
21 世纪

人人

享有卫生保健



世界卫生组织

目 录

执行概要	v
第 I 部分 为什么要修订人人享有卫生保健？	
第1章 人人享有卫生保健：职权与起源	1
第2章 新旧挑战	4
第 II 部分 21世纪人人享有卫生保健	
第3章 21世纪人人享有卫生保健的价值，总目标和具体目标	21
第4章 行动的政策基础	33
第5章 世界卫生组织的作用	36
第 III 部分 实现理想：实施政策的行动	
第6章 使健康成为发展的中心所需的行动	43
第7章 可持续卫生系统的基本职能	47
第8章 成功实施21世纪人人享有卫生保健的关键	54
附件一 关于全球卫生具体目标的解释性说明	61
附件二 在1990年代世界会议上认可选定的与发展 and 贫困有关的具体目标	68
附件三 进一步阅读材料	69
附件四 缩略词	72

方框

方框1	支持人人享有卫生保健的世界会议	3
方框2	初级卫生保健：从阿拉木图到21世纪	5
方框3	人人享有卫生保健评价，1979—1996	7
方框4	在21世纪影响健康的新趋势	19
方框5	享受最高而能获致之健康标准权利	23
方框6	伦理：人人享有卫生保健政策和实践的基础	26
方框7	公平：21世纪人人享有卫生保健的基础	27
方框8	性别观：承认妇女与男子的需求	29
方框9	世界卫生组织在21世纪：职能与作用	36
方框10	基本公共卫生职能	47
方框11	政府在实施人人享有卫生保健中的作用	57
图1	获得选择的初级卫生保健要素，发展中国家， 1983—1985年和1991—1993年	4
图2	卫生保健支出的构成，1994—1995年	9
图3	活得更长寿：按发展水平分列的出生期望寿命， 1996—2020年	10
图4	发展经济体国家生活在一天一美元以下的人口，1987和1993	11
图5	全球人口最富裕20%和最贫穷20%中的死亡分布， 1990年估计数	12
图6	死因：按主要原因分列的死亡分布，发达国家和发展中国家， 1985、1990和1996年	14
图7	老年人支持比率，按发展水平分列，1960—2020年	14
图8	营养不良：体重不足或过重人口的百分比，选择国家， 1993年前后	16
图9	孕产妇死亡率：每10万活产妊娠相关死亡，1990年	16
图10	按1995年人均国民生产总值分列的1995—2000年5岁以下 儿童死亡率	22

执行概要

21世纪人人享有卫生保健的目的在于帮助实现1978年阿拉木图会议所发起的人人享有卫生保健理想。它为21世纪的前二十年确定全球重点和具体目标，这将为使全世界人民在其整个一生实现并保持**最高而能获致之健康标准**创造条件。21世纪人人享有卫生保健是人人享有卫生保健过程的继续。

在过去20年里，初级卫生保健作为人人享有卫生保健的基石，已对朝着人人享有卫生保健的进展提供动力和能量。尽管取得了收益，但是由于若干原因，**进展受到了阻碍**，包括对实施人人享有卫生保健的政治承诺不足，社会经济发展缓慢，实现部门间卫生行动方面的困难，卫生资金不足，人口和流行病学的迅速变化，以及自然和人为灾害。此外，全世界贫困已经增加。在国家不能为全体人民获得适当收入水平的地方，卫生蒙受的损害最为严重。

虽然21世纪带来新的威胁，但是将可利用新的机遇和做法克服它们。贸易、旅行、技术和通信的**全球化**，只要解决其潜在的严重不利影响，可产生巨大效益。对全球环境危害需迫切予以注意。新的**技术**可改变卫生系统并改善健康。私立和公立部门及公民社会之间更强有力的**卫生伙伴关系**可导致支持人人享有卫生保健的更有力的联合行动。人人享有卫生保健是一个理想，它承认人类的同一性，从而有必要本着团结的精神普遍促进健康及减少不健康和痛苦。

人人享有卫生保健总目标的实现有赖于通过下列方面加强对其重要价值的承诺：**提供最高而能获致之健康标准作为一项基本权利**；加强将**伦理**应用于卫生政策，研究和提供服务；实施**强调团结的面向公平的政策和战略**；以及将**性别观**纳入卫生政策和战略。这些价值是有力地联系在一起，每一项价值都有利于支持执行政策和战略。

总目标和具体目标有助于确定人人享有卫生保健理想。人人享有卫生保健的总目标是使所有人获得更长的期望寿命和提高生活质量；在国家之间和国家内部改善卫生公平；以及确保使所有人利用可持续卫生系统和服务。具体目标的确定将激励行动并为资源分配确定重点。支持人人享有卫生保健的**10项全球具体目标**反映早先的**人人享有卫生保健具体目标**，并与近期世界会议上商定的那些目标相一致。如要

使有关卫生决定因素的行动导致改善卫生结果和利用保健，就需要达到有关卫生政策和系统的具体目标。实现这些具体目标将确保达到人人享有卫生保健总目标。区域和国家具体目标将在全球政策的框架内予以制定，并将反映需求和重点的差异。

全球卫生具体目标

1. 卫生公平：儿童期发育不良
2. 生存：孕产妇死亡率，儿童死亡率，期望寿命
3. 扭转5种主要大流行病的全球趋势
4. 根除和消灭某些疾病
5. 改进获得水，环境卫生，食品和住房
6. 促进健康的措施
7. 制定，实施和监测人人享有卫生保健国家政策
8. 改进获得综合、基本、优质卫生保健
9. 实施全球和国家卫生信息和监测系统
10. 支持卫生研究

所有会员国行动以实现人人享有卫生保健总目标需要由两项政策目标予以指导：使健康成为人类发展的中心，以及发展可持续卫生系统以满足人民的需要。在实施前一项目标时，认识到良好健康既是发展的一个资源，又是发展的一项目的。此外，人民特别是最脆弱人民的健康是发展政策正确性的一项指标。处理健康决定因素的行动应消除贫困，在各种环境下促进健康，将部门卫生政策调整一致，以及确保将卫生列入可持续发展计划。

卫生系统必须能对人民在其整个一生的卫生和社会需求作出反应。为做到这一点并以初级卫生保健为基础，必须发展能保证公平获得基本卫生职能的**可持续卫生系统**。这些职能包括使整个生命期都能获得优质保健；预防和控制疾病及保护健康；促进支持卫生系统的法规；发展卫生信息系统和确保积极监测；促进与卫生相关的科学技术的利用和革新；建设和维持卫生人力资源；以及获得适当和可持续的资金供应。一个具有社会敏感性的卫生系统将考虑个体的经济、社会文化和精神价值以及需要。

世界卫生组织和各国政府的作用在确保政策导致健康的巨大改善方面是决定性的。各国政府将需要制定和实施与人人享有卫生保健价值相一致的政策。在这样做时，他们认识到对健康的投资将促进改善卫生结果，并将增进实现可持续人类发展目标。作为世界的卫生倡导者，**世界卫生组织将为实现人人享有卫生保健提供领导。**通过制定全球伦理和科学规范和标准，促进和保护全球卫生的国际文书，促进国家之间的技术合作，通过适宜卫生信息系统加强决策，建立积极监测系统，加强全球研究能力，为选定疾病的根除、消灭和控制提供领导，以及对公共卫生紧急情况的预防和紧急情况后的恢复提供技术支持，**世界卫生组织将促进国际集体卫生行动。**

从政策到行动的进展需要强有力的领导，公众的参与和支持，明确的意志和充足的资源。为支持变革过程，必须特别注意加强决策能力；发展良好治理系统；在各级确定重点；巩固和扩大卫生伙伴关系；以及实施评价和监测系统。

在所有各级—全球，区域，国家和地方—的坚定行动对于将人人享有卫生保健理想转变为实际的可持续的公共卫生现实至关重要。

第 I 部分(1)

为什么要修订人人享有卫生保健？

第1章 人人享有卫生保健：职权与起源

第1章描述人人享有卫生保健的起源。世界卫生组织《组织法》为我们的健康定义和全球行动的依据提供了基础。对阿拉木图会议在发起人人享有卫生保健中的中心作用以及对认识初级卫生保健作为实现人人享有卫生保健的关键作了概述。

世界卫生组织的法定职权

“各民族之健康为获致和平与安全之基本，需赖个人间与国家间之通力合作。”

“享受最高而能获得之健康标准，为人人基本权利之一。”

对人人享有卫生保健的号召曾经是，并且从根本仍然是对社会正义的号召。

1. 半个多世纪前，世界卫生组织的创建者将健康定义为“不仅为疾病或羸弱之消除，而系体格，精神与社会之完全健康状态”。世界卫生组织《组织法》宣告，“各民族之健康为获致和平与安全之基本，需赖个人间与国家间之通力合作”。这就是战后1940年代晚期世界的理想。在今后20年，我们的挑战是利用过去的成就来创造一个健康和安全的世界。

2. 世界卫生组织《组织法》宣告，“享受最高而能获得之健康标准，为人人基本权利之一”。每一个人能享有健康而幸福的适宜生活水准的权利包括享有充足食物，水，衣服，住房，卫生保健，教育，生殖健康和社会服务的权利，以及在失业，疾病，残疾，老龄或由于个人无法控制的情形而失去生活手段情况下的保障权利。尊重人权与实现公共卫生目标是相辅相成的。

人人享有卫生保健和初级卫生保健

3. 人人享有卫生保健的概念和理想是于1977年确定的，当时第三十届世界卫生大会决定，世界卫生组织和各国政府在今后数十年的主要社会目标应是“到2000年时实现使世界全

(1) 本文件应结合《1998年世界卫生报告：21世纪的生活一万众之理想》（日内瓦，世界卫生组织，1998年）阅读，它对世界卫生的过去趋势和未来预测作了详尽分析。

体公民获得他们能在社会上、经济上富有成效生活的健康水平。”1978年由世界卫生组织和联合国儿童基金会联合发起组织的初级卫生保健国际会议通过的《阿拉木图宣言》指出，初级卫生保健是实现作为全面发展一部分的人人享有卫生保健的关键。这一对人人享有卫生保健的号召曾经是，并且从根本上仍然是对社会正义的号召。

4. 人人享有卫生保健被认为是一个导致人民健康逐步改善的过程，而不是一个单一有限的目标。它可根据各国社会、经济和卫生特点作不同解释。但是，有一条基线，在任何国家任何个人的健康不应低于这一基线。在所有国家所有人都应具有能使他们富有成效地工作并积极参与他们所在社区社会生活的健康水准。人人享有卫生保健承认每个人的独特性及有必要对每个个体对价值、目标和归属的精神探求作出反应。同时，人人享有卫生保健是一种社会反应，它承认多样性中的统一性和社会团结的必要性。我们共同的人性以及对当代和后代的责任，要求我们信奉人人享有卫生保健。

人人享有卫生保健是一个导致人民健康逐步改善的过程。

21世纪人人享有卫生保健

5. 21世纪人人享有卫生保健是人人享有卫生保健过程的继续⁽¹⁾。它利用过去的成就，指导各级（国际，区域，国家和地方）卫生行动和政策，并为21世纪的前20年确定全球重点和具体目标。最重要的是，它考虑到过去20年里急剧的全球变化。它是一个与国家或在国家内广泛而又包括一切的协商过程的结果——这一过程对确立政策的所有权从而帮助确保其由所有伙伴实施至为基本。

6. 这一文件还反映了由世界卫生组织积极参加的在1990年代召开的9次处理世界上一些最紧迫问题国际会议的结果。所有这些会议就一项明确支持实现人人享有卫生保健的未来发展议程的重点达成一致意见。这些在方框1中作了概述。

(1) WHA48.16号决议要求总干事“为修订人人享有卫生保健及其指标采取必要的步骤，根据公平和团结的概念制订一项新的全球整体卫生政策，强调个人、家庭和社区对健康的责任，并将卫生置于总体发展框架”。

方框1

支持人人享有卫生保健的世界会议

自1990年以来，联合国系统已召开9次世界会议以处理世界上一些最紧迫的问题。世界卫生组织积极参加了这些会议。这些会议已就一项新的未来发展议程的重点，包括明确支持实现人人享有卫生保健作为一项重点达成全球共识。

这些会议反映了这一看法的日趋一致性，即民主、发展以及尊重人权和基本自由是相互依存和相互增强的。对于对发展采取“自上而下”做法应通过社区对决策过程的真正影响加以平衡表示关切。

已确定对发展采取下列新的做法：

- * 发展应以人为中心。
- * 发展的中心总目标包括消除贫困，满足全体人民的基本需求和保护人权。
- * 投资于卫生、教育和培训对开发人力资源至关重要。
- * 改善妇女地位包括赋予其能力是从经济、社会和环境各方面实现可持续发展的所有努力的中心。
- * 应避免将资源转离社会重点。
- * 一个开放和公平的贸易、投资和技术转让框架对促进持续的经济增长至为关键。
- * 虽然私立部门对经济发展至为重要，但各国政府应积极参加制定、调整和监测卫生、社会和环境政策。

这些做法应酌情纳入人人享有卫生保健政策，并强调需要考虑把卫生作为所有部门的责任和处理许多保健决定因素。

世界会议：世界儿童问题首脑会议(1990年)；国际营养会议(1992年)；联合国环境与发展会议(1992年)；世界人权会议(1993年)；国际人口与发展会议(1994年)；世界社会发展首脑会议(1995年)；第四次世界妇女大会(1995年)；第二届联合国人类住区会议(生境II)(1996年)；世界粮食问题首脑会议(1996年)。

第2章 新旧挑战

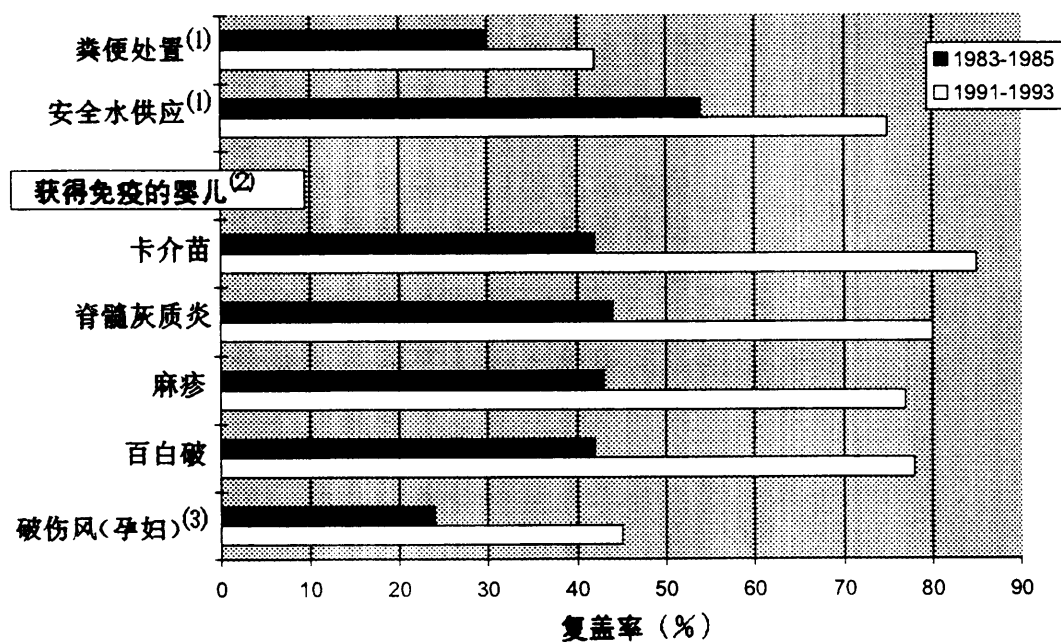
第2章描述尽管在改善全球卫生方面取得巨大进展，但是为什么这些成就未能得到公平分享。对自阿拉木图会议以来的进展作了概述。对当前卫生问题及新出现的威胁和机遇作了描述。

自阿拉木图以来的进展

7. 在过去20年里，各国政府和非政府组织日益接受人人享有卫生保健，作为其努力改善健康的总目标（见方框2），并且大多数国家已经采纳了初级卫生保健。尽管在人口内部和国家之间存在着巨大差异，但是人们获得阿拉木图所确定的初级卫生保健各项要素已经稳步增加（见图1）。初级卫生保健以及经济，教育和技术的发展，已极大地促进了全世界婴儿和儿童死亡率和发病率的下降以及出生期望寿命的极大增加。由于早期卫生干预措施，数百万儿童已经长大成人。

