



# 世界卫生组织

第五十七届世界卫生大会  
临时议程项目 12.15

A57/18  
2004年4月15日

## 决议实施情况（进展报告）

### 秘书处的报告

### 目 录

	页次
A. 降低全球麻疹死亡率（WHA56.20号决议）	2
B. 严重急性呼吸道综合征（SARS）（WHA56.29号决议）	4
C. 综合预防非传染病（WHA55.23号决议）	5
D. 保健质量：患者安全（WHA55.18号决议）	7
E. 婴幼儿营养：双年度进展报告（WHA33.32号决议）	9
F. 知识产权、革新与公共卫生（WHA56.27号决议）	12
G. 世界卫生组织烟草控制框架公约（WHA56.1号决议）	14
卫生大会的行动	15
G. 附件 1	16
G. 附件 2	17

## A. 降低全球麻疹死亡率

1. 在 WHA56.20 号决议中，第五十六届世界卫生大会强调了实现到 2005 年将麻疹死亡率比 1999 年水平（869 000）减少一半的全球目标的重要性。这些死亡的约 95% 发生在仅仅 45 个国家（见图 1）。这些死亡的 50% 以上发生在非洲区域。麻疹死亡率高的主要原因是未能向所有婴儿提供至少一次麻疹疫苗。
2. 通过使用目前已有的疫苗和战略，麻疹死亡是可以预防的。世界卫生组织—联合国儿童基金会 2001-2005 年降低麻疹死亡率战略性计划概述了一项可持续降低麻疹死亡率的综合战略。其中包括加强常规免疫服务；通过常规服务或定期补充免疫活动，向所有儿童提供第二次麻疹免疫机会；麻疹免疫监测；以及改进病例管理和补充维生素 A。该战略性计划以 45 个重点国家降低麻疹死亡率的强化活动为目标。
3. 就区域而言，麻疹疫苗接种覆盖率差别极大。虽然全球常规麻疹疫苗接种覆盖率从 1999 年（71%）至 2002 年（73%）相对保持不变，但是在东南亚区域取得了重大进展，那里的覆盖率从 58% 上升至 70%。在非洲区域覆盖率从 52% 增加至 59%。
4. 2002 年，85% 的会员国向儿童提供了第二次麻疹免疫机会，而 2001 年为 83%。通过执行两次常规接种时间表和/或定期开展麻疹补充免疫，会员国正在提供第二次麻疹免疫机会。
5. 到 2003 年底，降低麻疹死亡率的强化活动已在 45 个重点国家中的 29 个国家（64%）开展。通过非洲麻疹倡议伙伴关系<sup>1</sup>的支持，自 2001 年以来，已向 1.2 亿多 9 个月至 15 岁儿童提供第二次麻疹免疫机会。这一伙伴关系筹集了 8000 多万美元以支持降低麻疹死亡率的活动。
6. 正在促进使降低麻疹死亡率的努力与其它卫生活动相结合。维生素 A 补充、抗蠕虫治疗、提供用杀虫剂处理过的蚊帐以及黄热病疫苗接种是麻疹运动期间已提供的重点公共卫生干预措施中的一些措施。

---

<sup>1</sup> 该倡议的主要伙伴是美国红十字会、疾病控制和预防中心、联合国儿童基金会、世界卫生组织和联合国基金会。

7. 这些加速活动已造成估计的全球麻疹死亡大幅度减少。总体而言，全球麻疹死亡率从1999年至2002年下降了29%。最大受益发生在非洲区域，那里麻疹死亡减少了35%，占全球减少总数的67%（见图2）。

8. 关于可持续降低麻疹死亡率的开普敦麻疹宣言（2003年10月）已加强国家及其伙伴的承诺。宣言突出了加强伙伴关系以及保证降低麻疹死亡率活动的财政可持续性的重要性。

