

亚洲及太平洋经济社会委员会

新出现的社会问题委员会

第二届会议

2005年11月1-3日

曼谷

卫生与发展：选定问题

(临时议程项目 6(c))

处理新出现的健康风险：加强卫生促进

秘书处的说明

内容提要

伴随全球化、城市化和不断变化的人口趋势而发生的生活方式和生活条件的改变，使亚太经社区引起死亡和疾病的主要原因也发生了变化。传染病和寄生虫病在历史上曾是本区域的主要死亡原因，今天对所有次区域和大部分国家来说，已不再是这种情况。本区域近 62% 的死亡是由非传染性疾病造成的。

过去，非传染性疾病的流行往往在发展中国家较为富裕的城市地区发生，而过去几十年，非传染性疾病在较低社会经济群体中也日益普遍。在这种趋势的背后是某些健康风险，特别是烟草消费和不健康饮食造成的风险在穷人中日益普遍。非传染性疾病也因此成为个人和家庭进一步贫困的重要原因。这些疾病的治疗费用使卫生系统不堪重负，挤占了为实现千年发展目标所需要的稀缺资金和人力资源。此外，由于生产力降低造成的间接损失也影响了国家经济发展。

本文件总结吸收了亚太经社会区域的现状及先进经验，概述了在国家一级的各种干预选择以及区域合作的各种途径，以便从多方面解决非传染性疾病问题，促进人民的身心健康，延年益寿。

请委员会核准亚太经社会 - 世界卫生组织合作开发协作途径和技术支持，供亚洲及太平洋区域的政府在制订其国家应对措施时参考。

目 录

	页 次
前言	1
一、卫生状况变化对亚太经社会区域的影响	2
A . 主要风险因素	4
B . 非传染性疾病与贫困的循环	6
二、促进健康的战略行动	9
A . 强化知识管理能力	9
B . 公众教育运动	10
C . 规管措施	10
D . 价格措施	11
E . 多部门促进健康方式	12
F . 建立健康促进伙伴关系	14
三、前进方向	16
四、结论	17

前 言

1. 过去几十年中，亚太经社区的卫生健康状况得到重大改善。与此同时，伴随全球化、城市化和老龄化而发生的生活方式的改变，使死亡和发病的主要原因发生了变化，卫生状况也随之转变。传染病和寄生虫病在历史上曾是本区域致死的主要原因，而今天在亚太经社会所有次区域和大部分国家，已不再是这种情况(表 1)。当今，由于伤残和非传染性疾病，例如癌症、心血管疾病、慢性障碍性肺部疾病、精神疾病及其他慢性病造成的负担在本区域迅猛增长。在亚太经社会区域，所有死亡的 62%以及残疾的一半都与非传染性疾病相关。伤残为本区域死亡率又增了七个百分点¹。

表 1：亚太经社会各次区域死亡原因(2002 年总死亡率中的百分比)

	传染病、寄生虫病、呼吸道感染	母婴及围产期疾病、营养不良	非传染性疾病	伤残
北亚及中亚	4.9	1.0	80.8	13.2
南亚及西南亚	33.0	10.3	47.2	9.7
东南亚	26.3	6.5	57.6	9.4
东亚及东北亚	9.2	2.9	77.2	10.5
太平洋	11.9	4.0	77.0	6.9

资料来源：世界卫生组织“按死因和亚太经社会国家分列的 2002 年死亡总数估计数”，世界卫生组织非传染性疾病及精神健康组汇编数据，个人电子邮件通信，2005 年 7 月 21 日。

2. 亚太经社会区域的发展中国家面临双重负担：非传染性疾病的发病率提高与大范围传染性疾病并存。有必要从发展角度解决对卫生有决定影响的问题，要考虑到穷人死亡和疾病的主要原因。人们越来越支持把应对非传染性疾病的行动与实现千年发展目标的努力相协调这一种前瞻性观点。太平洋岛屿国家在其实现千年发展目标的战略中，强调有必要把非传染性疾病作为千年发展“目标 6——防治艾滋病毒/艾滋病、疟疾和其他疾病”的一部分加以考虑²。

3. 本文件的结构如下：第一部分阐述了卫生状况转变的社会经济后果。文件回顾了本区域主要非传染性疾病风险因素的趋势，不仅分析了贫困和性别如何增加非传染性疾病的风险，还分析了非传染性疾病又是如何反过来加剧贫困的。第二部分概述了国家一级干预行动的建议。第三部分提出了在非传染性疾病预防和健康促进方面进行区域合作的潜在领域。

一、卫生状况变化对亚太经社会区域的影响

4. 烟酒消费、水果蔬菜摄入量低、体育活动少、胆固醇水平高、肥胖和高血压等是亚太经社会区域非传染性疾病流行的主要风险因素³。

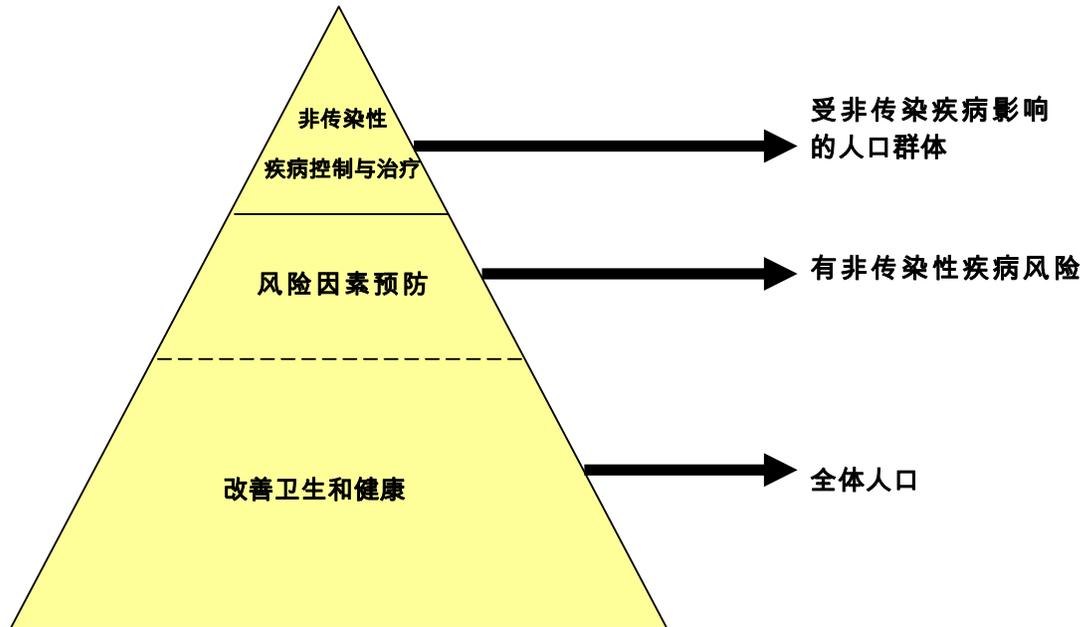
5. 老龄化也是从传染性疾病到非传染性转化的一个重要成因。世界上 60 岁以上的人口有 52% 居住在亚太经社会区域。到 2025 年，这一比例预计可能上升到 59%⁴。生活方式还影响到老年人罹患非传染性疾病的风险、发病年龄及病情发展速度⁵。此外，影响非传染性疾病的还包括一些左右个人选择生活方式和行为的因素(例如，社会经济状况、性别和环境因素)。

