

Пакет технических
инструментов

SCORE

**Доклад о состоянии
информационных
систем
здравоохранения
и потенциале
в области
сбора данных
здравоохранения
в мире, 2020 г.**



Всемирная организация
здравоохранения

Пакет технических
инструментов



Доклад о состоянии информационных систем здравоохранения и потенциале в области сбора данных здравоохранения в мире, 2020 г.

Публикация подготовлена
при финансовой поддержке
**Благотворительного фонда
Блумберга**



**Всемирная организация
здравоохранения**

Пакет технических инструментов SCORE: доклад о состоянии информационных систем здравоохранения и потенциале в области сбора данных здравоохранения в мире, 2020 г. [SCORE for health data technical package: global report on health data systems and capacity, 2020]

ISBN 978-92-4-002721-3 (Онлайн-версия)

ISBN 978-92-4-002722-0 (Версия для печати)

© Всемирная организация здравоохранения, 2021

Некоторые права защищены. Настоящая публикация распространяется на условиях лицензии Creative Commons 3.0 IGO «С указанием авторства – Некоммерческая – Распространение на тех же условиях» (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.ru>).

Лицензией допускается копирование, распространение и адаптация публикации в некоммерческих целях с указанием библиографической ссылки согласно нижеприведенному образцу. Никакое использование публикации не означает одобрения ВОЗ какой-либо организации, товара или услуги. Использование логотипа ВОЗ не допускается. Распространение адаптированных вариантов публикации допускается на условиях указанной или эквивалентной лицензии Creative Commons. При переводе публикации на другие языки приводится библиографическая ссылка согласно нижеприведенному образцу и следующая оговорка: «Настоящий перевод не был выполнен Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). ВОЗ не несет ответственности за его содержание и точность. Аутентичным подлинным текстом является оригинальное издание на английском языке».

Урегулирование споров, связанных с условиями лицензии, производится в соответствии с согласительным регламентом Всемирной организации интеллектуальной собственности (<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules/>).

Образец библиографической ссылки. В Пакет технических инструментов SCORE: доклад о состоянии информационных систем здравоохранения и потенциале в области сбора данных здравоохранения в мире, 2020 г. [SCORE for health data technical package: global report on health data systems and capacity, 2020]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2021 г. Лицензия: [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/).

Данные каталогизации перед публикацией (CIP). Данные CIP доступны по ссылке: <http://apps.who.int/iris/>.

Приобретение, авторские права и лицензирование. По вопросам приобретения публикаций ВОЗ см. <http://apps.who.int/bookorders>. По вопросам оформления заявок на коммерческое использование и направления запросов, касающихся права пользования и лицензирования, см. <https://www.who.int/copyright>.

Материалы третьих сторон. Пользователь, желающий использовать в своих целях содержащиеся в настоящей публикации материалы, принадлежащие третьим сторонам, например таблицы, рисунки или изображения, должен установить, требуется ли для этого разрешение обладателя авторского права, и при необходимости получить такое разрешение. Ответственность за нарушение прав на содержащиеся в публикации материалы третьих сторон несет пользователь.

Оговорки общего характера. Используемые в настоящей публикации обозначения и приводимые в ней материалы не означают выражения мнения ВОЗ относительно правового статуса любой страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации границ. Штрихпунктирные линии на картах обозначают приблизительные границы, которые могут быть не полностью согласованы.

Упоминание определенных компаний или продукции определенных производителей не означает, что они одобрены или рекомендованы ВОЗ в отличие от аналогичных компаний или продукции, не названных в тексте. Названия патентованных изделий, исключая ошибки и пропуски в тексте, выделяются начальными прописными буквами.

ВОЗ приняты все разумные меры для проверки точности информации, содержащейся в настоящей публикации. Однако данные материалы публикуются без каких-либо прямых или косвенных гарантий. Ответственность за интерпретацию и использование материалов несет пользователь. ВОЗ не несет никакой ответственности за ущерб, связанный с использованием материалов.

Фото: стр. 7: © ВОЗ | Blink Media–Лизет Пул; стр. 49: ВОЗ | Blink Media–Саина Башир; стр. 57: © ВОЗ | ПлойФутфенг; стр. 77: © ВОЗ | Blink Media– Саина Башир.

Логотип SCORE– ArtifexCreativeWebnetLtd (ACW). Оформление и верстка – Café.art.br.

Содержание

Предисловие Генеральный директор ВОЗ д-р Тедрос Адханом Гебрейесус	iv
Предисловие Глобальный посол ВОЗ по борьбе с неинфекционными заболеваниями и травматизмом Майкл Р. Блумберг	vi
Выражение благодарности	vii
Сокращения	x
Резюме	xii
Введение	1
 Проведение обследований населения и выявление рисков для здоровья	8
Система регулярных обследований здоровья населения	10
Эпиднадзор угроз в области общественного здравоохранения	16
Регулярная перепись населения	21
Перспективы на будущее: стратегические выводы	23
 Учет рождений, смертей и причин смерти	24
Полная регистрация рождений и смертей	26
Засвидетельствование причин смерти и информирование о них	32
Перспективы на будущее: стратегические выводы	35
 Оптимизация данных служб здравоохранения	36
Стандартная система отчетности учреждений, предусматривающая мониторинг пациентов	38
Система регулярного мониторинга доступности услуг, их качества и эффективности	42
Ресурсы служб здравоохранения: финансирование и кадровые ресурсы	44
Перспективы на будущее: стратегические выводы	48
 Анализ прогресса и эффективности	50
Регулярный аналитический обзор прогресса и эффективности с учетом принципа справедливости	52
Институциональный потенциал в плане анализа и обучения	54
Перспективы на будущее: стратегические выводы	56
 Создание возможностей для использования данных в выработке политики и принятии мер	58
Разработка политики и планирование на основе фактических статистических данных	61
Доступность данных и обмен ими	64
Эффективное управление данными, осуществляемое страной	68
Перспективы на будущее: стратегические выводы	71
Наличие данных и глобальные приоритеты в области охраны здоровья	72
Заключение	75
Приложения	78
Приложение 1. Виды деятельности, компоненты и показатели SCORE	79
Приложение 2. Оценка моделей зрелости SCORE по показателям, учитываемым при выставлении баллов	84

Предисловие | ВОЗ

Пандемия COVID-19 наглядно продемонстрировала важность наличия надежных информационно-статистических систем и информационных систем здравоохранения, позволяющих своевременно получать достоверные данные, которые могут служить основанием для конкретных действий. основополагающий принцип преобразования ВОЗ заключается в том, чтобы оказывать поддающееся измерению положительное воздействие в странах. Цели «трех миллиардов» – обеспечить всеобщий охват услугами здравоохранения еще для одного миллиарда человек; обеспечить более эффективную защиту от чрезвычайных ситуаций в области здравоохранения еще для одного миллиарда человек; обеспечить более высокий уровень здоровья и благополучия еще для одного миллиарда человек – это путь, ведущий к воплощению в жизнь этой концепции.

Еще до начала пандемии системы здравоохранения были чрезмерно перегружены и мировое сообщество отставало от графика достижения связанных со здоровьем Целей в области устойчивого развития (ЦУР). На примере COVID-19 стало ясно, что даже самые передовые и устойчивые системы испытывают значительные сбои в работе в различных секторах. Мы сможем обеспечить восстановление по принципу «лучше, чем было» только с помощью надежных информационно-статистических систем и информационных систем здравоохранения в каждой стране и каждом районе.

Несмотря на достигнутый в последние годы прогресс, регулярный сбор высококачественных данных ведется не повсеместно, ход решения основных задач в области здравоохранения не отслеживается надлежащим образом, а действенные мероприятия не охватывают нуждающихся в них людей, не проводятся своевременно и в нужном месте. Это отражается на проводимой политике и программах и, следовательно, на здоровье целых групп населения. Равным образом, для выполнения общего обязательства в рамках ЦУР «никого

не оставить без внимания» нам нужны дезагрегированные данные для достижения справедливых результатов в отношении здоровья.

Это означает, что мы должны укреплять всеобъемлющие информационно-статистические системы, сотрудничать с другими секторами и применять инновационные цифровые технологии для сбора, анализа и использования данных в целях принятия обоснованных решений и действенных мер.

В связи с этим публикация «Доклада SCORE о состоянии информационных систем здравоохранения и потенциале в области сбора данных здравоохранения в мире, 2020 г.» является чрезвычайно актуальной. Это первая глобальная оценка состояния и потенциала информационных систем здравоохранения в 133 странах (на которые приходится 87% населения мира), в которой выявлены существующие пробелы и даны рекомендации по точному и быстрому улучшению качества, наличия, анализа, доступности и использования данных.

С помощью инновационного Инструмента оценки SCORE (от англ. Survey (наблюдать), Count (вести учет), Optimize (оптимизировать), Review (оценивать), Enable (содействовать)) в докладе сделан ряд важных выводов. Например, в нем отмечается, что, хотя 68% стран имеют хорошо развитый и устойчивый потенциал по выявлению угроз общественному здравоохранению, этот показатель варьируется от региона к региону. Несмотря на хорошие показатели наличия основных данных на национальном уровне, такое положение дел наблюдается не во всех странах. Подобным же образом, имеется большой массив данных об иммунизации, туберкулезе и ВИЧ-инфекции; вместе с тем охват других важнейших вопросов здравоохранения, таких как неинфекционные заболевания, включая психическое здоровье и онкологические заболевания, является весьма ограниченным.

В Пакет технических инструментов SCORE по статистике здравоохранения входят настоящий доклад и прилагаемая к нему Методология оценки, Инструмент оценки и информационный интернет-портал наряду с недавно опубликованными Основными видами деятельности и Инструментами и стандартами. Это уникальный универсальный набор основных видов деятельности, рекомендуемых мер, инструментов и ресурсов. Мы призываем все страны и партнеров использовать этот глобальный доклад и Инструмент оценки SCORE для незамедлительного выявления пробелов, определения приоритетности инвестиций и ускорения прогресса в достижении ЦУР и целей «трех миллиардов» в интересах укрепления здоровья, обеспечения безопасности во всем мире и оказания помощи уязвимым группам населения.

Мы хотели бы выразить нашу искреннюю благодарность государствам-членам за их участие, Благотворительному фонду Блумберга за финансирование этой по-настоящему совместной работы, а также всем партнерам инициативы «Статистика в интересах

здоровья», которые внесли свой вклад в подготовку глобального доклада и пакета технических инструментов SCORE.



A handwritten signature in black ink, which reads "Tedros Adhanom Ghebreyesus".

Генеральный директор Всемирной организации здравоохранения
д-р Тедрос Адханом Гебрейесус

Предисловие | Благотворительный фонд Блумберга

Качественные данные являются необходимым условием принятия правильных решений. К счастью, для растущего числа государственных органов во всем мире девиз «Следуй за данными» является основным в их работе по укреплению общественного здоровья. Имея в распоряжении более актуальные и точные статистические данные – от базовых данных о регистрации рождений и смертей до подробных фактических данных относительно форм рискованного поведения, таких как употребление табака, – разработчики политики могут планировать грамотные целевые инвестиции в меры по улучшению здоровья населения и спасению жизней.

Именно для того, чтобы помочь большему количеству стран делать это, Благотворительный фонд Блумберга объединил усилия с нашим давним партнером – Всемирной организацией здравоохранения – для разработки пакета SCORE. Пакет SCORE представляет собой набор основных, стандартизированных инструментов, которые сводятся к следующим видам деятельности: Survey (наблюдать), Count (вести учет), Optimize (оптимизировать), Review (оценивать) и Enable (содействовать). Несмотря на то что многое еще предстоит сделать, достигнутые нами на сегодняшний день результаты обнадеживают.

Самое значимое достижение заключается в том, что в данном докладе SCORE впервые оценивается прогресс стран в деле формирования статистики здравоохранения на устойчивой основе. Выводы доклада основаны на данных, полученных из более 130 стран, в которых проживает почти 90% мирового населения. Несмотря на то что ни одна страна не достигла идеальной оценки в каждой из пяти категорий SCORE, один важный факт сейчас очевиден. Все страны, независимо от уровня их дохода, имеют возможность восполнить пробелы в своей статистике здравоохранения. Мы надеемся, что настоящий доклад, указывая на эти пробелы, побудит страны не только производить больше данных, но и принимать соответствующие политические меры.

В Благотворительном фонде Блумберга такой подход, основанный на данных, определяет всю

нашу работу по содействию защите и укреплению общественного здоровья во всем мире. Когда мы реагируем на неотложные потребности в связи с пандемией COVID-19 или расширяем наши многолетние усилия по снижению предотвратимой смертности от неинфекционных заболеваний по всему миру, мы собираем наиболее качественные статистические данные и используем их, чтобы помочь нашим партнерам в разработке наиболее эффективных стратегий для достижения успеха. Приведу один пример. С 2015 г. в рамках нашей программы «Статистика в интересах здоровья» мы помогаем странам во всем мире укреплять их информационные системы здравоохранения и надеемся на повышение отдачи от нашей работы.

Совместно со Всемирной организацией здравоохранения мы призываем наших государственных партнеров продолжать отслеживать статистические данные и незамедлительно использовать их при разработке политики, которая позволит спасти жизни жителей этих стран и улучшить их повседневную жизнь.



A handwritten signature in black ink that reads "Michael R. Bloomberg". The signature is fluid and cursive, with a large, sweeping flourish at the end.

Глобальный посол ВОЗ по борьбе с
неинфекционными заболеваниями и
травматизмом

Основатель

Агентство Bloomberg LP и Благотворительный
фонд Блумберга

Майкл Р. Блумберг



Выражение благодарности

Доклад о состоянии информационных систем здравоохранения и потенциале в области сбора данных здравоохранения в мире, 2020 г. является результатом тесного сотрудничества между отдельными лицами в рамках ВОЗ, государствами-членами и внешними партнерами, без которых эта работа была бы невозможна. Координацию подготовки доклада осуществляло Управление по сбору и анализу данных и информационному обеспечению ВОЗ.

Мы хотели бы поблагодарить все партнерские учреждения, Статистический отдел ООН, участвующие государства-члены, коллег из ВОЗ и руководство стран, территорий и областей ВОЗ за их помощь и содействие в подготовке настоящего доклада. Мы также хотели бы поблагодарить инициативу «Статистика в интересах здоровья» Благотворительного фонда Блумберга. ВОЗ гордится тем, что является партнером инициативы «Статистика в интересах здоровья» Благотворительного фонда Блумберга, в рамках которой ведется сотрудничество с государствами в целях совершенствования статистики общественного здравоохранения в качестве основы для принятия политических решений и инвестирования средств в общественное здравоохранение.

ГОСУДАРСТВА-ЧЛЕНЫ

АФРИКАНСКИЙ РЕГИОН

Бенин: Мидоджи Эрве Джоссу; **Ботсвана:** Бейли Моаджи; **Бурунди:** Анаклет Нахайо; **Камерун:** Ньиньянжуена Умару; **Кот-д'Ивуар:** Жозеф Ака; **Эфиопия:** Бирук Абате; **Гана:** Нана Квабена Аджей-Менса; **Гвинея:** Секу Конде; **Гвинея-Бисау:** Орlando Лопеш; **Мадагаскар:** Харисоа Жюли Норовоаханги; **Малави:** Иссак Оамбула; **Намибия:** Бен Нангомбе; **Нигерия:** А. М. Абдуллани; **Сьерра-Леоне:** Амара Джембэл; **ЮАР:** ДВ Эндрюс; **Зимбабве:** А. Махомва

РЕГИОН СТРАН АМЕРИКИ

Антигуа и Барбуда: Джун Корротт; **Аргентина:** Синтия Сперанса, Алехандро Осорнио, Даниель Риссато Леде, Карлос Гевел; **Багамские Острова:** Делон Бреннен; **Коста-Рика:** Адриана Саласар Гонсалес; **Куба:** Хосе Анхель Порталь Миранда;

Гватемала: Карлос Энрике Сото Менегассо; **Гаити:** Жан Партрик Альфред; **Гондурас:** Карла Ядира; **Ямайка:** Эдриен Грант, Карен Уэбстер-Керр; **Никарагуа:** Каролина Давила Мурийо; **Парагвай:** Луис Роберто Эското; **Перу:** Элизабет Зулема Томас Гонсалес; **Сент-Китс и Невис:** Делорес Степлтон Харрис; **Сент-Люсия:** Феикс Сент Хилл; **Сент-Винсент и Гренадины:** Катберт Найтс; **Тринидад и Тобаго:** Азиф Али; **Венесуэла:** Хосе Мануэль Гарсия

РЕГИОН ВОСТОЧНОГО СРЕДИЗЕМНОМОРЬЯ

Афганистан: Аттаулла Сайедзай, Ахмад Навид Шамс; **Бахрейн:** Сафа Сайед Али Маджед; **Джибути:** Салех Банойта Тураб; **Египет:** Ибтесам Мостафа Закзук; **Ирак:** Хашам Джасим Абед, Рауф Тарек Рауф; **Иордания:** Кареман Аль-Зайн; **Ливан:** Хильда Харб; **Ливия:** Мохамед Ибрагим Салех Дагани; **Марокко:** Эль Марнисси Абделилах; **Оман:** Омар Аль-Фарси, Халима Аль-Хинай, Ахмед Аль-Касми, Бадар Аулад Тани; **Оккупированная Палестинская территория, включая Восточный Иерусалим:** Джавад Битар; **Саудовская Аравия:** Мавайя Алатасси; **Сомали:** Абдуллахи Хаши Али; **Судан:** Амаль Абасс, Амаль Аламин, Халид Альмарди, Виам Бушра; **Объединенные Арабские Эмираты:** Шейха Абдуль-Карим Абдуль, Хинд Али аль-Мулла, Алия Заид Харби

ЕВРОПЕЙСКИЙ РЕГИОН

Австрия: Жанетт Климонт; **Бельгия:** Ливен Де Редт, Франсуаз Ренар, Тимми Ван Дейк; **Кипр:** Васос Скутеллас; **Германия:** Филип Вальстер, Давид Хэрр; **Нидерланды:** Поланен Петель, Венди Лорбах-ван Зутфен, Брейн, А. де (Агнес), Марикен Тиххейс, Питер Ахтерберг; **Польша:** Каролина Конарзевска; **Португалия:** Жозе Мартинш; **Сан-Марино:** Элена Саккини, Габриэле Ринальди, Андреа Гвальтьери, Мауро Саммаритани; **Словакия:** Букшарова Даниэла, Урбанова Габриэла, Грейсигерова Доминика, Паугоф Ян; **Соединенное Королевство:** Сайон Уорд

РЕГИОН ЮГО-ВОСТОЧНОЙ АЗИИ

Бангладеш: Хабибур Рахман; **Индонезия:** Дидик Будиджанто; **Мальдивские Острова:** Аишат Самия, Софура Каусар Усман; **Непал:** Кехав Радж Пандит; **Таиланд:** Валайпорн Пачаранарумоль, Ша-айм Пачани; **Тимор-Лешти:** Элия Адош Реиш Амарал

РЕГИОН ЗАПАДНОЙ ЧАСТИ ТИХОГО ОКЕАНА

Австралия: Сэми Айохара; **Бруней-Даруссалам:** Руди бин Хаджи Гарун, Хаджи Шамсул Бахрин бин Хаджи Сабту; **Китай:** Минь Цай, Юэ Цай; **Япония:** Юута Йокобори; **Лаос:** Шансали Пхоммавонг, Функам Раттанавонг; **Малайзия:** Кристофер Ли Квок Чунг, Чен Чау Мин, Муна Захира Мохд Юсофф, Нур Шахада Закария; **Монголия:** Баясгалан Дашням, Амарджаргал Ядамсурен; **Республика Корея:** Сонми Ан, Чжонг У Шин; **Соломоновы Острова:** Серафина Элиша, Родли Раскин; **Вануату:** Рашель Такоар, Позикай Самуэль Тапо; **Вьетнам:** Фан Ле Тху Ханг

ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ШТАБ-КВАРТИРА

Адевале Акинджеджи, Олувасеун Аладесанми, Самира Асма, Азза Бадр, Филипп Жан-Пьер Буше, Сомнат Чаттерджи, Анх Чу, Дида Коннор, Дорис Ма Фат, Габриэла Флорес, Ахмад Хоссейнпур, Роберт Джейкоб, Ненад Костаньсек, Мюрель Леви, Бенхамин Гутьеррес Лобос, Кэтрин О'Нил, Алисса Палмквист, Амит Прасад, Аmani Сиям, Челси Тейлор, Тамица Тороян, Павел Урсу, Лухуа Чжао

РЕГИОНАЛЬНЫЕ БЮРО

Африканский регион: Бенсон Дроти, Хамфри Сиприан; **Регион стран Америки:** Марсело Хосе Д'Агостино, Вилма Гаврышевский; **Регион Восточного Средиземноморья:** Хенри Доктор, Араш Радишиан; **Европейский регион:** Стефания Давия, Дэвид Новийо Ортис; **Регион Юго-Восточной Азии:** Марк Лэндри, Ракеш Мани Растоги; **Регион Западной части Тихого океана:** Меньцзюань Дуань, Цзюнь Гао

В разработке концепции и окончательной доработке доклада принимали участие нижеуказанные эксперты и рецензенты. Мы благодарны им за предоставленные экспертные знания, вклад и критический анализ в рамках подготовки актуального и эффективного ресурса для укрепления систем здравоохранения.

Технические эксперты и рецензенты

Карла Абузар, Тис Берма, Дэвид Бун, Дженнифер Эллис, Ферн Гринвелл, Адам Карпати, Маниш Кумар, Франческа Перуччи, Эдриэнн Пизателла, Роберт Понд, Хейди Рейнольдс, Филип Сетел, Кавита Вишванатан

Редактор: Пруденс Смит

Пакет технических инструментов SCORE подготовлен благодаря финансовой поддержке **Благотворительного фонда Блумберга.**

Сокращения

АМР	Регион стран Америки
АРТ	Антиретровирусная терапия
АФР	Африканский регион
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВОУЗ	Всеобщий охват услугами здравоохранения
ДМСО	Демографическое и медико-санитарное обследование
ДСК	Дифтерия-столбняк-коклюш
ДЭСВ	Департамент по экономическим и социальным вопросам ООН
ЕР	Европейский регион
ЗТОР	Регион Западной части Тихого океана
ИСЗ	Информационная система здравоохранения
ИСКРЗ	Информационная система по кадровым ресурсам здравоохранения
ИСУЗ	Информационная система управления здравоохранением
МЗ	Министерство здравоохранения
HRSDG	Цели в области устойчивого развития (ЦУР), связанные со здоровьем
МКБ	Международная классификация болезней
ММСП	Международные медико-санитарные правила
LSMS	Исследование критериев оценки уровня жизни
МиО	Мониторинг и оценка
MICS	Кластерное обследование по многим показателям
МЗ	Министерство здравоохранения
МиО	Мониторинг и оценка
МКБ	Международная классификация болезней
ММСП	Международные медико-санитарные правила
НОЗ	Национальная обсерватория здравоохранения

НПСЗ	Национальный стратегический план в секторе здравоохранения
НСЗ	Национальные счета здравоохранения
НСКЗ	Национальная система учета кадров здравоохранения
РВС	Регион Восточного Средиземноморья
Система РАГССЕДН	Система регистрации актов гражданского состояния и статистики естественного движения населения
ССЗ	Система счетов здравоохранения
ЦУР	Цель в области устойчивого развития
ЮВАР	Регион Юго-Восточной Азии
ДФИ	Информационное обеспечение
HDC	Инициатива «Сотрудничество в области данных здравоохранения»
ННФА	Согласованные модули оценки учреждений здравоохранения
HRSDG	Цели в области устойчивого развития (ЦУР), связанные со здоровьем
LSMS	Исследование критериев оценки уровня жизни
MICS	Кластерное обследование по многим показателям
OPD	Амбулаторное отделение
PES	Контрольное обследование после проведения переписи
SCORE	Пакет SCORE (от англ. Survey (наблюдать), Count (вести учет), Optimize (оптимизировать), Review (оценивать), Enable (содействовать))
SPAR	Инструмент ежегодной отчетности государств-участников на основе самооценки
UNSD	Статистический отдел Организации Объединенных Наций

Резюме

Данные и информация, которые помогают государственным органам управления определять приоритеты в области здравоохранения и выделять необходимые ресурсы, опираются на эффективные национальные информационные системы здравоохранения. С помощью этих систем определяется возможность получения медико-санитарной помощи, а также наличие недостатков в плане ее доступности и качества, которые препятствуют достижению всеобщего охвата услугами здравоохранения (ВОУЗ). Эти же информационные системы здравоохранения стран служат источником важных данных для мониторинга глобального прогресса в достижении Целей в области устойчивого развития (ЦУР) и отчетности перед различными донорами.

Для удовлетворения все более сложных потребностей стран относительно информации в области здравоохранения в новом Пакете технических инструментов SCORE по статистике здравоохранения впервые сведен воедино набор наиболее эффективных мероприятий и инструментов для устранения существенных пробелов в массивах данных и повышения качества статистики здравоохранения на уровне стран в целях планирования и мониторинга приоритетных направлений деятельности в области здравоохранения.

Этот пакет основывается на пяти основных видах деятельности, первые буквы которых образуют сокращение SCORE (рисунок 1). Виды деятельности S, C и O направлены на улучшение критически важных источников данных, а также обеспечение их наличия и качества, в то время как цель видов деятельности R и E состоит в расширении синтеза, анализа, доступности и использования данных здравоохранения для дальнейших действий. В августе 2020 г. были представлены основные составляющие пакета SCORE – Основные виды деятельности SCORE по укреплению национальных информационных систем здравоохранения и Инструменты и стандарты SCORE. В целом эти документы содержат обзор информационных систем здравоохранения, описание контекста и показателей в отношении каждого вида деятельности, примеры действий, необходимых для укрепления различных аспектов системы,

и краткое изложение наилучших инструментов и стандартов для достижения этой цели. Еще одной важной составляющей пакета SCORE является Инструмент оценки, который был разработан для оценки информационных систем здравоохранения стран с учетом пяти видов деятельности SCORE. Была проведена оценка информационных систем здравоохранения 133 стран, в которых проживает 87% населения мира, причем данные были собраны в период с 2013 по 2018 г.



Была проведена оценка информационных систем здравоохранения

133

стран, в которых проживает

87%

населения мира.

Результаты глобальной оценки содержатся в настоящем Докладе о состоянии информационных систем здравоохранения и потенциале в области сбора данных здравоохранения в мире, 2020 г. К глобальному докладу прилагается Методология оценки SCORE, которая содержит подробную информацию о показателях и методах, применявшихся при оценке и последующем анализе.

Настоящий доклад является особенно своевременным и подчеркивает важность укрепления информационных систем здравоохранения стран для получения необходимых статистических данных. Один из основных выводов доклада состоит в том, что разрыв по уровню дохода между странами с высоким и низким уровнем дохода выражается в недостаточном потенциале информационных систем здравоохранения по решению таких фундаментальных задач, как регистрация рождений, смертей и причин смерти. Несмотря

на достижение в ряде стран устойчивого потенциала в некоторых важнейших областях, ни у одной страны нет полностью зрелой системы, способной удовлетворить растущие потребности в сфере статистики здравоохранения.

В докладе содержатся рекомендации для стран по определению приоритетности инвестиций в информационную систему здравоохранения, и он выходит в свет во время принятия ответных мер в условиях одного из самых ограниченных с точки зрения имеющихся данных кризисов в области общественного здравоохранения – пандемии COVID-19. В то время как информационные системы здравоохранения стран должны отслеживать ситуацию в связи с COVID-19, они также должны продолжать отслеживать и другие приоритеты в области здравоохранения. Это подчеркивает необходимость совершенствования информационных систем здравоохранения стран в целях удовлетворения потребностей в статистической информации как в настоящее время, так и в будущем. Хотя оценка глобального доклада была проведена еще до пандемии COVID-19, ее результаты сохраняют свою актуальность и указывают на основные пробелы и сложности, с которыми сталкиваются страны во всем мире.

Все страны обладают потенциалом для реализации более эффективных информационных систем

В докладе даются оценки пяти видам деятельности SCORE, которые позволяют определить, существует ли в стране полностью зрелая информационная система

здравоохранения, способная удовлетворять ее растущие потребности в статистической информации. Почти 60% стран имеют хорошо развитый или устойчивый потенциал по проведению аналитического обзора прогресса и эффективности сектора здравоохранения, а более половины – хорошо развитый или устойчивый потенциал по проведению обследований населения и выявлению рисков для здоровья (рисунок 1). По трем другим видам деятельности меньшее число стран достигает такого уровня потенциала, но более половины всех стран имеют умеренный или более высокий потенциал по каждому из пяти видов деятельности.

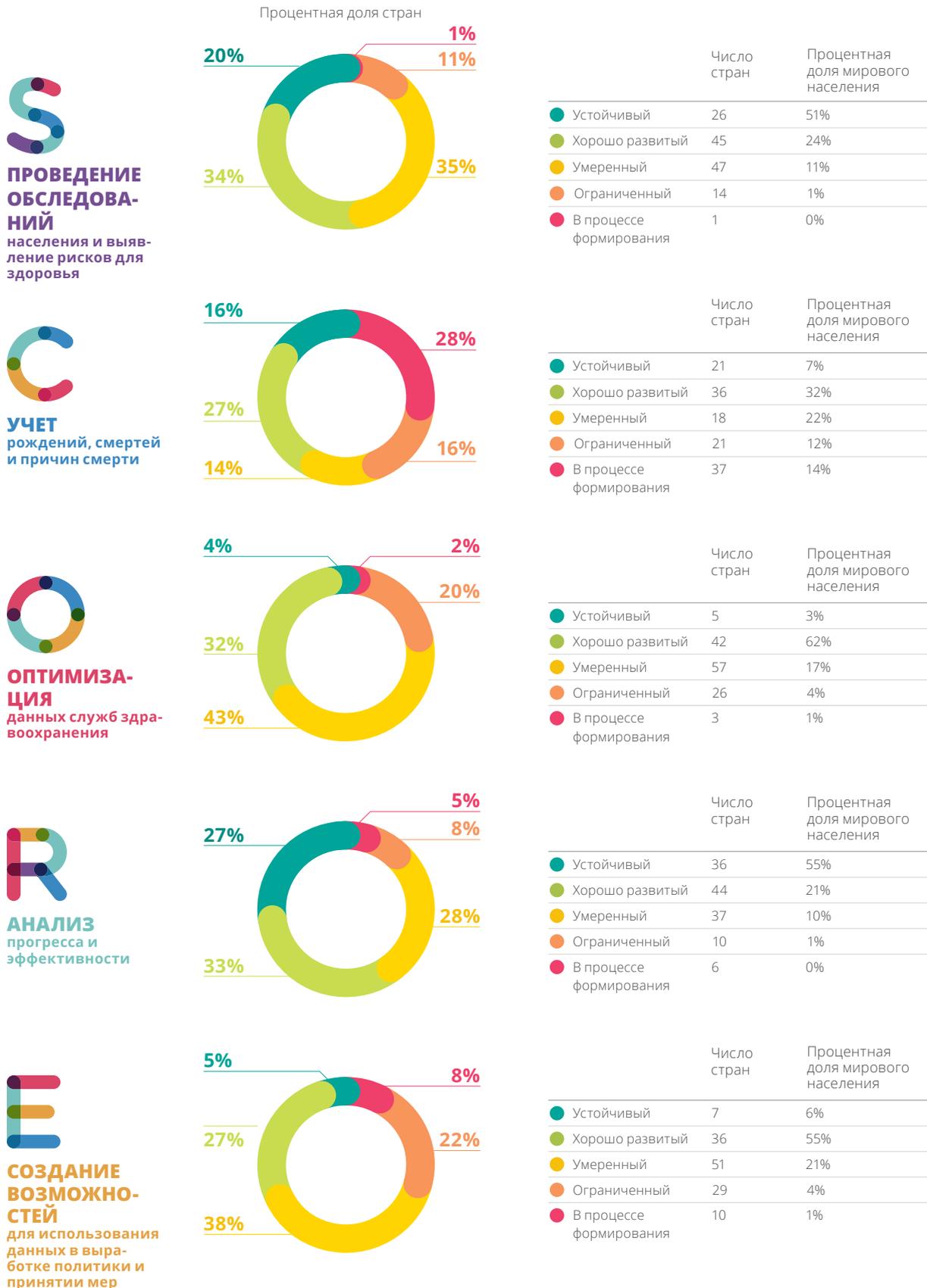
Ни одна из стран, в отношении которых проводилась оценка, не достигла устойчивого потенциала по всем пяти видам деятельности и не соответствует руководящим принципам передовой практики по всему кругу задач информационной системы здравоохранения. Соответственно, все страны могли бы извлечь пользу из понимания пробелов в своей системе и следовать рекомендациям SCORE по ее усовершенствованию.



**БОЛЕЕ
50%**

стран имеют умеренный или более высокий потенциал по каждому из пяти видов деятельности SCORE.

РИСУНОК I РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ПОТЕНЦИАЛА SCORE ПО ВИДАМ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ SCORE*



*В анализ включены данные по 133 странам, получившие подтверждение или разрешение для использования со стороны этих стран.

Более дезагрегированные данные расширяют возможности стран по отслеживанию проявлений неравенства

Из общего числа проведенных в период с 2013 по 2018 г. 673 обследований, которые анализируются в рамках оценки SCORE, в 91% представлены данные в разбивке по полу и в 83% – по возрасту, но менее чем в 75% собираются дезагрегированные данные в разбивке по образованию, городскому/сельскому населению, а также по уровню благосостояния. Аналогичным образом, в то время как в течение последних пяти лет в 90% стран был опубликован аналитический доклад, только в 56% из них учитывается неравенство по половому признаку и в еще меньшем числе стран (38%) – по социально-экономическому положению. Недостаточную представленность дезагрегированных данных можно также отметить в данных, получаемых из учреждений здравоохранения, и в данных в отношении работников здравоохранения. На национальном уровне часто имеются данные более высокого качества; это может скрадывать отсутствие дезагрегированных данных и создавать впечатление, что системы являются более эффективными, чем в действительности. В связи с этим использование в целях мониторинга эффективности информационной системы здравоохранения страны исключительно данных национального уровня может привести к необъективным выводам, а некоторые подгруппы населения не будут приняты во внимание.



51%

стран имеют демографические прогнозы с соответствующей разбивкой данных.

Страны с высоким уровнем дохода располагают более эффективными информационными системами здравоохранения. Для улучшения этих систем во всех странах необходимо внедрение устойчивых решений

Когда речь заходит об информационной системе здравоохранения, между странами с высоким уровнем дохода и странами из других групп по уровню дохода существует заметное различие. По оценкам, 66% стран с высоким уровнем дохода имеют хорошо развитый или устойчивый потенциал для проведения обследований населения и выявления рисков для здоровья, в то время как такой потенциал имеется, соответственно, в 47%, 51% и 50% стран с уровнем дохода выше среднего, с уровнем дохода ниже среднего и с низким уровнем дохода. Аналогичные различия можно проследить и в отношении других видов деятельности: в то время как 100% стран с высоким уровнем дохода и 91% стран с уровнем дохода выше среднего имеют хорошо развитый или более высокий потенциал по учету деторождений, такой же потенциал имеют только 58% стран с уровнем дохода ниже среднего и 23% стран с низким уровнем дохода. В отношении учета смертей различия еще более заметны. В то время как 97% и 82% стран с высоким уровнем дохода и уровнем дохода выше среднего, соответственно, имеют хорошо развитый и более высокий потенциал по регистрации смертей, таким же потенциалом обладают лишь 27% стран с уровнем дохода ниже среднего и не обладает ни одна из стран с низким уровнем дохода.

Уровень национального богатства также влияет на создание потенциала по использованию данных в выработке политики и принятии мер; 63% стран с высоким уровнем дохода имеют хорошо развитый или устойчивый потенциал по использованию данных по сравнению с 32%, 19%, 15% стран с уровнем дохода выше среднего, ниже среднего и странами с низким уровнем дохода, соответственно.

Некоторые из этих различий объясняются особенностями финансирования информационных систем здравоохранения в странах. В рамках оценки SCORE была собрана

информация об источниках финансирования репрезентативных национальных демографических обследований. Результаты показывают, что в период 2013–2018 гг. в странах с низким уровнем дохода в среднем проводилось больше ежегодных обследований, чем в странах с уровнем дохода выше среднего (0,9 обследования по сравнению с 0,7 обследования). Однако только 6% обследований в странах с уровнем дохода ниже среднего и в странах с низким уровнем дохода финансируются исключительно за счет государственных средств. Такое положение дел имеет как плюсы, так и минусы для стран. Необходимо, чтобы страны в меньшей степени зависели от внешней помощи в отслеживании приоритетов в области здравоохранения. Как показывают фактические данные, страны с уровнем дохода выше среднего оказываются в ситуации, когда не могут воспользоваться помощью внешних доноров и вместе с тем не в состоянии сами финансировать проведение обследований в достаточном объеме. Это может негативно повлиять на другие области сбора данных и привлечь внимание к необходимости постепенного внедрения странами решений, которые приведут к большей устойчивости.

