



世 界 卫 生 组 织

第五十七届 世界卫生大会

2004年5月17-22日于日内瓦

决 议 和 决 定

附 件

日 内 瓦
二 0 0 四 年

缩 写

世界卫生组织文件中使用的缩写如下:

ACHR	—	卫生研究咨询委员会	UNCTAD	—	联合国贸易和发展会议
ASEAN	—	东南亚国家联盟	UNDCP	—	联合国国际药物管制 规划署
CEB	—	联合国系统行政首长协调 委员会[前行政协调 委员会]	UNDP	—	联合国开发计划署
CIOMS	—	国际医学科学组织理事会	UNEP	—	联合国环境规划署
FAO	—	联合国粮食及农业组织	UNESCO	—	联合国教育科学及文化 组织
IAEA	—	国际原子能机构	UNFPA	—	联合国人口基金
IARC	—	国际癌症研究机构	UNHCR	—	联合国难民事务高级专员 办事处
ICAO	—	国际民用航空组织	UNICEF	—	联合国儿童基金会
IFAD	—	国际农业发展基金	UNIDO	—	联合国工业发展组织
ILO	—	国际劳工组织(局)	UNRWA	—	联合国近东巴勒斯坦难民 救济及工程处
IMF	—	国际货币基金组织	WFP	—	世界粮食规划署
IMO	—	国际海事组织	WIPO	—	世界知识产权组织
ITU	—	国际电信联盟	WMO	—	世界气象组织
OECD	—	经济合作与发展组织	WTO	—	世界贸易组织
PAHO	—	泛美卫生组织			
UNAIDS	—	联合国艾滋病规划署			

本卷采用的地名和提供的资料,并不反映世界卫生组织秘书处对任何国家、领地、城市或地区或其主管当局的法律地位,或对其国境或边界划定的观点。凡报表标题中冠以“国家或地区”字样,系指国家、领地、城市或地区。

序 言

根据执行委员会第一一二届会议的决定，第五十七届世界卫生大会于 2004 年 5 月 17 日至 22 日在日内瓦万国宫举行。会议记录分三卷出版。除刊载其它有关材料外，还刊载：

决议和决定，附件 — 文件 WHA57/2004/REC/1

全体会议逐字记录，与会人员名单 — 文件 WHA57/2004/REC/2

各委员会摘要记录；委员会报告 — 文件 WHA57/2004/REC/3

目 录

	页 次
序言	iii
议程	ix
文件清单	xiii
卫生大会官员及其各委员会成员	xvii

决议和决定

决议

WHA57.1	监测和控制 溃疡分支杆菌病（布鲁里溃疡）	1
WHA57.2	控制非洲人类锥虫病	3
WHA57.3	阿拉伯被占领土（包括巴勒斯坦）阿拉伯居民的 卫生状况及对他们的援助	4
WHA57.4	关于世界卫生组织 2002 – 2003 年帐目的财务报告； 外审计员的报告及代表执行委员会对此所作的评论	6
WHA57.5	欠交会费程度达到可援引《组织法》第七条规定的会员国	6
WHA57.6	欠交会费：乌克兰	7
WHA57.7	与国际兽疫局的协定	8
WHA57.8	《世界卫生大会议事规则》：第 72 条修订款	8
WHA57.9	根除麦地那龙线虫病	9

WHA57.10	道路安全与健康	9
WHA57.11	国际家庭年十周年形势下的家庭与健康	12
WHA57.12	生殖卫生：朝着实现国际发展目标和具体目标加速进展的战略	14
WHA57.13	基因组学与世界卫生	16
WHA57.14	在艾滋病毒/艾滋病协调的综合应对内增加治疗和护理	17
WHA57.15	2005 年摊款比额	21
WHA57.16	健康促进和健康的生活方式	32
WHA57.17	饮食、身体活动与健康全球战略	34
WHA57.18	人体器官和组织移植	51
WHA57.19	卫生工作人员国际移徙：对发展中国家卫生系统的挑战	54
决定		
WHA57(1)	证书委员会的组成	57
WHA57(2)	提名委员会的组成	57
WHA57(3)	选举第五十七届世界卫生大会官员	57
WHA57(4)	选举主要委员会官员	58
WHA57(5)	成立会务委员会	58
WHA57(6)	通过议程	58
WHA57(7)	审核证书	59

WHA57(8)	选举有权指派一人供职于执行委员会的会员国.....	59
WHA57(9)	知识产权、革新与公共卫生.....	60
WHA57(10)	向区域的预算拨款.....	60
WHA57(11)	联合国合办工作人员养恤基金：任命参加世界卫生组织 工作人员养恤金委员会的代表.....	60
WHA57(12)	指导与非政府组织关系的政策.....	60
WHA57(13)	选择召开第五十八届世界卫生大会的国家.....	61
WHA57(14)	执行委员会关于其第 112 届和第 113 届会议的报告.....	61

附 件

1.	国际兽疫局（OIE）与世界卫生组织（WHO）的协定.....	65
2.	朝着实现与生殖卫生有关的国际发展目标和具体目标加速进展的战略.....	68

议 程¹

全体会议

1. 大会开幕
 - 1.1 任命证书委员会
 - 1.2 选举提名委员会
 - 1.3 提名委员会的报告
 - 选举主席
 - 选举五位副主席，各主要委员会的主席，以及成立会务委员会
 - 1.4 通过议程并向主要委员会分配议程项目。
2. 执行委员会第 112 届和第 113 届会议的报告
3. 总干事李钟郁博士的讲话
4. 特邀发言人发言
5. [删除]
6. 执行委员会：选举
7. 授奖
8. 主要委员会的报告
9. 大会闭幕

圆桌会议

10. 圆桌会议：HIV/艾滋病

甲委员会

¹ 在第二次全体会议上通过。

11. 委员会会议开幕¹
12. 技术和卫生事项
 - 12.1 HIV/艾滋病
 - 12.2 监测和控制**溃疡分枝杆菌病**（布鲁里溃疡）
 - 12.3 控制非洲人类锥虫病
 - 12.4 根除天花：销毁储存的天花病毒
 - 12.5 根除脊髓灰质炎
 - 12.6 饮食、身体活动与健康全球战略
 - 12.7 道路安全与健康
 - 12.8 健康促进和健康的生活方式
 - 12.9 国际家庭年十周年形势下的家庭与健康
 - 12.10 生殖卫生
 - 12.11 卫生系统，包括初级卫生保健
 - 12.12 药物质量和安全：管制制度
 - 12.13 基因组学与世界卫生：卫生研究咨询委员会的报告
 - 12.14 人体器官和组织移植
 - 12.15 决议实施情况（进展报告）
 - 降低全球麻疹死亡率（WHA56.20 号决议）
 - 严重急性呼吸道综合征（SARS）（WHA56.29 号决议）
 - 综合预防非传染病（WHA55.23 号决议）

¹ 包括选举副主席和报告员。

- 保健质量：患者安全（WHA55.18 号决议）
- 婴幼儿营养：双年度进展报告（WHA33.32 号决议）
- 知识产权、革新与公共卫生（WHA56.27 号决议）
- 世界卫生组织烟草控制框架公约（WHA56.1 号决议）

12.16 根除麦地那龙线虫病

乙委员会

13. 委员会会议开幕¹

14. 内部审计和监督事项

- 内审计员的报告及代表执行委员会对此所作的评论

15. 财务事项

15.1 关于世界卫生组织 2002-2003 年帐目的财务报告；外审计员的报告及代表执行委员会对此所作的评论

15.2 征收评定会费的情况，包括欠交会费程度达到可援引《组织法》第七条规定的会员国

15.3 2005 年摊款比额

15.4 [删除]

15.5 [删除]

16. 规划和预算事项

16.1 向区域的正常预算拨款

16.2 2002 - 2003 年规划预算

17. 职工配备事项

¹ 包括选举副主席和报告员。

17.1 人力资源：年度报告

17.2 [删除]

17.3 任命参加世界卫生组织工作人员养恤金委员会的代表

18. 法律事项

18.1 与*国际兽疫局*的协议

18.2 《世界卫生大会议事规则》：第 72 条修订款

19. 阿拉伯被占领土（包括巴勒斯坦）阿拉伯居民的卫生状况及对他们的援助

20. 联合国系统内及与其它政府间组织的合作

21. 指导与非政府组织关系的政策

文件清单

A57/1 Rev.1	议程 ¹
A57/2	执行委员会第 112 届和第 113 届会议的报告
A57/3	总干事在第五十七届世界卫生大会上的讲话
A57/4	艾滋病毒/艾滋病
A57/5	监测和控制溃疡分枝杆菌病（布鲁里溃疡）
A57/6	控制非洲人类锥虫病
A57/7	根除天花：销毁储存的天花病毒
A57/8	根除脊髓灰质炎
A57/9	饮食、身体活动与健康全球战略
A57/10	道路安全与健康
A57/10 Add.1	道路安全与健康：最新情况
A57/11	健康促进和健康的生活方式
A57/12	国际家庭年十周年形势下的家庭与健康
A57/13	生殖卫生 ²
A57/14	卫生系统，包括初级卫生保健
A57/15	药物质量和安全：管制制度
A57/16	基因组学与世界卫生：卫生研究咨询委员会的报告

¹ 见 ix 页。

² 见附件 2。

A57/17	人体器官和组织移植
A57/18 和 A57/18 Add.1	决议实施情况（进展报告）
A57/19	内审计员的报告
A57/20	2002 年 1 月 1 日至 2003 年 12 月 31 日财务期财务报告及财务审计报表（2004 年 3 月 30 日审定）与外审计员向世界卫生大会提交的报告（2004 年 4 月 1 日）
A57/20 Add.1	2002 年 1 月 1 日至 2003 年 12 月 31 日财务期财务报告及财务审计报表（2004 年 3 月 30 日审定）。 附件：用于规划活动的预算外资源
A57/21	关于世界卫生组织 2002 - 2003 年账目的财务报告；外审计员的报告以及代表执行委员会对此所作的评论。执行委员会行政、预算和财务委员会向第五十七届世界卫生大会提交的第一份报告
A57/22	征收评定会费的状况，包括欠交会费程度达到可援引《组织法》第 7 条规定的会员国。执行委员会行政、预算和财务委员会向第五十七届世界卫生大会提交的第二份报告
A57/23	2005 年摊款比额
A57/24	向区域的正常预算拨款
A57/25	2002 - 2003 年规划预算。绩效评估报告：最初结果概要
A57/26	人力资源：年度报告
A57/27	任命参加世界卫生组织工作人员养恤金委员会的代表
A57/28 和 A57/28 Add.1 A57/28 Rev.1	与国际兽疫局的协定 ¹
A57/29	《世界卫生大会议事规则》：第 72 条修订款

¹ 见附件 1。

文件清单

A57/30	阿拉伯被占领土（包括巴勒斯坦）阿拉伯居民的卫生状况及对他们的援助
A57/31	联合国系统内及与其它政府间组织的合作
A57/32	指导与非政府组织关系的政策
A57/33	补充议程项目：根除麦地那龙线虫病
A57/34	提名委员会。第一份报告
A57/35	提名委员会。第二份报告
A57/36	提名委员会。第三份报告
A57/37	证书委员会。第一份报告
A57/38	选举有权指派一人供职于执行委员会的会员国
A57/39(Draft)	甲委员会第一份报告
A57/40	证书委员会。第二份报告
A57/41	乙委员会第一份报告
A57/42(Draft)	乙委员会第二份报告
A57/43	乙委员会第三份报告
A57/44(Draft)	甲委员会第二份报告
A57/45(Draft)	乙委员会第四份报告
A57/46	乙委员会第五份报告
A57/47	甲委员会第三份报告

参阅文件

- A57/INF.DOC./1 阿拉伯被占领土（包括巴勒斯坦）阿拉伯居民的卫生状况及对他们的援助（联合国近东巴勒斯坦难民救济和工程处卫生主任 2003 年报告）
- A57/INF.DOC./2 阿拉伯被占领土（包括巴勒斯坦）阿拉伯居民的卫生状况及对他们的援助（以色列卫生部报告）
- A57/INF.DOC./3 阿拉伯被占领土（包括巴勒斯坦）阿拉伯居民的卫生状况及对他们的援助（巴勒斯坦常驻联合国日内瓦办事处观察员提交的报告）
- A57/INF.DOC./4 向区域的正常预算拨款

杂项

- A57/DIV/7 大韩民国前总统金大中博士的讲话
- A57/DIV/8 美利坚合众国前总统吉米·卡特先生的讲话
- A57/DIV/9 圆桌会议：HIV/艾滋病
- A57/DIV/10 圆桌会议：艾滋病毒/艾滋病

卫生大会官员及其各委员会成员

主席

Muhammad Nasir KHAN 先生
(巴基斯坦)

副主席

M.E. TSHABALALA-MSIMANG 博士
(南非)

A. DAVID-ANTOINE 女士
(格林纳达)

S. BOGOEV 先生 (保加利亚)

R.MARIA DE ARAUJO 博士
(东帝汶)

CHUA SOI LEK 博士 (马来西亚)

秘书

总干事李钟郁博士

证书委员会

证书委员会由下列会员国代表组成：
奥地利，伯利兹，加拿大，吉布提，冈比亚，印度，意大利，肯尼亚，马里，缅甸，巴布亚新几内亚和乌兹别克斯坦。

主席： J. LARIVIÈRE 博士 (加拿大)

副主席： A. MISORE 博士 (肯尼亚)

报告员： F. CICOGNA 博士 (意大利)

秘书： T.S.R. TOPPING 先生，法律顾问

提名委员会

提名委员会由下列会员国的代表组成：
巴林，文莱达鲁萨兰国，布基纳法索，中国，刚果民主共和国，厄立特里亚，爱沙

尼亚，法国，圭亚那，以色列，墨西哥，密克罗尼西亚联邦，摩纳哥，莫桑比克，尼加拉瓜，秘鲁，俄罗斯联邦，斯里兰卡，斯威士兰，泰国，突尼斯，乌干达，大不列颠及北爱尔兰联合王国，乌拉圭，以及 Khandaker Mosharraf Hossain 博士 (孟加拉国) (第五十六届世界卫生大会主席，当然主席)。

主席： Khandaker Mosharraf HOSSAIN 博士
(孟加拉国)

秘书： 总干事李钟郁博士

会务委员会

会务委员会由卫生大会主席和副主席、各主要委员会主席及下述会员国代表组成：
博茨瓦纳，乍得，智利，中国，古巴，法国，爱尔兰，哈萨克斯坦，利比里亚，阿拉伯利比亚民众国，尼日尔，尼日利亚，俄罗斯联邦，特立尼达和多巴哥，大不列颠及北爱尔兰联合王国，美利坚合众国和也门。

主席： Muhammad Nasir KHAN 先生
(巴基斯坦)

秘书： 总干事李钟郁博士

各主要委员会

根据世界卫生大会《议事规则》第 35 条，各代表团均有权派一名团员出席主要委员会的会议。

甲委员会

主席： Ponmek DALALOY 博士
(老挝人民民主共和国)

副主席： D. SLATER 博士 (圣文森特和格林纳丁斯) 和 A. VAN BOLHUIS 女士 (荷兰)

报告员： M. MIZANUR RAHMAN 教授
(孟加拉国)

秘书： S. HOLCK 博士，总干事办公室

乙委员会

主席： Jigmi. SINGAY 博士 (不丹)

副主席： N.M. NALI 教授 (中非共和国) 和 S. AL-KHARABSEH 博士 (约旦)

报告员： Z. JAKAB 女士 (匈牙利)

秘书： M. KARAM 博士，科学家，传染病控制、预防和根除

决 议

WHA57.1 监测和控制溃疡分支杆菌病（布鲁里溃疡）

第五十七届世界卫生大会，

审议了关于控制和治疗溃疡分支杆菌病（布鲁里溃疡）的报告¹；

深切关注布鲁里溃疡病的蔓延，特别是在儿童中，以及它对贫困农村社区造成的健康和社会经济影响；

意识到早期发现和治疗能够将该病的不良后果降至最低程度；

满意地注意到全球布鲁里溃疡行动自 1998 年发起以来在合作伙伴之间协调控制和研究活动方面取得的进展；

关注到包括病例的晚期发现和缺乏有效的诊断、治疗及预防措施在内的若干因素阻碍了进一步的进展；

注意到联合国千年发展目标，即消除极端贫困和饥饿以及实现普及初等教育这两项目标的实现可能将受到包括布鲁里溃疡在内的被忽视的贫困者的疾病负面影响的阻碍，

1. 敦促布鲁里溃疡正在流行或即将流行的会员国：

- (1) 评估布鲁里溃疡的负担，并在必要时制定一项控制规划；
- (2) 加速努力，早期发现和治疗该病例；
- (3) 可行时与其它相关疾病控制活动建立有效的合作；
- (4) 在卫生系统发展的基础上为控制布鲁里溃疡而建立和保持国家级的伙伴关系；
- (5) 确保具有满足控制需求的足够国家资源，包括提供治疗和康复服务；

¹ 文件 A57/5。

(6) 向普通医生提供培训以改进外科技能；

(7) 向所有卫生工作者提供预防残疾方面的培训；

2. **鼓励**所有会员国：

(1) 参加全球布鲁里溃疡行动；

(2) 加强研究发展手段以诊断、治疗和预防该病以及将布鲁里溃疡纳入国家疾病监测系统；

(3) 加强社区参与对该病症状的认识；

3. **呼吁**国际社会、联合国系统的组织和机构、捐助者、非政府组织、基金会和研究机构：

(1) 与流行该病的国家开展直接合作以加强控制和研究活动；

(2) 发展伙伴关系并加强与参加卫生系统发展的组织和规划的合作，以确保所有需求者均可获得有效的干预措施；

(3) 向全球布鲁里溃疡行动提供支持；

4. **要求**总干事：

(1) 继续向全球布鲁里溃疡病行动提供技术支持，特别要深化对该病负担的认识，并通过普遍加强卫生基础结构促进早期诊断和治疗；

(2) 加强国家间的技术合作，将其作为加强监测、控制和康复服务的手段；

(3) 通过联合国儿童基金会/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的协调和支持，促进有关更好的诊断、治疗和预防手段的研究。

(第七次全体会议，2004年5月21日 — 甲委员会第一份报告)

WHA57.2 控制非洲人类锥虫病

第五十七届世界卫生大会，

忆及 WHA50.36 和 WHA56.7 号决议；

审议了关于非洲人类锥虫病的报告¹；

深切关注非洲锥虫病的复发及其对非洲大陆人类和牲畜造成的毁灭性影响；

意识到非洲人类锥虫病由于在未治疗的病例中产生的致命后果，在经治疗的病例中常常发生的永久性神经损伤，特别包括儿童的永久性精神和精神运动障碍，以及其发生流行的倾向，它已构成一个主要的公共卫生问题；

进一步关注越来越多的抗药性和治疗失败的问题；

欢迎该病流行国家的政府领导对防治非洲人类锥虫病所表达的高度政治承诺；

进一步欢迎近期活动和公立 - 私立伙伴关系所表达的对控制该病作出的新承诺，这种承诺极大地缓解了不能充分获得现有药品的问题；

注意到尽管正在作出巨大努力控制该病，但是急需包括更加安全、更为有效的药物和简易诊断测试的更佳控制手段，

1. 敦促会员国：

(1) 继续高度重视控制非洲人类锥虫病；

(2) 在该病流行地区，增加人力资源和专用资金，酌情利用以往用于采购药品的资金并加强病例发现、诊断、治疗以及为此所需的基础设施；

2. 要求总干事：

(1) 继续完善控制战略，从而最佳利用国家和国际资源并进一步预防流行的扩散；

(2) 在各部门和相关机构中促进统一的做法，这一做法考虑到媒介控制和在牲畜中控制该病的重要性；

¹ 文件 A57/6。

(3) 主要通过联合国儿童基金会/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,继续与所有相关的伙伴密切合作,研究开发更加安全、更为有效的药物以及检测锥虫病的简易测试;

(4) 在每个双年度的第一年向卫生大会通报进展情况。

(第七次全体会议,2004年5月21日 — 甲委员会第一份报告)

WHA57.3 阿拉伯被占领土(包括巴勒斯坦)阿拉伯居民的卫生状况及对他们的援助

第五十七届世界卫生大会,

铭记世界卫生组织《组织法》确定的基本原则,它重申各民族人民的健康是实现和平和安全的基础;

忆及其前此有关阿拉伯被占领土卫生状况的所有决议;

赞赏总干事关于阿拉伯被占领土(包括巴勒斯坦)阿拉伯居民的卫生状况及对他们的援助的报告¹;

