



统计委员会

第四十四届会议

2013年2月26日至3月1日

临时议程* 项目3(k)

供讨论和决定的项目：卫生统计

世界卫生组织关于卫生统计的报告

秘书长的说明

应统计委员会第四十三届会议的要求(见E/2012/24, 第一.A章), 秘书长谨转交世界卫生组织(世卫组织)关于卫生统计的报告, 其中概述了世卫组织在卫生统计领域的活动。监测各国卫生状况和趋势是世卫组织的核心职能。其工作方案是在与世卫组织成员国密切沟通的基础上制定的, 通常与世界卫生大会通过的具体决议有关。报告介绍了世卫组织在以下三个领域中所做的工作: 监测卫生水平和趋势; 制定并提高卫生信息标准和工具; 加强国家监测和测量工作。报告的末尾载有供统计委员会讨论要点的简要清单。

* E/CN.3/2013/1。



一. 卫生水平和趋势监测

1. 世界卫生组织在其总部开展的特别注意公平问题的卫生水平和趋势监测工作被称为全球卫生观察站。此外，世卫组织的全部6个区域办事处都设有区域卫生观察站，使用的指标均与相关成员国协商后选定。本节介绍全球卫生观察站的不同组成部分，着重说明总部开展的活动。

A. 卫生数据的收集和汇编

2. 世卫组织收集、分析并综合大量关于全球卫生状况和趋势的数据。这些数据由负责特定疾病、风险因素和卫生体系工作的不同部门收集而来，存储在许多单独的数据库中。近年来，卫生统计和信息系系统司确定的实质优先工作是定期提供具有系统性和内在一致性的死亡率、发病率、流行率、疾病负担、风险因素暴露和可归因结果估计数。同时，不断加大努力并更加需要通过机构间小组与联合国其他机构及其他的国际机构进行配合。

B. 死亡原因

3. 世卫组织连续更新了2000年、2001年、2002年、2004年和2008年这几个单独年份国家一级按死亡原因、年龄和性别分列的死亡率估计数。2010年，世卫组织和儿童健康流行病学咨商小组编制了2000至2010年按原因分列的5岁以下儿童死亡估计数。考虑到对时序性的需求日益增加以及越来越强调监测工作和问责制(千年发展目标、非传染性疾病及其他卫生优先事项)，世卫组织正在转为以两年为周期修订按原因分列的死亡趋势综合估计。将凭借世卫组织各项方案和秘书处人口司的工作以及其他机构间和专家协作，于2013年初发布区域一级估计数，并为发布国家一级估计数而在2013年开展更多工作。

C. 卫生筹资统计数据

4. 卫生筹资问题涉及如何产生、分配并在卫生系统中使用资金资源。卫生统计和信息系系统司十多年来一直维持全球卫生支出数据库。该数据库提供具有国际可比性的国家卫生支出数额。世卫组织每年更新数据，根据可公开获得的报告(国家卫生账户报告，各国财政部、中央银行、国家统计局的报告，公共支出资料以及世界银行、国际货币基金组织的报告等)进行数字采集、调整和估计。尽管估计数在公布之前会发给各国卫生部核实，但用户仍被告知，国别数据在定义、数据采集方法、人口覆盖和所用估计方法方面存在差异。该数据库是《世界卫生统计》报告和全球卫生观察站卫生支出表的资料来源。

D. 传播平台

5. 为应对在全球和国家两级更高的透明度和问责制需求，世卫组织设立了全球卫生观察站，目的是改进对卫生数据、统计数据和分析的获取。观察站是遍及整个组织的资源，与国家和区域办事处联系紧密。观察站的目标是增强世卫组织对

以下全球卫生优先事项的现状和趋势进行监测与分析的效率、质量和透明度：千年发展目标的规定、死亡率和疾病负担、传染性、非传染性疾病和危险因素、卫生体系、卫生公平、环境卫生、暴力和伤害以及吸毒问题。从观察站可以下载 900 多个指标和 60 多套数据以及范围相当广泛的世卫组织统计数据报告、地图、国家概况和相关信息产品。¹

6. 每年召开世界卫生大会时都会发布《世界卫生统计》，其中载有关于死亡率、死亡原因、发病率、干预范围、危险因素、卫生体系和卫生公平方面的广泛卫生统计数据，应世卫组织成员国要求，还包含实现卫生千年发展目标进展的年度最新情况。

