



---

**Статистическая комиссия****Сороковая сессия**

24–27 февраля 2009 года

Пункт 3(g) предварительной повестки дня\*\*

**Вопросы для обсуждения и принятия****решения: статистика здравоохранения****Доклад Межсекретариатской рабочей группы  
по статистике здравоохранения****Записка Генерального секретаря**

Во исполнение просьбы Статистической комиссии, высказанной на ее тридцать девятой сессии<sup>1</sup>, Генеральный секретарь имеет честь препроводить доклад Межсекретариатской рабочей группы по статистике здравоохранения. Комиссии предлагается рассмотреть и утвердить предложения, сделанные Межсекретариатской рабочей группой по статистике здравоохранения. В частности, Межсекретариатская рабочая группа предлагает продолжить разработку в течение следующего года концептуальных основ и провести совещание группы экспертов для обзора и оценки концептуальных основ после завершения работы над первоначальным проектом.

---

\* Переиздано по техническим причинам.

\*\* E/CN.3/2009/1.

<sup>1</sup> См. *Официальные отчеты Экономического и Социального Совета, 2008 год, Дополнение № 4* (E/2008/24), глава I.B, решение 39/115.



## Доклад Межсекретариатской рабочей группы по статистике здравоохранения

### I. Краткая информация о работе

1. Межсекретариатская рабочая группа по статистике здравоохранения провела свое пятое совещание (состоявшее из двух заседаний) 13 и 17 октября 2008 года в Шанхае, Китай, одновременно с конференцией Международной ассоциации официальной статистики (МАОС). На обоих заседаниях председательствовала Дженнифер Мейденс (Соединенные Штаты). В работе совещания приняли участие представители следующих стран: Австралии, Бразилии, Канады, Норвегии, Филиппин и Соединенных Штатов (представитель Южной Африки не смог принять участие в работе совещания). Кроме того, Рабочая группа спонсировала совещание МАОС, посвященное использованию административных данных для целей статистики охраны здоровья. Организатором совещания от имени Рабочей группы выступили Соединенные Штаты, которые также выполняли функции председателя, а документы были представлены членами от Канады, Филиппин и Южной Африки. С заключительными замечаниями выступил представитель Бразилии.

2. На своем совещании в ноябре 2007 года Рабочая группа предложила заняться разработкой концептуальных основ статистики охраны здоровья, первый этап которой предлагалось провести в течение следующего года. Концептуальные основы будут посвящены описанию содержания статистики охраны здоровья и взаимосвязи между содержанием и наиболее распространенными источниками данных об охране здоровья. Данное предложение было передано Статистической комиссии Организации Объединенных Наций на ее тридцать девятой сессии. Комиссия заявила о своей поддержке работы, проводимой Рабочей группой в интересах совершенствования координации деятельности в области статистики охраны здоровья, и предложения о разработке концептуальных основ. После этого Рабочая группа приступила к работе по составлению набросков и первого проекта разделов концептуальных основ. Совещание в Шанхае было посвящено обзору и обсуждению проекта разделов доклада, подготовленного членами Рабочей группы. Работа над концептуальными основами все еще продолжается, но к настоящему докладу уже приложен предварительный проект.

3. Необходимость разработки концептуальных основ объясняется отсутствием базовых статистических данных об охране здоровья для использования странами и для целей межстрановых сопоставлений. Концептуальные основы помогут национальным статистическим органам и министерствам здравоохранения шире координировать свою деятельность. Они также станут механизмом, обеспечивающим использование финансовой помощи, предоставляемой международными учреждениями и другими донорами в поддержку сбора большого объема данных об охране здоровья, таким образом, чтобы собираемые данные об охране здоровья могли использоваться на страновом и международном уровнях. Отсутствие координации между министерствами и статистической системой и важность участия доноров в финансировании сбора данных особенно очевидны в области статистики охраны здоровья. Надлежащие концептуальные основы будут также содействовать повышению качества сбо-

ра, анализа и распространения данных, а также способствовать формированию технического потенциала на страновом уровне.

4. Разрабатываемые концептуальные основы зададут те параметры, которые необходимы для определения категорий подлежащих сбору данных, оценки степени наличия этих данных, выявления пробелов в данных, оценки качества данных и определения тех областей, в которых для обеспечения сбора высококачественных данных требуются международные стандарты. В частности, концептуальные основы будут содействовать прояснению содержания статистики охраны здоровья, отражать характер взаимосвязей между массивами данных и внутри них, обеспечивать возможность формирования комплексной системы сбора надежных данных, которая позволит получать информацию по целому ряду направлений, с тем чтобы можно было устранить разрозненные или обособленные статистические системы, и способствовать определению тех областей, в которых необходимы новаторские подходы к сбору данных.

5. Привлечение статистического сообщества к разработке концептуальных основ, осуществляемое через Рабочую группу, обеспечит учет и включение Основных принципов официальной статистики, принятых Статистической комиссией в апреле 1994 года, повысит подотчетность и увеличит вероятность того, что статистика охраны здоровья станет составной частью действующих национальных систем сбора данных.

6. В разделе 1 концептуальных основ обсуждается вопрос об их необходимости и излагаются те задачи, которые концептуальные основы призваны решить. В разделе 2 обсуждаются вопросы, касающиеся сферы охвата и компонентов охраны здоровья. При этом не преследуется цель скрупулезно перечислить или оценить все аспекты охраны здоровья, а ставится задача дать общий обзор тем, которые могли бы охватываться статистикой охраны здоровья. В разделе 3 рассматриваются источники данных об охране здоровья, причем, как и в разделе 2, не преследуется цель скрупулезно перечислить или оценить все источники данных об охране здоровья и здравоохранении, а ставится задача провести общий обзор этих источников. В разделе 4 излагается общая структура концептуальных основ. При этом ставится цель разработать эту структуру более подробно и описать ее составные части и схему их взаимодействия, включая расположение различных тем в рамках концептуальных основ и взаимосвязей между ними, а также привести примеры показателей по каждому компоненту. Будет также включено обсуждение вопросов, связанных с трудностями получения сопоставимых в международном масштабе показателей охраны здоровья. В разделе 5, работа над которым еще не начата, будет приведена информация о текущей работе в области статистики охраны здоровья, результаты которой могут использоваться для наполнения концептуальных основ конкретным содержанием (т.е. для увязки понятий с конкретными показателями). Речь идет о Своде международных классификаций Всемирной организации здравоохранения, о результатах работы Вашингтонской группы, Будапештской инициативе, классификации профессиональных заболеваний, результатах работы Информационной сети по охране здоровья, Статистического управления европейских сообществ (Евростат) и т.д. Для ознакомления Комиссии с дополнительной информацией о ходе осуществления Будапештской инициативы и работе Вашингтонской группы подготовлен документ зала заседаний. Раздел 5 будет развивать разделы 1–4 за счет увязки показателей с другими результатами текущей работы и имеющимися источниками данных. Это позволит вы-

явить наличие пробелов в данных и/или необходимость разработки международных стандартов.

