

ОБОБЩАЮЩИЙ ДОКЛАД СЕТИ ФАКТИЧЕСКИХ ДАННЫХ В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ №40

## Повышение степени интеграции информационных систем здравоохранения: передовая практика и проблемы

Kai Michelsen | Helmut Brand | Peter Achterberg | John Wilkinson



Всемирная организация  
здравоохранения

Европейское региональное бюро

## Сеть фактических данных в отношении здоровья

СФДЗ – Сеть фактических данных в отношении здоровья – это информационная служба, предназначенная для лиц, принимающих решения в области общественного здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ, основанная и координируемая Европейским региональным бюро ВОЗ. Она представляет собой единую точку доступа к наилучшим имеющимся фактическим данным и информации общественного здравоохранения.

### СФДЗ предоставляет:

- ответы в поддержку процессов по принятию решений: в новейших кратких отчетах освещаются известные факты, указывается на недостатки в области фактических данных и информации, а также подчеркиваются основные сферы обсуждения, в том числе тенденции и стратегические варианты;
- легкий доступ к фактическим данным и информации с ряда веб-сайтов, баз данных, документов и экспертных сетей: данные ресурсы тщательно отбираются, приводится описание их главных тем и содержания.

Фактические данные в СФДЗ включают результаты исследований и другую важную информацию, актуальную для принятия решений в секторе общественного здравоохранения. Результаты исследований включают в себя, например, результаты рандомизированных контролируемых испытаний и систематических обзоров. Остальная важная информация поступает из анализов конкретных ситуаций, докладов, опыта и наблюдательных исследований. В СФДЗ фактические данные интерпретируются с учетом контекста, принимая во внимание, что эффективные для одной страны меры могут оказаться неэффективными в другой.

СФДЗ поручает экспертам проводить исследования и находить ответы на избранные вопросы, полученные со стороны лиц, ответственных за принятие решений, со всего Европейского региона ВОЗ. Эти ответы основываются на фактических данных, проходят коллегиальный обзор и периодически обновляются. СФДЗ работает в сотрудничестве с агентствами и организациями всего Европейского региона, в том числе с Европейской комиссией и учреждениями системы ООН.

---

ОБОБЩАЮЩИЙ ДОКЛАД СЕТИ ФАКТИЧЕСКИХ ДАННЫХ В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ №40

## Повышение степени интеграции информационных систем здравоохранения: передовая практика и проблемы

---

Kai Michelsen | Helmut Brand | Peter Achterberg | John Wilkinson



## Аннотация

В данном докладе рассматриваются текущие тенденции в государствах-членах Европейского союза (ЕС) и Европейской ассоциации свободной торговли (ЕАСТ) в области повышения степени интеграции информационных систем здравоохранения (ИСЗ). Чтобы понять значение более тесной интеграции с практической точки зрения, мы опросили экспертов из 13 государств-членов ЕС и объединили результаты опросов с результатами поиска литературы. Результаты опроса указывают на необходимость (i) продолжать работу по «базовым» направлениям, таким как наличие и качество данных, кадастры и регистры данных, стандартизация, законодательство, физическая инфраструктура и кадровый потенциал; (ii) продолжать работу по наборам показателей, ориентированным на конкретную концепцию; (iii) определить значение более тесной интеграции и продемонстрировать ее конкретные преимущества; (iv) укрепить руководство для наращивания потенциала по дальнейшей интеграции ИСЗ; а также (v) по международному обмену о текущей деятельности в данной области.

### Ключевые слова

COLLABORATION, DATA COLLECTION, eHEALTH, EVIDENCE-BASED HEALTH CARE, HEALTH INFORMATION SYSTEMS

## Рекомендации для цитирования

Michelsen K, Brand H, Achterberg P W, Wilkinson J R. Повышение степени интеграции информационных систем здравоохранения: передовая практика и проблемы. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 г. (Обобщающий доклад Сети фактических данных в отношении здоровья (СФДЗ)).

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:

Publications  
WHO Regional Office for Europe  
UN City, Marmorvej 51  
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-овом режиме на сайте Регионального бюро (<http://www.euro.who.int/pubrequest>).

ISSN 2227-4316

ISBN 978 92 890 5133 0

## © Всемирная организация здравоохранения, 2015 г.

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых полное согласие пока не достигнуто.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни при каких обстоятельствах не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

# СОДЕРЖАНИЕ

▶ Условные сокращения .....	iv
▶ Соавторы .....	v
▶ Резюме .....	vii
▶ 1. Введение .....	1
▶ 1.1. История вопроса .....	1
▶ 1.2. Методология .....	2
▶ 2. Результаты .....	4
▶ 2.1. Текущая деятельность по повышению степени интеграции: основные моменты .....	4
▶ 2.2. Недостатки, проблемы и препятствия .....	6
• 2.2.1. Наличие данных .....	6
• 2.2.2. Стандарты данных .....	7
• 2.2.3. Связь информации из разных баз данных .....	8
• 2.2.4. Законодательство .....	9
• 2.2.5. Инфраструктура ИКТ .....	10
• 2.2.6. Приложения электронной системы здравоохранения .....	11
• 2.2.7. Сотрудничество, координация и стратегическое руководство .....	12
▶ 3. Обсуждение .....	14
▶ 3.1. Новые тенденции, старые и новые проблемы .....	14
▶ 3.2. Различные взгляды на ИСЗ и интеграцию .....	14
▶ 3.3. Использование новых технологических возможностей .....	16
▶ 3.4. Лидерство и стратегическое руководство .....	17
▶ 4. Выводы .....	18
▶ Библиография .....	20
▶ Приложение 1. Методология .....	24
▶ Приложение 2. Электронное письмо в адрес экспертов .....	27
▶ Приложение 3. Справочный материал и вопросы интервью .....	29

## УСЛОВНЫЕ СОКРАЩЕНИЯ

ДСГ	Диагностически связанные группы
ЕАСТ	Европейская ассоциация свободной торговли
ЕС	Европейский союз
ИКТ	Информационно-коммуникационные технологии
ИСЗ	Информационные системы здравоохранения
ИТ	Информационные технологии
ОМСИ	Обмен медико-санитарной информацией
ОЭРСЗ	Оценка эффективности работы систем здравоохранения
ОЭСР	Организация экономического сотрудничества и развития
СФДЗ	Сеть фактических данных в отношении здоровья
ЕСНІ	Индикаторы здоровья Европейского сообщества
НІТ	Обзоры серии «Системы здравоохранения: время перемен»



## СОАВТОРЫ

Редакционная коллегия СФДЗ хотела бы выразить признательность техническим координаторам из следующих стран за участие в опросе: Австрии, Англии, Бельгии, Германии, Латвии, Мальты, Нидерландов, Польши, Португалии, Финляндии, Франции, Хорватии, Чешской Республики.

Доклад был подготовлен при финансовой поддержке Европейского союза. Мнения, выраженные в данной публикации, не отражают официального мнения Европейского союза.

### Авторы

Kai Michelsen

Департамент международного здравоохранения, Маастрихтский университет  
Маастрихт, Нидерланды

Helmut Brand

Профессор европейского здравоохранения программы Жана Моне  
Глава Департамента международного здравоохранения, Маастрихтский университет  
Маастрихт, Нидерланды

Peter W. Achterberg

Национальный институт здравоохранения и окружающей среды  
Билтховен, Нидерланды

John R. Wilkinson

Заслуженный профессор здравоохранения и независимый консультант  
Даремский университет  
Дарем, Соединенное Королевство

### Независимые рецензенты

Pieter G.N. Kramers

Голландский национальный институт здравоохранения и окружающей среды (на пенсии), независимый консультант  
Билтховен, Нидерланды

Richard K. Willmer

Научный сотрудник Королевского общества статистиков

Почетный член факультета здравоохранения

Директор по вопросам информации и разведки, группа поддержки деятельности здравоохранения  
Лондон, Соединенное Королевство

### **Редакционная коллегия Сети фактических данных в отношении здоровья (СФДЗ)**

Claudia Stein, исполнительный редактор и директор

Tim Nguyen, редактор серии

Ryoko Takahashi, ведущий редактор

Редакционная коллегия СФДЗ входит в состав Отдела информации, фактических данных, научных исследований и инноваций Европейского регионального бюро ВОЗ. Обобщающие доклады СФДЗ являются заказными работами, проходящими коллегиальный обзор. За их содержание несут ответственность авторы. Они необязательно отражают официальную политику Регионального бюро.





## РЕЗЮМЕ

### Суть проблемы

Для стратегий здравоохранения, формируемых с учетом фактических данных, необходимы данные и информация высокоэффективных информационных систем здравоохранения (ИСЗ). Общепризнано, что усиление степени интеграции ИСЗ является предпосылкой для повышения эффективности систем и обмена информацией. В данном докладе изучается это утверждение, а также рассматриваются текущие тенденции в области активизации интеграционных процессов ИСЗ в государствах-членах Европейского союза (ЕС) и Европейской ассоциации свободной торговли (ЕАСТ). Благодаря проведенному опросу экспертов по данным вопросам и анализу поиска литературных источников, авторы доклада смогли описать существующие возможности и проблемы, связанные с повышением степени интеграции ИСЗ, и полученные в этом процессе уроки.