6. 精神疾病包括影响精神功能和行为的各种紊乱，包括心理问题，例如由于吸毒而导致的心理问题。亚太经社会区域的精神健康问题呈上升趋势。在世界上每年一百万的自杀人口中，仅世界卫生组织西太平洋区域一处就占到 40%。伤残也是致残和致死的重要原因，发展中国家情况尤其如此，伤残导致的死亡有 90% 发生在发展中国家。在亚太经社会区域，伤残构成了疾病负担的 12.5%。精神疾病和伤残的决定因素极为复杂，值得深入分析，但这已超出本文件的范围。本文件将集中就最常见的非传染性身体疾病的主要原因进行有选择的分析。

7. 非传染疾病的致病原因可以通过三级人口方式进行分析(见图一)。许多非传染疾病的症状可以得到有效治疗，其发展可以有效控制(第一级)。但是，非传染性疾病造成的负担在很大程度上是可以预防的。通过低成本、多部门干预——既有初级卫生保健也有卫生系统以外的部门——来防止风险因素，是比治疗更为经济有效的方式。此外，这些风险因素往往并存于同样的人口群体中并相互作用(见表 2)。这些风险因素还和社会、经济及环境因素相互作用。一个层次的行动可以从单一疾病、单一治疗的做法转变为综合预防，同时处理共同的健康风险因素(第二级)。例如，烟酒消费加上不健康的

饮食、缺乏锻炼会增加心血管疾病的发病率。

图一、应对非传染性疾病的三级人口做法



资料来源：编自 Sania Nishtar，“巴基斯坦非传染性疾病预防：综合伙伴模式”，《卫生研究政策及系统》，2004年第2期，第2-7页。

表二、风险因素共存及其对主要非传染性疾病的影响^a

	心血管疾病 ^b	糖尿病	癌症	呼吸系统疾病 ^c
吸烟	X	X	X	X
饮酒	X		X	
饮食	X	X	X	X
缺乏锻炼	X	X	X	

a. 编自 Timothy Armstrong 和 Ruth Bonita，“发展中国家非传染性疾病风险因素综合调查能力建设”，《民族与疾病》，第13卷，2003年增刊2，第S13-S18页。

b. 包括冠心病和中风。

c. 包括慢性障碍性肺部疾病及哮喘。

8. 这类综合性的预防措施可以创造条件，促进采取更为广泛的举措，从仅仅消除疾病走向 1986 年《渥太华促进健康宪章》所倡导的健康促进目标(第三级)。在这一背景下，健康促进指让人们更有能力控制和改善其健康状况，而健康应该理解为“体格、精神与社会之完全安康状态”。为此，健康促进“不仅是卫生部门的责任，而是超越健康的生活方式，包括整体的幸福”⁶。健康促进和风险因素预防之间有很大程度的重叠(见图一)。

A. 主要风险因素

1. 烟草消费

9. 烟草消费是世界范围内可以预防的最大致死原因，每年的成人死亡人口中有 10%，约 500 万人因烟草消费致死。烟草和不同种类的非传染性疾病，包括癌症、慢性障碍性肺部疾病及心血管疾病，有明显的联系。

10. 在全球 11 亿吸烟人口中，80%生活在中低收入国家⁷。随着许多发达国家吸烟率的下降，烟草公司开始将其市场营销战略重点转向发展中国家，特别是亚太经社会区域。对烟草使用普及率及其对亚太经社会区域的影响进行分析，由于烟草消费的多种形式而变得非常复杂。在一些亚太经社会国家，男性吸烟率居世界之首，且有上升趋势。柬埔寨、中国、印度尼西亚、菲律宾和大韩民国的吸烟率都超过 60%。中国一国就消费了全球所有香烟的三分之一^{8,9}。

11. 烟草消费引致的死亡有 50%发生在发展中国家，而这些死亡人数的四分之三以上发生在亚太经社会区域。此外，在发展中国家 30-69 岁年龄组与吸烟相关的死亡率高于发达国家¹⁰。全球与吸烟相关的死亡有 20%发生在世界卫生组织西太平洋区域，每年有 120 万中国人因烟草相关的非传染疾病而死亡¹¹。

12. 但是，由于烟草消费和许多吸烟相关的非传染性疾病发病之间存在较长潜伏期，目前的死亡率只代表冰山一角。每天在亚洲都有近 5 万儿童开始吸烟¹²。因此，非传染性死亡和发病率很可能恶化。预计到 2030 年，全球与吸烟相关的死亡将有 70% 发生在亚太经社会区域。

2. 酒精消费

13. 酗酒和酒精依赖是许多健康和社会问题的根本原因所在。过度酒精消费除了可以引起心血管疾病、肝硬化和癌症以外，也是交通事故和故意暴力行为的重要原因。每年全球因酒精造成的死亡约达 180 万人，其中一半以上因伤残致死¹³。全球因酒精造成的疾病有 24% 发生在东亚、东南亚及太平洋的发展中国家。在俄罗斯联邦，男性预期寿命从(1990 年)64 岁下降至(2000 年)60 岁，其中部分原因就是酒精消费和吸烟。

14. 由于酒精生产政策放宽、强劲的广告宣传以及社会价值观和生活方式的变化，全球酒精供应和消费在近几十年持续增长，而大部分增长都发生在发展中国家。亚太经社会区域各地的平均消费量和饮酒模式差异很大。据报道，2003 年消费水平最高的是俄罗斯联邦(人均纯酒精消费量为 10.58 升)和新西兰(9.79 升)。消费量较低的包括孟加拉国、柬埔寨、印度尼西亚、伊朗伊斯兰共和国、巴基斯坦和斯里兰卡，人均消费量均低于 0.5 升¹⁴。

15. 本区域的许多国家，特别是在农村地区，酒精饮品是通过粮食和水果发酵酿造而成。产品价格低廉，助长了穷人的酒精消费。质量缺乏有法律约束力的控制手段，造成掺假，掺入有害物质，引起失明和死亡。

