

## Пример из практики

# ПРОВЕДЕНИЕ МЕЖУНАРОДНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В МАЛОЙ СТРАНЕ: ПРОБЛЕМЫ И ВОЗМОЖНОСТИ

Neville Calleja<sup>1</sup>, Paul H Garthwaite<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Управление информации и исследований в области здравоохранения, Министерство здравоохранения Мальты

<sup>2</sup> Факультет математики и статистики, Открытый университет, Соединенное Королевство

Автор, отвечающий за переписку: Neville Calleja (адрес электронной почты: neville.calleja@um.edu.mt)

## АННОТАЦИЯ

**Исходные данные:** национальные и международные органы власти признают, что исследования в сфере здравоохранения являются основными источниками информации о состоянии здоровья. Малые страны могут отдавать предпочтение проведению исследований в сфере здравоохранения, а не ведению реестров, в связи с тем, что они более дешевы в обслуживании. Тем не менее, малые страны проводят гораздо меньше исследований в сфере здравоохранения, чем крупные страны. Одной из причин может быть то, что стоимость этих исследований зависит от числа опрошенных людей, а не от доли населения. Таким образом, расходы на проведение исследования на душу населения в малых странах значительно выше.

**Методы:** Мальта – малая страна с населением менее полумиллиона человек. Она входит в Европейский союз, который предоставил финансовую поддержку и помощь внешних экспертов для проведения международных исследований в сфере здравоохранения. Мы представляем Европейское опросное исследование по вопросам здравоохранения как практический пример с целью обзора проблем малых стран и рассмотрения типичных доработок, необходимых для реализации национальных исследований в сфере здравоохранения и выполнения международных обязательств по данным в сфере здравоохранения.

**Результаты:** мы выявили отсутствие инфраструктуры исследований в сфере здравоохранения, проблемы набора больших

выборок, рекомендованных международными организациями, усталость от частых опросов, а также нехватку ресурсов для маркетинга, стимулирования, анализа и распространения данных. Были разработаны бюджетные варианты для решения некоторых вопросов, касающихся маркетинга и стимулов, с учетом конкретных характеристик малых стран.

**Вывод:** при отсутствии административных данных или эпидемиологических реестров исследования являются важным инструментом для формирования политики с учетом фактических данных в малых государствах. Опыт Мальты может помочь другим малым странам минимизировать ресурсы, необходимые для проведения национальных исследований в сфере здравоохранения.

**Ключевые слова:** МЕЖУНАРОДНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, МАЛЫЕ СТРАНЫ, МАЛЫЕ ГОСУДАРСТВА, ПРОБЛЕМЫ, ВОЗМОЖНОСТИ, ЛУЧШАЯ ПРАКТИКА

## ВВЕДЕНИЕ

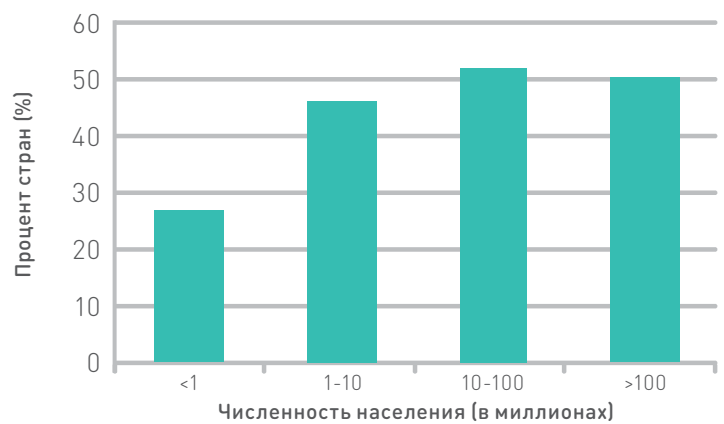
Исследования в сфере здравоохранения обладают реальными преимуществами: они определяют потребности в целевых действиях и позволяют эффективно использовать ресурсы именно там, где они принесут максимальную пользу. Многие страны предпочитают проводить исследования в сфере здравоохранения вместо эпиднадзора за активными формами заболеваний или образом жизни,

поскольку последние являются более затратными, и их реализация может быть слишком дорогостоящей. В странах Европы в основе большинства национальных исследований в сфере здравоохранения зачастую лежат медицинские обследования или интервью о состоянии здоровья, поскольку при личном контакте доля ответивших выше, чем при использовании других методов (1, 2). Стоимость исследований, основанных на медицинских обследованиях, гораздо выше, поскольку для их проведения необхо-

димо привлекать обученных интервьюеров и специалистов по клиническим исследованиям. В связи с этим опросные исследования по вопросам здравоохранения более широко распространены (3). Однако точность результатов исследования зависит от фактического числа респондентов, а не от доли населения. Таким образом, в малых странах необходимо включать в исследование большую часть населения, чтобы результаты исследования были действительно полезными. Поэтому стоимость такого полезного исследования на душу населения в малых странах выше, чем в крупных. Ограниченные ресурсы в малых странах гораздо чаще инвестируют в развитие инфраструктуры медицинских услуг, а не в исследования в сфере здравоохранения. По этим причинам исследования в сфере здравоохранения в малых странах менее распространены. Например, на рисунке 1 показано процентное соотношение стран, которые применили Поэтапный подход ВОЗ (STEPS) к эпиднадзору (4). Это исследование проводилось во всех регионах Всемирной организации здравоохранения за исключением Европейского региона ВОЗ. Из всех 110 стран, соответствующих критериям для проведения исследования, с населением более 1 миллиона человек, лишь менее половины провели это исследование. Для сравнения – всего 28% из 68 стран с населением менее 1 миллиона человек провели это исследование. Однако, учитывая преимущества наличия данных о состоянии здоровья населения, есть вероятность, что у малых государств возникнет потребность в более широком использовании исследований в сфере здравоохранения.

Мальта – самое маленькое государство Европейского союза, ее население составляет примерно 400 000 человек. После проведения ряда исследований в сфере здравоохранения на Мальте разработали эффективную систему исследований. В этой связи Европейское опросное исследование по вопросам здравоохранения (EHIS) – это единственное исследование в сфере здравоохранения, которое проводилось на Мальте более одного раза. Все исследования в сфере здравоохранения проводило Управление информации и исследований в области здравоохранения (DHIR), находящееся в ведении Министерства здравоохранения. DHIR зарегистрирован в агентстве Евростат как национальный статистический институт, что расширяет сферу действия закона о Бюро статистики Мальты в той части, что DHIR является отдельным органом, выполняю-

**РИСУНОК 1. ПРОЦЕНТ СТРАН, КОТОРЫЕ ПРОВОДИЛИ ВСЕМИРНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В 2002 г., ПО ЧИСЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ**



Источник: Всемирная организация здравоохранения (4).

