



# 世界卫生组织

执行委员会  
第一〇七届会议  
临时议程项目 8.4

EB107/35 Rev.1  
2001年1月12日

---

## 理事机构事项

### 执行委员会主席的报告

1. 本报告提供了执行委员会委员异地会议（2000年11月12日至14日于瑞士Hertenstein）所讨论的事项概要。
2. 由于瑞士政府的慷慨支助，使这一异地会议成为可能。26名执行委员会委员（孟加拉国、比利时、巴西、佛得角、乍得、智利、中国、科特迪瓦、赤道几内亚、法国、危地马拉、印度、伊朗、意大利、日本、约旦、老挝人民民主共和国、黎巴嫩、立陶宛、卡塔尔、瑞典、瑞士、美利坚合众国、瓦努阿图、委内瑞拉和也门）和2名执委会候补委员（朝鲜民主主义人民共和国和俄罗斯联邦）出席了会议。Hertenstein的环境是热情友好的，鼓励与会人员之间坦率的合作交往。
3. 讨论的主要问题是：
  - 委员们对执行委员会作用和职能的期望；
  - *世界卫生报告*、公共卫生及其对民间社会的影响；
  - 相应增强针对贫困疾病的行动（重大努力）；
  - 临床医学与公共卫生之间的联系。

## 执行委员会的职能

4. 主席就执委会的工作提交了一份说明，建议增强委员的参与，即
  - 在世界卫生组织因特网网站建立一个讨论论坛，促进执委会委员之间的交流（一个虚拟执行委员会）；
  - 委员们尽早参与执委会议程的议题；
  - 在执委会会议期间建立总干事的质询时间；
  - 对新委员初期指导的正式程序。
5. 委员们广泛支持这些建议。他们还认为，在执委会与区域委员会之间应有更多联系，并且执委会应更充分地履行其确保卫生大会决议和决定后续行动的职能。1月与5月之间这一段时间应用于向参加卫生大会的代表团通报执委会所审议的事项和评估可能在大会讨论中产生困难的任何问题。
6. 关于执行委员会未来方向的其它思考和意见是：
  - 有必要探索机制，使执委会更多参与为世界卫生组织的工作提供战略性指导和方向；
  - 有必要使执行委员会更有预见性而不是反应性；
  - 确定执委会议程的重点，以便有充分时间处理敏感或冲突的主题；
  - 有必要确保卫生大会决议面向行动并能予以实施；
  - 为新委员编制一份手册，包括实例研究，明确工作方法和处理不同问题的方式。

## 评估卫生系统绩效

7. 会议对《2000年世界卫生报告》的作法进行了长时间讨论。一致意见认为，报告有助于在全世界提高卫生系统的认识；报告要求会员国进一步参与数据收集和方法的同行审查。就评估的频率即每年一次或每2至4年一次以及就采用一种带形方法而不是数字排列顺序表达了观点。

8. 由于数据不充分或信息质量，与对采用的概念和应用的方法不满意的国家似乎在冲突。一些部正寻求对此项工作作出进一步澄清和最终修改。看来其中最重要的是获得美洲区域各部支持的巴西事例。

9. 在讨论中间提出了若干补充要点：

- 应讨论信息的存在、质量和可靠性，并与国家和在区域内共享；
- 表述绩效评估的指数公式应由国家同意和共享，作为一种可接受的开展评价的方式；
- 排列顺序是评估绩效的一种冲突性方法；应考虑反映绩效的其它方案，如带或分组；
- 应考虑在国家开展应用方法的试点项目，以提供所有必要信息；
- 采用一种共同公认的方法由国家进行自我评估应是评价绩效的一种方法。

## 针对贫困疾病的重大努力

10. 执委会委员们希望就针对贫困疾病的重大努力的起源和演变了解更多信息——这是对改善穷人健康和促进繁荣的一项贡献。总干事解释，采用“重大努力”的概念是对日益理解良好健康必须处于经济发展的中心所作的反应。在问题最大的77国及其它国家集团中存在着强烈的政治意志；在8国集团、欧洲联盟和新的“特大基金会”中正在加强对增加和持续供资的政治承诺。

11. 这一努力的主要目标是：

- 在贫困社区中减轻与贫困有关的高死亡率疾病的影响—急性呼吸道感染，艾滋病，腹泻病，疟疾，麻疹，寄生虫病和结核—以及不安全妊娠；
- 更广泛（和更明智）地利用目前可获得的疫苗、药物和商品；
- 对向贫困社区提供卫生保健给予奖励，奖赏良好工作；
- 为更好利用现有手段和发展新技术促进研究与开发。

预定通过多种卫生服务（政府设施、非政府组织、宗教团体、私立提供者、雇主、社区和其它经证实的手段的结合）实施该项努力，由政府进行管理。委员们极其赞许地审议了该项行动并要求随时了解发展情况和进展。

### 临床医学与公共卫生之间的联系

12. 在小型小组之一对主席准备的一份关于临床医学与公共卫生的文件进行了讨论。委员们建议，该文件应作为主席提交给执委会的报告的附件（见本文件附件）。普遍认识到，需要进一步工作以确定拟议行动的形式和结构。一些委员建议，应为实施行动计划拟订一项决议。

