



大会

Distr.: General
25 April 2014
Chinese
Original: English

第六十八届会议

议程项目 13

2001-2010：在发展中国家
特别是非洲减少疟疾十年

大会关于在发展中国家特别是非洲巩固成果并加紧努力到 2015 年控制和消除疟疾第 67/299 号决议的执行情况

秘书长的说明

秘书长谨向大会转递世界卫生组织总干事根据大会第 67/299 号决议提交的报告。



世界卫生组织总干事的报告

摘要

本报告根据大会第 67/299 号决议提交。报告审查了执行该决议的进展情况，重点是在目前的疟疾流行国采取和扩大世界卫生组织建议的干预措施的情况。报告评估了实现 2015 年全球防治疟疾目标包括千年发展目标 6、非洲联盟和世界卫生组织大会制定的目标以及减疟伙伴关系的全球防治疟疾行动计划制定的目标的进展情况。报告阐述了影响全面实现这些目标的各项挑战，并提出了确保在 2015 年之前和之后加快进展的建议。

一. 引言

1. 虽然疟疾是一种可以预防和治疗的疾病，但却继续在世界各地对人们的健康和生计造成破坏性影响。2012年，在97个国家和领土中，大约34亿人有患病风险，估计有2.07亿人已经患病(不确定区：1.35亿至2.87亿)。大约627 000人因病死亡(不确定区：473 000-789 000)，其中大多数是撒哈拉以南非洲5岁以下的儿童。世界卫生组织(世卫组织)建议采取多管齐下的战略，降低疟疾负担，包括病媒控制干预措施、预防性疗法、诊断检测、保证质量的治疗和有利的疟疾监测。

2. 本报告重点介绍根据大会第67/299号决议在控制和消灭疟疾方面取得的进展和面临的挑战。报告借鉴了世卫组织最近编写的报告以及卫生领域千年发展目标 6 和疟疾问题经费筹措特使办公室、非洲领导人防治疟疾联盟、联合国儿童基金会(儿基会)和减疟伙伴关系等材料。相关分析依据的是疟疾流行国家和支持全球防治疟疾工作的各种组织提供的数据。

3. 在过去的十年中，疟疾是世界各国公认的全球卫生方面的优先问题。国际供资急剧增加，使疟疾流行国得以极大地扩展其降低疟疾发病率和死亡率的工作。据世卫组织估计，发病率和死亡率已显著降低，全世界有望实现千年发展目标中关于疟疾的目标 6。防治疟疾的努力也有助于实现千年发展目标 4，改善非洲和世界各地的儿童成活率。尽管2004年至2013年期间国际资金大幅度增加，但普及防治疟疾干预措施的全​​球供资指标尚未充分实现。

4. 控制和消除疟疾工作的成功与否是根据政府间进程制定或全球倡议规定的一整套全球目标和指标的进展情况衡量的。2015年有4套主要的目标和指标：千年发展目标 6；非洲联盟制定的目标(2000年4月在阿布贾举行的非洲统一组织国家元首和政府首脑特别会议上通过的关于减少疟疾倡议的宣言和行动计划)；世界卫生大会制订的目标；减疟伙伴关系在《全球疟疾行动计划》中制定的目标。本报告不涉及控制和消灭疟疾的其他区域和次区域目标。

5. 2005年，世界卫生大会通过一项决议，其确定的目标是到2010年将疟疾负担减少50%，并在2000年至2015年期间减少75%。2007年，大会通过另一项决议，其中规定每年4月25日为世界防治疟疾日，即2001年以来非洲联盟纪念非洲疟疾日的日子。大会还呼吁会员国停止提供口服青蒿素单一疗法。大会在其2011年通过的关于疟疾的决议中，呼吁加强努力，控制正在对抗疟药物和杀虫剂产生的抗药性。大会还呼吁会员国将疟疾问题作为政治和发展议程上的优先事项，并对国家疟疾方案进行战略审查，以优化本国的应对措施。

6. 在减疟伙伴关系的框架内，疟疾流行国、联合国机构、双边捐助者、公私伙伴关系、科学组织、学术机构、非政府组织和私营部门正在共同努力，扩大世卫组织建议采取的措施，协调活动，改进战略规划、方案管理和资金到位情况。2008