щим дополнительные функции Национального статистического управления (НСУ) (5). Таким образом, DHIR обязан выполнять положения постановлений 1338/2008 и 141/2013 Европейского союза (ЕС), в которых указаны требования к государствам-членам по проведению согласованного EHIS (6,7). Ряд данных EHIS является анонимным (и это объясняют респондентам). Возможные этические проблемы решаются путем взаимодействия DHIR и Комитета по этике в сфере здравоохранения – частично независимого органа в составе Министерства здравоохранения, который предоставляет консультации по вопросам конфиденциальности данных и этических принципов, в частности для проведения научных исследований и клинических испытаний (8).

Мы рассматриваем проблемы исследований в сфере здравоохранения, которые были проведены на Мальте, а также способы выхода из сложившейся ситуации, решения и возможности, которые были определены на Мальте для преодоления этих проблем. Эти проблемы вероятнее всего будут актуальными и для других малых государств.

## МЕТОДЫ

EHIS – не первое эпидемиологическое исследование, проведенное на Мальте. Три предыдущих исследования были проведены в 1980-х годах: исследование о распространенности диабета (1981 г.), Мониторинг тенденций и детерминант сердечно-сосудистых за-

болеваный (MONICA) (1984 г.), а также Международное исследование по вопросам натрия, калия и кровяного давления (INTERSALT) (1986 г.) (9–11). Исследование EHIS проводили на Мальте трижды: в 2002, 2008 и 2015 гг. (9–11). Один из авторов (NC) входит в исследовательскую группу DHIR с 2002 г.

Мы рассмотрим три отчета EHIS, поскольку эти исследования были проведены недавно (и во всех трех исследованиях наблюдаются сходства), для определения основных проблем при их проведении и способов решения этих проблем в мальтийских условиях.

## РЕЗУЛЬТАТЫ

### ОБЕСПЕЧЕНИЕ РЕСУРСОВ

Основные проблемы проведения исследований в сфере здравоохранения на Мальте – это финансирование и человеческие ресурсы или экспертный потенциал. При проведении двух первых EHIS ресурсы были предоставлены Всемирной организацией здравоохранения (в 2002 г.) и Евростатом (в 2008 г.). Без этой поддержки Мальте было бы сложно провести такие исследования. В соответствии с действующим законодательством ЕС, все государства-члены обязаны проводить эти исследования за счет государственных средств, поскольку согласно европейской политике финансирования, предоставление финансирования возможно только на проведение первого исследования, что представляет значительно более серьезную проблему для Мальты, чем для крупных стран, в силу более высоких затрат на душу населения при проведении исследования на национальном уровне, как описано выше. Хотя изначально предполагалось, что европейское законодательство будет способствовать финансированию таких инициатив со стороны государственных финансовых органов, целевое финансирование на проведение исследования в 2015 г. не было выделено, поэтому пришлось искать внутренние ресурсы, что было связано со значительными трудностями.

Как и в нескольких других странах Западной Европы, на Мальте исследования в сфере здравоохранения находятся в ведении Министерства здравоохранения, а не НСУ (12). Затраты на обеспечение деятельности системы бесплатного здраво-

охранения являются существенными, особенно для небольшого островного государства. Материально-технические сложности и отсутствие экономии на масштабе ограничивают покупательную способность мальтийской системы здравоохранения и приводят к росту накладных расходов на душу населения. Вполне понятно, что предоставление медицинских услуг является более приоритетным, чем сбор информации о состоянии здоровья. Последующее наблюдение было проблемой для большинства исследований в сфере здравоохранения, проведенных на Мальте. В то время как ряду других европейских государств удалось создать устойчивую инфраструктуру исследований в сфере здравоохранения, которая позволяет повторять исследования с запланированной частотой для установления тенденций, высокие затраты на душу населения на Мальте делали это невозможным. Для сравнения, НСУ, созданное в 1948 г., в установленном порядке регулярно проводит сбор данных в других секторах, не связанных со здравоохранением. Например, Исследование бюджетов домохозяйств проводится на Мальте каждые пять лет, начиная с 1969 г. (13).

В настоящее время Управление ищет внешнее финансирование для создания цифровой платформы для исследований. Это позволит нанять уполномоченного специалиста по вопросам информационных технологий и бизнес-поддержки, а также перейти от используемой в настоящее время методики «письменного интервью» (РАPI) к компьютеризированному личному интервью (САPI). Это определено происходит с запозданием, но соответствующие капитальные затраты были непомерно высокими для DHIR. Тем не менее, текущие расходы, с точки зрения финансирования и человеческих ресурсов, на финальную обработку ряда данных исследования, проведенного с использованием САPI (для которого было получено отдельное финансирование на аппаратуру с фиксированной стоимостью и разработку инструментов исследования) вероятнее всего будут значительно ниже, чем при использовании действующей модели на основе РАPI. Остальные материальные затраты – это оплата работы и обучения интервьюеров, но расходы, связанные с распечаткой опросников, проверкой и обработкой данных РАPI практически исключаются (14).

## ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

EHIS проводится под руководством DHIR, организации, в которой работают 25 сотрудников, задачей которых является сбор информации по всем направлениям национальной статистики в сфере здравоохранения для НСУ. Другой проблемой, также связанной с расходами, является отсутствие опыта и обученных кадровых ресурсов. В условиях ограниченного рынка труда на Мальте приоритетом является обучение предоставлению медицинских услуг, а не проведению исследований для сбора информации в сфере здравоохранения. Существует крайне мало возможностей для полной занятости в таких узкоспециализированных областях; если таковые имеются – сложно поддерживать уровень профессионализма в связи с низким спросом. По этой причине большинство специалистов в сфере здравоохранения предпочитают оставаться специалистами широкого профиля для сохранения мобильности на рынке труда в сфере медицинских услуг, а те, кто имеет более узкую специализацию, предпочитают работать в сфере клинической деятельности. В DHIR есть специальный отдел исследований, в котором работают штатный специалист по статистике и специалист в сфере здравоохранения, имеющий профессиональные знания в области статистики, работающий на полставки. Так сложилось, что DHIR является ключевым учреждением по распределению учебной нагрузки программ профессиональной подготовки местных медицинских специалистов на государственном уровне. Таким образом, когда проводилось EHIS, ряд стажеров в сфере здравоохранения были направлены в DHIR, чтобы помогать с материально-техническим обеспечением исследования, работая совместно с постоянными сотрудниками. Помимо того, что это очевидно удобно для обеспечения рабочего процесса DHIR, это также помогает стажерам получить навыки по проведению исследований.