3. 饮食和缺乏体育锻炼

16. 大部分发展中国家的新型生活方式改变了人们的饮食习惯和体育锻炼水平。饱和脂肪、荤食、盐和糖的摄入增加，使与饮食相关的非传染性疾病，例如肥胖症、癌症、冠心病和脑血管疾病、高血压及二类糖尿病，不断增加。食品生产、营销和零售方式的变化也与这些趋势相关联。加工食品的出现及快餐店的迅速增加越来越限制了经济实惠的营养新鲜食品的供应。

17. 与不久前相比，和饮食相关的非传染性疾病今天在人均国内生产总值较低的国家日益严重，已成为发展中国家疾病负担的主要原因。在 1995 年，中国总死亡人数中有 41% 是由于和饮食相关的非传染性疾病造成的，在印度，这个比例达到 32%¹⁵。

18. 据估计，全球有 10 亿人体重超标，3 亿成人患有肥胖症，其中多数生活在亚太经社会区域。许多太平洋发展中岛屿国家的肥胖症普遍，特别是在妇女中，居全球之冠，在有些地方甚至高达 80%。

19. 肥胖症在本区域又造成了二类糖尿病发病率的迅速增长。预计到 2025 年，印度和巴基斯坦等国的糖尿病发病率可能分别达到人口的 6.0% 和 8.7%。此外，和收入较高国家相比，发病的年龄也更加年轻¹⁶。

20. 水果和蔬菜消费少与中风、冠心病和某些胃肠道癌症的发病风险增加有紧密联系。适当的饮食和体育锻炼不仅仅可以减少这些危险，也可以极大促进身体的健康和长寿。经常食用水果和蔬菜可以帮助老年人口保持正常血压和骨质密度，强化关节功能，改善记忆和其他认知功能。经常进行体育锻炼对身体和精神两方面健康大有裨益，其好处远不止于控制体重。锻炼身体可以预防或减少高血压、结肠癌和糖尿病的风险。

B. 非传染性疾病与贫困的循环

1. 发展的决定因素

(a) 社会经济地位

21. 尽管发展中国家非传染性疾病的发生通常与城市的富裕相联系，但是贫穷人群中吸烟和超重人数日益普遍正在朝着发达国家的老路改变这一格局，出现了社会经济地位较低人群的高发病率^{17,18}。

22. 亚太经社会区域的几项调查都表明，贫困人群的烟草消费水平较高^{19,20}。与此相似，与不久前相比，肥胖症也越来越多地发生在较低收入家庭。在人均国民生产总值超过 1700 美元的国家，可以看到较低收入群体具有较高患肥胖症及其相关病症风险的规律^{21,22}。在印度进行的研究表明，其他非传染性疾病风险因素，例如高血压和糖尿病，也日益成为最贫困人群的普遍现象，城市地区尤其如此²³。除上述加工食品的消费增加之外，全球化也助长了食品贸易的水平。这使得收入较高阶层可以终年获得某些食品。但是，由于过去在当地可以获得的新鲜食品现在用于出口，穷人的选择变得非常有限。

23. 如同发达国家一样，发展中国家非传染性疾病的风险因素在较为贫困的人群中将越来越普遍。因此，在这种新的情况下，疾病的双重负担不仅仅会集中在穷国，而且会集中在穷国的贫穷和边缘群体身上。

24. 工作岗位也使个人，特别是穷人，面临着非传染疾病和伤残的危险。职业疾病和伤残在职业健康和安全条件差以及劳动力大部分从事高危活动的地方所造成的负

担尤其沉重。职业危险是致病和致死的第十大原因，每年在全球造成高达 200 万人的死亡²⁴。最为常见的非传染性职业疾病包括呼吸道疾病、癌症、心血管疾病、生殖和神经错乱、失聪、背痛、皮肤疾病和心理疾病。在本区域有些国家，矿工的矽肺病及碾磨厂工人的石棉沉滞症的发病率可以高达 30%。

(b) 性别

25. 歧视限制了本区域妇女获得卫生服务的机会。识字率低和社会地位低下剥夺了妇女获得卫生知识的机会，这又对其自身的健康状况和行为造成了影响。在这些社会决定因素中，有些造成了妇女受到某些非传染性疾病和相关风险因素不同于男子的影响。妇女在生殖期之后的健康需要尤其受到忽视。

26. 亚洲 60-80%的家庭依赖生物质燃料烹饪和取暖。长期吸入室内烟尘造成几种非传染性疾病，其中包括慢性阻塞性肺疾病、肺癌和失明，并助长肺结核的传播^{25,26}。妇女和幼童由于经常接触室内污染，患病风险尤其高。在印度，活跃性肺结核成人病人的一半是与室内烹饪污染有关²⁷。世界卫生组织估计，发展中国家每年有 200 万人左右死于室内污染造成的疾病，其中仅印度就占 28%，印度室内污染造成的疾病负担与饮水不洁和卫生条件差造成的负担同样沉重。

27. 尽管本区域妇女吸烟率低(1999 年占妇女总数的 12%)，但现在人数正在增加。吸烟性别有特色的影响²⁸。吸烟加重了由于使用口服避孕药造成的冠心病发病风险。吸烟妇女还可能面对更高的怀孕及分娩综合症的危险，其婴儿更有可能患先天性疾病和体重不足。

28. 妇女是烟草公司营销策略的首要目标，广告常常把吸烟与妇女的解放和性别魅力等同起来。根据一项对亚洲妇女吸烟习惯的研究，40%的人认为吸烟可以帮助控制体重²⁹。

29. 在人均国民生产总值高于 1700 美元的国家，较低社会经济地位和肥胖症之间的联系呈现性别差异。在较低的人均国民生产总值水平上，穷人中妇女的肥胖症发病率高于男性³⁰。

30. 可见，在许多发展中国家，非传染性疾病不仅可能加大穷人和富人之间的健康不平等，同时也可能加深性别之间现有的健康差异。

2. 对个人及家庭经济的社会经济影响

31. 烟草和酒精开支具有机会成本，占用了用于食品、教育和医疗保健等基本必需品的经济资源。烟酒消费常常占用了家庭总收入的相当份额。在尼泊尔，最低收入家庭的烟草产品消费可占到家庭总收入的 9.6%，这是高收入家庭消费水平的近两倍³¹。

32. 贫穷增加了健康状况差和患病的可能性。疾病给较低社会经济地位的人造成了更为严重的健康和经济影响。较富裕的人群更有可能早期就医，这样更能控制病情，但社会经济地位较低的群体获得医疗服务的途径较少，致使非传染性疾病发展到严重阶段，造成更高的残疾和死亡率。一旦较贫困群体发生非传染性疾病，就会带来更高的直接和间接经济代价。

