



人口与发展委员会

第四十三届会议

2010年4月12日至16日

临时议程\* 项目3

国际人口与发展会议各项建议的后续行动

卫生、发病率、死亡率与发展

秘书长的报告

摘要

本报告是根据人口与发展委员会第 2008/101 号决定编写的，委员会在该决定中将卫生、发病率、死亡率与发展作为 2010 年审议的主题。报告记录了自 1950 年以来各国的死亡率大量减少，疾病的负担也由传染病转向非传染病。报告回顾了卫生与发展之间的相互关系，指出收入增加与健康改善之间一直有关联，但在国家一级，也发生健康改善而收入没有发生重大变化的情况。这些成就可得到推广，办法是既对预防疾病采取跨部门的方法，又采取措施加强以可持续的方式提供保健服务，特别要确保综合初级保健是保健系统的核心。

\* E/CN.9/2010/1。



## 目录

	页次
一. 导言 .....	3
二. 死亡率趋势 .....	4
三. 死亡原因 .....	9
四. 疾病负担 .....	12
五. 卫生与发展 .....	14
六. 初级保健的作用 .....	16
七. 对保健人员的需求 .....	19
八. 预防和医治传染病和孕产妇病症 .....	20
九. 预防非传染疾病 .....	22
十. 预防伤害 .....	25
十一. 结论和建议 .....	26

## 一. 导言

1. 死亡率前所未有的下降是人类重大成就之一，这种下降于 19 世纪在世界比较发达地区开始加速，并在 20 世纪扩大到世界各地。根据一项估计，1800 年至 2005 年出生时预期寿命从 30 岁增加到 67 岁，导致人口迅速增长：从 1810 年的 10 亿增加到 2010 年近 70 亿。

2. 在过去两个世纪，死亡率降低通常都伴随着收入增加，但人们一致认为，技术进步和对疾病原因的理解是这种下降的主要原因。因此，农业生产率上升使得卡路里摄取量增加，公共卫生和获得安全饮用水状况的改善促进了个人卫生的改善，杀虫剂的改进，以及医疗技术的诸多突破产生了具有成本效益的公共卫生措施和有效的治疗，这一切均有助于减少较年轻得病的发病率，并防止得病后的死亡。

3. 死亡原因的重大变化是死亡率下降的主要原因。如果大多数死亡是因传染病造成，而且儿童死亡率高，那么，这种人口的预期寿命较低。控制传染病蔓延，并采用有效药物治疗这些疾病，寿命则可显著增长。因此，流行病出现转型，使得死亡原因已从主要由传染病造成转为非传染疾病为主，同时，死亡年龄分布已转移到较大的年龄，预期寿命也已达到前所未有的高水平。

4. 在 20 世纪 70 年代，当时已明显看出，影响人类几个世纪的主要传染病和寄生虫病正在成功地得到控制或治疗，从而减少了死亡率，甚至在经济没有持续增长的情况下。因此，当时预估世界各地因传染病造成的死亡率将继续下降。人类免疫缺陷病毒（艾滋病毒）的出现使得这些希望破灭，而且，因传染病在许多低收入国家蔓延而进入一个死亡率上升的时代。此外，传染因子已被发现是一些非传染病的根源，如子宫颈癌，肝癌或胃癌，并出现一些新的传染因子，如严重急性呼吸系统综合症（非典），或流感病毒的基因突变，有可能出现一次世界大流行病。因此，人们越来越担心，死亡率今后可能不会持续下降。

5. 这份报告记载了死亡率过去的趋势、不断变化的死亡原因和疾病负担。它总结了我们对健康和发展之间相互关系的认识，并讨论了在不同发展阶段的国家面临的主要健康挑战。正如千年发展目标所示，改善健康和降低死亡率是发展的主要目标。但是，正如本报告将表明，与健康有关的千年发展目标只是关注全世界一小部分死亡的原因，而且主要是与低收入国家有关。目前已为实现千年发展目标做出重大努力，2009 年，人口与发展委员会的重点放在审议实现这些目标的工作。<sup>1</sup> 为此，本报告主要集中在千年发展目标未涉及的健康问题，以及确保在所有方面提高健康水平的措施。

<sup>1</sup> 见秘书长关于世界人口监测的报告，重点放在人口与发展国际会议行动纲领如何促进实现国际商定的发展目标，包括千年发展目标 (E/CN.9/2009/3)。

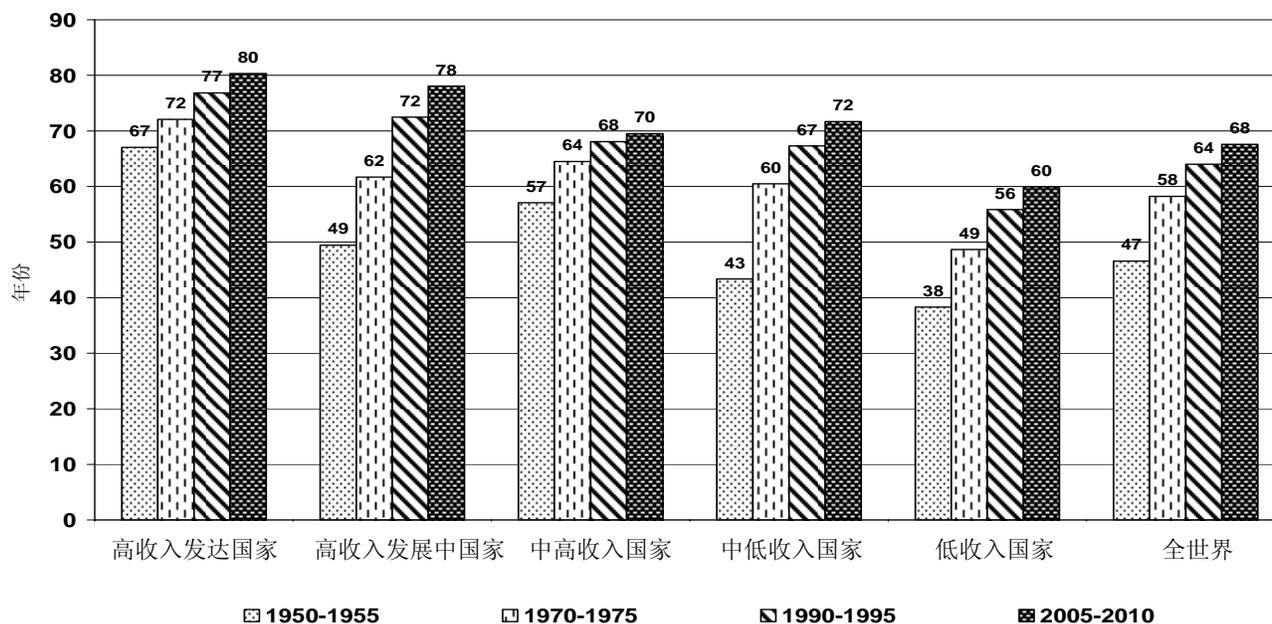
## 二. 死亡率趋势<sup>2</sup>

6. 从全球范围来说, 1950 年以后预期寿命迅速增加, 从 1950-1955 年的 47 岁上升至 2005-2010 年的 68 岁。发展中国家涨幅最大, 其平均预期寿命从 41 岁增长至 66 岁, 但所有地区的预期寿命均有增加。因此, 主要地区和收入类别之间的预期寿命差距缩小, 不过, 仍存在许多重大差异。今天, 高收入国家<sup>3</sup> 的预期寿命高于中等收入国家, 低收入国家的预期寿命最低(图一)。从地理上讲, 北美和欧洲都有过预期寿命最高记录, 而且 1950 年以来增幅最低, 部分原因是它们开始的基数较高。此外, 东欧的死亡率不断上升, 特别是俄罗斯联邦在上个世纪 80 年代初和 1990 年之后的死亡率, 削弱了欧洲预期寿命的上升。

7. 在发展中世界, 自 1950 年以来, 亚洲的预期寿命涨幅最高, 中国和印度实现大幅增加: 分别从 1950-1955 年 41 岁和 38 岁增加到 2005-2010 年 72 岁和 68 岁。拉丁美洲和加勒比地区预期寿命的涨幅也相当大, 从 51 岁增加到 73 岁, 特别是从中等水平开始。但是, 非洲在 1980 年之前只取得有限的进展, 由于出现艾滋病毒/艾滋病, 其平均预期寿命尚未超过 55 岁。因为低收入国家包括印度, 这类国家的预期寿命最近有所提高, 已超过了非洲国家, 它们的平均预期寿命已达 60 岁。

