

Distr.
GENERAL

CES/AC.36/1998/13/Rev.1
EUR/ICP/INFO 020603/13
31 August 1998

RUSSIAN
Original: ENGLISH

**СТАТИСТИЧЕСКАЯ КОМИССИЯ и
ЕВРОПЕЙСКАЯ ЭКОНОМИЧЕСКАЯ КОМИССИЯ**

**ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ЕВРОПЕЙСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ 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

**МЕЖДУНАРОДНОЕ СОГЛАСОВАНИЕ - ПРОБЛЕМЫ СТАТИСТИКИ
СМЕРТНОСТИ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ, ТРЕБУЮЩИЕ РЕШЕНИЯ**

Документ, представленный Сотрудничающим центром ВОЗ по классификации
болезней в северных странах и Национальным советом
по здравоохранению Швеции 1/

Вопрос о Международном согласовании смертности и заболеваемости может рассматриваться с различных позиций. В настоящем документе мы остановимся преимущественно на одном его аспекте, а именно роли Международной классификации болезней (МКБ) как основы для международного сопоставления статистики смертности и заболеваемости, а также эпидемиологических исследований. В этой области научно-исследовательской работы нередко требуется и применяется метод международного сопоставления. Мы кратко коснемся и других проблем, связанных с согласованием статистики здравоохранения на международном уровне.

1/ Авторы: Бьёрн Смедби, Керстин Карсьё, Ларс Аге Йохансон, Сотрудничающий центр ВОЗ по классификации болезней в северных странах, и Даг Свенсон, Национальный совет по здравоохранению Швеции.

GE.98-32165 (R)

МКБ – важный инструмент согласования

Разработка международной классификации болезней (МКБ) имеет впечатляющую историю и началась в XVIII веке. В 1893 году Международный статистический институт официально принял Международный перечень причин смерти в качестве одного из средств сопоставления статистики смертности. Эта международная классификация пересматривалась на регулярной основе каждые десять лет.

Если первые пересмотры касались лишь причин смерти, то начиная с шестого пересмотра в 1948 году охват классификации был расширен для включения в нее нелетальных болезней. Таким образом, она превратилась в статистическую классификацию, используемую для количественного анализа заболеваний, условий заболеваемости и случаев смерти. В 1948 году после создания Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) на нее была возложена ответственность за разработку, сохранение и совершенствование МКБ. ВОЗ отвечала за проведение пяти основных пересмотров МКБ, последний из которых был осуществлен на Конференции по Десятому пересмотру в 1989 году. Перечень рубрик Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (нынешнее наименование), которую принято кратко называть МКБ-10, был опубликован в 1992 году, а Алфавитный указатель – в 1994 году 1/. Процесс внедрения, начавшийся в 1994 году, все еще продолжается.

МКБ с момента официального перехода в ведение ВОЗ получила фактически всеобщее признание в качестве стандартного статистического инструмента, необходимого на международном, национальном и местном уровнях для проведения количественного анализа в области смертности, заболеваемости и проблем, связанных со здоровьем. Этот факт можно рассматривать в качестве свидетельства достигнутого успеха. МКБ является одним из неотъемлемых компонентов статистических и некоторых других программ, осуществляемых ВОЗ на глобальном и региональном уровнях. Результаты эпидемиологических и статистических анализов, многие из которых в значительной степени зависят от полученных на основе МКБ данных, касающихся причин смертности, травматизма и заболеваний, во многом способствуют осуществлению контроля и оценки состояния здравоохранения в мире, а также формированию стратегии упомянутой организации на ближайшее столетие.

Таким образом, во всем мире расширялась сфера применения МКБ, начиная от ее первоначального предназначения, предусматривавшего классификацию причин смерти, составления указателей и поиска записей в больничных журналах, до изучения проблемы больничной и общей заболеваемости. В результате этого резко возросло и число пользователей МКБ. Такое широкое международное признание значимости МКБ является основой для ее использования в качестве одного из инструментов согласования.

Возможность обновления МКБ

Принятая в международном масштабе классификация болезней должна обладать достаточной гибкостью, с тем чтобы соответствовать прогрессу медицинской науки и обеспечивать при этом стабильность и последовательность во времени. На первоначальном этапе ВОЗ стремилась добиться этого за счет пересмотров классификации приблизительно через каждые десять лет без внесения каких-либо изменений в промежуточный период. С принятием МКБ-10 ВОЗ взяла на вооружение новый подход, позволяющий постоянно обновлять МКБ в период между ее пересмотрами. Эта возможность, обеспечивающая большую гибкость, может со временем усложнить процесс сопоставления.