33. 非传染性疾病由于延续时间长，并可造成残疾和早亡，因此更容易对个人和家庭造成较大经济影响。控制高血压、高胆固醇症和糖尿病所需的终身药物治疗可以使家庭不堪重负。在孟加拉国，治疗吸烟造成的疾病每一疗程的现金开支可达 66 美元，相当于 2-3 个月的平均收入³²。对低收入人群来说，与糖尿病相关的直接治疗费用可以消耗掉家庭年收入的 24.5%³³。

34. 在发展中国家，有几种非传染性疾影响的年龄组比发达国家更年轻。这对劳动力的生产力产生了严重影响。除这一直接影响外，非传染性疾病还可能造成工作效率低、缺勤、长期残疾、住院治疗 and 早亡，使家庭失去赚钱机会，给个人及其家庭造成间接经济影响。

3. 对医疗保健系统和国民经济的影响

35. 非传染性疾病对医疗保健系统和国民经济造成高昂代价。非传染性疾病的二级和终期治疗可能占用稀缺的财政和人力资源，使国家无法顾及其他紧迫的卫生和社会优先事项，包括实现千年宣言中的健康目标。

36. 1989 年中国因烟草相关的疾病而付出的代价共达到 35 亿美元(占国内生产总值的 1.5%)，超出了政府烟草产品税收的总额^{34.35}。与此同时，1995 年中国与饮食相关的非传染性疾病占医疗总开支的四分之一。如果考虑到因此而损失的生产力，该年度与饮食相关的非传染性疾病造成的总损失达到了中国国内生产总值 2.1%³⁶。

37. 尽管酗酒造成了广泛的健康和社会影响，但对其经济影响却不总是能够获得

可靠和可比数据。在澳大利亚，酗酒造成的损失约为每年 55 亿澳元，其主要表现为道路交通事故、犯罪和工作效率降低³⁷。在日本，1987 年酗酒造成的总损失高达国内生产总值的 1.9%。据估计，印度有 15-20%的缺勤和高达 40%的工作事故是由于饮酒造成的³⁸。

二、促进健康的战略行动

38. 尽管非传染性疾病在各国伤残和死亡数字中的比例越来越高，而且有确凿证据表明其经济影响，但非传染性疾病的预防和健康促进尚未进入公共卫生和发展议程的主流。从全球来看，只有不到一半的国家制定了心血管疾病、与烟草相关的疾病、糖尿病或癌症的预防计划，而很大一部分国家甚至没有关于烟草或食品立法。此外，大部分国家对主要非传染疾病致病因素缺乏监测系统，只有 39%的国家在其卫生预算中有非传染性疾病的专门拨款³⁹。

39. 上述事实着重说明，非常有必要调整卫生议程，使其从控制/治疗非传染性疾病(图一的第一层次)转向到将预防和健康促进放在首要地位(图一的第二和第三层次)。与预防措施相比非传染性疾病的的治疗不仅健康效益差、成本效益低，而且将穷人排斥在外，在医疗普及不足或缺乏的情况下尤其如此。在亚太经社会区域，只有澳大利亚、日本、蒙古、新西兰、大韩民国、新加坡和泰国具有保证普遍和公平医疗保健的医疗保健系统。由于非传染性疾病的致病因素往往相互关联，预防方案还应同时全面解决常见的风险因素。这种综合策略比控制个别风险因素具有更高的成本效益。

A. 强化知识管理能力

40. 要强化政策和干预措施就必须掌握非传染疾病的流行情况及其致病因素多种多样的证据，以及干预措施可能产生各种影响。为此，各国政府应和学术机构、非政府组织及国际机构合作，就非传染性疾病致病因素在特定国家和次区域环境中如何发生作用及相关地方知识开展进一步研究。

41. 分析影响健康的主要因素并不需要广泛的基础设施或人力资源。分析可以在初级医疗保健机构中进行。健康风险因素的数据，应得到有关其他社会经济和环境决定因素信息的补充。尽管如此，许多发展中国家没有收集风险因素信息的系统方式。有些

国家还缺乏监测风险因素的基本设备和适当标准。

42. 为帮助发展中国家建立和加强监测系统，世界卫生组织推出了“三步走”分步骤监测方式⁴⁰。收集的信息包括：

- (a) 自报健康行为——(第一步)：例如烟草和酒精消费，饮食和体育锻炼习惯。
- (b) 身体检查——(第二步)：例如，血压和体重。
- (c) 生理指标——(第三步)：例如，血液血糖或胆固醇水平。

鉴于最终目标不仅仅是预防风险同时也要改善总体健康状况，因此监测应覆盖全体人口，而不能仅仅集中于高危人群(见图)。

43. 卫生工作者不仅在风险因素的监测上，同时在健康行为的教育宣传上，可以也应该在非传染性疾病预防和健康促进中起到关键作用。这就需要在卫生系统内提高人员素质。各级医务人员需要在非传染性风险因素方面得到适当培训，充分意识到其传统职能之外的预防和健康促进的重要性。

B. 公众教育运动

44. 鉴于非传染性疾病不断增多的趋势，必须让普通民众参加健康促进行动。公共教育运动是任何健康促进战略的一个主要支柱，通过这些行动可以促进公众对非传染性疾病决定因素和风险因素的了解，知道多种人群如何参与创造健康生活条件的活动，从而得益于更健康的生活方式。各种利益攸关方的参与可以加强此类运动的信誉和覆盖面。

45. 针对青年群体，改变行为风险因素的策略特别有效。防有害行为于未然、培养终身健康习惯，必须尽量从小做起。风险预防和健康促进宣传运动必须深入校内外的所有青少年，包括街头流浪儿和童工。强有力的公众教育也是规管措施成功的关键。

C. 规管措施

46. 在开展旨在改善风险行为或促进健康的运动同时，还必须有规管措施配合，为企业和个人规定明确的行为准则。但是，贸易的日益开放、市场的逐步一体化以及许多领域全球规则和标准的缺乏，都可能妨碍国家的规管努力。烟草消费是唯一的例外。

47. 世界卫生组织的《烟草控制框架公约》是有关公共卫生问题的唯一有法律约束力的国际协定。迄今为止，亚太经社会成员中的 48 个政府已经签署了该公约⁴¹。亚太经社会区域的大部分政府都已颁布了这样那样的烟草控制立法，以管理：(a) 在公共和工作场所的吸烟；(b) 向未成年人销售烟草；(c) 烟草广告和赞助活动；以及(d) 在香烟包装上加入警告标志。本区域各地酒精饮料管理差异很大。在有些国家，国家直接介入啤酒和其他酒类的生产，而在另一些国家，法律则禁止酒类的生产、销售和消费。