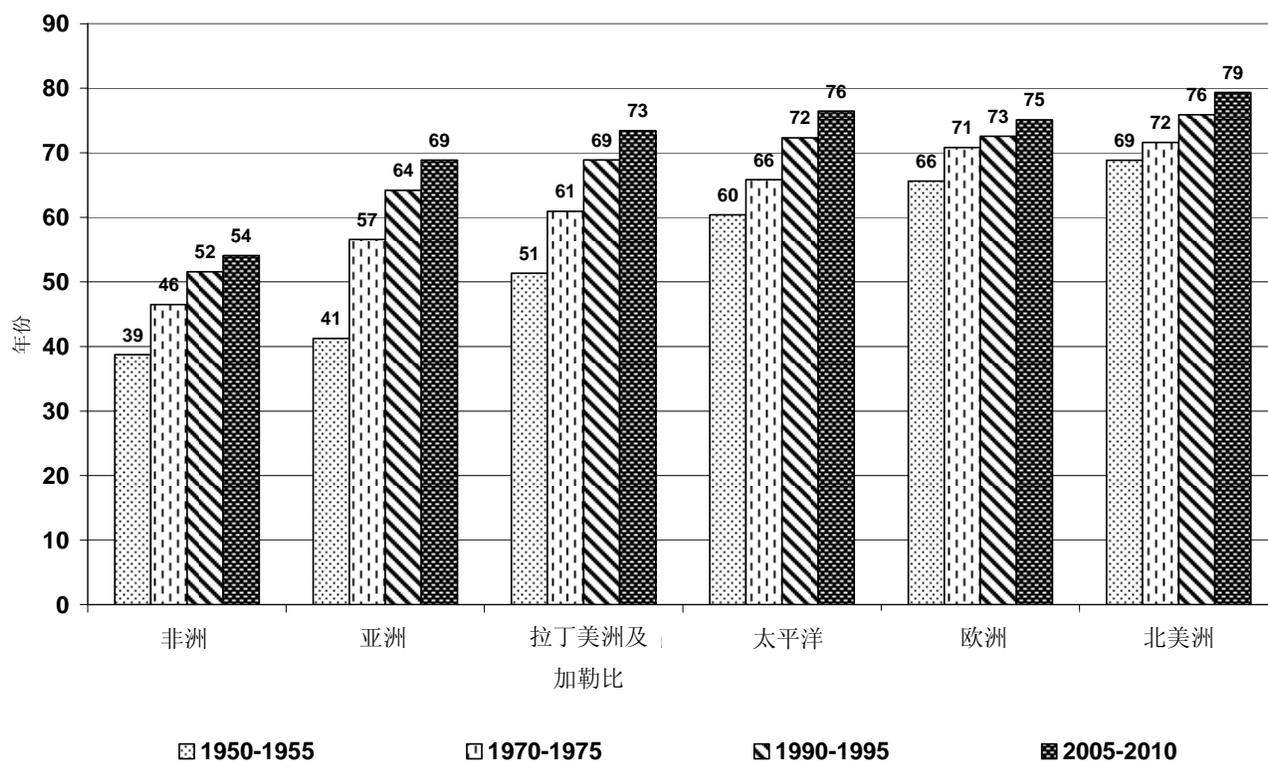
图一

1950-1955 年至 2005-2010 年由收入类别和主要地区划分的出生时预期寿命的演变情况



<sup>2</sup> 本章节引用的所有估计数来自《世界人口展望: 2008 年修订版》(联合国出版物, 出售品编号 09.XII.6)。

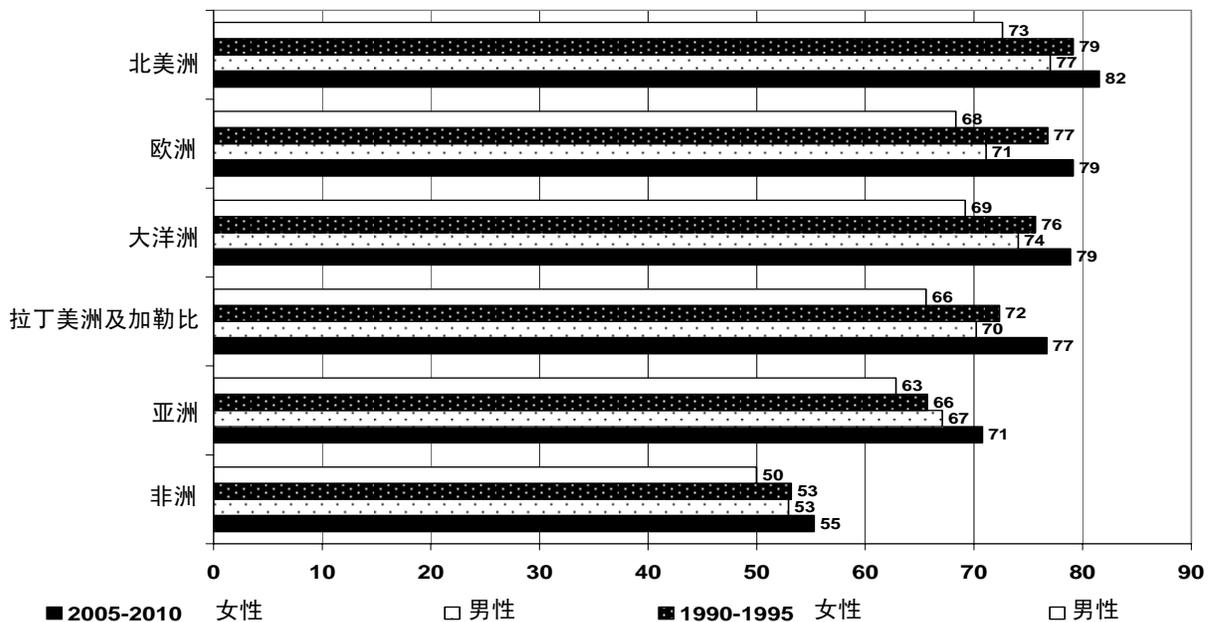
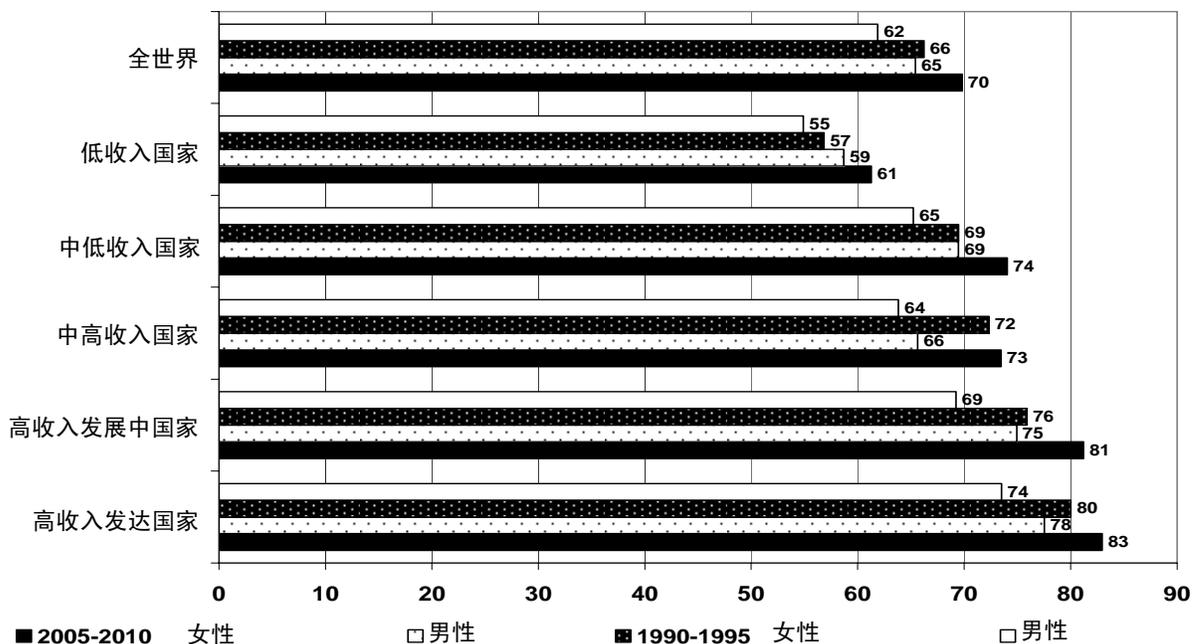
<sup>3</sup> 按收入类别划分的国家名单参看《全球疾病负担: 2004 年最新资料》(世界卫生组织, 2008 年)。



8. 在所有地区和收入类别中，女性的预期寿命超过男性的预期寿命(图二)。在全球范围内，女性在 2005-2010 年的预期寿命为 70 岁，而男性为 65 岁。女性预期寿命的优势在欧洲以及拉丁美洲和加勒比地区最高。在欧洲，女性的大量优势是因为东欧女性存活率明显高于男性，尤其是在俄罗斯联邦，从目前的死亡率来看，该国女性预期寿命比男性多 13 岁(73 岁比 60 岁)。拉丁美洲和加勒比地区女性的优势是比男性预期寿命多 7 岁。女性的优势在非洲最低，才多 2 岁，部分原因是，非洲妇女艾滋病毒/艾滋病流行率较高，而且该地区孕产妇死亡率较高。除亚洲外，所有地区的妇女优势自 1990-1995 年以来已经下降。在发达国家，这一趋势与因心血管疾病和损伤造成的死亡率性别差异减少有关。<sup>4</sup>

<sup>4</sup> Frank Trovato 和 Nils B. Heyen 著，“七国集团成员国存活率的性别差异改变的不同模式”(《生物社会科学杂志》，第 38 卷，2006 年，第 391-401 页)。

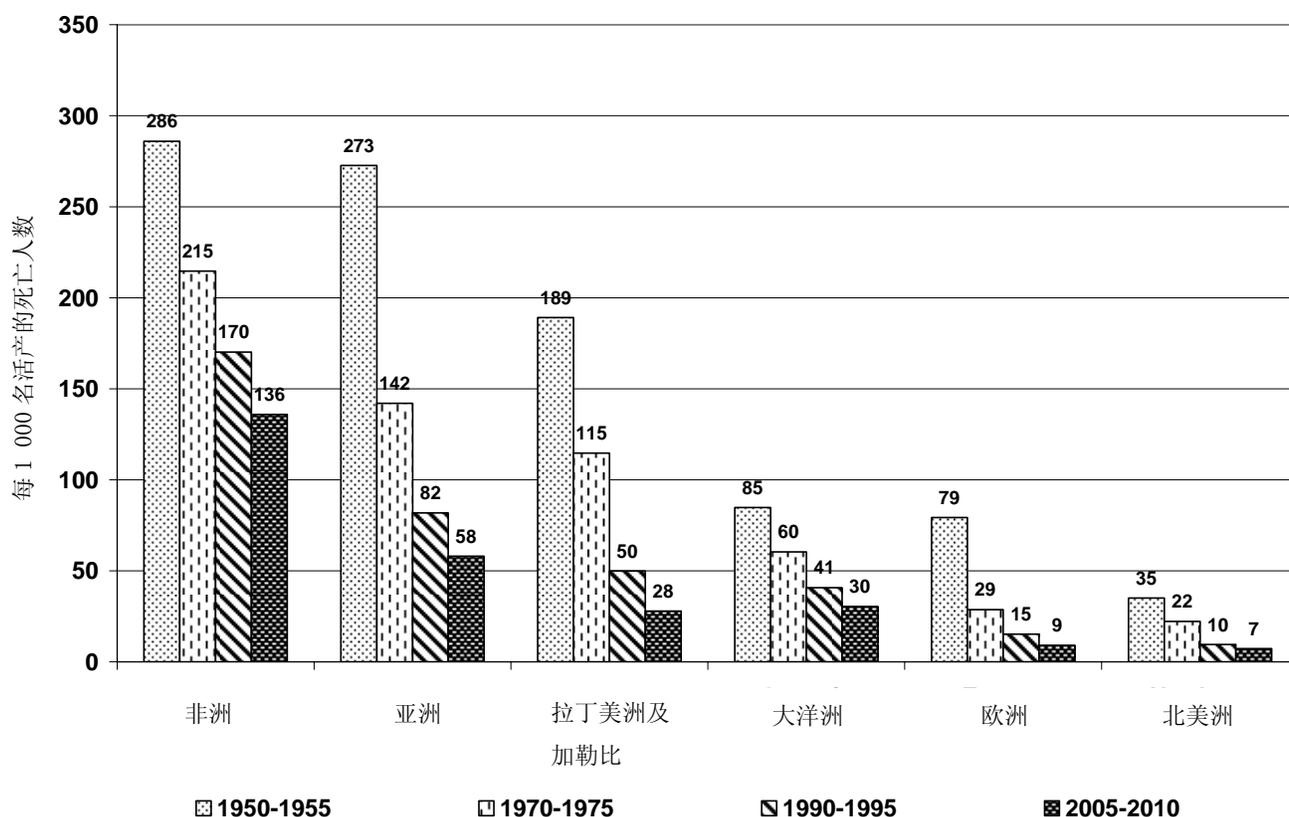
图二  
1990-1995 年和 2005-2010 年由收入和地域类别划分的男女出生时预期寿命



9. 儿童死亡率下降极大地促进了预期寿命的增加。在全球范围内，5岁以下儿童死亡率从1950-1955年每1 000名活产有233人死亡下降到2005-2010年每1 000名活产有71人死亡，减少了70%。这种减少大部分发生在发展中国家，它们5岁以下儿童死亡率在1950-1955年至2005-2010年期间，从每1 000名活产有271人死亡下降到78人死亡。尽管所有地区儿童死亡率都大量减少，仍然存在许多明显的差异(图三)。今天，欧洲和北美洲5岁以下儿童死亡率低于每1 000名活产有10人死亡，但在非洲仍是高达每1 000名有136人死亡。千年发展目标4要求在1990年至2015年期间将儿童死亡率减少三分之二。当儿童死亡率已经很低的情况下，这种减少特别难以实现。然而，欧洲和拉丁美洲及加勒比地区比其他地区在实现该目标方面取得更多进展，非洲的进展尤其缓慢，每年仍有470万5岁以下儿童死亡，主要死于可预防的原因。

