



中华人民共和国国家标准

GB/T 24465—XXXX/ISO 21667:2010

代替 GB/T 24465—2009

健康信息学 健康指标概念框架

Health informatics — Health indicators conceptual framework

(ISO 21667:2010, IDT)

(征求意见稿)

XXXX—XX—XX 发布

XXXX—XX—XX 实施

国家市场监督管理总局
国家标准化管理委员会 发布

目 次

前言	II
引言	III
1 范围	1
2 规范性引用文件	1
3 术语和定义	1
4 健康指标概念框架	1
4.1 框架	2
4.2 框架维度	2
附录 A（资料性） 与 OECD 健康指标行动的一致性比较	5
附录 B（资料性） 制定通用健康指标概念框架的缘由	7
附录 C（资料性） 健康指标概念框架的背景	8
附录 D（资料性） 健康状况	9
附录 E（资料性） 非医学健康决定因素	10
附录 F（资料性） 健康系统性能	11
附录 G（资料性） 社区和健康系统特征（语境指标）	12
附录 H（资料性） 公平性	13
参考文献	14

前 言

本文件按照GB/T 1.1—2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

本文件代替GB/T 24665—2009《健康信息学 健康指标概念框架》，与GB/T 24665—2009相比，除结构调整和编辑性改动外，主要技术变化如下：

- a) 增加了“健康”的定义（见3.1）；
- b) 更改了表1中“非医学健康决定因素”为“健康决定因素”（见表1，2009年版的表1）；
- c) 更改了“公平性框架维度”为“框架维度”（见4.2，2009年版的3.2）；
- d) 更改了“非医学健康决定因素”为“健康决定因素”（见4.2.2，见2009年版的3.2.2）。

本文件等同采用ISO 21667:2010《健康信息学 健康指标概念框架》。

本文件做了下列最小限度的编辑性改动：为符合我国文件提及自身的要求，将“本国际标准”改为“本文件”。

请注意本文件的某些内容可能涉及专利。本文件的发布机构不承担识别专利的责任。

本文件由中国标准化研究院提出并归口。

本文件起草单位：。

本文件主要起草人：

本文件及其所代替文件的历次版本发布情况为：

——2009年首次发布为GB/T 24465—2009；

——本次为第一次修订。

引 言

国际上，除了关注付款方和利益相关方的责任和反馈外，人们还非常关注对医疗保健系统性能的监测。因此，许多国家为了监测健康系统的性能，开始对健康信息进行系统的定义和收集。这种趋势推动了可对人口健康及医疗保健系统进行更明确、更严格测评的数据基础设施的强化，反过来强化的数据基础设施也推动了这种趋势的发展。通常，这种测评是收集描述健康和健康系统相关的趋势和因素的具体指标集合。

术语“健康指标”是一个综合量度，通常以定量方式来表示，代表健康状况、医疗保健系统或相关因素的一个关键维度。健康指标是资料性的，并对时间和辖区的变化敏感。为了监测健康状况或保障健康系统的运行，需要用明确的准则来选择和定义健康指标。健康指标的选择应在度量内容和度量目的方面保持一致，并以明确的概念框架进行表述。这就意味着需要一个可在国际范围内使用的通用框架，给出度量健康状况和健康系统性能的方式。同时，本文件对关键类型指标的综合性高层分类体系进行了说明。这些指标对于人口健康和健康服务的评估有实用价值。本文件的制定无疑会推动国家间用于交流的通用语言的发展，而且最终会提高指标的通用性。从长远角度看，本文件可以而且事实上也将促进健康数据的国际化比对，从而便于进行国际范围内统一的

报告、发布和分析。本文件制定工作的开展也可视为对其他组织（如OECD）现行工作的补充。通用健康指标概念框架的应用将进一步促进各国制定和收集通用健康指标。此外，制定国际上普遍接受的健康指标概念框架的努力不但将进一步健全跨国比照和分析的能力，而且还有利于开发可比较的数据，这些数据可作为建立国际基准的基础。这种努力的结果对国家健康消费策略、健康人力资源需求或健康和社会系统组织非常有价值，并且最终会促进对健康差异、医疗保健差异和其他非医学健康决定因素中诸多差异的正确认识。

有关OECD发起的项目及其与本文件中健康指标概念框架的关系等方面的信息见附录A。

健康信息学 健康指标概念框架

1 范围

本文件确立了健康信息学领域中通用的健康指标概念框架。其目的是促进框架中通用词汇和概念性定义的制定。该框架：

- 定义了描述人口健康和医疗保健系统性能所必需的、合适的维度和子维度；
- 是宽泛（高层）的，可适用于各种医疗保健系统；
- 是全面的，囊括了与健康效果、健康系统性能和应用以及与区域和国家差异相关的所有因素。

本文件不标识或不描述健康指标概念框架内的单个指标或具体数据元素。关于健康指标概念框架可能包含的元数据、特征和通用属性方面的标准待制定。

基准定义和 / 或定义基准的方法不属于本文件范围。

注1：制定本框架的缘由见附录B。

注2：许多国家已开发了用来指导收集和分析健康指标的模型。各个国家并不希望改变自己现有的框架。本框架可以认为与各国现有的框架一致。例如，如果具体的健康指标框架只针对健康系统性能，则本文件推荐的方法可以用来加强和 / 或补充各国现行的模型。

