



世界卫生组织

执行委员会
第一〇七届会议
临时议程项目 3.5

EB107/8
2000年12月15日

衡量和报告人群健康状况

秘书处的报告

背景

1. 从卫生组织最初创建以来，就认识到需要关于人群健康情况的可靠和及时的信息，作为对公共政策过程的关键性投入。事实上，《组织法》特别规定（第64条）“每一会员国应汇编各种统计与流行病报告书，其格式由卫生大会定之”，并在第65条规定“会员国经执行委员会之请求，应于可能范围内将关于卫生之额外情报提交执行委员会”。
2. 在1980年代初之前，会员国的卫生报告侧重于3个广泛的领域，即死亡原因、传染病新病例以及提供保健的卫生工作人员和卫生机构的数量和分布。第三十四届世界卫生大会在1981年通过2000年人人享有卫生保健全球战略（WHA34.36号决议）之后，制定了监测其实施进展的统一形式和框架。为监测健康状况选定的12项全球指标主要是以死亡率为基础的（例如，出生期望寿命以及婴儿、儿童和孕产妇死亡率），并且只包括一项非致命的健康状况（营养状况）的衡量标准。随后，这一清单被扩大到70多项具体指标，包括12种传染病或营养疾患的患病率。
3. 从传染病到非传染病的流行病学过渡使疾病（尤其是慢性病和损伤）非致命结果的衡量对所有会员国变得越来越有意义。同时，把非致命健康结果评估工作纳入健康状况衡量战略所必需的概念、方法和数据要求得到相对较少的重视。
4. 监测和评价人人享有卫生保健战略实施情况的统一框架使就数量众多的指标进行报告（其中许多并不是国家卫生部门直接负责的）成为可能。这对通常调拨用于卫生报

告的有限资源造成了沉重负担。为了满足框架中规定的数据和信息需求，国家常常不得不开展额外的调查，这些调查在许多情况下协调不当、效益不高且耗资巨大。

5. 尽管很晚才认识到在监测和评估框架中更加强调非致命的健康结果的必要性，但未提出确保不同人群健康状况评估结果的可比性所必需的概念、术语和方法。因此，对来自会员国的关于这些评估结果的数据无论是随时间推移在人群内部或者在人群之间都无法进行对比。缺乏对比性影响了WHA35.23号决议中要求卫生组织在国家级和全球级开展的健康状况监测和评价工作。

6. 最后，人人享有卫生保健框架虽然涉及卫生形势的多方具体问题，但缺乏足够的一致性或综合性以监测人群健康方面的改善。指标清单无疑涉及卫生政策过程的许多重要内容，但却没有以确定卫生系统绩效的综合措施为基础。由于缺乏整体性，常常使之难以理解各指标之间的相互关系，其相对重要性以及如何人人享有卫生保健战略的实施中衡量进展。

报告人群健康信息的统一框架

7. 本报告介绍了一种统一框架，用于支持国家以符合现代卫生信息需求的方式报告其卫生状况。与会员国、专家工作小组和卫生组织合作中心网络以及在多次卫生组织会议上开展广泛协商之后起草了这份报告。通过71个会员国对整体人口的试点调查（11次住户调查，60次邮寄调查），还对该框架进行了测试。

8. 卫生报告统一框架的组成部分包括：

- 世界卫生组织国际分类家族，
- 可予实施的人群健康状况数据收集系统，以及
- 人群健康综合衡量指标。

这些内容构成了收集和提出有用的及可对照的卫生信息的基础。设想根据科技进展和依据对之定期进行修订，以便体现卫生信息方面的最新知识。

9. 现已认识到，监测卫生进展的框架要具有广泛性，必需获得关于人群健康所有方面的信息，包括关于接触危险因素的分布和程度的可靠及时数据。世界卫生组织已制定衡量人群接触主要危险因素的指导原则和标准并定期予以修订。因此，这一框架的范围局限于衡量和报告人群健康状况。

世界卫生组织国际分类家族

10. 以前，各国根据国际疾病分类（ICD）系统¹主要报告死亡率统计数据。这种措施有益于确定期望寿命和死亡原因，但收集的数据不能进一步说明（生存人口的）健康状况。需要有关人群健康的额外信息。WHA29.35号决议批准试行出版残疾补充分类。结果，卫生组织在1980年发布了对疾病后果进行分类的一种工具，即《国际残疾分类》（ICIDH）。在许多国家进行了现场试用，并在1995年开始了修订过程，以便尤其解决使用该分类作为人群健康状况报告框架的必要性。在随后5年中，世界卫生组织的几个合作中心以及政府和非政府组织参与了连续几个版本的修订和现场试用。随着修订，题目也演化了，现在建议称之为《国际功能、残疾和健康分类》²。按照目前情况，ICIDH是世界卫生组织国际分类家族的一个补充部分。ICD提供了死亡和发病的代号，ICIDH则提供了个体健康状况的代号。

