

Distr.
GENERAL

CES/AC.36/1998/5
EUR/ICP/INFO 020603/5

29 July 1998

RUSSIAN
Original: ENGLISH

**СТАТИСТИЧЕСКАЯ КОМИССИЯ и
ЕВРОПЕЙСКАЯ ЭКОНОМИЧЕСКАЯ
КОМИССИЯ**

**ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ЕВРОПЕЙСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ БЮРО**

КОНФЕРЕНЦИЯ ЕВРОПЕЙСКИХ СТАТИСТИКОВ

Совместная сессия ЕЭК-ВОЗ по статистике здравоохранения

(Рим, Италия, 14-16 октября 1998 года)

СЕССИЯ I: Проблемы, связанные с отсутствием координации в области национальной и международной статистики здравоохранения

**Укрепление национальных информационных систем по здравоохранению
Концепция комплексной национальной базы статистических данных
по здравоохранению**

Документ, представленный по запросу Группой по эпидемиологии,
статистике и информации в области здравоохранения
Европейского регионального бюро ВОЗ

Существо проблемы

1. Трудности с доступом к статистическим данным в удобной для пользователя форме относятся к основным причинам низкого уровня использования уже собранной информации и, следовательно, недостаточно эффективного функционирования национальных информационных систем по здравоохранению в целом. Главная причина заключается в том, что недооценивается важность доступа к данным в удобной для пользователя форме.

Регулярно собираемые данные обычно в большинстве стран контролируются и используются поставщиками информации. Ввиду отсутствия диалога между поставщиками и пользователями данных их значительная часть остается в базах поставщиков и обычно недоступна или даже неизвестна большинству пользователей. Расширение использования данных приведет также к улучшению обратной связи с поставщиками информации и, как следствие, к повышению качества и доступности данных. В настоящее время ежегодники по статистике здравоохранения и в некоторых случаях доклады об общественном здравоохранении зачастую являются единственным каналом доступа к данным для рядовых пользователей, занятых в службах здравоохранения. Если возникает потребность в данных иного формата, то на практике это означает необходимость представления в статистические департаменты или другие соответствующие органы специального запроса на вывод/группирование/анализ данных. Пользователи зачастую считают такие усилия нецелесообразными. Ситуация еще более усложняется, если требуется получить данные из различных секторов (министерств), например здравоохранения, финансов, окружающей среды и т.д.

2. Одной из основных причин ограниченного прямого доступа к статистическим данным является их низкое качество или несоответствие дефиниций и методов измерения существующим стандартам. Во многих случаях дело обстоит именно так, но верно и то, что низкое качество данных зачастую надуманно и не подтверждается доказательствами. Из-за недостаточного использования данных отсутствует обратная связь с пользователями, которая стимулировала бы повышение качества данных. Иными словами, порочный круг замкнулся. В эту проблему должны глубже вникнуть поставщики и пользователи данных и выработать ряд компромиссов. Поставщики должны уделить больше внимания подробной документации по дефинициям, регистрации, методам и практике измерения, возможным искажениям и т.д. Пользователи должны признать, по крайней мере временно, что нет никакой гарантии полной надежности и сопоставимости данных. Вышеупомянутые факторы в сочетании с удобным для пользователя доступом к информации создают необходимые условия для повышения качества и расширения использования данных. Необходимо также постепенно сформировать "информационную культуру", т.е. практику подкрепления любого решения тщательной оценкой имеющейся информации.

Предлагаемое решение

3. Одним из способов решения этих проблем является создание комплексной национальной базы статистических данных по здравоохранению (КНБСДЗ) и по связанным со здравоохранением секторам, которая собирала бы важнейшую статистическую информацию в одном конкретном месте и предоставляла бы национальным и международным пользователям удобный и гибкий доступ к ней. Технические решения по вопросу организации и пополнения такой базы данных могут варьироваться в различных странах в зависимости от уровня развития, наличия ресурсов и поставленных целей. Однако, учитывая имеющиеся сейчас средства информатики и телекоммуникации, создание КНБСДЗ не должно вызвать больших технических трудностей в большинстве, если не во всех странах Европы. Скорее это вопрос административного решения национальных

органов здравоохранения, который на практике зависит от готовности и желания национальных поставщиков статистических данных по здравоохранению переключиться на современные способы распространения и использования информации и поделиться ею с другими секторами и пользователями.



4. Важно отметить, что многие страны фактически располагают своей собственной разновидностью КНБСДЗ. Однако в целом эта база данных ориентирована на поставщиков информации. Такие базы данных обычно расположены в национальных информационных институтах здравоохранения и используются поставщиками данных для подготовки ежегодников по статистике здравоохранения или докладов по конкретной тематике. Простейшим путем обеспечения доступности информации для широкого круга пользователей без реорганизации баз данных является интерфейс, ориентированный на пользователя. Программа ВОЗ "Здоровье для всех" (ЗДВ) или аналогичные национальным показателям медицинского обслуживания (ПМО) пакеты, основанные на удобной для пользователя системе презентации данных, на начальном этапе могут выступить в качестве такого интерфейса. Показатели ЗДВ/ПМО могут рассчитываться на основе первичных данных и обновленных пакетов, регулярно распространяемых на дискетах или через телекоммуникационные сети. Вторым шагом является предоставление пользователям доступа к первичным данным для исчисления показателей, необходимых конкретным пользователям. В ряде стран уже началось осуществление этих мер.

