



---

**Статистическая комиссия****Сорок четвертая сессия**

26 февраля — 1 марта 2013 года

Пункт 3(к) предварительной повестки дня\*

**Пункты для обсуждения и принятия решения:**  
статистика здравоохранения**Доклад Всемирной организации здравоохранения  
о статистике здравоохранения****Записка Генерального секретаря**

Во исполнение просьбы Статистической комиссии, с которой она обратилась к Генеральному секретарю на своей сорок третьей сессии (см. E/2012/24, глава I.A), Генеральный секретарь имеет честь препроводить доклад Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) о статистике здравоохранения, содержащий краткую информацию о деятельности ВОЗ в области статистики здравоохранения. Мониторинг ситуации и тенденций в области здравоохранения в разных странах — одна из ключевых функций ВОЗ. Программа работы ВОЗ составляется в тесном взаимодействии с ее государствами-членами и часто увязывается с содержанием конкретной резолюции, принятой Всемирной ассамблеей здравоохранения. В докладе содержится информация о работе, проделанной ВОЗ в трех областях: мониторинг показателей и тенденций в области здравоохранения, разработка и внедрение стандартов и механизмов применительно к медицинской информации и совершенствование мониторинга и оценки показателей в разных странах. В заключительной части доклада представлен краткий перечень вопросов для обсуждения в Комиссии.

---

\* E/CN.3/2013/1.



## **I. Мониторинг показателей и тенденций в области здравоохранения**

1. Работа ВОЗ по мониторингу показателей и тенденций в области здравоохранения, с особым акцентом на соблюдение принципа справедливости, проводимая в ее штаб-квартире, отражается на портале “Global Health Observatory” («Глобальная база данных статистики»). Кроме того, во всех шести региональных отделениях ВОЗ имеются региональные базы данных статистики здравоохранения по показателям, отобранным по согласованию с соответствующими государствами-членами. В настоящем разделе описываются различные компоненты Глобальной базы данных статистики здравоохранения с акцентом на работу, проводимую в штаб-квартире.

### **A. Сбор и систематизация данных медико-санитарной статистики**

2. ВОЗ собирает, анализирует и обобщает большой объем данных о положении и тенденциях в области здравоохранения в масштабах всего мира. Сбор данных осуществляют различные департаменты, занимающиеся конкретными заболеваниями, факторами риска и системами здравоохранения, а полученная информация хранится в различных отдельных базах данных. В последние годы Департамент статистики здравоохранения и информатики уделяет повышенное внимание регулярному расчету систематических и внутренне согласованных расчетных данных о смертности, частотности и распространенности заболеваний и их бремени, подверженности неблагоприятным факторам и связанным с этим последствиям. В то же время в связи с возрастающим спросом активизируются усилия в направлении согласования деятельности с другими учреждениями Организации Объединенных Наций и международными организациями с привлечением межучрежденческих групп.

### **B. Причины смерти**

3. ВОЗ обновила расчетные данные по смертности в разбивке по причинам, возрасту и полу на уровне стран за несколько последовательных лет — 2000, 2001, 2002, 2004 и 2008 годы. В 2010 году ВОЗ и Справочная группа по детской эпидемиологии подготовили данные о причинах смерти среди детей в возрасте до пяти лет за 2000–2010 годы. Ввиду возрастающего спроса на временные ряды и усиления внимания к контролю и отчетности (в связи с целями развития, сформулированными в Декларации тысячелетия, анализом неинфекционной заболеваемости и другими первоочередными задачами в области здравоохранения) ВОЗ переходит на двухлетний цикл обновления комплексных данных о тенденциях смертности в разбивке по причинам. В начале 2013 года будут представлены оценочные данные о региональных тенденциях, а в течение остальной части 2013 года будет продолжаться работа с целью выпуска данных по странам на основе материалов, собранных в рамках программ ВОЗ, Отдела народонаселения Секретариата Организации Объединенных Наций и других совместных усилий различных учреждений и экспертов.