年提出的《全球疟疾行动计划》是为加快全球努力控制和消除这一疾病而集体制定的。2011 年对其目标和指标进行了修订。

二. 当前局势

7. 2000 年至 2012 年期间，防治疟疾的措施大面积铺开，从而减少了全球的疟疾死亡率，挽救了大约 330 万人的生命，其中约有 90%，即 300 万人，是非洲的 5 岁以下儿童。非洲因疟疾而死亡的 5 岁以下儿童的人数减少 54%。全球的发病率减少 25%，非洲减少 31%。

8. 该疾病依然集中在 17 个国家，约占全世界因疟疾而死亡的人数的 80%。两个国家，即刚果民主共和国和尼日利亚，约占世界疟疾死亡率的 40%。东南亚是全世界第二大受影响地区，其中印度的疟疾负担最大，其次为印度尼西亚和缅甸。总的来说，2000 年的疟疾传播率较低的国家在减少疟疾负担方面的进展较快。

病媒控制措施

9. 减少疾病传播的一个重要因素是扩大驱虫蚊帐的分发和室内滞留喷洒。2004 年至 2013 年期间向非洲运送了 7 亿多项驱虫蚊帐，¹ 使家庭拥有和使用驱虫蚊帐的数目大幅度增加。尽管取得了这一进展，但只有少数国家设法普及了驱虫蚊帐，国家和区域之间的差异依然很大。造成这种情况的主要原因是没有充足的资金为所有受影响的社区购买和分发足够的蚊帐。

10. 在 2010-2012 年期间调查的 17 个非洲国家中，喀麦隆和津巴布韦的风险人群中只有不到 20% 的人睡在驱虫蚊帐里，而马达加斯加、卢旺达和坦桑尼亚联合共和国的这一人数则超过 60%。这一差距可能不久会缩小，因为 2013 年又向非洲运送了 1.40 亿多项驱虫蚊帐。预期 2014 年将是 2000 年以来运送蚊帐最多的一年。令人鼓舞的还有，在调查的所有国家中，5 岁以下儿童和孕妇这两个最弱势群体驱虫蚊帐覆盖率始终高于全国平均数。

11. 室内滞留喷洒在非洲的 40 个国家采用，其中有 31 个国家同时使用室内滞留喷洒和驱虫蚊帐。在非洲，受室内滞留喷洒保护的人口比例在 2006-2008 年期间显著增加，在 2009-2011 年期间持平，占风险人口的 10-12%。但到 2012 年，这一比例降到 8%，原因是一些国家缩减了喷洒方案，部分是因为使用了更为昂贵的杀虫剂，以应对蚊子开始对杀虫剂产生的抗药性。目前，非洲有 6 个国家用 DDT 进行室内喷洒。

¹ 虽然世卫组织建议使用长效驱虫蚊帐，但鉴于继续在使用传统驱虫蚊帐(特别是在非洲以外地区)，本文采用更为常见的术语“驱虫蚊帐”。

12. 尽管目前控制病媒的手段依然有效，但迫切需要防止和管理杀虫剂抗药性的蔓延问题，并开发新的手段和新的杀虫剂。研究查明，全世界有 64 个国家存在具备抗药能力的蚊子，包括疟疾流行最严重的非洲国家。2012 年，世卫组织和减疟伙伴关系推出了疟疾病媒抗药性管理全球计划，向国家、伙伴和私营部门提供针对性指导。如今，大多数国家在监测抗药性问题，但资金和昆虫学能力方面的局限使国家实施该计划的进展减缓。

诊断检测和治疗

13. 在过去的 8 年中，有质量保证的抗疟治疗覆盖面在非洲各国显著扩大，每年帮助数百万人得到治疗，防止病重和死亡。目前，青蒿素类复方疗法是治疗由恶性疟原虫引起的无并发症疟疾的最有效的药物(这是最致命的疟原虫，是造成非洲绝大多数病例的罪魁祸首)。尽管世卫组织明确建议使用复方疗法，但许多国家，主要是私营部门，继续提供和使用口服青蒿素单疗药品。

14. 世卫组织建议在病人前来诊所、药房或社区保健工作者寻求治疗时，对所有的疑似疟疾病人一律进行诊断检测。2010 年至 2012 年期间，公共部门的诊断检测率从 37% 增加到 61%，原因是显微镜的使用增加，并且快速诊断测试的使用急剧上升。与此同时，快速诊断测试的质量逐步改善，如世卫组织、美国疾病防治中心、创新诊断基金会、热带病研究和培训特别方案联合管理的世卫组织疟疾快速诊断测试产品试验方案所示。

