



与卫生相关的千年发展目标

秘书处的报告

1. 世界领导人在关于千年发展目标的联合国大会高级别全体会议上（纽约，2010 年 9 月 20-22 日）汇聚一堂，以便审议进展情况和需要的行动¹。产生的成果文件是概述实现千年发展目标方法方面共识的最新会员国宣言²。本报告审议了涉及卫生相关目标的最新趋势³。此外，根据 WHA63.24 号决议的要求，报告评估了通过预防和治疗肺炎降低儿童死亡率的工作进展情况，并提供了世卫组织参与关于千年发展目标的高级别全体会议以及后续行动的概要情况。

现状和趋势

2. 在国与国之间以及目标与目标之间，实现卫生相关千年发展目标的进展情况各不相同。

3. 5 岁以下儿童**营养不良**的情况仍然广泛存在：根据最近的估计值，在全世界涉及 1.15 亿儿童。证据显示全球流行率正在下降，但进展并不平衡。在非洲，流行率维持不变以及人口增长导致体重过低的儿童人数从 1990 年的 2400 万增加到 2010 年的 3000 万。但是，体重过低儿童人数最多的是亚洲：在 2010 年约为 7100 万。

4. **儿童死亡率**在全世界继续下降。5 岁以下儿童死亡总人数从 1990 年的 1240 万减少到 2009 年的 810 万。5 岁以下儿童死亡率从 1990 年每千活产 89 例减少到 2009 年的每千活产 60 例，即减少了约三分之一，而且 2000-2009 年期间的下降速度与 1990 年代相比有了加快。尽管有这些数字，但需要做更多的工作以便实现到 2015 年使死亡率减少

¹ 这次高级别全体会议是千年宣言和发展筹资问题国际会议蒙特雷共识（墨西哥蒙特雷，2002 年 3 月 18-22 日）的后续活动。

² 见联合国大会第 65/1 号决议，题为“履行诺言：团结一致实现千年发展目标”。

³ 尤其按 WHA63.15 号决议的要求提交。

到 1990 年水平的三分之一的 4.A 目标。肺炎和腹泻病是 5 岁以下儿童的两个最大杀手。肺炎占有所有死亡人数的 18%，腹泻病占 15%。这些百分数包括新生儿期间发生的死亡。该阶段的死亡占 5 岁以下儿童死亡的比例越来越大，约占所有死亡病例的 40%。

5. 与 1990 年的 73% 相比，年龄为 12-23 个月的儿童在 2009 年的全球麻疹免疫覆盖率为 82%。但是，针对经常致命疾病的关键性**儿童健康干预措施**的覆盖面仍然不够广泛。这些干预措施包括用于腹泻的口服补液疗法和锌，以及为肺炎使用抗生素的病例管理。如果广泛实施有效的干预措施并且如果达及最脆弱的人群，就可以避免肺炎造成的多数儿童死亡。

6. **孕产妇死亡率**。估计显示，死于妊娠和分娩期间并发症的妇女人数减少了 34%：根据联合国 2010 年发布的最新估计数字，从 1990 年的 54.6 万人减少到 2008 年的 35.8 万人。进展很显著，但每年 2.3% 的下降率与实现 1990 年至 2015 年使孕产妇死亡率下降四分之三的 5.A 目标所需的 5.5% 相比，不足一半。在 2008 年，几乎所有的孕产妇死亡病例（99%）发生在发展中国家。

7. 在减少孕产妇死亡率的干预措施方面，包括计划生育服务以及所有孕妇在妊娠、分娩和产后阶段获得专业人员护理方面，覆盖率有了提高。最新估计数字显示，发展中国家年龄为 15 岁至 49 岁的已婚或同居妇女的 63% 使用了某种形式的避孕措施。尽管 78% 的孕妇在 2000-2010 年期间至少接受一次产前保健，但仅有 53% 的孕妇按世卫组织的建议至少接受了 4 次产前检查。由卫生专业人员接生的比例从 1990 年的 58% 上升到 2008 年的 68%。

8. 越来越多的国家纪录显示，自 2000 年以来的**疟疾**确诊病例数量和/或报告的住院及死亡数出现下降¹。全球控制努力使死亡估计数量有所下降，由 2000 年的几乎 100 万例降至 2009 年的 78.1 万例。疟疾病例的估计数字由 2000 年的 2.33 亿上升到 2005 年的 2.44 亿例，后又降低到 2009 年的 2.25 亿。在 2000 至 2009 年期间，非洲区域总共有 11 个国家和一个地区的情况显示，无论是疟疾确诊病例还是疟疾住院及死亡都下降了 50% 以上。在世卫组织的其它区域，32 个国家的疟疾确诊病例报告数字下降了 50% 以上。

