世界卫生组织

执 行 委 员 会
第一三六届会议
临时议程项目 7.1

EB136/14
2014 年 12 月 30 日

监测与卫生相关的千年发展目标的实现情况

秘书处的报告

1. 2015 年是实现千年发展目标的预定年份。在全球范围，过去 10 年来，卫生相关千年发展目标的实现取得了很大进展[1]。同一时期，儿童死亡率史无前例地下降。艾滋病毒/艾滋病、疟疾和结核流行病得到了遏制，随着加强预防和治疗干预措施，与 1990 年和 2000 年相比，新发病例减少，死亡率降低。

2. 然而，进展是不均衡的。1990 年以来，儿童和孕产妇死亡率一直以相同速率下降，相形之下，新生儿死亡率和死产的下降速率则缓慢许多。原因在于人们较少关注和投资于新生儿干预措施，其涵盖程度也始终较低。

3. 本报告概述了在实现卫生相关千年发展目标和具体目标方面取得了进展的领域[2]。报告还对各项目标和具体目标作了强调，描述了在以下方面的进展情况，即按照 WHA63.24 号决议的要求，通过预防和治疗肺炎努力降低儿童死亡率；降低围产期和新生儿死亡率（WHA64.13 号决议）；预防和管理出生缺陷（WHA63.17 号决议）；以及实现产妇、新生儿和儿童卫生保健的普遍覆盖（WHA58.31 号决议）。

目标 1，具体目标 1.C：从 1990 年到 2015 年，挨饿的人口比例减半

4. 据估计，营养不足导致所有五岁以下儿童死亡的 45%。1900 年至 2013 年，发展中国家体重不足儿童所占比例从 28%降至 17%；儿童发育不良在全球范围降低了 37%，从 2.57 亿人减少到 1.61 亿人。

---

[1] 为本报告目的，衡量进展的基准年份是 1990 年。

[2] 关于相关具体目标的清单和实现这些具体目标的统计数字，见世卫组织全球卫生观察站，http://www.who.int/research/en/和 http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/en/（2014 年 11 月 13 日访问）。对本报告未提及的目标和具体目标的更详尽的叙述和概括，见《联合国千年发展目标 2014 年报告》，http://www.un.org/millenniumgoals/2014%20MDG%20report/MDG%202014%20English%20web.pdf（2014 年 12 月 16 日访问）。

目标 4，具体目标 4.A：从 1990 年到 2015 年，将五岁以下死亡率降低三分之二

5. 在全球范围，降低五岁以下儿童死亡率取得了持续进展。1990 年至 2013 年，五岁以下儿童死亡率降低了 49%，从据估计每千例活产死亡 90 例降低到每千例活产死亡 46 例。全球五岁以下儿童死亡率的下降速率加快，从 1990 年至 1995 年的年均下降 1.2%提高到 2005 年至 2013 年间的年均 4.0%，与 1990 年相比，2013 年每天死亡的儿童大约减少 17 000 人。尽管进展明显，但这依然不足以实现到 2015 年在 1990 年的基础上将死亡率降低三分之二的目标。

6. 新生儿死亡总数从 1990 年的 470 万下降到 2013 年的 280 万。同期，每千例活产的新生儿死亡率从 33 例下降到 20 例，降幅达 39%。该下降速度低于儿童死亡率总体下降速度，新生儿阶段死亡占五岁以下儿童死亡的比例从 1990 年的 37%上升到 2013 年的 44%。五岁以下儿童死亡的主要原因依次为早产（15%）、急性呼吸道感染（15%）、出生窒息（11%）、腹泻（9%）、疟疾（7%）、新生儿感染（7%）。所有五岁以下儿童死亡的将近半数伴随营养不足，所有新生儿死亡的 80%伴随出生体重偏低[1]。

