



Статистическая комиссия

Тридцать четвертая сессия

4–7 марта 2003 года

Пункт 3(b) предварительной повестки дня*

**Демографическая и социальная статистика:
статистика здравоохранения**

Доклад Статистического бюро Европейских сообществ

Записка Генерального секретаря

Генеральный секретарь имеет честь препроводить Статистической комиссии доклад Статистического бюро Европейских сообществ по статистике здравоохранения. Тезисы, предназначенные для рассмотрения Комиссией, изложены в пунктах 11 и 69.

* E/CN.3/2003/1.

Доклад Статистического бюро Европейских сообществ по статистике здравоохранения

Содержание

	<i>Пункты</i>	<i>Стр.</i>
I. Введение	1–11	3
II. Стратегические программы и информационные потребности ЕС	12–20	4
III. Система статистики здравоохранения в ЕС	21–26	6
IV. Нынешнее состояние статистики здравоохранения в ЕС	27–41	7
V. Международное сотрудничество	42–49	10
VI. Действующие рабочие договоренности с международными организациями	50–57	12
VII. Дополнительные соображения по совершенствованию международного сотрудничества	58–69	13

I. Введение

1. Проекты в области статистики здравоохранения были начаты в Европейском союзе (ЕС) несколько десятилетий назад. Эти проекты не были сведены воедино, а были отнесены либо к демографии (например, статистика причин смертности с разбивкой по регионам), либо к другим направлениям социальной статистики (например, статистика гигиены и безопасности труда).

2. В 1993 году с подписанием Маастрихтского договора (в частности, в связи со статьей 129) ЕС впервые получил правовую основу для деятельности в области здравоохранения. Необходимым условием для такой деятельности является осведомленность о характере и масштабах существующих проблем, и поэтому подписание Маастрихтского договора стало отправной точкой для пересмотра и пополнения данных социальной статистики по целому ряду направлений в ЕС в целом и в Статистическом бюро Европейских сообществ (Евростат) в частности. Статистика здравоохранения впервые была упомянута как отдельное направление в статистической программе Сообщества на 1993–1997 годы.

3. Появились различные конкретные программы в области здравоохранения (одной из которых была программа действий по наблюдению за состоянием здоровья (1997–2001 годы)) и в других областях социальной сферы, в которых прямо отмечалась необходимость сбора информации и данных, например, о состоянии здоровья и факторах, его определяющих, о социальной активности и равенстве возможностей.

4. Эти изменения в общей политике обусловили острую потребность в увеличении объема и улучшении качества статистических данных о состоянии здоровья и определяющих его факторах и о социальных и медицинских услугах и ресурсах, выделяемых на их оказание.

5. Недавно рамки деятельности ЕС в области здравоохранения были изменены, что привело к выработке новой стратегии, одобренной Европейским парламентом и Советом в решении от 23 сентября 2002 года о новой программе действий в области здравоохранения (2003–2008 годы).

6. Таким образом, начиная с 1994 года государства-члены и Евростат постепенно создали в рамках Европейской статистической системы (ЕСС) сети партнеров для объединения знаний и усилий с целью координации развития статистики здравоохранения как на уровне ЕС, так и на уровне отдельных государств-членов. Те десять стран, которые станут членами ЕС в 2004 году, уже начали присоединяться к этим сетям.

7. Упомянутые выше усилия совершенствовались также благодаря использованию знаний и опыта международных организаций, таких, как Статистический отдел Организации Объединенных Наций (СОООН), Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), Организация экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) и Международная организация труда (МОТ), в работе которых участвуют многие эксперты из государств — членов ЕС.

8. За истекшие годы между Евростатом и международными организациями, занимающимися сбором информации по вопросам здравоохранения, такими, как ВОЗ и ОЭСР, были налажены практические рабочие механизмы сотрудничества в сборе данных и согласовании статистической методологии,

чества в сборе данных и согласовании статистической методологии, например составления классификаций.

