка международных и национальных наборов данных).

14. Участники сессии настоятельно рекомендовали Конференции обратиться еще раз с призывом к международным организациям, занимающимся вопросами статистики здравоохранения, активизировать сотрудничество и взаимодействие в тех областях сбора медико-санитарной информации и исследований, которые еще страдают отсутствием надлежащей координации. Конференции также было рекомендовано призвать страны повысить координацию и сопоставимость данных между различными секторами здравоохранения и ведомствами – разработчиками данных, статистическими органами, исследовательскими институтами и т.д.

15. Участники также рекомендовали Конференции повысить приоритетность статистики здравоохранения и уделять главное внимание в своей программе работы концептуальным вопросам измерений, классификациям, стандартизации и согласованию данных.

16. С учетом того, что следующую сессию планируется провести только в 2001/2002 году, участники настоятельно рекомендовали Конференции созвать подготовительное совещание в 1999/2000 году с участием небольшого числа заинтересованных стран. На этом подготовительном совещании могли бы быть рассмотрены и подготовлены для обсуждения на следующей сессии некоторые из вышеперечисленных вопросов.

#### **iv. ПРОЧИЕ ВОПРОСЫ**

17. Ряд международных организаций, работающих в области здравоохранения, сообщили участникам о деятельности, проводимой ими в настоящее время или планируемой к осуществлению в областях, охватываемых повесткой дня текущей сессии.

#### **v. УТВЕРЖДЕНИЕ ДОКЛАДА И ЗАКРЫТИЕ СЕССИИ**

18. Участники сессии утвердили доклад о ее работе 16 октября 1998 года.

19. Участники сессии выразили благодарность правительству Италии и ИСТАТ за оказанное содействие, гостеприимство и организацию, по их мнению, одного из наиболее успешных мероприятий.

20. Председатель Паоло Гаронна объявил о закрытии сессии.

## ПРИЛОЖЕНИЕ

### Краткое изложение обсуждений и основных выводов

#### А. Заседание 1 – Проблемы, связанные с отсутствием координации в системах национальной и международной статистики здравоохранения

Документация: Специальные документы, представленные ВОЗ (СЕС/АС.36/1998/4-7) и Италией (43). Вспомогательные документы, представленные Албанией (38), Арменией (45), Австралией (40), Азербайджаном (41), Бельгией (23), Чешской Республикой (27 и 28), Эстонией, Латвией и Литвой (21), Францией (24), Грузией (20), Казахстаном (42), Кыргызстаном (37), Нидерландами (22) и Словенией (18).

21. Обязанности организатора заседания выполнял г-н Арун Нанда, руководителя обсуждения – г-н Хуберт Иснард, а докладчика – г-н Дж. Халсалл.

22. На заседании авторы представили участникам пять специальных документов. Вопросы, поднятые в 15 вспомогательных документах, были кратко изложены руководителем обсуждения. Во вспомогательных документах был затронут ряд общих тем. Одна из них касается реорганизации системы медицинского обслуживания и ее финансирования. В случае ННГ и стран центральной и восточной Европы данная реорганизация требует адаптации к этим изменениям статистики здравоохранения. В некоторых странах структуры медико-санитарной отчетности были разрушены на том основании, что они более не удовлетворяли потребностям директивных органов и других пользователей данных и, следовательно, требовали перестройки. Данная реорганизация носит различные формы в разных странах. В некоторых из них основное внимание в рамках модернизации информационных потоков и сотрудничества между государственными органами, в том числе страховыми медицинскими фондами, уделялось первичной медико-санитарной помощи.

23. Еще одной общей темой являлось региональное сотрудничество, например в рамках группы балтийских государств, между центральноазиатскими республиками, между федеральными штатами Австралии и между шестью западноевропейскими государствами в целях повышения международной сопоставимости данных о медико-санитарной помощи. Во всех случаях эти инициативы содействовали укреплению национальных информационных систем и согласованию данных. В Австралии инструментом координации медико-санитарной информации служит словарь данных (размещенный на одном из сайтов Интернет), который содержит согласованные на национальном и международном уровнях определения и термины, используемые в статистике здравоохранения.