15. 在全球对青蒿素类复方疗法的估计需求量中，非洲占 90% 以上。2011 年和 2012 年，国家疟疾防治方案向非洲的公共部门保健设施分发了超过 1.3 亿疗程的药品。在有家庭调查数据的国家中，估计 68% 的接受抗疟治疗的儿童得到的是青蒿素类复方疗法。同时，许多接受青蒿素类复方疗法的儿童是治疗发烧，表明要么没有对他们进行疟疾诊断检测，要么其结果对疟疾治疗并无指导作用。世卫组织敦促各国加强关于诊断检测 and 治疗的报告，并报告两者之间的联系如何落实到每个病人身上。

16. 疟疾和其他儿童疾病的综合性社区病例管理可以极大地减少非洲农村社区的儿童死亡率。世卫组织和儿基会已在扩大努力，加强综合性社区病例管理方案，通过这种方案培训、提供和监管保健工作者，以诊断和治疗 5 岁以下儿童的疟疾、肺炎和腹泻。这一注重公平的战略旨在补充和扩大农村地区的公共保健服务范围，因为那里的保健基础设施往往最为薄弱，而且疟疾的传播率最高。

17. 根据联合国妇女和儿童救生商品委员会的建议，儿基会于 2013 年建立了生育、孕产妇、新生儿和儿童保健信托基金，向国家提供资金支助，推动改善救生商品和服务普及，并弥补这方面的漏洞，包括综合性社区病例管理方案中需要的商品和服务。此外，全球防治艾滋病、结核病和疟疾基金将综合性社区病例管理

纳入其新的供资模式。2014年初，儿基会和全球基金宣布了一个联合计划，其中包括一个谅解备忘录，支持将这种活动扩大到整个非洲。

预防性疗法

18. 预防性化疗是多管齐下防治疟疾战略的重要因素。世卫组织推荐的预防性疗法包括孕妇间歇性预防治疗、婴儿间歇性预防治疗和5岁以下儿童的季节性疟疾预防性化疗。这些措施是在撒哈拉以南非洲疟疾传播率为中到高的地区建议采取的，而季节性疟疾预防性化疗仅在萨赫勒地区中季节性传播严重的地方才建议使用。

19. 这些措施的实施速度不像预期的那么快。世卫组织建议，在孕妇进行4次排定的产前问诊时，每次都给她们一个剂量。根据最近对报告执行这一措施的26个国家进行的调查(2012年)，虽然前来进行产前问诊的孕妇有64%的人接受第一剂治疗，但只有38%左右的人接受2剂治疗，而且只有23%的人接受3剂治疗。

20. 迄今为止，只有2个国家采用季节性疟疾预防性化疗，另有9个国家正在订定采取政策，其中有7个国家正在小规模地实施这一方案。儿基会在积极支持推广这一措施。迄今已有一个国家采用婴儿间歇性预防治疗，尚未开始推广。

青蒿素抗药性

21. 东南亚大湄公河次区域出现青蒿素抗药性，给该区域控制和消灭疟疾的努力带来重大挑战。目前已在柬埔寨、缅甸、泰国、越南并最近在老挝人民民主共和国发现对青蒿素有抗药性的疟疾种类。如果抗药性发展到印度或撒哈拉以南非洲，则公共健康的后果将十分严重，因为目前没有与其他抗疟药品具有与青蒿素类复方疗法同等的效力和耐受性。

22. 2013年初以来，世卫组织一直在协调多利益攸关方开展努力，在大湄公河次区域扩大疟疾的防治措施。柬埔寨金边的区域枢纽提供协调努力，满足国家需要。疟疾流行国家联合体、联合国系统组织和国家的疟疾防治伙伴正在实施世卫组织的应急计划。这些努力是在世卫组织总干事于2011年启动的控制青蒿素耐药性全球计划的基础上进行的。

23. 近年来，区域应对青蒿素耐药性疟疾的政治意愿增强。亚洲及太平洋国家在澳大利亚和越南的领导下，于2013年10月在文莱达鲁萨兰国举行的东亚首脑会议上，建立了亚太领导人防治疟疾联盟。联盟秘书处设在马尼拉的亚洲开发银行。现已建立两个高级别工作队，一个主管获得优质药物和其他技术；另一个主管防治疟疾区域资金筹措。2013年，全球基金承诺三年支付1亿美元，帮助大湄公河次区域受影响的国家加强控制和消灭疟疾的努力。