9. Нынешнее положение дел и растущее внимание к вопросам здравоохранения требуют все более активного привлечения квалифицированных и опытных статистиков к работе по многим конкретным направлениям статистики здравоохранения; в силу этого становится очевидной еще более настоятельная необходимость более эффективного взаимодействия между статистическими учреждениями, действующими на международном и наднациональном уровнях.

10. Одна из ситуаций, доказавших необходимость взаимодействия, связана с намерением ВОЗ провести всемирный обзор в области здравоохранения: вопрос о всемирном обзоре в области здравоохранения был доведен до сведения Комиссии на ее тридцать третьей сессии, когда руководители статистических ведомств государств — членов ЕС вместе с Генеральным директором Евростата И. Франше обратились к ВОЗ с официальной просьбой обеспечить надлежащую координацию их деятельности с нынешней и намеченной на будущее деятельностью государств — членов ЕС до начала проведения нового всемирного обзора в области здравоохранения и во всяком случае до того, как поступят просьбы об официальном оформлении участия государств-членов.

11. Мы были информированы о том, что всемирный обзор был начат в последние месяцы 2002 года и в начале 2003 года. Согласно информации, полученной по каналам ЕСС, компетентные службы национальных статистических бюро/ведомств, за редким исключением, не были охвачены и на подготовительном этапе с ними не проводились консультации. ВОЗ обратилась к национальным министерствам здравоохранения, но не обеспечила охват всех компетентных служб национальных статистических бюро/ведомств стран региона Европейской экономической комиссии (ЕЭК), как об этом просили Статистическая комиссия, Конференция европейских статистиков на своем пленарном заседании и ее Бюро. Эта ситуация со всей остротой ставит вопрос о необходимости вновь довести до сведения Статистической комиссии вопрос о международном сотрудничестве в области статистики здравоохранения.

II. Стратегические программы и информационные потребности ЕС

12. В государствах — членах ЕС происходят сложные события в области политики и социального развития национального масштаба, которые ложатся тяжелым бременем на медицинские и социальные службы и приводят к сокращению ресурсов, выделяемых на их финансирование. У всех государств-членов структуры национальных служб здравоохранения разные. Наблюдаются различия в удельном весе стационарного и амбулаторного лечения, а в государствах-членах с традиционной страховой медициной наблюдается также тенденция к увеличению доли частных услуг и/или сокращению размера компенсации.

13. Закрепление пользующихся широкой поддержкой в обществе основополагающих принципов, таких, как равенство возможностей и доступность социальных и медицинских услуг, обуславливает необходимость конкретных программных мер и услуг. Известные своими негативными последствиями определенные виды поведения, например, курение или

ленные виды поведения, например, курение или нездоровое питание, требуют значительного внимания, в связи с чем проводятся многочисленные кампании по пропаганде здорового образа жизни.

14. Старение населения также имеет свои последствия, поскольку ведет к росту спроса на помощь представителям старших возрастных групп и соответствующие виды лечения и ухода. К этому следует добавить спрос на более совершенные, но более дорогостоящие передовые методы лечения. Реальный спрос на услуги по уходу за пожилыми людьми растет быстрее, чем общее число пожилых людей, в то время как объем необходимых ресурсов для удовлетворения этого растущего спроса пропорционально не возрастает ни в денежном выражении, ни с точки зрения кадровых ресурсов. Напротив, в некоторых государствах-членах ощущается острая нехватка квалифицированных работников, что приводит к закрытию больничных палат.

15. Происходящие в государствах-членах события находят отражение в различных программах ЕС, в которых прорабатываются вопросы, представляющие общий интерес, и стратегии. В этих программах также четко оговариваются весьма конкретные функции государств-членов и ЕС и, там, где это целесообразно, функции национальных и международных учреждений и научно-исследовательских центров. В программах в области статистики и/или информации определена также роль национальных статистических ведомств и Евростата.

