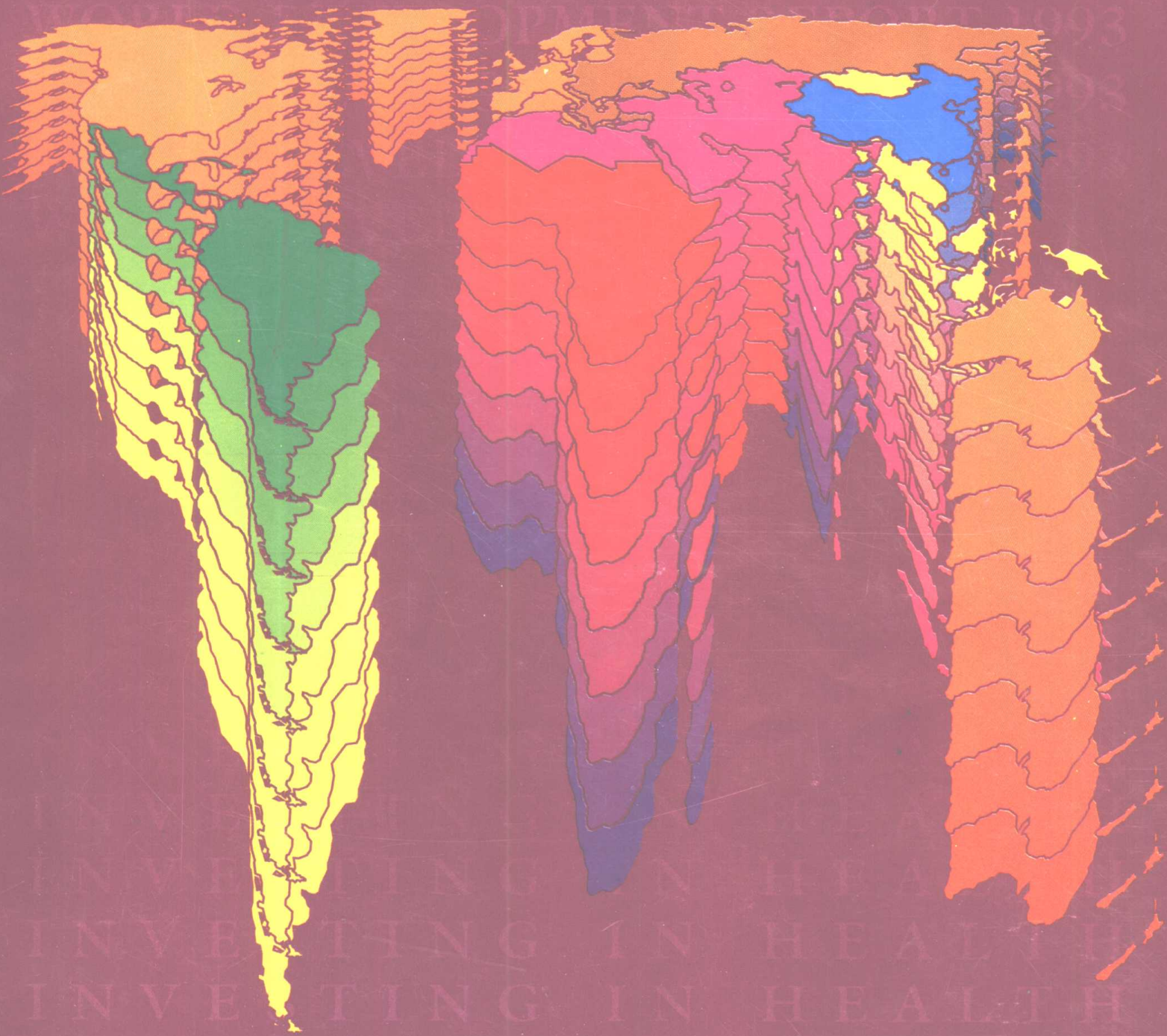


1993 年 世 界 发 展 报 告

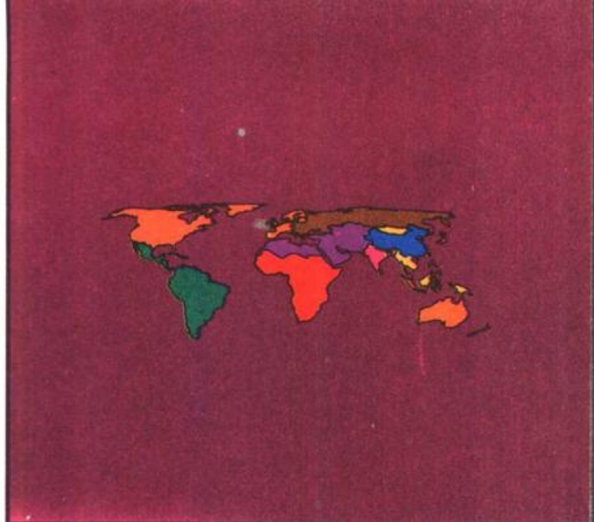
WORLD DEVELOPMENT REPORT 1993
WORLD DEVELOPMENT REPORT 1993
WORLD DEVELOPMENT REPORT 1993
WORLD DEVELOPMENT REPORT 1993



INVESTING IN HEALTH
INVESTING IN HEALTH
INVESTING IN HEALTH
INVESTING IN HEALTH

投 资 于 健 康

世 界 发 展 指 标



1993年世界发展报告

投资于健康

中国财政经济出版社

FJL/BI

World Development Report 1993
Published by Oxford University Press, Inc.
200 Madison Avenue, New York, N. Y. 10016

© 1993 The International Bank
for Reconstruction and Development / THE WORLD BANK
1818 H Street, N. W., Washington, D. C. 20433 U. S. A.
First Printing June 1993

ISBN 0-19-520889-7 clothbound
ISBN 0-19-520890-0 paperback
ISSN 0163-5085

版权所有，未经牛津大学出版社事先准许，本书任何部分不得翻印，或用可复原的设备储存，或以任何形式及方法，如电子、机械、影印、录制，或其他任何方式翻制。

本书所附地图仅在于为读者提供方便。材料中使用的名称和表述，并不表示世界银行的任何部门对任何国家、地区、城市或区域的归属或其管理机构或成员国关系的法律地位的看法，或者由此产生的对管辖权或其疆界及国民归属区划关系的看法。

本书封面的地图显示出本报告分析中所使用的 8 个按人口统计学划分的地区，以求给出有关过去 40 年中，世界各地在改善卫生事业方面的经历的全貌。

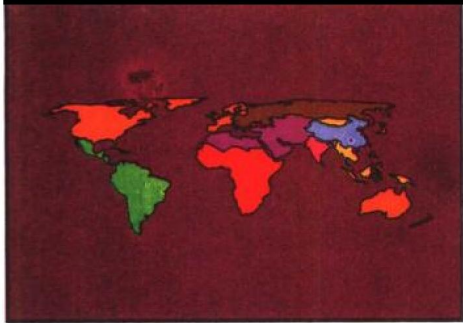
〔世界银行〕 1993 年世界发展报告

*

中国财政经济出版社出版
新华书店北京发行所发行 各地新华书店经售
北京新华印刷厂印刷

*

850×1168 毫米 16 开 21.5 印张 56.4 千字
1993 年 8 月第 1 版 1993 年 8 月第 1 次印刷
定价：12.00 元
ISBN 7-5005-2328-9 / F · 2206



