



## 区域事项：区域主任的报告

总干事荣幸地向执行委员会提交区域主任的报告。这些报告系根据执委会一些委员在其第九十九届会议上提出的要求“…应为区域主任的报告制定一个共同框架…”提交。每一报告包含两个部分：第一部分包括需要执委会特别注意的区域委员会事项，第二部分包括21世纪人人享有卫生保健政策：区域展望。

### 目 录

- I. 非洲区域主任的报告
- II. 美洲区域主任的报告
- III. 东南亚区域主任的报告
- IV. 欧洲区域主任的报告
- V. 东地中海区域主任的报告
- VI. 西太平洋区域主任的报告

## I. 非洲区域主任的报告

### 区域进展，包括区域委员会事项

#### 前言

1. 今年区域办事处经历了仍在震撼布拉柴维尔和该国其它地方的重大社会政治和军事危机的影响。国际职员及其受抚养人于1997年6月撤出，并立即制定了临时业务管理框架，包括在日内瓦的一个核心区域小组以及在利伯维尔，洛美，拉格斯，比勒陀利亚以及内罗毕的技术小组。在1997年8月，在哈拉里开设了一个比较长期的临时区域办事处，约有80名工作人员。

#### 区域委员会第四十七届会议

2. 区域委员会于1997年9月1日—5日在南非太阳城举行了其第四十七届会议。这是该委员会举行会期压缩至5天的第一次会议。

3. 区域委员会满意地注意到区域主任所采取的步骤以确保，尽管区域办事处位置的变更，世界卫生组织在该区域的工作仍得以继续。它还感激地注意到津巴布韦共和国政府提出提供临时场地安排区域办事处的用房，并赞同区域主任将其活动权力下放的计划。

4. 委员会就紧急人道主义行动，生殖卫生，以及信息，教育和交流审查并采纳了三项区域规划战略，并就其中的每一项通过了一项决议。一项关于世界卫生组织的改革与非洲的卫生重点决议要求执行委员会确保将非洲的卫生问题作为一项全球挑战并给予最优先的重点；为总体预算分配制定更为客观和公平的标准，同时考虑到该区域的重点卫生需求；以及采取措施确保由会员国向执行委员会指派的人员的平等机遇和代表性，以便没有任何一个会员国集团可在本组织内施加控制性影响。

5. 委员会还通过了有关下列方面的决议：促进妇女参与卫生和发展；塞拉利昂和刚果的和平与稳定；以及烟草控制。

6. 委员会讨论了区域主任关于人人享有卫生保健战略第三次评价以及区域对21世纪人人享有卫生保健全球政策的贡献报告。

## 21世纪人人享有卫生保健政策：区域展望

### 该区域的卫生状况

7. 对目前卫生状况的分析揭示了在阿拉木图之后已记载了一些成就。通过改善卫生基础设施和增加卫生人员数量，基本卫生服务已经取得进展。在卫生服务的复盖率方面已有总体改善。

8. 婴儿死亡率已经下降30%以上，平均期望寿命已增加10年以上，即从1975年的不到40岁增加到50多岁。该区域能获得安全饮用水的人数的比例已从1970年代末期的不到25%增加到40%以上。但是，当将这些成就与世界其它地方的成就相比较时，很显然，该区域的进展是缓慢的。

### 影响卫生发展的因素

9. 政治的不稳定和民主结构的薄弱，对卫生发展的政治承诺不充分，以及战争和社会冲突的暴发都很普遍。在许多情况下经济改革减少了国家对卫生的开支，增加了失业以及贫困人口的数量。人口的增长造成了无计划的城市化和城市贫民窟的增加。气候变化和更多的干旱加重了饥饿和营养不良问题。有害的文化信仰和习俗，社会结构和支持系统的解体，不健康的生活方式和行为，所有这些都造成了HIV/艾滋病的影响在该区域更为明显。

10. 卫生部门的特定问题包括缺乏国家卫生政策，卫生系统分散，资源有限以及现有资源的管理不善。未来的挑战涉及到克服卫生发展的这些障碍的手段。

### 区域战略性反应

### **重申对人人享有卫生保健的支持**

11. 区域愿意重申：健康权利是所有人权的中心；人人享有卫生保健的号召是对社会正义的号召；人人享有卫生保健的基础是全球和区域的和平与安全；以及投资于卫生是发展的一项基本要素。非洲区域的人人享有卫生保健被视为每一个人都能享有卫生保健。

### **人人享有卫生保健理想**

12. 在该区域实现人人享有卫生保健理想涉及：婴儿死亡率，孕产妇死亡率和艾滋病死亡率的重大下降；发病率，特别是可根除或消灭的疾病发病率的下降；其它传染病和非传染病的减少；以及残疾和职业危害的预防。

### **人人享有卫生保健的价值系统**

13. 该理想的价值系统和相关原则被认为是：以伙伴关系，责任制和分担职责的原则为基础的**团结**；以普遍获得卫生保健，包括个体保健的原则以及以确保每一个人都能享有卫生保健的必要性为基础的**公平**；以实现和分享全球，区域和国家卫生进展的原则为基础的**伦理**；以及尊重文化差别和环境特异性的**文化特性**。

### **重点政策和战略方向**

14. 有助于实现卫生发展总目标的最终目标是：(1)促进与卫生相关的可持续人类发展行动，包括目的在于减少或摆脱贫困的那些行动；(2)促进健康的生活方式和行为；(3)减少发病率和死亡率，尤其是由传染病包括HIV/艾滋病引起的发病率和死亡率，以及孕产妇和围产期发病率和死亡率。

