世界卫生组织

第七十届世界卫生大会 **A70/27**

临时议程项目 15.1 **2017 年 5 月 18 日**

将于 2018 年举行的
联大预防和控制非传染性疾病问题
第三次高级别会议的筹备

总干事的报告

1. 本报告系根据世界卫生大会 WHA69.6 号决议（2016 年）要求提交，提供最新信息说明拟于 2018 年召开的联合国大会预防和控制非传染性疾病问题第三次高级别会议的筹备进展情况，包括对分派给秘书处的特定任务的反应。

2. 2017 年 1 月，执行委员会第 140 届会议注意到本报告的早期版本[1]，并通过了 EB140.R7 号决议，建议卫生大会通过。此后，报告已经更新，以考虑到 2015 年的死亡率估计数和其他近期的事态发展。附件 1 已经与 WHO CHOICE 建模的结果保持一致。

非传染性疾病：当前形势

3. 世卫组织估计，2015 年有 1500 万年龄在 30 至 69 岁者死于非传染性疾病，具体如下[2]：

	男性	女性	总计	所占百分比
低收入国家	40 万	40 万	90 万	6%
中低收入国家	360 万	260 万	601 万	41%
中上收入国家	350 万	240 万	580 万	39%
高收入国家	140 万	80 万	220 万	15%
合计	**890 万**	**620 万**	**1500 万**	**100%**

[1] 见文件 EB140/27 和执行委员会第 140 届会议第十五次会议摘要记录，第一部分（文件 EB140/2017/REC/X）。
[2] 数据见 http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html（2017 年 5 月 2 日访问）。

	男性	男性	总计	所占百分比
非洲区域	70 万	60 万	130 万	9%
美洲区域	110 万	80 万	190 万	13%
东地中海区域	60 万	50 万	100 万	7%
欧洲区域	150 万	80 万	240 万	16%
东南亚区域	260 万	180 万	440 万	29%
西太平洋区域	240 万	160 万	400 万	27%
合计	**890 万**	**620 万**	**1500 万**	**100%**

4. 这些过早死亡，超过80%是年龄在30至69岁者，主要是由四种非传染性疾病造成：心血管疾病、癌症、糖尿病和慢性呼吸疾病。

5. 从 2000 年到 2012 年，全球由这四种主要非传染性疾病造成的过早死亡减少 15%。该下降速度还不足以实现可持续发展目标具体目标3.4（到2030年时，通过预防与治疗，将非传染性疾病导致的过早死亡减少三分之一，促进精神健康与福祉）。

6. 全面审查和评估预防和控制非传染性疾病进展的大会高级别会议成果文件载有针对 2015 年和 2016 年的四项有时限的国家承诺，然而在 2015 年，138 个会员国在履行这些承诺方面进展极为有限或没有取得进展[1,2]。目前正在评估会员国履行承诺的情况[3]，使用了日期为 2015 年 5 月 1 日的世卫组织技术说明所列指标[4]。看起来，2015 年和 2016 年取得进展的速度还不够快。

7. 虽然已经制定并实施国家非传染性疾病防治政策并为之分配预算的国家所占比例从 2010 年的 32%上升到 2013 年的 50%[5]，但许多国家仍在努力将承诺转化为行动，特别是发展中国家。主要障碍包括：缺乏将处理非传染性疾病问题的措施纳入本国实现可持续发展目标相关工作的政策专长；通过双边和多边渠道获得技术援助以加强国家能力的需求没有得到满足，而各国需要这种能力方可发展本国应对非传染性疾病的多部门方法；卫生筹资模式的变化（更多的负担要由本国预算承担上）；对危害健康产品增税以确保为自行就国家对策筹资的分析、法律和税务能力不足；企业界的干扰妨碍了某些措施的实施。

[1] 文件 A69/10 第 16-18 段，此判断的基础是 2015 年非传染性疾病进展监测数据，见 http://www.who.int/nmh/publications/ncd-progress-monitor-2015/en/（2016 年 10 月 10 日访问）。

[2] 联合国大会在 68/300 号决议（2014 年）中通过 http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/68/300（2017 年 5 月 2 日访问）。

[3] 评估将以世卫组织全球非传染性疾病防治国家能力调查的结果为基础，该调查将于 2017 年上半年进行。相关问答文件见 http://www.who.int/nmh/events/2015/technical-note-qa-en.pdf?ua=1（2016 年 5 月 2 日访问）。

[4] 见 http://www.who.int/nmh/events/2015/technical-note-en.pdf?ua=1（2017 年 5 月 2 日访问）。

[5] 见联合国大会 68/300 号决议（2014 年）决议第 12 段。

8. 为帮助会员国克服这些障碍，秘书处继续通过 2016-2017 年规划预算规划领域 2.1（非传染性疾病）所列现有行动扩大技术援助。自 2016 年 5 月以来的产出包括：

- 启动数据促健康规划，支持会员国就非传染性疾病危险因素开展入户调查（2016 年 6 月）[1]；
- 更新有关饱和脂肪酸和反式脂肪摄入对血脂影响的系统评价（2016 年 6 月）[2]；
- 发布评估各国预防和控制非传染性疾病能力的 2015 年全球调查报告（2016 年 7 月）[3]；
- 启动有关非传染性疾病防治的全球宣传行动（2016 年 7 月）[4]；
- 发布有关在初级卫生保健中管理心血管疾病的一揽子技术措施（2016 年 9 月）[5]；
- 在第九次全球健康促进大会（上海，2016 年 11 月 21-24 日）上通过 2030 年可持续发展议程的《上海健康促进宣言》[6]，其中载明了若干明确的政治选择，各国政府可将之纳入其对 2030 年议程的宏大的国家对策中；
- 启动国际电信联盟/世卫组织联合全球规划，即“保持健康，保持灵动”（Be He@althy, be mobile）的第二阶段（2016 年 11 月）[7]；
- 启动世卫组织全球非传染性疾病文件库（2016 年 12 月）[8]；
- 与联合国系统其它机构一道启动三个全球联合规划（2016 年 9 月）[9]；
- 发布有关膳食和预防非传染性疾病的财政政策报告（2016 年 10 月）[10]；

[1] 见 http://www.who.int/nmh/events/2015/bloomberg-data-for-health/en/（2017 年 5 月 2 日访问）。

[2] 见 http://www.who.int/nutrition/en/，http://www.who.int/nutrition/publications/nutrientrequirements/sfa_systematic_review/en/和 http://www.who.int/nutrition/publications/nutrientrequirements/tfa_systematic_review/en/（2017 年 5 月 2 日访问）。

[3] 见 http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2016/noncommunicable-diseases-global-commitments/en/和 http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246223/1/9789241565363-eng.pdf?ua=1（2017 年 5 月 2 日访问）。

[4] 见 http://www.who.int/ncds/gcm/launch-of-WHO-GCC-at-UN-new-york/en/（2017 年 5 月 2 日访问）。

[5] 见 http://www.who.int/cardiovascular_diseases/global-hearts/en/（2017 年 5 月 2 日访问）。

[6] http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration/en/（2017 年 5 月 2 日访问）。

[7] http://www.itu.int/en/ITU-D/ICT-Applications/eHEALTH/Be_healthy/Pages/Be_Healthy.aspx（2017 年 5 月 2 日访问）。

[8] https://extranet.who.int/ncdccs/documents/Db（2017 年 5 月 2 日访问）。

[9] 见 http://www.who.int/ncds/un-task-force/events/unga-friends-meeting-2016/en/ (2016 年 10 月 10 日访问)。

[10] 见 http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/fiscal-policies-diet-prevention/en/（2016 年 11 月 3 日访问）。

