



世界卫生组织

第五十八届世界卫生大会
临时议程项目 13.19

A58/23
2005年4月18日

决议实施情况（进展报告）

秘书处的报告

目 录

	页次
A. 预防和控制碘缺乏症（WHA52.24号决议）	2
B. 在艾滋病毒/艾滋病协调的综合应对内增加治疗和护理（WHA57.14号决议）	3
C. 传统医学（WHA56.31号决议）	5
D. 实施《世界暴力与卫生报告》的建议（WHA56.24号决议）	7
E. 国际化学品管理的战略办法（WHA56.22号决议）	9
F. 卫生工作人员国际移徙：对发展中国家卫生系统的挑战（WHA57.19号决议）	10
G. 促进健康的生活方式（WHA57.16号决议）	11
卫生大会的行动	13

A. 预防和控制碘缺乏症¹

1. 在过去十年期间，在消灭碘缺乏症方面已取得相当大的进展，并且碘缺乏症是一个公共卫生问题的国家数量自 1993 年以来已减少至 2004 年 54 个，减少了一半以上。碘摄入量目前在 72 个国家为足够或高于足够²，但在其中 5 个国家为过量，从而使易受影响的群体暴露于甲状腺机能亢进的危险。碘摄入量在 54 个国家仍然不足，但无 66 个国家的数据（仅占世界人口的 9%）。总体而言，有 20 亿人的碘摄入量不足，大多数在东南亚、欧洲和西太平洋区域。

2. 预防和控制碘缺乏症的主要战略为普及食盐碘化。在不大可能获得碘化盐的高危社区，建议使用碘化油。与 1990 年代只有少数国家相比，目前 100 多个国家已有食盐碘化规划并且全世界有 67% 的家庭食用碘化精制食盐。与 5 年前的 19 个国家相比，这一比例在 28 个国家超过 90%³。在大多数国家，在加工食品中使用碘化食盐不是强制性的，或者甚至未加调控。

3. 监测食盐中的碘浓度需要卫生部门和食盐工业之间的合作。世卫组织、联合国儿童基金会和微量营养素行动已联合发起组织国家间讲习班，以便向食盐生产者进行宣传和动员⁴，在美国佐治亚州亚特兰大疾病预防控制中心的支持下，世卫组织和联合国儿童基金会正在对用于监测食盐含碘量的检测盒进行评价。由于在有碘缺乏症控制规划的许多国家实验室设施通常不足以监测碘状况，因而于 2001 年建立了国际碘资源实验室网络，以便加强实验室准确测定尿和食盐含碘量的能力。在世卫组织各个区域，至少有一个资源实验室参加该网络并已组织区域培训班⁵。

4. 2002 年，在国际控制碘缺乏症理事会的技术支持下，世卫组织和联合国儿童基金会开始评价国家规划以评估在实现消灭作为公共卫生问题的碘缺乏症目标方面的成就。迄今为止，已对 13 个规划进行了审评⁶。

¹ 本报告系根据 WHA52.24 号决议提交。

² 由尿碘浓度中位数（尿碘）得出的碘摄入量可能为“足够”（100 微克/升 < 尿碘 < 199 微克/升），“高于足够”（200 微克/升 < 尿碘 < 299 微克/升）或“过量”（尿碘 > 300 微克/升）。世界卫生组织碘缺乏症全球数据库，2004 年（<http://whqlib.doc.who.int/publications/2004/9241592001.pdf>）

³ 联合国儿童基金会碘化盐消费全球数据库，2002-2003 年（<http://www.childinfo.org/eddb/idd/database.htm>）。

⁴ 肯尼亚（蒙巴萨，2000 年）、泰国（曼谷，2000 年）、乌克兰（基辅，2001 年）、俄罗斯联邦（莫斯科，2002 年）。

⁵ 澳大利亚、中国、危地马拉、印度、伊朗伊斯兰共和国、南非。

⁶ 不丹、柬埔寨、中国、印度尼西亚、老挝人民民主共和国、马来西亚、蒙古、巴拿马、秘鲁、泰国、前南斯拉夫的马其顿共和国、土库曼斯坦和越南。

5. 关于控制碘缺乏症的各部门之间的合作对于成功至关重要。到 2000 年，已在 81% 的国家中建立国家部门间委员会，并且在 2000 年建立了可持续消灭碘缺乏症网络¹，通过促进公立和私立部门以及科学和民间组织之间的合作，支持国家努力加速消灭碘缺乏症。召开了区域会议以便动员和加强与主要伙伴的合作²。