15. 为了实现既定的最终目标，重点政策方向将包括下列**战略方向和行动**：(1)采取**脱贫措施**；(2)发展卫生系统和服务；(3)将卫生服务和卫生保健权力下放；(4)建立切实有效的卫生信息管理系统；(5)为卫生动员人力，物力和财力资源；(6)改进卫生保健和服务的质量；(7)减少环境对健康的危害。

---

16. 其它战略方向和行动是：促进社区参与；促进疾病预防和控制的信息，教育和交流；促进研究，特别是业务研究；为健康教育公众和促进公众的识字率；以及加强专业团体。

### 区域办事处的作用

17. 区域办事处致力于支持会员国，以便实现21世纪卫生发展理想。将对世界卫生组织与各会员国的技术合作协定进行审查，以便调整和促进必要的支持以考虑到各别国家的特点以及区域重点领域。

18. 区域办事处将继续支持国家能力的建设和加强，特别在社区一级。这被认为是使人民能为自己的健康负起责任以及确保卫生部能更好的进行准备以面对未来挑战的一个重要途径。

19. 将在社会经济发展中更多地倡导健康以便增加全面动员的机会以实现人人享有卫生保健，并确保在其它部门对健康可有助于实现部门目标的方式得到理解。

20. 区域办事处将持续发挥其规范作用，为发展，实施，监测和评价其国家卫生规划向会员国提供有用的信息和准则。

21. 区域办事处将确保与社区领导人，宗教团体，政治和其他领导人，联合国机构以及在卫生领域开展工作的其它国际组织，私立部门（包括工业）和非政府组织的有效合作，以便为健康而动员一切方面以促进在该区域实现每一个人都有卫生保健。对实现这一目标的威胁和机遇将予以密切监测，并提请各会员国的注意，以便使他们能采取必要及时的行动。

## II. 美洲区域主任的报告

### 区域委员会事项

1. 泛美卫生组织指导理事会第四十届会议和美洲区域委员会第四十九届会议于1997年9月22日—26日在哥伦比亚特区华盛顿的泛美卫生局/世界卫生组织美洲区域办事处举行。
2. 主任介绍了他的1996年年度报告。报告的主题是“健康的人民，健康的空间”，它寻求重申，使空间的利用达到较少地不公平的程度，健康可以得到改善。由于本组织的主要职能之一是确定那里存在着卫生状况方面的不公平现象以及旨在纠正它们的措施是否有效，报告概述了可对国家之间和国家内的差异进行分析的方法方面的进展。报告通过比较与卫生指标相关的地图绘制资料和基本数据，强调了卫生状况和生活条件方面不平等现象的分布和动态。“健康的空间”将“健康城市”的概念扩大到学校，工作场所和家庭，相信这些地方构成，培育并保持“社会资本”，并且这类资本的构成在支持其所必不可少的社会一致性的同时又反过来改善健康。报告中还概述了在各国进行的技术合作，对需进行独立评价的10个国家作了更为详尽的分析。代表们注意到泛美卫生组织/世界卫生组织继续对公平和可持续发展的承诺，指出这一报告是修订人人享有卫生保健政策的一份文件并且它重申了卫生与人类发展的经济方面的关系。
3. 在1997年6月向执行委员会提交了拟议的1998—1999年财务期规划预算。在该次会议上，根据对拟议预算中3.4%的增长所表达的保留意见，区域主任承诺进行修订并向区域委员会会议提交一份“名义增长为零”的预算。泛美卫生组织/世界卫生组织自1992年以来在恒量美元方面已经经历了实际削减，向区域委员会提交的预算与向执行委员会提交的预算相比已减少了1700万美元，显示本组织愿意在不损害规划的情况下吸收在名义增长为零的预算中所内在的缩减。
4. 区域主任介绍的重点是评价前一个预算的期望结果所实现的程度；对财务的讨论以对主要规划领域的介绍开始。他指出已经作出努力对世界卫生组织执行委员会给予重点的那些领域分配补充资源，同时考虑到本区域各国与泛美卫生组织/世界卫生组织技术合作的国家重点。会员国政府代表的大多数发言有力地支持了预算的

表述，同时注意到需要进一步的体制“合理化”作为全面改革的组成部分。预算获得一致批准。

5. 若干代表指出有必要对“新的和正在出现的”疾病的威胁作出更加广泛的反应。所有代表支持本组织对食源性疾病和动物传染病暴发的作法，涉及新近重新确定的在阿根廷的泛美食品保护和动物传染病研究所，以及改变泛美口蹄疫中心以处理新的和正在出现的动物传染病如汉塔病毒，鼠疫和马脑炎。代表们还审议了本组织对厄尔尼诺等气候现象制订战略性措施的必要性。

6. 区域委员会通过了一项决议，吁请会员国继续努力在管理环境卫生问题方面发挥有力的领导作用，支持区域主任撤销在墨西哥的泛美人类生态学与健康中心的决定，以及对泛美环境卫生工程和环境科学中心的工作规划作适当修改，以特别重视培训，尤其在环境流行病学方面，并确保各国可容易地利用泛美环境卫生工程和环境科学中心的服务。

