



大会

Distr.: General
5 April 2013
Chinese
Original: English

第六十七届会议

议程项目 13

2001-2010：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 66/289 号决议的执行情况

秘书长的说明

秘书长谨向大会会员国转递世界卫生组织总干事根据大会第 66/289 号决议提交的报告。



世界卫生组织总干事的报告

摘要

本报告是根据大会第 66/289 号决议提交的。报告审查了该决议执行的进展情况，重点则是通过和扩大了世界卫生组织在 99 个国家目前的疟疾传播和阻碍进展的主要挑战方面的建议干预措施，包括全球防治疟疾资金的短缺。报告评估了为实现 2015 年全球防治疟疾目标，包括千年发展目标 6，通过非洲联盟和世界卫生大会制定的目标，以及通过减少疟疾伙伴关系的全球防治疟疾行动计划等方面的进展。报告阐述了影响到全面实现这些目标的各项挑战，并提出建议，以确保在 2015 年之前及其后加快这一进展。

一. 导言

1. 虽然疟疾是一种完全可以预防和治疗的疾病，其目前的传播依然影响到全世界 99 个国家和领土，撒哈拉以南非洲国家则尤其承受了沉重的负担。2010 年，全球大约有 33 亿人面临感染疟疾的风险，而且估计会有 2.19 亿(1.54 亿–2.89 亿)人感染。大约 66 万人(490 000–836 000 人)会死于这一疾病，其中大部分是非洲撒哈拉以南 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，以控制和消除疟疾，其中包括病媒控制干预措施、预防性疗法、普遍诊断检测、以质量有保证的青蒿素类复方疗法进行治疗和有力的疟疾监测。

2. 本报告重点介绍了根据大会第 66/289 号决议控制和消除疟疾方面所取得进展和面临的挑战。报告吸收了卫生组织最近编写的报告以及关于疟疾问题特使办事处、非洲领导人防治疟疾联盟、联合国儿童基金会(儿童基金会)和减疟伙伴关系意见。相关分析的依据是疟疾流行国家和各方面疟疾防治工作合作伙伴所提供的数据。

3. 在过去十年中，疟疾作为全球卫生问题优先事项在全世界范围内得到承认，而且全球疟疾趋势发生了巨大变化。国际资金急剧上升，使疟疾流行的国家得以极大加强其防治疟疾行动。由于国际社会为加大干预措施力度作出一致努力，估计拯救了 1.1 万人的生命，扭转了这一疾病螺旋式上升的趋势。

4. 自 2001 年以来，大会每年都通过一项关于疟疾问题的决议，将全世界的注意力都集中在疟疾流行的国家所面临的挑战之上，在非洲则尤为如此。2008 年初，秘书长呼吁为所有高危人群提供防治疟疾干预措施，并任命了一位疟疾问题特使，以推动全球支持对这一疾病采取行动。2009 年，非洲联盟国家元首和政府首脑成立了非洲领导人防治疟疾联盟，确保共同努力，以便终止死于疟疾的情形。2013 年，49 个非洲成员国正在联盟主持下共同努力。疟疾也是秘书长 2012–2017 年所涉五年行动议程的最重要的首要项目，并突出介绍了“每一位妇女、每一个儿童”的倡议，该倡议旨在 2010 年至 2015 年期间拯救 1 600 万妇女和儿童。

5. 除全球抗击艾滋病、结核病和疟疾基金为防治疟疾国际资金提供了大约 60% 的资金之外，大不列颠及北爱尔兰联合王国和美利坚合众国政府提供了大量双边资金。此外，比尔及梅林达·盖茨基金会、儿童基金会、世界银行、国际药品采购机制和澳大利亚、加拿大、法国、日本、摩纳哥、挪威、俄罗斯联邦、西班牙等国政府还积极支持了控制和消除疾病的全球努力。

6. 虽然从 2004 年至 2011 年期间国际资金大幅度增加，分发了 4 亿多顶驱虫蚊帐并扩大了诊断检测和治疗服务，却尚未充分实现普及防治疟疾干预措施的全球供资指标。近年来，由于国际筹资不足，进展步伐减缓，并在这一疾病已得到控制的领域加剧了病情重现和泛滥的可能性。疟疾继续影响着世界上最贫穷的国

家，那里有数百万人仍然得不到预防措施和保健服务，得不到有质量保证的诊断测试和挽救生命的治疗。

全球目标和指标

7. 衡量控制和消除疟疾的工作是否成功是要看一套全球目标和指标进展情况，这些目标是通过政府间进程或根据全球倡议所订立的。2015 年有四套全球防治疟疾的主要目标和指标：千年发展目标 6；通过非洲联盟制定的目标（2000 年 4 月 24 日和 25 日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）；本报告并不涉及控制和消灭疟疾的其他区域和次区域目标。

8. 预防和控制疟疾是千年发展目标 6 具体目标 6.C 的一部分：到 2015 年遏制并开始扭转疟疾和其他主要疾病的发病率。鉴于疟疾在 2010 年全球新生儿后死亡死亡率中占 7%，而在非洲此类死亡中占 15%，在实现千年发展目标 4 具体目标 4.A 方面也至关重要：在 1990 至 2015 年间将五岁以下死亡率降低三分之二。防治疟疾也将有助于实现千年发展目标 1-3、5 和 8。

9. 非洲所有流行疟疾国家的领导人于 2000 年 4 月通过了“非洲减疟阿布贾宣言”及其“行动计划”，他们承诺在 2010 年之前将疟疾死亡率减半，后来又将目标推迟到 2015 年。该宣言还载有一项致力于减少或取消对抗疟疾药物、驱虫蚊帐和其他防治疟疾基本商品的进口税和关税的内容。2006 年，阿布贾呼吁对该宣言作了补充，要求加速行动以在非洲普及艾滋病毒和艾滋病、结核病和疟疾防治服务。

