世界卫生组织

第七十一届世界卫生大会 **A71/41**

临时议程项目 **20.3** **2018 年 3 月 29 日**

进展报告

总干事的报告

目录

传染病

A. 2016-2021 年全球卫生部门艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染战略（WHA69.22 号决议（2016 年））..... 3

B. 消灭麦地那龙线虫病（WHA64.16 号决议（2011 年））..... 5

C. 消除血吸虫病（WHA65.21 号决议（2012 年））..... 6

非传染性疾病

D. 世界毒品问题的公共卫生影响（WHA70(18)号决定（2017 年））..... 8

E. 全球癫痫负担和为应对其卫生、社会和公众知识影响在国家层面采取协调行动的必要性（WHA68.20 号决议（2015 年））..... 10

F. 2013-2020 年精神卫生综合行动计划（WHA66.8 号决议（2013 年））..... 11

G. 泛自闭症障碍管理的综合性协调工作（WHA67.8 号决议（2014 年））..... 12

在生命全程促进健康

H. 2016-2020 年老龄化与健康全球战略和行动计划：建设每个人都能健康长寿的世界（WHA69.3 号决议（2016 年））..... 14

卫生系统

I. 促进难民和移民健康（WHA70.15 号决议（2017 年））..... 15

J. 加强以人为本的综合卫生服务（WHA69.24 号决议（2016 年））..... 17

K. 促进创新和获取优质、安全、有效和可负担的儿童药物（WHA69.20 号决议（2016 年））..... 18

L. 可持续的卫生筹资结构和全民覆盖（WHA64.9 号决议（2011 年））..... 19

M. 血液制品的可得性、安全性和质量（WHA63.12 号决议（2010 年））..... 21

N. 人体器官和组织移植（WHA63.22 号决议（2010 年））..... 22

O. 世卫组织面向卫生的研究战略（WHA63.21 号决议（2010 年））..... 24

P. 工人健康：全球行动计划（WHA60.26 号决议（2007 年））..... 25

卫生突发事件规划

Q. 消灭天花：销毁储存的天花病毒（WHA60.1 号决议（2007 年））..... 28

全组织范围服务/促进性职能

R. 多种语言：实施行动计划（WHA61.12 号决议（2008 年））..... 29

传染病

A. 2016-2021 年全球卫生部门艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染战略（WHA69.22 号决议（2016 年））

1. 2016 年 5 月，第六十九届世界卫生大会在 WHA69.22 号决议中通过了 2016-2021 年全球卫生部门艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染战略。本报告概述了该战略的最新实施进展情况。

2. 各区域委员会作出积极反应，通过区域行动计划等各种方式认可、适应和推动上述战略。

3. 这些战略促进了疾病和其他卫生领域的整体协同。已经取得了一些进展，包括：60 个国家加入了全球抗微生物药物耐药性监测系统，出版了关于艾滋病毒耐药性的指南和全球行动计划；确认 2016 年和 2017 年在 10 个国家或地区消除了艾滋病毒和/或梅毒的母婴传播[1]，西太平洋区域委员会批准了 2018-2030 年在亚洲及太平洋地区消除艾滋病毒、乙肝病毒和梅毒的三重母婴传播的区域行动框架[2]；发布了针对艾滋病毒感染、丙型肝炎、梅毒、沙眼衣原体感染、生殖器疱疹和淋病的新治疗指南；发布了关于在产前服务中采用艾滋病毒/梅毒双重快速诊断检测的建议；修订了世卫组织《基本药物标准清单》[3]，将新的性传播感染治疗方法，第一种有效针对所有六种丙型肝炎病毒基因型的联合疗法，以及用来作为暴露前预防措施预防艾滋病毒感染的抗逆转录病毒药物纳入在内。

4. 在相关战略框架下，主要伙伴关系得到加强，导致：世卫组织与抗击艾滋病、结核病和疟疾全球基金签署谅解备忘录，以扩大该基金投资的国家影响；世卫组织与毒品和犯罪问题办公室之间签署谅解备忘录，承诺针对吸毒者联合采取艾滋病毒、病毒性肝炎和肺结核行动；共同签署联合国关于结束卫生保健设施中歧视的声明；与世界肝炎联盟联合开展宣传活动，推动采取行动，防治病毒性肝炎；签约接受国际药品采购机制向世

[1] 亚美尼亚，仅针对艾滋病毒（2016 年）；摩尔多瓦共和国，仅针对梅毒（2016 年）；白俄罗斯和泰国（2016 年），以及安圭拉、安提瓜和巴布达、百慕大、开曼群岛、蒙特塞拉特和圣基茨和尼维斯（2017 年），双重消除。

[2] 见 WPR/RC68.R2（2017）号决议。

[3] 基本药物的选择和使用：世界卫生组织专家委员会报告，2017 年（包括第 20 版《世卫组织基本药物标准清单》和第 6 版《世卫组织儿童基本药物标准清单》。日内瓦：世界卫生组织；2017 年（《世卫组织技术报告丛刊》，第 1006 期；http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/trs-1006-2017/en/，2018 年 3 月 5 日访问）。

卫组织的一笔赠款，用以促进艾滋病毒和丙型肝炎的预防、诊断和治疗方面的研究和创新。

5. **艾滋病毒感染。**继续迅速推广治疗，2017 年中期已有 2090 万人接受治疗，2016 年则为 1950 万人。艾滋病规划署关于艾滋病毒检测和治疗的“90-90-90”目标在世卫组织新的政策和指南指导下取得进展，这些政策和指南涉及：使用抗逆转录病毒药物进行治疗和预防；患者监测和病例监测；艾滋病毒相关的耐药性；重点人群；艾滋病毒自我检测和伴侣通知；晚期艾滋病毒疾病管理；以及女性艾滋病毒感染者的性和生殖健康与权利。对世卫组织指导意见的采用和落实情况的监测已经形成日常，并显示了国家影响：截至 2017 年 11 月，在 139 个低收入和中等收入国家中，有 70%遵循了艾滋病毒“人人获得治疗”的指导方针，58%已全面实施常规病毒载量检测，40%将多鲁特韦（dolutegravir）纳入一线抗逆转录病毒治疗组合中，27%已经推行或正在制定艾滋病自我检测政策。

6. **病毒性肝炎。**2017 年，世卫组织发表了第一份全球肝炎报告，描述了流行病学情况和病毒性肝炎对策。全球卫生部门 2016-2021 年病毒性肝炎战略推动了国家行动，特别是在国家战略规划和推广治疗领域。2017 年，有 82 个国家报告说，已经制定了病毒性肝炎计划，2012 年则只有 17 个国家，不过，这些国家中只有 35%报告了对相关计划的专项拨款。接受丙型肝炎治疗的人数从 2015 年的 110 万增加到 2016 年的 176 万人，其中大多数（86%）接受了直接作用抗病毒药物，此一增加是由于这些药物的价格下降。例如，2014 年至 2017 年期间，一些国家治疗丙型肝炎一个疗程的索菲布韦（sofosbuvir）费用从约 84,000 美元降至 200 美元以下。对于乙型肝炎，终身治疗人数从 2015 年的 170 万人数增加到 2016 年的 450 万人，显示覆盖率从 8%上升到 16%。2004 年至 2017 年期间，使用替诺福韦（tenofovir）治疗乙型肝炎的年度费用从 208 美元降至 28 美元。2018 年，随着专利到期，所有国家都应能够采购到仿制替诺福韦，从而进一步提高乙肝治疗的可得性。加强政治承诺，促进了各国的进展。2017 年 11 月的世界肝炎峰会将公共卫生专业人员、政府和民间社会汇聚在一起，产生了一份支持消除作为一种重大公共卫生威胁的病毒性肝炎的宣言。

7. **性传播感染。**全球卫生部门 2016-2021 年性传播感染战略确定了 2030 年的全球目标，在制定全球基线发病率数据方面取得了进展。基于 Spectrum-STI 建模工具和根据 129 个国家的报告数据得出的临时估计数字表明，2016 年全球有 110 万例孕产妇梅毒病例，导致了 66 万多例先天性梅毒病例，其中 35 万例产生了不利的出生结果。2017 年，五个国家制定了淋病奈瑟菌和沙眼衣原体感染的基线发病率数据，另外七个国家将于 2018 年得出估计数字。2017 年 3 月，71 个国家的免疫规划纳入了针对女孩的人乳头瘤

病毒疫苗。在有 105 个会员国与会的六次区域会议上宣传和讨论了全球卫生部门战略，大多数国家报告说，采用了该战略和新的治疗指南。2017 年开始制定性传播感染病征管理指南，计划于 2018 年发布。准备在 2019 年开展一项调查，衡量实现 2020 年里程碑的进展情况。用于性传播感染的新型诊断检测和疫苗的研究得到推进，在此过程中，针对前景看好的卫生服务点检测，完成了一项独立的基于实验室的评估，并探索了对梅毒和淋病的新的治疗选项。

8. 尽管取得了长足进展，但要实现三项全球卫生部门战略所载 2020 年的里程碑，需要加强各种方针，以覆盖发病率最高，预防和治疗效果最差的人群和地点。《2019-2023 年第十三个工作总规划》草案为加强各项战略的落实和影响提供了新的机会。

