

世界卫生 的 趋势 和 挑战



世界卫生组织
日内瓦

世界卫生的趋势和挑战

秘书处的报告

1. 世界各地的卫生结果有很大差异。即使在收入水平相似的国家之间，也仍然存在差异。有些差异是卫生系统运转情况所造成的，因为卫生系统在设计、内容和管理方面的差别可转变为结果方面的差异。要改进系统的运行情况并从而改善人口的健康，各级决策者就必须了解这种差异。

2. 但是，改善人口的健康并非只涉及提供越来越多的卫生服务。服务系统可定义为包括致力于卫生行动的所有组织、机构和资源。卫生行动的定义是，主要意图为改善人口健康的任何努力，无论这种努力是个人卫生保健服务部门、非个人卫生保健系统或通过部门间行动作出的。

卫生系统的目标

3. 卫生系统的这一概念扩大了传统上对个人卫生保健服务的重视。**图 1** 把卫生系统与各种社会系统和社会企图达到的目标放在一起。每个系统具有与其核心活动相关的定义性目标—教育系统的目标是教育人民，卫生系统的目标是改善健康。

图 1. 社会目标和社会制度

社会目标	社会制度					
	教育	卫生	经济	政治	文化	其它
教育		■	■	■	■	■
卫生	■		■	■	■	■
消费	■	■		■	■	■
民主参与	■	■	■		■	■
知识	■	■	■	■		■
其它	■	■	■	■	■	
反应能力	■	■	■	■	■	■
供资公平性	■	■	■	■	■	■

WHO 99463

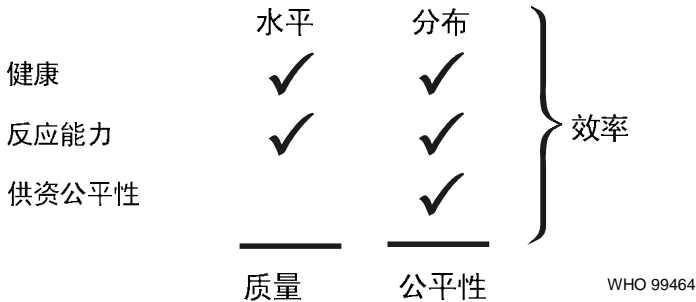
4. 除了这些定义性的目标，每个系统都具有两项共同的目标，表中列在最下面的两行。第一项是对人民的合法期望的反应能力。公民对他们与每个系统的相互作用有一定的期望，这些期望超越简单的定义性目标的范围—例如，要求保持尊严和得到尊重。

5. 第二项是供资方面的公平性。对于卫生，这与市场上简单的金钱价值公平性有所不同，因为它也包括希望避免因自己或家庭成员生病而造成的贫穷。对于卫生，公平性要求有一定程度的风险均分。

6. 从每一栏中可看到，达到这些卫生系统目标对其它系统也有影响，而且反之亦然。例如，卫生系统改善健康的结果可改善获取教育，促进经济发展和政治参与，而且反之亦然。总干事在她关于改善健康作为经济发展动力重要性的多次讲话中强调了这些部门间目标的重要性。

7. 卫生系统要改善健康，业绩监测就必须注重于卫生状况、反应能力和供资公平性。图2描述了这三项目标的框架。首先，达到卫生状况目标意味着改善平均的人口健康。此外，由于卫生状况低下对社会中某些阶层或人群造成太大的影响，所以减少卫生方面不平等现象也是重要的。

图 2. 卫生系统目标



8. 其次，与卫生问题一样，反应能力的目标是双方面的—提高卫生系统反应能力的平均水平，并减少反应能力方面的不平等现象。最后，对于供资方面的公平性以及经济风险保护，关注的主要问题是各个家庭如何分担。

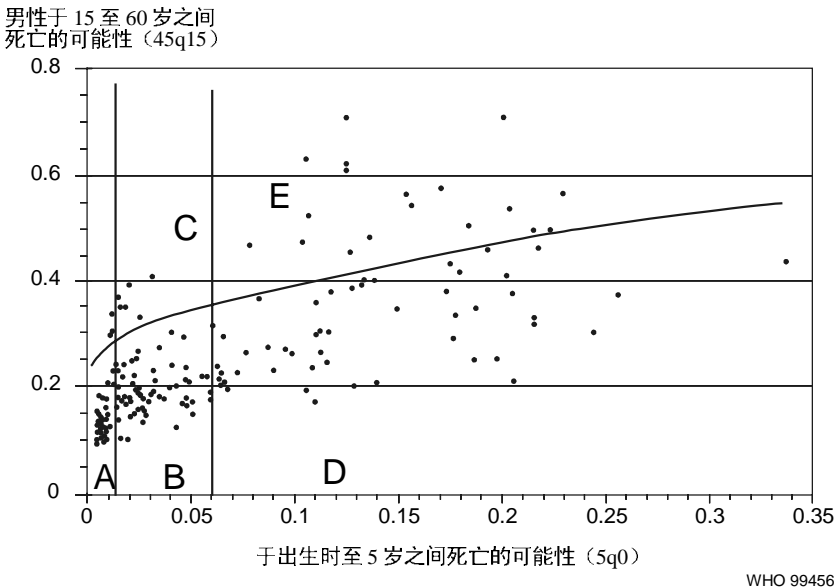
9. 为了完成这一概念性框架，各项目标体现为质量、公平性和效率。这些概念常常被说成是监测卫生系统运行情况的核心方面，现在可以对它们进行有意义的衡量—人口健康和系统反应能力的水平体现质量，所有三方面的分布情况构成公平性，起到卫生系统资源投资作用的这五项内容的结果反应效率。

10. 这一概念性框架提供了衡量系统运行情况的基础—调查卫生系统在达到这些目标方面的成功情况。作为第一步，随后几段中审议了当前和未来的卫生状况趋势以及卫生系统在达到三项目标方面的工作情况。最后，文件讨论了卫生系统运行情况差异的主要决定因素。