- 发起关于非传染性疾病治理、卫生保健、预防和监测的实践社区，以促进会员国之间交流经验教训（2017 年 1 月）[1]；

- 关于非国家行为者发挥作用，支持各国实现有关非传染性疾病的可持续发展目标的具体目标 3.4 的国家努力的全球对话会议（2016 年 11 月）；[2]

- 发表国家癌症研究所烟草控制专题报告，《烟草和烟草控制经济学》[3]；

- 秘书长提交联合国经济及社会理事会的关于世卫组织主导的联合国预防和控制非传染性疾病机构间工作队 2016 年 6 月至 2017 年 3 月的年度进展报告[4]。

9. 此外，秘书处也在完成下文所列具体全球任务相关工作，以供会员国审议。

具体全球任务

更新后的《2013-2020 年预防和控制非传染性疾病全球行动计划》附录 3 草案

10. WHA66.10 号决议（2013 年）第 3(10)段要求总干事根据新的科学证据就更新 2013-2020 年预防和控制非传染性疾病全球行动计划附录 3 提出建议。据此，2015 年举行了一次专家组会议，就适当方法和证据审查向秘书处提供意见[5]。

11. WHA69.6 号决议第 5(1)段，请总干事根据文件 A69/10 附件 2 载明的时间表，通过执行委员会向 2017 年第七十届世界卫生大会提交更新后的《2013-2020 年预防和控制非传染性疾病全球行动计划》附录 3。

12. 根据这些决议，秘书处于 2016 年 5 月向各常驻日内瓦代表团介绍了附录 3 更新过程。该过程包括：第二次专家组会（2016 年 6 月 27-28 日）[6]；就日期为 2016 年 7 月 25 日的有关附录 3 更新草案的世卫组织讨论文件开展网络磋商（2016 年 7 月 25 日至 9 月

[1] http://www.who.int/global-coordination-mechanism/news/communities-of-practice/en/（2017 年 5 月 2 日访问）。
[2] http://www.who.int/global-coordination-mechanism/dialogues/en/（2017 年 5 月 2 日访问）。
[3] http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/tobacco-control-lives/en/（2017 年 5 月 2 日访问）。
[4] 该进展报告将由经社理事会发表，于 2017 年 6 月 7 至 9 日在纽约举行的协调和管理会议期间供会员国审议（见 https://www.un.org/ecosoc/en/about-the-cmm）。
[5] 见 http://www.who.int/nmh/events/meeting-report-consultation-on-appendix-3-final.pdf?ua=1（2017 年 5 月 3 日访问）。
[6] 见 http://www.who.int/nmh/events/appendix3-2nd-technical-meeting-report-25july2016.pdf?ua=1（2017 年 5 月 3 日访问）。

1 日）；一次会员国非正式磋商（2016 年 8 月 24 日）；一次非国家行为者非正式听证会（2016 年 8 月 25 日）。世卫组织网站载有关于该过程及迄今结果的介绍[1]。

13. 考虑到迄今为止收到的反馈意见，秘书处准备了一份更新后附录 3 的草案，供会员国审议，见本文件附件 1。文件 EB140/27 向执行委员会介绍了该附件，此后，在对附件的修改中，更新了减少烟草使用政策选项的清单，以考虑到最新的科学知识、现有证据和对国际经验的审查。

14. 秘书处于 2017 年 4 月 24 日召开了一次情况通报会，向会员国提供说明与附件 3 所列干预措施有关的基础分析的补充信息，以及关于附录 3 中所载发明的支持性证据的其它技术介绍[1]。

用于登记和公布非国家行为者为实现非传染性疾病方面九项自愿目标所作贡献的办法草案[2]

15. 联合国大会在 2014 年有关全面审查和评估预防和控制非传染性疾病进展的联合国大会高级别会议成果文件第 37 段中，吁请世卫组织在预防和控制非传染性疾病全球综合协调机制范围内与会员国协商，同时确保适当保护以免受既得利益的影响，在 2015 年底以前拟定一种办法，用于登记和公布私营部门、慈善实体和民间社会为实现非传染性疾病九项自愿目标所作的贡献。

16. 秘书处按照该决议，就拟定办法向第六十九届世界卫生大会提交报告[3]，概述了秘书处 2016 年建议探索的概念框架。报告还初步提出一套总原则并对潜在风险进行了初步分析。会员国通过 WHA69.6 号决议，批准在 2016 年继续拟定该办法，要求总干事根据文件 A69/10 附件 4 载明的时间表，通过执行委员会向 2017 年第七十届世界卫生大会提交一份报告，阐明该方法。

17. 根据 WHA69.6 号决议，秘书处于 2016 年 9 月向各常驻日内瓦代表团介绍了秘书处为完成拟定方法的工作拟遵循的程序。这一过程在世卫组织网站[4]上有所描述，包括了就日期为 2016 年 9 月 26 日的阐述该办法草案的世卫组织讨论文件开展的网络磋商（2016

[1] 见 http://www.who.int/ncds/governance/appendix3-update/en/（2017 年 5 月 3 日访问）。

[2] 联合国大会第 68/300 号决议第 37 段提及“私营部门、慈善实体和民间社会”。但是，为世界卫生大会讨论的目的，我们假设世卫组织与非国家行为者交往框架第 8 段指出的所有非国家行为者均包括在本办法范畴之内（即非政府组织、私营部门实体、慈善基金会和学术机构）。

[3] 文件 A69/10，附件 4。

[4] 见 http://www.who.int/ncds/governance/measure-non-state-contribution/en/（2017 年 5 月 3 日访问）。

年 9 月 26 日至 10 月 14 日）。秘书处已对通过网络磋商收集的反馈意见给予适当考虑，并将其体现在本文件附件 2 所载经修改的办法草案中。该工作仍在进行中。

预防和控制非传染性疾病全球协调机制 2018-2019 年期间工作计划方案

18. 预防和控制非传染性疾病全球协调机制职权范围第 15 段[1]，要求总干事通过执行委员会向卫生大会提交全球协调机制工作计划草案，列明该机制的活动。

19. 根据该要求，秘书处制定了 2018-2019 年期间全球协调机制工作计划方案，供会员国审议，见本文件附件 3。

评价

20. 根据《2013-2020 年预防和控制非传染性疾病全球行动计划》[2]第 60 段和 2016-2017 年评价工作计划[3]，秘书处将召集一个有代表性的利益攸关方（包括会员国和国际伙伴）小组，从 2017 年第二季度始到 2017 年第三季度末开展工作，对全球行动计划的实施进展进行中期评价。评价结果将通过执行委员会报告第七十一届卫生大会。

21. 根据对预防和控制非传染性疾病全球协调机制进行初步评价的方法[4]、全球协调机制的职权范围第 19 段、2016-2017 年评价工作计划，卫生大会将在 2017 年 5 月至 2018 年 1 月期间对全球协调机制进行初步评价，以评估其结果和附加值。评价结果将通过执行委员会报告第七十一届卫生大会。

将于 2018 年召开的联合国大会预防和控制非传染性疾病问题第三次高级别会议筹备进程

22. 针对 2014 年有关全面审查和评估预防和控制非传染性疾病进展的联合国大会高级别会议成果文件第 38 段要求，2017 年 9 月，总干事将向联合国大会提交关于成果文件和 2011 年《预防和控制非传染性疾病问题联合国大会高级别会议的政治宣言》执行进

[1] 文件 A67/14 Add.1，附件，附录 1。
[2] 见 WHA66.10 号决议（2013 年）。
[3] 文件 EB138/2016/REC/1，附件 3。
[4] 文件 A68/11，附件 3，附录 2。

