



## 进展报告

### 秘书处的报告

#### 目录

#### 非传染性疾病

- A. 加强非传染性疾病政策，促进积极老年生活(WHA65.3 号决议)..... 2
- B. 减少有害使用酒精的全球战略（WHA63.13 号决议） ..... 3
- C. 维持消灭碘缺乏症（WHA60.21 号决议） ..... 5

#### 防范、监测和应对

- D. 增强国家卫生突发事件和灾害的管理能力以及卫生系统的应变能力  
（WHA64.10 号决议） ..... 7
- E. 气候变化和卫生（EB124.R5 决议） ..... 9

#### 传染病

- F. 消灭麦地那龙线虫病（WHA64.16 号决议） ..... 10
- G. 消灭天花：销毁储存的天花病毒（WHA60.1 号决议） ..... 12

#### 卫生系统

- H. 患者安全（WHA55.18 号决议） ..... 13
- I. 饮用水、环境卫生与健康（WHA64.24 号决议） ..... 15
- J. 工人健康：全球行动计划（WHA60.26 号决议） ..... 17
- K. 把性别分析和行动纳入世卫组织工作的战略（WHA60.25 号决议） ..... 19
- L. 药物合理使用方面的进展（WHA60.16 号决议） ..... 21
- M. 卫生政策和卫生系统研究战略（WHA60.16 号决议） ..... 23

## 非传染性疾病

### A. 加强非传染性疾病政策，促进积极老年生活（WHA65.3号决议）

1. 执行委员会在其2013年1月第132届会议上注意到本进展报告的前一版本<sup>1</sup>。
2. WHA65.3号决议要求总干事，除其它外，在若干领域向会员国提供支持，包括注重通过多部门方法促进健康老年生活、老年人综合护理以及支持正式和非正式福利服务提供者。
3. 秘书处发起了多项倡议以提高对这些问题的认识。这些项目包括与2012年世界卫生日有关的社会媒体策略，如在世卫组织网站上制作题为“健康有益长寿”的视频，迄今观看次数已超过5万次。为世界卫生日发行的全球情况简介<sup>2</sup>现已具备所有六种正式语言版本。
4. 由于低收入和中等收入国家中关于非传染性疾病和老龄问题的信息有限，要以证据为基础提供支持首先必须弥补这些知识空白。因此，世卫组织正在对11个国家9万多老年人的健康状况进行一项重要的纵向研究，这11个国家是：孟加拉国、中国、加纳、印度、印度尼西亚、肯尼亚、墨西哥、俄罗斯联邦、南非、坦桑尼亚联合共和国和越南。目前已开始对这项研究获得的第一组数据进行分析，以早日得出结果帮助确定未来行动应优先考虑的问题。为便于与高收入国家进行比较，在芬兰、波兰和西班牙完成了类似的研究。
5. 世卫组织正在编写关于老年非传染性疾病预防控制各个方面的技术咨询意见。为减少这些疾病的患病率，秘书处与学术界的伙伴开展合作，确定以证据为基础的策略，将鼓励健康老年生活的健康促进行动主流化。此外，秘书处还在就非传染性疾病老年患者综合护理方面的主要问题起草技术指导，并为评估、管理和支持低收入和中等收入国家非专业卫生机构中身体虚弱、需要赡养的老年人制定一份干预指南。
6. 为了起草一份关于发达环境和欠发达环境中长期护理的全球议程，世卫组织计划于2013年初召集一次专家会议。目前正在撰写一份背景文件，阐述长期护理的筹资问题。

---

<sup>1</sup> 见执行委员会第132届会议第十五次会议摘要记录，第2部分。

<sup>2</sup> 文件 WHO/DCO/WH/2012.2。

7. 鼓励多部门方法的一个重要机制是世卫组织全球关爱老人城市和社区网络，为有意促进积极和健康老年生活的市政当局提供支持。目前国家和区域层面有九项规划隶属于该网络，并且19个国家105个城市和社区已加入该网络，其中包括一些大城市，如中国的齐齐哈尔、印度的加尔各答、美国的华盛顿特区、芝加哥和纽约以及阿根廷的拉普拉塔、芬兰的坦佩雷、以色列的海法、日本的秋田、俄罗斯联邦的库梅尔套和斯洛文尼亚的卢布尔雅那。农村社区参与的例子之一是加拿大的波蒂奇拉普雷里。最近与该网络联合举办的活动包括就关爱老人的农村和偏远社区主题举行了一次会议，以及为制定用以评估和监测关爱老人情况的指标举行了一次专家会议。

8. 由于《2014年世界卫生报告》将论述其它一些问题，秘书处打算在2015年初单独编写一份关于老龄与健康问题的世界报告，作为未来行动计划的基础。

## **B. 减少有害使用酒精的全球战略（WHA63.13号决议）**

9. 在WHA63.13号决议中，世界卫生大会敦促会员国酌情通过并实施减少有害使用酒精全球战略。它还要求总干事与会员国合作并为其提供支持，以实施减少有害使用酒精全球战略，加强国家对有害使用酒精引起的公共卫生问题的应对行动，并监督实施减少有害使用酒精全球战略的进展情况。执行委员会在其于2013年1月举行的第132届会议上审议了本进展报告的前一版本。应一个会员国的要求，对工作组的工作情况作了额外补充<sup>1</sup>，同时对正在制定国家酒精政策的国家数作了更新。

10. 秘书处已经以世卫组织六种官方语言发布并广泛散发该全球文件及WHA63.13、WHA61.4和WHA58.26号决议。出于对全球战略的支持，世卫组织各区域纷纷制定战略和行动计划并组织规划活动，重点是战略所建议的十个目标领域和五大目标。2010年，非洲区域委员会通过减少有害使用酒精的区域战略<sup>2</sup>。2011年，一份与全球战略相一致的2012-2020年欧洲减少有害使用酒精行动计划<sup>3</sup>由欧洲区域委员会通过<sup>4</sup>。在美洲区域，实施全球战略的行动计划<sup>5</sup>得到了泛美卫生组织指导委员会（美洲区域委员会第63届会议）的批准<sup>6</sup>。

---

<sup>1</sup> 见执行委员会第132届会议第十五次摘要记录，第2部分。

<sup>2</sup> AFR/RC60/R2号决议。

<sup>3</sup> 文件EUR/RC61/13。

<sup>4</sup> EUR/RC61/R4号决议。

<sup>5</sup> 文件CD51/8, Rev.1。

<sup>6</sup> CD51.R14号决议。

11. 减少有害使用酒精全球战略得到批准之后，有越来越多的国家正在制定或者修订本国的酒精政策。在178个截至2012年12月向秘书处提供了信息的会员国中，53个国家正在制定成文的国家酒精政策，39个国家正在修订减少有害使用酒精现行政策。在73个具备成文的国家酒精政策的国家中，37个国家有实施方面的国家行动计划，22个国家在其国家政策中以书面形式提到了减少有害使用酒精全球战略。大多数会员国已经规定了销售酒精饮料的年龄限制：消费场所（160个会员国）和销售场所（158个会员国）。最常使用的年龄限制是对所有类型饮料设定的18岁。共有154个会员国对啤酒、葡萄酒或烈酒都设有某种形式的消费税。分别有54个和53个会员国具备用以监测酒精消费量和酒精消费对健康影响的国家系统。

