

Distr.
GENERAL

CES/AC.36/1998/7
EUR/ICP/INFO 020603/7
29 July 1998

RUSSIAN
Original: ENGLISH

**СТАТИСТИЧЕСКАЯ КОМИССИЯ и
ЕВРОПЕЙСКАЯ ЭКОНОМИЧЕСКАЯ КОМИССИЯ
КОНФЕРЕНЦИЯ ЕВРОПЕЙСКИХ СТАТИСТИКОВ**

**ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ЕВРОПЕЙСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ БЮРО**

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

ЗАСЕДАНИЕ I: Проблемы, связанные с отсутствием координации в системах
национальной и международной статистики здравоохранения

**Сотрудничество и координация в области информации о здравоохранении
и статистики здравоохранения в европейском регионе ВОЗ**

Специальный документ, представленный Группой по эпидемиологии,
статистике и информации о здравоохранении Европейского
регионального бюро ВОЗ

Введение

1. В соответствии с рекомендациями государств-членов европейского региона ВОЗ 1/ и результатами обсуждений, проведенных в ходе заседаний Европейского регионального комитета Всемирной организации здравоохранения, и соответствующими резолюциями (например, EUR/RC43/R8 и EUR/RC43/Conf.Doc./3), Региональное бюро в настоящее

1/ На протяжении всего этого документа под ВОЗ понимается Европейское региональное отделение ВОЗ Всемирной организации здравоохранения.

время предпринимает усилия по налаживанию сотрудничества и координации в области информации о здравоохранении и статистики здравоохранения в Европе. Целью данных усилий является достижение консенсуса по широким принципам и конкретным совместным мерам между государствами-членами и международными организациями и службами Европейской комиссии (ЕК), действующими в этой области.

2. Конечной целью является совместная разработка согласованной и непротиворечивой системы информации о здравоохранении в Европе, которая бы содействовала:

- избежанию дублирования в предоставлении отчетности государствами-членами международным учреждениям и ЕК;
- разделению труда между международными учреждениями и службами ЕК, занимающимися сбором информации о здравоохранении от государств-членов;
- наращиванию и укреплению существующей международной экспертизы в области сбора/обобщения информации;
- обмену обобщенной информацией между различными организациями;
- обеспечению обратной связи о результатах для использования государствами-членами при разработке программ в области общественного здравоохранения.

3. В начале этого документа перечисляются некоторые проекты и мероприятия, которые совместно осуществляются ВОЗ и международными учреждениями и Европейской комиссией в течение последних пяти лет. Затем в нем обсуждаются проблемы, связанные с отсутствием координации в предоставлении отчетности международным учреждениям (точка зрения ВОЗ). В нем также содержатся предложения и варианты, позволяющие избежать возникновения таких проблем и дублирования в отчетности (частично опирающиеся на результаты неофициальных совещаний с ОЭСР и Евростатом). В третьем разделе описываются некоторые конкретные планы на 1998 и 1999 годы. В заключение в нем приводится план будущей работы, который мы надеемся реализовать к началу XXI столетия.

Достигнутый прогресс

А. В области двустороннего сотрудничества

4. До настоящего времени основные двусторонние мероприятия ВОЗ проводились в сотрудничестве с ОЭСР и ЕК. Эти мероприятия осуществлялись на основе взаимного членства и участия в основных совещаниях, а также деятельности руководящих и целевых групп каждого учреждения. Кроме того, ОЭСР и ВОЗ имеют специальное соглашение о взаимном обмене данными, представляющими общий интерес, и стремятся к согласованию

определений общих показателей. В случае ВОЗ и ЕК совместная деятельность касалась реализации ряда совместных проектов, например (см. также заключительный раздел данного документа - планы на 1998-1999 годы) по разработке и подготовке:

- i) базы используемых на международном уровне показателей здоровья;
- ii) совместимых инфраструктур телекоммуникаций для обмена данными и предоставления отчетности государствами-членами;
- iii) общих инструментов для проведения обследований состояния здоровья населения в Европе;
- iv) обзоров состояния здоровья населения в странах ЕС и доклада о состоянии здоровья населения в Европейском сообществе;
- v) ВОЗ также оказывает помощь и поддержку в осуществлении программы Комиссии по мониторингу состояния здоровья (1997/2002 годы).

