

2023 年世界卫生统计

监测健康SDGs

可持续发展目标



World Health
Organization

75

2023 年世界卫生统计

监测健康SDGs
可持续发展目标



World Health
Organization

75⁺

所有人的
健康

2023 年世界卫生统计：监测可持续发展目标和可持续发展目标的健康状况

ISBN 978 - 92 - 4 - 007432 - 3 (电子版) ISBN 978 - 92

- 4 - 007433 - 0 (印刷版)

© 世界卫生组织 2023

保留某些权利。此作品可在知识共享署名 - 非商业 - 共享

3.0 IGO 许可证 (CC BY - NC - SA 3.0 IGO； <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>)。

根据本许可证的条款，您可以复制，重新分发和改编作品用于非商业目的，只要该作品被适当引用，如下所示。在使用这项工作时，不应建议世卫组织认可任何特定组织、产品或服务。不允许使用 WHO 徽标。如果你适应工作，那么你必须在相同或同等的知识共享许可下许可你的工作。如果您创建此作品的翻译，则应添加以下免责声明以及建议的引用：“此翻译不是由世界卫生组织 (WHO) 创建的。世卫组织对本翻译的内容或准确性概不负责。英文原版应为装订正版。”

与根据许可证产生的争议有关的任何调解均应根据世界知识产权组织的调解规则 (<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules/>) 进行。

建议引用。《2023 年世界卫生统计：监测可持续发展目标的健康状况》。日内瓦：世界卫生组织；2023 年。许可证：CC BY - NC - SA 3.0 IGO。

出版物编目 (CIP) 数据。CIP 数据可在 <http://apps.who.int/iris> 查阅。

销售、权利和许可。要购买世卫组织出版物，请参见 <https://www.who.int/publications/book-orders>。要提交商业用途请求以及对权利和许可的查询，请参见 <https://www.who.int/copyright>。

第三方材料。如果您希望重新使用此作品中归因于第三方的材料，例如表格，图形或图像，则您有责任确定该重新使用是否需要许可并获得版权所有者的许可。由于作品中任何第三方拥有的组件受到侵权而导致的索赔风险完全由用户承担。

一般免责声明。本出版物中使用的名称和材料的呈现并不意味着世卫组织对任何国家、领土、城市或地区或其当局的法律地位或对其边界或边界的划定表示任何意见。地图上的虚线和虚线代表可能尚未完全一致的近似边界线。

提及特定公司或某些制造商的产品并不意味着它们得到世卫组织的认可或推荐，而不是未提及的其他类似性质的产品。除错误和遗漏外，专有产品的名称以首字母大写字母区分。

世卫组织已采取一切合理的预防措施来核实本出版物中的信息。但是，分发已发布的材料没有任何明示或暗示的保证。解释和使用该材料的责任在于读者。在任何情况下，世卫组织都不对因使用该材料而造成的损害负责。

设计和布局：Agence 园丁 (Annecy)

图片来源：第 1 页 - WHO / Michael Duff；第 33 页 - WHO / Karen Reidy；第 71 页 - WHO / Alasdair Bell

Contents

Introduction.....

01. 全球卫生的关键问题和趋势 1

1.3

1.4

02. 与健康相关的可持续发展目标和 GPW 13 指标的简要状况 33

21

22

23

24

25

03. 在过去成就的基础上，为下一阶段的全球卫生做好准备 71

31

32

33

34

附件 2. 区域集团 119

前言



在 COVID - 19 大流行之前的二十年里，世界在卫生领域取得了显著进步。从 2000 年到 2019 年，全球预期寿命从 67 岁增加到 73 岁，这主要是由于儿童和孕产妇死亡率下降以及许多传染病的发病率和死亡率下降。扩大获得保健和相关服务的机会，包括改善非传染性疾病的预防和治疗，也是一个重要因素。

然而，即使在 COVID - 19 大流行之前，从 2015 年开始，许多全球卫生指标的进展已经放缓或停滞不前。大流行使事情进一步倒退，使卫生系统不堪重负，并严重破坏基本卫生服务。据估计，这场大流行在 2020 年和 2021 年导致近 1500 万人超额死亡。国家内部和国家之间的不平等仍然存在，因为最脆弱的人群面临着因可预防疾病而患病和死亡的风险增加。不断发展的气候危机也对健康构成重大风险，特别是对最脆弱人群而言。为了使世界在 2030 年前实现可持续发展目标（SDGs）的目标，必须大幅增加对金融和政治资本的关注和投资。

《2023 年世界卫生统计》记录了公共卫生方面的成功和挑战，重点是可持续发展目标指标和趋势。为了到 2030 年实现可持续发展目标，必须加快进展。从本报告强调的国家成功案例中可以看出，加速是可能的

在当地社区、政府和包括世卫组织在内的国际组织的共同努力下。

由于许多人仍然无法获得基本卫生服务，因此必须解决不平等问题，以及环境，商业和其他健康决定因素，以实现我们的全民健康共同目标和实现可持续发展目标。各国必须采取紧急行动，预测和应对健康挑战，特别是保护弱势群体和生活在疾病负担较高地区的人群。及时，可靠和分类的数据和预测对于指导有效的公共卫生政策制定和计划实施至关重要。

世界必须吸取过去二十年的教训，包括这些大流行年的悲剧。其中最重要的一点是，我们知道我们有能力避免不必要的死亡和疾病，并建立更强大，更公平和更具弹性的卫生系统和社会。



Tedros Adhanom Ghebreyesus 博士
世界卫生组织总干事

● 缩写和首字母缩略词

ABR	青少年出生率	耐甲氧西林金黄色葡萄球菌
AIDS	获得性免疫缺陷综合征	金黄色葡萄球菌
AMR	抗菌药物耐药性	
ANC	产前护理	NAP 国家适应计划
ARI	急性呼吸道感染	NCD 非传染性疾
ARR	年平均减少率	病
ART	抗逆转录病毒	NDC 国家确定的贡献
治疗		NHWA 国家卫生劳动力占
AST	抗菌药物敏感性试验	NICU 新
ATACH	气候变化与健康变革行动联盟	生儿重症监护病房
BSI	血流感染	NMR 新生儿死亡率
COVID - 19	冠状病毒	NTD 被忽视
病		的热带病
2019DALY	残疾调整寿命年	官方发展援助
DTP3	含白喉、破伤风类毒素和百日咳疫苗 (3 剂)	官方发展援助
EENC	早期基本新生儿护理	OOP 自掏腰包 (支
GLASS	全球抗菌素耐药性和使用监测系统	出)
GPW13	第十三个工作总规划 (世卫组织)	PCV3 肺炎球菌结合疫苗 (3 剂)
GTS	疟疾	PM 颗粒物
HIC	高收入国家	RMNCH 生殖、孕产妇、新生儿和儿童健康
全球技术战略		SAE 小区域估计
HIV	人类免疫缺陷病毒	SDG 可持续发展目标
HPV	人乳头瘤病毒	结核病
国际卫生条例		U5MR 五岁以下儿童死亡率
国际卫生条例		UHC 全民健康覆盖
IQR	四分位数范围	UI 不确定
KMC	袋鼠妈妈护理	区间
LIC	低收入国家	UMIC 中上收入国家
LMIC	中低收入国家	经社部 联合国经济和社会事务部
MCV2	含麻疹疫苗 (2 剂)	UNFCCC 联合国气候变化框架公约
MDG	千年发	UNICEF 联合国儿童基金会
展目标		WASH 水
		、环境卫生和个人卫生
		WHO 世界卫生组织
		WPV 野生脊髓灰质炎病毒
		YLL 失去了多年的生命

Introduction

《世界卫生统计报告》是世界卫生组织 (世卫组织) 自 2005 年以来出版的健康和健康相关指标的年度汇编。世卫组织影响数据、分析和交付司与世卫组织技术部门、区域和国家办事处合作编写了这份报告。

2023 年版审查了来自可持续发展目标 (SDG) 和世卫组织第十三个工作总规划 (GPW 13) 的 50 多个与健康相关的指标。报告由三章组成, 并附有附件表, 列出了最新的现有数据。

第一章讨论了全球卫生的关键问题和趋势, 包括孕产妇和儿童死亡率的最新趋势; 主要非传染性疾病 (NCDs) 和相关风险因素; COVID-19 大流行; 以及气候变化与健康。第二章总结了传染病、儿童营养不良和妇女贫血、伤害和暴力、环境风险、全民健康覆盖和卫生系统等与健康相关的可持续发展目标的全球和区域趋势。在第 1 章和第 2 章中, 介绍了以国家为重点的故事, 以强调为解决各种健康问题所做的努力。然后, 第 3 章从全球预期寿命和非传染性疾病的角度展望未来。

《2023 年世界卫生统计》中提供的信息基于截至 2023 年 4 月底的全球监测数据。这些数据主要来自世卫组织或联合国伙伴实体管理的数据库, 并辅以同行评审出版物的数据和分析。

● 关键信息

自千年开始以来，世界在全球人口健康方面取得了显著改善。随着儿童死亡率减半，孕产妇死亡率下降三分之一，包括艾滋病毒、结核病和疟疾在内的许多传染病的发病率下降，因非传染性疾病过早死亡和受伤的风险下降，全球出生时预期寿命从 2000 年的 67 岁上升到 2019 年的 73 岁。这些成就与在影响健康的领域取得的进展相一致——从改善获得基本卫生服务的机会到减少接触健康风险，包括吸烟、饮酒和儿童营养不良。

然而，自 2015 年以来，千年发展目标（MDGs）时代通常观察到的许多指标的快速进展已明显停滞，这对到 2030 年及时实现可持续发展目标提出了挑战。产妇死亡率、五岁以下儿童死亡率和新生儿死亡率、主要非传染性疾病导致的过早死亡率、自杀和道路交通死亡率等指标的年下降率证明了这一点。几乎在可持续发展目标时代的一半，其中一些指标远未达到实现各自可持续发展目标所需轨迹的中点。

此外，尽管减少了许多健康风险，例如吸烟，不安全的水和卫生设施以及儿童发育迟缓，但进展不足。风险暴露仍然很高，特别是对于饮酒和高血压等因素，这些因素仅在最近几年才开始下降。令人震惊的是，整个全球人口（99%）呼吸不健康的细颗粒物（PM）水平，并且肥胖症的患病率正朝着错误的方向发展，没有立即逆转的迹象。

与 2015 年前的收益相比，获得基本卫生服务的扩展速度有所放缓，并且在减少因医疗保健费用而造成的财务困难方面没有取得重大进展。不平等仍然存在，弱势群体获得保健和相关服务的水平较低，但面临健康风险的水平较高，相关死亡率较高。生活在资源较少的环境中的人们仍然很少获得广泛的服务，从分娩期间熟练的卫生人员的援助到清洁的烹饪燃料和技术。正如在 COVID-19 大流行期间所显示的那样，不平等阻碍了应对全球危机的进展。

在 2020 年和 2021 年，COVID-19 大流行导致 1490 万人超额死亡，全球造成 3.368 亿年的生命损失。这意味着，平均而言，到 2021 年底，直接或间接归因于 COVID-19 大流行的每例死亡都会导致超过 22 年的生命损失 - 相当于每秒超过 5 年的生命损失。大流行还使许多与健康相关的指标进一步偏离轨道。由于服务中断，免疫覆盖率（包括针对麻疹，人乳头瘤病毒（HPV），白喉，破伤风和百日咳）的增加趋势以及疟疾和结核病发病率的下降趋势都得到了逆转，并且减少了被忽视的热带病（NTD）的治疗。COVID-19 大流行暴露了国家之间和国家内部的不平等，包括获得 COVID-19 疫苗的不平等，教育水平较低的人群以及低收入和中等收入国家不太可能接受 COVID-19 疫苗。

COVID-19 大流行强烈提醒人们，传染病可能会出现或再次出现，造成伤害

- 每个人都有可能。由于抗菌素耐药性（AMR），以前受到控制的传染病可能会激增，从而阻碍进展。同时，气候变化继续降低身心健康的环境和社会决定因素，给我们所有人带来巨大风险。

在世卫组织 75 年的历史中，世界见证了人口和流行病学的快速转变。每年由非传染性疾病造成的死亡人数占有所有死亡人数的近四分之一，如果这一趋势继续下去，预计到 2048 年世卫组织成立 100 周年，全球将达到约 86%。联合国预计，到 2048 年，全球每年的死亡总数将达到近 9000 万人；因此，其中 7700 万人将是非传染性疾病死亡，绝对数字比 2019 年增加近 90%。

为了应对这些挑战，并在 2030 年前实现可持续发展目标，必须加大努力并加快进展。应制定全球、区域和国家优先事项，并采取干预措施，以结束可预防伤害造成的死亡以及母亲和儿童的死亡，通过降低潜在风险因素来进一步推迟非传染性疾病死亡，并增加公平获得基本卫生服务的机会，同时遏制面临灾难性成本的风险。至关重要的一点是，要有及时、可靠和分类的数据，估计和预测，为各级的政策提供信息并指导行动，以最大程度地提高健康收益并消除不平等现象。



01

全球卫生的关键问题和趋势

世界人口最近经历了更多的生存，全球预期寿命自 20 世纪 50 年代以来增加直到 2019 年（参见第 3 章关于构建过去的成就以面对未来的健康挑战）。这一趋势反映了流行病学从一个时代的转变——从以高出生率和儿童死亡率以及高传染病和孕产妇、围产期和营养状况相关的高负担，以及非传染性疾病负担高的时代。本章介绍了孕产妇和儿童死亡率以及非传染性疾病和主要危险因素的最新趋势。它还讨论了惊人的变化——在 COVID - 19 大流行带来的全球死亡率模式中。最后，它介绍了气候变化及其与人口健康的关系。

1.1 孕产妇和儿童死亡率趋势

自千年之交以来，改善孕产妇和儿童健康一直是全球发展议程上的重中之重。降低孕产妇和儿童死亡率是 2000 年宣布的千年发展目标之一，世界努力实现到 2015 年。这些目标仍然是 2015 年至 2030 年可持续发展目标时代的全球目标之一。

产妇死亡率

怀孕、分娩和产后应该带来积极的经历，确保妇女及其婴儿充分发挥健康和福祉的潜力。不幸的是，生活的这些阶段仍然给妇女及其家庭带来相当大的风险，因为世界许多地方的妇女因相关并发症和保健不足而丧生。可持续发展目标要求到 2030 年将全球孕产妇死亡率降至每 10 万活产 70 例以下。

孕产妇死亡率的水平和趋势

千年发展目标时代取得了很大进展，全球孕产妇死亡率在 2000 年至 2015 年期间从 339 下降了三分之一（用户界面：319 - 360）¹每 100 000 名活产儿死亡人数

每 100 000 例活产死亡 227 例（UI：211 - 246），平均年减少率（ARR）为 2.7%（UI：2.0 - 3.2%）。在此期间，全球孕产妇死亡人数从估计的 447 000 下降了 30%（UI：426 000 - 481 000）。2000 年死亡人数为 313 000 人（UI：300 000 - 350 000 人）2015 年（1）。

然而，到目前为止，这种进展在可持续发展目标时代并没有像全球孕产妇死亡率的 ARR 那样持续

1 这里提供了产妇死亡率统计数据，不确定性区间为 80%。

比率在 2016 年之间暴跌至 -0.04 % (UI : -1.6 - 1.1 %) 和 2020 年, 表明停滞。估计有 287 000 名 (UI : 273 000 - 34.3 000) 妇女因与 2020 年怀孕和分娩有关的可预防原因而丧生 - 每天约 800 名妇女 - 相当于当年每 100 000 例活产死亡 223 (UI : 202 - 255) 。

世卫组织各区域的孕产妇死亡率水平以及进展和放缓的速度参差不齐 (图 1.1)。世卫组织东南亚区域在千年发展目标时代和可持续发展目标时代的前五年保持了最快的下降速度, 将孕产妇死亡率从 372 例 (UI: 336 - 423 例) 每 10 万活产死亡

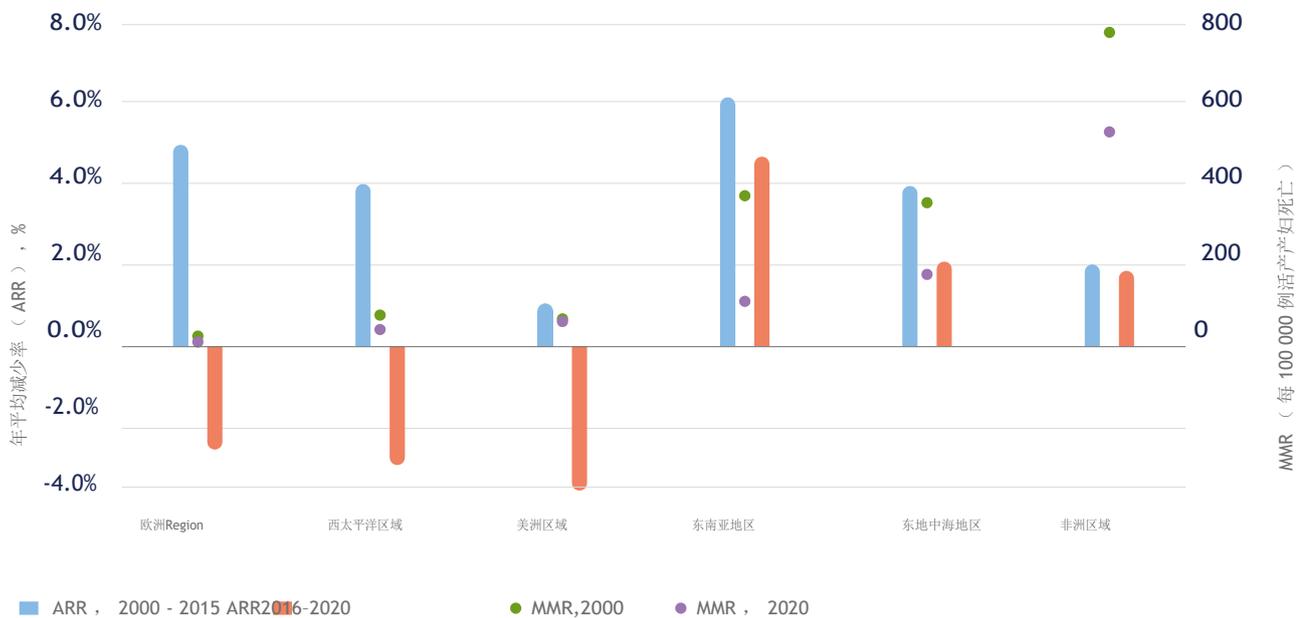
2000 年至 2020 年每 10 万活产婴儿死亡 117 例 (UI : 106 - 133) 。非洲区域在过去二十年中保持 ARR 相对稳定在 2.0 % 的同时, 继续保持最高的孕产妇死亡率。美洲区域, 西太平洋区域和欧洲区域出现了趋势逆转, 孕产妇死亡率水平上升

在千年发展目标时代有所下降之后, 2016 年至 2020 年期间, 产妇死亡率一直很低 (每 10 万产妇死亡 100 例以下) 。

图 1.2 显示了可获得估计数的国家和地区。2020 年, 13 个国家的孕产妇死亡率非常高 (500 至 999) 或极高 (超过 1000) 。在这些国家中, 11 个在非洲区域, 两个在东地中海区域。总共有 117 个国家和地区的孕产妇死亡率低于每 10 万活产 100 例死亡, 其中 60 个国家和地区的孕产妇死亡率非常低 (低于 20) 。

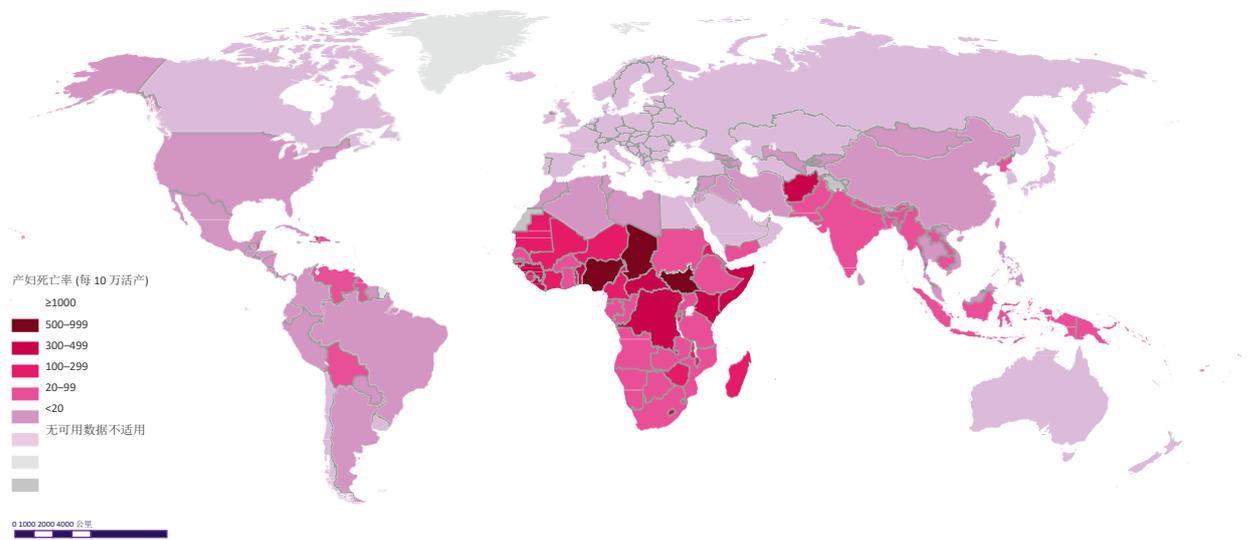
各国内部也可能出现差异, 孕产妇死亡率水平在国家以下地区和居住地之间有所不同, 或因收入和教育水平等社会经济地位以及种族和族裔等其他社会决定因素而异。

图 1.1 2000 - 2020 年按世卫组织区域分列的孕产妇死亡率和年均下降率



注: ARR = 平均年下降率; MMR = 孕产妇死亡率。
资料来源: 参考文献 (1)。

图 1.2020 年按国家 / 地区列的孕产妇死亡率



资料来源：参考文献（1）。

预防孕产妇死亡的干预措施

为了实现可持续发展目标，在 2021 年至 2030 年之间，全球需要 11.6% 的 ARR。这一速度在国家一级很少长期实现。但是，由于可以通过众所周知的干预措施来预防或管理可能导致孕妇在怀孕期间以及分娩期间和分娩后死亡的大多数并发症，因此必须加紧努力，以改善获得此类干预措施的机会，特别是在死亡率高的国家和地区。

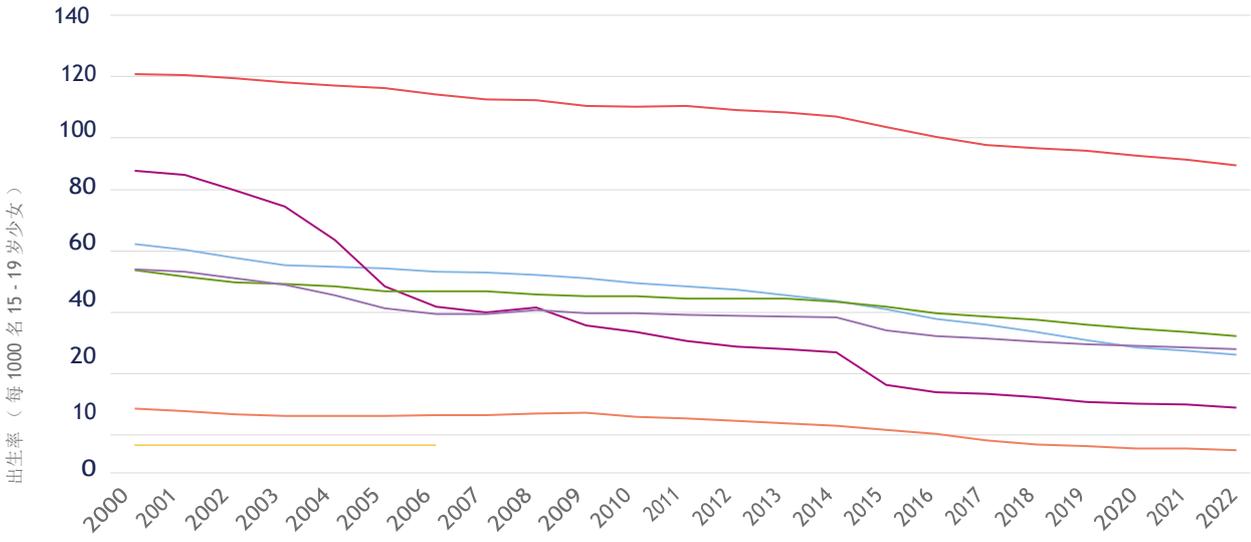
为了避免孕产妇死亡，预防意外怀孕至关重要。所有妇女，包括青少年，都需要获得避孕方法、法律规定的安全堕胎服务以及高质量的堕胎后护理。本报告的 UHC 部分讨论了避孕服务的覆盖范围。

早育对青少年母亲的健康风险增加，并阻碍她们接受教育。孕产妇状况是全球少女死亡的主要原因 (2)。自 2000 年以来，全球青少年出生率 (ABR) 一直在下降，但进展缓慢且不平衡 (图 1.3) (3)。2022 年全球

平均每 1000 名 15 - 19 岁少女分娩 41.9 例，低于 2000 年每 1000 名 15 - 19 岁少女分娩 64.6 例。年轻少女 (10 - 14 岁) 的青少年出生率从 2000 年的每 1000 名女孩 3.3 例下降到 2022 年的每 1000 名女孩 1.5 例。自 2000 年以来，世卫组织欧洲和西太平洋区域的青少年出生率仍然最低。世卫组织东南亚区域的青少年出生率下降幅度最大，从 2000 年这两个年龄组的全球出生率高出 40%，到 2022 年，年轻少女和老年少女占全球水平的近三分之一 (35%)，占全球水平的 60%。

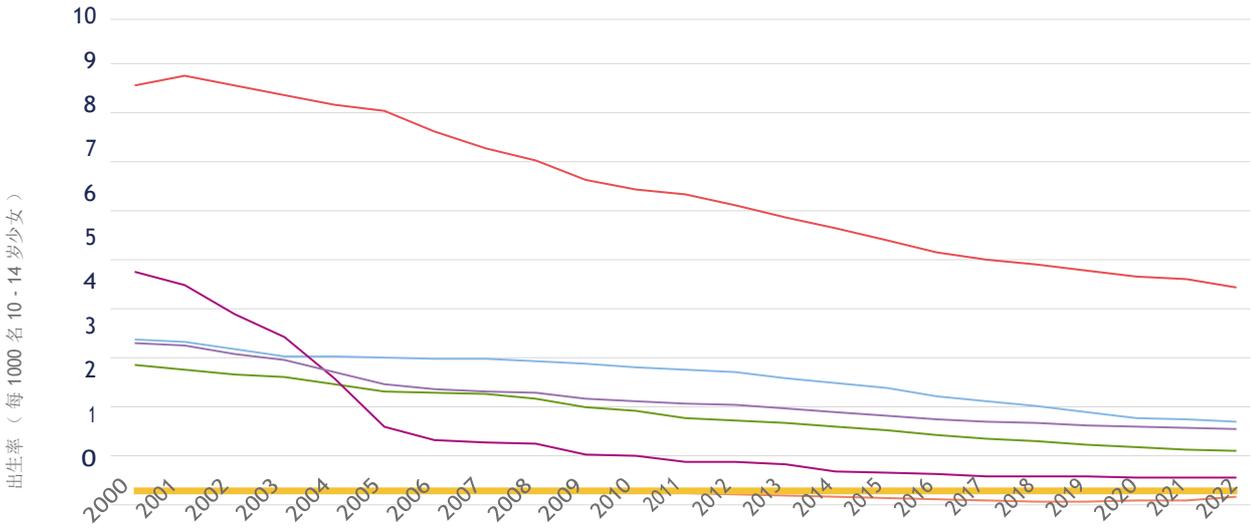
所有妇女都需要在怀孕期间以及分娩期间和之后获得高质量的护理。特别重要的是，所有孕妇都要接受适当的产前保健 (ANC)，并且所有分娩都要由熟练的卫生专业人员接生 (另见 UHC 部分)。为了改善孕产妇健康，必须在卫生系统和社会层面确定和解决限制获得优质孕产妇保健服务的障碍。

图 1.3 2000 - 2022 年按年龄组和世卫组织区域分列的青少年出生率趋势 15 - 19 岁少女



— 非洲区域 美洲区域 东地中海区域 欧洲区域 东南亚区域 西太平洋 Region 全球

少女，10 - 14 岁



— 非洲区域 美洲区域 东地中海区域 欧洲区域 东南亚区域 西太平洋 Region 全球

资料来源：参考文献（3）。

儿童死亡率

儿童生存是人类发展的重要标志

– 在过去的 75 年中，它一直是全球预期寿命增加的主要驱动因素之一。国际社会致力于降低最年幼儿童的死亡率，设定可持续发展目标以降低新生儿死亡率（i.Procedres.到 2030 年，新生儿出生后第一个月的死亡率）至少低至每 1000 名活产 12 名，并设定了五岁以下死亡率目标（i.Procedres.5 岁以下儿童的死亡率）同期至少低至每 1000 例活产 25 例。

5 岁以下儿童死亡率水平和趋势

自 2000 年以来，全球在降低儿童死亡率方面取得了实质性进展。大约 1000 万（990 万，UI：9.8 - 10.1 万）²2000 年全球 5 岁以下儿童死亡，相当于 5 岁以下儿童死亡率 (U5MR) 为每 1000 例活产 76 例 (UI: 75 - 78)。到 2021 年，全球死亡人数和 U5MR 都减半（图 1.4）。然而，2021 年有 500 万（UI：480 - 560 万）儿童在五岁生日之前不幸死亡。略低于这些死亡人数的一半（47%）- 约 230 万（UI：220 - 260 万）。

– 发生在生命的第一个月。2021 年，全球新生儿死亡率（NMR）为每 1000 活产中有 18 例（UI：17 - 19）死亡，比 31 例（UI：30 - 32）死亡下降了 43%

2000 年活产 1000 例。2021 年全球 U5MR 为 38

（UI：36 - 42）每 1000 例活产死亡（4）。

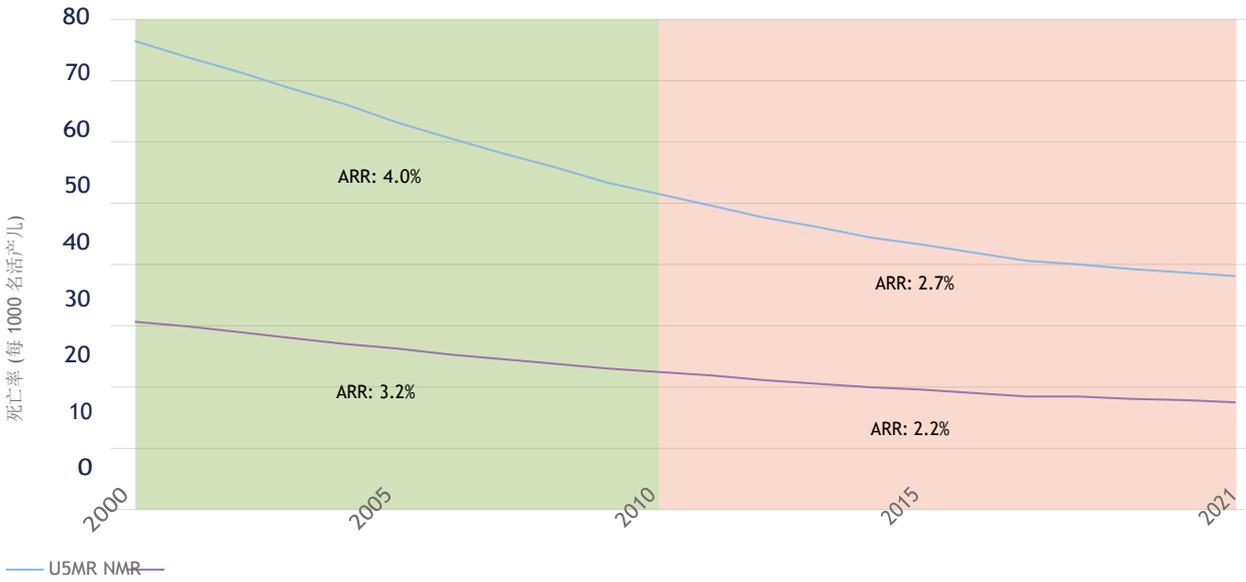
在全球范围内，与 U5MR 相比，NMR 的下降速度较慢，并且与第一个十年（2000 - 2009）相比，第二个十年（2010 - 2021）的下降速度较慢。NMR 的 ARR 从 2000 - 2009 年的 3.2% 下降到 2010 - 2021 年的 2.2%，而 U5MR 的 ARR 从第一阶段的 4.0% 下降到第二阶段的 2.7%（图 1.4）。自 2015 年可持续发展目标时代开始以来，这种放缓尤为明显。

世界各地的儿童根据他们出生的地方面临着截然不同的生存机会。虽然非洲地区的 U5MR 在 2000 年至 2021 年期间下降了 52%，但它仍然是最高的，每 1000 例活产中有 72 例（UI：65 - 84）死亡 - 几乎是全球 U5MR 的两倍，是欧洲地区的约 9 倍，每 1000 例活产中有 8 例（UI：7 - 8）死亡。尽管核磁共振数据下降了 34%，从 2000 年的每 1000 例活产 40 例 (UI: 39 - 42) 死亡下降到 2021 年的每 1000 例活产 27 例 (UI: 24 - 31) 死亡，但由于活产数量的增加，非洲地区的新生儿死亡人数自 2000 年以来一直居高不下，每年约 110 万 (图 1.5)。东南亚地区的死亡人数大幅下降，2000 年至 2021 年期间，新生儿和五岁以下新生儿死亡人数分别下降了 65% 和 78%。

然而，在 14 个国家中，U5MR 超过 75 / 1000 活产，在 29 个国家中，NMR 超过 25 例死亡。

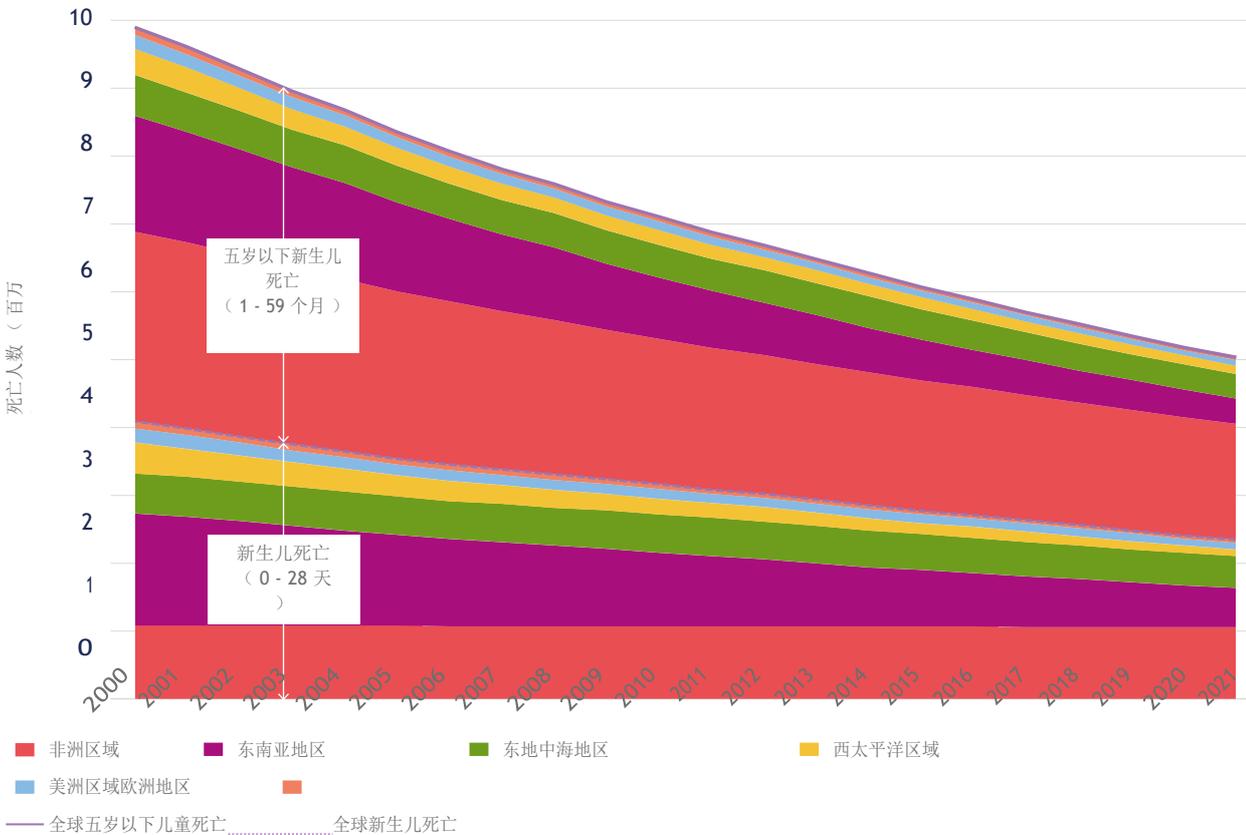
² 这里提供了儿童死亡率统计数据，其不确定性区间为 90%。

图 1.4 2000 - 2021 年全球五岁以下儿童死亡率和新生儿死亡率趋势



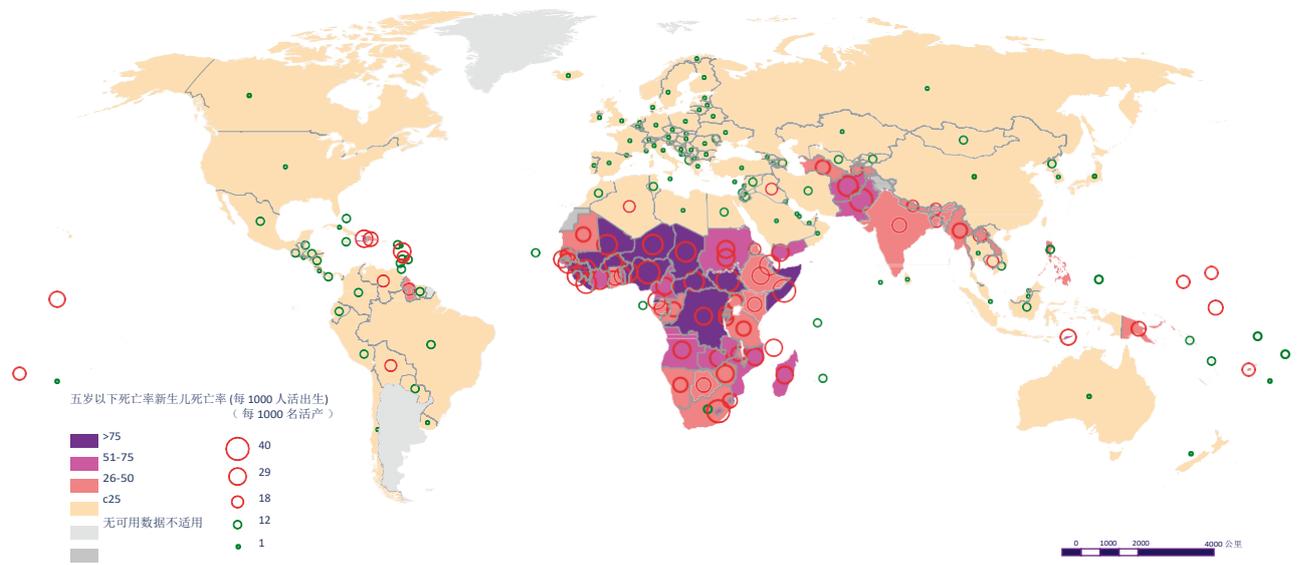
注：ARR = 年平均下降率；U5MR = 5 岁以下儿童死亡率；NMR = 新生儿死亡率。
资料来源：参考文献（4）。

图 1.5 2000 - 2021 年按世卫组织区域分列的新生儿死亡和五岁以下新生儿死亡趋势



资料来源：参考文献（4）。

图 1.6 2021 年按国家 / 地区划分的五岁以下儿童死亡率和新生儿死亡率



资料来源：参考文献 (4)。

防止儿童死亡的干预措施

如果目前的趋势继续下去——即如果 2010 - 2021 年的 ARR 保持不变——到 2030 年，54 个国家将达不到可持续发展目标的 U5MR 目标，63 个国家将达不到核磁共振的目标。在非轨道国家实现可持续发展目标将在 2022 年至 2030 年期间避免近 1000 万五岁以下儿童死亡。

获得基本的挽救生命的干预措施，如出生时熟练分娩、产后护理、母乳喂养和充足的营养、疫苗接种和常见儿童疾病的治疗，可以挽救许多年轻人的生命。加快高死亡率国家进展的努力将涉及高质量地提供这些干预措施。

新生儿死亡主要与怀孕前和怀孕期间出现的疾病以及与分娩过程相关的并发症有关。早产并发症，出生窒息和产伤以及先天性异常是

这些最小婴儿的主要死亡原因。急性呼吸道感染、新生儿败血症和脑膜炎也是最重要的死亡原因。孕产妇护理和新生儿护理齐头并进 - 本报告的 UHC 部分讨论了关键指标，如 ANC 覆盖率和熟练接生率。方框 1.1 提供了一个国家实施一系列干预措施以挽救剖腹产后的新生儿生命的例子 (5)。

高死亡率国家的五岁以下新生儿死亡主要是由急性呼吸道感染、腹泻和疟疾等传染病引起的 (6)。UHC 部分还讨论了关键的儿童健康指标，包括免疫覆盖率和寻求急性呼吸道症状的护理。确保公平获得优质初级保健是可以采取的最重要行动，以便所有儿童无论出生在哪里，都有最好的开始和对未来的最大希望。

方框 1.1 越南剖腹产后的“第一次拥抱”正在挽救新生儿的生命(5)

越南改善母婴结局的努力越来越复杂，剖腹产率加快，估计 2022 年全国为 29%。在越南各地，剖腹产出生的婴儿通常与母亲分开，并被送往新生儿重症监护病房（NICU）进行长期观察，并给予婴儿配方奶粉。这种通常不必要的做法增加了新生儿感染和其他并发症的风险，并导致 NICU 拥挤。

2014 年，越南引入了早期基本新生儿护理（EENC），这是一套基于证据的干预措施，用于在出生时预防或管理新生儿发病和死亡的常见原因。这些措施包括立即彻底干燥，持续的皮肤与皮肤接触，延迟的脐带夹紧，促进早期和纯母乳喂养，无呼吸婴儿的复苏和“袋鼠母亲护理”（KMC）。这种方法的核心是母亲和婴儿之间持续的皮肤接触（“第一次拥抱”），它传递温暖并促进不分离。

岘港妇女和儿童医院是最早在越南引入 EENC 的医院之一，利用员工辅导、质量改进评估以及协议和环境的变化。在将 EENC 引入常规阴道分娩后，医院通过开发指导手术团队的方法并改善手术室中婴儿帽，干燥布和复苏区域的可用性，开创了这种剖腹产护理方法。

此后，在 2013 - 2015 年期间，在引入 EENC 之前和之后通过剖腹产分娩的 16 927 名新生儿的数据显示，NICU 总入院率从 16.7 % 下降到 11.8 %（相对风险 0.71；95 % CI 0.66 - 0.76）。此外，与 EENC 前相比，入院 NICU 时体温过低的婴儿人数从 5.0 % 下降至 3.7 %（相对风险 0.73；95 % CI 0.63 - 0.84），脓毒症病例从 3.2 % 下降至 0.8 %（相对风险 0.26；95 % CI 0.20 - 0.33）。

虽然在引入 EENC 后，NICU 中超过一半的新生儿以前曾喂养过母乳以外的东西，但 85.8 % 的新生儿完全母乳喂养（相对风险 1.86；95 % CI 1.75 - 1.98），接受 KMC 的早产新生儿（< 2000 g）从 50 % 增加到 67 %（相对风险 1.33；95 % CI 1.12 - 1.59）。

这些发现表明对剖腹产婴儿的结局产生了重大影响，最终挽救了生命。剖腹产入院人数的减少也代表了在引入 EENC 后的一年内至少为医院节省了 162 060 美元。

这些数据导致在越南更广泛地采用 EENC。截至 2019 年，首次拥抱已在 100 % 的国家医院和 89 % 的国家以下医院中应用，减轻了对产妇卫生系统的压力，并增强了婴儿，母亲和家庭的健康和福祉。

1.2. 非传染性疾病和主要风险因素

非传染性疾病影响着各行各业和世界各地的人们。非传染性疾病的流行对个人、家庭和社区造成了毁灭性的健康后果。预防和控制这些疾病是 21 世纪的一项重大发展任务。

非传染性疾病继续造成全球最高的疾病负担。非传染性疾病的影​​响从造成全球 61% 的死亡（相当于 3100 万，UI：24 - 4000 万）³ 从 2000 年到 2019 年造成 74%（或 4100 万，UI：29 - 5700 万），并从造成 47%（或 13 亿，UI：0.8 - 17 亿）的全球残疾调整寿命年（DALYs）⁴ 2000 年将导致 63%（或 16 亿，UI：10 - 22 亿）的 DALYs 在 2019 年（2, 7）。

四大非传染性疾病共造成约 3330 万人死亡（UI：24.5 - 2019 年有 4330 万人），比 2000 年增加了 28%。这些主要的非传染性疾病是心血管疾病（1790 万，

UI：13.4 - 2290 万），癌症（930 万，UI：6.9 - 1220 万），慢性呼吸系统疾病（410 万，UI：290 - 560 万）和糖尿病（200 万，UI：1.4 - 270 万）。

非传染性疾病导致的绝对死亡人数和 DALY 的增加主要是由人口增长和老龄化推动的。然而，在个人层面，世界范围内死于非传染性疾病的总体风险一直在下降，在过去 20 年里取得了进展。

在全球范围内，2000 年至 2019 年期间，主要非传染性疾病导致的死亡人数下降幅度最大的是慢性呼吸系统疾病（所有年龄段的年龄标准化比率下降了 37%），其次是心血管疾病（27%）和癌症（16%）。

NCD 过早死亡

在全球范围内，2019 年 30 岁的人在 70 岁之前死于四种主要非传染性疾病之一的可能性为 17.8%（UI：13.3 - 23.1%）。世卫组织东地中海区域的概率最高，为 24.5%（UI：16.7 - 34.0），其次是东南亚区域，为 21.6%（UI：15.8 - 28.2%），非洲区域为 20.8%（UI：13.3 - 30.3%）。世卫组织欧洲区域的概率较低，为 16.3%（UI：12.7 - 20.4%），西太平洋区域为 15.6%（UI：11.9 - 19.7%），美洲区域为 14.0%（UI：11.7 - 16.9%）（2）。

这代表了自 2000 年以来所有区域的进步，全球下降了 22.2%。在区域一级，下降幅度从东南亚和东地中海地区的大约 13% 到西太平洋（26.8%）和欧洲（31.2%）区域的下降幅度超过 25%。

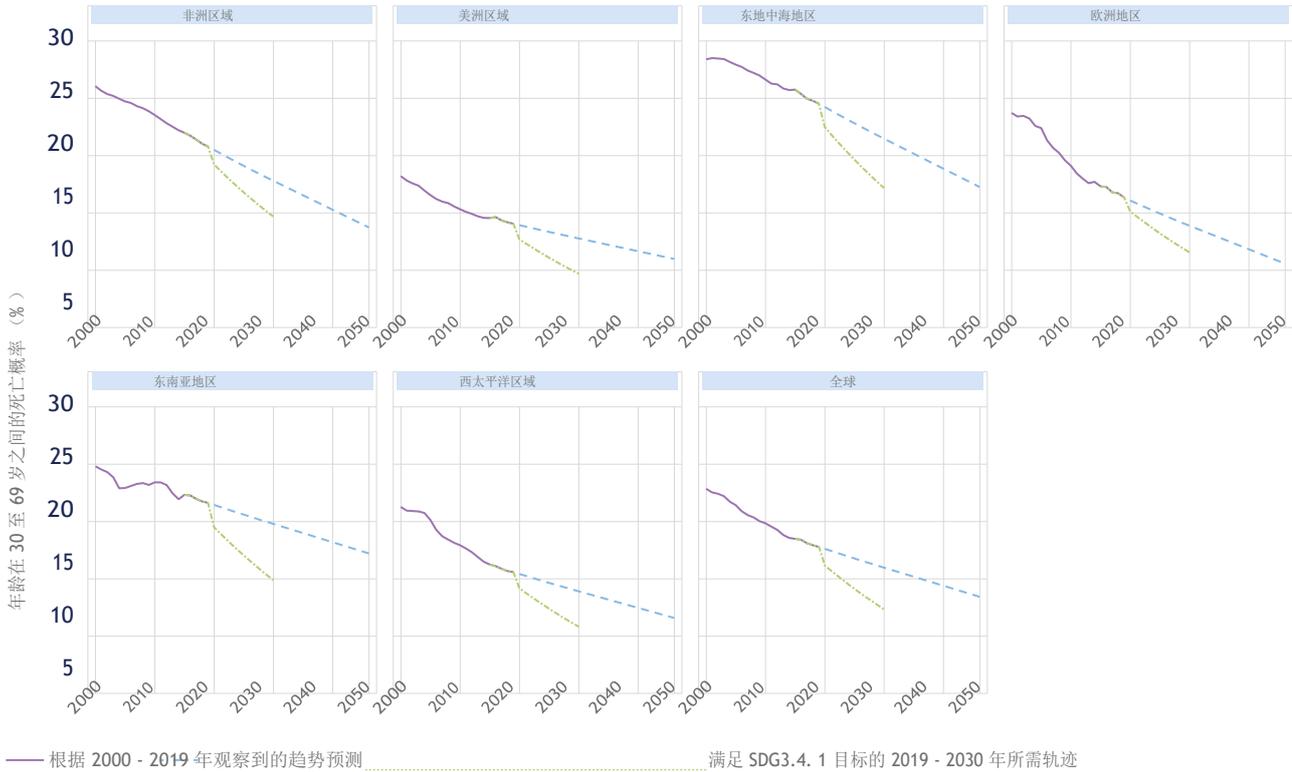
在世卫组织所有区域和全球，男性因非传染性疾病过早死亡的可能性高于女性。在过去的二十年中，全球和世卫组织所有区域的性别绝对差距一直在缩小。但是，以男女比例衡量的相对差距在西太平洋区域增加了 11%，而在其他五个区域则下降或基本保持不变。

然而，自 2015 年可持续发展目标时代开始以来，进展已经放缓。如果主要非传染性疾病过早死亡率的年平均下降率（ARR）持续下去，世卫组织没有一个区域将实现可持续发展目标中减少三分之一的目标。到 2048 年世卫组织成立 100 周年时，只有非洲、东地中海和欧洲地区实现了可持续发展目标 2030 年的目标，而其他地区和全球都将无法实现这一目标（图 1.7）。

³ 除非另有说明，否则本报告中提供的不确定度区间代表 95% 的不确定度区间。

⁴ DALY 是考虑死亡率和发病率的疾病总负担的度量。疾病或健康状况的 DALY 是由于过早死亡而导致的寿命损失年数（YLL）和由于人群中疾病或健康状况的流行病例而导致的残疾而导致的健康寿命损失年数（YLD）的总和。

图 1.7 死于四种主要非传染性疾病的可能性 * (30 - 69 岁)，预测与可持续发展目标，世卫组织区域和全球，2000 - 2048 年



* 心血管疾病，癌症，慢性呼吸道疾病和糖尿病。
资料来源：参考文献（2）。

主要 NCD 危险因素

非传染性疾病是遗传、生理、环境和行为因素综合作用的结果。可调整的行为危险因素包括有害使用酒精、吸烟、缺乏身体活动和不健康饮食。代谢危险因素包括血压升高，超重和肥胖，高血糖（高血糖水平）和高脂血症（血液中脂肪含量高）。以下是其中一些危险因素指标的最新可用数据。第 2.4 节讨论了环境风险。

酒精消费

自 2015 年以来，人均酒精（15 岁以上）消费总量在全球水平上有所下降，2005 - 2010 年总体增长，2010 - 2015 年达到平稳水平。2019 年，人均纯酒精（15 岁以上的人）的总消费量为 5.5 升（UI：4.8 - 6.2）（8）。

世卫组织各区域的趋势并不统一。虽然欧洲和非洲区域的人均消费量在 2000 年至 2019 年期间分别大幅下降了 17% 和 18%，但该区域的

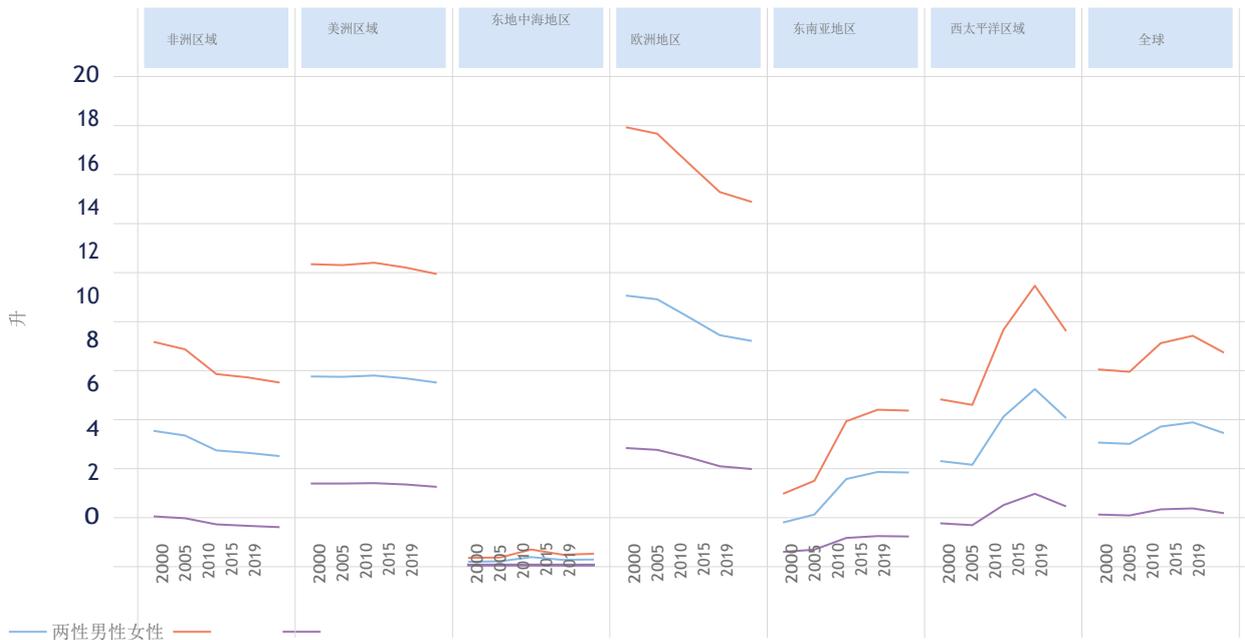
美洲和东南亚和西太平洋区域人均消费大幅增长（分别为 112% 和 40%）。

尽管有所下降，但欧洲地区的男女消费量仍然最高 - 男性人均 14.9（UI：13.6 - 16.2）升，女性人均 4.0（UI：3.6 - 4.4）升。美洲区域的男性人均消费量为 11.9 升（UI：10.1 - 13.8），女性为 3.3 升（UI：2.7 - 3.8），而西太平洋区域的男性人均消费量为 9.6 升（UI：6.8 - 12.5），女性为 2.5 升（UI：1.8 - 3.2）。人均消费量最低的是东地中海地区，男性为 0.5 升（UI：0.4 - 0.9），男性为 0.1 升（UI：0.0 - 0.1）。

