每个妇女
每个儿童
健康和高效的妇女，
儿童和青少年

妇女、儿童和青少年健康全球战略 (2016 - 2030)

生存
繁荣
变革

可持续发展目标

© Every Woman Every Child 2015

每个妇女
每个儿童
健康和高效的妇女，
儿童和青少年

妇女、儿童和青少年
健康全球战略
(2016-2030)

生存
繁荣
变革

目录

联合国秘书长的序言 4

妇女、儿童和青少年健康全球战略总览 (2016-2030) 6

1. 序言 8

我们为什么需要更新的全球战略 10
全球战略新在何处? 11
新全球战略是怎么制定出来的? 13

2. 投资于妇女、儿童和青少年健康的高回报 14

3. 要克服的挑战 22

健康挑战一瞥 24
各国内部和国家之间的卫生公平鸿沟 30

4. 针对2015年以后时代更新的全球战略 34

愿景 36
指导原则 36
目标: 生存、繁荣、变革 39
具体目标 39

5. 行动领域 46

1. 国家领导作用 48
2. 卫生供资 50
3. 卫生系统的恢复能力 54
4. 个人潜能 58
5. 社区参与 60
6. 多部门行动 62
7. 人道主义和脆弱环境 64
8. 研究和创新 66
9. 针对结果、资源和权利进行问责 70

6. 实施: 我们都要发挥作用 74

行动框架 76
“每个妇女每个儿童”运动架构 76
致力于采取行动 80
前进的道路 83

附件 **84**

参考文献 **101**

联合国秘书长的序言

© UN Photo/Mark Garten

2010年9月，我发起了《妇幼健康全球战略》，因为我相信全球社会能够并且应当做更多事情，以挽救妇女和儿童的生命并改善他们的福祉。随后全球响应，令我深感鼓舞，包括强大的涉及多利益攸关方的每个妇女每个儿童运动。大量新承诺和宣传已经大大推动了卫生相关千年发展目标。随着更新版《妇女、儿童和青少年健康全球战略》的发布及会员国商定充满雄心的2030年可持续发展议程，现在以过去五年建立的势头为基础继续努力恰逢其时。

为确保每个妇女、儿童和青少年享有健康福祉，我们必须在过去成就的基础上继续努力并利用我们学到的经验克服现有挑战和新出现的挑战。落实全球战略和实现可持续发展目标需要使用新的循证方法并得到创新的可持续融资机制的支持，例如支持每个妇女每个儿童运动的全球融资便利机制。

更新的全球战略包括青少年，因为他们对我们想要实现的一切目标及2030年议程的整体成果至关重要。通过帮助青少年实现健康权、幸福权、教育权和全面、平等参与社会的权利，也就是帮他们做好成人后完全实现潜能的准备。

更新的全球战略有三个总目标：生存、繁荣和变革。全面实施该战略，支持各国的重点和计划并以每个妇女每个儿童运动的势头为基础继续努力，使妇女、儿童和青少年不会因自己居住的地点或身份面临更大可预防死亡风险。通过推动建立促进健康的环境，全球战略旨在改变社会，使各个地方的妇女、儿童和青少年都能够实现最高而能实现标准的健康和幸福权利。而这又将带来巨大的社会、人口和经济效益。

这是一个宏大的愿景。但这个愿景是可以实现的。通过实施全球战略，我们能够实现整体变革，改善子孙后代的生活。为此，我将继续动员全球领导人采取有雄心的行动并促进全社会各部门的参与。通过合作，我们可以终结全世界各地妇女、儿童和青少年的可预防死亡，并在人类历史上第一次创造一个所有人都能蓬勃发展并实现自己全部潜能的世界。

潘基文

总览:

妇女、儿童和青少年健康全球战略 (2016-2030)

愿景

到2030年，各种环境下的每一位妇女、儿童和青少年均能实现其身体和精神健康及幸福的权利，拥有社会和经济机会，并且完全能够参与建设繁荣、可持续的社会。

总体目标和具体目标 （与计划到2030年实现的可持续发展目标一致）

生存 终结可预防的死亡

- 将全球孕产妇死亡率降低到每10万例活产不到70例死亡
- 将各国新生儿死亡率降低到每千例活产12例死亡
- 将各国五岁以下儿童死亡率至少降低到每千例活产25例死亡
- 终结艾滋病毒、结核病、疟疾、被忽视的热带病和其它传染病的流行
- 使非传染性疾病造成的过早死亡减少三分之一，促进精神健康和福祉

繁荣 确保健康和福祉

- 终结各种形式的营养不良，处理儿童、少女、孕
- 确保普遍获得性和生殖卫生保健服务（包括计划生育服务）和权利
- 确保所有女童和男童都能实现高质量的幼儿期发展
- 大幅度减少污染相关死亡和疾病
- 实现全民健康覆盖，包括个人经济风险保护和获得高质量的基本服务、药物和疫苗

变革 扩大促进性环境

- 消灭极端贫困
- 确保所有女童和男童完成初等和中等教育
- 消除所有针对妇女和女童的有害做法、歧视和暴力
- 实现普遍获得安全且可负担的饮用水以及环境卫生和卫生
- 加强科学研究，提高技术能力和鼓励创新
- 为所有人提供法律身份，包括出生登记
- 加强促进可持续发展的全球伙伴关系

投资的高回报

实施全球战略、增加并保持资金投入，到2030年将会产生巨大的回报：

- 终结可预防的孕产妇、新生儿、儿童和青少年死亡及死产
- 通过更好的学业成就、劳动力参与和社会贡献实现至少十倍回报
- 幼儿和青少年健康和发展投资实现至少1千亿美元人口红利
- 健康“大融合”，所有妇女、儿童和青少年拥有生存和繁荣发展的平等机会

行动领域

国家领导作用

加强各级的领导和管理联系和能力；促进集体行动。

为卫生供资

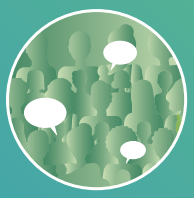
筹措资源；确保物有所值；采用综合创新方法。

卫生系统的恢复力

在所有环境下提供高质量护理；防范突发事件；确保全民健康覆盖。

个人潜能

投资于个人发展；支持人们推动变革；利用法律框架处理面临的障碍。



社区参与

推动制定促进性法律、政策和规范；加强社区行动；确保包容性参与。

多部门行动

采取多部门方法；促进跨部门合作；对影响进行监测。

人道主义和脆弱环境

评估风险、人权和性别需求；集成突发事件应对工作；处理向可持续发展过渡过程中存在的差距。

研究和创新

投资于各种研究，建设国家能力；检验并扩大创新。

问责

统一监测和报告；改进民事登记和生命统计；促进独立审查和多利益攸关方参与。

指导原则

- 国家领导
- 普遍
- 可持续
- 以人权为本
- 由公平驱动
- 对性别因素敏感
- 知证
- 由伙伴关系驱动
- 以人为本
- 社区主导
- 可问责
- 与发展实效和人道主义准则一致

实施

在每个妇女每个儿童运动和一份行动框架支持下由各国领导实施。通过利益攸关方承诺和集体行动充分发挥伙伴关系的作用。我们都可以发挥作用。

1

序言

我们为什么需要更新的全球战略

今天，我们具备相关知识也有机会终结所有妇女、儿童和青少年的可预防死亡、极大地改善其健康和福祉并推动塑造更繁荣更可持续的未来所需要的变革。而这正是这份《妇女、儿童和青少年健康全球战略》的雄心。

从2010年到2015年，之前的全球战略取得了巨大成就[1]。它激起了政治领导力，吸引了高达数十亿美元的新财政承诺，并创立了促进卫生事业的强大的涉及多个利益攸关方的每个妇女每个儿童运动（见附件1）[2]。联合国妇幼健康问题信息和问责制委员会[3]产生了具有里程碑意义的问责框架和独立专家审查小组[4]；联合国拯救妇女和儿童生命产品委员会使基本干预措施更可获得、供应更多[5]。已发布多份全球行动计划和报告，以处理并使人们关注被忽视的领域并支持各国实施（见附件1）。这挽救了数百万生命，还加快了实现千年发展目标的进展[2]。在增加获得避孕手段和基本干预措施、减少孕产妇和儿童死亡和营养不良以及遏制艾滋病毒/艾滋病、疟疾和结核病等领域取得巨大进展[2,6,7]。

但是，全世界仍有太多妇女、儿童和青少年只能有限获得或不能获得高质量的基本卫生服务以及教育、清洁空气和水、适当环境卫生设施和良好营养。他们面临暴力和歧视，不能全面参与社会，在实现人权方面还遭遇其它障碍。[2,6,7] 其结果是，随着千年发展目标时代接近结束，每年的死亡数量仍然过高：307,000例孕产妇死亡、260万例死产、590万例五岁以下儿童死亡（其中包括270万例新生儿）以及130万例青少年死亡[8-10]。还有更多人患病或残疾，无法实现自己的全部潜能，给各国的当代和未来世代造成巨大损失和费用。

这就是为什么这份更新的全球战略如此重要的原因。我们迫切需要它完成千年发展目标尚未完成的工作，处理各国内部和各国之间的不平等，并帮助各国立即开始实施2030年可持续发展议程。

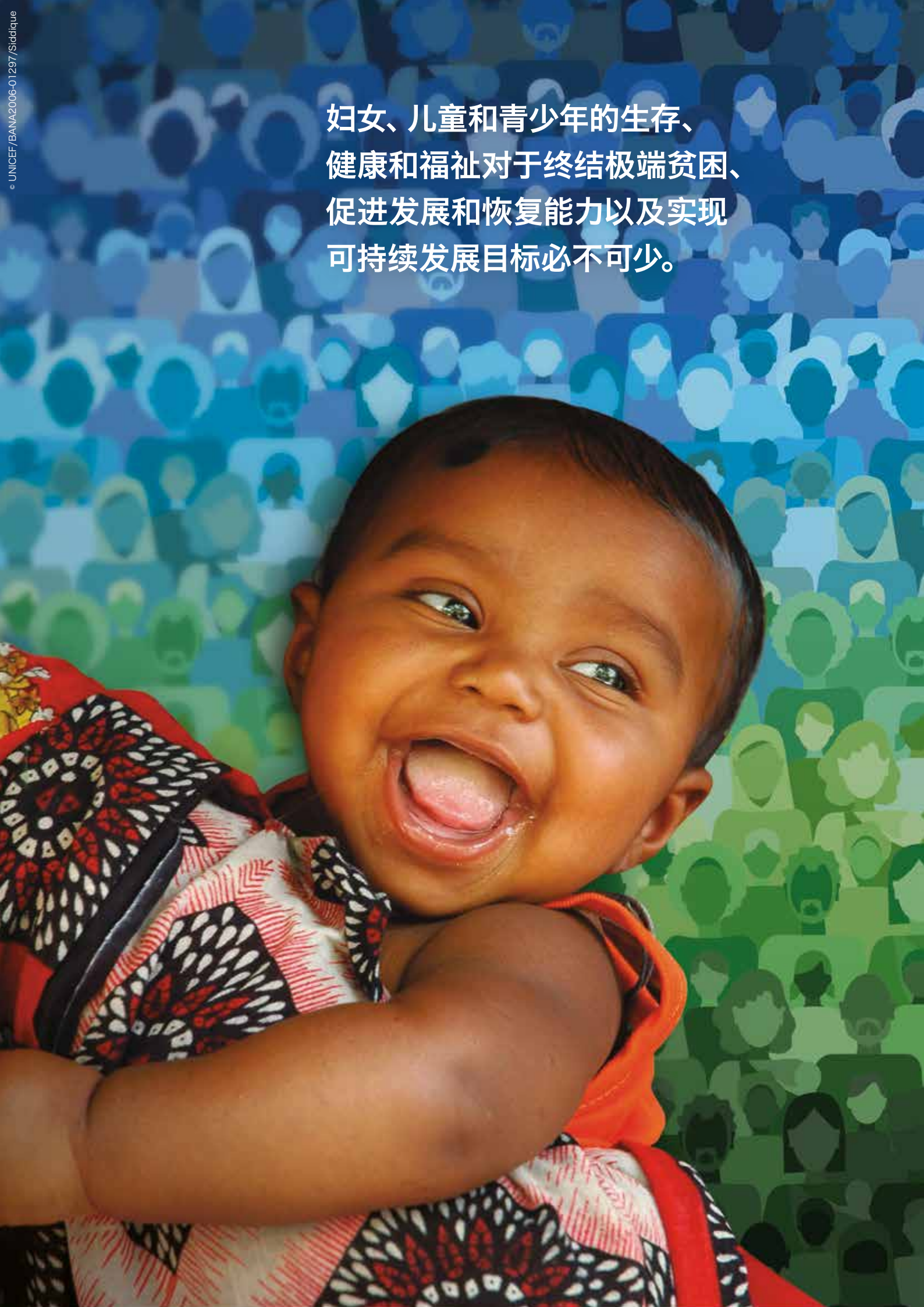
这份更新的全球战略跨越可持续发展目标的15年时间[11]，为加快妇女、儿童和青少年健康势头提供指导。到2030年，该战略应该完全能够为全世界各地所有妇女、儿童和青少年实现健康和可持续发展方面的变革。

全球战略新在何处?

这份全球战略比之前的战略更广泛、更有雄心，也更关注公平。这份通用战略适用于所有地方（包括危机形势下）的所有人（包括边缘化和难以达及的人群），也适用于跨国问题。该战略关注在人道主义和脆弱环境下保护妇女、儿童和青少年，确保其享有最高可实现标准的健康权，即使在最艰苦的情况下也是如此。

青少年在历史上第一次和妇女儿童一样成为全球战略的核心。这意味着承认年轻人面临的独特健康挑战，也承认他们和妇女儿童一起发挥着在2015年以后时代推动变革的重要作用。通过投资于正确的政策和规划，使青少年实现自己的潜能以及健康、教育和全面参与社会的人权，我们可以释放出“可持续发展目标一代”的巨大人力潜能，从而改变我们的世界。

本全球战略采用取生命全程方法，以便在各个年龄都实现最高可实现的身体、精神赫尔社会健康状况和福祉标准。一个人在生命各个阶段的健康状况都会影响其它阶段的健康，并对下一代的健康产生累加效应。另外，全球战略还采用跨部门综合方法，承认包括营养、教育、水、清洁空气、环境卫生、个人卫生和基础设施在内的有助于加强健康的各个部门对于实现可持续发展目标必不可少。



© UNICEF/BANA2006-01297/Siddique

新全球战略是怎么制定出来的?

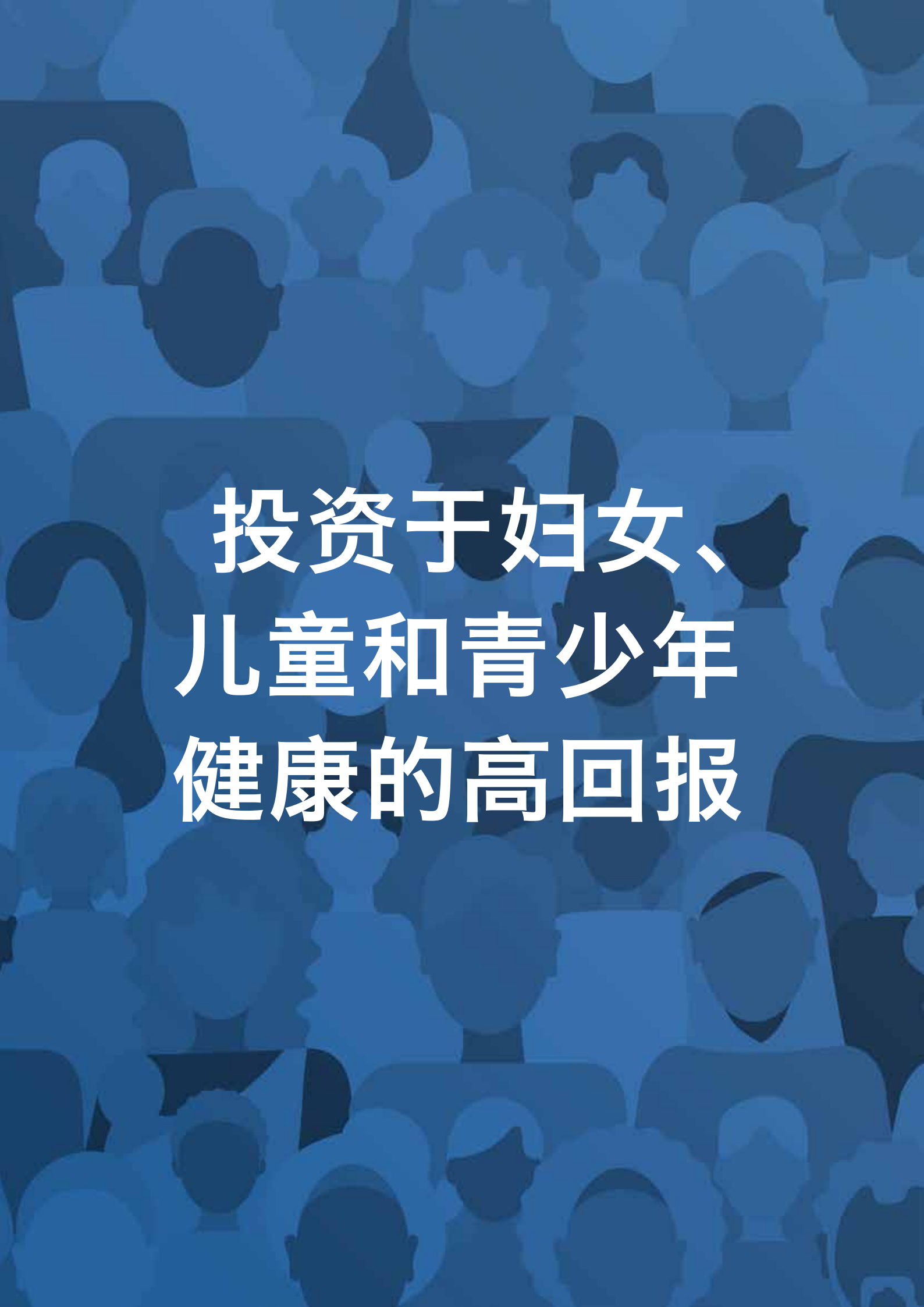
更新的全球战略以前一版战略的所有基本要素为基础，包括：

- 支持国家牵头的卫生计划
- 综合提高卫生服务以及挽救生命的干预措施和商品
- 更加强大的卫生系统
- 足够数量技能数量、装备良好的卫生工作者
- 高质量服务
- 创新方法
- 更好的监测、评估和问责

全世界7,000余个个人和组织通过每个妇女每个儿童运动支持的全球磋商进程在战略起草过程中发表了看法。2015年世界卫生大会和印度、南非及阿联酋政府主办的区域协商会议提供了重要的磋商场所。多个伙伴为《英国医学杂志》发表的技术论文做出了贡献，而那些论文为战略提供了证据基础[12]。许多利益攸关方还参加了孕产妇、新生儿和儿童卫生伙伴关系组织的公众磋商。

磋商进程细节和相关技术意见见如下网址：
www.everywomaneverychild.org.