B. 消灭麦地那龙线虫病（WHA64.16 号决议（2011 年））

9. 2017 年，只有乍得和埃塞俄比亚两个国家报告了麦地那龙线虫病的人间病例，而以前该病曾在 21 个国家流行[1]。人类病例数从 1986 年的估计 350 万例减少到 2017 年的 30 例：乍得和埃塞俄比亚各报告了 15 例人间病例，涵盖总计 20 个村庄。2017 年，南苏丹首次报告零人间病例，马里在 2016 年和 2017 年都报告了零人间病例。边缘化社区的麦地那龙线虫病风险下降有助于实现全民健康覆盖。

10. 世卫组织及其全球伙伴（卡特中心、儿童基金会和世卫组织在美国疾病控制和预防中心的消灭麦地那龙线虫病合作中心）以及其它利益攸关方再接再厉，确保凡有需要的地方，都为消灭麦地那龙线虫病提供支持。

11. 按照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 199 个国家、领土和地区，包括 187 个世卫组织会员国作出了无麦地那龙线虫病传播认证，最近一次认证是肯尼亚，时在 2018 年 2 月。还有七个会员国有待认证，即该疾病流行的乍得、埃塞俄比亚和马里，处在认证前期的南苏丹和苏丹，自 1980 年代以来没有发病史的安哥拉和刚果民主共和国。

12. 2017 年期间，四个疾病流行国家（乍得、埃塞俄比亚、马里和南苏丹）在 6547 个村庄持续进行积极的社区监测，2016 年则为 5300 个村庄。2017 年期间，这四个国家还分别在全国各地开展了宣传活动。

[1] 在南苏丹于 2011 年独立之前，该病在 20 个国家流行。

13. 2017 年，在安哥拉（全国三分之二地区）和刚果民主共和国（该国 26 个省中的 18 个省）进行调查后，未发现任何人间病例或动物感染。

14. 除安哥拉外，所有有待认证的国家继续对自愿报告给予现金奖励。秘书处正在与会员国协商，规划一个与消灭天花运动最后阶段采用的计划类似的全球奖励计划。2017 年全球报告并调查了近 40 800 起麦地那龙线虫病例传闻：19 起传闻导致在乍得和埃塞俄比亚发现人间病例。大多数先前流行该疾病的认证前期国家（11/15）在 2017 年继续向世卫组织提交季度报告。

15. 犬类的**麦地那龙线虫**感染仍然是全球消灭麦地那龙线虫病运动面对的挑战。2017 年，乍得报告了 817 只狗受感染，埃塞俄比亚报告了 11 只狗和 4 只狒狒受感染，马里也报告了 9 只狗受感染。在乍得，2017 年受感染的狗的数量下降了 26%，而受感染狗的**麦地那龙线虫**蠕虫的数量下降了 38%。业务研究结果表明，通过采用目前的策略，包括大力推行桡足类控制和预防人间病例和受感染狗的传播，可以阻断传播。

16. 冲突导致不安全和交通中断，继续妨碍进入某些地区推行消灭该病的规划。在马里，加奥、基达尔、莫普提和塞古等大区的安全问题仍在妨碍规划的实施。南苏丹的国内动乱，包括抢掠牛群和人口的大规模流离失所继续妨碍规划的实施，限制了进入疾病流行地区。

17. 总干事定期监测消灭运动。每年举行一次关于各国消灭麦地那龙线虫病规划的年度会议，会上由各国正式报告上一年的规划实施状况。

18. 在 2017 年第七十届世界卫生大会期间，非洲区域主任利用会议间隙主持举行了受麦地那龙线虫病影响的国家卫生部长的非正式会议。部长们及其代表表示，他们将继续致力于领导宣传并支持其各自国家的消灭规划，并承诺加倍努力尽快阻断该疾病的传播。

C. 消除血吸虫病（WHA65.21 号决议（2012 年））

19. 血吸虫病仍是一项重大的全球公共卫生问题。定期服用吡喹酮驱虫药是主要干预措施。2016 年，随着吡喹酮捐赠量增加，在 39 个国家中，约有 8920 万人、特别是学龄儿童服用了该驱虫药。从 2014 年到 2016 年，吡喹酮捐赠量从 7230 万片增至 1.83 亿片，

但仍仅能满足 5.63 亿片总需求量的 30%。2016 年总共约有 2.064 亿人需要服用药物预防血吸虫病；学龄儿童覆盖率为 53.7%。

非洲区域

20. 2016 年，在该区域 41 个会员国中，31 个会员国报告了数据，所通报的数据表明，约有 8210 万人接受了预防性化疗。在 19 个国家中，流行区覆盖率达到 100%。共有 5740 万名学龄儿童服用了药物，覆盖率为 57.2%。布基纳法索、布隆迪、喀麦隆、科特迪瓦、几内亚、马里、马拉维、莫桑比克、斯威士兰、多哥、坦桑尼亚联合共和国和津巴布韦达到了世卫组织确定的 75%学龄儿童覆盖率目标。2014 年至 2016 年，接受血吸虫病预防性化疗人数从 5240 万人增至 8210 万人，增幅近 57%。

21. 2010 年至 2017 年，通过开展大规模预防性化疗工作，撒哈拉以南非洲地区的血吸虫病流行率从 15.4%大幅降至 7.7%。2014 年至 2016 年需要血吸虫病预防性化疗人数从 2.588 亿人降至 2.064 亿人。

美洲区域

22. 委内瑞拉玻利瓦尔共和国和巴西有 160 万人需要预防性化疗。2016 年，仅巴西报告采用检测–治疗法治疗了 16 054 人。苏里南某些孤立疫区仍有少量传播病例。7 个国家或地区（安提瓜和巴布达，多米尼加共和国，瓜德罗普岛，马提尼克岛，蒙特塞拉特岛，波多黎各，圣卢西亚）可能已阻断传播。

东南亚区域

23. 印度尼西亚是该区域唯一需要开展预防性化疗工作的会员国。需要预防性化疗的人群居住在该国中苏拉威西省 28 个村庄，人类感染率低于 2%。2016 年，有 5319 人接受了治疗。2017 年该国发起了国家全面行动计划。

欧洲区域

24. 2011 年至 2015 年期间，法国科西嘉岛发生的本土血吸虫病例表明，需要在有中间宿主钉螺的南欧地区保持警惕。自 2015 年以来，情况得到控制，没有任何新的本土病例报道。

东地中海区域

25. 该区域的四个会员国（埃及，索马里，苏丹，也门）中有需要预防性化疗人群。索马里于 2017 年首次开展预防性化疗。埃及、苏丹和也门报告在 2016 年期间治疗了 560 万人，其中 60%为成年人。2014 年至 2016 年期间，主要由于多年政局不稳影响了也门治疗率，该区域接受治疗人数从 780 万人降至 560 万人。在该区域治疗病例总数中，苏丹占 60.3%。2017 年在阿曼和伊拉克进行了调查，证实这两个国家已阻断血吸虫病传播。

西太平洋区域

26. 2016 年，在该区域四个会员国（柬埔寨，中国，老挝人民民主共和国，菲律宾）中，约有 320 万人需要预防性化疗。这些国家的某些社区仍存在血吸虫病例。2016 年，收到了柬埔寨、老挝人民民主共和国和菲律宾血吸虫病治疗情况报告，150 多万人获得治疗。许多流行区的血吸虫病流行率已降至很低水平，这意味着即将阻断传播。但动物传播（尤其是通过日本血吸虫传播）仍是一个问题。

27. 秘书处正根据新的证据起草关于控制和消除血吸虫病和核实传播阻断情况的指南。此外，钉螺控制已被纳入 2017-2030 年全球媒介控制对策。就采用一种较适合在低传播区使用的曼氏血吸虫新型诊断检测方法提供了指导。

非传染性疾病

D. 世界毒品问题的公共卫生影响（WHA70(18)号决定（2017 年））

28. 第七十届世界卫生大会在 WHA70(18)号决定中要求总干事继续努力，改进世卫组织与联合国毒品和犯罪问题办公室（毒品和犯罪问题办公室）及国际麻醉品管制局（麻管局）的协调与合作，处理和打击世界毒品问题，并继续向麻醉药品委员会（麻委会）通报相关规划和进展信息。

29. 2017 年 2 月，世卫组织与毒品和犯罪问题办公室签署了一项谅解备忘录，载明了七个合作领域。因此，全球和国家层面正在所有七个领域加强协调。根据 WHA70(18)号决定，世卫组织在麻醉药品委员会第六十一届会议期间组织了一次会外活动。

30. 在实施世卫组织/毒品和犯罪问题办公室的药物依赖性治疗和护理联合方案过程中，世卫组织秘书处一直领导合作努力，对药物使用障碍国际治疗标准进行实地测试。2018 年 2 月在毒品和犯罪问题办公室/世卫组织的一次联合会议上讨论了测试结果和关

