世界卫生组织

第七十届世界卫生大会 **A70/38**

临时议程项目 17 **2017 年 3 月 27 日**

进展报告

秘书处的报告

目录

非传染性疾病

A. 世卫组织 2014-2021 年全球残疾问题行动计划：增进所有残疾人的健康（WHA67.7 号决议（2014 年））..... 3

B. 应对“2011-2020 年联合国道路安全行动十年”带来的挑战：第二次全球道路安全高级别会议（收获成果之时）的结果（WHA69.7 号决议（2016 年））..... 4

C. 2014-2019 年普遍的眼健康全球行动计划（WHA66.4 号决议（2013 年））. 6

传染病

D. 消灭麦地那龙线虫病（WHA64.16 号决议（2011 年））..... 7

E. 2015 年后结核病预防、治疗和控制全球战略和目标（WHA67.1 号决议（2014 年））..... 9

F. 2016-2030 年全球疟疾技术战略和指标（WHA68.2 号决议（2015 年））..... 10

在生命全程促进健康

G. 接触汞和汞化合物带来的公共卫生影响：世卫组织和政府公共卫生部在落实《水俣公约》方面的作用（WHA67.11 号决议（2014 年））..... 12

H. 把性别分析和行动纳入世卫组织工作的战略（WHA60.25 号决议（2007 年））..... 14

卫生系统

I. 药物合理使用方面的进展（WHA60.16 号决议（2007 年）） 17

J. 加强医疗产品管制系统（WHA67.20 号决议（2014 年）） 19

K. 将急诊和基本外科治疗及麻醉作为全民健康覆盖内容予以加强（WHA68.15 号决议（2015 年）） 21

防范、监测和应对

L. 消灭天花：销毁储存的天花病毒（WHA60.1 号决议（2007 年）） 23

M. 加强实验室生物安全性（WHA58.29 号决议（2005 年）） 24

非传染性疾病

A. 世卫组织 2014-2021 年全球残疾问题行动计划：增进所有残疾人的健康（WHA67.7 号决议（2014 年））

1. 2014 年 5 月，第六十七届世界卫生大会在 WHA67.7 号决议中，通过了 2014-2021 年全球残疾问题行动计划。决议要求总干事实施行动计划中建议秘书处采取的各项行动，即：清除障碍，增进获得卫生服务和规划的机会；加强和推广康复、适应训练、辅助技术、援助和支持性服务以及以社区为基础的康复；加强收集关于残疾问题的国际上可比较的相关数据，并支持对残疾问题的研究和相关服务。美洲区域委员会通过的一项区域行动计划，进一步加强了行动授权[1]。

2. 秘书处根据该决议，采取了下列重大行动。

3. 秘书处与国际专家磋商，制定了示范残疾调查。该调查已在智利、菲律宾和斯里兰卡实施，并将于 2017 年在哥斯达黎加和巴拿马进行。秘书处还发表了题为“卫生系统中的康复工作”的文件[2]，为会员国和相关利益攸关方加强和扩大高质量康复服务提供循证指导。此外，秘书处经与会员国磋商，开发了情况评估工具，协助收集关于所提供康复服务的数据。这个工具是一个综合性康复工具包的一部分，将用于支持加强卫生系统提供康复服务。监测以社区为基础的康复的指标以及一在线培训规划——“INCLUDE”已于 2015 年发表，得到各国利益攸关方的广泛使用。还开展了大量工作，为低收入和中等收入国家编写关于兼顾残疾问题的应急反应和一揽子康复服务的技术简介和指导。

4. **建设能力和扩大国家行动。**秘书处与伙伴合作，通过为会员国举办三次区域讲习班，着手加强国家一级的国家计划和战略的协调和制定工作。秘书处进行了 15 次国家培训访问，以加强卫生部和社会事务部的能力，应对日益增加的康复服务需要。秘书处与以社区为基础的康复全球网络一起在马来西亚主办了以社区为基础的康复世界大会。来自 50 多个国家的 1000 多名与会者参加了作为以社区为基础的康复培训平台的这次大会。2014 年启动了全球辅助技术合作，并在第六十九届世界卫生大会上制定并发布了供国家实施的重点辅助器具清单。

[1] 见 CD53.R12 号决议（2014 年）。

[2] 卫生系统中的康复工作。日内瓦：世界卫生组织；2017 年（http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254506/1/9789241549974-eng.pdf，2017 年 2 月 8 日访问）。

5. **培养意识和宣传。**国际残疾人日仍然是提高对残疾人的意识的主要年度活动。世卫组织、联合国其它组织和民间社会组织举办了若干活动，100 多个会员国在秘书处和合作伙伴的支持下在该日开展了活动。2017 年 2 月，秘书处呼吁采取行动，以通过协调一致的全球行动，加强卫生系统中的康复能力。预计约有 200 名与会者，包括 23 个会员国的代表将参加残疾人日的启动。

6. **建立证据库和监测进展。**秘书处作出了重大努力，遵循行动计划中规定的监测要求。在推动会员国使用标准化方法定期收集数据方面取得了长足进展。世卫组织西太平洋区域的所有国家都收集了标准化数据，并编写了一份现状报告。所有其他区域的数据收集工作将于 2017 年开始。计划于 2020 年编写一份全球现状报告。

7. 秘书处将继续支持会员国通过增进残疾人获取一般卫生服务的机会，以及加强康复服务，努力实现全民健康覆盖。

B. 应对“2011-2020 年联合国道路安全行动十年”带来的挑战：第二次全球道路安全高级别会议（收获成果之时）的结果（WHA69.7 号决议（2016 年））

8. 2016 年通过的 WHA69.7 号决议，批准了《道路安全问题巴西利亚宣言》，即第二次全球道路安全高级别会议的结果文件，要求会员国和秘书处采取一系列行动。据此，已经推行了若干举措。

9. 商定了制定自愿全球道路安全具体目标的进程[1]。2016 年 9 月举行了一次道路安全技术专家会议，形成了一份世卫组织讨论文件草案，并于 2016 年 10 月至 12 月进行了一次基于网络的磋商，2016 年 11 月进行了一次非正式的会员国讨论。将于 2017 年初编写世卫组织讨论文件的第一份修订稿，提交进一步磋商，参与者除其它外，包括内陆运输委员会[2]（2017 年 2 月）、道路安全民间社会组织（2017 年 3 月）和私营部门（2017 年 6 月）。世卫组织讨论文件的第二份修订稿将在世卫组织各区域委员会会议期间分发，然后由会员国和联合国系统各组织在 2017 年第四季度的一次正式会议进行讨论。

[1] 关于制定全球具体目标的进程，见：http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_traffic/road-safety-targets/en/（2017 年 1 月 27 日访问）

[2] 内陆运输委员会是联合国欧洲经济委员会在运输领域的最高决策机构。

10. 基于《2015 年全球道路安全现状报告》的各区域报告表明[1]，每年有大约 125 万人死于道路交通事故，这些报告是在 2016 年编写的，以便为会员国根据“2011–2020 年联合国道路安全行动十年”的目标和可持续发展目标 3，具体目标 3.6，即到 2020 年将道路交通死亡人数减半，实施国家道路安全战略提供进一步指导。秘书处已开始编写第四份全球道路安全现状报告，将于 2018 年发表。

11. 秘书处支持会员国提高对法律在减少道路交通伤害和死亡方面的重要性的认识。2016 年，菲律宾、泰国和越南修订了法律，孟加拉国、中国、印度、吉尔吉斯斯坦和斯里兰卡则作为改进道路安全法律的最初步骤进行了有关评估。秘书处还为律师和道路安全倡导者开发了免费在线课程，在特定国家实施了法律发展规划和记者研究金，并发起了道路安全立法者全球论坛。

12. 为了向会员国提供进一步支持，秘书处与合作伙伴正在编写一份供发表的文件，题为“拯救生命：道路安全技术包”，鼓励各国实施 22 项有效和具有成本效益的干预措施。

13. 一些会员国已采取步骤改进其道路安全数据库。秘书处与经合组织一道，为非洲国家举办了一个关于改进卫生、警察和交通数据的战略的培训讲习班。此外，为了提高低收入和中等收入国家领导人加强道路安全的能力，秘书处与全球道路安全伙伴关系和约翰·霍普金斯大学合作，开办了第一期全球道路安全领导课程。来自 15 个国家的 60 名年轻的道路安全专业人员接受了培训。今后，这一课程将每半年组织一次。