注3：不同的辖区可以选择实施不同的概念框架。由于概念维度代表了高层分类学，所以本文件可以为各国在选择具体指标时提供有效的判断和灵活性。高层分类学也具有足够的灵活性，允许在将来随着新问题的出现和新数据的增加而增加相应的新指标。由于没有定义具体数据元素，所以各个辖区可以根据自身具体情况将最相关、最适用的指标纳入到本框架中。

2 规范性引用文件

本文件没有规范性引用文件。

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1

健康 health

日常生活所需的资源，而非生活的目标，同时是一个积极的概念，强调社会和个人资源以及体能能力。

[来源：渥太华促进健康宪章，世界卫生组织（WHO），1986]

3.2

健康指标 health indicator

单个综合量度，通常以定量方式来表示，代表健康状况、医疗保健系统或相关因素的一个关键维度。

注：健康指标是资料性的，并对时间和辖区的变化敏感。

4 健康指标概念框架

4.1 框架

健康指标概念框架见表1，健康指标概念框架背景见附录C。

表1 健康指标概念框架

维度	子维度				
健康状况	完好状态	健康情况	人体功能	死亡	
健康决定因素	健康行为	社会经济因素	社会和社区因素	环境因素	遗传因素
健康系统性能	可接受性	可获得性	适用性	可胜任性	
	持续性	效果	效率	安全性	
社区和健康系统特征	资源	人口	健康系统	—	

4.2 框架维度

4.2.1 健康状况

“健康状况”维度的描述见表2，健康状况其他信息见附录D。

表2 健康状况

子维度	描述	示例
完好状态	关于个人身体、精神和社会适应方面的综合量度	—自测健康 —自尊
健康情况	个体健康状况的改变或属性，可导致情绪异常、干扰日常活动或需要健康服务。它可以是（急性或慢性）疾病、障碍、创伤或外伤、其他健康状况（如怀孕、衰老、压力、先天性异常、遗传因素）	患病率： —关节炎 —糖尿病 —慢性疼痛 —抑郁症 —由于饮食或饮水导致的疾病 —因创伤住院
人体功能	人体功能的水平与疾病、障碍、受伤和其他健康情况相关，包括身体功能 / 结构（损伤）、活动（受限）、行为（受限）	—功能健康 —残疾时日 —活动受限 —健康预期寿命 —无伤残预期寿命
死亡	特定年龄范围的死亡率和条件及导出的指标	—婴儿死亡率 —预期寿命 —潜在寿命损失年数 —循环系统死亡 —意外伤害死亡

4.2.2 健康决定因素

“健康决定因素”维度的描述见表3，其他信息见附录E。

注1：为了更好地理解健康状况和健康系统性能的地区或时间差异，本框架包括了各类健康决定因素。

注2：健康决定因素通常不属于医学 / 医疗保健范畴，但已证明影响健康状况，在某些情况下可纳入到医疗保健服务中。

表3 健康决定因素

子维度	描述	示例
健康行为	流行病学研究表明影响健康状况的各个方面的个人行为 and 风险因素	—吸烟率 —体力活动
社会经济因素	流行病学研究表明与健康有关的人口社会经济特征指标	—失业率 —低收入率 —高中毕业
社会和社区因素	用于度量社会和社区因素的流行程度，如流行病学研究表明与健康有关的社会支持、生活压力、社会资本等	—入学准备 —社会支持 —住房供给能力 —文盲率
环境因素	对人类健康有潜在影响的环境因素	—水质
遗传因素	常用的个人行为、社会、经济或物理环境影响因素之外的因素；在一定条件下遗传因素是决定性致病因素	—遗传病比例（如唐氏综合症）

4.2.3 健康系统性能

“健康系统性能”维度的描述见表4，其他信息见附录F。

表4 健康系统性能

子维度	描述	示例
可接受性	在认可利益相关方的矛盾和利益竞争以及客户 / 患者需求至上的情况下，健康系统提供的所有护理 / 服务可满足客户、社区、提供方和支付机构的期望	—患者满意度
可获得性	客户 / 患者根据自身需求在正确的时间和地点获得护理 / 服务的能力	—手术等待时间 —就诊可用性 —牙医可用性 —预约时间
适用性	健康系统提供的护理 / 服务与客户 / 患者的需求相对应，并以已有标准为基础	—不恰当的外科手术 —在心力衰竭时适当使用ACE抑制剂
可胜任性	与健康系统提供的护理 / 服务相适应的个人知识和技能	—遵守公认临床指南的医生比例 —参加定期继续医学教育的医生比例 —由于不确实实践导致的医疗错误
持续性	提供持续协调的跨计划、医师、机构和随时间变化的不同层次的护理 / 服务的能力	—患者重复医学检查的经历 —不同提供者之间药物连续性
效果	护理 / 服务、干预或医疗活动达到预期效果	—癌症存活率