于更新标准的建议。秘书处还与毒品和犯罪问题办公室合作，开发了一项临床工具和培训材料，以促进实施世卫组织关于妊娠期间物质使用和物质使用障碍的识别与管理指南。在麻醉药品委员会第六十届会议上启动了另一项联合任务，旨在根据 S.O.S（遏制过量用药）倡议，研究由社区管理阿片类药物过量使用问题。此外，继续与毒品和犯罪问题办公室合作编制信息产品，内容涉及：对药物使用障碍患者的治疗和护理（与刑事司法系统沟通，着重关注定罪或惩罚的替代方案），对使用新型精神活性物质所致障碍的识别和管理以及毒品流行病学和统计数据。毒品和犯罪问题办公室和麻管局还大力推动了 2017 年 6 月举行的世卫组织关于酒精、毒品和成瘾行为论坛期间的讨论工作。

31. 世卫组织药物依赖性专家委员会于 2017 年 11 月 6-10 日举行了第三十九次会议，毒品和犯罪问题办公室以及麻管局的代表们以观察员身份出席了会议。毒品和犯罪问题办公室和麻管局都支持专家委员会的优先次序排定工作，并提供有关受审查物质的依赖性、滥用可能和健康危害方面的信息。专家委员会建议将六种芬太尼类似物，五种合成大麻素和一种苯丙胺类兴奋剂置于国际管制之下。第四十次会议将于 2018 年 6 月举行，并将专门审查大麻和大麻成分。

32. 毒品和犯罪问题办公室/世卫组织关于新型精神活性物质的年度专家磋商会于 2017 年 10 月在维也纳举行，目的是分享信息，了解建立世卫组织新型精神活性物质监测系统以及毒品和犯罪问题办公室预警咨询的情况，并探讨它们之间协同作用。世卫组织的监测系统将向会员国通报这些物质的健康风险，包括致命和非致命性过量用药，相关的身体和精神障碍以及驾驶能力受损等，由此通过建立警戒或监管机制来及时采取行动。

33. 世卫组织继续与毒品和犯罪问题办公室合作，共同制定和执行关于物质使用和传染病，特别是艾滋病毒、病毒性肝炎和结核病的规范性指导，包括：安非他明类兴奋剂的使用和艾滋病毒的传播；为吸毒者提供有区别的艾滋病毒服务；监狱中艾滋病毒、结核病和肝炎的连续护理；预防监狱中艾滋病毒母婴传播；以及综合的监狱服务。世卫组织和毒品和犯罪问题办公室还协助编写了一份文件，促进将针对监狱的具体规划纳入准备提交给全球抗击艾滋病、结核病和疟疾基金的赠款提案。

34. 将加强与毒品和犯罪问题办公室和麻管局的协调与合作，以支持会员国执行 2016 年联合国大会世界毒品问题特别会议的业务建议。要成功开展合作，特别是在国家一级，必须加倍努力调动资源，并加强世卫组织应对世界毒品问题的能力。

E. 全球癫痫负担和为应对其卫生、社会和公众知识影响在国家层面采取协调行动的必要性（WHA68.20 号决议（2015 年））

35. 2015 年 5 月，第六十八届世界卫生大会通过了关于全球癫痫负担和为应对其卫生、社会和公众知识影响在国家层面采取协调行动的必要性的 WHA68.20 号决议。本报告概述了该决议的最新执行进展情况。

36. 通过在线共享平台开发和传播了循证指南和一整套综合执行工具，以加强各国的能力，发展和提升对癫痫患者的服务。秘书处通过开发世卫组织癫痫信息包[1]，包括视频和一份信息图，为国际宣传和提高认识作出了贡献。

37. 世卫组织精神卫生和物质滥用司以及被忽视的热带病司已着手拟定带状绦虫脑囊虫病的诊断和治疗指南，以预防癫痫。这些将在 2018 年完成。

38. 在癫痫治疗差距特别大的非洲区域，秘书处促成了在加纳举办了一次多国区域研讨会（2015 年 9 月），与会者有来自 17 个会员国的决策者、专家、癫痫患者、非国家行为者和其他主要利益攸关方。美洲区域在洪都拉斯举办了一次区域性癫痫研讨会（2015 年 8 月），讨论成功的经验、进展和所吸取的教训。此外，对 2011 年通过的《癫痫战略和行动计划》的中期审查也已在 2017 年 9 月的第二十九届泛美卫生大会作了介绍。

39. 癫痫管理已被纳入初级卫生保健，作为所有世卫组织区域实施精神卫生差距行动规划（mhGAP）的一部分。在西太平洋区域，这一战略已在中国农村和其他 14 个国家和地区（库克群岛、斐济、基里巴斯、密克罗尼西亚联邦、瑙鲁、纽埃、帕劳、菲律宾、萨摩亚、所罗门群岛、托克劳、汤加、图瓦卢和瓦努阿图）启动。在东地中海区域，初级卫生保健中的癫痫管理已在埃及、巴基斯坦和突尼斯启动，并在阿富汗、约旦、科威特、黎巴嫩、阿曼、卡塔尔和巴勒斯坦被占领土得到加强。同样，癫痫管理也被纳入欧洲区域和东南亚区域各国的精神卫生差距行动规划的实施工作中。

40. 秘书处向推行创新性癫痫医护模式的四个会员国，即加纳、莫桑比克、缅甸和越南提供了密集和全面的技术支持。在全民健康覆盖的背景下，正在采用基于社区的方针将癫痫管理纳入初级卫生保健。结果，有大约 14 000 名癫痫患者已被确认并得到了优质医护。四个国家实施领域中的服务覆盖率从 17%提高到 51%。

[1] http://www.who.int/mental_health/neurology/epilepsy/information_kit_epilepsy/en/（2018 年 2 月 13 日访问）。

41. 采取了一些举措来促进与民间社会和国际非国家行为者的接触，以支持执行 WHA68.20 号决议。国际癫痫社和国际抗癫痫联盟联合发起的国际癫痫日促进了对癫痫的认识。有 120 多个国家在每年 2 月份的第二个星期一举办国际癫痫日。2017 年，中国以“关注校园内的癫痫患者”为主题举办了国际癫痫日活动。举办了一次研讨会（2015 年 9 月），汇集了国际癫痫社的 35 个分社，旨在促进民间社会在执行 WHA68.20 号决议方面的作用。此外，秘书处正在与上述组织合作，编写癫痫问题全球报告，以就改进政策、计划和规划，增加社区内获得癫痫医护的机会的方针提供信息和指导意见。

F. 2013-2020 年精神卫生综合行动计划（WHA66.8 号决议（2013 年））

42. 2013 年 5 月第六十六届世界卫生大会在 WHA66.8 号决议中通过了 2013-2020 年精神卫生综合行动计划。本报告概述迄今为止行动计划的实施工作进展情况。

43. 行动计划列有六项全球目标和相关衡量指标。基线数据来自在 2014 年按照该年精神卫生地图集各项商定指标收集的会员国数据和在 2017 年收集的会员国数据，用于监测进展情况。截至 2018 年 1 月，177 个会员国填写了精神卫生地图集调查问卷。

44. 自 2013 年以来，104 个会员国根据各项国际人权文书更新了国家精神卫生政策或计划，94 个会员国根据国际人权文书更新了本国法规。各国提供的精神卫生资源和服务差异很大，这些资源和服务在低收入国家仍然非常有限。2013 年以来，全球精神卫生工作者人数中位值没有变化，每 10 万人中有 9 位精神卫生工作者。大约 40%的会员国报告说，精神卫生部门和社会服务部门之间开展了合作。大约 70%的会员国报告说，已将主要精神障碍（精神病、躁郁症和抑郁症）患者的护理和治疗纳入本国医疗保险或报销计划中，45%以上的会员国证实已明确纳入这些疾病。初步分析表明，40%的会员国定期编写精神卫生活动专题报告。不到 50%的国家开展有效的预防和宣传规划。最后，服务覆盖面答复率远低于问卷其它内容，而且数据质量参差不齐。这反映了目前各国信息系统的局限性。

45. 为改善这种状况采取了几项举措。制定了以下的区域精神卫生战略和行动框架：2013 年 9 月欧洲区域委员会通过了 2013-2020 年欧洲精神卫生行动计划[1]；2014 年 10 月世卫组织美洲区域委员会第六十六届会议通过了 2015-2020 年精神卫生行动计划[2]；2014 年 10 月西太平洋区域委员会批准了西太平洋区域实施 2013-2020 年精神卫生行动计划

[1] 见 EUR/RC63/R10 号决议。
[2] 见 CD53.R7 号决议。

的区域议程[1]；2015 年 10 月东地中海区域委员会通过了扩大精神卫生保健行动框架[2]。正在审查非洲区域精神卫生战略。

46. 世卫组织资料库 MiNDbank 提供精神卫生、药物滥用、残疾和人权领域的国际资料和 192 个国家的政策、战略、法律和服务标准。

47. 针对循证心理干预措施实施不足问题，世卫组织发表了供非专业人士使用的两本社会心理指导手册：一本针对抑郁症人群心理治疗，另一本涉及对社区中陷入逆境和痛苦的成人灵活采取跨诊断心理干预措施。世卫组织还发布了关于建立自杀和自我伤害监测系统的指导方针，并更新了对媒体专业人员的指导意见。