7. 2013 年，全球 12 至 23 个月龄儿童麻疹免疫覆盖率为 84%。更多国家实现了高水平的疫苗接种覆盖率；66%的会员国覆盖率达到至少 90%，2000 年则仅有 44%的会员国达到这一覆盖率。2000 年至 2013 年期间，据估计全球五岁以下儿童的麻疹死亡降低了 75%，从 544 200 例减少到 145 700 例。在此时期，相对不进行麻疹疫苗接种的情形，据估计避免了 1560 万例死亡。

8. 2014 年，第六十七届世界卫生大会批准了新生儿健康行动计划[2]，为预防新生儿死亡的战略行动绘制了路径图，并将推动减少孕产妇死亡和死产。自批准该行动计划以来，一些国家完成了国家新生儿行动计划（加纳、印度、印度尼西亚、蒙古、缅甸和巴基斯坦）；主办了国家新生儿活动（加纳、印度、印度尼西亚和尼日利亚）；明确了国家生殖、孕产妇、新生儿和儿童健康方针，包括一些新的和更为宏大的目标（例如菲律宾、乌干达和坦桑尼亚联合共和国），或参加了区域活动（在美洲和东南亚）。其它国家则正在制定国家新生儿行动计划（孟加拉国、埃塞俄比亚、马拉维和尼泊尔），或计划 2014 年的相关活动（如孟加拉国、中国、马拉维和巴基斯坦）。

[1] 见世卫组织全球卫生观察站，http://www.who.int/gho/child_health/en/index.html（2014 年 12 月 17 日访问）。关于营养不足，见布莱克等，《柳叶刀》，2013 年。

[2] WHA67.10 号决议。

9. 《预防和控制肺炎和腹泻的综合性全球行动计划》[1]侧重于五岁以下儿童死亡的这两大原因，二者加在一起，占所有五岁以下儿童死亡的 24%[2]。自 2013 年实施该计划以来，若干国家将其战略性目标纳入了国家和次国家儿童健康战略和执行计划中（孟加拉国、乌干达和津巴布韦）。印度针对四个邦的特定高负担区举办了一期讲习班，为处理儿童肺炎和腹泻问题的加速和协调行动奠定基础。在许多国家，新的疫苗，例如轮状病毒疫苗和肺炎球菌疫苗的采用，也为推进更广泛的儿童健康议程提供了机会，包括通过传播关于肺炎和腹泻的求医问药信息，以及推广营养、安全饮用水和卫生设施方面的干预措施。

目标 5，具体目标 5.A：从 1990 年到 2015 年，孕产妇死亡率降低四分之三

10. 死于怀孕和分娩期间并发症的妇女人数减少了 45%，从 1990 年的 52.3 万人减少到 2013 年的 28.9 万人。下降很显著，但远远还达不到有关的具体目标。1990 年至 2013 年期间全球孕产妇死亡率每年下降 2.6%，过去 10 年来有所加速。1990 年孕产妇死亡率最高的 89 个国家（每 10 万活产中产妇死亡人数≥100），有 13 个国家进展不足或完全没有取得进展，1990 年至 2013 年的年均下降比率低于 2%。直接产科原因，主要是大出血（27%）、怀孕引发的高血压病（14%）和脓毒症（11%），继续是孕产妇死亡的主要原因。然而，越来越多的妊娠期间死亡可归因于其它症状。超过四分之一的孕产妇死亡是由于怀孕导致糖尿病、艾滋病毒、疟疾、心脏病和肥胖症等症状加剧[3]。

11. 世卫组织及其伙伴制定了“终结可预防的孕产妇死亡：达成共识”的 2015 年后愿景的要点[4]，此前曾与会员国和公共利益攸关者磋商[5]。发表了包括成果、具体目标和目标的共识声明[6]。其中包括，确定了全球平均具体目标：到 2030 年，全球孕产妇死亡人数低于每 10 万活产 70 例，没有任何一个国家的孕产妇死亡率比全球平均比率高出一倍。为达成这一具体目标，并促进实现终结可预防的孕产妇死亡的终极目标，确定了 5 个战略目标[7]。(1)解决在生殖、孕产妇和新生儿卫生保健服务的获得和质量方面的不平等；