## ФОРМИРОВАНИЕ ВЫБОРКИ

Поскольку число респондентов является действительно важным для проведения исследований, в малых государствах в выборку должен входить более высокий процент граждан, а это приводит к росту затрат на душу населения. Для проведения EHIS в 2014 г. Целевая группа III ЕС предоставила рекомендации по числу заполненных опросников, которые каждое из государств-членов должно было получить, чтобы коэффициенты вариаций состав-

ляли примерно 5%. В соответствии с предварительными рекомендациями на Мальте необходимо было получить, по меньшей мере, 5635 заполненных опросников, однако после пересмотра это число снизилось до 3975. Целевой уровень точности был бы достигнут в более концентрированных группах в Германии, самом крупном государстве ЕС, поскольку общий размер выборки, рекомендованный для Германии, составлял 15260 человек (15). Таким образом, процент населения, включенного в выборку, гораздо ниже в Германии, чем на Мальте.

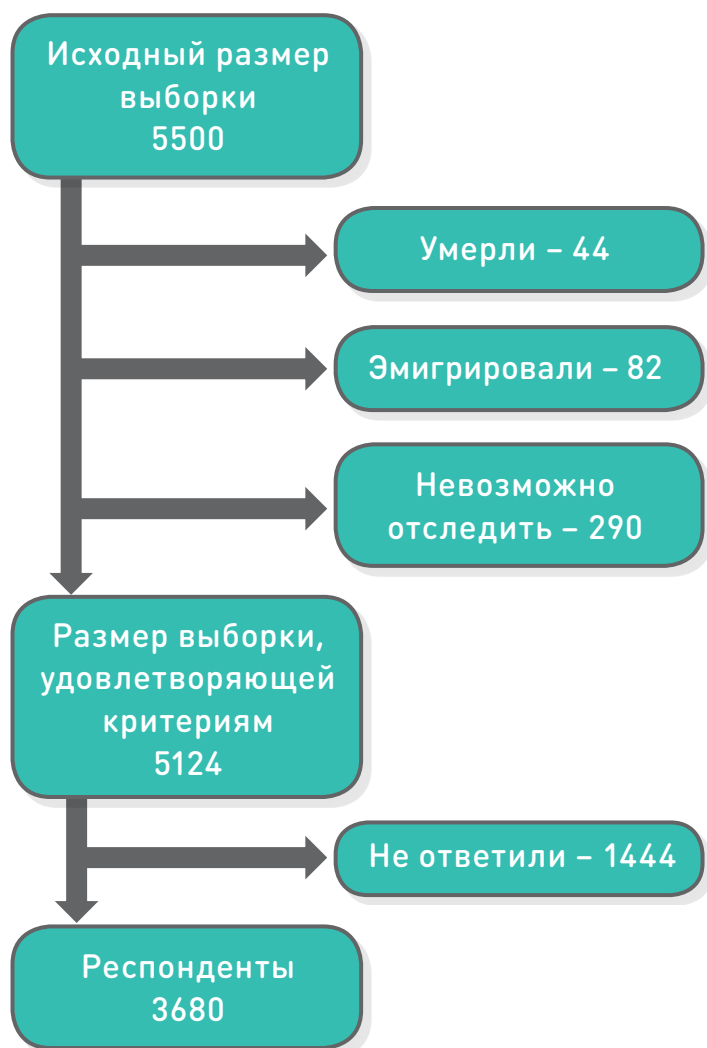
Тем не менее, у малых стран, таких как Мальта, есть одно преимущество при составлении выборки. В более крупных странах зачастую используется двухэтапный отбор выборок по логистическим причинам: на первом этапе выбирают населенные пункты, а на втором – людей в выбранных населенных пунктах. Для сравнения: в связи с небольшим размером Мальты целесообразнее проводить одноэтапную выборку. Интервьюеры могут охватить всю территорию Мальты без серьезных логистических трудностей. Преимуществом одноэтапной выборки по сравнению с двухэтапной является то, что размер выборки может быть меньше; двухэтапная выборка допускает дизайн-эффект 1,5, что означает, что окончательный размер выборки должен быть выше на 50%, чтобы компенсировать метод выборки (15).

На Мальте в рамках системы идентификационных номеров физических лиц каждому человеку при рождении присваиваются уникальные номера, и эти номера действительны в течение всей их жизни и после смерти. Эти идентификационные номера хранятся в реестре номеров удостоверений личности, который используют в качестве основы для формирования выборки при проведении исследований в сфере здравоохранения. В случае возникновения административных барьеров, препятствующих доступу к реестру удостоверений личности, альтернативой будет реестр избирателей Мальты.

## ДОЛЯ ОТВЕТИВШИХ

Доля ответивших в ходе исследования EHIS на Мальте со временем снижается: в 2002 г. она составляла 78%, в 2008 г. – 72% и в 2015 г. – 60% (16, 17). На блок-схеме на рисунке 2 показано, что в исследовании 2008 г. исходный размер выборки, составляющий 5500 человек сократился до финального набора данных на основе 3680 заполненных анкет.

**РИСУНОК 2. БЛОК-СХЕМА: СОКРАЩЕНИЕ ИСХОДНОГО РАЗМЕРА ВЫБОРКИ ВО ВРЕМЯ ПРОВЕДЕНИЯ EHIS НА МАЛЬТЕ В 2008 г.**



DHIR, который проводит EHIS, отвечает за ведение Национального регистра смертности, поэтому выбранные группы населения для выборки связывают с учетными данными о зарегистрированных смертях, что позволяет лучше оценить долю ответивших, а также не причинять ненужных переживаний родственникам недавно умерших людей, которые были включены в выборку.

Сначала субъектам исследования отправляют официальные письма по почте. После этого им звонят по телефону (если номер телефона доступен), чтобы проверить, получили ли адресаты письма, и подтвердить их желание принять участие в исследовании. Мальтийское сообщество является достаточно сплоченным, и люди зачастую переживают по поводу

конфиденциальности, поэтому и в первом письме, и во время последующего звонка исследователи подчеркивают, что все ответы являются анонимными, и что личность респондента будет известна только интервьюеру. Также подчеркивают значимость данных для планирования предоставления медицинских услуг на государственном уровне и отмечают, что не допускается замена лиц, не пожелавших ответить (в соответствии с руководящими принципами агентства Евростат) (15). Респондентам также дают номер мобильного телефона (принадлежащий сотрудникам DHIR), на который они могут позвонить в период проведения исследования. Если респондент соглашается принять участие, ему/ей сообщают, что интервьюер свяжется с ним/ней, чтобы организовать встречу, и что его/ее данные будут переданы субподрядчику, выполняющему сбор данных на местах.

