



2030 年免疫议程

实现全球免疫目标和实施《2030 年免疫议程》的进展情况

总干事的报告

1. 在 WHA73(9)号决定中，第七十三届世界卫生大会决定：核可疫苗和免疫的新全球愿景和总体战略：《2030 年免疫议程》；请总干事继续监测进展情况，并作为一个实质性议程项目，从第七十五届世界卫生大会开始，每两年通过执行委员会向卫生大会报告在实现《2030 年免疫议程》全球目标方面取得的成就。

2. 此处总结的《2030 年免疫议程》(IA2030)2023 年《技术进展报告》¹报告了实现 2022 年设定目标的进展情况，概述了一系列高级别重点事项，并阐述了《2030 年免疫议程》在国家、区域和全球层面的实施情况。

实现《2030 年免疫议程》目标的进展情况

3. 《2030 年免疫议程》包括七项全球指标，用于跟踪实现其三项影响目标的进展情况（附件 1）：

- (a) 在每个人的整个生命过程中降低疫苗可预防疾病导致的死亡率和发病率。
- (b) 增加新的和现有疫苗的公平获取和使用，不让任何人掉队。
- (c) 加强初级卫生保健范围内的免疫接种并促进全民健康覆盖及可持续发展，确保每个人的健康和福祉。

¹ 《2030 年免疫议程》2023 年技术进展报告。日内瓦：世界卫生组织，2023 年。

4. 2020 年和 2021 年，与大流行前的 2019 年成就相比，COVID-19 大流行导致多项免疫指标出现倒退。大流行导致供应方和基本服务提供严重中断，给卫生系统造成创伤，令卫生工作者疲惫不堪，并产生需求方后果，现有卫生服务的利用率下降。

5. 2022 年，复苏初现，三剂含白喉、破伤风和百日咳的疫苗（DTP3）的全球覆盖率为 2021 年的 81% 上升到 2022 年的 84%，但尚未达到 2019 年 86% 的水平。零剂次儿童（未接种过一剂 DTP3 疫苗）的数量减少了 380 万，从 2021 年的 1810 万下降到 2022 年的 1430 万，但仍远高于 2019 年的 1290 万，并且比《2030 年免疫议程》如期实施情况下预期的 2022 年人数高出 330 万（30%）。

6. 此外，各个区域和国家的恢复极不平衡。低收入国家和非洲区域的进展最少。总体而言，2021 年至 2022 年期间，26 个低收入国家的 DTP3 覆盖率没有增加。在非洲区域，零剂次儿童的人数从 2021 年的 764 万增加到 2022 年的 778 万，比 2019 基准年增加了 25%。各国内部在缩小公平差距方面进展甚微或没有进展，与 2019 年基准年相比，2022 年表现最好和最差地区的覆盖率差异有所增加。

7. **影响目标 1.1: 避免未来的死亡。**建模表明，如果实现覆盖率目标，2021 年至 2030 年期间通过接种针对 14 种主要病原体的疫苗，估计未来总共将避免 5000 万例死亡¹。据估计，2022 年通过接种疫苗避免了未来的 410 万例死亡，比目标少了 9.3%。由于未能在 2022 年实现覆盖率目标，估计未来死于疫苗可预防疾病的人数将增加 42.2 万人。

8. **影响目标 1.2: 实现区域或全球控制、消除和消灭目标的国家数量。**为实现这一目标而作出的努力情况如下：

- 野生脊灰病毒仍然在阿富汗和巴基斯坦流行。2022 年在莫桑比克发现了 8 例野生脊灰病毒病例，与马拉维的一例病例有关，该病例在 2021 年被发现，被认为是从巴基斯坦输入的。由于没有持续传播的证据，该区域的消灭状况没有受到影响。
- 根据国家核查委员会向区域核查委员会提交的最新报告，有 83 个国家（43%）在消除麻疹方面得到了核查，比以前的报告略有增加。

¹ 白喉、乙型肝炎病毒、乙型流感嗜血杆菌、人乳头状瘤病毒、日本脑炎病毒、脑膜炎奈瑟菌血清群 A、百日咳、肺炎链球菌（肺炎球菌结合疫苗，PCV）、轮状病毒、破伤风、结核病（卡介苗）和疟疾。

- 在全球范围内，51%的国家已经实现了消除风疹的目标。2022年，新近证实有两个国家实现了消除风疹。
- 截至2022年底，有12个国家尚未消除孕产妇和新生儿破伤风（与2021年相比没有变化）。

