



Distr.: General
20 December 2002
Chinese
Original: English

统计委员会

第三十四届会议

2003年3月4日至7日

临时议程* 项目3(b)

人口和社会统计：卫生统计

世界卫生组织的报告

秘书长的说明

依照统计委员会第三十三届会议提出的请求，** 秘书长谨向统计委员会转交世界卫生组织关于卫生统计的报告。委员会也许想审查一下世界卫生组织提交的卫生统计领域目前的活动和今后的计划。

* E/CN.3/2003/1。

** 见《经济及社会理事会正式记录，2001年，补编第4号》(E/2001/24)，第1段。

世界卫生组织关于卫生统计的报告

目录

	段次	页次
一. 导言	1	3
二. 科学同侪审查	2-5	3
三. 同技术专家和成员国的协商	6-10	4
四. 卫生统计的编制和传播	11-15	4
五. 各种具体指标	16-22	5
六. 世界卫生调查	23-31	7
七. 加强国家能力	32-40	8
八. 结论	41	10
附件		
一. 同技术审查小组的会议		11
二. 区域协商		12

一. 引言

1. 本报告是根据 2002 年 3 月向统计委员会提交的世界卫生组织（卫生组织）在卫生统计的主要工作领域情况概要编写的，总结了卫生组织在它所汇报的卫生统计方面最近展开的各种活动。

二. 科学同侪审查

2. 卫生组织总干事建议采取若干措施，促进成员国对卫生组织定期评估成员国的保健系统绩效的工作作出贡献。卫生组织执行委员会在 2001 年 1 月 EB107.R8 号决议中满意地注意到这一建议。这些措施包括：

(a) 建立一个技术协商过程，汇集来自卫生组织不同区域成员国的人员和观点，并由卫生组织在国家、区域和全球各级的工作人员合力支持；

(b) 确保就用于评估保健系统绩效的最佳数据与各国协商，并且预先向它们提供有关卫生组织使用这些数据获得的指标值的资料；

(c) 设立一个小型咨询小组，其中包括卫生组织执行委员会和卫生研究咨询委员会的一些成员，以协助监测卫生组织对保健系统绩效评估的支持；

3. 为回应这项决议，卫生组织总干事于 2001 年 10 月设立了一个科学同侪审查小组，由牛津大学的 Sudhir Anand 教授担任主席，以审查监测保健系统绩效时所使用的框架和方法。工作组成员包括代表卫生组织所有区域的独立的技术专家、学界和决策者。工作组于 2002 年 5 月向总干事提交了最后报告。卫生组织执行委员会于 2002 年 5 月审议了该报告，执行委员会将在 2003 年 1 月讨论总干事对报告中的建议的回复。

4. 同侪审查小组举行了几次会议，于 2002 年 1 月向卫生组织执行委员会提交了一份中期报告，并核准了卫生组织在就原初的方法进行了一系列的技术和区域协商后建议的对绩效评估采取的途径。审查工作包括主要结果（健康状况、保健方面的不平等现象、回应、财政捐助的公平问题）的衡量方法、保健系统各种功能的绩效以及量化向保健系统的投入。审查工作还涵盖收集数据采用的方法，包括世界卫生调查。此外，审查工作对如何进一步开展工作提出了许多建议。作为回应的一部分，总干事设立了若干由外部专家组成的咨询委员会，在与卫生统计有关的主要领域继续向卫生组织提供独立的技术咨询意见。

5. 科学同侪审查小组的报告可在 www.who.int/health-systems-performance 查阅。为了透明度起见，与卫生组织在保健系统绩效评估中测定和汇报的数字有关的所有文件都可在这个网站查阅，其中包括关于卫生组织所采用途径的批评和辩论。这个网站的内容会不定期地更新。