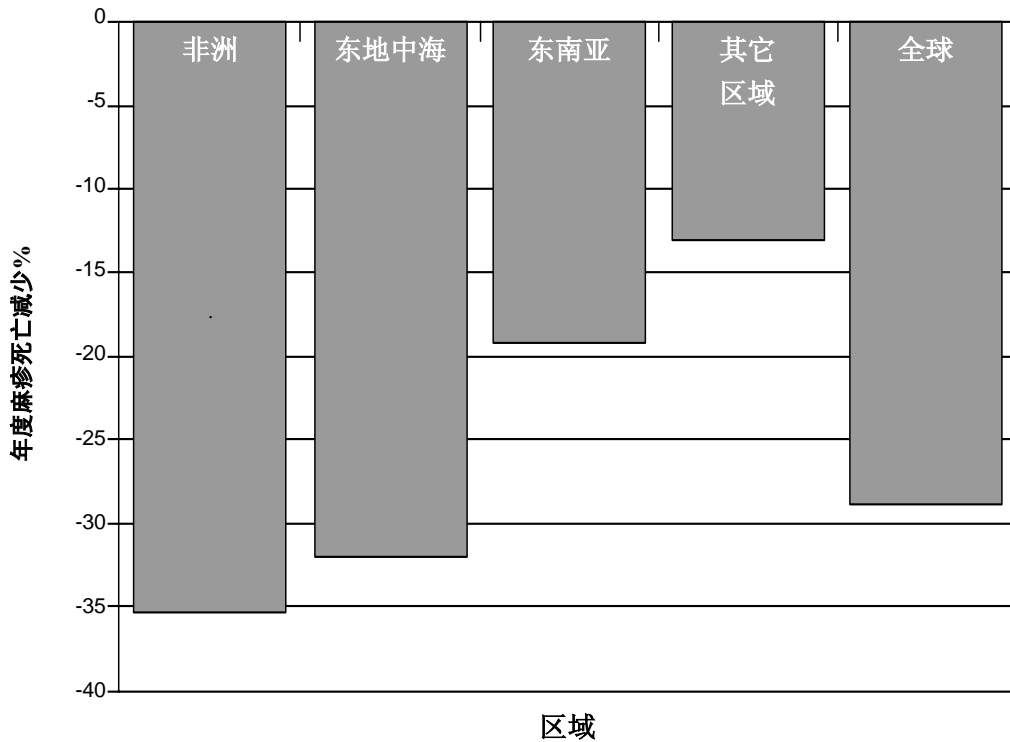
9. 今后三年在45个重点国家充分实施降低麻疹死亡率综合战略将需要补充财政资源。必须获得资金以便在重点国家加强常规免疫服务和开展计划的补充免疫。非洲麻疹倡议的成功为其它区域提供了一个可能的典范。

10. 降低麻疹死亡率战略和目标的<sup>1</sup>国家所有权是实现持续减少麻疹死亡的必要前提。合作伙伴可促进和补充国家努力。正在作出努力以保证降低麻疹死亡率的活动与疫苗和免疫全球联盟的工作之间的协调。

**图 1.世界卫生组织/联合国儿童基金会实施可持续的降低麻疹死亡率的活动的 45 个重点国家**



图 2.按世界卫生组织区域分列的估计麻疹死亡减少百分比  
1999 至 2002 年



WHO 04.52

## B. 严重急性呼吸道综合征 (SARS)

11. WHA56.29 号决议确定了应对于 2002 年 11 月中旬在中国南部开始并于 2003 年 2 月下旬在国际上传播的严重急性呼吸道综合征 (SARS) 暴发方面的重点活动。2003 年 7 月 5 日, 世界卫生组织宣布已知最后的 SARS 冠状病毒人际传播链已阻断, 从而结束了首次暴发。本报告描述随后的活动, 目的在于防范该病的死灰复燃或重新出现。

12. 在 2003 年 8 月, 世界卫生组织在其网站上张贴了疾病暴发结束后阶段 SARS 警报、确认和公共卫生管理的指导方针。该指导包括风险评估意见、构成 SARS 警报的定义、临床和实验室病例定义以及建议的 SARS 警报期间公共卫生措施。它还包括专门针对 SARS 可在特定地理区域再次出现的三个风险层次的监测建议, 并强调需要不断提高警惕。新的指导文件, 包括全球防备和应对计划, 将很快散发。

13. 为支持不断提高警惕，世界卫生组织于 2003 年 10 月发表了一份关于 SARS 流行病学的共识文件并以 SARS 参考和确认实验室国际网络的形式确定了诊断专门技术。疾病暴发后处理病毒标本和培养物的生物安全准则于 2003 年 12 月发表。

14. 为应对继续研究需求，世界卫生组织建立了一个 SARS 学术研究咨询委员会。其 2003 年 10 月第一次会议之后又分别举办了关于实验室问题、临床研究和疫苗研制的讲习班和会议。实验室会议的与会人员评估了在满足关于可靠诊断测试法的迫切需要方面的进展情况并讨论了实验室生物安全问题。临床会议的目的是确立国际上商定的标准化方案用于 SARS 治疗的临床实验。如果 SARS 再次暴发，这些方案将使之有可能实时协调在所有疾病暴发地点按照共同的方案开展的伦理和学术方面可靠的研究。此类程序预计可缩短获取有益于所有患者的决定性结果所需的时间并鼓励在世界各地进行统一治疗。在第三次协商会上，审议了在研制和评价候选 SARS 疫苗方面的进展并商定了研究重点。关于研制 SARS 疫苗的工作正在继续。该委员会的第二次会议计划于 2004 年上半年举行。

15. SARS 的第二次暴发可有两个来源产生。该病可在保留临床样品的许多实验室之一发生一起事故或开展对病毒的研究之后扩散。该病还可在人接触动物贮主或其它环境源后再次出现。对 SARS 可能显示具有类似由病毒、包括其它冠状病毒造成的许多呼吸道疾病那样的季节性模式也表达了担忧。

16. 通过报告和调查若干疑似病例所证明的那样，在疾病暴发后时期，包括极端重要的冬季，对 SARS 从各种可能来源卷土重来继续保持了高度警惕。在这些疑似病例中，六例显示 SARS 病毒感染的实验室证据。两例与新加坡和中国台湾的实验室事故有关。从 2003 年 12 月至 2004 年 1 月，在中国广东省报告了四例社区获得性非典。所有六例的快速发现和恰当管理防止了进一步传播，从而验证了防备计划的有效。

