

ЗДРАВНИ ДАННИ, ЗДРАВНА ИНФОРМАЦИЯ, ЗДРАВНИ ИНДИКАТОРИ У НАС И В ЕС

Й. Арнаудов, Кр. Дикова¹

Текущото състояние на здравната информация и здравните индикатори

Значението на надеждната и съпоставима здравна информация се увеличава постоянно през последното десетилетие като проблемите на общественото здравеопазване са се превърнали в основен акцент на дългосрочните политически стратегии в държавите членки на ЕС и Европейската комисия. Съветът и държавите членки приеха следните ключови принципи за по-нататъшно насърчаване на общите ценности и принципи в цяла Европа: универсален и равен достъп до качествено здравеопазване, солидарност, намаляване на неравностоваността в здравеопазването, подобряване на качеството на живот и засилване на работоспособността [1] на гражданите. Тези проблеми на общественото здравеопазване са заложили като база на основните политически стратегии, приети от Европейската комисия, като Лисабонската Стратегия [2], Стратегията за устойчиво развитие [3] и на новата здравна стратегия "Заедно за здраве" [4].

Оценката на ефективността и ефикасността на политическите стратегии въз основа на индикатори зависи от надеждната и съпоставима информация от държавите членки. Основната цел на проектите ЕСН1 (ЕСН1, ЕСН1-2, ЕСН1М) е да се създаде общоевропейска система за здравно-информационни стандарти (напр. здравни индикатори), които позволяват на националните доставчици на здравна информация постепенно да приемат тези стандарти за национален и международен мониторинг на общественото здраве и неговото отчитане. Тоест, крайната цел на тези усилия е събирането на съпоставими данни за здравеопазване в Европейския съюз, които дават възможност за международни сравнения и бенчмаркинг.

Исторически и структурни детерминанти

Повечето държави членки на ЕС имат дълги традиции на събиране и анализиране на данни, които са от значение за отчитане на общественото здраве и за различни аспекти на системата на здравеопазването (например планиране и финансиране на здравеопазването). Започвайки със събирането на жизнената статистика в началото на XIX век, сега социални и здравни статистически данни се събират във всяка европейска страна и се използват за съответните системи за осведомяване (отчитане на здравния и социалния статус и др.) Това историческо развитие предполага, че националните системи за събиране и анализ на данни трябва да бъдат разглеждани в контекста на техните специфични национални изисквания. В резултат на това голяма част от информацията, събрана от системите за здравеопазване и здравни грижи, не е сравняема между всички европейски страни.

Първите усилия за хармонизиране на тази информация са били инициирани от международни организации като Световната здравна организация (СЗО), които са били активни в областта на здравната информация в продължение на десетилетия. В допълнение, Организацията за икономическо сътрудничество и развитие (ОИСР) е създала база данни с индикатори (Здравни данни на ОИСР), която предоставя сходни и допълнителни данни за 30-те държави членки на ОИСР. Последно, но не по значение, DG Eurostat на Европейската комисия постепенно разширява своята оферта в областта на статистиката за населението и общественото

здраве. Различните бази данни и някои аспекти по отношение на приемащата организация са описани в *Основни международни източници на данни*.

Здравно-информационни системи в държавите членки

Здравно-информационната система може да бъде определена като динамична и гъвкава инфраструктура за наблюдение на здравните дейности и резултати за здравето на населението, която е активна на национално или поднационално равнище. Системата обхваща събирането, анализа, складирането, преноса, показването, разпространението и по-нататъшното използване на данни и информация. Тя включва широк спектър от информация, свързана с различните потребителски групи. От една страна, здравно-информационните системи съдържат огромно количество медицинска информация за хора, които искат да научат повече за болестите, диагностиката и лечението им. От друга страна, те също така предоставят информация, свързана с проблемите на общественото здравеопазване за заинтересованата общественост и заинтересованите страни. Целта на тези системи е да се позволи на всички професионални и непрофесионални потребители, в рамките на и извън сектора на здравеопазването, да използват, интерпретират и споделят информация, за да я превърнат в знание [5].