9. **影响目标 1.3: 大规模或破坏性疫苗可预防疾病疫情的数量。**与2021年相比，2022年麻疹、霍乱和脑膜炎球菌病的大规模或破坏性疫情数量有所增加；野生脊灰病毒和埃博拉疫情保持稳定；循环的疫苗衍生脊灰病毒（cVDPV）疫情略有减少，黄热病显著减少。

10. **影响目标 2.1: 零剂次儿童的人数。**零剂次儿童人数从2021年的1810万减少到2022年的1430万。然而，这一数字仍比2019基准年（1290万）高出11%。

11. **影响目标 2.2: 低收入和中等收入国家引进新的或未充分利用的疫苗。**除COVID-19疫苗外，与2020年和2021年相比，2022年低收入和中等收入国家的新疫苗引进有所增加（2020年22；2021年39；2022年45）。2022年新引进数量最多的是：第二剂灭活脊灰疫苗（IPV2）；人乳头状瘤病毒疫苗（HPV）；第二剂含麻疹成分的疫苗（MCV2）。

12. **影响目标 3.1: 整个生命周期中的疫苗接种覆盖率。**2021年至2022年期间，用于评估不同生命阶段疫苗接种覆盖率的所有四项指标的全球覆盖率均有所提高¹；除DTP3外，2022年的所有覆盖率均超过了2019年基线水平。区域覆盖率各不相同，特别是就第三剂肺炎球菌疫苗（PCV3）（23%至83%）和完整接种人乳头状瘤病毒疫苗（HPVc）（0.2%至52%）而言。

13. **影响目标 3.2: 全民健康覆盖服务覆盖指数。**接种DTP3疫苗的一岁儿童比例是全民健康覆盖服务覆盖指数中生殖、孕产妇、新生儿和儿童健康部分的一个示踪指标。2000年至2021年间，人口加权全球服务覆盖指数得分从45分上升到68分（满分100分）。与2015年之前的进展相比，最近的覆盖率进展有所放缓，2015年至2021年间仅上升了三个指数点。这种停滞模式意味着45亿人没有得到基本卫生服务的充分覆盖²。

¹ DTP3（1岁）、第2剂含麻疹成分的疫苗（MCV2）（2岁）、第3剂肺炎球菌结合疫苗（PCV3，儿童期）和全程人乳头状瘤病毒疫苗（HPVc，青少年期）。

² 《跟踪全民健康覆盖：2023年全球监测报告》。日内瓦：世界卫生组织和国际复兴开发银行/世界银行；2023年（2023年10月25日访问）。

14. 《2030 年免疫议程》战略重点规划绩效指标：15 项全球战略重点目标的指标——投入、过程、产出和结果的综合衡量——跟踪国家、区域和全球各级的表现。由于国家和区域差异大，没有设定全球目标。附件 2 显示了这些指标的基线和最新可用数据。

15. 在全球范围内，2022 年疫苗接种覆盖率指标（衡量多个年龄段针对 11 种疾病的疫苗的平均覆盖率¹）升至 72%，超过了 2019 年的基线水平（71%）。然而，区域恢复程度各不相同，非洲区域的恢复幅度最小。

16. 在国家以下一级，2022 年公平差距继续扩大。就第三剂含白喉、破伤风和百日咳的疫苗（DTP3）、第一剂含麻疹成分的疫苗（MCV1）和第二剂含麻疹成分的疫苗（MCV2）而言，2022 年表现最好的 20%地区的覆盖率超过了 2019 年的基线水平，而表现最差的 20%地区的覆盖率仍显著低于该基线水平。

17. 总体而言，免疫接种在 2022 年显示出初步恢复迹象。然而，恢复情况参差不齐，并非所有国家都有所恢复，某些国家组别（如低收入国家）的进展微乎其微或没有进展。此外，在国家内部，公平仍然是一个重大挑战，服务不足人群的覆盖率几乎没有改善。

《2030 年免疫议程》的实施

18. 在 2021 年 5 月举行的第七十四届世界卫生大会上，许多会员国表示支持通过《行动框架》实施《2030 年免疫议程》。《行动框架》详细说明了协调一致的业务规划、监测和评价、所有权和问责制以及沟通和宣传如何成为实施工作和在当地产生影响的关键驱动力。它强调各区域和各国的特殊作用。