展情况的报告[1]，为大会在 2018 年全面审查预防控制非传染性疾病领域的进展做准备。文件 A69/10 附件 7 描述了该报告的轮廓。

23. 与 2011 年筹备联合国大会第一次高级别会议时一样，秘书处将在 2017 年 10 月至 2018 年 5 月期间酌情举行全球和区域会员国多部门非正式磋商，为第三次高级别会议本身及其筹备工作提供投入。将通过执行委员会向第七十一届卫生大会报告这些非正式磋商的结果。

24. 乌拉圭总统将主持定于 2017 年 10 月 18 日至 20 日在蒙得维的亚召开的世卫组织非传染性疾病全球会议：加强对到 2030 年达成可持续发展目标关于非传染性疾病的具体目标 3.4 产生影响的不同决策领域之间的政策一致性[2]。会议的任务授权来自世卫组织全球协调机制 2016-2017 年期间预防和控制非传染性疾病的工作计划行动 1.3[3]，以及将于 2018 年召开的联合国大会预防和控制非传染性疾病问题第三次高级别会议筹备进程。全球会议预计将产生一份简明的成果文件供与会者批准，其中将载明会员国可考虑实施的达成可持续发展目标具体目标 3.4 的路线图。

卫生大会的行动

25. 请卫生大会注意本报告，并通过执行委员会在 EB140.R7 号决议中建议的决议草案。

[1] 联合国大会在第 66/2 号决议（2011 年）中通过。
[2] 更多信息将载于 www.who.int/montevideo2017。
[3] 见文件 A68/11，附件 3。

附件 1

更新后的《2013-2020 年预防和控制非传染性疾病全球行动计划》附录 3 草案

什么是附录 3?

1. 附录 3 是《2013-2020 年预防和控制非传染性疾病全球行动计划》的一部分。它包括一份政策方案和具有成本效益的干预措施菜单，目的是协助会员国根据本国国情采取行动实现预防和控制非传染性疾病九项全球自愿目标（不影响各国制定税收和其它政策的主权权利）。这些方案和措施按全球行动计划的六个目标分组。清单并未穷尽所有措施，其目的是基于现有证据提供有关以人口为基础的干预措施和个别干预措施的有效性和成本效益的信息和指导，并为未来发展并扩大证据基础奠定基础。各国正在根据本国国情实施全球行动计划，而附录 3 已被用于拟定国家行动计划并将其确定为重点。

为什么要更新附录 3?

2. 已经应会员国请求对附录 3 进行了更新，其中考虑了有关成本效益的新出现证据以及自 2013 年通过全球行动计划以来世卫组织发布的新建议，并根据使用第一版附录 3 的经验教训对现有干预措施组合进行了微调。全球行动计划将于 2020 年到期，任何未来的更新都将成为拟定其后的非传染性疾病防治全球战略工作的一部分。

有哪些改变?

3. 目标 1（提高非传染性疾病的优先地位）、2（加强领导和治理）、5（研究）和 6（监测和评估）下所列政策方案是与过程有关的建议，未做改变。而在目标 3（风险因素）和 4（卫生系统）之下，更新后的附录 3 包括总计 86 项干预措施和首要/促进性行动，比最初清单（62 项）有所增加。这一方面是由于获得更多科学证据，另一方面是因为需要将之前的一些措施（例如“减少盐摄入量”）分解为更明确、更可实施的行动。

4. 和最初版的附录 3 一样，一些干预措施被认为是最具成本效益且实施是可行的，在文件中体现为粗体。在更新后的附录 3 中，16 项干预措施用粗体标注[1]，而第一版是 14

[1] 在低收入和中低收入国家挽回每个残疾调整生命年的平均费效比≤100 国际美元。国际美元是一种假设的货币单位，在任何给定时点，其与美元在美国的购买力平价相同。

项，确定这些干预措施的方法也进行了修改[1]。其它干预措施的成本效益分析可以利用世卫组织选择具有成本效益的干预措施项目（WHO-CHOICE）进行，其顺序按费效比从高到低排列[2]。还列出了尚未进行“世卫组织选择具有成本效益的干预措施”分析但已经在世卫组织指南和技术文件中出现的措施。在解读这些清单时需要小心。例如，没有进行“世卫组织选择具有成本效益的干预措施”分析并不一定意味着该措施不具有成本效益、不可负担或不可行，相反，是存在不能完成该分析的方法或能力原因。清单依据的经济分析在技术附件中[3]，包括评估费效比、卫生影响和实施的经济成本。这些经济分析结果提出一套参数供会员国考虑，但必须强调，利用这些全球分析时应同时开展并利用本地情况分析。世卫组织还有其它可以帮助各国对本国国情下的具体干预措施进行成本核算的工具，例如“同一健康工具”[4]。

非财政考虑因素的重要性

5. 成本效益分析是一种有用的工具，但也有局限性，不能作为决策的唯一基础。在选择预防和控制非传染性疾病的干预措施时，应考虑其有效性、费效比、是否可负担、实施能力、本国环境下的可行性及对卫生公平的影响，还应考虑是否有必要结合基于整体人口的措施和个别措施。

6. 更新后的附录 3 表格增加了一列，内容是在某些环境下可能影响特定干预措施可行性的重要非财政考虑因素。预防和控制非传染性疾病的许多干预措施需要将多部门效益和成本考虑在内，全球行动计划附录 5 举例列出了这些干预措施的多部门方面。考虑到具体国情的重要性，不可能给每项干预措施评定公平等级。但是，一般而言，包括财政政策和环境变化在内的以人口为基础的干预措施对减少预防控制非传染性疾病方面不平等潜力最大[5]。个别措施，特别是涉及教育和提高认识的行动，最有可能扩大不平等，应伴之以评估和处理行为变化其它障碍的措施。对任何干预措施而言，均需考虑并评估其对卫生不平等的影响，以确保政策对所有人口群体都有效[6]。

[1] 更新后的附录 3 中以粗体字所列干预措施是根据经济分析确定的。更新后的附录 3 表格新设一列，内容是可能在一些环境下影响某些干预措施可行性的重要非财政考虑因素。

[2] 以低收入和中等收入环境下的费效比为基础。

[3] 技术附件草案见日期为 2016 年 7 月 25 日的有关更新后的附录 3 草案的世卫组织讨论文件，关于这一进程的更新附录的信息，见 http://who.int/ ncds/governance/appendix3-update/en/（2017 年 5 月 3 日访问）。

[4] http://www.who.int/choice/onehealthtool/en/（2017 年 5 月 3 日访问）。

[5] 示例见 http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/247638/obesity-090514.pdf；http://www.euro.who. int/__data/assets/pdf_file/0005/247640/tobacco-090514.pdf?ua=1；和 http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/247629/Alcohol-and-Inequities.pdf（2017 年 5 月 3 日访问）。

[6] 例如，提高烟草价格的同时为穷人提供戒烟支持，确保调整食品配方涵盖整个产品范围而不仅仅是更贵的食品。

技术附件

7. 根据专家和会员国的反馈意见，更新后的附录 3 包括一份技术附件[1]。该附件提供有关确定和分析干预措施并为低收入和中低收入、中高收入和高收入国家分别呈现经济分析结果的方法的更详细信息。秘书处将探索提供互动网络工具的方案，使用户能够根据自身需求比较信息并对其进行排序。还将单独发表经同行评议的科学论文，详细描述进行这些分析的“世卫组织选择具有成本效益的干预措施”方法，包括假设、证据强度和为每项干预措施开发模型时参考的单项研究。论文将提供开放使用，可公开获得。