14. 25 个会员国中正在使用世卫组织急诊系统评估工具，以查明国家急诊系统的强项和弱点，确定重点行动，并正在制定相关的行动计划，计划 2017 年在另外 25 个会员国也开展此类工作。此外，在乌干达、坦桑尼亚联合共和国和赞比亚举办了世卫组织基本急诊课程，帮助一线服务提供者利用有限资源应对危及生命的状况。

15. 第四次联合国道路安全周（2017 年 5 月 8 日至 14 日）将用于速度管理。世界各地正在计划由会员国主导的活动，以提高对需要解决速度不当问题的认识，这是道路交通伤害和死亡的主要风险因素。

[1] 《2015 年全球道路安全现状报告》：日内瓦：世界卫生组织；2015 年（http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2015/zh/，2017 年 1 月 27 日访问）。

C. 2014-2019 年普遍的眼健康全球行动计划（WHA66.4 号决议（2013 年））

16. 世界卫生大会在 WHA66.4 号决议（2013 年）中，批准了《2014-2019 年普遍的眼健康全球行动计划》。决议要求总干事：为会员国实施全球行动计划提供技术支持；进一步发展该全球行动计划，尤其是在纳入普遍和平等获得服务问题方面；继续重视可避免的视力损害的预防问题。美洲区域办事处和西太平洋区域办事处通过了区域行动计划，进一步加强了行动授权[1]。

17. 根据该决议，秘书处开展了下述活动，以为会员国实施该行动计划提供指导和技术支持。

18. **制定指导和开发工具**。秘书处通过与国际专家磋商，开发了需求评估工具，以协助在国家和地区一级收集关于眼保健服务的提供和获取的数据。秘书处支持会员国使用这些工具，这些工具已使 31 个会员国得以完成国家眼科护理评估，在其它许多国家，评估工作也正在进行或将于 2017 年启动。正在广泛开展工作，编写关于白内障和糖尿病视网膜病变管理的技术简介和指导。

19. **建设能力和扩大国家行动。**秘书处与合作伙伴合作，举办了 13 个区域讲习班，通过评估眼保健服务，确认有关需要和制定国家计划和战略，推动会员国参与实施行动计划，加强了国家一级的协调和活动。在全球，56 个会员国报告说制定了该行动计划支持的国家眼健康计划和战略，其它许多国家也将该行动计划纳入其更广泛的国家卫生计划中。50 多个会员国报告说，设立国家眼保健委员会或类似协调机制对于执行该行动计划至关重要。

20. **培养意识和宣传。**世界视觉日仍然是一项主要的年度活动，目的是提高对预防和治疗视力衰退的意识，确定卫生保健提供者有哪些机会来确保落实全民健康覆盖方针，以加强预防和治疗性眼保健服务，包括康复。70 多个会员国现在在秘书处和合作伙伴的支持下，通过提供关键证据、战略通信和信息图表，举办和倡导世界视觉日。

21. **建立证据库和监测进展。**秘书处作出了重大努力，落实行动计划中规定的监测要求。在推动会员国使用标准化方法定期收集数据方面取得了长足进展。重点是眼保健服务的人力资源，目前有 74 个会员国报告了眼保健人员的数据。每年的白内障手术数量被确定为监测眼保健服务提供情况的代表性指标。现已从 86 个会员国收集这些资料。意图

[1] 分别为《2014-2019 年预防盲症和视力损害行动计划》（CD53.R8 号决议）和《面向普遍的眼健康：西太平洋区域的区域行动计划（2014-2019 年）》（WPR/RC64.R4 号决议）。

是获得所有会员国的年度最新资料。通过在 55 个会员国的特定地区和社区开展流行病学研究，在了解视力损害的流行和原因方面也取得了进展。

22. 秘书处将继续支持会员国努力改善全面眼保健服务的提供和获得，并加强努力实现这些服务的全民覆盖。

传染病

D. 消灭麦地那龙线虫病（WHA64.16 号决议（2011 年））

23. 自 1980 年代以来，通过国家消灭规划已在先前流行麦地那龙线虫病的 17 个国家[1]消除了该疾病，受感染人数从 1986 年时约 350 万人减至 2016 年仅 25 人。马里有史以来第一次在 2016 年报告了零例人间病例。人间本土传播病例现局限于三个国家：乍得、埃塞俄比亚和南苏丹。2016 年这些国家报告的病例数分别为 16 例、3 例和 6 例。这 25 起病例发生在 19 个村庄。

24. 目前在继续努力确保随时根据需要提供支持。卡特中心为在上述三个国家和马里开展消灭活动提供业务支持。联合国儿童基金会帮助向面临该疾病风险或流行该疾病的村庄提供改良饮水源。世卫组织提供的支持旨在：在认证前期和认证后期国家以及在流行和非流行国家的流离失所者难民营中加强监测；帮助国家为认证做准备；并监测和定期报告麦地那龙线虫病的现状。世卫组织设在美国疾病控制和预防中心（美国佐治亚州亚特兰大）的合作中心为消灭麦地那龙线虫病规划提供实验室诊断支持。

25. 根据消灭麦地那龙线虫病国际认证委员会的建议，世卫组织已对总共 198 个国家、领地和地区，其中包括 186 个世卫组织会员国作出了无麦地那龙线虫病传播认证。还剩 8 个会员国有待认证，包括：乍得、埃塞俄比亚、马里和南苏丹；处于认证前期的肯尼亚和苏丹；以及未报告近期有任何发病史，但需要提供证据证明已无任何传播的安哥拉和刚果民主共和国。

26. 2016 年，在流行国家的 5300 多个村庄开展了积极监测，相比之下 2015 年对 4200 个村庄进行了监测。使用双硫磷杀幼虫剂控制桡足虫的措施覆盖了报告病例的所有地点，但乍得除外，据估计该国的许多水体过于广阔无法处理。根据业务研究结果，该规划正在准备采取更有力的媒介控制干预措施。

[1] 2011 年南苏丹独立之前，该疾病在 20 个国家流行。

27. 在刚果民主共和国，总共对 289140 户家庭进行了麦地那龙线虫病例搜查。这项工作涉及 222 个区县的 28300 多个村庄，覆盖全国 26 个省中的 15 个。总共记录和调查了 300 项传言，但没有发现任何麦地那龙线虫病例。在安哥拉，通过与其它被忽视热带病的绘图工作相结合，对该国三分之一地区进行了麦地那龙线虫病例搜查：在查找期间没有确认任何麦地那龙线虫病例。肯尼亚和苏丹处于准备认证的后期阶段。肯尼亚和苏丹在最后完成其国家报告之前，加强了一项旨在提高对现金奖励的认识运动，特别是在先前流行地区。

28. 脊灰监测网继续支持在流行国家和认证前期国家的全国免疫日活动期间搜查麦地那龙线虫病病例。

29. 有待认证的所有国家（安哥拉除外）继续实行现金奖励，鼓励自愿报告病例。总体上，2016 年期间约 85%的区县每月进行报告；总共报告了 26000 多项传言，其中 98%在 24 小时之内得到调查。2016 年中，绝大多数认证后期国家继续每季度向世卫组织提交报告;对五个认证后期国家[1]中的 178 项传言进行调查后证实并无麦地那龙线虫病例。

30. 犬类当中的**麦地那龙线虫**感染给消灭规划带来了挑战，特别是在乍得，埃塞俄比亚和马里的情况稍好。据报告和证实，2016 年乍得有 1000 多只狗，埃塞俄比亚有 14 只狗，马里有 11 只狗感染了麦地那龙线虫。鉴于犬类中这种不同寻常的高感染率，乍得国家规划、卡特中心、世卫组织以及美国疾病控制和预防中心正开展一项业务研究规划，寻找适当途径加速阻断传播。世卫组织、卡特中心、疾病控制和预防中心和乍得的消灭麦地那龙线虫病规划正在跟进 2015 年 1 月和 2016 年 4 月科学会议为应对乍得和埃塞俄比亚的情况而确认的业务研究重点领域。初步结果表明，可以通过应用目前的策略阻断传播，这些策略包括大力控制桡足类以及防止（遏制）通过人类病例和狗感染传播。