В статията терминът здравно-информационна система се използва за описване на информационните системи, които служат за различните нужди на потребителите в областта на общественото здраве и вземане на решения за здравната политика. В този контекст разделянето на сектор на общественото здраве, от една страна, и сектор на здравеопазването, от друга страна, често довежда до създаването на информационни системи за специфични сектори, преди да могат да бъдат създадени всеобхватни и комплексни системи. Един важен въпрос в това отношение е мониторинга на инфекциозните заболявания, който от дълго време е един от основните елементи на националните органи за надзор на общественото здраве.

Обикновено националните здравно-информационни системи събират данни от различни източници, основани на национални алгоритми за събиране на данни. Тези източници на данни редовно произвеждат голямо количество данни, които обикновено се разпределят в няколко агенции и институти. Обработката и анализът се извършват в различни организационни структури, обикновено под отговорността на различни ведомства. Интеграцията и рационализирането на тази фрагментирана информация и разпределените източници на данни е един от ключовите въпроси, които трябва да бъдат решени в развитието на националната здравно-информационна система. На *Таблица 1* са представени най-типичните национални източници на данни за здравните индикатори, както и техните основни предимства и недостатъци.

Таблица 1. Най-типичните национални източници на данни, техните предимства и недостатъци

Източник на данни	Предимства (+)	Недостатъци (-)
Регистри за смъртност и причините за смъртта		
(+)	Отлично покритие, разумна валидност.	
(-)	Отнасят се само до крайната точка на заболяване и нараняване.	

¹ Й. Арнаудов участва в Експертна група по здравна информация (EGHI) към DG SANCO на ЕК – 2004-2014, а съвместно с Кр. Дикова – в проекта ЕСН1М на DG SANCO.

Ракови регистри

- (+) Отлично покритие, добра валидност. Често пъти данни за заболяемост, смъртност и преживяемост.
- (-) Лоша съпоставимост в ЕС, тъй като покритието и възможността за запис варира (ограничения за защита на данните).

Регистри за други заболявания

- (+) Може да имат добро покритие и валидност, както при регистриране на инфекциозни заболявания. Данни за заболяемост.
- (-) Покриват само диагностицирани случаи на няколко заболявания. Няма проблеми със заболяемостта, но не се отчита болестност. Различията в здравните системи могат да повлияят на обхвата и валидността.

Регистри за функционални ограничения (инвалидност)

- (+) В някои регистри на хората с увреждания и на лицата, които имат право на социални обезщетения може да бъде достъпна важна информация.
- (-) Регистрите често имат слабо покритие и са зависими от системата. Сравняемостта между страните е лошо.

Болнични регистри за прием/изписване

- (+) Могат да имат отлична валидност както за пациентите, така и за лечение на най-разпространените болести.
- (-) Обхващат само хоспитализирани пациенти; не може да свърже пациентите за истинската заболяемост. Варирант според здравната система. Частната помощ не е включена задължително. Не е възможно да се направи разграничение между очаквани и потвърдени диагнози. Възможно е преувеличаване на броя на тежките случаи, ако системата за реимбурсиране е свързана с диагнозата и процедурите.

Регистри на първичната медицинска помощ (общопрактикуващи лекари)

- (+) Разумна валидност за пациентите и причините за посещения в някои страни със съпоставими здравни системи.
- (-) Зависими от системата; кодиращите системи се различават, трудно се правят сравнения. Информацията може да бъде отнесена само към цялото население в няколко страни от ЕС. Частната помощ не се обхваща задължително. Не е възможно да се направи разграничение между очаквани и потвърдени диагнози. Възможно е преувеличаване на броя на тежките случаи, ако системата за реимбурсиране е свързана с диагнозата и процедурите.

Електронни здравни записи (dosие)

- (+) Много страни ще въведат електронни записи, които да заменят сегашните записи. Коментарите за валидност и съпоставимост, както по-горе.
- (-) E-health системите вероятно ще варират по обхват и кодиране в следващите години. Ето защо, техните обещания могат и да не бъдат изпълнени. Тяхното въвеждане може да включва няколкогодишен период на несигурност.

Регистри на здравното осигуряване

- (+) Могат да отразят добре използването на здравни грижи и лекарства, както и загубата на трудоспособност.
- (-) Зависими от системата; сравненията между страните могат да бъдат много трудни.