对军事活动导致的健康状况恶化和人道主义危机表示关注,军事活动严重限制了巴勒斯坦人民的流动和货物运输,包括限制出入巴勒斯坦领土,尤其是限制救护车、卫生工作者、伤员以及病人的出入;

关注以色列军队持续过度使用武力,造成数以千计巴勒斯坦人的伤亡,包括儿童;

关注以色列占领部队对巴勒斯坦人实施关闭和戒严所带来的经济和卫生状况严重恶化,与扣留巴勒斯坦税收收入一起导致了前所未有的失业程度及对贫困、缺乏粮食保障和营养脆弱性的影响;并关注儿童营养不良的报告和哺乳母亲中出现地方性贫血的证据;

关注以色列军事入侵对民用基础设施的大范围破坏,特别是以色列继续建造“隔离墙”,不是建在或者靠近1967年边界线,对巴勒斯坦人带来人道主义困苦和经济艰难,并使他们不能利用医院和卫生保健;

关注阿拉伯被占领土内以色列占领当局严重违反国际人道主义法,包括非法逮捕数以千计的巴勒斯坦平民,其中有数百名儿童被关押在以色列监狱,一部分人无任何理由被拘押,其他人生病而得不到医治;

¹ 文件 A57/30。

申明任何一方将平民人口作为目标，特别是违反通常法律程序的处决，又一次违犯国际人道主义法；

确认不断实施暴力、封锁和戒严以及持续占领巴勒斯坦领土是造成巴勒斯坦儿童和成人严重心理紧张和情感问题的一些主要原因，包括身心失调问题、排斥权威、冒险行为、对未来失去希望，以及由于普遍绝望和沮丧气氛造成的问题；

申明巴勒斯坦患者和医务人员从被占领的东耶路撒冷巴勒斯坦卫生机构可利用的卫生设施中受益的权利，

1. **呼吁**以色列占领当局立即停止其严重影响被占领下平民健康状况的所有行径、政策和计划，特别是停止对巴勒斯坦平民的过度使用武力和军事行动；
2. **感谢**所有会员国以及政府间和非政府组织继续为满足巴勒斯坦人民的卫生需求提供支持；
3. **感谢并赞赏**总干事努力为巴勒斯坦人民、阿拉伯被占领土内其余阿拉伯人民以及该区域其他人民提供必要的援助；
4. **要求**总干事：
 - (1) 尽快向阿拉伯被占领土（包括巴勒斯坦）派遣一个实情调查委员会，调查被占领巴勒斯坦领土内由于当前危机和建造“隔离墙”而造成的健康和状况恶化问题；
 - (2) 与会员国合作，采取紧急步骤支持巴勒斯坦卫生部和其他医疗服务提供者努力克服当前的困难，以便特别保证所有卫生人员和患者的自由流动，并向巴勒斯坦医疗机构正常提供医疗用品；
 - (3) 与会员国合作，采取步骤确保货物、工作人员和人民行动自由，以便允许在被占领巴勒斯坦领土内从事贸易、农业和其它形式的经济活动，并允许人民普遍获得基本服务；
 - (4) 继续提供必要的技术援助，以满足由当前危机产生的需求，包括因“隔离墙”的建造而产生的卫生问题；
 - (5) 采取必要步骤并订立所需合同，以便从各种来源，包括预算外来源获得资金，从而满足巴勒斯坦人民紧迫的卫生需求；
 - (6) 紧急采取行动以实施卫生部/世界卫生组织精神卫生联合战略；

(7) 向第五十八届世界卫生大会报告本决议的实施情况

(第七次全体会议, 2004年5月21日 — 乙委员会第一份报告)

WHA57.4 关于世界卫生组织 2002 – 2003 年帐目的财务报告; 外审计员的报告及代表执行委员会对此所作的评论

第五十七届世界卫生大会,

审议了 2002 年 1 月 1 日–2003 年 12 月 31 日财务期的财务报告和财务审计报表以及外审计员向世界卫生大会提交的报告¹;

注意到执行委员会行政、预算和财务委员会向第五十七届世界卫生大会提交的第一份报告²,

接受总干事关于 2002 年 1 月 1 日–2003 年 12 月 31 日财务期的财务报告和财务审计报表以及外审计员向世界卫生大会提交的报告。

(第八次全体会议, 2004年5月22日 — 乙委员会第二份报告)

WHA57.5 欠交会费程度达到可援引《组织法》第七条规定的会员国

第五十七届世界卫生大会,

审议了执行委员会行政、预算和财务委员会就欠交会费程度达到可援引《组织法》第七条规定的会员国向第五十七届世界卫生大会提交的第二份报告³;

注意到第五十七届世界卫生大会开幕时, 阿富汗、安提瓜和巴布达、阿根廷、亚美尼亚、中非共和国、乍得、科摩罗、多米尼加共和国、格鲁吉亚、几内亚比绍、伊拉克、吉尔吉斯斯坦、利比里亚、瑙鲁、尼日尔、摩尔多瓦共和国、索马里、苏里南、塔吉克斯坦和土库曼斯坦的表决权仍被暂停, 并且在本届或今后的卫生大会上这一暂停将继续, 直至有关会员国的欠费已减少到可援引《组织法》第七条规定的数额以下;

注意到在第五十七届世界卫生大会开幕时, 所罗门群岛和乌拉圭的欠费已达到这样的程度, 以致卫生大会有必要根据《组织法》第七条考虑是否应在第五十八届世界卫生大会上暂停这些国家的表决权;

¹ 文件 A57/20 和 A57/20 Add.1。

² 文件 A57/21。

³ 文件 A57/22。

获悉由于乌拉圭后来全额付清了其欠费，它将不再列入欠交会费程度达到可援引《组织法》第七条规定的会员国名单，

决定：

(1) 根据 WHA41.7 号决议中声明的原则，在第五十八届世界卫生大会开幕时，如果所罗门群岛所欠会费仍达到可援引《组织法》第七条规定的程度，其表决权将从所述开幕时起予以暂停；

(2) 如上所述生效的任何暂停将一直延续到第五十八届和随后各届卫生大会，直至所罗门群岛的欠费额减少到可援引《组织法》第七条规定的数额以下的水平；

(3) 该项决定不应损害任何会员国按照《组织法》第七条规定要求恢复其表决权的权利。

(第八次全体会议，2004 年 5 月 22 日 — 乙委员会第三份报告)

WHA57.6 欠交会费：乌克兰

第五十七届世界卫生大会，

审议了执行委员会行政、预算和财务委员会关于欠交会费程度达到可援引《组织法》第七条规定的会员国的第二份报告有关乌克兰解决其欠交会费的要求¹，

1. **决定**在第五十七届世界卫生大会上恢复乌克兰的表决权，条件如下：

(1) 乌克兰应在 15 年期间偿付欠交的评定会费，总额为 36 163 544 美元，但须在 2011 年底之前至少偿付欠交会费总额的一半，即 18 081 772 美元；

(2) 乌克兰应每年至少交纳 1 500 000 美元，首先将用于支付其当年会费，其次用于支付按 WHA45.23 号决议应付的八份年度付款（每年为 342 848 美元），然后用于支付其欠费余额；

2. **决定**根据《组织法》第七条，如果乌克兰不能满足上述第 1 段所规定的要求，其表决权将再次自动终止；

3. **要求**总干事向第五十八届世界卫生大会报告届时的状况；

¹ 文件 A57/22。

4. **要求**总干事将本决议通知乌克兰政府。

(第八次全体会议, 2004年5月22日 — 乙委员会第三份报告)

WHA57.7 与国际兽疫局的协定

第五十七届世界卫生大会,

审议了关于世界卫生组织与*国际兽疫局*之间的报告¹;

考虑到世界卫生组织《组织法》第70条;

批准世界卫生组织与*国际兽疫局*之间的协定, 但凡出现“成员国”这一名称之处, 均须以“成员”取代。

(第八次全体会议, 2004年5月22日 — 乙委员会四份报告)

WHA57.8 《世界卫生大会议事规则》: 第72条修订款

第五十七届世界卫生大会,

忆及关于按世界卫生组织的职能研究其组织结构的 WHA33.17 号决议以及关于执行委员会的改革的 WHA54.22 号决议;

审议了 EB112.R1 号决议;

1. **决定**以下列文本取代其《议事规则》第72条的现行文本

第七十二条

卫生大会对重大问题的决定应由出席及投票表决会员国的三分之二多数通过。这些问题包括: 通过公约或协定; 按组织法第六十九、七十及七十二条批准本组织与联合国及政府间组织和机构建立关系的协定; 修订组织法; 任命总干事; 决定有效的工作预算总额; 以及按组织法第七条决定中止某会员国的表决权和受益权。

2. **决定**在《基本文件》中, 按照普遍接受的解释规则, 除上下文另有规定之外, 使用一个性别应视为包括另一个性别。

(第八次全体会议, 2004年5月22日 — 乙委员会第四份报告)

¹ 见附件1。

WHA57.9 根除麦地那龙线虫病

第五十七届世界卫生大会，

审议了关于根除麦地那龙线虫病的报告¹；

满意地注意到该病流行国在减少麦地那龙线虫病病例数量方面取得了卓越的成果，将 1986 年的大约 350 万病例减少至 2003 年的 32 000 例报告病例；

还注意到该病目前只在 12 个国家中传播，这些国家均在撒哈拉南部非洲，

1. **祝贺**会员国、本组织和合作机构，特别是联合国儿童基金会和卡特中心不断提高安全饮用水的可得性，改进发现病例的监测，加强干预措施并扩大公众对该病的认识；
2. **祝贺** 168 个国家和领地在 1995 年建立了麦地那龙线虫病根除国际认证委员会以来被认证为消灭了麦地那龙线虫病的传播；
3. **铭记**剩余的流行国卫生部长在第五十七届世界卫生大会期间签署了到 2009 年根除麦地那龙线虫病日内瓦宣言；
4. **敦促**剩余的流行国强化其根除努力，包括积极的监测和预防措施；
5. **敦促**会员国、本组织、联合国儿童基金会、卡特中心及其它适宜实体通过继续它们的承诺、协作与合作，利用目前的成就和机会确保最高级别的政治支持，并确保筹集大量所需的资源以迅速完成根除任务；
6. **建议**总干事提供支持，以便通过规划最后阶段为根除麦地那龙线虫病筹集所需的充足资源，并为实现一个没有麦地那龙线虫病的世界而强化其查证和认证活动。

(第八次全体会议，2004 年 5 月 22 日 — 乙委员会四份报告)

WHA57.10 道路安全与健康

第五十七届世界卫生大会，

忆及 WHA27.59 号决议 (1974 年)，该决议注意到道路交通事故造成广泛和严重的公共卫生问题，要求作出协调一致的国际努力，并且世界卫生组织应向会员国提供领导；

¹ 文件 A57/33。

审议了关于道路安全与健康的报告¹；

欢迎联合国大会关于全球道路安全危机的第 58/9 号决议；

赞赏地注意到联合国大会通过 58/289 号决议，邀请世界卫生组织与联合国各区域委员会密切合作，担任联合国系统内道路安全问题协调员；

认识到由道路交通撞车造成的巨大全球死亡负担，其中 90% 发生在低收入和中等收入国家；

确认每一个道路使用者必须负起安全出行的责任和遵守交通法规及条例；

认识到道路交通伤构成一个重大而被忽视的公共卫生问题，在死亡和发病方面具有严重后果，沉重的社会和经济代价，并且如不采取紧急行动，这一问题预期加剧；

进一步认识到需要采取多部门办法以成功处理这一问题和存在以证据为基础的干预措施来减少道路交通伤的影响；

注意到在 2004 年世界卫生日时将开展的大量活动，特别是发行第一份预防交通伤世界报告²，

1. **认为**公共卫生部门和其它部门 — 政府和民间社会同样应通过监测受伤和收集数据，研究道路交通伤的危险因素，实施和评价减少道路交通伤的干预措施，向交通伤的受害者提供住院前及创伤医疗和精神卫生支持，以及提倡预防道路交通伤来积极参与道路交通伤预防规划；
2. **敦促**会员国，特别是承担大部分道路交通伤负担的会员国，通过任命联络点动员其公共卫生部门以预防和减轻道路撞车的不良后果，这些联络点可在流行病学、预防和宣传以及与其它部门联络方面协调公共卫生反应；
3. **接受**联合国大会关于世界卫生组织与联合国各区域委员会密切合作，担任联合国系统内道路安全问题协调员的邀请；
4. **建议**会员国：
 - (1) 将预防交通伤纳入公共卫生规划；

¹ 文件 A57/10。

² 预防道路交通伤世界报告。日内瓦，世界卫生组织，2004 年。

- (2) 评估关于道路交通伤负担的国家状况和确保可利用的资源与该问题的程度相称；
- (3) 如它们尚未这样做，拟订和实施关于预防道路交通伤的国家战略和适宜行动计划；
- (4) 确定政府在道路安全方面的领导地位，包括指定道路安全的单一机构或联络点，或根据国家情况通过另一种有效机制；
- (5) 在不同部委和部门，包括私营运输公司、社区和民间社会之间促进多部门合作；
- (6) 加强紧急和康复服务；
- (7) 提高对危险因素，特别是驾驶时滥用酒精、精神药物和使用移动电话的后果的认识；
- (8) 采取特定措施以预防和控制道路交通撞车造成的死亡和发病及评价此类措施的影响；
- (9) 执行现有交通法规及条例，并与学校、雇主和其它组织合作促进对司机和行人同样进行道路安全教育；
- (10) 利用即将发行的预防道路交通伤世界报告作为计划和实施适宜预防战略的一个手段；
- (11) 确保卫生部参与制定关于预防道路交通伤的政策；
- (12) 尤其是发展中国家，制定法律和严格执行摩托车手和摩托车后座骑乘者戴防撞头盔，并使汽车制造商提供安全带和司机系安全带成为强制性规定；
- (13) 探索为道路安全增加提供资金的可能性，包括通过建立一项基金；

5. 要求总干事：

- (1) 与会员国合作，为实施预防道路交通伤和减轻其后果的措施制定以科学为基础的公共卫生政策和规划；
- (2) 鼓励研究以支持为预防道路交通伤和减轻其后果采取以证据为基础的办法；
- (3) 促进预防交通伤的有效措施变通应用，使之适用于地方社区；

- (4) 提供技术支持，以便为道路交通撞车的受害者加强住院前和创伤医疗系统；
- (5) 与会员国、联合国系统各组织和非政府组织合作，以发展预防受伤能力；
- (6) 保持和加强努力以提高对道路交通伤严重程度和预防的认识。
- (7) 定期组织专家会议交流信息和建设能力；
- (8) 向第六十届世界卫生大会报告在会员国促进道路安全和预防交通伤方面取得的进展。

(第八次全体会议，2004年5月22日 — 甲委员会第二份报告)

WHA57.11 国际家庭年十周年形势下的家庭与健康

第五十七届世界卫生大会，

审议了关于国际家庭年十周年形势下的家庭卫生的报告¹；

忆及《世界卫生组织组织法》规定享受最高而能获致之健康标准，为人人基本权利之一。不因种族，宗教，政治信仰，经济或社会情境各异，而分轩轻；

承认并促进男女之间的平等权利，并强调男女之间的平等以及尊重家庭所有成员的权利对家庭幸福和整个社会至关重要；

还忆及针对有关家庭成员、个人和社区健康问题的各次联合国会议和首脑会议的承诺、目标和结果；

进一步忆及有关的联合国人权文书和相关的全球行动计划与纲领呼吁向家庭提供尽可能广泛的保护和帮助，同时铭记在不同的文化、政治和社会制度中，存在着不同的家庭类型；

还认识到父母、家庭、法定监护人和其他照护人员对儿童的幸福承担首要任务和责任，他们在履行其养育儿童的责任方面必须得到支持；并且在所有与儿童有关的行动中，儿童的最佳利益应是首要考虑；

进一步认识到文化价值、社会经济状况、性别平等和教育是健康的重要决定因素；

¹ 文件 A57/12。

承认有力和支持性的家庭和社会网络对所有家庭成员的健康产生积极影响，而不能获得充分的卫生保健、虐待和忽视儿童以及各种形式的暴力、尤其是配偶暴力和家庭暴力、酒精和物质滥用、不照顾老人和残疾人以及诸如由移民造成的长期分离的潜在影响是极为关注的重要问题；

关切地注意到艾滋病毒/艾滋病的流行对家庭、家庭成员、个人和社区，特别是以儿童和老年人为主的家庭造成的毁灭性影响；

注意到 2004 年将庆祝国际家庭年十周年，

1. 敦促会员国：

- (1) 评估政府政策以便帮助家庭向其所有成员提供一个支持性环境；
- (2) 确保提供适当的法律、社会和有形基础设施，以便支持父母、家庭、法定监护人和其他照护人员，特别是老年男女，加强他们的能力以便为他们照护的每一个儿童的最佳利益提供照顾、养育和保护，根据儿童的年龄和成熟程度对他们的观点给予应有的重视；
- (3) 采取措施以确保对性别问题具敏感认识的卫生政策、计划和规划认识到并处理每个家庭成员的权利和全面的健康与发展需求，特别重视处于不能满足其成员基本需求危机之中的家庭，例如发生虐待儿童、一般暴力、家庭暴力或缺乏关心包括残疾人和老年人的家庭；
- (4) 建立、使用和维持各系统，以便按性别、年龄和其它健康决定因素分门别类提供数据，从而支持以证据为基础的与所有家庭成员相关的卫生干预措施的计划、实施、监测和评价；
- (5) 发展或加强与所有相关的政府和非政府伙伴的联盟和伙伴关系，以便帮助家庭满足其所有成员的健康和发展需求；
- (6) 加强确保提供充足资源的国家行动，以实现关于家庭成员健康问题的各次相关联合国会议和首脑会议的国际承诺、目标和结果；
- (7) 如关于国际家庭年的 WHA46.27 号决议所指出，履行其根据与家庭和卫生发展有关的国际文书所规定的义务，如《消除对妇女一切形式歧视公约》和《儿童权利公约》；

2. 要求总干事：

- (1) 提高对与家庭、家庭成员、个人和社区有关的卫生问题的认识并支持会员国增加其为加强关于这些问题的卫生政策所作的努力；
- (2) 应要求支持会员国发展、使用和维持各系统，以便按性别、年龄和其它健康决定因素分门别类提供数据，从而支持以证据为基础的与家庭及其成员相关的卫生干预措施的计划、实施、监测和评价；
- (3) 支持会员国努力制定或加强养育子女规划，通过有关研究和国际论坛分享国家经验；
- (4) 与有关伙伴合作，支持会员国努力履行他们就与家庭成员健康问题有关的各次相关联合国会议和首脑会议的目标和结果作出的承诺；
- (5) 在本组织有关的政策和规划中对与家庭成员（包括男人和老人）健康相关的照护和支助问题给予应有的重视，并确保注重于家庭与健康的倡议考虑到学校在教育儿童、尤其是女孩方面的作用；
- (6) 通过分享经验和调查结果，与联合国经济和社会事务部以及诸如联合国儿童基金会和联合国人口基金等联合国系统其它有关组织就与家庭及其成员有关的问题密切合作；
- (7) 通过执行委员会向第五十九届世界卫生大会报告实施本项决议的进展情况。

（第八次全体会议，2004年5月22日 — 甲委员会第二份报告）

WHA57.12 生殖卫生：朝着实现国际发展目标和具体目标加速进展的战略

第五十七届世界卫生大会，

审议了朝着实现关于生殖卫生的国际发展目标和具体目标加速进展的战略草案¹；

忆及和认可国际人口与发展会议《行动纲领》（1994年于开罗）以及进一步实施由联大1999年7月第21届特别会议通过的国际人口与发展会议《行动纲领》的各项重点行动；