政策方案菜单		重要非财政考虑因素 [a]	世卫组织工具 [b]
目标 1			
首要/促进性行动	• 提升对预防和控制非传染性疾病的公众和政治意识、理解和实践 • 将非传染性疾病纳入社会和发展议程及减贫战略 • 为资源筹措、能力建设、卫生人力培训及经验教训和最佳实践交流加强国际合作 • 酌情联系并动员民间社会和私营部门并加强国际合作，以支持在全球、区域和国家层面实施行动计划 • 实施目标 1 下的其它政策方案		– 世卫组织 2014 年全球非传染性疾病现状报告 – 世卫组织实况报道 – 2014 年非传染性疾病国家概况 – 国际癌症研究机构 2008 年全球肿瘤流行病统计数据
目标 2			
首要/促进性行动	• 在不影响各国决定税收和其它政策的主权权利情况下，重视并根据需要提高分配给预防和控制非传染性疾病工作的预算 • 评估各国预防和控制非传染性疾病的能力 • 通过联系多利益攸关方制定并实施预防控制非传染性疾病的国家多部门政策和计划 • 实施目标 2 下的其它政策方案，加强国家能力建设，包括人力和机构能力、领导力、治理、多部门行动和促进预防控制非传染性疾病的伙伴关系		– 联合国秘书长的说明 A/67/373 – 非传染性疾病防治国家能力调查工具 – 用于制定、实施和监测国家多部门行动计划的在线非传染性疾病 MAP 工具

[1] 技术附件草案见日期为 2016 年 7 月 25 日的有关更新后的附录 3 草案的世卫组织讨论文件，可由 http://who.int/ncds/governance/appendix3-update/en/获取（2016 年 10 月 10 日访问）。将在执委会第 140 届会议之后、第七十届世界卫生大会之前更新。

政策方案菜单		重要非财政考虑因素[a]	世卫组织工具[b]
目标 3			
烟草使用			
首要/促进性行动	《世卫组织烟草控制框架公约》**缔约方：** • 加强《世卫组织烟草控制框架公约》及其议定书的有效实施 • 建立并实施国家机制，协调将《世卫组织烟草控制框架公约》作为国家战略一部分实施，并明确其任务授权、职责和资源 非《世卫组织烟草控制框架公约》**缔约方会员国：** • 考虑实施《世卫组织烟草控制框架公约》及其议定书所载措施，该公约是全球烟草控制的基本文书		– 《世卫组织烟草控制框架公约》、其实施准则和《消除烟草制品非法贸易议定书》 – 根据《世卫组织烟草控制框架公约》减少烟草需求的MPOWER能力建设模块（2011-2014 年） – MPOWER 政策措施（2009 年） – 世卫组织全球烟草流行报告（2008、2009、2011、2012 和 2015 年）
	• **提高烟草制品营业税和价格**		– 评估各国实施有效控烟政策的能力（2011 年） – 各国实施《世卫组织烟草控制框架公约》第 5.3 条的技术资源（2012 年） – 世卫组织烟草税模拟模型（TaXSiM）（2014 年） – 世卫组织烟草税管理技术手册（2010 年） – 《国际癌症研究机构癌症预防手册》/第 12 卷（2008 年）、第 13 卷（2009 年）、第 14 卷（2011 年）

政策方案菜单		重要非财政考虑因素[a]	世卫组织工具[b]
有世卫组织选择具有成本效益的干预措施分析[c]	• **实施平装/标准化包装及/或在所有烟草包装上使用大幅图片卫生警语** • **制定并实施法律，全面禁止烟草广告、促销和赞助** • **消除所有室内工作场所、公共场所、公共交通的二手烟暴露** • **实施有效的大众媒体宣传行动，教育公众吸烟/使用烟草和二手烟的危害** • 为所有想戒烟的人提供戒烟方面的有效支持（包括简短建议、全国性免费戒烟热线服务），此种支持应覆盖成本并面向全民		– 烟草制品平装：证据、设计和实施（2016 年） – 禁止烟草广告、促销和赞助：你需要知道什么（2013 年） – 让你的城市无烟：小册子（2011 年）和研讨会材料包（2013 年） – 无烟电影：从证据到行动（第 3 版）（2016 年） – 保护人们免受烟草烟雾危害：无烟环境（2011 年） – 无烟草大型活动指南（2009 年） – 关于保护人们免受二手烟危害的政策建议（2007 年） – 加强卫生系统，促进在初级保健系统治疗烟草依赖（2013 年） – 戒烟热线咨询员培训：电话咨询（2014 年） – 发展并改进国家免费戒烟热线服务（2011 年） – 直面贸易和投资自由化新时代的烟草流行（2012 年）
没有世卫组织选择具有成本效益的干预措施分析	• 实施减少烟草制品非法贸易的措施 • 禁止跨境广告，包括使用现代传播手段 • 为想戒烟的人提供移动戒烟服务		

政策方案菜单		重要非财政考虑因素[a]	世卫组织工具[b]
有害使用酒精			
首要/促进性行动	• 在建议的目标领域采取多部门行动实施世卫组织减少有害使用酒精全球战略 • 加强领导作用，增加对处理有害使用酒精的承诺并提高能力 • 通过相关宣传、业务研究、改善监督监督系统等工作提高对有害使用酒精导致问题的规模和性质的认识并加强相关知识基础		– 减少有害使用酒精全球战略（2010 年）（WHA63.13 号决议） – 世卫组织酒精与健康全球状况报告（2014 年） – 世卫组织有关有害使用酒精的实况报道和政策简报
有世卫组织选择具有成本效益的干预措施分析[c]	• **提高对酒精饮料征收的营业税** • **制定并执行针对酒类广告的禁令或全面限制令（跨多种媒体类型）** • **立法（通过缩短销售时间）限制零售酒类的实际可获得性并执行** • 执行并实施有关酒驾和设立检查点测量血液酒精浓度的法律 • 为危险和有害使用酒精者提供短期社会心理干预	– 需要有效的税务系统，并应结合防止避税和逃税的工作 – 要求具备实施和执行立法和法规的能力 – 对销售的正式控制应以处理非法或非正式酒类生产的措施为补充 – 要求分配足够人力资源和设备 – 要求各级卫生保健机构有经过培训的服务提供者	– 世卫组织减少有害使用酒精全球战略实施工具包（2017 年） – 酒精税资源手册（2017 年） – 酗酒、吸烟和物质使用筛查检验及相关短期干预措施手册（2011 年） – 对危险和有害饮酒的短期干预：初级卫生保健使用手册（2001 年）

政策方案菜单		重要非财政考虑因素[a]	世卫组织工具[b]
没有世卫组织选择具有成本效益的干预措施分析	• 定期审查价格与通货膨胀和收入水平之间的关系 • 可行的情况下确定酒类最低限价 • 制定并实施有关购买和饮用酒精饮料的最低年龄限制和降低零售点儿密度的法律 • 限制或禁止通过针对年轻人的赞助和活动促销酒精饮料 • 在卫生和社会服务中提供对酒精使用障碍及其共病的预防、治疗和护理 • 向消费者提供信息，要求酒类标签说明酒精相关危害		– 世卫组织执行减少有害使用酒精全球战略的工具包（2017年） – 精神卫生差距行动规划干预指导 2.0（2016 年）
不健康饮食			
首要/促进性行动	• 实施饮食、身体活动与健康全球战略 • 落实世卫组织有关向儿童推销食品和非酒精饮料的建议		– 饮食、身体活动与健康全球战略（2004年） – 世卫组织关于向儿童推销食品和非酒精饮料的一系列建议（2010 年） – 实施关于向儿童推销食品和非酒精饮料的一系列建议的框架（2012 年）

