



大会

Distr.: General
3 November 2016
Chinese
Original: English

第七十一届会议

议程项目 127

全球卫生与外交政策

卫生安全状况

秘书长的说明

秘书长谨转递世界卫生组织根据大会第 [70/183](#) 号决议的要求编写的卫生安全状况报告。



世界卫生组织关于卫生安全状况的报告

摘要

本报告根据大会第 [70/183](#) 号决议概述了卫生安全状况，同时考虑到世界卫生大会对这一问题的审议。报告强调了国际卫生危机的驱动因素以及在执行《国际卫生条例》(2005 年)方面取得的进展。报告说明了抗微生物药物耐药性的最新情况，并概述了卫生部门的研发工作。它还审查了监督国际卫生危机方面的最新事态发展。

一. 引言

1. 西非埃博拉危机这一悲惨事件提醒人们，国际卫生危机管理继续面临诸多挑战。疫情突出表明，必须加强国际合作，改善公共卫生服务的提供，更好地协调援助和干预措施，并使国家卫生系统更有韧性。它还提醒全世界，国际卫生危机可能产生社会经济、政治和安全影响，以及这些危机可能以何种方式增加疫情地区蔓延和国际传播可能性的风险。中部非洲 2016 年爆发了前所未有的黄热病疫情，进一步表明在疫苗供应有限和疾病防控系统薄弱的情况下，国际疾病传播造成的挑战和潜在风险。

2. 这些令人警醒的事件突出了卫生安全讨论的重要性和优先性。本文件根据大会关于“全球卫生与外交政策：加强国际卫生危机管理”的第 70/183 号决议，报告了全球卫生安全状况。

二. 国际卫生危机的驱动因素

传染病危害

3. 新发和重发疫情可出乎意料地迅速扩散到境外，造成大规模的国际影响。“全球应对卫生危机高级别小组的报告：保护人类免受未来卫生危机之祸”(A/70/723) 简明扼要地指出：

传染病继续造成数百万人死亡。最近爆发的流感(H1N1 和 H5N1 病毒)、传染性非典型肺炎和中东呼吸综合征表明，即便发达国家的先进医疗保健系统也面临新型或新发病原体的挑战。尽管埃博拉病毒在西非造成了巨大破坏，但它并不是人类已知的最强大病原体。比尔·盖茨和梅林达·盖茨基金会的数学模型表明，一种空气传播流感病毒的易传染毒株可在 60 天内蔓延到全球所有主要国家的首都，在 250 天内导致超过 3 300 万人死亡。人类面临的威胁如此巨大，而世界各国应对流行病的努力却少得可怜。《国际卫生条例》(2005 年)是为预警和应对大流行病而谈判制定的国际法律文书，但 196 个缔约国中只有三分之一充分落实了条例。同样，全球为研发疫苗、治疗药物和诊断方法投入的资金，只有一小部分用于研究主要影响发展中国家的新发传染病。

4. 此外，随着技术和数据的快速发展以及人们日益重视世界的相互联系，全球流行病的预防、监测、应对和管理框架近年来发生了根本性的变化。一些主要变化包括：管控新发病原体和人们熟知的病原体；依赖更广泛的信息来源；过渡到多部门办法；在防备和应对的各个方面与地方社区互动协作并增强其权能；认识到人类活动和行为是新病原体出现和繁殖的主要驱动因素(全球化、食品、贸易、人口增长、城市化、旅游、移民等)。因此，入境点限制和检疫措施等许多传统概念和干预措施可能已经过时，执行难度日益加大。随着国际边境的漏洞越来越

大，人员和货物流动路径日渐增多且十分拥挤，需要审查这些概念和措施，还必须制定新的战略和办法。疾病爆发或许不可避免，但可以预防流行病的蔓延。

政治不稳定和不安全

5. 联合国秘书处人道主义事务协调厅称，全球人道主义需求的规模空前巨大。截至 2015 年 12 月，世界各地约有 1.25 亿人需要人道主义援助。2016 年 1 月 1 日至 9 月 30 日期间，世界卫生组织(世卫组织)与合作伙伴对 47 个国家的重大紧急情况采取了应对措施，其中包括 31 个短期紧急情况和 16 个长期紧急情况。后一类包括当今的大多数人道主义危机，平均持续时间为 7 年。因此，卫生系统必须为应对短期和长期卫生需求做好充分准备，尽量减少乃至防止重大的卫生影响。

保健工作受到的袭击

6. 在紧急情况下提供保健服务的准则包括生命权、拥有尊严的权利、人人享有平等权利以及享有医疗服务的权利。《日内瓦第一公约》要求保护和看护伤病员及医疗单位和机构。《人道主义宪章和应灾最低标准》保护获得人道主义援助的权利，人道主义原则也强调了人道、公正、中立和独立的重要性。医务人员须履行关照义务并遵守医疗道德。

7. 但在许多紧急情况下，这些准则可能难以充分执行。医疗设施、人员、患者、车辆和用品频频遭到暴力行为、阻挠和威胁。直到最近才有公开综合信息来源提供关于保健工作在紧急情况下受到袭击的资料。为此，世卫组织 2016 年编写了报告《保健工作受到的袭击：预防、保护、提供》，这是整理和分析公开来源数据的首次尝试。¹ 虽然数据还不全面，但调查结果揭示了这一问题的严重性和频发性。在 2014 年 1 月至 2015 年 12 月这两年期间，据报保健工作受到了 594 次袭击，导致发生紧急情况的 19 个国家中有 959 人死亡、1 561 人受伤。超过半数的袭击针对保健设施，四分之一的袭击针对保健工作者。据报 62% 的袭击蓄意针对保健工作。

