



## 进展报告

### 秘书处的报告

#### 目 录

	页次
A. 加强卫生系统（WHA64.9、WHA64.8、WHA63.27、WHA62.12 和 WHA60.27 号决议） .....	3
B. 世卫组织在卫生研究中的作用和责任（WHA63.21 号决议） .....	6
C. 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） .....	8
D. 消灭天花：销毁储存的天花病毒（WHA60.1 号决议） .....	13
E. 消灭麦地那龙线虫病（WHA64.16 号决议） .....	14
F. 南美锥虫病：控制和消除（WHA63.20 号决议） .....	16
G. 病毒性肝炎（WHA63.18 号决议） .....	18
H. 预防和控制耐多药结核病和广泛耐药结核病（WHA62.15 号决议） .....	19
I. 霍乱：控制和预防机制（WHA64.15 号决议） .....	21
J. 控制非洲人类锥虫病（WHA57.2 号决议） .....	23
K. 2011-2015 年全球卫生部门艾滋病毒/艾滋病战略（WHA64.14 号决议） .....	24

L. 预防和控制性传播感染：全球战略（WHA59.19号决议） .....	26
M. 生殖卫生：朝着实现国际发展目标和具体目标加速进展的战略 （WHA57.12号决议） .....	29
N. 推进食品安全行动（WHA63.3号决议） .....	32
O. 气候变化和卫生（EB124.R5和WHA61.19号决议） .....	34
P. 伙伴关系（WHA63.10号决议） .....	35
Q. 多种语言：实施行动计划（WHA61.12号决议） .....	37

## A. 加强卫生系统 (WHA64.9、WHA64.8、WHA63.27、WHA62.12 和 WHA60.27 号决议)

1. 在通过关于“初级卫生保健，包括加强卫生系统”的 WHA62.12 号决议时，卫生大会重申了会员国对重振初级卫生保健和实现人人享有卫生保健的承诺。该决议明确了为重振和加强初级卫生保健，本组织工作的四项主要政策方向，即：走向全民覆盖；以人为本提供服务；将卫生工作纳入更广泛的公共政策；提供包容性的卫生领导和有效的管理。通过关于作为国家卫生系统组成部分的信息系统的 WHA60.27 号决议、关于加强政府促使私立部门有建设性地参与基本卫生保健服务的能力的 WHA63.27 号决议、关于加强国家政策对话以形成更加有力的卫生政策、战略和计划的 WHA64.8 号决议以及关于可持续的卫生筹资结构和全民覆盖的 WHA64.9 号决议，进一步支持了加强卫生系统方面的工作。本文件总结了决议的实施进展情况和涉及本组织所有层面的合作，同时考虑到执行委员会在 2012 年 1 月第 130 届会议上注意到本进展报告的前一版本时各会员国提出的意见<sup>1</sup>。

2. 美洲区域办事处按照《蒙得维的亚宣言（2005）》在实施以初级卫生保健为基础的卫生系统方面继续取得进展。已建立了专门的初级卫生保健实践社区和一个虚拟公共卫生校园。目前，美洲区域正在执行初级保健情况评估，透过初级卫生保健衡量卫生系统的绩效，将特定疾病规划纳入卫生系统和实施高效卫生服务管理方法。

3. 经过两年的磋商过程，西太平洋区域第六十一届区域会议于 2010 年 10 月批准了以初级卫生保健价值观为基础的西太平洋卫生系统区域战略<sup>2</sup>。

4. 在欧洲区域，根据 2008 年《塔林宪章：卫生系统促进健康与福祉》所载的承诺，加强卫生系统以秘书处关于公共卫生和卫生系统概念的澄清工作以及欧洲基本公共卫生服务的明确工作为指导。着重强调就卫生筹资政策向各国提供技术支持，并以提高卫生筹资绩效为重点。这符合世卫组织欧洲卫生筹资政策文件 2008/1(卫生筹资政策：决策者指南)中确定的广泛政策目标。许多会员国，包括爱沙尼亚、葡萄牙和土耳其等，都在秘书处的技术指导下对其卫生系统绩效进行了评估，并从中受益。

5. 东地中海区域的工作以关于初级卫生保健的《多哈宪章》和《多哈宣言》(2008)为导向。23 个会员国已经更新了它们的卫生概况，将其作为政策对话的基础。还为许多会员国制定国家卫生计划提供了支持。区域委员会通过了 EM/RC57/R.7 号决议，其中敦促会员国批准并调整使用六大战略方向，以改善卫生保健的筹资，并要求区域主任支

<sup>1</sup> 见文件 EB130/2012/REC/2，第十四次会议摘要记录，第 2 部分。

<sup>2</sup> WPR/RC61.R2 号决议。

持会员国实施战略方向和加速走向全民覆盖方面的努力。一项关于私立部门在提供基本卫生保健服务方面的作用的调查已经启动，而区域专题小组正在推广以家庭实践方式为基础的区级卫生系统。

6. 非洲和东南亚区域分别以《非洲初级卫生保健和卫生系统瓦加杜古宣言（2008）》和通过卫生保健改革区域会议（曼谷，2009年10月20至22日）制定的战略框架为指导。区域专题小组和技术工作组已提供监督和指导，以支持将承诺转化为国家合作战略文件和双年度规划工作。

7. 在全球范围内，秘书处实施这些决议的努力围绕下述四条行动路线进行。

8. **加强对会员国推广包容性的卫生领导和有效管理的支持。**全球有110个国家已经建立起综合性国家计划程序，利益攸关方在不同程度上参与了国家政策对话。卫生工作者队伍的规划现状表明了迈向更具包容性的治理的一种趋势。在工作者队伍出现严重短缺的57个国家中，有30个国家报告已经具有包括相关利益关方在内的部门间协调机制（如国家委员会）。28个国家报告除卫生部外已经具备较为广泛的代表性，而有24个国家已经有了非公共部门的代表（涉及私立部门、私立-非盈利、社区和宗教组织）。在29个国家，外部合作伙伴——如双边或多边组织——有代表参与卫生人力资源委员会。在70个国家，已经开展了参与式卫生部门审查，并且根据商定的卫生系统绩效评估方案，对国家卫生政策、战略和计划完成了一次进展评价<sup>1</sup>。10个国家在2011年成功开展了国家战略联合评估。在美洲区，11个国家修订并且更新了监管框架和法规。在欧洲区，六个国家完成了卫生系统绩效评估工作。在东地中海区，13个国家针对私立部门的监管问题开展了评估研究。

9. 秘书处向60多个国家提供了直接支持，用来开展卫生计划和政策对话审查；在34个国家，这项活动是由本组织的三个层面共同实施的，期间与其他机构往往具有合作。已经利用若干个国家间讲习班提供了多国支持，同时还在抗击艾滋病、结核病和疟疾全球基金和疫苗和免疫全球联盟的背景下向国家进一步提供了支持。一些特定的支持活动涉及捐助方之间对加强卫生系统提供的捐款协调性及其与国家信托和监督与评价机制的一致性问题，以及通过对国家战略开展联合评估，制定加强卫生系统的资助新建议或者对国家卫生政策、战略和计划提供直接资助。在欧盟的支持下，已经在若干国家启动了一项新规划，目标是强化对国家卫生政策、战略和计划方面的政策对话程序的长期支持。这项规划将在2012年加以扩展。在监管框架、卫生系统绩效评估和基本公共卫生职能方面，也已向各国提供了技术支持。秘书处通过建立信息门户、观察站和组织政策

---

<sup>1</sup> 各会员国在这方面所做的工作细节情况可见《2010-2011年规划预算：执行情况评估》（文件WHO/PRP/12.1）中提到的涉及战略目标10的情况（会议室仅有英文副本）。

辩论和交流论坛，将目标定在改善国家制定战略情报的能力方面。为支持这一努力，本组织正在重新调整其在卫生系统和特定疾病规划方面的工作。还制定了包括国家卫生规划周期数据库在内的专门工具。此外，还在所有区域启动了一项全球学习规划，以增进本组织在政策对话方面为会员国提供支持的能力。75 个世卫组织驻国办事处（617 名职员）已经完成了这一规划的首期活动，并且已经制定了世卫组织向各自国家的国家卫生周期提供支持的路线图。

**10. 以人为本提供服务。**对会员国的常见关注领域包括：老龄化和不断加重的（多种）慢性疾患负担；卫生和卫生保健的不均等分布；可负担性和可持续性；技术进步和药品的获得性；以及分散化、商业化和以医院为中心的体系问题。在许多国家，在过多依赖自掏腰包这种支付方式的背景下，未经监管的私立提供方数量远远超过公立或者接受监管的私立提供方，这使问题更加复杂化。在所有区域，尤其是在美洲区、欧洲区和西太区。会员国正在努力做到对卫生部门进行更加有力的指导，重新重视初级保健、保健协调以及重新定位的医院作用<sup>1</sup>。秘书处与会员国和相关利益攸关方进行了磋商，对这一努力提供了支持。人力资源管理和服务提供被放在了向上述国家卫生政策对话和审查提供支持的核心位置。

**11. 走向全民覆盖。**许多国家依然遇有卫生财政资源的严重短缺，另有一些国家过多依赖自掏腰包的直接支付方式，来筹集卫生资金。由此一来，每年使数百万人难以就医并使一亿名就医者陷入贫困。每一年，政府都在提高效率和保护资金使用的公平性面前不断挣扎。为响应 WHA64.9 号决议，秘书处已经与会员国、民间社会、多边和双边合作伙伴及本组织各个层面开展了广泛磋商。这方面的一个例证就是《2010 年世界卫生报告》<sup>2</sup>以及与之相伴的不断加大的研究努力。已经制定了一份行动计划，该计划注重为会员国提供支持，审查全民覆盖方面的状况；评估如何能够为接近目标而进一步发展其融资系统；实施和监督确需做出的改变；以及使国家卫生计划和战略产生强有力的协同作用。这就反应出这样一个事实，有 50 多个国家去年与世卫组织联络，询及在卫生系统筹资方面的技术支持问题。该行动计划概述了世卫组织通过提供关于最佳实践方面的信息、促进分享经验教训以及发展国家追踪资源、评估融资战略和政策及实施和检测变化的能力，如何逐步扩大向各国提供的支持。世卫组织还按照决议要求，正在强化其数据库。在所有这些领域，世卫组织均已加强了与双边和多边合作伙伴、学术界和民间社会之间的合作，包括社会健康保护方面的“提供卫生保健行动（P4H）”。

<sup>1</sup> Rechel B et al, eds. 向未来的医院投资。哥本哈根，世界卫生组织代表欧洲卫生系统和政策观察站，2009 年。Saltman R, Durán A and Dubois H, eds. 管理公共医院。改革战略和走向机构自治。欧洲卫生系统和政策观察站。欧洲观察研究系列丛书第 25 号，2011 年。

<sup>2</sup> 《2010 年世界卫生报告》（“卫生系统筹资：实现全民覆盖的道路”）。日内瓦，世界卫生组织，2010 年。

12. **加强作为国家卫生系组成部分的卫生信息系统。**WHA60.27号决议敦促会员国特别开展此项活动。在国际卫生伙伴关系和相关行动(IHP+)的背景下,世卫组织正在与越来越多的国家开展合作,加强对各国卫生战略内容的监测、评估和审查工作。这包括填补数据空白、提高数据质量和加强开展分析的能力,以便为卫生部门审查提供情况。为开展绩效评估制定一套合理的指标以及一个共同监测和评价框架,这在主要发展机构之间越来越具有共识。在妇幼健康问题信息和问责制委员会提出的建议中,呼吁占全世界儿童和孕产妇死亡负担95%以上的75个国家加强其监测、审查和行动系统<sup>1</sup>。这为进一步加强卫生信息系统,以及在国家卫生战略背景下,为国家主导的信息和问责制平台调动联合支持提供了又一个机会。

13. 虽然秘书处对会员国的支持仍侧重于建设国家能力,最多获取并且最佳利用本国的资源,但也十分关注提高援助实效问题。非洲、美洲、欧洲、东南亚和西太平洋区域办事处越来越重视卫生部门的捐助方协调问题以及将其资金和活动与国家卫生重点和计划保持统一的问题。在东地中海区域的8个国家开展了援助实效和捐助方协调情况评估。这些评估情况将用来制定区域战略。世卫组织和世界银行联合担任国际卫生伙伴关系和相关行动(IHP+)的秘书处,它已成为多项加强卫生系统和提高援助实效的合作努力进行重组的保护伞。这些包括卫生系统筹资平台、关于社会健康保护方面的“提供卫生保健行动(P4H)”、为达成共同的监测和评估框架开展合作、全球卫生人力联盟、“非洲卫生协调”行动、以创新成果为基础的融资赠款和拯救100万人生命促进行动。国际卫生伙伴关系和相关行动重点关注使更多合作伙伴与国家卫生战略和计划保持一致。现已有55个国际卫生伙伴关系和相关行动(IHP+)签署方,其中有30个发展中国家(2011年间有六个国家签署)。2011年对国际卫生伙伴关系和相关行动(IHP+)做出了独立审查,这加强了2010年12月召开的会议带来的积极活力,并确认了这一伙伴关系的未来方向。十六个国家已经签署了用以指导其与合作伙伴开展合作的谅解备忘录或者契约;另有五个这类备忘录正在准备之中。八个国家已经具备供所有利益攸关方使用的监测和评价“路线图”。为确保做到相互问责,每年都由一个名为“IHP+ Results”的独立同盟对各机构和各国履行承诺的进展情况监测。2011年开展的一轮监测涵盖了10个国家和15个捐助方。国际卫生伙伴关系和相关行动(IHP+)的工作方式的特点是包容性和注重国家自主决策,现在这也在那些不是国际卫生伙伴关系和相关行动(IHP+)签署方的国家变得更加显而易见。

---

<sup>1</sup> 《遵守承诺, 衡量结果: 妇幼健康问题信息和问责制委员会》。世界卫生组织, 2011年, 新闻稿 ([http://www.everywomaneverychild.org/images/content/files/accountability\\_commission/final\\_report/Final\\_EN\\_Web.pdf](http://www.everywomaneverychild.org/images/content/files/accountability_commission/final_report/Final_EN_Web.pdf), 检索日期: 2012年3月20日)。