2



投资于妇女、儿童和青少年健康的高回报

投资于从出生到儿童期、青春期乃至于成年阶段生命全程的循证干预措施得到了卫生系统内部和其它部门的促进性环境的支持（见图1，细节见附件2-4）。将哪些具体措施确定为重点以及应采取哪些方式使它们得到最佳落实取决于具体卫生需求、发展重点、卫生系统的能力、法律因素以及各国的其它考虑。

投资于此类促进妇女、儿童和青少年健康和福祉的干预措施有许多好处：首先，这使他们活下来并保持健康。此外，这还可以减少贫困、刺激经济生产率和增长、创造就业，而且性价比高（见框1）。

投资于妇女、儿童和青少年的经济和社会理由很明确而且是以证据为基础的[13-17]。其实现最高可实现健康标准的人权受到国际法保护，无可讳言，坚持保护他们在这方面的人权在法律上势在必行。

从2000年到2011年，低收入和中等收入国家全部收入增长的约四分之一来自总体健康结果的改善[14]。

实施全球战略，并提供更多且可持续的资金支持，到2030年将产生巨大的回报：

- **终结可预防的孕产妇、新生儿、儿童和青少年死亡以及死产[10,18-22]。**
- **在妇女、儿童和青少年健康和营养方面的投资通过更好的学业成绩、劳动力参与和社会贡献实现至少十倍回报[13,14,16,17,23]。**
- **在幼儿及青少年健康和发展方面的投资产生至少1千亿美元的人口红利[16,17]。**
- **卫生“大融合”使所有妇女、儿童和青少年获得生存和繁荣的平等机会[10,14,22]。**

图1:
促进妇女、儿童和青少年健康的循证干预措施示例*

*得到现有证据支持的生命全程基本干预措施更详细清单见附件2-4。所有干预措施的提供应根据各国国情，包括卫生需求、相关产品的供应和法律考虑。

生命全程

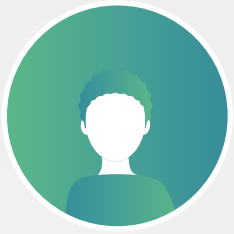
妇女健康

- 性和生殖保健信息和服务；
- 营养；
- 管理传染病和非传染性疾病；
- 筛查并管理宫颈癌和乳腺癌；
- 预防和应对基于性别的暴力；
- 孕前风险检查和管理

妊娠、分娩和产后护理

- 产前保健、分娩护理；
- 安全流产和流产后护理；
- 预防艾滋病毒的母婴传播；
- 管理孕产妇和新生儿并发症；
- 母亲和婴儿的产后护理；
- 小婴儿和患病婴儿的额外护理

儿童健康和发展



- 母乳喂养；
- 婴幼儿喂养；
- 反应灵敏的养育和刺激；
- 免疫；
- 预防和管理儿童期疾病和营养不良；
- 先天性畸形和残疾的治疗和康复

青少年健康和发展

- 健康教育；
- 支持性养育；
- 营养；
- 免疫；
- 社会心理支持；
- 预防伤害、暴力、有害做法和物质滥用；
- 性和生殖保健信息和服务；
- 管理传染病和非传染性疾病

一揽子干预措施

促进性环境

卫生系统促进措施

- 全民健康覆盖政策；
- 充足且可持续的供资；
- 任何地点支持卫生人力提供高质量服务；
- 产品供应；
- 卫生机构基础设施；
- 社区参与；
- 突发事件防范工作主流化；
- 制定规划采取以人权、公平和性别平等为本的方法；
- 各级问责

多部门促进措施

- 重要部门的政策和干预措施：
- 财政和社会保障；
- 教育；
- 性别；
- 保护—注册、法律和司法；
- 水和环境卫生设施；
- 农业和营养；
- 环境和能源；
- 劳动和贸易；
- 基础设施，包括设施和公路；
- 信息通信技术；
- 交通

© Mark Tuschman from the book "Faces of Courage"

“我们知道我们应该做些什么才能拯救全世界妇女和女童的生命。必须终止不必要的妇女，新生儿和儿童死亡。我们必须做更多事情并且做得更好，因为每一个行动都是重要的，每一条生命都是重要的。”

格拉萨·马歇尔
孕产妇、新生儿和儿童卫生伙伴关系主席

框1:

在妇女、儿童和青少年健康方面投资产生高回报的例子

应结合确保生命全程获得所有基本干预措施和物资、加强卫生系统和处理所有健康问题的主要决定因素的需求理解以下例子（见附件2-4）。

生命全程的卫生干预措施

现代避孕药具及高质量孕妇和新生儿保健:

现代避孕药具及高质量孕妇和新生儿保健：如果所有想要避孕的妇女都能使用现代避孕药具，如果所有孕妇和新生儿都可以得到世卫组织建议标准的保健服务，效益将是巨大的。和2014年相比，那将会使：意外怀孕减少70%；流产减少67%；孕产妇死亡减少67%；新生儿死亡减少77%；基本消除艾滋病毒母婴传播。据估计，每1美元投入约获得120美元回报[15,24]。人口稳定将促进经济可持续发展并减少气候变化风险[25]。

高质量生育服务:

高质量生育服务：投资可以产生三倍回报，拯救母亲和新生儿生命并预防死产。到2020年，通过各机构为所有产妇和婴儿提供有效护理，估计每年可以预防约113,000例孕产妇死亡、531,000例死产和130万例新生儿死亡，每年的运营费用约为45亿美元（每人0.9美元）[19,20]。

免疫:

这是最具成本效益的卫生干预措施之一。从2011年至2020年，和该阶段相关疫苗覆盖率为零的假设情况相比，估计费用为420亿美元的十种疫苗将有可能总计避免2,400万至2,600万例死亡[26]。

母乳喂养和营养:

促进并支持生命前两年的母乳喂养可以避免约12%五岁以下儿童死亡、防止营养不足并确保每个儿童的生命有个良好的开端[27]。扩大营养干预措施的效费比为16 [28]。消除亚洲和非洲的营养不足将会使国内生产总值增加11%[29]。

幼儿期发育:

促进儿童发展身体、认知、语言和社会情感潜能，特别是在生命最初三年，可以通过更好的教育、健康、社交能力和经济成就以及减少犯罪在生命全程实现7-10%的回报率[16]。

青少年和年轻人:

如果处于人口结构过渡中的各国做出正确的人力资本投资并实施给青年人更多机会的政策，产生的总人口红利将是巨大的。例如，在撒哈拉以南非洲，可以在长达三十年的时间里每年获得至少5千亿美元的回报，相当于每年获得该区域当前国内生产总值的三分之一[17]。

促进卫生系统发展的措施

卫生系统和人力投资:

通过加强投资扩大现有和新的卫生干预措施以及实施这些措施的系统和人员，大部分低收入国家和中低收入国家可以将传染病、儿童和孕产妇死亡率降到表现最好的中等收入国家2014年的水平，到2035年实现卫生“大融合”[14]。

对妇女和儿童健康而言，卫生系统投资再加上对在生殖、孕产妇、新生儿和儿童健康领域有重大影响的卫生干预措施投资，如果到2035年能做到74个高负担国家投入平均每人每年5美元，那么产生的经济和社会效益将是投资额的9倍。相关回报包括通过提高劳动生产率实现更大幅度的国内生产总值增长，并且到2035年防止3,200万例死产以及1.47亿儿童和5百万妇女死亡[13]。

卫生人力是一个关键的投资领域。一项雄心勃勃的全球扩大卫生人力目标需要到2035年至少再增加675,000位护士、医生和助产士，还有至少544,000位社区医务工作者和其它类型的卫生专业人员[13]。其它重要卫生系统投资包括：规划管理；人力资源；基础设施、设备和运输；后勤；卫生信息系统；治理；以及卫生供资[14]。

多部门的促进措施

教育:

投资确保女童完成中等教育可以在低收入和中等收入国家实现较高的平均回报率（约为10%）。其健康和社会效益包括延迟怀孕和降低生育率，改善孕妇、哺乳妇女及其婴儿的营养状况、降低婴儿死亡率并促进政治进程的更广泛参与。学校课程应包括加强女童自尊和加强男童对女童尊重的要素[30]。

性别平等:

通过保障并保护妇女获得体面的生产性工作和同工同酬的权利缩小劳动力参与中的性别鸿沟，将有助于到2030年减少贫困并使全球国内生产总值增加近12%[24]。

防止童婚:

童婚减少10%有助于使一国孕产妇死亡率降低70%、婴儿死亡率降低3% [31]。童婚比例高与计划生育措施使用少、生育率高、意外怀孕、分娩并发症风险高、学业成就有限和获得经济收入的潜力降低等有关。

水、环境卫生设施和卫生:

在这些领域每投入1美元就将获得4美元的回报，如能实现普遍获得，全球经济将每年获得2,600亿美元的回报[32]。

室内空气污染:

全世界有30多亿人使用明火或传统炉灶以及木柴、粪便、煤和其它固体燃料做饭。如果有50%的室内固体燃料使用者可以获得更清洁的燃料，卫生系统每年可以节约1.65亿美元。卫生相关劳动生产率的增加幅度为城市地区17-62%、乡村地区6-15%不等[33]。

3

要克服的挑战

虽然近几十年取得了广泛进展，但妇女、儿童和青少年仍然面临无数健康挑战，许多因素往往相互影响。可预防死亡和不健康的原因包括传染病和非传染性疾病、精神疾病、伤害和暴力、营养不良、妊娠和分娩并发症、意外怀孕以及无法获得或使用质量良好的卫生保健服务和挽救生命的产品[8,9,34]。根本的结构性原因包括贫困、性别不平等（体现为法律、政策和实践中的歧视）以及属于侵犯人权的（基于年龄、民族、种族、国别起源、移民状态、残疾、性取向和其它理由的）边缘化[35,36]。

其它严重影响健康和福祉的因素包括遗传、家庭、社群和机构、家庭内部潜在的不平等性别规范、收入和教育水平、社会和政治环境、工作场所以及环境[34]。

健康挑战一瞥

以下信息图中的数据突出显示2015年9月全球战略发布时全球妇女、儿童和青少年面临的最具紧迫性的健康挑战。在很大程度上，挑战的根源在于人权的失败。信息图统计数据和来源见如下链接：**www.everywomaneverychild.org**.

妇女、儿童和青少年仍然面临贫困、不平等和边缘化造成的无数相互关联的健康挑战。

妇女面临的健康挑战

虽然取得了进展，但社会仍在令女性失望；穷国和所有环境下最贫困妇女面临的问题尤为紧迫。基于性别的歧视使女性处于经济、社会和健康的不利地位，这在整个生命历程中以复杂方式影响到妇女本人及其家庭乃至下一代的福祉。性别平等对卫生和发展至关重要。

据估计

289,000

名妇女2013年在**妊娠和分娩**中死亡，每2分钟死亡1人以上

2.25亿

妇女的**计划生育需求没有得到满足**

52%

的孕产妇死亡（妊娠、分娩或产后发生的死亡）可归因于**三个主要可预防原因**：出血、脓毒症和高血压疾病

28%

的孕产妇死亡源于非产科原因，例如疟疾、艾滋**病毒、糖尿病、心血管疾病和肥胖症**

8%

的孕产妇死亡可归因于**不安全流产**

270,000

每年死于**宫颈癌**和死于分娩的数量几乎一样多

每三位

15-49岁妇女就有一位在家庭内部或家庭以外经历**身体和/或性暴力**

儿童面临的健康挑战

新生儿和五岁以下儿童可预防死亡率高及健康福祉状况差显示挽救生命的干预措施的覆盖不均衡，也在更广泛意义上显示社会经济发展不够充分。贫困、营养差和不能充分获得清洁水和环境卫生设施以及不能充分获得高质量卫生服务（例如新生儿基本护理）都是有害因素。健康促进和疫苗接种等疾病预防服务及常见儿童期疾病的治疗对于儿童生存和蓬勃发展必不可少。

270万

死亡儿童为**新生儿**；60-80%以上为**孕龄不足**和/或**过小**

590万

五岁以下儿童2014年绝大多数死于**可预防原因**

43%

由传染病引起，**主要病因**为肺炎、腹泻、败血症和疟疾

此外，还有

260万

婴儿死于妊娠最后三个月或分娩过程中**（死产）**

接近一半

的五岁以下儿童死亡直接或间接由**营养不良**造成；
全球**25%**儿童发育迟缓，**6.5%**超重或肥胖

只有不到40%

的婴儿接受最多六个月纯**母乳喂养**

每三位

由于**贫困、健康和营养状况差、养育和刺激不足**以及其它幼儿期发育危险因素，每三个儿童中就有一个（全球总计2亿儿童）无法实现其全部身体、认知、心理和/或社会情感潜能

青少年面临的健康挑战

全球有数百万青少年由于本可预防的原因死亡或患病。很少有人能够不必面对歧视或其它障碍就获得信息和咨询服务以及对年轻人友好的综合服务，特别是性和生殖卫生服务。在许多环境下，少男少女们面临无数危害到他们的身体、精神和情感健康和福祉的政策、社会和法律障碍。对残疾青少年和生活在危机形势中的青少年而言，障碍尤为巨大。

130万

2012年，青少年死于**可预防或可治疗原因**；少男少女死亡的五个主要原因是**道路交通伤害、艾滋病毒、自杀、下呼吸道感染和人际间暴力**

15-19岁少女的两大死因是**自杀及妊娠和分娩并发症**；

250万 **16岁以下少女生育；**

1,500万 **18岁以下少女已婚**

全球

80%

的青少年**身体活动不足**

70%

非传染性疾病造成的可预防成人死亡中有与**青春期开始的**危险因素有关

每十位

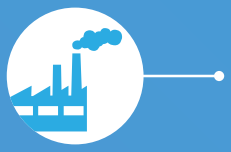
20岁以下少女就有一位（全球共1.2亿）曾遭受**性暴力**；

3,000万

今后十年，少女面临**女性生殖器切割**风险

环境带来的健康挑战

清洁的水和空气、足够的环境卫生设施、健康的工作场所以及安全的房屋和道路等环境因素都有助于实现良好的健康。与此相反，被污染的水和空气、工业废物和其它环境危害是造成疾病、残疾和过早死亡的重要原因，它们助长贫困也来源于贫困，而且往往跨越代际。



每8例死亡就有1例

全世界与**空气污染**有关，包括约50%**肺炎**造成的儿童死亡

铅暴露与每年约

600,000 例儿童**智力残疾**新发病例及

143,000 例死亡有关

32%

全球人口的缺乏**适当环境卫生**设施

9%

无法获得**安全的饮用水**

在59个低收入和中等收入国家的**卫生设施**中，
大约**40%**不容易获得**水**

30% 以上缺乏用于洗手的**肥皂**

20% 缺乏**厕所**，这些都严重影响护理质量，包括分娩时

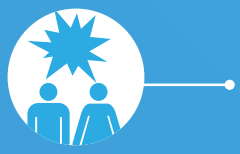
撒哈拉以南非洲的妇女和女童每年要用

400亿

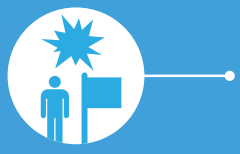
小时的时间**取水**，相当于一些高收入国家全部劳动力一整年的劳动时间

人道主义和脆弱环境

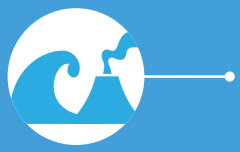
不具体关注人道主义和脆弱环境以及那些面临社会、经济和环境冲击和灾难的人，就将无法实现可持续发展目标[37]。风险包括冲突和暴力、非正义、机构薄弱、卫生系统和基础设施遭到破坏、经济不稳定和排斥以及应对危机的能力不足[38]。关键是，国际社会应紧急行动起来更好地支持各国在各种环境下都坚持维护整个生命历程中的基本人权。



60% 孕产妇死亡、 **53%** 儿童死亡和
45% 新生儿死亡发生在**脆弱国家和人道主义环境**下

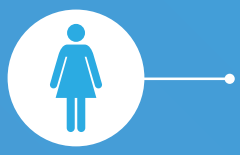


14亿人中 约有60%生活在**脆弱国家**的的年龄在25岁以下

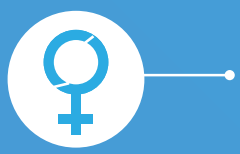


妇女和儿童在灾害中死亡的风险比男人高
14倍

2014年，全世界有
5950万
被迫流离失所者和**1950万难民**



在难民营里，数百万妇女和女童在使用**厕所或淋浴**以及在不安全区域**取水或木柴**时面临性暴力、疾病或死亡风险



每五位
女性难民和受冲突影响国家的国内流离失所者中就至少有一位遭受**性暴力**

一个人在难民环境下生活的平均时间是
25年

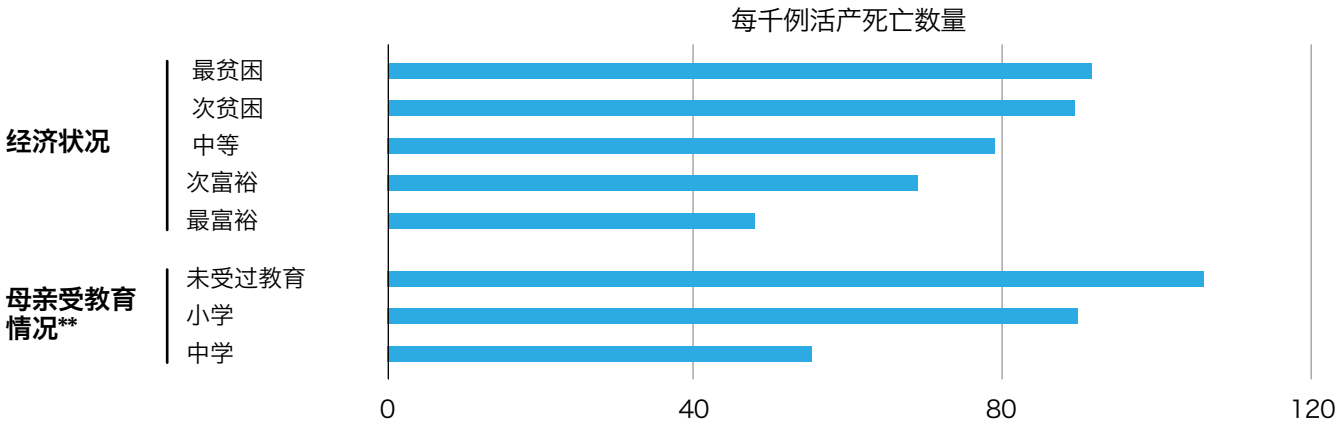
各国内部和国家之间的卫生公平鸿沟

当妇女、儿童和青少年被边缘化或被社会排斥、受到歧视影响或是属于得到服务不足的社群，他们的健康结果会更糟糕，尤其对那些最贫困和受教育最少以及居住在最偏远地区的人们而言[6]。在低收入和中等收入国家存在以下现象[34]：

- 农村和土著人群的少女怀孕率比城市人口高出最多三倍；
- 一国内部最富有人群和最贫困人群由熟练医务人员护理的分娩比例相差高达80个百分点；
- 一国内部受教育最多人群和受教育最少人群之间以及最富有人群和最贫困人群之间产前检查覆盖率（至少4次）之差至少为25个百分点；
- 在总体就医率很低的国家，最贫困人群和最富有人群带有肺炎症状的孩子就医的比例之差至少为18个百分点；
- 和母亲上过中学或接受过更多教育的儿童相比，母亲没受过正式教育的儿童的发育迟缓流行率要高出高达39个百分点。