Сбалансированные инвестиции во все программы здравоохранения содействуют укреплению системы отчетности страны

Сосредоточение расходов на таких основных программных областях, как иммунизация и борьба с туберкулезом, позволило обеспечить наличие более полных данных в этих сферах, но при этом не привело к повсеместному укреплению системы отчетности. Например, менее 50% стран располагают данными о психических расстройствах по сравнению с почти 100% стран, которые располагают данными об иммунизации и туберкулезе. Вместе с тем происходят обнадеживающие перемены, и в настоящее время большее внимание уделяется укреплению системы здравоохранения в целом, а не поддержке лишь конкретных программ.

Повышение качества данных имеет важнейшее значение для выработки политики и планирования

Наличие данных не преобразуется автоматически в наличие качественных данных, необходимых для выработки политики, планирования и оказания медико-санитарной помощи пациентам. Качество данных является исключительно важным вопросом применительно к учреждениям здравоохранения, поскольку около 40% стран не представили четких доказательств соблюдения процедур обеспечения качества данных в отношении опубликованной статистики по их учреждениям здравоохранения. Данные переписи населения служат эталонными демографическими данными для многих показателей статистики здравоохранения. В связи с тем, что менее 50% стран проводят контрольные обследования после завершения переписи населения, возникает обоснованное беспокойство в отношении качества данных переписи. Качество данных о причинах смерти также может вызывать вопросы. Лишь в 28% стран показатель некорректно указанных кодов причин смерти составляет менее 10%. В остальных 72% стран данные о причинах смерти либо не регистрируются с использованием кодов Международной классификации болезней (МКБ), либо доля некорректно определенных кодов причины смерти превышает 10%. Кроме того, многие страны нуждаются в технической поддержке и/или финансировании для получения с помощью всех функций своих информационных систем здравоохранения пригодных для использования статистических данных удовлетворительного качества.

Эффективное руководство деятельностью по управлению данными и их использованию обеспечит максимальную отдачу от инвестиций в информационные системы здравоохранения

Своевременное получение достоверных данных, которые могут быть основанием

для конкретных действий, имеет важное значение для осуществления деятельности по укреплению здоровья населения. Использование данных в выработке политики и принятии мер предполагает эффективные инвестиции в механизмы, ориентированные на получение данных для формулирования политики (например, специальные подразделения в министерстве здравоохранения или другом министерстве); механизмы, обеспечивающие доступ к данным и открытый обмен ими (например, национальные обсерватории данных об охране здоровья); и осуществляемое под государственным руководством управление данными (политика или нормативные акты, регулирующие управление данными страны и их использование).

Несмотря на то что 84% стран имеют центральное подразделение или службу для использования фактических статистических данных при выработке политики, функциональные возможности этих подразделений не совсем ясны. Более 60% стран имеют национальную обсерваторию здравоохранения или соответствующий портал. Однако эти порталы обновляются нечасто (только 25% стран обновляют их более одного раза в год), и только 26% стран имеют порталы с полным охватом статистики охраны здоровья. Аналогичным образом, 74% и 62% стран соответственно имеют национальный план мониторинга и

оценки и национальную стратегию цифрового или электронного здравоохранения. Однако эти планы, как правило, не соответствуют рекомендуемым стандартам, т. е. критериям надлежащего управления данными. Например, только 21% стран имеют план мониторинга и оценки, который удовлетворяет 85% стандартов, и еще 21% – соответствующие стратегии в области электронного здравоохранения.

Страны с высоким уровнем дохода располагают более мощными системами для использования данных в выработке политики и принятии мер по сравнению со странами, относящимися к другим группам по уровню дохода. Следует отметить, что различия между странами с низким, средним и высоким уровнем дохода не очень велики, хотя страны с низким уровнем дохода в целом сталкиваются с более серьезными препятствиями при использовании фактических статистических данных в выработке политики.



Введение

Беспрецедентный спрос на статистическую информацию

Отслеживание прогресса в решении национальных и субнациональных приоритетных задач в области здравоохранения

Странам нужны статистические данные в качестве основы для планирования на национальном уровне и управления на программном, субнациональном и учрежденческом уровнях. Должностные лица министерств здравоохранения, руководители районов и администрация учреждений, а также отдельные поставщики услуг, законодательные органы, сообщества, граждане и средства массовой информации нуждаются в доступной информации высокого качества в области здравоохранения в следующих целях:

- более тщательный учет целевой аудитории при составлении программ здравоохранения для обеспечения охвата всех людей;
- расширение мониторинга групп населения, подвергающихся наибольшему риску;
- обеспечение раннего предупреждения о потенциальных угрозах для здоровья населения;
- рациональная адаптация процедуры составления программ в целях удовлетворения меняющихся потребностей;
- повышение качества и эффективности медико-санитарной помощи;
- поддержка глобального мониторинга;
- эффективное планирование и содействие мобилизации ресурсов в рамках сектора здравоохранения и за его пределами;
- обеспечение подотчетности учреждений здравоохранения и государственных органов за использование ресурсов и показатели здоровья населения.

Отслеживание прогресса в деле достижения ЦУР, ВОУЗ, защиты при чрезвычайных ситуациях в области здравоохранения и укрепления здоровья населения

Существует 59 показателей для ЦУР в области здоровья и связанных с охраной здоровья (HRSDG), в том числе 27 показателей в рамках всеобъемлющих целей в области здравоохранения, которые странам необходимо учитывать и отслеживать в национальных стратегиях и политике в области здравоохранения, и еще 32 показателя, связанных со здоровьем и относящихся к другим ЦУР. Некоторые из этих 59 показателей опираются на источники данных в других секторах, такие как системы регистрации актов гражданского состояния и статистики естественного движения населения (РАГССЕДН), данные спутниковых наблюдений, результаты мониторинга качества воздуха на предмет его загрязнения и данные полиции о самоубийствах, убийствах и смертности в ДТП. Страны несут главную ответственность за отслеживание прогресса в достижении ЦУР, которое потребует сбора и анализа качественных, доступных и актуальных данных для обеспечения того, чтобы никто не был оставлен без внимания.

В основе ЦУР 3 – «обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте» – лежит обещание стран обеспечить всеобщий охват услугами здравоохранения (ВОУЗ) – обязательство обеспечить всем людям получение высококачественных услуг здравоохранения, в которых они нуждаются и которые не сопряжены

для них с финансовыми трудностями. Мониторинг ВОУЗ требует наличия информации как о финансовой защите, так и о реальном охвате услугами здравоохранения. Обеспечение эффективного охвата предполагает оценку доступа к услугам здравоохранения, а также качества получаемых услуг.

Достижение ЦУР, связанных со здоровьем, подразумевает также защиту от чрезвычайных ситуаций в области здравоохранения и укрепление здоровья населения на основе таких показателей, как санитария, питание и состояние окружающей среды.

Защита от чрезвычайных ситуаций предполагает обеспечение соответствующей готовности, профилактических мер и способность быстро обнаруживать угрозы общественному здоровью и реагировать на них. Каждый из указанных аспектов определяется наличием эффективных систем раннего предупреждения, основанных на достоверных данных. Ни один из источников данных в отдельности не в состоянии полностью удовлетворить все информационные потребности; поэтому для отслеживания общего прогресса в деле достижения ЦУР основополагающим является многоотраслевой подход.

Данные необходимы для соблюдения принципа справедливости

Основное предписание ЦУР, согласно которому «никто не должен быть оставлен без внимания», подразумевает, что страны должны значительно активизировать свои усилия по обеспечению медико-санитарного обслуживания маргинализированных групп населения на справедливой основе. Таким образом, дезагрегирование данных в области здравоохранения по таким аспектам неравенства, как пол, возраст, экономическое положение, образование, место жительства и другие подгруппы населения, определяемые конкретными обстоятельствами, имеет важное значение для достижения этой цели.

Информационные системы здравоохранения не соответствуют потребностям стран в статистических данных

Несмотря на растущие потребности в фактических статистических данных, информационные системы здравоохранения (ИСЗ), существующие во многих странах, не соответствуют установленным требованиям. Плановый сбор высококачественных данных с достаточной степенью детализации, позволяющей регулярно осуществлять расчеты для определения уровней, тенденций и неравенства в исходах для здоровья, не проводится. Отсутствует надлежащая оценка и отслеживание выполнения основных задач в области здравоохранения, что влияет на реализацию программ на национальном и местном уровнях и, следовательно, на состояние здоровья населения.

Дополнительная информация:

- 1.** Многие системы регистрации и представления отчетности на уровне учреждений здравоохранения не обладают потенциалом для оценки качества и результативности оказанных услуг. Оценки учреждений и обследования населения могут обеспечить получение ценной информации, однако не проводятся на регулярной основе. Кроме того, отсутствие отчетности учреждений частного сектора означает невозможность точного отражения охвата определенными услугами на уровне генеральной совокупности.
- 2.** Системы данных и сотрудники нередко обременены требованиями в отношении сбора и представления чрезмерного количества элементов данных и показателей.
- 3.** Системы РАГССЕДН часто содержат неполные данные на бумажных носителях и поэтому не являются источником своевременной и достоверной информации для принятия решений в области общественного здравоохранения.
- 4.** Данные о неравенстве в области здравоохранения собираются, анализируются и сообщаются не в полном объеме.
- 5.** Интеграция и использование данных других секторов зачастую носят фрагментарный характер, особенно в отношении данных, касающихся рисков для здоровья (например, экологических рисков и дорожно-транспортных происшествий). Это же относится и к данным об охвате профилактическими мероприятиями по снижению указанных рисков.
- 6.** Технический и аналитический потенциал министерств здравоохранения и национальных учреждений общественного здравоохранения может оказаться недостаточным для удовлетворения растущих потребностей в данных, связанных с ЦУР.

Пакет технических инструментов SCORE по статистике здравоохранения ВОЗ

Пакет технических инструментов SCORE по статистике здравоохранения был разработан ВОЗ и партнерами в целях содействия государствам-членам в совершенствовании их национальных информационно-статистических систем и расширения возможностей в отслеживании прогресса в достижении связанных со здоровьем ЦУР, ВОУЗ, и в осуществлении других национальных и субнациональных приоритетов и задач в области здравоохранения. Он служит целостной основой, которая позволяет разработчикам политики и специалистам по планированию на национальном уровне:

- 1.** сосредоточить инвестиции на приоритетных мероприятиях («лучшие покупки»), которые доказали свою эффективность, осуществимость, доступность, пригодность для более широкого применения и устойчивость;
- 2.** получить доступ к рекомендуемым/основанным на передовом опыте мероприятиям, инструментам и стандартам;
- 3.** выявлять критические пробелы и потребности и обеспечивать непрерывный мониторинг положения дел на основе набора простых, стандартизированных, поддающихся проверке основных показателей.

Пакет SCORE включает наиболее эффективные стратегии и меры для совершенствования национальных информационных систем здравоохранения. Он призван поощрять заинтересованные стороны к инвестированию средств в определенный набор мер, которые, синергетически усиливая друг друга, оказывали бы наибольшее воздействие на качество, количество, анализ, использование и доступность данных в странах. Настоящий пакет не предназначен для замены существующих подробных руководящих указаний по внедрению различных компонентов информационной системы здравоохранения. Вместо этого он обеспечивает целостную основу, позволяющую странам сосредоточить внимание на приоритетных видах деятельности и компонентах, и ориентирует их на примеры передового опыта и общепризнанные стандарты и инструменты. Предполагается, что со временем Пакет технических инструментов SCORE по статистике здравоохранения будет меняться и дополняться новыми и инновационными инструментами, подходами и наработками стран.

Пакет технических инструментов SCORE по статистике здравоохранения основывается на пяти основных видах деятельности (рисунок 1.1), сокращенно обозначаемых SCORE. Виды деятельности S, C и O направлены на улучшение критически важных источников данных, а также повышение их количества и качества, в то время как цель видов деятельности R и E состоит в расширении синтеза, анализа, доступности и использования данных здравоохранения для дальнейших действий.

В пакет входят следующие составляющие, которые дополняют настоящий «Доклад о состоянии информационных систем здравоохранения

и потенциале в области сбора данных здравоохранения в мире, 2020 г.».



Основные виды деятельности SCORE:

описание пяти видов деятельности SCORE с соответствующими компонентами и показателями, а также примерами действий по оценке и укреплению информационных систем здравоохранения.



Инструменты и стандарты SCORE:

перечень актуальных материалов по каждому виду деятельности.



Инструмент оценки SCORE:

инструмент сбора данных и прилагаемое к нему руководство пользователя для оценки информационных систем здравоохранения и выявления пробелов.



Методология оценки SCORE, 2020 г.:

техническое пояснение методов подсчета баллов, используемых в глобальном докладе для количественной оценки показателей, компонентов и видов деятельности SCORE.

РИСУНОК 1.1 ПЯТЬ ОСНОВНЫХ ВИДОВ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ SCORE ПО УКРЕПЛЕНИЮ ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ПОТЕНЦИАЛА ОБЛАСТИ СБОРА ДАННЫХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



Проведение обследований населения и выявление рисков для здоровья

Учет рождений, смертей и причин смерти

Оптимизация данных служб здравоохранения

Анализ прогресса и эффективности

Создание возможностей для использования данных в выработке политики и принятии мер

О Докладе

В настоящем Докладе о состоянии информационных систем здравоохранения и потенциале в области сбора данных здравоохранения в мире, 2020 г. представлены результаты оценок информационных систем здравоохранения стран, проводимых ВОЗ в период 2018–2020 гг. с использованием инструментов оценки SCORE ВОЗ.

Область применения

Инструмент оценки SCORE позволяет оценить состояние информационной системы здравоохранения страны и пригодность ее использования в качестве основы для государственного планирования. Инструмент оценки не предназначен для проведения комплексной диагностики всех аспектов информационной системы здравоохранения страны, однако его применение побуждает к проведению более специализированных и углубленных оценок на основе имеющихся пробелов и выявленных потребностей.

В этом докладе ставятся следующие задачи:

- представить обзор состояния информационных систем здравоохранения в государствах-членах во всем мире с использованием сопоставимой методологии;
- выявить пробелы в информационных системах здравоохранения и системах РАГССЕДН, которые могут послужить ориентиром для инвестиций и действий;
- предоставить исходную информацию и данные, позволяющие осуществлять мониторинг прогресса в достижении ЦУР, ВОУЗ и других национальных и международных целевых показателей;
- ориентировать инвестиции и действия на международном уровне, а также отслеживать улучшения в информационных системах здравоохранения с течением времени.

Организация процесса оценки

Был проведен многоэтапный процесс оценки информационных систем здравоохранения стран. Эти этапы включали в себя:

- **Консультации экспертов.** Были проведены многочисленные консультации с различными заинтересованными сторонами в целях определения основного набора простых, поддающихся измерению показателей. Эти показатели легли в основу Инструмента оценки SCORE.
- **Сбор данных.** По каждой стране каждый вид деятельности оценивался в соответствии с показателями и атрибутами, определенными в Инструменте оценки SCORE. В число экспертов-рецензентов входили специалисты по ИСЗ, которые проводили кабинетные обзоры и изучали опубликованную и «серую» литературу в качестве исходных документов по каждой стране для завершения работы над инструментом. Они также сопоставили данные по странам с данными, полученными из глобальных баз данных, такими как данные о кадровых ресурсах здравоохранения, расходах на здравоохранение и т. д.
- **Обзор и предварительная проверка.** Результаты предварительного кабинетного обзора были доведены до сведения представителей стран в ходе региональных консультаций для получения их отзывов. Обзор и проверка были также проведены координаторами ИСЗ в странах.
- **Окончательное подтверждение.** Окончательные результаты были доведены до сведения стран для дальнейшей проверки, окончательного рассмотрения и подписания.
- **Анализ данных.** Анализ данных на глобальном уровне был проведен по 133 странам, на которые приходится 87% населения мира, с использованием либо полностью подтвержденных, либо одобренных оценок.
- **Презентация результатов.** Большая часть результатов, представленных в настоящем докладе, основана на проверенных и

одобренных данных по 133 странам. В некоторых случаях в анализ включается только подгруппа стран, что обусловлено наличием соответствующих данных. Показатели, взятые из опубликованных и проверенных источников (например, результаты ежегодной отчетности государств-участников на основе самооценки

(SPAR)), учитывались по всем странам, в отношении которых имелись соответствующие данные, даже несмотря на то, что страны могли не подтвердить данные по другим областям.

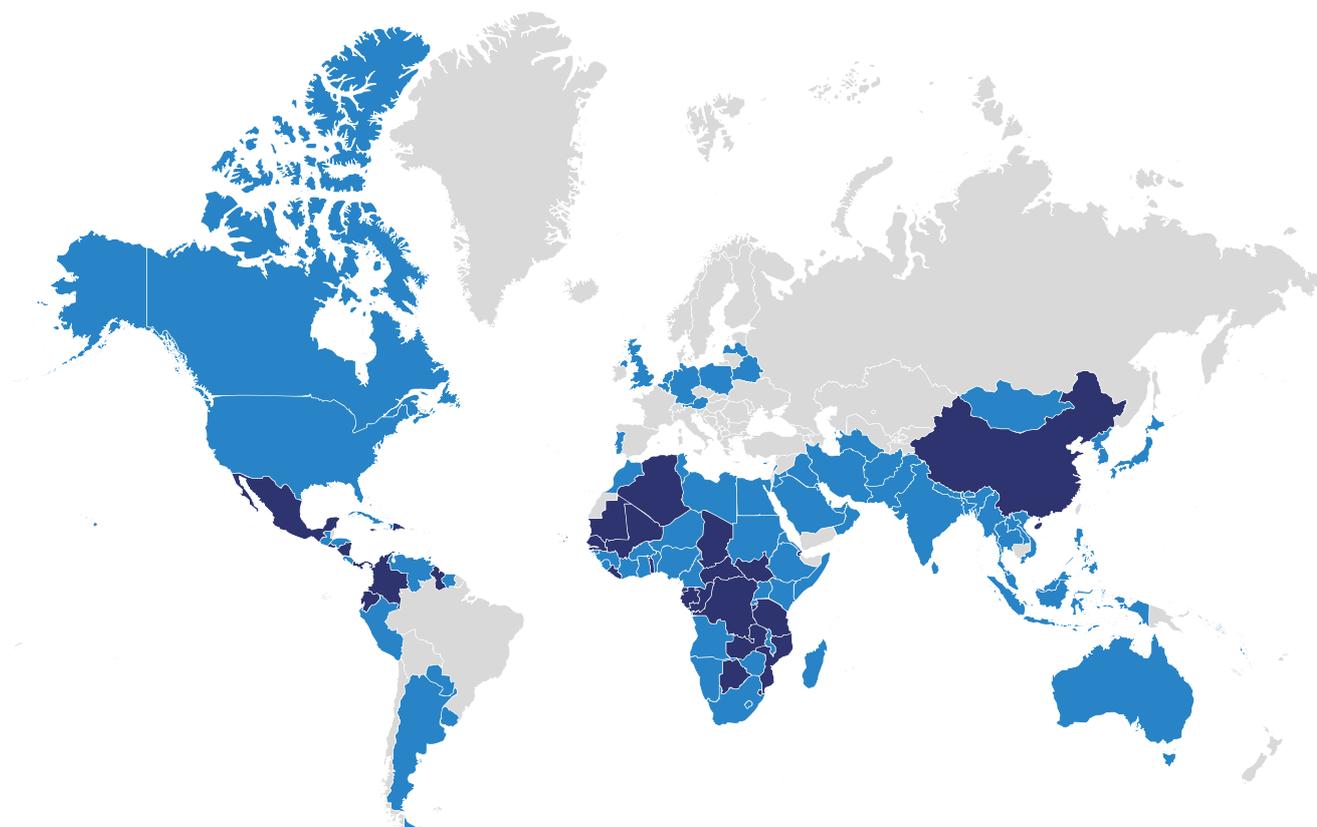
На рисунке 1.2 представлена глобальная карта стран, принявших участие в оценке SCORE.

РИСУНОК 1.2 КАРТА УЧАСТИЯ СТРАН В ОЦЕНКЕ SCORE

● Проверены профили стран для публикации

● Проверена и одобрена оценка по итогам кабинетного обзора

● Не включены в доклад



Разбивка стран по статусу участия в оценке SCORE

	Проверены профили стран для публикации	Проверена и одобрена оценка по итогам кабинетного обзора	Не включены в доклад
Число стран	99	133	62
Доля мирового населения	61%	87%	13%



Проведение обследований населения и выявление рисков для здоровья

для понимания того, от чего люди болеют и подвержены ли они факторам риска

ОСНОВНЫЕ КОМПОНЕНТЫ

S1. СИСТЕМА РЕГУЛЯРНЫХ ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ОБСЛЕДОВАНИЙ



112

ежегодных обследований.

S2. ЭПИДНАДЗОР УГРОЗ В ОБЛАСТИ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



ПОЧТИ

70%

стран достигли хорошо развитого или более высокого потенциала в отношении эпиднадзора на основе показателей или сигнальных событий.

S3. РЕГУЛЯРНАЯ ПЕРЕПИСЬ НАСЕЛЕНИЯ



51%

стран имеют дезагрегированные демографические прогнозы.

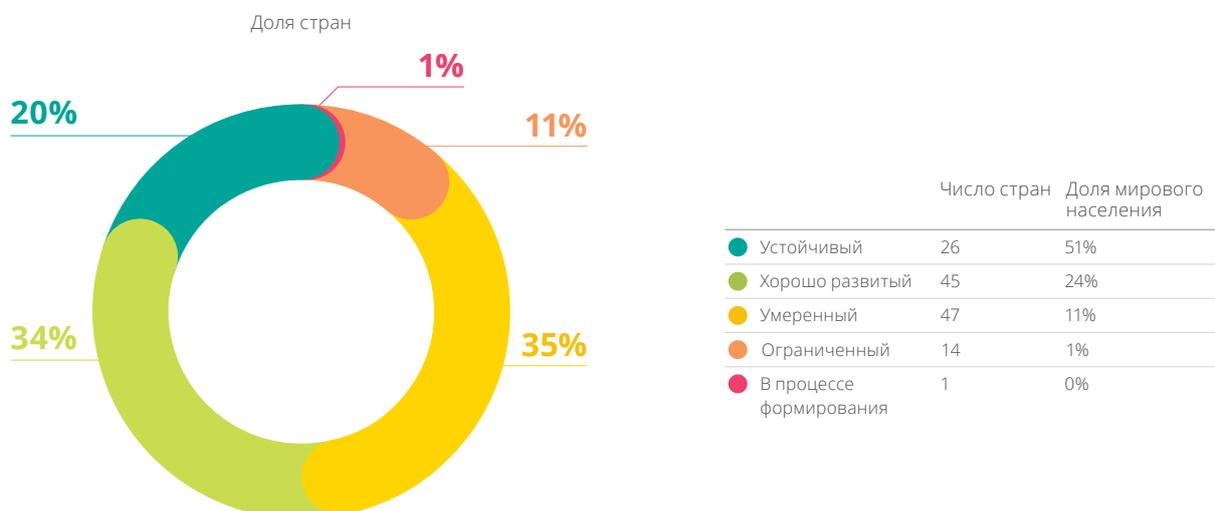
Информация о состоянии здоровья и факторах риска для здоровья населения лежит в основе профилактики заболеваний и инвалидности. Демографические обследования являются одним из основных источников (а иногда и единственным источником) этой информации, позволяющей получить важнейшие сведения о таких влияющих на население факторах, как нищета, образование, водоснабжение и санитария, условия жизни, питание, качество воздуха и безопасность. Обследования являются важнейшим инструментом оценки неравенства и важнейшим источником данных по многим показателям связанных со здоровьем ЦУР. Они также являются основным источником дезагрегированных данных об охране здоровья, особенно в странах с низким и средним уровнем дохода, с учетом того, что с их помощью собирается информация по большому числу показателей в области здравоохранения, а также по таким аспектам неравенства, как экономическое положение, образование, место жительства, возраст и пол и другие подгруппы населения, определяемые конкретными обстоятельствами.

Перепись населения и жилищного фонда (или реестр населения) представляет собой важный источник данных для здравоохранения и других секторов. Она содержит информацию о численности населения, географическом распределении и социальных, демографических

и экономических факторах, которые являются важнейшими исходными данными для распределения ресурсов и целенаправленного осуществления видов деятельности. Перепись населения рекомендуется проводить раз в 10 лет. Реестр населения может включать базовые характеристики, такие как дата и место рождения, пол, дата и место смерти, дата прибытия в страну/убытия из нее, гражданство (гражданства) и семейное положение. В нем также содержатся важнейшие демографические статистические данные, которые часто используются в ходе демографических обследований для корректировки и уточнения демографических показателей.

Из рисунка S.1 видно, что в целом 68% стран имеют хорошо развитый или более высокий потенциал для проведения обследований населения и выявления рисков для здоровья. Дальнейший анализ показывает, что в то время как, по оценкам, 66% стран с высоким уровнем дохода имеют хорошо развитый или более высокий потенциал для обследования населения и выявления рисков для здоровья, только 47%, 51% и 50% стран с уровнем дохода выше среднего, ниже среднего и с низким уровнем дохода, соответственно, достигают того же потенциала (цифры не показаны на рисунке).

РИСУНОК S.1
ЧИСЛО И ДОЛЯ СТРАН (N=133) И ЧИСЛЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ СТРАНЫ В ПРОЦЕНТАХ ОТ ОБЩЕЙ ЧИСЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ МИРА В РАЗБИВКЕ ПО ВОЗМОЖНОСТЯМ СТРАН В ПЛАНЕ ПРОВЕДЕНИЯ ОБСЛЕДОВАНИЙ НАСЕЛЕНИЯ И ВЫЯВЛЕНИЯ РИСКОВ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ



S1. Система регулярных обследований здоровья населения

Во многих странах с низким и средним уровнем дохода основным источником информации о состоянии здоровья населения являются демографические обследования, особенно в отсутствие хорошо функционирующих систем РАГССЕДН и реестров населения. С помощью обследований можно получить информацию, дополняющую данные системы РАГССЕДН и реестров, и тем самым они играют важную роль в отслеживании состояния здоровья населения и выявлении приоритетных областей, требующих улучшения, даже в тех странах, где системы РАГССЕДН и реестры населения существуют.

Обследования состояния здоровья населения являются важным источником данных по многим показателям связанных со здоровьем ЦУР и ВОУЗ. В отношении ряда показателей, которые характеризуют связанные со здоровьем формы поведения и факторы риска, такие как практика грудного вскармливания, распространенность употребления табака и некоторые параметры психического здоровья, они зачастую являются единственным источником данных. Кроме того, они позволяют получить важную информацию из других оказывающих воздействие на здоровье секторов (таких как образование, водоснабжение и санитария, жилищные условия, питание и безопасность) и относятся к числу источников данных, которые используются для определения расходов, покрываемых за счет собственных средств граждан, в национальных счетах здравоохранения. Обследования домашних хозяйств позволяют получить данные по 29 из 57 показателей ЦУР, связанных со здоровьем¹; в готовящейся к печати публикации ВОЗ указывается, что наибольшее число этих показателей можно измерить с помощью демографических и медико-санитарных обследований (ДМСО), кластерных обследований по многим показателям (MICS) и исследований критериев оценки уровня жизни (LSMS).

Программа обследований должна определять стратегические приоритеты, периодичность проведения соответствующих мероприятий и

масштаб сбора данных. Она также должна позволять обеспечивать контроль качества, соблюдение этических норм, транспарентность и обмен данными в соответствии со строгими протоколами конфиденциальности и международными стандартами количественной оценки в целях гарантии сопоставимости результатов по разным группам населения и временным интервалам.



112

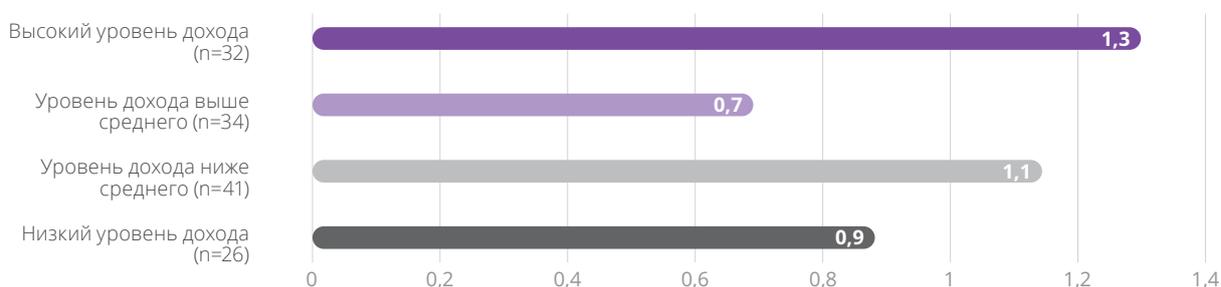
демографических обследований проводится ежегодно.

Страны с уровнем дохода выше среднего оказываются в ситуации, когда не могут воспользоваться помощью внешних доноров и не в состоянии сами финансировать в достаточном объеме организацию обследований

В ходе репрезентативных обследований населения проверяется информация, которая собирается с помощью обычных систем, и выявляются пробелы. 133 страны, включенные в настоящий доклад, провели в общей сложности 673 обследования в период с 2013 по 2018 г. (в среднем 112 в год). В среднем страны проводили примерно по одному обследованию в год. Наименьшее количество обследований было проведено в странах с уровнем дохода выше среднего. Эти страны часто не получают поддержки со стороны международных донорских учреждений при проведении обследований, но при этом их возможности по финансированию и проведению собственных обследований также ограничены.

¹ Asma S, Lozano R, Chatterji S, Swaminathan S, de Fátima Marinho M, Yamamoto N, Varavikova E, Misganaw A, Ryan M, Dandona L, Minghui R, Murray CJL. Monitoring the health-related Sustainable Development Goals: lessons learned and recommendations for improved measurement. Lancet. 2020 Jan 18;395(10219):240-246. doi: 10.1016/S0140-6736(19)32523-1. Epub 2019 Nov 22. PMID: 31767190.

РИСУНОК S1.1
СРЕДНЕЕ ЧИСЛО ОБСЛЕДОВАНИЙ В ГОД В 133 СТРАНАХ, В РАЗБИВКЕ ПО УРОВНЮ ДОХОДА, 2013–2018 ГГ.



Охват основных тем здравоохранения в проведенных обследованиях

Хороший охват тем в проведенных опросах, но некоторым важным темам до сих пор не уделяется внимания

Более 70% стран регистрировали сведения об употреблении табака, весе/росте детей и планировании семьи (рисунок S1.2) по крайней мере в рамках одного обследования, проводившегося с 2013 г.; вместе с тем менее половины стран регистрировали информацию о скрининге на рак шейки матки, катастрофических расходах на здравоохранение и распространенности ВИЧ-инфекции. Несмотря на то что в ряде стран с высоким уровнем дохода некоторые из этих показателей измеряются с помощью демографических обследований, многие из них, такие как вес или рост детей, планирование семьи и иммунизация детей, с меньшей степенью вероятности включаются в их обследования по сравнению с другими странами. Вероятно, это связано с тем, что (1) большая часть этой информации может быть получена с помощью хорошо функционирующей системы РАГССЕДН в большинстве стран с высоким уровнем дохода, (2) большинство из этих стран имеют надежные системы здравоохранения, позволяющие получать данные в некоторых областях, не прибегая к обследованиям.

Во вставке S1.1 на примерах показаны три вида тем или показателей, которые обычно включаются

в обследования, связанные с охраной здоровья. К этим трем видам относятся: (1) показатели, для которых обследования используются в качестве основного источника данных; (2) показатели, которые лучше всего получать из других источников, однако обследования могут дать ценную информацию, если других источников недостаточно или они отсутствуют; (3) показатели, которые могут применяться только в некоторых странах; например, малярия эндемична не во всех странах, поэтому эти страны не будут собирать данные о малярии в рамках обследований домашних хозяйств.

При расчете процентной доли по некоторым темам, включая те, которые в отдельных странах не являются актуальными (например, малярийные паразиты в странах, не эндемичных по малярии), или данные по которым обычно собираются с помощью методов, не связанных с проведением обследований (например, детская смертность в странах с хорошо функционирующими системами РАГССЕДН), значения знаменателей корректируются соответствующим образом. Иными словами, число стран, включенных в расчеты, может варьироваться в зависимости от показателя. Например, только в восьми из 32 стран с высоким уровнем дохода данные о детской смертности собирались путем проведения обследований; в других странах смертность измерялась с помощью других средств, таких как системы РАГССЕДН. Во избежание заблуждений, детская смертность и некоторые другие показатели не считаются применимыми на рисунке S2.1 для стран с высоким уровнем дохода.

ВСТАВКА S1.1

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОБСЛЕДОВАНИЙ ДОМОХОЗЯЙСТВ ДЛЯ ОЦЕНКИ ПРИОРИТЕТОВ В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ



Показатели, для которых обследования используются в качестве основного источника данных

- Употребление табака
- Детская антропометрия
- Кровяное давление
- Уровень глюкозы в крови
- Расходы на здравоохранение

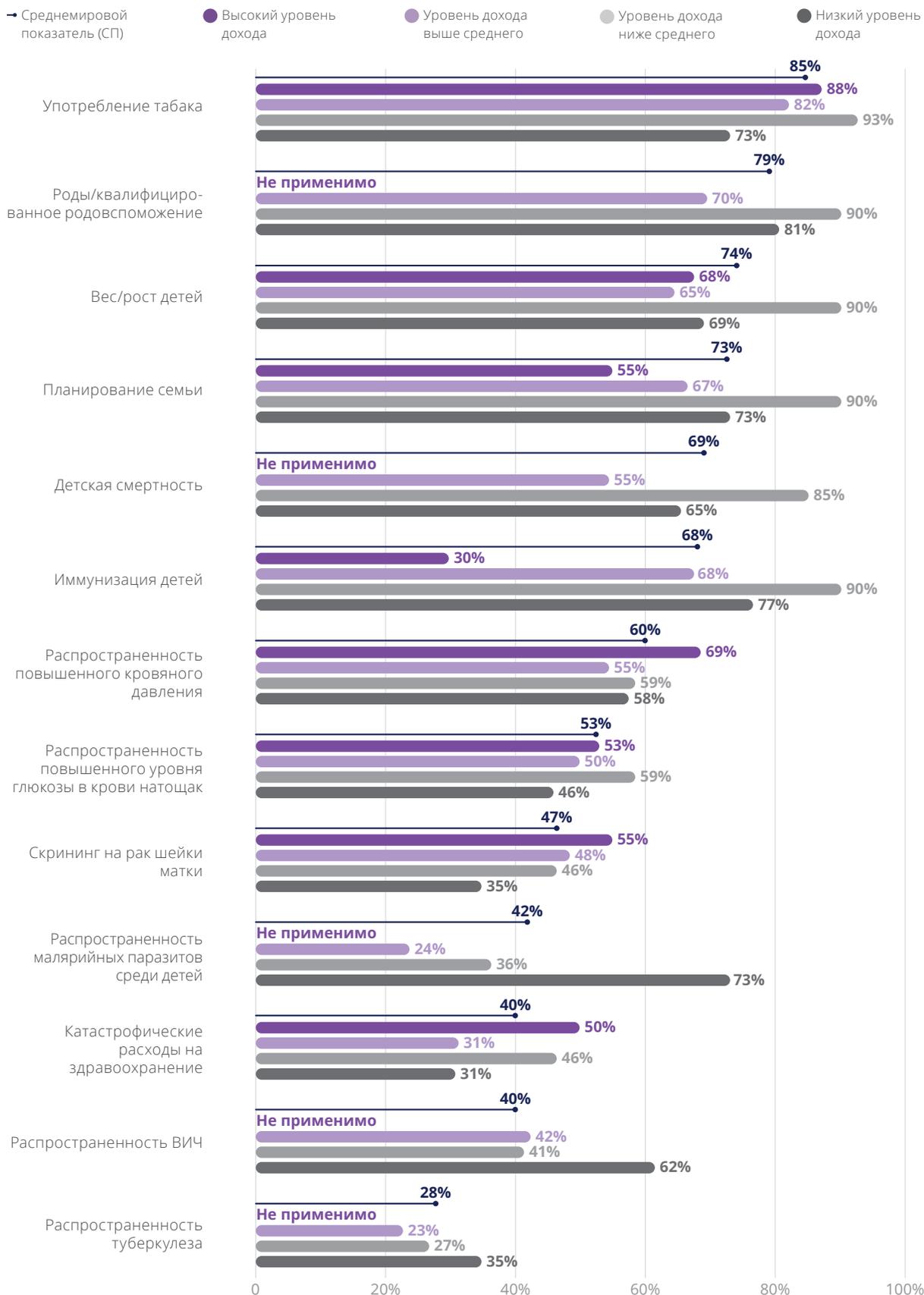
Показатели, для которых в качестве основного используются другие источники данных

- Планирование семьи
- Роды
- Иммунизация
- Детская смертность
- Скрининг на рак шейки матки
- Распространенность туберкулеза
- ВИЧ

Показатели, обусловленные эпидемиологическими особенностями

- Малярия

РИСУНОК S1.2
ДОЛЯ СТРАН (N=133), СОБИРАВШИХ ДАННЫЕ ПО РЕЛЕВАНТНЫМ ТЕМАМ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАК МИНИМУМ В ХОДЕ ОДНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ, В
РАЗБИВКЕ ПО УРОВНЮ ДОХОДА, 2013–2018 ГГ.