Регистри при предписване на лекарства

- (+) Описват точно използването на лекарства и лица, които ги използват.
- (-) Зависими от системата; сравненията – безпроблемни само за няколко страни от ЕС.

Регистри на импланти (напр. тазобедрените стави, коленните стави) и транспланти (например бъбреци, черен дроб, сърце, бял дроб)

- (+) Отлична валидност, където съществуват такива регистри. Описват и пациентите в списъка на чакащите за трансплантация и тези, които са вече оперирани.

- (-) Зависими от системата; много неравномерно предоставяне на данни в различните страни от ЕС. Обхвата може да варира.

Регистри за злополуки и травми

- (+) Добро обхващане и валидност.
- (-) Зависими от системата; използваните източници варират; данните не са достъпни за много страни от ЕС.

Изследване на здравни интервюта (Европейски – EHIS – и национални)

- (+) Широко обхващане; покритие на здравето статус и използването на грижи; елементи, като самооценка на здравето, известни заболявания, самооценка на функционални ограничения, посещения при лекар и зъболекар, използване на лекарства. Едновременно достъп до социално-икономически данни. Разумна съпоставимост, ако се използва протоколът EHIS.
- (-) Процентът на участие обикновено е нисък (60-70%) в национален HIS и трябва да бъде подобрен. Дори по-високи проценти на отговор могат да дадат необективни резултати и явни разлики между отделните държави. Няколко типични HIS елементи зависят от културни фактори и системите на здравеопазване. Трябва да се разработят методи, за да се отчетат тези различия, или за компенсиране на последиците от тях. Днес HIS са частично сравними в Европа.

Изследване на здравни прегледи – HES

- (+) В допълнение към по-горната информация за HIS, може да се получат данни за рискови фактори (BP, липиди), антропометрични и физиологични измервания, клинично оценени заболявания и функционални ограничения. Валидността е добра, а съпоставимостта зависи от стандартизацията. Другите предимства са същите като за HIS.
- (-) Както по-горе, относително ниските нива на участие може да повлияят на резултатите. Резултатите се повлияват от различията в измервателните протоколи и среди. Схема за стандартизация (EHES) е разработена и ще бъде тествана в пилотни национални HES.

Основни международни източници на данни

Най-важните международни източници на данни са: базата данни на Евростат, Здравни данни на ОИСП (OECD) и база данни на СЗО „Здраве за всички“.

База данни на Евростат

(www.epp.eurostat.ec.europa.eu/)

Всички дейности на Евростат се извършват в рамките на Европейската статистическа система. В областта на статистиката на общественото здраве, основните партньори в държавите членки и асоциираните страни са националните статистически служби, министерствата на здравеопазването и институти по общественото здравеопазване, както и доставчиците на официални статистически данни в областта на общественото здраве. Годишното планиране и стратегическите решения се вземат съвместно с държавите членки по време на годишната среща на Работната група по въпросите на статистиката на общественото здраве. Дейността на Евростат в областта на статистиката на общественото здраве е структурирана според четирите основни теми:

- Статистика на причините за смърт;
- Статистика на здравните грижи;
- Изследвания на здравни интервюта;
- Статистика на заболяемост от специфични диагнози.

Сегашното състояние на различните области е накратко обобщено по-долу.

1. Статистиката за причините за смърт – COD

Евростат разпространява статистиката COD според списък с 65 причини (въз основа на Международната класификация на причините за смърт).

сификация на болестите – Международната статистическа класификация на болестите, WHO). Събират се данни на национално и регионално ниво (NUTS 2) за общия брой, нестандартизирана смъртност (CDR) и стандартизирани коефициенти на смъртност (SDR), разпределени по възрастови групи и по пол. Въпреки че разпространението е в съответствие с Европейския списък от 65 причини, по-подробни данни (МКБ-10, 3 знака) са достъпни за повечето страни при поискване.