6. 由于其对社会和经济发展以及实现联合国千年宣言与卫生有关的目标的影响，消灭碘缺乏症是一项主要公共卫生目标。挑战在于在 54 个受影响国家强化食盐碘化规划，同时确保在其它国家控制规划的长期可持续性。主要制约涉及提供碘化食盐，尤其向最脆弱人群提供碘化食盐，小型食盐生产厂家的承诺，规划监测，以及相关法规的适当性和执行。

B. 在艾滋病毒/艾滋病协调的综合应对内增加治疗和护理

7. 为对会员国的要求作出反应，世界卫生组织秘书处向外地派出了 31 个工作队以帮助扩大获得抗逆转录病毒治疗和加强预防规划。世界卫生组织的技术支持与全球卫生部门 HIV/艾滋病战略相一致，促进了卫生部门综合应对，以确保卫生基础设施的改善加强总体卫生系统。

8. 捐助者已为世界卫生组织在本双年度实施其 HIV/艾滋病规划承诺所需数额的 83%。已将约 87% 的资源分配给国家和区域级活动，而前一双年度为 34%。已在 40 多个国家招聘工作人员 – 其中一半在非洲区域 – 以帮助加强活动。

9. 正在选定国家提供卫生服务覆盖方面产生详细数据和地图。正在为改进国家 HIV/艾滋病监测系统提供支持，包括通过培训和开发工具提供支持。世界卫生组织秘书处还与全球 HIV 药物抗药性监测网络协作，将实验室技术人员、临床医师和流行病学家联系在一起，以便监测和应对可能出现的 HIV 抗药性。

10. 世界卫生组织和联合国艾滋病规划署的秘书处已建立一个联合专题小组以准确追踪获得抗逆转录病毒治疗的人数并按性别和年龄对数据进行分类，以便确定在增加治疗

¹ 包括来自世卫组织、联合国儿童基金会、疾病预防控制中心和 Emory 大学（美国）、国际控制碘缺乏症理事会、微量营养素行动、国际同济会、欧洲盐生产者协会、盐业协会以及中国盐业协会的代表。

² 在中国（北京，2003 年）、秘鲁（利马，2003 年）和塞内加尔（达喀尔，2004 年）由世卫组织、联合国儿童基金会、国际控制碘缺乏症理事会和微量营养素行动联合举办。

方面的公平性。已就涉及抗逆转录病毒治疗的伦理、公平性和可及性问题向规划管理人员发布政策准则¹。

11. 发展中国家获得药物和诊断产品应通过艾滋病药物和诊断制剂服务予以改进，这是世界卫生组织与联合国儿童基金会、世界银行、联合国人口基金及国际药房协会等伙伴之间的一项协作工作。由世界卫生组织秘书处管理的资格预审项目为用于 HIV/艾滋病治疗的高质量药物的采购提供支持。如同承包开展生物等效性研究的研究组织一样，对产品的安全性、有效性和质量进行评估并对生产有效成份和药物成品的场所进行检查。世界卫生组织秘书处已开始发表产品评估报告，并且将很快提供生产场所检查的结果²。

12. 世界卫生组织秘书处已建立一个新的 HIV-结核专题小组，目的是为在若干国家将抗逆转录病毒治疗纳入良好运行的国家结核规划以及记录和推广成功做法提供支持。

13. 世界卫生组织秘书处和伙伴已为在初级和二级设施将抗逆转录病毒治疗纳入初级卫生保健制定一揽子临床治疗培训计划³。它应有助于将治疗和护理从医生转给护士和其它卫生保健工作者并鼓励社区成员、HIV/艾滋病感染者和其它非专业人员参与照料。世界卫生组织秘书处正在帮助确保其迅速应用和建立区域专家库以便在培训方面进行合作。

14. 为改进协调及确保与“三一”原则的一致性，世界卫生组织、联合国艾滋病规划署以及其它联合国艾滋病规划署联合发起组织的秘书处启动了一个项目，最初在“三五”行动作为重点的 10 个国家中示范典型强化合作。世界卫生组织秘书处继续与世界银行的多国家 HIV/艾滋病计划及其加快 HIV/艾滋病治疗区域项目进行合作，并为拟定对抗艾滋病、结核和疟疾全球基金的申请和利用其资助提供技术支持。已向绩效差的国家提供特别支持以加强实施。