24. 2013年下半年，研究人员在接受含青蒿素治疗的病人中发现了与疟原虫耐药性有关的分子标记。该分子标记使研究人员能够更准确地标示和监测抗药性的地

理分布和传播，并能在事后标示许多环境下可能出现的抗药性。目前，世卫组织正在与研究人员、国家疟疾防治方案和其他伙伴合作，在大湄公河次区域内外，绘制青蒿素抗药性的存在情况。治疗效果研究将继续是在所有国家监测向国家推荐的防治疟疾疗法效力的一个核心工具。

25. 继续提供和使用口服青蒿素单一疗法对控制疟疾的工作带来重大风险，并促成青蒿素抗药性。世卫组织早已建议将口服青蒿素单一疗法撤出市场，并按照世界卫生大会 2007 年的建议，代之以青蒿素类复方疗法。然而，世界各地至少有 30 家公司仍在销售这些药物。全世界有 48 个国家已经取消这些药品的销售权，但有 9 个国家继续允许销售，包括 7 个非洲国家。

疟疾监测

26. 在全球范围，疟疾病例的发现率已经从 2000 年的 3% 增加到 2012 年的 14%，主要是因为非洲的诊断检测率提高。尽管取得了这些进展，但依然无法在 41 个国家可靠地评估疟疾的趋势，原因是历年的报告不完整或不一致，改变了诊断方法或使用的保健服务。目前迫切需要在疟疾负担重的国家中加强疟疾监测，从而使卫生部门能够将资源用于最需要的民众，有效应对疾病的暴发。

27. 2012 年，世卫组织发表了关于监测控制疟疾和消灭疟疾的手册。上述手册以及普遍获得疟疾诊断检测的手册和《疟疾治疗导则》是世卫组织的核心文件，构成称之为“检测、治疗、跟踪”全球倡议的基础。作为该倡议的一部分，世卫组织鼓励疟疾流行国和全球防治疟疾伙伴加强诊断检测、有质量保证的治疗和监测，以扩大预防措施的作用，并进一步加快进展。该倡议是世卫组织总干事于 2012 年 4 月在纳米比亚发起的。

消除与认证

28. 全世界有 26 个疟疾流行国被世卫组织归入处于消灭前期、消灭或防止再度出现这三个阶段。但还有很多国家宣布将消灭疟疾作为本国的目标，并正在开始将控制方案向消灭疟疾的方向调整。近年来，世卫组织认证已经消灭疟疾的国家有 4 个：亚美尼亚(2011 年)、摩洛哥(2010 年)、阿拉伯联合酋长国(2007 年)和土库曼斯坦(2010 年)。在南部非洲共同市场中开展的 E8 等倡议对保持消灭疟疾的政治势头和推动进展至关重要。

29. 在接近消灭疟疾的许多国家中，疟疾传播大多发生在偏远地区，常常是靠近国际边界的地方，而且移民和流动人口中的疟疾病例非常多。在这些国家中，要取得消灭疟疾的进展，就要改善商品运送战略，扩大受影响群体获得保健服务的渠道。加强区域合作和跨界合作，并改善诊断手段，对保持进展也至关重要。2014 年 4 月，世卫组织发表关于消灭疟疾情况规划手册，以帮助各国评估消灭疟疾的技术、业务和资金方面的可行性。

世卫组织提供新的全球指导

30. 自从上次向大会提交控制和消灭疟疾的进展报告(A/67/825)以来, 世卫组织发表了关于以下内容的指导文件: 采取季节性疟疾预防性化疗、在传播率低的环境中诊断疟疾、在青蒿琥酯治疗后出现迟发性溶血性贫血、普及长效驱虫蚊帐、估计长效驱虫蚊帐使用寿命的推荐方法、室内滞留喷洒与长效驱虫蚊帐结合使用、建设疟疾昆虫学和病媒控制方面的能力。

31. 世卫组织还发表了关于在外围保健机构控制发烧的实证和实践全球审查; 关于对孕妇进行间歇性预防治疗的简讯; 关于室内滞留喷洒和幼虫源管理的业务手册; 关于在人道主义紧急情况中控制疟疾的机构间实地手册; 关于消灭疟疾的一系列个案研究; 还有若干新的培训手册。其中许多文件是在各种伙伴的支持下编写的。此外, 向世卫组织提供咨询意见的独立专家组疟疾政策咨询委员会的每次会议报告都发表在可以公开查阅的疟疾日刊上。