48. 还可利用规管措施解决与饮食相关的非传染疾病的增长，包括加强食品标准，改善食品标识以便清晰显示食品的热量和脂肪含量。还可通过法规确立行动准则，防止媒体专门针对儿童促销某些可能产生长期有害健康影响的产品(例如垃圾食品)。法规还可以扩大到空气及水质标准的遵守以及在基础设施建设和城市规划中加强健康促进措施(例如，创造绿色空间)。

D. 价格措施

49. 尽管吸烟喝酒可以成瘾，但是烟酒消费对价格变化敏感，在发展中国家尤其如此⁴²。据估计，如果全球范围内香烟价格增长只要维持在 10% 的水平，就可以在高收入国家使其消费降低 4%，在低收入国家降低 8%。这相当于在全球范围内使 4000 万人戒烟，更多的人对吸烟望而却步，从而防止至少 1000 万与烟草相关的死亡⁴³。世界银行对东南亚的一项研究指出，提高烟草税是烟草控制的一个有力的工具，印度尼西亚、斯里兰卡和泰国都表现出极大的价格弹性⁴⁴。酒类产品税也被证明是减少酒类消费及其相关健康和社会问题的有力工具⁴⁵。

50. 尽管烟草税的提高可能助长跨境走私，但其他因素(例如腐败程度和邻国价格)似乎产生的影响更大。通过国际交易的所有香烟中近四分之一在黑市上销售，主要集中于东欧及亚太经社会区域。在若干亚太经社会国家，走私香烟占国内销售的比例占世界首位⁴⁶。烟草走私可能对受影响国家的医疗系统产生严重影响，因为走私不仅剥夺了政府的税收，同时也通过降低香烟价格助长了烟草需求。因此，各国政府应加倍努力，协调税收结构和走私控制措施。

51. 尽管提高烟草税可能更多地影响贫穷消费者，但是实证证据表明，低收入群体的价格弹性大大高于高收入群体。因此，提高烟草价格可以促使更多穷人戒烟，使烟

草税非但不是递减的反而是累进的局面⁴⁷。尽管如此，可以把提高税收和其他措施相结合以缓解税收对较穷人群的短期影响。这些针对低收入个人的措施可以包括免费支持或补贴戒烟。

E. 多部门促进健康方式

52. 为全面解决非传染性疾病致病因素的问题，针对非传染性疾病预防和健康促进的战略应该是多部门战略。卫生保健系统的干预必须与非卫生部门相协调，并需要从个人到国家的各级参与。

53. 世界大部分现有的非传染病预防策略都采取的是纵向行动，为具体的非传染性疾病和风险因素开展单独的方案。但是本区域有些国家已经开始综合多部门方案，成为本地区其他国家借鉴和采纳的先进模式。

54. 为满足多部门综合措施的需要，政府干预必须与更为广泛的国家战略相协调，并纳入其中。这就要求卫生部和其他主要政府部委，例如农业、环境、教育、贸易、交通、基础设施建设和城市管理等部门相互协作。在这方面，建立一个机构，负责制订全国卫生促进战略、协调和推动所有关键利益攸关方的行动，是可采纳的一种模式(方框 1)。采取多部门的措施，还可能需要建立独立咨询机构，集中所有各部门和所有利益攸关方的知识专长。

方框 1: 泰国健康促进基金会

1990 年代，泰国政府开展了数项改善食品安全、减少烟酒消费和交通事故的活动。但是，这些活动缺乏协调。由于活动资金来源是一般预算拨款，因此资金不足或被挤占的情况时有发生。2001 年，《健康促进资助法》建立了泰国健康促进基金会(ThaiHealth)，这是一个自主性国家机构，有其固定资金来源——烟酒“罪孽税”的 2%。该机构包括了来自泰国政府各部委和机关的高级官员。

基金会是健康促进活动的推动者，它促进网络发展和公私伙伴关系，并为其提供资金和管理支持。基金会不重复进行其他政府机构所开展的或可以通过正常预算获得资金的活动。其重点放在创新性的试点项目、健康促进研发活动、教育和能力建设。基金会

已经为烟酒控制、改善健康饮食和锻炼、道路安全、促进社区和工作场所的健康行为等项目提供了帮助。这些举措不仅提高了公众对风险的认识，也帮助减少了烟酒消费人口和道路交通事故。

来源：泰国健康促进基金会，《年度报告：2003》“内容提要”(2004)

<http://www.thaihealth.or.th/en/download/Annualreport2003.pdf>，2005年7月1日访问网页。

55. 本区域一些国家是世界上最大的烟草生产国。在这些国家，烟草是就业和外汇的重要来源之一。因此，烟草控制方案中应该包括开发烟草种植和加工的替代产业，包括向农民提供作物替代资助。旨在减少烟草供应的策略需要在区域和全球两级进行协调。

56. 在与饮食相关的非传染性疾病方面，多部门举措较少。国家农业政策应该与促进健康饮食相一致。消除营养不足的努力有时造成了肥胖的增加。因此，公共卫生方案应同时解决体重不足和超重的问题。中国是本区域乃至世界上为数不多的、采取多部门措施通过鼓励生产健康食品(例如：蔬菜、水果、大豆和鱼类，见方框 2)来减少与饮食相关的非传染性疾病的国家之一。但是随着贸易的进一步自由化，价格政策的效果很容易被贸易抵消，而且可能与世贸组织的补贴规则发生矛盾。因此，必须在国家和区域两级协调多部门措施。

方框 2. 中国：与饮食相关的非传染性疾病多部门综合方案

中国和本区域的其他国家一样，也在经历流行疾病的变化，与饮食相关的非传染性疾病负担不断加重。1995年，中国男性的8.1%和女性的12.2%属于超重。到2025年，这些数字预计会分别增加到36.8%和39.7%^a。

自1990年代起，中国政府和专家之间通力合作，对这一即将到来的流行病开展了多部门的疾病预防。1997年，中国有关当局制订了《全国营养行动计划》，其目标是：(a) 保证充足食品供应，减少饥饿和营养不良，与此同时(b) 改善人民的营养卫生状况，防止与饮食相关的非传染性疾病。计划提出了超出卫生部门范围的全面综合政策和干预措施。在营养方面，该计划制定了定期监察制度，颁布了健康饮食指南，并通过媒体宣

传提高公众的认识；对卫生工作者进行再次培训，并强化了医疗保健系统的整体能力。

《计划》还把与饮食相关的非传染性疾病干预措施和其他非传染病预防措施相结合。政府还努力促进大众的体育锻炼，并通过教育部增强学生体育活动。为在更大范围内解决与饮食相关的非传染病问题，该计划还包括了农业及食品加工生产政策的调整。在研究结果的基础上，新型蔬菜被引进了家庭菜园。农业部和商业部通过价格激励措施及补贴，增加了水果、蔬菜和大豆产品的生产及消费。一些地方试点经验产生了巨大的示范效应^b。