进一步忆及和认可《北京行动纲领》（1995年于北京）以及实施联大2000年6月第23届特别会议通过的《北京宣言》和《行动纲领》的进一步行动与倡议；

¹ 见附件2。

重申联合国大会于 2000 年 9 月第 55 届会议上通过的《千年宣言》¹和执行《联合国千年宣言》的行进图²中所包含的发展目标；以及其它国际发展目标和指标；

认识到实现《联合国千年宣言》的发展目标以及其它国际目标和指标需要把生殖和性健康方面强有力的投资和政治承诺作为一项重点；

忆及 WHA55.19 号决议要求总干事，除其它外，制定战略以加快实现有关生殖卫生的国际发展目标和指标的进展，

1. **认可**朝着实现关于生殖卫生的国际发展目标和具体目标加速进展的战略；
2. **敦促**会员国作为一项紧急事务，做到：
 - (1) 作为国家为实现《联合国千年宣言》发展目标及其它国际发展目标和指标所做努力的一部分，通过和实施战略，并为此目的调动政治决心和财政资源；
 - (2) 使生殖和性健康成为国家计划和预算制定不可缺少的一部分；
 - (3) 在社区和非政府团体参与下加强卫生系统能力以便实现普遍获取性和生殖卫生保健，并在所有国家中特别重视孕产妇和新生儿健康；
 - (4) 监测战略实施情况以确保它使贫穷及其他边缘人群、包括青少年和男子受益，并加强各级的生殖与性卫生保健和规划；
 - (5) 确保生殖和性健康的各方面，尤其包括青少年的生殖健康以及孕产妇和新生儿健康，被纳入国家关于实现《联合国千年宣言》发展目标进展情况的监测和报告；
3. **要求**总干事：
 - (1) 应要求，在实施生殖卫生战略和评价其影响与有效性方面向会员国提供支持；
 - (2) 将足够的组织重点、承诺和资源专用于支持有效地促进和实施战略及其突出的“必要行动”；
 - (3) 向会员国提供支持以确保生殖卫生用品安全；

¹ 联合国大会第 55/2 号决议。

² 文件 A/56/326。

(4) 在 2005 年编写世界卫生组织第一份生殖和性健康进展报告时，对孕产妇和新生儿健康给予特别重视，将其作为对秘书长向联合国大会提出的关于实现《联合国千年宣言》发展目标进展情况的报告作出的贡献；

(5) 通过执行委员会定期（至少两年一次）向卫生大会提供关于战略实施情况的进展报告。

（第八次全体会议，2004 年 5 月 22 日 — 甲委员会第二份报告）

WHA57.13 基因组学与世界卫生

第五十七届世界卫生大会，

审议了关于基因组学与世界卫生的报告¹；

确认基因组学研究方面的显著进展以及许多会员国对这种医学研究和实践的新措施尚未作好准备的事实；

希望促进基因组学革命的潜在效益有益于发达国家和发展中国家人口的健康；

意识到基因组学引起对安全的关注并有伦理、法律、社会和经济方面新的复杂影响；

重申必须在卫生保健实践和提供方面增值的前提下考虑基因组学的进展；

认识到迫切需要关于基因组学的研究和应用，以便促进对人类产生效益；

认识到基因组学可在公共卫生领域作出重大贡献；

确信政府、科学界、民间社会、私立部门和国际社会履行其承诺以确保人人公平地分享基因组学方面进展的时机已成熟，

1. **注意到**卫生研究咨询委员会关于基因组学与世界卫生的报告²中包含的建议；
2. 为本决议及世界卫生组织以后所有活动的目的，**通过**如下基因组学的定义：基因组学是关于基因和它们的功能以及相关技术的研究；
3. **敦促**会员国考虑采用所述建议和动员一切有关科学、社会、政治和经济方面，以便：

¹ 文件 A57/16。

² 《基因组学与世界卫生：卫生研究咨询委员会的报告》。日内瓦，世界卫生组织，2002 年。

- (1) 制定国家基因组学政策和战略并建立机制以评估有关技术、成本效益、伦理评审机构、法律、社会和经济影响、管制系统（特别在安全方面）以及公众意识的必要性；
 - (2) 加强现有从事基因组学研究的中心和机构或建立新的中心和机构，目的是加强国家能力并加快合乎伦理地应用与国家卫生问题相关的基因组学进展；
4. **吁请**会员国促进私立部门、科学界、民间社会及其它利益相关方面之间加强合作，特别在联合国系统内，并参与对话，以便找到创造性和公平的方法，为针对发展中国家卫生需求的基因组学研究筹集更多的资源及发展生物伦理学和生物信息学等领域的的能力；
5. **要求**总干事：
- (1) 向会员国提供支持以制定国家政策和战略并加强能力，使它们能够受益于与它们的卫生问题和管制制度相关的基因组学进展，特别在安全性和公众认识的必要性方面；
 - (2) 与有关联合国机构合作，促进世界卫生组织在召集区域和国际论坛以及鼓励主要利益相关方面之间形成伙伴关系以筹集资源方面的作用，对能力建设作出贡献，并为涉及基因组学研究方面进展的相关问题找到创新的解决办法；
 - (3) 在使用和应用基因组学技术方面促进发达国家与发展中国家之间的交流，通过例如培训和技术支持活动解决地方和区域特定问题。

（第八次全体会议，2004年5月22日 — 甲委员会第二份报告）

WHA57.14 在艾滋病毒/艾滋病协调的综合应对内增加治疗和护理

第五十七届世界卫生大会，

审议了关于艾滋病毒/艾滋病的报告¹；

极为关切地注意到，到2003年底，约4000万人患有艾滋病毒/艾滋病，该大流行病在2003年夺走了估计300万人的生命，并且艾滋病毒/艾滋病特别严重地影响妇女和儿童；

还关注，虽然发展中国家约600万人需要抗逆转录病毒治疗，但是目前只有44万人获得这种治疗；

¹ 文件A57/4。

关切地注意到，其它卫生状况也造成发展中国家的高发病率和死亡率；

确认抗逆转录病毒疗法已降低死亡率和延长健康寿命，并且在若干资源制约的环境中已证明提供抗逆转录病毒治疗的可行性；

认识到为艾滋病毒感染者和受艾滋病毒/艾滋病影响者提供治疗和药物，以及预防、护理和支助是国家级卫生部门综合反应不可分离的要素，需要国家和其它捐助方给予充足的财政支持；

认识到社会性耻辱、歧视、缺乏可负担得起的抗逆转录病毒药物、经济制约、卫生保健能力和人力资源的限制是艾滋病毒/艾滋病患者获得治疗和护理以及社会支持的一些主要障碍；

还认识到必需进一步降低抗逆转录病毒药物的费用；

忆及在联合国大会艾滋病毒/艾滋病问题特别会议(2001年6月27日)上通过的《关于艾滋病毒/艾滋病问题的承诺宣言》，它确认预防感染艾滋病毒必须成为国家、区域和国际社会遏制艾滋病对策的支柱并要求到2005年在实施全面护理战略方面取得重大进展，包括获得抗逆转录病毒药物；

还忆及关于世界卫生组织对联合国大会关于艾滋病毒/艾滋病的特别会议后续行动的贡献的WHA55.12号决议、关于确保基本药物的可得性的WHA55.14号决议、关于知识产权、革新与公共卫生的WHA56.27号决议以及关于全球卫生部门艾滋病毒/艾滋病战略的WHA56.30号决议；

忆及并确认国际人口与发展会议(1994年于开罗)上通过的行动纲领、社会发展问题世界首脑会议(1995年于哥本哈根)和世界儿童问题首脑会议(1990年于纽约)上所做的承诺、北京宣言和行动纲领(1995年)、消除对妇女的暴力行为宣言(1993年)以及千年宣言(2000年)、它们的建议和各自的后续行动和报告；

满意地注意到发展伙伴之间2004年4月25日协议，通过“三一”原则在国家级改进协调和统一应对艾滋病毒/艾滋病，即一个商定的为协调所有伙伴的工作提供基础的艾滋病毒/艾滋病行动框架；一个拥有广泛的多部门职权的国家艾滋病协调机构；以及一个商定的国家级监测和评价系统；

认识到卫生部门在应对艾滋病毒/艾滋病方面的核心作用及必须加强卫生系统和人的能力发展，以便国家和社区可充分促进实现关于艾滋病毒/艾滋病问题的承诺宣言中确定的全球目标，并发展公共卫生系统，从而尽量减少抗药性的出现；

强调世界卫生组织工作的重要性，包括通过世界卫生组织发起的采购、质量和来源项目，以促进发展中国家以最优惠价格获得安全有效和负担得起的抗逆转录病毒药物和诊断制剂；

忆及在世贸组织部长级会议（2001年于多哈）上通过的关于与贸易有关的知识产权协定和公共健康的宣言并欢迎世贸组织总理事会2003年8月30日就实施该宣言第6段作出的决定¹；

确认世界卫生组织在联合国系统内防治艾滋病毒/艾滋病和减轻其影响方面的特别作用，它在关于艾滋病毒/艾滋病问题的承诺宣言后续行动、作为联合国艾滋病规划署的一个联合发起组织在领导联合国关于艾滋病毒/艾滋病治疗和护理的努力方面以及在预防工作中发挥强有力作用方面的责任；

欢迎许多会员国开始在他们的国家增加治疗艾滋病毒/艾滋病方面取得的进展；

还欢迎会员国增加对防治艾滋病毒/艾滋病规划的支持，

1. **欢迎**总干事的“三五”战略以支持发展中国家，作为世界卫生组织对全球卫生部门艾滋病毒/艾滋病综合战略后续行动的一部分，以确保到2005年底使300万艾滋病毒/艾滋病患者获得抗逆转录病毒治疗，并注意到从国家和其他捐助者、包括使世界卫生组织实现这一目标筹集财政资源的重要性；

2. **敦促**会员国作为一项重点：

(1) 必要时在国际社会的帮助下，建立或加强国家卫生和社会基础设施和卫生系统，以便保证其有效提供艾滋病毒/艾滋病预防、治疗、护理和支助服务的能力；

(2) 在全面国家卫生战略的框架内加强国家计划、监测和评价系统以提供艾滋病毒/艾滋病预防、治疗、护理和支助服务，确保艾滋病毒/艾滋病服务与所有其它基本卫生服务之间的适当平衡；

(3) 实行政策和措施以促进：

(a) 充足和经过适当培训的人力资源，恰当地混合各种技能以便作出更大规模的反应；

(b) 在获得治疗和护理方面的人权、公平性和性别平等；

¹ 文件 WT/L/540，可在 <http://docsonline.wto.org> 查阅。

- (c) 获得并能负担得起充足数量的高质药品，包括抗逆转录病毒药物和医疗技术，用于治疗、诊断和管理艾滋病毒/艾滋病；
- (d) 无歧视地人人获得和负担得起治疗，在知情同意情况下检测和咨询，预防和护理服务，包括人口中最脆弱或社会处境不利的群体；
- (e) 质量良好和具有科学和医学适当性的药品或医疗技术用于治疗和管理艾滋病毒/艾滋病，不分其来源和原产国，尤其通过最佳利用经资格预审的符合国际质量标准的药物清单；
- (f) 对医学研究、包括杀菌剂、诊断制剂和疫苗研究，对社会科学和卫生系统以及对传统医学及其与其它医学的可能相互影响进一步投资，以便改进干预措施的有效性；
- (g) 发展旨在促进获得抗逆转录病毒药物和旨在帮助坚持治疗疗程的卫生系统，以便尽量减少抗药性和保护患者避免假药；
- (h) 将营养纳入对艾滋病毒/艾滋病的综合应对；
- (i) 按照联合国系统艾滋病毒和婴儿喂养重点行动框架及世界卫生组织/联合国儿童基金会决策人员和卫生保健管理人员准则促进母乳喂养；

(4) 必要时考虑修订国家法规以便充分利用与贸易有关的知识产权协定中包含的灵活性；

(5) 应用“三一”原则，目的在于改进协调和统一应对艾滋病毒/艾滋病；

(6) 在双边贸易协定中考虑到世贸组织部长级会议（2001年于多哈）通过的与贸易有关的知识产权协定中包含并经关于与贸易有关的知识产权协定和公共健康的宣言认可的灵活性；

3. 要求总干事：

(1) 加强世界卫生组织作为联合国艾滋病规划署的一个联合发起组织在联合国全系统范围应对的框架内，在对卫生系统应对艾滋病毒/艾滋病提供技术领导、指导和支持方面发挥的主要作用；

(2) 在“三一”原则的框架内采取行动：

- (a) 向国家提供支持，以便最大限度增加机会为艾滋病毒/艾滋病和包括结核病在内的有关疾病的预防、护理、支助和治疗提供所有相关干预措施；

- (b) 在加强国家卫生系统的框架内以注重于贫穷、性别平等和最脆弱群体的方式支持、动员和促进发展中国家努力增加抗逆转录病毒治疗，同时在预防、护理和治疗之间保持适当的投资平衡；
- (c) 按照全球卫生部门艾滋病毒/艾滋病战略，在增加治疗的范畴内提供关于加快预防的指导；
- (3) 采取措施，包括通过加强世界卫生组织的资格预审项目改进发展中国家获得药品和诊断产品的情况以诊断、治疗和管理艾滋病毒/艾滋病；
- (4) 除专利和保密情况外，确保公开提供资格预审程序以及对所列产品的检查结果和评估报告；
- (5) 支持发展中国家改进管理质量良好的艾滋病药物和诊断制剂供应链和采购；
- (6) 向国家提供支持，以便将增加对艾滋病毒/艾滋病的应对牢固纳入加强国家卫生系统的广泛努力，特别在人力资源发展和卫生基础设施、卫生系统筹资和卫生信息方面；
- (7) 通过执行委员会向第五十八届世界卫生大会报告关于本决议实施情况的进展。

(第八次全体会议，2004年5月22日 — 甲委员会第二份报告)

WHA57.15 2005年摊款比额

第五十七届世界卫生大会，

审议了总干事的报告¹，

1. **决定**为2005年采用修订的摊款比额，反映最新采用的联合国比额，具体如下：

会员国和准会员	2005年经修订的 世界卫生组织比额
	%
阿富汗	0.00200
阿尔巴尼亚	0.00500
阿尔及利亚	0.07600
安道尔	0.00500

¹ 文件 A57/23。

会员国和准会员	2005 年经修订的 世界卫生组织比额
	%
安哥拉	0.00100
安提瓜和巴布达	0.00300
阿根廷	0.95600
亚美尼亚	0.00200
澳大利亚	1.59200
奥地利	0.85900
阿塞拜疆	0.00500
巴哈马	0.01300
巴林	0.03000
孟加拉国	0.01000
巴巴多斯	0.01000
白俄罗斯	0.01800
比利时	1.06900
伯利兹	0.00100
贝宁	0.00200
不丹	0.00100
玻利维亚	0.00900
波斯尼亚—黑塞哥维那	0.00300
博茨瓦纳	0.01200
巴西	1.52300
文莱达鲁萨兰国	0.03400
保加利亚	0.01700
布基纳法索	0.00200
布隆迪	0.00100
柬埔寨	0.00200
喀麦隆	0.00800
加拿大	2.81300
佛得角	0.00100
中非共和国	0.00100
乍得	0.00100
智利	0.22300
中国	2.05300
哥伦比亚	0.15500
科摩罗	0.00100
刚果	0.00100
库克群岛	0.00100
哥斯达黎加	0.03000
科特迪瓦	0.01000
克罗地亚	0.03700

会员国和准会员	2005年经修订的 世界卫生组织比额
	%
古巴	0.04300
塞浦路斯	0.03900
捷克共和国	0.18300
朝鲜民主主义人民共和国	0.01000
刚果民主共和国	0.00300
丹麦	0.71800
吉布提	0.00100
多米尼加	0.00100
多米尼加共和国	0.03500
厄瓜多尔	0.01900
埃及	0.12000
萨尔瓦多	0.02200
赤道几内亚	0.00200
厄立特里亚	0.00100
爱沙尼亚	0.01200
埃塞俄比亚	0.00400
斐济	0.00400
芬兰	0.53300
法国	6.03010
加蓬	0.00900
冈比亚	0.00100
格鲁吉亚	0.00300
德国	8.66230
加纳	0.00400
希腊	0.53000
格林纳达	0.00100
危地马拉	0.03000
几内亚	0.00300
几内亚比绍	0.00100
圭亚那	0.00100
海地	0.00300
洪都拉斯	0.00500
匈牙利	0.12600
冰岛	0.03400
印度	0.42100
印度尼西亚	0.14200
伊朗(伊斯兰共和国)	0.15700
伊拉克	0.01600
爱尔兰	0.35000

会员国和准会员	2005 年经修订的 世界卫生组织比额
	%
以色列	0.46700
意大利	4.88510
牙买加	0.00800
日本	19.46830
约旦	0.01100
哈萨克斯坦	0.02500
肯尼亚	0.00900
基里巴斯	0.00100
科威特	0.16200
吉尔吉斯斯坦	0.00100
老挝人民民主共和国	0.00100
拉脱维亚	0.01500
黎巴嫩	0.02400
莱索托	0.00100
利比里亚	0.00100
阿拉伯利比亚民众国	0.13200
立陶宛	0.02400
卢森堡	0.07700
马达加斯加	0.00300
马拉维	0.00100
马来西亚	0.20300
马尔代夫	0.00100
马里	0.00200
马耳他	0.01400
马绍尔群岛	0.00100
毛里塔尼亚	0.00100
毛里求斯	0.01100
墨西哥	1.88300
密克罗尼西亚(联邦)	0.00100
摩纳哥	0.00300
蒙古	0.00100
摩洛哥	0.04700
莫桑比克	0.00100
缅甸	0.01000
纳米比亚	0.00600
瑙鲁	0.00100
尼泊尔	0.00400
荷兰	1.69000
新西兰	0.22100

会员国和准会员	2005年经修订的 世界卫生组织比额
	%
尼加拉瓜	0.00100
尼日尔	0.00100
尼日利亚	0.04200
纽埃	0.00100
挪威	0.67900
阿曼	0.07000
巴基斯坦	0.05500
帕劳	0.00100
巴拿马	0.01900
巴布亚新几内亚	0.00300
巴拉圭	0.01200
秘鲁	0.09200
菲律宾	0.09500
波兰	0.46100
葡萄牙	0.47000
波多黎各	0.00100
卡塔尔	0.06400
大韩民国	1.79600
摩尔多瓦共和国	0.00100
罗马尼亚	0.06000
俄罗斯联邦	1.10000
卢旺达	0.00100
圣基茨和尼维斯	0.00100
圣卢西亚	0.00200
圣文森特和格林纳丁斯	0.00100
萨摩亚	0.00100
圣马力诺	0.00300
圣多美和普林西比	0.00100
沙特阿拉伯	0.71300
塞内加尔	0.00500
塞尔维亚和黑山	0.01900
塞舌尔	0.00200
塞拉利昂	0.00100
新加坡	0.38800
斯洛伐克	0.05100
斯洛文尼亚	0.08200
所罗门群岛	0.00100
索马里	0.00100
南非	0.29200

会员国和准会员	2005 年经修订的 世界卫生组织比额
	%
西班牙	2.52000
斯里兰卡	0.01700
苏丹	0.00800
苏里南	0.00100
斯威士兰	0.00200
瑞典	0.99800
瑞士	1.19700
阿拉伯叙利亚共和国	0.03800
塔吉克斯坦	0.00100
泰国	0.20900
前南斯拉夫的马其顿共和国	0.00600
东帝汶	0.00100
多哥	0.00100
托克劳	0.00100
汤加	0.00100
特立尼达和多巴哥	0.02200
突尼斯	0.03200
土耳其	0.37200
土库曼斯坦	0.00500
图瓦卢	0.00100
乌干达	0.00600
乌克兰	0.03900
阿拉伯联合酋长国	0.23500
大不列颠及北爱尔兰联合王国	6.12720
坦桑尼亚联合共和国	0.00600
美利坚合众国	22.00000
乌拉圭	0.04800
乌兹别克斯坦	0.01400
瓦努阿图	0.00100
委内瑞拉	0.17100
越南	0.02100
也门	0.00600
赞比亚	0.00200
津巴布韦	0.00700
总计	100.00000

2. **决定** 实行调整机制下可为 2005 年提供的如下所示款额，根据 WHA56.34 号决议中确立的计算方法修订了该款额以反映 2005 年修订的摊款额，该款额将按比例减少（如

有必要),以便确保根据最迟在 2004 年 10 月 31 日收到的通知,领取的总额可完全由调拨用于 2004-2005 年调整机制的款额支付。

会员国和准会员	2005 年调整机制下 会员国可得额 (新比额) 美元
阿富汗	-
阿尔巴尼亚	3 435
阿尔及利亚	-
安道尔	1 715
安哥拉	-
安提瓜和巴布达	1 715
阿根廷	-
亚美尼亚	-
澳大利亚	228 355
奥地利	-
阿塞拜疆	-
巴哈马	-
巴林	22 320
孟加拉国	-
巴巴多斯	3 435
白俄罗斯	-
比利时	-
伯利兹	-
贝宁	-
不丹	-
玻利维亚	3 435
波斯尼亚—黑塞哥维那	-
博茨瓦纳	3 435
巴西	130 490
文莱达鲁萨兰国	24 035
保加利亚	10 300
布基纳法索	-
布隆迪	-
柬埔寨	1 715
喀麦隆	-
加拿大	214 620
佛得角	-
中非共和国	-
乍得	-