Новый механизм обновления до настоящего времени использовался весьма ограниченно и преимущественно для исправления ошибок в первоначальном варианте МКБ-10. Сейчас ВОЗ занимается разработкой процедуры обновления и выработкой критериев определения обоснованности того или иного обновления. Ответственность за обновление классификации несет ВОЗ совместно с действующей сетью Сотрудничающих центров ВОЗ по классификации болезней. Эта сеть состоит из девяти Сотрудничающих центров, занимающихся в основном вопросами МКБ в различных языковых и/или географических областях. Руководители Сотрудничающих центров ежегодно встречаются уже более 25 лет с целью оказания ВОЗ консультативной помощи по вопросам классификации. Предложения национальных органов, занимающихся статистикой здравоохранения, в отношении обновления МКБ отправляются через Сотрудничающие центры и подробно обсуждаются в недавно созданном Комитете по обновлению информации до принятия по ним решения на Сессии руководителей центров. Внесение изменений на национальном уровне осуществляется не позднее чем через 15 месяцев после принятия такого решения.

Нет сомнения в том, что необходимо разработать систему глобального оповещения о решениях по обновлению классификации. Электронные средства связи открывают для этого новые возможности, и вносимые изменения будут распространяться через систему Интернет и другими средствами.

Пока еще довольно рано судить о значимости этой возможности для процесса обновления. Так или иначе имеются условия для повышения гибкости МКБ в соответствии с развитием медицинской науки. Доверие к МКБ и ее признание в медицинских кругах в значительной степени зависят от того, насколько хорошо эта классификация отражает прогресс медицины. При этом, однако, следует применять взвешенный подход в целях обеспечения статистической стабильности МКБ.

Единообразное применение правил и инструкций

При переводе МКБ с английского языка (оригинальный вариант) на национальные языки важно максимально соблюдать структуру и особенности МКБ, с тем чтобы обеспечить согласованное ее применение на международном уровне. В настоящее время

она опубликована примерно в 35 странах в переводе на национальные языки, причем в таких переводах нередко встречаются незначительные отклонения от первоначального варианта.

Для единообразного применения МКБ в странах важно соблюдать не только все особенности этой классификации, но и правильно выполнять правила и рекомендации в отношении ее применения. Некоторые из этих правил содержатся в Перечне рубрик (том 1) и в Алфавитном указателе (том 3), однако наиболее исчерпывающий свод правил и рекомендаций в отношении применения МКБ, в том что касается статистики смертности и заболеваемости, содержится в томе 2 1/. К сожалению, они не всегда переводятся на национальные языки.

Что касается статистики смертности, относящейся к наиболее показательному с точки зрения международного сопоставления виду статистики, то становится совершенно очевидным, что различия в применении правил классификации для выбора основной причины смерти представляют наибольшую угрозу для проведения сопоставления на международном уровне.

Группа электронной связи по кодированию данных в отношении смертности

В 1996 году Сотрудничающий центр ВОЗ по классификации болезней в северных странах взял на себя организацию деятельности Группы электронной связи по кодированию данных в отношении смертности в соответствии с МКБ-10, которая была позже названа Форумом по вопросам смертности 2/.

Вопросы, касающиеся применения МКБ-10 в области смертности, направляются посреднику (Ларсу Аге Йохансону), который затем направляет их всем членам упомянутой группы. Все замечания и предложения в отношении кодирования отсылаются посреднику, который редактирует их и один раз в неделю отправляет в адрес Форума. Вся корреспонденция, включая указатель, имеется также на домашних страницах Национального центра США по статистике здравоохранения (НЦСЗ) и Сотрудничающего центра северных стран.

В настоящее время в состав Форума входят приблизительно 70 членов, представляющих 36 стран. В течение первых полутора лет было получено 134 вопроса и представлено порядка 500 замечаний. До настоящего времени активное участие в обсуждении приняли около 10 стран. На обсуждение каждого вопроса в среднем уходит шесть недель.

Форум рассматривает широкий круг вопросов, большая часть которых касается применения правил выбора и модификации, применяемых при определении основных причин смерти. Некоторые вопросы не имеют прямого отношения к кодированию данных

в отношении смертности и касаются таких общих аспектов применения МКБ-10, как возможные принципы использования главы XVI (отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде), и возможные варианты интерпретирования таких не имеющих четкого определения медицинских терминов, как, например, новообразование и иммуносупрессия. Отдельные вопросы относятся к правилам и инструкциям, касающимся непосредственно кодирования данных в отношении смертности, и направлены, например, на установление критериев определения крайне маловероятной последовательности событий, сообщаемых удостоверяющим органам, определение состояний, которые должны рассматриваться кодировщиками в качестве неточно указанных, и логическое обоснование некоторых инструкций в отношении кодирования.

Так или иначе, результаты работы Форума по вопросам смертности явно свидетельствуют о потребности в международной координации процедур кодирования. Даже страны, которые заявляют о том, что они следуют инструкциям МКБ, нередко кодируют совсем по-другому. В отношении почти половины более или менее подробно рассмотренных до настоящего времени вопросов имели место значительные разногласия. Если в одних случаях возникшие проблемы могли лишь незначительно сказаться на международной сопоставимости, то в других случаях, когда были обнаружены различия в кодировании, у эпидемиологов могли возникнуть серьезные трудности. В качестве примера можно привести проблему кодирования "новообразования" (которая может повлиять на статистику смертности в результате заболевания раком), а также проблему возможных способов кодирования осложнений, связанных с заболеванием диабетом, и обструктивного заболевания легких. В ряде других случаев различия в кодировании могут привести к появлению явно, если не сказать резко, противоречивой статистики.