图三

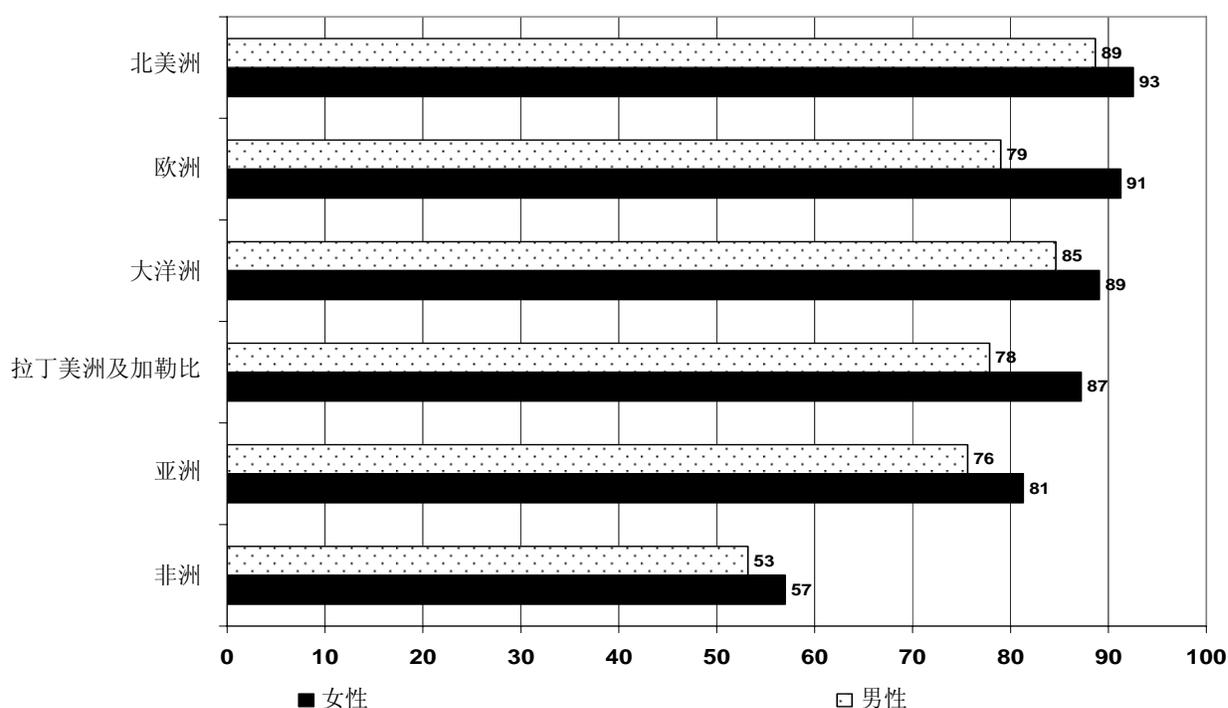
1950-1955年至2005-2010年期间按主要地区划分的5岁以下儿童死亡率



10. 由于在降低较小年龄死亡率方面取得进展,按照目前死亡率计算,60岁的存活概率仍然很高,在全球一级,女性为79%,男性为73%。正如死亡率的其他指标,主要地区之间和男女之间存在着明显差异(图四)。按照目前的死亡率,女性在每个地区60岁存活概率最高,尤其在欧洲和北美洲的概率普遍很高(90%以上),拉丁美洲及加勒比地区和大洋洲女性60岁存活率也很高(分别为87%和89%),在亚洲,她们的存活率略微低一些,为81%,但在非洲最低(57%)。男性60岁存活率在北美洲和大洋洲最高,分别为85%和89%,在亚洲、欧洲、拉丁美洲及加勒比地区较低(从76%至79%不等),在非洲特别低(53%)。换句话说,即使在生育年龄期间女性死亡率高的地区,女性60岁存活率仍然高于男性。

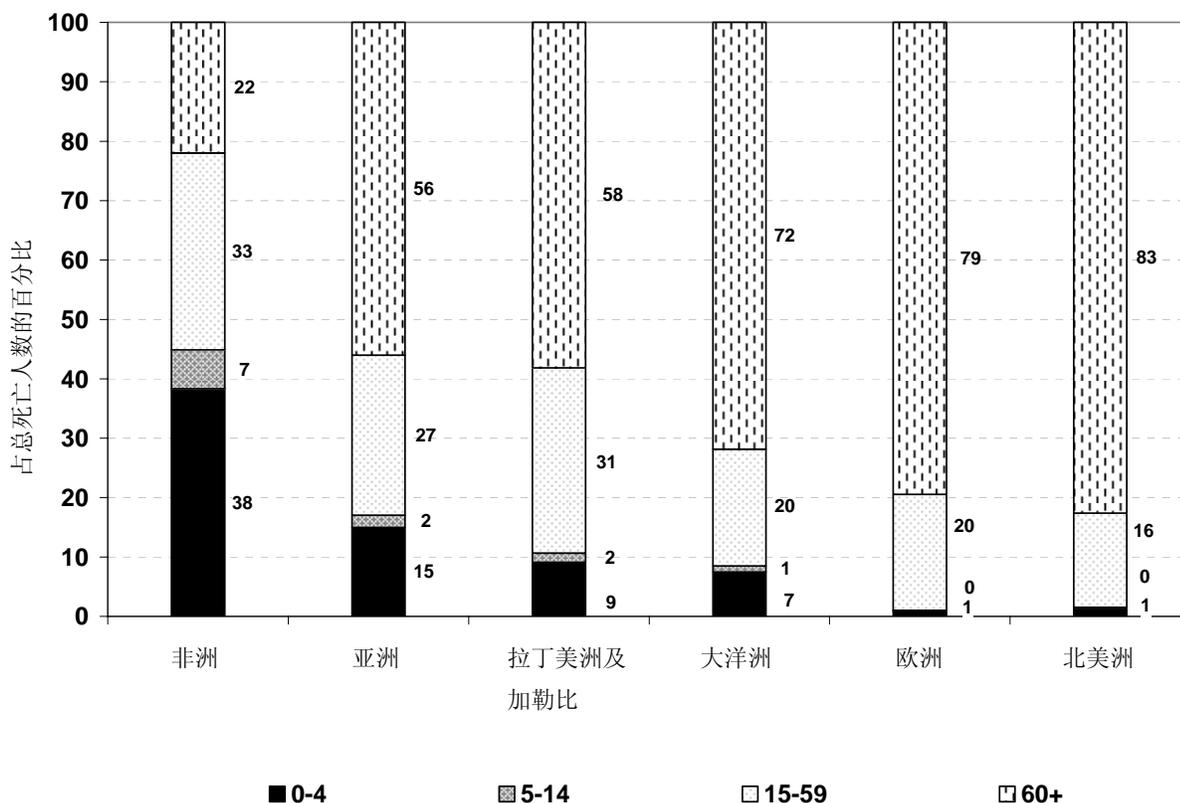
图四

根据2005-2010年死亡率按性别和主要地区划分的60岁存活概率(百分比)



11. 随着预期寿命延长,死亡人数越来越集中在较大年龄者。因此,在世界一级,5岁以下死亡人数占有所有死亡者比例从1950-1955年的40%下降到2005-2010年的16%,而60岁或以上的死亡人数在这两个时期之间从占26%上升至54%。同样地,今天在非洲5岁以下死亡人数占有所有死亡人数的38%,而在欧洲和北美仅有1%。此外,在这两个主要地区,近80%的死亡发生在年龄较大者,但在非洲,仅有22%的死亡发生在60岁或以上的年龄者(图五)。

图五  
2005 年-2010 年按年龄类别和主要地区的死亡分布



### 三. 死亡原因<sup>5</sup>

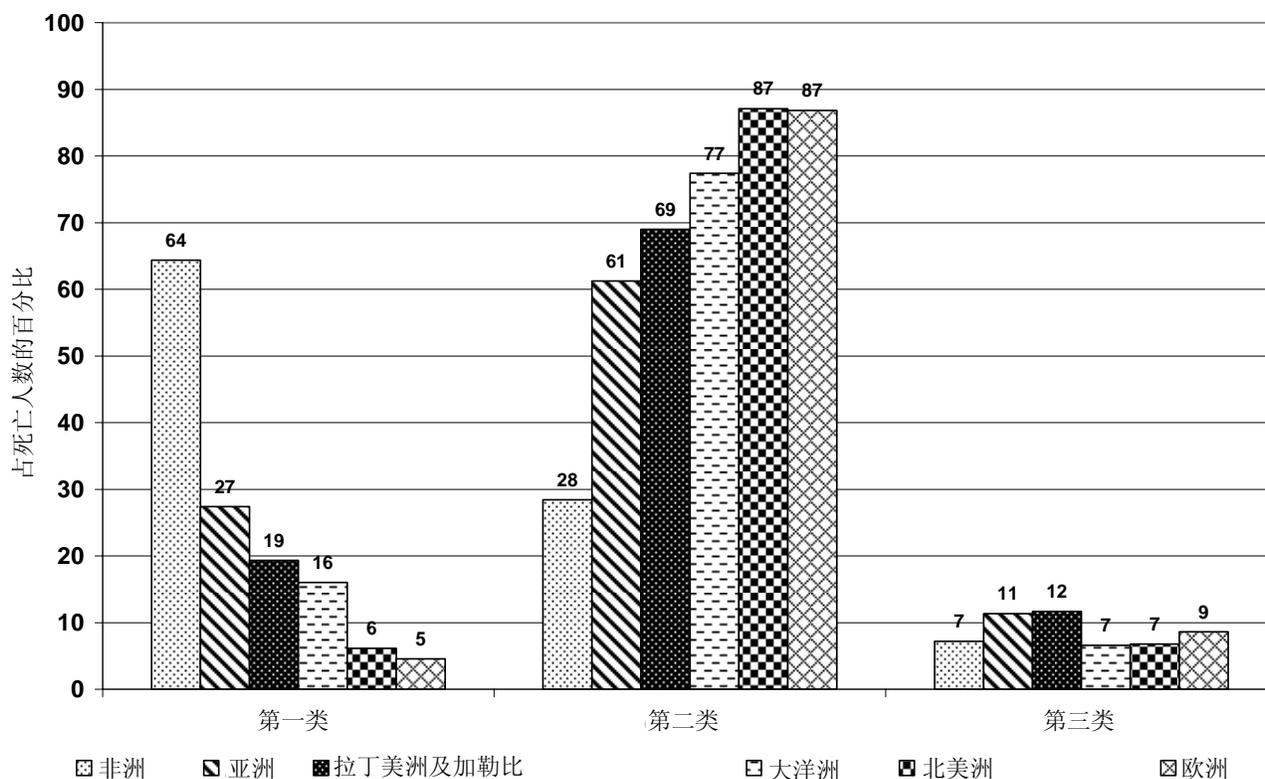
12. 流行病转型是降低死亡率的主要原因，它也使得死亡原因出现重大转变。世界卫生组织(世卫组织)估计了根据三大类别原因按原因划分的死亡分布情况。第一类包括传染病和寄生虫病，呼吸道感染，孕产妇和围产期病症，以及营养不足，也就是说，它包括了所有与贫穷有关的传染病。第二类包括了非传染性疾病，即肿瘤(癌症)，心血管疾病，呼吸系统和消化系统疾病，泌尿生殖系统疾病，肌肉骨骼、皮肤和口腔疾病，糖尿病，营养和内分泌失调，神经和感官障碍以及先天畸形。第三类包括所有伤害，无论是有意或无意的。

13. 2004 年，占世界死亡人数的 31%是由第一类原因造成的，60%是第二类造成，10%是伤害(第三类)造成。各主要区域按原因划分的死亡分布差异很大(图六)。在欧洲和北美，所有死亡人数中最多只有 6%是传染病(第一类)造成的，而非传染

<sup>5</sup> 本章节所有估计数均来自《2009 年世界卫生统计数据》(世界卫生组织，2009 年)。

病(第二类)占 87%。非传染病也是亚洲、拉丁美洲及加勒比地区和大洋洲大多数死亡的原因,从亚洲占 61%到大洋洲占 77%的比例不等。只有在非洲传染病是死亡率的主因:它们占非洲大陆所有死亡人数的 64%。