2019 年女性（图 1.8）。

在全球范围内，男性人均纯酒精消费量几乎是女性的四倍，即 2019 年为 8.7 升（UI：7.7 - 9.9）和 2.2 升（UI：1.9 - 2.5）。在东地中海区域（8.1）和东南亚区域（5.1）观察到性别之间的最大差距（男女比例），最低的比例是美洲区域（3.7）和欧洲区域（3.7）。

图 1.8 2000 - 2019 年世界卫生组织区域和全球人均酒精消费总量（15 岁或以上）



资料来源：参考文献（8）。

烟草使用

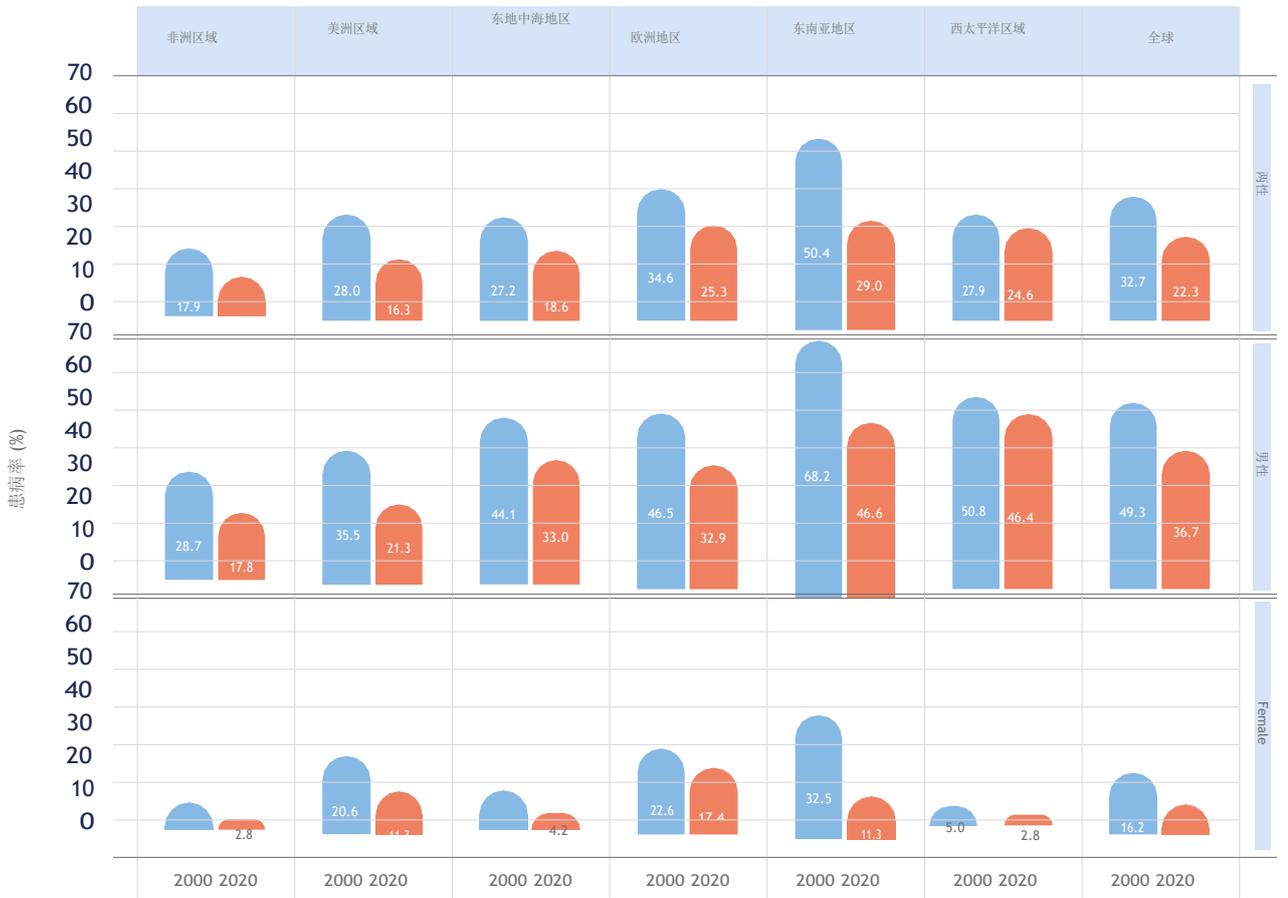
在全球范围内，15 岁或 15 岁以上人群中当前烟草使用的年龄标准化患病率下降了 30% 以上，从 2000 年的 32.7% 下降到 2020 年的 22.3%（图 1.9）。东南亚地区是下降幅度最大的地区之一，超过 40%，但在 2020 年，东南亚地区的烟草使用率最高（29.0%），而非洲区域和美洲区域的烟草使用率最低，分别为 10.3% 和 16.3%。西太平洋地区的进展最慢，从 2000 年的 27.9% 下降到 2020 年的 24.6%，下降幅度仅为 11.8% (9)。

《预防和控制非传染性疾病全球行动计划》设定了一个目标，即在 2010 年至 2025 年期间将目前的烟草使用流行率降低 30%。尽管自 2000 年以来世界许多地区取得了进展，但与 2000 年至 2010 年相比，2010 年至 2020 年期间烟草使用流行率的降低速度有所放缓。

2010 年至 2020 年间仅下降了 16.5%，远未达到到 2025 年削减 30% 的目标。如果这一趋势持续下去，西太平洋地区实现这一目标的可能性最低，2010 年至 2020 年间仅下降 5.7%。相比之下，非洲、美洲和东南亚区域到 2025 年有更好的机会实现这一目标，每个区域在 2010 - 2020 年都经历了约 23% 的减少。

目前，全球男性的年龄标准化烟草使用率高于女性。2020 年，全球男女比例为 4.7，高于 2000 年的 3.0，表明男性与女性相比下降速度较慢。在世卫组织所有区域，男性相对而言缺乏进展，但欧洲除外，欧洲的这一比例从 2000 年的 2 以上略有下降到 2020 年的 1.9，这一水平在世卫组织所有六个区域中最低。在过去的二十年中，西太平洋地区的这一比例一直保持最高，从 2000 年的 10.2 上升到 2020 年的 16.6。

图 1.9 2000 - 2020 年世卫组织区域和全球 15 岁或 15 岁以上人群中当前烟草使用的年龄标准化患病率



资料来源：参考文献(9)。

肥胖

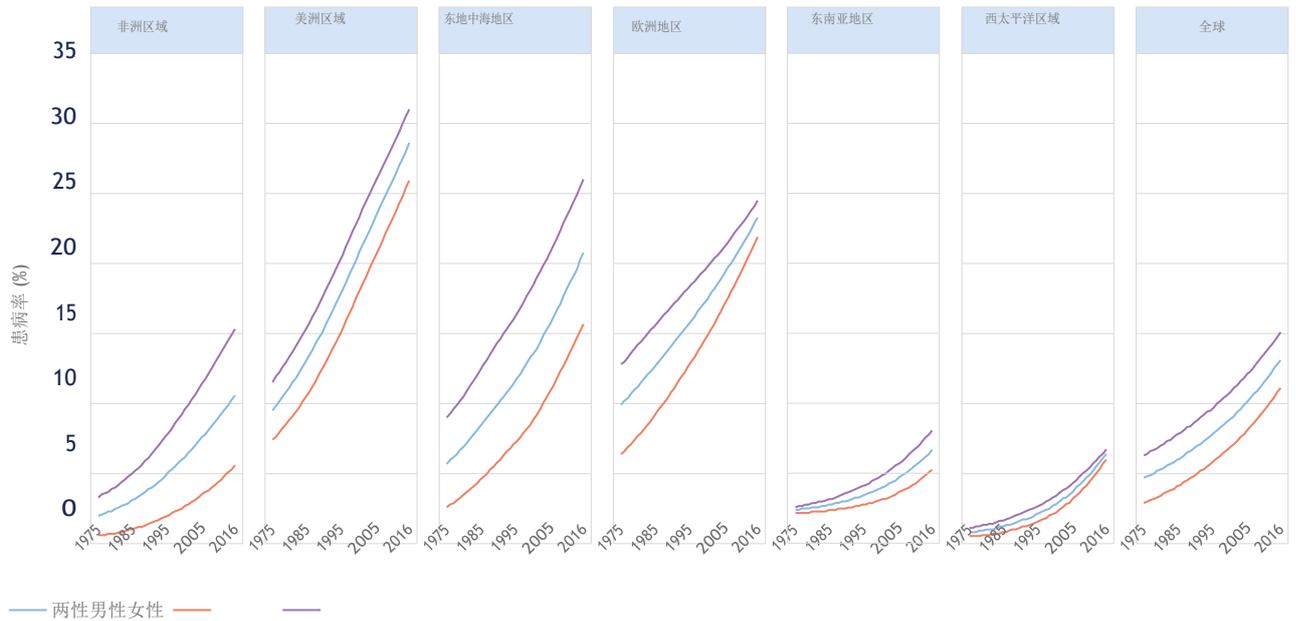
18 岁或以上成人肥胖的年龄标准化患病率 - 即体重指数 (BMI) > 30 kg / m² 自 1970 年代以来一直在上升。2016 年，全球 13.1 % (UI : 12.4 - 13.9 %) 的成年人肥胖，高于 2000 年的 8.7 % (UI : 8.4 - 9.0) 。增长最大的是东南亚地区，从 1.9 % (UI : 1.6 - 2.2 %) 上升到 4.7 % (UI : 3.9 - 5.6 %) (几乎增加了 150 %) ，西太平洋地区从 2.7 % (UI : 2.4 - 3.0 %) 上升到 6.4 % (UI : 5.2 - 7.7 %) (几乎增加了 140 %) 。成人肥胖的最高水平是 2016 年在美洲，其中 28.6% (UI: 26.6 - 30.5%) 的成年人肥胖，从 2000 年的 20.2% (UI: 19.0 - 21.5%) 增加了 42% (图 1.10) (10) 。

与许多其他健康风险不同，成年女性的肥胖患病率高于男性。在全球范围内，年龄标准化的肥胖患病率的男女比例为

1.4。2016 年，从 2000 年的 1.6% 下降，表明男性肥胖率上升得更快。非洲地区的性别差异最大，2016 年的比率超过 2.7，低于 2000 年的 3.7。所有地区都显示出类似的趋势，即男性肥胖增加更快，性别差距缩小，欧洲和西太平洋地区的比例在 2016 年降至只有 1.1。

肥胖和超重也会影响儿童，自 2000 年以来，全球患病率一直在增加 (11) 。关于 5 岁以下儿童超重的最新数据见第 2.2 节。

图 1.10 1975 - 2016 年世界卫生组织区域和全球成年人（18 岁或以上）肥胖的年龄标准化患病率



资料来源：参考文献（10）。

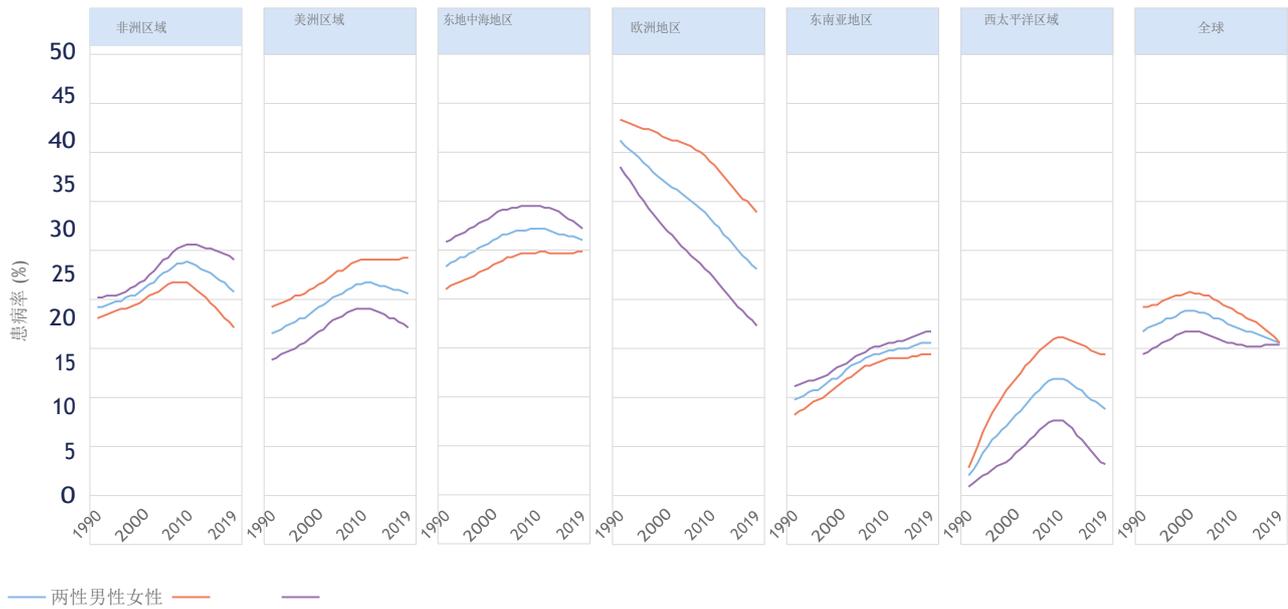
高血压

自 1990 年以来，30 - 79 岁成年人中高血压的全球年龄标准化患病率一直在上升，然后在 2009 年左右达到峰值；此后在 2019 年下降至 33.1%（UI：31.5 - 34.8%）（图 1.11）。世卫组织所有区域也观察到类似的钟形趋势，但东南亚的流行率自 1990 年以来持续上升，欧洲的流行率持续下降。在世卫组织地区中，东地中海在 2019 年的成人高血压患病率最高，为 37.8%（UI：34.9 - 40.8%），其次是欧洲，为 36.9%（UI：35.0 - 38.7%），非洲为 35.5%（UI：33.0 - 38.0%）和。

美洲为 35.4%（UI：33.3 - 37.6%），而西太平洋地区的最低水平为 28.3%（UI：24.8 - 32.1%）（10）。

WHO 各地区成年人年龄标准化高血压患病率的性别差异显著。在非洲、东地中海和东南亚区域，妇女的患病率一直高于男子，近年来，非洲区域的差距有所扩大，但东地中海区域的差距有所缩小。相比之下，在美洲区域、欧洲区域和西太平洋区域，男性的患病率高于女性。欧洲和西太平洋地区的男女比例有所增加，2019 年均超过 1.2，而在美洲，男女比例大致保持在 1.1 左右。

图 1.11 1990 - 2019 年世界卫生组织区域和全球成年人（30 - 79 岁）高血压的年龄标准化患病率



资料来源：参考文献（10）。

NCD 预防和控制

预防和控制非传染性疾病不可或缺的方法是注重降低相关风险因素。政府和其他利益相关者存在低成本解决方案，以减少常见的可修改风险因素。需要采取综合办法，要求所有部门——卫生、金融、运输、教育、农业、贸易和其他部门——共同努力实现共同目标。监测非传染性疾病的进展和趋势及其风险因素对于指导政策和优先事项也至关重要。

同样重要的是，投资于更好地管理非传染性疾病，包括检测、筛查和治疗这些非传染性疾病

疾病，以及有需要的人获得姑息治疗。可以通过初级保健方法提供影响很大的非传染性疾病基本干预措施，以加强早期发现和及时治疗。这种干预措施是极好的经济投资，因为如果及早提供给患者，它们可以减少对更昂贵治疗的需求。

世界各国正在解决日益严重的非传染性疾病问题。方框 1.2 介绍了沙特阿拉伯在这一努力中所做的努力。

方框 1.2 沙特阿拉伯防治非传染性疾病

像世界上大多数国家一样，沙特阿拉伯的非传染性疾病发病率和流行率不断上升。因此，非传染性疾病已成为该国死亡率和残疾的主要原因(2,7)，不仅挑战人口健康，而且挑战国家的医疗保健和可持续发展。

为了应对日益增加的非传染性疾病负担，过去几年来，沙特阿拉伯在医疗保健系统以及推进非传染性疾病的预防和控制方面取得了巨大进展。沙特阿拉伯有坚定的政治承诺，通过多部门合作与协调来解决非传染性疾病，这是该国 2030 年愿景议程的一个组成部分，即到 2030 年将预期寿命提高到 80 岁(12)。为了在 10 年内将死亡率和发病率降低 5%，《非传染性疾病国家执行计划 (2010 - 2020 年)》及其 2014 - 2025 年更新版本制定了更具体的目标。这些目标包括扩大非传染性疾病的监测和预防，为非传染性疾病治疗提供优质的卫生服务，促进体育活动，大幅减少空气污染，扩大非传染性疾病预防研究。

在通过初级卫生保健和全民健康覆盖改善非传染性疾病预防的同时，沙特阿拉伯还启动了若干战略干预措施和方案，以促进预防健康风险。例如，该国自 2002 年开始实施烟草控制计划，2005 年是首批批准《世界卫生组织烟草控制框架公约》的国家之一，并于 2019 年获得世界卫生组织烟草控制奖章。(13)。目前，沙特阿拉伯是 MPOWER 六项政策中的三项的最佳实践国家，包括提供戒烟帮助，警告烟草的危险以及禁止广告，促销和赞助。此外，沙特阿拉伯近年来通过实施全球成人烟草调查和全球青年烟草调查，在监测烟草使用方面取得了显著进展。它是东地中海地区第一个实施烟草制品普通包装的国家。2022 年 12 月，沙特食品和药物管理局被认证为世卫组织合作中心。该国的烟草控制法规包括反吸烟法，100% 消费税，禁止在公共场所吸烟以及烟草广告和促销。(14,15)。

此外，实施了《国家饮食和身体活动战略 (2014 - 2025 年)》，以及《2030 年愿景》框架内外的几项运动，以将超重和肥胖率降低到 40%，将蔬菜和水果的消费率提高到 20%，并稳定糖尿病的患病率。例如，举办了教育讲座，出版了关于体育活动的培训手册，宣传运动侧重于大众媒体，以改善体育活动，特别是年轻人的体育活动。此外，沙特阿拉伯要求在餐厅和咖啡馆菜单上显示卡路里水平，并自 2019 年以来对含糖饮料征收 50% 的消费税，对能量饮料征收 100% 的税。(16)。沙特阿拉伯还是解决非传染性疾病的钠减少和反式脂肪消除政策的最佳实践国家。它是实现钠减少政策最高执行水平的 9 个国家之一，也是有资格获得世卫组织反式脂肪消除认证计划的 14 个国家之一(17,18)。该国有强制性政策来强制限制食品中的钠含量，实施所有与世卫组织钠相关的最佳购买，限制食品和油中的反式脂肪含量，并要求在预包装食品上标明钠和反式脂肪含量(17,19)。

通过这些政策，该国为更健康的生活方式创造了激励措施，并取得了有希望的改善。寻求戒烟帮助的人们需求增加了 213%，烟草进口减少了 43.1%(20)。健康食品现在比不健康食品更便宜(21)。这些只是沙特阿拉伯正在采取和需要采取的众多行动的一些亮点，以加快全面实现 2030 年愿景议程的进展。¹

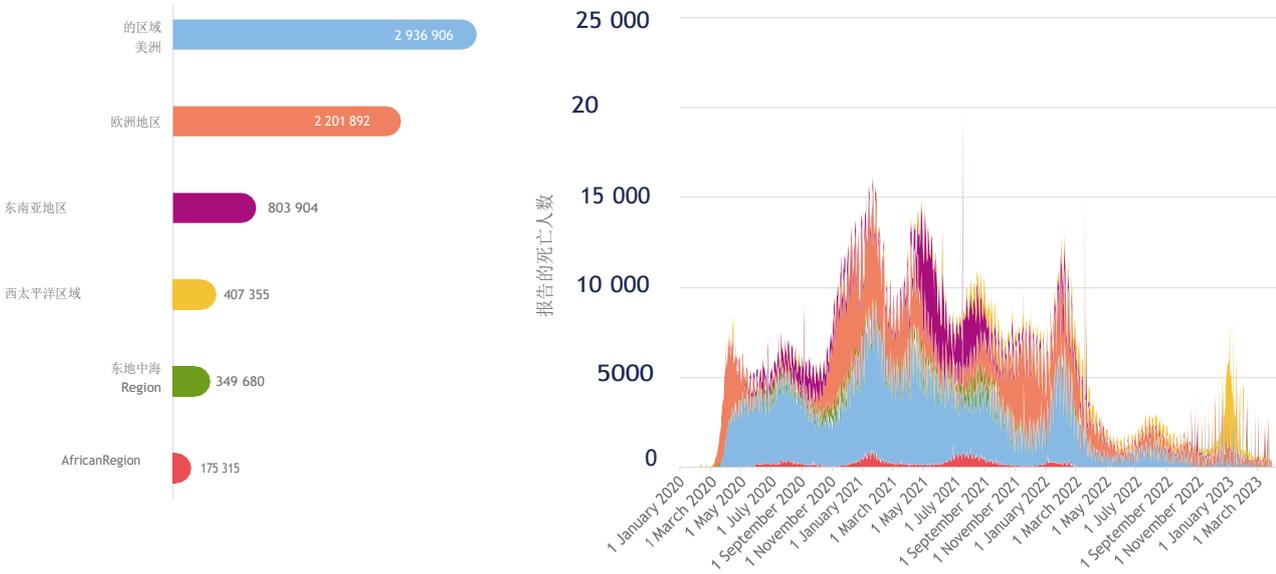
¹沙特阿拉伯积极与世卫组织合作，进行数据交换和估计各种与健康有关的指标。这一承诺将反映在即将到来的估计中。

1.3 评估 2020 - 2021 年 COVID - 19 大流行的影响

自从三年多前在世界各地报告了第一例 COVID - 19 病例以来，这场大流行对世界上每个国家都产生了前所未有的影响。截至 2023 年 3 月 11 日，全球已确诊 COVID - 19 病例超过 7.59 亿例，报告 COVID - 19 死亡病例近 690 万例（图 1.12）（22）。然而，COVID - 19 大流行的真实死亡人数明显更高，因为它通过中断等机制间接影响了死亡率。

医疗保健服务和寻求护理行为的变化。与 COVID - 19 大流行相关的超额死亡率 - 通过大流行期间的总死亡率与同期没有大流行影响的预期死亡率之间的差异来衡量 - 是真正影响的关键指标，因为它说明了大流行对全因死亡率的净影响。

图 1.12 截至 2023 年 3 月 11 日世卫组织地区报告的 COVID - 19 死亡病例



资料来源：参考文献 (22)。

报告的 COVID - 19 死亡率和与 COVID - 19 大流行相关的超额死亡率

截至 2023 年 3 月 11 日，在报告的 690 万例 COVID - 19 死亡病例中，43% 是在世卫组织美洲区域报告的，使其成为疫情最严重的区域。世卫组织欧洲和东南亚区域分别占全球报告的 COVID - 19 死亡病例的 32% 和 12%。

世卫组织西太平洋、东地中海和非洲地区在同一时期报告的因 COVID - 19 死亡人数要少得多，占全球总数的 14%。然而，在整个过程中，全球报告的 COVID - 19 死亡人数的份额因地区而异

大流行，反映了疾病的传播、各地区和各国为遏制大流行采取的各种方法、疫苗的可获得性和国家之间的差异、检测制度和政策的差异和变化、在分配死亡根本原因方面不断变化的做法以及 COVID - 19 病毒性质的变化。

然而，报告的 COVID - 19 导致的死亡通常低估了 COVID - 19 对人类死亡率影响的真实代价。在过去的两年中，世卫组织作出了巨大的努力，在大流行期间和之前，按每周和每月对报告的全因死亡率的所有现有信息进行了整理。本组织还整理了关于 COVID - 19 大流行本身的数据和其他相关信息，以及世界各地人口的相关流行病学情况，为其成员国提供 2020 年和 2021 年 COVID - 19 大流行对死亡率影响的最全面评估 (23, 24)。

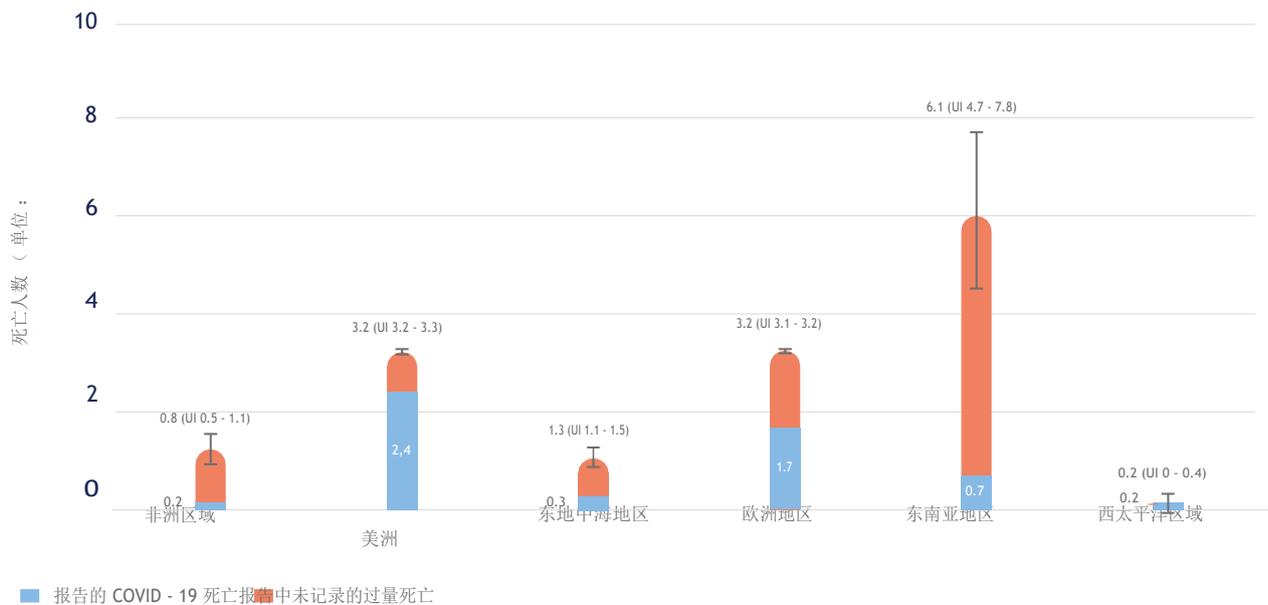
通过 2023 年进行的会员国磋商，世卫组织对超额死亡率的最新估计显示，到 2021 年底，全球 1490 万 (95% UI: 13.3 - 1660 万) 超额死亡可归因于 COVID - 19 大流行。2021 年发生了更多的超额死亡 - 1040 万 (95%

UI: 9.1 - 1210 万) - 比 2020 年的总数高

440 万 (UI: 3.9 - 5.0 万)。在区域一级，东南亚地区在 2020 年和 2021 年的超额死亡人数最高，为 610 万 (UI: 4.7 - 780 万)，占全球超额死亡人数的 41%；这与同期东南亚地区在全球报告的 COVID - 19 死亡人数中所占的百分比 (占全球报告死亡人数的 13.3%) 有着不同。除了西太平洋区域和非洲地区分别只有 20 万 (UI: 0 - 40 万) 和 80 万 (UI: 50 - 110 万) 的估计超额死亡人数外，所有其他地区到 2021 年底估计超额死亡人数超过 100 万。欧洲地区和美洲地区的超额死亡人数均超过 300 万 - 即 320 万 (UI: 3.1 - 320 万) 在欧洲和 320 万 (UI: 320 - 330 万) 在美洲 (图 1.13) (25)。

估计的全球超额死亡率与报告的 COVID - 19 死亡之间的巨大差异 - 差异到 2021 年底，940 万 - 表明大流行的影响是深远的。实际上，在 194 个世卫组织会员国中，有 162 个显示与 COVID - 19 大流行相关的超额死亡率高于报告的 2020 年至 2021 年期间 COVID - 19 的死亡率。

图 1.13 按世卫组织区域分列的超额死亡总数，2020 年 1 月 1 日至 2021 年 12 月 31 日



资料来源：参考文献 (25)。

与 COVID - 19 大流行相关的超额死亡率的年龄和性别分布

虽然在 2020 年至 2021 年期间，估计有 1490 万超额死亡与 COVID - 19 大流行有关，但与 COVID - 19 相关的超额死亡的年龄分布表明，大流行对 45 岁及以上年龄组的影响不成比例 (1420 万，占全球超额死亡人数的 95%)。虽然在 25 - 44 岁的年龄组中观察到 70 万超额死亡 (占全球超额死亡人数的 5%)，但估计 25 岁以下人群的死亡人数比预期少 (约 37,000 人死亡人数减少)。估计全球 31% 的超额死亡发生在 45 至 64 岁之间 (i。Procedres.460 万)。同样，46% 的全球超额死亡 (i。Procedres.680 万) 发生在 65 至 84 岁之间。年龄最大的年龄组，85 岁及以上，占全球超额死亡人数的 18% (i。Procedres.270 万) (25)。

部分受人口结构差异的影响，世卫组织六个地区按年龄组划分的超额死亡百分比存在明显的异质性。在非洲区域 (54%)、美洲区域 (63%)、东地中海地区 (59%)、东南地区 (61%) 和欧洲地区 80% 的所有超额死亡中，65 岁及以上年龄的超额死亡百分比超过 50%。在西太平洋区域，过量死亡集中在 45 - 64 岁和 85 岁以上的年龄组。对于 45 岁以下的年龄组，非洲地区和西太平洋地区的死亡人数少于预期，而其他四个地区的超额死亡人数在 3% 至 7% 之间。

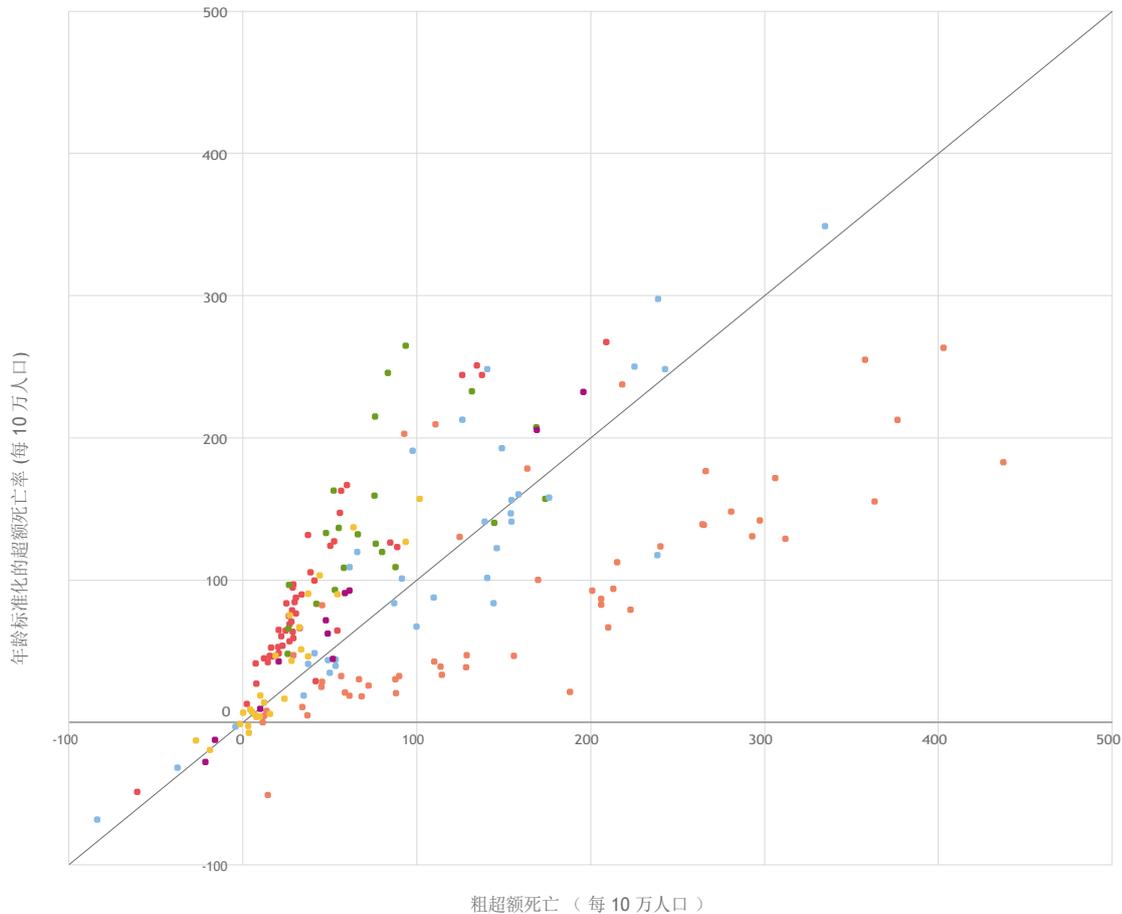
在全球范围内，女性的超额死亡人数占 2020 年和 2021 年全球超额死亡人数的 44%。就粗略的超额死亡率而言，男子的超额死亡率略高，为每 100 000 人 209.6，而妇女的超额死亡率为每 100 000 人 170.1。然而，男女之间的大部分差异在于特定年龄的超额死亡率。在全球范围内，所有年龄组的男性人口中特定年龄的超额死亡率始终高于女性人口。在 25 岁以上，男性和女性之间特定年龄的超额死亡率的比率在 65 - 74 岁的 1.5 到 25 - 34 岁的 2.0 之间。然而，。

年龄在 25 岁以下，男孩和年轻男子的超额死亡率为 - 0.9 / 100 000，而同一年龄组的女孩和年轻妇女的超额死亡率为 1.4 / 100 000。

在世卫组织各区域，男性和女性人群之间特定年龄超额死亡率的比例存在高得多的异质性。这些范围从非洲区域 0 - 24 岁年龄组的 - 45.4 到 35 - 44 岁年龄组的 62.8，在非洲区域，女孩和年轻妇女中的超额死亡率为 - 0.1 / 10 000，男孩和年轻男子中的超额死亡率为 - 100 000，在西太平洋区域，女性中的超额死亡率为 0.2 / 10 000，男性中的超额死亡率为 11.2 / 10 000。在世卫组织 48 个区域和年龄组组合中的 40 个中，男性人口的超额死亡率高于女性人口。

虽然粗略的超额死亡率是通过将超额死亡总数除以 2020 年至 2021 年间的总暴露人年来计算的，但它提供了一个关于 COVID - 19 大流行带来的死亡率规模的信息汇总指标，但这种计算掩盖了人口结构对总死亡率的影响。例如，人口结构较老的国家可能会有更高的超额死亡率，因为 COVID - 19 不成比例地影响较脆弱和年龄较大的人群。世卫组织 194 个会员国中有 75 个国家的超额死亡率高于按年龄标准化的超额死亡率，这表明人口结构要老得多。这些国家主要来自美洲和欧洲地区。欧洲区域 53 个成员国中的 46 个国家的年龄标准化超额死亡率低于粗超额死亡率。在美洲区域，35 个会员国中有 15 个国家的年龄标准化超额死亡率低于粗超额死亡率。另一方面，非洲区域和东地中海区域的几个国家 (分别只有 1 个和 2 个) 的粗超额死亡率高于年龄标准化值 (图 1.14)。

图 1.14 世卫组织区域，2020 - 2021 年，每 10 万人口的粗死亡率与年龄标准化的超额死亡率



● 非洲区域 ● 美洲区域 ● 地中海区域 ● 欧洲区域 ● 东南亚区域 ● 太平洋区域

资料来源：参考文献 (25)。

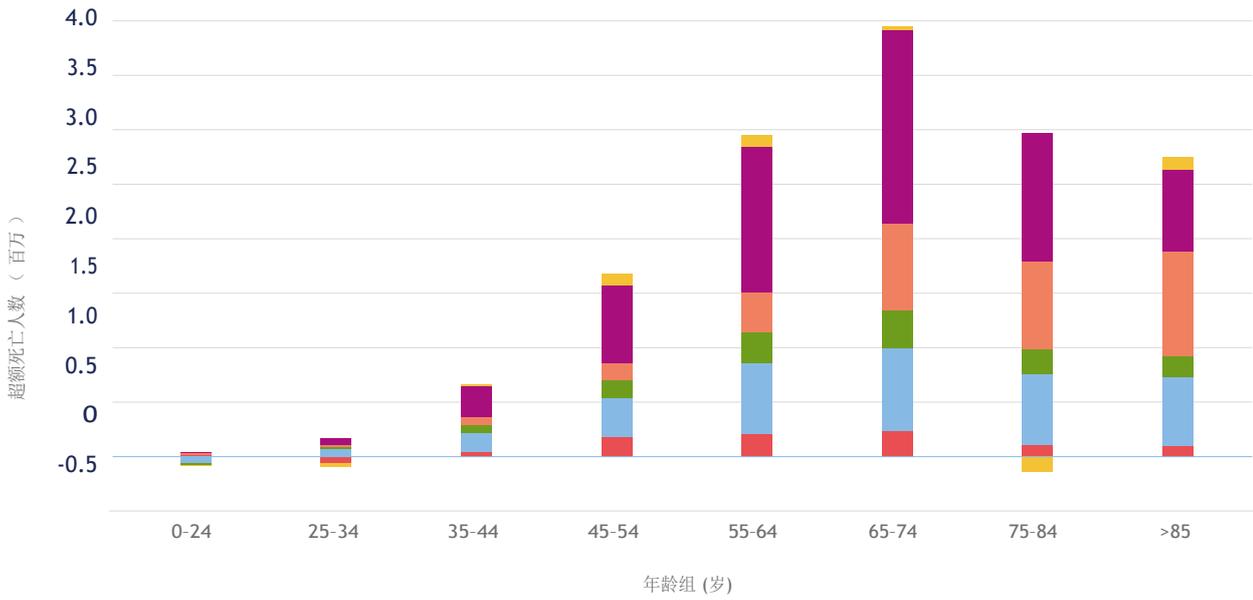
由于与 COVID - 19 大流行相关的高死亡率而导致的寿命损失

虽然超额死亡率 - 与报告的 COVID - 19 造成的死亡相比 - 提供了一个独特的视角来评估大流行的死亡人数，但它并没有全面解释大流行造成的每一次死亡对广泛的社会和经济问题的影响。另一方面，估计生命损失年数 (YLL) 不仅考虑了死亡人数和死亡发生的年龄，还考虑了潜在生命年数的相关损失。YLL 的估计显示，由于 2020 - 2021 年的 COVID - 19 大流行，全球总共损失了 3.368 亿生命年。这意味着，平均而言，每一次超额死亡导致超过 22 年的生命损失 - 相当于 2020 - 2021 年每秒损失超过 5 年的生命。

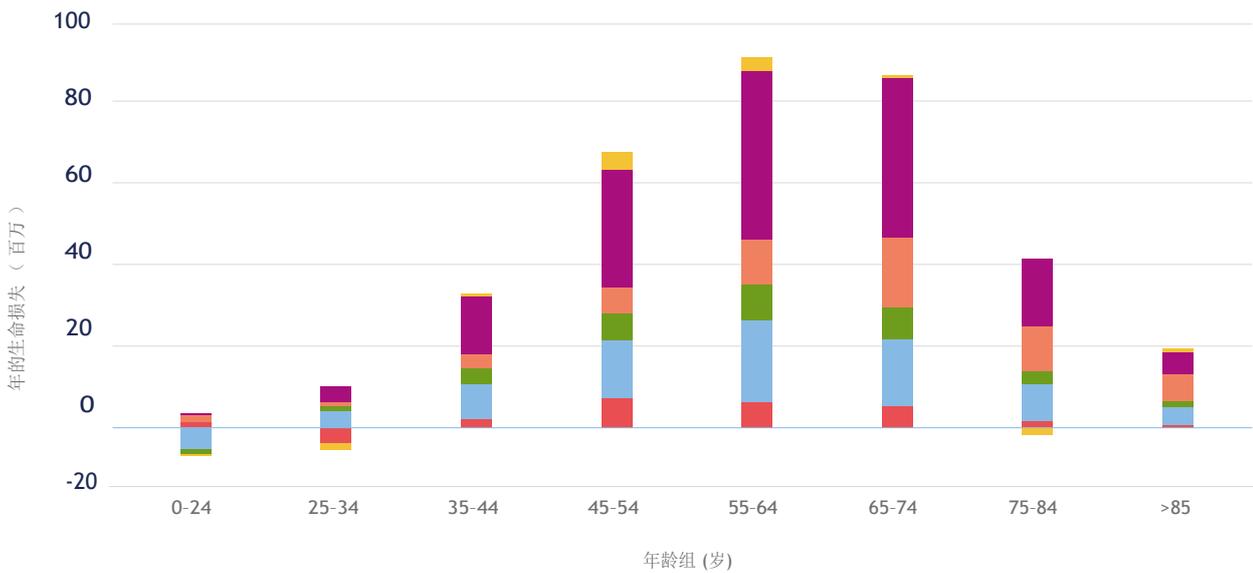
在全球范围内，与 COVID - 19 大流行相关的年历在 25 岁以下的年龄段为负，反映出年历避免了

在大流行期间 (350 万)。尽管事实上，鉴于年轻年龄组的预期寿命较高，潜在的 YLL 是该组中最高的。按年龄组划分的 YLL 是 55 - 64 岁年龄组中最高的，总共损失了 9,040 万年 (27%) 的生命 - 由于该年龄组的相对较高的超额死亡率和更高的潜在寿命，与 65 岁以上年龄组的死亡相比，该年龄段的死亡人数相对较轻。虽然 65 岁以上年龄组的总死亡人数占全球超额死亡人数的 64%，但由于超额死亡率导致的 YLL 占全球 YLL 的不到一半，为 43%。相反，45 岁以下的 YLL 占全球 YLL 的 10%，尽管同一年龄组的超额死亡仅占全球总数的 5% (图 1.15)。

图 1.15 2020 - 2021 年 COVID - 19 大流行导致的超额死亡和寿命损失，按年龄组和世卫组织地区分列



● 非洲区域 ● 美洲区域 ● 东地中海区域 ● 欧洲区域 ● 东南亚区域 ● 太平洋区域
 ● 由于过度死亡而失去的生命年份



● 非洲区域 ● 美洲区域 ● 东地中海区域 ● 欧洲区域 ● 东南亚区域 ● 太平洋区域
 ● 资料来源：参考文献 (25)。

在全球范围内，男性总共失去了 1.969 亿生命年，比失去 1.40 亿生命年的女性高出 42%。在全球范围内，YLL 的年龄分布在男女中相似，其中 45 至 74 岁年龄组的 YLL 占男女总 YLL 的 70% 左右。75 岁以上年龄最大的女性的 YLL 比例要高得多，为 21%，而男性仅为 15%，这反映出 75 岁以上年龄的生存率更高，死亡率较低，包括死亡率过高和其他原因导致的背景死亡率。

美洲地区、欧洲地区和东南亚地区各占全球应付款年额的 15% 以上

COVID - 19 的非致命影响

本报告除了在国家、区域和全球各级进行的许多类似研究外，还旨在从各个方面详细描述 COVID - 19 大流行对人类死亡率的影响。然而，在理清感染 COVID - 19 病毒的人群中非致命性结果的长期影响方面，进行的全面研究和分析要少得多。通常被称为长 COVID，COVID - 19 后病症是指大约 10 - 20% 的人从最初的 COVID - 19 疾病中恢复后出现的各种中长期症状 (26)。此类症状，包括认知功能障碍。

COVID - 19 疫苗和相关的不平等

COVID - 19 大流行暴露了国家之间和国家内部的不平等，包括获得 COVID - 19 疫苗的不平等。截至 2023 年 3 月，全球已接种了约 130 亿剂 COVID - 19 疫苗。但是，疫苗接种覆盖率因国家而异 (22)。

由马里兰大学社会数据科学中心与 Facebook 合作进行的全球 COVID - 19 趋势和影响调查收集了有关 COVID - 19 疫苗接种指标以及教育状况的数据 (27)。这项调查受到一些限制，包括无法接触到非 Facebook 用户、抽样和加权问题、反应偏差和数据缺失。此处显示的估计数不是世卫组织的官方估计数，也不能与官方估计数直接比较。

在所有国家中，受教育程度较高的国家中，自我报告的 COVID - 19 疫苗的接收率较高。截至 2021 年 12 月，就 COVID - 19 疫苗的可用性而言，在 90 个国家中，教育程度高于中等教育水平的人群中，疫苗接种的中位数为 79.1% (UI: 75.6 - 82.4%)。这高于中等教育组的疫苗接种中位数水平，后者为 71.4% (UI: 67.4 - 76.1%) 或。

分别为 21%、17% 和 44% 的超额死亡率。因此，仅在这三个地区，由于大流行，就失去了 2.788 亿生命年。在世卫组织所有地区，由于死亡率过高而导致的年产量增加。然而，在西太平洋区域、美洲区域和东地中海地区，男性与女性的年产量比率超过 1.5，而在其他区域则低于 1.3。正如我们在全球范围内观察到的那样，YLL 的年龄分布在各地区之间非常相似，但在西太平洋地区，75 至 84 岁年龄段的男女 YLL 为负。

和疲劳，可以有一个显著的，在某些情况下，严重的影响，对一个人的日常生活和生产力。

鉴于 COVID - 19 后病情的突发性和症状的复杂性，目前还没有具体的治疗方案。未来几年需要做更多的研究来评估这些症状的潜在机制以及与长期 COVID 的非致命结果相关的真正疾病负担。在此之前，必须强调公共卫生干预措施对预防 COVID - 19 感染及其相关急性后后遗症的重要性。

未受过教育或初等教育的群体为 67.7% (UI: 60.0 - 73.0%)。在高收入国家 (HIC) 中，这种逐步模式也很明显，受教育程度最高至最低的群体中的疫苗接种水平分别为 87.4% (UI: 83.4 - 89.0%)，83.8% (UI: 78.8 - 86.0%) 和 81.0% (UI: 78.3 - 87.1%)，

在上中等收入国家 (UMICs)，受教育程度最高到最低的群体的中位疫苗接种水平为 75.5% (UI: 68.1 - 82.1%)，66.7% (UI: 58.8 - 73.9%) 和分别为 57.6% (UI: 52.5 - 72.3%)。在低收入国家 (LIC) 和中低收入国家 (LMICs) 中，自我报告的 COVID - 19 疫苗的接收中位数在受教育程度最高的群体中更高，为 63.9% (UI: 53.0 - 75.6%)，在受教育程度较低的两个群体中同样低 (51%) (28)。

LIC 和 LMICs 中的人口更有可能报告遇到疫苗接种的结构性障碍 [28 个国家的中位数: 34.6% (UI: 29.3 - 38.9)] - 例如不符合资格要求，可用性或可及性问题或缺乏信息 - 比 UMICs 中的人口 [29 个国家的中位数: 24.0% (UI: 21.5 - 29.9)] 或 HIC [33 个国家的中位数: 15.0% (UI: 14.1 - 17.1)]。

在未接种疫苗的人群中，HIC 的疫苗犹豫率低于 UMICs、LMICs 和 LICs。然而，疫苗

HIC 中的拒绝率最高。在 HIC 中，中等教育以上的人的疫苗拒绝率较高，为 50.7% (UI: 40.5 - 60.7%)，而没有受过教育或初等教育的人的疫苗拒绝率为 42.8% (UI: 31.2 - 49.0%)。HIC 中的疫苗犹豫，

然而，在没有受过教育或初等教育的人群中，比例为 38.8% (UI: 35.5 - 41.4%)，高于受过中等教育的人群为 33.1% (UI: 31.4 - 36.2%)。

COVID - 19 与未来几十年的全球健康

到目前为止，全球有数百万人死于这场大流行，新冠肺炎是历史上最具破坏性的大流行之一，当然也是最近的记忆中。这场大流行凸显了在全球范围内及早发现和迅速作出反应以遏制病毒迅速传播的至关重要性。为了提高一个国家的发现和应对能力，世界上每个国家都需要对公共卫生基础设施和准备工作进行持续投资，以保护全球健康。大流行还表明了各国之间强大的医疗保健系统和 UHC 的重要性。对于大多数区域，基本服务覆盖水平与 COVID - 19 大流行相关的按年龄标准化的超额死亡率较低呈负相关，这在欧洲和西太平洋区域的国家中尤为明显。这证明，装备更好、人员配备更好的国家有能力抵御大流行，并将死亡人数降至最低。

COVID - 19 大流行还表明，各国之间的密切合作是多么关键 - 与国际

由 (特别是) 世卫组织等主要机构牵头的协调工作是应对国家内部和跨国界的重大全球卫生威胁。此外，区域和国家之间以及私营和公共部门之间协调良好的合作有助于确保疫苗的公平分配，关键信息的共享以及各国之间为急需者分配药品和医疗设备。

COVID - 19 大流行凸显了获得医疗保健系统的不平等，特别是在弱势群体和发展中国家。此外，这场大流行暴露了世界各地卫生应急准备方面的不平等。各国和国际社会需要紧急做很多工作，以确保全球更多的人能够获得保健服务，并受到保护，免受卫生紧急情况的影响，以便他们可以享受更健康的生活。

1.4 气候变化与健康

气候变化是 21 世纪最大的健康挑战之一。随着气候条件的变化，我们正在目睹更频繁和加剧的天气和气候事件，如风暴、极端高温、洪水、干旱和野火。这些天气和气候危害直接和间接影响健康，增加了死亡、非传染性疾病、传染病的出现和传播以及突发卫生事件的风险。气候变化也对我们的卫生人力和基础设施产生影响，降低了提供 UHC 的能力。更根本的是，气候冲击和增长。

温度和降水模式的变化，干旱，洪水和海平面上升等压力降低了身心健康的环境和社会决定因素。健康的各个方面都受到气候变化的影响 - 从清洁的空气，水和土壤到食物系统和生计。应对气候变化的进一步拖延将增加健康风险，破坏数十年来全球卫生状况的改善，并违背我们确保所有人享有健康权的集体承诺。

气候变化当前和未来的健康风险

政府间气候变化专门委员会的第六次评估报告估计，全球多达 36 亿人生活在极易受到气候变化影响的环境中。低收入国家、低收入国家和小岛屿发展中国家面临着气候变化对健康的最大影响，尽管对历史全球排放的贡献最小 (29, 30)。据估计，在过去十年中，洪水、干旱和风暴在高度脆弱地区的致命性是脆弱性低地区的 15 倍 (29)。

在国家内部，最容易受到气候变化影响的国家也可能存在巨大差异。生活在贫困中的人群，老年人，妇女，儿童，土著人民，户外工人，与社会隔离的人以及先前存在医疗状况的人通常面临最高风险。大约 20 亿人无法获得安全的饮用水（见关于环境风险的第 2.4 节）（31）。此外，全球约有 6 亿例食源性疾病病例。5 岁以下儿童承担着 40% 的食源性疾病负担，每年导致 125 000 名儿童死亡（32）。极端天气事件和与气候相关的环境压力降低了水和土壤的安全性，增加了水传播和食源性疾病的风险。

据估计，到 2020 年，主要在非洲和亚洲有 720 万至 8.11 亿人面临饥饿 (32)。气温升高、海平面上升和洪水影响到粮食和营养安全的各个方面。与气候相关的农业和海洋生产力下降、生物多样性丧失、粮食价格波动和粮食进口中断进一步影响到

食物的质量、数量和多样性，导致进一步的食物和营养危机。

不断变化的温度和降水模式也增加了许多地区蚊子传播、蜱传播和啮齿动物传播疾病传播条件的适用性。如果不加强预防方法，这可能导致每年因媒介传播疾病而死亡的 70 多万人增加 (33)。

极端天气事件后可能会出现急性精神健康状况，如焦虑、抑郁和创伤后压力。生计丧失、流离失所、社会凝聚力中断和气候变化不确定性的累积效应也可能导致长期的精神健康障碍 (34)，增加了精神健康方面已经很大的全球挑战。

估计气候变化的全部健康负担具有挑战性。2014 年，世卫组织与主要研究人员一起对气候变化对选定死亡原因的影响进行了定量风险评估。在中等高排放情景下，据估计，到 2030 年，气候变化每年将导致约 25 万人死亡。这一保守估计仅包括因疟疾引起的气候死亡、老年人的热暴露、儿童的营养不良和腹泻病以及沿海洪水死亡率。这项评估认识到，研究结果的主要局限性是现有模型无法解释影响一系列健康结果的主要因果途径。然而，通过观察一小部分因果途径，评估清楚地确立了。

预计气候变化将对未来的死亡率产生重大不利影响。

自 2015 年以来，世卫组织、《联合国气候变化框架公约》（UNFCCC）卫生与气候变化国家概况项目与各国政府合作，编制具体国家气候危害和气候敏感健康风险的循证摘要，并跟踪政策应对措施（36）。这支持各国努力开发当地相关和可操作的信息。迄今为止，约有 80 个国家参加了该项目。

健康响应

2021 年，全球平均气温比工业化前的水平高 1.11 ± 0.13 摄氏度，过去 40 年中的每一年都比前十年（39, 40）变暖。根据 2015 年《巴黎协定》，各国承诺迅速减少温室气体排放，以将全球气温上升限制在远低于 2.0 摄氏度，最好是 1.5 摄氏度（41）。然而，最近的分析表明，世界仍然偏离实现这一目标的轨道，避免我们的自然和人类系统发生不可逆转的灾难性变化。