Проблема при организации исследований на Мальте, с которой не сталкиваются некоторые другие страны, заключается в том, что контактные телефонные номера выборки массива данных не всегда доступны. В некоторых странах возможно получить данные реестров телефонной компании, но такая услуга на Мальте более не предоставляется, поскольку служба работает в убыток из-за ограниченного рынка. Следовательно, для проведения исследований в сфере здравоохранения на Мальте тратится значительное количество человеко-часов на интернет-поиск контактных данных респондентов в различных справочниках. В 2011 г. Национальная система учета населения, работу которой обеспечивает НСУ, была обновлена и стала включать телефонные номера. Хотя эти номера могут не всегда быть актуальными, бремя активного поиска индивидуальных номеров на веб-сайте телефонной компании снизилось, и теперь все сводится исключительно к поиску тех людей, с которыми не удалось связаться по предоставленному номеру телефона.

## МАРКЕТИНГ

Для маркетинга исследования, как правило, используют комплексный подход. Ограничение расходов означает, что рекламная деятельность, как правило, ограничивается рекламными щитами вдоль двух основных транспортных магистралей

лей, которые пересекают остров Мальта, а также рекламными объявлениями в трех основных воскресных газетах. В других случаях исследовательская группа взаимодействует со средствами массовой информации, используя бесплатные методы. На сегодняшний день большинство министров здравоохранения были готовы самостоятельно начать исследование и таким образом добились широкого освещения исследования в СМИ. Министерская служба по связям с общественностью также выделяет группе исследователей эфирное время для выступления на ток-шоу на телевидении и радио, что способствует дальнейшей популяризации исследования и эффективно повышает долю ответивших.

Во время некоторых ток-шоу участникам, которым отправили письма, но с которыми не связались по телефону, было предложено позвонить исследовательской группе. После этого участникам отправляли второе письмо с тем же запросом и указанием телефона исследовательской группы на видном месте в письме. Такой подход побудил четверть респондентов, чьи телефонные данные не были найдены, связаться с исследовательской группой, после чего опросники были должным образом заполнены.

## ПОЩРИТЕЛЬНОЕ ВОЗНАГРАЖДЕНИЕ

С целью популяризации участия респондентам, которые прошли опрос, предоставляется небольшое поощрительное вознаграждение. Ни государственные, ни европейские средства не выделяются для таких поощрительных вознаграждений, поэтому их предоставление зависит от частного сектора. Спонсоры предоставляют сертификаты со скидками на товары или услуги, или мелкие товары (такие как сухофрукты или туалетные принадлежности) в достаточном количестве, чтобы каждый респондент, прошедший опрос, смог получить пакет. Более крупные товары, такие как оборудование для тренажерного зала или билеты на самолет, разыгрывают в лотерею среди всех респондентов, которые успешно прошли опрос. У Мальты был положительный опыт с такими поощрительными средствами. В то время как пакет очевидно слишком мал, чтобы рассматриваться как плата за участие, большинство респондентов с удовольствием участвуют в лотерее, что помогает поддерживать положительный имидж исследований в сфере здравоохранения среди населения Мальты. Для предоставления таких поощ-

рительных вознаграждений может потребоваться разрешение от других министерских органов, таких как фискальные органы, или, как это было на Мальте, Управления лотерей и игорного бизнеса.

## РАБОТА НА МЕСТАХ

Для работы на местах необходимо иметь в наличии сеть из примерно 40 интервьюеров, распределенных в разные населенные пункты по всей стране. Требуется четыре раза позвонить по телефону и дважды навестить респондентов по месту проживания, чтобы можно было сообщить департаменту, что тот или иной респондент «не участвовал в исследовании», для последующего наблюдения сотрудниками управления. Проверка (повторный контроль) проводится для 15% выборки исследования с целью подтверждения того, что анкетный опрос был проведен должным образом, а также с целью оценки степени удовлетворенности респондента процессом.

В соответствии с Европейскими руководящими принципами рекомендуется распределять работу на местах в течение полного 12-месячного периода для минимизации сезонных погрешностей. Однако этот вариант, как правило, более дорогой с точки зрения человеческих ресурсов по сравнению с более коротким и более интенсивным исследованием. Если проведение 12-месячного исследования нецелесообразно, в соответствии с руководящими принципами рекомендуют проводить исследование осенью. Такой была практика на Мальте до 2015 г. – исследование было действительно распределено на временные интервалы в течение 12-месячного периода в связи с производственной необходимостью (15). Работа на местах всегда временно прекращается с середины декабря до середины января в связи с тем, что в рождественский период всегда возможны погрешности, а также возможно снижение доли ответивших. Летом тоже, как правило, респонденты менее доступны.

## ОПРОСНИК

Опросник, который используется на Мальте, основан на опроснике, принятом Евростатом (18), и в него добавлены дополнительные вопросы, определенные в ходе консультаций с лицами, ответственными за формирование политики в Министерстве. Концептуальный перевод инструмента на мальтийский язык был произведен в соответствии с Европейскими руководящими принципами (19).

Вариант использования перевода, сделанного в другом государстве ЕС, исключен, поскольку на мальтийском языке разговаривают только на Мальте. Население могло выбирать, на каком языке отвечать на вопросы – на английском или мальтийском, и 80–85% населения выбрали мальтийскую версию (Neville Calleja, Управление информации и исследований в области здравоохранения, Мальта, неопубликованные наблюдения, 2002, 2008 гг.).

## ВВОД И АНАЛИЗ ДАННЫХ

Интервьюеры отправляют опросники в DHIR в течение всего периода работы на местах. После сопоставления двух частей ответы кодируют, данные сканируют и вводят в специальный компьютер со встроенной системой резервного копирования, которую запускают в конце каждого рабочего дня. Ввод данных происходит одновременно с работой на местах, и таким образом сокращаются временные рамки проекта. Поскольку ввод данных потенциально отнимает много времени, для улучшения эффективности используют оптическое устройство считывания меток, для которого требуется специфическое форматирование опросника. С помощью программного обеспечения проводятся простые процедуры проверки, такие как сверка последовательности номеров отсканированных страниц, а в случаях множественных ответов требуется вмешательство оператора. Система позволяет одному человеку ежедневно вводить до 100 анкет, состоящих из 60 страниц.