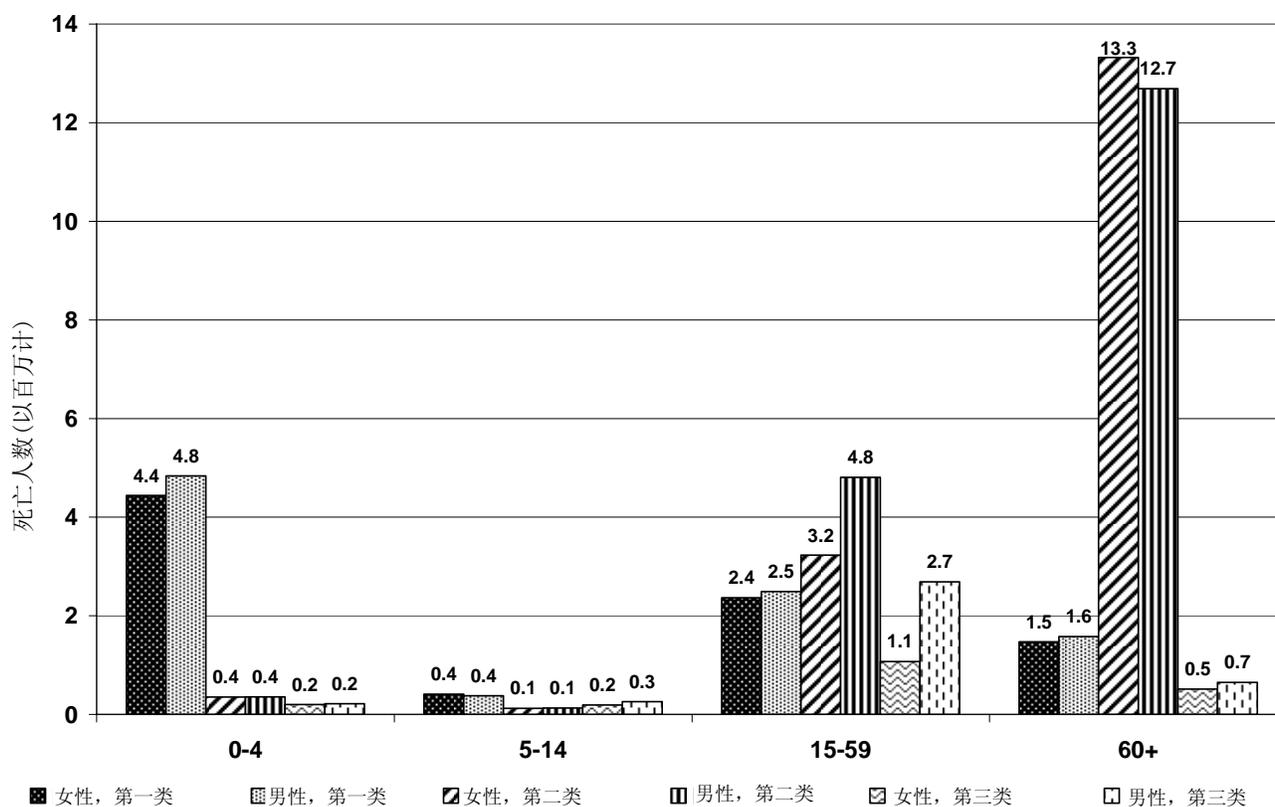
图六  
2004 年按原因和主要地区划分的死亡分布情况



14. 死亡原因因年龄而不同。2004 年, 89% 的 5 岁以下儿童死亡是由传染病造成, 其中 53% 是 5-14 岁之间的儿童。伤害是 5-14 岁之间儿童死亡的另一个主要原因, 占 30%。在 15 至 59 岁者中, 非传染性疾病是死亡的主要原因, 占 48%, 传染病占 29%, 伤害占 23%。在 60 岁或以上者中, 非传染性疾病是绝大多数死亡的原因 (86%), 只是 10% 是因传染病造成的。

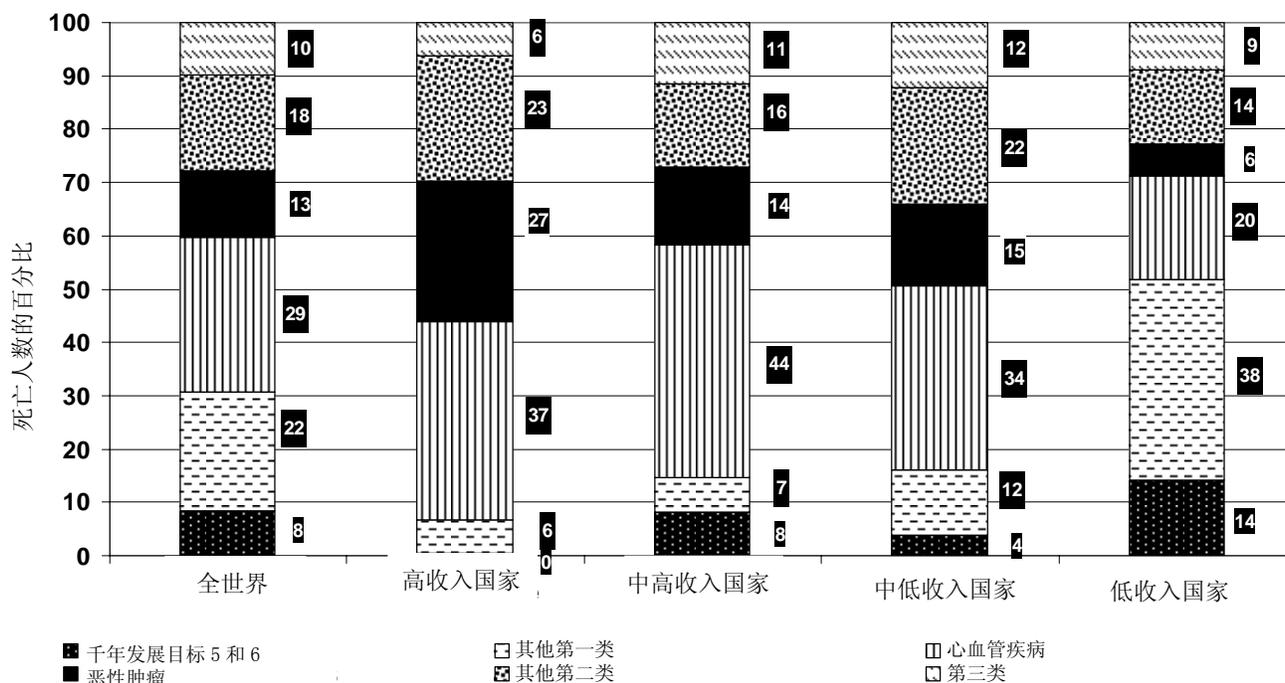
15. 按原因、年龄组和性别划分的死亡人数数据显示, 就 60 岁以下各年龄组和各类原因来说, 男性死亡人数超过或等于女性的人数 (图七)。这一调查结果也适用于第一类原因造成的 15 至 59 岁的死亡者, 其中包括那些孕产妇病症死亡者。只有在 60 岁或以上死亡者中因非传染性疾病死亡的女性人数超过男性, 这主要是因为更多的女性比男性存活到老年。

图七  
2004 年按原因、性别和年龄组划分的死亡人数



16. 按原因划分的死亡分布在按收入划分的国家中差异很大(图八)。在高收入和中等收入国家中, 心血管疾病占死亡比例最大, 从 34%至 44%不等。恶性肿瘤是高收入国家第二大主要死亡原因, 但在中等收入国家, “其他第二类”(不包括恶性肿瘤和心血管疾病的非传染性疾病)的死亡人数比肿瘤占有所有死亡人数的更大比例。此外, 受伤造成的死亡人数在中等收入国家(11%到 12%)比高收入国家(6%)多一倍。在低收入国家, 心血管疾病和恶性肿瘤加在一起占有所有死亡人数的 26%, 但它们的比例显然低于“其他第一类”(即不包括千年发展目标 5 和 6 所涵盖的传染病)所占的 38%。艾滋病毒/艾滋病、结核病、疟疾和产妇疾病(千年发展目标 5 和 6)造成的死亡比例在低收入国家中最高(14%), 其次是中上收入国家(8%)和中低收入国家(4%)。在高收入国家, 这些疾病导致的死亡所占比例几乎为零。

图八  
2004 年主要收入类别按原因划分的死亡人数百分比



#### 四. 疾病负担<sup>6</sup>

17. 虽然死亡的原因表明不同疾病对人口的影响，但它们不能正确地反映某国人口的健康状况，因为许多疾病不是致命的，却会降低这些病人的生活质量。所以，采用了残疾调整寿命年数的另一项措施来反映致死和非致命的疾病及伤害对人口的负担。世卫组织使用“残疾”一词来指“丧失健康”，此处的健康是指在诸如流动性、认知、听力和视力等方面具有全面运作的的能力。残疾调整寿命年数是因过早死亡丧失的年数加上因疾病或受伤丧失的健康年数的总和。

18. 2004 年，地球上 64 亿人丧失了 15 亿残疾调整寿命年数(见下表)。虽然低收入国家只占人口比例 37%，它们占有所有残疾调整寿命年数的 54%；中低收入国家残疾调整寿命年数的 30%，低于它们占人口的比例(38%)；中上收入国家占世界人口 9%，占残疾调整寿命年数的 8%；高收入国家占人口 15%，只占残疾调整寿命年数的 8%。因此，低收入国家承受全球疾病过重的负担。

<sup>6</sup> 本章节引用的所有估计数均来自《全球疾病负担：2004 年最新资料》(世界卫生组织，2008 年)。

19. 在全球一级，非传染疾病占残疾调整寿命年数的 48%，传染病、产妇和围产期病症以及营养不良占 40%，伤害占 12%。神经精神障碍疾病占全球残疾调整寿命年数的最大比例 (13%)，随后是心血管疾病和除道路交通事故之外的伤害 (分别为 10%)，感官、肌肉骨骼和先天性疾病共占残疾调整寿命年数 9%，相等于艾滋病毒/艾滋病、结核病、疟疾和性传播疾病的总和。

20. 非传染疾病占高收入国家 (85%) 和中等收入国家 (62%) 残疾调整寿命年数的大部分比例。神经精神疾病和心血管疾病也占高收入和中等收入国家残疾调整寿命年数的很大比例。除道路交通事故之外的伤害占中上收入国家 (包括俄罗斯联邦) 和中低收入国家 (包括中国) 的残疾调整寿命年数的较大比例。

21. 在低收入国家，传染病占残疾调整寿命年数的大部分比例 (57%)，艾滋病毒/艾滋病、结核病、疟疾和性传播疾病的总和占 13%。不过，非传染疾病则占这些国家疾病负担的 33%，其中，神经精神障碍疾病高达 9%。除道路交通事故之外的伤害占残疾调整寿命年数的 8%，随后是器官、肌肉骨骼和先天性疾病的总和，以及心血管疾病，各占 7%。产妇病症占中低收入国家残疾调整寿命年数的 4%，在所有收入类别国家的产妇病症中比例最高。

#### 2004 年世界和收入类别国家按原因划分的残疾调整寿命年数分布情况

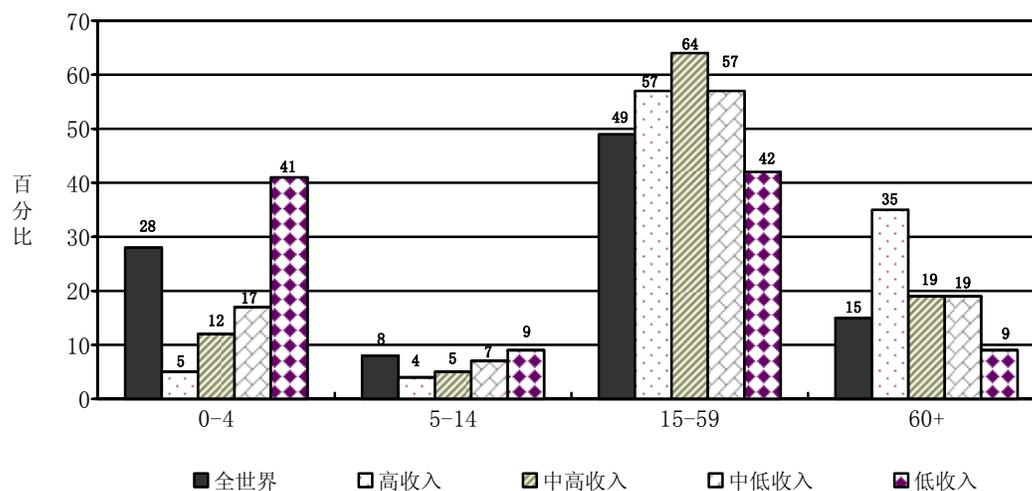
	全世界	高收入国家	中高收入国家	中低收入国家	低收入国家
人口(以百万计)	6 437	977	580	2 465	2 413
残疾调整寿命年数总数(以百万计)	1 523	122	121	452	828
			百分比		
传染病、产妇和围产期病症	39.7	6.0	21.4	22.5	56.6
非传染疾病	48.0	84.8	63.0	61.7	32.9
伤害	12.3	9.2	15.6	15.8	10.4
其中:					
神经精神障碍	13.1	25.8	16.2	16.6	8.8
心血管疾病	9.9	14.6	17.7	12.1	6.9
除道路交通事故之外的伤害	9.6	6.6	12.5	11.9	8.4
感官、肌肉骨骼和先天性疾病	9.4	13.2	9.5	12.2	7.3
艾滋病毒/艾滋病、结核病、疟疾和性传播疾病	9.0	0.8	10.9	3.8	12.8
肿瘤	5.2	14.9	7.3	7.3	2.4
道路交通事故	2.7	2.6	3.1	3.9	2.0
产妇病症	2.6	0.5	1.1	1.8	3.5
糖尿病	1.3	3.0	2.1	1.7	0.7
被忽视的热带病	1.2	0.0	0.3	0.7	1.9