这些措施已经取得了积极效果。人们提高了对健康饮食和生活方式的认识。城乡蔬菜生产和消费增加，越来越多的人开展体育锻炼。一些示范项目已经减少了某些风险因素的存在范围。尽管这一计划在多层次对能力要求很高，但它是发展中世界承认要解决复杂的非传染性疾病问题,需要采取由多部门利益攸关方参与的综合策略的首批举措之一。

a) Barry Popkin, Susan Horton 及 Soowon Kim,“亚洲及太平洋的营养过渡及与饮食相关慢性病的预防”,《营养及食品简报》,第 4 号第 22 卷(联合国大学,东京,2001)

b) Fengying Zhai, Dawei Fu, Shufa Du, Keyou Ge, Chunming Chen 及 Barry M.Popkin, “为抵御营养过渡的消极影响,中国做出了什么政策决策?”,《公共卫生营养》,第 5 卷第 269-273 页,2002。

57. 预防与饮食相关的非传染病还需要采取多部门干预措施，促进出行和休闲方面的体育锻炼。这些措施要求负责城市规划管理、交通和基础设施、劳动和教育等诸多领域的政府机构结成伙伴关系，通力合作，使促进健康的体育锻炼成为日常生活的一部分。可以制订全国和地方法规，鼓励大众捷运系统及安全的公共交通方式。教育机构应鼓励把体育锻炼作为学校课程的一部分。政府可以保证在社区提供充足的娱乐设施，在餐饮场所提供多种选择，保证健康饮食。

F. 建立健康促进伙伴关系

58. 政策和项目的首要责任在于政府，但是项目的可持续性在很大程度上取决于政府动员其他利益攸关方在各级参与进来的能力。公-私-民间社会伙伴关系可以集中资

源和经验，使健康促进项目焕发活力，持久进行。

59. 上述多部门措施具有较高的能力要求(财力、人力、技术和机构能力)，因此，可能对发展中国家带来严重挑战。对发展中国家来说，伙伴关系所带来的互补性和协同效应具有特别重要的意义，这样做可以从多个利益攸关方掌握控制资源，填补现有的能力缺口(见方框3)。和任何其他伙伴关系一样，每一行动领域中每一方的责任、职权和资源必须清晰界定。

60. 在烟酒生产、食品加工、运输、药品、广告、银行和保险等诸多行业中，私人企业应该在非传染病预防和健康促进方面发挥重要作用。私营部门可以通过采取诸如生产低盐、低糖和低脂肪食品，或者强化车辆安全性能等方式发挥积极作用，但必须保证加强健康的各种办法在低收入群体的承受范围之内。

61. 私营部门可以和政府和(或)民间社会结成伙伴，帮助政府法规的实施。生产消费品的公司，特别是食品和烟酒生产商，应该为消费者和政府机构提供其产品成份的详细清楚的信息。此外，雇主应该在工作场所为工人提供健康和安全条件。

62. 民间社会组织也是健康促进中的重要角色。它们可以动员社区向政府或私营部门施加压力，迫使其采取行动。非政府组织也是进行教育活动提高公众认识的重要沟通渠道。民间社会组织应该参与预防措施的实施和监测工作。

63. 亚太经社会区域也有若干以社区为基础的非传染病综合预防举措的范例。除教育活动外，这些举措还包括在街道一级建立非传染病卫生防疫站，对医疗人员进行再培训以及设立健康食堂。孟加拉国、印度和印度尼西亚的示范项目已经成功地提高了人们对风险因素的了解，减少了这些因素的存在⁴⁸。

方框 3. 巴基斯坦的非传染性疾病预防和健康促进

非传染性疾病和伤残在巴基斯坦占总死亡人数的 47%。吸烟、肥胖、高血压以及糖尿病等风险因素影响人口中的相当一部分。2004 推出的《非传染性疾病预防控制及健康促进国家行动计划》，是巴基斯坦在综合战略框架内制订计划，预防风险因素、促进健康的第一次努力^a

《国家行动计划》把风险群体的非传染性疾病预防与普通民众的健康促进相结合。《计划》克服了传统的针对单一疾病的方式，在四个层次把政策和行动结合在一起：(1)

把一般风险因素造成的非传染性疾病与伤残相结合；(2) 采取多部门方式，综合和协调多层次行动；(3) 在公共卫生和社会福利系统中进行非传染性疾病预防横向联合；(4) 将行为和社会研究相结合，把卫生方向调整为预防^b

除了传统机构(例如：卫生部)的参与外，《国家行动计划》还将卫生系统之外的利益攸关方纳入其中。卫生部与非政府组织及基层医疗群体结成伙伴关系，扩大了非传染性疾病的预防知识和能力。计划中还包括了与教育部开展学校全面卫生课程的合作努力。世界卫生组织通常在公共卫生系统范围内对巴基斯坦提供支持，但《国家行动计划》为直接参与计划执行的所有民间社会组织提供直接拨款。

《国家行动计划》是发展中国家在有限的非传染性疾病预防能力之内作出努力的典范。

- a) Sania Nishtar, “巴基斯坦非传染性疾病的预防：综合性伙伴模式”, 《卫生研究政策和系统》，第 2 卷第 2-7 页，2004。
- b) 巴基斯坦卫生部(2004)，“巴基斯坦非传染性疾病预防控制及健康促进国家行动计划”，(巴基斯坦政府，世界卫生组织驻巴办事处，伊斯兰堡，2004)

64. 泰国健康促进基金会的例子表明了如何通过征收惩罚性烟酒税成为政府自筹资金资助健康促进项目的重要资金来源。多利益攸关方伙伴关系可以集中政府渠道以外的资金，加强健康促进在资金和机构能力上的可持续性。

三、前进方向

65. 非传染性疾病的不断增长趋势证明本区域的各国政府必须立即采取紧急行动，应对这些趋势及其带来的社会和经济代价。在亚太经社会区域内，已经存在各国政府如何着手采取有效行动可资借鉴的范例。亚太经社会及联合国系统的其他成员，特别是世界卫生组织，在支持亚太经社会成员和准成员方面可扮演重要角色。亚太经社会和世界卫生组织的联合方案工作可以产生机构间协作效应，帮助本区域各政府更为有效地应对正在出现的健康威胁。这种方式符合秘书长在题为《更大的自由：走向人人享有安全，发展和人权》的报告(A/59/2005)中提出的建议。这一方式还可以通过实施《区域战略行动框架：促进卫生和可持续发展》(E/ESCAP/1358) 以及《在全球化世界内促进健康曼谷

