世界卫生组织

第七十届世界卫生大会 **A70/35**

临时议程项目 16.1 **2017 年 5 月 8 日**

2030 年可持续发展议程实施进展

秘书处的报告

1. 2016 年 5 月，第六十九届世界卫生大会通过了关于 2030 年可持续发展议程中的卫生问题的 WHA69.11 号决议。2017 年 1 月，执行委员会第 140 届会议注意到一份关于 2030 年议程实施进展的报告[1]，其中秘书处提出了六个主要行动领域，作为变革手段，以帮助会员国实现可持续发展目标。会员国在该届会议上批准了这些行动领域[2]。

2. 本报告进一步介绍了实现可持续发展目标的最新进展情况，同时考虑到执行委员会第 140 届会议的讨论情况。报告第一部分阐述会员国在实现目标 3（确保健康的生活方式，促进各年龄段所有人的福祉）及其相互关联的具体目标以及其它与卫生有关的目标和具体目标方面取得的进展。这是秘书处支持会员国加强 2030 年议程报告工作的产物。报告第二部分介绍实施 WHA69.11 号决议所取得的进展。

I. 会员国在努力实现卫生相关可持续发展目标方面的进展

3. 为本报告的目的，秘书处利用了《2016 年世界卫生统计》[3]中的信息，其中包括世卫组织对 30 多项卫生和卫生相关指标状况的审查结果，此外还利用了《2017 年世界卫生统计》提供的最新信息。除了指标方面的信息外，《2017 年世界卫生统计》还简要回顾了秘书处所提六个行动领域中每一个的目的和所开展的活动。现有数据表明，尽管在千年发展目标时期取得了进展，但是在降低孕产妇和儿童死亡率，改善营养以及进一步防治艾滋病毒/艾滋病、结核病、疟疾、被忽视的热带病和肝炎等传染病方面仍然面临重大挑战。情况分析还提供了证据证明必须解决非传染性疾病及其风险因素如

[1] 文件 EB140/32。关于报告的讨论见执行委员会第 140 届会议第十五次会议摘要记录第 2 节。

[2] 六个行动领域是：多利益攸关方的跨部门行动；加强卫生系统以实现全民健康覆盖；尊重公平和人权；可持续筹资；科学研究与创新；以及监测和评估。

[3] 2016 年世界卫生统计：监测卫生状况促进可持续发展目标。日内瓦：世界卫生组织；2016 年。可自 http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/EN_WHS2016_TOC.pdf 获取（2017 年 4 月 21 日访问）。

烟草使用、精神疾患、道路交通伤害和环境卫生问题。卫生系统薄弱仍然是许多国家的障碍，导致即使是最基本的卫生服务也覆盖不足，并缺乏突发卫生事件防范。根据最新数据，八个通常跨越多个目标和具体目标的重点领域的具体情况可概述如下。

孕产妇和儿童健康与营养

4. 有关孕产妇和儿童健康和营养的主要具体目标是 3.1（到 2030 年，全球孕产妇每 10 万例活产的死亡率降至 70 人以下），3.2（到 2030 年，消除新生儿和 5 岁以下儿童可预防的死亡，各国争取将新生儿每 1000 例活产的死亡率至少降至 12 例，5 岁以下儿童每 1000 例活产的死亡率至少降至 25 例），以及 2.2（到 2030 年，消除一切形式的营养不良，包括到 2025 年实现 5 岁以下儿童发育迟缓和消瘦问题相关国际目标，解决青春期少女、孕妇、哺乳期妇女和老年人的营养需求）。

5. 2015 年，全球孕产妇死亡率为每 10 万例活产 216 例。实现具体目标 3.1 将需要全球年降低率至少达到 7.3%，是 1990 年至 2015 年期间年降低率的三倍以上。2016 年，全球数百万例分娩没有受过培训的助产士、医生或护士参与，只有 78%的分娩有熟练接生员在场。

6. 2015 年全球五岁以下儿童死亡率为每 1000 例活产 43 例，新生儿死亡率为每 1000 例活产 19 例。2000 年至 2015 年期间，5 岁以下儿童死亡率的年降低率为 3.9%。如果能维持这一势头，则到 2030 年时可以在全球范围实现 5 岁以下儿童每 1000 例活产死亡率至少降至 25 例的具体目标。同样，2000 年至 2015 年期间新生儿死亡年降低率为 3.1%，必须保持这一比率方可在 2030 年实现将新生儿每 1000 例活产的死亡率至少降至 12 例的具体目标。