5. Двусторонние мероприятия, в особенности в области информации о здравоохранении, осуществляемые ВОЗ и ЮНИСЕФ и Всемирным банком, касаются главным образом следующих направлений деятельности:

- общее представление и обмен данными, представляющими общий интерес;
- обмен специальными данными для конкретных проектов;
- участие в основных совещаниях организаций-партнеров.

В. В области многостороннего сотрудничества

6. Главным многосторонним мероприятием явилось проведение совместного совещания ЕЭК/ЮНИСЕФ/ВОЗ по информации для Программы достижения здоровья для всех в Европе (Копенгаген, 4-8 октября 1994 года). Это мероприятие явилось первым региональным совещанием основных разработчиков и пользователей информацией о здравоохранении всех 50 европейских государств-членов. На нем присутствовали по два представителя от каждого государства-члена, а также ЕК, ЮНИСЕФ, Всемирного банка и ОЭСР. Сделанные на нем рекомендации касались, в частности, необходимости налаживания сотрудничества между международными учреждениями.

Предоставление статистических данных о здравоохранении международным учреждениям

А. Проблема

7. Деятельность по сбору и обобщению данных для целей анализа политики и планирования в области здравоохранения на международном уровне страдает хроническим дефицитом финансирования по сравнению с другими областями социально-экономической

статистики, такими, как статистика образования, исследований и разработок, туризма, сельского хозяйства, промышленности и общая макроэкономическая и финансовая статистика. В настоящее время растет осознание того, что такое состояние дел вступает в резкое противоречие с важностью здравоохранения как одной из сфер социальной политики. Довольно любопытно, что, несмотря на этот факт или же вследствие его, в последнее время на различных мероприятиях довольно часто поднимался вопрос о предоставлении одних и тех же данных различным международным организациям. Отсутствие координации между международными учреждениями, занимающимися сбором данных о здравоохранении, обычно указывается в качестве источника проблемы дублирования. Запросы, направляемые странам различными международными организациями, о предоставлении одинаковых или схожих данных, в особенности когда к одним и тем же элементам данных применяются различные - в зависимости от потребностей пользователей - определения, несомненно, служат источником проблем и излишней нагрузки на страны. С другой стороны, масштабы такого дублирования и его последствий для стран не получили еще надлежащей количественной оценки.

Предпринятые ОЭСР попытки формально определить и количественно измерить дублирование с ВОЗ, Евростатом и другими организациями позволили выявить ряд случаев полного параллелизма, причем речь идет главным образом о дублировании на стадии предоставления данных.

8. В то же время наряду с реальным или потенциальным увеличением нагрузки на страны дублирование отчетности служит источником расхождений в величинах одних и тех же статистических данных или показателей. Это особенно касается случаев, когда организации обращаются к различным источникам информации в одной и той же стране с запросом о предоставлении "национальных" данных для международного использования. Такие расхождения могут создавать и создают серьезные трудности для пользователей международных данных.

9. Кроме того, общераспространенная практика обмена нестандартизированными данными (например, о численности врачей, больничных коек и т.д.), характеризующимися громоздкими системами "метаданных" для описания национальных источников и различиями в используемых национальных определениях, должна быть заменена сбором стандартизированных данных. На начальной стадии такой обмен является весьма полезным. Однако, как было отмечено ОЭСР, даже при наличии описательных систем "сносок" и "метаданных" такая информация обладает ограниченной полезностью для большинства пользователей данных, которые обычно не являются специалистами в области статистики здравоохранения и больше интересуются цифрами, чем сносками. Проблемы, возникающие при таком использовании данных, объясняются низким качеством и сопоставимостью международных данных.