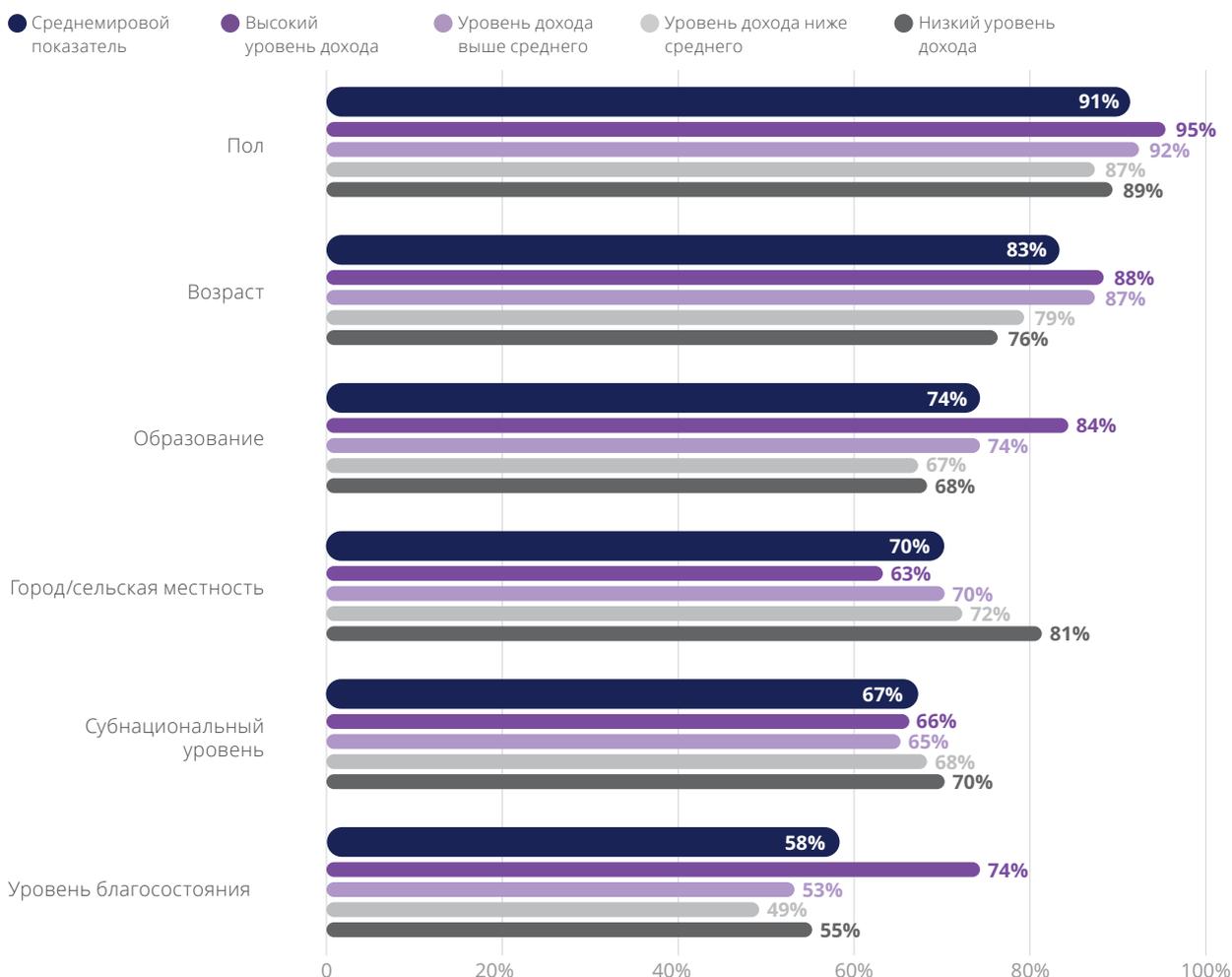
Понимание аспектов неравенства, связанных с уровнем материального благосостояния, имеет важнейшее значение, однако в менее чем 60% всех обследований приводится разбивка по уровню материального благосостояния

Демографические обследования являются одним из наиболее важных инструментов оценки равенства, поскольку они могут быть специально разработаны для получения соответствующих дезагрегированных данных (в том числе по полу,

возрасту, экономическому положению, уровню образования и району проживания).

Вместе с тем, хотя в большинстве обследований данные дезагрегируются по возрасту и полу, дезагрегирование по городским и сельским районам или по уровню благосостояния применяется в меньшем числе обследований. Пол и возраст являются наиболее часто используемыми аспектами неравенства (включены в более 80% всех обследований и по меньшей мере в 75% обследований среди всех категорий доходов), за которыми следуют образование (74%), район проживания (70%) и субнациональные единицы (67%). В целом по обследованиям с наименьшей вероятностью (58%) собираются сведения об экономическом положении (рисунок S1.3).

РИСУНОК S1.3
ПРОЦЕНТНАЯ ДОЛЯ МЕДИКО-САНИТАРНЫХ ОБСЛЕДОВАНИЙ В 133 СТРАНАХ, В ХОДЕ КОТОРЫХ ОЦЕНИВАЛИСЬ ПОКАЗАТЕЛИ НЕРАВЕНСТВА, В РАЗБИВКЕ ПО УРОВНЮ ДОХОДА СТРАН, 2013–2018 ГГ.





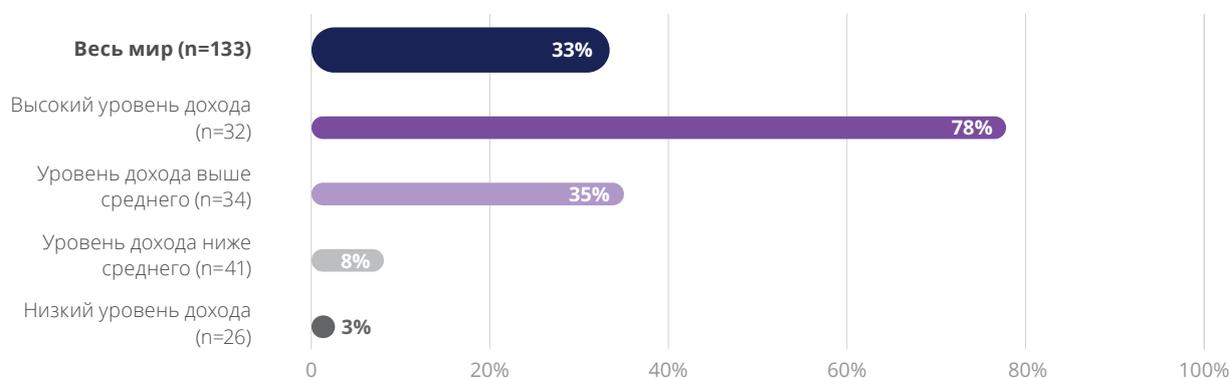
Только
8%

обследований в странах с низким и средним уровнем дохода финансируется государством.

Значительная зависимость от внешнего финансирования затрудняет выработку устойчивых подходов к измерению показателей здоровья населения

Несмотря на то что в странах с низким и средним уровнем дохода выделяется частичное государственное финансирование на проведение обследований, только 3% и 8% соответственно из общего числа обследований полностью финансируются государством. Это существенно влияет на способность страны контролировать свою собственную программу проведения обследований и возможность их проведения на устойчивой основе в долгосрочной перспективе (рисунок S1.4).

РИСУНОК S1.4
ПРОЦЕНТНАЯ ДОЛЯ МЕДИКО-САНИТАРНЫХ ОБСЛЕДОВАНИЙ В 133 СТРАНАХ, ПОЛНОСТЬЮ ПРОФИНАНСИРОВАННЫХ ЗА ГОСУДАРСТВЕННЫЙ СЧЕТ, В РАЗБИВКЕ ПО УРОВНЮ ДОХОДА СТРАН, 2013–2018 ГГ.



S2. Эпиднадзор угроз в области общественного здравоохранения

Международные медико-санитарные правила (ММСП) 2005 г. требуют, чтобы страны обеспечили функционирование интегрированной национальной системы надзора за здоровьем населения и реагирования, и определяют основные национальные возможности, которые они должны создать в целях соблюдения требуемых стандартов эпиднадзора и ответных мер.

В рамках обязательств по ММСП страны используют инструмент SPAR для самостоятельной оценки своих основных возможностей по ММСП и сообщают о результатах в ВОЗ². В данном компоненте SCORE использовались подтвержденные результаты SPAR, направленные 180 странами в ВОЗ в 2018 г. В отношении 13 основных возможностей в SPAR предусмотрены 24 показателя, при этом на каждую основную возможность приходится 1–3 показателя. Показатели разбиты на атрибуты, которые более точно определяют сам показатель. Две из 13 основных возможностей SPAR были использованы в качестве отслеживаемых показателей для измерения компонента эпиднадзора в рамках оценки SCORE. Этими двумя основными возможностями являются: (1) координация по ММСП и функции национальных координаторов по ММСП и (2) эпиднадзор. В совокупности эти две основные возможности указывают на то, что для выявления странами событий в области общественного здравоохранения, требующих быстрого расследования и принятия ответных мер, а также обеспечения своевременных действий и контроля, они должны иметь в распоряжении:

- эффективную систему эпиднадзора на основе показателей и сигнальных событий (это два основных канала информации для эпиднадзора в области общественного здравоохранения), способную выявлять события, имеющие значение для общественного здравоохранения,

здоровья животных и санитарно-эпидемиологической безопасности;

- механизм эффективного информационного взаимодействия и сотрудничества различных секторов и субнациональных, национальных и международных органов власти в области эпиднадзора в отношении событий, имеющих важное значение для общественного здравоохранения;
- возможность задействования значительного потенциала на страновом и промежуточном/региональном уровнях для анализа и систематизации данных, поступающих от укрепленных и взаимосвязанных систем эпиднадзора в режиме реального времени, включая функционально совместимые, взаимосвязанные системы электронной отчетности.

Потенциал по выявлению угроз в области общественного здравоохранения



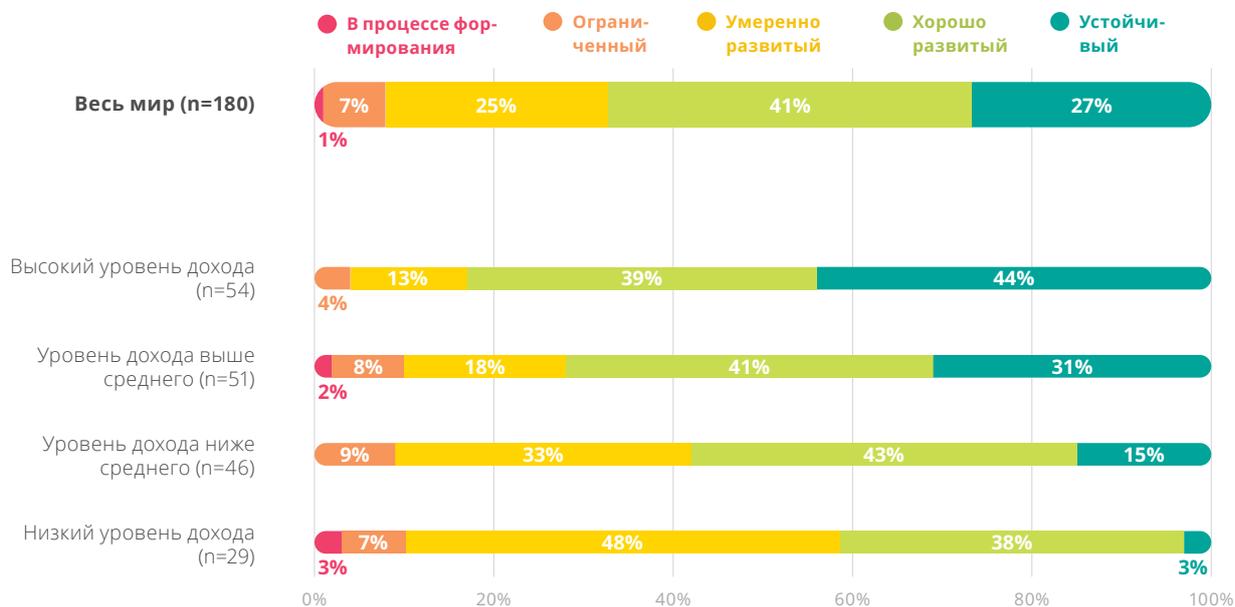
ПРИМЕРНО В ДВУХ ТРЕТЯХ

стран существует хорошо развитый или более высокий потенциал по выявлению угроз в области общественного здравоохранения.

² Международные медико-санитарные правила (2005 г.) Инструмент ежегодной отчетности государств-участников на основе самооценки. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2018. Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

РИСУНОК S2.1

ПРОЦЕНТНАЯ ДОЛЯ СТРАН (N=180) В РАЗБИВКЕ ПО ПОТЕНЦИАЛУ В СФЕРЕ ЭПИДНАДЗОРА УГРОЗ В ОБЛАСТИ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ПО УРОВНЮ ДОХОДА СТРАН*

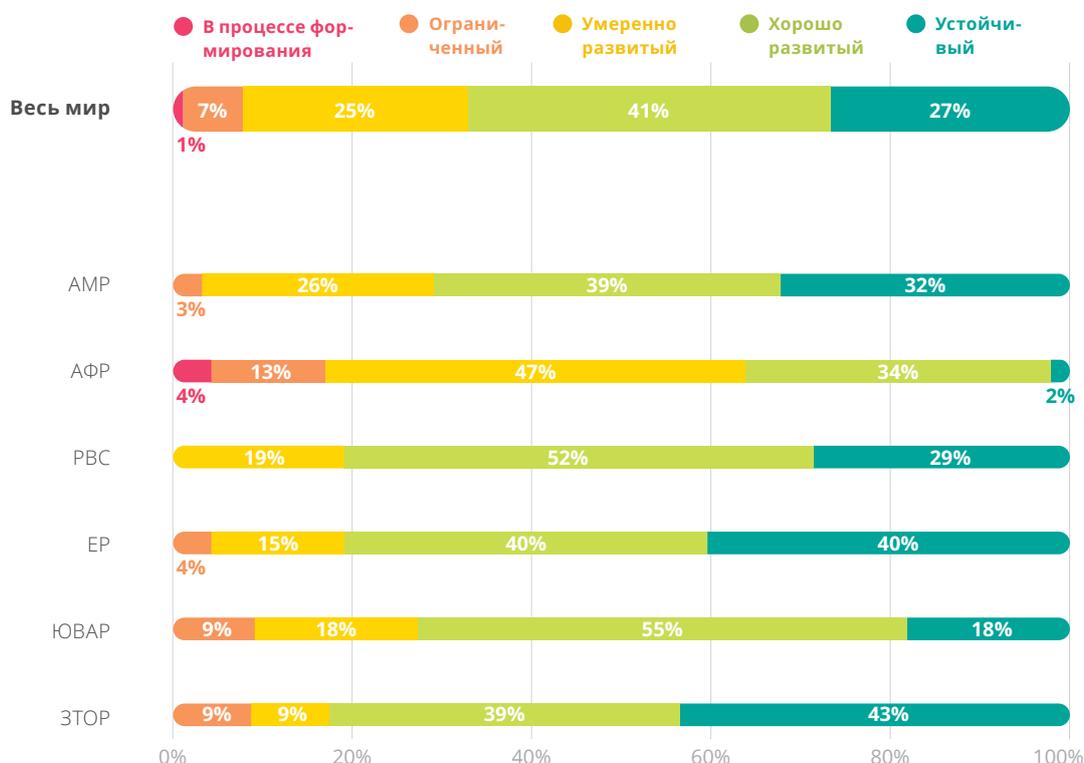


*По 15 странам не имеется соответствующих результатов SPAR, и поэтому они не включены в анализ.

Как видно на рисунке S2.1, 83% стран с высоким уровнем дохода имеют хорошо развитый и устойчивый потенциал по выявлению угроз в области общественного здравоохранения по сравнению с 58% стран с уровнем дохода ниже среднего и 41% стран с низким уровнем дохода. Вместе с тем лишь 8% из 180 стран, по которым

имеются данные SPAR, имеют ограниченный или меньший потенциал по выявлению угроз в области общественного здравоохранения, что в целом создает положительную картину с точки зрения глобальной повестки дня в области безопасности в области здравоохранения (рисунок S2.2).

РИСУНОК S2.2 ПРОЦЕНТНАЯ ДОЛЯ СТРАН (N=180), В РАЗБИВКЕ ПО ПОТЕНЦИАЛУ В СФЕРЕ ЭПИДНАДЗОРА УГРОЗ В ОБЛАСТИ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ПО РЕГИОНАМ ВОЗ



Распределение стран по уровню потенциала и региону ВОЗ

	В процессе формирования	Ограниченный	Умеренно развитый	Хорошо развитый	Устойчивый	Итого
АМР	0	1	8	12	10	31
АФР	2	6	22	16	1	47
РВС	0	0	4	11	6	21
ЕР	0	2	7	19	19	47
ЮВАР	0	1	2	6	2	11
ЗТОР	0	2	2	9	10	23
ВСЬ МИР	2	12	45	73	48	180

Наблюдаются существенные региональные различия в имеющемся у стран потенциале по эпиднадзору угроз для здоровья населения

В Африканском регионе ВОЗ лишь одна из 47 стран обладает устойчивым потенциалом по эпиднадзору в области общественного здравоохранения. Кроме того, из 14 стран, которые располагают лишь ограниченным или меньшим потенциалом, восемь относятся к Африканскому региону.



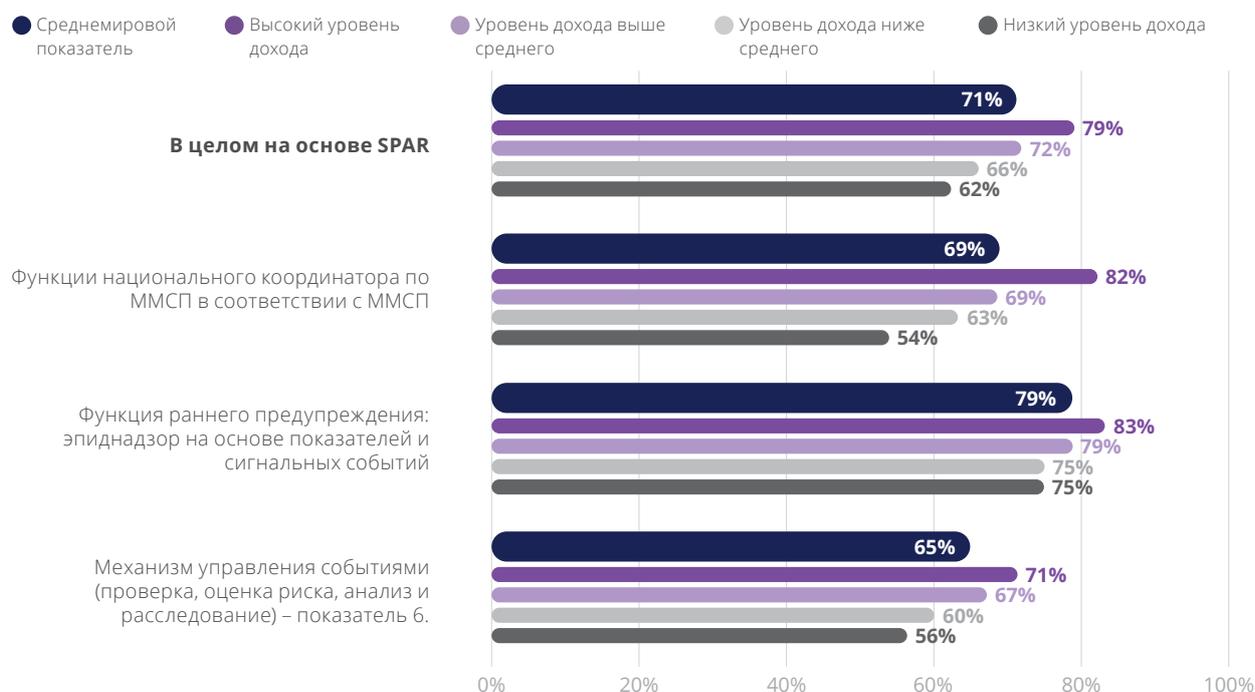
СТРАН АФРИКАНСКОГО РЕГИОНА ВОЗ ОБЛАДАЕТ УСТОЙЧИВЫМ ПОТЕНЦИАЛОМ ПО ЭПИДНАДЗОРУ В ОБЛАСТИ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.

Страны располагают хорошими системами раннего предупреждения, но в меньшей степени способны принимать ответные меры в связи с угрозами

Каждому показателю SPAR присваивается оценка от 1 до 5 баллов исходя из уровня потенциала страны. Эта оценка переводится в проценты. Например, если страна получает 4 балла (уровень 4), то ее потенциал составляет 80%. На рисунках S2.3 и S2.4 представлены различные оценочные значения для эпиднадзора в разбивке по уровню дохода страны и по регионам ВОЗ в виде отображения среднего процентного потенциала по трем отслеживаемым показателям, а также по каждому показателю в отдельности. Как видно из рисунка S2.3, разница между различными группами с разным уровнем дохода по их общей способности обнаруживать угрозы – функция раннего предупреждения – невелика и колеблется в пределах 75–83%.

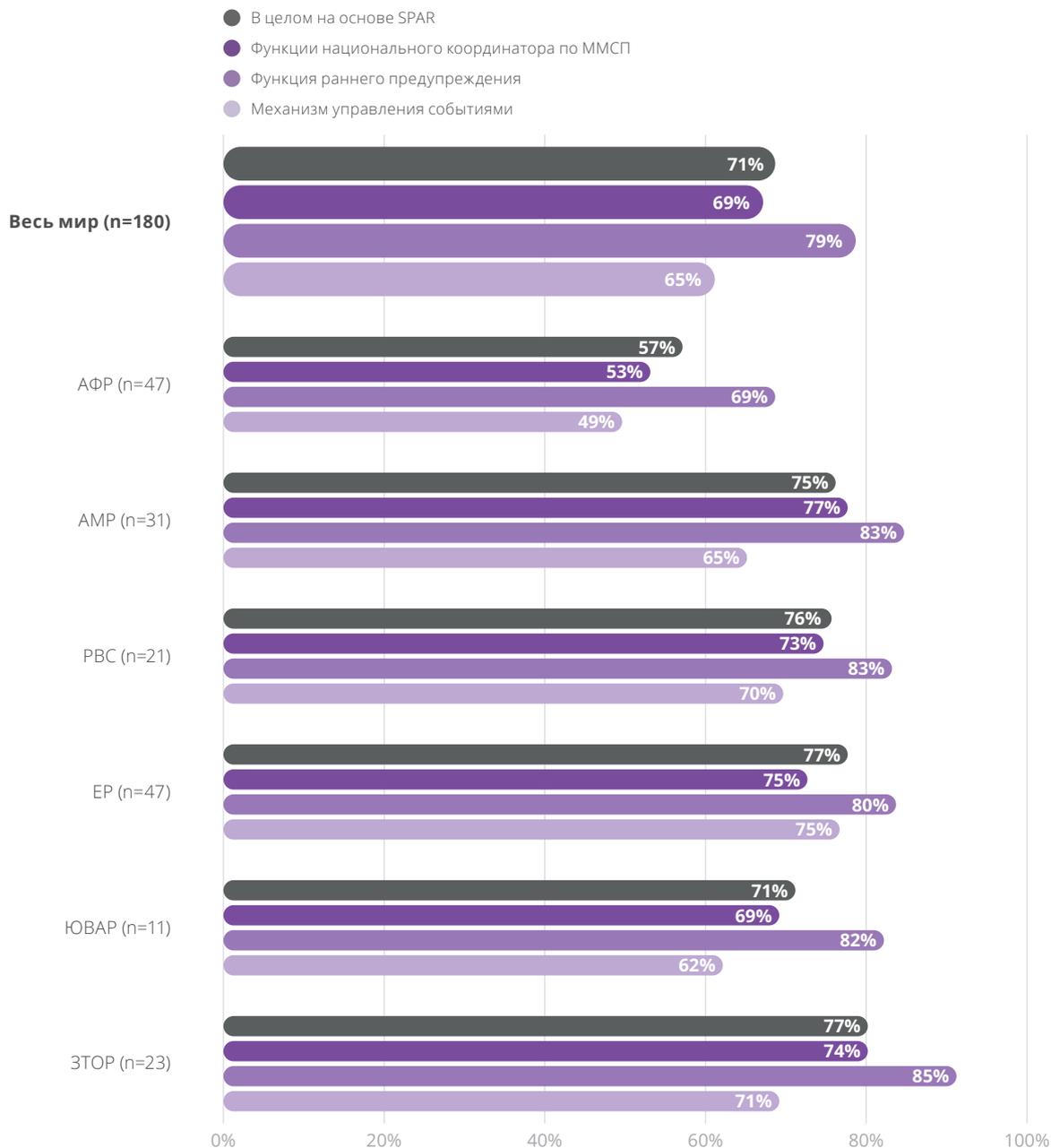
Вместе с тем на рисунке S2.3 также показано, что реальное отличие стран с высоким уровнем дохода от других стран состоит в существовании внутри страны координационного механизма, способного реагировать на угрозу в области общественного здравоохранения (функция национального координатора по ММСП). Кроме того, существует также некоторое различие между странами с высоким уровнем дохода и странами с низким уровнем дохода по их способности реагировать на раннее выявление угроз в области общественного здравоохранения, что измеряется с помощью механизмов управления событиями. Эти же особенности проявляются еще более отчетливо в Африканском регионе ВОЗ, который сталкивается с серьезными трудностями в плане обеспечения надежных механизмов координации и принятия ответных мер. Наличие информации в режиме реального времени для принятия правильных решений имеет решающее значение для противодействия угрозам в области общественного здравоохранения.

РИСУНОК S2.3 СРЕДНИЕ ЗНАЧЕНИЯ ОТСЛЕЖИВАЕМЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИЗ SPAR ПО ЭПИДНАДЗОРУ УГРОЗ В ОБЛАСТИ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В 180 СТРАНАХ, В РАЗБИВКЕ ПО УРОВНЮ ДОХОДА*



*По 15 странам не имеется соответствующих результатов SPAR, и поэтому они не включены в анализ.

РИСУНОК S2.4 СРЕДНЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ОТСЛЕЖИВАЕМЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИЗ SPAR ПО ЭПИДНАДЗОРУ УГРОЗ В ОБЛАСТИ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, В РАЗБИВКЕ ПО РЕГИОНАМ ВОЗ



S3. Регулярная перепись населения

Все страны должны проводить регулярные переписи один раз в 10 лет или вести реестры населения с аналогичными функциями, обеспечивающие сбор информации о населении и социально-экономических характеристиках в разбивке по небольшим географическим районам в соответствии со стандартами Департамента по экономическим и социальным вопросам Организации Объединенных Наций (ДЭСВ ООН)³. Информация, получаемая в результате переписи или из реестра населения, содержит важнейшие демографические данные, которые используются для определения знаменателей для расчета многих показателей в области здравоохранения, особенно в отсутствие надежных данных, получаемых из систем РАГССЕДН.

Помимо оценки наличия данных о недавней переписи или реестре населения, в этом компоненте также проверяется, соответствует ли перепись или реестр каким-то минимальным стандартам. К ним относятся следующие критерии:

- перепись проводилась в течение последних 10 лет
- после самой последней переписи было проведено контрольное обследование, и
- демографические прогнозы на текущий год доступны вместе с разбивкой по всем данным.

Перепись, проведенная за последние 10 лет, с демографическими прогнозами для субнациональных единиц

В течение последних 10 лет большинство стран проводили перепись или вели реестр населения

Большинство стран мира провели перепись или вели реестр населения. Тем не менее все еще сохраняются некоторые региональные различия в отношении проведения десятилетних переписей или непрерывного ведения реестра населения. В регионе Восточного Средиземноморья отмечается наименьшее число недавних переписей населения. Несколько стран этого региона находятся в состоянии конфликта или находились в состоянии постоянного конфликта на протяжении последних 10 лет или более, что затрудняет проведение полной переписи населения.

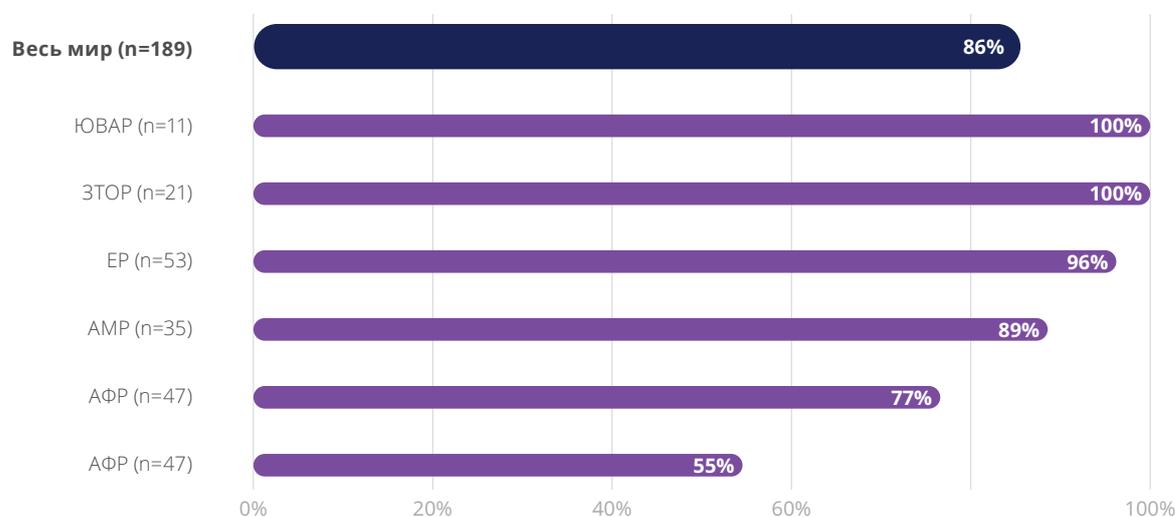


86%

стран проводили перепись в течение последних 10 лет.

³ Principles and Recommendations for Population and Housing Censuses, Revision 3. New York: United Nation; 2016

РИСУНОК S3.1 ПРОЦЕНТНАЯ ДОЛЯ СТРАН, КОТОРЫЕ ПРОВЕЛИ НЕ МЕНЕЕ ОДНОЙ ПЕРЕПИСИ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 10 ЛЕТ, В РАЗБИВКЕ ПО РЕГИОНАМ ВОЗ*



* Данные за период 2008–2020 гг. по 189 странам.

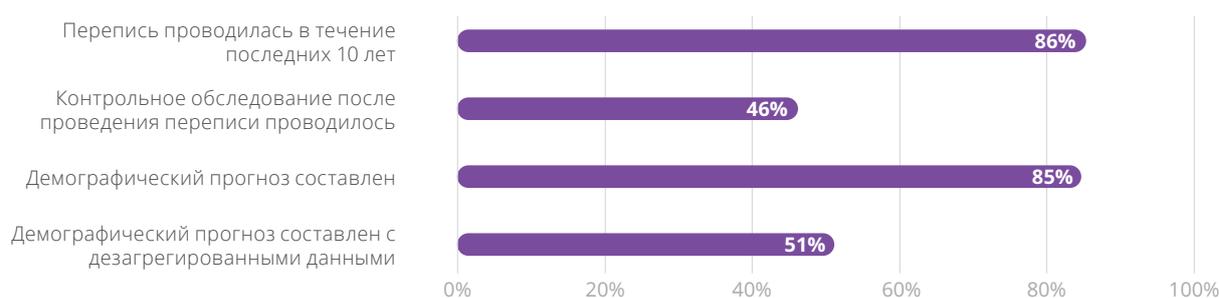
Несмотря на высокую распространенность переписей, страны нуждаются в поддержке для проведения качественных переписей населения

При том что в большинстве стран проводится перепись населения, гораздо меньший процент стран проводит контрольные обследования после проведения переписи. Ввиду того, что такие послепереписные обследования имеют решающее

значение для определения степени погрешности охвата переписи, а также для оценки ошибок в вопросниках, отказ от их проведения может поставить под вопрос качество данных переписи. Только 46% стран, в которых проводилась перепись населения, провели контрольные обследования.

Дезагрегированные демографические прогнозы являются одним из наиболее важных аналитических результатов переписи (рисунок S3.2); только 51% стран составляли дезагрегированные демографические прогнозы.

РИСУНОК S3.2 ПРОЦЕНТНАЯ ДОЛЯ СТРАН, В КОТОРЫХ В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНИХ 10 ЛЕТ ПРОВОДИЛАСЬ ПЕРЕПИСЬ, С ОТДЕЛЬНЫМИ АТТРИБУТАМИ*



*Данные за период 2018–2020 гг. по 189 странам.



стратегические выводы

- В целом объем инвестиций в проведение обследований увеличился, однако их распределение было неравномерным, при этом одни темы здравоохранения получали хорошую поддержку, а другие не принимались во внимание. Международные обследования сыграли важную роль в обеспечении качественных данных здравоохранения
- Ситуация с дезагрегированием данных улучшается, однако во многих странах до сих пор отсутствуют данные, касающиеся мониторинга аспектов, связанных с неравенством
- Необходимы дополнительные инвестиции для выработки более согласованного и скоординированного подхода к проведению обследований, отвечающих потребностям стран, и обеспечения учета значимых аспектов равенства
- Странам необходим систематический и скоординированный подход к проведению демографических обследований
- Эпиднадзор на основе показателей (т. е. регулярная отчетность о случаях заболевания), включая функцию раннего предупреждения, необходим для выявления необычных клинических картин заболеваний
- Странам необходимы эпиднадзор на основе сигнальных событий и механизм для сбора сведений о событиях в области общественного здравоохранения из разных источников
- Большинство стран ежегодно готовят отчет SPAR по оценке потенциала страны в области обеспечения санитарно-эпидемиологической безопасности на основе требований ММСП
- Переписи, в том числе с использованием идентификаторов для малых территорий, должны проводиться каждые 10 лет и содержать всеобъемлющие демографические данные, в том числе, в соответствующих случаях, с учетом групп мигрантов
- Следует обеспечить национальный потенциал для составления демографических прогнозов для малых территорий на основе данных переписей
- Для обеспечения качества переписей необходимо проведение послеперечисных обследований

Учет рождений, смертей и причин смерти

для того, чтобы знать, кто рождается и от чего умирают люди



ОСНОВНЫЕ КОМПОНЕНТЫ

С1. ПОЛНАЯ РЕГИСТРАЦИЯ РОЖДЕНИЙ И СМЕРТЕЙ



ПОЧТИ
40%

смертей в мире регистрируется.

С2. ЗАСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕ ПРИЧИН СМЕРТИ И ИНФОРМИРОВАНИЕ О НИХ



ТОЛЬКО В
8%

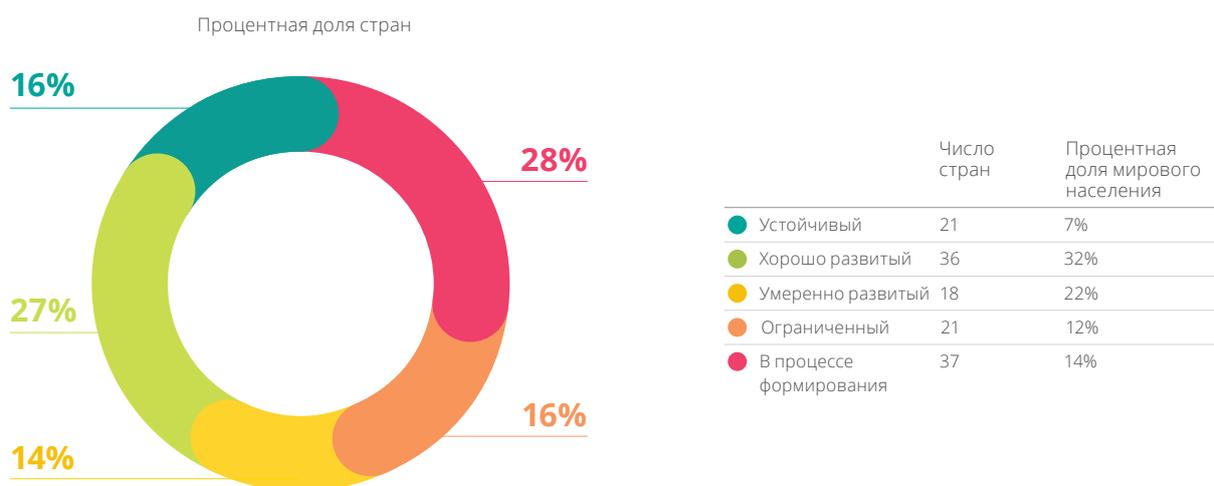
случаев при регистрации смертей в странах с низким уровнем дохода указывается причина смерти.