12. 为加强与会员国的合作并促进为会员国提供支持，建立了旨在实施全球战略的世卫组织国家相关部门全球网络。2011年2月，世卫组织主办了该全球网络的成立大会，来自126个会员国的国家相关部门确定了实施全球战略的工作机制、计划和重点领域。通过支持欧洲区域国家相关部门网络的发展，建立美洲区域的泛美酒精和公共卫生网络以及非洲区域的国家相关部门网络，秘书处促进了区域层面的国际联系与交流。

13. 为预防和控制非传染性疾病，并为履行联合国大会关于预防和控制非传染性疾病问题高级别会议政治宣言<sup>1</sup>所载承诺，秘书处与会员国、政府间组织以及联合国系统内部的主要伙伴密切合作，促进多部门行动，加强各国能力，发现新的伙伴关系机会，推广有效且性价比高的减少有害使用酒精的方法。

14. 世卫组织联合主办了题为“从全球酒精战略到国家和地方行动”的全球酒精政策会议（泰国暖武里，2012年2月13-15日），来自约50个国家的1千余名代表与会。会议提供了一个全球平台，使各方可以进行信息交流，分享经验，就提高对酒精导致的公共卫生问题的认识建立新伙伴关系，并在各个层面推动实施全球战略。

15. 正根据全球战略所建议的10个目标领域发展支持各国行动的技术工具和培训规划。秘书处支持了为非洲、美洲、东南亚和西太平洋区域一些国家举办的与非传染性疾病预防和控制有关的酒精政策制定和实施研讨班。还支持四个国家建设以因特网为基础的酒精和健康门户网站，包括针对有害饮酒的基于网络的自助干预措施。为帮助卫生保健服务机构发现并管理有害饮酒和酒精使用障碍编写了技术指导和辅助性培训

---

<sup>1</sup> 联合国大会第 66/2 号决议，附件。

材料。该指导文件已纳入世卫组织精神卫生差距行动规划<sup>1</sup>干预指导以及世卫组织物质使用和物质使用障碍筛查和简短干预技术工具<sup>2</sup>。

16. 继续与非政府组织、专业协会和经济运营者开展对话，探讨其如何为减少有害使用酒精做出贡献。秘书处组织了数次与非政府组织和专业协会的磋商，讨论后者参与实施全球战略的问题，还与经济运营者协商其作为酒精饮料的开发商、生产商、经销商、营销商和销售商在减少与酒精有关的危害方面的作用。

17. 通过改进数据收集机制、数据分析和分析结果的散发，并通过促进酒精和健康方面的国际研究，改善了酒精消费、酒精损害和会员国政策应对措施等相关知识的产生和传播。世卫组织酒精与健康全球信息系统得到进一步发展，并与有关酒精和健康的区域信息系统整合。2011年发布的世卫组织《酒精与健康全球状况报告》包含有关酒精消费、酒精损害和全球、区域及国家层面政策应对措施的全面数据，其中包括各会员国的国家概况。2012年，有关酒精和健康的全球调查经与会员国合作得以实施，所收集的数据将用于下次更新的酒精与健康全球状况报告。秘书处已启动有关酒精、卫生和发展的全球研究倡议，支持针对酒精对非饮酒者的损害、胎儿酒精谱系障碍以及有害使用酒精与艾滋病毒感染和结核病等感染性疾病之间的关系问题开展国际研究活动。

18. 为确保会员国和秘书处在全球战略的落实方面开展有效合作，已经根据这一战略概述的下列全球行动主要内容设立了一个协调理事会和四个工作组：公共卫生倡导和伙伴关系；技术支持和能力建设；知识生产与传播；以及资源调动。虽然秘书处努力支持各国筹集资金并将可获得的资金集中用于实施全球战略，鉴于酒精所致疾病和社会负担的严重程度，各层级所获得的资源仍然不够充足。

### C. 维持消灭碘缺乏症（WHA60.21号决议）

19. 执行委员会在其2013年1月第132届会议上注意到本进展报告的前一版本<sup>3</sup>。

---

<sup>1</sup> 《精神卫生差距行动规划面向非专业卫生机构的关于精神、神经和物质使用性疾患的干预指导》。日内瓦，世界卫生组织，2010年。

<sup>2</sup> 《酗酒、吸烟、所涉物质筛选试验：初级卫生保健使用手册》。日内瓦，世界卫生组织，2010年；《简短干预。与酗酒、吸烟、所涉物质筛选试验有关的针对有害饮酒的简短干预：初级卫生保健使用手册》。日内瓦，世界卫生组织，2010年；《减少或停止物质使用的自助策略指导》。日内瓦，世界卫生组织，2010年；《酒精与健康全球状况报告》。日内瓦，世界卫生组织，2011年。

<sup>3</sup> 见执行委员会第132届会议第十五次会议摘要记录，第2部分。

20. 目前估计，全球29.8%（2.41亿）学龄儿童碘摄入量不够，比2007年的31.5%（2.66亿）和2003年的36.5%（2.85亿）有所改善<sup>1</sup>。这2.41亿儿童中约有7600万生活在东南亚区，5800万生活在非洲区。据估计，32个国家的碘摄入量不够（比2007年的47个有所减少）；69个国家的摄入量充分（比2007年的49个有所增加）；36个国家的摄入量超过建议的水平（比2007年的27个有所增加）；11个国家的碘摄入量过高（比2007年的7个有所增加）。学龄儿童或未怀孕妇女的碘营养状况适当，不一定表示孕妇的碘营养状况就适当，但多数国家关于妊娠期碘缺乏症流行情况的数据有限<sup>2</sup>。

## 控制战略

21. 倾向于选用的控制碘缺乏症战略仍然是食盐普遍加碘。儿童基金会在其世界儿童状况年度报告中每年概括家庭碘盐覆盖率的数据。根据主要反映2006-2010年数据的2012年报告<sup>3</sup>，至少有90%的家庭能够获得适当碘盐的国家数从2008年的33个<sup>4</sup>（2000-2006年的数据）和2004年的28个<sup>5</sup>（1997-2002年的数据）减少到23个。这种减少可能反映对碘盐使用开展的国家调查数量减少（与2008年的123个和2004年的117个相比，为102个）。尽管如此，全球估计有71%的家庭能够获得适当的碘盐。

22. 在努力减少盐总摄入量的同时，各国应继续承认碘盐的重要性。对于目前推荐的盐碘强化水平（20-40ppm），国家当局需要根据本国的食盐摄入量数据和人口的尿碘浓度中位数加以调整。为了支持它们开展这项工作，世卫组织正在开展两方面的系统审查，涉及使用碘盐预防碘缺乏症以及减少钠摄入量对血压、肾功能和血脂浓度的影响。

23. 补碘也是控制碘缺乏症的一种方案，尤其适用于脆弱人群，例如生活在高危社区并可能无法得到碘盐的孕妇和幼儿<sup>6</sup>，或者在未成功实施食盐碘化的时候作为一种临时战略。世卫组织正在系统地审查补碘对妊娠期和哺乳期妇女的影响。

---

<sup>1</sup> 《世界范围内碘的现状。世卫组织全球碘缺乏症数据库》。日内瓦，世界卫生组织，2004年。

<sup>2</sup> Wong EM, Sullivan KM, Perrine CG, Rogers L, Peña-Rosas JP. 孕妇、学龄儿童和未怀孕妇女之间碘状况的比较。《食品和营养简报》，2011年，32(3):206-212。

<sup>3</sup> 《2012年世界儿童状况：世界城市中的儿童》。纽约，联合国儿童基金会，2012年（<http://www.unicef.org/sowc2012/index.php>）。