[1] 儿童基金会/世卫组织：预防和控制肺炎和腹泻的全球行动计划。日内瓦，世界卫生组织，2013 年，见 http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79200/1/9789241505239_eng.pdf?ua=1（2014 年 12 月 4 日访问）。

[2] Liu L 等人，“2000 年－2013 年全球、区域和国家儿童死亡原因，附有充实 2015 年后重点的预测：最新系统分析”，《柳叶刀》，2014 年。2014 年 10 月 1 日，doi:10.1016/S0140-6736(14)61698-6（2014 年 11 月 3 日访问）。

[3] Say L、Chou D、Gemmill A、Tunçalp Ö、Moller AB、Daniels J 等人，“全球孕产妇死亡原因：世卫组织的全面分析”。Lancet Glob Health。2014 年 6 月；2(6):323-33。

[4] 见“终结可预防的孕产妇死亡：达成共识”，http://who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/epmm/en/（2014 年 11 月 25 日访问）。

[5] 见 http://who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/epmm/en/（2014 年 12 月 16 日访问）。

[6] 见共识声明，http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/130776/1/WHO_RHR_14.21_eng.pdf?ua=1&ua=1（2014 年 12 月 12 日访问）。

[7] 见 EPMM 工作组关于实现终结可预防孕产妇死亡的战略问题的文件草案（EMM），http://who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/strategies_epmm_comment.pdf?ua=1（2014 年 12 月 4 日访问）。

(2)确保全面的生殖、孕产妇和新生儿卫生保健的普遍覆盖；(3)解决孕产妇死亡、生殖和孕产期发病的所有原因；(4)针对妇女和女童的需要和优先考虑加强卫生系统；(5)确保问责制，以提高保健质量，加强平等。

目标 5，具体目标 5.B：到 2015 年普遍享有生殖保健

12. 为减少孕产妇死亡，改善孕产妇健康，妇女需要获得有效的干预措施和质量上乘的生殖卫生保健。许多会员国推行了有关规划，增加获得有效的干预措施的机会。在世界的发展中地区，15 到 49 岁年龄组的已婚或同居妇女的避孕措施普及率从 1990 年的 52% 提高到 2012 年的 63%，但仍然有 12%的人希望停止或推迟生育，却没有采取避孕措施。妊娠期接受一次产前保健的孕妇比例很高，但按建议进行至少四次产检的比例令人失望地跌至 56%。在非洲区域（孕产妇死亡率最高），熟练人员接生比例仅为不到 50%，然而，近来的调查开始显示，一些国家的情况有所改善。

13. 每年大约有 1 600 万少女生育。少女生育的不良后果还波及婴儿健康，例如出生体重偏低的比例较高。针对妇幼健康问题信息和问责制独立专家审查小组 2013 年关于更多地关注青少年健康的建议，同时，作为 2011 年关于青年与健康风险问题的决议的后续行动[1]，世卫组织在第六十七届世界卫生大会上发表了题为“世界青少年的健康”的报告[2]。该报告为一在线资源，提供了关于青少年健康的区域和国家数据，给出了世卫组织在整个一系列青少年卫生问题上的指南的链接，探讨了青少年的普遍健康覆盖问题。

14. 世卫组织向加速实现生殖健康普遍覆盖的国家提供了规范指导和支持[3]。这方面的例子包括对防止发展中国家青少年的早孕和不良生殖结果的指南，倡导对计划生育规划采取基于人权的方法的指南[4]，以及关于重大生殖健康问题的政策简述[5]。

15. 在分娩期间和产后早期的基本护理对于预防和管理导致孕产妇和新生儿死亡的种种症状至关重要。世卫组织针对卫生保健工作者发表的最新的和基于证据的指南涉及许多领域，包括早产、加快产程、引产，以及预防和管理孕产妇、围产儿和新生儿的重大症状。对世卫组织支持的领域的重要研究工作包括：在转诊不可能的环境中简化对疑似