7. 2016 年全球有 1.55 亿 5 岁以下儿童发育迟缓（相对于其年龄身高过矮），有 5200 万人消瘦（相对于其身高体重过轻），4100 万人超重（相对于其身高体重过重）。非洲区域和东南亚区域发育迟缓率最高（均为 34%）。东南亚区域的消瘦率最高（15.3%），消瘦儿童人数也最多（2700 万人）。2000 年至 2016 年期间，全球 5 岁以下超重儿童人数增加了 33%。东南亚区域承受营养不良的双重负担，2016 年该区域有 900 多万超重儿童。

传染病

8. 与传染病有关的主要具体目标是 3.3，即到 2030 年，消除艾滋病、结核病、疟疾和被忽视的热带疾病等流行病，抗击肝炎、水传播疾病和其他传染病。

9. 在全球范围，2015 年估计有 210 万艾滋病毒新感染病例，即每 1000 名未感染人群中有 0.3 例新感染病例。同年，估计有 110 万人死于艾滋病毒相关疾病。截至 2015 年底，估计有 3670 万人感染艾滋病毒。非洲区域所受影响仍然最严重，15-49 岁成人中 4.4%感染艾滋病毒。在欧洲区域，艾滋病毒新感染数量日益增加。

10. 2015 年，每 1000 名有危险者中疟疾发病率为 94 人，意味着 2000 年至 2015 年期间全球下降了 41%，而 2010 年至 2015 年期间全球下降了 21%。欧洲区域降幅最大（100%），2015 年本土病例数量减至零例。同时 2015 年，全球约有 2.12 亿例疟疾病例和 42.9 万例疟疾死亡病例。非洲区域负担最重，估计占疟疾总死亡人数的 92%，且多发生在 5 岁以下儿童中，该年龄组儿童占所有死亡人数的 70%。

11. 结核病是一种可以治疗和治愈的疾病，但仍然是全球重大健康问题。2015 年全球估计有 1040 万例新结核病例。140 万人死于结核病，另有 40 万例结核病死亡发生在艾滋病毒阳性者中。2015 年，非洲区域的病例死亡率存在很大差异，少数国家低于 5%，而大多数国家则在 20%以上，表明在获取高质量诊断和治疗服务方面存在极大不平等。欧洲区域耐药结核病比率最高（新病例和以前得到过治疗的病例分别占 16%和 48%），占全球耐多药结核病负担的 20%以上。

12. 2015 年全球肝炎死亡[1]人数估计在 130 万人左右。2015 年作为优先干预措施的三剂乙型肝炎疫苗的全球覆盖率在婴儿中达到 84%。

13. 据报告，2015 年有 15.9 亿人需要获得针对被忽视热带病的大规模或个体治疗与护理，低于 2010 年的 20 亿人。需要就这类疾病获得干预措施的通常是贫穷和边缘化人群（另见第 46 段）。

[1] 包括因急性肝炎、肝炎引起的肝癌和肝炎引起的肝硬化导致的死亡。

非传染性疾病、烟草控制、精神卫生和物质滥用

14. 与非传染性疾病、烟草控制、精神卫生和物质滥用有关的主要具体目标是 3.4（到 2030 年，通过预防、治疗及促进身心健康，将非传染性疾病导致的过早死亡减少三分之一），3.5（加强对滥用药物包括滥用麻醉药品和有害使用酒精的预防和治疗）和 3.a（酌情在所有国家加强执行《世界卫生组织烟草控制框架公约》）。

15. 2015 年，非传染性疾病总共导致了 4000 万例死亡，占全世界总死亡人数的 70%。这些死亡绝大多数是由四种主要非传染性疾病所引起：1770 万例（占非传染性疾病死亡的 45%）死于心血管疾病，880 万例（22%）死于癌症，390 万例（10%）死于慢性呼吸系统疾病，160 万例（4%）死于糖尿病。30 岁至 70 岁人群死于这四种疾病的风险从 2000 年的 23%下降到了 2015 年的 19%。东南亚区域的成人死于这四种疾病之一的几率最高（23%），而美洲区域的几率最低（15%）。在世卫组织所有区域中，男性的风险都高于女性。

16. 2016 年世界酒精消费量估计为 15 岁以上人群每人 6.4 升纯酒精，具体情况在世卫组织各区域之间有极大差异。现有数据表明，酒精和药物使用障碍的治疗覆盖率不足，不过也需要进一步对这种覆盖率的衡量作出改进。