10. 2005 年，世界卫生大会通过一项决议，其中确定的一个目标是到 2010 年将疟疾负担减少 50%，在 2000 年至 2015 年期间减少 75%。2007 年，大会通过了另一项决议，其中规定每年 4 月 25 日为世界防治疟疾日，这是非洲联盟自 2001 年以来在这一天纪念非洲控制疟疾日。大会还呼吁各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，重申必须采取一套全面行动，以确保实现 2015 年的目标，并呼吁加强努力，控制对抗疟药物和杀虫剂新出现的抗药性。决议还呼吁会员国，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，以优化本国的应对办法。

11. 在减疟伙伴关系的构架之下，疟疾流行国家、联合国系统各组织、双边捐助者、公共和私营部门之间的伙伴关系、科学组织、学术机构、非政府组织和私营部门正在共同努力，扩大世卫组织建议的措施，改进战略规划和疟疾方案的管理，并力求确保可预测和充足的资金到位，以便控制住疟疾。2008 年提出的“全球疟疾行动计划”，以加快全球多方利益攸关方为控制和消除这一疾病所作出的共同努力。其目标和指标在 2011 年都进行了修订。

二. 目前的局势

12. 2000 年至 2010 年期间的防治疟疾筹资虽然没有达到为世界各地普及疟疾干预措施每年所需的 51 亿美元估计额,却也大大增加了疟疾流行国家获得预防性干预措施和诊断以及治疗服务,协助他们将全球疟疾死亡率的估计数字降低了 25% 以上,并在同一时期,将世卫组织非洲区域的数字降低 33%。

13. 但是,这一疾病给撒哈拉以南非洲国家继续造成沉重负担,导致悲剧性生命损失,阻碍了经济和社会进步。根据 2010 年国家一级关于疟疾的估计数,估计疟疾死亡有 80%发生在 99 个疟疾传播国家中的 14 个。刚果民主共和国和尼日利亚加在一起在全球疟疾估计死亡总数中占 40%以上。科特迪瓦、莫桑比克、乌干达和坦桑尼亚联合共和国也受到严重影响。这六个国家在全球疟疾死亡案例中约占 1.03 亿例(即 47%)。在全世界受影响第二大的东南亚,印度的疟疾发病率最高,其次为印度尼西亚和缅甸。

14. 在 2012 年世界疟疾形势报告中,世卫组织对全球疟疾形势的描述好坏参半,报告告诫说,由于资金短缺,进展速度将放慢,而且在这一疾病原已得到控制的区域疟疾有可能卷土重来。世卫组织还强调了有可能极大阻碍全球防治疟疾工作的两项主要生物威胁:在东南亚新出现对青蒿素的寄生虫抗药性(而青蒿素是卫生组织推荐治疗无并发症恶性疟原虫疟疾第一线治疗手段),以及蚊虫对杀虫剂逐步增加的抗药性,这就危及到病媒控制措施的作用。

病媒控制

15. 按蚊是向人类传播疟疾的罪魁祸首,消灭按蚊措施,特别是在那些极易感染疟疾的地区,对于减少或中止疾病传染至关重要。室内滞留长效喷洒和驱虫蚊帐(无论是常规蚊帐或长效驱虫蚊帐)的使用是广泛采用的两项疟疾病媒控制核心措施。¹

16. 到 2011 年,包括 32 个非洲国家在内的 78 个国家采用了世卫组织的建议,向面临感染疟疾风险的所有人提供了驱虫蚊帐。共有 89 个国家,其中包括 39 个非洲国家,作为一项国家政策,免费分发这种蚊帐,从而大幅扩展了渠道。根据最新数据,撒哈拉以南非洲国家有 53%的家庭至少拥有一顶蚊帐。在撒哈拉以南非洲国家,2012 年估计有 33%的高危人口,和 41%的 5 岁以下儿童睡在蚊帐内。关于改变行为的宣传运动对提高蚊帐的使用率至关重要。儿童基金会和其他伙伴正在积极参与这些努力。

¹ 虽然世卫组织建议使用长效驱虫蚊帐,由于普遍(特别是在非洲以外)都在继续使用传统驱虫蚊帐,本文在提到蚊帐时,采用了更为常见术语“驱虫蚊帐”一词。

17. 在撒哈拉以南非洲疟疾流行的国家, 估计每年需要 1.5 亿顶驱虫蚊帐以向所有高危人口提供保护。但是, 2011 年只向这些国家提供了 9 200 万顶蚊帐, 而到 2012 年, 这个数字下降到大约 6 600 万顶。非洲领导人防治疟疾联盟所作分析显示, 由于经济放缓, 2012 年下半年非洲 13 个国家减少了其提供驱虫蚊帐的覆盖面, 使其居民面临着感染疟疾的更大风险。经济放缓有多种原因, 人们认为关键原因在于由全球基金供资的项目执行进度缓慢以及基金的第十一轮赠款的取消。

18. 世卫组织和减疟伙伴对这一事态发展深表关切, 并呼吁采取紧急行动, 确保必要的资金并加快蚊帐采购。疟疾合作伙伴正在与全球疟疾流行国家共同努力, 协助利用现有资源支付病媒控制干预措施, 并调动更多的资源。减疟伙伴也在探讨各种方式, 以提高驱虫蚊帐的耐用性并开辟新的供货渠道。目前正在所有国家, 特别是疟疾最流行的非洲国家, 努力查找瓶颈。除非在 2013 年和 2014 年大幅度增加供货, 疟疾最流行的国家将无法更换所有过期蚊帐, 疟疾病例和死亡人数将有所增加。