<sup>4</sup> 《2008年世界儿童状况：妇女和儿童-儿童存活》。纽约，联合国儿童基金会，2008年。

<sup>5</sup> 《2004年世界儿童状况。女童，教育和发育》。纽约，联合国儿童基金会，2004年。

<sup>6</sup> 世界卫生组织，联合国儿童基金会。联合声明：使孕妇和哺乳期妇女及幼儿碘营养水平达到最佳状态。日内瓦，世界卫生组织，2007年。

24. 监测和评价碘缺乏症控制规划的影响，对确保干预措施的有效性和安全性是至关重要的。在 2007 年发表了关于此类规划评估和监测指标的修订准则<sup>1</sup>。为了加强这一过程，世卫组织与美国疾病控制和预防中心一起，在 2011 年发表了微量营养素公共卫生干预措施的逻辑模式，可用于描述碘摄入量与此类干预措施在实现千年发展目标方面作用之间合理的关系<sup>2</sup>。会员国可对之进行调整，作为用于计划制定、绩效衡量或评价的持续质量改进周期的一部分。

25. 将促进决议实施工作的一个事态发展是，通过合并持续消除碘缺乏症网络与国际控制碘缺乏症理事会（ICCIDD），最近创建了国际控制碘缺乏症理事会全球网络。这一新的机构通过促进公立和私立部门以及科学和民间组织之间的合作，支持国家为加快消除碘缺乏症作出的努力。

## 防范、监测和应对

### D. 增强国家卫生突发事件和灾害的管理能力以及卫生系统的应变能力 (WHA64.10 号决议)

26. 执行委员会在其 2013 年 1 月第 132 届会议上注意到本进展报告的前一版本<sup>3</sup>。

27. 在 2011 年，第六十四届世界卫生大会以 WHA64.10 号决议尤其敦促会员国加强针对各种危害的卫生突发事件和灾害风险管理规划；呼吁会员国、捐助者和发展合作伙伴为此目的调拨充足资源；并要求总干事，除其它外，确保世卫组织加强能力，以便提供必要的技术指导和支持。

28. 自 2011 年以来，会员国通过《国际卫生条例（2005）》以及自然灾害、传染性疾病、化学品安全、食品安全、辐射、大型集会以及气候变异和变化等领域内的特定规划，继续加强国家管理突发事件健康风险的能力。在 2011 年，130 多个会员国报告已具备国家突发事件防范计划，46 个具备正在开展工作降低卫生设施脆弱性的规划。据了解，截至 2012 年 11 月 1 日，40 个《国际卫生条例（2005）》缔约国已确立必要的核心能力<sup>4</sup>。

<sup>1</sup> 《评估碘缺乏症和监测其消除工作：规划管理人员指南》。第三版。日内瓦，世界卫生组织，2007 年。

<sup>2</sup> 文件 WHO/NMH/NHD/MNM/11.5。

<sup>3</sup> 见执行委员会第 132 届会议第十五次会议摘要记录，第 2 部分。

<sup>4</sup> 见文件 EB132/15。

29. 在 2012 年，卫生突发事件和灾害风险管理被列入非洲、美洲、东南亚和东地中海区域委员会的议程；值得注意的是，非洲区域委员会通过了关于非洲区域卫生部门灾害风险管理战略的一份决议<sup>1</sup>。此外，世卫组织各区域正在实施战略，以便发展国家管理突发事件所造成健康风险的能力。在 2014 年，世卫组织将发表关于国家卫生突发事件和灾害风险管理能力现状的全球报告。

30. 虽然不断在积累支持投资于预防和防范工作的依据<sup>2</sup>，防范工作获得的资金仍然不足人道主义资金供应的 5%<sup>3</sup>。在接受人道主义援助最多的 20 个国家中，每提供 100 美元，其中仅有 62 美分用于防范工作。最近在非洲之角和萨赫勒地区出现的食品安全危机中，投资不足造成的影响很明显。在萨赫勒地区，卫生部门只获得了要求金额的 21%，因此该部门资金不足使问题更加严重。

31. 秘书处向各区域的会员国提供了支持，评估了国家卫生突发事件风险管理的能力及相关行动计划，并在 40 多个国家支持了加强医院安全的行动。为非洲、欧洲和东地中海区域制定了区域危害地图集，以便促进国家级的风险评估。对海地地震<sup>4</sup>以及非洲之角旱灾等灾害的评价工作正在被纳入区域和国家的卫生突发事件管理措施。在部门间论坛上，世卫组织继续倡导开展卫生工作。在 2011 年，减少灾害风险的全球论坛强调把安全医院作为重点行动领域，而且卫生工作已在国际减灾战略系统内被列入非洲、阿拉伯国家、亚洲和美洲的地区战略。在 2012 年，卫生突发事件的风险管理被纳入世卫组织向里约+20 联合国可持续发展会议（巴西里约热内卢，2012 年 6 月 20-22 日）以及与世界气象组织一起向全球气候服务框架机制提交的文件中。

32. 秘书处持续开展的关于世卫组织改革议程的工作正在便利加强关于卫生突发事件和灾害风险管理的合作，涉及本组织内部及各级之间针对所有危害以及精神卫生、残疾和生殖卫生等技术领域的合作。在区域和国家级，与《国际卫生条例（2005）》以及针对各种危害的卫生突发事件风险管理相关的能力发展活动变得越来越一致。最显著的是，正在制定一个新的针对各种危害的世卫组织卫生突发事件风险管理框架，作为以下方面的基础：**(i)**对相关政策、评估、计划、制定和实施工作提供指导；**(ii)**确定世卫组织在此领域内工作的优先顺序；**(iii)**在国家与国际层面上监测突发事件风险管理能力和活动。

---

<sup>1</sup> 见非洲区域 AFR/RC62/R1 号决议、美洲区域 CSP28.R19 号决议、东地中海区域 EM/RC59/R.4 号决议以及东南亚区域文件 SEA/RC65/9。

<sup>2</sup> 《自然灾害，非自然灾害：有效预防的经济学》。世界银行和联合国，华盛顿（哥伦比亚特区），2010 年。

<sup>3</sup> 见联合国机构间常设委员会资助防范活动工作组委托编写的第二份跟踪报告。可在 <http://www.devinit.org/wp-content/uploads/Emergency-preparedness-study-tracking-report-2-for-FAO-on-behalf-of-the-IASC.doc> 获取（检索日期：2012 年 11 月 12 日）。

<sup>4</sup> 《对海地地震的卫生反应：2010 年 1 月：吸取教训，应对下一次大规模突发性灾难》。泛美卫生组织，华盛顿（哥伦比亚特区），2011 年。



33. 需要持续的行动，以便在国家和国际级建立更强大的卫生突发事件风险管理伙伴关系；确保卫生突发事件风险管理被认可作为一种必要的公共卫生职能，并被纳入多部门的突发事件风险管理政策和计划；解决缺乏此领域内专门技术的问题；在所有国家更多地投资于发展必要的核心能力。

## E. 气候变化和卫生 (EB124.R5 决议)

34. 执行委员会在其 2013 年 1 月第 132 届会议上注意到本进展报告的前一版本<sup>1</sup>。

35. **倡导和提高认识。**秘书处与会员国一起开展工作，强调卫生对气候变化和可持续发展政策的重要性。秘书处与世界气象组织合作，编写了《卫生与气候图谱》，由总干事和世界气象组织秘书长在世界气象组织的特别大会上（日内瓦，2012 年 10 月 29-31 日）发表。在 2012 年 6 月，秘书处还与相关公约秘书处合作，发表了题为“我们的地球，我们的健康，我们的未来——人类健康与里约三公约：生物多样性、气候变化和沙漠化”的讨论文件。本组织最近协调了由六个部分组成的卫生与气候变化问题全球系列“网络研讨会”。