7. Все разделы приведенных в приложении концептуальных основ носят предварительный характер, причем некоторые из них разработаны более подробно, чем другие. Рабочая группа считает, что дальнейшее развитие разделов будет связано с их разработкой, однако в данном варианте отражены ее идеи относительно структуры и содержания концептуальных основ. В частности, до начала работы над разделом, в котором увязываются воедино все различные компоненты концептуальных основ, необходимо было разработать разделы 1–4. В связи с дальнейшей разработкой концептуальных основ Рабочей группе необходимо будет принимать решения о степени детализации концептуальных основ и наиболее эффективных способах учета разработок тех субъектов, которые в настоящее время не являются членами Рабочей группы. Это будет особенно важно в том случае, когда в качестве основных показателей будут предлагаться конкретные индикаторы. Презентация концептуальных основ на совещании группы экспертов, как это было сделано, например, в области социальной статистики, могла бы стать отличным механизмом привлечения к работе над ними более широкого статистического сообщества.

8. В дополнение к разработке концептуальных основ Рабочая группа могла бы стать механизмом содействия институционализации статистики охраны здоровья, выполняя функции связующего звена между статистической системой и организациями, заинтересованными в получении и использовании данных об охране здоровья и здравоохранении, в первую очередь министерствами здравоохранения, ВОЗ и другими учреждениями системы Организации Объединенных Наций. Вместо того чтобы дублировать работу других организаций в области статистики охраны здоровья, Рабочая группа могла бы при необходимости формулировать новые инициативы и проводить проверку предложений, выдвигаемых другими группами. Учитывая, что входящие в состав Рабочей группы члены представляют статистические органы своих стран, и тот факт, что Группа отчитывается перед Статистической комиссией, можно утверждать, что деятельность Рабочей группы способствует повышению подотчетности.

9. Членами Рабочей группы должны стать все страны и международные организации, проявляющие интерес к данной теме и желающие заняться решением давно существующих проблем. Важно также, чтобы членский состав Группы был сбалансированным с точки зрения географического представительства и уровня развития статистических систем. Работу Рабочей группы в течение следующих нескольких лет могло бы в значительной степени облегчить проведение небольшого числа личных встреч. Может возникнуть необходимость выделения определенных средств для покрытия путевых расходов некоторых участников. Рабочая группа рассматривает возможность проведения совещания одновременно с совещанием Международного статистического института в Дурбане, Южная Африка, и спонсирования одного из заседаний в ходе этого совещания.

10. Статистическая комиссия может пожелать прокомментировать концептуальные основы и дать руководящие указания в отношении общего подхода, рекомендовать другим странам и международным организациям принять участие в работе Рабочей группы и одобрить дальнейшую работу Группы над разработкой концептуальных основ. Комиссия может также пожелать одобрить предло-

---

жение о проведении совещания группы экспертов, на котором состоится презентация концептуальных основ и будет проведена их оценка. Такое совещание будет проведено после завершения работы над первоначальным проектом концептуальных основ.

## Приложение

### **Концептуальные основы статистики охраны здоровья: предварительный проект, подготовленный Межсекретариатской рабочей группой по статистике здравоохранения в ноябре 2009 года**

#### **Раздел 1. Необходимость выработки концептуальных основ статистики охраны здоровья**

Статистика охраны здоровья отстает от других областей статистики, прежде всего в плане наличия достоверной, своевременной базовой информации об охране здоровья населения, которая могла бы использоваться в странах и для целей сопоставления между странами. Одной из причин этого является чрезвычайно сложный характер вопросов охраны здоровья и систем здравоохранения. Кроме того, в большинстве стран отсутствует координация деятельности по сбору и распространению статистических данных об охране здоровья, что само по себе связано с отсутствием четких концептуальных основ и соответствующих стандартов для статистики охраны здоровья, аналогичных, например, разрабатываемым Организацией экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) для образования ([http://www.oecd.org/LongAbstract/0,3425,en\\_2649\\_37455\\_31603886\\_1\\_1\\_1\\_37455,00.html](http://www.oecd.org/LongAbstract/0,3425,en_2649_37455_31603886_1_1_1_37455,00.html)) и Канберрской группой Статистической комиссии Организации Объединенных Наций для статистики доходов домашних хозяйств (<http://unstats.un.org/unsd/methods/citygroup/canberra.htm>, <http://www.lisproject.org/links/canberra/finalreport.pdf>). Серьезной проблемой, требующей решения, является необходимость улучшения координации между национальными статистическими органами и министерствами здравоохранения. На наличии и качестве статистических данных об охране здоровья также в значительной степени сказывается тот факт, что в большинстве случаев сбор информации об охране здоровья во многих странах финансируется и направляется международными учреждениями или другими донорами, которые ставят во главу угла прежде всего контроль за выполнением конкретных программных мероприятий. Следствием этого является раздробленность, не позволяющая удовлетворить основные потребности в статистических данных об охране здоровья, которые могли бы использоваться странами или для целей межстрановых сопоставлений.

Разработка и принятие общих концептуальных основ позволит повысить координацию и качество сбора, анализа и распространения данных об охране здоровья, конечной целью чего является улучшение состояния здоровья населения. Концептуальные основы задают направление для разработки и организации статистических данных. В тех секторах, где существуют международные концептуальные основы для подготовки статистических данных, координация и совершенствование статистических систем и мероприятий облегчаются за счет выявления как проблем, так и возможностей для развития статистического потенциала. Вследствие этого концептуальные основы выполняют роль достаточно универсальной базы распределения ресурсов на страновом уровне, а в развивающихся странах (где возможности планирования и результатного управления ограничены) служат достаточно четкими ориентирами для доноров в их деятельности по поддержке приоритетных областей. Наличие концепту-

альных основ также позволяет донорам оптимизировать их поддержку программам и странам и облегчает работу международных учреждений по разработке новых методологий или поиску новых путей применения существующих методологий в малознакомых условиях в некоторых развивающихся странах.

### **Задачи концептуальных основ**

Концептуальные основы позволят установить порядок определения тех видов данных, которые необходимо собирать, определить степень наличия таких данных, а также их качество и сопоставимость, выявлять пробелы в данных и определять области, в которых требуется разработка международных стандартов в поддержку сбора высококачественной информации. Они позволят облегчить диалог национальных статистических органов и других сторон, которые финансируют или осуществляют сбор данных об охране здоровья, включая министерства здравоохранения и другие псевдостатистические организации, такие как учреждения, занимающиеся вопросами охраны здоровья. В частности, перед концептуальными основами ставятся задачи:

а) уточнить содержание статистики охраны здоровья (например, ранжирование по уровням и причинам смертности, заболеваемость, состояние здоровья с точки зрения жизнедеятельности, факторы риска, определяющие факторы здоровья, доступность, качество и потребление услуг в области здравоохранения и расходы на здравоохранение) и взаимосвязей между основными данными и наиболее распространенными источниками данных об охране здоровья (запись актов гражданского состояния, переписи населения и организационные переписи, эпидемиологический контроль и учет в области охраны здоровья, а также административные отчеты);

б) отразить упорядоченную структуру информации в областях, связанных с основными данными, и подчеркнуть насущную необходимость в разработке общих показателей здоровья населения, а также конкретных показателей, зависящих от биомедицинских причин физиологических состояний и определяющих факторов таких состояний;

в) сделать возможным построение общей упорядоченной системы сбора данных, которая бы позволяла получать информацию по целому ряду тем, в целях преодоления разрозненности или обособленности статистических систем;

г) содействовать определению тех областей, в которых требуются новаторские подходы к сбору данных;

д) содействовать организационному оформлению партнерских отношений между национальными статистическими управлениями, министерствами здравоохранения и другими субъектами в странах.

