



## 结核预防和控制的可持续筹资

### 秘书处的报告

1. 在其第二次会议上，千年发展目标高级别论坛（阿布贾，2004 年 12 月 2-3 日）认识到可持续筹资对于朝着实现这些目标取得进展至关重要。在千年发展目标 6“与艾滋病毒/艾滋病、疟疾和其它疾病作斗争”下，具体目标 8 与结核有关：“到 2015 年制止并开始扭转疟疾和其它主要疾病的发病率增长”。一项 2006-2015 年全球计划以实现结核的这一目标将于 2005 年底启动。实现这项具体目标的指标是与结核有关的患病率和死亡率以及结核控制直接督导下的短程化疗（DOTS）战略<sup>1</sup>下检出和治愈的结核病例比例。本报告对讨论促进在该全球计划内和在加强卫生系统的背景下控制结核的可持续筹资提供一个框架。

2. 结核控制的可持续筹资系指促进公平，实现拨款、分配和及时利用方面效率，与透明度和责任制相适应并鼓励可能达到的最高财政自足水平的一整套财政方案。可利用的符合这些标准的方案包括本国公共资金、本国私立资金、外部公共资金和外部私立资金。

3. WHA44.8 和 WHA46.36 号决议对 2000 年确定的全球结核控制目标是检出 70% 新传染性病例和成功治疗 85% 痰检阳性患者。各国仍必须实现这些目标和保持或改善这些控制水平，以实现千年发展目标所表明降低患病率和死亡率。即使已经取得相当大的进展，但是卫生大会在 WHA53.1 号决议中认识到，结核负担最沉重的大多数国家到 2000 年将不能实现这些全球目标。它认可了重新确定到 2005 年目标的阿姆斯特丹控制结核宣言（2000 年）。许多国家已朝着实现这些目标取得相当大的进展：新的痰检阳性病例的最新全球数字表明病例检出率为 45%（在 2003 年底时）和治疗成功率为 82%（2002 年登记患者）<sup>2</sup>。根据 2003 年底的病例检出数字，继续最近的增长趋势将导致到 2005 年病例检出率为 60% 和到 2007 年实现 70% 全球目标。虽然治疗成功率在非洲（73%）和欧洲（76%）显著低于平均数，但是 85% 这一全球目标率到 2005 年应可实现。虽然结核发病率在除非洲

<sup>1</sup> 直接督导下的短程化疗战略系国际建议的结核控制战略，由五项要素组成：政治承诺，病例检出，标准化短程化疗，定期药物供应，以及记录和报告。见文件 WHO/CDS/TB/2002.297。

<sup>2</sup> 全球结核控制：监测、计划、筹资。日内瓦，世界卫生组织，2005 年。

区域之外的所有区域正在下降或稳定，但是由于非洲发病率的上升（由 HIV 流行的推动），2003 年全球发病率正在以每年 1% 的速度增加。

4. 抗药性结核和由 HIV 推动的结核流行对结核控制造成特别的困难。虽然在普遍实施直接督导下的短程化疗战略方面的进展将有助于防止抗药性的进一步出现，但是应用作为标准的直接督导下的短程化疗战略修改的 DOTS-Plus 是必要的，以阻止目前抗药性病例对结核全面流行的促进作用。在资源有限环境中应用 DOTS-Plus 战略已在多药物抗药性结核患者中使新的和以前治疗过的患者治疗成功率分别达到 77% 和 69%（与工业化环境的成功率相似）。控制与 HIV 有关的结核有赖于结核和 HIV 规划之间在实施扩大的控制战略方面的合作，包括针对结核（全面实施直接督导下的短程化疗战略，强化病例检出和治愈，以及预防性治疗）和 HIV（并因此间接针对结核）的干预措施并与一国的 HIV 患病率相适应的政策修订<sup>1</sup>。

5. 迄今为止在全球结核控制方面的进展建立在组成伙伴关系，就主要政策和战略取得共识，在全球、区域和国家各级良好协调和改进计划工作，以及为实施直接督导下的短程化疗战略增加筹资的基础之上。提供更多资金，开发更好的手段（新药，改进诊断工具和更有效的疫苗），以及所有卫生提供者（无论在公立部门或私人开业）应用国际防治标准，提供了全球结核控制方面加快进展的前景。