48. 秘书处为各区域提供技术支持，协助开展精神卫生、物质使用障碍、神经系统问题、预防自杀工作，并加强在政策、规划、法律改革和服务（包括在冲突和自然灾害期间和之后开展服务）方面的相关系统。还高度重视开展人权能力建设和推动采用精神健康康复手段。更新了世卫组织精神卫生差距行动规划（mhGAP）及其实施工具（移动应用软件和培训包）的干预指导方针。干预指导方针以 20 种语言提供，目前共有 100 多个国家在使用。迅速开展了世卫组织“有质量的权利”计划，有 40 多个国家采用了该干预指导方针和培训工具。秘书处主持开展精神卫生宣传工作，例如在 2017 年世界卫生日举办了极为成功的抑郁症专题活动（活动主题是“抑郁症：一起来聊聊”），在日内瓦举办了精神卫生差距行动规划年度论坛会，并参加了全球、区域和国家有关活动。

G. 泛自闭症障碍管理的综合性协调工作（WHA67.8 号决议（2014 年））

49. 2014 年 5 月，第六十七届世界卫生大会通过关于泛自闭症障碍管理的综合性协调工作的 WHA67.8 号决议。本报告提供了所要求的最新进展情况。该决议要求总干事除其它外，在适当情况下，作为综合扩大用于满足所有精神卫生需求的照护的一部分，落实关于 2013-2020 年精神卫生综合行动计划的 WHA66.8 号决议（2013 年）和关于残疾问题的 WHA66.9 号决议（2013 年），以扩大为泛自闭症障碍和其它发育障碍患者提供的照护。

[1] 见 WPR/RC65.R3 号决议。
[2] 见 EM/RC62/R.5 号决议。

50. 根据该决议，秘书处正在努力落实 WHA66.8 和 WHA66.9 号决议以及《妇女、儿童和青少年健康全球战略（2016-2030 年）》，以确保采取协调一致的方针，管理泛自闭症障碍和其它神经发育障碍。

51. 秘书处已发布了关于及早发现和管理发育迟缓和发育障碍，包括泛自闭症障碍的经更新的循证指导和能力建设工具，作为精神卫生差距行动规划（mhGAP）干预指南 2.0 版[1]的一个组成部分，连同一个为初级卫生保健一级的非专业照护提供者提供咨询和指导的移动应用程序[2]。这些工具正在各国用于加强扩大照护的能力。

52. 通过与民间社会伙伴，如“自闭症之声”组织等的密切合作，已向发育迟缓和发育障碍儿童的家庭发放世卫组织护理人员技能培训包。此培训包通过为照护人员提供技能培训，促进对自闭症和其他发育障碍的循证管理。在阿根廷（参加者来自世卫组织美洲区域六个成员国，2016 年 8 月）、尼日利亚（参加者为来自九个非洲国家的儿童健康和精神卫生专家，2016 年 5 月）、不丹（参加者为来自东南亚区域的 41 位专家）和厦门（参加者来自不同区域的 14 个低收入、中等收入和高收入国家，2017 年 12 月），为儿童卫生保健提供者举办了讲习班。还就制定关于自闭症和其他神经发育障碍的政策和规划，向会员国提供了技术支持。

53. 秘书处与会员国、联合国其它机构、学术机构和包括家长协会在内的民间社会组织密切合作，通过向所有区域的 30 多个会员国提供技术咨询和支持，以适应和现场测试世卫组织精神卫生差距行动规划干预指南和照护人员技能培训，生成和传播了关于管理自闭症和其它发育障碍的可扩展方法的证据。

54. 为支持实现可持续发展目标以及妇女、儿童和青少年健康全球战略的目标（生存、繁荣和变革）的努力，世卫组织正在与儿童基金会合作，在孕产妇、新生儿和儿童卫生伙伴关系和儿童早期发育行动网络的支持下，制定一个全球养育照护框架，作为行动的重点路线图。该框架将概述可如何支持家长和其他照护者为幼儿提供养育照护，包括解决照护者以及发育困难和发育障碍儿童的特殊需求。

55. 秘书处与倡导和自我倡导组织协作，参加和组织关于联合国世界提高自闭症意识日和世界精神卫生日等的各项活动，推动了国际宣传和提高认识工作。

[1] http://www.who.int/mental_health/mhgap/mhGAP_intervention_guide_02/en/（2018 年 2 月 13 日访问）。
[2] http://www.who.int/mental_health/mhgap/e_mhgap/en/（2018 年 2 月 13 日访问）。

在生命全程促进健康

H．2016-2020 年老龄化与健康全球战略和行动计划：建设每个人都能健康长寿的世界（WHA69.3 号决议（2016 年））

56. 第六十九届世界卫生大会在 WHA69.3 号决议中通过了《老龄化与健康全球战略和行动计划》，其中作出了政治授权，以便：

(a) 通过加强承诺，提高国家能力和在证据基础上采取行动来直接对国家产生影响；和

(b) 建立必要的全球证据和伙伴关系，以便在 2020 年至 2030 年开展十年协调一致的全球行动，即健康老龄化十年行动。

57. 秘书处已开展了以下主要活动。世卫组织网站[1]上提供有更多的信息，包括额外的可量化指标。

58. **加强承诺和能力**。已经确定了 109 个老龄化与健康问题国家联络点，并且目前有 85 个国家制定了关于老龄化与健康问题的国家政策。此外，举行了会员国会议，以审查非洲和东南亚区域的区域战略以及西太平洋区域老龄化与健康问题行动框架。为加强撒哈拉以南非洲地区对长期护理的理解和承诺，与国际老年病学和老年医学协会合作召集了一次有 28 个国家代表参与的区域政策对话会。世卫组织全球关爱老人城市和社区网络已显著壮大，现能覆盖 37 个国家 500 多个城市和其它行政级别超过 1.57 亿人口。

59. **支持国家行动。**已经为初级保健从业人员制定了关于老年人综合护理的指南，以及相关的移动卫生保健规划（mAgeing），旨在提供便捷可得的建议并鼓励老年人加以利用。还举行了全球磋商，确定为支持各国在全民健康覆盖框架下向老年人提供综合护理需要采取的行动。为了支持与老年人最亲近的人员，秘书处开发了一个在线培训规划，旨在支持痴呆症患者的照护人员。欧洲区域办事处为决策者和计划人员发布了关于建立关爱老人环境的指导。全球关爱老人城市和社区网络的成员也做出了贡献，协助建立了一个数据库，提供具体实例说明城市和社区正在如何使其环境更加益于老年生活。

[1] http://www.who.int/ageing/en/（2018 年 2 月 12 日访问）。

60. **筹备健康老龄化十年行动**。秘书处召开了一次全球专家磋商会，以指导制定用以监测健康老龄化的指标，作为十年行动的基准。此外进行了一次公开磋商以确定重点研究领域，Campbell-Cochrane 全球老龄化问题审查小组将帮助确定和弥补老龄化领域的证据缺口。全球健康老龄化临床协会已经成立，将主要的老年病学家和研究人员聚集在一起，为临床护理提供指导。东南亚区域会员国已着手研究卫生系统应对人口老龄化的措施。世卫组织还加强了与其它联合国机构和伙伴，包括与国际老龄联合会和国际助老会的协调与合作。全球反对年龄歧视运动也在进行之中，开展的活动包括通过各种高级别活动提高认识，确立多利益攸关方治理结构，并创建国际研究小组以确保运动以证据为基础。根据该决议的要求，秘书处正在与主要伙伴合作制定健康老龄化十年行动的最终提案，以供第七十二届世界卫生大会审议。

61. **主要挑战。**综合行动将需要加强国家一级的能力。秘书处正在与马耳他政府合作开发一项可在全球范围内使用的在线学习规划。

卫生系统

I. 促进难民和移民健康（WHA70.15 号决议（2017 年））

62. 2017 年 1 月，执行委员会第 140 届会议在 EB140(9)号决定中要求总干事采取若干行动。2017 年 5 月，第七十届世界卫生大会通过了 WHA70.15 号决议。本报告叙述了二者的执行进展情况。

63. **与会员国和伙伴合作，确保在制定《全球难民契约》和《安全、有序和正常移徙全球契约》时，充分处理难民和移民在健康方面的问题。**针对 EB140(9)号决定的要求，秘书处就 2017 年 4 月至 2017 年 11 月举行的关于促进安全，有序和正常移徙的六次专题会议的所有问题简报提供了卫生问题方面的意见，包括共同主导第一次专题会议问题简报中的健康问题[1]。秘书处领导机构间小组制定了“《安全、有序和正常移徙全球契约》中拟议的卫生部分”，该文件已提交联合国秘书长，载入其报告《为所有移民提供工作》。秘书处在专题会议期间和 2017 年 9 月联合国大会第 72 届会议的高级别会议期间举办了四次会外活动。整个 2017 年，在日内瓦和纽约定期举行了与会员国和合作伙伴的信息共享会议以及双边会议。秘书处与难民署密切合作，为《全球难民契约》零草案提供了关于健康问题的投入，并向接纳难民的国家提供了技术支持。