### Результаты

Эффективность ИСЗ зависит от понимания цели интеграции и желаемых преимуществ. Действия по усилению интеграции направлены на получение более полной и качественной информации, например, данных о потребностях в области здравоохранения или о результатах медицинских вмешательств. Последние можно измерить путем оценки эффективности хирургических процедур, качества жизни и т. д. Другие действия, ведущие к повышению степени интеграции, включают улучшение возможностей для связи данных между различными регистрами, объединение соответствующих источников данных в одну центральную базу данных или платформу, объединение информации о здоровье и социальной помощи, создание возможностей для интеграции персональных данных. Это позволяет понять, как улучшить управление в области оказания помощи и повышения качества услуг, а также какое воздействие оказывают социальные детерминанты на здоровье людей.

Работа по повышению степени интеграции затрудняется и нехваткой столь необходимых качественных данных (напр., данных о заболеваемости, первичной медико-санитарной помощи, социальном обеспечении или уходе на уровне общин, интегрированных данных о социальном страховании и экономических данных), стандартов и методов сбора. В разных странах применяются разные способы объединения данных из нескольких источников, зачастую из-за разницы в наличии или отсутствии персональных идентификаторов, а также различных нормативно-правовых баз.

Задачи и проблемы национальных ИСЗ и интеграционных проектов различаются в рамках децентрализованных и централизованных политических структур, а также систем, основанных на национальных услугах здравоохранения и (социальном) медицинском страховании, и зависят от численности населения. Данные структуры оказывают влияние на стратегическое руководство,

сотрудничество и координацию, а также имеют большое значение для успешной разработки и внедрения интегрированных ИСЗ.

Благодаря новым технологиям, таким как информационно-коммуникационные технологии (ИКТ), а также вторичному использованию данных приложений электронной системы здравоохранения появляется все больше оптимистических прогнозов относительно повышения степени интеграции данных, даже несмотря на то, что с освоением этих технологий связаны значительные трудности.

### Стратегические соображения

Мы определили следующие варианты политики для будущего рассмотрения. Результаты интервью подчеркивают необходимость (i) продолжать работу по улучшению основных условий и структур, в том числе в области наличия и качества данных, кадастров и регистров, стандартизации, законодательства, физической инфраструктуры и кадрового потенциала; (ii) продолжать работу по разработке набора индикаторов, ориентированных на конкретную концепцию, в том числе наборов индикаторов, ориентированных на результат, например для оценки эффективности работы систем здравоохранения (ОЭРСЗ); (iii) расширять понимание того, что означает более тесная интеграция, и приводить конкретные примеры ее преимуществ; (iv) создавать условия для разумного руководства во всех министерствах для дальнейшей интеграции ИСЗ; (v) продолжать обмен опытом и передовой практикой на международном уровне.

# 1. ВВЕДЕНИЕ

## 1.1. История вопроса

Осуществляемый с учетом фактических данных процесс принятия решений в области здравоохранения опирается на надежные данные и информацию (1). Национальные информационные системы здравоохранения (ИСЗ), в рамках которых объединяются данные из различных источников и информационных систем, призваны оказывать информационную поддержку лицам, ответственным за выработку политики, и другим целевым аудиториям. (Обзор исторического развития приведен в ссылке (2)).

В настоящее время национальные ИСЗ должны предоставлять информацию о:

- состоянии здоровья населения и воздействии социальных детерминант здоровья, т.е. необходима более тесная интеграция данных о первичной медико-санитарной помощи, объединение данных частных поставщиков услуг, данных о заболеваемости, психическом здоровье, социальных детерминантах и неравенстве, данных, информирующих о состоянии здоровья на протяжении всего жизненного цикла;
- качестве медицинских услуг: сюда входят данные об эффективности оказания комплексной помощи; документация способов оказания помощи; данные, позволяющие проводить сравнительный анализ различных параметров результатов предоставления медицинских услуг;
- имеющихся в наличии ресурсах, а именно: кадровых ресурсах, объектах и оборудовании, состоянии здоровья и услугах здравоохранения, потенциале и оценке эффективности работы системы здравоохранения.

Для удовлетворения вышеперечисленных требований в рамках национальных ИСЗ необходимо (i) структурировать разрозненную массу данных (3, 4) в информационно-ориентированной среде (5), и (ii) объединить всю имеющуюся информацию. На основе полученного опыта можно предположить, что для достижения этого требуется следующее (3-5):

- Интегрирование всего процесса, начиная с предоставления данных и заканчивая распространением информации (т.е. от данных к информации и знаниям).
- Объединение данных на всех этапах процесса. Собранные данные должны объединяться в наборы данных. Наборы данных должны быть последовательными (как операционно, так и концептуально)

и сравнимыми. Сбор разных видов данных, даже в рамках нескольких юрисдикций (согласно рекомендациям концепций по учету вопросов здравоохранения во всех стратегиях и всеми органами государственного управления) должен быть хорошо скоординированным для минимизации дубликации усилий и должен позволять объединять наборы данных с целью проведения сравнения различных групп населения или поставщиков медицинских услуг, мониторинга развития событий во времени или анализа соотношений, а также определения социальных детерминант здоровья и состояния здоровья различных групп населения.

- Включение ИСЗ в цикл операций системы здравоохранения (оценка, формулировка стратегии, внедрение, анализ) для предоставления информации лицам, принимающим решения, на каждом этапе этого цикла.

Обычно невыполнение описанных выше интеграционных процессов приводит к использованию разных определений и классификаций для одних и тех же понятий, дублированию усилий по сбору данных, непоследовательности, отсутствию координации и стратегического руководства, неопределенным приоритетам, неэффективности сбора данных и их анализа. Часто это также приводит к неполному включению существующей информации в стратегические доклады вследствие того, что не используются все имеющиеся данные, не проводятся полноценные анализы и не предоставляются полезные стратегические рекомендации. Кроме того, затрудняется проведение сравнений между административно-территориальными единицами (муниципалитетами, округами, регионами) внутри одной страны, а также между разными странами.

В данном докладе рассматриваются текущие проблемы, возможности и тенденции в государствах-членах Европейского союза (ЕС) и Европейской ассоциации свободной торговли (ЕАСТ) в области повышения степени интеграции ИСЗ. В нем также вкратце приводятся текущие обсуждения значения более тесной интеграции с практической точки зрения, а также результаты проводимой в настоящее время работы по объединению ИСЗ государств-членов.

## 1.2. Методология

В данном докладе объединяются результаты опросов экспертов с результатами поиска в соответствующих публикациях (более подробное описание приводится в приложении 1). Публикации отбирались при помощи следующих терминов поиска: «информационные системы (общественного) здравоохранения», «наблюдение за состоянием здоровья населения», «статистика здравоохранения», «электронная система здравоохранения», «мониторинг здоровья», «отчетность системы здравоохранения» и «осуществление» (в различных сочетаниях терминов) в PubMed и Web of Science.



Для проведения опросов экспертов в качестве первых контактных лиц был выбран 31 официально назначенный национальный координатор, официально работающий с Европейским региональным бюро ВОЗ в государствах-членах ЕС и ЕАСТ. В опросе приняли участие 15 экспертов из 13 стран. Они получили справочный материал с заявлениями, определениями и резюме вопросов.

С июня по август 2014 г. 12 экспертов из 11 стран были опрошены по телефону. Каждое интервью длилось 45-60 минут. Представители двух стран ответили на вопросы в письменной форме.

Полученная в результате опроса информация была обобщена и сгруппирована по общим темам.

## 2. РЕЗУЛЬТАТЫ

Опрошенные эксперты сообщили об интересных новых позитивных тенденциях. Однако их представление о настоящем положении в области передовой практики по интеграции значительно различались.

Эксперты подчеркнули различные прошлые и текущие действия и события, которые содействовали интеграционным процессам (национальных) ИСЗ или наоборот замедляли их. Вначале мы представляем позитивные моменты (2.1), а затем рассматриваем существующие с точки зрения опрошенных экспертов проблемы и вызовы (2.2). В их число входят выявленные недостатки и препятствия; вопросы, связанные с наличием данных; стандарты данных; вопросы связи данных; а также законодательство и инфраструктура информационных технологий (ИТ). И наконец, эксперты затронули центральные вопросы координации, сотрудничества, стратегического руководства и лидерства, необходимые для оптимальной интеграции национальных ИСЗ. Мы представляем общие темы, охваченные респондентами, вперемежку с индивидуальными точками зрения и конкретными примерами.


### 2.1. Текущая деятельность по повышению степени интеграции: основные моменты

Эксперты неоднократно указывали на трудности, связанные с «новыми информационными требованиями систем здравоохранения» и их использованием в процессе принятия решений с учетом фактических данных. Эти новые информационные требования упоминались в связи со следующим:

- основанное на необходимости выделение ресурсов для служб здравоохранения;
- анализ результатов предоставления услуг здравоохранения (напр., недостаточное или избыточное предоставление, неуместные услуги);
- оценка эффективности работы систем здравоохранения (ОЭРСЗ) как одного целого.

Эксперты привели примеры текущей деятельности по удовлетворению данных потребностей в ИЗС.

Среди других упомянутых действий была деятельность по улучшению **связи между информацией, содержащейся в разных регистрах** (напр., онкологическом регистре и регистре смертности), путем использования национальных идентификаторов и/или национальной системы декодирования с целью снижения повторов и обеспечения последовательности.



Некоторые эксперты упоминали объединение информации в рамках одной **центральной базы данных**. Например, в рамках центральной базы данных Французской национальной страховой системы – основной базы данных для анализа заболеваний и уровня использования медицинских услуг. Другие примеры касались объединения учетных записей всех подсистем в рамках **единой технологической (интернет-) платформы**.