新的全球技术战略

32. 2013 年, 世卫组织开始拟定一项新的全球疟疾战略, 在 2016-2025 年期间为国家提供有据可依的技术指导。新的全球战略将说明今后十年全球防治疟疾工作的方向, 并根据目前正作为 2015 年发展议程的部分内容所讨论的新目标, 规定 2015 年之后的指标和目标。如今正在疟疾政策咨询委员会和专门的指导委员会的指导下, 与国家控制疟疾方案协商制定这一战略。

33. 该战略将为减疟伙伴关系的全球疟疾行动计划 2 提供技术基础。减少疟疾文件将着重如何能够通过全球倡导、资源调动、协同伙伴和争取非保健部门参与的方式最好地执行世卫组织的战略。两个进程的指导委员会有相同的成员, 以确保协调一致。2014 年 2 月至 6 月期间, 将在世卫组织所在的各个区域, 举行一系列的联合技术磋商会, 届时将邀请有疟疾流行的所有国家出席。

政治承诺和问责制

34. 2013 年和 2014 年, 非洲 49 个会员国在非洲领导人防治疟疾联盟主持下继续共同努力。非洲国家元首和政府首脑每年两次在非洲联盟首脑会议上举行专门的疟疾论坛, 重申他们对战胜疟疾的承诺。在 2014 年 1 月举行的最近一次论坛上, 7 个国家因病媒控制率全年保持在 95% 以上而获得卓越成就奖。跟踪进展的办法是非洲领导人防治疟疾联盟问责和行动季度记分卡, 以及突出介绍进展情况并指明保持成果所需关键行动的国家报告。

35. 2013 年 5 月, 世界卫生大会审查了在控制和消灭疟疾方面取得的进展。会员国强调, 必须继续将防治疟疾作为优先事项纳入 2015 年后全球卫生和发展议程, 并表示支持制订一项世卫组织全球防治疟疾技术战略。2013 年 9 月, 在联合国大会第六十八届会议开幕期间的一次会外活动中, 减疟伙伴关系和联合国开发计划

署推出了一个多部门防治疟疾行动框架，其中提出愿景和具体途径，力求处理疟疾背后更广泛的社会经济决定因素，并促使非卫生部门的主要行为体参与防治。

36. 2013年7月，非洲国家元首在阿布贾举行特别首脑会议，纪念2001年举行的关于艾滋病毒/艾滋病、结核病和其他相关传染病问题的非洲联盟首脑会议12周年。2013年首脑会议的重点是加强艾滋病毒/艾滋病、结核病和疟疾对策的自主权、问责制和可持续性。会议通过一项新的防治艾滋病毒/艾滋病、结核病和疟疾宣言。各国元首在宣言中重申其承诺加快进展，并承诺调拨更多国内资源加强卫生系统。世卫组织及合作伙伴联合发起了一项新的倡议——疟疾情况室——以便向负担最重的国家提供战略支持。

37. 疟疾情况室是世卫组织、减疟伙伴关系秘书处、非洲领导人防治疟疾联盟、卫生领域的千年发展目标筹资和疟疾问题特使以及红十字会与红新月会国际联合会联合推出的一个项目。这项合作使主要疟疾防治伙伴能够联合评估在非洲10个最受影响的国家面临的业务挑战，帮助各国解决瓶颈问题并加快实现2015年目标。

38. 2014年1月，卫生领域千年发展目标筹资和疟疾问题特使办公室推出了一个加快实现千年发展目标4的路线图，强调必须在2015年底以前将5岁以下儿童死亡人数减少220万，以实现目标4。在此之前，世界银行、儿基会、美援署和挪威政府于2013年9月与特使办公室一同宣布提供11.5亿美元资金，专用于妇幼保健方案，以促进实现目标4的进展。

39. 2012年6月，埃塞俄比亚、印度和美利坚合众国政府与儿基会合作，在哥伦比亚特区华盛顿召开“儿童生存：行动呼吁”高级别论坛，并通过“再次承诺”倡议。此后，该倡议已得到176个国家政府核可。在该倡议的激励下，许多疟疾流行国家为保护最弱势的社区作出了新的承诺。例如，尼日利亚发起一项倡议，通过增加妇女和儿童获得初级保健服务和商品的机会，到2015年挽救100万个生命。刚果民主共和国政府宣布了一项国家加速框架，力求到2035年大幅降低孕产妇和5岁以下儿童的死亡率。赞比亚公布了一个四年路线图，目标是平均每年挽救27 000个生命。