会员国和准会员	2005 年调整机制下 会员国可得额 (新比额)
	美元
智利	152 810
中国	1 844 005
哥伦比亚	82 415
科摩罗	-
刚果	-
库克群岛	-
哥斯达黎加	24 035
科特迪瓦	1 715
克罗地亚	13 735
古巴	32 620
塞浦路斯	10 300
捷克共和国	66 960
朝鲜民主主义人民共和国	-
刚果民主共和国	-
丹麦	63 525
吉布提	-
多米尼加	-
多米尼加共和国	34 340
厄瓜多尔	-
埃及	96 150
萨尔瓦多	17 170
赤道几内亚	1 715
厄立特里亚	-
爱沙尼亚	-
埃塞俄比亚	-
斐济	-
芬兰	-
法国	-
加蓬	-
冈比亚	-
格鲁吉亚	-
德国	-
加纳	-
希腊	317 635
格林纳达	-
危地马拉	20 605
几内亚	-

会员国和准会员	2005年调整机制下
	会员国可得额
	(新比额)
	美元
几内亚比绍	-
圭亚那	-
海地	1 715
洪都拉斯	3 435
匈牙利	13 735
冰岛	5 150
印度	218 055
印度尼西亚	-
伊朗(伊斯兰共和国)	-
伊拉克	-
爱尔兰	223 205
以色列	211 185
意大利	-
牙买加	3 435
日本	-
约旦	8 585
哈萨克斯坦	-
肯尼亚	3 435
基里巴斯	-
科威特	61 810
吉尔吉斯斯坦	-
老挝人民民主共和国	-
拉脱维亚	-
黎巴嫩	13 735
莱索托	-
利比里亚	-
阿拉伯利比亚民众国	17 170
立陶宛	15 455
卢森堡	17 170
马达加斯加	-
马拉维	-
马来西亚	39 490
马尔代夫	-
马里	-
马耳他	-
马绍尔群岛	-
毛里塔尼亚	-

会员国和准会员	2005 年调整机制下 会员国可得额 (新比额) 美元
毛里求斯	3 435
墨西哥	1 552 125
密克罗尼西亚(联邦)	-
摩纳哥	-
蒙古	-
摩洛哥	12 020
莫桑比克	-
缅甸	3 435
纳米比亚	-
瑙鲁	-
尼泊尔	-
荷兰	144 225
新西兰	6 870
尼加拉瓜	-
尼日尔	-
尼日利亚	18 885
纽埃	-
挪威	135 640
阿曼	34 340
巴基斯坦	-
帕劳	-
巴拿马	10 300
巴布亚新几内亚	-
巴拉圭	-
秘鲁	-
菲律宾	25 755
波兰	460 145
葡萄牙	78 980
波多黎各	-
卡塔尔	54 940
大韩民国	1 383 860
摩尔多瓦共和国	-
罗马尼亚	8 585
俄罗斯联邦	68 680
卢旺达	-
圣基茨和尼维斯	-
圣卢西亚	1 715

会员国和准会员	2005年调整机制下
	会员国可得额
	(新比额)
	美元
圣文森特和格林纳丁斯	-
萨摩亚	-
圣马力诺	1 715
圣多美和普林西比	-
沙特阿拉伯	274 710
塞内加尔	-
塞尔维亚和黑山	-
塞舌尔	-
塞拉利昂	-
新加坡	363 995
斯洛伐克	29 190
斯洛文尼亚	37 775
所罗门群岛	-
索马里	-
南非	-
西班牙	-
斯里兰卡	8 585
苏丹	1 715
苏里南	-
斯威士兰	-
瑞典	-
瑞士	1 715
阿拉伯叙利亚共和国	-
塔吉克斯坦	-
泰国	72 110
前南斯拉夫的马其顿共和国	3 435
东帝汶	1 715
多哥	-
托克劳	-
汤加	-
特立尼达和多巴哥	10 300
突尼斯	8 585
土耳其	-
土库曼斯坦	-
图瓦卢	-
乌干达	3 435
乌克兰	-

会员国和准会员	2005 年调整机制下 会员国可得额 (新比额) 美元
阿拉伯联合酋长国	103 015
大不列颠及北爱尔兰联合王国	1 916 460
坦桑尼亚联合共和国	5 150
美利坚合众国	-
乌拉圭	1 715
乌兹别克斯坦	-
瓦努阿图	-
委内瑞拉	24 035
越南	24 035
也门	-
赞比亚	-
津巴布韦	-
总计	11 182 830

(第八次全体会议, 2004 年 5 月 22 日 — 乙委员会第五份报告)

WHA57.16 健康促进和健康的生活方式

第五十七届世界卫生大会,

忆及关于健康促进、公共信息和健康教育的 WHA42.44 和 WHA51.12 号决议, 渥太华 (1986 年)、澳大利亚阿德莱德 (1988 年)、瑞典松兹瓦尔 (1991 年)、雅加达 (1997 年) 和墨西哥城 (2000 年) 五次健康促进全球会议的结果, 促进健康部长级宣言 (2000 年), 以及《世界卫生组织烟草控制框架公约》的通过 (2003 年);

审议了关于健康促进和健康的生活方式的报告¹;

注意到《2002 年世界卫生报告》², 该报告处理全球健康的主要风险并突出行为因素的作用, 主要是不健康饮食、缺乏身体活动、烟草消费和有害使用酒精, 作为构成迅速加重负担的非传染病的主要危险因素;

注意到促进精神卫生是全面健康促进的一个重要组成部分;

认识到健康促进战略、典型和方法的必要性既不局限于特定卫生问题, 也不局限于

¹ 文件 A/57/11。

² 《2002 年世界卫生报告》。减少风险, 促进健康的生活方式。日内瓦, 世界卫生组织, 2002 年。

一整套特定的行为，而是适用于各种不同的人群组、危险因素和疾病以及不同的文化和环境；

确认大体上健康促进方面首要努力的方向应是通过综合处理包括社会结构、环境因素和生活方式在内的决定因素链来减少卫生不平等现象；

认识到会员国必须为可持续的有效健康促进加强政策、人力和财力资源以及机构能力，以处理健康的主要决定因素及其相关危险因素，目的在于建设国家能力，加强以证据为基础的做法，发展创新的筹资手段，并为实施和评价制定准则；

忆及初级卫生保健的重要性和渥太华健康促进宪章确定的五个行动领域，

1. 敦促会员国：

- (1) 加强国家和地方各级的现有能力，以计划和实施对性别敏感和文化适宜的综合多部门健康促进政策和规划，特别注意贫穷和边缘化群体；
- (2) 建立适当机制，收集、监测和分析国家经验，以便加强作为卫生系统有机组成部分的健康促进干预措施的效益的证据基础，从而实现有效的社会 and 生活方式变革；
- (3) 高度重视在学校和其它教育机构内外促进男女儿童和青少年的健康生活方式，包括健康和安全的娱乐机会和为这种生活方式创造支持性环境；
- (4) 将酒精有害使用列入《2002年世界卫生报告》所指出的与生活方式有关的危险因素清单和重视预防与酒精有关的危害，以及促进减少酒精有害使用（尤其在青少年和孕妇中以及在工作场所和在驾驶时）的不利身体、精神和社会后果的战略；
- (5) 制定戒烟规划；
- (6) 在必要和适当时主动考虑为健康促进工作建立富有革新性的适当和可持续的筹资机制，为健康促进方面的管理工作提供坚实的机构基础；

2. 要求总干事：

- (1) 把健康促进作为最高重点，以便按照 WHA51.12 号决议的要求在本组织内支持其发展，目的在于与有关利益相关方面协商，更有效地支持会员国处理健康的主要危险因素，包括酒精有害使用和与生活方式有关的其它主要因素；
- (2) 继续提倡对健康促进采取以证据为基础的做法并向会员国提供技术和其它支持以建设它们的能力，从而在各级实施、监测、评价和传播有效的健康促进规划；

- (3) 按《2002年世界卫生报告》所概述的，就促进健康生活方式和管理相关危险因素方面产生的挑战和机会向会员国提供支持和指导；
- (4) 支持所有会员国制定和实施戒烟规划；
- (5) 在必要和适当时支持各会员国努力建立具有坚实机构基础并富有革新性的适当和可持续的筹资机制，以便能够有效地协调和有系统地监测它们的健康促进努力；
- (6) 向执行委员会第115届会议和第五十八届世界卫生大会报告促进健康生活方式方面取得的进展，包括一份有关本组织今后关于酒精消费的工作的报告。

(第八次全体会议，2004年5月22日 — 甲委员会第三份报告)

WHA57.17 饮食、身体活动与健康全球战略

第五十七届世界卫生大会，

忆及关于预防和控制非传染病的 **WHA51.18** 和 **WHA53.17** 号决议以及关于饮食、体力活动和健康的 **WHA55.23** 号决议；

忆及《2002年世界卫生报告》¹，报告表明主要非传染病引起的死亡、发病和残疾目前约占所有死亡的 60% 和全球疾病负担的 47%，并且预计到 2020 年这些数字将分别上升至 73% 和 60%；

注意到由非传染病造成的死亡中有 66% 发生在发展中国家，那里受影响的人在平均年龄方面比发达国家中受影响的人更为年轻；

对作为人口和生活方式方面不断演变趋势的一个后果的这些上升数字，包括与饮食和身体活动有关的趋势表示忧虑；

确认存在着大量广泛的知识 and 公共卫生潜力，需要降低对不健康饮食和缺乏身体活动造成的主要危险接触的程度，而且随之发生的疾病在很大程度上是可预防的；

还注意到，正如在若干会员国中已显示的，通过实施一致的重要公共卫生行动，这些主要行为和环境危险因素可发生改变；

确认营养不良，包括营养不足和营养缺乏症，仍然是世界许多地区、尤其是发展中国家的一个主要死亡和发病原因，并且这项战略补充了世界卫生组织及其会员国在整个营养领域的重要工作；

¹ 《2002年世界卫生报告：减少风险，延长健康寿命》。日内瓦，世界卫生组织，2002年。

认识到国家、社区和个人相互依赖，而且政府与其它利益相关方面合作，在创造环境推动和鼓励个人、家庭和社会就健康饮食和身体活动作出强化生命的积极决策方面具有核心作用；

认识到在非传染病综合预防和控制范围内一项饮食、身体活动与健康全球战略的重要性，包括支持健康的生活方式，促进更健康的环境，提供公共信息和卫生服务以及在改进生活方式及个人和社区健康方面卫生和有关专业以及致力于减少非传染病危险的一切有关利益相关方面和部门的大力参与；

认识到为实施这项全球战略，应通过国际合作促进能力建设以及财政和技术支持以加强发展中国家的国家努力；

认识到传统饮食和身体活动习俗，包括土著人民的饮食和身体活动习俗的社会经济重要性和潜在健康效益；

重申本战略中的内容不应被看作是采取限制贸易措施或扭曲贸易行径的正当理由；

重申应以可得的最佳科学证据为基础并作为会员国政策和规划的一部分，按照国家饮食和身体活动准则确定能量、营养素和食物，包括游离糖、盐、脂肪、水果、蔬菜、豆类、整粒谷物和果仁的适当摄入水平，同时考虑到文化传统以及国家饮食习俗；

确信现在正是各国政府、民间社会和包括私立部门在内的国际社会重申其承诺的时候，以鼓励健康的饮食和身体活动模式；

注意到 WHA56.23 号决议敦促会员国充分利用食品法典委员会标准，在整个食品链中保护人类健康，包括帮助就营养和饮食作出健康的选择，

1. **认可**在此所附的饮食、身体活动与健康全球战略；

2. **敦促**会员国：

(1) 酌情结合国家情况并作为其总体政策和规划的一部分，制定、实施和评价战略中建议的行动，通过健康饮食和身体活动促进个人和社区健康，并减少非传染病的危险和发病率；

(2) 促进包括健康饮食和身体活动并促成能量平衡的生活方式；

(3) 加强现有结构或建立新的结构，通过卫生和其它有关部门实施战略，以监测和评价其有效性并指导资源投资和管理，从而减少非传染病的患病率及与不健康饮食和缺乏身体活动有关的危险；

- (4) 为此目的，根据国家情况确定：
 - (a) 国家宗旨和目标，
 - (b) 实现这些宗旨和目标的切实可行时间表，
 - (c) 国家饮食和身体活动准则，
 - (d) 可衡量的过程和产出指标，使能准确监测和评价所采取的行动和对查明的需求作出迅速反应，
 - (e) 保持和促进传统食品和身体活动的措施；
 - (5) 鼓励动员所有有关的社会和经济团体，包括科学、专业、非政府、自愿、私立部门、民间社会和工业协会，并使它们积极而又恰当地参与实施战略以及实现其目的和目标；
 - (6) 鼓励和培养有利于个人通过采纳包括健康饮食和身体活动的生活方式履行其健康责任的环境；
 - (7) 确保在实施这项战略的范围内通过的公共政策符合其各自在国际和多边协定、包括贸易和其它相关协定中的承诺，以避免限制或扭曲贸易的影响；
 - (8) 在实施战略时考虑对脆弱人群和特定产品非故意影响的风险；
3. **吁请**其它国际组织和机构在其各自职权和规划内优先重视并请包括捐助界在内的公共和私立利益相关方面与各国政府合作促进健康的饮食和身体活动以改善健康结果；
 4. **要求**食品法典委员会继续在其业务职权的框架内充分考虑它可采取的以依据为基础的行动，按照战略的目的和目标改进食品的卫生标准；
 5. **要求**总干事：
 - (1) 与会员国合作，继续和加强致力于营养不足和微量营养素缺乏方面的工作和继续向会员国报告在营养方面取得的进展（WHA48.8、WHA49.13、WHA52.24 和 WHA54.2 号决议）；
 - (2) 应要求在全球和区域级向会员国提供技术意见和调动支持，以实施战略及监测和评价实施情况；

- (3) 持续地监测与饮食、身体活动和健康相关的国际科学发展和研究情况，包括关于构成各别国家饮食相当大部分或重要部分的农产品饮食效益的断言，以便让会员国能够使其规划适应最新知识；
- (4) 继续编制和传播技术信息、准则、研究、评价以及宣传和培训材料，以使会员国在处理日益增加的非传染病全球负担时，更好地了解健康饮食和身体活动的成本/效益和贡献；
- (5) 加强与联合国系统其它组织和双边机构在促进终生健康的饮食和身体活动方面开展国际合作；
- (6) 与民间社会及致力于减少非传染病危险的公共和私立利益相关方面合作，实施战略并促进健康的饮食和身体活动，同时确保避免潜在的利益冲突；
- (7) 与联合国系统其它专门机构和政府间机构一起致力于评价和监测这项战略及其实施的卫生问题、社会经济影响和性别方面，并向第五十九届世界卫生大会简要介绍进展情况；
- (8) 向第五十九届世界卫生大会报告战略的实施情况。

附件

饮食、身体活动与健康全球战略草案

1. 会员国认识到非传染病日益增加的沉重负担，要求总干事通过广泛的协商过程制定一项饮食、身体活动与健康全球战略¹。为确定全球战略草案的内容，与会员国举行了六次区域协商会并与联合国系统各组织、其它政府间机构以及民间社会和私立部门代表开展了协商。一个由来自世界卫生组织六个区域的饮食和身体活动方面独立国际专家组成的咨商小组也提供了建议。
2. 战略针对两项主要的非传染病危险因素，即饮食和身体活动，同时还补充了世界卫生组织和国家在包括营养不足、微量营养素缺乏和婴幼儿喂养等其它与营养相关领域内开展的长期确立和持续的工作。

挑战

3. 许多发达国家在死亡和疾病主要原因的平衡方面已发生了深刻的转变，许多发展中国家也正在出现这种转变。就全球而言，非传染病负担已迅速增加。在 2001 年，非传

¹ WHA55.23 号决议。

染病约占每年 5600 万例死亡的 60%和全球疾病负担的 47%。鉴于这些数字及在疾病负担方面预测的今后增加，非传染病的预防对全球公共卫生提出了一项重大的挑战。

4. 《2002 年世界卫生报告》¹详细描述少数主要危险因素如何在大多数国家引起大量发病和死亡。就非传染病而言，最重要的危险包括高血压、血液中胆固醇浓度高、水果和蔬菜摄入量不足、体重过重或肥胖、缺乏身体活动和使用烟草。这些危险因素中有 5 个与饮食和身体活动密切相关。
5. 因此，不健康饮食和缺乏身体活动属于主要非传染病包括心血管疾病、2 型糖尿病和某些种类癌症的最主要原因，并且在很大程度上造成全球疾病负担、死亡和残疾。与饮食和缺乏身体活动有关的其它疾病，如龋齿和骨质疏松，是普遍的发病原因。
6. 由非传染病造成的死亡、发病和残疾负担目前在发展中国家最为沉重并正在继续增长，那里的受影响者平均年龄比发达国家中受影响者年轻，而且 66%的死亡发生在那里。饮食以及身体活动模式方面的迅速变化正进一步导致这些比率升高。吸烟也增加患这些疾病的危险，但主要通过独立的机理发生作用。
7. 在非传染病占国家疾病负担主导地位的某些发达国家，分年龄死亡率和发病率一直在缓慢下降。在降低由冠状动脉病、脑血管病及某些与烟草有关的癌症造成的早死率方面正在取得进展。但是，总的负担和病人数量仍然是高的，并且体重过重和肥胖成人和儿童数量以及密切相关的 2 型糖尿病病例数在许多发达国家正在不断增加。
8. 非传染病及其危险因素最初主要局限于中低收入国家中经济上成功的人群。但最近的证据显示，经过一段时间之后，不健康的行为模式及与之相关的非传染病集中出现在贫穷社区并促成社会和经济方面的不公平现象。
9. 在最贫穷的国家，即使传染病和营养不足占其目前疾病负担的显著地位，慢性病的主要危险因素也正在扩散。在发展中国家，甚至在较富裕国家的低收入阶层，体重过重和肥胖的发生率正在上升。对不健康饮食的原因及身体活动量的日益减少采取综合措施可有助于减轻未来的非传染病负担。
10. 对具备数据的所有国家而言，非传染病的基本决定因素大体上是相同的。增加非传染病危险因素的因素包括能量密度高、营养素贫乏的高脂、高糖和高盐食物消耗量增加；在家中、在学校、在工作场所以及娱乐和交通方面身体活动量减少；以及使用烟草。在人群层次危险程度及相关健康结果方面的差异部分在于国家和全球级经济、人口和社会变化在时间和强度方面的可变性。特别关注的是，儿童和青少年的饮食不健康、身体活动不够和能量失衡。

¹ 《2002 年世界卫生报告：减少风险，延长健康寿命》。日内瓦，世界卫生组织，2002 年。

11. 怀孕之前和怀孕期间的孕产妇健康和营养以及早期婴儿营养对于在整个生命历程中预防非传染病至关重要。6个月纯母乳喂养及适宜补充喂养有助于最佳身体成长和精神发育。在产前并可能在产后遭受发育阻碍的婴儿在成年期患非传染病的危险似乎较高。
12. 大多数老年人生活在发展中国家，并且人群的老龄化对发病率和死亡率模式产生有力的影响。因此，在传染病负担持续的同时，许多发展中国家将面对增加的非传染病负担。除了人性方面，保持越来越多老年人口的健康和功能能力对于减少对卫生服务的需求和卫生服务的费用是一个关键因素。
13. 饮食和身体活动既单独又联合影响健康。虽然饮食和身体活动对健康的影响通常互相作用，特别在肥胖方面，但是身体活动有着独立于营养和饮食的额外健康效益，而且存在着与肥胖无关的重要营养危险。身体活动是改善个人身体和精神健康的一个基本手段。
14. 政府与其它利益相关方面合作，在创造环境推动和鼓励个人、家庭和社区的行为变化以便就健康饮食和身体活动模式作出加强生命的积极决定方面具有核心作用。
15. 非传染病迫使已经紧张的卫生系统承受沉重的经济负担，并使社会遭受巨大的损失。卫生是发展的一个主要决定因素和经济增长的先兆。世界卫生组织宏观经济与卫生委员会已显示疾病对发展的破坏性作用以及卫生投资对经济发展的重要性¹。旨在促进健康饮食和身体活动以预防疾病的规划是实现发展目标的主要政策手段。

机会

16. 存在独特的机会制定和实施一项有效战略，通过改善饮食和促进身体活动在全世界大量减少死亡和疾病。关于这些健康行为与以后患病和健康不良之间联系的证据是强有力的。可设计和实施有效的干预措施以使人们享有更长的寿命和更健康的生活，减少不平等现象和增进发展。通过动员主要利益相关方面的充分潜力，这一理想可变成各国全体人民的现实。

