



REGIONAL OFFICE FOR THE WESTERN PACIFIC
西太平洋区域办事处

区域委员会

WPR/RC61/12

第六十一届会议
马来西亚布城
2010年10月11-15日

2010年8月27日

原文：英文

临时议程项目 17

技术规划进展报告

关于实现千年发展目标的区域报告

在 2000 年 9 月的联合国千年宣言之后，189 个会员国承诺到 2015 年实现千年发展目标（MDG）。与卫生直接或间接相关的 8 个 MDG，启动了公共卫生议程。由于西太平洋区域各国和地区之间、国内不同地区之间在政治、社会文化和环境方面存在差异，各国在实现目标的进展上也明显参差不齐；有些会员国早已实现了多个目标，而其他国家则仍有很大差距。要让全区域实现目标，就需要加倍努力。

有各种技术干预措施供各国和地区采用，以便在 2015 年实现 MDG 目标。但确保这些措施能够深入到最需要的人群，却是一种挑战。这需要强化卫生系统的功能，特别是减少孕产妇和新生儿死亡，而在这一指标上我们取得的进展最小。加快进展的其他方法包括：参与多部门行动，加强国家的主人翁感、领导作用和社区参与，实施统一的政策和综合、有效的方法，加强技术合作以及合作伙伴和国家间的协调。能促使各规划之间的作用最大化的措施，如疾病控制规划（艾滋病、结核和疟疾）与妇幼保健和生殖规划之间，将有助于 MDG 的实现。同时，要确保减少健康不公平性和消除获得相关服务的障碍。

提请区域委员会注意防止倒退和加速实现千年发展目标工作进展的急迫性和重要性。

登革热和登革出血热的防控

登革热给西太平洋区域带来了严重的公共卫生威胁。登革热在许多国家流行，登革热暴发不断发生，造成了严重的疾病和死亡。2009 年，25 个国家和地区报告了 24.2 万多登革热病例和 785 例死亡。

登革热防控的关键问题有承诺和宣传不足；国内外资源持续缺乏，妨碍了扩大和保持登革热活动的努力；缺乏登革热特异性治疗和登革热疫苗。

在加强国家登革热防控规划方面已取得了明显进展。自 2008 年批准《2008-2013 年亚太地区登革热防治战略计划》以来，已在加强登革热疾病监测、会员国共享登革热信息、媒介监测和管理、病例管理、疫情应对和实用性研究方面，开展了各种重点行动。

要减少登革热和登革出血热对公众健康的威胁，还需要加强领导和承诺，开展进一步的宣传和投入，加强在登革热监测、防控活动方面的区域合作。

提请西太平洋区域委员会注意加强登革热防控规划方面的工作进展和挑战。

气候变化

西太平洋区域委员会 2008 年 9 月批准了《亚太地区保护人类健康免受气候变化影响》的区域行动框架。该区域框架包含了为应对气候变化的潜在不良影响而建议会员国和世卫组织秘书处所采取的行动。

2008 年世卫组织西太平洋区域委员会第 59 届会议之后，在本区域工业化国家的技术和资金支持下，本区域的多个发展中国家已开始了各种规划，对健康对气候变化的脆弱性进行评估，并制定卫生领域应对气候变化的国家行动计划。中国和菲律宾启动了能力建设项目。多个会员国已推动既可减少温室气体排放又能保护和促进健康的“双赢”交通战略。

提请区域委员会注意本进展报告，并敦促会员国完成并实施卫生领域应对气候变化的国家行动计划和战略；不断加强应对气候变化方面的人力资源和机构能力建设；促进并参与减轻和适应气候变化的多部门工作；支持并非参与已推动既可减少温室气体排放又能保护和促进健康的“双赢”战略。

关于实现千年发展目标的区域报告

1. 现况

2000年9月的联合国千年首脑会议上，世界各国领导人同意制定一系列有时限、可测量的目标和具体目标，称为千年发展目标（MDG），以应对贫困、饥饿、疾病、文盲、环境恶化对妇女的歧视。MDG包括8个目标以及用来衡量进展和到2015年实现具体目标情况的指标。