卫生状况

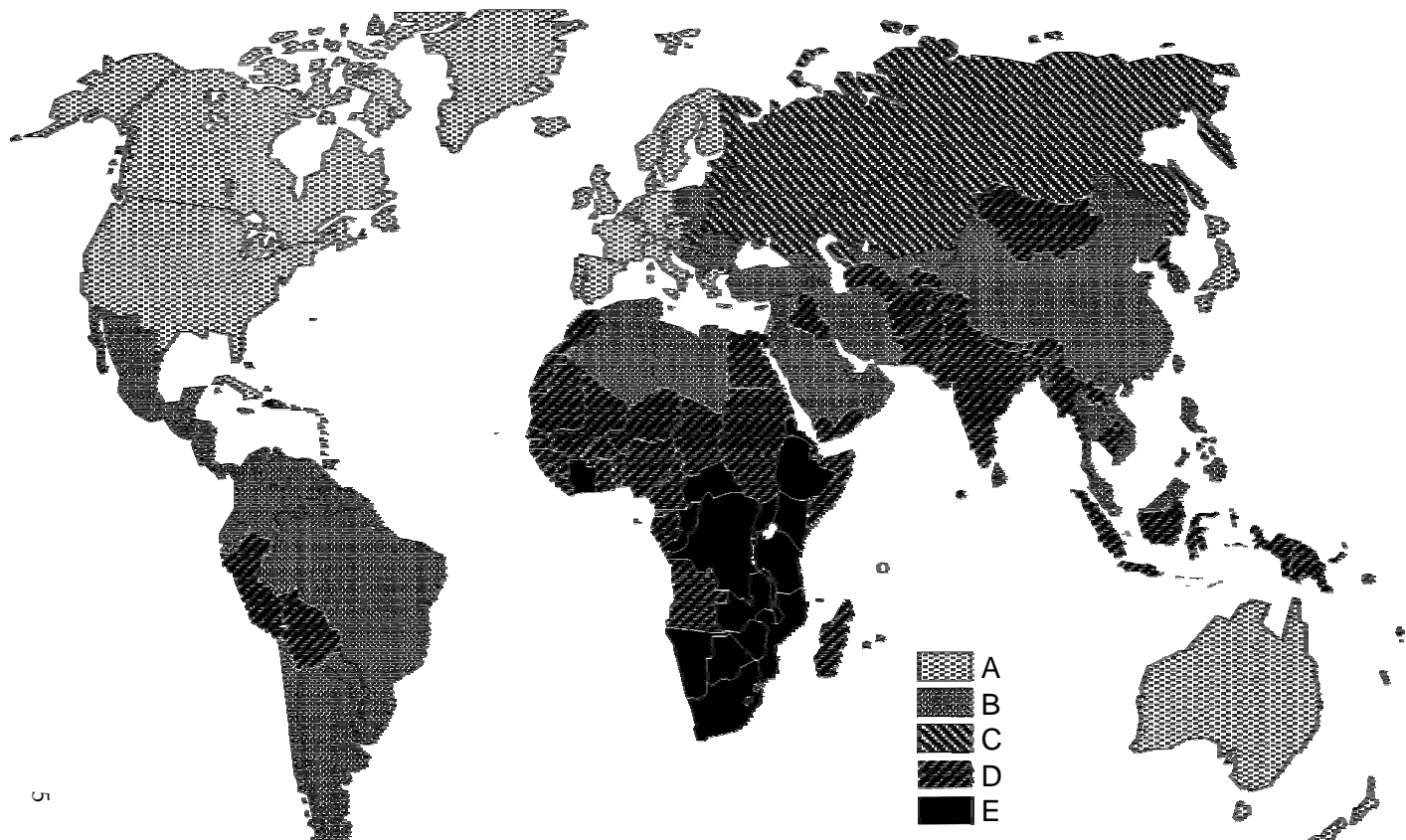
11. 作为描写世界当前卫生状况的第一步，死亡率数据是有用的。图 3 用曲线表示了全球男性死亡率，x 轴为出生至 5 岁时（5q0）死亡的可能性，y 轴为 15 至 60 岁之间（45q15）死亡的可能性。该图显示了 45q15 的男性，因为各国之间的男性死亡模式比女性死亡模式具有更大的差异，后者与儿童死亡率水平的关系更加密切。得出的数据把国家组合成五类。

图 3. 按国家分列并显示死亡人群[死亡区域]的儿童与成年男性死亡率



12. 图 4 中的地图把世界各国分成五个相应的死亡区域。A 组国家具有较低水平的儿童和成人男女死亡率，其中包括加拿大、美国、西欧和中欧的多数国家，澳大利亚、新西兰和日本。B 组国家具有中等水平的儿童和成人死亡率，主要分布在拉丁美洲、东地中海区域、东南亚部分地方和中国。

图 4. 死亡区域



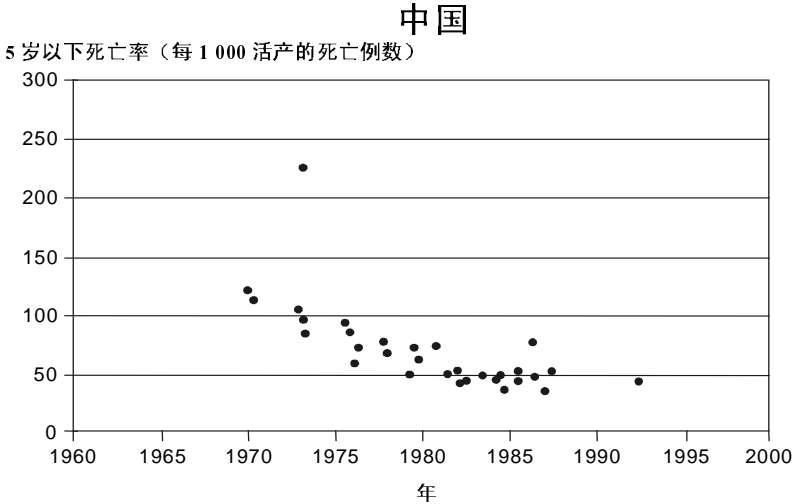
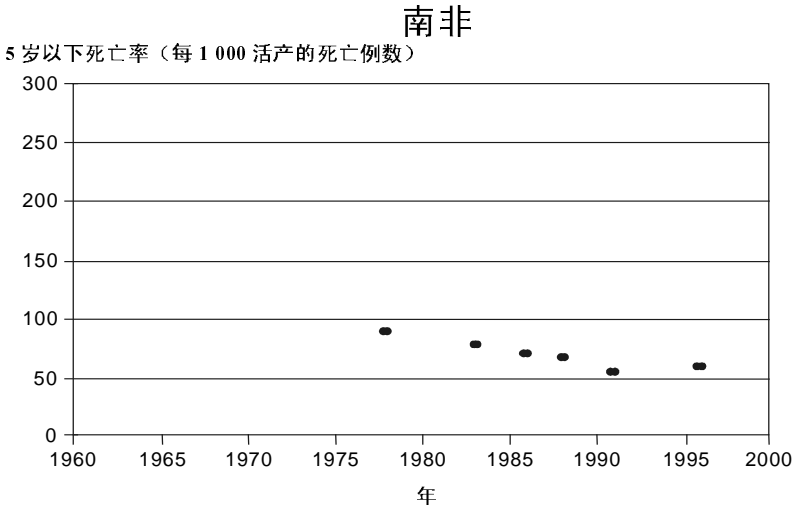
13. C 组国家具有与 B 组同样水平的儿童死亡率，但成年男性死亡率水平高得多。该组国家都地处东欧和中亚。D 组国家在亚洲和南撒哈拉非洲，儿童和成人死亡率水平都很高。E 组国家都地处南撒哈拉非洲，成年男性死亡率水平极高，其中多数国家的女性死亡率水平也极高，很大部分是艾滋病造成的。

14. 作为对当前形势的这一简要介绍的补充，死亡率趋势对了解世界卫生也是重要的。儿童和成人死亡率在全球范围内下降了，但下降比率方面的差异似乎正在加大，世界上一些最贫穷地方的下降趋势已出现逆转。例如，图 5 以 5q0 进行衡量，显示了科特迪瓦和南非儿童死亡率下降停滞的情况。

15. 该图还显示了世界上人口最多的两个国家（中国和印度）儿童死亡率的趋势。尽管中国可获得的最近资料年代较遥远，但也表明儿童死亡率下降的情况自 80 年代中期至后期以来减慢了速度。在印度，儿童死亡率继续下降，但速度较慢。