Среди тех, кто представил свои замечания, можно выделить две группы, использующие различные подходы к применению руководств по МКБ, в том числе: "буквальный" подход, при котором кодировщик буквально следует положениям руководства по МКБ, и "целевой" подход, при котором кодировщик прежде стремится понять, какая цель преследуется инструкциями кодирования в рамках МКБ, а затем осуществляет соответствующее кодирование. Буквальный подход, разумеется, способствует подготовке более последовательной национальной статистики, при этом процесс кодирования в значительной степени зависит от точности формулировок английского варианта МКБ. Буквальный подход к кодированию на основе перевода МКБ-10, возможно, с использованием алфавитного указателя, не основывающегося на томе 3 английского варианта, может привести к получению иных результатов. Целевой подход не в такой степени зависит от точности формулировок, однако различные страны могут толковать их по-разному (о чем свидетельствуют результаты обсуждений). Из этого следует, что ни один из этих подходов не является идеальным и что необходимо выработать определенный компромисс.

Еще одна типичная проблема, выявленная в результате обсуждений, обусловлена противоречиями между сторонниками кодирования на основе правил и сторонниками кодирования на основе медицинских знаний и опыта. Для добросовестного специалиста в области нозологии аргументы в пользу кодирования на основе медицинского опыта и практики являются неубедительными. Никто, будь то специалист в области нозологии или врач, не может располагать глубокими знаниями в отношении всех аспектов современной медицины, поэтому кодирование на основе личного медицинского опыта будет субъективным и будет зависеть от кодирования. В интересах стабильности и сопоставимости статистических данных предпочтительно осуществлять кодирование на основе строгого соблюдения правил. В то же время важно, чтобы инструкции по кодированию в максимально возможной степени принимались на основе согласованного мнения медицинских работников. Усиление противоречий между медицинскими работниками и специалистами в области нозологии влечет серьезную опасность того, что медицинские работники будут с недоверием относиться к статистике смертности.

Члены Форума уже на ранних этапах выразили обеспокоенность в связи с неприятием соответствующих решений в отношении отмеченных Форумом различий и указали на то, что инструкция МКБ требует некоторого уточнения. В этой связи было подготовлено предложение по процедуре достижения международного консенсуса в отношении возможного толкования инструкций МКБ, которое было одобрено на Советании руководителей центров в Копенгагене в 1997 году 3/.

В соответствии с этим предложением создается Международная группа по информации в области смертности. В ее состав входят специалисты в области нозологии, врачи, имеющие опыт в области статистической классификации причин смерти, эпидемиологи, статистики с опытом подготовки статистики смертности, аналитики в области статистики и разработчики систем, имеющие представление о последствиях решений, принимаемых в отношении программного обеспечения автоматизированных систем кодирования. Группа по информации в области смертности уполномочена принимать решения в отношении толкования и применения МКБ. Кроме того, она определяет и вносит на рассмотрение Комитета по обновлению информации (о котором речь шла выше) предложения о возможных вариантах обновления (например, внесение пояснений, изменений, добавлений) МКБ и ее системы правил. Комитет по обновлению информации, рассматривающий предложения в отношении вариантов обновления, касающихся как вопросов смертности, так и заболеваемости, вносит затем предложения по вариантам обновления на рассмотрение ежегодного Советания руководителей центров.

Обсуждения в рамках Группы по информации в области смертности могут способствовать установлению связи между сторонниками целевого и буквального подходов, а также между специалистами в области нозологии и врачами, что позволит Группе рассмотреть аргументы, выдвигаемые сторонниками целевого подхода и медицинскими

работниками, при этом принимаемые решения должны будут выполняться точно. Таким образом, форум по вопросам смертности и Группа по информации в области смертности могут оказаться весьма эффективным механизмом обеспечения согласования статистики смертности.

Автоматизированное кодирование свидетельств о смерти

Развитие компьютерной технологии открыло новые возможности для стандартизации кодирования причин смерти. Первым доступным средством программного обеспечения оказалась американская программа АКМЕ (Автоматизированная классификация медицинских единиц), которая была разработана Национальным центром по статистике здравоохранения (НЦСЗ) в конце 60-х годов. АКМЕ является одним из основных достижений в области медицинской информатики.