19. 室内滞留喷洒是减少和阻断疟疾传播的一项强有力的病媒控制手段。2011 年, 80 个国家, 其中包括世卫组织非洲区域的 38 个国家, 建议采用室内滞留喷洒方式消灭疟疾。在世界各地, 通过室内滞留喷洒保护了 1.53 亿人, 即 2011 年全球高危人口的 5%。在世卫组织非洲区域, 受到保护的高危人口比例从 2005 年不足 5% 上升到 2010 年的 11%, 2011 年则维持在这一水平, 受益人数达到 7 700 万人。疟疾流行国家控制伙伴最近取得的数据表明, 室内滞留喷洒方案的进展最近已经放缓。

20. 虽然现有病媒控制手段仍然有效, 蚊虫在 64 个国家出现对杀虫剂的抗药性, 其中包括非洲大多数疟疾流行国家, 这对全世界疟疾控制工作构成重大威胁。按照世界卫生大会和减疟伙伴关系理事会的要求, 世卫组织在 2012 年 5 月发表了疟疾病媒的杀虫剂抗药性管理全球计划, 呼吁各国政府、发展伙伴、联合国系统各组织、研究和工业合作伙伴遏制日益增进的威胁。虽然一些国家已采取行动, 大多数国家尚未制定一个重点突出的杀虫剂抗药性管理战略, 也未建立适当日常监测系统, 原因是财政资源匮乏和昆虫学人才薄弱。

21. 世卫组织最近已注意到一些撒哈拉以南非洲国家扩大了使用幼虫剂的范围。世卫组织建议在撒哈拉以南非洲仅将幼虫剂作为一种补充措施, 而不是一项病媒控制干预的核心措施。只有在蚊子滋生地点很少、较为固定和可找到时才使用。幼虫剂可以成为城市和近郊区的一种有用和具有成本效益的干预措施, 但建议在蚊子滋生场地众多, 且不断转变和分散的农村地区通常不宜使用。2012 年 4 月, 世卫组织就幼虫剂发表了一份立场声明, 以指导各国的适当使用, 其中重申使用世卫组织杀虫剂评估计划未推荐的消灭幼虫产品对健康和环境的潜在不利影响。

预防疗法

22. 预防性化疗是世卫组织所推荐疟疾全面防治措施计划的关键内容。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季节性疟疾预防性化疗。

23. 在撒哈拉以南非洲疟疾中高感染率地区，接受例行产前检查的孕妇应得到间歇性预防治疗。儿童的间歇性预防治疗应在同一区域通过免疫服务提供。这两项干预措施(特别是后者)的实施和全国推广在一定程度上比预期要慢。在疟疾季节建议整个萨赫勒的季节性高危疟疾传播地区为5岁以下儿童做季节性疟疾预防性化疗。

24. 在撒哈拉以南非洲地区疟疾流行国家，估计每年有3 200万孕妇受益于间歇性预防治疗。在高负担国家，这种干预措施在执行方面明显落后于其他疟疾防治措施，只是产前门诊相对较好。卫生工作者培训和简化间歇性预防治疗的信息覆盖面有所扩大。为了促进这些工作，世卫组织于2012年10月更新了关于间歇性预防治疗的建议，现在的建议是在每次产前保健检查时进行间歇性预防治疗。世卫组织建议安排四次产前保健检查。

25. 世卫组织建议按照例行免疫接种的规定时间安排，通过免疫接种服务进行婴儿间歇性预防治疗。由于治疗使用常规免疫接种作为平台，可以迅速提高覆盖率并快速见效。治疗是一项安全、简单、具有成本效益的过程，而且为保健工作者和社区所普遍接受。据估计，每年有2 800万新生儿可受益于这项预防疗法。自世卫组织于2009年提出这项建议，只有布基那法索作为国家政策，已经通过婴儿间歇性预防治疗。

26. 在整个萨赫勒地区，大多数儿童疟疾的发病和死亡是在雨季，而雨季通常时间不长(3至4个月)。在此期间对5岁以下的儿童每月提供有效的疟疾治疗，可以对无并发症的疟疾和严重疟疾提供75%的保护。季节性疟疾预防性化学治疗是一项具有成本效益的安全治疗，可由社区卫生工作者提供。估计每年有2 500万年龄在3至59个月的儿童可受益于这一预防性治疗。世卫组织在2012年3月提出了季节性疟疾的预防性化疗建议，到目前为止有两个国家通过了相关政策。若干已经参与政策评估的其他国家表示，将致力于把季节性疟疾预防性化疗覆盖范围扩大到其研究以外的人口。

诊断检测

27. 疟疾的早期准确诊断对疾病有效管理和疟疾监测必不可少。世卫组织建议，在进行治疗之前，用显微镜或疟疾快速诊断检测对所有疑似疟疾患者作快速寄生虫学确认。公共和私营部门实行普遍诊断检测将大大减少全球抗疟治疗所需经费。诊断检测还为病人提供更好的护理，对及时、准确的监测至关重要，同时通过把抗疟药品留给真正感染了疟疾的病人而减少抗药性的出现及其普遍发生。

28. 近年来，采纳并执行扩大疟疾诊断检测政策的国家数目大幅增加。截至 2011 年，包括世卫组织非洲区域 41 个国家在内的 87 个疟疾流行国家通过一项政策，为所有年龄组的人提供寄生虫学诊断。84 个国家的公共部门免费提供疟疾诊断检测。这些政策决定的成果是，疟疾流行国家在扩大诊断检测方面取得实质进展，诊断检测逐步扩大到社区一级。