前言

《1993 年世界发展报告》是一年一度系列报告的第 16 期，它探讨了人类健康、医疗卫生政策和经济发展之间相互作用的关系。前三期世界发展报告分别涉及环境、发展战略和贫困问题，它们对发展目标和发展途径进行了综述。以医疗卫生问题为主题的本年度报告与明年论述基础设施的报告一样，都分别对公共财政和公共政策具有重大影响的单个部门作了深入探讨。

处于各种收入水平的国家在医疗卫生方面均取得了很大的进展。尽管发展中国家的儿童在 5 岁之前死亡的可能性仍高达 1/10，但今天的水平同 1960 年相比仍降低了一大半。贫困的减少已使居民增加了对保持健康所需的食品、清洁水和住房的消费。而教育水平的提高则意味着人们能够更好利用新的科学知识提高他们自己及其家庭的健康水平。医疗卫生体制则通过扩大服务进而提供更有效的干预满足了人们对更高健康水平的要求。

尽管如此，在发展中国家，尤其是对这些国家的穷人而言，疾病负担依然沉重，而这些疾病中的大部分是可以用较低的费用预防或治愈的。（如果发展中国家 5 岁以下儿童的死亡率降至高收入国家的水平，那么，每年将少死亡 1100 万儿童。）与此同时，越来越多的发展中国家已开始面临高收入国家所经历过的医疗卫生系统成本增加的问题。

为改善发展中国家的医疗卫生状况，本报告对政府的政策提出了一个三管齐下的方案。第一，政府应培育一个使居民改善他们自身健康状况的经济环境。确保穷人收入的增长政策（必要时包括经济调整政策）是至关重要的。增加对教育，尤其是对女孩教育的投资，同样

也是至关重要的。

第二，重新分配政府的医疗卫生支出，使之用于更有助于穷人且成本效益更好的计划。在发展中国家，每年 1680 亿美元医疗卫生支出的一半是由政府提供的。其中，用于第三级医疗设施专业化治疗的支出太多，而这些设施并没有提供与支出相应的收益。而在低成本高效益的领域则投入太少——如对传染病和营养不良的控制和治疗。平均而言，在发展中国家用于成本效益不佳的服务领域的开支中，如有大约 50% 能重新配置于公共医疗卫生计划和基本临床服务，那么发展中国家作为一个组别，就能将其疾病负担减少 1/4，相当于减少 900 万婴儿的死亡。

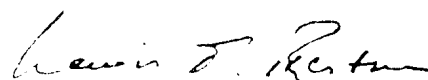
第三，政府应鼓励资助和提供医疗卫生服务方面的更大程度的多样性和更广泛的竞争。政府应资助公共医疗服务和基本临床服务；而将其他临床服务留给私营部门进行融资（通常通过保险调节）或交给社会保险来融资。通过改善激励机制，以便扩大服务范围 and 强化成本控制，政府的规章制度可以加强私营保险市场。即使是对公共资助的医疗服务，政府也可鼓励竞争和私营部门参与提供服务，而且，政府可以通过发布和传播关键信息以帮助提高私营部门的效率。以上措施配套使用，将有助于提高医疗卫生水平和控制成本，同时使消费者更为满意。

正如若干个发展中国家的经验所示，对医疗卫生政策进行重大改革是可行的。国际援助社会可对改革的过渡性费用提供资助，特别是在低收入国家。本报告提出的改革将使全世界人民享有更长、更健康、更富生产力的生命，对 10 亿多穷人而言尤其如此。

起草本报告时,世界卫生组织(WHO)自始至终与世界银行进行了充分合作。在此,我谨向为这种合作提供便利的世界卫生组织及其全球性和地区性机构的员工表示感谢。本报告还极大地受益于这个组织的大量技术经验。从本报告最初构思开始,世界卫生组织就一直积极参与,为医疗卫生发展和系统投入方面的许多问题提供数据资料和技术咨询。或许世界卫生组织最卓越的贡献是和世界银行共同对全球疾病负担所作的联合评价,它是本报告的一个最重要的组成部分。我期待着世界银行与世界卫生组织继续就讨论和实施本报告的内容进行合作。联合国儿童基金会、双边机构和一些其他

的组织也为本报告作出了贡献,世界银行也对他们表示感谢。特别致谢另见后文。

象以往的发展报告一样,本报告包括的世界发展指标提供了127个国家的某些社会和经济统计数据。本报告是世界银行工作人员的研究报告,报告中的观点并不一定反映执行董事会以及他们所代表的政府的观点。



世界银行行长

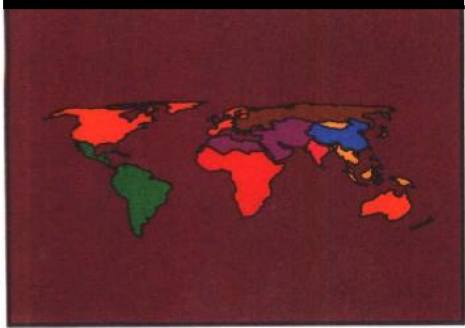
1993年5月31日 刘易斯 T·普雷斯顿

本报告是由 Dean T. Jamison 领导的小组编写的,小组成员有:José-Luis Bobadilla, Robert Hecht, Kenneth Hill, Philip Musgrove, Helen Saxenian, Jee-Peng Tan, Seth Berkley 和 Christopher J. L. Murray 参与了部分工作。Anthony R. Measham 撰写并协调了世界银行人口、卫生与营养局的资料。Susan Cochrane, Thomas W. Merrick, W. Henry Mosley, Alexander Preker, Lant Pritchett 和 Michael Walton 提供了重要的材料和有价值的建议。世界卫生组织给本报告提供的深入的探讨是由 Jean-Paul Jardel 任主席的指导委员会来协调完成的。以 Richard G. A. Feachem 为主席的顾问委员会在本报告准备的所有阶段都提供了有价值的指导。这些委员会的人员名单见致谢部分。小组的工作得到了研究助理 Peter Cowley, Anna E. Maripuu, Barbara J. McKinney, Karima Saleh, Abdo S. Yazbeck 以及实习医生 Lecia A. Brown, Caroline J. Cook, Anna Godal, Vito Luigi Tanzi 的大力支持。