各国政府和非政府组织已日益接受人人享有卫生保健。

图1. 获得选择的初级卫生保健要素，发展中国家，1983—1985年和1991—1993年



- (1) 人口的百分比。
 (2) 一岁以下儿童的百分比。
 (3) 孕妇的百分比。

来源：世界卫生组织。

方框2

初级卫生保健：从阿拉木图到21世纪

实现人人享有卫生保健的关键：教训和进展

- * 初级卫生保健作为一种途径已对朝着人人享有卫生保健的进展提供动力和能量。
- * 在确保获得原初级卫生保健8项要素方面已取得一些进展⁽¹⁾。
- * 初级卫生保健作为进入综合卫生保健系统的起点仍然有效。
- * 部门间卫生行动尚未完全实现。
- * 调整卫生服务和人员使之面向初级卫生保健原则仍然难以实现。
- * 社区参与需要时间和所有方面的奉献精神。

(1) 原先的初级卫生保健要素至少包括就主要卫生问题及查明、预防和控制这些问题的方法进行教育；促进食品供应和适宜营养；充分供应安全用水及基本卫生设施；妇幼卫生保健，包括计划生育；预防和控制地方病；对常见疾病和外伤的适宜治疗；促进精神卫生；以及提供基本药物。这些应予扩大并修订，以包括扩大免疫方案；生殖卫生需求；提供基本卫生技术；如《渥太华宪章》所确定并经WHA42.44号决议认可的健康促进；预防和控制非传染病；食品安全以及提供选择的补充食品。

21世纪人人享有卫生保健：强化初级卫生保健途径的政策目标

- * 使健康成为发展的中心并加强部门间行动的前景。
- * 与贫困作斗争，作为初级卫生保健对社会正义关注的反映。
- * 促进公平获得卫生保健。
- * 建立伙伴关系以包括家庭、社区及其组织。
- * 调整卫生系统以面向促进健康和预防疾病。

可持续卫生系统：一些基本组成部分

- * 更多重视整个生命期的综合优质卫生保健。
- * 确保公平获得原初级卫生保健8项要素。
- * 扩大初级卫生保健要素以对查明新的健康威胁及解决这些威胁的机遇作出反应。

补充和支持初级卫生保健的基本卫生系统职能

- * 对初级卫生保健提供可持续的资金供应。
- * 投资于卫生人力和机构能力。
- * 通过适当调节使私立和公立部门对初级卫生保健的支持达到最大限度。
- * 加强研究以支持和发展初级卫生保健。
- * 实施全球、国家和地方监测和检查系统。

8. 但是，尽管取得这些卫生成就，由于一系列因素却使进展受到阻碍（见方框3）。改善的速度与具体目标的实现并不完全一样。目前国家之间以及国家内部某些人群组之间在卫生状况和获得卫生保健（包括初级卫生保健）方面的差别比20年前更大。数百万人仍不能获得初级卫生保健的某些要素，并且在许多地方，根本不存在有效的初级卫生保健服务。虽然在过去20年里，卫生基础设施在物质上已经扩大，但是由于国家能力不足，实际提供的保健是有限的。此外，一些国际和双边资助机构并没有显著地将其援助重点转向低收入和最不发达国家。

方框3

人人享有卫生保健评价，1979—1996

在许多国家，朝着人人享有卫生保健的进展受到下列阻碍：

- * 对实施人人享有卫生保健的政治承诺不足；
- * 在获得初级卫生保健所有要素方面未能实现公平；
- * 妇女地位继续低微；
- * 社会经济发展缓慢；
- * 在实现部门间卫生行动方面的困难；
- * 人力资源分布不平衡及对其支持薄弱；
- * 促进健康活动普遍不足；
- * 卫生信息系统薄弱和缺乏基线数据；
- * 污染，食品安全差，以及缺乏安全水供应和环境卫生设施；
- * 人口和流行病学的迅速变化；
- * 昂贵技术的不适当使用和资源分配；
- * 自然和人为灾害。

以对人人享有卫生保健全球战略的三次重要评价为基础。

9. 阿拉木图之后经过了很长一段时间，才开始重新调整将大量人力和财力资源面向初级卫生保健。即使在今天，在许多国家，公共卫生系统和服务资源不足并且得不到很好维持。缺乏卫生政策和管理方面的专长往往阻碍了在发展灵活和敏感的卫生系统方面取得进展，尽管国家之间的情况差别很大。而且，卫生部门的决策仍然受偏爱临床治疗医学而不是预防和促进性公共卫生的专业利益支配。对残疾人、晚期病人和虚弱的老人的保健从总体上说支持极差。

10. 一些发展和经济政策与人口和流行病学变化相结合增加了卫生系统必须与之斗争的疾病负担。卫生服务正在为此以及为政府未能投资于促进和保护健康的长期措施付出代价。

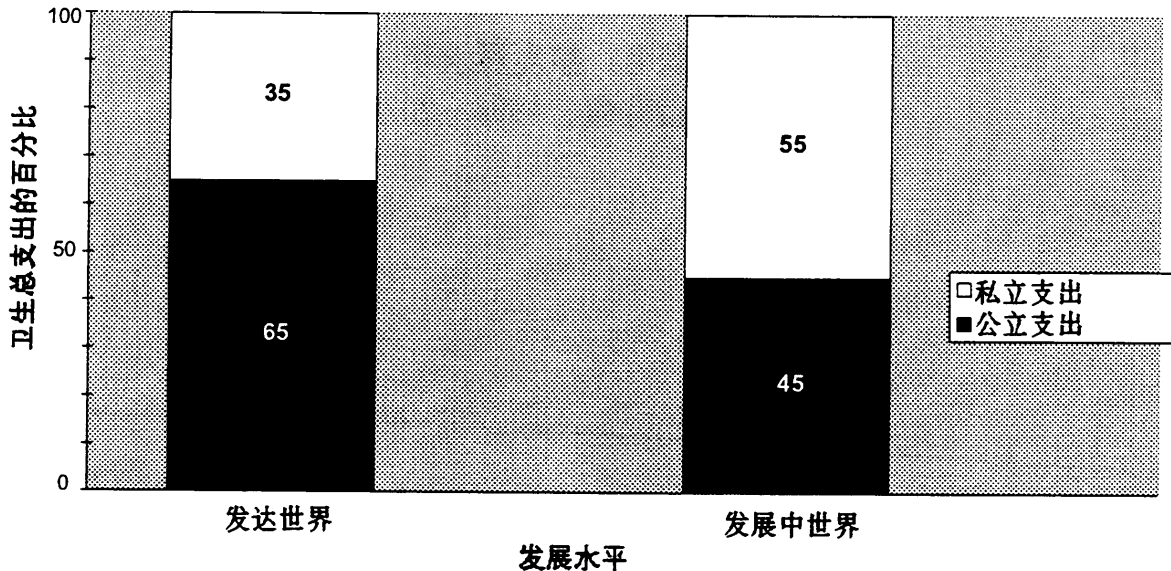
11. 在最贫穷国家，缺乏在卫生和社会服务方面的资金提供以及政府没有能力为卫生筹集国内和国际资金严重地阻碍了朝着人人享有卫生保健取得进展。在其他国家，未能建立或维持基本卫生系统职能已导致人口健康状况的停滞或恶化。新出现和重新出现的疾病对健康造成严重威胁。在许多中等收入的国家，私立卫生保健的迅速增长已对公立部门的服务产生各种影响，在一些情况下造成了费用增长，保健效率差，以及在获得卫生保健方面不平等。在发达的工业化国家，卫生保健改革的基础包括面临人口老龄化和新技术价格和需求的迅速增长而采取控制费用，扩大个体的选择及确保优质保健。在大多数国家，私立和公立部门卫生保健提供者尚未建立起有效的伙伴关系，从而进一步阻碍了卫生发展(见图2)。

缺乏卫生政策和管理方面的专长阻碍了进展。

卫生服务正在为某些经济政策付出代价。

在最贫穷国家，缺乏在卫生和社会服务方面的资金提供以及政府没有能力为卫生筹集国内和国际资金严重地阻碍了朝着人人享有卫生保健取得进展。

图2. 卫生保健支出的构成, 1994—1995年



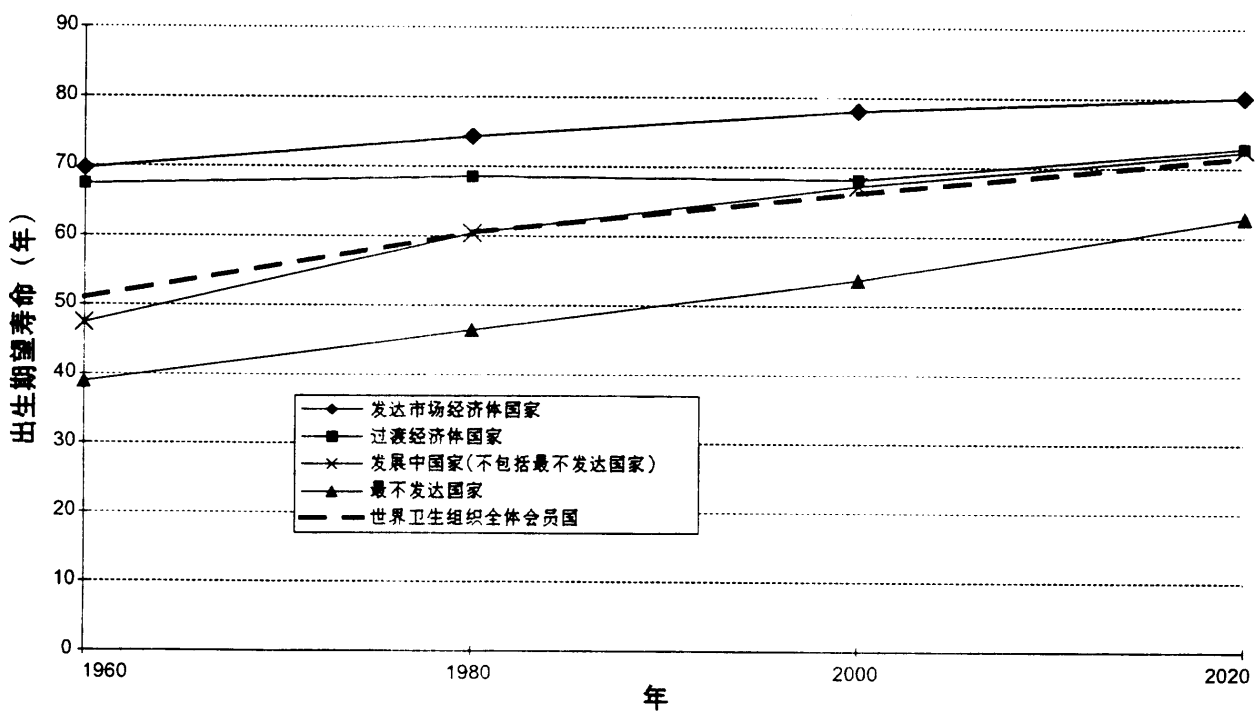
来源：部门战略文件—卫生，营养和人口，世界银行，1997年。

巨大的卫生成就

人们更加长寿了：平均出生期望寿命已从1950年代的46岁增加至1995年的65岁。

12. 同时，全世界在过去50年里已经目睹在卫生方面取得的巨大成就。这些成就的取得不仅是由于科学，技术，公共卫生和医学的发展，而且是由于基础设施的扩大，识字率的提高，收入的增加，以及营养，环境卫生，教育和机遇特别是妇女机遇的改善。在许多国家传染病发病率已经下降，天花已经得到根除。控制和预防一系列的疾病，如麻疹，脊髓灰质炎和白喉已极大地降低了儿童期死亡率和发病率。人们更加长寿了：平均出生期望寿命已从1950年代的46年增加至1995年的65年（见图3）。富裕国家与贫穷国家之间在期望寿命方面的差距，已从1955年的25年缩减为1995年的13.3年。

图3. 活得更长寿：按发展水平分列的
出生期望寿命，1960—2020



来源:联合国人口司,《世界人口展望》:1996年修订版(联合国,纽约,即将出版)。

贫困与日益扩大的不公平

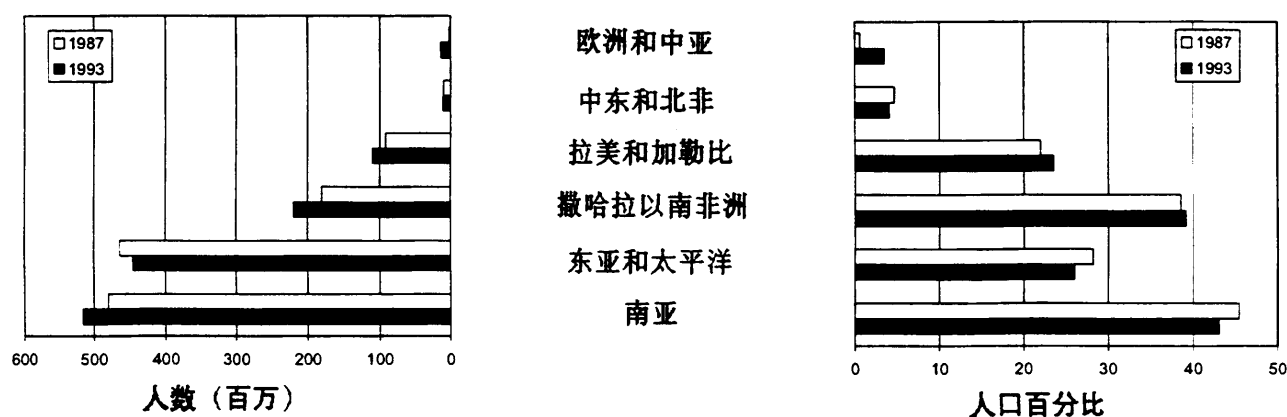
在经济不能使所有人获得适当的收入，社会系统已经崩溃以及自然资源管理极差的地方，健康所受的损害最为惨重。

贫困是营养不良和不健康的主要原因。

13. 然而，尽管取得一些成就，但是在国家之间和国家内部，某些健康差距已经扩大。在一些疾病的发病率方面存在着令人震惊的趋势，而预测表明已经取得的成就在将来不可能得到保持。1980年代的债务危机造成许多国家减少对卫生和社会服务的支持。1990年代在一些国家的急剧政治变化往往伴随着内乱，严重地损害并延迟了卫生 and 经济发展。在经济不能使所有人获得适当的收入，社会系统已经崩溃以及自然资源管理极差的地方，健康所受的损害最为惨重。一系列全球和地方的环境和社会问题继续加剧疾病和不健康负担。

14. 尽管过去20年看到世界范围史无前例的财富创造，但是生活在绝对贫困和绝望中的人数仍在稳步增长。今天，约有13亿人生活在极端贫困中(见图4)。贫困是营养不良和不健康的主要原因；它加剧疾病的传播，削弱卫生服务的有效性和减缓人口控制。贫困和境遇不利人群组的发病率和残疾，导致他们受到排斥，使他们继续处于贫困并转而加剧不健康的恶性循环。

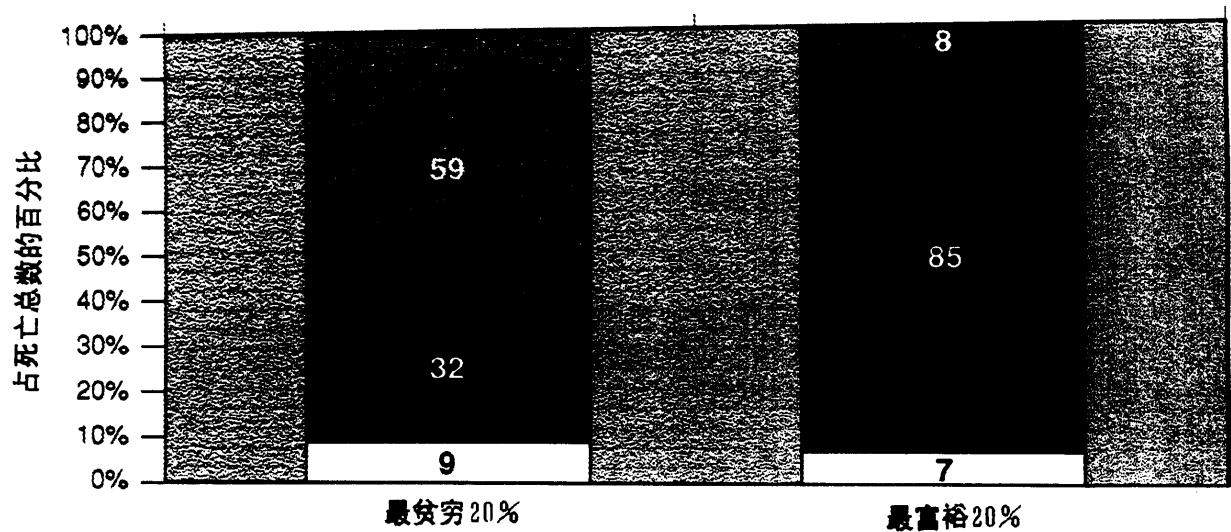
图4. 发展经济体国家生活在一天一美元以下的人口，1987和1993



来源：减少贫困与世界银行：1990年代的进展与挑战。华盛顿，哥伦比亚特区。世界银行，1996年。

15. 穷人体验到全球极大部分的不健康和痛苦负担。他们往往生活在不安全而又过于拥挤的住房内，在服务不足的农村地区或在城郊的贫民窟。他们比富裕的人更容易接触家庭、工作以及社区中的污染和其它健康危害。他们更可能消耗食品不足以及食品质量很差，吸烟以及接触其它有损于健康的危害。这就从总体上削弱了他们过社会和经济上富有成效生活的能力并导致不同的死因分布(见图5)。即使经济增长继续，在许多国家和社区中富人与穷人之间不公平现象和日益扩大的差距威胁着社会的团结，并且在一些国家，促成暴力和社会心理压力。