16. Как отмечалось выше, в период с 1996–1997 годов по 2002 год было осуществлено восемь конкретных программ действий в области здравоохранения с проблематикой, простиравшейся от таких конкретных направлений, как лечение редких болезней, инфекционных болезней, рака и наркотической зависимости, до пропаганды здорового образа жизни и наблюдения за состоянием здоровья. 23 сентября 2002 года Европейский парламент и Совет утвердили новую программу в области здравоохранения, которая рассчитана на период 2003–2008 годов и представляет собой единую программу действий, охватывающую весь комплекс признанных актуальными вопросов политики в области здравоохранения и принимаемых в связи с ними практических мер в регионе ЕС.

17. Эта программа преследует три общие цели:

а) улучшить качество информации и знаний, необходимых для развития здравоохранения;

б) расширить возможности в плане принятия оперативных и согласованных мер для устранения факторов, представляющих угрозу здоровью населения;

в) пропагандировать здоровый образ жизни и предупреждать заболевания посредством учета факторов, определяющих состояние здоровья населения, во всех стратегиях и мероприятиях.

18. Первая и последняя цели особенно интересны с точки зрения статистики здравоохранения, и в программе конкретно говорится о разработке статистического компонента программы во взаимодействии с государствами-членами с увязкой со статистической программой Сообщества в целях достижения эффекта синергизма и во избежание дублирования (это

фекта синергизма и во избежание дублирования (это предусмотрено в статистической программе Сообщества на 2003–2008 годы).

19. Таким образом, будут выработаны соответствующие договоренности между рабочими группами, которые будут созданы в рамках новой программы в области здравоохранения и структур, относящихся к статистической программе Сообщества.

20. Одной из тем, имеющей отношение к политике в области здравоохранения, является разработка показателей в области здравоохранения, которые отчасти будут представлять собой статистические показатели, но также могут быть получены путем анализа работы административных систем и на основе исследований. Программа будет осуществляться в форме годовых программ финансовой поддержки объединенных в сети институтов. Ряд проектов направлен на совершенствование состава статистических данных или заполнение пробелов в статистической системе.

III. Система статистики здравоохранения в ЕС

21. Начиная с 1994 года Евростат совместно с экспертами из государств-членов занимается разработкой комплексной и надежной системы статистики здравоохранения. Рабочая группа Евростата по статистике здравоохранения на своем первом заседании в начале 1996 года рекомендовала проводить дальнейшую работу по трем направлениям: статистика причин смертности, данные обследований по оценке состояния здоровья и связанных со здоровьем факторов и статистика медицинской помощи.

22. В 1997 году статистики из четырех государств-членов выступили с инициативой налаживания партнерских отношений с Евростатом для поддержки новой работы в соответствии с кругом ведения, определенным Рабочей группой по статистике здравоохранения. Этот первый опыт работы в рамках группы партнеров (инициативной группы по вопросам здравоохранения) стал возможен благодаря Комитету по статистической программе, которому подотчетны участники партнерства. Каждый партнер предоставил людские ресурсы, а Евростат оказал финансовую поддержку, в частности выделив средства для финансирования участия в работе заседаний. По всем трем упомянутым выше направлениям статистической работы: причины смертности, данные обследований по оценке состояния здоровья и связанных со здоровьем факторов (сюда постепенно были включены также статистика заболеваемости и инвалидности) и статистика медицинской помощи, — были созданы целевые группы, работу которых направляла Инициативная группа по вопросам здравоохранения. Каждый партнер совместно с Евростатом отвечал за одну из рабочих групп, и своими совместными усилиями они способствовали созданию системы статистики здравоохранения в целом. Каждое государство-член вносило свой вклад в форме активного участия в работе целевых групп.