三个MDG及其具体目标与卫生直接相关（见附件1）：将儿童死亡减少2/3（MDG 4）；将孕产妇死亡减少3/4并实现生殖卫生的普遍可及（MDG 5）；制止并逆转艾滋病的蔓延，到2010年实现艾滋病治疗的普遍可及；制止并逆转疟疾和其他主要疾病的发病（MDG 6）。其他的MDG则与卫生间接相关。MDG 1为将饥饿人口比例减少一半；MDG 7为将无法持续获得安全饮用水和基本卫生设施的人口比例减少一半；MDG 8为让发展中国家能够获得可负担的基本药物；MDG 3（促进两性平等和赋予妇女权力）则与其他目标均有交叉。

千年发展目标、具体目标和指标是相互依赖的。由于本区域各国和地区在政治、社会文化和环境方面存在差异，各国在实现目标的进展上也参差不齐；有些会员国早已实现了多个目标，而其他国家则仍有很大差距。在进展和成就的评估上，也存在挑战，主要是由于国家卫生信息系统的薄弱。缺乏可靠数据，尤其是早期数据，调查和测算方法不同，国家数据与国际测算的差别，都令人对具体测算结果的准确性感到担心。以及估测未来的趋势。西太平洋区域办事处正在对多来源提供的卫生及卫生相关的MDG指标数据开展分析，并将在2010年下半年汇报西太平洋区域在实现MDG方面的形势、意义、挑战和战略。以下根据与MDG 1和MDG 4-8有关的指标，对实现MDG的形势进行讨论。

1.1 目标1：消灭极端贫困和饥饿

营养不良是全球1/3以上儿童死亡的潜在原因。本区域的7个中低收入国家（柬埔寨、中国、老挝人民民主共和国、蒙古、巴布亚新几内亚、菲律宾和越南）都显示出，低体重儿童的患病率和人口中营养不良的比例下降。上述7国和所罗门群岛及图瓦卢的历史数据可在世卫组织的统计信息系统中查到。在这9个国家中，老挝人民民主共和国和巴布亚新几内亚报告了较高的慢性和急性营养不良的患病率，在这些领域的进展也有限。

1.2 目标 4: 减少儿童死亡

西太平洋区域的儿童死亡明显减少。5 岁以下儿童死亡与 2000 年相比减少了一半。尽管如此，2008 年仍有约 53.4 万 5 岁以下儿童死于可预防、可治疗的疾病。其中，95% 以上的死亡发生在本区域的 6 个国家（柬埔寨、中国、老挝人民民主共和国、巴布亚新几内亚、菲律宾和越南），但各国和国内不同地区间的儿童死亡差别巨大。本区域的全部儿童死亡中，至少有 70% 由新生儿疾病、肺炎和腹泻造成，新生儿期发生的儿童死亡比例上升（占本区域总数的 52%）。

新生儿基本干预措施的覆盖率和肺炎及腹泻的治疗率改善的尤其缓慢。接种麻疹疫苗避免了麻疹死亡和经常伴随麻疹发生的其他感染造成的死亡。由于上个 10 年开展的消除麻疹工作，麻疹相关死亡的数字从 2000 年到 2008 年下降了 92%；目前估计每年低于 2000。

尽管总体来说，所有高负担国家都在减少儿童死亡方面取得了进展，但我们仍不能自满。保持所取得的成绩并在儿童死亡仍司空见惯的国家（如柬埔寨、老挝人民民主共和国和巴布亚新几内亚）加快步伐，将是未来 5 年的关键工作。

1.3 目标 5: 改善孕产妇保健

西太平洋区域每年有 2 万多名孕产妇死亡，但各国和国内各地区之间差别巨大（城乡之间，贫富之间）。虽然有些国家情况得以改善，但几乎半数死亡都发生在本区域孕产妇和儿童死亡负担最高的 7 个国家，即柬埔寨、中国、老挝人民民主共和国、蒙古、巴布亚新几内亚、菲律宾和越南。孕产妇死亡多发生在分娩前后、分娩时和产后，产科出血是主要死因。其他重要的直接原因包括高血压、败血症/感染和难产。在柬埔寨、老挝人民民主共和国、菲律宾、巴布亚新几内亚和越南，以及许多国家的边缘人群和服务不足人群中，孕产妇死亡仍高到令人难以接受的程度。中国、马来西亚和蒙古 1990 年的孕产妇死亡率估计低于 100/10 万，而且在减少孕产妇死亡方面取得了进一步的进展。本区域发展中国家现有的孕产妇死亡数据可能因为许多原因而被低估了，如由于各种局限导致的对死亡的系统性漏报和漏记。