### **C. 综合预防非传染病**

17. 非传染病是全世界死亡和残疾的主要原因。常见的、可预防的生物危险因素（特别是高血压、高胆固醇和超重）以及相关的主要危险因素（不健康的饮食、缺乏身体活动和烟草使用）成为四种最突出的非传染病——心脏病、癌症、慢性阻塞性肺病和 2 型糖尿病的基础。预防行动应侧重于综合控制这些和其它主要的危险因素。

18. 向第五十三届世界卫生大会提交了WHA51.18号决议中要求的全球预防和控制非传染病战略<sup>1</sup>。本文件是对WHA55.23号决议中关于就综合预防非传染病向本届卫生大会提交一份进展报告的要求作出的反应。

19. WHA55.23号决议还要求总干事在更新的预防和控制非传染病战略的框架内制定一项饮食、身体活动与健康全球战略，采用一种指导全球战略的多学科和多部门途径，并加强与联合国系统其它组织及其它伙伴的合作。

## 行动和进展

20. 为预防工作对会员国提供的支持包括通过世界卫生组织烟草控制框架公约以及与众参与制定饮食、身体活动与健康全球战略的利益相关方面磋商。

21. 全球预防和控制非传染病战略促进伙伴关系和工作网络，并且纳入对研究和开发的技术和战略支持。取得的进展包括建立一个全球论坛和区域网络，实施综合预防措施，以及促进能力建设。监测、研究以社区为基础的规划的有效性以及国家支持已得到重视。

## 预防工作的主要组成部分

22. 预防和控制的国家或示范规划网络正处于不同发展阶段。美洲的采取多种因素减少非传染病的一套行动（CARMEN 行动）以及欧洲的国家范围综合非传染病干预措施（CINDI）是两个建立完善的以国家和社区为基础的预防规划网络。非洲非传染病干预措施网络和东地中海非传染病措施网络是于2001年发起的。西太平洋网络正在非正式的基础上运作，并且正在东南亚区域建立一个网络。

23. 世界卫生组织于2000年发起的全球非传染病综合预防和控制论坛将这些区域网络、国际非政府组织、发展机构、世界卫生组织合作中心以及联合国系统的组织汇集在一起。它通过共享信息和准则提供一项重要手段制定和维持标准，并且提高了预防非传染病的知晓程度。

24. 世界卫生组织已通过其区域办事处促进在会员国的预防规划，通过调派短期任务向若干会员国提供国家规划发展和评价方面的技术咨询和支持。

---

<sup>1</sup> 文件A53/14和WHA53/2000/REC/3，甲委员会第七次会议摘要记录。

25. 正在对人员和机构加强工作的能力建设给予重视，以减少危险因素，草拟政策和战略，建立国家或示范规划，以及开展监测和评价。区域办事处与世界卫生组织合作中心协作，已开始综合预防的培训规划。一项世界卫生组织调查研究于 2002 年开始，以确定以社区为基础的预防和控制规划的有效性。

### **解决主要的行为危险因素**

26. **烟草使用。**世界卫生组织烟草控制框架公约的通过开辟了全球和国家烟草控制活动的新时代。它提供了一个可降低由烟草使用造成的死亡率的手段。鉴于 WHA56.1 号决议要求所有国家和区域经济一体化组织采取一切适当措施控制烟草消费，许多政府部委（如卫生、财政、税收、劳工和农业等部委）正在首次就这些复杂问题进行密切合作。

27. **缺乏身体活动。**在巴西圣保罗庆祝了 2002 年世界卫生日的首次活动，总干事参加了这次活动，并对为促进身体活动和健康行为的“Agita 圣保罗”运动给予表彰。继 2002 年世界卫生日的成功举办之后，WHA55.23 号决议还敦促会员国每年庆祝“运动有益健康”日。运动有益健康行动激发了许多会员国政治领导人的极大兴趣和承诺。

28. **不健康的饮食。**饮食、身体活动与健康全球战略草案将在临时议程项目 12.6 下进行审议。

### **D. 保健质量：患者安全**

29. WHA55.18 号决议敦促会员国对患者安全问题给予最密切的关注并要求总干事，除其它外，制定相关的全球规范、标准和准则；促进制定以证据为基础的政策；鼓励研究患者安全；以及支持会员国努力制定机制以便确认国际上杰出的患者安全和在卫生保健组织内促进一种安全文化。

30. 作为应对，世界卫生组织已建立一项规划处理患者安全的系统问题并已建立一个工作小组，将整个世界卫生组织所有有关活动汇合成一项统一行动。它正在就一个患者安全网站开展工作，以便促进国际传播。现将在患者安全不同方面取得的进展概述如下。

31. **估计危害。**为了提高对患者安全的重视以及促进制定战略以预防和减轻不良事件的后果，对该问题性质和严重程度的更好了解至关重要。世界卫生组织已审查在卫生保健中估计危害可采用的方法，并且目前正在设计一种在缺乏资料的环境中快速评估的手段。