三. 同技术专家和成员国的协商

与保健系统的成果和功能有关的协商

6. 已就所采用的衡量保健系统的主要成果及其功能的方法进行了六次专家协商和一次相关的科学小组协商。参加者都是相关技术领域的国际著名专家。每一次协商都为测定所关切的某些数量而提议的方法进行辩论，并提出关于这些方法是否适当和可能做出何种改进的建议。在拟订秘书处的提案时考虑到这些建议，科学同侪审查小组随后也审议了这些建议。附件一开列这些协商。报告全文在卫生组织网站 www.who.int/health-systems-performance 可查阅。

7. 此外，在卫生组织的六个区域内就衡量保健系统绩效的总体框架和方法进行了区域协商（见附件二名单）。参加者包括成员国的政府官员、技术专家和来自成员国的学术机构以及卫生组织区域办事处的成员。这些协商的报告和参加者名单在上述网站可查阅。此外，利用这些报告帮助拟订向同侪审查提议的订正方法，科学同侪审查小组也审议了这些报告。

同成员国就卫生统计问题进行协商

8. 卫生组织几乎每天都就各种不同的卫生统计同成员国互相作用。例如，就更新和扩大国家保健数字所需的数据不断地互相作用，许多技术方案定期获得各国关于不同种类疾病的发病率、某些种类干预措施（例如免疫）的涵盖范围和治愈率等各种变数的报告。卫生组织与各国密切合作，以加强它们的能力，从而能够指认和报告某些疾病的爆发。

9. 此外，在每年发表《世界卫生报告》的一段时间之前，卫生组织同成员国举行非正式协商，讨论它们的卫生统计数字和卫生组织收集的数据，包括为附件表格编制的数字（包括预期寿命、预期健康年岁和保健支出）。在协商期间，将酌情对各种数字做出修正，再作最后公布。

区域委员会和国家请求

10. 2001年在区域委员会会议上，向成员国介绍了世界卫生调查，包括将收集的数据。此外，还讨论了世界卫生调查的计划。2002年期间，许多国家要求参加于2002年较晚时候开始的第一轮调查。73个国家决定从2002年较晚时候开始在实地展开调查。

四. 卫生统计的编制和传播

11. 卫生组织编制了《核心健康指标长期编制战略》，以逐渐确定保健和保健系统绩效的关键指标，其中将包括关于风险因素、疾病、干预措施和保健结果的资料。这些指标旨在让人们了解保健政策和方案，并且是为了达到五个质量标准。这些指标将：

- (a) 使用经证明有效的工具，予以收集；
- (b) 提供国家之间、国内各种群体之间以及时间上可比较的度量结果；
- (c) 与使用量化可靠性度量法和不确定因素统计度量法一起汇报；

(d) 在同成员国的协商周期内得到审查，以便能够查明过去尚未汇报过或未使用过的原始数据来源，建立对现有数据的长处和弱点的共同了解，以及确保广泛享有成果；

(e) 被描述为“数据审核线索”，凡在可能的情况下能够自由获得基本数据，并且明确汇报用来调整和纠正偏见及做出任何其他变更的任何技术

12. 许多卫生组织的技术方案都根据选定的建议指标制定了监测和评价框架。这些框架一般确定 10 至 40 个核心保健指标（视所审议方案的范围和复杂性而定）的标准和度量要求。现在已为疟疾、肺结核、易流行疾病、再生殖健康、环境健康、药品、保健系统绩效、非传染病和一些风险因素确定了框架。特定科学小组不断地在国家一级重新评估这些框架是否适用以及它们是否能够产生可为情报目的使用和汇编的高质量信息。

13. 这种规范性工作提供了加强国家卫生信息系统及其某些次系统的机会。例如，卫生组织传染病监测和对策部制定了关于传染病监测的一种综合方式，把监测网络实验室、关键的注册系统、服务情况汇报和监控地点的资源和能力结合起来。卫生组织非传染病和精神健康组建议对风险因素监测采用逐步处理方式，包括连续展开以调查表方式进行的评估、物理测量和生化评析。

