



## 决议实施情况：进展报告

### 秘书处的报告

#### 目 录

|   | 页号 |
|---|----|
| A. 加强积极和健康的老龄化.....                               | 2  |
| B. 健康问题社会决定因素委员会的进展报告 <sup>1</sup> .....          | 3  |
| C. 有害使用酒精引起的公共卫生问题 ( WHA58.26 号决议 ) .....         | 4  |
| D. 应急准备和反应(WHA59.22 号决议).....                     | 6  |
| E. 世卫组织实施改进多边机构和国际捐助者防治艾滋病工作协调问题<br>全球工作队的建议..... | 7  |
| F. 公共卫生、创新和知识产权：制定全球战略和行动计划 <sup>2</sup>          |    |
| G. 《世界暴力与健康报告》：建议的实施情况.....                       | 9  |
| H. 卫生计量系统网络.....                                  | 10 |
| I. 预防和控制癌症 ( WHA58.22 号决议 ): 宫颈癌 <sup>2</sup>     |    |
| J. 降低全球麻疹死亡率 ( WHA56.20 号决议 ) <sup>2</sup>        |    |

<sup>1</sup> 有关授权地方社区的分部分载于文件 EB120/35 Add.1。

<sup>2</sup> 载于文件 EB120/35 Add.1。

执行委员会的行动 ..... 12

## A. 加强积极和健康的老龄化

1. 卫生大会在 WHA58.16 号决议中要求总干事发起和支持一系列活动以加强本组织在积极健康的老龄化方面的工作并通过执行委员会向第六十届世界卫生大会报告取得的进展。
2. 秘书处开展了包括会员国、专业、学术和非政府组织在内的各种活动，以便提高全球对老龄化构成的公共卫生挑战的认识。例如，由 18 个国家<sup>1</sup>27 个城市参加的“有益于老年人的城市”的部门间项目，使用一种通用的质量研究方案，在这项方案中，由老年人确定能够使他们的城市环境更有益于老年人的重点干预措施。
3. 世卫组织通过利用“积极的老龄政策框架”对实施《马德里国际老龄行动计划，2002》作出贡献，该框架将积极的老龄界定为“为了提高老年人的生活质量而充分利用健康、参与和安全的机会有过程”<sup>2</sup>。本文件所列的行动原则和建议在全球范围得到会员国、主要学术、专业和非政府组织的通过。该框架基于一个生命全过程的做法，侧重于所有生命阶段的老龄化，而不是只专注于老年人。从而加强了将老龄化纳入世卫组织的所有活动和规划。
4. 世卫组织正与澳大利亚、巴西、加拿大、哥斯达黎加、牙买加、新加坡、西班牙和土耳其的学术和政府机构开展合作，调整初级卫生保健能力，使之符合老年人的需求。合作结果包括广泛散发文件，阐明各项原则并呼吁在核心能力、自然环境和行政程序方面采取行动。正在上述 5 个国家对一套有关如何使初级卫生保健中心更有利于老年人方法的成套材料进行试验。
5. 世卫组织在 18 个国家中开展了一项题为“对发展中国家人口迅速老龄化的综合卫生系统反应”的多阶段的定性和定量研究项目，重点是能力建设、南-南交流模式和经验、采取“自下而上”的做法以及政策制定和实施。
6. 设计了有关全球老龄化和成人健康的世卫组织研究项目，目的是开发有效、可靠和可比较的调查方法以审查 6 个国家中<sup>3</sup>老年人健康和幸福的模式。这项研究是第一个多方位并以社区为基础的有关老龄化问题的全球调查，预计该项研究的文件将用于全球范

<sup>1</sup> 阿根廷、澳大利亚、巴西、加拿大、中国、哥斯达黎加、德国、印度、爱尔兰、牙买加、日本、墨西哥、巴基斯坦、俄罗斯联邦、西班牙、瑞士、土耳其和大不列颠及北爱尔兰联合王国