Регистрация актов гражданского состояния представляет собой непрерывную регистрацию важных жизненных событий для конкретного человека (таких как рождение, вступление в брак, смерть и причина смерти). Эффективная система РАГССЕДН имеет решающее значение для регистрации этих событий, а также для отслеживания тенденций в области общественного здравоохранения, планирования мероприятий по укреплению здоровья населения и оценки действенности проводимой политики.

РАГССЕДН является оптимальной системой для получения статистики рождаемости и смертности, а регистрация рождений является основой систем управления с использованием индивидуальных

идентификационных данных, которые во многих странах обеспечивают установление правосубъектности, необходимой для доступа к услугам здравоохранения и другим услугам. В рамках нескольких ЦУР в области здоровья и связанных с охраной здоровья предполагается представление информации о случаях смерти либо по всем причинам, либо по конкретным причинам. Кроме того, системы РАГССЕДН позволяют получить знаменатели популяции, необходимые для расчета многих показателей ЦУР и ВОУЗ. Создание системы РАГССЕДН является одной из основных обязанностей государств и предполагает сотрудничество различных заинтересованных сторон в различных секторах.

РИСУНОК С.1
ПРОЦЕНТАЯ ДОЛЯ СТРАН (N=133) В РАЗБИВКЕ ПО ПОТЕНЦИАЛУ СТРАН В ОТНОШЕНИИ УЧЕТА РОЖДЕНИЙ, СМЕРТЕЙ И ПРИЧИН СМЕРТИ



C1. Полная регистрация рождений и смертей

Все страны должны иметь отлаженную систему РАГССЕДН, которая регистрирует все случаи рождения и смерти, выдает свидетельства о рождении и смерти и собирает и распространяет статистику естественного движения населения, включая данные о причинах смерти. Она также может служить для регистрации актов о бракосочетании, разводе и усыновлении.

проводилась оценка, регистрируют не менее 90% деторождений на своей территории. С другой стороны, менее 40% стран регистрируют не менее 90% случаев смерти на своей территории.

Полнота регистрации рождений и смертей

Страны полнее регистрируют рождения, чем смерти

На рисунке C1.1 представлен потенциал стран по обеспечению полной регистрации рождений и смертей, определяемой как регистрация по крайней мере 90% рождений и/или смертей. Примерно половина из 133 стран, в отношении которых



**ПРИМЕРНО
50%**

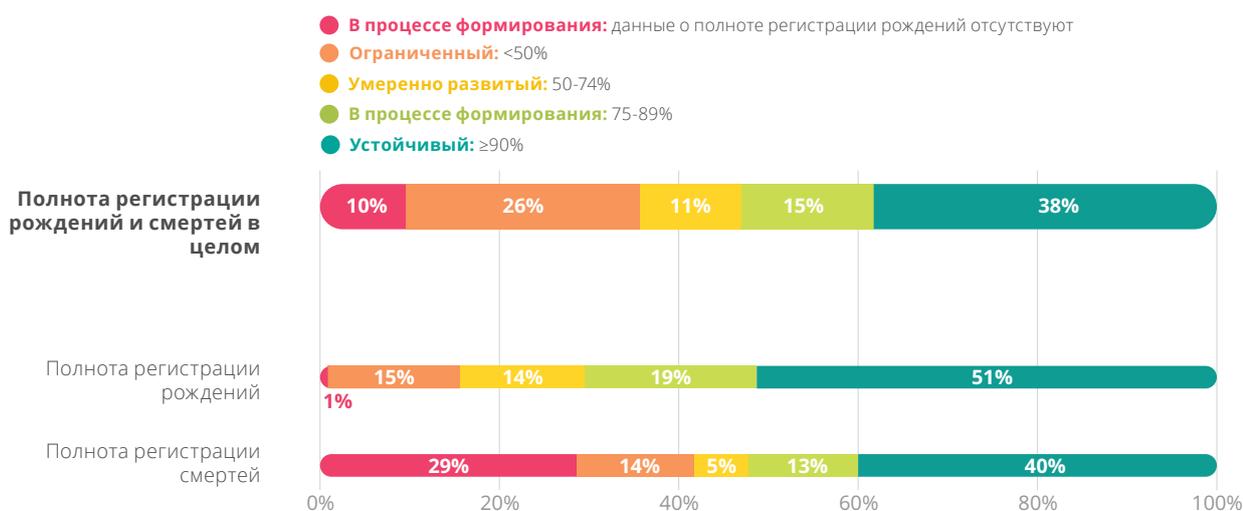
стран регистрируют не менее 90% деторождений.



**ПРИМЕРНО
40%**

стран регистрируют не менее 90% случаев смерти.

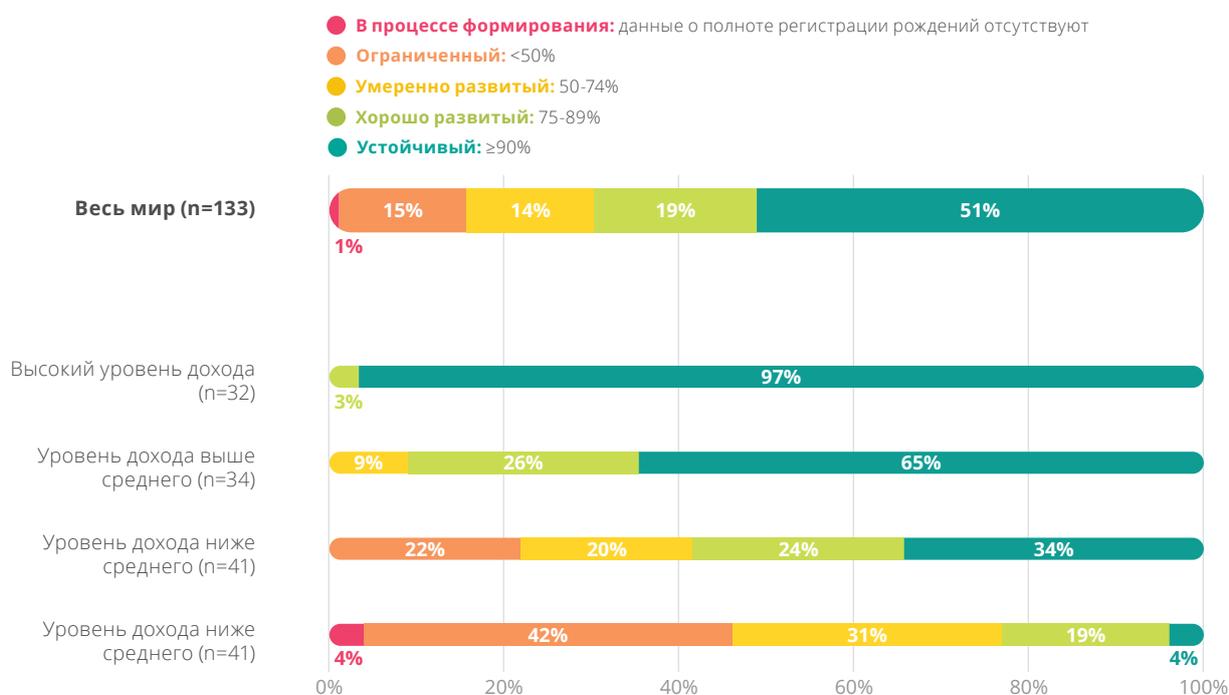
РИСУНОК C1.1
ПРОЦЕНТАЯ ДОЛЯ СТРАН (N=133) В РАЗБИВКЕ ПО ПОТЕНЦИАЛУ В ОТНОШЕНИИ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПОЛНОЙ РЕГИСТРАЦИИ РОЖДЕНИЙ И СМЕРТЕЙ



Существуют значительные различия между странами с высоким и низким уровнем дохода по степени полноты регистрации рождений, смертей и причин смерти

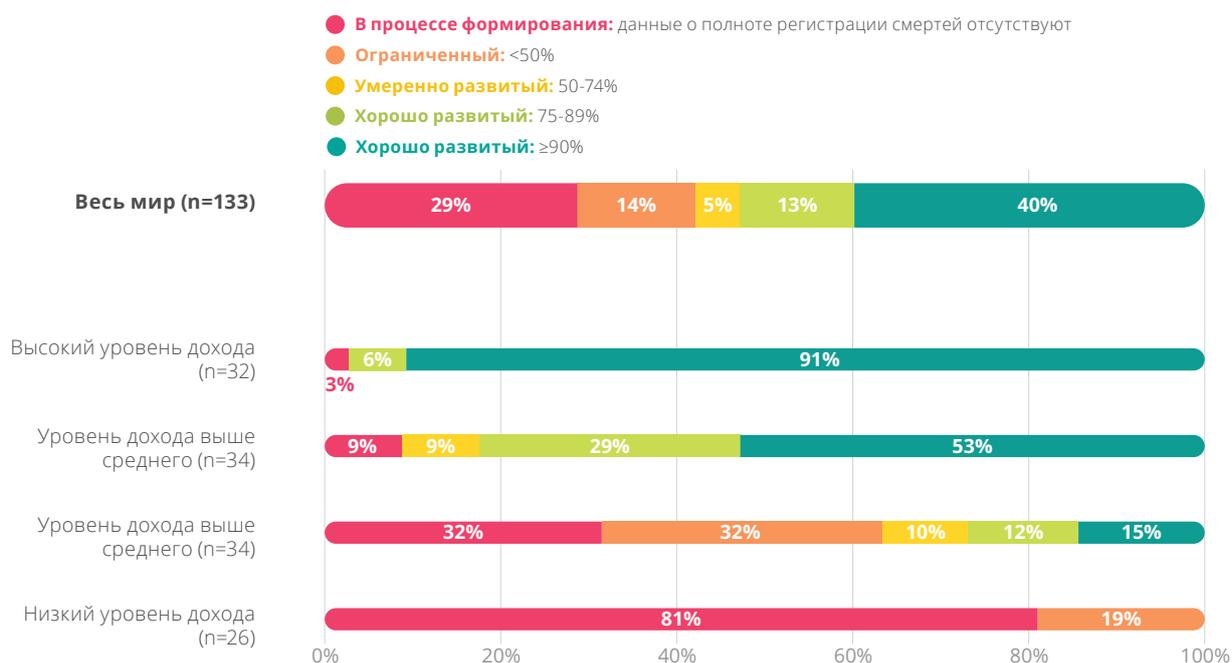
Наблюдаются существенные различия по полноте регистрации рождений в зависимости от уровня дохода страны. В то время как более 90% стран с высоким уровнем дохода осуществляют полную регистрацию рождений (определяемую как более 90% зарегистрированных рождений), менее 10% стран с низким уровнем дохода осуществляют такую полную регистрацию (рисунок С1.2).

РИСУНОК С1.2
ПРОЦЕНТНАЯ ДОЛЯ СТРАН (N=133), В РАЗБИВКЕ ПО ПОТЕНЦИАЛУ В ОТНОШЕНИИ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПОЛНОТЫ РЕГИСТРАЦИИ РОЖДЕНИЙ И ПО УРОВНЮ ДОХОДА СТРАН



Аналогичная картина наблюдается и по регистрации смертей. В то время как более трети стран – преимущественно страны с высоким уровнем дохода – регистрируют по меньшей мере 90% смертей на своей территории (рисунок С1.3), большинство стран с низким уровнем дохода либо не располагают данными, либо сообщают о полноте регистрации на уровне менее 50%.

РИСУНОК С1.3 ПРОЦЕНТНАЯ ДОЛЯ СТРАН (N=133), В РАЗБИВКЕ ПО ПОТЕНЦИАЛУ В ОТНОШЕНИИ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПОЛНОТЫ РЕГИСТРАЦИИ СМЕРТЕЙ И ПО УРОВНЮ ДОХОДА СТРАН



Однако взаимосвязь между уровнем дохода и полнотой регистрации смертей ни в коей мере не является абсолютной. В некоторых странах с уровнем дохода ниже среднего степень полноты регистрации случаев смерти превышает 90%. И наоборот, в ряде стран с уровнем дохода выше среднего этот показатель не достигает 75%.



В ряде стран с уровнем дохода выше среднего степень полноты регистрации случаев смерти

**НЕ ДОСТИГАЕТ
75%**

Существует меньше эффективных стимулов для регистрации смертей по сравнению с регистрацией рождений. Так, например, несмотря на то что в некоторых странах регистрация смерти является условием для получения разрешения на захоронение тела или праха, это является действенным только в тех случаях, когда захоронение или кремация регулируются законом и осуществляются соответствующие правоприменительные меры. В некоторых странах, например в Бангладеш, разрешение на захоронение не требуется. В других юрисдикциях существуют местные, неофициальные способы погребения тела, включая места семейных захоронений. Например, в Бразилии, Гане и Либерии существуют нерегулируемые кладбища, на которых захоронения производятся без каких-либо юридических документов. В других местах разрешение на захоронение выдается местными управляющими кладбища, которые не обязаны сообщать о деталях захоронения в орган записи актов гражданского состояния.

Зачастую не признается, что свидетельство о смерти является важным документом для семьи умершего, в частности для детей (которые могут нуждаться в услугах служб поддержки детей-сирот) и для вдов (вдовцов), которым необходимо свидетельство о смерти для получения права на пенсионное пособие супруга и соответствующих льгот, а также права на вступление в брак в странах, где закон устанавливает моногамию. Кроме того,

свидетельство о смерти необходимо для того, чтобы остальные члены семьи могли претендовать на наследство или доступ к ресурсам и имуществу покойного.

Несмотря на то что такие стимулы могут способствовать регистрации смертей, многие люди, особенно самые бедные, практически ничего не наследуют после смерти близкого человека и имеют слабое представление о том, каким образом свидетельство о смерти может помочь установить право на получение определенных льгот. Иногда родственники узнают о необходимости получения свидетельства о смерти только через несколько лет после смерти, когда возникают юридические вопросы, связанные с передачей имущества или земли. К тому времени зарегистрировать смерть может быть слишком поздно, а наказания за несвоевременную регистрацию могут стать серьезным сдерживающим фактором.

Такое положение дел позволило выявить основные предпосылки для надлежащего функционирования системы РАГССЕДН. Эти предпосылки могут рассматриваться в качестве промежуточных показателей прогресса и будут весьма востребованы для создания в будущем усовершенствованных и хорошо функционирующих систем РАГССЕДН.

Важными предпосылками для создания эффективной системы РАГССЕДН являются следующие факторы.

Важными предпосылками для создания эффективной системы РАГССЕДН являются следующие факторы.

Наличие функционирующего межсекторального координационного механизма системы РАГССЕДН.

Регистрационная инфраструктура (отделы и регистраторы) в достаточном количестве для обеспечения простого доступа к регистрации.

Бизнес-процессы уведомления о регистрации рождений и смертей, а также других важных жизненных событий, позволяющие получать своевременную и достоверную отчетность.

Сектор здравоохранения играет важную роль в уведомлении о рождении и смерти, в

том числе о причинах смерти.

Наличие системы уведомления о рождении, смерти и важных жизненных событиях, которые происходят в сообществе (включая методы вербальной аутопсии для информирования о вероятной причине смерти при отсутствии медицинского освидетельствования).

Врачи, имеющие хорошую подготовку в области медицинского освидетельствования случаев смерти.

Кодировщики, хорошо подготовленные к кодированию причин смерти с использованием МКБ.

Специалисты по статистике, которые способны анализировать события, связанные с естественным движением населения, и готовить статистические данные о естественном движении населения.

Специалисты по статистике, которые способны анализировать события, связанные с естественным движением населения, и готовить статистические данные о естественном движении населения.

Из 75 стран (охватывающих 70% населения мира), в отношении которых имеются подробные сведения по атрибутам причины смерти, только 20% соответствуют по крайней мере 80% от 11 стандартов для функционирующей системы РАГССЕДН. Среди одиннадцати рассматриваемых стандартов страны с большей вероятностью демонстрировали, что у них есть правовая база, бизнес-процессы и стандартные операционные процедуры и что в стране предусмотрено достаточное количество пунктов, в которых граждане могут регистрировать рождения и смерти, в том числе в сельских и труднодоступных

районах. Стандарты, которым страны удовлетворяли с наименьшей вероятностью, включали наличие системы межведомственного сотрудничества (которая играет надзорную роль, включает основные заинтересованные стороны, предусматривает регулярное проведение собраний) и наличие всеобъемлющей электронной системы для обмена информацией между местными, региональными и центральными бюро.



Только
20%

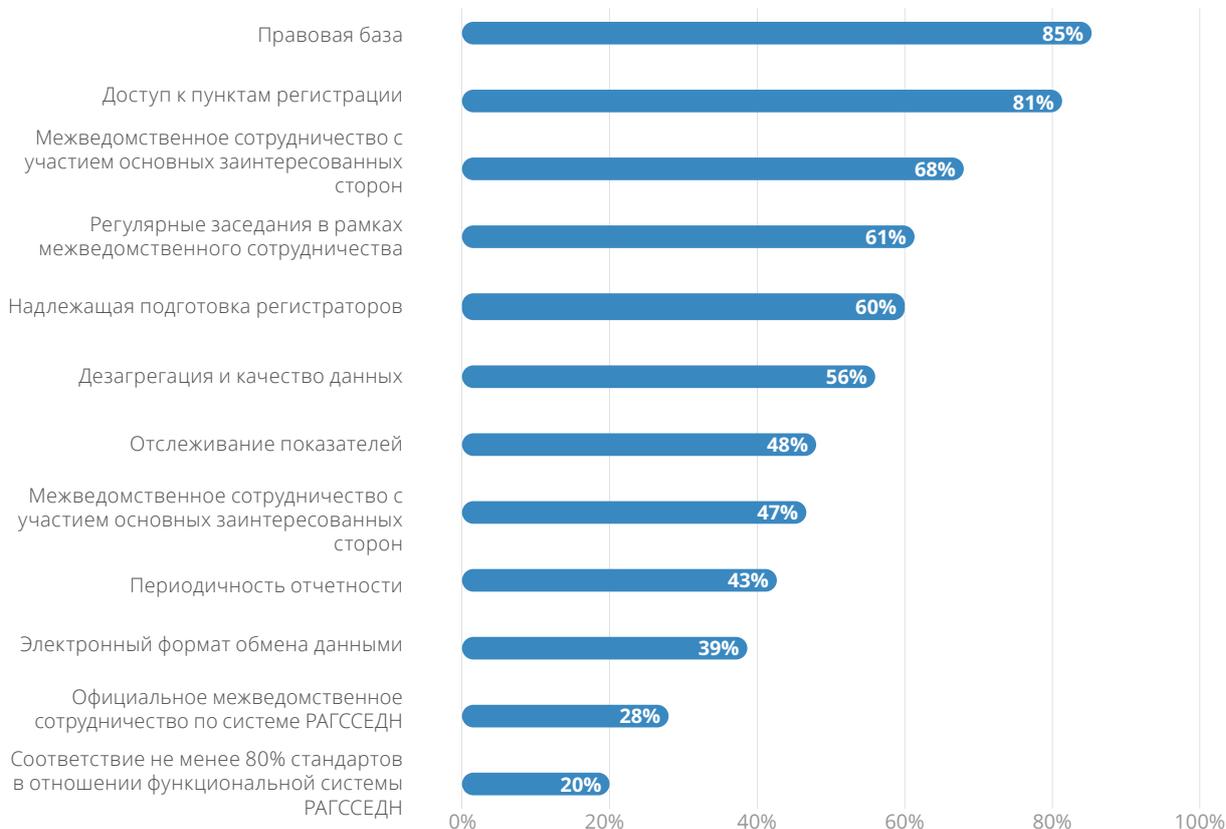
стран, имеющих данные о причинах смерти, удовлетворяют

80%

стандартов в области РАГССЕДН.

РИСУНОК С1.4

ПРОЦЕНТАЯ ДОЛЯ СТРАН (N=75), СООТВЕТСТВУЮЩИХ РЕКОМЕНДУЕМЫМ СТАНДАРТАМ В ОТНОШЕНИИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ РАГССЕДН, В РАЗБИВКЕ ПО ОСНОВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЯМ*



*Рекомендуемые стандарты для функциональной системы РАГССЕДН были проанализированы по 75 странам, в которых была собрана достоверная информация.

Где пропавшие миллионы?



Ежегодно

36

миллионов
младенцев остаются
незарегистрированными.

Во всем мире регистрируется чуть более 70% деторождений в год. Это означает, что ежегодно 36 миллионов детей остаются незарегистрированными. Регистрируется только 44% детей, рожденных в Африканском регионе ВОЗ, в то время как полнота регистрации рождений является самой высокой в Европейском регионе и Регионе стран Америки, где регистрируется более 90% рождений.

Ежегодно регистрируется около 62% смертей. В Африканском регионе ВОЗ регистрируется только 10% смертей, в то время как в Европейском регионе и Регионе стран Америки регистрируется более 90% смертей.

ТАБЛИЦА С1.1
ЧИСЛО РЕГИСТРИРУЕМЫХ РОЖДЕНИЙ И СМЕРТЕЙ, В РАЗБИВКЕ ПО РЕГИОНАМ ВОЗ*

	Весь мир	АФР	РВС	ЕР	АМР	ЮВАР	ЗТОР
Число рождений	126 423	36 067	16 045	2 708	11 670	36 327	23 607
Число зарегистрированных рождений	90 574	15 950	11 006	2 661	11 154	28 326	21 476
Процентная доля зарегистрированных рождений	72%	44%	69%	98%	96%	78%	91%

	Весь мир	АФР	РВС	ЕР	АМР	ЮВАР	ЗТОР
Число смертей	47 749	9 285	3 701	2 592	5 173	13 762	13 236
Число зарегистрированных смертей	29 463	921	2 033	2 535	4 718	8 390	10 866
Процентная доля зарегистрированных смертей	62%	10%	55%	98%	91%	61%	82%

*Согласно последним данным, полученным из 133 стран; все числовые значения количества рождений и смертей указаны в тысячах.

C2. Засвидетельствование причин смерти и информирование о них

Все страны должны располагать возможностями для подготовки качественных актуальных статистических данных о смертности для описания уровней и тенденций смертности и выявления и отслеживания изменений в бремени болезней по различным группам населения.



Страны с низким уровнем дохода указывают причину смерти

**ТОЛЬКО В
8%**

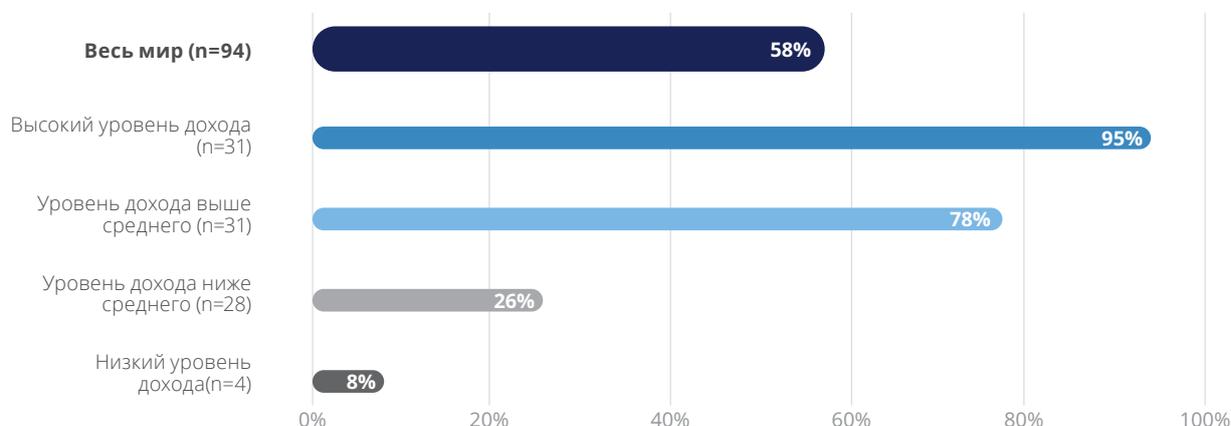
регистрируемых смертей.

Полнота данных о смертях с указанием причин смерти

Страны, в которых причины смерти указываются более чем в 90% случаев, почти все относятся к странам с высоким уровнем дохода или с уровнем дохода выше среднего

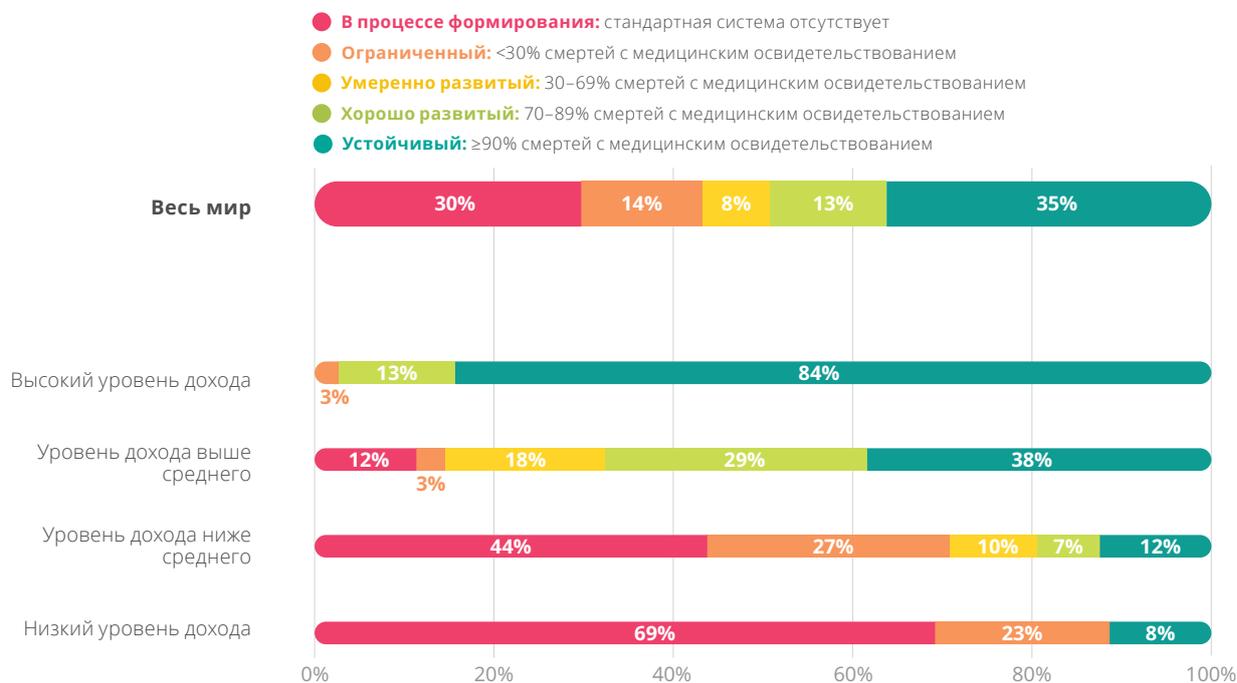
В то время как страны с высоким уровнем дохода указывают причину смерти в 95% случаев зарегистрированных смертей, страны с низким уровнем дохода указывают причину смерти только в 8% случаев зарегистрированных смертей.

РИСУНОК C2.1
ПРОЦЕНТНАЯ ДОЛЯ ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫХ СМЕРТЕЙ С УКАЗАНИЕМ ПРИЧИН СМЕРТИ СРЕДИ ВСЕХ ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫХ СМЕРТЕЙ, В РАЗБИВКЕ ПО УРОВНЮ ДОХОДА СТРАН*



*Данные по 94 из 133 стран, в отношении которых имеется информация о регистрации смертей.

РИСУНОК С2.2 ПРОЦЕНТНАЯ ДОЛЯ СТРАН (N=133), В РАЗБИВКЕ ПО ПОТЕНЦИАЛУ В ОТНОШЕНИИ РЕГИСТРАЦИИ ПРИЧИН СМЕРТИ И ПО УРОВНЮ ДОХОДА СТРАН



Распределение стран по уровню потенциала и уровню дохода

	В процессе формирования	Ограниченный	Умеренно развитый	Хорошо развитый	Устойчивый	Итого
Высокий уровень дохода (n=32)	0	1	0	4	27	32
Уровень дохода выше среднего	4	1	6	10	13	34
Уровень дохода ниже среднего	18	11	4	3	5	41
Низкий уровень дохода	18	6	0	0	2	26
Весь мир	40	19	10	17	47	133

В 47 странах процентная доля регистрируемых смертей с указанием причин смерти превышает 90%. Более 85% из этих 47 стран относятся к странам с уровнем дохода выше среднего и высоким уровнем дохода. Менее 15% из них относятся к странам с уровнем дохода ниже среднего и низким уровнем дохода (рисунок С2.2).



85%

стран, указывающих причины смерти в

90%

и более случаев зарегистрированных смертей, являются странами с уровнем дохода выше среднего или с высоким уровнем дохода.

Качество данных о причинах смерти

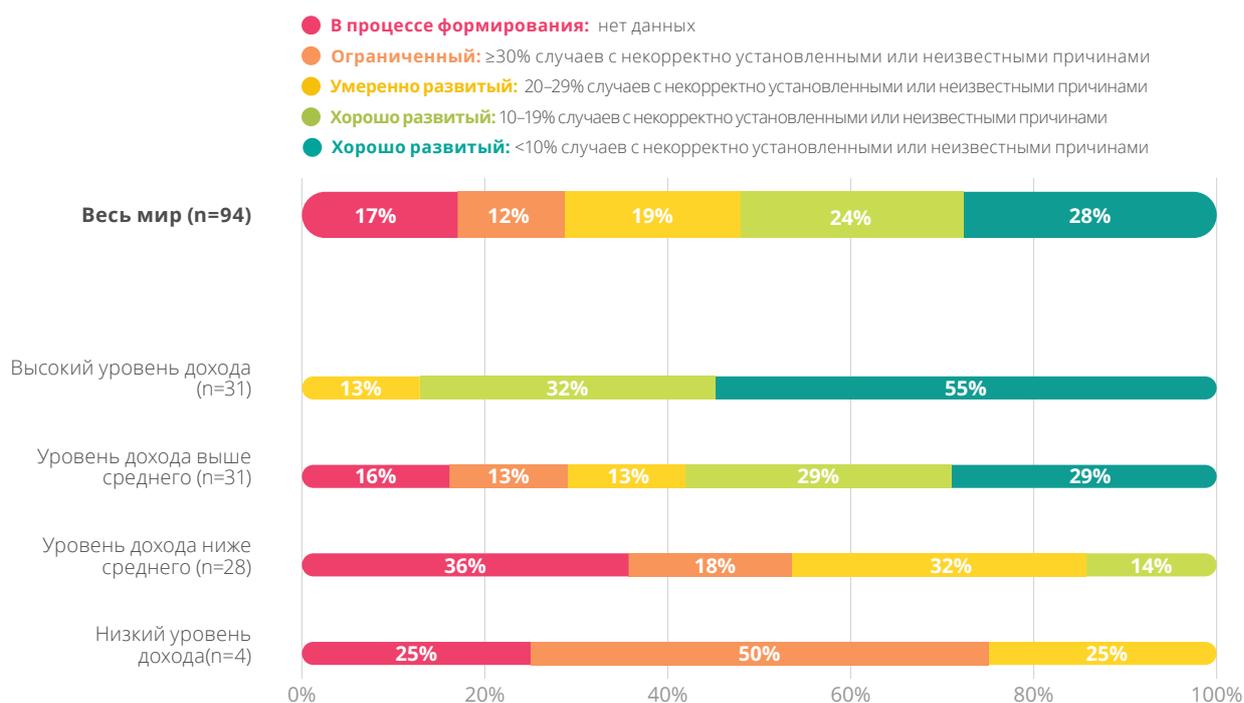
Качество данных о причинах смерти во многих странах находится под вопросом

Даже если в случае смерти проводится медицинское освидетельствование, при этом могут возникнуть проблемы с качеством, которые ограничивают полезность информации о причине смерти. Качество информации о причине смерти может быть улучшено с помощью международных стандартов для корректного определения причины смерти. Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) является стандартизированной классификацией болезней, которая позволяет сравнивать причины смерти за определенный промежуток времени и по группам населения. Стандартизированная информация о причинах смерти позволяет принимать обоснованные решения в области общественного здравоохранения и дает возможность разработчикам политики уделять первоочередное внимание приоритетным задачам и инвестициям в области здравоохранения, а также отслеживать достигнутый прогресс.

Обеспечение медицинского освидетельствования и надлежащего кодирования смертей является особенно сложной задачей в странах, в которых большинство смертей происходит за пределами учреждений здравоохранения. В таких случаях вербальная аутопсия позволяет получить информацию о вероятной причине смерти. В ходе вербальной аутопсии обученный интервьюер использует анкету для получения информации о признаках, симптомах и демографических характеристиках недавно умершего человека у лица, знакомого с умершим, и на основании этой информации делает вывод о вероятной причине смерти.

Лишь в 28% стран показатель некорректно указанных кодов причин смерти составляет менее 10%. В то время как примерно в 50% стран с высоким уровнем дохода причины смерти устанавливаются некорректно в менее 10% случаев, около трети стран с уровнем дохода ниже среднего и стран с низким уровнем дохода не используют МКБ-10 для установления причин смерти и, следовательно, не располагают качественными данными о причинах смерти.

РИСУНОК С2.3 ПРОЦЕНТНАЯ ДОЛЯ СТРАН, В РАЗБИВКЕ ПО КАЧЕСТВУ РЕГИСТРАЦИИ СМЕРТЕЙ И ПО УРОВНЮ ДОХОДА СТРАН*



*Данные по 94 из 133 стран, в отношении которых имеется информация о регистрации смертей.



Перспективы на будущее: стратегические выводы

Приведенный моментальный снимок систем РАГССЕДН во всем мире свидетельствует о наличии значительных возможностей для их усовершенствования, однако проверка полноты регистрации является завершающим этапом целого процесса и не отражает прогресс, который в настоящее время уже достигается на его более ранних этапах многими государствами, осуществляющими инвестиции в системы РАГССЕДН. Разработчики политики в ряде стран с низким и средним уровнем дохода предприняли решительные шаги по укреплению национальных систем РАГССЕДН, и эти шаги привели к значительному расширению охвата регистрацией рождений и смертей, а также повышению качества данных о причинах смерти. Тем не менее:

- Точная информация о рождениях, смертях и причинах смерти имеет важнейшее значение для разработчиков политики в области здравоохранения, чтобы они могли уделять первоочередное внимание приоритетным задачам в области здравоохранения, направлять инвестиции и обеспечивать оптимальное распределение ресурсов
- Записи актов гражданского состояния являются наилучшим источником статистических данных о естественном движении населения, необходимых для отслеживания прогресса в достижении национальных и международных целевых показателей в области здравоохранения: способность отслеживать прогресс в достижении ЦУР будет в значительной степени зависеть от наличия всеобъемлющих систем регистрации актов гражданского состояния и статистики естественного движения населения
- Основой для укрепления системы РАГССЕДН является совершенствование управления, совершенствование процессов уведомления, наращивание потенциала, создание совместных партнерств с участием заинтересованных сторон из всех государственных секторов и наращивание потенциала в области удостоверения фактов смерти и кодирования случаев смерти с применением МКБ
- ВОЗ активно занимается укреплением систем РАГССЕДН и разработала стратегию в области РАГССЕДН и план ее реализации на 2020–2023 гг. Эта работа нацелена на расширение возможностей государств-членов по более активному использованию сектора здравоохранения в качестве движущей силы процесса укрепления системы РАГССЕДН, чтобы обеспечить наиболее эффективное применение стандартных информационных систем для целей разработки политики и развития
- ВОЗ также сотрудничает со многими партнерами и донорами в целях ускорения процесса укрепления системы РАГССЕДН с помощью платформы «Сотрудничество в области данных здравоохранения» (СДЗ), которая была создана в 2017 г. Платформа СДЗ нацелена на обеспечение согласованности инвестиций и деятельности партнеров и доноров в сфере РАГССЕДН

Оптимизация данных служб здравоохранения

для обеспечения справедливого и качественного оказания услуг всему населению

ОСНОВНЫЕ КОМПОНЕНТЫ

01. СТАНДАРТНАЯ СИСТЕМА ОТЧЕТНОСТИ УЧРЕЖДЕНИЙ, ПРЕДУСМАТРИВАЮЩАЯ МОНИТОРИНГ ПАЦИЕНТОВ



ТОЛЬКО
31%

стран сообщают данные учреждений субнационального уровня о тяжелых психических расстройствах.

02. СИСТЕМА РЕГУЛЯРНОГО МОНИТОРИНГА ДОСТУПНОСТИ УСЛУГ, ИХ КАЧЕСТВА И ЭФФЕКТИВНОСТИ



ПОЧТИ В
50%

стран потенциал систематического мониторинга качества медико-санитарной помощи остается ограниченным или практически отсутствует.

03. РЕСУРСЫ СЛУЖБ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ФИНАНСИРОВАНИЕ И КАДРОВЫЕ РЕСУРСЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

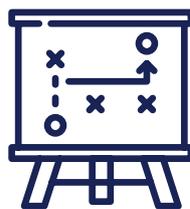


89%

стран предоставляют данные о государственных расходах на здравоохранение.

Данные об услугах здравоохранения получаются с помощью многих подсистем данных, включая системы стандартной отчетности на уровне учреждений и сообществ, обследования учреждений здравоохранения и различные системы данных о ресурсах здравоохранения, такие как системы учета кадров здравоохранения и информационные системы финансирования здравоохранения.