24. Последовавшее обсуждение четко продемонстрировало, что страны-участники и международные организации считают координацию важной и необходимой. Налаживание координации требуется на нескольких уровнях: между международными организациями; между международными организациями и государствами-членами, а также на национальном

уровне между национальными ведомствами. Было предложено обсудить и проанализировать последний вопрос на национальном уровне в каждой стране.

25. Ряд участников также обратили внимание на необходимость согласования определений данных, собираемых международными организациями, и привели примеры расхождений между определениями, используемыми в различных международных базах данных. Было также отмечено, что, в то время как доступ к базе данных ВОЗ "Здоровье для всех" является бесплатным, стоимость доступа к базе данных ОЭСР в некоторых странах достигает размера месячной зарплаты. Перевод данной базы на бесплатную основу позволил бы расширить масштабы ее использования.

26. Участники отметили, что совместная международная деятельность по разработке концептуальных основ, определений и классификаций, например МКБ, отличается более высокой результативностью от других направлений деятельности, в которых международное сотрудничество либо является ограниченным, либо вообще отсутствует. Международным организациям было настоятельно рекомендовано выделять больше ресурсов на концептуальные разработки, такие, как разработка классификаций и стандартов, а не на сбор данных. Представитель одного из государств-участников заметил, что некоторые международные организации предпринимают попытки собирать данные, сбор которых не производится на национальном уровне. Кроме того, некоторые организации не учитывают опыт работы других международных организаций.

27. Представители как государств-членов, так и международных организаций указали на необходимость определенного разделения обязанностей по разработке отдельных тем во избежание дублирования усилий. Участники согласились с тем, что некоторые темы требуют большего объема работы, например измерение состояния здоровья населения и статистика медицинского обслуживания, в то время как другие темы уже хорошо разработаны и соответственно требуют меньших трудозатрат, например МКБ. Усилия должны быть сосредоточены на малоизученных областях, а не на тех, которые уже хорошо разработаны. Примером в этой области может служить деятельность ОЭСР по разработке счетов здравоохранения. Данный подход позволяет избежать дублирования усилий, а также возникновения проблем, связанных с использованием разнородных определений, которые ведут к получению противоречивых величин по схожим показателям. Противоречивость данных, хотя и является редким случаем, может привести к потере доверия ко всем видам международных данных и сопоставлений.

28. Также было предложено консультироваться с другими международными организациями по вопросам разработки концептуальных основ и инструментов сбора данных, например с Международной эпидемиологической ассоциацией и Европейской ассоциацией общественного здравоохранения.

29. В документе 7 описаны две модели для регулярного сбора данных (функциональная модель и распределенная модель). Представитель Евростата представил участникам альтернативную основу для статистических процессов, состоящую из трех компонентов:

i) подготовка сбора данных, включая работу над основами для статистических систем, стандартами, инструментами, определениями и классификациями (было предложено, чтобы ведущую роль в этой деятельности взяли на себя наиболее компетентные в этих вопросах международные организации); ii) сбор данных, включая подготовку опросных листов, типовых таблиц и организацию передачи данных (международным организациям было рекомендовано наладить взаимодействие путем использования совместных вопросников, а также согласовать единицы территориального деления); iii) анализ и распространение (было рекомендовано, чтобы каждая международная организация проводила самостоятельную политику в этой области, опираясь на собственный мандат).

30. Участники выразили сомнения в отношении целесообразности предложенной территориальной модели регулярного сбора данных ЕС. Одна из проблем, связанных с этой территориальной моделью, заключается в том, что направление всех данных в одну международную организацию может привести к монополии этой организации на распространение данных. В свою очередь преимущество распределенной модели заключается в том, что она поддерживает не только обмен данными, но также и сбор данных. Обмен данными может являться полезной услугой, оказываемой международными организациями государствам-членам. Было также отмечено, что создание единого главного набора данных, опирающегося на концепцию национальных интегрированных баз данных о здравоохранении (описываемую в документах 4 и 5), позволяет решить проблему аутентификации. Единый главный набор данных может являться составной частью национальных систем информации о здравоохранении и содействовать использованию внутренними пользователями международных баз данных.