Эти действия в некоторых случаях связаны с полной перестройкой национальных ИСЗ как в плане содержания, так и в плане концепции. Перестройка системы позволила бы пользователям осуществлять более быстрый и последовательный сбор информации, предоставила бы информацию более «интегрированным» способом с расширением возможностей для проведения мониторинга, планирования, исследований и управления (рисками), а также создала бы единую платформу, отвечающую информационным потребностям различных заинтересованных сторон. Среди некоторых упомянутых платформ были географические информационные системы, в рамках которых можно разбивать данные по различным региональным уровням и проводить картирование информации. В одной стране повышение степени интеграции проходило с одновременными изменениями законодательства. В этой же стране региональные органы управления отвечают за вопросы найма поставщиков медицинских услуг в соответствии с потребностями населения и поэтому нуждаются в отзывах регионов о работе системы и состоянии здоровья населения.

В других странах существует необходимость повышать информационную интеграцию **секторов здравоохранения и социального обеспечения**. Необходимые изменения законодательства уже были внесены или находятся на стадии разработки.

Хотя был достигнут определенный прогресс по разбивке данных на различных региональных уровнях, позволяющей изучать влияние социальных детерминант (напр., безработицы) на состояние здоровья людей, некоторые эксперты были более заинтересованы в расширении возможностей **для объединения данных на индивидуальном уровне** (медико-санитарная документация/история болезней), позволяющих анализировать «пути пациента» или изучать изменения в состоянии здоровья на протяжении всего жизненного цикла.

Здесь значительные различия в возможностях разных стран обусловлены наличием или отсутствием персонализированных наборов данных, персональных идентификаторов и юридических ограничений и, конечно, самих данных.

Также были рассмотрены возможности использования **приложений электронной системы здравоохранения для вторичного использования данных**. Например, для электронных рецептов, электронных направлений к специалистам и записи на прием, получения лабораторных результатов, ведения электронной документации при оказании первичной медико-санитарной

помощи, а также для электронных архивов историй болезней. В некоторых странах уже начали использовать данные из этих источников. Один из опрошенных экспертов выразил желание в том, чтобы в будущем национальные ИСЗ могли извлекать данные прямо из местных цифровых систем через базы данных поставщиков услуг здравоохранения.

## 2.2. Недостатки, проблемы и препятствия

В целом все опрошенные эксперты, даже наиболее позитивно настроенные, указали на общие недостатки, проблемы и препятствия для осуществления более тесной интеграции. Данные результаты представлены ниже в разбивке по темам.

### 2.2.1. Наличие данных

Из нескольких обзоров серии «Системы здравоохранения: время перемен» (HiT) (по Венгрии (6), Румынии (7), Словакии (8)), хорошо виден недостаток инвестиций для осуществления сбора высококачественных данных. Некоторые опрошенные эксперты придавали больше значения другим проблемам: отсутствию данных, неиспользованию уже имеющихся данных, неиспользованию возможностей для связи данных (напр., через персональные идентификаторы), проблемам, связанным с законодательными нормами (напр., о нераспространении конфиденциальной информации), или отсутствию политической воли.


Большинство национальных экспертов сообщили об относительно хорошем обеспечении больничными данными при меньшей обеспеченности данными об амбулаторном обслуживании, особенно из частного сектора.

Что касается данных, содержащихся в приложениях электронной системы здравоохранения, нам представилось интересным то, что два эксперта сообщили о лучшем обеспечении данными первичной медико-санитарной помощи и более низком обеспечении данными о больничном обслуживании. Некоторые опрошенные эксперты упомянули, что даже больничные клинические данные могут быть ограничены из-за того, что организация их сбора строится вокруг системы возмещения расходов, основанной на диагностически связанных группах (ДСГ).

Хотя имеется довольно много данных об уровнях заболеваемости – больше данных из больниц и меньше данных из первичных медико-санитарных/амбулаторных служб – существует нехватка информации о распространенности заболеваний. Эту информацию можно получить из регистров только в нескольких странах и по некоторым болезням.

Опросные исследования по вопросам здравоохранения помогают осуществлять сбор информации о распространенности заболеваний на основе сообщений самих пациентов о своем здоровье,





недиагностированных проблем здоровья и социальных детерминант здоровья, в то время как клинические данные часто отсутствуют. Проведение обзоров медицинских обследований могло бы облегчить ситуацию, но из-за проблем финансирования не все страны могут себе его позволить.

Опрошенные эксперты, выразившие необходимость объединения данных служб здравоохранения и социального обеспечения (по выписке из больницы, инвалидности, нетрудоспособности, финансовой поддержке льготных категорий граждан, долгосрочному уходу), сообщили об ограниченных данных о социальном обеспечении. Основными причинами этого являются отсутствие данных, недостатки законодательства для сбора данных, наделение различных министерств правами собственности на данные и проблемы доступа к данным.

Среди других упомянутых проблем – недостатки данных о социальных детерминантах здоровья и расходах в разбивке по болезням, необходимость производить оплату за наличный расчет, а также собственные удержания страхователя.

На вопрос о том, как можно улучшить интеграцию национальных ИСЗ некоторые опрошенные эксперты ясно ответили, что они бы хотели расширить число и виды показателей здоровья, чтобы получить информацию о полном спектре здоровья в рамках своих ОЭРСЗ, а также повысить доступность данных из всех сфер оказания первичной медико-санитарной помощи как в государственном, так и в частном секторе. Некоторые из них также хотели бы располагать более обширной информацией о социально-экономическом положении, а также статистическими наборами данных из других секторов, например, информацией о доходах, налогах и т.д.

Некоторые эксперты обсудили общую готовность поставщиков услуг здравоохранения своевременно предоставлять данные. Во всех случаях это было бы необходимым для минимизации нагрузки по сбору данных, например, путем извлечения данных из центральных регистров или максимальной адаптации информационных систем поставщиков услуг здравоохранения за счет вторичного использования существующих данных. Также можно было бы использовать негативную мотивацию, например, заключать контрактные соглашения или применять штрафные санкции по отношению к тем, кто отказывается предоставлять данные. Установка критериев сравнительной оценки качества предоставляемых данных могла бы стать еще одним подходом. Важно также было бы подумать о позитивной мотивации, например, о предоставлении поставщикам данных различных льгот, таких как полезная аналитическая информация, кодовые книги, доступ к информации других провайдеров. Это можно было бы подкрепить проектами, демонстрирующими пользу наличия данных. В целом, создание национальной медико-санитарной документации могло бы стать одним из способов снижения отчетной нагрузки и повышения аналитического потенциала.

### 2.2.2. Стандарты данных

Несколько экспертов затронули проблему отсутствия определений и стандартов для сбора данных и описания метаданных.

Один эксперт указал на необходимость создавать общие протоколы подсчета комплексных показателей для того, чтобы избежать расхождений между национальными и международными учреждениями. Данные расхождения могут возникать из-за различий в определениях стандартных и возрастных групп населения.

На вопрос о том, как можно улучшить интеграцию национальных ИСЗ, некоторые эксперты ответили, что существует необходимость в гармонизации подхода по созданию единых систем классификации и кодовых книг или хотя бы преобразователей кодов на случай параллельного использования различных кодовых систем, особенно на уровне выработки данных. Эксперты особо подчеркнули необходимость улучшать стандарты данных по социальному обеспечению и помощи на уровне общин.


### 2.2.3. Связь информации из разных баз данных

Довольно часто на национальном уровне устанавливаются связи между записями, содержащими данные о смертности, стационарных больных, рецептурных лекарствах, а также данные из онкологических регистров. Установление связей между данными о первичной медико-санитарной помощи, исследованиях состояния здоровья населения, психиатрических больницах и долгосрочном уходе проводится реже (9).

В некоторых странах благодаря персональным идентификаторам возможно связать данные о смертности с данными из онкологических регистров и проследить за судьбой пациентов в течение какого-то времени, в других странах это невозможно из-за отсутствия таких идентификаторов. (Обзор существующих идентификаторов в разбивке по странам, входящим в Организацию экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), приводится в ссылке (9)).

В некоторых странах важным источником информации являются данные медицинского страхования. Некоторые эксперты заявили, что данные из собственных информационных систем организаций медицинского страхования уже включены в национальные ИСЗ. Другие страны стремятся повысить уровень интеграции. Частично это вызвано интересом к экономическим и финансовым данным. Также существует интерес в изучении возможностей вторичного использования личных данных, например, в целях поиска медицинских услуг.

Опрошенные эксперты сообщили о существовании некоторых технических и административных барьеров, хотя, в общем, отмечается высокий уровень сотрудничества с организациями социального



медицинского страхования. Подписание протокола о понимании может помочь формализовать все действия, связанные с оперативной совместимостью, или решить, какие данные подлежат обмену.

Были упомянуты некоторые ограничения данных социального медицинского страхования, такие как недостающие клинические данные, а также то, что в некоторых случаях записи схем социального медицинского страхования не совсем представляют собой историю болезней. Австрия и Германия приводились в качестве положительных примеров использования данных организаций социального медицинского страхования.

Для объединения данных служб здравоохранения и социального обеспечения зачастую необходимо наладить сотрудничество между разными министерствами. Только два эксперта сообщили о том, что законодательство о полной интеграции информационных систем двух секторов уже вступило в силу или находится на последней стадии разработки. В некоторых странах возможно использование персональных идентификаторов для поиска информации о конкретном пациенте в системах здравоохранения и социального обеспечения. В других – иногда затрудняется доступ к данным о долгосрочном уходе либо разрешается использовать только те данные социального обеспечения, которые входят в зону соприкосновения медицинской и социальной помощи.