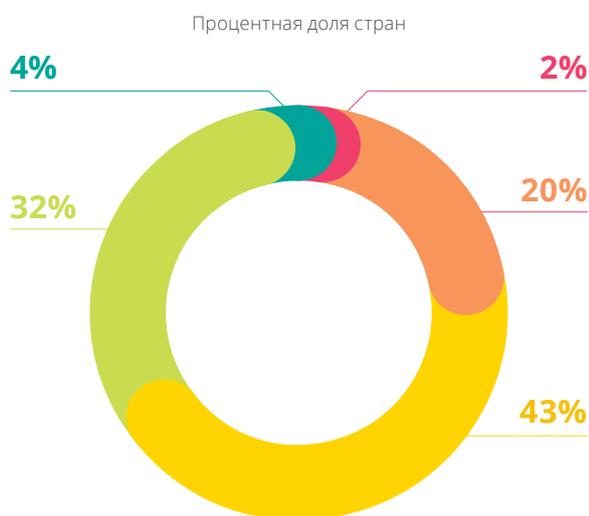
В идеале эти подсистемы должны быть интегрированными или совместимыми, чтобы облегчить всесторонний анализ услуг здравоохранения для поддержки принятия врачебных решений, управления лечебными заведениями, эпидемиологического надзора, секторального планирования, мониторинга и управления на всех уровнях. Данные, собираемые в учреждениях здравоохранения, учитываются в ряде показателей мониторинга достижения связанных со здоровьем ЦУР и ВОУЗ.



**ТОЛЬКО
4%**

стран-участниц обладают устойчивым потенциалом по оптимизации данных служб здравоохранения.

РИСУНОК 0.1
ЧИСЛО И ПРОЦЕНТАЯ ДОЛЯ СТРАН (N=133), ЧИСЛЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ СТРАНЫ В ПРОЦЕНТАХ ОТ ОБЩЕМИРОВОГО НАСЕЛЕНИЯ В РАЗБИВКЕ ПО ПОТЕНЦИАЛУ СТРАН В ПЛАНЕ ПРОВЕДЕНИЯ ОБСЛЕДОВАНИЙ НАСЕЛЕНИЯ И ВЫЯВЛЕНИЯ РИСКОВ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ



	Число стран	Процентная доля мирового населения
Устойчивый	5	3%
Хорошо развитый	42	62%
Умеренно развитый	57	17%
Ограниченный	26	4%
В процессе формирования	3	1%

01. Стандартная система отчетности учреждений, предусматривающая мониторинг пациентов

Данные, систематически собираемые в учреждениях здравоохранения, не в полной мере отражают состояние здоровья населения, и они могут быть неполными или неоднородного качества. Тем не менее эти данные имеют ряд преимуществ по сравнению с данными, собираемыми в ходе обследований и специальных исследований. Они доступны в режиме, близком к реальному времени, и их можно получить по каждому отделению, оказывающему услуги. Как таковые эти данные могут использоваться для ведения клиентов/пациентов, организации медико-санитарного обслуживания на уровне учреждения и на более высоком уровне, а также для эпиднадзора за болезнями. Данные учреждений здравоохранения учитываются при мониторинге ряда показателей достижения связанных со здоровьем ЦУР и ВОУЗ, включая заболеваемость туберкулезом и процент успешных исходов лечения, заболеваемость малярией, охват основными услугами здравоохранения (контрольные показатели ВОУЗ с компонентом данных учреждений), процент лиц, живущих с ВИЧ, которые в настоящее время получают антиретровирусную терапию, и количество больничных коек на душу населения.

Доступность основных показателей, полученных на основе данных из учреждений

Необходимы дополнительные меры по укреплению стандартной отчетности учреждений - в настоящее время учитываются только отдельные заболевания или области

Хорошо известны недостатки данных, поступающих от учреждений здравоохранения, в том числе отсутствие полного представления о состоянии здоровья населения, неполнота данных и их низкое качество. Тем не менее эти данные имеют ряд преимуществ по сравнению с данными из других источников: они доступны в режиме, близком к реальному времени, и их можно получить по каждому отделению, оказывающему услуги.

Результаты анализа набора контрольных показателей свидетельствуют о том, что на национальном уровне отслеживаются многие аспекты охраны здоровья, однако эти результаты существенно различаются по различным показателям. Анализ наличия данных начиная с 2013 г. показывает широкую представленность данных по ВИЧ-инфекции, туберкулезу и иммунизации, но меньшую – по другим контрольным показателям (рисунок O1.1).



ДИСПРОПОРЦИИ В НАЛИЧИИ ДАННЫХ ОБУСЛОВЛЕННЫ

неравномерным финансированием программ здравоохранения.

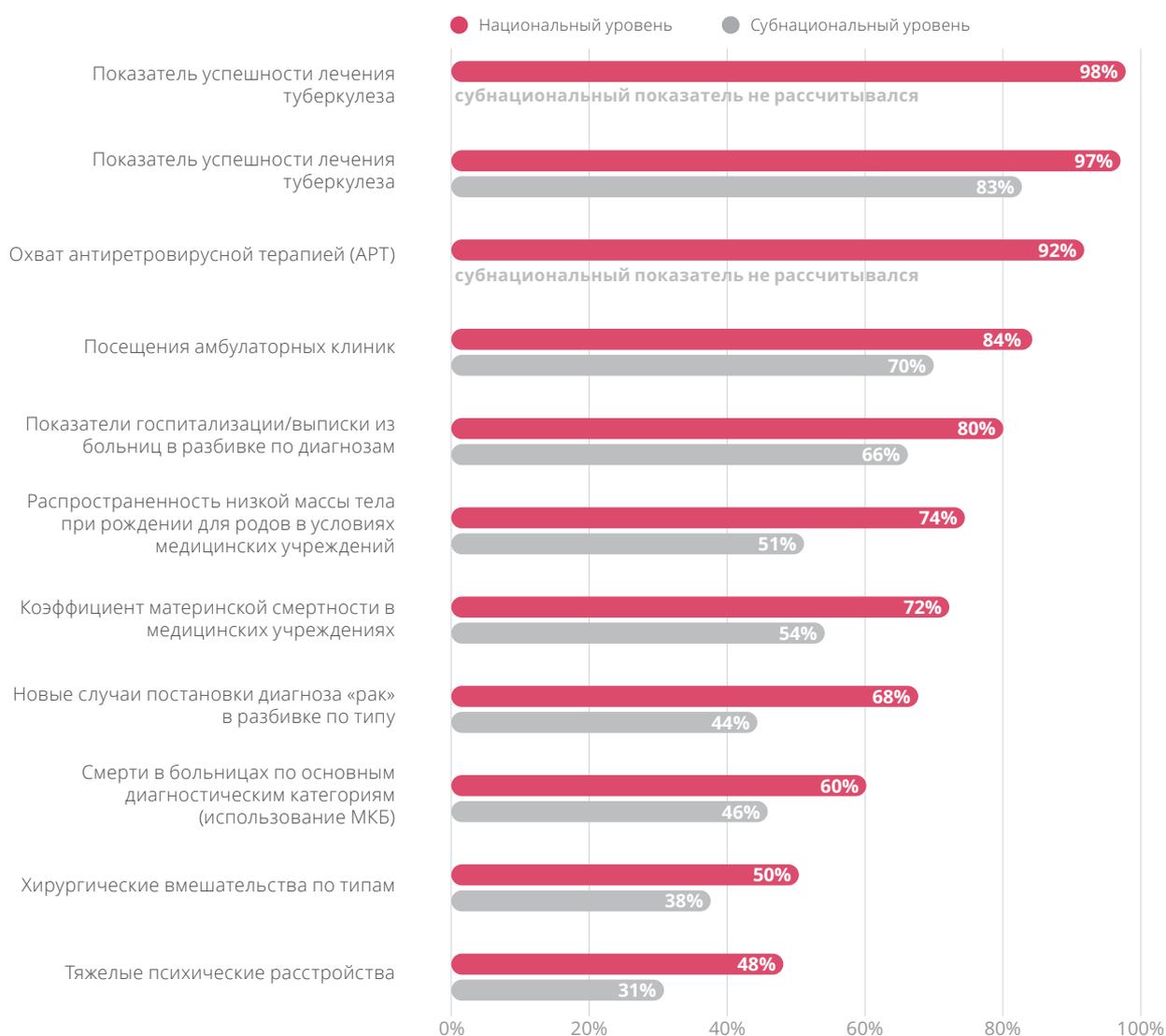
Наличие такого большого объема данных по ВИЧ-инфекции, туберкулезу и иммунизации отражает влияние многолетней интенсивной поддержки этих программ через крупные механизмы финансирования, включая поддержку в области мониторинга и отчетности. В отношении других показателей такого рода поддержка не оказывается, и это отражается на результатах. Так, например, менее 50% стран могут продемонстрировать наличие данных о психическом здоровье.

Оценка показателей неравенства в предоставлении услуг имеет решающее значение, однако страны часто не сообщают дезагрегированные данные

Дезагрегирование данных по программам позволяет специалистам по планированию и руководителям программ оценивать неравенство в предоставлении

услуг и результатах лечения. Доступ к услугам и их наличие могут различаться в разных районах страны или быть разными для мужчин, женщин и различных возрастных подгрупп. Там, где это целесообразно, важно также дезагрегировать данные по соответствующим популяционным подгруппам для определения масштабов и закономерностей неравенства в оказании услуг здравоохранения.

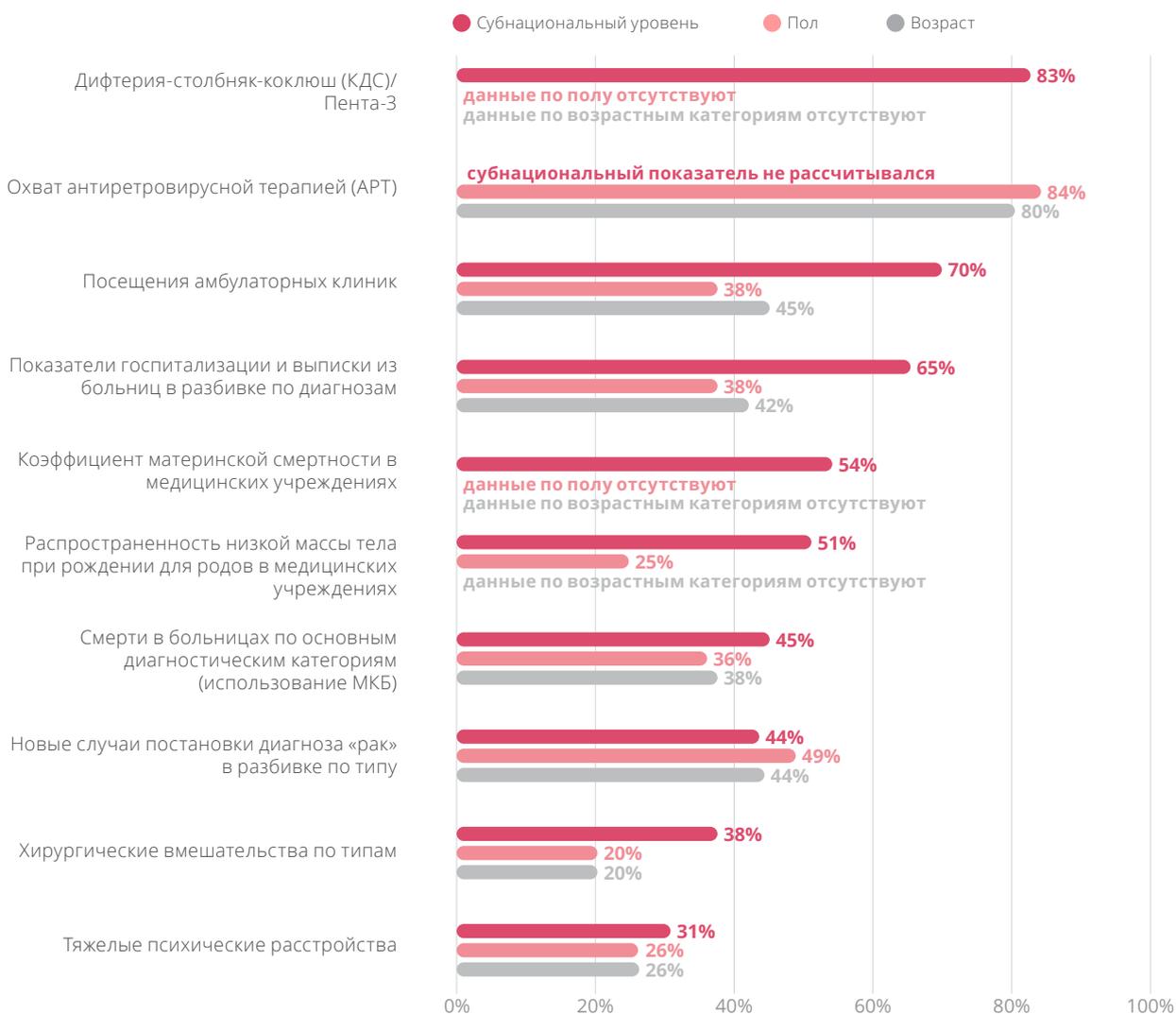
РИСУНОК 01.1
ПРОЦЕНТНАЯ ДОЛЯ СТРАН (N=133) С ПОКАЗАТЕЛЯМИ, ОСНОВАННЫМИ НА ОЦЕНКЕ ДАННЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ*



На рисунке O1.1 дезагрегированные данные представлены в разбивке по 10 показателям применительно к странам, осуществляющим сбор данных на национальном уровне. Дезагрегированные данные чаще всего доступны на субнациональном уровне; однако по четырем

показателям только в менее 50% стран имеются соответствующие данные, дезагрегированные на субнациональном уровне. При обращении к данным о поле и возрасте видно, что по всем восьми показателям они указываются менее чем в 50% стран (рисунок O1.2).

РИСУНОК O1.2 ПРОЦЕНТНАЯ ДОЛЯ СТРАН (N=133), СООБЩАЮЩИХ ДЕЗАГРЕГИРОВАННЫЕ ДАННЫЕ УЧРЕЖДЕНИЙ, В РАЗБИВКЕ ПО ВЫБРАННЫМ ПОКАЗАТЕЛЯМ*



Надлежащие методы обеспечения качества данных позволяют получать надежные данные

В странах, в которых ведется сбор данных из учреждений, их качество часто не гарантируется. Должны существовать документально оформленные процедуры проверки полноты, согласованности и точности данных и соответствующей корректировки статистических данных на основе сделанных выводов; однако менее одной пятой стран сообщили о наличии комплексных систем документально

оформленных проверок качества данных, получаемых из лечебных учреждений, причем это касается как учреждений первичной медико-санитарной помощи, так и больниц. Более 40% стран (42% – в отношении учреждений первичной медико-санитарной помощи и 45% – в отношении больниц, рисунок O1.3) либо не проводят проверку качества данных, либо не могут предоставить документальные данные о соответствующей процедуре. Репрезентативность и надежность данных, получаемых из учреждений, в значительной степени зависит от полноты отчетности учреждений, которая варьируется в зависимости от типа учреждения (рисунок O1.4).

РИСУНОК O1.3
ПРОЦЕНТНАЯ ДОЛЯ СТРАН (N=133), В КОТОРЫХ ИМЕЕТСЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ ПО ПРОВЕРКАМ КАЧЕСТВА ДАННЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, В РАЗБИВКЕ ПО ТИПАМ УЧРЕЖДЕНИЙ

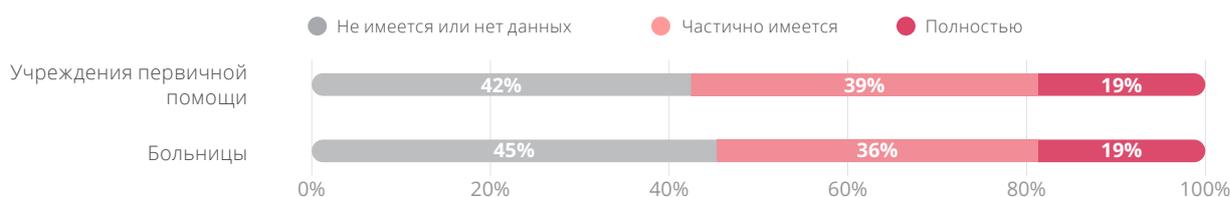
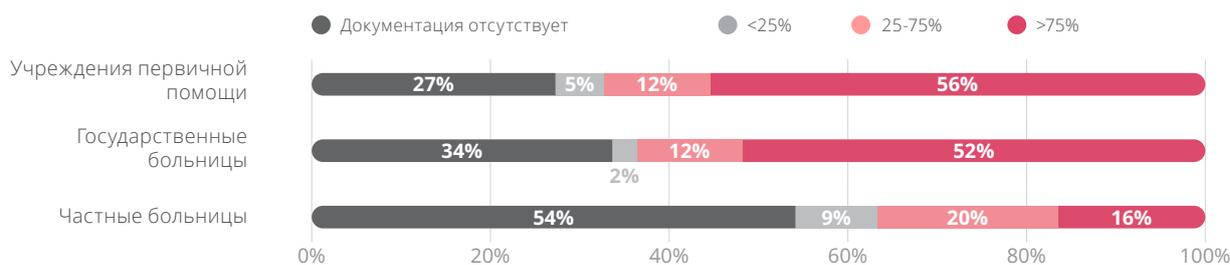


РИСУНОК O1.4
ПРОЦЕНТНАЯ ДОЛЯ СТРАН (N=133), СООБЩАЮЩИХ ДАННЫЕ УЧРЕЖДЕНИЙ С ДОКУМЕНТАЦИЕЙ, В РАЗБИВКЕ ПО ТИПУ УЧРЕЖДЕНИЙ



02. Система регулярного мониторинга доступности услуг, их качества и эффективности

Всеобщий доступ к качественным услугам является необходимым предварительным условием для достижения всеобщего охвата услугами здравоохранения¹. Этим объясняется важность системы мониторинга наличия и готовности услуг², а также качества и эффективности помощи. Страны находятся на разных уровнях в области мониторинга качества помощи: при самом простом подходе оценки учреждений могут использоваться для сбора информации, которая не представляется на постоянной основе, такой как сведения о наличии необходимого оборудования, материалов и людских ресурсов; соблюдении клинических протоколов; качестве помощи; и отзывах клиентов. Для проверки данных, представляемых через систему стандартной отчетности, также используются оценки учреждений. Более зрелые системы, существующие во многих странах с высоким уровнем дохода, предполагают аккредитацию учреждений здравоохранения.

Отлаженная система независимого мониторинга служб здравоохранения

Качественные услуги здравоохранения имеют решающее значение, однако проведение систематических оценок по-прежнему сопряжено с трудностями

Все страны должны иметь независимую, объективную, всестороннюю систему внешнего обзора, осуществляемого с помощью регулярного отслеживания наличия, готовности, качества и эффективности услуг здравоохранения. Выводы были истолкованы с точки зрения уровней зрелости, и предполагает, что с ростом зрелости систем здравоохранения мониторинг наличия и готовности медико-санитарных услуг превратится в регулярный независимый мониторинг качества помощи.



**ПОЧТИ В
50%**

стран потенциал систематического мониторинга качества помощи остается ограниченным или практически отсутствует.

¹ Evans DB, Hsu J, Boerma T. Universal health coverage and universal access. Bull World Health Organ 2013; 91: 546-546A <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.13.125450> PMID: 23940398.

² O'Neill K, Takane M, Sheffel A, Abou-Zahr C, Boerma T. Monitoring service delivery for universal health coverage: the Service Availability and Readiness Assessment. Bull World Health Organ. 2013 Dec 1;91(12):923-31. doi: 10.2471/BLT.12.116798. Epub 2013 Sep 30. PMID: 24347731; PMCID: PMC3845262.

Стандарты и методы оценки качества услуг здравоохранения

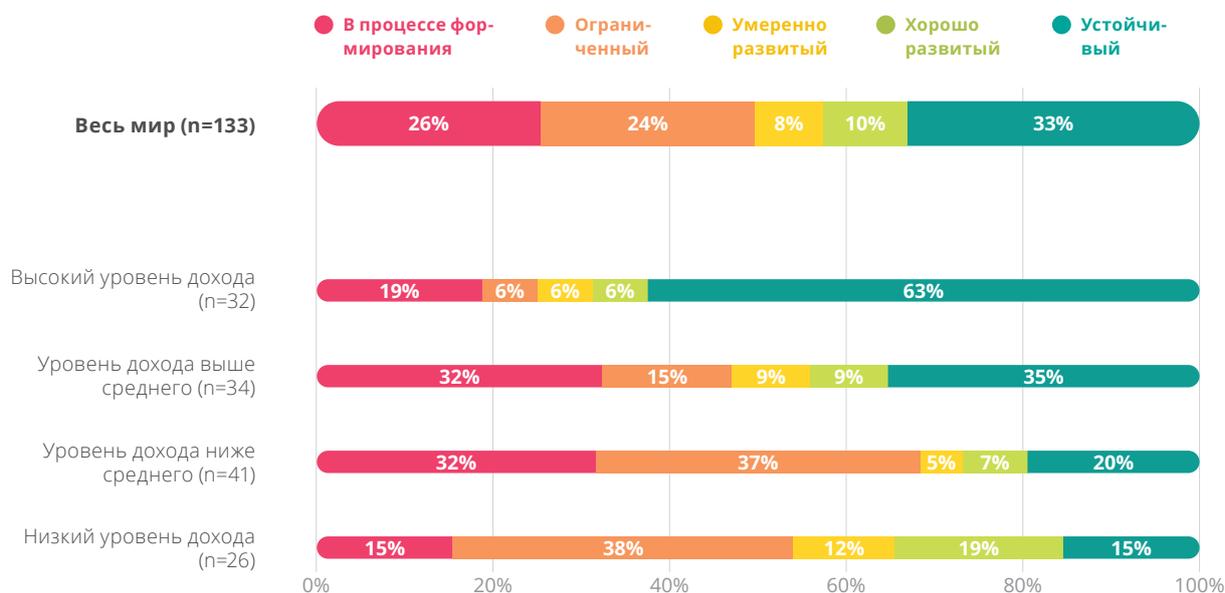
Услуга имеется в наличии, если она предлагается учреждением здравоохранения. Учреждение здравоохранения готово предложить эту услугу, если оно располагает квалифицированным персоналом, диагностическими возможностями и лекарственными средствами, необходимыми для предоставления этой услуги. Наличие, готовность и качество помощи могут быть оценены либо с помощью независимых обследований учреждений, либо с помощью системы аккредитации.

Оценку обеспеченности услугами и готовности служб (ОУГС) ВОЗ использует для оценки наличия услуг и степени готовности их предоставления в представительной выборке учреждений здравоохранения. Другие инструменты обследования учреждений здравоохранения (например, Оценка

предоставления услуг (ОПУ), Показатели предоставления услуг (ППУ), Согласованные модули оценки учреждений здравоохранения (ННФА) не ограничиваются только оценкой готовности и позволяют более глубоко оценивать качество услуг.

Аккредитация представляет собой систематический процесс обзора, который требует от учреждений здравоохранения неоднократного подтверждения соответствия официальным стандартам, в отличие от подхода, основанного на обследовании, в рамках которого, как правило, оценка наличия услуг и готовности служб производится на основе выборки. На более зрелом этапе системы здравоохранения должны внедрять мониторинг качества услуг, основанный либо на должным образом разработанных обследованиях учреждений, либо на системе аккредитации всех учреждений здравоохранения.

РИСУНОК О2.1
ПРОЦЕНТНАЯ ДОЛЯ СТРАН (N=133), ИМЕЮЩИХ СИСТЕМУ РЕГУЛЯРНОГО МОНИТОРИНГА НАЛИЧИЯ УСЛУГ, ИХ КАЧЕСТВА И ЭФФЕКТИВНОСТИ



Качество помощи имеет решающее значение для достижения на деле всеобщего охвата услугами здравоохранения. Во всем мире почти 50% стран имеют ограниченный потенциал по мониторингу качества предоставляемой помощи (рисунок О2.1). В большинстве стран с высоким уровнем дохода

осуществлялся всесторонний и регулярный мониторинг качества помощи на основе системы аккредитации. Однако это не относится к странам с другими уровнями дохода, среди которых в значительной доле стран отсутствует или имеется лишь ограниченный потенциал для мониторинга качества помощи.

03. Ресурсы служб здравоохранения: финансирование и кадровые ресурсы

Все страны должны располагать комплексными базами данных для отслеживания финансирования здравоохранения и кадровых ресурсов здравоохранения. Функционирование системы национальных счетов здравоохранения (НСЗ) и национальной системы учета кадров здравоохранения (НСКЗ) должно обеспечиваться в соответствии с международными стандартами.

Доступность последних данных о национальных расходах на здравоохранение

Цель внедрения устойчивого метода отслеживания расходов на здравоохранение заключается в том, чтобы все страны могли систематически измерять движение денежных средств в национальной системе здравоохранения с использованием НСЗ, основанных на международных стандартах. Желательно создать электронную систему отслеживания государственных расходов на всех уровнях управления для обеспечения возможности эффективного мониторинга национальных расходов на здравоохранение.

НСЗ предоставляют государственным директивным органам необходимую финансовую информацию для обоснования выбора политических мер, планирования бюджета и распределения ресурсов, а также для мониторинга подотчетности. НСЗ содержат сведения о доле расходов на здравоохранение в экономике, финансовом бремени расходов на здравоохранение для домохозяйств, объеме внешнего финансирования в расходах на здравоохранение и доле расходов на разные уровни оказания помощи (например, больницы, учреждения первичной медико-санитарной помощи) и лечение разных заболеваний или состояний.

Более 40% стран не отслеживают катастрофические расходы на здравоохранение, являющиеся одним из основных показателей ВОУЗ

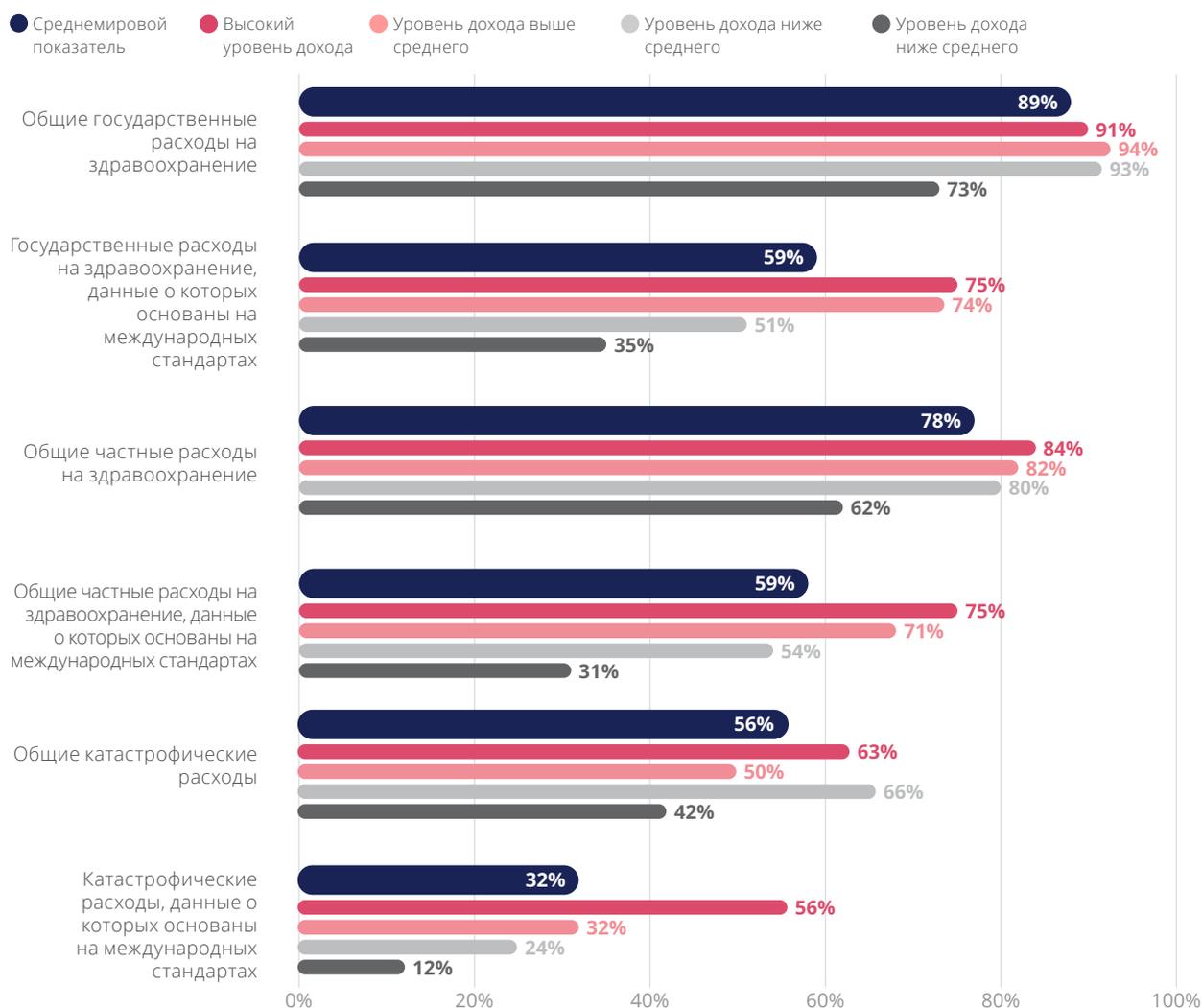
ССЗ обеспечивает основу для анализа государственных и частных расходов на здравоохранение с помощью набора международных стандартов. При том что почти 90% и 80% стран отслеживают государственные и частные расходы на здравоохранение, соответственно, за последние пять лет, они не всегда отслеживаются в соответствии с международными стандартами. Только порядка 60% стран с 2013 г. отслеживают государственные и частные расходы на здравоохранение в соответствии с международными стандартами, такими как ССЗ. Вместе с тем уровень отслеживания показателя катастрофических расходов в целом еще ниже: только 56% стран ведут какую-либо работу по мониторингу, и только в 32% стран мониторинг проводится в соответствии со стандартами SCORE (рисунок О3.1). Данные, не основанные на стандартах, трудно поддаются сравнению как на внутристрановом уровне во времени, так и на международном уровне. Страны с более высоким уровнем дохода с большей вероятностью будут собирать данные о расходах в соответствии со стандартами. Существует необходимость, с одной стороны, активизировать отслеживание катастрофических расходов на здравоохранение, а с другой – использовать международные стандарты для сбора данных о государственных, частных и катастрофических расходах.



89%

стран предоставляют данные о государственных расходах на здравоохранение.

РИСУНОК ОЗ.1
ПРОЦЕНТНАЯ ДОЛЯ СТРАН (N=133), СОБИРАЮЩИХ ДАННЫЕ О РАСХОДАХ, В РАЗБИВКЕ ПО ВИДУ РАСХОДОВ И ПО УРОВНЮ ДОХОДА СТРАН



Ежегодно обновляемые данные о плотности работников здравоохранения и их распределении

Кадры здравоохранения являются основой надежных, устойчивых систем здравоохранения. Обеспечение ВОУЗ и любых гарантий глобальной безопасности в области здравоохранения возможно только при условии осуществления инвестиций, направленных на устранение

неравенства в доступе к квалифицированным кадрам здравоохранения внутри стран (между городскими и сельскими районами, а также между государственным и частным секторами). В связи с важностью постоянного уделения внимания обеспечению равенства на внутристрановом уровне странам следует проводить дезагрегацию данных для информационного обеспечения процесса разработки политики в отношении плотности и распределения кадров здравоохранения³. Внедрение НСКЗ обеспечивает систематический и поступательный подход к повышению доступности и качества данных о трудовых ресурсах.

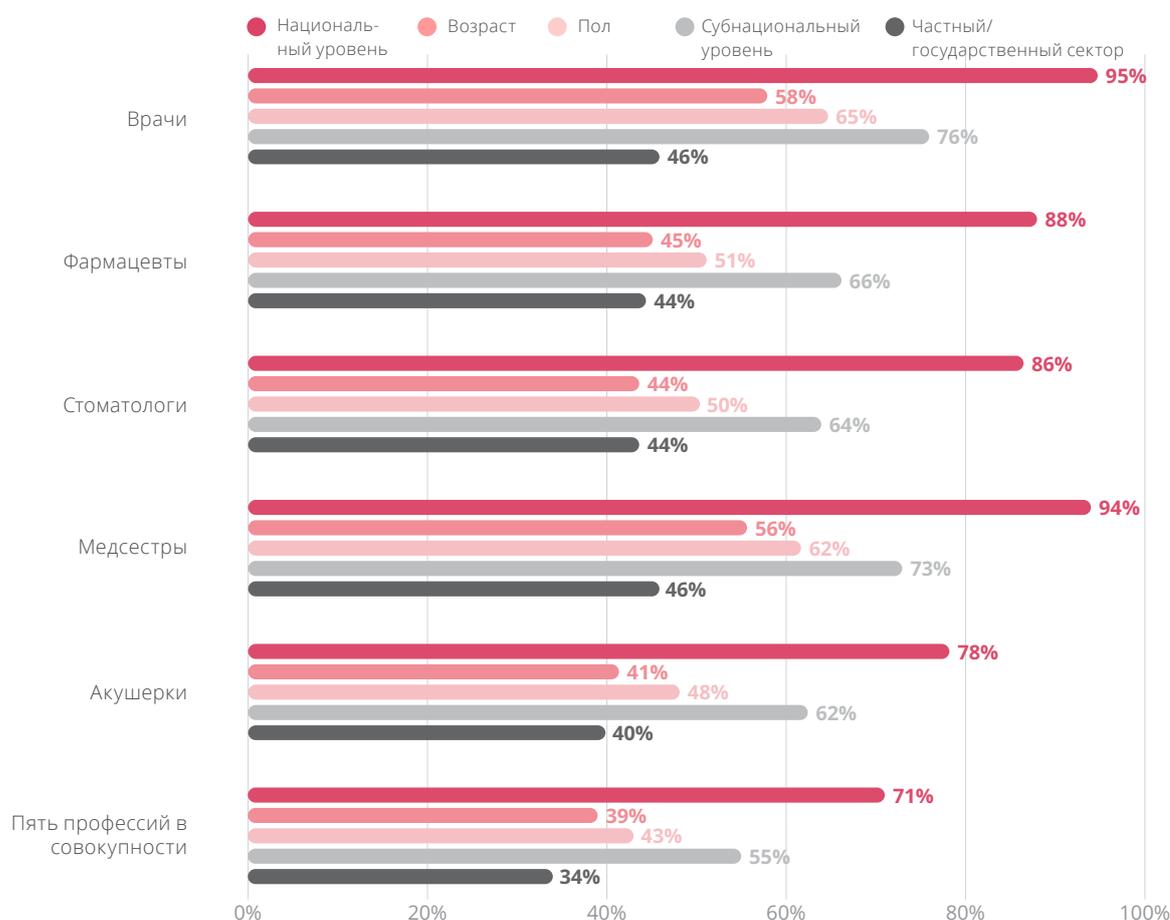
³ Working for health and growth: investing in the health workforce. Report of the High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth. Geneva: World Health Organization; 2016.