## 附件

## 临床医学与公共卫生：寻求重逢

1. 在过去两个世纪中，行医和从事公共卫生已演变为同一学科的两个不同方面。它们已成为独立的、有时相互竞争的职业。本文件概述一项合作重逢的建议。
2. 对于例如因受污染环境、劣质食品、过度拥挤和不利工作条件产生的与贫困相关的疾病，政治家和专家们已长期促进公共卫生解决办法。促进良知以及这些问题解决办法的主要鼓动者为临床医师，他们通过其病人了解疾病的这些相互联系，向政府和议会施加压力以制定法律，实施规定并为干预寻找资源。
3. 在20世纪初期，这些联系连同科学、特别是微生物学方面的重要发展一起，牢牢建立在知识的基础上，形成全世界公共卫生政策协调一致的基础。在第二次世界大战后，临床医学与公共卫生开始分道扬镳，它们的活动即使不相冲突，也往往相互竞争。在学术界，公共卫生也分裂出来，成为一门独立学科。面对成功的临床医师用现代技术挽救生命的广受欢迎的形象，其从业人员的声誉很差。公共卫生成为盘踞在部和国际机构内的行政人员和技术专家的领域。20世纪初期在大多数国家设立的公共卫生部在大多数政府中因低姿态受困扰，施加极小影响。
4. 另一方面，**临床医学**日益包括生物学—细胞和分子生物学—以及遗传学。生物医学和科学的最新进展已使临床医师能实现突破，例如使用新的药物和高技术外科干预如移植和基因治疗。在其医院中安全的、其注意力集中于各别病例结果的临床医师变得隔离。正是他们的成功引起了费用和公众期望的平行增长。只有那些有能力支付的人而不是每一个人能达到这些预期，从而产生失望，普遍称为“做得更好而感觉更糟”。
5. 在若干国家，医疗费用已增长至国民生产总值的10%至14%，成为一个宏观经济问题。控制费用和分配资源的行动已开始在所有地方实施，例如，财政限制、新的编制预算方法和可控制的保健正在成为标准或强制性解决办法。临床医学陷入其本身成功的陷阱；医生的理想境界开始在这些压力下崩溃。

## 初级保健革命与不断扩大的差距

6. 1970年代期间，世界卫生组织开始了其自身的革命：初级卫生保健被列入到2000年实现人人享有卫生保健全球战略和阿拉木图宣言，共同表达了卫生保健的民主化。与社区一起并在社区内工作的赤脚医生、传统治疗师和辅助人员是正在贫困和缺乏服务人群中发生的这一新努力的行动者。但是，公共卫生与临床医学之间的差距变得广泛而悬殊；在许多国家，公共卫生，包括穷人的初级保健和基本环境卫生，获得不超过20%的卫生支出—临床医学用去大部分费用。

7. 高级别决策人员开始对公共卫生与临床医学之间这一分裂作出反应，提出了缩小差距的办法。旨在使临床研究人员更广泛了解发展中世界卫生保健的一个反应事例是20多年来由洛克菲勒基金会资助的国际临床流行病学网络。另一项活动是牛津大学和麦吉尔大学（加拿大）开始的促进以证据为基础的医学的Cochrane合作，定义为“在作出有关各个病人治疗决定时认真、明确和明智地利用目前最佳证据”<sup>1</sup>。以证据为基础的医学本身已逐渐确立为合理使用资源的一种手段，它将导致降低费用和改进这一领域的伦理标准。伦理始终对于从事医疗职业至为基本。已经并将不仅在临床进展，而且在公共卫生、特别在资源分配方面发挥重要作用。

8. 质量保证也是对临床实践过度及其负面影响的一种反应，某些国家专门为促进质量保证建立机构。其它行动如“临床管理”导致提高质量、合理利用资源和医学杰出成就。质量保证是一种可贵而有意义的作法。

## 寻求重逢

9. 文化行为方面所有这些变化正导致临床医师与公共卫生官员之间更好理解和合作。双方具有共同目标，并且受到相同的外部条件制约，即资源的匮乏和竞争。世界卫生组织关注影响世界上最大部分人群的问题和疾病，意味着把重点放在大多数人—穷人、病人和缺乏服务的人。世界卫生组织确定的重点，包括与贫困有关的疾病、控制烟草使用以及卫生系统的能力和绩效，表明对所有人的承诺，包括生活在高收入国家和受共同的流行病如造成当今世界三分之一死亡的烟草相关疾病影响的人。因此，可认为，经调和的医学与公共卫生应共同发展，分享共同方法和面对共同问题。未来的挑战是如何联合起来改进共同努力的效能。公共卫生专业人员必须说服临床医师一起参与此项事业，并向全社会证明这两个职业能为全体人民的利益而一起工作。

---

<sup>1</sup> D.L. Sackett等。以证据为基础的医学：是与非。《英国医学杂志》，1996年，312期（1月13日），71-72页。

## 建议

10. 基于下列原则，兹提出一个项目以促进公共卫生与临床医学的重逢：

- 临床医师应利用流行病学证据和以人群为基础的健康信息，以便认识比个人安康更广泛问题的相关性并相应分配他们的工作；
- 应在人群水平信息的基础上确定临床实践的重点，并根据其效果和效率设计和实施干预；以及
- 临床医师应清楚地理解其决定的经济影响，并意识到其业绩的管理方面。

11. 《2000年世界卫生报告-

卫生系统：改进绩效》是重要的，它提出了分析卫生系统的新典范建议，同时考虑到使用者与提供者和区分个人服务与非个人服务，以及连同研究和知识一起产生资源、包括有形资源和人力资源。这前进的一步将极大促进临床医学与公共卫生的和睦。

12. 拟议项目应致力于：

- 向临床医师和公共卫生界清晰阐明上述原则及其相互依存；
- 查明主要行动者和评价其对问题的了解及其是否愿意参加项目；
- 提出在各级使临床医师与公共卫生专业人员联合的活动；以及
- 制定项目实施指导原则。

13. 结果应包括：

- 分析和讨论会议；
- 确定总目标、目标和合作领域的文件；
- 实现这两个职业重逢所需方法和手段分析，如质量保证、临床管理和以证据为基础的医学；以及
- 更程度的相互赞赏和理解。

= = =