目的和目标

17. 饮食、身体活动与健康全球战略总的目的是通过指导发展个人、社区、国家和全球各级可持续行动的实施环境，促进和保护健康。这些行动联合起来，将导致减少与不健康饮食和缺乏身体活动有关的发病率和死亡率。这些行动支持联合国千年发展目标，并且具有在全世界实现公共卫生成果的巨大潜力。
18. 全球战略有四个主要目标：

- (1) 依靠基本公共卫生行动及促进健康和预防疾病的措施，减少由不健康饮食和缺

¹ 《宏观经济与卫生：为经济发展投资于卫生》。日内瓦，世界卫生组织，2001年。

乏身体活动造成的非传染病危险因素；

(2) 加强全面认识和理解饮食和身体活动对健康的影响及预防性干预措施的积极作用；

(3) 鼓励制定、加强和实施全球、区域、国家和社区政策和行动计划以改善饮食和增加身体活动，这些政策和行动计划是可持续的、综合的，并使包括民间社会、私立部门和媒体在内的所有部门积极参与；

(4) 监测关于饮食和身体活动的科学数据和主要影响；支持一系列广泛相关领域的研究，包括评价干预措施；以及加强在这一领域增进和保持健康所需的人力资源。

行动证据

19. 证据显示，当其它健康危害得到处理时，人们通过包括健康饮食、经常和充分的身体活动和避免使用烟草等一系列促进健康的行为，可在达到 70、80 和 90 岁之后继续保持健康。最近的研究有助于了解健康饮食、身体活动、个人行动和以群体为基础的公共卫生干预措施的效益。虽然需要更多研究，但是目前的知识证明有必要采取紧急公共卫生行动。

20. 非传染病危险因素通常共存和互相影响。随着危险因素总体水平增高，更多的人处于危险之中。因此，预防战略应努力在整个人群中减少危险。即使仅有限地减少危险，也将累积产生可持续的效益，并将超过仅限于高危个人的干预措施的影响。健康饮食和身体活动与烟草控制相结合，将构成遏制非传染病增长威胁的有效战略。

21. 国际和国家专家的报告和对当前科学证据的审评为预防主要非传染病建议了营养素摄入和身体活动目标¹。在制定国家政策和饮食准则时，必须根据当地状况考虑这些建议。

22. **关于饮食**，对人群和个体的建议应包括如下方面：

- 实现能量平衡和健康的体重
- 限制来自总脂肪量的能量摄入，将脂肪消费从饱和脂肪转向不饱和脂肪并逐步消除转脂肪酸
- 增加消费水果和蔬菜以及豆类、未加工的谷物和果仁
- 限制摄入游离糖

¹ 见文件 A57/9。

- 限制所有来源的盐（钠）消费和确保食盐碘化。

23. 身体活动是能量消耗的一个主要决定因素，因而对于能量平衡和体重控制至为基本。身体活动可减少心血管病和糖尿病的危险并对多种疾病（不只是与肥胖相关的疾病）有极大的好处。身体活动对代谢综合症的有益影响通过超越控制过重体重的机制予以促成。例如，身体活动可降低血压，改善高密度脂蛋白胆固醇水平，改善控制体重过重者的血糖（甚至在无显著减轻体重的情况下），并减少结肠癌和妇女中乳腺癌的危险。

24. **关于身体活动**，建议个人在整个生命历程中从事适量身体活动。不同的健康结果需要不同形式和不同量的身体活动：大多数日子里至少 30 分钟经常的、强度适中的身体活动可减少发生心血管病和糖尿病、结肠癌和乳腺癌的危险。加强肌肉和平衡训练可在老年人中间减少摔倒和增进功能状况。体重控制可能需要更多的活动。

25. 与预防和控制烟草使用的有效措施一起，在导致区域和国家行动计划的全球战略中将建议转变为事实将需要持续的政治承诺和许多利益相关方面的合作。这一战略将为非传染病的有效预防作出贡献。

行动原则

26. 《2002 年世界卫生报告》强调了通过减少非传染病危险因素的广泛存在（最主要是不健康饮食加上缺乏身体活动）的措施改善公众健康的潜力。下列原则指导起草世界卫生组织全球战略，建议也将其用于制定国家和区域战略与行动计划。

27. 战略必须以最佳可得科学研究和证据为基础；是综合的，结合政策和行动并联合处理非传染病的所有主要原因；是多部门的，采取长期观点并使社会的所有阶层参与；是多学科和参与式的，与渥太华健康促进宪章包含并经关于健康促进的随后数次会议¹确认的原则相一致并认识到个人选择、社会规范以及经济和环境因素之间复杂的相互作用。

28. 终生观点对预防和控制非传染病至关重要。这种措施始于孕产妇健康和产前营养、怀孕结果、6 个月纯母乳喂养及儿童和青少年健康，延伸到学校的儿童、工作场所和其它环境中的成人以及老年人，并鼓励从小到老实行健康饮食和经常性身体活动。

29. 减少非传染病的战略应当是更广泛、综合和协调的公共卫生努力的一部分。所有伙伴，尤其是政府，必须同时处理若干问题。在饮食方面，这包括营养的所有方面（如营养过度及营养不足、微量营养素缺乏和过量消耗某些营养素），粮食保障（健康食品的可达性、可用性和可负担性），食品安全，以及支持和促进 6 个月纯母乳喂养。身体活动问题包括工作、家庭和学校生活中身体活动的要求，日益城市化，以及城市计划、交通运输、休闲期间身体活动的安全和利用等各个方面。

¹ 见 WHA51.12 号决议。

30. 应重视在最贫穷人群和社区中产生积极影响的活动。这些活动将普遍需要以社区为基础的行动及强有力的政府干预和监督。

31. 所有伙伴必须在制定政策和实施规划以有效地减少可预防的健康危险方面负责。评价、监控和监测是此类行动的基本组成部分。

32. 与饮食和身体活动有关的非传染患病率可在男女之间有巨大差别。身体活动模式和饮食因性别、文化和年龄而异。关于食品和营养的决定通常是由妇女作出的，并且以文化和传统饮食为基础。因此，国家战略和行动计划应对此类差异有敏感认识。

33. 饮食习惯以及身体活动模式通常植根于地方和区域传统。因此，国家战略应是在文化方面适宜的，并且随着时间推移能向文化影响提出挑战并对变化作出反应。

行动责任

34. 实现饮食习惯和身体活动模式改变将需要许多公立和私立利益相关方面几十年的联合努力。在全球、区域、国家和地方级需要正确和有效行动的结合，以及密切监测和评价它们的影响。下列段落描述由协商过程对各参与方面产生的责任并提供建议。

会员国

35. 全球战略将鼓励制定并促进国家政策、战略和行动计划以改善饮食和鼓励身体活动。制定此类文书时的重点将取决于国情。由于不同国家内和不同国家之间的巨大差别，区域机构应合作制定可对国家实施其国家计划提供相当大支持的区域战略。为了尽量提高有效性，国家应采用尽可能全面的行动计划。

36. **政府的作用对于在公众健康方面实现持久改变至关重要。**政府在发起和制定战略方面具有主要的指导和管理作用，确保战略的实施和长期监测其影响。

37. **鼓励政府利用早已处理饮食、营养和身体活动某些方面的现有结构和程序。**在许多国家，可利用现有国家战略和行动计划实施本战略；而在其它国家，它们可构成推进非传染病控制的基础。鼓励政府制定一个国家协调机制，在非传染病预防和健康促进综合计划的范畴内处理饮食和身体活动。应使地方当局密切参与。还应建立多部门和多学科的专家咨询委员会，其中应包括技术专家和政府机构代表，以及一名独立的主席以确保在没有任何利益冲突的情况下解释科学证据。

38. **卫生部对协调和促进其它部委和政府机构的贡献负有极其重要的责任。**其贡献应得到协调的机构包括负责食品、农业、青年、娱乐、体育、教育、商业和工业、财政、交通运输、媒体和传播、社会事务以及环境和城市计划方面政策的部委和政府机构。

39. **国家战略、政策和行动计划需要广泛的支持。**应通过有效法规、适宜基础设施、实

施规划、充足资金、监测和评价以及持续的研究提供支持。

(1) **国家饮食和身体活动战略。**国家战略描述了对疾病预防和健康促进至关重要的健康饮食和身体活动促进措施，其中包括处理营养不足和营养过度在内的不平衡饮食所有方面的措施。国家战略应包括与本战略所概述的那些相类似的特定目的、目标和行动。特别重要的是实施行动计划所必需的要素，其中包括查明必要资源和国家联络点（主要国家研究所）；卫生部门与诸如农业、教育、城市计划、交通运输和通讯等其它主要部门之间的合作；以及监测和后续行动。

(2) **国家饮食准则。**鼓励政府考虑国家和国际来源的证据，制定国家饮食准则。此类准则指导国家营养政策、营养教育工作、其它公共卫生干预措施和部门间合作。这些准则可根据饮食和疾病模式方面的变化以及演化的科学知识定期予以更新。

(3) **国家身体活动准则。**应根据战略的目的和目标以及专家建议为增进健康的身体活动制定国家准则。

40. **政府应提供准确和平衡的信息。**政府必须考虑促成为消费者提供平衡信息的行动，使消费者容易作出健康的选择，并确保提供适当的健康促进和教育规划。特别是，给消费者的信息应对文化水平、传播障碍和地方文化具有敏感性，并且为人群的所有阶层所理解。在一些国家，促进健康的规划预定针对这些方面的考虑发挥作用，并应用以传播关于饮食和身体活动的信息。一些政府已有法定义务确保消费者能获得事实材料，使他们能就可影响其健康的问题作出完全知情的选择。在另一些情况中，行动可视政府的政策而定。政府根据其国家能力和流行病学概况，应选择行动的最佳组合。各国情况将各不相同。

(1) **教育、传播和公众认识。**公众在饮食、身体活动与健康之间关系，能量摄入和消耗，健康选择食品种类，以及足以产生大量健康效益的身体活动量和质方面的知识和了解提供了可靠的行动基础。政府专家、非政府和基层组织及有关工业界应制定和传递连贯一致的简单明确的信息。应通过若干渠道并以适合地方文化、年龄和性别的形式传播这些信息。尤其可在学校、工作场所及教育和宗教机构，并由非政府组织、社区领导人以及大众媒体，对行为造成影响。会员国应组成联盟以便广泛地传播关于健康饮食和身体活动的适宜有效信息。从小学开始的营养和身体活动教育及媒体素养培养对于促进健康饮食及抵御食品时尚和误导的饮食建议至关重要。在考虑到地方文化和社会经济情况的同时对提高健康素养水平的行动也应提供支持。应定期对宣传运动进行评价。

(2) **成人扫盲和教育规划。**成人教育规划中应纳入健康素养。这些规划为卫生专业人员和服务提供者加强关于饮食、身体活动和非传染病预防的知识并帮助边缘人群提供了机会。

(3) **市场营销、广告、赞助和促销。**食品广告影响食品选择和饮食习惯。食品和饮

料广告不应利用儿童的缺乏经验或轻信。应劝阻鼓励不健康饮食方法或身体不活动的信息，并且应鼓励积极健康的信息。政府应与消费者团体和私立部门（包括广告部门）一起工作以形成适宜的多部门措施处理对儿童的食品市场营销并处理诸如赞助、促销和广告等问题。

(4) **标签。**消费者需要关于食品种类成份的准确、标准化和综合信息，以便作出健康的选择。政府可按法典营养标签准则 1 中的建议，要求提供主要营养方面的信息。

(5) **健康声称。**随着消费者更多关心健康和越来越注意食品的健康问题，生产者越来越多地使用与健康有关的词语。此类词语必须在营养效益或危险方面不误导公众。

41. **国家食品和农业政策应与保护和促进公众健康一致。**在需要的地方，政府应考虑促进采用健康饮食的政策。食品和营养政策还应包括食品安全和可持续的食品保障。应鼓励政府审查食品和农业政策对食品供应在卫生方面的潜在影响。

(1) **促进与健康饮食一致的食品。**由于消费者更加关心健康和政府更多认识到健康营养的好处，一些政府已采取措施，包括市场刺激，以促进开发、生产和营销形成健康饮食并与国家或国际饮食建议一致的食品。政府可考虑采取补充措施，鼓励减少加工食品中的含盐量、减少使用氢化油以及减少饮料和快餐中的含糖量。

(2) **财政政策。**价格影响消费选择。公共政策可通过税收、补贴或直接定价以鼓励健康饮食和终生身体活动的方式影响价格。若干国家采用财政措施（包括收税）影响各种食物的可及性、获取和消费；还有些国家使用公共资金和补贴在贫穷社区中促进利用娱乐和运动设施。对这些措施进行的评价，应包括对脆弱人群非故意影响的危险。

(3) **食品规划。**许多国家有规划向具有特殊需求的人群提供食物或给家庭拨款以便改善其食品购买。此类规划通常涉及儿童、有儿童的家庭、穷人以及艾滋病毒/艾滋病和其它疾病患者。应特别注意食品的质量和营养教育，作为这些规划的一个主要组成部分，以便分发给这些家庭或由这些家庭购买的食物不仅提供能量，而且有助于健康饮食。食品和现金分配规划应强调增强能力以及开发、地方生产和可持续性。

(4) **农业政策，**农业政策和生产通常对国民饮食产生巨大影响。政府可通过许多政策措施影响农业生产。随着进一步强调健康和消费模式的改变，会员国必须在其农业政策中考虑健康的营养。

42. **需要促进身体活动的多部门政策。**应制定促进身体活动的国家政策，把若干部门的变化作为目标。政府应审查现有政策以确保它们与增加身体活动的全人群范围做法最佳实践相一致。

¹ 食品法典委员会，文件 CAC/GL2-1985，Rev.1-1993。

- (1) **制定和审查公共政策。**国家和地方政府应制定政策和提供奖励以确保步行、骑自行车和其它方式的身体活动既容易又安全；交通运输政策包括非机动车运输方式；劳动和工作场所政策鼓励身体活动；而且体育运动和娱乐设施体现人人运动的概念。公共政策和法规，例如交通运输、城市计划、教育、劳动、社会包容以及与身体活动有关的卫生保健资助方面的政策，对身体活动的机会产生影响。
- (2) **社区参与和有利的环境。**战略应促进改变社会规范及增加社区了解和接受将身体活动纳入日常生活的必要性。应促进便利身体活动的环境，并建立支持性基础设施以增加获得和利用适当的设施。
- (3) **伙伴关系。**卫生部应带头与主要机构以及公立和私立部门利益相关方面结成伙伴关系，以便联合制定旨在促进身体活动的共同议程和工作计划。
- (4) **明确的公众信息。**关于足以提供大量健康效益的身体活动的量和质，需要传播简明和直接的信息。

43. **学校政策和规划应支持采纳健康饮食和身体活动。**在所有国家，学校影响大多数儿童的生活。它们应通过提供卫生信息、提高健康素养以及促进健康饮食、身体活动及其它健康行为保护儿童的健康。鼓励学校每天为学生提供体育教育并配备适当设施和设备。鼓励政府采取政策支持在校健康饮食和限制获取高盐、高糖和高脂产品。学校应与家长及其它负责当局一起考虑与地方粮食种植者签订学校午餐合同以确保地方健康食品市场。

44. **鼓励政府与利益相关方面开展政策协商。**公众广泛讨论和参与制定政策可有利于政策获得接受和有效。会员国应建立机制以促进非政府组织、民间社会、社区、私立部门和媒体参加与饮食、身体活动和健康有关的活动。卫生部应负责与其它有关部委和机构合作建立这些机制，目的在于加强国家、省和地方各级的部门间合作。这些机制应鼓励社区参与，并应成为社区级计划过程的一部分。

45. **预防是卫生服务的一项关键内容。**与卫生服务工作人员的日常接触应包括就健康饮食和增加身体活动量的好处向病人和家庭提供实用建议，并结合向病人提供支持以帮助他们开始和维持健康行为。政府应考虑奖励以鼓励此类预防性服务和在现有临床服务内明确预防机会，包括改进资助结构以鼓励并促使卫生专业人员把更多的时间用于预防工作。

- (1) **卫生和其它服务。**卫生保健提供者（尤其是初级卫生保健提供者，但也包括社会服务等其它服务提供者）在预防工作中可发挥重要的作用。关于主要饮食习惯和身体活动的常规询问与改变行为的简明信息和技能建设相结合并采取贯穿整个生命历程的措施，可普及到大部分人口并且是具成本效益的干预措施。应注意世界卫生组织婴儿和学龄前儿童生长标准。标准拓展了健康的定义，超越没有明显的疾病以包括采纳健康做法和行为。测定主要生物危险因素，如血压、血清胆固醇和体重，

以及与教育人群和支持病人相结合，有助于促进必要的变化。查明特定高危群体及对他们的需求作出反应的措施，包括可能的药理学干预，是重要的组成部分。培训卫生人员、传播有关准则以及提供奖励是实施这些干预措施的主要基本因素。

(2) **使卫生专业机构和消费者团体参与。**争取专业人员、消费者和社区的有力支持是提高公众对政府政策的认识和增强其有效性的经济有效的方式。

46. **政府应在监测、研究和评价方面进行投资。**长期持续地监测主要危险因素是至关重要的。随着时间的推移，此类数据还将为分析危险因素的变化提供基础，而这些变化可归因于政策和战略方面的变化。政府也许可依靠在国家或地区级已有的系统。最初应将重点放在整个科学界公认作为身体活动有效衡量的标准指标、选定的饮食成份以及体重，以便编制全球级的对照数据。提供对国家内模式和变化有深刻了解的数据对于指导社区行动是有益的。在可能的地方，应使用其它数据来源；例如，来自教育、交通运输、农业以及其它部门的数据。

(1) **监控和监测。**监控和监测是实施国家健康饮食和身体活动战略的基本手段。监控饮食习惯、身体活动模式及两者之间的相互作用；与营养有关的生物危险因素和食品成份；以及将所获得信息传递给公众，是实施工作的重要组成部分。特别重要的是要利用标准化数据收集程序和一套有效、可衡量和可使用的共同的最低指标制定方法和程序。

(2) **研究和评价。**应促进应用研究，尤其在以社区为基础的示范项目方面和在评价不同政策和干预措施方面。此类研究（如缺乏身体活动和饮食不良的原因，以及有效干预规划的主要决定因素）与行为科学家更多的参与相结合，将导致政策更加合理并确保在国家和地方级建立一支专长核心队伍。同样重要的是需要建立有效机制以评价国家疾病预防规划的有效性和成本效益以及其它部门的政策对健康的影响。需要更多信息，尤其关于发展中国家状况的信息。需要对在那里促进健康饮食和身体活动的规划进行评价并将其纳入更广泛的发展和减贫规划。

47. **机构能力。**在卫生部下面，国家公共卫生、营养和身体活动机构在实施国家饮食和身体活动规划方面起到重要作用。它们能提供必要的专长，监测发展情况，帮助协调活动，参与国际级的合作并向决策人员提供建议。

48. **向国家规划提供资金。**应查明除国家预算外的各种资助来源，以协助战略的实施。联合国千年宣言（2000年9月）确认，除非人民身体健康，否则经济增长是有限的。控制非传染病流行的最具成本效益的干预是预防和以与这些疾病有关的危险因素为重点。因此，应将旨在促进健康饮食和身体活动的规划视作发展需要并应吸引国家发展计划的政策和财政支持。

世界卫生组织

49. 世界卫生组织与联合国系统其它组织合作，将为国际行动提供领导、以证据为基础的建议和宣传，以便根据全球战略包含的指导原则和特定建议改进饮食习惯和加强身体活动。

50. 世界卫生组织将与跨国食品工业和私立部门的其它部分开展讨论，以支持本战略的目标和在各国实施建议。

51. 世界卫生组织将应会员国的要求为实施规划提供支持，并将注重于如下互相关联的广泛领域：

- **促进制定、加强和更新区域和国家饮食和身体活动政策**以综合预防非传染病
- 与国家机构合作并利用全球知识和经验，**促进起草、更新和实施国家以食物为主的饮食和身体活动准则**
- **就制定与全球战略目标相一致的准则、规范、标准和其它与政策有关的措施向会员国提供指导**
- **就国家和社区最佳确定身体活动量和促进健康饮食方面有效的以证据为基础的干预措施、政策和结构查明和传播信息**
- **提供适宜技术支持**以建设国家在计划和实施国家战略以及使战略适合地方情况方面的能力
- **提供典型和方法**，使关于饮食和身体活动的干预措施构成卫生保健的一个不可缺少的组成部分
- 在现有规划或专门讲习班中**促进和支持卫生专业人员在健康饮食和积极生活方面的培训**，将其作为课程的必要组成部分
- **利用标准化监测方法和快速评估手段**（如世界卫生组织对监测非传染病危险因素的阶梯式方法），**向会员国提供建议和支持**，以衡量危险的分布—包括饮食、营养和身体活动模式—方面的变化，并评价目前状况、趋势和干预措施的影响。世界卫生组织与粮农组织合作，将支持会员国建立国家营养监测系统，使之与食品种类成分的数据相联系
- **就使有关工业界建设性参与的办法向会员国提供建议。**