宪章》⁴⁹，加强统一和协调，促进实现“健康的亚洲及太平洋”。

66. 请委员会批准亚太经社会和世界卫生组织开展协作，制订共同措施和技术支持，供亚洲及太平洋区域的各国政府在其制订国家应对措施时参考和使用。

四、结论

67. 非传染性疾病已经超过传染性疾病，成为亚太经社会区域残疾和死亡的首要原因。大量事实表明，无论高收入国家还是低收入国家，非传染性疾病造成的疾病负担都在增加。此外，穷人受到越来越多而且往往是过大的影响。穷人中某些风险因素的存在率超过了较为富裕的人群。非传染性疾病病程发展时间长，是家庭资源的长期负担。在大部分情况下，非传染性疾病治疗需要大量现金支出，这使得家庭更加贫困。非传染性疾病的负担加重会越来越多地占用卫生部门的医疗保健服务资源，而这些服务正是穷人所依赖的。这些趋势有可能损害千年发展目标的实现以及根除贫困的总体目标。

68. 与治疗相比预防和健康促进策略更具健康效益和成本效益。要解决非传染性疾病问题，必须宣传健康政策、条件和生活方式，通过多部门伙伴关系及保证人人健康的干预措施，解决非传染性疾病与发展相关的致病因素。解决风险因素和通过初级卫生保健和低成本干预措施促进健康，可以加强旨在实现卫生千年发展目标的医疗干预措施，而不会与其形成竞争。

69. 亚太经社会将与世界卫生组织及其他伙伴合作，为各国针对正在出现的非传染性疾病疫情所采取的应对措施提供区域支持。

注释：

¹ 世界卫生组织，“按死因和亚太经社会国家分列的 2002 年死亡总数估计数”，世界卫生组织非传染性疾病及精神健康组汇编数据，2005 年 7 月 21 日。

² 太平洋共同体秘书处，“2004 年太平洋岛屿区域千年发展目标报告”（努美阿，共同体秘书处，2004），<http://www.forumsec.org.fj/docs/FEMM/2005/MDGGoal6.pdf>，2005 年 7 月 21 日访问。

³ 世界卫生组织，“2002 年世界卫生报告：改少风险，提倡健康生活”(日内瓦，世界卫生组织，2002)。

⁴ 亚太经社会，“卫生与发展：卫生的发展决定因素”，文件 E/ESCAP/SHD/1(曼谷，亚太经社会，2004)。

⁵ 世界卫生组织，“老龄化与健康：发展中国家的促进健康观(马尼拉，世界卫生组织西太平洋区域办事处，2003 年)。

⁶ 《渥太华促进健康宪章》是 1986 年 11 月 21 日在渥太华举行的第一届促进健康国际大会的成果。全文见世界卫生组织(WHO/HPR/HEP/95.1), http://www.who.int/hpr/NPH/ocs/ottawa_charter_hp.pdf, 2005 年 6 月 18 日访问。

⁷ C.K. Gajalakshmi, Prabhat Jha, Kent Ranson 和 Son Nguyen, 合著，“吸烟和吸烟引起的死亡之全球格局”，见 Prabhat Jha 和 Frank Chaloupka 合编的“发展中国家的烟草控制”(纽约，牛津大学出版社，2000 年)第 11-39 页。

⁸ Teh-Wei Hu 和 Zhengzhong Mao 合著，“烟草和烟草控制备选方案的经济分析：中国案例研究”，HNP 讨论文件，“烟草控制经济学文件”第 3 号(华盛顿，世界银行，2002 年)。

⁹ 世界卫生组织，“东南亚地区非传染性疾病：概况(新德里，世界卫生组织东南亚区域办事处，2002 年)。

¹⁰ M. Ezzati 和 A.D. Lopez, 合著，“2000 年区域吸烟引起的死亡特定疾病格局”，烟草控制”第 13 卷，2004 年第 4 期，第 388-395 页。

¹¹ Liam Fitzpatrick 著，“亚洲能抛弃这一习惯吗？”《时代》第 165 卷，2005 年 3 月 7 日第 9 期。

¹² Liam Fitzpatrick, 著，“亚洲能抛弃这一习惯吗？”《时代》第 165 卷，2005 年 3 月 7 日第 9 期。

¹³ Jürgen Rehm, Nina Rehn, Robin Room, Maristela Monteiro, Gerhard Gmel, David Jerningan 和 Ulrich Frick 合著，“酒类消费平均量和饮酒模式全球分布情况”，《欧洲成瘾问题研究》第 9 卷，2003 年第 4 期，第 147-156 页。

¹⁴ 世界卫生组织，“2004 年全球饮酒状况报告”(日内瓦，世界卫生组织，2004 年)。

¹⁵ Barry M. Popkin, Susan Horton, Soowon Kim, Ajay Mahal 和 Jin Shuigao 合著，“中国和印度的饮食、营养状况和饮食相关的非传染性疾病的趋势：营养转变的经济代价”，《营

养评论》，2001 年第 59 卷，第 379-390 页

- ¹⁶ Abdul Ghaffar, K. Srinath Reddy 和 Monica Singhi 合著，“南亚的非传染性疾病负担”，《不列颠医学杂志》2004 年第 328 卷，第 807-810 页。
- ¹⁷ Tony Blakely, Simon Hales, Charlotte Kieft, Nick Wilson 和 Alistair Woodward 合著，“按贫困程度的风险因素的全球分布情况”，《世界卫生组织公报》，第 83 卷，2005 年第 2 期，第 118-126 页。
- ¹⁸ M. Ezzati, S. Vander Hoorn, C.M.M. Lawes, R. Leach, W.P.T. James, A.D. Lopez, A. Rodgers 和 C.J.L. Murray 合著，“‘宝贵病’模式的再思考：与经济发展相关的全球营养风险格局”，《医学科学公共众书》，第 2 卷，2005 年第 5 期(总 133 期)，第 404-412 页。
- ¹⁹ Martin Bobak, Prabhat Jha, Son Nguyen 和 Martin Jarvis 合著，“贫困与吸烟”，见 Prabhat Jha 和 Frank Chaloupka 合编的《发展中国家的烟草控制》(纽约，牛津大学出版社，2000 年)，第 41-61 页。
- ²⁰ 世界银行，“遏制疫情，政府与烟草控制经济学”(华盛顿，世界银行 1999 年)。
- ²¹ Barry M. Popkin 著，“发展中世界的营养变化”，《发展政策评论》第 21 卷，2003 年，第 581-597 页。
- ²² C.A. Monteiro, W.L. Conde, B. Lu 和 B.M. Popkin 合著，“发展中世界的肥胖症和健康公平”，《国际肥胖症杂志》第 28 卷，2004 年第 9 期，第 1181-1186 页。
- ²³ Abdul Ghaffar, K. Srinath Reddy 和 Monica Singhi 合著，“南亚的非传染病负担”，《不列颠医学杂志》第 328 卷，2004 年，第 807-810 页。
- ²⁴ 卫生组织，“2002 年世界卫生报告：减少风险，促进健康生活”(日内瓦，卫生组织，2002 年)。
- ²⁵ B.H. Chen, C.J. Hong, M.R. Pandey 和 K.R. Smith 合著，“发展中国家的室内空气污染”，《世界卫生组织统计季刊》第 43 卷，1990 年第 3 期，第 127-138 页。
- ²⁶ H.N Saiyed, T.S. Patel 和 V.N. Gokani 合著，“印度的室内空气污染：一大环境和公共卫生问题”，《印度医学研究委员会公报》第 31 卷，2001 年第 5 期，第 1-9 页。
- ²⁷ Vinod Mishra, Robert D. Retherford 和 Kirk R. Smith 合著，“室内空气污染——静悄悄的杀手”，《亚太问题》第 63 卷，2002 年，第 1-8 页。