10. Потенциально все вышеупомянутые проблемы могут привести к сворачиванию или даже к отказу от международных сопоставлений. Это, в свою очередь, лишит политиков и управленцев весьма важного источника сопоставимой информации, которая может являться полезной для выявления областей, в которых требуется принятие мер, а также для обмена опытом как об успехах, так и неудачах. С учетом этого необходимо продолжить работу по совершенствованию сбора, распространения и использования международных данных. Однако для этого необходимо создать ряд предварительных условий, что требует предпринятия совместных действий как на национальном, так и международном уровне.

В. Предварительные условия

11. Предварительным условием совершенствования сбора данных для целей разработки политики в области здравоохранения является создание единых основ и определений для сбора данных. Это включает в себя определение наблюдаемых признаков здравоохранения и медицинского обслуживания, общий подход к определению понятия "здоровье" и роли факторов, оказывающих влияние на него, а также разработку статистических стандартов в области средств измерения и классификации. Хотя по основополагающим концепциям здоровья и роли политики в области здравоохранения (ВОЗ: цели ЗДВ; ОЭСР: косвенная модель выпуска системы здравоохранения) намечилось достижение консенсуса, инструменты измерения все еще требуют согласования и существует острая необходимость в разработке унифицированных классификаций и определений на международном уровне.

Можно привести следующие примеры таких потребностей:

- разработка стандартов для измерения ресурсов в области здравоохранения (людские ресурсы, технологии) и их использования в разбивке по типам ресурсов, целевым группам и программам;
- разработка согласованного набора показателей деятельности учреждений здравоохранения и наиболее эффективных методов их составления;
- разработка общей системы отчетности об организации и функционировании систем здравоохранения и реформе медицинского обслуживания в качестве справочного инструмента для анализа данных.

12. Подход к разработке международных стандартов в области основ и определений должен быть гибким. В Европе большинство стран затратили значительные ресурсы на создание систем сбора данных, опирающихся на национальные стандарты, которые в некоторых случаях являются устаревшими и не совместимыми со стандартами других стран. В таких обстоятельствах маловероятно, что страны согласятся с каким-то "международным" стандартом, который потребует внесения значительных изменений в их национальные системы.

13. Международные стандарты, определения или основы должны разрабатываться при постоянном и активном участии стран. Для достижения прогресса необходимо использовать тройной подход, все элементы которого требуют тесного сотрудничества и взаимодействия между международными организациями и странами. В тех случаях, когда все страны располагают хорошо налаженными, но различными по содержанию национальными системами статистики здравоохранения (например, различия в структуре данных о медицинском обслуживании), необходимо использовать "международно" согласованные классификации, а не стандарты. В этих случаях национальные данные "преобразуются" странами (согласуются *post-ante* по статистической терминологии) в соответствии с требованиями унифицированной классификации. Данный подход прошел экспериментальную проверку в рамках статистического экспериментального проекта ENSCARE Европейского регионального бюро ВОЗ (1992-1994 годы).

14. В тех случаях, когда на национальном уровне статистические разработки все еще находятся на начальном этапе (например, в области измерения результатов деятельности учреждений здравоохранения и эффективности операций), более целесообразной в долгосрочной перспективе выглядит разработка международных стандартов, аналогичных МКД. Данный подход, принятый на вооружение в рамках Программы качества медицинского обслуживания Европейского регионального бюро ВОЗ, уже продемонстрировал свою полезность с точки зрения привлечения к этой работе европейских и национальных медицинских ассоциаций. На конференциях по достижению консенсуса были согласованы элементы данных для отчетности и соответствующие определения, а также процедуры сбора данных и обратной связи по сопоставимым показателям, что позволило достичь значительного прогресса в выявлении различий в эффективности медицинских операций и результативности систем здравоохранения в области диабета, акушерства, психиатрии и инсультов (данный подход будет представлен на заседании, посвященном показателям эффективности медицинского обслуживания).

