



# 世界卫生组织

第五十九届世界卫生大会

A59/25

临时议程项目 14

2006 年 4 月 24 日

---

## 2006-2015 年第十一个工作总规划

1. 按执行委员会在其第 117 届会议上商定的情况，2006 年 2 月 24 日在日内瓦举行了规划、预算和行政委员会特别会议，进一步讨论并代表执行委员会确认 2006-2015 年第十一个工作总规划草案，以便提交卫生大会<sup>1</sup>。与会人员名单附后（附件 1）。
2. 委员会注意到，根据委员会和执行委员会分别在其第三次会议和第 117 届会议上提出的意见，对修订的草案开展了大量工作。委员会委员们还额外进行了在线编辑。
3. 在以下领域内纳入了重要的新文字：卫生与人权、性和生殖卫生、世卫组织在联合国大家庭内的作用以及联合国改革过程的结果、非传染病、卫生供资、卫生人力资源、健康促进和健康的基本决定因素、第十一个工作总规划与业务计划之间的关系、千年发展目标、全球卫生保障、工作总规划的监测和评价。经修订的文件作为附件 2 附后。

### 卫生大会的行动

4. 请卫生大会审议如下决议草案：

第五十九届世界卫生大会，

审议了规划、预算和行政委员会代表执行委员会向其提交的 2006-2015 年第十一个工作总规划草案；

---

<sup>1</sup> 见文件 EB117/2006/REC/2，第九次会议摘要记录。

注意到工作总规划注重于世卫组织作为世界卫生问题专门机构的行动和责任及其在全球卫生中的作用，并同时审视影响健康的众多部门和学科的相互联系；

意识到不断变化的国际卫生背景以及世卫组织和各伙伴有效地应对这些变化的必要性；

注意到工作总规划呼吁采取集体行动，通过建议的全球卫生议程在今后 10 年内改善健康；

认识到工作总规划旨在作为世卫组织以成果为基础管理过程中的第一步，为世卫组织的工作提出大方向；

欢迎工作总规划所提供的框架及其所支持的正在编写中的中期战略性计划，后者体现为在秘书处的计划、监测和评价工作中以及本组织与各伙伴一起开展的工作中引进更具战略性的办法所作出的努力，

**批准** 2006-2015 年第十一个工作总规划；

**敦促** 会员国确认它们为完成全球卫生议程和鼓励多学科伙伴关系应发挥的作用和采取的具体行动；

**促请** 联合国系统各有关组织、国际发展伙伴和机构、非政府组织和私立部门考虑按照第十一个工作总规划中所含的全球卫生议程协调其工作；

**要求** 总干事把第十一个工作总规划用作为 2006-2015 年期间对世卫组织工作进行战略性计划、监测和评价的基础；按需要审查和更新工作总规划以反映不断变化的全球卫生情况；并向第六十三届世界卫生大会和第六十七届世界卫生大会报告第十一个工作总规划的持续相关性和使用情况。

附件 1

**执行委员会规划、预算和行政委员会**  
第一次特别会议  
2006 年 2 月 24 日

**与会人员名单**

**委员、候补委员和顾问**

**澳大利亚**

J. Halton 女士(主席)

C. Patterson 女士(顾问)

M. Sawers 先生(顾问)

**巴林**

S. Khalfan 博士(N.A. Haffadh 博士的候补委员)

**不丹**

J. Singay 博士

P. Wangchuk 先生(顾问)

D. Tshering 女士(顾问)

**加拿大**

D. Strawczynski 先生(I. Shugart 先生的候补委员)

P. Oldham 先生(顾问)

**法国**

J.-B. Brunet 博士(D. Houssin 教授的候补委员)

J. Tor-de Tarlé 夫人(顾问)

**伊拉克**

E.A. Aziz 博士(A.M. Ali Mohammed Salih 博士的候补委员)

**牙买加**

B. Wint 博士(J. Junor 先生的候补委员)

## 莱索托

T. Ramatsoari先生(M. Phooko博士的候补委员)

## 葡萄牙

J. Pereira Miguel教授

J. de Sousa Fialho先生(顾问)

## 卢旺达

A. Kayitayire先生(J.D. Ntawukuliryayo博士的候补委员)

## 泰国

Viroj Tangcharoensathien博士(Suwit Wibulpolprasert博士的候补委员)

## 汤加

V. Tangi博士

## 不作为委员会委员的会员国

D. Soltani 小姐(阿尔及利亚)

S. Miranda 夫人(安哥拉)

H. Friza 博士(奥地利)

F. Gustin 夫人(比利时)

Yang Xiaokun 先生(中国)

L. Arango 夫人(哥伦比亚)

M. Kristensen 女士(丹麦)

M. Hessel 女士(丹麦)

M. Korslund 先生(丹麦)

A. Damigou 夫人(希腊)

E. Gouldman-Zarka 夫人(以色列)

T. Tsujisaka 女士(日本)

H. Gashut 博士(阿拉伯利比亚民众国)

C. Goy 夫人(卢森堡)

J.-M. Rasolonjatovo 先生(马达加斯加)

D. Valle 夫人(墨西哥)

C. Lanteri 小姐(摩纳哥)

G. Vrielink 夫人(荷兰)

T. Kongsvik 夫人(挪威)

A. Pavlov 先生(俄罗斯联邦)

D. Mafubelu 夫人(南非)

I. Elamin 夫人(苏丹)

H. Pedersen 夫人(瑞典)

S. Sammalkivi 夫人(瑞典)

C. Presern 博士(大不列颠及北爱尔兰联合王国)

T. Kingham 先生(大不列颠及北爱尔兰联合王国)

D. Hohman 先生(美利坚合众国)

附件 2



世 界 卫 生 组 织

# 2006-2015 年 第十一个工作总体规划草案

全球卫生议程

## 总干事李钟郁博士的前言

确定我们的工作总规划，使我们有深受欢迎的机会冷静思考，综观世界卫生形势。这要求我们准备迎接未来，预测当前趋势的影响，概括共识，确立目标并确定为完成具体卫生目标采取的步骤。

对未来做符合现实的考虑需要对过去有知情的了解。为了制定我们未来的这份规划，世卫组织及其成员国和合作伙伴通过范围广泛的磋商和讨论过程广泛回顾了过去的成功和失败。

第十一个工作总规划涵盖从 2006 至 2015 年的 10 年，与实现千年发展目标的时间框架相吻合。它回顾并重申了我们对健康决定因素以及为改善人群、社区、家庭和个人健康所需衡量标准的理解。它确认卫生工作是共享资源和分摊职责。它概述了重点问题并说明了全球必须如何对其加以解决。

在世卫组织 192 个会员国中，每一个会员国均有其独特的卫生情况。尽管存在巨大差异，但也存在具有共性的问题。稳定的经济、强大的卫生系统和支持性的社会环境等因素在所有的地方都与健康和保障相关联。但尽管有巨大的潜力，仍然有太多的领域内没有出现这方面的改善。相反，我们看到的是机会被浪费，不稳定和得不到发展带来的益处。

虽然健康方面的一些主要决定因素趋势，例如人口变化，相对而言可以预测，但是很多其它趋势并非如此。自然灾害—无论是气候、地震或传染病的流行，均表明形势可能变化得如此之快，卫生情况是如何的不稳定。我们必须对这一不可推断性作出计划。随着下一个 10 年的到来，必须对即刻出现的挑战作出灵活的应对，使各项活动符合以下文件中描述的长期远景并对之负有责任。

在过去数年中，创建了更多新的卫生伙伴关系。这是政治和财政承诺的反应，值得欢迎，但也体现了更为复杂的卫生体系结构，对世卫组织提出了新的挑战 and 期望。世卫组织继续在联合国系统内发挥积极主动的作用，并特别注重于在各国发生的情况和全面的管理改革。

本文件概述了包括会员国和秘书处在内的世卫组织工作战略框架和方向，以及与我们的全球卫生伙伴进行对话的平台。我请所有读者考虑本文对其自己活动的影响，以及他们和世卫组织如何才能最好地协同工作。这对我们所有的人都是一次机会，可以重申我们对实现人人享有最高可能的健康水准的承诺。

## 目录

### 总干事李钟郁博士的前言

执行概要 .....	4
A 序言 .....	7
B 不断变化的全球环境中的卫生工作 .....	7
卫生行动者与伙伴：不断变化的世界 .....	10
国际宣言和协定 .....	11
卫生工作面临的挑战：弥合国际反应方面的差距 .....	12
- 社会公正方面的差距 .....	13
- 责任方面的差距 .....	13
- 实施方面的差距 .....	14
- 知识方面的差距 .....	14
C 全球卫生议程 .....	15
1. 投资于卫生以减少贫穷 .....	15
2. 建立个人和全球卫生保障 .....	16
3. 促进全面普及、性别平等和与卫生相关的人权 .....	17
4. 处理健康决定因素 .....	18
5. 加强卫生系统和公平获取服务 .....	19
6. 掌握知识、科学和技术 .....	20
7. 加强管理、领导和问责制 .....	21
D 世卫组织-不断发展以应对挑战 .....	22
日益增长的需求 .....	22
世卫组织的相对优势 .....	22
世卫组织的核心职能 .....	23
世卫组织面临的挑战和今后的机会 .....	26
世卫组织秘书处在管理方面面临的挑战 .....	28
确定世卫组织的重点 .....	28
实施第十一个工作总规划 .....	30

### 附录：

1. 千年发展目标中的卫生
2. 在第十一个工作总规划准备工作中讨论的假想概要
3. 卫生数据：趋势简介和当前形势说明
4. 世卫组织成果链-从工作总规划到中期战略性计划
5. 为今后世界卫生大会建议的重点主题
6. 除千年发展目标外，世卫组织到 2015 年的选定公共卫生结果目标

## 执行概要

### 世卫组织第十一个工作总规划的宗旨

工作总规划是《世界卫生组织组织法》第二十八(七)条规定的一项要求。本文件涵盖 2006-2015 年, 比上一次的工作总规划具有更深远的意义, 并与千年发展目标相关联。文件审视了当前的全球卫生问题、暗藏的挑战以及国际社会(而不只是世卫组织)在今后 10 年内必须如何应对这些挑战。

工作总规划中规定了世卫组织作为世界卫生机构的工作大方向。更具体的重点将在世卫组织 2008-2013 年中期战略性计划中提出, 界定为战略目标, 并在双年度规划预算中作为预期成果提出。

### 不断变化的全球环境中的卫生工作

卫生逐渐被视为人类安全的一个主要方面, 并在有关发展重点的讨论中占有重要位置。在过去 20 年中, 期望寿命方面有了重大进展, 但卫生方面的差距不断扩大。世界各地的健康趋势存在显著的差别。由于传染病(尤其是艾滋病毒/艾滋病)、卫生服务崩溃以及社会经济条件恶化等因素, 有些地区出现倒退。

实现千年发展目标所规定改进的目标年限是 2015 年, 但卫生相关目标的趋势并不令人鼓舞。所缺的要素可概括为:

- 社会公正方面的差距;
- 责任方面的差距;
- 实施方面的差距; 以及
- 知识方面的差距。

### 全球卫生议程

对过去的分析以及我们对当前挑战和应对方面差距的了解表明, 要在今后取得进展并减少卫生方面的不平等现象, 必须有坚定的政治意愿、综合的政策和广泛的参与。在实现与卫生相关的千年发展目标方面的任何显著进展, 都将需要众多部门以及个人、社区、国家、区域和全球等所有层面上的行动。

针对一些基本健康决定因素, 需要一个健康促进战略全球框架。本文中概述的议程针对所有利益相关方面, 而不只是世卫组织。议程突出 7 项重点领域:

1. 投资于健康以减少贫穷;
2. 建立个人和全球卫生保障;
3. 促进全面普及、性别平等和与卫生相关的人权;
4. 处理健康决定因素;
5. 加强卫生系统和公平获取服务;
6. 掌握知识、科学和技术;
7. 加强管理、领导和问责制。



## 世卫组织– 不断发展以应对挑战

### 世卫组织的相对优势

世卫组织的力量在于其中立地位及其近乎普遍的会员构成,它是公正的并具有强大的召集能力。世卫组织在应对疾病方面的作用是独一无二的。世卫组织有范围广泛的一系列全球规范工作。许多国家在医药和诊断设备方面依靠世卫组织的标准和保证。世卫组织促进以依据为基础的讨论,并且在世界各地设有众多正式和非正式的网络。世卫组织的区域化结构为它提供了与各国接触的众多机会。

### 世卫组织的核心职能

以世卫组织的职权及其相对优势为基础,为本组织确定了六项核心职能。

- *就对卫生至关重要的事项提供领导并在需要联合行动时参加伙伴关系;*
- *制定研究议程并促进开发、转化和传播有价值的知识;*
- *制定规范和标准并促进和监督其实施;*
- *阐明道德立场和以证据为基础的政策方案;*
- *提供技术支持,促进变革并发展可持续发展的机构能力;*
- *监测卫生情况并评估卫生趋势。*

### 世卫组织面临的挑战和今后的机会

如果要想实现其在今后采取有效行动的潜力,世卫组织就必须应对重要的挑战。在卫生危机中,世卫组织必须迅速采取行动以便成为与各国政府一起开展工作的众多其它机构中的一名有效的伙伴。世卫组织将不断审查其各种程序,以便作出更及时的反应。

世卫组织将对卫生公平问题和与卫生相关的人权提供更清楚的了解。在把性别平等问题纳入主流方面,世卫组织将以身作则,把这项工作结合到其所有的技术指导和规范工作中去。世卫组织将更加努力把注意力和行动集中到确保国家具备充分的卫生人力资源,并争取使这方面的关注始终作为国家和国际政策的重点。世卫组织将与各国卫生部一起开展工作,加强卫生系统并使它们了解与其它部门一起开展工作可切实地取得的成就。世卫组织将更加系统地与民间社会和工业部门接触,包括国际卫生保健和制药行业。

## 制定世卫组织的重点

通过回顾各项决议, 世卫组织将制定其重点。将使用世卫组织以成果为基础的管理框架制定重点; 为期六年的 2008-2013 年中期战略性计划将概述数量有限的战略目标。这些重点将位于如下领域:

- 支持各国实现有效的公共卫生干预措施的普遍覆盖;
- 加强全球卫生保障;
- 发起和维持跨部门的行动以改变健康问题的行为、社会、经济和环境决定因素;
- 提高机构能力, 在卫生部更强有力的管理下履行核心公共卫生职能;
- 加强世卫组织在全球和区域级的领导作用并支持政府在国家级的工作。

## 实施第十一个工作总规划

通过制定为期六年的 2008-2013 年中期战略性计划, 将与会员国一起开展这项工作, 并由理事机构商定双年度规划预算。工作总规划的全球卫生议程将反映在卫生大会今后的议程中。

世卫组织将加强与国际金融机构和开发伙伴的接触。世卫组织将充分参与联合国系统改革的过程。世卫组织将与全球公共卫生界一起建立机制, 使范围更广泛的利益相关方面参与围绕全球卫生议程的政策对话。世卫组织将评价其对通过中期战略性计划实施这一议程所作出的贡献。

通过每两年对绩效进行评价, 将评估世卫组织秘书处所作贡献的适当程度。这将包括评估 2006-2015 年期间实现千年发展目标及其它与卫生相关的具体目标的进展情况。

## A. 序言

1. 自 1946 年通过《世界卫生组织组织法》以来, 世界已发生了根本性的变化。惊人的科学发展导致卫生保健方面的重大进展, 比以往任何时候更多的成百万人的生命得到保护, 而且全球期望寿命增长了 20 年。尽管如此, 虽然许多领域内有进展, 但仍然存在许多旧的和新的公共卫生问题需要解决。

2. 世卫组织作为联合国的一个专门机构, 对其会员国负责并与联合国系统其它实体密切合作。其《组织法》要求执行委员会提交工作总规划供卫生大会审议。第十一个工作总规划 (2006-2015 年) 的宗旨与前一个工作总规划不同, 它审视当前的问题、暗藏的挑战以及国际社会 (而不仅是世卫组织) 在今后 10 年内必须如何应对这些挑战。它为全世界确定了一份全球卫生议程以及实施这一议程所需的行动。本文件还认识到, 我们将面临的许多挑战是不可预见的, 各国政府和全球社会必须能够在出现需求时以灵活的方式应对; 附录 2 提供了为第十一个工作总规划进行的今后假想分析概要。本文件在后部分描述了世卫组织作为世界卫生机构的责任并提出了其今后工作的大方向。更加具体的重点将在世卫组织 2008-2013 年中期战略性计划中提出, 界定为战略目标, 并在双年度规划预算中作为预期成果提出。

3. 世卫组织将在全球卫生议程中起到领导作用, 充分支持正在进行的联合国改革过程。世卫组织认识到对其进行补充并避免与其自身工作以及参与卫生相关活动的其它联合国机构的工作出现重复和重叠具有重要意义。

4. 本文件还反映了《世界卫生组织组织法》、阿拉木图宣言以及联合国千年宣言的价值观和原则。此处突出的许多问题并不是新的问题。困难在于促进传统卫生部门内外的共同行动, 以及为解决这些问题获取众多伙伴的承诺。作为国际卫生工作的指导和协调机构, 世卫组织面临的挑战是确定其不断演变的作用。

## B. 不断变化的全球环境中的卫生工作

### *卫生作为二十一世纪的一个本质性的价值观念*

5. 《世界卫生组织组织法》规定: “享受最高而能获得之健康标准, 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, 而分轩轾”。人权是卫生和社会公正的核心。这些是联合国和世卫组织的核心价值观念和原则。卫生相关人权在数量众多的国际和区域人权文书中得到了认可。卫生相关人权密切关系到并依赖于食物、住房、工作和教育等方面的其它人权的实现。目前世界上的每个国家都至少是一项承认卫生相关人权以及反对不平等现象和歧视的重要性的国际条约缔约方。

6. 卫生逐渐被视为人类安全的一个重要方面。实际或可能发生的卫生紧急情况是公众高度重视和激烈辩论的问题。暴力是造成可预防的发病和死亡的重要原因。与贫穷相关的疾病会加快社会崩溃。安全方面关注的更广泛问题包括健康对安全的食物和水、经济保障和防范气候变化影响等方面的依赖性。

7. 卫生在关于发展重点的讨论中占据了突出的地位。这体现于国家减贫战略和国家发展计划。所有发展水平的国家都逐步认识到需要持久和公平地增加卫生投资, 才能成为或保持作为稳定和富强的国家。

8. 全球改善健康的努力与医学科学不可分离, 但社会、经济、环境和政治因素也决定卫生机遇和结果。要使卫生行动有效, 必须有远大设想作为指导并与不同的机关和机构合作开展行动。

### **当前的卫生形势**

9. 过去 30 年间, 全球的期望寿命增长了 6 至 7 年。这种改善是由于社会经济的发展, 更广泛地提供了安全用水和卫生设备, 并扩大了国家卫生服务。然而, 在国家间和国家内, 富人与穷人之间、男人和女人之间以及不同的人种群组之间存在着日益扩大的卫生方面的不公平现象。10 亿多全球最贫困人口不能从卫生保健方面的重大进展中获益(见附录 3), 而且在若干国家, 尤其是在南撒哈拉非洲, 期望寿命有所缩短, 这部分是由于艾滋病毒/艾滋病流行。

10. 世卫组织各区域的卫生趋势有显著的差别。例如, 前苏联国家在 20 世纪 90 年代初经历了卫生方面的大倒退, 而在非洲, 大约 15 个国家在过去 15 年中在儿童卫生方面早些时候取得的进展出现倒退。这些倒退体现为同时出现不同的传染病, 尤其是艾滋病毒/艾滋病, 以及卫生服务崩溃和社会经济条件恶化。与未能满足日益扩大的计划生育需求相联系的人口大量增长也促使形势恶化。

11. 传染病造成的疾病、残疾和死亡具有巨大的社会和经济影响。正在出现新的疾病, 例如禽流感 and 急性呼吸道综合征, 使控制流行病的需求更加紧迫。

12. 在发达国家, 造成死亡和疾病的主要原因已在发生变化, 而且在许多发展中国家也正在出现这种情况。包括精神疾患在内的慢性非传染病已占目前全球疾病负担的 60%。所有慢性病死亡的四分之一发生在 60 岁以下的人口中。非传染病和慢性病发病率和死亡率的大部分是少数几种主要风险因素造成的; 其中包括使用烟草、饮食不健康、缺乏身体活动和滥用酒精。通过健康促进和疾病预防改善健康的潜力基本上仍未得到利用。

13. 道路交通事故每年估计导致 120 万人死亡, 并有多达 520 万人受伤。70% 以上在道路交通事故中死亡的人不满 45 岁。按预计, 除非做出新的预防承诺, 否则道路交通事故死亡人数在今后 20 年内将增加约 65%。

14. 千年发展目标为实现改进规定的目标年限是 2015 年 (见附录 1), 然而与卫生相关目标的趋势并不令人鼓舞。绝大多数贫困国家很可能不能实现这些目标。很少有发展中国家目前已走上实现降低儿童死亡率目标的轨道, 尽管这主要是常见病造成的, 而且已存在有关的有效知识和有效的干预措施。新生儿死亡与其它婴幼儿死亡相比, 减少的程度较小。尽管具有孕产妇较低死亡率的国家的死亡率有所下降, 但是具有孕产妇高死亡率的国家的这一比例停滞不前, 甚至有所上升。国家内部的死亡率差距仍然很大。然而, 有关卫生干预的数据比较令人鼓舞: 实现结核控制目标的进展已走上正轨; 而且很多国家的麻疹免疫覆盖面在扩大, 致使死亡率有大幅度下降。在一些地区, 特别是亚洲, 分娩时有训练有素的医务人员在场协助的妇女比例大幅度上升。

15. 贫困仍是一个重大问题, 而且伴随全球化和迅速的经济发展的剧变以及减贫战略文件等干预措施对全球社会的主要部分不能产生理想的影响。

16. 世界人口趋势显示世界人口仍在增长, 但增长速度已放慢, 目前几乎所有的增长均发生在发展中国家。人口中列数估计值表明, 到 2050 年全球人口大约为 90 亿, 而现在为 60 亿。

17. 这种人口趋势将包括世界上老年人的比例和人数以及年轻人的人数显著增加。这种情况加上不断恶化的环境条件、不健康的行为和营养不足, 已导致包括精神疾患和物质滥用在内的若干慢性病增多, 结果造成对昂贵的长期三级保健的需求大增。对传染病仍然很常见的发展中国家, 这意味着双重疾病负担。随着更多的儿童存活到成年期, 也将有更多的年轻人。然而, 如果他们不具备确保健康青春期所需的信息、生活技能、卫生服务和支持, 他们就会有生命危险。缺少这些条件, 他们就会接触与烟草相关的疾病、酒精有害使用、物质滥用、性传播感染、意外妊娠以及与行为相关的其它健康问题。世界人口的半数左右现在生活在城市地区。在发展中国家, 43% 的城市人口生活在贫民窟中, 而且在最不发达国家中, 78% 的城市居民居住在贫民窟中, 并有 30% 的家庭由妇女掌管。