14. 明确地拟订核心健康指标和数据质量标准，同时简化制作机制，这已成为大多数卫生组织技术方案的基石，目的是在国家一级产生全面而有意义的保健信息。

15. 将同其他联合国机构合作，在《世界卫生报告》的附件中定期公布关于千年发展目标的健康指标和其他卫生统计的数据，并将通过卫生组织国家以网络为基础的系统传播这些数据。将向决策者、新闻媒介和社区提供这些信息，对信息应加注释，使信息的局限性显而易见。这些系统在可能的情况下将同其他信息来源连接；它们旨在使得能够在全球、区域一级甚至地区各级对数据作建议性使用。还将把如何使用这些全球信息来源的说明写入国家能力建设的指南和培训材料中。

五. 各种具体指标

16. 自 2002 年 3 月向统计委员会提交卫生组织的报告以来，已编制关于各种具体指标的最新资料。所提供的都是新资料。

民众健康

17. 过去 50 年中，成员国根据人口动态登记制度每年向卫生组织汇报死亡原因统计。通过与各国合作，现已收到并证实大约 120 个成员国的数据。最近公布了 2000 年 191 个成员国的生命表。¹ 此外，将在 2002 年年底之前出版载有关于民众健康衡量概要的一整套文件。这些文件是经技术协商产生的，有助于制定卫生组织使用的预期健康寿命衡量标准。²

18. 在对主要健康风险负担进行了四年的度量和汇报工作后，出版了关于这个问题的《2002 年世界卫生报告》。这是第一次在全球和分区域一级报告这种可比较信息——提供 14 个流行病分区域的结果。报告不仅量化每一种风险因素负担的程度，并且概述了减轻这种负担特定干预方法的成本和作用。100 多个外部实验室参加了这项工作，所有负担估计数都受到严格的同侪审查。将在 2003 年出版一本书，内载详细的估计数。

国家保健账户

19. 《2002 年世界卫生报告》附件中的表格扩大了保健支出数字范围，以汇报 1995 至 2000 年期间每一个国家的时间序列。在其后各年将报告最近五年的数据。这一进程需要同成员国和诸如世界银行及经济合作和发展组织（经合组织）等在这个领域工作的其他组织定期交流。现正在同世界银行和美援署合作，并在经合组织的参与下，将一个《指南》定稿。还不定期地举行区域和国家能力建设讲习班及宣传讲习班——例如，2003 年 1 月底在塞内加尔为中部非洲国家和西非国家的决策者举办宣传会议，在此之前，于 2002 年 6 月在内罗毕举行了类似的会议。

家庭对保健系统的缴纳款数

20. 按照科学同侪审查小组的建议，卫生组织将报告缴纳款数对收入分配和收入空间狭窄的影响，以及缴纳款对家庭造成的负担。同侪审查核准了缴纳数指数公平性的新公式，而卫生组织也将报告面临巨额支出的家庭的比例。卫生组织还加强了与成员国的交流，以便指认最近的家庭调查哪些调查把此类支出数据包括在内。这项工作中经常使用从世界银行支助的生活水平衡量调查研究获得的数据。

卫生组织国际分类群

21. 建立了卫生组织国际分类群网络，以监督该分类群的执行、管理和更新。此外，一个执行委员会将提供技术专门知识，支助卫生组织这方面的工作。合作中心每年举行一次会议。最近一次会议是 2002 年 10 月 14 日至 19 日在澳大利亚的布里斯班举行的。已设立了五个委员会，以便向卫生组织提供咨询意见和指导它建立、执行、管理和使用其国际分类群。这五个委员会是：分类群发展委员会；执行委员会及其培训和证书小组；死亡率参照小组；最新参考资料委员会和电子