7. 对关于实施2000年人人享有卫生保健全球战略第三次评价的文件草案作了介绍。区域委员会建议，应由国家当局对其进行审查，以便提高数据和总体作法的一致性，特别在政策方面。代表们还注意到，尽管这一事实，即仍有许多工作要做以实现各项目标，包括1978年人人享有卫生保健目标，但是仅仅着重于实现目标将是一个错误，因为已经发生最大变化的是人民对服务的要求。国家的传统职能已经被重新确定，使这些要求和权利成为卫生政策的核心。他们还注意到，在指导理事会上提出的问题如公平性和可持续性，没有在“评价工具”中得到考虑，并且世界卫生组织应该意识到这些弱点以便改进这一工具。会议建议，有关妇女和老年人的作用以及这些作用对健康的影响等议题也应该包括在内。

8. 根据执行委员会审查《组织法》特别小组的要求，区域委员会审议了在该小组关于其第五次会议的报告中提出的两个问题：联合国安理会常任理事国在执行委员会的半常任代表权，以及将执委会委员的任期从3年扩大至4年。代表们表达这一观点，即每一区域的会员国应有自由继续提名在世界卫生组织执行委员会代表其区域的那些人员的作法。关于委员的期限，他们注意到3年任期使能作出有益的贡献，同时给更多的会员国以参与世界卫生组织理事机构的机会。

9. 因为区域委员会是对重要议题进行讨论的一个论坛，所以留出时间对卫生部在

指导卫生部门改革中的作用进行了讨论。由于在卫生部“议程”上明确列入下列项目而使这一问题成为注意的重点：使职责和活动趋于合理；确定不能委托他人的重要作用—履行那些基本公共卫生职能是国家的责任，将其基本活动从直接服务转变为协调和监测服务提供者，保险者和供资者，首要的是加强卫生当局的调节作用。在智利，墨西哥和特立尼达和多巴哥的专题小组成员关于在各自国家卫生部门改革以及在国家改革的范畴内卫生部面临的新挑战的发言后，各国和非政府组织的代表们参加了一次公开讨论，这一讨论被认为是委员会履行法定职责，“作为一个论坛交流情况和意见…”，因此有助于向卫生部长们提供领导作用以及卫生部门改革所要求的新的部门间关系的要素。

## 21世纪人人享有卫生保健政策：区域展望

10. 区域委员会审查了关于21世纪人人享有卫生保健政策的文件。代表们注意到人人享有卫生保健是一项长期任务，对这一事实发表了意见，即它意味着创建一个“理想”，对社会正义作为一项可以实现的目标继续寄予希望并恢复信心和信任，同时把卫生作为可持续人类发展的一个有机组成部分。他们注意到，这类文件的价值在于向会员国提供在关键领域使用的指南，因此从这一意义上说，它必须被看作是实现目标的手段而不是目标本身。所提到的另一个要点是这类文件就国家卫生当局在卫生部门改革中的领导作用，确定人口和流行病学概貌，以及组织卫生服务等议题提供“全球观点”。制订一项全球卫生政策对于指导世界卫生组织是必要的，并且所采取的考虑周到的作法，对于价值的强调，着重于卫生的决定因素，以及更加强调公平性，都是受欢迎的内容。区域委员会欢迎这一事实，即文件提到了由于全球贸易自由化而使一些国家受到排斥。人人享有卫生保健问题和文件本身应该在诸如开发银行或非政府组织等其它国际论坛上提出。

11. 一些代表注意到，虽然文件对“性别问题”极为重视，但是有关性别之间的差异问题从来没有在文件的任何部分具体或明确提及，并且文件本身的句法构成对所关注的这些问题并不敏感。此外，在题为“从政策到行动”的一节里对“性别公平性”的着重点没有很好展开。至为基本的是，从总体上而不仅从性别方面公平性应该在这一节里获得具体的处理。

12. 许多代表认为，尤其鉴于影响自然资源和产生生态变化的现象，应该能够强调行动对于维护地球的极端重要性。威胁人类生存的新疾病的出现是与这些变化有关的。自然灾害及其对饮水安全与食品和住房的可得性的影响，尤其鉴于本区域对飓风，火山活动，地震和其它自然灾害的脆弱性，应能给予更广泛的报道。



### III. 东南亚区域主任的报告

#### 区域委员会事项

1. 区域委员会第五十届会议于1997年9月在不丹廷布举行。委员会通过了八项决议并就与世界卫生组织的改革进程有关的若干议题进行了讨论。为加强与其它理事机构的联系，委员会审查了第五十届世界卫生大会和执行委员会第九十九届和第一〇〇届会议的决定和决议对区域的影响。执行委员会委员在区域级积极参与世界卫生组织的工作使得能更容易地在理事机构中反映区域的观点和关注问题。这一机制受到区域委员会的极大赞赏，并将继续在今后加以利用。
2. 规划预算小组委员会审查了1996—1997双年度规划预算的实施情况，并赞赏会员国和世界卫生组织在实现截止1997年8月31日92%的总实施率（包括专项经费）方面所作的努力。小组委员会确认创新战略的成功，如利用国家间机制从国家预算中集中资金以便迅速取得显著结果，以及在该双年度期间制定和有效实施补充国家间规划。
3. 小组委员会还审查了对区域1998—1999双年度拟议规划预算的修订，并审查和注意到详细的行动计划以实施该规划预算。关于通过将补充资金转拨给5个重点规划对拟议规划预算作出修改，小组委员会建议今后在提议作出重大转拨之前应正式与国家进行协商。
4. 在审查并注意到实施1998—1999年规划预算的详细行动计划时，将注意力放在有关通过加强实施效率在行政和间接费用方面节约3%的EB99.R13和WHA50.26号决议。
5. 因此，区域办事处编制了一份效率计划以在1998—1999双年度期间实现从行政费用和间接费用中并通过在6个拨款项中更有效的规划实施节约3%。
6. 在辩论世界卫生组织的重点问题时，规划预算小组委员会建议，执行委员会委员和出席卫生大会的代表应得到有关分配世界卫生组织资源的区域和国家重点的适当情况介绍。委员会赞赏在“妇女，卫生与发展”领域，特别是在世界卫生组织的