31. 冲突导致的不安全和交通不便继续阻碍某些地区的消灭工作。在马里，尽管有所改进，但加奥、基达尔、莫普提和塞古地区的安全隐患仍然是个障碍，影响规划实施，并难以对阻断传播情况进行核实和对消灭进行认证。联合国人道主义援助机构继续协助开展间断性监测。对布基纳法索、毛里塔尼亚和尼日尔的马里难民营加强了监测，以发现任何输入病例并防止疾病进一步传播。南苏丹的内乱，包括抢牛以及人口大量流离失所妨碍了规划实施工作，并限制进入疾病流行地区。

32. 总干事定期监测消灭规划，同时每年举行一次关于所有国家麦地那龙线虫病消灭规划的审查会议，其间各国正式报告前一年当中各自规划的状况。

[1] 喀麦隆、科特迪瓦、加纳、毛里塔尼亚和尼日尔。

33. 第六十九届世界卫生大会期间在世卫组织非洲区域主任主持下举行了一次非正式会议，要求仍然流行麦地那龙线虫病国家的卫生部长继续发挥领导作用，倡导和支持各自国家的消灭规划，并在该进程的最后阶段加倍努力；这些国家的卫生部长以及其他与会者承诺要继续致力于尽快阻断该疾病的传播。

34. 为实现消灭及认证消灭的目标必须填补 2017-2020 年的大约 3700 万美元资金缺口。

E. 2015 年后结核病预防、治疗和控制全球战略和目标（WHA67.1 号决议（2014 年））

35. 2014 年 5 月，第六十七届世界卫生大会通过了关于 2015 年后结核病预防、治疗和控制全球战略和目标的 WHA67.1 号决议，后来被称为《遏制结核病战略》。随后，新战略得到各区域委员会的各种支持、修改适用和推动，同时，还制定了一些区域行动计划[1]。2015 年，联合国通过了 2030 年可持续发展目标。一个卫生相关目标是“终止全球结核病流行”。考虑到目前的状况和持续存在的挑战[2]，为实现这一目标，将需要进行范式转变并作出多部门的实质性努力。全球、区域和国家一级的行动以及投资水平远远不能满足这些努力的需要。为了获得高层次的全球支持以及区域和国家承诺，世卫组织正在组织一次卫生部长区域会议，将于 2017 年 3 月由世卫组织东南亚区域办事处承办，以及一次全球部长级会议，将于 2017 年 11 月由俄罗斯联邦承办。联合国大会呼吁于 2018 年召开关于结核病的高级别会议。

36. 世卫组织一向支持会员国通过基于权利的伦理方针、公平注重弱势群体和多部门行动来实现终止结核病流行所需的范式转变。已经制定了关于实施该一战略的基本要点的指导意见。在低发病率国家实现消除结核病的框架也已完成。世卫组织与包括抗击艾滋病、结核病和疟疾全球基金，国际药物采购基金（国际药品采购机制）和双边捐助者在内的伙伴一道，在两次结核病高负担国家年度首脑会议上，并在年度区域会议上，推动了交流逐步推行新战略的方法和创新。遏制结核病伙伴关系推出了终止结核病全球计划，该计划估算了 2016-2020 年所需资源。

37. 达成终止结核病的目标和里程碑，将在很大程度上取决于在可持续发展目标 3（确保健康的生活方式，促进各年龄段人群的福祉）方面采取的行动，特别是在全民健康覆盖和财务保护方面。大多数其他发展目标的进展也将有助于实现目标 3 和终止结核病的

[1] 相关文件包括：AFR/RC66/10、 CD54.R10、SEA/RC68/13、 EUR/RC65/R6 和 WPR/RC66.R3。

[2] 世卫组织的年度结核病报告概述了终止结核病流行的进展以及所面临的挑战。2016 年报告见：http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/（2016 年 2 月 7 日访问）。

努力。为此，世卫组织正在与许多合作伙伴密切合作。虽然高负担中等收入国家应对结核病流行的现有资金的约 80%源于国内融资，但低收入国家此类资金的 90%仍然依赖国际捐助者。到 2020 年，低收入和中等收入国家每年将另外需要 60 亿美元，每年至少需要 20 亿美元用于结核病研究[2]。

38. 世卫组织制定和更新了规范性和政策性的指导、工具和战略方针，以协助实施《遏制结核病战略》。所涵盖的领域包括：引进和扩大新的诊断方法、新药和为时较短的耐多药结核病治疗方案；主动的药物安全监测；活动性结核病筛查；合作性结核病和艾滋病毒活动；潜伏性结核病感染管理；患者费用评估；制定国家结核病研究议程；确保对移民的医疗服务，以及数字化卫生选项。

39. 为了支持监测《遏制结核病战略》的执行情况和评估其影响，世卫组织根据 WHA67.1 号决议中通过的具体目标，建立了完善的全球监测和报告系统和一整套指标、里程碑和具体目标。正在通过将国家监测和卫生信息系统的数据与关于流行率、耐药性和受影响患者的护理费用的定期调查数据相结合，监测进展情况。

40. 进一步开展从基础研究到实施研究的跨越性创新和研究是至关重要的。2015 年，世卫组织发布了一个行动框架，以促进高质量的国家和全球结核病研究，并与科学技术部、卫生部、资助者和利益攸关者合作，推动战略规划和优先排序。2016 年，世卫组织推荐了四项新的诊断测试，9 种药物处于临床试验的高级阶段，13 种候选疫苗也正在进行临床试验。

41. 应对结核病流行的生物医学和社会经济层面问题的多学科和多部门方针需要强有力的伙伴关系。世卫组织将继续与所有现有伙伴密切合作，同时寻求新的伙伴。2015 年，世卫组织与社区代表、非政府组织和其他民间社会组织举办了一次协商性全球讲习班，以加强它们对执行《遏制结核病战略》的参与，该次讲习班促成了一项采取相关行动的呼吁，以及一支民间社会结核病工作队的建立。

F. 2016-2030 年全球疟疾技术战略和指标（WHA68.2 号决议（2015 年））

42. 2000 至 2015 年期间，疟疾病例发病率下降了 41%，疟疾死亡率下降了 62%。在这一时期的最后五年（2010-2015 年），这些比率分别下降了 21%和 29%。2000 至 2015 年期间，17 个国家消除了疟疾，6 个国家被世卫组织认证为无疟疾。2015 年，10 个国家和领土报告的本土病例少于 150 例，另有 9 个国家报告了 150 至 1000 例本土病例。 继这些成功之后，2016-2030 年全球疟疾技术战略为全球努力确立了雄心勃勃的新里程碑，

即：到 2020 年疟疾病例发病率和死亡率降低 40%，至少在 10 个国家消除疟疾（相对于 2015 年基线）。

43. 要想在全球实现 2020 年里程碑，必须在负担最重的国家加快进展。为了支持这一点，疟疾资金必须在 2015 年的水平上大幅度增加，因为 2015 年 29 亿美元的水平只相当于在 2020 年之前优化疟疾控制所需资金的 45%。

44. **普及疟疾的预防、诊断和治疗。**防止疟疾的常见方法是睡在经杀虫剂处理过的蚊帐中和室内滞留喷洒。在撒哈拉以南非洲受益于这些方法中的一种或其他方法的风险人口的比例估计从 2010 年的 37%上升到 2015 年的 57%。怀孕期间间歇性预防治疗的交付也在改善，2015 年，31%的合格孕妇接受了三剂或以上的治疗，2010 年则为 6%。

45. 在世卫组织非洲区域，据报告，公共部门中接受寄生虫学检测的疑似疟疾病例的比例从 2010 年的 40%增加到 2015 年的 76%，这主要是由于更多地使用了快速诊断检测方法。需要进一步投资，以改善追踪检测阳性和接受一线疟疾治疗的疟疾病例的比例。世卫组织正在计划对覆盖差距进行分析，同时作出反应，以确保普遍获得疟疾诊断和治疗。