Данные проверяют в соответствии с процедурами проверки, указанными на портале Ресурсного центра по коммуникациям и информации для административных, предприятий и граждан, перед передачей микроданных исследования в Евростат. После завершения ввода данных их экспортируют в формат SPSS (программное обеспечение IBM SPSS Statistics, Чикаго, Иллинойс, США) для дальнейшего анализа.

В ходе исследования 2008 г. в процессе внутреннего тестирования было установлено, что набор данных респондентов не отличается в значительной мере от исходной выборки исследования с точки зрения демографических переменных, поэтому взвешивание не было необходимым. Недостающие данные не были учтены, поэтому для 20% респондентов, у которых не было данных о росте, не была прове-

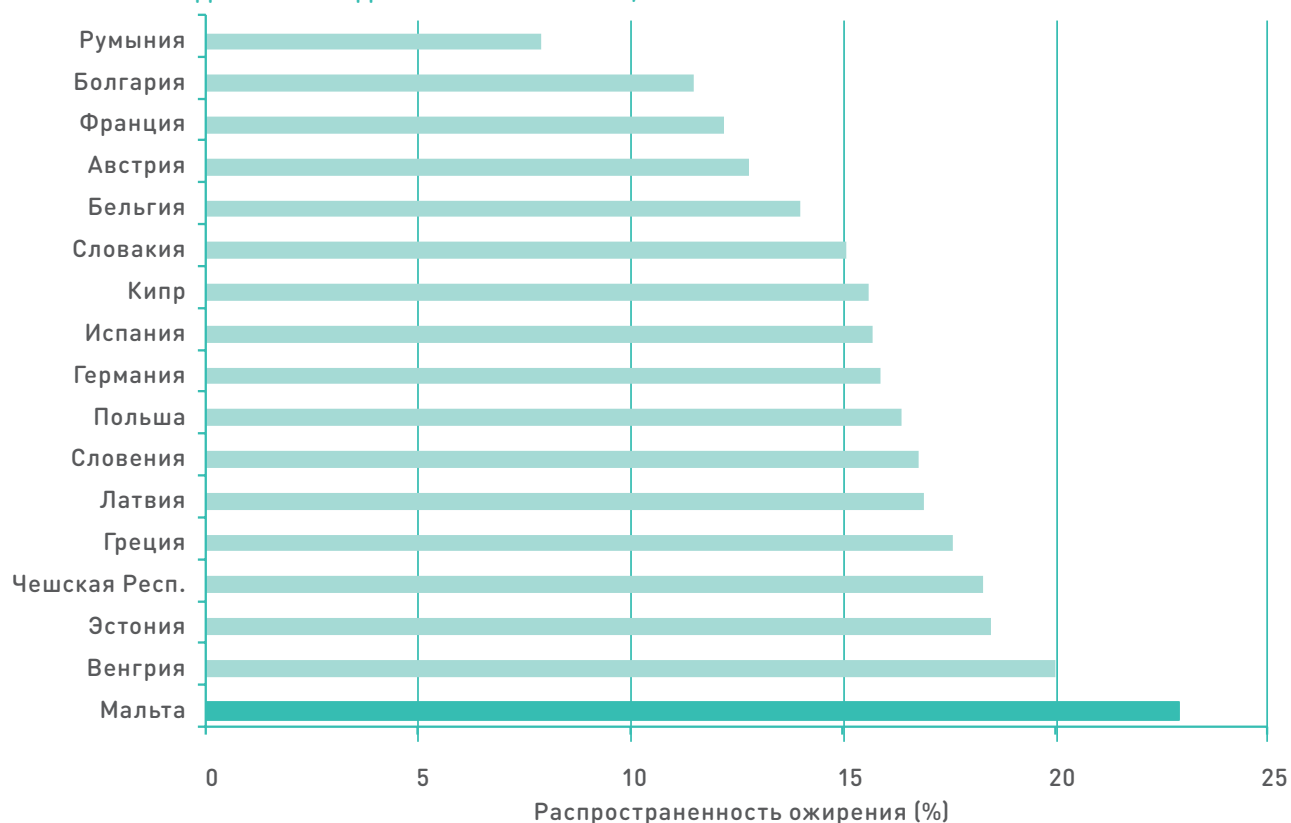
дена оценка индекса массы тела. В результате этого Евростат отметил, что данные Мальты об ожирении были недостоверными (20). Это было очень досадно, ведь ожирение является большой проблемой на Мальте. На рисунке 3 показан уровень распространенности ожирения в 17 странах, которые принимали участие в EHIS в 2008 г.: из всех этих стран на Мальте отмечался самый высокий уровень распространенности. Для большинства других заболеваний, например гипертонии, оценки распространенности на Мальте были в достаточной мере похожи на оценки распространенности в других странах, принимавших участие в EHIS (см. рис. 4). Еще одним исключением был диабет (см. рис.5), частично из-за связи диабета и ожирения.

## РАСПРОСТРАНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

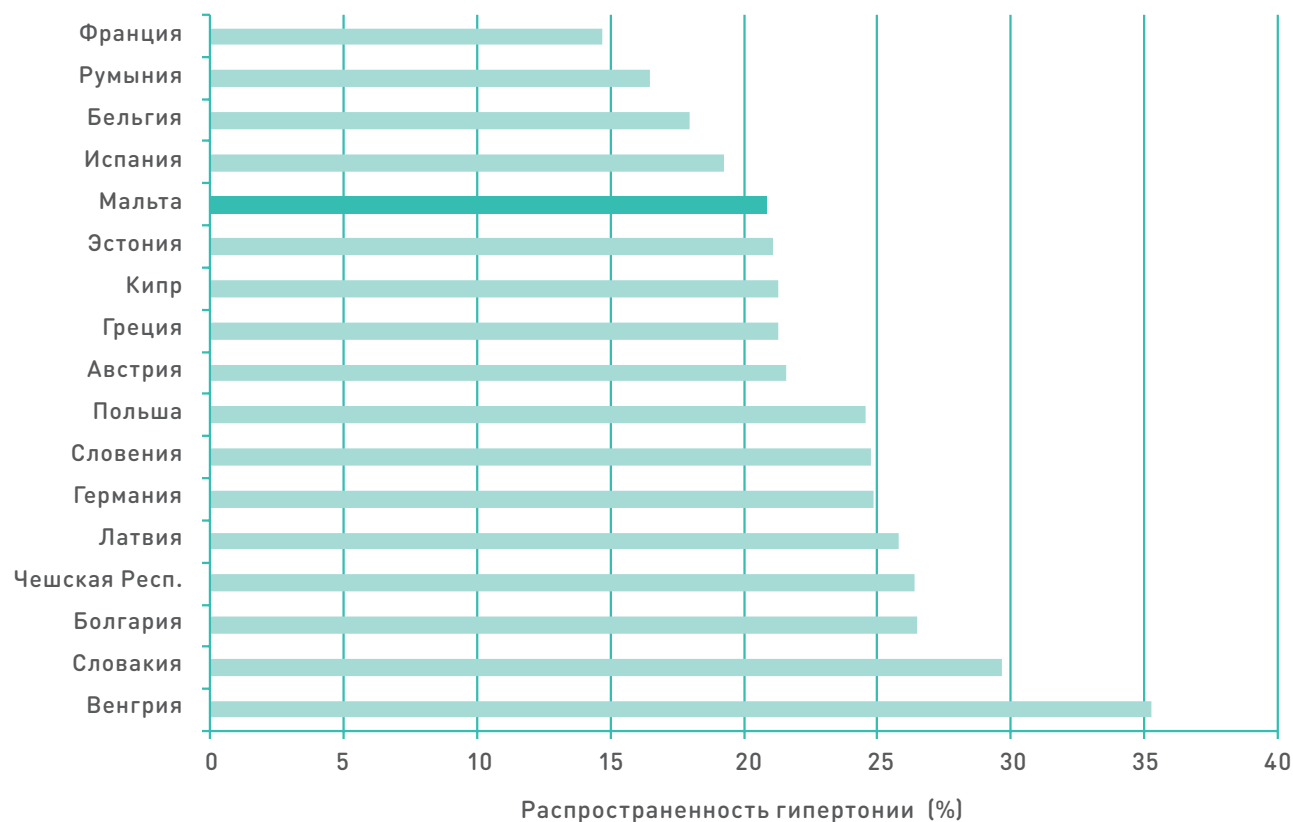
Когда после проведения EHIS в 2002 г. был опубликован всего один отчет, в котором были представлены сводные статистические данные, Министерство подверглось множественной критике в связи с тем, что дорогой ресурс был так неэффективно использован. После этого было опубликовано пять отчетов в течение 24 месяцев после EHIS, проведенного в 2008 г. В первом была представлена сводная статистика, а остальные четыре были отдельными тематическими отчетами, посвященными вопросам пользования медицинскими услугами, людям пожилого возраста, психическому здоровью и образу жизни. Каждый отчет был представлен ответственным министром или секретарем Парламента, что способствовало широкому освещению в СМИ. Более широкое распространение результатов исследования 2008 г. привело к повышению спроса на специализированные данные из этого набора данных, что дает основание считать, что мальтийское научное сообщество стало более осведомленным об этом ресурсе.

После недавней проверки набора данных за 2015 г. должен начаться анализ данных. Хотя после распространения результатов исследования 2008 г. удалось достичь повышения уровня осведомленности населения, создание тематических отчетов было трудоемкой задачей (особенно текстовая часть по сравнению с таблицами статистической структуры изучаемой выборки). По этой причине, несмотря на то, что в третьем выпуске планируется разместить больше тематических данных, их предлагают представлять в любой форме, начиная от простых

**РИСУНОК 3. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОЖИРЕНИЯ ПО САМОСТОЯТЕЛЬНО ПРЕДОСТАВЛЕННЫМ ДАННЫМ НА МАЛЬТЕ И В ДРУГИХ ГОСУДАРСТВАХ-ЧЛЕНАХ ЕС, ENIS 2008 г.**



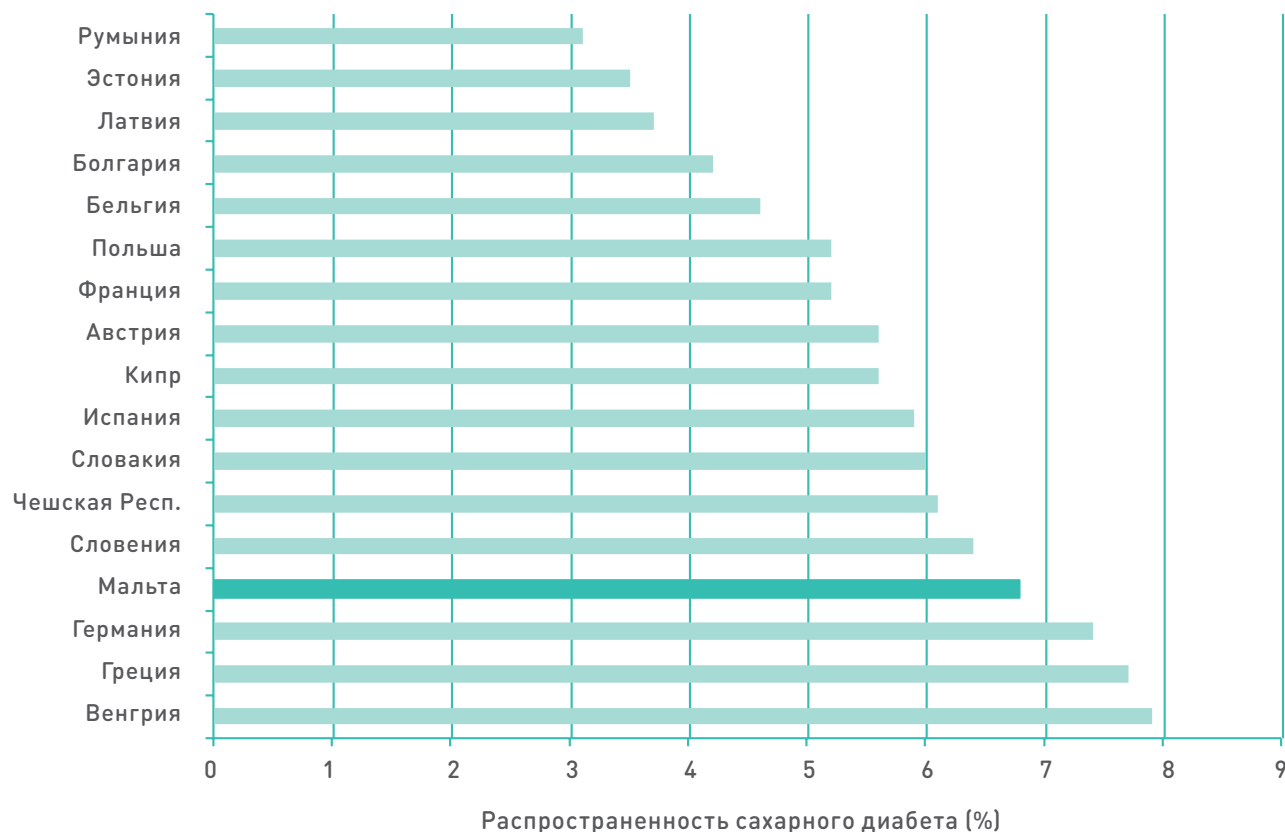
**РИСУНОК 4. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГИПЕРТОНИИ ПО САМОСТОЯТЕЛЬНО ПРЕДОСТАВЛЕННЫМ ДАННЫМ НА МАЛЬТЕ И В ДРУГИХ ГОСУДАРСТВАХ-ЧЛЕНАХ ЕС, ENIS 2008 г.**



