



## 联大预防和控制非传染性疾病问题 第三次高级别会议的政治宣言

### 总干事的报告

1. 本报告是根据 WHA72(11)号决定（2019 年）提交的，在该决定中，卫生大会要求总干事“从 2021 年至 2031 年，通过执行委员会向卫生大会提交年度报告，合并关于预防和控制非传染性疾病以及促进精神卫生方面所取得进展的报告，并根据现有的报告任务和时间表，附上关于实施相关决议、行动计划和战略的报告”。表 1 列出了本报告的相应内容。

表 1. WHA72(11)号决定第 3(e)段对本文件所载进展报告的任务规定

在预防和控制非传染性疾病以及促进精神卫生方面取得的进展，包括以下专题和作出任务规定的决议或决定：	在本文件中的位置
<ul style="list-style-type: none"> <li>关于预防和控制非传染性疾病 <b>WHA53.17 号决议（2000 年）</b></li> <li>关于联合国大会预防和控制非传染性疾病问题高级别会议政治宣言的后续行动的 <b>WHA66.10 号决议（2013 年）</b></li> <li>关于联合国大会预防和控制非传染性疾病问题高级别会议政治宣言的后续行动的 <b>WHA72(11)号决定</b></li> </ul>	第 2 至 43 段
<ul style="list-style-type: none"> <li>关于采用综合方法预防和控制癌症的 <b>WHA70.12 号决议（2017 年）</b></li> </ul>	附件 1
<ul style="list-style-type: none"> <li>关于饮食、身体活动与健康全球战略的 <b>WHA57.17 号决议（2004 年）</b></li> <li>关于世卫组织 2018-2030 年促进身体活动全球行动计划的 <b>WHA71.6 号决议（2018 年）</b></li> </ul>	附件 2
<ul style="list-style-type: none"> <li>关于《孕产妇和婴幼儿营养全面实施计划》的 <b>WHA65.6 号决议（2012 年）</b></li> <li>关于第二次国际营养大会成果的 <b>WHA68.19 号决议（2015 年）</b></li> </ul>	附件 3

在预防和控制非传染性疾病以及促进精神卫生方面取得的进展，包括以下专题和作出任务规定的决议或决定：	在本文件中的位置
<ul style="list-style-type: none"> <li>关于终止儿童肥胖委员会的报告：实施计划的 <b>WHA70(19)号决定 (2017 年)</b></li> <li>关于婴幼儿喂养的 <b>WHA71.9 号决议 (2018 年)</b></li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>关于健康与环境：应对空气污染带来的影响的 <b>WHA68.8 号决议 (2015 年)</b> 和关于相关路线图的 <b>WHA69(11)号决定 (2016 年)</b></li> </ul>	附件 4

2. 此外，在 WHA72(11)号决定 (2019 年) 中，卫生大会要求总干事通过执行委员会向第七十四届世界卫生大会提交关于以下要求采取的行动的信息。见表 2。

**表 2. WHA72(11)号决定 (2019 年) 要求总干事采取的进一步行动**

相关段落	行动	在本文件中的位置
3(a)	就更新世卫组织《2013-2030 年精神卫生综合行动计划》的附录提出建议	附件 5 附录 1 附录 2
3(f)	向会员国提供进一步的具体指导，以便通过教育规划和全人口范围有针对性的群众和社交媒体宣传运动加强健康素养，减少非传染性疾病的所有风险因素和决定因素的影响	附件 6
3(g)	根据对国际经验的回顾，分析预防和控制非传染性疾病多部门行动的成功做法，包括应对此类非传染性疾病的社会、经济和环境决定因素的做法	附件 7
3(h)	收集和分享预防超重和肥胖的最佳做法，特别是分析如何使学校和其它相关机构的食品采购能够支持健康的饮食和生活方式，从而应对儿童超重和肥胖流行的问题并减少所有形式的营养不良	附件 8
1 和联合国大会第 73/2 号决议 (2018 年) 第 40 段	为实施以下行动提供支持：加强制定和执行各项政策，包括提供有适应力的医疗卫生系统及医疗卫生服务和基础设施，以在发生人道主义紧急状况时，为非传染性疾病患者提供治疗，并预防和控制非传染性疾病的风险因素	附件 9
联合国经济及社会理事会第 2014/10 号决议	定期向世界卫生大会通报联合国预防和控制非传染性疾病机构间工作队在实施世卫组织《2013-2030 年预防和控制非传染性疾病全球行动计划》方面取得的进展。	附件 10

3. 表 3 列出了将单独公布的另外两项评价任务，下文对这两项评价进行了简要讨论（见第 45-47 段）。

**表 3. 另外两项评价任务，附有任务规定和文件编号**

WHA66.10 号决议 (2013 年)	对世卫组织《预防和控制非传染性疾病全球行动计划》进行中期评价	文件 148/7 Add.1
文件 A67/14 Add.1, 附录 1, 第 19 段	对预防和控制非传染性疾病全球协调机制进行最终评价	文件 148/7 Add.2

### 非传染性疾病负担：现状<sup>1</sup>

4. 世卫组织《2020 年世界卫生统计》显示，与防治传染病的进展相比，在预防和控制非传染性疾病导致的过早死亡方面进展不足。

5. 2016 年，全球估计有 4100 万人死于非传染性疾病，占有所有死亡人数的 71%。大多数人死于四种非传染性疾病：心血管疾病（1790 万）、癌症（900 万）、慢性呼吸道疾病（380 万）和糖尿病（160 万）。

6. 据估计，全世界有 1500 万 30 至 70 岁的人死于非传染性疾病，即过早死亡。从 2000 年到 2016 年，全球范围内四种主要非传染性疾病中任何一种过早死亡的概率（风险）下降了 18%。慢性呼吸系统疾病的下降速度最快（下降了 40%），其次是心血管疾病和癌症（均下降了 19%）。然而，在同一时期，糖尿病的过早死亡率上升了 5%。

7. 尽管 2000 年至 2010 年期间在降低四种主要非传染性疾病中任何一种导致的过早死亡风险方面取得了快速进展，但 2010 年至 2016 年期间，变化的势头有所减弱，主要非传染性疾病导致的过早死亡率每年的降速有所放缓。在高收入国家，尽管糖尿病导致的过早死亡率从 2000 年到 2010 年有所下降，但在 2010-2016 年有所上升。在低收入和中等收入国家，糖尿病导致的过早死亡率在这两个时期都有所上升。

<sup>1</sup> 世卫组织。《2020 年世界卫生统计：为可持续发展目标监测健康》。日内瓦：世界卫生组织；2020 年 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/332070>)。

8. 除其它因素外，糖尿病导致的死亡率的上升与肥胖症流行率的上升有关。自 2000 年以来，2016 年全球成人（18 岁及以上）的肥胖症流行率上升了 1.5 倍，儿童（5-18 岁）的肥胖症流行率上升了一倍多（从 2.9% 上升到 6.8%）。

9. 2016 年，18 岁或 18 岁以上成年人缺乏身体活动的比例为 27.5%。高收入国家的缺乏身体活动流行率是低收入国家的两倍，2001 年至 2016 年间，高收入国家的身体活动不足增加了 5%。

10. 从 2000 年到 2015 年，全球高血压患病率下降了 11%。2015 年，高血压患病率在低收入国家最高（28.4%），在高收入国家最低（17.7%）。

11. 全球烟草使用持续减少。2018 年，全球略低于四分之一（23.6%）的成年人（15 岁及以上）以某种形式使用烟草，低于 2000 年的三分之一（33.3%）。然而，成人烟草使用者的总数仍然很高：2018 年约为 13 亿。

12. 精神卫生问题的负担仍然很高。根据最新的全球疾病负担估计（2017 年），精神和神经和物质使用障碍占全球丧失的残疾调整生命年的 11.1%，占带残生活年数的 26.7%（2012 年分别为 10.2% 和 26.8%），估计有 9.71 亿人患有精神疾患（2012 年为 9.16 亿人）。每年有近 80 万人死于自杀；自杀是 15-29 岁人群的第二大死因。

13. 从世界范围来看，以 15 岁或 15 岁以上的人均纯酒精升数衡量，酒精消费量自 2010 年以来一直相对稳定，2018 年估计为 6.2 升。然而，在冠状病毒病（COVID-19）大流行之前观察到的趋势和所做预测表明，到 2025 年全球人均酒精消费量将会增加。COVID-19 大流行对全球酒精消费水平和预测趋势的影响仍需评估。

14. 2016 年，十分之九的人呼吸的空气不符合世卫组织的空气质量指南，世界上半以上的人口暴露在空气污染水平比世卫组织设定的安全标准至少高出 2.5 倍的环境中。尽管自 2000 年以来获得清洁烹饪燃料和技术的全球人口比例稳步上升，2018 年达到 63%，但在过去三十年里，没有实现清洁烹饪的实际人数保持相对稳定。

### **实现可持续发展目标的具体目标 3.4 和相关具体目标的进展情况：现状**

15. 可持续发展目标 3 的具体目标 3.4 是到 2030 年将非传染性疾病导致的过早死亡率相对于 2015 年的水平降低三分之一，以及促进身心健康。只有 17 个国家有望对女性实

现这一目标,15个国家有望对男性实现这一目标。<sup>1</sup>全球年龄标化自杀率有所下降<sup>2</sup> (2010年至2016年下降了8%)<sup>3</sup>,但指标(3.4.2)显示,自杀率仍远未达到具体目标。

16. 具体目标 3.8 是实现全民健康覆盖。自 2000 年以来,所有收入类别的国家在扩大“全民健康覆盖服务能力和覆盖范围”以预防、筛查、早期诊断和适当治疗非传染性疾病方面几乎没有取得进展<sup>4</sup>。特别是,在 2010-2019 年期间,与传染病和妇幼保健指标相比,许多国家在非传染性疾病有效覆盖范围指标方面的表现较差,这表明许多卫生系统没有跟上非传染性疾病负担增长的步伐。人们越来越认识到,如果不对非传染性疾病采取协调一致的行动,全球加快实现全民健康覆盖的雄心壮志就越来越不可能实现<sup>5</sup>。

17. 儿童超重已显示出令人担忧的上升趋势。据估计,2019年,世界范围内 5.6% (即 3830 万) 的 5 岁以下儿童超重,而 2000 年约为 3030 万。

18. 具体目标 3.5 是加强对物质滥用的预防和治疗,包括有害使用酒精,酒精是非传染性疾病和其它健康问题的风险因素。自 2010 年以来,在减少有害使用酒精方面进展甚微,各国和世卫组织各区域之间制定和实施有效的酒精控制措施的情况参差不齐。

19. 具体目标 3.a 是在所有国家加强世卫组织《烟草控制框架公约》的实施,实施进展的衡量标准是 15 岁及以上人群中目前的烟草使用年龄标化流行率。世卫组织估计,自 2015 年以来,全球 15 岁及以上人群中目前的烟草使用流行率已经下降,从 2015 年的 24.9% 降至 2018 年的 23.6%<sup>6</sup>。然而,《公约》不同条款的实施进展参差不齐。目前只有 32 个会员国有望实现世卫组织的自愿性目标,即在 2010 年至 2025 年期间将烟草使用流行率相对降低 30%。

---

<sup>1</sup> 非传染性疾病 2030 倒计时合作者。非传染性疾病 2030 倒计时:实现可持续发展目标具体目标 3.4 的途径。《柳叶刀》,2020 年;396 (10255):918-934 ([https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)31761-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31761-X/fulltext), 2020 年 10 月 29 日访问)。

<sup>2</sup> 世卫组织。《2017 年精神卫生地图集》。日内瓦:世界卫生组织;2018 年 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/272735>)。

<sup>3</sup> 世卫组织 ([https://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/2020/EN\\_WHS\\_2020\\_Main.pdf?ua=1](https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2020/EN_WHS_2020_Main.pdf?ua=1), 2020 年 10 月 29 日访问)。

<sup>4</sup> 世卫组织。《初级卫生保健迈向全民健康覆盖:2019 年监测报告》。日内瓦:世界卫生组织;2019 年 ([https://www.who.int/healthinfo/universal\\_health\\_coverage/report/uhc\\_report\\_2019.pdf?ua=1](https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/uhc_report_2019.pdf?ua=1), 2020 年 10 月 29 日访问)。

<sup>5</sup> 全球疾病负担研究 2019 全民健康覆盖合作者。根据 1990-2019 年 204 个国家和领土卫生服务有效覆盖指数衡量全民健康覆盖情况:《2019 年全球疾病负担研究》的系统分析。《柳叶刀》2020 年;396 (10258):1250-1284 ([https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30750-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30750-9/fulltext), 2020 年 10 月 29 日访问)。

<sup>6</sup> 世卫组织。全球卫生观察站。日内瓦:世界卫生组织 (<https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/age-standardized-prevalence-of-current-tobacco-smoking-among-persons-aged-15-years-and-older>, 2020 年 12 月 7 日访问)。

20. 过去十年，监测和报告空气质量（关于微细颗粒物年平均水平的指标 11.6.2）的国家数量有所增加。在全球范围内，暴露于高于世卫组织现行空气质量指南（年平均  $10\mu\text{g}/\text{m}^3$ ）的 PM2.5 水平的人口下降了 4%，从 2010 年的 94% 降至 2016 年的 90%<sup>1</sup>。

21. 2018 年，全球 63%（范围为 56-68%）的人口获得了清洁烹饪燃料和技术，剩下的 28 亿人口无法获得清洁烹饪燃料和技术<sup>2</sup>，这一数字在大约 20 年内保持不变（关于主要依赖清洁燃料和技术的人口比例的指标 7.1.2）。如果不立即采取行动，让剩下的近 30% 的人获得清洁烹饪燃料和技术，普遍获取目标将无法实现。

22. 各国日益认识到空气污染是一种公共卫生威胁，正在加大承诺力度，以实施空气质量政策，并协调气候和空气质量政策。在 2019 年的气候行动峰会上，50 个国家（人口总数超过 10 亿）承诺到 2030 年达到世卫组织空气质量指导值，并协调气候和空气质量政策。

23. 对于世界上最贫穷的 10 亿人来说，非传染性疾病占其疾病负担的三分之一以上。其中 40 岁以下人口中每年有近 80 万人死于非传染性疾病，超过艾滋病毒、结核病和孕产妇死亡人数的总和。

## COVID-19 大流行：与非传染性疾病大流行的致命互动

24. 2020 年 5 月，世卫组织对 COVID-19 大流行对非传染性疾病资源和服务的影响进行了快速评估调查<sup>3</sup>，有 163 个会员国（84%）作出了回应。在 122 个国家，政府正在收集或整理感染 SARS-CoV-2 的人与非传染性疾病患者之间的共病数据。秘书处正在分析数据，以便得出关于这些共病的全球估计数。初步结果似乎表明，患有高血压和/或糖尿病的人患重症或死于该病毒的可能性似乎要高 2 至 4 倍。肥胖或吸烟的人可能患有未确诊或未治疗的高血压或糖尿病，这可能是 COVID-19 在各国产生不同社会影响的原因之一。

25. 80 多个国家报告说，对患有高血压或糖尿病以及糖尿病并发症的人的管理服务完全或部分中断。各国最常报告说，它们采取患者分类的做法来应对与非传染性疾病有关的服务中断；远程医疗也被广泛使用。然而，对需要定期护理的非传染性疾病患者来说，卫生服务的中断尤其成问题。

---

<sup>1</sup> Shaddick G, Thomas ML, Mudu P, Ruggeri G, Gumy S. “世界上半的人口面临着日益严重的空气污染”。《npj-气候与大气科学》2020; 3:23 (<https://doi.org/10.1038/s41612-020-0124-2>, 2020 年 12 月 7 日访问)。

<sup>2</sup> 联合国经济和社会事务部统计司。“确保所有人都能获得负担得起、可靠、可持续和现代的能源”[网站] (<https://unstats.un.org/sdgs/report/2020/goal-07/>, 2020 年 12 月 7 日访问)。

<sup>3</sup> 世卫组织。“COVID-19 大流行对非传染性疾病资源和服务的影响：快速评估的结果”。日内瓦：世界卫生组织；2020 年 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/334136>)。

26. 一些国家的例子表明，非传染性疾病服务的中断直接影响到人们。癌症筛查、病例识别和转诊系统全都受到 COVID-19 大流行的影响，导致癌症诊断大幅减少。急性冠状动脉综合征患者住院人数减少通常意味着院外死亡和心肌梗死长期并发症的增加。秘书处正在进行建模工作，以预测卫生服务中断导致的非传染性疾病所致过早死亡的长期激增。

27. 世卫组织关于在 COVID-19 疫情期间维持卫生服务的临时业务指导包括对非传染性疾病、精神卫生和营养的考虑<sup>1</sup>。关于在 COVID-19 大流行期间和之后应对非传染性疾病的联合政策简报提供了在制定国家 COVID-19 应对和恢复计划时可以考虑的非传染性疾疾病特别行动的例子<sup>2</sup>。

28. 2020 年 9 月，联合国大会在关于全面协调应对 COVID-19 大流行的第 74/306 号决议中呼吁会员国“进一步加强努力，解决非传染性疾疾病问题，将其作为全民健康覆盖的一部分，同时认识到非传染性疾疾病患者出现 COVID-19 重症的风险更高，并且是受该大流行病影响最大的人群之一”<sup>3</sup>。

## COVID-19 大流行：应对精神卫生、神经和物质使用后果

29. COVID-19 大流行正在深刻影响人们的身心健康。报告了 COVID-19 患者的精神和神经症状，如抑郁、焦虑和谵妄/脑病。许多先前患有精神、神经和物质使用障碍的人由于压力源而面临症状恶化，而有限的可用服务被中断。有些人以有害的方式应对压力源，例如转向酒精、毒品或潜在成瘾行为的危险模式，包括视频游戏和赌博。逆境是精神和行为障碍的一个潜在风险因素，如抑郁症和酒精使用障碍。