46. 对当前预防和治疗疟疾的手段的能力的潜在生物挑战，是病媒对杀虫剂的耐药性和抗疟药物耐药性。因此，世卫组织协调进行了一次多国评估，以评估耐药性对病媒控制效果的影响。研究结果在题为《杀虫剂耐药性对疟疾病媒控制的影响》的出版物[1]中作了概述，表明使用经杀虫剂处理的蚊帐睡眠的人比没有使用蚊帐的人较少受到疟疾感染（即使当地蚊子对蚊帐使用的杀虫剂有一定的耐药性），这就支持了应继续扩大经杀虫剂处理的蚊帐的覆盖范围的结论。

47. 大湄公河次区域五个国家已经检测到恶性疟原虫对青蒿素的耐药性。2015 年，世卫组织在大湄公河次区域启动了消除疟疾战略（2015-2030 年），该区域所有五个国家都据此调整了其国家战略。2012 年至 2015 年期间，该次区域疟疾病例发病率估计下降了 54%，死亡率下降了 84%。

48. **加快消除疟疾的努力。**世卫组织根据报告的本土病例数量、宣布的国家消除目标和专家意见，分析了最近在国家一级实现消除疟疾的进展情况，确定了到 2020 年能够消除疟疾的 21 个国家：阿尔及利亚、伯利兹、不丹、博茨瓦纳、佛得角、中国、科摩罗、

[1] 世卫组织协调的多国评估：杀虫剂耐药性对疟疾病媒控制的影响。日内瓦：世界卫生组织；2016 年（http://www.who.int/malaria/news/2016/iir-malaria-vector-control-evaluation-nov2016.pdf?ua=1，2017 年 2 月 13 日访问）。

哥斯达黎加、厄瓜多尔、萨尔瓦多、伊朗伊斯兰共和国、马来西亚、墨西哥、尼泊尔、巴拉圭、大韩民国、沙特阿拉伯、南非、苏里南、斯威士兰和东帝汶。

49. **将监督转化为核心干预。**秘书处建立了一个专门的监督、监测和评价股，为监测工作提供最新的指导和培训，并支持会员国实施有效的监测制度，包括更新地区卫生信息系统 2 疟疾模块。一个关键的重点是支持各国生成高质量的数据，以跟踪国家和全球目标的进展，并改进在有效执行国家规划方面的决策。

50. 所有世卫组织区域办事处都制定了与 2016-2030 年全球疟疾技术战略完全一致的区域框架或计划，许多国家战略计划也已据此作了调整或正在更新。

在生命全球促进健康

G. 接触汞和汞化合物带来的公共卫生影响：世卫组织和政府公共卫生部在落实《水俣公约》方面的作用（WHA67.11 号决议（2014 年））

51. 《汞问题水俣公约》是于 2013 年 10 月通过的，目的是："保护人体健康和环境免受汞和汞化合物排放和释放的危害"[1]。该公约将在第五十个国家批准后生效[2]。

52. WHA67.11 号决议要求总干事除其它外，促进世卫组织向各会员国提供咨询和技术支持的努力，根据世卫组织工作规划，支持在所有与汞有关的卫生方面执行《汞问题水俣公约》，以增进和保护人体健康；支持会员国制定和执行有关战略和规划，以确认和保护风险人口，尤其是脆弱人口。此外，在 2016 年，卫生大会通过 WHA69.4 号决议，强调"必须尽快使《汞问题水俣公约》生效"。

53. 秘书处在促使该公约生效的这一初始阶段的工作有三个方面。

54. 首先，秘书处的目的是提高各国卫生部对该公约的认识，提供世卫组织发布的相关工具和指南的联网和传播机会。为美洲（2015 年 10 月在乌拉圭为西班牙语国家，2016 年 10 月在牙买加为加勒比国家）、欧洲（2015 年 6 月在德国）和东地中海（2016 年 11 月在约旦）各国卫生部举办了区域或次区域讲习班。已经发布了与公约条款相互

[1] 文件 UNEP(DTIE)/Hg/CONF/3（http://www.mercuryconvention.org/Convention/tabid/3426/Default.aspx，2017 年 2 月 3 日访问）。

[2] 截至 2017 年 2 月 21 日，已有 38 个国家批准了该公约。见 http://www.mercuryconvention.org/Countries/tabid/3428/Default.aspx（2017 年 2 月 21 日访问）。

参照的主要世卫组织指南和其他材料的注释参考书目，并将相关材料放在专门的网站上[1]。正在逐步发布不同语言版本的材料。

55. 第二，秘书处审查、更新和开发了支持执行该公约的新工具和指南。2014 年，世卫组织和环境规划署联合发表了一份题为《促进发展中国家逐步减少牙科含汞合金》的报告[2]。

56. 2015 年，秘书处发布了对各国卫生部制定逐步淘汰含汞温度计和血压计的国家战略的指导意见[3]。指导意见旨在协助卫生部规划和领导为履行公约义务所必需的整个卫生系统国家战略的制定工作。该指导意见有英语和俄语本。

57. 目前正在开发工具，编写指南和培训材料，以支持各国处理手工和小规模采金业对公共卫生的影响，并制定《水俣公约》第 7 条所要求的公共卫生战略。关于这一问题的技术文件已于 2016 年发表[4]。关于制定公共卫生战略的指导意见预计将于 2017 年定稿，以提交《水俣公约》缔约方第一次会议。

58. 第三，秘书处正在努力促进卫生部参与全球环境基金支助的国家项目。秘书处正与若干全球环境基金执行机构在以下方面进行合作，即加纳、洪都拉斯、莫桑比克和尼日利亚的手工和小规模采金业项目；加纳、洪都拉斯、马达加斯加、坦桑尼亚联合共和国和赞比亚的卫生保健中汞废物的安全和无害环境的管理项目；中国、哥斯达黎加、加纳、印度、吉尔吉斯斯坦、蒙古和俄罗斯联邦在设在日本国家水俣病研究所的世卫组织合作中心支持下的全球汞监测（包括人体生物监测）项目；肯尼亚、坦桑尼亚联合共和国和乌干达的逐步减少牙科含汞合金项目；在洪都拉斯和七个法语国家（贝宁、布基纳法索、几内亚、马里、尼日尔、塞内加尔和多哥）的水俣初步评估项目。秘书处还应请求支持个别国家，例如在亚美尼亚举办讲习班，并在马来西亚支持制定落实《水俣公约》卫生方面的概念框架。

59. 仍有大量工作有待去做。秘书处希望能够为其余区域举办讲习班，以便就该公约关于“卫生方面”的第 16 条的执行提供指导，并以其它语言提供更多的世卫组织材料。

[1] 见 http://www.who.int/ipcs/assessment/public_health/mercury/en/（2017 年 2 月 3 日访问）。

[2] 促进发展中国家逐步减少牙科含汞合金。日内瓦：联合国环境规划署和世界卫生组织；2014 年（http://www.who.int/oral_health/publications/promoting-phase-down-dental-amalgam-developing-countries/en/，2017 年 2 月 21 日访问）。

[3] 制定逐步淘汰卫生保健中含汞温度计和血压计的国家战略，包括在《汞问题水俣公约》：关键考虑和分步骤的指导意见的背景下。日内瓦：世界卫生组织；2015 年（http://www.who.int/ipcs/assessment/public_health/WHOGuidanceReportonMercury2015.pdf，2017 年 2 月 21 日访问）。

[4] 伴随手工和小规模采金业而来的环境和职业卫生危害。日内瓦：世界卫生组织；2016 年（http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/247195/1/9789241510271-eng.pdf，2017 年 2 月 21 日访问）。

此外，秘书处预计会员国将有越来越多的需要，以寻求支持，处理手工和小规模采金业对健康的影响，以及在 2020 年之前逐步退出卫生保健中含汞温度计和血压计的制造、进口和出口的影响。据认为，含汞温度计和血压计的制造集中在极少数几个国家，这些国家都是《水俣公约》的缔约方，因此，缔约方和非缔约方都需要为减少这些器械的市场供应作好准备。

H. 把性别分析和行动纳入世卫组织工作的战略（WHA60.25 号决议（2007 年））

60. 本进展报告的重点是 WHA60.25 号决议的执行进展情况，该决议已成为加强行动，推动和实现可持续发展目标的卫生和平等相关具体目标，并在更广泛的意义上促进实现目标 5（实现性别平等，增强所有妇女和女童的权能）的基石。报告介绍了在国家一级的执行工作，秘书处如何回应会员国提出的支持请求，以及如何在本组织内加强将性别观点纳入主流。