29. 在世卫组织非洲区域，在公共部门接受诊断检测的疑似疟疾病例比例从 2005 年的 20% 增至 2011 年的 47%；全球范围的比例从 68% 增至 77%。在世卫组织非洲区域，检测增加的主要原因是快速诊断检测的使用范围扩大；该区域 2011 年检测的所有病例中，40% 使用了此方法。全球范围内，制造商提供的快速诊断检测数目一年内几乎翻了一番，从 2010 年的 8 800 万增至 2011 年的 1.55 亿。尽管如此，大多数发烧病例仍进行推测治疗。在世卫组织非洲区域，诊断检测（显微镜诊断和快速诊断检测）的总数不到 2011 年国家疟疾防治方案提供的青蒿素类复方疗法药剂数目的一半。

抗疟治疗

30. 青蒿素类复方疗法是世卫组织推荐的治疗恶性疟原虫疟疾的首选治疗方案；恶性疟原虫是人类感染的最危险的疟原虫属寄生虫。截至 2011 年，79 个国家和地区已将此种疗法当作治疗恶性疟原虫疟疾的首选疗法。世卫组织自 2011 年起，建议为所有严重疟疾患者注射青蒿琥酯（肌肉注射或静脉注射）；此后，在病人可口服药物后立即以全套青蒿素类复方疗法进行治疗。在氯喹有效的地区用氯喹来治疗间日疟病例，在间日疟对氯喹产生抗药性的地区可采用适当的青蒿素类复方疗法。应结合使用 14 天伯氨喹来治疗间日疟，以防止复发。

31. 近年来，疟疾流行国家进一步扩大青蒿素类复方疗法的使用。全球范围向公共部门和私营部门提供的青蒿素类复方疗法疗程从 2010 年的 1.87 亿增至 2011 年的 2.78 亿。其间主要是私营部门增加了采购，并主要是通过全球基金管理的医治疟疾低廉药品机制倡议进行的采购。尽管全球范围的供货增加，一些国家的公共部门在 2011 年期间继续面临库存短缺，原因是采购和供应链管理方面持续存在问题。

32. 2011 年底成立了一个机构间工作队，以确定可能导致公共部门青蒿素类复方疗法和快速诊断检测库存短缺的原因，并采取缓解行动。该工作队由世卫组织协调，其成员包括非洲领导人防治疟疾联盟、克林顿健康倡议组织、全球基金、总统抗疟倡议（由美国总统发起）、开发计划署和儿基会。工作队的干预措施包括进行谈判，以发放延期的捐助方资金、下新订单、使生产商加速供货、分批供货以解决临时短缺问题以及协助运送剩余库存。2012 年，机构间工作避免了 17 个国家的青蒿素类复方疗法库存短缺。

33. 口服青蒿素单一疗法的生产和购买成本较低，其普遍使用给疟疾防治工作带来重大风险，并促成青蒿素抗药性。世卫组织建议，口服青蒿素单一疗法停止上市，以青蒿素类复方疗法取而代之；世界卫生大会自 2007 年以来一再认可上述政策。根据世卫组织的最新评估(2013 年 3 月)，至少 31 家公司仍推销口服青蒿素单一疗法，这些公司主要在印度和非洲。全球范围内，43 个国家已撤销了口服青蒿素单一疗法销售许可证，但 15 个国家依然允许其上市，其中包括 9 个非洲国家。

34. 2012 年，世卫组织预认证的抗疟药物数目极大增加。在预认证药品清单上的 28 种抗疟药品中，10 种药品是 2012 年认证的。世卫组织还预认证了用于生产抗疟药品的 12 种新的药物活性成分。预计，此方面的大幅增加将带来更多竞争，从而降低药品价格。较低价格带来的一个益处是，人们购买未获预认证，且质量往往较低的廉价药品的积极性降低。世卫组织还在努力提高疟疾流行地区对药品质量的检测能力。

综合性社区病例管理

35. 世卫组织和儿基会加大努力，支持非洲的疟疾流行国家加强社区病例综合管理。此种管理的内容包括：在诊断和治疗儿童疟疾、肺炎和腹泻方面，提供社区卫生工作人员并对其进行培训和监督。这一注重公平的战略的目标是，在机构内保健服务有限的农村地区，及时、有效地治疗上述疾病，并重点关注五岁以下儿童，以此来补充和扩大公共保健服务范围。2012 年 6 月，世卫组织和儿基会发表了关于通过综合性社区病例管理来改善儿童基本治疗服务机会的联合声明。这些努力有助于推动哥伦比亚大学发起并得到非洲联盟支持的一项运动；此项运动的目标是：到 2015 年，为撒哈拉以南非洲农村地区培训和部署 100 万名社区卫生工作人员。

抗疟疾药物抗药性

36. 近年来，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。青蒿素是世卫组织建议的无并发症的恶性疟原虫疟疾首选疗法中的主要化合物；2008 年，柬埔寨首次确认寄生虫对青蒿素出现抗药性。此后，在缅甸、泰国和越南发现了抗青蒿素的寄生虫，所有受影响国家正在开展遏制活动。如果抗药性疟疾菌株进一步传播，或其他区域又出现青蒿素抗药性，可能破坏全球疟疾防治工作。

37. 尽管青蒿素成分的效力发生变化，青蒿素类复方疗法继续治愈该区域的病人，但前提是其配合药物有效。在柬埔寨拜林省，在多种青蒿素类复方疗法两种成分中发现抗药性。因此，做出了有关青蒿素类复方疗法以外（阿托喹酮-氯胍）的直接观察疗法使用特殊规定。疗效研究仍是指导药品政策的黄金标准；世卫组织建议，每两年进行一次疗效研究。2010 年和 2011 年，在可以进行恶性疟原虫