19. 各区域已经完成了或正在制定符合《2030 年免疫议程》的区域战略，信息来自区域免疫技术咨询小组，包括区域监测和评估框架。

20. 通过国家免疫战略倡议，世卫组织和合作伙伴正在支持各国制定符合《2030 年免疫议程》的新免疫战略。总共有 23 个国家制定了国家免疫战略，18 个国家正在最后确定其战略。另有 35 个国家计划在 2023-2024 年期间制定战略。

21. 2030 年免疫议程伙伴关系理事会由 17 名高级领导人组成，包括国家、区域、全球机构和民间社会的代表，理事会在 2022 年举行了两次会议。伙伴关系理事会扩充了其

¹ 白喉、破伤风、百日咳、人乳头状瘤病毒、乙型肝炎病毒、乙型流感嗜血杆菌、脊灰病毒、麻疹、肺炎球菌、风疹和轮状病毒。

成员，纳入了三个非代表性成员，核可了《基本免疫恢复计划》，并批准将麻疹和风疹伙伴关系纳入《2030年免疫议程》架构。

22. 《2030年免疫议程》的日常管理由协调小组负责。该小组每月举行会议，并得到一个小虚拟秘书处的支持。协调小组由来自伙伴组织的10名主任级成员组成。

23. 2023年2月在日内瓦举行了第一次全球合作伙伴会议。会议确定需要加强《2030年免疫议程》区域协调结构，以确保合作伙伴的支持得到协调并有效地适应国家需求。

24. 《2030年免疫议程》的一些工作组正在推进七项战略重点的技术工作。其他工作组则专注于监测和评价、沟通和宣传等交叉领域。

25. 除了支持“大追赶”倡议外，2022年支持《2030年免疫议程》目标的工作组活动还包括开发资源，以促进免疫和其他初级卫生保健服务的整合，以及一系列关于生命全程免疫接种的网络研讨会。

26. 附件3概述参与《2030年免疫议程》的主要机构。全球伙伴关系在《行动框架》附件2中有详细描述¹。

协调一致的全球应对措施

27. 《2030年免疫议程》2022年技术进展报告总结了2021年的免疫数据，显示免疫覆盖率出现了令人担忧的倒退，零剂次儿童人数大幅增加。该报告包括一个行动议程——需要采取紧急行动来遏制和扭转倒退的12个重点领域。

28. 为响应这一行动议程，许多国家、区域和全球合作伙伴已采取措施收复失地，并在2022年取得了一些进展。

29. 2023年初，全球合作伙伴发起了“大追赶”倡议，以支持各国为在大流行期间错过疫苗接种的儿童提供服务，并恢复免疫轨迹，以实现《2030年免疫议程》的目标。该倡议基于三大支柱：

- 追赶：为在大流行期间错过疫苗接种的儿童提供服务。

¹ 实施《2030年免疫议程》：通过协调规划、监测和评价、掌控和问责及沟通和宣传采取行动的框架 (<http://www.immunizationagenda2030.org/framework-for-action>, 2023年10月26日访问)。

- 恢复：使疫苗接种覆盖率恢复到至少 2019 年的水平。
- 加强：在初级卫生保健系统中建设免疫规划的能力，以减少未来出生队列中错过疫苗接种的儿童人数，并恢复实现《2030 年免疫议程》目标的绩效轨迹。

结论和下一步工作

30. COVID-19 大流行以及其他各种环境和地缘政治挑战对免疫接种产生了极具破坏性的影响。现在，面临危及生命的疫苗可预防疾病风险的幼儿（以及青少年和成年人）增加了数百万。

31. 2022 年，DTP3 等关键指标的全球覆盖率下降趋势得到遏制和扭转，几乎恢复到 2019 年基准年的水平。

32. 然而，各国的恢复极不均衡，尤其是低收入国家尚未出现显著恢复。

33. 各国内部在实现疫苗公平方面进展甚微，服务最好和最差地区之间的差距继续扩大。

34. 《2023 年免疫议程技术进展报告》包括一个共同的行动议程，其中有六个短期重点领域，以协调国家、区域、全球合作伙伴和其他利益攸关方的努力，如下所述。

- (1) 追赶和加强：加紧努力，以惠及在大流行期间错过疫苗接种的儿童，并加强国家免疫规划，满足整个生命过程中的所有疫苗接种需求。
- (2) 促进公平：确保追赶和加强活动特别有利于目前最受忽视的社区。
- (3) 重新控制麻疹：加强麻疹疫情应对，加强预防，特别是在可持续加强国家免疫规划背景下。
- (4) 为投资和纳入初级卫生保健提供理由：在国家、区域和全球各级加强宣传，以增加对免疫接种的投资，将其纳入初级卫生保健并作为卫生系统的一部分。
- (5) 加速新疫苗的引进：在尚未引进世卫组织推荐的疫苗的地方促进这些疫苗的实施。
- (6) 推进青少年期疫苗接种：在尚未将人乳头状瘤病毒疫苗纳入国家规划的地方加快引入该疫苗，并在已经引入的地方提高其覆盖率。