32. **分类法。**世界卫生组织正在致力于制定医疗失误和卫生保健系统失职的标准术语和分类法。这将确保对患者安全概念和相关术语的共同理解并促进国际合作和信息交流。

33. **报告和学习系统。**报告和学习系统对于改进患者安全至关重要，可使我们从不良事件或“侥幸脱险”中吸取教训。世界卫生组织正在为此类系统制定指导方针，查明最佳做法和促进其在各国采用。

34. **卫生保健工作者。**近期的报告显示了护士的人员配置情况对患者护理质量和安全的影响。正在编写情况介绍文件以显示工作人员的技能组合对组织文化和改善患者安全的影响。

35. **基本临床治疗程序。**世界卫生组织发起了在会员国加强能力建设的活动。其中包括通过与地方和国际伙伴的合作在第一级转诊卫生设施的卫生人员培训，以及应用世界卫生组织关于安全的紧急和外科程序的指导方针及安全的创伤、产科和麻醉设备。

36. **妊娠安全。**确保母婴平安行动有助于加强国家能力以建立整个妊娠、分娩和产后期所需的照护连续统一体。它努力改进保健的获取以及提供、使用和质量；发展人力资源和增强社区支持。

37. **注射安全。**为支持会员国计划、实施和评价安全和适当使用注射，世界卫生组织继续开展四项主要活动：提高认识；在卫生保健设施中推广使用一次性注射器材和安全盒；确保支持供应注射物质的捐助者和贷款者提供具有防范反复使用特性的注射器材和安全盒；以及促进适当管理与使用过的注射器和针头有关的废物。

38. **免疫安全。**世界卫生组织的目的是加强国家能力以确保免疫安全，特别是预防、发现和迅速应对免疫接种后的不良事件。在所有非工业化国家中，有近半数已采用自毁式注射器。在近半数的会员国中已存在有记录的监测系统，并且已对 49 个国家系统进行评估。全球疫苗安全咨询委员会建立的目的是迅速有效和以科学严密性应对疫苗安全问题，极大地促进了上述活动。

39. **输血安全。**世界卫生组织与会员国一起工作，促进国家协调输血服务，拥有采集、检验、加工和使用血液的有效的质量系统。它促进血液监控与预警系统，作为一种监测系统，覆盖从捐献到接受者随访的所有活动，以便评价输血的任何不良后果。



40. **医疗器材。**世界卫生组织促进国际标准、性能规格、供应商资质预审评、设备适宜使用和保养方面的能力建设以及警报和收回的标准化程序。世界卫生组织关于管理医疗器材的指导原则旨在支持会员国实施国家规章<sup>1</sup>。

41. **药物监测。**国际药物监测规划包括世界卫生组织、世界卫生组织国际药物监测合作中心（瑞典乌普萨拉）以及 73 个会员国开展的活动。它确保关于药物的信息交流，在会员国中促进药物警戒并支持国家间合作。

42. **毒物中心。**世界卫生组织提供国际化学品安全规划的中心单位。该规划是世界卫生组织、联合国环境规划署和国际劳工组织的一项联合规划。国际化学品安全规划的核心活动包括关于毒物的信息以及中毒的预防和管理。在 80 多个国家的毒物中心通过国际化学品安全规划联系在一起并可构成患者安全问题的一个参考点，包括解毒剂和其它紧急治疗。国际化学品安全规划正在与世界卫生组织国际药物监测合作中心一起工作，以促进能力建设、统一的数据报告和提高对安全问题的认识。

43. 所有**区域办事处**都在积极实施改进患者安全的活动。利用一系列广泛的当前活动，所有区域已确定具体解决与患者安全有关问题的行动。除与会员国密切合作以确保药物、疫苗、实验室规范和卫生保健程序的安全以及改进医院感染的控制外，区域办事处充分参与本组织关于患者安全系统因素的全组织范围工作和促进国际合作。

44. 世界卫生组织将于 2004 年期间创建一个患者安全**国际联盟**。它将汇集国家、有关机构以及会员国中促进患者安全的专家。它的目的是通过其核心职能加快改善患者安全：支持制定患者安全政策和应用良好规范；使会员国能评估实现患者安全的进展情况；以及开展全球报告、研究和形成“解决办法”。

45. 联盟应鼓励范围广泛的部门采取一致行动，最初的目标是体现世界卫生组织所有区域的充分代表性，并最终使所有会员国参与。

## E. 婴幼儿营养：双年度进展报告

46. 实现联合国千年宣言的卫生相关目标和具体目标有赖于减少营养不良，它与每年 5 岁以下儿童 1080 万死亡中的 54% 有关。最近的卫生大会已敦促会员国以已知的有效干预措施努力实现全面普及<sup>2</sup>。

<sup>1</sup> 医疗器材条例：全球综述和指导原则。日内瓦，世界卫生组织，2003 年。

<sup>2</sup> 尤其见 WHA54.2 和 WHA55.25 号决议。本报告系根据 WHA33.32 号决议和《国际母乳代用品销售守则》第 11.7 条提交。

