



世界卫生组织

执行委员会
第一二〇届会议
临时议程项目 9.2

EB120/35 Add.1
2007 年 1 月 2 日

决议实施情况：进展报告

秘书处的报告

目 录

	页次
B. 健康问题社会决定因素委员会：增强地方社区的能力	2
F. 公共卫生、创新和知识产权：制定全球战略和行动计划	2
I. 预防和控制癌症（WHA58.22 号决议）：宫颈癌	4
J. 降低全球麻疹死亡率	5
执行委员会的行动	7

B. 健康问题社会决定因素委员会：为实现卫生目标增强地方社区的能力和地方领导人的作用

1. 健康问题社会决定因素委员会旨在通过就健康问题社会决定因素采取行动支持国家解决社会群体之间的卫生不公平现象。地方社区和领导人的参与对于这一过程至关重要。它有助于推进民间社会与社会决定因素有关的目标；在民间社会参与组织之间加强能力；增进社区级学习；促进通过民间社会知识确立的行动；扩大对委员会信息的政治理解；以及改进委员会的产出产生可持续影响的机会。

2. 为发展与民间社会的合作，委员会鼓励民间社会组织在其工作中发挥积极作用。已请称为民间社会促进者的非洲、美洲、亚洲和东地中海主要民间社会网络提供投入，以便向委员会的建议提供信息。

3. 委员会对使民间社会参与的承诺反映了不仅应该重视其工作的最后产出，而且应该重视产生这些产品的过程。一般而言，伦理和人权原则不仅要求政治和社会政策的结果促进人类福利，而且要求民众积极参与形成影响他们生活的政治选择。包括边缘化群体在内的人群应参与把公平价值标准和人类尊严转变为行动的这一复杂过程，不应只是当局或私立机构所给予惠益的接受者。委员会有能力通过使民间社会和社区代表积极参与其机制，塑造这样一个包容性参与式过程。

F. 公共卫生、创新和知识产权：制定全球战略和行动计划

4. 由 WHA59.24 号决议建立的公共卫生、创新和知识产权政府间工作小组于 2006 年 12 月 4 日至 8 日在日内瓦举行其第一次会议。工作小组选举了 P. Oldham 先生(加拿大)为主席以及下列副主席：B. Wijnberg 先生(荷兰)、H. Gashut 博士(阿拉伯利比亚民众国)、A.E.O. Ogwell 博士(肯尼亚)、Jaya Ratnam 先生(新加坡)和 N. Dayal 先生(印度)。Ogwell 博士还被指定为报告员。

5. 工作小组的任务是拟订全球战略和行动计划草案，以便以知识产权、创新和公共卫生委员会的建议为基础提供中期框架。其目的是，除其它外，为与严重影响发展中国家的疾病有关的根据需求驱动的基本卫生研究和开发确保强化和可持续的基础。WHA59.24 号决议要求工作小组通过执行委员会向第六十一届世界卫生大会提交战略和行动计划。

6. 为获得一组广泛的利益攸关者的投入，于 2006 年 11 月组织了以网络为基础的公开听证会。收到了来自政府、学术界、公立/私立伙伴关系、产品开发伙伴关系和工业界提交的三十二份意见¹。
7. 已采取措施实施 WHA59.24 号决议某些方面的会员国和区域经济一体化组织向工作小组报告了它们的进展。
8. 工作小组审议了行动计划草案的六个要点：把研究和开发需要作为重点；促进研究和开发；建设和提高创新能力；改进提供和获取；确保可持续的供资机制；以及建立监测和报告系统。在随后的讨论中，会员国决定应突出转让技术和管理知识产权，并因此作为单独项目添加。工作小组对所有 8 个要点进行了审议。
9. 工作小组还根据世卫组织的《组织法》、知识产权、创新和公共卫生委员会的报告²、WHA59.24 号决议以及相关主题领域的其它最近决议讨论了全球战略的要点。它还考虑了以往的工作，包括卫生大会的决议和委员会的工作。
10. 拟定并向与会人员散发了一份详述工作小组提出的问题的成果文件³供审议和评论。工作小组同意，就行动计划或全球战略提交补充意见应在 2007 年 2 月底之前送达秘书处。将把会议期间和会后收到的意见纳入一份工作文件。该文件将于 2007 年 7 月提供，作为谈判的基础。
11. 工作小组还建议了一项程序，使符合被接纳与世卫组织建立正式关系的要求但尚未被接纳的非政府组织能参加工作小组第二次会议。为此，将在执委会第 120 届会议上向非政府组织常设委员会提交一项建议。
12. 为扩大按 WHA59.24 号决议应邀参加工作小组会议的专家和实体队伍并确保平衡的区域、性别和发展中国家/发达国家代表性，将邀请会员国为第二次会议提交建议，供总干事在与工作小组官员协商后作出决定。
13. 根据 WHA59.24 号决议，一些会员国建议了可尽早采取实施行动的可能领域，同时考虑到知识产权、创新和公共卫生委员会的建议。一些会员国对于在第一次会议上充分

