



经济及社会理事会

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

欧洲共同体统计处的报告

秘书长的说明

秘书长谨向统计委员会转递欧洲共同体统计处关于卫生统计的报告。第 11 和 69 段载有供委员会审议的要点。

* E/CN.3/2003/1。

欧洲共同体统计处关于卫生统计的报告

目录

| | 段次 | 页次 |
|-------------------------|-------|----|
| 一. 导言 | 1-11 | 3 |
| 二. 欧盟政策方案和信息需求 | 12-20 | 4 |
| 三. 欧盟卫生统计系统 | 21-26 | 5 |
| 四. 欧盟卫生统计的目前状况 | 27-41 | 6 |
| 五. 国际合作 | 42-49 | 8 |
| 六. 同国际组织的现有工作安排 | 50-57 | 9 |
| 七. 关于加强国际合作的进一步想法 | 58-69 | 10 |

一. 导言

1. 几十年前欧洲联盟(欧盟)就启动了卫生统计项目；这些项目没有归为一类，而是列于人口（例如按区域开列的死因类别统计）或社会统计其他领域（例如保健和职业安全统计）项下。
2. 1993 年通过《马斯特里赫特条约》（特别是第 129 条）后欧共体首次奠定了在公共卫生领域采取行动的法律基础。采取这种行动的一个先决条件是具备关于现存问题的性质和范围的知识，因此《马斯特里赫特条约》是修订和扩大欧盟特别是欧洲共同体统计处（欧统处）社会统计范围的一个起点。卫生统计首次作为一个单独领域在 1993-1997 年欧共体统计方案中被提到。
3. 公共卫生领域的各种特定方案——其中一个是关于卫生监测的行动方案（1997-2001 年）以及其他社会领域的特定方案随着产生。这些方案明确提到需要收集信息和数据，如关于卫生状况及其决定因素、社会参与和机会均等的信息和数据。
4. 由于这些政策的发展，亟需得到更多和更好的统计数字，以说明卫生状况及其决定因素，以及社会服务和保健服务的使用情况和这些服务所涉的资源。
5. 最近已经审查了欧共体关于公共卫生行动的框架，并由此产生了一项新的战略，该项战略现在欧洲议会和欧洲理事会 2002 年 9 月 23 日关于公共卫生领域新的行动方案（2003-2008 年）的决定中已经得到核可。
6. 因此，从 1994 年起，会员国和欧统处在欧洲统计系统的框架内逐步设立了伙伴网络，将欧盟和会员国各级卫生统计统一发展的专门知识和努力调集起来。将于 2004 年成为欧盟成员的候选国已开始加入这些网络。
7. 上述努力还利用国际组织的专门知识和经验，如联合国统计司、世界卫生组织（卫生组织）、经济合作与发展组织(经合组织)和国际劳工组织（劳工组织）。欧盟成员国的许多专家参加了这方面工作。
8. 多年来，欧统处与积极从事卫生信息领域的其他国际组织——即卫生组织和经合组织制订了收集信息和统计方法（如分类）的实际工作安排。
9. 鉴于现代化技术的目前情况和公共卫生日益受到注意，在许多具体的卫生统计领域需要获得合格和有经验的统计人员的更多协助；在国际和超国家一级积极从事工作的统计机构进行更高效率的协作显然愈益迫切。
10. 卫生组织打算发起的世界卫生调查（卫生调查）需要协作：世界卫生调查问题引起了统计委员会第三十三届会议的注意。在该次会议上，欧盟成员国统计局负责人连同欧统处处长 Y. Franchet 一起，明确要求卫生组织在发起一轮新的世

界卫生调查之前，无论如何应于要求为成员国的参与作出任何正式安排之前，配合欧盟成员国现有和计划进行的未来工作，认真地协调其活动。

11. 我们获悉，卫生调查已在 2002 年最后几个月和 2003 年年初开展起来。按照欧洲统计系统的资料，除了罕见的例外情况之外，国家统计局/统计当局负责部门均没有参加筹备阶段，也没有同它们磋商。卫生组织已出面同国家卫生部门接洽，但不能证实已经按照统计委员会、欧洲统计员会议全体会议和主席团的要求争取欧洲经委会地区各国统计局/统计当局的所有负责部门参加。这种情况着重说明必须再提请统计委员会注意卫生统计领域的国际合作问题。