疗效研究的 71 个国家中的 47 个国家完成了一线或二线抗疟治疗研究，高于 2008 和 2009 年 31 个国家的数目。

38. 2013 年初，世卫组织确定了一个应急框架，以指导多利益攸关方进一步扩大方案，遏制大湄公河次区域的青蒿素抗药性。在金边设立了一个区域中心，为以下工作提供框架：以协调方式实施高效目标规划，并满足国家需求。疟疾流行国家联合体、联合国系统各组织和基于国家的疟疾防治伙伴将在该区域加大应对抗药性疟疾挑战政治承诺的背景下落实该框架。上述工作的基础是世卫组织总干事于 2011 年启动的控制青蒿素耐药性全球计划。

监测

39. 世卫组织敦促疟疾流行国家加强其疾病监测、卫生信息和重要的登记系统。上述系统生成的数据对评价和改进卫生干预措施的效力不可或缺。由于疟疾监测系统薄弱，目前只有 58 个疟疾流行国家编制的疟疾数据十分完整一致，从而使人们得以对发展趋势进行评估。上述国家的病例只占全球估计病例的 15%。迫切需要加强疟疾传播的其他 41 个国家的疟疾监测，以使卫生部将资源用于最需要的人群，有效应对疾病爆发，同时评估控制措施的影响。

40. 2012 年，世卫组织发布了有关疟疾监测的 2 份新业务手册，第一份涉及疟疾防治方面的疾病监测；另一份涉及消灭疟疾方面的疾病监测。上述手册以及普遍获得疟疾诊断检测手册和《疟疾治疗导则》第二版是支持世卫组织“T3：检测、治疗和跟踪”倡议的核心文件；该倡议敦促疟疾流行国家和全球疟疾防治伙伴集中努力扩大疟疾诊断检测、治疗和监测，并为其提供工具。世卫组织总干事于 2012 年 4 月在纳米比亚启动了该倡议，并发布了监测手册。

世界卫生组织的政策制定和新指导方针

41. 2011 年，世卫组织完成了控制和消灭疟疾政策制定进程方面重要的重新设计工作，设立了一流疟疾防治专家组成的独立咨询小组——疟疾防治政策咨询委员会，使世卫组织得以加强其政策制定进程，并使该进程更透明，更好地满足会员国需求。包括以下建议在内的世卫组织最近的所有政策建议均根据该委员会的建议发布：季节性疟疾化学预防新政策、孕妇间歇预防性化疗新政策、以及关于将单剂量伯氨喹用作特定环境下治疗恶性疟原虫性疟疾的杀配子体剂的最新政策。

42. 自上次向大会提交关于疟疾的进度报告 (A/66/169) 以来，除上述政策和战略外，世卫组织还发布了关于采购公共卫生农药的指导方针；长效驱蚊蚊帐包装无害管理临时建议草案；重症疟疾管理手册；关于非药物性黄花蒿抗疟效力的立场声明；实施季节性疟疾预防性化疗的实地指导方针。在 2012 年 9 月的会议上，该委员会请全球疟疾方案制订 2016–2025 年期间控制和消灭疟疾的全球技术战略。该战略将于今后几年制定，并以此为技术基础来修订减疟伙伴关系全球疟疾行动计划。

疟疾疫苗研制

43. 疟疾寄生虫的复杂性使疟疾疫苗的研制任务异常艰巨。虽然开展了几十年的密集研究和开发，目前还无法在市场上买到疟疾疫苗。已达到最后阶段阶段的抗恶性疟原虫实验疫苗是 RTS, S/AS01。于 2009 年 5 月启动的三期测试完成了撒哈拉以南非洲 7 个国家 15 460 名儿童的登记工作。在试验中登记了两个年龄组：5 至 17 个月龄儿童的第一剂疫苗只接种 RTS, S/AS01；6 至 12 周龄儿童第一剂接种相同疟疾疫苗，同时接种日常免疫计划中的五价疫苗。预计将于 2014 年获得全部试验结果；根据该结果以及监管部门审批时间，预计世卫组织将于 2015 年下半年发布关于该疟疾疫苗的首个政策建议。

战略规划和能力建设

44. 2012 年期间，全球疟疾伙伴向疟疾流行国家提供支助，加强控制和消灭疟疾方案，包括根据世卫组织的技术指导开展国家疟疾方案审查。这些审查是更新国家疟疾战略计划的基础，世卫组织非洲区域办事处发布了该计划的指导方针草案。减疟伙伴还就制定国家方案以及差距分析和路线图与疟疾流行国家协作。减疟伙伴次区域网络协助协调应对国家紧急需求，包括消除供资延迟方面的障碍。

45. 世卫组织和减疟伙伴还为国家和国家以下一级疟疾防治方案的方案管理人员和工作人员举办了一系列国际和区域疟疾防治培训课程，内容包括疟疾防治干预措施的规划和管理、疟疾监测、监督和评价；消灭疟疾；监测抗疟药物的抗药性。2011 年和 2012 年的培训课程为世卫组织非洲区域、东地中海和欧洲区域的 230 多名疟疾方案管理人员和卫生专业人员提供了培训。世卫组织目前正编写一系列新的培训材料，以适应疟疾流行程度不同的国家的需要。

消灭疟疾

46. 全球疟疾防治界继续向接近消灭疟疾的国家提供有针对性的支助。目前，25 个疟疾流行国家正消灭疟疾，更多国家已宣布把消灭疟疾列为国家目标。近年来，世卫组织已证实亚美尼亚、摩洛哥、土库曼斯坦和阿拉伯联合酋长国为无疟疾国家。

47. 对于正在消灭疟疾的国家而言，例如世卫组织欧洲区域《塔什干宣言》签署国，此外还有南部非洲发展共同体国家、亚洲及太平洋、阿拉伯半岛和中美洲国家，跨界协作、分享最佳做法、改善诊断工具以及强有力的区域、国家间和地区级努力在保持上述国家取得的进展方面必不可少。在上述领域的投资以加快降低疟疾负担的速度，加强了防止疟疾重新进入传播已中断地区的能力。