E. 全球卫生估计

7. 具体的世卫组织方案与协作机构负责从世卫组织成员国收集信息和数据，并定期就其专题以关键指标方式发布最新趋势估计，例如《全球肺结核控制》报告、《世界疟疾报告》、联合国艾滋病病毒/艾滋病联合规划署(艾滋病署)流行病学年报以及国际癌症研究机构《全球癌症杂志》估计数的历次更新。世卫组织还借助人口司的工作，以两年为修订周期，为其成员国编制用于寿命表以及按年龄、性别和年份分列的各种原因所致死亡的最新估计数。

8. 全球卫生观察站借助具体方案的统计工作以及协作机构和专家小组的工作，以两年为修订周期，编制并发布全球卫生估计，其中包含一套全面的疾病和伤害原因以及选定的主要卫生风险和决定因素。

F. 估计数的审核程序

9. 对于世卫组织总部正式发表的所有声明和宣称中涉及到的按国家、区域、全球人口水平估计数计算的卫生指标(如死亡率、发病率、流行率、疾病负担等)、卫生决定因素(如危险因素覆盖率、分布情况等)、干预范围、费用、有效性和成本效益以及卫生系统筹资和效率，卫生统计和信息系系统司都会进行统计审核。

10. 统计审核的目的是最大限度保持世卫组织发布的统计数据的一致性和质量。世卫组织对其官方统计数据使用一套符合一般统计原则的标准。这些标准包括在国家一级允许公众查看数据输入和结果、可公开查阅且经过同行审议的可复制方法、专家小组机制、对死亡率数据的一致性进行核对以及在发布之前与相关国家协商。与相关国家的协商包含长达 2 至 3 个月的沟通进程，即通过网络与成员国卫生部共享全部输入数据、方法和结果，以及统计投入和讨论。

G. 与联合国其他机构和专家小组的协作

11. 世卫组织作为一个全球监测机构，最成功的模式是各方案通过学术机构和相关合作伙伴的参与以及发展机构间协作小组，进行内部能力投资并调动该领域领

¹ www.who.int/gho/en。

先的专业知识。儿童健康流行病学咨商小组和艾滋病署关于估计数模型和预测的咨商小组(即流行病学咨商小组)等拥有相对良好资源的专家小组是很好的例子。世卫组织参与良好运转的机构间协作,以便定期更新艾滋病统计数据(与艾滋病署合作)、儿童死亡率(联合国儿童死亡率估计机构间小组)和孕产妇死亡率(联合国孕产妇死亡率估计机构间小组),并且正在与人口司就全原因死亡率问题发展更密切的工作关系。

二. 卫生信息的标准和工具

A. 分类

12. 世卫组织正在对将于 2015 年发布的“国际疾病分类”进行修订。“国际疾病分类”是卫生统计的基础。世卫组织所有成员国都已承诺,将使用该分类向世卫组织报告其死亡率和发病率统计数据,因为该分类提供了让统计数据具有可比性的通用语言。

13. 2012 年 5 月发布了 β 版“国际疾病分类-11”,以汇集评论意见和更多建议,并在最终确定修订版之前进行实地测试。β 版“国际疾病分类”的呈现方式是受到监管的类似维基百科的结构化平台,各种建议系统地受到同行审查。通过这种方式,该进程允许众多利益攸关方提供投入。预计这将产生比以往任何时候都更全面、科学和方便用户的分类。

14. 在修订过程中,由新发现的基因和微生物引起的新报告的疾病得以纳入分类之中。另一方面,由于完全数字化,因此用户可以在分类结构中放大和缩小,如同“谷歌地图”那样。采用这种方式,从采用死因推断方式的短篇死亡率报告到详细的基因组学研究,均能使用一致的国际疾病分类版本。

15. “国际疾病分类”修订的另一个重要方面是纳入了传统医学疾病。在世界许多地方,卫生信息系统没有反映传统医学的行医实践。在第一个单元中,中国、朝鲜和日本传统医学中常见的传统医学疾病被划分为身体不适和模式。纳入传统医学疾病不一定表示对其认可,而是提供标准工具用于评价这些疾病的形式、发病率和费用。将使用一些附带的分类来评价传统医学干预措施的疗效和安全性。

16. “国际功能、残疾和健康分类”是世卫组织于 2001 年发布的框架,用于整理和记录关于功能和残疾的资料。“国际功能、残疾和健康分类”为界定和测量工作提供了标准用语和概念基础以及相关分类和编码。它包含了主要的残疾模式,包括医学模式和社会模式,确认卫生条件和环境因素两方面的影响在造成残疾方面的作用。

17. “国际功能、残疾和健康分类”从卫生角度设定功能和残疾的概念,因此不涵盖完全由社会经济和文化因素导致的残疾情形。

18. “国际功能、残疾和健康分类”涵盖寿命问题。世卫组织及其分类网络正在管理对该分类的更新工作。例如，目前正在进行将“国际功能、残疾和健康分类”与其儿童和青年版合并的工作。还在开展类似努力，使其更好地适用于老龄人口。