²⁸ Virginia Ernster 著,“吸烟对妇女健康的影响”,见 Jonathan M. Samet 和 Soon-Young Yoon 合编的《妇女与烟草流行病:21 世纪的挑战》(日内瓦,世界卫生组织,2001 年),第 1-16 页。

²⁹ 不吸烟儿童、妇女与烟草国家中心:2000 年全球趋势,
<http://tobaccofreekids.org/campaign/global/pdf/women.pdf>,2005 年 6 月 25 日访问。

³⁰ C.A. Monteiro, Erly C. Moura, Wolney L. Conde 和 Barry M. Popkin 合著,“发展中国家成年人经社会经济地位与肥胖病:回顾”,《世界卫生组织公报》第 82 卷,2004 年第 12 期,第 940-946 页。

³¹ Yagya B. Karki, Kiran Dev Pant 和 Badri Raj Pande 合著,“尼泊尔烟草经济学研究”,健康、营养与人口讨论文件,“烟草控制经济学文件”第 13 号(华盛顿,世界银行,2003 年)。

³² Zulfiqar Ali, Atiur Rahman 和 Taifur Rahman 合著,“对尼古丁的胃口:孟加拉国烟草控制经济分析”,健康、营养与人口讨论文件,“烟草控制经济学文件”第 16 号(华盛顿,世界银行,2003 年)。

³³ R. Shobahan, P.R. Rao, A. Lavanya, V. Vijay, A. Ramachandran 合著,“患有脚部并发症的糖尿病患者的经济负担——来自印度南部的研究报告”,《印度内科医生协会杂志》第 48 卷,2000 年,第 1147-1150 页。

³⁴ S.G. Jin, B.Y. Lu, D.Y. Yan, Z.Y. Fu, Y. Jian 和 W. Li 合著,“中国因吸烟引起的健康代价评价(1988-1989)”,《生物医学环境科学》,第 8 卷,1995 年,第 342-349 页。

³⁵ Z.M. Chen, Z. Xu, R. Collins, W. X. Li 和 R. Peto 合著,“中国新兴烟草流行病早期健康影响:16 年展望研究”,《美国医学协会杂志》第 278 卷,1997 年,第 1500-1504 页。

³⁶ Barry M. Popkin, Susan Horton, Soowon Kim, Ajay Mahal 和 Jin Shuigao 合著,“中国和印度的饮食、营养状况和与饮食相关的非传染病趋势:营养转变的经济代价”,《营养评价》第 59 卷,2001 年,第 379-390 页。

³⁷ David J. Collins 和 Helen M. Lapsley 合著,“计算代价:1998-1999 年澳大利亚吸毒的社会代价估算”,论文系列第 49 号(堪培拉,澳大利亚联邦,2002 年)。

³⁸ 卫生组织,2004 年全球饮酒状况报告(日内瓦,世界卫生组织,2004 年)。

³⁹ 卫生组织,慢性病的预防和控制全球论坛,

http://www.who.int/chp/about/global_forum/en/, 2005 年 7 月 4 日访问。

⁴⁰ 卫生组织, The SuRF 报告 1: 与非传染病相关的风险因素调查: 全球数据的现状(日内瓦, 卫生组织, 2003 年)。

⁴¹ 卫生组织, 《卫生组织烟草控制框架公约》(日内瓦, 卫生组织, 2003 年)。更详细的情况见 <http://www.who.int/tobacco/framework/faq/en/index.html>, 2005 年 8 月 10 日访问。

⁴² Frank J. Chaloupka, Teh-wei Hu, Kenneth E. Warner, Rowena Jacobs 和 Ayda Yurekli 合著, “征收烟草制品税”, 见 Prabhat Jha 和 Frank Chaloupka 合编的《发展中国家的烟草控制》(纽约, 牛津大学出版社, 2000 年), 第 237-272 页。

⁴³ Kent Ranson, Prabhat Jha, Frank J. Chaloupka 和 Son Nguyen 合著, “提升价格和其他烟草控制政策的效果与成本效益”, 见 Prabhat Jha 和 Frank Chaloupka 合编的《发展中国家的烟草控制》(纽约, 牛津大学出版社, 2000 年), 第 427-447 页。

⁴⁴ G. Emmanuel Guindon, Anne-Marie Perucic 和 David Boisclair 合著, “东南亚提高烟草价格与税收: 减少烟草使用、拯救生命和创收的有效工具”, 健康、营养与人口讨论文件, “烟草控制经济学文件”第 11 号(华盛顿, 世界银行, 2003 年)。

⁴⁵ Frank J. [Chaloupka](#), [Michael Grossman](#) 和 [Henry Saffer](#) 合著, “价格对于酒类消费和与饮酒相关问题的影响”, 《饮酒研究与健康》第 26 卷, 2002 年第 1 期, 第 22-34 页。

⁴⁶ David Merriman, Ayda Yurekli 和 Frank J. Chaloupka 合著, “全球香烟走私问题究竟有多大?”, 见 Prabhat Jha 和 Frank Chaloupka 合编的《发展中国家的烟草控制》(纽约, 牛津大学出版社, 2000 年), 第 365-392 页。

⁴⁷ Prabhat Jha, Philip Musgrove, Frank J. Chaloupka 和 Ayda Yurekli 合著, “干预烟草市场的经济理由”, 出处同上, 第 153-174 页。

⁴⁸ 卫生组织, “东南亚地区主要非传染病的社区综合预防”(新德里, 卫生组织东南亚地区办事处, 2003 年)。

⁴⁹ 《宪章》于 2005 年 8 月 7-11 日在曼谷举行的第六次全球促进卫生大会上通过。《宪章》全文见世界卫生组织 http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/index.html, 2005 年 8 月 10 日访问。