17. 2015 年，有超过 11 亿人吸烟。当前吸烟的男性远多于女性。《世卫组织烟草控制框架公约》已获得 180 个缔约国批准，代表全球人口的 90%。80%以上缔约国已经通过了新的或加强了其现有的烟草控制法律和法规。需要采取进一步行动，批准《消除烟草制品非法贸易议定书》。

18. 2015 年全球发生了近 80 万例自杀死亡，是道路交通伤害之后的第二大伤害死亡原因。男性死于自杀的人数是女性的近两倍。欧洲区域的自杀死亡率最高（每 10 万人中有 14.1 人），东地中海区域最低（每 10 万人中有 3.8 人）。

伤害和暴力

19. 与伤害和暴力有关的主要具体目标是 3.6（到 2020 年，全球公路交通事故造成的死伤人数减半），5.2（消除公共和私营部门针对妇女和女童一切形式的暴力行为，包括贩卖、性剥削及其他形式的剥削），13.1（加强各国抵御和适应气候相关的灾害和自

然灾害的能力），16.1（在全球大幅减少一切形式的暴力和相关的死亡率）和 16.2 制止对儿童进行虐待、剥削、贩卖以及一切形式的暴力和酷刑）。

20. 2013 年约有 125 万人死于道路交通伤害，多达 5000 万人因道路交通碰撞或事故遭受非致命伤害。道路交通伤害是 15 至 29 岁人群的主要死亡原因，并严重影响弱势道路使用者，即行人，骑自行车者和骑摩托车者。这些死亡绝大多数（90%）发生在低收入和中等收入国家，这些国家占世界人口的 82%，但仅占世界注册车辆的 54%。2000 年至 2013 年期间，全球道路交通事故死亡人数增加了近 13%。

21. 在 2011-2015 年期间，自然灾害造成的全球年平均死亡率为每 10 万人 0.3 例。西太平洋区域比率最高，为每 10 万人 0.5 例。同期，全球凶杀率显著下降了 19%。2015 年，估计发生了 46.8 万例谋杀。五分之四的受害者为男性。美洲区域凶杀率最高（每 10 万人 18.6 例）。

22. 2015 年，估计有 15.6 万人死于战争和冲突，相当于全球总死亡人数的 0.3%左右。这一估算不包括因战争和冲突在疾病传播、营养不良和卫生系统崩溃方面的间接影响所导致的死亡。

23. 最新估算显示，全球近四分之一的成人（23%）在儿童期遭受过身体虐待，约有三分之一的妇女（35%）在其生命某个时刻经受过亲密伴侣的身体或性暴力或者非伴侣的性暴力。

性健康和生殖健康服务

24. 与性健康和生殖健康服务有关的主要具体目标是 3.7（到 2030 年，确保普及性健康和生殖健康保健服务，包括计划生育、信息获取和教育，将生殖健康纳入国家战略和方案）。

25. 从全球来看，2016 年 77%已婚或同居的育龄妇女对现代计划生育方法的需求得到了满足。然而，尽管西太平洋区域十分之九妇女的计划生育需求能够得到满足，但非洲区域却仅有一半妇女的需求得到满足。2015 年全球少女生育率为每 1000 名 15 至 19 岁少女 44.1 例。低收入国家的比率（每 1000 名 15 至 19 岁少女 97.3 例）是高收入国家（每 1000 名 15 至 19 岁少女 19.1 例）的 5 倍。

全民健康覆盖和卫生系统

26. 与全民健康覆盖和卫生系统有关的主要具体目标是实现全民健康覆盖的具体目标 3.8，支持研发的具体目标 3.b，增加卫生筹资和卫生工作者的具体目标 3.c，以及关于借鉴现有各项倡议，制定衡量可持续发展进展的计量方法的具体目标 17.19。

27. 2017 年 2 月与会员国就全民健康覆盖指标 3.8.1（基本保健服务的覆盖面）和 3.8.2（与家庭支出或收入相比家庭保健支出大的人口所占比例）开始进行磋商。一旦结束，这一进程将就基本保健服务覆盖指数以及与家庭支出或收入相比家庭保健支出大的人口所占比例提供第一组可比较的监测数字，作为衡量健康领域是否缺乏财政保护的标准。平均而言，自 2010 年以来，各国具有关于指标 3.8.1 约 70%跟踪措施的数据，并且自 2005 年以来，50%的国家至少有一项关于指标 3.8.2 的数据记录。