¹ 见文件 A/PHI/IGWG/1/INF.DOC./2。

² 文件 CIPH/2006/1。

³ 文件 A/PHI/IGWG/1/5。

确定和用于讨论此类领域的时间太少表达了关切；同意向执行委员会第 120 届会议和第六十届世界卫生大会提交可尽早采取实施行动的可能领域建议，说明这些建议尚未经会员国认可¹。

14. 工作小组将于 2007 年 10 月举行其第二次即最后一次会议，以最后确定全球战略和行动计划草案。在这两次会议之间将继续进行区域和次区域级协商，并且工作小组官员将继续召开必要的会议以审议其它可能的闭会期间工作和第二次会议的详细安排。

I. 预防和控制癌症 (WHA58.22 号决议): 宫颈癌

15. 宫颈癌是一种可预防但在妇女中常见的癌症，2005 年，它的新发病为 50 万，造成 257 000 例死亡，其中 90% 的病例发生在低等和中等收入国家，这些国家通常缺乏或根本不存在子宫颈抹片检查以及治疗和姑息治疗服务。根据世卫组织的预测，宫颈癌的死亡将从 2015 年的 320 000 例增长至 2030 年的 435 000 例。宫颈癌由一种常见的性传播感染致癌型人乳头瘤病毒引发。从癌前病变到发展为侵袭癌及至死亡，整个发展过程可长达 10 至 20 年。

16. 继有关生殖卫生的 WHA57.12 号决议和有关预防和控制癌症的 58.22 号决议之后，秘书处制定了一份防治宫颈癌的行动计划。这项计划的基础是一项囊括在国家癌症控制规划之下的初级预防、早期诊断和检查、治疗以及姑息治疗的综合措施²。国家癌症控制规划的目的是促进世卫组织正与包括联合国人口活动基金和国际原子能机构在内的主要利益相关方合作开展的工作。

17. 为对 WHA58.22 号决议作出反应，通过促进使用避孕套，开展系统筛查癌前病变和侵袭性癌症以及确定适宜的管理提出了宫颈癌的预防和控制措施³。通过细胞筛查诊断宫颈癌被证实对于降低发病率和死亡率有效，但是这项技术需要适宜的卫生服务基础结构、技术资源以及明确的治疗服务转诊系统。其它筛查技术更适宜资源少的国家，目前正在研究例如用乙酸进行目视检查，然后采用冷冻疗法⁴，作为进一步对 WHA58.22 号决议的反应，正在开展一项实施研究规划，将这些技术用于不同的非洲国家。

¹ 见文件 EB120/INF.DOC./1。

² 《将癌症控制知识转换为行动：世卫组织有效规划指南：第一单元-制定计划》。日内瓦，世界卫生组织，2006 年。

³ 《综合控制宫颈癌：一项基本实践指南》。日内瓦，世界卫生组织，2006 年。

⁴ 《宫颈癌筛查》。国际癌症研究机构防癌手册，第 10 期，里昂，国际癌症研究机构出版社，2005 年。

18. 根据 WHA58.22 号决议的要求，还开展了一项关于宫颈癌疫苗的应用研究。根据地方致癌型人乳头瘤病毒的流行情况，新的人乳头瘤病毒疫苗经证实可预防 65% 至 76% 的因病毒引起的感染和损伤¹。秘书处确定了实施方面的几项障碍和研究差距^{1、2}。必须制定和评估新的服务提供战略，因为世卫组织当前的常规免疫规划的目标主要是 1 岁以下的婴儿，而人乳头瘤病毒疫苗则针对女童，而且这一免疫覆盖面今后可能扩展至男孩。因此，服务提供费用可能增高很多，使原已很高的疫苗本身费用上涨，尽管疫苗生产商将实行差别定价。此外，使用这种疫苗产生文化上敏感的问题，例如性行为、性传播感染和生殖器癌症，从而对实施进一步增加了障碍。最后，必须根据筛查规划的资助情况考虑今后人乳头瘤病毒疫苗规划的持续供资问题。在开始使用疫苗之后的 10 年至 30 年之后才能衡量癌症发病和死亡的下降情况。