15. 已经发表若干准则，包括关于受 HIV 感染妇女的抗逆转录病毒治疗和在她们的婴儿中预防 HIV 感染、这些妇女的适宜营养以及在资源匮乏环境中 HIV 快速检测技术等准则⁴。

¹ 关于伦理和公平获得 HIV 治疗和关怀的指导。日内瓦，世界卫生组织，2004 年。

² 分别为世界卫生组织公开评估报告和世界卫生组织公开检查报告。

³ 初级卫生保健框架内抗逆转录病毒治疗的综合准则。文件 WHO/CDS/IMAI 2004.1-2004.5。

⁴ 可在 www.who.int/3by5/publications 上读取。

16. 2005 年 1 月,世界卫生组织和联合国艾滋病规划署发表了关于“三五”行动的第二份进展报告¹。报告注意到已实现 2004 年 12 月里程碑:估计在那时候在发展中国家有 70 万人正在接受抗逆转录病毒治疗。执行委员会在其第 115 届会议上审议了关于实施 WHA57.14 号决议的进展报告。委员会们赞扬建立 HIV/艾滋病与卫生系统平台以查明卫生系统对扩大治疗和关怀方面的障碍并预测对该系统其它部分的影响或作出应对。它们对需要更多数据以监测进展和加强国家技术能力发表了意见²。

17. 世界卫生组织、联合国艾滋病规划署和世界银行于 2005 年 2 月联合举办一次国际协商会,讨论包括使用者付费的影响在内的 HIV 终身治疗和关怀的可持续筹资以及确保长期规划和系统可持续性的政策。目前正在支持国家草拟长期筹资战略以确保用于 HIV/艾滋病的资源从总体上促进卫生系统的效益。HIV/艾滋病与卫生系统平台有助于这一支持,并且还协助为卫生部门制定较长期国家人力资源战略。世界卫生组织秘书处也已通过确定长期管理 HIV/艾滋病所需的最低一揽子干预计划改进其对 HIV/艾滋病治疗的典型作法,更好地将预防纳入服务提供。

C. 传统医学

18. WHA56.31 号决议敦促会员国调整、采用和实施世界卫生组织的传统医学战略,作为国家规划的基础,其中包括其四项主要目标,即:制定政策;增强安全性、有效性和质量;确保可及性;以及促进合理使用³。它还要求总干事向第五十八届世界卫生大会报告本决议的实施进展情况。

制定政策

19. 为获得基线信息以监测进展,世界卫生组织秘书处于 2003 年就传统医药和补充/替代医药的政策及关于草药的规定开展了一次全球调查。根据调查结果⁴,秘书处汇编了一个全球数据库,包括 141 个会员国提供的信息,该数据库将可供国家卫生当局利用。目前 45 个会员国已有相关国家政策;51 个会员国正在制定国家政策。

增强安全性、有效性和质量

¹ 世界卫生组织。“三五”进展报告。日内瓦,世界卫生组织和联合国艾滋病规划署,2005 年。

² 见文件 EB115/2005/REC/2, 第十二次会议摘要纪录第六部分。

³ 世界卫生组织 2002-2005 年传统医学战略。文件 WHO/EDM/TRM/2002.1。可在会议室索取并可通过因特网在 <http://www.who.int/medicines/library/trm/strategytrm.shtml> 获取。

⁴ 世界卫生组织国家传统医药政策和草药规定全球调查摘要报告(已付印)。

20. 草药是传统和类似医药中最普遍使用的疗法。国家管理是确保其质量及安全有效使用的关键。秘书处在所有区域组织了七期区域或国家培训班，目的在于加强在草药管理方面的国家能力。85 个会员国的代表参加了这些培训班。非洲、东南亚和东地中海区域随后就草药的管理拟定了区域最低要求。草药目前在 92 个会员国中得到管理，并且另有 42 个会员国计划制定规定。在美洲区域以及东南亚、欧洲和西太平洋区域中对管理采取协调的区域或分区域做法已得到进一步完善。