Только 55% стран предоставляют дезагрегированные данные по кадровым ресурсам здравоохранения с разбивкой по субнациональным единицам

При оценке наличия данных в центре внимания находились пять категорий работников здравоохранения: врачи, фармацевты, стоматологи, сестринский персонал и акушерский персонал. Несмотря на то что в 71% из 133 обследованных стран имелся потенциал по представлению агрегированных национальных данных по всем пяти категориям, взятым в совокупности (рисунок ОЗ.2), иная ситуация наблюдается в

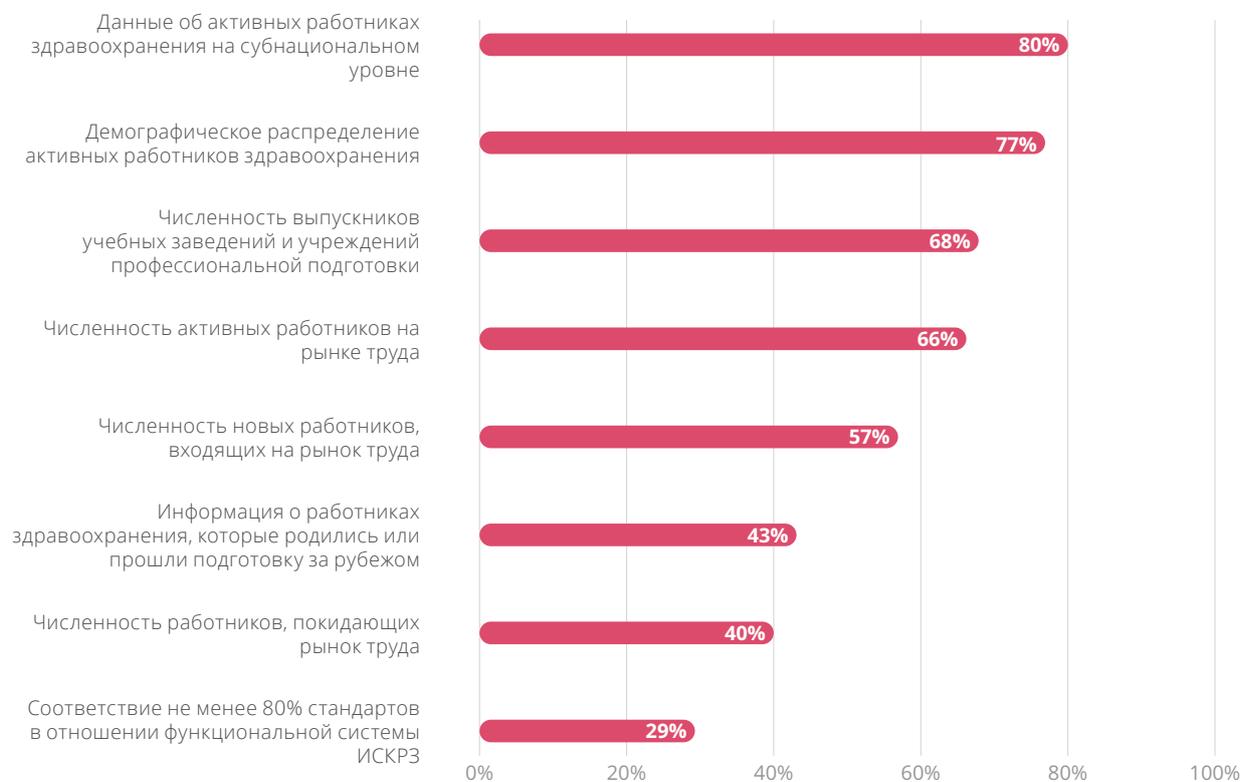
отношении рекомендованного дезагрегирования (в частности, по возрасту, полу, субнациональным и управленческим структурам (государственным или частным)). Если рассматривать все пять профессий в совокупности, можно отметить, что 55% стран располагают субнациональными данными, 39% – данными о возрасте, 43% – данными о половой принадлежности и 34% – данными об управленческих структурах (вразбивке по государственному/частному сектору). Эти небольшие расхождения по наличию дезагрегированных данных о распределении кадровых ресурсов здравоохранения ограничивают разработку эффективных планов и политики на национальном и субнациональном уровнях.

РИСУНОК ОЗ.2
ПРОЦЕНТНАЯ ДОЛЯ СТРАН (N=133), ПРЕДОСТАВЛЯЮЩИХ ДАННЫЕ О ПЛОТНОСТИ РАБОТНИКОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ИХ РАСПРЕДЕЛЕНИИ, В РАЗБИВКЕ ПО ПРОФЕССИЯМ



Некоторые основные показатели функциональной информационной системы по кадровым ресурсам здравоохранения (ИСКРЗ) были оценены в 65 странах (рисунок ОЗ.3). Несмотря на то что значительная часть этих стран в своей отчетности смогла удовлетворить некоторым из этих основных критериев, только 29% из 65 стран соответствуют 80% и более стандартов, характеризующих функциональную ИСКРЗ. По мере внедрения ИСКРЗ страны могут постепенно совершенствовать представление данных по многим аспектам, которые отражены в этих показателях.

РИСУНОК ОЗ.3
ПРОЦЕНТНАЯ ДОЛЯ СТРАН (N=65), СООТВЕТСТВУЮЩИХ ПРИНЯТЫМ СТАНДАРТАМ В ОТНОШЕНИИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ НАЦИОНАЛЬНОЙ ИСКРЗ, В РАЗБИВКЕ ПО ОСНОВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЯМ*



*Стандарты в отношении функциональной национальной информационной системы по кадровым ресурсам здравоохранения (ИСКРЗ) были проанализированы по 65 странам, в которых была собрана достоверная информация.



Перспективы на будущее: стратегические выводы

Данные, получаемые из учреждений здравоохранения, и данные о ресурсах здравоохранения имеют важное значение для управления службами здравоохранения и являются основным критерием при мониторинге прогресса в деле обеспечения ВОУЗ. К ряду основных стратегических выводов относятся следующие:

- Необходимо содействовать внедрению стандартов для статистических отчетов стран в целях уточнения полноты данных и описания процессов обеспечения качества данных
- Необходимо укрепить стандарты в отношении ежегодной публикации основных статистических данных об охране здоровья, основанных на стандартных данных здравоохранения. Для удовлетворения нужд в области выработки политики, планирования и управления эти статистические данные должны быть свежими и надлежащим образом дезагрегированными (по географическим регионам, полу и возрастным подгруппам). Методы обеспечения качества данных должны быть надлежащим образом описаны в статистических отчетах с указанием возможных ограничений
- На основе моделей, разработанных для отчетности по вопросам иммунизации и помощи в связи с туберкулезом и ВИЧ-инфекцией, следует расширить поддержку на глобальном уровне и охватить ею отслеживание оказания основных услуг (дородовая и акушерская помощь, психиатрическая помощь, помощь при сердечно-сосудистых заболеваниях, диагностика онкологических заболеваний и т. д.), а также мониторинг использования системы здравоохранения (амбулаторные обследования, госпитализация, основные хирургические вмешательства).
- Во многих странах существует настоятельная необходимость в усилении контроля за качеством предоставляемой помощи. Там, где это целесообразно, следует расширять масштабы программ аккредитации и лучше обеспечивать их документальное оформление; это особенно касается стран со средним уровнем дохода, которые могут располагать ресурсами для применения такого подхода. Проведение репрезентативных на национальном уровне оценок учреждений здравоохранения позволяет разработать промежуточную стратегию мониторинга наличия, готовности и качества услуг. Однако большинству стран, использующих эту стратегию, следует проводить такие обследования на более регулярной основе, что потребует мобилизации значительно большего объема ресурсов
- В рамках плана мониторинга и оценки национального сектора здравоохранения странам следует разработать на основе международных стандартов и с учетом национальных особенностей и потребностей согласованную программу проведения обследований учреждений здравоохранения, которая позволяла бы сократить дублирование и включала в себя информацию о содержании, финансировании и осуществлении мероприятий
- Необходимо упрочить стандарты распространения базовой информации о кадрах здравоохранения. Статистические данные за предыдущий год должны публиковаться ежегодно с разбивкой по районам здравоохранения. Глобальная информационно-разъяснительная работа и согласованные инвестиции, в частности посредством поддержки внедрения НСКЗ в странах, будут способствовать наращиванию их потенциала по укреплению существующих информационных систем по кадровым ресурсам здравоохранения (и подсистем, принадлежащих профессиональным ассоциациям и частному сектору) для получения своевременных дезагрегированных качественных данных, необходимых для решения сложных вопросов политики в области развития трудовых ресурсов здравоохранения



Анализ прогресса и эффективности

для принятия обоснованных решений



ОСНОВНЫЕ КОМПОНЕНТЫ

R1. РЕГУЛЯРНЫЙ АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ПРОГРЕССА И ЭФФЕКТИВНОСТИ С УЧЕТОМ ПРИНЦИПА СПРАВЕДЛИВОСТИ



ТОЛЬКО В
38%

СТРАН ПРОВОДИТСЯ ОБЗОР ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЕКТОРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ С РАЗБИВКОЙ ПО СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОМУ ПОЛОЖЕНИЮ.

R2. ИНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ В ПЛАНЕ АНАЛИЗА И ОБУЧЕНИЯ



ПРИМЕРНО В
50%

СТРАН ИМЕЕТСЯ ХОРОШО РАЗВИТЫЙ ИЛИ БОЛЕЕ ВЫСОКИЙ ПОТЕНЦИАЛ.

Использование данных и информации в целях проведения периодических обзоров прогресса и эффективности работы в секторе здравоохранения имеет решающее значение для определения как действенных, так и неэффективных мероприятий. Итоги процесса обзора (на основе стандартов и с использованием данных и показателей наивысшего качества) служат подспорьем при принятии решений на всех уровнях и способствуют выработке консенсуса в отношении необходимых действий, в том числе при обосновании распределения ресурсов. Оценка аспектов справедливости, сопоставление показателей работы системы с целевыми значениями и выявление факторов, способствующих и препятствующих эффективному доступу к услугам здравоохранения и пользованию этими услугами, относятся к числу основных компонентов обзора.

Обзоры прогресса и эффективности являются составной частью механизмов управления на национальном и местном уровнях; и такие инструменты как оценочные ведомости и информационные панели обладают огромным потенциалом в плане регулярной ежегодной или более частой оценки прогресса. Распространенной практикой также является

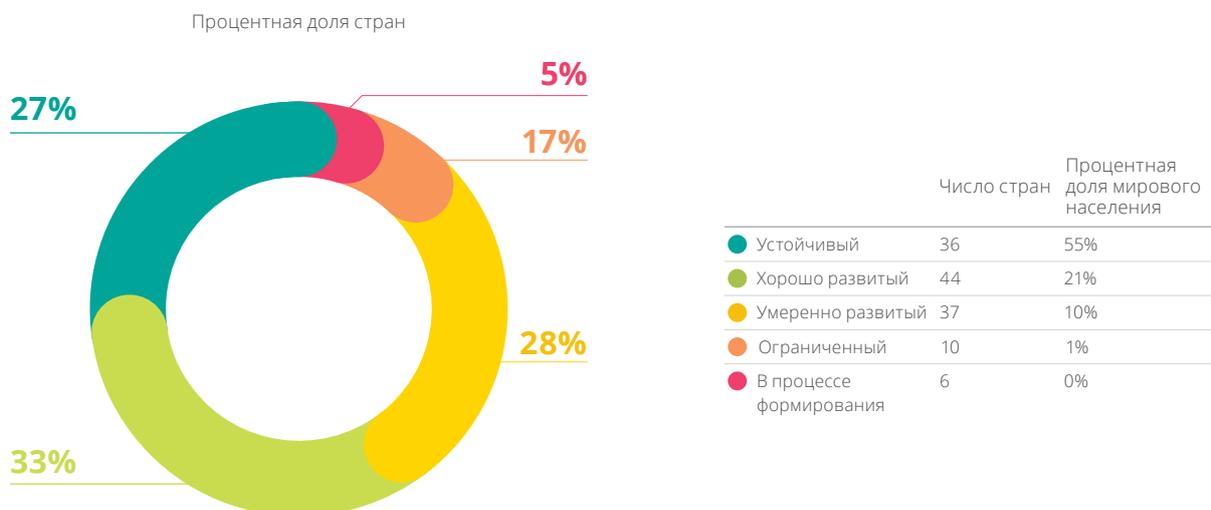
проведение среднесрочных обзоров и обзоров по итогам реализации плана, которые должны иметь большой охват. Результаты этих анализов интерпретируются в свете национальных стратегий, планов и политики с учетом международных событий и меняющихся условий. Привлечение национальных академических, медицинских и научно-исследовательских учреждений будет способствовать расширению институционального потенциала по улучшению анализа и использования данных, связанных со здоровьем.

В рамках вида деятельности SCORE «Анализ прогресса и эффективности» имеются два компонента:

1. регулярный аналитический обзор прогресса и эффективности с учетом принципа справедливости, и
2. институциональный потенциал в плане анализа и обучения.

В целом 60% стран продемонстрировали хорошо развитый или более высокий потенциал по этому виду деятельности (рисунок R.1).

РИСУНОК R.1
ЧИСЛО И ПРОЦЕНТАЯ ДОЛЯ СТРАН (N=133), ЧИСЛЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ СТРАНЫ В ПРОЦЕНТАХ ОТ ОБЩЕМИРОВОГО НАСЕЛЕНИЯ, В РАЗБИВКЕ ПО ПОТЕНЦИАЛУ В ОБЛАСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ОБЗОРОВ ПРОГРЕССА И ЭФФЕКТИВНОСТИ В СЕКТОРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



R1. Регулярный аналитический обзор прогресса и эффективности с учетом принципа справедливости

Странам следует проводить оценки и мониторинг прогресса и эффективности НПСЗ, включая степень соблюдения принципа справедливости в отношении доступа к услугам здравоохранения и их наличия. Оценки деятельности сектора здравоохранения должны соответствовать международным стандартам в отношении содержания и требовательности и служить основой для принятия мер, направленных на повышение эффективности работы по достижению поставленных целей. К основным компонентам оценки эффективности относится использование многочисленных источников данных (например, данных стандартных информационных систем здравоохранения, а также периодических обследований населения, системы РАГССЕДН и т. д.). Эти данные должны позволять оценивать прогресс в сопоставлении с целевыми показателями по основным показателям охраны здоровья, а также охват и доступ с точки зрения обеспечения равенства (по признаку пола, по социально-экономическим слоям и субнациональным единицам). Они должны обеспечивать оценку эффективности на основе сопоставления результатов прогресса и соответствующих расходов. Необходимо также иметь возможность сравнивать прогресс в достижении целевых показателей по различным типам поставщиков услуг здравоохранения (т. е. между больницами и отделениями первичной медико-санитарной помощи) и по различным субнациональным единицам для выявления районов страны с хорошими и плохими показателями работы. Наконец, следует проводить сравнение национальных результатов с показателями сопоставимых стран (сравнение на межстрановом уровне).

Анализ аспектов неравенства имеет решающее значение при проведении обзоров систем здравоохранения, однако лишь 38% стран предоставляют дезагрегированные данные в разбивке по социально-экономическому положению

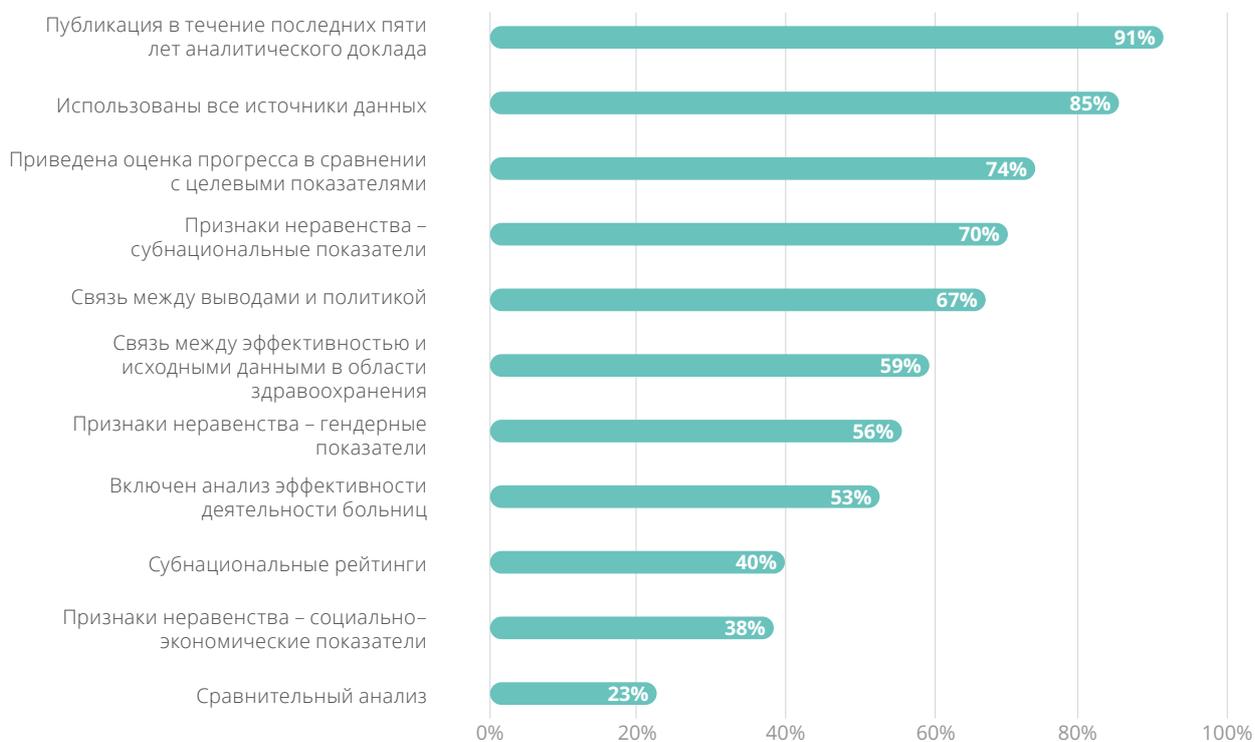
В то время как в течение последних пяти лет большинство стран (91%) подготовили аналитический отчет о стратегии развития сектора здравоохранения, только 25% стран представили отчеты, которые соответствовали по крайней мере 80% рекомендованных стандартов (рисунок R1.1). К числу наиболее часто отсутствовавших элементов относятся сравнительный анализ (сравнение с сопоставимыми странами) и субнациональные рейтинги (например, сравнение показателей по районам в одной и той же стране). Отсутствовали также показатели неравенства, особенно социально-экономического характера; сравнение показателей деятельности сектора здравоохранения по различным социально-экономическим слоям было выполнено лишь в 38% обследованных стран, в то время как сравнение показателей деятельности сектора здравоохранения в отношении мужчин и женщин проводилось в 56% стран, а показатели по субнациональным административным единицам (в 70% стран) учитывались чаще.



ТОЛЬКО
56%

стран информируют об оценке неравенства в зависимости от пола.

РИСУНОК R1.1
ПРОЦЕНТНАЯ ДОЛЯ СТРАН (N=133), КОТОРЫЕ РЕГУЛЯРНО ВЫПУСКАЮТ АНАЛИТИЧЕСКИЕ ДОКЛАДЫ В СООТВЕТСТВИИ С РЕКОМЕНДОВАННЫМИ СТАНДАРТАМИ, В РАЗБИВКЕ ПО ОСНОВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЯМ



БОЛЕЕ ЧЕМ В
70%

стран проводится оценка прогресса в сравнении с целевыми показателями.

R2. Институциональный потенциал в плане анализа и обучения

Во всех странах должен быть устойчивый национальный институциональный потенциал для получения, синтеза, анализа, распространения и использования данных и статистики в области здравоохранения. Ресурсами институционального потенциала являются министерство здравоохранения (и другие профильные министерства), национальные статистические управления, государственные институты здравоохранения, школы общественного здравоохранения, а также неправительственные и другие организации гражданского общества. Соответствующий потенциал должен быть также обеспечен на субнациональном уровне, например в региональных или районных подразделениях министерства здравоохранения. В целом около 50% стран (n=133) имеют по крайней мере хорошо развитый институциональный потенциал в области анализа и обучения (рисунок R2.1).

Решающее значение имеет тесное взаимодействие с государственными академическими, здравоохранительными и научно-исследовательскими учреждениями

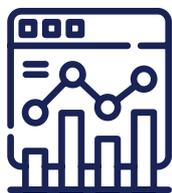
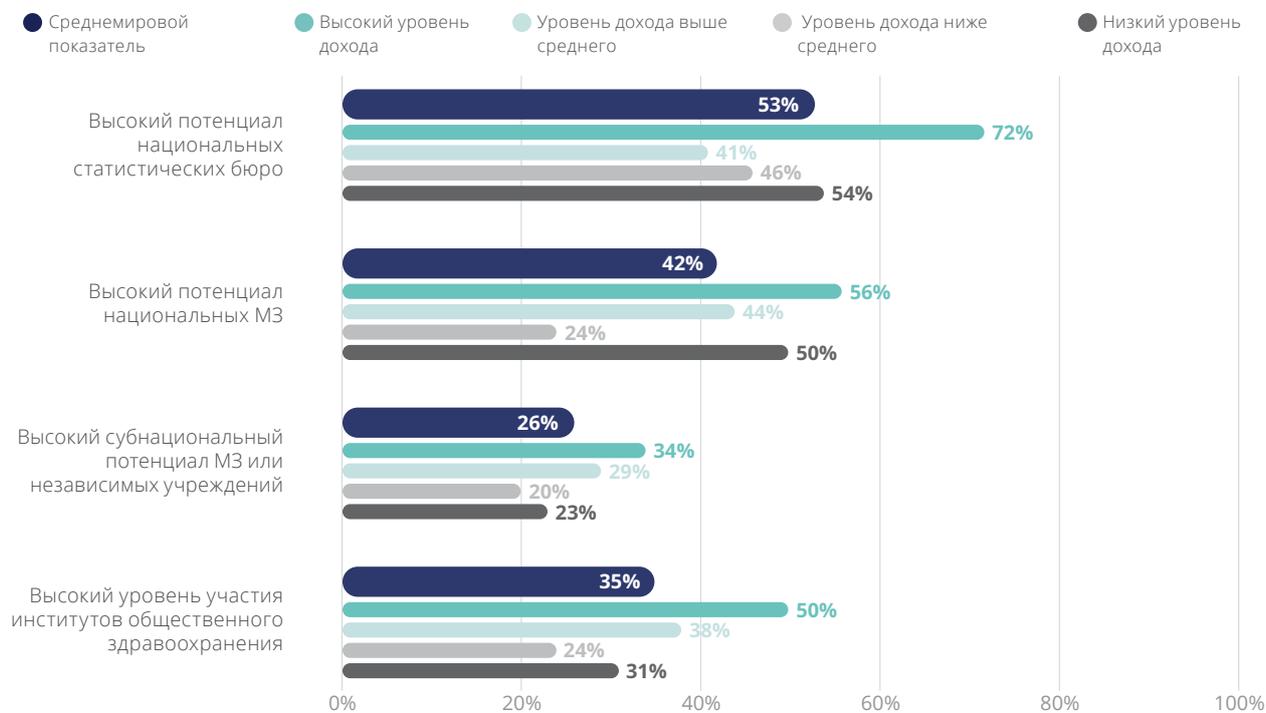
Участие государственных академических, здравоохранительных и исследовательских учреждений в процессе обзора является хорошо развитым или устойчивым только примерно в 35% стран (рисунок R2.2). Такое участие способствует созданию институционального потенциала для совершенствования анализа и использования статистических данных, связанных с охраной здоровья. Однако это наблюдается гораздо чаще в странах с высоким уровнем дохода, чем в других странах.

Отмечается, что национальные статистические управления располагают сравнительно большим потенциалом для анализа данных по всем группам благосостояния, чем министерства здравоохранения или государственные учреждения здравоохранения. Это вселяет оптимизм в отношении управления процессом мониторинга ЦУР, который остается в ведении национальных статистических управлений. С учетом сложных проблем в области здравоохранения, таких как глобальная пандемия COVID-19, крайне важно укреплять аналитический потенциал министерств здравоохранения, а также других учреждений, особенно в странах с низким уровнем дохода.

РИСУНОК R2.1
ПРОЦЕНТНАЯ ДОЛЯ СТРАН (N=133), ИМЕЮЩИХ ИНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ В ПЛАНЕ АНАЛИЗА И ОБУЧЕНИЯ, В РАЗБИВКЕ ПО УРОВНЮ ПОТЕНЦИАЛА



РИСУНОК R2.2
ПРОЦЕНТНАЯ ДОЛЯ СТРАН (N=133) С ИНСТИТУЦИОНАЛЬНЫМ ПОТЕНЦИАЛОМ ПО АНАЛИЗУ ДАННЫХ ИЛИ УЧАСТИЮ В НЕМ ИНСТИТУЦИОНАЛЬНЫХ СТРУКТУР, В РАЗБИВКЕ ПО УРОВНЮ ДОХОДА СТРАН



42%

стран обладают высоким потенциалом национальных министерств здравоохранения.



Перспективы на будущее: стратегические выводы

- Несмотря на то что подавляющее большинство стран проводят регулярные обзоры эффективности деятельности в секторе здравоохранения, эти обзоры не всегда отличаются высочайшим качеством; зачастую в них отсутствуют важные элементы, способствующие соблюдению принципа справедливости
- Сравнение показателей деятельности сектора здравоохранения по социально-экономическим слоям, полу и субнациональным единицам может способствовать выявлению неблагополучных районов, расширению доступа к услугам и их использованию среди обездоленных групп населения, что позволит укрепить справедливость при оказании услуг здравоохранения
- Странам следует активизировать работу по реформированию механизмов и содержания обзоров эффективности деятельности в секторе здравоохранения и обеспечить включение в них этих важнейших компонентов
- Укрепление институционального потенциала в области анализа данных должно вестись по двум направлениям:
 1. Важно развивать сотрудничество с частными структурами, такими как институты, университеты и неправительственные организации в области общественного здравоохранения, в целях содействия процессу обзора
 2. Кроме того, крайне необходимо укреплять институциональный потенциал министерств здравоохранения, с тем чтобы они могли решать сложные задачи в области здравоохранения

Создание возможностей для использования данных в выработке политики и принятии мер

в целях скорейшего улучшения показателей в области охраны здоровья

ОСНОВНЫЕ КОМПОНЕНТЫ

Е1. РАЗРАБОТКА ПОЛИТИКИ И ПЛАНИРОВАНИЕ НА ОСНОВЕ ФАКТИЧЕСКИХ СТАТИСТИЧЕСКИХ ДАННЫХ



40%

стран включают анализ прочности системы здравоохранения в стратегические планы.

Е2. ДОСТУПНОСТЬ ДАННЫХ И ОБМЕН ИМИ



25%

стран обновляют свой общенациональный портал по вопросам здравоохранения чаще одного раза в год.

Е3. ЭФФЕКТИВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ ДАННЫМИ, ОСУЩЕСТВЛЯЕМОЕ СТРАНОЙ



74%

стран имеют план МиО и национальную стратегию в области электронного здравоохранения.

Создание благоприятных условий имеет решающее значение для обеспечения эффективного использования статистики здравоохранения, являющейся основой продуманных национальных планов развития системы здравоохранения. Доступные и надежные данные, полученные из различных источников, должны предоставляться в распоряжение широкой группы пользователей в целях повышения эффективности работы системы здравоохранения. К этим пользователям относятся директивные органы всех уровней, спонсоры и поставщики услуг здравоохранения, академические учреждения, средства массовой информации и общественность. Эти данные также должны быть открыты для тех, кто обеспечивает подотчетность органов государственного управления.

Программа ВОЗ «Центр знаний в области информационного обеспечения»

- **Программа «Центр знаний в области информационного обеспечения» призвана оказывать поддержку деятельности стран по ускорению прогресса в достижении целей «трех миллиардов»¹.**
- Программа основана на гибридной модели обучения, включающей вебинары, практикумы, индивидуальные занятия под руководством инструктора, а также самостоятельную и групповую работу.
- Онлайн-учебный портал также позволит участникам просматривать содержание учебных материалов, скачивать основные инструменты, проходить самостоятельные курсы и взаимодействовать с сообществом коллег и сетью стран-участниц.

- Центр знаний начал работу при участии восьми стран, представляющих все регионы ВОЗ – Эфиопии, Маврикия, Омана, Пакистана, Парагвая, Филиппин, Шри-Ланки и Украины. Программа организована на уровне страновых групп, в состав которых входят руководители приоритетных направлений и члены проектов, отвечающие за реализацию соответствующих мероприятий. В состав каждой группы входят представители органов власти государств-членов, региональных и страновых бюро.
- Курс Академии ВОЗ «Delivery of the Triple Billion» (Достижение целей «трех миллиардов») будет способствовать дальнейшему развитию культуры, ориентированной на воздействие, на основе непосредственной увязки страновых планов и осуществляемой деятельности с мерами и стратегией воздействия в рамках ОПР-13 ВОЗ (Тринадцатой общей программы работы)².

К механизмам, обеспечивающим возможность использования данных, относятся:

- обоснованные стратегические планы развития сектора здравоохранения, включающие план мониторинга и оценки;
- составление ежегодных высококачественных статистических докладов с анализом приоритетов;
- доступные и удобные в использовании национальные обсерватории или порталы

здравоохранения, содержащие актуальные материалы;

- и открытая и прозрачная политика доступа к данным.

Для использования этих сведений в целях разработки политики и законопроектов, а также создания возможностей для мониторинга достижения ВОУЗ и ЦУР, связанных со здоровьем, необходимы анализ значимых для политики данных, обобщение фактологической информации и структурированные процедуры экспертного обзора.

¹ Всемирная организация здравоохранения. Тринадцатая общая программа работы, 2019–2023 гг. 2019. Женева.

² Thirteenth General Programme of Work (GPW13): methods for impact measurement. Geneva: World Health Organization; 2020.

В целом примерно в 30% из 133 стран существует хорошо развитый или более высокий потенциал по этому виду деятельности. В отношении основного компонента «политика и планирование на основе фактических статистических данных» почти 60% стран имеют хорошо развитый или более высокий потенциал по сравнению с 42%

в отношении компонента «доступность данных и обмен ими»; потенциал по «эффективному управлению данными, осуществляемому страной», был наименее развитым среди трех компонентов – только 25% стран продемонстрировали хорошо развитый или более высокий потенциал.

РИСУНОК Е.1 ПРОЦЕНТНАЯ ДОЛЯ СТРАН (N=133) С УКАЗАНИЕМ ПОТЕНЦИАЛА ПО СОЗДАНИЮ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ДЛЯ ВЫРАБОТКИ ПОЛИТИКИ И ПРИНЯТИЯ МЕР, В РАЗБИВКЕ ПО ОСНОВНЫМ КОМПОНЕНТАМ ПОТЕНЦИАЛА



E1. Разработка политики и планирование на основе фактических статистических данных

Все стратегии и планирование в области здравоохранения должны основываться на фактических статистических данных. Государственным органам управления всех уровней необходимы данные для составления бюджета и распределения ресурсов, а также для осуществления мониторинга и отслеживания прогресса. Использование качественных данных может обеспечить эффективную обратную связь для корректировки курса, повысить эффективность работы и улучшить подотчетность.

Большинство стран обладают хорошим потенциалом по использованию фактических статистических данных в выработке политики и планировании

Потенциал страны по использованию фактических статистических данных в качестве основы для выработки политики и планирования с трудом

поддается оценке. Эта оценка приблизительно определяется на основе изучения наличия национальных планов и политики и их содержания с использованием набора стандартов, а также на основе определения наличия центрального подразделения или службы в министерстве здравоохранения, отвечающей за информационное обеспечение политики. Около 60% стран обладают хорошо развитым или более высоким потенциалом по использованию фактических статистических данных в выработке политики и планировании, при этом такого потенциала достигают 75% стран с высоким уровнем дохода и менее 50% стран с низким уровнем дохода (рисунок E1.1). До 41% стран с высоким уровнем дохода сообщили об устойчивом потенциале в этой области, в то же время о таком же уровне потенциала сообщили 4% стран с низким уровнем дохода и 12% стран с уровнем дохода выше среднего, что указывает на влияние уровня благосостояния страны на степень ориентированности политики и планирования в области здравоохранения на имеющиеся фактические статистические данные.

FIGURE E1.1
ПРОЦЕНТНАЯ ДОЛЯ СТРАН (N=133) С ПОТЕНЦИАЛОМ ПО ОБОСНОВАНИЮ ПОЛИТИКИ И ПЛАНИРОВАНИЯ С УЧЕТОМ ФАКТИЧЕСКИХ СТАТИСТИЧЕСКИХ ДАННЫХ, В РАЗБИВКЕ ПО УРОВНЮ ДОХОДА СТРАН



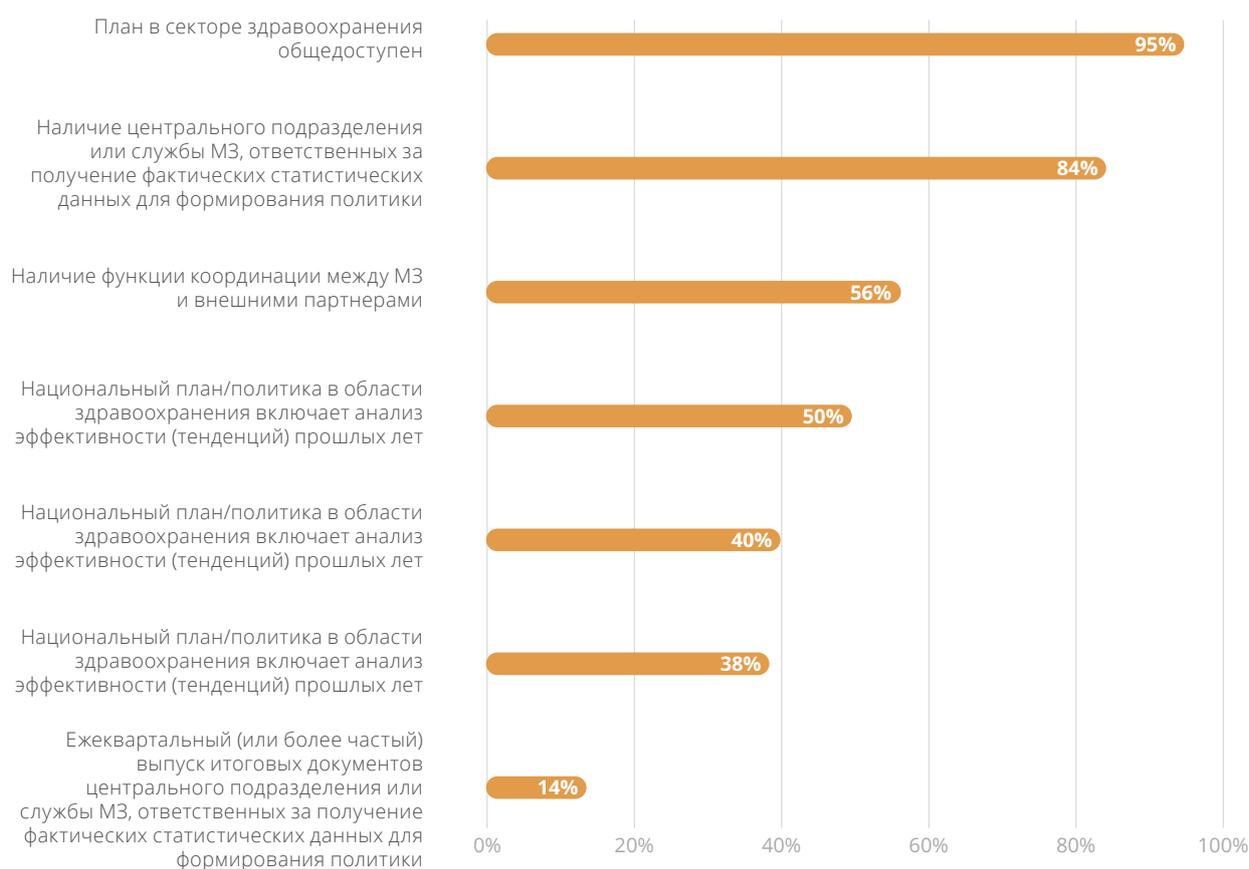
На рисунке E1.2 представлено распределение основных показателей или стандартов, которые используются для оценки эффективности деятельности сектора здравоохранения. Почти во всех странах были подготовлены общедоступные национальные планы развития сектора здравоохранения, однако их качество было неравноценным. Обзор прошлой деятельности проводился в 40% стран, в то время как анализ бремени болезней был отмечен только в 38% стран. Анализ прочности системы здравоохранения содержался в стратегических планах 50% стран.



**ПОЧТИ ВО
ВСЕХ**

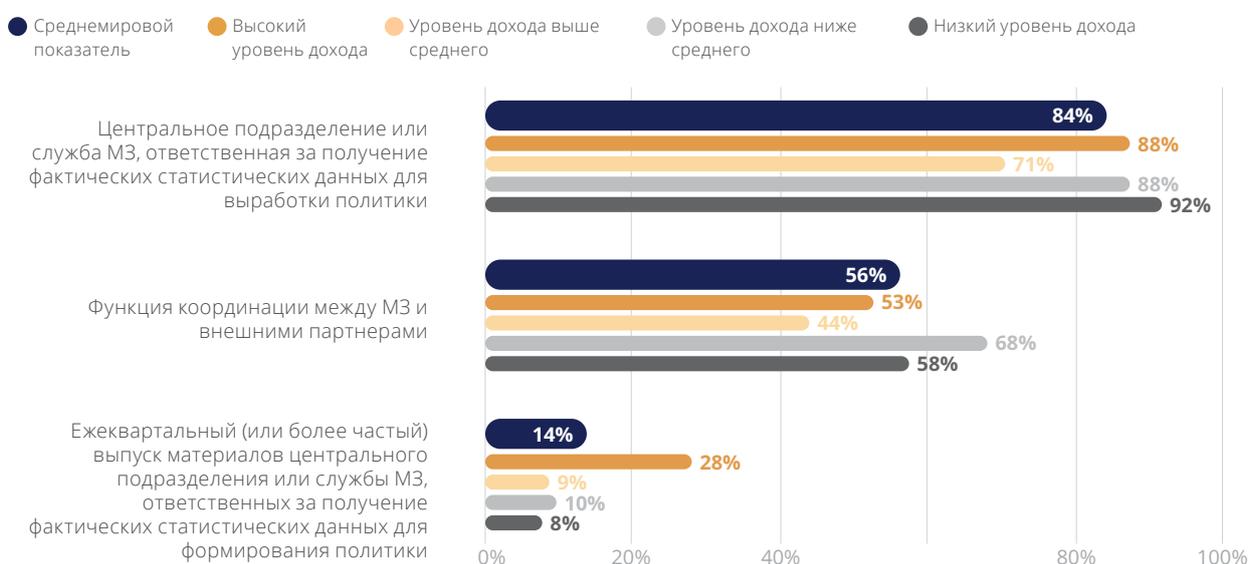
**странах имеется
национальный
стратегический план в
секторе здравоохранения.**

**РИСУНОК E1.2
ПРОЦЕНТНАЯ ДОЛЯ СТРАН (N=133) С ОБЩЕДОСТУПНЫМ НАЦИОНАЛЬНЫМ СТРАТЕГИЧЕСКИМ ПЛАНом В СЕКТОРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, СООТВЕТСТВУЮЩИМ РЕКОМЕНДУЕМЫМ СТАНДАРТАМ, В РАЗБИВКЕ ПО ОСНОВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЯМ**



Для обеспечения критического анализа данных и принятия решений по более эффективному приведению системы здравоохранения в соответствие с потребностями населения, ответственность за преобразование фактических данных в политику должна быть возложена на отдельную структуру, например на рабочую группу или подразделение в рамках министерства здравоохранения. Подавляющее большинство стран (84%) сообщили о наличии такой структуры (рисунок E1.3). Однако эффективность и полезность этих подразделений трудно оценить; только 14% стран указали, что они ежеквартально выпускают материалы по вопросам политики, при этом в странах с более низким уровнем дохода такая периодичность наблюдается реже (8%).