Подготовка концептуальных основ статистики охраны здоровья согласуется с положениями резолюции, принятой Исполнительным советом Всемирной ассамблеи здравоохранения на его сто восемнадцатой сессии, и дополняет основные положения Информационной сети по охране здоровья и стандарты для национальных информационных систем по охране здоровья. В настоящее время в области статистики охраны здоровья ведется активная работа, которая осуществляется, в частности, в рамках Вашингтонской группы, Будапештской

инициативы, Евростата, ОЭСР и Свода международных классификаций Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Впредь эта работа будет осуществляться в контексте концептуальных основ статистики охраны здоровья.

В разделе 2 настоящего документа рассматриваются вопросы, связанные со сферой охвата и компонентами понятия охраны здоровья. При этом не преследуется цель дать исчерпывающее описание или оценить все аспекты вопроса охраны здоровья, а ставится задача привести общий обзор тем, которые могли бы относиться к сфере охвата статистики охраны здоровья. В разделе 3 рассматриваются источники данных об охране здоровья, причем, как и в разделе 2, не ставится цель дать исчерпывающее перечисление или оценку всех источников данных об охране здоровья и здравоохранении, а ставится задача дать общий обзор этих источников. В разделе 4 описывается структура концептуальных основ. Задача заключается в развитии этой структуры и описании ее компонентов и взаимосвязей между ними, включая расположение различных тем в рамках концептуальных основ и взаимосвязи между ними, примеры показателей и примеры того, как различные источники данных могут использоваться для расчета показателей по различным аспектам концептуальных основ. Приводится также обсуждение вопросов, связанных со сложностью получения показателей охраны здоровья, сопоставимых в международном масштабе. В разделе 5, работа над которым еще не начата, будет дано описание текущей работы в области статистики охраны здоровья, результаты которой могут использоваться для наполнения концептуальных основ предметным содержанием (т.е. будут приводиться показатели, соответствующие содержащимся в концептуальных основах понятиям), в том числе в рамках Свода международных классификаций ВОЗ, Вашингтонской группы, Будапештской инициативы, классификации профессиональных заболеваний, Информационной сети по охране здоровья, Евростата и т.д. Все разделы носят предварительный характер, причем некоторые из них разработаны более подробно по сравнению с другими. Рабочая группа предполагает, что развитие разделов будет происходить по мере работы над ними, однако данный вариант отражает взгляды Группы на структуру и содержание концептуальных основ.

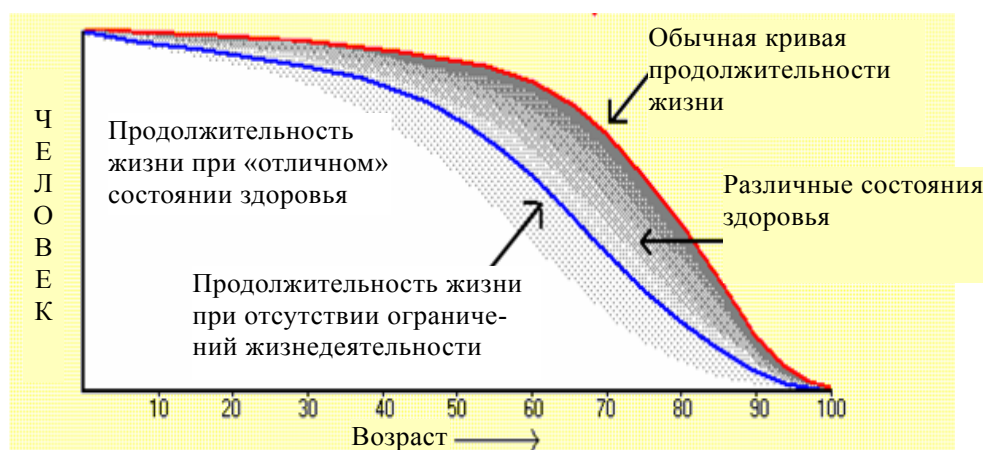
## **Раздел 2. Сфера охвата и компоненты понятия охраны здоровья**

В самом широком смысле охрана здоровья охватывает или может быть связана с большинством аспектов физического, психологического и социального благосостояния. Вместе с тем цель настоящей главы заключается не в том, чтобы дать исчерпывающий перечень или оценку всех аспектов вопроса охраны здоровья, а в том, чтобы привести общий обзор тем, которые могли бы относиться к сфере охвата статистики охраны здоровья.

Следует отметить, что в качестве единственного или решающего показателя охраны здоровья чаще всего используется уровень смертности. Хотя смертность является важным компонентом охраны здоровья, использование исключительно этого показателя не может дать полного представления об охране здоровья населения. Как видно из приведенной ниже диаграммы (Wolfson, M.), статистика смертности позволяет рассчитать обычную кривую продолжительности жизни, которая используется для оценки продолжительности пред-



стоящей жизни. Вместе с тем важно проводить различие между продолжительностью жизни, прожитой при состоянии здоровья, близком к «отличному или оптимальному», и продолжительностью жизни, прожитой при наличии болезней или различных функциональных ограничений. Продолжительность жизни, прожитой при «отличном» состоянии здоровья, охватывает наибольшее число лет жизни, однако для описания оставшихся лет жизни могут использоваться самые разнообразные показатели. В концептуальных основах будут рассмотрены различные показатели, которые могут использоваться для определения продолжительности жизни, прожитой при «отличном» состоянии здоровья, и для описания состояния здоровья, не подпадающего под определение «отличного».



Информация об охране здоровья собирается целым рядом заинтересованных сторон для широкого круга целей и отражает сложный и разрозненный характер существующих во многих странах систем здравоохранения. Это является одним из решающих факторов, обуславливающих сложность представления всеобъемлющих и стандартизированных данных как в странах, так и между ними. Вместе с тем одним из способов определения сферы охвата понятия охраны здоровья является разбиение данных об охране здоровья на комплекс тем или компонентов, в отношении которых чаще всего представляются данные. Значительную роль в определении этих компонентов играют различные источники данных и цель сбора таких данных (например, контроль за состоянием здоровья населения, оценка политики и т.д.). По своему характеру информация по многим темам/элементам охраны здоровья может быть получена в системе здравоохранения или из соответствующих административных записей и на ее основе можно получить представление о состоянии самой системы здравоохранения, а также об особенностях лечебно-профилактических мероприятий. Информация, полученная на основе обследований или на основании динамических рядов данных, позволяет получить представление о различных аспектах существующего положения, в том числе о состоянии здоровья, субъективной оценке контактов с системой здравоохранения, факторах риска и социальных определяющих факторах. Эти вопросы более подробно рассматриваются в разделе 3.