人口流离失所和移民

8. 2015 年的强迫流离失所人数创下了第二次世界大战以来的最高记录。这种情况突出了难民和移民健康在关于全球卫生安全的总体讨论中的重要性。事实上，造成大量人口流离失所的大规模人道主义危机对向移民和收容社区提供保健服务造成了新的公共卫生挑战。特别重要的问题包括收容所或营地过度拥挤、卫生设施不足以及人们对最常见病原体的免疫力较弱，这些都大大增加了传染病爆发的风险。许多流离失所旷日持久，导致情况更加恶化，这也凸显了当前人道主义应急框架在提供中长期援助方面存在的局限性。

¹ 见 <http://www.who.int/hac/techguidance/attacksreport.pdf?ua=1>。

9. 然而,当前框架下的应急小组可随时在紧急情况下采取一系列干预措施,包括促进健康、监测疾病、开展免疫接种运动和提供保健服务,从而尽可能降低移民和东道国居民中的这类风险。更长期的干预措施侧重于紧急风险管理方面的能力建设。最终目标是确保最终由国家医疗系统来管理保健服务的提供和其他人道主义援助,采取包容的方式并关注这些弱势人口的需求。

城市化和人口结构变化

10. 目前,世界上超过半数的人口生活在城市地区。城市化进程继续加快,发展中国家的增长率最高。必须修改人道主义和发展框架的许多要素(如工作模式、规划假设及检测和应对疫情的方法),使之适应城市环境。

11. 最近应对黄热病、寨卡和埃博拉疫情的工作表明,人道主义、发展、民间社会和私营部门需要开展协调一致的努力。这些努力必须侧重于在地方一级开展关于需求和脆弱性分析的能力建设以及在人口密集的城市环境开展执行工作。

不断变化的天气模式和其他与气候有关的风险

12. 2005 年通过《兵库行动框架》² 后,在地方、国家、区域和全球各级成功开展了国家减少突发灾害风险的工作。部分灾害的死亡率随之下降。这方面工作取得成功的一个明显例证是,近期出现了厄尔尼诺南方涛动现象,受影响人数超过 4 100 万,弱势民众面临极端的环境条件,而及时管理卫生风险(如营养不良、并发病、媒介传播的疾病和保健服务中断)帮助确保了最弱势民众的卫生安全。

三. 《国际卫生条例》(2005 年)

13. 西非埃博拉危机促使国际社会重新评估其全球优先事项,并充分认识到《国际卫生条例》(2005 年)作为能够指导各国、国际组织和伙伴防备重大突发公共卫生紧急事件的多边文书的重要性。该《条例》对 196 个国家具有法律约束力,其宗旨和范畴是以针对和限于公共卫生危害、同时又避免对国际交通和贸易造成不必要干扰的方式预防、抵御和控制疾病的国际传播,并提供相应的公共卫生应对措施。该范畴不限于任何特定疾病或传播方式,而是涵盖给人带来或可能带来重大损害的疾病或病症,不论其起源或来源如何。³ 各国政府最高层、联合国系统和民间社会伙伴广泛承认《条例》作为加强全球卫生安全的基石,发挥重要作用。

14. 根据《国际卫生条例》(2005 年)第 54 条第 1 款和世界卫生大会 WHA61.2(2008)号决议,⁴ 缔约国和总干事每年向卫生大会提出报告,说明《条例》的执行情况。

² 见 <https://www.unisdr.org/we/coordinate/hfa>。

³ 见 <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246107/1/9789241580496-eng.pdf?ua=1/>。

⁴ 见 http://www.who.int/ihr/A61_R2-en.pdf。

每年的报告阐述最新事态发展，说明秘书处在《条例》(2005 年)框架内采取的行动。2016 年的报告阐述了国际应对埃博拉病毒病、中东呼吸综合征、脊髓灰质炎、禽流感以及寨卡病毒感染及相关小头症和吉兰-巴雷综合征的工作。该报告还列出了关于国际卫生条例(2005 年)在埃博拉疫情和应对工作中作用审查委员会的资料以及《条例》(2005 年)关于黄热病疫苗的第一修正案。该报告阐述了关于从国家自报《条例》规定的核心能力转变为采取自愿联合外部评价等方式更加全面地评估国家能力的提案。

根据《国际卫生条例》(2005 年)召集的各个应急委员会

埃博拉病毒病

15. 2014 年宣布西非埃博拉疫情为国际关注的突发公共卫生事件后，国际卫生条例有关应急委员会召开了 9 次会议。在 2016 年 3 月 29 日以电话会议形式进行的最后一次会议上，委员会得出结论认为，西非埃博拉疫情已不再构成国际关注的突发公共卫生事件，应停止实施总干事提出的相关临时建议。总干事根据应急委员会的建议和她自己对局势的评估，终止了国际关注的突发公共卫生事件，停止实施临时建议，并支持委员会提出的公共卫生建议。⁵