21. 秘书处继续编制新准则和更新现行准则，以便改善草药质量和监测其安全性¹。此类材料包括关于药物警戒系统中草药安全性监测的准则及关于污染物和残留的准则；正在修订草药良好生产质量管理规范的补充准则。

22. 为向会员国提供指导，秘书处已与世界卫生组织传统医学合作中心、其他相关研究机构²和非政府组织一起开始整理关于传统和类似疗法有效性和安全性（例如包括治疗严重急性呼吸道综合征）³的以证据为基础的资料。

确保可及性

23. 在联合国系统其它组织和非政府组织的合作下，世界卫生组织药用植物种植和采集的生产质量管理规范指南已得到出版⁴。其目的是保护和可持续利用药用植物，并促进草药的质量保证和控制。该指南已被若干会员国用作国家准则的基础并被联合国贸发会议用于其培训项目。秘书处还将就黄花蒿制定类似指南以支持以青蒿素为基础的复合法。正在对与若干非政府组织合作制定的保护药用植物准则进行修订。

促进合理使用

24. **提供者的合理使用。**若干政府已采取措施，确保传统医药的安全执业。例如，正在将传统医学列入医学院校强制性本科生课程；将世界卫生组织的培训准则作为国家对医

¹ 世界卫生组织关于药物警戒系统中草药安全性监测的准则。日内瓦，世界卫生组织，2004 年。应要求可提供，并可在www.who.int/medicines/organization/trm/guidelines/herbal_medicines_summary.shtml 读取。

² 57 个国家已建立国家传统和类似医药专家委员会，37 个国家有传统医学研究所，43 个国家有草药研究所。

³ 严重急性呼吸道综合征：利用中西医结合治疗的临床试验。日内瓦，世界卫生组织，2004 年。可通过因特网在 [http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241546433_\(1862KB\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241546433_(1862KB).pdf) 获取。

⁴ 世界卫生组织药用植物种植和采集的生产质量管理规范指南。日内瓦，世界卫生组织，2003 年。可在会议室索取并可在<http://www.who.int/medicines/library/trm/medicinalplants/agricultural.shtml> 获取。

生从事针灸的规定基础¹；以及正在起草国家法规，规定对传统和类似医药的执业颁发许可证。

25. 正在就手法治疗和光疗制定世界卫生组织基本培训准则。正在发表世界卫生组织选定药用植物的进一步专著²。秘书处正在支持草拟在新独立国家普遍使用的药用植物专著。

26. 消费者的合理使用。秘书处发表了准则，作为在向消费者提供关于传统和类似医药的可靠信息方面对国家的支持³。它们预定使消费者能就此类医药的使用作出知情决定。

进一步行动

27. 尽管就传统医药的适宜使用取得了重要进展，但是全球调查也查明了共同问题和国别需求。通过调查，许多会员国也要求世界卫生组织秘书处根据其传统医学战略继续提供技术支持。

D. 实施《世界暴力与卫生报告》的建议

28. WHA56.24 号决议敦促会员国促进《世界暴力与卫生报告》⁴，在卫生部内任命暴力预防归口单位，以及制定关于暴力和暴力预防的国家报告。它还要求总干事与会员国合作实施预防暴力的措施。

29. 已发表一份指南，详细说明执行报告中所提建议的行动步骤⁵。该指南以及其它暴力预防手段已得到积极传播，作为世界卫生组织全球预防暴力运动的一部分。

30. 所有区域的会员国以通过国家发行和暴力预防讲习班促进该报告，涉及政府部门、非政府组织、研究机构和联合国系统各组织。截至 2005 年 2 月，有 40 多个国家已发行该报告；50 多个国家已任命卫生部归口单位；4 个国家已制定关于暴力与健康的国家报告，另有 14 个国家已拟定 2005-2006 年编写此类报告的计划。

¹ 可在<http://www.who.int/medicines/library/trm/acupuncture/who-edm-trm-99-1/who-edm-trm-99-1-en.shtml>读取。

² 现有专著可在<http://www.who.int/medicines/library/trm/medicinalplants/monographs.shtml>读取。