Остальная часть настоящего раздела посвящена разделению компонентов охраны здоровья на шесть широких категорий для удобства представления. Вместе с тем необходимо отметить, что на самом деле многие темы взаимосвязаны. В каждой из этих широких областей данные об охране здоровья должны распределяться в разбивке по ключевым аспектам стратификации, включая пол, возраст, социально-экономическое положение, образование, национальность, место проживания и т.д. К этим шести областям относятся:

### **1. Смертность**

Смертность является одним из основных компонентов понятия охраны здоровья. Распределение показателей смертности по таким подгруппам, как возраст, пол и причина дает подробное представление о тех причинах и условиях, которые влияют на смертность в той или иной стране или среди различных групп населения. Особый интерес представляют показатели детской, младенческой смертности и продолжительности предстоящей жизни, которая зачастую используется в качестве показателя общего состояния здоровья и благосостояния населения.

### **2. Состояние здоровья**

Контроль за состоянием здоровья отдельных групп и общин является одним из основных направлений деятельности большинства систем здравоохранения. Оценки наличия различных условий, определяющих состояние здоровья населения, служат не только отправной точкой для улучшения состояния здоровья, но и информационной базой для планирования, предоставления и расчета стоимости услуг. Новые методологические и технологические разработки делают возможной точную и беспристрастную оценку на основе клинических показателей и биомаркеров (например, в отношении малярии и ВИЧ). К таким показателям могут также относиться более широкие показатели благосостояния, такие как субъективное благосостояние и самооценка состояния здоровья. Детализированные показатели состояния здоровья позволяют проводить сопоставления между различными слоями населения для выявления тех групп, состояние здоровья которых необходимо улучшить, и могут также использоваться для определения областей, в которых существуют наибольшие возможности для улучшения положения (как применительно к составу населения, так и применительно к условиям). Для такого анализа весьма полезной может также оказаться информация о сопутствующей заболеваемости.

### **3. Ограничения жизнедеятельности/функционирование**

Хотя данные об ограничениях жизнедеятельности или функционировании с определенной точки зрения тесно связаны со статистикой состояния здоровья, они позволяют получить информацию о степени влияния вызывающих ограничения жизнедеятельности условий на функционирование и ограничение жизнедеятельности населения. В отличие от данных о состоянии здоровья или пользовании услугами здравоохранения, которые могут носить эпизодический характер, информация о функционировании, как правило, связана преимущественно с более долгосрочными условиями и потребностями. Основными элементами такой информации являются, в частности, степень ограничения жизнедеятельности, продолжительность ограничения жизнедеятельности, уровень независимости и необходимость и потребность в поддержке.

#### **4. Факторы риска/профилактика**

Решающее значение для профилактики многих состояний имеет информация о биологических, генетических, экологических и поведенческих факторах. Хотя в зависимости от условий сами факторы риска могут значительно различаться, информация о факторах риска одинаково релевантна применительно к инфекционным и хроническим заболеваниям. Эффективная профилактика способствует улучшению состояния здоровья и снижает затраты в системе здравоохранения. Информация о факторах риска может быть получена на основе биомедицинских показателей (например, кровяное давление или уровень холестерина), данных об образе жизни и поведении (например, курение и различные уровни физической активности) или анализа социально-экономических факторов (например, уровень дохода и уровень образования). К другим элементам информации о факторах риска и профилактики относятся такие вопросы, как оздоровительные мероприятия, самопомощь и просвещение по вопросам охраны здоровья, а также вопрос о сопутствующей заболеваемости (не только применительно к состоянию здоровья, но и к самим факторам риска).

#### **5. Системы/услуги здравоохранения**

Одним из решающих факторов, определяющих состояние здоровья населения, является результативность системы здравоохранения. Результативность отражает сложный набор элементов, включая наличие, доступность, качество и пользование услугами здравоохранения. При ответе на вопрос о том, насколько эффективно система здравоохранения справляется с решением этих задач, решающее значение имеют такие аспекты, как эффективность, уместность, доступ, результативность, быстрота реагирования и регулярность. Этот компонент охватывает первичное и вторичное обслуживание, срочную помощь, лекарственные препараты, предоставляемые услуги и их стоимость и эффективность, безопасность пациентов и стандарты обслуживания. Как указывалось выше, большая часть данных, относящихся к данному компоненту, носит системный характер и генерируется в рамках самой системы. Источником данных являются также система административного контроля и отчетности и механизмы директивной оценки и мониторинга. Кроме того, ключевые соображения в данной области связаны с регулярным характером расходов и кадрами медицинского персонала. Статистические данные о вводимых ресурсах и процессах, связанных с функционированием системы здравоохранения, включая наличие и распределение объектов инфраструктуры, численность работников и основные виды лекарств, оборудования и технологий, имеют решающее значение для планирования и управления сектором здравоохранения. Услуги оцениваются не только с точки зрения их наличия, но и с учетом доступности, стоимости, качества и приемлемости. Статистические данные о пользовании услугами здравоохранения в разбивке по основному стратификационному аспектам необходимы органам, осуществляющим планирование в секторе здравоохранения, для того, чтобы должным образом сосредоточивать внимание на уязвимых или маргинализированных группах населения.

#### **6. Расходы на здравоохранение**

Структура расходов на здравоохранение, включая государственные, частные (осуществляемые предприятиями и домашними хозяйствами) и иностран-

ные расходы, может сказаться на эффективности и стоимости систем здравоохранения, на доступе к лечебно-профилактическим услугам и в конечном счете может определять различия в состоянии здоровья различных слоев населения. Вместе с тем расходы на здравоохранение являются одним из крупнейших компонентов внутренних расходов, причем в результате процессов старения населения даже более богатые страны сталкиваются с проблемами обеспеченности средствами и необходимостью повышения эффективности. Подробная информация о структуре расходов, удельных затратах, системах медицинского страхования, субсидиях и ориентировочных затратах входит в число ключевых элементов данной темы. Во многих случаях распределение ресурсов относится к сфере полномочий районных руководителей системы здравоохранения; для отражения этой тенденции необходимы соответствующие финансовые данные.

### **Раздел 3**

#### **Источники данных об охране здоровья**

Данные об охране здоровья собираются с помощью широкого круга подходов и могут быть получены из многочисленных источников. Концептуальные основы могут способствовать упорядочению всех этих различных источников данных и повышению качества информации. В настоящем разделе рассматриваются наиболее важные источники данных об охране здоровья. Отмечаются их преимущества и недостатки и рассматриваются пути их совершенствования для использования в целях планирования и руководства сектором здравоохранения, а также для целей повышения эффективности и рентабельности профилактических программ.