三. 紧急供资需求

40. 2004年至2013年间，国际付款增加了10倍，但可用资金仍然大大低于普及疟疾干预措施所需的51亿美元。2011年，国际疟疾防治资金总额为16.6亿美元，2012年为19.4亿美元。国内供资逐渐增加，估计2012年为5.22亿美元，以非洲和南美洲的疟疾流行国承诺的资源最多。国内和国际资金合并计算，2012年全球可用于疟疾防治工作的资源估计刚超过24亿美元，每年尚有27亿美元的缺口。

41. 希望今后几年内会提供更多资金。2013 年 12 月在哥伦比亚特区华盛顿举行的全球基金第四次充资会议上，25 个国家以及欧洲联盟委员会、私人基金会、公司和信仰组织初步认捐 120 亿美元，虽然略低于全球基金 150 亿美元的目标，但这是迄今为抗击艾滋病、结核病和疟疾而承诺的最大一笔数额。防治疟疾的国际资金总额约 60% 由全球基金支付，因此捐助方对这一战略投资手段保持高度承诺至关重要。

42. 2012 年和 2013 年期间，全球基金经历了重大改革和改组过程，最后制定了新的供资模式，摆脱每年一轮的系统，让疟疾流行国家能够更灵活地按照国家防治疟疾战略调整资金。按照 2014 年 3 月推出的这一供资新模式，全球基金将更重视疾病负担最重和国内供资能力最差的国家，以确保获得国际资金的机会更公平。现已设立一个单独的资金封套，奖励效果显著和运作良好的方案。

43. 2013 年 12 月，世界银行集团国际开发协会基金也创下充资纪录，认捐数额达 520 亿美元。国际开发协会是全世界最大的援助来源，为最不发达国家(其中 40 个在非洲)的保健和教育、基础设施和农业以及经济和体制发展投资提供无息或低息贷款和赠款。全球基金和世界银行的供资周期都将长达实现千年发展目标和启动 2015 年后议程的目标日期。那是全球努力减轻传染病负担的关键性十字路口。

四. 实现全球目标和具体目标的进展情况

44. 控制和消灭疟疾工作成功与否是以实现 2015 年一组目标的进展情况衡量的。这些目标是通过政府间进程设计或在全球倡议中订立的。世卫组织每年在《世界疟疾报告》中总结进展情况。该报告全面概述方案筹资趋势、干预措施范围以及疟疾病例和死亡人数。报告数据由疟疾流行国家的全国疟疾防治方案通过世卫组织区域办事处提供，以家庭调查收集的资料作为补充，特别是人口与健康调查、多指标类集调查和疟疾指标调查。

45. 对各国实现全球目标进展情况进行评估的难度较大，因为在非洲重负担国家，监测系统仅检测出实际疟疾病例和死亡人数的一小部分。在世界各地 41 个疟疾流行国家(其中 32 个在非洲)，只能用负担估计法评估疟疾趋势。这种办法依靠的是疟疾传播、干预措施范围与发病率或死亡率之间的模拟关系。

千年发展目标 6

46. 控制和消灭疟疾被列入千年发展目标 6 的具体目标 6.C，即“到 2015 年遏制并开始扭转疟疾和其他主要疾病的发病率”。鉴于疟疾占全球 5 岁以下儿童死亡率的 7%，防治疟疾也直接关系到实现千年发展目标 4 的具体目标 4.A，即“在 1990 年至 2015 年期间，将 5 岁以下儿童死亡率降低三分之二”。防治疟疾也有助于实现千年发展目标 1、2、3、5 和 8。

47. 对 2000 年至 2012 年全球疟疾趋势的评估表明，世界正在按部就班地实现千年发展目标 6 的具体目标 6C。将人口增长因素计算在内，2000 年至 2012 年间，疟疾发病率在全球范围下降 25%，在非洲下降 31%。同一期间，疟疾死亡率在世界范围下降 42%，在非洲下降 49%。然而，只有继续扩大干预措施，在所有重负担国家实施强有力的控制行动，并预防复发和爆发，这一进展方可持续下去。