子维度	描述	示例
		—术后疝气的复发 —怀孕期间的戒烟（孕产妇医疗保健效果） —慢性病治疗管理：哮喘、糖尿病、癫痫的入院率
效率	以最小的资源消耗获得预期结果	—不必要的住院治疗 —调整病例组合来降低费用 —符合成本效益的处方
安全性	避免或最小化由于干预或环境造成的潜在风险	—医院获得性感染率 —住院期间髌部骨折率 —错误部位手术 —药物错误

4.2.4 社区和健康系统特征（语境信息）

“社区和健康系统特征”维度包含有助于解释指标的语境信息，具体见表5，其他信息见附录G。

表5 社区和健康系统特征

子维度	描述	示例
资源	关于人、财、物或其他类型资源的语境信息	—人均医生数量（医生数与人口比） —提供方赔偿 —资产率 —教育服务支出百分比 —科研支出百分比
人口	关于人口特征的语境信息	—健康保险登记率 —65岁及以上人口占总人口的百分比 —市中心居住人口百分比
健康系统特征	关于医疗保健系统的配置、组织、持续性或应用的语境信息	—健康保险登记 —人均家庭护理服务数量 —人均接受的诊断性影像学检查次数 —按服务收费的医生与固定薪酬医生的比例

4.2.5 公平性

公平性与本框架所有的维度都相关，并适用于各维度包含的所有指标，更多信息见附录H。

附录 A

(资料性)

与 OECD 健康指标行动的一致性比较

国际上许多组织都制定健康指标。例如，经济合作与发展组织（Organization for Economic Co-operation and Development, OECD）开展了多项针对健康和健康系统性能量度方面的活动。可以肯定的是，本文件与OECD的活动在许多方面都有交叉。同时应强调的是，本文件的健康指标概念框架在查询领域具有独特的作用。

本文件与OECD健康指标活动在目标与范围上都有所不同。OECD正在推进的活动倾向于具体健康指标的定义、数据要求及数据源，这些都不属于本文件范围。实际上，按照有关建议，OECD在性能指标方面的作用包括：

- 标识通用健康效果指标集；
- 对概念和数据定义进行标准化；
- 将标准应用于国家数据基础设施中；
- 使用这些数据做进一步的分析工作。

另一方面，本文件的健康指标概念框架给出了一个适用于现有和未来数据的综合分类法，但并不给出具体指标。

为了定义和收集性能指标，OECD提出了一个与世界卫生组织（World Health Organization, WHO）制定的性能框架相近的性能框架。该OECD框架所包含的维度见表A.1，并与本文件的健康指标概念框架相映射。OECD框架包括的是可确定的维度，而本文件的框架在范围上更宽泛、更全面。

表A.1 本文件框架与 OECD 性能框架的映射

OECD性能概念	本文件的映射指标
质量（健康促进/结果）	健康系统性能—效果
反馈	健康系统性能—可获得性和可接受性
效率	健康系统性能—效率
公平性	可获得性；也可作为所有维度的一个构件

OECD为其成员国编译了国际上可比对的健康数据，主要关注健康状况和健康服务的输入和处理能力。而且，所编译的数据可以很容易地对应到健康指标概念框架上（见表A.2）。OECD健康数据的目标是定义具体的数据元并给出数据，而不是要开发一个独立的、易于理解的高层分类法。

表A.2 OECD 健康数据及相关映射

OECD健康数据主要数据域	本文件的映射指标
健康状况	健康状况
医疗保健资源	社区和健康系统特征
医疗保健应用	健康状况 健康系统绩效 社区和健康系统特征
健康支出	社区和健康系统特征
资金和理财	社区和健康系统特征

OECD健康数据主要数据域	本文件的映射指标
社会保障	社区和健康系统特征
药物需求	社区和健康系统特征
非医学健康决定因素	健康决定因素
人口统计学参考	社区和健康系统特征
经济学参考	社区和健康系统特征

2001年，OECD启动了医疗保健质量指标（Health Care Quality Indicators, HCQI）项目。该项目范围内制定了一个框架。由于该框架很大程度上（尽管并非完全）基于本文件所呈现的框架，且包含许多相同的维度，因此两者之间存在高度一致性。

当前的OECD活动是对本文件中健康指标概念框架的补充。OECD的工作是以使用数据和健康指标作为起点和关注点，而本框架致力于在概念层上创立一个框架，用于标识可比数据和相关数据。

附录 B

(资料性)

制定通用健康指标概念框架的缘由

为什么要制定一个通用健康指标概念框架？

“数据和事实并不像海滩上等待人们去拾取的鹅卵石。它们只有通过底层理论和概念框架才能被理解和进行度量，该框架定义了相关的事实并把它们与其背景干扰区分开来。”

例如，可根据现有数据、也可根据特定健康目标来定义一系列“健康指标”。然而，如果健康指标要在本地、本国和国际上使用，则应遵循标准而不是遵循某种既定方式。为了使其具有一定参考性，它们应能准确地反映出人们想要度量的系统基本元素。