#### **Основные требования к источникам статистической информации**

В настоящее время сбор статистических данных об охране здоровья не регулируется какими-либо стандартами для данных об охране здоровья, за исключением общих стандартов, таких как Основные принципы официальной статистики, Европейский кодекс статистической практики и другие стандарты качества статистических данных. Несмотря на отсутствие усилий по разработке конкретного стандарта для статистических данных об охране здоровья, в настоящее время предпринимаются определенные действия, направленные на развитие концептуальных основ статистики охраны здоровья, например в рамках Информационной сети по охране здоровья и системы национальных счетов здравоохранения. Наряду с системами классификаций, используемыми ВОЗ, имеется ряд систем стандартизации данных о конкретных заболеваниях.

**Основные принципы официальной статистики.** В Основных принципах подчеркивается важность официальной статистики для удовлетворения информационных потребностей стран и подробно описываются требования к качеству, использованию и распространению данных официальной статистики. Указывается на необходимость наличия законов, обеспечивающих их применение и приватный (конфиденциальный) характер информации. Официальная статистика охраны здоровья должна согласовываться с Основными принципами. В соответствии с принципом 5, который конкретно касается источников

официальных статистических данных, данные для целей статистики могут быть получены из любого источника, будь то статистические обследования или данные административного учета. Статистические учреждения должны выбирать такой источник, который лучше всего отвечает их конкретным потребностям, принимая во внимание такие факторы, как качество, своевременность, затраты и лежащее на респондентах бремя представления информации.

**Европейский кодекс статистической практики.** По сравнению с Основными принципами Европейский кодекс статистической практики отличается большей конкретикой и детализацией, хотя в Основных принципах более четко говорится о том, что статистика является неотъемлемым элементом информационной системы демократического общества. Кодекс практики включает 15 основных принципов, касающихся составления официальных статистических данных, в каждом из которых учтены стандарты качества, принятые несколькими странами. Несмотря на то, что Международный валютный фонд (МВФ) и ОЭСР используют несколько отличающиеся друг от друга наборы качественных аспектов, основные их элементы полностью совпадают с элементами, охватываемыми Европейским кодексом статистической практики.

**Стандарты качества статистических данных.** Стандарты качества статистических данных, например разрабатываемые МВФ, могут использоваться для оценки качества имеющихся статистических данных об охране здоровья.

**Информационная сеть по охране здоровья.** Информационная сеть по охране здоровья предложила использовать для информационных систем здравоохранения такую концептуальную базу, которая охватывает весь комплекс данных об охране здоровья от вводимых ресурсов и процессов до мероприятий и результатов. Хотя реализация этого предложения может решить проблему полноты данных об охране здоровья, она не обеспечивает контроля и качества или содержания данных об охране здоровья.

**Национальные счета здравоохранения.** Национальные счета здравоохранения представляют собой концептуальную основу для сбора информации о расходах на здравоохранение той или иной страны. Они охватывают комплекс статистических данных, которые в систематическом порядке отражают национальные расходы на здравоохранение за определенный год. В частности, они содержат информацию о а) величине расходов на здравоохранение, б) источниках расходов на здравоохранение, в) видах предоставляемых услуг здравоохранения, и d) величине расходов на управление планами финансирования здравоохранения. Они позволяют получить представление об эффективности и результативности финансирования здравоохранения и помогают определить надлежащие меры для совершенствования практических аспектов системы здравоохранения. В качестве концептуальной базы они могут служить для проверки и обеспечения последовательности расчетных показателей.

**Международные стандартные классификации.** Международные стандартные классификации представляют собой согласованные на международном уровне нормы, которые странам надлежит использовать во всех возможных случаях для обеспечения международной сопоставимости данных. К основным классификациям, используемым для целей сбора статистических данных об охране здоровья, относятся, например, Международная классификация заболеваний и Международная классификация функционирования, ограничений жиз-

недеятельности и здоровья. Целесообразно использовать таблицы соответствий, увязывающие национальные классификации с международными.

Выбор источников для получения основной информации об охране здоровья будет зависеть от вида необходимой информации, доступности и частотности, целесообразности, затратности, лежащего на респондентах бремени представления информации и баланса между необходимостью составления динамических рядов и обеспечения долговременной сопоставимости и необходимостью периодического внесения крупных изменений.

## **Переписи**

Одним из важных источников данных об охране здоровья могут быть переписи. Они позволяют получить общее представление об обследуемом населении, причем информация может собираться как с помощью собеседований или заполнения опросных листов, так и с помощью сочетания этих методов.

Организация Объединенных Наций и некоторые региональные комиссии разрабатывают рекомендации по проведению переписей населения и жилого фонда. Для целей планирования и руководства в области здравоохранения можно использовать данные по обеим областям, охватываемым переписью, к которым относятся демографические характеристики лиц и характеристики жилья и других жилых помещений. Переписи могут включать показатели предстоящей продолжительности жизни при рождении, смертности и инвалидности среди детей и взрослых и показатели числа и распределения работников здравоохранения. Кроме того, применение переписей не ограничивается населением и жилым фондом и может включать сбор данных у муниципальных органов о существующих муниципальных службах здравоохранения или у работников сферы здравоохранения.

### *Преимущества и недостатки*

Переписи позволяют получить общее представление о населении, в отношении которого они проводятся, однако их проведение связано со значительными затратами, и, поскольку переписи основаны на заполнении домашними хозяйствами опросных листов, с их помощью невозможно получить сложную и в некоторых случаях конфиденциальную информацию об охране здоровья. Эффективным с точки зрения затрат способом сбора информации по широкому кругу вопросов является проведение переписи среди ограниченного круга участников. При этом важно принимать во внимание лежащее на респондентах бремя представления информации, поскольку простые на первый взгляд вопросы, например о больничном уходе, могут быть связаны с проверкой всех больничных отчетов и необходимостью осуществления респондентом сложных расчетов. Это также может привести либо к ненадлежащему заполнению опросных листов, что скажется на качестве данных, либо к тому, что респонденты будут вынуждены представлять слишком большой объем информации, либо к тому и другому одновременно.

## Выборочные обследования

Еще одним важным источником статистических данных об охране здоровья являются выборочные обследования. В частности, с их помощью можно вычислить коэффициенты распространенности (например, симптомы, ограничение жизнедеятельности и факторы риска), которые не могут быть получены на основе административных данных о пользовании услугами здравоохранения. Точно так же они могут использоваться для выявления потенциального или неудовлетворенного спроса на услуги здравоохранения, и на их основе можно рассчитать показатели состояния здоровья населения и факторы риска. По аналогии с переписью информация может собираться как с помощью обследований или заполнения опросных листов, так и путем сочетания обоих методов. Как и переписи, выборочные обследования могут охватывать население или объекты здравоохранения или другие объекты. Приводимая ниже информация касается в первую очередь обследований членов домашних хозяйств.