18. 无论是自然或人为造成的危机, 均是二十一世纪生活的一个突出特征。每年, 五个国家中的一个就经历一场危机, 造成大量痛苦、人群流离失所和死亡。冲突和紧急情况不可预测的性质和不断增多的次数使所有国家当局都有必要防备此类事件。

19. 全球各地的许多公立部门卫生系统具有类似的问题：具备必要技能的人员不足，低薪和缺少动力，在缺乏财力资源的情况下管理综合性服务方面的困难，以及不断提高的期望。在许多发展中国家，不能充分和平等地利用基本公共卫生服务。许多政府有远大的计划，要创建新的初级和二级保健设施，增加业务预算并为在缺医少药地区工作的人员提供奖励。然而，国家卫生开支方面的趋势通常与这些计划不相符合。

20. 许多发展中国家的国内卫生收入有一大部分来自用户费用，从而使有些人，尤其是较贫困的人群，不能获得卫生保健，并对获得卫生保健的某些人造成严重的经济困难。多数发展中国家的卫生保健在很大程度上依赖于外部资源，这些资金的不稳定性可约束卫生部门制定中期和长期战略。在未来数年中必不可少的是要增加调拨用于卫生的资金，提高外部来源收入的可预见性，并采取步骤衡量和监测卫生筹资体制实现普遍覆盖的程度。

21. 卫生发展援助估计上升了 26% ,从 1997 年的 64 亿美元增加到 2002 年的 81 亿美元，但发展援助在总体上仍低于国内生产总值 0.7% 的目标。增加的大部分金额是承诺用于抗艾滋病、结核和疟疾全球基金的新的资金。虽然已筹集了大量资源，尤其是用于艾滋病毒/艾滋病大流行的资源，但许多其它领域得到的重视不够。实现千年发展目标和处理薄弱的卫生系统、慢性病及相关研究领域等其它日益严重的卫生问题所需的总资源方面仍存在巨大的缺口。

22. 卫生工作者迁徙到提供更高报酬和更好服务条件的较富裕社会，加剧了有技能的卫生工作者的短缺。要逆转这种趋势，发达国家和发展中国家都需要采取行动。在某些情况下，这会导致缺少迫切需要的卫生工作者，并将加重有些社区和家庭所承担的照护负担，尤其是妇女和女童的负担，从而使不公平现象增多。

23. 随着技术的发展，许多国家继续增加卫生支出以满足日益增长的期望。在很多国家，非国立卫生保健机构不断增多，服务目标是人口中较富裕的阶层。未得到分摊风险的预付计划覆盖的个人和家庭要直接支付相当高的费用，可造成或加重贫困。世界上很多国家在扩大和维持社会保护或其它能够避免个人支付医疗保健并确保他们独立的支付能力的其它机制方面存在着很多困难。

### ***卫生行动者与伙伴：不断变化的世界***

24. 过去十年中，卫生方面的国际伙伴关系数目大增。这些伙伴关系在性质、范围和规模方面存在着很大的差异。许多伙伴关系针对单一的一种疾病，例如艾滋病、疟疾或结

核。另一些支持免疫等卫生干预措施, 或者卫生系统的组成部分, 例如监测工作。许多此类伙伴关系注重于提高现有技术的利用率。有些以研究和开发新产品为重点。除了来自双边和多边机构更多的资助金和贷款, 新的合作伙伴带来的大量资源正在改变很多国家资助卫生的方式。设计了新的机制以便更好地支持国家发展目标, 例如减贫战略和全部门办法。

25. 全球卫生伙伴关系提供了在解决卫生问题方面将公立和私立组织以及民间社会团体的不同力量结合在一起的可能性。伙伴关系提供了办法以加强对全球卫生需求的反应并在市场不能动员必要的研究和开发时进行干预。伙伴关系可提高认识, 筹集资金, 调动专门技术和范围更广泛的参与者。但是, 伙伴关系也可产生进一步的挑战, 例如各行动之间的工作重叠、对政府和捐助者的高额交易费用、问责制不明确以及不能与国家重点和制度保持一致。虽然可预计将需要作一些整顿, 但伙伴关系的数量很可能会增多。如果获得长期可预见的供资并注重于国家能力建设, 这些伙伴关系将会实现它们的许多目标。

26. 对整个联合国提出的要求越来越多, 要求联合国改革的呼声也越来越高并更明确地显示了它如何起到增值作用。这对世卫组织及其联合国各伙伴机构都是一次挑战。尤其重要的是国家级的关系。在那里, 卫生对发展是至关重要的, 随着各国际机构使其工作与国家卫生政策和规划保持一致并力图协调其努力以便减少总体管理负担, 正在发生许多变化。

27. 为了一个特定的目标聚集在一起的个体, 例如病人或民间社会团体, 正在形成强有力的游说团体, 提高公众对艾滋病毒/艾滋病治疗的获取和国际开发援助等问题的认识。当前的通讯和信息技术使消费者在知情选择自由方面达到前所未有的程度。越来越多的非政府组织、宗教组织和私立部门组织正在提供保健并补充国家卫生系统的工作。

28. 学术界、工业界、政府和非政府等方面的研究继续确立方向和利用知识获取。工业、贸易和财政是研究和发展的强大推动力量, 也是产品生产和销售以及卫生政策决策背后的一股巨大力量。公立部门与私立部门在研究领域内的伙伴关系变得越来越重要。

### **国际宣言和协定**

29. 全球卫生议程是根据世界领导人达成的协定形成的。2000 年 9 月, 联合国千年宣言要求各国形成全球伙伴关系以减少贫困, 改进卫生和教育, 并促进和平、人权、性别平

等以及环境的可持续发展。富裕和贫困国家均致力于实现千年发展目标。联合国艾滋病毒/艾滋病特别会议突出了被视为威胁全球安全的一种传染病。

30. 与卫生相关的人权在众多国际和区域条约中书写成文。在若干次联合国世界会议上作出了长远的政治承诺, 重点为妇女、儿童、老年人、残疾人、土著少数民族或感染艾滋病毒/艾滋病者等经常受到歧视的人群。尤其重要的是联合国国际人口与发展会议(开罗, 1994 年) 以及第四次妇女问题世界会议(北京, 1995 年) 的结果, 其中涉及妇女的权利、性和生殖卫生以及制止对妇女和女童施暴。联合国普遍认识到需要对发展采取以人权为基础的措施(2003 年), 从而进一步推动将这些权利书写成文。

31. 卫生专题突出地出现在最近的很多国际协定中, 包括世界贸易组织关于与贸易有关的知识产权的宣言( TRIPS 协定和公共卫生, 多哈, 2001 年)、发展筹资问题国际会议蒙特雷共识(蒙特雷, 2002 年) 以及可持续发展问题世界首脑会议(约翰内斯堡, 2002 年) 的产物。

32. 2005 年联合国大会世界首脑会议在战胜贫困、减免债务和发展方面作出若干承诺。它呼吁增加投资以改进卫生系统, 加强艾滋病毒的预防、治疗和护理工作, 控制疟疾和结核, 确保到 2015 年普及生殖卫生服务, 在联合国系统中把人权纳入主流并支持全面实施修订的国际卫生条例(2005 年), 包括世卫组织全球疫情警报和反应网络。

33. 全球也在出现重要的变化。《世界卫生组织烟草控制框架公约》在 2005 年生效以及修订的国际卫生条例(2005 年) 获得通过, 对世卫组织都是划时代的大事。它们作为国际文书, 可用于应对疾病的某些起因和影响并建议采取统一的国际行动。它们是一种新的协同责任的典范。最近的宏观经济与卫生委员会, 知识产权、创新和公共卫生委员会以及健康问题社会决定因素委员会采取了另一种措施。

34. 2004 年墨西哥卫生研究部长级高层会议的宣言为今后的研究提出了重要的议事日程, 而且 2005 年曼谷健康促进会议重申了应对健康决定因素和全球化对健康不良影响的重要性。

### ***卫生工作面临的挑战: 弥合国际反应方面的差距***

35. 上文对当前形势的分析揭示在若干领域内尚未利用改善人民(尤其是穷人)健康的潜力。这不仅涉及应对已知和预见到的疾病威胁, 而且也涉及处理对健康产生负面影响的其它因素。欠缺的内容可大致概括为社会公正方面的差距, 责任方面的差距, 实施方面的差距和知识方面的差距。



### **社会公正方面的差距**

36. 在决策中, 存在为确保公平性、与卫生相关的人权和性别平等所做努力方面的重大差距。在许多国家遭受不公平待遇的人包括土著人民、少数民族、贫困社区的居民、艾滋病毒/艾滋病患者、残疾人、移民和青少年。歧视对健康有影响。例如, 在很多环境中, 生为女人仍然意味着在获得有益良好健康的工作和生活条件方面比男人的机会更少。

37. 卫生政策和规划常常沿用性别方面的成规, 不考虑妇女对其健康缺乏自主权的问题。妇女的健康还受到卫生系统、卫生信息和卫生研究中性别偏见以及不充分和不适当医疗服务的影响。

38. 在很多国家, 包括经济高度发达的一些国家, 处于社会最优越阶层的人们与不能获得基本社会服务的人们相比在期望寿命方面相差 20 多年。获得艾滋病毒治疗的情况就是这些不公平现象的例子。

### **责任方面的差距**

39. 参与卫生工作的部门、行动者和伙伴数量增多, 导致在问责制方面出现差距并在协调行动以改善健康方面缺少协同努力。人们的健康受损或受益, 不仅是因其家庭环境和个人选择所造成的, 而且也是由于国家级和其本国之外的一些决定。

40. 例如, 不断增长的经济和国际贸易所造成的环境变化在全球不同地方对传染病有着直接影响。国际冲突和国家危机可导致侵犯人权和中断社会服务。全球经济力量和人群 (包括训练有素的卫生工作者) 的迁徙影响着现代民族国家及其坚持卫生和福利政策的能力。

41. 有些传染病和非传染病与市场力量和生活方式不可分隔。例如, 破坏了许多疾病控制努力的多种药物抗药性需要国际研究和开发、专利法、知识产权和国际贸易与金融领域内的行动。虽然正在逐步了解这些决定因素, 但并不总能明确由谁负责以及如何进行考虑。

42. 对如何改善人民健康的更充分了解突出了跨部门行动以及超出卫生部门控制的部门中行动的必要性。充分利用这些潜在的协同作用, 就可在关键性卫生结果方面取得重大改进。

43. 此外, 全球卫生基础设施以范围广泛的全球、国家和地方组织为特征。很少能使这些实体内部和之间的政策和行动达成一致, 而且部门间对话的机制在许多情况下很薄弱。同样, 并不总能明确应由谁负责领导这些行动。各国卫生部将是自然的协调机关, 但它们常常没有能力充分参与此类问题。

### **实施方面的差距**

44. 很多人群和社区仍然不能利用基本公共卫生干预措施, 即便已知这些措施具有成本效益。这主要是由于调拨用于卫生的资源不够以及调拨用于城市地区的治疗服务和高科技服务的资源比例过高。而且, 投入的资金常常不能使最需要的人受益, 并且不能得到充分利用。公平的卫生系统所需的供资机制必须能够消除卫生保健的障碍, 尤其是处于不利地位人群所面临的障碍。

45. 在有些情况下, 实施方面的差距包括过分强调试点项目和孤立的卓越榜样, 但缺乏进行推广的计划和卫生系统能力。例如, 利用相对不太昂贵并已知有效的解决方案即可避免当今全球大量因环境危害造成的死亡和疾病负担。同样, 在一些富裕国家, 通过经济有效的预防和治疗战略减少了心血管病的死亡率, 但这种知识在较贫穷国家中大致上仍然未得到利用。很多有效的干预措施依赖于基本药物, 然而目前几乎有 20 亿人口不能可靠地获得这些药物。也仍然存在对不安全性行为、避孕及其它性和生殖卫生商品方面大量未满足的需求等问题缺少重视的情况。还可指出许多其它例子, 而且随着获得更多的技术, 例如新的疫苗, 这种例子会更多, 并需要政府和国际伙伴增加开支。