28. 第三剂百白破疫苗（DPT3）是衡量儿童充分免疫接种状况的代用标准，2015 年获得该剂疫苗的全球儿童比率达到 86%。2007-2014 年的数据显示，在低收入和中低收入国家的公共部门，部分基本药物获取率的中位数分别仅为 60%和 56%。慢性病和非传染性疾病药物的可及性甚至比急性病症药物更糟。尽管近几十年来有所改善，但新产品的创新仍然远离发展中国家居民的健康需求。目前卫生研发的格局与全球卫生需求和需要不能充分协调一致。为卫生研发提供的所有资金中只有 1%用于主要影响发展中国家的疾病[1]。

29. 卫生工作者在全球分布不均衡。疾病负担最重的区域只有最低比例的卫生人员在提供急需的卫生服务。据 2005-2015 年期间获得的数据显示，约有 40%的国家每 1000 人拥有不到一名医生，并且几乎半数国家每 1000 人拥有不到三名护士和助产士。即使在全国卫生人力密度较高的国家，这些人力资源的分配也不均衡；农村和难以抵达地区与重要都市和其它地区相比往往人力不足。

30. 据估计，194 个会员国中只有一半对至少 80%的死亡进行登记并包含死因信息。

[1] Røttingen J-A, Regmi S, Eidt M 等人。绘制现有卫生研发数据：已具备哪些数据，缺失哪些数据以及全球观察站的作用是什么。《柳叶刀》。2013 年；382:1286–1307。

31. 2016 年联合国大会期间推出了卫生领域就业和经济增长高级别委员会题为《致力于健康与经济增长：投资发展卫生人力资源》的报告[1]。在这份报告中，委员会提出了 10 项建议和五项立即行动，指导和支持创造 4000 万个新卫生工作岗位，同时解决卫生工作者短缺问题，要在 2030 年实现全民健康覆盖还需要 1800 万名卫生工作者。考虑到 2030 年可持续发展议程的充分广泛性，委员会确认超出体面工作和经济增长（目标 8）范筹，对卫生人力进行投资可产生一系列社会和经济收益，包括消除贫穷（目标 1），确保健康和福祉（目标 3），优质教育（目标 4）和性别平等（目标 5）。这份报告和拟议的五年实施计划（2017-2021 年）说明了跨部门政策行动和跨 2030 年议程的机构间工作的价值。

环境风险

32. 可持续发展目标包括与环境可持续性和人类健康有关的若干具体目标，分别归在目标 3（确保健康的生活方式，促进各年龄段人群的福祉）、6（为所有人提供水和环境卫生）、7（确保人人获得负担得起的、可靠和可持续的现代能源）、9（建造具备抵御灾害能力的基础设施，促进可持续工业化，推动创新）、11（建设包容、安全、有抵御灾害能力和可持续的城市）、12（采用可持续的消费和生产模式）和 13（采取紧急行动应对气候变化及其影响）下。

33. 约有 30 亿人在明火和开放式炉灶上使用固体燃料（木柴、作物废弃物、煤炭、煤炭和粪便）烹饪和取暖。这种低效烹饪燃料和技术会产生高水平家庭空气污染连同一系列损害健康的污染物。2012 年，全球因家庭空气污染造成 430 万人死亡。妇女和儿童因暴露于家庭空气污染而面临特别高的疾病风险，占这类污染导致的所有过早死亡的 60%。

34. 2014 年，世界 92%人口的居住地未达到世卫组织空气质量指南所规定的水平。2012 年，城市和农村地区的环境（室外）空气污染估计在全球范围造成 300 万人过早死亡。这些过早死亡中约 87%发生在低收入和中等收入国家。2012 年室内和室外空气污染合起来总共造成大约 650 万人死亡，占全球全球总死亡人数的 11.6%。

[1] 可自 http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250047/1/9789241511308-eng.pdf 获取（2017 年 4 月 21 日访问）。

35. 2012 年，全球估计有 87.1 万人因饮用水、水体和土壤受到污染，洗手设施不足以及服务不当或不足所导致的行为习惯而死亡。其中近半数（45%）发生在非洲区域。2015 年，66 亿人使用了改良饮水源，但得到安全管理的饮水服务覆盖率低下，城市地区初步估计为 68%，农村地区仅为 20%。2015 年，世界大约三分之一人口（32%）没有得到改良卫生设施，其中 9.46 亿人仍采取露天排便做法。