二. 欧盟政策方案和信息需求

12. 在国家一级，欧盟成员国面临着富于挑战性的政策和社会发展，这种情况对保健服务、社会服务和资助这些服务的资源造成沉重的负担。国家保健服务结构在每个成员国都不一样。住院、门诊和救护服务水平不仅不同，而且提供传统国家保健服务的成员国情况也不一样，它们趋向于私人护理和（或）给予有限的报销额。

13. 受社会广泛接受的基本原则，如获得社会和保健服务的机会均等原则导致对具体政策措施和服务的需求。已经知道某种生活方式诸如吸烟或不良饮食习惯会造成不利的影响，因此需要多加注意，许多增进健康的运动已推行起来。

14. 人口老化关系到老人更需要照顾的问题，也关系到治疗及照料的种类，而且还需要更先进、昂贵和创新的治疗方式。事实上，老人需要照顾，这方面的需求比老人实际人数增加更快。满足更多这些需求需要资源，但无论在人力物力上均未能按比例增长。与此相反，在某些成员国，合格的工作人员极为短缺，以致不得不关闭医院病房。

15. 成员国的发展情况载于欧盟的各种不同方案中，其中详细论述了共同关注的问题和政策。这些方案还阐述成员国和欧洲委员会所起的极为具体的作用，而且酌情说明国家机构、国际机构和研究社区的作用。关于统计和（或）信息的方案，还介绍国家统计局和欧统处的作用。

16. 如上所述，1996 至 1997 年期间和 2002 年，在公共卫生领域，例如从罕见疾病、传染病、癌症和毒品领域至促进和监测健康这一系列的具体领域，已经设立了 8 项具体的行动方案。2002 年 9 月 23 日，欧洲议会和欧洲理事会通过一项新的公共卫生方案。该方案将于 2003-2008 年期间予以推行，其中将欧盟共同商定的卫生政策问题和行动合并为一项单一的行动方案。

17. 方案有 3 个总目标：

(a) 增强公共卫生发展的信息和知识；

(b) 提高能力，以协调方式迅速应付对卫生造成的威胁；

(c) 在所有政策和活动中通过处理卫生的决定因素，以增进健康和防止疾病。

18. 第一个目标和最后一个目标对卫生统计有特别的要求，方案明确提到协同成员国制定方案的统计部分，并视情况需要利用欧共同体统计方案，以增进协同作用，避免重叠（载于 2003-2008 年《欧共同体统计方案》中）。

19. 因此在新的公共卫生方案下设立的工作组将与《欧共同体统计方案》结构之间作出适当安排。

20. 支持公共卫生政策的主题之一是制定卫生指标。这些指标部分属于统计指标，但有些或许可以从行政系统和研究结果中推断出来。执行这些方案的方式是通过向机构网络提供财政支助的年度方案。有几个项目涉及改善统计，或填补统计系统的空白。

三. 欧盟卫生统计系统

21. 从 1994 年起，欧统处就同成员国专家一起制定一套完整和持久的卫生统计系统。在 1996 年初的第一次会议上，欧统处公共卫生统计工作组建议朝三个方向进一步发展：死因统计、卫生和与卫生有关的调查数据、保健统计。

22. 1997 年，4 个成员国的统计人员主动同欧统处建立伙伴关系，以支持根据卫生统计工作组商定的职权范围开展新的工作。统计方案委员会通过同一个伙伴关系小组（领导小组：卫生）合作取得第一手经验。伙伴关系小组对该统计方案委员会负责。每个伙伴投入人力，财政资源则由欧统处提供，特别为参加会议提供资助。为上述三个统计领域（死亡统计、卫生和与卫生有关的调查数据（也逐渐包括死亡率和残疾统计）和保健统计）各设立一个工作队。每个伙伴同欧统处负责其中一个工作队，它们共同促进整个卫生统计系统的协同作用。每个成员国以积极参加工作队的方式作出贡献。

23. 开始时，每个工作队为有关领域设计一个框架，制定优先次序，并商定将载于年度工作方案中以供卫生统计工作组批准的行动。1998 年，按照工作队和工作组的建议，为欧盟设立完整和持久的卫生统计框架，同年该框架获得统计方案委员会通过。

24. 工作队工作逐步发展，导致方法学的发展，这主要是通过由欧统处资助的不同项目和委员会的其他服务进行的，方法学的实施则通过定期收集、分析和散发数据。

25. 目前的工作已从方法学发展逐步转移到实施和数据收集，并有必要准备予以扩大，为此需要订正卫生领域伙伴关系的形式，这种形式获得社会统计主任 2002 年 4 月会议的认可，并将于 2004 年开始生效。