## B. 世卫组织在卫生研究中的作用和责任（WHA63.21 号决议）

14. 执行委员会在 2012 年 1 月召开的第 130 届会议上注意到了本进展报告的前一版本<sup>1</sup>。
15. 现报告归纳了为支持世卫组织卫生研究战略在区域办事处和总部开展的活动。
16. 在非洲区域，秘书处已开始制定利用《阿尔及尔宣言实施框架》加强卫生研究的指南：缩小知识差距，改善非洲健康。
17. 美洲区域委员会以 CD49.R10 号决议批准了泛美卫生组织的卫生研究政策。
18. 东地中海区域卫生研究咨询委员会（开罗，2010 年 10 月 18 和 19 日）和随后的一次专家协商会议（开罗，2011 年 6 月 5 和 6 日）讨论了卫生研究战略的制定。东地中海区域委员会第五十八届会议（开罗，2011 年 10 月 2 至 5 日）以 EM/RC58/R.3 号决议批准了在该区域扩大卫生研究规模及其实施的战略方向。
19. 西太平洋区域办事处将注意力集中在该区域中的研究治理方面，加强对研究伦理问题的审查以及用以改进公共卫生数据的分享。为了在这些领域提出建议，该区域举办了一次专家磋商会（马尼拉，2011 年 8 月 16 至 18 日）。
20. 作为欧洲区域 2012-2013 年双年度业务规划工作的一部分，该区域最近将重点放在研究问题和利用研究证据进行决策方面。开展的活动包括正式重组欧洲卫生研究咨询委员会，启动区域卫生研究战略工作和设立区域“有实证依据的政策网络”（EVIPNet）。
21. 在总部，卫生研究战略的实施与公共卫生、创新和知识产权全球战略及行动计划的执行工作协调开展<sup>2</sup>。发表过的主要产出包括：以涵盖 2006 至 2007 年期间的一项调查结果为基础，与世卫组织相关的研究活动概述<sup>3</sup>；在通过研究加强卫生系统的背景下，运筹学、实施研究和卫生系统研究的工作定义<sup>4</sup>；以及一份确定卫生研究重点的核对清单，包括良好做法方面的九项常见主题<sup>5</sup>。

---

<sup>1</sup> 见文件 EB130/35 和 EB130/2012/REC/2，第十三次会议摘要记录。第 5 部分。

<sup>2</sup> 见文件 A65/26 (C)。

<sup>3</sup> Terry RF, van der Rijt T. 与世卫组织相关的研究活动概述：涵盖 2006/07 年的一项调查的结果《卫生研究政策与系统》2010, 8:25 (<http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1001000>, 2012 年 2 月 23 日检索)。

<sup>4</sup> Remme JHF, Adam T, Becerra-Posada F et al. 明确研究，改进卫生系统。《公共科学图书馆 医学》(2010 年 11 月) <http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1001000> (2012 年 2 月 23 日检索)。

<sup>5</sup> Viergever RF, Olifson S, Ghaffar A, Terry RF. 确定卫生研究重点的核对清单：良好做法方面的九项常见主题。《卫生研究政策与系统》2010, 8:36 (<http://www.health-policy-systems.com/content/8/1/36>, 2012 年 2 月 23 日检索)。

22. 第六十二届世界卫生大会将世卫组织卫生研究战略推迟到第六十三届世界卫生大会上审议<sup>1</sup>，并以 WHA63.21 号决议批准了该战略。在文件的起草阶段和获得批准之后，该战略一直被用来指导若干技术领域研究议程的制定工作，包括：流感、食源性疾病、辐射危险、疫苗和健康问题社会决定因素。世卫组织妇女和健康问题报告曾用到该战略草案，为基于性别的研究方法制定六点议程<sup>2</sup>。

23. 与世卫组织相关的工作人员和研究方面的良好研究实践规范已经完成起草工作，最后确定后将被收入世卫组织电子手册中。

24. 秘书处已经更新世卫组织的《为审议生物医学研究的伦理委员会行动准则》新的出版物题为：涉及人体试验的卫生相关研究伦理审查标准和业务指导<sup>3</sup>。

25. 秘书处正在参与一个国际主要公共卫生研究资助者小组的工作，该小组承诺将共同努力，提高其资助的研究获得的数据的可及性。总体目标是加速公共卫生的进步。

26. 秘书处正在开发一套通过建立研究分类和转化机制，而有可能自动绘制更多全球卫生研究投资分布图的方法。这一进步将支持未来研究和发展的资源流动数据分布图的努力，从而有利于找出差距并为计划和协调作出贡献。

27. 联合国儿童基金会/联合国开发计划署/世界银行/世卫组织热带病研究和培训特别规划召开了以疾病为重点的会议和专题小组会议，以审查关于被忽视的疾病研究的需求和挑战及行动方案。全球双年度报告系列中首份关于传染性贫穷疾病的报告计划于 2012 年 4 月发表。

28. 在主题为卫生研究的《2012 年世界卫生报告》中将进一步发展战略中阐述的概念和框架。

---

<sup>1</sup> 文件 WHA62/2009/REC/1，会务委员会第一次会议摘要记录，第一部分。

<sup>2</sup> 《妇女和健康：当今的证据，未来的议程》。日内瓦，世界卫生组织，2009 年。

<sup>3</sup> 《涉及人体试验的卫生相关研究伦理审查标准和业务指导》，日内瓦，世界卫生组织，2011 年。



## C. 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）

29. 执行委员会在 2012 年 1 月召开的第 130 届会议上注意到了本进展报告的前一版本<sup>1</sup>。

30. WHA61.21 号决议要求总干事，除其他外，监测公共卫生、创新和知识产权全球战略和行动计划的实施情况和进展，并在向第六十三届世界卫生大会提交报告之后<sup>2</sup>，每两年通过执行委员会向卫生大会报告进展。本报告提供了当前的实施情况概要情况。

31. 通过本组织的合作努力，加上外部合作伙伴的参与，秘书处已将全球战略和行动计划转化为一项可执行计划，每项具体行动均附有全球、区域和国家层面的特定活动、时限和产出。

32. 采取了分阶段实施方式。因此，准备阶段于 2010 年 9 月结束；目前正处于试点实施阶段并将持续到 2012 年 12 月；而后将启动更广泛的实施阶段并将持续到 2015 年 12 月。在当前的试点实施阶段，正在与感兴趣的政府和其他利益攸关方建立必要关系。

33. 为了更好地协调相关合作伙伴的活动，秘书处已完成了由多个部门和外部实体开展的相关活动分布图的绘制工作。由所有主要办公室的高级别代表组成的世卫组织内部咨询委员会已经成立。在全球战略的背景下，秘书处已制定了一个评估工具，用于国家对创新体系和获得情况开展评估。这一工具已在肯尼亚做了试点。

34. 全球战略的实施工作与世卫组织面向卫生的研究战略<sup>3</sup>保持协调，尤其是要点 1：把研究和开发需要作为重点；和要点 2：促进研究和开发。后一项战略已被用于指导多个技术领域的活动，包括涉及流感、食源性疾病、疫苗和辐射危险领域。世卫组织所有六个区域办事处均已采取了措施，落实这一卫生战略。

35. 全球传染性贫穷疾病研究重点报告计划于 2012 年 4 月 17 日在布鲁塞尔举行的无国界卫生保健创新会议<sup>4</sup>上发布。本次会议使与这份报告的内容有关的研究人员和政府汇聚一堂。该报告是由联合国儿童基金会/联合国开发计划署/世界银行/世卫组织热带病研究和培训特别规划拟定的。这份由全球知名卫生专家起草的报告列出了研究传染性贫穷疾病的 10 个理由；它还提出了多个“行动方案”，有涉及环境、卫生系统和创新问题的专门章节。该报告的制定蕴含着 130 多名专家的投入，按照特定疾病和主题将他们分为

<sup>1</sup> 见文件 EB130/35 (C)和 EB130/2012/REC/2，第十三次会议摘要记录，第 5 部分。

<sup>2</sup> 见文件 A63/6。

<sup>3</sup> 见文件 A65/26 (B)。

<sup>4</sup> 无国界卫生保健创新会议是由欧洲委员会的服务部门组织召开的 ([http://ec.europa.eu/research/health/events-13\\_en.html](http://ec.europa.eu/research/health/events-13_en.html)，2012 年 2 月 24 日检索)。

10 个参考小组。《世卫组织技术报告丛刊》正在发表他们的工作结果，这些工作从欧洲联盟得到了资助。

36. 有关处理传染性贫困疾病研究与开发问题的资金形势报告将于 2012 年发表。这份报告涉及联合国儿童基金会/联合国开发计划署/世界银行/世卫组织热带病研究和培训特别规划，以及卫生发展研究理事会/全球卫生研究与政策解决办法论坛的合作参与，欧洲联盟提供了资金支持。它突出介绍了由研究资金提供方使用的框架、重点、战略和政策，特别是经济合作与发展组织国家和疾病流行国家之间在支持传染性贫穷疾病研究方面存在的差异。

37. 在全球战略要点 3（即：建设和提高创新能力）的背景下，世卫组织已发表《涉及人体试验的卫生相关研究伦理审查标准和业务指导》<sup>1</sup>。这些标准和业务指导在改进研究伦理系统的质量以及加强对参与卫生研究的社区和人口的研究保护方面，为各会员国提供了基准。

38. 除了加强世卫组织各级工作人员在研究伦理方面的能力之外，世卫组织一直积极致力于加强国家伦理审查委员会的能力 — 与其他国际组织、世卫组织生物伦理合作中心全球网络和世界各国伦理委员会密切合作。目前正在筹备 2012 年国家伦理委员会全球峰会（计划 2012 年 9 月在突尼斯举行），而世卫组织为其提供常设秘书处。

39. 提高卫生研究活动的透明度是全球社会中众多利益攸关者共同承担的一项责任，即：研究员、发起者、决策者和国际组织。2005 年由世卫组织建立的国际临床试验注册平台展示出为实现这一目标的承诺。过去两年中，在国家与国际层面上已开展多项行动，以建立基本注册并提高可用信息的质量。由 20 多个撒哈拉以南非洲国家组成的泛非临床试验联盟就是为改善临床试验监督而共同努力的一个范例。2011 年 9 月 14 日，欧洲联盟临床试验注册成为国际临床试验注册平台基本注册网络的第 14 位成员。补充了 38000 项临床试验记录后，欧洲联盟临床试验注册将于 2012 年 2 月成为国际临床试验注册平台搜索门户的数据提供方。此外，国际临床试验注册平台属于称作 OPEN 项目（消除发表负面结果的障碍）的行动的一部分，该项目是受欧盟委托实施的。

40. 联合国儿童基金会/联合国开发计划署/世界银行/世卫组织热带病研究和培训特别规划管理的临床职业发展奖学金规划已培训了 18 名来自低收入和中等收入国家的科学家，他们在药物开发方面具有良好的临床实践和项目管理经验。

---

<sup>1</sup> 《涉及人体试验的卫生相关研究伦理审查标准和业务指导》。日内瓦，世界卫生组织，2011 年。

41. 在全球战略要点 4（即：技术转让）的背景下，世卫组织与联合国贸易和发展会议及国际贸易和可持续发展中心合作完成了由欧洲联盟支持的一个项目的初步阶段。作为该项目的一部分，在药品、诊断制剂和疫苗方面，围绕本地生产及相关技术转让的挑战和障碍问题做了大量基础性工作。一系列报告已与现有的证据结合起来，以制定一份正在指导本项目第二阶段活动的框架文件<sup>1</sup>。

42. 秘书处已对疫苗领域所有技术转让经验进行了全景分析，用于确定有利于技术转让的新形势和条件。关于向发展中国家转让流感大流行疫苗技术的项目于 2006 年启动，现已提供了资金并向 13 个发展中国家提供了技术转让，其中四个国家已成功获得流感大流行疫苗的当地生产许可，其他国家正处在获得这种批准的过程之中。此外，世卫组织还代表发展中国家进行谈判，以得到减毒流感活病毒技术的免使用费许可证，并且已经让发展中国家的三个厂家得到了这一技术，其中有一家已经完成了产品审批并在当地销售。作为同样努力的一个部分，世卫组织促成在瑞士洛桑大学建立卓越中心，重点关注先进佐剂技术方面的培训和技术转让——该中心现已完成了对两家发展中国家疫苗生产商的培训活动，其中有一家已经开始生产佐剂。

43. 在实施全球战略要点 5（应用和管理知识产权以促进创新和公共卫生）的工作方面，世卫组织已参与了多项活动，旨在加强发展中国家应用和管理知识产权的能力，尽最大可能开展与健康有关的创新活动并且促进健康产品的可获得性。

44. 作为三边合作的一部分，世卫组织、世界知识产权组织和世界贸易组织已经启动了一系列有关公共卫生、知识产权和贸易问题的技术研讨会。目前已举办了两个研讨会，一个在 2010 年举办，另外一个在 2011 年<sup>2</sup>。此外，三个组织正在准备开展一项题为“促进可获得性和医学创新：公共卫生、知识产权和贸易的交汇点”的共同研究<sup>3</sup>。

45. 在进一步开展合作活动方面，世卫组织与联合国开发计划署和联合国艾滋病规划署已经发布了一份有关利用《与贸易有关的知识产权协定》的灵活性来改善艾滋病毒/艾滋病治疗方法的可获得性的政策简报<sup>4</sup>。此外，世卫组织还正在与世界知识产权组织合作，拟定涉及疫苗领域专利趋势的全球专利全景报告。

<sup>1</sup> 见[http://www.who.int/phi/publications/local\\_production/en/index.html](http://www.who.int/phi/publications/local_production/en/index.html)（检索日期：2012年2月24日）。

<sup>2</sup> 包括规划和总结报告等更多情况，可从<http://www.who.int/phi/>获取，（检索日期：2012年2月24日）。

<sup>3</sup> 另见 [http://www.who.int/phi/news/promoting\\_access\\_medical\\_innovation/en/index.html](http://www.who.int/phi/news/promoting_access_medical_innovation/en/index.html)（检索日期：2012年2月24日）。