2. Статистики за здравните грижи – CARE (данни за разходите и неикономически данни)

Евростат започна да събира данни за разходите за здравни грижи, въз основа на системата на здравни сметки (SHA). През 2005 г. е създаден общ въпросник в сътрудничество с централите на ОИСП и СЗО, използвайки Международната класификация за здравни сметки (ICHA), както са представени в Наръчника на SHA, допълнен с някои класификации, разработени в Ръководството за създаване на национални здравни сметки от СЗО. Съвместният Въпросник намалява тежестта върху производителите на данни, тъй като данните се предоставят само веднъж на всички международни организации, в които страната членува. Общите усилия на Евростат, ОИСП и СЗО в тази област ще служат допълнително като платформа за хармонизиране на институционалните подходи и подобряване на понататъшното развитие на SHA. Целта на това съвместно събиране на данни е да предостави последователна и сравнима картина на разходите за системата на здравеопазване на страните, в съответствие с извършените услуги (функции), действителните производители на услугите (доставчиците и техните разходи за вложения труд), както и финансирането на тези услуги (по източници и агенти). Първият кръг от събиране на данни в съответствие с Общия Въпросник е извършена през 2006 г., а първите данни за 2003 г. и 2004 г. са публикувани до края на първото тримесечие на 2007 година. SHA се възприема като основен елемент в системата на Евростат за събиране на статистически данни в областта на общественото здраве, към която всички съответни социално-икономически набори от данни (напр. работна сила, болнична статистика, социално-икономически статус) ще бъдат свързани в бъдеще. Наръчникът SHA и свързаните класификации са обект на преразглеждане, водено от Евростат, ОИСП и СЗО, Headquarters в сътрудничество с национални експерти в областта. Това преразглеждане има за цел да създаде по-последователна здравно-икономическа система, която е по-подходяща за използване в политиките и е по-добре свързана със системата на националните сметки.

Неикономически данни

Неикономическите данни обхващат здравен персонал, както и болничната статистика. Данните се събират на годишна база, и повечето са достъпни онлайн в базата данни на Евростат.

Медицински персонал

Рутинното събиране на данни обхваща лекари (по възраст и пол), стоматолози, медицински сестри и специалисти по здравни грижи, фармацевти и физиотерапевти. За медицинския персонал съществуват различни концепции – практикуващи, лицензирани да практикуват, професионално активни, икономически активни. Препоръчаната от Евростат концепция е практикуващи, т.е. лекари, стоматолози, медицински сестри и т.н., които предоставят услуги директно на пациенти.

Болнична статистика

Рутинното събиране на данни обхваща данни за болнични легла, хирургически процедури в болниците, високотехнологично оборудване и свързани с пациентите данни (за напусналите болницата). Един допълнителен набор от

индикатори за болничен персонал и болнични технически ресурси се обхваща чрез пилотно събиране на данни.

Налични легла в болниците

По отношение на болничните легла, страните трябва да предоставят общия брой на леглата в болниците и разбити на: 1) легла за активно лечение, 2) психиатрични легла, 3) легла за дълготрайни грижи (без психиатричните легла) и 4) други легла. Тези данни са достъпни онлайн. Страните също така трябва да предоставят данни за всички налични легла в „домове за възрастни“ и „хосписи“.

Напуснали стационара

Евростат събира и разпространява данни за напусналите стационара по диагнози. Статистиката за напусналите стационара е най-често употребяваната мярка за използването на болнични услуги, но международните сравнения са условнени от различията в националните здравни информационни системи. Нещо повече, въпреки известни ограничения на статистическите данни, базирани на напусналите стационара, те често са единственият наличен източник за оценка на разпространението на някои болести. Следва да се отбележи, че данните за напусналите стационара и болничните легла са част от данните за здравни грижи, основно предназначени за измерване на болничната дейност. Данните за напусналите стационара се отнасят само за пациентите, лекувани в болниците, т.е. те не предоставят оценки върху цялото население.