健康指标概念框架可以对有含义的健康指标进行选择 and 解释。这样的框架明确了解决健康和医疗保健问题所需的信息，以及如何整合这些信息和它们之间的内在关系。

在国际上，得到大家认可的健康指标框架应在确定具体指标和底层数据要求中保持灵活性的同时，兼顾稳定的概念分析和定义。概念框架已被证明可以作为共享参考点，用来形成可比且一致的指标报告，并促进国家间健康信息的通信。而且，这种类型的框架可以让人们了解健康和健康系统性能方面的水平及差异，以及在将相关信息提炼成健康策略的过程中需要考察的主要因素。一个定义明确的概念框架还将促进人们更好地理解医疗保健系统中可能包含的因素或结果，以及只在跨部门协作中才能解决的因素。

附录 C

(资料性)

健康指标概念框架的背景

本文件中定义的健康指标概念框架是基于人口健康模型或健康决定因素模型的。本框架反映了健康是由一系列因素（包括社会和自然环境、完好状态、财富、医疗保健以及遗传因素、个人行为 and 生理反应等）相互作用来决定的一般原理，这种原理是以相关科学证据为基础的）。换句话说，根据人口健康的观点，健康的决定因素不仅仅是医疗保健，而且还包括一定范围的个人以及人口层次上的文化、社会和经济因素。这意味着对健康和健康策略的检验应考虑广泛的因素集，包括但不限于提供健康服务。

实际上，如果健康指标用于监测人口健康和医疗保健系统性能，则有必要包括—至少要认识到—相关的“其他”因素。如果不包含这些因素，则将导致健康和医疗保健之间关系的错误结论¹⁾。由于医疗保健是较宽泛系统的一部分（该系统中个人部分比起整体来说意义小的多），因此如果不首先考虑较宽泛的因素，则无法改变医疗保健系统指标或给出指标的模式。考虑到下列问题：

- 由于医疗保健系统因素或教育背景不同而导致筛选乳房 X 线照相术使用的不同表明，在获得预防服务是否也存在差异？
- 由于药物提供者、潜在发病率或保险覆盖人口情况等的不同，是否会导致普通药物处方也是不同的？
- 由于待遇或其他因素的不同，是否会导致医院对心脏病突发患者的接纳情况不同？

为了弄清上述问题，本健康指标概念框架包含了能考虑到的广泛因素，这些因素可能与结果相关，但并不一定是由结果直接导致。在复杂的医疗保健系统中，若要明确因果关系，应进行更详细的分析，纳入众多应考察的变量。然而，这些因素指出了在进行更严谨分析时应考虑的其他方面。因此，这有助于各辖区判断是否存在需要解决的问题，问题是什么，并通过进一步分析，了解可以采取哪些措施来实现改进。具体包括：

- 接受服务的人口整体健康水平以及与其他辖区的比较；
- 区域中主要的非医学健康决定因素；
- 本地居民接受的健康服务质量；
- 社区或提供有用的语境信息的健康系统的特征。

大多数框架主要关注直接或间接度量和监测健康系统性能以及各种健康状况，却很少关注那些可以明显影响结果、输入或医疗保健程序的语境差异问题。加拿大的健康指标框架（本文件的框架和相关定义以其为基础）则明显不同，它既包括了许多健康状况的传统标记，还包括了与健康系统性能有关的一套更广泛的非医学（如社会、经济和环境）的决定因素。澳大利亚也是如此。

应注意，可以定义多种不同类型的概念框架。其中有一些框架明显考虑到系统中各组件间潜在的因果关系，另一些框架专门对其涉及的基本组件进行分类。本文件的框架明显是一个分类框架。尽管各维度之间许多潜在的因果关系是隐含的或可被理解的，但本模型并没有专门对其进行证明。

然而，当使用本框架来说明和阐释各指标时，应考虑各维度及其之间的相互关系。综上所述，这四个维度中的任何一个都会影响其他维度，如非医学健康决定因素对健康状况或健康系统性能的影响。而且即使在每个维度内部也可能存在重要的内在关系，如健康状况维度下的因素。当本框架对健康状况、完好状态和人体功能分别进行定义时，其中任一指标与其他指标关联的方式是显而易见的。

1) “医疗保健本身并不是促进长寿的最重要原因”的假设得到了某些参考文献（如[5]、[35]、[36]和[37]）的作者的支持。他们论证了生活质量——不是医疗保健——的改善是 20 世纪死亡率降低的原因。尽管其他作者坚持认为医疗保健的贡献并不是微不足道的，但是“医疗保健是改善健康的最有影响力的决定因素”的假设仍然没有被接受。

附 录 D
(资料性)
健康状况

死亡或寿命度量也许是使用最广泛的健康状况指标。这些包括特定年龄范围的死亡率以及诸如预期寿命一些生命期望、潜在寿命损失年数之类的衍生指标。

然而为了全面掌握健康状况，人们应努力收集一些指标，一方面来反映发病或残疾情况，另一方面反映完美状态。两类健康状况指标反映发病和残疾情况：健康情况和人体功能。健康情况可包括对疾病发生和流行程度的评估，而对人体功能的度量可包括诸如功能受损或行为受限等指标。

WHO把健康定义为“完整的身体、精神和社会完好状态，而不仅仅是没有疾病或身体虚弱”，因此，在所有健康状况评估中要包括对完好状态的度量是很重要的。完好状态指标是对个人的身体、精神和社会等方面的综合度量，并且还需要基于人口的调查数据。