46. 国际援助常常不能充分符合国家重点和制度, 在各机构间也不协调, 从而导致实施效率低下和工作重叠。要想不浪费知识和资金, 所有捐助者就必须认可和支持关于援助有效性的高级别对话。

### **知识方面的差距**

47. 最后, 在如何应对一些重大卫生挑战的知识方面存在差距。研究有时不能注重于需求最大的领域。即使在对现有或新的研究重点达成一致的情况下, 也很少能明确为发现、产生和提供这些卫生公益物提供资金并使贫穷国家能够支付得起的最佳方法。应对被忽视传染病的研究、在青少年中促进健康生活方式以及老龄化人口的需求, 都是例子。在能够获得有效干预措施的地方, 对如何提高其普及率缺乏足够的了解。

48. 政府和公共卫生机构并不总能意识到需要以依据为基础的决策以改进卫生政策和战略。例如, 对按性别分列的数据很少进行收集或用于决策, 但已知此类信息对有效和性别方面敏感的服务是必不可少的。在世界上贫困的地方, 通过现代的适当通讯渠道获取信息的情况仍然极为不稳定, 并促使公共卫生和饮食习惯、身体活动、道路安全和伤害预防以及烟草和物质滥用等问题的知识方面出现不断扩大的差距。

49. 在许多情况下, 卫生工作者、教师以及社区和家庭成员缺少有关健康的必要知识。制定课程以加强在校学习健康促进措施可使整个社区受益, 但这种机会广泛遭到忽视。

50. 这些挑战和差距并不是新的, 但现在比以往任何时候都明确, 只有来自常规卫生部门内外的联合行动才能做出充分的应对。对这些差距进行研究, 也为确定今后行动的议事日程提供了出发点。

## C. 全球卫生议程

51. 对过去的分析以及我们对主要的挑战和应对措施差距的了解表明, 在今后取得进展并减少卫生方面的不公平现象需要有强有力的政治意愿、综合性的政策和广泛的参与。在实现与卫生相关的千年发展目标方面的任何重大进展都将需要众多部门以及个人、社区、国家、区域和全球各级的行动。

52. 本文中阐明的全球卫生议程针对所有利益相关方面, 而不只是世卫组织。强调了七项重点领域。前三项涉及与卫生密切相关的广泛领域: 投资于健康以减少贫穷, 建立个人和全球卫生保障, 以及促进全面普及、性别平等和与卫生相关的人权。另外四项侧重于更具体的任务: 处理健康决定因素, 加强卫生系统和公平获取服务, 掌握知识、科学和技术, 以及加强管理、领导和问责制。

53. 为了处理某些基本健康决定因素, 需要健康促进战略的全球框架。这是所有政府部委各级以及社区、团体和民间社会的责任。为应对这一挑战, 建议按照渥太华宪章采取行动: 制定健康的公共政策, 创建支持性环境, 加强社区行动, 发展个人技能, 以及调整卫生服务的方向。

### 1. 投资于健康以减少贫穷

54. “消灭极端贫穷和饥饿”是第一项, 也是最重要的千年发展目标。在各国, 贫穷与儿童期和孕产妇高死亡率、更多地接触传染病、营养不良和微量营养素缺乏联系在一起。与贫穷的联系可以向两个方向发展: 改善健康对减少贫穷是必不可少的, 反之亦然。

55. 改善最贫穷人群的健康将最大限度地提高减贫努力的有效性。为了实现这一点, 卫生系统必须变得更加公平。例如, 通过设计更公平的供资制度, 可做到这一点。这就需要使付款与支付能力相一致, 使服务的利用与需求的程度相一致, 从而使人们不会因为卫生相关费用而遭受贫困。这种措施与安全保障相联系: 面临赤贫危险的人需要“安全网”以避免灾难性的开支和进一步贫困。提供此类保护的手段包括现金转帐、食物补贴规划、公共建设工程和小额贷款。确保人们能利用对健康至关重要的服务, 可能就必须使用优惠券、免费卫生保健服务、社会健康保险以及厨房和供热燃料补贴等手段。

56. 政府的作用是至关重要的。在存在减贫战略的地方, 决策者能够在一致的政策过程中确定跨越教育、环境和卫生等部门的规划。然而, 规划的成功取决于政府的自主决策以及公立部门注重于结果和追踪进展情况的能力。这方面最有用和最精确的一些指标涉及健康状况。世界银行、联合国、欧洲委员会和双边援助机构以及私立部门等伙伴的贡献在为减贫作出的这些协调努力方面起到重要作用。正在引进国际融资机制等新的供资形式, 以便补充和加强现有努力。

## 2. 建立个人和全球卫生保障

57. 全球卫生保障已成为国际议程中突出的项目。冲突、自然灾害、疾病暴发和人畜共患病不断增多。禽流感产生的人间大流行风险以及相关的人患病例就是一个实例。跨国界食品贸易的不断增多以及国际旅行的大量人数可使疾病更快地传播到分布广泛的人群。在许多国家已成为灾难的艾滋病毒/艾滋病传播就是一个实例。

58. 在较贫穷社区的家庭中, 预防和控制传染病是优先事项, 但同样重要的是与不安全的食物和水相关的健康危险。在世界上许多地方, 针对妇女的性暴力和强奸广泛存在, 并且是根深蒂固的。认知、防备和预防措施可最大程度地减少造成健康不良和过早死亡的此类原因。

59. 在社区内, 健康风险与教育、性别平等、收入以及食物、水、燃料和土地的可得性等更广泛的因素相关连。再远一些, 还涉及到贸易、税收和农业补贴。政府在这些领域内都起到决定性的作用, 一方面保护风险最大的人, 另一方面与其它国家合作。

60. 联合国系统将继续与国家当局一起开展工作, 形成在出现危机时应对卫生需求的能力。当发生冲突或灾难, 就必须迅速筹集资源, 支持恢复和过渡到可持久的卫生系统。必须尽一切可能, 在出现危机的时候继续提供安全和可靠的初级卫生保健、免疫和医院服务。随着禽流感等大流行性疾病的威胁加大, 国际社会应当与国家国际主管部门一起开展工作, 提供迅速、公平和具有成本效益的应对措施。

### 3. 促进全面普及、性别平等和与卫生相关的人权

61. 《世界卫生组织组织法》提出, 享受最高而能获致之健康标准, 为人人基本权利之一。近年来, 与卫生有关的人权的范围和内容在国际法中得到进一步阐明, 迫使各国政府努力逐步实现这些权利。

62. 全世界需要解决的问题之一是穷人和其它边缘群体不能获得基本卫生服务。要实现全面普及, 就需要以充分及公平的供资和提供可靠卫生保健为特征的卫生系统, 使边缘群体获得优先重视。确保每个人享受最高而能获致之健康标准的权利, 就必须向所有人普及性和生殖卫生保健。所有群体都有权参与卫生政策、规划和立法的设计、实施和监测。在许多情况中, 将有必要强调这也包括身心残疾患者、难民和流离失所或流动人口、土著和部落社区、少数民族和宗教群体、艾滋病毒/艾滋病患者、寡妇、儿童、青少年和老年人。要有成功的参与, 也必须把消除污名和歧视放在全球公共卫生议程的首要位置。在这一背景中, 与卫生相关的其它关键性人权包括受益于科学进展的权利以及获取卫生信息和教育的权利。

63. 千年发展目标承认增强妇女能力和性别平等是发展的先决条件, 所有与卫生相关的目标必须在这一领域内采取行动才能实现。妇女中普遍存在的贫困、失业、暴力和强奸、在自己的性生活和生殖问题上权力有限并在决策中缺乏影响力, 都对妇女的健康有不良的影响。普及性和生殖卫生保健是至关重要的。与政府和公共卫生主管部门一起开展工作的人必须在卫生政策和规划的设计与实施中积极促进性别观点。监测和评价工作中应作为常规使用按性别分类的数据。

64. 很多国家正在努力通过更新初级卫生保健系统扩大基本卫生服务的覆盖面。这提供了机会, 以便注重于边缘化或作为歧视对象的人, 促进以人群为基础和个人的保健服务, 引导私立部门朝公共卫生目标努力, 并提高可靠医院护理的利用率。旨在加强基本卫生服务的国际公共卫生行动将通过加强初级保健服务并使卫生工作者能够锁定和帮助需求最大的人来实现这一点。

65. 世卫组织以及抗艾滋病、结核和疟疾全球基金及疫苗和免疫全球联盟等伙伴促进的合作努力将基于疾病控制方面最近的成功, 例如根除脊髓灰质炎和减少麻疹, 并在出现需要和机会时以新的方式联合力量。国家级的自主决策是成功的关键。这些行动以及各国政府和国际机构更多的投资使所有国家都能制定自己创新的方法, 向边缘人口提供服务, 并在免疫、性和生殖卫生、从妊娠到分娩、新生儿照护及之后的连续保健、疫情的监测和应对以及防范艾滋病毒/艾滋病、结核和疟疾等传染病的预防、治疗和护理服务等领域内计划全面覆盖。

#### 4. 处理健康决定因素

66. 旨在改善世界最脆弱人群健康和减少卫生不公平现象的任何重要努力都必须处理健康的关键决定因素。其中有一些, 例如收入、性别角色、教育和种族, 与社会排斥有关; 另一些, 例如生活条件、工作环境、不安全的性行为以及食物和水的可得性, 与接触风险更加有关。更广泛的经济、政治和环境决定因素包括城市化、知识产权、贸易和补贴、全球化、空气污染和气候变化。

67. 不健康的生活方式曾经被认为主要是较富裕国家的问题, 但现在已传入世界各国并受到日益城市化的助长。营养转变以及高糖分、高脂肪和高盐分食品的全球销售是促使慢性非传染病越来越普遍流行的因素。酒精的有害使用是慢性病和精神疾患的又一个起因。通过终生预防和控制措施, 包括孕产妇卫生、六个月完全母乳喂养、学校和工作场所的健康促进、性教育、健康的饮食以及从儿童期到老年期有规律的身体活动, 可减少这些健康问题。还需要工业部门的参与。某些方面的行动可能需要政府的管制职能, 包括法律和经改进的执法能力。

68. 迅速变化的气候对健康很可能有不良的影响, 尤其是在较贫穷的社区中。热浪增多、水供应受威胁、水灾、粮食减产以及媒介传播性疾病传播季节延长都有可能对较贫穷社区造成最大的影响。日益城市化带来环境卫生设施和水供应不足、住房差、拥挤以及工作环境不健康等问题。为减轻这些问题, 有许多工作可以做。例如, 提高房屋的隔热能力可导致降低燃料消费和减少室内空气污染。

69. 全球粮食无保障的问题由联合国正在进行监测, 它协助在极端情况下直接提供粮食和社会安全网。食品法典委员会将继续实施粮农组织/世卫组织联合食品标准规划以保护消费者并促进食品贸易。

70. 解决多数决定因素所需的行动超出卫生部的影响范围并涉及政府和商业方面的许多职责。因此, 若要有效地应对这些决定因素, 就必须改变公共卫生行动的界线。政府, 特别是卫生部, 必须发挥更有力的作用, 制定通过多部门间的集体行动改善健康的公共政策。世卫组织有责任使各国政府了解形势, 提高认识并宣传关于在出现机会时处理决定因素的政策。世卫组织饮食、身体活动与健康全球战略、生殖卫生战略[以及预防和控制性传播感染全球战略]、烟草控制框架公约[以及知识产权、创新和公共卫生委员会的研究结果]阐明了这一点。在健康问题社会决定因素委员会公布其研究结果之后, 此类政策方案预计将更多。在许多领域内, 政府将需要在世卫组织的协助下, 围绕共同商定的公共卫生议程与工业界进行接触。