30. 秘书处通过 2020 年 6 月至 8 月的快速调查，评估了 COVID-19 对精神、神经和物质使用障碍方面的服务产生的影响<sup>4</sup>。在 130 个国家中，有 121 个国家（93%）报告说，它们为这些疾疾病提供的一项或多项服务中断，有 116 个国家（89%）报告说，精神卫生和社会心理支持是其国家 COVID-19 应对计划的一部分。各国正在通过远程治疗干预措施（70%）、危机热线（68%）和培训卫生保健提供者（60%）来应对服务中断的情况。大会第 74/306 号决议鼓励会员国“通过确保广泛提供紧急精神卫生和社会心理支持，在应对这一大流行病和从中恢复的过程中解决精神卫生问题”。

---

<sup>1</sup> 世卫组织。“维持基本卫生服务：针对 COVID-19 的业务指导：临时指导文件”，2020 年 6 月 1 日。日内瓦：世界卫生组织；2020 年（<https://apps.who.int/iris/handle/10665/332240>）。

<sup>2</sup> 世卫组织，联合国开发计划署。“在 COVID-19 大流行期间和之后应对非传染性疾疾病”。日内瓦：世界卫生组织；2020 年（<https://apps.who.int/iris/handle/10665/334145>）。

<sup>3</sup> 联合国大会，第 74/306 号决议（2020 年），“全面协调应对冠状病毒病（COVID-19）大流行”：执行部分第 9 段。

<sup>4</sup> 世卫组织。“COVID-19 对精神、神经和物质使用服务的影响：快速评估的结果”。日内瓦：世界卫生组织；2020 年（<https://apps.who.int/iris/handle/10665/335838>）。

31. 秘书处正在协调其 COVID-19 应对工作的不同支柱，以纳入精神卫生和社会心理支持<sup>1</sup>。世卫组织共同主持机构间常设委员会紧急情况下精神卫生和社会心理支持咨商小组的工作。世卫组织及其合作伙伴开发了多种语言和格式的广泛资源<sup>2</sup>。世卫组织还为交流知识和加强临床实践建立了全球神经病学与 COVID-19 论坛。

## 重建得更好

32. 过去 20 年来，非传染性疾病改变了世界。在大多数国家，非传染性疾病已成为主要的死亡原因，导致 2 亿 30 至 70 岁的人过早死亡，其中大多数生活在低收入和中等收入国家。在未来 10 年里，还有 1.5 亿人将在 30 至 70 岁之间死于非传染性疾病。大多数死亡是可以避免或推迟的。

33. 卫生大会在 2000 年通过 WHA53.17 号决议时，首次认识到，非传染性疾病患者的长期需求很少得到满足。因此，在 2011 年联大预防和控制非传染性疾病问题高级别会议《政治宣言》中，各国政府承诺探索通过国内和双边渠道等途径提供充足资源。2016 年，在包括 16 个低收入国家和 24 个中等收入国家的数据集内，非传染性疾病占国内公共支出的 27%，占用于卫生的外部资金的 9%<sup>3</sup>。今天，非传染性疾病仍然是全球最大、最缺乏国际资金的公共卫生问题，解决这个问题可以挽救或改善大多数人的生命。

34. 双边捐助者对专门指定用于应对非传染性疾病以便在低收入和中等收入国家确立寻求改变所需的最起码的关键能力、机制和任务的资金筹措活动没有表现出更大的兴趣。在缺乏此类资金的情况下，具有经济、市场和商业利益的团体加大游说力度，反对世卫组织实施干预措施，质疑世卫组织的科学知识、现有证据和对国际经验的回顾，并对国家提出法律挑战以阻挡进展<sup>4</sup>。

35. 应对 COVID-19 大流行必须精准地解决这些被大流行暴露和利用的失败之处。作为 COVID-19 复苏计划的一部分，对预防和控制非传染性疾病进行投资很有吸引力，因为成本效益高、影响大的干预措施已经存在，但在低收入和中等收入国家没有得到充分实施和推广。在总体上应对非传染性疾病必须是全球、区域和国家各级 COVID-19 应急措施和复苏计划的一个组成部分，也是重建得更好战略的一部分。

---

<sup>1</sup> Tedros AG. “应对精神卫生需求：COVID-19 应对措施的一个组成部分”。《世界精神病学》2020; 19(2):129-130 (<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/wps.20768>, 2020 年 10 月 30 日访问)。

<sup>2</sup> 世卫组织。精神卫生与 COVID-19 (<https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/covid-19>, 2020 年 10 月 30 日访问)。

<sup>3</sup> 世卫组织。“卫生方面的公共支出：更密切地关注全球趋势”。日内瓦：世界卫生组织；2018 年 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/276728>)，第 29 页。

<sup>4</sup> 第七十一届世界卫生大会。“筹备将于 2018 年召开的联合国大会第三次预防和控制非传染性疾病问题高级别会议：总干事的报告”。日内瓦：世界卫生组织；2018 年。文件 A71/14，表 5，第(v)行 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/276368>)。



36. 路径分析表明，每个国家今天仍然有办法实现可持续发展目标 3 的具体目标 3.4。没有一个国家能够仅通过解决非传染性疾病的预防问题或咨询、筛查、早期诊断和适当治疗问题来实现这一具体目标。

37. 世卫组织非传染性疾病预防问题独立高级别委员会的最后报告<sup>1</sup>提出了一套最有效、最可行的具体干预措施，这些措施应被视为优先事项，以加快实现具体目标 3.4，将非传染性疾病预防导致的过早死亡减少三分之一（表 4）。

**表 4. 针对特定风险因素和疾病的干预措施**

	风险因素或疾病 <sup>2</sup>	干预措施
1	烟草使用	• 世卫组织 mPOWER 一揽子政策 <sup>3</sup>
2	摄入过多的钠	• 世卫组织 SHAKE 一揽子技术措施
3	宫颈癌，肝癌，结肠癌及其它癌症	• 乙型肝炎和人乳头状瘤病毒疫苗接种 • 宫颈癌和可防可治癌症的检测、筛查和治疗
4	高血压	• 世卫组织 HEARTS 有关心血管疾病的一揽子技术措施
5	家庭空气污染	• 世界银行：家庭烹饪能源：项目设计原则 • 世卫组织室内空气质量指南：家庭燃料消费
6	消费工业生产的反式脂肪酸	• 世卫组织 REPLACE 一揽子行动 • 世卫组织测定食品中反式脂肪酸的方案
7	有害使用酒精	• 征税；销售地点及时间限制；对市场营销、推广和赞助的限制

38. 2020 年世卫组织/《柳叶刀》非传染性疾病预防 2030 倒计时报告显示，实现目标 3 的具体目标 3.4 的任何战略的基本组成部分必须包括控制烟草使用和有害使用酒精，检测和治疗高血压和糖尿病，通过多药治疗对高风险人群进行心血管疾病的一级和二级预防，以及对哮喘和选定的慢性阻塞性肺病患者使用支气管扩张剂和低剂量吸入性糖皮质激素<sup>4</sup>。

<sup>1</sup> 世卫组织。世卫组织非传染性疾病预防问题独立高级别委员会：最后报告：是时候说到做到了。日内瓦：世界卫生组织；2019 年（<https://apps.who.int/iris/handle/10665/330023>）。

<sup>2</sup> 由于缺乏足够的证据，不包括缺乏身体活动

<sup>3</sup> 源自世卫组织《烟草控制框架公约》中的主要减少需求措施，从而支持实现可持续发展目标 3.a。

<sup>4</sup> 非传染性疾病预防 2030 倒计时合作者。非传染性疾病预防 2030 倒计时：实现可持续发展目标具体目标 3.4 的途径。《柳叶刀》，2020 年；396(10255)：918-934（<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2931761-X>），2020 年 12 月 7 日访问）。

39. 需要大力推动非传染性疾病在实现相关具体目标方面取得进展。秘书处正在扩大其非传染性疾病规划。当前的目标是在未来三年内推动在实现具体目标 3.4 方面取得切实进展，特别是通过对所有可持续发展目标产生倍增效应的新的大胆创新解决方案。

40. 对实现具体目标 3.4 的一个主要贡献将来自世卫组织的新倡议，即在未来 100 年内消除宫颈癌，并在 2030 年前实现 90-70-90 三重干预目标：

- 90%的女童在 15 岁前完整接种人乳头状瘤病毒疫苗；
- 70%的妇女在 35 岁之前接受高效能检测，在 45 岁之前再次接受检测；
- 90%确诊患有宫颈癌的妇女接受治疗（90%的妇女接受癌症前期治疗，90%的妇女接受浸润性癌症管理）。

41. 秘书处将为糖尿病、儿童期癌症和乳腺癌制定类似的战略性跨领域举措。

42. 许多国家目前的非传染性疾病监测能力仍然不足，迫切需要得到加强。目前，许多国家几乎没有可用的死亡率数据，关于风险因素暴露和发病率的信息也很少。非传染性疾病方面的数据往往没有很好地纳入国家卫生信息系统。改善国家一级的监控和监测仍然是非传染性疾病防治工作的重中之重。秘书处将继续支持各国加大努力，加强非传染性疾病监测和数据系统，并扩大为决策、服务提供和问责制提供战略信息。

43. 联合国系统其它组织也致力于使其相关活动与联合国全面应对 COVID-19 保持一致，例如通过：(i)提高国家对非传染性疾病预防和治疗投资回报的认识，以确保国内预算拨款和国际融资；(ii)支持各国将非传染性疾病纳入其应对 COVID-19 的社会经济计划；(iii)参加世卫组织 COVID-19 和非传染性疾病工作组。联合国预防和控制非传染性疾病机构间工作队和《人人享有健康生活和福祉全球行动计划》继续为许多联合国组织提供重要的工作平台。

## **2025 年联合国大会第四次预防和控制非传染性疾病问题高级别会议的筹备进程**

44. 表 5 列出了联大第四次预防和控制非传染性疾病问题高级别会议的筹备进程和预定会议。结果将作为对这一进程的投入。

表 5. 为筹备联大第四次预防和控制非传染性疾病问题高级别会议计划召开的会议

2021 年
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 第二次世卫组织资助国家非传染性疾病应对工作全球对话</li> <li>• 《世卫组织烟草控制框架公约》缔约方会议第九届会议</li> <li>• 《消除烟草制品非法贸易议定书》缔约方会议第二届会议</li> </ul>
2022 年
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 第三届世卫组织国家非传染性疾病规划主任和管理人员全球会议</li> </ul>
2023 年
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 第一届世卫组织小岛屿发展国家预防和控制非传染性疾病全球部长级会议</li> <li>• 《世卫组织烟草控制框架公约》缔约方会议第十届会议</li> <li>• 《消除烟草制品非法贸易议定书》缔约方会议第三届会议</li> </ul>
2024 年
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 第三届世卫组织预防和控制非传染性疾病全球部长级会议</li> </ul>
2025 年
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 联合国与民间社会和私营部门的对话</li> <li>• 联合国大会第四次预防和控制非传染性疾病问题高级别会议</li> </ul>

## 评价

45. 根据《2013-2020 年预防和控制非传染性疾病全球行动计划》第 60 段，秘书处于 2019 年召集了一个包括会员国和国际伙伴在内的利益攸关方代表小组对全球行动计划的执行情况进行中期评价。其目的是评估在实现全球行动计划的六个目标方面取得的进展，并确定会员国、国际伙伴和本组织三个层级在实施计划过程中吸取的经验教训。评价旨在记录自 2013 年以来在实施《全球行动计划》方面取得的成功，并确定挑战和差距；提出到 2030 年改进实施情况的战略建议；并为世卫组织下一份关于非传染性疾病的全局状况报告和其它相关报告提供信息。秘书处评价办公室将通过执行委员会向第七十四届世界卫生大会提交中期评价的执行摘要（见文件 EB148/7 Add.1）。

46. 根据预防和控制非传染性疾病全球协调机制的职权范围<sup>1</sup>，2020 年对该机制进行了最后评价，以评估其有效性、其附加值以及与实现 2025 年自愿性全球目标的持续相关性，包括延期的可能性。评价办公室将通过执行委员会向第七十四届世界卫生大会提交最终评价的执行摘要（见文件 EB148/7 Add.2）。

47. 根据联合国预防和控制非传染性疾病机构间工作队的职权范围，在对世卫组织全球行动计划的中期评价中描述了对机构间工作队对计划实施所作贡献的评价。

<sup>1</sup> 文件 A67/14 Add.1，附录 1。

## 执行委员会的行动

48. 请执委会：

- 注意本报告及其附件。
- 就世卫组织《预防和控制非传染性疾病全球行动计划》的持续相关性以及在行动无效时可能采取的任何纠正措施提供指导，并根据《2030 年可持续发展议程》和/或《联合国全面应对 COVID-19》酌情调整计划的部分内容。
- 考虑到第 46 段中提到的评价和 WHA72(11)号决定（2019 年），就世卫组织预防和控制非传染性疾病全球协调机制的持续相关性及其延期的可能性提供指导，WHA72(11)号决定将世卫组织《2013-2020 年预防和控制非传染性疾病全球行动计划》的期限延长到了 2030 年。

49. 还请执委会审议以下决定草案：

执行委员会审议了总干事关于联合国大会第三次预防和控制非传染性疾问题高级别会议《政治宣言》的报告，<sup>1</sup>决定建议第七十四届世界卫生大会通过以下决定：

第七十四届世界卫生大会在审议了总干事的报告后，决定通过世卫组织《2013-2030 年精神卫生综合行动计划》附录的拟议更新（载于 EB148/7 号文件，附件 5，附录 1 和 2）。

---

<sup>1</sup> 文件 EB148/7。

## 附件 1

### 结合综合性方法审视癌症预防和控制

1. 2017 年，第七十届世界卫生大会通过了关于结合综合性方法审视癌症预防和控制问题的 WHA70.12 号决议（2017 年），并要求总干事：在 2019 年底前编写第一份以公共卫生和政策为导向的定期世界癌症报告；编写一份关于定价方法及其对癌症药物的可获得性和可负担性的影响的综合技术报告；开发工具包，以建立和实施综合性癌症预防和控制规划；加强秘书处的能力，以支持实施具有成本效益的干预措施和适合国情的护理模式，并与国际伙伴合作；以及提供技术援助，包括支持建立示范中心。本附件介绍了在执行该决议方面取得的进展。
2. 秘书处开展了以下活动。
3. **世卫组织关于癌症的报告<sup>1</sup>**。在世界癌症日（2020 年 2 月 4 日），与国际癌症研究机构发布其关于癌症研究促进癌症预防的《世界癌症报告》相协调，发布了世卫组织关于癌症的报告及所附的国家癌症概况<sup>2</sup>。这两份文件的内容得到了统一。
4. 世卫组织的报告包括符合 WHA70.12 号决议授权的癌症投资论证，该论证表明，在癌症控制方面每投资 1 美元，就可以基于直接生产力和 9.50 美元的社会收益获得全面的社会回报。如果在低收入国家人均投资 2.70 美元，在中等偏低收入国家人均投资 3.95 美元，在中等偏高收入国家人均投资 8.15 美元，那么到 2030 年可以多挽救 730 万人的生命。
5. **关于癌症药物定价方法的技术报告**。要求提交的关于癌症药物定价及其影响的综合技术报告已提交执行委员会第 144 届会议并得到注意<sup>3</sup>。2020 年，世卫组织更新了世卫组织《国家药品定价政策指南》，以支持国家政策的制定和实施<sup>4</sup>。

---

<sup>1</sup> 世卫组织。世卫组织《癌症报告：确定重点、明智投资和为所有人提供护理》。日内瓦：世界卫生组织；2020 年（<https://apps.who.int/iris/handle/10665/330745>）。

<sup>2</sup> 世卫组织国家癌症概况。日内瓦：世界卫生组织；2020 [网站]（<https://www.who.int/cancer/country-profiles/en/>，2020 年 10 月 30 日访问）。

<sup>3</sup> 技术报告：癌症药物的定价及其影响：为世界卫生大会 WHA70.12 号决议（2017 年）编写的综合技术报告：关于定价方法及其对预防和治疗癌症药物的可获得性和可负担性的影响的执行部分第 2.9 段。日内瓦：世界卫生组织；2020 年（<https://apps.who.int/iris/handle/10665/277190>）以及文件 EB144/2019/REC/2，第十次会议摘要记录。

<sup>4</sup> 世卫组织。《世卫组织国家药品定价政策指南》，第 2 版。日内瓦：世界卫生组织；2020 年（<https://apps.who.int/iris/handle/10665/335692>）。

6. **癌症预防和控制工具包。**世卫组织与国际癌症研究机构合作，开发了一个与“卫生一体化”工具相联系的工具包，在癌症政策制定和指导方面为会员国提供支持，这是其多种工具包中的一个<sup>1</sup>。该工具包使得成人和儿童癌症的阶梯式的、资源分层的癌症预防和控制规模扩大成为可能。它为所有年龄组提供了最具成本效益的干预措施的证据，并已用于支持五个会员国实施癌症干预措施。
7. 世卫组织与国际原子能机构合作，发布指导意见，为会员国建立综合癌症中心提供框架。
8. **向各国提供技术支持。**秘书处制定癌症预防和控制综合规划和政策方面向会员国提供了广泛的技术支持。
9. 世卫组织与国际原子能机构合作，支持各国通过优先考虑符合卫生系统能力的放疗技术实现放疗采购。放疗技术规范是作为关于癌症治疗中放疗设备技术规范的机构间指导的一部分联合制定的。
10. 世卫组织还与国际原子能机构合作，加强向参与“imPACT 审查”的会员国提供的协调和支持。对 imPACT 方法进行了修订，以改善服务，并向会员国提供更有效、更协调的支持，包括广泛的合作伙伴协作。
11. **消除宫颈癌。**在 WHA73.2 号决议（2020 年）中，第七十三届世界卫生大会通过了加速消除宫颈癌这一公共卫生问题的全球战略。全球战略概述了到 2030 年要达到的 90-70-90 目标，其基础是人乳头状瘤病毒疫苗接种、筛查和侵入前和侵入性癌症的治疗，包括姑息治疗。关于全球战略的第三个具体目标（对 90%确诊患有浸润性宫颈癌的妇女进行适当管理），秘书处正在制定一个框架，以加强和扩大浸润性宫颈癌管理服务。
12. **世卫组织儿童期癌症全球行动。**2018 年 9 月，这一全球行动启动。其目标是通过改善获得治疗和姑息治疗等服务的机会和质量，将儿童期癌症的存活概率提高一倍，到 2030 年这将挽救 100 多万人的生命。一个名为 CureAll 的技术包将于 2021 年推出。对会员国的支持已在 12 个国家开始<sup>2</sup>。