26. 新的伙伴关系形式预计会有一个订正的结构，不同小组将起不同作用：从指导开始直至制定和实际执行。

四. 欧盟卫生统计的目前状况

卫生和与卫生有关(约谈)调查数据

27. 数据收集约于 4 年前开始，这是对在成员国进行的卫生和卫生有关约谈调查题目及所用工具的现有调查作了广泛盘存后开始的。起初对 12 个选定项目收集数据，最近扩大到 18 个项目。关于这些项目的数据是以共用产出格式收集的，共同商定按年龄、性别、社会经济背景(如教育和经济活动)等变数开列。

28. 工具统一工作导致最低欧洲卫生模式在整个欧盟范围内适用，这种模式将并入欧盟年度调查中，例如收入和生活条件统计中。成员国将酌情将该模式并入其国家调查中，以促进各种调查结果的国际可比性。

29. 统一衡量卫生状况、卫生决定因素和个人及家庭背景变数的较大模式将于 2003 年准备就绪。这些模式是依照下列方针制作的：就可在整个欧盟范围内适用的共同概念达成协议、商定的明确项目(变数)，并附带欧盟参考工具。在国家一级，欧盟参考工具可按文化特征改为业务工具(于需要时加以校准)，并译为本国语文。

30. 除了投入的统一工作之外，可按严格规则和商定办法(事后统一)调整结果。

残疾统计

31. 起初对用户需求进行广泛探索：其结果是采用两项主要方针。作为第一条“捷径”，欧洲统计系统商定，以最低欧洲卫生模式为一项最低衡量工具，在一般人口调查中用于衡量残疾状况。其次，根据已有的广泛盘存数据商定一系列主题，关于概念和项目及参考工具的进一步工作将于明年开始。同时还分析和发表从 1993 年起欧洲共同体住户小组(1994 至 2001 年)提供的关于残疾的变数。这是欧盟第一套关于残疾的统一数据。

32. 过去十年期间，在整个欧盟范围内进行了多次人口调查，其中涵盖卫生和与卫生有关的题目及残疾，有些调查经费由欧盟提供。最近还发起新的多国调查，如世界卫生调查(卫生调查)。

33. 调查次数激增肯定会使同一概念产生不同的结果，这样会造成混乱，而不会解决可比性问题。为协助建立耐久系统，并从稀缺的资源和专门知识中获取最大

的好处，并且为了追求更大的可比性、均匀性和更高效率，避免工作重叠和重复，在制定工具时，2002年9月社会统计主任的最近一届会议对建立一个称为欧洲卫生调查系统(卫生调查系统)的新系统的建议给予好评。

34. 欧洲卫生调查系统暂时定为一套综合协调调查，该套系统以一项主要核心调查为中心，可作国家间比较，按照灵活的模块执行方式进行，其目的在于监测卫生及有关题目随时间产生的可能变动。卫生调查系统的三个支柱是：

(a) 欧洲卫生约谈调查，这是欧洲统计系统的核心调查，是在卫生统计框架内的一般统计测定；

(b) 一套相互补充的特别调查(具体年龄组、疾病组，等等)，其中针对面对用户的特有题目，可由研究员和(或)机构的特别网络负责执行；

(c) 正在设立一个数据库，其中涵盖参考工具及其他建议的工具。

35. 欧洲卫生约谈调查的模式有：欧盟收入和生活条件统计中的最低欧洲卫生模式，至少每5年成员国应在同一期间采用4个统一模式，这些模式应按共同概念制定，并有或将有参考工具提供：欧洲背景模式、欧洲卫生状况模式、欧洲保健模式、欧洲卫生决定因素模式。

死亡率统计

36. 除了保健服务和特定网络提供的与诊断有关的常见数据之外，如传染病或癌症等数据之外，对于一般采用的方式以及在人口一级测定的与诊断有关的死亡数据，实际上并没有基本框架存在。方法学的发展工作正在进行中，并将于2003年给予特别注意，在欧盟利用这一领域的现有工作。

死因统计

37. 欧盟情况的一个特点是，在适用疾病和有关卫生问题国际统计分类，第十次修订(疾病分类-10)的分类和编码规则方面规定了国家通知条例和不同做法。通过统计专家网络，在交换经验以取得更佳质量和可比性方面已取得重大进展。在欧盟，疾病分类-10大约分10年时间逐步启用，这样严重妨碍成员国之间的详细比较。因此提出了一份有65个编码的简短清单，这些清单可用于在国家一级以下进行的数据收集工作，有助于更好地了解死亡类型的区域差别。

