



第六十九届会议

议程项目 12

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 年控制和消除疟疾的第 68/308 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 68/308 号决议提交的报告。



世界卫生组织总干事的报告

摘要

本报告是应大会第 68/308 号决议要求提交的。报告论述了执行该决议的进展情况，重点是在疟疾流行国采取和扩大世界卫生组织建议的干预措施情况。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通过减疟伙伴关系制定的《全球疟疾行动计划》所定目标的进展情况。报告阐述了影响全面实现这些目标的各项挑战，并提出了确保在今后几年加快进展的建议。

一. 引言

1. 虽然疟疾是一种可以预防和治疗的疾病，但却继续在全球各地对人们的健康和生计造成破坏性影响。2013 年，在 97 个国家和领土中，大约 33 亿人有患病风险，估计有 1.98 亿人已经患病(人数不确定，约为 1.24 亿-2.83 亿人)。584 000 人因病死亡(人数不确定，约为 367 000-755 000 人)，其中大多数是撒哈拉以南非洲 5 岁以下儿童。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，包括采用病媒控制干预措施、预防性疗法、诊断检测、有质量保证的治疗、加强疟疾监测。

2. 本报告重点介绍了根据大会第 68/308 号决议控制和消灭疟疾方面的进展情况和面临的挑战。报告借鉴了世卫组织的《2014 年世界疟疾报告》以及减疟伙伴关系秘书处、非洲领导人防治疟疾联盟、联合国儿童基金会(儿基会)提供的材料。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最新综合数据(2013 年)。2014 年的数据目前正由世卫组织收集审查。这些资料与 2015 年预测将刊载于《2015 年千年发展目标报告》。

3. 过去十年来，疟疾是世界各国公认的全球卫生方面的优先问题。在减疟伙伴关系框架内，疟疾流行国家、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共同努力，扩大世卫组织建议采取的干预措施，协调活动，改进战略规划、方案管理、资金到位情况。国际资金激增，使疟疾流行国家得以扩大其防治疟疾方案。自 2010 年以来，全球防治艾滋病、结核病和疟疾基金提供了超过 30 亿美元用于采取干预措施防治疟疾，而美利坚合众国政府及大不列颠和北爱尔兰联合王国政府是第二和第三大双边供资方。

4. 为计量控制和消除疟疾工作的成功与否，分析了疾病负担和加大干预措施方面的趋势，还审查了根据政府间进程制定的或全球倡议规定的一整套全球目标和具体目标的实现情况。相关的 4 套主要目标和具体目标是：千年发展目标 6；非洲联盟制定的目标；世界卫生大会制订的目标；减疟伙伴关系制定的《全球疟疾行动计划》所定目标。更多详细情况见第四节。本报告不涉及控制和消灭疟疾的区域和次区域目标。

二. 现状

5. 2000 和 2013 年间，扩大疟疾干预措施促进将世界范围的疟疾死亡率降低了 47%，估计有 430 万人免于死亡。在这一期间，非洲 5 岁以下儿童群组的疟疾死亡率下降了 54%。全球发病率减少了 30%。2014 年公布的新分析报告揭示，在撒哈拉以南非洲携带疟疾寄生虫的人数(即有症状和无症状的疟疾感染人数)从 2000 年的大约 1.73 亿人降至 2013 年的 1.28 亿人，尽管非洲疟疾流行国家的人口增加了 43%。

6. 总体而言，世界有望实现防治疟疾方面的千年发展目标：2000 和 2013 年间，世界各地的疟疾发病率上升情况得到遏制和逆转。然而，该疾病依然集中在 16 个国家，约占全球死于疟疾者的 80%。非洲的疟疾负担是全世界最重的，刚果民主共和国和尼日利亚这两国约占世界疟疾死亡率的 39%。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重。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