³ 可在<http://www.who.int/medicines/libraty/trm/medicinalplants/consumer.shtml>读取。

⁴ 《世界暴力与卫生报告》。日内瓦，世界卫生组织，2002 年。

⁵ 预防暴力：实施《世界暴力与卫生报告》建议的指南。日内瓦，世界卫生组织，2004 年。

31. 世界卫生组织及全球伙伴已编制准则，用于监测与暴力有关的伤害和开展调查，记录暴力预防规划，实施报告的建议以及在不同环境中向不同培训受众教授暴力和损伤预防。世界卫生组织秘书处已在所有区域与专家合作，为性暴力受害者的基本创伤保健和医疗法律服务拟定准则。世界卫生组织就人与人之间暴力的经济方面问题发表了一份报告¹，并正在与美国疾病预防控制中心一起为估计暴力的经济负担编制一份手册。

32. 秘书处正在与若干国家的政府部门合作，以便在国家和地方级制定暴力预防规划。它已发起研究以支持对暴力预防和受害者服务采取以证据为基础的措施。一个记录暴力预防规划的项目正在若干国家进行，并且世界卫生组织/联合国开发计划署一个联合项目正在对巴西和萨尔瓦多预防武装暴力的规划进行评价。世界卫生组织关于对妇女暴力的多国家研究已有4个世界卫生组织区域的8个国家参与。若干国家正在开展情况分析以便改进向性暴力受害者提供的医疗和法律服务。

33. 由若干会员国和机构于2004年1月成立的全球人与人之间暴力预防联盟正在将暴力预防采取以科学为基础的做法纳入国际发展合作，并为信息共享和能力发展提供一个全球网络。一个代表民间社会和科学界的国际团体联合会正在建立国际暴力和伤害预防协会。秘书处已继续在致力于预防暴力的联合国系统其它组织的秘书处之间促进合作，并且在2004年建立了一个网站以传播关于该系统暴力预防资源的信息²。世界卫生组织秘书处与联合国儿童基金会和人权事务高级专员办事处秘书处一起参加联合国秘书长的研究对儿童暴力指导委员会。世界卫生组织与欧洲理事会开展了合作，以拟订于2004年11月通过的在日常生活中预防暴力的一项决议和建议。非洲联盟于2003年认可了报告中的建议并要求成员国宣布2005年为非洲预防暴力年³。世界卫生组织秘书处正在与非洲联盟秘书处一起努力开展庆祝该年的活动；该年的目标包括制定非洲暴力与健康报告和长期预防战略。

34. 虽然在提高认识、编制准则和将关于暴力预防的建议纳入政策过程方面已取得相当大的成就，但是必须加强这些活动以及实施实用预防规划。鼓励尚未这样做的会员国任命归口单位和编制国家报告，并继续在发展报告中概述的多部门系统和服务方面投资。世界卫生组织秘书处将继续通过不断草拟准则、向国家提供技术支持和组织两年一次审评会议(下一次预定于2005年10月在美利坚合众国举行)提供领导和技术支持。

¹ 人与人之间暴力的经济方面问题。日内瓦，世界卫生组织，2004年。

² www.who.int/violence_injury_prevention/violence/activities/un_collaboration。

³ EX/CL/Dec.63(III)号决定。

E. 国际化学品管理的战略办法

35. 在 WHA56.22 号决议中，敦促会员国在进一步拟订国际化学品管理的战略办法时充分考虑到化学品安全的卫生方面。决议还要求总干事对战略办法的内容作出贡献以及世界卫生组织参与筹备会议和最后会议。另外，要求总干事向卫生大会提交一份进展报告并在完成战略办法时将其提交卫生大会。

36. 化学品的生产占全球收入的 7% 和国际贸易的 9%。进行贸易的化学品有成千上万种，但是其中只有少数具备极其基本的毒性数据。化学品对全球疾病和死亡负担的影响在很大程度上仍未得到测定。工业化学品的生产基地正在转向发展中国家，对他们的人口带来新的接触模式和水平。到 2020 年，发展中国家将占全球化学品生产的 30% 以上，而 1995 年为 20%。

37. 1980 年，通过建立国际化学品安全规划，世界卫生组织与国际劳工组织和联合国环境规划署一起认识到必须为化学品的安全使用建立科学基础和加强化学品安全的国家能力。仍然需要就化学品对人类健康的影响确立有权威性的科学基础和证据，但是目前最重要的需要是在公共卫生范畴内有效传播化学品危害和倡导化学品安全。虽然世界卫生组织一直通过国际规划活跃在化学品安全领域，但是一般说来，卫生部门一直处于关于化学品安全的国际公约和正式协定谈判进程的外围，它们是与对国家的技术援助有关联的。因此，战略办法代表了极其重要的机会，使世界卫生组织及其全球卫生伙伴能在实现可持续发展世界首脑会议(2002 年 8 月 25 日至 9 月 4 日于南非约翰内斯堡)上商定的目标方面向国家提供支持。