9. 每年全球的**结核病**新病例数继续略有增长，因为人口的增长抵消了人均发病率的缓慢下降。在 2009 年，病例数估计在 1200 万至 1600 万之间，新病例数估计为 940 万。估计有 130 万艾滋病阴性患者在 2009 年死于结核病。自 1990 年以来，该病死亡率下降

¹ 《2010 年世界疟疾报告》。日内瓦，世界卫生组织，2010 年。

了三分之一以上。在 2009 年，各国的结核病规划报告了 580 万起病例。在 2008 年，治疗成功率在世界范围内达到 86%，而且在疾病负担较高的国家达到 87% — 连续第二年超过 85% 的目标（世界卫生大会在 1991 年首次要求实现的目标）¹。但是，耐多药结核病继续造成问题。

10. 在 2009 年，估计有 3330 万 **艾滋病毒** 携带者，260 万新感染者，以及 180 万例艾滋病毒/艾滋病相关死亡。全世界艾滋病毒携带者人数继续增多，2009 年与 1999 年相比增加了 23%。但是，全球流行的整体发展情况似乎已稳定，每年的艾滋病毒新感染例数稳步减少。在 2009 年，估计的艾滋病毒新感染例数比 1999 年少近 20%。艾滋病毒阳性人数的增多部分反映了抗逆转录病毒治疗延长生命的作用。截至 2009 年 12 月，低收入和中等收入国家中有 500 多万人能够获得这种治疗。尽管有这种全球进展，但治疗覆盖率仍然较低：在 2009 年，低收入和中等收入国家中仅有 36% 需要治疗的人得到治疗。在 2009 年，估计有 140 万感染艾滋病毒的妇女生育，而且约有 37 万新生儿在围产期和哺乳期受到感染，其中多数病例发生在南撒哈拉非洲。

11. **被忽视的热带病** 影响 10 亿多人，主要是在热带和亚热带气候中生活的贫穷人群。根据从 121 个国家收到的数据，全球麻风患病人数在 2009 年初为 213 036 例，2008 年期间发现的新病例数为 249 007 例。在 2009 年，淋巴丝虫病在 81 个国家流行，其中 53 个正在实施大规模治疗规划；接受治疗的人数从 2000 年的 1000 万人增加到 2007 年的 5.46 亿人。自 1989 年以来，麦地那龙线虫病新病例数从 12 个疾病流行国家中的 892 055 例减少到 2009 年 4 个国家中的 3190 例，即减少了 99% 以上²。但是，登革热的暴发正在增多，而且地域范围正在扩大；当前，世卫组织的 6 个区域中有 5 个报告发现登革热病例。

12. 能获得经改进的 **饮用水源** 的世界人口比例于 1990 年至 2008 年期间在全球从 77% 上升到 87%。千年发展目标 7 具体目标 7.C 的一项内容是将无法持续获得安全饮用水的人口比例减半。根据目前的速度，很可能将实现这一目标。但是，在 2008 年约有 8.84 亿人仍然依靠未经改进的水源，其中 84% 生活在农村地区。具体目标 7.C 的另一项内容是将无法持续获得基本卫生设施的人口比例减半。实现卫生设施目标方面当前的进展速度不够快。在 2008 年，26 亿人未使用经改进的卫生设施，其中超过 11 亿人没有任何类型的厕所或卫生设施。如果当前的趋势继续下去，将不能完成具体目标 7.C 的这项内容。

¹ 见 WHA44.8 号决议。

² 更详尽的信息，见文件 EB128/15。

13. 发展中国家继续面临**基本药物**可得性较低和费用较高的情况。对 40 多个主要为低收入和中等收入国家的调查显示,仅在 42%的公立部门卫生机构和 64%的私立部门卫生机构中能够获得选定的非专利药品。公立部门缺药的情况迫使患者私人购药。在私立部门,非专利药品的价格比国际参照价平均高 630%以上,而原创品牌一般甚至更贵。