РИСУНОК E1.3 ПРОЦЕНТАЯ ДОЛЯ СТРАН (N=133), ИМЕЮЩИХ КООРДИНАЦИОННОЕ ПОДРАЗДЕЛЕНИЕ ПО ИСПОЛЬЗОВАНИЮ ФАКТИЧЕСКИХ СТАТИСТИЧЕСКИХ ДАННЫХ В ВЫРАБОТКЕ ПОЛИТИКИ, В РАЗБИВКЕ ПО УРОВНЮ ДОХОДА СТРАН



84%

стран имеют подразделение, отвечающее за информационное обеспечение политики.

E2. Доступность данных и обмен ими

Во всех странах данные в области здравоохранения должны быть доступны для директивных органов всех уровней, включая субнациональный уровень и местные сообщества, а также для всех заинтересованных сторон, в частности представителей общественности, с соответствующей разбивкой по аспектам, необходимым для преодоления неравенства между подгруппами населения. Несмотря на то что в целом наблюдаются определенные улучшения в плане доступности данных и обмена ими, до сих пор не обеспечен доступ к данным для всех, кто в них нуждается, равно как и не обеспечен широкий обмен данными.

После сбора и анализа данных в соответствии с самыми высокими стандартами методы сбора и обобщения данных – и сами данные – должны быть предоставлены в распоряжение всех потенциальных пользователей. Это способствует повышению открытости и транспарентности, которые являются одним из важнейших элементов подотчетности и благого управления.

Наиболее часто происходит обмен агрегированными данными. Вместе с тем весьма целесообразно обмениваться также данными индивидуального учета или микроданными с добросовестными пользователями, такими как исследователи, при наличии надежных механизмов обеспечения секретности, конфиденциальности и защиты данных. Обмен данными имеет множество преимуществ; он позволяет аналитикам и исследователям проводить углубленный анализ, изучать исторические тенденции и выявлять корреляции и взаимосвязи, которые повышают

значимость собранной информации для выработки политики. Стимулирующая административно-правовая база играет ключевую роль в создании условий для доступа к данным и обмена ими в соответствии с общемировыми стандартами конфиденциальности и защиты данных.

Потенциал для обмена данными значительно возрастает при создании хранилища данных или национальной обсерватории здравоохранения (НОЗ). С 1970-х гг. растет популярность концепции обсерватории здравоохранения, предполагающей сбор, анализ, синтез и распространение актуальной и надежной информации о состоянии здоровья населения и услугах здравоохранения.

Главные задачи НОЗ состоят в улучшении и стимулировании использования данных в области здравоохранения, в том числе данных о состоянии здоровья, тенденциях в области здравоохранения и их социальных детерминантах для обоснования политики, национальных стратегий и планирования в секторе здравоохранения.



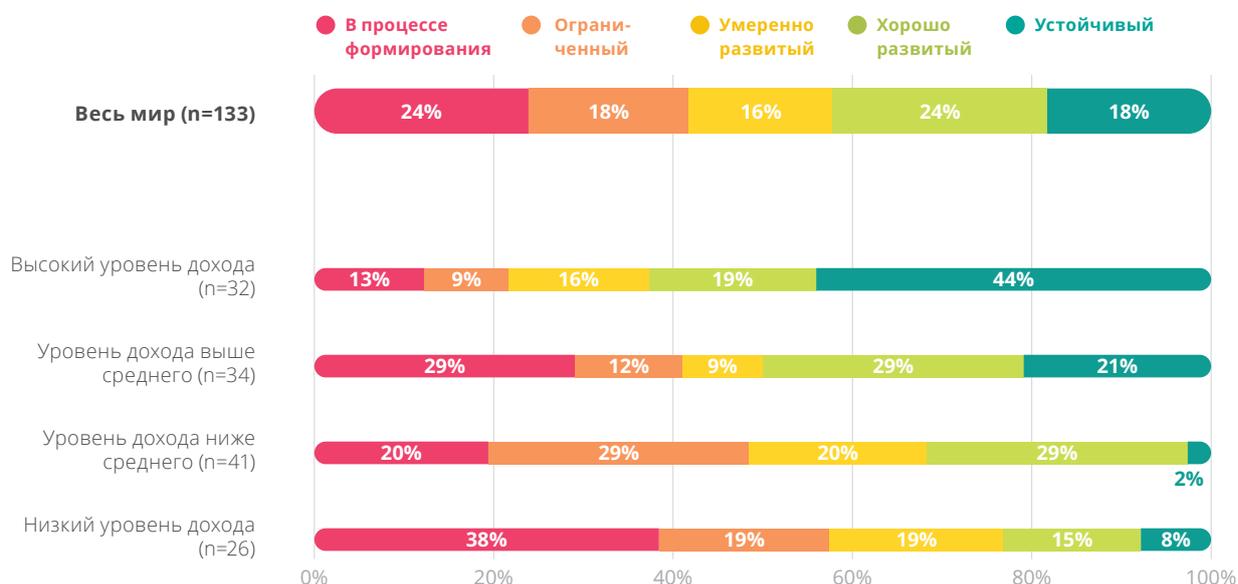
**БОЛЕЕ
40%**

стран имеют хорошо развитый или более высокий потенциал по обеспечению доступа к данным и обмену ими.

Потенциал страны по обеспечению доступа к данным и обмена ими приблизительно оценивается путем анализа опубликованной статистики охраны здоровья с использованием набора стандартов, включая наличие и содержание материалов НОЗ. Чуть более 40% стран имеют хорошо развитый или более высокий потенциал по обеспечению доступа к данным и обмену ими (рисунок E2.1), а в 24% стран потенциал

находится только в процессе формирования. По всей видимости, уровень богатства страны в значительной степени определяет ее потенциал по обеспечению наличия данных. Почти 60% стран с низким уровнем дохода имеют ограниченный или меньший потенциал по сравнению с 22% стран с высоким уровнем дохода.

РИСУНОК E2.1 ПРОЦЕНТНАЯ ДОЛЯ СТРАН (N=133) И ИХ ПОТЕНЦИАЛ ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ ДОСТУПА К ДАННЫМ И ОБМЕНА ИМИ, В РАЗБИВКЕ ПО УРОВНЮ ДОХОДА СТРАН



На рисунке E2.2 представлено наличие НОЗ и их качественные атрибуты в разбивке по уровню дохода стран. Более чем в 60% стран было отмечено наличие НОЗ или инструментов, которые выполняют функцию НОЗ. НОЗ имеются более чем в 75% стран с высоким уровнем дохода по сравнению с лишь 59% стран с уровнем дохода ниже среднего, 62% стран с уровнем дохода выше среднего и 50% стран с низким уровнем дохода. Страны с высоким уровнем дохода также с большей регулярностью обновляют НОЗ; 41% из них обновляют НОЗ чаще одного раза в год, в то время как только 20% стран с уровнем дохода ниже среднего и 23% стран с низким уровнем дохода делают то же самое.

Рисунок E2.2 показывает, что содержание материалов НОЗ также зависит от богатства страны; в 50% стран с высоким уровнем дохода наблюдается полный охват статистики охраны здоровья, при этом уровень этого охвата снижается

в каждой последующей группе стран по уровню дохода. Аналогичная диспропорция наблюдалась и в отношении удобства использования НОЗ. Была отмечена простота использования НОЗ в 59% стран с высоким уровнем дохода по сравнению с только 21–31% стран с более низким уровнем дохода.

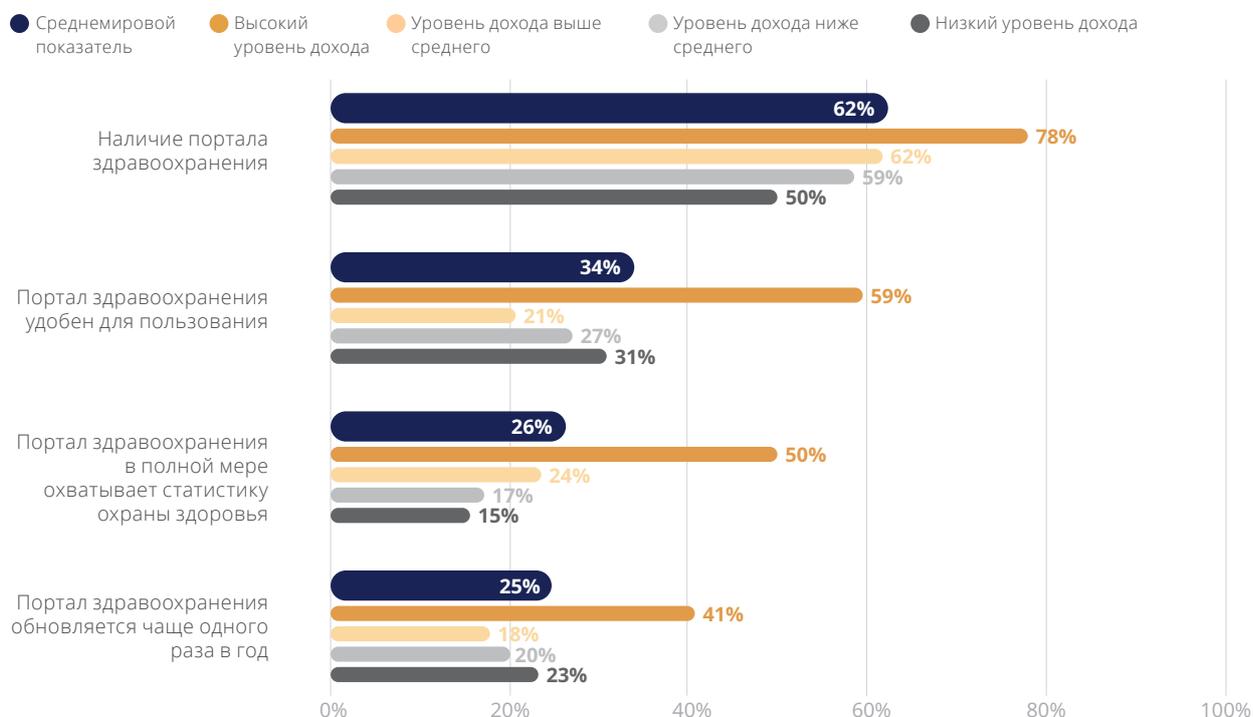


25%

стран обновляют свой общенациональный портал по вопросам здравоохранения чаще одного раза в год.

РИСУНОК E2.2

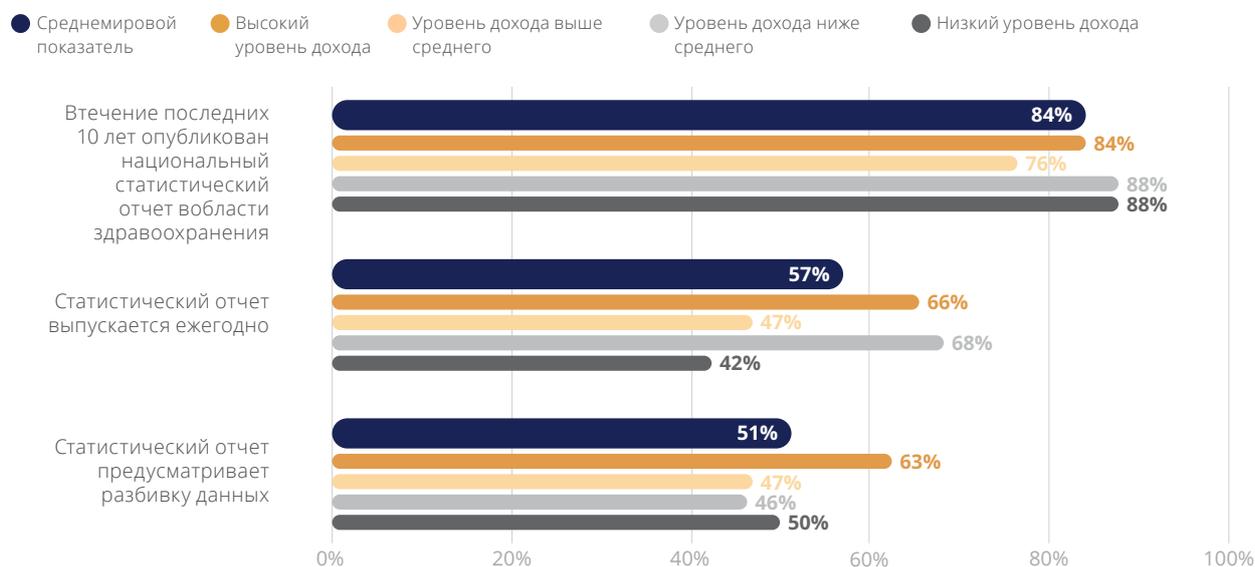
ПРОЦЕНТНАЯ ДОЛЯ СТРАН (N=133), ИМЕЮЩИХ ПОРТАЛ ПО ВОПРОСАМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, СООТВЕТСТВУЮЩИЙ РЕКОМЕНДУЕМЫМ СТАНДАРТАМ, В РАЗБИВКЕ ПО УРОВНЮ ДОХОДА СТРАН



Еще одним аспектом обеспечения доступа к данным и обмена ими является регулярная подготовка статистических отчетов о функционировании системы здравоохранения. На рисунке E2.3 показана периодичность публикации статистических отчетов и показатель качества – наличие надлежащей разбивки по уровню дохода. Более частый выпуск статистических отчетов означает, что информация является более актуальной (с описанием текущего состояния здоровья населения и функционирования системы здравоохранения). Деагрегированные данные позволяют оценить степень неравенства в области охраны здоровья населения и здравоохранения, особенно в отношении уязвимых подгрупп населения.

Большинство стран (84%) указали, что за последние 10 лет они подготовили по крайней мере один национальный статистический отчет. Ежегодная публикация статистических отчетов отмечалась в 57% стран (66% стран с высоким уровнем дохода), 42% стран с низким уровнем дохода). Приведение надлежащей разбивки в статистических отчетах наблюдалось в 59% стран с высоким уровнем дохода по сравнению с только 21–31% стран с другими уровнями дохода.

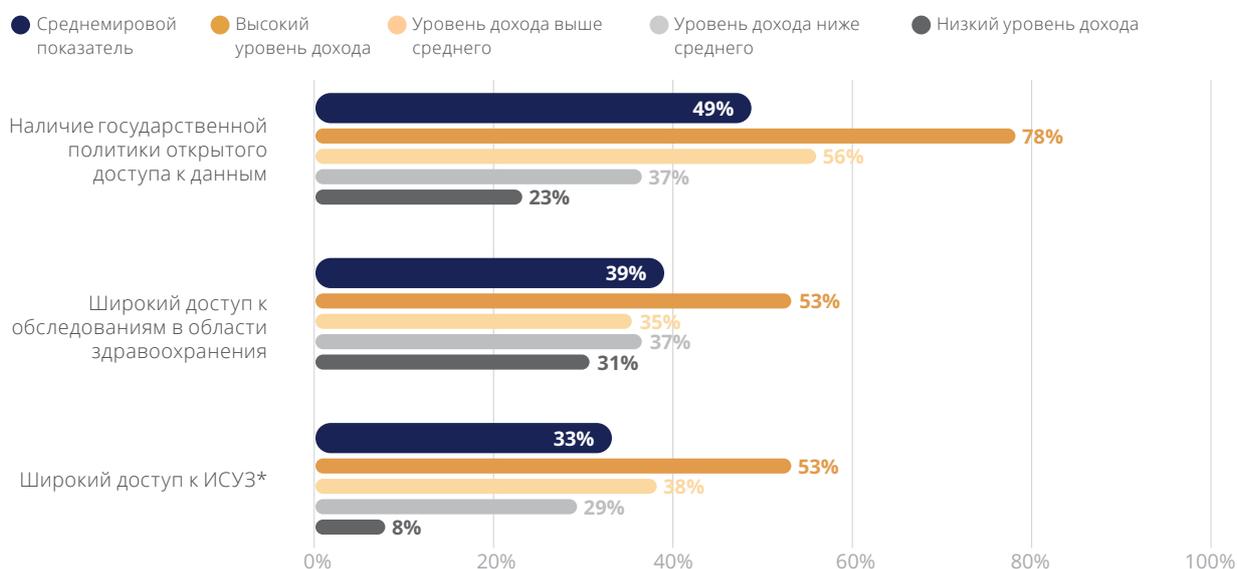
РИСУНОК E2.3 ПРОЦЕНТНАЯ ДОЛЯ СТРАН (N=133), ПОДГОТОВЛИВАЮЩИХ СТАТИСТИЧЕСКИЕ ОТЧЕТЫ, СООТВЕТСТВУЮЩИЕ РЕКОМЕНДУЕМЫМ СТАНДАРТАМ, В РАЗБИВКЕ ПО УРОВНЮ ДОХОДА СТРАН



Около трети стран предоставляют добросовестным пользователям доступ к данным информационных систем управления здравоохранением (ИСУЗ), и почти 40% стран предоставляют доступ к данным обследований состояния здоровья населения (рисунок E2.4), в то время как почти половина стран проводят политику открытого доступа к данным на уровне государственных органов власти. Среди стран с высоким уровнем дохода 53% предоставляют доступ как к данным ИСУЗ, так и к данным обследований;

78% имеют открытую государственную политику в области данных об охране здоровья. Для сравнения, процентная доля стран в других группах по уровню дохода, которые предоставляют доступ к данным обследований, варьируется от 31% до 37%, в то время как по ИСУЗ этот показатель составляет 8–38%. Доля стран, в которых проводится политика открытого доступа к данным, варьируется от 56% стран с уровнем дохода выше среднего до 23% стран с низким уровнем дохода.

РИСУНОК E2.4 ПРОЦЕНТНАЯ ДОЛЯ СТРАН (N=133), В КОТОРЫХ ПРОВОДИТСЯ ПОЛИТИКА ОТКРЫТОГО ДОСТУПА К ДАННЫМ ПО ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ, СООТВЕТСТВУЮЩАЯ РЕКОМЕНДУЕМЫМ СТАНДАРТАМ, В РАЗБИВКЕ ПО УРОВНЮ ДОХОДА СТРАН



*ИСУЗ: Информационная система управления здравоохранением.

ЕЗ. Эффективное управление данными, осуществляемое страной

Странам необходимо повысить эффективность механизмов управления статистикой здравоохранения

Для успешного осуществления видов деятельности, предусмотренных SCORE, и достижения прогресса в деле создания отлаженной информационной системы здравоохранения страны необходимы продуманная политика и адекватная институциональная среда. Это предполагает наличие рациональных стратегий управления и нормативно-правовой базы в отношении данных, а также механизма многосторонней координации.

Четкая правовая база и связанные с ней нормативные акты должны служить основой политики и планирования в области информационных систем здравоохранения. Стратегии в отношении данных должны опираться на принципы подотчетности, транспарентности и участия множества заинтересованных сторон на разных уровнях, способствуя открытому использованию данных на всех уровнях. При этом стратегии должны прямо предусматривать гарантии этичного использования данных и защиты неприкосновенности частной жизни и конфиденциальности. Странам также следует обеспечить эффективные структуры управления для страновых координационных механизмов (включая определенные функции и обязанности разных заинтересованных сторон), предназначенных для мониторинга, оценки и обзора всей стратегической основы ИСЗ, в том числе механизмов для мониторинга многих ЦУР, связанных со здоровьем.

Одной из главных задач является вложение средств в создание такой единой государственной информационной системы здравоохранения, которая бы удовлетворяла все потребности страны в данных и обеспечивала возможности для отслеживания прогресса в достижении ВОУЗ и ЦУР

в области здравоохранения и смежных областях при демонстрации приверженности обязательствам на высоком уровне и выделении соответствующих инвестиций со стороны стран и партнеров. Для этого требуется единая действенная система мониторинга и оценки под управлением страны, являющаяся неотъемлемым компонентом НСПЗ и соответствующих субсекторальных планов.

Продуманный план МиО носит комплексный характер, учитывает цели и задачи НСПЗ и способствует отбору сбалансированного комплекса основных показателей с четко определенными исходными и целевыми значениями на базе принятых стандартов. В нем также представлены подробные сведения о способах устранения пробелов в данных и недостатков различных систем данных, указаны результаты анализа, определены механизмы взаимодействия и распространения информации и очерчены планы по наращиванию институционального потенциала. Во многих странах план МиО дополняют комплексная национальная стратегия по ИСЗ и план ее внедрения, в которых представлены дополнительные сведения по укреплению страновой ИСЗ. План МиО и его связь с НСПЗ обеспечивают основу для многолетнего расчета затрат и вложения средств в создание ИСЗ правительством и партнерами.

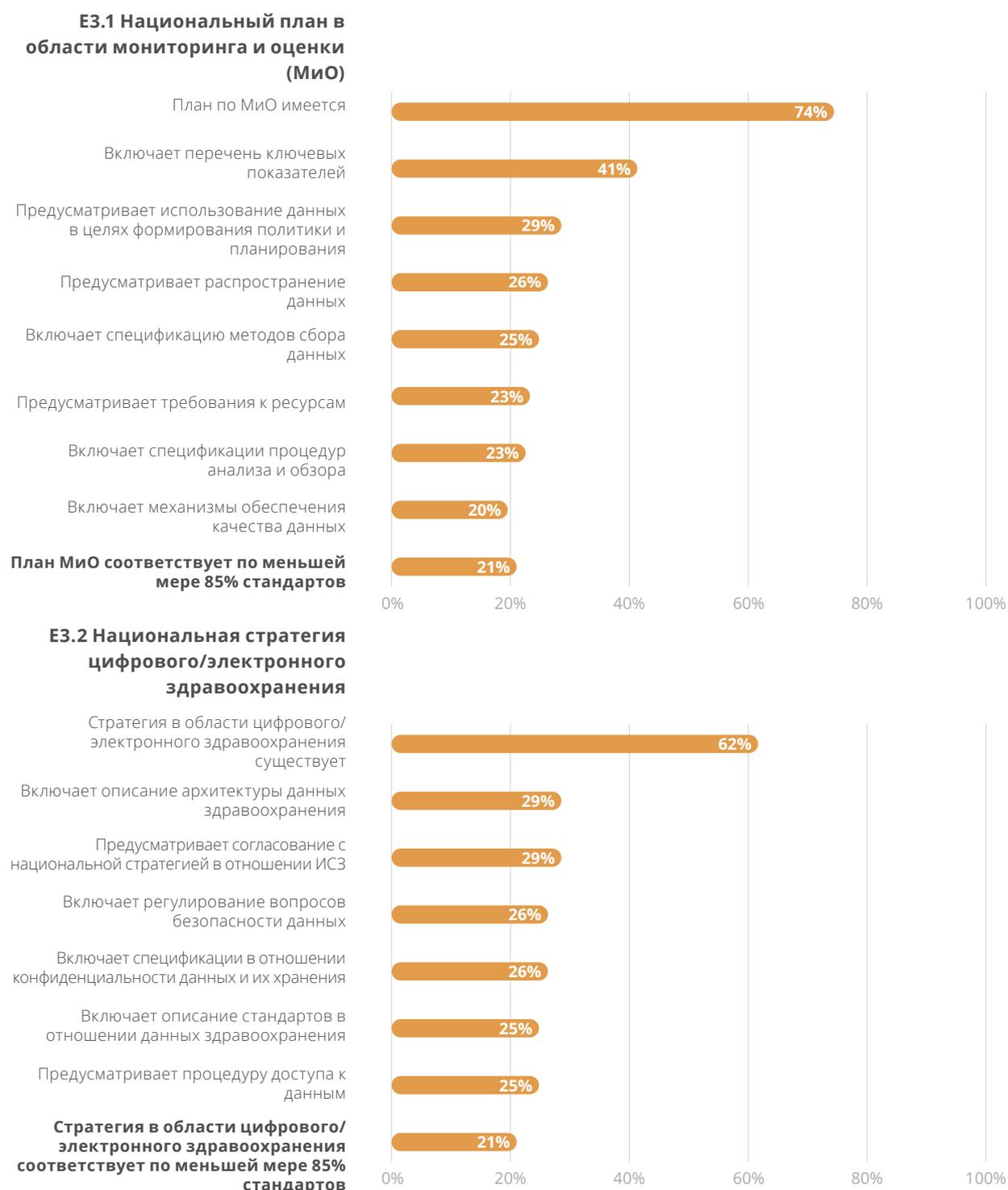
Использование возможностей цифровизации

Преобразование данных в области здравоохранения в цифровую форму стало неотъемлемой составляющей государственной ИСЗ. Использование цифровых данных в области здравоохранения должно носить стратегический характер, способствовать реализации национальных целей здравоохранения и быть тесно связанным с национальными планами по МиО и ИСЗ. Национальная стратегия в отношении цифровых данных в области здравоохранения должна быть интегрирована в стратегию ИСЗ. В контексте НСПЗ информационно-коммуникационные технологии (ИКТ) требуют эффективного управления, инвестиций

в инфраструктуру и принятия стандартов для информационных систем на всех уровнях. Кроме того, национальная информационная политика и нормативные положения в области информации

должны гарантировать безопасность цифровых данных и последовательность действий по обеспечению защиты данных, неприкосновенности частной жизни, конфиденциальности и согласия.

РИСУНОК Е3.1 ПРОЦЕНТАЯ ДОЛЯ СТРАН (N=133), ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИХ ГОСУДАРСТВЕННОЕ РУКОВОДСТВО В ОБЛАСТИ СТАТИСТИЧЕСКИХ ДАННЫХ, В РАЗБИВКЕ ПО ОСНОВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЯМ

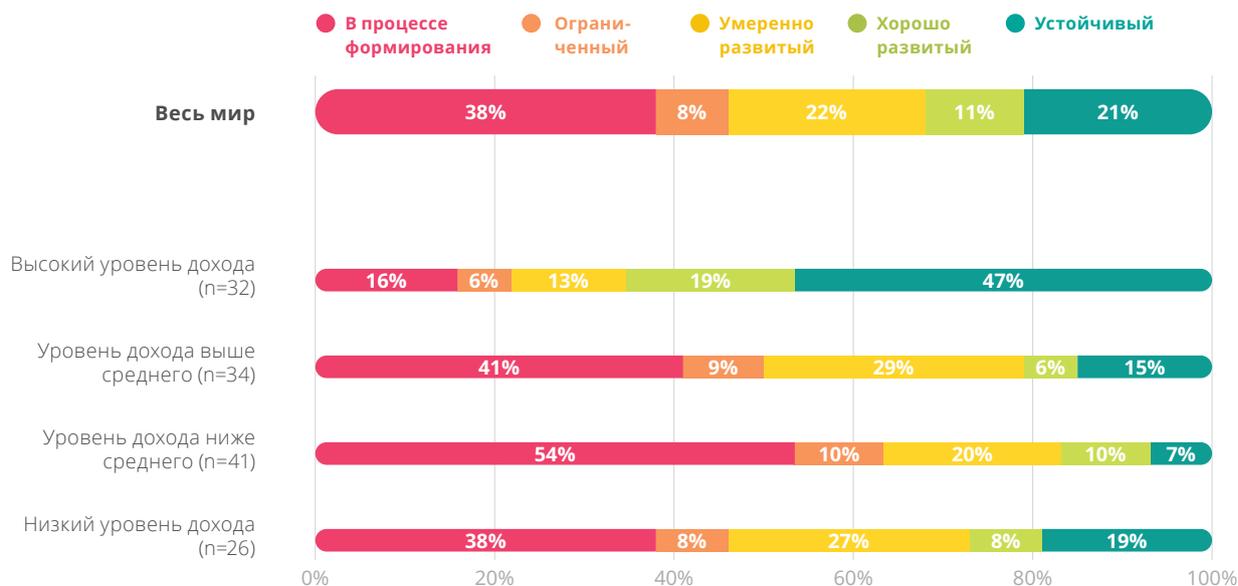


На рисунке Е3.1 представлены качественные параметры отслеживаемых пунктов в отношении страновых планов МиО. Из 133 стран, включенных в эту оценку, 74% сообщили о наличии национального плана МиО. Наиболее часто (41%) были представлены ключевые показатели с учетом исходных уровней и целевых показателей, в то время как механизмы обеспечения качества данных упоминались в планах по мониторингу и оценке только 20% стран. Только в 21% стран планы МиО соответствуют 85% и более рекомендованных стандартов.

Еще одним показателем надлежащего управления данными является качество национальной стратегии в области цифрового или электронного здравоохранения. В то время как в 62% стран в настоящее время существует стратегия в области электронного здравоохранения, менее чем в 30% стран имеются отслеживаемые параметры, с помощью которых можно оценить качество и содержание этих стратегий. К таким отслеживаемым пунктам относятся стандарты данных, доступ к данным, безопасность данных и согласованность с ИСЗ.

Электронное здравоохранение основывается на информационных и компьютерных технологиях. Ввиду того, что такие инвестиции могут быть сопряжены с большими затратами, потенциал и качество стратегий в области электронного здравоохранения часто зависят от финансовых возможностей стран. На рисунке Е3.2 представлен потенциал стран по разработке надежных национальных стратегий в области электронного здравоохранения с разбивкой по уровню дохода стран. В то время как почти 50% стран с высоким уровнем дохода обладают устойчивым потенциалом по внедрению стратегий электронного здравоохранения, соответствующих стандартам, таким потенциалом обладают лишь 7–19% стран из других групп по уровню дохода. Следует отметить, что качество стратегий электронного здравоохранения в странах с низким уровнем дохода (19%) лучше, чем в странах с уровнем дохода ниже и выше среднего (7% и 15% соответственно). Такое положение дел, возможно, объясняется предоставлением технической помощи, а также уделением особого внимания наличию основных стратегий для привлечения необходимых инвестиций со стороны доноров.

РИСУНОК Е3.2
ПРОЦЕНТНАЯ ДОЛЯ СТРАН (N=133), ИМЕЮЩИХ НАЦИОНАЛЬНУЮ СТРАТЕГИЮ ЦИФРОВОГО/ЭЛЕКТРОННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ОСНОВАННУЮ НА РЕКОМЕНДУЕМЫХ СТАНДАРТАХ, В РАЗБИВКЕ ПО УРОВНЮ ДОХОДА СТРАН





Перспективы на будущее: стратегические выводы

- Очевидно, что еще предстоит проделать большую работу по созданию устойчивого потенциала по созданию благоприятных условий для использования данных, особенно в странах с более низкими уровнями дохода. Почти половина всех стран в трех категориях с более низким уровнем дохода обладают «ограниченным» или худшим потенциалом по созданию благоприятных условий для использования данных
- Даже при наличии таких базовых компонентов, как стратегические планы сектора здравоохранения, планы мониторинга и оценки, стратегии в области электронного здравоохранения, национальные обсерватории здравоохранения и национальные статистические отчеты, оптимальное использование данных может оказаться невозможным в связи с низким уровнем их качества, отсутствием основных составляющих и недостаточной периодичностью формирования и обновления данных
- Многие страны предприняли первые шаги по созданию национальной обсерватории здравоохранения в целях обеспечения более широкого доступа к данным и информации в области здравоохранения, а также повышения прозрачности и подотчетности в вопросах функционирования системы здравоохранения. Однако такие меры могут быть весьма дорогостоящими и требовать внешней технической помощи. Доноры и международные технические партнеры работают со странами над выявлением и удовлетворением потребностей, однако эта работа может быть усилена, с тем чтобы должное внимание уделялось всем странам (особенно это касается стран с более низким уровнем дохода, которые незанимают верхние строчки в списке стран с высоким бременем болезни и большой численностью населения)
- В некоторых странах препятствия в доступе к данным носят не столько структурный или технический, сколько политический характер. Низкое доверие к качеству данных может стать сдерживающим фактором для более широкого распространения статистики здравоохранения. Вместе с тем расширение доступа может создать необходимые стимулы, которых зачастую нехватает работникам информационных служб здравоохранения, для принятия необходимых мер по повышению качества данных
- Гарантия изменения политического курса на основе статистики здравоохранения отсутствует даже при наличии соответствующей стратегии и механизма, созданного для координации и мониторинга этого процесса. Наличие хорошо подготовленного персонала и обеспеченных достаточными ресурсами отдельных специализированных подразделений позволит в определенной степени обеспечить принятие обоснованных решений в целях более эффективного приведения системы здравоохранения в соответствие с потребностями населения

Наличие данных и глобальные приоритеты в области охраны здоровья

Наличие данных и глобальные приоритеты в области охраны здоровья

Отслеживание прогресса в достижении целевых показателей ВОУЗ и ЦУР затрудняется в связи с нехваткой и устареванием данных

Точные и своевременные данные имеют важное значение для отслеживания прогресса в достижении связанных со здоровьем ЦУР, ВОУЗ, а также национальных и субнациональных приоритетов. Для этого требуются всеобъемлющие национальные информационные системы здравоохранения, основанные на данных систем РАГССЕДН, национальных репрезентативных обследованиях домашних хозяйств, административных сведениях и данных систем эпиднадзора, а также стандартных систем отчетности учреждений здравоохранения. Методы определения многих показателей связанных со здоровьем ЦУР предполагают наличие точных данных о причинах смерти, проведение обследований домашних хозяйств и ведение реестров болезней.

Кроме того, для многих показателей связанных со здоровьем ЦУР требуются данные из других источников, не относящихся к сектору здравоохранения. При этом статистика здравоохранения часто бывает неполной, фрагментированной или низкокачественной. Как показал настоящий доклад, во многих странах отсутствуют качественные данные по таким важнейшим областям, как доступ к

услугам, кадровые ресурсы и финансирование здравоохранения. Это в значительно большей степени затрагивает страны с низким и средним уровнем дохода. Существенным недостатком является то, что при наличии оценочных значений показателей, они не всегда основываются на свежих первичных данных. Согласно данным доклада «Мировая статистика здравоохранения» за 2019 г.¹, примерно в трети стран по более чем половине показателей не имеется свежих первичных или базовых данных².

Из рисунка D.1 видно, что расчет индекса ВОУЗ (ЦУР 3.8.1) сопряжен с серьезными ограничениями в связи с недоступностью основных показателей. Во многих странах за период с 2013 по 2018 г. не имеется данных ни по одному пункту некоторых отслеживаемых показателей. В отношении показателей репродуктивного здоровья, здоровья матерей, новорожденных и детей (РМНДЗ), за исключением показателя охвата иммунизацией от дифтерии, столбняка и коклюша, уровень РМНДЗ наличия данных составлял от 58% до 77%. Уровень наличия показателей по неинфекционным болезням был особенно низким и составлял от 50% до 86%. Кроме того, наблюдаются сложности с получением данных об услугах здравоохранения, поскольку менее чем в 75% стран отмечается по крайней мере один пункт данных о количестве больничных коек на 10 000 человек населения и плотности хирургов на 100 000 населения.

В отношении наличия данных по другим показателям ЦУР наблюдается аналогичная тенденция с низкой представленностью данных по показателям НИЗ и показателям смертности (рисунок D.2). Такие результаты обусловлены низким потенциалом в области РАГССЕДН в странах с низким и средним уровнем дохода, а также низким потенциалом систем отчетности учреждений (см. предыдущие разделы).

¹ World health statistics 2019: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization; 2019. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

² GPW 13 methods for impact measurement 2020. Geneva: World Health Organization; 2020.