<sup>4</sup> 联合国艾滋病规划署，世卫组织，联合国开发计划署。《利用《与贸易有关的知识产权协定》的灵活性来改善艾滋病毒/艾滋病治疗方法的可获得性的政策简报》。日内瓦。世界卫生组织，2011年。（[http://www.who.int/phi/phi\\_trips\\_policybrief\\_en.pdf](http://www.who.int/phi/phi_trips_policybrief_en.pdf)，检索日期：2012年2月24日）。

46. 全球战略要点 6（改进提供和获取）呼吁加强世卫组织资格预审规划。选定的活性药物成分和被忽视的热带病产品方面的资格预审工作已经启动，并开展了资格预审的好处和影响问题的研究。2010 年 1 月至 2011 年 12 月之间，42 种医疗产品（28 种用于艾滋病毒/艾滋病治疗的产品、7 种抗结核产品、1 种抗疟药、1 种抗特定流感病毒药和 5 种生殖健康产品）、2 种活性药物成分（用于抗疟药）、35 种疫苗、2 种疟疾快速诊断检测法、3 种艾滋病毒快速诊断检测法、5 种艾滋病病毒载量检测法、1 种 CD4 细胞技术和 9 个质量控制实验室（比利时、多民族玻利维亚国、加拿大、印度、秘鲁、坦桑尼亚联合共和国和乌拉圭各一个，乌克兰两个）已通过了世卫组织的资格预审。

47. 2010 年，注射用青蒿琥酯粉剂首次通过世卫组织资格预审（首个通过资格预审的中国产无菌产品）；首个替诺福韦/拉米夫定复方制剂和首个通用恩曲他滨也通过了资格预审。

48. 监管合作、协调和能力建设仍是世卫组织资格预审规划的重要组成部分。2011 年，世卫组织将中国国家监管当局评定为运转正常，使该国生产的疫苗有可能通过资格预审。2010 年，继与东非共同体联合开展的评估之后，还同时完成了对三个非洲国家（肯尼亚、乌干达和坦桑尼亚联合共和国）的资格预审。对制药商的调查显示，该规划的能力建设工作备受赞赏。

49. 在要点 7（促进可持续供资机制）的背景下，秘书处正在协助与研究及开发方面筹资和协调问题的磋商性专家工作小组有关的工作<sup>1</sup>。

50. 2010 年，泛美卫生组织第 50 届指导委员会通过了一份关于加强国家药品和生物制品监管当局的决议<sup>2</sup>，旨在保护这类产品的质量、安全性和效力。该决议明确了加强对公共卫生职能的管制和监督所需的必要工具和机制，并且敦促各国评价和加强其基本监管职能。以评估结果为基础，国家监管当局可以建立起机构发展计划，或者一旦经过评估达到了最高水准，就可被指定为区域参比监管当局。美洲区的若干国家正在参加这一行动；目前，有四个国家监管当局被视作这一机制的区域参与当局（阿根廷、巴西、哥伦比亚和古巴）。

51. 为响应要点 8（建立监测和报告系统）的要求，经与美洲区域办事处协调，世卫组织正在制定一个基于网络的平台，监督全球战略的实施进展状况并就此作出报告。全球创新与可获得性平台将建立在泛美卫生组织卫生技术的可获得性与创新区域平台的基础之上，将在 2012 年 5 月在世界卫生大会上介绍该平台的第二版本。

---

<sup>1</sup> 另见文件 EB130/23。

<sup>2</sup> CD50.R9 号决议。

52. 在美洲区域办事处，泛美卫生组织卫生技术的可获得性与创新区域平台将于 2012 年 5 月启动。在东南亚区域，召开了首次磋商会议，来制定全球战略和行动计划区域框架（新德里，2011 年 4 月 5 日和 6 日），并且除其他外，会员国一致同意加强各自在促进卫生研究与开发方面的参与度，分享知识产权相关问题方面的信息，发展各自在公共卫生和知识产权领域的谈判能力，并促进国内行业，从而加强其能力，满足可负担药物和医学技术的需求。

53. 区域和国家创新网络是确保公共卫生、创新和知识产权全球战略和行动计划得以实施的关键组成部分。非洲药物和诊断创新网络作为非洲主导的创新网络而建立。网络的发展受到世卫组织、联合国非洲经济委员会、非洲开发银行、欧洲委员会和非洲联盟的支持。非洲药物和诊断制剂创新网络由联合国儿童基金会/联合国开发计划署/世界银行/世卫组织热带病研究和培训特别规划发起，现在由位于亚的斯亚贝巴的联合国非洲经济委员会代管。亚洲和美洲的类似网络也在建设之中。

#### **D. 消灭天花：销毁储存的天花病毒（WHA60.1 号决议）**

54. 执行委员会在 2012 年 1 月召开的第 130 届会议上注意到了本进展报告的前一版本<sup>1</sup>。

55. 本文件概述世卫组织天花病毒研究咨询委员会第十三次会议（日内瓦，2011 年 10 月 31 日和 11 月 1 日）的结果。

56. 委员会忆及 WHA60.1 号决议中提到的研究条文，其中卫生大会注意到“所作授权的目的是为了开展有益全球公共卫生的必要研究，包括对抗病毒制剂和经改进的更安全疫苗进行的进一步国际研究”。

57. 咨询委员会在其第十三次会议上收到两个获批准的天花病毒储存点（VECTOR —（俄罗斯联邦科尔索沃）国家病毒和生物技术研究中心和（美国佐治亚州亚特兰大）疾病控制和预防中心）提交的报告，说明了它们所储存的病毒情况。前者在 2011 年中未使用活病毒进行任何研究。而后者建立了安全数据库以跟踪活病毒的使用情况。

58. 关于消灭天花规划的所有世卫组织档案文件均已被数字化并上传到一个专门数据库中。该收藏包括 73 万份纸质文件以及图谱、照片和其它记录。目前已有计划准备在互联网上提供这些档案文件。

---

<sup>1</sup> 见文件 EB130/2012/REC/2，第十四次会议摘要记录，第 2 部分。

59. 咨询委员会注意到两种极好的候选抗病毒药物 (ST-246 (特考韦瑞) 和 CMX001 (十六烷丙氧基西多福韦)) 已进入后期研制阶段。在决定人类的建议剂量时使用了动物研究中的药代动力学。

60. 此外, 两种天花减毒活疫苗 (LC16m8 和 MVA) 在人类身上显示出良好的安全特征, 并可在动物模型身上防止由若干种正痘病毒引起的疾病。

61. 由俄罗斯联邦和美国天花病毒储存点的研究人员开发的基于聚合酶链反应的诊断检测方法经证明既准确又敏感, 可以检出天花病毒的脱氧核糖核酸并将之与对人类致病的其它正痘病毒的脱氧核糖核酸区别开来。

62. 咨询委员会建议与世卫组织最近启动的新出现和危险病原体实验室网络进行合作与协调, 进一步发展天花实验室网络。

63. 研究规划剩余的目标是提高非人类灵长动物对天花病毒感染的再现能力, 以便能够产生关于抗病毒制剂和疫苗有效性的更多数据。这类数据将有助于加强管制机构对这些抗天花病毒药物和疫苗有效性的信心, 从而促进为这些药物和疫苗发放许可证。委员会建议继续这方面工作。

64. 已经筹划对俄罗斯联邦和美国的授权储存点进行世卫组织生物安全视察。对疾病控制和预防中心防护设施的视察访问定于 2012 年 5 月进行, 对 VECTOR 的访问在 2012 年 10 月进行。在世卫组织于 2012 年 1 月 31 日至 2 月 3 日在奥斯陆举行的一次会议上, 两个储存点都有机会对本次视察程序进行审查。各方同意这次视察将以“欧洲标准化委员会的实验室生物风险管理标准 CWA 15793:2011”作为参照标准。

65. 咨询委员会建议重新召集特设正痘病毒委员会, 以讨论对付未来可能暴发的天花疫情的应急对策。

66. 咨询委员会获悉科学分委会的成员已经更新。

## **E. 消灭麦地那龙线虫病 (WHA64.16 号决议)**

67. 执行委员会在 2012 年 1 月召开的第 130 届会议上注意到了本进展报告的前一版本<sup>1</sup>。

---

<sup>1</sup> 见文件 EB130/2012/REC/2, 第十四次会议摘要记录, 第 2 部分。

68. 2011 年 5 月，卫生大会在 WHA64.16 号决议中要求加强消灭努力并请总干事密切监督决议的执行情况并每年提交报告，直到消灭麦地那龙线虫病得到认证为止。

69. 在流行麦地那龙线虫病的会员国，已持续朝着疾病的消灭取得稳定进展。2011 年期间，仅有四个国家（乍得、埃塞俄比亚、马里和南苏丹<sup>1</sup>）报告了 1058 例新发病例，比 2010 年减少了 41%，而且报告病例的村庄数为 483 个，比 2010 年下降 38%。加纳自 2010 年 5 月以来报告零病例，说明疾病传播已经被阻断，并且该国现已处在认证前期。

70. 所有疾病流行或处于认证前期的国家（肯尼亚除外）每月均向世卫组织报告情况，即使是没有病例报告时也是如此。报告麦地那龙线虫病病例的奖励方案在除南苏丹之外的所有流行或前流行国家均已到位。

71. 根据消灭麦地那龙线虫病国际认证委员会第八次会议（日内瓦，2011 年 11 月 29 日至 12 月 1 日）的建议，另有五个国家（布基纳法索和多哥 — 曾经流行麦地那龙线虫病的国家；以及波斯尼亚和黑塞哥维那、文莱达鲁萨兰国和厄立特里亚 — 没有流行或者近期不流行该病）被认证为无麦地那龙线虫病国家。到 2011 年底时，已有 192 个国家和领地获得了无麦地那龙线虫病的认证。

72. 消灭麦地那龙线虫病的挑战仍然是在下列四个国家阻断疾病传播。

73. **乍得。**在该国报告最后一例病例十年之后，八个村庄在 2010 年报告发生了 10 起本土病例，而且这些病例均未得到控制。在 2011 年，九个村庄报告了十起病例，并且仅有四例病例得到控制。详细调查显示，近年来有病例遗漏情况，由此导致持续出现传播。阻断传播的措施正在得到实施。但是由于不安全原因而无法进入某些疾病传播风险地区是一项重要制约因素。世卫组织和卡特中心已经为重振消灭规划和加强监测提供了技术和财政援助。

74. **埃塞俄比亚。**由于监测和病例控制活动得到加强，2011 年，埃塞俄比亚五个村庄报告了八起病例，比 2010 年减少 62%。八个病例中有六个为本土病例；另有两起病例从南苏丹输入。相关病例中的七例已得到控制。通过国家综合性疾病监测和应对系统及健康教育，麦地那龙线虫病的监测已扩大到全国。

---

<sup>1</sup> 直到 2011 年 7 月 9 日，读作苏丹南部。

75. **马里**是西非唯一一个持续存在麦地那龙线虫病传播的国家。与 2010 年的 57 起相比，2011 年报告了 12 起病例；据报告，12 起病例中仅有 5 起（42%）得到了控制。这些病例报告来自 6 个村庄。

76. **南苏丹**占 2011 年所有报告新病例数的 97%。2011 年 463 个村庄总共报告发生了 1028 起新病例，比 2010 年减少了 39%，其中 74% 的病例得到控制；但是，775 起（75%）的病例来自东赤道州，2011 年报告病例数与 2010 年相比大大增加。**Kapoeta East** 县占 2011 年东赤道州报告病例总数的 76%。**Kapoeta East** 县的病例数出现上升（从 2010 年的 478 例病例升到 2011 年的 590 例）的可能原因是，2010 年，仅有 67% 的病例得到控制，仅有 52% 的本地流行村庄对不安全水源使用了媒介控制，并且仅有 6% 的流行村庄至少具有一处安全水源。但是，自 2011 年 6 月起，与 2010 年同期相比，该病显示出振奋人心的下降趋势。据报告，该国 2011 年的 80% 病例已得到控制。

77. 其它挑战有：缺乏安全饮用水供应以及如何保持有效的全国麦地那龙线虫病监测，包括已经没有麦地那龙线虫病的地区。在 2011 年有病例报告的 483 个村庄中，388 个（80%）至少没有一处安全的饮用水源。迫切需要向存在疾病流行的社区提供充足的安全饮用水。

78. 世卫组织和卡特中心估计，2011 至 2015 年期间的资金缺口为 6200 万美元。大不列颠及北爱尔兰联合王国政府已经承诺提供 2000 万英镑支持，比尔和梅林达·盖茨基金会已经确认将补充提供 2330 万美元支持，剩余资金将由阿拉伯联合酋长国政府（1000 万美元）和儿童投资基金会提供，后者承诺提供 670 万美元。这些数字包括约 800 万美元的应急资金。

## **F. 南美锥虫病：控制和消除（WHA63.20 号决议）**

79. 执行委员会在 2012 年 1 月召开的第 130 届会议上注意到了本进展报告的前一版本<sup>1</sup>。

80. 控制并消除南美锥虫病是可以实现的。在世卫组织区域中受南美锥虫病影响最为严重的美洲区域已经通过病媒控制和系统性血液筛查方面的努力大幅降低了发病率。新发病例估计数已减少 32%，从 2006 年的 41 000 例减少至 2010 年的 28 000 例。在七个疾病流行国家和另外七个国家的特定流行区域，阻断室内病媒传播的目标已经实现。在 21 个疾病流行国家中，已有 20 个国家实施了普遍性血液筛查工作。因此，年轻人群的患