肺炎

14. 在通过关于预防和治疗肺炎的 WHA63.24 号决议之后,若干国家开始采用综合性社区病例管理,作为更多获得高质医护的公认战略之一。埃塞俄比亚和马拉维等国已表明,这种战略可有助于降低 5 岁以下儿童的死亡率。

15. 儿童基金会/世卫组织关于管理腹泻和肺炎患儿的联合声明已被若干国家用作为在医护可及性的提高方面发起政策对话的基础。此类医护可由训练有素并得到监督的社区卫生工作者提供。2015 年倒计时行动¹正在监测的 68 个国家中,有 29 个改变了政策以便开展以社区为基础的肺炎管理。尼泊尔和塞内加尔扩大了社区规划,并取得了积极的结果。

16. 为了支持和便利实施协调和扩大的干预措施以便在发展中国家 5 岁以下儿童中控制肺炎和腹泻,世卫组织正在计划与各国卫生部、儿童基金会及其它伙伴合作,在 2011-2012 年举办四期区域讲习班(三期在非洲区域,一期在东南亚区域)。这些区域具有最高的肺炎和腹泻死亡负担并包括不能按计划实现千年发展目标 4(降低儿童死亡率)的众多国家。

17. 在全球免疫和疫苗联盟的支持下,非洲区域、美洲区域和东地中海区域前所未有的众多国家将于明年引进肺炎球菌结合疫苗。发展中国家的临床实验(以及使用过该疫苗的工业化国家的经验)显示,这些疫苗以及已在这些国家使用的 B 型流感嗜血杆菌疫苗将对肺炎的发病率和死亡率产生显著影响。在 2010 年,使用七价肺炎球菌疫苗的冈比亚和卢旺达将改用新近可得的 13 价疫苗,针对 13 种肺炎球菌血清型提供保护,包括在发展中国家流行的血清型。在 2011 年初,肯尼亚将引进一种 10 价疫苗,圭亚那、洪都拉斯和尼加拉瓜将引进 13 价疫苗。卢旺达已经利用引进肺炎球菌结合疫苗的机会扩大了其它肺炎控制战略,肯尼亚也有计划这样做。正在引进疫苗的其它国家将获得支持以便开展同样的工作。在 2011 年,喀麦隆、中非共和国、刚果、刚果民主共和国、马里、

¹ 《2015 年倒计时十年报告(2000-2010 年):孕产妇、新生儿和儿童生存评估》。日内瓦,世界卫生组织和儿童基金会,2010 年。

塞拉利昂和也门正在准备引进 13 价肺炎球菌疫苗，贝宁、布隆迪、埃塞俄比亚、马达加斯加、马拉维和巴基斯坦计划在 2012 年引进这些疫苗。

关于千年发展目标的联大高级别全体会议及其后续活动

18. 联合国大会通过的成果文件提出了一系列行动，如果充分推广并适应特定国情，将导致实现千年发展目标。关于千年发展目标的高级别全体会议还确认了国际社会的重要承诺，包括成果文件中体现的承诺，并倡导开展大胆的新行动，例如联合国秘书长的全球妇幼健康战略。在孕产妇、新生儿和儿童健康伙伴关系（世卫组织为其中一员）的支持和促进下制定了该战略，最初于 2010 年 5 月第六十三届世界卫生大会期间的技术介绍会上对其进行了讨论。

19. 成果文件基于 10 年的努力和进展以及认可反映对若干卫生相关千年发展目标和内在卫生系统问题¹方面重点行动的一系列世界卫生大会及联合国大会决议和报告。宏观经济与卫生委员会以及健康问题社会决定因素委员会的调查结果指导着世卫组织和各国为加强与健康、减贫、性别和人权的联系并应对卫生不公平现象开展的卫生工作——成果文件进一步支持了这些行动。根据其《组织法》，世卫组织的宗旨是“求各民族企达卫生之最高可能水准”。要实现这一点，涉及到一系列技术性干预措施。相比之下，卫生规划的实施依赖于与其它部门相互联系并解决外交政策²和国家决策者熟悉的问题：经济和社会发展、人道主义行动、资源调拨、贸易、技术转让、知识产权、援助实效、共同问责制、管理质量、国家主权和人类安全概念。这些行动有助于确保使卫生在政治议程中继续获得重视。八国集团 2009 年和 2010 年的宣言确认支持千年发展目标并维持以往的承诺。