应注意，本维度内的某些情况本身可能会成为其他疾病的风险因素，如糖尿病对肾病的影响。

附录 E

(资料性)

非医学健康决定因素

健康行为模式、相关的个人行为或流行病学所研究的风险因素等都被证明对健康状况有影响，它们形成了非医学健康决定因素的一级分类。这些都可以通过诸如抽烟年轻化、戒烟、锻炼或母乳喂养等因素得到反映。

另一方面，生活和工作情况反映了一系列人口社会经济学特征。社会经济状况资料作为健康的决定因素让人们相信“社会地位越高健康状况越好”的假设。例如，健康状况（可用发病率或预期寿命来表示）已经表现出随着人们的收入、阶层、教育和其他社会经济状况组合的变化而变化。还有证据表明医疗保健的使用同样受到社会经济状况的影响，并可能与健康状况无关。

社会经济特征也可与其他非医学健康决定因素高度关联。个人的风险行为会随着社会经济状况的变化而变化，这表现为死亡率中的社会不平等现象。工作特征的不同也会造成心血管健康情况的不同。工作压力（可用工作要求和控制来表示）的影响与冠状动脉有关。而且，失业率往往与死亡率及其他健康结果有关。“与就业相关的过高死亡率是由于不健康造成失业而导致的”这个假设得到的支持有限，事实上似乎应是因为失业而导致不健康，而不是因为不健康而导致失业。

社会和社区因素是由本框架中的第三类非医学决定因素组成的。社会因素（如社会支持和生活压力）已表现出与健康有关。已建立的社会关系和健康之间的链接可参见。个人情况与其他非医学因素结合可以对健康具有深远的影响。例如，加拿大的一项研究成果证明在过去的二十年中，良好的社会关系以及高收入、不吸烟等因素使死亡率降低了18倍。

社区健康指标（如社会凝聚力或社会资本等）进来越来越受到科研工作者的关注。事实已经表明社会凝聚力是健康和低死亡率的一个保障因素。当按照社区的社会质量进行度量时，发现它与妇女的健康状况成正相关关系。例如，社会凝聚力的缺失（如种族隔离所反映的）会与独立于地区其他社会经济特征的死亡率相关。在源于进行社交活动、国民参与以及相关概念（包括教育、娱乐或社会结构）的社区的社会经济资源语境中才能理解社会资本。事实证明社会支持和社会资本对健康具有显著的影响，而且对促进健康的作用至少不亚于传统的个人目标干预。此外，社会资本可以调节家庭收入、收入不均或较差的健康状况等，具体示例参见。

环境因素就是指对健康具有显著影响的自然环境。例如，它包括对水、空气或土壤质量的度量。对环境风险的度量最有利于在特定类型的环境风险与疾病事件或后果之间建立清晰的流行病学关联。同时，它们也最难以抽样样本的方式进行度量。

同时考虑“可控”和“不可控”的环境因素是有必要的。可控环境因素如水或空气污染。灾难性或不可控事件（如地震）会对健康状况或本框架的其他因素产生短期或长期的显著影响，因此本维度也考虑了该因素。

遗传因素是由一组通常不可挽回的特定个人风险因素组成的，并且表现为特定的遗传疾病。这些因素可能决定人体功能、预期寿命以及健康情况等，但很难评测其对疾病和残疾的影响程度。因此，为了全面了解健康以及健康与疾病之间的关系，本维度也包括了遗传因素。

附录 F (资料性) 健康系统性能

本健康指标概念框架的第三个维度是健康系统性能。本附录主要介绍了能够获得结果或与源自医疗保健系统结果相关的过程的因素。“健康系统性能”维度包括八类指标。具体说明如下。

本维度的前两类指标表示医疗保健系统的响应能力。这种分类涉及到医疗保健系统用户的非医学需求的响应。一方面，可接受性是响应能力的关键元素。如果健康服务能满足客户、提供方和付费方的期望，则认为其是“可接受的”。虽然大多数情况下可接受性集中于客户需求和期望，但也应意识到这些需求并不总是与其他利益相关方的期望一致。可接受性通常用患者满意度调查表来度量。

另一方面，可获得性是响应能力的另一面，并越来越受到国际关注。患者根据自己的需求、在正确地点和正确时间获得所需医疗保健的能力，正成为一个重要讨论议题（有时还是一个争议议题）。获得健康服务的全部模式或特定服务（如移植或心脏手术）的等待时间可能受利益影响。可获得性与国家间的全球健康保险以及其他类型的医疗保健系统相关。

第三，根据本文件的定义，护理或服务的适用性就是指所提供服务的适用性或环境的适用性。在这两种情况中，选择适用的服务或环境应以为患者提供最好的服务为依据。应根据严格的定义准则来定义“适宜的护理”，如由专家委员会、科学文献或二者联合制定的准则。

可胜任性和持续性是健康系统性能的两个子维度，但还没有给出指标的示例。例如，在聚合层面上很难评估出可胜任性，但应将其作为健康系统性能（特别是结果）的一个重要决定因素进行考虑。同样，从度量的角度看，对不同医疗保健部门提供的护理之间的持续性程度进行评估是很难理解的，但是随着医疗保健系统越来越复杂，作为组成部分之一的持续性也越来越重要。