2005 年起用了生殖健康普遍可及的一套 4 项指标，但本区域大多数国家的数据有限，尤其是 2005 前的数据。指标包括避孕率、青少年分娩率、产前保健覆盖率和未得到满足的计划生育需求。生殖健康指标给让妊娠更安全的工作提供了基础，也有助于减少孕产妇死亡。进展参差不齐，但总体来说相对较差。实现生殖健康的普遍可及通常受到限制，并非是因为缺乏国家政策或干预措施，而是由于各因素（如卫生系统薄弱、资金缺乏、经济、地理和社会文化方

面的障碍等)之间复杂的相互作用。此外,生殖健康的范畴宽泛,许多国家缺乏足够的技术和资金能力来应对所有方面。

1.4 目标 6: 抗击艾滋病、疟疾和其他疾病

以相同方法对 2001 和 2008 年的艾滋病数据比较后显示,本区域的艾滋病流行情况基本稳定。柬埔寨、中国、马来西亚、巴布亚新几内亚和越南占全区域艾滋病负担的 90%。巴布亚新几内亚的艾滋病感染率最高,2009 年约有 0.9%的成人为感染者。柬埔寨报告艾滋病感染者和新发感染下降。中国、马来西亚、巴布亚新几内亚和越南报告,由于采用有针对性的预防战略,新发感染数量已趋于稳定或下降;但由于特定地区和最高危人群中传播加重,以及抗病毒药物(ART)的扩大应用使艾滋病感染者的存活时间延长,艾滋病感染者的数量继续攀升。本区域会员国主要采用的战略将重点放在最高危人群(男男性行为者、注射吸毒者和性工作者)的艾滋病预防上,以及为符合要求的艾滋病感染者提供 ART 上。

最高危人群的预防干预措施的覆盖率日益上升。在本区域会员国中,性工作者报告的“上次高危性行为时使用安全套”的数字相对较高,从 80%到 95%不等。但是,男男性行为者报告的“上次同其他男性性交时使用安全套”的数字仍较低。2009 年报告的青年及高危人群中艾滋病的正确知晓率提示,有数据的 5 个国家(柬埔寨、中国、马来西亚、巴布亚新几内亚和越南)缺乏相关教育。2004-2008 年,能够获得 ART 的总人数增加了 7 倍以上。本区域各会员国 ART 的总覆盖率约为 31%,仍需扩大,尤其是在农村、偏远和其他难以到达的地区。

疟疾仍在西太平洋区域的 10 个国家流行,即,柬埔寨、中国、老挝人民民主共和国、马来西亚、巴布亚新几内亚、菲律宾、大韩民国、所罗门群岛、瓦努阿图和越南。它与贫困有关,阻碍了受累人群的经济。疟疾死亡和发病自 1990 年以来显著下降。在实现 MDG 6 中有关疟疾的目标方面正在取得稳步进展。2000-2008 年,确诊的疟疾病例减少了 38%,2008 年发病率为 0.15/1000;死亡减少了 58%。多个国家的疟疾负担已经减少到开始在农村消除疟疾的程度,如大韩民国和马来西亚。然而,疟疾负担在某些国家仍很高,特别是巴布亚新几内亚。要保持目前的成绩,一个重要的威胁就是对抗疟药的耐药性,尤其是恶性疟对青蒿素出现耐药。柬埔寨-泰国边境仍在继续开展控制青蒿素耐药的工作,且进展显著。

本区域总体可能会实现结核相关的 MDG 目标,区域 DOTS 覆盖率保持在 99%左右。本区域的病例发现和治疗成功率分别保持在 70%和 90%以上,但各国和国内各地区之间存在差别,如巴布亚新几内亚的 DOTS 结核治愈率相对较低(截止到 2007 年低于 40%)。世卫组织的最新估计提示,本区域可能实现到 2010 年将结核患病和死亡减半的目标,尽管这些估计可