В целом АКМЕ состоит из двух компонентов, включающих логическую схему, обеспечивающую применение предусмотренных МКБ правил выбора при оформлении свидетельств, и крупную базу практических данных, содержащую информацию о причинах и осложнениях большей части состояний, которые могут встречаться в свидетельствах о смерти, а также об инструкциях МКБ в отношении кодирования некоторых конкретных причин смерти. Кодировщик вводит код МКБ для кодирования каждого состояния, указанного в свидетельстве о смерти, и излагает свою точку зрения. Далее в АКМЕ применяются предусмотренные МКБ правила кодирования и выбирается основная причина смерти. На следующем этапе, который принято называть ТРАНСАКС (толкование медицинской оси), предусмотренные МКБ инструкции кодирования применяются в отношении всех других причин, указанных в свидетельстве.

Несмотря на стандартизацию в программах АКМЕ и ТРАНСАКС порядка выбора основной причины смерти, функция присвоения того или иного кода, предусмотренного МКБ, в отношении каждого состояния возлагается на кодировщиков. При этом стоимость операций по кодированию данных в отношении смертности остается более или менее одинаковой. В 80-х годах НЦСЗ решил разработать программу МИКАР, которая автоматически присваивает коды МКБ медицинским формулировкам, содержащимся в свидетельстве о смерти. Если АКМЕ и ТРАНСАКС стали международными стандартами де-факто и являются основой практически всех используемых в настоящее время автоматизированных систем кодирования, то большинство стран, учитывая различия в административных процедурах и, что более важно, различия языкового характера, сочли необходимым разработать программное обеспечение для замены или дополнения программы МИКАР.

Опыт практического применения систем автоматизированного кодирования свидетельствует о том, что они позволяют получать более последовательные статистические данные и являются целесообразными и потенциально затратноэффективными. Степень

затратоэффективности, разумеется, зависит от относительной стоимости услуг машинисток и кодировщиков. При автоматизированном кодировании требуется меньшее число кодировщиков, при этом остальная часть кодировщиков занимается преимущественно сложными случаями. Затраты на ввод данных, которые будут возрастать, могут свести на нет экономию на этапе кодирования. Однако эта проблема может оказаться преходящей, если многие страны перейдут к использованию электронной системы удостоверения случаев смерти.

В Европе применение или разработка автоматизированных систем кодирования осуществляются в Англии, Италии, Каталонии, Нидерландах, Франции, Швеции и Шотландии. В ряде других стран рассматривается вопрос о внедрении этой системы, что в значительной степени объясняется тем, что МКБ-10 является намного сложнее предыдущих вариантов МКБ и автоматизированное кодирование рассматривается в качестве средства преодоления существующих трудностей. Европейское сообщество также проявляет заинтересованность в системе автоматизированного кодирования, о чем свидетельствует доклад по этой теме, представленный Евростату в июне 1998 года 4/. В этом докладе рекомендуется использовать автоматизированные системы кодирования в качестве одного из средств улучшения международной сопоставимости статистики смертности и в целях обеспечения сопоставимости разработать в тесном сотрудничестве с другими странами соответствующие системы кодирования, используя для этого базы практических данных АКМЕ и ТРАНСАКС.

НЦСЗ также предпринял важную инициативу, приступив в 1996 году к осуществлению проекта "Международные совместные действия" (МСД) в области кодирования 5/. Это позволит на международном уровне установить обратную связь в отношении текущей разработки и применения таких вариантов, как МКБ-10, МИКАР, АКМЕ и ТРАНСАКС, включая содержание ключевых баз практических данных. Эта инициатива, несомненно, будет способствовать укреплению их статуса международного стандарта.

Согласование вопросов кодирования в области статистики заболеваемости

До настоящего времени вопросам международного согласования статистики заболеваемости уделялось значительно меньше внимания по сравнению со статистикой смертности. Это, очевидно, обусловлено тем, что решение вопросов статистики заболеваемости связано с более значительными трудностями. Вместе с тем проявляется все больший интерес к вопросу проведения сопоставлений между странами, например в том, что касается статистики выписки больных из лечебных учреждений и других статистических данных в отношении деятельности этих учреждений. В аналитической деятельности лечебных учреждений важную роль играют четкие правила установления основного или главного диагноза.

В МКБ-9 впервые было включено руководство по учету и кодированию статистики заболеваемости и конкретно по выбору единичного состояния для представления статистики заболеваемости. В МКБ-10 получили дальнейшее развитие руководящие положения по выбору основного состояния, необходимого для анализа по единичной причине эпизода предоставления медико-санитарной помощи. В руководящих положениях также отмечается, что в случае целесообразности в дополнение к рутинной статистике следует проводить кодирование и анализ множественных состояний.

Схема двойной классификации в соответствии с этиологией и проявлением заболевания (известная как система "крестиков" и "звездочек"), которая была включена в МКБ-9, была подвергнута определенной критике. В этой связи система "крестиков" и "звездочек" была пересмотрена и доработана в МКБ-10. Вместе с тем между странами наблюдаются очевидные различия в отношении возможного применения этой двойной системы в национальных вариантах МКБ-10. Это, разумеется, создает дополнительные трудности для процесса согласования даже тогда, когда система "крестиков" и "звездочек" применяется лишь в отношении незначительного числа случаев.