РИСУНОК D.1

ДОЛЯ СТРАН (N=133), В КОТОРЫХ ОТМЕЧАЕТСЯ КАК МИНИМУМ ОДИН ЭЛЕМЕНТ ДАННЫХ (ЗА ПЕРИОД С 2013 Г.), В РАЗБИВКЕ ПО ОТСЛЕЖИВАЕМЫМ ПОКАЗАТЕЛЯМ ИНДЕКСА ВОУЗ

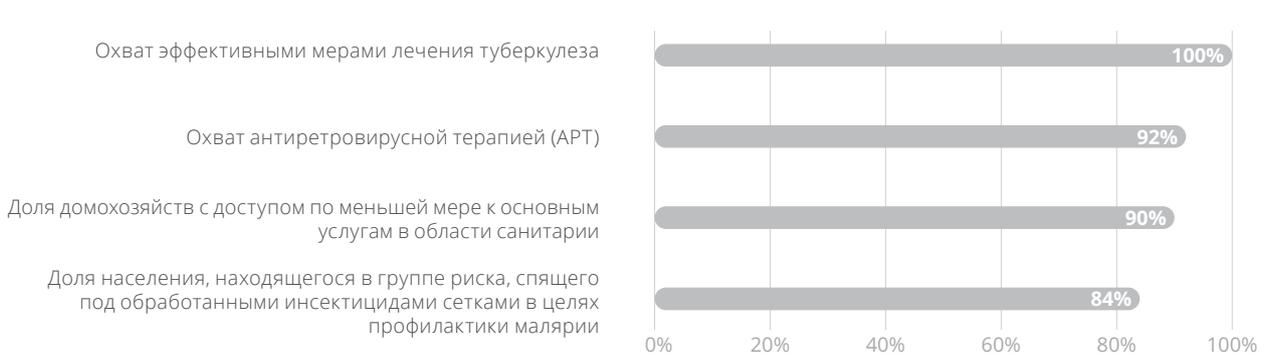
Репродуктивное здоровье, здоровье матерей, новорожденных и детей



Неинфекционные болезни



Инфекционные заболевания

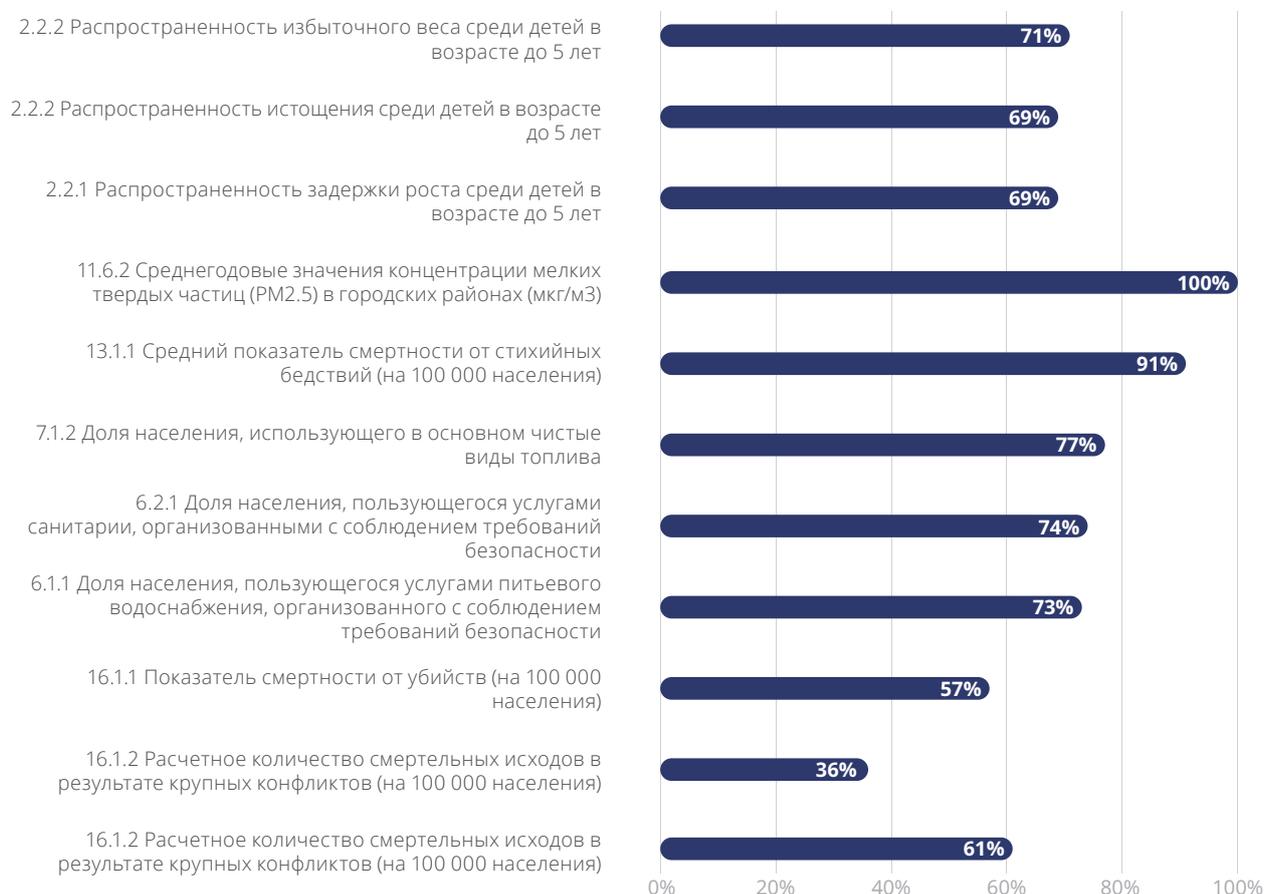


Система здравоохранения и ее финансирование



РИСУНОК D.2

ДОЛЯ СТРАН (N=133), В КОТОРЫХ ОТМЕЧАЕТСЯ КАК МИНИМУМ ОДИН ЭЛЕМЕНТ ДАННЫХ (ЗА ПЕРИОД С 2013 Г.), В РАЗБИВКЕ ПО ОТДЕЛЬНЫМ ПОКАЗАТЕЛЯМ СВЯЗАННЫХ СО ЗДОРОВЬЕМ ЦУР



Даже при наличии соответствующих данных, они могут не иметь необходимой разбивки или быть недостаточно качественными для использования

Даже в тех странах, где на национальном уровне имеются показатели ВОУЗ или другие показатели ЦУР, они не имеют необходимой дезагрегации для оценки неравенства. Представленный в настоящем докладе уровень наличия данных соответствует самому минимальному количеству отдельных элементов национальных данных за пятилетний период. Несмотря на то что в этом документе не проводится соответствующий анализ, можно предположить, что дезагрегированные данные, используемые для мониторинга неравенства в области здравоохранения, являются более скудными и, возможно, не собираются на субнациональном или другом необходимом уровне. Кроме того, качество данных часто неизмеряется и может быть недостаточным для расчета глобальных оценок, что указывает на то, что эти оценки все еще требуют значительной аппроксимации или моделирования.

Заключение

Никто не должен быть оставлен без внимания

Надежная национальная информационная система здравоохранения, включающая в себя мониторинг неравенства, имеет исключительно важное значение для отслеживания выполнения главного обещания в рамках повестки дня в области устойчивого развития – никто не должен быть оставлен без внимания. Но еще важнее то, что надежные национальные информационные системы здравоохранения имеют решающее значение для мониторинга национальных приоритетов в области здравоохранения, а также для обеспечения доступности качественных медико-санитарных услуг для всех групп населения.

В Пакете технических инструментов SCORE по статистике здравоохранения определены основные виды деятельности, которые имеют решающее значение для создания надежных информационных систем здравоохранения, способных предоставлять информацию всем соответствующим заинтересованным сторонам. Помимо указания основных источников данных, которые требуют дальнейшего улучшения, в нем также подчеркивается необходимость укрепления потенциала в области анализа и использования данных, а также наличия сильных структур управления, которые поддерживают и поощряют сбор и использование данных.

Оценка SCORE дает обширную панораму информационных систем здравоохранения во всем мире. При подготовке настоящего доклада были проанализированы данные по 133 государствам-членам, и полученные результаты позволяют выявить основные области, в которых за прошедшее время были достигнуты положительные результаты, а также важнейшие области, нуждающиеся в укреплении и приложении целенаправленных усилий на национальном и международном уровнях.

Формирование во всех странах устойчивых национальных информационных систем здравоохранения

Страны всех уровней дохода проводят национальные обследования состояния здоровья населения. Несмотря на то что некоторые темы здравоохранения, которые требуют проведения обследований в качестве основного средства сбора данных, до сих пор остаются без внимания, страны во всем мире проводят обследования на основе соответствующих стандартов. Эта деятельность опирается на крупные международные программы обследований в области здравоохранения, такие как ДМСО, MICS и другие. При том что эти обследования имеют решающее значение для удовлетворения статистических потребностей стран, необходимо изучить вопрос о возможных путях достижения странами со временем устойчивого потенциала, предполагающего как техническую, так и финансовую независимость. Например, результаты, полученные в странах с уровнем дохода выше среднего, показали, что в них проводится наименьшее среднее число ежегодных обследований, основанных на международных стандартах.

Как и ожидалось, страны с более высоким уровнем дохода систематически демонстрировали более высокие результаты по всем пяти направлениям деятельности SCORE. Однако результаты по другим категориям стран – с уровнем дохода выше среднего, ниже среднего и низким уровнем доход – не всегда следовали ожидаемой траектории, при которой показатели стран с уровнем дохода выше среднего были бы лучше, чем показатели стран с уровнем дохода ниже среднего, которые, в свою очередь, превосходили бы показатели стран с низким уровнем дохода. Такой разрыв между странами с высоким уровнем дохода и другими странами свидетельствует о важном значении национального богатства, но в то же время указывает на необходимость сосредоточения внимания на других учитывающих конкретные условия рычагах, которые стимулируют совершенствование информационных систем здравоохранения.

По каждому виду деятельности, за исключением «С – учет рождений, смертей и причин смерти», были отмечены страны с низким уровнем дохода, которые достигли устойчивого потенциала. Это свидетельствует о том, что устойчивые информационные системы здравоохранения могут быть созданы при любом уровне дохода. Учет рождений и смертей, а также причин смерти был единственным видом деятельности, в рамках которого подавляющее большинство стран с низким уровнем дохода не смогли продемонстрировать наличие действенной системы. Знать, от чего умирают люди, имеет важнейшее значение. В связи с

продолжающейся пандемией COVID-19 эта ситуация приобретает критический характер, когда страны сталкиваются с серьезными проблемами, связанными как с измерением полного бремени, так и с подсчетом числа смертельных случаев в результате пандемии.

Измерение и анализ неравенства оценивались в рамках видов деятельности S, O и R. Получение информации о распределении и бремени заболеваний по основным группам населения необходимо для достижения ВОУЗ, а также ЦУР. Получение дезагрегированных данных, а также анализ неравенства на основе имеющихся данных по-прежнему остаются сложной задачей для стран. В дальнейшем странам необходимо предусмотреть включение дезагрегирования в различные методы сбора данных.

Обеспечение сбалансированных инвестиций во все составляющие информационных систем здравоохранения

Благодаря сосредоточению внимания на основных программных областях, таких как иммунизация, ВИЧ-инфекция, туберкулез и малярия, за последние два десятилетия удалось улучшить положение дел с наличием данных в этих сферах, однако в других приоритетных областях сложно добиться таких же результатов. В дальнейшем важно будет не только сохранить успехи, достигнутые в этих программных областях, но и расширить доступность и использование данных в других программах здравоохранения на основе активизации комплексной деятельности, направленной на укрепление системы здравоохранения в целом.

Данные хороши лишь настолько, насколько они пригодны для использования. Для наращивания институционального потенциала в области анализа и использования данных потребуются новаторские инициативы. Внутригосударственные здравоохранительные и исследовательские учреждения играют ведущую роль в проведении независимого анализа и обзора прогресса и результатов деятельности на страновом уровне. Укрепление потенциала национальных и региональных учреждений будет иметь решающее значение для развития этого направления деятельности SCORE.

Укрепление надлежащего управления данными и прав собственности на них

Управление статистикой здравоохранения всегда было затруднено, когда различные заинтересованные стороны преследовали свои конкретные цели в области сбора данных. Однако с учетом стремления к созданию устойчивых информационных систем здравоохранения, в которых движущей силой и системным администратором выступают сами страны, управление статистикой здравоохранения стало играть важную роль. Управление статистикой здравоохранения предусматривает, в частности, доступ к данным об охране здоровья и обмен ими, создание соответствующей нормативно-правовой базы, разработку стратегий, включающих описание структуры статистики здравоохранения, стандартов данных, обеспечение конфиденциальности данных, осуществление функций мониторинга и оценки, а также создание институциональных механизмов использования данных. В силу того, что управление статистикой здравоохранения носит всесторонний характер, оно представляет собой одну из задач, трудных для решения, но в то же время эта задача является одной из ключевых, поскольку в отсутствие ее решения сложно заниматься развитием всех других аспектов информационных систем здравоохранения.

Доклад SCORE – закладка фундамента на будущее

В настоящем докладе SCORE описывается состояние информационных систем здравоохранения стран и закладывается основа для укрепления этих систем и наращивания потенциала стран по эффективному сбору, управлению и использованию данных. Страны, партнеры и заинтересованные стороны должны взять на себя решение этой задачи и на этой основе создать надежные информационные системы здравоохранения и удовлетворить постоянно растущий спрос на качественные данные для информационного обеспечения политики и действий, которые приведут к укреплению здоровья для всех.



Health
ion

GAP

Приложения

Приложение 1.
Виды деятельности, компоненты и
показатели SCORE

Приложение 2.
Оценка моделей зрелости SCORE
по показателям, учитываемым при
выставлении баллов

Приложение 1. Виды деятельности, компоненты и показатели SCORE

ПРОВЕДЕНИЕ ОБСЛЕДОВАНИЙ НАСЕЛЕНИЯ И ВЫЯВЛЕНИЕ РИСКОВ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ

Основные компоненты	Показатели	Основные атрибуты
S1. Система регулярных обследований здоровья населения	S1.1. Система регулярных и всеобъемлющих обследований населения в соответствии с международными стандартами	<ul style="list-style-type: none"> • Проведение по меньшей мере одного обследования за последние пять лет, которое: <ul style="list-style-type: none"> • охватывает основные приоритеты в области здравоохранения • охватывает основные аспекты неравенства • согласовано с международными стандартами • финансируется государством
S2. Эпиднадзор угроз в области общественного здравоохранения	<p>S2.1. Полнота и своевременность еженедельного информирования о подлежащих уведомлению состояниях (%)*</p> <p>S2.2. Действующая (действующие) система (системы) эпиднадзора на основе показателей и сигнальных событий в соответствии со стандартами Международных медико-санитарных правил</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Процентная доля представляющих отчеты учреждений, представивших еженедельный отчет за прошедший месяц: государственные учреждения • Процентная доля представляющих отчеты учреждений, представивших еженедельный отчет за прошедший месяц: негосударственные учреждения • В случае, если страна представила SPAR на основе ММСП: <ul style="list-style-type: none"> • функции национального координатора по ММСП в соответствии с ММСП • функция раннего предупреждения: механизм эпиднадзора на основе показателей и сигнальных событий для управления событиями (проверка, оценка риска, анализ и расследование) • В случае, если страна не проводила оценки SPAR, но провела СВО на основе ММСП: <ul style="list-style-type: none"> • система эпиднадзора на основе показателей и сигнальных событий • функционально совместимая и взаимосвязанная система электронной передачи сведений в режиме реального времени • интеграция и анализ данных эпиднадзора • системы синдромного эпиднадзора • система эффективной отчетности • страновая сеть и протоколы отчетности • В случае, если страна не проводила оценки SPAR или СВО на основе ММСП: <ul style="list-style-type: none"> • количество баллов в отношении эпиднадзора по результатам самооценки • количество баллов в отношении координации ММСП по результатам самооценки

*Показатели или атрибуты, не учитываемые при подсчете общего балла по компоненту.

ПРОВЕДЕНИЕ ОБСЛЕДОВАНИЙ НАСЕЛЕНИЯ И ВЫЯВЛЕНИЕ РИСКОВ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

Основные компоненты	Показатели	Основные атрибуты
S3. Регулярная перепись населения	S3.1. Перепись, проведенная за последние 10 лет в соответствии с международными стандартами в отношении демографических прогнозов для субнациональных единиц	<ul style="list-style-type: none"> • Перепись проводилась в течение последних 10 лет • Контрольное обследование после проведения переписи проводилось • Составление демографических прогнозов со всеми разбивками

УЧЕТ РОЖДЕНИЙ, СМЕРТЕЙ И ПРИЧИН СМЕРТИ

Основные компоненты	Показатели	Основные атрибуты
C1. Полная регистрация рождений и смертей	C1.1. Полнота регистрации рождений (%)	<ul style="list-style-type: none"> • Полнота регистрации рождений (%)
	C1.2. Полнота регистрации смертей (%)	<ul style="list-style-type: none"> • Полнота регистрации смертей (%)
	C1.3. Основные атрибуты функциональной системы РАГССЕДН для получения статистики естественного движения населения имеются*	<ul style="list-style-type: none"> • Правовая основа РАГССЕДН • Удобство доступа к пунктам регистрации • Надлежащая подготовка регистраторов • Официальное межведомственное сотрудничество в рамках системы регистрации актов гражданского состояния и статистики естественного движения населения • Весь обмен данными производится в электронном виде • Оценка качества данных, их корректировка и анализ с использованием международных стандартов • Мониторинг эффективности системы • В течение последних пяти лет был опубликован доклад о статистике естественного движения населения

*Показатели или атрибуты, не учитываемые при подсчете общего балла по компоненту.

УЧЕТ РОЖДЕНИЙ, СМЕРТЕЙ И ПРИЧИН СМЕРТИ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

Основные компоненты	Показатели	Основные атрибуты
С2. Засвидетельствование причин смерти и информирование о них	С2.1. Полнота данных о смертях с информированием национальных органов и/или международных учреждений о причинах смерти (%)	<ul style="list-style-type: none"> Полнота данных о смертях с информированием о причинах смерти
	С2.2. Качество данных о причинах смерти (% причин смерти с некорректно установленными или неизвестными причинами смертности)	<ul style="list-style-type: none"> Качество данных о причинах смерти, определяемое как процентная доля регистрационных записей с некорректно установленными или неизвестными причинами смертности
	С2.3. Основные атрибуты функциональной системы получения статистических данных в отношении причин смерти*	<ul style="list-style-type: none"> Действующее законодательство в отношении медицинского свидетельства о смерти (МСС) соответствует международным стандартам Используются МСС, отвечающие требованиям МКБ Студенты-медики проходят надлежащую подготовку по освидетельствованию смерти Учетчики-статистики проходят подготовку по вопросам кодирования смертности Используется вербальная аутопсия (если это применимо) Обеспечение качества данных и распространение данных Имеется статистика причин смерти

ОПТИМИЗАЦИЯ ДАННЫХ СЛУЖБ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Основные компоненты	Показатели	Основные атрибуты
О1. Стандартная система информирования на уровне медицинских учреждений, предусматривающая мониторинг пациентов	О1.1. Доступность ежегодных статистических данных по отдельным показателям, полученных на основе данных из учреждений	<ul style="list-style-type: none"> Доступны ежегодные статистические данные по 11 основным показателям на уровне учреждений, включая разбивку по основным критериям Качество данных по учреждениям первичной медико-санитарной помощи Качество данных по больницам Полнота данных, предоставляемых со стороны государственных учреждений первичной медико-санитарной помощи Полнота данных, предоставляемых со стороны государственных больниц Полнота данных, предоставляемых со стороны частных медицинских учреждений

*Показатели или атрибуты, не учитываемые при подсчете общего балла по компоненту.

ОПТИМИЗАЦИЯ ДАННЫХ СЛУЖБ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

Основные компоненты	Показатели	Основные атрибуты
	01.2. Функциональная система информирования на уровне учреждений/ пациентов, действующая на базе основных критериев*	<ul style="list-style-type: none"> Национальная система присвоения пациентам уникальных идентификационных номеров Раковые регистры по всем видам онкологических заболеваний Своевременно обновляемый основной перечень учреждений здравоохранения Институциональная система обеспечения качества данных Стандарты процедур информационных систем управления здравоохранением охватывают все этапы процесса, полностью внедряются и периодически пересматриваются Система ввода электронных данных: сводные данные на районном уровне Система сбора электронных данных – на уровне пациентов в учреждениях первичной медико-санитарной помощи Система сбора электронных данных – на уровне пациентов в больницах Основанный на стандартах обмен данными между системами
02. Система регулярного мониторинга доступности услуг, их качества и эффективности	02.1. Отлаженная система независимого мониторинга служб здравоохранения	<ul style="list-style-type: none"> Регулярные независимые оценки качества помощи в больницах и учреждениях здравоохранения Основанная на фактических данных система аккредитации учреждений здравоохранения Система информирования о нежелательных явлениях после медицинских вмешательств*
03. Ресурсы служб здравоохранения: финансирование	<p>03.1. Доступность последних данных о национальных расходах на здравоохранение</p> <p>03.2. Ежегодное обновление данных о плотности работников здравоохранения и их распределении</p> <p>03.3. Национальная информационная система кадровых ресурсов здравоохранения создана и функционирует*</p>	<ul style="list-style-type: none"> Данные за последние пять лет в отношении: <ul style="list-style-type: none"> государственных расходов на здравоохранение частных расходов на здравоохранение катастрофических расходов Данные, включающие информацию о наличии на субнациональном уровне и основные уровни дезагрегирования в отношении следующих категорий: <ul style="list-style-type: none"> врачи сестринский персонал акушерский персонал стоматологи фармацевты Информационная система по кадровым ресурсам здравоохранения отслеживает: <ul style="list-style-type: none"> численность новых работников, входящих на рынок труда численность активных работников на рынке труда численность работников, покидающих рынок труда демографическое распределение работников здравоохранения данные об активных работниках здравоохранения на субнациональном уровне численность выпускников учебных заведений и учреждений профессиональной подготовки информацию о работниках здравоохранения, которые родились и/или прошли подготовку за рубежом

*Показатели или атрибуты, не учитываемые при подсчете общего балла по компоненту.

АНАЛИЗ ПРОГРЕССА И ЭФФЕКТИВНОСТИ

Основные компоненты	Показатели	Основные атрибуты
R1. Регулярный аналитический обзор прогресса и эффективности с учетом принципа справедливости	R1.1. Ежегодная подготовка высококачественных аналитических докладов о прогрессе в секторе здравоохранения и эффективности стратегии/плана в секторе здравоохранения	<ul style="list-style-type: none"> • В течение последних пяти лет был опубликован аналитический доклад, в котором: <ul style="list-style-type: none"> • использованы все доступные источники данных • приведена оценка прогресса в сравнении с целевыми показателями • уделено внимание показателям несправедливости • установлена связь между эффективностью и исходными данными в области здравоохранения • проведен сравнительный анализ • приведены субнациональные рейтинги • приведена оценка эффективности работы больниц и крупных учреждений • дается обобщение основных выводов для использования при разработке политики и планировании
R2. дается обобщение основных выводов для использования при разработке политики и планировании	R2.1. Институциональный потенциал в области анализа данных на национальном и субнациональном уровнях	<ul style="list-style-type: none"> • Привлечение институтов/школ общественного здравоохранения • Наличие в министерстве здравоохранения или учреждениях потенциала для проведения анализа состояния здоровья населения на субнациональном уровне* • Наличие на уровне министерства здравоохранения потенциала для проведения анализа состояния здоровья населения • Потенциал национальных статистических управлений в области подготовки выборок, проведения обследований и анализа

*Показатели или атрибуты, не учитываемые при подсчете общего балла по компоненту.

СОЗДАНИЕ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДАННЫХ В ВЫРАБОТКЕ ПОЛИТИКИ И ПРИНЯТИИ МЕР

Основные компоненты	Показатели	Основные атрибуты
E1. Разработка политики и планирование на основе данных и доказательств	E1.1. Национальные план и политика в области здравоохранения основаны на данных и доказательствах	<ul style="list-style-type: none">• Национальный план/политика в области здравоохранения включает анализ эффективности (тенденций) прошлых лет• Национальный план/политика в области здравоохранения включает анализ бремени болезней• Национальный план/политика в области здравоохранения включает анализ сильных сторон системы здравоохранения (эффективность ответных мер)• Наличие центрального подразделения или службы в составе министерства образования, ответственных за получение данных и доказательств для формирования политики• Частота выпуска итоговых документов центрального подразделения или службы министерства здравоохранения, ответственных за получение данных и доказательств для формирования политики• Функция координации между министерством здравоохранения и партнерами
E2. Доступность данных и обмени	E2.1. Статистика здравоохранения общедоступна	<ul style="list-style-type: none">• Периодичность обновления национальной базы данных• Содержание национальной базы данных• Простота использования национальной базы данных• Периодичность публикации статистического отчета• Статистический отчет предусматривает разбивку данных• У добросовестных пользователей есть доступ к данным системы управления информацией в области здравоохранения• У добросовестных пользователей есть доступ к данным обследований в области здравоохранения• Политика открытого доступа к данным

*Показатели или атрибуты, не учитываемые при подсчете общего балла по компоненту.

СОЗДАНИЕ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДАННЫХ В ВЫРАБОТКЕ ПОЛИТИКИ И ПРИНЯТИИ МЕР (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

Основные компоненты	Показатели	Основные атрибуты
Е3. Эффективное управление данными, осуществляемое страной	Е3.1. Национальные мониторинг и оценка (МиО) проводятся на основе стандартов	<ul style="list-style-type: none"> Национальный план МиО, который: <ul style="list-style-type: none"> включает перечень основных показателей с учетом исходных уровней и целевых показателей включает спецификацию методов сбора данных и цифровой архитектуры включает механизмы обеспечения качества данных включает спецификации процедур анализа и обзора предусматривает использование данных в целях - формирования политики и планирования предусматривает распространение данных предусматривает требования к ресурсам для осуществления стратегического плана/ политики
	Е3.2. Национальная стратегия в области цифрового/ электронного здравоохранения основана на стандартах	<ul style="list-style-type: none"> Национальная стратегия в области цифрового/ электронного здравоохранения, которая: <ul style="list-style-type: none"> включает описание архитектуры данных здравоохранения включает описание стандартов взаимоотношения данных здравоохранения и обмена ими включает регулирование вопросов безопасности данных включает спецификации взаимоотношения конфиденциальности данных и их хранения предусматривает процедуру доступа к данным предусматривает согласование и/или интеграцию с национальной стратегией взаимоотношения ИСЗ
	Е3.3. Имеются основополагающие компоненты в целях содействия использованию данных и доступа к ним*	<ul style="list-style-type: none"> В отношении информационных систем здравоохранения имеется законодательная база или политика Законодательная база или политика применяются

*Показатели или атрибуты, не учитываемые при подсчете общего балла по компоненту.

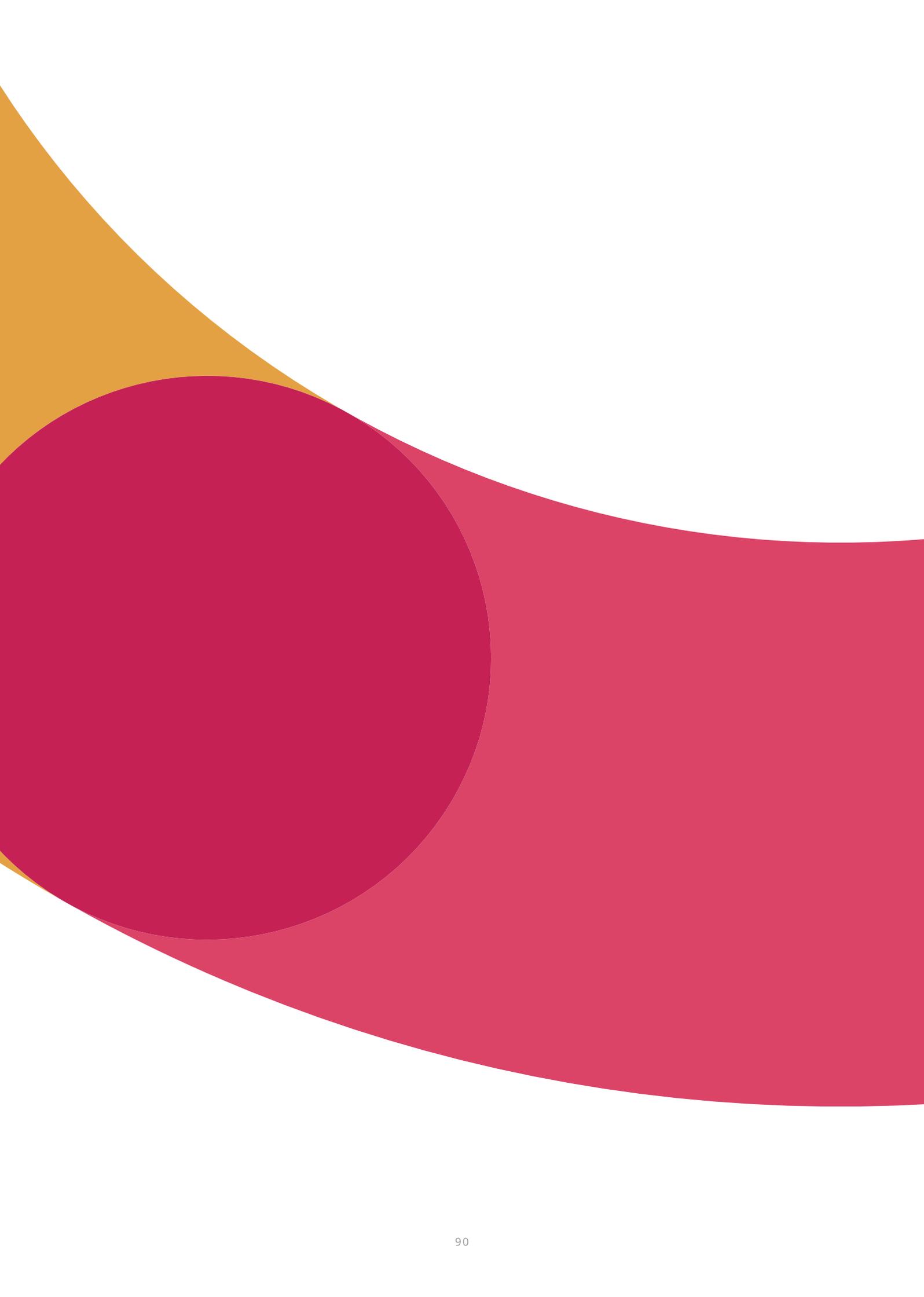
Приложение 2. Оценка моделей зрелости SCORE по показателям, учитываемым при выставлении баллов

	Потенциал в процессе формирования	Ограниченный потенциал	Умеренно развитый потенциал	Хорошо развитый потенциал	Устойчивый потенциал
	1	2	3	4	5
S1. Система регулярных обследований здоровья населения	Общий балл <0,25	Общий балл 0,25–0,49	Общий балл 0,50–0,70	Общий балл 0,71–0,89	Общий балл ≥0,90
S2. Эпиднадзор угроз в области общественного здравоохранения	Средний % осуществления показателей эпиднадзора ≤20%	Средний % осуществления показателей эпиднадзора 21%–40%	Средний % осуществления показателей эпиднадзора 41%–60%	Средний % осуществления показателей эпиднадзора по ММСР 61%–80%	Средний % осуществления показателей эпиднадзора 81%–100%
S3. Регулярная перепись населения	Соблюдено 25% критериев или менее	Соблюдено 26%–49% критериев	Соблюдено 50%–70% критериев	Соблюдено 71%–90% критериев	Соблюдено более 90% критериев
C1.1. Полная регистрация рождений и смертей – рождения	Данные о полноте регистрации рождений отсутствуют	<50%	50–74%	75–89%	≥90%
C1.2. Полная регистрация рождений и смертей – смерти	Данные о полноте регистрации смертей отсутствуют	<50%	50–74%	75–89%	≥90%

	Потенциал в процессе формирования	Ограниченный потенциал	Умеренно развитый потенциал	Хорошо развитый потенциал	Устойчивый потенциал
	1	2	3	4	5
C2.1. Засвидетельствование причин смерти и информирование о них – информирование	Стандартная система медицинского освидетельствования причин смерти отсутствует	Показатель <30%	Показатель 30-69%	Показатель 70-89%	Показатель ≥90%
C2.2. Засвидетельствование причин смерти и информирование о них – качество	Неприменимо в связи с отсутствием данных	Не менее 30% случаев с некорректно установленными или неизвестными причинами	20%–29% случаев с некорректно установленными или неизвестными причинами	10%–19% случаев с некорректно установленными или неизвестными причинами	Менее 10% случаев с некорректно установленными или неизвестными причинами
O1. Стандартная система информирования на уровне медицинских учреждений, предусматривающая мониторинг пациентов	Соответствует критерию доступности менее чем на 25%	Соответствует критерию доступности на 25%–49%	Соответствует критерию доступности на 50%–70%	Соответствует критерию доступности на 71%–89%	Соответствует критерию доступности на ≥90%
O2. Система регулярного мониторинга доступности услуг, их качества и эффективности	Основанная на обследованиях система мониторинга качества услуг = 1 и система аккредитации = 1	Основанная на обследованиях система мониторинга качества услуг = 2 или система аккредитации = 2	Основанная на обследованиях система мониторинга качества услуг = 3	Основанная на обследованиях система мониторинга качества услуг = 4	Основанная на обследованиях система мониторинга качества услуг = 5 или система аккредитации = 3

	Потенциал в процессе формирования	Ограниченный потенциал	Умеренно развитый потенциал	Хорошо развитый потенциал	Устойчивый потенциал
	1	2	3	4	5
ОЗ.1. Основанная на обследованиях система мониторинга качества услуг = 5 или система аккредитации = 3	Подготовка основных показателей расходов на здравоохранение осуществляется	Взвешенная сумма баллов по основным пунктам, относящимся к данному показателю, составляет менее 1	Взвешенная сумма баллов по основным пунктам, относящимся к данному показателю, составляет от 1 до 2	Взвешенная сумма баллов по основным пунктам, относящимся к данному показателю, составляет от 2 до 3	Общий балл по основным пунктам, относящимся к данному показателю, равен 3
ОЗ.2. Ресурсы служб здравоохранения – данные о кадровых ресурсах здравоохранения	Соответствует критерию доступности менее чем на 20%	Соответствует критерию доступности на 20%–39%	Соответствует критерию доступности на 40%–59%	Соответствует критерию доступности на 60%–79%	Соответствует критерию доступности на ≥80%
R1. Регулярный аналитический обзор прогресса и эффективности с учетом принципов справедливости	За последние пять лет доклад не подготавливался	Взвешенная сумма баллов по основным пунктам, относящимся к данному показателю, составляет менее 12	Взвешенная сумма баллов по основным пунктам, относящимся к данному показателю, составляет от 12 до менее 20	Взвешенная сумма баллов по основным пунктам, относящимся к данному показателю, составляет от 20 до менее 25	Общий балл по основным пунктам, относящимся к данному показателю, составляет 25 или более
R2. Общий балл по основным пунктам, относящимся к данному показателю, составляет 25 или более	Основные пункты показателя соответствуют не более чем 25% стандартов	Основные пункты показателя соответствуют более чем 25%, но менее чем 50% стандартов	Основные пункты показателя соответствуют значениям от 50% до менее 67% стандартов	Основные пункты показателя соответствуют значениям от 67% до менее 83% стандартов	Основные пункты показателя соответствуют не менее чем 85% стандартов

	Потенциал в процессе формиро- вания	Ограни- ченный потенциал	Умеренно развитый потенциал	Хорошо развитый потенциал	Устойчивый потенциал
	1	2	3	4	5
E1. Разработка политики и планирование на основе данных и доказательств	Общий балл по основным пунктам, относящимся к данному показателю, составляет 3 или менее	Общий балл по основным пунктам, относящимся к данному показателю, составляет 4-6	Общий балл по основным пунктам, относящимся к данному показателю, составляет 7-8	Общий балл по основным пунктам, относящимся к данному показателю, составляет 9-11	Общий балл по основным пунктам, относящимся к данному показателю, составляет 12 или более
E2. Доступность данных и обмен ими	Общий балл по основным пунктам, относящимся к данному показателю, составляет 8 или менее	Общий балл по основным пунктам, относящимся к данному показателю, составляет 9-12	Общий балл по основным пунктам, относящимся к данному показателю, составляет 13-16	Общий балл по основным пунктам, относящимся к данному показателю, составляет 17-20	Общий балл по основным пунктам, относящимся к данному показателю, составляет 21 или более
E3.1. Эффективное управление данными, осуществляемое страной –МиО	План МиО или ИСЗ, увязанный с существующим национальным стратегическим планом сектора здравоохранения, отсутствует	Общий балл по основным пунктам, относящимся к данному показателю, составляет 9 или менее	Общий балл по основным пунктам, относящимся к данному показателю, составляет 10-14	Общий балл по основным пунктам, относящимся к данному показателю, составляет 15-17	Общий балл по основным пунктам, относящимся к данному показателю, составляет 18 или более
E3.2. Эффективное управление данными, осуществляемое страной – стратегия в области электронного здравоохранения	Стратегия в области электронного здравоохранения существует или больше не актуальна	Общий балл по основным пунктам, относящимся к данному показателю, составляет 8 или менее	Общий балл по основным пунктам, относящимся к данному показателю, составляет 9-12	Общий балл по основным пунктам, относящимся к данному показателю, составляет 13-15	Общий балл по основным пунктам, относящимся к данному показателю, составляет 16 или более



SCORE



Всемирная организация
здравоохранения

20 Avenue Appia
CH-1211 Geneva 27
Switzerland

who.int/healthinfo/en