38. 在这个领域，自动编码系统的启用仍有许多工作要做。由于许多语言的存在，这在欧盟特别富于挑战性。即修改适用被广泛接受的美国自动编码系统需要国家作出重大的投资。将死亡证书所用的医学名词自动转换为疾病分类编码是问题的所在。其目的是于2005年在所有成员国适用自动编码规则，并在欧统处及其合作伙伴的主持下在欧盟整个范围内进行人工编码和输入数据的训练。

保健统计

39. 关于医院和人力的统计数字已存在多年。对于这些数字，如医院诊断数据，已作了重大的修订和扩大。第一个大规模项目是收集关于国家保健系统结构和组织的元资料。欧盟成员国之间的差异甚大，可能会严重影响这个领域的数据比较。各国医院种类不同，提供的服务也有差异，例如，有些成员国有几类专科医院，门诊服务各不相同，尤其是长期护理设施大为不同（例如有些成员国没有疗养院）。

40. 护理工作的分界线以及筹资系统也不一样。因此，欧盟设立了一个甚为详尽的元信息系统，以按服务提供者的功能进行交叉分类，这样可为功能可比性和真正可比的保健帐户系统提供一个基础，按经合组织所订的保健帐户系统指南予以汇编，其中的重大投入和支持来自欧洲统计系统，为此目前正为欧盟成员国制定其他准则。

41. 在欧盟，对保健帐户系统所作的第一次功能划分将按年龄和性别进行，初步结果显示，发展前景令人满意。关于人力的统计模型已经制定，保健帐户系统的一个模型也付诸执行。

五. 国际合作

42. 在卫生数据和卫生指标使用领域，已经取得大量国际经验，尤其是世界卫生组织和经合组织已取得大量国际经验。通过参加关于公共卫生统计的欧统处工作队会议并以观察员身份参加工作组会议，这些组织与欧盟（卫生和消费者保护总干事以及欧统处）加强了在卫生监测和公共卫生统计领域的合作。卫生组织和经合组织的代表也应邀以与会者或观察员身份参加在欧共同体卫生监测方案下发起的行动范围内举办的会议。

43. 关于各组织统计活动的定期信息交流是通过经济分析司/欧洲统计员会议进行的。经济分析司/欧洲统计员会议指定经合组织为卫生统计的协调中心。此外还通过卫生组织与欧盟之间的换函设立一个新的合作框架，并在卫生组织-欧盟高级官员会议上定期交换信息。

44. 在关于卫生统计的讨论中，统计方案委员会赞成倾向于同国际机构进行这种合作，合作基础是“使用共用问题单”，或“领土划分”，而不是以“主题”即死亡率、调查、保健费用划分。

45. 倾向于这方面的原因不仅正常而且实际：国际组织或超国家间组织之间的任务不能转移。欧统处的全面处理方式需要各个组成部分采用正规和适当的数据。“领土”和“共用问题单”模式在几个领域如关于农业、教育、人口和环境实地评估的统计领域正成功地付诸实行。这些模式已用于诸如教科文组织和统计司等

其他联合国机构，也可适用于卫生统计，包括向卫生组织和可能向其他机构进行汇报。

46. 进一步可以设法采用实际工作方式，以避免重叠和增加透明度。组织之间的工作关系可按三个技术支柱加以改进：

(a) 成员国统计系统框架，包括向成员国提供的一般支助，以及数据收集、解释和分类的标准和工具；

(b) 收集、整理和可能传送数据；

(c) 利用数据进行管理、规划、分析、出版和研究，等等。

47. 关于第一个支柱，国际重点应放在可以最好地调动专门知识的领域，如卫生组织的国际疾病分类(疾病分类)和国际功能、残疾和健康分类(功能、残疾和健康分类)，以及经合组织的保健支出分类。这样并不妨碍其他机构与协调中心进行合作。