## **С. Статистика финансирования здравоохранения**

4. Статистика финансирования здравоохранения анализирует объем финансовых ресурсов, получаемых в системах здравоохранения, выделяемых на финансирование и используемых в них. Вот уже более 10 лет Департамент здравоохранения и информатики ведет глобальную базу данных по расходам на здравоохранение. В ней содержатся поддающиеся международному сопоставлению данные о расходах стран на здравоохранение. ВОЗ обновляет эту информацию ежегодно, используя, корректируя и рассчитывая данные, полученные из открытых источников (национальных финансовых отчетов по здравоохранению, отчетов министерств финансов, центральных банков и национальных статистических ведомств, информации о государственных расходах и докладов Всемирного банка, Международного валютного фонда и т.д.). До публикации предварительные данные направляются в министерства здравоохранения для утверждения; при этом пользователи уведомляются о том, что данные по странам могут различаться в силу несовпадения определений, применения разных методов сбора данных и различий в охвате населения и методах расчета. Эта база данных является источником исходной информации для таблиц данных о расходах на здравоохранение, публикуемых в докладе “World Health Statistics” («Мировая статистика здравоохранения») и размещаемых в Глобальной базе данных статистики здравоохранения.

## **Д. Платформа для распространения данных**

5. Ввиду повышения требований к транспарентности и подотчетности на общемировом и страновом уровнях ВОЗ создала Глобальную базу данных статистики здравоохранения, которая призвана улучшить доступ к данным и статистическим и аналитическим материалам по здравоохранению. Эта база данных обслуживает всю организацию и обеспечивает прочную связь со странами и региональными отделениями. Ее задача — повысить эффективность, качество и транспарентность работы ВОЗ по мониторингу и анализу ситуаций и тенденций в том, что касается решения первоочередных задач общемирового значения в области здравоохранения (цели в области развития, сформулированные в Декларации тысячелетия, смертность и бремя болезней, инфекционные болезни, неинфекционные болезни и факторы риска, системы здравоохранения, равенство в обеспеченности медицинскими услугами, гигиена окружающей среды, насилие и травмы и токсикомания). База обеспечивает возможность загрузки более 900 показателей и свыше 60 комплектов данных, а также самых разных статистических отчетов, карт, материалов по странам и соответствующих информационных материалов ВОЗ<sup>1</sup>.

6. Ежегодно ко времени проведения Всемирной ассамблеи здравоохранения издается сборник “World Health Statistics” («Мировая статистика здравоохранения»), содержащий данные о статистике здравоохранения по широкому кругу показателей: смертность, причины смерти, заболеваемость, охват различными мероприятиями, факторы риска, системы здравоохранения и справедливость в обеспечении населения медицинскими услугами. Кроме того, во исполнение просьб государств-членов в него включается ежегодно обновляемая информа-

<sup>1</sup> См. [www.who.int/gho/en](http://www.who.int/gho/en).

ция о ходе достижения сформулированных в Декларации тысячелетия целей в области развития, относящихся к здравоохранению.

## **Е. Оценочные данные мировой медико-санитарной статистики**

7. Различные программы ВОЗ и сотрудничающие с ней учреждения собирают информацию и данные от государств — членов ВОЗ и регулярно публикуют обновленные оценочные данные о динамике ключевых показателей по своим темам. В качестве примеров можно привести доклад “Global Tuberculosis Control” («Доклад о глобальной борьбе с туберкулезом»), “World Malaria Report” («Доклад о заболеваемости малярией в мире»), ежегодные эпидемиологические отчеты Объединенной программы Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу и последовательно обновляемые материалы Международного агентства по изучению рака о распространенности раковых заболеваний в мире. ВОЗ готовит обновленные оценочные данные для таблиц смертности и смертности от всех причин в разбивке по возрасту, полу и годам для своих государств-членов с двухлетним циклом обновления, используя также результаты работы Отдела народонаселения.

8. Оценочные данные мировой медико-санитарной статистики готовятся и публикуются в Глобальной базе данных статистики здравоохранения с двухлетним циклом обновления; при этом используются статистический материал, полученный в рамках самой программы, и результаты работы сотрудничающих учреждений и групп экспертов. Здесь отражены всесторонние сведения о заболеваниях и причинах травм и информация по отдельным основным рискам для здоровья и факторам.

## **Е. Процесс выверки оценочных данных**

9. Все официальные комментарии и заявления штаб-квартиры ВОЗ о предварительных показателях здравоохранения (например, смертности, частотности и распространенности заболеваний и их бремени и т.д.), факторах, влияющих на состояние здоровья (например, распространенности факторов риска, их распределении и т.д.), охвате различными мероприятиями, их стоимости, результативности и рентабельности и финансировании систем здравоохранения и их эффективности проходят статистическую экспертизу по странам, регионам и всему миру, которую осуществляет Департамент статистики здравоохранения и информатики.