能不太肯定。

1.5 目标 7：确保环境的可持续性

本区域在实现获得改善的饮用水源的 MDG 目标方面，总体进展顺利，但各国和国内不同地区之间差别巨大；巴布亚新几内亚最有可能无法实现目标。三个人口众多的国家在基本卫生设施的可达性方面取得了快速进展：中国（41%-55%），菲律宾（58%-76%）和越南（35%-75%）。柬埔寨尽管 1990 年时可达率较低，但却取得了进展（9%-29%）。马来西亚 1990 年的可达率已经很高（84%），2008 年已经提高到几乎全部覆盖（96%）。小国在此领域的进展极其有限。

1.6 目标 8：全球合作促进发展

在能够获得负担得起的基本药品方面，进展难以评估，因为缺乏量化目标。药品的可达性不能用一个指标来衡量；因此，世卫组织采用一系列指标来评估可达性、可负担性和重要政策指标。公立机构的基本药品可达性通常低于药品标价较高且病人通常要付全价的私营机构。高价是获得基本药品的障碍；价格调查显示，病人支付的价格常常远远高于国际参比价格。¹ 为基本药品的采购和流通提供足够的资金，是确保获得基本药品的关键。在药品人均公费支出较低的国家，能够持续获得负担得起的基本药品的人口比例也较低。本区域药品的人均公费支出差别巨大，从低收入国家的 2.50 美元到高收入国家的 187.30 美元。²

2. 建议采取的行动

在到 2015 年实现 MDG 方面，我们的进展有快有慢。这给了西太平洋区域一种紧迫感，要在未来 5 年中加速行动。确保未来取得进展，就需要有更强有力的承诺、加快步伐和目标明确的资金，尤其是针对那些最难实现的目标，如减少孕产妇和新生儿死亡。加强多部门参与，加强国家的主人翁感和领导作用，实施统一的政策和全面的方法，密切技术合作，加强合作伙伴和国家间的协调，都有助于取得进展。

重要的是，能否实现卫生相关的 MDG 目标，取决于更强有力、更公平的卫生系统提供高质量的服务。服务的具体构成取决于本国的国情，但都需：统筹足够的资金；训练有素、有足

¹ Cameron A. et.al, Medicine prices, availability, and affordability in 36 developing and middle-income countries: a secondary analysis. *The Lancet* 2009;373:240-49.

够报酬的卫生队伍；恰当分层的信息供政策和管理决策参考；能将药品和疫苗调配到有需要地区的后勤系统；作为转诊网络一部分的有效的服务提供模式；提供明确指示并能驾驭各利益相关方（包括社区）的领导层。

包含了资金及体制安排以及将各规划的作用发挥到极致的各种干预措施的国家卫生战略和操作框架，可以大大改善健康结果。例如，艾滋病及疟疾的预防及治疗工作可以对孕产妇和新生儿健康产生积极影响。加强实验室工作对防治耐多药结核和疟疾必不可少。将控制疟疾与其他疾病预防措施整合起来，有助于解决孕产妇和儿童死亡的多重原因。促进营养状况的规划可改善各人群的健康结果。改善安全饮用水和基本卫生设施的持续可及性，尤其是在突发事件和灾难时，有利于所有人的健康。改善对负担得起的基本药品的可及性、保持初级保健机构和转诊医院的良好运转，是减少孕产妇和儿童发病及死亡的关键措施。

有证据提示，持续的健康不公平状态，会损害国家实现 MDG 的努力。因此，在加快步伐的同时，会员国还应格外重视妨碍服务不足群体或社会排斥群体获得服务的因素，致力于减少健康不公平性，包括那些与收入、性别、农村或城市、民族、其他社会决定因素有关的因素。

登革热和登革出血热的防控

1. 背景和问题

登革热给西太平洋区域造成了严重的公共卫生威胁。登革热在许多国家流行，登革热暴发不断发生，造成了严重的疾病和死亡。2009 年，25 个国家和地区报告了 24.2 万多登革热病例和 785 例死亡。柬埔寨、马来西亚、菲律宾和越南等许多亚洲国家深受其害。14 个太平洋岛国和地区报告了登革热疫情。2010 年，登革热在澳大利亚、柬埔寨、法属波利尼西亚、斐济、老挝人民民主共和国、马来西亚、新喀里多尼亚、菲律宾、新加坡、瓦努阿图和越南仍是一个公共卫生问题。