36. **与联合国系统各组织及其它各方的伙伴关系。**世卫组织从卫生角度对处理气候变化问题的以下联合国机构作出了贡献：行政首长协调理事会及其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，以及方案问题高级别委员会的工作组。本组织与框架公约秘书处和最不发达国家专家小组合作，以便为在国家调整计划中拟定卫生内容的工作制定新的指导意见。作为“绿漫联合国”行动的一部分，秘书处更新了选定的世卫组织办事处碳足迹审计报告。

37. **促进和支持产生科学依据。**作为即将发表的政府间气候变化专门委员会第五份评估报告的作者和审评者，秘书处的职员正在作出贡献。评估继续涉及减少温室气体排放战略的可能卫生效益，并产生关于卫生部门（编写中）以及黑碳（是一种重要污染物，也是一种强大的产热因子）对健康影响的新报告<sup>2</sup>。世卫组织与世界气象组织在全球和区域级合作，为新的全球气候服务框架制定卫生实施计划<sup>3</sup>。

38. **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。**秘书处制定了在东南亚区域针对气候变化保护健康的业务新框架，并在世卫组织其它五个区域监测和

<sup>1</sup> 见执行委员会第 132 届会议第十五次会议摘要记录，第 2 部分。

<sup>2</sup> Janssen NAH, Gerlofs-Nijland ME, Lanki T 等。《黑碳对健康的影响》。哥本哈根，世卫组织欧洲区域办事处，2012 年。

<sup>3</sup> [http://www.wmo.int/pages/gfcs/index\\_en.php](http://www.wmo.int/pages/gfcs/index_en.php)

支持了现有框架的实施。秘书处在所有区域中的 30 多个国家完成了对卫生脆弱度和随之而来的调整需求的评估。一项为期七年的卫生适应气候变化的全球试点项目（涉及巴巴多斯、不丹、中国、斐济、约旦、肯尼亚和乌兹别克斯坦）已完成第二年的运行。另外，已完成了中亚和东欧（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）区域项目第三年（即最后一年）的工作，以及联合国国家工作队项目在中国、约旦和菲律宾的工作。在柬埔寨、蒙古和巴布亚新几内亚，关于气候变化和传染病的项目正在进入第二年。秘书处通过能力建设规划支持这些活动，其中包括培训材料、国家专门技术数据库、对利用资金来源的指导以及现有公共卫生系统调整项目的信息交换中心。

## 继续向前进展

39. 在联合国气候变化框架公约缔约方会议第十八届会议（于 2012 年 11 月 26 日至 12 月 7 日在多哈举行）的一次高级别会外活动中，讨论了使各行动者在气候变化与健康方面的参与进一步扩大和深化的可能机构安排。

40. 由于世卫组织当前关于气候变化与健康的工作计划原定在 2008-2013 年中期战略性计划的时间框架内实施，会员国不妨对 2014-2019 年期间工作计划的制定问题提供指导。

## 传染病

### F. 消灭麦地那龙线虫病（WHA64.16 号决议）

41. 根据 WHA64.16 号决议关于每年报告进展情况的要求，本报告提供了消灭麦地那龙线虫病方面的最新情况。执行委员会在其 2013 年 1 月第 132 届会议上注意到本进展报告的前一版本<sup>1</sup>。在会议讨论时宣布，向卫生大会提交的报告中将包含更为新近的数据，以体现整个日历年度的病例数。

42. 在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）之后，192 个国家、领地和地区被认证为无麦地那龙线虫病传播。截至 2013 年 1 月 1 日，14 个会员国仍有待获得认证：四个疾病流行国家（乍得、埃塞俄比亚、马里和南苏丹），六个处在认证前期阶段的国家（科特迪瓦、加纳、肯尼亚、尼日尔、尼日利亚和苏丹）以及四个未报告近期有任何发病史的国家（安哥拉、刚果民主

---

<sup>1</sup> 见执行委员会第 132 届会议第十五次会议摘要记录，第 2 部分。

共和国、索马里和南非)。消灭麦地那龙线虫病的挑战仍然是在该病依旧流行的四个国家中断传播。

43. 继续在消灭该病方面取得进展：到 2012 年底，在 272 个村庄总共报告发生了 542 例新发病例，包括从马里输入到尼日尔的三个病例。这标志着比 2011 年报告的新发病例数减少了 49%。

44. **乍得。**疫情延续到第三年，2012 年有九个村庄报告了 10 起本土新病例。相关村庄中，只有两个又曾在 2011 年报告发生病例；然而其中只有四例得到了控制。正在实施用以阻断传播的措施，2012 年对 710 个村庄实施了主动监测。在 2012 年报告病例的九个村庄中有五个却连一个改进的饮用水源都没有。

45. **埃塞俄比亚。**在 2011 年，三个村庄报告了六起本土病例；还记录了两起从南苏丹输入的病例。虽然据报本土病例已在 2011 年得到控制，但传播似乎仍在继续，导致 2012 年在四个村庄报告发生了四例病例，Gog 和 Abobo woredas 各发生两例。这些病例的传播有三例涉及到三个不同村庄，均可追溯到 Gog Woreda 的 Utuyu 村。其中，有一个本土病例可追溯到 Utuyu 村，两个输入病例与 Utuyu 村及其周边森林存有关联。另外一例病例在 Abobo Woreda 的 Uma 村报告发生。据报告，四例病例中，有两起病例已得到控制；在 2012 年报告病例的四个村庄中，有一个没有任何改进的饮用水源。南苏丹皮博尔县最近的不安全状况使人们跨越边界，进入埃塞俄比亚的难民营。目前，埃塞俄比亚消灭麦地那龙线虫病规划正在与南苏丹搭界地区加强监测。

46. **马里**仍然是非洲西部麦地那龙线虫病仍在继续传播的唯一国家。2012 年，三个村庄报告了四起病例：塞古和莫普提地区各有一例，基达尔有两例。据报告，仅有一例得到了控制。但相比之下，2011 年同期有六个村庄报告了 12 起病例。2012 年报告病例的三个村庄中，有一个没有任何经改进的饮用水源。出于安全考虑，国家规划在两个地区（加奥和廷巴克图）没有完全投入运行，在基达尔地区也不能开展任何干预措施，甚至不能核实报告的两起病例。在布基纳法索、毛里塔尼亚和尼日尔的马里难民营中加强了监测，以便努力防止疾病的进一步扩散。对卫生部及其伙伴组织派往该国北部的人道主义工作队成员进行了疾病监测培训。在 2012 年 9 月，尼日尔报告了据说从马里输入的三起病例。

47. **南苏丹**占 2012 年报告的所有麦地那龙线虫病病例的 96%。在 2012 年，包括 89 个报告呈现本土病例在内的 255 个村庄总共报告发生了 521 起新病例。新发病例数比 2011 年少了 49%。相关病例中有 64%得到了控制。2012 年报告的新病例包括 420 起（占总数的 81%）来自东赤道州东卡波埃塔县的病例。2012 年期间，流行麦地那龙线

虫病的 167 个村庄（占总数的 33%）中的 55 个具有一处或多处改进的饮用水源；但在东卡波埃塔县，104 个疾病流行村庄中仅有 20 个（占总数的 19%）能够获得经过改进的饮用水源。