政策方案菜单		重要非财政考虑因素[a]	世卫组织工具[b]
有世卫组织选择具有成本效益的干预措施分析[c]	• **调整食品配方降低含盐量并确定食品和餐饭含盐量目标，从而减少盐摄入量** • **在医院、学校、工作场所和疗养院和公共机构中建立支持性环境，促进提供低钠份饭，从而减少盐摄入量** • **开展促进行为变化的宣传和大众媒体行动，推动减少盐摄入量** • **落实包装正面标签规定，减少盐摄入量** • 通过制定立法禁止在食物链中使用消除工业反式脂肪 • 通过对含糖饮料有效收税减少糖消费量	– 需要与相关部委一道开展多部门行动并获得民间社会支持 – 需要监管能力和多部门支持	– 用于监管对儿童推销食品和非酒精饮料的世卫组织营养素度量模型 – 终止儿童肥胖委员会的报告（2016 年） – 世卫组织营养行动证据电子数据库（eLENA） – 有关健康饮食的实况报道 – 哪些饮食和身体活动干预措施有效：摘要报告（2009 年） – 指南：成人和儿童钠摄入量（2012 年） – 指南：成人和儿童钾摄入量（2012 年） – 改变吃盐习惯：减盐技术配套包（2016 年） – 指南：成人和儿童糖摄入量（2015 年） – 促进饮食和预防非传染性疾病的财政政策（2016 年）
没有世卫组织选择具有成本效益的干预措施分析[c]	• 促进并支持生命前六个月纯母乳喂养，包括促进母乳亲喂		– 婴幼儿喂养全球战略（2003 年） – 国际母乳代用品销售守则（1981 年） – 成功母乳喂养十步骤的证据（1998 年） – 母乳代用品销售：各国实施国际守则状况报告（2016 年） – 爱婴医院倡议：改变、更新并扩大综合保健（2009 年）

政策方案菜单		重要非财政考虑因素[a]	世卫组织工具[b]
没有世卫组织选择具有成本效益的干预措施分析[c]	• 实施补贴政策，增加摄入水果和蔬菜 • 通过调整配方、标签、财政政策或农业政策用不饱和脂肪代替反式脂肪和饱和脂肪 • 限制份量和包装大小，以减少能量摄入和超重/肥胖风险 • 在不同环境下实施营养教育和咨询（例如在学前班、学校、工作场所和医院），推动增加摄入水果和蔬菜 • 落实营养标签要求，减少总能量摄入（千卡）及糖、钠和脂肪摄入		– 健康饮食的五个关键（2016 年） – 水果蔬菜促健康（2004 年） – 基于人口的儿童期肥胖症预防方法（2012 年） – 基本营养行动：改善孕产妇、新生儿和婴幼儿健康和营养（2013 年） – 各国实施《婴幼儿喂养全球战略》规划指南（2007 年） – 学校政策框架：实施世卫组织饮食、身体活动与健康全球战略（2008 年） – 为促进营养学校倡议确定框架（2006 年）
	• 开展有关健康饮食的大众媒体宣传行动，包括社会营销，以减少脂肪、饱和脂肪、糖和盐的总摄入量，促进食用更多水果和蔬菜		– 确定基于人口的儿童期肥胖症预防工作的重点行动领域（2012 年）

政策方案菜单		重要非财政考虑因素 [a]	世卫组织工具 [b]
缺乏身体活动			
首要/促进性行动	• 实施饮食、身体活动与健康全球战略		– 有关进行身体活动促进健康的全球建议（2010 年） – 终止儿童肥胖委员会的报告（2016 年） – 哪些针对饮食和身体活动的干预措施有效：摘要报告（2009 年） – 世卫组织饮食、身体活动与健康全球战略：监督和评估实施情况框架（2008 年） – 身体活动技术配套包草案
有世卫组织选择具有成本效益的干预措施分析 [c]	• 利用短期干预措施，在初级卫生保健服务范围内提供身体活动咨询和转诊 • **培育公众意识，开展激励沟通，促进身体活动，包括通过大众媒体行动促进身体活动方面的行为变化**	– 初级保健机构需要具备充足的经过培训的能力	

政策方案菜单		重要非财政考虑因素[a]	世卫组织工具[b]
没有世卫组织选择具有成本效益的干预措施分析	• 确保宏观层面的城市设计考虑如下核心要素：居住密度、包括人行道在内的相互连通的街道网络、到各个目的地的便捷交通以及能利用公交 • 实施“整个政府”的规划，其中包括高质量体育教育以及提供足够设施和规划支持所有儿童进行身体活动 • 使人能够便捷、安全地利用高质量室外公共场所以及要有足够基础设施用于走路和骑车 • 实施由多项内容组成的工作场所和身体活动规划 • 通过组织体育小组、俱乐部、规划和赛事促进身体活动	– 要求卫生以外其它部门的参与和能力	– 基于人口的提高身体活动水平的方法指南（2007 年） – 确定基于人口的儿童期肥胖症预防工作的重点行动领域（2012 年） – 基于人口的儿童期肥胖症（2012 年） – 学校政策框架（2008 年） – 在校内促进身体活动：促进健康学校的重要要素（2007 年） – 高质量体育教育一揽子配套政策（2014 年） – 通过饮食和身体活动在公共场所预防非传染性疾病（2008 年）
目标 4			
	• 将非常具有成本效益的非传染性疾病干预措施纳入基本的初级卫生保健服务，包括向各级转诊的系统，以推进全民健康覆盖议程 • 探索有证据支持、切实可行的卫生供资机制和创新经济工具 • 扩大早期发现和覆盖，将非常具有成本效益且影响大的干预措施确定为重点，包括处理行为危险因素的干预措施 • 培训卫生人力并加强卫生系统能力，特别是在初级保健层面，以促进预防和治疗非传染性疾病		– 世卫组织非传染性疾病一揽子基本干预措施在低资源区初级卫生保健中的应用（2013 年） – 世卫组织基本药物标准清单 – 加强护理和助产服务对实现千年发展目标做出贡献的能力 – 逐步加大针对非传染性疾病采取的行动：费用有多大？（2011 年）

政策方案菜单		重要非财政考虑因素[a]	世卫组织工具[b]
首要/促进性行动	• 使治疗主要非传染性疾病的可负担基本技术和基本药物（包括仿制药）在公立和私营机构更可获得 • 实施目标 4 下其它具有成本效益的干预措施和政策方案，以便加强并调整卫生系统，使之能够通过以人为本的卫生保健服务及全民健康覆盖处理非传染性疾病及其危险因素 • 制定并实施姑息治疗政策，包括能够利用阿片类镇痛药缓解痛苦及培训卫生工作者 • 扩大利用数字技术，使获得卫生服务更为便利有效，从而促进预防非传染性疾病，并降低提供卫生保健的成本		– 卫生系统筹资：实现全民覆盖的道路（2010 年）
心血管疾病和糖尿病			
有世卫组织选择具有成本效益的干预措施分析[c]	• **为曾发生过心脏病发作或脑卒中的个人以及在今后 10 年内有致命和非致命心血管事件高度风险（≥30%）的人提供药物治疗（包括使用总风险[1]思路进行糖尿病血糖控制和高血压控制）和咨询**	– 在所有资源环境下均可行，包括由非医师卫生工作者进行	– 全球心血管疾病防治地图集（2011 年）
	• **为曾发生过心脏病发作或脑卒中的个人以及在今后 10 年内有致命和非致命心血管事件中高风险（≥20%）的人提供药物治疗（包括使用总风险思路进行糖尿病血糖控制和高血压控制）和咨询**	– 降低风险阈值有助于增加健康收益，但也会增加实施成本	– 世卫组织/国际高血压学会心血管风险预测图 – 低资源环境初级卫生保健指南（2012 年）
	• 用乙酰水杨酸、或乙酰水杨酸和氯吡格雷、或溶栓疗法或经皮冠状动脉介入疗法治疗急性心肌梗死新病例[2]	– 方案选择取决于卫生系统能力	
	• 使用静脉溶栓疗法治疗急性缺血性脑卒中	– 需要具备诊断缺血性脑卒中的能力	– 高血压全球概要（2013 年）
	• 在初级保健机构增加对链球菌性咽炎的适当治疗，开展风湿热和风湿性心脏病的初级预防	– 取决于具体国家或亚人群的流行率	– 使用抗逆转录病毒药物治疗和预防艾滋病毒感染综合指南：新情况（2015 年）