这项工作是在 Lawrence H. Summers 和 Nancy Birdsall 的全面指导下进行的。

世界银行内部和外部的许多人士提供了有益的建议和材料(见参考文献说明)。世界银行国际经济局提供了数据附录,并负责编制世界发展指标。本报告的工作人员包括:Ann Beasley, Stephanie Gerard, Jane Gould, Kenneth Hale, Jeffrey N. Lecksell, Nancy Levine, Hugh Nees, Kathy Rosen 和 Walton Rosenquist。后勤人员由 Rhoda Blade-Charest 领导,成员有:Laitan Alli 和 Nyambura Kimani, Trinidad S. Angeles 是行政助理。John Browning 是主编;Rupert Pennant-Rea 编辑了其中的两章。

许多机构参加了一系列咨询会与年会,并为本报告的准备提供了大力协助;各参加机构的项目与名称列在致谢部分。如果没有以下机构提供的金融协作,这些咨询是无法完成的,在此谨对这些支持致谢:加拿大国际开发协会,丹麦国际开发署,Edna McConnell Clark 基金,挪威外交部,洛克菲勒基金,瑞士发展协调部,美国国际开发署,英国海外开发署,以及世界卫生组织的环境卫生处与热带疾病的研究与培训特别项目。世界卫生组织与联合国儿童基金会为统计附录的整理提供了支持。三家学术机构为本报告的准备提供重要的支持:哈佛人口与发展研究中心,伦敦卫生学与热带药物学院以及瑞士热带学院。



名词解释和资料说明

本报告使用的部分与医疗卫生有关的术语

儿童死亡率。每 1 千例活产婴儿中自出生至 5 岁的死亡人数比率。也作“5 岁以下儿童死亡率”。

死亡年龄中值。指一年龄数值。一年中所有的死亡者有一半为不满该年龄者。该数值取决于人口的年龄分布及死亡风险的年龄格局，它不代表任一年龄组别死亡的平均年龄，且不与预期寿命有直接关系。

总和生育率。指一名妇女若能活到育龄期结束，并按普遍的特定年龄生育率在各个年龄阶段生育孩子的话，她将生育孩子的数目。

外延效应。指一个人的利益或损失波及到另一个人。

(对医疗保健的) 干预措施。目的在于减少疾病风险，治疗病痛或减轻疾病和伤残后果的具体活动。

配置效率。在若干可供选用措施中，使资源分配达到最佳程度。

技术效率。选择和使用以最低成本的资源投入获得专项卫生产品、干预措施或服务的程度。

(医疗保健方面的) 成本效益。与费用有关的，通过采取医疗卫生干预措施而在健康及减少疾病负担方面所能获得的净收益。以每一由伤残调整的生命年所花费的美元数来衡量（见以下两条目）。

全球疾病负担。本报告在与世界卫生组织协同进行的研究中得出的一项指标，用于量化由于疾病而损失的健康寿命，以由伤残调整的生命年来表示。

由伤残调整的生命年 (DALY)。测定全球疾病负担和医疗卫生干预措施的有效性的一项计算单位，以疾病负担的减少来表示。它是用未来无残疾生命的现值来计算，而这又由于特定年份

中发生的早亡或伤残等情况而损失。（更详细的说明见专栏 1.3 及附录 B。）

基于人口的卫生服务。目的在于直接针对人口中某个特定年龄组所有成员的服务（如免疫接种）。

三级医疗保健机构。能为一个大的地区内人口提供专科性及较高医疗保健技术水准的医院或其他机构。其特点是专科性的医疗保健单位集中，并拥有先进的诊断支持服务系统及高度专业化的人员。

国家组别

世界银行为了业务和分析的目的，把各国和地区按人均 GNP 进行了分类。每个国家或地区都被分别归入低收入、中等收入（还可细分为下中等收入和上中等收入）或高收入国家或地区类别。除根据收入分类外，其他分析组别是按地区、出口额和外债水平来划分的。

由于人均 GNP 的变化，各收入组别中的国别构成可能会与上一期报告中有所不同。但任何一期发展指标所用的分组方法一经确定，那么以往历史数据都按照相同的国家分组方法提供。本报告所使用的按收入对国家进行分组的方法定义如下：

- 低收入国家指那些 1991 年人均 GNP 在 635 美元及以下的国家。

- 中等收入国家指那些 1991 年人均 GNP 在 635 美元以上、7911 美元以下的国家。对中等收入国家中的上中等收入国家和下中等收入国家按 1991 年人均 GNP 为 2555 美元作了进一步划分。

- 高收入国家指 1991 年人均 GNP 在 7911 美元以上的国家。

- 全世界代表所有国家，包括数据很少的和人口不足 100 万的国家；它们未分别在主表中列

示,但在世界发展指标技术注释的表 1a 中列出。

按人口统计学划分的地区

为便于人口统计学和流行病学的分析,本年度报告(包括其医疗卫生资料附录,但不包括世界发展指标)将国家分成 8 个按人口统计学划分的地区组别,定义如下:

- 撒哈拉以南非洲指所有撒哈拉以南的国家,包括马达加斯加和南非,但不包括毛里求斯、留尼汪和塞舌尔,它们包括在亚洲其他地区及岛屿组别中。

- 印度

- 中国

- 亚洲其他地区及岛屿指亚洲低收入和中等收入国家和地区(不包括印度和中国)以及除马达加斯加外的印度洋及太平洋岛屿。

- 拉丁美洲和加勒比地区包括美国以南的所有美洲国家和加勒比国家以及古巴。

- 中东伊斯兰教地区包括由北非、中东一直延伸到前苏联的亚洲各共和国的国家和地区。以色列、马耳他、巴基斯坦和土耳其也包括在内。

- 欧洲前社会主义国家(FSE)包括前苏联的欧洲各共和国及中欧和东欧的前社会主义国家。

- 已建立市场经济的国家(EME)包括所有 OECD 国家,土耳其和欧洲的少数小的高收入国家除外。

这 8 个地区又分为两个广义人口统计组别。第一组由 FSE 和 EME 国家组成,这一组别相当一致的年龄分布,正导致人口的老化;另 6 个地区被视为人口统计意义上的发展中组别,它们的年龄分布较年轻,但也在老化。人口统计意义上的发展中国家大致与低收入和中等收入国家一致。绪论的图 1 描绘了这两个区域组别的情况。附录 A 的表 A.10 列示了按人口统计学划分的地区所包括的各国及地区,并给出了它们 1990 年年中的人口数值。附录表 A.3 至 A.9 提供了这些地区中人口超过 300 万的国家 and 地区的人口统计和医疗卫生数据资料。

世界发展指标中各国家的地区组别划分方法不同于本报告正文中使用的分组方法,世界发展

指标末尾的“国家分类”表的第一部分,列示了按世界发展指标中的收入和地区分类的国家。

低收入国家和中等收入国家有时被称为“发展中国家”。使用这个术语是为了方便,它并不是意指在这个组别中的所有国家都在经历相似的发展阶段,或这个组别之外的那些国家已经到达了某种更高的发展阶段或最终发展阶段。根据收入进行的分类不一定反映发展状态。(在世界发展指标中,那些被联合国或本国当局定为发展中国家的高收入国家,均以 + 号表示。)在本报告中,“国家”这一术语只是属于经济范畴,并不代表世界银行在法律上或领土意义上的看法。