22. 糖尿病仅占全球残疾调整寿命年数的 1%，但它占高收入国家的 3%和中等收入国家 2%。被忽视的热带疾病占全球残疾调整寿命年数 1%，但占低收入国家 2%，它们造成的疾病负担 89%影响到 5 至 59 岁者，即那些学龄或工作年龄者。

23. 在世界一级，2004 年 5 岁以下儿童占残疾调整寿命年数 28%，而 15 至 59 岁者占 49%，六十岁或以上者占 15%(图九)。在低收入国家，5 岁以下儿童和 15 至 59 岁者分别占残疾调整寿命年数的 41%和 42%。在所有其他收入类别国家里，15 至 59 岁者占残疾调整寿命年数的比例最高，60 岁或以上者次之。在高收入和中等收入国家，5 岁以下儿童占残疾调整寿命年数的比例很低。由于老年人在高收入国家所占比例较高，60 岁或以上者占这些国家残疾调整寿命年数的 31%。显然，按年龄划分的疾病负担中的重大差异与收入水平有关。

图九

2004 年不同收入类别按年龄组划分的残疾调整寿命年数分布情况



## 五. 卫生与发展

24. 健康的改善与收入增加和社会经济地位提高有关，但伤残是趋于增加还是减少仍存争议。在把全球所有国家的预期寿命估计数同人均国内总产值进行比较时，显现一种不断增加的下凹关系，即在收入增加时，收入低的人的寿命增加速度比收入高的人更快。这种关系的形状多年来基本不变，但是，有关曲线自寿命轴线起上扬，这意味着预期寿命在收入没有重大增加的情况下增长。根据一个估算，1930 年代至 1960 年代预期寿命总增长中有 10%至 25%是因为收入的增加，其余则是因为其他因素，包括公共保健措施和新保健技术的推广。<sup>7</sup>

<sup>7</sup> Samuel Preston 著“死亡率与经济发展之间的不断变化的关系”，《人口研究》，第 29 卷，第 2 号，1975，第 231-248 页。

25. 健康是人力资本，因此是经济增长的一个决定因素，人们一直在注意它的作用。人们认为，从 1800 年起，在如今的发达国家中，粮食供应的增加使发病率和死亡率下降，提高了工人的生产力和增加了收入。经济学家断定，寿命的增加鼓励人们投资教育，增加劳动时间，减少病假，因而提高人口的生产力和创收能力。对个人进行的研究<sup>8</sup>已证明健康状况对决定人的认知发展、加入劳工队伍情况、工资薪酬、工作时间、储蓄和退休年龄至关重要。

26. 对小组数据进行的分析表明，儿童时期的教育和经济状况是预测日后健康状况的重要因素，但对一个人成年后的财务状况好坏的影响不是那么明确。它还表明，意外的重大疾患可大大降低社会经济地位，因为一个人出去工作的能力因此降低，致使收入减少。<sup>9</sup>因此，健康既影响到社会经济地位，也受到社会经济地位的影响。

27. 将个人层面的研究结果放到国家层面进行概述不是一件简单的事，因为有与改善健康有关的其他宏观因素，包括正面的外界因素，例如健康对教育的影响，或死亡率降低时人口对有限的土地或有形资本形成的压力增加，致使回报递减。由于改善健康可以改进人的认知和促使人们投资教育，而教育是经济增长的动力，因此在考虑到它们同时产生的影响的情况下进行的分析表明，改善健康可以产生重大和正面的间接影响。

28. 对健康和经济增长之间的关系进行宏观经济分析可采用几种方式。第一种采用经济总增长模式，明确列入健康的影响。这类研究表明，预计寿命的增加有助于增加产出，但在预期寿命增加是因为参与生产的工人的预期寿命增加时，其作用更大，而在增加是因为婴儿死亡率下降时，则作用较小，因为它使人口增长速度加快，但不一定提高人口的技能。<sup>10</sup>

29. 第二种是对跨行业数据进行回归，以评估人均收入增加的决定因素。这些研究发现预期寿命对收入有重大正面影响。<sup>10</sup>批评这种方法的人指出，由于所采用变量有多重共线性以及未采用变量的作用，预计的作用可能有偏差。为了解决多重共线性问题，一项研究<sup>11</sup>采用了辅助变量，而这一变量是根据按 15 个主要死亡原因和全球干预措施日期开列的采取干预措施前的死亡分布情况得出的。该项

---

<sup>8</sup> M. J. Jusain, “健康对经济发展的贡献：调查和概览”，M. Suhrcke 等人著，2009 年，见 [www.economics-ejournal.org](http://www.economics-ejournal.org)；和《健康对欧洲联盟经济的贡献》，（欧洲联盟委员会，健康和消费者保护总局，2005 年）。

<sup>9</sup> J. P. Smith 著“揭开社会经济地位与健康的关系”，财政研究所工作文件 W04/02 号（财政研究所，2004 年）。

<sup>10</sup> M. J. Jusain 著，同上。

<sup>11</sup> D. Acemoglu 和 S. Johnson 著，“疾病与发展：预期寿命对经济增长的影响”，《政治经济学杂志》，第 115 卷，第 6 号，（2007 年 12 月）第 925-985 页。

研究认为，预期寿命的增加加快了人口的增长，但在开始时和其后 40 年内，对国内生产总值的影响不大，主要原因是土地和资本供应量跟不上因死亡率下降而加快的人口增长。在所用媒介主要反映儿童死亡率时，这一结果似乎与采用总增长模式得出的结果一致。

30. 上述模式没有列入一个也影响到发展的干预措施，即作为生殖健康一部分的计划生育工作。计划生育可以让夫妻和女子决定生育间隔时间和要多少子女，因此有助于降低孕产妇死亡率，提高儿童存活率。它还可以降低生育力，抵消儿童死亡率降低产生的影响。因此，正如经济学家所示，它有助于增加家庭和国家的收入，使死亡率和生育力都维持在低水平，从而有益于发展。<sup>12</sup>

31. 在一个国家内和不同国家之间，社会经济地位的提高与健康的改善始终都有关联。即便是高收入国家也有一个健康倾斜线，学历低、工作地位低和收入低的人的健康状况总是次于那些社会经济地位高的人。处于弱势的时间越长，健康就越有可能欠佳。工作上的压力会增加生病的可能。在不平等程度高的国家中，这类影响会更大。要纠正健康方面的社会经济倾斜线，就必须采用不局限于健康的整体性做法，通过劳工、教育、住房和家庭福利等方面的政策，减轻社会阶层的分化。<sup>13</sup>

## 六. 初级保健的作用<sup>14</sup>

32. 1978 年，国际社会在阿拉木图会议上把初级保健定为一项战略，以可接受的费用，尽可能在离社区个人和家庭的居住和工作地点最近的地方提供必要的基本保健，并使其成为保健系统的一个组成部分。会议还规定，初级保健的核心内容是：健康教育；环境卫生，特别是食物和水；产妇和儿童保健方案，包括接种疫苗和计划生育；预防流行病，适当医治常见病和伤害；提供基本药品；宣传合理的营养；以及中医药。

33. 会后产生了提供初级保健的两个主要做法：一种是选择性的，重点注意一个社区中的最严重的公共健康问题，以便迅速取得成果；另一种是综合性的，力求从长期角度来解决社会的各种保健问题。第一种做法的结果是制订纵向方案，通过采取数量有限的干预措施来解决具体的保健问题。被称为“横向”或“综合性”的第二种做法旨在建立一个由常设机构组成的系统，促进社区积极参加改善健康的工作，不仅医治疾病，而且重点注意预防和及早发现疾病。

<sup>12</sup> 见 E/CN.9/2009/3。

<sup>13</sup> 《在一代人的时间里消除差距》(WHO/ER/CSDH/08.1)，(世界卫生组织，2008 年)。

<sup>14</sup> 参照《2008 年世界卫生报告》，(世界卫生组织，2008 年)，以及 J. De Maeseneer 等人著“把初级保健作为实现公平保健的战略”，为卫生组织保健系统知识网编写的文件，2007 年。

34. 实现阿拉木图会议的愿景，切实改革保健系统并不容易，在许多国家中，发展初级保健的工作停滞不前。在过去 40 年中，多边、双边和私人捐助者往往更愿意捐助竖向疾病防治方案，因为这些方案更有可能在时间不长的供资期中见成效。艾滋病毒/艾滋病的蔓延尤其推动了这种竖向做法。目前，国际上为实现保健领域千年发展目标做出的主要努力都以着眼于疾病的竖向方案为基础，其中一些方案危害初级保健系统，并同其争抢紧缺的人力资源和其他资源。没有并入一般保健系统的竖向方案还造成行政费用重叠，致使出现保健空白，削弱政府改进自身保健服务的能力。为了避免这些不利影响，已经制订了疾病控制方案最佳做法守则。<sup>15</sup> 该守则要求将大多数疾病控制方案和活动并入主要为病人提供服务的保健中心和非盈利保健设施。它还要求以加强保健系统的方式制订和执行疾病控制方案，而且同提供保健服务没有冲突。

35. 发展中国家保健部门资金不足，尤其是在结构调整过程中的资金不足，也延误了综合性初级保健的建立。在许多情况下，根据私营部门提供服务的效率比公共部门高的观点实行保健服务私有化，因为这种观点在捐助机构中很普遍。因此，发达和发展中国家的政府都使保健服务私有化，把保健分包给私营部门，把公立医院租赁或出售给私营部门，或者让公立医院在管理上拥有自主权，混淆公众目的与盈利目的之间的界线。由于有这些情况，加之各级专业保健人员（护士、医生、公共保健代理人等）更加专业化，因此形成一个对医院的使用缺乏协调和主要为付得起钱的人零散提供专业服务的保健系统。在发达和发展中国家中，保健方面的公共开支都使富人得到的好处大大多于穷人，有钱人得到的服务多于健康问题更多的穷人。一旦人们要自己掏钱支付保健费用，那么数额巨大的保健开支可能会导致贫穷。在许多国家中，为穷人提供的保健服务非常零散，资金严重不足。此外，由于人们往往把资金放在费用通常很高的治疗工作上，因此用于开展预防和促进健康活动的资金不足，而这些活动据说可以防止 70% 病例的发生。

36. 在全球，保健开支在国内总产值中的比例从 2000 年的 8% 增加到 2005 年的 8.6%，这意味着“保健经济”的增长速度快于国内总产值。扣除通货膨胀因素，全球保健开支在 2000 年至 2005 年间增加了 35%。增加的原因是大多数为需要长期治疗和控制的非传染疾病有所增加，而慢性病病例和保健开支今后都很可能快速增加，是发达国家和发展中国家都十分关注的问题。