---

<sup>1</sup> 见文件 EB130/2012/REC/2，第十四次会议摘要记录，第 2 部分。



病率已出现降低,而全球的危險人口数量也减少了 40%,从 2006 年的 1.08 亿人降至 2010 年的 6500 万人。

81. 通过持续性病媒控制努力:(i) 在加拿大、日本和西班牙的支持下,所有中美洲疾病流行国家(哥斯达黎加、萨尔瓦多、危地马拉、洪都拉斯和尼加拉瓜)和墨西哥均已证实阻断了由长红锥蝽引起的克式锥虫病传播;(ii) 在加拿大和西班牙的支持下,秘鲁的莫克瓜和塔克纳地区和(多民族玻利维亚国)拉巴斯已获得了骚扰蝽传播阻断认证;(iii) 在西班牙的支持下,阿根廷卡塔马卡、拉里奥哈省、米西奥内斯、圣路易斯和圣达菲省开展了重大媒介控制活动,米西奥内斯和圣达菲省可能很快就会因此获得阻断传播的认证。

82. 加强诊断和治疗方面也已取得若干成果。在世卫组织和泛美卫生组织的支持下,通过在美洲开展的次区域级活动,病例发现已得到提高,治疗的获得性得以拓展,从 2005 年获得硝呋替莫治疗的不足 50 例到 2010 年的 1500 多例。苜硝唑需求也有所增加,如今,每年有 7000 多人得到治疗。诊断和治疗的改善已经增加了病例的发现和传播活跃地区(南美洲查科地区、亚马逊河流域和萨尔瓦多与危地马拉边界)的确定,并使通过先天性传播(在阿根廷,筛查孕妇数量从 1997 年的 50 000 人上升至 2010 年的 130 000 人),和通过输血、事故和口腔操作程序及合并感染(艾滋病和克式锥虫)所导致的病例发现有所提高,使其管理得以改善。作为这些加强措施的部分内容,诊断和治疗规程继续得到统一,治疗监测和耐药性发现系统已在四个国家建立起来。

83. 由世卫组织和泛美卫生组织领导的一个小组已经在八个疾病流行国家完成了血清流行病学调查,以确定传播状态并对病媒传播的阻断进行认证。

84. 处理南美锥虫病社会决定因素的措施包括:替代或改善 11 个国家中住房和住房周边结构,及在 18 个国家实施注重社会和社区参与的干预措施。

85. 改善南美锥虫病控制的伙伴关系已经建立起来。被忽视疾病药物行动已与制药公司开展合作,在巴西生产苜硝唑,而儿科配方因此也将会不久投入使用。该倡议与泛美卫生组织之间的合作使一款软件得到应用,会员国能够利用该软件来估算各自的苜硝唑需求。阿根廷和哥伦比亚已对改善实验室诊断和治疗监测技术的研究资源做出承诺。联合国儿童基金会/联合国开发计划署/世界银行/世卫组织热带病研究和培训特别规划正在为能力建设和改善诊断工具及病媒控制的研究提供援助。美洲的合作中心正在围绕若干行动开展工作。

86. 通过制药公司拜耳集团提供的捐赠，获得高质量的确味替莫在 2017 年之前已得到保证。苜硝唑的获得性仍旧属于一项挑战。为应对供应和制造方面的关注，正在与制造商进行讨论。

87. 为加强数据收集并使南美锥虫病控制规范（传播的预防、控制和卫生保健）标准化，欧洲区域和西太平洋区域已创建了两个网络。此外，非疾病流行国家也正在加强监测工作，应对通过输血和器官移植传播疾病的风险，并加强先天性疾病的控制。

## **G. 病毒性肝炎（WHA63.18 号决议）**

88. 执行委员会在 2012 年 1 月召开的第 130 届会议上注意到了本进展报告的前一版本<sup>1</sup>。

89. 2010 年，卫生大会通过了 WHA63.18 号决议，其中提到需要预防和控制病毒性肝炎的综合措施。应决议中提出的要求，秘书处正在采取广泛措施，包括扩大成功干预措施的规模，加强卫生系统和开发新措施，并与此同时筹集急需资源。秘书处的工作围绕四个战略核心开展。

**90. 战略核心 1：提高认识和筹集资源。**活动的重点是提高决策者、卫生专业人员和公众对病毒性肝炎的认识；加强预防和控制措施；以及消除对感染者的歧视。

91. 2011 年 7 月 28 日，世卫组织发起了首个正式的世界肝炎日。世卫组织使用的主题是“这就是肝炎……了解它，面对它。肝炎殃及所有地方的所有人”，并通过与民间社会合作为各项活动提供支持。以多种不同语言编制了宣传材料，包括技术实况报道、网络通报、最新消息、新闻稿、一份总干事视频声明、宣传海报、社交媒体和多种音像制品。大众媒体广泛参与，也使病毒性肝炎带来的问题和应对各种有关疾病的可用办法的可见度提高了。

**92. 战略核心 2：用于政策和行动的数据。**世卫组织正在更新全球病毒性肝炎患病率和负担估计数据。目前正在努力宣传成果和开发工具，以便使政府能够制定以证据为基础且具有成本效益的政策和计划。正在最后确定疾病监测准则和标准，使各国能够更好地确定资源的优先使用顺序，并从免疫接种到抗病毒治疗以及从筛查血液供应到确保安全的卫生保健环境和实践，选择适当的干预措施。也即将发表关于血清学调查的指导文件，作为监测病毒性肝炎发展趋势和评价预防工作影响的一种办法。

---

<sup>1</sup> 见文件 EB130/2012/REC/2，第十四次会议摘要记录，第 2 部分。

93. **战略核心 3: 预防传播。**为应对人口的不断增长, 不断变化的流行病情况和新的经济制约, 正在对成功的预防工作进行调整。世卫组织正在重审免疫政策, 其中涉及免疫计划表, 对新生儿及卫生保健工作者的保护 (尤其是预防乙型肝炎病毒感染), 现有甲型肝炎疫苗更广泛的作用, 戊型肝炎新疫苗, 以及未来的创新方针等。正如 20 世纪 80 年代出现的艾滋病毒/艾滋病流行触发了成功改变多种行为的宣传活动, 持续的健康促进必须重视把人们置于感染危险之中但能够被改变的行为。预防肝炎的关键信息包括控制感染、采用安全的性行为以及制定关于安全血液制品、注射剂、食品和水的战略供各国使用。

94. **战略核心 4: 筛查、保健和治疗。**过去十年中, 在乙型和丙型肝炎的治疗制剂领域中记录了迅速发展。因此, 丙型肝炎常常能够被治愈, 而乙型肝炎则能够长期得到控制。至关重要的是, 必须提供准则, 用以对乙型和丙型肝炎患者进行筛查, 提高保健可及性和管理耐药性。尤其需要关注资源有限环境中的患者。因此, 作为保健和治疗以及支持各国提高治疗可及性和可负担性的框架的一部分, 秘书处正在制定一揽子资源计划, 包括提供适当的检测前和检测后咨询服务。

95. 世卫组织已在总部成立了一个专门的肝炎小组, 并在各区域办事处设有协调合作伙伴与会员国之间工作的联络点, 以便开发工具和产品, 推动每一战略核心重要工作的进展。这方面的努力将形成并推动国家级的实施框架, 从而履行 WHA63.18 号决议中提出的使命。

96. 为使各会员国和秘书处密切跟踪全面实施 WHA63.18 号决议的进展情况, 正在对综合性肝炎预防和控制的国家评估问题开发工具, 已经在第二套国家政策和实施情况调查报告方面开始工作。

## **H. 预防和控制耐多药结核病和广泛耐药结核病 (WHA62.15 号决议)**

97. 卫生大会在 WHA62.15 号决议中敦促会员国普及耐多药和广泛耐药结核病的诊疗服务, 并要求世卫组织支持这一过程。已取得重大进展, 并且占耐多药结核病全球新发病例 85% 的 27 个会员国中有 26 个现已计划提高医护可及性。2011 年 9 月, 欧洲区域委员会通过了 2011—2015 年世卫组织欧洲区域预防和抗击耐多药和广泛耐药结核病联合行动计划 (EUR/RC61/R7 号决议)。

98. 部分为了预防耐药结核病的发展, 所有 22 个结核病高负担国家均已通过世卫组织建议的战略, 以便通过公私合作使相关保健服务提供者参与结核病控制。2011 年, 在执行公私混合方针地区中的 20 个国家 (包括 10 个结核病高负担国家), 20% 至 40% 的结核病病例通报来自国家结核病规划以外的卫生保健服务提供者。由于有质量保证的医疗

产品是预防和治疗耐药性结核病的关键，世卫组织已向 70 多个国家的制造商和监管当局提供了有关质量标准和监管问题的技术援助和战略性建议。

99. 2008 至 2011 年间，世卫组织在耐药性结核病规划管理方面采用了新政策和新的实验室诊断工具，并批准了六项额外的药敏检测技术，包括一种能够在两小时内同时诊断结核病和利福平耐药性的新型分子技术：**Xpert MTB/RIF** 检测。世卫组织已经为国家使用这些检测方法编制了指南，并正在协调推广获得结核病新诊断方法的项目，其目的是在 27 个重点国家改善药敏检测的可及性。这些国家中有 18 个国家已经完成或正在进行技术转让。到 2011 年底，**Xpert MTB/RIF** 技术已在 40 个发展中国家使用。

100. 2011 年启动了一项新的全球框架，以便协调世卫组织和合作伙伴向国家提供的支持，使更多的耐多药结核病患者能够获得保健。现在所有国家均有资格直接通过全球药物基金（世卫组织支持的采购机制）采购有质量保证的二线抗结核药品，但其费用依旧太高。两种新型抗结核药品预计将于 2013 年前后进入临床使用，世卫组织正在制定有关其合理引进和使用的政策。

101. 在监测耐多药结核病保健的可及性和为此推动信息技术系统现代化方面，世卫组织向各国提供支持。约 21 个结核病高负担国家正在使用或计划采用电子数据管理系统；10 个国家正在计划，已于近期开始或已完成耐药性调查，以提高可用信息的准确性。

102. 尽管有这种进展，但目前的改善进度却无法实现 WHA62.15 号决议中提出的目标。在全球，为结核病患者提供医疗服务的基本卫生保健单位中仅有 6% 同时也为耐多药疾病患者提供医疗服务。耐多药结核病病例的总体通报数从 2008 年的 29 000 例增加至 2010 年的 53 000 例，但仍大大低于目标（见图）。如果能够对所有通报的结核病患者进行药敏检测，每年约能发现 29 万例耐多药结核病病例，但 2010 年报告仅有约 46 000 名耐多药结核病患者（总估计数的 16%）已参加治疗规划，而且其中仅有 13 000 人正在按照世卫组织的标准接受治疗。

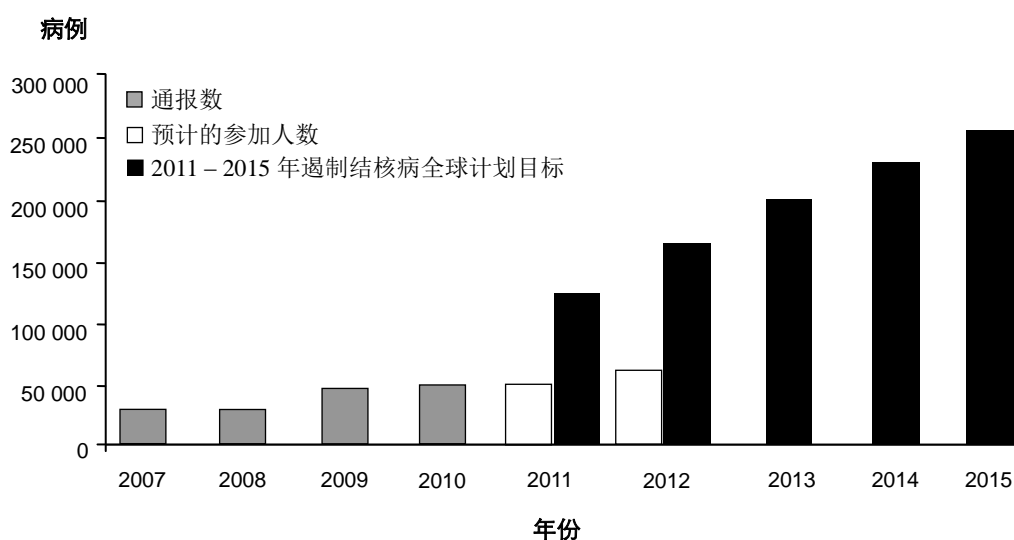
103. 各国亟需为结核病规划提供更多资金，提高可负担的快速诊断的可及性，并为本国更多的耐药结核病患者进行治疗。必须降低治疗费用，并提高有质量保证的二线药物的生产能力。还必须通过执行 WHA62.15 号决议中载明的政策，加强管理结核病患者规划能力。

104. 执行委员会在 2012 年 1 月召开的第 130 届会议上注意到了本进展报告的前一版本<sup>1</sup>；在讨论中，提到了各会员国有必要加强对耐多药结核病的应对问题。最近对印度感染了

---

<sup>1</sup> 见文件 EB130/2012/REC/2，第十四次会议摘要记录，第 2 部分。

几乎无法治愈类型的耐多药结核病的病人开展了研究<sup>1</sup>，这指明了各国如果不加快实施 WHA62.12 号决议可能就要面临的危险。



## I. 霍乱：控制和预防机制（WHA64.15 号决议）

105. 为响应世界卫生大会关于“霍乱：控制和预防机制”的 WHA64.15 号决议的要求，本报告提供了全球状况和在霍乱预防方法和霍乱控制方面所做努力的最新情况。执行委员会在 2012 年 1 月召开的第 130 届会议上注意到了本进展报告的前一版本<sup>2</sup>。

106. 2010 年<sup>3</sup>，共报告发生了包括 7543 例死亡在内的 317 534<sup>4</sup>例霍乱病例，其病死率为 2.38%，与 2009 年相比，病例数增加了 43%<sup>5</sup>，而与 2000 年相比，则增加了 130%<sup>6,7</sup>。

<sup>1</sup> Udhwadia Z 等。通讯:印度的完全耐药结核病。《临床传染病》。doi:10.1093/cid/cir889（2011 年 12 月 21 日在线发表）。