[1] 关于所有移民的人权、社会包容、凝聚力以及一切形式的歧视，包括种族主义、仇外心理和不容忍现象。

64. **利用优先事项和指导原则框架，加强各级宣传活动，以促进难民和移民健康。**针对 WHA70.15 号决议的要求，秘书处在就移徙问题于日内瓦和纽约举行的高级别会议上与会员国和伙伴共同组织的会外活动中，在德国的移徙与发展问题论坛第十届首脑会议期间，并在整个 2017 年期间举办的其它全球、区域和国家会议和讲习班上介绍了该框架。向会员国和合作伙伴提供了支持，以在区域背景下修改适用该框架，从而在美洲区域、东南亚区域和东地中海区域形成了区域和分区域立场文件。秘书处还与会员国和合作伙伴合作，确保将难民和移民健康问题以及提及 WHA70.15 号决议的内容纳入人权理事会第 35/23 号决议（2017 年）[1]，并将健康问题纳入《关于移民和难民问题的市长宣言：满足需要，保护权利和赋予能力”[2]，这是该问题第一次被纳入一项市长宣言。

65. **与相关利益攸关方密切合作，发展、加强和保持必要能力，以提供卫生领导，并向会员国和伙伴提供支持，促进难民和移民健康，同时避免工作的重叠。**针对 WHA70.15 号决议的要求，秘书处勾勒了其增进难民和移民健康工作的四个战略方向：支持会员国制定促进难民和移民健康权的政策，并确保国家卫生系统的满足他们的健康需要；确保卫生服务的交付在文化和语言上是适当的；加强卫生监测和数据收集，确定稳健地规划重点；加强各国家和各部门之间的合作。

66. 难民和移民健康专题载入《2019-2023 年第十三个工作总规划》草案，这是它第一次被纳入本组织工作总规划。这应当有助于确保本组织各级以协调一致的方式处理难民和移民问题的公共卫生方面。通过与移徙组织和难民署的密切合作，2017 年在向会员国和伙伴提供卫生领导以及技术和业务支持方面取得了实质性进展。这包括支持：公共卫生干预措施；执行世卫组织欧洲区域的难民和移民健康战略和行动计划[3]，以及关于移民健康的 CD55.R13（2016）号决议[4]；实施东南亚区域移民问题国家计划；美洲区域、东南亚区域和西太平洋区域各国全民健康覆盖背景下处于弱势地位的难民和移民；制定促进东地中海区域难民和移民健康的区域立场文件和行动计划。

67. **确认在各区域难民和移民健康方面的最佳做法和经验教训，以推动制定关于难民和移民健康的全球行动计划草案。**针对 WHA70.15 号决议的要求，秘书处发出全球呼吁，要求提供信息，包括关于现行政策和做法的个案研究，以及在促进难民和移民健康方面的经验教训。2017 年 8 月至 2018 年 1 月，共收到来自 52 个会员国和伙伴，涉及 85 个国家的 199 份来文。每个区域都进行了情况分析：其报告，包括最佳做法和一份做法选编将在世卫组织网站上公布。将制定全球行动计划并于 2018 年下半年发布以供磋商。

[1] 关于在实施 2030 年可持续发展议程过程中人人享受最高而能获致之身心健康标准的权利。
[2] 在 2017 年于德国举行的第四次人员流动、移徙与发展问题市长论坛上通过。
[3] 见 EUR/RC66/R6（2016 年）号决议。
[4] 在美洲区域委员会第六十八届会议泛美卫生组织第五十五届指导委员会上通过。

J. 加强以人为本的综合卫生服务（WHA69.24 号决议（2016 年））

68. 2016 年 5 月第六十九届世界卫生大会在 WHA69.24 号决议中，通过了以人为本的综合卫生服务框架，并要求总干事开展以下工作：向会员国提供技术支持和指导，以便实施、由国家调整以及运行以人为本的综合卫生服务框架；确保本组织三个层级所有相关部门在促进和实施该框架方面的一致性、积极参与和协调；开展研究并制定指标以便追溯以人为本的综合卫生服务方面的全球进展情况。本报告详述秘书处为落实该决议而开展的活动情况。

69. **开展能力建设和向会员国提供支持。**12 个国家已将以人为本的综合卫生服务框架纳入国家卫生政策和战略计划。此外，在非洲区域，3 个国家改进了医院管理和卫生档案工作。例如，南非一个区县在采用以人为本的医疗服务原则后，患者到医疗机构两小时内获得医疗服务的百分比增加了 19%。美洲区域办事处支持本区域 5 个国家的卫生改革以及 10 个国家的卫生服务一体化工作。在东地中海区域，10 个国家提供了全国教员培训课程，以增强全科医生和医院管理人员的能力。在西太平洋区域，6 个国家办事处就一系列服务供应改革专题与会员国进行了合作，还有 3 个国家制定了关于将传统医学纳入本国卫生系统的战略。

70. **制定技术文件、文书和工具。**在专家和国际组织合作下，秘书处就医院在该框架中的作用和高绩效初级保健专题（用于配合《阿拉木图宣言》40 周年庆祝活动）制定了多份立场文件。秘书处起草了政策与做法简报，针对在各种情况下如何实施框架提出了循证建议。简报专题包括：向服务不足和边缘化人群提供服务；将垂直规划纳入卫生系统；开展卫生创新；以及维持和协调医疗服务。此外，秘书处还编写了一份题为“**实现以人为本综合卫生服务的关键路径**”的文件，并将提供一个评估和规划工具包，以支持地方卫生部门制定卫生计划。

71. **交流知识。**世卫组织启动了“以人为本综合卫生服务”知识网络平台，以支持跨区域、跨国以及在各利益攸关团体中交流关于此框架的知识。截至 2018 年 5 月，该平台提供了 70 项案例研究和 400 份材料。另外，还建立了三个实践社区。2017 年，该平台吸引了 4000 多名新用户。

72. **建立证据基础和监测进展。**采用德尔菲（Delphi）方法进行了专家审查，确定了 14 项监测全球以人为本综合卫生服务进展情况的指标以及 19 项衡量国家和地方改善情况的指标。在可能的情况下，沿用了全球参考清单中所列的指标，其中包括世卫组织 100 项核心卫生指标全球参考清单（以及与卫生有关的可持续发展目标）。还确定了需要进一步研发的其它指标。

73. **发展伙伴关系。**秘书处继续与世卫组织（综合卫生服务和初级卫生保健）合作中心、国际综合卫生服务基金会等国际组织以及发展机构和学术机构等各现有伙伴密切合作，同时还寻求与新机构进行交流的机会。启动世卫组织全球服务提供网络对于提高该框架的地位极为重要，有助于确保该框架的知名度并将其列为国际卫生议程中的一项优先重点。

74. **纳入工作主流。**通过举行技术会议以及向在其它技术规划领域（包括老龄化和生命全程、性别、公平和人权等规划领域）的工作人员提供咨询和支持，增强了本组织工作人员将该框架纳入其工作主流的能力。

前进方向

75. 尽管秘书处在落实 WHA69.24 号决议方面取得了重大进展，但仍有大量工作要做。今年是《阿拉木图宣言》40 周年，将利用这一重大机会，重申以人为本的综合卫生服务和初级卫生保健的作用，将其作为世卫组织努力实现全民健康覆盖的基础。秘书处将继续向会员国提供技术支持和指导，帮助其适当将该框架纳入国家战略和计划，并将为监测和评估卫生服务供应改革提供支持。

K. 促进创新和获取优质、安全、有效和可负担的儿童药物（WHA69.20 号决议（2016 年））

76. 为响应 WHA69.20 号决议（2016 年），会员国与秘书处及伙伴们合作，正努力通过以下方式促进创新和获取优质、安全、有效和可负担的儿童药物：制定和实施旨在增进儿童健康和改善儿童药物获取的政策和计划；为循证选择列入国家基本药物清单的儿童药物以及报销和采购决策制定程序；收集和分析关于儿童药物定价和使用的数据；以及加强国家监管体系，促进儿童药物的质量和符合伦理的临床试验。

77. 秘书处根据本决议开展了下述主要活动。

78. 秘书处与伙伴们合作，于 2016 年 12 月召开了第三次优化儿科抗逆转录病毒药物会议，目的是评估已取得的进展并就最佳治疗展开进一步讨论[1]。会议促进了抗逆转录病毒药物开发连续过程的协调性，并讨论了从优先考虑开发抗逆转录病毒药物中吸取的可适用于病毒性肝炎和结核病等其它疾病药物的经验教训，目的是确定协同作用并促进以一致方式开发儿童抗感染药物和配方。

[1] 见第三次次优化儿科抗逆转录病毒药物会议。日内瓦：世界卫生组织（http://www.who.int/hiv/pub/meetingreports/paediatric-arv-optimization-pado3/en/，2018 年 2 月 13 日访问）。

79. 目前正在着手重建儿科药物监管网络，并将于 2018 年 6 月与监管机构和其他利益攸关方举行会议，以确定网络的职权范围。预计该网络将为讨论活动提供一个论坛，促进协作并建立有关儿科药物监管问题的能力。秘书处已经建立了一个在线平台，用于分享与儿科药物有关的监管指南，标准治疗指南和其它重要信息。