36. 2015 年估计有 10.8 万人死于意外中毒，低于 2000 年的 13.3 万人。非洲区域 2015 年的意外中毒死亡率最高（每 10 万人中 2.8 人），几乎是全球比率（每 10 万人中 1.5 人）的两倍。

健康风险和疾病疫情

37. 具体目标 3.d 旨在加强各国，特别是发展中国家早期预警、减少风险，以及管理国家和全球健康风险的能力。在这方面，《国际卫生条例（2005）》的监测进程包括通过向缔约国发送自我评估问卷来评估 13 项核心能力的落实情况，如立法、协调和防范。2016 年，129 个国家（占所有缔约国的 66%）对调查问卷作了答复。2016 年，就各项能力和提交报告的所有缔约国而言，平均分为 76%。

II. 实施WHA69.11号决议的进展

38. **支持全面综合的国家卫生计划，作为实施 2030 年议程的一部分。**国家卫生政策、战略和计划有助于确定和实施卫生与发展的优先事项。根据世卫组织 2017 年关于世卫组织在各国、领地和地区的工作情况报告，60 个世卫组织国家办事处已经直接或通过联合国国家工作队与各国政府接触，促使国家卫生政策、战略和计划与可持续发展目标协调一致。另有 65 个国家办事处已开始与国家当局和联合国国家工作队接触。其余 23 个国家办事处预计将在 2017 年期间与国家当局开始对话。世卫组织已与欧盟和卢森堡大公国合作，在 30 多个国家制定了国家卫生政策、战略和计划。这些包括突尼斯（人口咨询）；乍得、刚果民主共和国和东帝汶（确定卫生部门和实现健康生活方式的优先事项）；几内亚、吉尔吉斯斯坦、老挝人民民主共和国、利比里亚、摩尔多瓦、莫桑比克、苏丹、塞拉利昂、乌克兰和越南（监测国家卫生政策、战略和计划的实施情况）。过去七年中，许多欧洲国家将其国家卫生政策与符合 2030 年议程的《卫

生 2020：欧洲促进健康和福祉政策》协调一致。世卫组织制定了题为《制定 21 世纪国家卫生战略：手册》[1]的指南以协助制定国家卫生政策、战略和计划。

39. **制定实施 2030 年议程的区域计划。**世卫组织各区域办事处已开始了许多活动，以便在可持续发展目标框架内促进健康。下面提供了各区域委员会所讨论以及世卫组织出版物所载的一些实例。非洲区域办事处近来重点关注加强卫生系统和全民健康覆盖[2]。美洲区域办事处正在加强“将健康融入所有政策”的方针，并于 2016 年 5 月启动了一个公平问题委员会，作为实施 2030 年议程的第一项实际措施。2016 年，东南亚区域办事处对该区域所有 11 个会员国的卫生相关可持续发展目标状况进行了基线分析，并于 2017 年初举行了一次关于监测卫生相关目标的区域磋商会议，其间商定了四个优先事项：改善死因登记（通过民事登记和生命统计）；改善公平状况监督；提高互操作性（特别是职员和工作方法而不是技术）；以及加强透明度和数据使用。欧洲区域办事处对国家卫生政策处理可持续发展目标的方法以及卫生问题在现有国家发展战略中的地位进行了审查。除了 31 个国家的概况，该区域办事处还起草了实施 2030 年议程路线图（审议中），目前正在调查所有国家的财务保护情况，同时还主持联合国区域协调机制基于问题的卫生联盟[3]，并正在指导欧洲环境与卫生进程实施 2030 年议程[4]。东地中海区域办事处强调为努力实现全民健康覆盖，加强急诊服务和界定一套明确的基本卫生服务至关重要。认识到每个会员国将在商定的 169 项具体目标（包括卫生相关具体目标）中确定自己的优先事项，关于在西太平洋区域实现可持续发展目标的区域行动议程[5]提供了指导，具体涉及如何将卫生公平问题纳入国家计划工作，如何开展跨部门工作，受影响社区如何参与，以及卫生部门如何推动 2030 年议程等。秘书处未来的一项任务是通过跨区域和国家开展合作以及在全世界共享信息，更广泛地利用这些举措。

40. **制定并最终确定卫生相关可持续发展目标的指标。**秘书处向可持续发展目标各项指标机构间专家组（由 28 个国家统计局的代表组成）提供咨询意见。最近的贡献包括完成了卫生相关可持续发展目标指标的定稿。2017 年 3 月，联合国统计委员会通过了对一些指标的修改，以响应会员国的一些关切。这些修订包括改进了作为全民健康覆