工作中增加妇女的参与方面所采取的积极措施；为了在该区域进一步促进有关活动，正在区域办事处单独设立一个处室。为表明对该问题的重视，在委员会第五十一届会议上的技术讨论主题将是“卫生发展的伙伴关系，着重于妇女的健康与发展”。

7. 委员会长时间讨论了区域安排，该问题正由执行委员会审查组织法特别小组进行考虑。除其他问题外，委员会特别注意对区域的正常预算拨款；区域在执行委员会和其它机构中的代表性；以及提名安全理事会常任理事国参加执行委员会的问题。区域委员会重申其保证在面临的挑战和通过的战略范畴内保护本区域的正常预算拨款。委员会注意到，在全球级，本区域有10个会员国在许多疾病的病例数中占有的比例最大。在承认其它区域由于会员国数目的增加而要求增加正常预算拨款的同时，委员会强调，对其它区域的拨款的任何增加不应损害对本区域的拨款。委员会的观点已转达给执行委员会特别小组供其在1997年11月会议上考虑。

8. 区域办事处对在该区域3个国家的世界卫生组织合作规划以及在4个区域规划领域（组织和管理以初级卫生保健为基础的卫生系统，基本药物和疫苗，疟疾和扩大免疫规划）开始进行全面评价。委员会赞赏总部，区域办事处和国家办事处职员对这些评价的贡献。

9. 委员会审查了会员国在实现人人享有卫生保健目标方面所取得的进展。关于实施人人享有卫生保健战略第三次评价的区域报告和1997年区域卫生报告明确描述了成功与失败，并突出了尚需处理的挑战。在拥有世界人口的四分之一并且其中约40%的人口是穷人的一个区域，这些挑战是巨大的，尤其对于境遇不利和受到排斥的人们而言。

### **21世纪人人享有卫生保健政策：区域展望**

10. 本世纪剩余几年和21世纪卫生发展的行动方向是与许多战线所取得的进展密切相连的。例如，预期麦地那龙线虫病在2000年以前将在印度，该区域仍存在该病的一个国家中得到根除。该区域5个国家已经实现消灭新生儿破伤风的目标，8个国家正在保持80%或更高的麻疹疫苗复盖率。

11. 世界卫生组织对根除脊髓灰质炎努力的支持继续取得重大结果。紧张频繁的宣

传造成国家间和区域间的协调，导致在该区域流行该病的所有国家以及与它们相邻的东地中海和西太平洋区域的国家同时开展国家免疫日活动。1997年1月，仅在印度一天中就有1.27亿儿童得到免疫，使其成为世界上在一天中开展的最大的公共卫生干预措施。该区域1996年仅报告了1116例脊髓灰质炎，而1986年为25717—下降了95%以上。同时，已作出努力来改进对急性弛缓性瘫痪病例的监测。有理由对该区域的国家到2000年实现根除脊髓灰质炎这一全球目标表示乐观。

12. 该区域麻风病例估计数已从1985年的550万下降至1996年的83万，而登记病例从380万下降至63万。斯里兰卡和泰国这两个国家早已实现了消灭麻风的目标。不丹，印度尼西亚和马尔代夫将于1997年末或1998年初实现。在朝鲜民主主义人民共和国没有报告的麻风病例。孟加拉，印度，缅甸和尼泊尔已经将多种药物疗法扩大至所有地区。因此，到2000年消灭麻风是一个极为现实的目标。

13. 尽管取得了这些成就，仍还有许多事情要做。在该区域的3个国家中，有1.1亿人面临患内脏利什曼病（黑热病）的危险，同时估计有5300万人是淋巴丝虫病患者。在该区域的一些国家，HIV/艾滋病正在达到流行的程度。预测表明，到2000年，该区域将有约200万艾滋病病例，HIV感染病例将在800万至1000万之间。“老的”疾病如结核病仍将在疾病谱中占主导地位。仅在1996年，估计在该区域共发生300多万例新的结核病例，占全球负担的40%左右。疟疾仍然是一个顽固的祸害，1996年报告了300多万例。急性呼吸道感染和腹泻病继续是儿童死亡的主要原因。除传染病负担外，许多与生活方式相关的慢性疾病正在成为主要公共卫生问题。它强调了作出紧急努力通过一级预防，如通过减少烟草消耗，改变饮食行为和采纳健康的生活方式来控制非传染病的必要性。

14. 因此，会员国已明确地朝着人人享有卫生保健目标取得了大量进展。但是，看来在一些地区的进展已达到稳定状态。在该区域的许多国家，人口的过度增长，文盲率，贫困，营养不良，孕产妇高死亡率以及不能充分获得安全水和环境卫生设施正在阻碍进一步发展。此外，在国际旅行极为迅速的这一时代，疾病的跨国界传播很难由国家独立地加以控制。因此迫切需要创新做法。