31. Участники подробно обсудили вопрос о том, должны ли национальные интегрированные базы данных о здравоохранении содержать агрегированные данные, данные о пациентах либо оба эти вида данных. Решение проблем, связанных с конфиденциальностью и защитой данных, а также с различиями в законодательстве стран, требует разработки прагматичного подхода с учетом специфики каждой страны.

32. Также была отмечена необходимость обучения пользователей эффективному использованию данных статистики здравоохранения. Для того чтобы данные носили значимый и полезный характер в практических целях, необходимо наладить тесное рабочее взаимодействие между национальными органами и международными организациями. Ряд ораторов также указали на необходимость повышения качества данных. Участники совещания подчеркнули необходимость информирования врачей о том, каким образом используются данные, представляемые им. Зачастую поставщики данных не имеют полного представления о том, каким образом используются представляемые ими сведения, например свидетельства о смерти. Представитель Регионального европейского бюро ВОЗ сообщил об успешно проведенной в этом направлении работе со стоматологами и последних инициативах в области гинекологии, акушерства и перинатальной медицины, которые более подробно описаны в документе 16, представленном для третьего заседания.

33. Ряд участников выразили свою благодарность вышедшему недавно на пенсию г-ну Жану-Полу Пулье за проделанную им ценную работу в ОЭСР.

34. Европейское региональное бюро ВОЗ распространило два документа зала заседаний (SRP2 и SRP3). Участникам было предложено представить свои замечания по предложенным показателям "Здоровье для всех", перечисленным в документе SRP2, который был составлен после консультаций с группой экспертов, некоторые из которых присутствуют на нынешней сессии. Дополнительные официальные консультации по составлению перечня будут проведены с государствами-членами в период с ноября 1998 года по февраль 1999 года.

В. Заседание 2 - Роль информационной технологии в сборе информации о здравоохранении и обеспечении оперативного доступа к статистическим данным и показателям состояния здоровья населения

Документация: Специальные документы, представленные Данией (CES/AC.36/1998/12), Германией (14), Финляндией (15). Вспомогательные документы, представленные Хорватией (39), Чешской Республикой (32), Швецией (33), Швейцарией (25) и ВОЗ (26).

35. Обязанности организатора заседания выполнял г-н Пул Эрик Хансен, руководителя обсуждения - г-н Гюнтер Брюкнер, а докладчика - г-н Мартин Лунд.

36. Заседание было организовано в виде последовательных докладов с демонстрацией прикладных решений ИТ, использующихся в системах медико-санитарной информации различных стран. Основой для обсуждения послужили три специальных документа, подготовленных Германией, Финляндией и Данией, после которых были представлены четыре вспомогательных документа и проведено краткое обсуждение.

37. В своем вступительном заявлении организатор заседания отметил, что нынешняя общеевропейская система медико-санитарной информации создавалась постепенно. Различные организации внесли свой вклад в ее разработку в рамках осуществления своих программ. Ее развитию также содействовали различные планы действий, однако эти инициативы никогда не координировались в полном смысле этого слова. Вследствие этого страны должны представлять сведения различным организациям, что приводит к излишним трудозатратам, дублированию усилий и конкуренции между международными организациями, действующими в области здравоохранения. В результате этого качество данных и информации, распространяемых международными организациями, не всегда отвечает высоким стандартам и, как правило, является ограниченным. В заключение он отметил, что последние инициативы (ЕСИОЗ-ВЕ и ОДОУ-СРИЗМ), а также Программа мониторинга состояния здоровья населения ЕС свидетельствуют о том, что некоторые из этих недостатков могут быть частично устранены путем использования ИТ и телекоммуникаций для создания сети распределенных баз данных. Обе создаваемые системы опираются на электронные сети обмена данными и, в некоторой степени, на

распределенные базы данных. Они также подготовлены для будущей увязки или интеграции и охватывают все основные международные организации, участвующие в сборе данных. В рамках Программы мониторинга состояния здоровья было начато осуществление инициатив по повышению сопоставимости и качества данных.