48. 在疟疾仅局限于边远林区的国家，移徙者和流动人口的疟疾病例往往在病例总数中占很大比例。如果上述国家要在消灭疟疾方面取得进展，必须为这些群体提供更好的保健服务，并加强跨界和区域协作。

全球宣传

49. 全球疟疾伙伴继续与国家领导人合作，建立采取紧急行动的政治承诺，以减少世界各地的疟疾负担。非洲国家元首继续在非洲联盟首脑会议期间，每年召开两次非洲领导人防治疟疾联盟论坛，重申他们致力于战胜疟疾。2013 年 2 月，13 个国家因其在防治疟疾方面的进展获得了联盟的奖励。2012 年 12 月，联盟现任主席利比里亚总统埃伦·约翰逊-瑟利夫在蒙罗维亚主办了一次活动，以发布《2012 年世界疟疾报告》和世卫组织非洲区域妇女健康委员会关于应对非洲妇女健康挑战的报告，进一步强调非洲坚决致力于防治疟疾。

50. 2012 年 6 月，埃塞俄比亚、印度和美国政府协同儿基会在哥伦比亚特区华盛顿举行了儿童生存：行动呼吁高级别论坛，体现了国际社会在儿童和孕产妇保健方面的关注日益增加。会议促成了“再次承诺”倡议；该倡议得到 160 多国政府的核准，并促使人们做出加强疟疾流行国家保健服务提供机制的新承诺。例如，尼日利亚总统古德勒克·埃博勒·乔纳森发起了一项倡议：在 2015 年前，通过扩大妇女和儿童获得基本初级保健服务和商品的机会，挽救 100 万人的生命。

51. 亚洲及太平洋也正在形成政治势头。澳大利亚政府主办了一次高级别疟疾首脑会议(2012 年 10 月 31 日至 11 月 2 日)；会议由疟疾问题特使联合主持，世卫组织、减疟伙伴关系和其他全球伙伴为会议提供了支持。会议通过的成果——“亚太控制和消灭疟疾共识”呼吁建立该区域领导人防治疟疾联盟。此后，2012 年 11 月 20 日在柬埔寨举行的第 7 次东亚首脑会议上，通过了疟疾防治区域应对措施和解决抗疟药品抗药性问题宣言。世卫组织和减疟伙伴关系发布了一份报告，重点涉及非洲以外的疟疾；此前减疟伙伴关系在“进展和影响”系列中发表了其他几份国家报告和专题报告。

52. 世界卫生大会于 2007 年设立世界疟疾日；会员国、联合国系统各组织、全球发展伙伴、非政府组织和私营部门在 2012 年世界疟疾日举行了活动，以提高公众对全球防治疟疾工作及加快实现千年发展目标进展重要性的认识。活动的主题是“维持成果，拯救生命：投资于疟疾防治”。秘书长向减疟伙伴关系亲善大使比利时阿斯特里德公主颁奖，她使人们更清楚地认识了疟疾带来的痛苦。2013 年世界疟疾日的活动将持续多年，其主题是“投资未来，战胜疟疾”。

三. 全球疟疾防治亟需资金

53. 按照全球疟疾行动计划的估计，要普及疟疾干预措施，2011 和 2020 年间全球所需资源则每年要超过 51 亿美元(非洲每年为 23 亿美元)。尽管 2004 和 2011 年间，国际付款增加了 7 倍，但可用资金仍然大大低于为实现普及疟疾干预措施和实现全球防治疟疾目标所需数额。

54. 2011 年，国际防治疟疾资金总额为 16.6 亿美元，2012 年为 18.4 亿美元。国内用于控制和消灭疟疾的资金逐渐增加。据估计，2011 年为 6.25 亿美元，非洲和南美洲疟疾流行国家承诺的资源最多。国内和国际资金合在一起，全球可用于疟疾防控工作的资源估计 2011 年为 23 亿美元，尚有 28 亿美元的缺口。根据国家一级的分析，2013-2015 年期间用于防治疟疾商品及分配的资金缺口仅非洲就要 36 亿美元。

55. 因此，亟需找到新的国际和国内资金来源，以加快实现全球目标并防止疾病爆发。疟疾问题特使的职责于 2013 年 3 月扩大到包括为与健康有关的千年发展目标筹措资金，他带头制定了创新筹资机制，以便更稳定和更可预测地筹措防治疟疾资金。减疟伙伴也在探讨建立防治疟疾方面的联系，为疟疾干预措施筹集资金，并探讨保障机制等其他办法以确定最佳筹资时间。目前正在努力探讨创收机制，包括征收机票和金融交易税，共同为发展援助筹资。

56. 在减疟伙伴关系的框架下，全球防治疟疾合作伙伴于 2012 年和 2013 年举行了两次高级别会议，进行全面的方案缺口分析，并确定疟疾流行国家最紧迫的业务挑战。出席这些会议的代表来自 40 多个国家政府和发展伙伴、联合国系统各组织和私营部门。差距分析预测情况后来提交给各财政部长，以鼓励做出新的、增加国内资源应对这一疾病的国家承诺。在 2012 年 12 月会议上，减疟伙伴关系理事会呼吁采取紧急行动，应对撒哈拉以南非洲八个国家的资金短缺的严峻局势。

57. 2012 年，全球基金进行了重大改革和改组进程，导致制定了一个新的筹资模式，这将使其摆脱环式系统，让疟疾流行国家更灵活地让资金达到国家疟疾控制战略的水平，这会改善各国资金的可预测性。自 2014 年起，全球基金将更大力关注疾病负担最重和国内筹资能力最差的国家，同时确保更公平地获取国际资金。将设立一个单独的资金封套，奖励高效和运作良好的方案。