Выборочное обследование является источником статистических данных о состоянии здоровья, пользовании услугами здравоохранения и образе жизни. Во многих странах с низким уровнем дохода обследования домашних хозяйств являются важным источником информации о детской смертности, которую можно получить с помощью подробного изучения истории деторождений или при помощи косвенных методов. В некоторых случаях выборочные обследования являются единственным источником данных, например, когда речь идет о субъективной оценке состояния здоровья или уровне удовлетворенности, поскольку это связано с личным мнением респондента, которое не может быть получено из административного источника в принципе. Кроме того, выборочные обследования зачастую очень хорошо подходят для описания состояния здоровья.

В некоторых случаях использование выборочных обследований является альтернативой проведению переписи, которое было бы слишком дорогостоящим или могло быть связано с возложением на респондентов слишком большого бремени представления информации.

В некоторых странах выборочные обследования могут использоваться для получения информации вместо несуществующей системы регистрации актов гражданского состояния, хотя в долгосрочном плане проведение обследований не должно отвлекать ресурсы, предназначенные для создания должным образом функционирующей системы регистрации актов гражданского состояния.

### *Преимущества и недостатки*

Обследования населения имеют преимущество перед системными и административными данными, которые могут отражать только фактическое пользование услугами. Еще одно преимущество получаемых на основе обследований данных связано с непосредственным контролем над содержанием данных, поскольку обследование позволяет задавать вопросы именно по тем аспектам, которые составляют предмет обследования. Это может обеспечить весьма высокую международную сопоставимость данных.

Обследования являются единственным альтернативным источником данных в тех случаях, когда необходимо узнать субъективное мнение респондентов о таких определенных характеристиках состояния здоровья, как боль, уста-

лость или некоторые аспекты жизнедеятельности, или их оценку собственного состояния здоровья, а также некоторую другую информацию, которая выпадает из сферы охвата административных записей.

В целом данные выборочных обследований могут обрабатываться и публиковаться значительно быстрее, чем данные, получаемые из административных отчетов, особенно в тех случаях, когда используются такие современные методики, как автоматизированное персональное собеседование и автоматизированное телефонное собеседование.

Проведение выборочных обследований представляет собой относительно дорогостоящий метод сбора данных. Отсутствие ответов может приводить к искажению результатов, причем опрашиваемые домашние хозяйства/лица не всегда могут или желают давать точные ответы, прежде всего в том, что касается диагноза заболеваний или пользования услугами.

**Представление информации о заболеваниях:** раздел будет добавлен позднее.

## **Административный учет**

### **Реестры**

Для составления официальных статистических данных некоторые страны уже давно используют административные реестры. В последние годы растет число стран, которые рассматривают возможность подготовки статистической информации на основе административных реестров.

Реестр представляет собой систематизированный набор индивидуальных данных, организованных таким образом, который позволяет проводить их обновление. Обновление связано с отслеживанием любых изменений в данных, описывающих индивидуальные единицы и их особенности. По сравнению с реестрами, основанными на бумажном учете, в качестве источников статистической информации проще использовать автоматизированные реестры.

Значимость и целесообразность использования реестров в качестве источника статистической информации различается по странам, однако опыт нескольких стран показывает, что ведение учетной документации в централизованном порядке может привести к снижению затрат и уменьшению лежащего на респондентах бремени представления информации.

Как правило, реестры содержат информацию о полной группе единиц в обследуемой выборке (например, физические лица, больницы). Для описания этих единиц используется четкий набор правил (например, персонал больницы), и их характеристики обновляются с учетом изменений, происходящих с единицами. На самом базовом уровне реестр может представлять собой не более чем перечень всех единиц в обследуемой выборке. На практике большинство реестров содержит также определенную дополнительную информацию, характеризующую каждую единицу. К числу единиц, имеющих значимость для статистики охраны здоровья, относятся такие происходящие с физическими лицами события, как демографические явления (деторождения, смерти).



Одним из ключевых требований, предъявляемых к каждой единице реестра, является возможность ее однозначной идентификации. Эта задача лучше всего решается за счет использования системы идентификационных кодов, однако идентификация возможна и в отсутствие кодов при наличии достаточной информации о единицах (в отношении физических лиц к такой информации относятся имя, адрес, дата рождения и т.д.). Использование в различных реестрах наборов одинаковых идентификационных кодов делает возможной их увязку, однако не во всех реестрах используются одинаковые идентификационные коды, в связи с чем не все реестры можно увязать друг с другом.

Административные реестры представляют собой реестры, которые в первую очередь используются в административных информационных системах. К некоторым административным реестрам, которые могут использоваться в статистических целях, относятся общестрановые реестры, которые ведет либо государство, либо совместно местные органы управления и к которым относятся, например, системы регистрации деторождения и смерти. Могут также использоваться частные реестры, например реестры, которые ведутся частными поставщиками услуг здравоохранения.

На основе обработки данных из административных реестров составляются статистические реестры. Статистические реестры могут быть основаны на одном единственном административном реестре или на совокупности данных из нескольких административных реестров.

Желательно, чтобы данные административных реестров были как можно более полными и точными, однако для статистических целей могут использоваться даже неполные данные.

Важно, чтобы статистические данные об одних и тех же событиях и единицах обновлялись с течением времени. Используемые в административных реестрах определения не должны меняться со временем, чтобы обеспечить сопоставимость данных в долгосрочном плане. В административные реестры необходимо включать информацию о сроках и датах наступления событий, что имеет центральное значение для статистики.

Во многих странах существуют официальные административные системы регистрации причин смерти. Их охват и степень автоматизации могут различаться по странам, однако они, как правило, являются неплохим источником данных для статистических целей.

Хранение информации, включенной в административные реестры, может осуществляться несколькими способами. Во многих странах используемые для статистических целей административные реестры автоматизированы и данные имеются в электронном формате.

#### **Зачем использовать данные административного учета для статистических целей?**

С точки зрения общественности, использование данных административного учета для статистических целей имеет следующие преимущества:

- эффективность с точки зрения затрат;
- освобождение респондентов от обязанности отвечать на необоснованные запросы;

- повышение безопасности данных, поскольку число лиц, имеющих доступ к данным, ограничено;
- использование данных в электронной форме способствует соблюдению конфиденциальности.

Одним из основных факторов, облегчающих использование данных административного учета для статистических целей, является применение системы уникальной идентификации для данных из одного и того же источника в течение различных периодов времени и для данных из различных источников. В отсутствие такой системы уникальной идентификации было бы значительно труднее составлять значимые статистические данные, которые были бы не просто перечислением произошедших событий.