Некоторые эксперты с удовлетворением отметили существование региональных идентификаторов, когда проводится связь данных по почтовому индексу, а также предоставляется возможность разбить данные в соответствии с различными территориальными единицами (муниципалитет, регион и округ). В качестве позитивного явления была отмечена возможность объединения данных на региональном уровне и проведения экологического анализа, например, по информации здравоохранения и социально-экономическим характеристикам. Другие эксперты выразили желание получить больше возможностей для разбивки данных по регионам.

Некоторые эксперты ясно дали понять, что необходимо связать базы данных различных секторов, например, медицинские и социально-экономические базы для того, чтобы решить проблемы неравенства, снизить ограничения доступа к определенным источникам данных, а также иметь возможность использовать национальные идентификаторы. Наличие данных на уровне пациентов рассматривалось как шаг вперед по направлению к более тесной интеграции.

Один эксперт предложил разработать базу метаданных. Альтернативой объединения многочисленных данных в одну базу данных могло бы быть создание центральной базы данных, занимающейся сбором не просто данных, а метаданных и представляющей собой центральную точку доступа к максимальному числу соответствующих онлайн ресурсов через поиск по ключевому слову.

#### 2.2.4. Законодательство

Действующие в различных странах нормативно-правовые базы различаются в области (i) сбора данных, (ii) использования личных данных, (iii) связи источников данных (обзоры HiT) (9). Многие эксперты сослались на правовые ограничения, накладываемые соответствующими нормами ЕС об обеспечении конфиденциальности личных данных (10). Несколько экспертов подчеркнули правовые ограничения в области связи личных данных, таких как данные о состоянии здоровья, социальном статусе или статистике смертности. Иногда имеющиеся в наличии идентификаторы невозможно использовать из-за мер защиты данных. Даже несмотря на действие единых норм ЕС в разных странах сложились разные ситуации.

За последние несколько лет правовая ситуация в области интеграции персональных данных в одних странах еще более ужесточилась, в других странах наоборот смягчилась (9). В некоторых странах в настоящее время ведутся обсуждения об облегчении процесса установления связей. В других, полностью отсутствует политическая воля объединять какие-либо данные, например, информацию из базы данных о смертности с данными об истории болезней. На вопрос о том, как можно улучшить интеграцию национальных ИСЗ, некоторые эксперты прямо ответили, что хотели бы видеть изменения нормативно-правового обеспечения, направленные на преодоление ограничений, накладываемых мерами защиты данных, путем внедрения псевдонимов и поиска способов недопущения повторной идентификации. Они согласились, что при этом нельзя допускать нарушения конфиденциальности данных о гражданах и пациентах.

Некоторые эксперты рассматривали в качестве ключевого шага создание соответствующей нормативно-правовой базы. В одних странах возможности для установления связей между данными крайне ограничены, в других – обширны.

Это касается сбора соответствующих данных в одном месте или регистре (при этом не допускается объединение персональных данных из разных регистров) или связи данных между различными регистрами в рамках сектора здравоохранения (установление связей между секторами зачастую запрещено). В некоторых странах можно использовать все данные, сбор которых регулируется и финансируется правительством, а также объединять данные на индивидуальном уровне. В других странах ведутся переговоры между различными учреждениями относительно норм соблюдения конфиденциальности. В сомнительных случаях можно было бы организовать обмен информацией с помощью «надежной» третьей стороны, которая объединяла бы данные из различных источников, удаляя при этом персональные идентификаторы.

Несколько экспертов привели в качестве примеров передовых стран по внедрению законов, регулирующих вопросы объединения данных, Скандинавские страны. Некоторые напрямую сослались на Швецию. Другие упомянули передовую практику Дании и Финляндии, например, в области использования анонимных персональных идентификаторов путем замены данных идентификации на случайные числа.

## 2.2.5. Инфраструктура ИКТ

Некоторые эксперты связали свои размышления об интеграции ИСЗ с комментариями о разработке инфраструктуры ИКТ и электронной системы здравоохранения. Они описали проблемы по переходу от бумажного формата к электронному формату (оцифровывание). Инфраструктура ИКТ иногда ограничена в том, что касается возможности подключения и доступа к интернету, особенно в сельской местности. Один эксперт заявил, что ИТ лучше развиты в частном секторе, чем в государственном.

Недостатки в инфраструктуре ИКТ были отмечены в последних обзорах НИТ по Болгарии (11), Греции (14), Кипру (12), Словакии (8) Чешской Республике (13). Англия (16), Дания (15), Финляндия (18), Франция (19), Швеция (21), Шотландия (20) и Эстония (17) сообщили о наличии хорошо развитых инфраструктур. Тем не менее, все страны сталкиваются с проблемами операционной совместимости. Вопрос отсутствия последовательных стратегий, связанных с инфраструктурой ИКТ, поднимался в большинстве обзоров НИТ.

## 2.2.6. Приложения электронной системы здравоохранения

Использование персональных данных зачастую связано с обсуждением возможностей механизмов электронной системы здравоохранения. Некоторые эксперты указали на существующие ограничения. В одних странах в настоящее время ведется работа по созданию электронных историй болезней, в других странах отсутствуют как электронные записи, так и стратегия развития электронной системы здравоохранения. Некоторые эксперты упомянули, что главная цель создания электронных записей – это облегчение коммуникации между медицинскими работниками, а не сбор данных для медицинской статистики. Эксперты также указали на ограничения операционной совместимости приложений электронной системы здравоохранения, например, между больницами, а также между государственным и частным секторами.

Другие эксперты сообщили о прогрессе, достигнутом в области гармонизации ИСЗ. Хотя провайдеры данных пользуются услугами разных поставщиков, устанавливаются общие нормы, которые интегрируются в децентрализованные системы на основе законодательства и контрактных требований. Выполнение норм входит в условия контрактов. В одном случае создается национальный архив электронных историй болезней. Пока он еще не достаточно сформирован для использования в целях ИСЗ, так как данные некоторых поставщиков отсутствуют. Поэтому необходимо продолжать сбор данных напрямую у поставщиков медицинских услуг. Тем не менее, этот архив можно было бы использовать в целях получения статистических данных здравоохранения, как только в него будет включено достаточно данных. Для этого сначала необходимо будет включить все данные государственного сектора, а затем – данные частного сектора.

Некоторые эксперты также заявили о том, что врачам, работающим в амбулаторных службах, не предоставлена необходимая инфраструктура (напр., доступ к интернету в сельской местности); либо они все еще предпочитают работать в бумажном формате. Другие эксперты упомянули позитивную мотивацию для инвестирования в приложения электронной системы здравоохранения.

Проблемы внедрения описываются во многих публикациях. Это относится к внедрению новых технологий, примеры чего были найдены в обзорах HiT по Англии (16), Болгарии (11), Дании (15) и Ирландии (22), или к внедрению электронных записей об истории болезней в Англии, Ирландии, Уэльсе, Шотландии (23) и Швейцарии (24). Еще одной проблемой является необходимость использования и внедрения новых индикаторов, таких как Индикаторы здоровья Европейского сообщества (ЕЧН) (1).


### 2.2.7. Сотрудничество, координация и стратегическое руководство

Во многих странах национальные ИСЗ основаны на сотрудничестве между несколькими министерствами, департаментами, национальными статистическими бюро, государственными учреждениями здравоохранения и другими заинтересованными сторонами.

Хорошо скоординированные действия между министерствами, учреждениями или подсистемами важны для разделения ответственности за базы данных или формирования структур и систем ИТ. Некоторые эксперты сообщили о высокой степени координации усилий, в некоторых случаях основанной на протоколе о понимании. Другие эксперты рассказали о критических проблемах, например о том, что ответственность за здравоохранение и социальное обеспечение разделяется между двумя министерствами или о том, что неясно, кому принадлежит право собственности на базы данных. Было указано, что четко определенные сферы компетенции и обязанности министерств содействуют обеспечению хорошей координации действий.

Некоторые эксперты указали на сферы компетенции учреждения как одну из предпосылок создания эффективных и интегрированных ИСЗ. В частности, в качестве одного из преимуществ была упомянута централизация обязанностей за регистры и обзоры в одном месте. Слишком большое число учреждений, преследующих разные цели и задачи и осуществляющих свой собственный сбор данных, может затруднить работу. Новые законы и расширенные нормы Евростата (25) были упомянуты в числе способов задания более четкого направления и улучшения координации усилий.

В страновых обзорах HiT и публикации ОЭСР *Strengthening health information infrastructure for health care quality governance* [Укрепление информационной структуры здравоохранения для высококачественного стратегического руководства в секторе здравоохранения] (9) подчеркиваются не только структурные различия между здравоохранительными и политическими информационными системами, но и схожие моменты между странами (группами стран). Опрошенные эксперты также затронули тему



структурных различий между странами. Они отметили, что интеграция национальных ИСЗ была бы менее проблематична в централизованных государствах, чем в децентрализованных объединениях или федеральных государствах, таких как Австрия, Бельгия, Германия, Испания и Швейцария. Позиции министерства здравоохранения были бы сильнее в национальной системе здравоохранения по сравнению с системой, основанной на социальном медицинском страховании, при которой организации социального медицинского страхования и другие заинтересованные стороны имели бы некоторый уровень независимости в предоставлении данных или даже свои собственные ИСЗ, а страховые фонды и поставщики медицинских услуг могли бы быть не заинтересованы в инвестировании в национальные ИСЗ.