7. 减少疾病传播的一个重要因素是扩大驱虫蚊帐¹ 的分发和室内滞留喷洒。2004 和 2014 年间，向非洲国家运送了 9 亿多项驱虫蚊帐，使家庭拥有和使用驱虫蚊帐的数目大幅增加。2013 年，估计面临感染疟疾风险的人口中有 49% 家中有蚊帐，而 2004 年只有 3%。与此同时，2013 年睡在驱虫蚊帐中的风险人群(即直接受保护人群)为 44%。

8. 尽管取得了这一进展，但只有少数国家设法大幅度提高了驱虫蚊帐拥有率，而且国家和区域之间的差异依然很大。主要原因是没有资金为所有受影响的社区购买和分发足够的蚊帐。然而，令人鼓舞的是，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的驱虫蚊帐使用率高于全国平均数。

9. 60 多个国家的国家疟疾防治方案还包括定期在房屋室内喷洒驱虫剂，减少可能携带这一疾病的蚊虫。2013 年，1.24 亿人因采取这一干预措施得到了保护。2006 至 2008 年，非洲通过室内喷洒驱虫剂而得到保护的人口比例显著增加，2010 年更达到风险人口的 11%。然而，到 2013 年，这一比例降至 7%，原因是一些国家缩减了喷洒方案，因为采用防止或控制蚊虫抗药性的杀虫剂的费用很高。

10. 虽然目前的病媒控制手段仍然有效，但迫切需要在所有疾病流行国家控制蚊虫对杀虫剂抗药性的增强，并需开发出杀虫新配方和新工具。自 2010 年以来，53 个国家报告存在杀虫剂抗药性问题，其中包括非洲大多数疟疾流行国家。2012 年，世卫组织和减疟伙伴关系推出了《疟疾病媒的杀虫剂抗药性管理全球计划》，向国家、伙伴、私营部门提供针对性指导。大多数疟疾流行国家目前监测杀虫剂抗药性情况，但是很少有国家制定了应对抗药性的详细计划。

诊断检测和治疗

11. 对于治疗恶性疟原虫性寄生虫(最致命的寄生虫，非洲大多数疟疾病例即是其所为)引起的无并发症疟疾，青蒿素类复方疗法是目前最有效药物。过去 8 年来，有质量保证的混合疗法的可获取性日增，促进了疟疾治疗率的提高，减少了严重病例和死亡人数。2009 至 2013 年，国家疟疾防治方案向非洲公共部门保健

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

设施推广的复方疗程数目翻了一番(从 9 800 万增至 1.81 亿个疗程), 逐步取代了其他不太有效的抗疟治疗办法。2015 年 4 月, 世卫组织发布了新版的疟疾治疗准则, 其中包括关于按体重适当配给抗疟药物剂量的最新准则。

12. 世卫组织建议在病人到诊所、药房或社区保健工作者处寻求治疗时, 对所有的疑似疟疾病人进行诊断检测。现在可广泛采用快速诊断检测, 2013 年购买了超过 3.19 亿套检测用具, 而 2008 年为 4 600 万套。与此同时, 快速诊断测试的质量逐步改善, 一个例子是世卫组织的疟疾快速诊断检测产品测试方案。该方案由世卫组织、美国疾病防治中心、创新诊断基金会、热带病研究培训特别方案等机构联合管理。

13. 尽管最近几年疟疾诊断检测和治疗规模大幅扩大, 但数百万人依然无法获得这些服务。感染疟疾的约 80% 五岁以下儿童(估计 5 600-6 900 万名儿童)根本没有获得青蒿素复方疗法的治疗。尽管在撒哈拉以南非洲建议对孕妇、五岁以下儿童和婴儿等最弱势群体采用预防性治疗, 但此类治疗的普及率仍存在与上述类似的差距。这种治疗成本效益很高, 每年有可能拯救成千上万的生命。包括世卫组织和儿基会在内的减疟伙伴在 2015 年世界防治疟疾日呼吁全球卫生界帮助提高国家覆盖率, 强调亟需弥合上述差距。减疟伙伴关系还呼吁全球采取行动, 防止孕早期疟疾产生的破坏性后果。