---

<sup>1</sup> “卫生一体化”工具。日内瓦：世界卫生组织；2020 年[网站] (<https://www.who.int/choice/onehealthtool/en/>，2020 年 10 月 30 日访问)。

<sup>2</sup> 加纳、马里、摩洛哥、缅甸、巴基斯坦、秘鲁、菲律宾、塞内加尔、东帝汶、乌克兰、乌兹别克斯坦和赞比亚。

13. **与利益攸关方合作。**秘书处加强了与世卫组织现有举措内外广泛的多部门利益攸关方的接触。这包括加强国际癌症研究机构和世卫组织在管理和工作层面的协调，正如标准操作程序的制定和关于国际癌症研究机构《癌症预防手册》的例行沟通所体现出来的<sup>1</sup>。

14. 通过增加从事癌症预防和控制工作的工作人员人数，秘书处按照要求加强了能力，新设了 20 多个工作人员职位和顾问职位，这些职位在本组织各级均有分布。其结果是对会员国的支持强度和频率均有增加。

15. 秘书处将继续支持会员国努力将癌症护理纳入非传染性疾病预防和规划以及作为全民健康覆盖的一部分加强国家卫生系统的更广泛工作，从而预防、确定和解决癌症预防和控制问题。

---

<sup>1</sup> 国际癌症研究机构与世卫组织在管理和工作层面的协调和沟通机制。理事会，第六十届会议（GC/60/13 号文件）。里昂：国际癌症研究机构；2018 年（[https://governance.iarc.fr/GC/GC60/En/Docs/GC60\\_13\\_CoordinationWHO.pdf](https://governance.iarc.fr/GC/GC60/En/Docs/GC60_13_CoordinationWHO.pdf)，2020 年 10 月 30 日访问）。

## 附件 2

### 《饮食、身体活动与健康全球战略》和 《2018-2030 年促进身体活动全球行动计划》

1. 本附件列出了在执行关于《饮食、身体活动与健康全球战略》的 WHA57.17 号决议（2004 年）和关于《2018-2030 年促进身体活动全球行动计划》的 WHA71.6 号决议（2018 年）方面取得的进展。

#### 《饮食、身体活动与健康全球战略》：迄今所取得的进展

2. 为了支持会员国实施关于身体活动的一套建议，秘书处制作了一系列全球支持性技术资料。此外，区域技术工具和资源为针对各种重要环境和人群的政策行动提供支持。

3. 2010 年，世卫组织发布了第一份关于身体活动促进健康的全球建议<sup>1</sup>，概述了不同年龄组定期进行身体活动的广泛健康益处。这些指南肯定了定期进行身体活动对健康成长和发展、预防主要非传染性疾病和伤害以及改善身心健康的重大健康益处。

4. 2013 年，作为到 2025 年减少非传染性疾病的九个自愿性目标的一部分，卫生大会商定了第一个全球目标，即到 2025 年将身体活动不足减少 10%。<sup>2</sup>《2013-2020 年预防和控制非传染性疾病全球行动计划》将公众宣传运动确定为一项具有成本效益的干预措施（“最合算措施”），2017 年提出了一套经过更新的最合算措施，这是一系列更为广泛的有效干预措施<sup>3</sup>，目的是提高人口在生命全程的身体活动水平。

5. 所有区域都开展了技术支持和多国培训活动，并举办了能力建设讲习班，其结果是越来越多的国家制定了国家政策或计划并进行监测。此外，所有区域的国家都启动或更新了对成年人以及在较小程度上对青少年身体活动的监测。

---

<sup>1</sup> 世卫组织。《关于身体活动促进健康的全球建议》。日内瓦：世界卫生组织；2010 年（<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44399>）。

<sup>2</sup> WHA66.10 号决议（2013 年）。

<sup>3</sup> 世卫组织。应对非传染性疾病：预防和控制非传染性疾病的“最合算措施”以及其它推荐干预措施。日内瓦：世界卫生组织；2017 年（<https://apps.who.int/iris/handle/10665/259232>）。



6. 尽管世卫组织所有区域办事处专用于身体活动的人力和财力有限，限制了向各国提供技术援助的速度和规模，但欧洲区域办事处制定了 2016-2025 年期间身体活动区域战略<sup>1</sup>，东地中海区域办事处发出了区域行动呼吁<sup>2</sup>。

7. 2016 年，终止儿童肥胖委员会重申了解决儿童特别是幼儿身体活动不足问题的重要性<sup>3</sup>。其随后的实施计划<sup>4</sup>呼吁各国优先考虑并加强通过学校和儿童保育、家长和家庭以及支持性城市设计和交通系统促进儿童的身体活动。

8. 在整个 2004-2016 年期间，全球战略有助于提高全球对定期进行身体活动重要性的认识。然而，总体而言，对国家政策和方针的制定和实施的影响缓慢且不均衡，而且大多局限于高收入国家。人们越来越担心在降低身体活动不足方面缺乏进展和差距明显扩大，这促使人们要求制定一项关于身体活动的全球行动计划，行动计划应借鉴关于有效方法的最新科学证据，并与《2030 年可持续发展议程》的目标保持一致。

### **《2018-2030 年促进身体活动全球行动计划》：迄今所取得的进展**

9. 在 WHA71.6 号决议（2018 年）中，第七十一届世界卫生大会批准了《2018-2030 年全球身体活动行动计划》，该计划提供了一套经过更新的 20 项循证政策建议，以加快实现 2025 年中期目标，即身体活动改善 10%。

10. 卫生大会要求采取五项具体行动：(1)实施《全球行动计划》中对秘书处规定的行动，包括与其它相关伙伴合作，为会员国实施该计划提供必要的支持；(2)最后确定全球行动计划的实施监测和评价框架；(3)根据最新证据（包括关于久坐行为的证据），编写一份关于身体活动的全球状况报告；(4)更新 2010 年《关于身体活动促进健康的全球建议》；(5)在 2021 年、2026 年和 2030 年向卫生大会报告《全球行动计划》的实施进展。以下段落回应了这一要求，概述了 2020-2021 双年度剩余时间的主要重点以及促进身体活动的挑战和机遇。

---

<sup>1</sup> 世卫组织欧洲区域办事处。2016-2025 年世卫组织欧洲区域的身体活动战略。世界卫生组织。欧洲区域办事处；2016 年（<https://apps.who.int/iris/handle/10665/329407>）。

<sup>2</sup> 世卫组织东地中海区域办事处。通过生命全程法在东地中海区域促进身体活动。开罗：世界卫生组织东地中海区域办事处；2014 年（<https://apps.who.int/iris/handle/10665/116901>）。

<sup>3</sup> 见 WHA69(12)号决定（2016 年）。

<sup>4</sup> 卫生大会 WHA70(19)号决定（2017 年）对此表示欢迎。

## 回应会员国提出的请求以支持各国努力实施《全球行动计划》中的各项建议

11. 2018年，世卫组织推出了“保持活跃：关于进行有效干预以促进身体活动的一揽子技术措施”<sup>1</sup>，指导会员国如何规划、启动和扩大《全球行动计划》四个战略领域各项政策建议的落实，包括加强治理和国家政策框架以及多部门合作。

12. 关于如何减少不同亚人群之间身体活动差异的技术支持将在关于促进老年人、残疾人或慢性病患者身体活动以及加强社区体育-健康倡议和伙伴关系的模块中介绍。

13. 在区域一级，还在以下重点领域开发了支持会员国促进身体活动的行动和分享区域最佳做法的工具和资源：宣传运动、健康促进学校、初级卫生保健咨询、工作场所、健康老龄化和健康城市。

14. 举办了培训课程，目的是在全球、区域和国家各级健康促进和/或非传染性疾病预防规划背景下，加强身体活动方面的技能和知识。培训通常是与世卫组织合作中心合作开展的，并得到了利益攸关方的支持；2018-2019年期间，100多个国家参与了这项工作。

15. 新的全球身体活动水平和趋势比较分析估计，2016年，四分之一的成年人和四分之三的青少年不符合全球建议，自2001年以来改善甚微<sup>2</sup>。此外，男女之间以及男孩和女童之间的性别差距似乎正在扩大。

## 更新2010年关于身体活动促进健康的全球建议

16. 2019-2020年，秘书处完成了所要求的对2010年以来全球建议的更新。这项工作得到了一个由27名成员组成的准则制定小组的支持，并进行了一次网上公开磋商。

17. 世卫组织关于儿童和青少年（5-17岁）、成人（18-64岁）、老年人（65岁及以上）身体活动和久坐行为的新准则<sup>3</sup>已经定稿，并首次包括了关于孕妇和患有慢性病或残疾的人等亚人群身体活动的具体建议。因此，该准则与《全球行动计划》的目标相一致。2020年11月25日向全球发布了新准则<sup>4</sup>。

---

<sup>1</sup> 世卫组织。“保持活跃：增加身体活动的一揽子技术措施”。日内瓦：世界卫生组织；2018年（<https://apps.who.int/iris/handle/10665/275415>）。

<sup>2</sup> 世卫组织。全球卫生观察站：非传染性疾病：风险因素[网站]（[https://www.who.int/gho/ncd/risk\\_factors/physical\\_activity/en/](https://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/physical_activity/en/)，2020年11月2日访问）。

<sup>3</sup> 世卫组织。“世卫组织关于身体活动和久坐行为的准则”。日内瓦：世界卫生组织；2020年（<https://apps.who.int/iris/handle/10665/336656>）。

<sup>4</sup> 世卫组织。“世卫组织表示，每一步都是为了改善健康”（<https://www.who.int/news/item/25-11-2020-every-move-counts-towards-better-health-says-who>，2020年12月7日访问）。

18. 为支持编制新的全球准则和加快国家采用新准则，在世卫组织的六个区域都举办了虚拟讲习班（2020年6月至7月），汇集了67个以上跨多个部委制定国家准则的会员国。讲习班和试行采用框架将支持会员国制定或更新其国家身体活动准则。

### 制定全球监测和评价框架，以跟踪《全球行动计划》的实施进展

19. 在制定监测和评价框架的过程中，秘书处尽可能确定了适用于跟踪20项政策建议实施进展情况的现有指标和数据来源（见本附件第9段）。与会员国和相关利益攸关方的磋商始于2018年11月的一次专家会议，并在继续进行，例如与联合国发展系统各组织，特别是联合国开发计划署、联合国教育、科学及文化组织和联合国人类住区规划署（人居署）进行磋商，以确保与其它相关监测框架和可持续发展目标保持一致。

20. 该框架包括一套进展、成果和影响指标，计划于2020年底作为技术报告在世卫组织网站上公布。

### 全球身体活动状况报告

21. 在开展监测和评价框架工作的同时，开始编写所要求的第一份全球身体活动状况报告。在2019-2020年期间，对相关数据进行了分析，包括世卫组织2019年非传染性疾病国家预防和控制能力全球调查<sup>1</sup>和世卫组织2018年道路安全调查<sup>2</sup>的数据。

22. 2020年的各项工作计划，包括拟议的全球和区域磋商、（定于2020年12月进行的）国家最佳做法案例研究的收集和发布，受到了COVID-19的严重干扰。因此，本报告的公布被推迟至2021年，以便所有相关利益攸关方充分参与。

23. 新的研究结果再次确认，身体活动方面的进展仍然有限，在各区域之间和区域内部范围和规模也不均衡。此外，国家实施率表明，继续采取“一切照旧”的方法不太可能实现到2030年将缺乏身体活动全球流行率降低15%的全球目标。为了加快全球进展和影响，必须查明和减少在国家以下各级实施所建议的具有成本效益的行动的障碍。

---

<sup>1</sup> 世卫组织。评估国家预防和控制非传染性疾病的能力：2019年全球调查报告。日内瓦：世界卫生组织2020年（<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331452>）。

<sup>2</sup> 世卫组织。《2018年全球道路安全现状报告》。日内瓦：世界卫生组织；2018年（<https://apps.who.int/iris/handle/10665/276462>）。

## 增加身体活动的主要障碍

24. 在所有区域查明的障碍包括：(1)卫生部门内外缺乏对身体活动政策的重视；(2)秘书处和各国缺乏人力和财务资源来制定、传播和实施关于身体活动的政策行动；(3)整合跨部门方法和实施全系统方法的能力薄弱；(4)没有足够的能力让民间社会、研究界和国家及国家以下各级的其它主要伙伴参与和维持合作，特别是卫生部门与体育、交通、城市规划、设计和环境相关当局之间的合作。

## 加快身体活动的增加

25. 大多数会员国都有多种机会来加强和加快旨在保持或增加身体活动的行动，特别是通过步行和骑车，并实现其它多个政策重点。政策高度一致的领域包括：健康老龄化；道路安全；减缓气候变化；空气质量；环境可持续性；宜居城市和社区；以及减少不平等。

26. 为支持加大国家努力，世卫组织加强了与包括体育和技术部门在内的利益攸关方的伙伴关系，并与相关私营部门运营商建立了对话<sup>1</sup>，以使其参与进来，以协调的方式努力实现《全球行动计划》的共同目标。

27. 通过以下方面也可以加快《全球行动计划》的实施进度：增加对促进青年和青少年身体活动的投资；在促进身体活动方面增强工作人员的能力和技能；加强国家多部门协调；投资于研究和知识转让，特别是在低收入和中等收入国家；以及消除有碍参与的社会、环境和经济障碍。

## COVID-19 对身体活动的影响和对策

28. COVID-19 对人们如何、在哪里以及在多长时间内进行身体活动产生了前所未有的影响。确保各国在应对 COVID-19 中认识到身体活动对身心健康的重要性和保护性益处是至关重要的，确保将保障身体活动的公平机会的政策纳入“重建得更好”战略也是如此。

---

<sup>1</sup> 世卫组织。“与私营部门合作，实现可持续发展目标关于非传染性疾病和精神卫生的具体目标 3.4” (<https://www.who.int/ncds/governance/private-sector/en/>, 2020 年 11 月 9 日访问)。

## 附件 3

### 消除一切形式的营养不良

1. 可持续发展目标 2（消除饥饿，实现粮食安全，改善营养状况和促进可持续农业）设定了到 2030 年消除一切形式营养不良的宏伟目标。卫生大会自成立之初就一直关注营养问题。在过去 20 年里，它通过 2004 年批准的《饮食、身体活动与健康全球战略》（WHA57.17 号决议）处理不健康饮食问题；通过 2012 年批准的《孕产妇和婴幼儿营养全面实施计划》（关于婴幼儿喂养的 WHA65.6 号决议和后来的 WHA71.9 号决议（2018 年））致力于消除一切形式的营养不良；并在 2017 年对终止儿童肥胖委员会的 implementation 计划表示欢迎（WHA70(19)号决定）。卫生大会还核准了《罗马宣言》，这是 2014 年第二次国际营养大会的成果（WHA68.19 号决议（2015 年）），随后每两年报告一次其实施进展情况，以及 2016-2025 年联合国营养问题行动十年的进展情况。

2. 本附件概述了全球营养状况的进展和对策，并更为具体地报告了第二次国际营养大会的成果。偶数年提交的双年度报告更详细地汇报了执行 WHA65.6 号决议（2012 年）和 WHA71.9 号决议（2018 年）以及 WHA70.19 号决定（2017 年）的进展情况。

### 全球饮食和营养目标的实现进展

3. “所有形式的营养不良”这一概念反映在卫生大会 2012 年制定的全球营养目标中（WHA65.6 号决议）<sup>1</sup>，其中涵盖儿童消瘦、发育迟缓和超重；育龄妇女贫血；出生体重低；和纯母乳喂养。前四个目标被纳入了可持续发展目标的正式监测系统。此外，2013 年，卫生大会批准了《2013-2020 年预防和控制非传染性疾病全球行动计划》，并在 WHA66.10 号决议（2013 年）中通过了其 2025 年的九项自愿性全球目标，包括阻止糖尿病和肥胖症的上升以及减少盐/钠的摄入。

4. 在世卫组织的所有区域，成人肥胖的流行率继续上升，从 2012 年的 11.8% 上升到 2016 年的 13.1%，因此到 2025 年遏制肥胖的流行率上升这一全球目标不太可能实现。过量摄入盐仍然是大约 300 万人死于心脏病、中风和相关疾病的原因。

5. 此外，2019 年，在 COVID-19 大流行之前，近 6.9 亿人（占全球人口的 8.9%）营养不良，20 亿人（占全球人口的 25.9%）遭受饥饿或无法定期获得有营养的和充足的食物。

---

<sup>1</sup> 文件 WHA65/2012/REC/1, 附件 2（孕产妇和婴幼儿营养全面实施计划）([https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA65-REC1/A65\\_REC1-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65-REC1/A65_REC1-en.pdf))。

6. 不健康的饮食导致另外 1100 万人死亡。目前，全球 20% 的过早（疾病介导）死亡和 20% 因不健康而丧失的残疾调整生命年都是由次优饮食造成的。

## 粮食和营养政策的实施进展

7. 世卫组织营养行动实施情况全球数据库<sup>1</sup>载有 194 个会员国的国家政策和战略信息，包括营养目标、战略或指标，其中 180 个会员国制定了全面的或针对具体专题（例如健康饮食、贫血和母乳喂养）的营养政策。第三次全球营养政策审查正在进行中。

8. **包括促进健康饮食的具体目标、目标和行动的国家战略。**大多数国家都通过了 2025 年全球营养目标，这些目标涵盖发育迟缓（117 个会员国）、妇女贫血（104 个）、出生体重低（119 个）、儿童超重（137 个）、纯母乳喂养（130 个）和消瘦（111 个）。绝大多数国家（186 个会员国）在其国家政策和战略中包括促进健康饮食的行动，以期减少脂肪（100 个会员国）、盐/钠（142 个会员国）或糖（86 个会员国）的摄入。通过咨询或媒体宣传实施的人口信息政策（181 个会员国）比通过营养标签、营销限制、财政政策或调整配方来改变食物环境的政策（156 个会员国）更常见。