分析中使用的组别划分

为了便于分析,除了从地理上划分国家组别外,还使用了主要基于出口额和对外债务的其他一些重叠分类。拥有 100 万以上人口的国家组别分列于后。未分别列出的人口在 100 万以下的国家的数据,包含在各组别总计数中。

- 燃料出口国指石油和天然气的出口额 1987—1989 年间占出口总额 50% 以上的国家。这些国家包括:阿尔及利亚、安哥拉、文莱、刚果、加蓬、伊朗伊斯兰共和国、伊拉克、利比亚、尼日利亚、阿曼、卡塔尔、沙特阿拉伯、特立尼达和多巴哥、土库曼斯坦、阿拉伯联合酋长国和委内瑞拉。

- 严重负债的中等收入国家(在本期世界发展指标中缩写成“严重负债的国家”)是指 21 个在 1989—1991 年间均面临着严重的外债清偿困难的国家。它们之所以被定义为这类国家,是因为两个主要比率中任意一个高于评判标准:债务现值对 GNP 的比率(80%)或债务现值对货物和所有劳务出口额的比率(200%)。这 21 个国家是:阿尔巴尼亚、阿尔及利亚、安哥拉、阿根廷、玻利维亚、巴西、保加利亚、刚果、科特迪瓦、古巴、厄瓜多尔、伊拉克、牙买加、约旦、墨西哥、蒙古、摩洛哥、巴拿马、秘鲁、波兰和阿拉伯叙利亚共和国。

- 世界发展指标中的 OECD 成员国是高收入国家的一个部分,由经济合作与发展组织成员国组成,但不包括希腊、葡萄牙和土耳其,这三个国家已被列在中等收入国家组别中。在《世界

发展报告》正文中，“OECD 国家”指所有 OECD 成员，另有说明者除外。

数据注释

- 10 亿为 1000 百万。
- 1 万亿为 1000 十亿。
- 吨是公吨，等于 1000 公斤或 2204.6 磅。
- 美元系时值美元，另有说明者除外。
- 增长率是根据不变价格资料使用最小平方方法计算得出的，另有说明除外。见世界发展指标技术注释中对最小平方方法的详细说明。

- 在资料中，符号 /，如“1988 / 1989”，指该段时间可能少于两年，但跨两个日历年，它指一个收获年、一个调查年或一个财政年度。

- 符号“.”在表中指数据暂缺。
- 符号“-”在表中指数据不适用。（在世界发展指标中，空格也指数据不适用。）

- 表和图中的数字 0 和 0.0 指零或少于半个所用计量单位的数字，或尚无更精确的数字。

世界发展指标中的所有数据截止日期是 1993 年 4 月 30 日。

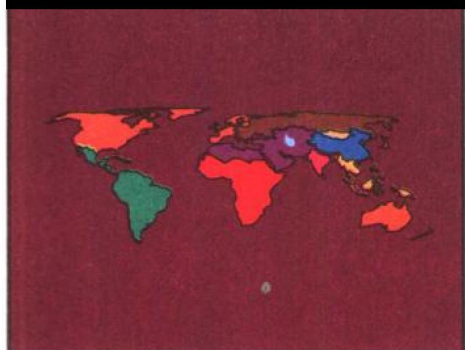
由于可获得的更佳资料不断更新，不变价格基准年的重新改变，以及收入和分析组别中国家组合的改变，本期世界发展报告中的历史资料数据可能与以往各期的数字有出入。

经济学及人口统计学术语见世界发展指标技术注释的定义。

缩略语

AIDS	Acquired immune deficiency syndrome 获得性免疫缺损综合症 (艾滋病)
ARI	Acute respiratory infection 急性呼吸道感染
BCG	Bacillus of Calmette and Guérin vaccine 卡介疫苗 (用于预防肺结核)
DALY	Disability-adjusted life year 由伤残调整的生命年
DPT	Diphtheria, pertussis, and tetanus vaccine 白喉、百日咳和破伤风疫苗

EPI	Expanded Programme on Immunization 扩大的免疫计划 (对白喉、百日咳、破伤风、脊髓灰质炎、麻疹和肺结核的免疫)
EPI Plus	扩大的免疫计划，附加对乙型肝炎、黄热病、适当的情况下还有维生素 A 和碘补足的免疫
GBD	Global burden of disease 全球疾病负担
GDP	Gross domestic product 国内生产总值
GNP	Gross national product 国民生产总值
HIV	Human immunodeficiency virus 人类免疫功能缺损病毒 (艾滋病病毒)
HMO	Health maintenance organization 保健组织
NGO	Nongovernmental organization 非政府组织
OECD	Organization for Economic Cooperation and Development 经济合作与发展组织，成员国包括：澳大利亚、奥地利、比利时、加拿大、丹麦、芬兰、法国、德国、希腊、冰岛、爱尔兰、意大利、日本、卢森堡、荷兰、新西兰、挪威、葡萄牙、西班牙、瑞典、瑞士、土耳其、英国和美国
STD	Sexually transmitted disease 性传播疾病
UNDP	United Nations Development Programme 联合国开发计划署
UNICEF	United Nations Children's Fund 联合国儿童基金会
UNPF	United Nations Population Fund 联合国人口基金会
WHO	World Health Organization 世界卫生组织