只要比较一下各区域之间（图2）和各国内部（图3）妇女、儿童和青少年的健康结果，这种公平方面的鸿沟显而易见。

图2:
按经济状况和母亲教育程度比较的国家内部五岁以下儿童死亡方面的公平鸿沟



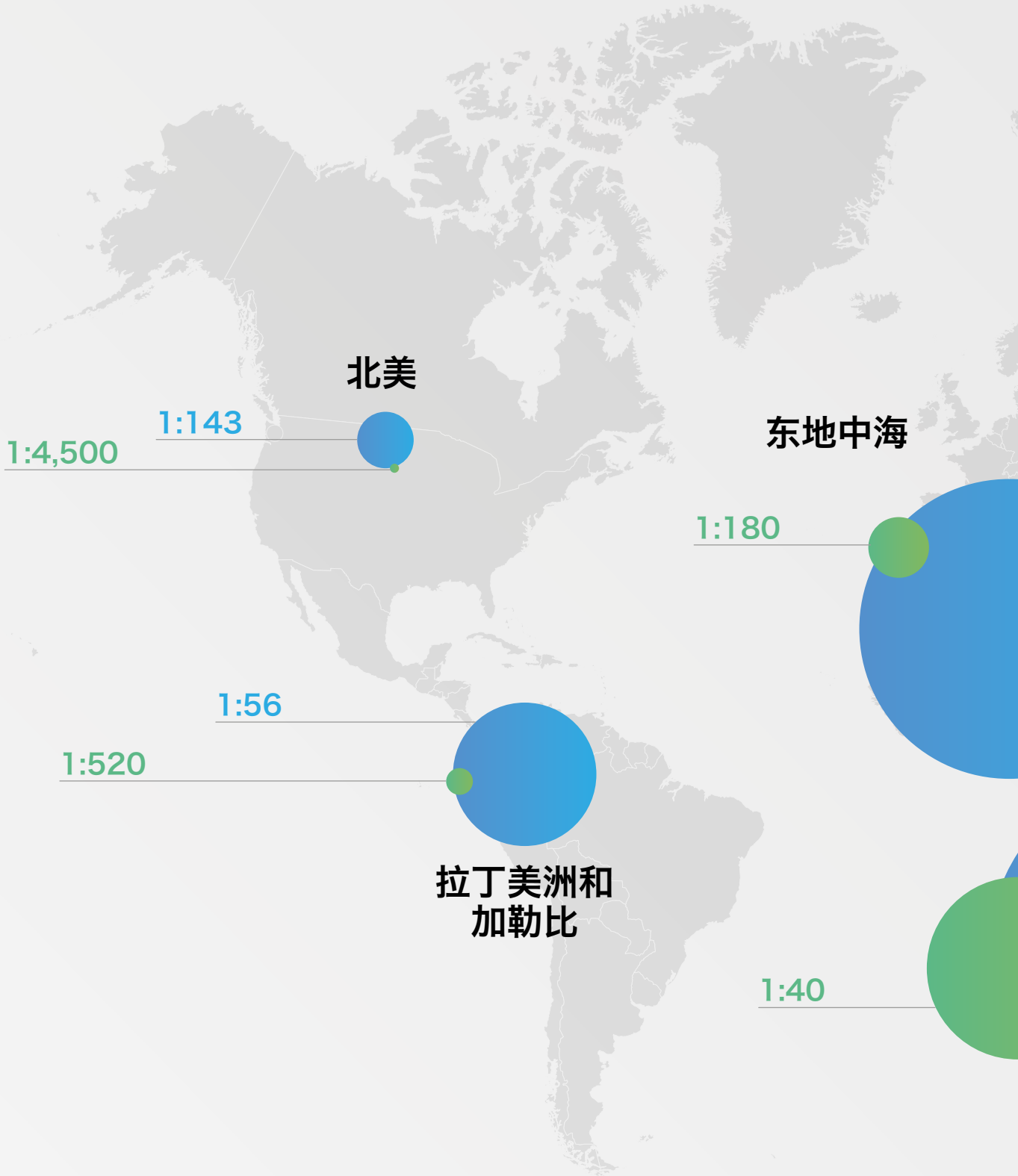
* 数据来自2005至2012年49个低收入和中等收入国家的国家人口和健康调查。
** 其中10个国家没有教育数据[39]。

“性别平等和妇女赋权带来巨大的经济效益。性别平等实现得更好的国家经济增长更快、更有竞争力。促进性别平等是正确的行动，更是明智的行动。”

米歇尔·巴切莱特
智利总统

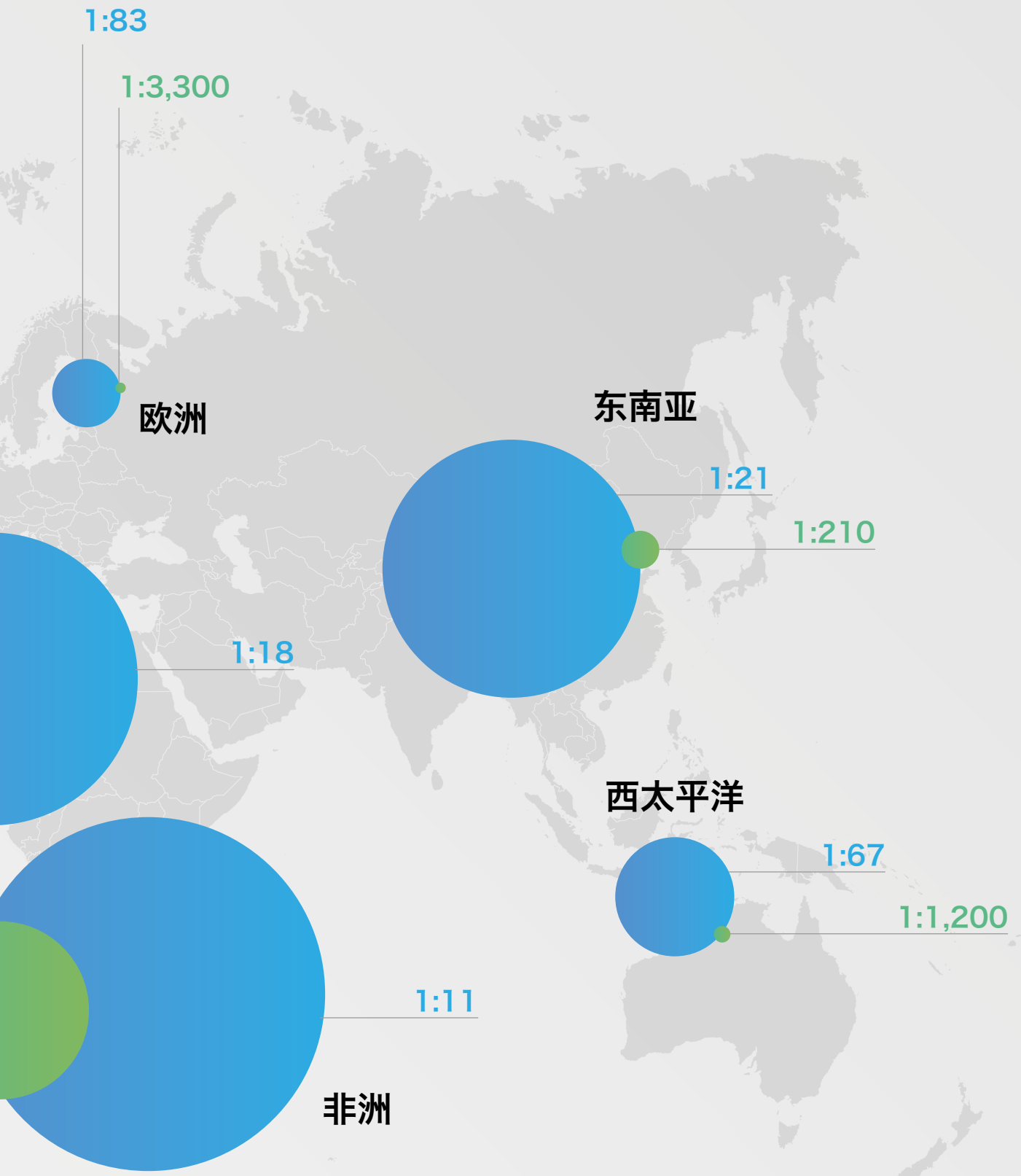
© UNICEF Photo Nyani Quarmyne

图3:
各区域孕产妇和儿童死亡的不公平风险*



每个泡泡的大小代表每个区域如下风险的大小:

- 儿童在五岁前死亡的风险
- 15岁少女一生中死于孕产原因的风险



* 这些数据系根据2014年《联合国跨机构估算报告》和世卫组织区域分组计算得来，其中世卫组织美洲区域分为北美和拉丁美洲两部分分别有数据[8,9]。相关参考文献中还有关于单个国家以及按不同方法分组的区域的数据。MM=孕产妇死亡率——终生危险(假设目前的生育率和包括孕产妇死亡率在内的死亡率在未来不发生变化并考虑到各种死因，一位15岁女性最终死于孕产原因的概率)；U5M=五岁以下儿童死亡率——儿童在五岁前死亡风险的间接测定方法（计算方法是1,000例活产除以每个区域的五岁以下儿童平均死亡率）[8,9]。

4

针对2015年
以后时代更新的
全球战略

妇女、儿童和青少年的生存、健康和福祉对于终结极端贫困、促进发展和恢复能力以及实现所有可持续发展目标必不可少。正是认识到这一点，更新的全球战略阐明了与可持续发展目标框架一致的愿景、指导原则、三个目标和一套核心具体目标。战略点出需要采取的重要行动并为各国主导为本国实施制定计划奠定了基础。本战略与可持续发展目标的重点完全一致，并且充分利用了有关需求和有效措施的证据。战略涵盖所有地点、社会群体和环境，特别是被边缘化、被排斥和难以达及的社群。

愿景

到2030年，全世界各种环境下的每一位妇女、儿童和青少年都实现其身体和精神健康和福祉的权利，拥有社会和经济机会，并且能够完全参与塑造可持续的繁荣社会。

指导原则

全球战略由若干已经为人们所接受的全球卫生和可持续发展原则指导，即：国家领导、普遍、可持续、以人权为本、由公平驱动、促进性别平等、知证、由伙伴关系驱动、以人为本、社区主导以及对妇女、儿童和青少年负责。全球战略的所有方面均与发展实效和人道主义准则相一致。除自身的重要性之外，人权和性别平等还是发生积极变化的促进因素（见框2和框3）。

框2:
人权发挥中心作用

全球战略扎根于业已建立的人权条约和承诺。妇女、儿童和青少年健康是包括《经济、社会和文化权利国际公约》、《消除对妇女一切形式歧视公约》和《儿童权利公约》在内的多个国际条约承认的基本人权。

全球战略以全球共识为基础，包括国际人口与发展大会行动纲领、第四次世界妇女大会商定的北京宣言和行动纲领、联合国经社理事会全球卫生问题部长级审查和妇女地位委员会的协议。

健康是国际法规定的一项人权，与其它人权相互依存、不可分割。保护人权的重要措施涉及政策和立法、平等和非歧视、服务提供、参与、健康问题的根本决定因素、社会文化和政治经济事务以及问责等领域。

实施全球战略将参考联合国有关发展合作和规划制定的以人权为本的方法的共识声明。人权理事会也已发布具体技术指导文件，以帮助各国在妇女、儿童和青少年卫生规划中落实人权标准和原则。除履行法律义务外，有证据表明，使用以人权为本的方法对妇女、儿童和青少年健康有积极影响。评估以人权为本方法的影响以及卫生和可持续发展的影响有助于改进实施和问责。

框3:
性别平等，实现健康权的前兆

全球战略认识到，性别平等对于使妇女和女童做出有关自身健康的知情选择以及寻找并获得她们想要且需要的服务至关重要。妇女以及其他由于性别认同或性取向受歧视的人往往无法平等地获得并使用基本卫生服务和资源。不平等的性别规范和性别成见还造成政策、机构和规划制定方面的偏倚，对服务的有效性产生严重后果。

消除卫生保健环境下的歧视，确保妇女和少女意识到自己的权利并能够要求获得对性别敏感且不带羞辱和歧视的服务，具有根本意义。此外，收集按性别分解的数据和对性别因素敏感的指标对于监测并评估卫生政策和规划的结果至关重要。要制定对性别因素敏感的卫生政策和干预措施，就需要对实现妇女健康的障碍进行彻底分析，包括基于民族、地理位置和性取向或性别认同的其它种种不平等[41]。

促进性别平等的环境与积极的健康结果和更广泛的社会结果有着千丝万缕的联系[42]。成功实施本全球战略需要有效处理不平等的性别规范并采取行动在各部门之间发展起明确的协同效应和协调一致。

每个妇女、儿童和青少年都有权就自己的健康做出知情选择，以及寻求并获得自己想要和需要的服务。

目标:
生存、繁荣、变革

全球战略的总目标是终结可预防的死亡，并使妇女、儿童和青少年能够享有良好健康并在促进变革和可持续发展方面充分发挥作用。

- **生存:**
  终结可预防的死亡
- **繁荣:**
  确保健康和福祉
- **变革:**
  扩展促进性环境

具体目标

在每个总体目标之下，到2030年要实现的具体目标均来自可持续发展目标（见表1）。它们以全球商定的总体目标和具体战略及行动计划确定的具体目标为基础，其中许多已经在近些年的世界卫生大会上获得会员国的支持。

生存

终结可预防的死亡

- 使全球孕产妇死亡率降到
  每10万例活产不到70例
- 使每个国家的新生儿死亡率
  至少下降到每千例活产12例
- 使每个国家的五岁以下儿童
  死亡率至少下降到每千名儿童25例
- 终结艾滋病毒、结核病疟疾和被忽视的热带病
  及其它传染病的流行
- 将非传染性疾病造成的过早死亡减少三分之一
  并促进精神健康和福祉

繁荣

确保健康和福祉

- 终结各种形式的营养不良并处理
  儿童、少女、孕妇和哺乳妇女的营养需求
- 确保普遍获得性和生殖卫生保健服务
  (包括计划生育) 和权利
- 确保所有女童和男童都能够获
  得质量良好的幼儿期发育
- 大幅度减少污染相关死亡和疾病
- 实现全民健康覆盖, 包括针对财政风险的保障
  以及获得高质量的基本服务、药物和疫苗

- 消灭极端贫困
- 确保所有女童和男童完成
  免费、公平、高质量的初等和中等教育
- 消除所有针对妇女和女童的有害做法以及
  一切歧视和暴力
- 实现普遍、公平地获得
  安全、可负担的饮用水以及充分、
  公平的环境卫生和个人卫生设施
- 加强科学研究
  提升技术能力，鼓励创新
- 为所有人提供合法身份
  包括出生登记
- 加强促进可持续发展的
  全球伙伴关系

变革

扩展促进性环境

5

行动领域

只有全面的以人权为本的方法才能克服妇女、儿童和青少年健康面临的各种复杂挑战。要取得成功，各国及其伙伴必须在九个相互关联、相互依存的领域同时采取行动。这九个领域是：国家领导作用、卫生供资、卫生系统的恢复能力、个人潜能、社区参与、多部门行动、人道主义和脆弱环境、研究和创新，以及问责。

根据科学证据和实施首份全球战略和千年发展目标所获得的实际经验、有关有效干预措施和方法的新研究以及有关卫生和可持续发展作为一个整体的新思考确定了这九个行动领域。证据显示，在一整套相互关联的核心行动领域取得进展至关重要而且具有成本效益，因为没有任何单个部门或单项干预措施能独自实现相关目标[43-46]。和可持续发展目标一样，这将需要以更综合、更具整体性的方法跨部门开展工作。

国情的重要性怎么强调也不过分：在不同环境下，每项行动的具体细节将取决于政治环境、权力动态、经济状况、宗教、社会规范以及影响妇女、儿童和青少年健康素养和就医行为的因素。

1. 国家领导作用

有效的国家领导是在改善妇女、儿童和青少年健康方面取得进展最快国家的共同点[2,43]。通过政府不同部门之间进行有意义合作并与社区、民间社会、年轻人和私营部门密切配合，为实现具体卫生目标形成强有力的领导。这种领导作用在议会（往往是女议员）制定政策和法律、通过预算以及更多对妇女、儿童和青少年健康问题问责的过程中清晰可见[47]。

最高层政治领导人对于政府各部门将妇女、儿童和青少年的需求和权利确定为重点发挥着重要作用。要确保卫生系统建立在强有力的国家机构和管理能力、全面立法、装备精良的人力队伍、运转良好的基础设施、充足资金、用于决策的缜密数据、透明和问责的坚实基础上，（来自政界人士、议员和公务员的）政府领导作用是唯一途径。

行动

1. 加强政治和行政领导人之间的联系。

建立或改进协调机制，确保行政机关领导人积极参与政策制定和决策。加强次国家级政治和行政能力和领导力以及中央和地方当局之间的关系。建立或完善绩效管理制度，确保即使政治和行政领导人发生变化时以及发生灾害或危机等突发事件时仍能保持持续性。

2. 加强领导和管理能力。

发现并处理阻碍发挥更有效领导力的障碍，例如：获得并使用证据以便决策；谈判、编制预算、形成共识、制定计划和规划管理的基本技能；跨部门合作；协调多利益攸关方的行动；筹措资源；确保问责。增加女性领导人和各层级女性管理人员的数量[43]。通过南南合作与学术机构就领导力和管理项目开展合作，促进学习和分享最佳实践。

3. 发展多利益攸关方问责和监督。

认识到民间社会组织、学术界、企业界、媒体、投资者和其它利益攸关方在互相促进并促进政府对健康结果问责方面可以发挥关键作用。促进公民积极参与、宣传推动和集体行动。使有关妇女、儿童和青少年健康的分解数据和信息可公开获得。联系利益攸关方，确保其参与制定计划和规划并对其实施情况进行监督和审查。加强司法和自主监管机制的监督，制定保护“举报人”的政策。

2. 卫生供资

现有资金远远不能满足实施本战略所设想措施的需求。仅2015年一年，将目前覆盖面扩大到2030年具体目标的水平就需要在63个低收入和中等收入的高负担国投入333亿美元，相当于人均10美元[18]。补上该缺口需要结合国内供资、外部支持和创新方法，并更好地利用现有资源。据估计，“由于技术或分配无效率，以对改善人民健康少有助益的方式花掉”的卫生支出占20-40%[48]。

迄今为止，国内来源是妇女、儿童和青少年卫生服务资金的最大贡献者[49]。但是，在许多国家，大部分卫生支出来自私营部门和自费的个人，这有可能导致经济困难，这种经济困难又会因危机而恶化。经济增长创造了增加政府卫生支出的重要机会。

促进卫生的发展援助可以提供重要的补充来源，但从历史上看一直是分散的、低效的，而且往往会取代国内资金[49]。（国内和国际）创新融资机制正在发挥着越来越重要的作用，2001年到2013年间为卫生和发展筹措了近1千亿美元，每年增长约11%[50]。