16. 国际卫生条例(2005 年)在埃博拉疫情和应对工作中作用审查委员会由总干事根据 WHA68(10)(2015)号决定成立和召集，在 2015 年 8 月 24 日和 25 日举行了第一次会议，2015 年 10 月、11 月和 12 月及 2016 年 2 月分别举行了闭会期间会议，并在 2016 年 3 月 21 日至 24 日召开了第二次也是最后一次会议。审查委员会第一次会议和闭会期间会议的报告可在世卫组织网站上查阅。⁶ 委员会的最后报告 A69/21 号文件⁷ 已转递给第六十九届世界卫生大会。

中东呼吸综合征

17. 中东呼吸综合征冠状病毒首次被发现后，已在阿拉伯半岛传播多年。截至 2016 年 3 月，中东、北美、欧洲和亚洲的 26 个国家向世卫组织报告了实验室确诊的感染病例。2015 年 5 月至 8 月期间和 2015 年 8 月，大韩民国和沙特阿拉伯的医院分别爆发了重大疫情。

18. 自 2013 年以来，国际卫生条例(2005 年)中东呼吸综合征冠状病毒应急委员会举行了 10 次会议，最近一次在 2015 年 9 月。⁸ 委员会在最近一次会议上指出，当前局势仍然没有构成国际关注的突发公共卫生事件。然而，病毒继续从骆驼向

⁵ 见 <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2016/end-of-ebola-pheic/en/>。

⁶ 见 <http://www.who.int/ihr/review-committee-2016/en/>。

⁷ 见 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_21-en.pdf/。

⁸ 见 <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2015/ihr-emergency-committee-mers/en/> (2016 年 4 月 22 日查阅)。

人类传播，在医疗机构中还发生了人际间传播。持续挑战包括：确保报告病毒检测呈阳性的亚临床病例、迅速分享信息、实施感染控制措施以及开展适当研究。委员会强调指出，没有任何公共卫生理由限制贸易或旅行以防止中东呼吸综合征冠状病毒蔓延；认为没有必要在入境点进行筛查。但强烈建议提高旅行者对综合征及其症状的认识，特别是考虑到朝圣。

脊髓灰质炎

19. 2014 年 5 月 5 日宣布国际关注的突发公共卫生事件后，国际卫生条例(2005 年)脊灰病毒国际传播应急委员会召开了 10 次会议。2016 年 8 月，委员会一致同意，疫情仍然构成国际关注的突发公共卫生事件，并建议延长经修订的临时建议，重点是大规模人口流动以及增加难民、旅行者和跨界人口的接种率。委员会感到高兴的是，由于阿富汗和巴基斯坦开展了合作，自上次会议以来两国之间没有发生野生型脊灰病毒的国际传播。然而，委员会严重关切的是，尼日利亚 2016 年 7 月报告了野生型脊灰病毒 WPV1 引起的两起儿童急性无力肢体麻痹新增病例。委员会注意到，脊灰病毒在阿富汗和巴基斯坦之间持续蔓延，其他地方则爆发了疫苗衍生脊灰病毒疫情，委员会敦促定期审查高危区的国际传播风险。总干事赞同委员会的结论，并根据《条例》发布了临时建议。⁹

20. 第六十八届世界卫生大会 WHA68(9)(2015)号决定请总干事向第六十九届世界卫生大会提出报告，说明在降低野生型脊灰病毒国际传播风险方面取得的进展(见 A69/26 号文件)。

寨卡病毒、小头症和吉兰-巴雷综合征

21. 2016 年 2 月 1 日，总干事根据《国际卫生条例》(2005 年)召集了寨卡病毒应急委员会第一次会议，讨论受寨卡病毒影响的部分地区出现的一系列小头症和其他神经系统疾病的病例。根据应急委员会的建议，总干事宣布巴西报告的一系列小头症和其他神经系统疾病的病例以及法属波利尼西亚此前在 2014 年出现的一系列类似病例构成了国际关注的突发公共卫生事件，并发布了相应的临时建议。在 2016 年 9 月 2 日第 4 次会议上，委员会在审议了提出的证据后商定，由于寨卡病毒持续蔓延以及在了解该病毒及其后果方面存在很大差距，寨卡病毒感染及其相关先天疾病和其他神经系统疾病仍然构成国际关注的突发公共卫生事件。应急委员会审查了显示寨卡病毒感染和小头症之间联系的最新证据，认定尽管因果关系证据比 2016 年 2 月时更有说服力，但仍需开展更多研究。总干事发布了体现这一结论的临时建议。¹⁰

⁹ 可查阅：<http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2016/10th-ihf-emergency/en/>(2016 年 9 月 7 日查阅)。

¹⁰ 可查阅：<http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2016/zika-fourth-ec/en/>(2016 年 9 月 7 日查阅)。

22. 2007 年 1 月 1 日至 2016 年 8 月 31 日期间，共有 69 个国家和领土记录了寨卡病毒传播。还有 6 个国家报告了在没有任何已知蚊媒情况下的当地感染病例，可能是通过性传播感染。2016 年 2 月 1 日至 8 月 31 日期间，11 个国家报告了寨卡病毒人际间传播的证据。根据观察、组群和病例对照研究，科学界日益达成共识，认为是该病毒导致了寨卡病毒正在传播的一些国家报告的吉兰-巴雷综合征、小头症和其他神经系统疾病的病例增多。世卫组织推出了寨卡病毒战略应对计划，包括监测、应对活动和研究。¹¹ 世卫组织正在与各区域办事处和受影响国家密切合作，制定统筹对策，包括进行蚊虫监控、促进个人保护措施、支持生活在受寨卡病毒影响国家或从这些国家返回的孕妇以及管理与寨卡病毒感染有关的其他并发症。增加投资对于防止寨卡病毒传播和应对其并发症至关重要。目前，世卫组织和合作伙伴确定了 2017 年 12 月前的资金需求。