48. 第二个支柱应仿照上述两个模型(已获经合组织、欧统处及一些其他组织采用)。应把应用中可能偏离标准的情况记录在案。

49. 关于第三个支柱，每个组织须按其任务规定自由行事，如卫生组织报告(卫生组织)和向欧盟提交的公共卫生报告。

六. 同国际组织的现有工作安排

50. 根据上述方式，下列实际工作安排已经存在。

死因统计

51. 卫生组织所订的国际疾病分类(疾病分类)用作死因统计的基本分类，关于收集死因统计数据共用方式的程序是协同卫生组织-日内瓦和卫生组织-欧洲拟定的。

残疾统计

52. 2001年6月4日至6日联合国统计司在纽约举办了一个衡量残疾情况国际讨论会，该次讨论会是由儿童基金会、美国疾病防治中心和欧统处共同赞助或协同它们举办的。所有与会者认为，卫生组织于2001年制定和认可的国际功能、残疾和健康分类(功能、残疾和健康分类)为衡量残疾情况提供一个必要的框架。

53. 讨论会建议联合国统计委员会设立华盛顿市残疾情况衡量小组，欧统处及其从事残疾统计工作的欧洲统计系统伙伴积极参加该小组的工作。

卫生和与卫生有关的约谈调查数据

54. 欧统处大力推行共同商定和试用过的卫生调查参考工具，如推行在欧洲卫生调查项目中世界卫生组织-欧洲制定的工具，以在欧洲和国家调查中使用。
55. 共同收集 12 个选定卫生项目数据的第一项工作于 1998 年展开；收集 18 个卫生项目数据的第二项工作则于 2002 年展开。在这两项工作中，曾经同国际组织拟定了工作安排；收集的数据也将提供给经合组织。
56. 欧洲统计系统通过保健统计工作队和公共卫生统计工作组积极支持经合组织制定保健帐户系统指南，目前，欧统处正向成员国提供指导，以帮助它们执行该指南。实际上正通过试验项目执行该指南。
57. 在经合组织和欧统处之间的数据交换框架内，已经商定欧统处将从成员国直接收集关于保健工作人员和设备的数据，并向经合组织转交成员国的答复(原始数据档案和文件)。

七. 关于加强国际合作的进一步想法

58. 虽然积极从事卫生统计领域工作的国际组织之间工作关系良好，但仍有必要设法加强这种合作，这主要是为了向广泛的用户提供更好的服务，这些用户越来越多，日益需要可靠的数据，以支持这个领域的决定和行动，这些决定和行动往往产生深远的影响。争取更佳协调的主要重点是更好和更有效率的分工。
59. 参加国际一级工作的国际组织和机构(统计司、卫生组织、经合组织)可通过编制收集和分析数据的“工具箱”，更加重视制定标准，如概念和分类、框架和方法学。
60. 在例行收集统计数据时，国际组织和机构只应利用次级来源，即不同国家提供的综合数据。
61. 参加世界某一地区工作的国际组织，如作为超国家组织的卫生组织-欧洲和欧盟可按“区域”情况，更加着重于变通采用全球工具箱。关于这些工具箱，区域组织应加强国际一级的支持。
62. 在国家一级，应按文化和语文的不同情况，着重实施共同概念和参考工具。国家应当是数据的主要收集者，应向国际组织/超国家组织提供综合数据。
63. 在这方面，必须强调欧洲统计系统在欧盟统计方案范围内达成协议的作用，以协调方式通过欧统处与成员国之间的伙伴关系，收集、处理和分析欧盟的统计数字。
64. 从全球角度看，在欧盟成员国向国际组织提供必要统计数据方面，欧统处可起协调作用。

65. 只当补充数据集极为需要而且不是夹入国家和超国家/国际统计框架时，国际组织才能视情况需要直接收集原始数据和(或)统计领域以外的数据，但在这些情况下，只应与国家组织和超国家组织进行详尽协商后才发起这些倡议，以免工作重叠，结果离差。

66. 应同国家有关统计当局进行磋商和协议后，才作出卫生统计领域的所有国际合作安排，并在欧洲统计系统的范围内同欧统处进行磋商和协议。

67. 在许多情况下都没有同国家统计当局进行充分的磋商。国际组织应采取主动，确保与主管卫生和社会统计的国家统计当局作出适当安排。

68. 若不遵守这些安排，而且国际组织就类似题目收集数据，那么不同的数据集就不会一致。在这种情况下，为了保持其他调查的可靠性，特别是大规模国家卫生调查的可靠性，取得的数据首先应由从事人口调查和统计方法学的高级专家组进行详尽的评价。专家组应由合作的国家当局、超国家组织和国际组织于散发结果前联合组办。

69. 应在一项由统计委员会、国际专门机构(即卫生组织)、超国际组织(即欧盟/欧统处)和成员国有关统计当局商定和制定的章程(行为守则)中载明这种合作的类型。