### **Юридические требования**

Порядок использования данных административного учета для статистических целей определяется в законодательном порядке. Национальное законодательство должно отражать международные руководящие принципы по уменьшению возлагаемого на респондентов бремени представления информации, с тем чтобы можно было использовать существующие источники данных административного учета, а не заниматься повторным сбором данных для статистических целей. В некоторых странах составители статистических данных обязаны использовать в первую очередь данные, которые уже были собраны для других целей. Прежде чем приступить непосредственно к процессу сбора данных национальный статистический орган обязан прежде всего проанализировать наличие данных в административных реестрах.

В некоторых странах действуют законы об обработке личных данных, которые призваны обеспечить, чтобы создание и использование автоматизированных реестров персональной информации осуществлялись таким образом, чтобы уважалось право на частную жизнь и другие юридические права граждан.

Создание все большего числа административных реестров может, безусловно, породить в обществе дискуссии по вопросу о праве на частную жизнь, особенно применительно к информации об охране здоровья. При наличии скептического или негативного отношения со стороны общественности политики могут проявлять нежелание создавать новые реестры или обновлять уже существующие и могут также ограничивать доступ статистиков к реестрам данных об охране здоровья.

Важно, чтобы общественность осознавала и понимала выгоды использования данных административного учета для статистических целей и чтобы использование административных реестров для составления статистической информации осуществлялось при широкой поддержке со стороны общественности. Жизненно важно, чтобы национальное законодательство, регулирующее ведение и использование реестров, было современным и чтобы работа органов, ответственных за ведение реестров, была открытой и прозрачной.

### *Преимущества и недостатки*

В принципе административные реестры обеспечивают полный охват соответствующей выборки населения при относительно низких затратах на сбор

и обработку статистических данных. По сравнению с выборочными обследованиями использование административных реестров, как правило, позволяет составлять более подробные статистические данные, например по малым географическим районам или по детализированным классификационным критериям.

Использование данных реестров открывает широкие возможности, поскольку различные реестры могут быть увязаны между собой с помощью четко определенных уникальных идентификаторов. Данные административных реестров обычно отличаются надежностью и высоким качеством для тех административных целей, которым они призваны служить. При использовании таких данных для статистических целей могут возникнуть проблемы, связанные с надежностью и качеством данных.

Как и в случае отсутствия ответов на вопросы в ходе выборочных обследований, неполный охват соответствующей выборки данными реестра может приводить к тому, что данные будут давать искаженную картину.

В своей работе статистики во многом ограничены определениями и административной практикой органов, отвечающих за ведение реестров. Данные административных источников могут рассматриваться как точка зрения соответствующего компетентного органа. Кроме того, статистики не участвуют непосредственно в сборе данных или могут быть не в полной мере осведомлены о точном содержании, обработке и качестве данных. Наиболее эффективным способом решения этой проблемы является налаживание тесного сотрудничества между статистиками и органами, отвечающими за ведение административных реестров.

Административные реестры не всегда содержат все показатели или замечания, которые необходимы для составления надлежащих статистических данных. В этом случае дополнительная информация может быть получена на основе выборочных обследований не только для дополнения статистических данных (например, в случае неполного охвата), но и для оценки качества данных и прояснения различных аспектов одной и той же проблемы (например, для сопоставления показателей заболеваемости на основе данных медицинского учета и результатов субъективной оценки состояния здоровья).

### **Данные медицинского учета**

Даже при отсутствии административных реестров, содержащих данные о здравоохранении, для составления статистических данных об охране здоровья могут зачастую использоваться данные медицинского учета. К двум видам информации, которую можно получить из этих источников, относится а) информация из отчета объектов системы здравоохранения, такая как использование лекарственных препаратов, предметы снабжения, число коек и средняя продолжительность госпитализации и б) информация из индивидуальных записей, такая как диагноз, индивидуальные особенности пациента, предписанные процедуры и коэффициенты выздоровления.

## Системы учета

### Национальный уровень

Потенциальными источниками данных о секторе здравоохранения являются также системы учета, которыми, например, пользуются государственные учреждения, больницы и страховые компании. Из этих источников могут быть получены данные о стоимости и финансировании здравоохранения.

Больницы, другие учреждения системы здравоохранения и местные и центральные органы власти периодически заносят в системы учета информацию о расходах, поступлениях и источниках финансирования. Подготавливаемые на основе такой информации отчеты чаще всего используются для информирования руководства о финансовых и оперативных показателях работы больниц или системы здравоохранения. Такие отчеты часто содержат краткую ведомость поступлений и расходов, активов и пассивов и движения денежной наличности. Кроме того, различные учреждения или органы правительства могут готовить самые разнообразные подробные отчеты и ведомости. Соответствующий отчетный период может ограничиваться годом, кварталом или месяцем.

#### *Преимущества и недостатки*

В этих системах не применяется единая форма отчетности, и они не всегда могут быть автоматизированными. При использовании автоматизированных систем подготовка статистических данных может осуществляться за счет извлечения соответствующей информации из электронных файлов в различных системах учета.

Поскольку системы учета организованы по-разному, для получения сопоставимых и надежных агрегатных показателей необходимо проводить классификацию и кодирование различных единиц информации. Для обеспечения сопоставимости данных по различным секторам и учреждениям необходимо также осуществлять редакционный контроль и контроль качества. Отредактированные/пересмотренные данные позволят получить представление об общей величине расходов на здравоохранение, которая может быть разбита по секторам и учреждениям. Могут быть разработаны такие индикаторы, которые позволят получать информацию о деятельности, приоритетах, производительности и удовлетворении потребностей. Стандартизация вводимой информации позволит проводить сопоставление данных по регионам, учреждениям и группам учреждений, а также отслеживать динамику изменений.

### Международный уровень

Система счетов здравоохранения ОЭСР служит основой для представления сопоставимых в международном масштабе данных о затратах, поступлениях и финансировании. Система выполняет также роль ориентира в работе по систематизации и стандартизации источников данных национального учета.

В качестве концептуальной основы она позволяет составлять всеобъемлющие, связанные, надежные и сопоставимые в международном масштабе счета для удовлетворения потребностей в информации об охране здоровья аналитиков и руководителей из частного и государственного секторов (ОЭСР, 2000).

Тем самым она обеспечивает решение вопроса о международной сопоставимости отчетных данных о затратах, поступлениях и финансировании.

В руководстве по Системе счетов здравоохранения определяется концептуальная основа правил представления статистической информации, совместимых с другими областями экономической и социальной статистики. В нем предлагается международная классификация счетов здравоохранения (ИСНА) (в настоящее время версия 1), которая охватывает следующие три аспекта здравоохранения:

- функции здравоохранения (ИСНА-НС)
- предприятия, предоставляющие услуги здравоохранения (ИСНА-НР)
- источники финансирования системы здравоохранения (ИСНА-НФ).