行动

1. 筹措充足的可持续资源。

随着国内生产总值的增长增加政府卫生支出，使之接近商定的目标。促进财政部和次国家机构之间的政策对话，以扩大税收能力，减少对穷人无益的补贴，将释放出来的资金重新分配给针对穷人的规划。探索产生卫生收入的新方式，例如扩大“罪恶”税（例如对烟草和酒精征税）、债务互换和面向海外社区的债券浮动。激励私营部门在卫生领域投资，包括直接投资和通过与政府或民间社会的伙伴关系投资。

2. 在提高对贫困妇女、儿童和青少年的财政保障的同时确保资金支出物有所值。

减少用于健康的直接自费支出，增加共担资金（例如通过国家医疗保险）在总卫生支出中所占比例。集中资金共同使用可以分散风险、促进将补贴用于确保公平并且促进有助于提高效率的战略性采购。减少综合规划面临的障碍，将资金重新分配给循证重点服务和重点受益人，实施战略性采购和基于绩效的供资。促进卫生部和财政部进行更有效的对话，以便利用更高效、更公平的国内资金，包括医疗保险，从而实现全民健康覆盖。

3. 采用综合创新供资方法。

打破用于妇女、儿童和青少年健康包括用于营养、传染病和非传染性疾病的资金流之间的障碍。围绕加强卫生系统和全民健康覆盖加强国际机构之间的合作，以便为贫困、缺医少药和边缘化人群提供服务并加强脆弱环境下的金融工具。增加用于影响大的规划的资金。探索全球、区域和国家层面的创新供资模式，例如利用健康债券作为满足先期融资需求的桥梁。通过多边开发银行或双边机构建立信用增强机制（例如汇集融资和担保），以越来越在寻找同时有经济和社会回报的投资机会的捐赠基金和主权财富基金为目标。利用支持每个妇女每个儿童运动的全球融资便利机制作为专门响应全球战略的融资方式（见框4），并利用现有创新卫生供资机制，例如全球疫苗免疫联盟和抗艾滋病、结核病和疟疾全球基金，以便根据需要作为国内资金的补充。

框4:

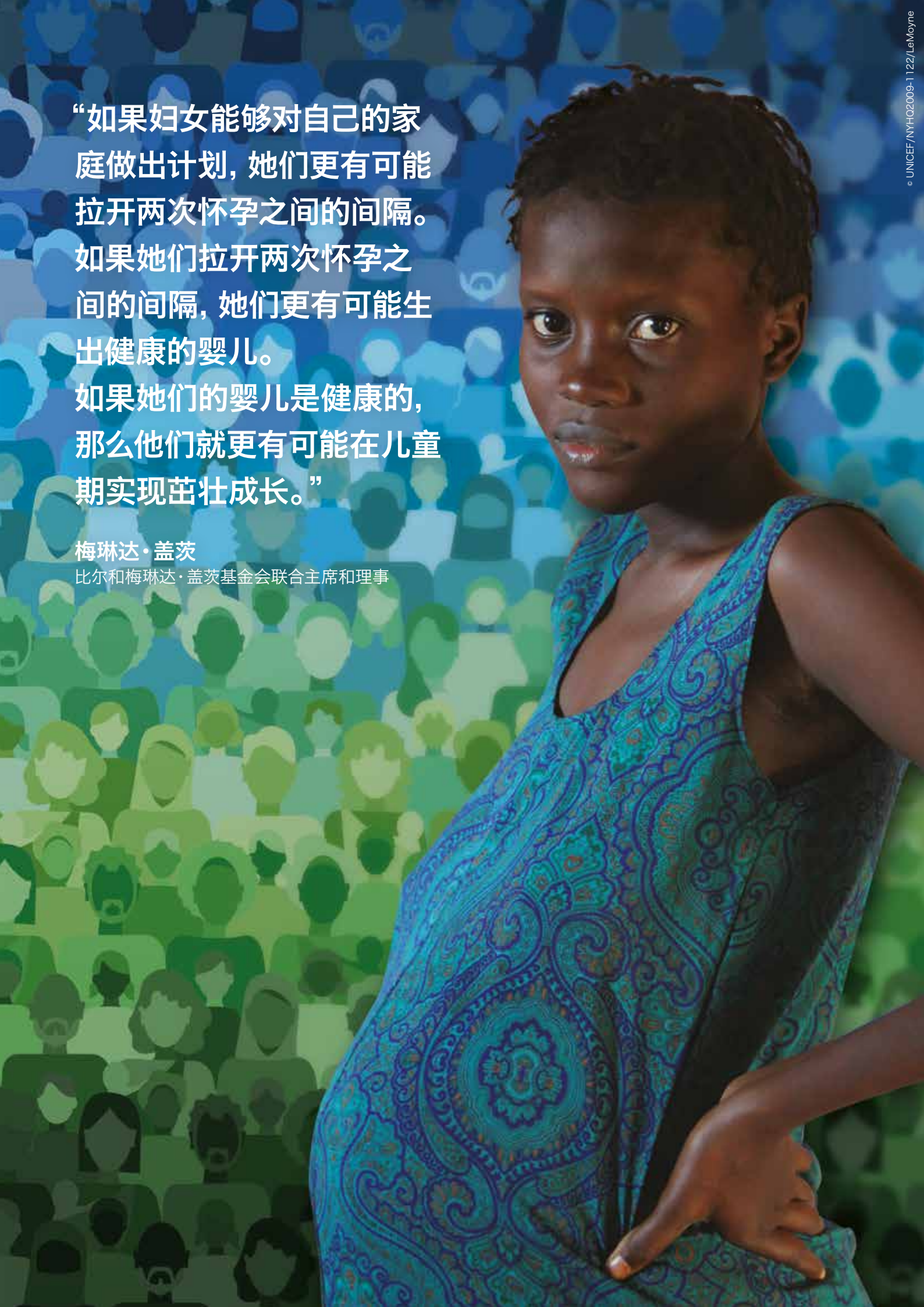
支持每个妇女每个儿童运动的全球融资便利机制

2015年7月启动的全球融资便利机制是全球战略的重要供资平台，提供灵巧、大规模、可持续资金支持各国主导的妇女、儿童和青少年健康领域的投资计划。该机制由世界银行协调，涉及广泛伙伴。其模式已经不再是关注官方发展援助而是结合国内和国际资金以及筹措和提供资源的创新来源，包括私营部门。这种新模式意味着它将成为2015年以后时代发展融资的探路者。全球融资便利机制在国家层面的运作利用现有结构和进程并遵循包容和透明原则[18]。其目的是确保每个妇女、儿童和青少年普遍获得基本服务，做法是：

确保将影响大的循证措施—不论是临床还是预防措施、加强卫生系统的措施还是多部门干预措施—确定为重点并以高效的、关注结果的方式得以落实；

通过国内资源、新的外部支持和改进现有援助的协调筹措570亿美元以上资金为妇女、儿童和青少年健康全面供资；

协助各国享受到经济增长的好处并应对从低收入向中等收入过渡的挑战，从而促进可持续发展[18]。



“如果妇女能够对自己的家庭做出计划，她们更有可能拉开两次怀孕之间的间隔。如果她们拉开两次怀孕之间的间隔，她们更有可能生出健康的婴儿。
如果她们的婴儿是健康的，那么他们就更有可能在儿童期实现茁壮成长。”

梅琳达·盖茨
比尔和梅琳达·盖茨基金会联合主席和理事

© UNICEF/NYHQ2009-1122/LeMoyne

3. 卫生系统的恢复能力

在许多孕产妇和儿童死亡率负担高的国家，卫生系统薄弱。服务质量因人力资源和基础设施有限、缺乏政治意愿以及长期规划、突发事件防范和可持续供资不足而遭到削弱[51]。

机构和人力能力是强大卫生系统的基石。它们对于建立起卫生系统的恢复能力必不可少，而恢复能力是抵御冲击并确保在所有环境下向处于生命各阶段的所有人普遍、持续提供有效、高质量服务所必需的[52]。当卫生系统和卫生工作者做好应对突发事件的准备并且能够预见人口的卫生需求，它们就能够在发生危机时更迅速更有效地应对。在2014-2015年西非埃博拉流行中，许多卫生工作者死亡，本就脆弱的卫生系统被削弱，造成孕产妇、婴儿和儿童死亡增加[52]。卫生系统的突发事件防范对于在任何环境下保护卫生工作者、提供基本卫生服务和改善健康结果至关重要。

各国政府应牵头拟定国家卫生战略，加强卫生系统的所有组成部分，从而实现全民健康覆盖：领导和治理、卫生人力、医疗产品、疫苗和技术、卫生信息、卫生供资和服务提供[53]。明确所有提供者（公立、私营和非盈利）的作用和责任并监测绩效也至关重要。

加强卫生系统还有一些附带好处。卫生和社会保健领域的就业机会可以推动更广泛的社会经济发展、促进性别平等并带来青年赋权。社区卫生工作是许多妇女进入劳动力市场的起点，也是卫生系统恢复能力的基本组成部分[54]。

行动

1. 装备所有地方的卫生工作者，使之能够提供高质量、非歧视的服务。

制定发现结构性瓶颈的计划并在机构、组织和个人层面建设卫生系统能力。改革治理和管理，使公立和私营部门以及社区都参与进来。投入资金，提高卫生工作者的能力、增加数量并改善其工作条件和报酬。投资建设整个卫生系统对挽救生命产品的采购能力和供应链管理。综合提高卫生服务并定期监测和评估各种环境下卫生服务是否可获得、无障碍、可接受和有质量。

2. 使卫生系统所有组成部分都做好突发事件防范。

根据《国际卫生条例》加强各级别的突发事件防范能力，相关领域包括：多部门突发事件管理的法律和机构框架；用于突发事件应对的人力资源、医疗物资和设备；进行监测、风险沟通和突发事件管理的信息管理系统；供资和社会保障；以及能够在危机中保持基本卫生服务持续性并管理大量伤亡情况的服务提供能力[55]。卫生系统确保基本卫生服务可获得的能力是支撑防范工作所有这些方面的基础。

3. 确保基本卫生干预措施和救命产品的普遍覆盖。

在确保全民健康覆盖的努力中根据按照国情调整过的有关循证卫生干预措施、救命产品和卫生系统要求的建议将为妇女、儿童和青少年服务确定为重点（见框5和附件2、3、5、6）。向个人和家庭提供公平的财务保护，防止发生灾难性自费卫生支出[56]。强化努力获得分解数据和信息以便更详细地了解卫生不公平存在的地点和方式、受影响人员，以及有哪些障碍使各类妇女、儿童和青少年无法获得并要求基本卫生服务[34]。

框5:
联合国拯救妇女和儿童生命产品委员会

各种产品是是强大且有恢复力的卫生系统必不可少的组成部分。 2012年, 联合国拯救妇女和儿童生命产品委员会提出提高13种未得到充分利用的成本低、影响大的商品的可获得性和可及性的10条建议[5]（见附件6）。委员会的建议已经转化为对各国的支持, 帮助它们改进营销体系, 为这13种商品创造需求, 积累有关使用这些产品的时机和方式的知识。在全球层面, 建议正在帮助提高这些产品的可获得性并增加供应。

委员会的建议仍然有效。必须加快努力, 扩大获得拯救生命产品并减少相关障碍, 以避免可预防的死亡并改善妇女、儿童和青少年的健康和福祉。必须继续做出努力, 帮助低收入和中等收入国家在这13种商品之外也开展集中采购确保降低价格。努力提高监管效率, 如进行联合检查及对通过资格预审的产品开放“快车道”申请, 确保基本药物可以更快地推行到最需要的地方。确保所有国家具备监测药品质量和安全性的实验室能力至关重要。供应链往往又薄弱又分散, 需要开展更多工作以减少存货售完的情况。最后, 应向各国提供坚定、持续的技术支持, 以确保获得最新证据、指南、工具和最佳实践材料。

“对于促进经济增长并且建设能够应对各种冲击的社区和社会而言，拥有健康且受过良好教育的人口比以往任何时候都重要。”

埃尔娜·索尔贝格
挪威首相

© UNICEF/NYHQ2014-3609/Pirozzi

4. 个人潜能

妇女、儿童和青少年有潜力成为改善自身健康并实现繁荣、可持续社会的最强大力量。他们还可以将这种健康和社会资本传递给子孙后代。但是，除非国家领导人和社会坚持保护人权，确保获得基本商品、服务和信息并扩大社会、经济和政治参与机会，否则他们将无法发挥这种关键作用[57]。

每个人都自母亲受孕起就具备获得健康的独特生物潜能，然后又从教育、技能和生活经历中获得这种潜能[58]。早期发育中的环境因素也会影响以后的健康[59]。各年龄的人利用自己的生物潜能和后天获得的潜能满足个人、社会和环境对自身健康和福祉提出的要求。拥有适当的资源和计划有助于人们就自己的健康做出知情选择[58]。

儿童的大脑和其它系统在生命最初三年发展最快，因此在早期发育方面投资对于促进身体、精神和社会能力发展必不可少，而后者会塑造每个个人现在和未来的健康状况[16]。

青春期是第二个关键发展阶段[10]。儿童期获得的身体、精神和社会潜能逐渐成为技能、行为和机会，进而促进青春期更好的健康和福祉并带来 更具生产力的成年。正确的投资和机会可以巩固早期收获或者为童年错过机会的年轻人提供第二次机会。此外，青少年也是未来的父母，他们会将健康潜能和风险传递给子孙后代。

作为成年人，妇女对社会、政治和经济均有贡献，其中很多贡献方式可以促进健康福祉并推动可持续发展[60]。她们的宝贵但又常常被忽视的贡献包括知识、逆境中的韧性、在促进自身和家人健康方面的领导作用、对劳动力的贡献、参与文化和政治生活以及将自己和社区动员起来防止并减轻危机、重建社区以及实现社会变革和和平的能力。

个人实现自己潜能时面临的许多障碍与其人权被侵犯有关，包括遭到暴力、虐待和歧视。经历暴力会破坏发育并引起立即和长期的身体、精神、情感和社会危害。

行动

1. 投资于儿童和青少年健康和发展。

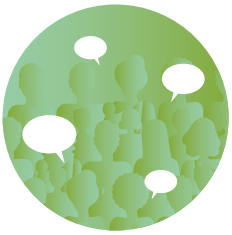
制定针对幼儿期的综合卫生和发展规划并为其供资，相关规划应结合（包括卫生、营养、反应灵敏的照护、社会和精神激励、教育、环境、水、环境卫生设施和卫生、就业和经济发展规划在内的）各个部门和包括（政府、民间社会、私营部门和社区在内的）各种伙伴的努力。支持幼儿看护者在幼儿生命最初几年提供刺激其发育的抚育和学习机会。确保年轻人识字识数并且具备相关技术和职业技能，以便就业创业。

2. 支持妇女、儿童和青少年成为促进变革的力量。

确定针对具体情况的需求（包括实现权利面临的障碍），促进获得基本产品、服务和信息。扩大适合年龄的社会经济和政治参与机会。确保这些活动从国家计划和预算中获得资金。

3. 消除实现个人潜能的障碍，保护不受暴力和歧视。

确定排斥、歧视和剥夺的根本原因，包括民事登记和生命统计系统不完善。加强登记和处理侵犯人权事件的法律框架，促进人权知识，提供适合年龄和性别的保护服务和为妇女、儿童和青少年提供安全空间，包括在人道主义和脆弱环境下。扩大民事登记和生命统计以增加获得服务和权益，使妇女和儿童能够实现获得适当卫生保健、教育和包括住房和社会保障在内的基本社会福利的权利。



5. 社区参与

“社区”是一个含义广泛的词，包括由人组成的当地、本国或国际群体，这些人在地域上可能有联系也可能没有，但他们有共同的利益、关切或认同。

多个国家都发现存在有力证据表明社区参与非常有效，例如，支持孕妇或新妈妈的妇女团体[61]、男人和男童参与健康规划[62]以及患者参与城市卫生服务中的质量改善活动[63]等。在理想的情况下，应使整个社区，包括青少年，都参与到就卫生重点做出决定并为各年龄组的人塑造卫生服务的进程中来。

例如，在很多国家，社区卫生工作者都是受人信赖的社区成员，但他们在许多国家的卫生系统中没有得到充分承认，仍处于边缘地位。民间社会组织、基于信仰的组织以及当地、宗教和传统领袖也可以在处理社会文化障碍促进健康行为方面发挥重要作用。

妇女、儿童和青少年是改善自身健康和创造可持续的繁荣社会的最有力促进因素。

行动

1. 促进推动妇女、儿童和青少年健康的法律、政策和社会规范。

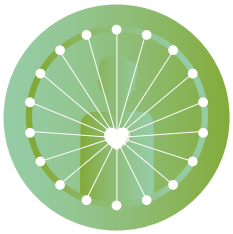
建立法律和政策框架，促进积极的社会规范，例如禁止针对妇女和女童的暴力，促进残疾人完全融入社会。消除青少年获得服务的法律和政策障碍。通过提高健康素养、对话、学习和行动以及社区参与策略改进社区参与。针对不同社会环境、资源和需求开展大众媒体宣传活动，在对青少年和成人进行全面性教育、母乳喂养和良好营养、水、环境卫生设施和卫生实践以及与健康有关的决策等领域促进健康素养和积极行为。

2. 加强承认不同群体作用的包容性社区行动。

争取社区和政治领袖及规划制定者与其他社区成员一道参与。请包括人道主义机构、社区和宗教领袖以及传统助产士参加对话和参与式学习和行动中来，发展更综合、更有整体性的践行卫生保健连续体的方法。使社区领袖和卫生工作者的贡献成为国家卫生系统的正式组成部分，并适当下放责任、支持、监督和报酬。鼓励社区参与确定其健康需求。对卫生和发展服务做出调整。

3. 确保妇女和女童能够充分参与卫生规划，并请男性和男童参与。

请妇女、儿童和青少年及支持他们的组织参与影响其健康和福祉的卫生政策和规划的决策进程。在卫生规划中纳入针对不同年龄组和情境的机制，以确保其参与。促进卫生工作者对男性和男童参与采取支持态度和行为，并在卫生设施内为男性伙伴提供空间。



6. 多部门行动

妇女、儿童和青少年健康领域取得的成就有约半数来自卫生部门以外的投资[10,43,45]，包括教育、营养、水、环境卫生设施和卫生、社会保障和减贫、儿童保护、劳动、交通和能源等领域的干预措施和政策。跨部门行动——例如增加妇女的政治经济参与及减缓和适应气候变化——还大大有助于在各部门带来伴随效益的同时改善健康结果[25]。

因此，必须将卫生部门以外的干预措施视作妇女、儿童和青少年健康国家战略的核心，并且以和卫生部门干预措施（如免疫接种或提供蚊帐）一样的方式进行监督。附件4是重点明确的各不同部门重要政策和干预措施清单。这些政策和干预措施与本战略繁荣和变革目标中所列诸多大部分属于卫生部门范畴以外的可持续发展目标相对应。