图5. 全球人口最富裕20%和最贫穷20%中的死亡分布，1990年估计数



- 组别 I：传染病造成的死亡；孕产和围产死亡；营养原因造成的死亡
- 组别 II：非传染病造成的死亡
- 组别 III：由损伤引起的死亡

依据：Gwatkin, D.R.(个人通信, 1997年)。

人口与流行病学变化

16. 与公共卫生成就和经济增长相关的全世界健康状况方面的改善已导致许多人口和流行病学变化(见图6和图7)。期望寿命的增加,出生率的降低和非传染病的增多,加之接触新的威胁,确定了未来的挑战。一些国家的人口绝对数和其他国家的资源高消耗危及我们满足世界人民未来需求的机会。

人口的老齡化对社会支持系统产生巨大压力并要求在卫生服务方面进行转变。

17. 成功的社会和经济发展的一个结果是所有人口都在老齡化。65岁以上人口数的增加速度在中等和低收入国家要快于高度发达的工业化国家。虽然在许多国家老年人比以往享有更好的健康,但是人口的老齡化往往造成非传染病、残疾和精神病的增加。这一趋势对社会支持系统早已产生巨大压力并要求在卫生服务方面进行转变。而且在一些国家人口过渡将造成青年人数量的绝对增加,并对卫生和教育服务以及就业带来压力。

18. 总体而言,在许多国家,城市化已改善生活质量和健康。但是,当城市化超越基础设施满足人民需求的能力时,它对社会环境产生消极影响。在大城市迅速发展的城郊住区,这一点特别明显。有大量文件证明在无节制的城市增长与传染病蔓延之间的联系。此外,过度拥挤和恶劣的工作条件可导致焦虑,抑郁和慢性紧张,并对家庭和社区的生活质量产生有害影响。家庭结构和生活安排的变化已对人民的健康及其处理卫生与社会问题的能力产生重大影响。传统农村文化的破坏在许多情况下导致社会支持系统的削弱。

图6. 死因：按主要原因分列的死亡分布
发达国家和发展中国家，1985，1990和1996

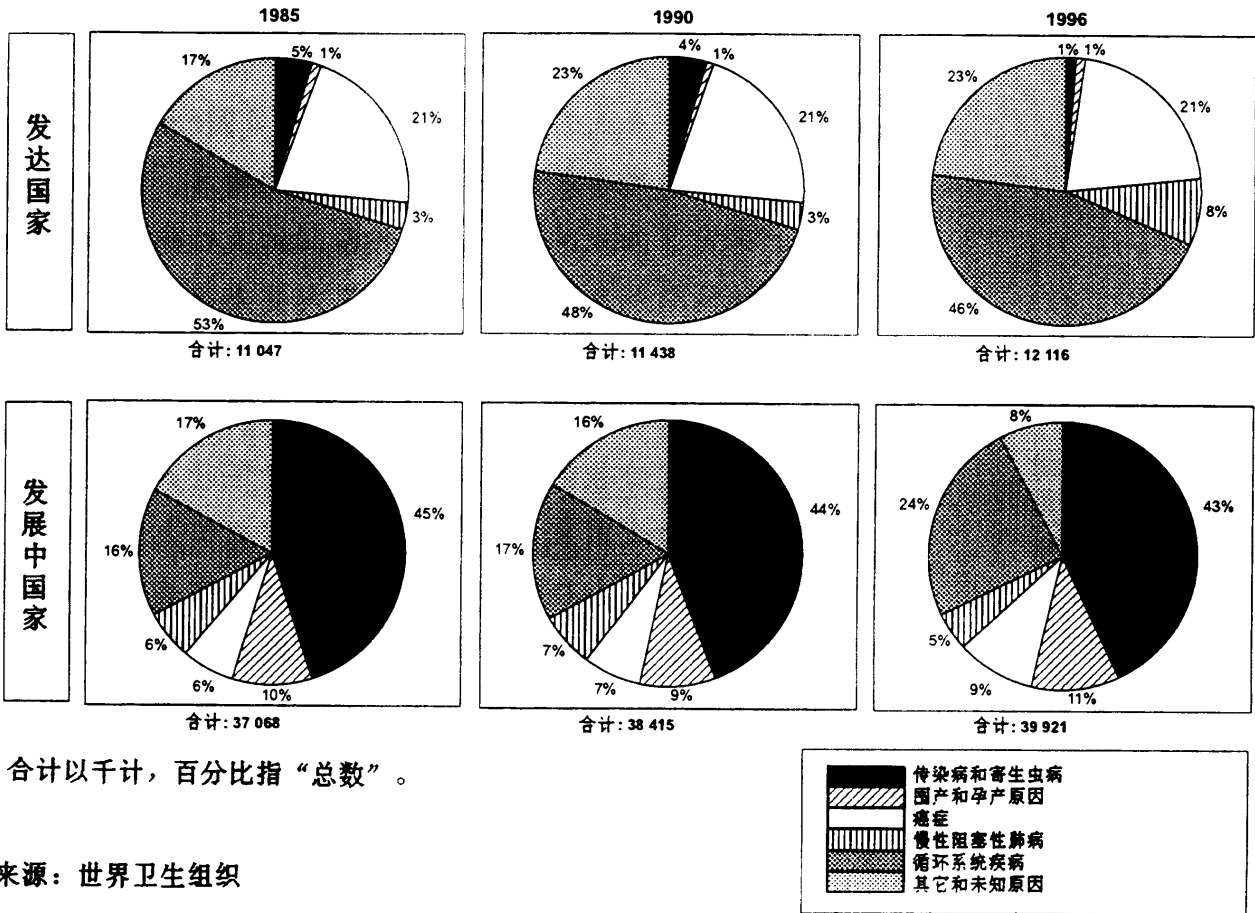
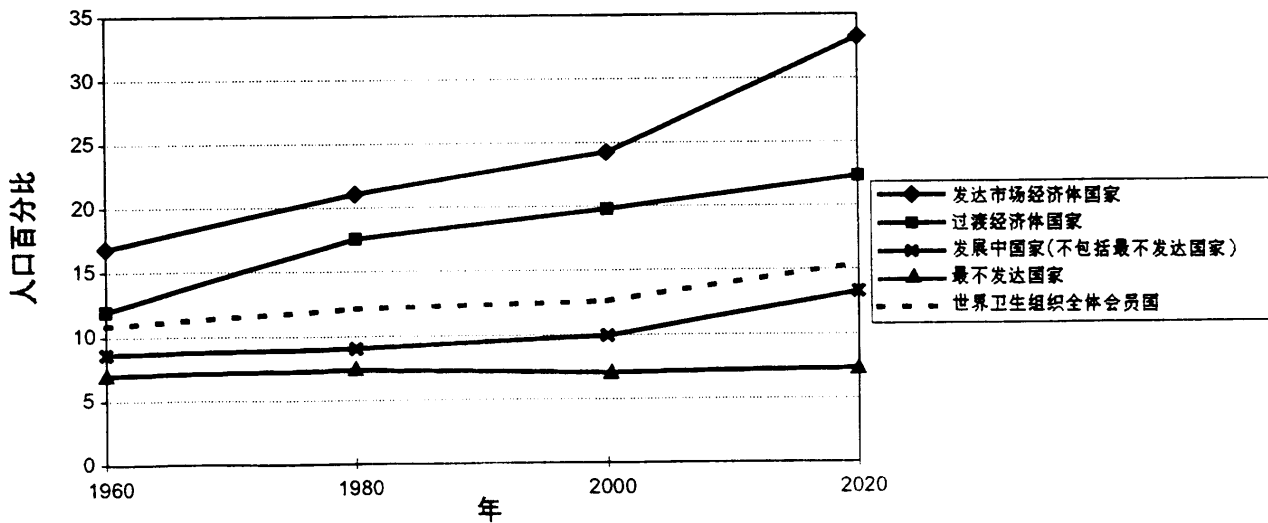


图7. 老年人支持比率*，按发展水平分列，1960—2020



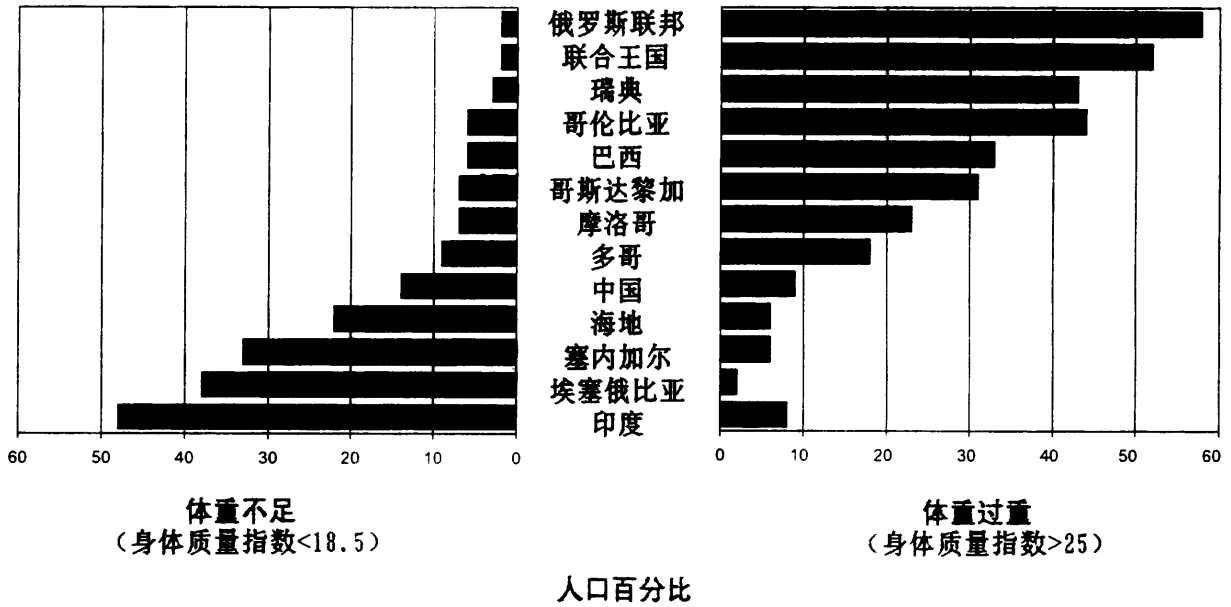
传染病，营养不良和孕产妇死亡率

在世界许多最贫困的地区，与贫困相关的疾病将仍然是造成疾病负担的主要因素。

19. 在疾病预防和控制方面已取得巨大进展，并且传染病在世界范围已经减少。尽管如此，新老传染病如疟疾，结核和获得性免疫缺陷综合征（艾滋病）在下一世纪仍将对全球卫生造成严重威胁。由于旅行和贸易，城市化，移民和微生物演变对扩大这些疾病所具有的潜在可能性，对于未来的预测相当的不稳定。抗药性的发展以及目前未知的病源体的出现进一步增加了这一危险性。由于围产因素，营养差以及急性呼吸道感染、腹泻、麻疹和疟疾等疾病的相互影响，传染病负担在发展中世界的儿童中间仍特别高。在儿童期成功控制这些状况将对成年期不健康的许多原因产生有益影响，因此，在婴儿期和幼年期对它们的预防必须继续是世界许多地区的一项重点。

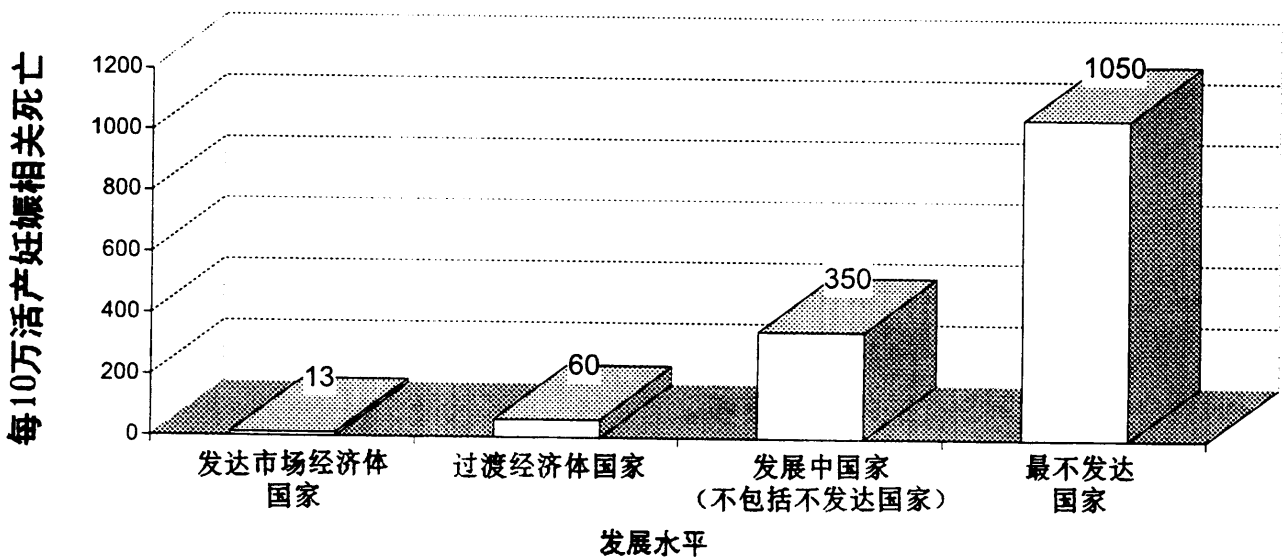
20. 在最贫困国家，减少儿童中营养不良的努力已经停滞。据报告，在南亚和撒哈拉以南非洲的营养不良比例特别高（见图8）。估计在发展中世界有1.68亿5岁以下儿童现在供给的营养不足，约10亿人不能满足其每天对能量和蛋白的基本需要，并且20多亿人患有微量营养素缺乏症。这就阻碍了身体发育和智力发展，并加剧贫困与丧失的循环。孕产妇死亡仍不合意地普遍（见图9）。1990年约585 000妇女死于妊娠相关原因，其中99%以上在发展中国家，表明这些国家的发展水平低和卫生系统绩效差。除非对可持续和有效的卫生干预措施和减少贫困给予优先，否则这些状况将继续增加发展中国家的疾病负担。

图8. 营养不良：体重不足或过重人口的百分比
选择国家，1993年前后



来源：世界卫生组织。

图9. 孕产妇死亡率：每10万活产妊娠相关死亡，1990



来源：世界卫生组织

非传染病

烟草使用是大约25种疾病的一个危险因素...其现在和将来对疾病影响的绝对规模仍然未得到充分理解。

21. 非传染病是一个多种多样的组别，包括死亡的主要原因如缺血性心脏病、糖尿病和癌症，以及残疾的主要原因如精神疾患。今天，它们极大地造成了全球的疾病负担。如果目前烟草使用，高脂肪饮食和肥胖以及其它健康危害的趋势继续，到2020年代这些疾病将成为全世界死亡，疾病和残疾的主要原因。烟草使用是大约25种疾病的一个危险因素。虽然其对健康的影响已众所周知，但是其现在和将来对疾病影响的绝对规模仍然未得到充分理解。

暴力，损伤和社会解体

22. 暴力在不同社会中体现的方式不同，包括部族或种族冲突，帮派间的派仗以及家庭暴力。在一些国家，接触娱乐媒体上的暴力加之容易获得武器以及使用酒精和非法药品已造成暴力增加。它是社会解体的最显著特征之一。许多社会对以共享和关怀为基础的人际关系，维持和培育代际关系的纽带以及家庭作为一个社会单位的削弱所产生的社会解体表示关注。失业，酒精成瘾和精神疾患正在增加。损伤也可能会增加，部分原因是由于增加使用机动车辆，城市化和工业化。

影响健康的新趋势

全球化

贸易，旅行和移民的急剧增加，以及技术，通信与市场营销的发展已造成一些人群组极大受益而其他人群组受到排斥。

23. 国家和地方的决定从来没有象现在这样受到各种全球势力和政策的影响。贸易，旅行和移民的急剧增加，以及技术，通信与市场营销的发展，尤其自冷战结束以来，已造成一些人群组极大受益而其他人群组受到排斥。全世界信息技术的传播和生物技术的发展将越来越多地帮助发现，预防和减轻疾病暴发，饥荒和环境对健康威胁的影响，并使更多人获得卫生服务和教育。但是，存在一种关注，即有损于健康和环境的产品的贸易增长威胁人民的健康，特别在低收入国家。食品跨国界贸易的增长和人们大规模流动增加了对健康的全球威胁。