19. 关于是否及何时开展使用人乳头瘤病毒疫苗的决定将取决于国家基于下述方面的政策：宫颈癌的负担，暴露于人乳头瘤病毒风险的程度，干预措施的成本效益以及实施的障碍。任何宫颈癌控制计划的一项主要内容都是通过癌症登记进行的监测和评估。努力实现全面和公平获得宫颈癌的预防、检查、治疗和姑息治疗服务将是减轻全球宫颈癌负担的关键所在。

J. 降低全球麻疹死亡率

20. 在 WHA56.20 号决议中，卫生大会强调到 2005 年时实现与 1999 年的水平相比，将麻疹死亡减半目标的重要意义。旨在降低麻疹死亡率的活动集中在 47 个重点国家，这些国家占全球麻疹死亡的大约 98%。

21. 全球麻疹死亡从 1999 年估计的 873 000 例减至 2005 年的 345 000 例 — 减少了 60% (见图 1)。从而，不仅已实现将麻疹造成的死亡减半的目标，而且还有所突破，该图表明通过加速的疾病控制努力预防了 230 万例死亡。在具有该病最高负担的非洲区域，麻疹死亡减少了 75%，从 1999 年的大约 506 000 例减至 2005 年的 126 000 例。

22. 1999 年至 2005 年同一时期，全球常规麻疹免疫覆盖率从 71% 升至 77%，尽管覆盖率在地理区域之间存在着很大差异。此外，在全球范围向儿童提供第二次麻疹免疫国家的比例有了显著增加：直至 2006 年 9 月，175 个会员国 (91%) 向儿童提供了第二次免疫机会，而 1999 年的这一数字为 125 个 (65%)。在 47 个重点国家中，37 个 (79%) 届时已完成了全国性的强化免疫运动。

¹ 世卫组织，联合国人口活动基金，《准备采用人乳头瘤病毒疫苗：对各国的政策和规划指导》。日内瓦，世界卫生组织，2006 年。

² 《人乳头瘤病毒及其疫苗：重要的技术信息》。日内瓦，世界卫生组织，付印中。

23. 这一杰出的公共卫生方面的成功是下述行动的直接成果：

- 国家级坚强的政治承诺以及政府及其合作伙伴努力提供更好的常规儿童免疫；
- 因麻疹造成疾病高负担国家开展的全国麻疹免疫接种运动，在 2000-2005 年期间，有 6 亿多儿童接种了麻疹疫苗；
- 由麻疹行动伙伴提供技术和财政支持¹；
- 利用实验室确证对疑似麻疹死亡进行强化监测。

24. 目前的目标是发展这一成就并以 2000 年的数字为基线，到 2010 年时将全球麻疹死亡减少 90%²。为了实现这项新目标，必须通过下述措施克服几项挑战：