《国际卫生条例》(2005 年)的执行进展

能力建设

23. 《国际卫生条例》(2005 年)要求建立、加强和维持在指定入境点监测和应对的核心能力。从 2010 年起，国际卫生条例核心能力监测框架一直使用缔约国完成的自我评估调查表，向世界卫生大会报告《条例》要求的最低核心公共卫生能力的现状和发展情况。2015 年国际卫生条例能力得分可在世卫组织网站上查阅。¹² 截至 2016 年 4 月 5 日，196 个缔约国中的 126 个已完成 2015 年 4 月发出的自我评估调查表。缔约国向秘书处提交了各国关于国际卫生条例核心能力的年度报告，对其中资料的分析表明，在下列领域取得了进展：制定执行《条例》的适当立法和政策；与其他部门开展协调合作以促进能力建设；检测能力运作正常并得到提高，包括早期预警；建立协调一致的防备和应急能力；与公众和利益攸关方加强沟通。然而，某些国家的实际能力水平不确定，为了确保维持这些能力，需要不断加强基础设施、程序和人力资源。此外，往往还不具备检测和应对化学及辐射事件的能力。各国提供的 2015 年得分详情可查阅世卫组织网站。¹³

24. 缔约国建立《国际卫生条例》(2005 年)所规定核心能力的最初期限是 2012 年，可延期至 2016 年。已经在这方面取得了进展，但许多国家尚未建立能力。2014 年，建立国家公共卫生能力第二次延期和国际卫生条例执行工作审查委员会建议总干事考虑各种办法来开展较短期和较长期评估及建立国际卫生条例核心能力(见 A68/22/Add.1 号文件，第 43 段)。

¹¹ 见 <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246091/1/WHO-ZIKV-SRF-16.3-eng.pdf?ua=1&ua=1&ua=1> (2016 年 9 月 7 日查阅)。

¹² 见 2015 年所有提交报告的缔约国的国际卫生条例能力得分，可查阅：<http://www.who.int/gho/ihp> (2016 年 4 月 22 日查阅)。

¹³ 见 <http://www.who.int/gho/ihp/en/> (2016 年 4 月 26 日查阅)。

协调执行《国际卫生条例》(2005 年)的多项举措

25. 最近对《国际卫生条例》(2005 年)这项全球卫生公益事业的再度关注促成了多项新计划,它们旨在评估卫生系统现有的公共卫生能力以及通过激励和协作支持发展完善这些能力。这方面的例子包括加强卫生系统、防范大流行病工作(包括大流行性流感防范框架)、加强《国际卫生条例》(2005 年)规定的核心能力、防备自然灾害(如安全医院倡议)、采取一体化卫生办法、推出交通和生物安保部门的应急准备方案、统筹国家卫生应急准备工作以及防备自然灾害和人道主义危机。需要协调这些举措,它们是全球公共卫生和世卫组织秘书处的重要机会。

26. 世卫组织拟订了新的国际卫生条例核心能力监测和评价框架。¹⁴ 除了年度报告以外,该框架还包括事后总结、仿真演练和独立(外部)评价。秘书处的初步工作重心是建立独立评价部分。2016 年 2 月,《国际卫生条例》(2005 年)联合外部评价工具¹⁵ 开发完成,在合作伙伴和专家的合作下开始向各国派出自愿联合外部评价工作团。初步经验显示了积极成果,合作伙伴表示有兴趣支持这一做法,并在制定或改进国家卫生应急准备行动计划时借鉴联合外部评价。

27. 新的国际卫生条例监测和评价框架的其他部分以及所有相关指南和工具即将完成,并将在世卫组织网站上公布。计划在 2017 年使用新格式向世界卫生大会提出报告,但须视第七十届世界卫生大会的成果而定;在收集 2016 年数据时采用了现有工具,即 <http://www.who.int/ihr/publications/WHO-HSE-GCR-2016.16/en/>。

28. 世卫组织与合作伙伴协作制定了应急准备战略框架草案,旨在加强国家和社区的应急准备工作,确保及时、高效和有效应对公共卫生危害。应急准备的 4 个主要构成部分是行动准备、卫生系统的复原力、一体化卫生办法和全政府/全社会办法。应急准备是个循环往复的过程,包含风险和能力评估、规划、协调、执行、评价和落实及筹资等各个环节。应急准备工作及其在社区、地方、国家以下、国家、区域和全球各级的应用由治理、能力和资源构成。

29. 世卫组织和南非政府 2015 年 7 月 13 日至 15 日在南非开普敦联合召开了高级别合作伙伴和利益攸关方会议,主题是“埃博拉危机过后的卫生安全建设”。200 多人参加了会议,包括受埃博拉病毒病影响的国家代表。会议目标是商定促进卫生安全的优先行动,从而加强卫生系统和执行《国际卫生条例》(2005 年)的能力。与会者一致认为,需要在国家和全球卫生安全方面采取集体行动,并对今后协调多利益攸关方举措的步骤提出了期望。与会者广泛认同世卫组织作为国家与合作伙伴召集人的作用。世卫组织建议国际和国家利益攸关方采取协作方式,加强和维持执行《条例》所需的卫生系统能力。