<sup>2</sup> 见文件 EB130/2012/REC/2，第十四次会议摘要记录，第 2 部分。

<sup>3</sup> 2010 年霍乱；《疫情周报》，2011 年，86(31):325-340。

<sup>4</sup> 本报告中审议的所有数据均由国家疾病监测系统向世卫组织报告。

<sup>5</sup> 2009 年霍乱；《疫情周报》，2010 年，85(31):293-308。

<sup>6</sup> 2000 年霍乱；《疫情周报》，2001 年，76:233-240。

<sup>7</sup> 报告病例和死亡的趋势及幅度受国家监测系统及报告国家数量的通报比例的影响。

48个国家报告发生病例。由于自2010年10月开始在海地出现大规模疫情<sup>1</sup>，因此自1995年以来，非洲大陆向世卫组织报告的病例比例首次从占全世界总数的90%以上降至不足50%。曾影响中非乍得湖流域、加勒比海的多米尼加共和国和海地以及大洋洲的巴布亚新几内亚的三次疫情占全球病例的79%和全球霍乱死亡病例的89%<sup>1</sup>。

107. 全年一直努力逐步扩大控制措施的规模。比如：肯尼亚制定了目前正在实施的综合性国家行动计划，这将被作为非洲区域其他国家的范例。已提出了一项由社区领导的健康教育方面的创新性计划进行试点。

108. 2011年5月，世卫组织在日内瓦召开特别会议。专家们在会上审议了针对大规模人道主义危机的综合性疫情应对计划的原则。会议达成的坚定共识是，在那些无法有效提供其他干预措施的地方，为降低死亡率，在疫情期间使用反应性霍乱疫苗。重要的是，此类免疫接种运动不能扰乱其他高度优先的干预措施。

109. 2011年9月，在日内瓦召开的一次世卫组织协商会上，专家们讨论了一项建立霍乱疫苗储备的战略。已经为一个项目提交了资助方案，工作小组将确定下一步要采取的行动。2011年9月世卫组织对第二种疫苗做出的资格预审是迈向改善霍乱疫苗可用性的重要一步。

110. 各国正在做出很大努力，改善疾病流行地区的霍乱控制工作，但一些因素一直妨碍着工作进展：生活在不卫生环境中的人数有所增加，移民情况增多，基础设施薄弱，气候变化带来影响和各种公共卫生重点相互竞争。

111. 在2012年1月11日的海地地震两周年纪念活动上，国际社会——包括泛美卫生组织、联合国儿童基金会和疾病控制和预防中心（美利坚合众国佐治亚州亚特兰大）——发起了行动呼吁：没有霍乱的伊斯帕尼奥拉岛。这项行动的目标是，通过对饮用水、环境卫生和卫生基础设施做出基本投资，从控制霍乱走向消除霍乱。这些投资方向被视为控制霍乱仅有的长期措施。

112. 现在，世卫组织和联合国儿童基金会正式共同主持了促进家庭水处理和安全储存国际网络。将加强的努力，推动霍乱流行地区的活动。在第六届世界水论坛（马塞，2012年3月7至12日）上已提出这一问题，在该论坛上还举办了一次关于非洲霍乱预防和控制问题的分会。

---

<sup>1</sup> 2000年霍乱；《疫情周报》，2001年，76:233-240。

## J. 控制非洲人类锥虫病（WHA57.2 号决议）

113. 执行委员会在 2012 年 1 月召开的第 130 届会议上注意到了本进展报告的前一版本<sup>1</sup>。

114. 非洲人类锥虫病报告新病例数 50 年来首次降至 10 000 例以下，2009 年报告的新病例数为 9878 例，2010 年为 7139 例。2001 至 2010 年间，报告病例数减少了 73.4%。

115. 冈比亚布氏锥虫引起的慢性感染在 24 个国家流行。2009 至 2010 年间，有 11 个国家报告零病例（贝宁、布基纳法索、冈比亚、加纳、几内亚比绍、利比里亚、马里、尼日尔、塞内加尔、塞拉利昂和多哥），另有 8 个国家报告平均每年发生不足 100 例新病例（喀麦隆、刚果、科特迪瓦、赤道几内亚、加蓬、几内亚、尼日利亚和乌干达）。安哥拉、中非共和国、乍得和苏丹每年报告发生 100 至 1000 例新病例。受影响最严重的国家是刚果民主共和国，每年报告 1000 多例新病例。

116. 罗得西亚布氏锥虫引起的非洲人类锥虫病急性感染在 13 个国家流行。在同一时期，博茨瓦纳、布隆迪、埃塞俄比亚、莫桑比克、纳米比亚、卢旺达和斯威士兰报告零病例。肯尼亚和津巴布韦报告散发病例；马拉维、坦桑尼亚联合共和国和赞比亚报告每年不足 100 例新病例；乌干达每年报告 100 至 1000 例新病例。

117. 公私伙伴关系使非洲人类锥虫病流行国家能够利用现有最佳治疗方案。2009 年 4 月，基本药物的选择和使用专家委员会批准利用依氟鸟氨酸和硝呋替莫联合疗法治疗冈比亚布氏锥虫导致的二期疾病。该联合疗法在保持依氟鸟氨酸单一疗法功效水平的同时，缩短了药物治疗时间并有助于给药。由于这一新的治疗方案，2010 年利用有毒美拉唑醇治疗的病例仅占报告病例的 12%，与之相比，该比例占 2008 年报告病例的 86%。这一成功可归因于开展了能力建设并免费发放了包含联合用药所需全部材料的工具包。

118. 虽然结果鼓舞人心且前景令人兴奋，但进程却依然脆弱，非洲人类锥虫病也仍然对非洲构成威胁。考虑到这一点，疾病流行国家应当获得支持，以便能通过确定孤立的小面积疾病传播和改进监测及报告工作，加强控制活动。为了做到这一点，必须采取一种综合方法，在得到加强并能正常运转的卫生系统内开展监测和控制活动。

119. 非洲人类锥虫病报告病例数的减少导致双边合作、非政府组织和捐助者失去兴趣，并削弱了对该病在疾病流行国家的发展和公共卫生方面所造成威胁的认识。这一趋势也正因其它公共卫生优先事项的设立而得到强化。控制和监测因而面临停滞不前的风险 —

<sup>1</sup> 见文件 EB130/2012/REC/2，第十四次会议摘要记录，第 2 部分。

正如 20 世纪 60 年代末所发生的情况，结果最终导致了该病的回归。为确保历史不再重演，必须通过加倍努力宣传来维持对该病的认识。目标应当是确保该病在疾病流行国家和捐助者双方的卫生议程上获得优先重视。需要加强现场控制和监测并加速把研究转化为工具，以便支持制定新的战略，使卫生系统参与具有成本效益和可持续的非洲人类锥虫病控制和监测。

120. 在防治该病的过程中，世卫组织在泛非消灭采采蝇和锥虫病运动框架内继续与非洲联盟委员会合作，并在多机构防治非洲锥虫病规划框架内与粮农组织合作。

### K. 2011-2015 年全球卫生部门艾滋病毒/艾滋病战略（WHA64.14 号决议）

121. 卫生大会在 WHA64.14 号决议中批准了 2011 – 2015 年全球卫生部门艾滋病毒/艾滋病战略。应决议要求，总干事就战略实施进展提交本报告。执行委员会在 2012 年 1 月召开的第 130 届会议上注意到了本进展报告的前一版本<sup>1</sup>。

122. 详细阐述世卫组织在支持战略实施方面主要产出的业务计划已经制定。该计划与 2012 – 2015 年联合国艾滋病规划署统一预算、结果和问责制框架协调一致<sup>2</sup>。艾滋病毒部门已于 2011 年 7 月完成战略调整，为在资源有限背景下实施相关战略优化了部门结构和人员配备。

123. 2011 年 6 月 20 日，会员国、联合国艾滋病规划署、发展合作伙伴、民间社会和联合发起机构就如何将全球战略转化为国家行动在日内瓦举办了协商会。在各区域适用全球战略的工作已取得进展。2010 年 10 月，东地中海区域委员会会议在 EM/RC57/R.5 号决议中批准了区域战略。2011 年 9 月，东南亚区域委员会会议决议中对卫生大会批准该战略表示欢迎<sup>3</sup>，2011 年 10 月，欧洲区域委员会会议在 EUR/RC61/R8 号决议中通过了一项行动计划。泛美卫生组织的 2006 – 2015 年区域计划<sup>4</sup>将于 2012 年上半年审查。非洲区域办事处正在更新一项区域战略<sup>5</sup>，并将于 2012 年在非洲区域委员会会议上审议该战略。2011 年 6 月 10 日，联合国大会关于艾滋病毒/艾滋病的政治宣言中提到该全球战略<sup>6</sup>。

<sup>1</sup> 见文件 EB130/2012/REC/2，第十四次会议摘要记录，第 2 部分。

<sup>2</sup> [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/pcb/2011/20110526\\_UBRAF%20Part%201\\_final.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/pcb/2011/20110526_UBRAF%20Part%201_final.pdf)（检索日期：2012 年 2 月 21 日）。

<sup>3</sup> 见 SEA/RC64/R6 号决议。

<sup>4</sup> 2006 – 2015 年区域卫生部门艾滋病毒/性传播感染计划，泛美卫生组织，2005，[http://www.paho.org/english/ad/fch/ai/HIV\\_Regional\\_Plan\\_2006-2015\\_ENGLISH.pdf](http://www.paho.org/english/ad/fch/ai/HIV_Regional_Plan_2006-2015_ENGLISH.pdf)（检索日期：2012 年 2 月 21 日）。

<sup>5</sup> 文件 AFR/RC56/8，非洲区域的艾滋病毒预防：实现更新和加速的战略。

<sup>6</sup> 联合国大会 A/RES/65/277 号决议。[http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2011/06/20110610\\_UN\\_A-RES-65-277\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2011/06/20110610_UN_A-RES-65-277_en.pdf)（检索日期：2012 年 2 月 21 日）。



124. 2012 – 2013 双年度的重点已经确定。在一次关于预防和治疗艾滋病毒的抗逆转录病毒药物战略使用协商会上对新研究进行了讨论，包括关于抗逆转录病毒治疗的预防好处，尽早开始抗逆转录病毒治疗的更广泛的卫生好处，艾滋病毒暴露前抗逆转录药物预防的有效性和阴道杀微生物剂的使用<sup>1</sup>。其中一项成果是一套正在制定的，关于抗逆转录病毒药物优先使用的指导文件。在联合国艾滋病规划署的分工内<sup>2</sup>，世卫组织与联合国儿童基金会在预防艾滋病毒母婴传播领域联合领导，并已积极参与制定消灭艾滋病毒感染全球计划<sup>3</sup>。由世卫组织和联合国艾滋病规划署领导的“治疗 2.0”行动旨在优化艾滋病毒治疗，以便在 2015 年实现普遍获得。

125. 秘书处继续监测艾滋病毒大流行和卫生部门的应对。2011 年 11 月，世卫组织、联合国艾滋病规划署和联合国儿童基金会联合发布了一份全球应对艾滋病毒/艾滋病行动报告<sup>4</sup>。新的数据显示，艾滋病毒的全球发病率已有所降低，据估计，2010 年艾滋病毒新感染者为 270 万（240 万至 290 万），较 2001 年的 310 万（300 万至 330 万）新感染者人数降低了 15%。年度艾滋病相关死亡人数已从 2005 年高峰期的 220 万（210 万至 250 万）人，降至 2010 年的估计值 180 万（160 万至 190 万）。但是各区域之间差异巨大。

126. 卫生部门应对艾滋病毒方面已取得重大进展。为预防艾滋病毒传播，撒哈拉以南非洲 13 个高负担国家开展了医学男性包皮环切规划。2010 年共进行了 41 万次手术，但这仅占估计需求的 2%。由于提供艾滋病毒检测和咨询服务的卫生机构数量与 2009 年相比增加了 22%，更多的人了解了自身的艾滋病毒状况。但是，针对较高风险人群（包括注射吸毒者、性工作者、男男性行为者和跨性别人群）的艾滋病毒服务却依然有限。艾滋病毒治疗的成功扩展仍在继续，2010 年底，在低收入和中等收入国家，接受抗逆转录病毒治疗的人数达 660 万，比 2009 年底增加 27%。预防艾滋病毒母婴传播的抗逆转录病毒药物的获得已经得到提高。2009 年，48% 的艾滋病毒阳性孕妇获得此类治疗，2010 年该比例提高到 59%。

---

<sup>1</sup> 这是一次关于抗逆转录病毒药物的世卫组织非正式协商会，日内瓦，2011 年 11 月 14 日至 16 日，参与者包括会员国、研究人员、发展合作伙伴、民间社会和规划制定者。

<sup>2</sup> 见文件《联合国艾滋病规划署技术支持分工：摘要和理由》，日内瓦，联合国艾滋病规划署，2005。

<sup>3</sup> 《到 2015 年消除新增儿童艾滋病毒感染并确保其母亲生存的全球计划（2011-2015）》。[http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20110609\\_JC2137\\_Global-Plan-Elimination-HIV-Children\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20110609_JC2137_Global-Plan-Elimination-HIV-Children_en.pdf)（检索日期：2012 年 2 月 21 日）。

<sup>4</sup> 《全球应对艾滋病毒/艾滋病：疾病流行最新情况和卫生部门实现普遍获得方面的进展：2011 年进展报告》。日内瓦，世界卫生组织，2011 年。

## L. 预防和控制性传播感染：全球战略（WHA59.19 号决议）

127. 本报告提供了预防和控制性传播感染全球战略的最新实施进展状况，该战略在卫生大会 WHA59.19 号决议中批准。执行委员会在 2012 年 1 月召开的第 130 届会议上注意到了本进展报告的前一版本<sup>1</sup>。

128. 在世卫组织欧洲区域详细制定了一份实施全球战略的区域框架；随后，该区域的会员国、国际合作伙伴组织和民间社会代表审查了该框架。派遣特派团前往吉尔吉斯斯坦、塔吉克斯坦和乌克兰提供技术支持，以便加强预防和控制性传播感染的干预措施。2011 年 9 月，在国际抗性传播感染联盟第二十六届欧洲大会期间（里加，2011 年 9 月 8-10 日），世卫组织召开了一个研讨会，促进该区域各国作出承诺。