35. 完善《2030 年免疫议程》业务模式将继续将重点转移到区域层面，以促进根据各国的实际情况和需求向各国提供协调的和有针对性的支持。

36. 由 2030 年免疫议程工作组牵头的深入审查和其他活动将整理重点领域的证据，并为全球合作伙伴和其他利益攸关方提出建议。

执行委员会的行动

37. 请执委会注意本报告。还请委员会就下列问题提出意见和指导。

- 全球合作伙伴可以采取哪些行动来支持各国加快上述六个重点领域(上文第 34 段)的进展？
- 各国如何加强其对作为全民健康覆盖、改善人口健康和大流行防范的关键推动因素的综合初级卫生保健系统内免疫接种的政治和资金承诺？

附件 1

《2030 年免疫议程》影响目标的指标和具体目标，基线和 2022 年数据

影响目标	指标	2030 年具体目标	2022 年相对于基线的进展 ^a 除非另有说明，否则以 2019 年为基准																															
1 预防疾病	1.1 通过免疫接种避免的未来死亡人数	2021-2030 年通过免疫接种避免了未来 5000 万人 死亡 ^b	<p>2030 年具体目标 5000 万 1 222 万 (累计, 2020-2022 年) 2022 年 410 万 (比年度具体目标低 91.8%)</p>																															
	1.2 实现区域或全球疫苗可预防疾病控制、消除和消灭目标的国家数量和比例	所有国家 都实现了目标 脊灰(野生脊灰)的消灭目标和麻疹、风疹以及孕产妇和新生儿破伤风(MNT)的消除目标。未来几年可能会增加额外的疫苗可预防疾病目标。	<p>野生脊灰 99% (192/194) 麻疹 43% (83/194) 风疹 51% (98/194) MNT 94% (182/194)</p>																															
	1.3 大规模或破坏性疫苗可预防疾病暴发的数量	每年大规模或破坏性疫苗可预防疾病暴发的数量呈 下降趋势	<table border="1"> <thead> <tr> <th>疫苗可预防疾病</th> <th>2018-2020 年年平均数</th> <th>2022 年</th> <th>趋势</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>霍乱</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>↑</td> </tr> <tr> <td>埃博拉</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>↓</td> </tr> <tr> <td>麻疹</td> <td>51</td> <td>37</td> <td>↓</td> </tr> <tr> <td>脑膜炎球菌</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>↑</td> </tr> <tr> <td>循环的疫苗衍生脊灰病毒</td> <td>22</td> <td>32</td> <td>↑</td> </tr> <tr> <td>野生脊灰病毒</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>↑</td> </tr> <tr> <td>黄热病</td> <td>4</td> <td>1</td> <td>↓</td> </tr> </tbody> </table>	疫苗可预防疾病	2018-2020 年年平均数	2022 年	趋势	霍乱	1	5	↑	埃博拉	1	0	↓	麻疹	51	37	↓	脑膜炎球菌	2	4	↑	循环的疫苗衍生脊灰病毒	22	32	↑	野生脊灰病毒	2	3	↑	黄热病	4	1
疫苗可预防疾病	2018-2020 年年平均数	2022 年	趋势																															
霍乱	1	5	↑																															
埃博拉	1	0	↓																															
麻疹	51	37	↓																															
脑膜炎球菌	2	4	↑																															
循环的疫苗衍生脊灰病毒	22	32	↑																															
野生脊灰病毒	2	3	↑																															
黄热病	4	1	↓																															
2 促进公平	2.1 零剂次儿童人数	零剂次儿童人数 减少 50%	<p>620 万 (2030 年目标) 2019 (基线) 620 万 2022 1 430 万 增加 140 万 (22.7%)</p>																															
	2.2 低收入和中等收入国家引进新的或未充分利用的疫苗	到十年末 500 次 疫苗引进	<p>500 (2030 年目标) 45 (累计) 237 (累计) 目标的 47% COVID-19, 2020-2021 常规, 2020-2021 常规, 2022</p>																															
3 建立强有力的免疫规划	3.1 整个生命周期中的疫苗接种覆盖率	选定疫苗全程 覆盖率达 90%	<p>DTP3 86% 84% MCV2 71% 74% PCV3 51% 60% HPVc 14% 15% 90% (2030 年目标)</p>																															
	3.2 全民健康覆盖服务覆盖指数	所有国家、区域和全球的全民健康覆盖率 提高	<p>全球 全球基线: 68 2021 年平均数: 68 区域数量 1 5 国家数量 68 71 55 2021 年相对于基线的变化, 上升 无变化 下降</p>																															