Осуществление сотрудничества, координации и перемен могло бы быть легче в небольших государствах ЕС, таких как Латвия, Словения и Эстония. С другой стороны, их ресурсы были бы более ограничены, а замена даже одного штатного сотрудника в области кодирования могла бы иметь большое значение для национальной статистики. Другими словами, эффекты экономии на масштабе были бы неблагоприятными по сравнению со странами с большей численностью населения.

Для дальнейшего совершенствования процессов интеграции ИСЗ некоторые эксперты указали на необходимость определения целей и задач, разработки предложений для создания новых институтов, проведения успешных переговоров с основными заинтересованными сторонами относительно сотрудничества, а также обеспечения предоставления данных для национальной ИСЗ из разных секторов. Кроме того, по их мнению, необходимо установить горизонтальные структуры и создать независимый орган для улучшения всех аспектов работы и расширения осведомленности об операционной совместимости, а также привлечь различные субнациональные администрации и сообщества к дальнейшей разработке систем.

## 3. ОБСУЖДЕНИЕ

### 3.1. Новые тенденции, старые и новые проблемы

Один из опрошенных экспертов сказал: «Кажется, что необходимо постоянно совершенствовать информационные системы путем ясного определения информационных потребностей; а также предугадывать потребности в статистической информации, постоянно инвестировать в информационные и коммуникационные технологии и обязательно проводить профессиональную подготовку».


Опрошенные эксперты привели примеры текущей деятельности по совершенствованию информационных систем и подтвердили, что повышение степени интеграции ИСЗ остается актуальным, но нерешенным вопросом в соответствующих государствах-членах ЕС. Они в основном рассмотрели возможности и проблемы интеграции данных из разных источников, а также определенные элементы процесса сбора данных. Они не вдавались в подробности о конкретных примерах интеграции. Вопросы интеграции ИСЗ в области цикла стратегических действий, распространения данных среди разных аудиторий (лиц, вырабатывающих политику, медицинских работников, исследователей, общего населения), преобразования информации в знания (26), систем управления информацией и знаниями были причислены к актуальным, но не играющим большой роли в рамках данного опроса.

Опрошенные эксперты отметили ряд новых интересных тенденций, например, повышение внимания к результатам медицинских вмешательств, связи регистров, построению платформ, интеграции информации секторов здравоохранения и социального обеспечения, использованию данных из приложений электронной системы здравоохранения. Они обсудили общие проблемы, которые в разных странах были по-разному актуальны, например, проблемы наличия данных, возможности устанавливать связи между источниками данных, юридические и технические ограничения, а также институциональные проблемы. Они также отметили, что работа по решению «базовых» проблем продолжается.

### 3.2. Различные взгляды на ИСЗ и интеграцию

Некоторые национальные ИСЗ, в основном в системах здравоохранения, основанных на социальном медицинском страховании, стремятся собрать всю существующую информацию о состоянии здоровья различных групп населения и предоставлении медицинских услуг, а также предоставить информацию всем заинтересованным аудиториям. Другие ИСЗ более конкретно нацелены на поддержку процессов управления службами здравоохранения и социального обеспечения. В системах, основанных на социальном медицинском страховании, управление соответствующими информационными системами осуществляется компаниями социального медицинского страхования и организациями поставщиков медицинских услуг.





Отсюда возникают некоторые вопросы по поводу целей, задач и видения национальных ИСЗ и путей повышения их степени интеграции. Опрошенные эксперты в целом согласились, что существует необходимость повышать степень интеграции национальных ИСЗ, но имели разные представления об этом процессе. Некоторые из них озвучили желание достигнуть полной интеграции всех имеющихся соответствующих данных; другие заявили, что полная интеграция невозможна, т.к. национальные ИСЗ должны удовлетворять различные информационные потребности (напр., по состоянию здоровья, услугам здравоохранения, ресурсам), и т.к. задействованные институты преследуют разные цели. Хотя эксперты это не упоминали напрямую, представляется логичным принимать во внимание различные информационные потребности политиков, руководителей, экспертов и научно-исследовательских кругов в области здравоохранения, а также различные функции ИСЗ, и обсуждать идею интеграции в форме разработки национальной ИСЗ, выполняющей все функции и удовлетворяющей все информационные потребности. По сравнению с идеей улучшения информационного обмена между несколькими ИСЗ, выполняющими различные функции и обеспечивающими разные потребности (напр., со специализацией в эпидемиологических вопросах, исследованиях в области предоставления услуг здравоохранения, экономики здравоохранения, мониторинга общих новых тенденций). Один эксперт отметил, что предпочел бы поговорить о вторичном использовании данных и операционной совместимости систем, для чего термин «интеграция» не совсем подходит.

Фактически в рамках ИСЗ существует множество подсистем. В какой степени можно объединить специфические функции и задачи в одну систему, учитывая при этом соответствующие институциональные контексты разных стран? Какова цель соответствующих национальных ИСЗ; какие данные требуются, и какие темы должны охватывать другие специализированные информационные системы?


Данные вопросы представляются интересными не только с академической точки зрения. При принятии шагов по повышению степени интеграции необходимо учитывать различные точки зрения и информационные потребности соответствующих заинтересованных сторон в соответствии с организацией систем здравоохранения различных стран. В число заинтересованных сторон входят поставщики медицинских услуг, страховые компании, службы общественного здравоохранения, различные государственные административные органы и министерства. Сосредоточение обязанностей и областей компетенции в разных странах осуществляется по-разному с вытекающими отсюда последствиями для действий, которые можно и необходимо предпринимать для устранения проблем нехватки данных, осуществления координации и налаживания сотрудничества между разными заинтересованными сторонами и использования возможности улучшать интеграцию или повышать оперативную совместимость систем. Необходимо помнить, что более тесная интеграция имеет разные значения в разных странах. Необходимо получить ясное и конкретное понимание того, что несет интеграция и как она выглядит, особенно в международном плане. Интеграция может (но не всегда должна) означать объединение всех существующих данных в рамках одной платформы. Она также может означать координацию сбора данных между несколькими ИСЗ и повышение их оперативной совместимости. Любопытно, что опрошенные эксперты указали на тот

факт, что международные обязательства по предоставлению данных (Евростату, ОЭСР, ВОЗ) помогают «убедить» заинтересованные стороны предоставлять данные. В то же время, они обратили внимание на необходимость облегчить связанную со сбором данных нагрузку на поставщиков медицинских услуг при помощи компенсаций.

### 3.3. Использование новых технологических возможностей

Опрошенные эксперты рассмотрели возможности и проблемы, связанные с оцифровыванием, инфраструктурой ИКТ и приложениями электронной системы здравоохранения. Обмен медико-санитарной информацией (ОМСИ) «сконцентрирован вокруг непосредственного оказания помощи пациентам с основными задачами расширения доступа поставщиков к информации, тем самым повышая безопасность и качество помощи и снижая затраты» (27). Даже при решении проблем общественного здравоохранения основное внимание уделяется наблюдению (27) или двусторонней связи для оказания поддержки передовым практикующим врачам (28). Вторичному использованию данных для национальных ИСЗ не отводится важного места в обсуждении возможностей и проблем электронной системы здравоохранения (26, 29). Существует «довольно большой и постоянно растущий объем фактических данных о важности сбора, анализа, связи и сообщения о результатах личных медицинских информационных активов для повышения качества мониторинга системы здравоохранения, выработки политики здравоохранения, измерения и оценки эффективности работы системы здравоохранения» (9). Было отмечено, что «проблема, с которой сталкиваются страны ... заключается в том, что проведение оценки пригодности к эксплуатации электронных систем истории болезней для статистических целей нельзя откладывать до введения электронных систем истории болезней» (9). В некоторых странах уже начали использовать данные из электронных историй болезней для мониторинга общественного здравоохранения и предоставления медицинской помощи (30). Но также было отмечено и то, что «масштабы работы, которую необходимо проделать для введения национальных электронных систем истории болезней, обескураживают правительства всех стран» (9). Сюда входит разработка планов, нового законодательства (по защите конфиденциальности данных), выработка правовых механизмов и стандартов, подключение заинтересованных сторон из частного и государственного секторов, сертификация поставщиков программного обеспечения, профессиональная подготовка, просвещение общественности и необходимость в значительной бюджетной поддержке. Например, в страновых обзорах по Англии, Дании, Финляндии, Франции, Швеции, Шотландии и Эстонии сообщается о том, что даже страны с развитыми инфраструктурами ИКТ сталкиваются с проблемами оперативной совместимости (15–21) (остальные критические проблемы см. в ссылках (2), (9), (31–39)).

По мнению одного из опрошенных, причина многих проблем в том, что слишком много внимания уделяется техническим вопросам, техническим механизмам и компьютерным наукам без осмысления



потребностей и участия соответствующих заинтересованных сторон. Заинтересованные стороны должны будут договориться об общих целях и обсудить необходимость внесения изменений для обеспечения эффективного внедрения ИСЗ. Им также потребуется прийти к общему пониманию актуальности первичного и вторичного использования данных. Иногда информационные платформы создаются без прояснения таких вопросов, как «Кто пользуется данной системой?», «Каковы связанные с ней ожидания?», «Какие знания необходимы?». Эта точка зрения приводится в других публикациях, в которых даются рекомендации по передовой практике разработки и внедрения интегрированных ИСЗ (40).