世卫组织为应对这一不断升级的气候危机确定了三个卫生目标。

促进减少碳排放和改善健康的行动

为了保持在 2015 年《巴黎协定》规定的 1.5 摄氏度的全球变暖极限之内，世界将需要通过跨社会和经济体系的大规模转型来大幅减少排放。推动温室气体排放的几个部门 - 包括能源，运输，工业，农业和废物 - 也是有害空气污染物的来源。2019 年，空气污染导致全球约 670 万人死于心血管疾病、呼吸系统疾病和癌症（见第 2.4 节环境风险）。现有解决方案可以减少所有主要排放部门的碳排放，但有些解决方案带来的健康收益要比其他解决方案大得多。健康宣传可以帮助加快那些带来最大健康益处的领域，包括向可再生能源的公正和包容性过渡，逐步淘汰煤炭燃烧和化石燃料补贴改革。这一转变的相关空气质量改善可以避免数百万人因空气污染而过早死亡（43, 44）。

公路运输估计占 2019 年全球二氧化碳排放量的近五分之一，而全球粮食系统

越来越多的研究旨在量化气候变化对健康的具体影响。检测和归因研究对健康结果的应用进展也为极端天气事件对气候变化相关健康影响的程度提供了更大的洞察力和信心（37）。

在估计气候变化对健康的未来影响方面，政府间气候变化专门委员会第六次评估报告第二工作组全面审查了目前的证据，并得出结论认为，在高排放情景下，到本世纪末，每年可能有超过 900 万与气候有关的死亡。

也贡献了 21 - 37% 的温室气体排放（45）。可持续的城市规划促进向安全步行和骑自行车以及公共交通工具的模式转变，可以通过增加身体活动、减少环境空气污染和降低噪音暴露来带来健康益处。在 HIC 中，向植物性饮食过渡，减少红肉消费和减少食物浪费为缓解气候变化提供了机会，同时降低了与饮食相关的非传染性疾病的健康负担。低收入和中等收入国家的可持续农业和粮食生产可以保护当地环境，减少排放并促进粮食和营养安全。

缓解气候变化带来的健康益处挽救了生命，为卫生系统节省成本，并通过更健康的劳动力提高了生产率。这些经济收益已被证明与缓解成本相同，在某些情况下甚至是缓解成本的两倍（44, 46），为气候行动提供了强大的动力。

《联合国气候变化框架公约巴黎协定》和《2030 年可持续发展议程》提出了连贯和互补的目标，以减少全球排放，实现所有人的健康并保护我们的自然系统。

根据《巴黎协定》，各国通过其国家自主贡献（NDC）和国家适应计划（NAP）确定其缓解承诺和适应优先事项。世卫组织《2023 年 NDC 健康审查报告》发现，超过 90% 的国家在其 NDC 中反映了健康优先事项，但只有 30% 的国家确定了缓解行动的健康共同利益，甚至更少（10%）对其进行量化（47）。健康考虑是国家和国际气候政策和进程的组成部分。因此，健康可以成为激发政治和财政支持加速气候行动的有力论据。

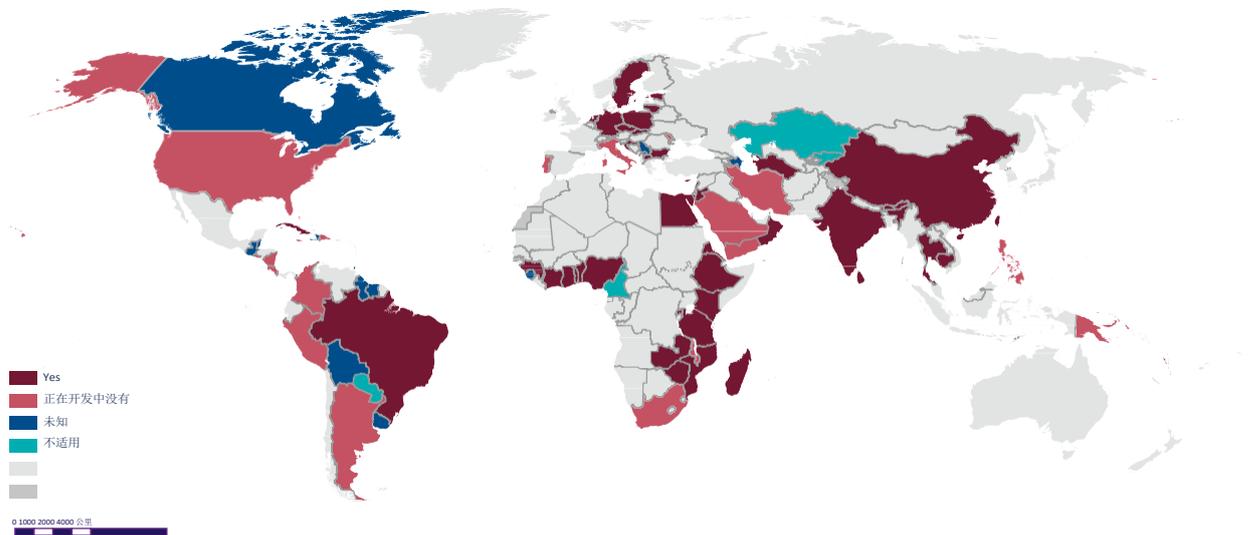
建立更好，更具气候适应性和环境可持续性的卫生系统

建立适应气候变化和可持续的卫生系统需要采取系统和全面的方法来加强卫生系统的所有核心功能，使其能够应对和适应气候变化的健康风险。2021 年世卫组织健康与气候变化全球调查发现，大约一半的国家（95 个国家中的 48 个）报告进行了气候变化和健康脆弱性及适应评估。52%（95 个国家中有 49 个）的国家报告说制定了国家气候变化和卫生战略或计划（图 1.16）。然而，这些国家中只有四分之一（46 个国家中有 11 个）达到了“高”或“非常高”的执行水平。资金不足是实施国家战略和计划的主要障碍（图 1.17）（48）。

卫生部门约占全球温室气体排放量的 4 - 5%（49）。卫生系统可以通过可持续采购做法、更有效或可再生能源、减少废物和优化资源使用等措施实现脱碳，这将有助于提高护理质量、更大的可及性、更可靠的服务、减少空气污染和废物带来的职业危害以及降低成本（49, 50）。

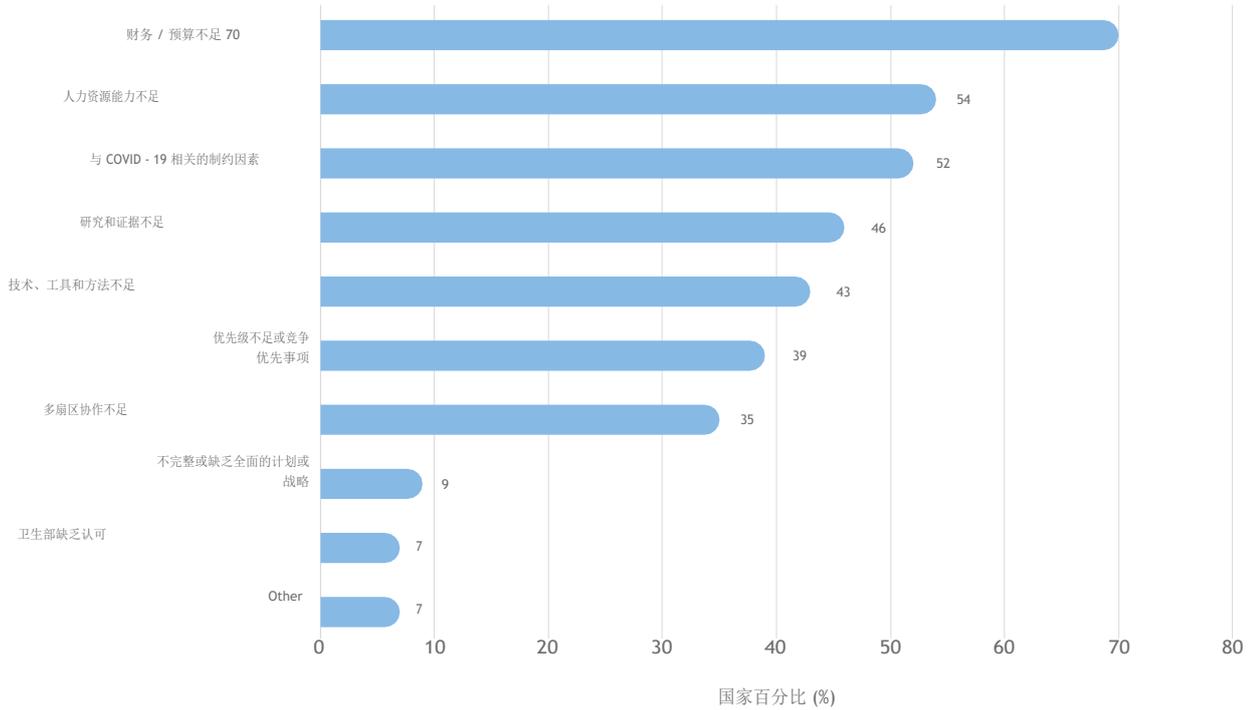
世卫组织领导的气候变化与健康转型行动联盟（ATACH）于 2022 年成立，以支持各国执行其《联合国气候变化框架公约》26th 缔约方会议（COP26）卫生计划承诺建立适应气候变化和可持续的卫生系统。60 多个国家已承诺实施这一倡议，预计将有更多国家加入（51）。

图 1.16 已制定国家卫生和气候变化计划或战略的国家和地区，2021 年



资料来源：参考文献（48）。

图 1.17 2021 年国家卫生和气候变化计划或战略实施的主要障碍



资料来源：参考文献（48）。

保护健康免受气候变化的广泛影响

各国正面临气候变化对公共卫生和卫生系统的越来越大的威胁。许多因素，包括地理和社会经济条件影响这些风险。各国可以评估其个人的健康脆弱性和能力，并制定基于证据的国家行动方案和干预措施。气候知情健康监测和预警系统以及气候知情健康政策和方案对于加强卫生系统应对日益增长的气候风险的能力至关重要 (52)。

鉴于自然，经济，社会和人类系统的相互联系，仅靠卫生部门的行动不足以保护人类健康。随着气候变化的加剧，

动员起来的卫生界和强有力的多部门协调将在加强证据、宣传、政策和行动以保护所有人口的健康和福祉方面发挥关键作用。通过国际气候资金和国内资金确保充足的资金，将使卫生优先事项纳入气候变化规划的主流，并在卫生规划中考虑气候因素。

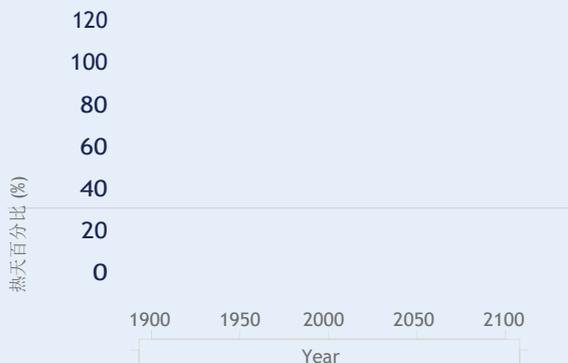
有效应对气候变化和保护健康需要我们监测、学习和改进。气候变化、其他决定因素、健康干预措施和健康影响之间的相互作用在不断发展。这需要跨这些方面的综合监测系统，可以用来增进理解、跟踪进展和指导健康行动。

方框 1.3 面对加勒比气候变化的后果(53)

圣卢西亚是加勒比海的一个小岛屿发展中国家，极易受到气候变化带来的健康风险的影响。由于该国大部分人口和经济活动位于沿海，圣卢西亚特别容易受到极端天气事件和气候压力的影响。岛上人口与气候有关的健康风险包括极端天气事件，媒介传播疾病，水传播疾病，粮食不安全，热压力，呼吸系统疾病和心理健康压力造成的伤害和死亡。

在“一切照旧”的高排放情景下，到本世纪末，圣卢西亚的年平均温度预计将上升约 2.9 °C，“热天”将从 1981 - 2010 年所有观测天数的平均 23% 增加到 2071 - 2100 年所有天数的平均 90% 以上（图 1.18）。年平均气温升高和极端高温导致更多的人面临与热相关的医疗条件的风险，包括热皮疹，热痉挛，脱水，中暑，在某些情况下死亡。

图 1.18 热天百分比（“热应激”），圣卢西亚，1900 - 2100 *



注：* 该图显示了气候模型对“热天”百分比的预测。“热天”是指一年中最高温度超过 90 百分位数阈值的一天。蓝线代表年度和平滑的观测数据。红色线代表高排放情景（代表性浓度路径 8.5, RCP8.5），绿色线代表低排放情景（RCP2.6）。这些情景在大约 20 个全球气候模型中呈现。该图分别显示了每个模型及其各自的平均数和 90% 模型范围（阴影）。

资料来源：健康与气候变化：国家概况 2020，圣卢西亚（在线）。日内瓦：世界卫生组织（<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HEP-ECH-CCH-20.01.01>，2023 年 4 月 26 日访问）。

到本世纪末，加勒比地区海平面预计将上升 0.5 - 0.6 米。海平面上升的影响包括沿海侵蚀，生态系统破坏，风暴潮增加，人口流失所以以及水污染和破坏。

预计由于气候变化，热带气旋将变得更加强烈。1980 年至 2010 年期间，六个主要热带气旋和其他三个与气候有关的自然灾害穿越或影响了圣卢西亚专属经济区。2010 年，飓风托马斯影响了 172 370 人，造成的损失和损失占 GDP 的 28.4 %。损害包括保健设施和紧急保健服务的运作中断。

气候变化可能会加剧营养不良的三重负担以及与饮食相关的非传染性疾病的代谢和生活方式风险因素。预计它将通过农业和渔业的影响直接降低短期和长期粮食和营养安全，并通过间接导致潜在风险因素，如水不安全、对进口食品的依赖、城市化、移民和卫生服务中断。

圣卢西亚政府认识到气候变化对健康构成的威胁，并致力于建立适应气候变化和可持续的卫生系统。圣卢西亚对卫生部门进行了脆弱性和适应性评估，作为其提交《气候公约》的国家信息通报的一部分。这一评估的结果可以为政策和规划提供信息。

2022 年，圣卢西亚制定了一项健康国家行动方案，概述了其适应优先事项。圣卢西亚还将健康考虑纳入其国家气候政策。圣卢西亚国家发展委员会强调了人类健康作为适应实施的关键优先事项的重要性。

圣卢西亚使用 SMART 医院工具包，评估了 34 个卫生设施的结构和运营安全性以及低碳环境可持续性。截至 2020 年，圣卢西亚的三个卫生设施被指定为 SMART 卫生设施。计划将项目扩大到全岛各地的设施，目的是确保大多数人口（包括妇女、儿童和残疾人）在灾前和灾后都能获得高质量的医疗保健。计划对其余的卫生设施进行升级，以提高服务提供的安全性，并确保它们能够在结构、非结构和功能上承受与气候有关的事件。

圣卢西亚还确定了加强气候知情健康监测和预警系统的重要性，以保护人口并解决获得资金的障碍，以支持健康适应和缓解目标。

参考文献

1. 2000年至2020年孕产妇死亡率趋势：世卫组织，儿童基金会，人口基金，世界银行集团和联合国经社部/人口司的估计。日内瓦：世界卫生组织；2023年（<https://apps.who.int/iris/handle/10665/366225>，2023年4月21日访问）。
2. 2019年全球卫生估计数：2000-2019年按原因、年龄、性别分列的死亡人数，按国家和地区分列。日内瓦：世界卫生组织；2020年（<https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/>，2023年4月1日查阅）。
3. 2022年世界人口前景。纽约（纽约）：联合国，经济和社会事务部；2022年（<https://population.un.org/wpp/>，2023年4月1日访问）。
4. 儿童死亡率的水平和趋势。报告2022。联合国机构间儿童死亡率估计小组制定的估计。联合国儿童基金会，世界卫生组织，世界银行集团和联合国人口司。纽约：联合国儿童基金会；2023年（<https://data.unicef.org/resources/levels-and-trends-in-children-mortality/>，2023年4月14日访问）。
5. Tran HT, Murray JCS, Sobel HL, Mannava P, Huynh LT, Nguyen PTT 等人。早期基本新生儿护理与在越南达港三级医院剖腹产后新生儿结局的改善相关：一项干预前/后研究。BMJ Open Quality 质量。2021; 10 (3): e001089 (<https://bmjopenjoy.b0089/10>)
6. Perin J, Mulick A, Yeung D, Villavicencio F, Lopez G, Strong KL 等。2000-19年五岁以下儿童死亡率的全球，区域和国家原因：对可持续发展目标具有影响的最新系统分析。柳叶刀儿童青少年健康。2022; 6: 106-15. doi: 10.1016/S2352-4642(21)00311-4。
7. 2019年全球卫生估计数：2000-2019年按原因、年龄、性别、按国家和区域分列的疾病负担。全球卫生观察站数据。日内瓦：世界卫生组织；2020年（<https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/>，2023年3月24日查阅）。
8. 世卫组织酒精与健康全球信息系统（GISAH）[在线数据库]。全球卫生观察站数据。日内瓦：世界卫生组织；2022年（<https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/消费量/>，2023年4月11日访问）。
9. 世卫组织《2000-2025年烟草使用流行趋势全球报告》，第四版。日内瓦：世界卫生组织；2021年（<https://apps.who.int/iris/handle/10665/348537>，2023年4月4日访问）。
10. 非传染性疾病：风险因素。全球卫生观察站数据。日内瓦：世界卫生组织；2022年（<https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/ncd-risk-factors>，2023年4月12日查阅）。
11. 儿童营养不良的水平和趋势。儿童基金会/世卫组织/世界银行集团联合儿童营养不良估计。纽约（纽约）、日内瓦和华盛顿（DC）：联合国儿童基金会、世界卫生组织和世界银行集团；2023年。（<https://www.who.int/team/nutrition-and-food-security/monitoring-nutrition-status-and-food-security-events/child-nutrition-estimates>，2023年5月23日访问）。
12. 2030年愿景。沙特阿拉伯王国（<https://www.vision2030.gov.sa/v2030/overview/充满活力的社会/>，2023年4月15日访问）。
13. 世界卫生组织烟草控制框架公约。日内瓦：世界卫生组织；2005年（<https://fctc.who.int/who-fctc/overview>，2023年4月14日访问）。
14. Alghamdi A, Fallatah A, Okal F, Felemban T, Eldigire M, Almodaimagh H. Smoking behavior after enforcement of a 100% tax on tobacco products in Saudi Arabia: a crosssection study. East Mediter Heal J. 2020; 26 (1):
15. 烟草控制法律。国家立法 - 沙特阿拉伯（www.tobaccocontrolaws.org/legislation/country/saudi-arabia/summary，2023年4月14日访问）。
16. 沙特阿拉伯王国：将含糖饮料和其他烟草产品纳入消费税系统。普华永道中东；2019年（<https://www.pwc.com/m1/en/tax/documents/2019/ksa-inclusion-of-sugar-beverages-and-tobacco-products-in-the-ets.pdf>，2023年4月14日访问）。
17. 世卫组织关于减少钠摄入量的全球报告。日内瓦：世界卫生组织；2023年。（<https://apps.who.int/iris/handle/10665/366393>，2023年4月14日访问）。

18. 世卫组织宣布消除反式脂肪认证计划。新闻稿。日内瓦：世界卫生组织；2020年（<https://www.who.int/news/item/17-11-2020-who-announces-certification-program-for-trans-fat-elimination>，2023年4月14日访问）。
(<https://2018.Arabia;SaudiofKingdomtheGovernmentRiyadh:bread>]. in reduction salt for [Guidelines 2018 / 2362 SFDA > FD 2023]). مار لالا
ليلقنب
April 28 accessed extranet. who. int / nutrition / gina / en / node / 41573,
20. Isumalla R, Aldhmadi B. Combating tobacco use in Saudi Arabia: a review of recent initiatives. *East Mediterr Heal J.* 2020; 26 (7): 858 - 63. doi: 10.26719 / emhj.20. 019.
21. Gosadi IM, Alshehri MA, Alawad SH. 在沙特阿拉伯，更健康的食品成本比不太健康的选择更高吗？*Saudi Med J.* 2016; 37 (9) : 1015 - 21. doi : 10.15537 / smj.2016. 9.14077 .
22. 世界卫生组织冠状病毒（COVID - 19）仪表盘。日内瓦：世界卫生组织（<https://covid19.who.int/data>，2023年4月14日访问）。
23. Msemburi W, Karlinsky A, Knutson V, Aleshin - Guendel S, Chatterji S, Wakefield J. WHO 估计与 COVID - 19 大流行相关的超额死亡率。2023年；613: 130 - 7. doi. org / 10.1038 / s41586 - 022 - 05522 - 2 .
24. Knutson V , Aleshin - Guendel S , Karlinsky A , Msemburi W , Wakefield J. 估计 COVID - 19 大流行期间全球和特定国家 / 地区的超额死亡率。arXiv 预印本。2022. doi. org / 10.48550 / arXiv.2205.09081 .
25. 与 COVID - 19 相关的全球超额死亡（模型估计）（数据库）。日内瓦：世界卫生组织（<https://www.who.int/data/sets/global-expect-dealy-associated-with-covid-19-modelelled-estiments>，2023年4月14日访问）。
26. 冠状病毒病（COVID - 19）：COVID - 19 病后。问答（在线）。日内瓦：世界卫生组织（[https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-\(covid-19\)-covid-19病后](https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-(covid-19)-covid-19病后)，2023年4月14日）。
27. 马里兰大学社会数据科学中心全球 COVID - 19 趋势和影响调查，与 Facebook 合作。College Park (MD) : 马里兰大学（<https://covidmap.umd.edu/>，2023年4月21日访问）。
28. Bergen N, Kirkby K, Fuertes CV, Schlottheuber A, Menning L, Mac Feely S 等。COVID - 19 疫苗覆盖率、结构性障碍、疫苗犹豫和疫苗拒绝方面的教育相关不平等全球状况：来自全球 COVID - 19 趋势和影响调查的结果。柳叶刀全球健康。2023; 11 (2): e207 - 17 .
29. Pö rter H - O, Roberts DC, Poloczasa ES, Mitebec K, Tigor M, Alegre í a A 等人。编辑。IPCC, 2022 : 决策者摘要。在： P ö rter H - O, Roberts DC, Tigor M, Poloczasa ES, Mitebec K, Alegre í a A 等人。2022 年气候变化：影响、适应和脆弱性。第二工作组对政府间气候变化专门委员会第六次评估报告的贡献。剑桥和纽约（NY）：剑桥大学出版社（https://www.ipcc.ch/report/ar6/wg2/downloads/report/IPCC_AR6_WGII_SmmaryForPolicymaers.pdf，2023年5月11日访问）。
30. COP24 特别报告：健康与气候变化。日内瓦：世界卫生组织；2018年（<https://apps.who.int/iris/handle/10665/276405>，2023年4月19日访问）。
31. 公共卫生和环境 [在线数据库]。全球卫生观察站数据。日内瓦：世界卫生组织（<https://www.who.int/data/gho/data/themes/public-health-and-environment>，2023年4月9日查阅）。
32. 粮食及农业组织、国际农业发展基金、联合国儿童基金会、世界粮食计划署、世界卫生组织；2021年。2021年世界粮食安全和营养状况。转变粮食系统以实现粮食安全，改善所有人的营养和负担得起的健康饮食。罗马：联合国粮食及农业组织；2021年。doi.org / 10.4060 / cb4474e .
33. 媒介传播的疾病。概况介绍。日内瓦：世界卫生组织；2020年（<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/媒介传播的疾病>，2022年6月20日访问）。
34. 心理健康和气候变化。政策简介。日内瓦：世界卫生组织；2022年（<https://apps.who.int/iris/handle/10665/354104>，2023年4月19日访问）。
35. 气候变化对选定死亡原因的影响的定量风险评估，2030年和2050年。日内瓦：世界卫生组织；2014年（<https://apps.who.int/iris/handle/10665/134014>，2023年4月17日访问）。

36. 世卫组织《气候公约》2015 - 2023 年卫生和气候变化国家概况。(在线) [网站]:。日内瓦: 世界卫生组织 (<https://www.who.int/teams/environment-climate-change-and-health/climate-change-and-health/climate-change-and-health/evidence-monitoring/country-profile>),
37. Ebi K, Müller C, Boyer C, Harrington L, Hess J, Honda Y 等人。使用检测和归因来量化气候变化如何影响健康。Health Aff. 2020; 39 (12): 2168 - 74. doi: 10.1377/hlthaff.2020.01004.
38. Pörrer H - O, Roberts DC, Adams H, Adele A, Adler C, Adria R 等人。编辑。IPCC, 2022: 技术摘要。在: Pörrer H - O, Roberts DC, Tignor M, Poloczanska ES, Mitevic K, Albritton G 等人。2022 年气候变化: 影响、适应和脆弱性。第二工作组对政府间气候变化专门委员会第六次评估报告的贡献。剑桥和纽约 (NY): 剑桥大学出版社 (https://www.ipcc.ch/report/ar6/wg2/downloads/report/IPCC_AR6_WGII_TechnicalSummary.pdf, 2023 年 5 月 11 日访问)。
39. Masson - Delmotte V, Zhai P, Pirani A, Connors SL, Péron C, Berger S 等, 编辑。IPCC, 2021: 决策者摘要。在: 2021 年气候变化: 物理科学基础。第一工作组对政府间气候变化专门委员会第六次评估报告的贡献。剑桥大学出版社, 剑桥, 英国和纽约 (NY)。: 206.291.100789001: 10.1017/
40. 2021 年全球气候状况。日内瓦: 世界气象组织; 2022 年 (<https://public.wmo.int/en/our-mission/climate/wmo-statement-state-of-global-climate>, 2023 年 4 月 19 日访问)。
41. 巴黎协定。波恩: 联合国气候变化框架公约; 2015 年 (https://unfccc.int/sites/default/files/english_paris_agreement.pdf, 2023 年 4 月 19 日访问)。
42. 2022 年排放差距报告: 关闭窗口: 气候危机要求社会迅速转型。内罗毕: 联合国环境规划署; 2022 年 (<https://www.unep.org/resources/emissions-gap-report-2022>, 2023 年 4 月 17 日访问)。
43. Hamilton I, Kennard H, McGushin A, Höglund - Isaksson L, Kiesewetter G, Lott M et al. The public health impacts of the Paris Agreement: a modeling study. 2021; 5 (2): e74 - 83. doi.org/10.1016/S2542-5196(20)
44. Markandya A, Sampedro J, Smith SJ, Van Dingenen R, Pizarro - Irizar C, Arto I et al. Health co - benefits from air pollution and mitigation costs of the Paris Agreement: a modeling study. Lancet Planet Health. 2018; 2: e126 - 33.
45. Romanello M, McGushin A, Napoli C, Drummond P, Hughes N, Jamart L 等。《柳叶刀》关于健康和气候变化的倒计时 2021 报告: 健康未来的红色代码。《柳叶刀》2021; 398: 1619 - 62。2021 年 10 月 20 日在线发布。
46. Lee H, Calvin K, Dasgupta D, Krinner G, Mukherji A, Thome P et al. IPCC, 2023: Summary for policymakers. In: 《政府间气候变化专门委员会第六次评估报告》. 综合报告. (https://www.ipcc.ch/report/ar6/syr/downloads/report/report_IPCC)
47. 国家自主贡献 (NDC) 中的健康审查。日内瓦: 世界卫生组织 (出版)。
48. 世卫组织健康与气候变化全球调查报告。日内瓦: 世界卫生组织; 2021 年 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/348068>, 2023 年 4 月 19 日访问)。
49. 全球医疗保健脱碳路线图: 通过气候适应力和健康公平实现零排放的导航工具 (网站)。无害化医疗保健。 (<https://healthreclimateaction.org/roadmap>, 2023 年 4 月 19 日访问)。
50. 世卫组织气候适应和环境可持续保健设施指南。日内瓦: 世界卫生组织; 2020 年 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/335909>, 2023 年 4 月 19 日访问)。
51. 健康与气候变化转型行动联盟 (ATACH) (网站)。日内瓦: 世界卫生组织 (<https://www.who.int/initiations/alliance-for-transformative-action-on-climate-and-health>, 2023 年 4 月 19 日访问)。
52. 支持各国保护人类健康免受气候变化的影响: 一揽子技术支持 (网站)。日内瓦: 世界卫生组织 (<https://www.who.int/teams/environment-climate-change-and-health/climate-change-and-health/country-support#cms>, 2023 年 4 月 19 日访问)。
53. 健康与气候变化: 国家概况 2020: 圣卢西亚 (在线)。日内瓦: 世界卫生组织 (<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HEP-ECHCCH-20.01.01>, 2023 年 4 月 26 日访问)。



02.

与健康相关的可持续发展目标和 GPW 13 指标的摘要状态

A 可持续发展目标和 GPW 13 中涉及卫生主题领域的范围。本章提供了摘要

这两个框架中包括的指标的状况，围绕传染病，营养，伤害和暴力，环境风险以及全民健康覆盖和卫生系统等领域进行组织。

2.1 传染病

传染病主要反映在可持续发展目标 3.3 中，其中包括艾滋病毒、结核病、疟疾、病毒性肝炎和 NTDs 的指标。本节概述了这些指标的现状以及关于野生脊髓灰质炎病毒引起的 AMR 和脊髓灰质炎的 GPW 13 指标。

HIV

2021 年 6 月，联合国大会通过了《关于艾滋病毒和艾滋病的政治宣言：到 2030 年结束不平等并走上终结艾滋病的道路》。核心目标要求到 2025 年将全球每年新的艾滋病毒感染人数减少到 37 万以下，将与艾滋病毒相关的死亡人数减少到 25 万以下。现有的最新数据显示，尽管全球 COVID-19 大流行导致服务中断，但新的艾滋病毒感染和与艾滋病毒相关的死亡人数仍在下降 - 尽管不是每个人，也不是每个地方（1）。

2021 年，全球有 1.5（UI：1.1 - 2.0）百万新的 HIV 感染。与 2010 年相比，新的 HIV 感染下降了 32%。发病率（每 1000 个未感染人群中的新感染）从 0.32（UI：0.24 - 0.43）下降

2010 年至 2021 年的 0.19（UI：0.15 - 0.26）。在世卫组织所有区域，艾滋病毒负担最大的区域——非洲区域的进展最为强劲，2010 年至 2021 年期间发病率下降了 58%。在非洲西部和中部，发病率在短短一年内显著下降，从 2020 年的 0.38（UI：0.27 - 0.54）下降到 2021 年的 0.31（UI：0.22 - 0.45）。在东南亚区域和美洲区域，发病率自 2010 年以来有所下降，而在东地中海区域和欧洲区域，发病率自 2010 年以来有所上升（图 2.1）(2, 3)。

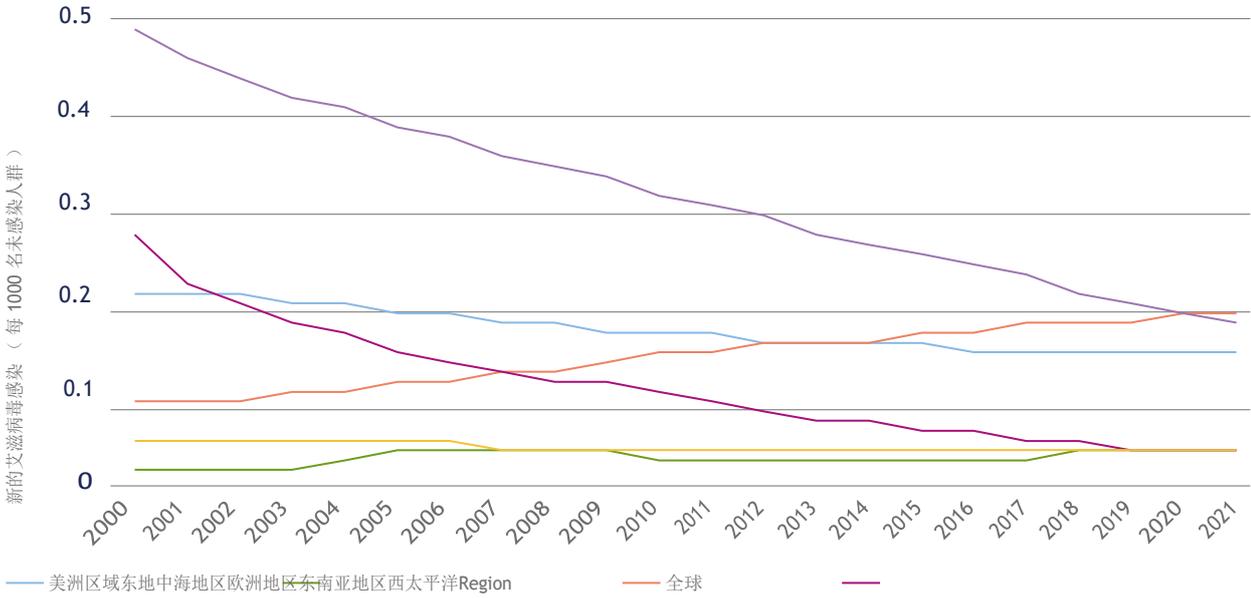
某些亚群感染艾滋病毒的风险较高。在大多数新感染发生在受到刑事定罪、暴力和社会排斥的关键人群中的地区，进展较慢。多重脆弱性——包括有害的社会规范以及社会、经济和性别不平等——继续使非洲区域的妇女和少女面临更高的艾滋病毒感染风险。

国家以下各级数据的可获得性日益增加，使各国和国家以下各级司法管辖区能够采取地方不同的方法，将有限的资源用于最需要艾滋病毒服务的地区和人口。方框 2.1 说明了使用国家以下各级估计来支持加强非洲艾滋病毒服务的有针对性的努力。

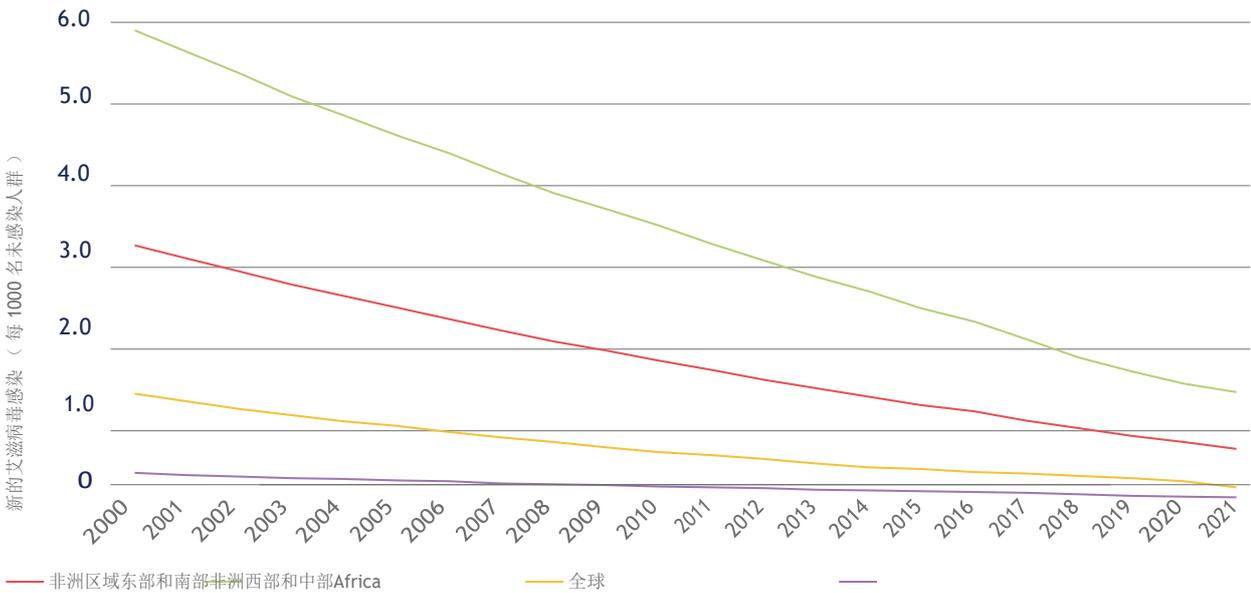
艾滋病毒检测的扩大和抗逆转录病毒治疗（ART）的普及，尤其是成年人，已经改变了全球艾滋病毒反应（见 UHC 部分）。然而，与成年人相比，儿童被诊断出感染艾滋病毒、接受 ART 和实现病毒抑制的可能性明显较小。2021 年，儿童（0 - 14 岁）占有艾滋病毒感染者（PLHIV）的 4%，但占有所有艾滋病毒相关死亡的 15%。

图 2.12000 - 2021 年按世卫组织区域和全球分列的新艾滋病病毒感染 (每 1000 名未感染人口)

a. 世卫组织区域 (不包括非洲) 和全球



b. 世卫组织非洲区域、东部和南部非洲、西部和中部非洲以及全球



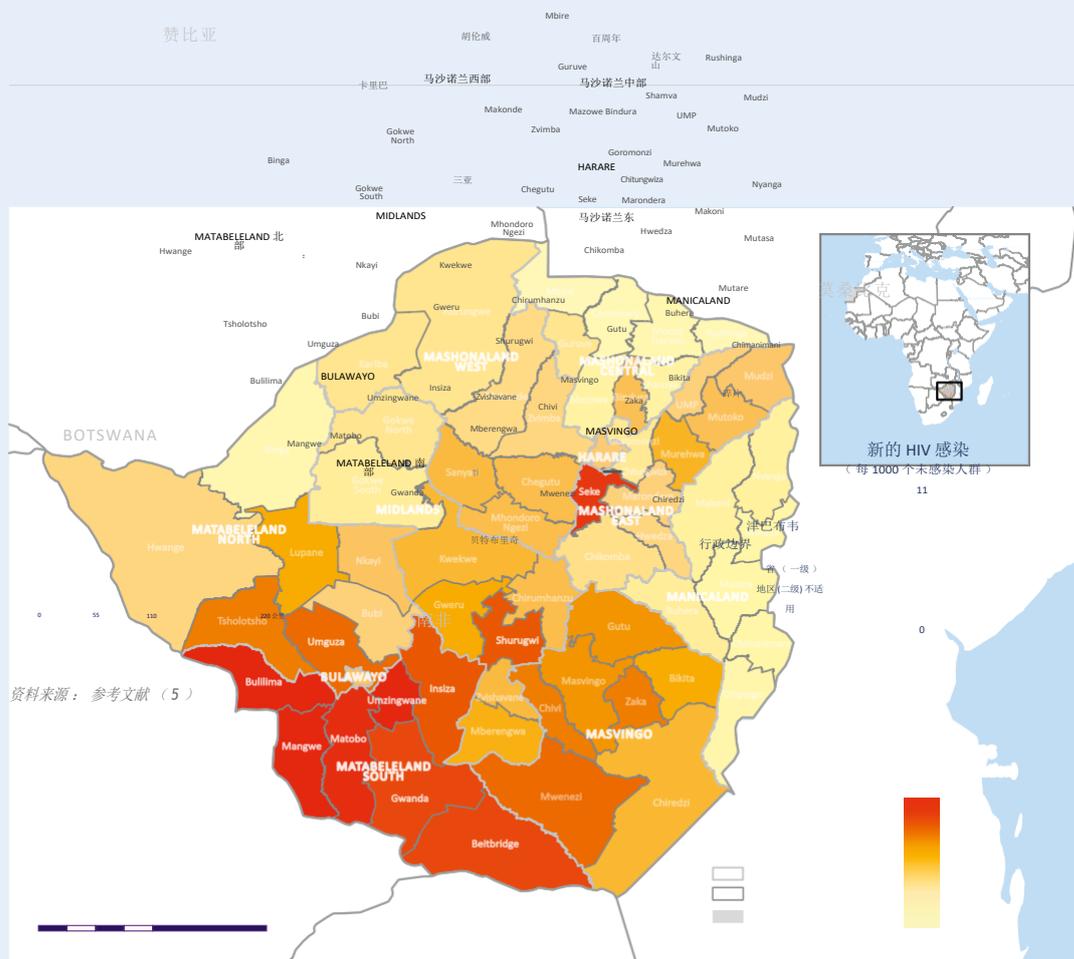
资料来源：参考文献 (2) 和 (3)。

方框 2.1. 使用国家以下各级估计数支持加强非洲艾滋病毒服务的有针对性的努力

2021 年，在撒哈拉以南非洲地区，青春期女孩和年轻女性（15 - 24 岁）感染艾滋病毒的可能性是青春期男孩和同年龄段年轻男性的三倍(1)。UNAIDS 支持的 Naomi 模型为地方和地区一级的决策者提供了国家以下各级的艾滋病毒估计，他们需要制定以当地为重点的对策(4)。在莫桑比克，赞比亚和津巴布韦，国家以下各级对少女和年轻妇女中艾滋病毒发病率的估计正在协助开展以当地为重点的努力，以加强对这一严重影响人口的艾滋病毒服务。图 2.2 显示了津巴布韦青少年女孩和年轻妇女艾滋病毒发病率次级一级估计的例子，这有助于确定需要加强支持的地方。(5)。

世卫组织非洲区域办事处通过描述当前的艾滋病毒流行病学、审查监测方法和方法以及传播战略信息准则，向会员国提供支持。随着疾病的发展和更有针对性的干预措施，区域办事处支持各国实施以人为本的艾滋病毒患者监测。目的是确保艾滋病毒护理的质量和连续性，以及对成人，孕妇和哺乳期妇女以及婴儿和儿童的治疗。这产生了数据，使计划能够随着时间的推移推移监测患者的治疗和健康状况，并衡量医疗设施和地理位置的计划绩效。

图 2.2 青少年女孩和年轻妇女（15 - 24 岁）艾滋病毒发病率的国家以下估计，津巴布韦，2021 年 12 月



抗菌素耐药性

AMR 代表着严重的全球公共卫生威胁，对全球经济和安全产生重大影响。耐药性的主要驱动因素之一是人，动物和植物，特别是用于食品生产的动物和植物，过度或不适当地使用抗微生物剂。环境中（水，土壤和空气中）也发现了抗微生物剂抗性生物。

全球抗菌素耐药性和使用监测系统 (GLASS) 由世卫组织于 2015 年启动，是第一个能够统一全球报告官方国家抗菌素耐药性和抗菌素消费数据的系统 (6)。GLASS 还通知报告给可持续发展目标监测框架的 AMR 指标 (3.d.2)，它监测由于耐甲氧西林金黄色葡萄球菌 (MRSA) 和对第三代头孢菌素耐药的大肠杆菌而寻求治疗的患者中血流感染 (BSIs) 的比例 (7)。

考虑到在 2020 年报告至少 10 个 BSI 的抗菌药物敏感性试验 (AST) 结果的设置 (8)，由于大肠杆菌对第三代头孢菌素耐药而引起的 BSI 的中位数比例以及由于以下原因引起的 BSI 的中位数比例

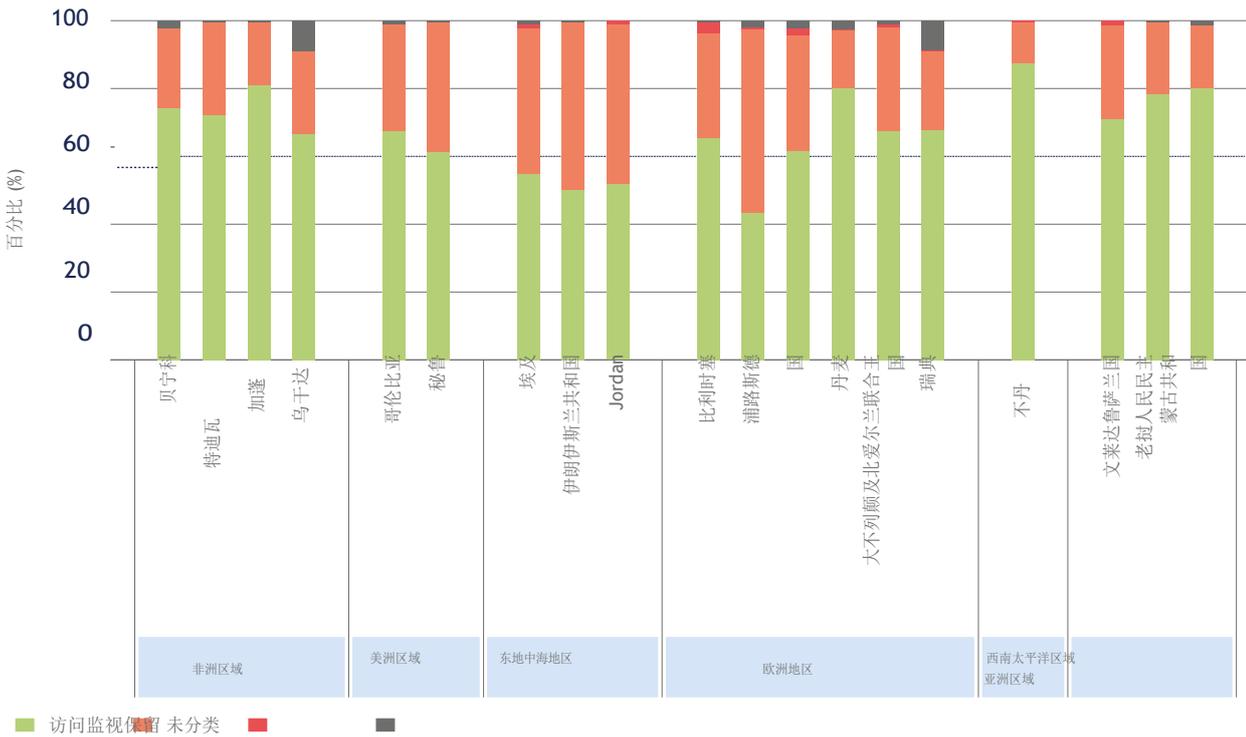
76 个国家的 MRSA 分别为 48.1% (IQR: 18.1 - 64.3) 和 34.7% (IQR: 12.4 - 50.4)。这些比率要低得多 - 10.6% (IQR: 8.6 - 14.9) 和 6.8% (IQR: 2.7 - 17.4)

- 在 19 个国家 / 地区具有更好的测试覆盖率 (即每百万人口中具有 AST 结果的 BSI 数量高于第 75 百分位数)。

提供关于抗菌药物如何长期使用的全球证据，促进各国之间的比较，并为改善获取和优化使用抗菌药物的策略提供信息

- 抗菌药，GLASS 收集国家年度数据来衡量各国的抗菌药消费量。GLASS 还告知 GPW 13 目标 4b 指标“国家一级的抗生素消费模式”。在该指标中，抗生素的消耗量以 AWaRe 类别 (9) 表示，目的是增加 Access 组抗生素的使用，其中包括推荐作为常见传染病的一线 and 二线治疗的抗生素。GPW 13 4b 的目标是，抗生素总消耗量的 60% 以上将是“访问”组抗生素。2020 年，19 个报告国家中有 15 个实现了这一目标 (图 2.3) (10)。

图 2.3 2020 年按国家分列的国家一级抗生素消费模式 (按 AWaRe 分类的相对消费量)



注意: 虚线表示抗生素总消耗量的至少 60% 为接入组抗生素的目标 (GPW13 目标 4b)。资料来源: 参考文献 (10)。

结核病

在 COVID - 19 大流行爆发之前，结核病是全球单一传染因子死亡的首要原因。它也是艾滋病感染者的主要杀手，也是与 AMR 相关的死亡的主要原因 (11)。COVID - 19 大流行对许多国家获得结核病诊断和治疗产生了负面影响，进而导致全球结核病负担增加。世卫组织《终结结核病战略》2025 年的里程碑是结核病发病率下降 50% (2015 - 2025 年) 和结核病死亡人数下降 75% (2015 - 2025 年)。这些全球目标目前没有步入正轨。

全球 COVID - 19 大流行造成的中断最明显和最直接的影响是新诊断并报告的结核病人数量大幅下降 (i。Procedres.正式通知)，由于结核病服务的提供减少。在 2019 年至 2020 年期间，诊断人数下降了 18% (从 710 万下降到 580 万)，扭转了 2017 年至 2019 年期间的稳定增长。2021 年出现了部分复苏。

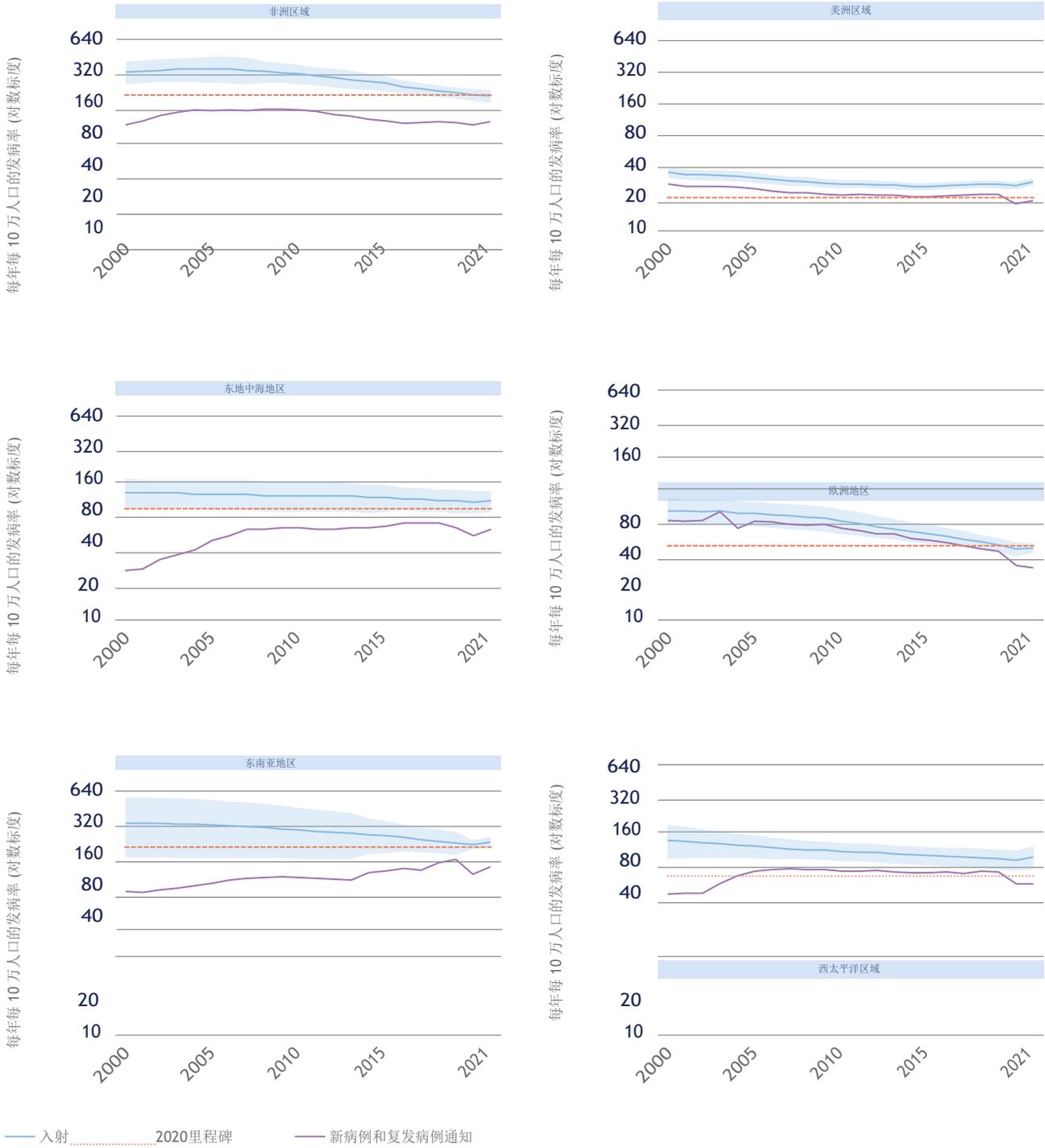
- 至 640 万 (恢复到 2016 - 2017 年的水平) (12)。

2021 年，估计有 1,060 万人 (UI: 9.9 - 1100 万人) 感染了结核病，比 2020 年的 1,010 万人 (UI: 9.5 - 1070 万人) 增加了 4.5%。全球结核病发病率在 2020 年至 2021 年之间上升了 3.6%，扭转了

在过去 20 年的大部分时间里，每年大约 2%。从 2015 年到 2021 年的净减少为 10%，仅是世卫组织《终结结核病战略》2025 年里程碑的五分之一。在区域一级 (图 2.4)，除非洲区域外，世卫组织所有区域的结核病发病率在 2020 年至 2021 年期间有所增加。2021 年，艾滋病病毒阴性人群中估计有 140 万人 (UI: 130 万至 150 万人) 死亡，艾滋病病毒阳性人群中估计有 187,000 人 (UI: 158,000 - 218,000) 死亡，总计 160 万人。结核病死亡人数估计在 2020 年和 2021 年有所增加，扭转了 2005 年至 2019 年的下降趋势。2015 年至 2021 年间，死于结核病的人数净减少仅为 5.9%，不到 2025 年终结结核病战略里程碑的十分之一。

迫切需要加大努力，以减轻和扭转 COVID - 19 大流行对结核病的负面影响 (方框 2.2 描述了赞比亚实现这一目标的努力)。在乌克兰的战争、世界其他地区的持续冲突、全球能源危机和相关的粮食安全风险的背景下，采取行动的必要性变得更加紧迫，这些都可能使结核病的一些更广泛的决定因素恶化。

图 2.4 2000 - 2021 年按世卫组织区域分列的结核病发病率趋势



注：阴影区域代表 95% 的不确定度区间。

资料来源：参考文献 (12)。

方框 2.2 在赞比亚 COVID - 19 大流行期间利用及时监测支持结核病服务恢复 (13)

结核病是赞比亚发病率和死亡率的主要原因之一，特别是对于艾滋病毒感染者。及时发现、与护理挂钩以及坚持结核病治疗方案对于实现成功的治疗结果、控制疾病传播和防止结核病耐药性的发展至关重要。