可予实施的人群健康状况数据收集系统

11. 获得和使用可对比的健康状况数据将大为促进各国卫生政策的制定。为了指导这一过程，各国必须以可对照的方式监测一段时间内以及不同人群中的整体卫生进展。国家级标准化的健康衡量措施将导致更充分的国际可比性以及重点卫生需求的更可靠评估。为了支持会员国改善其数据可比性，卫生组织制定了衡量健康的具体框架和调查组件。这些工具与世界卫生组织的国际分类家族相适应，设计的目的是使用统一的国际对照形式为人群健康综合衡量指标提供实用的信息。确保各人群之间数据可比性的调查组件和机制可纳入会员国的常规数据收集程序。

¹ ICD：《疾病和有关健康问题的国际统计分类》。第10次修订本（ICD-10）于1992年出版。

² 1979年发表的Beta-1版本题为《ICIDH-2：国际残疾、活动和参与分类》。1999年Beta-2版本的题目变为《ICIDH-2：国际功能和残疾分类》。建议的新题目为《ICIDH-2：国际功能、残疾和健康分类》。出于历史原因，保留了用作为该分类统称术语的缩写ICIDH。

人群健康综合衡量指标

12. 为了便于报告，会员国需要对死亡和非致命的健康结果都敏感的、标准化的人群健康综合衡量指标。为了对国家人群健康水平和分布进行对比，会员国需要一种积极的综合衡量指标，即预期健康寿命。报告人群失去健康的原因以便为政策的制定和评价提供知情的基础，需要有关于健康差距的衡量指标。已制定了一些建议，涉及用于计算和报告综合衡量指标的数据要求和统一标准，并可向会员国提供。

13. 选择这一框架中提出的定义和标准是用以促进对人群健康的比较评估。鉴此，它们并不也不可能包括更为综合的健康定义的所有方面，那将包括主要疾患和损伤的患病率和危险因素分布。

国际专家小组的建议

14. 卫生组织召集了关于健康衡量和分类的国际专家小组，由来自卫生组织各个区域的成员组成。专家小组提出了如下建议。

报告死亡和非致命健康结果的国际标准：

(1) 应当认可和出版ICIDH-2¹。

(2) 应当认可世界卫生组织的国际分类家族，作为在死亡率和发病率（ICD-10）以及健康状况和相关结果（ICIDH-2）方面反映和比较会员国人群健康的一种宝贵工具。

(3)

应当为选定的ICIDH领域确定实用的子集，用于各种用途，包括作为调查工具或其它数据收集方法的基础。

¹ 文本草案可在卫生组织网站 <http://www.who.int/icidh/> 读取，供征求意见；应要求可提供印刷副本。

(4)

卫生组织应与会员国和有关的专家网络包括合作中心协商，维持和定期修订ICIDH，修订的时间应能确保分类系统的稳定性并确保纳入新的知识。

(5)

卫生组织秘书处应有充足资源，以维持和促进这些分类并支持和实施正常更新和定期修订。

在人口调查中衡量健康状况的基本标准：

(1) 卫生组织应协调制定和定期实施衡量健康状况的统一调查工具的工作。

(2)

除跨文化的适用性、可靠性和有效性之外，人群之间的可比性是会员国报告健康状况的一项基本要求，所以鼓励会员国使用明确的战略以确立这种可比性作为各卫生领域统一工具设计的一个组成部分。

(3)

ICIDH-

2中选定的核心卫生领域子集应当为制定用于在定期调查中衡量一般人群健康状况的一种统一调查工具构成基础，而且应当不断作出努力以制定简短的领域清单。

(4)

卫生组织应与有关的专家网络协商定期修订和维持这一调查工具，以便反映其应用方面的经验以及健康状况衡量领域内的科技进展。

人群健康综合衡量指标：

(1)

人群健康综合衡量指标结合了关于死亡和非致命健康结果的信息，为概括、监测和比较人群的健康以及比较造成差异的不同原因的相对重要性提供了宝贵的手段。需要两种类型的综合衡量指标，即健康期望和健康差距。健康期望为比较人群

的健康状况提供了简单的衡量指标。健康差距为比较不同原因对人群健康水平的影响程度提供了简单的基础。建议：

(a) 会员国应使用这种综合衡量指标监测人群健康水平和评估不同原因的影响程度；以及

(b) 总干事应每年对供会员国使用的人群健康综合衡量指标进行报告。

(2)

由于除健康水平之外，人群内健康的分布情况也是重要的，所以应当使用不同的综合衡量指标报告健康水平和分布情况。

(3)

由于健康状况估值对报告健康期望和健康差距都是关键性的信息，应当在每个会员国具有代表性的人口标本中予以衡量。

(4)

卫生组织应当向会员国提供具体的技术意见，以便支持它们形成和改善关于死亡率、死亡原因、发病率和非致命健康结果的数据来源。

(5)

卫生组织应当与会员国和有关的专家网络协商，为计算和报告人群健康综合衡量指标制定指导原则和标准，以便促进国际上的对比。

执行委员会的行动

15. 请执行委员会就本报告、特别就国际专家小组的建议提供意见和投入。

= = =