23. В начале каждая целевая группа определила рамки работы в соответствующей области, установила приоритеты и наметила практические меры для включения в годовые программы работы для утверждения Рабочей группой по статистике здравоохранения. В 1998 году на основе предложений целевых групп и Рабочей группы были определены рамки работы по созданию для ЕС комплексной и надежной статистической системы в области здравоохранения, которые в том же году были утверждены Комитетом по

которые в том же году были утверждены Комитетом по статистической программе.

24. Поэтапность работы целевой группы позволила разработать методологию, преимущественно на основе различных проектов, финансируемых Евростатом и другими службами Комиссии, внедрить эту методологию с помощью регулярного сбора данных и наладить анализ и распространение.

25. В настоящее время в работе имеет место переход от разработки методологии к ее внедрению и сбору данных, что с учетом необходимости подготовки к расширению ЕС требует новой формы партнерства в области здравоохранения, которая была одобрена директорами отделов социальной статистики на совещании, состоявшемся в апреле 2002 года, и вступит в силу в 2004 году.

26. Новая форма партнерства предусматривает пересмотренную структуру, в которой различные группы будут выполнять разные функции: от руководства до разработки и практического осуществления.

IV. Нынешнее состояние статистики здравоохранения в ЕС

Данные обследований (опросов) по оценке состояния здоровья и связанных со здоровьем факторов

27. Сбор данных начался примерно четыре года назад после обстоятельной оценки имеющихся результатов обследований в государствах-членах по направлениям, охваченным обследованиями (опросами) по оценке состояния здоровья и связанных со здоровьем факторов и применявшегося инструментария. Сначала данные были собраны по 12 отобранным позициям, а недавно охват был расширен до 18 позиций. Данные по этим позициям собирались в обычном формате с общепринятыми разбивками по возрасту, полу и социально-экономическим показателям, таким, как образование и экономическая активность.

28. Усилия в направлении согласования инструментария привели к тому, что в масштабах ЕС стал применяться минимальный европейский формат в области здравоохранения, который будет отражен в ежегодных обследованиях ЕС, таких, как «Статистика доходов и условий жизни». Там, где это целесообразно, государства-члены будут включать этот формат в национальные обследования в целях содействия международной сопоставимости различных результатов обследований.

29. Более крупные комплексы для согласованной оценки состояния здоровья населения, факторов, определяющих здоровье населения, и фоновых показателей по населению и семьям должны быть готовы в 2003 году. Работа над этими комплексами проводится по следующей схеме: достигается договоренность относительно единой концепции, которая применялась бы в масштабах всего ЕС, с согласованными, четко определенными позициями (переменными) и соответствующими информационно-справочными средствами ЕС. Затем информационно-справочные средства ЕС на национальном уровне могут быть превращены в оперативные средства с учетом культурных особенностей (например, посредством необходимой коррективы) и переведены на национальные языки.

30. Помимо такого согласования вводимых параметров может потребоваться корректировка полученных результатов, которая проводится с соблюдением строгих правил и на основе согласованных методов (последующее согласование).

Статистика инвалидности

31. Сначала была проведена обстоятельная оценка потребностей пользователей, после чего были выбраны два основных направления. В качестве первой оперативной меры ЕСС приняла минимальный европейский комплекс в области здравоохранения в качестве минимального параметра для оценки масштабов инвалидности в общих обследованиях населения. Затем был определен перечень тематических направлений, а в 2003 году начнется дальнейшая работа над понятиями и позициями и информационно-справочными средствами с учетом имеющихся обширных баз данных. На данном же этапе были проанализированы и опубликованы данные об инвалидности, имеющиеся с 1993 года в распоряжении Группы Европейского сообщества по домохозяйствам (1994–2001 годы), которые представляют собой первый согласованный набор данных ЕС по инвалидности.

32. В истекшем десятилетии в регионе ЕС был проведен целый ряд демографических обзоров, охватывавших вопросы здравоохранения, вопросы, относящиеся к состоянию здоровья населения, и инвалидности, некоторые из которых субсидировались ЕС. Кроме того, недавно были начаты новые обзоры по группам стран, такие, как всемирный обзор в области здравоохранения.