### 3.4. Лидерство и стратегическое руководство

Лидерство и стратегическое руководство являются предпосылкой для повышения степени интеграции и оперативной совместимости ИСЗ. На национальном уровне стратегия здравоохранения, соответствующая информационной стратегии здравоохранения, могла бы стать рамочной основой для дальнейшего развития ИСЗ. Однако во многих странах такая рамочная основа (или государственная стратегия исследований в области здравоохранения (41)) отсутствует, а из-за различий в структуре политических и здравоохранительных систем в разных странах встает вопрос: «Кто (министерство здравоохранения, государственные медицинские учреждения, государственные статистические бюро, поставщики медицинских услуг, страховые компании и т.д.) должен возглавить работу и по каким направлениям?».


## 4. ВЫВОДЫ

Было достигнуто единодушное мнение относительно того, что повышение степени интеграции ИСЗ на страновом уровне необходимо и желательно; однако не было достигнуто единого мнения по поводу значения интеграции или единого определения ИСЗ.

Тем не менее, опрошенные эксперты пришли к согласию по многим полезным для данного опроса аспектам. В сочетании с поиском в соответствующих публикациях стало возможным разработать общую тематику и выдвинуть предложения по повышению степени интеграции. Хотя необходимо учитывать различия между странами, а также то, что не существует единого чудодейственного средства для улучшения интеграции, взаимное обучение в области повышения степени интеграции ИСЗ и объединения данных и информации в рамках национальных ИСЗ вполне возможно.

Сложившаяся в настоящее время ситуация характеризуется существованием хорошо известных проблем и новых технологических возможностей. Во-первых, результаты опроса подчеркивают актуальность продолжения работы по основным проблематичным направлениям информационного обеспечения здравоохранения (наличие и качество данных, кадастры и регистры данных, стандартизация, законодательство, физическая инфраструктура и кадровый потенциал). Во-вторых, из практических соображений разработка наборов показателей зачастую обусловлена вопросами целесообразности или наличия. Для повышения качества ИСЗ было бы полезным активизировать работу по наборам показателей, ориентированным на конкретную концепцию или цель (2). Эта тема не обсуждалась в данном опросе и плохо раскрыта в существующих на настоящий момент публикациях. Сюда входит дальнейшая разработка набора показателей в области ориентации ИСЗ на результаты медицинских вмешательств, например, для ОЭРСЗ. В-третьих, важно прийти к ясному и конкретному пониманию того, что значит более тесная интеграция, как она будет выглядеть (какие элементы должны быть интегрированы, каким образом можно осуществить координацию действий различных систем) и какая будет от этого польза с указанием примеров передовой практики. В-четвертых, важно обеспечить лидерство и разумное руководство для дальнейшей интеграции ИСЗ путем совершенствования архитектуры и инфраструктуры ИСЗ (42). И наконец, важно содействовать международному обмену информацией. Совсем немногие опрошенные имели представление о ИСЗ и методах работы других стран в данной области, несмотря на то, что такие знания крайне желательны для улучшения взаимодействия по обмену ценным опытом и передовой практикой.

Что это означает для ответственных за выработку политики лиц и для потенциальных стратегических вариантов? Во-первых, благодаря доскональной оценке своих ИСЗ страны смогли бы разработать комплексные национальные стратегии информационного обеспечения здравоохранения, включающие интеграцию информационных систем и гармонизацию показателей. Такие национальные стратегии



будут иметь большое значение для обеспечения интеграции, коммуникации и целенаправленности систем.

В сотрудничестве с 17 государствами-членами Европейского региона и при консультациях с Европейской комиссией и ОЭСР, Европейское региональное бюро ВОЗ недавно выпустило пособие для оценки ИСЗ и разработки национальных стратегий информационного обеспечения здравоохранения (43). Во-вторых, было бы важно использовать данное пособие в странах, стремящихся улучшить свои системы и решить обозначенные в данном документе проблемы, в том числе законодательные. Это оказало бы поддержку разработке стратегий, совместимых на международном уровне. В-третьих, ответственные за выработку политики лица могут задействовать механизмы, содействующие гармонизации показателей, вариантов ИТ и инфраструктуры ИСЗ на национальном уровне. Кроме того, они могут поручить международным организациям разработать гармонизированные инструменты, механизмы и платформы для достижения более высоких уровней интеграции в европейском масштабе.


## БИБЛИОГРАФИЯ

1. Tuomi-Nikula A, Gissler M, Silvonen AP, Kilpeläinen K, & the ECHIM Core Group. Implementation of the European health indicators – first years. Final report of the Joint Action for ECHIM. Tampere: National Institute for Health and Welfare (THL) and European Union; 2012.
2. Etches V, Frank J, Ruggiero ED, Manuel D. Measuring population health: a review of indicators. *Annu Rev Public Health*. 2006;27(1):29–55. doi:10.1146/annurev.publhealth.27.021405.102141
3. Surja G, How to use health informatics to manage the information overflow created by itself? *Methods Inf Med*. 2013;52(2):97–8.
4. Muller H, Hanbury A, Al Shorbaji N. Health information search to deal with the exploding amount of health information produced. *Methods Inf Med*. 2012;51(6):516–18.
5. Roos LL, Menec V, Currie RJ. Policy analysis in an information-rich environment. *Soc Sci Med*. 2004;58(11):2231–41. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2003.08.008>
6. Gaál P, Szigeti S, Csere M, Gaskins M, Panteli D. Hungary: health system review. *Health Systems in Transition*. 2011;13(5):1–266.
7. Vlădescu C, Scîntee G, Olsavszky V, Allin S, Mladovsky P. Romania: health system review. *Health Systems in Transition*. 2008;10(3):1–172.
8. Szalay T, Pažitný P, Szalayová A, Frisová S, Morvay K, Petrovič M, et al. Slovakia: health system review. *Health Systems in Transition*. 2011;13(2):1–200.
9. OECD. Strengthening health information infrastructure for health care quality governance: good practices, new opportunities and data privacy protection challenges. Paris: OECD Publishing; 2013 (OECD Health Policy Studies).
10. Protection of personal data: reform of data protection legislation. In: European Commission: Justice [website]. Brussels: European Commission; 2012 (<http://ec.europa.eu/justice/data-protection/>, accessed 24 October 2014).
11. Dimova A, Rohova M, Moutafova E, Atanasova E, Koeva S, Panteli D, et al. Bulgaria: health system review. *Health Systems in Transition*. 2012;14(3):1–186.
12. Theodorou M, Charalambous C, Petrou C, Cylus J. Cyprus: health system review. *Health Systems in Transition*. 2012;14(6):1–128.

- 
13. Bryndová L, Pavloková K, Roubal T, Rokosová M, Gaskins M, van Ginneken E. Czech Republic: health system review. *Health Systems in Transition*. 2009;11(1):1–122.
  14. Economou C. Greece: health system review. *Health Systems in Transition*. 2010;12(7):1–180.
  15. Strandberg-Larsen M, Nielsen MB, Vallgård S, Krasnik A, Vrangbæk K, Mossialos E. Denmark: health system review. *Health Systems in Transition*. 2007;9(6):1–164.
  16. Boyle S. United Kingdom (England): health system review. *Health Systems in Transition*. 2011;13(1):1–486.
  17. Lai T, Habicht T, Kahur K, Reinap M, Kiivet R, van Ginneken E. Estonia: health system review. *Health Systems in Transition*. 2013;15(6):1–196.
  18. Vuorenkoski L, Mladovsky P, Mossialos E. Finland: health system review. *Health Systems in Transition*. 2008;10(4):1–168.
  19. Chevreur K, Durand-Zaleski I, Bahrami S, Hernández-Quevedo C, Mladovsky P. France: health system review. *Health Systems in Transition*. 2010;12(6):1–291.
  20. Steel D, Cylus J. United Kingdom (Scotland): health system review. *Health Systems in Transition*. 2012;14(9):1–150.
  21. Anell A, Glengård AH, Merkur S. Sweden: health system review. *Health Systems in Transition*. 2012;14(5):1–159.
  22. McDaid D, Wiley M, Maresso A, Mossialos E. Ireland: health system review. *Health Systems in Transition*. 2009;11(4):1–268.
  23. Greenhalgh T, Morris L, Wyatt JC, Thomas G, Gunning K. Introducing a nationally shared electronic patient record: case study comparison of Scotland, England, Wales and Northern Ireland. *Int J Med Inf*. 2013;82(5):E125–E138. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2013.01.002
  24. Geissbuhler A. Lessons learned implementing a regional health information exchange in Geneva as a pilot for the Swiss national e-health strategy. *Int J Med Inf*. 2013;82(5):E118–E124. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2012.11.002
  25. Health statistics introduced. In: European Commission/Eurostat [website]. Brussels: European Commission; 2014. ([http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Main\\_Page](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Main_Page), accessed 03 February 2015).
  26. WHO. eHealth tools and services. Needs of the Member States. Report of the Global Observatory for eHealth. Geneva: World Health Organization; 2006 (WHO/EHL/061).