## 5. 加强卫生系统和公平获取服务

71. 如果不进行认真持久的投资, 卫生系统将不能朝着普遍覆盖的目标前进, 而且将不能弥合实施方面的差距。加强卫生系统将和政府采取的更广泛过程, 如公务员制度改革、公共支出审查和改革、权力下放以及减贫战略等, 联系起来。所有这些过程对卫生具有影响, 但卫生专业人员对这些方面历来贡献不大。

72. 各级需要加强的系统包括领导和管理、知识的产生、有助于提供更好卫生服务的设施和管理能力以及包括干预措施和药物在内的技术。加强这些系统的工作应注重于诸如以下目标: 向需要的每一个人更多地提供有效的服务, 改进患者安全和经济保护, 提高效率, 扩大能力, 以及开展更协调、更具参与性、更负责和得到更充分实施的决策。在各级发展管理技能并接受改革与提供初级卫生保健一样, 是至关重要的。改善国家和区县卫生信息系统将会提高战略和干预措施的多样性和有效性。必须确立充分运作的转诊程序, 使人们能够在需要时去医院或获得专科护理。

73. 富人和穷人的健康结果不公平是各国都存在的问题。私立部门为富人提供更多的医疗, 从而常常加剧了这一问题。私立部门可发挥重要的作用, 但政府必须管理私立部门的参与, 鼓励商业界努力实现公共卫生目标。需要社会保护和财政风险分摊机制, 以便使个人避免因卫生保健开支而遭受重大经济损失。

74. 当前的卫生管理人力资源危机包括卫生工作者短缺和分布不当, 这对许多国家都是一个问題, 并且正在引起世界范围内决策者的重视。人口和流行病学方面的转变、供资政策、技术进展和消费者期望对影响卫生系统和工作队伍需求的变革也是一种推动力。工作人员在不断扩大的国际劳务市场中寻求就业机会, 从而加快了专业人员从世界上较贫穷地区向较富裕地区的迁徙。在国家内部, 必须有政府的领导, 才能通过基于充分知情地了解留住人员的困难等问题以及工作者自身观点的国家政策, 提高卫生工作者的工作效率。将需要加强教育活动以便为今后作出准备, 而且卫生工作队伍的资金供应应得到协调并能充分预见, 以便鼓励公平性并增加资金额。国家和国际上的努力必须达成一致, 确保有足够的财政余地来增加工作队伍方面的投资并洽成影响迁徙和国际劳务市场的政策, 同时要充分考虑到卫生人员流失对发展中国家的不良影响。

75. 民间社会的许多群体做出重要贡献, 应当是卫生系统重大变革的任何协商过程的一部分。这些群体包括私营卫生保健提供者、传统行医者、以社区为基础的组织、非政府组织以及以家庭为基础的照护提供者。社区和个人必须参与影响其健康的决策, 而且需要有奖励措施以促使他们参与。

## 6. 掌握知识、科学和技术

76. 采取更加协调一致的一系列公共卫生措施并利用相对不太昂贵并经验证的解决方案, 可显著地减轻世界上现有的过早死亡和疾病负担。然而, 也需要进一步的科学突破和新的知识, 因为新的知识和技术可能会提供有效的治疗。例如, 需要新的技术来控制结核、疟疾、艾滋病毒/艾滋病、慢性病以及与老龄化人口相关的健康问题。

77. 为了更充分地了解决定因素与其后果之间的联系以及政府, 尤其是卫生部, 如何才能最佳地影响其它政府部门, 需要开展更多的研究。研究尚未足够充分地注重于穷人最迫切需要的干预措施, 例如向肺炎患儿提供抗生素的机制、围产期护理的获取以及利什曼病、非洲人类锥虫病、血吸虫病、布鲁里溃疡和恰加斯病等被忽视热带病的治疗获取。传统医学及其它土著知识提供的机遇也没有得到重视。新技术的产生和评价是今后的一个重要领域。

78. 为了弥补知道做什么与实际去做之间的差距, 需要更有效的国家和全球机制来应用现有的知识和技术并提高当地开展研究的能力。随着新的技术导致更有效的治疗, 国家需要知道如何使人们能够承担这种治疗的费用, 以避免这种治疗造成新的不公平现象和伦理道德方面的窘境。疫苗和免疫全球基金及全球联盟等国际融资机制为生产厂商获得安全的市场提供了一些保证, 使之有可能进行必要的投资以扩大生产。国际上对技术发展新的支持, 例如比尔和梅林达·盖茨基金会的资助金以及国际全球公益物工作队的工作, 正在显著地促进为穷人产生新的干预措施。此类行动是变革的有力工具, 需要由世卫组织及其它伙伴不断加大努力, 参照国家和全球商定的重点, 确立共同的议程。

79. 关于利用媒体提高对青少年和年轻成人中性和生殖卫生等卫生问题的认识, 全球经验在不断地扩大。在利用信息和通讯技术为边远地区或因其它原因难以达及的人们提供卫生保健、整理卫生数据和研究结果以及传播信息和建议方面, 不断取得了进展。这些进展已开始造福于较贫穷社区。越来越迫切地需要明确了解如何最佳利用因特网来实现公共卫生目标。私立部门很可能会更多地直接进行市场销售, 从而导致个人在没有专业人员支持的情况下挑选保健和某些治疗。这将要求世卫组织(会员国和秘书处)开展进一步工作以协助制定确保质量和使用户知情的标准。



## 7. 加强管理、领导和问责制

80. 在国家级，需要坚定的政治意愿、良好的管理和明智的领导。政府必须把全体人民的健康作为其关注的核心问题之一。所有的公共政策决策都是一次机会，可提高提供卫生成果的一致性。卫生部门必须在促进包括公立和私立部门在内的各部门间政策对话和干预战略方面体现领导作用。这意味着不仅要处理卫生部门问题，而且要处理更广泛的问题，例如公务员制度改革、宏观经济政策、性别平等和与卫生相关的人权。

81. 显示健康对经济发展和减贫影响的证据意味着卫生在发展、经济增长以及减少贫穷和不公平现象的国家战略中应具有突出的地位。卫生部与财政和计划部之间的宏观经济对话应注重于提供与商定目标相联系的更加可预见、稳定和长期的资金供应。

82. 卫生部在制定、调整和管理卫生系统以及明确政府、社会和个人各自的责任方面具有核心作用。在考虑加强干预措施和服务时，国家主管部门以及与之一起开展工作者应当以公平性、成本效益和财政分析、当地承诺以及了解当地行之有效的措施为基础，制定积极和现实的计划。试点项目和个别突出的事例通常不能导致扩大覆盖面，除非从一开始就有此计划。

83. 在国际合作伙伴对卫生部门进行重大投资的地方，政府需要计划、管理和协调合作的能力。2005年援助实效问题巴黎宣言恰当地提出了五项基本需求：自主决策、协调实施、目标一致、追求实效和共同负责。按照该宣言中商定的情况，政府应在世卫组织的支持下坚持协调和简化捐助政策并使之与共同商定的重点和管理制度相一致。国际捐助者、联合国及全球卫生伙伴关系必须实施该宣言并确保就宣言采取集体行动。

84. 在国际级，政府将需要有效地应对诸如《与贸易有关的知识产权协定》和《服务贸易总协定》等洽成的协定，因为这些协定对卫生物品和服务越来越重要。应继续在整体上与工业界接触，其中涉及食品、药品和保险等领域，并应注重与共同商定的公共卫生议程。世卫组织有责任使各国政府随时了解并参与这一过程。

85. 最后，政府之外公共卫生事务的参与者，不管他们是活动分子，还是学术界或工商界人士，都需要通过有关论坛，以透明的方式为有关卫生政策的全球或国家辩论作出贡献。关于国际卫生事务的正式协定一般是由各国政府在卫生大会一类论坛中通过的。考虑到非政府行动者日益加强的作用，以及其在确保善政和问责制方面的重要性，需要建立新的全球机制和论坛，促使更广大的公共卫生界聚集在一起，处理共同关注的问题。

## D. 世卫组织-不断发展以应对挑战

### *日益增长的需求*

86. 全球卫生面临的挑战, 以及目前对策的差距, 要求制定超出世卫组织自身能力的卫生议程。为使关于千年发展目标的工作实现最大价值, 帮助会员国不管是在经济增长还是在减贫问题上, 都将卫生摆放在国家公共政策的中心地位, 世卫组织必须注重其相对优势, 加强其现有能力。

87. 鉴于参与卫生事务的实体不断增加, 世卫组织扩大了各级的工作范围, 以纳入与这些实体的协调。世卫组织需要继续发展创新的机制, 以管理或参与全球伙伴关系和联盟, 包括与私立部门的伙伴关系和联盟。其目的是促使整个国际卫生体系结构对会员国的需要作出更有效的反应。

### *世卫组织的相对优势*

88. 世卫组织因其中立地位及其近乎普遍的会员构成, 在许多领域中的权威得到公认。世卫组织通过卫生大会、区域委员会及其国家办事处与各国政府建立了密切关系, 这为本组织的合法性奠定了牢固基础。世卫组织的公正性及其对《组织法》中表明核心价值的承诺受到尊重。世卫组织强大的召集能力能够促使不同群体相互对话并听取意见, 推动全球范围的集体行动。

89. 无论是在整理必要的科学证据, 倡导根除、消灭或预防疾病的全球战略, 还是在确定和控制疫情暴发方面, 世卫组织应对疾病的作用都是不可比拟的。《国际卫生条例(2005年)》使世卫组织处于有关机关和公共卫生机构的全球网络的中心位置, 该网络的目的是保护世界不至出现传染病传播和类似危害。

90. 世卫组织通过《世界卫生组织烟草控制框架公约》和修订《国际卫生条例》等行动及其宏观经济与卫生委员会、知识产权委员会和健康问题社会决定因素委员会, 扩展了其全球规范工作。世卫组织的规范工作之所以取得这些和其它成就, 是由于全球努力正在得到各国努力的配合。因此, 有关立法在这些立法必须发生效力的国家得到了贯彻。许多国家在医药和诊疗设备方面依赖世卫组织的标准和保证。世卫组织将继续鼓励作出努力, 包括由工业界作出努力, 产生经济上可负担的全球公共卫生公益物。

91. 世卫组织通过其自身的工作和全世界众多正式和非正式网络和合作中心的工作, 推动以证据为基础的辩论、分析和卫生建议。这些网络促进了各国科学家在共同商定的研

究领域的活跃合作。专家委员会, 例如生物标准化委员会, 就产品和诊断包提供了独立的意见。从其区域和全球网络获取的知识有助于世卫组织倡导将由卫生部和政府其它部门采取的政策, 并调动技术专长和财政资源执行新的方针和建立国家能力。因此, 世卫组织在发展进程的初步阶段中开展工作, 支持在新的证据出现时修订国家政策。

92. 世卫组织的区域化结构为它提供了与各国接触的多重机会, 日内瓦侧重于全球关注的问题, 各区域办事处侧重于技术支持和国家能力建设。世卫组织在各国存在使之与卫生部和政府内外伙伴保持了密切关系。它可与联合国系统密切合作, 并可在必要时提供紧急支持的渠道。世卫组织秘书处的三级结构, 及其与政府的密切工作关系, 使之能够随时在国家、区域和全球收集信息和监测趋势。