33. Такое увеличение числа обзоров несомненно приведет к расхождению в результатах по одним и тем же позициям, что лишь усилит путаницу, а не решит проблему сопоставимости. Для содействия созданию надежных систем при оптимальном использовании скудных ресурсов и имеющихся специалистов и для обеспечения большей сопоставимости и единообразия и более высокого качества без параллелизма и дублирования в работе, а также с целью совершенствования рабочих средств директора отделов социальной статистики на своем последнем совещании, состоявшемся в сентябре 2002 года, положительно оценили предложение о создании новой системы, а именно Европейской системы обследований в области здравоохранения.

34. В предварительном порядке Европейскую систему обследований в области здравоохранения можно определить как комплексную и согласованную систему обследований, позволяющую проводить сопоставительный анализ по странам, т.е. созданную на основе главного обследования при гибком и поэтапном внедрении с целью наблюдения за потенциальными изменениями в области здравоохранения и в смежных областях с течением времени. Эта система складывается из трех основных элементов:

а) европейского обследования состояния здоровья населения посредством опросов, которое представляет собой главный вид обследования в системе и призвано обеспечить общую статистическую оценку в рамках статистики здравоохранения;

б) дополнительного комплекса специальных обследований (по конкретным возрастным группам, группам заболеваний и т.д.), которые должны охватывать конкретные темы с учетом запросов пользователей и

тивать конкретные темы с учетом запросов пользователей и которые будут проводиться специальными объединениями исследователей и/или институтов;

с) базы данных, включая информационно-справочные средства и другие рекомендованные средства, работа над которой в настоящее время ведется.

35. Для этого обследования уже существует ежегодный минимальный европейский комплекс в области здравоохранения в рамках статистического обзора доходов и условий жизни и по крайней мере каждые пять лет государства-члены должны включать в данные за этот же период четыре согласованных комплекса, созданных на основе общих понятий, для которых существуют или будут разработаны информационно-справочные средства: Европейский комплекс по сбору общих данных, Европейский комплекс по состоянию здоровья населения, Европейский комплекс по медицинскому обслуживанию и Европейский комплекс по факторам, влияющим на здоровье населения.

Статистика заболеваемости

36. Помимо обычных данных по диагнозам, предоставляемых службами здравоохранения и конкретными сетями, например по инфекционным заболеваниям или раку, фактически отсутствуют основные параметры для формирования общего подхода и оценки данных по заболеваемости в привязке к диагнозу по населению в целом. Работа над методологией продолжается, и в 2003 году ей будет уделено особое внимание; в связи с этим будут использоваться результаты работы в этой области, проделанной в рамках ЕС.

Статистика причин смерти

37. В странах — членах ЕС существуют национальные положения, регулирующие порядок уведомления, и различная национальная практика в отношении применения правил Международной статистической классификации болезней и связанных с ними проблем здоровья (МКБ-10), касающихся классификации и кодирования. Через сеть экспертов в области статистики был обеспечен значительный обмен опытом, что позволило повысить качество и сопоставимость данных. Внедрение МКБ-10 в ЕС растянулось на более чем 10 лет, в связи с чем достаточно подробное сопоставление данных между государствами-членами провести не удалось. В связи с этим стал использоваться краткий перечень из 65 кодов, который также подходит для сбора данных на национальном уровне и помогает лучше понять региональные различия в показателях смертности.

38. В этой области еще многое предстоит сделать в том, что касается введения автоматизированных систем кодирования. В ЕС эта задача представляется особенно трудной из-за использования столь многих языков, в связи с чем понадобятся значительные капиталовложения на национальном уровне для адаптации широко признанных американских автоматизированных систем кодирования для местных условий. Возникает проблема с автоматическим переносом медицинской терминологии, используемой в свидетельствах о смерти, в коды МКБ. Ставится цель обеспечить применение правил автоматизированного кодирования во всех государствах-членах к 2005 году, а тем временем под эгидой Евростата и его партнеров по ЕС будет организовано обучение методам ручного кодирования и ввода данных.