129. 在西太平洋区域召开了一次会议，对预防和控制性传播感染的区域战略行动计划开展中期审查（乌兰巴托，2010 年 10 月 18-20 日）。会议听取了行动计划的实施进展情况及性传播感染和艾滋病毒比例下降的报告，以及在柬埔寨、老挝人民民主共和国、蒙古、菲律宾和越南保持艾滋病毒低水平患病率的报告。在柬埔寨，性工作者的性传播感染和艾滋病毒患病率已经通过全面有针对性的干预措施得到降低，包括外展和同行教育、推广避孕套、“100%使用避孕套”规划和提供性传播感染定期服务。在老挝人民民主共和国、菲律宾和越南，除了其它有针对性的干预措施外，性工作者中性传播感染的比例已通过定期推定治疗得到降低。

130. 在美洲区域，制定并传播了指导以便将性和生殖卫生服务及规划与预防艾滋病毒和性传播感染结合起来。在加勒比地区，秘书处向圭亚那提供了支持，协助其制定关于性传播感染的国家战略。2010 年与疾病控制和预防中心（美国佐治亚州亚特兰大）及其它利益攸关方举行了一次会议，着重讨论在加勒比地区管理和监测性传播感染问题。此外，结合 2008-2011 年期间卫生系统针对艾滋病毒的行动，对八个国家预防和控制性传播感染情况进行了评价。预防性传播疾病还是该区域努力推进全面的性教育和促进性健康的一项突出任务，正如墨西哥城部长宣言所阐明的：“通过教育进行预防”（2008 年）。

131. 在东南亚区域，秘书处倡导根据 2007-2015 年预防和控制性传播感染区域战略对性传播感染和艾滋病毒采取综合办法。鼓励会员国将控制性传播感染列入其提交抗击艾滋病、结核病和疟疾全球基金的项目申请，由秘书处为编制项目申请提供技术指导。东南亚区域办事处于 2011 年制定了关于管理性传播感染的区域指南并已分发给各国。秘书处还为在印度尼西亚、马尔代夫、缅甸和斯里兰卡更新关于性传播感染的国家指南提供了技术支持。技术特派团还前往缅甸在高危人群中开展和实施关于性传播感染患病率的

---

<sup>1</sup> 见文件 EB130/2012/REC/2，第十四次会议摘要记录，第 2 部分。

调查。此外，仰光国家卫生实验室的两名工作人员获得资助，到曼谷接受关于应用聚合酶链反应技术诊断性传播感染的培训，同时缅甸所有性传播感染诊所的实验室人员都在诊断方面获得了国家培训。在印度尼西亚，作为对卫生部门应对艾滋病毒情况外部审查的一部分，就性传播感染规划进行了评估。在印度、斯里兰卡和泰国，由于对这类感染采取病症和病因管理，并推广使用避孕套和其它干预措施，性工作者中的性传播感染率继续下降。区域办事处还推动实施各项战略以争取扩大对淋球菌抗菌素耐药性的监测。

132. 在非洲区域，主要由于缺乏数据，因此不清楚性传播感染的实际患病率。对此，该区域大多数国家已将预防和控制性传播感染作为一个必要部分纳入艾滋病毒预防规划以及性和生殖卫生规划。此外，南部非洲发展共同体的成员国为预防和控制性传播感染制定了一个框架。该框架与预防和控制性传播感染全球战略相一致，已于 2010 年获得批准。这之后，许多有关国家更新了其预防和控制性传播感染的国家指南。作为汇报框架实施进展的一部分，从各国收集了与性传播感染有关的两项指标的数据：(1)为性工作者提供性传播感染服务的站点数量（按每千名性工作者计）；(2)接受产前保健服务者中的梅毒感染患病率。2009 年，9 个国家就第一个指标进行了报告，28 个国家就第二个指标进行了报告。提交报告国家的结果差异很大，为性工作者提供服务的站点数量从几内亚每千名性工作者 0.5 个到圣多美和普林西比每千名性工作者 14.4 个不等。接受产前保健者的梅毒患病率也各不相同，乍得，加纳，马达加斯加，莫桑比克和赞比亚等国报告的梅毒感染率超过 5%。马达加斯加，马拉维，尼日利亚，卢旺达，乌干达，坦桑尼亚联合共和国和赞比亚正在更大规模上通过使用醋酸和冷冻疗法进行肉眼检查来筛查宫颈癌。

133. 在东地中海区域，开展了关于艾滋病毒和性传播感染监测活动的区域年度审查工作，并制定和向各卫生部及伙伴机构传播了有关建议。关于实施 2009-2015 年预防和控制性传播感染区域战略的区域利益攸关方会议（突尼斯哈马马特，2009 年 6 月 8-11 日）为实施该区域战略制定了重点、具体目标、时限和绩效指标。三个国家——伊朗（伊斯兰共和国）、阿拉伯叙利亚共和国和也门获得了支持以便制定关于性传播感染的国家行动计划并将之纳入防治艾滋病毒的国家业务计划。在监测艾滋病毒和性传播感染，包括深入审查有关的监测系统方面，向伊朗（伊斯兰共和国）、伊拉克、摩洛哥、阿曼、索马里、南苏丹、苏丹、突尼斯、西岸和加沙地带以及也门提供了技术支持。

134. 世卫组织在推动针对抗菌素耐药性问题采取全球协调一致的行动方面具有主导作用，据此，秘书处制定了一项全球行动计划，以便控制淋球菌抗菌素耐药性的传播和影响，目标是通过开展以证据为基础、相互配合的更有效和持久的多部门行动，在全球加强对感染的预防、诊断和控制，并减轻抗菌素耐药性的卫生影响。世卫组织建立了一个卓越的实验室网络，对耐多药淋球菌的全球传播进行监测并提供建议。有关参考实验室设在澳大利亚、加拿大、印度、南非和瑞典。此外，为了在全球层面抗击淋球菌的抗菌

素耐药性，与疾病控制和预防中心传播疾病预防科（美国亚特兰大）、大不列颠和北爱尔兰联合王国伦敦健康保护署以及欧洲疾病预防和控制中心加强了合作。迄今收集的证据表明耐多药淋球菌目前正在传播，主要是在西太平洋区域，特征是对口服头孢菌素，喹诺酮类，青霉素和四环素都具有耐药性。最近在日本，一些在实验室测试中显示对抗菌素敏感性下降的淋球菌，表现出了临床耐药性，导致治疗失败，这是值得全球关注的问题。对口服头孢菌素敏感性已降低并具有耐药性的淋球菌正在亚太地区传播，并出现在世界其它一些区域。此外，值得注意的是，据在英国和美国开展的监测规划报告，淋球菌对口服头孢菌素和头孢曲松的敏感性都趋于下降，与 1940 年代和 1950 年代中青霉素和四环素的情形类似。在南非，已在该国各地完成了抗菌素耐药性调查。这些调查证实淋球菌对环丙沙星具有普遍耐药性，但迄今没有证据表明其对头孢克肟或头孢曲松具有耐药性。纳米比亚在进行了类似调查后报告，环丙沙星耐药性的总体流行率为 24%。因此，卫生与社会服务部于 2008 年修订了国家治疗指南，用头孢克肟取代环丙沙星治疗推定淋球菌感染。摩洛哥也对国家性传播感染指南作了修订，并在秘书处的技术支持下，确立了监测淋球菌耐药性的国家网络。

135. 在若干区域开展了培训，以便加强和扩大性传播感染监测的规模，包括对淋球菌感染的抗菌素监测。2010 年 11 月，萨斯喀彻温大学（加拿大萨斯卡通）举办了一次讲习班，以便在拉丁美洲和加勒比地区振兴淋球菌抗菌素敏感性监测规划。目前，泛美卫生组织正在通过各卫生部之间的一个已经制度化的网络加强对淋球菌敏感性的监测。国家参考实验室将是该网络的一个组成部分。在非洲区域，23 名津巴布韦护士和三名实验室技术员于 2010 年 10 月在哈拉雷接受了培训；2011 年 3 月，两名来自马达加斯加的生物学家在南非的参考实验室接受了培训；还有三名来自坦桑尼亚联合共和国的实验室技术员于 2011 年 6 月在南非接受了培训。在东南亚区域，印度的参考实验室于 2010 年 6 月为四名来自不丹的实验室技术员举办了培训讲习班。2010 年 12 月，一名来自不丹、九名来自印度和一名来自斯里兰卡的微生物学家在同一中心接受了培训。2011 年 10 月，来自东南亚区域 11 个国家的约 20 名规划管理人员在斯里兰卡接受了性传播感染监测方面的综合培训。

136. 世卫组织在全球消灭先天性梅毒方面的行动取得了进展。在世卫组织实现普遍获得艾滋病毒预防、治疗和支持方面目标的活动报告系统内建立了一个监测系统。到 2010 年，已有 16 个低收入和中等收入国家实现了 2015 年的全球消灭目标，即在首次接受产前保健时，至少对 90% 的 15 至 24 岁孕妇进行梅毒筛查。2011 年 6 月通过加强产前保健服务，启动了一项母婴传播梅毒和艾滋病毒的双消灭试点行动，涉及非洲区域六个国家：中非共和国、加纳、马达加斯加、莫桑比克、坦桑尼亚联合共和国和赞比亚。2009 年，美洲区域 11 个国家提交了数据表明，它们已经实现消除作为公共卫生问题的先天性梅毒的目标，发病率为每千活产低于 0.5 例。2009 年 11 月，泛美卫生组织和联合国儿童基金会在拉丁美洲和加勒比地区发起了消除艾滋病毒和梅毒母婴传播的区域行动

(消除行动)<sup>1</sup>。该消除行动得到一些主要区域机制的支持，包括加勒比地区的首席医官和加勒比共同体的卫生部长核心小组，以及 2010 年的安第斯地区卫生部长会议<sup>2</sup>。2010 年 9 月，泛美卫生组织指导委员会认可了该战略并批准了 2015 年消除艾滋病毒和先天性梅毒母婴传播行动计划<sup>3</sup>，22 个国家已制定消除计划。2011–2015 年在亚太地区消灭新发儿童期艾滋病毒感染和先天性梅毒的框架于 2011 年 9 月启动<sup>4</sup>。东南亚区域已经确定了消除的指标、病例定义和目标。最后，在西太平洋区域，蒙古的“一站式”方式也已成功地使先天性梅毒报告病例趋于减少。

137. 为了填补目前在性传播感染战略信息方面的空白，就四种可治疗的性传播感染，即沙眼衣原体，淋球菌，梅毒和阴道毛滴虫，对全球和区域 15-49 岁成人的患病率和发病率进行了估算。结果表明 2005 年时每年新病例总数为 4.48 亿。目前在继续努力通过分析 2005-2008 年期间的数据来更新这些估算。根据这项持续分析，估计 2008 年中，上述四种感染的发病病例超过 4.98 亿。

## M. 生殖卫生：朝着实现国际发展目标和具体目标加速进展的战略（WHA57.12 号决议）

138. 执行委员会在 2012 年 1 月召开的第 130 届会议上注意到了本进展报告的前一版本<sup>5</sup>。

139. 在 WHA57.12 号决议中，卫生大会要求总干事将足够的组织重点、承诺和资源专用于支持有效地促进和实施生殖卫生战略；为确保生殖卫生用品安全向会员国提供支持；并至少两年报告一次。2010 年 9 月，联合国秘书长发布了《促进妇女儿童健康全球战略》，重新将注意力放在生殖卫生在妇女儿童总体卫生中的关键作用方面，并再次强调了加速进展的必要性。

140. 秘书处继续与会员国合作，努力实现普遍获得性和生殖卫生保健并确保其质量。区域工作包括为实施生殖卫生的政策框架和加速计划提供支持，并为有关生殖卫生和发展的部长级和议会首脑会议成果文件作出贡献。正在若干领域提供技术支持，包括卫生保健筹资、政策对话、人力资源，以及性和生殖卫生关键组成部分所需的服务提供能力的加强。

<sup>1</sup> 见《2010 年情况分析：在美洲消除艾滋病毒和先天性梅毒母婴传播》。华盛顿特区，泛美卫生组织，2011 年。

<sup>2</sup> REMSA。消除先天性梅毒和艾滋病毒母婴垂直传播并减少儿童期艾滋病毒感染。REMSA XXIV/3 号决议。加拉加斯，2010 年。

<sup>3</sup> CD50.R12 号决议。

<sup>4</sup> 见《2011-2015 年亚太地区消除新发儿童期艾滋病毒感染和先天性梅毒》。联合国儿童基金会东亚和太平洋区域办事处，曼谷，2011 年（[http://www.unicef.org/eapro/PPTCT\\_CF\\_and\\_ME\\_guide\\_17Aug11.pdf](http://www.unicef.org/eapro/PPTCT_CF_and_ME_guide_17Aug11.pdf)，2012 年 2 月 22 日查阅）。

<sup>5</sup> 见文件 EB130/2012/REC/2，第十四次会议摘要记录，第 2 部分。

141. 2011 年，一份世卫组织的调查问卷已分发至各会员国，用以评估全球生殖卫生战略的实施情况。结果显示已取得进展。在 58 个回应本调查的会员国中，已通过以下方式促进取得进展：

- 加强旨在改进卫生系统能力、开展培训和留住熟练卫生工作者及提高紧急产科护理获得的伙伴关系；
- 更新立法和监管框架，与国家战略计划保持一致；
- 通过展示生殖卫生改善与发展之间的关系获得政治承诺；
- 加强监测、评估和问责制，改善确定重点的证据基础；
- 将国家资源划拨到生殖卫生：50% 以上的被调查国家具有资源流动监测程序。

142. 调查结果还显示，世卫组织为降低孕产妇死亡率和改善生殖卫生而制定的越来越多的干预措施正在得到实施。在做出回应的国家中，有 85% 以上的国家指出，具体目标中的产前保健已被纳入生殖/孕产妇卫生规划中；95% 的国家对硫酸镁进行注册，用于减少子痫引起的死亡，与 2009 年的调查结果相比，这是一项重大改进；并且，95% 以上的国家基本药物清单中包括生殖卫生基本药物。但是，仅有大约三分之二的国家通过公共卫生规划提供包括紧急避孕措施在内的避孕措施；而仅有四分之三报告对宫颈癌的早期发现进行筛查。妊娠期的先天性梅毒筛查仍未普及开来。