<sup>2</sup> 文件 WHO/NMH/NPH/02.8。

<sup>3</sup> 中国、加纳、印度、墨西哥、俄罗斯联邦和南非。

围的其它研究。

7. 为了最佳利用稀有资源，秘书处（包括区域和国家办事处的工作人员）已将重点置于一些实为重点却被忽视领域的项目。正与联合国系统其它专门机构和国际非政府组织合作开展工作，从而确保采取部门间行动。这些领域包括紧急情况下的老年人；预防老年人跌倒；从性别角度看待妇女、老龄化和健康；为卫生专业人员编制的关于老龄化的基本课程内容以及在非洲艾滋病流行情况下的作为护理者的老年人。

## **B. 健康问题社会决定因素委员会的进展报告**

### **序言**

8. 健康问题社会决定因素委员会于 2005 年 3 月发起并将持续工作至 2008 年 5 月。它支持各国和全球机构，包括世界卫生组织，制定和实施针对造成健康不良和卫生方面不公平的社会因素的卫生政策。

9. 委员会的 20 名委员均是科学、公共卫生、决策和社会变革方面的杰出创新者。委员会与民间社会合作支持政策变革并检查结果。

10. 委员会的目标是通过促进能够有效解决健康问题社会决定因素的模式和做法，支持各国在卫生政策方面的变革；支持各国将卫生工作作为众多政府部门和社会机构对其作出贡献的一项共同目标；并帮助联络各国政府、国际组织、研究机构、民间社会和社区就卫生的公平性和社会决定因素方面的行动开展一项全球运动。

### **进展概要**

11. 委员会自成立以后分别在巴西、智利、埃及、印度、伊朗和肯尼亚召开了六次会议。在非洲区域、美洲区域、东南亚区域、东地中海区域和西太平洋区域举行了五次区域协商会。将于 2007 年 2 月举行欧洲区域协商会。

12. 目前总共有 9 个全球知识网络，包括 300 多位主要科学家、决策者和全球性机构、民间社会和非政府组织的代表。每个网络负责编辑和综合有关全球化、儿童早期发育、城市环境、就业条件、妇女和性别的公平性、社会排斥、卫生系统、衡量与证据，以及重点公共卫生状况方面的知识。有关重点公共卫生状况的知识网络建之于主要合作伙伴之内，其目的是在综合健康问题社会决定因素的工作中加强主要卫生规划的有效性。该

网络将向委员会提交有关健康问题社会决定因素最佳行动实践的建议<sup>1</sup>。

13. 委员会与会员国<sup>2</sup>合作的一项重要内容的目的是为致力于健康问题社会决定因素卫生政策的地方做法提供情景理解。委员会特别致力于从促进国家内部卫生公平性的部门间行动和参与式做法中吸取教训。

14. 包括撒哈拉以南非洲、美洲、亚洲和东地中海四个地理区域的民间社会组织与委员会密切合作，宣传在它们的组织中应用健康问题社会决定因素。它们将向委员会报告基层的做法以列入最后报告中并证实对知识网络全盘工作的应用。

15. 2006年上半年，委员会分析了全球卫生和发展政策环境并选定四个主要目标受众：世界银行、联合国经济和社会理事会、八国集团和联合国行政首长协调会，开展其全球宣传工作。明年，委员会将为与每个机构开展合作而作出分析并制定战略计划，以确保公平和健康问题社会决定因素在它们的政策议程以及机构重点和计划中占有突出地位。

16. 在世界卫生组织内部已采取若干步骤，保证将健康问题社会决定因素作为第十一个工作总规划的五项重点之一，作为为促进卫生方面公平性的中期战略计划草案十五项战略的目标之一。已建立有关重点公共卫生状况的知识网络，目的是确定在实现卫生保健方面的促进因素和障碍，并在卫生规划内，特别是低等和中等收入国家中采用护本干预措施。

17. 委员会第七次会议将于2007年1月在世界卫生组织总部举行。委员们将审议工作流的初步结果和进展并讨论委员会中期报告，这份报告将于2007年7月初散发，供审评和发表意见。最终报告将于2008年5月散发。第六十二届世界卫生大会将讨论有关健康问题社会决定因素和卫生公平性方面的一项全球战略和解决办法。