Системы группирования случаев госпитализации в целях страхования, действующие на основе американской системы группирования болезней по диагнозам (ДРГ) или аналогичные ей, нашли применение в ряде европейских стран, которые внесли в них те или иные изменения. Эти системы используются как для комплексного анализа различных случаев, так и для покрытия расходов, связанных с госпитализацией. Такое использование больничной статистики, возможно, способствовавшее преимущественно более единообразному кодированию в больницах отдельных стран благодаря широкому применению системы ДРГ, могло несколько повлиять и на процесс согласования на международном уровне, поскольку нередко в качестве нормы использовался американский вариант клинической модификации МКБ (МКБ9-КМ).

Еще не известно, какие последствия будет иметь развитие системы ДРГ после введения в действие МКБ-10 в США в 2000 году. Между тем многие европейские страны ввели у себя действие МКБ-10 и стремятся к разработке своих собственных систем классификации пациентов в целях страхования. Это относится к странам Северной Европы, которые разработали совместную систему НордДРГ, действующую на основе предусмотренной МКБ-10 системы диагностического кодирования и системы кодирования процедур, взятой из самостоятельно разработанной северными странами Классификации хирургических процедур (НКСП).

Группы электронной связи, которая относилась бы к Форуму по вопросам смертности и занималась бы вопросами статистики смертности или больничной статистики, создано не было. Организованы национальные группы для обсуждения проблем кодирования статистики больничной заболеваемости, а также вопросов применения ДРГ в США,

Австралии и северных странах. Создание сети электронной связи, относящейся к Форуму по вопросам смертности, для рассмотрения связанных с заболеваемостью проблем классификации и кодирования могло бы стать одной из важных задач ВОЗ и ее сотрудничающих центров. Однако эта задача может оказаться более сложной, поскольку различия в применении правил на национальном уровне в отношении вопросов смертности, как отмечалось выше, могут быть более значительными.

Подготовка кадров и учебные материалы

Вопросы подготовки кодировщиков информации в отношении смертности и заболеваемости традиционно входили в компетенцию национальных органов. Однако в отношении масштабов официально проводимой подготовки кадров и групп пользователей, на которых ориентирована подготовка, существуют значительные различия. В большинстве стран кодирование свидетельств о смерти осуществляется в централизованном порядке и тем самым требует относительно небольшого числа кодировщиков. В то же время клиническое кодирование больничных записей требует привлечения намного большего числа людей, а также лиц различных профессий. Если в одних странах работники, ответственные за медицинскую документацию, занимаются составлением больничных сводок и клиническим кодированием, то в других странах операции по кодированию входят преимущественно в обязанность конкретного врача, занимающегося конкретным пациентом. Возможности для официальной подготовки этих групп в области кодирования весьма различны.

Внедрение МКБ-10 побудило ВОЗ и некоторые сотрудничающие центры к организации на международном уровне учебных курсов по вопросам кодирования статистики смертности и заболеваемости. Поскольку слушателями этих курсов являются кодировщики, статистики и врачи из различных стран, их деятельность должна способствовать согласованию на международном уровне вопросов использования МКБ. Было бы идеально, если бы учебные курсы действовали не только на этапе внедрения нового пересмотренного варианта МКБ, но и на последующем этапе после накопления практического опыта кодирования.

Учебные материалы, касающиеся клинического кодирования, выпускались преимущественно на национальном уровне в силу языковых потребностей (например, в шести-семи странах). Разумеется, важно, чтобы такие материалы были максимально унифицированы с целью повышения их международной сопоставимости.

Для изучения системы кодирования МКБ применяются также новые методы обучения в интерактивном режиме с помощью компьютерных систем. Примером тому является программа обучения в интерактивном режиме ТЕНДОН для подготовки к использованию МКБ-10 как в отношении статистики смертности, так и заболеваемости 8/. Программа ТЕНДОН была разработана в Соединенном Королевстве и затем переведена на ряд других

языков, в частности французский и шведский. Более широкое использование такого унифицированного учебного материала с помощью компьютерной техники может оказаться одним из весьма эффективных с точки зрения затрат способов международного согласования.

Проблемы статистической последовательности использования МКБ

Переход от использования одного пересмотренного варианта классификации к другому неизбежно сопровождается значительными трудностями, и история развития и применения МКБ свидетельствует о различных путях преодоления этих трудностей. Одной из важных особенностей этого процесса является то, что лишь постепенное внесение изменений позволило сохранить общую исходную структуру классификации. Однако в результате перехода к МКБ-10 возникла относительно новая ситуация. МКБ-10 является результатом самого обширного пересмотра и более подробной детализации, вследствие которой число групп и кодов возросло почти вдвое. Были коренным образом переработаны отдельные главы и произведены перестановки между главами. В целом это привело к довольно существенным изменениям МКБ-9, в результате чего использование Десятого пересмотренного варианта создает проблемы статистической последовательности и сопоставимости во времени.