## Раздел 4. Структура концептуальных основ

Концептуальные основы представляют собой один из способов упорядочения различных аспектов понятия охраны здоровья, подлежащих статистическому учету, и установления связи между ними. Концептуальные основы построены на переходе от более общих показателей охраны здоровья к все более конкретным показателям. Связи между показателями не обязательно являются причинными. Они, скорее, напоминают сложную разветвленную сеть. Задача концептуальных основ состоит не в том, чтобы конкретно описать каждый вид связи, а в том, чтобы определить те показатели, которые относятся к общей теме статистики охраны здоровья и в целом наметить характер связи между ними. Ниже приводится краткое описание структуры концептуальных основ с перечислением включенных в них показателей.

**Общие показатели охраны здоровья.** Эти показатели обычно считаются основными индикаторами охраны здоровья, которые необходимы для контроля за общим состоянием здоровья населения. Значения и изменения этих показателей определяются целым рядом факторов, которые фиксируются с помощью других включенных в концептуальную основу показателей. Многочисленные сочетания более конкретных показателей могут давать единственное значение какого-либо общего показателя, в связи с чем одинаковые значения этих показателей могут отражать весьма различные состояния здоровья. Эти показатели, как правило, не являются динамичными в том смысле, что они не содержат информацию о том, что необходимо изменить для изменения состояния здоровья. Несмотря на эти особенности, эти показатели дают довольно полное представление об общем состоянии здоровья населения или подгрупп населения. В показателях должны находить отражение как проводимые стратегии и программы улучшения состояния здоровья, так и деградация системы здравоохранения или ухудшение социально-экономической структуры. Имеющиеся в настоящее время показатели могут не отвечать всем этим критериям, однако важно, чтобы преследовалась цель удовлетворения этих критериев. К общим показателям охраны здоровья относятся продолжительность предстоящей жизни, детская смертность и субъективная оценка состояния здоровья.

Еще одним видом общих показателей являются суммарные показатели. Такие показатели являются сложносоставными и зачастую носят композитный характер. Примерами таких показателей являются различные показатели про-

должительности жизни, скорректированные по состоянию здоровья, которые призваны дать представление не только о продолжительности жизни, но и о качестве жизни с учетом состояния здоровья. Для построения таких показателей необходимо взять информацию о смертности, а также не связанные со смертностью показатели состояния здоровья и соединить их таким образом, чтобы получилось описание числа «здоровых» лет жизни, которые представитель определенного слоя населения может предположительно прожить с учетом существующих для этого слоя населения показателей смертности и состояния здоровья. Концептуальные основы являются источником для получения не связанных со смертностью показателей состояния здоровья, которые могут использоваться для построения суммарных показателей.

**Показатели функционального статуса населения** (в рамках Будапештской инициативы называемого состоянием здоровья). Для измерения функционального статуса используются показатели в целом ряде областей, включая сенсорную, двигательную, познавательную, психологическую, коммуникационную и относящуюся к верхней части тела. К этой категории относятся также показатели ограничений жизнедеятельности, поскольку эти показатели позволяют описать степень участия всех граждан в жизни общества на основе сочетания информации о функциональном статусе с информацией об окружающих условиях. Разработка показателей функционального статуса осуществляется в рамках Будапештской инициативы и Вашингтонской группы.

**Биологические показатели, включая физиологические характеристики, патологии и заболевания.** Заболевания или состояния определяются целым рядом патологических характеристик, относящихся собственно к биологическим структурам и функциям. Эти физиологические характеристики могут быть сложными и измеряться на уровне органов (или нескольких органов) или могут быть более специальными, такими как генетические отклонения или предрасположенности. Довольно распространенными являются показатели заболеваемости, причем имеется немало примеров показателей, относящихся к конкретным заболеваниям. К этой категории показателей относятся также показатели причин смерти. Кроме того, к данному комплексу показателей относятся такие характеристики, как боль или усталость.

**Факторы риска.** Данный комплекс показателей охватывает факторы, которые ведут либо к повышению заболеваемости, либо к снижению риска развития патологий и заболеваний и вследствие этого затрагивают функциональный статус и сказываются на общих показателях охраны здоровья. К конкретным примерам относятся диета и питание, курение и физическая активность.

**Смежные факторы.** С охраной здоровья связан широкий круг факторов. Один из основных комплексов показателей связан с здравоохранением, включая снабжение, доступ, пользование, расходы и системные характеристики. Характеристики системы общественного здравоохранения и общественных лечебно-профилактических мероприятий составляют еще один крупный компонент, равно как и факторы, связанные с социальным и экономическим статусом, который может быть как индивидуальным признаком, так и структурной характеристикой. Взаимосвязи этих факторов и охраны здоровья являются довольно сложными.

**Взаимосвязи между группами показателей.** Одним из способов наглядной демонстрации того, как будет строиться матрица, является рассмотрение

конкретного примера. Один из общих показателей охраны здоровья — продолжительность жизни — дает представление об уровнях смертности, но не о том, как были прожиты годы жизни. Эту информацию можно найти в разделе матрицы, касающейся функционального статуса. Изменения функционального статуса могут быть вызваны целым рядом патологий, связанных со строением и функциями тела, которые, в свою очередь, зависят от биологических, генетических и экологических факторов. В развитых странах большая часть функциональных ограничений приходится на хронические состояния здоровья; информация о распространенности этих состояний может быть получена на основе комплекса показателей, относящихся к биологическим функциям. В развивающихся странах причиной функциональных ограничений и смерти являются инфекционные заболевания; концептуальные основы будут предусматривать включение показателей, относящихся к этим состояниям. К данному разделу концептуальных основ относятся факторы риска и профилактические мероприятия, конкретно связанные с данной группой заболеваний, а также смежные факторы, такие как влияние окружающей среды, включая уровень санитарии и информацию о том, способствуют ли внешние условия физической активности.

## **Раздел 5. Текущая работа (увязка показателей с концептуальными основами)**

Раздел 5 находится на этапе разработки, и в нем будет представлена информация о текущей работе в области статистики здравоохранения, результаты которой могут быть использованы для наполнения концептуальных основ конкретным содержанием (т.е. для привязки конкретных показателей к содержащимся в концептуальных основах понятиям) и которая осуществляется в рамках Свода международных классификаций Всемирной организации здравоохранения, Вашингтонской группы, Будапештской инициативы, классификации профессиональных заболеваний, Информационной сети по охране здоровья, Евростата и т.д. Раздел 5 будет развивать положения разделов 1–4 за счет увязки показателей с другими направлениями текущей работы и существующими источниками данных. Это позволит выявить пробелы в данных и/или необходимость разработки международных стандартов.

### **Библиография**

Основные принципы официальной статистики приняты на специальной сессии Статистической комиссии Организации Объединенных Наций, 11–15 апреля 1994 года, *Официальные отчеты Экономического и Социального Совета, 1994 год, Дополнение № 9 (E/1994/29)*, глава V.

OECD, A System of Health Accounts, Version 1.0, OECD, 2000.

Рекомендация Европейской комиссии (COM/2005/0217) от 25 мая 2005 года о независимости, добросовестности и подотчетности национальных и общеевропейских статистических органов.

Register-based statistics in the Nordic countries, United Nations, New York and Geneva, 2007.