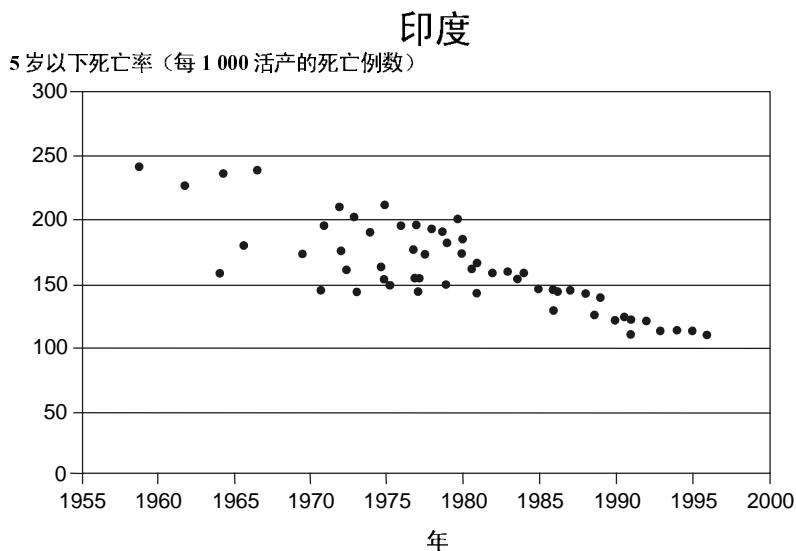
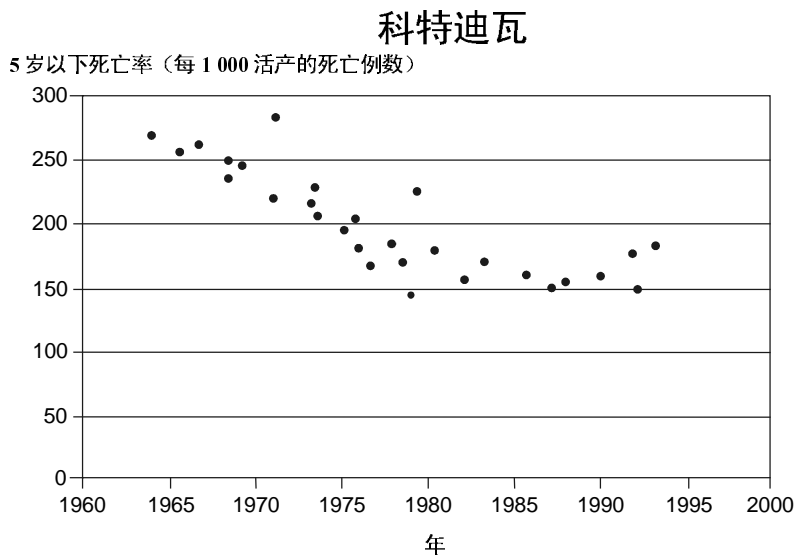
16. 成人死亡率的趋势与儿童死亡率趋势相似，也存在各种不同的情况。图 6 显示了四个国家的例子。俄罗斯联邦的数据表明最近逆转了不断上升的死亡率趋势；在美国，成年男性死亡率有十多年没有变化，过去两年中的巨大进展被归因于三联化疗降低艾滋病死亡率的有效性。该图还显示了联合王国的数据，那儿的死亡率下降百分数在过去 20 年中比较引人注目，与其它欧洲国家（包括许多高收入国家）的情况并不一致。最后，该图还显示了斯里兰卡不寻常的模式，那儿的成年女性死亡率在 70 年代和 80 年代有巨大改善，但成年男性死亡率没有改善，从而导致死亡率方面的性别差异不断大幅度扩大。

图 5. 1960—1996 年 5 岁以下死亡率趋势*



* 特定时间的不同黑点代表出自不同来源的数据。

图 5. 1960—1996 年 5 岁以下死亡率趋势*

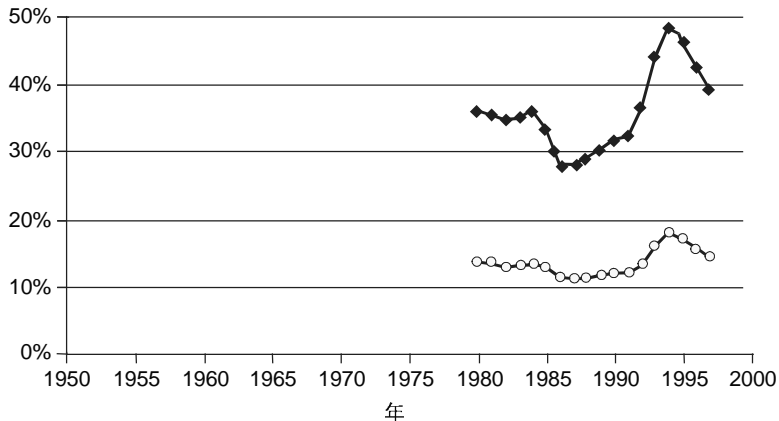


* 特定时间的不同黑点的代表出自不同来源的数据。

图 6. 选定国家中按性别分列的于 15 至 60 岁之间死亡的可能性

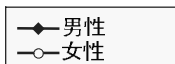
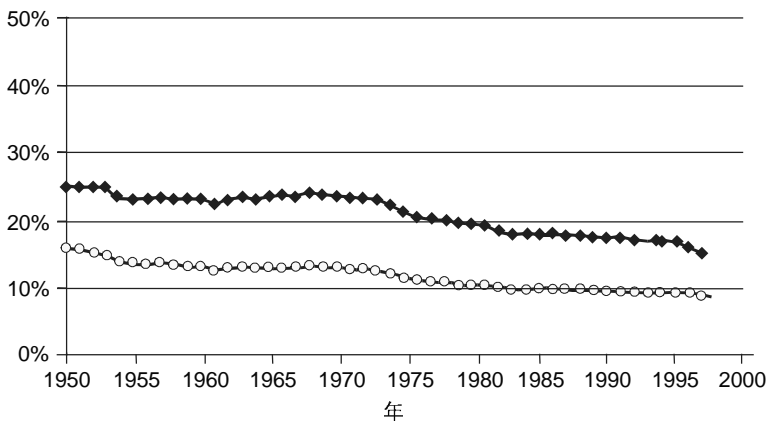
俄罗斯联邦

于 15 至 60 岁之间死亡的可能性



美国

于 15 至 60 岁之间死亡的可能性

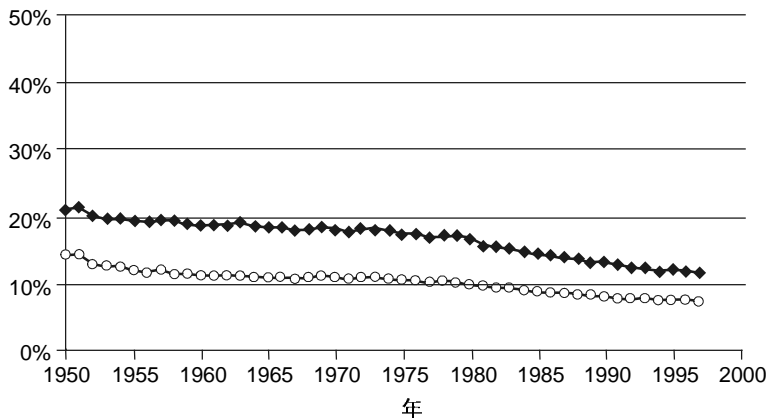


WHO 99457/a

图 6. 选定国家中按性别分列的于 15 至 60 岁之间死亡的可能性

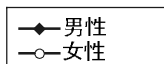
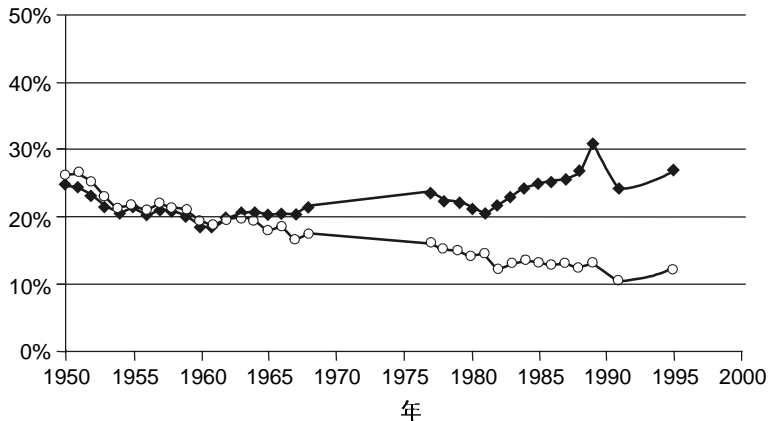
联合王国