14. 社区保健方案可在农村社区大大减少疟疾引发的儿童死亡率, 该方法正在世界各地予以推广。例如, 过去十年中, 印度政府在全国各地部署了 900 000 多名经认证的社会保健积极分子。他们向所有年龄群体提供基本的一揽子治疗护理, 及时为病人转诊, 并促进免疫接种和其他公共保健服务。在非洲, 世卫组织和儿基会帮助各国加大工作力度, 加强社区病患综合管理方案, 通过这种方案培训保健工作者诊断和治疗 5 岁以下儿童的疟疾、肺炎、腹泻。2012 至 2014 年, 通过加拿大政府资助并得到世卫组织和非政府组织支持的一项方案, 7 000 多名社区保健工作人员接受了培训, 然后部署在非洲 5 个国家, 救治的儿童人数超过 650 000 人。

15. 2014 和 2015 年, 埃博拉病毒疾病在几内亚、利比里亚、塞拉利昂爆发, 严重损害了这些国家的保健系统。为了控制和减轻疟疾负担, 世卫组织发布了关于受埃博拉影响地区预防、诊断、治疗疟疾的指南, 包括建议在埃博拉热点地区大规模发放药物来减少疟疾发病数。在儿基会、全球基金和其他合作伙伴的支助下, 塞拉利昂政府开展了两轮大规模发放药物活动, 2014 年 12 月至 2015 年 1 月向 260 万多人发放了药物。利比里亚政府在首都蒙罗维亚开展了大规模发放药物活动, 向 300 000 多人发放了药物。世卫组织及合作伙伴目前正帮助受影响国家恢复保健服务, 扩大疟疾干预措施, 应对诊断检测用具和药品短缺问题, 并加强疟疾监测。

抗药性增强问题

16. 过去一年来,在东南亚大湄公河次区域,青蒿素抗药性和抗多种药物情况(包括对青蒿素类复方疗法的抗药性)显著增强。除非立即解决这一问题,否则抗药性疟疾可能会严重威胁全球公共健康,削弱目前用于防治疟疾的工具。继 2013 年在大湄公河次区域启动“紧急应对青蒿素抗药问题”方案后,世卫组织在金边制定了一个两区方案,协调多利益攸关方采取应对办法。该中心与柬埔寨、中国、老挝人民民主共和国、缅甸、泰国、越南等国卫生部以及各种发展伙伴密切合作。

17. 为了应对新出现的多种药物耐受问题,世卫组织建议立即在这一次区域扩大疟疾预防措施,并将工作方向从遏制抗药性调整为到 2030 年在该区域消除疟疾。这是因为世卫组织疟疾政策咨询委员会于 2014 年 9 月通过结论,认为到 2030 年消除恶性疟原虫是可行的并应尽快着手执行。世卫组织目前正在制定一项次区域战略,帮助受影响国家调整方案,将目标定为消除疟疾。世卫组织在制定该战略时,与各国和发展伙伴密切协调,还由疟疾政策咨询委员会审查了文件草案。

18. 继续提供和使用口服青蒿素单一疗法严重危及全球控制疟疾的工作,并促生了青蒿素抗药性问题。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,根据现有最新资料,世界各地至少有 25 家公司仍在销售这些药品。全世界有 48 个国家已经取消这些药品的销售权,但有 8 个国家继续允许销售。

疟疾监测

19. 虽然疟疾病例检测率在逐步提高,但在全球范围内监测系统只检测到了七分之一的发病人数。在 41 个疟疾流行国家,无法可靠地评估疟疾趋势,原因是历年的报告不完整或不一致,或者是改变了诊断方法或使用的保健服务。目前迫切需要加强疟疾监测系统,使卫生部门能够明确方案覆盖方面的差距并有效应对疾病的暴发。强有力的监测还有助于指导调整方案规划和执行工作,使资源可以用于最需要的人群,并可帮助评估干预措施的影响。