38. Оратор, представлявший документ Германии, отметил, что в силу федеральной структуры Германии Федеральная система информации о здравоохранении этой страны во многих отношениях служит отражением ситуации, сложившейся в Европе. Система основана на получаемой от земель информации, которая хранится в центральной базе данных, охватывающей семь основных областей: базовые условия функционирования системы медицинской помощи; состояние здоровья населения; поведенческие и другие факторы риска для здоровья; заболевания; ресурсы системы медицинского обслуживания; производство и потребление медицинских услуг; расходы на медицинские услуги и их финансирование. 1 декабря 1998 года общественности будет открыт доступ к Интернет-версии этой системы. Эта версия предоставляет возможности для обработки данных в реальном времени и их импорта, а также содержит документацию и справочные материалы.

39. Финская система представления и распространения медико-санитарной статистики была создана в виде сетевого решения Интернет и опирается главным образом на кодированные индивидуальные данные. В то же время базы данных Net-Hilmo и Sotka содержат только агрегированные данные. Обе базы данных имеют два уровня доступа: один - для специалистов, а второй - для широкой общественности. База данных Net-Hilmo содержит обобщенную информацию о финской системе медицинского обслуживания в разбивке по годам, медицинским специальностям, регионам пациентов, больничным округам, диагнозам, операциям, возрастным группам, полу и по виду госпитализации. Sotka представляет собой статистическую базу данных, доступ к которой широкой общественности будет открыт только в будущем. Планируется также размещать информацию для международных организаций на сервере Net-Hilmo.

40. Два представителя Дании сообщили участникам сессии об особенностях национальной системы медико-санитарной информации, которая опирается на индивидуальные данные. Возможность увязки всей этой информации обеспечивается благодаря присвоению каждому гражданину личного идентификационного номера. Все обращения к системе здравоохранения (госпитализация, посещение врача, а также покупка по рецепту лекарственных средств в аптеках) регистрируются в различных национальных регистрах в виде кодированных индивидуальных данных. Кодированные личные идентификационные номера позволяют отслеживать контакты пациентов с системой здравоохранения по различным регистрам и комбинировать их с другими регистрами, например занятости, жилищных единиц, демографическими регистрами и т.д. Из-за чувствительного характера этих данных и весьма строгих правил конфиденциальности доступ ко всем этим данным на более высоком уровне дезагрегирования имеет только весьма ограниченное число сотрудников официальных органов. В настоящее время ведется разработка варианта данной информационной системы для Интернет с целью предоставления доступа к части данных

региональным органам здравоохранения, а также широкой общественности. Система будет обладать двумя уровнями доступа, для того чтобы региональные органы здравоохранения могли получить доступ к своим "собственным" индивидуальным данным", в то время как доступ к другим данным будет предоставляться на агрегированном уровне. Общественность получит доступ только к агрегированным данным. Для защиты индивидуальных данных был внедрен ряд мер безопасности. Базы данных для Интернет будут загружаться информацией непосредственно из сети медико-санитарной статистики.

41. Участники сессии также были проинформированы о Программе мониторинга состояния здоровья населения ЕС, целью которой является создание системы, рассчитанной на длительный период времени и опирающейся на следующие три принципа: i) создание общих наборов данных и показателей, а также деятельность по повышению сопоставимости и качества данных; ii) создание сети для обмена данными медико-санитарной статистики; и iii) анализ состояния здоровья населения. ОДОУ (ЕСИОЗ) СРИМЗ явится воплощением в жизнь одного из этих принципов и будет в конечном итоге служить механизмом обмена данными о здравоохранении в ЕС. Пробная версия этой системы будет введена в эксплуатацию в середине 1999 года, причем ее проверка будет осуществляться на основе использования реальных агрегированных публичных данных с целью дальнейшего расширения и совершенствования системы. Хотя в области создания телематического ОДОУ достигнут большой прогресс, важные аспекты базовой концепции по-прежнему требуют доработки, а некоторые государства-члены выражают недовольство по поводу централизованной модели. Выступавший отметил, что с учетом тенденции к созданию децентрализованных систем совершенствование Системы мониторинга состояния здоровья населения ЕС также будет вестись в этом направлении. В заключение представитель ЕС отметил, что в рамках Программы мониторинга состояния здоровья населения важное внимание должно уделяться вопросам сопоставимости и качества данных. Хотя эффективная инфраструктура связи, а также использование данных будут содействовать повышению качества, залогом успеха является определение целей, которым должна служить система, а инфраструктура будет уже адаптироваться к этим целям.