¹⁴ 见 http://www.who.int/ihr/publications/concept_note_201507/en/。

¹⁵ 可查阅: http://www.who.int/ihr/publications/WHO_HSE_GCR_2016_2/en/(2016 年 4 月 1 日查阅)。

30. 芬兰政府主办了一次高级别会议，目的是建立全球卫生安全国家评估联盟和执行《国际卫生条例》(2005 年)(2016 年 3 月 14 日，日内瓦)。来自 20 多个国家和多边机构的代表及捐助者参加了会议，会上提出建立一个联盟，负责通过联合外部评价来评估《条例》(2005 年)规定的核心能力。与会者提议，该联盟应在世卫组织下设立小型秘书处并成立咨询小组，以支持国家评估进程。

31. 法国社会事务、卫生和妇女权利部与欧洲联盟委员会于 2016 年 3 月 22 日和 23 日在法国里昂举办了全球卫生安全高级别会议。该活动由世卫组织和欧洲联盟委员会协办，并得到欧洲联盟理事会轮值主席国荷兰的资助。会议的主要成果是承诺通过实施《国际卫生条例》(2005 年)加强全球卫生安全。会议召集了诸多机构、公共和私营合作伙伴以及人类和动物健康部门，提高了各方对《条例》以及加速执行工作必要性的认识。与会者重申了《条例》的主要原则：采取多部门办法、准确评估能力以及加强卫生系统、人力资源和国家间合作的各个基本方面。

32. 2015 年 10 月 8 日和 9 日，7 个主要工业化国家(7 国集团)的卫生部长在柏林举行了会议。其内容广泛的最后宣言特别提请人们注意世卫组织的核心任务和坚定领导，以及具有法律约束力的《国际卫生条例》(2005 年)是旨在帮助各国防范疾病国际传播包括公共卫生风险和突发公共卫生事件的主要国际文书。部长们支持《国际卫生条例》(2005 年)明确要求各国相互协作以建立和维持核心能力，并指出全面遵守《条例》最终是每个国家的责任。¹⁶

33. 7 国集团卫生部长在 2016 年 9 月 11 日和 12 日的会上发表《神户公报》，加强了这些承诺，公报指出有效执行《国际卫生条例》(2005 年)比以往任何时候都更加重要。部长们重申世卫组织在协调应对全球突发公共卫生事件和领导准备工作方面发挥核心作用，并欢迎国际卫生条例(2005 年)作用审查委员会的报告。7 个国家的代表承诺，将在 2016 年底前报告在落实 7 国集团领导人关于援助 76 个国家和地区建立国际卫生条例核心能力的承诺方面取得的进展。公报认可评估核心能力的新办法，指出部长们支持合作伙伴与其他有关组织密切协调，努力制定国家计划和实现世卫组织国际卫生条例联合外部评价工具的共同目标。¹⁷

《国际卫生条例》(2005 年)关于黄热病疫苗的第一修正案

34. 2014 年对《国际卫生条例》(2005 年)进行了第一次修订。免疫战略咨询专家组的建议指出，一剂黄热病疫苗可提供终身免疫，世卫组织总干事据此提议修订《条例》。第六十七届世界卫生大会为此通过了 WHA67.13(2014)号决议，更新《条例》附件 7，将黄热病疫苗和有关证书的有效期限从 10 年改为接种者终身免疫。该修正案于 2016 年 7 月生效。

¹⁶ 见 http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/G/G7-Ges.Minister_2015/G7_Health_Ministers_Declaration_AMR_and_EBOLA.pdf(2016 年 4 月 22 日查阅)。

¹⁷ 见 http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/kokusai/g7kobe/KobeCommunique_en.pdf(2016 年 9 月 30 日查阅)。

35. 第六十八届世界卫生大会指出,对离开世卫组织确定存在黄热病传播危险的地区的任何旅行者均可要求接种黄热病疫苗,根据这项要求,总干事开始着手公布接受黄热病终身疫苗接种证书的国家的最新在线名单,并成立了科学和技术咨询组,负责查明黄热病风险并为旅行者接种疫苗提供指导(见 WHA68.4(2015)号决议)。

执行《国际卫生条例》(2005 年)的下一步

36. 2016 年 5 月,国际卫生条例(2005 年)在埃博拉疫情和应对工作中作用审查委员会在第六十九届世界卫生大会上向总干事提出了建议。¹⁸ 审查委员会的结论是,必须优先在所有国家执行《条例》并加强秘书处的能力和伙伴关系以支持缔约国。委员会提出了 12 项建议,旨在确保根据各项新提案执行《条例》,以及制定一项全球战略计划,加强对《条例》的遵守;为执行《条例》筹措资金;提高对《条例》的认识;推行和促进对核心能力的外部评估;改进秘书处的风险评估和风险通报工作;加强遵守其他措施和临时建议的要求;加强《国际卫生条例》国家归口单位;优先采取措施支持最脆弱国家;在更广泛的加强卫生系统议程框架下,提高《国际卫生条例》(2005 年)规定的核心能力。

37. 世界卫生大会通过了 WHA69(14)号决定,其中除其他外,请总干事在 2016 年制定全球执行审查委员会建议的计划草案,供各区域委员会审议,草案中应包括通过改进现有办法加强执行《国际卫生条例》(2005 年)的近期计划,并说明处理需要会员国进一步技术讨论的各项新提案的下一步行动。¹⁹ 世卫组织各区域委员会讨论了全球执行计划草案,²⁰ 总干事将提交计划的最后定稿,供世卫组织执行委员会在 2017 年 1 月的第一百四十四届会议上进行审议。