27. Shapiro JS, Mostashari F, Hripcsak G, Soullakis N, Kuperman G. Using health information exchange to improve public health. *Am J Public Health*. 2011;101(4):616–23. doi: 10.2105/ajph.2008.158980
28. Dixon BE, Gamache RE, Grannis SJ. Towards public health decision support: a systematic review of bidirectional communication approaches. *J Am Med Inf Assoc*. 2013;20(3):577–83. doi: 10.1136/amiajnl-2012-001514
29. eHealth Network. Multi-annual work plan 2015–2018. Brussels: European Commission; 2014. Adopted by the eHealth Network, 13 May 2014, Athens. ([http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/ev\\_20140513\\_mwp\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/ev_20140513_mwp_en.pdf), accessed 24 October 2014).
30. Metzger MH, Durand T, Lallich S, Salamon R, Castets P. The use of regional platforms for managing electronic health records for the production of regional public health indicators in France. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2012;12:28. doi: 10.1186/1472-6947-12-28
31. Rolnick J. Aggregate health data in the United States: steps toward a public good. *Health Informatics J*. 2013;19(2):137–51. doi: 10.1177/1460458212462077
32. Chen C, Weider K, Konopka K, Danis M. Incorporation of socioeconomic status indicators into policies for the meaningful use of electronic health records. *J Health Care Poor Underserved*. 2014;25(1):1–16. doi: 10.1353/hpu.2014.0040
33. Rice T, Rosenau P, Unruh LY, Barnes AJ, Saltman RB, van Ginneken E. United States of America: health system review. *Health Systems in Transition*. 2013;15(3):1–431.
34. Edwards A, Hollin I, Barry J, Kachnowski S. Barriers to cross-institutional health information exchange: a literature review. *J Health Inf Manag*. 2010;24(3):22–34.
35. Barbarito F, Pincioli F, Mason J, Marceglia S, Mazzola L, Bonacina S. Implementing standards for the interoperability among healthcare providers in the public regionalized healthcare information system of the Lombardy region. *J Biomed Inform*. 2012;45(4):736–45. doi: 10.1016/j.jbi.2012.01.006
36. Toniolo F, Mantoan D, Maresso A. Veneto region, Italy: health system review. *Health Systems in Transition*. 2012;14(1):1–138.
37. de la Torre-Diez I, Gonzalez S, Lopez-Coronado M. EHR systems in the Spanish public health national system: the lack of interoperability between primary and specialty care. *J Med Syst*. 2013;37(1):9914. doi: 10.1007/s10916-012-9914-3
38. de la Torre I, Gonzalez S, Lopez-Coronado M. Analysis of the EHR Systems in Spanish primary public health system: the lack of interoperability. *J Med Syst*. 2012;36(5):3273–81. doi: 10.1007/s10916-011-9818-7



- 
39. García-Armesto S, Abadía-Taira MB, Durán A, Hernández-Quevedo C, Bernal-Delgado E. Spain: health system review. *Health Systems in Transition*. 2010;12(4):1–295.
  40. Vest JR. Health information exchange: national and international approaches. *Adv Health Care Manag*. 2012;12:3–24.
  41. Adler-Milstein J, Ronchi E, Cohen GR, Pannella Winn LA, Jha AK. Benchmarking health IT among OECD countries: better data for better policy. *J Am Med Inform Assoc*. 2014;21: 111–16. doi: 10.1136/amiajnl-2013-001710
  42. Braa J, Sahay S. Integrated health information architecture. Power to the users. Design, development and use. New Delhi: Matrix Publishers; 2012.
  43. Core health indicators in the WHO European Region. Health information systems: where are we going wrong? Technical briefing. In: Sixty-fourth session of the Regional Committee for Europe, Copenhagen, Denmark, 15–18 September 2014. ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0017/257300/64td04e\\_HIS\\_140595.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/257300/64td04e_HIS_140595.pdf?ua=1), accessed 24 October 2014).

## ПРИЛОЖЕНИЕ 1. МЕТОДОЛОГИЯ


Мы провели литературный поиск соответствующих публикаций с последующим опросом экспертов.

Для литературного поиска мы использовали термины «информационные системы (общественного здравоохранения)», «наблюдение за состоянием здоровья населения», «статистика здравоохранения», «электронная система здравоохранения», «мониторинг здоровья», «отчетность системы здравоохранения» и «осуществление» (в различных сочетаниях терминов) в PubMed и Web of Science. В результате было отобрано несколько актуальных публикаций, однако лишь в немногих из них рассматривались вопросы интеграции **национальных ИСЗ**. В большинстве публикаций рассматривались разнородные темы повышения степени интеграции разных видов ИСЗ (напр., организационных или региональных ИСЗ, систем наблюдения за состоянием здоровья населения).

Кроме того, в результате поиска по базам данных основных международных организаций (ВОЗ, ЕС, ОЭСР), тщательного анализа соответствующих ссылок и поиска литературы из библиографии уже отобранных работ были идентифицированы дополнительные публикации об улучшении интеграции или архитектуры ИСЗ, а также о наличии данных и проблемах внедрения информационных систем (**1, 2–7**). В странных обзорах серии «Системы здравоохранения: время перемен» (HiT) (**8**) представлена информация об управлении информационными потоками здравоохранения и информационных ресурсах. В других публикациях рассматриваются вопросы сопоставительного анализа инфраструктуры ИТ (**9**), инфраструктуры информационных потоков здравоохранения (**10**), электронных систем здравоохранения (**11, 12**), или обмена информацией здравоохранения (ОИЗ) (**13**).

Для проведения опросов экспертов в качестве первых контактных лиц были выбраны национальные координаторы Европейского регионального бюро ВОЗ из государств-членов ЕС и ЕАСТ, которые либо ответили на вопросы сами, либо порекомендовали других подходящих лиц. Контактные лица получили справочный материал с заявлениями, определениями и резюме вопросов, которые дали им возможность заранее обдумать свои ответы, связанные с национальными ИСЗ (см. приложения 2 и 3). Вопросы касались понимания термина «ИСЗ», работы ИСЗ в соответствующей стране (в том числе целей, задач и надлежащей практики) и интеграции (источников данных для национальных ИСЗ, интеграции ИСЗ, потребностей, возможностей и преград для повышения степени интеграции, примеров надлежащей практики в других странах).

В общем, был установлен контакт с 31 национальными координаторами. В опросе приняли участие 15 экспертов из 13 стран. С июня по август 2014 г. 12 экспертов из 11 стран были опрошены по телефону. Представители двух стран ответили на вопросы в письменной форме.



Вопросе приняли участие представители следующих стран: Австрии, Англии, Бельгии, Германии, Латвии, Мальты, Нидерландов, Польши, Португалии, Финляндии, Франции, Хорватии, Чешской Республики.

## Библиография

1. Tuomi-Nikula A, Gissler M, Silvonen AP, Kilpeläinen K, & and the ECHIM Core Group. Implementation of the European health indicators – first years. Final report of the Joint Action for ECHIM. Tampere: National Institute for Health and Welfare (THL) and European Union; 2012.
2. Braa J, Sahay S. Integrated health information architecture. Power to the users. Design, development and use. New Delhi: Matrix Publishers; 2012.
3. Aromaa A. Implementation of joint health indicators in Europe – joint action for ECHIM. Arpo Aromaa on behalf of the ECHIM core group. Arch Public Health. 2012;70(1):22.
4. Verschuuren M, Gissler M, Kilpeläinen K, Tuomi-Nikula A, Sihvonen A-P, Thelen J, et al. Public health indicators for the EU: the joint action for ECHIM (European Community Health Indicators & Monitoring). Arch Public Health. 2013;71(1):12.
5. Verschuuren M, Kramers P, Gudfinnsdottir G, Aromaa A. Providing a solid evidence base for policy makers: ECHI initiative. Eurohealth. 2010;16(3):4–7.
6. Kilpeläinen K, Tuomi-Nikula A, Thelen J, Gissler M, Sihvonen A-P, Kramers P, et al. Health indicators in Europe: availability and data needs. Eur J Public Health. 2012;22(5):716–21. doi: 10.1093/eurpub/ckr195
7. European Commission. Morbidity statistics in the EU – report on pilot studies. Luxembourg: European Union; 2014.
8. Health Systems in Transition (HiT) series: countries and subregions. In: European Observatory on Health Systems and Policies [website]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/health-system-reviews-hits/countries-and-subregions>, accessed 03 February 2015).
9. Adler-Milstein J, Ronchi E, Cohen GR, Pannella Winn LA, Jha AK. Benchmarking health IT among OECD countries: better data for better policy. J Am Med Inform Assoc. 2014;21:111–16. doi: 10.1136/amiajnl-2013-00171
10. OECD. Strengthening health information infrastructure for health care quality governance: good practices, new opportunities and data privacy protection challenges. Paris: OECD Publishing; 2013 (OECD Health Policy Studies).

11. WHO/International Telecommunication Union. eHealth and innovation in women's and children's health: a baseline review. Geneva: WHO Global Observatory for eHealth; 2014. (<http://www.who.int/goe/en/>, accessed 24 October 2014).
12. Ehealth: policy. In: European Commission/Public health [website]. Brussels: European Commission; 2015 ([http://ec.europa.eu/health/ehealth/policy/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ehealth/policy/index_en.htm), accessed 03 February 2015).
13. Vest JR. Health information exchange: national and international approaches. Adv Health Care Manag. 2012;12:3–24.



## ПРИЛОЖЕНИЕ 2. ЭЛЕКТРОННОЕ ПИСЬМО В АДРЕС ЭКСПЕРТОВ

Уважаемый/уважаемая ...,

Мы обращаемся к вам как одному из основных экспертов по вопросам информационных систем здравоохранения в Европе, чтобы попросить вас внести **свой вклад** в международное исследование, посвященное интеграции информационных систем здравоохранения (ИСЗ) в Европе с основным акцентом на отслеживании показателей политики «Здоровье-2020» и неравенств в отношении здоровья.

Данное **исследование** является основным компонентом проекта, осуществляемого Маастрихтским университетом по заказу Европейского регионального бюро ВОЗ и запросу Европейской комиссии (Генерального секретариата по здравоохранению и защите прав потребителей).

**Нашей целью является** сбор фактических данных о передовом опыте государств-членов ЕС и ЕАСТ в области успешной интеграции национальных ИСЗ.