47. 在认可了**婴幼儿喂养全球战略**（WHA55.25号决议）之后，世界卫生组织在所有区域开展了活动，将建议转化为行动。在哈拉里（2002年11月）、卡萨布兰卡（摩洛哥，2003年7月）和卢森堡（2003年11月）举办了区域会议，与此同时，例如由联合国儿童基金会和合作的非政府组织<sup>1</sup>也组织了国家会议<sup>2</sup>。世界卫生组织还召开了一次关于战略实施方面进展的全球会议<sup>3</sup>。同时，世界卫生组织及其伙伴<sup>4</sup>正在准备各种实用资源，例如评估手段<sup>5</sup>和指导方针<sup>6</sup>。

48. 尽管在出生后前四个月纯母乳喂养<sup>7</sup>的总体改善，从1990年19%上升至2002年38%，但是实践离世界卫生组织的全球公共卫生建议仍相差很远：**在6个月期间进行纯母乳喂养**，然后在继续母乳喂养至2岁或2岁以上的同时提供安全和适宜的补充喂养（WHA54.2号决议）。为支持促进适宜的**补充喂养**，世界卫生组织已制定准则<sup>8</sup>和促进其使用的手段<sup>9</sup>。

49. 在巴西、加纳、印度、挪威、阿曼和美利坚合众国进行的**世界卫生组织多中心生长参考基准研究**（1997-2003）之后，正在开发具有强有力科学基础的手段以评估生长和营养状况，从而确定将母乳喂养婴儿作为规范。目标是到2010年，目前使用国家卫生统计中心/世界卫生组织生长参考基准的99个国家中的大多数将使用新的标准。

50. 为指导在**HIV/艾滋病特殊情况下的喂养**，世界卫生组织和联合国系统8个其它组织促进一项行动框架，在增加干预措施以减少HIV传播的同时创造和保持鼓励对所有婴儿进行适宜喂养的环境<sup>10</sup>。该框架得到更新的准则和一项技术审评的补充<sup>11</sup>。世界卫生组织还开发

<sup>1</sup> 在埃及、印度、马来西亚、秘鲁和越南。

<sup>2</sup> 在玻利维亚、博茨瓦纳、柬埔寨、中国、埃及、埃塞俄比亚、加纳和越南。自从粮农组织/世界卫生组织联合国际营养会议（1992年于罗马）以来，146个会员国和5个领地已修订和加强部门间食品与营养政策，其中100个会员国具有促进适宜婴幼儿喂养方法的特定综合战略。

<sup>3</sup> 实施婴幼儿喂养全球战略，日内瓦，2003年2月3-5日

（[http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRION/ISBN\\_92\\_4\\_159120\\_X.htm](http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRION/ISBN_92_4_159120_X.htm)）。

<sup>4</sup> 包括联合国儿童基金会、粮农组织、国际劳工组织、LINKAGES项目、国际婴儿食品行动网、国际母乳同盟和母乳喂养行动世界联盟。

<sup>5</sup> *婴幼儿喂养：评估国家做法、政策和规划的手段*。日内瓦，世界卫生组织，2003年。

<sup>6</sup> *儿童期疾病综合管理：计划、实施和评估职前培训*。日内瓦，世界卫生组织，2003年；*婴幼儿喂养和营养：世界卫生组织欧洲区域准则，侧重于前苏维埃国家*。哥本哈根，世界卫生组织欧洲区域办事处（欧洲丛刊第87期），2003年。

<sup>7</sup> 尽管6个月纯母乳喂养的全球公共卫生建议是作为可供分析的最佳可变量，但是从国家调查中尚未获得此数据的足够资料。在60多个会员国的主管当局一到2003年底时包括澳大利亚、白俄罗斯、波斯尼亚、保加利亚、捷克共和国、法国、格鲁吉亚、爱尔兰、斯洛伐克和大不列颠及北爱尔兰联合王国—正式建议6个月的纯母乳喂养。

<sup>8</sup> *母乳喂养儿童补充喂养的指导原则*。华盛顿，哥伦比亚特区，泛美卫生组织/世界卫生组织，2003年。

<sup>9</sup> *补充喂养：母乳喂养儿童的家庭食品*。日内瓦，世界卫生组织，2001年（备有印度尼西亚语、英语、高棉语、老挝语和蒙古语）；以及*补充喂养咨询：一个培训课程*。日内瓦，世界卫生组织，2003年。

<sup>10</sup> *HIV和婴儿喂养：重点行动框架*。日内瓦，世界卫生组织，2003年。

<sup>11</sup> 世界卫生组织、联合国儿童基金会、联合国艾滋病规划署。*HIV和婴儿喂养：决策人员准则：对卫生保健管理人员和指导人员的指南*。日内瓦，世界卫生组织，2003年；以及世界卫生组织、联合国儿童基金会、联合国艾滋病规划署。*对通过母乳喂养传播HIV的审评*（印刷中）。

了一种评估喂养方案的手段和在这方面协助卫生工作者向母亲提供咨询的卡片。目前已可提供关于感染HIV/患有艾滋病的儿童能量和营养需要的更新建议<sup>1</sup>，同时正在为非母乳喂养儿童拟定指导原则。