58. 鉴于所有国际防治疟疾资金约 60% 先前已由全球基金支付，所以，必须维持较高的捐助承诺，确保全球基金仍然是为防治艾滋病毒/艾滋病、结核病和疟疾进行战略投资的一个主要来源。全球基金定于 2013 年 9 月补充下一次资金，这对今后防治疟疾取得成功和保护取得的成果至关重要。

四. 实现全球目标和具体目标的进展情况

59. 控制和消除疟疾工作成功与否要通过实现 2015 年一组目标的进展情况来计量，这些目标是通过政府间进程指定的，或是根据全球倡议订立的。实现目标的进展情况每年由世卫组织在《世界疟疾报告》做一综述，该报告全面概述了方案筹资趋势、干预措施范围及疟疾病例和死亡人数。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到的资料，特别是人口与健康调查、多指标类集调查和疟疾指标调查。

60. 具体国家减负目标进展评估具有挑战性，因为在撒哈拉以南非洲负担较重的国家，监测系统仅检测出实际疟疾病例和死亡人数的一小部分。疟疾的全球探测率为 10%，是撒哈拉以南非洲可跟踪性最低的传染病之一。在世界各地 41 个疟疾流行国家、包括非洲 32 个国家中，只能用负担估计法评估疟疾趋势，这种办法依靠疟疾传播、干预措施范围和发病率或死亡率之间的模拟关系。

千年发展目标 6

61. 预防和控制疟疾是千年发展目标 6 具体目标 6.C 的一部分，即到 2015 年遏制并开始扭转疟疾和其他主要疾病的发病率。2000 至 2010 年间全球疟疾发病率和死亡率的变化表明，世界有望实现这一目标。考虑到人口增长因素，2000 至 2010 年间，疟疾发病率在全球范围内减少了 17%，在非洲减少了 23%。在同一期间，世界各地疟疾死亡率降幅超过 25%，而非洲为 33%。然而，只有继续扩大干预措施，在所有高负担国家实施强有力的控制行动且预防复发和爆发，这一进展方可持续下去。今后几年对确保资金和政治承诺足以使防治疟疾的努力走上正轨至关重要。

62. 还通过分析实现预防和治疗干预措施的普及，特别是使用驱虫蚊帐情况和青蒿素类复方疗法救治的病例百分比监测实现目标进展情况。虽然普及性对大多数国家来说仍然是一个遥远的目标，但过去几年里，获取驱虫蚊帐和青蒿素类复方疗法的机会大幅增加。

63. 撒哈拉以南非洲蚊帐分发趋势显示，制造商提供的蚊帐数目急剧增加，从 2004 年的 600 万个增至 2010 年的 1.45 亿个。如上文所述，这一增长已转化为高危人群的蚊帐普及率不断扩大。撒哈拉以南非洲拥有至少一项驱虫蚊帐的家庭比例 2011 年达到 53%。与此同时，睡在蚊帐中的高危人群比例 2012 年为 33%，而 5 岁以下儿童的这一比例略高，为 41%。

64. 尽管青蒿素类复方疗法的销售在世界各地大幅增加，但却没有可靠数据说明公共和私营部门使用这些抗疟物项的情况。根据疟疾流行地区关于青蒿素类复方疗法分配和公共设施恶性疟原虫病例估计数的资料，世卫组织对公共卫生设施中接受这种治疗的病例比率做了估计。根据这些估计，2011 年，为了能够救治所有恶性疟原虫性病例，世卫组织在美洲、欧洲、东地中海和西太平洋区域各国采购和分发了足够的青蒿素类复方疗法。与此同时，东南亚国家只能治疗 73% 的确诊病例，非洲国家只有 55%。

阿布贾目标

65. 非洲疟疾流行国家领导人 2000 年 4 月通过了《非洲减疟阿布贾宣言》及其行动计划, 承诺在 2010 年前将疟疾死亡率减半, 后来这一目标延至 2015 年。《宣言》还载有减少或取消抗疟疾药物、驱虫蚊帐和其他必要的抗疟商品进口税和关税的一项承诺。非洲领导人防治疟疾联盟与世卫组织和减疟伙伴关系协作, 制作了一个季度计分卡, 跟踪非洲所有疟疾流行国家对照一套指标的进度。

66. 根据最近的记分卡(2013 年 1 月), 28 个国家为消除所有抗疟商品关税取得了进展, 但只有 10 个国家有望到 2015 年完全消除关税。撒哈拉以南非洲 20 多个国家消除了驱虫蚊帐和快速诊断测试的税收和关税, 30 多个国家废除了抗疟药物的税收和关税。

67. 根据《2012 年世界疟疾报告》, 撒哈拉以南非洲 11 个疟疾流行国家和一个地区有望实现到 2015 年把疟疾负担减少 50%以上的目标。这一目标实现进展通过分析疟疾发病率趋势计量。八个国家(阿尔及利亚、博茨瓦纳、佛得角、纳米比亚、卢旺达、圣多美和普林西比、南非和斯威士兰)和一个地区(桑给巴尔)已经实现了这一目标, 其疟疾发病率减少了 75%以上。厄立特里亚的疟疾发病率减少了一半以上, 而马达加斯加和赞比亚预计在 2015 年前实现这一目标。其他非洲国家目前无法评估疟疾发病率趋势, 因为报告不完整或不一致。