### C. 有害使用酒精引起的公共卫生问题

18. 为了实施WHA58.26号决议，秘书处加强了它的能力，并在全球和区域一级实施了一系列活动。它将重点置于综合评估有害使用酒精引起的公共卫生问题，审查证据，对政策和干预措施提出建议，加强全球和区域酒精信息系统并与有关的利益相关方开展合作。

---

<sup>1</sup> 分析和战略审评报告和范围报告见：[http://www.who.int/social\\_determinants/en/](http://www.who.int/social_determinants/en/)。

<sup>2</sup> 特别是玻利维亚、巴西、加拿大、智利、刚果、埃及、印度、伊朗、约旦、肯尼亚、马拉维、毛里塔尼亚、毛里求斯、摩洛哥、莫桑比克、巴基斯坦、塞内加尔、斯里兰卡、瑞典、大不列颠及北爱尔兰联合王国、坦桑尼亚联合共和国、赞比亚和津巴布韦。

19. 通过评估有害使用酒精产生的公共卫生问题以及设计相应的区域反应和规划来加强区域活动。在非洲(布拉柴维尔, 2006年5月)、东地中海(开罗, 2006年6月)和西太平洋区域(马尼拉, 2006年3月)组织了技术协商会。东南亚区域委员会和东地中海区域委员会通过了有关这一主题的决议。西太平洋区域委员会认可了一项减少与酒精有关伤害的区域战略。<sup>1</sup>

20. 秘书处更新了由于酒精和酒精使用疾患流行所造成的全球疾病负担的估计。2006年9月13-15日在日内瓦召开的有关酒精流行病学咨询小组技术会议讨论了用于估计的方法, 酒精造成负担的新数据, 数据收集程序以及对它们的改进。

21. 就减轻与酒精有关的伤害政策和干预行动提出建议的程序包括召开一系列技术协商会以及在网上海调查学术机构、专业协会、非政府组织以及酒精饮料工业及贸易和农业部门代表的观点和意见。世界卫生组织关于与酒精消费相关问题的专家委员会会议(日内瓦, 2006年10月10-13日)审议了现有证据并提出了技术建议。需要开展进一步的磋商以制定全球建议, 并为全球减轻酒精相关危害的活动制定一个适宜框架, 它包括一些区域的样板, 例如欧洲2000-2005年酒精行动计划、世卫组织欧洲区域酒精政策框架以及西太平洋区域的减轻酒精有关危害的区域战略。

22. 为了加强有关酒精消费以及它对健康和社会造成后果的全球信息系统, 秘书处审查并扩大了全球酒精数据库, 并将其中的大部分内容转至一个网站。需要通过建立或加强区域信息系统的运作以及与国家检查和监测活动相联系来加强全球对酒精有害使用和国家政策反应的监督。正在修订为支持数据收集和分析的技术工具 — 监测酒精消费及其相关危害的国际指南。正在开展制定监测国家级和国家地方级酒精有害使用的联合指标。

23. 通过一个全球协商会(日内瓦, 2006年4月24-25日), 并通过促进与直接致力于酒精相关问题或相关领域的国际组织和专业协会之间的网络联系加强了与非政府组织的合作。

24. 在世界卫生组织总部与酒精饮料工业代表召开了全球公开协商会(日内瓦, 2006年3月8日), 目的是就适宜的共同行动交换意见。在西太平洋区域举行了相似的协商会(马尼拉, 2006年6月8日)。正计划与工业、农业和商业部门的代表制定计划, 从他们作为酒精饮料的商业生产者、推销者和销售者可能对减少与酒精相关的危害作出贡献的角度开展进一步合作。

---

<sup>1</sup> WPR/RC57.R5号决议。

#### D. 应急准备和反应(WHA59.22 号决议)

25. 在 WHA59.22 号决议中,卫生大会要求总干事支持会员国与联合国相关组织和其它合作伙伴协作,在国家和地区级制定其卫生部门应急准备和反应规划,并通过执行委员会向第六十届世界卫生大会报告取得的进展。