由于应对冠状病毒病（COVID - 19）大流行而导致的结核病服务的提供和获取中断，对赞比亚的结核病患者产生了重大负面影响。

当赞比亚于 2020 年 3 月 18 日报告第一例 COVID - 19 病例时，结核病服务迅速受到影响并不奇怪。结核病病例通报在 2020 年第一季度平均为 3288 例，在 2020 年第二季度平均降至 2643 例（减少 19.6%），原因是该国确诊的 COVID - 19 病例数量开始上升，疾病控制措施已经到位。(14)

卫生部在世卫组织的技术支持下，通过以下行动建立了更密切的监测：

- 制定了结核病服务的每周绩效目标，包括在国家、省和地区各级通报药物敏感和耐药结核病。
- 总结了每周绩效目标的关键绩效指标，并在虚拟讨论之前与所有地区共享，以进行验证和分析，并促进进一步的行动和响应。每周虚拟会议根据既定目标跟踪进展情况，并确定和解决了结核病应对措施面临的新挑战。
- 在数据显示存在差距的地方，鼓励地区和省级官员讨论挑战并确定解决方案。高绩效地区和省有机会通过网络研讨会和面对面讲习班分享最佳做法，低绩效地区分享了他们的挑战，并确定了他们需要的支持。所有地区都实施了案例调查的最佳做法。

结核病的通知此后持续增加，导致 2020 年报告的病例比 2019 年、2018 年和 2017 年增加 7.5 - 10.8%。赞比亚利用实时监测表明，有可能适应大流行的挑战，并将基本卫生服务改善到超过大流行前的水平。值得注意的是，自 2015 年以来，赞比亚在抗击结核病方面的国内资金增加了七倍。(15)

世卫组织促进使用实时数据和指标来监测 COVID - 19 大流行对结核病服务和国家应对措施的影响。截至 2021 年 8 月，有 130 个国家和地区报告建立了基于病例的数字结核病监测系统。

在世卫组织非洲区域，COVID - 19 大流行对提供和获得基本结核病服务、通过国家疾病监测系统诊断为结核病并作为结核病例通报的人数以及结核病负担（发病率和死亡率）产生了一些影响。可用于评估与 COVID - 19 相关的中断对区域和国家两级基本结核病服务的影响的最广泛可用的指标之一是被诊断为结核病的人数。该指标反映了供应方面对获得诊断和治疗的影响（例如 Procede 继续提供服务的能力）和需求方（例如，Procede 在行动受到限制的情况下寻求治疗的能力，对大流行期间去医疗机构的风险的担忧，以及与结核病和 COVID - 19 相关症状相似的耻辱）。非洲区域是全球结核病负担最高的 30 个国家中的 17 个国家的所在地。(12) 世卫组织非洲区域办事处支持各国适应 COVID - 19 的背景，所有国家都将基本卫生服务的连续性作为其战略中应对 COVID - 19 大流行的关键支柱。

疟疾

《2016 - 2030 年全球疟疾技术战略》呼吁到 2020 年将疟疾病例发病率和死亡率降低至少 40%，到 2025 年降低 75%，到 2030 年降低 90%

2030 年，从 2015 年的基线（16）。2021 年，全球 84 个疟疾流行国家估计有 2.47 亿例疟疾病例，与 2020 年相比增加了 200 万例。与从 2019 年的 2.32 亿例 (UI: 2.13 - 2.55 亿例) 跃升至 2020 年的 2.45 亿例 (UI: 2.22 - 2.73 亿例) 相比，这一增幅较低，这表明了新冠肺炎疫情第一年对全球疟疾控制工作的巨大影响。全球疟疾死亡人数也从 568 000 人 (UI: 532 000 - 654 000 人) 上升。

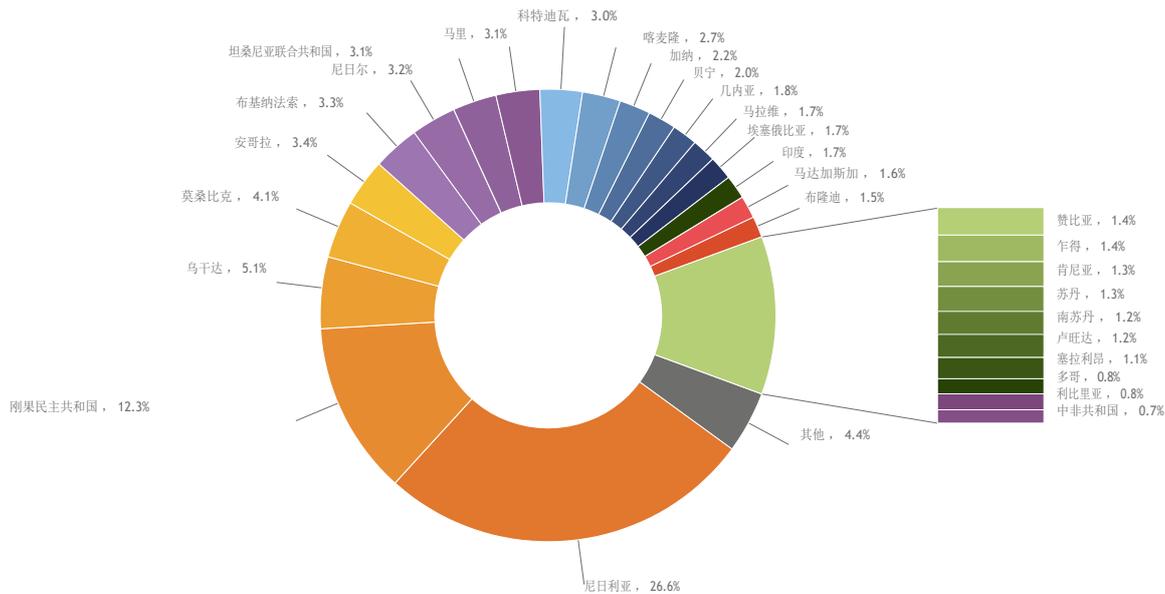
2019 年至 625 000 (UI: 583 000 - 747 000)，但在 2020 年跌至 2021 年为 619 000 (UI: 577 000 - 754 000)。世卫组织非洲地区继续承受着最高的负担，在 2021 年占全球病例的 95 % 和全球死亡的 96 %。图 2.5 显示了按国家 (17) 划分的疟疾病例和死亡数的分布。

在世卫组织非洲区域，疟疾发病率（每 1000 名处于危险中的人口中的病例）在 2000 年至 2019 年期间从 373 例 (UI: 344 - 405) 下降到 225 例 (UI: 206 - 248)，但在 2020 年增加到 234 例 (UI: 210 - 262)，这主要是由于与 COVID - 19 相关的服务中断。2021 年，发病率下降到每 1000 名风险人群 229 人 (UI: 206 - 257)。全球疟疾发病率从 2000 年的 82 例 (UI: 77 - 89) 下降到 2019 年的 57 例 (UI: 52 - 63)，然后在 2020 年上升到 59 例 (UI: 54 - 66)。在 2020 年至 2021 年之间，发病率没有变化。

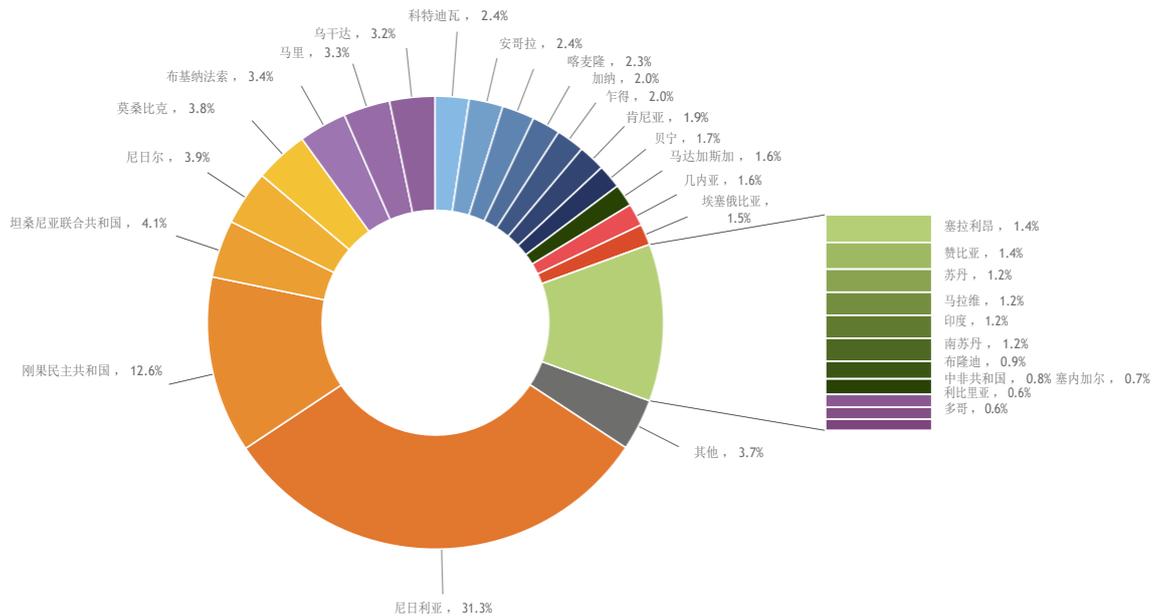
与 GTS 目标相比，2021 年全球疟疾发病率和死亡率均偏离了 48 %。但是，疟疾流行国家在 2021 年避免了与大流行有关的进一步挫折，为继续加快努力加强疟疾控制带来了希望。

图 2.5 2021 年按国家分列的 (a) 疟疾病例和 (b) 死亡人数分布

a. 案例



b. 死亡



资料来源：参考文献（17）。

乙型肝炎

2016 年，世界卫生大会批准了《全球卫生部门病毒性肝炎战略》，该战略呼吁到 2030 年消除病毒性肝炎作为公共卫生威胁。2022 年，第 75 届世界卫生大会注意到了旨在实现这一目标的一套新的 2022 - 2030 年全球卫生部门艾滋病、病毒性肝炎和性传播感染综合战略。进展是通过 2025 年和 2030 年的一系列全球目标和里程碑来衡量的。图 2.6 显示了降低乙型肝炎发病率和死亡率的策略的预计影响（19）。

2019 年，全球有 2.96 亿人患有慢性乙型肝炎（定义为乙型肝炎表面抗原阳性）

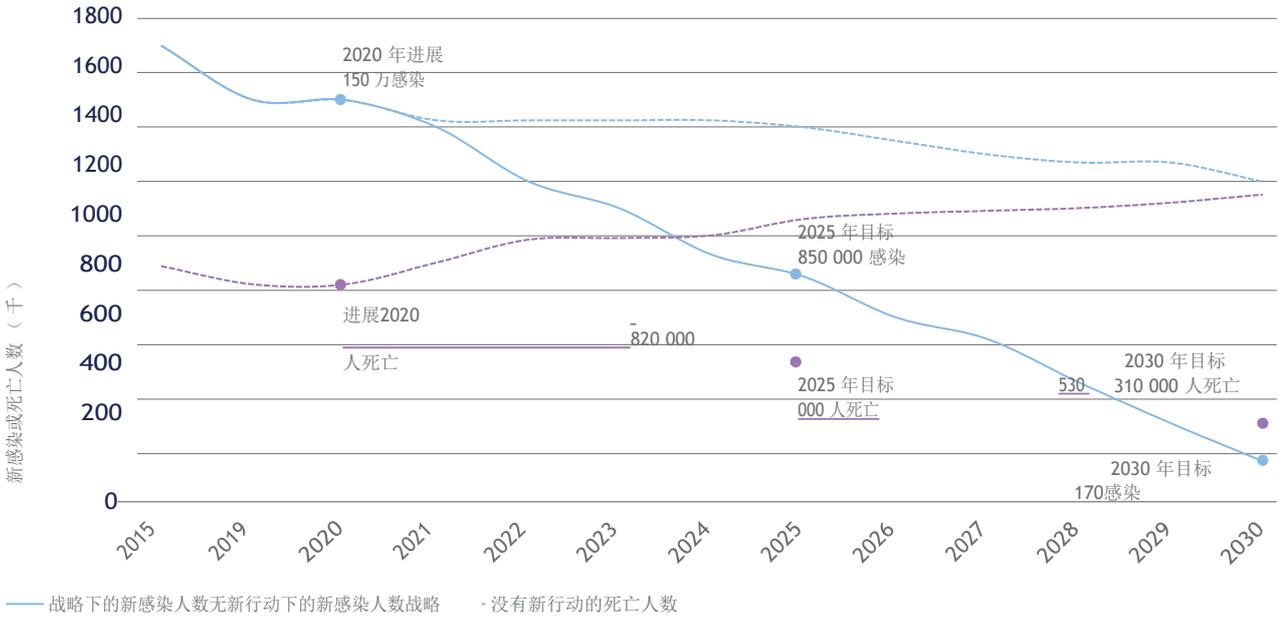
- 其中包括 150 万新感染 - 并导致约 82 万人死亡，主要来自肝硬化和原发性肝癌（20）。

除了到 2030 年将年度新的乙型肝炎感染数量减少到 170 000 例新病例和死亡率减少到 310 000 例死亡的目标之外，另一个重要目标是将乙型肝炎表面抗原（HBsAg）的患病率降低到 0.1% 以下 5 岁儿童。

最新数据显示，2020 年全球 5 岁以下儿童的 HBsAg 患病率为 0.94% (UI: 0.82 - 1.06)，美洲区域的患病率最低，为 0.07% (UI: 0.05 - 0.13)，世卫组织非洲区域的患病率最高，为 2.53% (UI: 2.10 - 3.07) (21)。

实现 2030 年目标的努力包括早期诊断和治疗乙肝患者，及时接种乙肝疫苗以防止母婴垂直传播，以及儿童乙肝疫苗覆盖率（第三剂）。

图 2.6 2020 - 2030 年全球卫生部门战略实施新行动与无新行动的乙型肝炎发病率和死亡率趋势



资料来源：参考文献 (19)。

被忽视的热带病

NTD 是一个由 20 个条件组成的多样化组¹这些疾病主要在热带地区流行，在贫困社区中茁壮成长，对妇女和儿童的影响不成比例。这些疾病是由各种病原体——包括病毒、细菌、寄生虫、真菌和毒素——引起的，是造成毁灭性健康的原因，造成社会和经济后果。

新的路线图确定了 2030 年的全球目标，以预防，控制，消除和消除 NTD (22)。到 2022 年底，47 个国家至少消除了一种 NTD。在全球范围内，需要 NTD 治疗和护理的人口从 21.9 亿减少到 16.5 亿，减少了 25%。在最不发达国家，需要 5.05 亿人

2021 年 NTD 的治疗和护理占这些国家人口的 46%，低于 2010 年的 79%。从 2016 年到 2019 年，每年有超过 10 亿人接受至少一次 NTD 的治疗。然而，由于 COVID-19 大流行导致服务中断，2020 年 (7.98 亿) 和 2021 年 (8.88 亿) 的治疗人数减少 (23)。

尽管 COVID-19 造成的干扰非常严重，但 2021 年的上升趋势可能会在 2022 年继续。保持这一进展将需要进一步的投资，以弥补大流行期间的挫折，并确保实现 2030 年的目标。

¹NTDs 包括：布鲁里溃疡；恰加斯病；登革热和基孔肯雅病；麦地那球虫病；食源性吸虫病；人类非洲锥虫病；利什曼病；麻风病；淋病；霉菌病，嗜色真菌病和其他深部真菌病；盘尾丝虫病；狂犬病；sc 疮和其他外寄生虫；血吸虫病；土壤传播的蠕虫病；毒蛇咬伤；带菌病和囊虫病；沙眼和雅氏病。

WPV 引起的脊髓灰质炎

脊髓灰质炎是一种高度传染性的病毒性疾病，主要影响 5 岁以下儿童。自 1988 年全球根除脊髓灰质炎倡议启动以来，WPV 病例减少了 99% 以上 - 从 125 个流行国家的估计 35 万例病例减少到 2021 年的 6 例报告病例（24）。

在三种 WPV 菌株（1 型、2 型和 3 型）中，2015 年宣布根除 2 型，2019 年宣布根除 3 型。仅 1 型 WPV 仍然存在。2022 年，巴基斯坦报告了 20 例 WPV 1 型病例，阿富汗报告了 2 例，莫桑比克报告了 8 例 (25 例)。

阻断 WPV1 和循环疫苗衍生的脊髓灰质炎病毒 2 型的传播是全球根除脊髓灰质炎的主要目标 (26)。

2.2 儿童营养不良和妇女贫血

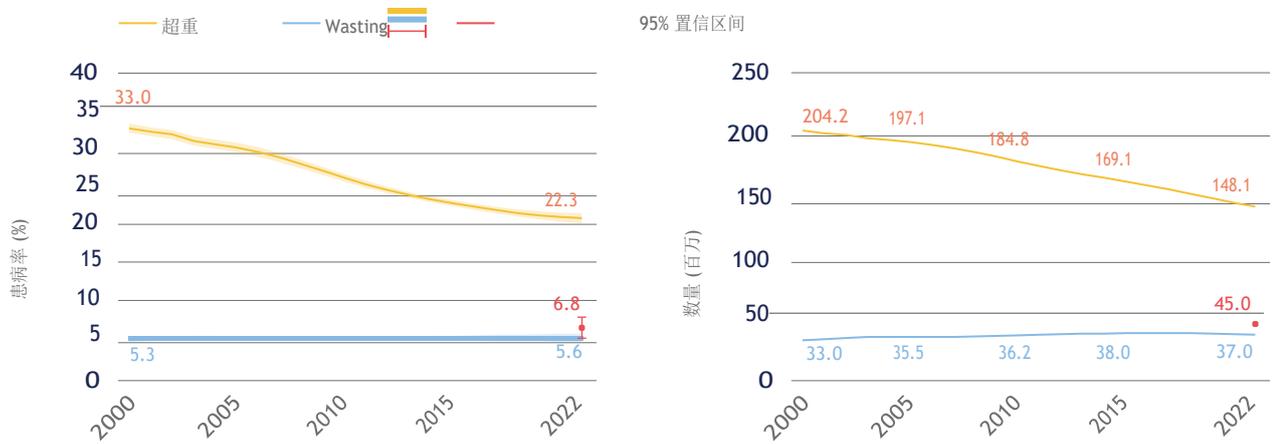
营养不良是指营养摄入不足或过量、必需营养素失衡或营养素利用受损。所有国家都受到一种或多种形式的营养不良的影响。本节讨论可持续发展目标中关于 5 岁以下儿童营养不良和 15 - 19 岁妇女贫血的指标。

儿童营养不良

充足的营养是儿童发育的基础，尤其是在生命的早期。如果喂养方式不是最佳的，儿童可能会出现发育迟缓（低身高），消瘦（低体重身高）或超重（高体重）。

解决儿童营养不良问题的全球努力正在产生效果，在过去的二十年中，受发育迟缓影响的儿童的患病率和数量显著减少（图 2.7）（27）。

图 2.7 2000 - 2022 年全球受发育迟缓、消瘦和超重影响的 5 岁以下儿童百分比和人数



2000 - 2022 年全球受发育迟缓、消瘦和超重影响的 5 岁以下儿童的患病率

2000 - 2022 年，全球受发育迟缓、消瘦和超重影响的 5 岁以下儿童人数（百万）

资料来源：参考文献 (27)。

发育迟缓

发育迟缓是母亲和儿童长期和反复营养不良的结果，这些儿童没有发挥最大潜力。

全球 5 岁以下儿童发育迟缓的患病率从 2000 年的 33.0 % (UI : 32.4 - 33.5) 下降到 2022 年的 22.3 % (UI : 21.8 - 22.9) 。在千年发展目标时代，下降速度更快，2000 年至 2015 年 ARR 为 2.0 % - 受该时期后半期的快速下降的刺激 - 与 2015 年 SDG 时代开始以来的 ARR 下降 1.4 % 相比。

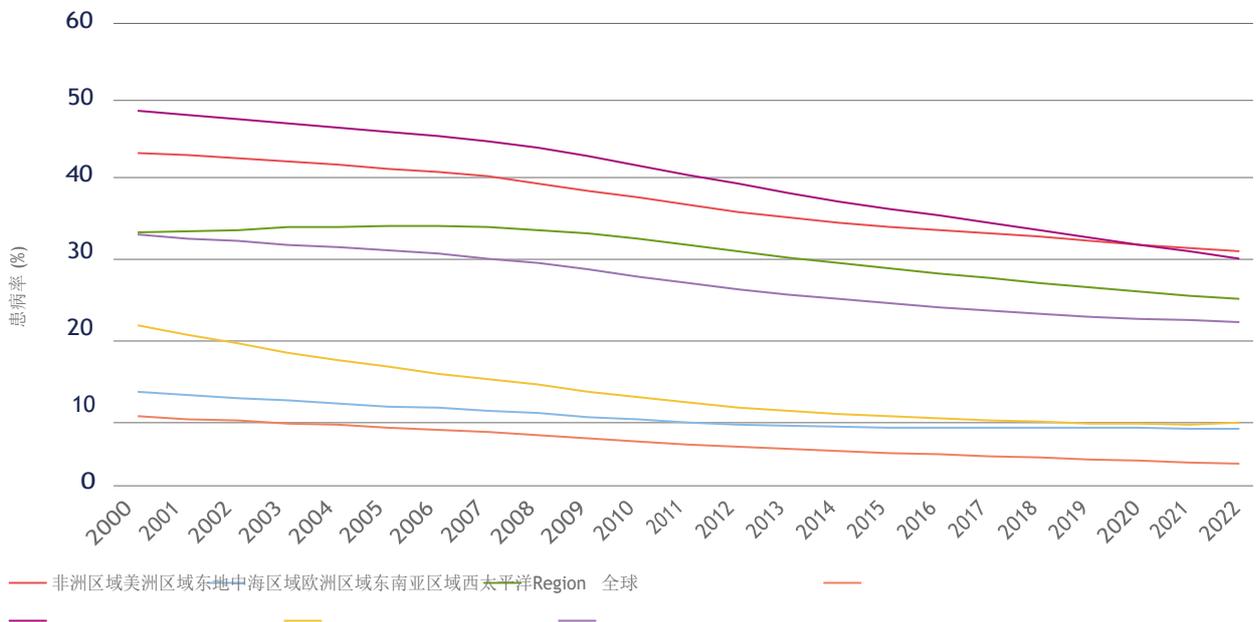
世卫组织所有区域的发育迟缓流行率也有所下降，尽管速度不同 (图 2.8) 。在欧洲和西太平洋区域，流行率在 2000 年至 2022 年间下降了一半以上，但

相比之下，在千年发展目标时代的后半期，东南亚和东地中海区域的流行率下降速度加快。

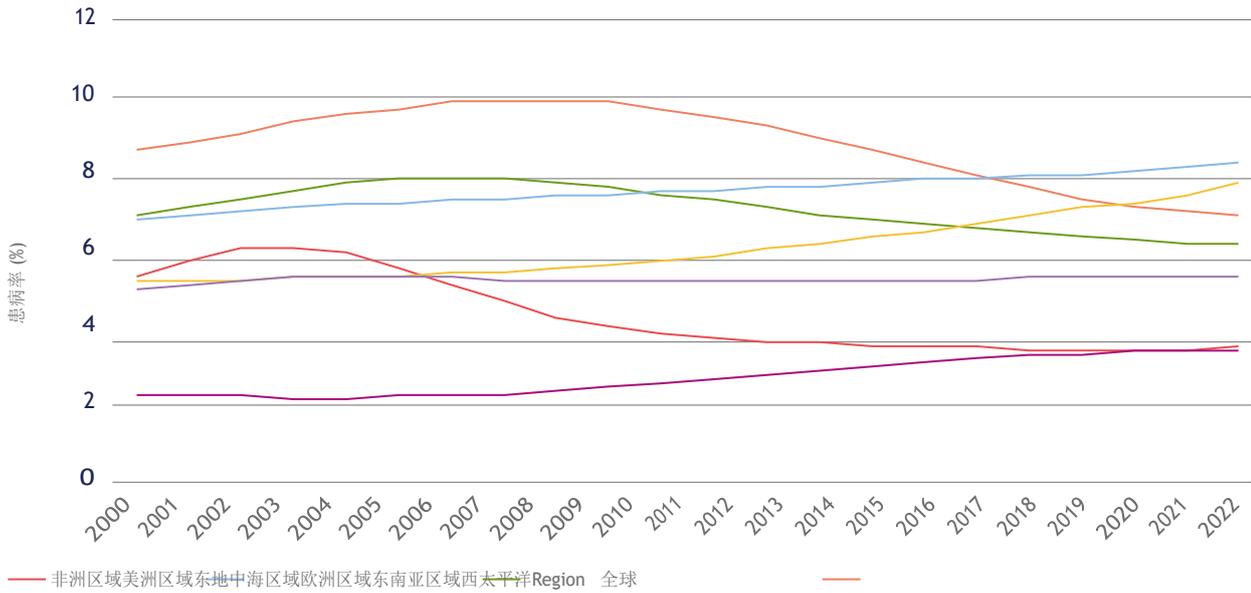
尽管如此，2022 年，东南亚地区有 4980 万 5 岁以下儿童受发育迟缓影响 [30.1 % (UI : 28.3 - 32.0)]，非洲地区有 5620 万 [31.0 % (UI : 30.2 - 31.8)]，东地中海地区有 2290 万 [25.1 % (UI : 23.4 - 26.8)]。

在全球范围内，2022 年估计有 1.481 亿 5 岁以下儿童受到发育迟缓的影响。随着全球粮食和营养危机的持续发展——冲突、气候变化和 COVID - 19 大流行的持久影响加剧，这些数字可能会大幅上升。危机对发育迟缓的全面影响可能需要数年才能显现 (27) 。

图 2.8 全球和按世卫组织区域分列的 5 岁以下儿童发育迟缓和超重患病率趋势，2000 - 2022 年发育迟缓



超重



资料来源：参考文献 (27)。

超重

儿童超重和肥胖增加了成年后肥胖、非传染性疾病、过早死亡和残疾的风险。2000年，全球有 3,300 万 5 岁以下儿童超重 [5.3% (UI: 5.1 - 5.5)]。2022 年，这一数字上升到 3,700 万 [5.6% (UI: 5.1 - 6.1)] (27)。

虽然 5 岁以下儿童超重的全球患病率几乎停滞不前，但西太平洋区域、美洲区域和东南亚区域的患病率自 2000 年以来呈上升趋势（图 2.8）。其他地区的患病率在 2000 年代初有所增加，但在最近的时期有所下降。2022 年患病率最高的地区是美洲区域 [8.5% (UI: 7.4 - 9.7)]、西太平洋地区 [8.1% (UI: 5.9 - 11.0)]、欧洲地区 [7.1% (UI: 5.6 - 8.8)] 和东地中海地区 [6.3% (UI: 5.2 - 7.7)]。

Wasting

患有消瘦的儿童免疫力减弱，容易受到长期发育迟缓的影响，并且面临死亡风险增加，特别是当消瘦严重时。

2022 年，5 岁以下儿童的浪费患病率为 6.8% (UI: 5.5 - 8.1)，代表 4500 万儿童。约 2.1% (UI: 1.5 - 2.6) 患有严重浪费 - 最致命的营养不良 - 这意味着 1370 万儿童处于危急状态，其中 810 万在东南亚地区 (27)。

浪费患病率最高的地区是东南亚地区，那里有 14.7% (UI: 11.0 - 19.3) 的 5 岁以下儿童（即 2420 万）遭受浪费，其次是东地中海地区，患病率为 6.9% (UI: 5.4 - 8.7) 的儿童（即 630 万）。

15 - 49 岁女性贫血

贫血是营养不良和健康状况不佳的指标，对妇女及其子女产生重大不利健康后果。怀孕期间的严重贫血增加了孕产妇和围产期死亡率、低出生体重和婴儿生长发育不良的风险。贫血也会影响社会和经济的发展，因为它会导致疲劳和生产力下降。

尽管与 2000 年相比，全球 15 - 49 岁女性贫血患病率略有下降 [31.2 % (UI : 28.7 - 34.1)]

到 2019 年 [29.9% (UI : 27.0 - 32.8)]，由于人口增长，受影响的总数大幅增加 - 从

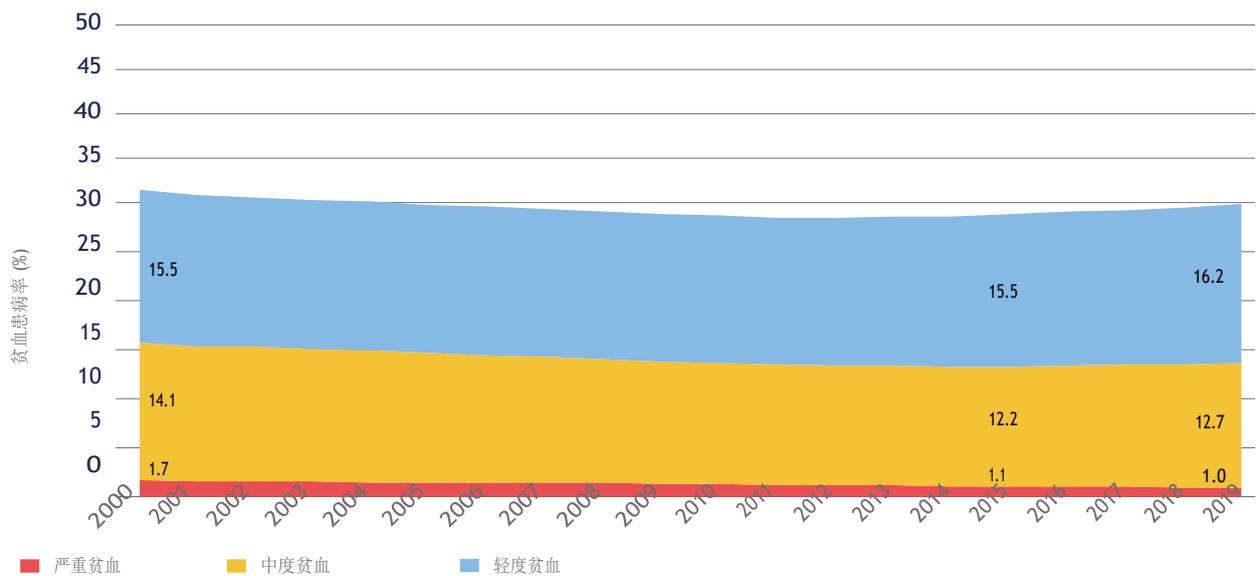
2000 年为 4.929 亿，2019 年为 5.708 亿。孕妇的患病率 [36.5 % (UI : 34.0 - 39.1)] 高于非孕妇 [29.6 % UI : 26.6 - 32.5]。在全球范围内，轻度贫血的患病率从 2000 年的 15.5 % (UI : 14.2 - 17.3) 略微上升至 2019 年的 16.2 % (UI : 14.9 - 17.6)，而中度贫血的患病率从 14.1 % (UI : 12.4 - 16.1) 略有下降 2000 年的 12.7 % (UI : 10.6 - 14.8)，严重贫血也是如此。

从 2000 年的 1.7% (UI : 1.4 - 2.0) 到 2019 年的 1% (UI : 0.8 - 1.4)，表明向轻度贫血转变 (图 2.9) (28)。

在世卫组织各区域，千年发展目标时代的总贫血患病率有所下降，但在 2015 年之后，这种下降或放缓或停止。在 2000 年至 2019 年期间，在世卫组织西太平洋区域，贫血患病率从 22.6 % (UI : 16.3 - 30.4) 下降到 16.4 % (UI : 11.4 - 23.5)，在非洲区域，贫血患病率从 46.3 % (UI : 42.5 - 50) 下降到 40.4 % (UI : 36.6 - 44.2)。美洲地区从 19.2% (UI: 16.1 - 22.5) 上升到 15.4% (UI: 12.1 - 19.5)。2019 年，东南亚地区的贫血患病率继续最高，为 46.6% (UI: 39.4 - 53.1)。东南亚地区的轻度贫血患病率略有增加，从 2000 年的 21 % (UI : 19.1 - 22.8) 增加到 2019 年的 23.5 % (UI : 20.6 - 26.0)，东地中海地区从 18.4 (UI : 16.3 - 20.7) 增加到 19.6 (UI : 16.5 - 22.6)。在。

同期，世卫组织所有区域的中度和重度贫血均有所下降。

图 2.9 2000 - 2019 年按严重程度划分的全球贫血患病率 * 15 - 49 岁女性



注意：* 轻度贫血定义为非孕妇的血红蛋白浓度为 110 - 119 g / L，孕妇的血红蛋白浓度为 100 - 109 g / L；中度贫血定义为非孕妇的血红蛋白浓度为 80 - 109 g / L，孕妇的血红蛋白浓度为 70 - 99 g / L；重度贫血定义为非孕妇的血红蛋白浓度低于 80 g / L，孕妇的血红蛋白浓度低于 70 g / L。

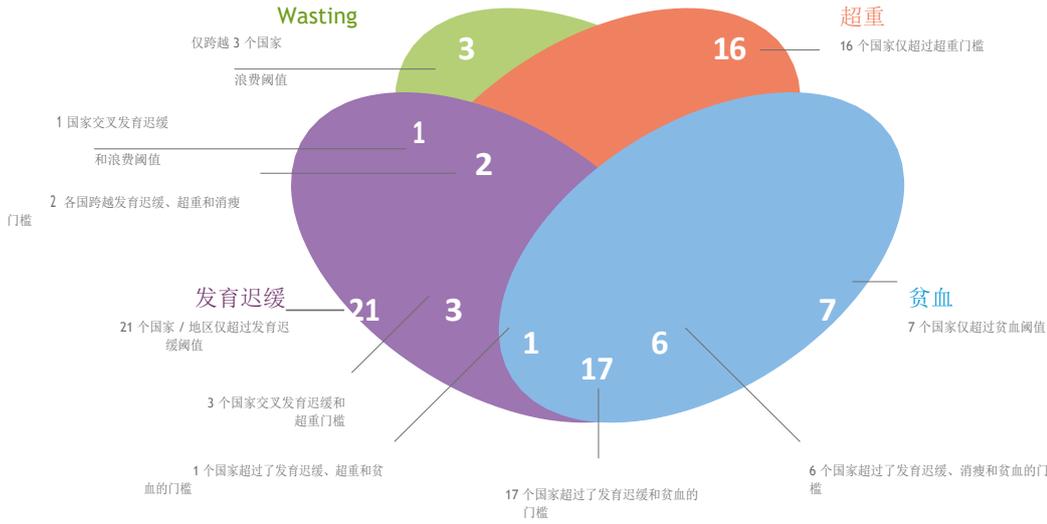
资料来源：参考文献 (28)。

多种形式的营养不良的负担

在许多国家，影响 5 岁以下儿童营养状况的因素很多，营养不良的极端情况可能与发育迟缓、超重和肥胖的高发并存，此外，贫血的高发也可能存在。

营养干预措施应该是全面的，以达到营养不良的多重负担。图 2.10 基于对所有四个可持续发展目标指标的公布估计的国家的分析：5 岁以下儿童的消瘦，发育迟缓和超重，以及 15 - 49 岁妇女的贫血。

图 2.10 2022 年受多种形式营养不良高患病率影响的国家数量 *



注意：* 对于消瘦，仅考虑 2012 年以来的数据国家。使用的阈值为消瘦 $\geq 10\%$ ，发育迟缓 $\geq 20\%$ ，5 岁以下儿童超重 $\geq 10\%$ ，15 - 49 岁女性贫血 $\geq 40\%$ 。
资料来源：参考文献 (27) 和 (28)。

2.3 伤害和暴力

在 2000 年至 2019 年期间，全球受伤死亡率下降了 20% - 从每 10 万人口中的 71.7 (UI: 53.8 - 93.8) 死亡人数下降到每 10 万人口中的 57.4 (UI: 38.7 - 81.4) 死亡人数。在此期间，受伤造成了约 8% 的死亡。2019 年，道路交通伤害造成的死亡占所有伤害死亡的 29%，其次是自杀和跌倒（分别造成所有伤害死亡的 16%）和凶杀（占所有伤害死亡的 11%）（29%）。

从 2000 年到 2019 年，全球自杀率下降了 29%，从 13.0 (UI: 10.4 - 16.0) 下降到 9.2 (UI: 9.7 - 12.6)。

10 万人口 (图 2.11)。在世卫组织所有区域，自杀率一直在下降，除了美洲区域，自杀率上升了 28%。下降幅度最大 (42%) 的是欧洲区域，尽管 2019 年的自杀率仍然最高，为每 10 万人口 12.8 (UI: 10.1 - 16.4)。

同期，全球凶杀死亡率下降了 22%。然而，世卫组织各区域的进展差异很大，欧洲区域的凶杀率下降了 63%，而美洲区域的凶杀率保持大致相同。2019 年，美洲地区每 10 万人的凶杀率为 19.2 (UI: 15.6 - 23.7)，是全球平均水平的三倍以上。

6.2 (UI: 4.0 - 8.7) 每 10 万人口死亡)。

在全球范围内，道路交通伤害造成的死亡率下降了 13%，从每 10 万人口中的 19.1 (UI: 16.1 - 22.3) 死亡人数下降到每 10 万人口中的 16.7 (UI: 13.1 - 20.2)。死亡人数甚至有所增加 - 从 2000 年的 120 万 (UI: 1.0 - 140 万) 增加到

2019 年 130 万 (UI: 1.0 - 160 万) - 由于总人口的增加。全球死亡率下降的主要原因是欧洲地区下降了 51%。除西太平洋区域 (19%) 外，世卫组织其他大部分区域的死亡率下降不到 10%。确定道路安全法律的优先次序和制定法律是加速其下降的关键 (见方框 2.3)。

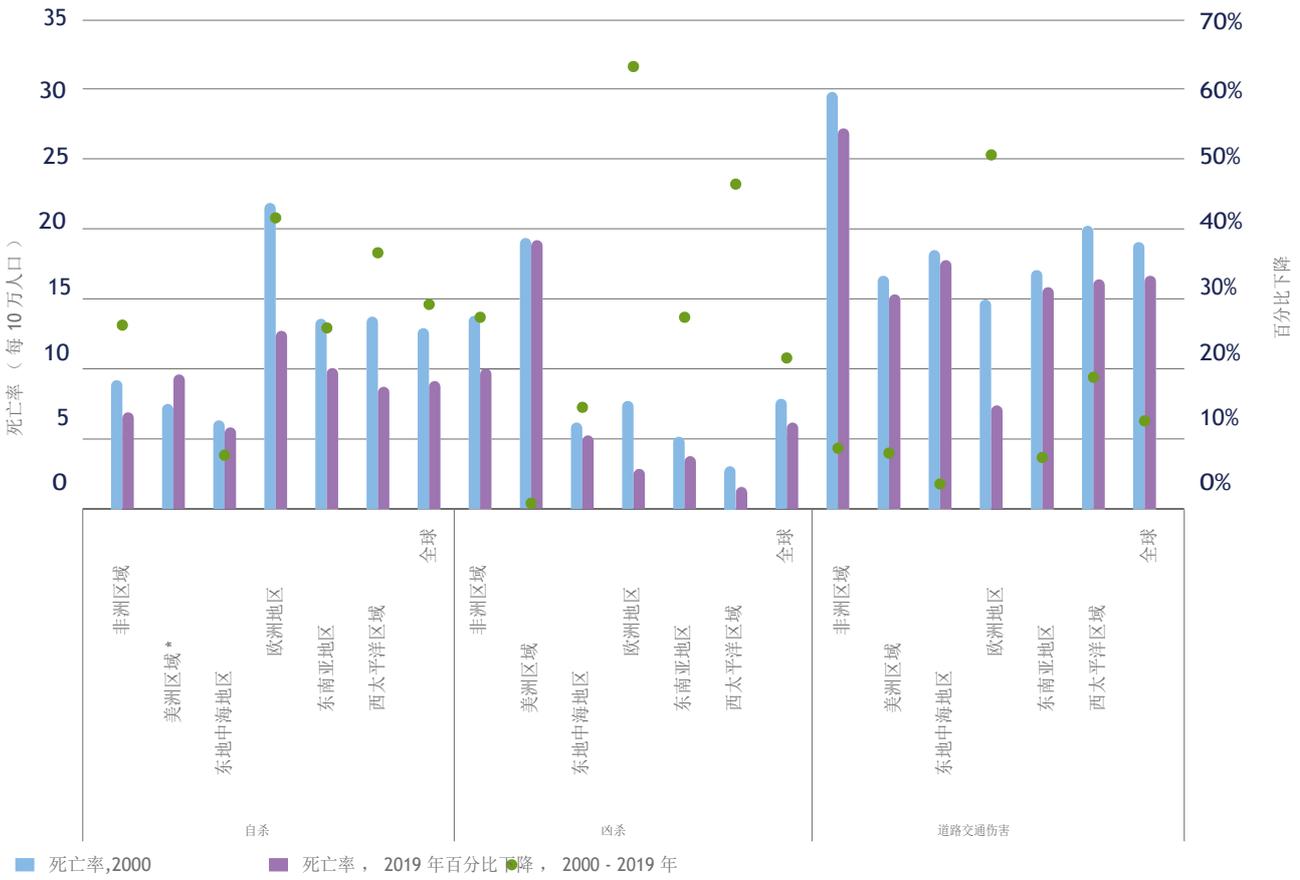
在全球范围内，男性死于伤害的可能性大约是女性的两倍。2019 年所有伤害导致的死亡率为每 10 万男性人口 77.6 例 (UI: 52.7 - 109.1) 和 36.9 例

(UI: 24.4 - 53.2) 每 10 万女性人口死亡。在世卫组织各区域和本节讨论的三个伤害原因中，2019 年美洲区域凶杀的男女比例最高，该区域男子和男孩的死亡率是妇女和女孩的七倍以上。

2019 年，男性和男孩分别占凶杀、道路交通伤害和自杀死亡人数的 80%、75% 和 69%。伤害死亡也不成比例地影响年轻男性。道路交通伤害是 2019 年 15 - 29 岁男孩和年轻男性的主要死亡原因，也是 30 - 49 岁男性的第二大死亡原因。凶杀是 15 - 29 岁男孩和年轻男子的第二大原因。自杀是 15 - 29 岁女孩和年轻女性的第三大死亡原因，在同一年龄段的男孩和年轻男性中第四大死亡原因 (图 2.12)。

尽管受凶杀影响的男性多于女性，但 2019 年约有 93,000 (UI: 61,000 - 142,000) 女性死于他人之手。一项研究表明，大约 39% 的女性死亡是由亲密伴侣造成的。据估计，2018 年，全球 15 岁及以上的女性中，有 30% 在其一生中遭受过来自亲密伴侣或非伴侣的身体和 / 或性暴力 (34)。暴力会对妇女的身体、精神、性健康和生殖健康产生负面影响。世卫组织 2013 年的研究发现，与没有经历过伴侣暴力的女性相比，遭受身体或性虐待的女性传播感染的可能性要高 1.5 倍。他们流产的可能性也是两倍，早产的可能性增加了 41% (35)。

图 2.11 2000 - 2019 年按世卫组织区域和全球分列的自杀、凶杀和道路交通伤害死亡率



注：* 未显示下降百分比，因为它是负的（意味着在此期间死亡率增加）。
资料来源：参考：(29)。

图 2.12 2019 年道路交通伤害、自杀和杀人死亡人数排名，按年龄组和性别分列 *

年龄组 (岁)	道路交通		自杀凶杀			
	男性	Female	男性	Female	男性	Female
0-15	7	9	>30	>30	22	25
15-29	1	5	4	3	2	7
30-49	2	8	7	10	8	17
50-59	5	13	13	19	21	>30
60-69	12	18	20	27	>30	>30
70+	22	28	27	>30	>30	>30

■ 粗死亡率（每 10 万人口）- 范围为 0.4 至 51.1

注意：* 颜色梯度显示了每 100 000 人口从低（亮）到高（暗）的粗死亡率范围。细胞中的数字显示了给定年龄组和性别中死亡原因的等级。
资料来源：参考文献 (29)。

方框 2.3. 批准墨西哥的国家流动和道路安全法(13)

墨西哥这个拥有近 1.3 亿人口的国家，近年来道路交通死亡人数一直居高不下，尽管在国家和国家以下各级做出了广泛努力。仅在 2019 年就记录了超过 16,000 人死亡(30)。据估计，道路交通伤害是导致死亡的第十大原因(31)联邦政府不同部门和机构缺乏问责制，这对部门间协调和道路安全方面的进展以防止致命和非致命交通伤害具有挑战性。与超速，酒精限制和许可有关的法律是在全国范围内制定的，负责规划，设计和运营运输系统的各级政府大多独立工作。

2020 年引入了一项重要的宪法修正案，将“在安全，无障碍，效率，可持续性，质量，包容和平等的条件下的流动性”视为一项普遍权利。为制定新的国家法律奠定了基础，以协调所有行动并体现综合的“安全系统”方法，该方法将道路安全视为挽救生命和实现可持续发展目标的关键。

《国家交通和道路安全法》呼吁建立行之有效的挽救生命的“安全系统”方法，该方法与《2021 - 2030 年全球道路安全十年行动计划》完全一致(32)。《交通和道路安全法》将最脆弱的道路使用者（即行人，

骑自行车的人和残疾人），并促进所有人的可持续和公平的机动性。它澄清了墨西哥政府内部的作用和责任，并呼吁建立一个统一的许可证、车牌和罚款数据库。此外，它纳入了世卫组织的大多数建议，以促进设备的安全使用（例如Procedre头盔、安全带和儿童约束装置），并减少道路使用者对关键风险因素的暴露（例如Procedre超速，开车时使用移动电话以及在酒精的影响下开车）。经参议院和众议院批准，该法律于 2022 年 5 月 17 日发布。这项重要的安全流动法应该被视为许多重要政策领域的一个组成部分，包括儿童健康、气候行动、性别、贫困和公平。使该国的交通系统牢固地植根于安全，将为人类健康和环境带来一系列好处，减少道路悲剧的社会和经济损失，并解决在获得安全交通方面的性别平等问题。

墨西哥的《国家交通和道路安全法》标志着该国在努力减少持续居高不下的道路交通死亡人数和促进所有人公平和可持续地获得运输服务方面迈出了重要的一步。该法律预计将导致墨西哥道路交通伤害造成的死亡人数大幅减少。

2.4 环境风险

健康的环境 - 包括充足的水，环境卫生和个人卫生（WASH），清洁的空气，化学品的安全使用，健康和安全的工作场所，健全的农业实践，健康支持的城市和建筑环境，免受辐射，稳定的气候和保护的自然 - 都是良好健康的先决条件。全球估计有 24 % 的死亡是由于

WASH

尽管取得了进展，但 WASH 服务仍未普及。安全管理的饮用水服务 - 即位于场所，必要时可用且无污染

到 2020 年，全球 74% 的人口都可以使用，使 20 亿人只能获得基本或有限的服务，或者不得不依赖无保护的饮用水源。全球只有略高于一半（54%）的人口使用安全管理的卫生服务，排泄物在现场安全处置或在场外处理。全球约有 3 / 10（29%）的人在家中缺乏用水和肥皂的基本洗手设施（37）。WASH 服务的覆盖面因世卫组织区域而异（图 2.13），国家间和国家内部也不同。

除了家庭之外，鉴于各种人口群体，包括那些易受进一步健康问题影响的群体，在学校、工作场所和保健设施等机构环境中安全管理的讲卫生运动服务也至关重要。方框 2.4 说明了各国为改善卫生保健设施中的 WASH 服务而可以采取的努力。

SDG 指标 6.3.1 跟踪经过安全处理的总、工业和生活废水流量的比例。然而，在许多国家，废水统计处于发展的早期阶段，缺乏报告，特别是来自工业来源的报告。根据 2015 年 42 个报告国家的数据，只有 32% 的废水总流量至少接受了一些处理（41）。根据来自的数据。

2016 年可改变的环境因素，因此是可以预防的（36）。第 1.1 节讨论了气候变化与健康之间的相互联系。下文概述了可持续发展目标和 GPW 13 与 WASH、空气污染和无意中毒相关的指标所反映的对健康的选定环境风险的风险现状。

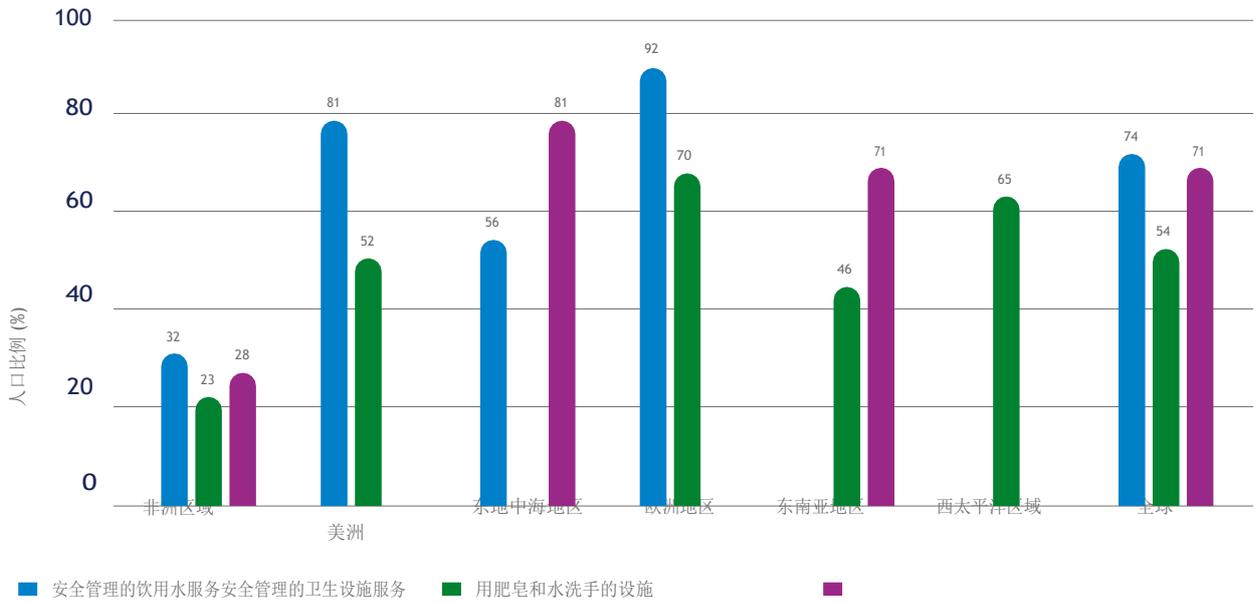
140 个国家和地区，2022 年估计有 58 % 的家庭产生的废水得到了安全处理（42）。

在 2019 年全球范围内，估计有 140 万人死亡，相当于当年所有死亡人数的 2.5%，可以通过安全的 WASH 来预防。其中包括腹泻、急性呼吸道感染、土壤传播的蠕虫和营养不良导致的死亡。这些死亡几乎全部（97%）发生在低收入和中等收入国家，其中 79% 发生在非洲和东南亚区域（图 2.14）。非洲区域的死亡率最高，每 10 万人口中有 46.7 人死亡。西太平洋和欧洲地区的死亡率是西太平洋和欧洲地区的 10 倍以上。东南亚地区的死亡率为每 10 万人口中有 29.6 人死亡，比全球平均水平每 10 万人口中有 18.3 人死亡高出 62%（43）。

可持续发展目标框架包括跟踪水和卫生部门的官方发展援助（ODA），以及当地社区参与改善水和卫生管理的情况。2015 年至 2021 年，对水部门的官方发展援助从 92 亿美元减少到 78 亿美元——减少了 15%——官方发展援助承诺也出现了类似的减少（44）。2022 年，87% 的国家制定了农村饮用水法律或政策中规定的地方社区参与程序。然而，只有 31% 的国家报告称社区参与水平很高。社区参与水资源管理的结果相似（45）。

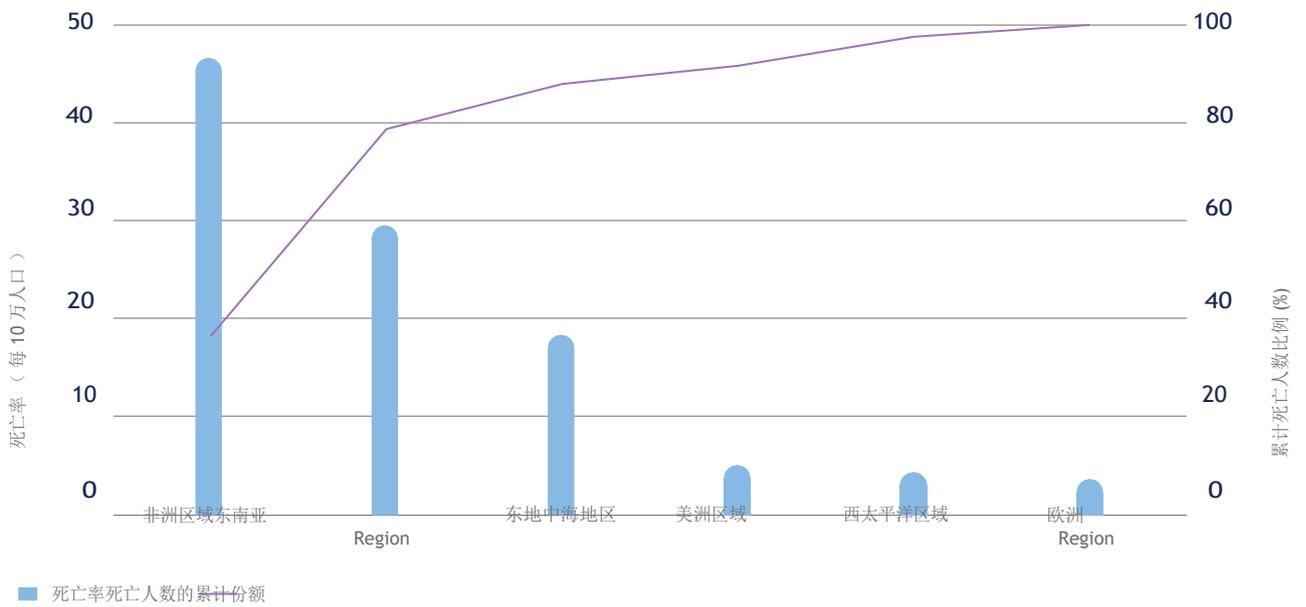
2 常量（2021 年）美元。

图 2.13 2020 年全球和世卫组织区域使用 WASH 服务的人口比例



注意：没有条形图表示该区域没有可用的聚合统计信息。
资料来源：参考文献 (37)。

图 2.14 2019 年按世卫组织区域分列的死亡率和因接触不安全 WASH 服务而死亡的累计比例



资料来源：参考文献 (43)。

方框 2.4 评估黑山医疗机构 WASH 服务的新数据(13)