24. 世界公民的健康是相互密切联系的，它越来越少地是地理边界内活动的一项职能。由于我们共同的环境的脆弱性，日益全球性的经济系统，以及传染病迅速传播的可能性，迫使世界各国承认其相互依赖性。同时，在许多国家，存在对全球化将威胁文化和种族多样性生存以及减少对卫生公共投资的关注。

世界公民的健康是相互密切联系的，它越来越少地是地理边界内活动的一项职能。

环境和工业变化

25. 全球环境危害如空气污染，臭氧层枯竭，气候改变，生物多样性的丧失，以及有害产品和废物的跨国界运输会对健康产生不利影响。这些危害可加剧贫困国家和社区的脆弱性。除此之外，国家和地方的环境因素直接影响健康。无计划的和控制极差的工业化加上交通运输，制造业和建筑业中能源的无效利用对大多数迅速发展的城市的空气质量造成威胁。室内空气污染是发病率和早逝的主要原因。许多工业操作行为威胁健康与环境。食品加工不当直接与食源性疾病，腹泻病以及其它病症有关。有害职业，不安全的操作规程和工作条件，以及变化经济体中增强的竞争性促成了紧张和其它健康问题。

全球环境危害会对健康产生不利影响。

26. 在所有国家，如同原先在初级卫生保健途径中所明确的那样，供水，废物处置和环境卫生是人类健康的主要环境决定因素。尽管在这些领域取得了进展，但还有许多工作要做。在许多国家，水的短缺阻碍了农业和工业生产，造成土壤退化和贫困。相当多的世界人口仍处于与水的不足或污染相关的疾病危险之中。家庭用的清洁水对于健康至为基本，缺乏适当数量和质量的清洁水可进一步加剧传染病的传播。需要重振努力和继续部门间承诺以便在21世纪解决这些问题。

相当多的世界人口仍处于与水的不足或污染相关的疾病危险之中。

变化的国家作用

27. 今天的世界与1948年世界卫生组织成立时的世界存在着

显著的差别。全球规模冲突的危险性已经大大减少，而代之以许多地区和国内冲突。国家之间的关系，在1940年代末期体现了殖民模式和冷战，现在则容易受到一系列因素特别是市场势力的扩大和国家之间的日益相互依存所影响。

28. 全球政治、经济和社会变化对国家作用特别是保持和促进健康作用的影响是深刻的。国家的自主性和独立生存受到越来越大的压力。各国政府必须在一个要求更高而又制约的环境中运作，许多方面施加压力使国家政策适应全球和区域的协定。在许多政府中，腐败已从内部损害了公众的信任，并且在一些国家，政府的结构甚至已经崩溃。

29. 在实施初级卫生保健方面的缓慢进展并不表示对人人享有卫生保健理想的正确性有怀疑。正相反，新出现的对健康的威胁增强了部门间做法的必要性，这是初级卫生保健的一个主要特点。如最初概述和现已修订以处理新趋势(见方框4)的初级卫生保健仍然对21世纪实现人人享有卫生保健至为基本。适应需要考虑由若干因素产生的对卫生系统的机遇和压力，包括权力下放和将职责移交给地方政府和公民社会，增加私立部门对卫生的参与，以及人民更多参与卫生保健许多方面的决策。

方框4

21世纪影响健康的新趋势

- * 广泛的绝对和相对贫困。
- * 人口变化：老龄化和城市发展。
- * 流行病学变化：传染病持续高发病率；非传染病、损伤和暴力发病率上升。
- * 对人类生存的全球环境威胁。
- * 新技术：信息和远程医学服务。
- * 生物技术的发展。
- * 私立和公立部门以及公民社会之间的卫生伙伴关系。
- * 贸易，旅行以及价值和思想传播的全球化。

第 II 部分

21世纪人人享有卫生保健

第3章 21世纪人人享有卫生保健的价值，总目标和具体目标

第3章强调有必要通过对人人享有卫生保健重新承诺为下一世纪作准备。通过强化支持关键价值：人权，公平，伦理以及性别敏感性，人人享有卫生保健的广泛总目标可得以实现。这些价值应是支持卫生政策所有方面的基础。对特定具体目标作了明确，以促进行动。

新的行动基础

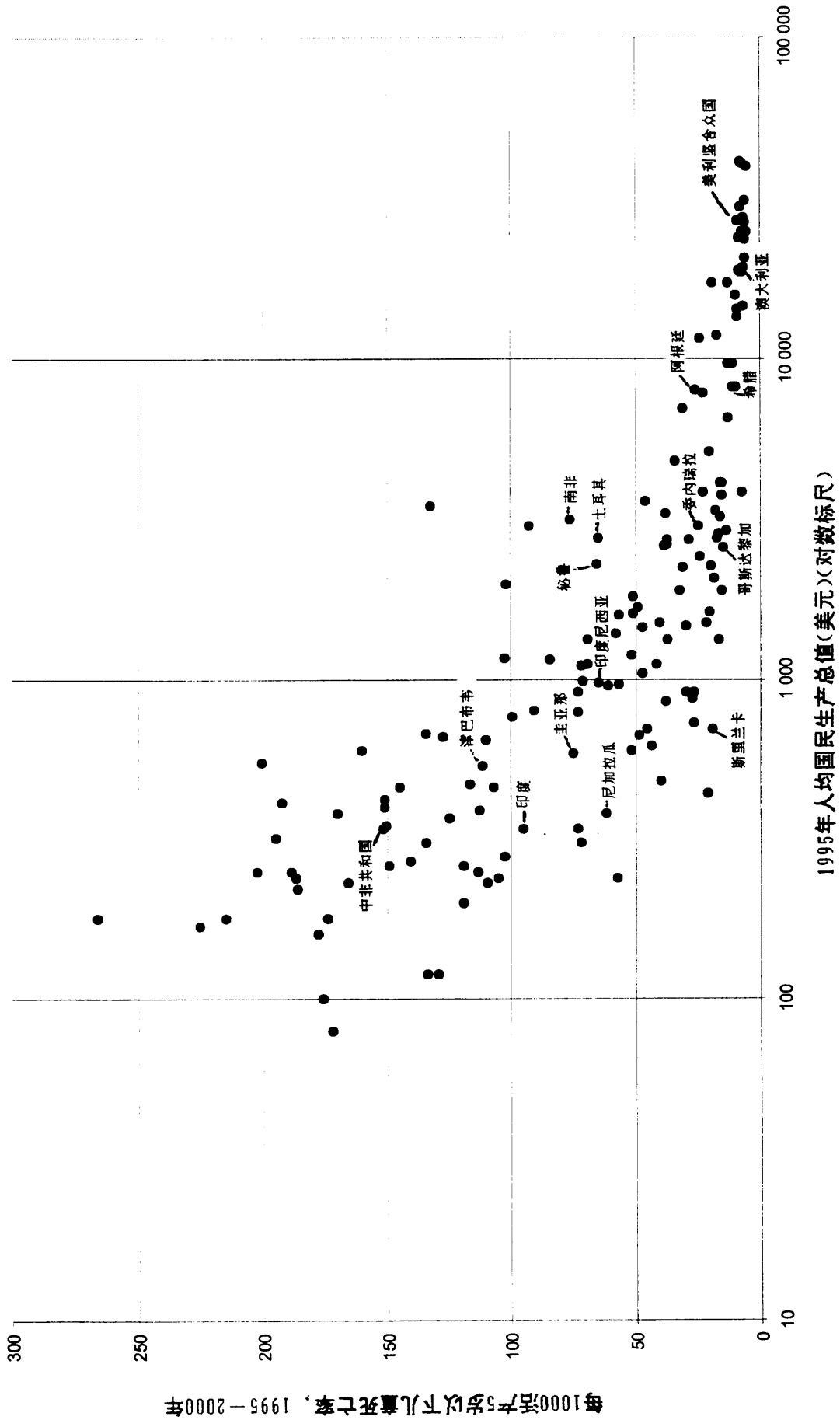
一个重要方面是加强全体人民的参与。

30. 正在出现的机遇和不稳定未来的现实要求把人人享有卫生保健看作不只是一张蓝图，更是一种承诺以合力推行共同的理想。在我们这一不断变化的世界，人人享有卫生保健需：

- 纳入明确的性别观；
- 强调健康是可持续人类发展的中心(见图10)；
- 为健康利用可获得的新技术；
- 承认公民社会在卫生方面的扩大作用；以及
- 促进全球行动以保护国家和地方卫生。

一个重要方面是加强人民和社区参与卫生决策和行动—这是初级卫生保健途径的一个主要特点。

图10. 按1995年人均国民生产总值分列的5岁以下儿童死亡率, 1995—2000年



人人享有卫生保健：一个永恒的理想

人人享有卫生保健理想承认人类的同一性。

31. 人人享有卫生保健寻求创造使人民普遍并在其整个一生有机会实现并保持最高而能获致之健康标准的条件。这一理想承认人类的同一性，因而有必要普遍地并本着团结的精神促进健康及减少不健康和痛苦。人人享有卫生保健是以下列重要价值为基础的：

- 承认享受最高而能获致之健康标准是一项基本人权（见方框5）；
- 伦理：继续和加强将伦理应用于卫生政策，研究和提供服务；
- 公平：实施强调团结的面向公平的政策和战略；以及
- 性别敏感性：将性别观纳入卫生政策和战略。

这些价值应巩固支持并纳入卫生政策的所有方面，影响政策选择，所作这些选择的方式，以及它们所服务的利益。它们是相互密切联系的，作为对执行适宜战略的支持。虽然全社会的所有成员对其宣传和可持续性有着共同的责任，但是世界卫生组织在全球级对倡导这些价值负有领导责任。

方框5

享受最高而能获致之健康标准权利

什么是“健康权利”的含意？

- 享受最高而能获致之健康标准权利（经常称之为“健康权利”），为人人基本权利之一，使之享有其最高健康潜能。

- 在解释“健康权利”时承认：

人的生物和基因差异可限制其健康潜能
获得卫生服务是实现“健康权利”的一个必要而又不充足条件

“健康权利”与人权

- 健康是充分享有一切其它人权的一个前提。这些权利是普遍的、不可分割和互相依存的。

确保“健康权利”的国际和国家政策与行动

通过批准国际和国家人权文书，会员国承担特定责任和义务通过以下方面促进和保护其人民的健康：

- 确保全体人民能利用可持续卫生系统
- 促进部门间行动以处理健康的决定因素和前提

国际人权文书

《世界人权宣言》（1948年）体现足以享有健康和幸福的生活水准权利，并且在《经济、社会、文化权利国际公约》（1966年）中享受最高而能获致之体格和精神健康标准的权利受到法律保护。其他国际文书在全球和区域各级保护“健康权利”，如《儿童权利公约》（1989年），《消除对妇女歧视公约》（1979年），《美洲人权公约附加议定书》（圣萨尔瓦多经济、社会、文化权利议定书，1988年），《欧洲社会宪章》（1961年），以及《非洲人权和民族权利宪章》（1981年）。

伦理原则必须预先考虑和指导科技的发展和利用。

32. 一个包括尊重个人选择，个人自主和避免伤害的有力伦理框架适用于卫生保健和研究的个人和社会方面。科学和技术，医学，工程和通信方面的发展已经给我们带来无可估量的机遇来影响健康。同时，科技的进展正在考验伦理规范的界限并向那个使我们具有人性的观念提出挑战。因此，需要有坚定的伦理原则预先考虑和指导科技的发展和利用，并指导关于影响健康的事宜所做的决定（见方框6）。

公平要求消除个人之间及群体之间不公平和不合理的差别。

33. 公平要求根据需要提供保健及消除个人之间及群体之间不公平和不合理的差别。衡量不公平现象是制定政策和行动的出发点。一个公平的卫生系统能确保普遍获得适当的优质保健而无需对个人产生过度负担。公平与团结应该构成国际技术合作的基础，并有利于贫困和不健康负担最重的人民和国家。跨代公平和团结要求我们保持并保护我们的环境，以及关于人类基因组的工作符合一致商定的伦理标准（见方框7）。

性别观对于发展和实施公平有效的卫生政策和战略至关重要。

34. 性别观对于发展和实施公平有效的卫生政策和战略至关重要。性别观导致对影响妇女和男子健康的因素更好了解。它不仅关注男女之间的生物差别或妇女的生殖作用，而且承认男女的社会，文化和行为所确定的关系、作用和职责的影响，尤其对个人、家庭和社区健康的影响。性别观与推进公平相联系，必须纳入卫生政策和规划（见方框8）。具体包括：

- 开展性别分析和鼓励性别意识；
- 重视女孩和男孩、妇女和男子在整个生命期的特殊需求；
- 支持女孩和妇女的人权，尊严，自我价值和能力；以及
- 创造妇女与男子一起充分参与各级决策的机会。

方框6**伦理：人人享有卫生保健政策和实践的基础****伦理将指导人人享有卫生保健计划制订和实施的所有方面**

- **卫生专业人员的行为：**
 - * 促进健康以及预防和治疗疾病；
 - * 提供在整个一生有同情心的照顾；
 - * 尊重个人选择，机密性和自主性；
 - * 避免伤害；
 - * 领会不同价值和需求。

- **卫生系统和服务的政策和重点：**
 - * 努力实现在获得卫生保健方面的公平和社会正义；
 - * 使病人和其他公众参与确定获得卫生干预措施的重点；
 - * 在向特定干预措施分配资源时权衡技术标准
 - * 与人人享有卫生保健价值；
 - * 将公平问题纳入国家内和国家间有关资源分配的决策；
 - * 就伦理原则向卫生工作者和公众进行教育。

- **科学，研究和技术：**
 - * 监测并在必要时更新研究的伦理规范；
 - * 预先考虑科学技术的发展对健康的伦理影响；
 - * 应用国际公认的伦理守则；
 - * 确保一致商定的伦理标准指导关于人类基因组的未来工作。
 - * 确保卫生系统和服务的质量得到评价和促进。

方框7**公平：21世纪人人享有卫生保健的基础****公平构成人人享有卫生保健概念的基础：**

- * 对人人享有卫生保健的号召曾经是，并且从根本上仍然是对社会正义的号召。
- * 公平要求消除个人之间及群体之间不公平和不合理的差别。

自阿拉木图会议以来对公平的新挑战：

- * 更多人生活在绝对贫困中；
- * 在许多国家、社区和群体内部及在他们之间贫富之间的差距在扩大；
- * 绝对和相对贫困与不健康之间联系的有力证据；
- * 威胁跨代公平的环境危害；
- * 全球化的不平衡效益；
- * 普及卫生系统的不平衡。

对公平的支持要求特定政策和行动：**(a) 国家和地方部门间行动**

- * 支持公平和团结的经济政策；
- * 强化对公平的政策分析；
- * 以公平为基础确定重点；
- * 为实现卫生公平的部门间行动；
- * 优先与贫困作斗争；
- * 把赋予妇女能力作为一项重点；

- * 明确规定并有适当资源支持的面向公平的具体目标；
- * 包括并着重于穷人的卫生治理系统。

(b) 卫生系统行动

- * 按阶层、性别、种族、代、年龄、地理和卫生状况衡量不公平现象；
- * 确保普遍获得适当质量的保健；
- * 对卫生保健采取生命期做法；
- * 能力建设和卫生公平研究；
- * 有利于穷人的卫生、社会和环境服务。

(c) 全球行动

- * 全球监测卫生公平；
- * 解决穷人需求的研究；
- * 把团结作为国际技术合作的基础；
- * 解决并预防边缘化的跨国卫生和发展行动。

方框 8

性别观：承认妇女和男子的需求

性别观对于卫生政策至为基本，因为它：

- * 认识到妇女和男子充分参与决策的必要性；
- * 同等重视妇女和男子的知识、价值和经验；
- * 确保妇女和男子都能确定其卫生需求和重点，并承认某些卫生问题是男子或妇女所特有的，或对其有更严重的影响；
- * 导致更好理解不健康的原因；
- * 对改善健康产生更有效的干预措施；
- * 促进在健康和卫生保健方面实现更大的公平。

有关健康是发展的中心的性别观，因为：

- * 教育和决策方面的性别平等将减少贫困；
- * 女孩和妇女的教育将降低婴儿和儿童死亡率及出生率，在幼年期帮助消灭性别不平等现象，并导致更健康的人口。

有关卫生系统设计和卫生服务实施的性别观要求：

- * 考虑男子和妇女在家庭和社区卫生中的互补作用；
- * 消除卫生保健的性别相关障碍；
- * 监测和检查系统收集和分析分性别数据；
- * 在研究课题和参加者中，以及在研究人员的组成比例中确保性别平衡；
- * 培训卫生保健工作人员，使之对性别问题敏感；
- * 筹资系统考虑到妇女在家庭和社区中的作用。