国家进展

61. 2016 年，65 个国家减少了卫生不公平，包括性别不平等[1]。

向会员国提供的支持，尤其是促进利用按性别分类的数据和性别分析

62. 秘书处回应了会员国在执行决议方面的技术支持请求。2015-2016 年，它就三个区域（美洲、东南亚和东地中海）15 个国家的数据分类和卫生不平等监测提供了技术后援和能力建设。在西太平洋区域，性别、公平和人权已被纳入西太平洋区域老龄化与健康问题行动框架（2014-2019 年）的主流，这一问题被摆放在 2015-2016 年审查六项卫生系统战略的中心位置，包括一项在菲律宾的用水安全计划研究。美洲区域在泛美卫生组织编制 2016-2017 年规划预算手册中更新了对性别、公平、人权和种族等问题的考虑，美洲区域办事处/泛美卫生组织已经与内部和外部伙伴协调，领导了设计与可持续发展目标以及《妇女、儿童和青少年健康全球战略（2016-2030 年）》有关的关键性别和健康指标。

63. 世卫组织越来越多地使用分类数据，并发表了两个重要报告，按四个方面对数据进行分类：十年期间 86 个低收入和中等收入国家[2]在关于生育、孕产妇、新生儿和儿童健

[1] 见文件 EB140/36，成果 3.3 的基线指标。

[2] 世卫组织，国际卫生平等中心。不平等状况：生殖、孕产妇、新生儿和儿童健康。日内瓦：世界卫生组织；2015 年（http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/164590/1/9789241564908_eng.pdf?ua=1&ua=1，2017 年 3 月 2 日访问）。

康的 23 个指标上的不平等和变化情况，以及十年期间 69 个国家在关于五项儿童免疫接种指标上的不平等状况[1]。

64. 2016 年，世界卫生组织的卫生公平监测数据库包括了关于 102 个国家 30 多项生殖、孕产妇、新生儿和儿童健康指标的分类数据，2015 年则为 94 国家。2016 年，秘书处启动了“卫生公平评估工具包”软件应用程序，使各国能够使用数据库就五个方面的不平等（适用时，经济地位、教育、居住地、国内地区和儿童性别）评估不平等状况。

会员国和秘书处的能力建设

65. 通过秘书处的技术指导加强国家能力的例子包括：

- 开展了工作，提高世卫组织四个区域（非洲、美洲、东地中海和西太平洋）69 个国家将性别问题纳入公共卫生主流的能力。例如，西太平洋区域办事处协调了进行区域社会动员和宣传“人类一家”的运动，以促进性别平等和减少基于性别的暴力。

- 美洲区域办事处/泛美卫生组织向 33 个国家提供了关于将性别、公平、人权和种族纳入卫生自我评估的后续指导。

- 2016 年，世卫组织推出了 Innov8 方法来审查国家卫生规划，以不使任何人掉队[2]。印度尼西亚和尼泊尔修订的国家战略、规划和方案，反映了在几个国家进行 Innov8 试点时产生的建议。东南亚区域办事处组织了关于加强卫生的性别、公平、权利和社会决定因素的区域讲习班（加德满都，2016 年 6 月 21 至 23 日），介绍了 Innov8 方法和执行全球加速青少年健康行动的有关指导。

- 2015-2016 年，秘书处继续就评估卫生服务障碍的方式开展工作，包括与性别和叠加因素有关的障碍，如低学历、低收入和农村生活。对越南落后地区初级卫生保健所面临障碍进行的评估，强调需要加强初级卫生保健，改善转诊制度；评估结果已提交国家利益攸关方会议，为规划进程馈入信息。对确定服务障碍（并将结果纳入规划制定进程）的定量和定性手段作了调整，适应一些被忽视的热带疾病的预防性化疗，还为非洲区域的一些国家制定了试点计划。

[1] 不平等状况：儿童免疫接种。日内瓦：世界卫生组织；2016 年（http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/252541/1/9789241511735-eng.pdf?ua=1，2017 年 3 月 2 日访问）。

[2] 见 http://www.who.int/social_determinants/Health_sector_reorientation/en/（2017 年 3 月 3 日访问）。

- 在越南，秘书处与伙伴合作，支持针对艾滋病毒防控中性别敏感的监测和评估工作进行能力建设。

66. 一些区域办事处举办了提高认识和培训讲习班，涉及性别分析和将性别、公平和人权摆放在计划的中心位置等问题。欧洲区域办事处侧重于培训国家规划官员，东南亚、东地中海和西太平洋区域办事处则侧重于培训国家办事处和区域办事处特定的性别、公平和人权问题工作人员。在美洲区域办事处，对所有工作人员都进行了性别问题，以及公平、人权和多样性等交叉主题的培训。

67. 世卫组织行动路线图（2014-2019 年）[1]为将性别、平等、人权和社会决定因素纳入本组织的工作提供了指导。路线图的方向反映在全球加速青少年健康行动的框架和指导文件、世卫组织欧洲区域妇女健康和福祉战略（欧洲区域委员会 2016 年通过），以及欧洲区域办事处关于欧洲妇女健康和福祉的报告中[2]。

68. 秘书处工作人员将性别、公平和人权纳入其工作主流的能力也得到加强，在此过程中，特别向在规划领域工作，侧重规划预算编制的技术人员提供了技术支持，并将这一主题纳入了工作人员入职培训和新的电子学习模块中。

将性别问题纳入世卫组织管理工作主流并建立问责制

69. 2016 年，在世卫组织的 13 个规划领域纳入了性别、公平和人权等方面，2015 年则为 10 个。此外，正在开展工作，在 2017 年 5 月提交卫生大会的 2018–2019 年规划预算方案草案的 20 个规划领域的每一个领域中，平均列入了四项关于性别、公平和人权的行动。

70. 秘书处的性别、公平和人权股向规划领域的工作人员提供了以客户为导向的指导，以促进将该主题纳入本组织各项工作的主流，例如规划预算，世卫组织国家合作战略，以及世卫组织国家、领土和地区办事处负责人的上岗培训。美洲区域办事处的规划、监测和评估周期包括了一项分析，说明将性别、公平、人权和种族问题纳入技术报告的情况。在欧洲区域办事处，管理层通过了一项通过社会和环境决定因素、性别和人权方针促进公平的行动计划。

[1] 2014-2019 年路线图：将公平、性别、人权和社会决定因素纳入世卫组织工作主流。日内瓦：世界卫生组织；2015 年（http://www.who.int/gender-equity-rights/knowledge/roadmap/en/，2017 年 3 月 3 日访问）。

[2]. 欧洲妇女的健康和福祉：在死亡率方面的优势之外（2016 年）。哥本哈根：世卫组织欧洲区域办事处；2016 年（http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/gender/publications/2016/womens-health-and-well-being-in-europe-beyond-the-mortality-advantage-2016，2017 年 3 月 3 日访问）。

71. 世卫组织自 2016 年开始，通过选派女性工作人员入学，从联合国系统职员学院领导能力、妇女和联合国学习规划中受益，该规划是以 P4 和 P5 级女性为对象的。

72. 秘书处对下列行动负责并接受问责：

- 满足《联合国性别平等和赋予妇女权能全系统行动计划》的问责制框架的要求，特别是改进在 15 项绩效指标的 6 项指标方面的绩效，包括政策和规划、监测和报告以及组织文化等；

- 通过秘书处的性别平等战略、2016 年制定的人员配置性别平等政策，以及对“国际性别平等运动——日内瓦”的承诺，达成人员配置方面的性别平等目标；

- （在根据世卫组织问责框架与助理总干事和总部的其他高级职员的契约和强化的工作人员考绩制度中）达成性别平等目标，并展示尊重多样性的行为。

卫生系统

I. 药物合理使用方面的进展（WHA60.16 号决议（2007 年））

73. 根据 WHA60.16 号决议（2007 年），会员国与秘书处和伙伴合作，正在努力促进合理使用药物，旨在通过以下方式减少药物的过度使用、不充分使用和滥用：规划和实施干预措施，例如循证选择；政策指导和倡导最佳做法；能力建设，以及对药物使用数据的收集和分析。