### ***世卫组织的核心职能***

93. 根据世卫组织的职权及对其相对优势的分析, 确定了世卫组织的六项核心职能。这些在很大程度上是在第十个工作总规划概述的核心职能基础上确定的, 但考虑到了所确认的差距, 以及世卫组织如何能够最好地应对全球卫生议程。这些职能在本组织各级履行, 并依照规划而有所不同。下文载列了这六项核心职能, 并举例说明了其如何发生作用。

#### ***1. 就对卫生至关重要的事项提供领导并在需要联合行动时参加伙伴关系***

94. 按照卫生大会的决定, 世卫组织将继续牵头促进保护全球卫生的国际法律文书的起草和修订, 并推动类似进程以解决重大全球卫生问题。在全球卫生威胁出现时, 世卫组织召开有关当局的会议, 并动员了会员国的集体行动。

95. 世卫组织仍将是抗艾滋病、结核和疟疾全球基金、疫苗和免疫全球联盟、控制结核伙伴关系、遏制疟疾伙伴关系、孕产妇、新生儿和儿童健康伙伴关系等全球卫生伙伴关系的正式的积极伙伴, 这些伙伴关系的目的是扩大公共卫生干预措施的覆盖范围。世卫组织将帮助最大限度地提高其效率, 提供技术援助, 帮助协调其工作与其它努力的协同, 促进其投资与国家政策和规划保持一致。世卫组织将继续领导合作努力, 以在危机期间提供与卫生有关的救援。

96. 世卫组织将与提供发展资金的主要全球和区域国际机构, 尤其是世界银行、欧洲委员会和区域开发银行, 以及主要双边伙伴接触。世卫组织将利用国际论坛, 例如最近的

卫生高级别论坛, 倡导就加强国家卫生系统的重点行动采取共同方针, 并更加协调地支持国家发展政策和减贫战略。

97. 世卫组织将加强其与联合国系统其它有关部分和其它国际组织的合作, 与布雷顿森林机构一道, 促进不断发展的全球卫生议程。为此, 世卫组织将特别强调通过定期战略政策和技术对话, 加强其与儿童基金会和人口基金的合作。这些合作将有助于审查世卫组织实现千年发展目标的活动, 并更好地调整其方向和重点。它们还将加强世卫组织的相对优势, 确保本组织所有各级对这些努力给予一致支持。

98. 根据会员国规定的世卫组织的职权, 并按照联合国大会的建议, 世卫组织将加强其作为国际卫生指导和协调机构的作用。在其与联合国的关系方面, 世卫组织将特别强调全球公共卫生和安全领域正在出现的问题, 以及环境、人权和性别等交织在一起的问题。

99. 世卫组织将全力参与联合国的改革努力, 以实现管理程序的合理化, 促成所制定规范、标准和政策指导的连贯性, 如同最近与联合国艾滋病规划署和全球工作队所做的那样澄清分工, 保持数据和知识使用的透明度, 并向在联合国统一领导下的联合国国家工作队提供强有力的支持。

## **2. 制定研究议程并促进开发、转化和传播有价值的知识**

100. 世卫组织将继续支持在卫生研究各个领域开展活动, 以帮助促进卫生, 防治疾病, 加强卫生系统, 加速实现与卫生有关的千年发展目标, 增进卫生公平, 并推进研究进程、知识管理以及发展中国家所需的能力建设。世卫组织卫生研究咨询委员会与外部机构密切合作, 促进并协调这项工作。

101. 世卫组织将利用从适当审查对增进健康具有影响的现有研究成果中获取的知识, 参与制定基本工具和方法, 评估干预措施、办法和规划的质量和用途, 以加强公平地获得高质量的卫生产品和服务的机会。

102. 世卫组织将加强其相关研究规划, 例如关于癌症、生殖卫生、热带病、疫苗和卫生系统的规划在其具有相对优势的领域中的作用和正常运转。它将支持对发展中国家至关重要并需要全球协调一致行动的研究工作和相关的能力建设和知识管理。

### **3. 制定规范和标准并促进和监测其实施**

103. 世卫组织将根据现有最为全面和可靠的科学证据, 在与其理事机构商定的公共卫生领域制定规范。专家委员会、咨询团和其它咨询小组将促进这项工作。这些团体将确保其在性别和地域方面的代表性, 以透明的方式量才录用人员, 进而继续提高其工作质量。

104. 世卫组织的合作中心网络将与世卫组织一道, 帮助实现诊断、治疗和预防以及所涉物质、技术、方法和程序使用的术语和名词的标准化。这将促进全球范围对数据的理解和比较。作为这项工作的一部分, 世卫组织将继续其在《国际疾病分类》、《国际功能、残疾和健康分类》和《国际药用物质非专利名称》等主要分类方面的工作。

105. 随着对世卫组织及其伙伴制定的标准加深共识, 并随着应用这些标准的机制, 例如重点药物资格预审程序日益清晰, 世卫组织经与其伙伴磋商, 将制定战略, 支持各国遵守这些标准。此类战略的例子包括: 婴幼儿喂养全球战略(2002 年); 儿童和青少年健康方面的战略方向(2003 年); 全球卫生部门艾滋病毒/艾滋病战略(2003 年); 饮食、身体活动与健康全球战略(2004 年); 生殖卫生战略(2004 年); 世卫组织药物战略(2004-2007 年); 遏制疟疾伙伴关系全球战略计划(2005-2015 年); 全球免疫远景与战略(2006-2015 年); 全球控制结核计划(2006-2015 年); 正在与联合国艾滋病规划署制定的“全面普及”全球行动计划(2006-2010 年); [ 以及预防和控制性传播感染全球战略(2006-2015 年) ]。将进一步制定和扩大全球战略, 以覆盖新的重点。

### **4. 阐明道德立场和以证据为基础的政策方案**

106. 世卫组织将向会员国说明可供在不同情况下考虑的政策方案。世卫组织将汇集全球证据, 促进其适应国家间的工作, 并就其在国家和亚国家政策 and 规划中的使用与各国政府直接交换意见。

107. 这些努力将审查在不同社会和经济环境下的可行立场, 并建立在成本效益、伦理和公平的考虑基础上。近年来的例子包括关于精神卫生、道路交通事故、针对妇女的暴力、慢性病、烟草控制和患者安全的政策方案。将继续积累关于此类指导的信息和经验, 并在可能时, 将之与宣传规划, 例如伴随世界卫生报告和世界卫生日开展的宣传规划, 以及标准的监测工作联系起来。

108. 此类以证据为基础的政策建议将继续用于指导疾病控制和在人力资源、社会保障和卫生筹资等领域发展卫生系统。在必要方针明朗后, 它将扩大涵盖更多的健康决定因素。

## 5. 提供技术支持, 促进变革并发展可持续的机构能力

109. 向各国提供技术支持始终是世界卫生组织创立以来其工作的核心组成部分, 今后也将继续如此。世界卫生组织在提供此类支持方面的任务是帮助各国制定规范、标准和政策方案。世界卫生组织的作用不是自行实施规划, 而是推动建立可持续的机构能力。既定的规划将继续实施, 例如与建立能力以监测和应对结核、疟疾和艾滋病毒/艾滋病等疾病的暴发、免疫、预防、治疗和护理有关的规划, 并扩大对儿童期疾病综合管理的支持。这些领域将通过加强卫生系统和改变更广泛的健康决定因素方面的工作予以补充。

110. 在紧急情况和冲突后局势中, 世界卫生组织与联合国人道主义事务协调厅和其它伙伴一道, 满足紧迫的卫生需要, 帮助有关政府为重建和防灾提供支持。

111. 世界卫生组织与联合国国家工作队其它一些成员一道, 发挥了关键作用, 促进各国之间的这种技术支持, 并对国家合作战略中确定的卫生部及其伙伴的需要作出反应(见附录 4)。

## 6. 监测卫生情况并评估卫生趋势

112. 世界卫生组织与各国卫生部和国家统计局合作, 履行其监测职能, 在区域一级核对关于各国趋势的数据, 并就其各项规划与伙伴合作。在全球一级, 年度《世界卫生报告》、《疫情周报》和《世界卫生统计》提供了关于特定地区按国家分列的全球卫生状况的数据。配合这些汇编, 补充了世界卫生组织网站上全球图集中世界范围卫生指标的比较, 涉及例如传染病、精神疾患、心脏病和中风、儿童卫生和环境, 以及烟草。世界卫生组织有责任确保所有卫生数据按性别分解。

113. 世界卫生组织提供支持, 以加强国家监测和应对能力, 绘制公共卫生风险和资源图谱, 并提供涵盖传染病和非传染病的全球监测系统。由世界卫生组织主持的卫生计量系统网络是一项全球行动, 涉及在加强国家卫生信息系统以制定准确数据供各国和国际上作出决策方面的合作。它将卫生从业人员和统计人员的工作协调起来, 以加强国家整理数据用于促进卫生决策的能力。

### **世界卫生组织面临的挑战和今后的机会**

114. 虽然其相对优势很明显, 但世界卫生组织要想实现其在今后采取有效行动的潜力, 必须对重大挑战作出反应。卫生要想对减贫作出充分贡献, 必须提出清楚和确凿的理由,

说明需要对全球卫生作出更多投资。各国政府将需要有证据来表明, 它们的卫生政策正在实现诸如提高学生出勤率, 延长更多成年人的生产性工作寿命, 使社区更适于居住。

115. 在卫生危机中, 世卫组织必须迅速行动, 以在与政府合作的众多机构中成为高效率的伙伴。卫生部将需要有预定计划, 以在紧急情况发生时, 保证通讯渠道畅通, 协调机制迅速启动, 世卫组织和联合国其它机构的支持立即到位。世卫组织将继续审查其程序, 以利作出更迅速的反应。

116. 为消除社会不公正及其对卫生的影响, 世卫组织将澄清其卫生公平性概念, 并将之纳入其准则。其与卫生有关的人权方针将包括在全组织范围加深理解参与设计和实施卫生规划和立法的含义。世卫组织将在把性别观点纳入主流方面树立榜样, 在其各项技术指导和规范性工作中考虑到这一点, 并在计划和监测其规划时, 使用按性别分解的数据。

117. 为推动加强公共卫生干预措施, 世卫组织将不仅仅限于开展小型试点项目来搜集证据或测试可行性, 而且将鼓励各国政府及其伙伴制定切实的计划, 以扩大与可持续性筹资有关的服务。世卫组织将更加努力集中精力和行动来确保各国拥有充足的卫生人力资源, 并争取把这一关注摆在国家和国际政策的重要位置。

118. 许多健康决定因素都处于世卫组织直接职能范围之外, 但是世卫组织将与各国卫生部合作, 帮助它们了解通过与其它部门合作可切实开展哪些工作。世卫组织将监测在贸易和农业等领域对卫生意义重大的全球趋势, 并随时通报各国卫生部。世卫组织将更加系统地与民间社会和有关行业接触, 包括国际卫生保健和制药业。

119. 伴随科学的发展, 世卫组织将需要积极引导关于制定研究工作重点和伦理标准的对话, 例如在临床研究、社会科学和基因组学方面。

120. 世卫组织将与会员国保持战略性接触, 并在联合国和更广泛的发展界内建立更为有效的联盟。世卫组织将与它们一道调整国家一级的卫生体系结构, 并参与改革过程, 以在联合国的共同领导下建立有效的国家工作队。

121. 世卫组织将与其它方面合作, 协调全球卫生体系结构, 并为数量和类型越来越多的有关实体提供论坛, 以便它们参与关于地方和全球卫生挑战的对话。

122. 鉴于理事机构对世卫组织的效率和活力的重要性, 世卫组织将继续加强各理事机构。

### **世卫组织秘书处在管理方面面临的挑战**

123. 世卫组织的自身管理面临许多挑战。随着采用以成果为基础的管理框架和更具战略性的人员配备、资金筹措和业务支持方针, 已经基本上奠定了必要基础。存在的挑战是如何使世卫组织更有效率, 能够在其核心职能方面追求卓越, 并改进其问责制。例如:

- a. 本组织的资金越来越多地来自自愿捐款, 其中绝大部分指定用于特定项目或规划。这种指定用途的做法要求与具体捐助者协商, 以确保捐款与世卫组织的重点相一致。世卫组织将继续同会员国一道, 增加非指定用途资金比例, 同时在业绩评估中提高透明度。
- b. 世卫组织在将近 150 个国家设有办事处。这种局面应当加强。世卫组织正在推行其国家合作战略, 以使其与会员国的接触更注重大局, 并在联合国的共同领导下协调其努力。
- c. 世卫组织要想完成其任务, 必须继续提高工作质量。为此, 它必须继续从自身和其他人的经验中学习。已经设立了提高质量的机制, 例如技术咨询委员会、职员业绩管理以及计划和规划的同行审查, 还将围绕世卫组织的核心职能并通过更为明确的改善业绩制度加强这些机制。
- d. 将本组织作为公司来管理的工作仍将继续, 同时提高所有三级共同制度的水准。世卫组织《组织法》支持区域多样化, 但这种多样化须服从以成果为基础的全球共同管理框架, 以及相应的业绩和问责制度。
- e. 世卫组织决心建立高素质的人力队伍, 并加强其科学和技术咨询机构。随着世卫组织期望值的变化, 秘书处将需要制定更为灵活的方式, 以通过新的和现行的人员配置来实现和维持绩效。世卫组织将努力在其高层管理部门及其咨询机构中实现两性平衡。

### **确定世卫组织的重点**

124. 执行委员会和卫生大会作为世卫组织的最高决策机构, 经通过决议、确定目标和制定政策, 指导秘书处的工作。为帮助维持必要的均衡, 世卫组织将在为期六年的中期战略性计划中追求数量有限的战略目标。每一战略目标有其自己的具体目标, 这些目标是经理事机构商定的, 并相应加以监测。



125. 将审查卫生大会创立以来通过的所有决议, 并编写报告, 首先经执行委员会审议, 随后提交第 61 届世界卫生大会。审查工作将编制所有决议的目录, 确定将由会员国和总干事采取的行动。审查结果将澄清本组织在特定领域的职权, 及其与计划性文件, 例如工作总规划和中期战略性计划的联系。这项审查将定期更新。

126. 此外, 将明确所有新决议的资源影响。在提出产生资源影响的新决议时, 世卫组织将需指明在规划预算中哪些地方可以增加, 哪些地方可以减少承付款项。

127. 按照全球卫生议程、世卫组织的相对优势及其核心职能, 将利用以成果为基础的管理框架确定世卫组织的重点, 开展伴随而来的工作(见附录 4)。这些重点将立足于此前对全球和区域决议的分析, 以及各国的累积性需要。这些重点将体现在下列领域:

- a. *支持各国实现有效的公共卫生干预措施的普遍覆盖。* 这尤其适用以下领域, 即传染病和非传染病的预防、控制和研究; 性和生殖卫生; 婴幼儿、青少年和孕产妇卫生和老年人保健; 与环境有关的卫生问题以及危机时期的有效应对。
- b. *加强全球卫生保障。* 这将进一步支持采取综合方针, 就卫生面临的正在出现的严重威胁, 包括灾害和冲突局势作出全社会反应, 并针对此类威胁制定防备计划。
- c. *发起和维持跨部门的行动以改变健康问题的行为、社会、经济和环境决定因素。* 这将侧重于尽量减少与生活方式有关的风险因素, 倡导就健康不良的广泛社会和经济决定因素采取行动, 促进更健康和更安全的自然环境, 加强营养、食品安全和食物保障。
- d. *提高机构能力, 在卫生部更强有力的管理下履行核心公共卫生职能。* 这一领域涉及支持发展卫生系统, 包括卫生人力资源, 促进公平地享有卫生成果和更好地解决男女两性的不同需要, 改进质量、规范、效率和安全, 进行有效领导和管理, 通过公平、适当和可持续的筹资扩大社会保障。
- e. *加强世卫组织在全球和区域各级的领导作用并支持政府在国家级的工作。* 秘书处将加强其履行核心职能的能力, 为此将围绕以成果为基础的管理进行改革, 并加强世卫组织在各国的工作, 监测各国的规范和标准, 改进其知识管理机制, 投资于职员发展, 确保可持续的资金来源。对外, 它将加强其伙伴关系工作, 更深入地参与联合国的改革过程, 以加强对全球卫生议程的应对, 提高整体效率。

### **实施第十一个工作总规划**

128. 通过制定为期六年的 2008-2013 年中期战略性计划, 将与会员国一起开展这项工作, 并由理事机构核准双年度规划预算。

129. 工作总规划的全球卫生议程将反映在卫生大会今后的议程中。附录 5 强调了 2006-2015 年期间卫生大会的一些拟议主题。这些包括卫生大会已经确定需制定全球战略的主题; 与世卫组织各委员会和其它高级别论坛报告有关的主题; 反映了世界卫生日和世界卫生报告拟议主题的主题; 通过战略性规划计划和预算; 以及选举。

130. 遵循工作总规划提出的方向, 世卫组织将加强与国际金融机构和发展伙伴的接触, 调动更多卫生资源, 实施商定议程以在卫生部领导下加强国家卫生系统。世卫组织将充分参与关于提高联合国效率和效力的对话, 全力支持旨在按照理事机构决议改善全球卫生状况的改革过程的各个方面。世卫组织将与全球公共卫生界一起建立机制, 使范围更广大的利益相关方面参与围绕全球卫生议程的政策对话, 并利用这一方式促进它们更广泛地参与履行世卫组织的核心职能。

131. 世卫组织将评价其通过在中期战略性计划中确定战略目标对落实全球卫生议程作出的贡献。将每两年一次, 联系规划预算, 评价绩效, 进而评估世卫组织秘书处的贡献充分与否。此外, 主题评价将是世卫组织规划整体管理的一个固定部分, 对国家绩效将定期评估。

132. 将以参与性方式, 与广大伙伴一道, 监测全球卫生议程以及世卫组织和国际社会的应对。这将包括评估千年发展目标以及 2006-2015 年期间与卫生有关的其它具体目标。世卫组织现有具体目标的概况载于附录 6。对卫生大会通过并定于在 2006-2015 年期间实现的与卫生有关的具体目标的审查, 连同截至 2005 年以往与卫生有关的具体目标的实现情况的评估, 将提交第 60 届世界卫生大会。将制定计划, 以建立检查进展的机制, 并评价所面临挑战和差距的处理情况。将向理事机构提交进展报告。

## 附录 1 : 千年发展目标中的卫生

卫生目标		卫生指标
<b>目标 1:</b>	<b>消灭极端贫穷和饥饿</b>	
具体目标 1	在 1990 年和 2015 年之间, 将每日收入低于 1 美元的人口比例减半	
具体目标 2	在 1990 年和 2015 年之间, 将挨饿的人口比例减半	4. 体重不足儿童 (5 岁以下) 的普遍性 5. 低于食物能量消耗最低水平的人口比例
<b>目标 2:</b>	<b>普及初等教育</b>	
具体目标 3	确保到 2015 年任何地方的儿童、不论女童或男童, 都能完成全部初等教育课程	
<b>目标 3:</b>	<b>促进男女平等并赋予妇女权力</b>	
具体目标 4	最好到 2005 年在初等教育和中等教育中消除两性差距, 迟于 2015 年在各级教育中消除此种差距	
<b>目标 4:</b>	<b>降低儿童死亡率</b>	
具体目标 5	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	13. 5 岁以下儿童死亡率 14. 婴儿死亡率 15. 接受麻疹免疫接种的 1 岁儿童比例
<b>目标 5:</b>	<b>改善产妇保健</b>	
具体目标 6	在 1990 年至 2015 年之间, 将产妇死亡率降低四分之三	16. 产妇死亡率 17. 由熟练保健人员接生的比例
<b>目标 6:</b>	<b>与艾滋病毒/艾滋病、疟疾和其它疾病作斗争</b>	
具体目标 7	到 2015 年遏止并开始扭转艾滋病毒/艾滋病的蔓延	18. 15 至 24 岁孕妇感染艾滋病毒的普遍程度 19. 避孕普及率中保险套的使用率 20. 10-14 岁学童中孤儿与非孤儿的比例
具体目标 8	到 2015 年遏止并开始扭转疟疾和其它主要疾病的发病率增长	21. 疟疾发病率及与疟疾有关的死亡率 22. 疟疾风险区使用有效预防和治疗疟疾措施的人口比例 23. 肺结核发病率及与肺结核有关死亡率 24. 短期直接观察治疗方案下查出和治愈的肺结核病例比例
<b>目标 7:</b>	<b>确保环境的可持续能力</b>	
具体目标 9	将可持续发展原则纳入国家政策和方案, 并扭转环境资源的损失	29. 使用固体燃料人口的比例
具体目标 10	到 2015 年将无法持续获得安全饮用水和卫生设施的人口比例减半	30. 城市和乡村可以持续获得改良水源的人口比例
具体目标 11	到 2020 年使至少 1 亿贫窟居民的生活有明显改善	31. 环境卫生条件获得改善的城乡人口比例
<b>目标 8:</b>	<b>全球合作促进发展</b>	
具体目标 12	进一步发展开放的、遵循规则的、可预测的、非歧视性的贸易和金融体制	
具体目标 13	满足最不发达国家的特殊需要	
具体目标 14	满足内陆国和小岛屿发展中国家的特殊需要	
具体目标 15	通过国家和国际措施全面处理发展中国家的债务问题, 以便使债务可以长期持续承受	
具体目标 16	与发展中国家合作, 拟订和实施为青年创造体面的生产性就业机会的战略	
具体目标 17	与制药公司合作, 在发展中国家提供负担得起的基本药物	46. 可以持续获得负担得起的基本药物的人口比例
具体目标 18	与私营部门合作, 提供新技术、特别是信息和通讯技术产生的好处	

来源:《联合国千年宣言》执行情况, 秘书长的报告, A/57/270 (2002 年 7 月 31 日), 以“执行《联合国千年宣言》的行进图”为基础的第一份年度报告, 秘

## 第十一个工作总规划 – 草案，2006 年 3 月 16 日

---

书长的报告，A/56/326（2001 年 9 月 6 日）；联合国统计司，千年指标数据库，2004 年 7 月核实；世界卫生组织千年发展目标司卫生与发展政策处（HDP）。  
[www.who.int/mdg](http://www.who.int/mdg)

## 附录 2：在第十一个工作总规划准备工作中讨论的假想概要

假想是对今后可能形势进行战略思考的工具。它们既不是预见，也不是预测，而是试图概括对一些驱动力已知的情况并预计可能发生的事情。世卫组织制定了以下四种假想，以便激发对世卫组织在全球卫生体系结构中的地位进行具有创造性的思考。

1. *到 2015 年的稳步变化*。世界上不会发生急剧变化。与卫生相关的全球趋势将在目前的道路上继续发展。全球卫生得到改善，但贫富间在经济、健康和卫生保健方面的差距很大。
2. *衰退*。世界被划分成几个部分，出现经济衰退、巨大差距、暴力、水和食物短缺及其它重大倒退。全球合作遭到破坏，卫生系统资金不足，从而造成不良的卫生趋势。
3. *负责的市场改进卫生保健*。世界形势得到改善，运转良好的市场导致社会和经济情况的好转、公平的发展、贸易平等、安全保障以及各国之间的合作。由于卫生系统、社会保护、技术、预防政策以及类似方面得到加强，卫生指标出现全面改善。
4. *通过国际合作改善健康*。世界上实现可持续的发展和公平性、全球和地方上的治理、有益于穷人的经济发展、对社会决定因素的重视、发展援助增多，等等。通过有效的健康促进、人人可获得的高质预防和保健服务以及社会保护政策，卫生在多数部门中得到改善。