于 15 至 60 岁之间死亡的可能性



斯里兰卡

于 15 至 60 岁之间死亡的可能性



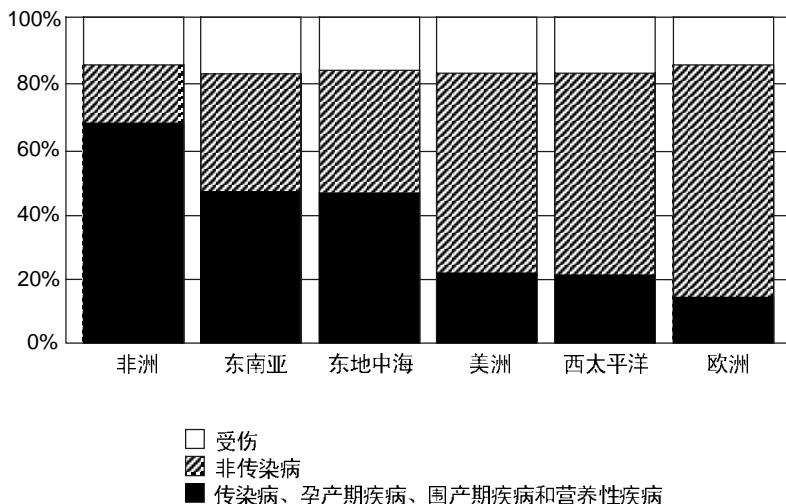
WHO 99457/b

世界卫生的趋势和挑战

17. 的确，单靠死亡率作为健康的衡量标准是不够的；必须通过世界卫生组织所谓的人口健康概括衡量标准，体现人口的整个卫生经历。世界卫生组织一年一度的《世界卫生报告》中广泛使用了两种人口健康概括衡量标准。第一种是健康期望，通过残疾调整期望寿命进行衡量。这一衡量标准不但归纳了过早死亡，而且归纳了在未达到完全健康的健康状况中度过的时间。对残疾调整期望寿命与期望寿命进行比较，可衡量在未达到充分健康的健康状况中度过的一部分寿命以及健康损失的严重程度。

18. 同样，健康差距（对人群达到的健康水平与该人群的某种规范化目标进行比较的措施）可使人们从疾病和高危因素方面洞悉造成疾病负担的主要原因。图 7 显示了卫生组织各区域的健康差距，具体表现为残疾调整生命年并分成三大类原因：传染、孕产妇和围产期方面的原因；非传染病；以及受伤。

图 7. 按病因和世界卫生组织区域分列的 1998 年残疾调整生命年分布情况



WHO 99454

19. 在美洲、欧洲和西太平洋，非传染病的疾病负担使传染病的疾病负担相形见绌。在东地中海区域和东南亚区域，传染病变得越来越重要，而在非洲传染病是疾病负担的主要原因。归类于受伤的部分在每个柱形的顶部显示，各区域之间相差很大。表 1 以卫生组织为《1999 年世界卫生报告》所作的估计为基础，显示了造成健康差距的十项主要原因，也是以残疾调整生命年进行衡量的。首要的三项是造成世界上贫穷地区儿童死亡的主要疾病。第 4 项是 HIV/艾滋病，体现了过去 10 年中因 HIV 而急剧加重的疾病负担。第 5 项是单极重性抑郁症，从而突出地说明了这种反映致命和非致命两方面健康事件的衡量措施如何导致对卫生问题进行不同的评估，而不是仅仅注重于死亡率。第 6 项是局部缺血性心脏病，中风紧随其后为第 7 项。疟疾是造成全球疾病负担的第 8 项主要原因，随后是汽车事故和结核。

表 1. 1998 年残疾调整生命年的 10 项主要原因

名次	原因	占总残疾调整生命年的百分比
1	下呼吸道感染	6.0
2	围产期疾病	5.8
3	腹泻病	5.3
4	HIV/艾滋病	5.1
5	单极重性抑郁症	4.2
6	局部缺血性心脏病	3.8
7	脑血管病	3.0
8	疟疾	2.8
9	道路交通事故	2.8
10	结核	2.0

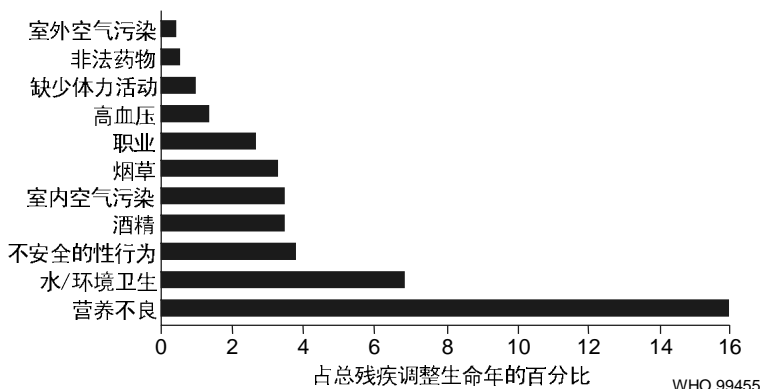
WHO 99466

20. 图 8 列出了 11 种主要高危因素在全球疾病负担中所占的比例。最显著的高危因素是儿童营养不良以及水和环境卫生措施不佳，相应

世界卫生的趋势和挑战

的疾病负担相当沉重，尤其是在较不发达国家中。不安全的性行为、饮酒、室内空气污染、烟草使用和职业接触等五种高危因素分别占全球疾病负担的 3% 至 4%。滥用酒精的主要影响是残疾，而不是死亡。室内空气污染是造成世界上贫穷地区儿童因呼吸道感染而死亡的主要原因。烟草的使用继续增长，这意味着它在全球范围对疾病的影响将增加。职业接触、高血压、缺乏体力活动、非法药物使用和室外空气污染等问题虽然较小，但在世界上不同的地方具有特别的重要性。

图 8. 1995 年因特定高危因素造成的疾病负担



21. 在简略地了解了卫生指标的趋势并从疾病和高危因素方面了解了当前疾病负担的某些来源之后，重要的是要向前看。许多政策决定，例如投资于人力资本、有形基础设施及研究和开发，必须预见未来的卫生挑战。卫生组织大量投资于加强与会员国合作的能力，以便制定未来的卫生方案，并从而体现了前瞻性政策的至关重要性。

22. 表 2 使用残疾调整生命年衡量预计的健康差距，描述了通过模拟产生的并建立在关键性健康决定因素水平和趋势的依据基础上的未来 2020 年卫生局面。全球疾病负担的主要原因预计将从造成贫穷儿