^a 橙色数字的指标表示在实现 2030 年目标方面“偏离轨道”，蓝色数字表示“在轨道上”。

^b 估计数不包括因接种 COVID-19 疫苗而避免的死亡数。

附件 2

战略重点规划绩效指标、基线和 2022 年数据^a

战略重点	指标	2022 年数据 除非另有说明，否则 2021 年为指标基准
1 初级卫生保健和 全民健康覆盖免 疫规划	1.1 有证据表明在国家和国家以下各级采用了监测、评价和行动机制的国家所占比例	2023 年数据即将公布
	1.2 每 10 000 人的医生、护士和助产士密度 ^b	每 10 000 人 53.7 名卫生工作者。 (医生: 16.9; 护士/助产士: 36.9) 2019 年基线: 56.4 (17.4 名医生和 39 名护士/助产士)
	1.3 全国监测中 90%的地区及时报告所有重点疫苗可预防疾病疑似病例的国家所占比例 ^b	38% (24 个试点国家中有 9 个国家报告≥90%的地区或其他行政级别≥90%及时报告)
	1.4 达到服务交付水平的完全提供含百白破疫苗和含麻疹成分的疫苗的时间所占比例 ^b	35% (194 个国家中的 67 个) ^d
	1.6 在每百万人口的免疫接种案例安全报告之后, 至少有一份关于个别严重不良事件的记录(有报告表和/或以表格形式列报)的国家比例	47% (194 个国家中的 92 个) 2019 年基线: 28% (194 个国家中的 54 个)
2 承诺和需求	2.1 立法支持免疫作为公共产品的国家所占比例	59% (194 个国家中的 115 个)
	2.2 为解决疫苗接种不足问题而实施行为或社会策略(换言之, 刺激需求策略)的国家所占比例 ^b	45% (194 个国家中的 87 个)
3 覆盖和公平	3.2 第 3 剂百白破疫苗、第 1 剂含麻疹成分的疫苗和第 2 剂含麻疹成分的疫苗在接种率最低的 20%地区的覆盖率(各国平均)	69% DTP3、66% MCV1、57% MCV2 2019 年基线: 74% DTP3、72% MCV1、64% MCV2
4 生命历程和整合	4.1 保护的广度(世卫组织推荐的所有疫苗抗原的平均覆盖率)	72% 2019 年基线: 71%
5 疫情与突发事件	5.1 及时发现和应对的脊灰、麻疹、脑膜炎球菌、黄热病、霍乱和埃博拉病毒暴发所占比例	18% (40 次暴发中有 7 次; 不包括脊灰病毒)。 2018-2020 年平均基线: 25%
6 供应与可持续性	6.1 疫苗市场的健康状况, 按疫苗抗原和国家类型分类	2023 年数据即将公布
	6.2 国内政府和捐助者在初级卫生保健方面的支出增加或保持稳定的国家所占比例	83% (2019 年至 2020 年, 24 个国家中的 20 个) 2018-2019 年基线: 75% (24 个国家中的 18 个)
	6.3 国家免疫接种计划中由国内政府资源供资的疫苗支出份额增加或保持稳定的低收入和中等收入国家所占比例 [¶]	61% (56 个国家中的 34 个, 2021 年至 2022 年) 2018-2019 年基线: 68% (56 个国家中的 38 个)
7 研究和创新	7.1 确立免疫研究议程的国家所占比例 ^b	13% (194 个国家中的 26 个)
	7.2 实现全球研究和发目标的进展情况	2024 年数据即将公布