工具委员会。2002 年会议的报告全文在<http://www.who.int/whosis/icd10/collabor.htm> 可查阅。

22. 卫生组织还于 2002 年 4 月 17 日至 20 日在意大利的里雅斯特举行了一个保健和残疾问题会议，就各国的健康和财富及残疾和保健问题举行了圆桌讨论。此外，还举行了关于残疾统计以及关于保健信息系统、临床实践和调查工作的国际功能、残疾和健康分类会议。会议强调必须建立一种用于多种不同目的共同框架，描述和衡量健康和残疾状况。会议的报告全文在<http://www.who.int/classifications/icf> 上可查阅。

六. 世界卫生调查

23. 科学同侪审查小组审查了关于世界卫生调查的建议和 2000-2001 年多国调查研究的结果，并建议着手进行这项调查。其目的不是为了取代常规信息系统，而是为了补充这些系统。卫生组织仍在努力帮助各国建立常规保健信息系统，特别是其人口动态登记系统。

24. 已在卫生组织所有区域中政府请求或同意参加调查的 73 个国家中展开了这项调查。关于世界卫生调查的详细报告将成为 2002 年 10 月 8 日至 11 日在纽约举行的联合国统计司专家组会议关于“分析发展中国家和转型期国家的调查作业特点：调查费用、设计效果和非抽样误差”的专题报告的一部分，随后将提交一份简短的进度报告。

25. 广泛的筹备工作涉及对用来度量健康结果和与健康相关的结果的文书进行有系统的审查，接受这些度量的共同框架以及由科学同侪审查小组进行批判性审查。这份文书是同卫生组织内外的各种技术小组协商后编写的，并从在文化上是否适用的角度进行了严格测试，并在 61 个国家进行的多国调查研究中以当地语言确定其心理测验的特性。³ 随后在 12 个国家试用这项订正文书，导致目前一轮的世界卫生调查文书定稿。

26. 如 2002 年 3 月报告的那样，这份文书是以模块方式编写的，由家庭调查表和个人调查表组成。家庭调查表收集关于是否提供医疗保险、固定收入及保健支出等人口资料。此外，还提出关于特定干预措施的所涉范围和答卷人家庭中是否有致残性健康状况等问题。个人调查表是针对从家庭中随机挑选的一名成员，询问其保健状况、评价健康情况、分娩状况和兄弟姐妹存活情况方面的近亲死亡率、各种风险因素、主要保健干预措施的涵盖范围、保健制度的回应程度、保健制度目标的相对重要性和社会资本。

27. 卫生组织精心制定了将使用内部和外部专家的质量控制和向各国提供技术支助的程序。举办了区域培训讲习班，对所有调查人员进行关于世界卫生调查方法的训练，并强调已在实行的质量保证协议的重要性。向所有培训地点提供诸如其中有录象剪辑的交互式光盘等培训材料。一个技术顾问小组协助卫生组织支助

各地的设计、执行、分析和随后编写报告的工作。一旦收集了所有数据后，将举办数据分析讲习班，并将编写国家报告，散播成果。

28. 此外，现正开始在 18 个非洲国家使用定位装置来对调查地点进行地理编码。这部分是为了进行质量控制，部分是为了以后进行分析，例如在分析中可把答卷人所在地点映射在保健服务供应图上。任何时候都不泄露关于答卷人的资料。

29. 世界卫生调查收集的信息将使我们第一次获得关于全世界具有代表性的人口健康结果和与健康相关结果的人口间可比数据。如果把这些参数的程度和分布情况同从地理信息系统获得的数据联系起来，将为我们全面分析保健的公平性奠定强大的信息基础，并为制定扶贫和保健政策、以及为成员国的减贫战略文件提供重要投入。

30. 世界卫生调查将在诸如改进拉丁美洲和加勒比生活条件调查和计量工作区域方案（拉加改进方案）等区域网络的基础上进一步发展，并于 2002 年 12 月同美援署讨论如何最好地同人口和保健调查方案相互作用。正在同这些网络和其他网络建立伙伴关系，以便在衡量保健指标和与保健相关指标时进一步合作并且相辅相成。关于世界卫生调查的所有文书、议定书和背景资料在 <http://www.who.int/whs> 都可查阅。