促进选择和合理使用的规范和标准

74. 第 19 版《世卫组织基本药物标准清单》和第 5 版《世卫组织儿童基本药物标准清单》中列入了用于癌症治疗的附加药物和用于丙型肝炎和结核病治疗的新药物。2017 年 3 月，基本药物的选择和使用专家委员会第 21 次会议将对用于传染病、性传播感染和儿科适应症的抗生素进行审查。专家委员会的审查还将包括用于非传染性疾病如癌症和糖尿病的药物。

75. 世卫组织正在制定癌症患者疼痛管理的治疗指南。在 2016 年会议上确定了有关方法，已经开始审查用于疼痛管理的阿片类药物，供基本药物的选择和使用专家委员会第 21 次会议审议。

负责任地使用抗微生物药物

76. 秘书处正在领导监测抗微生物药物的消费和使用情况的工作。2016 年 3 月组织的一次专家磋商，推动了制定世卫组织监测抗微生物药物消费情况的方法[1]。2016 年开始进行培训和调查。根据欧洲疾病预防和控制中心的方案，制定了世卫组织关于抗微生物药物使用的医院站点流行率调查的方案。计划于 2017 年在世卫组织非洲、东南亚和西太平洋区域的国家实施调查。获得的数据将与从世卫组织欧洲区域各国获得的数据相比较。

77. 世卫组织抗微生物药物消费网络支持各国建立或加强对抗微生物药物消费的监测。与合作伙伴协调了相关努力，以确保数据是相容和可比较的。欧洲区域办事处支持了开发便利和简化数据分析的软件。正在编写一份关于 2011 至 2014 年消费数据的报告。

78. 2015 年 5 月，非洲区域办事处组织了一次关于遏制抗微生物药物耐药性的协商性专家会议，协助制定关于抗微生物药物耐药性的国家行动计划，并规划在负责任地使用抗微生物药物方面的工作。

各区域和各国的进展

79. 在美洲区域，美洲区域委员会第六十八届会议通过了一项关于获得和合理使用战略性高成本药物和其他卫生技术的决议[2]。2015 年安第斯地区卫生部长会议通过了另一项决议[3]，批准了该区域合理使用药物的战略和行动计划。已发布了关于制定、实施和监测国家药物政策的指导意见，以加强合理使用药物战略。古巴、墨西哥和巴拉圭对医疗服务药物的合理使用的基本指标进行了试点评估。美洲区域的 23 个国家、领土和地区自 2014 年以来更新了基本药物清单。七个国家报告了制定或修改临床实践指南的既定标准和程序。

80. 在非洲区域，17 个国家努力改进药物的选择、处方、分发和使用。活动包括修订国家基本药物清单和/或标准治疗指南，举办关于处方和使用的培训，以及评估药物处方和使用情况的调查。

[1] http://www.who.int/medicines/areas/rational_use/WHO_AMCsurveillance_1.0.pdf?ua=1（2017 年 1 月 19 日访问）。

[2] CD55.R10, Rev.1 号决议（2016 年）。

[3] 第三十五次安第斯地区卫生部长会议（REMSAA），REMSAA XXXV/501 号决议，合理使用药物和其他卫生技术的安第斯战略和行动计划以及安第斯药物观察站。科恰班巴，玻利维亚；2015 年 10 月。可在线查阅，只有西班牙文本：http://www.orasconhu.org/sites/default/files/Resolucion%20XXXV%20501%20Medicamentos%20y%20OAM.pdf（2017 年 2 月 20 日访问）

81. 欧洲区域办事处与伙伴合作，在 32 个国家对社区药剂师予以支持，促进他们更多地参与解决与负责任地使用药物有关的问题。欧洲区域办事处参与共同举办了一个课程，帮助各国了解多元模式可如何提高对相关建议的遵守，以在初级保健和医院护理中高质量地使用药物。

82. 东地中海区域办事处对八个国家的卫生部和管理当局人员进行了培训，涉及消除获取阿片类药物的障碍及此类药物的使用，以及对药物的可及、可得、可负担和使用情况进行调查一类主题，并估测了今后的需要。还对药物短缺和库存不足的原因和目前趋势进行了调查。

今后的方向

83. 尽管就合理使用药物采取了上述各种举措，但仍需作出更多的努力，通过区域举措和 WHA60.16 号决议建议的资源投入，处理药物的合理使用问题，包括在国家政策和计划中作出处理。

J. 加强医疗产品管制系统（WHA67.20 号决议（2014 年））

84. 以下文字详述了秘书处根据 WHA67.20 号决议（2014 年）开展的活动。

85. **加强监管系统。**2014 年 6 月至 2017 年 1 月期间，秘书处支持约 60 个成员国发展其监管能力，在全球范围就一系列主题培训了 1000 多名监管人员。

86. 世卫组织已开始工作，采取更具创新性和更有效的方法来加强监管系统。其目的是，一旦最终确定，这些方法将包括与伙伴组织结为联盟，建立卓越中心，并开发确定重点的工具，以扩大干预措施的影响。

87. **规范和标准。**世卫组织就 WHA67.20 号决议的所有方面制定了指导意见，包括世卫组织专家委员会批准的下列文件：

- 生物治疗产品指南，最近的是对单克隆抗体作为类似生物治疗产品的评估指南；

- 对血液和血液成分作为基本药物的管理的指导意见；关于估计通过细胞血液成分或血浆感染艾滋病毒、乙型肝炎或丙型肝炎病毒的残留风险的指导意见，以及关于编写为传染病核酸或抗原设计的体外诊断试剂的二级标准的指导意见；

- 非疫苗生产国关于迅速批准用于大流行应急的流感疫苗的监管准备指南；

- 针对医疗器械有限或没有监管的国家，医疗器械的全球示范监管框架，包括体外诊断。

88. 此外，世卫组织制定了：

- 有关良好监管做法的指南草案，以此作为建立健全、可负担和有效的医疗产品监管的手段。该指南还定义和鼓励了采用依赖它方的方针；

- 细胞治疗产品的命名政策，以补充为基因治疗产品制定的命名政策。

89. **本组织各级的参与和协调。**世卫组织继续确保通过 2014-2019 年《第十二个工作总规划》第 4 类下的计划、执行和报告，在本组织各级支持加强监管系统的努力。

90. **资格预审规划。**世卫组织、行业团体和主要伙伴商定了一项新的融资安排，以确保世卫组织资格预审规划未来几年的财务可持续性和质量。

91. 世卫组织还努力促进就经过资格预审的产品采用合作登记程序，迄今已有 30 个国家就其药物采用了这一程序。该程序还正在加勒比管制系统中试行。

92. **监管网络。**世卫组织为非洲药物监管协调倡议提供了技术支持，以增加不仅是东非共同体，还有非洲各区域组织的参与。 世卫组织还支持将协调倡议从非专利药扩展到其他产品领域和监管职能。

93. 为更加有效地实施协作与合作倡议并参与其中，世卫组织：

- 促进搭建工作分担、信赖和应急准备的有效平台，特别是非洲疫苗监管论坛和发展中国家疫苗监管机构网络，这两个网络的范围也扩大到包括药物；

- 支持建立联合评估重点药物的东南亚国家联盟小组；

- 发起一全球疫苗控制实验室网络，负责分发经过世卫组织资格预审的疫苗。

94. **药品监管当局国际会议。**世卫组织支持了在巴西里约热内卢举行的第 16 届药品监管当局国际会议（2014 年 8 月 26 至 29 日），以及在南非开普敦举行的第 17 届药物监管当局国际会议（2016 年 11 月 27 日和 28 日），两次会议均有代表了 100 多个世卫组织会员国的 500 多名与会者参加。 会议上商定的建议协助了秘书处和会员国制定监管政策议程，最近的一项建议涉及进行有效的监管合作，以提供有质量保证的基本医疗产品。

95. **与通过劣质、假造、标签不当、伪造/假冒医疗产品问题会员国机制开展的工作进行协调。**秘书处一直在与会员国机制指导委员会密切合作，以确保这些努力不会重叠。

96. 运作良好的监管系统对于确保获得有质量保证的安全和有效的医疗产品至关重要。世卫组织在 WHA67.20 号决议以及可靠科学和基于风险的方法原则指导下，考虑到监管活动对公共卫生的价值以及监管合作和依赖日趋重要，采取了多元方针加强监管系统。为充分实现所有国家都将建立一个运作良好的监管制度的愿景，将需要会员国和秘书处两方面的持续和长期努力。