目 录

名词解释和资料说明 x

绪论 1

医疗卫生体系及其问题 3

政府和市场在医疗卫生方面的作用 5

为实现人人健康而制定的政府政策 7

为居民健康而改善经济环境 7

投资于公共医疗卫生和基本临床服务 8

改革医疗卫生体系：促进多样化和竞争 12

行动议程 13

1 发展中国家的卫生问题：成就和挑战 17

卫生问题何以重要 17

成功的记录 21

疾病负担的衡量 25

未来的挑战 30

经验教训：对过去死亡率下降的解释 35

有效行动的潜力 36

2 家庭和健康 37

家庭能力：收入和教育 39

加强家庭能力的政策 44

能采取什么措施？ 51

3 政府和市场在医疗卫生事业中的作用 52

医疗卫生支出及其结果 53

政府采取行动的理论基础 55

金钱对健康的价值 59

医疗卫生政策和医疗卫生体系的实绩 65

4 公共卫生 72

基于人口的医疗卫生服务 72

饮食和营养 75

生育 82

减少烟草、酒类和毒品的滥用 87

环境对健康的影响 90

艾滋病：对发展的威胁	99
基本公共卫生一揽子内容	107
5 临床服务	108
临床服务的政府与私人融资	108
一揽子基本临床服务的选择与资金筹集	112
随意性临床服务的保险与资金筹集	119
临床服务的提供	124
重新制订现行及长远的门诊服务方针	132
6 卫生投入	134
重新配置用于医疗卫生机构与设备的投资	134
关于人材资源方面不平衡的问题	139
改善药品的选择、采购和使用	145
产生信息与加强研究工作	149
7 行动日程	156
发展中国家的卫生政策改革	156
国际卫生援助	165
迎接卫生政策改革的挑战	168
致谢	172
参考文献说明	176
附录 A. 人口及医疗卫生保健数据资料	195
附录 B. 1990 年全球疾病负担	213
世界发展指标	227
专栏	
1 为卫生投资：本报告的主旨	6
2 关于儿童问题的全球最高级会议	15
1.1 控制河盲症的成本与效益	19
1.2 艾滋病的经济影响	20
1.3 衡量疾病负担	26
1.4 人口与流行病的变化	30
2.1 四个国家儿童健康状况的进展	38
2.2 对入学儿童进行卫生教育：玻利维亚的电台教育	48
2.3 对妇女施行暴力的健康问题	50
3.1 为中国的肺结核控制计划付费	58
3.2 巴西一所医院的成本信息和管理决策	60
3.3 防治麻疹和肺结核干预措施的成本效益	63
3.4 健康问题的当务之急：沉重的疾病负担和成本效益好的干预措施	64
4.1 妇女的营养	76
4.2 泰米尔纳德邦综合营养项目：使补充食品发挥作用	80
4.3 世界银行有关烟草的政策	89
4.4 天花以后：消灭龙线虫	92

4.5	在供水与卫生设施方面投资的成本和收益	93
4.6	蚊子传染的环境控制和家庭控制	94
4.7	中欧的污染和卫生	97
4.8	日本的污染：事前预防比事后治理更好，更节省	98
4.9	乌干达如何应付艾滋病	104
5.1	使怀孕和分娩安全	113
5.2	患儿的综合管理	114
5.3	性传播疾病的治疗	115
5.4	结核病的短程治疗	116
5.5	以穷人为目标的公共支出	119
5.6	工业国对卫生保健费用的控制	122
5.7	OECD 国家医疗保健的改革	125
5.8	传统医生与基本卫生服务的提供	129
5.9	“管制下的竞争”与美国的卫生改革	132
6.1	国际移民和卫生专业技术员的全球市场	141
6.2	社区卫生工作人员	143
6.3	购买权：各种国际机构是怎样节省药品采购支出的	146
6.4	标准化的调查计划对卫生信息系统的贡献	149
6.5	评价巴西实施的剖腹产手术	150
6.6	一项未得到满足的需要：成本低廉而简便易行的诊断性传播疾病的方法	154
7.1	卫生中心的社区筹资：巴马科倡议	159
7.2	智利的卫生部门改革	162
7.3	俄罗斯联邦卫生制度的改革	164
7.4	卫生援助及其有效性	168
7.5	世界银行对卫生部门改革的支持	169
7.6	津巴布韦和孟加拉国——卫生部门中捐助者的相互协调	170

正文附图

1	本报告所用的按人口统计学划分的地区	2
2	1990 年按人口统计学划分的地区的早亡和残疾造成的疾病负担	3
3	1980 年巴西阿雷格里港贫困居民区和非贫困居民区的婴儿及成人死亡率	7
1.1	1960 和 1990 年间按国家划分的儿童死亡率	22
1.2	1950—1990 年间按人口统计学划分的地区的预期寿命趋势	23
1.3	在若干年份中智利以及英格兰与威尔士标准化年龄的女子死亡率	24
1.4	在若干年份中智利以及英格兰与威尔士的女子特定年龄死亡率变化	24
1.5	1990 年按性别和人口统计学划分的地区的疾病负担	28
1.6	1990 年在若干按人口统计学划分的地区中，按病因划分的 DALY 损失的分布	29
1.7	1960—2020 年间在撒哈拉以南非洲以及拉丁美洲和加勒比地区的预期寿命和生育率趋势	30
1.8	1950、1990 和 2030 年按人口统计学划分的地区的死亡年龄中值	32
1.9	若干国家中部分时期内的预期寿命和人均收入	34
2.1	相互加强的周期：减轻贫困和人力资源开发	37

2.2	80年代后期,若干城市地区富人和穷人居民区的儿童死亡率	40
2.3	65个国家中儿童死亡率的下降和人均收入的增长	41
2.4	80年代后期,在若干国家中父母文化程度对两岁以下儿童死亡风险的影响	43
2.5	1987年,巴西阿雷格里港成人健康的教育和风险因素	44
2.6	1980—1990年间调整贷款的接受国和非接受国用于卫生的公共支出的均值离差	46
2.7	1980年前后印度按年级划分的入学率	47
3.1	某些国家的预期寿命和医疗卫生支出:与根据GDP和教育水平所作估计的偏差	54
3.2	47种医疗卫生干预措施的效益与成本	62
4.1	孟加拉国、印度、巴布亚新几内亚和坦桑尼亚的儿童(特定年龄范围内)死亡率和一定年龄的体重	77
4.2	1950—1995年期间,按人口统计学划分的地区的总和生育率	82
4.3	80年代后期若干国家5岁儿童由于与生育率有关的危险因素引起的死亡风险	83
4.4	1965—1991年间罗马尼亚的产妇死亡率	86
4.5	1930—1990年间美国男子因患肺癌和其他各种癌症的死亡趋势	88
4.6	1990年按人口统计学划分的地区无卫生设备或供水服务的人口	91
4.7	一个撒哈拉以南非洲国家的艾滋病流行模拟情况	100
4.8	在两者必居其一的假定条件下,1990—2000年HIV感染的新趋势:撒哈拉以南非洲和亚洲	101
5.1	1990年70个国家的收入和医疗卫生支出情况	110
5.2	1990年低收入和中等收入国家在医疗卫生服务方面的公共融资	117
6.1	卫生系统金字塔:医疗卫生服务是在何处提供的?	135
6.2	1990年前后各个按人口统计学划分的地区的医院接诊能力	136
6.3	1990年或可获得的最近年份中按人口统计学划分的地区的卫生人才供应	140
7.1	1990年对医疗卫生部门外援的支付额	166