9. **标签和健康声明。**在世卫组织分别于 2009-2010 年和 2016-2017 年进行的第一次和第二次全球营养政策审查之间，营养标签是增幅最大的干预措施。国家营养标签立法规定了预包装食品上应向消费者提供的详细信息，包括成分清单、营养声明以及生产商在标签上所做的健康或营养声明。正如向第二次审查报告的那样，73 个国家提供了关于实施营养声明的详细资料，69 个国家提供了关于营养监管和健康声明的详细资料。

10. **推广符合健康饮食的食品。**正在实施食品和饮料产品的配方调整，以减少饱和脂肪酸、反式脂肪酸、糖和盐/钠的含量。世卫组织最近关于 2020 年全球消除反式脂肪酸的报告<sup>2</sup>发现，迄今已有 58 个国家出台法律，从食品供应中消除反式脂肪酸；如果成功，到 2021 年底，消除这些有害物质将保护 32 亿人免受其害。

11. **财政政策。**目前有 73 个会员国对含糖饮料征税，尽管该税的定义、类型和水平以及涵盖的产品范围差异很大。29 个会员国认为对健康食品和饮料（例如水果和蔬菜）进行补贴是在其国家战略中支持健康饮食的适当方法。

<sup>1</sup> 世卫组织。营养行动实施情况全球数据库（GINA）（<https://extranet.who.int/nutrition/gina/en>）。

<sup>2</sup> 世卫组织。新闻稿：超过 30 亿人免受食物中有害的反式脂肪的伤害。日内瓦：世界卫生组织；2020 年（<https://www.who.int/news/item/09-09-2020-more-than-3-billion-people-protected-from-harmful-trans-fat-in-their-food>，2020 年 12 月 7 日访问）。

12. **粮食规划。**在回应 2016-2017 年全球营养政策审查的国家中<sup>1</sup>，有 85 个国家报告说，粮食分配规划是其社会安全网的一部分，用于解决营养不良的根本原因，通常是紧急粮食援助规划或婴幼儿特殊食品（或二者）。

13. **学校政策和规划。**2016-2017 年全球营养政策审查建议加强学校健康和营养规划，以确保营养促进型学校，在营养促进型学校，政策、课程、环境和服务旨在促进健康饮食和支持合理营养。大多数国家（160 个国家中的 89%）报告说有学校健康和营养规划，但自 2009-2010 年第一次全球营养政策审查以来，学校规划的个别组成部分已经大大恶化。

14. **卫生和其它服务。**在对 2016-2017 年全球营养政策审查作出回应的国家中，有 153 个国家报告说聘用了营养专业人员（即受过培训的营养学家或营养师）。然而，其密度很低（特别是在非洲区域）——有 6 个国家没有营养专业人员，在提供详细信息的 126 个国家中，全球中位数为每 10 万人口只有 2.3 名受过培训的营养专业人员。据报告，140 个国家为卫生专业人员提供孕产妇、婴儿和幼儿营养方面的职前和在职培训，尽管职前课程中专门针对这一主题的课时通常少于世卫组织母乳喂养培训课程中专门针对这一主题的课时。

## 第二次国际营养大会和联合国营养问题行动十年

15. 作为第二次国际营养大会成果的后续行动，各国政府、联合国系统各组织、民间社会和私营部门一直在积极提高认识，并鼓励采取行动，应对以各种形式营养不良为特征的新的营养现实。联合国秘书长关于联合国营养问题行动十年实施情况的第二份报告已于 2020 年 4 月 13 日公布<sup>2</sup>。

### 中期审查

16. 根据联合国经济及社会理事会关于国际十年的 E/1989/84 号决议，应在营养问题行动十年中期和结束时，以公开和参与的方式审查《罗马营养宣言》中所作的承诺。

---

<sup>1</sup> 世卫组织。《全球营养政策审查（2016-2017 年）：各国在创建促进性政策环境推动健康饮食和营养方面的进展》。日内瓦：世界卫生组织。2018 年（<https://apps.who.int/iris/handle/10665/275990>）。

<sup>2</sup> 联合国大会。《联合国营养行动十年（2016-2025 年）的实施情况》。纽约：联合国；2020 年（<https://undocs.org/en/A/74/794>）

17. 中期审查展望文件<sup>1</sup>总结了“十年”六个行动领域的进展：

- (a) **促进健康饮食的可持续的和具有适应能力的食品系统。**越来越多的高级别报告和决议强调了可持续、有适应能力的食品系统对健康饮食和改善营养的重要作用。已经为建立可持续的食品系统建立了许多联盟，将不同的行为者聚集在一起，而不仅仅是传统的营养行为者。人们注意到对农业生态和生物多样性的认识、在国家基于食品的膳食指南中更多地考虑可持续性、越来越多地实施减少食品损失和浪费的措施，以及采取行动增强危机易发地区食品供应的韧性。已经加快了减少或消除工业生产的反式脂肪酸的措施，并实施了自愿或强制的加工食品配方调整，以减少其盐/钠含量。
- (b) **普遍实施必要的营养行动的协调一致的卫生系统。**在“十年”的前五年，人们对卫生系统提供的有效干预措施有了清晰的认识，但在确保高效营养干预措施的充分覆盖和提高其质量方面，投资严重不足。为加快5岁以下儿童消瘦问题方面的进展，2020年3月9日发布了《联合国全球儿童消瘦问题行动计划：加快预防和管理儿童消瘦和实现可持续发展目标的行动框架》<sup>2</sup>。有了该计划，联合国发展系统各组织就能够在2021年制定更有针对性的行动路线图。需要强大的卫生系统来实施营养行动，实现全民健康覆盖的政治势头日益增强为扩大覆盖面和将世卫组织贯穿生命全程的必要营养行动纳入主流提供了新的机遇<sup>3</sup>。
- (c) **社会保障和营养教育。**社会保障对粮食安全和营养的贡献将取决于其在政策层面的整合。为了确保社会保障政策从整体上消除一切形式的营养不良，需要在政策的设计和 implement 中采用对营养敏感的方法。在世卫组织的一些区域，改善食物获取、社会保障和粮食援助的政策措施很普遍，而在世卫组织的另外一些区域，这仍然是一个投资不足的领域。营养教育在学校得到广泛实施，但缺乏确保该教育得到健康学校环境支持的政策，学校健康和营养规划的实施情况近年来有所恶化。虽然大多数国家对卫生工作者进行营养培训，但培训水平往往不足，更普遍的是，营养行动继续受制于缺乏训练有素的营养专业人员。以学校

---

<sup>1</sup> 联合国营养行动十年（2016-2025年）。中期审查展望文件（[https://www.who.int/docs/default-source/nutritionlibrary/departmental-news/mid-term-review---un-decade-of-action-on-nutrition/nutrition-decade-mtr-foresight-paper-en.pdf?sfvrsn=c3c14085\\_8](https://www.who.int/docs/default-source/nutritionlibrary/departmental-news/mid-term-review---un-decade-of-action-on-nutrition/nutrition-decade-mtr-foresight-paper-en.pdf?sfvrsn=c3c14085_8)，2020年12月7日访问）

<sup>2</sup> 世卫组织。儿童消瘦问题全球行动计划：加快预防和管理儿童消瘦和实现可持续发展目标的行动框架。日内瓦：世界卫生组织；2020年（<https://www.who.int/publications/m/item/global-action-plan-on-child-wasting-a-framework-for-action>，2020年12月7日访问）。

<sup>3</sup> 世卫组织。必要的营养行动：在生命全程将营养纳入主流。日内瓦：世界卫生组织；2019年（<https://apps.who.int/iris/handle/10665/326261>）。



为基础的多元规划在食品和营养教育方面的潜力越来越被认为是可持续发展的一个重要规划领域。

- (d) **贸易和投资促进营养改善。** 贸易可以是加强食品安全和营养的一个关键因素，但人们越来越认识到贸易政策和营养行动协调一致的必要性，以及治理和跨部门合作的重要性。尽管需要对农业和食品系统进行负责任和可持续的投资，但资金缺口依然存在。某些全球价值链和农业食品行业目前生产的食品在环境方面不可持续，这些食品通常富含不健康的脂肪、糖和/或盐/钠。食品供应的日益全球化意味着人们更容易遭受各种食品危害。贸易和投资政策非但没有推动健康饮食，反而加剧了各种形式的营养不良。例如，外国直接投资的增加与含糖饮料的消费增加有关。事实证明，将健康置于短期经济收益之上会带来更大的长期经济收益。
- (e) **为所有年龄的人提供安全和支持性的营养环境。** 创造健康的食物环境——包括支持健康饮食的食物的可获得性、可负担性、推广和质量——已成为营养政策制定中的一个核心考虑因素。创造健康城市环境的势头越来越大，食品环境是一个重要因素。在学校创造健康食物环境、保护和支持母乳喂养或在主食中添加微量营养素的政策很普遍，尽管这些政策的实施往往不够充分。在“十年”的前五年，促进健康饮食的财政政策（特别是含糖饮料税）的实施速度加快了。在扩大和改进对向儿童销售食品和非酒精饮料的监管、加强对青少年营养的关注以及有效整合营养和水、环境卫生和个人卫生规划方面，仍有很大的空间。
- (f) **加强营养治理和问责制。** 在为营养作出承诺和筹措新资金方面取得了重大进展。然而，尽管取得了相当大的进展，但在实现全球营养和饮食相关非传染性疾病目标方面进展不足且差异很大，这反映出在加强营养治理、政策和问责制方面行动不足。报告还指出，全球营养筹资与旨在消除一切形式营养不良的政策、立法和监管措施，包括适当的财政措施的实施之间持续存在差距。在“十年”的前五年，捐助者对营养行动的资助有所增加，但据估计，实现全球营养目标还需要 70 亿美元。改进后的全球数据现在可以确定哪些区域和国家正在取得进展或落在了后面，但营养信息系统薄弱或不完善，数据不足——特别是关于特定群体的营养状况的数据，以及在足够长的时间里追踪趋势的数据——仍然是一项重大挑战。

## 不同行为者的贡献

18. **会员国。** 上文（第 7-14 段）介绍了会员国采取的行动。除了已经公开作出的承诺外，没有对“十年”作出其它正式承诺。

19. “十年”鼓励联合国会员国通过建立**行动网络**来加强营养行动方面的合作，行动网络是全球或区域范围内的国家非正式联盟，旨在围绕与“十年”工作规划有关的具体主题加速和协调努力。在一个或多个国家的领导和协调下，行动网络使各国能够交流知识和良好做法、成功经验和挑战，并相互支持以加快进展，目标是通过政策和立法改善所有人的食品系统、饮食和营养<sup>1</sup>。迄今为止，已在“十年”框架下召集了下列全球行动网络：

- (a) 关于海洋和内陆水域提供可持续食物以实现食品安全和营养的全球行动网络——牵头国：挪威
- (b) 关于营养标签的全球行动网络——牵头国：澳大利亚，智利和法国
- (c) 关于传统、健康和可持续饮食的全球行动网络——牵头国：意大利。

20. 2019年10月，德国宣布计划组建一个关于健康学校膳食的世界联盟。巴西和斯里兰卡正在联合制定一项工作规划。

21. 此外，还为美洲和太平洋区域建立了几个区域网络，即：

- (a) 关于美洲减少盐消费量以预防和控制心血管疾病战略的区域行动网络——牵头国：巴西、哥伦比亚和哥斯达黎加
- (b) 关于美洲区域食品指南的区域行动网络——牵头国：巴西和乌拉圭
- (c) 美洲区域粮食安全和营养保障治理行动网络——牵头国：巴西
- (d) 美洲区域公共采购家庭生产的食品行动网络——牵头国：巴西
- (e) 美洲区域可持续学校供餐行动网络——牵头国：巴西
- (f) 美洲区域健康食品环境行动网络——牵头国：智利
- (g) 太平洋区域消除儿童肥胖行动网络——牵头国：斐济。

22. 为了支持“十年”的实施，联合国粮食及农业组织和世卫组织在2018年发布了一项指导意见<sup>2</sup>，指导各国将第二次国际营养大会行动框架中建议的政策和行动转化为特定国家的承诺，还发布了一份关于在“十年”框架内推动营养承诺的政策简报<sup>3</sup>。

---

<sup>1</sup> 2016-2025年联合国营养行动十年。行动网络。纽约：联合国（[www.un.org/nutrition/action-networks](http://www.un.org/nutrition/action-networks)，2020年11月2日访问）。

<sup>2</sup> 粮农组织，世卫组织。加强营养行动：根据第二届国际营养大会政策建议为各国提供的资源指南。罗马和日内瓦：联合国粮食及农业组织和世界卫生组织；2018年（[www.fao.org/3/ca1505en/CA1505EN.pdf](http://www.fao.org/3/ca1505en/CA1505EN.pdf)，2020年11月3日访问）。

<sup>3</sup> 世卫组织、粮农组织。在联合国营养问题行动十年中推动对营养的承诺：政策简报。日内瓦：世界卫生组织；2018年（<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-NHD-17.11>，2021年1月12日访问）。

23. **联合国系统各组织**根据各自的任务为“十年”做出了贡献。**粮食及农业组织**侧重于农业和粮食系统在减少营养不良方面的作用。其营养工作的战略和愿景<sup>1</sup>是根据营养方面的主要挑战和该组织的相对优势制定的。
24. **世卫组织**发布了各种规范性产品，以支持各国履行在第二次国际营养大会上做出的承诺，包括必要营养行动、在初级卫生保健设施中评估和管理儿童以防止超重和肥胖、用维生素和矿物质强化大米<sup>2</sup>、改善青少年营养的有效行动<sup>3</sup>以及经修订的爱婴医院倡议实施指导<sup>4</sup>。
25. **国际原子能机构**侧重于加强各组织、国家和社区的集体行动，以加快解决营养不良双重负担的工作，特别是评估针对这一双重负担的规划和举措的影响。此外，需要注意稳定同位素技术在理解生物途径中的作用。
26. **国际农业发展基金**在2019年发布了其2019-2025年营养行动计划<sup>5</sup>，总体目标是加快将营养纳入其投资的主流，并实现其承诺，即提高在项目设计阶段将营养纳入50%项目主流的目标，到2021年改善1200万人的营养。
27. **儿基会**2018-2021年战略规划<sup>6</sup>的愿景是巩固和扩大解决世界各地各种形式儿童营养不良问题的规划成果，以便到2021年至少达到以下三个年度目标：**(i)**2.5亿5岁以下儿童获得预防发育迟缓和其它形式营养不良的服务；**(ii)**1亿青少年获得预防贫血和其它形式营养不良的服务；**(iii)**600万儿童在发展和人道主义背景下获得治疗严重消瘦和其它形式急性营养不良的服务。
28. **世界粮食计划署**继续提供作为应急措施的关于治疗和预防的最佳营养规划，同时在整个人道主义与发展的关系中纳入营养敏感方法。
29. **联合国营养问题常设委员会**继续致力于最大限度地提高联合国政策和问责制的一致性，宣传营养，搭建桥梁，与其成员合作并通过各种知识产品探讨新出现的营养相关问题。

---

<sup>1</sup> 粮农组织。粮农组织营养工作的战略和愿景。罗马：联合国粮食及农业组织；2014年（<http://www.fao.org/3/a-i4185e.pdf>）。

<sup>2</sup> 世卫组织。《指南：作为公共卫生战略，在大米中添加维生素和矿物质》。日内瓦：世界卫生组织；2018年（<https://apps.who.int/iris/handle/10665/272535>）。

<sup>3</sup> 世卫组织。《指南：实施改善青少年营养的有效行动》。日内瓦：世界卫生组织；2018年（<https://apps.who.int/iris/handle/10665/260297>）。

<sup>4</sup> 世卫组织，儿基会。《实施指导：在提供孕产和新生儿服务的机构保护、促进和支持母乳喂养：经修订的爱婴医院倡议》。日内瓦：世界卫生组织；2018年（<https://apps.who.int/iris/handle/10665/272943>）。

<sup>5</sup> 农发基金。“将营养纳入农发基金主流：2019-2025年营养行动计划”。罗马：国际农业发展基金；2019年（[www.ifad.org/en/document-detail/asset/41237860](http://www.ifad.org/en/document-detail/asset/41237860)，2020年11月3日访问）。

<sup>6</sup> 儿基会2018-2021年战略规划（<https://www.unicef.org/reports/unicef-strategic-plan-20182021>，2021年1月12日访问）。

30. **联合国非传染性疾病预防机构间工作队**通过其由营养问题常设委员会召集的营养问题专题工作组，继续致力于解决各种形式的营养不良问题。

31. **食物权特别报告员**向联大提交的 2019 年报告侧重于通过基于人权的营养政策办法实现可持续发展目标<sup>1</sup>，特别强调粮食和生产资源的不公平分配是实现食物和营养权的一个重大障碍。

## 非国家行为者

32. **全球倡议**。推迟到 2021 年 12 月举行的东京营养促进增长首脑会议<sup>2</sup>将为在“十年”的中期进行评估并做出新的财政和政策承诺提供一个机会。会议将汇集各个国家、捐助者和合作伙伴，提出明确的承诺，并展示在实现卫生大会核可的目标和可持续发展目标的具体目标方面取得的进展。其目标是在五个重点领域获得承诺：(1)健康：使营养成为全民健康覆盖的一部分，促进可持续发展；(2)食品：建立促进健康饮食和营养、确保生产者的生计并且是气候智能型的食品系统；(3)适应能力：在脆弱和受冲突影响的环境中有效解决营养不良问题；(4)促进数据驱动的问责制；(5)确保新的投资，推动营养融资创新。2019 年，世卫组织牵头制定了“营养促进增长”承诺框架的全民健康覆盖部分，并发布了《全民健康覆盖中的营养》政策简报<sup>3</sup>。

33. 2021 年，作为“营养问题行动十年”的一部分，联合国将召开一次食品系统首脑会议。首脑会议将涵盖五个行动轨道：(1)确保所有人获得安全和有营养的食物（使所有人都能得到营养和保持健康，逐步实现食物权）；(2)转向可持续消费模式（促进和创造对健康和可持续饮食的需求，减少浪费）；(3)促进对自然有利的规模足够大的生产（应对气候变化，减少排放和增加碳捕获，更新和保护重要的生态系统，减少食物损失和能源使用，同时不损害健康或营养的饮食）；(4)促进公平的生计和价值分配（提高收入、分配风险、扩大包容、促进充分的生产性就业和人人有体面的工作）；(5)建设抵御脆弱性、冲击和压力的能力（确保健康和可持续的食品系统持续发挥作用）。世卫组织被要求成为负责轨道(2)的联合国主要机构。