人人享有卫生保健要求：

- * 男子和妇女在政策制订和决策中的平等参与和伙伴关系；
- * 与性别敏感的非政府组织和其它组织建立有力的伙伴关系；
- * 所有伙伴系统地实施性别观。

人人享有卫生保健总目标和具体目标

35. 总目标和具体目标有助于确定人人享有卫生保健理想。指标可评价进展的程度。人人享有卫生保健总目标是：

- 使全体人民增加期望寿命和提高生活质量；
- 在国家之间和在国家内部改进卫生公平；
- 使全体人民利用可持续卫生系统和服务。

36. 一系列初期具体目标将指导在下一世纪的前20年内人人享有卫生保健政策的实施并确定行动重点。 将为下面所列（并在附件一中所阐明）的全球卫生具体目标制定特定进展指标。为实现全球具体目标，将在世界卫生组织与联合国其他组织、世界银行、非政府组织、私立部门及其他有关伙伴之间建立战略联盟。在全球政策的框架内，世界卫生组织将确定与其本身职能相关的更为特定的具体目标。在全球政策的框架内，将制定区域和国家具体目标，并反映不同的需求和重点。这些目标应可测定，有时限并且可行，同时需要适当资源的支持。对所有具体目标应定期进行审查。指标将用以评价朝着实现总目标和具体目标正在取得进展的程度，作为规划有效监测和评价必不可少的辅助手段。

具体目标应可测定，有时限，可行并且得到适当资源的支持。

37. 全球卫生具体目标反映了早先的人人享有卫生保健目标并符合世界卫生组织所参加的近期世界会议上会员国商定的发展目标。全球发展目标虽然在全球卫生具体目标内尚未明确列入，但其实现被认为对成功实现人人享有卫生保健至为基本。这些包括有关经济繁荣和减少贫困，社会发展包括初级教育和性别平等以及环境可持续性的目标（进一步详情见附件二）。

全球卫生具体目标反映了早先的人人享有卫生保健目标并符合近期世界会议上商定的发展目标。

到2020年全球人人享有卫生保健具体目标

38. 如要使有关健康决定因素的行动导致改善卫生成果和普及保健，就需要实现有关卫生政策和系统的具体目标。原来于1981年确定的2000年人人享有卫生保健具体目标未得到基线数据的证实。自那时以来相当多的加强卫生信息系统方面的经验意味着，2020年的具体目标更坚定地建立在事实根据的基础上。实现这些具体目标将确保实现人人享有卫生保健总目标。

A. 卫生成果

公平：发育不良

1. 到2005年，将在国家内和国家间使用**卫生公平指数**，作为促进和监测卫生公平的基础。最初将以测定儿童发育为基础来评价公平。

生存

2. 到2020年将实现在世界会议上商定的**孕产妇死亡率**，**5岁以下或儿童死亡率**和**期望寿命**具体目标。

减少负担

3. 到2020年**全世界疾病负担将极大减轻**。这将通过实施旨在扭转目前结核、HIV/艾滋病、疟疾、烟草相关疾病和暴力/损伤引起的发病率和残疾上升趋势的疾病控制健全规划得以实现。

根除，消灭

4. 麻疹到2020年将得到根除；淋巴丝虫病到2020年被消灭；恰加斯病的传播到2010年将被阻断；麻疯到2010年将被消灭，以及沙眼到2020年将实现消灭。此外，维生素A和碘缺乏症将在2020年前实现消灭。

B. 关于健康决定因素的部门间行动

5. 到2020年所有国家将通过部门间行动在提供安全饮用水，适当的环境卫生，数量充足和质量良好的食物和住房方面取得重大进展。

环境决定因素

6. 到2020年所有国家将通过管理、经济、教育、组织和以社区为基础的综合规划，已采纳并积极管理和监测能巩固增进健康的生活方式和减少有损健康的生活方式的战略。

健康的生活方式

C. 卫生政策和系统

7. 到2005年所有会员国将已有制定、实施和监测与这一人人享有卫生保健政策相一致的各项政策的业务机制。

卫生政策

8. 到2010年全体人民将在其整个一生获得由基本公共卫生职能支持的综合、基本、优质卫生保健。

保健和公共卫生

9. 到2010年将已建立适宜的全球和国家卫生信息、监测和警报系统。

信息和监测

10. 到2010年研究政策和体制机制将在全球、区域和国家各级予以实施。

研究

第4章 行动的政策基础

第4章提供行动的政策基础。通过使健康成为人类发展的中心对健康的决定因素采取行动，将导致健康的重大全面改善并减少不公平现象。对发展能满足人民需求的可持续卫生系统作了概述。

39. 人人享有卫生保健总目标将通过实施下列二个政策最终目标得以实现：

- 使健康成为人类发展的中心；以及
- 发展可持续卫生系统以满足人民的需要。

40. 这些政策最终目标是相互关联的并适用于所用级别—地方，国家，区域和全球各级。它们的通过及进一步发展为有适当资助，充分实施并认真评价的具体战略应导致使各社会和经济群体改善健康并缩小在卫生状况方面的差距。通过的过程应能利用各种政治，社会和经济力量并通过扩大的卫生治理系统使潜在的伙伴参与。在卫生方面的投资将促进卫生成果的改善并将增进实现可持续人类发展的目标。

在卫生方面的投资将促进卫生成果的改善并将增进实现可持续人类发展的目标。

使健康成为人类发展的中心

41. 重要的是认识到不能脱离人类和社会发展孤立地考虑健康。它是人们生活所在的社区社会、物质、精神、经济、心灵和文化环境的一项职能。人类发展的目的是使人民过经济上富有成效和社会上令人满意的生活。这就要求社会成员所享有的生活条件和生活质量的逐步改善。良好健康既是可持续人类发展的一项资源，又是一个目标。

良好健康既是可持续人类发展的一项资源，又是一个目标。

42. 人民的健康，特别是最脆弱人民的健康，是发展政策正确性的一项指标。经适当分类，卫生状况的数据可突出社会不同群体之间的不公平现象。一个人口的卫生状况反映了生活条件并能对正在出现的社会问题提供早期警报。以人为中

人民的健康是发展政策正确性一项指标。

心的作法重视健康并认识到，没有良好的健康，不能希望个人，家庭，社区和国家实现其社会和经济目标。这一作法将健康牢固地置于发展议程的中心，以确保经济和技术的进步与保护和促进全体人民的生活质量相一致。

发展可持续卫生系统以满足人民的需求

43. 卫生系统必须能对人民在其整个一生的卫生和社会需求作出反应。国家和地方系统必须通过强调促进健康和预防疾病来影响并使公民参与改善其自己的健康。应将努力针对明确确定的卫生需求及在一个精心确定的人口基地内组织综合服务。未来的卫生系统必须具有灵活性并对各种压力具有敏感性，例如：

- 人口和经济变化；
- 疾病的流行病学模式的改变；
- 卫生服务使用者对质量及参与决策的期望；以及
- 科学技术的发展。

由于经济、社会和发展政策方面的许多变化对卫生系统和人民健康产生深刻影响，卫生系统的改革应与更广泛的国家改革有机地结合。

44. 创建良好健康的行动始于家庭，尽管它们受多种力量的影响。个人，家庭和社区对于健康的知情承诺是改善健康得以实现和维持的最佳保证。通过提供关于健康生活的信息和获得优质卫生保健并通过支持维持和促进公共卫生的各种职能，卫生服务可补充个人和家庭的行动。人民与卫生保健设施的接触在人生的每一阶段提供了无数的机遇来促进和维持健康及预防疾病和残疾。

45. 卫生系统可采取多种形式。初级卫生保健服务作为个人与国家卫生系统接触的第一个级别，旨在使卫生保健尽可能接近人们生活和工作地方。依靠初级卫生保健，卫生系统

卫生系统必须能对人民在其整个一生的卫生和社会需求作出反应。

个人，家庭和社区对于健康的知情承诺是改善健康得以实现和维持的最佳保证。

应：以社区为基础并是综合性的，包括预防，促进，治疗和康复部分；可持续利用；获得适当资金；在各级与社会和环境服务密切相连；以及纳入更广泛的转诊系统。此外，优质保健应在所有国家获得。优质卫生保健的重要因素包括：专业特长和适宜技术知识，资源的有效利用，对病人的危险降低到最小程度，病人的满意度，以及有利的卫生结果。

一个对社会敏感的卫生系统将考虑不同群体的社会文化和精神需要。

46. 一个可持续卫生系统将积极鼓励社区参与政策制定。它的就业方式将对劳动力需求敏感并重视质量和环境管理。一个对社会敏感的卫生系统将考虑不同群体的经济、社会文化和精神价值，各种健身和治疗系统，以及这些不同的系统相互间和平共处和互相补充的潜力。在充分利用社区资源时，卫生系统应将同情与效率相结合。它必须超越以延长生命和改善健康为中心；它们必须缓解疼痛与痛苦，对患有不治之症的病人提供有同情心的照顾，及尽力确保平静庄重死亡。

通过确保卫生系统的财政可持续性来体现对健康的政治支持。

47. 创建可持续卫生系统具有社会，政治，财政，技术以及管理等层面。对社会方面需要特别注意；它要求将健康纳入社区日常生活，发展社区支持，使人民最大地参与维持其家庭和社区的健康，以及确保最贫穷的人们获得卫生服务。从而对社会可持续性给予明确重视。将通过确保卫生系统的财政可持续性和责任制以及继续重视获得和质量来体现政府对健康坚定的政治支持。综合和持续进行的人力资源开发对于确保实施良好的管理行为和实现技术可持续性至为必要。

卫生系统基本职能

政府的作用是保障获得卫生服务的公平以及确保为全体人民提供卫生系统基本职能。

48. 政府对于可持续卫生系统的作用是保障获得卫生服务的公平以及确保为全体人民提供最优质的卫生系统基本职能。这些基本职能包括公共卫生活动和个体卫生保健服务，与现行初级卫生保健服务相辅相成并建立在后者的基础之上。第7章描述了可持续卫生系统的基本职能。

第5章 世界卫生组织的作用

第5章描述世界卫生组织在向参与实现人人享有卫生保健的众多伙伴提供领导方面的作用(见方框9)。

方框9

世界卫生组织在21世纪的作用和职能

通过为人人享有卫生保健提供领导，作为世界的卫生倡导者。

发展全球伦理和科学准则和标准。

制定能促进全球卫生的国际文书。

从事与所有国家的技术合作。

加强国家建设可持续卫生系统和改进基本公共卫生职能绩效的能力。

保护脆弱和贫穷社区和国家的健康。

促进科学技术应用于卫生和革新。

为根除，消灭或控制所选择的疾病提供领导。

对公共卫生紧急情况的预防和紧急情况发生后康复提供技术支持。

建设卫生伙伴关系。

49. 世界卫生组织有职权和责任来指导为实现人人享有卫生保健而参与对卫生进行全球治理的其他伙伴（在全球、区域和国家各级）。它将通过促进使所有国家受益的国际集体行动及通过对健康的全球威胁作出反应来做到这一点。

50. 作为世界的卫生倡导者，世界卫生组织将促进全球卫生及国家间和国家内的卫生公平；查明有益或有损于健康的政策和实践；以及保护脆弱贫穷社区的健康。它将通过使不同

世界卫生组织有职权和责任来指导为实现人人享有卫生保健而参与对卫生进行全球治理的其他伙伴。

卫生伙伴可有效地协同工作以促进一项全球卫生议程的便利授权环境来做到这一点。

51. 随着全球相互依赖性的增长，对全球伦理和科学准则，标准和承诺的需求也将增加，包括其中一些具有法律约束力。目的是预防或减少与贸易、旅行和通信有关的对健康跨国威胁。世界卫生组织将特别重视为卫生系统基本职能制定国家和区域相关绩效标准。

52. 世界卫生组织将与有关伙伴包括条约机构合作，制定促进和保护健康的国际文书并监测其实施，还将鼓励其会员国应用与卫生相关的国际法。一个强有力的全球治理体系对实施现有卫生和人权国际文书和对健康有影响的文书至为必要。这些文书包括《世界人权宣言》（1948年），《经济、社会和文化权利国际公约》（1966年），《儿童权利公约》（1989年）以及世界人权会议通过的《维也纳宣言和行动纲领》（1993年）。卫生目标提供了监测其中许多公约实施的一项手段。1990年代各联合国会议期间制定的卫生目标将纳入未来实施战略，从而将这一政策转变为行动。

世界卫生组织将制定促进和保护健康的国际文书。

53. 在其与各国的技术合作中，世界卫生组织将使其支持适应国家的需要，并在这一工作中与其他国际组织和活动协调其努力。它的目的在于在这些伙伴之间实现政策一致和密切对话。此外，世界卫生组织将鼓励各国和发展机构投资于在穷人中可预防疾病的负担仍然很高的地方。世界卫生组织将通过帮助加强其决策作用，管理能力以及责任制，在其卫生发展进程中支持和鼓励各国。将强调强有力的机构和人力能力支持卫生行动的必要性。世界卫生组织将与其他国际机构合作，加强国家能力以发展可持续卫生系统。世界卫生组织将通过强化的全球联盟努力动员财政资源以满足规划和国家的卫生需求。重点将放在最贫困国家和社区（特别是撒哈拉以南非洲和南亚国家）以及卫生发展的机构能力薄弱的国家。

54. 卫生决策的质量取决于获得卫生信息。世界卫生组织将与会员国努力加强其收集、分析、解释和传播卫生信息的能力。这将包括支持在流行病学、卫生经济学和社会科学方面的能力建设；继续发展全球相互影响的卫生信息网络；以及传播有关世界卫生组织工作的出版物。

加强收集、分析、解释和传播卫生信息的能力。

55. 需要全球行动以确保积极监测，评价和预先考虑对健康有全球影响的政策和行动。世界卫生组织将确保全球早期警报和监测系统就对健康的跨国威胁提供及时信息。现行对新出现的传染病和即将发生的自然和人为灾害早期警报系统将予以扩大以包括对健康的其它威胁，如有害健康产品的合法和非法贸易。连接地方，国家，区域和全球各级以及有关组织的系统将能使即使从地方发出的对健康威胁的警报迅速并在全球扩大，从而能作出一致反应。

世界卫生组织将确保全球早期警报和监测系统就对健康的跨国威胁提供及时信息。

56. 世界卫生组织将与国际科学和学术界密切合作，促进能繁荣基础和实用卫生研究的环境。它将鼓励能为全体人民的需求服务的科学革新。世界卫生组织将利用通信技术接触因资源不足而与全球研究网络相隔离的研究人员。发展一个真正全球性的杰出中心网络将能使地方研究人员对卫生知识作出贡献并从中受益。世界卫生组织致力于帮助国家发展其国家研究能力并共享由此产生的知识。

世界卫生组织将鼓励能为全体人民的需求服务的科学革新。

57. 全球研究工作应针对需要为健康带来巨大收益的那些领域。这些工作应得到国别研究重点和行动的补充。通过它们，各国将致力于改善国家和全球卫生。世界卫生组织，其合作中心以及国家和国际卫生研究组织共同构成全球知识财富，可在研究工作中充分加以利用。全球重点领域包括下列研究：

全球研究工作应针对需要为健康带来巨大收益的那些领域。

- 通报国家卫生政策；

- 使能对卫生系统，特别在卫生筹资和政策制订方面进行跨国比较；
- 明确可增进健康的社会，环境和其它特定部门政策和行动；
- 评价减少卫生不公平现象的干预措施的有效性；
- 最大限度提高卫生系统效率并导致可持续性；
- 加速降低儿童期疾病，营养不良，以及孕产妇和围产期死亡率；
- 查明不断变化的微生物威胁和制定其预防和控制战略；
- 制定对非传染病及老龄化的健康影响有效的预防，促进，治疗和康复措施；以及
- 导致暴力和损伤的控制。

世界卫生组织将支持有效利用现有技术和发展新技术。

58. 世界卫生组织将通过下列方面支持在不同国家和环境中有效利用现有技术并发展新技术：尽可能广泛地传播知识，支持改进技术预报，投资于教育和人力资源开发，与私立部门以及在国家间建立伙伴关系，努力制定使技术在费用上更可承受并能获得的政策，以及促进利用基本卫生技术。

世界卫生组织及其国际伙伴必须确保全世界对具有全球重要性的疾病进行监测和控制。

59. 世界卫生组织将领导根除、消灭或控制对公共卫生有重大威胁的疾病的工作。就某些病症而言，全球根除或消灭的共识和行动既是可行的并且是可取的（详情见附件一）。人类免疫缺陷病毒感染，疟疾，结核，烟草相关疾病以及创伤和暴力的全球流行很可能在下一世纪的前25年变得更为重要。一些传染病可能继续威胁所有国家，因此需要全球重视。对