效果和效率是两个相关联的概念，前者是指正在进行的事情做的如何，后者是指在资源消耗的情况下事情做的如何。两者可能是大家最熟悉的性能评估概念。疫苗接种计划是否就能消除相应的传染病？当前的心脏护理治疗方案是否能降低由于急性心肌梗塞造成的死亡率？在没有证明会出现更差结果的情况下，是否可以向患者提供最少的护理？上述情况的结果指标可以根据具体临床目标（如在生命保障情况下的生存、发病率的降低）与客户需求（如生活质量）的关系进行定义。

“安全”主要解决由于提供健康服务的环境或干预（如医源性疾病和医疗事故）给患者造成的风险。近来英国和美国越来越关注医疗事故责任。医疗保健行业并不是第一个出现安全问题的行业，但是在医疗保健环境中也开始使用诸如自动医嘱条目系统和条码的安全措施。然而，安全并不仅限于医疗事故，诸如长期护理设施急剧减少的问题也同样受到关注。

附录 G

(资料性)

社区和健康系统特征（语境指标）

健康指标概念框架的第四个也是最后一个维度是社区和健康系统特征，给出了有用的语境信息，但不直接用来度量健康状况、非医学健康决定因素或健康系统性能。表5所列三类语境特征是有用的。首先，资源包括人（人均医生数）、财（医疗保健费用）以及其他类型的资源（如人均床位数）。其次，人口指标可使我们明白用于解释指标值的特征（如年龄结构、城乡人口比例等）。第三，健康服务指标能够提供健康系统配置方面的额外信息（如是否有教学医院或健康服务利用情况的各种度量）。

本维度包括的指标反映了数量（如人口、人均医生数）、分布（如城乡人口比例）或（资源、医疗保健系统等的）可持续性。不可否认的，根据所确定的具体指标的依据，有些指标可能有多种解释。例如，手术数量可能既反映获取服务的途径，也反映需求。因此，应将其与框架中确定的其他指标结合使用。

本框架的“社区和健康系统特征”维度与前三个维度在多个方面存在着明显的不同。首先与其他维度最重要的不同点是，它起资料性作用而不是规范性作用。而且，该维度包含的指标用于解释各国间的差别以及发展趋势。事实上本框架的其他指标都具有明确的方向性（如，预期寿命是越大越好，而外科手术死亡率是越小越好），但描述社区和/或健康系统特征的语境指标则不然。另一方面，城乡人口比例可能对解释其他数据非常有用，但其本身无法表明是否越高就越好。而且，本维度比其他维度更关注国家方面以及具体语境的问题。因此，为本维度定义的这三个类别仅供参考。

附录 H (资料性) 公平性

公平性涉及本框架的所有维度，它同样适用于所有构成部分或维度。因此，不能把公平性列为健康指标概念框架的第五个维度，而是作为本框架中可用于四个维度的一个交叉元素。

公平性是健康和医疗保健不可缺少的一个因素。WHO已经把实现国家内部和国家间的健康公平性作为所有健康战略的首要目标。WHO在最近的一项报告中强调指出：应关注不同群体中存在的健康状况不公平性，以及在医疗保健服务提供、许多相关的健康行为、其他健康决定因素和医疗保健应用等方面的不公平性。Whitehead把健康的公平性描述为“实现全面健康潜力的平等机会，更务实的说法是指在实现这些潜力时没有人处于不利位置”，这就意味着应减少或消除可避免的不公平性和/或不公平因素。

因此，有必要使用健康的“数量”和“质量”来度量公平性（如预期寿命、残疾、死亡率等），在医疗保健方面考虑公平性同样重要。例如，是否能公平地获得健康服务、健康服务需求与健康服务的使用是否成正比、健康结果（如特殊临床干预导致的健康结果）的分布是否公平？

最后，健康的决定因素（如风险因素或生活条件）、医疗保健系统或社区的特征分布是否公平？显然，公平性的概念应适用于本概念框架的各个单元（包括健康结果、健康行为、环境因素、可获得性、可接受性、效果或资源等）上，并可以被度量和评估。

公平性可以随其他任一维度进行度量。然而，大多数情况下，公平性往往被理解为与其密切相关的社会经济状况。公平性的社会经济模型给出了度量健康不公平性的方法。此外可能与此相关的是，公平性维度可以包括性别、年龄、种族以及城乡户口。