四. 近期的其他规范发展

38. 人们普遍认识到,强有力的卫生系统需要持续的财政和基础设施支持,在人道主义紧急状况下还需要安保支持。例如,在千年发展目标背景下,2015 年离实现目标差距最大的大多数国家是那些经历过一段持续政治动荡、需要人道主义和发展支助的国家。2016 年,国际社会在实现可持续发展方面作出了了不起的承诺,取得显著进展。引人注目的成就包括:

- 《2030 年可持续发展议程》。可持续发展目标明确了卫生与可持续发展之间的联系,认识到全球卫生推广工作有助于减少贫困和不平等,同时推动和平、安全以及经济增长和繁荣的基础(见 A/70/PV.80)。

¹⁸ 见 A69/21 号文件,可查阅: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_21-en.pdf。

¹⁹ 见 A69/DIV.3 号文件,可查阅: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_DIV3-en.pdf。

²⁰ 见 http://www.afro.who.int/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=10284&Itemid=2593 (2016 年 9 月 5 日查阅), http://www.searo.who.int/mediacentre/events/governance/rc/sea-rc69-10_9.2.pdf?ua=1 (2016 年 9 月 5 日查阅)和 http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/315875/66wd26e_GlobalImplementPlanIHR_160629.pdf?ua=1 (2016 年 9 月 7 日查阅)。

- 《2015-2030 年仙台减少灾害风险框架》。该框架倡导加强卫生管理部门与多部门利益攸关方之间的合作，以便为面临灾害风险的国家和人民改善卫生成果。该框架还呼吁制定并实施多种灾害政策和计划(包括生物危害管理)。
- 世界人道主义峰会。由秘书长潘基文召集的世界人道主义峰会(2016 年 5 月 23 日和 24 日，伊斯坦布尔)作出了减少苦难、更好地造福全世界人民的承诺。与会者支持一项旨在防止和减少人类苦难的新的共同《人道议程》。全球卫生归入该议程中题为“不让任何人落在后面”的第三项核心职责。全球卫生特别会议促请承诺建立应对架构，该架构强调发挥互补作用和灵活性以及利用核心胜任能力来应对国际关注的突发公共卫生事件。

五. 抗微生物药物耐药性

39. 微生物(例如细菌、真菌、病毒和寄生虫)产生抗微生物药物(如抗生素、抗菌素、抗病毒药物、抗疟药物和驱虫药物)耐药性的情况日益增多。这种过程被称为抗微生物药物耐药性，对有效预防和治疗不断增加的一系列感染造成威胁，从而延长病期，造成残疾和死亡，增加向他人传播的风险。此外，人和动物滥用及过量使用抗微生物药物正在加快耐药性过程。

40. 因此，抗微生物药物耐药性给各国和人民的卫生安全带来极其严重的根本风险；出现新病原体或以前的病原体重新出现造成健康风险，因为这些病原体可能致命，难以治疗或预防，并引发普遍焦虑。产生抗微生物药物耐药性的病原体可能在很大范围的生物体内同样产生耐药性。此外，应对新出现病原体需要采取的行动与处理卫生安全问题所需开展的许多行动完全一致，例如加强国家能力、改善沟通和协调以及开发新技术。

现状

细菌的耐药性

41. 抗生素耐药性问题在每个国家都存在。克雷伯氏肺炎菌是一种常见的肠道细菌，其耐药性可引发感染，进而威胁生命；这种细菌对最终治疗手段(碳青霉烯类抗生素)的耐药性已扩散到世界所有地区。克雷伯氏肺炎菌是造成医院内获得性感染，例如肺炎、血液感染以及新生儿和特护室病人感染的一个主要原因。在一些国家，耐药性导致碳青霉烯类抗生素对一半以上接受克雷伯氏肺炎菌感染治疗者无效。

42. 大肠杆菌对最广泛用于治疗尿道感染的药物之一(氟喹诺酮抗生素)产生耐药性的情况非常普遍。目前，世界许多地方都有国家出现这种治疗对一半以上患者无效的情况。

43. 经证实,至少 10 个国家(澳大利亚、奥地利、加拿大、法国、日本、挪威、斯洛文尼亚、南非、瑞典和大不列颠及北爱尔兰联合王国)已出现淋病最后手段药物(第三代头孢菌素类抗生素)治疗无效的情况。

44. 金黄色葡萄球菌是造成保健设施和社区严重感染的常见原因,它对治疗感染的一线药物产生耐药性的情况普遍存在。据估计,感染耐甲氧西林金黄色葡萄球菌的人死亡的可能性比感染非耐药性细菌者增加 64%。

45. 黏菌素是对碳青霉烯类产生耐药性的肠内细菌引发的致命感染的最后治疗手段。最近,在几个国家和地区发现了黏菌素耐药性问题,导致这种细菌引发的感染无法治疗。

结核病的耐药性

46. 据世卫组织估计,2014 年的耐多药结核病新发病例约有 480 000 例,这种结核病对 2 种最有效的抗结核药物产生耐药性。其中发现和报告的病例仅占大约四分之一(123 000 例)。与非耐药结核病相比,耐多药结核病需要的疗程长得多,且疗效大幅降低。2014 年,全球只有半数的耐多药结核病患者得到成功治愈。