2019 年，世界卫生大会通过了关于卫生保健设施中的 WASH 的 WHA72.7 号决议(38)呼吁提供足够的 WASH 服务，以提供安全，以人为本的医疗保健并实现 UHC。将 WASH 纳入医疗保健服务可以促进护理质量，员工士气和绩效，医疗保健成本，灾难 / 疫情抵御能力，感染预防和控制以及减少 AMR 的改善。一项关键行动是对讲卫生运动条件进行评估，在此基础上，应确定政策和实践层面的后续干预措施并确定其优先次序。

2021 年，黑山公共卫生研究所与世卫组织欧洲环境与卫生中心和该组织黑山国家办事处合作，对现有政策和更广泛的有利环境进行了分析，并对设施的实际情况进行了基线调查。世卫组织 / 儿童基金会供水，卫生和卫生联合监测计划制定的国际公认的基本和扩大的 WASH 服务指标用于跟踪与 WASH 相关的可持续发展目标的进展。(39)。数据是从该国所有公共和选定的私营医疗机构收集的各级护理（共 151 个）。调查结果表明，在许多卫生保健设施中，各种 WASH 组件的基本供应良好，特别是在水（88%）和手部卫生（78%）方面，以及废物管理供应的中等覆盖率（62%）。然而，在全国许多医疗机构中，基本的环境清洁（13%）和卫生设施（16%）仍然是一个挑战。(40)。在提供初级保健服务的设施和位于农村地区的设施以及废物管理的私人设施中，更经常观察到 WASH 服务提供方面的挑战。

调查的结果突出了优势和差距，将有助于在治理层面和设施层面的实践中制定和实施有针对性的干预措施（例如Procedre通过加强国家监测系统和发展医务人员和非医务人员的能力。这些成果还支持了国家报告，以全球监测在实现可持续发展目标 G3（确保健康生活和促进所有年龄段的所有人的福祉）和可持续发展目标 6（确保所有人的水和卫生设施的可用性和可持续管理）方面的进展。

评估后，自 2022 年以来，所有公共医疗机构的水质控制都被纳入了定期监测计划。还计划将与讲卫生运动的运作和维护有关的规定纳入立法，并制定一项专门针对私营保健设施的方案，以加强保健废物管理方面的能力建设。

空气污染

室内和室外空气污染都会导致呼吸道，心血管和其他疾病，从而在全球范围内造成重大的发病率和死亡率负担。

家庭内外的低效率和污染的燃料和技术是家庭空气污染的主要来源。到 2021 年，估计有 56 亿人 - 占全球人口的 71 % (UI : 67 - 75 %) - 主要使用清洁燃料和烹饪技术。在 40 % 的国家中，这种做法几乎是普遍的 (覆盖至少 95 % 的人口) 。相比之下，在大约 10% 的国家，至少 95% 的人口不得不依赖污染燃料和技术。

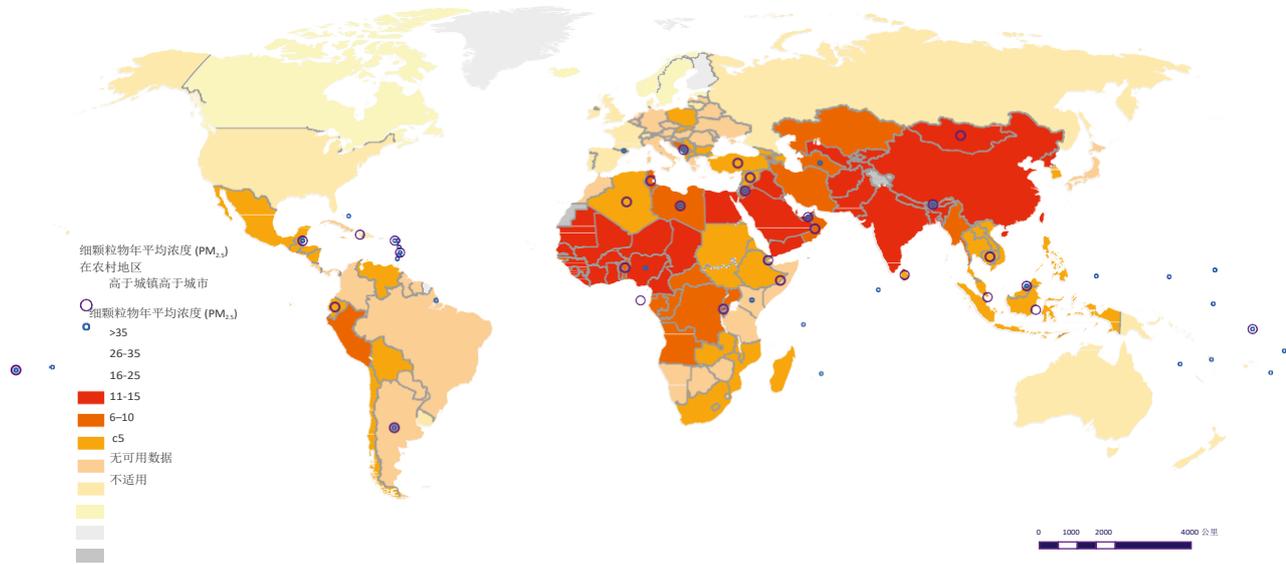
与农村人口相比，城市人口继续有更多的机会获得清洁烹饪燃料和技术，但差距正在缩小。在 2021 年的全球范围内，城市地区的访问率为 86 % (UI : 83 - 89 %) ，农村地区的访问率为 51 % (UI : 46 - 56 %) ，差距为 35 个百分点。世卫组织东地中海区域的差距最大 (38 个百分点) ，欧洲区域的差距最小 (7 个百分点) 。然而，非洲地区的差距在过去二十年中不断扩大，到 2021 年仍然是城市和农村人口获得人口最少的地区，分别为 41 % (UI : 37 - 45 %) 和 7 % (UI : 6 - 8 %) 。

几乎整个全球人口 (99 %) 呼吸不健康的细颗粒物水平。尽管自 2015 年以来有所改善，但全球平均人口加权暴露于细颗粒物³2019 年城市 - 33 $\mu\text{g} / \text{m}^3$ (UI : 32 - 34) - 仍远高于保护公众健康的推荐空气质量指南 (5 $\mu\text{g} / \text{m}^3$)。虽然城市传统上是减少空气污染政策的重点，但空气污染不仅是城市问题。2019 年，34 个国家的农村地区空气污染水平高于城市，29 个国家的农村地区空气污染水平超过城镇 (图 2.15) 。非洲，东地中海和东南亚区域许多国家的城市，城镇和农村地区的细颗粒物水平超过了世卫组织的临时目标 4，即 35 $\mu\text{g} / \text{m}^3$ 。³

2019 年，全球估计有 670 万人死亡归因于环境和家庭空气污染的共同影响。这些死亡中的绝大多数 (85%) 是由于成人中的非传染性疾病 (包括中风、缺血性心脏病、慢性阻塞性肺病以及气管、支气管和肺癌) 所致，其余的是由于成人和儿童的下呼吸道感染所致，其中 5 岁以下儿童的死亡率最高 (图 2.16) (46) 。

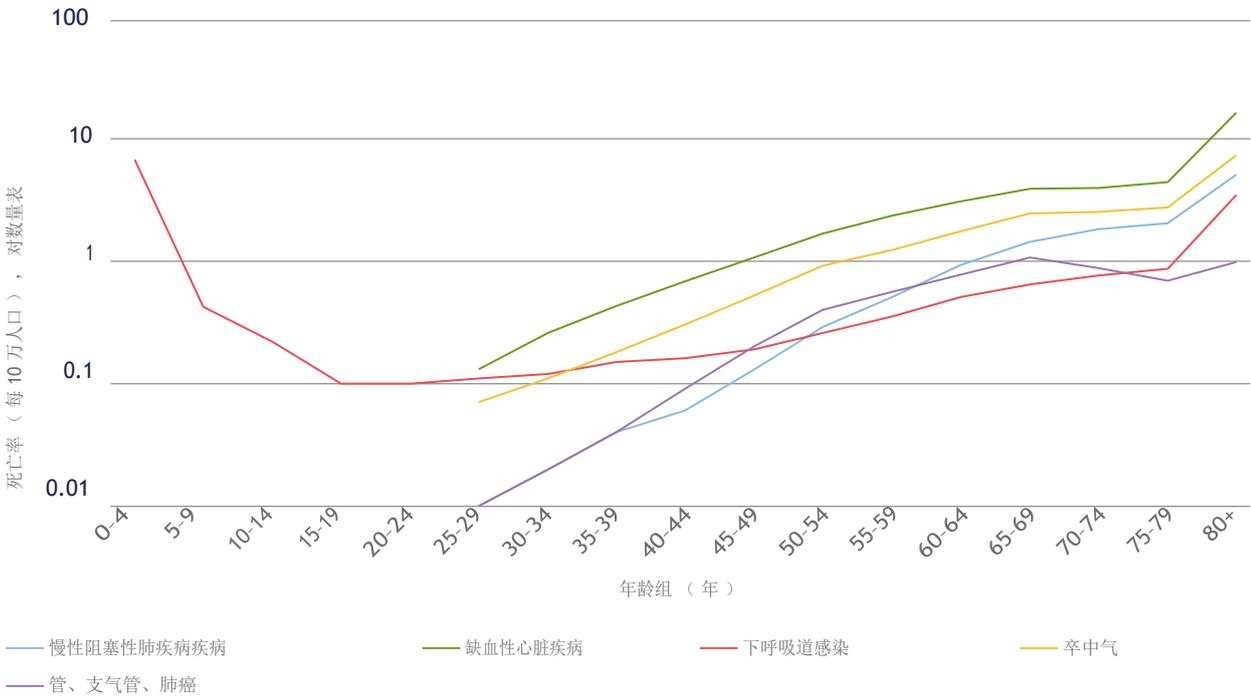
3 直径等于或小于 2.5 μm 的颗粒物 (PM_{2.5})。

图 2.15 细颗粒物年平均浓度 (PM_{2.5}) 在国家一级，以及与城镇相比的农村地区，按国家/地区划分，2019 年



资料来源：参考文献 (43)。

图 2.16 全球粗死亡率归因于环境和家庭空气污染的影响，按疾病和年龄组划分，2019 年



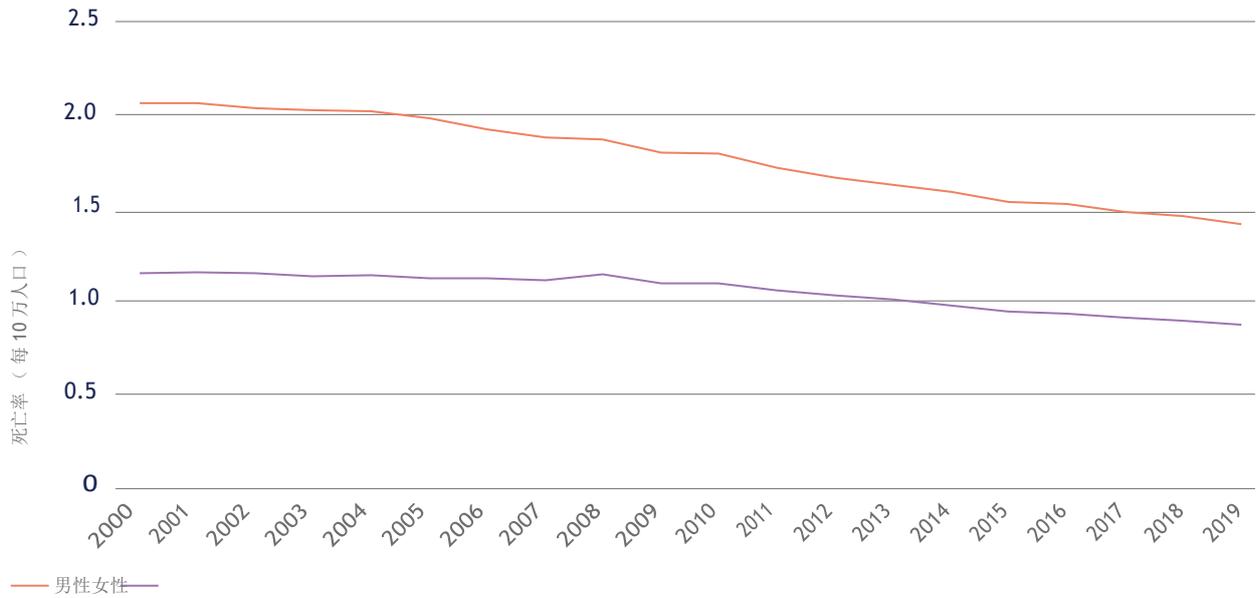
资料来源：参考文献 (43)。

无意中毒

无意中毒可能是由家用化学品，农药，煤油，一氧化碳和药物引起的，也可能是环境污染或职业化学品暴露的结果。无意中毒造成约 84,000（UI：48,000 - 137,000）死亡 2019 年 -

通过合理的化学管理，73% 被认为是可以预防的（29,47）。由于职业暴露，意外中毒导致的死亡率在男性中高于女性，尽管近年来差距略有缩小（图 2.17）。

图 2.17 2000 - 2019 年按性别分列的意外中毒死亡率全球趋势



资料来源：参考文献(29)。

2.5 UHC 和卫生系统

UHC 意味着所有人都可以获得所需的高质量医疗服务，并且不会因需要支付这些服务而面临财务困难。可持续发展目标的具体目标是到 2030 年实现全民健康覆盖，包括财务风险保护、获得优质的基本卫生保健服务以及为所有人提供安全、有效、优质和负担得起的基本药物和疫苗。通过基本卫生服务覆盖率指标（SDG 3.8.1）跟踪实现这一目标的进展，该指标是卫生服务跟踪指标的综合指数，和缺乏财政保护的一个指标（SDG 3.8.2），其定义是一个国家的人口在卫生方面的支出相对于其家庭总支出的比例。虽然单独评估，但这两个 UHC 指标都提供了有关各国卫生服务覆盖范围和成本的重要信息，需要一起跟踪。

与 2015 年之前的收益相比，服务覆盖范围（SDG 指标 3.8.1）的扩展在 SDG 时代的上半年有所放缓，到 2021 年仅上升了三个指数点，达到 68（48）。在减少财政困难方面没有取得重大进展。自 2015 年以来，超过 10% 的家庭预算用于医疗自掏腰包（OOP）（SDG 3.8.2）的比例平均为。

每年 0.2 个百分点，在 2019 年达到 13.5%（约 10 亿人）。该指标侧重于相对较大的自付医疗支出，但对于居住在或附近的人

贫困在健康 OOP 上的任何花费都可能是财务困难的根源。2019 年，全球 4.4% 的人口（3.44 亿人）由于 OOP 支付的医疗费用而被迫或进一步陷入极端贫困（49）。虽然 COVID-19 大流行可能加剧了为健康支付 OOP 费用的人所经历的财务困难，但对全球卫生服务覆盖面的影响程度仍不清楚。然而，在 COVID-19 大流行期间，在次区域和国家两级都观察到服务覆盖面下降。

监测基本服务的覆盖面提出了独特的挑战，因为全民健康覆盖的包容性及其强调提供足够质量的卫生服务（促进、预防、治疗、康复和姑息治疗），以便对有需要的人有效。没有任何指数可以完全总结整个生命过程中实现 UHC 所需的所有卫生服务。鉴于这一事实，当前的 UHC 服务覆盖率指数（UHC SCI）使用一系列关键指标来跟踪基本卫生服务的总体覆盖率。UHC SCI 包括与关键健康关注领域相关的四个子指数，即：生殖、孕产妇、新生儿和儿童健康（RMNCH）；传染病；非传染性疾病；以及卫生服务能力 and 获取途径。以下段落描述了用于监测 UHC 途径进展的示踪剂指标和相关度量。

RMNCH

在全球范围内，通过现代方法满足避孕需求的妇女比例自 2000 年以来增加了约 5%，到 2022 年达到 77.5%。提高避孕器具覆盖率的区域差异主要取决于 2000 年各自的起点。相对收益最大的是东地中海地区（自 2000 年以来增长了不到 20%，2022 年增长了 62.3%）和非洲地区（自 2000 年以来增长了 50% 以上，2022 年增长了 57.5%）（50）。

ANC 访问是通过一系列干预措施接触孕妇的机会，这些干预措施对孕妇的健康以及新生儿和婴儿的健康至关重要。世卫组织建议至少与健康提供者进行 8 次接触，包括血液和尿液检测，以及体重 / 身高和血压测量（51）。在全球范围内，在 2015 年至 2021 年之间，估计有 66% 的女性在怀孕期间参加了四次或更多的 ANC 访问（52）。然而，重要的是，这一估计并未涵盖有效的覆盖范围，尤其是推荐的干预措施是否有效。

在访问期间或如果妇女看到熟练的健康提供者，如医生或护士。用于计算后一个指标的数据主要来自家庭调查，这些调查确实捕获了在第一次 ANC 访问中看到的提供者类型。根据这些数据，据估计，在 2015 年至 2021 年之间，有 88% 的孕妇至少参加了一次由熟练提供者进行的 ANC 访问。这并不直接表明在何种程度上受到尊重，优质的怀孕护理，而是表明，从熟练的保健提供者（与非熟练的提供者）那里获得优质护理的可能性增加，其中包括对孕妇的建议干预措施。

熟练的保健人员在分娩期间的协助对妇女、其新生儿和家庭的生命至关重要。这项服务的全球覆盖率从 2015 年的 81% 增加到 2022 年的估计 86%（53）。世卫组织非洲区域在所有世卫组织区域的熟练接生覆盖率仍然最低。为了加快进展，必须确保有足够的熟练保健。

可满足孕妇和新生儿需求的人员，特别是在服务不足的地区。

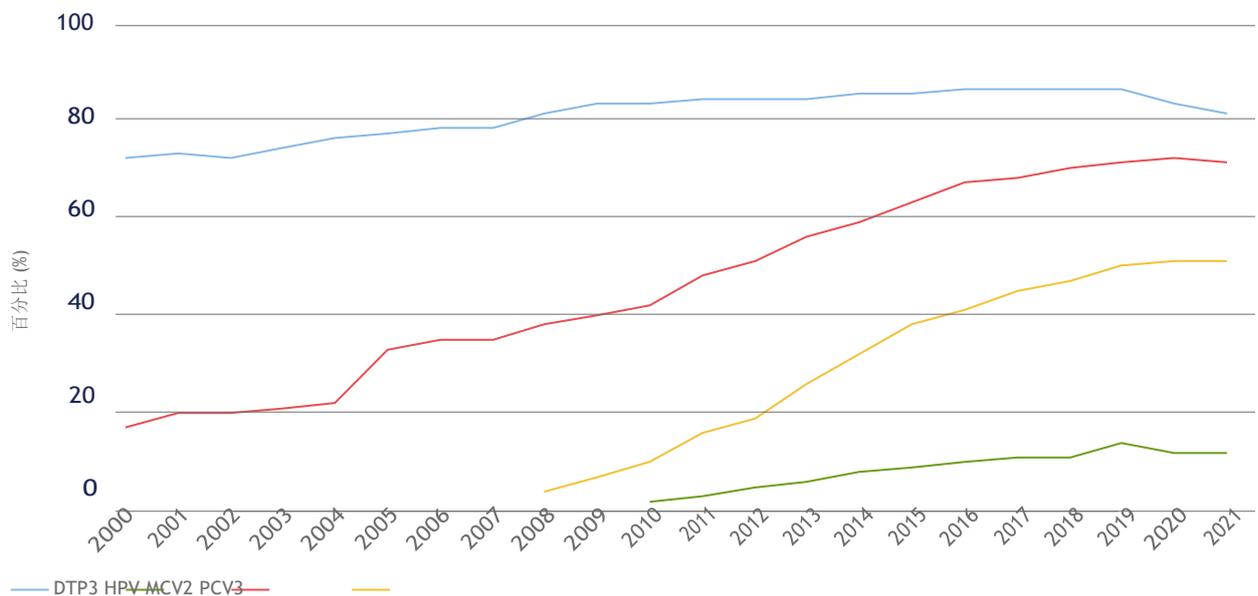
免疫接种是初级卫生保健的关键组成部分，也是衡量 UHC 发展进程的关键指标。在过去 30 年中，儿童免疫接种水平的不断提高和持续提高了儿童存活率和幸福感。不幸的是，在 2019 年至 2021 年期间，接种三剂白喉、破伤风类毒素和百日咳疫苗（DTP3）的一岁儿童比例下降了近 6%（5 个百分点）至 81%，导致估计有 2500 万儿童在 2021 年至少错过了一剂 DTP。在其他重要免疫接种的群体覆盖率中观察到类似的趋势（图 2.18）。在全球范围内，三剂肺炎球菌结合疫苗（PCV3）的覆盖率在 2010 年（10%）至 2020 年（51%）之间增加了 5 倍，并在 2021 年停滞在这一水平。同样，两剂麻疹疫苗（MCV2）的覆盖率从 2010 年的 42% 扩大到 2019 年的 71%，并在 2021 年保持在大致相同的水平。人乳头瘤病毒（HPV）疫苗的覆盖率对妇女和女孩具有重要的健康影响，自首次引入以来一直相对较低，这使得

2019 年至 2021 年覆盖率下降 10% 以上（2021 年为 12%），特别是关于（54）。

急性呼吸道感染（ARI）是所有传染病中儿童死亡的主要原因；在 2019 年，估计 5 岁以下儿童中每 7 例死亡中就有 1 例是由于 ARI（55）。从保健医生寻求及时的护理，为患有 ARI 的儿童已被证明可以降低死亡率。然而，基于人群的调查数据显示，在有可用调查数据的国家中，ARI 症状寻求护理的进展缓慢，从 2008 - 2014 年的 68% 降至 2015 - 2021 年的 56%。

在全球、区域和国家各级提供的统计数据往往掩盖了卫生服务覆盖面的差距。一级（州或省）和二级（区或县）行政一级的国家以下各级分析提供了有关实现全民健康覆盖的进展的更多信息，以及改善卫生政策和计划的设计和实施的见解。方框 2.5 显示了卢旺达地区一级 UHC 服务覆盖率 RMNCH 指数的估计。

图 2.18 2000 - 2021 年全球白喉、破伤风类毒素和百日咳（DTP3）、麻疹（MCV2）、肺炎球菌感染（PCV3）和人乳头瘤病毒（HPV）免疫接种率



注：DTP = 白喉、破伤风类毒素和百日咳疫苗；HPV = 人乳头瘤病毒疫苗；MCV = 麻疹疫苗；PCV = 肺炎球菌结合疫苗。

资料来源：参考文献(54)。

方框 2.5 卢旺达国家以下一级的 RMNCH 服务覆盖面指数分析

小区域估计 (SAE) 方法的进步可以与家庭调查数据一起使用, 通过使用数据点之间的空间相关性来产生较小的子群体的估计, 而以前由于缺乏或缺乏数据, 无法计算二级行政单位的可靠直接估计。

在此分析中, 来自卢旺达人口与健康调查 (DHS) 2019 - 2020 年的数据用于估算 RMNCH 服务覆盖指数, 该指数是综合 UHC SCI 的组成部分之一, 及其在第二行政 (地区) 一级的四个示踪指标 SAE 方法。2019 年, 虽然卢旺达的 RMNCH 服务覆盖率子指数估计为 65, 但区级变化范围从 58 到 70 (图 2.19。a)。(虽然卢旺达被归类为 RMNCH 的服务覆盖率高, 但 10% 的地区 (n = 3) 的 RMNCH 服务覆盖率仅为中等。

还观察到包含 RMNCH 子指数的示踪剂指标之间的变化。在国家一级, 47% 的 15 - 49 岁的卢旺达妇女在上次怀孕期间至少参加了四次 ANC 就诊。然而, 这在地区层面上差异很大, 从 34% 到 65%。在西部省, ANC 4 + 区级覆盖率的最低和最高差异为 29% (图 2.19。b)。在满足现代方法的计划生育需求和寻求急性呼吸道感染症状的儿童护理方面, 也发现了类似的差异。通过国家以下地区的分析, 接受三剂 DTP3 疫苗的婴儿百分比持续处于高水平, 在 2019 - 2020 年调查数据 (2017 年队列) 中, 所有地区和国家一级的婴儿覆盖率超过 97%。

国家以下各级分析, 包括 SAE 方法的不断进步, 提供了必要的重要见解

确定在通往 UHC 的道路上最需要扩大服务覆盖范围的领域。SAE 估计具有相当大的不确定性, 因此需要对可靠的常规国家数据系统进行持续投资, 以允许对不平等进行更精细和准确的直接测量。

衡量各国 UHC SCI 不平等的另一个主要挑战是缺乏许多指标的分类数据。使用家庭调查得出的代理 RMNCH 覆盖率指数可以评估各国内部的不平等程度。在世卫组织非洲区域, RMNCH 子指数取得了进展, 从 2000 年的 42 增加到 2019 年的 57(59)。对本区域各国综合 RMNCH 指数的评估表明, 在国家内部和国家之间, 基本卫生干预措施的覆盖率差异很大。在国家内部, 较有利的群体, 如最富有、受教育程度最高和生活在城市地区的群体, 覆盖率往往较高。

在世卫组织非洲区域办事处的支持下, 许多国家部署了前线准备情况评估, 涵盖了总共 282 家医院和 1255 个初级保健设施, 以支持对基本卫生服务的实时跟踪和监测。这提供了关于地区一级 RMNCH 服务使用情况的完善数据。

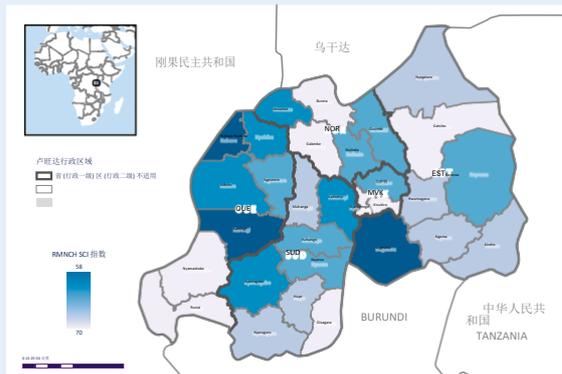
关于全民健康覆盖的其他方面, 自 2000 年以来已大幅增加的传染病服务与 RMNCH 和非传染性疾病服务之间的差异进展将最终限制全民健康覆盖的总体进展。因此, 综合服务提供仍然是该区域的一个关键需求。展望未来, 有必要对国家以下各级系统进行全面监测, 作为监测 UHC 趋势和分布的预警系统。(59)。

继续下一页

方框 2.5 卢旺达国家以下一级的 RMNCH 服务覆盖面指数分析

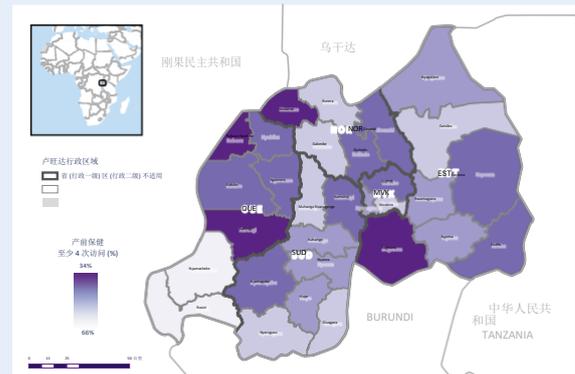
图 2.19 卢旺达国家以下一级的 RMNCH 服务覆盖范围

Procedures. 卢旺达 RMNCH 的服务覆盖指数，
2019–2020



资料来源：参考文

Procedures. 上次 ANC 覆盖（四次或更多访问）
怀孕，卢旺达，2019 - 2020



传染病

在预防和控制传染病方面取得的实质性进展很大程度上推动了实现全民健康覆盖基本服务覆盖面的提高。结核病和艾滋病的治疗，以及使用驱虫蚊帐治疗疟疾，是扩大覆盖面的最显著的干预措施之一。然而，正如本节中与其他服务部门讨论的那样，一些传染病预防和控制活动出现了令人担忧的人口覆盖率逆转或进展停滞。

2019 年至 2020 年期间，新诊断的结核病例数量下降了 18%，随后部分恢复到

2021 年有 640 万例病例（比 2019 年值下降 10%）（见关于结核病的第 2.1 节）。报告病例的减少表明未诊断和未治疗的结核病例数量有所增加，这可能是由于 COVID - 19 大流行导致的服务中断所致。估计治疗覆盖率从 2019 年的 69%（UI：62 - 77%）下降到 2021 年的 61%（UI：57 - 65%）。令人担忧的是，被诊断患有利福平耐药或耐药结核病的患者的治疗覆盖率也遵循了 2020 年和 2021 年发病率下降的趋势。虽然治疗覆盖率下降，但一线治疗方案的成功率保持相对稳定。

同期为 86%，表明护理质量得以维持（12）。

许多地方的疟疾负担仍然很高（见关于疟疾的第 2.1 节）。2020 年和 2021 年由于 COVID - 19 造成的服务中断导致估计增加了 1300 万例疟疾病例和 6.3 万例疟疾死亡。疟疾预防战略和工具包括病媒控制、预防性化疗和疟疾疫苗。病媒控制，特别是使用经杀虫剂处理的蚊帐，是过去 20 年来疟疾负担减轻的关键驱动力。在 2000 年至 2021 年期间，在经过杀虫剂处理的蚊帐下睡觉的人口比例从 2% 大幅增加到 47%，在 5 岁以下儿童和孕妇的目标群体中，使用量有所增加（17）。

继续改善艾滋病的治疗目标，⁴尽管 COVID - 19 大流行。HIV 检测和治疗级联（图 2.20）显示，在 2021 年，全球 38.4（UI：33.9 - 43.8）百万 HIV 感染者（PLHIV）中估计有 85%（UI：75 - 97%）知道他们的 HIV 状况，75%（UI：66 - 85%）的 PLHIV 接受 HIV 治疗，68%（UI：60 - 78%）的 PLHIV 受到病毒抑制，自 2015 年以来显著改善。最高的测试和治疗。

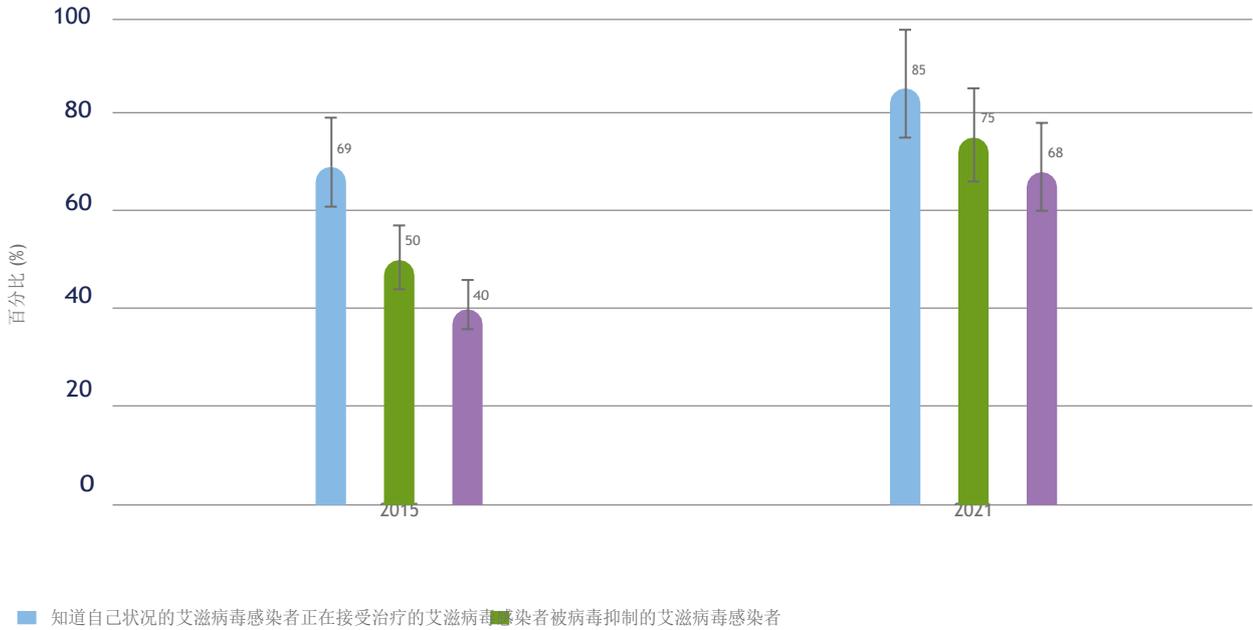
4 2025 年的测试、治疗和病毒抑制目标是：亚人群中 95% 的艾滋病感染者知道自己的艾滋病状况；亚人群中 95% 的艾滋病感染者和知道自己的艾滋病状况的人正在接受 ART 治疗；亚人群中 95% 的人正在接受 ART 治疗。这些目标将在所有人口统计学、群体和地理环境中实现。

世卫组织非洲和西太平洋区域的覆盖率较低，而东地中海区域在 2021 年的覆盖率最低。

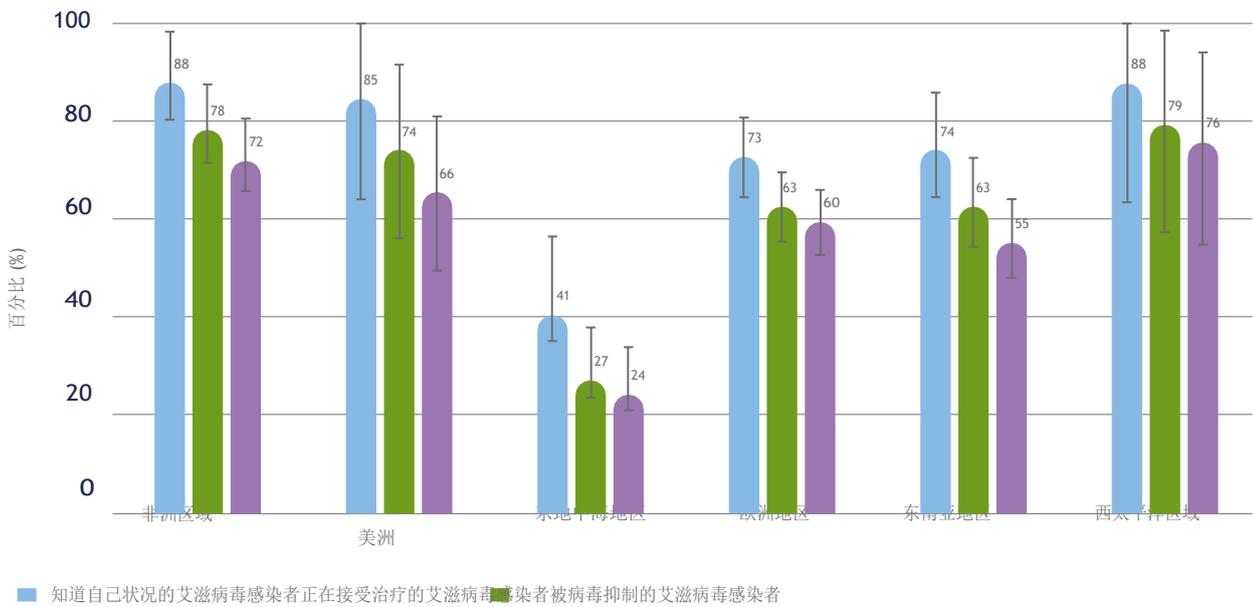
自 2010 年以来，全球与艾滋病病毒相关的死亡人数减少了 52% - 从 1.4 (UI: 1.1 - 1.8) 百万减少到 6.5 万 (UI: 510 000 - 860 000) 2021 年 (2, 3)。

图 2.20 艾滋病病毒检测和治疗级联

Procedures. 全球，2015 年和 2021 年



Procedures. 按世卫组织区域划分，2021 年



资料来源：参考文献 (2) 和 (3)。

非传染性疾病和心理健康

在全球范围内，非传染性疾病在疾病负担中所占比例最高（见关于主要非传染性疾病和相关风险因素的第 1.3 节）。非传染性疾病是遗传、生理、环境和行为因素综合作用的结果；因此，预防和控制工作往往侧重于减少这些疾病的相关风险因素。就达到全民健康覆盖的服务范围而言，非传染性疾病的预防、诊断和治疗服务需要多部门方法，并以减少风险因素的政策和财政决定为基础。

在全球范围内，自 2000 年以来，高血压的诊断、治疗和控制率已大大增加。然而，2019 年近一半的高血压患者没有被诊断出来，只有大约五分之一的高血压患者正在接受有效的治疗（60）。早期检测方案的可用性增强了在早期阶段检测癌症的能力，增加了生存的潜力。在全球范围内，据报告，20% 的国家在初级卫生保健层面有儿童癌症早期检测方案，38% 的国家有结肠癌方案，59% 的国家有乳腺癌方案，62% 的国家有宫颈癌方案（61）。

精神，神经和物质使用障碍占全球疾病负担（DALYs）的 10%，占 2019 年残疾年龄的 25%（62）。2019 年，超过 100%（1.3%）的死亡是由于自杀（见第 2.4 节关于伤害和暴力）（29）。需要精神疾病护理的人与获得护理的人之间的差距仍然存在

实质性的。例如，只有 29% 的精神病患者和只有三分之一的抑郁症患者接受正式的精神保健（63, 64）。抑郁，焦虑和行为障碍是青少年疾病和残疾的主要原因（62）。在青春期干预预防和治疗这些精神障碍可以带来终身健康和经济利益。据估计，在预防和治疗青少年精神障碍的干预措施中，每投入 1 美元，在 80 年的时间里，就可以获得约 24 美元的健康、教育和就业福利（65）。

尽管对于物质使用障碍存在有效的治疗，但是治疗覆盖率非常低。不到五分之一的人接受酒精使用障碍的治疗 - 在 LICs 和 LMICs 中不到十分之一（66） - 在患有药物使用障碍的人中约有八分之一（67）。更少的物质使用障碍患者接受最低限度的适当治疗：全球只有约 7%，在 LIC 和 LMIC 中只有 1%（68）。

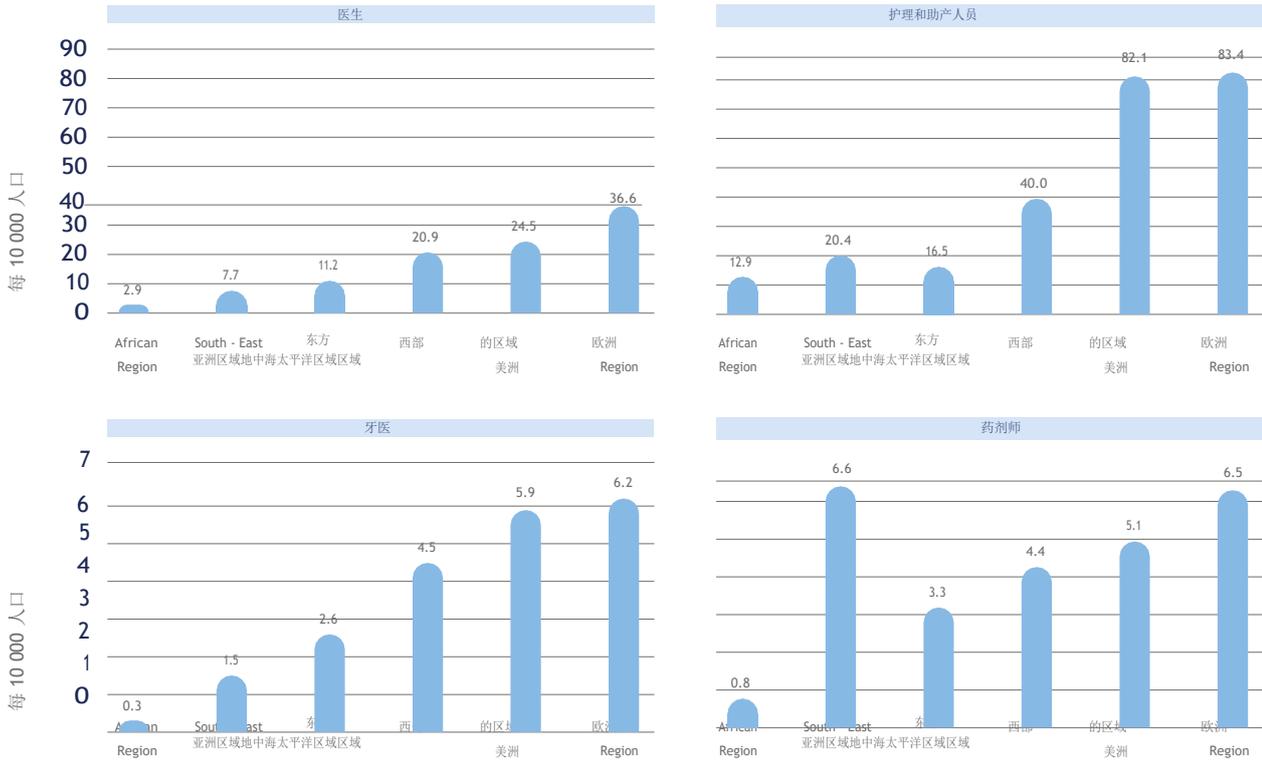
大约 70% 的神经系统疾病患者生活在低收入和中等收入国家（69），这些国家的卫生系统不足以应对这一挑战，导致治疗差距很大。在大多数低收入国家，癫痫的治疗差距超过 75%，在大多数中等收入国家超过 50%（70）。获得痴呆症诊断服务的机会在国家内部和国家之间分布不均，只有 1/4 的低收入和中等收入国家为农村或偏远地区提供痴呆症诊断服务，而 HIC 为 2/3（71）。

卫生服务能力和可及性

UHC 的进展取决于卫生人力的可用性，可及性，可接受性和质量。当前的挑战包括分配不均，效率低下，缺乏支持和保护以及国家和国家以下各级的短缺（72）。最近的一项评估显示，全球卫生工作者短缺从 2013 年的 2000 万减少到 2020 年的 1500 万，预计到 2030 年将减少到 1000 万。尽管全球卫生人力大幅增加，但疾病负担最高的地区仍然是提供卫生服务的卫生人力所占比例最低的地区（图 2.21）。2014 - 2021 年的数据显示，医生，护理和助产人员以及牙医的卫生工作者密度最高。

世卫组织欧洲区域的药剂师分别为每 10 000 人 36.6、83.4 和 6.2，世卫组织东南亚区域和欧洲区域的药剂师分别为每 10 000 人 6.6 和 6.5。然而，世卫组织非洲区域的卫生工作者密度仍然最低，每 10 000 人中有 2.9 名医生和 12.9 名护理和助产人员，牙医和药剂师每 10 000 人中不到 1 人（74）。与其他指标一样，国家一级的卫生人力统计数据通常掩盖了国家内部的差异。农村和偏远地区尤其经常遭受这些挑战。方框 2.5 提供了尼泊尔最近为确定和应对其中一些挑战而采取的步骤的例子。

图 2.21 2014 - 2021 年每 10,000 人口中选定卫生专业人员的密度



资料来源：参考文献 (74)。

获得基本药物 - 一个结合了药物的可负担性和可获得性的多维概念 - 是实现 UHC 的另一个关键组成部分。自 2016 年以来，世卫组织非洲、美洲和欧洲区域的 17 个国家估计拥有一套可持续且负担得起的核心基本药物的卫生设施比例，所有 17 个国家的中值为 15% (IQR: 0 - 28%) (77)。数据的稀疏性和缺乏跟踪进展的机制使得对这一特定度量的解释变得困难。在 COVID - 19 大流行期间，患有癌症、心脏病和糖尿病等非传染性疾病的人报告说，在获得治疗这些疾病的常规药物方面出现中断或持续挑战 (78)。

《国际卫生条例》(IHR) 是一套法律文书，要求世卫组织所有 196 个缔约国发展和维持一套最低限度的核心能力，以监测和应对国际关注的公共卫生事件。可以通过平均 35 个指标来监测核心能力的执行状况，这些指标用于衡量 15 个能力。世卫组织所有区域的能力平均实施状况从 2021 年的 64% 上升到 2022 年的 66%。

方框 2.6 确保保留和有效部署卫生工作者以支持尼泊尔全民健康覆盖的循证方法(13)

在正确的地点和正确的时间拥有适当数量的卫生工作者对于满足人口健康需求和实现全民健康覆盖至关重要。在尼泊尔，卫生人力资源方面的挑战包括不同卫生工作者干部的生产过剩和不足，工作量分配不均以及卫生工作者密度的地域差异。在偏远和农村地区的初级保健设施中，工作人员更替率特别高。

为了解决尼泊尔偏远和农村地区卫生工作者留任不力的原因，卫生和人口部在世卫组织的支持下，对卫生工作者在这些地区的任职和留任观点进行了一项研究。从 2021 年 4 月开始，通过个人访谈和焦点小组讨论，在代表尼泊尔不同地理区域的 14 个地区的偏远医疗机构中，与一线卫生工作者（包括医务人员，工作人员护士，卫生助理和辅助护士助产士）进行了 21 个案例研究。这项研究是与有关省份协调进行的。这项研究旨在探讨哪种方法最适合并对根据政府战略在农村和偏远地区留住和部署合格专业人员产生最大影响。在 2021 年 4 月至 12 月之间对案例研究进行了审查。确定为影响卫生工作者决策的因素包括薪酬和奖励，职业发展机会，社会考虑，文化价值观，健康治理和工作环境以及国家法律和法规。解决至关重要。

这些因素可以管理和留住偏远地区的卫生工作者，以确保每个公民都能获得合格的卫生专业人员提供的卫生服务。

世卫组织关于人员配备需求的工作量指标（WISN）

(75) 在 2019 年实施培训以确定最佳人员配备，并在 2021 年实施涉及三个省份 9 个初级医疗机构的试点计划。对 WISN 结果的分析确定了初级卫生保健机构中卫生工作者的职责重复，以及需要根据工作量和地理分布改善卫生工作者的数量，技能和分布。调查结果要求在初级卫生保健设施的卫生团队中改善任务分配，团队合作和技能组合。试点研究的结果。(76) 在 2021 年 11 月与《国家卫生人力资源战略》一起分发。卫生和人口部与世卫组织及其合作伙伴继续为不同的卫生职业和卫生设施推出 WISN 方法，以支持政策和行动。

参考文献

1. in danger: UNAIDS global AIDS update 2022. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV / AIDS; 2022 (<https://www.unaids.org/en/resources/documents/2022/in-danger-global-aids-update>, accessed 8 April 2023).
2. AIDSinfo (在线数据库) 日内瓦: 联合国艾滋病病毒/艾滋病联合规划署 (UNAIDS) (<https://aidsinfo.unaids.org/>, 2023年2月27日访问)。
3. 艾滋病病毒/艾滋病 (全球卫生观察站在线数据库)。日内瓦: 世界卫生组织; 2023年 (<https://www.who.int/data/gho/data/themes/hiv-aids>, 2023年2月27日访问)。
4. 艾滋病病毒国家以下估计查看器。日内瓦: 联合国艾滋病病毒/艾滋病联合规划署 (<https://naomi-spectrum.unaids.org/>, 2023年4月8日访问)。
5. 影响数据。日内瓦: 联合国艾滋病病毒/艾滋病联合规划署 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/how-UNAIDS-data-is-guiding-the-world-to-end-AIDS_en.pdf, 2023年4月21日访问)。
6. 全球抗菌素耐药性和使用监测系统 (GLASS)。(在线)。日内瓦: 世界卫生组织 (<https://www.who.int/initiations/glass>, 2023年3月13日访问)。
7. 提交联合国统计委员会第五十一届会议审议的2020年综合审查提案 (<https://unstats.un.org/sdgs/iaeg-sdgs/2020-comprev/UNSC-proposal/>, 2023年3月14日查阅)。
8. 全球抗菌素耐药性和使用监测系统 (GLASS) 报告: 2022年。日内瓦: 世界卫生组织; 2022年 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/364996>, 2023年4月8日访问)。
9. 世卫组织基本药物清单抗生素书: 提高抗生素使用权限 (征求意见稿)。日内瓦: 世界卫生组织; 2021年 (<https://www.who.int/publications/m/item/the-who-basic-drug-list-antibiotics-book-improving-antibiotic-awareness>, 2023年4月8日访问)。
10. 全球抗菌素耐药性和使用监测系统 (GLASS)。全球卫生观察站。日内瓦: 世界卫生组织 (<https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/global-antibiotic-resistance-monitoring-system-glass>, 2023年3月13日访问)。
11. 2022年全球结核病报告。情况介绍。日内瓦: 世界卫生组织; 2022年 (https://cdn.who.int/media/docs/default-source/hq-tubcity/global-tubrate-report-2022/global-tb-report-2022-factsheet.pdf?sfvrsn=88f8d76_8&d)。
12. 2022年全球结核病报告。日内瓦: 世界卫生组织, 2022年 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/363752>, 2023年3月1日访问)。
13. 日内瓦: 世界卫生组织; 2022年 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/365138>, 2023年3月24日访问)。
14. Quick brief – Lessons from Zambia’s TB situation room. Lusaka and Washington (DC): Ministry of Health of Zambia and The World Bank; 2023 (<https://thedocs.worldbank.org/en/doc/5db53831f10738b0724eb33a20d8a4490290062023/>)。
15. [新闻稿] 布拉柴维尔: 世卫组织非洲区域办事处; 2022年3月24日 (<https://www.afro.who.int/news/low-funding-covid-19-curtail-TB-fight-Africa>, 2022年8月18日访问)。
16. 2016-2030年全球疟疾技术战略, 2021年更新。日内瓦: 世界卫生组织; 2021年 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/342995>, 2013年3月26日访问)。
17. 《2022年世界疟疾报告》。日内瓦: 世界卫生组织, 2022年 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/365169>, 2023年3月6日访问)。
18. 2016-2021年全球卫生部门病毒性肝炎战略。迈向终结病毒性肝炎。日内瓦: 世界卫生组织; 2016年 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/246177>, 2023年3月7日访问)。
19. 2020-2030年关于艾滋病病毒、病毒性肝炎和性传播感染的全球卫生部门战略。日内瓦: 世界卫生组织; 2022年 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/360348>, 2023年3月7日查阅)。

20. 《2021 年艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染全球进展报告》。2016 - 2021 年全球卫生部门战略问责制: 影响行动。日内瓦: 世界卫生组织; 2021 年 6 月 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/341412>, 2023 年 3 月 7 日访问)。
21. 5 岁以下儿童的乙型肝炎表面抗原 (HBsAg) 患病率。全球卫生观察站数据。日内瓦: 世界卫生组织 ([https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/5岁以下儿童的乙型肝炎表面抗原 \(HBsAg\) 患病率](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/5岁以下儿童的乙型肝炎表面抗原(HBsAg)患病率), 于 2023 年 3 月 7 日访问)。
22. 结束对实现可持续发展目标的忽视: 2021 - 2030 年被忽视的热带疾病路线图。日内瓦: 世界卫生组织; 2020 年 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/338565>, 2023 年 3 月 8 日访问)。
23. 《2023 年被忽视的热带病全球报告》。日内瓦: 世界卫生组织; 2023 年 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/365729>, 2023 年 3 月 8 日访问)。
24. 脊髓灰质炎 (网站)。日内瓦: 世界卫生组织; 2022 年 (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/polio>, 2023 年 3 月 8 日访问)。
25. 全球根除脊髓灰质炎倡议 (网站)。日内瓦: 世界卫生组织 (<https://polioeradication.org/polio-today/polio-now/wild-polio-list/>, 2023 年 3 月 8 日访问)。
26. 2022 - 2026 年根除小儿麻痹症战略。兑现承诺。日内瓦: 世界卫生组织代表全球根除小儿麻痹症倡议; 2021 年 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/345967>, 2023 年 3 月 26 日访问)。
27. 儿童营养不良的水平和趋势。儿童基金会 / 世卫组织 / 世界银行集团联合儿童营养不良估计。纽约 (NY), 日内瓦和华盛顿 (DC): 联合国儿童基金会, 世界卫生组织和世界银行集团; 2023 (<https://www.who.int/teams/nutrition-and-food-security/monitoring-nutrition-status-and-food-security-and-events/child-nutrition-estimates>, 2023 年 5 月 23 日访问)。
28. 全球贫血估计, 2021 年版。日内瓦: 世界卫生组织, 2021 年 (https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/anoemia_women_and_children, 2023 年 4 月 5 日访问)。
29. 2019 年全球卫生估计数: 2000 - 2019 年按原因、年龄、性别、国家和地区分列的死亡人数。全球卫生观察站数据。日内瓦: 世界卫生组织; 2020 年 (<https://www.who.int/data/global-health-estimates>, 2023 年 4 月 3 日查阅)。
30. 道路伤害的负担 [网站]。华盛顿 (DC): 泛美卫生组织; 2021 年 (<https://www.paho.org/en/enlace/burner-road-injurs>, 2022 年 7 月 20 日访问)。
31. 国家流动性和道路安全法律。墨西哥政府, 众议院 (<https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGMSV.pdf>, 2023 年 4 月 3 日访问)。
32. 2021 - 2030 年道路安全十年行动全球计划。日内瓦: 世界卫生组织; 2021 年 (<https://www.who.int/publications/m/item/global-plan-for-the-10-10-2021-2030-road-safety-action-decade>, 2023 年 4 月 22 日查阅)。
33. Stöckl H, Devries K, Rotstein A, Abrahams N, Campbell J, Watts C et al. The global premisson of partnerate homicide: a system review. Lancet. 2013; 382 (9895): 859 - 65.
34. 对妇女的暴力行为患病率估计, 2018 年。日内瓦: 世界卫生组织; 2021 年 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/341337>, 2023 年 4 月 3 日访问)。
35. 对妇女的暴力行为的全球和区域估计: 亲密伴侣暴力和非伴侣性暴力的患病率和健康影响。日内瓦: 世界卫生组织; 2013 年 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/85239>, 2023 年 4 月 3 日访问)。
36. 通过健康环境预防疾病: 对环境风险造成的疾病负担的全球评估。日内瓦: 世界卫生组织; 2018 年 (<https://www.who.int/publications/item/9789241565196>, 2023 年 3 月 24 日访问)。世卫组织出版物《通过健康环境预防疾病》的最新 2016 年数据表。日内瓦: 世界卫生组织; 2019 年也可以通过相同的链接获得。
37. 2000 - 2020 年家庭饮用水, 环境卫生和个人卫生方面的进展: 可持续发展目标五年。日内瓦: 世界卫生组织和联合国儿童基金会; 2021 年 (<https://washdata.org/sites/default/files/2022-01/jmp-2021-wash-houseilities-highlights.pdf>, 2023 年 2 月 7 日访问)。
38. WHA72.7 号决议。卫生保健设施的水、环境卫生和个人卫生。见: 第七十二届世界卫生大会, 2019 年 5 月 20 日至 28 日。决议和决定, 附件。日内瓦: 世界卫生组织; 2019 年 (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_R7-en.pdf, 2023 年 3 月 2 日查阅)。
39. 供水、环境卫生和个人卫生联合监测方案 — 全球数据库 [网站]。日内瓦: 世界卫生组织 / 联合国儿童基金会; 2023 年 (<https://washdata.org/monitoring/保健设施>, 2023 年 3 月 2 日查阅)。