世界卫生的趋势和挑战

童死亡的传染病为主的模式转变为非传染病和伤害为主的模式。预计的主要原因将包括局部缺血性心脏病、抑郁症和道路交通事故，随后是中风、阻塞性肺病，然后是下呼吸道感染、结核、可能的战争、腹泻病和 HIV/艾滋病。

表 2. 2020 年残疾调整生命年的 10 项主要原因

名次	原因	占总残疾调整生命年的百分比
1	局部缺血性心脏病	5.9
2	单极重度抑郁症	5.7
3	道路交通事故	5.1
4	脑血管病	4.4
5	慢性阻塞性肺病	4.1
6	下呼吸道感染	3.1
7	结核	3.1
8	战争	3.0
9	腹泻病	2.7
10	HIV/艾滋病	2.6

WHO 99467

23. 预计卫生变化的五项关键性决定因素（或者至少是风险）非常重要，足以值得特别注意。第一项是烟草——它是 20 世纪末的主要高危因素，并很可能将在 21 世纪的很长一段时间内继续作为一个主要高危因素。第二项是 HIV/艾滋病，今后 10 年内它将继续在关键地区造成儿童和成年死亡率上升。第三项和第四项——世界人口趋向老龄化，世界各地的人口平均年龄正在上升。年龄方面的这种变化将使需要解决的各种卫生问题发生深刻的变化，造成这一结果的有两个决定因素：出生率水平的变化以及死亡率水平的变化。

24. 出生率尤其值得注意，因为联合国的推测表明，低于置换水平的出生率将在越来越多的国家中成为正常现象。死亡率的变化体现于期望寿命的增长，从而将使 65 岁以上的人数大幅度增加。第五个因素

是，随着分子生物学的学术进展转变为对传染病的有效治疗，预计今后有潜力加快儿童期死亡率的下降。

卫生不平等现象

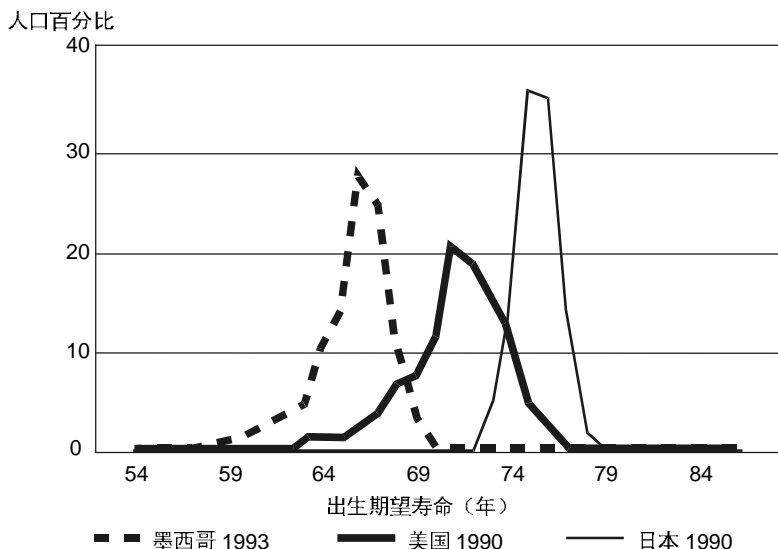
25. 尽管很重要，但单靠平均健康水平来衡量卫生系统运转情况是不够的。国家内部的卫生分布情况，即卫生不平等现象的程度，也是至关重要的。

26. 可以以两种方式衡量卫生不平等现象。一方面，任何国家的人口都可以根据收入、教育水平和民族等决定因素进行分类；然后，可计算每组人群的关键性卫生指标，例如婴儿死亡率、期望寿命和重要疾病的患病率，并对之进行比较。

27. 另一方面，通过使用针对一项卫生指标的持续衡量标准，可直接观察差异—例如，儿童死亡率可相差 40 倍，从社会经济地位最低者的每千人 200 例至社会经济地位最高者的每千人 5 例。作为这两项措施基础的概念是，只有当与收入、教育或社会阶层等某种其它安康内容相关联时，卫生差异才有意义。卫生组织认为，卫生差异有内在的重要性，并非只在当与其它社会经济因素相关联时才具有重要性，而纯粹是因为健康是安康的一项内在内容。为了体现为健康而考虑健康，卫生组织促进制定了一个人群内全方位卫生不平等现象的衡量标准。

28. 上文概述的两项措施可反映卫生不平等现象的某些方面，但从小地区的对比可获得进一步深入了解。这种对比以计算较小人群的卫生指标为基础，具体做法是把一个国家分成相对均匀的人群，例如每组为 10 000 人。图 9 以墨西哥、美国和日本的小地区对照为基础，显示了卫生不平等现象令人吃惊的程度以及各国之间在卫生不平等现象方面令人吃惊的差异。

图 9. 按男性平均出生期望寿命分列的人口分布情况



WHO 99458

29. 该图分别显示了这三个国家按小地区计算的男性期望寿命频率分布情况。在这三个国家中，平均期望寿命最长的是日本，最短的是墨西哥；但按以分布宽度体现的不平等程度排列，结果就完全不一样。日本的卫生不平等程度很小，分布图相对高而窄，表明多数地区的男性期望寿命相似。相比之下，美国的分布图较低且较宽，表明小地区之间在期望寿命方面具有较大差异。这样看，墨西哥属于中等，平均期望寿命比美国略低，但不平等程度也略小。

30. 卫生组织还制定了衡量儿童死亡风险方面不平等程度的方法，并确认了儿童死亡率水平较低但不平等程度相当大的一些人群以及儿童死亡率水平较高且不平等程度达中等或高水平的另一些人群。这两种分析措施都强调，不但应当考虑人口的健康情况，而且应当考虑人口内部的健康分布情况。

反应能力

31. 关于前文概述的三项目标—改善健康、反应能力和公平性，所作分析主要涉及第一项，即改善健康。将反应能力的概念付诸实践意味着在概念和方法方面都要开辟新的天地。

32. 在概念上，反应能力涉及两方面的内容。第一方面包括尊重个人尊严、个人对治疗的自主权以及隐私权，从而体现了基本的人权。反应能力还包括涉及对服务满意程度的一系列内容，其中包括引起注意的及时性、社会支持网络的利用情况、卫生保健机构的基本设施以及选择卫生保健提供者的可能性等方面的内容。所提及的所有七项内容都是重要的，但直至最近，在研制可在各种文化和卫生保健制度中使用以衡量反应能力的工具方面，工作开展得很缓慢。

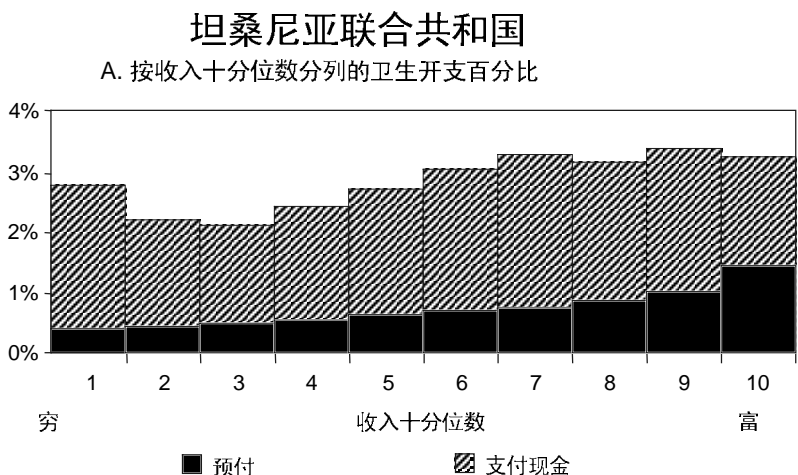
33. 卫生组织认识到这种需要，正在与各伙伴合作以发展这种工具。在一些国家开展了试点调查。为了收集额外的信息，使用了重点信息提供者调查以收集这七个领域内卫生系统工作情况的对照信息。为了确保各国对反应能力的衡量既可靠又有效并避免穷人常常比富人更满足于较低质服务的情况，最终的衡量战略很可能将把以人群为基础的调查与卫生保健设施中卫生服务提供的观察性研究结合起来。