世界卫生大会的目标

68. 2005 年, 世界卫生大会确定了 2000 至 2010 年间疟疾负担减少 50%和到 2015 年减少 75%的目标。根据《2012 年世界疟疾报告》, 99 个国家和领土有疟疾在传播, 其中 50 个有望实现到 2015 年疟疾发病率减少 75%的目标。这些国家中有八个和一个地区是在世卫组织非洲区域内。尽管这一减少是一个巨大进展, 但这些国家在世界各地估计发生的疟疾病例中只占 3%(即 7 百万)。在全球范围内, 2000 至 2010 年间, 疟疾发病率减少了 17%, 而非洲下降了 23%。为了加快进展以实现这一目标, 估计占疟疾病例 80%的 17 个负担最重国家需要大幅加大工作力度。

《全球疟疾行动计划》的目标

69. 《全球疟疾行动计划》于 2008 年启动, 是全球宣传运动的一部分, 以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对付这一疾病。2011 年经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%, 且到 2015 年至少在 8 至 10 个新国家(自 2008 年以来)和世卫组织欧洲区域消除疟疾。减疟伙伴关系要求的资金每年估计 51 亿美元, 以确保疟疾干预措施的普遍性, 并实现这些宏大的目标。如上文所述, 这些筹资目标无法充分实现, 部分原因是由于全球金融危机, 可用的全球保健和发展资金有所减少。

70. 正如上文引用的数字所示,为实现所有这些宏大目标取得了稳步进展。然而,为了更进一步实现前两个目标,特别是负担最高的国家亟需大力扩大疟疾筹资。关于第三个目标,8 个新国家(世卫组织欧洲区域内外)当地疟疾感染率自 2008 年以来减至零(巴哈马、格鲁吉亚、伊拉克、牙买加、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),另外三个国家则被证实 2008 年以来为无疟疾(亚美尼亚、摩洛哥和土库曼斯坦)。一般而言,世卫组织欧洲区域有望到 2015 年将当地疟疾病例减为零,但仍需作出更多努力,以遏制最近在希腊和土耳其爆发的疟疾。

71. 为了加快非洲负担最高国家的进展情况,非洲领导人防治疟疾联盟、红十字会与红新月会国际联合会、疟疾问题特使办公室、减疟伙伴关系和世卫组织正在合作建立一个疟疾情况室。这一空前协作可以让参与组织实时跟踪疟疾流行国家的挑战,防止商品缺货情况,解决瓶颈问题,并促进应对国家技术援助请求。重点将侧重于布基那法索、喀麦隆、科特迪瓦、刚果民主共和国、加纳、莫桑比克、尼日尔、尼日利亚、乌干达和坦桑尼亚联合共和国。

五. 建议

72. 敦促会员国加紧努力,实现全球防治疟疾目标,且应对大会第 66/289 号决议着重指出的优先行动。会员国须保持减少疟疾引起的痛苦和死亡的高度政治承诺。控制和消灭疟疾仍应是 2015 年后全球卫生与发展的一个关键优先事项,更加重视加强卫生系统和人的能力发展,促使疟疾流行国家改善对传染病造成的挑战的总体应对措施。

73. 亟需通过传统和创新筹资工具增加疟疾防治资金,以减轻估计占疟疾病例 80% 的 17 个负担最高国家的痛楚。只有通过大幅扩大干预措施和保持覆盖率,非洲受影响最严重的国家才能预防疟疾复发和更进一步地实现全球目标。若要保护过去十年中控制和消除疟疾的成果,充足和可预测的资金则必不可少。

74. 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加强战略规划进程和国家行动计划,并将其与国家卫生部门和发展计划相整合。国家防控疟疾战略将用于促进了解全球基金根据其新的筹资模式做出的资金分配决定。还建议疟疾流行国家越来越多地采用多部门方式防治疟疾和应对决定健康的社会因素,以期根据 2011 年 10 月通过的《健康问题社会决定因素里约政治宣言》和大会关于全球卫生与外交政策的第 67/81 号决议的要求,减少卫生方面的不平等。

75. 疟疾流行国家应协调一致地努力制定机制和确定战略,实现防治疟疾干预措施的普及。扩大疟疾干预措施可以作为加强卫生系统、包括外围卫生设施的化验服务及妇幼保健服务的切入点,建立更有力的卫生信息和传染病监测系统。进一

步提高负担最高国家的综合社区病例管理将是一个具有成本效益的解决办法，可有助于弥合系统差距，直到卫生基础设施得到进一步加强。

76. 还促请疟疾流行国家继续努力打击新出现的对疟疾防治的生物威胁。应通过执行卫生组织在控制青蒿素耐药性全球计划中的建议和通过在耐药性已得到确认或怀疑的国家加强遏制方案防止抗药性。必须作出强有力的政治承诺，以开展协调一致的新努力，逐步淘汰使用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药品。应当通过采用《疟疾病媒的杀虫剂抗药性管理全球计划》的各项建议停止杀虫剂抗药性的进一步传播。

77. 整个非洲亟需加强疟疾监测和数据质量，以促使卫生部门把财政资源用于处境最差的民众，有效应对疾病爆发且评估控制措施的影响。以国家为基础的技术援助协调机制也应得到加强，以协助疟疾流行国家把世卫组织的技术指导转化为国家战略和行动计划。需要更多资金支持共享与分析知识、保健信息和最佳做法，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。还须进一步改进跨界和区域合作。

78. 在减疟伙伴关系中，有效的全球伙伴关系对取得进一步进展而言仍至关重要。合作努力应该扩大，以促进卫生部门以外部门的参与，确保多部门和整个政府真正应对疟疾构成的复杂挑战。最后，科学界和私营部门的缴款仍必不可少：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新产品对确保努力防治这一疾病持续取得进展都至关重要。只有通过基于全球政治承诺、持续科学进步和大力创新的协调一致和重点突出的多方利益攸关方努力，才能继续防治疟疾的显著进展。