20. 加强监测系统是世界卫生大会 2015 年 5 月通过的、世卫组织新的全球防治疟疾技术战略(2016-2030 年)的三大支柱之一。新战略促请各国大幅度扩大疟疾监测,使其成为同病媒控制、诊断检测或治疗同等重要的一项核心干预措施。除了促进为实现拟议目标加快进展外,增加对疟疾监测的投资也将减轻目前对基于模型的疾病估计办法的依赖,并促使国家决策者和全球卫生界立足于更可靠的卫生信息和疟疾数据。

21. 加强疟疾监测也是世卫组织总干事 2012 年 4 月在纳米比亚发起的世卫组织“检测、治疗、跟踪”(T3)倡议的一个重要支柱。作为该倡议的一部分,世卫组织鼓励疟疾流行国家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,以期扩大预防措施的作用,并进一步加快进展。该倡议基于防治疟疾的四个

核心指导文件，即题为《普及疟疾诊断检测》、《控制疟疾疾病监测》、《消除疟疾疾病监测》的业务手册，以及《疟疾治疗导则》。

消除与认证

22. 共有 26 个疟疾流行国家已接近根除疟疾，其防治疟疾方案目前正处于根除前、根除或防止再发生阶段。更多国家宣布消灭疟疾是一项国家目标。近年来，包括南部非洲“消灭疟疾 8 国”(E8)国家(安哥拉、博茨瓦纳、莫桑比克、纳米比亚、南非、斯威士兰、赞比亚、津巴布韦)在内的非洲许多地区、中美洲和伊斯帕尼奥拉岛以及东南亚都加大了消除疟疾工作。近年来，世卫组织认证已经消灭疟疾的国家有 4 个：阿拉伯联合酋长国(2007 年)、摩洛哥(2010 年)、土库曼斯坦(2010 年)、亚美尼亚(2011 年)。目前正在继续对吉尔吉斯斯坦进行认证，世卫组织将很快开始对阿根廷进行认证。

23. 在接近消灭疟疾的许多国家，疟疾传播主要发生在运输和公共卫生基础设施有限的地区，往往靠近国际边界。移民和流动人口占疟疾患者人数的比例很高。在这些国家中，要在消灭疟疾方面取得进展，就要改善商品运送方式，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。

世界卫生组织提供新的全球指导

24. 2013 年，世卫组织开始拟定一项新的全球疟疾防治战略，在 2016-2030 年期间为各国提供有据可依的技术指导。战略草案于 2014 年 10 月定稿，并于 2015 年 1 月由世卫组织执行局做了审查。该文件是与疟疾流行国家和合作伙伴密切协商制定的，由疟疾政策咨询委员会和一个专门指导委员会监管进程。世界卫生大会 2015 年 5 月在第 WHA68.2 号决议中通过了该文件。

25. 该战略确定的目标是，到 2020 年疟疾负担减轻幅度至少为 40%，到 2030 年至少为 90%。战略还计划到 2030 年在至少 35 个国家消除疟疾。该文件基于以下 3 个支柱：确保普及疟疾预防、诊断、治疗；加紧努力，消灭疟疾和实现无疟疾状态；使疟疾监测成为一项核心干预措施。为这些支柱做补充的是两个支助部分：利用创新成果和扩大研究规模；建设更有利的环境。战略强调，逐步实现无疟疾状态这项工作并不是由一系列相互独立的阶段组成的，而是一个连续性进程，需要在国家以下各级评定疟疾风险的级别。

26. 该战略为减疟伙伴关系定于 2015 年 7 月推出的《全球疟疾行动计划》第二版(题为“2016-2030 年战胜疟疾行动与投资”)提供了技术支持。该计划的重点是如何才能通过开展全球宣传、资源调动、伙伴协调，同时让运输、工业、旅游、教育等公共部门及私营部门参与进来，从而以最佳方式落实世卫组织战略。该计划将疟疾切实纳入 2015 年后发展议程，表明能否在实现多重可持续发展目标方