6. 在全球级，控制结核伙伴关系目前为促进和协调一系列广泛和日益增加的利益相关方面的捐款提供一个有效的手段。2001 – 2005 年控制结核全球计划确定了全球结核控制（实施和研究）所需的资金。扩大直接督导下的短程化疗工作小组在结核/HIV 和 DOTS-Plus 工作小组的合作下协调直接督导下的短程化疗战略的实施。宣传和交流工作小组促进对伙伴关系活动的支持和认识。区域在伙伴关系、协调和计划方面的进展存在着差别。

7. 在国家级，通过国家机构间协调委员会，正在组成更多的国家控制结核伙伴关系，以支持实施长期扩大直接督导下的短程化疗计划。到 2005 年已建立 5 个新的国家伙伴关系（巴西、印度尼西亚、墨西哥、巴基斯坦和乌干达）。

8. 迄今为止，在结核发病率高的国家，结核控制由来自政府和本国其它来源以及外部来源（包括双边、多边和非政府组织及基金会）资助。在 2004 年全球结核控制可利用的资金中，84% 来自本国，16% 来自外部来源。会员国在 2000 年阿姆斯特丹宣言中对确保充足持续本国资源的承诺在 2001 年华盛顿承诺中得到重申，并在 2004 年印度新德里控制结核合作伙伴论坛上得到增强。目前，抗艾滋病、结核和疟疾全球基金正在作出大量财政贡献，并且其它多边和双边来源也已增加资助。在 2002 年至 2004 年最初四轮申

---

<sup>1</sup> 文件 WHO/HTM/TB/2004.330。

请中，全球基金对结核（包括与 HIV 有关的结核）控制建议承诺的资金总额为 12.18 亿美元。为疾病控制增加资助的其它新机制包括减贫战略文件以及有关的赠款、信贷和贷款。

9. 尽管最近在结核控制方面取得的进展，仍存在重要的制约。结核负担沉重国家于 2004 年确定的最常见的制约包括人力资源危机，管理能力不足，基础设施薄弱，政治承诺无力，实验室服务薄弱，以及监测和评价不力。此外，所有卫生提供者（包括私立从业人员和各公立提供者）参与结核规划有限以及社区和患者动员不足以要求和促进结核防治。在 HIV 和结核流行的这些国家，尤其在撒哈拉以南非洲，HIV 的影响加剧了对结核控制的许多限制并正在阻碍实现全球结核控制目标。就全球而言，仅一小部分抗药性结核患者能获得充足管理。最后，尽管为结核控制筹集了更多资源，但是现有供资差距和未来筹资的不确定性继续阻碍计划和实施工作。全球结核控制—实施（包括能力发展）和研究—所需财政资源总额为 2004 年和 2005 年每年 22 亿美元，估计每年短缺为 8 亿美元。这部分增加的资金必须来自结核发病率高的国家和外部来源。

10. 为实现与结核有关的千年发展目标（目标 6 下具体目标 8）必须为 2006 年至 2015 年时期确定长期计划和有关的资金提供。正如结核流行问题第二次特设委员会会议<sup>1</sup>、宏观经济与卫生委员会<sup>2</sup>和与卫生有关的千年发展目标高级别论坛所建议的那样，加快进展将需要卫生系统的广泛改善<sup>3</sup>。国家政府必须与一系列伙伴和利益相关方面协作，以实施第二次特设委员会的主要建议：(1)巩固、保持和发展成就；(2)增强政治承诺；(3)处理卫生人力危机；(4)加强卫生系统，特别是提供初级保健；(5)加快应对结核/HIV 紧急情况；(6)动员社区和企业部门；以及(7)投资于研究和开发以塑造未来。实施这些改进的计划必须得到可靠合理的财政计划的支持，以可持续的筹资弥合所有预计的资金差距为支撑以及在提供资金来源之间进行协调。

## 卫生大会的行动

11. 请卫生大会审议 EB114.R1 号决议中包含的决议草案。

=            =            =

<sup>1</sup> 结核流行问题第二次特设委员会会议报告：对控制结核伙伴的建议（2003 年 9 月 18-19 日于瑞士蒙特勒）。日内瓦，世界卫生组织，2004 年。

<sup>2</sup> 宏观经济与卫生委员会的报告。宏观经济与卫生：投资卫生领域，促进经济发展。日内瓦，世界卫生组织，2001 年。

<sup>3</sup> 见文件 A58/5。