Кроме того, внедрение МКБ-10 происходило в странах в разное время и продолжается довольно долго. Некоторые страны приступили к внедрению МКБ-10 уже в 1994 году. Полное введение в действие МКБ-10 для кодирования статистики смертности во всех странах предполагается завершить приблизительно до 2005 года. Одновременное использование МКБ-9 и МКБ-10 в течение десятилетнего периода создает большие проблемы для международной сопоставимости статистических данных.

Традиционным методом анализа результатов перехода от одной классификации к другой является так называемый метод промежуточного кодирования. В соответствии с этим методом один и тот же исходный материал (свидетельства о смерти или справка о выписке больного из лечебного учреждения) кодируется дважды: сначала в соответствии со старым пересмотренным вариантом, а затем (независимо) в соответствии с новым. Сопоставление результатов статистических таблиц по главам или другим крупным группировкам или же отдельным диагнозам позволяет составить представление о значимости изменения самой классификации. Таким образом, можно рассчитать корректировочные коэффициенты, которые учитывали бы изменение классификации при сопоставлении статистики, подготовленной на основе данных, закодированных в соответствии с различными пересмотренными вариантами.

В связи с прежними изменениями классификации был проведен ряд исследований, и планируется проведение аналогичных исследований и для оценки результатов перехода к МКБ-10 9/-11/). Преимущество этого метода состоит в том, что он позволяет учесть изменения не только в самой классификации, но и в правилах ее применения. Однако

этот метод требует значительных ресурсов и времени, при этом из-за национальных различий в применении правил и руководящих принципов нет уверенности в том, что результаты применения метода промежуточного кодирования в одной стране могут применяться в другой.

Использование таблиц эквивалентности

В нынешних условиях, когда хранение высококомпьютеризированной медицинской документации осуществляется в базах данных для продольного анализа, возникает необходимость в разработке методов преодоления проблемы нарушения статистической последовательности. В адрес органов, занимающихся статистикой здравоохранения, нередко поступают заявки на компьютеризированные методы автоматического перевода всей ранее накопленной информации в коды новой классификации или на методы, которые позволяют в перспективе кодировать новую информацию в соответствии с кодами прежней классификации. Таким образом, интерес к своего рода переводным таблицам является большим, хотя нередко весьма далеким от реальности.

ВОЗ на начальном этапе пересмотра классификации публиковала так называемые таблицы эквивалентности двух кодовых наборов. В начале 1998 года ВОЗ также выпустила комплект дискет с файлами кодов и демонстрационную программу под названием "переводчик" 12/. Эти файлы подготовлены на основе результатов работы, проделанной ранее Сотрудничающим центром Соединенного Королевства 13/, и включают максимально детализированные таблицы эквивалентности для конверсии МКБ-9 в МКБ-10 и наоборот. В частности, в отношении каждого конкретного кода МКБ-9 все коды МКБ-10, которые полностью или частично соответствуют этому коду, представлены с кодом соответствия. Код соответствия указывает на то, что одна позиция соответствует другой позиции, одна позиция соответствует многим позициям, многие позиции соответствуют одной позиции или многие позиции соответствуют многим позициям. Некоторые коды МКБ-10 представляют новые состояния, отсутствовавшие в МКБ-9. Кроме того, расширение системы "крестиков" и "звездочек" привело к появлению в МКБ-10 целого ряда кодов "звездочек", не имеющих соответствующих кодов в МКБ-9.

Таблицы эквивалентности могут быть весьма полезны для исследователей, желающих получить точное представление о том, что может произойти с кодированием определенного состояния, за проявлением которого желательно наблюдать во времени. Однако упомянутые таблицы не помогают решить практические статистические проблемы сопоставления процесса перехода от одного варианта классификации к другому. Использование таблиц эквивалентности требует глубоких знаний в отношении обоих вариантов классификации. Как уже отмечалось, таблицы эквивалентности не учитывают последствия изменений, вносимых в правила выбора и модификации.

Одним из возможных вариантов дальнейшей разработки таблиц эквивалентности является создание своего рода таблиц практического перевода, в которых указывался бы наиболее подходящий или часто используемый эквивалентный код в тех случаях, когда в

таблице эквивалентности приводится несколько альтернативных соответствующих кодов. Такие таблицы перевода, разумеется, давали бы лишь приблизительный вариант, о чем следовало бы уведомлять пользователей. Однако проблема состоит в том, что пользователи имеют обыкновение игнорировать подобные оговорки. В странах, где предпринимались попытки применения системы ДРГ, подготовленной на основе МКБ9-КМ, в отношении данных, закодированных в соответствии с правилами МКБ-10, накоплен некоторый опыт использования такого типа переводных таблиц.