47. 广泛耐药结核病是对至少 4 种核心的抗结核药物产生耐药性的结核病,已在 105 个国家发现此病。据估计,9.7%的耐多药结核病患者为广泛耐药结核病患者。

疟疾的耐药性

48. 截至 2016 年 7 月,大湄公河次区域 5 个国家(柬埔寨、老挝人民民主共和国、缅甸、泰国和越南)已确认发生了恶性疟原虫性疟疾一线疗法(青蒿素类综合疗法)耐药性。在大多数地方,感染有青蒿素耐药性寄生虫的患者只要接受内含有效联合药物的青蒿素类综合疗法治疗就会完全康复。但是,在柬埔寨和泰国边界,恶性疟原虫已对几乎所有可用的抗疟疾药物产生耐药性,使治疗更具挑战性,需要予以密切监测。该次区域其他地区不久也将出现多种药物耐药性的可能性确实存在。耐药性菌株传播至世界其他地区可能引发重大的公共卫生挑战,威胁最近在疟疾防治领域取得的重大成果。上述 5 个国家以及中国认可了“世卫组织大湄公河次区域消除疟疾战略(2015-2030 年)”。

艾滋病毒的耐药性

49. 2010 年,在开始接受抗逆转录病毒疗法的发展中国家人口中,估计 7%的人感染耐药性艾滋病毒。在发达国家,该比例为 10%至 20%。一些国家最近报告,在开始接受艾滋病毒治疗的人中,感染耐药性艾滋病毒者达到或超过 15%,该比例在重新开始治疗的人中高达 40%。这一问题需要得到迫切关注。耐药性程度日益增加产生重大的经济影响,因为二线和三线疗法费用分别是一线药物的 3 倍和 18 倍。

50. 2015 年 9 月以来,世卫组织建议所有艾滋病毒感染者开始抗逆转录病毒治疗。预计,更多地使用该疗法将进一步增加世界所有地区抗逆转录病毒疗法的耐药性。

为使一线抗逆转录病毒疗法的长期疗效最大化，确保人们使用的是最有效疗法，必须继续监测耐药性，尽量减少耐药性的进一步出现及扩散。目前，世卫组织正与各国、合作伙伴和利益攸关方协商制定一项新的“艾滋病毒药物耐药性全球行动计划(2017-2021 年)”。

流感的耐药性

51. 抗病毒药物在治疗流行病和大流行性流感方面发挥重要作用。迄今为止，人类中流行的几乎所有 A 型流感病毒都对一类抗病毒药物，即 M2 抑制剂(金刚烷胺和金刚乙胺)产生了耐药性。但是，对神经氨酸酶抑制剂奥司他韦产生耐药性的频率依然很低(1-2%)。世卫组织全球流感监测和应对系统不断监测抗病毒药物的敏感性。

必须采取协调一致行动

52. 抗微生物药物耐药性是一个影响社会各方面的复杂问题，由许多相互关联的因素驱动。必须采取协调一致行动，最大限度地减少抗微生物药物耐药性的出现和扩散。2014 年 5 月，第六十七届世界卫生大会通过了关于抗微生物药物耐药性的 WHA67.25 号决议，其中，除其他外，世界卫生大会请总干事制定一项应对抗微生物药物耐药性的全球行动计划草案。2015 年 5 月，在 WHA68.7 号决议中通过了抗微生物药物耐药性全球行动计划。在该决议中，世界卫生大会还促请总干事与秘书长协商，拟订 2016 年大会期间举行一次高级别会议的备选方案，包括可能的成果。

53. 2016 年 9 月 21 日，大会根据第 70/183 号决议第 19 段召开了抗微生物药物耐药性问题高级别会议。此次会议的成果显示，人们意识到抗微生物药物耐药性问题对人类健康构成严重威胁。会员国特别指出，有必要实现有效的“一体化卫生”办法，其中包括人用药物和兽用药物、农业、粮食生产、金融和环境等多个国际部门之间开展协调。还确认需要团结一致，确保各国有资源应对抗微生物药物耐药性问题。此外，会议还达成广泛共识，即研究和开发新的抗微生物药物、疫苗和诊断工具需要更多创新和投资。

六. 研究和开发

54. 第六十八届世界卫生大会在 2015 年 5 月 WHA68(10)号决定中，欢迎与会员国和相关利益攸关方协商，制定一个蓝图，以便在没有或没有充分的预防和治疗方案的流行病或突发卫生事件情况中推动加快研究和开发工作，同时考虑到世卫组织内部其它相关工作。

55. 应 194 个成员国请求，世卫组织召集了一个广泛的全球联盟，以便制定研究和开发蓝图，将其作为加快有关新出现病原体研究和开发工作的平台，因为这些病原体可能在不久的将来引发严重疫情，而相关医疗对策很少或根本没有。

56. 研究和开发蓝图旨在创造一个有利环境，从而使研究和开发领域能利用更多的供资、数据共享和伙伴关系来推动公共卫生领域变革，在全球产生更大影响。特别是，该蓝图将缩短从宣布国际关注的突发公共卫生事件到进行有效实验并提供可用于拯救生命和避免危机发生的疫苗和药物的时间。为依照研究和开发蓝图作出更充分准备，将采取三种办法。