26. 侧重于卫生部门和社区能力建设的世界卫生组织应急准备和减少风险五年战略已拟订完毕。确定的四项重点领域如下:(1)在卫生部中使应急准备规划制度化;(2)人力资源发展;(3)继重大紧急情况 and 突发疾病之后立即进行医疗和卫生保健国家能力建设;以及(4)支持以社区为基础的活动。

27. 为了使会员国能够处理在紧急反应方面存在的差距,继 2006 年 9 月的一次专家协商会提出的意见之后,世界卫生组织正在制定有关大规模伤亡管理的管理和技术指南。其它活动包括制定有关紧急情况下慢性病管理以及孕产妇和新生儿卫生指南。

28. 开始了一项有关会员国应急准备水平的全球评估。已完成包括 60 个国家在内的第一阶段,2006 年 11 月开始了第二阶段的工作,并定于 2006 年末结束。将于 2007 年 1 月发表报告全文。

29. 正与联合国减灾国际战略和世界银行共同制定安全医院行动,将其作为兵库行动框架<sup>1</sup>准备 2008-2009 年安全医院运动的一部分。

30. 世界卫生组织是联合国机构间常设委员会/人道主义事务执行委员会的一名积极成员,是联合国人道主义事务协调厅的一名积极伙伴并参与人道主义改革工作。它是机构间常设委员会卫生部门的主要机构,联合主持性别和人道主义援助专题小组,精神卫生和社会心理支持专题小组,并参加有关加强人道主义协调系统专题工作小组的工作。与其它伙伴协调正在开展一项全球卫生部门行动计划。这项计划涵盖培训、共同卫生需求评估、一套协调反应和卫生管理的工具包以及卫生和营养追踪服务。

31. 追踪服务是与主要利益相关方长期磋商的主题。项目的最后建议得到机构间常设委员会的卫生和营养部门的认可并受到其工作小组的正式欢迎。随后与其它潜在伙伴开展了广泛讨论。一旦获得资金将立即开始实施。

---

<sup>1</sup> 《2005-2015 年兵库行动框架: 加强国家和社区的抗灾能力》,由世界减灾会议(2005 年 1 月 18-22 日于日本兵库)通过。

32. 已在黎巴嫩实施并正在刚果民主共和国、利比里亚、索马里和乌干达采用卫生部门途径。

33. 世卫组织与红十字会和红新月会国际联合会协作，在东南亚建立一个海啸复原影响评估和监测系统。

34. 在非洲角，世卫组织在使卫生部门成为中央应急基金的主要受益者方面发挥了作用，目的是满足吉布提、厄立特里亚、埃塞俄比亚、肯尼亚和索马里最脆弱社区的人道主义需求。向处于这种情况下的人群成功发放了资金，使该基金通过其迅速反应和供资不足紧急情况补助款总共向全球 20 个国家(13 个在非洲区域)提供了援助。

### **参加联合国系统后勤和供应管理机制**

35. 世界卫生组织将参与联合国系统后勤和供应机制。通过本组织参与机构间后勤部门，联合国联合后勤中心以及发展后勤供应系统正在开展这一领域的工作。2006 年，与世界粮食计划署的集中协商产生了关于在紧急情况下为世界卫生组织出现的反应而有权获得粮食计划署的后勤能力，为卫生目的共同使用五个区域后勤中心以及就一项关于筹集外部资源共同项目建议方面达成双边协议。正在就这一相关的技术协定进行定稿以供双方在 2006 年末签字。

### **E. 世卫组织实施改进多边机构和国际捐助者防治艾滋病工作协调问题全球工作队的建议**

36. WHA59.12 号决议通过了有关改进多边机构和国际捐助者防治艾滋病工作协调问题全球工作队的建议并要求总干事与联合国艾滋病规划署和其他联合发起者合作实施它的建议，并通过执行委员会和第六十届世界卫生大会报告进展情况。

37. 全球工作小组的建议包括捐助者和多边机构(例如世卫组织、联合国艾滋病规划署、世界银行和抗艾滋病、结核和疟疾全球基金及其它)共同更有效地合作，以确保对国家艾滋病反应的财政和经济支持与“三一”原则、关于和谐的罗马宣言(2003 年)以及关于援助效率的巴黎宣言(2005 年)相协调和一致。