[1] 可自 http://www.who.int/healthsystems/publications/nhpsp-handbook/en/获取（2017 年 4 月 21 日访问）。

[2] 见世卫组织非洲区域办事处。加强卫生系统促进实现全民健康覆盖：行动框架（2016 年）。

[3] 见 http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/324784/1st-mtg-report-issue-based-Coalition-Health-nov-2016.pdf（2017 年 4 月 25 日访问）。

[4] 见 www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/pages/european-environment-and-health-process-ehp（2017 年 4 月 21 日访问）。

[5] 世卫组织西太平洋区域办事处。关于在西太平洋区域实现可持续发展目标的区域行动议程（2017 年）。

盖一部分的财务风险保护的定义。预计 2020 年将对指标进行更广泛的审查。世卫组织还发布了关于使用标准指标的区域指导[1]。

41. **支持会员国加强国家统计能力。**秘书处审查了关于卫生和卫生相关指标[2]方面分类统计资料以及《妇女、儿童和青少年健康全球战略（2016-2030 年）》[3]中各项指标的数据可得性和质量。世卫组织还领导卫生数据合作项目，该项目包括 38 个全球和区域合作伙伴，旨在加强国家卫生信息系统。

42. **支持会员国关于可持续发展目标进展情况的专题审查。**秘书处支持并协调 40 个会员国为自愿国家审查做了准备，这些国家将在定于 2017 年 7 月举行的可持续发展问题高级别政治论坛上介绍其审查情况。这一审查使会员国有机会利用最新证据展示如何能结合减贫（目标 1）、消除饥饿（目标 2）、性别平等（目标 5）、工业和创新（目标 9）、保护水下生物（目标 14）和建立伙伴关系（目标 17）等目标来增进健康（目标 3）。

43. **世卫组织在提供作为公共产品的卫生信息方面的作用。**2016 年，根据《国际卫生条例（2005）》，世卫组织发布了《通过数据平台共享信息的最佳做法：确立原则》[4]和一份政策声明，列出了在突发公共卫生事件期间共享数据和结果的原则与做法[5]。世卫组织和其它方面还公布了关于准确透明的卫生估算报告的指南[6]，鼓励世卫组织，其它联合国组织和独立研究人员分享用于估算疾病负担和趋势的数据集和方法。2017 年，世卫组织将出版可适用于本组织持有的所有数据的开放获取原则和实践政策。2016 年，世卫组织发布了适用于所有世卫组织出版物的开放获取政策，着重减少印刷出版物的供应，支持以数字形式按需出版。

44. **支持 2030 年全民健康覆盖国际卫生伙伴关系。**为了实现关于全民健康覆盖的具体目标 3.8，国际卫生伙伴关系和相关行动（IHP+）于 2016 年发展成为 2030 年全民健康覆盖国际卫生伙伴关系，这是一个旨在加强卫生系统的联盟，其合作伙伴包括国家政

[1] 例见：世卫组织欧洲区域办事处。2016 年世卫组织欧洲区域的核心卫生指标。特别重点：2030 年可持续发展议程（2016 年）。

[2] 2016 年世界卫生统计：监测卫生状况促进可持续发展目标。日内瓦：世界卫生组织；2016 年。可自 http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/EN_WHS2016_TOC.pdf 获取（2017 年 4 月 21 日访问）。

[3] 见 www.who.int/life-course/partners/global-strategy/gs-monitoring-readiness-report.pdf（2017 年 4 月 21 日访问）。

[4] www.who.int/bulletin/volumes/94/4/16-172882/en/（2017 年 4 月 21 日访问）。

[5] 《疫情周报》第 18 期，2016, 91, 237–248。

[6] Stevens G, Alkema L, Black R 等人。准确透明的卫生估算报告指南：GATHER 声明。《柳叶刀》。2016 年；388, e19-e23. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30388-9。