^a 该表仅包括已确定全球指标的战略重点目标; 没有为战略重点目标 1.5 或 3.1 规定全球指标。

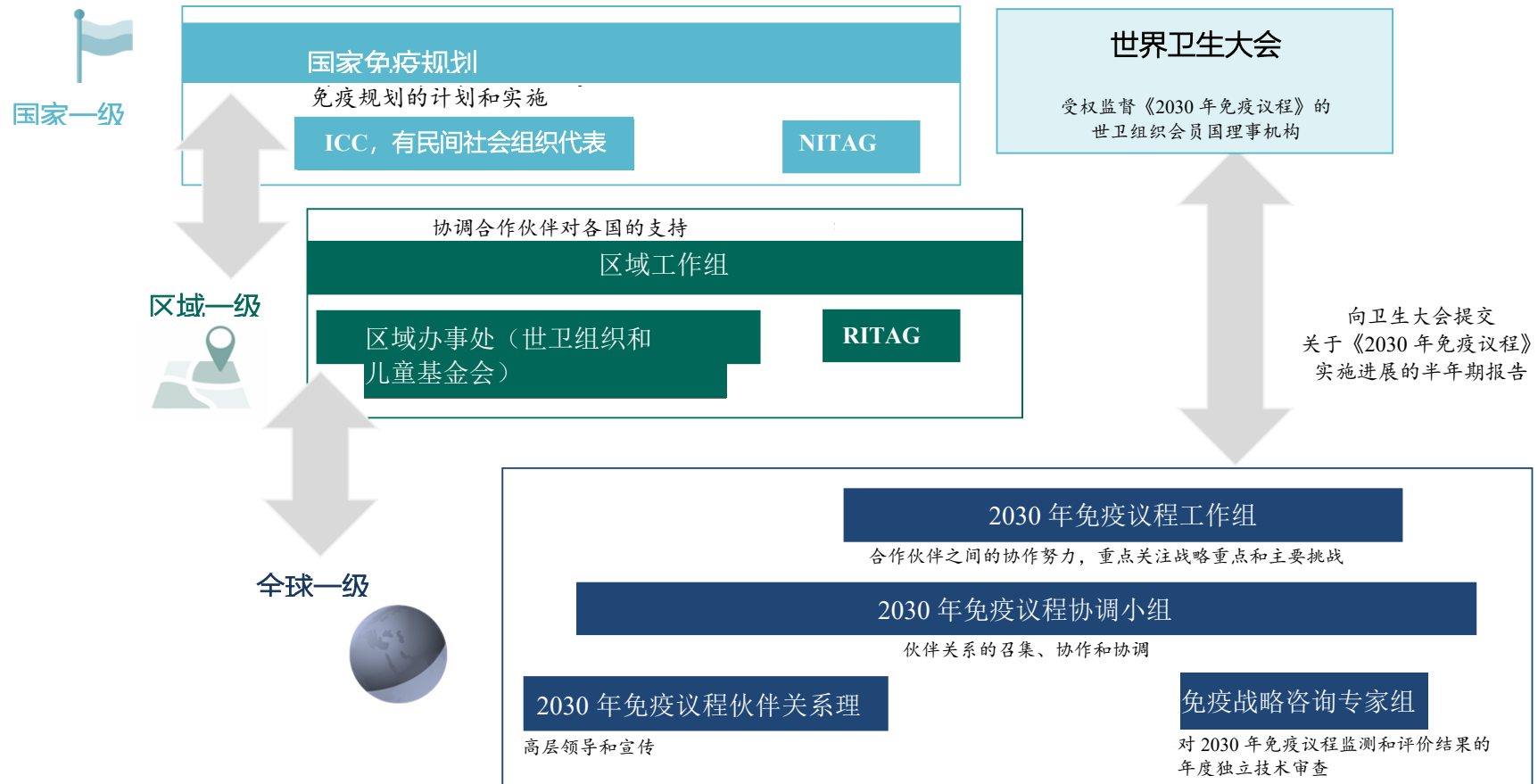
^b 指标基于 2021 年试行的世卫组织/儿童基金会新的电子免疫联合报告表(eJRF)中的问题。由于指标的新颖性和各国报告指标的能力, 数据存在局限性。将根据试点期间吸取的经验教训对问题进行修订。

^c 使用 2020 年的数据, 因为 2022 年的数据尚未公布。

^d 在区一级报告; 将进行进一步讨论以完善该指标。

估计数不包括 COVID-19 疫苗接种的国内支出。

《2030 年免疫议程》主要利益攸关方之间的关系¹



¹ CSO: 民间社会组织; ICC: 机构间协调委员会; NITAG: 国家免疫技术咨询小组; RITAG: 区域免疫技术咨询小组; SAGE: 免疫战略咨询专家组。