80. 2016 年以来，世卫组织对用于治疗艾滋病毒感染、结核病、疟疾和腹泻病的 14 种便于儿童使用的产品进行了预认证，为参与批量采购药物的机构和组织提供了关于这些产品质量保证的重要信息。

81. 2017 年，六名儿科专家被纳入世卫组织基本药物的选择和使用专家委员会。该专家委员会分析了对腹泻病、霍乱、社区获得性肺炎、脓毒症和严重营养不良的系统审查，这是收集证据的常见方法，以便于更新第 6 版世卫组织儿童基本药物标准清单以及世卫组织关于这些疾病的儿科适应症的标准治疗指南。目前正在审查儿科抗生素治疗的最佳剂量，以供 2019 年专家委员会下次会议讨论。

82. 通过关于孕产妇、新生儿和儿童健康的穆斯科卡倡议向六个国家[1]提供了技术援助，以改善对安全、有效的优质药物的获取。此外，还提供支持以帮助加强采购和供应链管理，协助制定仿制药政策，监测获取情况，修订国家基本药物清单和标准治疗指南以及评估制药业人力资源和加强同业交流圈。

83. 通过中国–世卫组织儿童药物安全和可及性问题 2016-2017 双年度合作项目向中国提供了技术支持。该项目包括制定战略以促进：制定国家儿童基本药物清单；管理在核准适应症外使用儿童药物问题；生产重点儿童基本药物；并改进定价和供应机制。

84. 由全球结核病药物开发联盟和秘书处实施的加速治疗以消除小儿结核病项目通过遏制结核病伙伴关系全球药物基金促进以可负担的价格及早提供新的儿科制剂。制定广泛计划并与目标国家开展合作有助于迅速利用这些新型固定剂量复合剂。

L. 可持续的卫生筹资结构和全民覆盖（WHA64.9 号决议（2011 年））

85. 有越来越多的国家在本国政策中就实现全民健康覆盖作出更明确的政治承诺。自从发表 2015 年进展报告[2]以来，世卫组织向各区域 100 多个国家提供了与卫生筹资相关的

[1] 贝宁、科特迪瓦、几内亚、马里、尼日尔和塞内加尔。
[2] 见文件 A68/36，L 节。

技术援助，协助各国开展政策对话和能力建设，包括促进跨国交流经验，总结重大经验教训，实施卫生筹资培训规划，诊断分析主要技术挑战和国家改革重点，通过高级别对话处理实施工作中的重大政治因素。

86. 有证据表明，在卫生总支出中，如果自付款和自愿健康保险占比很高，就会出现问题；而增加公共卫生支出则能增强财务保障。为支持全民健康覆盖，各种收入水平的国家采取了多项措施维持公共供资水平。例如，伊朗伊斯兰共和国向卫生领域重点分配公共资金。另一种做法是改变预算总收入的流向和目的，例如印度在联邦预算和许多邦的预算中为穷人提供医疗保险资金。许多实行社会医疗保险制度的国家开辟了多种公共资金渠道，将税收总收入与受保人群的直接缴款汇总使用。事实证明，这无论对低收入国家来说，还是对高收入国家来说，都是一项有用的策略。爱沙尼亚政府最近决定多渠道供资，向爱沙尼亚健康保险基金增拨了税收收入，改变了以前几乎完全依靠雇主和雇员缴款的做法。

87. 国家认识到进一步汇总预付资金是将资源用于最需要之处的最佳机会，因此向全民健康覆盖工作提供了进一步支持。许多国家将一般收入与社会保险缴款汇总使用。集中管理这些资金也有助于提高效率。还可通过统一管理各种福利和服务机构付款方式减轻分散化造成的后果。可以通过统一的国家信息平台为多个计划或地区提供服务。

88. 为推进全民健康覆盖，必须妥善利用资金。确保适当用资的主要卫生资金工具是“战略性购买”卫生服务，例如根据服务机构的表现和其服务目标人群的健康需求情况向服务机构提供资金。自从秘书处发布上次报告以来，对这项工具的作用的认识有所提高，并在加强和分析这类机制方面作出了更多努力。经验表明，为加强卫生系统的战略采购工作，需要重视以下三个广泛领域：(1)建立选择和更改待购服务的机制，包括卫生技术和预算影响评估；(2)采用服务机构支付办法激励提高效率和增进公平并支持有效交付所承诺的服务；(3)增强负责实施战略采购工作的机构或单位的能力、管理系统和治理结构，包括分析支付系统产生的数据并在未来政策和支付决策中应用这些分析结果。

89. 《2030 年可持续发展议程》推动了全民健康覆盖工作，为此需要高质量地开展监测进展工作。于 2017 年底发布了全民健康覆盖情况监测报告[1]。

[1] “跟踪全民健康覆盖：2017 年全球监测报告”。世界卫生组织和国际复兴开发银行/世界银行：2017 年（www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/2017/en/，2018 年 2 月 6 日访问）。

90. 与经合组织和欧盟统计局合作修订了卫生支出分类系统。现在可以使用世卫组织全球卫生支出在线数据库跟踪较详细的和与政策相关的卫生支出。这有助于持续监测高度优先事项，并提供对可持续供资极为重要的新思路，例如查明外援资金占国内卫生支出的比例。

91. 仍有许多挑战。今后须再接再厉，扩大工作成果，同时应更为重视那些值得进一步关注的问题。

92. 经验表明，极为重要的是，改革必须超出小规模试点工作的范围，并与国家财政和预算当局密切合作。

93. 需要真正全面地开展工作，才能保持在全民健康覆盖领域可持续的进展。为有效设计和实施，需要考虑到其它变化（例如服务交付和治理方面的变化）。人群服务和公共卫生规划往往没有获得足够重视。

94. 仍需提高数据质量和改进分析。各国应抓住机会更有效地使用战略采购数据库，实现在数据质量、使用和分析方面的良性循环。

95. 世界各国必须再度作出政治承诺，公平推进全民健康覆盖。

M. 血液制品的可得性、安全性和质量（WHA63.12 号决议（2010 年））

96. **加强国家血液供应系统。**世卫组织秘书处为 12 个国家的国家血液政策和供应系统提供了支持[1]，并支持在受埃博拉病毒病影响的国家加强国家输血服务。在最近寨卡病毒病疫情期间，世卫组织提供了应急指导。

97. 在东地中海区域，东地中海区域委员会第六十三届会议批准了关于血液安全和可得性的区域战略框架（2016-2025 年）[2]。已进行评估和区域协商，以加强 11 个国家和领土在输血方面的应急准备和应对能力[3]。东南亚区域办事处组织了一次国家血液规划管理人员区域讲习班，审查输血服务机构的现有能力，以确定相关挑战并制定行动计划。

[1] 孟加拉国、不丹、柬埔寨、刚果、科特迪瓦、埃塞俄比亚、加蓬、马尔代夫、缅甸、尼泊尔、巴基斯坦和南苏丹。

[2] 见 EM/RC63/R.5 号决议。

[3] 阿富汗、伊朗（伊斯兰共和国）、约旦、黎巴嫩、利比亚、巴基斯坦、索马里、苏丹、阿拉伯叙利亚共和国、也门和巴勒斯坦被占领土。

98. 越来越多的国家举办世界献血者日，并为自愿无偿献血活动标示重点。秘书处支持许多会员国开展国家世界献血者日活动，并发展或改进献血者管理。

99. **质量体系和血液警戒。**2016 年，世卫组织发布了关于建立国家血液警戒系统和实施外部质量评估规划以对所捐献血液进行输血传播感染筛查的指导。2016 年 12 月，世卫组织东地中海区域办事处组织了一次关于血液警戒的区域磋商，目的是在该区域启动世卫组织指导文件。秘书处支持阿尔及利亚、不丹和巴基斯坦开发和推行血液警戒系统。通过世卫组织全球血液安全数据库收集、分析和传播了关于血液安全和可得性的信息。根据会员国向秘书处报告的数据发表了一份报告。

100. **国家血液监管系统。**本组织为评估三个国家的监管系统，并为非洲区域 18 个国家的当局和输血服务机构的能力建设提供了支持[1]。世卫组织审查了世卫组织东地中海区域国家现行的血液立法，并制定了一个样板立法，可修改适用于各国，以促进遵守良好的制造原则，加强该区域各国之间的协调一致。

101. **生物标准化专家委员会。**委员会制定了对血液和血液成分作为基本药物的管理指南和关于估计血液成分中传播病毒的残留风险的指南，并确定了血液制品和体外诊断的国际参比制剂，包括疫情期间为检测病原体所需的那些参比制剂。修订了世界卫生组织抗蛇毒免疫球蛋白生产、控制和监管指南。

102. **血液和血液制品的安全和合理使用。**秘书处向各国提供了技术支持，以开发适当使用血液的系统和能力。世卫组织已着手与国际输血学会合作，修订世卫组织的血液临床使用手册。

103. **挑战和今后的步骤。**虽然已经取得进展，但许多中等收入和低收入国家在足够和安全的血液和血液制品供应方面，仍然面临重大挑战。今后，秘书处将继续支持各国建立有效和可持续的血液供应系统，实现所有国家普遍获得安全血液和血液制品的愿景。