[1] WHA64.28 号决议。

[2] “世界青少年的健康：第二个十年的第二次机会”，日内瓦：世界卫生组织；2014 年，http://apps.who.int/adolescent/second-decade/（2014 年 12 月 8 日访问）。

[3] 世卫组织在发展中国家预防少女早孕和不良生殖卫生后果指南。日内瓦：世界卫生组织；2011 年。

[4] 关于相关指南的更多信息，见 http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/human-rights-contraception/en/（2014 年 12 月 16 日访问）。

[5] 见 http://www.who.int/reproductivehealth/topics/family_planning/policybriefs/en/index.html（2014 年 12 月 17 日访问）。

新生儿败血症的管理的效能；降低新生儿死亡率的新的干预措施的效验；早日采用母乳喂养对死亡率的影响，而不论其对日益增加的完全母乳喂养的影响；在低收入和中等收入环境中对产前皮质类固醇的利用；孕产妇和新生儿干预措施在全球的采用。正在进行经世卫组织协调的研究，以为改善生育结果而加强对分娩的监测，扩大干预措施（例如袋鼠妈妈护理法），管理重症新生儿干预措施，推行对肺炎和腹泻的社区病例管理以及对严重急性营养不良的以家庭为基础的管理。

16. 2014 年，在落实妇幼健康问题信息和问责制委员会各项建议的第三个年头，工作出现了向国家一级行动的转移。在 75 个重点国家中，有 65 个国家收到支持委员会建议的催化资金，实施了国家问责制框架；75 个国家中有 51 个国家进行了民事登记和动态统计系统评估，以加强这些工作；45 个国家目前制定了孕产妇死亡通报政策；58 个国家进行了有广泛参与的年度卫生部门审查；18 个国家跟踪在生殖、孕产妇和新生儿健康方面的开支，另有 15 个国家预期能够在 2015 年这样做；44 个国家订立了伙伴关系协定，规范在卫生重点和投资方面的辩论、协调和决策。

17. 几乎所有国家都采用了信息和问责制委员会建议的 11 项指标。但人们关注的是，在这 75 个国家中，只有 8 个国家有关于 2011－2012 年各项覆盖指标的最新数据，37 个国家只有其中一项的最新调查数据。

18. 2014 年 9 月，独立专家审查小组发表了其第三份报告，题为“每一妇女，每一儿童：2015 年后愿景”[1]，确定了六项建议。该报告是 2014 年 9 月在纽约的联合国大会期间的会外活动中提交的，2014 年 11 月在日内瓦举办的问责制利益攸关者会议上对这些建议进行了更深入的讨论。讨论促成了有关建议，涉及制定关于妇女、儿童和青少年健康的新的、更广泛和更具包容性的全球战略；讨论建立以成果为基础的筹资设施来支持该全球战略；促进与民间社会的对话，以加强在妇女和儿童健康问题上的政治问责制。已着手落实这三项建议。将通过与各国领导人的广泛磋商，制定新的全球战略，以期在 2015 年 9 月，与《可持续发展目标》一道，提交一份文件。

目标 6，具体目标 6.A：到 2015 年遏制并开始扭转艾滋病毒/艾滋病的蔓延和目标 6，具体目标 6.B：到 2010 年向所有需要者普遍提供艾滋病毒/艾滋病治疗

19. 2013 年，据估计有 210 万人新近感染艾滋病毒，少于 2009 年的 250 万人[2]。多重预防干预措施促成了这一下降，包括倡导改变行为和生物医学干预措施。

[1] 妇幼健康问题信息和问责制独立专家审查小组的第三份报告：“每一妇女，每一儿童：2015 年后愿景”，见 http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/132673/1/9789241507523_eng.pdf（2014 年 12 月 8 日访问）。

[2] 详见文件 A67/19，第 22 段。

20. 截至 2013 年底，全球大约有 1290 万人接受了抗逆转录病毒治疗，其中 1170 万人在低收入和中等收入国家。接受抗逆转录病毒治疗的人（1170 万）占低收入和中等收入国家 3260 万携带艾滋病毒者的 36%。按照目前的趋势，到 2015 年为低收入和中等收入国家 1500 万提供抗逆转录病毒治疗的具体目标将超额完成。