40. 黑山保健设施的水、环境卫生和个人卫生 (WASH) 国家状况评估。波德戈里察: 黑山卫生部和黑山公共卫生研究所 (正在准备中)。
41. 废水处理的进展 - 可持续发展目标指标 6.3.1 的全球状况和加速需求。纽约 (纽约) 和日内瓦: 联合国人类住区规划署和世界卫生组织; 2021 年 (<https://www.unwater.org/publications/progress-废水处理-2021-更新>, 2023 年 5 月 16 日访问)。
42. 可持续发展目标指标数据库。纽约 (纽约): 联合国经济和社会事务部 (<https://unstats.un.org/sdgs/dataportal/database>, 2023 年 4 月 22 日访问)。
43. 公共卫生和环境 [在线数据库]。全球卫生观察站数据。日内瓦: 世界卫生组织 (<https://www.who.int/data/gho/data/themes/public-health-and-environment>, 2023 年 4 月 9 日查阅)。
44. 水资源部门的官方发展援助 (供水和卫生、农业水资源和水力发电厂), 2023 年。债权人报告系统 (CRS)。巴黎: 经济合作与发展组织 (<https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=crs1>, 2023 年 4 月 22 日访问)。
45. 强大的系统和健全的投资: 关于加快环境卫生, 饮用水和个人卫生方面进展的证据和关键见解。联合国水机制全球环境卫生和饮用水分析和评估 (GLAAS) 2022 报告。日内瓦: 世界卫生组织; 2022 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/365297>, 2023 年 4 月 22 日访问)。
46. 世卫组织全球空气质量指南: 颗粒物 (PM_{2.5} 和 PM10), 臭氧, 二氧化氮, 二氧化硫和一氧化碳。世界卫生组织日内瓦; 2021 年 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/345329>, 2023 年 3 月 24 日访问)。
47. 化学品的公共卫生影响: 已知和未知: 2019 年数据增编。日内瓦: 世界卫生组织; 2021 年 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/342273>, 2023 年 4 月 22 日访问)。
48. 基本卫生服务的覆盖范围 (可持续发展目标 3.8.1) [在线数据库]。全球卫生观察站。日内瓦: 世界卫生组织; 2023 年。 (<https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/service-coverage>)。
49. 可持续发展目标 3.8.2 灾难性卫生支出 (和相关指标) [在线数据库]。全球卫生观察站。日内瓦: 世界卫生组织; 2023 年。 (<https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/financial-protection>)。
50. 2022 年计划生育指标的估计和预测。纽约 (纽约): 联合国经济和社会事务部人口司; 2022 年 (<https://www.un.org/development/desa/pd/data/计划生育指标>, 2023 年 4 月 6 日查阅)。
51. 世卫组织关于产前保健促进积极怀孕经历的建议。日内瓦: 世界卫生组织; 2016 年 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/250796>, 2023 年 4 月 7 日查阅)。
52. 孕产妇和生殖健康。全球卫生观察站数据。日内瓦: 世界卫生组织 (<https://www.who.int/data/gho/data/themes/孕产妇和生殖健康>, 2023 年 4 月 7 日访问)。
53. 儿童基金会 / 世卫组织关于熟练卫生人员接生的联合数据库 (<https://data.unicef.org/topic/maternal-health/delivery-care/>, 2023 年 4 月 7 日查阅)。
54. 世卫组织 / 儿童基金会国家免疫覆盖率联合估计 (WUENIC), 2021 年修订版 (<https://immunizationdata.who.int>, 2023 年 4 月 7 日访问)。
55. Perin J, Mulick A, Yeung D, Villavicencio F, Lopez G, Strong KL et al. Global, regional, and national causes of under - 5 mortality in 2000 - 19: an updated systemic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. 2021; 6 (2): 106 - 15 (
56. 日内瓦: 世界卫生组织 (<https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicators/indicator/indicator/indicator/indicator-details/GHO/children-aged-5-years-with-pneumonia-symptoms-taken-to-a-healthcare-provider>
57. 跟踪全民健康覆盖: 2021 年全球监测报告。日内瓦: 世界卫生组织和世界银行; 2021 年 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/357607>, 2023 年 4 月 6 日访问)。
58. 卢旺达人口与健康调查 (DHS) 2019 - 2020 年分析。
59. 追踪世卫组织非洲区域的全民健康覆盖, 2022 年。布拉柴维尔: 世界卫生组织非洲区域办事处; 2022 年 (<https://www.afro.who.int/publications/tracking-universal-health-coverage-who-African-region-2022>, 2023 年 5 月 6 日访问)。
60. NCD 危险因素合作 (NCD - RisC)。1990 年至 2019 年高血压患病率的全球趋势以及治疗和控制进展: 对 1201 项人口代表性研究的汇总分析, 1.04 亿参与者。柳叶刀。2021; 398 (10304): 957 - 80。

61. 评估国家预防和控制非传染性疾病的能力：2019 年全球调查报告。日内瓦：世界卫生组织；2020 年（<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331452>，2023 年 4 月 7 日访问）。
62. 2019 年全球卫生估计数：2000 - 2019 年按原因、年龄、性别分列的疾病负担，按国家和区域分列。日内瓦，世界卫生组织；2020 年（<https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates>，2023 年 4 月 22 日查阅）。
63. 2020 年精神卫生图集。日内瓦：世界卫生组织；2021 年（<https://apps.who.int/iris/handle/10665/345946>，2023 年 4 月 22 日访问）。
64. Moitra M, Santomauro D, Collins PY, Vos T, Whiteford H, Saxena S et al. The global gap in treatment coverage for major depression disease in 84 countries from 2000 - 2019: a systematic review and Bayesian meta - regression analyst. 2022; 19 (2): e1003901
65. Stelmach R, Kocher EL, Kataria I, Jackson - Morris AM, Saxena S, Nugent R. 预防和治疗青少年精神障碍和自杀的全球投资回报：一项建模研究。BMJ Glob Health. 2022; 7:e007759. doi: 10.1136/bmjgh-2021-007759。
66. Mekonen T, Chan GCK, Connor J, Hall W, Hides L, Leung J. 酒精使用障碍的治疗率：系统评价和荟萃分析。成瘾。2021; 116 (10) : 2617 - 34. doi : 10.1111/add.15357。
67. 《2021 年世界毒品报告》。维也纳：联合国毒品和犯罪问题办公室；2021 年（<https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr2021.html>，2023 年 4 月 22 日访问）。
68. Degenhardt L, Glantz M, Evans - Lacko S, Sadikova E, Sampson N, Thornicroft G et al. Estimating treatment coverage for people with substance use disorders: an analysis of data from the World mental Health Survey. 2017; 16 (3): 299 - 307.
69. Feigin VL, Vos T, Nichols E, Owolabi MO, Carroll WM, Dichgans M, et al. The global advert of neurocrysters: translated evidence into policy. Lancet Neurol. 2020 Mar; 19 (3): 255 - 265.
70. 癫痫：公共卫生势在必行。日内瓦：世界卫生组织；2019 年（<https://apps.who.int/iris/handle/10665/325293>，2023 年 4 月 27 日访问）。
71. 全球公共卫生应对痴呆症状况报告。日内瓦，世界卫生组织；2021 年。（<https://apps.who.int/iris/handle/10665/344701>，2023 年 4 月 25 日访问）。
72. 卫生工作者：保护。投资。一起。技术简介。日内瓦：世界卫生组织；2023 年（<https://www.who.int/publications/m/item/health-and-care-workers--保护-投资-together>，2023 年 4 月 7 日访问）。
73. Boniol M, Kunjumen T, Savasian Nair T, Siyam A, Campbell J, Diallo K. 2020 年和 2030 年的全球卫生劳动力存量和分布：对公平和“全民”健康覆盖的威胁？BMJ Glob Health. 2022; 7 (6) : e009316 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih>)
74. 国家卫生劳动力账户（NHWA）数据门户，2022 年 12 月更新。日内瓦：世界卫生组织（<https://apps.who.int/nhwaportal/>，2023 年 3 月 23 日访问）。
75. 工作人员需求工作量指标（WISN）。日内瓦：世界卫生组织；2010 年（<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44414>，2023 年 4 月 7 日访问）。
76. Wusing Workload Indicators of Staffing need (WISN) in Selected primary health care facilities in Nepal. Final report. Kathmandu: Ministry of Health and Population and Office of the WHO Representative; 2021.
77. a) 基本药物和卫生产品价格和可用性监测移动应用程序 (世卫组织 EMP MedMo) 收集的数据。日内瓦：世界卫生组织 (<https://www.who.int/药品/地区/政策/监控/empmedmo/e/>，于 2023 年 4 月 7 日访问) 和 b) 药品价格、可用性、可负担性和价格构成数据库。阿姆斯特丹：国际卫生行动/世卫组织（<https://haiweb.org/what-we-do/price-availability-affordability/price-availability-data/>，2023 年 4 月 7 日访问）。
78. 获得非传染性疾病药物：COVID - 19 大流行期间的紧急问题和关键结构因素；日内瓦：世界卫生组织；2023 年（<https://apps.who.int/iris/handle/10665/366528>，2023 年 4 月 7 日访问）。
79. 电子缔约国自我评估年度报告工具（e - SPAR）。日内瓦：世界卫生组织；2023 年（<https://extranet.who.int/e-spar>，2023 年 4 月 7 日访问）。



03

在过去成就的基础上，为下一阶段的全球卫生做好准备

3.1 过去七十年来总体人口健康的改善

自 1948 年世卫组织成立以来，世界经历了无数威胁我们健康和福祉的公共卫生挑战。然而，许多障碍已经消除，医学科学、卫生保健和总体人口健康取得了显著进步。

值得注意的是，全球出生时预期寿命从 1950 年的 46.5 岁增加到 2019 年的约 73.0 岁，尽管 COVID-19 大流行造成了挫折，但预计到 2048 年世卫组织成立 100 周年时，预期寿命将达到 77.0 岁 (1, 2)。¹世卫组织东地中海、东南亚和西太平洋等地区——1950 年资源匮乏，预期寿命相对较低——取得了最大的进展，1950 年至 2019 年期间预期寿命增加了 30 岁以上。然而，世卫组织非洲区域的进展较慢，该区域在 1950 年的预期寿命第二低，为 37.6 岁，但在 2019 年成为预期寿命最低的区域，不到 65 岁。尽管如此，非洲的绝对收益仍然大于预期寿命从增加的美洲。

1950 年为 56.0 年，约为 21 年，2019 年为 77.2 年。

相比之下，欧洲在 1950 年出生时的预期寿命最高（61.3 岁），到 2019 年增长了 17 岁左右。

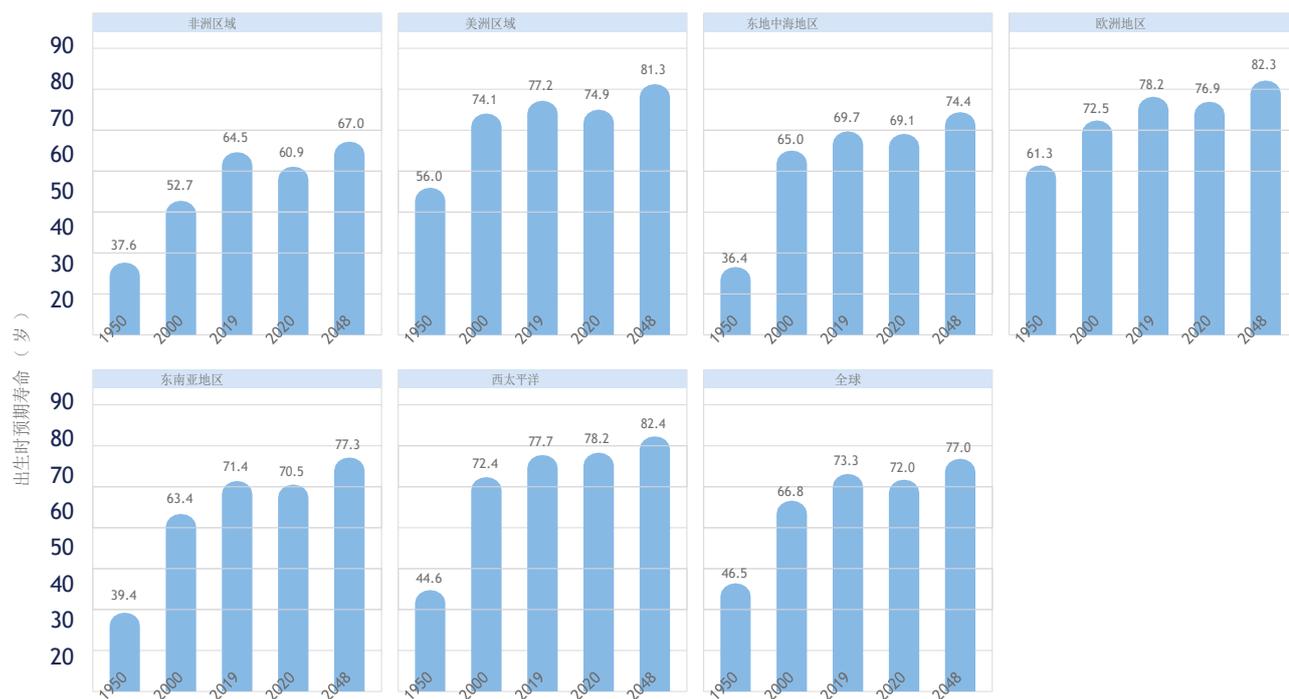
尽管过去七十年来各区域取得了不同的进展，但预计到 2048 年预期寿命的增加幅度相似，所有区域预计将增加 4 - 6 岁。预计到世卫组织成立 100 周年，西太平洋区域将达到出生时的最高预期寿命 (82.4 岁)，而非洲预计将保持最高水平

处于不利地位的地区，2048 年的新生儿预计平均寿命比西太平洋的新生儿少 15 年 (图 3.1)。

观察到的和预期的出生时预期寿命的改善与老年人存活率的改善是并行的。在全球范围内，1950 年的新生儿只有 46% 的机会存活到 60 岁。各地区的平等明显 (图 3.2)：1950 年欧洲新生儿存活到 60 岁的概率接近 70%，而非洲、东地中海和东南亚地区的概率仅为欧洲的一半。然而，自那时以来，几乎所有地区都取得了巨大进展。除了美洲和欧洲，生存到 60 年的概率已经翻了一番或几乎翻了一番，1950 年的概率已经分别接近 60% 和 70%，2019 年分别达到 87% 和 89%。特别是，由于 1950 年存活到 60 年的概率仅为 41%，到 2019 年，西太平洋区域的存活概率最高 (90%)。在存活率仍然最低的非洲地区，2019 年 60 岁之前死亡的可能性仍然超过三分之一，预计到 2048 年将略高于四分之一。相比之下，2048 年美洲、欧洲和西太平洋地区 90% 以上的新生儿将有机会庆祝他们的 60 岁生日，而在东地中海和东南亚地区的可能性仅略低 (均超过 85%)。

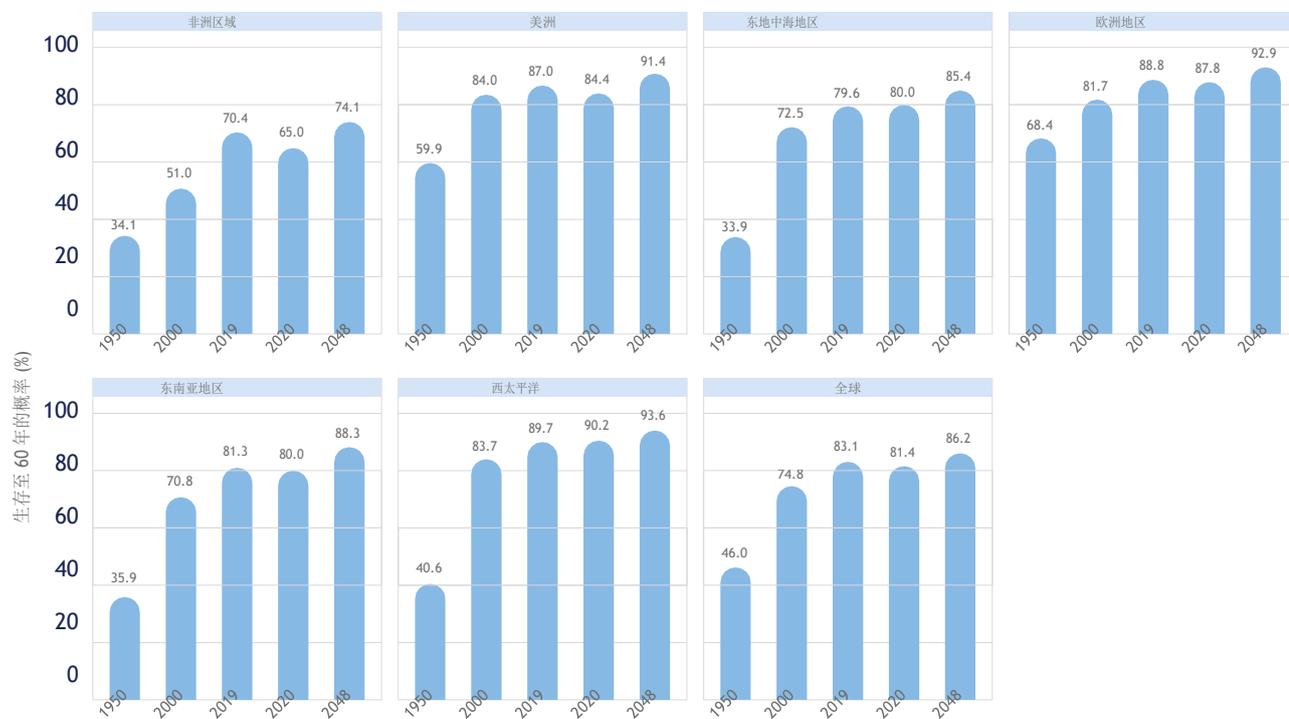
¹除非另有说明，否则本节中有关预期寿命、死亡原因和疾病负担的数据来自《2000 - 2019 年全球健康估计》(GHE2019) 和《世界人口前景：2022 年修订版》(WPP2022)。鉴于这两个数据集在全球和区域层面的总体可比性良好，在可能的情况下使用 GHE2019 的估计，并使用 WPP2022 的估计作为补充，以便对 GHE2019 中未涵盖的历史 (1950 - 1999) 和未来 (2020 - 2048) 进行趋势分析。

图 3.1 出生时预期寿命，世卫组织区域和全球，1950 - 2048



资料来源：参考文献（1）和（2）

图 3.2 生存至 60 岁的概率，世卫组织区域和全球，1950 - 2048



资料来源：参考文献（1）和（2）

• 3.2 近几十年来，快速的流行病学转变转变了疾病负担

生存方面的进展很好地反映了上个世纪在世界各地发生的快速流行病学转变。这一转变的特点是疾病负担从高儿童死亡率和传染病导致的死亡转移到慢性非传染性疾病的高流行。正如世卫组织 2019 年全球卫生估计所示，仅自 2000 年以来的二十年中就发生了明显变化。2000 年，全球死亡人数的 61% 来自非传染性疾病，另有 31% 来自传染病、孕产妇、围产期和营养状况 (即Procedres. 可通信组)。2019 年，相应的比例分别变为 18% 和 74%，非传染性疾病死亡的百分比增长几乎等于可传染人群的损失，而归因于伤害的死亡比例大致保持不变，约为 8% (3)。

在所有地区都观察到了类似的变化趋势，尽管 2000 年的基线组成和 2019 年的水平在世界各地有所不同。美洲、西太平洋和欧洲地区在 2000 年已经实现了感染人群死亡的低百分比 (分别为 13%、12% 和 6%) 和非传染性疾病死亡的高百分比 (分别为 77%、79% 和 87%)。受伤死亡比例的变化相对较小，而传染病组死亡比例的下降导致非传染性疾病死亡比例的大部分增加。到 2019 年，非传染性疾病导致的死亡比例达到。

美洲、西太平洋和欧洲地区分别为 81%、87% 和 90%。然而，在 2000 年，由可传播群体原因造成的死亡仍然是非洲所有死亡的主要原因 (68%)，在东地中海 (40%) 和东南亚 (44%) 地区占相当大的一部分。另一方面，在这些地区，所有死亡中分别只有 24%、52% 和 47% 死于非传染性疾病。东南亚经历了 2000 年至 2019 年的快速过渡，受感染人群的死亡比例下降了一半 (或 22%)，因此非传染性疾病占 2019 年所有死亡人数的 69%。东地中海和非洲地区是唯一观察到受伤死亡人数增加的地区 (分别为 1% 和 2%)。因此，两个地区的可传播群体死亡比例下降超过 15%，仅转化为非传染性疾病死亡比例增加了 14% 和 13%，分别达到 66% 和 38%。

• 3.3 过渡的驱动因素和世卫组织的贡献

流行病学的转变是多方面的，是由许多相互关联的因素驱动的。疾病负担的转移部分是由于人口结构的变化。生存率的提高和生育率的下降导致人口中老年人的比例更高，其非传染性疾病的风险更高。

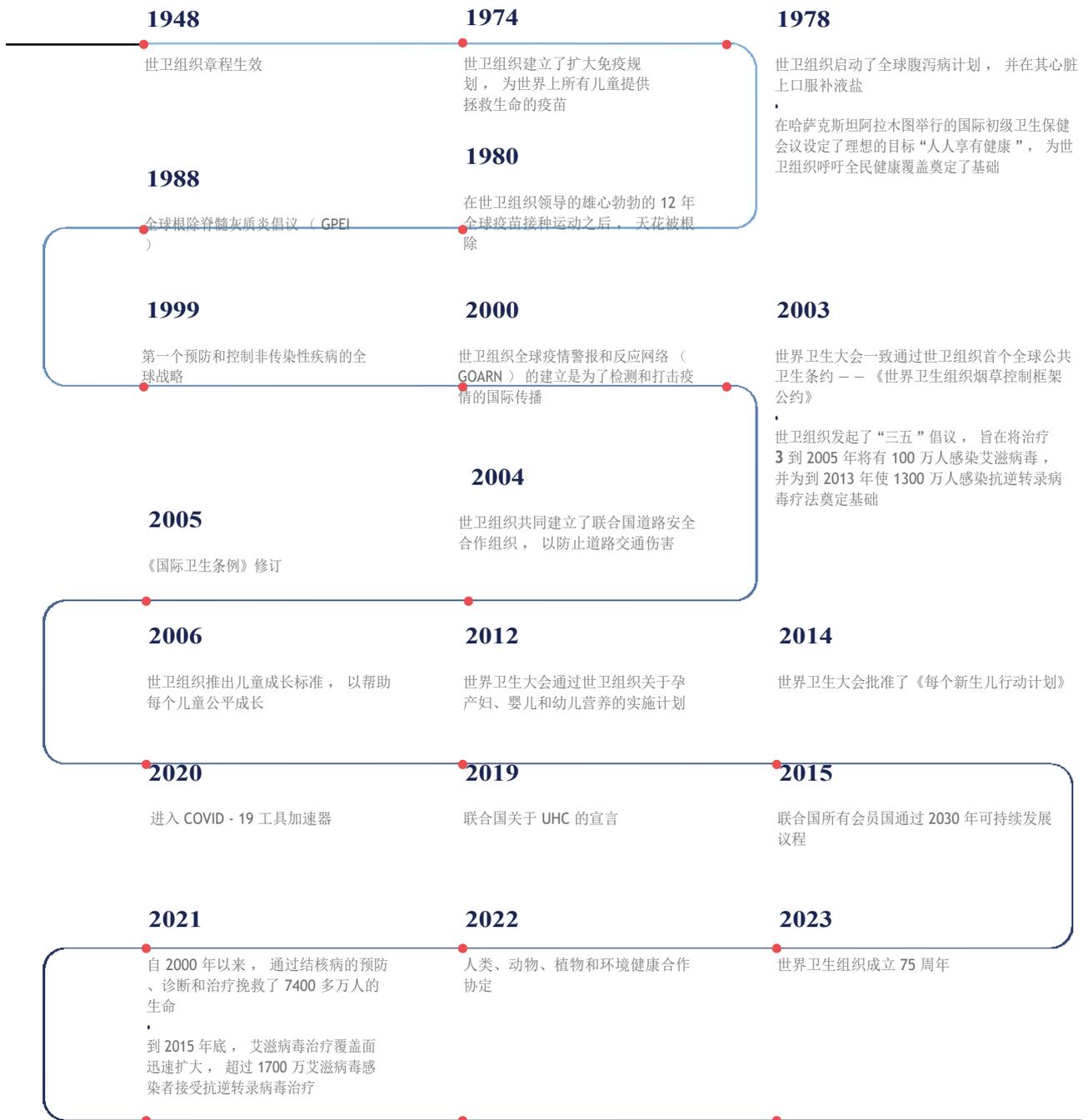
健康决定因素的变化，包括风险因素，也发挥了重要作用。由于世界许多地方的个人卫生和环境卫生得到改善，许多病原生物的流行和毒力已经降低，并且病原体因此不太可能导致传染性的，特别是严重的结果。此外，由于经济、社会和文化因素，风险因素的概况发生了重大变化 - 包括与行为相关的因素，如吸烟，有害酒精使用，体育活动和饮食，与代谢相关的因素，如肥胖和高血压，以及与环境相关的因素，如空气污染，水。

本报告其他章节详细讨论了这些问题，并随着人口变化，导致非传染性疾病结果的各种变化模式。

同样重要的是医学科学的进步和具有成本效益的政策干预措施的发展。例如，自 20 世纪 50 年代以来，抗生素的发现和世卫组织就其响应使用向各国提供的建议挽救了数亿人的生命。同样，许多疫苗的出现和大规模的全球疫苗接种运动导致了一些最大的公共卫生成功，包括根除天花和近乎根除脊髓灰质炎，以及避免了 350 万至 500 万死于白喉、破伤风、百日咳、流感和麻疹等疾病 (4)。

自成立以来，世卫组织率先开展了许多方案和全球行动计划，这些方案和计划极大地促进了人口健康的改善。（图 3.3）（5）。

图 3.3 改善公共卫生的 75 年， 1948 - 2023 年



资料来源：参考文献（5）

随着世界朝着到 2030 年实现可持续发展目标的方向迈进，世卫组织对 1978 年在阿拉木图通过的“人人享有健康”目标和《全民健康覆盖高级别会议政治宣言》作出了加倍承诺。本组织正在与各国密切合作，使其卫生系统朝着以人为本、有弹性和可持续的初级卫生保健方向发展。加速实现全民健康覆盖是 GPW 13 中概述的三十亿战略重点不可或缺的支柱：10 亿人受益于全民健康覆盖；10 亿人更好地保护免受突发卫生事件的影响；10 亿人享有更好的健康和福祉。这些构成了维护健康权，促进社会正义，增强个人和社区权能以及解决人类健康决定因素的全面框架。2022 年，世卫组织与几个国际机构共同签署了一项开创性协议，以加强合作，以采用可持续、综合和协调的方法平衡和优化人类、动物、植物和生态系统的健康。该框架加强了国家和区域卫生系统和服务，并有助于全球卫生安全 (5)。

世卫组织与会员国和其他伙伴密切合作，在其成立 75 年中取得了许多非凡的里程碑。在世界卫生组织领导的一项为期 12 年的雄心勃勃的全球疫苗接种运动之后，天花于 1980 年被根除。到 2023 年，世卫组织六个区域中的五个区域已被认证为无野生脊髓灰质炎病毒，三个野生脊髓灰质炎病毒株中的两个已在全球根除 (6)。到 2021 年底，艾滋病治疗覆盖率迅速扩大，超过 2870 万人接受抗逆转录病毒治疗，高于 2010 年的 780 万人 (7)。自 2000 年以来，通过结核病的预防、诊断和治疗挽救了 7400 多万人的生命 (8)，42 个国家消除了疟疾 (9)，47 个国家至少消除了 1 个 NTD (10)。此外，在过去的二十年中，烟草使用下降了三分之一 (11)，孕产妇死亡率下降了三分之一，儿童死亡率下降了一半 (12, 13)。

3.4 对下一阶段全球卫生的影响

如果过去的趋势持续到世卫组织成立 100 周年，到 2048 年，全球约 86% 的死亡将归因于非传染性疾病，传播群体和伤害将各占有所有死亡的约 6%。特别是，预计到 2048 年，美洲区域、西太平洋和欧洲地区的非传染性疾病将占有所有死亡人数的 90% 以上，而来自可传播群体的原因将占有所有死亡人数的 3% 以下。由于传染性原因导致的死亡降至 10% 以下，预计非传染性疾病将导致东南亚和东地中海地区 80% 以上的死亡。预计到 2048 年，非洲区域仍将落后于可传播群体的原因，预计将占该区域所有死亡人数的 28%，而预计所有死亡中只有 61% 是由非传染性疾病造成的 (图 3.4) (3)。

由于人口增长和人口老龄化，每年死亡的总人数将在未来几十年急剧增长。根据联合国的预测，到 2048 年，全球每年的死亡人数将达到近 9000 万。世卫组织预计，其中 7700 万人将是非传染性疾病死亡，比 2019 年增加近 90%。2019 年至 2048 年间，非传染性疾病死亡人数的相对增长将从欧洲的 30% 以下到非洲的 210% 以上。预计非传染性疾病死亡总数将在西太平洋地区最高，到 2048 年每年造成近 2100 万人死亡。

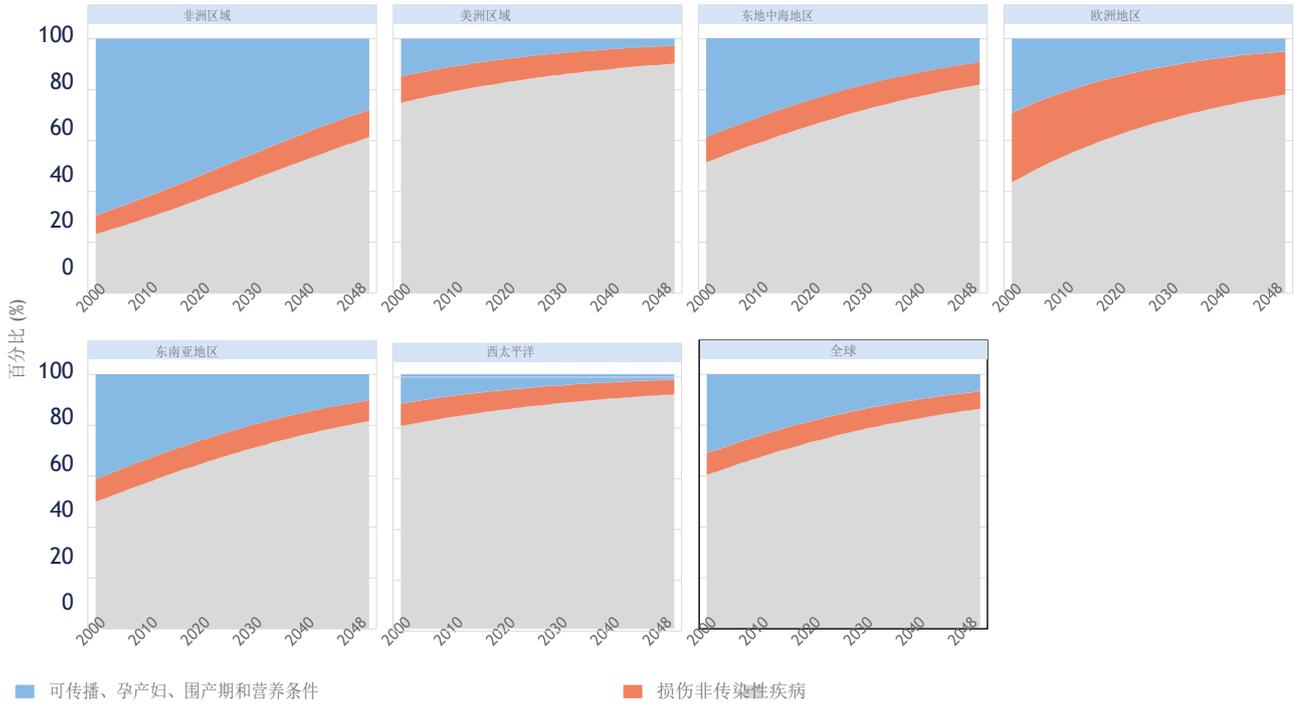
尽管预期世界许多地区的非传染性疾病死亡率会下降，但非传染性疾病预期百分比增加和绝对死亡率负担都令人望而生畏。我们必须为今后几十年将出现的流行病学转变和人口变化的后果做好准备。世界需要加倍努力，超越传统的公共卫生措施，解决非传染性疾病这一潜在风险因素。

以及通过多部门方法对其进行治疗，以预防和控制在未来几年将成为全球更主要死亡原因的疾病。

死亡率只是人口健康的一部分。随着几乎所有死亡原因的生存率不断提高，非致命结果变得更加普遍。那些已经避免死亡的人很容易在没有完全健康的情况下度过他们存活的部分时间。因此，必须考虑死亡率和发病率的影响。观察残疾调整寿命年 (DALYs) - 一种汇总措施，用于计算因过早死亡和残疾而损失的总年数 - 时间趋势和地理模式与死亡率相似。然而，鉴于可传播群体中的原因继续导致因残疾而造成的生命年损失，尽管这些原因对过早死亡的贡献在下降，但由于非传染性疾病导致的 DALYs 的份额低于由于非传染性疾病导致的所有死亡的份额 (图 3.5) (14)。

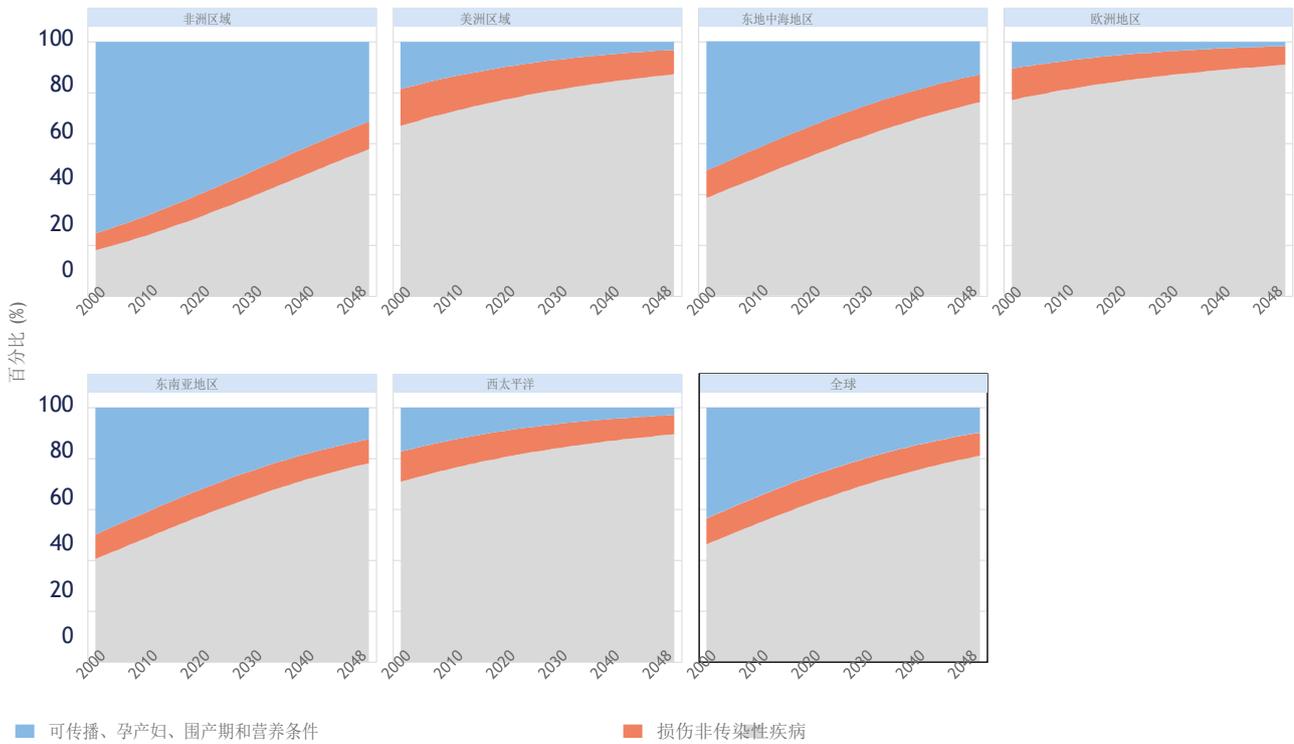
同样值得注意的是，残疾确实造成了相当多的年份损失。一些主要的非致命原因，例如背部和颈部疼痛，已经是 DALYs 排名最高的原因之一 (例如Procedre欧洲地区排名第五的原因)。此外，尽管艾滋病毒等一些传染病已从 DALY 的前 10 名贡献者中脱颖而出，但包括糖尿病在内的一些非传染性疾病和伤害仍保持或迅速上升，进入前 10 名。特别是在美洲地区，糖尿病已超过中风，成为 DALYs 的第二位贡献者，而人际暴力自 2000 年以来一直是前五名贡献者之一 (14)。因此，必须全面了解当前和未来的疾病负担，以便制定更有针对性和更有效的政策。

图 3.4 2000 - 2048 年世界卫生组织区域和全球死亡原因构成



资料来源：参考文献 (3)

图 3.5 2000 - 2048 年，世卫组织区域和全球 DALY 的原因组成



资料来源：参考文献 (14)

尽管在公共卫生方面取得了进展和成就，但不平等现象仍然存在。最脆弱的人群继续面临因可避免的传染病、孕产妇、围产期和营养不良状况而死亡和残疾的风险增加，以及在资源较高的环境中得到良好预防和控制伤害。除了这些现有的挑战之外，与不健康的生活方式、环境危害和人口老龄化相关的新出现的非传染性疾病大流行在这些人中造成了双重疾病负担。

此外，近年来，在消除一些主要疾病和过早死亡原因方面的进展停滞不前。例如，自 2015 年以来，孕产妇和儿童死亡率、非传染性疾病导致的过早死亡、可预防的伤害死亡以及主要风险因素的流行率的下降趋势明显放缓。同样，与 2015 年之前的收益相比，获得基本卫生服务的扩展速度有所放缓，在减少财务困难方面没有取得重大进展。（见第 1 章和第 2 章）。

COVID - 19 大流行是一项现实检查，提醒我们，传染病可能会出现或再次出现，对每个人造成潜在伤害，无论他们的位置、年龄、性别、种族和社会经济地位如何。还有其他新出现的病原体，包括埃博拉病毒和寨卡病毒，由于 AMR，以前受到控制的感染可能会激增，从而阻碍了上个世纪取得的医学进步。此外，气候变化继续降低身心健康的环境和社会决定因素，对健康构成巨大风险。全球范围内的这些非常现实的威胁表明，迫切需要继续监测，提高认识，具有成本效益的预防和治疗策略以及医学科学的进一步发展。只有有了这些，我们才能确保我们自 75 年前世卫组织成立以来合作取得的来之不易的进展。

本报告记录了公共卫生各个方面的成功和挑战，重点是可持续发展目标指标和过去几十年观察到的趋势。附件中提供的数据和统计数据是制定战略路线图的基本要素，以维持和加快实现可持续发展目标的进展，并进一步履行世卫组织在未来几年促进所有人达到最高健康标准的承诺。

如果我们要准确和持续地跟踪人口健康（包括疾病负担和风险因素），卫生系统资源和结果以及全球卫生事件（过去和现在）的影响，我们必须拥有及时可靠的数据。COVID - 19 大流行凸显了对强大和灵活的卫生信息系统的关键需求。然而，尽管近年来取得了进展，但许多国家的此类系统资源仍然不足，关键数据仍然缺乏。此外，不断发展的气候变化危机需要在不同部门建立一个强有力的综合监测系统。我们必须采取紧急行动，预测和应对全球、区域、国家和地方各级的卫生挑战，特别是为了保护弱势群体。至关重要的是，要有及时、可靠和分类的数据、估计和预测，为各级的政策和行动提供信息，以最大限度地提高健康收益和消除不平等现象。在 2030 年可持续发展目标时代结束之前的几年里，各国、世卫组织和合作伙伴为促进、提供和保护所有人的健康而开展的共同努力将为未来几十年全球更健康的人口奠定坚实的基础。

参考文献

1. 2019 年全球卫生估计数：预期寿命，2000 - 2019 年。日内瓦：世界卫生组织；2020 年（<https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates> / 死亡率和全球卫生估计数 / ，2022 年 5 月 2 日查阅）。2019 年人口少于 9 万的世卫组织会员国未包括在分析中。
2. 世界人口前景：2022 年修订版。纽约（纽约）：联合国，经济和社会事务部，人口司；2022（<https://population.un.org/wpp/>，2023 年 4 月 22 日访问）。
3. 基于 2019 年全球卫生估计数的估计数和预测：2000 - 2019 年按原因、年龄、性别分列的死亡人数，按国家和地区分列。日内瓦：世界卫生组织；2020 年（<https://www.who.int/data/global-health-estimates>，2023 年 4 月 3 日查阅）。
4. 疫苗和免疫。（在线）。日内瓦：世界卫生组织（<https://www.who.int/health-topics/vaccines-and-immunisation>，2023 年 4 月 22 日访问）。
5. 多年来的公共卫生里程碑。（在线）。日内瓦：世界卫生组织（<https://www.who.int/campaigns/75-years-of-improving-public-health/milestones-year-1945>，2023 年 4 月 22 日访问）。
6. 全球根除脊髓灰质炎倡议。（在线）（<https://polioeradication.org/>，2023 年 4 月 22 日访问）。
7. 全球艾滋病毒和艾滋病统计数据 - 概况介绍。日内瓦：联合国艾滋病毒 / 艾滋病联合规划署（UNAIDS）（<https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>，2023 年 4 月 22 日访问）。
8. 2022 年全球结核病报告。日内瓦：世界卫生组织；2022 年（<https://apps.who.int/iris/handle/10665/363752>，2023 年 4 月 22 日访问）。
9. 《2022 年世界疟疾报告》。日内瓦：世界卫生组织；2022 年（<https://apps.who.int/iris/handle/10665/365169>，2023 年 4 月 22 日访问）。
10. 《2023 年被忽视的热带病全球报告》。日内瓦：世界卫生组织；2023 年（<https://apps.who.int/iris/handle/10665/365729>，2023 年 4 月 22 日访问）。
11. 世卫组织《2000 - 2025 年烟草使用流行趋势全球报告》，第四版。日内瓦：世界卫生组织；2021 年（<https://apps.who.int/iris/handle/10665/348537>，2023 年 4 月 22 日访问）。
12. 儿童死亡率的水平和趋势。报告 2022。联合国机构间儿童死亡率估计小组制定的估计。联合国儿童基金会，世界卫生组织，世界银行集团和联合国人口司。纽约：联合国儿童基金会；2023 年（<https://data.unicef.org/resources/levels-and-trends-in-children-mortality/>，2023 年 4 月 30 日访问）。
13. 2000 年至 2020 年孕产妇死亡率趋势：世卫组织，儿童基金会，人口基金，世界银行集团和联合国经社部 / 人口司的估计。日内瓦：世界卫生组织；2023 年（<https://apps.who.int/iris/handle/10665/366225>，2023 年 4 月 22 日访问）。
14. 根据《2019 年全球卫生估计》得出的估计和预测：2000 - 2019 年按原因、年龄、性别、国家和区域分列的疾病负担。日内瓦，世界卫生组织；2020 年（<https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates>，2023 年 4 月 22 日查阅）。

附件 1. 国家、地区、世卫组织区域和全球卫生统计

解释性说明

以下统计数据是世卫组织根据 2023 年初获得的数据，对选定的与卫生相关的可持续发展目标指标和选定的第十三个工作总规划指标的官方统计数据。此外，还包括健康的汇总措施，例如（健康的）预期寿命和总人口。这些统计数据主要是根据世卫组织，世卫组织是其成员的联合国机构或其他国际组织制作和维护的出版物和数据库汇编而成的。在每个实例中，提供数据序列的源。

还提供了用于每个数据系列的数据类型（可比估计或原始数据）。主要数据通常是根据常规报告或人口和健康调查等公开来源编制的。统计数据在报告时或在最小调整的情况下呈现。可比较的估计是通过调整或模拟国家数据来实现的，以便在各国之间和一段时间内进行比较。对于具有基本原始数据的国家，在某些情况下，对于没有数据的国家，也可以对相同的参考年份进行可比估计。¹可比较的估计存在相当大的不确定性，特别是对于基础原始数据的可用性和质量有限的国家。不确定性区间和此处提供的指标和统计数据的其他细节可在世卫组织全球卫生观察站在线找到。²

尽管已尽一切努力最大限度地提高各国之间和一段时间内统计数据的可比性，但基于原始数据的数据系列在定义、数据收集方法、人口覆盖面和使用的估计方法方面可能会有所不同。对于具有参考期的指标

以范围表示，除非另有说明，否则国家价值是指范围内的最新可用年份；随附的脚注提供了更多细节。在某些情况下，在缺乏特定可持续发展目标或总工作计划指标的最新数据集的情况下，本附件中列出了代理指标；在这种情况下，所附脚注中已明确说明了代理指标。

除非另有说明，否则世卫组织区域和全球费率 and 比率的总和在相关时以加权平均数表示，而它们是绝对数字的总和。除非另有说明，否则仅在指定组内的至少 50% 的群体（或其他分母）的数据可用时才显示聚集。对于以范围表示的参考期的指标，汇总是针对世卫组织区域值上方相应表列标题中所示的参考期。世卫组织的一些区域和全球汇总可能包括未单独报告的国家估计数。

世卫组织世界卫生统计系列前几版报告的指标显示值的变化不应被认为是潜在趋势的准确反映。这适用于所有数据类型（可比估计和主要数据）和所有报告级别（国家、区域和全球）。此处提供的数据也可能与各个国家或地区的官方国家统计数据有所不同，不应将其视为官方统计数据。

符号“-”表示数据不适用或不可用。

¹ 有关更多信息，请参阅：2018 年世界卫生统计：监测可持续发展目标的健康状况。日内瓦：世界卫生组织，2018 年（<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf>，2022 年 5 月 6 日访问）。

² 全球卫生观察站（GHO）是世卫组织的一个在线门户，为监测全球卫生状况提供数据和分析（<https://www.who.int/data/gho>，2022 年 5 月 13 日访问）。

表 1.附件 1 - 1

数据类型	总人口 ^a (000s)			出生时预期寿命 ^b (年)			出生时的健康预期寿命 ^b (年)		
	Comparable估计数			Comparable估计数			可比估计		
	男性	Female	两性	男性	Female	两性	男性	Female	两性
国家和地区	2021			2019			2019		
阿富汗	20 255	19 845	40 099	63.3	63.2	63.2	54.7	53.2	53.9
阿尔巴尼亚	1 426	1 429	2 855	76.3	79.9	78.0	68.0	70.3	69.1
阿尔及利亚	22 497	21 681	44 178	76.2	78.1	77.1	66.7	66.1	66.4
安道尔	-	-	79	-	-	-	-	-	-
安哥拉	17 051	17 452	34 504	60.7	65.5	63.1	53.6	56.2	54.8
安提瓜和巴布达	45	49	93	74.9	78.0	76.5	66.2	67.7	67.0
阿根廷	22 415	22 862	45 277	73.5	79.5	76.6	65.4	68.8	67.1
亚美尼亚	1 256	1 534	2 791	72.5	79.2	76.0	64.9	69.1	67.1
澳大利亚	12 868	13 053	25 921	81.3	84.8	83.0	70.2	71.7	70.9
奥地利	4 391	4 531	8 922	79.4	83.8	81.6	69.9	71.9	70.9
阿塞拜疆	5 089	5 224	10 313	68.8	74.1	71.4	62.1	65.2	63.6
Bahamas	195	213	408	69.9	76.6	73.2	62.3	66.5	64.4
巴林	909	555	1 463	75.0	77.0	75.8	66.0	65.5	65.9
孟加拉国	83 998	85 358	169 356	73.0	75.6	74.3	64.2	64.4	64.3
巴巴多斯	135	146	281	74.3	77.7	76.0	66.2	67.7	67.0
白俄罗斯	4 415	5 163	9 578	69.7	79.6	74.8	62.3	69.4	66.0
比利时	5 735	5 877	11 611	79.3	83.5	81.4	69.8	71.3	70.6
伯利兹	201	199	400	71.4	77.8	74.4	63.5	67.3	65.3
贝宁	6 510	6 487	12 997	61.2	65.7	63.4	54.5	56.6	55.5
不丹	412	366	777	72.0	74.4	73.1	63.2	63.5	63.4
多民族玻利维亚国	6 059	6 021	12 079	71.1	73.1	72.1	63.2	63.3	63.3
波斯尼亚和黑塞哥维那	1 610	1 661	3 271	74.4	79.1	76.8	65.7	68.7	67.2
博茨瓦纳	1 278	1 311	2 588	58.9	65.5	62.2	51.9	55.8	53.9
巴西	105 291	109 035	214 326	72.4	79.4	75.9	63.4	67.4	65.4
文莱达鲁萨兰国	230	215	445	73.4	75.4	74.3	65.2	66.1	65.6
保加利亚	3 339	3 547	6 886	71.6	78.6	75.1	63.9	68.7	66.3
布基纳法索	11 011	11 090	22 101	60.1	65.2	62.7	53.4	56.3	54.9
布隆迪	6 232	6 319	12 551	61.5	66.1	63.8	54.0	57.2	55.6
佛得角	292	296	588	69.9	77.9	74.0	62.2	67.2	64.8
柬埔寨	8 212	8 377	16 589	67.2	72.7	70.1	59.8	63.0	61.5
喀麦隆	13 564	13 634	27 199	60.3	64.5	62.4	53.5	55.6	54.5
加拿大	18 960	19 195	38 155	80.4	84.1	82.2	70.5	72.0	71.3
中非共和国	2 728	2 729	5 457	50.2	56.3	53.1	44.5	48.4	46.4
Chad	8 624	8 556	17 180	58.0	61.3	59.6	51.3	52.8	52.0
智利	9 675	9 818	19 493	78.1	83.2	80.7	69.0	71.1	70.0
中国	728 050	697 843	1 425 894	74.7	80.5	77.4	67.2	70.0	68.5
中国， 香港特别行政区	3 457	4 038	7 495	-	-	-	-	-	-
中国， 澳门特别行政区	322	364	687	-	-	-	-	-	-
哥伦比亚	25 415	26 101	51 517	76.7	81.9	79.3	67.4	70.5	69.0
科摩罗	413	409	822	65.9	68.9	67.4	58.3	59.6	58.9
刚果	2 914	2 921	5 836	63.8	65.6	64.7	56.4	56.1	56.2
库克群岛	-	-	17	-	-	-	-	-	-
哥斯达黎加	2 579	2 575	5 154	78.3	83.4	80.8	68.6	71.3	70.0
科特迪瓦	13 878	13 601	27 478	60.5	65.8	62.9	53.4	56.5	54.8
克罗地亚	1 977	2 083	4 060	75.5	81.6	78.6	66.7	70.5	68.6
古巴	5 589	5 667	11 256	75.4	80.3	77.8	66.6	69.2	67.8
塞浦路斯	623	621	1 244	81.1	85.1	83.1	71.8	73.0	72.4
Czechia	5 176	5 334	10 511	76.3	81.9	79.1	67.0	70.6	68.8
朝鲜民主主义人民共和国	12 844	13 128	25 972	69.3	75.7	72.6	63.3	66.6	65.0
刚果民主共和国	47 575	48 319	95 894	60.0	64.8	62.4	52.8	55.4	54.1
丹麦	2 912	2 942	5 854	79.6	83.0	81.3	70.7	71.4	71.0
吉布提	549	557	1 106	64.1	67.8	65.8	57.2	58.9	58.0