Источник (рис. 3 и 4): Евростат (<http://ec.europa.eu/eurostat>).



**РИСУНОК 5. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ САХАРНОГО ДИАБЕТА ПО САМОСТОЯТЕЛЬНО ПРЕДОСТАВЛЕННЫМ ДАННЫМ НА МАЛЬТЕ И В ДРУГИХ ГОСУДАРСТВАХ-ЧЛЕНАХ ЕС, EHIS 2008 г.**



Источник: Евростат (<http://ec.europa.eu/eurostat>).

информационных листов и до полных отчетов, в зависимости от наличия данных и целевой аудитории. Представителей заинтересованных сторон просят предлагать темы, и, в случае принятия предложенной темы, их попросят внести свой вклад в содержание и стать соавторами соответствующих отчетов. Метаданные будут содержаться в кратком виде, а в отчетах будет уделяться больше внимания таблицам статистической структуры изучаемой выборки, которые, исходя из полученных отзывов, судя по всему, являются наиболее востребованными частями отчетов EHIS за 2008 г.

## ОБСУЖДЕНИЕ

Описанные нами трудности принято считать проблемами, оказывающими наибольшее влияние на малые государства (или малые регионы крупных стран), которые пытаются проводить подобные исследования национального масштаба. В соответствии с документальным описанием исследований

в других секторах, мальтийский опыт является примером уязвимости, которая приводит к приспособляемости за счет создания инновационных решений (21).

Как и ожидалось, большинство проблем было связано с ограниченным финансированием и нехваткой ресурсов. Однако, похоже, что сегодня в НСУ уже появилась новая инфраструктура для других исследований. Вероятно, такие исследования стали более приоритетными, и потребность в проведении экономических или социальных исследований и их преимущества стали более понятными, когда они проводятся за счет центрального управления статистики, а не финансируются за счет бюджета системы здравоохранения. В научной литературе эта тема обсуждается редко; однако, в большинстве стран Европы исследования в сфере здравоохранения, как правило, находятся в ведении министерств здравоохранения, а не национальных органов статистики.

В условиях таких ограниченных ресурсов максимальное увеличение доли ответивших приобретает первостепенное значение. Наблюдаемое снижение доли ответивших может быть связано с «усталостью от исследований», которая возникает в результате роста ежегодного числа опросов, которые на Мальте проводят НСУ, маркетинговые исследовательские компании, Европейские органы и другие организации. «Усталость от исследований» была также отмечена в других ограниченных группах населения; классическим примером является коренное население Западной Австралии. В этой группе населения проводится очень большое количество исследований, и в большинстве из них отмечают низкую долю ответивших (22). «Усталость от исследований» также наблюдается в более крупных группах населения, например в Соединенном Королевстве (23), где регулярно отмечается «усталость от исследований» в исследованиях образа жизни еще с 1990-х годов (24, 25). Впрочем, снижение доли ответивших на вопросы исследований является международным феноменом. Использование поощрительного вознаграждения на Мальте было более успешным, чем в других странах, где материальное вознаграждение, сумма которого составляла вплоть до 50 евро, не способствовало значительному повышению доли ответивших (26, 27).

Что касается выборочного предоставления ответов в ходе исследования, проблема низкой осведомленности о собственном росте в самостоятельно предоставленных данных, существует не только на Мальте. В 2010 г. Marston и др. сообщили о высоком уровне отсутствия данных о росте в базах данных первичной медико-санитарной помощи, которые чаще всего основаны на самостоятельно предоставленных данных (28).

## ВЫВОДЫ

Мальтийский набор данных EHIS активно используется для выработки политики и планирования услуг, его используют для создания множества справочных документов для правительства. Одновременное появление широкого спектра социально-демографических переменных, а также переменных образа жизни и заболеваемости в этом ресурсе помогает преодолеть недостаток специализированных эпидемиологических реестров, которые мы, являясь маленькой страной, можем себе позволить

лишь в ограниченном количестве. Наблюдаемое в настоящее время давление по поводу ускорения проверки последнего набора данных за 2014/2015 гг. свидетельствует о его широком использовании – не только как ресурса для получения ответов на парламентские запросы, но и как источника данных для подготовки проектов дизайна больниц и для проведения совместных действий по планированию программ здравоохранения. Мы надеемся, что постоянно растущий спрос на формирование политики на основе фактических данных будет способствовать облегчению получения ресурсов для проведения исследований в сфере здравоохранения в малых государствах.

**Выражение признательности:** мы выражаем признательность за вклад в исследование всем сотрудникам DHIR, которые работали над всеми тремя выпусками отчетов об исследованиях, в частности: Amanda Cassar, Dorothy Gauci, Audrey Galea, Kathleen England и Renzo Pace Asciak, которые были основными авторами на протяжении многих лет.

**Источник финансирования:** не указан.

**Конфликт интересов:** не указан.

**Отказ от ответственности:** авторы несут самостоятельную ответственность за мнения, выраженные в данной публикации, которые не обязательно представляют решения или политику Всемирной организации здравоохранения.