府、世卫组织和其它联合国组织、其它国际机构以及民间社会组织。关于实现全民健康覆盖的具体举措的进一步信息载于提交第七十届世界卫生大会的进展报告[1]。

45. **支持国家努力“不让任何一个人掉队”。**在性别平等和一般而言的平等问题方面，秘书处对会员国的支持有助于实现目标 3（确保健康的生活方式，促进各年龄段人群的福祉）、5（实现性别平等，增强所有妇女和女童的权能）和 10（减少国家内部和国家之间的不平等），以及关于数据分类的具体目标 17.18。在监测方面，2016 年 12 月启动了世卫组织跟踪全民健康覆盖进展情况的数据门户，提供来自 194 个会员国的数据，其中包括关于公平状况的信息[2]。截至 2017 年 2 月，通过世卫组织的卫生公平监测机构提供了 102 个国家的数据。秘书处支持会员国：使用规范性指导和资源进行卫生不平等监测；监测灾难性和导致贫困的卫生支出；监测与减少卫生不平等和卫生领域性别差距有关的部门间行动；使用 AccessMod，一项用于对卫生保健实际可及性和地理覆盖进行建模的工具[3]；对不同社会和经济群体从服务中受益的程度进行受益归属分析。世卫组织还于 2016 年推出了题为《审查国家卫生规划并确保不落下任何人的 Innov8 方法》的技术手册[4]。此外，2016 年 11 月在《渥太华健康促进宪章》三十周年之际，世卫组织和中华人民共和国中国国家卫生和计划生育委员会共同在中国上海组办了第九届全球健康促进大会，加强了健康促进在改善卫生公平方面的作用。关于性别和平等的更多信息可参见单独的文件[5]。

46. **促进对 2030 年议程采取多部门办法。**下面介绍了世卫组织在国家、区域和全球各级支持的许多合作举措中的一部分。《妇女、儿童和青少年健康全球战略（2016-2030 年）》涉及 11 个可持续发展目标——目标 3 中的所有具体目标和 10 个其它目标（目标 1-7, 9, 10, 16 和 17）下的特定具体目标[6]。鉴于能源在提供安全，优质的卫生服务方面的重要性，联合国秘书长创立了促进妇女儿童健康的能源倡议，请世卫组织与联合国基金和联合国促进性别平等和增强妇女权能署（妇女署）一起领导这方面努力，作为与目标 7 有关的人人获得可持续能源运动的一部分。卫生领域就业和经济增长高级别委员会通过促进在卫生和社会部门创造就业机会，改善卫生部门的工作条件，并特别注意低收入和中低收入国家的需求，为目标 8（促进包容和可持续的经济增长，促进

[1] 见文件 A70/38，A、C、F 和 K 部分。
[2] 见 http://apps.who.int/gho/cabinet/uhc.jsp（2017 年 4 月 21 日访问）。
[3] 见 www.who.int/ehealth/resources/accessmod/en/（2017 年 4 月 21 日访问）。
[4] 见 www.who.int/life-course/partners/innov8/innov8-technical-handbook/en/（2017 年 4 月 21 日访问）。
[5] 见文件 A70/24 和 A70/38，H 部分。
[6] 另见文件 A70/37。

就业和人人获得体面工作）作出贡献。在控制被忽视的热带病害方面，制药公司，74 个国家的国家政府和其它合作伙伴在 2015 年为至少 9.79 亿人提供了预防性化疗，这也许是世界上最大规模的公共卫生干预行动。为在非洲加强控制被忽视的热带病，非洲区域办事处与多国组织联盟发起了消除被忽视热带病特别扩大项目，其中包括盘尾丝虫病、淋巴丝虫病、血吸虫病、土壤传播的蠕虫和沙眼。2016 年 4 月，联合国大会宣布 2016-2015 年为联合国营养问题行动十年，呼吁粮农组织和世卫组织与其它一些联合国方案和协调机制合作，牵头开展十年行动。应会员国的要求，欧洲区域办事处召集了一个共同努力促进全民健康和福祉的特设区域平台[1]。

47. **促进就《国际卫生条例（2005）》开展多部门合作。**世卫组织的“同一个健康”规划于 2017 年 1 月成立，旨在人类——动物——生态系统相交点保护健康。该规划在实施《国际卫生条例》监测和评价框架和联合外部评价工具以及在国家卫生计划程序期间持续提供所有相关部门和学科的信息和专业知识。世卫组织、国际兽疫局和粮农组织目前正在共同拟定国家一级实用的标准工具、指导和“同一个健康”联合培训，以支持各国实施多部门合作方法。“同一个健康”方针的一个例子是抗微生物药物耐药病原体的跨部门管理，这在一份单独的文件中加以讨论[2]。