38. 到 2006 年 10 月底，联合国艾滋病规划署已支持在 44 个国家建立了联合国艾滋病联合工作队。世卫组织在这些工作队中发挥了积极作用，包括参加与其它联合国机构和合作伙伴的共同规划。

39. 世卫组织对实施全球工作队建议的贡献侧重于促进多边机构之间的协调，特别是在国家级提供技术支持。作为解决问题和实施支持的全球联合工作队的主席，世卫组织领导着向国家艾滋病毒/艾滋病规划提供主要资金方面克服障碍的工作。支持工作队的核心成员包括世卫组织、联合国开发计划署、联合国儿童基金会、联合国人口活动基金、联合国艾滋病规划署、世界银行和抗艾滋病、结核和疟疾全球基金。工作队促进在国内分析障碍并制定克服这些障碍的技术支持计划。与国家每月召开电话和视频会议，审议它们的技术支持要求。在与劳动司商定的框架内作出了有关提供技术支持职责的决定<sup>1</sup>。

40. 在联合国专题小组、联合国国家联合工作队和其它国家和国际伙伴的参与下，支持工作队协调和提供了政策、技术和管理支持。支持工作队在其第一年的运作中迅速分析了 15 个国家中实施规划的障碍并促进了 9 个国家的行动。在下述领域提供了支持：采购和供应管理、监督能力和管理资金，监测和评估，以及处理与多边机构及其伙伴相关的政策、程序和做法方面的系统挑战。2006 年 11 月，将扩大支持工作队的成员，使之包括双边捐助者和民间社会合作伙伴。

41. 支持工作队的工作补充了联合国艾滋病规划署及其共同主办人在区域和国家级，例如通过世卫组织及其伙伴和联合国艾滋病规划署技术支持机构建立的支持中心提供的技术支持。世卫组织也与美利坚合众国总统发起防治艾滋病紧急救援计划，与德国技术合作公司支持行动开展合作，以确保双边机构提供的技术援助与联合国系统的工作相符合。

42. 由于国家对技术支持的要求有所增长，正不断作出努力以保证获得充足的资金。在本双年度为世卫组织艾滋病毒/艾滋病工作所获资金的 79% 已分配给区域和国家办事处。世卫组织也与联合国艾滋病规划署及其他共同发起者合作，为技术支持筹集更多资金，例如，探究从联合国艾滋病规划署统一预算和工作计划中获得国家级更多资金的可能性。

43. 在对更广泛的协调工作作出贡献的同时，世卫组织对国家艾滋病反应的特别支持侧重于扩大重点卫生部门干预措施，以便尽可能到 2010 年接近全面普及预防、治疗、护理和支持的目标。为了加强国家及其合作伙伴的责任心，世卫组织和联合国艾滋病规划署正就确定国家里程碑提供指南，以衡量在实现全面普及重点干预措施方面的进展，这类重点干预措施例如提供抗逆转录病毒治疗、预防母婴传播艾滋病毒以及艾滋病毒检测和咨询。还将向国家提供支持，以将雄心勃勃的指标纳入国家战略和行动计划。

---

<sup>1</sup> 联合国艾滋病规划署技术支持劳动司：概要和基本原理，联合国艾滋病规划署，2005 年 8 月。



## G. 《世界暴力与健康报告》：建议的实施情况<sup>1</sup>

WHA56.24 号决议敦促会员国宣传《世界暴力与健康报告》，鼓励会员国编制有关暴力与健康的报告并鼓励所有尚未这样做的会员国在卫生部内指定一个暴力预防归口单位。决议要求总干事与会员国合作，为实施预防暴力的措施而制定政策和规划。