143. 与此同时，会员国确认了对生殖卫生服务的改善形成的障碍。这些障碍包括：政治动荡或危机；保健质量欠佳；工作协调不力；人力资源不足以及工作人员积极性不高；资金和物品缺乏；贫困；社区参与程度低；及社会文化因素。

144. 这些障碍还使得工作进展不够一致，并造成生殖卫生成果方面的可见差距，包括区域之间在降低孕产妇死亡率的比例方面的差异。1990 至 2008 年之间，全球孕产妇死亡率的年降低比例为 2.3%。在东南亚区域和西太平洋区域，估计孕产妇死亡率每年降低的比例为 5%。在非洲区域和东地中海区域则分别为 1.7% 和 1.5%。相对亚洲而言，撒哈拉以南非洲降低孕产妇死亡率的进展较为缓慢，加之出生人数不断增长，导致了孕产妇死亡率负担在区域间出现重大转变。1990 年，全球约 58% 的孕产妇死亡发生在亚洲，而 36% 发生在撒哈拉以南非洲；2008 年，这一趋势已出现逆转，估计全球 39% 的孕产妇死亡发生在亚洲，而 57% 发生在撒哈拉以南非洲。

145. 从怀孕到分娩，获得保健是降低孕产妇死亡和增进孕产妇健康的关键。在全球，由熟练卫生工作人员接生的比例从 20 世纪 90 年代的 61% 增加到 21 世纪的 66%。虽然许多区域已取得了重大进展，但在发生大多数孕产妇死亡的东南亚区域和非洲区域，覆盖率（即，熟练接生人员在场接生的比例）依旧很低。在居住地方面存在不公平状况：近几年来，由熟练卫生人员接生的比例中位值在农村地区为 63%，相比之下，在城市区域为 89%。

146. 计划生育是性和生殖卫生的一个关键组成部分，并能阻止高达三分之一的孕产妇死亡<sup>1</sup>。虽然全球超过 60% 的已婚或同居妇女使用避孕措施，但区域间仍存在很大差异。撒哈拉以南非洲的妇女使用避孕措施水平最低（2008 年为 22%）。自 1990 年以来，在撒哈拉以南非洲，计划生育需求得不到满足的情况（即希望延迟或停止分娩的妇女与不使用任何避孕措施的妇女之间的差距）几乎没有出现变化：从 1990 年的 26% 降至 2008 年的 25%<sup>2</sup>。在一国之内，需求得不到满足与家庭财富相关，贫困的妇女计划生育需求得不到满足的比例更高<sup>2</sup>。

147. 怀孕对青少年构成不良健康和社会后果的风险，特别是由于他们不大可能获得生殖卫生服务<sup>3</sup>。撒哈拉以南非洲 22 个国家 1998 至 2008 年的数据显示，15-19 岁的已婚或同居妇女使用避孕措施的水平大大低于已婚或同居的育龄妇女（分别为 10% 和 21%），得不到满足的避孕需求也处于相同水平（约 25%）。因此，青少年的避孕需求得到满足的比例远远低于那些较年长的对应者（29%，相比 45%）。

148. 青春期的男孩和男人也需要性和生殖卫生方面的服务和信息。在发展中地区，不到 40% 的年轻男子知道两种避免性传播感染的方法：使用避孕套和禁欲或只有一个未被感染的伴侣。报告至少在发生高风险性行为时使用避孕套的年轻男子的比例各不相同，从南亚的 38% 到加勒比的 56%<sup>4</sup>。性教育规划已显示出在降低高风险性行为方面的重大效果<sup>5</sup>。

---

<sup>1</sup> Cleland J, 等。计划生育：未竟的议程。《柳叶刀》，2006；368:1810-1827。

<sup>2</sup> 2011 年千年发展目标报告。联合国，纽约，2011 年，第 33 页，[http://www.un.org/millenniumgoals/11\\_MDG%20Report\\_EN.pdf](http://www.un.org/millenniumgoals/11_MDG%20Report_EN.pdf)（2012 年 3 月 1 日查阅）。

<sup>3</sup> 关于青少年出生率，撒哈拉以南非洲国家仍然很高（每 1000 活产中 122 名为 15-19 岁少女）的详细讨论见文件 EB130/12。虽然拉丁美洲、加勒比和南亚的总生育率下降，但这些区域的青少年生育仍然很高。

<sup>4</sup> 2011 年千年发展目标报告，统计附件。联合国，纽约，2011，第 12 页，<http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Data/2011%20Stat%20Annex.pdf>（最后检索：2012 年 3 月 1 日）。

<sup>5</sup> Wellings K, Collumbien M, Slaymaker E, et al. 从以下方面看待性行为：全球视角。《柳叶刀》，2006；368:1706-1728。

## N. 推进食品安全行动 (WHA63.3 号决议)

149. 执行委员会在 2012 年 1 月召开的第 130 届会议上注意到了本进展报告的前一版本<sup>1</sup>。

150. 最近的食源性疾病暴发，如 2011 年西欧涉及 O104:H4 大肠杆菌的事件，以及伴随日本福岛核电站紧急情况而出现的某些食品放射污染等，突出地显示需要全球统一行动，以确保全体会员国在各层面上的食品安全性。

151. WHA63.3 号决议认识到，为确保健全的食品安全管理，卫生部门与其它部门合作，充分参与这方面工作至关重要，并要求会员国及总干事为推进食品安全行动而采取关键必要行动。以下是秘书处在相关领域的最新工作情况。

152. **国际食品安全当局网络 (INFOSAN)**。该网络自 2010 年 6 月已成为一项由粮农组织和世卫组织共同管理的联合规划。这一伙伴关系提高了针对食品当局的信息的可得性并改善了总体管理。它还提升了这两个组织中相关行动的互动水平，确保它们之间的协同并为该网络的进一步发展提供动力。

153. 2010 年 12 月 14 至 16 日在阿布扎比举行的首届国际食品安全当局网络全球会议为归口单位和紧急联络点提供了确认加强沟通与合作的实际建议的机会。国际食品安全当局网络秘书处的活动重点是：加强国家和区域层面的能力，从而促进参加国际食品安全当局网络，与发展国家实施《国际卫生条例 (2005)》的核心能力方面正在开展的工作联系起来；并保证不断提供技术支持。

154. 在许多食品污染事件和食源性疾病暴发中，国际食品安全当局网络秘书处收集了重要信息，并在与该网络成员分享之前进行验证。

155. 在世卫组织的多个区域，国家与国际食品安全当局网络合作的能力及其在国家层面发现、评估和管理食品安全事件和突发事件的能力，均通过讲习班和技术支持得到发展。

156. **信息交换工具**。创建不同食品安全数据来源之间的联系并改善数据的获得，能够帮助会员国在全国范围内管理食品安全。为达到这一目的，设计了一项便于用户使用的在线交互工具，以整合相关数据和信息。这一名为 FOSCOLLAB 的工具将改善数据分享，从而为食品安全方面的风险评估和决策提供支持。与各国磋商后，已制定了针对该工具的详细业务计划。

---

<sup>1</sup>见文件 EB130/2012/REC/2，第十四次会议摘要记录，第 2 部分。



**157. 食源性疾病负担的评估。**世卫组织食源性疾病负担流行病学参考小组一直持续评估所有原因（无论是微生物、寄生虫还是化学品）导致的全球食源性疾病的负担。国家级试点负担评估已在四个国家开展（阿尔巴尼亚、日本、泰国和乌干达）。除此之外，还制定了关于将科学证据转化为决策和实践的指导方针。

**158. 持续支持食品法典委员会的工作。**世卫组织一直为食品法典委员会及其附属机构提供财政和技术支持。除此之外，已在上一个双年度中举办 10 次科学专家会议，评估食品中的化学和生物危害，主要作为该委员会相关小组委员会的科学建议基础。

**159. 粮农组织/世卫组织增进参与法典项目与基金（法典信托基金）增加了为会员国提供的支持，以增进发展中国家参与食品法典委员会的工作。**截至 2010 年末，法典信托基金提供的支持使来自 132 个国家的 1423 名与会者能够出席法典会议和参加各种专题小组及工作组。另外 336 名与会者还得到支持，参加了法典培训班和讲习班。

**160. 人类 – 动物相交点的人畜共患病。**为了支持提供政策指导以应对人类 – 动物 – 生态系统相交点的健康危害，正在加强与粮农组织和国际兽疫局的合作。为支持这项努力，这三家机构共担责任并联合协调行动，在一份三方概念说明中发布了它们的合作细节<sup>1</sup>。正在执行将政策指导转化为实际行动的三方联合行动计划，其中考虑到正在开展的成功活动。后者包括在全球重大动物疾病预警系统（包括人畜共患病）方面的合作，以三家机构动物疾病威胁预警和应对能力相结合与协调所产生的附加价值为基础。

**161. 能力建设。**除了通过法典信托基金开展的活动之外，还在食品污染的风险评估、农业中使用抗生素导致的抗生素耐药性和实验室能力领域举办了培训讲习班。讲习班主要通过世卫组织区域办事处组织。

**162. 提高认识和促进健康行为。**已进一步制定了食品安全领域的公众信息和健康促进材料，并将其译为多种语言、进行实地测评和传播。在这方面，秘书处不断支持会员国制定和保持可持续的预防措施，包括以食品安全的五大要素概念为基础的食品安全教育规划。

**163. 西太平洋区域办事处已制定了西太平洋区域食品安全战略（2011-2015）草案，涵盖了需要会员国采取行动确保食品安全的主要主题。**该战略已提交至 2011 年 10 月举行的西太平洋区域委员会第六十二届会议<sup>2</sup>，供其审议。委员会随后在 WPR/RC62.R5 号决议中批准了该战略。东南亚区域办事处也正处于最后确定类似战略的过程中。世卫组织

---

<sup>1</sup> 粮农组织、国际兽疫局、世卫组织。《粮农组织/国际兽疫局/世卫组织的合作：全球动物 – 人类 – 生态系统相交点卫生风险处理活动的责任共担与协调。三方概念说明》。联合国粮食及农业组织、国际兽疫局、世界卫生组织，2010 年（可在线访问：<http://www.fao.org/docrep/012/ak736e/ak736e00.pdf>，2012 年 2 月 21 日查阅）。

<sup>2</sup> 见文件 WPR/RC62/7。

所有区域的技术活动均包括：食品安全管理能力建设；加强实验室能力；对加强食品安全突发事件的应对系统提供支持；以及在食品安全规制方面进行指导。

## O. 气候变化和卫生 (EB124.R5 和 WHA61.19 号决议)

164. 执行委员会在 2012 年 1 月召开的第 130 届会议上注意到了本进展报告的前一版本<sup>1</sup>。

165. 本报告对 EB124.R5 号决议作出响应，执行委员会在决议中要求总干事报告执行 WHA61.19 号决议及气候变化和卫生工作计划的进展情况。本报告还更新了 2011 年 5 月向卫生大会提供的信息<sup>2</sup>。

166. **促进和支持生成科学证据。**秘书处与世界气象组织密切合作，举办了一次磋商会议并且对新的全球气候服务框架中的卫生内容提供了技术支持。世卫组织职员继续对政府间气候变化专门委员会极端事件特别报告<sup>3</sup>以及即将出台的第五份评估报告做出贡献。秘书处继续努力确认旨在减少由委员会评估的关键部门排放温室气体的战略可能带来的健康效益，并已发表了住房<sup>4</sup>和交通<sup>5</sup>部门方面的报告。世卫组织已出版了关于脆弱性和适应性评估<sup>6</sup>及性别、气候变化和卫生<sup>7</sup>等主题的新技术报告和指导方针。针对热浪的卫生应对一揽子指导也已经出版<sup>8</sup>。

167. **宣传和提高认识。**秘书处与会员国合作，强调了卫生在气候变化政策中的重要性，以及气候变化与其它健康问题环境和社会决定因素之间的联系。这方面的工作包括第六十三届世界卫生大会、健康问题社会决定因素世界大会（巴西里约热内卢，2011 年 10 月 19–21 日）和联合国《气候变化框架公约》缔约方会议第十七届会议（2011 年 11 月 28 日至 12 月 9 日，南非德班）上的活动。秘书处协调框架公约缔约国代表联络小组，促进在谈判中考虑卫生，并已设立了卫生工作者组织和非政府组织磋商小组，以产生并

<sup>1</sup> 见文件 EB130/35 Add.1 和 EB130/2012/REC/2，第十四次会议摘要记录。

<sup>2</sup> 文件 A64/26。

<sup>3</sup> 政府间气候变化专门委员会。世卫组织。联合国环境规划署。特别报告：管理极端事件和灾害风险，推进气候变化适应 (<http://ipcc-wg2.gov/SREX/>，2012 年 2 月 23 日查阅)。

<sup>4</sup> 《绿色经济中的卫生：减缓气候变化的卫生共同利益-住房部门》。日内瓦，世界卫生组织，2011 年 ([http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501712\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501712_eng.pdf)，2012 年 2 月 23 日查阅)。

<sup>5</sup> 德国国际合作协会 (GIZ) 有限公司。世卫组织。《城市交通和卫生：交通可持续性：发展中城市决策者的资料集》。日内瓦，世界卫生组织，2011 年。受 (德国) 联邦经济合作与发展部 (BMZ) 委托。 ([http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502443\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502443_eng.pdf)，2012 年 2 月 23 日查阅)。

<sup>6</sup> 应对气候变化，保护人类健康。脆弱性和适应性评估。供讨论的草案。世界卫生组织，泛美卫生组织，2010 年 ([http://www.who.int/globalchange/VA\\_Guidance\\_Discussion.pdf](http://www.who.int/globalchange/VA_Guidance_Discussion.pdf)，2012 年 2 月 23 日查阅)。

<sup>7</sup> 《性别、气候变化和卫生》，日内瓦，世界卫生组织，2011 年 (<http://www.who.int/globalchange/GenderClimateChangeHealthfinal.pdf>，2012 年 2 月 23 日查阅)。