15. 已经区域委员会同意的其中一种做法是利用国家间机制来处理共同的卫生问题。抗击边界地区疟疾或县区卫生服务一体化的活动，以及与卫生系统发展和流行病学

培训相关的其它努力已证明对会员国极为有益。本着区域团结的精神，从世界卫生组织的国家预算中为国家间活动增加拨款，这一机制将继续加以利用。

16. 该区域对未来所采取的做法的另一个方面是卫生部门改革。这是必要的，以适应私立部门扩大的作用，减少公共支出的压力以及公众对保健质量和参与决策过程越来越高的要求。在这一情况下，“卫生部门改革”成为区域委员会第五十届会议技术讨论的主题。委员会敦促会员国最佳利用国家机构和其它机制以及世界卫生组织合作中心以便有效地计划和管理改革，并要求区域主任向会员国提供技术支持以推行其自己的卫生部门改革。

17. 由于其重要性，这些改革必须得到广泛深远战略的支持，该战略将为确保朝着人人享有卫生保健目标持续取得进展而确定方向。为此目的，已继续努力保持将卫生置于会员国“政治和发展议程的优先地位”。这些努力的结果是两项成就，它们将毫无疑问地为21世纪的卫生发展创造一个强有力的基础。

18. 在一系列协商之后，拟定了东南亚区域21世纪卫生发展宣言，并经该区域卫生部长们在1997年8月第五十届会议期间通过。该宣言不仅包括下一个千年的政策框架，而且提供了区域对制定将于1998年卫生大会通过的人人享有卫生保健全球卫生政策的贡献。区域委员会赞同这一宣言，作为一项政治意向的声明以重申部长们对迎接下一世纪卫生发展挑战的承诺。

19. 面对这些挑战，日益明显的是，卫生部门本身不能向全体人民提供高效率和有成效的卫生服务。卫生部门必须与其它方面，包括私立部门，工业，其它政府部门以及非政府组织建立积极的“伙伴关系”。本着伙伴关系的精神，东南亚和西太平洋的区域主任于1997年5月与东南亚国家联盟签署了一份谅解备忘录。还为一份相似的谅解备忘录已与南亚区域合作联盟秘书处达成初步协议。这两个协议将为在分区域一级有效的卫生发展伙伴关系提供补充动力。

20. 在这种情况下，世界卫生组织支持印度尼西亚和泰国政府关于组织21世纪卫生发展国家间合作国际会议的联合倡议，该会议已于1997年12月11日—15日在曼谷举行。它的目的是通过加强现有机制以及为国家间有效技术合作确定新的做法和服务，改进国家间在卫生发展方面的合作。该会议是由日益认识到国家间有效伙伴关系和合作的重要性以面对21世纪卫生发展的挑战而促成的。

21. 因此，在即将进入21世纪时，世界卫生组织东南亚区域的会员国已经作好准备面对未来的挑战，振兴其人人享有卫生保健的努力，从事其卫生系统的改革，以及建立新的伙伴关系和加强现有的伙伴关系。在采取这些作法以后，有充分理由相信，该区域将能迅速向前发展以追求实现人人享有卫生保健目标。

## IV. 欧洲区域主任的报告

### 区域委员会事项

1. 下面是于1997年9月15日至19日在伊斯坦布尔举行的欧洲区域委员会第四十七届会议主要结果的摘要，供执行委员会审议。
2. 会议通过了关于**预防和控制传染病的1998—1999年行动计划**。虽然在近几年里已经取得有希望的结果，但是在东欧和中欧的大多数地区情况仍然非常严重，并且正在出现新的威胁；例如，在1990年代期间，性传播疾病的发病率表明在许多东欧国家中急剧增加。虽然在过去几年中获得性免疫缺陷综合症（艾滋病）和结核的发病率似乎在西欧已经稳定，但却在若干东欧国家看到急剧增加。疟疾在该区域的东南部地区已经回升，成为一个严重关注的问题。在欧洲区域其它严重的传染病问题是由伤寒，痢疾，甲型肝炎和霍乱引起的。在过去三年里白喉发病率的大幅度下降已显示了精心计划和实施的免疫规划的效果。
3. 会议还通过了关于**根除脊髓灰质炎的1998—1999年行动计划**，该计划旨在为该区域所有国家作好准备，以到2000年证实为无脊髓灰质炎。
4. 关于**传染性海绵状脑病**，对世界卫生组织决定利用其优势领域的技术专长表示满意：疾病定义，准则，培训和监测。
5. 会议通过了关于**无烟欧洲的第三项行动计划（1997—2001年）**，该计划号召采取坚决的行动保护公众健康免受烟草工业活动的危害。计划建议，到1999年所有欧洲会员国应已制定国家行动计划并有明确的实施时间表和削减烟草使用特别对妇女和青年的特定目标，并呼吁其它部门参与，包括法律专业。行动计划的一项主要内容是一项探讨从1999年1月1日起建立一个“无烟欧洲委员会”的可行性建议，这将汇集各组织的广泛联盟，从而提供一个更为协调的泛欧洲努力。
6. **欧洲环境与健康委员会**（一个与联合国欧洲经济委员会联合的委员会）主席报告了将于1999年在伦敦举行的“环境与健康的伙伴关系：21世纪行动的实施”会议的筹备工作，强调所有国家的参与和奉献对于确保在会议上即将讨论和达成一致的

行动的适当实施是必要的。若干国家强调了由欧洲区域办事处发起的新的努力的重要性，以促进制定国家环境与健康行动计划，不仅作为实现国家目标而且作为促进国际合作的一项有效工具。

7. 就提名为**区域主任**一职的候选人的修订标准达成了一致意见，这些调整包括至少在区域委员会一种工作语言方面具备充足技能；它还确认，一名候选人应通常是该区域一个会员国的国民。还通过了**对区域遴选小组职责范围的重大修改**，即给予该小组积极物色候选人的职权。