许多国家已经成功地采用促进卫生和发展的多部门方法。例如，印度针对降低脊灰疫苗有效性的儿童腹泻病的多部门原因（缺少清洁水源、环境卫生设施等）采取行动，最终消灭了脊灰[64]。塞内加尔河流域项目是该区域一项促进经济发展的多部门合作；该项目使83%五岁以下儿童睡觉时有蚊帐用，进而大大降低了疟疾患病率[65]。

行动

1. 采用多部门方法，改善妇女、儿童和青少年的健康和福祉。

识别、合并由不同单个部门领导的作为国家卫生战略核心的政策和干预措施（见附件4）。确定影响卫生并助长不平等的重要结构性力量，包括性别相关结构性和机制性偏见。由政府领导人推动制定广泛的跨部门政策，促进实现共同目标并应对单个部门无法解决的挑战。评估不同部门的政策和干预措施，发现潜在的健康风险[46]。

2. 建设治理和能力，促进多部门行动和跨部门合作。

加强协调、供资和问责机制以管理多部门行动和跨部门合作，促进各级别相关问责。确定开展跨部门合作的战略领域，采取有助于加快供资的激励措施。在政府内部、国际机构之间、私营部门和非政府组织消除多部门行动和跨部门合作所面临的官僚主义和经费上的反向激励和障碍。

3. 监测多部门行动和跨部门合作对卫生和可持续发展的影响。

对不同部门影响卫生的政策和干预措施制定联合监督政策，并将其作为核心卫生指标加以审议和报告。促进对跨部门行动对卫生和其它部门的影响进行共同监测，并且共同为实现可持续发展目标作出贡献。

7. 人道主义和脆弱环境

半数以上孕产妇、新生儿和儿童死亡发生在人道主义环境下，包括冲突和冲突后形势、跨国危机、经历一次或多次严重自然灾害的国家以及长期社会经济和政治不稳定的局面[8,9,37]。

健康挑战对于流动人口而言尤为紧迫，包括难民营和临时营地的人以及国内流离失所者。25岁以下年轻人几乎占全部14亿生活在人道主义环境下的人的60%。在这种环境下，妇女和少女特别容易被排斥、边缘化和剥削，包括性和基于性别的暴力。

从历史上看，人道主义突发事件的应对工作未能充分注意保护妇女、儿童和青少年，而他们在危机中面临更大的身体和精神健康结果差、骚扰、攻击和强奸的风险。但是，已经吸取了经验教训。2015年4月，尼泊尔发生的破坏性地震造成数千人死亡，影响到全国半数以上地区。据估计，约2百万育龄妇女和女童及126,000名孕妇幸存。当地、全国和国际社会各部门（包括卫生、保护、基于性别的暴力、艾滋病毒/艾滋病以及水、环境卫生设施和个人卫生）救灾人员进行了协调，以确保提供基本的性和生殖健康服务和权利。他们的活动包括确保安全分娩、提供生殖健康和个人卫生工具包以及预防众所周知会在灾后增加的基于性别的暴力[66]。在危机形势下，不论危机刚刚发生还是持续存在，以可持续的以人为本的方法开展人道主义努力可以加强妇女、儿童和青少年及其社区的恢复能力。

考虑到对人道主义和脆弱环境的关注是这份全球战略的新内容，人道主义和发展部门在履行其各自任务时应集体探索如何更有效地开展工作加强妇女、儿童和青少年的恢复力并打破人道主义应对和发展努力之间的隔绝。可以通过如下行动推动相关努力。

行动

1. 支持使用健康风险评估、人权和基于性别的规划制定方法更好地保护人道主义环境下妇女、儿童和青少年的具体需求。

在评估风险和勘测社区安全性时考虑性别角度。与民间社会和社区建立伙伴关系，将多种风险评估和灾害风险减轻工作（包括突发事件防范）纳入有关妇女、儿童和青少年健康的国家计划和预算。确保最小初始服务包中包括最新的循证干预措施（见附件2）。在人道主义、灾害、疫情和冲突形势中提供满足妇女、儿童和青少年的与其环境有关的独特具体需求的全面一揽子措施。赋权并支持民间社会行动者接触政府行动者接触不到的人群。

2. 将突发事件应对工作完全纳入卫生计划，提供基本卫生干预措施。

分析应在何时、何地、以什么方式提供卫生和其它服务并确保使所有环境下的所有人都可以不受歧视、不担不必要风险地获得所有基本卫生服务。通过为妇女、儿童和青少年提供基本卫生服务确保有效的突发事件应对和服务持续性（见附件2）。

3. 处理从人道主义环境向可持续发展过渡中存在的差距。

在这一过渡阶段，应以妇女和年轻人的健康和福祉为重点，他们是社区承受危机并从危机中恢复的关键。投资加强治理、卫生系统、机构和供资，以支持该过渡阶段。发展新的方法和机制，为满足生活在人道主义环境下的所有人的当前、中期和长期需求提供资金，增加从人道主义援助向可持续发展过渡过程中所有活动结果的问责。

8. 研究和创新

需要进行全面研究以理解并克服实现妇女、儿童和青少年健康面临的障碍。政策、实施和业务研究可以带来更强大的系统并提高服务质量、效率和有效性[67-69]。临床研究和对证据进行系统审查对于发展、更新有效的干预措施（见附件2）并应对新出现的挑战必不可少。这些挑战包括抗微生物药物耐药性以及被忽视的热带病，特别是当它们涉及妇女、儿童和青少年健康时[70,71]。需要更多来自监测和评估的更好数据，以便使问责工具和信息更及时、更准确。

还需要开展研究，以理解获得服务的决定因素和障碍，它们仍在限制妇女、儿童和青少年获得卫生服务[34]。同样，需要有关在各种情况下减少这种不公平的最有效方法的证据[34]。社会、行为、人类学和社区研究有助于更好地理解如何促进有助于健康的积极行为[72]，例如母乳喂养和用肥皂洗手，以及如何防止童婚和女性生殖器切割等有害做法。政治和社会科学也适合发现与重要的健康相关人权和卫生公平、赋权和消除歧视等社会目标有关的证据[40,73]。

证据显示，在改善健康和福祉方面，知识和技术进步至少和经济资源同样重要[74]。将强大的新想法和科学证据转化为广泛使用的有效干预措施和产品的进程始于创新。为发现并扩大创新，每个妇女每个儿童运动已经接受了综合创新的概念。也就是说，科技、社会、商业和金融等各方面创新都有必要，而且往往可以结合起来实现变革的效果（见框6）[75]。在低收入国家，创新是进步的重要来源，应该得到全球伙伴关系和南南合作的支持。社区组织可以发挥重要作用，特别是对于不仅局限于提供卫生服务而是将处理有害的社会规范、建设机构能力和减少不公平都考虑在内的创新而言。

行动

1. 投资于广泛研究，其中以当地需求和能力为重点。

建设国家能力，以便产生并使用相关的缜密研究证据用于为妇女、儿童和青少年健康制定更有效的政策、实践和宣传。

2. 将证据与政策和实践联系起来。

投资并培育研究、证据、知识、政策和规划制定的循环。发展“知识经纪”和知识转化机制，以确保国家、区域和全球层面的所有利益攸关方都可以获得最新证据。投资于全球和国家研究网络、知识平台和数据中心，以提供准确、及时、透明的证据、知识、数据分析和合成。

3. 检验并使创新形成规模。

积极工作，使政府、公立和私营部门、学术界、民间社会、基金会、捐助方、有社会意识的投资者和其它相关利益攸关方参与创新并使成功的创新形成规模。创建积极的商业环境，承认创新对社会的价值。以最有潜力减少卫生不公平的创新为重点，帮助确保妇女、儿童和青少年卫生领域的进展给弱势群体带来的好处至少和给更富裕群体的好处一样多。鼓励分享专业知识和经验。

© UNICEF/NYHQ2007-1420/Khemka

“随着新发展议程的实施，我们必须适当考虑如何确保没有人在获得适当衡量工具方面被落在后面。按照当前的技术进步情况，一场数据革命已经触手可及。”

埃伦·约翰逊·瑟利夫
利比里亚总统

框6:
创新市集

妇女、儿童和青少年健康领域的创新活动比以往任何时候都活跃。目前正在研发的创新有1千多个[2]。瓶颈在于“过渡到规模”阶段，每个有希望的试点或概念验证性创新都需要一百多万美元资金。为处理该瓶颈，支持全球战略的每个妇女每个儿童运动创意市集在全球利益攸关方伙伴关系支持下提供机制和有利环境，对创新进行孵化，发现其中最有希望的，帮助介绍投资以加快其规模生产、可持续发展和产生影响的步伐。目标是到2020年使至少20个投资项目实现规模化生产，使这些创新中的至少10个到2030年可以广泛获得并给妇女、儿童和青少年带来重大好处。

9. 针对结果、资源和权利进行问责

问责对于加快妇女、儿童和青少年健康发展进程必不可少。问责确保所有伙伴信守承诺，使人们可以对资源、结果和权利进行跟踪并提供有关哪些措施有用、哪些需要改进以及什么事情需要更多关注的信息。问责确保决策者拥有满足所有妇女、儿童和青少年健康需求并实现其权利的必要信息，并将他们置于相关努力的中心。

联合国妇幼健康问题信息和问责制委员会将问责定义为以学习和持续改进为目标、涉及监测、审查和行动三个主要阶段的周期性进程（见附件5）[3,4]。该委员会将行动侧重点“恰恰放在最需要采取行动的地方：各国”，但承认问责是所有伙伴的责任，涉及地方、国家、区域和全球各级[3]。

全球战略的强化问责框架（见图4）以联合国妇幼健康问题信息和问责制委员会的原则、框架和建议为基础，与可持续发展高级别政治论坛相一致。该论坛将在监督后续工作和审查可持续发展目标在全球层面的进展方面发挥中心作用[76]。问责框架还与世卫组织、美国国际开发署、世界银行、各国、各伙伴于2015年6月通过的旨在推动卫生衡量共同议程的卫生结果的衡量与问责路线图及其五点行动呼吁相一致[77]。问责框架的总目标是在国家、区域和全球层面以及不同部门之间建立强化问责的明确结构和制度。最终，全球战略要对权利人（即所有妇女、儿童和青少年）负责，包括得到服务不足的人和被边缘化的人。

行动

1. 统一监测和报告。

通过利用按照性别、地域和收入分解的现有数据来源跟踪落实全球战略的进展情况并重新调整已经使用的有关妇女、儿童和青少年健康的报告和得分卡，从而减轻各国的报告负担。各国在健康4+伙伴关系（世界卫生组织、联合国人口基金、联合国儿童基金会、联合国艾滋病规划署、联合国妇女署和世界银行）支持下，通过合作、透明的进程拟定相关报告。报告实施联合国妇幼健康问题信息和问责制委员会建议的进展情况，包括对照商定的具体目标和指标跟踪生殖、孕产妇、新生儿、儿童和青少年健康支出和结果。利用区域同行评议和区域报告，将全球层面和国家层面的问责联系起来。

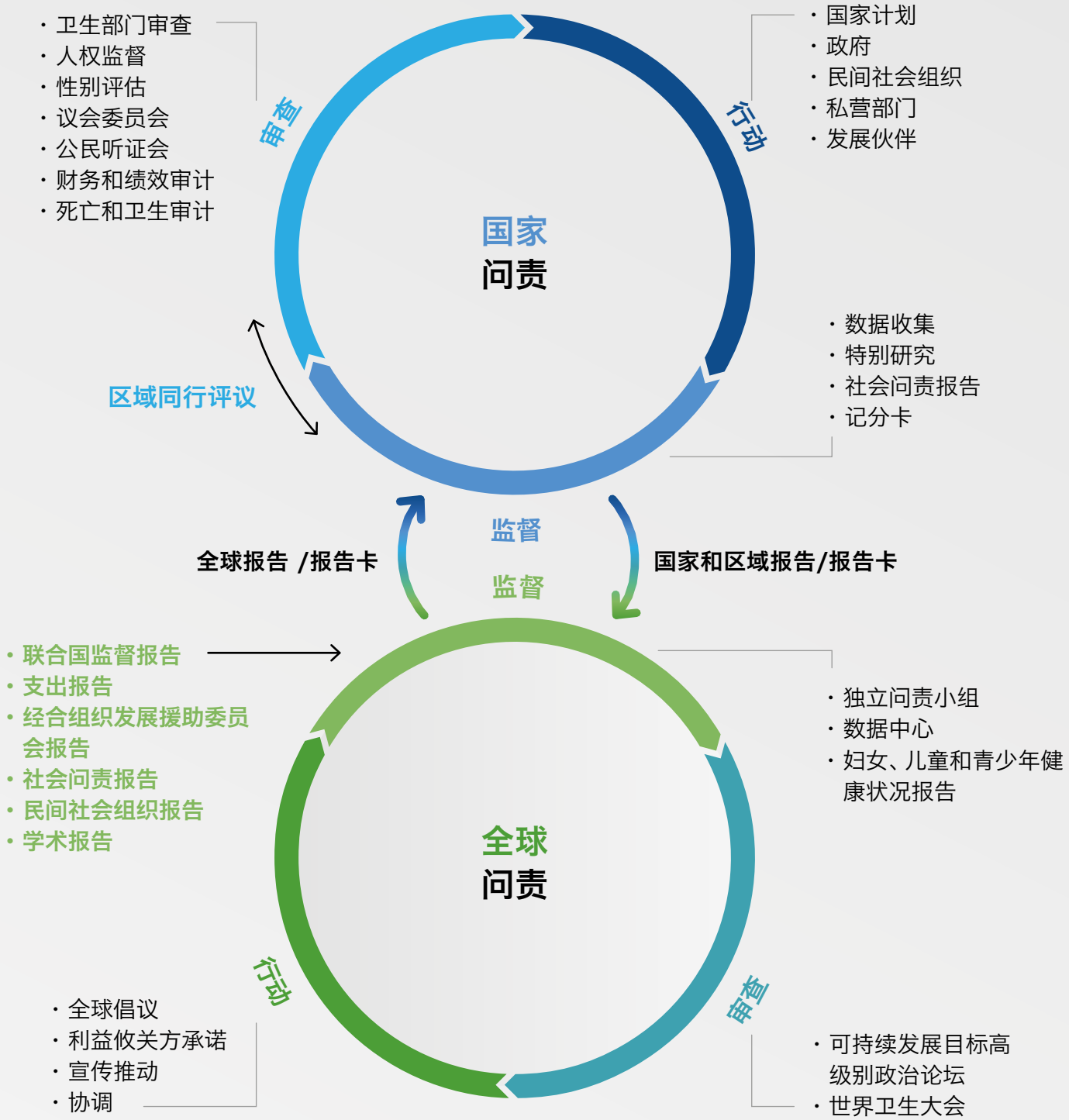
2. 加强民事登记和生命统计。

支持各国努力加强问责机制和机构，包括监测和报告结果。确保所有国家建立运转良好的民事登记和生命统计系统，以便登记并监测出生、婚姻和死亡及其原因，进而采取适当的后续行动。

3. 促进多利益攸关方参与监督、审查和行动。

促进多利益攸关方参与和跨部门合作，促进各层面的后续行动。涉及所有利益攸关方的卫生部门审查可以提供监督、审查和行动的平台。议员和民间社会可以监督并问责政府，从而确保公民的声音得到倾听。为确保审查的透明和独立，一个独立问责小组将撰写年度“妇女、儿童和青少年健康状况”报告（见框7）。孕产妇、新生儿和儿童卫生伙伴关系将在全球问责机制中发挥协调作用，以确保所有利益攸关方能够按照建议采取行动。

图4:
全球战略问责框架


· 卫生部门审查
· 人权监督
· 性别评估
· 议会委员会
· 公民听证会
· 财务和绩效审计
· 死亡和卫生审计
审查
行动
· 国家计划
· 政府
· 民间社会组织
· 私营部门
· 发展伙伴
国家
问责
区域同行评议
· 数据收集
· 特别研究
· 社会问责报告
· 记分卡
监督
全球报告 /报告卡
监督
国家和区域报告/报告卡
· 联合国监督报告
· 支出报告
· 经合组织发展援助委员会报告
· 社会问责报告
· 民间社会组织报告
· 学术报告
全球
问责
· 独立问责小组
· 数据中心
· 妇女、儿童和青少年健康状况报告
行动
· 全球倡议
· 利益攸关方承诺
· 宣传推动
· 协调
审查
· 可持续发展目标高级别政治论坛
· 世界卫生大会

框7.

“妇女、儿童和青少年健康状况”年度报告和独立问责小组

对全球战略实施情况的全球问责将根据统一框架进行。为努力统一全球报告，减少各国报告负担并支持提高成本效益，将利用联合国机构和独立监督团体常规提供的信息编纂有关“妇女、儿童和青少年健康状况”的综合报告。该年度报告将以独立、透明方式编写，向全球社会提供有关实现全球战略目标和可持续发展目标妇女、儿童和青少年健康领域进展的最佳证据。该报告还将就如何加快改善妇女、儿童和青少年健康结果向所有利益攸关方提供建议和指导。

独立问责小组将在设在伙伴关系的小型秘书处支持下牵头撰写年度报告。该年度报告应该不需要额外收集数据。

每份报告都将以上一年度报告的发现为基础确定一个主题，并提交联合国秘书长。将鼓励会员国和其它利益攸关方在审查可持续发展目标进展情况的可持续发展高级别政治论坛、世界卫生大会、人权条约机构会议和其他高级别政治会议和事件上讨论该报告，并采取适当行动。

6

实施：
我们都要
发挥作用

只有通过集体行动和合作方能落实全球战略: 在改善全世界任何地方的妇女、儿童和青少年的身体和精神健康方面, 每个人都可以发挥关键作用。

行动框架

全球战略将伴有到2030年定期更新的五年行动框架。行动框架以正在进行的努力和现有结构为基础, 将引导各国根据本国需求和重点制定并完善促进妇女、儿童和青少年健康的计划。所有利益攸关方包括多利益攸关方伙伴关系应将其作为采取具体行动的指南。将与各国政府、民间社会、私营部门、国际机构和其它支持者和伙伴磋商拟定该行动框架。

“每个妇女每个儿童”运动架构

全球战略的 “每个妇女每个儿童” 运动架构将支持各国落实本国独特的到2030年改善妇女、儿童和青少年健康的重点和计划 (见图5) 。

各国政府和国家领导人将关心并推动实现本国具体目标的进程, 做法包括制定投资和实施计划、建立条理分明的制度进行监测和评估并确保问责以及利用本国现有的多利益攸关方参与平台。区域机构和机制, 特别是那些促进南南合作的机构和机制, 应支持并协调各国的政策和努力 (例如跨境合作问题、知识和技术转让) 。

在全球层面，联合国秘书长在高级别咨询小组支持下领导“每个妇女每个儿童”运动。该咨询小组将参考全球架构三个支柱（见下文）的工作并就实现每个妇女每个儿童运动愿景和全球战略目标提供政治指导和建议。运动由秘书长行政办公室协调，是支持实施全球战略的多利益攸关方平台。