许多最贫困国家和社区而言，儿童传染病，孕产妇死亡率和营养不良的负担仍然是需要全球支持的一个重点。

60. 在许多国家，国内冲突，战争及自然和人为灾害妨碍了建立可持续卫生系统并极大地延迟了卫生发展。世界卫生组织对这些公共卫生紧急情况反应将主要是预防和制定标准。它强调准备，预防，重建和人道主义，与国际，国家和地方机构密切合作开展干预措施。在紧急情况之后的重建时期，世界卫生组织将支持各国政府恢复其卫生和社会系统以及处理人的长期适应问题。世界卫生组织的目的在于表明卫生可以是通向和平的一座有力桥梁，并将用文件证明武器的公共卫生影响，作为预防行动的基础。

61. 世界卫生组织将为致力于改善世界卫生的各组织和机构提供领导、实例和指导。世界卫生组织将强调和表明，如要后继行动，政策改变要求有适当资金供应的职能和结构改变。它将促进对各国能力建设，政策制定和卫生资源筹集采取更为综合的作法。此外，它将努力促成在其工作对健康产生影响的国际和政府间机构之间更大的政策一致。与这些伙伴一起，世界卫生组织将强调多部门行动全球框架的必要性，以促进强化人人享有卫生保健价值的经济，贸易和社会政策和规划。

62. 在处理广泛的健康决定因素时，世界卫生组织将在全球、区域和国家各级与国际和区域政府间机构，包括区域开发银行密切协作。协调世界卫生组织与其他政府间组织工作规划的有效手段，如着重于相互关注的重要领域的机构间定期协商，将在实施人人享有卫生保健政策时予以强调。在多部门合作的一些领域，如全球疾病监测，世界卫生组织将起主要作用。但是在其他合作领域，如食品保障和结构性失业问题，

世界卫生组织将表明卫生可以是通向和平的一座有力桥梁。

将制定多部门行动的全球框架以强化人人享有卫生保健价值。

有效的机构间和部门间合作需要明确确定作用和职责。

其他机构可能处于更好的地位来承担领导作用。有效的机构间和部门间合作需要明确确定作用和职责，并将为成功实施人人享有卫生保健政策提供基础。合作目的应是为卫生与发展最佳利用联合国系统内及其他国际机构中可得的一切资源。

责任和承诺

在所有各级的坚定行动对于将人人享有卫生保健理想转变为实际的可持续的公共卫生现实至为关键。

63. 在21世纪实现人人享有卫生保健的责任为全体广泛地共同承担。世界卫生组织在国际级以及卫生工作者在国家和地方级必须确保所有伙伴在实施人人享有卫生保健政策中履行其作用和职责。他们的联合行动将有助于建设一个人人享有卫生保健价值及支持性行动导致全体人民享有最高而能获致之健康标准的世界。在所有各级的坚定行动对于将人人享有卫生保健理想转变为实际的可持续的公共卫生现实至为关键。

第Ⅲ部分

实现理想：实施政策的行动

第6章 使健康成为发展的中心所需的行动

第6章描述四项战略性行动方针：与贫困作斗争，在所有环境中促进健康，使部门卫生政策相一致，以及将卫生列入可持续发展计划。

64. 需要四项行动方针以处理健康的决定因素并使健康成为人类发展的中心。它们的目的在于：

- 与贫困作斗争，
- 在所有环境中促进健康，
- 使部门卫生政策相一致，
- 将卫生列入可持续发展计划。

与贫困作斗争

需要综合发展计划来打破贫困和不健康的恶性循环。

65. 需要在公立和私立部门加速人类发展和经济增长以使最贫穷的人民和社区摆脱贫困。在最贫困国家，这一增长必须得到持续大量的国际卫生，教育和适当强化的政府机构的支持。需要包括减轻债务和提供贷款在内的综合发展计划来打破贫困和不健康的恶性循环。人民的长期健康有赖于许多因素，特别是维持和平，公平的经济增长，赋予妇女能力，提供可持续生计和改善教育。对所有国家而言，能加强公平的符合伦理的经济政策对可持续经济增长和人类发展是必不可少的。

66. 卫生干预措施必须与改善女孩的教育及提供基本公共卫生基础设施和基本卫生服务相联系。这一联系可有助于打破贫困和不健康循环，降低儿童死亡率和减缓人口增长。特别是，提供儿童卫生保健和营养服务可对整个人口产生持久的积极影响。应该支持穷人随时获得优质卫生保健服务，必要时可将服务扩大到他们的家庭，将此作为今后减少贫困规划的一个基本组成部分。

卫生干预措施可有助于打破贫困和不健康循环，降低儿童死亡率和减缓人口增长。

67. 由于贫困是多层面的，需要许多部门的联合努力以持续缓解贫困。通过着重于特别影响穷人的问题，卫生系统在复盖贫困家庭和地区方面可发挥重要作用。因此，卫生系统与农业，贸易，财政，粮食和营养，教育以及工业部门之间的合作至为基本。除广泛措施外，必须在暂时的经济困难时期保护人民的健康和教育。确保食品保障是与抗御贫困密切一致的。

卫生系统在复盖贫困家庭和地区方面可发挥重要作用。

68. 跨越大片地理区域或在特定环境中开展的疾病控制规划可在一种或几种疾病是造成贫困的主要因素的地方产生巨大影响。例如，西非的控制盘尾丝虫病导致开辟了大片地区用于新的农业发展。同样，在许多地区疟疾和其它地方传染病的控制极大地促进了粮食和经济作物的生产以及就业。食品援助与除虫规划相结合可在儿童学习成绩和学校出席率方面导致重大收益。

在所有环境中促进健康

69. 个人，家庭和社区只要具备机遇和能力做出适当选择，就能采取行动改善其健康。因此，人民需要知识，意识和技能以及利用社会所提供的各种可能性来应付脆弱性的各种变化形式并使自己及其家庭保持健康。要取得成功，促进健康必须考虑人民生活，工作，游乐和学习的社会、文化、政治、法律和精神环境。社会行动可帮助保护青年人免受暴力和物质滥用的影响，确保工作条件有益于健康，促进健康的饮食

人民需要知识，意识和技能以使自己及其家庭保持健康。

和娱乐，以及营造一个支持学习，良好健康和个人成长的学校环境。

70. 通信技术包括人机对话方法已成为一种重要手段为促进健康分享影像和信息以支持个人和社区提高其生活质量。媒体可在倡导健康和健康习俗方面发挥更大的作用。它们可通过讨论卫生问题帮助提高卫生的公众形象。能到达每一个社区和家庭的卫生信息和娱乐可使即使最偏远的家庭从现有知识中受益。

使部门卫生政策相一致

对健康产生直接或间接影响的所有部门的政策需要进行分析加以调整一致以提供最大机遇促进和保护健康。

71. 在政府中，不同的部门可作出影响健康的决定，例如包括农业，住房，能源，水与环境卫生，劳动，交通运输，贸易，财政，教育，环境，司法和外交等部门。对健康产生直接或间接影响的所有部门的政策需要进行分析加以调整一致以提供最大机遇促进和保护健康。这将要求卫生专业人员对这些其它部门专业人员的主要动机更加敏感并愿意为互利政策进行商谈。此外，需要多学科研究以查明通过部门间行动促进和保护健康的新机遇。

卫生系统和教育部门更有力的联合行动可极大地迅速地促进健康状况的全面改善。

72. 卫生系统和教育部门更有力的联合行动可极大地迅速地促进健康状况的全面改善以及群体之间卫生和经济不平等现象的长期减少。经济和财政政策可极大地影响健康收益的潜力及其在社会中的分配。对促进健康的财政政策，例如，不允许使用有害产品和鼓励消费营养食品及采纳健康生活方式的那些政策，可加以鼓励。这些政策，当与适宜的法规和健康教育规划相结合时，可减慢甚至扭转不利趋势，特别是非传染病和创伤的增加。

73. 农业政策可在灌溉方案中纳入特定疾病预防措施，积极促进综合害虫管理以最大程度减少有毒化学品的使用，建立在农村地区促进而不是阻止人类定居区的土地利用模式，鼓励有害健康作物的替代，并确保生产安全和充足的粮食。有

利于健康的能源政策应支持使用更清洁的能源供应。它应确保产生较少的有害和有毒废物，利用更清洁和能源更高效低耗的交通运输以及将楼房设计为能源高效低耗型。这些政策的累积影响是相当大的。它们的制定可确保不因狭隘的短期部门或经济利益而牺牲健康。

74. 解决人口增长的国家政策将与改善妇女地位战略相结合，特别是通过她们获得教育与初级卫生保健和生殖卫生保健规划，以及她们平等参与决策。国家和国际组织将考虑生殖技术的社会、经济和伦理影响。

将卫生列入可持续发展计划

75. 要使发展可以持续，必须使当代和后代得益。要使健康成为发展的中心，健康考虑必须在可持续发展计划中获得最优先重点。特别是，促进和保护人类健康和幸福应是发展所有方面的主要理由。

健康考虑必须在可持续发展计划中获得最优先重点。

76. 不可再生的资源已经危险地被过度利用，而可再生的资源正在非可持续基础上被消耗。通过阻止或预防环境严重恶化的公约和行动将有益于后代的健康。

77. 卫生专业人员具有领导责任来确保明确确定卫生，卫生系统和服务与其他部门之间的联系。他们必须确保测定或预先考虑发展活动对健康的全面影响和公平的后果。必须制定适宜政策和采取行动以支持人人享有卫生保健。它包括利用发展规划所提供的机遇来改善健康。

卫生专业人员具有领导责任来确保明确确定卫生，卫生系统和服务与其他部门之间的联系。

78. 在环境影响评估中采用健康指标将改进卫生部门和环境部门的决策。加强对化学品，臭氧层枯竭，气候变化，低剂量辐射，以及用作食物的植物和动物基因操纵的长期累积影响的认识对预先考虑对健康的未来威胁并采取及时的纠正行动至关重要。必须将环境变化对健康的影响加以量化并用以评价朝着可持续发展取得的进展。这将为改善环境和保护健康提供奖励。

在环境影响评估中采用健康指标将改进决策。

第7章 可持续卫生系统的基本职能

第7章描述可持续卫生系统的基本职能。这些包括：

- 使整个生命期都能获得优质卫生保健；
- 预防和控制疾病以及保护健康；
- 促进研究和促进支持可持续卫生系统和发展的法规；
- 发展卫生信息系统和确保积极监测；
- 促进研究和促进科学技术应用于卫生和革新；
- 建设和维持卫生人力资源；以及
- 获得适当的可持续的资金供应。

这些职能包括基本公共卫生职能和个体卫生保健服务（见方框10）。

方框10

基本公共卫生职能

这些职能是以环境和社区为目标、保护人民健康和治疗疾病的一系列不可缺少的基本活动。它们对于保持和改善健康至为重要。处于不同发展水平的各国应确保至少以最低标准开展这些职能，并应由政府机构监测其实施。如能促进健康和预防或保护人民免受主要健康危害的影响，职能则被认为是基本的。履行这些职能需要有力的伙伴关系。

使整个生命期都能获得优质卫生保健

79. 对健康采取生命期方法承认许多因素对成人及儿童健康产生的影响的复杂性和相互关联性。生命期保健强调从出生至死亡的具有预防和保健潜力的干预措施。

80. 生命期方法基于代际效应的证据以及将出生前至儿童期存在的早期因素与青春期和晚年的健康相联系。有许多病症和行为的例子说明通过投资于幼年期发育可予以预防，导致晚年健康的重大改善。对健康促进，预防和保健采取生命期方法具有在以后的岁月里减少残疾和增强生活质量的潜力。

81. 21世纪的卫生保健环境与今天不同。与强调保健质量相结合并更多着重于将科学证据纳入临床实践，应能减少诊断和结果方面的差异。在社区环境中应能直接或间接地例如通过利用通信技术获得一系列更广泛的保健和服务。医院应更多着重于提供门诊，技术密集型，治疗和诊断服务。应通过非医院机构保健和以家庭为基础的服务主要在社区提供长期保健。这将要求社区团结及家庭内多代支持。

82. 生命期保健应能在一个强调预防，诊断，治疗和康复质量的卫生系统内在当地社区获得。地方和县区卫生服务必须能提供基本药物和其它服务以满足社区需求。他们应通过电子和持久可得交通运输与转诊中心相联系。应从权力，责任和主动性下放程度方面对地方卫生服务与国家之间的关系加以确定。就优质卫生保健而言，必须找到能反映社区结构，资源和需求的平衡。将需要卫生，教育，社会和环境服务包括学校卫生和工人卫生规划的密切结合。

预防和控制疾病以及保护健康

83. 全体人民在整个生命期的疾病预防对人类发展至关重要。以社区为基础、面向人口的预防和控制疾病以及保护健康服务使全体受益，其实施要求很少的个人参与。重点应放在地方性和常见感染，非传染病，损伤和暴力。维持和扩大促进这些服务的能力应当尽量权力下放，认识到成功的权力下放要求称职的地方当局。

对健康采取生命期方法承认许多因素对成人及儿童健康产生的影响的复杂性和相互关联性。

将需要卫生，社会和环境服务包括学校卫生和工人卫生规划的密切结合。

以社区为基础、面向人民的预防和控制疾病以及保护健康服务使全体受益。

84. 有助于保护和维持卫生保健的环境服务是国家和地方政府的责任。它们包括确保获得安全水和环境卫生，清洁空气和安全的食品，管理有害化学品和废物以及控制媒介和污染等服务。此外，将卫生需求和卫生问题纳入城镇计划及开展对环境卫生危害的适当检查和监测主要是地方当局的职能。虽然这些服务的提供往往发生在卫生系统之外，但是卫生专业人员应负责确保其协调和倡导其实施。

85. 工作场所的预防疾病和保护健康服务是改善工人健康的综合措施的基本组成部分。目前关于防止接触特定物质和促进工作安全的重点应该扩大以包括在工作场所影响成人的所有可预防的状况。在人们在家里工作的地方，其职业卫生需求应由地方或县区卫生服务予以满足。

促进支持可持续卫生系统的法规

国家法规应奠定集体卫生行动的基础。

86. 国家法规应奠定集体卫生行动的基础，保护脆弱和境遇不利的人群免受不利的经济影响，并确定政府与其伙伴的界限和期望。法规需要在个人自由与公共需要和利益之间作出公平合理的安排。人民委托其政府发展可满足其需求的卫生系统。卫生部和卫生部门通过制定标准和准则，确保采纳支持性法规以及使公众了解其权利和责任，负责制定反映人民需求的政策和重点。

管制和监督对于实现公立部门与私立部门之间适宜的平衡至为重要。

87. 调节和监督对于公立和私立部门之间实现适度平衡至为重要。随着经济全球化和私有化，立法的必要性在不断增强。可促进健康的立法包括有关环境标准，食品安全，禁止烟草广告和赞助，限制酒精促销和禁止获取某些武器等措施，以及保护消费者和人民群众对卫生保健应得权益等措施。环境卫生法规可保护公众免于接触许多有害产品。还需要立法来帮助控制暴力和损伤，确保在医疗保健和医学研究中遵循符合伦理的作法，为私立部门卫生保健和部门间卫生行动提供

一个管理框架；确保药品和食品的安全性；以及保护卫生保健的消费者和提供者。这些措施的成功将取决于政治承诺，公共卫生法规方面的能力建设，公众的支持及有效实施。

发展卫生信息系统和确保积极监测

88. 国家和地方的卫生信息系统是发展有效果，有效率，公平和优质的卫生系统的前提。国家卫生信息系统应有能力提供、分析、评价、确证和传播积极监测、决策、卫生管理、临床实践和公众教育所需的信息。需要国家和地方的检查，监测和评价系统向决策者提供及时的信息，它将促进卫生系统的评价和管理以及资源的最佳利用。

卫生信息系统是发展优质卫生系统的前提。

89. 一个可持续卫生系统的特征是其强调积极监测和检查。全球，区域，国家和地方监测，检查和早期警报系统将使公众注意即将发生的对健康的威胁，从而使有可能采取适当的行动。通过适当分解数据，这些系统还将使有可能查明卫生中有关社会阶层、性别、地点或年龄方面的差别。改进信息和通信技术将改进地方环境，国家组织与世界卫生组织之间的联系。

全球、区域、国家和地方监测、检查和早期警报系统将使公众注意即将发生的对健康的威胁。

90. 一个为健康而积极监测和检查的综合系统将至少集中于下列领域：传染病；卫生状况与趋势，包括出生率和死亡率；国际准则，标准和规定的实施；减少卫生不公平现象方面的进展；基本公共卫生职能的履行；各种生活方式对健康状况的影响；侵犯人权对健康的影响；跨国卫生问题；以及部门对健康的影响。

促进科学技术的利用

迅速进展应能使较贫困国家最大限度地利用技术的进展并从其他国家的经验中受益。

91. 科学技术的发展在过去已经对健康产生了巨大的效益。它们在21世纪很可能为全体带来甚至更大的益处。特别是，今后几十年在若干领域的迅速进展应能使较贫困国家利用技术的进展并从其他国家的经验中受益。