42. Была также кратко описана система ЕСИОЗ-ВЕ, созданная Европейским региональным бюро ВОЗ при финансовом содействии Европейской комиссии. Целью данной системы является более активное использование существующих сведений, а не сбор большего объема данных. Кроме того, она призвана повысить качество и сопоставимость данных. С учетом этого данная система изначально разрабатывалась в виде сети распределенных баз данных, обеспечивающих увязку национальных интегрированных баз данных о здравоохранении в 23 странах, участвующих в проекте ЕСИОЗ-ВЕ, а также в двух странах, участвующих в проекте ЕС-ОДОУ (СРИМЗ). Эти два проекта обладают схожей структурой и информационным содержанием (на начальном этапе данные о смертности и данные по показателям ЗДВ), схожим членским составом и предусматривают взаимную увязку. В настоящее время эта система используется в шести странах.

43. Руководитель обсуждения подвел итоги заседания, отметив, что страны можно разделить на две группы, а именно страны, которые характеризуются довольно

либеральным режимом использования индивидуальных данных, и страны, в которых в этой области существуют различные ограничения. Он отметил, что, по его мнению, в настоящее время главное внимание в Европе следует уделить такому важному вопросу, как использование и повышение качества имеющихся данных, а не задействованию значительных ресурсов для принятия решения о том, каким образом подготовиться к будущему. На основании того, что было продемонстрировано и сказано в ходе заседания, он сделал следующие выводы: i) технология Интернет служит основой для обмена данными; ii) необходимо согласовать унифицированные наборы данных, а не показатели. Это позволит рассчитывать показатели, необходимые уже сегодня, а также показатели, которые потребуются в будущем; iii) национальные базы данных должны служить основой для международного обмена информацией. С этой целью в национальных базах данных необходимо выделить раздел для минимальных международных наборов данных и показателей, рассчитываемых на основе согласованных правил; iv) обмен информацией должен вестись с учетом национальных норм в области конфиденциальности, а также норм ЕС; v) демонстрация двух европейских систем обмена данными позволяет сделать вывод о том, что концепция распределенных баз данных является перспективным решением для организации обмена данными на европейском уровне, поскольку она отвечает потребностям как международных организаций, так и стран.

С. Заседание 3 - iii) Разработка и использование показателей эффективности медицинского обслуживания

Документация: Специальные документы, представленные Канадой (СЕС/АС.36/1998/29), Финляндией (8), Нидерландами (9), Норвегией (10) и ВОЗ (16). Вспомогательные документы, представленные Латвией (30) и Швейцарией (31)

44. Обязанности организатора заседания выполнял г-н Эрик Норд, руководителя обсуждения - г-н Алан Лопес, а докладчика - г-жа Анн Лисбет Братхауг.

45. На заседании были обсуждены следующие виды показателей эффективности медицинского обслуживания и их потенциального использования: i) комплексные показатели состояния здоровья населения, заболеваемости и смертности; ii) обобщенные данные наблюдений, описывающие заболеваемость и смертность; iii) описание респондентами собственной инвалидности или состояния здоровья на основе многомерных вопросников, позволяющих собрать на индивидуальном уровне информацию о состоянии здоровья; и iv) оценка аспектов качества жизни, связанных с заболеваниями, инвалидностью или состоянием здоровья, с помощью одной величины, отражающей либо индивидуальную полезность, либо социальные предпочтения в оценке аспектов качества жизни, связанных с заболеваниями, инвалидностью или состоянием здоровья.

46. Важное внимание в ходе обсуждения было уделено различию между оценкой и описанием состояния здоровья. Существует два основных способа описания состояния здоровья отдельных лиц в количественном выражении. Один из них заключается в оценке по балльной шкале различных аспектов состояния здоровья, таких, как мобильность,

наличие болей, слух и зрение. Совокупность этих баллов позволяет создать многомерную картину состояния здоровья. Другой способ заключается в оценке общего состояния здоровья по единой шкале от нуля до единицы. Такой единый индекс, называемый значением состояния здоровья, может интерпретироваться в качестве показателя, определяемого состоянием здоровья, качества жизни.