参 考 文 献

- [1] AIEREN, M.M. (2005). Social capital and risk for chronic illnesses. *Chronic Illnesses* 1(3), pp. 183-190
- [2] BARO, P.A. (1994). The Role of Genetics in Population Health. In: Evans R.G., Barer M.L., Marmor T. (eds.) *Why are Some People Healthy and Others Not?*, New York: Aldine de Gruyter
- [3] BAKER, G.R., NORTON, P.G., FLINTOFT, V., BLAS, R., Brown, A. et al. (2004). The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *CMAJ* 170(11), pp. 1678-1686
- [4] BRÄNNSTRÖM, I., WENEHALL, L., PERSSON, L.A., WESTER, P.O., WALL, S. (1993). Changing social patterns of risk factors for cardiovascular disease in a Swedish community intervention program. *International Journal of Epidemiology* 22(5), pp. 1026-1036
- [5] BUNKER, J.P., FRAZIER, H.S., MOSTELLER, F. (1994). Improving health: measuring effects of medical care. *Millbank Quarterly* 72(2), pp. 225-258
- [6] Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA) (1996). *A Guide to the Development and Use of Performance Indicators*. Ottawa: CCHSA
- [7] Canadian Institute for Health Information (CIHI) (2001). *CIHI Health Indicator Conceptual Framework: Concepts and Definitions*. Toronto: CIHI
- [8] Canadian Institute for Health Information (CIHI) (2008). *Reducing Gaps in Health: A Focus on Socio - Economic Status in Urban Canada*, Ottawa: CIHI
- [9] CATTELL, V. (2001). Poor people, poor places, and poor health: the mediating role of social networks and social capital. *Social Science & Medicine* 52(10), pp. 1501-1516
- [10] CHANDOLA, T., BRITTON, A., BRUNNER, E., HEMINGWAY, H., MALIK, M. et al. (2008). Work stress and coronary heart disease: what are the mechanisms?, *European Heart Journal* 29(5), pp. 640-648
- [11] CONNOLLY, V.M., KESSON, C.M. (1986). Socioeconomic status and clustering of cardiovascular disease risk factors in diabetic patients. *Diabetes Care* 19(5), pp. 419-422
- [12] DROOMERS, M., SCHRIJVERS, C.T.M., MACKENBACH, J.P. (2001). Educational level and decreases in leisure time physical activity: predictors from the longitudinal GLOBE study. *Journal of Epidemiology and Community Health* 55(7), pp. 562-568
- [13] EVANS, R.G., STODDART, G.L. (1994). Producing health, consuming health care. In: Evans R.G., Barer M.L., Marmor T. (eds.) *Why are Some People Healthy and Others Not?*, New York: Aldine de Gruyter
- [14] FENN, P., DACON, S., GRAY, A., HODGES, R., RICKMAN, N. (2000). Current cost of medical negligence in NHS hospitals: analysis of claims database. *British Medical Journal* 2000 320(7249), pp. 1567-1571
- [15] FERRIE, J.E., SHIPLEY, M.J., STANSFELD, S.A., MARMOT, M.G. (2002). Effects of chronic job insecurity and changes in job security on self - reported civil, minor psychiatric morbidity, physiological measures, and health related behaviours in British civil servants: the Whitehall II study. *Journal of Epidemiology and Community Health* 56(6), pp. 450-454

- [16] FILATE, W.A., JOHANSEN, H.L., KENNEDY, C.C., TU, J.V. (2003). Regional variations in cardiovascular mortality in Canada. *Canadian Journal of Cardiology* 19(11), pp. 1241-1248
- [17] HALLOVIST, J., DIEPERINKEN, F., THEORELL, T., REUTERWALL, C., AHLBOM, A. and the SHEEP study group (1998). The effect of job strain on myocardial infarction risk due to interaction between high psychological demands and low decision latitude. Stockholm: Stockholm Heart Epidemiology Program (SHEEP), *Social Science & Medicine* 46(11), pp. 1405-1415
- [18] HAWE, P., SHELL, A. (2000). Social capital and health promotion: a review. *Social Science & Medicine* 51(6), pp. 871-885
- [19] HINDES, J.P., FORBES, W.F. (1992). The importance of social relationships, socioeconomic status and health practices with respect to mortality among healthy Ontario males. *Journal of Clinical Epidemiology* 45(2), pp. 175-182
- [20] HOUSE, J.S., LANDIS, K.R., UMBERSON, D. (1988). Social relationships and health. *Science* 241, pp. 540-545
- [21] HURST, J., JEE - HUGHES, M. (2001). Performance measurement and performance management in OECD Health Systems. *Labour Market and Social Policy — Occasional Papers No. 47*, Paris: OECD
- [22] JEE, M., OE, Z. (1998). Health outcomes in OECD countries: A framework of health indicators for outcome - oriented policymaking. *OECD Labour Market and Social Policy — Occasional Papers No. 36*, Paris: OECD
- [23] JIN, R.L., SHAH, C.P., SVOBODA, T.J. (1995). The impact of unemployment on health. *Canadian Medical Association Journal* 153(5), pp. 529-540
- [24] KAWACHI, I., KENNEDY, B., LONCHNER, K., PROTHRO - STITH, D. (1997). Social capital, income inequality, and mortality. *American Journal of Public Health* 87(9), pp. 1491-1498
- [25] KELLY, E., HURST, J. (2006). Health Care Quality Indicators Project Conceptual Framework Paper. *OECD Working Papers No. 23*, Paris: OECD
- [26] KING, D., STODDART, G. (2003). What is population health? *American Journal of Public Health* 93(3), pp. 380-383
- [27] KIVIMAKI, M., LEINO - ARJAS, P., LUUKKONEN, R., RIIHIMÄKI, H. et al. (2002). Work stress and risk of cardiovascular mortality: prospective cohort study of industrial employees. *British Medical Journal* 325, pp. 657
- [28] KNUTSSON, A., GINEVICH, H. (1998). Occupation and unemployment rates as predictors of long term sickness absence in two Swedish counties. *Social Science & Medicine* 47(1), pp. 25-31
- [29] KOHN, L., CORRIGAN, J., DONALDSON, M. (eds) (1999). *To Err is Human: Building a Safer Health System* Committee on Quality of Health Care in America, Washington: Institute of Medicine
- [30] KUPER, H., MARMOT, M. (2003). Job strain, job demands, decision latitude, and risk of coronary heart disease within the Whitehall II study. *Journal of Epidemiology and Community Health* 57, pp. 147-153