---

<sup>1</sup> 联合国食物权特别报告员。“关于可持续发展目标 2 和食物权的报告”。日内瓦：人权事务高级专员办事处；2019 年（<https://www.ohchr.org/EN/Issues/Food/Pages/SDG2.aspx>，2020 年 12 月 7 日访问）。

<sup>2</sup> 2021 年东京营养促进增长峰会（<https://nutritionforgrowth.org/events/>，2020 年 12 月 7 日访问）。

<sup>3</sup> 世卫组织。全民健康覆盖中的营养。日内瓦：世界卫生组织；2019 年（<https://apps.who.int/iris/handle/10665/329493>）。

## 附件 4

### 健康与环境：应对空气污染带来的健康影响

1. 本附件总结了关于应对空气污染对健康的影响的 WHA68.8 号决议（2015 年）以及加强全球应对不利健康影响的相关路线图的实施进展<sup>1</sup>。（详情见提交第七十三届世界卫生大会的进展报告<sup>2</sup>）。
2. 工作极大地推动了衡量空气污染的健康影响和保健成本的知识产品和工具的开发。其中包括在国家和国家以下各级评估健康影响的手段以及卫生经济和特定部门的工具。世卫组织空气质量指南的更新已进入后期阶段。
3. 世卫组织已经报告并将继续定期报告三项与空气污染有关的可持续发展目标的指标：3.9.1（归因于家庭和环境空气污染的死亡率）、7.1.2（主要依靠清洁燃料和技术的人口百分比）和 11.6.2（按人口权重计算的城市微粒物质（例如 PM2.5 和 PM10）年度均值）。为了进一步支持各国监测这些指标，秘书处开发了更强有力的统计方法和得到强化的调查工具，以更好地评估环境空气污染和家庭能源使用对健康的影响。
4. 世卫组织关于环境空气污染和家庭能源的数据库定期更新，并扩大到包括更多地点、污染物和暴露源。
5. 通过制定区域行动计划和应某些会员国的请求编写国家空气污染和健康概况，在提高区域议程对空气污染的重视程度方面取得了进展。
6. 世卫组织与联合国发展系统的其它组织合作，建立了全球生命呼吸网络，以提高对空气污染作为一种健康风险的规模和重要性的认识，分享解决方案，进行行动动员。自 2016 年 10 月推出以来，已有 76 个城市、地区或国家政府正式加入生命呼吸网络；2018 年，通过世卫组织首次全球空气污染与健康会议的召开，全球意识得到了提高。随着越来越多的人认识到空气污染是一种公共卫生威胁，各国正在加大承诺力度，落实空气质量政策并协调气候和空气质量政策。2018 年，在第一次世卫组织全球空气污染与健康会

---

<sup>1</sup> 卫生大会 WHA69(11)号决定（2016 年）对此表示欢迎（[https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA69-REC1/A69\\_2016\\_REC1-en.pdf#page=27](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69-REC1/A69_2016_REC1-en.pdf#page=27)，2020 年 11 月 5 日访问）。

<sup>2</sup> 世卫组织。进展报告。第七十三届世界卫生大会，文件 A73/32，第 I 节。日内瓦：世界卫生组织；2020 年（[https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA73/A73\\_32-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA73/A73_32-en.pdf)，2020 年 11 月 5 日访问）。

议上，26个国家、12个城市、11个联合国发展系统组织、39个非政府组织和欧洲联盟作出了采取一系列干预措施来解决空气污染问题的承诺。在2019年联合国气候行动峰会上，人口合计超过10亿的50个国家承诺到2030年达到世卫组织空气质量指导值，并协调气候和空气质量政策。

7. 世卫组织与联合国发展系统的其它组织一道，在2019年第七十二届世界卫生大会的会外活动中推出了《卫生与能源行动纲要》<sup>1</sup>。该纲要旨在加强全球、区域和国家各级卫生和能源部门之间的政治和技术合作，以加快向清洁能源过渡，最初的重点是清洁烹饪和卫生保健设施电气化。

8. 一项非常重要的成就是，在2018年联大第三次预防和控制非传染性疾病问题高级别会议上，空气污染被认定为非传染性疾病第五个主要风险因素，空气污染被纳入了区域和国家的非传染性疾病多部门行动计划。在此背景下，秘书处推进了其制定环境和家庭空气污染政策选项的工作，这将有助于实现《2013-2020年预防和控制非传染性疾病全球行动计划》的目标和自愿性全球目标。这项工作的第一阶段包括汇编世卫组织和其它联合国机构关于健康和环境（包括空气污染）的指导纲要。随后对现有干预措施有效性的深入分析将借鉴该纲要和世卫组织的其它现有准则和建议。

9. 过去几年来，世卫组织一直在开发和加强一套分析工具，以建立空气污染影响健康和经济的证据，例如AirQ+软件工具和特定部门的工具，如步行和骑自行车的健康和经济评估工具。在做饭严重依赖生物物质的国家，秘书处为清洁家庭能源解决方案工具包进行了快速情况评估和利益攸关方调查。它目前正在为卫生保健专业人员编写培训材料，以加强其了解空气污染对健康的风险并将其告知患者和社区的能力。

10. 秘书处一直在不断努力提供直接的国家支持，举办有针对性的技术培训讲习班，以提高机构解决空气污染和健康问题的能力。此外，世卫组织与其它联合国机构开展了几次联合任务，以规划和加强国家支持。

---

<sup>1</sup> 世卫组织、开发署。“加速实现可持续发展目标7：行动概要2——全球能源和健康行动纲要”。纽约：联合国，经济和社会事务部，可持续发展目标司；2019年（[https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/24066\\_ab2\\_cover.pdf](https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/24066_ab2_cover.pdf)，2020年12月8日访问）。

## 附件 5

## 世卫组织《2013-2030 年精神卫生综合行动计划》附录更新

1. 卫生大会在 WHA72(11)号决定（2019 年）第 3(a)段中要求总干事，除其它外，与会员国协商并考虑到其它利益攸关方的意见，对世卫组织《精神卫生综合行动计划》的附录提出更新建议，为此，秘书处已采取以下步骤更新该行动计划的附录 1（衡量既定具体目标方面进展情况的指标）和附录 2（《2013-2030 年精神卫生综合行动计划》实施方案）：

- **2020 年 3 月。**非洲、美洲、东南亚、欧洲和东地中海区域办事处组织了与会员国的虚拟磋商，以征求对更新后附录 1 的“零草案”和附录 2 原有（2013 年）版本的意见。此外，还通过电子邮件咨询了西太平洋区域会员国对更新后附录 1 的“零草案”的意见。为会员国、联合国系统各组织和非国家行为者举行了一次网上磋商，讨论更新后附录 1 的“零草案”和附录 2 的原有版本（2013 年）。
- **2020 年 7 月。**西太平洋区域办事处组织了虚拟磋商，以征求该区域会员国对附录 2 原有版本（2013 年）的意见。
- **2020 年 8 月-9 月。**非洲、美洲、东南亚、欧洲和东地中海区域办事处组织了一次与会员国的虚拟协商，以征求对更新后附录 2 的“零草案”的意见。该文案也是会员国、联合国系统各组织和非国家行为者的一次网上磋商的主题。

2. 由此产生的更新后的附录 1（见下文）包括经过更新的指标和具体目标，以监测到 2030 年的精神卫生综合行动计划。

3. 由此产生的更新后的附录 2（见下文）经过了修改，强化了关于自杀预防、工作场所精神卫生、全民健康覆盖、儿童精神卫生、生命全程精神卫生、多部门工作、人权以及有过精神疾病经历的人的参与的内容。

## 附录 1

### 拟议更新的《2013-2030 年精神卫生综合行动计划》 衡量既定目标进展的指标

1. 用于评估《2013-2020-2030 年精神卫生综合行动计划》全球具体目标实现进展的最新指标是会员国为充分监测其精神卫生政策和规划而需要的信息和报告的一部分。鉴于具体目标是自愿性和全球性的，每个会员国不一定要实现所有具体目标，但可以在不同程度上为共同实现这些目标做出贡献。
2. 为每个目标确立的全球具体目标为会员国实现全球目标的可衡量的集体行动和进展提供了基础，但不应妨碍制定更宏伟的国家目标，特别是对那些已经实现全球目标的国家而言。
3. 如计划的目标 4 所述，秘书处将继续根据请求向会员国提供指导、培训和技术援助，以发展国家信息系统，用于收集精神卫生系统投入、活动和成果指标的数据。目标是继续建设现有信息系统，而不是创建新的或并行的系统。

#### 目标 1: 加强精神卫生的有效领导和管理

<p><b>全球具体目标 1.1:</b> 到 2030 年，80%的国家将根据国际和区域人权文书制定和更新精神卫生政策/计划。</p>
<p><b>指标 1.1:</b> 具备正在实施的符合国际人权文书的国家精神卫生政策和/或计划</p>
<p><b>核实方法:</b> 实际存在政策或计划；确认其符合国际和区域人权标准；评估实施情况。</p>
<p><b>注解，假设和/或理由:</b> 就联邦制国家而言，指标将涉及国内多数州/省的政策或计划。精神卫生方面的政策或者计划可独立存在，或者被纳入其它一般性卫生或者残疾政策或计划。 人权标准包括以下规定：(i)向基于社区的精神卫生服务过渡；(ii)尊重人权；(iii)全面支持和服务；(iv)促进恢复方法；(v)参与决策过程。 实施情况包括(i)人力资源估计和分配；(ii)财务资源估计和分配；(iii)监测和评价特定指标或具体目标。</p>



**全球具体目标 1.2: 到 2030 年, 80%的国家将根据国际和区域人权文书制定和更新精神卫生法律。**

**指标 1.2:** 具备一项正在实施的符合国际和区域人权文书的涉及精神卫生的国家法律

**核实方法:**

实际存在法律; 确认其符合国际和区域人权标准; 评估实施情况。

**注解, 假设和/或理由:**

就联邦制国家而言, 指标将涉及国内多数州/省的法律。精神卫生方面的法律可独立存在, 或者被纳入其它一般性卫生或者残疾法律。

人权标准包括以下规定: (i)向基于社区的精神卫生服务过渡; (ii)促进法律行为能力的行使; (iii)防止胁迫性做法; (iv)提出上诉和投诉的程序; (v)定期检查精神卫生服务。

实施状况是指(i)是否有专门机构或独立机构来评估符合人权标准的情况; (ii)由专门机关或机构定期检查精神卫生服务; (iii)系统地回应投诉并报告调查结果。

## 目标 2: 在以社区为基础的环境中提供全面、综合和符合需求的精神卫生与社会照护服务

**全球具体目标 2.1: 到 2030 年, 针对精神卫生问题的服务覆盖面将至少增加一半。**

**指标 2.1.1:** 过去 12 个月内使用服务的精神病患者比例[%]。

**核实方法:**

分子: 接受服务的精神病病例数, 数据来源于常规信息系统或一个国家的一个或多个特定地理区域卫生机构的基线和追踪调查。

分母: 样本人群中精神病病例总数, 数据来源于国家调查, 如果没有, 则基于次区域患病率估计。

**指标 2.1.2:** 过去 12 个月内使用服务的抑郁症患者比例[%]。

**核实方法:**

分子: 接受服务的抑郁症病例数, 数据来源于家庭调查或流行病学研究或常规信息系统, 或一个国家的一个或多个特定地理区域内卫生机构的基线和追踪调查。

分母: 样本人群中抑郁症病例总数, 数据来源于国家调查, 如果没有, 则基于次区域患病率估计。

**注解, 假设和/或理由:**

需要对针对所有精神疾患的服务覆盖面进行估计, 但这里仅将精神病和抑郁症分别作为严重和常见精神疾患的示踪指标, 以减少衡量工作。

卫生机构包括初级保健中心以及综合医院和专科医院; 它们可以在门诊或住院的基础上提供社会护理和支持以及社会心理和/或药物治疗。

为了减少衡量工作, 在需要时, 各国可以将调查局限于医院和过夜机构(由于去掉了初级保健和其它服务提供者, 准确性方面会有一些损失)。

<b>全球具体目标 2.2:</b> 到 2030 年, 80%的国家将把社区精神卫生机构的数量增加一倍。
<b>指标 2.2:</b> 社区精神卫生机构的数量
<b>核实方法:</b> 处理精神卫生问题及相关临床和社会问题的社区机构的可用性和数量。
<b>注解, 假设和/或理由:</b> 在改善获得护理机会和服务质量的背景下, 建议发展以社区为基础的综合精神卫生和社会护理服务。基于社区的服务可以是门诊或住院服务, 也可以是家庭帮助和支持服务。

<b>全球具体目标 2.3:</b> 到 2030 年, 80%的国家将把精神卫生纳入初级卫生保健。
<b>指标 2.2:</b> 存在一个将精神卫生纳入初级卫生保健的系统
<b>核实方法:</b> 使用以下标准的国家说明: 将精神卫生纳入初级卫生保健的准则已经具备并获得通过; 在初级卫生保健一级提供药物和社会心理干预措施; 培训和监督初级保健一级的非专业卫生工作者。
<b>注解, 假设和/或理由:</b> 将精神卫生纳入初级保健对于确保全民健康覆盖至关重要。纳入初级卫生保健后, 可以提供一系列精神卫生服务, 包括促进、预防、治疗和护理服务。

### 目标 3: 实施精神卫生促进和预防战略

<b>全球具体目标 3.1:</b> 到 2030 年, 80%的国家将至少有两个有效的国家多部门精神卫生促进和预防规划。
<b>指标 3.1:</b> 存在有效的多部门精神卫生促进和预防规划
<b>核实方法:</b> 目前实施的规划的清单或逐项说明
<b>注解, 假设和/或理由:</b> 规划可以——最好应该——涵盖普遍的、人口层面的促进或预防战略或当地确定的弱势群体。例子包括以下规划: 预防自杀; 精神卫生意识/反污名化; 在工作场所促进精神卫生; 基于学校的精神卫生; 以及孕产妇精神卫生预防和促进。 确定是否有效的标准包括专门的财务和人力资源, 明确的实施计划, 以及记录的进展和/或影响证据。

<b>全球具体目标 3.2:</b> 到 2030 年, 自杀率将降低三分之一。
<b>指标 3.2:</b> 自杀死亡率 (每 10 万人口)。
<b>核实方法:</b> 每年例行登记的自杀死亡人数
<b>注解, 假设和/或理由:</b> 实现这一目标的有效行动需要卫生/精神卫生部门以外的多个部门采取联合行动。很难获得准确的监测数据, 而且由于自杀、人口老龄化和其它可能因素的报告更加准确, 一些国家记录的自杀总数可能不会减少; 然而, 自杀率 (相对于总自杀率) 最能反映出预防工作的改进。 具体目标 (和指标) 与可持续发展目标 3 (具体目标 3.4 和指标 3.4.2) 相一致。

<b>全球具体目标 3.3:</b> 到 2030 年, 80% 的国家将建立一个在精神卫生和社会心理方面为突发事件和灾害做准备的系统。
<b>指标 3.3:</b> 存在一个在精神卫生和社会心理方面为突发事件和灾害做准备的系统。
<b>核实方法:</b> 各国使用以下标准对现有精神卫生和社会心理准备系统做了说明: 明确的实施计划、专门的财务和人力资源以及记录在案的进展和/或影响证据。
<b>注解, 假设和/或理由:</b> 正如《仙台减少灾害风险框架》(2015-2030 年) 和机构间常设委员会《紧急情况下精神卫生和社会心理支持准则》所述, 灾害和/或突发事件应对规划是一个重点事项。

#### 目标 4: 加强精神卫生信息系统、证据和研究

<b>全球具体目标 4.1:</b> 到 2030 年, 80% 的国家将通过其国家卫生和社会信息系统, 每两年例行收集和报告一次至少一套核心精神卫生指标。
<b>指标 4.1:</b> 每两年例行收集和报告一次一套确定和商定的核心精神卫生指标。
<b>核实方法:</b> 每两年向世卫组织报告和提交一次核心精神卫生指标。
<b>注解, 假设和/或理由:</b> 核心精神卫生指标包括与该行动计划的特定具体目标相关的指标, 以及卫生和社会系统行动的其它基本指标 (例如, 培训和人力资源水平, 以及服务的提供和使用)。数据需要按性别和年龄组分类。必要时, 还可以利用调查来补充常规信息系统的数据库。世卫组织将收集、分析和报告数据, 作为其精神卫生地图集的一部分。

<b>全球具体目标 4.2:</b> 到 2030 年, 全球精神卫生研究的产出将翻一番。
<b>指标 4.2:</b> 精神卫生研究方面发表的文章数量 (定义为数据库中发表的研究文章)。
<b>核实方法:</b> 每两年集中进行一次文献检索, 按来源国、主题和研究类型分层, 使用最近一个日历年的文献计量数据。
<b>注解, 假设和/或理由:</b> 该指标衡量精神卫生研究的产出, 定义为国家出版的研究报告。每年在经同行审评和有索引的期刊上发表的研究成果代表了一个国家正在进行的精神卫生研究的数量 (和质量)。它间接评估一个国家致力于精神卫生研究的情况, 这最终将对有精神卫生问题的人的结果产生影响。