供资方面的公平性

34. 卫生系统的第三项目标是供资方面的公平性以及经济风险保护，其基础概念是每一个家庭应当支付公平的份额。构成公平份额的内容取决于特定人群对如何为卫生系统供资的规范性期望。然而，在所有国家，供资方面的公平性包括两个关键方面：**(a)**健康人和病人之间的风险均分，以及**(b)**不同财产和收入水平之间的风险分担。风险均分意味着存在一个前提，即由健康人的交款支付患者的医疗费，使患病的个人不至于承受疾病和卫生保健经济费用双重负担的打击。在一生中，每个人可能都会在他或她生病时受益于风险均分的经济保障。风险分担与之相似，但涉及的前提是，公平性并不意味着所有人（无论其收入或财产情况如何）都要同样交款，而是富裕者交款更多。在实践中，在供资中纳入关于公平性的这些概念是向避免在一人生病时造成家庭经济贫穷的方向迈出了一步。

35. 图 10 反映了这一点，其中显示了两个差别很大的国家中（坦桑尼亚联合共和国和保加利亚）按家庭分列的家庭卫生开支情况。上图中左侧的标尺为家庭用于卫生的非食品开支比例，按递进收入十分位数分列，最贫穷者在左，最富有者在右。饼图提供了同样的信息，但按用于卫生开支的非食品开支比例对家庭进行分类。

图 10a. 家庭非食品卫生开支



B. 按非食品卫生开支百分比分列的家庭情况

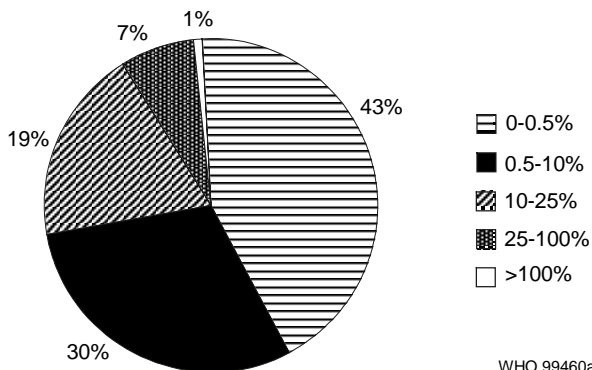
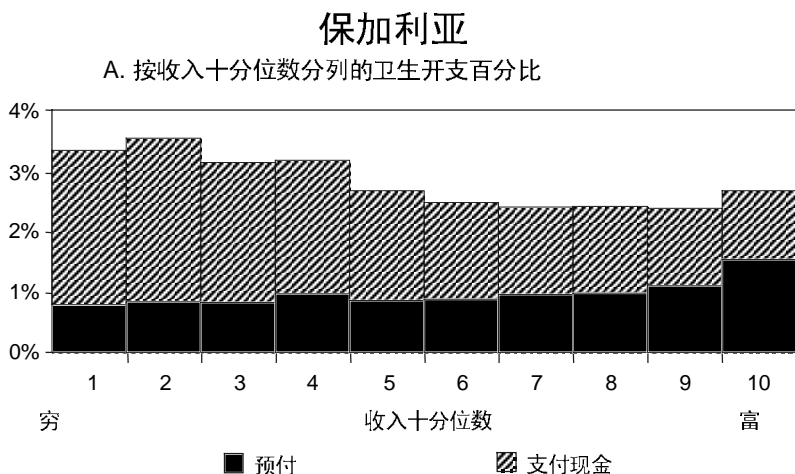
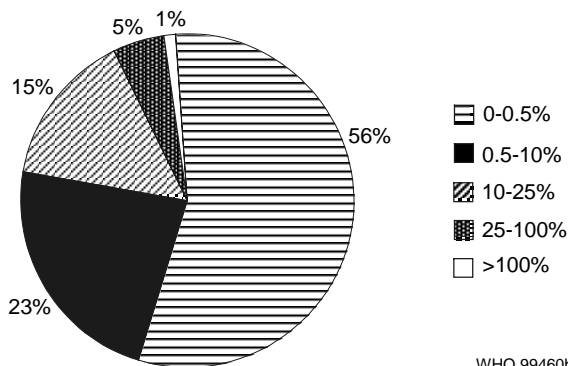


图 10b. 家庭非食品卫生开支



B. 按非食品卫生开支百分比分列的家庭情况



WHO 99460b

36. 在这两个国家，很大一部分家庭将其所得收入的 25% 以上用于卫生，而这一比例在少数家庭中实际上超过 100%。如果家庭为了支付卫生保健费用而被迫变得贫穷，卫生系统显然未能达到供资方面公平性的目标。

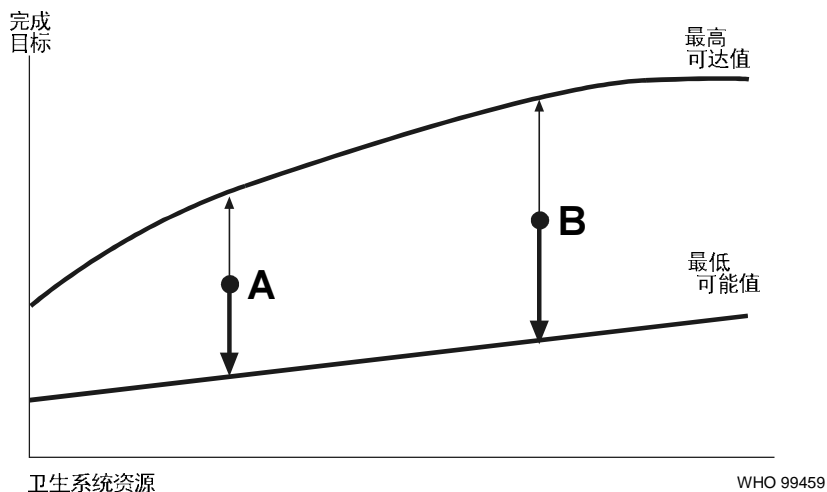
37. 卫生系统改革可大幅度地改变家庭专用于卫生的非食品开支分布情况。例如，在 1993 年德国保险费改革之前，各保险基金根据人群的健康风险调整其保险费，造成的情况是保险费占一些家庭收入的 4—5%，而在另一些家庭可高达 17%。使各保险基金承担同样风险的改革加强了公平性，并使保险费占家庭收入百分比的差距较小。

业绩

38. 在前几段中，所作回顾涉及卫生系统三项目标（改善健康、反应能力和供资方面的公平性）各自的概念框架，并强调了对特定问题本身及其分布情况进行衡量时产生的衡量问题。为达到这些目标而取得的进展是卫生系统业绩的一个关键组成部分，但现在提出的业绩的概念并非只简单地涉及达到目标的水平，而是涉及与可得卫生资源相比之下达到目标的水平。