48. **支持会员国加强新技术和工具的研究与开发。**在《公共卫生，创新和知识产权全球战略和行动计划》框架下[3]，世卫组织支持对主要折磨穷人的疾病进行研究与开发，目前尤其有两项新举措。第一项是，世卫组织根据 WHA69.23 号决议（2016 年）和研究与开发方面筹资和协调问题协商性专家工作小组的报告[4]，启动了全球卫生研发观察站，这是一个集中的开放数据平台，将监测和分析全球范围内正在进行哪些卫生研究与开发工作，在哪里进行，由谁进行以及如何进行。第二项是，联合国儿童基金会/联合国开发计划署/世界银行/世卫组织热带病研究和培训特别规划提出了支持研发以控制被忽视疾病的集资模式。目前正在与会员国讨论这些模式。关于世卫组织对疫苗，药物和其它技术的研发和获取问题的支持的进一步资料载于一些单独文件[5]。

[1] 见 http://www.euro.who.int/en/media-centre/events/events/2016/12/paris-high-level-conference/documentation/working-papers/explanatory-note-proposal-for-the-establishment-of-an-ad-hoc-regional-platform-for-working-together-for-better-health-and- well-being-for-all（2017 年 4 月 21 日访问）。

[2] 见文件 A70/12。

[3] 见文件 A70/21。

[4] 见文件 A65/24，附件。

[5] 见文件 A70/10、A70/20 和 A70/38，I 部分。

49. **支持会员国开展卫生系统研究。**大多数卫生研究着重于生物医学和临床干预措施，而卫生系统研究在全球仍然资金不足。卫生政策和系统研究联盟是由世界卫生组织代管的一个国际伙伴关系，已经开发了由决策者领导的嵌入式研究创新模式，以解决与卫生系统优先事项相关的具体环境因素。该联盟正在与泛美卫生组织和东地中海区域办事处合作，支持 18 个不同国家中的 33 个嵌入式实施研究项目。此外，联盟在 2016 年启动了一项旨在确定卫生政策和系统研究重点的举措以支持朝可持续发展目标推进，并特别关注低收入和中等收入国家。

50. **推动就卫生相关科学、技术和创新开展南北、南南和三角区域和国际合作并促进其获取。**为了促进就卫生科学，技术和创新的获取问题开展国际合作，联合国发展集团设立了一个南南和三角（南-北-南）合作工作组，其中包括世卫组织，这将加强联合国系统各项行动之间的合作。工作组于 2016 年发布了报告，阐明了能促进可持续发展的南南和三角合作的良好做法[1]。世卫组织、知识产权组织和世贸组织也加强了就公共卫生、知识产权和贸易问题的合作与实际协调[2]。欧洲区域正在通过健康城市规划、小国倡议[3]和东南欧健康网络，培养伙伴关系，以分享信息和经验。

51. **结合规划预算和工作总规划，最大限度提高世卫组织对 2030 年议程所作贡献的影响。**2018-2019 年规划预算方案利用了 2030 年可持续发展议程提供的新机会，提出了能加强世卫组织各工作类别之间合作的工作方式。显然，控制传染病（第 1 类）和非传染性疾病（第 2 类）取决于在生命全程促进健康（第 3 类，例如应对与性别、平等、老龄化以及社会和环境决定因素有关的问题）以及加强卫生系统（第 4 类，例如使国家卫生政策和计划与可持续发展目标协调一致）。以这种方式加强合作将使世卫组织的运作模式更好地反映 2030 年议程的需求和机会，因为可在两个或多个类别之间的界面开展工作，并以在各类别单独开展工作不易做到的方式促进有潜力加速取得健康效益的项目。为增强世卫组织国家办事处的权能，这些项目将明确与国家合作战略中确定的重点协调一致。2017 年期间，将把这些想法纳入第十三个工作总规划（将于 2020 年开始）的初稿。为帮助在整个世卫组织协调这项工作，总干事于 2017 年 1 月设立了可持续发展目标网络，通过国家合作和联合国协作司将总部、区域和国家办事处以及联合国系统联系起来。

[1] 见 ssc.undp.org/content/ssc/library/publications/books/good_practices_in_south_south_and_triangular_cooperation_for_sustainable_development.html（2017 年 4 月 21 日访问）。

[2] 见 www.wipo.int/policy/en/global_health/trilateral_cooperation.html（2017 年 4 月 21 日访问）。

[3] 见 www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/325322/ISA-Experiences-small-countries-WHO-ER.pdf（2017 年 4 月 21 日访问）。

卫生大会的行动

52. 请卫生大会注意本报告。

= = =