区域倡议和世界卫生调查

31. 美洲和加勒比区域的拉加改进方案是美洲间开发银行、世界银行和拉丁美洲及加勒比经济委员会于 1996 年合作努力建立的。卫生组织美洲区域办事处和开发计划署获得该方案的联系成员地位。方案的主要目的是，从数据的优质、及时、易获取和有益的角度改进从家庭调查获得的数据。卫生组织在该区域与这一倡议积极合作，设法使世界卫生调查同这项倡议相联系，以避免重复和发挥协同作用的优势，支持成员国以及加强设计、执行和分析健康调查和与健康相关调查的能力。

七. 加强国家能力

32. 卫生组织在国家和国家以下各级改进成员国卫生统计的战略的目的是：

(a) 支助各国更好地利用现有数据

(b) 处理数据方面的空白问题，办法是，建立一种机制来提供决策者所需的通常没有收集，但可以补充常规保健信息系统的活动的主要数据。

(c) 加强鼓励措施，以促使各国制作、使用和汇报保健信息。

这项战略是下文所述卫生组织加强国家能力，促进跨国家和跨区域网络的工作的一部分。

加强国家能力

33. 现通过几种途径来处理如何加强各国在保健政策和系统评估及发展方面的能力（包括制作、分析和使用卫生统计）。途径之一是，在全球、区域或国家各级扩大讲习班和研讨会方案，并对那些要求进行这种合作的成员国展开更密集的工作。为了尽可能灵活，所有讲习班和研讨会都以‘模块’方式设计。

34. 例如，现已组织了两个新讲习班，各为期一周——一个是关于贫穷问题，另一个是关于保健系统绩效评估。这两个培训班于 2002 年 10 月第一次举办，每个约有 70 人参加，他们来自 59 个国家，遍布卫生组织的所有区域。这些新的培训班补充了十多年来同哈佛大学联合举办的关于疾病负担和成本效益分析的培训单元。这些培训单元每个约有 60 人参加，也都是来自卫生组织的所有区域。

35. 2001 年 11 月第一次举办关于调查的培训单元，在做出了一些修改后，将于 2003 年初再次举办。讲习班的重点是世界卫生调查的质量控制。

36. 在 2002 年期间，卫生组织同一些特定国家的技术小组合作，以分析它们在 2000-2001 年在 63 个成员国进行的多国调查研究中收集的数据。其中有些会议在日内瓦举行，有些在提出请求的国家举行。讨论的议题包括保健方面的不平等、健康水平、缴纳款额的公正性和回应程度。2003 年继续应请求进行这些工作，海湾国家请求在 2003 年初举办一个关于疾病负担问题的分区域讲习班。

37. 卫生组织内的各技术单位也继续应请求同成员国合作，以加强在收集和使用关于诸如肺结核、艾滋病毒/艾滋病和疟疾等某些疾病的常规信息方面的能力。

38. 加强国家能力的另一途径显然是共同进行分析性工作——无论是关于数据还是政策。人们日益感兴趣把绩效评估作为一种工具来指导分散管理的系统，这导致卫生组织同印度尼西亚、墨西哥、西班牙和其他国家合作，在国家以下一级应用卫生组织框架。

39. 在国别重点倡议的范围内计划其他战略，加强卫生组织工作人员在保健系统方面的能力，办法是：对工作人员进行更多的指导，从以干预措施方案到保健系统问题；对现有的保健系统工作人员提供更多的系统支助；为国家和区域办事处征聘更多的保健系统专家。卫生组织总部还将同区域和国家办事处协作，有选择地向各国提供直接技术支助。

促进跨国家和跨区域网络

40. 必须促进可有助于评估、政策分析和发展的跨国家和跨区域的个人和机构网络。卫生组织区域办事处已在支持各种网络，诸如加强保健系统绩效倡议等全球网络可更系统地发展为一种把证据产生者和使用者联系起来的网络。卫生组织还支持国家保健账户区域网络，并支持建立国家小组。约有 70 个国家已有全面的