47. Руководитель обсуждения подчеркнул необходимость использования комплексных показателей, таких, как HALE (ожидаемая продолжительность жизни, скорректированная на здоровье), DALE (ожидаемая продолжительность жизни, скорректированная на инвалидность), QALY (годы жизни, скорректированные на качество) и DALY (годы жизни, скорректированные на инвалидность). Обобщенные статистические данные о состоянии здоровья населения, опирающиеся только на информацию о смертности, не позволяют отслеживать важные, не связанные со смертностью изменения в состоянии здоровья всего населения и его отдельных групп. Комплексные показатели также облегчают проведение прямых сопоставлений количественных или динамических показателей с качественными показателями, например "лет жизни, утраченных вследствие смерти" (ГУС) с "годами жизни, утраченными вследствие инвалидности" (ГУИ). Было подчеркнуто, что использование таких показателей особенно целесообразно для анализа динамики хронических заболеваний, таких, как артриты, которые не обязательно являются причиной высокой смертности. Обсуждение ясно продемонстрировало, что страны в настоящее время переходят к использованию таких показателей для измерения результатов деятельности органов здравоохранения, поскольку они являются более значимыми для целей разработки политики, планирования и принятия решений в области здравоохранения и успешно дополняют результаты мониторинга состояния здоровья населения с помощью традиционных показателей.

48. Участники сессии приветствовали инициативу Европейского регионального бюро ВОЗ, направленную на разработку специальных показателей для мониторинга качества медицинского обслуживания, которая повышает важность мониторинга результатов деятельности органов здравоохранения на национальном уровне. Вопросы количественного измерения не связанных со смертностью результатов деятельности органов здравоохранения, а также других показателей эффективности деятельности систем медицинского обслуживания приобретают все более важное значение, поскольку традиционные показатели статистики смертности в Европе все в меньшей степени способны отражать различия в эффективности деятельности органов здравоохранения.

49. С учетом все более широкого использования показателей QALY и DALY для измерения состояния здоровья населения руководитель обсуждения обратил внимание участников на различия между ними, отметив, что первый показатель (QALY) измеряет положительные аспекты, а второй (DALYs) – отрицательные аспекты состояния здоровья. Кроме того, важно учитывать, что, несмотря на свой комплексный характер, оба показателя опираются на различные компоненты, нормы и оценки. Переход от QALY к DALY в их нынешнем виде означает переход от личностной перспективы анализа (QALY), которая отличается субъективизмом, к социальной перспективе оценки состояния здоровья (DALY).

50. Кроме того, было подчеркнуто, что сбор международно сопоставимых данных, адекватно отражающих продолжительность и качество жизни и облегчающих проведение международных сопоставлений для целей разработки политики, установления приоритетов, планирования исследований в области здравоохранения, требует рассмотрения концептуальных вопросов, связанных с измерением состояния здоровья, определения полезности или предпочтений, установления методологических стандартов и обсуждения и согласования норм. С учетом того, что в настоящее время не существует единой точки зрения в отношении системы описания различных состояний здоровья, а также методов, которые должны использоваться для разработки оценок, ряд участников подчеркнули необходимость определенного международного руководства в этой области. Представитель Нидерландов проинформировал участников о проекте БИОМЕД, осуществление которого было начато в этом году партнерами из семи европейских стран (см. CES/AC.36/1998/9) и целью которого является получение полезной информации о сопоставимости оценок состояния здоровья в странах-партнерах на основе подготовки сопоставительного перечня весовых коэффициентов различных заболеваний.

51. Руководитель обсуждения обратил внимание участников на следующие вопросы: i) в чем заключается наилучший метод описания состояний здоровья или разработки их социальной оценки? ii) каким образом оценивать достоверность компонентов, входящих в состав комплексных показателей? и iii) каким образом интерпретировать величины комплексного показателя? Эти вопросы выходят за рамки проблематики качества данных о заболеваемости и оценок смертности и должны тщательно учитываться при использовании комплексных показателей. Ряд участников подчеркнули этические и моральные аспекты оценки и указали на необходимость критического подхода к использованию комплексных показателей. Было подчеркнуто, что при сопоставлении и использовании показателей, особенно в целях политики, необходимо проявлять осторожность и тщательно пояснять основополагающие различия и ограничения.