K. 将急诊和基本外科治疗及麻醉作为全民健康覆盖内容予以加强（WHA68.15 号决议（2015 年））

97. WHA68.15 号决议（2015 年）为国家、区域和国际活动提供了一个加强急诊和基本外科治疗和麻醉的交付的平台。

98. 秘书处与其他主要利益攸关方一道，通过世卫组织急诊和基本外科治疗规划开展工作，为执行 WHA68.15 号决议制定了路线图。 该路线图包括以下内容。

(a) **宣传。**与战略伙伴合作，在世卫组织所有六个区域开展宣传活动，提高了人们对尚未满足的外科需要以及外科治疗和麻醉在纳入初级卫生保健系统时的成本效益的认识。

(b) **系统交付。**非洲区域会员国（埃塞俄比亚、马达加斯加、坦桑尼亚联合共和国和赞比亚），美洲区域（巴西、厄瓜多尔、尼加拉瓜和秘鲁），东南亚区域（印度）和西太平洋区域（澳大利亚、库克群岛、斐济、基里巴斯、密克罗尼西亚（联邦）、瑙鲁、新西兰、巴布亚新几内亚、萨摩亚、所罗门群岛、东帝汶、汤加、图瓦卢和瓦努阿图）计划或主办了外科治疗论坛，进行了国家能力评估，以支持制定国家外科、产科和麻醉治疗计划[1]。

[1] 更多信息见 http://www.who.int/surgery/publications/WHA-progress-report-annex.pdf，2017 年 2 月 20 日访问。

(c) **信息管理。**一个多学科技术工作组（所有六个区域都有代表参加）开发了评估外科、产科和麻醉治疗能力的电子工具。

(d) **基本药物和供应。**秘书处处理了与外科、产科和麻醉治疗基本药物的可及、可得和可负担性有关的问题。秘书处的努力还包括努力解决外科中的抗生素管理问题，这是遏制抗微生物药物耐药性的一个要素。

(e) **人力发展。**秘书处一直在与会员国、外科学会[1]和发展伙伴合作，搭建分享最佳做法的证据的平台，并为外科、产科和麻醉科卫生人力中训练有素的中级提供者（通过任务分担）制定最低标准和核心课程。

99. 主要伙伴包括世卫组织外科护理和麻醉协作中心[2]、与世卫组织有正式关系的五个非国家行为者[3]、若干常驻代表团以及世卫组织国家办事处，以调动资源并在各级提供技术专门知识。

100. 虽然在执行该决议的具体行动领域方面取得了进展，但该决议的充分执行，显然需要在国家和国际两级开展大量的资源调动和规划制定工作。预计包括氯胺酮和麻醉药品的基本药物的可得性也面临进一步的威胁。最后，考虑到所涉巨大需要，通过外科、麻醉和产科的培训规划培养足够的卫生人力是至关重要的。

101. 秘书处计划了今后五年内在全球、区域和国家各级执行 WHA68.15 号决议的活动。具体如下。

(a) **全球一级。**基于核心指标制定国家外科、产科和麻醉治疗计划框架；在地方、区域和国际各级推广基本药物；落实试点课程；检验最低认证标准。

(b) **区域一级。**就急诊和外科治疗建立区域伙伴和协作中心；在示范国家的证据基础上，编写关于制定国家外科治疗计划的最佳做法的指南；在区域数据基础上，并根据世卫组织卫生人力 2030 的战略重点，开发关于外科、产科和麻醉卫生人力的战略计划工具。

[1] 美国外科医师学会，英国皇家外科学会，爱尔兰皇家外科医师学会，澳大利亚皇家外科医师学会，东部，中部和南部非洲外科医师学会和西非外科医师学会。

[2] 蒙古国立医科大学和西安大略大学。

[3] 国际外科医师学会、国际外科学会联合会、国际矫形外科及创伤学协会、世界麻醉师协会联合会和世界神经外科协会联合会。

(c) **国家一级。**监测国家外科、产科和麻醉治疗计划和内部转诊网络，并使用循证指标来制定国家政策；鼓励坚实和符合国家标准的课程，对所有外科治疗提供者资格进行认证；在地方开展宣传，增进在初级保健一级的外科、产科和麻醉治疗服务的可得性。

防范、监测和应对

L. 消灭天花：销毁储存的天花病毒（WHA60.1 号决议（2007 年））

102. 在 2016 年 5 月第六十九届世界卫生大会上，会员国讨论了销毁储存的现有天花病毒的时间问题。随着合成生物技术的出现，利用公众可得的信息和通过普通实验程序即可创出天花病毒，因此，世卫组织天花病毒研究咨询委员会需要审查目前使用活天花病毒的研究需求。卫生大会同意在第七十二届世界卫生大会临时议程中列入关于销毁储存的天花病毒的一个实质性项目，以便有时间开展任何进一步研究，并利用这段时间提供研究情况年度进展报告[1]。

103. 本进展报告概述秘书处自第六十九届世界卫生大会以来开展的工作。它简述了世卫组织天花病毒研究咨询委员会于 2016 年 11 月 2 日和 3 日在日内瓦举行的第十八次会议的情况和结论[2]以及对两个天花病毒获准储存点（即俄罗斯联邦新西伯利亚地区科尔索沃国家病毒和生物技术研究中心（VECTOR）及美利坚合众国佐治亚州亚特兰大疾病控制和预防中心（CDC））两年一次的生物安全检查情况。最近增加了咨询委员会成员人数，增补了具备合成生物技术专长的成员。

104. 咨询委员会第十八次会议收到了秘书处多份报告，包括由世卫组织管理的天花紧急疫苗储备情况报告。咨询委员会还收到了关于获准作为天花病毒储存点的世卫组织这两个合作中心保存的病毒情况报告。委员会审查了每个储存点获准开展的活天花病毒研究规划工作。2016 年，世卫组织收到了八项研究建议，咨询委员会科学小组委员会评估了这些建议；其中五项建议（两项来自俄罗斯国家病毒和生物技术研究中心，三项来自美国疾病控制和预防中心）被视为“需要使用活天花病毒的有益于公共卫生事业的基础研究”，因此科学小组委员会建议世卫组织批准这五项建议。

105. 咨询委员会还审议了关于使用活天花病毒开发诊断试剂、两种动物模型、天花疫苗和两种治疗制剂的最新情况。若干制药公司的代表介绍了抗病毒药物许可证以及可能适

[1] 文件 WHA69/2016/REC/3，甲委员会第六次会议摘要记录。
[2] 将很快在世卫组织网页 http://www.who.int/csr/disease/smallpox/en/“概览”专题下公布该次会议的报告。

用于免疫受损人群的第三代非复制型天花病毒疫苗的测试和注册进展情况。美国食品和药物管理局就许可程序发表了意见。

106. 咨询委员会认真审查并非常赞同天花相关合成生物技术的公共卫生影响问题独立咨询小组的评估结论。该小组在其 2015 年报告中指出："重建天花病毒可能性将始终存在，因此，永远不可能完全消除再次发生天花的风险"[1]。咨询委员会认识到，合成生物学已改变并将继续改变关于天花病毒和预定消灭的疾病情况。在这方面，委员会强调应在国家和全球层面做好防范工作，特别是提供和普及诊断和其它相关工具。

107. 世卫组织本轮对储存点两年一次生物安全检查于 2016 年 10 月 10 日至 15 日在俄罗斯国家病毒和生物技术研究中心启动。世卫组织对美国疾病控制和预防中心的检查将于 2017 年 5 月由同一个生物安全专家国际小组进行。这两次检查的报告将于 2017 年完成。检查规程沿用欧洲标准化委员会的实验室生物风险管理标准 CWA 15793，其中涵盖 16 项实验室生物风险管理要素。

M. 加强实验室生物安全性（WHA58.29 号决议（2005 年））

108. 卫生大会在 2005 年通过的 WHA58.29 号决议中，敦促会员国采取一系列行动，除其他外，通过制定国家计划和实施具体规划，以安全处理和运输微生物剂和毒素，加强实验室生物安全性。它还要求总干事确保世卫组织在提高实验室安全性方面发挥积极作用，并确保秘书处提供技术支持，包括通过定期更新世卫组织的相关指南和手册，促进知识和经验的产生和共享。