19. “国际功能、残疾和健康分类”为描述、了解和研究健康及与健康有关的情况提供了科学依据。在“国际功能、残疾和健康分类”的术语中，健康被理解为功能正常，而健康的任何减损则被划分为特定领域的残疾。这使得“国际功能、残疾和健康分类”成为监测和评价临床研究结果的共同标尺，描述人口健康状况的相关工具。

20. 尽管如此，如果贫穷导致营养不良等健康问题，则可以使用“国际功能、残疾和健康分类”来描述相关的功能障碍。在理解上，“国际功能、残疾和健康分类”的适用总是与健康问题的存在有关，无论其是否确诊。

21. “国际功能、残疾和健康分类”已被翻译成超过 35 种语言，不仅在卫生部门，而且也在教育、劳动和社会保障等其他部门使用。其主要用途之一是在《残疾人权利公约》中将政策和立法与服务联系起来。

B. 卫生数据的收集和分析

1. 卫生设施调查

22. 世卫组织一直与美援署、学术机构、一些国家的卫生部以及全球伙伴开展合作，制定设施评估方法，用于迅速衡量和跟踪在加强卫生系统方面取得的进展。服务提供和准备度评估 (SARA) 的设计目的是为了生成一套关于服务获取机会和准备程度的指标，用于系统地评估和监测卫生设施的提供情况以及这些设施是否准备好随时提供整套必需的保健干预措施。

23. 显示一般服务提供情况的指标包括卫生设施的数量和分布状况、每 10 000 人占有的住院床位及核心专业医务人员数量以及每 1 000 名孕妇占有的产床数量。服务准备度指标反映的是在包括计划生育、产前护理、分娩、新生儿、儿童和青少年保健、传染性疾病和非传染性疾病在内的 19 个方案领域内提供干预措施的设施能力。这项工具评估的是提供 19 项中每一项服务所需的关键投入，包括是否配备了经过培训的工作人员和指南、运转良好的设备、诊断能力、基本药物和商品。

24. 服务提供和准备度评估借鉴了以往旨在评估卫生设施服务提供情况的各种方法，并且依靠快速数据收集和分析方法。它也可以与数据核实工作相结合，用于评估设施报告系统(卫生管理信息系统)的数据质量。开展设施调查的时间比国家年度卫生部门审查早几个月，目的是提供客观资料和分析，说明服务提供体系的状况，从而为保健服务的业务规划和管理以及资源分配决定提供信息和支持。

2012 年期间最终确定并发布了各项工具和相关技术材料，并且，世卫组织为在塞拉利昂、乌干达、刚果民主共和国、利比亚、多哥和布基纳法索使用服务提供和准备度评估方法进行的设施调查提供了支持。计划开展的下一步工作是开发一个专门的医院单元，并推广服务提供和准备度评估方法，用于对国家保健服务体系进行系统性的年度评估。

2. 调查中的健康测量

25. 世卫组织还实施若干战略，在其各项研究中测量健康状况，并与“国际功能、残疾和健康分类”所体现的国际概念框架保持一致。在特定的一系列领域中，自报健康被计为功能健全。此外，完成日常任务方面的困难也被纳入测量范围。世卫组织还在这些研究中包含了行动、认知和视觉机能测试。还进行了人体测量、肺活量测定和量血压等其他测量。收集了干血点，以便测量一系列生物标记。

26. 世卫组织目前正拟订涉及所有利益攸关方的残疾调查模型。作为准备工作，对该领域内正在开展的各种努力进行了广泛审查。对来自国内残疾调查子集和华盛顿残疾统计小组研究的数据集进行了分析。将在 2012 年 12 月 5 日和 6 日举行的专家会议上提交编写的文书草案，然后将进行实际经验和试点测试，之后才会使用最后的文书文本进行一些国内调查。世卫组织将提供最后文本以及全部培训材料。

3. 死因推断

27. 2007 年，世卫组织发表了一份死因推断文书和手册，以协助标准化信息收集工作，用于通过采访死者亲属来确定可能的死因。在无法出具医学死亡证明的情况下，需要死因推断来收集这类信息。许多低收入和中等收入国家内居家死亡的情况通常是这样。最近，世卫组织发布了一份较短的死因推断文书草稿，可用于社区环境中，作为民事登记和生命统计系统的组成部分。世卫组织正在与各区域委员会开展这项工作。世卫组织还与学术机构合作，根据标准的死因推断问卷，拟订可能死因的自动诊断书。