3. Изследвания на здравни интервюта (вкл. инвалидност) – HIS

До 2004 г. Евростат събира данни за 18 елементи от националните здравни интервюта (HIS) и хармонизира данните, доколкото е възможно. Резултатите от допитване от 2002 г. са на разположение в публикация. Най-сравнимите данни на тур през 2004 г. са на разположение в базата данни на Евростат. През 2008/2009 г. Евростат въвежда хармонизирана европейска система за здравни интервюта (EHIS), които в последствие ще се извършват веднъж на всеки пет години. EHIS се състои от четири модула (здравен статус, здравни грижи, здравни детерминанти и общи променливи), които могат да бъдат групирани в едно отделно национално проучване или да бъдат включени в съществуващите национални проучвания. Окончателната версия на въпросника на EHIS беше приет от държавите членки в рамките на работната група по обществена здравна статистика през ноември 2006 г. Един малък модул за здравето е включена в Европейската статистика на доходите и условията на живот (EU – SILC), която се извършва ежегодно и която е била извършена (справка първата година на събиране на данни) през 2003, 2004 или 2005, в зависимост от държавите членки (2005 г. е първата година, която обхваща всички страни от ЕС – 25 държави членки). Този модул, наречен Минимален Европейски здравен модул (МЕНМ) включва въпроси за самооценката на здравето, хронични заболявания и ограничения поради здравословни проблеми. Четири въпроса за незадоволени потребности от здравни грижи, също са включени в SILC. А новата Европейска система за социални статистически изследвания (E4SM) в бъдеще ще се използва за събиране на някои здравни данни на годишна или двугодишна база (с помощта на някои EHIS въпроси за ЕСН индикаторите, които изискват честа актуализация) или за покриване на специфични здравни теми като част от предложеното Европейско изследване на домакинствата.

4. Статистика за заболяемостта по специфични диагнози – MORB

В допълнение към COD и HIS, данните за заболяемост по специфични диагнози се смятат за необходими за осигуряване на изчерпателно описание на здравословното състояние на европейските популации с помощта на статис-

тически данни. HIS и специфични данни по диагнози са взаимно допълващи се. HIS осигурява данни за здравето, както се възприема от самите индивиди, докато статистиката за заболяемост по специфични диагнози следва да предоставя данни за здравето, наблюдавано от медицински специалисти. От 2007 г. статистическите данни за заболяемостта по специфични диагнози са се превърнали в нова нишка на европейската статистика за общественото здраве. Общата цел е да се постигне устойчиво предоставяне на данни на регулярна основа за избран набор от болести в рамките на Европейската статистическа система и по този начин да се предостави обща картина на заболяемостта по специфични диагнози на ниво население. Работата по статистиката за заболяемост по специфични диагнози е все още на етапа на развитие. Все още не са налице механизми за редовно събиране на данни. Основният акцент е върху общата продукция на ниво ЕС, независимо от националните източници.

Здравни данни на ОИСР (OECD) (www.oecd.org)

Интерактивна база данни, съдържаща данни за редица ключови аспекти на системата на здравеопазването в 30 държави членки на ОИСР в рамките на техния демографски, икономически и социален контекст. ОИСР публикува статистически данни за здравето от средата на 1980-те. Около 1 200 серии са избрани за версията на информационната система от 2007 г. в съответствие с това дали те са подходящи за описване на ключови аспекти на системите за здравеопазване, достатъчно последователни, за да се даде възможност на сравнения между отделните страни и се предлагат в значителен брой държави. Въпреки че много от променливите все още не отговарят на всички три критерия, включването на тази статистика може да помогне за насърчаване на по-голяма концептуалната конвергенция между страните от ОИСР.

Данните обхващат около 1 200 различни серии, с някои дълговременни серии – от 1960 г. Повечето от данните обхващат 1980-те и 1990-те години. Здравните данни на ОИСР дават възможност на потребителите да оценят качеството на данните чрез консултациите на източниците и методите, свързани с променливите. Тази качествена информация дава стандартната дефиниция на променливата и, където е приложимо, идентифицира всяко несъответствие между националните данни и стандартните дефиниции. Тези дефиниции, източници и несъответствия могат да бъдат обект на промяна в следващите версии, като съпоставимостта, съгласуваността и изчерпателността на серията от данни се подобрява с всяко следващо издание.

В групи индикатори са обхванати:

- ▶ Здравен статус;
- ▶ Ресурси на здравеопазването;
- ▶ Използваемост на здравните грижи;
- ▶ Разходи за здравеопазване;
- ▶ Финансиране на здравеопазването;
- ▶ Социална защита;
- ▶ Фармацевтичен пазар;
- ▶ Немедицински детерминанти на здравето;
- ▶ Демографски препратки;
- ▶ Икономически препратки.