52. 世界卫生组织与联合国系统其它组织和其它政府间机构（粮农组织、教科文组织、儿童基金会、联合国大学和其它机构）、研究所和其它伙伴密切合作，将促进和支持重点领域的研究以推进规划实施和评价。这可包括就对有效国家行动至关重要的实用研究

课题委托编写科学论文，开展分析和举行技术会议。应改进利用证据，包括健康影响评估、成本效益分析、国家疾病负担研究、以证据为基础的干预模型、科学咨询以及传播良好规范，使决策过程了解情况。

53. 世界卫生组织将与粮农组织及联合国系统其它组织、世界银行以及研究机构一起开展工作，评价战略对其它部门的影响。

54. 本组织将继续与世界卫生组织合作中心一起工作以建立研究和培训能力建设网络，动员非政府组织和民间社会作出贡献，以及促进与发展中国家在实施本战略方面的需求有关的协调一致的合作研究。

国际伙伴

55. 国际伙伴的作用在实现全球战略的目的和目标方面，尤其对于跨国性质的问题或在单一国家行动不够时极端重要。需要联合国系统各组织、政府间机构、非政府组织、专业协会、研究机构和私立部门实体之间协调一致的工作。

56. 制定战略的过程导致与粮农组织和儿童基金会等联合国系统其它组织以及与包括世界银行在内的其它伙伴更密切的交往。在实施战略方面，世界卫生组织将发展其与粮农组织的长期合作。在这方面，粮农组织对制定农业政策作出的贡献可发挥关键性的作用。对适当的农业政策以及食品供应、获取、加工和消费开展更多研究将是必要的。

57. 还计划与联合国经济及社会理事会、劳工组织、教科文组织、世界贸易组织、区域开发银行和联合国大学等机构合作。按照战略的目的和目标，世界卫生组织将发展和加强伙伴关系，包括通过建立和协调全球和区域网络，以便传播信息，交流经验并向区域和国家行动提供支持。世界卫生组织建议建立联合国系统内伙伴的特设委员会以确保持续的政策一致性和利用各组织的独特优势。伙伴们可在以宣传、筹资、能力建设和合作研究等领域为目标的全球网络内发挥重要作用。

58. 国际伙伴可通过如下方面参与实施战略：

- 对改善饮食和身体活动的综合性部门间战略作出贡献，例如包括在减贫规划中促进健康饮食
- 制定预防营养缺乏症的准则，以便统一今后预定预防和控制非传染病的饮食和政策建议
- 与国家机构合作，促进起草国家饮食和身体活动准则
- 合作发展、检验和传播社区参与的典范，包括地方食品生产、营养和身体活动教育以及提高消费者认识

- 促进将与饮食和身体活动有关的非传染病预防和健康促进政策纳入发展政策和规划
- 促进以奖励为基础的办法，以鼓励慢性病预防和控制。

59. **国际标准。**通过采用国际规范和标准,特别是由食品法典委员会制定的规范和标准¹,可加强公共卫生努力。进一步发展的领域可包括:加贴标签以便消费者能更加了解食物的益处和成份;采取措施尽可能减少市场营销对不健康饮食模式的影响;增加关于健康消费模式的信息,包括采取措施增加水果和蔬菜的消费;以及关于产品营养质量和安全性的生产和加工标准。按照法典的规定,应鼓励政府和非政府组织的参与。

民间社会和非政府组织

60. 民间社会和非政府组织在影响涉及健康饮食和身体活动的个人行为及组织和机构方面可发挥重要作用。它们可帮助确保消费者要求政府为健康的生活方式提供支持,并要求食品工业界提供健康的产品。非政府组织如与国家 and 国际伙伴合作,可有效地支持战略。民间社会和非政府组织尤其可:

- 领导基层动员和提倡将健康饮食和身体活动列入公共议程
- 支持广泛传播关于通过平衡健康的饮食和身体活动预防非传染病的信息
- 组成网络和行动团体以促进健康食品的可及性和身体活动的可能性,并提倡和支持促进健康的规划和卫生教育运动
- 组织激励运动的运动和活动
- 强调政府在促进公众健康、健康饮食和身体活动方面的作用;监测实现目标方面的进展;以及监测私立部门实体等其它利益相关方面并与它们一起开展工作
- 在促进实施全球战略方面发挥积极的作用
- 做出贡献,将知识和证据付诸实施。

私立部门

61. 私立部门可以是促进健康饮食和身体活动方面的一个重要行动者。食品工业界、零售商、饮食公司、体育用品生产商、广告和娱乐界、保险和银行集团、制药公司和媒体均可作为负责任的雇主和健康生活方式的倡导者发挥重要作用。在实施旨在传播积极一

¹ 见 WHA56.23 号决议。

致信息以促进综合努力并使之能鼓励健康饮食和身体活动的措施方面，它们都可成为与政府和非政府组织合作的伙伴。由于许多公司在全球运作，国际合作至关重要。与工业界的合作关系早已导致与饮食和身体活动有关的许多有利结果。食品工业采取的减少加工食品脂肪、糖和盐含量以及每份食品的量、更多地引进创新、健康和富有营养选择的行动以及对目前市场营销做法的审查可加快在全世界取得健康成果。对食品工业和体育用品生产商的具体建议包括如下：

- 根据国家准则和国际标准以及全球战略的总目标促进健康饮食和身体活动
- 限制现有产品中饱和脂肪、转脂肪酸、游离糖和盐的含量
- 继续开发和向消费者提供可负担得起的、健康的和有营养的选择
- 考虑引进营养价值更高的新产品
- 向消费者提供充足的和可理解的产品与营养信息
- 开展负责任且支持战略的市场营销，特别在尤其向儿童宣传和市场营销饱和脂肪、转脂肪酸、游离糖或盐含量高的食品方面
- 使用简单、明确和一致的食品标签和以证据为基础的健康声称，这将有助于消费者对食品营养价值做出知情和健康的选择
- 向国家当局提供关于食品构成的信息
- 协助制定和实施身体活动规划。

62. 工作场所是健康促进和疾病预防的重要环境。为减少接触危险，必须向人民提供机会以便在工作场所作出健康的选择。此外，由非传染病引起的发病对雇主的代价正在迅速增加。工作场所应使之有可能作出健康的食品选择并支持和鼓励身体活动。

后续行动和未来发展

63. 世界卫生组织将报告在实施全球战略方面及在实施国家战略方面取得的进展，其中包括下列方面：

- 饮食习惯和身体活动的模式和趋势以及有关的主要非传染病危险因素
- 评价改善饮食和增加身体活动政策和规划的有效性

- 在实施战略时遇到的制约或障碍及为克服这些制约或障碍所采取的措施
- 在战略的框架内采取的立法、实施、行政、财政或其它措施。

64. 世界卫生组织将在全球和区域级开展工作以建立监测系统并制定饮食习惯和身体活动模式的指标。

结束语

65. 在世界卫生组织的支持和领导下，必须制定、实施和监测以现有最佳科学证据和文化背景为基础的行动。但是，动员所有全球利益相关方面联合力量、资源和专长的真正多部门办法对于持续进展极其重要。

66. 饮食和身体活动模式方面的改变将是逐步的，并且国家战略将需要一项长期和持续疾病预防措施的明确计划。然而，在采取有效干预时，危险因素和非传染病发病率方面的变化可极其迅速地发生。因此，国家计划还应有可实现的短期和中期目标。

67. 一切有关方面实施本战略将有助于人民健康的持久和重大改善。

(第八次全体会议，2004年5月22日 — 甲委员会第三份报告)

WHA57.18 人体器官和组织移植

第五十七届世界卫生大会，

忆及关于器官获取和移植的 WHA40.13、WHA42.5 和 WHA44.25 号决议；

审议了关于人体器官和组织移植的报告¹；

注意到全球在同种异基因细胞、组织和器官移植方面的增加；

关注可用于移植以满足病人需求的人体材料日益不足；

意识到在同种异基因细胞、组织和器官移植方面产生的伦理和安全风险，以及有必要特别注意器官贩运的风险；

认识到活体异种细胞、组织或器官以及已与这些活体异种材料发生体外接触的身体液、细胞、组织或器官在不能获得合适的人体材料时有可能用于人类；

¹ 文件 A57/17.

注意到与异种移植有关的将已知或尚未认识的异种传染因子从动物传播给人类及从异种移植接受者传播给其接触者和一般大众的风险；

认识到移植不仅包括医疗方面，而且包括法律和伦理方面，并涉及经济和心理问题，

I

同种异基因移植

1. 敦促会员国：

- (1) 对人体细胞、组织和器官的获取、处理和移植实施有效的国家监督，包括确保用于移植的人体材料的责任制及其可追踪性；
- (2) 在制定建议和准则方面开展合作，以统一人体细胞、组织和器官获取、处理和移植方面的全球规范，包括对组织和细胞捐献者的适宜性制定最低标准；
- (3) 考虑建立伦理委员会以确保细胞、组织和器官移植的道德规范；
- (4) 除尸体捐赠外，在可能时扩大使用活体肾捐赠；
- (5) 采取措施保护最贫穷和最脆弱的群体避免“移植旅游”及出售组织和器官，包括注意更广泛的国际人体组织和器官贩运问题；

2. 要求总干事：

- (1) 继续审查和收集关于同种异基因移植做法、安全性、质量、有效性和流行病学以及包括活体捐献在内的伦理问题的全球数据，以便修订人体器官移植指导原则¹；
- (2) 促进国际合作，使公民增加获得这些治疗方法；
- (3) 作为对会员国要求的反应，特别通过促进国际合作，提供技术支持以发展细胞、组织或器官的适当移植；
- (4) 对会员国努力防止器官贩运提供支持，包括制定准则以保护最贫穷和最脆弱群体避免成为器官贩运的受害者；

II

异种移植

1. 敦促会员国：

¹ 文件 WHA44/1991/REC/1，附件 6。

- (1) 只有在具备国家卫生当局监督的有效国家管理控制和监测机制时，方可允许异种移植；
- (2) 按照国际公认的科学标准，合作制定统一全球规范的建议和准则，包括保护措施，以防止可能已感染异种移植物接受者或其接触者的任何异种传染因子的潜在二次传播风险，尤其是跨国传播；
- (3) 支持国际合作和协调以预防和监测由异种移植造成的感染；

2. 要求总干事：

- (1) 在会员国的卫生当局之间就与异种移植有关的问题促进交流和国际合作；
- (2) 收集全球数据，以便评价异种移植方面的做法；
- (3) 有预见性地向会员国通报由异种移植造成的异种引发感染事件；
- (4) 作为对会员国要求的反应，提供技术支持以加强在异种移植领域的能力和专长，包括国家管制当局的决策和监督；
- (5) 在适当时间通过执行委员会向卫生大会报告本决议的实施情况。

(第八次全体会议，2004年5月22日 — 甲委员会第三份报告)

WHA57.19 卫生工作人员国际移徙：对发展中国家卫生系统的挑战

第五十七届世界卫生大会，

忆及 1968 年 12 月 17 日联合国大会第 2417 (XXIII) 号决议；

忆及联合国大会关于国际移徙与发展的第 58/208 号决议及其中的决定，即联大将在 2006 年举行一次高级别对话，专门讨论国际移徙与发展问题；

进一步忆及 1969 年 WHA22.51 号决议和 1972 年 WHA25.42 号决议；

注意到非洲联盟宣布 2004 年为“非洲人力资源开发年”；

注意到英联邦卫生部长会议（2003 年 5 月 18 日于日内瓦）通过的《英联邦国际招聘卫生工作者行为守则》；

注意到国际移徙组织、国际移徙问题全球委员会及其它国际机构中在国际劳工移徙方面正要开展的工作；

认识到人力资源对加强卫生系统以及对成功实现联合国千年宣言中所含国际上商定的目标极为重要；

关切地注意到来自发展中国家的训练有素和技术熟练的卫生人员以日益加快的速度继续移民到某些国家，从而削弱了输出国的卫生系统；

意识到联合国各组织及其它国际组织为加强各国政府管理国家和区域级移民流动的能力而开展的工作，并意识到需要采取进一步行动，作为全部门办法及其它发展计划的一个组成部分，在国家和国际层次上解决经培训的卫生保健工作人员移徙的问题；

进一步注意到许多发展中国家尚无技术装备以适当评估其卫生人员外流的规模和特征；

认识到发展中国家在培训和开发卫生人力资源方面作出的重大努力和投资；

进一步认识到为逆转发展中国家卫生人员移徙的情况所做出的努力并意识到需要加强这些努力；

关注到 HIV/艾滋病、结核、疟疾及其它传染病正在使卫生工作队伍承受额外的负担，

1. 敦促会员国：

- (1) 制定战略以减轻卫生人员迁徙的不良影响并尽量缩小对卫生系统的负面影响；
- (2) 制定和实施可加强留用卫生人员的政策和战略，包括但不限于加强卫生计划和管理的人力资源以及审核薪酬和实行奖励办法；
- (3) 利用政府间协议建立卫生人员交流规划作为管理卫生人员移徙的一种机制；
- (4) 建立机制以减轻因移徙损失卫生人员对发展中国家造成的不良影响，包括使接受国支持加强输出国卫生系统的手段，尤其是人力资源开发；

2. 要求总干事：

- (1) 与有关国家、机构/组织合作，建立和维持信息系统，使有关国际机构能够独立监测卫生人力资源的动向；
- (2) 在其各自职权范围内与包括世界贸易组织在内的国际组织合作，开展卫生人员国际移徙方面的研究，包括与贸易协定和汇款有关的研究，以便确定任何不良影响以及应对这些影响的可能方案；
- (3) 探索可有助于在卫生人员国际招聘中形成公平做法的其它措施，包括一份国际文书的可行性、费用和适宜性；
- (4) 支持会员国加强其计划机制和程序，以便开展适当的人员培训以满足其需求；
- (5) 与会员国及包括开发机构在内的一切有关伙伴协商，制定关于卫生人员（尤其是来自发展中国家的卫生人员）国际招聘的行为守则¹，并向第五十八届世界卫生大会报告进展情况；
- (6) 通过在国家和国际最高层以及在各利益相关方面之间就卫生人员迁徙及其影响促进对话和提高认识，支持国家作出的努力，包括审查接受国对卫生工作者流失进行补偿的方式，例如投资培训卫生专业人员；
- (7) 动员世界卫生组织内一切有关规划领域与会员国合作，以便通过制定适当的机制发展人力资源能力并改进对发展中国家的卫生支持；

¹ 不言而喻，在联合国系统内，“行为守则”的说法意指无法律约束性的文书。

- (8) 就宣布“卫生发展人力资源”年或十年的可能性，与联合国及各专门机构进行协商；
- (9) 宣布 2006 年世界卫生日的主题为“卫生发展人力资源”；
- (10) 把卫生发展人力资源作为一项最高重点规划领域纳入 2006-2015 年世界卫生组织工作总规划；
- (11) 向第五十八届世界卫生大会报告本决议的实施情况。

(第八次全体会议，2004 年 5 月 22 日 — 甲委员会第三份报告)

决 定

WHA57(1) 证书委员会的组成

第五十七届世界卫生大会任命由下述 12 个会员国代表组成证书委员会：奥地利、伯利兹、加拿大、吉布提、冈比亚、印度、意大利、肯尼亚、马里、缅甸、巴布亚新几内亚、乌兹别克斯坦。

(第一次全体会议, 2004 年 5 月 17 日)

WHA57(2) 提名委员会的组成

第五十七届世界卫生大会选举下列会员国代表组成提名委员会：巴林、文莱达鲁萨兰国、布基纳法索、中华人民共和国、刚果民主共和国、厄立特里亚、爱沙尼亚、法国、圭亚那、以色列、墨西哥、密克罗尼西亚 (联邦)、摩纳哥、莫桑比克、尼加拉瓜、秘鲁、俄罗斯联邦、斯里兰卡、斯威士兰、泰国、突尼斯、乌干达、大不列颠及北爱尔兰联合王国、乌拉圭和孟加拉国的 Khandaker Mosharraf Hossain 博士 (第五十六届世界卫生大会主席, 当然代表)。

(第一次全体会议, 2004 年 5 月 17 日)

WHA57(3) 选举第五十七届世界卫生大会官员

第五十七届世界卫生大会在审议了提名委员会的建议后选举出下列官员：

主席： Muhammad Nasir Khan 先生 (巴基斯坦)

副主席： M.E. Tshabalala-Msimang 博士 (南非)
A. David-Antoine 女士 (格林纳达)
S. Bogoev 先生 (保加利亚)
R.Maria de Araujo 博士 (东帝汶)
Chua Soi Lek 博士 (马来西亚)

(第一次全体会议, 2004 年 5 月 17 日)

WHA57(4) 选举主要委员会官员

第五十七届世界卫生大会在审议了提名委员会的建议后选举出主要委员会的下列官员：

甲委员会： 主席 Ponmek Dalaloy 博士（老挝人民民主共和国）

乙委员会： 主席 Jigmi Singay 博士（不丹）

（第一次全体会议，2004年5月17日）

随后，主要委员会选举出下列官员：

甲委员会： 副主席 D. Slater 博士（圣文森特和格林纳丁斯）
A. Van Bolhuis 女士（荷兰）

报告员 M. Mizanur Rahman 教授（孟加拉国）

乙委员会： 副主席 N.M. Nali 教授（中非共和国）
S. Al Kharabseh 博士（约旦）

报告员 Z. Jakab 女士（匈牙利）

（甲委员会和乙委员会第一次会议，2004年5月18日和20日）

WHA57(5) 成立会务委员会

第五十七届世界卫生大会在审议了提名委员会的建议后选举出下列 17 个国家代表为会务委员会成员：博茨瓦纳、乍得、智利、中华人民共和国、古巴、法国、爱尔兰、哈萨克斯坦、利比里亚、阿拉伯利比亚民众国、尼日尔、尼日利亚、俄罗斯联邦、特立尼达和多巴哥、大不列颠及北爱尔兰联合王国、美利坚合众国和也门。

（第一次全体会议，2004年5月17日）

WHA57(6) 通过议程

第五十七届世界卫生大会通过了执行委员会在其第 113 届会议上拟定的临时议程，其中删去一个项目和三个分项目并增加一个补充项目。

（第二次全体会议，2004年5月17日）

WHA57(7) 审核证书

第五十七届世界卫生大会承认下列会员国代表团的证书有效：阿富汗、阿尔巴尼亚、阿尔及利亚、安道尔、安哥拉、安提瓜和巴布达、阿根廷、亚美尼亚、澳大利亚、奥地利、阿塞拜疆、巴哈马、巴林、孟加拉国、巴巴多斯、白俄罗斯、比利时、伯利兹、贝宁、不丹、玻利维亚、波斯尼亚和黑塞哥维那、博茨瓦纳、巴西、文莱达鲁萨兰国、保加利亚、布基纳法索、布隆迪、柬埔寨、喀麦隆、加拿大、佛得角、中非共和国、乍得、智利、中国、哥伦比亚、刚果、库克群岛、哥斯达黎加、科特迪瓦、克罗地亚、古巴、塞浦路斯、捷克共和国、朝鲜民主主义人民共和国、刚果民主共和国、丹麦、吉布提、多米尼加共和国、厄瓜多尔、埃及、萨尔瓦多、赤道几内亚、厄立特里亚、爱沙尼亚、埃塞俄比亚、斐济、芬兰、法国、加蓬、冈比亚、格鲁吉亚、德国、加纳、希腊、格林纳达、危地马拉、几内亚、几内亚比绍、圭亚那、海地、洪都拉斯、匈牙利、冰岛、印度、印度尼西亚、伊朗（伊斯兰共和国）、伊拉克、爱尔兰、以色列、意大利、牙买加、日本、约旦、哈萨克斯坦、肯尼亚、基里巴斯、科威特、吉尔吉斯斯坦、老挝人民民主共和国、拉脱维亚、黎巴嫩、莱索托、利比里亚¹、阿拉伯利比亚民众国、立陶宛、卢森堡、马达加斯加、马拉维、马来西亚、马尔代夫、马里、马耳他、马绍尔群岛、毛里塔尼亚、毛里求斯、密克罗尼西亚（联邦）、墨西哥、摩纳哥、蒙古、摩洛哥、莫桑比克、缅甸、纳米比亚、尼泊尔、荷兰、新西兰、尼加拉瓜、尼日尔、尼日利亚、挪威、阿曼、巴基斯坦、帕劳、巴拿马、巴布亚新几内亚、巴拉圭、秘鲁、菲律宾、波兰、葡萄牙、卡塔尔、大韩民国、摩尔多瓦共和国、罗马尼亚、俄罗斯联邦、卢旺达、圣基茨和尼维斯、圣卢西亚、圣文森特和格林纳丁斯、萨摩亚、圣马力诺、圣多美和普林西比、沙特阿拉伯、塞内加尔、塞尔维亚和黑山、塞舌尔、塞拉利昂、新加坡、斯洛伐克、斯洛文尼亚、所罗门群岛、索马里、南非、西班牙、斯里兰卡、苏丹、斯威士兰、瑞典、瑞士、阿拉伯叙利亚共和国、泰国、前南斯拉夫的马其顿共和国、东帝汶、多哥、汤加、特立尼达和多巴哥、突尼斯、土耳其、土库曼斯坦、图瓦卢、乌干达、乌克兰、阿拉伯联合酋长国、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、乌拉圭、乌兹别克斯坦、委内瑞拉、越南、也门、赞比亚、津巴布韦。