Краткие табулированные перечни

Для проведения большей части статистических анализов требуются своего рода краткие табулированные перечни, которые представляются с каждым пересмотренным вариантом МКБ для целей международного сопоставления. Однако перечням, относящимся к различным пересмотренным вариантам, не хватает последовательности, поскольку они обычно основываются лишь на новом пересмотренном варианте и текущих соображениях эпидемиологического характера. Допускается также возможность разработки кратких перечней, необходимых для сопоставления данных процесса перехода от одного варианта классификации к другому.

Медико-статистический комитет северных стран (НОМЕСКО) публикует статистику здравоохранения северных стран на ежегодной основе. Для внутрирегионального сопоставления НОМЕСКО разработал краткий перечень причин смерти для северных стран, включающий 52 группы. Этот перечень был составлен в соответствии с МКБ-8, МКБ-9 и МКБ-10 и использовался при разработке Евростатом соответствующего европейского перечня. В своей последней публикации НОМЕСКО использовал данные краткого перечня больничной заболеваемости (60 групп) для северных стран, который был составлен как в соответствии с МКБ-9, так и МКБ-10 14/.

Эти краткие перечни для проведения сопоставлений между северными странами имеют прикладное значение, поскольку процесс внедрения МКБ-10 в северных странах происходит неодновременно. Кроме того, северные страны используют краткие перечни для обеспечения последовательности данных своей национальной статистики. Примером тому является табулированный перечень больничной заболеваемости в Швеции, включающий 99 диагностических групп, который был составлен в соответствии с МКБ-7, МКБ-8 и МКБ-9.

Следует признать, что такие перечни, являющиеся несовершенными для сопоставления, имеют практическое применение. Даже для достижения этих целей необходимо иметь систему промежуточного кодирования, которая позволяла бы более точно определять эффективность перевода.

Таким образом, до настоящего времени работа над краткими табулированными перечнями была направлена на определение диагностических групп отнюдь не в интересах обеспечения практически достижимой сопоставимости, а в интересах получения

эпидемиологических результатов. Одной из неотложных задач долгосрочного перехода от МКБ-9 к МКБ-10 могла бы стать разработка международных кратких табулированных перечней, которые создали бы оптимальные возможности для сопоставления данных, закодированных в соответствии с МКБ-9 и МКБ-10. Из этого, вероятно, следует, что необходимо отказаться от задачи полного охвата и сосредоточить усилия на ограниченном числе наиболее значимых групп, которые обеспечили бы приемлемую степень сопоставимости. Таким перечням можно было бы присвоить наименование согласованных кратких табулированных перечней. Это, пожалуй, могло бы стать одной из важных задач для такой организации, как ВОЗ, которая не в состоянии обеспечить дальнейшую удовлетворительную публикацию статистики смертности, поступающей от различных стран, в Ежегоднике мировой санитарной статистики одновременно в соответствии с МКБ-9 и МКБ-10 при наличии несопоставимых рядов.

Другие связанные со здоровьем классификации

Работа над другими связанными со здоровьем классификациями, такими, как классификации терапевтических, диагностических и других процедур в медицине, помимо МКБ, следует также рассматривать в качестве одного из аспектов согласования статистики заболеваемости. В 1978 году ВОЗ опубликовала Международную классификацию процедур в медицине (МКПМ) 15/. Она была принята лишь ограниченным числом стран и никогда не подвергалась пересмотру.

Многие страны или такие группы стран, как страны Северной Европы, разработали и недавно пересмотрели свои собственные классификации хирургических операций и других процедур (например, 16). В этой связи разработка новой международной классификации процедур в рамках ВОЗ была сочтена нецелесообразной и невозможной. Вместе с тем ВОЗ следует и впредь выполнять свою роль координационно-информационного центра в отношении действующих национальных классификаций процедур. Одной из важных задач ВОЗ и ее сотрудничающих центров должна стать разработка краткого международного табулированного перечня общепринятых и важных процедур. Этот перечень необязательно должен быть всеобъемлющим и охватывать все виды хирургической деятельности. Кроме того, необходимо проделать таксономическую работу с целью определения соответствия такого перечня существующим классификациям процедур.

Хирургические и некоторые медицинские процедуры включают важные характеристики, дополняющие такие системы классификации болезней по диагнозам, как ДРГ. Трудности по обеспечению международной сопоставимости различных систем в значительной степени обусловлены отсутствием общепринятой классификации процедур.

Другие проблемы и заключительные замечания

Вопрос международного согласования можно рассматривать в более широком плане, помимо аспекта классификации, которому уделяется преимущественное внимание в настоящем документе. В этой связи возникает сходный вопрос о методах стандартизации возрастных групп. Опубликованные данные международной статистики смертности свидетельствуют о том, что используемые методы стандартизации не имеют четкого описания. Кроме того, поспешное изменение стандартной совокупности населения также затруднило процесс сопоставления во времени.