37. 这些情况促使决策者再次支持采用综合性初级保健方法来阻止保健系统分散化，实现保健公平，使社区在保健方面有保障，以综合和协调一致的方式满足个人及其家人的保健需求。为了实现这些目标，需要把初级保健方法作为一个灵活的指导框架来使用，以便适应本地需要和特定的社会文化特点。初级保健必须

<sup>15</sup> J. P. Unger 等人著，“用于避免损害发展中国家保健服务的疾病控制方案最佳做法”，《关于保健规划和管理的国际杂志》，（2003 年 10 月/12 月），第 18 卷，第 S27-S39 页。

把医生的临床技能同流行病学、防病措施和促进健康措施结合起来，为个人和居民提供治疗，才能有综合性。初级保健原则上是地区保健系统的一部分，是第一个接触病人的。它将处理接到的大多数病例，以经济合算的方式把其他病例转交给第二和第三级保健单位继续进行医治。由家庭医生、护士、社会工作者和营养师组成的多学科小组将提供不间断的治疗，重点注意促进健康、预防疾病、医治急症和长期治疗和控制慢性病。通过部门间合作，初级保健人员将查明影响健康的社区问题，寻找解决办法。

38. 采用综合性初级保健做法可以省钱。在非常注重初级保健的高收入国家中，人均保健开支平均低于其他高收入国家。此外，让最多的人享有初级保健并有足够机会转诊减少了保健不平等。<sup>16</sup> 例如，在美利坚合众国收入不平等现象较严重地区，如果家庭医生人数与人口人数之间的比例升高，则保健成效会更好。发展中国家的证据也表明初级保健可以减少保健方面的差异。例如，在墨西哥，由于可以到初级保健设施看病并有适当转诊机制继续进行治疗，贫穷居民的儿童死亡率有所下降。

39. 要建立初级保健和享受它可能提供的好处，就需要进行一系列改革。首先，需要确保所有人通过普惠和以分担风险为基础的筹资方法，都享有初级保健。第二，必须改革提供保健服务的方式，确保保健系统满足人民的实际需要。第三，政府必须继续承诺改革公共政策，在政策中列入公共保健行动和初级保健。第四，保健领域的领导人必须继续通过鼓励社区成员积极参与来满足社区的需要。领导人还应努力通过教育、食品安全和质量、烟酒管制等其他领域中的政策，来改善健康。

40. 目前，在保健开支高的高收入国家中，有很大余地把资源从第三级保健转移到初级保健，实现保健的普及。<sup>17</sup> 中等收入国家的挑战更大更紧迫，因为它们有 30 亿人口，保健系统需要适应新的需求。在这样做时采用初级保健做法和确保普惠是一个避免以往错误的重要战略。最后，在低收入国家中，特别是在有 20 亿人的撒哈拉以南非洲和南亚国家中，必须重点采用综合初级保健的做法，确保保健平等。所有尚未实现普惠的国家都要摆脱对病人收费的依赖，而通过把资源集中起来使用和预先付费来提供保障。目前无法支付必要保健服务费用的低收入国家将需要获得外部援助来进行必要的改革。

<sup>16</sup> B. Starfield L. Shi 和 J. Macinko 著，“初级保健对保健系统和健康的贡献”，The Milbank Quarterly, 第 83 卷，第 3 号，2005 年，第 457-502 页。

<sup>17</sup> 《2008 年世界卫生报告》(世界卫生组织，2008 年)，导言和概览。

## 七. 对保健人员的需求<sup>18</sup>

41. 保健工作人员包括所有提供保健服务的人——医生、护士、复健师、药剂师、化验室技师——以及提供保健服务所需要管理人员和辅助人员。2006年，世卫组织估计全球共有6 000万保健人员，4 000万人提供保健服务，2 000万人从事管理和其他辅助工作。但是，在各个国家之间或各个国家中，保健人员的分布情况并不公平。高收入国家按居民人数计算的保健人员人数高于其他国家。在其他所有国家中，保健人员往往集中在大城市中，小城市和农村地区缺乏保健人员。据世卫组织统计，有57个大部分位于非洲和亚洲的国家没有足够的保健人员来满足居民的保健需求。据世卫组织统计，2006年这些国家还需要240万名提供保健服务的人员和190万名管理和辅助人员。这种人员短缺严重阻碍在保健领域实现千年发展目标，使人们很难建立和维持必要的初级保健基础设施以减少获取保健服务方面的不平等。

42. 迫切需要进行投资，培训和支持保健人员，包括提高他们的工资，奖励那些在缺少服务地区工作的人员。如果假定在今后20年内再培训57个人员严重短缺国家所需要的430万名人员，那么，保健预算额每人每年要增加10美元。除了筹集资金外，坚定的政治领导人还需要制订和执行综合计划来建立和维持一支有效的保健人员队伍。这些计划应根据保健人员要面对的工作情况对其进行相应的培训，并有鼓励他们在大城市以外的其他地方工作的措施。

43. 还需要对所有国家现有的人员进行培训，以便他们能够跟上新的治疗方法和做法。需要改进管理和监督，提高人力资源使用效率，尤其是在提供综合初级保健服务时，需要采用新的小组治疗模式，传授通过实践取得的综合医治疾病的技能。世界各地都需要交流能力强、能够使用改变行为的技巧、对病人进行教育和拥有辅导技能的保健人员来照料有慢性病的人。<sup>19</sup> 还需要移交工作，即高技能人员把保健工作交给能够开展这些工作的技能低一些的人，在志愿人员或社区保健人员能够在有充分监督和支持的情况下有效开展这些工作时，尤其需要这样做。

44. 由于较富有国家需要保健人员，且那里的工资更高，因此中低收入国家的保健人员迁移到高收入国家。在一些高收入国家的保健系统中，在国外接受训练的医生和护士的比例很高。由于人们有权离开自己的国家，因此原籍国和接收国必须开展合作，以便减轻保健人员迁移产生的不利影响。原籍国需要改善保健人员的工资条件，提供更多的培训和根据保健人员要面对的工作情况进行培训（例如，到农村工作）。捐助者可为此提供资金。目的地国需要在本地培训更多的医生和

<sup>18</sup> 参照“全球保健人员的短缺及其影响”，世卫组织第302号情况报道；2006年4月；“保健人员的移徙”，世卫组织第301号情况报道；2006年4月。

<sup>19</sup> 《照料慢性病人的新方法：采取行动的基础》，（世界卫生组织，2002年）。

护士，应以负责任的方式进行征聘。目前正在制订一个国际征聘保健人员业务守则。<sup>20</sup>

## 八. 预防和医治传染病和孕产妇病症

45. 传染病死亡率占总死亡率的 23%，并占五岁以下儿童死亡率的 57%。然而，大多数传染病可通过低费用干预措施来预防、治疗或治愈。众所周知，传染病对穷人的健康影响极大，千年发展目标注重预防和控制造成死亡的各种主要疾病。但是，实现这些目标的进展不够，有关的千年发展目标未列入所有传染病。下文分别或集体阐述了用于防止重大传染病的重要干预措施。

46. **艾滋病毒/艾滋病。**2008 年大约有 3 300 万名艾滋病毒感染者，其中 2 200 万人生活在撒哈拉以南非洲地区。<sup>21</sup> 该年有 270 万人新感染艾滋病毒，并有 200 万人死于艾滋病，低于人数达到最高 220 万人的 2004 年。携带艾滋病毒的人中有一半是妇女，新感染的人中有一半年龄介于 15 岁和 24 岁之间。需要采用多重战略来防止艾滋病毒的蔓延。它包括开展教育和宣传运动，使人们进一步了解艾滋病毒传播途径和自我保护方法，重点执行用于减少高风险行为的方案，检测血液产品，防止再次使用带病毒的针头，提供自愿接受辅导的机会，进行检测以查明携带病毒者，对那些需要治疗的人进行治疗，对艾滋病毒阳性的孕妇进行治疗以防止母亲把病毒传给婴儿。能否成功地避免病毒全面流行取决于能否在高风险群体、包括性交易工作者和使用针管的吸毒者中开展工作。在病毒普遍流行的国家中，需要抗逆转录病毒治疗者获得这种治疗的人明显增加。2008 年，在需要治疗的 950 万人中，<sup>22</sup> 估计有 42% 的人在接受治疗。由于抗逆转录病毒药品减价，例如克林顿基金会艾滋病毒/艾滋病举措和国际药品采购机制 2007 年谈判达成减价，增加抗逆转录病毒疗法覆盖面的速度加快了。需要扩大这一努力和更多提供诊断，并长期坚持下去，让感染艾滋病毒的人继续存活下去。与此同时，必须加强预防工作，包括为获取保险套提供方便，医治性传播疾病。

47. **结核病。**2007 年有 930 万个结核病新病例，其中 15% 为艾滋病毒阳性者。如果早期确诊，结核病是可以治愈的。因此，消除结核病的战略既要包括早期发现，又要包括迅速进行短期直接观察治疗，因为它治愈的疗效很高。人们日益感到关切的是，有多种药物耐药性的结核病的发病率在增加，2007 年有 3% 的新患者和 19% 的复发者患此种结核病。诊断和治疗这种变异结核病的费用更高，要求更严。

<sup>20</sup> 保健人员的国际征聘：全球业务守则草稿——秘书处的报告 (E. B124/13) (世界卫生组织，2008 年)。

<sup>21</sup> 《2009 年艾滋病流行最新情况》(艾滋病规划署和世卫组织，2009 年)。

<sup>22</sup> 感染艾滋病毒后，免疫系统要经过数年后才会衰弱。只是在有免疫系统衰弱的明显迹象时才进行治疗。

一些组织，其中包括杜绝结核病伙伴关系、全球抗击艾滋病、结核病和疟疾基金和国际药品采购机制，正在开展工作，提供用于医治耐药结核病的药物。

48. **疟疾。**2008 年有 2.43 亿例疟疾病例，造成 863 000 人死亡，其中五分之四为五岁以下的儿童。<sup>23</sup> 每 10 个疟疾病例中有 9 例发生在撒哈拉以南非洲地区。孕产妇贫血和早产与疟疾有关，疟疾可致使婴儿出生体重低，增加婴儿死亡率。控制疟疾传播包括及早诊断、进行有效医治和通过使用长效灭蚊剂处理过的蚊帐和用灭蚊剂喷洒房屋内墙来防止传播。由于对抗疟药物的耐药性在不断增加，在非洲和亚洲唯一有效的疟疾疗法是青蒿素类复方疗法，这种疗法的费用高于那些已经失效的药物。<sup>24</sup> 正在努力扩大青蒿素类复方疗法的使用范围，特别是每隔一段时间对高发率地区的孕妇进行预防性治疗，并对儿童进行儿童青蒿素类复方治疗。还在争取让更多的人使用蚊帐。据减少疟疾伙伴关系说，2010 年需要发放和使用 7 亿顶蚊帐才能阻止疟疾的蔓延。

49. **被忽略的热带病。**热带地区流行的一些传染病和寄生虫病长期以来一直有病例发生，对患者产生重大影响。它们包括通过土壤传播的蠕虫病(钩虫感染、蛔虫病和鞭虫病)和血吸虫病——所有这些疾病都会造成孕妇贫血，阻碍儿童的身体和智力发展；造成腿部严重肿胀的象皮病；造成失明的沙眼和蟠尾线虫病；影响消化系统和心脏功能的恰加斯病；造成皮肤脓肿溃烂的利什曼病；非洲锥虫病(昏睡病)和是一种病毒感染的登革热。大约有 10 亿人患有其中的一种或几种疾病，或受其后遗症影响。<sup>25</sup> 如果不进行治疗，寄生虫病可延续几十年，造成重大残疾。它们还使人们更容易感染其他疾病，包括艾滋病毒和疟疾。最重要的是，这些热带疾病大都可以预防或医治。有安全的用水和基本环境卫生可降低血吸虫病和沙眼的发病率。病媒控制可减少登革热、昏睡病和恰加斯病的传播。低成本单剂量药物对医治象皮病、通过土壤传播的蠕虫病和蟠尾线虫病很有效，因而有可能通过在发病社区或学校大规模发放药物来控制这些疾病。由于这些疾病致使身体衰弱，但不造成死亡，因此它们的控制或治疗工作未获得充分支持。