Содержание КНБСДЗ

5. Одной из проблем, с которой сталкивались разработчики КНБСДЗ, требующей определенных компромиссов, является содержание КНБСДЗ. Данные должны быть максимально подробными, чтобы ими мог пользоваться более широкий круг пользователей в различных целях. С другой стороны, очень большой объем дезагрегированных данных затрудняет и осложняет задачу управления базой данных. Поэтому в содержании КНБСДЗ необходимо найти определенное оптимальное равновесие для удовлетворения большинства потребностей пользователей и для обеспечения ее управляемости и противозатратности.

6. По своему содержанию КНБСДЗ, как правило, должна охватывать следующие широкие области:

- Демография и статистика естественного движения населения;
- Состояние здоровья:
 - смертность
 - заболеваемость
 - нетрудоспособность
- Область жизни;
- Окружающая среда;
- Медицинские службы:
 - ресурсы
 - использование, включая больничную и амбулаторную статистику
 - расходы и финансирование.
- Основные социально-экономические данные (условия жизни) .

Каждый комплект данных обычно содержит показатели за один год, но некоторые показатели, например распространения поддающихся предупреждению болезней, могут потребовать более короткого учетного периода - квартального или месячного. Каждый комплект данных содержит величину, соответствующую по крайней мере общему показателю по всей стране, а также, по возможности, дезагрегированную по административным или медицинским округам страны.

7. С технической точки зрения, возможно, удобнее организовывать КНБСДЗ по происхождению и/или структуре данных, нежели по содержанию. Например, больничная статистика и данные обследования населения могут использоваться для выведения примерного значения одного и того же показателя, но источники и структура этих данных совершенно различны. В предварительном порядке в качестве главных компонентов КНБСДЗ можно определить следующие блоки данных, имеющих сходное происхождение и структуру:

- Население по возрастным группам, полу, городское и сельское население; рождаемость, миграция, естественный прирост, браки, разводы.
- Смертность по возрастным группам, полу, причинам смерти (например, в стандартном формате ВОЗ).
- Данные о поступлении/выписке пациентов из больниц: количество выписываемых, продолжительность пребывания, диагноз при выписке больного, возраст, пол; выполненные операции.
- Представление регулярной отчетности о ресурсах, кадрах и применении стационарного лечения: количество койко-мест, врачей, медсестер и т.д.; количество поступивших/выписанных больных, продолжительность пребывания в разбивке по отделениям.
- Представление регулярной отчетности о ресурсах, кадрах и применении амбулаторного лечения: количество врачей, медсестер, приемов/выездов к больным в разбивке по виду, возрасту, диагнозу и отделению; примерные показатели распространенности той или иной болезни в разбивке по виду диагноза.
- Данные о регулярных уведомлениях об инфекционных заболеваниях: виды диагноза, возраст и пол.
- Иммунизация населения и другие профилактические меры.
- Данные о расходах, включая фармацевтические препараты, данные по страхованию.
- Стоматологическое обслуживание: ресурсы и использование.
- Лабораторные данные: ресурсы и выполненные процедуры.
- Экологические данные: уровень загрязнителей в воздухе, воде, продовольствии и т.д.

- Дата обследований населения: количество выборок, распространенность отдельных заболеваний, табакокурение, употребление алкоголя, питание, инвалидность, оценка удовлетворенности пациентов, представление о состоянии собственного здоровья и т.д.
- Основные социально-экономические показатели: безработица, образование, социальное положение, инфляция, доходы, обеспеченность жильем и т.д.

8. Хотя содержание КМБСГЗ может варьироваться в зависимости от страны, что отражает различия в потребностях и традициях, тем не менее некоторые комплекты данных должны иметь специальную маркировку, говорящую о том, что они относятся к согласованному на международном уровне общему комплекту данных, основанных на стандартных дефинициях. Когда между необходимыми дефинициями имеются разночтения, это облегчает странам задачу документирования и корректировки представленных данных с учетом запрошенной информации. Некоторые страны приступили к созданию такого общего комплексного списка показателей (рамок) с указанием, какие показатели должны представляться в форме международных отчетов различным организациям. Это намного облегчит координацию и стабильное представление отчетности и одновременно поможет пользователям вступать в контакт с соответствующими секторальными базами данных. Кроме того, это послужит стимулом к созданию общего международного минимального комплекта медицинских показателей, с тем чтобы облегчить согласование дефиниций и сократить ненужное дублирование в сборе данных, и одновременно позволит обратить внимание на те важные области, по которым данные приемлемого качества в Европе еще в основном отсутствуют (например, подотчетность в области здравоохранения и качество обслуживания и результативность).

Выводы

9. Создание КМБСДЗ на национальном или международном уровне является необходимой предпосылкой для расширения доступности и использования информации о здравоохранении в целях разработки политики и принятия решений. Расширение доступности и использования обеспечит также взаимный обмен информацией о качестве и позволит поставщикам статистических данных скорректировать разночтения. Такие совместные усилия поставщиков и пользователей данных и налаживание партнерских отношений между поставщиками данных из различных секторов не только послужат на общее благо, но и обеспечат выявление тех областей, где действительно необходимо принять меры по улучшению здравоохранения. Создание КМДСДЗ уже доказало также свою исключительную полезность и экономичность и во многом облегчило решение стоящей перед странами задачи по представлению отчетности международным организациям.