51. 婴幼儿喂养全球战略要求对**爱婴医院倡议**注入新的活力。该倡议正在 138 个国家的 19 000 多所医院中加以实施。世界卫生组织正在传播一项重新评估和监测的工具<sup>2</sup>并为支持爱婴医院中的HIV阳性母亲提出建议。正在对医院行政管理人员培训课程<sup>3</sup>进行相应的修订。

52. 世界卫生组织 192 个会员国中约 165 个 (86%) 已至少一次就实施《**国际母乳代用品销售守则**》所采取的行动进行报告。国际守则的新重点是婴幼儿喂养全球战略的业务目标之一<sup>4</sup>以及HIV和婴儿喂养行动框架的一部分<sup>5</sup>。自从上一次向卫生大会报告之后<sup>6</sup>，从 8 个会员国获得了新的情况：**阿塞拜疆**（禁止对医学界一切形式的企业赞助）；**巴西**（修订和加强了法规）；**印度**（2003 年修订议案，它通过禁止促销旨在喂养 2 岁以下儿童的产品加强了 1993 年法案<sup>7</sup>）；**马来西亚**（修订了 1985 年食品法规，禁止通过任何出现在婴儿配方食品上的任何描述性内容促销另一种产品的信息）；**密克罗尼西亚**和**帕劳**（正在草拟或等待批准国家措施）；**纽埃**（已将守则列为国家卫生政策的一部分）；以及**巴基斯坦**（关于母乳喂养保护和儿童营养的法令（2002 年 10 月 26 日），它涵盖旨在出生第一年喂养的所有产品）<sup>8</sup>。世界卫生组织已对澳大利亚、巴林、柬埔寨、新西兰和土耳其提出的技术支持要求作出反应。2003 年 11 月，世界卫生组织、联合国儿童基金会和国际婴儿食品行动网联合为美洲区域的会员国组织了关于实施守则的培训。2002 年 4 月，国际儿科协会向总干事重申其对国际守则和随后的相关卫生大会决议的支持。

<sup>1</sup> HIV感染者/艾滋病患者的营养需要：技术协商会的报告。日内瓦，世界卫生组织，2004 年。

<sup>2</sup> 世界卫生组织、联合国儿童基金会和Wellstart国际社。爱婴医院倡议。监测和重新评估工具以维持进展（文件WHO/NHD/99.2）。

<sup>3</sup> 促进卫生机构中的母乳喂养：行政管理人员和决策人员的短期培训班（文件WHO/NHD/96.3）。

<sup>4</sup> 这项战略“包括……作为各国政府的一项重点……审议可能需要哪些新的法律或其它适宜措施，作为婴幼儿喂养综合政策的一部分，以实施《国际母乳代用品销售守则》的原则和目的以及嗣后卫生大会的相关决议”（*婴幼儿喂养全球战略*。日内瓦，世界卫生组织，2003 年，第 33 段）。

<sup>5</sup> HIV和婴幼儿喂养：重点行动框架。日内瓦，世界卫生组织，2003 年。

<sup>6</sup> 文件A55/14。

<sup>7</sup> 国际卫生法规文摘，1993：44：638。

<sup>8</sup> 国际卫生法规文摘，<http://www.who.int/idhl/>（Pak.02.003）。

## F. 知识产权、革新与公共卫生

53. 在关于知识产权、革新与公共卫生的 WHA56.27 号决议中，卫生大会要求总干事在这一领域采取若干措施。概括地说，它们是：

- 支持会员国为有关药物转让技术
- 建立一个有时间限制的机构以便就知识产权、革新与公共卫生作出分析并向第五十七届世界卫生大会提交进展报告
- 应要求与会员国并与国际组织合作，分析有关国际协定在卫生方面的影响
- 鼓励发达国家，包括可行时发展中国家合作伙伴开展生物医学和行为研究。

54. 向执行委员会第 113 届会议（2004 年 1 月）通报了这一有时限的机构的职权范围及其成员的选择标准<sup>1</sup>。职权范围阐述如下。

*根据 WHA56.27 号决议，以及在其对知识产权、革新与公共卫生的审查中，委员会将：*

- *汇总当前有关对公众健康具有重要性的疾病的流行证据，重点是特别影响贫困人群的疾病及其造成的社会和经济影响*
- *审评针对这些疾病开展的现有研究和发展以及革新努力的数量和分布情况*
- *考虑知识产权制度和其它奖励及资助机制在为预防这些疾病而促进研究和研制新药物与其它产品方面的重要性的有效性*
- *分析改进旨在促进研制并获得新药物和其它产品的包括知识产权在内的现行奖励和资助制度的建议*
- *就国家和国际利益相关方的行动提出具体建议。*

---

<sup>1</sup> 文件EB113/INF.DOC./1。

55. 2004年2月12日，总干事宣布了知识产权、革新与公共卫生委员会的成员如下：

- 主席： Ruth Dreifuss 女士，1999年瑞士联邦主席（瑞士）
- 副主席： Ragnath Anand Mashelkar 博士，科学和工业研究理事会理事长（印度）
- 成员： Carlos Correa 教授（阿根廷）  
Mahmoud Fathalla 教授（埃及）  
Maria Freire 博士（美利坚合众国）  
Trevor Jones 教授（大不列颠及北爱尔兰联合王国）  
Tshediso Matona 先生（南非）  
Fabio Pammolli 教授（意大利）  
Pakdee Pothisiri 教授（泰国）  
Hiroko Yamane 教授（日本）。