Мы хотели бы **провести телефонное интервью** с вами, но ввиду того, что интеграция национальных ИСЗ – это довольно обширная тема, мы хотели бы ограничить круг интересующих нас вопросов конкретными темами, представляющими особый интерес. Кроме того, мы хотели бы дать вам **возможность** прислать нам ответы в письменной форме.

К письму прилагается **справочный документ** с описанием целей и задач работы, а также сами вопросы (**см. приложение**).

Мы хотели бы, чтобы вы представили **свои размышления о текущем состоянии ИСЗ в вашей стране** на основании вашего собственного опыта за последние несколько лет. Мы не просим давать детального описания ИСЗ. Пожалуйста, прочтите справочный материал до телефонного интервью, во время которого вы сможете поделиться своими соображениями и комментариями, по возможности **приводя конкретные примеры**. Вы также сможете позднее предоставить дополнительную литературу, библиографию или порекомендовать других людей, которые могут рассказать более подробно о ситуации в вашей стране. Описания препятствий к интеграции систем также будут представлять для нас ценность.


Мы будем признательны, если вы предоставите нам возможность связаться с вами по телефону. Сам опрос займет 45-60 минут.

Чтобы **назначить дату и время для проведения интервью**, просьба связаться с Kai Michelsen из Департамента международного здравоохранения Маастрихтского университета.

Тел: +31 43 38 81719

Адрес эл. почты: [kai.michelsen@maastrichtuniversity.nl](mailto:kai.michelsen@maastrichtuniversity.nl)

Заранее приносим свою благодарность за ваше участие в этом важном деле.



## ПРИЛОЖЕНИЕ 3. СПРАВОЧНЫЙ МАТЕРИАЛ И ВОПРОСЫ ИНТЕРВЬЮ

### Эффективная интеграция информационных систем здравоохранения (ИСЗ)

#### Необходимость в повышении степени интеграции

Лица, ответственные за выработку политики в секторе здравоохранения, нуждаются в надежной информации и фактических данных. Существует целое множество медицинской информации во многих странах Европейского союза, а также делаются значительные инвестиции для укрепления информационных систем. Однако зачастую искомая информация не происходит из сектора здравоохранения, и для создания полной картины требуются фактические данные из других секторов. Из-за отсутствия интеграции разных информационных систем, а также затруднительного доступа к межсекторальной информации возникают определенные трудности.

В данной работе мы используем следующее определение термина **«ИСЗ»**, дающееся ВОЗ: «ИСЗ включают в себя действия по систематическому и устойчивому сбору, анализу и сообщению информации, направленные на получение знаний и фактических данных о здоровье населения. Для этого требуется специальная инфраструктура, в том числе кадровые ресурсы, технологии, программное обеспечение и базы данных».<sup>1</sup>

Хотя вышеприведенное определение касается в основном национальных ИСЗ, нас также интересуют события на субнациональном (региональном, местном) уровнях.

**Повышение степени интеграции является предпосылкой для повышения эффективности и результативности ИСЗ.** Невыполнение интеграционных процессов приводит к использованию разных определений и классификаций для одних и тех же понятий, дубликации усилий по сбору данных, непоследовательности, отсутствию координации и стратегического руководства, неопределенным приоритетам, неэффективности сбора данных и их анализа. Часто это также приводит к неполному включению существующей информации в стратегические доклады, т.е. не используются все имеющиеся данные, не проводятся полноценные анализы и не предоставляются полезные стратегические рекомендации. Кроме того, затрудняется проведение сравнений между

---

1. WHO Regional Office for Europe. Framework of a support tool for national health information strategies for implementation of Health 2020 and beyond. In: Twenty-first Standing Committee of the Regional Committee for Europe. Third session. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe: June 2014 (document EUR/SC21(3)/9).

административно-территориальными единицами (муниципалитетами, округами, регионами) внутри одной страны, а также между разными странами.

Многие совершенствования в области стандартизации, методов сбора данных, использования ИТ и стратегического руководства могут считаться **улучшениями в области интеграции**. Однако здоровье – это широкое понятие, и эффективная разработка политики здравоохранения требует **объединения информации из многих источников**, а не только данных системы здравоохранения. Кроме того, повышенная степень интеграции в рамках существующих структур ИСЗ, оптимальное объединение данных и информации **других областей и юрисдикций** (напр., из области демографии, социальной и физической окружающей среды) имеет огромное значение.

Нас интересует ваше мнение об **интеграции ИСЗ в вашей стране** на основании вашего опыта работы. Мы не просим предоставить нам подробное описание ИСЗ, но хотим больше узнать о возможностях и препятствиях в области интеграции таких систем на национальном и субнациональном уровнях.

## Национальные ИСЗ: надлежащая практика, аспекты и ограничения

Национальные ИСЗ отвечают многочисленным целям и задачам. Основные задачи – сбор и анализ данных и информации здравоохранения для:

- национальных (и, в соответствующих случаях, региональных и местных) органов управления для осуществления наблюдения за состоянием здоровья населения с целью разработки стратегий здравоохранения;
- научно-исследовательских кругов здравоохранения для изучения вопросов здоровья населения и (систем) здравоохранения;
- выполнения национальных обязательств по предоставлению данных здравоохранения международным организациям и агентствам.

Вопросы здоровья и его детерминант (рисков для здоровья и факторов, улучшающих состояние здоровья и уровень благополучия) охватывают многие сферы деятельности. Поэтому национальные ИСЗ должны включать широкий объем материалов на всевозможные темы, качество которых обычно оценивается целым рядом различных подборок медицинских данных.





## Вопросы интервью

- Как вы понимаете термин «информационная система здравоохранения» (ИСЗ)? Как она (или ее аналоги) работают в вашей стране?
- Каковы цели и задачи ИСЗ в вашей стране?
- Оформлены ли официально эти цели и задачи?
- Могли бы вы сказать, что в вашей стране осуществляется «надлежащая практика» в области ИСЗ (см. объяснение ниже)?

### **Надлежащая практика: достаточное наличие, качество, последовательность, устойчивость, отчетность**

Под оптимальной национальной ИСЗ может подразумеваться система, при которой сбор данных осуществляется при хорошей координации деятельности с минимальным дублированием усилий через регулярные периоды времени со своевременным предоставлением и/или обеспечением наличия высококачественных и репрезентативных данных и наборов данных, отличающихся операционной и концептуальной последовательностью как в течение долгого времени, так и в период между разными сборами данных не только внутри одной страны, но и по сравнению с данными других стран. Возможность соотнести данные здравоохранения не только с регионами, но и с социально-экономическими характеристиками повышает их стратегическую ценность. Такие данные должны быть адекватно и своевременно трансформированы в стратегические рекомендации, например, в виде докладов и/или других документов.

### **Надлежащая практика: постоянное совершенствование методов и стандартов**

Идеальная ИСЗ зависит не только от наличия или отсутствия этих видов данных в стране, но и от их качества и своевременности. Постоянное совершенствование репрезентативности и методов сбора данных – крайне важный процесс. Обеспечение соответствия с международными определениями и классификациями также важно. В идеале должна обеспечиваться оптимальная интеграция соответствующих данных и информации всех подразделений системы здравоохранения, государственного и частного сектора и различных юрисдикций.

### **Надлежащая практика: разумное руководство, сотрудничество и координация**

Сбор различных наборов данных и сообщение результатов может осуществляться в одной стране разными секторами и организациями от министерств здравоохранения, правосудия или внутренних

дел до государственных медицинских учреждений, обсерваторий, статистических бюро или университетских факультетов. Эта сложная модель организации сбора медицинских данных и отчетности в каждой стране своя.

## Интеграция источников данных и их компонентов

**Повышение степени интеграции является предпосылкой создания более эффективных и результативных ИСЗ.**

Отсутствие интеграции приводит к использованию разных определений и классификаций для одних и тех же понятий, дубликации усилий по сбору данных, непоследовательности, отсутствию координации и стратегического руководства, неопределенным приоритетам, неэффективности сбора данных и их анализа.

Часто это также приводит к неполному включению существующей информации в стратегические доклады вследствие того, что не используются все имеющиеся данные, не проводятся полноценные анализы и не предоставляются полезные стратегические рекомендации.

Кроме того, затрудняется проведение сравнений между административно-территориальными единицами (муниципалитетами, округами, регионами) внутри одной страны, а также между разными странами.

### Вопросы интервью

- Какие важные источники данных используются для ИСЗ в вашей стране?
- Считаете ли вы, что ИСЗ в вашей стране «интегрированы»? Если нет, то почему?
- Насколько оптимально интегрированы данные из разных источников и секторов в рамках ИСЗ в вашей стране?
- Что бы помогло повысить уровень интеграции в вашей стране?
- Каковы барьеры к улучшению интеграции, которые необходимо преодолеть?
- Знаете ли вы примеры регионов/стран, где такая интеграция была успешно осуществлена? Если да, то как это было достигнуто?
- Если бы вам поручили заняться повышением уровня интеграции в вашей стране, что бы вы предприняли и почему?



## Каковы ваши заключительные комментарии?

После обсуждения вопросов интеграции ИСЗ в вашей стране, мы были бы признательны, если бы вы поделились какими-либо заключительными комментариями или соображениями.

**Европейское региональное бюро  
Всемирной организации здравоохранения**

UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Тел.: +45 45 33 70 00

Факс: +45 45 33 70 01

Эл. почта: [contact@euro.who.int](mailto:contact@euro.who.int)

Веб-сайт: [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int)