这项工作显示世卫组织必须成为一个灵活但又生气勃勃的组织，具备明确的重点并发挥独特的作用。

### 附录 3 : 卫生数据 : 趋势简介和当前形势说明

人口中列数估计值表明, 到 2050 年全球人口大约为 90 亿。到 2050 年, 老年人口预计将增加 300%。占 87% 的世界大多数年轻人 (25 岁以下) 目前生活在发展中国家。

**道路交通伤害**每年估计导致 120 万人死亡, 并造成多达 520 万人受伤。预测表明, 除非做出新的承诺进行预防, 否则这些数字在 2002 至 2020 年期间将增加约 65%。道路交通伤害中死亡的三分之二的人年龄不到 45 岁。

在 2002 年, 估计有 160 万人死于**暴力**。过半数的死亡是自杀, 三分之一以上为凶杀, 约十分之一与战争有关。绝大多数死亡发生在中低收入国家。

在 2005 年, **艾滋病毒/艾滋病**造成 310 万人死亡。该病是 15 至 59 岁成年人中最主要的死亡原因, 占这一年龄组全球死亡人数的 15% (240 万例死亡)。

一年总数达 529 000 例 (2000 年) 的**孕产妇死亡**包括在妊娠期间以及分娩期间或之后发生的经常为突发性、未预见的死亡。

每年有 330 万死产婴儿, 约 400 万婴儿在出生后 28 天内死亡, 另有 670 万**儿童**在满 5 周岁之前死亡。如今, 几乎所有儿童死亡 (97%) 发生在低收入国家, 几乎一半发生在非洲。传染病仍然是儿童死亡的最大威胁, 造成 5 岁以下儿童所有死亡的约 60%。

在过去数十年中, 许多**疫苗可预防的疾病**死亡率有所下降, 尤其是在 5 岁以下儿童中。在这些儿童期死亡病例中, 麻疹造成 395 000 人死亡, 新生儿破伤风造成 257 000 人死亡。

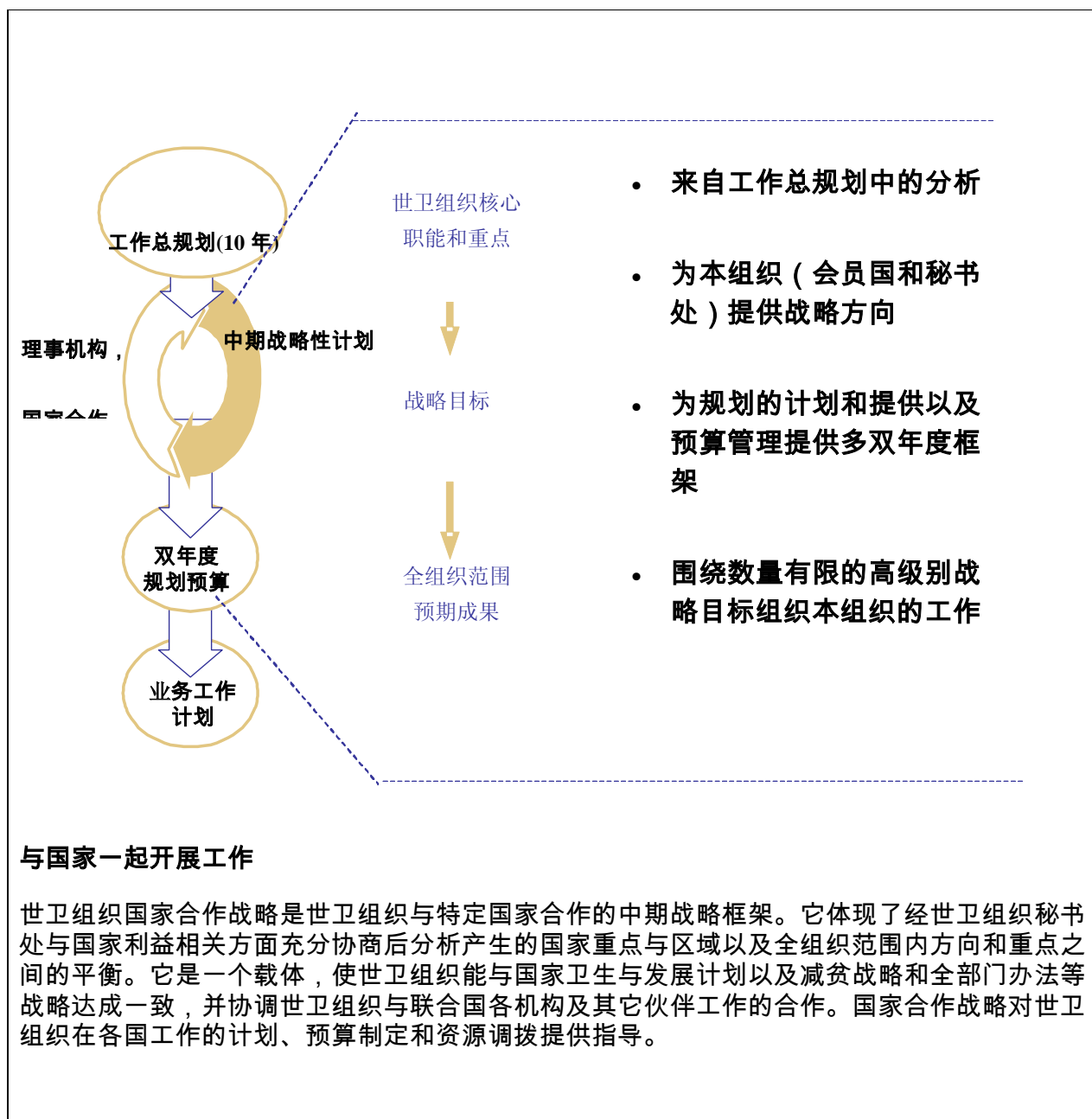
每年约有 100 万人死于**疟疾**, 而且该病可能是另外 200 万人死亡的一个促进因素。世界范围内每年仍有 160 万人死于**结核**, 其中 98% 发生在发展中国家。

所有儿童死亡的半数以上发生在**体重过轻**的儿童中。营养不良会增加死于肺炎或腹泻等疾病的危险。同时, 世界范围内估计有 1760 万 5 岁以下儿童和 1 亿多成人**体重过重**。

**慢性非传染病**, 包括精神疾患, 占目前全球疾病负担的 60% 并造成 3500 万人死亡。所有慢性病中有四分之一发生在 60 岁以下的人中。归因于**烟草**的死亡人数在 2000 年比在 1990 年至少多 100 万, 最明显的增加出现在发展中国家。

**健康的环境决定因素**, 包括不能获得安全食品和水, 在 2002 年造成 190 万人因患腹泻死亡。这些决定因素也造成与化学品污染食品和水源相关的慢性病重大负担, 尤其是在最贫穷国家中。

## 附录 4：世卫组织成果链-从工作总规划到中期战略性计划



## 附录 5：为今后世界卫生大会建议的重点主题

### 第六十届世界卫生大会 ( 2007 年 )

- 2008-2013 年中期战略性计划
- 2008-2009 年规划预算方案
- 卫生与安全保障：世界卫生报告
- 性别与卫生：全球战略
- 选举外审计员

### 第六十一届世界卫生大会 ( 2008 年 )

- 选举总干事
- 2006-2007 年绩效评估报告及财务审计报告
- 健康问题社会决定因素：委员会的报告
- 世界卫生组织六十周年
- 审查千年发展目标进展情况

### 第六十二届世界卫生大会 ( 2009 年 )

- 2010-2011 年规划预算方案

### 第六十三届世界卫生大会 ( 2010 年 )

- 2008-2009 年绩效评估报告及财务审计报告
- 审查千年发展目标进展情况

### 第六十四届世界卫生大会 ( 2011 年 )

- 第十一个工作总规划-进展总结
- 2012-2013 年规划预算方案
- 选举外审计员

### 第六十五届世界卫生大会 ( 2012 年 )

- 2010-2011 年绩效评估报告及财务审计报告
- 审查千年发展目标进展情况

### 第六十六届世界卫生大会 ( 2013 年 )

- 选举总干事
- 2014-2019 年中期战略性计划和 2014-2015 年规划预算方案

### 第六十七届世界卫生大会 ( 2014 年 )

- 中期战略性计划 ( 2008-2013 年 ) 实施情况报告
- 2012-2013 年绩效评估报告及财务审计报告
- 第十二个工作总规划
- 审查千年发展目标进展情况

### 第六十八届世界卫生大会 ( 2015 年 )

- 2016-2017 年规划预算方案
- 选举外审计员



附录 6：除千年发展目标外，世卫组织到 2015 年的选定公共卫生结果目标

公共卫生领域	具体目标 (来源)	日期
千年发展目标中与卫生相关的具体目标		
营养 (目标 1)	将挨饿的人口比例减半 (具体目标 2)	2015 年
儿童死亡率 (目标 4)	将 5 岁以下儿童的死亡率降低三分之二 (具体目标 5)	2015 年
产妇保健 (目标 5)	将产妇死亡率降低四分之三 (具体目标 6)	2015 年
艾滋病病毒/艾滋病、疟疾和结核 (目标 6)	制止并开始扭转艾滋病毒的蔓延 (具体目标 7) 以及疟疾、结核和其它主要疾病的发病率增长 (具体目标 8)	2015 年
环境 (目标 7)	将无法持续获得安全饮用水和卫生设施的人口比例减半 (具体目标 10)	2015 年
发展 (目标 8)	与制药公司合作, 在发展中国家提供负担得起的基本药物 (具体目标 17)	2015 年
其它选定的世卫组织具体目标		
可避免的盲症	在所有国家中使盲症患病率降低到 0.5% 以下, 或者在任何国家中都降低到 1% 以下 (WHA56.26 号决议)	2015 年
恰加斯病	消灭恰加斯病 (WHA51.14 号决议)	2010 年
慢性病	在今后 10 年将所有慢性病死亡率每年降低 2% (预防慢性病, 2005 年)	2015 年
免疫	确保 1 岁以下儿童全程进行免疫接种在全国达到 90% 的覆盖率, 在每个区县或同等的单位至少达到 80% 的覆盖率 (WHA58.15 号决议)	2015 年
	因疫苗可预防疾病造成的全球儿童期发病率和死亡率与 2000 年的水平相比, 将至少降低三分之二 (WHA58.15 号决议)	2015 年
流感	老年人口疫苗接种覆盖率至少达到 75% (WHA56.19 号决议)	2010 年
碘缺乏症	普及食盐碘化, 消灭碘缺乏症 (WHA49.13 号和 WHA52.24 号决议; 联合国大会 S-27/2 号决议, 附件)	2015 年
麻疹	与 2000 年的水平相比较, 全球因麻疹造成的死亡将减少 90% (WHA58.15 号决议)	2010 年
脊髓灰质炎	除尼日利亚之外, 在全球阻断脊髓灰质炎传播 (根除脊髓灰质炎咨询委员会)	2006 年
	在尼日利亚阻断脊髓灰质炎传播 (根除脊髓灰质炎咨询委员会)	2007 年
生殖卫生	实现普遍获取性和生殖卫生保健 (WHA57.12 号、WHA58.30 号和 WHA58.31 号决议; 联合国大会 A/60/492/Add.2 号决议)	2015 年