N. 人体器官和组织移植（WHA63.22 号决议（2010 年））

104. 世界卫生大会在 WHA63.22 号决议（2010 年）中批准了《世卫组织人体细胞、组织和器官移植指导原则》，自此，这些原则对大约 60 个国家中制定和修改法律、立法和

[1] 贝宁、布基纳法索、布隆迪、喀麦隆、刚果、科特迪瓦、刚果民主共和国、埃塞俄比亚、加纳、几内亚、肯尼亚、毛里求斯、坦桑尼亚联合共和国、多哥、塞内加尔、南非、赞比亚和津巴布韦。

法规的工作产生了影响，并在全球作为改进或建立捐献和移植规划的标准。此外，《指导原则》正在帮助会员国更有效地打击商业移植并简化脑死亡和心脏死亡后的捐献程序，同时加强对活供体的保护。

105. 2015 年 1 月执行委员会第 136 届会议要求秘书处与会员国和国际合作伙伴进行磋商，以便就捐献和管理超出人体细胞、组织和器官移植范围的所有人体医疗产品的伦理指导原则达成全球共识。这些产品的其它几种类型在人类临床中得到应用并具有人体所固有的明显共性。因此，捐献者和接受者的安全问题非常相似，包括有必要在全民健康覆盖框架内确保这些产品的质量，可追溯性，警戒，监测和公平获取。

106. 涉及人体医疗产品的各种问题正在引起越来越多的关注，对此秘书处作出了反应，在卫生系统和创新部门中建立了一项特别举措，目的是促进实行一致并符合伦理的做法，增强人体医疗产品的总体安全、质量和供应。

107. 对不同类型的人体医疗产品，可能需要采用不同的业务系统，并针对其特殊性予以监管，因此在第七十届世界卫生大会上提出了与 WHA63.22 号决议相一致的 10 项新指导原则。秘书处正在组建一个工作队，以协助会员国根据这些指导原则制定其捐献规划。该工作队的主要目标是分析在全球和国家层面落实《指导原则》的障碍，确定高风险领域并指导干预措施，应世卫组织的要求在区域和国家一级提供以证据为基础的支持和能力建设，以及建立一个全球治理机制，以有效协调为打击器官贩运和移植旅游开展的努力，包括改善移植登记系统。

108. 全球捐献和移植观测站[1]是世卫组织和西班牙国家器官移植组织之间的一个合作项目，负责收集关于器官捐献和移植活动及做法的数据。器官移植做法在世界各地日益增多，目前 110 多个国家实施这种做法，过去四年中全球增幅超过 12%，拉丁美洲国家显著增加了约 50%。尽管出现了这种增长，但这些数字仍远远不能满足实际需求。

109. 由世卫组织和意大利国家移植中心联合开发的 Notify 资料库[2]更新了针对临床医生和卫生当局的 Notify 手册，以便加强对涉及人体医疗产品的警戒和监测工作的教导。

110. 2017 年 4 月，阿根廷国家捐献和移植协调中心被指定为世卫组织合作中心。该中心将协助泛美卫生组织在美洲地区加强政策和培训并制定捐献和移植规划。

[1] http://www.transplant-observatory.org/（2018 年 2 月 12 日访问）。
[2] http://www.notifylibrary.org/（2018 年 2 月 14 日访问）。

111. 秘书处还加强了与其它联合国实体在执行联合国大会 71/322 号决议（2017 年）方面的合作，以防止和打击以人体器官摘取和贩运为目的的人口贩运行为，这与世卫组织指导原则 5、6 和 7 相一致。

O. 世卫组织面向卫生的研究战略（WHA63.21 号决议（2010 年））

112. 于 2016 年 1 月在网上公布了全球卫生研发观察站演示版。参考了用户反馈意见，并于 2017 年 1 月 19 日启动了该观察站[1]。其数据来源包括与卫生研发有关的一系列数据和分析，其中包括：与被忽视疾病的产品相关的卫生研发资金流；正在开发的卫生产品；研究出版物；临床试验；卫生研究人员能力；用于比较的其它相关全球指标，如国内卫生研发总支出，以及捐助国提供的和受援国获得的用于医学研究和基础卫生部门的官方发展援助。自启用以来，观察站持续增长，到 2017 年底已有 19 个数据源。

113. 根据关于跟踪抗微生物药物耐药性研发资源的 WHA67.25 号决议（2014 年）和世卫组织秘书处编写的并提交执行委员会第 138 届会议的关于加强诊断、预防和治疗产品信息共享方案的报告（文件 EB138/28），全球卫生研发观察站秘书处正与世卫组织抗微生物药物耐药性秘书处和研发蓝图秘书处紧密合作，以采取行动，根据观察站数据，跟踪和分析与抗微生物药物耐药性和流行病有关的研发工作，预防流行病。

114. 根据世卫组织卫生研究战略所确定的组织目标，世卫组织准则审查委员会及其秘书处向世卫组织提供了严格的指南质量保证程序，支持和开展提高质量活动，开拓新的方法和手段。在 2016-2017 双年度，该委员会批准了 49 套技术规范指南，供会员国使用。此外，秘书处为总部和区域办事处的秘书处工作人员举办了 500 多次磋商会并组织了 26 次研讨会和讲习班，以协助制定可靠的和有影响力的指南。

115. 秘书处扩大了与卫生研发领域各主要利益攸关方的合作和伙伴关系，确保清晰阐述世卫组织的立场和重点，并进一步统一数据分享方法。伙伴关系和合作实例包括：七国集团卫生研发工作组及二十国集团的讨论；国际医学研究组织高层论坛参加世界 RePORT 平台指导小组的活动（该指导小组每年汇总各主要捐助方卫生研究赠款数据；流行病防范创新联盟针对世卫组织研发蓝图确定的应予重点处理的新型传染病提供新疫苗研发资金。

[1] 见全球卫生研发观察站（http://www.who.int/research-observatory/en/，2018 年 3 月 9 日访问）。

116. 秘书处努力推动进一步公开披露临床试验结果。在秘书处努力下，全世界医学研究领域一些最大供资方和国际非国家行为者于 2017 年 5 月 18 日商定了新标准，规定应登记由其资助或支持的所有临床试验并公开披露结果[1]。目前，30%-50%的临床试验未予报告，未报告的原因有时是因为结果是否定的或具有不确定性。这些未报告的结果遮掩并可能会误导疫苗、药物和医疗装置的风险和益处，可能会导致使用不理想的、甚至有害的产品。截至 2017 年底，21 个重要供资机构签署了一项联合声明，承诺遵守这些新标准。

117. 秘书处在全球卫生伦理领域开展活动，为推动实现该战略的三项目标作出了贡献。

- **组织目标。**秘书处相关工作人员支持开展以下工作：(i)制定负责任研究行为守则和处理不当研究行为政策；(ii)通过制定灾难期间研究伦理电子培训课程，增强工作人员研究伦理知识；(iii)世卫组织伦理审查委员会不断开展工作，增强了伦理标准。

- **能力目标。**制定了业务研究伦理培训工具和指导方针。

- **标准目标。**世卫组织制定了三套重要指南：即《世卫组织公共卫生监督工作中伦理问题指南》，《管理传染病疫情伦理问题的指导方针》，以及《流行病、突发事件和灾难期间研究、监测和患者医疗伦理培训手册》[2]。

118. 各区域办事处继续积极实施世卫组织卫生研究战略。此外，在六个区域办事处中，五个区域办事处的卫生研究咨询委员会继续积极开展活动。在非洲、欧洲、东地中海以及美洲区域，循证决策网络在国家级和区域级开展了活动。

P. 工人健康：全球行动计划（WHA60.26 号决议（2007 年））

119. 2013 年第六十六届世界卫生大会注意到在 2008-2012 年期间实施 2008-2017 年工人健康全球行动计划方面的进展情况[3]。

[1] 见国际临床试验注册平台（http://www.who.int/ictrp/results/jointstatement/en/，2018 年 3 月 9 日访问）。

[2] 《世卫组织公共卫生监督工作中伦理问题指南》，日内瓦世界卫生组织，2017 年；《管理传染病疫情伦理问题的指导方针》，日内瓦世界卫生组织，2016 年；以及《流行病、突发事件和灾难期间研究、监测和患者医疗伦理培训手册》，日内瓦世界卫生组织，2015 年。

[3] 见文件 A66/27 J 节和 WHA66/2013/REC/3 乙委员会第七次会议摘要记录第 1 节。

120. 本报告阐述自 2013 年以来在实施 2008-2017 年工人健康全球行动计划的五项目标方面的进展情况。

目标 1：制定和实施关于工人健康的政策文件

121. 已向 13 个会员国提供了技术支持，以便为促进工人健康和加强卫生部相关能力编写国家概况和行动计划。

122. 与国际劳工组织合作制定了国家卫生工作者职业卫生和安全规划全球框架，并为 12 个国家制定此类规划提供了支持。这项工作也推动了国际劳工组织、经合组织和世卫组织制定 2017-2021 年卫生就业和包容性经济增长行动计划。