10. Выверка статистических данных проводится для максимального повышения достоверности и качества статистической информации, публикуемой ВОЗ, которая в своей официальной статистике придерживается ряда принципов, соответствующих общим принципам статистики. К ним относятся открытый доступ к исходным данным и результатам на уровне стран, применение открытых методов, поддающихся широкому внедрению и прошедших профильную экспертизу, применение механизмов групп экспертов, проверка достоверности данных о смертности и проведение консультаций со странами до публикации информации. Последнее предполагает процесс взаимодействия в течение двух-трех месяцев, когда все исходные данные, методы и результаты обсуждаются с соответствующим государством-членом (в сетевом режиме), с тем чтобы мини-

стерства здравоохранения и статистические ведомства могли представить свои материалы и комментарии.

## **G. Сотрудничество с другими учреждениями Организации Объединенных Наций и группами экспертов**

11. Наиболее убедительно ВОЗ проявляет себя в качестве всемирного контрольного органа в том случае, если ее программы формируют внутренний потенциал и мобилизуют ведущих профильных специалистов путем вовлечения научных учреждений и соответствующих партнеров и создания межучрежденческих групп. В качестве примеров можно привести такие относительно хорошо обеспеченные ресурсами группы экспертов, как Методическая группа по вопросам детской эпидемиологии и Методическая группа ЮНЭЙДС по вопросам оценки, моделирования и прогнозирования — методическая группа по эпидемиологии. ВОЗ является участником различных хорошо функционирующих механизмов межучрежденческого взаимодействия, занимаясь регулярным обновлением статистической информации по СПИДу (с ЮНЭЙДС), и статистикой детской смертности (в составе Межучрежденческой группы по оценке детской смертности), входит в Межучрежденческую группу по оценке материнской смертности и налаживает более тесные рабочие взаимоотношения с Отделом народонаселения по вопросам смертности от разных причин.

## **II. Стандарты и средства, применяемые в области медико-санитарной информации**

### **A. Классификации**

12. ВОЗ ведет работу над новой редакцией Международной классификации болезней (МКБ), которая должна быть выпущена в 2015 году. МКБ — это основа статистики здравоохранения. Все государства — члены ВОЗ обязались предоставить ей статистическую информацию по смертности и заболеваемости в соответствии с этой классификацией, которая обеспечивает единство формулировок для сопоставления статистических данных.

13. В мае 2012 года была выпущена бета-версия МКБ-11, что должно позволить систематизировать комментарии и дополнительные предложения и провести испытания в реальных условиях до публикации окончательной редакции. Бета-версия МКБ размещена на платформе, построенной по модели портала «Википедия», когда имеется куратор, а предложения систематически изучаются профильными специалистами. Это позволяет самым разным субъектам внести свой вклад в этот процесс. Следует ожидать, что благодаря этому будет составлена самая полная, научная и удобная для пользователей классификация.

14. Процесс обновления позволяет учесть новые болезни, информация о которых стала доступной благодаря открытию новых генов и микробов. С другой стороны, она полностью оцифровывается, что позволяет пользователям увеличивать и уменьшать степень детализации как на сайте “Google Maps”. Тем самым мы получаем в свое распоряжение согласованные версии МКБ для решения самых разных задач — от получения кратких сведений о смертности на

основе устных заключений о смерти до проведения развернутых исследований по геномике.

15. Другим важным аспектом обновления МКБ является включение в нее расстройств, которыми занимается традиционная медицина. Традиционная медицина практикуется во многих районах мира, однако при этом она не отражена в системах медицинской информации. В первой версии расстройства, относящиеся к сфере традиционной медицины, которые обычно трактуют в соответствии с традициями китайской, корейской и японской медицины, квалифицируются как отклонения от нормы и нарушения. Включение в классификации расстройств, относящихся к сфере традиционной медицины, означает не столько согласие, сколько стремление стандартизировать механизмы их оценки с точки зрения формы, частотности и затрат на излечение. Для оценки эффективности и безопасности методов традиционной медицины будут использоваться сопутствующие классификации.