109. 根据该决议，世卫组织与会员国和伙伴，包括国际组织、公共卫生机构和主管机构、全球金融机构和生物安全协会一道，加强了工作，以确保安全和可靠的实验室操作，遏制生物危害，预防自然、意外或蓄意的释放。各方协调一致的共同努力，稳步推进了加强生物安全性。

110. 世卫组织发表了关于实验室生物安全性的若干**战略和技术文件**。例子包括传染性物质运输条例指导意见的双年度更新[2]、实验室生物安全性指导意见[3]、《国际卫生条例

[1] 见 http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/198357/1/WHO_HSE_PED_2015.1_eng.pdf?ua=1，第 5 页（2017 年 3 月 1 日访问）。

[2] 2017-2018 年世卫组织传染性物质运输条例指导意见。日内瓦：世界卫生组织；2017 年（http://www.who.int/ihr/publications/WHO-WHE-CPI-2017.8/en/，2017 年 3 月 20 日访问）。

[3] 生物风险管理：实验室生物安全性指导意见。日内瓦：世界卫生组织；2006 年。http://www.who.int/csr/resources/publications/biosafety/WHO_CDS_EPR_2006_6.pdf（2017 年 3 月 1 日访问）。

（2005）》的实验室能力要求及其在非洲区域的实施[1]，亚太地区新发疾病战略：2010 年[2]、亚太地区加强卫生实验室服务战略[3]、2016 年至 2020 年加强在东地中海地区卫生实验室服务的战略框架[4]、促进全球卫生安全的负责任的生命科学研究[5]，以及结核病实验室生物安全手册[6]。

111. 世卫组织提供了**仪器和工具**，用于监测加强实验室生物安全性的现状、进展和挑战。此类一个工具建议对生物安全性和生物安全系统作出跨部门和整个政府参与的评估[7]。2016 年，非洲区域办事处为该区域生物安全三级封闭实验室开发了评估工具，侧重于与此类实验室的设计、建造、运行、维护和管理相关的主要流程[8]。

112. **能力建设。**世卫组织实施了若干多国项目和侧重于支持孟加拉国、印度尼西亚、缅甸、尼泊尔、阿曼和巴基斯坦等个别国家的项目。除了提供培训机会外，这些项目还意在满足具体需要和要求，例如提高认识和多部门协调，制定国家生物安全性指南和标准作业程序并进行培训，审查与生物安全性有关的国家条例和政策，以及采购基本的生物安全设备和消耗品。已向美洲 21 个国家提供了关于生物安全三级设施设计的指导。

113. 经常认定的一个问题是，只有少数几个国家建立了有效的监管框架和监督机制，用以确保实验室的安全和控制微生物制剂和毒素。秘书处为巴基斯坦和越南努力制定国家生物安全政策和更新监管框架提供了支持。

114. 世卫组织举办了一个生物风险管理培训班，以采用系统方法评估和减轻生物风险。该培训班在所有六个区域的 100 多个国家培养了一批干练的培训师和 3000 多名二线学

[1] 《国际卫生条例》的实验室能力要求及其在世卫组织非洲区域的实施。布拉柴维尔：世界卫生组织；2013 年 http://www.afro.who.int/en/clusters-a-programmes/3951-lab-capacity-requirements-for-ihr-and-their-implementation-in-the-who-afro.html，（2017 年 3 月 1 日访问）。

[2] 亚太地区新发疾病战略：2010 年。马尼拉：西太平洋区域办事处，新德里：东南亚区域办事处，2010 年。http://apps.searo.who.int/PDS_DOCS/B4694.pdf，（2017 年 3 月 1 日访问）。

[3] 亚太地区加强卫生实验室服务战略（2010-2015）。马尼拉：西太平洋区域办事处，新德里：东南亚区域办事处，2010 年。http://www.searo.who.int/about/administration_structure/cds/BCT_Asia_Pacific_Strategy10-15.pdf（2017 年 3 月 1 日访问）。

[4] 2016 年至 2020 年加强卫生实验室服务战略框架，东地中海区域委员会，文件 EM/RC63/5 Rev.1（http://applications.emro.who.int/docs/RC_technical_papers_2016_5_6_19028_EN.pdf?ua=1，2017 年 3 月 1 日访问）。

[5] 促进全球卫生安全的负责任的生命科学研究。日内瓦：世界卫生组织；2010 年（http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70507/1/WHO_HSE_GAR_BDP_2010.2_eng.pdf，2017 年 3 月 1 日访问）。

[6] 结核病实验室生物安全手册：世界卫生组织；2012 年（http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77949/1/9789241504638_eng.pdf，2017 年 3 月 1 日访问）。

[7] 联合外部评价工具：《国际卫生条例（2005）》。日内瓦：世界卫生组织；2016 年（http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204368/1/9789241510172_eng.pdf，2017 年 3 月 2 日访问）。

[8] 与世卫组织非洲区域生物安全三级封闭实验室设施的设计、建造、运行、维护和管理相关的主要流程的评估工具；2016 年（http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246157/1/9789290233046-eng.pdf?ua=1&ua=1，2017 年 3 月 2 日访问）。

员。一些国家在全国范围内复制了这一课程，由一小批国家培训师对数百名实验室工作人员进行了指导。

115. 就传染性物质的安全运输进行了广泛的培训，在两年期间内，在所有区域内培训并成功认证了 1600 名承运商。在东南亚就稳妥的微生物做法，在美洲就适当使用个人防护装备，在欧洲国家就国家生物安全制度提供了区域培训机会。

116. **微生物制剂的控制。**在控制微生物剂，特别是脊髓灰质炎病毒和天花病毒方面取得了实质性进展。世卫组织关于脊灰病毒控制的全球行动计划[1]列出了对储存脊灰病毒以在消除脊灰后时期作好防范的设施的建议要求。会员国进行了广泛调查，进而指定了其脊灰病毒基本设施，以从 2 型脊灰病毒开始减少储存脊灰病毒的设施数量。根据总干事关于根除天花：销毁储存的天花病毒的 WHA60.1 号决议（2007 年）的要求，世卫组织每两年一次检查两个授权的天花病毒储存点，以确保最高水平的生物安全和生物保障[2]。

117. **建立证据库和监测进展。**在 2010 年、2014 年和 2016 年世卫组织扩展生物安全咨询小组举行了三次会议，为生物安全相关活动向秘书处提供指导和方向。这些会议还为促进会员国之间以及与秘书处和其他国际组织的合作提供了一个论坛。2010 年，该小组制定了《2012-2016 年世卫组织生物风险管理战略行动框架》[3]。2014 年，与会者审查了战略框架，确定了更多的重点领域，包括修订世卫组织实验室安全手册，其现在的版本是于 2004 年出版的。该手册目前正由 2015 年以来定期举行会议的编辑委员会进行全面审查，目的是提出一种切实的和基于风险和证据的方针，以促成公平获得必要的实验室检测。

118. 尽管会员国取得了重大进展，但共同的问题仍然存在，特别是在资源有限的国家，其在安全文化、规章条例和实际做法方面存在差距，维持适当的生物安全基础设施和设备的技术和财政资源也有短缺。仍然需要更大程度的参与和可持续的资源来实现 WHA58.29 号决议的所有规定。

= = =

[1]《在消灭特定类型野生脊灰病毒和顺序停用口服脊灰病毒疫苗之后尽量减少与医疗设施相关的脊灰病毒风险的世卫组织全球行动计划》。日内瓦：世界卫生组织；2015 年。（http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/12/GAPIII_2014.pdf，2017 年 3 月 2 日访问）。

[2] 更多信息，见关于根除天花：销毁储存的天花病毒问题的进展报告（WHA60.1 号决议（2007 年））（文件 A70/38 L）以及世卫组织网站：（http://www.who.int/csr/disease/smallpox/safety-inspections/en/（2017 年 3 月 2 日访问）。

[3]《2012-2016 年生物风险管理战略行动框架》。日内瓦：世界卫生组织；2012 年。http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70878/1/WHO_HSE_2012.3_eng.pdf（2017 年 3 月 2 日访问）。