目标 2：保护和促进工作场所健康

123. 秘书处制定了保护工人免受人造纳米材料危害的指南，并规定了在工作场所维护健康的最低要求。与国际劳工组织联合发表了用于改进卫生保健设施工作的实用工具和能力建设材料，并支持 8 个国家开展实施工作。

124. 提出了与私营部门合作建议，鼓励工作场所采取有益工人健康的措施以及预防和控制非传染性疾病。在 2017 年世界精神卫生日发布了一份关于工作场所精神卫生的宣传材料。2017 年 11 月 16 日至 17 日在莫斯科举行的“在可持续发展时代终止结核病：多部门合作”专题世卫组织全球部长级会议上，讨论了工作人员尤其是矿工和医务人员罹患结核病的职业风险。

125. 在 2014 年西非暴发埃博拉病毒病疫情期间，与国际劳工组织共同发布和更新了关于保障职业安全与卫生的建议，并制定了关于紧急控制伊蚊问题的职业安全与卫生临时指南。出版了世卫组织/国际劳工组织关于暴发疫情和突发公共卫生事件中职业安全与卫生的手册，内容涵盖各类风险和突发事件。秘书处于 2016 年在南非约翰内斯堡为来自 17 个非洲国家的国家归口单位提供了职业卫生和应急防范培训，并在 2016 年和 2017 年为 8 个国家的国家归口单位提供了关于增强卫生保健设施能力的专题培训。

目标 3：改进职业卫生服务的运作，并提高其可得性

126. 在伊朗伊斯兰共和国塞姆南市（2014 年）、泰国曼谷市（2016 年）和俄罗斯联邦圣彼得堡市（2017 年）举办了关于通过基本干预措施和职业卫生基本服务扩大工人健康覆盖面的区域磋商会，以制定指标和路线图，传播良好做法，并促进国家间合作。

127. 联合国“一体化卫生”成本核算工具列明了改善工人健康的一套基本干预措施，以便各国可以计划通过初级卫生保健服务开展这些措施和核算费用，并制定推广方案。正在设计一个工具包，以协助初级保健提供者具备这些基本干预措施的实施能力。

128. 在促进难民和移民健康的优先事项和指导原则框架内，进一步推动移徙工人获得职业卫生服务机会。

129. 秘书处还评估了非正规经济部门工人健康覆盖的各种财务安排方案的有效性。

目标 4：提供和交流行动与实践所需的证据

130. 秘书处与国际劳工组织合作制定了职业病诊断和风险暴露标准。世卫组织和国际劳工组织还开始联合制定一项工作相关疾病负担的估算方法。

131. 全球工人健康数据库按国家排列，提供了工人健康状况及其决定因素的现有国际指标。正开发一个直观工具，协助各国监测工人健康状况并编写国家概况。

目标 5：将工人健康融入其它政策

132. 秘书处公布了与绿色技术和气候变化有关的职业卫生概况，这有助于采用联合国工具包将就业和体面劳动纳入主流，并落实《关于汞的水俣公约》。

实施

133. 在区域级执行全球行动计划的具体举措有：美洲区域 2015-2025 年工人健康行动计划，西太平洋区域 2011-2015 年职业卫生区域行动框架，东南欧工人健康网络等。在非洲区域 2017-2021 年管理人体健康环境决定因素区域战略、阿拉伯国家 2017-2030 年健康与环境战略以及 2010 年 3 月 10 日至 12 日在意大利帕尔马市和 2017 年 6 月 13 日至 15 日在捷克共和国俄斯特拉发市分别举行的欧洲环境与健康进程第五次和第六次部长级会议的成果文件中，也阐述了工人健康领域的重点行动。

134. 由世卫组织 45 个职业卫生合作中心组成的全球网络向秘书处提供支持，协助其开展工作，预防职业非传染性疾病，保障卫生工作者的安全，建立早期发现职业病能力，评估工人健康指标，并维护非正式经济部门工人健康。

135. 秘书处在国际劳工组织和国际职业卫生委员会举办的三次全球大会上开展了促进工人健康活动。

136. 美利坚合众国和大不列颠及北爱尔兰联合王国政府继续提供资金，支持秘书处开展规范性工作，以落实工人健康全球行动计划。

突发卫生事件规划

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

137. 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，利用公开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 2019 年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]。

138. 本进展报告概述秘书处自 2017 年 5 月第七十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 2017 年 11 月 1 日和 2 日在日内瓦举行的第十九次会议的情况和结论以及对两个天花病毒获准储存点（即世卫组织正痘病毒诊断及天花病毒株和 DNA 储存合作中心，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）；世卫组织天花和其它痘病毒感染合作中心，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。

139. 咨询委员会第十九次会议收到了秘书处关于前一年工作情况的报告以及这两个合作中心保存的病毒情况报告。咨询委员会审查了每个合作中心获准开展的活天花病毒研究规划工作。2017 年，世卫组织收到了六项研究建议，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（均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。还向咨询委员会提供了关于诊断试剂、抗病毒药物和天花疫苗的监管和许可证最新情况。

140. 咨询委员会认真审查了正在开展的需要活天花病毒的研究工作进展情况和未来的研究需要。它注意到诊断工具（一种已获许可的实时聚合酶链式反应（PCR）检测工具

[1] 见文件 WHA69/2016/REC/3，甲委员会第六次会议摘要记录。

和一种开发中的通过蛋白质进行检测的工具）方面的进展以及即将向美国食品和药物管理局提交的许可证申请（一个即将推出的抗病毒药物和另一个研发中的抗病毒药物以及将于 2018 年晚些时候推出的一个第三代疫苗）。咨询委员会了解并确认天花病毒研究的益处，特别是用于控制目前在中非和西非流行的猴痘等其它正痘病毒而开展的研究工作的益处。总之，咨询委员会强调需要在国家和全球层面做好准备，尤其需要确保诊断和其它相关工具的可及性和可得性。

141. 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和于 2017 年 5 月 8 日至 12 日在美国疾病控制和预防中心完成了本轮对储存点两年一次生物安全检查。检查由世卫组织主持的同一个生物安全专家国际小组进行。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。这两项检查的报告已进入最后审批阶段，并将在世卫组织网站上公布。正计划于 2018 年和 2019 年进行下一轮检查。

全组织范围服务/促进性职能

R. 多种语言：实施行动计划（WHA61.12 号决议（2008 年））

142. 2008 年 5 月第六十一届世界卫生大会通过了关于多种语言的行动计划[1]。本报告根据 WHA61.12 号决议的要求，概述该行动计划的执行进展情况。

143. 秘书处继续努力增加世卫组织网站上多种语言内容。网络编辑多种语言团队与秘书处翻译处合作，缩小了英文与本组织其它五种正式语言技术材料之间的差距。网络编辑团队以六种正式语言提供本组织总网站的内容。在 2016-2017 双年度，阿拉伯文网页量增加了 1371 页，中文增加了 1918 页，英文增加了 9739 页，法文增加了 2181 页，俄文增加了 1747 页，西班牙文增加了 1828 页。在此期间，总共约有 1.5 亿读者访问了世卫组织多种语言网站。

144. 截至 2018 年 2 月，世卫组织信息共享机构档案库（IRIS）共保存 205 000 多份正式语言档案，其中含有世卫组织信息产品和理事机构文件（包括自 1948 年以来卫生大会和执行委员会文件）。目前用户每月平均从该档案库下载档案次数为 290 万次。

145. 2017 年，俄罗斯联邦提供资金支持开展第二个项目，以提高世卫组织俄语技术和科学信息产品的质量和数量，并改进向俄语观众的传播工作。将在总部和欧洲区域办事

[1] 文件 WHA61/2008/REC/1。

处以俄文翻译和出版 19 份出版物，并将对 20 份现有俄文印刷出版物进行数字化并将其存入世卫组织信息共享机构档案库。将出版《世界卫生组织简报》两期特刊的俄文版和《公共卫生全景》杂志四期俄文版。将在欧洲区域办事处网站上创建俄文数据和证据专页。还将编写俄文公共卫生术语词汇表。将开展世卫组织材料俄语引文分析。

146. 秘书处继续开展工作努力确保以正式和非正式语言提供世卫组织信息产品。在 2016-2017 双年度，世卫组织出版社授权外部伙伴和区域办事处开展 410 项翻译工作，将 273 个总部信息产品翻译成 58 种语言（5 种正式语言和 53 种非正式语言）。

147. 世卫组织继续提供本组织各正式语言以及德语和葡萄牙语远程语言学习课程。

148. 2016-2017 双年度，世卫组织继续发表有多语种内容的以下系列出版物：《世界卫生组织简报》（英文全文；阿拉伯文、中文、法文、俄文和西班牙文摘要）；《东地中海卫生期刊》（阿拉伯文、英文或法文全文；阿拉伯文、英文和法文摘要）；《非洲卫生监测》（英文、法文或葡萄牙语全文；英文、法文和葡萄牙语摘要）；《公共卫生全景》（英文和俄文）；《疫情周报》（英文和法文）；《泛美公共卫生期刊》（英文、葡萄牙语和西班牙文）；《西太平洋区域监测与反应杂志》（中文和英文）；《世卫组织药品信息》（英文，国际非专利药品名称为英文、法文、拉丁文和西班牙文）。

= = =