50. **儿童死亡的传染性原因。**儿童死亡的主要原因是急性呼吸道感染和腹泻疾病，这两类疾病分别占儿童总死亡率的 17%。在发达国家中，通过接种疫苗几乎已经消灭了肺炎；但许多发展中国家没有广泛进行接种，而贫穷、营养不良和室内空气污染致使下呼吸道感染发病率很高。加强儿童营养和改进室内空气质量可以降低严重呼吸道感染的发病率，在出现感染时及早诊断和服用抗生素和进行氧气治疗可以避免病情加重和死亡。正常运作的初级保健系统可以提供这种治疗。腹泻的主要原因是当粪便污染水、食物或人的手时，病菌由一个人传给另一个人。

<sup>23</sup> 《2009 年世界疟疾情况报告》(世卫组织，2009 年)。

<sup>24</sup> 同上。

<sup>25</sup> Peter J. Hotez, 《被忘记的人，被忘记的疾病》，哥伦比亚特区华盛顿，ASM Press, 2008 年。

基本卫生习惯，包括洗手，使用干净的水和搞好环境卫生，可以大幅度降低腹泻疾病的发病率和死亡率。在出现腹泻时，采用口服补液疗法和进行锌补充，同时只用母乳喂养婴儿，补充营养和适当服用抗生素，可防止病情加剧和出现死亡。已证明接种疫苗能成功预防其他重大儿童疾病。麻疹是造成儿童死亡的另一个重大疾病，它可以通过两次接种疫苗来进行预防。2007年，12至23个月幼儿中有82%的人至少已经接种疫苗一次。疫苗对防治小儿麻痹症、白喉、百日咳和破伤风也很有效。全国接种疫苗运动就是一种有效的竖向方案，特别是在国民收入低的情况下。

51. **孕产病症。**虽然孕产妇死亡率只占全球女性死亡率的2%，但在2005年死于孕产原因的536 000名妇女中，大多数人如果获得适当治疗是可以活下来的。孕产死亡几乎都发生在发展中国家，有一半发生在撒哈拉以南非洲地区。1990年以来，降低孕产妇死亡率没有什么进展。缺少适当的妇科治疗是孕产死亡和发病的主要直接原因。全球有3亿妇女受怀孕和分娩后遗症的影响，每年还有2 000万新病例。后遗症包括不孕症、严重贫血、子宫下垂和阴道瘘管。有42%的孕妇患有贫血，疟疾、艾滋病毒和其他疾病经常加重贫血，增加产妇因出血死亡的风险。全球共有3 300万名发展中国家妇女因不安全流产和孕产妇败血症引起的并发症而无法生育。分娩时有熟练保健人员(医生、护士或助产士)协助对于降低孕产妇死亡率至关重要。在孕产妇死亡人数最多的南亚和撒哈拉以南非洲地区，只有不到一半的分娩是在熟练保健人员在场的情况下进行的。要有效地防止死亡和治疗并发症，熟练人员必须有适当的设备，并能够把有并发症的妇女送交产科急诊服务处理。低收入国家能够获得这种服务的人仍然很有限。特别在这种情况下，为妇女提供计划生育工具来避免时机不对的怀孕或意外怀孕，是一个降低孕产妇发病率和死亡率的低成本干预措施。如果满足发展中国家未得到满足的计划生育需求，每年可以避免近5 300万例意外怀孕，而可以防止150 000例孕产妇死亡。<sup>26</sup>提供产前保健和产后辅导、进行教育和让想要避孕的妇女获得有效的避孕方法都是改善生殖健康和降低孕产妇死亡率和发病率所必需的。

## 九. 预防非传染疾病

52. 作为一个类别，非传染疾病已经占全球死亡人数的60%和中等收入国家死亡人数的72%，它们在疾病中的比重预计今后会增加。其中心血管疾病、癌症、慢性呼吸道疾病、糖尿病和忧郁症是威胁人的健康和发展的主要疾病。非传染疾病造成很大的经济和社会负担，因为大多数疾病是慢性的，需要长期治疗。然而80%的心脏病、中风和2型糖尿病和三分之一的癌症通过消除共同的风险因素，尤其吸烟、饮食不健康和缺少锻炼，是可以预防的。此外，生物医药和行为管理领域

<sup>26</sup> 古特马赫研究所和联合国人口基金，“加起来：投资于计划生育和孕产妇及新生儿健康的成本效益”(2009年)。

的进展大大提高了保健措施预防和控制这些疾病的能力，特别是在病人得到有效治疗，在自理方面获得协助以及有人定期跟踪时。

53. 随着人口步入老年，有一种或几种慢性病但活几十年的人在增加。城市化扩大使人们生活疏于活动，不健康的饮食盛行以及烟草等有害健康物品在全世界推销，都是促使这些人数增加的因素。结果是各国保健系统的压力加大，保健开支增加。此外，由于不利健康的危险行为经过一段时间后主要集中在穷人身上，因此慢性病又与贫穷产生联系，可以因需要长期支付高额治疗费用而加剧贫穷。中低收入国家慢性病的增加尤其令人棘手，因为在这些国家中，有许多国家的急性传染病、孕产妇疾病和营养不良症的发病率仍然很高。

54. 各国在保健领域之外的其他领域中采取的政策，对非传染疾病风险因素的形成产生重大、常常是决定性的影响。因此，保健的改善取决于贸易、税收、教育、城市发展、食品和药品生产领域的公共政策。行业间行动是各国开展规划以减少非传染疾病的关键。例如，要改变饮食习惯、减少肥胖症的流行和增加体力活动，就要通过以下方式改变人们的行为：改变食品生产、销售和宣传的方式；传播营养信息；提供保健教育和开展城市环境和公共交通规划工作。2004年，世界卫生大会通过了《关于饮食、锻炼与健康全球战略》，<sup>27</sup> 为消除这些因素提供指导。

55. 吸烟是造成世界上可以预防的死亡的最大因素，因为吸烟是所有重大非传染疾病的一个风险因素。虽然许多发达国家的吸烟率有所下降，大多数发展中国家男性吸烟率趋于稳定或略有下降，但发展中国家和中欧和东欧国家女性的吸烟率仍在上升。<sup>28</sup> 如果吸烟率不持续下降，吸烟的人数将会因世界人口的增加而增加。由于吸烟会上瘾，吸烟的人要戒烟很难。因此，防止、尤其是防止年轻人尝试吸烟非常重要。各国政府都下决心减少吸烟的人数：截至2009年11月，168个国家的政府批准了世卫组织《烟草控制框架公约》。<sup>29</sup> 公约规定，既要减少对烟草的需求，也要减少烟草的供应。对烟草征税是各国政府可以采取的最有成本效益的保健措施。

56. 危险因素平均水平方面较小的变化可能会带来非传染疾病负担的重大变化。防治这些疾病的战略应瞄准两个方面的目标，减少国家的危险因素水平，并预防高危人群的疾病。此类战略包括：法律和法规的改变；税收和价格干预措施；宣传和教育；社区、学校或工作地点的干预措施；筛查、临床预防和疾病管理。甚至在低收入国家，也可以实现这些战略中的几项内容。需要在统一的国家行动计划下进行部门间协调，以避免重复努力。世卫组织的《2008-2013年预防和控制非传染疾病全球战略行动计划》，为所涉及的每个不同行为体提供了行动指南。

<sup>27</sup> WHA57.17号决议，附件。

<sup>28</sup> J. Mackay 和 M. Eriksen 著，*The Tobacco Atlas*，(世卫组织，2002年)。

<sup>29</sup> 获得世界卫生大会通过，2003年5月21日。

57. 为强调减少主要风险因素对非传染疾病的重要性，下文将讨论疾病负担主要组成部分的具体情况。

58. **心血管病。**心血管病是全球最大死因：2004 年，占女性死亡的 32%，男性死亡的 27%。最大杀手是心脏病和中风，2004 年分别造成 700 万和 600 万人死亡。心血管病的主要危险因素是高血压和高胆固醇，这些是饮食中脂肪和钠含量高、久坐不动的生活方式和抽烟造成的。糖尿病造成的损害也会引起心脏病。高收入国家已通过预防和治疗相结合的办法降低了心血管病发病率。预防措施包括提倡不吸烟环境、健康饮食和增加体力活动，许多人已接受这些生活方式的改变。此外，全面治疗高血压和高胆固醇能有效延缓病情。然而，世界上许多地区肥胖和糖尿病的增加，预示着继续减少心血管病造成的死亡越来越困难。

59. **糖尿病。**患糖尿病的原因是身体不能合成处理葡萄糖的胰岛素(1 型糖尿病)或不能高效地使用其合成的胰岛素(2 型糖尿病)。如不进行治疗，糖尿病会引起高血糖，时间一长，会损害循环系统和神经系统。2004 年，2.2 亿人患有糖尿病，110 万人直接因糖尿病而死亡。而且，高达 290 万人的死因可直接或间接归咎于糖尿病及其并发症，其中包括心脏病和肾衰竭。没有适当的检查，在身体主要系统遭损害前往往不会发现已患糖尿病。一旦发现，糖尿病及其并发症需要长期治疗和持续控制，包括采取改变饮食和生活方式等办法。全球糖尿病发病率不断上升，是肥胖现象日益增多，特别是在中、高等收入国家的日益增多引起的。

60. **慢性阻塞性肺部疾病和与吸烟有关的癌症。**慢性阻塞性肺部疾病是一种干扰正常呼吸、威胁生命的肺病。2004 年，慢性阻塞性肺部疾病造成 300 万人死亡，其中 90%发生在中、低收入国家，男性和女性均受影响。造成慢性阻塞性肺部疾病的主要原因是吸入浓烟，无论浓烟来自抽烟还是室内炊烟，减少抽烟和补贴穷人使用更清洁的烹饪燃料可预防这一疾病。这对与抽烟最密切相关的一些癌症同样适用：气管、支气管、肺、口腔和口咽等癌。2004 年，这些癌症占所有癌症死亡的 29%，占除西亚以外的亚洲的癌症死亡的 34%。抽烟是过多男性死亡的一个重要原因。全球范围内，80%的抽烟者是男性，大多数抽烟者生活在发展中国家。

61. **生殖系统癌症。**乳腺癌、宫颈癌、子宫癌和卵巢癌占 2004 年所有恶性肿瘤新病例的 18%，占癌症死亡的 13%。前列腺癌占癌症新病例的 5%，占所有癌症死亡的 4%。这些癌症是非洲最常见的肿瘤，占妇女癌症死亡的 45%，占该地区男性癌症死亡的 21%。在全球范围内，乳腺癌是第二种最常见的癌症，每年新增病例 110 万个，死亡 520 000 人，其中几乎全为女性。对乳腺癌的早期诊断会改善预后，这就需要 对 50-74 岁的妇女进行乳房 X 线摄影筛查。子宫颈癌是全世界妇女第二大常见癌症，每年大约有 500 000 个新增病例和 250 000 人死亡。每 5 例子宫颈癌中就有超过 4 例出现在低收入国家，是非洲和南亚地区最常见的癌症。子宫颈癌的死亡率在发展中国家也较高，主要是因为对这种疾病的有效检查在发展中国家较少。子宫颈癌是由人类乳头状瘤病毒引起的，现已有防止该病的疫苗。

一些国家已开始疫苗接种方案，但评估其有效性还为时过早。在男子中，前列腺癌是主要的生殖系统癌症，会在年纪较大时发病，大多数死亡是在 70 岁以后，因为此癌通常增长缓慢，不再建议进行普遍筛查。