面取得进展取决于防治疟疾的成功与否。2014 年 2 月至 8 月，就这两个文件举行了联合区域磋商，还另外开展了公共网络协商。

27. 世卫组织自上次发表进展报告(A/68/854)以来，发布了最新的疟疾治疗导则，还发布了关于以下方面的指导文件：受埃博拉病毒影响国家临时控制疟疾措施；采购疟疾快速诊断检测的建议选择标准；控制余留的疟疾寄生虫传播。世卫组织还制定了针对大湄公河次区域的消灭疟疾战略，并与美国旧金山加利福尼亚大学全球卫生集团出版了消除疟疾病案研究(不丹、留尼汪岛、马来西亚、菲律宾)。此外，疟疾政策咨询委员会(向世卫组织就新的防治疟疾政策提供咨询意见的独立专家组)每次会议的报告都发表在可以公开查阅的《疟疾杂志》上。

区域合作和政治承诺

28. 近年来，亚太区域应对疟疾耐药性问题的政治意愿日增。2013 年 10 月，在文莱达鲁萨兰国举行的东亚首脑会议上，该区域国家由澳大利亚和越南带头，建立了亚太领导人防治疟疾联盟。2014 年 11 月，18 位国家元首在东亚首脑会议上承诺到 2030 年在亚太区域消除这一疾病。世卫组织欢迎这一举措，并一直支助设在亚洲开发银行(马尼拉)的亚太领导人防治疟疾联盟秘书处，向其提供技术咨询意见。

29. 非洲国家元首和政府首脑继续每年两次在非洲联盟首脑会议上举行专门的疟疾论坛，重申他们努力防治疟疾的承诺。2015 年，49 个成员国在非洲领导人防治疟疾联盟主持下共同努力。在最近于 2015 年 1 月举行的论坛上，领导人推出了 2030 年消灭疟疾计分卡，12 个国家获得了联盟颁发的扩大或继续实施防治疟疾干预措施卓越成就奖。自 2014 年 6 月以来，埃塞俄比亚总理一直任联盟主席。2015 年 4 月，非洲联盟卫生部长再次承诺加快消除艾滋病毒/艾滋病、结核病、疟疾的努力，并同意制订一份路线图，详细规定到 2030 年应实现的关键里程碑。

30. 2012 年 6 月，“儿童生存：行动呼吁”高级别论坛在哥伦比亚特区华盛顿举行，通过了“再次承诺倡议”。自那时以来，178 个国家政府核可了这一倡议。在该倡议的激励下，许多疟疾流行国家为保护最弱势群体作出了新承诺。各国政府在执行《全球卫生安全议程》方面，也高度重视增强防治疟疾工作，特别是重视解决疟疾抗药性问题的迫切需要。《议程》于 2014 年 2 月启动并由 40 多个国家予以通过，旨在努力减少传染病的威胁，并促进把全球健康保障作为国际安全的一个优先事项。

三. 紧急供资需求

31. 虽然国际为防治疟疾所拨款项自 2005 年以来大幅增加，但可用资金仍远低于在所有疟疾流行国家普及疟疾干预措施所需的 51 亿美元。2013 年，国际防治

疟疾资金超过了 21 亿美元，而国内供资估计为 5.27 亿美元。2013 年在全球范围内可用于防治疟疾的资源合在一起估计刚过 27 亿美元。

32. 根据世卫组织的全球战略，防治疟疾投资所需经费每年都会增加，到 2020 年估计将增至 65 亿美元。今后 5 年只有在国际和国内资金明显增加的情况下，才能达到这一款额。2014 年，包括世卫组织在内的减疟伙伴向疟疾流行国家提供了技术支助，协助其制定提交给全球基金的防治疟疾概念说明。其中所要求提供的财政支助估计价值 28 亿美元。