3.1		3.2			3.3			
孕产妇死亡率 ^a (每 100 000 例活产)	熟练保健人员接生的比例 ^d (%)	5 岁以下儿童死亡率 ^b (每 1000 名活产)	新生儿死亡率 ^c (每 1000 名活产)	新的 HIV 感染 ^e (每 1000 个未感染人群)	结核病发病率 ^f (每 10 万人口)	疟疾发病率 ^h (每 1000 名处于危险中的人口)	乙型肝炎表面抗原 (HBsAg) 5 岁以下儿童的患病率 (%)	报告的人数需要针对 NTDs 的干预措施 ^g
可比估计	主要数据	可比估计	可比估计	可比估计	可比估计	可比估计	可比估计	主要数据
2020	2013-2022	2021	2021	2021	2021	2021	2020	2021
620	62	56	34	0.04	189	6.3	0.39	14 367 281
8	100	9	7	0.03	17	-	0.29	21
78	99	22	16	0.04	54	0.0	0.08	7 081
-	100 ^{ak}	3	1	-	2.9	-	0.02	0
222	50	69	27	0.52	325	2549	4.57	8 558 522
21	99 ^{ak}	6	3	-	4.9	-	0.19	1 000
45	99	7	5	0.11	30	-	0.01	151 847
27	100 ^{ak}	11	6	-	27	-	0.06	10
3	96 ^{al}	4	2	0.02	6.5	-	0.13	18 286
5	98 ^{al}	4	2	-	5.0	-	0.16	31
41	100 ^{ak}	19	10	0.03	63	-	0.06	0
77	99 ^{ak}	13	7	0.24	12	-	0.16	0
16	100 ^{al}	7	3	0.05	15	-	0.03	3
123	59 ^{ak}	27	16	<0.01	221	0.5	0.51	56 381 566
39	98 ^{ak}	12	8	0.24	0.4	-	0.18	448
1	100 ^{ak}	3	1	0.12	30	-	0.29	0
5	-	4	2	-	8.1	-	0.09	18
130	95 ^{ak}	11	7	0.42	28	0.0	0.60	1 251
523	78	84	29	0.14	53	383.5	2.87	6 005 261
60	99 ^{ak}	27	15	0.10	164	<0.1	0.14	181 040
161	81 ^{ak}	25	13	0.13	109	2.7	0.14	194 638
6	100	6	4	-	25	-	0.63	0
186	100 ^{al}	35	18	3.48	235	0.6	0.18	1 430 711
72	98	14	8	0.24	48	3.7	0.03	9 710 068
44	100 ^{ak}	11	6	-	61	-	0.10	2
7	95	6	3	0.03	17	-	0.09	90
264	80 ^{ak}	83	25	0.08	45	376.8	1.66	3 708 202
494	77 ^{ak}	53	20	0.14	100	291.4	1.35	3 187 928
42	97 ^{ak}	14	8	0.24	35	0.0	0.26	150 015
218	99 ^{ak}	25	13	0.07	288	1.6	0.19	4 500 729
438	69 ^{ak}	70	26	0.56	164	245.1	1.75	11 465 695
11	98 ^{al}	5	3	-	5.3	-	0.34	1
835	40 ^{ak}	100	32	0.58	540	334.7	3.75	6 389 657
1063	47 ^{ak}	107	32	0.21	140	206.4	10.79	6 592 702
15	100	7	4	0.20	16	-	0.03	208
23	100 ^{ak}	7	3	-	55	-	0.22	418
-	-	-	-	-	57	-	-	-
-	-	-	-	-	57	-	-	-
75	99	13	7	0.17	41	9.0	0.15	3 272 079
217	-	50	26	<0.01	35	12.8	1.16	524 334
282	91	43	18	2.39	370	219.3	2.56	1 486 475
-	-	7	4	-	13	-	0.10	317
22	99	8	5	0.21	11	0.1	0.02	5 746
480	84 ^{ak}	75	32	0.21	128	2709	3.44	19 558 880
5	100	5	3	0.02	4.0	-	0.12	1
39	100	5	2	0.17	6.8	-	0.03	46 982
68	99 ^{al}	3	2	0.04	4.4	-	0.34	1
3	100 ^{al}	3	1	-	3.9	-	0.13	1
107	100	15	8	-	513	0.2	0.20	5 337 343
547	85	79	26	0.18	318	318.3	3.28	52 044 663
5	95 ^{al}	4	2	0.02	3.8	-	0.68	0
234	-	54	30	0.13	204	70.5	0.26	110 561

数据类型	总人口 ^a (000s)			出生时预期寿命 ^b (年)			出生时的健康预期寿命 ^b (年)		
	Comparable 估计数			Comparable 估计数			可比估计		
	男性	Female	两性	男性	Female	两性	男性	Female	两性
国家和地区	2021			2019			2019		
多米尼加			72						
多米尼加共和国	5 582	5 536	11 118	69.8	76.2	72.8	62.1	66.1	64.0
厄瓜多尔	8 887	8 911	17 798	76.4	80.5	78.4	67.7	69.3	68.5
埃及	55 260	54 002	109 262	69.6	74.1	71.8	62.3	63.7	63.0
萨尔瓦多	3 007	3 307	6 314	70.6	79.1	75.0	61.6	67.8	64.9
赤道几内亚	863	771	1 634	60.9	63.6	62.2	53.4	54.1	53.9
厄立特里亚	1 786	1 834	3 620	61.3	67.1	64.1	53.9	57.7	55.7
爱沙尼亚	630	699	1 329	74.7	82.6	78.9	66.4	71.7	69.2
埃斯瓦蒂尼	592	600	1 192	53.4	63.2	57.7	47.1	53.8	50.1
埃塞俄比亚	60 443	59 840	120 283	66.9	70.5	68.7	59.0	60.8	59.9
斐济	464	461	925	65.9	70.3	68.0	58.5	60.7	59.6
芬兰	2 735	2 801	5 536	79.2	84.0	81.6	69.9	72.0	71.0
法国	31 195	33 336	64 531	79.8	85.1	82.5	71.1	73.1	72.1
加蓬	1 192	1 149	2 341	63.6	69.7	66.5	56.0	59.3	57.6
冈比亚	1 313	1 327	2 640	63.4	67.7	65.5	56.4	57.7	57.0
格鲁吉亚	1 767	1 991	3 758	68.8	77.8	73.3	61.4	67.9	64.7
Germany	41 154	42 255	83 409	78.7	84.8	81.7	69.7	72.1	70.9
加纳	16 376	16 457	32 833	63.7	69.2	66.3	56.5	59.6	58.0
希腊	5 117	5 328	10 445	78.6	83.6	81.1	69.9	71.9	70.9
格林纳达	62	62	125	70.6	75.3	72.9	62.6	65.4	63.9
危地马拉	8 717	8 892	17 608	69.0	75.0	72.0	60.5	64.1	62.3
几内亚	6 686	6 846	13 532	59.5	62.3	61.0	52.9	53.7	53.3
几内亚比绍	1 017	1 044	2 061	57.4	63.0	60.2	51.1	54.1	52.6
圭亚那	394	411	805	62.5	69.4	65.7	55.1	59.7	57.2
海地	5 673	5 775	11 448	63.3	64.8	64.1	55.9	55.8	55.8
洪都拉斯	5 191	5 088	10 278	70.7	73.2	71.9	62.7	63.3	63.0
匈牙利	4 654	5 056	9 710	73.1	79.6	76.4	65.0	69.3	67.2
冰岛	190	181	370	80.8	83.9	82.3	71.7	72.3	72.0
印度	726 503	681 060	1 407 564	69.5	72.2	70.8	60.3	60.4	60.3
印度尼西亚	137 852	135 901	273 753	69.4	73.3	71.3	61.9	63.8	62.8
伊朗伊斯兰共和国	44 427	43 497	87 923	75.7	79.1	77.3	66.0	66.5	66.3
伊拉克	21 797	21 736	43 534	69.9	75.0	72.4	61.6	63.7	62.7
爱尔兰	2 471	2 516	4 987	80.2	83.5	81.8	70.7	71.4	71.1
以色列	4 437	4 463	8 900	80.8	84.4	82.6	72.0	72.7	72.4
意大利	28 873	30 367	59 240	80.9	84.9	83.0	71.2	72.6	71.9
牙买加	1 403	1 425	2 828	74.4	77.7	76.0	65.9	67.3	66.6
Japan	60 568	64 045	124 613	81.5	86.9	84.3	72.6	75.5	74.1
Jordan	5 780	5 368	11 148	77.0	78.8	77.9	68.1	67.2	67.6
哈萨克斯坦	9 230	9 966	19 196	70.0	77.6	74.0	62.4	67.4	65.0
肯尼亚	26 279	26 726	53 006	63.7	68.4	66.1	56.4	58.9	57.7
基里巴斯	63	66	129	56.1	62.8	59.4	50.5	54.9	52.6
科威特	2 591	1 659	4 250	79.3	83.9	81.0	69.5	71.1	70.1
吉尔吉斯斯坦	3 205	3 322	6 528	70.7	77.3	74.2	63.6	67.7	65.8
老挝人民民主共和国	3 743	3 682	7 425	66.2	70.9	68.5	59.2	61.9	60.5
拉脱维亚	868	1 006	1 874	70.6	79.8	75.4	62.9	69.3	66.2
黎巴嫩	2 713	2 879	5 593	74.0	79.2	76.4	65.1	67.0	66.0
莱索托	1 126	1 156	2 281	47.7	54.2	50.7	42.3	46.4	44.2
利比里亚	2 585	2 608	5 193	63.2	65.0	64.1	54.9	55.0	54.9
利比亚	3 410	3 326	6 735	74.2	77.3	75.8	64.9	65.5	65.2
立陶宛	1 308	1 479	2 787	71.2	80.4	76.0	63.4	69.7	66.7
卢森堡	322	318	639	80.6	84.2	82.4	71.1	72.0	71.6
马达加斯加	14 491	14 425	28 916	64.1	66.6	65.3	56.9	57.7	57.3
马拉维	9 671	10 219	19 890	62.3	68.9	65.6	55.1	59.0	57.1
马来西亚	17 167	16 407	33 574	72.6	77.1	74.7	64.5	66.9	65.7
马尔代夫	301	221	521	78.6	80.8	79.6	69.7	70.0	70.0

3.1		3.2			3.3			乙型肝炎表面抗原 (HBsAg) 5 岁以下儿童的患病率(%)	报告的人数 需要 针对 NTDs 的干 预措施 ^d
孕产妇死亡率 ^a (每 100 000 例活产)	熟练保健人员 接生的比例 人员 ^b (%)	5 岁以下儿童死 亡率 ^c (每 1000 名活产)	新生儿死亡率 ^c (每 1000 名活产)	新的 HIV 感染 ^e (每 1000 个未 感染人群)	结核病发病率 ^f (每 10 万人口)	疟疾发病率 ^h (每 1000 名处 于危险中的人 口)			
可比估计	主要数据	可比估计	可比估计	可比估计	可比估计	可比估计	可比估计	主要数据	
2020	2013-2022	2021	2021	2021	2021	2021	2020	2021	
.	100 ^{sk}	36	28	.	16	.	0.20	418	
107	99 ^{sk}	33	23	0.39	45	0.1	0.10	2 612 634	
66	99	12	7	0.11	48	4.2	0.09	22 080	
17	97	19	10	.	10	.	0.20	2 932 815	
43	100	12	6	0.17	49	.	0.02	1 483 962	
212	.	77	28	3.80	275	213.2	6.07	668 511	
322	.	38	17	0.06	74	25.7	1.02	462 141	
5	100	2	1	.	9.3	.	0.29	0	
240	88	53	23	7.65	348	0.9	0.83	406 184	
267	50	47	26	0.12	119	46.3	1.59	71 787 220	
38	100	28	14	0.19	66	.	0.13	923 067	
8	100 ^{sk}	2	1	.	3.5	.	0.81	5	
8	98 ^{sl}	4	3	0.09	7.7	.	0.15	88	
227	.	40	19	0.80	513	2289	2.12	914 073	
458	84	48	25	0.80	149	80.8	1.60	478 578	
28	100 ^{sk}	9	5	0.14	64	.	0.06	16	
4	96 ^{sl}	4	2	.	5.0	.	0.21	131	
263	79	44	23	0.57	136	164.4	2.13	12 500 340	
8	100 ^{sk}	4	2	0.07	4.1	.	0.14	24	
21	100 ^{sk}	16	10	.	3.2	.	0.12	230	
96	70 ^{sk}	23	11	0.07	27	0.1	0.03	4 965 477	
553	55 ^{sk}	99	31	0.49	175	3309	6.07	8 407 131	
725	54	74	34	1.12	361	105.1	2.11	1 941 909	
112	98 ^{sk}	28	17	0.62	83	32.1	0.40	685 968	
350	42	59	24	0.38	159	2.2	1.04	4 447 036	
72	94 ^{sk}	17	10	0.08	33	0.2	0.03	2 363 251	
15	100 ^{sk}	4	2	.	3.7	.	0.90	0	
3	97 ^{sl}	3	1	0.03	2.9	.	0.15	0	
103	89 ^{sk}	31	19	0.05	210	3.2	0.16	677 290 119	
173	95	22	11	0.10	354	3.0	1.30	79 889 047	
22	99 ^{sk}	13	8	0.03	12	0.0	0.05	14 729	
76	96	25	14	.	24	0.0	0.29	2 170 486	
5	100 ^{sl}	3	2	0.07	4.8	.	0.04	1	
3	.	3	2	.	2.8	.	0.05	0	
5	100 ^{sl}	3	1	0.02	4.9	.	0.33	100	
99	100	12	10	0.50	3.3	.	0.55	96	
4	100 ^{sl}	2	1	.	11	.	0.96	3	
41	100	15	9	.	4.2	.	0.56	58	
13	100 ^{sl}	10	5	0.18	74	.	0.15	0	
530	70	37	18	0.73	251	64.5	0.40	10 649 944	
76	92 ^{sk}	48	21	.	424	.	1.57	125 740	
7	100 ^{sl}	9	5	.	20	.	0.03	17	
50	100	17	12	0.10	130	.	0.15	2 169 854	
126	64	43	21	0.11	143	1.7	0.68	2 150 290	
18	100 ^{sl}	4	2	0.29	16	.	0.27	6	
21	.	8	5	0.03	9.7	.	0.07	0	
566	87	73	35	4.76	614	.	1.22	387 421	
652	84 ^{sk}	76	30	.	308	356.7	4.66	3 272 582	
72	100 ^{sk}	11	6	0.07	59	.	0.43	1 096	
9	100 ^{sk}	3	2	0.08	26	.	0.05	16	
6	.	3	2	0.07	6.1	.	0.06	0	
392	46	66	24	0.35	233	169.8	2.13	21 634 839	
381	96	42	19	1.13	132	219.2	1.39	13 100 699	
21	100 ^{sk}	8	4	0.17	97	0.0	0.06	26 507	
57	100	6	4	.	38	.	0.21	24 589	

数据类型	总人口 ^a (000s)			出生时预期寿命 ^b (年)			出生时的健康预期寿命 ^b (年)		
	Comparable 估计数			Comparable 估计数			可比估计		
	男性	Female	两性	男性	Female	两性	男性	Female	两性
国家和地区	2021			2019			2019		
马里	11 061	10 844	21 905	62.2	63.4	62.8	54.8	54.5	54.6
马耳他	274	253	527	79.9	83.8	81.9	70.9	71.9	71.5
马绍尔群岛	-	-	42	-	-	-	-	-	-
毛里塔尼亚	2 261	2 354	4 615	68.1	68.7	68.4	60.2	59.4	59.8
毛里求斯	641	658	1 299	71.0	77.3	74.1	62.0	65.9	63.9
墨西哥	61 856	64 849	126 705	73.1	78.9	76.0	64.3	67.2	65.8
密克罗尼西亚联邦	57	56	113	60.3	66.0	63.0	54.4	57.8	56.0
摩纳哥	-	-	37	-	-	-	-	-	-
蒙古国	1 661	1 686	3 348	63.8	72.8	68.1	57.1	63.8	60.3
黑山	306	322	628	73.2	78.7	75.9	65.2	68.7	67.0
摩洛哥	18 666	18 411	37 077	71.7	74.3	73.0	63.7	63.7	63.7
莫桑比克	15 737	16 340	32 077	54.5	61.7	58.1	47.9	52.8	50.4
缅甸	26 783	27 015	53 798	65.9	72.2	69.1	58.8	62.8	60.9
纳米比亚	1 221	1 309	2 530	60.6	68.4	64.6	53.4	58.6	56.1
瑙鲁	-	-	13	-	-	-	-	-	-
尼泊尔	14 371	15 664	30 035	68.9	72.7	70.9	60.6	62.1	61.3
荷兰 (王国)	8 696	8 805	17 502	80.4	83.1	81.8	71.3	71.5	71.4
新西兰	2 542	2 587	5 130	80.4	83.5	82.0	69.6	70.8	70.2
尼加拉瓜	3 376	3 475	6 851	72.1	77.9	75.0	63.7	67.2	65.5
尼日尔	12 809	12 444	25 253	62.1	64.6	63.3	55.3	55.8	55.5
尼日利亚	107 827	105 574	213 401	61.2	64.1	62.6	53.9	54.9	54.4
纽埃	-	-	2	-	-	-	-	-	-
北马其顿	1 049	1 055	2 103	72.8	76.9	74.8	65.1	67.3	66.1
挪威	2 726	2 677	5 403	81.1	84.1	82.6	71.0	71.6	71.4
被占领的巴勒斯坦领土，包括东耶路撒冷	2 560	2 573	5 133	-	-	-	-	-	-
阿曼	2 762	1 759	4 520	73.0	75.3	73.9	64.5	64.5	64.7
巴基斯坦	116 816	114 586	231 402	64.6	66.7	65.6	56.9	56.8	56.9
帕劳	-	-	18	-	-	-	-	-	-
巴拿马	2 177	2 175	4 351	76.6	82.1	79.3	67.4	70.0	68.7
巴布亚新几内亚	5 138	4 812	9 949	63.4	67.4	65.3	56.2	58.1	57.1
巴拉圭	3 365	3 339	6 704	73.1	78.8	75.8	64.5	67.3	65.8
秘鲁	16 695	17 020	33 715	78.5	81.3	79.9	69.2	69.8	69.5
菲律宾	57 817	56 063	113 880	67.4	73.6	70.4	60.1	63.9	62.0
波兰	18 524	19 783	38 308	74.5	81.9	78.3	65.9	71.3	68.7
葡萄牙	4 855	5 435	10 290	78.6	84.4	81.6	69.6	72.2	71.0
波多黎各	1 538	1 718	3 256	-	-	-	-	-	-
卡塔尔	1 954	735	2 688	78.0	76.6	77.2	68.1	65.1	67.1
大韩民国	25 885	25 945	51 830	80.3	86.1	83.3	71.3	74.7	73.1
摩尔多瓦共和国	1 453	1 608	3 062	69.3	77.1	73.3	61.9	67.1	64.5
罗马尼亚	9 345	9 984	19 329	72.0	79.3	75.6	64.3	69.4	66.8
俄罗斯联邦	67 393	77 710	145 103	68.2	78.0	73.2	60.7	67.5	64.2
卢旺达	6 582	6 880	13 462	66.9	71.2	69.1	59.0	61.4	60.2
圣基茨和尼维斯	-	-	48	-	-	-	-	-	-
圣卢西亚	89	91	180	71.3	77.7	74.3	63.0	66.6	64.7
圣文森特和格林纳丁斯	53	51	104	71.3	75.3	73.2	62.9	65.1	64.0
萨摩亚	112	107	219	69.2	71.8	70.5	61.8	62.5	62.1
圣马力诺	-	-	34	-	-	-	-	-	-
圣多美和普林西比	111	112	223	68.8	72.0	70.4	60.9	62.2	61.6
沙特阿拉伯	20 766	15 184	35 950	73.1	76.1	74.3	63.8	64.4	64.0
塞内加尔	8 297	8 580	16 877	66.8	70.1	68.6	58.8	59.9	59.4
塞尔维亚	3 497	3 800	7 297	73.5	78.3	75.9	65.4	68.4	66.9
塞舌尔	56	50	106	70.0	77.1	73.3	61.9	66.4	64.0
塞拉利昂	4 219	4 202	8 421	59.6	61.9	60.8	52.5	53.3	52.9

3.1		3.2			3.3			乙型肝炎表面抗原 (HBsAg) 5岁以下儿童的患 病率(%)	报告的人数 需要 针对 NTDs 的干 预措施 ^d
孕产妇死亡率 ^a (每 100 000 例活产)	熟练保健人员 接生的比例 人员 ^b (%)	5岁以下儿童死 亡率 ^c (每 1000 名活产)	新生儿死亡率 ^c (每 1000 名活产)	新的 HIV 感染 ^d (每 1000 个未 感染人群)	结核病发病率 ^e (每 10 万人口)	疟疾发病率 ^f (每 1000 名处 于危险中的人 口)			
可比估计	主要数据	可比估计	可比估计	可比估计	可比估计	可比估计	可比估计	主要数据	
2020	2013-2022	2021	2021	2021	2021	2021	2020	2021	
440	67	97	33	0.26	50	3536	4.62	10 144 929	
3	100 ^{ak}	6	4	-	12	-	0.20	0	
-	92	30	14	-	483	-	0.35	19 594	
464	70 ^{ak}	40	23	0.13	81	18.4	3.35	931 435	
84	100	17	11	0.54	12	-	0.41	0	
59	97	13	8	0.13	25	0.1	0.03	19 825 655	
74	-	25	13	-	80	-	0.40	70 736	
-	-	3	2	-	0.0	-	0.15	0	
39	99 ^{ak}	15	8	0.01	428	-	0.47	0	
6	99	2	1	0.03	16	-	0.67	0	
72	87	18	11	0.02	94	0.0	0.16	3 209	
127	73	70	28	-	361	320.6	0.59	23 902 902	
179	60 ^{ak}	42	22	0.20	360	9.1	1.11	24 075 083	
215	88	39	19	2.91	457	10.6	0.36	387 147	
-	-	28	18	-	193	-	0.52	12 300	
174	77 ^{ak}	27	16	-	229	<0.1	0.16	13 163 981	
4	-	4	3	<0.01	4.4	-	0.08	0	
7	97 ^{al}	5	3	0.02	6.8	-	0.77	5	
78	94 ^{ak}	13	7	0.08	45	9.9	0.09	1 335 721	
441	44 ^{ak}	115	34	0.04	79	323.4	3.44	11 426 103	
1047	51 ^{ak}	111	35	0.34	219	306.5	2.94	139 910 337	
-	-	24	13	-	48	-	0.37	0	
3	100	5	3	-	11	-	0.08	0	
2	99 ^{al}	2	1	0.01	2.9	-	0.02	5	
20	100	15	9	-	0.6	-	-	-	
17	100 ^{ak}	10	5	0.05	5.9	0.0	0.13	259	
154	68 ^{ak}	63	39	-	264	2.2	0.91	25 234 450	
-	97	16	9	-	51	-	0.03	0	
50	95 ^{ak}	14	8	-	42	1.1	0.07	62 635	
192	56 ^{ak}	43	21	0.43	424	124.3	1.36	7 021 695	
71	92 ^{ak}	18	10	0.13	48	0.0	0.42	2 085 302	
69	95	14	7	0.17	130	1.8	0.06	384 895	
78	84	26	12	0.19	650	0.2	0.38	47 533 799	
2	100	4	3	-	10	-	0.01	23	
12	99	3	2	0.07	16	-	0.02	5	
34	-	-	-	-	0.6	-	-	-	
8	100	5	3	0.07	42	-	0.05	23	
8	100 ^{al}	3	1	-	44	0.1	0.09	5	
12	100 ^{al}	14	11	0.30	84	-	0.20	0	
10	93	6	3	0.04	45	-	0.29	0	
14	100 ^{ak}	5	2	-	47	-	0.55	0	
259	94 ^{ak}	39	18	0.34	56	126.3	0.49	6 184 262	
-	100 ^{ak}	15	10	-	0.0	-	0.06	0	
73	100 ^{ak}	25	13	-	1.5	-	0.22	48	
62	99 ^{ak}	14	8	-	8.7	-	0.15	654	
59	89	17	7	-	6.8	-	0.34	191 219	
-	-	2	1	-	0.0	-	0.13	0	
146	97	15	8	0.05	114	12.2	1.31	98 337	
16	95	7	3	-	8.2	0.0	0.00	625	
261	75	39	21	0.10	113	59.0	0.93	5 764 573	
10	100	5	4	0.02	15	-	0.04	0	
3	100 ^{al}	14	9	-	12	-	0.09	1	
443	87	105	31	0.50	289	329.8	1.98	7 315 339	

数据类型	总人口 ^a (000s)			出生时预期寿命 ^b (年)			出生时的健康预期寿命 ^b (年)		
	Comparable估计数			Comparable估计数			可比估计		
	男性	Female	两性	男性	Female	两性	男性	Female	两性
国家和地区	2021			2019			2019		
新加坡	3 107	2 834	5 941	81.0	85.5	83.2	72.4	74.7	73.6
斯洛伐克	2 660	2 788	5 448	74.8	81.4	78.2	66.2	70.8	68.5
斯洛文尼亚	1 065	1 054	2 119	78.6	84.1	81.3	69.0	72.5	70.7
所罗门群岛	362	346	708	62.9	67.9	65.2	56.5	59.1	57.8
索马里	8 556	8 510	17 066	54.0	59.2	56.5	48.3	51.3	49.7
南非	28 895	30 498	59 392	62.2	68.3	65.3	54.6	57.7	56.2
南苏丹	5 321	5 428	10 748	60.8	64.8	62.8	52.9	54.5	53.7
西班牙	23 272	24 215	47 487	80.7	85.7	83.2	71.3	72.9	72.1
斯里兰卡	10 490	11 283	21 773	73.8	79.8	76.9	65.1	69.0	67.0
苏丹	22 815	22 842	45 657	67.6	70.8	69.1	59.6	60.3	59.9
苏里南	305	308	613	68.5	74.6	71.5	60.7	64.2	62.4
瑞典	5 273	5 195	10 467	80.8	84.0	82.4	71.7	72.1	71.9
瑞士	4 314	4 377	8 691	81.8	85.1	83.4	72.2	72.8	72.5
阿拉伯叙利亚共和国	10 681	10 643	21 324	71.2	74.3	72.7	62.5	63.3	62.9
塔吉克斯坦	4 906	4 844	9 750	67.6	71.5	69.5	60.9	63.2	62.0
泰国	34 794	36 807	71 601	74.4	81.0	77.7	65.9	70.6	68.3
东帝汶	674	647	1 321	67.9	71.4	69.6	59.8	62.0	60.9
多哥	4 345	4 300	8 645	61.5	67.2	64.3	54.7	57.8	56.2
汤加	52	54	106	69.8	75.6	72.6	62.7	65.5	64.0
特立尼达和多巴哥	753	773	1 526	72.5	79.9	76.1	64.0	68.6	66.2
突尼斯	6 057	6 206	12 263	74.9	79.2	77.0	66.1	67.7	66.9
T ü rkiye	42 490	42 286	84 775	76.4	80.7	78.6	67.8	69.0	68.4
土库曼斯坦	3 142	3 200	6 342	66.5	73.0	69.7	59.9	64.3	62.1
图瓦卢	-	-	11	-	-	-	-	-	-
乌干达	22 701	23 153	45 854	63.2	70.1	66.7	56.0	60.4	58.2
乌克兰	20 147	23 384	43 531	68.0	77.8	73.0	60.6	67.8	64.3
阿拉伯联合酋长国	6 512	2 853	9 365	75.1	78.4	76.1	65.8	66.2	66.0
United Kingdom	33 239	34 042	67 281	79.8	83.0	81.4	69.6	70.6	70.1
坦桑尼亚联合共和国	31 418	32 171	63 588	65.4	69.3	67.3	57.6	59.3	58.5
美利坚合众国	166 942	170 056	336 998	76.3	80.7	78.5	65.2	67.0	66.1
乌拉圭	1 659	1 767	3 426	73.5	80.6	77.1	65.4	69.5	67.5
乌兹别克斯坦	17 052	17 030	34 081	70.8	75.2	73.0	63.5	65.8	64.7
瓦努阿图	161	159	319	62.7	68.3	65.3	56.4	59.4	57.8
委内瑞拉 (玻利瓦尔共和国)	13 957	14 243	28 200	69.9	78.2	73.9	61.9	67.1	64.4
越南	48 136	49 332	97 468	69.6	78.1	73.7	62.4	68.3	65.3
也门	16 668	16 313	32 982	64.4	68.9	66.6	56.9	58.2	57.5
赞比亚	9 609	9 864	19 473	59.5	65.4	62.5	52.5	56.3	54.4
津巴布韦	7 544	8 450	15 994	57.5	63.6	60.7	51.2	54.8	53.1
世卫组织区域	2021			2019			2019		
非洲区域	579 641	583 017	1 162 658	62.4	66.6	64.5	55.0	57.1	56.0
美洲区域	508 298	521 212	1 029 510	74.5	79.8	77.2	64.8	67.5	66.2
东南亚地区	1 049 022	1 007 451	2 056 473	69.9	73.1	71.4	61.1	61.9	61.5
欧洲地区	451 859	478 950	930 809	75.1	81.3	78.2	66.6	70.0	68.3
东地中海地区	392 503	374 038	766 542	68.3	71.3	69.7	60.2	60.7	60.4
西太平洋区域	980 226	952 584	1 932 809	74.8	80.8	77.7	67.0	70.2	68.6
全球	3 973 370	3 929 291	7 902 660	70.8	75.9	73.3	62.5	64.9	63.7

3.1		3.2			3.3			
孕产妇死亡率 ^c (每 100 000 例活产)	熟练保健人员接生的比例 人员 ^d (%)	5 岁以下儿童死亡率 ^e (每 1000 名活产)	新生儿死亡率 ^e (每 1000 名活产)	新的 HIV 感染 ^f (每 1000 个未感染人群)	结核病发病率 ^g (每 10 万人口)	疟疾发病率 ^h (每 1000 名处于危险中的人口)	乙型肝炎表面抗原 (HBsAg) 5 岁以下儿童的患病率(%)	报告的人数 需要 针对 NTDs 的干预措施 ⁱ
可比估计	主要数据	可比估计	可比估计	可比估计	可比估计	可比估计	可比估计	主要数据
2020	2013-2022	2021	2021	2021	2021	2021	2020	2021
7	100 ^{sk}	2	1	<0.01	48	-	0.13	5 268
5	98	6	3	0.02	2.8	-	0.31	2
5	-	2	1	<0.01	4.3	-	1.12	4
122	86 ^{sk}	19	8	-	65	216.1	0.87	598 343
621	32 ^{sk}	112	36	-	250	66.3	6.32	3 698 691
127	97	33	11	4.19	513	0.5	3.10	16 502 598
1223	40	99	40	1.27	227	274.8	13.03	8 758 494
3	100 ^{sk}	3	2	0.08	8.2	-	0.13	96
29	100	7	4	<0.01	63	0.0	0.34	26 092
270	78 ^{sk}	55	27	0.07	58	72.8	1.66	12 728 564
96	98 ^{sk}	17	11	0.71	29	0.2	0.07	165
5	-	2	1	-	3.8	-	0.13	12
7	-	4	3	-	4.7	-	0.16	0
30	-	22	11	-	18	0.0	0.69	2 971 666
17	95	31	14	0.10	88	-	0.18	3 375 143
29	99 ^{sk}	8	5	0.09	143	0.2	0.27	7 244
204	57 ^{sk}	51	22	0.10	486	0.0	0.72	464 413
399	69 ^{sk}	63	24	0.38	33	237.5	3.27	5 128 595
126	98 ^{sk}	11	5	-	7.6	-	0.89	37 131
27	100 ^{sk}	16	10	-	13	-	0.19	38
37	100	16	12	0.04	36	-	0.12	2 746
17	97 ^{al}	9	5	-	18	-	0.11	0
5	100 ^{sk}	41	23	-	47	-	0.07	97
-	100 ^{sk}	21	10	-	296	-	0.24	11 500
284	74	42	19	1.30	199	284.0	0.96	25 961 432
17	100 ^{sk}	8	5	0.15	71	-	0.25	0
9	99 ^{al}	6	3	-	0.8	0.0	0.02	41
10	-	4	3	-	6.3	-	0.41	0
238	64 ^{sk}	47	20	0.96	208	125.8	0.99	32 876 354
21	99	6	3	-	2.6	-	0.01	119
19	100 ^{sk}	6	4	0.27	32	-	0.15	52
30	99	14	8	0.11	62	-	0.16	405 951
94	89 ^{sk}	23	10	-	34	1.8	2.25	305 040
259	99 ^{sk}	24	15	-	47	14.5	0.15	7 995 796
46	96 ^{sk}	21	11	0.06	173	<0.1	0.64	8 820 515
183	45 ^{sk}	62	28	0.04	48	46.1	1.76	7 883 460
135	80 ^{sk}	58	25	2.17	307	187.7	1.32	13 185 586
357	86	50	25	1.51	190	27.2	2.74	8 147 168
2020	2022	2021	2021	2021	2021	2021	2020	2021
531	71	72	27	0.78	212	229.4	2.53	584 347 290
68	97	13	7	0.16	30	4.2	0.07	61 656 500
117	91	29	17	0.06	234	3.2	0.38	856 840 517
13	99	8	4	0.20	25	-	0.26	5 951 752
179	85	45	25	0.06	112	11.6	0.84	72 120 780
44	97	12	6	0.06	98	1.9	0.30	72 372 509
223	86	38	18	0.19	134	59.2	0.94	1 653 289 348

表 2.附件 1 - 2

数据类型	3.4		3.5		3.6		3.7	
	死于任何心血管疾病的可能性，癌症、糖尿病、30 岁至 70 岁之间的 CRD ^a (%)	自杀死亡率 ^b （每 10 万人口）	人均酒精总量（≥ 15 岁）消费 ^c （纯酒精的升）	道路交通死亡率 ^{d, e, f} （每 10 万人口）	妇女的比例对现代方法有计划生育需求的生育年龄 ^g (%)	青少年出生率 ^h （每 1000 名 15 - 19 岁女性）		
	可比估计	可比估计	可比估计	可比估计	主要数据	主要数据		
国家和地区	2019	2019	2019	2019	2013-2021	2013-2021		
阿富汗	35.3	4.1	<0.1	15.9	42.1 ^{am}	62.1		
阿尔巴尼亚	11.4	4.3	5.1	11.7	6.3	13.2		
阿尔及利亚	13.9	2.5	0.6	20.9	66.3 ^{am}	12.0		
安道尔	-	-	11.1	-	-	0.5		
安哥拉	22.2	6.1	6.2	26.1	29.8	162.7		
安提瓜和巴布达	17.5	0.4	8.5	0.0	-	32.5		
阿根廷	15.7	8.4	8.0	14.1	80.3	41.8		
亚美尼亚	19.9	3.3	5.0	20.0	40.2 ^{am}	13.9		
澳大利亚	8.6	12.5	10.1	4.9	-	7.8		
奥地利	10.4	14.6	12.0	4.9	-	5.0		
阿塞拜疆	27.2	4.1	2.0	6.7	-	41.6		
Bahamas	19.9	3.5	4.4	7.7	-	26.4		
巴林	16.1	8.9	1.6	5.2	-	8.6		
孟加拉国	18.9	3.7	<0.1	15.3	7 ^{am}	74.0		
巴巴多斯	16.0	0.6	9.5	8.2	-	-		
白俄罗斯	23.8	21.2	10.9	7.6	66.0	11.6		
比利时	10.6	18.3	10.3	5.8	-	4.9		
伯利兹	16.5	7.1	5.7	22.6	64.9	51.2		
贝宁	22.6	7.8	8.3	26.8	28.0	108.4		
不丹	18.5	4.6	0.2	16.2	-	8.1		
多民族玻利维亚国	17.9	6.2	4.1	21.1	50.3 ^{am}	71.0		
波斯尼亚和黑塞哥维那	18.7	10.9	6.4	13.5	-	9.7		
博茨瓦纳	27.0	16.1	8.2	26.4	-	50.2		
巴西	15.5	6.9	7.7	16.0	-	43.1		
文莱达鲁萨兰国	18.5	2.7	0.4	7.5	-	7.9		
保加利亚	24.2	9.7	11.9	9.2	-	37.9		
布基纳法索	23.9	7.5	9.8	31.0	58.2	127.3		
布隆迪	25.0	6.2	4.1	35.5	39.6	58.2		
佛得角	17.4	12.9	6.3	26.8	-	40.0		
柬埔寨	22.5	4.8	8.5	19.6	56.5	57.4		
喀麦隆	23.9	9.0	10.1	30.2	44.9	122.2		
加拿大	9.6	11.8	9.9	5.3	-	5.6		
中非共和国	36.0	12.3	2.0	37.7	27.6	184.4		
Chad	22.7	6.4	3.7	32.4	17.5 ^{am}	138.7		
智利	10.0	9.0	6.7	14.9	-	18.9		
中国	15.9	8.1	5.7	17.4	-	6.1		
中国， 香港特别行政区	-	-	-	-	-	-		
中国， 澳门特别行政区	-	-	-	-	-	-		
哥伦比亚	9.7	3.9	4.9	15.4	86.6	52.8		
科摩罗	20.6	5.4	0.3	26.6	-	38.0		
刚果	22.6	6.5	6.4	29.7	43.2	72.0		
库克群岛	-	-	10.6	-	-	32.5		
哥斯达黎加	9.5	8.1	3.5	14.8	80.8	26.9		
科特迪瓦	21.7	8.9	2.8	24.1	46.1	118.8		
克罗地亚	16.1	16.4	8.5	7.9	-	7.6		
古巴	16.6	14.5	6.0	8.9	86.9	47.6		
塞浦路斯	8.2	3.6	8.1	5.8	-	7.7		
Czechia	14.3	12.2	13.3	5.9	-	8.8		
朝鲜民主主义人民共和国	23.9	9.4	4.3	24.2	8 ^{am}	-		
刚果民主共和国	24.0	6.7	2.1	34.9	33.0	109.0		
丹麦	10.8	10.7	9.4	3.7	-	1.3		
吉布提	22.0	9.6	0.4	23.5	-	-		
多米尼加	-	-	6.1	-	-	-		

3.7		3.8		3.9		
青少年出生率 ^a (每 1000 名 10-14 岁女性)	UHC: 服务覆盖指数 ^c	家庭健康支出 > 家庭总支出的 10% 或 income ^e (%)	家庭健康支出 > 家庭总支出的 25% 或 income ^e (%)	归因于家庭和环 境空气污染的年 龄标准化死亡 率 ^d (每 100 000 人口)	死亡率归因于暴 露于不安全的 WASH 服务 ^f (每 10 万人口)	意外中毒死亡率 ^g (每 100 000 人口)
主要数据	可比估计	主要数据	主要数据	可比估计	可比估计	可比估计
2013-2021	2021	2013-2021	2013-2021	2019	2019	2019
0.2	41	26.1	8.0	265.7	16.6	1.0
0.3	64	8.9	1.4	92.5	3.2	0.3
0.0	74	-	-	49.7	4.1	0.7
0.0	79	-	-	-	-	-
10.7	37	35.5	12.5	142.8	48.9	2.0
0.3	76	-	-	19.3	2.5	0.7
1.2	79	9.6	2.5	29.7	11.4	0.4
<0.1	68	19.9	5.9	74.5	5.8	0.7
0.1	87	2.5	0.4	9.8	1.9	0.1
<0.1	85	-	-	17.5	2.0	0.2
0.0	66	-	-	125.2	3.6	0.9
0.3	77	-	-	10.4	2.6	0.2
<0.1	76	4.9	1.4	68.1	0.8	0.3
0.9	52	24.4	8.5	143.9	18.2	0.3
-	77	16.4	3.8	18.8	7.7	0.7
0.1	79	16.5	1.2	69.9	1.6	3.3
0.1	86	-	-	15.3	5.3	0.4
0.9	68	6.2	3.1	41.0	4.3	0.4
1.8	38	14.3	3.0	201.8	60.2	2.6
-	60	4.0	1.8	94.3	15.7	0.2
-	65	5.7	1.2	77.1	14.3	0.6
<0.1	66	8.2	1.4	113.9	1.9	0.4
0.3	55	4.3	1.0	140.7	26.8	1.8
2.3	80	11.8	1.9	28.9	6.6	0.1
0.3	78	-	-	19.6	1.7	<0.1
1.3	73	21.3	3.1	62.9	2.9	0.5
1.2	40	8.4	1.8	201.3	60.9	3.1
0.7	41	4.8	0.9	205.9	53.3	3.2
0.4	71	-	-	91.2	12.1	0.4
0.1	58	17.9	4.9	163.3	17.1	0.5
2.9	44	10.7	1.8	206.7	47.3	2.6
<0.1	91	3.5	0.8	8.1	2.3	0.3
8.0	32	-	-	305.1	97.0	2.8
3.9	29	9.3	1.4	227.4	99.2	3.5
0.5	82	14.6	2.1	17.9	2.3	0.4
-	81	24.3	6.9	95.3	2.2	1.8
-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-
2.6	80	8.2	2.2	31.3	3.4	0.1
-	48	8.8	1.6	164.6	43.8	2.4
2.5	41	-	-	170.4	26.4	1.3
0.3	46	0.1	<0.1	-	-	-
1.1	81	7.4	1.1	17.8	2.9	0.1
5.0	43	8.3	0.6	186.5	47.0	2.5
<0.1	80	-	-	31.3	2.7	0.4
1.2	83	-	-	41.9	9.7	0.2
0.2	81	14.7	1.6	15.8	1.6	0.3
0.1	84	4.6	0.8	32.5	4.1	0.4
-	68	-	-	212.8	4.1	1.4
3.4	42	-	-	209.8	52.3	2.0
<0.1	82	-	-	12.9	4.1	<0.1
-	44	1.5	0.3	177.9	37.6	2.5
-	49	-	-	-	-	-

国家和地区	3.4	3.5	3.6	3.7		
	死于任何心血管疾病的可能性， 癌症、糖尿病、30岁至70岁之间的CRD ^a (%)	自杀死亡率 ^k （每10万人口）	人均酒精总量 （≥15岁）消费 ^l （纯酒精的升）	道路交通死亡率 ^{k, oy} （每10万人口）	妇女的比例 对现代方法有计划生育需求的生育年龄 ^m (%)	青少年出生率 ⁿ （每1000名15-19岁女性）
数据类型	可比估计	可比估计	可比估计	可比估计	主要数据	主要数据
	2019	2019	2019	2019	2013-2021	2013-2021
多米尼加共和国	19.1	4.9	6.8	64.6	77.4	42.4
厄瓜多尔	11.0	7.6	3.3	20.1	82.5	58.1
埃及	28.0	3.0	0.1	10.1	80.0 ^{om}	46.9
萨尔瓦多	10.7	6.0	3.3	20.9	80.0	50.1
赤道几内亚	22.1	7.9	6.9	27.2	-	-
厄立特里亚	26.8	10.9	1.2	37.9	-	-
爱沙尼亚	14.9	14.9	11.3	4.5	80.2	7.9
埃斯瓦蒂尼	35.2	29.4	8.1	33.5	82.9	87.1
埃塞俄比亚	17.1	5.4	3.4	28.2	6 ^{am}	73.5
斐济	37.7	9.0	3.4	13.5	-	31.1
芬兰	9.6	15.3	9.2	3.9	-	3.7
法国	10.6	13.8	11.3	5.1	-	5.7
加蓬	21.3	8.4	7.3	23.9	-	-
冈比亚	21.1	4.8	1.1	29.6	41.1	64.8
格鲁吉亚	24.9	9.2	14.3	12.4	51.3 ^{om}	27.2
Germany	12.1	12.3	12.2	3.8	-	6.5
加纳	22.5	6.6	4.5	25.7	40.4	78.0
希腊	12.5	5.1	7.1	8.3	-	8.5
格林纳达	23.3	0.7	8.1	8.0	-	35.9
危地马拉	16.5	5.9	1.6	22.9	66.1	58.8
几内亚	24.9	7.0	0.5	29.7	37.7	119.6
几内亚比绍	24.9	7.0	4.1	32.2	60.0	84.4
圭亚那	29.2	40.3	5.3	22.3	46.6	64.9
海地	31.3	9.6	3.5	18.8	45.4	54.8
洪都拉斯	18.7	2.1	3.2	16.1	79.0	97.1
匈牙利	22.1	16.6	10.6	7.7	-	21.4
冰岛	8.7	11.9	8.1	2.0	-	3.3
印度	21.9	12.7	4.9	15.6	72.8	10.6
印度尼西亚	24.8	2.4	0.1	11.3	77.0	36.1
伊朗伊斯兰共和国	14.8	5.2	0.7	21.5	-	24.5
伊拉克	23.5	3.6	0.2	27.3	5 ^{am}	70.0
爱尔兰	9.7	9.6	11.7	3.1	-	4.9
以色列	8.8	5.3	3.0	3.9	-	7.1
意大利	9.0	6.7	8.0	5.3	-	3.3
牙买加	16.9	2.4	3.6	15.1	-	35.9
Japan	8.3	15.3	6.7	3.6	-	2.5
Jordan	15.3	1.6	0.3	17.0	56.7 ^{om}	27.0
哈萨克斯坦	22.4	17.6	4.5	12.7	73.2 ^{om}	22.9
肯尼亚	21.0	6.1	2.9	28.3	77.1	73.0
基里巴斯	50.8	28.3	0.8	1.9	53.1	50.6
科威特	11.9	2.9	0.0	15.4	-	5.2
吉尔吉斯斯坦	20.3	7.4	5.0	12.7	64.6	32.6
老挝人民民主共和国	26.8	5.4	11.5	17.9	72.3	83.4
拉脱维亚	21.6	20.1	13.1	8.1	-	10.0
黎巴嫩	19.9	2.8	1.5	16.4	-	-
莱索托	42.7	72.4	4.5	31.9	82.8	84.5
利比里亚	17.8	4.4	3.6	38.9	47.5	128.1
利比亚	18.6	4.5	<0.1	21.3	24.0 ^{om}	10.9
立陶宛	19.3	26.1	11.8	8.1	-	8.2
卢森堡	9.7	11.3	11.5	4.1	-	3.9
马达加斯加	26.0	5.5	1.0	29.2	6 ^{am}	143.0
马拉维	22.6	5.4	3.2	33.4	77.3	135.6
马来西亚	18.4	5.7	0.8	22.5	-	7.8
马尔代夫	11.6	2.7	1.4	1.6	29.2	5.1
马里	22.3	4.1	4.3	22.7	41.2	163.6

3.7		3.8		3.9		
青少年出生率 ^a (每 1000 名 10 - 14 岁女性)	UHC: 服务覆盖指数 ^c	家庭健康支出 > 家庭总支出的 10% 或 income ^b (%)	家庭健康支出 > 家庭总支出的 25% 或 income ^b (%)	归因于家庭和环境空气污染 ^d 的年龄标准化死亡率 ^e (每 100 000 人口)	死亡率归因于暴露于不安全的 WASH 服务 ^f (每 10 万人口)	意外中毒死亡率 ^g (每 100 000 人口)
主要数据	可比估计	主要数据	主要数据	可比估计	可比估计	可比估计
2013-2021	2021	2013-2021	2013-2021	2019	2019	2019
1.0	77	8.2	0.9	41.3	5.8	0.4
2.2	77	10.3	2.4	28.1	4.7	0.3
-	70	31.1	6.1	105.6	4.8	0.2
2.1	78	4.1	1.4	40.3	6.1	0.2
-	46	-	-	165.7	29.7	1.6
-	45	-	-	237.4	66.5	3.3
0.1	79	-	-	12.8	2.6	0.6
1.2	56	5.0	1.3	173.7	46.5	3.3
0.5	35	3.5	0.6	142.5	40.7	3.3
0.0	58	-	-	118.7	10.8	0.3
<0.1	86	6.7	0.7	7.4	0.8	0.4
0.1	85	-	-	10.0	3.4	0.3
-	49	3.8	0.7	78.3	17.5	1.3
1.1	46	0.2	<0.1	220.5	29.5	1.8
0.1	68	31.4	8.9	92.8	3.3	0.6
0.1	88	-	-	14.7	3.2	0.3
0.7	48	1.3	0.1	193.6	25.2	1.7
0.4	77	16.9	1.6	23.0	7.6	0.2
-	70	-	-	47.4	6.7	<0.1
0.0	59	11.5	3.8	91.0	15.3	1.6
4.4	40	1.5	<0.1	238.0	57.8	2.3
1.6	37	5.1	0.4	228.8	49.4	2.3
1.3	76	-	-	95.7	8.6	<0.1
1.3	54	11.5	4.0	206.4	25.9	1.4
2.5	64	-	-	112.5	7.1	0.5
0.4	79	12.3	0.9	42.3	2.0	0.5
0.0	89	-	-	8.2	2.4	1.0
0.2	63	17.5	6.7	139.3	36.4	0.3
0.3	55	2.0	0.4	96.1	15.8	0.3
0.4	74	15.4	3.7	58.1	2.9	1.0
1.6	59	19.6	4.2	89.7	4.4	0.2
<0.1	83	-	-	12.8	2.7	0.3
0.0	85	12.8	2.6	15.1	2.0	<0.1
0.0	84	-	-	15.0	3.0	0.3
0.0	74	-	-	35.9	2.3	<0.1
<0.1	83	11.1	2.0	11.8	8.4	0.2
0.4	65	6.4	1.3	38.7	1.9	0.5
<0.1	80	3.7	0.2	83.4	3.2	1.9
2.0	53	5.2	1.4	131.9	29.0	2.4
1.8	48	-	-	246.6	37.4	2.6
0.0	78	-	-	45.2	0.8	0.4
<0.1	69	4.9	0.8	124.9	2.3	0.9
2.6	52	6.8	3.0	195.3	20.5	0.6
0.0	75	21.4	5.7	40.1	2.6	1.2
-	73	-	-	58.6	2.4	0.6
0.1	53	-	-	288.3	108.1	5.2
3.8	45	6.8	1.1	152.7	34.6	1.7
-	62	-	-	53.9	2.2	0.8
<0.1	75	-	-	38.8	2.6	1.7
0.0	83	4.3	0.2	12.5	1.9	0.2
7.1	35	-	-	208.0	40.1	2.1
2.1	48	2.9	0.4	148.5	30.8	1.7
0.1	76	1.5	0.1	76.5	14.4	0.7
0.1	61	10.3	4.1	32.0	2.3	<0.1
6.8	41	1.7	0.1	167.1	66.1	2.9

国家和地区	3.4	3.5	3.6	3.7		
	死于任何心血管疾病的可能性， 癌症、糖尿病、30岁至70岁之间的CRD*(%)	自杀死亡率 ^k （每10万人口）	人均酒精总量 （≥15岁）消费 ^k （纯酒精的升）	道路交通死亡率 ^{k,sv} （每10万人口）	妇女的比例 对现代方法有计划生育需求的生育年龄 ^m (%)	青少年出生率 ^k （每1000名15-19岁女性）
数据类型	可比估计	可比估计	可比估计	可比估计	主要数据	主要数据
	2019	2019	2019	2019	2013-2021	2013-2021
马耳他	10.5	6.1	8.5	4.1	-	11.0
马绍尔群岛	-	-	-	-	-	-
毛里塔尼亚	16.1	3.1	0.0	25.6	2 ^{am}	89.6
毛里求斯	23.2	9.5	7.5	12.2	41.9 ^{am}	20.7
墨西哥	15.6	5.3	5.7	12.8	83.1 ^{am}	50.7
密克罗尼西亚联邦	46.3	28.2	2.1	0.2	-	-
摩纳哥	-	-	-	-	-	-
蒙古国	35.0	17.9	7.9	21.0	63.6	26.9
黑山	22.3	21.0	10.3	7.6	32.9	9.5
摩洛哥	24.1	7.2	0.5	17.0	7 ^{am}	21.7
莫桑比克	30.6	13.6	2.0	30	55.5	180.1
缅甸	24.9	2.9	2.1	20.4	74.9	24.5
纳米比亚	22.6	9.7	5.9	34.8	80.4	63.9
瑙鲁	-	-	2.9	-	-	94.0
尼泊尔	21.5	9.0	1.4	16.3	6 ^{am}	63.1
荷兰(王国)	10.3	11.8	9.3	4.0	-	2.4
新西兰	10.3	11.0	9.9	9.6	-	10.1
尼加拉瓜	15.3	4.3	4.2	16.9	-	-
尼日尔	21	5.3	0.1	25.5	36.9	132.0
尼日利亚	16.9	3.5	4.2	20.7	35.6	74.6
纽埃	-	-	9.3	-	-	-
北马其顿	22.7	9.4	4.6	5.1	29.6	16.2
挪威	8.7	11.8	6.8	2.1	-	1.7
被占领的巴勒斯坦领土，包括东耶路撒冷	-	-	-	-	6 ^{am}	42.8
阿曼	21.5	4.8	0.9	10.6	3 ^{am}	7.1
巴基斯坦	29.4	8.9	0.1	13.0	48.5 ^{am}	54.0
帕劳	-	-	-	-	-	34.5
巴拿马	10.7	2.9	6.6	13.9	65.2	61.7
巴布亚新几内亚	36	3.0	1.7	12.6	49.2	67.8
巴拉圭	16	6.0	5.6	22.0	78.9	52.3
秘鲁	9.7	2.8	7.5	13.6	6 ^{am}	33.7
菲律宾	24.5	2.1	6.2	12.0	56.0	34.8
波兰	17	11.3	11.6	9.4	-	8.2
葡萄牙	11	11.5	10.4	8.2	-	5.7
波多黎各	-	-	-	-	-	15.6
卡塔尔	10.7	5.8	1.1	7.3	-	7.6
大韩民国	7.3	28.6	8.2	8.6	-	0.7
摩尔多瓦共和国	24.1	14.7	11.4	7.3	59.5	24.7
罗马尼亚	21	9.7	17.0	10.3	-	35.0
俄罗斯联邦	24.2	25.1	10.4	12.0	-	16.2
卢旺达	20.2	5.6	1.9	29.4	72.1	31.3
圣基茨和尼维斯	-	-	6.3	-	-	-
圣卢西亚	17.7	7.9	9.5	29.8	-	37.8
圣文森特和格林纳丁斯	20.7	1.0	7.2	7.4	-	55.2
萨摩亚	31.2	12.6	2.4	13.0	27.0	54.9
圣马力诺	-	-	-	-	-	1.4
圣多美和普林西比	21.0	1.5	5.0	27.9	57.7	86.1
沙特阿拉伯	20.9	6.0	0.0	35.9	-	-
塞内加尔	19.5	6.0	0.4	23.5	53.2	71.3
塞尔维亚	22.0	11.4	7.9	7.5	38.4	13.6
塞舌尔	21.1	8.1	12.0	11.3	-	61.4
塞拉利昂	23.5	6.7	0.3	33.0	53.0	101.9
新加坡	9.5	11.2	1.9	2.1	-	2.4
斯洛伐克	15.5	12.1	10.5	6.1	-	26.9