15. Промежуточным решением могут являться обследования состояния здоровья населения, которые проводятся некоторыми, но не большинством стран. Большинство стран, занимающихся такими обследованиями, проводят их, как правило, каждые 3-5 лет. Эти страны подходят более гибко к внесению изменений в "утвержденный" вопросник. ВОЗ приступила в 1987 году совместно со Статистическим управлением Нидерландов к осуществлению проекта "Обследования состояния здоровья населения" (EUROHIS), который в течение ближайших трех лет будет финансироваться в рамках программы BIOMED2 ЕК. В рамках этого проекта используется подход, позволяющий странам постепенно переходить на использование международной стандартной системы в области национальной отчетности.

С. Варианты регулярного сбора международных данных

16. Хотя, как представляется, в этой области существует много различных вариантов, с концептуальной точки зрения на крайних полюсах находятся следующие два решения:

Первое решение

17. По каждой конкретной группе или набору показателей в области здравоохранения (например, финансирование, состояние здоровья, демография, услуги здравоохранения) одно конкретное международное учреждение занимается сбором данных от стран, их "очисткой" и согласованием. Оно также предоставляет их всем другим учреждениям и пользователям.

18. Преимущества первого решения:

- i) Данные являются стандартизированными и, как правило, обладают высоким качеством, что объясняется особыми экспертизой и опытом ответственного учреждения и его прямыми контактами с соответствующими источниками данных в странах.
- ii) Данные предоставляются только один раз конкретному учреждению (или группе учреждений в случае использования совместного вопросника), что исключает дублирование или излишнюю нагрузку.

19. Недостатки первого решения:

- i) С учетом относительно большого числа учреждений, занимающихся вопросами здравоохранения в Европе, их потребности в статистических данных неизбежно страдают различиями. Кроме того, потребности каждого учреждения быстро меняются с точки зрения состава и новых видов данных о здравоохранении. Такое разнообразие также означает различия в требованиях к соответствующим методам сбора и использования данных. В этих обстоятельствах вряд ли можно достигнуть соглашения о четком разделении труда по сбору данных о здравоохранении между всеми заинтересованными учреждениями. С другой стороны, между основными международными учреждениями уже существует определенного рода "естественное" разделение труда, что объясняется их специализацией. Так, например, ОЭСР играет ведущую роль в области статистики расходов на здравоохранение, ВОЗ является основным источником подробных данных о смертности, а ФАО - единственным источником сопоставимых данных о производстве/потреблении продовольствия. Налаживанию координации может содействовать уточнение разделения труда в области сбора данных и, возможно, достижение более подробного и четкого соглашения в отношении обмена данными между этими учреждениями. Они также могут сформулировать и утвердить основные направления работы по совершенствованию сбора данных и обмена ими.

- ii) Получение данных из вторичных источников (например от "учреждения-сборщика"), как правило, сопряжено со значительными задержками, которые не всегда устраивают конечных пользователей.
- iii) Различным учреждениям/пользователям могут быть необходимы одни и те же данные, но в различных форматах и на различных уровнях агрегирования. Это означает, что "учреждение-сборщик" должно собирать данные на самом низком уровне детализации, с тем чтобы затем агрегировать их в зависимости от потребностей других учреждений и конечных пользователей. Это в свою очередь требует соответствующего постоянного персонала и ресурсов, необходимость получения которых соответствующему "учреждению-сборщику" может быть трудно обосновать, поскольку эти дополнительные ресурсы не предназначены в первую очередь для удовлетворения его собственных потребностей. Кроме того, подразделения, занимающиеся сбором информации о здравоохранении, международных учреждений и Евростата страдают хроническим недофинансированием по сравнению с другими секторами.

Второе решение

20. Международные учреждения продолжают собирать необходимые им данные от стран, однако страны создают единое хранилище международных (или национальных) собираемых и используемых данных о здравоохранении - национальную интегрированную базу данных о здравоохранении (см. документ 2). Информация из этих баз данных может импортироваться любым учреждением или пользователем через телекоммуникационную сеть без дополнительной нагрузки на страны. Страны должны только обеспечить регулярное ведение и обновление своих национальных баз данных. Этот подход прошел проверку в рамках Статистического проекта ENSCARE Европейского регионального бюро ВОЗ в 1992-1994 годах и в настоящее время внедряется в рамках проектов EU-IDA (HIEMS) и EURHIN.