16. В 2001 году ВОЗ опубликовала Международную классификацию функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), которая представляет собой методологическую основу для организации и архивирования информации о функционировании и ограничениях жизнедеятельности. МКФ стандартизирует формулировки и обеспечивает концептуальную основу для определений и оценки показателей и соответствующие классификации и коды. Она интегрирует основные модели инвалидности — как медицинские, так и социальные. Здесь в числе факторов, обуславливающих ограничение жизнедеятельности, учитывается влияние как состояния здоровья, так и факторов среды.

17. В МКФ функционирование и ограничения жизнедеятельности рассматриваются в контексте здоровья и поэтому различные обстоятельства, обусловленные исключительно социально-экономическими или культурными факторами, в ней не учитываются.

18. МКФ охватывает весь жизненный цикл. Обновлением этой классификации занимаются ВОЗ и ее сеть специалистов по классификациям; например, в рамках нынешнего процесса производится слияние МКФ и МКФ по детям и молодежи. Аналогичная работа проводится с целью совершенствования ее применения к пожилым категориям населения.

19. МКФ обеспечивает научную базу для описания, понимания и исследования состояния здоровья и связанных с ним факторов. В МКФ под здоровьем понимается нормальное функционирование организма, а любое ослабление здоровья рассматривается как ограничение жизнедеятельности в той или иной сфере. Поэтому МКФ является единым стандартом для мониторинга и оценки результатов клинических исследований, а также инструментом оценки здоровья населения.

20. Вместе с тем с помощью МКФ можно квалифицировать функциональные расстройства, вызванные нарушениями здоровья, например недостаточностью питания вследствие нищеты. В МКФ отражены любые нарушения здоровья, независимо от того, были они диагностированы или нет.

21. МКФ переведена более чем на 35 языков и применяется не только в здравоохранении, но и в других секторах, таких как образование, занятость и социальное обеспечение. Одним из главных видов ее применения является увязка

политики и законодательства с услугами, предусмотренными Конвенцией о правах инвалидов.

## **В. Сбор и анализ данных медико-санитарной статистики**

### **1. Обследования медицинских учреждений**

22. Совместно с Агентством Соединенных Штатов по международному развитию (ЮСАИД), научными учреждениями, министерствами здравоохранения ряда стран и глобальными партнерами ВОЗ занимается разработкой методологии оценки деятельности медицинских учреждений, способной обеспечить оперативную проверку и контроль за ходом мероприятий по совершенствованию систем здравоохранения. Оценка обеспеченности услугами и готовности служб (ОУГС) представляет собой комплекс показателей, отражающих обеспеченность населения услугами и готовность соответствующих служб, которые можно использовать для систематической оценки и мониторинга обеспеченности медицинскими учреждениями и их готовности к оказанию основных видов медицинской помощи.

23. К общим показателям обеспеченности услугами относятся количество и распределение медицинских учреждений, количество коек в стационарах и число медицинских специалистов на 10 000 человек и количество коек на 1000 беременных женщин в родильных отделениях. Показатели готовности служб отражают способность учреждений оказывать услуги по 19 программным направлениям, включая планирование семьи, дородовый уход, родовспоможение, уход за новорожденными, охрану здоровья детей и подростков, инфекционные и неинфекционные заболевания. Этот механизм позволяет оценивать важнейшие мероприятия в рамках всех 19 видов помощи, включая наличие квалифицированного персонала и протоколов, функционирующего оборудования, средств диагностики, основных лекарств и расходных материалов.

24. В основу ОУГС положены ранее применявшиеся подходы к оценке услуг медицинских учреждений, а ее методология предполагает оперативный сбор и анализ данных. Ее можно также применять в сочетании с мероприятиями по проверке информации для оценки качества данных в отчетности того или иного учреждения (Система управленческой информации в здравоохранении). Обследования медицинских учреждений проводятся за несколько месяцев до ежегодного обзора сектора здравоохранения той или иной страны, с тем чтобы получить объективную информацию и провести анализ состояния системы обслуживания, которые служат основой для оперативного планирования и управления службами охраны здоровья и решений о распределении ресурсов. В 2012 году были завершены и опубликованы соответствующие прикладные и технические материалы, и ВОЗ участвовала в обследовании медицинских учреждений по методологии ОУГС в Сьерра-Леоне, Уганде, Демократической Республике Конго, Ливии, Того и Буркина-Фасо. На будущее запланированы разработка специализированного модуля для больниц и повсеместное внедрение методологии ОУГС для систематической ежегодной оценки систем медицинского обслуживания в разных странах.