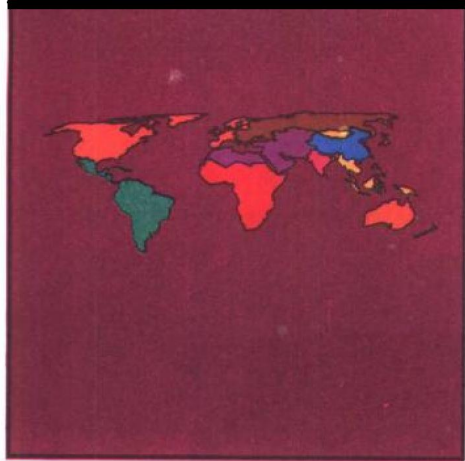
正文附表

1	1975—1990年按人口统计学划分的地区的人口和经济指标及医疗卫生事业的进展情况	2
2	1990年低收入和中等收入国家最低标准的公共医疗服务和基本临床服务一揽子计划的估计费用和健康效益	10
3	政策变革对实现医疗卫生部门目标的贡献	14
1.1	1990年不同性别、原因和损失类型的疾病负担	25
1.2	1990年不同年龄组和性别的四种主要疾病的负担	28
1.3	HIV—艾滋病的演变	33
2.1	按1985和1990年及中长趋势划分的发展中地区的贫困和人均收入增长	42
3.1	1990年全世界医疗卫生开支	52
3.2	1990年发展中国家实际和建议配置于医疗卫生的公共支出	66
3.3	1990年一揽子公共医疗和基本临床服务的总成本和潜在的健康收益	68
4.1	1990年按人口统计学划分的地区扩大的免疫计划(EPI)可避免的儿童疾病负担	73
4.2	1990年在两种类型的发展中国家中,附加内容的扩大的免疫计划的费用和健康收益	74
4.3	1990年营养不良对全球疾病负担的直接及间接影响	76
4.4	营养干预的成本效益	82
4.5	1990年人口统计意义上的发展中国家贫困家庭环境下疾病负担的估计,以及通过改善家庭服务可	

能的减少量	90
4.6 1990 年由若干环境威胁引起的全球疾病负担估计和通过环境干预后疾病负担的可能的世界性减少	95
4.7 1990 年在低收入和中等收入国家中一揽子公共卫生的费用和健康收益	106
5.1 政府在临床服务的资金筹集和提供方面行动的合理性和方向	109
5.2 按收入组别划分的临床服务体制	111
5.3 1990 年低收入和中等收入国家某些公共卫生和临床服务的估计费用以及健康效益	117
5.4 1990 年部分国家的社会保险情况	120
5.5 向医疗提供者支付费用的其他方法的优缺点	124
5.6 改善提供医疗卫生服务的政策	126
6.1 1990 年部分国家的人均药费支出水平	145
6.2 根据对全球疾病负担影响最大的六个因素确定的研究与产品开发的重点领域	152
7.1 政策变化与三个国家组别的关系	157
7.2 1990 年按人口统计学划分的地区用于卫生的官方发展援助	167

附录表

A.1 人口(年中数)和年平均增长率	199
A.2 GNP、人口、人均 GNP 和人均 GNP 的增长	199
A.3 人口结构及其动态	200
A.4 人口及按各年龄组划分的死亡人数	202
A.5 生命周期内的死亡风险及预期寿命	203
A.6 营养及健康行为	204
A.7 按广义原因划分的死亡和结核病发病率	206
A.8 医疗卫生基础设施及服务	208
A.9 医疗卫生支出及外国援助的总资金流入额	210
A.10 1990 年中按人口统计学划分的地区的国家和人口	212
B.1 1990 年按年龄及性别划分的疾病负担	215
B.2 1990 年按病因计的女性疾病负担	216
B.3 1990 年按病因计的男性疾病负担	218
B.4 1990 年按年龄及三组主要病因计的疾病负担	220
B.5 1990 年按后果、性别及年龄计的疾病负担	221
B.6 1990 年在人口统计意义上的发展中国家中,儿童由下列 10 种主要病因导致的疾病负担分布情况	222
B.7 1990 年在人口统计意义上的发展中国家中,成年及老年由下列 10 种主要病因导致的疾病负担分布情况	223
B.8 1990 年按原因及按人口统计学划分的组别计的死亡	224



绪 论

在过去的 40 年中，人类预期寿命提高的幅度大于以前所有历史时期的幅度。1950 年发展中国家人民的预期寿命为 40 岁，到 1990 年已增加到 63 岁。1950 年，每百名儿童中有 28 名在 5 岁以前夭折，到 1990 年，这个数字减少到 10 名。50 年代初期，每年有 500 多万人死于天花，现在它已完全绝迹。接种疫苗极大地降低了麻疹和小儿麻痹症的发病率，这些成就不但确实已转化为安康的直接和巨大的收益，而且也减轻了由不健康的工人和患病或缺课的在校儿童造成的经济负担。取得这些成就的原因是全世界人民的收入不断增加和受教育程度的不断提高，也因为各国政府致力于扩大医疗保健服务，而这种服务又因技术进步而得到了加强。

尽管取得了这些显著的成就，但医疗卫生方面的问题依然大量存在。发展中国家的绝对死亡率水平仍然高得令人难以接受：儿童死亡率比已建立市场经济的国家高出大约 10 倍。如果穷国的儿童死亡率能降到富国的水平，那么每年就会少死 1100 万儿童。在这些可以防止的死亡中，几乎有一半是由于腹泻和呼吸系统疾病造成的，营养不良又使这些问题更加严重。此外，每年有 700 万成年人死于可以防止

的或用较低费用即可治愈的疾病；仅肺结核就致使其中的 200 万人死亡。大约 40 万妇女死于怀孕和妊娠并发症。发展中国家的母婴死亡率平均是高收入国家的 30 倍。

虽然即使在最贫穷的国家，卫生状况也已有所改善，但改善的程度是不均衡的。在 1960 年的加纳和印度尼西亚，大约有 1/5 的儿童在 5 岁之前死亡，这样的儿童死亡率在许多发展中国家是很典型的。到 1990 年，印度尼西亚的儿童死亡率下降到 1960 年水平的大约 50%，但加纳只是略有下降。表 1 列示了在 1975 到 1990 年期间各地区在降低死亡率方面取得的成就的概况（图 1 表明的是图 1 和本报告通篇常用的按人口统计学划分的地区）。

除了早亡以外，疾病负担中的很大部分还有伤残，包括小儿麻痹症引起的瘫痪、失明和严重精神病所导致的伤痛。为了测算疾病负担，本报告使用的是由伤残调整的生命年 (DALY)，它是对因早亡而减少的健康寿命年与因伤残而减少的健康寿命年的综合测算方法。