52. Участники также подробно обсудили преимущества и недостатки двух широко используемых методов для расчета значений состояния здоровья, личностных компромиссов (РТО) и временных компромиссов (ТТО). Был обсужден вопрос о том, какие категории респондентов должны привлекаться к участию в обследованиях личностных компромиссов (РТО) и временных компромиссов (ТТО): должны ли респонденты являться экспертами или нет, должны ли они обладать личным опытом болезни или нет и какое место должно отводиться детям в рамках такой системы. Каким образом влияет на результаты состав респондентов?

53. Участники также выразили сомнения в отношении значимости показателя DALY ввиду отсутствия базовых статистических данных во многих странах. В этой связи была обсуждена практическая целесообразность использования оценок, разработанных экспертами, которые, однако, могут не совпадать с личностными оценками состояния здоровья. В ходе обсуждения был сделан вывод о том, что в странах в настоящее время в наличии имеется больше данных, чем это принято считать. В принципе необоснованная оценка

лучше отсутствия оценки вообще при условии предоставления ясной информации об ограничениях процесса оценки.

54. В отношении необходимости разработки общего агрегированного показателя состояния здоровья населения и осуществления одной из международных организаций ведущей роли в этой области с целью достижения информированного консенсуса руководитель обсуждения отметил, что эти направления деятельности уже определены в качестве приоритетных в рамках новой Глобальной программы разработки фактологической информации для целей политики в области здравоохранения (ВОЗ). Цели этой новой программы включают в себя организацию дискуссии по вопросам этических аспектов и последствий; оценку и уточнение концептуальной основы для стандартизации протоколов; поощрение использования унифицированных методов для описания состояния здоровья; разработку протоколов, позволяющих проведение межстрановых сопоставлений показателей состояния здоровья и улучшение понимания комплексных показателей описания состояния здоровья и их интерпретации, а также процедуры социальной оценки.

D. Заседание IV – Прогресс в области внедрения МКБ-10 и других международно сопоставимых классификаций в области здравоохранения

Документация: Специальные документы, представленные Швецией (CES/AC.36/1998/13) и Соединенным Королевством (11 и 17). Вспомогательные документы, представленные Австралией (35), Испанией (36), Швейцарией (34) и Соединенными Штатами Америки (44).

55. Обязанности организатора заседания и руководителя обсуждения выполняла г-жа Карен Даннелл, а докладчиком был назначен г-н Ховард Мелцер.

56. Основной темой в рамках обсуждения Международной классификации болезней (МКБ) являлся переход от МКБ-8 или МКБ-9 к МКБ-10, от других классификаций – к классификационной системе МКБ и от Международной классификации дефектов, инвалидности и нетрудоспособности (МКДИН) – к МКДИН-2.

57. В частности, был подробно обсужден вопрос автоматического кодирования, поскольку все большее число стран внедряют данную процедуру для кодирования свидетельств о смерти. К сожалению, вследствие задержки с выпуском новой версии программного обеспечения МИКАР (разрабатываемой Национальным центром статистики здравоохранения Соединенных Штатов Америки), обеспечивающей автоматическое присвоение кодов в соответствии с МКБ-10, ряду стран пришлось отложить переход к МКБ-10. Хотя было признано, что для перевода данного программного продукта на различные языки и обеспечения его совместимости с различными вычислительными системами требуется большой объем ресурсов, наибольшее сожаление вызывает тот факт, что новая версия этого программного продукта не будет подготовлена и внедрена одновременно с МКБ-10.

58. Что касается будущих пересмотров МКБ-10, то основное внимание было уделено графику и методике проведения этих пересмотров. Представитель ВОЗ обратил внимание участников на необходимость проведения различия между текущим пересмотром (решение о котором было принято на состоявшемся в октябре 1997 года совещании сотрудничающих центров) и официальными пересмотрами. Процесс текущего пересмотра должен ограничиваться исправлением ошибок, в то время как официальный пересмотр и внесение значительных изменений должны производиться не чаще, чем один раз в три года во избежание снижения сопоставимости.