<sup>8</sup> 《预防炎热影响健康的公共卫生建议》。哥本哈根，世卫组织欧洲区域办事处，2011 年 ([http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0007/147265/Heat\\_information\\_sheet.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/147265/Heat_information_sheet.pdf)，2012 年 2 月 23 日查阅)。

散发卫生宣传信息。作为“绿漫联合国”行动的一部分，秘书处还更新了选定的世卫组织办事处碳足迹审计报告，并且目前正在审议减少排放的政策建议。

**168. 加强卫生系统，保护人口免受气候变化对健康造成的不良影响。**世卫组织应对气候变化，保护人类健康的新框架已在非洲区域和美洲区域获得部长级批准，该框架将指导国家卫生系统的调整计划。秘书处已完成对 30 多个国家卫生脆弱度和随之而来的调整需求的评估。一项公共卫生适应气候变化的七国全球试点项目（涉及巴巴多斯、不丹、中国、斐济、约旦、肯尼亚和乌兹别克斯坦）已完成第一年的运行。另外，欧洲区域办事处也结束了一项卫生系统适应项目第二年的工作，协调了中亚和东欧的活动（包括阿尔巴尼亚、哈萨克斯坦、吉尔吉斯斯坦、俄罗斯联邦、塔吉克斯坦、前南斯拉夫的马其顿共和国和乌兹别克斯坦），而联合国国家工作队项目卫生部分的工作在中国、约旦和菲律宾正在进入第三年。最后，世卫组织还在西太平洋区域启动了一项新的有关气候变化和媒介传播疾病的大规模项目。

**169. 与联合国系统各组织和其它各方的伙伴关系。**世卫组织对联合国不同机构从卫生角度应对气候变化作出了贡献，包括如下：联合国系统行政首长协调委员会；联合国方案问题高级别委员会；联合国《气候变化框架公约》缔约方会议及其相关政策和技術会议；方案问题高级别委员会气候变化的社会影响工作组（由世卫组织共同组织）。本组织还领导开展气候变化和卫生的区域框架设计活动，并召集跨部门指导委员会实施国家气候和卫生项目。因此，卫生现在已被视为全球调整工作中的核心部门之一。

**170.** 秘书处通过能力建设规划为这些活动提供支持，包括培训材料、国家专门技术数据库、获取资金来源的指导、公共卫生调整规划管理人員工具包和现有公共卫生系统调整项目的信息交换中心。

## **P. 伙伴关系（WHA63.10 号决议）<sup>1</sup>**

**171.** 2010 年，卫生大会在 WHA63.10 号决议中要求总干事制定涉及世卫组织代管正式伙伴关系的业务框架并对现有代管安排适用关于世卫组织参与全球卫生伙伴关系和代管安排的政策，确保其符合政策中体现的各项原则。决议进一步要求总干事向执行委员会提交关于世卫组织担任正式伙伴关系代管方的任何建议，供其审查和作出决定。本文

<sup>1</sup> 文件 A63/44 第 1 段脚注 2 提供了“全球卫生伙伴关系”的定义，主要指的是“多个组织之间的合作和正式关系，在此关系中，各方追求一个共同的目标，为此分担风险，共享好处。此种伙伴关系有其自己独立的管理机构”。在世卫组织内，这些伙伴关系没有独立的法律身份。在世卫组织参与全球卫生伙伴关系和代管安排的政策方面（文件 WHA63/2010/REC/1 附件 1），第 6 段规定：“‘正式伙伴关系’一词指的是单独或不单独承担法律责任，但有管理安排（例如理事会或指导委员会），可决定方针、工作计划和预算的一类伙伴关系。”

件报告了 WHA63.10 号决议的执行进展情况以及秘书处在实施伙伴关系政策方面采取的各项行动。执行委员会在 2012 年 1 月召开的第 130 届会议上注意到了本进展报告的前一版本<sup>1</sup>。

**172. 新的正式伙伴关系。**过去五年中没有新的正式伙伴关系。世卫组织目前代管 13 个正式卫生伙伴关系和特别规划<sup>2</sup>。

**173. 部分代管伙伴关系的状况。**自 2009 年以来，共有四个正式伙伴关系的状态发生改变，体现出世卫组织与所有伙伴关系间关系的易变性。抗艾滋病、结核和疟疾全球基金于 2009 年与世卫组织分开，根据瑞士法律成为完全独立的基金会。鉴于联合国项目服务办公室更适合供水和卫生合作理事会开展工作，理事会于 2009 年从世卫组织转移到该办公室。2010 年，政府间化学品安全论坛终止，国际化学品管理战略方针秘书处建立（不由世卫组织代管）。2011 年，卫生和营养追踪服务被重新纳入世卫组织，该服务完成了其原始使命，并有鉴于在新建立在世卫组织脊髓灰质炎、突发事件和国家支持部门内，适合将其编入一支新的、经加强的人道主义事件流行病学监测小组。

**174. 世卫组织实施框架。**自从世卫组织代管伙伴关系的伊始，就期望所有这类伙伴关系全面遵守世卫组织规则与条例<sup>3</sup>。2011 年，秘书处进一步制定了一份内部实施框架文件，总结和传达了代管伙伴关系及其秘书处的要求。此外，在修订的《世卫组织电子手册》中已经加进了代管伙伴关系部分。对这些改进形成指导的文件有：通过 WHA63.10 号决议批准的新的《世卫组织参与全球卫生伙伴关系和代管安排的政策》<sup>4</sup>、现有世卫组织规则和条例以及在适当情况下世卫组织内部的最佳做法。

**175. 伙伴关系人员配备和资源。**到 2011 年 12 月 31 日时，在总部约有 424 名持有长期和短期任职合同的职员为世卫组织代管的伙伴关系、特别规划和《世界卫生组织烟草控制框架公约》工作。这些实体在 2010-2011 双年度的记录收入约为 10.55 亿美元，其中国际药品采购机制和非洲盘尾丝虫病控制规划占 6.5 亿美元。根据参与伙伴关系政策，世卫组织考虑到现有规划支持费用和员额占用费保证金，已经制定了一项方针，以便确

<sup>1</sup> 见文件 EB130/2012/REC/2，第十四次会议摘要记录，第 2 部分。

<sup>2</sup> 包括以下伙伴关系：遏制疟疾伙伴关系；遏制结核病伙伴关系；孕产妇、新生儿和儿童卫生伙伴关系；卫生计量系统网络；卫生政策和制度研究联盟；全球卫生人力联盟；国际药品采购机制；联合国营养问题常设委员会；非洲盘尾丝虫病控制规划；欧洲卫生系统和政策观察站；《世界卫生组织烟草控制框架公约》；联合国儿童基金会/联合国开发计划署/世界银行/世卫组织热带病研究与培训特别规划；联合国开发计划署/联合国人口基金/世卫组织/世界银行人类生殖研究、发展和研究培训特别规划。

<sup>3</sup> 这些指的是世卫组织《组织法》、世卫组织《财务条例》和《财务细则》、《人事条例》和《职员细则》，以及其它行政规则、政策、惯例和准则，包括世卫组织技术规范、准则和程序，以及世卫组织理事机构任何相关的决议。

<sup>4</sup> 见文件 WHA63/2010/REC/1，附件 1。

保“偿还其在为伙伴关系履行代管职能和开展或支持伙伴关系活动时发生的所有行政和技术支持费用”<sup>1</sup>。

176. **《国际公共部门会计准则》**。从 2012 年 1 月 1 日起，在本组织的财务报告中已经完全适用了这一准则。除国际药品采购机制、非洲盘尾丝虫病控制规划、联合国艾滋病规划署、国际计算中心和国际癌症研究机构之外，代管的伙伴关系将按照准则的要求继续列入世卫组织的财务报告。

177. **评价伙伴关系秘书处**。2010 年 11 月，内部监督服务司对本组织参与有关伙伴关系工作的情况进行了评价。2011 年，独立专家监督咨询委员会开始审查世卫组织的伙伴关系代管安排。两个机构均审查了世卫组织与伙伴关系的代管关系，并支持了伙伴关系遵守世卫组织规则和条例的必要性。虽然一些伙伴关系委托开展自己的独立评估，秘书处正在制定一项简单的标准化方针，监测和评价伙伴关系秘书处的实效、协同及对世卫组织规则和条例的遵守情况。

178. **建立伙伴的其他方式**。除正式伙伴关系之外，世卫组织在实施其 2008 – 2013 年中期战略计划过程中继续与多个联合国组织和非政府利益攸关方合作。一些此类行动记录在秘书处关于合作的报告中<sup>2</sup>，得到了第六十四届世界卫生大会的注意<sup>3</sup>，并且记录在向执行委员会提交的非政府组织常设委员会年度报告中。世卫组织对 60 多个（自身没有管理安排的）网络和联盟的管理使本组织能够召集利益攸关方并推动目标的实现，包括：促进卫生成果；确保基层活动具有最佳协调；以及保证以连贯有效的方式提供服务。成功的联盟实例包括国际卫生伙伴关系（世卫组织-世界银行联合秘书处），全球消灭脊髓灰质炎行动和非洲卫生协调行动。

## Q. 多种语言：实施行动计划（WHA61.12 号决议）

### 职员语言技能数据库

179. 2008 年，卫生大会在 WHA61.12 号决议中要求总干事，除其他外，确保建立数据库，以便确定专业职类工作人员使用本组织哪种正式语言更流利。通过创建工作人员可经由世卫组织内联网访问、修改和更新其语言档案的数据库，这项请求已得以实现。自 2011 年 9 月以来，本组织所有工作人员均可使用本数据库。该数据库的功能已得到加强，

<sup>1</sup> 见文件 WHA63/2010/REC/1，附件 1，第 23 段

<sup>2</sup> 文件 A64/42。

<sup>3</sup> 见第六十四届卫生大会摘要记录，乙委员会第四次会议，第 3 部分。

可以报告除流利程度之外的其他语言技能。补充的一项搜索功能还使工作人员能够发现具有某一特定语言技能的同事。

180. 截至 2012 年 2 月 17 日，位于总部、区域办事处和某些国家办事处的 1000 多名工作人员已经输入了各自的语言数据。其中，近一半为专业类及更高职类工作人员。到目前为止，输入的数据显示：12% 的应答者能讲流利的阿拉伯文，2% 讲中文，96% 讲英文，53% 讲法文，5% 讲俄文，还有 15% 讲西班牙文。此外，工作人员报告称，除正式语言外，他们在 160 多种语言上兼具一定的流利程度。

### 关于多种语言的展览

181. 2011 年 5 月 13 日，秘书处启动了一项有关多种语言的图书馆展览，其目的是促进语言多样性并提升对多种语言在实现世卫组织全球卫生目标方面所起作用的认识。该展览的特色包括一套 17 张海报系列、一项猜测 16 本世卫组织书籍语言的小测验以及一段展示世卫组织西太平洋地区多种语言信息终端用户体会的视频。截至 2011 年 5 月，世卫组织的出版物已被译为 77 多种语言，展览上有许多范例展示。

### 世卫组织网站

182. 世卫组织网站上有一个多种语言的新网页，这会促进多种语言沟通成为改善全球卫生的工具<sup>1</sup>。

183. 根据网站六种正式语言的文本检索统计数据、网络用户的直接反馈信息和本组织的主题重点，网站编辑的多种语言团队确定正式语言的内容重点。这个团队一直在某些正式语种没有专职编辑的情况下工作，因而难以为继当前的工作量。

### 信息共享机构档案库

184. 信息共享机构档案库是一个数字图书馆，通过多语言界面提供世卫组织所有出版材料的公开在线检索<sup>2</sup>。2011 年 11 月，在执行委员会关于世卫组织改革的特别会议上，这一努力得到进一步推动，许多会员国要求世卫组织的理事机构司文件以全文、可搜索并且数字图书馆的方式、更加广泛地使人获得，以利于快速检索<sup>3</sup>。2012 年 1 月，在执行

---

<sup>1</sup> 可以通过<http://www.who.int/about/multilingualism/en/index.html> 获取（检索日期：2012 年 2 月 23 日）

<sup>2</sup> 关于机构档案库的建议在 EB121/6 号文件中做出了描述，执行委员会在第 121 届会议上注意到该文件（见文件 EB121/2007/REC/1，第十三次会议摘要记录，第 4 部分）。

<sup>3</sup> 见文件 EBSS/2/2011/REC/1，第三次会议摘要记录。

委员会第 130 届会议的一次边会上，向会员国展示了机构档案库。该档案库所存文件可以通过官方语言的任何关键词进行搜索，文件还通过完整描述（元数据）和主题标题（受控词汇）得到充实，以使其能够更好的与世卫组织的主题网站融合，确保能够通过互联网搜索引擎对其进行检索。

## 语言服务

185. 语言服务是本组织的多种语言主要来源。近期理事机构司的会议数量及相关文件数量的增加使口译和笔译的工作量有所加重。但同时，依然需要高质量的技术文件翻译。2011 年，为 216 个日历日的 108 次会议提供了口译，共计 2870 个口译译员工作日。由于资源紧张，自由翻译市场从战略上看仍旧是重要的服务来源。世卫组织是联合国系统行政首长协调委员会与国际会议译员协会就协议进行再次磋商的牵头机构，并积极参与与国际会议口译员协会就平行协议进行的再次磋商。其目的是确保质量并保证未来外部承包商所提供服务的持续性。

186. 欧洲区域办事处以法文、德文和俄文制作了英文风格指南的本地版本。同样，东地中海区域办事处也制作了阿拉伯文版本。

## 联合国联合检查组的报告

187. 2010 年 6 月，世卫组织为编写有关联合国系统各组织多种语言的联合国系统联合检查组报告做出了贡献，该报告现处于定稿阶段。

## 语言学习

188. 继续为工作人员免费提供语言培训。在 2010 至 2011 双年度，共有 1844 人在总部报名参加语言课程：84 人学习阿拉伯文，24 人学习中文，225 人学习英文，1109 人学习法文，49 人学习俄文，还有 353 人学习西班牙文。

= = =