四. 实现全球目标和具体目标的进展情况

33. 衡量控制和消除疟疾工作的成功与否，依据是在执行政府间进程制定的或全球倡议规定的一套 2015 年目标方面进展如何。具体进展情况每年由世卫组织在《世界疟疾报告》做一综述。该报告全面概述方案筹资、干预措施普及范围、疟疾发病及死亡人数等方面的趋势。报告数据经由世卫组织区域办事处由疟疾流行国家的全国疟疾防治方案提供，并辅以通过家庭调查收集的资料，特别是通过人口与健康调查、多指标类集调查、疟疾指标调查收集的资料。

34. 评估国家实现全球目标的进展情况在许多负担沉重的非洲国家一向具有挑战性，因为疾病监测系统只记录小部分疟疾发病及死亡人数。在 41 个疟疾流行国家(包括非洲 32 个国家)，只能用负担估计法评估疟疾趋势。这种办法的分析依据是疟疾传播、干预措施范围、发病率或死亡率之间的模拟关系。

千年发展目标 6

35. 与艾滋病毒/艾滋病和其他疾病一样，疟疾控制也是千年发展目标 6 的内容。防治疟疾的具体目标是“到 2015 年遏制并开始扭转疟疾发病率”。鉴于疟疾占全球范围内 5 岁以下儿童死亡率的 7%，因此，在目标 4 具体目标 4.A “在 1990 至 2015 年间将五岁以下儿童死亡率降低三分之二”方面取得进展也是关键。全球防治疟疾的努力也有助于实现目标 1、2、3、5、8。

36. 对 2000 至 2013 年期间全球疟疾趋势的评估表明，世界有望实现目标 6 具体目标 6.C。在此期间，全球疟疾发病率(考虑到人口增长)减少了 30%，非洲减少了 34%。在同一期间，世界各地疟疾死亡率降幅为 47%，而非洲为 54%。根据报告的数据，64 个国家有望扭转疟疾发病率，因此会实现目标 6。

37. 据估计，如果不是扭转了 1990 年代的疟疾趋势，则 2001 和 2013 年间会多发 6.7 亿疟疾病例，而且会多死亡 430 万人。其中，非洲五岁以下儿童死亡人数会多达 390 万人；这方面免于死亡的人数占此期间儿童死亡减少总数的 20%。所减少的大多数疟疾病案(66%)和挽救的生命(92%)都在非洲。取得这一进展的原因可能是扩大疟疾干预措施、城市化程度提高、经济整体发展的共同作用。

阿布贾目标

38. 2000年4月在阿布贾举行的非洲国家元首和政府首脑特别首脑会议上,通过了《非洲减疟阿布贾宣言》及其行动计划,其中非洲疟疾流行国家领导人承诺到2010年将疟疾死亡率减半。这一目标的期限后来延至2015年。《阿布贾宣言》中还承诺减少或取消抗疟疾药物、驱虫蚊帐等必要抗疟疾商品的进口税和关税。2006年,为配合《宣言》发起了《关于加速行动在非洲普及艾滋病毒和艾滋病、结核病和疟疾防治服务的阿布贾呼吁》。

39. 关于国家降低疟疾死亡率方面的进展资料将由世卫组织在今年晚些时候提供。目前,阿布贾目标方面的进展情况只能通过分析疟疾发病率趋势予以衡量。2014年,世卫组织非洲区域12个国家的疟疾发病率到2015年的降幅有望超过50%。9个国家(阿尔及利亚、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、斯威士兰)的疟疾发病率降幅已超过75%。预计埃塞俄比亚、赞比亚、津巴布韦到2015年将达到这一目标。其他非洲国家因报告不完整或不一致而无法对其疟疾趋势作出可靠评估。