自 2005 年以来，开始编写报告的国家从 40 个增至 52 个；正在编制国家暴力与健康报告的国家数从 4 个增至 15 个；归口单位的数字翻了一番，现已达 100 个。很多国家与世卫组织合作发起预防暴力的新活动，这些活动诸如数据收集、有关暴力代价的研究、评估预防规划、建立国家预防机构或专题小组以及改善对暴力受害者的服务，这些国家包括：安哥拉、阿根廷、哥伦比亚、比利时、巴西、加拿大、刚果、萨尔瓦多、芬兰、法国、德国、危地马拉、洪都拉斯、印度、牙买加、约旦、肯尼亚、拉脱维亚、马来西亚、蒙古、莫桑比克、尼泊尔、尼加拉瓜、菲律宾、秘鲁、俄罗斯联邦、南非、泰国、前南斯拉夫的马其顿共和国、乌干达、大不列颠及北爱尔兰联合王国、坦桑尼亚联合共和国、美利坚合众国及也门。

在“暴力预防全球运动第二个里程碑”的第二次会议上（美利坚合众国旧金山，2005 年 10 月 19 日）<sup>2</sup>对取得的一些成就进行了审评并对暴力预防联盟取得的成果进行了评估。在评估之后，比利时卫生部和世卫组织召开了一个来自 14 个国家的专家会议（布鲁塞尔，2006 年 6 月 19-20 日），讨论联盟的战略方向。与会者一致同意建立一个关于宣传将暴力预防纳入全球发展议程的高级别工作小组。

2005 年，欧洲区域委员会通过了 EUR/RC55/R9 号决议，敦促会员国将预防暴力和伤害作为一项重点。随后，来自该区域 34 个会员国的归口单位召开了会议，目的是就共同目标和制定一项联合行动规划达成共识。今年早些时候，来自 67 个国家的 100 个归口单位参加了第一届全球伤害和暴力预防卫生联络人第一届会议（南非德班，2006 年 3 月 31 日 - 4 月 1 日），一致同意建立一个网络，以交换信息并加强国家暴力预防政策。在继后的一次磋商会中，大约 30 个非洲卫生部长或其代表承诺将暴力预防作为国家卫生规划和政策中的一项较高重点，作为一项后续行动，世卫组织开始草拟一份关于非洲暴力与健康的报告。

<sup>1</sup> 暴力与健康的世界报告，日内瓦，世界卫生组织，2002 年。

<sup>2</sup> 2005 年全球暴力预防的里程碑：改变暴力预防的面容。日内瓦，世界卫生组织，2005 年。

2005 年和 2006 年的刊物中包括《世卫组织有关妇女卫生和侵害妇女的家庭暴力多国研究》<sup>1</sup>，《欧洲的伤害：它们为什么重要以及能够做些什么》<sup>2</sup>，有关人际间暴力和酒精的系列实况报道<sup>3</sup>，有关暴力和伤害预防的成套教材<sup>4</sup>，《制定预防伤害和暴力的政策》<sup>5</sup>，以及《院前创伤救护系统》<sup>6</sup>。

世卫组织与人权事务高级专员办事处和联合国儿童基金会共同向联合国秘书长提供了关于针对儿童暴力的研究资料和技术内容。该报告已于 2006 年 10 月 11 日提交给联合国大会。世卫组织的后续行动将侧重于支持各国实施《预防虐待儿童：采取行动和收集证据指南》<sup>7</sup>。

2006 年，秘书处建立了一个关于预防性暴力和亲密伴侣暴力的专题小组，它将为预防亲密伴侣暴力和性暴力制定一项全球行动计划草案。定于 2007 年召开专家协商会议。

暴力预防方面的进展导致国家级更多地采纳世卫组织关于暴力预防的建议。要取得进一步的进展则要求支持国家级实施世卫组织的指南，包括对评估成果进行投资。

## H. 卫生计量系统网络

卫生计量系统网络是于 2005 年 5 月召开的第五十八届世界卫生大会上发起的一项卫生信息产生者和使用者的新网络，其目的是提高分区域、国家和全球对精确卫生信息的获得、提高它们的质量并及时使用。合作伙伴包括卫生部、国家统计局、联合国系统各组织、开发银行、全球卫生合作伙伴、捐助者和技术专家。