## **G. 消灭天花：销毁储存的天花病毒（WHA60.1 号决议）**

48. 执行委员会在其 2013 年 1 月第 132 届会议上注意到本进展报告的前一版本<sup>1</sup>。

49. 本报告概述世卫组织天花病毒研究咨询委员会第十四次会议（日内瓦，2012 年 10 月 16 日和 17 日）的结果并阐述秘书处开展的相关工作。

50. 咨询委员会注意到在其监督下就授权实施的天花病毒研究规划开展了工作。2012 年中，其科学分委会至今已批准了九个项目<sup>2</sup>。咨询委员会获悉其科学分委会的成员已经更新。

51. 咨询委员会收到关于储存在两个获准作为天花病毒储存点的世卫组织合作中心的病毒情况报告，这两个中心是：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。

52. 咨询委员会还收到三个制药公司提供的关于即将获得许可的候选疫苗和抗病毒制剂的最新情况。提交的有关信息包括效力、安全性、稳定性和大规模生产能力方面的数据。据这些公司估计，它们将能够在一年内为其产品，即两种抗病毒制剂和一种候选疫苗颁发许可证。

53. 作为确立天花和其它正痘病毒感染诊断网络工作的一部分，总部和各区域办事处将确认具有适当能力的现有诊断实验室。目前，正在根据现有诊断检测法，完善一种专门针对天花病毒的诊断检测方法，以便将天花病毒与其它痘病毒区分开来。

54. 2012 年期间对两个获批准的天花病毒储存点都进行了视察，关于这两次生物安全视察的最后报告将公布在世卫组织网站上。使用的有关方案遵循了欧洲标准化委员会的实验室生物风险管理标准 CWA 15793:2008 并涉及实验室生物风险管理的 16 个要素。2012 年进行的生物安全视察进一步确认这种办法能够对储存点进行有效的检查，

---

<sup>1</sup> 见执行委员会第 132 届会议第十五次会议摘要记录，第 2 部分。

<sup>2</sup> 世卫组织天花病毒研究咨询委员会第十四次会议的报告，印刷中。

有助于向广大社区保证在按照生物安全和生物保障方面的最高标准，以安全可靠的方式开展这项重要工作。

55. 目前在继续努力确立一个促进获取世卫组织天花疫苗应急储备的业务框架以便应对天花事件。该框架包括捐赠天花疫苗方面的各种法律考虑、捐赠国和接受国的标准操作程序、后勤要求以及附带有天花疫苗捐赠和接受条款和条件的疫苗申请表。秘书处与捐赠国的国家管制机构展开了讨论以便建立一个天花疫苗管制框架。

56. 秘书处的目标是在 2013 年举行一次正痘病毒感染特设委员会会议，以便重新评价为支持世卫组织紧急应对未来可能暴发的天花疫情所需的天花疫苗储备的组成和规模。

## 卫生系统

### H. 患者安全 (WHA55.18 号决议)

57. 执行委员会在其 2013 年 1 月第 132 届会议上注意到本进展报告的前一版本<sup>1</sup>。

58. 为响应关于保健质量：患者安全的 WHA55.18 号决议，秘书处于 2004 年建立了世界患者安全联盟，并于 2009 年将其更名为世卫组织患者安全规划。2004 年以来，秘书处的工作产生了重大影响，有助于解决世界各地不安全医护造成的挑战。应一个会员国的要求，秘书处现报告其就这一主题开展的有关活动。

59. **全球患者安全挑战**促使国际上努力加强政策和卫生保健服务的提供。第一项挑战，**清洁卫生更安全**，旨在动员世界各地卫生保健提供者积极参与，通过改善手部卫生减少卫生保健相关感染。自 2005 年发起以来，129 个会员国接受了这一全球挑战，而且目前 15 000 所医院在实施世卫组织指南和工具以改善手部卫生。

60. 第二项挑战是**安全手术拯救生命**，在这方面，秘书处于 2008 年编制了世卫组织《安全手术核对表》。该核对表获得 700 个机构的认可并在世界各地近 2000 所医院中得到应用。在《安全手术核对表》的成功基础上，秘书处创建了世卫组织《安全分娩核对表》以减少与分娩有关的风险。

---

<sup>1</sup> 见执行委员会第 132 届会议第十五次会议摘要记录，第 2 部分。

61. 为了加强该主题的科学基础，秘书处鼓励进行**患者安全研究**。在专家协助下，制定了一组研究重点，同时在 13 个会员国进行的研究表明，发展中国家在安全医护方面存在高度风险。秘书处对不安全医护的全球负担提出了估算，制定了涉及 22 个国家中 24 个小组的研究筹资计划，并提供了关于患者安全研究的在线培训规划和工具。

62. 秘书处制定了关于安全临床做法的全球标准、规程和指南，目的是减少导管相关血流感染、错误部位手术、浓注射材料不安全使用以及保健服务提供者之间沟通欠佳等问题。这些标准、规程和指南在世界各地传播并在 10 个国家 400 多所医院中得到实施。

63. 为了促进患者和消费者参与，秘书处创建了**患者为患者安全**网络，由患者及其家庭成员主导。该网络在全世界拥有 250 多名积极的患者斗士，他们的信念是没有患者自身的经验和智慧便不可能推进患者安全事业。这项规划目前正在为患者开发可用于移动通信设备的新应用程序（包括短信通讯服务）。

64. 秘书处设计了关于患者安全知识的概念框架以便加强对患者安全问题的分析并促进学习。结合世卫组织关于**报告系统**的指南，会员国中的同业群体可以从减少患者伤害方面的经验中学习并由此获益。

65. 为响应会员国对患者安全方面能力建设的要求，秘书处促进开展了**患者安全教育**，并制定了多专业版患者安全课程指南以便使卫生保健领导者、提供者和学生能够了解医护质量和患者安全问题。300 多所大学批准了该课程并且 30 所大学目前将之用于教学。

66. 为进一步扩展秘书处的行动并整合患者安全方面的干预措施，**非洲患者安全伙伴关系**规划（于 2009 年设立，以响应非洲区域委员会在其第五十八届会议上审议的一项行动呼吁<sup>1</sup>）创建了一个医院对医院伙伴关系网络以促进 14 个非洲国家和三个欧洲国家的“双向”患者安全学习。六个伙伴关系的经验促使非洲区域六个国家的患者安全状况发生了变化。

67. 2012 年 5 月第六十五届世界卫生大会期间，秘书处召集了一次技术介绍会以听取发达国家和发展中国家在患者安全方面取得的成就。

---

<sup>1</sup> 文件 AFR/RC58/8，获得区域委员会通过(见文件 AFR/CR58/20，第 111-118 段)。

## 世卫组织再接再厉推动患者安全

68. 秘书处与 2011 年总干事任命的世卫组织患者安全使者密切配合，发起了一项新的患者安全五年战略，具体战略目标如下：

- 在患者安全方面提供全球领导
- 利用知识、专长和创新以改善患者安全
- 动员卫生保健系统、非政府组织、民间社会和专家团体参与全球努力，使卫生保健更加安全。

69. 在秘书处目前所做工作的基础上，今后五年对病人安全问题的再次重视将以下列为重点：开发工具和最佳做法，改进初级保健的安全性；改进向卫生保健工作者提供的病人安全教育和培训活动，以增进卫生服务的质量和安全性；在非洲和其它地方扩展合作；加强社区和病人的参与。

70. 目前正在协调本组织各个层面的活动，包括药物和医疗器械安全性、血液安全和卫生人力资源方面的工作，同时秘书处最后确定一项关于注射安全的重要倡议，准备于2013年启动。患者安全方面的工作也能推进本组织其它一些重点，即全民健康覆盖和老年人口的健康与福祉。