56. 委员会第一次会议将于2004年4月5日和6日在日内瓦举行。除其它外，它将审查其任务、职权范围和今后工作规划。

57. 关于WHA56.27号决议中提及的其它事项，正在开展工作以发展关于包括服务和知识产权协定在内的多边贸易协定对公共卫生影响的知识库。正在提供培训和技术支持，提高世界卫生组织区域和会员国的能力以便了解这些协定对公共卫生的影响并采取行动。正在制定指标，除其它外，评估关于实施与贸易有关的知识产权协定（包括公共卫生保护措施和灵活性）的信息。这一评估将构成制定公共政策和向国家提供技术支持的基础。世界卫生组织还在实施一个重点药物研究项目，目的在于以公众健康为理由优先考虑药物研究的必要性，作为对此类研究配置公立部门资助的基础。

58. 联合国开发计划署/世界银行/世界卫生组织热带病研究和培训特别规划已与私立部门开展了若干为被忽视的疾病开发创新药物的项目。该规划还与非洲调查研究人员合作制定技术框架以评估作为潜在抗疟药的天然产品。它还在发达国家的公立和私立部门与发展中国家的公立和私立部门之间建立合作以促进使用和转让现代手段（如基因组学、蛋白质体），从而缩小在被忽视的疾病方面的知识差距并促进发展中国家科学家的革新。

## G. 世界卫生组织烟草控制框架公约

### 世界卫生组织烟草控制框架公约现况综述

59. 烟草使用正在世界范围内增加。为应对烟草相关疾病流行的全球化，世界卫生组织会员国于 2000 年 10 月开始了关于世界卫生组织烟草控制框架公约的谈判。烟草控制框架公约—世界卫生组织的第一部条约—于 2003 年 5 月在第五十六届世界卫生大会上经会员国一致通过<sup>1</sup>。在通过条约时，世界卫生组织及其会员国认识到，框架公约是抵制烟草使用及其造成的恶果的一个强有力的全球公共卫生手段。

60. 截止 2004 年 3 月 26 日，100 个会员国签署了世界卫生组织烟草控制框架公约（见附件 1）<sup>2</sup>。随着 2004 年 6 月 29 日这一签署截止日期的临近，世界卫生组织借此机会提醒卫生部长和其它卫生大会代表注意有待完成的极其重要的烟草控制工作，敦促代表们鼓励各自国家的政府签署框架公约。签署表明一个国家在以后日期受公约约束的意图（见附件 2 签署国授予全权的标准授权书）。批准、接受、核准和正式确认系国际行为，已签署框架公约的国家或区域经济一体化组织据此正式同意受其约束<sup>3</sup>。

61. 世界卫生组织鼓励已签署但尚未批准、核准、接受或正式确认框架公约的会员国和区域经济一体化组织尽早这样做（见附件 2 标准批准书）。

62. 世界卫生组织烟草控制框架公约的签署将于 2004 年 6 月 29 日之后截止。在此日期之后，会员国仍可通过加入这一相当于批准的一步法成为框架公约的缔约方。世界卫生组织烟草控制框架公约将自第 40 份批准、核准、接受、正式确认或加入的文书交存之日后第 90 天起生效。虽然 40 是生效所需的最低批准数，但目标是由尽可能多的会员国批准、接受、核准、正式确认或加入框架公约，以便利用条约作为一项全球公共卫生手段的充分潜力。

### 世界卫生组织作为框架公约临时秘书处的活动

63. 自从通过框架公约以来，世界卫生组织已支持分区域提高对框架公约认识讲习班，目的在于支持会员国努力签署和批准条约并为其实施做好准备。2003 年 11 月和 12 月在

---

<sup>1</sup> WHA56.1 号决议。

<sup>2</sup> 此外，这些会员国中的 9 个已批准或核准公约。

<sup>3</sup> “接受”和“核准”与批准具有相同的国际法律效力。正式确认对诸如欧洲共同体等区域经济一体化组织而言相当于批准。

内罗毕（为世界卫生组织非洲区域的东非会员国）<sup>1</sup>、开罗（为世界卫生组织东地中海区域的海湾会员国）<sup>2</sup>和比什凯克（为世界卫生组织欧洲区域的中亚会员国）<sup>3</sup>举办了 3 期讲习班。计划于 2004 年 3 月至 5 月间在加德满都（为世界卫生组织东南亚区域作为南亚区域合作联盟成员的会员国和该区域其它会员国）、斐济纳迪（为世界卫生组织西太平洋区域的太平洋岛国会员国）和圣约瑟（为世界卫生组织美洲区域的中美洲会员国和该区域其它会员国）举行更多的提高认识会议。在阿根廷、巴西、捷克共和国和肯尼亚与议员们举办了关于框架公约的国家协商会。