## 附录 2

## 《2013-2030 年精神卫生综合行动计划》附录 2 的拟议更新

## 《2013-2030 年精神卫生综合行动计划》实施方案

目标 1: 加强精神卫生的有效领导和管理	
行动	实施方案
<p><b>政策和法律:</b> 根据证据、最佳做法、《残疾人权利公约》及其它国际和区域人权文书, 在所有相关部门内制定、加强、实时更新和实施与精神卫生相关的国家政策、战略、规划、法律和条规, 包括监测保护人权情况和实施法规的行为守则和机制。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 制定和实施符合国际人权文书的全面的卫生政策和计划, 包括分配的人力和财务资源, 并根据实施指标或目标进行定期监测。</li> <li>• 将自杀、自杀未遂和其它自残行为合法化</li> <li>• 在卫生部设立一个有预算拨款的精神卫生职能单位或协调机制, 负责战略规划、协调、需求评估、部际和多部门合作以及生命全程精神卫生服务评估。</li> <li>• 确保在所有相关的国家以下各级 (例如, 区、市和社区各级) 协调精神卫生和社会护理活动。</li> <li>• 通过编写政策简报和科学出版物, 提供精神卫生方面的领导课程和其它学习和知识交流机会, 提高决策者对精神卫生和人权问题的认识。</li> <li>• 在包括决策者在内的利益攸关方中进行能力建设, 以制定战略, 促进在精神卫生和相关服务中尊重人们的意愿和偏好。</li> <li>• 将精神卫生和精神疾患和社会心理残疾患者的权利纳入包括突发事件防范和应对、减贫和发展的所有部门政策、法律和战略 (例如, 卫生、社会事务、教育、司法和劳动/就业) 的主流。</li> <li>• 通过建立机制和利用独立机构来监测、预防和应对酷刑或残忍、不人道和有辱人格的待遇以及其它形式的虐待和凌辱, 改善问责制; 收集关于约束、隔离和非自愿治疗的数据; 并以符合国际人权文书的方式, 让适当的利益攸关方群体参与这些机制, 例如律师以及精神疾患和社会心理残疾患者。</li> <li>• 修订或废除使得针对精神疾患和社会心理残疾患者的污名化、歧视和侵犯人权行为长期存的立法。</li> <li>• 监测和评价政策和立法的执行情况, 以确保遵守国际人权公约, 包括《残疾人权利公约》和《联合国儿童权利公约》, 并酌情将此信息纳入这些公约的报告机制。</li> <li>• 建立得到支持的决策机制; 帮助人们预先制定计划, 表明他们在未来遇到危机时的意愿和偏好; 并确保人们获得做出决策所需的所有支持, 包括接触受信任的人和律师, 以及提供与他们的决策相关的所有事项的有效信息。</li> </ul>

<p><b>制定资源计划：</b>针对所有相关部门，按照测定的需求进行计划并制定预算，预算应符合为实施以证据为基础商定的精神卫生计划和行动所确认的必要人力及其它资源。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 将精神卫生服务，如社会心理和心理干预以及精神疾患基本药物纳入全民健康覆盖和财政保护计划，并为社会经济弱势群体提供财政保护。</li> <li>• 使用——如果需要，收集——关于流行病学和资源需求的数据，为精神卫生计划、预算和规划的制定和实施提供信息。</li> <li>• 建立机制，跟踪卫生和其它相关部门（如教育、就业、刑事司法和社会服务）不同类型精神卫生服务的支出。</li> <li>• 在规划阶段为基于社区的、文化上合适的、具有成本效益的特定活动确定可用的资金，以确保实施。</li> <li>• 与其它利益攸关方一起有效倡导增加精神卫生方面的资源分配，包括通过精神卫生投资论证。</li> </ul>
<p><b>利益攸关方的合作：</b>通过正式的机构和/或机制，动员所有相关部门的利益攸关方，包括精神疾患患者、照护者和家庭成员，并使他们参与制定和实施与精神卫生相关的政策、法律和服务。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 在规划、制定和实施与卫生有关的政策、法律和服务时，召集所有相关部门和利益攸关方，与它们接触，并寻求与它们的共识，包括分享关于改善正规和非正规部门协调的政策和护理的有效机制的知识。</li> <li>• 建设当地能力并在相关利益攸关方群体中提高对精神卫生、法律和人权的认识，包括他们在实施政策、法律和条规方面的责任。</li> </ul>
<p><b>加强并赋权于精神疾患和社会心理残疾患者及其组织：</b>确保精神疾患和社会心理残疾患者具有正式的作用和权力，可以影响政策、法律和服务的制定、计划和实施过程。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 提供物流、技术和财政支持，根据其需求和偏好，增强精神疾患和社会心理残疾患者及其组织（包括青年和照护者）理解和倡导落实人权公约、政策、法律和服务的能力。</li> <li>• 鼓励和支持成立独立的国家和地方精神疾患和心理残疾患者组织，并建立正式机制，确保他们充分有效地参与制定和实施精神卫生政策、法律和服务及其监测和评价。</li> <li>• 让精神疾患和社会心理残疾患者参与评估和监测包括精神病院和社会护理院在内的所有公共和私人精神卫生服务机构。</li> <li>• 让精神疾患和社会心理残疾患者及其组织参与利益攸关方的能力建设，包括决策者和提供精神卫生保健的卫生工作者的能力建设。</li> </ul>

目标 2：在以社区为基础的环境中提供全面、综合和符合需求的精神卫生与社会照护服务；	
行动	实施方案
<p><b>重组服务并扩大覆盖面：</b>有条理地将照护地点从长期住院的精神病医院迁往非专门化的医疗环境，加大以证据为基础的干预措施（包括酌情采用分步保健原则）对应重点病情的覆盖面，并使用以社区为基础相互连接的精神卫生服务网络，包括短期住院护理、全科医院、初级保健、综合精神卫生中心、日间照护中心的门诊护理，支持与家人生活在一起的精神疾患患者以及资助住房。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 制定分阶段和有预算的计划，缩减和关闭长期住院的精神病院，作为替代措施，支持出院病人生活在社区中。</li> <li>• 努力将财务资源和工作人员逐步转向基于社区的护理，一旦有足够的社区替代办法，就关闭长期住院机构。</li> <li>• 缩减长期住院的精神病院的过程伴随着：(a)人权保护和机构内生活质量的改善，以及(b)确保为出院的长期住院患者持续提供护理和福利（例如，生计和住房支持，包括小型集体之家中的床位）。</li> <li>• 在所有综合医院中提供精神卫生门诊服务以及精神卫生住院部。</li> <li>• 通过外联服务、家庭护理和支持、初级卫生保健、急救护理、基于社区的康复和支持性住房等，为人们建立生命全程基于社区的跨学科精神卫生服务。</li> <li>• 将精神卫生和社会护理纳入针对特定疾病的规划和服务，如针对艾滋病毒/艾滋病、结核病、非传染性疾病和被忽视的热带病的规划和服务，并纳入针对特定人群的规划和服务，如孕产妇、性健康和生殖健康、儿童和青少年健康、基于性别的暴力以及家庭健康和福祉规划和服务。</li> <li>• 让服务对象、家庭成员和/或有实际经验的照护者作为同伴支持人员参与进来。</li> <li>• 支持建立和实施由非政府组织、宗教组织和其它社区团体（包括自助团体和家庭支持团体）管理的社区精神卫生服务，这些服务应符合人权并接受政府机构的监督。</li> <li>• 考虑使用基于证据的创新方法来大规模提供心理支持（例如，引导式自助、数字自助、协作式和阶梯式护理方法）。</li> <li>• 开发和实施针对精神疾患患者的自助和护理工具或策略，包括加强有可能作为阶梯式护理体系组成部分的电子和移动技术的使用。</li> <li>• 开发远程服务（例如远程医疗）的能力、政策和操作程序，并在可行的情况下使用数字卫生保健解决方案来支持从业者提供护理。</li> <li>• 为有社会心理残疾的儿童和成人的照护者提供居家式和其它方式的社区支持服务，包括照护者技能培训和其它多学科服务（例如，物理和职业治疗、营养支持、住房、教育支持和幼儿发展）。</li> </ul>

<p><b>综合和符合需求的照护：</b>整合和协调整体性预防、促进、康复、照护和支持，目的是通过服务使用者推动的治疗和恢复计划以及（适当时）家庭和照护者的贡献，满足身心卫生保健需求并在一般卫生和社会服务内部及之间促进所有年龄的精神疾患患者的康复（包括促进获取就业、住房、教育的权利）。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 鼓励卫生工作者启动和支持康复计划，并根据人们的需求和偏好（包括教育、工作、卫生保健和谋生机会）将他们与服务和资源联系起来。</li> <li>• 与有精神卫生问题和社会心理残疾的人共同制定服务计划和提供服务。</li> <li>• 实施有严重精神卫生问题的人的身体健康管理指南。</li> <li>• 倡导其它部门（例如，生计支持、住房、教育、职业培训、就业、社会福利和法律支持）将精神疾患和社会心理残疾患者纳入其服务和规划并给予支持。</li> <li>• 通过为卫生和社会服务提供者提供提高认识的机会和培训，加强以康复为导向和文化上适当的护理和支持。</li> <li>• 向精神疾患患者、其家人和照护者提供关于疾患原因和潜在影响、治疗和康复选择以及健康生活方式的信息，以改善整体的身心健康。</li> <li>• 促进精神疾患患者、其家人和照护者在精神卫生保健方面的权能增强和参与。</li> <li>• 采购并确保在卫生系统各级提供世卫组织基本药物示范清单中所列的精神疾病基本药物，确保合理使用这些药物并且受过适当培训的非专业卫生工作者能够开药。</li> <li>• 培养卫生专业人员的能力，以提供关于一系列可行的循证心理和药物干预措施的准确信息，并讨论益处和风险，包括干预措施的可能副作用和戒断效应。</li> <li>• 当患有严重疾病的家庭成员（包括患有精神疾患的成员）到卫生服务机构接受治疗时，解决儿童和照护者的精神健康问题。</li> <li>• 向经历过不良生活事件（包括持续的家庭暴力和内乱、冲突或灾难）的儿童和成人提供服务 and 规划，以满足人们的精神卫生需求，促进恢复和复原力，并防止寻求支持的人遭受进一步的痛苦。</li> <li>• 实施干预措施，以管理家庭危机，并在初级保健和其它服务级别向家庭和照护者提供护理和支持。</li> <li>• 在初级卫生保健、学校和社区层面，通过以家庭为中心、符合儿童和青少年需求的卫生保健，对有精神卫生问题的儿童和青少年进行早期干预。</li> <li>• 实施世卫组织“有质量的权利”标准，以评估和改善住院和门诊精神卫生和社会护理设施的质量和人权状况，包括停止在服务中使用强制做法的政策和程序。</li> </ul>
<p><b>人道主义紧急情况（包括单个、反复发生或者持续发生的冲突、暴力</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 如 Sphere 项目的精神卫生最低标准以及机构间常设委员会紧急情况下精神卫生和社会心理支持指南所述，与国家以下各级行为者开展跨部门合作，将精神卫生和社会心理支持纳入所有</li> </ul>



<p><b>及灾难) 中的精神卫生:</b> 与国家应急委员会和精神卫生提供者合作, 以便把精神卫生和社会心理支持需求纳入突发事件防范工作, 使(原有以及紧急情况引起的)精神疾患和社会心理问题患者), 包括处理心理创伤并促进恢复和具备抵御能力方面的服务(含针对卫生工作者和人道主义工作者的服务), 能够在紧急情况期间和之后获得安全和支持性的服务, 并适当重视在紧急情况之后建设或重建以社区为基础的精神卫生系统所需的更长期资金供应。</p>	<p>国家和地方突发事件防范和应对政策、计划、程序和行动。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 通过向卫生和社区工作者介绍基本的社会心理支持, 如心理急救, 为紧急情况做好准备。</li> <li>• 在紧急情况下, 确保与卫生、保护、营养和教育部门的合作伙伴就实施 Sphere 项目的相关最低标准和上述机构间常设委员会准则进行协调。</li> <li>• 将精神卫生和社会心理支持作为一个不可或缺的跨领域组成部分纳入公共卫生应急工作(例如, 应对 COVID-19 和埃博拉病毒病), 作为一系列支柱或领域的一部分, 如病例管理、风险沟通和社区参与、持续提供服务、协调应对和行动(例如, 工作人员支持)。</li> <li>• 利用突发事件带来的机会, 建立或重建可持续的基于社区的精神卫生和社会护理系统, 并展示针对受突发事件影响的人群中精神疾患长期增加现象的社区护理模式的可行性和有效性。</li> </ul>
<p><b>资源规划:</b> 通过在本科和研究生课程中引进精神卫生, 加强一般和专科卫生工作者的知识和技能, 以便尤其为儿童和青少年提供以证据为基础、文化上适当并侧重于人权的 精神卫生和社会照护服务; 并培训和指导现场的卫生工作者, 尤其是在非专门化的环境中, 以便识别精神疾患患者, 提供适当的治疗和支持以及酌情将患者转诊到其它等级的医疗机构。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 制定并实施一项战略, 以建设和保持人力资源的能力, 在健康、社会和教育环境(如初级卫生保健、综合医院和学校)中提供贯穿生命全程的精神卫生和社会保健服务。</li> <li>• 支持世卫组织精神卫生差距行动规划干预指导所述卫生工作者的职前和在职培训, 该指导涉及在非专业环境中识别和管理精神、神经和物质使用障碍, 为推广的重点服务提供循证心理干预以及相关培训和监督材料<sup>1</sup>。</li> <li>• 确保卫生和社会护理工作能够接触到一批具有循证干预经验并且能够提供持续的指导和支持的监管人员。</li> <li>• 与大学、学院、其它相关教育实体和专业协会合作, 在本科和研究生课程中确定和纳入精神卫生内容, 提供精神卫生方面的继续教育和知识交流, 并确保精神卫生专业人员的认证和监督。</li> <li>• 确保为培训卫生、教育和社会护理工作提供有利的服务环境, 重点是持续发展、监控和能力评估, 包括明确的 任务定义、转诊结构、监督和指导。</li> <li>• 提高卫生、教育和社会护理工作在其所有工作领域的 能力(例如, 涵盖临床、人权和公共卫生领域), 在适当的时候包括电子学习方法。</li> </ul>

<sup>1</sup> 见文件 EB146/7 (2019), 附件 1: 促进身心健康的政策选项菜单, 见: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB146/B146\\_7-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB146/B146_7-en.pdf) ([https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB146/B146\\_7-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB146/B146_7-en.pdf))。

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 确保将人权和以人为本的康复方针纳入本科和研究生课程、持续的专业发展机会和专业认证机制，并在促进这种方针的服务中提供实习和学习机会。</li> <li>• 为未来的精神卫生专业人员，包括心理学家、社会工作者、精神病护士和精神病医生，建立或加强有监督的临床培训。</li> <li>• 改善精神卫生专业人员和其他人员（包括非专业人员）的工作条件、报酬和职业发展机会，以吸引和留住精神卫生人力。</li> <li>• 与教育机构和就业场所合作，改善来自各种背景的人员（包括有精神卫生问题和社会心理残疾经历的人员）的招聘和留用情况，以扩大他们的声音，并使精神卫生人力和领导多样化。</li> </ul>
<p><b>处理差异：</b>积极主动地确认获取服务能力较差以及精神疾患风险特别高的人群并为他们提供适当的支持。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 确定和评估社区中不同社会人口群体以及可能不使用服务的弱势群体（如无家可归者、儿童、老年人、刑事司法系统中的人员、被拘留者、境内流离失所者、寻求庇护者、难民、移民、少数民族群体、被认定为 LGBTIQ+的人、土著居民、身体和智力残疾者以及受紧急情况影响的人）的精神卫生需求和决定因素，并解决他们在获得治疗、护理和支持方面面临的障碍。</li> <li>• 制定针对这些人和群体的积极主动的战略，并提供满足他们需求的服务。</li> <li>• 培养卫生和社会护理工作者的能力，以更好地理解弱势人群的需求和精神卫生的社会决定因素，包括贫困、不平等、歧视和暴力，并在提供护理和支持时充分应对这些因素。</li> </ul>

<b>目标 3： 实施精神卫生促进和预防战略</b>	
<b>行动</b>	<b>实施方案</b>
<p><b>精神卫生促进和预防：</b>领导和协调多部门的战略，其中组合了以下普遍和有针对性的干预措施：促进精神卫生和预防精神疾患；减少污名、歧视和对人权的侵犯；以及对特定脆弱人群整个生命过程中的需求敏感并纳入国家精神卫生和健康促进战略的干预措施。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 制定和实施国家多部门精神卫生促进和预防规划。</li> <li>• 通过媒体宣传活动和涉及有精神疾患和社会心理残疾经历的人的倡议，增加公众对精神卫生、如何停止歧视和如何获得服务的了解和认识。</li> <li>• 将精神卫生护理和支持作为针对新手父母和/或照护者的基于家庭和卫生机构的产前和产后护理的一部分，包括照护者的技能培训。</li> <li>• 提供幼儿规划，解决儿童的认知、感觉-运动和社会心理发展问题，并促进健康的儿童-护理者关系。</li> <li>• 通过实施世卫组织减少有害使用酒精的全球战略中包含的措施，减少有害使用酒精的风险。</li> <li>• 对危险和有害的物质使用采取简要的干预措施。</li> <li>• 实施预防和解决家庭暴力的规划，包括关注与酗酒相关的暴力。</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 通过引入或加强社区保护网络和系统，保护儿童和成人免受虐待。</li> <li>• 在促进和预防规划中满足父母患有慢性精神疾患的儿童的需求。</li> <li>• 开展普遍和指明的学校促进和预防工作，包括社会情感生活/技能规划；打击欺凌和暴力的规划；打击对精神疾患和社会心理残疾患者的污名化和歧视的规划；提高对健康生活方式的益处和物质使用风险的认识；以及对有情绪或行为问题（包括饮食紊乱）或神经发育障碍的儿童和青少年的早期检测和干预。</li> <li>• 解决教育机构和工作场所的歧视问题，促进精神疾患和社会心理残疾患者充分获得教育机会、参加工作和重返工作规划。</li> <li>• 促进所有人（包括非正式工作者）享有安全、支持性和体面的工作条件，关注工作中的组织改进；实施基于证据的规划，以促进心理健康和预防精神卫生问题，包括培训管理人员，以有益于雇员的心理健康；引入压力管理干预措施和工作场所健康规划；解决污名化和歧视问题。</li> <li>• 尽可能使用数字化方法，为精神疾患和社会心理残疾患者及其它弱势人群增加自助团体、社会支持、社区网络和社区参与机会。</li> <li>• 鼓励为精神卫生促进和预防使用循证的传统和文化做法（如瑜伽和冥想）。</li> <li>• 在促进和预防策略中加强社交媒体的使用。</li> <li>• 对被忽视的热带病（如绦虫病和囊虫病）实施预防和控制策略，以预防神经系统和相关的精神卫生后果。</li> <li>• 制定政策和措施，由相关部委（如财政、劳动和社会福利）实施，以在金融和经济危机期间保护弱势群体。</li> </ul>
<p><b>预防自杀：</b>制定并实施综合性的国家预防自杀战略，其中特别注意确认为自杀风险较高的人群，根据当地情况可包括女同性恋、男同性恋、双性恋和变性者、青少年及所有年龄组中的其它脆弱人群。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 制定、更新、实施和评价国家自杀预防战略，指导政府和主要利益攸关方实施有效的预防干预措施，提高公众意识，鼓励寻求帮助，减少对自杀想法和行为的污名化。</li> <li>• 提高公众、政治和媒体对问题严重性和循证有效自杀预防策略可用性的认识。</li> <li>• 禁止高度危险的杀虫剂，并限制使用其它自残和自杀手段（例如高处、药品和枪支）。</li> <li>• 通过培训媒体专业人员和为屏幕或舞台制作内容的其他人如何报道自杀，促进与自杀案件有关的负责任的媒体报道。</li> <li>• 实施普遍和指明的学校社会情绪学习规划和其他干预措施，支持青少年培养解决问题和应对问题的技能。</li> <li>• 促进针对包括青少年和老年人在内的风险群体的基于工作场所、学校和社区的自杀预防举措。</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 改善卫生系统和其它部门对自残和自杀的应对措施，包括对工作人员（例如，非专业卫生工作者、社会工作者、教师、警察、刑事司法系统工作人员、消防员、其他急救人员和宗教领袖）进行自残和自杀评估、管理和跟踪方面的培训。</li> <li>• 让社区参与自杀预防，并利用现有社区资源优化对自残者或自杀未遂者以及自杀死亡者家属的社会心理支持。</li> <li>• 制定社区层面的预防自杀战略，包括获得正式和非正式服务、提供社会支持的志愿者团体和其它文化上适当的规划。</li> <li>• 通过分配充足的资源，确保用于自杀预防的资金。</li> <li>• 确保所有有自杀风险的相关群体，包括土著人民，都参与制定自杀预防战略。</li> <li>• 进行情况分析（例如，自杀率和自残率、特定风险人群、常见自杀方法、现有自杀预防活动和差距），为自杀预防活动的规划提供信息。</li> </ul>
--	--