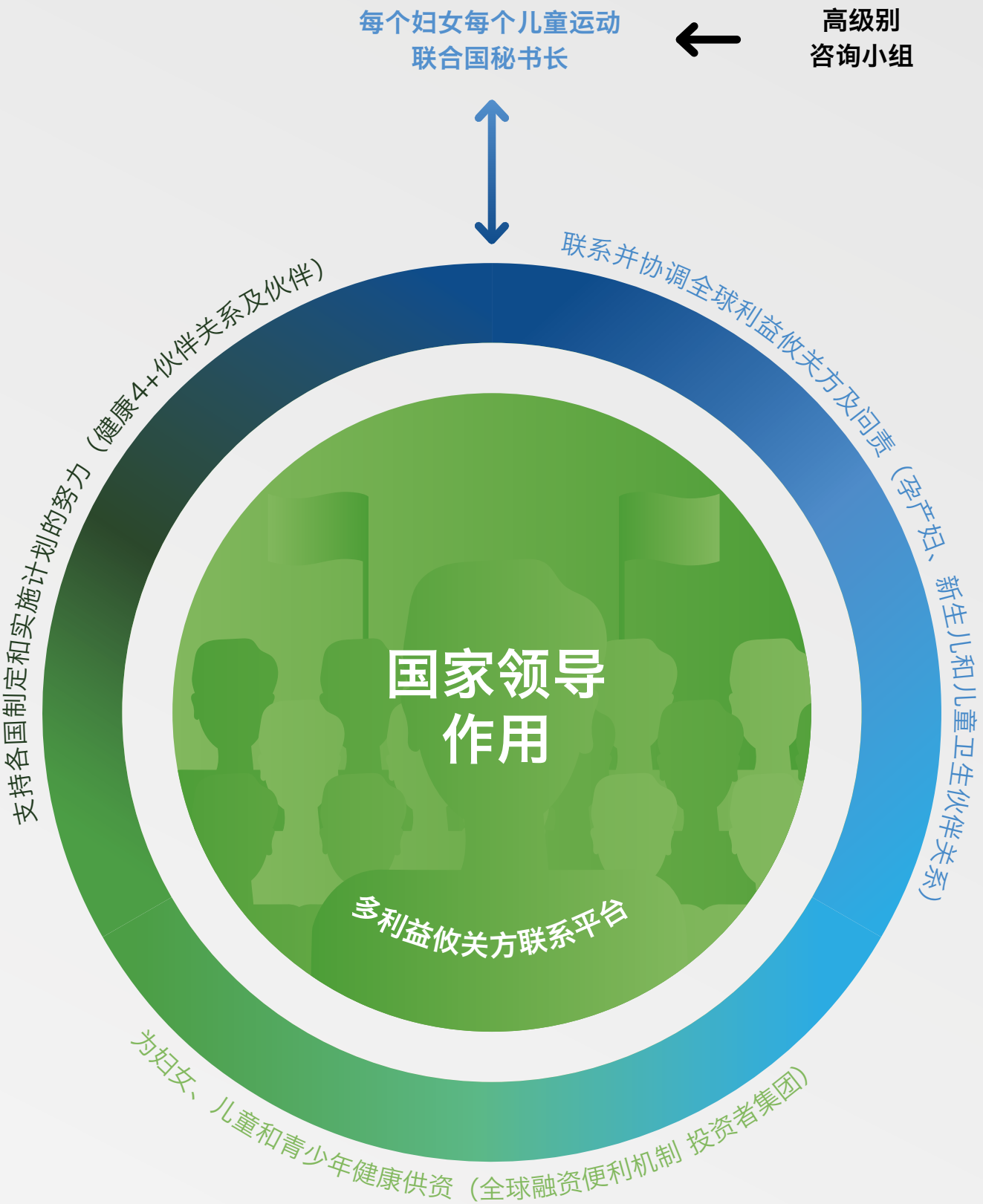
全球架构三个相互关联的支柱支持实施全球战略。

1. **为推动实施全球战略，各国应制定计划并落实，**并以区域和全球技术意见为补充。为全球战略提供技术支持的一个重要来源是健康4+伙伴关系（世卫组织、联合国人口基金、联合国儿童基金会、联合国艾滋病规划署、联合国妇女署和世界银行）。健康4+伙伴关系在全球层面与秘书长行政办公室密切接触，为国家层面的工作提供支持。双边发展机构、民间社会团体和私营部门也提供重要的技术支持，以补充并加强国家层面的能力。南南合作及学术和研究合作也将发挥重要作用。该支持应该能够通过现有国家层面的多利益攸关方参与平台以协调、连贯方式提供，并确保每个妇女每个儿童运动下的各种支持性倡议之间的协调，例如“重申承诺”行动、计划生育2020行动、每个新生儿行动计划和消除可预防孕产妇死亡行动。国家卫生战略和投资计划是第二支柱为决定提供资金的基础。

2. **为国家计划和实施供资** 主要由来自政府、私营部门和民间社会的国内资源推动。支持“每个妇女每个儿童”运动的全球融资便利机制是更好地促进为妇女、儿童和青少年健康供资并加强国内资源的新努力。为扩大为国家卫生战略和投资计划提供资金，有必要确保全球疫苗免疫联盟、抗艾滋病、结核病和疟疾全球基金、世界银行国际开发协会和国际复兴开发银行等现有全球融资机制与多边机构、区域性银行和私营部门之间开展合作。已成立全球融资便利机制投资者集团以推动此事。

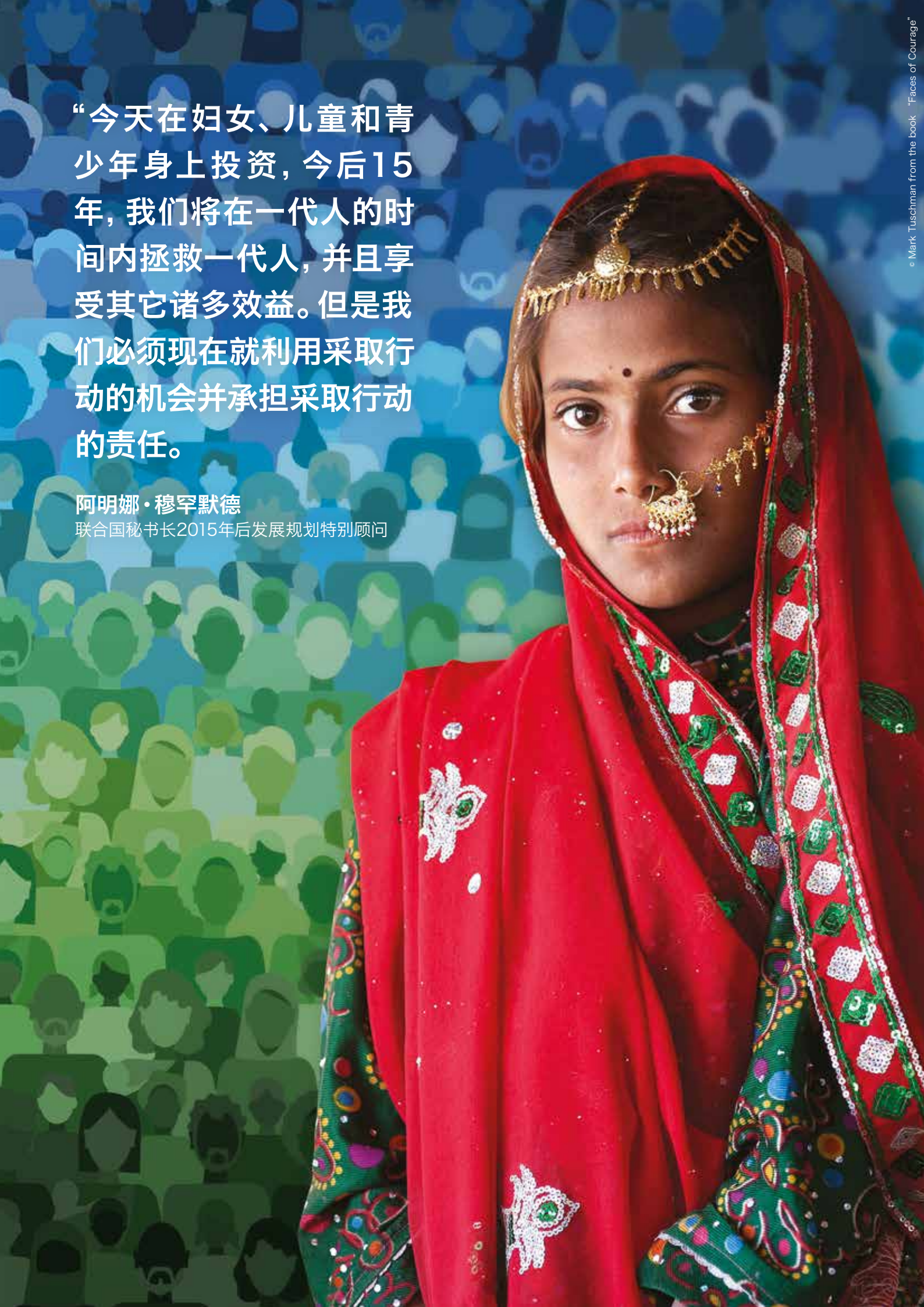
3. **全球利益攸关方的参与和协调** 对于确保为各国提供更有效更一贯的支持并加强问责至关重要。该工作将得到孕产妇、新生儿和儿童卫生伙伴关系的支持。各国领导人将努力协调涉及在国家层面运作的所有利益攸关方的宣传推动，并利用区域和全球资源。

图5:
每个妇女每个儿童运动架构



“今天在妇女、儿童和青少年身上投资，今后15年，我们将在一代人的时间内拯救一代人，并且享受其它诸多效益。但是我们必须现在就利用采取行动的机会并承担采取行动的责任。

阿明娜·穆罕默德
联合国秘书长2015年后发展规划特别顾问



© Mark Tuschman from the book “Faces of Courage”

致力于
采取行动

需要做出具体承诺并采取集体行动以利用伙伴关系的力量并实现全球战略促进所有妇女、儿童和青少年健康和福祉的目标。以下清单突出需要不同利益攸关方团体做出的重要承诺。请注意以下清单并未穷尽所有承诺。

各级政府、议员以及决定和政策的制定者将:

- 使妇女、儿童和青少年健康问题成为政治重点;
- 为以人权为本、以证据为基础的国家全面卫生计划提供资金并落实, 侧重点是加强卫生系统和达及边缘化人群;
- 保护妇女、儿童和青少年不受灾难性自费医疗支出的影响;
- 分配更多资金用于改善健康结果所需的跨部门行动以及研究和创新;
- 确保所有支持者的有意义参与, 包括卫生保健专业人员、私营部门、民间社会、受卫生不公平影响最大的社区、青少年和年轻人;
- 创造透明的对资源、结果和权利进行监测和问责的机制;
- 确保捐助者资金用于国家重点, 跟踪承诺、报销和影响情况;
- 制定或修改符合人权原则的立法和政策, 包括性别平等;
- 加强议会维护所有妇女、儿童和青少年实现最高可持续标准的健康和福祉的权利并实现全民健康覆盖的能力。

地区组织、南南伙伴关系和经济联盟将:

- 快速分享知识并沟通最佳实践, 以确保将最新证据用于有效的国家计划制定和实施;
- 鼓励围绕跨境合作和监管、知识和技术转让等重点问题开展合作;
- 在会员国之间就结果、资源和权利建立透明和相互问责。

联合国和其它各级多边组织和全球卫生倡议将:

- 筹措资源填补国家层面的资金缺口, 包括通过创新融资机制, 并投资于改善妇女、儿童和青少年健康的全球公共产品;
- 根据请求向各国提供技术支持, 以便各国制定国家计划并进行成本核算以及通过以信任、问责和诚实精神与广泛利益攸关方合作实施计划;

- 拟定循证准则、条例和指南以支持改善妇女、儿童和青少年健康的努力，并鼓励伙伴使用这些准则、条例和指南；
- 创建可以在全球层面听到妇女、儿童和青少年的声音的专门空间，例如通过公民听证会；
- 支持并参与跟踪进展，从中发现差距进而加强促进妇女、儿童和青少年健康的行动和问责制的系统。

双边发展伙伴和慈善机构将与其它利益攸关方合作，以：

- 筹措更多资源用于卫生事业，包括通过创新型融资，作为国内投资的补充，并根据国家计划和重点协调资源；
- 为各国确定的重点提供有效的技术支持，同时加强当地制定、实施并监测循证国家计划和规划并为之提供资金的能力；
- 投资于创新和研究，包括实施研究，以便通过有效的卫生干预措施、工具和提供机制更好地满足国家需求；
- 按照最佳实践加强跨部门合作。综合卫生、营养、水和环境卫生干预措施并加强与教育和性别平等等部门的联系。

社区将：

- 有意义地参与卫生相关决策；
- 产生对卫生规划的需求并支持其实施；
- 积极支持阻碍进步的社会规范和态度发生积极变化；
- 宣传推动妇女、儿童和青少年健康并就此问责政府和相关人员。

各级卫生保健工作者、管理人员和专业协会将：

- 以尊重的态度向所有妇女、儿童和青少年一律提供可能做到的最高质量的服务和治疗，并为其保密；
- 对临床实践进行稽核，提供信息以跟踪进展，确保设施和社区层面采取有效的补救和纠正措施；
- 推动更好地培训、部署并留住卫生工作者；
- 将人权标准和原则融入卫生服务和干预措施的设计和提供中，也融入培训和教育；
- 发展、检验并评估提供社区卫生保健服务的创新方式，其中关注得到服务最少人群的最迫切需求。

各级民间社会团体将:

- 宣传推动更加关注妇女、儿童和青少年健康并在相关领域进行更多投资;
- 加强社区能力, 以便实施最适当的可负担干预措施并且有意义地参与对服务的治理;
- 确保所有人和社区在塑造高质量卫生保健服务的过程中有平等的发言权;
- 跟踪进展, 并且使自身和所有其它利益攸关方都对自己的承诺负责;
- 锻造促进妇女、儿童和青少年健康的多部门伙伴关系;
- 支持相关努力, 填补有关边缘化人群以及人道主义和脆弱环境下的数据空白;
- 游说政府, 争取基本药物和卫生产品免税。

各级学术研究机构将:

- 宣传推动国内进行有针对性的研究及增加研究和创新预算;
- 建设低收入和中等收入国家的机构研究能力;
- 产生、翻译并传播证据和最佳实践, 以便塑造有效的以公平为导向的政策和规划;
- 加强学者和研究人员往来, 促进知识交流。

各层次企业界将:

- 支持旨在实现全民健康覆盖、更好营养、更健康食品和更清洁能源的政府政策;
- 与伙伴一道发现并处理可能危害妇女、儿童和青少年健康的企业行为的外部后果;
- 保护并促进雇员及其家人的健康和福祉;
- 支持增加获得高质量卫生服务和救命产品的努力;
- 探索在资源有限环境下改善健康的新药、新技术和新干预措施, 应对正在出现的全球挑战如抗微生物药物耐药性, 在市场上推出最有希望的创新;
- 利用企业的专长创造并推广促进健康的干预措施, 例如有关环境卫生设施和个人卫生以及改善营养的疾病干预措施和教育。

各层次媒体将:

- 将妇女、儿童和青少年健康定位为新闻议程上的重点项目;
- 通过发展社交媒体和数字平台让妇女、儿童和青少年发出声音;

- 发表更多有关妇女、儿童和青少年健康、践踏人权、必要服务覆盖不足的地方和人群的循证报道;
- 以仔细的经过深思熟虑的方式使用从学术界和政府那里得到的信息，就公共卫生问题展开负责任的准确沟通。

现在，需要所有利益攸关方做出充满雄心的具体承诺，其中包括到2030年完全实施全球战略和保证实现可衡量的结果所必需的精力和行动。

前进的道路

这份更新的全球战略是一份重要指引，也是在实现确保所有妇女、儿童和青少年不仅避免可预防的死亡而且能够繁荣发展并改变社会的愿景方面的重要一步。全世界妇女、儿童和青少年期盼我们全球社会能够完成这一议程。但是，他们不会坐等我们采取行动，因为他们自己是改变卫生和发展格局的最重要推动力量。不过，他们确实需要我们的积极伙伴关系，以确保能够实现共同的目标：生存、健康和福祉以及一个繁荣且可持续的未来。

各国政府应继续发挥领导作用，同时与全社会各种利益攸关方和部门合作，以整体方法在可持续发展目标范围内，创建促进健康和福祉的环境。除提供加强卫生系统所需的财政、技术和人力资源外，利益攸关方应在其它已知能够改善健康结果的领域开发更多资源和基础设施，例如有关营养、教育、水、清洁空气和环境卫生设施的干预措施。应采取行动使妇女、儿童和青少年得以实现人权并充分发挥获得健康福祉的潜能。这样就可以实现卫生的“大融合”，确保各种环境下的每个妇女、儿童和青少年都能拥有生存、繁荣和为可持续发展目标所设想的变革做出贡献的平等机会。

生存、繁荣、变革：这三个目标必须指引我们直到2030年的行动。现在就应该行动起来。要实现我们的愿景，每个人都要行动起来，做出自己的贡献。

附件

附件 1:
2010-2015年每个妇女每个儿童运动历程的结果和里程碑

+ 结果
○ 重要行动、事件和报告

2012 年

+ **联合国拯救妇女和儿童生命产品委员会:** 支出2亿美元在19个国家促进更好地获得13中费用低、影响大的产品
+ **重申承诺:** 到2015年发布29个国家战略
+ **计划生育2020:** 到2015年再使840万妇女和少女用上现代避孕药具

○ 联合国拯救妇女和儿童生命产品委员会
○ 致力于儿童生存: 重申承诺
○ 计划生育2020
○ 终结儿童腹泻死亡的公私伙伴关系
○ 人权理事会关于孕产妇死亡率和患病率的技术指导文件

2011 年

+ **联合国妇幼健康问题信息和问责制委员会:** 启动前所未有的问责行动的十条建议

○ 联合国信息和问责制委员会
○ 独立专家审查小组
○ 出生时挽救生命
○ 消除儿童新发艾滋病毒感染并维持其母亲生存全球计划
○ 联合国非传染性疾病问题政治宣言
○ 联合国艾滋病毒和艾滋病问题政治宣言
○ 2011年世界助产状况报告

2010 年

+ **2010年发布全球战略:** 超过400亿美元资金, 近200个利益攸关方做出承诺
+ **创新工作组:** 到2015年, 遴选一千项以上创新, 总投资达2.55亿美元

○ **妇幼健康全球战略**
○ 加拿大牵头的八国集团孕产妇、新生儿和儿童健康穆斯科卡倡议
○ **每个妇女每个儿童运动**
○ 创新工作组
○ 人权理事会关于获得水和环境卫生设施的人权的决议
○ 扩大营养运动

2000 年 - 2009 年

+ 各国努力实现千年发展目标, 但有关改善儿童和孕产妇健康的千年发展目标4和5的进展不足

○ **2000-2015年千年发展目标**

2015 年

+ **2010年全球战略进展报告:**
  - 300余伙伴做出400项承诺, 承诺资金600亿美元, 60%已支付
  - 在49个目标国家 (2010-2015年) : 挽救240万妇女儿童生命; 又培训870,000卫生工作者
- **2016-2030年可持续发展目标**
- **2016-2030年妇女、儿童和青少年健康全球战略**
- 支持每个妇女每个儿童运动的全球融资便利机制
- 《柳叶刀》妇女和健康委员会: 可持续发展的关键
- 世卫组织生殖、孕产妇、新生儿和儿童健康不平等状况报告
- 终结可预防孕产妇死亡策略
- 有关人道主义和脆弱环境的阿布扎比宣言
- 第59届妇女地位委员会/北京+20