Статистика медицинского обслуживания

39. Статистические данные по больницам и медицинскому персоналу за многие годы были существенно переработаны и расширены с использованием, в частности, данных о диагнозе выписываемых из больниц пациентов. Первым крупномасштабным проектом стал сбор метаинформации о структуре и организации национальных систем медицинского обслуживания. Эти системы в странах — членах ЕС весьма различны, что может серьезно помешать проведению сравнений данных в этой области. Больницы различаются как по виду, так и по характеру предоставляемых ими услуг. Например, некоторые государства-члены используют различные категории специализированных больниц; различаются системы амбулаторного обслуживания; и, самое главное, существуют принципиальные различия в долгосрочном уходе (так, в некоторых государствах-членах отсутствуют дома для престарелых с медицинским обслуживанием).

40. Кроме того, охват разных видов медицинского обслуживания различен, как и системы его финансирования. В связи с этим была создана весьма подробная система сбора метаинформации для перекрестной классификации лиц, предоставляющих услуги, и их функций, что дает основу для функционального сопоставления и создания действительно сопоставимой системы счетов здравоохранения. Эти счета будут создаваться в соответствии с руководством по данному вопросу, которое было разработано ОЭСР на основе широкого использования ЕСС и для которого в настоящее время государства — члены ЕС разрабатывают дополнительные руководящие принципы.

41. Первая функциональная разбивка системы счетов здравоохранения в ЕС будет проведена по возрастным категориям и по признаку пола, и первые предварительные результаты обнадеживают. Разработан прототип статистических данных о рабочей силе, и идет разработка прототипа системы счетов здравоохранения.

V. Международное сотрудничество

42. Уже накоплен значительный международный опыт сбора данных в области здравоохранения и использования соответствующих показателей, в частности в ВОЗ и ОЭСР. Сотрудничество между этими организациями и ЕС (Генеральным директором по вопросам здравоохранения и защиты потребителей и Евростатом) в области контроля за состоянием здоровья населения и статистики общественного здравоохранения осуществляется через присутствие их представителей на заседаниях целевых групп Евростата и их участие в качестве наблюдателей на заседаниях Рабочей группы по статистике общественного здравоохранения. Представители ВОЗ и ОЭСР нередко также приглашаются в качестве участников или наблюдателей на заседания, организуемые в связи с мероприятиями в рамках программы контроля за состоянием здоровья населения.

43. На регулярной основе обмен информацией о статистической деятельности соответствующих организаций осуществляется через ЕЭК/КЕС, которая назначила ОЭСР координатором по статистике в области здравоохранения. Кроме того, в результате обмена письмами между ВОЗ и ЕС были заложены новые основы сотрудничества, при этом организован

регулярный обмен информацией в ходе совещаний высокопоставленных сотрудников ВОЗ и ЕС.

44. В ходе обсуждения вопроса о статистике здравоохранения Комитет по статистической программе поддержал идею такого сотрудничества с международными учреждениями на основе «использования общих вопросников» или «по территориальному признаку», а не по предметам обсуждения, каковыми являются показатели смертности, результаты обследований или стоимость медицинского обслуживания.

45. Такое предпочтение обусловлено как формальными, так и практическими соображениями: международные или наднациональные организации не могут обмениваться мандатами друг с другом, и всеобъемлющий подход Евростата предусматривает регулярный сбор необходимых данных для всех компонентов. Территориальные и общие комплексные вопросники успешно применяются в нескольких областях, например в области статистики сельского хозяйства, образования, народонаселения, а также для экологической оценки территории. Эти комплексы уже охватывают данные других учреждений Организации Объединенных Наций, например Организации Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры и Статистического отдела Организации Объединенных Наций, и их можно также применять для сбора статистики в области здравоохранения, в том числе для предоставления данных ВОЗ и, возможно, другим учреждениям.