39. 图 11 用 A 和 B 两个国家显示了有关业绩的这一概念。纵向轴表示达到改善健康目标的水平。横向轴表示卫生系统资源。较低的线，即“最低可能值”，是最糟糕的卫生系统可达到的卫生水平。较高的线，即“最高可达值”，是最好的卫生系统可达到的卫生水平。在最高值和最低值所形成的界限之间，A 国人口尽管比 B 国人口的卫生水平较低，却受益于与 B 国人口相等的卫生系统业绩。

图 11. 业绩：与资源相关目标的完成情况



40. 换句话说，业绩是根据专用于卫生的资源情况下所取的成就进行相对衡量的。在实践中，把业绩和资源联系起来，就需要问一个问题：可用于卫生的资源有哪些？各国政府都了解卫生部的预算并常常了解其它部委中可能存在的用于卫生的预算，但有必要开展更深入的工作以衡量现有资源，这项工作被称为国民卫生核算。国民卫生核算力图确认卫生系统开支的所有来源，无论是现金支付、私人自愿保险、社会保险、政府税收或捐助机构。

41. 在经济合作与发展组织丰富经济的基础上，卫生组织鼓励各国使用国民核算。这不是一项简单的任务，因为卫生系统是一个大行业，约占全球经济产值的十分之一。当然，这些资源的分布非常不均匀，其中绝大部分被用于高收入国家，只有很小一部分被用于现在承担全球大部分疾病负担的中低收入国家。

世界卫生的趋势和挑战

42. 从另一个角度看，卫生支出作为国家经济的一部分，在一些国家中占 2% 或甚至更少，而在最富有的国家中几乎占 15%。尽管存在巨大的差异，但随着各国逐渐富裕，国民收入中用于卫生的份额将增加。

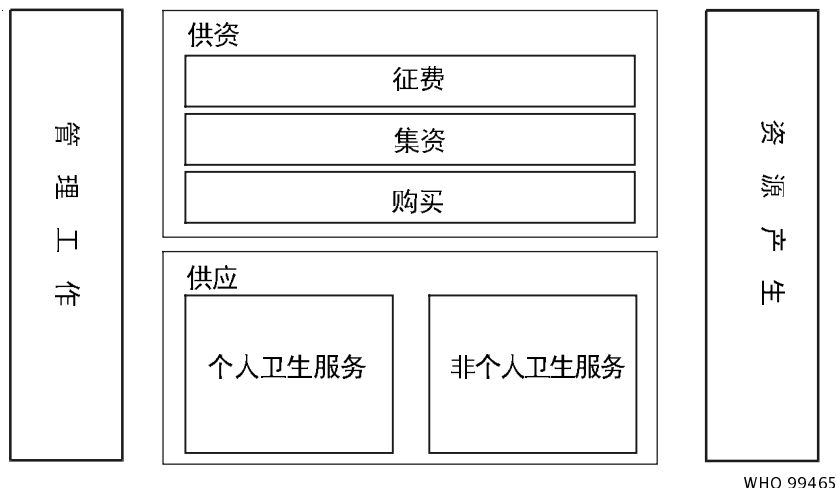
43. 为什么所有这些都对卫生组织是重要的？这完全是因为，综观各卫生系统并对达到目标的水平和投入资源的数额进行比较，就有可能对系统的工作情况做出综合评估。作为一个例子，将残疾调整期望寿命与卫生资源水平进行比较。在任何给定的卫生资源水平情况下，国家之间在衡量人口健康的这一关键尺度方面的差异都反映了卫生系统在改善健康方面工作绩效的差异。

44. 卫生组织正在进行大量投资，以便为国家提供评估卫生系统业绩所需的工具并制定基准以使卫生系统能将其业绩与类似情况下的其它国家卫生系统进行比较。但这只是第一步，因为业绩方面的差异仅仅突出了确认解释为什么有些系统比其它系统表现更好的决定因素、特性或特点的重要性。

业绩的决定因素

45. 为什么卫生系统的业绩会有差异？具有相对类似资源水平的国家在达到目标方面表现出巨大差异。换句话说，有些国家所花费用与另一些国家相似，但在健康、反应能力和供资公平性的水平方面取得了更大成就。可以在若干层次上分析业绩的决定因素，但下文中将注重于卫生系统结构及各机构为履行卫生系统职能的组织情况。**图 12** 确认了任何卫生系统中都存在的四项关键职能：管理工作、供资、服务提供和资源产生。

图 12. 卫生系统职能



WHO 99465

46. 所有卫生系统都面临着同样的核心政策问题，即如何使各机构联合起来履行这些职能。对这一问题做出答复是卫生改革辩论中的核心问题。国家在每一项职能中起到什么样的作用？公立和私立部门在每项职能中的最佳比例是多少？如何在各级政府之间分配每项职能的责任？一个社会对这些政策问题的回答构成其卫生系统业绩的核心决定因素，因此了解各项重点职能是至关重要的。

47. 从图 12 左侧开始，管理工作通常用于表示管制。但是，此处所提管理工作的概念扩大了常规的管制观念（制定规定），包括两个额外组成部分：确保平等的竞争条件，例如向消费者提供适当的信息以指导他们在卫生系统中做出决定；以及向整个卫生系统提供战略指导。

48. 第二项职能是供资—征费、予以集中并将其调拨用于具体的供应活动。征费涉及从家庭、公司、政府和捐助机构筹集资金，这是通过

世界卫生的趋势和挑战

各种机制进行的，包括支付现金、自愿保险、强制性社会保险、一般税务、非政府组织捐款以及国际机构拨款。一旦筹集了资金，供资职能的第二部分就是将这些收入集中在一个基金中，以便做到风险均分。有些形式的供资不涉及均分，例如在获得服务时为每一阶段的医疗所支付的现金。

49. 相比之下，保险系统需要把来自个人交费或其它来源的资源结合起来，以便均分和分担全体人口的风险。达到更大程度的供资公平性意味着在供资方面的团结一致，而这只有通过风险均分才能达到——即，在任何给定的时间由健康的人做出贡献以支付患病者的医疗费。从许多卫生系统获得的证据着重说明，通过保险系统预付款项可导致更大程度的供资公平性。

50. 收入一旦被收集和集中，就将调拨给机构或个人用于提供服务，图 12 中将其称为购买。“购买”在此是从广义使用的，其中既包括具体干预措施的购置，也包括总预算安排。从关于购买的现有证据获得的主要政策教训是，卫生系统的业绩取决于其参与积极购买确有经济效益和社会接受的干预措施的程度。相比之下，反映历史趋势的无条件的购买或预算对干预措施的实际经济效益和社会接受程度不予考虑，并导致工作成效不高。

51. 卫生系统的第三项职能是提供服务。这涉及在一个生产程序中把人力资源、药物和设施等各种投入结合起来，其结果是卫生服务。在多数卫生系统中对两个方面进行区分。一方面是适用于个人的个人服务，包括预防、诊断、治疗和康复服务；另一方面是非个人服务，用于集体（例如，群众教育）或环境中的非人类部分（例如，环境卫生）。这种区分是重要的，因为两方面的相关政策问题有所差别。例如，个人卫生服务通常通过比非个人卫生服务范围更为广泛的各种公立/私立部门提供，而非个人卫生服务往往是政府的责任。