2014 年

+ **每个新生儿行动计划**
  到2015年, 16个国家发布/制定新生儿行动计划
- 每个新生儿: 终结可预防死亡行动计划
- 拯救每个妇女每个儿童伸手可及峰会, 多伦多
- 第二届国际营养大会, 罗马
- 2014年世界助产状况报告
- 《柳叶刀》死产系列;《柳叶刀》助产系列
- 孕产妇和婴幼儿营养全面实施计划
- 拯救大脑伙伴关系
- 人权理事会有关儿童死亡率和患病率的技术指导文件

2013 年

+ 由一组成就斐然的私营部门领导者牵头的**千年发展目标卫生联盟**发展创新方法, 朝着实现卫生相关千年发展目标加快取得进展
- 联合国为疟疾问题及卫生相关千年发展目标筹资特使, 千年发展目标卫生联盟
- 预防和控制肺炎和腹泻全球行动计划
- 生殖、孕产妇、新生儿和儿童健康指导委员会和生殖、孕产妇、新生儿和儿童健康基金
- 生殖、孕产妇、新生儿和儿童健康行动筹资协调小组
- 妇幼健康全球投资框架
- 营养促进增长峰会, 伦敦

附件 2.
促进妇女、儿童和青少年健康的循证卫生干预措施

本附件信息来自拟定全球战略时所参考的系列技术文件[12] 以及为拟定全球战略举行的公开磋商中收到的评论和审查意见。此外，它还参考了之前为以下文件进行的证据合成：《促进生殖、孕产妇、新生儿和儿童健康基本干预措施、产品和指南》（2012年）[78]；世卫组织，《全球妇幼健康投资框架》（2014年）[13]；《每个新生儿行动计划》（2014年）[20]；《终结可预防孕产妇死亡战略》（2015年）[19]；《疾病控制重点3》（筹备中）[79]。本基本措施清单应被视作需根据各国国情调整的“活资源”。随着有关影响大的干预措施和更有效的实施方法的新证据的出现，本清单将在线更新：www.everywomaneverychild.org。

干预措施选择标准：

1. 针对妇女、儿童和青少年患病和死亡的主要原因的干预措施
2. 业已证明在改善妇女、儿童和青少年健康和发展方面高度有效的干预措施
3. 对于妇女、儿童和青少年整体健康和福祉至关重要的干预措施（例如与有害做法和侵犯人权有关的干预措施）

妇女（包括孕前干预措施）	• 促进全面性和生殖健康的信息、咨询和服务，包括避孕 • 预防、发现并治疗传染病和非传染性疾病以及性传播感染和生殖道感染，包括艾滋病毒、结核病和梅毒 • （孕前）补充铁/叶酸 • 进行宫颈癌和乳腺癌筛查和管理 • （流产合法国家）安全流产、流产后护理 • 预防和应对性和其它形式的基于性别的暴力 • 孕前发现并管理危险因素（营养、肥胖症、烟草、酒精、精神卫生、环境毒素）和遗传状况

妊娠 (产前保健)	• 及早进行适当产前检查 (4次) , 包括发现并管理基于性别的暴力 • 准确确定孕龄 • 筛查母体疾病 • 筛查高血压疾病 • 补充铁和叶酸 • 接种破伤风疫苗 • 提供计划生育、分娩和突发事件防范咨询 • 预防艾滋病毒的母婴传播, 包括使用抗逆转录病毒药物 • 预防和治疗疟疾, 包括使用药浸蚊帐和进行间断性预防治疗 • 戒烟 • 筛查、预防和管理性传播感染 (梅毒和乙肝) • 发现并应对亲密伴侣暴力 • 提供膳食指导, 以促进健康的体重增加和适当营养 • 发现遗传病危险因素, 管理遗传病 • 管理慢性疾患 (例如高血压、之前就存在的糖尿病) • 预防、筛查和治疗妊娠期糖尿病、子痫和先兆子痫 (包括及时分娩) • 管理产科并发症 (未足月胎膜早破、巨大胎儿等) • 满足适当条件时, 对孕龄24-34周有分娩风险的妇女给与产前皮质激素类药物 • 管理足月时胎位不正
分娩	• 由熟练助产士接生, 在医疗机构分娩 • 使用纸分配色谱进行常规监测, 及时给与适当护理 • 积极管理分娩第三期 • 管理产程延长或难产, 包括器械助产和剖宫产 • 母亲或胎儿出现指征时行剖宫产 • 出现适当医学指征时引产 • 管理产后出血 • 预防和管理子痫 (包括使用硫酸镁) • 发现并管理感染或有感染风险的妇女 (包括为剖宫产手术预防性使用抗生素) • (对尚未检测者) 筛查艾滋病毒, 预防母婴传播 • 分娩时脐带的卫生管理, 包括酌情使用氯己定
产后 (母亲)	• 简单阴道分娩后在医疗机构至少留观24小时 • 促进、保护和支持纯母乳喂养6个月 • 管理产后出血 • 预防和管理子痫 • 预防和治疗母体贫血 • 发现并管理产后脓毒症 • 计划生育建议和避孕 • 适当年龄组的常规产后检查和宫颈癌筛查 • 筛查艾滋病毒, 开始或继续抗逆转录病毒治疗 • 发现并应对亲密伴侣暴力 • 及早发现母体疾病 (例如瘘) • 筛查和管理产后抑郁 • 营养和生活方式咨询, 管理两次生育之间的体重 • 与具备适当技能的卫生保健提供者保持产后接触, 在产后第3天、第7天和第6周接受检查, 在家或在医疗机构均可

产后（新生儿）	• 简单阴道分娩后在医疗机构至少留观24小时 • 立即擦干和保暖 • 使用面罩呼吸复苏囊进行新生儿复苏 • 及早开始母乳喂养（产后一小时以内） • 脐带和皮肤的卫生护理 • 对艾滋病毒暴露婴儿启动预防性抗逆转录病毒治疗 • 对小婴儿进行袋鼠式护理 • 为用母乳喂养小婴儿和早产儿提供额外支持 • 对推定有细菌感染风险的新生儿进行抗生素治疗 • 保持持续气道正压通气管理出现呼吸窘迫综合征的婴儿 • 发现和管理可能的严重细菌感染病例 • 管理新生儿黄疸 • 发现并管理遗传病 • 与具备适当技能的卫生保健提供者保持产后接触，在产后第3天、第7天和第6周接受检查，在家或在医疗机构均可
儿童健康和发展	• 纯母乳喂养6个月；从6个月起继续母乳喂养并补充喂养 • 提供膳食咨询，预防营养不足，超重和肥胖 • 反应灵敏的养育和刺激 • 常规免疫（包括流感嗜血杆菌、肺炎球菌、脑膜炎球菌和轮状病毒疫苗） • 酌情定期补充维生素A • 酌情补铁 • 预防和管理儿童期疾病，包括疟疾、肺炎、脑膜炎和腹泻 • 管理严重急性营养不良病例，治疗消瘦 • 管理中度急性营养不良（适当母乳喂养，辅食喂养以及酌情补充喂养） • 对感染艾滋病毒或发生暴露儿童的综合护理 • 脑膜炎病例管理 • 预防和应对虐待儿童 • 预防包括女性生殖器切割在内的有害做法 • 护理发育迟缓儿童 • 先天性畸形和残疾儿童的治疗和康复

青少年健康和发展	• 常规免疫（例如人乳头状瘤病毒、乙肝、白喉-破伤风、风疹和麻疹疫苗） • 促进健康行为，例如营养、身体活动、不吸烟、不饮酒、不吸毒） • 预防、发现和管理贫血，特别是针对少女 • 全面性教育 • 促进全面性和生殖健康的信息、咨询和服务，包括避孕 • 促进青少年精神健康和福祉的社会心理支持和相关服务 • 预防和应对性和其它形式的基于性别的暴力 • 预防和应对包括女性生殖器切割、早婚和包办强迫婚姻在内的有害做法 • 预防、发现并治疗传染病和非传染性疾病以及性传播感染和生殖道感染，包括艾滋病毒、结核病和梅毒 • 艾滋病毒普遍流行国家男性自愿接受包皮环切术 • 发现并管理有害物质的使用 • 酌情进行父母技能培训，以管理青少年行为障碍 • 评估并管理受到意外伤害的青少年（包括酒精相关伤害） • 预防自杀，管理自残/自杀风险

人道主义和脆弱环境	• 发展并使用卫生和人道主义风险评估方法，以确定重点需求和相应干预措施。 • 在人道主义突发事件中，确保部署（上文包括的）基本卫生干预措施。调整、实施并协调使用最低初步成套服务。具体关注如下干预措施： - 性和基于性别的暴力的预防、避孕（短效和长效紧急避孕药）、暴露后预防； - 确保突发事件和人道主义危机中的政策和做法能够根据具体情况和需求促进、保护和支持母乳喂养及其它有助于妇女、儿童和青少年健康的基本干预措施。

附件 3.
卫生系统政策和干预措施，包括突发事件防范政策和措施

本附件列出需要各国政府关注并发挥领导作用的具体卫生系统政策和干预措施领域。2015年全球战略的卫生系统政策领域的基础是：2010年全球战略[1]、生殖、孕产妇、新生儿和儿童健康基本干预措施、产品和指南（2012年）[78] 以及配套的实施生殖、孕产妇、新生儿和儿童健康基本干预措施政策指导：多部门政策纲要（2014年）[80]。

为建设卫生系统的恢复能力，重要的是加强卫生系统各层级的突发事件防范能力。本附件突出全卫生系统范围内突发事件防范工作的重要组成部分，内容来自世卫组织加强卫生系统突发事件防范手册[55]。本附件建议各国卫生部应：记录有关其管理危机能力的信息并对信息进行分类；确定具体任务的责任分工；确定参与这些任务各方（伙伴、部门、学科）之间的关系，以便实现资源的最佳利用；确定存在哪些不足和差距；并监测进展情况。

卫生部门投资领域	有关如下内容的政策：
宪法和法律权利	• 最高可实现标准的健康人权 • 普遍获得卫生保健和服务，包括性和生殖健康和权利
以人权、公平和性别平等为本的方法	• 确保普遍获得性和生殖健康信息、服务和产品 • 将以人权、公平和性别为本的方法融入卫生部门政策和规划 • 改善卫生信息系统的公平取向，提高其收集、分析和报告卫生不公平数据的能力
战略和计划	• 纳入国家卫生战略和计划的促进妇女、儿童和青少年健康的国家战略和扩大计划 • 确定为重点且界定明确的妇女、儿童和青少年健康目标和指标 • 确定为重点的国家和次国家级年度实施计划 • 卫生系统落实和协调的机制安排

卫生部门投资领域	有关如下内容的政策：
供资	• 为卫生事业总体及具体的妇女、儿童和青少年健康留出适当财政空间 • 通过有效、高效地利用国内和外部资源为妇女、儿童和青少年健康可持续供资 • 各国政府和所有主要发展伙伴之间的供资契约 • 每年按经费来源跟踪并报告卫生总支出和人均支出以及生殖、孕产妇、新生儿、儿童和青少年健康总支出和人均支出
人力资源	• 国家卫生人力管理计划 • 充分的卫生人员招募、培训、部署和保留 • 卫生工作者的资格认证和认可 • 授权在卫生人力团队之间合理地重新分配任务（任务转移）的进程和指南 • 卫生部门各级适当的管理和领导能力 • 建立并监督对卫生工作者进行支持性监督的标准
基本卫生基础设施	• 根据需求建立新医疗机构的计划 • 所有医疗机构的水、环境卫生、电力和医疗废物的安全处置 • 运转良好、设施完备的医疗机构，以提供预期的卫生服务
基本药物和产品	• 基本药物、产品和设备供应国家清单 • 采购和分发标准 • 质量保证和将供应维持在需要水平的措施
服务公平、可获得性和质量	• 按卫生服务提供层级（即初级、二级和三级）界定的妇女、儿童和青少年卫生服务 • 妇女、儿童和青少年卫生服务的公平获得 • 运转良好的转诊制度 • 运转良好的质量改进和保证机制 • 消除获得卫生服务的财政障碍 • 以绩效为基础供资
社区能力和参与	• 社区参与规划和监督卫生服务，确保妇女和女童能够完全参与并联系男人和男童 • 社区参与提高健康素养和就医行为的学习规划 • 包容性社区伙伴关系，包括与当地领袖、传统治疗师、民间社会和基于信仰的组织之间的伙伴关系 • 支持社区卫生工作者，包括通过有利的工作环境、激励措施、技能发展、产品和设备供应等

卫生部门投资领域	有关如下内容的政策：
问责	• 出生、死亡和死因的普遍登记 • 运转良好的卫生信息系统提供按性别和年龄分解的数据 • 与次国家和国家政策和问责制度相联系的以机构和社区为基础的孕产妇和围产期死亡审查和应对制度 • 每年进行独立的国家和次国家级妇女、儿童和青少年健康/卫生部门审查 • 包括所有利益攸关方而且酌情推荐补救行动的国家问责机制 • 每年国家、区域和国际层面所有利益攸关方公开分享有关承诺、资源和结果的信息 • 公民参与问责，并建立补救和纠正机制
领导和治理	• 卫生部门突发事件管理法律框架 • 国家多部门突发事件管理法律框架 • 卫生部门突发事件管理机制框架 • 多部门突发事件管理机制框架 • 卫生部门突发事件管理规划组成部分
卫生人力	• 卫生部门突发事件管理人力资源框架
医疗产品、疫苗和技术	• 专门用于突发事件应对行动的医疗物资和设备
卫生信息	• 风险减轻和突发事件防范规划的信息管理系统 • 突发事件应对和恢复的信息管理系统 • 卫生系统内外的风险沟通策略和机制
卫生供资	• 国家和次国家级为卫生部门突发事件管理供资的战略
服务提供	• 响应能力 • 突发事件医疗服务系统和大规模伤亡管理 • 大规模伤亡事件中的医院管理 • 基本卫生规划和服务的持续性 • 突发事件中的后勤和行动支持职能

附件 4.
有关妇女、儿童和青少年健康决定因素的多部门政策和干预措施

多部门政策和干预措施对实现全球战略的目的必不可少，必须成为国家妇女、儿童和青少年健康战略的一部分。应以针对卫生部门干预措施一样的方式对多部门政策和干预措施进行监督，并将其与相应的可持续发展目标具体目标联系起来。需要政府总体领导，以确保各部门均取得进展并酌情促进跨部门合作。本附件参考了拟定全球战略时所参考的系列技术文件[12]以及实施生殖、孕产妇、新生儿和儿童健康基本干预措施政策指导：多部门政策纲要（2014年）[78]。

部门	关键政策和干预措施
财政和社会保障	• 减少贫困，包括通过旨在改善健康的对性别和儿童敏感的资金转移支付规划 • 实施确保妇女、儿童和青少年获得的社会保障和援助措施 • 加强获得医疗保险，降低灾难性自费医疗支出的影响，以及获得与其它基本服务和产品有关的保险
教育	• 将早期儿童发展干预措施纳入儿童健康服务、儿童护理服务和学前教育 • 使女孩和男孩都能完成高质量的小学和中学教育，包括消除抑制教育需求的障碍 • 确保人道主义环境下以及边缘化和难以达及地区获得教育，包括残疾人
性别	• 促进妇女的社会、经济和政治参与 • 执行防止针对妇女和女童的暴力的立法，确保发生此类暴力时予以适当应对 • 促进家庭、工作场所、社区和国家层面上决策中的性别平等 • 防止社区、教育、政治、经济和公共生活中对妇女的歧视
保护：登记、法律、司法	• 加强登记每个出生、死亡和死因的制度，并进行死亡审计 • 为妇女、儿童和青少年提供适合其年龄和性别的保护服务 • 建立并制订保护的法律框架，确保普遍获得法律服务（包括登记侵犯人权和获得补救行动）
水和环境卫生	• 普遍获得安全管理的、可负担的且可持续的饮用水 • 投资于有关安全管理的用水和基础设施对家庭、社区、学校和卫生机构的重要性的教育 • 普遍获得经改进的环境卫生设施和个人卫生措施，并杜绝露天厕所 • 鼓励实施环境卫生安全计划

部门	关键政策和干预措施
农业和营养	• 加强粮食安全，特别是在贫困和死亡负担高的社区 • 保护、促进和支持最佳营养，包括就销售母乳代用品及饱和脂肪、反式脂肪酸、游离糖或盐含量高的食品立法
环境和能源	• 通过家庭更多使用清洁能源燃料（烹饪、取暖和照明），应通过更多地使用清洁能源燃料和技术减少家庭及周边环境的空气污 • 消除铅（例如在涂料中）和水银（例如在卫生保健和采矿中）的非必要使用，确保含铅或汞的废物也可以安全循环 • 减少空气污染和气候排放，通过使用低排放技术和可再生能源改进绿色空间
劳动和贸易	• 扩大生产性就业机会 • 确保性别平等 • 执行体面工作条件 • 提供产假权和职场父母照护幼儿的权利，并促进有助于男性和女性做出灵活工作安排的激励措施 • 发现并系统地消除童工。 • 创造促进企业和贸易的积极环境，包括保护和促进个人和人群健康和福祉。
基础设施、信息通信技术、交通	• 通过提供更多绿色空间以及方便出行和身体活动的步行骑行专线网络为妇女、儿童和青少年建设促进健康的城市环境 • 开发健康、能源效率高、持久且能耐冷热极端天气、暴风雨、自然灾害和气候变化的住房 • 确保家庭、工作和休闲场所对残疾人无障碍 • 确保有充足的卫生、教育和工作设施，修建道路以确保这些设施的通行 • 提供前往卫生、教育和工作设施的安全交通，包括在突发事件期间 • 改进获得信息通信技术，包括手机 • 改善道路安全，包括通过强制使用安全带以及自行车和摩托车头盔 • 改进对司机的监管促进其遵守相关法规，包括推出限制缺乏经验司机驾驶行为的驾照政策

附件 5.
妇幼健康问题信息和问责制委员会：十条建议

2011年5月，联合国妇幼健康问题信息和问责制委员会向联合国秘书长提交报告，针对2012-2015年提出十条有时间限制的建议[3]。虽然已经取得很大进展，但也有若干目标未能实现[4,6]。所有这些建议经小幅修改后在2016-2030年期间（经更新的妇女、儿童和青少年健康全球战略的时间框架）仍然有效。以下是经修改的建议。

用更好的信息促进更好的结果

1. **重要事件：** 到2020年，所有国家建立出生、死亡和死因登记制度和将来自卫生保健设施、行政部门和调查的数据结合起来的运转良好的卫生信息系统。

2. **卫生指标：** 到2016年，所有利益攸关方商定10个有关妇女、儿童和青少年健康的按性别和其它公平要素分解的总体或全球性指标，以促进对实现全球战略目标的进展情况进行高级别政治监督。这些政治层面的指标将补充全球战略和可持续发展目标具体目标层面的更长的技术指标清单[11]。