世界卫生大会的目标

40. 2005年,世界卫生大会确定了2000至2010年将疟疾负担减轻50%、到2015年减轻75%的目标。根据《2014年世界疟疾报告》,2000年106个国家和领土有疟疾在传播,其中58个有望实现到2015年将疟疾死亡率降低75%的目标。在全球范围内,2000至2013年期间,疟疾死亡率下降了47%,而非洲下降了54%。为了加快进展实现这一目标,需要在16个负担最重的国家大幅增强工作力度。这些国家的疟疾死亡人数估计占80%。

《全球疟疾行动计划》的目标

41. 减疟伙伴关系的《全球疟疾行动计划》于2008年启动,目的是促进支持控制和消灭疟疾,并动员合作伙伴遵循共同的行动计划。2011年经订正的这一《行动计划》旨在到2015年底把全球疟疾死亡人数降至“接近零”,到2015年底把全球疟疾发病人数减少75%,到2015年至少在另外8至10个国家和世卫组织欧洲区域消除疟疾。减疟伙伴关系呼吁每年提供估计51亿美元的资金,确保普及疟疾干预措施。然而,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全球保健和发展资金减少。

42. 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《行动计划》的前两个目标,亟需大力增加筹资,特别是在负担最重的国家。同时,第三个目标已经实现:另有10个国家(欧洲区域内外)自2008年以来将当地疟疾感染率减为零(阿根廷、阿塞拜疆、埃及、格鲁吉亚、伊拉克、吉尔吉斯斯坦、俄罗斯联邦、斯里兰卡、阿拉伯叙利亚共和国、乌兹别克斯坦)。还有3国已由世卫组织认证为自2008年以来无疟疾国家(亚美尼亚、摩洛哥和土

库曼斯坦)。2013 年，欧洲区域的当地传染情况限制在 2 个国家(塔吉克斯坦和土耳其)，因此，该区域有望到 2015 年将当地疟疾发病人数减至零。

五. 建议

43. 为了到 2030 年大幅降低疟疾传染、发病率和死亡率，实现世卫组织新的防治疟疾全球技术战略(2016–2030 年)确定的目标，需要全球做出协调一致的努力。通过多管齐下的应对措施可以加快进展，包括大力扩展现有救生保健措施，具体途径是：把防治疟疾作为更高的政治优先事项；加强问责制；加强区域和跨界合作；确保最大程度地开发和使用新工具和新方法。

44. 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。在进一步加强卫生基础设施之前，进一步扩大负担最重国家的社区病案综合管理，加强疟疾预防工具的综合提供系统，将是促进弥合系统差距的一个高成本效益解决办法。

45. 亟需通过传统和创新筹资工具增加疟疾防治资金，以期减轻这一疾病造成的痛苦。各国只有通过大幅增加和保持防治措施覆盖率，才能预防疟疾卷土重来并实现宏大的 2030 年防治疟疾目标。充足和可预测的资金对保持最近取得的成功也至关重要。如果各国现有的干预措施覆盖率下降，则这一事业已取得的许多成果和作出的大量投资很快就会前功尽弃。

46. 我们敦促疟疾流行国家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，并将其切实纳入国家卫生部门和发展计划中。为了产生更大影响，并确保成果得以持续，各国应更多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。

47. 全球发展伙伴和疟疾流行国家应加强努力，应对疟疾防治工作面临的新生物性威胁。通过执行《控制青蒿素耐药性全球计划》所载世卫组织的建议，可以预防寄生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，从市场中清除不符合世卫组织预审标准的抗疟疾药品。通过采用《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。

48. 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，以应对方案面临的紧迫挑战，改进监测和评价，并定期进行财务规划和差距分析。

49. 科学界和私营部门的贡献仍然不可或缺：改进的诊断工具、更有效的药品、新的杀虫剂、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利益攸关方努力，才能维继所取得的重大进展。2015年之后，在减疟伙伴关系框架下开展有效的全球伙伴合作仍然至关重要。