20. 在提交卫生大会的其它文件中，包括关于加强卫生系统、世卫组织的筹资前景、2011-2015 年全球卫生部门艾滋病毒/艾滋病战略、疟疾、全球免疫远景与战略、婴幼儿营养及其综合实施计划、消灭麦地那龙线虫病和饮用水安全管理的文件³，进一步确认了世卫组织采取的与千年发展目标直接相关的具体行动。

¹ 包括联合国经济及社会理事会 2009 年部长级年度审查会议产生的关于国际上在全球公共卫生方面商定的目标和承诺的部长级宣言。

² 例如，见联合国大会第 63/33 和第 64/108 号决议以及第 64/365 号报告，其中鼓励来自外交政策界的更大参与以支持卫生工作，以及重视卫生与外交政策之间达成更高的一致性。

³ 文件 A64/12 和 A64/13；A64/4；A64/15；A64/19；A64/14；A64/22；A64/20 和 A64/24。

21. 世卫组织在关于千年发展目标的高级别全体会议的筹备工作中与联合国系统其它机构和秘书长办公厅广泛合作，并积极参与了 20 多次会外活动（该次会议的所有会外活动有三分之一专门针对卫生问题），包括为预防和控制非传染性疾病的联大高级别会议筹备工作（计划在 2011 年 9 月举行）¹进行准备的若干活动。联大上的发言表明卫生问题在国家议程中仍具有重要地位。

秘书长全球妇幼健康战略的后续活动

22. 应秘书长办公厅的要求，世卫组织、儿童基金会、人口基金、艾滋病规划署和世界银行（称为 H4+集团）在联合国大会关于千年发展目标的高级别全体会议之前促进了死亡负担沉重的 25 个最低收入国家中关于全球妇幼健康战略草案的磋商。目的是要在联合国协调现有国家级程序和机制的范畴内确认国家对妇幼健康议程重点行动的承诺。H4+集团领导了与各国政府和利益攸关方的讨论。在该次会议上着重介绍了确认的承诺，并将其列入全球战略的附件。

23. 在关于千年发展目标的高级别全体会议之后，编撰并分析了 25 个高疾病负担国家的特定国别承诺，以便确认所需的行动、活动以及实现这些承诺所需的支持。这些结果正在被用于指导世卫组织和联合国系统其它组织确定其在向国家提供技术及其它方面支持时的重点。分析框架还将能够确保问责制。

24. 在剩余 24 个收入最低的国家中，已启动工作确认加强重视和资源可产生显著结果的关键领域所需的具体承诺。正在使用类似在高级别全体会议之前为确认承诺所用的做法。

一致性与国家卫生计划、政策和战略

25. 实现千年发展目标需要一致的全球和国家卫生政策。在改进国家卫生战略、政策和计划的协调方面，秘书处向各国提供了进一步支持，以使卫生系统提供与所有疾病作斗争的综合性一揽子服务并使所有利益攸关方一起开展工作。这种做法需要高级别的政治领导以及发展伙伴的持久支持。

26. 世卫组织期待召开第四次援助实效高级别论坛（计划于 2011 年 11 月 26 日 - 12 月 1 日在大韩民国釜山举行），将继续支持实施援助实效问题巴黎宣言（2005 年）和阿克

¹ 见文件 A64/21 和 A64/21 Add.1。

拉行动议程（2008年）。世卫组织持续支持国际上对加强卫生系统的承诺，将促进制定和使用国家卫生战略、政策和计划作为一种手段，提高与国家重点的一致性并使关于国内筹资政策的意见更为一致。同样，世卫组织正在与世界银行、抗艾滋病、结核和疟疾全球基金以及全球疫苗和免疫联盟一起开展工作，按照卫生系统创新国际筹资高级别专题小组的建议形成共同的资助基础。

27. 成果文件中反复强调，在国家级加强一致性和连贯性的工作需要范围广泛的利益攸关方开展合作。据此，世卫组织正在这方面加强努力，例如通过其与国际卫生伙伴关系后续程序（IHP+）集团的工作以及通过其对初级卫生保健的重新承诺。

更强大的卫生系统

28. 实现与卫生相关的千年发展目标将着重依赖于可融入卫生规划和加强基础卫生系统的程度（尤其是在卫生人员、筹资和组织服务提供方面）。第六十三届世界卫生大会通过了《世界卫生组织全球卫生人员国际招聘行为守则》¹，现在继续予以实施。《2010年世界卫生报告》概括了卫生筹资战略。