## **2. Обследования состояния здоровья населения**

25. В ходе своих обследований ВОЗ осуществила ряд стратегий для оценки состояния здоровья в соответствии с международной концептуальной основой, каковой является МКФ. Здоровое состояние по результатам самооценки было признано функционирующим в определенных областях. Кроме того, при оценке параметров учитываются также трудности в выполнении повседневных функций. В эти обследования ВОЗ включает также анализы для оценки состояния опорно-двигательного аппарата, познавательных функций и зрения. Проводятся также другие обследования, например антропометрические и спирометрические и замеры кровяного давления. Для исследования спектра биомаркеров проводятся обследования методом сухой капли.

26. В настоящее время ВОЗ разрабатывает типовое обследование по ограничениям жизнедеятельности с участием всех заинтересованных субъектов. На подготовительном этапе был проведен обширный обзор деятельности в этой области. Были проанализированы наборы данных из подсистемы национальных обследований по инвалидности и материалов исследований Вашингтонской группы. Была подготовлена предварительная модель для представления на совещании экспертов 5 и 6 декабря 2012 года с последующей теоретической и экспериментальной проверкой и рядом национальных обследований с использованием окончательного варианта модели. Окончательный вариант наряду со всеми учебными материалами будет предоставлен ВОЗ.

## **3. Устные заключения о смерти**

27. В 2007 году ВОЗ опубликовала анкету и пособие по составлению устных заключений о смерти в целях содействия стандартизации сбора информации для удостоверения вероятной причины смерти с помощью опроса родственников покойных. Устное заключение о смерти необходимо для сбора подобной информации в ситуациях, когда медицинское удостоверение факта смерти невозможно. Это, как правило, относится к случаям смерти на дому, имеющим место во многих странах с низким и средним уровнем дохода. Недавно ВОЗ опубликовала предварительный вариант более короткого устного заключения о смерти в расчете на его применение в местных общинах в рамках систем учета гражданского населения и статистики естественного движения населения. В этом вопросе ВОЗ взаимодействует с региональными комиссиями. Совместно с научными учреждениями проводится также работа над автоматизированной системой диагностики вероятной причины смерти на основе стандартной формы устного заключения о смерти.

## **4. Принципы и механизмы оценки качества данных и анализа**

28. Данные, поступающие от учреждений здравоохранения, имеют чрезвычайно важное значение для ежегодной оценки динамики показателей разных стран и служат основой для оценки показателей на уровне субнациональных образований/округов. В рамках своей работы по совершенствованию аналитического потенциала и повышению качества данных для оценки хода работы и показателей ВОЗ совместно с такими партнерами, как Глобальный альянс по вакцинам и иммунизации (ГАВИ) и Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (ГФСТМ), разработала лист оценки качества данных учреждений здравоохранения для анализа ряда параметров качества данных с



помощью кабинетного исследования имеющихся данных и анализа данных на предмет их достоверности. Этот лист призван обеспечить систематическую оценку полноты и внутренней и внешней согласованности представленных данных и сведений о степени охвата мероприятиями и выявить любые недостатки в данных, которые необходимо устранить. При этом подходе качество данных, полученных с помощью информационных систем учреждений здравоохранения, оценивается по четырем контрольным показателям.

### **III. Совершенствование мониторинга и оценки показателей на уровне стран**

#### **A. Ответственность за охрану здоровья женщин и детей**

29. На страновом, региональном и общемировом уровнях ВОЗ совместно с партнерами проводит работу по совершенствованию медицинских информационных систем и созданию в странах эффективных механизмов наблюдения за достигнутыми результатами и обеспечения подотчетности. Эта работа осуществляется на основе подхода Международного партнерства в области здравоохранения, направленного на совершенствование национальной платформы для мониторинга, оценки и пересмотра национальных стратегий в области здравоохранения<sup>2</sup>. Это предполагает существование хорошо налаженных процессов оценки прогресса и показателей, включающих количественную и качественную оценку и анализ и подкрепленных четко функционирующей национальной медицинской информационной системой.