[1] 总风险是指一个个人在给定时间（例如 10 年）内经历一次心血管疾病事件（例如心肌梗死或脑卒中）的概率。
[2] 所有场景下的成本核算均假设利用医院诊疗服务。

政策方案菜单		重要非财政考虑因素 [a]	世卫组织工具 [b]
	• 开展风湿热和风湿性心脏病的二级预防，做法是建立定期预防性使用青霉素的患者登记薄		– 在初级卫生保健中管理心血管疾病的 HEARTS 一揽子技术（2016 年）
没有世卫组织选择具有成本效益的干预措施分析	• 用血管紧张素转换酶抑制剂、β-受体阻滞剂和利尿剂治疗充血性心力衰竭 • 心肌梗死后心脏复健 • 对中高风险非瓣膜性心房颤动和二尖瓣狭窄伴心房颤动进行抗凝治疗 • 低剂量乙酰水杨酸防治缺血性脑卒中 • 卒中病房的急性脑卒中护理和康复		
糖尿病			
有世卫组织选择具有成本效益的干预措施分析 [c]	• 为糖尿病患者提供预防性足保健(包括教育规划、获得适当鞋类、多学科诊所) • 为所有糖尿病患者提供糖尿病视网膜病变筛查，用激光凝固疗法预防失明 • 糖尿病患者进行有效的血糖控制，使用胰岛素治疗者进行标准家庭血糖监测，以减少糖尿病并发症	– 需要有效的患者随访制度	– 低资源环境初级卫生保健指南（2012 年） – 全球糖尿病报告（2016 年）
没有世卫组织选择具有成本效益的干预措施分析	• 采取生活方式干预措施，预防 2 型糖尿病 • 糖尿病患者接种流感疫苗 • 为患有糖尿病的育龄妇女提供孕前保健，包括患者教育和强化血糖管理 • 对糖尿病患者进行蛋白尿筛查，并使用血管紧张素转换酶抑制剂治疗，以预防并延迟肾病		

	政策方案菜单	重要非财政考虑因素 [a]	世卫组织工具 [b]
癌症			

有世卫组织选择具有成本效益的干预措施分析 [c]	• **9-13 岁少女接种（2 剂）人乳头状瘤病毒疫苗**
	• **筛查 30-49 岁妇女，预防宫颈癌，可选用如下技术：**
	  • **醋酸试验肉眼观察法，并结合及时治疗癌前病变**
	  • **每三五年进行一次巴氏涂片（宫颈细胞学）检查，并结合及时治疗癌前病变**
	  • **每五年进行一次人乳头状瘤病毒检测，并结合及时治疗癌前病变**
		– 醋酸试验肉眼观察法在低资源环境下可行，包括可由非医师卫生工作者进行
		– 巴氏涂片技术需要具备细胞病理学能力
		– 需要有开展有组织的基于人口的筛查和质量控制的系统
			– 国家癌症控制规划核心能力自评工具（2011 年）
			– 低资源环境初级卫生保健指南（2012 年）
			– 将癌症控制知识转化为行动，六个单元（2008 年）

	• 用外科手术或放射疗法+/-化学疗法治疗宫颈癌一期和二期 • 用外科手术+/-全身治疗治疗乳腺癌一期和二期		– 综合控制宫颈癌：一项基本实践指南（2014 年） – 世卫组织乳房摄影筛检立场文件（2014 年） – 治疗癌前宫颈病变并预防宫颈癌的冷冻设备（2012 年） – 监督国家宫颈癌预防和控制规划（2013 年） – 使用冷冻术治疗宫颈上皮内瘤样病变（2011 年）

政策方案菜单		重要非财政考虑因素 [a]	世卫组织工具 [b]
	• （50-69 岁妇女每两年进行一次）乳房摄影筛查，并结合及时诊断和治疗乳腺癌 • 用外科手术+/-化学疗法和放射疗法治疗直肠结肠癌一期和二期 • 对癌症的基本姑息治疗：基于家庭的和医院的多学科团队治疗，并能获得鸦片制剂和基本支持性药物	– 需要有开展有组织的基于人口的筛查和质量控制的系统 – 需要能够获得管制药物用于镇痛	– 临终姑息治疗全球地图集（2014 年） – 规划和落实姑息治疗服务：规划管理人员指南（2016 年） – 药物治疗患病儿童持续疼痛指（2012 年）
没有有世卫组织选择具有成本效益的干预措施分析	• 通过接种乙肝疫苗预防肝癌 • 对高风险人群（例如烟草使用者和嚼食槟榔者）进行口腔癌筛查，并结合及时治疗 • 对 50 岁以上人群进行基于人口的直肠结肠癌筛查，包括酌情进行便潜血检查，并结合及时治疗		– 提高乙肝出生首针接种率的做法（2013 年）
慢性呼吸道疾病			
有世卫组织选择具有成本效益的干预措施分析 [c]	• 吸入沙丁胺醇缓解哮喘患者症状 • 吸入沙丁胺醇缓解慢性阻塞性肺疾病患者症状 • 使用低剂量吸入倍氯米松和短效 β 受体激动剂治疗哮喘		– 低资源环境初级卫生保健指南（2012 年） – 世卫组织室内空气质量指南：特定污染物（2010 年） – 世卫组织空气质量指南：颗粒物、臭氧、氮、二氧化物和二氧化硫（2005 年）
没有世卫组织选择具有成本效益的干预措施分析	• 改良炉灶，使用更清洁的燃料，减少室内空气污染 • 采取具有成本效益的干预措施预防职业性肺部疾病，例如接触二氧化硅粉尘和石棉造成的肺部疾病 • 慢性阻塞性肺疾病患者接种流感疫苗		– 世卫组织室内空气质量指南：家庭燃料燃烧（2014 年） – 制定国家规划消除石棉相关疾病大纲（2014 年）

	政策方案菜单	重要非财政考虑因素[a]	世卫组织工具[b]
目标 5			
首要/促进性行动	• 制定并实施本国的预防控制非传染性疾病重点研究议程 • 将非传染性疾病预防控制研究确定为预算分配重点 • 加强进行研究的人力资源和机构能力 • 通过与国内外研究机构合作加强研究能力 • 实施目标 5 下的其它政策方案，促进并支持进行高质量研究、开发和创新的国家能力		– 预防控制非传染性疾病重点研究议程 2011 – 2013 年世界卫生报告：全民健康覆盖研究 – 公共卫生、创新和知识产权全球战略和行动计划（WHA61.21 号决议）
目标 6			
首要/促进性行动	• 根据全球监测框架制定国家目标和指标，并将其与多部门政策和计划相联系 • 加强进行监测、监督和评估的人力资源和机构能力 • 建立并/或加强非传染性疾病综合监测系统，包括可靠的死因登记、癌症登记、定期收集有关危险因素的数据和监测国家应对情况 • 将非传染性疾病监测纳入国家卫生信息系统 • 实施目标 6 下的其它政策方案，监测非传染性疾病趋势和决定因素并评估预防控制非传染性疾病的进展情况		– 非传染性疾病防治进展监测 2015 – 全球监测框架 – 口头尸检工具 – 阶梯式监测方法 – 全球烟草监测系统 – 全球酒精与健康信息系统 – 营养行动实施情况全球数据库（GINA） – 以学校为基础的全球学生健康调查，国际疾病分类第十版培训工具 – 服务可得性和就绪程度（SARA）评估工具 – 国际癌症研究机构 2008 年全球肿瘤流行病统计数据