登革热防控仍存在多种挑战和重要问题。各级政府都需要对防治此病发挥强有力的领导、做出承诺和宣传。国内外资金有限妨碍了扩大和保持登革热活动的努力。登革热监测需要进一步加强。在缺乏有效的登革热疫苗和抗病毒治疗的情况下，作为登革热防控规划重要组成部

² Regional Analysis WPRO – 2007 Level I indicators: Structure and Process Indicators on Pharmaceutical Situation. Draft Factbook. Geneva.

分的媒介控制（常规和疫情暴发时）及有效的病例管理亟需加强。

2. 已采取的行动

自区域委员会在 2008 年的第 59 届会议上批准《2008-2013 年亚太地区登革热防治战略计划》以来，我们已与会员国、捐资方及机构合作，采取了多种行动来实施该计划。已在计划包含的大多数领域（如登革热监测、媒介监测和控制、疫情应对、病例管理和研究等）开展了活动。

登革热监测是国家登革热规划的重要组成部分之一。去年，我们努力加强国家和区域登革热监测系统。大多数国家已开始向世卫组织报告登革热情况。已建立了区域登革热数据库；本区域会员国已开始共享登革热信息。世卫组织已从澳大利亚、日本和（中国）香港收到了登革热输入病例的最新报告，使本区域得以记录 2009 年和 2010 年本区域循环的登革热血清型情况。2010 年 6 月举办了西太平洋区域基于指标的监测和公共卫生事件风险评估会议，对病例定义等登革热监测相关问题进行了讨论。

本区域的媒介监测及管理工作有了改善。2009 年 3 月，与新加坡政府合作在新加坡组织了为期 2 周的培训班，有本区域 20 个国家的 30 人参加，学习最新的实验室技术和动手实践媒介监测；2010 年 9 月以及此后每两年都将开展类似培训。一体化媒介管理（IVM）的概念包括各种媒介传播疾病干预措施，可增加其成本效益，并使规划管理者和昆虫学者参与进来。2009 年 11 月，在越南河内举办的第 2 届登革热规划管理者会议上，会员国听取了 IVM 战略区域草案的报告。目前正在与马来西亚政府讨论举办首次 IVM 区域培训。

病例管理是减少登革热死亡的基本组成部分。在 2009 年 11 月的第 2 届登革热规划管理者会议上，向会员国介绍了 2009 年发表的新的《全球登革热诊断、治疗和防控指南》。难点包括新标准将登革热病例分为登革热和重度登革热。目前正在讨论采用新的登革热分类法及其对本区域登革热病例管理及监测的影响；世卫组织支持会员国采纳新的分类法。

登革热是一种容易暴发的疾病，早期发现疫情能够为开展快速应对提供信息。世卫组织与多个会员国密切合作，对登革热疫情进行识别、评估和应对。2008 年，在斐济设立了区域登革热储备库，向后勤的局限性严重妨碍向登革热疫情地及时发放设备及物资的太平洋国家和地区提供支持。过去 2 年中，登革热储备库已被证明有助于在斐济、基里巴斯、萨摩亚、汤加和瓦努阿图的登革热应急行动。但我们仍需保持登革热储备库正常运转。

在参与实用性研究方面也开展了工作。世卫组织一直在向亚洲开发银行资助的开始于 2009 年 9 月的项目“区域公共卫生产品：抗击东盟地区的登革热”提供技术援助。该研究项目针对在柬埔寨、老挝人民民主共和国和菲律宾利用虹鲕鱼和给罐子加盖的方法控制登革热媒介，希望产生关于其效果及成本的证据。

3. 建议采取的行动

登革热仍是一个严重的公共卫生威胁。需要更多宣传以争取高层的政治支持和资金承诺。要动员本国资源坚持开展登革热的防控，同时也要将登革热提上全球卫生议程，提高国际机构和捐资方的兴趣。应促进将登革热活动纳入现有的卫生规划。要开展研究了解全球变暖对登革热及其战略的影响，从而减轻这种影响。