46. Следующим шагом мог бы стать поиск практических рабочих решений, позволяющих избежать дублирования усилий и обеспечить транспарентность. Рабочие связи организаций можно укреплять на основе следующих трех технических компонентов:

а) формирования основы статистических систем государств-членов, включая общую поддержку государств-членов, стандартов и средств сбора данных, определений и классификаций;

б) сбора данных, как такового, их сопоставления и возможной передачи;

в) использования данных для целей управления, планирования, анализа, подготовки публикаций, исследований и т.д.

47. По первому компоненту международным координатором должен быть тот, кто может обеспечить наилучшую мобилизацию накопленного опыта, например ВОЗ — в отношении МКБ и Международной классификации функционирования, инвалидности и здоровья (МКФ), ОЭСР — в отношении классификации расходов в области здравоохранения. Однако это не должно препятствовать сотрудничеству других учреждений с этим координатором.

48. Второй компонент должен ориентироваться на упомянутые выше два комплекса (уже утвержденные ОЭСР, Евростатом и некоторыми другими организациями). Возможные отклонения от стандартов на практике должны быть надлежащим образом отражены в соответствующих документах.

49. В отношении третьего компонента необходимо отметить, что каждая организация должна иметь возможность беспрепятственно действовать в соответствии со своим мандатом. Это касается, например, публикации докладов ВОЗ о состоянии здоровья в мире и докладов ЕЭС о состоянии

ВОЗ о состоянии здоровья в мире и докладов ЕЭС о состоянии общественного здравоохранения.

VI. Действующие рабочие договоренности с международными организациями

50. Ниже излагаются уже действующие практические рабочие договоренности, опирающиеся на предложенный выше подход.

Статистика причин смерти

51. Созданная ВОЗ МКБ используется в качестве основной статистической классификации причин смерти, причем процедура в отношении общего подхода к сбору данных о причинах смерти была разработана совместно с ВОЗ (Женева) и ВОЗ-ЕВРО.

Статистика инвалидности

52. В ходе международного семинара по вопросам оценки показателей инвалидности, который был проведен Статистическим отделом Организации Объединенных Наций 4–6 июня 2001 года в Нью-Йорке при поддержке со стороны Детского фонда Организации Объединенных Наций, центров Соединенных Штатов Америки по борьбе с болезнями и их профилактике и Евростата или в сотрудничестве с ними, все участники согласились с тем, что МКФ в том виде, в каком она была разработана и принята ВОЗ в 2001 году, является подходящей основой для оценки показателей инвалидности.

53. По предложению участников семинара Статистическая комиссия учредила Вашингтонскую группу по оценке показателей инвалидности, в работе которой активно участвуют Евростат и его партнеры по ЕСС, занимающиеся статистикой инвалидности.

Данные обследования состояния здоровья и связанных со здоровьем факторов

54. Евростат поощряет использование в рамках общеевропейских и национальных обследований согласованного и выверенного информационно-справочного инструментария обследования состояния здоровья, например инструментария, разработанного ВОЗ-ЕВРО в рамках его проекта обследования состояния здоровья.

55. Впервые сбор общих данных по 12 отобраным позициям в области здравоохранения был осуществлен в 1998 году; второй раз сбор данных по 18 отобраным позициям в области здравоохранения был проведен в 2002 году. В обоих случаях с международными организациями были заключены соответствующие рабочие соглашения. Собранные данные поступят также в распоряжение ОЭСР.

56. Через Целевую группу по статистике медицинского ухода и Рабочую группу по статистике здравоохранения создатели ЕСС активно содействуют разработке руководства по системе счетов здравоохранения ОЭСР, а Евростат в настоящее время продолжает направлять деятельность государств-членов по

внедрению этого руководства, что фактически осуществляется в рамках экспериментальных проектов.