44. 网络的主要目标如下：

- 明确一项框架，即一套核心卫生信息系统标准、数据收集、分析能力以及制定国家卫生信息系统的指南；

<sup>1</sup> Garcia-Moreno C, Jansen HAFM, Ellsberg M, Helse L, Watts C.《世界卫生组织关于妇女卫生和和家庭暴力：暴力流行的初步结果，健康结果和妇女的反映》。日内瓦，世界卫生组织，2005 年。

<sup>2</sup> Sethi D, Racioppi F, Baumgarten I, Vida P.《欧洲的伤害：它们为什么重要以及能够做什么》。哥本哈根，世界卫生组织欧洲区域办事处，2006 年。

<sup>3</sup> [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/factsheets/en/index.html](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/factsheets/en/index.html)

<sup>4</sup> [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/capacitybuilding/teach\\_vip/en/index/html](http://www.who.int/violence_injury_prevention/capacitybuilding/teach_vip/en/index/html)

<sup>5</sup> Schopper D, Lormand JD, Waxweiler R (编辑)。《制定政策预防伤害和暴力：决策者与计划者指南》。日内瓦，世卫组织，2006 年。

<sup>6</sup> Sasser S, Varghese M, Kellermann A, Lormand JD.《院前创伤救护系统》。日内瓦，世界卫生组织，2005 年。

<sup>7</sup> 世界卫生组织，国际防止儿童虐待与忽视协会。《预防虐待儿童：采取行动和收集证据指南》。日内瓦，世界卫生组织，2006 年。

- 在国家级应用该框架、筹集技术和财政支持以促进发展和改进卫生信息系统；
- 制定政策和调动积极性以促进获得和使用地方、区域和全球级的信息。

45. 与各国、技术合作伙伴与开发机构协作，于 2005 年期间拟定了框架的第一份版本。这项框架有力地反映了卫生信息方面的最佳实践，合作伙伴均对其作出承诺并已调整它们的卫生和统计发展方面的援助。通过这类合作获得的经验将有助于促进框架的进一步发展。

46. 在发起网络之后，来自会员国对支持发展卫生信息系统方面的要求激增。在第一次呼吁提交建议之后有 40 个国家从该网络获得资金帮助，到第二轮终止时，有 50 多个国家递交了建议。大多数建议由低等和中低等收入国家提出，这些国家缺乏技术和财政能力，急需获得可靠的信息指导决策。网络资金用于调动政策、技术和财政支持并制定全面、区分优先次序、经过核算和有资助的计划以发展卫生信息系统。

47. 网络预计将确定和实施战略，以使一些卫生信息系统部门克服资金不足的问题。有关人口监测和样本登记指南以及统一的口头分析用具将有助于各国实现重要综合统计数字的全面目标。分区域级上收集可靠人口数据的方法将赋予地区管理人员行使权力并加强公平性。度量卫生系统功能（例如人力的可得性和分布，卫生的自然和财政资源）的工具能够更好地制定满足卫生需求的计划。

48. 使用框架揭示了必须进一步对可靠的卫生信息系统结构进行阐述。因此它将被扩大用于解决卫生信息需求和供应之间的关系，指标和数据来源之间的联系，数据收集的频率和数据分割，以及促进数据在指标和数据来源之间流动的方法。也将检查为确保将数据转换为信息和将知识用于为决策提供信息所必需的政策框架、组织办法和领导技术。

49. 到 2011 年，该框架应被全面接受为收集、报告和使用卫生信息的标准。将其接受为全球标准则需要坚强的政治认可和达成共识。

50. 世卫组织提供网络的秘书处，并正在促进参加加强卫生系统以及生产和使用卫生信息的人们之间的合作。例如，世卫组织东南亚区域委员会敦促会员国“考虑使用卫生计量系统框架作为卫生信息系统评估和加强国家强化统一卫生系统信息有关活动的一项工具……”<sup>1</sup>。制定了区域战略框架，以便加强卫生信息系统，抓住网络开拓的新技术和财政机遇，并为提高卫生信息全球报告的质量作出贡献。

---

<sup>1</sup> SEARC59/R10 号决议。

## 执行委员会的行动

51. 请执行委员会注意上述进展报告。

= = =