Наиболее важным способом преодоления этих трудностей, пожалуй, является публикация первичных данных с довольно подробным определением возрастных групп. Это позволяет пользователям осуществлять свою собственную стандартизацию с учетом необходимых сопоставлений. Помимо публикации стандартизованных данных следует осуществить детальное табулирование с четким описанием выбранного метода. Проведение такой политики не будет обременительным при наличии возможности обеспечения доступа к традиционным публикациям посредством электронных средств.

В настоящем документе подчеркивается важная роль МКБ и других связанных со здоровьем классификаций в качестве средства согласования статистики смертности и заболеваемости. Важно понять и усвоить, каким образом разные методы применения классификации могут повлиять на процесс международного сопоставления. Кроме того, необходимо облегчить переход от МКБ-9 к МКБ-10. В настоящем документе приводятся примеры возможных путей преодоления или уменьшения трудностей в этих двух областях. Таким образом, в документе определяются пути улучшения международной сопоставимости статистики здравоохранения.

Ссылки

1/ Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр. Всемирная организация здравоохранения, Женева, 1992-1994 годы.

- Том 1. Перечень рубрик (1992)
- Том 2. Сборник инструкций (1993)
- Том 3. Алфавитный указатель (1994)

2/ Experiences from an Electronic Newsgroup on ICD-10 Mortality Coding and Suggestions for a Nosology Reference Group by Lars Age Johansson, WHO Collaborating Centre for the Classification of Diseases in the Nordic Countries and Janet Hagey, Statistics Canada. Документ, представленный на Совещании руководителей сотрудничающих центров ВОЗ по классификации болезней, состоявшемся в Копенгагене в 1997 году. (WHO/HST/ICD/C/97.27)

3/ Report of the Meeting of Heads of WHO Collaborating Centres for the Classification of Diseases, Copenhagen, Denmark, 14-20 October 1997. (WHO/HST/ICD/C/97.65)

4/ Coding of causes of death in the European Community. EUROSTAT, unpublished document, June 1998. (Project 96/S 99-57617/EN - Lot 11).

5/ International Collaborative Effort (ICE) on Automating Mortality Statistics, WHO Collaborating Center for the Classification of Diseases in North America. Документ, представленный на Совещании руководителей сотрудничающих центров ВОЗ по классификации болезней, состоявшемся в Копенгагене в 1997 году. (WHO/HST/ICD/C/97.31)

6/ Clinical Coding Instruction Manual ICD-10 & OPCS-4. Accurate data for quality information. Information Management Group, NHS Executive, December 1994.

7/ Meads, M. S. & Brown, F.: ICD-10 Coding Fundamentals. A comprehensive Coding Guide for Healthcare Professionals. Practice Management Information Cooperation (PIMC), Los Angeles, 1997.

8/ TENDON. ICD-10 Computer Based Training. Basic training in ICD-10 and reorientation for coders familiar with ICD-9. Produced by WHO Collaborating Centre for the Classification of Diseases, London. Office of Population Censuses & Surveys (OPCS), London, 1994.

9/ Bridge Studies of Mortality Statistics in the Nordic Countries, by WHO Collaborating Centre for the Classification of Diseases in the Nordic Countries in collaboration with Statistics Finland and Statistics Sweden. Документ, представленный на Совещании руководителей сотрудничающих центров ВОЗ по классификации болезней, состоявшемся в Вашингтоне (округ Колумбия) в 1993 году. (SES/ICD/C/93.19)

10/ Bridge Coding Between ICD-9 and ICD-10 on 5183 Cases. - Analysis by Chapter, by Gérard Pavillon, Jean Boileau and Françoise Hatton, WHO Collaborating Center for the Classification of Diseases in French, Paris. Документ, представленный на Совещании руководителей сотрудничающих центров ВОЗ по классификации болезней, состоявшемся в Токио в 1996 году. (WHO/HST/ICD/C/96.30)

11/ ONS Bridge Coding Study of the Change from ICD-9 to ICD-10 for Mortality Data in England and Wales by Dr Cleo Rooney, Office for National Statistics, England. Документ, представленный на Совещании руководителей сотрудничающих центров ВОЗ по классификации болезней, состоявшемся в Копенгагене в 1997 году. (WHO/HST/ICD/C/97.50)

12/ Translator. Ninth and Tenth Revisions. User's Guide to electronic tables (5 diskettes). International Classification of Diseases. World Health Organization, Geneva 1997. (WHO/HST/96.9)

13/ A Guide to the use of Tables of Equivalence between ICD-9 and ICD-10. Information Management Group, NHS Centre for Coding and Classification, Loughborough, England, 1995.

14/ Health Statistics in the Nordic Countries 1996. Nordic Medico-Statistical Committee, Copenhagen 1998. (NOMESCO Publication 50:1998).

15/ International Classification of Procedures in Medicine. World Health Organization, Geneva, 1978.

16/ Classification of Surgical Procedures. Nordic Medico-Statistical Committee, Copenhagen 1996. (NOMESCO Publication 46:1996).