(a) **改善协调，推动创建有利环境。**该办法包括一套相互关联的行动——例如对迅速开展流行病研究的全球能力产生影响的组织、政治、信息和文化行动：

- (一) 建立一个有效的协调框架；
- (二) 概述创新、透明和一致的供资流程；
- (三) 鼓励有效沟通；

(b) **加快研究和开发流程。**该办法包括安全、有效和及时开展关键研究所需的一切行动。世卫组织的协调作用是确保协调一致地拟订并执行优先行动：

- (一) 评估流行病威胁，查明重点病原体；
- (二) 制定研究和开发路线图，加快对诊断法、治疗学和疫苗的评价工作；
- (三) 概述适当的监管途径和合乎职业道德的途径；

(c) **制定与流行病环境相适应的新规范和标准。**创新的国际规范和标准是克服流行病期间研究和开发工作所面临的科学障碍和协调障碍的一种办法。世卫组织所作努力将有助于尽量以一致、稳健和有效的方式开展研究工作和进行干预：

- (一) 支持扩大能力，落实适当的研究设计；
- (二) 制定指南和工具，为合作和交流提供框架；
- (三) 预先考虑证据需要，以使监管审查和政策拟订有据可依。

57. 各国政府和公共卫生机构、研究人员、社会科学家和业界已开展几次磋商。他们确定了开展国际合作的主要瓶颈；商定了基本的数据共享原则；在短名单上列出了需立即采取行动的 10 个高风险重点病毒病原体；针对这些病原体，开始查明为推动疫情爆发之前和爆发期间的战略研究需要开展哪些主要活动；探讨了进行临床试验的创新办法。

58. 根据世卫组织的研究和开发蓝图，来自国际组织、各国政府、业界、为研发供资的公共和慈善机构、学术机构、非政府组织和民间社会团体的利益攸关方在 2016 年达沃斯世界经济论坛上商定，探索推动疫苗创新的新工作方式，应对公共卫生威胁。该倡议被称为“流行病防范创新联盟”。该联盟的愿景是，让疫苗在控制可能流行的传染病爆发方面尽早发挥可能的最大作用，以免发生突发公共卫生事件。该联盟的目标是通过创建公共部门、私营部门、慈善机构和民间社会部

门之间的新型伙伴关系来实现上述愿景，并在疫苗研制中采取“端对端”办法，主要是在没有商业市场的情况下采取这种办法。

59. 自 2016 年 1 月以来，已举行一系列高级别互动讲习班和电话会议，拟订有关该联盟的初步提案。在这一阶段，初步供资承诺有待确定，计划于 2017 年 1 月达沃斯年度会议上正式启动该联盟。

七. 联合国系统的能力日益增强

60. 在呼吁提高国际社会支持会员国应对卫生危机的能力之后，近期又作出一些重大努力，其中包括设立世卫组织疫情和突发卫生事件新方案，在机构间常设委员会主持下制定传染病危险管理标准作业流程，建立可迅速启动的创新筹资机制以及研究和开发新平台。鉴于其他文件已全面介绍上述工作，此处不再详述。

八. 监督国际卫生危机应对能力

61. 人们对高效切实地落实埃博拉危机以及其他国际卫生危机期间获得的经验教训充满期望。为确保在国际一级开展此项工作，已设立两个监督实体：秘书长全球卫生危机工作队和世卫组织突发卫生事件方案独立监督和咨询委员会。

秘书长全球卫生危机工作队

62. 秘书长设立了全球卫生危机工作队，以支持并监测秘书长全球应对卫生危机高级别小组制定的各项建议的执行工作。2016 年 2 月，小组发布了题为“保护人类免受未来卫生危机之祸”的报告(A/70/723)；4 月，秘书长在其题为“加强全球卫生架构”的报告(A/70/824)中就小组建议发表了意见。工作队在开展工作期间将确保小组建议执行工作遵循秘书长意见。

63. 工作队将为秘书长编制定期的最新情况介绍，说明小组建议的执行进展情况。工作队还将提请秘书长注意与新出现的卫生危机以及全球卫生架构的差距或弱点有关的问题。

64. 工作队成员包括联合国系统人员和外部专家。其中包括有传染病、社区保健、公共卫生和发展背景的著名人士以及具有风险评估、实施人道主义行动、管理疫情应对行动、筹资、研究和创新领域经验的著名人士。

65. 工作队将于 2016 年 7 月起履行职能，为期一年。

世卫组织突发卫生事件方案独立监督和咨询委员会

66. 2016 年 3 月 29 日，世卫组织总干事成立了独立监督和咨询委员会，以监督并监测世卫组织突发卫生事件方案的拟订和业绩情况，指导该方案的活动，就委

员会任务范围内的问题向总干事提供咨询，通过执行委员会向卫生大会报告调查结果。²¹ 委员会的报告将提供给联合国秘书长和机构间常设委员会。

67. 委员会由八名成员组成，他们具有公共卫生、传染病、人道主义危机、公共行政、紧急情况管理、社区参与、伙伴关系和发展等各学科的广泛经验。

68. 委员会已举行三次会议，并将于 2017 年 1 月向世卫组织执行委员会第一百四十届会议提交第一份报告。

九. 结论

69. 虽然自西非的埃博拉危机以来已在许多方面取得进展，但全球卫生安全状况仍令人关切。卫生危机驱动因素的数目继续增加，严重程度也继续加深，而全球范围内国际和国家两级的能力仍需大幅加强。在可预见的未来，必须继续将全球卫生安全及其构成要素，包括防范能力、复原力、应对能力、恢复机会、供资以及研究和开发列在政治和发展议程的首要位置。

²¹ 见 http://www.who.int/about/who_reform/emergency-capacities/oversight-committee/en/ (2016 年 5 月 2 日查阅)。