提请区域委员会注意加强登革热防控工作的进展。

气候变化

1. 背景和问题

气候变化是全球包括卫生领域在内的社会各界所关注的事项，需要地方和国家都要采取行动。2009 年 1 月，执委会第 124 届会议通过了第 EB124.R5 号决议，批准了世卫组织秘书处的全球气候变化与健康工作计划。2009 年 5 月的第 62 届世界卫生大会随后注意到了该决议和工作计划。全球工作计划提议在 4 个领域开展行动：（1）提高认识；（2）与联合国系统其他组织和其他部门合作；（3）产生科学证据；（4）加强卫生系统，保护人群免受气候变化带来的威胁。在西太平洋区域，区域委员会在 2007 年的第 58 届会议上讨论了卫生领域要应对气候变化可能给人类健康带来的不良影响。区域委员会第 59 届会议批准了《亚太地区保护人类健康免受气候变化影响》的区域行动框架（第 WPR/RC59.R7 号决议）。区域行动框架包含建议政府和世卫组织秘书处在 3 个主要领域应采取的行动：（1）加强对气候变化给健康所带来后果的认识；（2）加强卫生系统提供气候相关风险保护和减少卫生领域活动的温室气体排放的能力；（3）确保其他重要部门为减少气候变化带来的风险而作出的决策中考虑到健康因素。

第 WPR/RC59.R7 号决议敦促会员国就卫生领域如何应对气候变化制定出国家战略和行动

计划；加强现有的卫生基础设施和人力资源；建立减少卫生领域温室气体排放的规划；推动卫生领域主动参与筹备国家与联合国气候变化框架公约的沟通。它要求世卫组织秘书处健康脆弱性和适应性评估方面向会员国提供技术指导和支 持；在国家级，加强对制定和实施国家战略及行动计划能力建设方面的支持；支持会员国的培训规划；加强与联合国组织及规划的合作；定期向区域委员会汇报区域行动框架的实施进展。

2. 已采取的行动

作为对第 WPR/RC59.R7 号决议的回应，西太平洋区域会员国在解决气候变化相关卫生事宜方面进展迅速。特别是在世卫组织和本区域工业化国家（如澳大利亚、日本、新西兰和大韩民国）专家的支持下，本区域的许多发展中国家已开展了脆弱性评估，有些已完成了卫生领域应对气候变化的国家行动计划或战略。上述项目的步骤包括：（1）为卫生及其他相关政府部门人员举办气候变化健康脆弱性评估方法的启蒙培训班，并就各国不同部门会后将要实施的工作计划中所应包括的气候敏感卫生问题优先事项达成一致；（2）可能的话，在专家的技术指导和 建议下，为健康脆弱性评估收集和分析数据；（3）总结健康脆弱性评估工作计划的进展，决定未来的工作，就卫生领域应对气候变化的国家行动计划纲要达成一致；（4）完成健康脆弱性评估，可能的话，在专家的技术指导和 建议下，撰写卫生领域应对气候变化的国家行动计划草案；（5）举办国内研讨会，报告健康脆弱性评估结果，讨论并审定国家卫生领域应对行动计划终稿。到 2010 年 6 月，柬埔寨、蒙古、巴布亚新几内亚和萨摩亚已经完成了国家卫生领域应对行动计划的草案；库克群岛、基里巴斯、马绍尔群岛、密克罗尼西亚联邦、瑙鲁、纽埃、帕劳、所罗门群岛、汤加、图瓦卢和瓦努阿图已经举办了健康脆弱性评估启蒙培训班，目前正在开展脆弱性评估。

联合国系统的多个组织和规划已在中国、老挝人民民主共和国、菲律宾和越南同国家对口部门合作，制定国家适应气候变化行动计划及战略，加强国家在相关领域应对气候变化的能力。在此领域，世卫组织已同上述国家的卫生机构开展合作。老挝人民民主共和国和越南已制定了卫生领域适应气候变化的国家行动计划或战略草案；中国和菲律宾已开展了加强适应气候变化对健康潜在影响之能力的活动。此外，菲律宾通过了名为《2009 年气候变化法案》的新法规，并制定了气候变化与健康的国家行动框架。