21. 伴随新近感染艾滋病毒人数的减少和抗逆转录病毒治疗机会的增加，艾滋病毒死亡率下降了，从 2005 年高峰期的 230 万人降至 2013 年的估计 150 万人。因为死于艾滋病相关原因的人数减少了，携带艾滋病毒者的数目将继续增加。

目标 6，具体目标 6.C：到 2015 年遏制并且开始扭转疟疾和其它主要疾病的发病率

22. 2012 年，据估计 2.07 亿例疟疾导致了 62.7 万人死亡。药浸蚊帐、室内滞留喷洒、诊断检测和有效治疗等干预措施的覆盖率提高，导致 2000 年至 2012 年间的疟疾发病率降低了 29%，死亡率降低了 42%[1]。

23. 在全球范围，2000 年至 2013 年间，结核病新发病例以年均 1.5%的速率下降。在所有世卫组织区域，发病率也都下降了，这意味着达成了遏制和扭转发病率的具体目标。1990 年以来，结核病死亡率下降了 45%，同期的全球流行率下降了 41%。在世卫组织六个区域中，有三个区域达到或即将达到 2015 年减轻结核病负担的所有三项具体目标（发病率、流行率和死亡率）。其余三个区域，有关比率正在下降，但速度不足以达成所有这些具体目标。在全球范围，治疗成功率自 2007 年以来一直维持在较高水平，即达到或超过 85%的目标(该目标最初是 1991 年在卫生大会 WHA44.8 号决议中确定的)。但结核病负担仍然很高，2013 年估计有 900 万新发病例，其中 12%为艾滋病毒携带者，估计造成了 150 万例死亡，包括 36 万艾滋病毒阳性者。

24. 具体目标 6C 包括被忽视的热带病，这是多种病原体导致的一类医学上不同的传染病。其中包括定于 2020 年消除作为公共卫生问题的非洲人类锥虫病，目前达到了 50 年来的最低水平，2013 年报告了 6 314 例新发病例。世卫组织坚持其到 2015 年底阻断麦地那龙线虫病传播的目标，但乍得、马里和南苏丹新近出现的挑战显示传播仍在发生，需要采取当地解决办法。消除作为公共卫生问题的淋巴丝虫病的目标日期为 2020 年。制定了 2020 年在全世界消除作为公共卫生问题的麻风病的计划，其执行正在进展中。通过预防性治疗运动，2012 年有 8.07 亿人得到了至少一种疾病的治疗。关于登革热这种世界上发展最快的虫媒病毒性感染，有效、长期的病媒控制和疾病预防措施（包括未来的疫苗），要求制定强有力的和资金充足的国家规划和战略，以及支持全球公共卫生

[1] 更多信息，见 http://www.who.int/malaria/publications/world_malaria_report_2013/en/（2014 年 11 月 13 日访问）。

领域的伙伴到 2020 年降低其发病率和死亡率。病毒性出血热不被视为“传统”的被忽视的热带病之一，但具有许多热带病的特征。2014 年期间，世界目睹了埃博拉病毒性疾病历史上最大的一次暴发，集中在西非的三个国家。

目标 8，具体目标 8.E：与制药公司合作，在发展中国家提供负担得起的基本药物

25. 许多民众仍然面临公共部门药物的稀缺，迫使他们转向价格奇高的私营部门。2007 年至 2013 年进行的调查表明，21 个低收入和中等收入国家中特定基本（非专利）药物的平均可得性在公立部门设施仅为 55%。随着国家财富的增加，患者价格也上涨了：低收入国家的患者在公共部门购买药物，价格平均是国际参考价的两倍，而在中低等收入国家，患者支付的价格是国际参考价的三倍。

执行委员会的行动

26. 请执行委员会注意本报告。

= = =