（第四次和第七次全体会议，2004年5月19日和21日）

WHA57(8) 选举有权指派一人供职于执行委员会的会员国

第五十七届世界卫生大会在审议了会务委员会的建议²后，选举出下列国家为有权指派一人供职于执行委员会的会员国：澳大利亚、巴林、玻利维亚、巴西、牙买加、肯尼亚、莱索托、阿拉伯利比亚民众国、卢森堡、罗马尼亚、泰国和汤加。

（第七次全体会议，2004年5月21日）

¹ 证书获临时接受。

² 文件 A57/38。

WHA57(9) 知识产权、革新与公共卫生

第五十七届世界卫生大会决定，鉴于增加时间系委员会完成其工作所必需，要求总干事将提交关于根据 WHA56.27 号决议建立的知识产权、革新与公共卫生委员会工作结果的最后报告推迟至执行委员会第 117 届会议（2006 年 1 月）。

（第七次全体会议，2004 年 5 月 21 日）

WHA57(10) 向区域的预算拨款

第五十七届世界卫生大会，在审议了关于向区域的正常预算拨款的报告¹之后，注意到第 21 段中包含的建议，决定要求总干事与会员国和区域协商，根据客观标准制定指导原则，以便应用于分配所有来源的资金，同时考虑到公平、效率和绩效以及对最需要国家、特别是最不发达国家的支持，供执行委员会第 115 届会议审议。

（第八次全体会议，2004 年 5 月 22 日）

WHA57(11) 联合国合办工作人员养恤基金：任命参加世界卫生组织工作人员养恤金委员会的代表

第五十七届世界卫生大会任命加拿大代表 J. Larivière 博士为世界卫生组织工作人员养恤金委员会委员和马尔代夫代表 A.A. Yoosuf 博士为候补委员，他们的任期均为三年，至 2007 年 5 月。

第五十七届世界卫生大会还任命斐济代表 L. Waqatakiwewa 博士为委员会委员，任期为 L. Rokovada 先生任期的剩余部分，至 2005 年 5 月。

（第八次全体会议，2004 年 5 月 22 日）

WHA57(12) 指导与非政府组织关系的政策

第五十七届世界卫生大会决定推迟审议关于非政府组织的新政策²，使总干事有时间与所有有关方面协商，以便就通过执行委员会向随后一届卫生大会提交的有关决议的条款达成一致意见。

（第八次全体会议，2004 年 5 月 22 日）

¹ 文件 A57/24。

² 见文件 A57/32。

WHA57(13) 选择召开第五十八届世界卫生大会的国家

第五十七届世界卫生大会根据《组织法》第 14 条，决定第五十八届世界卫生大会在瑞士召开。

(第八次全体会议，2004 年 5 月 22 日)

WHA57(14) 执行委员会关于其第 112 届和第 113 届会议的报告

第五十七届世界卫生大会在审查了执行委员会关于其第 112 届¹和第 113 届²会议的报告后注意到这两份报告，赞许执委会所开展的工作，并对执委会在执行委托给它的任务时所表现的奉献精神表示赞赏。

(第九次全体会议，2004 年 5 月 22 日)

¹ 文件 EB112/2003/REC/1。

² 文件 EB113/2004/REC/1 和 EB113/2004/REC/2。

附 件

附件 1

国际兽疫局（OIE）与世界卫生组织（WHO）的协定¹

[A57/28, Annex – 2004 年 4 月 8 日]

出于协调双方促进和改善兽医公共卫生（VPH）和食品保障与安全的努力并为此目的而进行密切合作的愿望，世界卫生组织（以下称为 WHO）和国际兽疫局（以下称为 OIE）现签订下述条款：

第 1 条

- 1.1 WHO 和 OIE 同意在与由各自宪章和理事机构决定所确定的各自职权范围相关的具有共同利益的事务中密切合作。

第 2 条

- 2.1 WHO 应将世界卫生大会有关的决议以及 WHO 协商会、研讨会和 WHO 其它正式会议的建议传递给 OIE，以向 OIE 的成员传达。
- 2.2 OIE 应将其国际委员会的建议和决议以及 OIE 相关的协商会、研讨会和其它正式会议的建议传递给 WHO，以向 WHO 会员国传达。
- 2.3 这些供两个组织（以下称为各方）各自机构考虑的决议和建议应作为双方之间协调国际行动的基础。

第 3 条

- 3.1 WHO 的代表应被邀请出席 OIE 国际委员会的会议和区域会议，并在没有表决权的条件下就这些机构议程中对 WHO 具有重要性的项目参加这些机构的讨论。
- 3.2 OIE 的代表应被要求出席 WHO 执行委员会的会议和世界卫生大会及区域委员会会议，并在没有表决权的条件下就这些机构议程中对 OIE 具有重要性的有关项目参加这些机构的讨论。
- 3.3 WHO 和 OIE 主席之间应签订协定，就 WHO 和 OIE 参加各方主持召开的、对另一方具有重要意义事项的非秘密性质的其它会议作出适当安排；这特别涉及制定规范和标准定义的会议。

¹ 见 WHA57.7 号决议。

- 3.4 双方同意避免在事先未与另一方进行磋商的情况下召开处理具有共同利益事项的会议和大会。

第4条

WHO 和 OIE 应就具有共同利益的领域进行合作，尤其是采取下述方式：

- 4.1 互相交流报告、出版物和其它信息，特别是及时交换有关人畜共患和食源性疾病暴发的信息。双方之间应作出特殊安排，以协调对经确认或可能具有国际公共卫生重要意义的人畜共患和/或食源性疾病的暴发作出的反应。
- 4.2 双方均组织以区域和全球范围为基础的人畜共患疾病、食源性疾病和相关问题的会议和大会，这些问题诸如动物喂养实践和抗菌素抗药性问题，它关系到畜牧业中谨慎使用抗菌素及对它们加以遏制/控制的政策和规划。
- 4.3 共同拟定和宣传国家、区域或全球规划并提供技术支持，以控制或消灭主要人畜共患和食源性疾病或具有共同利益的出现/重现的问题。
- 4.4 促进和加强兽医公共卫生的宣传教育、可操作化以及公共卫生与动物卫生/兽医部门的有效合作，特别是在发展中国家。
- 4.5 在国际上促进和协调有关人畜共患疾病、兽医公共卫生和食品安全方面的研究活动。
- 4.6 促进和加强 OIE 参考中心和实验室网络与 WHO 合作中心和参考实验室网络之间的协作，以巩固它们就具有共同利益的问题对 WHO 会员国和 OIE 成员的支持。

第5条

- 5.1 WHO 和 OIE 应在制定各自工作规划的过程中交流其规划草案以征求意见。
- 5.2 每一方在制定其向管理机构提交的最终规划时应考虑另一方的建议。
- 5.3 WHO 和 OIE 应每年召开一次由总部和/或区域代表高级官员参加的协调会议。
- 5.4 双方应计划为实施这些政策所必需的行政安排，诸如交换专家、共同组织合办科学和技术会议、共同培训卫生和兽医人员。

第6条

- 6.1 本协定需经 OIE 国际委员会和世界卫生大会的批准，于 WHO 总干事和 OIE 主席的

签字之日生效。

- 6.2 本协定可经双方书面同意加以修订。也可由任一方提前 6 个月书面通知另一方予以终止。

第7条

- 7.1 本协定替代 WHO 于 1960 年 8 月 4 日和 OIE 于 1960 年 8 月 8 日通过的 WHO 和 OIE 之间的协定。

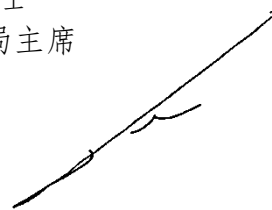
WHO 于 2002 年 12 月 18 日 通过

D.L. Heymann 博士
传染病部门执行主任



OIE 于 2003 年 5 月 26 日 通过

B.Vallat 博士
国际兽疫局主席



附件 2

朝着实现与生殖卫生有关的国际发展目标 and 具体目标 加速进展的战略¹

[A57/13, Annex – 2004 年 4 月 15 日]

前言

1. 生殖和性健康²对于个人、夫妇和家庭以及社区和国家的社会 and 经济发展极其重要。第五十五届世界卫生大会对过去 10 年里改善生殖和性健康方面取得的缓慢进展表示忧虑并且确信没有国际社会的继续承诺将不能实现国际发展目标, 通过了 WHA55.19 号决议, 要求世界卫生组织制定加速进展的战略以实现与生殖卫生有关的国际发展目标 and 具体目标。该决议忆及和认可各国政府在国际人口与发展会议 (1994 年于开罗) 和联合国第四次妇女问题世界会议 (1995 年于北京) 以及在其各自五年后续审查会议上商定的行动纲领和行动计划³。
2. 为响应 WHA55.19 号决议和在与会员国及伙伴协商之后, 世界卫生组织已制定一项建立在会员国按照 WHA48.10 号决议 (生殖卫生: 世界卫生组织在全球战略中的作用) 采取的行动基础之上的战略。该项决议敦促会员国进一步发展和加强其生殖卫生规划。
3. 本文件中提出的战略是专门为政府、国际机构、专业协会、非政府组织和其它机构内决策人员这一最广泛的受众准备的。第 I 部分阐述了全球目标与全球实际情况之间的重大差异和描述取得进展的主要障碍, 同时特别注意到与性别、贫穷和青少年接触危险有关的不公平现象。第 II 部分提出以基于国际人权的各项原则为指导的战略。它强调生殖和性卫生服务的核心方面并建议国家和世界卫生组织采取创新措施的方式。它最后重申世界卫生组织集体承诺与其伙伴合作以鼓励和支持会员国努力实现与生殖和性健康有关的联合国千年发展目标和其它国际商定的目标。

I. 全球目标和全球实际情况

4. 由 2000 年 189 个成员国通过的联合国千年宣言而产生的千年发展目标为衡量持续发展和消灭贫穷方面进展提供新的国际框架。八项目标中的三项 — 改善产妇保健, 降低儿童死亡率及与艾滋病毒/艾滋病、疟疾和其他疾病作斗争 — 直接与生殖和性健康有关, 而其它四项 — 消灭极端贫穷和饥饿, 普及小学教育, 促进两性平等并赋予妇女权力以及确保环境的可持续能力 — 与健康、包括生殖健康有着密切的关系。具体目标包

¹ 见 WHA57.12 号决议。

² 世界卫生组织提出并在国际人口与发展会议 (1994 年于开罗) 上同意的生殖健康的定义包括性健康 (见方框)。

³ 联合国大会关于全面审查国际人口与发展会议行动纲领执行情况的第二十一届特别会议 (1999 年于纽约) 和联合国大会关于 2000 年妇女: 二十一世纪两性平等, 发展与和平的第二十三届特别会议 (2000 年于纽约)。

括：

- 在 1990 年至 2015 年之间，将产妇死亡率降低四分之三；
- 在 1990 年至 2015 年之间，将 5 岁以下儿童的死亡率降低三分之二；
- 到 2015 年遏止并开始扭转艾滋病毒/艾滋病的蔓延。

5. 1999 年在全面审查和评价国际人口与发展会议行动纲领执行情况的联合国大会第二十一届特别会议上商定了补充基准。例如，到 2015 年，由熟练接生员接生的比例应在全球达到 90% 和在产妇死亡率高的国家至少达到 60%¹。

6. 在 1994 年国际人口与发展会议上通过的生殖健康定义（见方框）抓住了生殖和性健康与其它卫生领域相比独特的基本特征。生殖健康延伸至生殖期之前和生殖期之后，并且与社会文化因素、性别角色以及尊重和保护人权密切相关，不仅 — 但尤其在性和人际关系方面。

国际人口与发展会议《行动纲领》¹中确定的生殖和性健康与权利的定义

“生殖健康是指于生殖系统及其功能和过程所涉一切事宜上身体、精神和社会等方面的健康状态，而不仅仅指没有疾病或不虚弱。因此，生殖健康表示人们能够有满意而且安全的性生活，有生育能力，可以自由决定是否和何时生育及生育多少。最后所述的这一条件意指男女均有权获知并能实际获取他们所选定的安全、有效、负担得起和可接受的计划生育方法，以及他们所选定的、不违反法律的调节生育率方法，有权获得适当的保健服务，使妇女能够安全地怀孕和生育，向夫妇提供生育健康婴儿的最佳机会。按照上述生殖健康的定义，生殖保健的定义是通过预防和解决生殖健康问题促进生殖健康和福祉的各种方法、技能和服务。还包括性健康，其目的是增进生活和个人关系，而不仅仅是与生殖和性传播疾病有关的咨询和保健”。（第 7.2 段）

“铭记上述定义，生殖权利所包括的某些人权已得到各国法律、国际人权文书和联合国协商一致通过的其他有关文件的承认。这些权利的基础在于承认所有夫妇和个人均享有自由、负责地决定生育次数、生育间隔和时间、并获得这样做的信息和方法的基本权利，以及实现性和生殖健康方面最高标准的权利。此外还包括人权文件中阐明的人人在没有歧视、强迫和暴力的状况下作出有关生育决定的权利。……”（第 7.3 段）

¹ 联合国文件 A/CONF.171/13：国际人口与发展会议的报告。

7. 在国际人口与发展会议上通过这些广泛的定义标志着一个新时期的开始，并且过去

¹ 联合国文件 A/S-21/5/Add.1，第 64 段。

10年的成就是众多而且意义深远的。例如，除少数例外，生殖和性健康和权利的概念已被广泛接受，并且已开始被国际卫生与发展机构、国家政府、非政府组织和其它方面采用。新的生殖卫生政策和规划已几乎在所有国家制定。它们的采用在一些国家已在提供妇幼卫生或计划生育服务的传统方式方面产生重大变化。

8. 继这种使生殖和性健康概念化和对其承诺之后，在国家、区域和全球各级已形成新的伙伴关系。在以前受忽视的领域，如由生殖和性健康不良造成的疾病负担、它与贫穷的关系和以性别为基础的暴力，也已收集新的证据。在生殖和性卫生保健方面以证据为基础的最佳规范数量已大幅度增加，并且临床和行为研究范围以及国际公认标准、规范和准则的范围已经扩大。

9. 经验表明，即使在低收入环境中，创新的国别措施可大幅度降低例如孕产妇死亡率和发病率。现在的挑战是制定创新的国家战略，使包括青少年和穷人在内的最需要帮助的人获得卫生服务，以便实现国际目标。如下面的数据显示，目前许多国家正承受持续高孕产妇死亡率和发病率、围产期死亡率、生殖道感染和包括艾滋病毒在内的性传播感染、意外妊娠、不安全流产以及危险的性行为。

全球状况

妊娠、分娩和新生儿健康

10. 每年，在估计怀孕的 2.1 亿妇女中，约有 800 万罹患与妊娠有关的威胁生命的并发症，许多人承受长期疾病和残疾。2000 年，估计有 529 000 名妇女在妊娠和分娩期间死于在很大程度上可以预防的原因。就全球而言，在过去 10 年里，孕产妇死亡率未发生重大变化。

11. 区域不公平是极端的，这些孕产妇死亡中有 99% 发生在发展中国家。在撒哈拉以南非洲，妇女一生中死于孕产原因的死亡是十六分之一，在东南亚是五十八分之一，而在工业化国家是四千分之一。

12. 大多数孕产妇死亡是由分娩期间（如严重梗阻性分娩，尤其在低龄初次妊娠，出血和高血压并发症）、紧接的产后期（脓毒症和出血）或不安全流产后并发症造成的。普遍与这些死亡有关的因素是分娩期间缺乏熟练卫生人员¹的帮助，缺乏能提供紧急产科护理和处理不安全流产的并发症的服务，以及缺乏有效的转诊系统。

13. 在世界最贫穷地区生活的妇女中，50% 以上 — 在一些国家，这一百分比高于 80% — 在没有熟练接生员帮助的情况下分娩。在撒哈拉以南非洲，在过去 10 年里这些比例没有改变。在工业化国家可获得和广泛利用产前保健；对比之下，在 1990 年代末期，南亚近半数孕妇和西亚及撒哈拉以南非洲三分之一孕妇根本不能获得产前保健，而东亚

¹ “熟练接生员”或“熟练卫生人员”系指在管理正常分娩和紧接的产后期所需技能方面受过培训和有能力并能查明并发症和必要时提供紧急处理和/或将病例转到高级卫生保健机构的卫生专业人员，如助产士、医生或护士。

及拉丁美洲和加勒比为五分之一以下。

14. 在全世界 5 岁以下儿童 1080 万死亡中,有 300 万发生在新生儿期的最初七天期间。此外,估计有 270 万婴儿为死产。这些死亡中有许多与妇女健康状况不良及妊娠、分娩和产后其护理不充分有关。自 1980 年代初期以来发展中国家新生儿死亡率(包括最初 28 天内死亡)继续保持不变,为每 1000 活产约 30 例死亡。此外,一位母亲的死亡可严重危及其子女的生存。

计划生育

15. 避孕药具的使用在许多发展中国家已大幅度增加,并且在一些国家正接近发达国家。但是,调查表明,在发展中国家和转型期国家,尽管有 1.2 亿对夫妇表示希望避免今后妊娠或实行间隔,但是他们对安全和有效避孕仍有未得到满足的需求。

16. 已婚妇女(包括未婚同居妇女)中 9%至 39%有对计划生育的这一未得到满足的需求。数据提示,性行为活跃的未婚青少年和成人也面临着未得到满足的需求。每年约有 8000 万妇女意外妊娠,由于没有一种避孕方法是 100%有效的,其中一些意外妊娠是由避孕失败造成的。

不安全流产

17. 每年约有 4500 万意外妊娠被终止,其中估计有 1900 万是不安全流产¹。所有不安全流产中的 40%是对年龄 15 岁至 24 岁的年轻妇女施行的。不安全流产每年造成估计 68 000 名妇女死亡,占有妊娠相关死亡的 13%。此外,它们与相当多的发病有关;例如,研究表明,进行不安全流产的妇女至少有五分之一因此罹患生殖道感染;其中一些是严重感染,导致不孕症。

包括艾滋病毒在内的性传播感染和生殖道感染

18. 据估计,每年发生 3.4 亿新的性传播细菌性感染病例,其中大多数是能治疗的。由于它们难以诊断和缺乏称职的、可负担得起的服务,许多感染未得到治疗。此外,每年发生大部分不能治愈的数百万例病毒性感染,包括 500 万例新的艾滋病毒感染,其中 600 000 例因母婴传播而发生在婴儿中。

19. 性传播人类乳头状瘤病毒感染与宫颈癌密切相关,在 49 万多名妇女中诊断到此病,并且每年造成 24 万人死亡。所有宫颈癌病例的四分之三发生在发展中国家,那里筛查和治疗规划严重不足或缺乏。

20. 在 15 岁至 24 岁青少年中间每年发生 1 亿多例大多数可治愈的性传播感染。这些感

¹ 不安全流产界定为由缺乏必要技能的人员或在一个缺乏最低医疗标准的环境中或通过这两方面终止意外妊娠的一种操作方法(见预防和管理不安全流产,技术工作小组的报告,文件 WHO/MSM/92.5, 1992 年)。

染促进获得和传播艾滋病毒。近半数新的艾滋病毒感染发生在青少年中间。尽管在一些非洲国家青少年（尤其是女性）中最近的积极趋势，但是总的说来，在撒哈拉以南非洲，感染艾滋病毒的青年妇女是男子的两倍。据估计，2001年，撒哈拉以南非洲青年妇女中6%至11%感染艾滋病毒/患有艾滋病，而青年男子中为3%至6%。在其它发展中地区，感染艾滋病毒/患艾滋病的妇女比例也高于男子。此外，虽然生殖道感染，如细菌性阴道病和生殖器念珠菌病的患病率和后果尚未有大量文件证明，但是非性传播的这些感染已知传播甚为广泛。