## I. 饮用水、环境卫生与健康（WHA64.24 号决议）

### 现状

71. 执行委员会在其2013年1月第132届会议上注意到本进展报告的前一版本<sup>1</sup>。

72. 据世卫组织/联合国儿童基金会供水和卫生设施联合监测规划2012年3月报告，根据使用改良饮用水的人群比例来衡量，千年发展目标7具体目标7.C（即到2015年将无法持续获得安全饮用水和基本卫生设施的人口比例减半）中关于饮用水的目标已于2010年12月得以实现。1990年至2010年期间，20多亿人获得了改良的饮用水，同期内无法获得这种水源的人群比例由24%降至11%。

---

<sup>1</sup> 见执行委员会第 132 届会议第十五次会议摘要记录，第 2 部分。

73. 无法获得经改良的环境卫生设施的人群比例由1990年的51%降到了2010年的37% - 用绝对数字说，2010年中约有25亿人仍无法获得。据估计，11亿人继续露天排便。

74. 2011年世卫组织发表了关于霍乱的报告<sup>1</sup>，指出各区域58个国家报告了总共589 854起霍乱病例，其中包括7816例死亡，与2010年相比，病例数增加了85%。

75. 联合国水机制2012年全球环卫与饮水分析和评估（GLAAS）呼吁关注这样一个问题，即缺乏注重以平衡方式管理人力和财政资源的国家政策和规划，因此难以维持现有的基础设施并扩大提供服务 - 这严重阻碍了在实现千年发展目标7具体目标7.C下卫生设施相关目标方面取得进展。目前确实存在到2015年时无法实现具体目标7.C的危险。国家层面缺乏关于学校和卫生保健中心等具体设施中覆盖情况的可靠信息，这意味着有关政府当局可能根本不知道存在问题，因此也就毫无反应。

## 战略

76. 具体说，卫生大会在WHA64.24号决议中要求制定新的、一体化的世卫组织水、环境卫生与健康战略，包括特别注重水质问题。先前独立的三个工作领域（饮水水质、安全使用废水和安全管理娱乐水域）现在被涵盖在世卫组织新制定的水质与健康统一战略下，并由单一的专家小组提供支持。

77. 世卫组织/联合国儿童基金会联合监测规划2010-2015年战略瞄准四个主要结果，包括注重2015年后的监测需求。联合国水机制全球环卫与饮水分析和评估下的战略<sup>2</sup>具有四项战略目标，包括制定黄金标准以便就推动和阻碍饮用水与卫生设施方面进展的因素收集数据。

## 促进变革

78. 自通过WHA64.24号决以来发表的主要出版物包括上面第72段和第75段中提及的两份报告，以及世卫组织《饮用水水质准则》第四版<sup>3</sup>和若干支持水安全计划的技术文件。世卫组织/联合国儿童基金会联合监测规划<sup>4</sup>的战略和联合国水机制全球环卫与饮水

---

<sup>1</sup> 《霍乱》，2011年。《疫情周刊》，2012年，87(31-32):289-304。

<sup>2</sup> [http://www.who.int/entity/water\\_sanitation\\_health/publications/glaas\\_strategy.pdf](http://www.who.int/entity/water_sanitation_health/publications/glaas_strategy.pdf)（检索日期：2012年10月25日）。

<sup>3</sup> 《饮用水水质准则》，第四版。日内瓦，世界卫生组织，2011年。

<sup>4</sup> 亦请见 [www.wssinfo.org](http://www.wssinfo.org) 这一专门网站，其中载有2012年开展的2015年后饮用水和环境卫生方面的大量工作信息。



分析和评估的战略都深受外部双边和多边支助机构的好评，而世卫组织的统一战略自2012年8月出台后正在得到广泛传播。

### 制定具体目标和指标方面的规范性作用

79. 在为2015年后的全球监测工作制定具体目标和指标时以世卫组织/联合国儿童基金会联合监测规划作为平台。世卫组织和联合国儿童基金会于2011年5月3-5日在柏林就2015年后监测饮用水和卫生设施问题组织了第一次磋商会议，就一份路线图达成了共识，在2012年12月于海牙举行第二次磋商会议上作出讨论之前制定了具体目标和指标这项技术工作的结果将被纳入关于2015年后发展目标的政治进程的主流。

### 能力建设

80. 在世卫组织/澳大利亚国际开发署促进健康水质伙伴关系下，水安全计划能力建设项目第二阶段已于2012年5月在东南亚和西太平洋区域六个国家结束；又有1250万人根据150项新的水安全计划（针对60个城市地区和90个农村地区）获得了安全饮用水。第三阶段于2012年9月在12个国家开始，应当能促使制定可持续的国家政策和体制框架，将水安全计划方针与资产管理相结合并把水安全计划纳入区域投资计划。

## J. 工人健康：全球行动计划（WHA60.26号决议）

81. 执行委员会在其2013年1月第132届会议上注意到本进展报告的前一版本<sup>1</sup>。

82. 本报告阐述在实施《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

83. 工人占世界人口的一半，他们的健康是可持续经济发展的先决条件。秘书处已向21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制定国家政策和框架。

---

<sup>1</sup> 见执行委员会第132届会议第十五次会议摘要记录，第2部分。

84. 努力消除石棉相关疾病的行动包括提高对石棉所致健康后果的认识，倡导一级预防以及支持制定国家概况和规划以便在45个会员国消除这些疾病。

85. 已向14个会员国提供支持，帮助组织运动促进为卫生保健工作者接种乙肝疫苗。

## **目标 2：保护和促进工作场所健康**

86. 为了改进对职业风险的管理，秘书处协助制定了国际化学品安全卡（目前有1700张卡）、健全管理工业化学品的工具包、工作中心里风险管理指南以及关于职业接触紫外线和电离辐射问题的指南。

87. 已经发表了关于健康工作场所以及工作场所中饮食和身体活动的全球指南，目的是促进对工作环境中的健康决定因素和主要非传染性疾病风险进行综合管理。

88. 已经提出了建议和政策方案以便扩大向卫生保健工作者提供艾滋病毒感染和结核病方面的服务以及关于防止针刺伤的指导。

## **目标 3：改进职业卫生服务的运作，并提高其可得性**

89. 世卫组织参与举办了题为“健康与劳工”的全球会议（海牙，2011年11月29日-12月1日），为向所有工人扩大提供基本干预措施以预防职业和工作相关疾病及伤害指明了战略方向。在以人为本的综合初级保健服务范围内，特别注重非正规和小型企业中的工人。

90. 提供基本职业卫生干预措施方面的成本计算方法和实用工具以及针对初级保健服务提供者的培训材料和信息资料目前正在制定当中并通过世卫组织职业卫生合作中心网络进行分发。

## **目标 4：提供和交流行动与实践所需的证据**

91. 秘书处建立了一个职业病问题全球工作小组，以便协助编制《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十一次修订本。该工作小组为列入第十一次修订本测试版的120种源于职业的疾病和外部原因编制了内容模式。该工作小组还促进更新了劳工组织的职业病目录<sup>1</sup>，并促进为确认这些疾病制定了诊断和暴露标准。

---

<sup>1</sup> 劳工组织职业病目录(2010年修订版)。日内瓦，国际劳工局，2010年。

## 目标 5：将工人健康融入其它政策

92. 秘书处颁布了一套指标用以衡量可持续发展政策中涉及工人健康的各个方面并就工人健康在适应和缓解气候变化以及在绿色经济方面的作用提供了指导。秘书处还为采矿、石油和天然气等采掘业中的健康影响评估提供了指导。