59. Ряд стран выразили свое неудовлетворение ограниченностью выделенных ВОЗ ресурсов на цели обучения и оказания поддержки в связи с внедрением МКБ-10. Состоявшаяся дискуссия выявила наличие значительных потребностей в мероприятиях по обучению и подготовке кадров, в учебных материалах, включая программное обеспечение, на различных языках, а также в оказании общей поддержки процессу пересмотра. В частности, было выражено мнение о том, что ВОЗ следует улучшить информирование государств-участников о наличии и графике выпуска версий на различных языках, а также о том, куда следует направлять запросы.

60. Что касается других классификаций по вопросам здравоохранения, относящихся к семейству МКБ, которые являются полезными для разработки непротиворечивых систем медико-санитарной информации на национальном, региональном и международном уровнях, то участники выразили озабоченность тем, что этим классификациям не уделяется достаточного внимания. С учетом этого было сочтено необходимым выделить больше ресурсов на текущий пересмотр МКДИН для обеспечения его своевременного завершения. Кроме того, в процессе разработки находятся инструменты оценки, которые позволяют преобразовывать концепции классификации в практические вопросы и могут использоваться в различных целях согласно обстоятельствам. Ряд участников выразили мнение о том, что МКДИН является наиболее эффективной концептуальной основой для усовершенствования и стандартизации измерений не связанных со смертностью результатов деятельности органов здравоохранения для целей межрегиональных и межстрановых сопоставлений.

61. Также была обсуждена проблема несоответствий между национальными системами кодирования. Было выражено согласованное мнение о том, что инструкции по кодированию должны разрабатываться с учетом того, кто будет использовать классификацию: врачи или статистики. Приведенные представителем ВОЗ примеры свидетельствуют о том, что страны зачастую используют неправильные коды МКБ для кодирования случаев ишемической болезни сердца. Использование неправильных кодов на национальном уровне также может объясняться используемой версией МКБ, что может иметь значительные последствия для сопоставимости. Также было упомянуто о различных случаях использования ошибочных кодов для кодирования травм, что ведет к неправильному кодированию травм по классам несчастных случаев, самоубийств или убийств. Эти факторы оказывают значительное влияние на надежность глобальных оценок состояния здоровья населения. Некоторым пользователям МКБ представляется несбалансированной с точки зрения уровня детализации конкретных областей. Особые трудности вызывает

кодирование причин смерти лиц в возрасте 70 лет и старше, которые могут страдать несколькими заболеваниями.

62. Была выражена озабоченность тем, что пересмотр МКБ-10 может создать трудности с анализом рядов динамики. Так, например, сопоставление данных, полученных от стран, находящихся на различных этапах внедрения МКБ-10, и влияние пересмотра на другие классификации, относящиеся к этому семейству, требуют разработки переводных ключей для кодов. Представитель ВОЗ в качестве иллюстрации этих проблем привел пример Японии, где внедрение МКБ-10 привело к увеличению статистической заболеваемости ишемической болезнью в два раза.

63. При внесении изменений необходимо обеспечить нужный компромисс между жесткостью и гибкостью и между непротиворечивостью и эквивалентностью. Для решения проблем, связанных с процессом изменений, было предложено усилить это направление работы кадрами, организовать профессиональную подготовку и оказание поддержки, причем профессиональная подготовка должна быть ориентирована на конкретные категории пользователей и проблемные области. Налаживание эффективной связи было отмечено в качестве главного условия укрепления сотрудничества, партнерства и взаимодействия между ВОЗ, сотрудничающими центрами, региональными бюро, национальными учреждениями и группами экспертов. Ряд стран предложили организовать на национальном уровне дискуссионные группы с использованием электронной почты.

64. В качестве положительного было отмечен тот факт, что с 1948 года обязанности по пересмотру МКБ возложены на одну организацию (ВОЗ). Кроме того, как пояснил представитель ВОЗ, в рамках новой структуры организации планируется усилить поддержку внедрению МКБ и МКДИН, повысить уровень согласованности и интеграции работы над классификациями и укрепить связи с государствами-членами по вопросам классификаций. С учетом этого он сделал вывод о том, что, несмотря на проблемы, возникшие при переходе на новую классификацию, существуют все основания надеяться на успешное внедрение МКБ и соответствующих классификаций, являющихся важными инструментами улучшения состояния здоровья населения.

-----