21. Преимущества второго решения:

- i) Существенное улучшение доступа к данным о здравоохранении и их использования как на международном, так и на национальном уровнях.
- ii) Сокращение до минимума временного лага между публикацией данных в странах и обеспечением доступа к ним любого пользователя.
- iii) Устранение дублирования в отчетности, поскольку существует единый национальный источник данных, что в свою очередь обеспечивает тождественность величин одних и тех же данных.

22. Недостатки второго решения:

- i) Все страны должны обеспечить создание и ведение национальных баз данных о здравоохранении или физическую или виртуальную интеграцию существующих баз. Это потребует определенных административных решений, усилий и ресурсов.
- ii) Национальные базы данных о здравоохранении должны быть совместимыми с точки зрения содержания (по меньшей мере использовать единый стандартный набор элементов данных, который в настоящее время они представляют различным международным организациям), а процедура доступа к ним должна предусматривать автоматический импорт данных. Это потребует налаживания намного более тесного взаимодействия между различными секторами в самих странах (решение существующей проблемы разрозненности источников данных), а также определенной международной координации для обеспечения, по меньшей мере, минимального уровня сопоставимости баз данных и доступа к ним.

Оптимальный вариант

23. Вполне вероятно, что на практике оптимальным вариантом будет являться нечто среднее между вышеописанными полюсными вариантами, причем это решение будет, возможно, ближе к концепции "Международной виртуальной базы данных". В любом случае улучшение доступности, качества и использования данных о здравоохранении на международном уровне может быть обеспечено только в том случае, если аналогичные усовершенствования будут осуществлены на уровне стран. Одним из предварительных условий для достижения прогресса в этой области на международном уровне является создание национальных баз данных, обеспечивающих намного более современный доступ к информации.

24. К основным направлениям работы по достижению прогресса в области улучшения координации и использования международных статистических данных о здравоохранении относятся следующие:

- i) выявление случаев дублирования в сборе статистических данных о здравоохранении различными международными учреждениями и согласование единых определений, по меньшей мере, ключевых показателей в области здравоохранения (международные учреждения с помощью национальных источников данных);

- ii) международные учреждения должны поощрять максимально широкое, по возможности, использование данных, уже собранных другими специализированными учреждениями;
- iii) создание единого международного перечня базовых статистических данных о здравоохранении, собираемых и/или используемых в настоящее время различными международными учреждениями. Это будет в значительной степени содействовать достижению двух вышеупомянутых целей;
- iv) создание и непрерывное обновление национальных интегрированных баз статистических данных о здравоохранении в каждой стране в качестве важной меры по совершенствованию доступа к данным о здравоохранении и их использования, а также по повышению их качества и сопоставимости как на национальном, так и международном уровнях. К этим базам данных должен обеспечиваться удобный доступ для международных и национальных пользователей, к которым относятся как специалисты, так и широкая общественность.

Планы на 1998-1999 годы

А. Процесс международного согласования

25. Очередная совместная сессия ЕЭК/ВОЗ, которая состоится в Риме, Италия, 14-16 октября 1998 года, может содействовать развитию вышеописанного процесса. Всемирному банку, ЮНИСЕФ, ЮНФПА, ОЭСР, Совету Европы и службам ЕК были направлены приглашение принять участие в данном процессе и работе сессии, а также предложение оказать поддержку участию в нем стран восточной Европы. Оба эти предложения получили положительный отклик, и до проведения общеевропейского совещания были проведены неформальные встречи между ОЭСР, Евростатом, ВОЗ, а также Всемирным банком, ЮНИСЕФ и ВОЗ.