- [31] DAVIS, J.N., ANDERSON, G.M. (1996). Appropriateness in health care delivery: Definitions, measurement and policy implications. *Canadian Medical Association Journal* 154(3), pp. 321-328
- [32] JAMA 293, pp. 2384-2390
- [33] LOUSAS, J. (1999). Social capital and health: Implications for public health and epidemiology. *Social Science & Medicine* 47(9), pp. 1181-1188
- [34] MACKENBACH, J.P. (1993). The contribution of medical care to mortality decline: McKeown revisited. Paper presented at the 11th Honda Foundation Discoveries Symposium, Toronto, October, 1993
- [35] MCKEOWN, T. (1976). *The Role of Medicine: Dream, Mirage or Nemesis*. London: Nuffield Provincial Hospitals Trust
- [36] MCKEOWN, T. (1978). Determinants of health. *Human Nature* 1(4), pp. 57-62
- [37] MCKINLAY, J.B., MCKINLAY, S.M. (1977). The questionable contribution of medical measures to the decline of mortality in the United States in the twentieth century. *Millbank Memorial Fund Quarterly Summer*, pp. 405-448
- [38] MARMOT, M.G., SMITH, G.D., STANSFELD, S., PATEL, C., NORTH, F. et al. (1991). Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *The Lancet* 337(8754), pp. 1387-1393
- [39] MULLIGAN, J., APPELEY, J., HARIOSN, A. (2000). Measuring the performance of health systems. *British Medical Journal* 321, pp. 191-192
- [40] OSLER, M., CHRISTENSEN, U., LUND, R., GAMBORG, M. et al. (2003). High local unemployment and increased mortality in Danish adults: results from a prospective multilevel study. *Occupational and Environmental Medicine* 60(11), pp. 333-337
- [41] POORTINGA, W. (2006). Social capital: An individual or collective resource for health? *Social Science & Medicine* 62(2), pp. 292-302
- [42] PRIDMORE, P., THOMAS, L., HAVEMANN, K., SAPAG, J., WOOD, L. (2007). Social capital and healthy urbanization in a globalized world. *Journal of Urban Health* 84(3 Suppl.), pp. 130-43
- [43] STANSFELD, S. (2006). Social support and social cohesion. In: Marmot M.G., Wilkinson R.G. (eds), *Social Determinants of Health*, Oxford: Oxford University Press
- [44] SZRETER, S. (1988). The role of public social intervention in Britain's mortality decline c. 1850 - 1914: a reinterpretation of the importance of public health. *Society for the Social History of Medicine* 1(1), pp. 1-37
- [45] VRUKOTTE, T.G.M., VAN DOORNEN, L.J.P., DE GEUS, E.J. (2004). Overcommitment to work is associated with changes in cardiac sympathetic regulation. *Psychosomatic Medicine* 66, pp. 636-635
- [46] WHITEHEAD, M. (2000). *The concepts and principles of equity and health*, Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe
- [47] WHO (1948). *Constitution of the World Health Organization*, Geneva: World Health Organization
- [48] WHO (1998). *Health for all in the 21st century*, Geneva: World Health Organization
- [49] WHO (2000). *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*, Geneva: World Health Organization

[50] WHO (2001). International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), Geneva: World Health Organization

[51] WHO (2006). The Health for All Policy Framework for the WHO European Region: 2005 Update, Geneva: World Health Organization

[52] WICKRAMA, K.A.S., LORENZ, F.O., CONGER, R.D., MATTHEWS, L., ELDER, G.H. Jr. (1997). Linking occupational conditions to physical health through marital, social and intrapersonal processes. *Journal of Health and Social Behavior* 38, pp. 363-375

[53] WILKINSON, R., KAWACHI, I., KENNEDY, B. (1998). Mortality, the social environment, crime and violence. In: BARTLEY, M., BLANE, D., DAVEY SMITH, G. (eds), *Sociology of health inequalities*. Oxford: Blackwell

[54] WILSON, C. (1999). *Achieving Quality in Health. Taking Responsibility for Performance*, Toronto: Christopher Wilson Consulting Inc.

[55] WINKLEBY, M.A., JATULIS, D.E., FRANK, E., FORTMANN, S.P. (1992). Socioeconomic status and health: How education, income and occupation contribute to risk factors for cardiovascular disease. *American Journal of Public Health* 82(6), pp. 818-820

[56] WOLFSON, M. (1994). Social Proportiontion: Measurement, data and information from a population health perspective. In: EVANS, R.G., BARER, M.L., MARMOR, T. (eds), *Why are Some People Healthy and Others Not?*, New York: Aldine de Gruyter