[a] 仅具备成本效益并不意味着某项干预措施在所有环境下均可行。本列强调在根据具体国情考虑干预措施是否合适时也应考虑在内的一些关键非财政因素。

[b] 每个目标下的最新世卫组织工具和资源清单可由 http://www.who.int/nmh/ncd-tools/en/获取（2016 年 10 月 10 日访问）。

[c] 粗体字形式出现的是在低收入和中低收入国家挽回一残疾调整生命年的平均费效比少于等于 100 国际美元的干预措施。

附件 2

用于登记和公布非国家行为者为实现非传染性疾病方面九项自愿目标所作贡献的办法草案

进程

1. 联合国大会在 2014 年有关全面审查和评估预防和控制非传染性疾病进展的联合国大会高级别会议成果文件[1]第 37 段中吁请世卫组织“在预防和控制非传染性疾病全球综合协调机制范围内与会员国协商，同时确保适当保护以免受既得利益的影响，在 2015 年底以前拟定一种办法，用于登记和公布私营部门、慈善实体和民间社会为实现非传染性疾病九项自愿目标所作的贡献。”

2. 秘书处针对该决议，就拟定办法问题向第六十九届世界卫生大会提交报告[2]，概述了秘书处建议 2016 年探索的概念框架。报告还初步提出一套总原则并对潜在风险进行了初步分析。

3. 会员国通过 WHA69.6 号决议（2016 年），批准在 2016 年继续拟定该办法，要求总干事根据文件 A69/10 附件 4 载明的时间表，通过执行委员会向 2017 年第七十届世界卫生大会提交一份报告，阐明该方法。

4. 根据 WHA69.6 号决议，秘书处准备了一份阐明该办法草案并列出建议的产出指标的世卫组织讨论文件（2016 年 9 月 26 日版）[3]。2016 年 9 月 26 日至 10 月 14 日，该讨论文件通过网络磋商征求会员国和非国家行为者的意见。秘书处收到来自四个会员国和两个非国家行为者的意见，已在本文件所述办法草案中对收集的反馈意见给予适当考虑。该工作仍在进行。

背景

5. 在 2011 年《预防和控制非传染性疾病问题联合国大会高级别会议的政治宣言》[4]第 37 段中，大会肯定“个人、家庭和社区、政府间组织和宗教机构、民间社会、学术界、

[1] 联合国大会在 68/300 号决议（2014 年）中通过。见 http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/68/300（2017 年 5 月 2 日访问）。

[2] 文件 A69/10，附件 4。

[3] 见 http://www.who.int/ncds/governance/measure-non-state-contribution/en/（2016 年 11 月 4 日访问）。

[4] 联合国大会在第 66/2 号决议（2011 年）中通过。

媒体、志愿社团以及在适当情况下包括私营部门和企业界在内的所有相关利益攸关方在支持预防和控制非传染性疾病的国家努力方面所作出的贡献和发挥的重要作用”，并确认“需要进一步支持加强在这些利益攸关方之间的协调，以便提高这些努力的成效”。

6. 此外，在《政治宣言》第 44 段中，大会呼吁私营部门为增强其对非传染性疾病预防和控制工作的贡献酌情：(a)采取措施实施世卫组织《关于减少向儿童推销不健康食品和非酒精类饮料的影响的一套建议》；(b)考虑生产和促销更多符合健康饮食要求的食品；(c)在工人中促进和创造有利于健康行为的环境；(d)努力减少食品业的用盐量；(e)帮助努力改善预防和控制非传染性疾病的药物和技术的可获得性和可负担性。

7. 在 2014 年有关全面审查和评估预防和控制非传染性疾病进展的联合国大会高级别会议成果文件[1]第 26 段中，联合国大会承认在执行政治宣言第 44 段方面进展有限，指出“尽管越来越多的私营部门实体已开始生产和推销符合健康饮食的食品，但这些产品并不总是在各国所有社区都广泛可负担得起和有货供应”。

8. 虽然已经为会员国建立预防和控制非传染性疾病全球问责框架[2]，但还没有商定预先确定的指标，用于鼓励非国家行为者以最客观且可独立核实的方式登记和公布其为实现非传染性疾病九项自愿目标所作贡献。

办法草案的范围和目的

9. 秘书处在文件 A69/10 附件 4 中提出在拟定办法时需要考虑的若干问题，包括一致性标准、影响标准、参与标准和方法选择。该办法还相应包括(a)一个供非国家行为者使用的自我报告工具和(b)公布非国家行为者使用该工具情况的平台。

10. 2013 年，会员国通过《2013-2020 年预防和控制非传染性疾病全球行动计划》。该计划为会员国提出一整套政策方案并就国际伙伴和私营部门可以采取的行动提出建议。全球行动计划的实施将加快朝 2025 年实现九个自愿全球目标取得进展，并推动实现可持续发展目标中与非传染性疾病有关的具体目标。

11. 秘书处认为，全球行动计划所载国际伙伴的行动是确定办法确保非国家行为者之间协调并与世卫组织向会员国提供的支持保持一致的基石。虽然全球行动计划有时间限制，其目标对于处理非传染性疾病问题并实现可持续发展目标中与非传染性疾病有关的具体目标仍然有意义。

[1] 联合国大会在第 68/300 号决议（2014 年）中通过。
[2] 文件 A69/10 附件 8 总结了该框架。

12. 全球行动计划的六个目标相互促进。一个非国家行为者的活动可能涉及不止一个目标。但是，我们鼓励非国家行为者仅登记与其核心业务领域活动有关的贡献，该核心业务领域应与其战略文件内容一致并且在减少非传染性疾病负担方面能产生最大影响。

13. 秘书处没有能力对非国家行为者的所有活动进行质保。因此，办法草案的目的在于使秘书处进一步指导非国家行为者能够做出哪些贡献以促进加快实现九项目标，包括为不同类别的非国家行为者提出一套建议的产出指标，并促进就非国家行为者这些活动的水平向卫生大会做出总体报告。

参与

14. 考虑到目前有各种行动者开展工作推动与非传染性疾病作斗争而且它们参加的活动范围也很广，只有参与标准具有选择性，非国家行为者参与实施该办法才会有意义。

15. 联合国大会在 2011 年《政治宣言》第 38 段确认烟草业与公共卫生之间存在根本的利益冲突。《世卫组织烟草控制框架公约》第 5.3 条实施准则也承认这种冲突不可调和，并强调烟草业和社会责任之间存在内在矛盾。因此，烟草业不得参与。军火业也不得参与。

16. 参与实施该办法的总体资格可依据非国家行为者对联合国大会第 66/2 号（2011 年）和 68/300 号决议（2014 年）、《世卫组织与非国家行为者交往的框架》[1]及《2013-2020 年预防和控制非传染性疾病疾病全球行动计划》[2]的遵守情况而定。

建议发布办法使用情况的平台

17. 预防和控制非传染性疾病全球协调机制将促进非国家行为者使用该办法。但是，经卫生大会批准后，该办法将成为一种自我报告方法。在公布自我报告工具使用情况的进程中，或需要秘书处就非国家行为者可以用哪些方式对实现九个自愿全球目标作出贡献拟定详细指南，包括制定质量标准和可量化产出指标，以便对照其衡量全球行动计划六个商定目标的实现情况。这一进程也会产生非国家行为者在自身网站上按照秘书处拟定的指南公布其贡献的需要。

[1] 第六十九届世界卫生大会在 WHA69.10 号决议（2016 年）中通过。
[2] 第六十六届世界卫生大会在 WHA66.10 号决议（2013 年）中通过。