目标 4： 加强精神卫生信息系统、证据和研究	
行动	实施方案
<p><b>信息系统：</b> 把精神卫生纳入常规卫生信息系统，并确认、汇总、定期报告和使用按性别和年龄分类的精神卫生核心数据（包括自杀身亡和自杀未遂的数据），以便改进精神卫生的服务提供、促进和预防战略并为（作为世卫组织全球卫生观察站一部分的）全球精神卫生观察站提供数据。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 建立监测系统，用于监测精神卫生和自残和/或自杀和自杀企图，确保记录按设施、性别、年龄、残疾、方法和其它相关变量进行分类。</li> <li>• 将精神卫生和自我伤害和/或自杀信息需求和指标，包括风险因素和残疾，纳入国家人口调查和健康信息系统。</li> <li>• 除了通过国家卫生信息系统收集的常规数据外，从二级和三级服务机构收集详细数据。</li> <li>• 将精神卫生指标纳入其它部门的信息系统。</li> <li>• 分析并公布收集的关于精神卫生和社会护理服务和规划的可用性、融资和评估的数据，以改善服务和基于人口的干预措施。</li> </ul>
<p><b>证据和研究：</b> 在包括精神疾患和社会心理残疾患者在内的一切有关利益攸关方作出贡献的情况下，改进研究能力和关于国家精神卫生研究重点的学术合作，尤其是与服务的发展和实施</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 在与所有利益相关方协商的基础上，制定并推广精神卫生领域优先和受资助的国家研究议程。</li> <li>• 提高研究能力，以评估需求并评价服务和规划的有效性、实施和扩大，包括注重人权和康复的方法。</li> <li>• 在精神卫生研究领域，加强大学、研究所、卫生和社会服务机构以及其它相关机构（如教育机构）之间的合作。</li> <li>• 在不同的文化背景下，研究当地对精神痛苦的理解和表达、有害的做法（例如，侵犯人权和歧视）或保护性做法（例如，社会支</li> </ul>

<p>以及与精神疾患患者履行其人权直接相关的业务研究，包括建立具有明确标准的杰出中心。</p>	<p>持和传统习俗)和寻求帮助的方式(例如,传统治疗师),以及治疗和康复、预防和促进方面干预措施的有效性、可接受性和可行性。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 制定方法来描述各国不同亚人群中出现的精神卫生差异,包括种族和/或民族、性别、社会经济地位和地理(城市与农村)等因素,并评估符合特定群体需求和应对社会决定因素的干预措施。</li> <li>● 加强国家、国家以下级别和国际研究中心之间的合作,促进国家间跨学科的研究和资源交流。</li> <li>● 促进精神卫生研究领域的高道德标准,确保:研究仅在有关人员自由和知情同意的情况下进行;研究人员不会因为鼓励或招募人员参与研究而获得任何特权、补偿或报酬;如果有潜在危害或危险,则不进行研究;所有研究都由一个独立的道德委员会批准,该委员会根据国家 and 国际规范和标准运作;在设计、实施和传播研究成果的过程中,当地合作者和利益攸关方积极参与研究。</li> <li>● 确保有精神卫生问题和社会心理残疾的人及其组织为精神卫生研究做出贡献,例如通过制定研究议程、对研究方法和设计提出建议以及讲述其生活经历。</li> <li>● 通过对利益攸关方(包括政策制定者和精神卫生专业人员)进行关键证据评估方面的培训,以及确保公开获取公正且易于理解的信息,确保将研究成果转化为实践,并将知识从学术领域转移到服务领域。</li> </ul>
---	---

## 附件 6

### 对加强健康素养的具体指导

1. 本附件介绍了在具体指导会员国通过教育规划和全人口范围有针对性的大众媒体和社交媒体宣传运动来加强健康素养以减少非传染性疾病的所有风险因素和决定因素的影响方面取得的进展。

#### 背景

2. 2014 年，在联大第二次非传染性疾病问题高级别会议上，各国部长和政府代表承诺“继续制定、加强和实施适当的多部门公共政策和行动计划，以促进健康教育和健康素养，特别关注健康意识和/或素养较低的人群<sup>1</sup>”。

3. 2016 年 11 月 21 日至 24 日在中国举行的第六届全球健康促进会议通过了《2030 可持续发展议程中的健康促进上海宣言》<sup>2</sup>，该宣言强调，健康素养是促进健康以实现《2030 年可持续发展议程》的主要支柱之一。

4. 在 2018 年联大第三次非传染性疾病问题高级别会议上，各国国家元首和政府首脑承诺“提供有利环境，通过教育增强健康素养，在全人口范围内开展有针对性的群众和社交媒体宣传运动，让公众了解非传染性疾病风险因素，从而增强个人做出知情选择的能力<sup>3</sup>”。

5. 这些承诺在很大程度上仍未兑现。

6. 在当前的 COVID-19 大流行期间，健康素养已被证明是成功应对疫情的关键驱动因素之一，因为人们获得、理解、判断和根据循证信息做出决定的知识和能力至关重要。

#### 向会员国提供具体指导，以加强预防和控制非传染性疾病和精神卫生问题的健康素养方法

7. 总干事召集了一个由 2017 年至 2019 年会员国提名的并得到世卫组织预防和控制非传染性疾病全球协调机制支持的全球专家组成的非传染性疾病健康教育和健康知识普

---

<sup>1</sup> 根据联合国大会第 68/300 号决议第 30(a)(iii)段。

<sup>2</sup> 根据 WHA71.2 号决议序言部分第 6 段。

<sup>3</sup> 根据联合国大会第 73/2 号决议第 334 段

及工作小组<sup>1</sup>，就鼓励会员国和非国家行为者促进健康教育和健康素养以预防和控制非传染性疾病的方式方法提出建议。该小组特别关注健康意识和/或素养差的人群，并考虑了世卫组织的最合算措施以及为预防和控制非传染性疾病建议的其它干预措施。

8. 工作组的最后报告已被指定为世卫组织 2020-2021 年期间的全球公共卫生产品，目前正在定稿中。其指导意见将支持实施实用的卫生知识普及方法，以加快在国家一级预防和控制非传染性疾病，包括使用实施工具包。最后报告草案将在 2021 年第一季度提交以供广泛协商，包括会员国、世卫组织的所有三个层级以及选定的相关外部利益攸关方，然后在世卫组织各区域试行其建议。

9. 在世卫组织健康教育和健康知识普及工作小组的主持下，秘书处制定了支持在世卫组织各个区域实施国家健康知识普及示范项目的方法。

10. 秘书处创建了一个实践社区，其成员聚在一起建设专门知识和资源，以改进预防和控制非传染性疾病和精神卫生问题的卫生知识普及方法。

11. 世卫组织欧洲预防和控制非传染性疾病卫生知识普及行动网络<sup>2</sup>于 2019 年启动，以支持欧洲区域会员国通过基于卫生知识普及的干预措施，实现可持续发展目标 3 的具体目标 3.4（到 2030 年，通过预防、治疗及促进身心健康，将非传染性疾病导致的过早死亡减少三分之一）。

12. 2019 年，欧洲区域委员会第六十九届会议在 EUR/RC69/R9 号决议“在生命全程实施卫生知识普及倡议”中，注意到世卫组织关于在生命全程实施卫生知识普及倡议的欧洲路线图，并敦促会员国在不同的行动领域、环境和场所加强卫生知识普及倡议的实施，包括利用创新。

### **向会员国提供具体指导，通过教育规划和全人口范围有针对性的群众和社交媒体宣传运动，加强健康素养，以减少非传染性疾病所有风险因素和决定因素的影响**

13. 世卫组织非传染性疾病问题独立高级别委员会最后报告<sup>3</sup>的建议 2 要求秘书处“通过创造有利环境和促进卫生知识普及等方式，支持各国在国家层面作出努力，使个人有能力作出健康选择，并使最健康的选择成为最容易的选择”。

---

<sup>1</sup> 世卫组织。世卫组织预防和控制非传染性疾病全球协调机制非传染性疾病预防和健康教育和健康知识普及工作组（3.3 工作组，2016-2017 年）（<https://www.who.int/global-coordination-mechanism/working-groups/working-group-3-3/en/>，2020 年 12 月 7 日访问）。

<sup>2</sup> Drapkina O, de Graca Freitas M, Mikkelsen B, Breda J, Salakhov E, Lopatina M, Silva da Costa A, Koylyu A, Williams J, Wickramasinghe K, Telo de Arriaga M. 普及卫生知识以预防和控制非传染性疾病的世卫组织欧洲行动网络。《2019 年公共卫生概观》；5(2-3):123-129（<https://apps.who.int/iris/handle/10665/327056>，2021 年 1 月 12 日访问）。

<sup>3</sup> 世卫组织。是时候说到做到了：世卫组织非传染性疾病预防问题独立高级别委员会-摘要。日内瓦：世界卫生组织；2019 年（<https://www.who.int/ncds/governance/high-level-commission/en/>，2021 年 1 月 12 日访问）。

14. 秘书处正在开发一个工具包，用于针对儿童和青少年的关于非传染性疾病风险因素和精神卫生问题的行为改变宣传运动。该工具包将建立在世卫组织战略性沟通框架<sup>1</sup>的基础上，并将优先编制一个传播知识、技能、适合环境的最佳做法、创新方法和资源的目录，以便向特定目标受众进行有效传播，并利用新兴技术传播关于非传染性疾病风险因素和促进健康行为的信息。
15. 2020 年，世卫组织出版了一个关于预防非传染性疾病的生活技能教育手册<sup>2</sup>。其目的是支持学校实施干预措施，以减少非传染性疾病的主要可变风险行为。
16. 秘书处将在 2021 年 5 月提交给第七十四届世界卫生大会的报告中更新本附件。

---

<sup>1</sup> 世卫组织。世卫组织战略传播框架。日内瓦：世界卫生组织；2020 年（<https://www.who.int/mediacentre/framework-at-a-glance-slides.pdf>，2020 年 12 月 7 日访问）。

<sup>2</sup> 世卫组织。“学校生活技能教育手册：预防非传染性疾病：导言”。日内瓦：世界卫生组织；2020 年（<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331948>）。



## 附件 7

### 分析预防和控制非传染性疾病的多部门行动的成功方法

1. 本附件介绍了秘书处在审查国际经验的基础上，分析预防和控制非传染性疾病多部门行动的成功方法，包括应对其社会、经济和环境决定因素的方法所遵循的程序。
2. 世界卫生组织《2008-2013 年预防和控制非传染性疾病全球战略行动计划》包括一项秘书处行动，即“审查预防和控制非传染性疾病方面的国际经验，包括基于社区的规划，并确定和传播经验教训”。由于缺乏资源，当时没有编写关于非传染性疾病多部门行动的第一份全球评估报告。考虑到这一差距，WHA72(11)号决定（2019 年）重申了对总干事的这一要求：在 2021 年向第七十四届世界卫生大会提交综合报告，根据对国际经验的回顾，分析预防和控制非传染性疾病多部门行动的成功做法，包括应对此类非传染性疾病的 社会、经济和环境决定因素的做法。
3. 秘书处将采取以下行动：
  - 2022 年，秘书处将启动一个可公开访问的非传染性疾病多部门行动知识库，供各国政府使用，以便：
    - 提请注意在全球一级支持可持续发展目标 3 的具体目标 3.4（到 2030 年，通过预防、治疗及促进身心健康，将非传染性疾病导致的过早死亡减少三分之一）的国家或地方多部门项目
    - 提交为其它项目提供最佳做法的国家项目说明，并不断更新
    - 通过直接联系其它国家的项目负责人来拓展网络。
  - 2022 年，秘书处计划发布第一份非传染性疾病多部门行动评估报告，目的是向各国政府及合作伙伴介绍为加快实现目标 3.4 而开展的多部门活动的最新情况。在呼吁在数据库中增加新的条目的基础上，该报告将每年更新一次。
  - 2023 年，秘书处将向执行委员会第 150 届会议提交一份成功方法分析。

## 附件 8

### 对学校和其它相关机构的食品采购如何支持健康饮食的分析

1. 本附件报告了 WHA72(11)号决定（2019 年）的执行进展，该决定要求总干事“收集和分享预防超重和肥胖的最佳做法，特别是分析如何使学校和其它相关机构的食品采购能够支持健康的饮食和生活方式，从而应对儿童超重和肥胖流行的问题并减少所有形式的营养不良”。

#### 背景

2. 公共机构每天供应和出售食品、饮料、膳食和小吃。此外，许多国家的政府还为政府资助的规划购买食品，如学校供餐规划和社会保障规划。总体而言，这些公共场所和规划影响到大量人口，包括儿童和老年人等弱势群体。

3. 因此，世界各国政府有独特的机会——也有责任——以身作则，实施健康的公共食品采购政策，确保在公共场所供应或出售的或由政府购买（或补贴）的食品有助于促进健康饮食和预防各种形式的营养不良，包括肥胖和与饮食有关的非传染性疾病。除了这些公共健康方面的益处之外，健康的公共食品采购政策还可以带来经济效益，提高生产率和教育水平，有助于增加健康的和负担得起的食品的供应，还有可能有助于促进当地农业。

#### 学校食品政策

4. 在 2016-2017 年全球营养政策审查中，大多数国家（160 个国家中的 89%）报告说拥有学校健康和营养规划，但在促进合理营养和健康饮食方面，学校仍然是一个未得到充分利用的实施平台，特别是因为它们可以解决与营养不良以及超重和肥胖有关的问题。

5. 秘书处利用世卫组织营养行动实施情况全球数据库中 83 个会员国的 128 份文件，分析了适用于学校内外供应或销售的食品和饮料的措施<sup>1</sup>。约有一半国家（42 会员国）在官方公报上公布了立法措施（如法律、法规和条例），通常包括一个执行机制。这些措

---

<sup>1</sup> 这包括非洲区域的 8 个国家、美洲区域的 17 个国家、东南亚区域的 4 个国家、欧洲区域的 37 个国家、东地中海区域的 6 个国家和西太平洋区域的 11 个国家。

施作为独立的学校食品和营养立法发布，或被纳入更广泛的学校相关法律（例如，关于喂养规划、健康或卫生的法律）或其它立法措施（例如，营销限制、公共餐饮法、公共卫生法规以及儿童健康和营养法）。另有 10 个国家制定了学校食品和饮料的强制性标准，25 个国家制定了政府发布的学校食品和饮料指南，通常通过部委网站或报告进行宣传。九个国家在国家的学校营养政策中规定了对学校食品和饮料的要求。在 77 个有关于学校食品和饮料的立法、标准或指南的国家中，73 个国家的措施涵盖了学校午餐期间提供的食品和饮料，通常还包括提供的其它膳食或小吃。此外，52 个国家的措施涵盖了学校、自助餐厅、食品店、小吃店或自动售货机出售的食品和饮料。不太常见的是，一些国家的措施涵盖了学校活动或事件中提供的食品和饮料（10 个国家），或扩大到学校周边销售的食品和饮料（例如，在距学校 200 米的范围内——3 个国家）。几个国家（22 个）将这些措施扩大到在学校推销包括赞助的食品和饮料。只有三个国家将这些措施扩大到从家里带来的食品。

6. 这些措施通常包括促进健康食品和饮料的食品标准（74 个国家），特别是水果和蔬菜（69 个国家）、饮用水（57 个国家）以及各种全麦谷物和谷物制品（43 个国家）。对于蛋白质，这些措施建议减少肉、鱼或蛋（38 个国家），或使用豆类（43 个国家），通常在一周的一些日子里用于替代动物来源的产品。这些措施经常建议使用不饱和油进行烹饪（26 个国家）。较少的措施提倡强化食品，包括碘盐（12 个国家）或强化主食（6 个国家）。

