



## 卫生技术

### 秘书处的报告

1. 执行委员会在2007年1月第120届会议上，审议了关于基本卫生技术的报告<sup>1</sup>，并通过了关于卫生技术的EB120.R21号决议。针对提交审议的决议草案，讨论表明了三个关注领域，在其中一个领域，从决议标题中删去了“基本”一词。还需要进一步开展工作，解决其余两个悬而未决的关注，分别涉及卫生技术的范围以及制定卫生技术清单。会议商定，取消关于关注领域的参考资料，由总干事着手召集一次专家和有关会员国会议，解决这些问题。

2. 因此，举行了关于卫生技术的一次磋商（日内瓦，2007年3月26-28日）。有指定成员参加执委会第120届会议讨论的11个会员国提名的专家，10名观察员，包括行业代表、伞式组织和其它外部利益相关者参加了磋商。本报告概述了专家的讨论情况和建议。

### 卫生技术的范围

3. 专家小组对卫生技术的范围达成共识，采纳了下列定义：“以仪器、医药、疫苗、程序和系统的形式运用有条理的知识和技术，解决卫生问题，提高卫生质量”。不过，拟议的世卫组织卫生技术行动的范围不那么宽泛，不包括其它规划已经涵盖的药物和疫苗。

### 关于卫生技术的“基本”一词的概念

4. 世卫组织《基本药物标准目录》已经显示了就药物而言“基本”一词的公认理解：“基本药物为满足人口主要卫生保健需要的药物。”在这一定义与将具体药物列入标准目录的标准之间作出了区分，在标准目录中，对药物的选择考虑到了发病率、药效和安

<sup>1</sup> 文件EB119/2006-EB120/2007/REC/2，第120届会议第十一次会议摘要记录。

全性证据以及相对的成本效益。该定义则明显包含广泛的公共卫生结果，而不是患者个人的医疗情况。

5. 在磋商过程中，专家们对卫生技术方面“基本”一词的含义分歧较大。专家小组一些成员认为没有必要定义“基本卫生技术”，认为使用该词可能引起会员国之间某些期待和关注，意味着某些种律责任感或满足感。他们认为，任何此类定义都只能导致自我限制，妨碍而不是促进创新精神；此外，它将传达一种就个人而言的基本技术概念，而不是满足公共卫生系统的重点需要。

6. 相反，一些专家认为，有必要明确确定一些卫生技术，没有这些技术，卫生系统就难以运作，有效提供医疗保健。然而，赞同这一观点的人在规定最低限度的一套卫生技术方面很谨慎，认识到这一技术的构成必然因国而异，反映各国的公共卫生需要，并涉及一系列其它因素，例如卫生其它设施、人力、资源、气候和文化。

7. 人们同意，对“基本”一词可作出不同的解释，专家们不希望因为辩论其定义，妨碍开展更广泛的卫生技术行动。

### **高度优先考虑卫生技术目录的潜在价值和用途**

8. 专家组成员同意，制定单一的高度优先考虑卫生技术目录是不恰当的。不过，他们建议秘书处应在遇有要求时，就最低限度的一整套卫生技术向会员国提供指导，以便卫生系统有效运作和提供卫生保健。这一整套卫生技术应具体国家具体对待。

9. 因此，专家组成员建议秘书处应：

(a) 以数据库或类似手段综合有关信息，以便提供关于医疗器具、程序、服务、人力资源和技术管理，以及关于其相互作用的各类相互关联的数据组。此类数据组将对各国或国家集团给予指导，以便它们采用必不可少的卫生技术，在卫生保健提供系统的不同层面上和各类环境下，管理重点疾病、状况和残疾。伴随这些数据组，应提供充分的补充信息，使会员国能够确定哪些技术在其各自环境下是可能和适当的；此类信息可包括，例如，基础设施和人力需求、程序、参考工具、伴随而来的手术费用，以及在相关时，具体技术的退出费用；

(b) 设计一种方法，包括分析工具，以支持会员国评估其需要，并选择、获取和管理卫生技术。该方法应包括分析国家卫生系统先决条件（基础设施、资源和管理情

况) 和卫生系统本身。分析应在 2007 年举行的非正式磋商提出的建议基础上进行。此后关于这一方法的建议应在今后的一次磋商中提交来自会员国的专家审议;

(c) 在遇有要求时, 向会员国提供技术支持, 帮助它们收集和分析必要信息, 以确定何种类型的技术适合特定的医疗水平和预定的卫生干预。这一以国家为对象的信息不一定能够普遍适用。

10. 专家成员指出, 为落实这些建议, 秘书处将需要会员国作出承诺。作为出发点, 各会员国应当指定一卫生技术协调中心。

= = =