38. 为拟订国际化学品管理的战略办法，筹备委员会举行了两次会议(2003 年 11 月 9-13 日于曼谷和 2004 年 10 月 4-8 日于内罗毕)，总共有 146 个国家、13 个联合国机构和公约秘书处、6 个政府间组织和 32 个非政府组织参加了会议。与会者支持由世界卫生组织主持提供协调一致的卫生部门投入。

39. 在第二次会议上商定，战略办法应包括：一份高级别宣言，政策声明以及一项包含具体行动和目标的全球规划。这些行动的执行时间表可延长至 2020 年，反映在可持续发展世界首脑会议上对化学品无害管理商定的目标。提出了广泛的范围，包括化学品安全的经济、环境、卫生、劳动和社会方面。会员国强调了卫生部门必须参与实施战略办法以及必须将化学品管理纳入卫生政策、包括为支持千年发展目

标而制定的那些卫生政策的主流。迄今为止卫生部门表达的高度优先重点(其中每一个重点均包含特定目标)包括：

- 改善能力的行动以获取、解释和应用科学知识
- 填补在科学知识方面的差距
- 对化学品危险性评估阐明全球协调一致的方法
- 制定更好的办法以确定化学品对健康的影响，制定行动重点和监测实施战略办法方面的进展
- 建设国家能力以处理中毒和化学品事故
- 制定具体针对儿童和工人健康的战略
- 促进剧毒持久性化学品的代用品
- 制定旨在预防由化学品引起的健康不良的战略。

40. 计划分别于 2005 年 9 月和 2006 年 2 月举行筹备委员会第三次会议和高级别国际化学品管理会议以最后确定战略办法，其后将向卫生大会提交该战略办法。

41. 本进展报告受到 2005 年 1 月执行委员会第 115 届会议的注意¹。

F. 卫生工作人员国际移徙：对发展中国家卫生系统的挑战

42. 监测国际移徙是当前努力改善与卫生人力资源有关的信息系统的一个有机组成部分。正在汇编移徙的最低数据集。已经与国际移徙组织和国际劳工组织建立更强有力的关系，并且已计划开展联合活动，以便通过联合机制监测卫生工作人员的移徙。对包括《服务贸易总协定》在内的涉及卫生工作人员移徙的各多边协定以及区域和双边协定进行了审查。进一步工作将包括更好地分析国际服务贸易的影响，包括资金流动和汇款，以及传播分析结果。

¹ 见文件 EB115/2005/REC/2，第十二次会议摘要记录第 6 部分。

43. 世卫组织秘书处正与会员国一起制定以证据为基础的措施以便加强卫生人力资源的产生，制定计划和管理机制，包括卫生工作人员的招聘和留用机制，以及探索中级工作人员作为紧急应对工作人员短缺的适宜性。它也已建立机制确定一项教育行动以便为在非洲国家迅速产生新的卫生工作人员提供支持。

44. 对行为守则以及区域和双边贸易协定的审查表明，它们对卫生工作人员的移徙仅产生有限的影响。已制定伦理准则，强调接受国和输出国以及各移徙工作人员的作用和职责。在 2005 年全年将与会员国就这些准则进行广泛协商。它们应可于 2006 年完成并应有助于会员国谈判互惠的双边协定。

45. 汇集主要决策人员、国际组织和世卫组织秘书处的一系列活动已查明可在国际、区域和国家各级采取的行动以迅速解决卫生人力需求。由国际移徙组织和疾病预防控制中心联合组织的移徙与卫生研讨会(2004 年 6 月于日内瓦)包括了一次关于卫生工作人员移徙的影响和双边协定的影响会议¹。正在通过年度联合工作方案与国际移徙组织建立协作联系。已为国际劳工组织、国际移徙组织和世卫组织之间定期交流信息建立机制。计划于 2006 年举行的移徙与卫生联合会议的筹备工作已经开始；主题之一将是卫生工作人员的流动。