8. 有关执行委员会审查《组织法》特别小组关于**区域安排**的讨论，区域委员会对区域委员会常务委员会，特别小组以及秘书处的工作表示赞赏和感谢。对区域委员会常务委员会所提出的建议给予了广泛和坚定的支持，这些建议已作为区域委员会就此议题通过的一项决议的附件。

9. 区域委员会欢迎总干事发表的一项意见，即到本双年度末，根据最大会费交纳国的交费情况和届时的兑换率，它将考虑向**欧洲卫生规划**分配额外资金，以支持中欧和东欧国家以及新独立国家。

## 21世纪人人享有卫生保健政策：区域展望

### 全球卫生政策

10. 在会员国和所选择的专家们在1996年10月至12月期间书面协商之后，区域委员会常务委员会以及区域委员会第四十七届会议本身于1997年9月对全球政策草案进行了审查。

11. 常务委员会认为，虽然草案文件概述了明确的战略，但应更明确地表明世界卫生组织的理想和领导作用；并对提供“有法律约束力的规范”的必要性提出了疑问。常务委员会还建议，文件的定稿应推迟一年，以使下一任总干事能参与其制定。

12. 一些代表就这一新的草案对总干事及其职员表示赞扬。常务委员会的意见普遍受到支持，但是也表达了一些补充意见和保留意见；例如，建议应更为明确地详细

说明至少在基本卫生保健方面政府和地方当局的作用。完全由国家向卫生保健提供资金，这并不符合许多欧洲会员国的观点，它们正在遵循以社会保险为基础的作法。一些代表强调有必要加强文件有关提出业务建议的部分。

13. 区域委员会常务委员会关于推迟一年定稿的建议得到一些代表的支持，尽管也有一些保留意见；即他们指出，根据1995年通过的WHA48.16号决议，总干事有责任将全球人人享有卫生保健政策和战略定稿提交给1998年5月第五十一届世界卫生大会。

### 区域卫生政策

14. 在世界卫生组织欧洲区域的会员国于1984年通过人人享有卫生保健区域政策和38项指标时，他们已确定了一个政策发展的持续周期，其间通过确定明确的“志向性目标”及为测定朝着这些目标取得的进展而确定标准指标，实现责任制。第一次修订由区域委员会于1991年进行。区域政策包括了非常广泛的领域。利用200多项业务指标对进展进行测定，并在所有会员国中持续进行监测。

15. 21世纪新政策的修订草案将由区域委员会常务委员会于1998年4月进行审查，之后，将提交一份最后草案供1998年9月区域委员会第四十八届会议认可。该政策预期于1998年末得到广泛发行。

16. 构成原人人享有卫生保健政策基础的价值和原则被认为仍然有效。

17. 鉴于对欧洲草案的持续详尽协商（涉及所有50个积极会员国和相同数量的组织），区域委员会在其初步讨论中欢迎对政策的修订。它要求，最后文件应分两部份发表（EUR/RC47/R6号决议）：一部分概述对欧洲的主要卫生政策重点和价值；第二部分对战略和选择方案，行动计划，指标清单以及确定目标的方法等提供更为详尽的指导。



说明至少在基本卫生保健方面政府和地方当局的作用。完全由国家向卫生保健提供资金，这并不符合许多欧洲会员国的观点，它们正在遵循以社会保险为基础的作法。一些代表强调有必要加强文件有关提出业务建议的部分。

13. 区域委员会常务委员会关于推迟一年定稿的建议得到一些代表的支持，尽管也有一些保留意见；即他们指出，根据1995年通过的WHA48.16号决议，总干事有责任将全球人人享有卫生保健政策和战略定稿提交给1998年5月第五十一届世界卫生大会。

### 区域卫生政策

14. 在世界卫生组织欧洲区域的会员国于1984年通过人人享有卫生保健区域政策和38项指标时，他们已确定了一个政策发展的持续周期，其间通过确定明确的“志向性目标”及为测定朝着这些目标取得的进展而确定标准指标，实现责任制。第一次修订由区域委员会于1991年进行。区域政策包括了非常广泛的领域。利用200多项业务指标对进展进行测定，并在所有会员国中持续进行监测。

15. 21世纪新政策的修订草案将由区域委员会常务委员会于1998年4月进行审查，之后，将提交一份最后草案供1998年9月区域委员会第四十八届会议认可。该政策预期于1998年末得到广泛发行。

16. 构成原人人享有卫生保健政策基础的价值和原则被认为仍然有效。

17. 鉴于对欧洲草案的持续详尽协商（涉及所有50个积极会员国和相同数量的组织），区域委员会在其初步讨论中欢迎对政策的修订。它要求，最后文件应分两部份发表（EUR/RC47/R6号决议）：一部分概述对欧洲的主要卫生政策重点和价值；第二部分对战略和选择方案，行动计划，指标清单以及确定目标的方法等提供更为详尽的指导。