93. 与国际化学品管理战略方针之间确立了有力的合作以支持对重点工业致癌物质进行健全管理并更新若干国家的国家化学品概况。

## 实施

94. 秘书处的活动得到世卫组织职业卫生合作中心网络（目前拥有50个成员）的支持。这些活动实现了最大效益，因为在一些重点领域开展了一致行动，这些领域包括：预防职业性癌症和慢性呼吸道疾病、卫生保健工作者的安全、关于健康工作场所的工具和标准、职业卫生服务和能力、职业病、绿色经济和适应气候变化、脆弱人群以及高风险职业。此外，与劳工组织及其它一些国际伙伴的密切合作也产生了协同作用。

## K. 把性别分析和行动纳入世卫组织工作的战略（WHA60.25号决议）

95. 执行委员会在其2013年1月第132届会议上注意到本进展报告的前一版本<sup>1</sup>。

96. 本报告介绍了以下四个战略方向的工作：增强世卫组织开展性别分析和计划的能力；在世卫组织管理工作中将性别主流化；促进使用按性别分解的数据和性别分析；以及建立问责制。

97. 在增强世卫组织性别分析和计划能力方面取得了进展，例如出版了卫生管理人员开展性别主流化工作手册<sup>2</sup>，在世卫组织各区域为世卫组织职员和政府职员（主要是卫生部职员）提供有系统的培训。该手册的内容是指导如何开展能力建设，目前已有若干国家正式采用该手册。例如，阿富汗和阿曼卫生部制定了实施指南，并在卫生部门就性别与健康专题举办了多次全国培训班。西太平洋区域办事处在区内许多国家中为国家卫生人员及世卫组织职员举办了关于卫生领域性别主流化专题的培训班。

<sup>1</sup> 见执行委员会第132届会议第十五次会议摘要记录，第2部分。

<sup>2</sup> 世界卫生组织，《卫生管理人员的性别问题主流化：实用措施》。日内瓦，世界卫生组织，2011年。

98. 正扩展由来自世卫组织六个区域112个性别联络点组成的性别、妇女和卫生网络，以涵盖性别、公平与人权联系点。充分运作后，该网络的联络点将增至大约200个。

99. 目前，已将性别问题妥善纳入区域级和国家级业务计划工作，这可能是世卫组织继续在政策指导、业务研究和能力建设等领域支持会员国工作的结果。例如，世卫组织秘书处协助阿富汗公共卫生部制定了2012-2016年全国性别战略。它还在2011年对柬埔寨2008-2015年卫生部门战略性计划（此项计划是西太平洋区域将性别纳入国家卫生计划和政策的首例）进行中期审查时，协助开展性别评估。已完成并公布此项案例研究。老挝人民民主共和国也要求获得这类支持。

100. 为加强全组织对性别、公平和人权问题的重视，考虑到这些核心价值观的相互关系，总干事于2012年在总部设立了性别、公平与人权主流化工作团队。其任务是调动各级、各办事处职员以及国家同行支持全组织重视这些核心价值观。需要制定一项关于在本组织各级重视这些问题的全组织性别、公平与人权战略，以指导世卫组织今后的工作，并取代现行的性别战略。

101. 将性别、公平与人权问题纳入区域政策的一个范例可见“健康2020”：支持政府和社会采取卫生行动以增进健康和福利的政策框架<sup>1</sup>。“健康2020”是由欧洲区域委员会在2012年9月通过的EUR/RC62/R4号决议中得到批准的。此项政策的主要战略性目标是减缓欧洲健康不公平现象，改进卫生治理工作，并确认性别、社会决定因素和人权主流化对推动这些目标的重要性。

102. 世卫组织越来越多地使用按性别分解的数据。例如，美洲区域办事处在73%的出版物中列明按性别分解的数据。另一重大动态是，全球卫生观察站正准备发起公平问题监督工作，其中包括监督按性别分解的儿童期营养不良指标以及儿童死亡率和疫苗接种覆盖率数据。

103. 世卫组织致力于落实联合国系统行政首长协调理事会于2012年4月通过的联合国全系统性别平等和增强妇女权能行动计划<sup>2</sup>。世卫组织秘书处随后将制定一项相应的计划，将性别、公平与人权妥善纳入本组织的工作主流，并将作出适当安排，针对与世卫组织实施联合国全系统行动计划有关的15项指标，向行政首长协调理事会和世卫组织理事机构报告进展情况。

---

<sup>1</sup> 文件 EUR/RC62/9。

<sup>2</sup> “实施联合国系统行政首长协调理事会性别平等和增强妇女权能政策的全系统行动计划”。纽约，联合国妇女署，2012年4月。

104. 世卫组织技术规划（例如，艾滋病毒、暴力及预防伤害等规划）考虑到了性别因素。世卫组织2011-2015年全球卫生部门艾滋病毒/艾滋病战略确定的一个战略方向是，特别强调需要通过监督与艾滋病毒有关的性别不平等现象和提供预防性暴力服务等增进性别平等。世卫组织在即将颁布的关于在性工作人群中预防和管理包括艾滋病毒在内的性传播感染指南中，也明确建议作为这类感染的一项风险因素处理对性工作者施暴问题。秘书处还通过在美洲、非洲和西太平洋区域举办区域研讨会，增强了国家预防亲密伴侣暴力的能力。美洲区域有13个国家制定了性别主流化行动计划。2012年9月第28届泛美卫生大会审议了泛美卫生组织2009-2014年性别平等政策行动计划实施情况的一份中期监督报告<sup>1</sup>。该报告指出，在卫生领域性别主流化方面的最大挑战是获得政治支持。

## L. 药物合理使用方面的进展（WHA60.16号决议）

105. 执行委员会在其2013年1月第132届会议上注意到本进展报告的前一版本<sup>2</sup>。

106. 根据WHA60.16号决议，秘书处与国际、区域和国家伙伴合作，正在与会员国一起开展工作，促进药物的合理使用。有关活动的目标是要尽量减少过量使用、使用不足或滥用药物，所有这些情况都会造成稀缺资源的浪费和不良的卫生结果。

107. 世卫组织是第三届改进药物使用的国际会议（土耳其安塔利亚，2011年11月14-18日）的合作伙伴。会议每七年汇集全球医药界。这次会议欢迎了来自86个国家的594名与会人员，他们会聚一堂以便审议此前在促进合理使用方面开展的工作并讨论今后的方向。与会人员的一般观点是，已经开展了关于合理使用的有益试点研究项目，现在需要将其转变为卫生保健系统中的政策和规划。

108. 主题为“负责任地使用药物的裨益：为更好和经济有效的卫生保健制定政策”的卫生部长峰会审议了两份技术文件，秘书处提供了其中一份<sup>3</sup>。荷兰卫生、福利和体育部组织的这次峰会于2012年10月3日在荷兰阿姆斯特丹举行。会议为各国提供了分享经验和相互学习的机会。在第三届国际会议和这次部长级峰会上都强调需要改进药物的获取和使用，以便实现卫生保健的全民覆盖。

---

<sup>1</sup> 文件 CSP28/INF/3。

<sup>2</sup> 见执行委员会第132届会议第十五次会议摘要记录，第2部分。

<sup>3</sup> 请见 [http://www.who.int/medicines/publications/responsible\\_use/en/index.html](http://www.who.int/medicines/publications/responsible_use/en/index.html)（检索日期：2012年11月2日）。