2005 年以来，世卫组织和柬埔寨、中国、老挝人民民主共和国、蒙古、菲律宾和越南的卫生部参加了由联合国区域发展中心（UNCRD）组织的“区域环境可持续性交通（EST）论坛”。卫生部和世卫组织的职责是确保交通政策和交通相关环保政策中要考虑到公众健康。

2009年2月在大韩民国举办的第4届区域EST论坛，发表了倡导碳排放低、污染少的更安全交通系统的“首尔声明”。尤其是，倡导非机动车方式（如骑车和步行）和高效的公交系统、减少私家车使用，将减少碳排放、空气污染、噪音和严重道路交通事故，还可增加身体活动。所有这些努力，不仅有利于环境，还有利于公众健康（双重收益）。世卫组织与UNCRD和健康城市联盟合作，通过名为“环境可持续性和健康城市交通（ESHUT）”的规划在全区域的城市中推动“双赢”的交通战略。柬埔寨金边、日本名古屋、大韩民国昌原和首尔、菲律宾 Marikina 五个城市已成功举办了ESHUT活动，并于2010年4月7日（2010年世界卫生日）在菲律宾马尼拉举办的“城市论坛”上作了报告。

3. 建议采取的行动

提请区域委员会注意本进展报告，并敦促会员国完成国家行动计划以及卫生系统应对气候变化战略的制定和实施；继续加强人力资源和机构能力建设，以应对气候变化；促进和参与减轻和适应气候变化的多部门过程；支持并参与不仅能够减少温室气体排放还能保护和促进健康的“双赢”战略。

附件 1

卫生相关的千年发展目标和具体目标

目标和具体目标	监控进展的指标
目标 1: 消灭极端贫困和饥饿	
目标 1C: 1990-2015 期间, 将饥饿人口的比例减半	1.8 5 岁以下低体重儿童的现患率 1.9 饮食热量最低摄入量之下的人群比例
目标 4: 减少儿童死亡	
目标 4: 1990-2015 期间, 将 5 岁以下儿童死亡率减少 2/3	4.1 5 岁以下儿童死亡率 4.2 婴儿死亡率 4.3 1 岁儿童麻疹接种率
目标 5: 改善孕产妇保健	
目标 5A: 1990-2015 期间, 将孕产妇死亡率减少 3/4	5.1 孕产妇死亡率 5.2 有熟练医务人员在场的分娩率
目标 5B: 到 2015 年实现生殖卫生的普遍可及	5.3 避孕率 5.4 青少年分娩率 5.5 产前保健覆盖 (至少 1 次和至少 4 次) 5.6 未得到满足的计划生育需求
目标 6: 抗击艾滋病、疟疾和其他疾病	
目标 6A: 到 2015 年将艾滋病蔓延减半并逆转	6.1 15-24 岁人群的艾滋病感染率 6.2 上一次高危性行为的安全套使用情况 6.3 全面正确了解艾滋病的 15-24 岁的人口比例 6.4 10-14 岁儿童中入学孤儿与入学非孤儿的比例
目标 6B: 到 2010 年实现的所有需要的人都能获得艾滋病治疗	6.5 艾滋病感染后期使用抗病毒药物的人群比例
目标 6C: 到 2015 年将疟疾和其他主要疾病的发病数减半并开始逆转其发病	6.6 疟疾相关的发病和死亡率 6.7 5 岁以下儿童使用药物蚊帐的比例 6.8 5 岁以下发热儿童得到抗疟药正确治疗的比例 6.9 与结核病有关的发病、患病和死亡率 6.10 发现并经 DOTS 治愈的结核病人比例
目标 7: 确保环境的可持续性	
目标 7C: 到 2015 年将不能持续获得安全饮用水和卫生设施的人口比例减半	7.8 使用改善的饮用水源的人口比例 7.9 使用改善的卫生设施的人口比例
目标 8: 全球合作促进发展	
目标 8E: 与药品公司合作, 让发展中国家能够获得可负担的基本药物	8.13 能够持续获得可负担的基本药物的人口比例