30. Этот подход поддерживают в масштабах всего мира, в частности, Глобальный фонд, ГАВИ и Всемирный банк, а недавно ряд рекомендаций по его усовершенствованию вынесла Комиссия по информации и подотчетности в связи с объявленной Генеральным секретарем Глобальной стратегией охраны здоровья женщин и детей. Комиссия рекомендовала сосредоточить усилия на совершенствовании наблюдения за результатами, системами регистрации населения и учета естественного движения населения и системами анализа материнской смертности, активизации новаторства и расширении применения информационно-коммуникационных технологий и улучшении механизма поиска национальных и глобальных ресурсов. В рекомендациях также уделяется внимание совершенствованию национальных механизмов обзора и подотчетности и мобилизации поддержки на высшем политическом уровне с помощью информационно-пропагандистских мероприятий.

31. Благодаря этим усилиям 71 из 75 стран, отнесенных Комиссией к категории приоритетных, завершила оценку существующих систем подотчетности и медицинской информации, и ожидается, что более 60 стран разработают планы создания национальных механизмов подотчетности, определяющие порядок действий по выявлению пробелов в системах подотчетности, наблюдения и оценки и первоочередные меры по их устранению в течение ближайших трех лет. К числу первоочередных задач разных стран относятся совершенствование планов мониторинга и оценки, предусмотренных национальными стратегиями

---

<sup>2</sup> World Health Organization, *Monitoring, Evaluation and Review of National Health Strategies: a country-led platform for information and accountability* (Geneva, 2011).

развития здравоохранения, совершенствование отчетности по рождаемости и смертности за счет более эффективного применения МКБ-10 в отчетности больниц и нетрадиционных технологий в отчетности по группам населения, обследование медицинских учреждений для оценки качества данных и готовности к обслуживанию и качества помощи, улучшение ситуации с наличием данных медицинских учреждений и повышение их качества для целей годовой отчетности, улучшение контроля за движением ресурсов на основе регулярной отчетности по учреждениям здравоохранения, совершенствование аналитической работы в связи с подготовкой обзоров, включая анализ активов, и совершенствование доступности и транспарентности данных путем создания национальных банков данных по здравоохранению.

## **В. Здоровье и старение: исследование по группе стран**

32. Исследование Всемирной организации здравоохранения по вопросам старения и состояния здоровья взрослого населения мира (СЕЙДЖ) представляет собой продольное исследование с участием национальных представительных когорт людей в возрасте 50 лет и старше в Гане, Индии, Китае, Мексике, Российской Федерации и Южной Африке и контрольных выборок более молодого взрослого населения в возрасте 18–49 лет из каждой участвующей страны для изучения состояния здоровья и его изменений и обуславливающих их факторов с привлечением 42 464 респондентов. На данный момент имеются данные последующих наблюдений по 8148 респондентам. На восьми сайтах Международной сети медико-демографической оценки показателей развивающихся стран, которая осуществляет наблюдение по совокупной выборке, насчитывающей более 46 261 респондента, также имеются модули с выходом на результаты исследования СЕЙДЖ. В рамках СЕЙДЖ проводятся исследования основных функций и собираются пробы крови методом сухой капли. Проводимые в рамках СЕЙДЖ обследования включают оценку остроты зрения (на близкое и дальнее расстояние), когнитивных функций (беглость речи, способность к воспроизведению слов и математическому счету), подвижности (ходьба на время) и силы хвата (замеры кровяного давления), антропометрических показателей (рост, вес, окружность талии и бедер) и спирометрических показателей. Анализы крови на гемоглобин, гликозилированный гемоглобин (HbA1c), высокочувствительный С-реактивный белок (hs-CRP) и вирус Эпштейна-Барра были стандартизированы и проводятся по пробам венозной крови. Следующие этапы СЕЙДЖ намечены на 2013 и 2015–2016 годы. Используемый в СЕЙДЖ инструментарий приспособлен для применения в международных исследованиях и приведен в соответствие с их задачами.

## **IV. Вопросы для обсуждения**

33. **Комиссии предлагается:**

а) отметить целенаправленную работу ВОЗ по совершенствованию статистического потенциала министерств здравоохранения, включая определение причин смерти и сбор статистических данных по учреждениям здравоохранения;

**б) прокомментировать работу ВОЗ в том, что касается международных стандартов сбора и анализа данных медицинской статистики;**

**в) выразить свое мнение по вопросу об усилении роли национальных статистических бюро в совершенствовании статистики здравоохранения на уровне стран.**

---