62. **其他癌症。**2004 年，64% 的癌症病例所涉及的是肺及生殖系统以外的器官。其它癌症的危险因素各异。超重和肥胖与几种癌症有关，其中包括食道癌、直肠癌、乳腺癌、子宫内膜癌和肾癌。大量摄入腊肉或红肉会增加直肠癌的风险。饮食结构很重要，因为水果和蔬菜似乎有保护作用，降低得口腔、食道、胃和大肠癌的风险。已经证明，大量消费酒精饮料会增加得口腔、咽、喉、食道、肝和乳腺等癌的风险。已经发现活动能降低得大肠癌的危险。某些传染性病原体或寄生虫病原体与癌症有关：病毒性乙型肝炎和丙型肝炎会导致肝癌；幽门螺旋杆菌会增加患胃癌的风险；血吸虫病会增加得膀胱癌的风险；肝吸虫感染会增加得胆管癌的风险。遭受电离辐射可引起某些癌症，过多太阳紫外线辐射会增加得各种皮肤癌的风险。查明不同的风险因素可为采取干预措施减少人群中发病率提供依据。减少热量摄入和增加体力活动，可让成年人控制体重和避免体重增加，有预防癌症的作用。提倡健康饮食和运动、接种乙型肝炎疫苗、增加对过度暴晒危险的了解，以及对酒精饮料征税来减少消费量等均为可降低癌症发病率的措施。

63. **神经精神障碍。**在全球范围内，神经精神障碍占残疾调整寿命年数的 13%，抑郁症占其后果的三分之一。尽管精神障碍是造成残疾的重要原因，该疾病仍没有得到应有的重视，尤其是在中、低收入国家。精神障碍常常造成的耻辱往往会妨碍患者寻求治疗，家庭医生通常未受过足够培训，难以识别和处理轻度至中度的精神障碍疾患。今天已有可治疗一系列精神疾病的有效药物，注重治疗症状的心理疗法，如认知行为疗法，已被证明在治疗某些精神疾病方面有效。为了确保精神障碍不被卫生系统忽视，卫生当局应制定精神健康政策；将精神健康治疗纳入初级卫生保健之中；为劳动力发展和基本药物采购编列预算，对初级保健人员提供精神健康方面的培训。

## 十. 预防伤害

64. 每年意外伤害和故意伤害导致超过 500 万人死亡和数百万临时或永久残疾，需要住院、急诊和其他健康服务。虽然意外伤害和暴力导致的发病率和死亡率是世界所有人口中的公共健康问题，其发生率和后果仍严重影响着发展中国家，这些地方不安全的生活和工作条件很常见。2004 年，在中、低收入国家，意外伤害造成的死亡风险几乎是高收入国家的两倍。年轻男子尤其有遇到意外伤害或暴力的风险。2004 年，15 至 29 岁男性的 14 个主要死亡原因中有 8 个与伤害有关，其中包括道路交通事故、他杀和自杀。

65. 在 2004 年因伤致死的 580 万人中，道路交通事故造成 130 万死亡。喝酒是引起因意外伤害和暴力而致死的一个主要因素。喝酒每年造成 180 万人死亡，其

中 32%死于意外伤害，当中许多涉及交通事故。2004 年，世卫组织在《防止道路交通伤害世界报告》中就减少交通事故的措施提出了建议。敦促各国政府制定全面法律来保护包括行人在内的所有道路使用者，如规定适当车速限制、血液酒精浓度限制，以及必须采取适当的保护机制，包括头盔、安全带和儿童安全座椅。

66. 2004 年，除道路交通事故之外的意外伤害，如中毒、溺水、火灾和跌倒，造成 260 万人死亡。为了防止儿童受伤，建议使用儿童无法打开的容器，以防止其中毒，并设置水池围栏，以防止溺水。也要消除家中安全隐患，要特别防止儿童和老人摔倒。

67. 减少因暴力致伤和致死人数，需要采取多部门和适宜文化的战略。设立各种方案，限制获得自杀常见办法以及人与人之间的暴力的常见办法，如枪支，会有效减少故意伤害致死率。学校开设的提高自尊、控制愤怒和发展适当的解决冲突技能的教育课程，可预防青年人，包括年轻的亲密伴侣之间的暴力。同样重要的是，要治疗患有抑郁症和其他精神障碍的人，并建立可向自杀或暴力的受害人或潜在受害人提供直接支助的危机处理中心。

## 十一. 结论和建议

68. 二十世纪大多数国家的死亡率普遍下降，促成除非洲之外的世界所有地区的预期寿命达到或超过 69 岁，死亡问题的重点从青壮年转向了老年人。实现这一过渡所依赖的是对主要传染病的有效控制和治理，结果，在除非洲之外的世界所有地区，传染病致死占有所有死亡的比例不高或较小(占 27%或更少)。同样，传染病占疾病负担的份额，在中等收入国家较低，占 22%，在高收入国家，仅占 6%。

69. 伴随传染病在疾病负担中所占份额下降的同时，非传染疾病所占的疾病负担份额上升，其中大多数为慢性病，需要长期治疗。在非传染疾病中，神经精神障碍和心血管病，特别是心脏病和中风，在中、高收入国家占疾病负担的主要份额。癌症、慢性呼吸道疾病和糖尿病是这些国家疾病负担的其他主要大项。

70. 在撒哈拉以南非洲，1980 年以前，向低死亡率过渡方面的进展没有象其他地区那样迅速，艾滋病毒/艾滋病流行病的出现减缓甚至逆转了一些非洲国家过去几十年中取得的进展。尽管在减少艾滋病毒传播和治疗受感染者方面取得了重大进展，但每年仍有 270 万新感染病例，对那些接受治疗的人来说，艾滋病毒感染已成为一种需要长期治疗的慢性病。在包括大多数撒哈拉以南非洲和印度在内的低收入国家，疾病负担的 57%是由包括艾滋病毒/艾滋病在内的传染病以及孕妇和围产期病症造成的，另有 33%的负担是由非传染疾病造成的。因此，低收入国家面临着双重挑战，一方面要预防传染病蔓延和治疗那些被传染者，同时要应对日益普遍的慢性、非传染疾病。

71. 在所有国家，人口中的贫困阶层更容易得病，且预防或治疗手段较少。然而，保健支出往往有利于富人。因此，所有国家都面临着挑战，要减少获得保健方面的不平等，并建立融资机制，确保建立在风险分担基础上的全民保险，以防止出现因病致贫现象。

72. 应对这些多重挑战的一个关键策略是加强卫生系统，以确保能够提供社区要求的服务，不仅包括治愈性治疗和急性病症治疗，也包括预防保健、宣传保健和对慢性疾病的长期控制。全面的初级卫生保健办法可提供实现这些目标的灵活框架，要做到全面，初级卫生保健必须将基于个人和基于人群的治疗结合起来，将临床治疗流行病的办法与防疫和宣传保健融合起来。这应该是一个地区卫生系统的基础，要有能力治疗大多数病例，并有二级和三级保健设施提供的足够转诊支助。应确保采用一种综合办法，通过跨学科做法和持续的护理确保保持健康、预防疾病和控制慢性疾病。

73. 全面的初级保健方法具有成本效益，但只有通过持续和集中的中期努力才能建立这一办法。因此，紧迫需求大多是通过重点关注特定疾病的竖向方案解决的，这损害了全面方法。由于的确存在紧迫需求，保健规划者和捐助者需要找到将其干预措施纳入初级保健设施的新办法，或在竖向方案合适的时候，确保它们不会对加强初级保健的努力产生不利影响。在一些国家，卫生预算的增加取决于捐助者供资情况，但要确保持续努力建立一个全面的初级保健系统，必须要有持续的供资。

74. 加强保健系统的一个关键因素是要有必要的保健人员。许多低收入国家，保健人员严重短缺，但在高收入国家，也存在保健人员严重短缺的情况，这是因为在其日益老龄化的人口中，慢性疾病负担日益加重。因此，有必要在国家和国际各级共同努力，培养足够的保健人员，确保培训提供所需的各种技能，培训面向需要保健人员的各种情况。还需要制定保健人员奖励措施，让他们接受在服务不足地区、特别是发展中国家的农村地区的工作，并留在那里。捐助者资金可以帮助低收入国家的政府执行保留和发展保健人员的国家计划。高收入国家应执行负责任的招聘方式，以避免加剧低收入国家保健人员短缺的问题。

75. 在低收入国家，目前的优先事项是实现卫生保健方面的千年发展目标，这方面的努力进展顺利。向一些干预措施提供的资金一直在增长，但还不足。需要推广成功的干预措施。本报告全文对所需采取的各种行动进行了审查。需要强调一个干预措施，即支助最不发达国家开展计划生育方案。自从 1990 年代中期以来，对计划生育捐助经费减少了，在现代避孕方面，最不发达国家未得到满足的需求居高不下，15-49 岁的已婚或同居妇女中，每 4 人中就有 1 人的此类需求未得到满足。<sup>30</sup> 通过预防时间不当的怀孕或意外怀孕，计划生育能帮助将孕产妇死亡率

<sup>30</sup> “如何才能加速最不发达国家生育率的下降?”，(联合国人口司政策简报，第 2009/1 期)。

降低 28%，延长生育间隔可以有助于降低儿童死亡率。对计划生育投入的每 1 美元，可在实现其他千年发展目标的干预措施方面节省 2 至 6 美元。<sup>31</sup>

76. 减少慢性、非传染疾病日益沉重负担的最具成本效益战略，是减少引起大多数最常见疾病的危险因素。抽烟、不健康饮食、超重和肥胖、缺乏运动和饮酒过度，均会增加得慢性疾病的风险。国家在除卫生部门以外的其他部门的政策对形成这些危险因素方面会产生重大而且往往是决定性的影响。因此，健康改善取决于有关贸易、税务、教育、农业、城市发展、粮食和药品生产方面的公共政策。因此，跨部门行动在国家规划减少非传染疾病的负担的过程中很关键。关于如何改善饮食和促进锻炼活动的指南，可见世界卫生大会 2004 年通过的《关于饮食、锻炼与健康全球战略》。世卫组织的《烟草管制框架公约》载有减少烟草需求和供应的条款，对烟草征税是政府可以采取的最具成本效益的保健措施之一。世卫组织的《2008-2013 年预防和控制非传染疾病全球战略行动计划》列出了适于所有相关行为体采取的行动。

77. 神经精神障碍，尤其是抑郁症，占疾病负担的很大份额，但在中、低收入国家，精神健康治疗很少被完全纳入卫生保健系统。当前已有治疗一系列精神障碍的有效药物。为了确保精神障碍不被卫生系统忽视，卫生当局应制定精神健康政策，将精神健康纳入初级卫生保健之中，为劳动力发展和基本药物采购编列预算，对初级卫生保健人员进行有关精神健康方面的培训。

78. 在所有各类国家，伤害仍是一个重要的死亡原因，但在中、低收入国家这方面的死亡人数更多。道路交通事故占有因伤致死的五分之一，可立法和颁布规定，设定适当的车速限制和血液酒精浓度限制，以及要求采取适当的保护机制，包括头盔，安全带和儿童安全座椅，以此大幅减少因伤致死的情况。减少饮酒和消除不安全的住房或工作条件也很重要。限制获得自杀常见办法以及人与人之间的暴力的常见办法，如枪支，会有效减少故意伤害致死率。

79. 总之，如果所有国家死亡率继续下降，疾病负担将会更多以非传染疾病为主，其中大多数为慢性的，需要长期治疗和控制。既然死亡是无可避免的，现在并没有消除特定的非传染疾病的手段，延缓发病应是主要目标。幸运的是，各国政府可在实现这一目标方面做许多事情，特别是可采取措施减少引发慢性疾病的危险因素的出现，其中大多数措施涉及卫生保健以外的部门，并具成本效益。尽快执行这些措施会赢得一些时间来加强卫生保健系统，以向所有需要的人提供更加公平和有效的治疗。

---

<sup>31</sup> Scott Moreland 和 Sandra Talbird 著，“实现千年发展目标：满足计划生育方面未得到满足的需求所带来的贡献”，（哥伦比亚特区华盛顿，美国国际开发署，2006 年）。