64. 世界卫生组织网站已详细说明关于烟草控制框架公约现况的信息<sup>4</sup>。此外，世界卫生组织已编制和传播关于条约以及关于使国家为条约实施作好准备的国家能力建设过程的背景材料。最后，世界卫生组织愿意答复驻日内瓦外交使团和其它政府代表就框架公约提出的问题和与烟草有关的其它技术问题。

## 今后步骤

65. 根据WHA56.1号决议第7款，框架公约政府间不限成员名额工作小组第一次会议将于2004年6月21日至25日举行。工作小组负责就公约中确定的问题审议和准备议案供缔约方会议第一届会议审议和酌情通过<sup>5</sup>。

## 卫生大会的行动

66. 请卫生大会注意上述这些进展报告。

---

<sup>1</sup> 10个参加国为布隆迪、科摩罗、埃塞俄比亚、肯尼亚、马达加斯加、马拉维、卢旺达、塞舌尔、坦桑尼亚联合共和国和乌干达。

<sup>2</sup> 7个参加国为巴林、埃及、科威特、阿曼、沙特阿拉伯、阿拉伯联合酋长国和也门。

<sup>3</sup> 5个参加国为哈萨克斯坦、吉尔吉斯斯坦、塔吉克斯坦、土库曼斯坦和乌兹别克斯坦。

<sup>4</sup> 因特网地址：[http://www.who.int/tobacco/fctc/signing\\_ceremony/country/list/en](http://www.who.int/tobacco/fctc/signing_ceremony/country/list/en)。

<sup>5</sup> 见文件A/FCTC/IGWG/1/1。

## G. 附件 1

已签署和/或批准世界卫生组织烟草控制框架公约的会员国和  
区域经济一体化组织（截至 2004 年 3 月 26 日）<sup>1</sup>

世界卫生组织 非洲区域 (23)	世界卫生组织 美洲区域 (18)	世界卫生组织 东地中海区域 (8)	世界卫生组织 欧洲区域(28+ 欧洲共同体)	世界卫生组织 东南亚区 域 (8)	世界卫生 组织西太 平洋区域 (15)
阿尔及利亚	阿根廷	埃及	奥地利	孟加拉国	澳大利亚
博茨瓦纳	伯利兹	伊朗 (伊斯兰 共和国)	比利时	不丹	中国
布基纳法索	玻利维亚	科威特	保加利亚	朝鲜民主主 义人民共 和国	<b>斐济</b>
布隆迪	巴西	黎巴嫩	捷克共和国		日本
佛得角	加拿大	卡塔尔	丹麦		马来西亚
中非共和国	智利	阿拉伯叙利亚 共和国	欧洲共同体	<b>印度</b>	马绍尔群 岛
科摩罗	哥斯达黎加		芬兰	缅甸	<b>蒙古</b>
刚果	厄瓜多尔	突尼斯	法国	尼泊尔	<b>新西兰</b>
科特迪瓦	萨尔瓦多	也门	格鲁吉亚	<b>斯里兰卡</b>	<b>帕劳</b>
埃塞俄比亚	危地马拉	冰岛	德国	泰国	菲律宾
加蓬	海地		希腊		大韩民国
冈比亚	牙买加		匈牙利		萨摩亚
加纳	墨西哥		冰岛		新加坡
马达加斯加	巴拿马		爱尔兰		汤加
马里	巴拉圭		以色列		越南
毛里求斯	特立尼达和 多巴哥		意大利		
莫桑比克	乌拉圭		吉尔吉斯斯坦		
纳米比亚	委内瑞拉		立陶宛		
塞内加尔			卢森堡		
<b>塞舌尔</b>			<b>马耳他</b>		
南非			荷兰		
乌干达			<b>挪威</b>		
坦桑尼亚联 合共和国			葡萄牙		
			圣马力诺		
			斯洛伐克		
			斯洛文尼亚		
			西班牙		
			瑞典		
			大不列颠及北 爱尔兰联合 王国		

<sup>1</sup> 已批准或核准公约的 9 个会员国以黑体突出。



---

## G. 附件 2

(本文书由国家元首、政府首脑或外交部长签署)

### 授予全权的授权信

我, [国家元首、政府首脑或外交部长的姓名和职衔],

兹授权[姓名和职衔]代表[国家名称]政府签署于 2003 年 5 月 21 日一致通过并于 2003 年 6 月 13 日交存联合国秘书长的世界卫生组织烟草控制框架公约, 但需经批准、接受或核准。

[日期]签署于[地点]。

[签字]

---

(由国家元首、政府首脑或外交部长签署)

### 批准书

鉴于世界卫生组织烟草控制框架公约于 2003 年 5 月 21 日在瑞士日内瓦获得通过,

并鉴于所述烟草控制框架公约已于[国家签署烟草控制框架公约的日期]代表[国家名称]政府签署,

因此, 我, [国家元首、政府首脑或外交部长的姓名和职衔]现在宣布, 经审议上述公约, 批准该公约并忠实地承诺履行和执行其中包含的条款。

我已于[日期]在[地点]签署本批准书, 以昭信守。

[签字]

= = =