21. 性传播感染也是不孕症的一个主要原因：全世界约有6000万至8000万对夫妇患有不孕症和承受由此引起的非自愿无子女，通常由未治疗的或未充分治疗的性传播感染引起的输卵管阻塞所致。

22. 生殖和性健康不良的这些方面（孕产妇和围产期死亡和发病、癌症、性传播感染和艾滋病毒/艾滋病）合在一起，约占妇女健康不良全球负担的20%和男子的14%。但是，这些统计数据不能反映健康不良的全部负担。以性别为基础的暴力和严重月经问题等妇科疾病，因产科瘻管造成的尿和大便失禁，子宫脱垂，流产以及性功能障碍，所有这些都均有着严重的社会、情感和身体后果，并且在当前全球疾病负担估计中被严重低估。世界卫生组织估计，不安全性行为是第二个对健康最重要的全球危险因素。

进展的障碍

与性别有关的不公平

23. 在健康方面的性别差异通常是显著的。家庭可能对女孩的营养、卫生保健、学校教育和职业培训方面的投资少于男孩。性歧视及女孩和妇女的低社会地位通常导致身体和精神健康不良、身体或情感虐待以及对其自己的生活、特别是他们的性和生殖生活的控制程度低。

24. 对妇女许多形式的暴力影响她们的生殖和性健康。特别是，在世界各地发生的来自亲密伴侣的暴力，包括身体、性和情感虐待。研究显示，4%至20%的妇女在妊娠期间遭受暴力，对她们自己及其婴儿带来流产、早产和低出生体重等后果。现有数据表明，在一些国家，约四分之一的妇女遭受亲密伴侣的性暴力。熟人和陌生人的强奸和性攻击也是普遍的。贩运妇女和儿童及强迫卖淫也是严重问题，特别在一些地区。对生殖和性健康的后果是广泛的，包括意外妊娠、不安全流产、慢性疼痛综合症、包括艾滋病毒在内的性传播感染以及妇科疾病。

青少年的接触风险

25. 在大多数国家，关于性的禁忌和规范（包括诸如童婚、女性生殖器切割和性行为开始早等习俗）对提供青少年保持健康所需的信息、生殖卫生服务和其它形式的支持造成强大的障碍。然而，青春期（10岁至19岁）的性和生殖行为产生近期和长期后果。在

世界的一些地区，性活动在青春期开始，并且无论是夫妻间或婚外性活动，通常是危险的。青少年很少有能力或获得支持以抗拒发生性关系的压力，协商更安全的性行为，或保护自己避免意外妊娠和性传播感染。对少女而言，妊娠具有极高的孕产妇死亡和发病的危险。满足全世界 12 亿青少年的需求和保护他们的权利对于维护这一代和后代的健康极其重要。

与贫穷和获得卫生服务有关的不公平

26. 贫穷几乎普遍地与不公平获得卫生服务，特别是孕产期卫生服务有关。生殖和性健康不良的负担在最贫穷国家最重，那里卫生服务趋向于分散或实际上难以获得，人员配备、资源配置和提供的设备严重不足，并且超出许多穷人所能及的范围。通常，公共卫生服务方面的改进特别使富裕者受益，并且实现某些国际卫生目标而不包括最低收入的 5 分位数和脆弱人群组在理论上是可能的。

27. 自 1980 年代以来，在许多国家已推行各种卫生部门改革，影响包括生殖和性健康服务在内的卫生服务可及性和利用。如预付保险费保险计划和按经济情况调查进行补贴的筹资项目通常未能造成希望的使穷人能公平获得。因此，需要特别注意确保弱势群体能获得预防、治疗和拯救生命的服务，如紧急产科保健。

其它挑战

28. 最近几年已目睹发展援助总额减少，而外部卫生筹资的新机制已开始发挥作用，如减贫战略文件、全部门办法和直接预算支持。此外，重要的新的卫生部门资助来源，如抗艾滋病、结核和疟疾全球基金，将资源集中于特定疾病和干预。重要的是确保这些新的发展情况有助于建设可持续的卫生系统能力，包括生殖和性卫生服务能力。

29. 在许多国家，缺乏充足的人力资源是扩大综合生殖和性卫生服务及提高保健质量的一个主要障碍。弱点包括人员严重短缺，现有人员技能不足，更替迅速和丧失熟练工作人员，以及系统内工作人员的利用和分布效率低下。低工资或拖欠支薪以及培训、监督和工作条件恶劣是卫生保健专业人员业绩差和高更替的根本原因。为建设和留住具有适当技能的卫生人力队伍，例如包括熟练接生员而制定战略性计划对于生殖和性卫生保健方面的进展极端重要。

30. 除穷人和其他处境不利的人在获得卫生服务方面普遍面临的障碍如服务设施的距离、缺乏交通工具、服务费用和歧视性对待使用者之外，生殖卫生面临特殊的困难。这些困难源自社会和文化因素，如围绕生殖和性的禁忌，妇女缺乏与性和生殖行为有关的决定权，对妇女健康重视不够以及家庭成员和卫生保健提供者的负面或指责性态度。由社区和地方卫生保健提供者对信仰、态度和价值进行整体审查为克服这些基本障碍提供一个重要的开端。

31. 在过去 20 年里，已在生殖卫生拯救生命的技术以及有效的临床和规划实践方面取

得进展。但是，即使已有电子数据库和交互手段，许多卫生系统和服务提供者仍很少或不能获得这一新的信息。许多国家有效的示范项目，包括采用技术和最佳规范，通常未能较大规模地实施。未能以充足的定性和定量数据为基础利用适宜的战略计划，已限制了解服务质量差和人们缺乏获得服务及服务利用的原因。

32. 在一些国家，法律、政策和规章可阻碍获得服务（如排斥未婚者利用避孕服务），不必要地限制卫生人员的作用（如助产士不能操作拯救生命的程序，如剥离取出胎盘），禁止提供某些服务（如在没有医生处方的情况提供紧急避孕），或限制进口某些基本药物和技术。消除这些限制可能有助于极大改进人民获得服务。

II. 加速进展的战略

33. 战略的总目标是加速进展以实现国际商定的生殖卫生目标并最终使人人达到最高可获致的生殖和性健康标准。

指导原则：人权

34. 世界卫生组织加速进展的战略以国际商定的人权文书和全球共识宣言为基础，包括人人享有最高而能获致的健康标准的权利；所有夫妇和个人享有自由和负责地决定生育次数、生育间隔和时间、并获得这样做的信息和方法的基本权利；妇女有在没有强迫、歧视和暴力的状况下控制及自由和负责地就与其性行为、包括性和生殖健康有关的事项作出决定的权利；男女享有在其自由和完全同意下选择配偶和结婚的权利；获得有关卫生信息的权利；以及人人享有科学进步及其应用的利益的权利。为确保这些权利受到尊重，政策，规划和干预措施必须促进两性平等，优先重视贫穷和得不到充分服务的人群和群体，尤其是青少年，并向承受生殖和性健康不良最大负担的国家提供特别支持。

生殖和性卫生服务的核心方面

35. 生殖和性健康的五个核心方面是：改进产前、围产、产后和新生儿保健；提供高质量计划生育服务，包括不孕症服务；消灭不安全流产；与包括艾滋病毒在内的性传播感染、生殖道感染、宫颈癌和其它妇科疾病作斗争；以及促进性健康。由于生殖和性健康各个方面之间的密切联系，在一个领域的干预措施可能对其它领域产生积极影响。至关重要的是国家加强现有服务并将它们作为新的干预措施的切入点，力争最大的增效作用。

36. 在大多数国家，主要切入点将是产前、分娩和产后服务，它们构成初级卫生保健的支柱。降低孕产妇发病率和死亡率及围产期死亡的关键是每一次生育均有熟练的卫生人员接生以及综合紧急产科保健以处理并发症。提供这些服务需要有效的转诊系统在服务点之间联系和运输。孕产妇卫生服务提供一个主要机会帮助妇女实行计划生育。它们也是一个杰出的手段，以此向妇女提供艾滋病毒感染的预防、咨询、检测和治疗并预防在妊娠和分娩期间及通过母乳喂养传播艾滋病毒。实际上，只有通过这些服务，才能充分提供这些干预措施。这些要点在世界卫生组织确保母婴安全战略中得到进一步阐述。

37. 作为孕产妇死亡和发病的一个可预防的原因，必须处理不安全流产，作为有关改善产妇保健的千年发展目标及其它国际发展目标和具体目标的一部分。需要采取若干紧急行动，包括加强计划生育服务以防止意外妊娠，并且在法律允许的限度内，确保服务可供利用和容易获得。同样，在法律允许的限度内，提供安全流产服务要求在现代技术方面培训卫生服务提供者并给他们配备适当的药物和用品，所有这些应可供妇产科保健利用；向意外妊娠的妇女提供社会和其它支持；以及在法律允许的限度内，在初级卫生保健层次提供流产服务。对于患有不安全流产的并发症的妇女，必须通过流产后保健提供及时和人道的治疗。

38. 在全世界大多数国家计划生育服务的成功已为过去 20 年至 30 年在发展中国家避孕药具使用的大量增加所证实。由于这些规划使妇女能推迟、间隔和限制妊娠，它们是降低孕产妇和围产期发病率和死亡率的服务的一个不可缺少的部分。由于这些服务直接涉及性关系的结果，它们还拥有巨大潜力带领促进性健康和努力预防性传播感染和艾滋病毒传播。

39. 性传播感染正在由药制师、药品销售者和传统治疗师通常无效地进行诊断和治疗。已作出各种尝试，通过将性传播感染管理纳入现有妇幼卫生和/或计划生育服务来帮助妇女，但取得的成功是有限的。但是，经验表明，将预防性传播感染纳入计划生育服务，尤其通过咨询以及讨论性行为和伴侣关系，已增加利用服务和改进保健质量。这些做法可予以信赖和改进，以便扩大覆盖面和推广到原来不是计划生育重点的男子、青年和其他群体。此外，在高危群体中的推定治疗和以社区为基础的性传播感染控制综合规划可极大地促进降低艾滋病毒传播率。

40. 加强生殖卫生服务可产生许多额外收益。其中包括重视对妇女的暴力，目前正在各个国家环境中对此进行处理，例如提供紧急避孕，流产（如要求）（在法律允许的限度内），在遭受强奸之后治疗性传播感染和接触后预防艾滋病毒感染，筛查和治疗宫颈癌，预防原发性和继发性不孕症，以及治疗妇科疾病。精心设计和有效提供的生殖和性卫生服务，尤其是由社区参与的服务，还可有助于改进使用者 - 提供者关系、男子的参与以及加强妇女作出生殖选择的权能。

41. 所有生殖和性卫生服务可在提供信息和咨询以促进性健康方面发挥主要作用。适宜的信息还可促进伴侣之间更好交流和作出更健康的性生活决定，包括禁欲和使用避孕套。

行动

42. 世界卫生组织向国家建议下列主要行动领域，并致力于支持会员国建设和加强它们的能力以改进生殖和性健康。每个国家必须通过涉及所有利益相关方面的协商过程查明问题、确定重点和制定加快行动的战略。五个至关重要的活动是：加强卫生系统能力，改进用于确定重点的信息，动员政治意愿，制定支持性立法和管理框架，以及加强监测、评价和责任。

加强卫生系统能力

43. 实现与孕产妇和婴儿生存及艾滋病毒/艾滋病有关的千年发展目标以及更广泛的生殖和性健康目标的一个首要条件是在一级、二级和三级存在一个运行良好的基本卫生保健系统。在一些国家，必须大力加强基本卫生服务能力，以便能提供一系列综合基本的生殖和性卫生服务。国家级生殖和性健康的计划工作必须包括可持续的筹资机制、人力资源、提供服务的质量以及服务的利用。

44. **可持续的筹资机制。**生殖和性健康的极端重要性必须在国家卫生部门计划和战略性发展中得到反映。已促进卫生部门改革和有关活动，如对捐助者资助采取全部门办法，作为加强卫生系统的一个手段。挑战在于确保这些活动和其它筹资机制促进质量良好、综合的生殖和性卫生服务以及朝向普遍获得进展。

45. 这一领域的必要**行动**是：

- (1) 将生殖和性健康置于国家计划和战略制定过程，包括减贫战略文件和世界卫生组织国家合作战略的核心；
- (2) 确保生殖和性健康在国家卫生部门计划，包括涵盖“三五”倡议的计划，提交抗艾滋病、结核和疟疾全球基金的建议和其它有关活动中得到适当反映；
- (3) 在卫生部门改革和全部门办法之下确定生殖和性健康在基本服务一揽子计划中的优先顺序；以及
- (4) 在实行新的筹资机制如分摊费用的地方，设计方法以促进青少年、穷人和其他弱势群体能获得服务，监测此类政策的效果并使它们适应地方状况。

46. **人力资源。**培训、招聘、配置和留住熟练的卫生人员是普遍改善健康和改进卫生保健的核心要素。许多核心生殖和性卫生干预可由中级专业人员和辅助医务人员进行。挑战在于确定提供有优先次序的生殖和性卫生服务十分必需的核心卫生工作人员、技能和培训形式。必须为卫生工作人员创造有利条件，以便充分发挥他们的潜力和激发他们与所有人群组，包括最贫穷者一起工作。

47. 这一领域的必要**行动**是：

- (1) 确定各级对卫生工作人员数量和分布的基本要求，以及开展有优先次序的生殖和性卫生干预所需的技能；
- (2) 评估和改善工作环境、就业条件和监督；
- (3) 制定战略以激励和留住熟练人员；以及

(4) 促进能使卫生保健工作者充分利用其技能的政策。

48. **提供服务的质量。**在教学医院和专门项目中实施的最新规范通常未在整个系统得到采纳，结果是总体绩效仍然很差并持续存在质量和获得方面的不平等。与卫生部门改革有关的分权计划和责任必须特别注意促进全系统采纳和良好规范。必须建立持续提供基本物品的后勤系统。

49. 这一领域的必要**行动**是：

- (1) 开展战略性计划工作，使卫生专业人员和管理人员参与，以评估目前的保健质量和确定在现有资源限制内提高质量的最佳方式；
- (2) 设计和试行战略以扩大经证实有效的干预；
- (3) 制定、采纳和监测私立和公立部门临床实践标准；
- (4) 在非政府组织以及私立和商业部门中征募伙伴，以便最大限度提供和利用生殖卫生服务；以及
- (5) 在国家内和国家间促进分享吸取的教训。

50. **服务的利用。**在存在卫生服务的地区，对于人们为什么不利用这些服务，特别在生殖和性健康方面有许多社会、经济和文化原因；查明和克服障碍需要与妇女、青少年和其它社区团体协作，以便更好地了解他们的需求、分析问题和找到可接受的解决办法。

51. 这一领域的必要**行动**是：

- (1) 开展社会和业务研究以查明利用服务的障碍并制定和试行克服这些障碍的措施；以及
- (2) 采用参与式办法与社区、公立和私立部门机构以及非政府组织一起工作来克服这些障碍和促进适当利用可获得的服务。

改进用于确定重点的信息

52. 需要对流行病学和社会科学数据进行分析，以了解人群中生殖和性危险接触和健康不良的类型、严重程度和分布，了解推动生殖和性健康不良的动力以及阐明此种健康不良与贫穷、性别和社会脆弱性的联系。改进数据收集和分析，包括关于费用和成本效益的信息，是在互相竞争的行动重点中作出选择以及将卫生系统干预对准在拥有的资源限度内最可能产生影响的目标极其重要的基础。

53. 但是,以良好数据为基础确定重点的过程必须使政府、双边和多边机构、专业协会、妇女团体和民间社会其它部门等许多利益相关方面参与。汇集这些具有各种不同观点的不同利益相关方面将有助于建立广泛的共识,促进合作和加强干预取得成功的可能性。各利益相关方面必须认真权衡成本效益与公平,并考虑更多投资的必要性,以便帮助穷人和其他未得到充分服务的群体。

54. 这一领域的必要**行动**是:

- (1) 加强能力以收集和分析关于健康状况、其基本决定因素以及地方、区县和国家各级卫生服务运行的数据; 以及
- (2) 利用多个利益相关方面协商过程,以数据为基础确定重点,并注意尤其使贫穷和其他未得到充分服务的群体公平获得。

动员政治意愿

55. 创造一个国际、国家和地方有力支持以权利为基础的生殖和性健康活动的动态环境将有助于克服惰性,激励投资和制定绩效责任的高标准和机制。这不仅需要卫生部,而且需要财政部、教育部、可能其它部门及它们在区县和地方各级对应机构的参与。政治承诺和宣传必须十分强有力,足以维持良好的政策和规划,特别是为得不到充分服务的群体。

56. 这一领域的必要**行动**是:

- (1) 利用公众健康和人权效益的证据,形成对生殖和性健康方面投资的有力支持;
- (2) 动员各方主要支持者(如卫生专业人员、法律专家、人权团体、妇女协会、政府部委、政治领导人和政党、宗教和社区领导人)支持一项国家生殖和性健康议程并协同一致利用大众媒体; 以及
- (3) 为青少年性和生殖健康及权利方面战略性投资提出以证据为基础的强有力理由并将其置于国家议程的优先地位; 传播关于青少年生殖卫生需求和问题的性质、原因和后果的信息,如他们对包括艾滋病毒在内的性传播感染的脆弱性、意外妊娠、不安全流产、早婚或早育以及夫妻之间和婚外性强迫和暴力。

制定支持性立法和管理框架

57. 从政策和规章中取消不必要的限制以便为生殖和性健康制定一个支持性框架,可能极大地有助于改进获得服务。

58. 需要规章以确保在一致和公平的基础上提供用品(药品、设备和补给品)以及确保

它们符合国际质量标准。此外，需要一个有效的管理环境以确保公立和私立部门向全体人口提供优质保健的责任。

59. 这一领域的必要**行动**是：

- (1) 审查并在必要时修改法律和政策，以确保它们促进普遍公平获得生殖和性健康教育、信息和服务；
- (2) 确保已有规章和标准，在一致和公平的基础上提供符合国际质量标准的必要物品；以及
- (3) 为提供服务以及私立、非政府和公立部门之间合作和补充行动制定绩效标准并设计监测和责任机制。

加强监测、评价和责任

60. 监测和评价对于了解什么起作用和不起作用及为什么是不可缺少的。它们还揭示变化的需求及未预料到的积极和负面影响。

61. 这一领域的必要**行动**是：

- (1) 以一项要实现什么、怎样和到何时实现的明确计划以及一套明确指标和强有力基线数据为基础，制定和加强监测和评价机制；
- (2) 监测卫生部门改革、全部门办法以及减贫战略文件、分摊费用和直接预算支持等其它筹资机制的实施，以确保它们使穷人和其他社会或经济边缘化群体受益并促进在各级加强生殖和性卫生服务；以及
- (3) 制定机制（如地方委员会或社区会议）以便在设施和区县级加强责任。

世界卫生组织对实现全球生殖卫生目标的承诺

62. 在上面概述的所有行动领域，世界卫生组织将通过下列方面继续和强化其对国家的技术援助：

- 支持面向行动的研究和加强研究能力
- 简化和认真注重于以证据为基础的规范和标准
- 开展生殖和性健康的全球宣传。

63. 所有这些活动将系统地注意和促进公平，包括两性公平，以及生殖和性健康的人权层面。

64. 在全球级，世界卫生组织将：

(1) 加倍努力实施确保母婴平安行动，作为生殖和性健康战略的一个重点组成部分，特别是为孕产妇死亡率最高的国家；

(2) 继续加强其与联合国系统其它组织（特别是联合国儿童基金会、联合国人口基金和联合国艾滋病规划署）、世界银行、卫生专业人员协会、非政府组织和其它伙伴的伙伴关系，以便确保一系列广泛伙伴的合作和协调的行动。由世界卫生组织主持的新的母亲安全和新生儿健康伙伴关系将在这方面发挥至关重要的作用；

(3) 尤其通过计划生育，产前、分娩和产后保健，控制性传播感染，促进更安全的性行为，以及预防艾滋病毒的母婴传播，促进和加强生殖和性卫生服务，作为预防和治疗艾滋病毒/艾滋病的基础。世界卫生组织还将通过加强与其它主要公共卫生规划的合作，包括免疫、营养以及预防和治疗疟疾和结核，尤其在孕妇中，确保重视生殖和性健康；以及

(4) 通过报告关于生殖和性健康的进展确保责任，作为实现千年发展目标的一部分。