База данни на WHO “Здраве за всички” (HFA) (www.euro.who.int/hfad)

Централна база данни за основната здравна статистика. Тя е ключов източник на информация за общественото здраве в Европейския регион, откъдето се стартира от Регионалния офис на СЗО за средата на 1980-те. Тя съдържа времева поредица от 1970 г. HFA се актуализира два пъти годишно и съдържа около 600 показатели за 53 държави членки на СЗО.

Показателите обхващат:

- ▶ Основна демография;
- ▶ Здравен статус (смъртност, заболяемост, майчиното и детско здраве);
- ▶ Здравни детерминанти (като например начин на живот и околна среда);
- ▶ Здравни грижи (ресурси и използването им).

HFA позволява анализите в рамките на и между отделните страни да бъдат показвани като диаграми, фигури или карти, които могат да бъдат изнесени безплатно към други софтуерни програми. Системата може да се използва онлайн или да се изтегли за инсталиране на компютър. Данните идват от: а) широка мрежа от национални експерти, работещи в статистическите, мониторинговите и други звена в министерствата, б) технически програми на Регионалния офис на СЗО за Европа и в) партньорски организации като ОИСР.

Един от основните проблеми на HFA е ограничената информация, предоставена от национални или международни източници на данни. Обикновено само обществените органи или институции, която предоставя данните се отбелязва в метаданните. Подробна информация, която би била необходима за оценка на сравнимостта на данните не е на разположение.

СЗО препоръчва националните източници на методи и данни да бъдат преценени, ако данните се използват за международни сравнения. Това означава, че е трудно HFA да се използват за международни сравнения без задълбочен анализ на националните източници на данни, което за съжаление се прави доста рядко.

Важно е да се отбележи, че ОИСР и DG SANCO си сътрудничат в областта на здравната статистика. Показателите, разработени в рамките на проекта за показатели за качество на здравеопазването са положили основите за съответната секция на индикаторите ECHI.

Единственият начин да се гарантират стабилни резултати и сравнения е чрез обща рамка с напълно интегрирани, последователни и международно приети дефиниции и класификации. В случая на разходите за здравни услуги, такава система е SHA (Система на здравни сметки), която е приета от Европейския съюз заедно с ОИСР и СЗО. Тези организации сега полагат усилия за прилагане на тази система. Освен това, ЕС и ОИСР на базата на методологията на SHA, събират данни чрез общ инструмент, хармонизират дефинициите, съдържанието и спецификациите за събиране на данни за статистиката на здравеопазването. Най-новата версия на Здравни данни на ОИСР и достъпната в момента здравна информация на Евростат разпространяват тази информация.

(В следващия брой на списанието четете “ECHI – Здравни индикатори на Европейската общност”).

Библиография

1. Council Conclusions on Common values and principles in EU Health Systems 2733rd Employment, Social Policy, Health and Consumer Affairs Council meeting, Luxembourg, 1-2 June 2006. [http://www.eu2006.at/en/News/Council Conclusions/0106HealthSystems.pdf](http://www.eu2006.at/en/News/Council%20Conclusions/0106HealthSystems.pdf)
2. Facing The Challenge. The Lisbon strategy for growth and employment. Report from the High Level Group chaired by Wim Kok, November 2004. Office for Official Publications of the European Communities. ISBN 92-894-7054-2.
3. The renewed European Sustainable Development Strategy. European Council. 10917/2006. <http://register.consilium.europa.eu/pdf/en/06/st10/st10917.en06.pdf>
4. Together for Health. A Strategic Approach for the EU 2008-2013. European Commission 2007. [http://ec.europa.eu/health/ph/overview/Documents/strategy wp_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph/overview/Documents/strategy_wp_en.pdf)
5. Gissler M, Dumitrescu A, Addor V: Improving the performance of National Health Information Systems: the 2002-2003 reform in Finland from an international perspective. WHO 2005. EUR/05/5046412. www.euro.who.int/Document/E88075.pdf