18. 为进一步拟定该办法（包括供非国家行为者使用的自我报告工具和公布非国家行为者使用自我报告工具情况的平台），秘书处请会员国就要实现什么目标提供指导，以便：

- 为非国家行为者开发具体自我报告工具，包括相关指标；并

- 开发非国家行为者能够访问并上传自身报告供广泛比较和评估的开放因特网平台。

附件 3

2018-2019 年期间预防和控制非传染性疾病全球协调机制工作计划方案

1. 本工作计划载明 2018-2019 年期间预防和控制非传染性疾病全球协调机制的活动，包括有时限工作小组的活动。这份工作计划考虑了全球协调机制的职权范围[1]、2014–2015 年期间[2]和 2016–2017 年期间[3]工作计划、《2013-2020 年预防和控制非传染性疾病全球行动计划》[4]、《预防和控制非传染性疾病问题大会高级别会议的政治宣言》[5]、联合国大会全面审查和评估在预防和控制非传染性疾病方面取得的进展高级别会议成果文件[6]和 2030 年可持续发展议程。

2. 本工作计划考虑了 2030 年可持续发展议程，认识到有必要加强多部门和多利益攸关方宣传、参与和行动，支持采取超越卫生部门的整个政府思路和联系社会各部门的整个社会思路，以实现可持续发展目标下非传染性疾病相关具体目标。

3. 实施工作计划期间，将考虑：文件 EB140/27 第 16 和 17 段提及的评估；将在 2018 年举行的预防和控制非传染性疾病问题联合国大会第三次高级别会议上通过的成果文件；以及在全球层面系统跟进并审查 2030 年可持续发展议程实施情况的过程中由联合国大会召集的其它相关高级别会议、论坛和事件所通过的成果[7]。

4. 和之前两份工作计划一样，本工作计划根据全球协调机制职权范围中阐明的五项功能，围绕五项目标制定。计划将按照 2018-2019 年规划预算方案确定的时间框架以及该规划预算中与全球协调机制活动有关的预算拨款在 2018 年 1 月至 2019 年 12 月之间予以实施。这项工作计划将被整个纳入 2018-2019 年规划预算方案的规划领域 2.1（非传染性疾病），根据已确定的操作程序，通过规划领域网络 2.1 实施。

5. 与 2016-2017 年期间工作计划一样，覆盖 2018-2019 年的第三份工作计划草案也旨在根据全球协调机制的范围和宗旨，在地方、国家、区域和全球层面促进并加强各项活动之间的协调、多种利益攸关方的参与以及跨部门行动，以便促进实施《2013-2020 年预防和控制非传染性疾病全球行动计划》，同时避免重复工作。实施计划将以结果为导

[1] 文件 A67/14 Add.1，附件，附录 1。
[2] 文件 A67/14 Add.3 Rev.1。
[3] 文件 A68/11，附件 3。
[4] 第六十六届世界卫生大会在 WHA66.10 号决议（2013 年）中批准。
[5] 联合国大会在第 66/2 号决议（2011 年）中通过。
[6] 联合国大会在第 68/300 号决议（2014 年）中通过。
[7] 联合国大会在第 70/299 号决议（2016 年）中通过。

向高效利用资源，并维护世卫组织和公共卫生不受任何形式的真实的、人们认为的或是潜在的利益冲突的不当影响[1]。

目标和行动

目标 1. 开展宣传并提高认识，强调要立即实施《2013-2020 年预防和控制非传染性疾病全球行动计划》，同时将预防和控制非传染性疾病作为主流工作纳入国际发展议程。

行动 1.1：按照会员国的约定，继续实施和发展 2016 年启动的全球沟通宣传行动，重点是实现可持续发展目标下的非传染性疾病相关具体目标并履行预防和控制非传染性疾病的承诺[2]。

行动 1.2：提高认识，使人们了解到有必要加快行动加强各国应对非传染性疾病的工作，做法是由全球协调机制的参与者在高级别政治论坛上促进并加强各项活动、多利益攸关方参与和行动的协调。

行动 1.3：召开至少一次对话会，以促进并加强地方、国家、区域和全球层面各项活动、多利益攸关方参与和行动的协调，以支持会员国履行其处理非传染性疾病问题的承诺。

目标 2. 根据科学证据和/或实施《2013-2020 年预防和控制非传染性疾病全球行动计划》的最佳实践，传播知识和共享信息。

行动 2.1：继续促进交流非传染性疾病相关研究及其转化相关信息，确定产生和转化研究成果面临哪些障碍，并促进创新，以加强正在进行的国家、区域和全球行动知识基础。

行动 2.2：在 2018 年底之前通过全球协调机制门户网站[3]创建资源库，内容涵盖促进多部门和多利益攸关方就防治非传染性疾病采取行动的相关和适当材料。

行动 2.3：支持知识传播和信息共享，包括通过同业群体和在线研讨会支持在国家、区域和全球层面实施《2013-2020 年预防和控制非传染性疾病全球行动计划》。

行动 2.4：撰写并散发年度活动报告，其中描述实施工作计划的进展情况。

[1] 文件 A67/14 Add.1，附件，附录 1，第 1 段。
[2] 见联合国大会 66/2 号（2011 年）和 68/300 号决议（2014 年）。
[3] 见 http://www.gcmportal.org/（2017 年 5 月 2 日访问）。

目标 3. 提供论坛以确认障碍并共享创新解决方案和行动，从而促进实施《2013-2020 年预防和控制非传染性疾病全球行动计划》，并促进采取持续跨部门行动。

行动 3.1：成立至少一个工作小组，就鼓励会员国和非国家行为者通过多部门和多利益攸关方方法履行其预防控制非传染性疾病承诺的方式方法提出建议。

行动 3.2：召开至少一次全球协调机制参与者会议，促进并加强地方、国家、区域和全球各种活动、多利益攸关方参与和行动的协调。

目标 4. 通过确认和促进有助于支持实施《2013-2020 年预防和控制非传染性疾病全球行动计划》的持续跨部门行动，推进多部门行动。

行动 4.1：酌情与相关世卫组织技术部门、联合国预防和控制非传染性疾病机构间工作队及其它利益攸关方协作，建立战略圆桌会机制，支持政府加强超越卫生问题在所有部门采取行动的整个政府一盘棋思路以及联系所有社会部门的整个社会思路。

行动 4.2：与相关世卫组织技术部门和联合国机构间工作队合作，努力满足会员国实施全球协调机制世卫组织工作组建议的要求。

行动 4.3：与相关世卫组织技术部门、联合国机构间工作队和其它利益攸关方合作，继续促进综合行动，确保做出适当、协调、全面反应，向致力于朝实现 2025 年非传染性疾病方面九个自愿全球目标及 2030 年可持续发展目标下非传染性疾病相关具体目标快速取得进展的会员国提供支持。

目标 5. 确认地方、国家、区域和全球层面的现有及潜在金融和合作机制并共享有关信息，以促进实施《2013-2020 年预防和控制非传染性疾病全球行动计划》。

行动 5.1：继续促进落实世卫组织将拟定的用于登记和公布非国家行为者为实现非传染性疾病方面九项自愿目标所作贡献的办法。

行动 5.2：厘清并公布全球协调机制参与者就实施《2013-2020 年预防和控制非传染性疾病全球行动计划》[1]所做承诺。

行动 5.3：开展持续对话，探索自愿创新融资机制和伙伴关系[2]，以便通过多部门和多利益攸关方方法发展并实施国家非传染性疾病应对工作。

[1] 见文件 A67/14 Add.1，附件，附录 1，第 22 段。
[2] 根据可持续发展目标 17（加强执行手段、重振可持续发展全球伙伴关系）。

= = =