В. Технические инструменты сотрудничества

26. Параллельно и в сотрудничестве с ЕК ведется разработка международного компендиума показателей здоровья (МКПЗ), предназначенного для использования международными учреждениями и ЕК. МКПЗ представляет собой структурированную базу данных международно используемых статистических данных и показателей в области здравоохранения, в котором по каждому показателю приводится следующая информация:

- i) Название (в тех случаях, когда международные учреждения и ЕК используют различные названия, указывается обобщенное название).
- ii) Используемые определения (в случае различий указываются конкретные определения, используемые соответствующими международными учреждениями и ЕК).
- iii) Конкретный идентификационный код (при наличии), используемый каждым учреждением.
- iv) Основной или базовый источник данных, используемых для расчета каждого показателя (каковым может являться отчетность государств-членов или вторичный международный источник, например Статистическая комиссия ООН, ЮНЕСКО, ФАО и т.д.).

МКПЗ разрабатывается одновременно в бумажном формате и в формате интерактивной автоматизированной базы данных с возможностями поиска. Разработка данного компендиума преследует следующие цели:

- i) Оказание помощи государствам-членам в предоставлении согласованных данных различным международным учреждениям и ЕК за счет указания различий в определениях (в случае их наличия).
- ii) Оказание содействия процессу согласования определений унифицированных показателей, в настоящее время используемых международными учреждениями и ЕК.
- iii) Достижение договоренностей в отношении общих источников данных и взаимного обмена данными между международными учреждениями и ЕК.
- iv) Оказание помощи пользователям международных баз данных и статистической информации в выявлении международных источников конкретных показателей.

27. Первый вариант (проект) МКПЗ основан на показателях в области здравоохранения, используемых ВОЗ, ОЭСР и Евростатом 2/. ОЭСР специально представила предварительную копию своих "метаданных" для подготовки первого варианта компендиума.

2/ Под показателями Евростата понимаются элементы данных, представленные Рабочей группой по показателям и данным в области здравоохранения Сообщества (министерство здравоохранения Дании, октябрь 1994 года).

Данный компендиум уже успешно используется новыми странами - членами ОЭСР, такими, как Польша, Венгрия и Чешская Республика. Он позволил выявить им различия в определениях, используемых ОЭСР и ВОЗ. Описание данных различий упростило их задачу по предоставлению более точной отчетности обоим учреждениям.

28. МКПЗ (вариант 1) будет распространен на сессии в качестве документа зала заседаний. В дальнейшем он будет дорабатываться в сотрудничестве с другими международными учреждениями с целью включения в его охват используемых ими показателей в области здравоохранения. Его доработка также будет вестись в направлении включения в него информации об основных/базовых источниках данных, используемых для расчета всех показателей.

С. Инфраструктура сотрудничества

29. ЕК и Европейское региональное бюро ВОЗ в настоящее время занимаются разработкой взаимно совместимых телекоммуникационных сетей для обмена и представления данных и показателей в области здравоохранения. ЕК занимается созданием собственной сети мониторинга состояния здоровья населения (HIEMS) в рамках Программы обмена данными между органами управления ЕК. Европейское региональное бюро ВОЗ занимается созданием Европейской информационной сети по общественному здравоохранению для восточной Европы (ЕИСОЗ-ВЕ) при поддержке программы INCO-COPERNICUS ЕК и программы Health Telematics ЕК. Координация деятельности по созданию двух вышеупомянутых сетей обеспечивается за счет взаимного членства в группах, ответственных за осуществление проектов. Кроме того, эти разработки опираются на совместный Статистический проект ВОЗ/ЕК ENS CARE, который осуществлялся в 1992-1994 годах. Согласно исходному замыслу обе эти сети должны быть взаимосвязаны с целью создания единой Европейской информационной сети по общественному здравоохранению (ЕИСОЗ), доступ к которой будет открыт для всех государств-членов и которая будет использоваться всеми международными учреждениями, занимающимися вопросами здравоохранения. Таковыми являются наши планы на XXI век, для реализации которых мы должны приложить все свои усилия.