109. 重要的区域会议上也讨论了药物的合理使用。世卫组织是国家药物政策亚太会议（澳大利亚悉尼，2002年5月26-29日）的合作伙伴。秘书处还组织了关于确保母亲和儿童获得重点药物的区域讲习班（马尼拉，2011年8月15-17日），随后又召开了关于改进用于非传染性疾病预防管理的基本药物、诊断试剂和医疗设备可及性的国家间协商会（马尼拉，2011年8月18-20日）。

110. 在美洲区域，2012年更新了促进合理使用的区域战略；在东南亚区域，区域委员会在2011年9月其第六十四届会议上通过了关于国家基本药物政策的SEA/RC64/R5号决议，其中把合理使用药物作为一个主要部分。

111. 2011年世界卫生日的主题是“抵御耐药性:今天不采取行动,明天就无药可用”。六份附带的政策情况介绍中，有一份涉及管制和促进合理使用药物（包括养畜业）以及确保适当的患者护理。在2011年世界卫生日之后，建立了抗菌素耐药性专题小组。促进合理使用药物是其活动的一个重要部分。

112. 在东南亚国家联盟药品研发工作小组的领导下并由世卫组织秘书处提供主持人，文莱达鲁萨兰国卫生部组织了关于合理使用抗菌素的5天培训讲习班。与会人员包括印度尼西亚、老挝人民民主共和国、马来西亚和菲律宾的代表。广泛的讨论涉及药物的合理使用、感染控制以及抗菌素耐药性的监测和控制。在欧洲区域，与比利时安特卫普大学和荷兰的机构合作举行了一次亚区域讲习班，以便衡量南欧和东欧国家中抗生素的消费情况（荷兰乌得勒支，2012年9月3-6日）。这项工作旨在协助建立与欧洲疾病预防控制中心数据库相匹配的一个抗生素消费数据库，并从而支持实施欧洲控制抗菌素耐药性的战略。

113. 作为两年周期的一部分，修订了《世卫组织基本药物标准清单》，第17版标准清单在2011年5月出版<sup>1</sup>。下一次修订安排在2013年4月。在各区域，国家基本药物清单继续得到广泛的更新；若干国家在更新标准治疗准则的同时更新了其基本药物清单。印度制定了其国家处方集（基于《世卫组织标准处方集》），并向开处方者提供使用。该处方集还普遍被用作为移动电话的应用程序，在50多个国家被下载使用。

114. 在患者安全领域内，世卫组织编写了关于抗菌素耐药性的一本出版物，以决策者为目标。该书提出了可能的干预措施，并包含关于确保更好地使用抗生素的措施以及关于养畜业减少使用抗菌素的章节。

---

<sup>1</sup> <http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/index.html>（检索日期：2012年11月2日）。

115. 衡量药物使用情况是评价合理使用的一个重要部分。总部收集的关于药物使用和药物政策的数据经分析后显示，药物使用情况在有政策的国家比在无政策的国家更加合理。正在收集法国、德国、荷兰、斯洛文尼亚和大不列颠及北爱尔兰联合王国的信息，以便编撰药物使用指标。

116. 药物选择、药物治疗和合理使用方面的培训对改进药物的使用至关重要。以问题为基础的药物治疗教学合作中心（阿根廷拉普拉塔）协调的泛美卫生组织/世卫组织公共卫生虚拟校园在这些领域内培训了200多名卫生保健专业人员；在欧洲区域，已于2012年11月在丹麦和荷兰为欧洲联盟会员国以及新加入框架公约的国家就这些问题提供培训。

117. 尽管存在上文所述在合理使用方面全部门范围协调的实例，包括在抵御抗菌素耐药性方面开展的工作，但WHA60.16号决议敦促会员国作出的国家努力仍然有限。

## M. 卫生政策和卫生系统研究战略

118. 执行委员会在其2013年1月第132届会议上注意到本进展报告的前一版本<sup>1</sup>。

119. 世卫组织的一些卫生研究报告以及国际宣言<sup>2</sup>强调指出，需要继续承诺通过研究获得知识并增加科研投资。有关出版物提高了制定政策者对卫生研究重要性的认识，但只有几个出版物将重点放在与卫生政策和卫生系统有关的研究上。因此，为协助增强证据基础以加速普遍健康覆盖工作，需要进一步重视各利益攸关方的作用，尤其是应重视卫生系统制定政策者在确定卫生政策和卫生系统研究议程方面的作用。

120. 为此，世卫组织及其合作伙伴于2010年11月16日至19日在瑞士蒙特勒市举办了首届全球卫生系统研究研讨会。这次研讨会首次为来自各种背景的从事卫生研究、政策、筹资和实施工作以及民间社会的1200多名有关人士辩论卫生政策和卫生系统研究在决策中的重要作用和贡献提供了机会。代表们在会上普遍表示需要制定卫生政策和卫生系统研究战略，以便支持在卫生政策中进一步获得和使用研究证据，并为在这一关键研究领域进一步投资奠定基础。

---

<sup>1</sup> 见执行委员会第132届会议第十五次会议摘要记录，第2部分。

<sup>2</sup> 包括“巴马科卫生研究行动呼吁”(2008年)，见：[http://www.who.int/rpc/news/bamako\\_call\\_to\\_action/en/index.html](http://www.who.int/rpc/news/bamako_call_to_action/en/index.html) (查阅日期为2012年11月6日)。

121. 秘书处以透明、包容性和鼓励参与的方式，依据科学工作，并借鉴众多利益攸关方的经验，主导制定此项战略。为此设立了由来自世界各地29名成员组成的一个咨询小组，成员包括研究机构领导人和政策制定者。

122. 于2012年10月31日至11月3日在北京举行了第二届全球卫生系统研究研讨会，2012年11月1日在研讨会上发起了题为“改变心态”的卫生政策和研究系统战略<sup>1</sup>。世卫组织及其合作伙伴在中国举办了第二届全球研讨会，以评估进展情况和调整研究重点，并加速普遍健康覆盖工作。

123. 制定这项战略的用意是加强和扩大世卫组织开展卫生研究工作的现有职权<sup>2</sup>。新战略解释了不断演变的卫生政策和卫生系统研究领域对参与计划和运作国家卫生系统的决策者、卫生从业人员、公民和民间社会在知识需求方面的敏感度及其反应能力。

124. 这项战略意在改变对卫生政策和卫生系统研究的管理方式，并更加有力强化决策和实施领域的工作。它鼓励研究人员以及政策制定者和决策者积极参与，并呼吁双方确认在卫生政策和卫生系统研究领域开展能力建设的必要性。此项战略的另一同样重要的目标是整合不同研究学科并统一目前松散的若干知识生成平台，使其成为一体的变革工具，推动增强全球卫生系统和卫生变革。

125. 该项战略在最后一章中列出了可供利益攸关方采用的一些行动方案，以协助基于证据的决策工作，并加强卫生系统。这些互补性方案的目的是支持将研究工作纳入决策程序，并促进国家和全球实行卫生政策和卫生系统研究领域稳定的投资规划。各会员国可根据本国的具体情况以及现有资源情况采用所有或其中一些行动方案。

= = =

---

<sup>1</sup> “卫生政策和系统研究战略：改变心态”。日内瓦，世界卫生组织，2012年。见 <http://www.who.int/alliance-hpsr/whostrategyhpsr/en/index.html>(查阅时间为2012年11月6日)。

<sup>2</sup> 尤其是卫生大会在WHA63.21号决议中批准的世卫组织卫生研究战略。