## БИБЛИОГРАФИЯ

1. Picavet HSJ. National health surveys by mail or home interview: effects on response. *J Epidemiol Community Health*. 2001;55:408–13. doi: 10.1136/jech.55.6.408.
2. Sinclair M, O'Toole J, Malawaraarachchi M, Leder K. Comparison of response rates and cost-effectiveness for a community-based survey: postal, internet and telephone modes with generic or personalised recruitment approaches. *BMC Med Res Methodol*. 2012;12:132. doi: 10.1186/1471-2288-12-132.
3. Aromaa A, Koponen P, Tafforeau J, Vermeire C, HIS/HES Group. Evaluation of health interview surveys and health examination surveys in the European Union. *Eur J Public Health*. 2003;13(3 Suppl):67–72. doi: 10.1093/eurpub/13.suppl\_1.67.
4. Поэтапный подход (STEPS) к эпиднадзору. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2016 (<http://www.who.int/chp/steps/ru/>, по состоянию на 10 июля 2016 г.).
5. Government of Malta. Malta Statistics Authority Act. 2001. Valletta, Malta: Government of Malta (<http://www.justiceservices.gov.mt/DownloadDocument.aspx?app=lom&itemid=8888&l=1>, accessed 10 July 16).

6. European Parliament and Council. Regulation (EC) No 1338/2008 of the European Parliament and of the Council of 16 December 2008 on Community statistics on public health and health and safety at work. Official Journal of the European Union. 2008; L354/70–81.
7. European Parliament and Council. Commission Regulation (EU) No 141/2013 of 19 February 2013 implementing Regulation (EC) No 1338/2008 of the European Parliament and of the Council on Community statistics on public health and health and safety at work, as regards statistics based on the European Health Interview Survey (EHIS). Official Journal of the European Union. 2013; L47/20–48.
8. Health Ethics Committee. In: Ministry for Health [website]. Valletta, Malta: Government of Malta; 2016 (<https://health.gov.mt/en/appbodies/hec/Pages/hec.aspx>, accessed 10 July 2016).
9. Cuschieri S, Mamo J. Malta: Mediterranean Diabetes hub – a journey through the years. *Malta Medical Journal*. 2014;26(3):27–31.
10. Malta INTERSALT Blood Pressure Data 1986. In: Global Health Data Exchange [website]. Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluation; 2016 (<http://ghdx.healthdata.org/record/malta-intersalt-blood-pressure-data-1986>, accessed 10 July 2016).
11. Surveys. In: Ministry for Health [website]. Valletta, Malta: Government of Malta; 2016 (<https://health.gov.mt/en/dhir/Pages/surveys.aspx>, accessed 10 July 2016).
12. Unit F-5: Education, health and social protection statistics. Modernisation of social statistics [Doc 2012-PH-02]. Luxembourg: Eurostat; 2012 (<https://circabc.europa.eu/d/a/workspace/SpacesStore/cefc4af1-81a8-4d85-8023-2a9fae5f7baa/Item%203.4%20-%20Modernization%20of%20social%20statistics.pdf>, accessed 10 July 2016).
13. Vella C. Malta's Statistical Institute: a concise history 1947–2011. Valletta, Malta: National Statistics Office; 2011.
14. Caeyers B, Chalmers N, De Weerd J. A comparison of CAPI and PAPI through a randomized field experiment. USA: Social Science Research Network. 2010 (<http://ssrn.com/abstract=1756224>) doi:10.2139/ssrn.1756224.
15. Axelson M, Bihler W, Djerf K, Lehtonen R, Molenberghs G, Scavalli E et al. European Health Interview Survey: Task Force III report on sampling issues. Luxembourg: Eurostat; 2009.
16. Department of Health Information. The First National Health Interview Survey: summary statistics. Valletta, Malta: Ministry of Health, the Elderly and Community Care; 2003 ([https://health.gov.mt/en/dhir/Documents/national\\_his\\_a\\_\\_summ\\_stats.pdf](https://health.gov.mt/en/dhir/Documents/national_his_a__summ_stats.pdf), accessed 10 July 2016).
17. Directorate of Health Information and Research. European Health Interview Survey 2008: summary statistics. Valletta, Malta: Directorate of Health Information and Research; 2009 ([https://health.gov.mt/en/dhir/Documents/ehis\\_eight\\_\\_summ\\_stats.pdf](https://health.gov.mt/en/dhir/Documents/ehis_eight__summ_stats.pdf), accessed 10 July 2016).
18. Final European Health Interview Survey questionnaire. Luxembourg: Eurostat; 2006.
19. Tafforeau J, López Cobo M, Tolonen H, Scheidt-Nave C, Tinto A. Guidelines for the development and criteria for the adoption of Health Survey instruments. Luxembourg: Partnership Health/Eurostat; 2003.
20. European Health Interview Survey: between 8% and 25% of adults are obese across Member States [press release, 24 November 2011]. Luxembourg: Eurostat; 2011.
21. Briguglio L. A vulnerability and resilience framework for small states. Valletta, Malta: University of Malta; 2014 ([https://www.um.edu.mt/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/215692/Briguglio\\_The\\_Vulnerability\\_Resilience\\_Framework,\\_23\\_Mar\\_2014.pdf](https://www.um.edu.mt/__data/assets/pdf_file/0007/215692/Briguglio_The_Vulnerability_Resilience_Framework,_23_Mar_2014.pdf), accessed 10 July 2016).
22. Ryan M, McEwin M. Improving the quality of data on early childhood education – phase two (IQDECE2). Canberra, Australia: Department of Education, Employment and Workplace Relations; 2009.
23. Koponen P, Aromaa A. Survey design and methodology in National Health Interview and Health Examination surveys. European Health Survey Information Database; 2004 ([http://ec.europa.eu/health/ph\\_projects/2000/monitoring/fp\\_monitoring\\_2000\\_annexe14\\_04\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2000/monitoring/fp_monitoring_2000_annexe14_04_en.pdf), accessed 10 July 2016).
24. Hill A, Roberts J, Ewings P, Gunnell D. Non-response bias in a lifestyle survey. *J Public Health Med*. 1997;19(2):203. doi: 10.1093/oxfordjournals.pubmed.a024610.
25. McCluskey S, Topping AE. Increasing response rates to lifestyle surveys: a pragmatic evidence review. *Perspectives in Public Health*. 2011;131(2):89. doi:10.1177/1757913910389423.
26. Brick JM, Douglas W. Explaining rising nonresponse rates in cross-sectional surveys. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*. 2013;645:36 doi: 10.1177/0002716212456834.
27. Vissink P, Venmans L, Holleman P, Blokstra A, Verschuuren M. Sampling, recruitment and response rate in a Dutch Health Examination Survey 2009–2010. *Eur J Pub Health* (2014) 24(S2):3428.
28. Marston L, Carpenter JR, Walters KR, Morris RW, Nazareth I, Petersen I. Issues in multiple imputation of missing data for large general practice clinical databases. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2010;19:618–62 doi: 10.1002/pds.1934.