主要是由于早亡率的差异，因此在不同地区每人损失的 DALY 也大不相同；因伤残而导致的 DALY 损失的地区性差异要小得多

图中列出的前6个地区正处于人口统计过渡的中级阶段。

图1 本报告所用的按人口统计学划分的地区

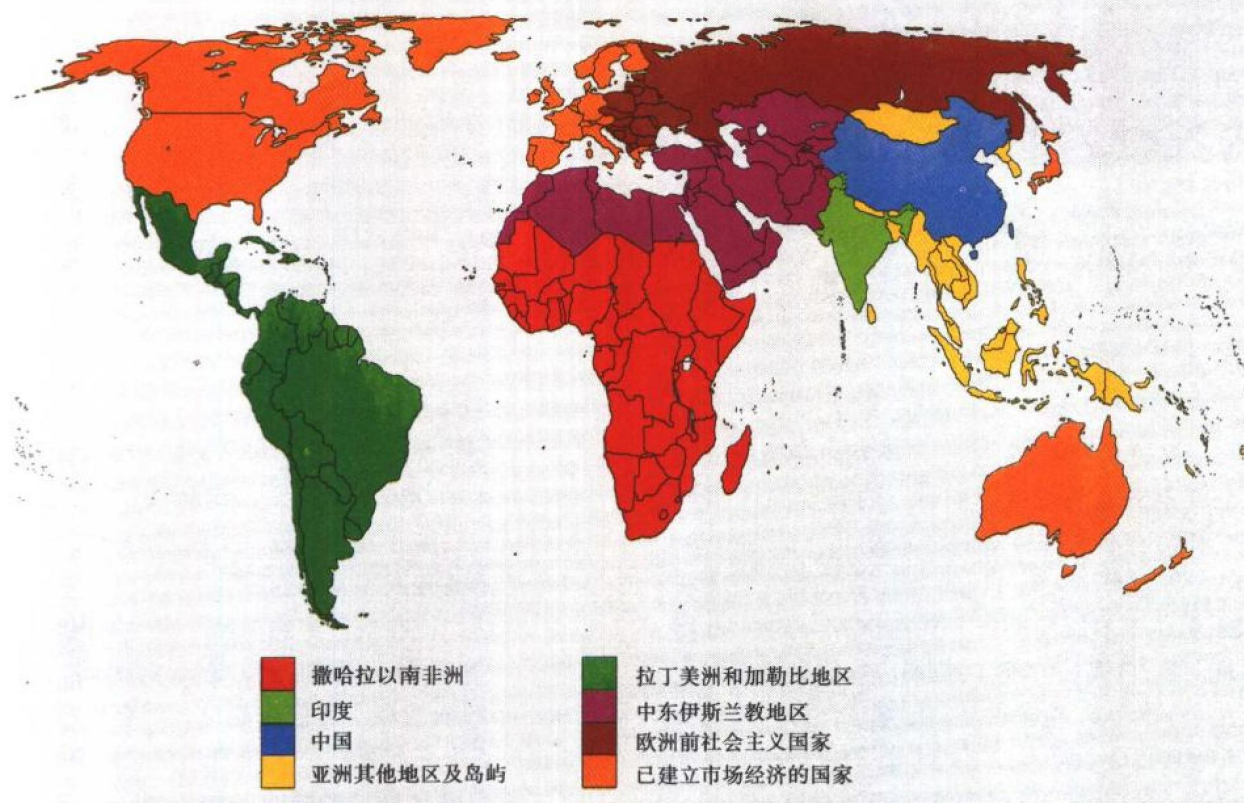


表1 1975-1990年按人口统计学划分的地区的人口和经济指标及医疗卫生事业的进展情况

地 区	1990 年 人 口 (百万)	1990 年 死亡数 (百万)	人均收入		儿童死亡率		出生时预 期寿命(岁)	
			1991 年 美元	增长率 1975 -1990 (年百分比)			1975	1990
撒哈拉以南非洲	510	7.9	510	-1.0	212	175	48	52
印度	850	9.3	360	2.5	195	127	53	58
中国	1134	8.9	370	7.4	85	43	56	69
亚洲其他地区及岛屿	683	5.5	1320	4.6	135	97	56	62
拉丁美洲和加勒比地区	444	3.0	2190	-0.1	104	60	62	70
中东伊斯兰教地区	503	4.4	1720	-1.3	174	111	52	61
前欧洲社会主义国家(FSE)	346	3.8	2850	0.5	36	22	70	72
已建立市场经济的国家(EME)	798	7.1	19900	2.2	21	11	73	76
人口统计意义上的发展中国家组别 ^a	1144	10.9	14690	1.7	25	15	72	75
FSE 和 EME	4123	39.1	900	3.0	152	106	56	63
全世界	5267	50.0	4000	1.2	135	96	60	65

注：儿童死亡率是儿童从出生到5岁期间死亡的概率，用占每1000名活产婴儿的比例表示，出生时预期寿命是根据目前具体年龄上的死亡率而求出的一个人可能生存的平均岁数。

a. 人口统计意义上的国家和地区：撒哈拉以南非洲，印度，中国，亚洲其他地区及岛屿，拉丁美洲和加勒比地区，以及中东伊斯兰教地区。

资料来源：人均收入来自世界银行数据；其他数据来自附录A。

(图 2)。DALY 的总损失就是全世界的疾病负担。

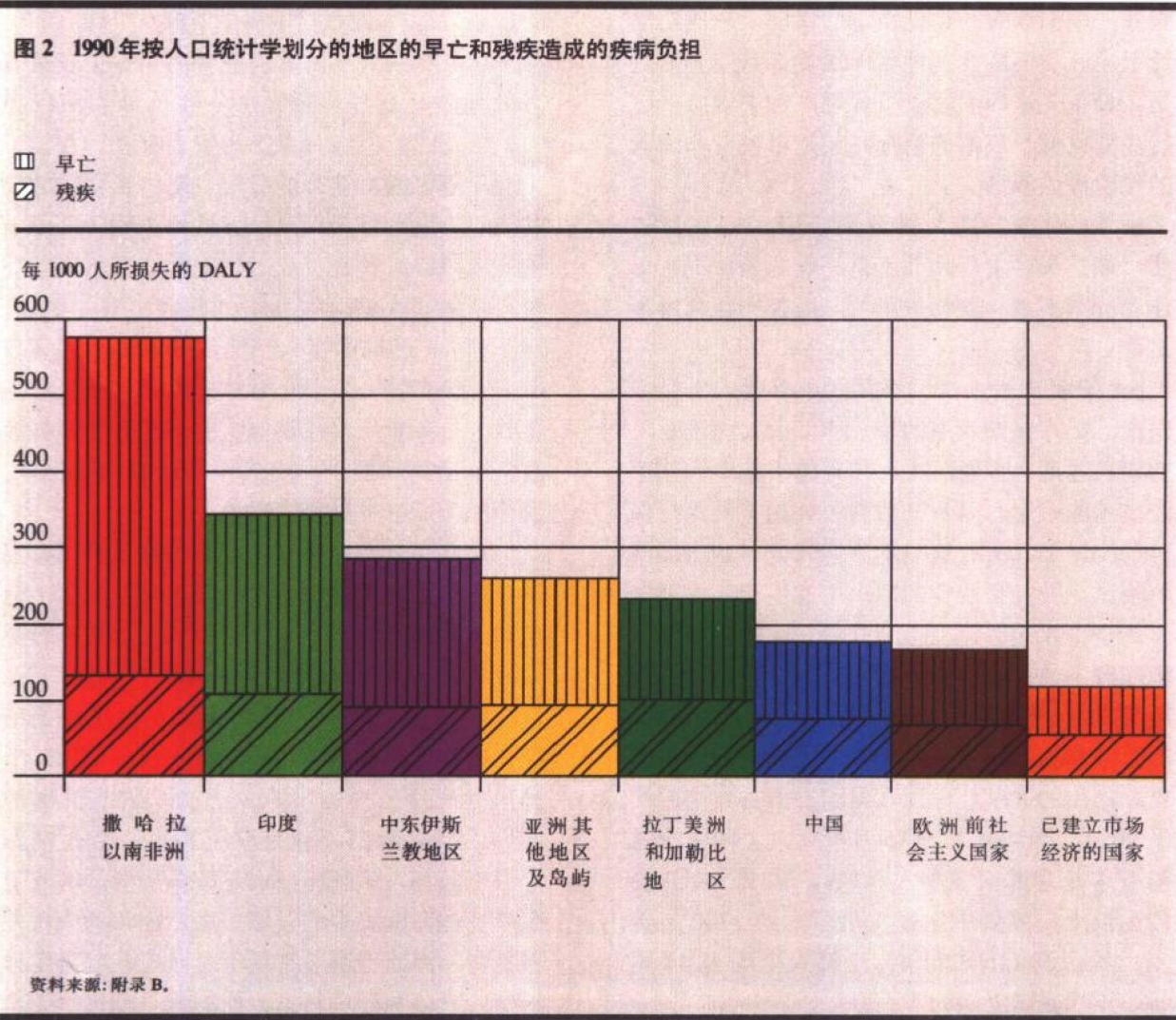
人类目前面临着新的和严峻的医疗卫生挑战。到 2000 年，发展中国家日益蔓延的艾滋病将很快造成每年死亡 180 万人，从而抵消人们几十年来为减少死亡而付出的艰苦努力。疟原虫抗药性的提高会使患疟疾致死的人数增加一倍，在 10 年内将达到每年近 200 万。随着人口日益老龄化，治疗费用高昂的成人和老人的非传染性疾病更加突出，在降低儿童死亡率和减少生育率方面取得的飞速进展也将形成对医疗保健系统的新需求。因与烟草有关的心脏