## V. 东地中海区域主任的报告

### 区域委员会事项

1. 区域委员会第四十四届会议于1997年10月4日至7日在伊朗伊斯兰共和国德黑兰举行。技术讨论是关于适宜的卫生技术，提交的技术报告涉及到动员社区支持人人享有卫生保健，“学术界”和卫生专业学会在支持人人享有卫生保健方面的作用，消灭和根除疾病，特别是麻疹，结核和脊髓灰质炎，以及“卫生信息学和远距离传送学”。还讨论了关于区域评价人人享有卫生保健战略，人人享有卫生保健政策文件草案，以及执行委员会特别小组审议《组织法》的第三份报告。
2. 关于对世界卫生组织《组织法》的审议，区域委员会通过了一项关于确认本组织区域结构重要性的决议，委员会认为，执行委员会的委员应增加2名，委员的任期应维持为3年。它不同意任何一名委员的重复任期。区域委员会应继续每年召开一次，在应用新的程序选举总干事的结果知晓以前应维持提名区域主任候选人的程序。委员会认为，对预算分配采用任何一种数学模式均应以可靠的数据为依据并能对变化作出反应，应考虑预算外资源，并应在国家和区域的需求方面做到平等，并认为，某些规划方面取得的成就不应对全盘分配产生不利影响。
3. 人们对关于“学术界”和专业协会在支持人人享有卫生保健方面作用的技术报告产生极大兴趣，保持了该区域在医学教育领域的势头。人们关注卫生专业人员教育规划未能满足社区的需求，并希望加强提供这类教育的机构与卫生保健实施系统之间的协调，委员会特别要求区域主任建立一个专家咨询团，以帮助医学院校和其它这类机构评价教学。
4. 关于调动社区支持人人享有卫生保健的技术报告涉及卫生促进的一个基本方面—使社区参与影响其本身健康的决定和程序的必要性。东地中海区域的很多行动可作为调动社区的榜样，特别是目前已稳固制定的“基本发展需求”措施，它在全盘发展的框架内解决贫困者，特别是边远地区和农村地区贫困者的卫生问题。然而，缺乏在广泛社会基础上调动社区的方法。因此，区域委员会特别要求总干事建立一个包括社会科学家在内的专家工作组，以便制定这样的方法和准则。

5. 关于消灭/根除疾病，特别是麻疹和结核，委员会通过了一项决议，敦促各国通过和实施关于2010年消灭麻疹的战略。它还敦促结核低发病率的国家确立到2010年消灭结核的目标，结核发病率处于中度和高度水平的国家实施贯穿区域的直接观察短程治疗区域战略，将其作为消灭结核的一个先决条件。因而，委员会讨论了一项关于预防跨境传播野生脊髓灰质炎病毒的区域战略并特别要求会员国协调其根除脊髓灰质炎的努力，特别是在边界地区。它还要求区域主任利用世界卫生组织的便利条件和资源及其合作中心对遏制跨境传播提供支持。

6. 关于适宜的卫生技术，委员会要求区域主任考虑制定选择及合理使用现代技术的技术准则和守则，并加强世界卫生组织合作中心的作用，以支持向会员国传播适宜的卫生技术。它还要求区主任向总干事转达会员国的关注，即消除对各国获得适宜卫生技术和医疗设备方面不应有的障碍和限制。

## 21世纪人人享有卫生保健政策：区域展望

7. 会员国对确定21世纪人人享有卫生保健政策的文件草案发表了很多意见。为了在区域范围内实施人人享有卫生保健，东地中海区域促进了几项实施卫生政策行动。该区域在制定和通过WHA37.13号决议中发挥了有益的作用，决议确认精神领域对激发人民在生活各方面的成就发挥着重大作用。因而，区域各国积极争取将精神领域纳入其卫生政策和战略，将之视为促进健康之本。区域委员会特别要求区域主任采取必要措施将其纳入全球人人享有卫生保健政策，并在修订世界卫生组织《组织法》时将之纳入其中。

8. 委员会重申将人人享有卫生保健作为一项“理想目标”的有效性和持久性，并重申必须将国家卫生政策纳入国家社会经济发展政策，以及国家和区域政策必须考虑社会和文化特点。

9. 在讨论这一问题和其它议程项目时，强调了区域与会员国合作的如下重要概念：

- (a) 世界卫生组织国家办事处在区域办事处和世界卫生组织总部现有技术专长的支持下，向卫生部和其它与卫生部门有关的实体提供技术资源。提倡会员国利用这些技术专长制定国家卫生政策，支持卫生部门改革，并在与国际捐助者进行磋商时确保它们的支持符合国家卫生政策目标。

- (b) 世界卫生组织在国家级没有自己的规划，它对国家卫生规划的贡献就是提供支持。世界卫生组织和国家当局共同审议国家卫生及与卫生相关的规划并确定所需的世界卫生组织的支持。尽管向国家规划的所有部分提供技术支持，但是，世界卫生组织正常预算下的国家拨款却针对这些规划中的特定重点领域。
- (c) 与会员国合作的方向主要是国家能力建设，对人力资源发展的投资及加强国家卫生系统。