7. 大多数国家还列出了禁止、避免或限制在学校食用的食品和饮料（67 个国家）。这些措施最常适用于各种糖果、美味小吃、蛋糕和糕点（49 个国家）、油炸食品（36 个国家）以及高钠含量的盐和调味品（35 个国家）。对于饮料，48 个国家禁止或限制碳酸和非碳酸软饮料，26 个国家禁止能量和运动饮料。针对其它含糖饮料，如果汁饮料（22 个国家）、加糖调味奶（19 个国家）、由液体和粉末浓缩物制成的饮料（16 个国家）或 100% 果汁或蔬菜汁（12 个国家）的具体禁令或限制不太常见。事实上，许多国家提倡在学校供应或出售果汁（稀释果汁和纯果汁）。

8. 46 个国家的措施包括学校提供的食品和饮料的营养标准，其依据是总脂肪（36 个国家）、糖（34 个国家）、盐/钠（33 个国家）、能量（28 个国家）、饱和脂肪酸（23 个国家）或反式脂肪酸（18 个国家）。许多国家规定了学校供应的食物份量，28 个国家利用这一政策措施来限制不属于健康饮食的食物。

## 制定和实施促进健康饮食的公共食品采购政策的行动框架<sup>1</sup>

9. 为了支持会员国实施健康的公共食品采购政策，秘书处收集了几个国家的实例，并为制定和实施促进健康饮食的公共食品采购政策制定了一个行动框架。来自世卫组织所有区域的会员国的专家、决策者和从业人员对该行动框架进行了同行审查，其中包含各种国家案例研究和最佳做法<sup>2</sup>。

10. 该框架说明了制定或修订健康的公共食品采购政策的关键步骤，以及制定实施计划、监测和执行政策的方法。它建议如何进行全景分析，并与主要政府机构合作，与利益攸关方协商审查现有政策。还建议采取循序渐进的方法。对于此种政策，必须辅之以营养或食物标准，以及其它标准，如份量，食品安全方面的考虑必须包括在内。该框架包含指向具体案例研究和可用工具的链接。

---

<sup>1</sup> 世卫组织。为健康饮食制定和实施公共食品采购政策的行动框架。日内瓦：世界卫生组织；2020年（<https://www.who.int/publications/i/item/9789240018341>，2021年1月12日访问）。

<sup>2</sup> 所考虑的环境和设施有：日托中心或儿童保育设施、学校、课后/暑期项目、中学后机构、大学、医院、长期和住宿式老年护理设施、政府工作场所、农贸市场、公园、社区中心、体育和娱乐设施、火车站、公共汽车站、机场、军事基地、监狱和青少年拘留设施、自助餐厅/咖啡馆、食堂、餐馆、小吃店、食品亭、小食店和自动售货机。分析还考虑了学校供餐方案、社会服务、社会支持方案、无家可归者收容所、食品分发站、补充营养餐方案、在公共场所举行的体育活动、政府主办的会议和大会。

## 附件 9

**关于如何加强政策的设计和实施，包括有适应能力的卫生系统和  
卫生服务及基础设施的设计和实施，以治疗非传染性疾病患者，  
并在人道主义紧急情况下预防和控制  
其风险因素的指导意见**

1. 本附件介绍了秘书处根据联大第三次预防和控制非传染性疾病问题高级别会议《政治宣言》第 40 段<sup>1</sup>，就如何加强政策的设计和实施，包括有适应能力的卫生系统和卫生服务及基础设施的设计和实施，以治疗非传染性疾病患者，并在人道主义紧急情况下预防和控制其风险因素，为会员国起草指导意见而遵循的进程。
2. 本附件还提供了秘书处根据世卫组织《2013-2030 年预防和控制非传染性疾病全球行动计划》<sup>2</sup>第 31、46 和 48 段开展工作以确保在人道主义紧急情况下非传染性疾病基本服务的连续性（包括救生技术和基本药物的可用性）的最新情况。

### 背景

3. 全世界受人道主义紧急情况影响的人数前所未有。联合国人道主义事务协调厅估计，2020 年有 1.68 亿人需要人道主义援助和保护<sup>3</sup>。持续的 COVID-19 大流行正在加剧这种情况，给本已脆弱的卫生系统增加了额外负担，并扰乱了世界各地的基本卫生服务。
4. 癌症、心血管疾病、慢性呼吸道疾病和糖尿病等非传染性疾病是全世界死亡和残疾的主要原因，对低收入和中等收入国家的影响尤其大，这些国家特别容易受到冲突、流行病、自然灾害和被迫流离失所的影响。2017 年，非传染性疾病在五大难民来源国的死亡率中占 24%至 68%。
5. 护理中断、卫生保健系统突然转变重点、卫生机构无法安全运行并为所有患者提供优质护理、饮食和身体活动习惯改变、压力水平增加、药物依从性降低以及慢性疾病急

---

<sup>1</sup> 联合国大会。联大第三次预防和控制非传染性疾病问题高级别会议《政治宣言》。决议 A/RES/73/2 (<https://digitallibrary.un.org/record/1648984>, 2020 年 11 月 4 日访问), 第 40 段。

<sup>2</sup> 决议 WHA66.10 (2013), 附件。

<sup>3</sup> 人道协调厅。《2020 年全球人道主义概览》。日内瓦：联合国人道主义事务协调厅；2019 年 (<https://www.unocha.org/global-humanitarian-overview-2020>, 2020 年 11 月 4 日访问)。

性加重——所有这些都导致紧急情况和灾难期间与非传染性疾病相关的过高发病率和死亡率<sup>1</sup>。

6. 在针对紧急情况的人道主义应对措施中，卫生部分传统上侧重于传染病和伤害管理，很少针对非传染性疾病。在低收入和中等收入环境中，非传染性疾病服务提供方面的能力和资源往往已经不足。人道主义紧急情况使这一点更加明显，除了紧急情况其它方面造成的损害之外，还造成与非传染性疾病有关的过早死亡、疾病和经济困难。

7. COVID-19 大流行使作为应急准备和反应的一部分改善非传染性疾病管理的必要性达到了新的紧迫程度。非传染性疾病及其风险因素增加了感染的易感性，也增加了 COVID-19 造成严重后果的可能性。与此同时，非传染性疾病服务遭到严重干扰<sup>2</sup>，以致许多非传染性疾病患者得不到他们需要的卫生服务和药品。

### 确保人道主义紧急情况下非传染性疾病服务的连续性：迄今所开展的工作

8. 在提高认识和制定指导意见以支持会员国和人道主义机构确保紧急情况下非传染性疾病护理的连续性方面取得了一些进展：

- **紧急情况下的非传染性疾病：**世卫组织/难民署的政策简报<sup>3</sup>描述了在人道主义紧急情况的防范、应对和恢复过程中，非传染性疾病护理方面的全球最低标准和重点行动
- **将非传染性疾病护理纳入突发事件应对和防范：**东南亚区域办事处的一份技术指导文件<sup>4</sup>概述了将非传染性疾病干预措施纳入国家突发卫生事件防范和应对方面的相关重点行动
- **预防和控制难民和移民中的非传染性疾病：**欧洲区域办事处的技术指导<sup>5</sup>概述了难民和移民群体中的关键重点干预领域

---

<sup>1</sup> 世卫组织东南亚区域办事处。“将非传染性疾病护理纳入突发事件应对和防范”。马尼拉：世界卫生组织东南亚区域办事处；2018年（<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272964/9789290226352-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>）。

<sup>2</sup> 世卫组织。“COVID-19 大流行对非传染性疾病资源和服务的影响：快速评估的结果”日内瓦：世界卫生组织；2020年（<https://apps.who.int/iris/handle/10665/334136>）。

<sup>3</sup> 世卫组织。“突发事件中的非传染性疾病”。日内瓦：世界卫生组织；2016年（<https://apps.who.int/iris/handle/10665/204627>）。

<sup>4</sup> 世卫组织东南亚区域办事处。“将非传染性疾病护理纳入应急反应和准备工作”。马尼拉：世界卫生组织东南亚区域办事处；2018年（<https://apps.who.int/iris/handle/10665/272964>）。

<sup>5</sup> 世卫组织欧洲区域办事处。预防和控制难民和移民中的非传染性疾病：技术指导。哥本哈根：世界卫生组织欧洲区域办事处；2019年（<https://apps.who.int/iris/handle/10665/311461>）。

- 2015 年 6 月，作为一个非正式平台成立了**人道主义环境下非传染性疾病问题非正式工作组**，以分享经验教训，协调和起草人道主义环境下应对非传染性疾病的技术指导。该工作组由联合国难民事务高级专员主持，世卫组织参与其中
- 世卫组织**关于在 COVID-19 疫情期间维持基本卫生服务的业务指导**<sup>1</sup>为在紧急情况下优先考虑非传染性疾病基本服务提供了切入点。秘书处正在根据人道主义情况调整对全球卫生群组 COVID-19 工作队的指导。

9. 跨机构应急医疗包<sup>2</sup>已经修订，纳入了基本的非传染性疾病药品。东地中海区域办事处开发了另外一个非传染性疾病工具包<sup>3</sup>，为初级卫生保健一级遇到的最常见非传染性疾病的管理提供基本药物和医疗设备。自 2017 年以来，该工具包已在阿富汗、孟加拉国、中非共和国、刚果民主共和国、埃塞俄比亚、伊拉克、利比亚、阿拉伯叙利亚共和国和也门使用，并预先部署在包括东耶路撒冷在内的被占巴勒斯坦领土以及迪拜的世卫组织行动供应和物流中心。

10. 然而，非传染性疾病仍然是人道主义应对措施中被忽视的一个方面，在技术和业务指导方面存在重大差距，总部秘书处以及各区域和国家缺乏能力和资源，非传染性疾病没有被充分纳入突发事件防范和应对计划、人道主义数据收集系统和看板。

### 就确保人道主义紧急情况下非传染性疾病基本服务的连续性向会员国提供指导的进程

11. 为了支持会员国致力于加强政策，在人道主义紧急情况下治疗非传染性疾病患者并预防和控制其风险因素，秘书处正在以下领域开展工作：

- **治理**：在本组织范围内，包括在全球卫生群组内，确定一个综合办法，在人道主义紧急情况中应对非传染性疾病
- **规范性工作**：全面了解在人道主义环境中应对非传染性疾病的现有政策、准则和工具，以填补对政府和人道主义机构的指导方面的空白

---

<sup>1</sup> 世卫组织。“关于在 COVID-19 疫情中维持基本卫生服务的临时业务指导”，2020 年 6 月 1 日。日内瓦：世界卫生组织；2020 年 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/332240>)。

<sup>2</sup> 世卫组织。“2017 年跨机构医疗包：供 10 000 人使用约 3 个月的药品和医疗设备”。日内瓦：世界卫生组织；2019 年 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/279428>)。

<sup>3</sup> Slamam S, Lee J, Aragno M, Laroche S, Hogerzeil H. 非传染性疾病紧急医疗包的发展。《东地中海卫生杂志》(关于扩大东地中海区域卫生人力的特刊)，2018 年；24(1):92-98 (<https://doi.org/10.26719/2018.24.1.92>，2020 年 12 月 7 日访问)。

- **技术援助：**提出如何在防范、应对和恢复方面改善对各国的支持，利用危机作为切入点，通过发展可持续的非传染性疾病预防服务，更好地重建卫生系统
- **研究：**继续与学术合作伙伴进行现有的工作，以形成研究议程，从而为加强突发事件防范和应对的政策提供信息
- **筹资：**与捐助方一起倡导优先搭建桥梁，以期在人道主义紧急情况中在卫生、发展和建设和平部门优先考虑非传染性疾病预防。

12. 秘书处将在 2021 年 5 月提交给第七十四届世界卫生大会的报告中更新本附件。



## 附件 10

## 联合国预防和控制非传染性疾病机构间工作队工作的最新情况

1. 本附件提供了联合国预防和控制非传染性疾病机构间工作队在实施世界卫生组织《2013-2020 年预防和控制非传染性疾病全球行动计划》、联大第三次预防和控制非传染性疾病问题高级别会议《政治宣言》(大会第 73/2 号决议 (2018 年))、卫生大会关于落实该政治宣言的 WHA72(11)号决定 (2019 年) 以及联合国经济及社会理事会关于该工作队的 E/RES/2019/26 号决议方面的最新工作情况<sup>1</sup>。
2. 工作队确保整个联合国系统采取协调一致的行动, 支持会员国实现与非传染性疾病有关的可持续发展目标。它提供高质量的技术支持, 以推动各国的多部门行动。过去一年, 工作队的三名成员——联合国难民事务高级专员、国际劳工组织和经济合作与发展组织——发布了关于非传染性疾病的简报; 现在共有 12 名成员在工作队框架内发布了简报<sup>2</sup>。
3. 总干事关于工作队的报告于 2020 年 3 月提交给经济及社会理事会<sup>3</sup>, 该报告描述了过去一年在工作队的战略重点方面取得的进展和成就<sup>4</sup>, 包括联合规划编制任务、联合规划和举措、《人人享有健康生活和福祉全球行动计划》<sup>5</sup>, 以及在建立联合国非传染性疾病和精神卫生多伙伴信托基金以支持各国扩大非传染性疾病和精神卫生行动方面的进展。该报告还强调了非传染性疾病与 COVID-19 之间的联系。
4. 经济及社会理事会在关于工作队工作的第 2020/22 号决议中<sup>6</sup>, 呼吁工作队成员继续共同努力, 根据工作队 2019-2021 年战略, 确定更多技术资源, 以加强对会员国的支持, 特别关注会员国在 COVID-19 应对和恢复期间的需求。

<sup>1</sup> 联合国经济及社会理事会。联合国预防和控制非传染性疾病机构间工作队: 决议草案。文件 E/2019/L.16 (<https://undocs.org/E/2019/L.16>)。

<sup>2</sup> 世界卫生组织。联合国机构简报: 应对非传染性疾病挑战。日内瓦: 世界卫生组织; 2019 年 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/327396/WHO-UNIATF-19.98-eng.pdf?ua=1>)。

<sup>3</sup> 联合国经济及社会理事会。联合国预防和控制非传染性疾病机构间工作队。纽约: 联合国; 2020 年。文件 E/2020/51 (<https://undocs.org/en/E/2020/51>)。

<sup>4</sup> 世界卫生组织。联合国预防和控制非传染性疾病机构间工作队。2019-2021 年战略。日内瓦: 世界卫生组织; 2019 年 (<https://www.who.int/groups/un-inter-agency-task-force-on-NCDs>, 2021 年 1 月 12 日访问)。

<sup>5</sup> 世界卫生组织。《人人享有健康生活和福祉全球行动计划》[网站]。日内瓦: 世界卫生组织 (<https://www.who.int/initiatives/sdg3-global-action-plan/about>, 2020 年 12 月 7 日访问)。

<sup>6</sup> 联合国经济及社会理事会。决议 E/RES/2020/22: 联合国预防和控制非传染性疾病机构间工作队 (<https://digitallibrary.un.org/record/3874500?ln=en>)。

5. 2020年9月，发布了世卫组织、联合国开发计划署和工作队关于在 COVID-19 大流行期间和之后应对非传染性疾病的出版物，工作队的 30 多名成员为这一出版物做出了贡献<sup>1</sup>。该出版物建立在世卫组织关于如何在大流行期间维持非传染性疾病和精神卫生基本卫生服务的业务指导的基础上。它面向各国政府、决策者、联合国系统各组织和发展伙伴，并解释了为什么非传染性疾病方面强有力的行动必须成为 COVID-19 应对和恢复工作的一个组成部分。

6. 经济及社会理事会关于工作队 2019 年工作的 E/RES/2019/9 号决议鼓励通过专门的多伙伴信托基金等创新筹资机制调动资源。因此，工作队秘书处起草了职权范围，由联合国多伙伴信托基金办公室作为行政代理。首先，该信托基金将支持低收入和中等收入国家获得促进性资源以应对非传染性疾病，作为其国家 COVID-19 应对和恢复计划的一部分。

7. 2020年2月，工作队和世卫组织全球结核病规划与 15 个机构和双边发展伙伴一起对尼日利亚进行了一次联合考察。

8. 工作队成员继续实施联合规划，支持各国推进非传染性疾病行动。一个例子是世卫组织/联合国开发计划署促进非传染性疾病多部门行动的联合项目，该项目迄今已与会员国合作，在非传染性疾病预防和控制以及精神卫生方面提供了 26 个投资论证文件。投资论证文件为各国提供了在国家一级加强立法、财政和监管措施的证据和论据。

9. 为应对 COVID-19 大流行而设立的新规划的一个例子是戒烟普及倡议<sup>2</sup>，该倡议与各国政府、联合国和私营部门合作，在低收入和中等收入国家加速戒烟。

10. 工作队成员致力于使其非传染性疾病和精神卫生活动与联合国全面应对 COVID-19 之举保持一致，例如通过：(i)提高国家对非传染性疾病预防和治疗投资回报的认识，以确保国内预算拨款和发展筹资讨论；(ii)帮助各国将非传染性疾病纳入其社会经济应对计划；(iii)参加世卫组织 COVID-19 和非传染性疾病工作组。世卫组织促进健康生活和福祉的全球行动计划继续为工作队的许多成员提供一个重要的工作平台。

---

<sup>1</sup> 世卫组织/开发署。《在 COVID-19 大流行期间和之后应对非传染性疾病》。日内瓦：世界卫生组织；2020 年 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/334145>)。

<sup>2</sup> 世卫组织。“世卫组织和合作伙伴帮助 10 亿多人戒烟以降低 COVID-19 风险” (<https://www.who.int/news-room/detail/09-07-2020-who-and-partners-to-help-more-than-1-billion-people-quit-tobacco-to-reduce-risk-of-covid-19>, 2020 年 11 月 5 日访问)。

11. 2020年9月24日，在联合国大会期间举行了一次“工作队之友”活动，借此机会，会员国和发展伙伴能够提供其在非传染性疾病和精神卫生方面的最新工作情况，工作队也能够提供其最新活动情况。世卫组织总干事宣布了2020年工作队奖的获奖者<sup>1</sup>。

= = =

---

<sup>1</sup> 世卫组织。2020年工作队奖 (<https://www.who.int/news-room/detail/25-09-2020-uniatf-awards-2020>, 2020年11月5日访问)。