48. 根据报告的数据，世界各地有 59 个国家可望如期实现扭转疟疾发病率的目标从而实现目标 6。另外还通过分析预防和治疗 5 岁以下儿童的干预措施的普及情况来监测实现目标的进展，特别是驱虫蚊帐的使用率和青蒿素类复方疗法救治的病例百分比。虽然对大多数国家而言，全民普及仍然是一个遥远的目标，但过去几年来，获得防治疟疾服务的机会大幅增加。

49. 2004 年至 2013 年间，向疟疾流行的非洲国家提供的驱虫蚊帐数目不断增加，只有三年(2007 年、2011 年和 2012 年)出现过下降。撒哈拉以南非洲拥有至少一项驱虫蚊帐的家庭比例在 2012 年达到 56%，但 2013 年略微降至 54%。同时，睡在驱虫蚊帐中的风险人群(即得到直接保护的人群)比例 2013 年为 36%。睡在蚊帐中的五岁以下儿童比例略高，为 40%。总体而言，干预措施的扩大已见之于向更多风险人群提供蚊帐，但仍然存在重大缺口。

50. 尽管青蒿素类复方疗法的销售在世界各地大幅增加，但没有公共和私营部门使用这些抗疟疗法的可靠数据。在有家庭调查数据的国家，估计接受抗疟治疗的儿童中有 68% 得到青蒿素类复方疗法。同时，给很多儿童使用青蒿素类复方疗法是为了治疗发烧，表明并未进行疟疾诊断检测，或是检测结果未能指导疟疾治疗。

阿布贾目标

51. 2000 年 4 月，非洲疟疾流行国家的领导人通过《非洲减疟阿布贾宣言》及其行动计划，承诺到 2010 年将疟疾死亡率减半，后将这一目标延至 2015 年。《阿布贾宣言》中还承诺减少或取消抗疟疾药物、驱虫蚊帐和其他必要的抗疟疾商品的进口税和关税。2006 年又发生《阿布贾呼吁》，配合《宣言》，其中要求加快行动，在非洲普及艾滋病毒/艾滋病、结核病和疟疾防治服务。

52. 根据《2013 年世界疟疾报告》，非洲有 10 个疟疾流行国家有望实现到 2015 年将疟疾负担减轻 50% 以上的阿布贾目标。实现这一目标的进展是通过分析疟疾发病率趋势衡量的。8 个国家(博茨瓦纳、佛得角、厄立特里亚、纳米比亚、卢旺达、圣多美和普林西比、南非和斯威士兰)已实现这一目标，其疟疾发病率降低了 75% 以上。预计埃塞俄比亚和赞比亚到 2015 年将达到 50% 的目标。其他非洲国家因报告不完整或不一致而无法在目前对其疟疾发病率趋势作出可靠的评估。

53. 非洲领导人防治疟疾联盟与世卫组织和减疟伙伴关系合作，继续制作问责与行动季度记分卡，对照一整套指标跟踪非洲所有疟疾流行国家取得进展的情况。2013 年对记分卡进行了修订，取消了进口税和关税指标，扩大了妇幼保健指标清

单。在每年两次与非洲联盟合作举行的非洲领导人防治疟疾联盟论坛上，非洲国家元首和政府首脑用记分卡审查进展情况。

世界卫生大会的目标

54. 2005 年，世界卫生大会确定了 2000 年至 2010 年间疟疾负担减轻 50% 和到 2015 年减轻 75% 的目标。根据《2013 年世界疟疾报告》，103 个国家和领土有疟疾在传播，其中 52 个有望实现到 2015 年将疟疾发病率降低 75% 的目标。这些国家中有 8 个在非洲。这是一个巨大的进展，然而，这些国家在世界各地估计发生的疟疾病例中只占 4% (即 800 万)。2000 年至 2012 年间，疟疾发病率在全球降低了 25%，在非洲降低了 31%。为了加快实现这一目的进展，需要在估计占疟疾死亡人数 80% 的 17 个负担最重的国家大幅增加工作力度。

《全球疟疾行动计划》的目标

55. 减疟伙伴关系的《全球疟疾行动计划》于 2008 年启动，是全球宣传运动的一部分，目的是促进支持控制和消灭疟疾，并动员合作伙伴围绕一个共同的行动计划抗击这一疾病。2011 年订正的这一计划旨在到 2015 年底把全球疟疾死亡人数降至接近零，到 2015 年底把全球疟疾病例减少 75%，到 2015 年底至少在 10 个新国家(自 2008 年以来)和世卫组织欧洲区域消灭疟疾。减疟伙伴关系呼吁每年提供估计 51 亿美元的资金，以确保普及疟疾干预措施。这些筹资目标未能充分实现，部分原因是全球金融危机导致可用的全球保健和发展资金减少。