52. 最后，卫生系统的第四项职能是资源产生。卫生系统并不局限于管理、资助或提供服务的一套机构，而且包括一系列各种组织，它们尤其在人力资源、物质资源（如设施和设备）及知识等方面对产生卫生服务作出贡献。这一系列组织包括大学和其它教育机构、研究中心、建筑公司以及提供药物制品、装置和设备等特定技术的一系列范围广泛的组织。

53. 根据四项职能的内容以及它们在特定卫生系统中相互结合的情况，就可确定该卫生系统的组织结构特点。有些系统的组合方法在相当大程度上是纵向的，各组织（无论是政府或私立部门内的）执行这些职能中的几项。例如，卫生系统可通过卫生部纵向组合，而卫生部可负责管理工作、供资、服务提供以及至少某些方面的资源产生。若干拉美国家中高度分散的系统显示了另一种结构，那儿的社会保障机构、卫生部和私立部门共存。因此，监测四项职能及它们相互结合的情况，使之有可能对各种系统在特定时间的情况进行比较并洞察这些系统逐渐演化的方式。

54. 图 13 以智利为例子，显示了智利卫生系统在五个时期的组织结构。第一个时期反映了 20 世纪较早期的情况；第二个时期涉及在智利引进社会保险的最初改革；第三个时期涉及把公立机构统一成一个国家卫生服务；第四个时期涉及分散集资以及购买职能的大范围私有化；第五个时期涉及最近为加强卫生系统供资方面团结程度所作的努力。这些图表显示了管理工作、供资和服务提供职能布局逐渐变化的方式。图 13 说明公立和私立部门在五个时期中对每项职能的相对重要性。如上文所述，各功能结合的形式构成了卫生系统业绩的核心决定因素。

55. 除了通过时间对特定卫生系统的演化进行比较，还可以对若干系统在一定时间的职能布局情况进行比较。图 14 以孟加拉国、埃及和联合王国为例子，显示了这种对比性措施。

图 13. 智利卫生系统的演化

1923

征费	D	GT	OOP
集资	NGO		NP
购买			IP
供应			PP

1924-1952

征费		GT	OOP
集资	SI	MOH	NP
购买			IP
供应			PP

- D 捐助者
- FONASA 公立健康保险基金
- GT 一般税收
- ISAPRE 私立健康保健购买公司
- IP 个人购买
- MOH 卫生部或同等机构
- NHS 国家卫生服务
- NP 无集资
- OG 其它政府部门 (非中央部门)
- OOP 支付现金
- PP 私人医生
- SI 社会保险

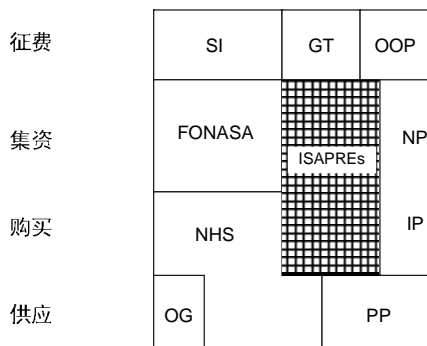
1953-1979

征费		GT	OOP
集资	SI	NHS	NP
购买			IP
供应			PP

世界卫生的趋势和挑战

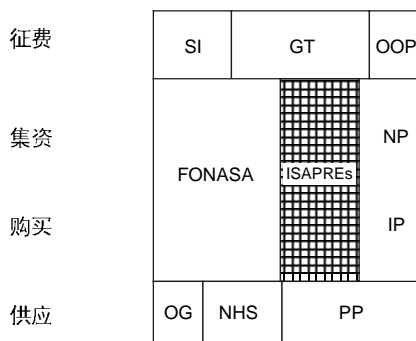
图 13. 智利卫生系统的演化

1980-1990



D 捐助者
 FONASA 公立健康保险基金
 GT 一般税收
 ISAPRE 私立健康保险/购买公司

1991-1997



IP 个人购买
 MOH 卫生部或同等机构
 NHS 国家卫生服务
 NP 无集资
 OG 其它政府部门 (非中央部门)
 OOP 支付现金
 PP 私人医生
 SI 社会保险

WHO 99471/b

图 14. 三国卫生系统组织结构图

孟加拉国 (1996/97)

征费	GT	D	OOP	其它
集资	MOH	OG	NP	
购买			IP	
供应	MOH		PP	

埃及 (1994/95)

征费	GT	D	SI	OOP	
集资	MOH	OG	SI	NP	
购买				IP	
供应	MOH	MOE	OG	SI	PP

D 捐助者
GP 普通医师(守门人)

GT 一般税收
HA 卫生当局

IP 个人购买

MOE 环境部

MOH 卫生部或同等机构

NHS 国际卫生服务

NP 无集资

OG 其它政府部门(非中央部门)

OOP 支付现金

PI 私人保险

PP 私人医生

SI 社会保险

联合王国(1994/95)

征费	GT		SI	OOP	PI
集资	MOH				NP
购买	HA			GP	IP
供应	NHS		PP		

重点挑战

56. 通过阐明和调查四项职能及其相互结合的情况，不单能了解卫生系统业绩的决定因素，而且可考虑卫生系统不断开展改革时对每项职能产生的关键性政策挑战。管理工作是关于国家今后作用的中心辩论问题，主要的挑战是加强卫生部的能力，为卫生系统提供战略性领导。许多改革行动企图改变国家的作用，使它不再仅仅是服务提供者（它常常只是一个力量薄弱、质量低下、费用昂贵的提供者），而且要发展能力以管理整个卫生系统并为之提供战略方向。

57. 在供资职能中，征费方面的重点挑战是通过社会供资或社会批准供资的核心作用扩大预付。在集资方面，形成范围尽可能广的汇总对分散卫生保健经济风险是至关重要的，并可从而减少个人的风险以及人们对因卫生开支造成贫穷的恐惧。在购买方面，重点挑战是发展和采用机制，把资源调拨给具备最佳组合的各种干预措施。在加强支持最佳干预措施选择方案的依据基础方面，还需要做许多工作。

58. 如上文所述，个人和非个人服务提供之间的区分是重要的，因为政策问题和挑战有所不同。对非个人卫生服务，重点挑战包括在分散资源可加强服务的适当性和资源责任制的地方进一步分散资源并改进提供服务的管理能力。一个相关问题是需要努力确保这些服务在不断演化的卫生系统中具有越来越突出的地位，尤其是在国家重新评估它在提供个人医疗服务方面的作用时。产生个人服务方面的重点挑战是因为需要使竞争可取性的程度达到平衡，使经济效益不至于增加不平等程度或减慢疾病负担的进一步减轻。正是因为私立服务提供的增长，管理工作作为一项核心公共责任的重要性与之同时在发展。

59. 最后，对资源产生，一个核心政策问题是如何确保卫生系统投入和需求之间尽可能的最佳搭配，尤其是在卫生人力资源方面，以使确

保卫生专业人员和工作者分布欠佳的情况不会加重卫生方面现有的不平等现象。

结束语

60. 本报告一开始就提出了卫生系统的三项目标—改善健康、反应能力和供资方面公平性。对每一项都可进行衡量和监测。它们合起来提供了综合评估卫生系统业绩的基础。在确定了业绩衡量标准之后，文件转而研究了业绩方面的差距，并使用四项重点职能（管理工作、供资、服务提供和资源产生）的框架描述卫生系统结构。进一步完善衡量业绩和分析其决定因素的工具对改进业绩是至关重要的。为此目的，卫生组织正在继续投资于发展将有助于决策者改进业绩的工具，并通过这种做法确保卫生系统的行动转变成改善它们为之服务的人口的健康。

= = =