46. 在世卫组织内正在开展协商以便优化对加强卫生系统人力资源采取的措施。

47. 卫生人力资源开发将是《2006 年世界卫生报告》和 2006 年世界卫生日的主题。它还将是世卫组织 2006-2015 年工作总规划的一个主要工作领域。

G. 促进健康的生活方式

48. 第五十七届世界卫生大会审议了关于健康促进和健康的生活方式的报告²。报告提请注意主要的行为危险因素，包括不健康的饮食、烟草使用、缺乏身体活动、酒精滥用和不安全性行为及其根本决定因素，以及有必要加强国家能力以便有效地促进健康。大多数国家仍然缺乏可持续的健康促进所必需的政策、数据以及人力和财力资源。需要开展大量工作将健康促进纳入卫生系统。本文件报告了根据 WHA57.16 号决议在促进健康的生活方式方面取得的进展并提供关于今后工作的信息³。

¹ 国际移徙组织会议室文件/14，理事会第 88 届会议，日内瓦，2004 年 11 月 30 日-12 月 3 日。卫生与移徙研讨会。会议报告。可在<http://www.iom.int/documents/governing/en/crpik.pdf>获取。

² 见文件 A57/11 和 WHA57/2004/REC/3，甲委员会第六次会议摘要记录。

³ 见文件 EB115/37 以了解关于酒精的有害使用的今后工作详情。

49. 已在世界卫生组织东南亚和东地中海区域举办国家间讲习班；并且已拟定健康促进和健康的生活方式区域战略草案，作为这些区域当前加强有效健康促进框架和能力的进程的一部分。在非洲区域，已制定实施区域健康促进战略的准则并已在 30 个会员国提供培训。在设在日本兵库神户的世界卫生组织卫生发展中心支持下，已在西太平洋区域发起一项倡议，其目的是查明和培训健康促进方面的未来领导。该倡议预定将扩大到非洲、东南亚和东地中海区域。将在美洲区域和欧洲区域任命健康促进联络点以及规划间健康促进专题小组。

50. 正在为第六届健康促进、政策和行动伙伴关系：处理健康问题决定因素全球会议进行筹备。会议将由泰国卫生部和世界卫生组织联合组织并将于 2005 年 8 月 7 日至 11 日在曼谷举行。会议的主要成果将是曼谷健康促进宪章，预定在一个迅速变化和全球化的世界提供健康促进方面的指导和领导。另一项结果将是为监测进展制定一系列目标、时间表和机制。

51. 在世界卫生组织卫生发展中心举行了一次区域健康促进顾问会议和制定了在下列方面更密切合作的计划：实施 2004-2005 年规划预算；组织第六届全球健康促进会议，包括勘查所有会员国的健康促进能力；以及扩大关于健康促进有效性的工作所产生的证据基础。

52. 在健康老龄化¹、学校卫生、身体活动与健康以及口腔卫生促进等领域也已取得进展。此外，已扩大证据基础，已采用新颖的筹资方式以扩大可利用供资来源，并且已在将健康促进纳入卫生系统方面取得进展。

今后行动

53. 将通过世界卫生组织区域办事处开展对会员国健康促进的勘查工作。这项工作将有助于为确定行动领域和监测建设有效健康促进的国家和地方能力方面的进展提供基础。

54. 将设立一个全球感兴趣组织和方面支助小组，包括非洲发展新伙伴关系、欧洲联盟、世界银行以及国际健康促进和教育联合会。该小组将研究与组织今后的全球健康促进会议有关的问题，特别注意在非洲区域举行下一届会议的可能性。

¹ 见文件 EB115/29。

55. 通过区域讲习班和活动，例如发展健康促进有效性的证据项目和确保可持续筹资的行动，继续促进国家和地方级健康促进能力建设。将通过加强中低收入国家专门从事公共卫生的研究所和学术机构的能力以及通过鼓励与世界卫生组织健康促进合作中心联合开展活动取得进一步进展。

56. 将制定把健康促进纳入卫生系统的框架和战略；对健康促进采取适合不同环境的方法也将继续得到促进和加强。

57. 关于健康老龄化、身体活动与健康以及口腔卫生等问题，将把重点放在发展国家能力和加强与联合国组织和机构及其它有关利益相关方面的合作。

58. 在 2006-2007 双年度期间将制定健康促进战略的总体框架。

卫生大会的行动

59. 请卫生大会注意上述进展报告。

= = =