92. 卫生技术的范围已从那些使健康直接受益的技术如“基因组学”（研究基因组结构和功能），生物制品，药品和医疗器械扩大到那些支持卫生系统职能的技术如电信，信息技术以及环境保护和食品技术。科学技术研究与开发之间，使用者与革新者之间，以及私立部门与公立部门之间更密切的伙伴关系将增加科学方面的革新在全世界促进改善健康的机会。必须鼓励在各种不同地理和发展环境中工作的研究人员和研究资助机构本着国际团结的精神共享知识技能和资源。

93. 在评价和促进新的卫生技术时，应考虑下列方面：促进生活质量和健康的能力；促进公平的潜力；尊重隐私权和个人自主及集中于健康决定因素的程度。同时，由于技术的益处和应用并不总是能立即得到理解，实现或其费用可以承受，必须作出努力对技术转让采纳一个长的时间范围和广泛视野。

建设和维持卫生人力资源

一支训练有素和士气高涨的劳动力对卫生系统的良好运转至为基本。

94. 一支训练有素和士气高涨的劳动力对卫生系统的良好运转至为基本。国家，世界卫生组织及其在培训机构方面的伙伴的支持应体现持续综合的卫生能力建设的需求。21世纪的卫生人力和全体卫生工作人员的工作条件必须能够提供以人人享有卫生保健价值为基础的优质服务。一个尊重和支持健康权，伦理，公平和性别敏感性的卫生文化至为根本。这适用于所有卫生保健提供者，包括社区成员，他们将越来越多地在家庭和在社区中为人民提供保健。

95. 卫生人员的教育机构应经常根据新的知识审查其课程，以便满足人民的需求。通过扩大面向社区的医学和卫生教育和研究，可对社会的需求作出更多响应。卫生人员对机构和个人的领导应强调人人享有卫生保健价值。对卫生保健提供者而言，它要求明确注意尊重个人的保密、尊严和自尊权利；认识个人各种精神文化价值和需求；以及理解公平、可负担得起和可持续卫生保健的必要性。专业人员行为守则应与人人享有卫生保健价值相一致。

卫生人员对机构和个人的领导应强调人人享有卫生保健价值。

96. 人力资源计划应认识到有必要考虑改变以多学科和合作方式开展工作的卫生保健提供者的组成比例。这一组成比例中应包括公共卫生提供者、技术员、治疗师、医生和护士。应加强技术合作以及国家和国际培训机遇以便弥补在提供公共卫生专业人员方面的差距。需要扩大现行发展，环境，社会，公共卫生和医学学科的界限，并加强社区发展技能。新技术与各种人口、流行病学和社会挑战的结合要求卫生人员的临床、公共卫生和管理知识和技能不断得到提高。为满足公众对健康所有方面更多更好信息的需要，应更加重视交流、健康促进技能、提供保健和社区评价方面的培训。电信联系为在许多环境中远距离学习和诊断支持提供了新的机遇。这些联系将消除距离障碍并能加速在贫困国家和社区的人力资源开发。

卫生人员的临床、公共卫生和管理知识和技能需要不断得到提高。

97. 卫生部门应制定能促进人力资源开发方面自给自足、适宜职业发展和卫生人力部署以及全体卫生工作人员工作条件的国家政策。这些政策应处理对卫生人力的长期需求；发展机构和个人的领导能力；加强管理能力；以及改进管理，基础设施和机构环境。此外，全球和区域政策须处理更广泛的人力资源问题，如卫生专业人员的跨国流动，培训的提供，国际统一的教育和服务标准的必要性，以及利用适当的调节和财政机制以保持和加强国家能力。

卫生部门应制定能促进人力资源开发方面自给自足和卫生人力部署的国家政策。

获得适当的可持续的资金供应

需要政府行动和调节以确保国家资源得到公平利用以满足卫生需求。

98. 需要政府行动和调节以获得适当水平的资金供应（通过公立或私立来源），促进费用控制和财政纪律，提供基本药物和技术清单，以及确保国家资源得到公平利用以满足卫生需求。需要政府中卫生，财政、计划和其它部门之间的密切合作以实现这些目标。当政府对卫生系统负有主要职权或是卫生系统的主要资金提供者时，这更可能实现获得的公平，费用控制，以及有力地强调预防和促进服务。

应鼓励所有国家改善其分析能力以便能更公平和有效利用财力资源。

99. 各国对为可持续卫生系统获得适当资金供应水平所需的作法是不相同的。在许多最贫困国家，需要社区和国际捐助者提供补充资金以支持基本的卫生系统职能，特别是使穷人受益的那些职能。在中等收入国家，确保大部分资金来自予付收入来源改善了实现公平和高效卫生服务的机会。在高收入国家，增加的卫生保健费用可能不产生健康效益。在所有国家，应该考虑控制措施以最大限度地提高成本效果。应鼓励所有国家改善其分析能力以便能更公平和有效利用财力资源。

确保获得基本卫生保健的费用以及定量配给的影响将在全体人民中公平分配。

100. 在一个公平的卫生保健系统，在整个生命期可普遍获得适当水平的保健。确保获得基本卫生保健的费用以及定量配给的影响将根据需要在全体人民中公平分配。随着时间的推移，国家将能扩大和改善其提供的保健水平。但是，将卫生保健费用从公立部门转加给个人和家庭应谨慎地进行。以团结为基础的财政机制和保险系统可用于通过确保病人和穷人得到社会的健康和就业人员的支持来推进公平。这些做法应用以为后代获得卫生和社会服务方面的投资。

第8章 成功实施21世纪人人享有卫生保健的关键

第8章描述从政策到行动的进展，一个由国家将政策思想转变为具体成就的审慎和建立共识过程。这一过程从评价和确定核心价值，总目标和具体目标开始到发展政策方案，决定和行动及最后的评价。成功实施的关键是良好治理，一个确定重点，有力的伙伴关系和评价的机制。

加强决策能力

101. 从政策到行动的进展要求强有力的领导，公众的参与和支持，明确的意志和资源。必须在一个国家或地区的总体经济和社会状况内考虑将人人享有卫生保健各项政策转变为行动；鉴于一个复杂的政策环境的多种压力和不稳定性，所需的决定是不容易的。每一国家将选择政策的最佳组合以实现人人享有卫生保健。这一组合将根据国家需求，能力和重点而有所不同。

从政策到行动的进展要求强有力的领导。

102. 各国政府需要有强有力的决策能力来处理他们所面临的重大挑战。他们必须克服其政策实施的一些障碍。在许多国家，卫生人员能将政策概念化，但不能将其转变为行动。政府需要发展战略性管理知识技能，最大限度减少过时的官僚主义程序和规定，并确立提供改革合理基础的立法和调节框架。最重要的是，他们必须发展能鼓励卫生人员创新并稳步向着明确确定的政策总目标和具体目标行动的支持性组织文化。必须对政策分析给予更多重视，特别是由于它关系到部门间行动，以确保不同部门的政策为健康而调整一致。对各项决定应评价其短期、中期和长期影响，最终目的是实现可持续的结果。当健康在短期可显著改善时，将可加强公众对能产生长期效益的政策的支持。

各国政府需要有强有力的决策能力来处理他们所面临的重大挑战。

伦理考虑必须指导科学证据的利用。

103. 要使政策以科学证据为基础，需要一个卫生和流行病学的可靠研究基地以及关于公众优先选择和资源可得性的相关信息。这就要求加强科学技术基础设施(特别在发展中国家)，促进卫生政策和系统研究，以及在测量，分析技术和资源分配模型方面的方法学革新。伦理考虑必须指导科学证据的利用。

良好治理

治理是社会为实现其目标而籍以组织和管理不同部门和伙伴事务的系统。

104. 人人享有卫生保健有赖于各级各部门和伙伴的意志和行动。治理是社会为实现其目标而籍以组织和管理这些部门和伙伴事务的系统。只有影响健康的许多利益和部门合作，人人享有卫生保健理想才能实现。公民社会特别是非政府组织的参与增加了所有对健康负责的方面对其行动拥有所有权和负起责任的可能性。

105. 在所有级别对卫生良好治理的特征是促进参与的透明度，责任制以及奖励。良好治理的结果是在国家间和国家内促进和维持和平与稳定—对健康至为基本的条件。有了良好治理，从确定重点到分配资源的决策所用的标准是公开的，并且实施的监测和评价结果得到广泛传播。在这样一个系统内，每一个促进者的作用和职责需要得到承认。

地方参与式计划制订将加强社区对服务的拥有。

106. 国家政府有责任在制定公共政策时确保卫生得到明确的考虑(见方框11)。在一个鼓励提供服务的伙伴关系的广泛发展框架内，权力下放的卫生决策将有助于确保考虑地方需求。地方参与式计划制订，充分利用地方能力和资源，以及在使环境，社会和经济服务更接近人民方面更有效合作将加强社区对这些服务的拥有及增加其利用。由国家，区域和全球行动支持的卫生系统的良好地方治理将促进健康的生活和工作环境以及在整个人生期获得卫生保健。要取得成功，必须对参与地方治理的那些人员培训管理技能。

107. 国际和外交政策必须有更广泛的基础，给予国际卫生保障及其对持久和平的贡献以更多重视。外交政策应包括预防疾病和促进健康的公共卫生措施。政策应承认并处理对人类安全的威胁，包括侵犯人权对健康的影响，疾病的跨国威胁，有害健康产品和技术的贸易，环境恶化，国家间和国家内的卫生和经济差别，移民及人口增长。各国必须合作以制定确保可持续人类安全的战略。

外交政策应包括预防疾病和促进健康的公共卫生措施。

108. 应该组成区域经济，政治和发展联盟及新的双边和多边机构，以便为区域卫生治理创造新的机遇。在处于相同经济发展水平的国家之间的合作使能采取共同做法。重要的是确保政策和行动发生在它们对健康产生最大益处的级别。

确定行动重点

109. 虽然有一系列广泛的战略可用于改善健康，但资源是有限的。这就意味着各国政府必须确定行动的界限并在这些界限内选择重点。确定重点使健康成为人类发展的中心是复杂的，要求最高层政府认真考虑。在这样做时，一个关心社会的政府将强调人民，特别是穷人和妇女的长期需要。对卫生系统来说，5个可能的财政决策层次是：

由于资源是有限的，各国政府需要确定行动的界限并在这些界限内选择重点。

- 宏观水平对卫生系统和服务的资金提供；
- 不同地区和服务之间的预算分配；
- 对特定治疗形式的资源分配；
- 有关哪些病人应获得治疗的选择；
- 关于对各别病人应花多少费用的决定。

方框11**政府在实施人人享有卫生保健中的作用****显示对基本价值的承诺：**

- * 制定支持人人享有卫生保健的政策；
- * 倡导人人享有卫生保健；
- * 实施促进和保护健康的国际文书；
- * 加强国家能力以确保卫生和卫生保健方面的伦理标准；
- * 将公平与性别考虑纳入卫生与发展政策；
- * 提倡卫生的良好治理；
- * 促进发展卫生伙伴关系。

使健康成为人类发展的中心：

- * 确保经济政策促进健康；
- * 投资于卫生和教育系统和服务；
- * 通过多部门有目标的规划与贫困作斗争；
- * 使所有部门的政府政策相一致以促进健康；
- * 要求对发展项目开展环境与健康影响评价。

建设可持续卫生系统：

- * 为人人享有卫生保健实施有效的法律和调节框架；
- * 确保在整个生命期平等获得基本优质保健；
- * 实施国家和地方监测和检查系统；
- * 确保主要地方病得到控制；
- * 作出努力根除或消灭选定的疾病；
- * 投资于卫生相关科学技术；
- * 确保公共卫生和卫生保健的机构和人力能力得以发展和维持；
- * 为卫生系统获得适当可持续的资金供应。

110. 必须在确定重点时考虑到技术因素，特别是人民的卫生状况和需求。将从以下方面通过不同卫生问题的相对重要性确定在某一人口中的行动重点：疾病或痛苦负担的流行病学措施，改善健康和减少不公平的干预措施的有效性（和成本效果），缺乏行动的可能趋势，卫生部门采取行动或倡导部门间行动的能力，以及公众的支持。此外，将需要考虑特定部门的贡献以及财政可行性和机构能力。

111. 应采用使公众和重要卫生伙伴参与的公开协商做法来确定重点。需要促进对应作为各项决定基础的价值认识。各群体之间定期对话和交流观点将导致发展对主要问题和行动方案的共同理解。如要制定公平和可持续的政策，受排斥的群体，病人和残疾人的观点至为基本。对重点应定期进行审查。政府的作用对促进这一过程至为重要。需要一项精心制定的政策和充分的分析能力以确保在与国际捐助者商谈时优先考虑国家需求。

卫生伙伴关系

112. 影响卫生部门治理的日益多元化是明显的。在许多级别和与卫生有关的部门之间需要伙伴关系，并将是实施人人享有卫生保健的一个主要组成部分。有成效的伙伴关系将能以创造能量和激发想象的方式汇聚不同意识，文化和才能以努力改善健康。以伙伴关系协同工作涉及确定作用，明确责任制，批判地评价联合行动的影响，以及最重要的是发展信任。

113. 以增加对个人和国家可利用的方案和他们对这些方案施加控制为目的的社区伙伴关系和发展技能，构成人人享有卫生保健的实质。人民与各级机构之间的伙伴关系使能分享实现人人享有卫生保健所必须的经验，知识技能和资源。在阿拉木图强调了社区参与的必要性。人民直接和间接参与促进

应采用使公众和重要卫生伙伴参与的公开协商做法来确定重点。

有成效的伙伴关系将能以创造能量和激发想象的方式汇聚不同意识，文化和才能。

人民的直接和间接参与处于对发展采取以人民为中心的做法的核心。

和维持其健康以及其家庭和社区的健康，处于对发展采取以人民为中心的做法的核心。这些做法要求实施以自力更生为基础并为社区所管理和拥有的可持续发展规划。迫切需要所有方面加强承诺以确保充分实施。

需要在各级的正式伙伴关系和以社区为基础的非正式网络。

114. 各国政府应致力于创造一个激励和促进卫生伙伴关系的环境。需要在不同级别的正式伙伴关系和以社区为基础的非正式网络。世界卫生组织和各国政府应考虑与私立部门制定准则，旨在确保新的伙伴关系能互利并永远使健康受益。伙伴关系可利用公民社会特别是非政府组织的能量和活力来发展支持卫生的环境。非正式网络是重要的，但在迅速城市化或移民的地区，在难民社区以及在冲突后的状况下往往并不存在。通过地方治理系统建立(或重新建立)文化，体育，宗教和妇女团体可加强社会一致性和有利于健康的社会环境。

支持国家卫生的全球行动

全球行动的目的应是在公平基础上为全体人民的健康从全球化中获得利益。

115. 孤立的区域，国家和地方行动不能确保普遍获得最高的健康水准或减少卫生中的不公平现象。全球行动和国家间的合作也是必要的。这一行动的目的应是在公平基础上为全体人民的健康从全球化中获得利益以及预防或最大限度减少威胁。要使其取得成功，为人人享有卫生保健而参与卫生和发展的国际和政府间组织的充分动员和支持将是决定性的。全球行动的重点将针对处理下列方面：

- 可预防疾病的全球负担；
- 日益增加的疾病负担，特别在最贫穷国家和社区；
- 已知有卫生部门或部门间解决办法而需要跨国措施的全球疾病和跨国卫生问题；

- 公共卫生职能的开展受到自然或人为灾害（包括冲突）阻碍或采取行动的机构和人力能力仍然薄弱的情况。

116. 全球公共卫生行动必须具有普遍针对性，构成全球公共卫生利益，对个别国家可能受益小而总体受益大。这类全球公共卫生行动包括积极监测，支持有关贫困与健康的研究，以及确定全球伦理和科学准则和标准。它包括预防，控制，根除或消灭构成对健康跨国威胁并可用于干预措施治疗的疾病或其危险因素。此外，贸易自由化要求在涉及贸易与卫生的国际和政府间机构及跨国公司之间在制定政策最终目标方面更为一致。

全球公共卫生行动必须具有普遍针对性。

评价和监测

117. 评价是一个关键性工具，以按照最终目标测定规划绩效为基础评价一项规划的价值。作为制定新政策和规划的基础，必须将评价与政策分析和建议结合起来。评价应在加强政策进程中发挥关键作用并应用以最终鉴定政策的成功。将根据评价朝着实现人人享有卫生保健取得全球进展的情况每10年对政策进行修订。评价的过程应与确定总目标以及制定具体目标和指标相结合。