57. Относительно обмена данными между ОЭСР и Евростатом было принято решение, что Евростат будет получать данные о медицинском персонале и оборудовании непосредственно от государств-членов и направлять копии ответов государств-членов (исходные данные и документация) в адрес ОЭСР.

VII. Дополнительные соображения по совершенствованию международного сотрудничества

58. Хотя международные организации, действующие в области статистики здравоохранения, уже установили между собой хорошие рабочие отношения, существует необходимость совершенствования сотрудничества, прежде всего в интересах улучшения обслуживания различных пользователей, которые все чаще испытывают потребность в надежных данных для определения нередко долгосрочных последствий принимаемых в рабочем порядке решений и текущих мероприятий. Совершенствование координации прежде всего призвано обеспечить более эффективное распределение труда.

59. Действующие на глобальном уровне международные организации и органы (Статистический отдел Организации Объединенных Наций, ВОЗ, ОЭСР) могли бы в большей степени сконцентрироваться на разработке нормативных документов, например концепций и классификаций, основ и методологии путем составления «инструментария» для сбора и анализа данных.

60. В своей текущей деятельности по сбору статистических данных международным организациям и органам надлежит использовать исключительно вторичные источники, т.е. агрегированные показатели, предоставляемые различными странами.

61. Международные организации, действующие в конкретных регионах мира, например ВОЗ-ЕВРО и ЕС (в качестве наднациональной организации), могли бы уделять больше внимания адаптации рассчитанного на глобальный уровень инструментария к различным региональным условиям. Региональные организации могли бы шире поддерживать осуществляемые на глобальном уровне мероприятия в связи с подготовкой такого инструментария.

62. На национальном уровне основное внимание необходимо уделять внедрению общих концепций и информационно-справочных инструментов с учетом культурных и языковых различий. Страны должны стать главными сборщиками данных и должны сами предоставлять агрегированные показатели международным/наднациональным организациям.

63. Важно сконцентрироваться на роли ЕСС, в рамках которой заключены соглашения — в контексте статистической программы ЕС — относительно согласованного сбора, обработки и анализа статистических данных ЕС через Евростат при участии государств-членов.

64. В глобальном плане Евростат мог бы взять на себя координатора представления государствами — членами ЕС необходимых статистических данных международным организациям.

65. Только в случае острой потребности в дополнительных подборках данных, которые не предусмотрены национальными и наднациональными/международными статистическими системами, международные организации должны, при необходимости, непосредственно заниматься сбором данных и/или использованием подборок данных, не относящихся к традиционной статистической деятельности, причем к осуществлению подобных инициатив следует приступать лишь после тщательных консультаций с национальными и наднациональными организациями, с тем чтобы избежать дублирования усилий и расхождений в результатах.

66. Все механизмы международного сотрудничества в области статистики здравоохранения должны быть результатом консультаций и обсуждения с компетентными статистическими органами различных стран и с Евростатом в контексте ЕСС.

67. Весьма часто консультации с национальными статистическими органами в необходимом объеме не проводятся. Международным организациям следует брать на себя инициативу в плане заключения соответствующих соглашений с национальными статистическими органами, отвечающими за статистику в области здравоохранения и социальную статистику.

68. В случае несоблюдения этих договоренностей и проведения международными организациями сбора данных по смежным темам возникает серьезная опасность несопоставимости различных наборов данных. В такой ситуации, с тем чтобы не поставить под сомнение результаты других обследований, в частности широкомасштабных национальных обследований состояния здоровья, собранные данные должны быть сначала тщательно изучены группой экспертов высокого уровня по демографическим обследованиям и статистической методологии, которую следует создать до распространения таких результатов путем объединения усилий национальных властей и наднациональных международных организаций.

69. Основные положения о таком сотрудничестве могли бы быть изложены в статуте (кодексе поведения), который должны разработать и согласовать Статистическая комиссия, специализированные международные учреждения (например, ВОЗ), наднациональные организации (например, ЕС/Евростат) и компетентные статистические органы государств-членов.