病和癌症致死的人数很可能在下个世纪的第一个 10 年中翻番，达到每年 200 万人，而如果目前吸烟的格局持续下去的话，那么到下个世纪中叶，发展中国家吸烟者的死亡人数每年将超过 1200 万人。

医疗卫生体系及其问题

虽然医疗卫生服务仅仅是扩大已有成果的一个因素，但它在发展中国家的重要作用却是不容置疑的。公共医疗保健措施消灭了天花，而且一直是减少因疫苗即可防止的儿童疾病致

在贫困国家疾病负担最高,而残疾在所有地区仍然是个问题。



死的中心环节。扩大的和改善的卫生保健已拯救了数百万人的生命，使他们不致死于传染性疾病和伤残。但目前医疗卫生体系也存在着重大问题，如果不解决的话，它们将会有碍于减轻早亡和伤残负担的进程，破坏为迎接医疗卫生新挑战和新出现的疾病威胁而做的工作。

- **配置不当。**公共资金被用于成本效益不佳的医疗卫生措施方面，如各种癌症的外科手术治疗，而同时，成本效益很好的措施，如肺结核和性传播疾病的治疗，却资金不足。在有些国家，仅一座教学医院就占去了卫生部20%甚至还多的预算，而几乎所有成本效益好的措施在较低层次的机构中施行才能取得最佳效果。

- **不平等。**穷人难以获得基本的医疗卫生服务，他们获得的是低质量的保健。政府的医疗卫生开支不成比例地用于次要部分，其形式是在设备先进的国营三级保健医院中对患者进行免费或低于成本的治疗，或是对私营和国营的保险提供补贴。

- **低效率。**绝大部分医疗卫生开支是浪费：如购买名牌药品而不是一般药品，卫生工作者分派不当，监督也不力，医院病床利用不足等。

- **费用急剧上涨。**在某些中等收入发展中国家，医疗保健费用的增长速度大大高于收入的增长速度。普通医生和技师越来越多，新医疗技术的采用，以及与免费服务相关的医疗保险急剧增加，所有这一切共同致使对费用高昂的测试、处置和治疗的需求迅速增长。

全世界的医疗卫生开支是巨大的，因而资源配置不当、浪费和分配不公的潜在费用也是巨大的。1990年，全世界用于医疗卫生服务的公共和私人支出约为17000亿美元，或占世界总产出的8%。高收入国家支出占其中的几乎90%，平均每人1500美元。美国一国就消费了全球总开支数的41%，占其GNP的12%以上。发展中国家支出了大约1700亿美元，约占其GNP的4%，每人平均为41美元，不到富国支出的1/30。

低收入国家的政府医院和诊所提供了绝大

多数现代医疗服务，它们通常是低效率的。高度集中的决策、预算配置的大幅度波动，以及对医疗机构管理人员和医务工作者没有激励措施等等，使这些医院和诊所饱受其害。私人提供者主要是非洲的地区性的非政府机构及南亚的私营医生和无证书的从医者，它们与公共部门相比，技术效率更高，提供的服务也被认为是具有更高质量，但政府政策并不支持他们。在低收入国家，穷人的健康常常被忽视，因为用于医疗卫生部门的公共开支严重地倾斜于费用高昂的医院服务，而这些服务又不成比例地使较富的城市居民群组受益。印度尼西亚政府虽然在80年代致力于改善穷人的医疗卫生服务，但在1990年，政府对占居民总数10%的最富有者的医疗补贴仍然几乎三倍于对占该国人口总数10%的最贫困者的补贴。

中等收入国家的政府通常对只保护较富有者的保险计划提供补贴——在南非和津巴布韦，私营医疗保险只保护少数富有者，在拉丁美洲，更多的工业部门劳动力是由强制性的公共保险（所谓社会保险）提供保护的。人口中的大多数，尤其是穷人，严重地依赖于现金支付，依赖于大多难以获得的政府服务。例如，与不到人口3%的富人相比，60%以上的秘鲁穷人必须奔波一个多小时才能获得初级医疗卫生服务。医疗质量也是低劣的：药品和设备短缺；候诊时间过长，而医生问诊时间又很短，误诊和治疗不当是普遍现象。

在前社会主义国家，政府一直负责医疗卫生服务的资金和提供，医疗卫生服务基本上是免费的，而且实现了对人口中的大多数进行免费医疗。这形成了表面上的较高程度的平等。但在实际上，较富的患者为了获得更好的治疗，通常要进行非正式的现金支付：例如，罗马尼亚医疗卫生费用的大约25%和匈牙利的20%用于走后门，或是获得药品，或是向医疗卫生人员表示感谢。由于政府经营的医疗卫生体系是高度集中的官僚主义产物，对人民并不负责，因此普遍效率低下。政府在制订工作场所的安全和环境污染方面的规章制度等工作中，一向动作迟缓，而且未能开展有效的运动