56. 如上文引用的数字所示，在实现所有这些宏大目标方面取得了稳步进展。为了进一步实现《计划》的前两个目标，亟需大力增加疟疾筹资，特别是在负担最重的国家。关于第三个目标，8 个新国家(欧洲区域内外)当地疟疾传染率自 2008 年以来已降至零(阿根廷、埃及、格鲁吉亚、伊拉克、吉尔吉斯斯坦、俄罗斯联邦、阿拉伯叙利亚共和国和乌兹别克斯坦)，另外三个国家经核证 2008 年以来无疟疾(亚美尼亚、摩洛哥和土库曼斯坦)。2012 年，世卫组织欧洲区域的当地传染限制在三个国家(阿塞拜疆、塔吉克斯坦和土耳其)，该区域总体上有望到 2015 年将疟疾病例减至零。

五. 建议

57. 敦促会员国加紧努力控制和消灭疟疾，并采取大会第 67/299 号决议着重指出的优先行动。会员国必须保持高度的政治承诺，减少疟疾造成的痛苦和死亡。扩大高效的减疟战略和逐步消灭疟疾仍应是 2015 年后全球卫生和发展的一个主要优先事项。

58. 疟疾流行国家应协调一致地努力制定机制和拟定战略，以普及防治疟疾的干预措施。可将扩大疟疾干预措施作为一个切入点，藉此加强卫生系统，包括妇幼

保健服务和化验服务，并建立更有力的卫生信息和疾病监测系统。进一步扩大负担最重国家的社区病例综合管理，加强疟疾预防工具的综合提供系统，将是在进一步加强卫生基础设施之前，有助于弥合系统差距的一个具有成本效益的解决办法。

59. 亟需通过传统和创新筹资工具增加疟疾防治资金，以减轻 17 个负担最重国家的痛苦。这些国家估计占疟疾死亡病例的 80%。只有通过大幅增加干预措施和保持其覆盖率，非洲受影响最严重的国家才能预防疟疾复发并进一步实现全球目标。充足和可预测的资金对保持最近取得的成功至关重要。如果各国现有的干预措施覆盖率减退，则这一事业已取得的成果和作出的投资很快就会前功尽弃。

60. 敦促疟疾流行国家维持并尽可能增加为防治疟疾提供的国内资源。还建议这些国家根据世卫组织的技术建议审查和加强国家战略计划，并将其稳固地纳入国家卫生部门和发展计划之中。为了产生更大的影响，并确保成果得以持续，各国应更多地采用多部门办法防治疟疾，并发挥与其他发展优先事项的协同效应。

61. 全球发展伙伴和疟疾流行国家应加强努力，应对疟疾防治中新出现的生物威胁。通过执行世卫组织在《控制青蒿素耐药性全球计划》中提出的建议，可以预防疟原虫对青蒿素的耐药性。必须作出强有力的政治承诺，继续开展协调一致的努力，逐步淘汰口服青蒿素单一疗法的使用，从市场中清除不符合世卫组织预审标准的抗疟疾药品。采用《疟疾病媒的杀虫剂抗药性管理全球计划》所载的各项建议，可以控制杀虫剂抗药性的传播。

62. 亟需在所有疟疾流行区域加强疟疾监测和提高数据质量，使卫生部能把财政资源用于最需要的民众，并有效应对疾病的爆发。鉴于实地有许多伙伴，应该加强国家境内的技术援助协调机制，使执行世卫组织技术指导的各种最佳办法协调一致。需要更多资金支持分享和分析最佳做法，以应对紧迫的方案挑战，改进监测和评价，并定期进行财务规划和差距分析。另外还须进一步改善跨界和区域合作。

63. 科学界和私营部门的贡献仍然不可或缺：改进的诊断工具、有效的药品、有效的疫苗、新的杀虫剂和更持久的驱虫蚊帐等各种新产品对确保疟疾防治工作持续取得进展都至关重要。只有在全球政治承诺、持续科学进步和大力创新的基础上，通过协调一致和重点突出的多方利益攸关方的努力，才能维持防治疟疾的显著进展。在减疟伙伴关系的框架内缔结有效的全球伙伴关系对在 2015 年之前和之后取得进展仍然至关重要。