3. **创新：** 2016-2030年期间，所有国家酌情将适当的新信息通信技术（包括电子卫生保健和移动卫生保健）纳入本国卫生信息系统和卫生基础设施。

更好地跟踪用于妇女、儿童和青少年健康的资源

4. **资源跟踪：** 从2016年到2030年，所有国家至少跟踪并报告两个综合资源指标：(i)按供资来源分解的卫生总支出和人均支出；(ii) 按供资来源分解的妇女、儿童和青少年健康总支出和人均支出。

5. **国家契约：** 从2016年到2030年，为方便资源跟踪，各国政府和所有主要发展伙伴应缔结契约，要求按照商定的模板报告外部供资的支出情况和可预测资金情况。

6. **达及妇女、儿童和青少年：** 到2020年，各国政府均有能力定期审查卫生支出情况（包括妇女、儿童和青少年健康支出）并将支出与承诺、人权、性别平等和其它公平目标和结果联系起来。

在国家和全球层面对结果和资源进行更好的监督

7. **国家监督:** 到2016年, 所有国家均建立透明、包括所有利益攸关方且能够酌情提出补救行动建议的国家问责机制。

8. **透明:** 从2016年到2030年, 所有利益攸关方每年在国家和国际层面公开分享有关承诺、提供的资源和实现的结果的信息。

9. **妇女、儿童和青少年健康问题报告援助:** 到2017年建立及时捕获发展伙伴的所有妇女、儿童和青少年健康支出信息的制度。

10. **全球监督:** 从2016年起到2030年为止, 每年向联合国秘书长提交独立问责小组报告, 内容是全球战略相关结果和资源以及实施本委员会建议的进展。

附件 6.
联合国拯救妇女和儿童生命产品委员会：十条建议

2012年9月，委员会向联合国秘书长报告并就使13种成本低、影响大的挽救生命产品更容易获得并扩大其获得范围提出10条建议[5]。虽然已经取得很大进展，但这些建议针对具体产品面临的长期系统性障碍，因而仍然有效。以下是经微小修改后对2016-2030年（经更新的妇女、儿童和青少年健康全球战略的时间框架）的建议。

改善拯救生命产品市场

1. **塑造全球市场：** 建立有效的全球机制，如汇集采购和汇总需求，增加以优化价格和数量获得高质量拯救生命产品 的机会。

2. **塑造当地供货市场：** 激励当地卫生保健提供者和私营部门行动者确保不间断地供应、营销和适当生产并促销拯救生命的基本产品。

3. **创新融资：** 建立创新融资机制，包括基于结果的融资，迅速增加最有需求者获取拯救生命产品并促进创新。

4. **提高质量：** 增加生产和销售质量经过认证的可负担拯救生命产品的厂家数量。

5. **监管效率：** 在监管当局、世界卫生组织和区域合作支持下，所有国家统一并简化拯救生命产品的注册要求和评估程序。

改善各国拯救生命产品的提供

6. **供应和认识：** 所有国家改善拯救生命产品的供应，并以信息通信技术最佳实践为基础做出改进。

7. **需求和利用：** 所有国家与私营部门和民间社会一道制定计划，大规模实施适当干预措施，增加对拯救生命的卫生服务和产品的需求和利用，特别是在得到服务不足的人群中。

8. **达及妇女、儿童和青少年:** 所有国家解决促进公平的财政障碍, 确保社会中最贫困人群和边缘化人群能够获得拯救生命产品 (包括在脆弱和人道主义环境下) 。

9. **绩效和问责:** 所有国家建立有效机制, 确保卫生工作者得到有关最新指南的培训, 在其服务地点设置工作辅助单和对照表, 以支持有效提高基本干预措施。

使私营部门和消费者需求结合得更为紧密

10. **使私营部门和消费者需求结合得更为紧密:** 强化拯救生命产品研究和开发 (包括政策和实施研究) , 并使成功的创新实现规模化、被列为重点、得到资金并商业化。

参考文献

1. United Nations Secretary-General. Global Strategy for Women' s and Children' s Health. New York: United Nations, 2010.
2. Every Woman Every Child. Saving lives, protecting futures: Progress report on the Global Strategy for Women' s and Children' s Health. New York: United Nations, 2015.
3. Commission on Information and Accountability for Women' s and Children' s Health. Keeping promises, measuring results. Geneva: WHO, 2011.
4. independent Expert Review Group (iERG). Every Woman Every Child: a post-2015 vision. The third report of the independent Expert Review Group on Information and Accountability for Women' s and Children' s Health. Geneva: WHO, 2014.
5. UN Commission on Life-Saving Commodities for Women and Children. New York: United Nations, 2012.
6. Countdown to 2015. Fulfilling the health agenda for women and children. The 2014 report. Geneva and New York: WHO and UNICEF, 2014.
7. Millennium Development Goals Report 2015. New York: United Nations, 2015.
8. WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank, United Nations Population Division. Trends in maternal mortality: 1990 to 2013. Geneva: WHO, 2014.
9. UNICEF, WHO, World Bank, UN-DESA Population Division. Levels and trends in child mortality 2015, and Levels and trends in child mortality 2014. New York: UNICEF, 2015 and 2014.
10. Health for the world' s adolescents: a second chance in the second decade. Geneva: WHO, 2014.
11. Sustainable Development Goals (SDGs). New York: United Nations, 2015. https://sustainabledevelopment.un.org.
12. Towards a new Global Strategy for Women' s, Children' s and Adolescents' Health. The BMJ. 2015; 351(Suppl1).
13. Stenberg K, Axelson H, Sheehan P, et al. Advancing social and economic development by investing in women' s and children' s health: a new Global Investment Framework. The Lancet 2014; 383: 1333-54.
14. Jamison DT, Summers LH, Alleyne G, et al. Global health 2035: a world converging within a generation. The Lancet 2013; 382: 1898-955.
15. Singh S, Darroch JE, Ashford L. Adding it up: The costs and benefits of investing in sexual and reproductive health. New York: Guttmacher Institute and UNFPA, 2014.
16. Heckman J. 4 big benefits of investing in early childhood development. 2015. http://heckmanequation.org/content/resource/4-big-benefits-investing-early-childhood-development.
17. The power of 1.8 billion: adolescents, youth and the transformation of the future. New York: UNFPA, 2014.
18. Global Financing Facility: business plan. Washington DC: World Bank, 2015. http://www.worldbank.org/en/topic/health/brief/global-financing-facility-business-plan.
19. Human Reproduction Programme. Strategies toward ending preventable maternal mortality. Geneva: WHO, 2015.
20. Every Newborn series. The Lancet 2014; 384. http://www.thelancet.com/series/everynewborn
21. WHO, UNICEF. Ending preventable child deaths from pneumonia and diarrhoea by 2025: The integrated Global Action Plan for Pneumonia and Diarrhoea (GAPPD). Geneva: WHO, 2013.
22. UNICEF. Committing to child survival: A Promise Renewed—progress report 2014. New York: UNICEF, 2015.
23. Maternal and Child Nutrition series. The Lancet 2013; 382. http://www.thelancet.com/series/maternal-and-child-nutrition.
24. The High-Level Task Force for the International Conference on Population and Development (ICPD). Smart investments for financing the post-2015 development agenda. Policy brief, 2015. http://icpdtaskforce.org/wp-content/uploads/2015/01/FinancingBriefSmartInvestments2015.pdf.
25. Lancet Commission on Health and Climate Change. Health and climate change: policy responses to protect public health. The Lancet 2015; online first, June 23, 2015. DOI: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60854-6
26. Global Vaccine Action Plan 2011-2020. Geneva: WHO, 2013.

27. The health of the people: what works: health through the life course. Geneva: WHO, 2014.
28. Global nutrition report 2014. Geneva: WHO, 2014.
29. Approach to nutrition programming in the East Asia and Pacific Region 2014-2025: evidence. New York: UNICEF, 2014.
30. United Nations Girls' Education Initiative, Global Partnership for Education. Accelerating secondary education for girls: focusing on access and retention. New York: United Nations, 2014.
31. Raj A, Boehmer U. Girl child marriage and its association with national rates of HIV, maternal health, and infant mortality across 97 countries. Violence against Women, 2013; 19: 536-51.
32. Global costs and benefits of drinking-water supply and sanitation interventions to reach the MDG target and universal coverage. Geneva: WHO, 2012.
33. Evaluation of the costs and benefits of household energy and health interventions at global and regional levels. Geneva: WHO, 2006.
34. State of inequality—reproductive, maternal, newborn and child health. Geneva: WHO, 2015.
35. Human Rights Council. Technical guidance on the application of a human rights based approach to the implementation of policies and programmes for the reduction of preventable maternal mortality and morbidity: Human Rights Council 27th Session. Geneva: OHCHR, 2012.
36. Human Rights Council. Technical guidance on the application of a human rights-based approach to the implementation of policies and programmes to reduce and eliminate preventable mortality and morbidity of children under 5 years of age: Human Rights Council 27th Session. Geneva: OHCHR, 2014.
37. Fragile states 2014: domestic revenue mobilisation in fragile states. Paris: OECD, 2014.
38. States of fragility 2015: meeting post-2015 ambitions. Paris: OECD, 2015.
39. Monitoring health inequality: illustrations of fundamental concepts. Geneva: WHO, 2014.
40. Bustreo F, Hunt P, Gruskin S, et al. Women' s and children' s health: evidence of impact of human rights. Geneva: WHO, 2013.
41. UN Women. Summary Report: The Beijing Declaration and Platform for Action turns 20. New York: UN Women, 2015.
42. The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health, Partners in Population and Development. Promoting women' s empowerment for better health outcomes for women and children. Geneva: WHO, 2013. http://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/strategybriefs/sb_gender.pdf.
43. The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health, WHO, World Bank et al. Success Factors for Women' s and Children' s Health study series: journal articles and reports. Geneva: WHO, 2015. http://www.who.int/pmnch/successfactors/en/.
44. Copenhagen Consensus Centre. Post-2015 Consensus. 2015. http://www.copenhagenconsensus.com
45. Wang H, Liddell CA, Coates MM, et al. Global, regional, and national levels of neonatal, infant, and under-5 mortality during 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. The Lancet 2014; 384: 957-79.
46. Health in all policies training manual. Geneva: WHO, 2015. http://who.int/social_determinants/publications/health-policies-manual/en/.
47. Ansell C, Gash A. Collaborative governance in theory and practice. Journal of Public Administration Research and Theory 2008; 18: 543-71.
48. The World Health Report. Financing for universal coverage: more health for the money. Geneva: WHO, 2010.
49. Lu C, Schneider MT, Gubbins P, Leach-Kemon K, Jamison D, Murray CJ. Public financing of health in developing countries: a cross-national systematic analysis. The Lancet 2010; 375: 1375-87.
50. Agence Francaise de Développement, Citi Foundation, Global Development Incubator, Dalberg. Innovative financing for development: scalable business models that produce economic, social and environmental outcomes. Washington DC and New York: Global Development Incubator, 2014.
51. Rasanathan K, Bakshi S, Rodriguez DC, et al. Where to from here? Policy and financing of integrated community case management (iCCM) of childhood illness in sub-Saharan Africa. Journal of Global Health 2014; 4: 020304.
52. Kieny MP, Evans DB, Schmets G, Kadandale S. Health-system resilience: reflections on the Ebola crisis in western Africa. Bulletin of the World Health Organization 2014; 92: 850.
53. Everybody' s business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO' s framework for action. Geneva: WHO, 2007.

54. Global Health Workforce Alliance, WHO. Health Workforce 2030—towards a global strategy on human resources for health. Geneva: WHO, 2015.
55. Toolkit for assessing health system capacity for crisis management. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2012.
56. Making fair choices on the path to universal health coverage: Final report of the WHO Consultative Group on Equity and Universal Health Coverage. Geneva: WHO, 2014.
57. Sen A, Nussbaum M. Capability and well-being. Oxford: Clarendon Press, 1993.
58. Bircher J, Kuruvilla S. Defining health by addressing individual, social, and environmental determinants: new opportunities for health care and public health. Journal of Public Health Policy 2014; 35: 363-86.
59. Gluckman PD, Hanson MA, Cooper C, Thornburg KL. Effect of in utero and early-life conditions on adult health and disease. New England Journal of Medicine 2008; 359: 61-73.
60. Langer A, Meleis A, Knaul FM, et al. Women and health: the key for sustainable development. The Lancet 2015; online first, June 5, 2015. http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)6049.
61. WHO recommendation on community mobilization through facilitated participatory learning and action cycles with women' s groups for maternal and newborn health. Geneva: WHO, 2014.
62. Engaging men and boys in RMNCH. 2013. The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health, 2013. http://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/summaries/ks26/en/.
63. Renedo A, Marston C, Spyridonidis D, Barlow J. Patient and public involvement in healthcare quality improvement: how organizations can help patients and professionals to collabrate. Public Management Review 2014; 17: 17-34.
64. Jain N. Taps and toilets essential to maintain India' s polio-free miracle. The Lancet Global Health blog. 2014. http://globalhealth.thelancet.com/2014/03/19/taps-and-toilets-essential-maintain-indias-polio-free-miracle.
65. Transforming lives in the Senegal River Basin. New York: World Bank, 2013. http://www.worldbank.org/en/news/feature/2013/04/03/transforming-lives-in-the-senegal-river-basin.
66. Inter-agency Working Group on Reproductive Health in Crises. addressing the needs of women and girls in the Nepal earthquake humanitarian response. IAWG statement. 2015. http://iawg.net/wp-content/uploads/2015/01/Nepal-Earthquake-Statement_June-2015.pdf.
67. Alliance for Health Policy and Systems Research. Implementation research in health: a practical guide. Geneva: WHO, 2013.
68. Buse K, Mays N, Walt G. Making health policy. Maidenhead: Open University Press, 2005.
69. Ackoff R. The future of operational research is past. Journal of of the Operational Research Society 1979; 30: 93-104.
70. The Cochrane Collaboration. Evidence-based healthcare. http://www.cochrane.org/docs/ebm.htm.
71. Neglected tropical diseases. Sixty-sixth World Health Assembly, WHA6612. Geneva: WHO, 2013.
72. USAID. Population-Level Behavior Change Evidence Summit. 2014. http://plbcevidencesummit.hsaccess.org.
73. Sen A. The quality of life. New York: Oxford University Press, 1993.
74. World Development Report 1998-1999. Washington DC: World Bank, 1999.
75. Grand Challenges Canada. Integrated Innovation. 2012. http://www.grandchallenges.ca/integrated-innovation/.
76. Format and organizational aspects of the high-level political forum on sustainable development. A/RES/67/290. New York: United Nations, 2013.
77. USAID, World Bank Group, WHO. Measurement and accountability for results in health: A common agenda for the post-2015 era. 2015. http://ma4health.hsaccess.org/home.
78. WHO, Aga Khan University, The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health, et al. Essential interventions, commodities, and guidelines for reproductive, maternal, newborn, and child health. Geneva: WHO, 2011.
79. DCP3. Disease Control Priorities, Third Edition. 2015. http://dcp-3.org.
80. The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health, WHO. A policy guide for implementing essential interventions for reproductive, maternal, newborn and child health (RMNCH): a multisectoral policy compendium. Geneva: WHO, 2014.

致谢

在联合国秘书长行政办公室协助下, 一个多利益攸关方战略和协调小组代表每个妇女每个儿童运动监督了本报告的编制。该工作得到了联合国秘书长2015年后发展规划特别顾问阿明娜·默罕默德的指导以及过涛娜领导的每个妇女每个儿童运动卫生团队的支持。

世界卫生组织代表健康4+伙伴关系与多家机构和负责家庭、妇女与儿童卫生事务的世界卫生组织助理总干事Flavia Bustreo和高级战略顾问Shyama Kuruvilla 作为编写小组联系人所召集的个人专家就全球战略的内容和编写进行了协调。生殖卫生和研究司司长Marleen Temmerman协调《英国医学期刊》发表一系列技术和战略论文。

每个妇女每个儿童运动衷心感谢审阅并评论的报告草案的战略和协调小组及编写小组成员: 比尔和梅琳达·盖茨基金会: Mark Suzman、Timothy Thomas; 中国人民对外友好协会: 谢元; 联合国秘书长行政办公室: Hannah Sarah F. Dini、Megan Gemmell; Espolea, A.C.: Cecilia García Ruiz; 加拿大政府外交、贸易和发展部: Diane Jacovella、Jo-ann Purcell、Christopher Armstrong; 智利政府国家卫生基金: Jeanette Vega; 中国政府国家卫生和计划生育委员会: 任明辉; 印度政府卫生与家庭福利部: C.K. Mishra、Anshu Mohan; 挪威政府外交部: Tore Godal; 挪威发展合作署: Helga Fogstad、Austen Davis; 坦桑尼亚政府卫生和社会福利部: Donan Mmbando、Neema Rusibamayila; 英国政府国际发展部: Nick Dyer、Will Niblett; 美国国际发展署: Ariel Pablos-Méndez、Katherine Taylor、John Borrazzo、Hareya Fassil; GSM协会: Craig Friderichs; 创新工作组: PeterSinger; 联合国艾滋病规划署: Luiz Antonio Mateus Loures、Deborah von Zinkernagel; 默克公司关爱母亲项目: Naveen Rao; 人权高专办公室: Jyoti Sanghera、Lynn Gentile; 人口与发展伙伴: Joe Thomas; 孕产妇、新生儿和儿童卫生伙伴关系: Robin Gorna、Andres de Francisco、Geir Lie、Lori McDougall; 联合国秘书长为卫生相关千年发展目标和疟疾问题供资特使: 雷蒙德·钱伯斯、Suprotik Basu; 莎拉·扎伊德公主殿下; 救助儿童会: Jasmine Whitbread、Francesco Aureli; 联合国儿童基金会: Geeta Rao Gupta、Kumanan Rasanathan; 联合国妇女署: Yannick Glemarec、Nazneen Damji; 联合国人口基金: Kate Gilmore、Laura Laski; 联合国基金会: Kathy Calvin、Susan Myers、Anita Sharma; 伦敦大学学院全球卫生研究所: Anthony Costello; 白丝带联盟: Betsy McCallon; 世界银行: Timothy Evans、Agnes Soucat、Rama Lakshminarayanan; 世界宣明会: Kevin J. Jenkins、Martha Newsome。编写小组顾问和支持人员: Richard Cheeseman, Robert Taylor传播公司; Joanne McManus, 独立顾问; Julian Schweitzer, 结果促发展研究所; Allison Beattie, 独立顾问; Anna Gruending、Marta Seoane Aguilo和Gabrielle Bunney, 世卫组织; Roberta Annovi, Annovi设计公司。

每个妇女每个儿童运动还要感谢在参与孕产妇、新生儿和儿童卫生伙伴关系以及印度、南非和阿联酋政府还有人口和发展伙伴政府间网络组织的全球战略磋商会以及提供书面意见的7千余个组织和个人。磋商进程还得到第六十八届世界卫生大会、第41届七国集团首脑会议和各国议会联盟第132届大会会议讨论的支持。对磋商进程的全面描述见如下网址: www.everywomaneverychild.org。

每个妇女每个儿童运动使用再生纸印刷
在意大利印刷

艺术指导、设计和排版: blossoming.it

每个妇女
每个儿童

健康和高效的妇女，
儿童和青少年