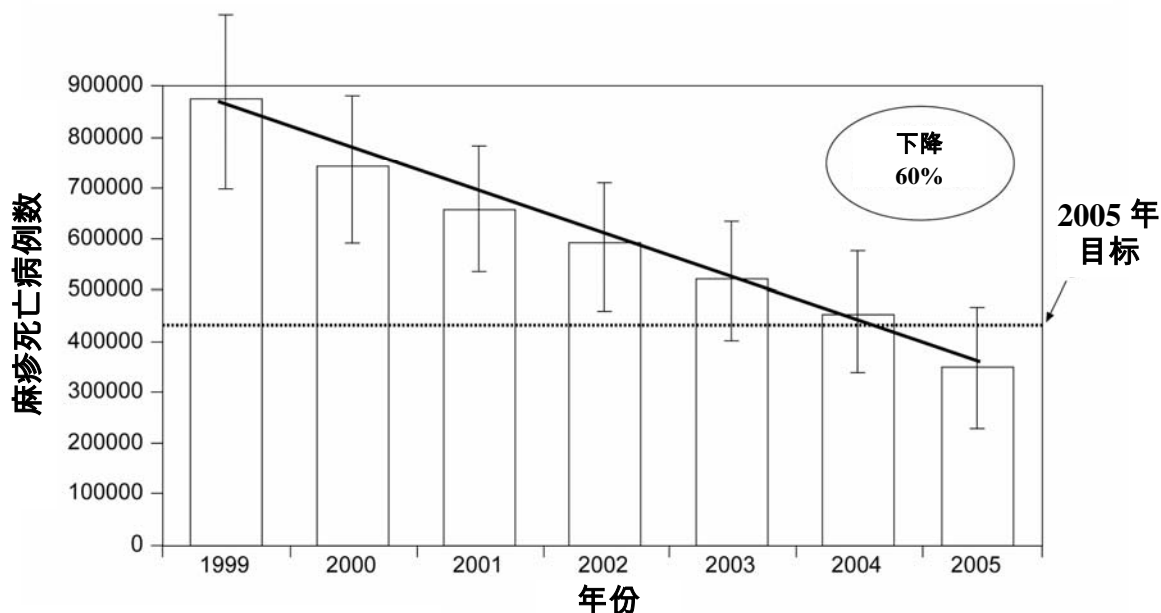
- 仍具有大量麻疹死亡病例的人口众多国家应开展活动降低麻疹死亡率；
- 需强化努力，以便确保至少 90% 的婴儿在出生第一年之内接种麻疹疫苗；根据世卫组织/联合国儿童基金会的估计，2005 年，2900 万多 1 岁儿童没有通过常规免疫服务获得麻疹疫苗接种（图 2）；
- 高重点国必须继续每三四年开展后续疫苗运动，直至常规免疫系统能够向所有儿童提供两次麻疹疫苗接种；
- 为了进行有效的检查，需将带有实验室确证的疑似麻疹病例的现场监测扩大至所有重点国家。

25. 到 2010 年成功将全球麻疹死亡率减少 90% 将依赖于在高疾病负担国家制定和维持坚强的政治承诺以及来自国际合作伙伴的持续支持。除国家捐赠外，为实现 2010 年目标还需要 4.79 亿美元；其中，已通过国际免疫财政机制筹集 1.47 亿美元，另 1 亿美元已由麻疹行动的合作伙伴们认捐。

¹ 麻疹行动主要伙伴有世卫组织、联合国儿童基金会、美国红十字会、疾病控制和预防中心（美国佐治亚州亚特兰大市）和联合国基金。

² 到 2010 年或之前，将全球麻疹死亡率减少 90% 的目标是卫生大会在 WHA58.15 号决议中同意的 2006-2015 年《全球免疫远景与战略》的一部分。

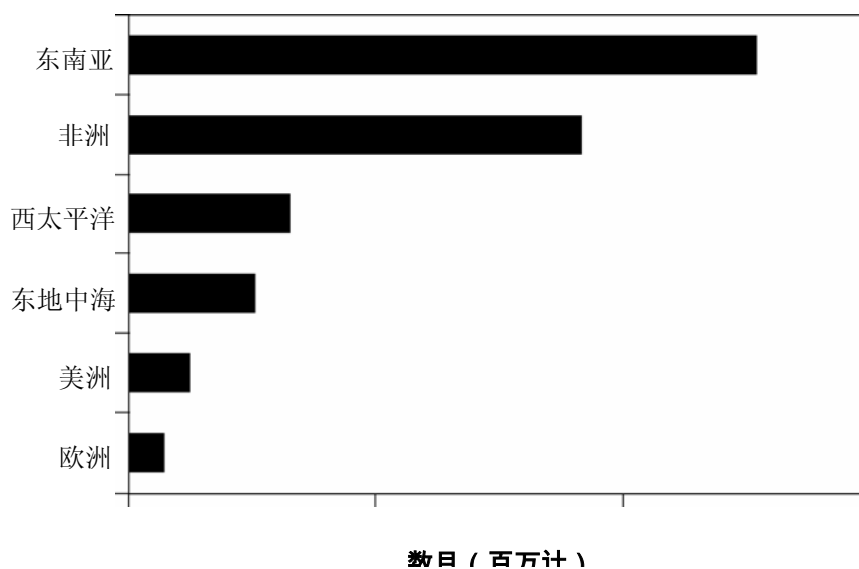
图 1. 全球所有年龄组麻疹死亡估计下降趋势 (1999-2005 年)



列柱显示上下不确定性界限。
来源: 世界卫生组织。

WHO 06.157

图 2. 按世界卫生组织区域列示的 2005 年未接种麻疹疫苗的 1 岁儿童数目



来源: 世界卫生组织/联合国儿童基金会 2005 年估算。

执行委员会的行动

26. 请执行委员会注意上述进展报告。

= = =