## VI. 西太平洋区域主任的报告

### 区域委员会事项

1. 在其第四十八届会议上，西太平洋区域委员会提出了一系列问题，要求执行委员会予以注意。其中大多数问题已在有关“区域安排”的议程项目下进行讨论，并涉及到审查世界卫生组织《组织法》特别小组的工作。但是，在其它议程项目下提出了对执行委员会有兴趣的4个其它问题（下面第7至10段）。
2. 关于区域拨款，区域委员会认为，应该增加对西太平洋区域的拨款，主要原因是它拥有约28%的全球人口。代表们还提到了可用于确定预算拨款的一些其它标准，包括该区域最不发达国家的数目，卫生需求，以及人类发展指数。一些代表还认为，基于该区域有许多人口少并且分散的会员国这一理由，增加拨款是合理的。
3. 区域委员会还认为，应该增加分配给该区域的在执行委员会中的席位数。关于这一增加的理由包括人口数量，会员国数目以及地理面积。对执委会的最佳规模未达成一致意见。
4. 委员会认为，区域主任的任期应与总干事的任期相一致，即任期五年，可连任一次，但这一限制不应适用于现任职者。对遴选的方法讨论极少，并没有达成一致的意见。
5. 关于区域委员会和卫生大会的会议，委员会认为，区域委员会应继续每年举行一次会议，但卫生大会或许可两年举行一次会议。但是，应继续对缩短区域委员会会议的可能性进行审查。
6. 会议提出了对执行委员会有兴趣的其它4个问题。
7. 区域委员会要求总干事就应如何决定世界卫生组织与私立部门的关系给予指导。
8. 对“21世纪人人享有卫生保健”这一全球性文件表示了某些不满。区域委员会要求区域主任向总干事转达其要求，即应对该文件进行修订，并在将其提交给执行

委员会第一〇一届会议讨论之前供会员国审议和提出意见。

9. 文莱达鲁萨兰国和马来西亚的代表提出了在区域委员会会议期间复盖东南亚许多地方的烟雾问题。日本政府同意，已经收到的预算外资金可重新分配以向经历由烟雾造成的卫生问题的国家立即提供支持。在会议之后，向马来西亚派出了一名环境卫生科学家。

10. 蒙古代表指出，迄今世界卫生组织对西太平洋区域“促进健康的环境”的支持未能满足游牧社区的需求。会议同意，这一问题将在区域政策文件卫生新地平线的范畴内加以考虑。

11. 烟雾是一个现代现象，而游牧社区几乎与人类一样古老。世界卫生组织对这两者的反应基本上是相同的：及时和适宜的公共卫生干预措施，世界卫生组织的政策是确保给人民以最佳机遇以便为健康最大限度地发挥其潜力。

#### 21世纪人人享有卫生保健政策：区域展望

12. 到2020年，该区域的人口将从目前的水平增加24%，而年龄分布将发生改变：0—14岁年龄组将从1995年的26.9%下降至2020年的20.6%，而在同一时期，65岁以上年龄组将从6.5%增加至9.7%。这些人口变化将伴随有疾病概况的转变：传染病以及营养、围产期和孕产病症在总体疾病中所占的百分比远比1975年要小的多；到2020年，它们将占区域疾病概况的一个非常小的部分，届时主要是“生活方式相关”疾病，其它非传染病，事故和损伤，以及与老龄化有关的病症。世界卫生组织在西太平洋区域的目标是支持精心计划和组织完善的公共卫生政策以对这些事态发展作出反应。变化是不可避免的，但可对其从多方面施加影响。

13. 该区域的特点一直是极大多样性。当我们展望下一世纪的卫生挑战时，承认会员国卫生需求的广泛性将比以往任何时候都更为重要。该区域的日益繁荣将开辟机遇以改善许多人的健康状况，但世界卫生组织将需要对较不发达国家及太平洋小岛屿国家的需求保持密切注意。在西太平洋区域仍有一些国家还没有根除麻风，仍有一些国家的孕产妇死亡率高得不可接受（其中一些远高于每10万活产300例死亡这一区域目标）。除了控制心血管病，癌症和其它非传染病的快速增长速度的措施外，仍

必须分配充足的资源以抗击传染病以及营养，围产期和孕产病症。

14. 很重要的是，卫生服务应向前看而不是向后看。首先，它们应获得充足的资源。该区域的绝大多数国家正享有有力的经济增长并已建立了基本的卫生基础设施。但是，有少数国家如柬埔寨和老挝人民民主共和国，那里对卫生部门的拨款低于国民生产总值的2%。在这些国家，卫生部门不能满足基本的需求。在南太平洋，主要问题是提供中级卫生专业人员。世界卫生组织将继续有力地支持该区域的较不发达国家改进其卫生服务以及太平洋岛屿国家甚至向边远地区提供适当的卫生服务。

15. 对该区域的大多数国家而言，下一世纪的问题将是质量问题而不是数量问题：私有化如何能确保社会的较贫穷部分仍能获得适当的复盖？如何能获得价格合理的药物的适当供应？卫生预算中有多少应分配给治疗保健以及多少应分配给预防保健和健康促进？什么样的卫生部门最能处理老龄的慢性变性病症？这些是世界卫生组织在西太平洋区域的会员国如同在其它的世界卫生组织区域一样将面临的一些问题。世界卫生组织的作用将是随着国家使它们的卫生服务作出适应以迎接这些挑战时支持它们。

16. 区域政策框架卫生新地平线于1994年经西太平洋区域委员会第四十五届会议认可。它基于这一简单前提，即人民可对其自己的健康产生重要影响。公共政策的作用是提供一个支持性环境，其中个人和社区可作出使人民更加长寿和更健康地生活的决定。

17. 卫生新地平线认识到人民在其整个一生卫生需求的变化。为此，围绕三个主题进行组织：为生活作准备；保护生活；以及晚年的生活质量。它进一步承认，人民在其生活的各个阶段所处的环境影响他们的健康。因此，通过环境卫生项目以及发起促进健康的环境如学校，健康城市和健康岛屿，世界卫生组织一直在该区域积极促进更健康的环境。

18. 卫生新地平线不能对21世纪所有的卫生问题提供答案，但它确定了一个灵活的框架，在这一框架内，国家，社区和个人可筹划其自己的健康未来。它将构成西太平洋区域21世纪人人享有卫生保健政策的基础。

= = =