29. 要确保更强有力的国家反应，世卫组织国家办事处将需要有更强的能力并发挥更大的作用，尤其是要作为召集者、促进者和向国家当局的努力提供支持者，以便使卫生在国家议程中获得更高地位，协调众多利益攸关方，改进可衡量的国家计划，并因此加强政策一致性、协调与合作。

30. 世卫组织正在与各伙伴一起开展工作，寻找加强多部门卫生行动的方法，包括使用指标监测不同战略的影响。健康问题社会决定因素世界大会（计划于2011年10月19-21日在巴西里约热内卢举行）将提供一个论坛以确认此类战略。

获取所需资源

31. 在筹集必要资源实现与卫生相关的千年发展目标，填补资金缺额，以及加强作为基础的卫生系统方面，仍然存在担忧。关于非洲区域46个国家人均卫生官方发展援助趋势的最近数据显示，用于目标6（与艾滋病毒/艾滋病、疟疾和其它疾病作斗争）的资金供应显著增加，但用于其它目标的情况仍然未变。此外，处于绝对贫困中的人群有三分之一所居住的国家比其它低收入国家接受的人均援助要少40%。

¹ 见 WHA63.16 号决议。

32. 关于千年发展目标的高级别全体会议促使对实现与卫生相关的目标作出了若干承诺。认捐 400 多亿美元，在 5 年期间提供，用于支持实施全球妇幼健康战略。高级别全体会议通过其第二次会议（纽约，2010 年 10 月 4-5 日）上的第三次自愿补充对抗艾滋病、结核和疟疾全球基金产生影响，捐助者在会上为 2011-2013 年认捐 117 亿美元，这是迄今为止的最大数额。全球疫苗和免疫联盟举行了一次类似的会议。国际药品采购机制（每年筹集约 3 亿美元）和国际免疫融资机制等行动也为卫生相关目标的资金供应作出显著贡献。

更充分的问责制、信息和情报

33. 由于确保对千年发展目标问题的高级别全体会议上所作承诺负责是极为重要的，联合国秘书长要求总干事带头制定问责制框架以追踪对全球妇幼健康战略作出的承诺和取得的结果。世卫组织正在建立一个有时限的妇幼健康问题信息和问责制委员会，由各会员国、多边系统、学术界、民间社会和私立部门的领导人和专家组成，将在第六十四届世界卫生大会上介绍进展情况。委员会将确认卫生信息和问责制的有效全球结构的原则。此外，它将审议供所有国家使用的一个框架，其中包括卫生资源和预期成果的核心指标。目标不是要创建一个全新的报告基础设施和系统，而是要使现有安排达成和谐与一致。委员会还将确认在这种情况下使用创新卫生信息技术的机会。

34. 需要运行良好的卫生信息系统以便监测实现卫生相关目标的进展情况，以及实现其它国家卫生目标和公平性目标的进展情况。还需要审查系统绩效以便为国家和国际决策过程提供信息。卫生信息系统需要众多来源的数据，例如调查、卫生设施和行政机构。通过民事登记系统以及记录出生、死亡和死亡原因，许多国家在推动卫生信息系统方面取得了一些进展，但仍存在很大的空白领域，最主要是在监测方面。世卫组织正在与各伙伴以及卫生计量系统网络一起开展工作，支持国家为提高千年发展目标及其它指标方面数据的可得性和质量所作出的努力。

35. 世卫组织将继续在其年度出版物《世界卫生统计》中报告卫生相关统计数据的最新估计值，其中包括对实现卫生相关目标进展情况的评估。报告提供主要卫生指标的对照估计值。但是，全球估计值的质量取决于国家数据的可得性和质量，而许多指标的国家数据仍不充足。

36. 通过适当使用电子卫生档案和移动装置，电子信息系统和电子卫生应用程序有潜力更广泛地提供更高质量的医疗。这些技术也在改变卫生信息的模式，促进地方自主权并

允许在卫生系统各级查阅数据档案。世卫组织将发挥关键性的作用，确保应用适当标准和渐进性的国家政策以便最佳利用这些技术。

37. 2011 年 1 月，执行委员会在其第 128 届会议上讨论了本报告的前一版本并通过了 EB128.R1 号决议。

卫生大会的行动

38. 请卫生大会批准执行委员会在 EB128.R1 号决议中建议的决议。

= = =