4. 数据质量评估和分析方法及工具

28. 卫生设施数据是每年评估全国范围进展和业绩的关键投入，并为评估地方/地区的业绩提供了基础。世卫组织努力加强分析能力并提高进展和业绩审查的数据质量，内容之一即是与全球疫苗和免疫联盟及抗击艾滋病、肺结核和疟疾的全球基金等合作伙伴开展协作，制作卫生设施数据质量报告卡，通过对可用数据的案头审查及数据核实调查，从几个方面审查数据质量。设施数据质量报告卡的目的是确保系统评估报告数据和干预措施覆盖率的完整性和内外部一致性，发现需要加以解决的数据质量问题。作为该方法的组成部分，需评估以卫生设施为基础的信息系统为生成四项核心追踪指标而提供的数据的质量。

三. 加强国别监测和测量

A. 妇女和儿童保健问责制

29. 在国家、区域和全球各级，世卫组织与其合作伙伴一直努力加强国家卫生信息系统，建设国家进行结果监测和问责的强大能力。这一方法借鉴了国际卫生伙伴关系(IHP+)的方法，加强由国家主导的对国家卫生战略进行监测、评价和审查的平台。² 这意味着具备监测进展和实施情况的既定程序，包括定量和定性评估和分析，并辅之以运作良好的国家卫生信息系统。

30. 这个方法在全球范围得到了全球基金、全球疫苗和免疫联盟、世界银行和其他机构的支持，并因联合国秘书长的“全球妇女和儿童健康战略”信息和问责委员会的建议而得到推动。该委员会的建议注重以下方面的努力：加强结果监测、民事登记、生命统计系统和孕产妇死亡审查系统，同时扩大创新技术及信息和通信技术的运用，改进对国家和全球资源的跟踪工作。此外还提到加强国家审查和问责机制以及通过宣传和外联活动来促成高级别政治承诺。

31. 作为这项努力的一部分，被信息和问责委员会列入优先事项的 75 个国家中的 71 个已经完成对现有问责制和卫生信息系统的评估，预计 60 多个国家将制定国家问责制框架路线图，概述在未来 3 年中如何解决和实施在问责制以及监测和评价系统方面存在的差距和优先事项。主要的国家优先事项包括：加强对国家卫生部门战略的监测和评价计划；通过更好地将国际疾病分类-10 用于医院报告并将创新技术用于社区报告，改善出生和死亡报告工作；进行设施调查，以核实数据质量并评估服务准备度和护理质量；改善为年度监测而提供的卫生设施数据的可用性和质量；通过定期公布卫生帐目，改进资源跟踪工作；在筹备审查时加强分析工作，包括公平性分析；通过建立国家卫生观察站，改善数据的可获取性和透明度。

B. 关于健康和老龄问题的多国研究

32. 世卫组织关于全球老龄问题和成人保健的研究是一个纵向研究，在中国、加纳、印度、墨西哥、俄罗斯联邦和南非选取了具有全国代表性的年龄在 50 岁及以上的组群，并在每个参与国选取年龄在 18 岁至 49 岁之间比较年轻的成年人作为对比样本，在 42 464 名答卷人的抽样规模下，研究保健和与保健有关的成果及其决定因素。全球老龄问题和成人保健项目目前拥有 8 148 名答卷人的后续数据。全球老龄问题和成人保健项目调查单元还被人群及其健康的人口学评价国际网络(INDEPTH)用于其位于发展中国家的 8 个地点，这项调查工作的抽样规模合计超过 46 261 名答卷人。全球老龄问题和成人保健项目包括机能测试和收集干

² 世界卫生组织，Monitoring, Evaluation and Review of National Health Strategies: a country-led platform for information and accountability (日内瓦，2011年)。

血点。其机能测试包括视觉灵敏度(近视和远视)、认知(语言流利度、词语记忆和数字广度记忆)、行动能力(计时行走)、握力、血压、人体测量(身高、体重、腰围和臀围)及肺活量测定。血红蛋白、糖化血红蛋白(HbA1c)、超敏C反应蛋白(hs-CRP)和EB病毒的化验已经规范化,并采用静脉血样进行了核验。全球老龄问题和成人保健项目将于2013年和2015至2016年开展下轮工作。全球老龄问题和成人保健项目的文书经过调整后,已经与其他国际研究相配套。

四. 讨论要点

33. 请统计委员会:

(a) 注意到世卫组织注重加强各国卫生部的统计能力,包括对致死原因和卫生设施的统计能力;

(b) 评论世卫组织在制定国际卫生数据收集和分析标准方面的工作;

(c) 就加强国家统计部门在改进国家卫生统计数据方面的作用问题做出评论。