国家保健账户。迄今 191 个国家的政府保健预算和家庭保健支出已足以构成供资来源。

八. 结论

41. 卫生组织对它用来编制与保健系统主要的结果、功能和投入有关的卫生统计数字的技术进行了一次前所未有的审查，其中包括进行技术协商和区域协商，并进行了一次正式科学同侪审查。卫生组织继续应请求与各国共同努力，加强它们收集和分析自己数据的能力。许多领域的技术单位惯常地同各国一道努力加强用来衡量和报告具体疾病指标或状况指标的方法，包括展开疾病监测工作。专家委员会以及同其他组织和机构（例如“疟疾消退倡议”、杜绝结核病倡议等）的伙伴关系在这个进程中发挥重要作用。为继续支持确保卫生统计数字可靠、准确、可比较并有清楚的审核线索，卫生组织正在建立更多的外部专家咨询委员会，为它在保健系统成果、进程和投入方面的活动继续提供专家咨询意见，并加强它同在这个领域工作的其他机构的联系。

注

¹ D. Lopez、O. B. Ahamd、M. Guillot、B. D. Ferguson、J. A. Salomon、C. J. L. Murray 和 K. H. Hill。《2000 年世界死亡率：191 个国家生命表》，（日内瓦世界卫生组织，2002 年）。

² 民众健康衡量概要：概念、伦理、衡量和应用（卫生组织，不日出版）。

³ T. B. Ustun 等著“卫生组织 2000–2001 年关于健康与回应程度的多国调查研究”，EIP 讨论文件第 37 号（卫生组织，2001 年）。

附件一

同技术审查小组的会议*

1. 衡量保健系统的效率，2001年1月，新奥尔良。
2. 衡量保健系统回应程度的概念和方法，2001年9月，日内瓦。
3. 指导问题，2001年9月，日内瓦。
4. 保健系统的实际覆盖范围，2001年9月，里约热内卢。
5. 人口间比较统计战略，2001年10月，波士顿。
6. 缴纳款额的公平性，2001年10月，日内瓦。
7. 保健中的不平等现象，2001年11月，日内瓦。
8. 健康的分类和测量：
 - 民众健康衡量概要，1999年12月，于摩洛哥，马拉喀什。
 - 关于衡量健康状况的第一次筹备工作组会议，2000年8月2日和3日，于日内瓦。
 - 关于衡量健康状况的第二次筹备工作组会议，2000年9月4日和5日，于日内瓦。
 - 关于健康状况的衡量和分类的专家委员会会议，2000年9月11日至12日，于日内瓦。
 - 关于衡量健康状况的欧洲经委会/卫生组织联席会议，2000年10月23日至25日，于渥太华。

* 报告全文在 www.who.int/health-systems-performance 可查阅。

附件二

区域协商 *

1. 世界卫生组织非洲区域：**关于保健系统绩效评估的区域协商会议**。2001年7月18日至20日，于哈拉雷。
2. 世界卫生组织美洲区域：**关于保健系统绩效评估的美洲区域协商**。2001年5月8日至10日，于华盛顿特区。
3. 世界卫生组织东南亚区域：**关于保健系统绩效评估的区域协商和技术讨论会**。2001年6月18日至21日，于新德里。
4. 世界卫生组织欧洲区域：**关于保健系统绩效评估的欧洲协商**。2001年9月3日至4日，于哥本哈根。
5. 世界卫生组织东地中海区域：**关于保健系统绩效评估概念框架的区域协商**。2001年7月9日至11日，于黎巴嫩，艾因萨德赫。
6. 世界卫生组织西太平洋区域：**关于保健系统绩效评估的区域协商**。2001年7月3日至5日，于马尼拉。

* 报告全文在 www.who.int/health-systems-performance 可查阅。