评价是一个关键性管理工具以及制定新政策和规划的基础。

118. 以人人享有卫生保健政策为基础的国家 and 地方具体目标应反映国家状况和重点。由通信和信息技术所增强的评价和监测系统将确定是否正在实现最终目标和哪些最终目标需要给予特别重视。它们还将评价其影响程度以及促进利用现有资源发展具有最大效益的新方法。目的是提供评价各级政策影响所需的信息。将明确重视评价在各级将人人享有卫生保健价值纳入战略的程度。

附件一

关于全球卫生具体目标的解释性说明

全球卫生具体目标

1. 卫生公平：儿童期发育不良
2. 生存：孕产妇死亡率，儿童死亡率，期望寿命
3. 扭转5种主要大流行病的全球趋势
4. 根除和消灭某些疾病
5. 改进获得水，环境卫生，食品和住房
6. 促进健康的措施
7. 制定，实施和监测人人享有卫生保健国家政策
8. 改进获得综合、基本、优质卫生保健
9. 实施全球和国家卫生信息和监测系统
10. 支持卫生研究

一般说明

- * 卫生信息系统应按年龄，社会经济阶层，性别，种族/民族，地理位置和卫生状况报告有关人口所有相关子群的分类数据。
- * 指标应加以制定并在卫生系统有关各级用以测定朝着实现具体目标的进展。
- * 所有具体目标的实现需要许多卫生伙伴在各级强有力的合作行动。伙伴的组成及其各自的贡献会有差别。

特定说明

具体目标1： 到2005年，将在国家内和国家间使用卫生公平指数作为促进和监测卫生公平的基础。最初将以测定儿童发育为基础来评价公平。

- * 用以测定公平的最初具体数量目标是到2020年，在所有国家及在国家内所有特定子群中5岁以下儿童发育不良⁽¹⁾的百分比应低于20%。
- * 直线型发育迟缓已经被世界卫生组织体格状况：人体测量应用和解释专家委员会⁽²⁾建议为一项理想指标，用以为分配资源确定重点以改善卫生保健中的公平。
- * 监测儿童发育的最佳指标是身高与年龄相称程度，因为它测定与长期因素相关联的累积发育不足，包括每天食物摄入量慢性不足，经常感染，不良喂养行为，以及可能家庭社会经济地位低。
- * 根据目前趋势和水平（发展中国家38%和全世界34%），5岁以下儿童的20%这一全球具体目标是可以实现的。但是，考虑到在区域，国家和地方各级的不同情况，鼓励各国制定其自己的具体目标。
- * 建议在制定设有某项指标的公平具体目标与一般具体目标之间作明确区分。下列例子说明一般具体目标和公平具体目标对儿童死亡率的含义：
 - 一般具体目标；到…年，将儿童死亡率降至x%（指总人口，各性别、年龄组死亡率总和）。
 - 公平具体目标；到…年，将儿童死亡率总体降至x% 并将最高与最低收入5分位数之间在儿童死亡率方面的差别减少z%。

具体目标2： 到2020年将实现世界会议上商定的孕产妇死亡率， 5岁以下或儿童死亡率和期望寿命的具体目标

(1) 确定为年龄与身高相称程度在参考值以下超过2个标准差幅。

(2) 《世界卫生组织技术报告丛刊》，第854期，1995年。

- * 与近期世界会议上确定的具体目标相一致的孕产妇死亡率、5岁以下或儿童死亡率和期望寿命具体数量目标是：孕产妇死亡—每100 000活产100以下；5岁以下或儿童死亡率—每1000活产45以下；出生期望寿命—所有国家均在70年以上。
- * 在确定5岁以下或儿童死亡率为每1000活产45以下时，卫生界承诺向儿童疾病综合管理优先提供资源，并确保现有可得、可负担得起和已知有效的干预措施在所有国家得到充分实施。这一做法将减少儿童中5种主要死因—急性呼吸道感染，腹泻，疟疾，麻疹和营养不良的影响。
- * 孕产妇死亡率，儿童死亡率和期望寿命的目前趋势表明，所确定的具体目标在全球范围内是可以实现的。但是，鼓励各区域和国家确定其自己的具体目标。
- * 可考虑将婴儿，新生儿和成人死亡率作为可供选择的指标。婴儿死亡率已得到广泛监测并提供了有关幼年期生存的补充信息。
- * 孕产妇死亡率是卫生系统绩效的一项特别敏感的指标。孕产妇死亡数的减少取决于初级卫生保健服务与转诊中心之间的工作联系以及在整个卫生系统助产技能的可得性。

具体目标3： 到2020年，全世界疾病负担将极大减轻。这将通过实施旨在扭转目前结核、HIV/艾滋病、疟疾、烟草相关疾病和暴力/损伤引起的发病率和残疾上升趋势的疾病控制健全规划得以实现。

- * 这一具体目标突出了处理累计占有所有死亡20%以上的5种大流行病的重要性。以现有知识为基础、往往需要部门间行动的有效控制规划可扭转上升趋势并极大地降低对健康的影响。
- * 将从早逝和残疾方面对影响进行量化。

* 虽然这些疾病具有全球影响，但是区域和国家可能愿意特别重视某些方面，并鼓励他们对这些疾病确定具体目标。

* 将在行动各级确定特定指标。这些可包括：

- 结核：分疾病死亡率，发病率，报告率，治愈率，实施直接督导下的短程化疗的国家；
- HIV／艾滋病：分疾病死亡率，发病率；
- 疟疾：分疾病死亡率，发病率；
- 烟草相关疾病：死亡率，发病率，在某些年龄组中吸烟者的百分比；
- 暴力／创伤：死亡率，发病率，残疾。

具体目标4：麻疹到2020年将得到根除；淋巴丝虫病到2020年将被消灭；恰加斯病传播到2010年将被阻断；麻疯到2010年将实现消灭，沙眼到2020年将实现消灭。此外，维生素A和碘缺乏症在2020年前实现消灭。

* 预期到2000年脊髓灰质炎将已经得到根除，到2005年麦地那龙线虫病的传播将被阻断。根除后监测和进一步的证实措施将在2000年以后继续。关于一些疾病的特定具体目标已在本文件第38段中提供。

* 消灭麻疯的主要重点将在县区级，即每个县区患病率为1／10000以下。

具体目标5：到2020年，所有国家将通过部门间行动在提供安全饮用水、适当环境卫生、数量充足和质量良好的食物和住房方面取得重大进展。

* 将确定特定指标，如：

- 能正常获得充足安全饮用水的家庭／人口的比例；
- 有适当环境卫生设施的家庭／人口的比例；
- 居住在结构上安全并位于安全土地上的住房的家庭／人口的比例；
- 能获得充足和安全食品的家庭／人口的比例。

具体目标6： 到2020年，所有国家将通过管理、经济、教育、组织和以社区为基础的综合规划，已采纳并积极管理和监测能巩固增进健康的生活方式和减少有损健康的生活方式的战略。

- * 这一目标的基础是有关健康的公共政策，支持性环境，社区行动，个人技能和卫生服务的渥太华和雅加达宪章。它反映了对健康与疾病基本的个人，社会和经济决定因素采取行动的重要性。
- * 将利用与增进健康的生活方式如体育活动，营养，人际关系以及有损健康的生活方式如物质使用，暴力和不安全性行为有关的指标。监测将集中于下列方面的改变：
 - (1) 健康行为（如在不同社会群体中的吸烟率）；
 - (2) 健康决定因素（如健康食品的供应，社会隔离）；
 - (3) 管制，财政，经济和环境政策（如关于限制酒精）；
 - (4) 能力建设规划（如健康促进，基础设施，信息，领导层开发）；
 - (5) 参与（如个人，社区，学校，工作场所，媒体，以及其他部门）。

- * 此外，选择“示踪物”研究用以监测和评价这一具体目标，特别注重于公平和获得问题。

具体目标7： 到2005年，所有会员国将已有制定、实施和监测与这一人人享有卫生保健政策相一致的各项政策的业务机制。

- * 人人享有卫生保健国家政策将包含人人享有卫生保健价值：享受最高而能获致之健康标准作为一项基本人权，公平和团结，伦理和性别敏感性。
- * 政策应以公开和参与的方式制定，应在资源分配中得到体现并通过一致的体制和法律框架加以实施。

* 指标应用于测定：

- 社区参与政策制订的量质；
- 从国家立法角度反映的一项政策的存在；
- 符合政策的资源分配；
- 技术合作；
- 政策／资源分配的可持续性。

具体目标8： 到2010年，全体人民将在其整个一生获得由基本公共卫生职能支持的综合、基本、优质卫生保健

- * 综合基本保健应至少包括在初级卫生保健中确定的要素，并适应对可持续卫生保健正在出现的需求和新的机遇。基本公共卫生职能强调了这一保健的可持续性，可承受性和质量（见方框2）。

- * 此外，选择“示踪物”研究用以监测和评价这一具体目标，特别注重于公平和获得问题。

具体目标7： 到2005年，所有会员国将已有制定、实施和监测与这一人人享有卫生保健政策相一致的各项政策的业务机制。

- * 人人享有卫生保健国家政策将包含人人享有卫生保健价值：享受最高而能获致之健康标准作为一项基本人权，公平和团结，伦理和性别敏感性。
- * 政策应以公开和参与的方式制定，应在资源分配中得到体现并通过一致的体制和法律框架加以实施。
- * 指标应用于测定：

- 社区参与政策制订的量质；
- 从国家立法角度反映的一项政策的存在；
- 符合政策的资源分配；
- 技术合作；
- 政策／资源分配的可持续性。

具体目标8： 到2010年，全体人民将在其整个一生获得由基本公共卫生职能支持的综合、基本、优质卫生保健

- * 综合基本保健应至少包括在初级卫生保健中确定的要素，并适应对可持续卫生保健正在出现的需求和新的机遇。基本公共卫生职能强调了这一保健的可持续性，可承受性和质量（见方框2）。

附件二

与在1990年代世界会议上认可选择的发展与贫困相关的目标

1. 经济繁荣：发展中国家生活在绝对贫困中的人民的比例到2015年应至少减少一半。
2. 社会发展：在初级教育，性别平等，基本卫生保健和计划生育方面应有如下重大进展：
 - (a) 到2015年应在所有国家普及初级教育。
 - (b) 应通过到2005年消灭在初级和中级教育方面的性别差异显示朝着性别平等和赋予妇女权力方面取得进展。
 - (c) 到2015年在每个发展中国家婴儿和5岁以下儿童死亡率应比1990年水平下降三分之二。在同一时期孕产妇死亡率应下降四分之三。
 - (d) 所有适龄个人应尽快并最迟不晚于2015年通过初级卫生保健系统获得生殖卫生服务（包括安全可靠的计划生育方法）。
3. 环境可持续性和再生性：到2005年应在每个国家正在实施可持续发展国家战略。这对于确保到2015年在全球和国家各级扭转环境恶化和自然资源损失—森林，渔业，淡水，气候，土壤，生物多样性，平流层臭氧，有害物质的累积以及其它主要指标—方面的目前趋势是必要的。

附件三

进一步阅读材料

未来干预方案相关卫生研究特设委员会。投资于卫生研究和发展。日内瓦，世界卫生组织，1996年（文件TDR/GEN/96.1）。

人口和生活质量委员会。关心未来：使今后几十年提供一种值得过的生活。人口和生活质量委员会的报告。纽约，牛津大学出版社，1996年。

De Ferranti D, Feachem RGA, Preker AS. 部门战略文件：卫生，营养与人口。世界银行，华盛顿，哥伦比亚特区，1997年6月。

经社理事会。将两性观点纳入联合国系统一切政策和方案的主流（文件E/1997/L.30，1997年7月14日）。

全球卫生研究咨询委员会。研究政策议程：支持全球卫生发展的科学技术。1997年10月提交给全球卫生研究咨询委员会。日内瓦，世界卫生组织（文件ACHR35/97.13）。

Murray CJL, Lopez AD等。全球疾病负担：综合评价1990年及预测至2020年由疾病、损伤和危险因素引起的死亡率和残疾。由哈佛公共卫生学院代表世界卫生组织和世界银行出版。坎布里奇，马萨诸塞州，1996年。

我们的星球，我们的健康。世界卫生组织卫生与环境委员会的报告。日内瓦，世界卫生组织，1992年。

世界卫生组织下列人人享有卫生保健工作小组的报告：基本公共卫生职能；未来卫生技术；卫生状况和健康决定因素；卫生伙伴关系；21世纪的卫生人力资源。日内瓦，世界卫生组织，1997年（未出版的世界卫生组织文件）。

Tarimo E, Webster EG. 在不断变化世界上初级卫生保健概念和挑战。重访阿拉木图。日内瓦，世界卫生组织，1997年（当前的关注问题，分析、研究与评价司第7号文件，文件WHO/ARA/CC/97.1）。

联合国开发计划署。人类发展报告，1996年。牛津大学出版社，纽约，1996年。

联合国开发计划署。人类发展报告，1997年。牛津大学出版社，纽约，1997年。

世界卫生组织。一项新的21世纪全球卫生政策：非政府组织展望。1997年5月2日和3日在日内瓦世界卫生组织与非政府组织举行的一次正式协商会的结果。日内瓦，世界卫生组织，1997年（文件WHO/PPE/PAC/97.3）。

世界卫生组织卫生研究咨询委员会。为科学技术制定一项研究议程以支持人人享有卫生保健战略。日内瓦，世界卫生组织，1997年（文件ACHR35/97.13）。

世界卫生组织。阿拉木图，1978年：初级卫生保健。日内瓦，世界卫生组织，1978年。

《世界卫生组织组织法》。见：《基本文件》，第41版。日内瓦，世界卫生组织，1996年。

世界卫生组织。卫生和卫生保健中的公平性：一项世界卫生组织/瑞典国际开发署倡议。日内瓦，世界卫生组织，1996年（文件WHO/ARA/96.1）。

世界卫生组织。制定2000年人人享有卫生保健战略。日内瓦，世界卫生组织，1979年。

世界卫生组织。2000年人人享有卫生保健全球战略。日内瓦，世界卫生组织，1981年。

世界卫生组织。可持续发展中的卫生与环境。地球首脑会议之后五年。日内瓦，世界卫生组织，1997年（文件WHO/EHG/97.8）。

世界卫生组织。关于新的全球卫生政策的机构间协商会。日内瓦，1997年7月9—10日。摘要报告。日内瓦，世界卫生组织，1997年（文件WHO/PPE/PAC/97.4）。

世界卫生组织。部门间卫生行动：解决可持续发展中的关注问题。日内瓦，世界卫生组织，1997年（文件WHO/PPE/PAC/97.1）。

世界卫生组织。部门间卫生行动：21世纪人人享有卫生保健的基石。国际会议的报告，1997年4月20—23日，哈利法克斯，新斯科舍，加拿大。

世界卫生组织。对公共卫生的新挑战。一次区域间会议的报告，日内瓦，1995年11月27—30日。日内瓦，世界卫生组织，1996年。

世界卫生组织。修订人人享有卫生保健战略：制定一项公平、团结和卫生政策。日内瓦，世界卫生组织，1995年（文件WHO/PPE/95.1）。

世界卫生组织。WHA37.13号决议。2000年人人享有卫生保健全球战略的精神领域（在文件WHA37/1984/REC/1中，第8页）。

世界卫生组织。非洲经济共同体：世界卫生组织行动框架。日内瓦，世界卫生组织，1995年（文件WHO/INA/95.2）。

世界卫生组织。健康促进迈向第21世纪的雅加达宣言。在第四届国际健康促进大会上通过。雅加达，印度尼西亚，1997年7月21—25日。日内瓦，世界卫生组织，1997年（文件WHO/HPR/HEP/4ICHP/BR/97.4）。

世界卫生组织。《1995年世界卫生报告：缩小差距》。日内瓦，世界卫生组织，1995年。

世界卫生组织。《1996年世界卫生报告：抵御疾病，促进发展》。日内瓦，世界卫生组织，1996年。

世界卫生组织。《1997年世界卫生报告：征服病痛，造福人类》。日内瓦，世界卫生组织，1997年。

世界卫生组织。全球和部门间思考和行动以保护国家卫生。日内瓦，世界卫生组织，1997年（文件WHO/PPE/PAC/97.2）。

世界卫生组织。世界卫生组织卫生发展的全球伙伴关系行动。日内瓦，世界卫生组织，1997年（文件WHO/INA/97.2）。

世界卫生组织。世界卫生组织/世界银行伙伴关系：卫生发展的行动建议。日内瓦，世界卫生组织，1995年（文件WHO/INA/95.1）。

附件四

缩 略 词

AIDS	获得性免疫缺陷综合症
CMR	儿童死亡率
DOTS	(结核) 直接督导下的短程化疗
EB	(世界卫生组织) 执行委员会
ECOSOC	(联合国) 经济及社会理事会
HFA	人人享有卫生保健
HIV	人体免疫缺陷病毒
LDCs	最不发达国家
MMR	孕产妇死亡率
NGO	非政府组织
PHC	初级卫生保健
UNICEF	联合国儿童基金会
WHA	世界卫生大会
WHO	世界卫生组织

= = =