3.7		3.8		3.9		
青少年出生率 ^a (每 1000 名 10-14 岁女性)	UHC: 服务覆盖指数 ^c	家庭健康支出 > 家庭总支出的 10% 或 income ^e (%)	家庭健康支出 > 家庭总支出的 25% 或 income ^e (%)	归因于家庭和环境空气污染 ^b 的年龄标准化死亡率 ^d (每 100 000 人口)	死亡率归因于暴露于不安全的 WASH 服务 ^f (每 10 万人口)	意外中毒死亡率 ^g (每 100 000 人口)
主要数据	可比估计	主要数据	主要数据	可比估计	可比估计	可比估计
2013-2021	2021	2013-2021	2013-2021	2019	2019	2019
0.1	85	15.9	2.8	20.9	4.6	0.1
-	59	-	-	-	-	-
6.3	40	11.7	3.0	128.4	37.8	1.5
0.4	66	8.2	1.9	34.7	5.5	0.8
1.0	75	4.4	1.2	44.7	3.5	0.4
-	48	-	-	254.0	14.0	0.9
-	86	-	-	-	-	-
0.1	65	14.0	3.5	214.7	3.2	2.8
0.1	72	10.3	0.8	115.2	1.8	0.6
<0.1	69	8.2	0.9	66.6	4.6	0.7
4.4	44	3.6	1.0	228.4	45.6	3.7
0.1	52	12.7	3.5	184.1	12.9	1.3
-	63	1.5	0.3	142.5	28.8	1.9
-	60	-	-	-	-	-
0.4	54	10.7	2.1	177.9	17.8	1.7
0.0	85	-	-	13.1	3.4	0.1
0.0	85	-	-	12.2	2.1	0.2
-	70	24.7	9.1	84.4	3.5	0.3
4.0	35	6.5	0.9	213.3	70.3	3.3
1.9	38	15.8	4.1	165.2	71.7	3.3
-	44	-	-	-	-	-
0.4	74	9.7	1.5	95.6	1.0	0.5
0.0	87	-	-	7.9	3.6	0.3
0.0	-	9.0	1.5	-	-	-
0.1	70	-	-	104.0	1.6	0.9
0.4	45	5.4	1.0	192.1	38.8	1.6
0.0	65	-	-	-	-	-
2.2	78	6.2	0.7	27.3	4.2	<0.1
1.1	30	-	-	189.6	24.9	1.4
0.8	72	-	-	55.6	4.6	0.2
1.0	71	12.6	2.0	37.9	7.6	0.4
0.5	58	6.3	1.4	202.8	16.9	0.2
<0.1	82	16.1	2.0	40.9	5.4	0.5
0.1	88	-	-	10.0	6.8	0.3
0.1	-	-	-	-	-	-
0.0	76	1.3	0.1	90.8	0.4	0.3
<0.1	89	12.0	2.9	18.9	5.2	0.2
0.1	71	14.2	2.5	68.9	3.6	5.5
1.4	78	13.4	2.2	67.8	7.2	1.9
0.1	79	7.7	0.9	67.1	3.2	3.8
0.2	49	1.2	0.1	165.8	25.0	1.7
-	79	-	-	-	-	-
0.9	77	6.2	1.8	27.7	5.8	0.1
0.8	69	-	-	34.4	5.3	<0.1
0.5	55	-	-	145.5	8.2	0.4
0.0	77	-	-	-	-	-
0.4	59	4.8	1.2	225.4	16.7	0.7
-	74	1.3	0.6	91.1	1.9	0.8
0.9	50	6.9	1.3	146.4	31.7	1.9
0.2	72	8.5	0.6	71.5	3.9	0.3
1.3	75	2.6	1.3	43.1	8.4	0.5
3.9	41	16.4	3.0	239.0	69.5	2.8
<0.1	89	9.0	1.5	23.4	8.5	<0.1
0.3	82	2.7	<0.1	30.3	3.6	0.5

	3.4	3.5	3.6	3.7		
	死于任何心血管疾病的可能性， 癌症、糖尿病、30岁至70岁之间的CRD ^a (%)	自杀死亡率 ^k （每10万人口）	人均酒精总量 （≥15岁）消费 ^l （纯酒精的升）	道路交通死亡率 ^{k, oy} （每10万人口）	妇女的比例 对现代方法有计划生育需求的生育年龄 ^m (%)	青少年出生率 ⁿ （每1000名15-19岁女性）
数据类型	可比估计	可比估计	可比估计	可比估计	主要数据	主要数据
国家和地区	2019	2019	2019	2019	2013-2021	2013-2021
斯洛文尼亚	11.4	19.8	11.0	5.1	-	4.2
所罗门群岛	39.2	14.7	1.6	16.5	3 ^{am}	77.9
索马里	30.4	7.9	0.0	27.4	2.1 ^{am}	115.9
南非	24.1	23.5	8.8	22.2	79.7	40.7
南苏丹	16.8	3.9	-	36.7	-	-
西班牙	9.6	7.7	10.9	3.9	-	5.3
斯里兰卡	13.2	14.0	2.8	19.7	74.3 ^{am}	16.5
苏丹	22.8	3.8	<0.1	26.8	30.2 ^{am}	86.8
苏里南	22.7	25.4	6.6	15.3	57.5	49.1
瑞典	8.4	14.7	9.3	3.1	86.7	2.4
瑞士	7.9	14.5	10.4	2.2	-	1.3
阿拉伯叙利亚共和国	22.1	2.0	0.2	14.9	-	-
塔吉克斯坦	28.3	4.3	0.9	15.7	52.1 ^{am}	41.7
泰国	13.7	8.8	7.8	32.2	88.2	27.4
东帝汶	19.9	3.7	0.4	11.9	45.9	41.9
多哥	23.9	8.8	1.4	28.7	39.6	78.9
汤加	24.8	3.8	0.4	33.0	49.9	-
特立尼达和多巴哥	17.1	8.7	6.1	9.3	-	-
突尼斯	15.7	3.3	2.0	16.5	62.7 ^{am}	4.0
Türkiye	15.6	2.4	1.8	6.7	60.2 ^{am}	15.2
土库曼斯坦	27.7	5.7	2.9	13.5	7 ^{am}	27.5
图瓦卢	-	-	1.2	-	46.2	40.3
乌干达	21.2	4.6	12.2	29.4	65.5 ^{am}	127.9
乌克兰	25.5	21.6	8.7	10.2	-	14.5
阿拉伯联合酋长国	18.5	6.4	2.4	8.9	-	4.9
United Kingdom	10.3	7.9	10.8	3.2	-	10.0
坦桑尼亚联合共和国	17.4	4.3	10.4	31.1	55.1	138.9
美利坚合众国	13.6	16.1	9.6	12.7	78.4	15.1
乌拉圭	16.5	21.2	5.5	14.8	-	29.1
乌兹别克斯坦	25.3	8.0	2.6	11.7	-	34.3
瓦努阿图	39.7	18	1.9	14.9	5 ^{am}	-
委内瑞拉（玻利瓦尔共和国）	14.8	2.0	3.0	39.0	-	81.1
越南	21.2	7.5	9.3	30.6	72.1 ^{am}	29.0
也门	27.6	5.8	<0.1	29.4	40.5 ^{am}	-
赞比亚	24.6	7.3	3.9	20.5	65.9	134.6
津巴布韦	28.4	14.1	3.6	41.2	84.8	107.9
世卫组织区域	2019	2019	2019	2019	2022	2022
非洲区域	20.8	6.9	4.5	27.2	57.5	97.0
美洲区域	14.0	9.6	7.5	15.3	82.6	40.3
东南亚地区	21.6	10.1	3.8	15.8	77.7	25.2
欧洲地区	16.3	12.8	9.2	7.4	76.8	13.1
东地中海地区	24.5	5.8	0.3	17.8	62.3	45.8
西太平洋区域	15.6	8.7	6.1	16.4	87.3	16.9
全球	17.8	9.2	5.5	16.7	77.5	41.9

3.7		3.8		3.9		
青少年出生率 ^a (每 1000 名 10-14 岁女性)	UHC: 服务覆盖指数 ^c	家庭健康支出 > 家庭总支出的 10% 或 income ^e (%)	家庭健康支出 > 家庭总支出的 25% 或 income ^e (%)	归因于家庭和环境空气污染 ^b 的年龄标准化死亡率 ^d (每 100 000 人口)	死亡率归因于暴露于不安全的 WASH 服务 ^f (每 10 万人口)	意外中毒死亡率 ^g (每 100 000 人口)
主要数据	可比估计	主要数据	主要数据	可比估计	可比估计	可比估计
2013-2021	2021	2013-2021	2013-2021	2019	2019	2019
0.1	84	3.7	0.3	18.8	1.9	0.2
-	47	-	-	281.2	32.7	2.3
1.2	27	0.1	0.0	2379	99.2	4.9
1.0	71	1.0	0.1	74.9	27.6	1.7
-	34	11.7	2.7	134.5	68.1	2.3
0.1	85	7.9	1.1	10.1	3.2	0.4
<0.1	67	5.4	0.9	91.6	4.8	0.4
2.3	44	12.5	1.8	145.3	15.8	1.7
2.0	63	4.9	1.4	51.0	7.1	0.3
<0.1	85	-	-	8.1	3.0	0.2
<0.1	86	7.9	0.3	10.4	2.5	0.2
-	64	-	-	94.5	9.1	0.6
0.0	67	9.8	1.4	203.8	9.0	0.4
0.0	82	2.1	0.3	46.5	11.8	0.2
0.4	52	2.6	0.6	185.6	20.4	0.4
1.5	44	13.7	3.0	223.1	42.4	1.9
0.0	57	-	-	52.3	7.1	1.1
-	75	3.9	1.9	19.8	1.6	0.1
0.0	67	16.7	2.4	55.9	3.1	0.7
<0.1	76	4.2	0.7	45.5	2.5	0.4
0.0	75	-	-	87.9	5.7	0.6
0.0	52	-	-	-	-	-
1.1	49	15.3	3.8	163.0	28.1	1.7
0.1	76	8.3	1.2	78.9	2.3	2.5
0.0	82	0.4	<0.1	70.0	0.8	0.4
0.1	88	2.4	0.6	13.4	6.1	0.3
1.5	43	4.3	0.8	128.3	30.2	2.0
0.3	86	4.6	0.9	14.2	2.3	0.5
0.5	82	2.1	0.2	16.2	4.4	0.5
<0.1	75	-	-	151.7	2.9	0.8
-	47	-	-	259.9	25.0	0.7
3.1	75	-	-	37.9	5.2	0.2
0.2	68	8.5	1.7	102.8	6.9	0.9
-	42	15.8	4.2	186.3	15.6	1.8
2.9	56	0.3	<0.1	174.0	35.8	2.6
1.2	55	11.8	7.0	189.6	36.2	3.5
2022	2021	2019	2019	2019	2019	2019
4.4	44	8.6	2.6	163.4	46.7	2.5
1.7	80	7.8	1.5	31.1	5.0	0.4
0.5	62	16.1	5.9	132.8	29.6	0.3
0.1	81	7.9	1.3	44.5	3.6	1.1
1.1	57	12.1	2.2	136.0	18.4	1.1
0.3	79	19.8	5.3	94.0	4.3	1.4
1.5	68	13.5	3.8	103.6	18.3	1.1

表 3.附件 1 - 3

3. a 3. b							
	15 岁及以上人群烟草使用的年龄标准化患病率 ^(%)	白喉 - 破伤风 - 百日咳 (DTP3) 1 岁儿童的免疫覆盖率 ^(%)	按国家推荐年龄划分的含麻疹疫苗第二剂量 (MCV2) 免疫覆盖率 ^(%)	1 岁儿童的肺炎球菌结合剂第三剂 (PCV3) 免疫覆盖率 ^(%)	人乳头瘤病毒 (HPV) 15 岁女孩的免疫覆盖率估计 ^(%)	人均对医学研究和基本卫生部门的官方发展援助净额 ^(US \$) , 按接受国	在可持续的基础上, 拥有一套核心相关基本药物的卫生设施的比例 ^(%)
数据类型	可比估计	可比估计	可比估计	可比估计	可比估计	主要数据	主要数据
国家和地区	2020	2021	2021	2021	2021	2021	2012-2019
阿富汗	23.3	66	44	65	-	3.50	-
阿尔巴尼亚	2 ^{an}	98	92	89	-	9.43	-
阿尔及利亚	21.0	91	77	91	-	0.53	-
安道尔	3 ^{an}	99	97	95	83	-	-
安哥拉	-	45	32	34	-	2.26	-
安提瓜和巴布达	-	92	76	-	2	1.55	-
阿根廷	24.5	76	79	74	53	1.02	-
亚美尼亚	25.5	93	94	93	8	4.03	-
澳大利亚	1 ^{an}	95	94	96	66	-	-
奥地利	2 ^{an}	85	88	-	-	-	-
阿塞拜疆	24.0	89	90	90	-	0.34	-
Bahamas	10.6	75	82	82	-	-	-
巴林	1 ^{an}	98	99	99	-	-	-
孟加拉国	34.7	98	93	99	-	4.89	-
巴巴多斯	8.5	82	70	83	28	-	-
白俄罗斯	30.5 ^{an}	98	98	-	-	2.26	-
比利时	23.4	98	85	94	70	-	-
伯利兹	8.5 ^{an}	83	77	-	4	12.01	-
贝宁	6.9	76	-	73	-	5.64	-
不丹	-	98	91	95	88	14.38	-
多民族玻利维亚国	12.7	70	56	70	36	12.80	23.1 ^{so}
波斯尼亚和黑塞哥维那	35.0 ^{an}	73	76	-	-	17.40	-
博茨瓦纳	19.4	95	70	90	22	3.41	-
巴西	12.8	68	46	69	67	0.83	-
文莱达鲁萨兰国	16.2 ^{an}	99	99	-	89	-	-
保加利亚	39.0 ^{an}	89	86	86	3	-	-
布基纳法索	14.3	91	71	66	-	7.68	0.0 ^{so}
布隆迪	11.8	94	85	94	-	8.86	0.0 ^{so}
佛得角	11.4	93	86	-	-	10.68	-
柬埔寨	21.1	92	71	90	-	5.21	-
喀麦隆	7.3	69	35	67	5	3.00	-
加拿大	13.0	92	83	84	87	-	-
中非共和国	-	42	-	40	-	9.07	-
Chad	8.3	58	-	-	-	3.60	-
智利	29.2 ^{an}	95	58	92	57	-	3 ^{so}
中国	2 ^{an}	99	99	-	-	0.08	-
中国, 香港特别行政区	-	-	-	-	-	-	-
中国, 澳门特别行政区	-	-	-	-	-	-	-
哥伦比亚	8.5	86	86	84	11	3.34	8.3 ^{so}
科摩罗	20.3	85	19	-	-	49.05	-
刚果	14.5	77	31	75	-	2.97	0.0 ^{so}
库克群岛	24.0 ^{an}	98	98	-	-	-	-
哥斯达黎加	8.8	99	69	92	59	2.85	-
科特迪瓦	9.4	76	1	57	41	5.77	-
克罗地亚	3 ^{an}	92	90	75	-	-	-
古巴	17.9	99	99	-	-	1.36	-
塞浦路斯	35.1 ^{an}	96	88	81	-	-	-
Czechia	3 ^{an}	94	90	-	-	-	-
朝鲜民主主义人民共和国	1 ^{an}	41	41	-	-	0.03	-
刚果民主共和国	12.8	65	-	63	-	3.95	-
丹麦	17.5 ^{an}	97	94	96	80	-	-
吉布提	-	59	48	59	-	8.04	-

3. c 3. d							1. a
医生的密度 ¹ (每 10 000 人口)	护理和助产人员的密度 ² (每 10 000 人口)	牙医的密度 ³ (每 10 000 人口)	药剂师的密度 ⁴ (每 10 000 人口)	15 个国际卫生条例核心能力得分的平均值 ⁵	耐甲氧西林金黄色葡萄球菌引起的血流感染百分比 ⁶ (%)	由对第 3 代耐药的大肠杆菌引起的血流感染的百分比头孢菌素 ⁷ (%)	国内一般政府卫生支出 (GGHE - D) 占一般政府支出 (GGE) 的百分比 ⁸ (%)
主要数据	主要数据	主要数据	主要数据	主要数据	主要数据	主要数据	可比估计
2013-2021	2013-2021	2013-2021	2013-2021	2022	2020	2020	2020
2.5	4.5	0.7	0.3	40	-	-	4.3
18.8	58.3	10.3	10.9	91	-	-	9.0
17.3	15.6	3.7	4.5	72	-	-	10.7
36.3	43.7	8.9	11.0	-	-	-	15.2
2.1	4.0	0.5	0.7	58	-	-	5.4
29.0	95.8	0.4	-	54	-	-	12.6
39.0	54.5	7.9	5.0	67	38	21	15.7
45.5	50.3	5.7	0.5	84	-	-	7.7
41.0	148.2	6.3	10.4	89	18	13	17.2
54.6	107.7	5.8	7.3	69	5	9	15.4
31.1	62.8	2.7	1.9	81	-	-	4.0
18.5	43.8	2.5	-	56	-	-	15.7
8.4	23.5	1.0	1.6	84	34	59	8.3
6.7	6.1	0.7	1.0	68	0	71	3.1
25.5	31.4	3.2	-	70	-	-	11.2
44.3	107.1	6.1	3.5	95	-	-	11.9
62.6	205.3	11.3	20.3	-	7	10	14.8
10.8	23.5	1.4	6.8	46	-	-	12.6
0.6	2.9	<0.1	0.3	41	-	-	4.6
5.6	22.1	1.0	0.6	63	12	54	10.3
10.1	15.3	1.8	2.2	70	-	-	14.9
21.0	56.0	2.3	1.3	36	23	24	14.9
3.5	50.2	0.7	2.0	42	-	-	12.0
21.4	55.1	6.7	3.4	69	-	-	10.8
19.1	67.1	2.4	2.1	-	13	17	6.8
41.7	47.4	13.9	8.2	72	-	-	12.1
0.9	9.0	<0.1	0.1	57	100	64	11.5
0.6	7.6	<0.1	0.1	42	-	-	8.3
7.9	12.4	2.1	3.0	62	-	-	10.4
2.1	10.2	0.9	0.3	60	68	74	7.4
1.2	1.9	<0.1	0.1	40	-	-	3.7
24.6	102.7	6.6	10.5	96	-	-	18.3
0.7	2.3	<0.1	0.1	34	-	-	4.8
0.6	2.0	<0.1	0.1	40	-	-	4.9
29.7	46.0	14.8	6.3	78	-	-	18.8
23.9	33.0	4.5	3.2	93	-	-	8.4
-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-
23.6	14.5	8.3	1.7	73	-	-	19.5
2.8	15.9	0.4	0.7	41	-	-	4.1
1.0	9.3	0.1	0.3	47	-	-	8.2
13.5	81.9	3.5	0.6	71	-	-	7.8
27.7	30.6	10.6	11.7	65	-	-	25.2
1.6	6.4	0.1	0.4	53	72	90	6.7
34.7	80.9	12.2	7.2	76	50	18	11.7
84.3	75.7	16.7	-	99	-	-	16.4
53.8	46.3	8.6	13.3	68	50	52	14.1
54.7	92.0	7.5	7.2	77	9	13	17.1
36.7	44.3	2.2	4.0	76	-	-	-
3.6	10.7	<0.1	0.2	48	-	-	6.3
42.6	105.4	7.2	4.4	97	2	7	16.7
2.0	6.6	0.2	2.1	40	0	0	4.3

3. a 3. b

数据类别	可比估计	可比估计	可比估计	可比估计	可比估计	主要数据	主要数据
国家和地区	2020	2021	2021	2021	2021	2021	2012-2019
多米尼加	-	92	88	-	68	74.50	-
多米尼加共和国	10.6	84	60	71	8	21.70	-
厄瓜多尔	11.3	72	58	62	3	2.05	50.0 ⁹⁰
埃及	24.3	96	96	-	-	1.15	-
萨尔瓦多	7.9 ^{an}	79	71	94	24	4.79	-
赤道几内亚	-	53	17	-	-	1.07	-
厄立特里亚	7.5	95	85	95	-	2.75	-
爱沙尼亚	29.7	90	84	-	57	-	-
埃斯瓦蒂尼	9.2	77	69	63	-	6.24	-
埃塞俄比亚	5.1	65	46	61	75	1.75	-
斐济	23.1 ^{an}	99	94	99	-	26.59	-
芬兰	21.6	89	93	82	-	-	-
法国	3 ^{an}	96	86	92	37	-	-
加蓬	-	75	-	-	-	6.05	-
冈比亚	11.1	82	67	78	30	16.03	-
格鲁吉亚	31.7	85	81	82	12	4.48	-
Germany	2 ^{an}	91	93	82	47	-	-
加纳	3.5	98	83	98	-	6.87	12.5 ⁹⁰
希腊	33.5	99	83	96	-	-	-
格林纳达	-	72	79	-	-	12.53	-
危地马拉	10.9	79	72	72	15	2.48	-
几内亚	-	47	-	-	-	7.30	12.5 ⁹⁰
几内亚比绍	9.0	67	-	67	-	4.39	-
圭亚那	12.1	91	83	99	2	5.10	-
海地	7.7	51	41	51	-	4.34	-
洪都拉斯	-	77	75	77	53	2.68	-
匈牙利	3 ^{an}	99	99	99	82	-	-
冰岛	1 ^{an}	92	10	92	90	-	-
印度	27.2	85	82	25	-	0.22	-
印度尼西亚	37.6	67	50	1	5	1.26	-
伊朗伊斯兰共和国	13.6	98	98	-	-	0.83	-
伊拉克	18.5	78	84	0	-	0.94	-
爱尔兰	2 ^{an}	94	-	85	71	-	-
以色列	21.2 ^{an}	98	93	95	55	-	-
意大利	23.1 ^{an}	94	86	91	-	-	-
牙买加	9.4 ^{an}	90	85	-	2	2.94	-
Japan	2 ^{an}	96	95	95	-	-	-
Jordan	3 ^{an}	77	90	-	-	12.09	-
哈萨克斯坦	23.2	95	96	93	-	0.64	-
肯尼亚	11.1	91	57	92	44	3.79	-
基里巴斯	4 ^{an}	92	58	99	-	72.18	-
科威特	17.9	94	94	96	-	-	-
吉尔吉斯斯坦	25.4	89	97	90	-	4.79	0.0 ⁹⁰
老挝人民民主共和国	31.8	75	50	74	42	12.59	25.3
拉脱维亚	37.0	94	85	92	42	-	-
黎巴嫩	38.2	67	59	70	-	22.78	52.5
莱索托	24.3	87	82	87	-	4.41	-
利比里亚	8.2	66	35	65	30	10.04	-
利比亚	-	73	72	73	-	5.01	-
立陶宛	32.0	90	88	82	66	-	-
卢森堡	21.1 ^{an}	99	90	96	-	-	-
马达加斯加	27.8	55	24	54	-	3.25	-
马拉维	10.8	93	74	93	12	7.90	-
马来西亚	22.5	95	84	-	14	0.66	-

3. c 3. d							1. a
医生的密度 ¹ (每 10 000 人口)	护理和助产人员的密度 ² (每 10 000 人口)	牙医的密度 ³ (每 10 000 人口)	药剂师的密度 ⁴ (每 10 000 人口)	15 个国际卫生条例核心能力得分的平均值 ⁵	耐甲氧西林金黄色葡萄球菌引起的血流感染百分比 ⁶ (%)	由对第 3 代耐药的大肠杆菌引起的血流感染的百分比 ⁷ 头孢菌素 ⁸ (%)	国内一般政府卫生支出 (GGHE - D) 占一般政府支出 (GGE) 的百分比 ⁹ (%)
主要数据	主要数据	主要数据	主要数据	主要数据	主要数据	主要数据	可比估计
2013-2021	2013-2021	2013-2021	2013-2021	2022	2020	2020	2020
11.2	65.1	1.1	-	61	-	-	5.4
14.3	14.4	2.3	1.2	62	-	-	14.7
22.3	25.2	3.0	0.4	60	-	-	13.9
7.1	18.3	1.9	4.3	87	100	90	5.2
29.1	26.4	8.5	5.4	92	-	-	17.8
3.5	2.7	-	0.1	43	-	-	5.3
0.8	14.4	0.5	1.3	58	-	-	2.4
38.6	111.8	10.1	7.4	75	-	-	13.0
1.4	24.7	0.2	0.4	44	2	-	10.0
1.0	7.7	<0.1	0.5	74	60	67	6.8
8.1	38.4	1.2	1.0	48	-	-	7.7
43.3	223.2	9.8	20.1	84	1	7	13.7
33.2	122.2	6.6	10.6	81	12	10	15.2
5.9	26.8	0.1	0.6	42	-	-	9.6
0.8	8.9	<0.1	<0.1	48	-	-	5.5
54.0	58.7	6.6	0.9	71	20	44	8.1
45.2	123.5	8.5	6.7	87	6	10	19.8
1.6	35.0	0.2	0.4	52	-	64	6.9
63.1	37.0	13.0	10.9	68	41	25	8.4
13.1	57.5	1.8	6.3	35	-	-	8.5
12.8	23.1	2.6	1.2	41	-	-	15.9
2.2	5.7	0.1	0.2	51	-	-	6.2
2.2	10.5	<0.1	<0.1	40	-	-	2.8
14.0	34.8	0.7	0.6	54	-	-	13.1
2.4	4.0	0.2	0.3	56	-	-	4.1
4.9	7.1	0.3	-	59	-	-	12.3
32.9	66.0	6.7	7.8	70	-	-	10.1
38.9	163.3	7.9	5.7	77	-	-	15.7
7.3	17.3	1.6	8.6	85	65	87	3.3
7.0	11.2	1.2	3.1	72	36	76	10.1
15.1	19.8	4.3	2.8	86	44	69	22.1
9.1	22.6	3.3	3.9	66	86	95	6.3
40.6	149.0	6.6	13.7	56	14	11	20.5
36.5	56.3	8.9	8.4	86	-	-	13.0
41.3	65.5	8.6	12.4	70	37	29	12.9
5.5	9.8	0.9	0.2	87	-	-	14.0
26.1	124.5	8.3	20.0	99	36	21	20.6
25.1	31.6	7.4	9.8	60	58	65	11.9
40.3	71.9	2.9	8.0	80	-	-	10.2
2.3	12.0	0.3	0.2	45	25	0	8.2
1.9	36.2	0.7	0.3	-	-	-	8.4
22.9	45.9	6.6	4.8	92	100	100	8.7
21.7	56.8	1.9	0.4	48	-	-	6.9
3.3	11.8	0.8	2.3	53	50	51	6.2
33.5	44.0	7.2	8.8	68	14	33	10.9
26.2	19.3	11.8	14.9	72	35	56	13.4
4.5	31.2	0.2	1.8	40	-	-	11.1
0.5	19.3	<0.1	2.2	58	13	40	4.5
21.6	67.4	9.1	6.2	53	83	62	-
49.5	96.6	13.1	12.2	85	10	16	12.1
29.9	120.8	9.7	7.0	67	3	11	10.7
1.9	2.9	0.2	0.1	48	-	-	8.8
0.5	7.0	0.1	0.1	50	61	57	8.7
22.3	33.9	3.0	3.4	89	17	26	8.6

3. a 3. b							
	15 岁及以上人群烟草使用的年龄标准化患病率 ¹ (%)	白喉 - 破伤风 - 百日咳 (DTP3) 1 岁儿童的免疫覆盖率 ² (%)	按国家推荐年龄划分的含麻疹疫苗第二剂量 (MCV2) 免疫覆盖率 ³ (%)	1 岁儿童的肺炎球菌结合剂第三剂 (PCV3) 免疫覆盖率 ⁴ (%)	人乳头瘤病毒 (HPV) 15 岁女孩的免疫覆盖率估计 ⁵ (%)	人均对医学研究和基本卫生部门的官方发展援助净额 ⁶ (US \$), 按接受国	在可持续的基础上, 拥有一套核心相关基本药物的卫生设施的比例 ⁷ (%)
数据类型	可比估计	可比估计	可比估计	可比估计	可比估计	主要数据	主要数据
国家和地区	2020	2021	2021	2021	2021	2021	2012-2019
马尔代夫	25.2	96	96	-	41	23.00	-
马里	8.3	77	33	77	-	5.18	0.0 ⁸⁰
马耳他	24.0 ⁸¹	99	93	99	99	-	-
马绍尔群岛	28.5	86	58	61	27	2.18	-
毛里塔尼亚	10.7	68	-	65	-	11.66	-
毛里求斯	20.2 ⁸¹	92	64	94	55	1.69	-
墨西哥	13.1	78	97	83	1	0.04	-
密克罗尼西亚联邦	-	72	38	70	32	2.64	-
摩纳哥	-	99	80	-	-	-	-
蒙古国	29.4	95	94	95	-	14.89	26.7 ⁸⁰
黑山	31.4	83	79	-	-	22.53	-
摩洛哥	14.5	99	99	98	-	3.52	-
莫桑比克	14.3	61	70	70	-	5.72	-
缅甸	44.1	37	42	40	-	3.21	-
纳米比亚	15.1	93	63	78	-	2.32	-
瑙鲁	48.5	98	97	59	-	98.43	-
尼泊尔	30.4	91	87	84	-	5.08	-
荷兰 (王国)	22.2 ⁸¹	95	90	93	66	-	-
新西兰	13.7 ⁸¹	90	82	95	48	-	-
尼加拉瓜	-	87	83	87	-	17.69	-
尼日尔	7.4	82	66	82	-	4.48	-
尼日利亚	3.7	56	36	52	-	2.34	-
纽埃	-	99	99	99	76	490.10	-
北马其顿	-	81	80	53	21	7.75	-
挪威	16.2 ⁸¹	97	95	96	93	-	-
被占领的巴勒斯坦领土, 包括东耶路撒冷	-	95	99	95	-	-	-
阿曼	8.0	99	99	99	-	-	-
巴基斯坦	20.2	83	79	83	-	3.61	-
帕劳	1 ⁸¹	95	84	77	21	6.15	-
巴拿马	5.0	74	97	74	-	1.00	-
巴布亚新几内亚	39.3 ⁸¹	31	20	32	-	15.69	-
巴拉圭	11.5 ⁸¹	70	67	62	17	2.77	-
秘鲁	8.1 ⁸¹	82	60	75	53	1.08	69.2 ⁸⁰
菲律宾	2 ⁸¹	57	55	51	0	2.45	-
波兰	24.0	90	95	62	-	-	-
葡萄牙	2 ⁸¹	99	95	98	76	-	-
波多黎各	-	-	-	-	-	-	-
卡塔尔	11.8	98	99	98	-	-	-
大韩民国	2 ⁸¹	98	96	98	-	-	-
摩尔多瓦共和国	29.0	87	92	78	35	7.22	25.0 ⁸⁰
罗马尼亚	28.0	86	75	85	-	-	-
俄罗斯联邦	26.8	97	96	89	-	-	-
卢旺达	13.7	88	85	88	73	10.94	-
圣基茨和尼维斯	-	96	94	-	84	-	-
圣卢西亚	-	80	66	-	62	11.93	-
圣文森特和格林纳丁斯	-	97	99	-	-	24.57	-
萨摩亚	25.3	85	50	3	-	36.41	-
圣马力诺	-	90	81	82	23	-	-
圣多美和普林西比	5.7	97	69	97	-	20.99	-
沙特阿拉伯	14.3	97	97	97	-	-	-
塞内加尔	6.9	85	75	86	21	4.83	7.7 ⁸⁰
塞尔维亚	3 ⁸¹	92	84	87	-	6.15	-

3. c 3. d							1. a
医生的密度 ² (每 10 000 人口)	护理和助产人员的密度 ² (每 10 000 人口)	牙医的密度 ² (每 10 000 人口)	药剂师的密度 ² (每 10 000 人口)	15 个国际卫生条例核心能力得分的平均值 ²	耐甲氧西林金黄色葡萄球菌引起的血流感染百分比 ² (%)	由对第 3 代耐药的大肠杆菌引起的血流感染的百分比 ² (头孢菌素)(%)	国内一般政府卫生支出 (GGHE - D) 占一般政府支出 (GGE) 的百分比 ² (%)
主要数据	主要数据	主要数据	主要数据	主要数据	主要数据	主要数据	可比估计
2013-2021	2013-2021	2013-2021	2013-2021	2022	2020	2020	2020
21.6	49.0	1.0	6.8	56	-	-	18.2
1.2	4.2	<0.1	0.1	44	80	61	5.7
54.9	144.0	6.6	25.5	73	20	12	15.6
-	42.4	1.6	-	-	-	-	9.7
1.9	9.5	0.5	0.2	41	-	-	7.0
26.6	38.5	2.7	5.8	46	40	50	10.2
24.4	29.6	1.2	-	75	-	-	11.5
9.6	22.0	-	-	51	-	-	4.1
77.6	208.3	10.5	27.1	77	-	-	4.8
38.6	42.2	4.1	6.8	72	-	-	8.5
27.7	56.8	0.6	2.3	53	-	-	13.1
7.3	13.9	1.4	2.6	73	-	-	7.2
0.8	5.7	0.1	0.1	81	25	32	7.3
7.5	11.0	0.7	0.8	61	51	81	3.4
6.0	19.9	0.7	2.5	65	-	-	10.7
12.5	70.6	3.3	1.8	-	-	-	6.7
8.7	34.9	1.4	1.7	47	79	73	5.7
38.4	113.3	5.7	2.2	82	2	7	16.1
35.2	114.3	5.2	7.2	85	-	-	18.7
6.6	15.3	0.4	1.8	85	-	-	18.4
0.3	2.2	<0.1	<0.1	57	-	-	10.2
3.9	15.6	0.2	0.8	56	75	81	4.2
-	105.3	-	-	69	-	-	5.0
28.3	37.4	8.7	4.4	66	100	86	12.8
51.7	188.9	9.3	9.1	95	2	5	16.7
21.7	19.5	7.2	11.3	-	-	47	-
19.9	44.3	3.3	6.4	80	32	79	10.2
10.8	4.7	1.2	1.5	50	70	82	5.1
17.8	65.0	3.3	2.8	-	-	-	23.2
16.3	35.4	2.8	2.4	75	-	-	20.4
0.6	5.1	<0.1	0.1	-	-	-	7.6
32.4	90.3	12.8	5.5	62	-	-	15.9
16.5	26.1	2.1	1.5	45	47	72	16.3
7.9	47.5	2.5	4.7	67	46	36	8.7
37.1	67.6	10.1	9.5	83	15	18	9.7
56.2	75.6	11.3	9.5	85	-	-	13.8
-	-	-	-	-	-	-	-
25.0	72.4	6.2	8.9	94	32	40	9.5
25.1	85.3	5.2	7.7	99	48	38	13.6
40.6	61.2	5.4	3.9	62	56	89	12.4
29.7	73.7	7.9	9.1	64	-	-	12.0
38.3	62.4	3.5	0.4	100	29	73	13.6
1.2	9.3	0.2	0.7	65	-	-	8.9
30.3	45.2	2.5	-	71	-	-	8.0
6.5	32.2	1.7	4.5	60	-	-	8.7
-	73.4	-	-	59	-	-	9.7
5.5	30.2	0.9	0.2	55	-	-	11.7
60.2	80.8	17.5	6.6	-	-	-	13.1
4.9	21.5	0.3	1.7	38	-	-	10.8
27.9	56.0	6.3	8.6	93	100	58	-
0.8	3.6	0.1	0.1	52	-	-	6.5
36.8	71.9	3.0	9.6	68	-	-	11.0

3. a 3. b							
	15 岁及以上人群烟草使用的年龄标准化患病率 ¹ (%)	白喉 - 破伤风 - 百日咳 (DTP3) 1 岁儿童的免疫覆盖率 ² (%)	按国家推荐年龄划分的含麻疹疫苗第二剂量 (MCV2) 免疫覆盖率 ³ (%)	1 岁儿童的肺炎球菌结合剂第三剂 (PCV3) 免疫覆盖率 ⁴ (%)	人乳头瘤病毒 (HPV) 15 岁女孩的免疫覆盖率估计 ⁵ (%)	人均对医学研究和基本卫生部门的官方发展援助净额 ⁶ (US \$), 按接受国	在可持续的基础上, 拥有一套核心相关基本药物的卫生设施的比例 ⁷ (%)
数据类型	可比估计	可比估计	可比估计	可比估计	可比估计	主要数据	主要数据
国家和地区	2020	2021	2021	2021	2021	2021	2012-2019
塞舌尔	20.2	94	86	95	39	-	-
塞拉利昂	13.5	92	67	90	-	5.93	-
新加坡	16.5 ^{an}	96	84	82	-	-	-
斯洛伐克	31.5 ^{an}	97	96	97	-	-	-
斯洛文尼亚	2 ^{an}	86	91	58	50	-	-
所罗门群岛	36.5 ^{an}	87	40	86	-	17.87	-
索马里	-	42	4	-	-	5.91	-
南非	20.3 ^{an}	86	82	87	34	1.35	-
南苏丹	-	49	-	-	-	15.68	-
西班牙	27.7 ^{an}	92	91	92	77	-	-
斯里兰卡	22.0	96	97	-	46	1.70	68.3 ^{ap}
苏丹	-	84	63	85	-	3.60	41.0
苏里南	-	72	43	-	2	15.48	-
瑞典	24.0	98	91	97	83	-	-
瑞士	25.5 ^{an}	96	94	88	71	-	-
阿拉伯叙利亚共和国	-	48	53	-	-	5.27	-
塔吉克斯坦	-	97	96	-	-	8.56	15.0
泰国	22.1	97	87	-	-	0.55	-
东帝汶	39.2	86	78	-	-	31.54	-
多哥	6.8	83	50	83	-	5.25	-
汤加	3 ^{an}	99	99	67	-	50.65	-
特立尼达和多巴哥	-	94	88	95	8	-	0.0 ^{ap}
突尼斯	24.6	97	98	96	-	7.18	-
Türkiye	30.7	95	93	96	-	0.31	-
土库曼斯坦	5.5	97	98	97	99	1.69	-
图瓦卢	3 ^{an}	94	84	-	27	197.78	-
乌干达	8.4	91	-	91	44	5.94	-
乌克兰	25.8	78	86	-	-	1.17	19.8
阿拉伯联合酋长国	-	96	96	95	-	-	-
United Kingdom	1 ^{an}	93	87	91	59	-	-
坦桑尼亚联合共和国	8.7	81	62	80	57	3.82	0.0 ^{ap}
美利坚合众国	23.0	93	95	82	48	-	-
乌拉圭	21.5	89	84	94	17	-	-
乌兹别克斯坦	17.6	98	99	98	87	1.72	-
瓦努阿图	1 ^{an}	62	-	2	-	54.23	-
委内瑞拉 (玻利瓦尔共和国)	-	56	37	0	-	1.01	-
越南	24.8	83	85	-	-	2.16	-
也门	20.3	72	52	72	-	-	-
赞比亚	14.4	91	81	89	33	6.92	16.7 ^{ap}
津巴布韦	11.7	86	74	86	40	9.65	-
世卫组织区域	2020	2021	2021	2021	2021	2021	
非洲区域	10.3	71	41	66	21	4.08	-
美洲区域	16.3	80	75	74	38	2.02	-
东南亚地区	29.0	82	78	29	1	0.95	-
欧洲地区	25.3	94	91	82	27	2.04	-
东地中海地区	18.6	82	77	54	-	3.16	-
西太平洋区域	24.6	90	91	19	2	0.64	-
全球	22.3	81	71	51	12	-	-

3. c 3. d							1. a
医生的密度* (每 10 000 人口)	护理和助产人员的密度* (每 10 000 人口)	牙医的密度* (每 10 000 人口)	药剂师的密度* (每 10 000 人口)	15 个国际卫生条例核心能力得分的平均值*	耐甲氧西林金黄色葡萄球菌引起的血流感染百分比*(%)	由对第 3 代耐药药的大肠杆菌引起的血流感染的百分比* 头孢菌素*(%)	国内一般政府卫生支出 (GGHE - D) 占一般政府支出 (GGE) 的百分比*(%)
主要数据	主要数据	主要数据	主要数据	主要数据	主要数据	主要数据	可比估计
2013-2021	2013-2021	2013-2021	2013-2021	2022	2020	2020	2020
21.1	92.2	4.0	12.0	52	-	-	10.2
0.7	2.0	<0.1	0.2	51	-	-	5.3
24.3	61.8	4.1	5.0	94	-	31	13.3
46.3	78.5	7.1	10.5	65	-	-	12.8
32.8	105.4	7.4	7.4	80	-	-	13.4
1.9	21.4	0.7	1.2	-	-	-	10.1
0.2	1.1	-	-	33	47	-	-
8.1	50.1	1.1	2.7	73	20	28	15.3
0.4	3.6	<0.1	0.3	40	-	-	2.1
45.8	63.1	8.4	13.2	82	-	-	15.0
11.9	24.4	1.0	1.1	66	53	62	8.5
2.6	11.4	2.1	0.3	49	100	100	9.6
8.0	38.0	0.6	0.4	46	-	-	13.8
70.6	215.9	17.7	16.1	88	5	8	18.8
44.4	187.1	4.1	6.7	92	25	11	11.1
11.9	14.2	6.6	9.8	58	25	0	-
17.1	47.1	1.5	-	63	-	-	7.4
9.3	30.8	2.6	6.2	87	11	39	13.2
7.7	17.7	<0.1	2.1	68	21	62	6.6
0.6	4.0	<0.1	<0.1	49	-	-	5.4
10.1	41.8	1.4	0.8	70	-	-	7.9
34.1	37.3	3.1	6.1	65	-	26	9.6
12.6	24.3	3.0	2.2	74	14	31	10.8
20.4	34.0	4.1	4.2	-	-	-	10.7
21.5	42.7	1.1	1.6	81	-	-	8.7
12.6	36.9	0.9	1.8	-	-	-	15.9
1.6	16.9	0.1	0.4	65	75	88	3.1
29.9	66.6	6.0	0.3	69	18	50	8.2
28.8	63.6	7.4	12.0	96	43	54	10.4
31.7	91.7	5.2	8.5	94	4	10	19.5
0.5	5.5	0.1	0.3	58	50	75	9.4
35.6	124.7	6.0	10.6	91	-	-	22.4
62.0	115.5	17.0	5.4	70	-	-	20.0
23.7	112.7	1.5	0.4	70	-	-	10.8
1.6	14.0	0.3	-	54	-	-	5.9
16.6	20.0	1.3	-	77	-	-	4.9
8.3	14.5	-	3.4	-	-	-	9.4
2.9	7.3	0.2	1.0	40	71	100	-
3.0	18.6	0.1	0.7	59	100	100	7.2
1.9	20.3	0.1	1.0	67	-	-	5.2
2014-2021	2014-2021	2014-2021	2014-2021	2022	2020	2020	2020
2.9	12.9	0.3	0.8	52	-	-	7.3
24.5	82.1	5.9	5.1	67	-	-	14.0
7.7	20.4	1.5	6.6	68	-	-	8.2
36.6	83.4	6.2	6.5	76	-	-	12.6
11.2	16.5	2.6	3.3	67	-	-	9.2
20.9	40.0	4.5	4.4	73	-	-	10.3
16.3	39.4	3.3	4.7	66	36	47	10.7

表 4.附件 1 - 4

国家和地区	2.2			5.2			6.1	6.2
	5 岁以下儿童发育迟缓的患病率 ^{aq} (%)	5 岁以下儿童消瘦的患病率 ^{aq} (%)	5 岁以下儿童超重的患病率 ^{aq} (%)	妇女贫血的患病率 (15-49 岁) ^{ab} (%)	15-49 岁的经常伴侣妇女和女孩遭受现任或前任亲密伴侣身体和/或性暴力的比例在过去的 12 个月 ^{ac} (%)	15-49 岁的经常伴侣妇女和女孩在其一生中遭受现任或前任亲密伴侣的身体和/或性暴力的比例 ^{ac} (%)	使用安全管理的饮用水服务的人口比例 ^{ad} (%)	使用安全管理的卫生服务的人口比例 ^{ad} (%)
数据类型	可比估计	主要数据	可比估计	可比估计	可比估计	可比估计	可比估计	可比估计
	2022	2013-2022	2022	2019	2018	2018	2020	2020
阿富汗	33.1	5.1 ^{ae,af}	3.7	42.6	35	46	28	-
阿尔巴尼亚	8.3	1.6	13.4	24.8	6	13	71	48
阿尔及利亚	8.6	2.7	11.9	33.3	-	-	72	18
安道尔	-	-	-	12.1	-	-	91	100
安哥拉	43.6	4.9	3.9	44.5	25	38	-	-
安提瓜和巴布达	-	-	-	17.2	-	-	-	-
阿根廷	9.5	1.7 ^{af}	12.6	11.9	5	27	-	-
亚美尼亚	7.2	4.4	11.5	17.3	5	10	87	69
澳大利亚	3.4	-	21.8	8.5	3	23	-	74
奥地利	-	-	-	13.0	4	15	99	100
阿塞拜疆	13.3	3.2 ^{af}	10.1	35.1	5	14	88	-
Bahamas	-	-	-	14.5	-	-	-	-
巴林	5.0 ^{af}	-	-	35.4	-	-	99	91
孟加拉国	26.4	9.8	2.1	36.7	23	50	59	39
巴巴多斯	6.0	-	12.5	17.0	-	-	-	-
白俄罗斯	3.6	-	5.3	20.6	6	21	95	74
比利时	2.4	0.4 ^{af}	4.0	13.6	5	22	100	89
伯利兹	12.0	1.8	5.9	20.5	8	24	-	-
贝宁	30.4	5.0	2.2	55.2	15	26	-	-
不丹	22.7	-	6.5	38.6	9	22	37	65
多民族玻利维亚国	11.1	2.0	9.0	24.4	18	42	-	53
波斯尼亚和黑塞哥维那	8.0	-	9.4	24.4	3	12	89	-
博茨瓦纳	21.6	-	10.1	32.5	17	34	-	-
巴西	7.2	3.1 ^{af}	10.3	16.1	6	23	86	49
文莱达鲁萨兰国	10.9	-	9.1	16.7	-	-	-	-
保加利亚	5.6	5.9 ^{af}	3.8	23.6	6	19	98	72
布基纳法索	21.8	10.6	2.0	52.5	11	19	-	-
布隆迪	56.5	4.9 ^{af}	3.6	38.5	22	40	-	-
佛得角	9.4 ^{af}	-	-	24.3	11	19	-	-
柬埔寨	22.3	9.6	3.8	47.1	9	19	28	-
喀麦隆	26.9	4.3	10.5	40.6	22	39	-	-
加拿大	-	-	11.1	10.4	3	-	99	84
中非共和国	39.8	5.4	2.6	46.8	21	29	6	14
Chad	32.3	8.3 ^{af}	3.2	45.4	16	29	6	10
智利	1.6	0.3	8.8	8.7	6	21	99	79
中国	4.6	1.9	8.9	15.5	8	19	-	70
中国, 香港特别行政区	-	-	-	-	-	-	-	-
中国, 澳门特别行政区	-	-	-	-	-	-	-	-
哥伦比亚	11.2	1.6 ^{af}	6.2	21.2	12	30	73	18
科摩罗	18.8	-	7.7	33.8	8	16	-	-
刚果	16.5	8.2	4.5	48.8	-	-	46	-
库克群岛	-	-	-	27.1	14	33	-	-
哥斯达黎加	9.5	1.8	7.6	13.7	7	27	81	30
科特迪瓦	20.2	8.4	2.6	50.9	16	27	35	-
克罗地亚	-	-	-	21.0	4	13	-	68
古巴	7.0	2.0	10.2	19.3	5	14	-	37
塞浦路斯	-	-	-	13.6	3	16	100	77
Czechia	2.5	-	6.1	21.1	4	22	98	85
朝鲜民主主义人民共和国	16.8	2.5	2.8	33.9	-	-	66	-
刚果民主共和国	40.3	6.4	3.7	42.4	36	47	19	13
丹麦	-	-	-	12.2	3	23	97	92

6.2	6.3	6. a	7.1	11.6	16.1	GPW 13				
使用肥皂和水的洗手设施的人口比例 ^{ad} (%)	经安全处理的生活污水流量的比例 ^{ae} (%)	与水和卫生有关的官方发展援助数额是政府协调支出计划的一部分 ^{af} (2020年不变百万美元)	主要依赖人口的比例关于清洁燃料和技术 ^{ag} (%)	细颗粒物年平均浓度 (PM _{2.5}) 在城市地区 ^{ah} (μg / m ³)	凶杀死亡率 ^{ai} (每 100 000 population)	引起的脊髓灰质炎病例数野生脊髓灰质炎病毒 (WPV) ^{aj}	来自 AWaRe “Access” 抗生素类别的抗生素总消费量的百分比 ^{ak} (%)	30 - 79 岁成年人高血压的年龄标准化患病率 ^{al} (%)	儿童和青少年肥胖患病率 (5 - 19 岁) ^{am} (%)	成人肥胖的年龄标准化患病率 (18 岁以上) ^{an} (%)
可比估计	可比估计	主要数据	可比估计	可比估计	可比估计	主要数据	主要数据	可比估计	可比估计	可比估计
2020	2022	2021	2021	2019	2019	2022	2018-2020	2019	2016	2016
38	-	74.65	35	75.2	8.5	2	-	40.2	3.1	5.5
-	19	44.62	84	16.6	3.6	0	-	41.8	7.6	21.7
85	76	1.21	100	22.9	1.7	0	-	36.2	13.5	27.4
-	100	-	100 ^{bu}	8.9	-	0	-	31.0	12.8	25.6
27	-	11.19	50	32.3	9.2	0	-	38.7	2.4	8.2
-	-	1.00	100 ^{bu}	8.4	2.4	0	-	42.6	11.5	18.9
-	36	60.46	100	11.2	6.1	0	-	47.5	16.9	28.3
95	1	21.29	98	36.2	3.8	0	-	47.3	4.8	20.2
-	96	-	100 ^{bu}	9.1	1.0	0	-	29.3	12.4	29.0
-	98	-	100 ^{bu}	12.4	0.5	0	-	33.8	8.6	20.1
-	41	6.43	98	26.2	2.5	0	-	41.0	4.9	19.9
-	-	-	100 ^{bu}	5.2	38.1	0	-	44.5	17.3	31.6
-	93	-	100 ^{bu}	51.8	0.3	0	-	38.7	17.2	29.8
58	18	273.19	27	46.8	2.8	0	-	28.8	2.6	3.6
-	-	-	100 ^{bu}	9.8	11.3	0	-	41.8	12.3	23.1
-	80	1.18	100	17.2	2.7	0	-	49.2	7.6	24.5
-	85	-	100 ^{bu}	11.6	1.3	0	65	30.0	7.0	22.1
90	-	0.07	83	10.4	37.3	0	-	38.0	12.2	24.1
12	1	43.43	5	31.8	6.2	0	74	31.2	2.6	9.6
92	40	10.76	87	16.9	2.4	0	88 ^{av}	43.4	3.3	6.4
27	-	83.58	88	26.9	9.5	0	-	28.3	9.1	20.2
-	65	20.26	42	29.7	1.5	0	-	44.2	5.4	17.9
-	-	0.04	66	14.4	16.9	0	-	44.1	6.3	18.9
-	43	37.87	97	11.3	32.6	0	-	45.0	10.8	22.1
-	-	-	100 ^{bu}	6.8	0.7	0	71	46.4	14.1	14.1
-	72	-	-	18.6	1.2	0	-	45.2	10.8	25.0
9	3	102.39	12	46.0	9.6	0	84	30.5	1.0	5.6
6	-	39.62	<1	28.4	6.6	0	-	34.2	1.9	5.4
-	-	16.14	82	32.6	13.4	0	-	44.1	3.1	11.8
74	47	297.65	45	18.3	2.1	0	-	25.7	3.2	3.9
36	-	117.95	23	61.6	6.4	0	-	36.8	2.8	11.4
-	69	-	100 ^{bu}	6.7	1.6	0	-	22.1	12.3	29.4
22	-	5.43	1	32.2	21.3	0	-	41.3	2.2	7.5
25	2	24.23	8	54.0	9.0	0	-	37.9	1.5	6.1
-	89	-	100 ^{bu}	22.2	3.9	0	-	36.1	15.2	28.0
-	62	59.15	83	40.2	0.8	0	-	27.3	11.7	6.2
-	91	-	-	-	-	0	-	-	-	-
-	65	-	-	-	-	0	-	-	-	-
68	19	20.24	93	15.1	38.3	0	68	31.0	7.0	22.3
-	-	1.15	11	14.5	7.4	0	-	33.2	2.8	7.8
-	-	23.13	36	37.8	10.0	0	-	39.8	2.0	9.6
-	-	-	79	7.9	-	0	-	42.6	32.2	55.9
86	25	0.26	96	15.1	12.6	0	-	37.8	12.3	25.7
22	-	10.58	32	46.6	11.5	0	72	37.3	3.4	10.3
-	34	-	100 ^{bu}	15.5	1.1	0	-	48.4	10.9	24.4
92	34	10.83	94	15.9	5.1	0	-	39.9	11.4	24.6
-	73	-	100 ^{bu}	15.5	1.3	0	43	30.8	12.2	21.8
-	91	-	100 ^{bu}	14.9	0.6	0	-	41.6	9.7	26.0
-	-	0.37	13	43.9	4.2	0	-	26.5	8.5	6.8
19	16	112.79	4	37.4	12.8	0	-	34.3	2.2	6.7
-	99	-	100 ^{bu}	10.1	1.1	0	80	35.9	7.2	19.7

国家和地区	2.2			5.2		6.1	6.2	
	5 岁以下儿童发育迟缓的患病率 ^{aq} (%)	5 岁以下儿童消瘦的患病率 ^{aq} (%)	5 岁以下儿童超重的患病率 ^{aq} (%)	妇女贫血的患病率 生育年龄 (15-49 岁) ^{ab} (%)	15-49 岁的经常伴侣妇女和女孩遭受现任或前任亲密伴侣身体和/或性暴力的比例 在过去的 12 个月 ^{ac} (%)	15-49 岁的经常伴侣妇女和女孩在其一生中遭受现任或前任亲密伴侣的身体和/或性暴力的比例 ^{ac} (%)	使用安全管理的饮用水服务的人口比例 ^{ad} (%)	使用安全管理的卫生服务的人口比例 ^{ad} (%)
数据类型	可比估计	主要数据	可比估计	可比估计	可比估计	可比估计	可比估计	
	2022	2013-2022	2022	2019	2018	2018	2020	2020
吉布提	18.7	1 ^{af}	3.2	32.3	-	-	-	37
多米尼加	-	-	-	20.8	-	-	-	-
多米尼加共和国	5.6	2.2	7.6	26.4	10	19	-	-
厄瓜多尔	22.7	3.7	11.9	17.2	8	33	67	42
埃及	20.4	9.5	18.8	28.3	15	30	-	67
萨尔瓦多	10.0	2.1	6.8	10.6	6	21	-	-
赤道几内亚	16.1	-	8.2	44.5	29	46	-	-
厄立特里亚	50.2	-	3.0	37.0	-	-	-	-
爱沙尼亚	1.2	1.5	5.1	21.7	4	21	96	93
埃斯瓦蒂尼	21.2	2.0	7.9	30.7	18	-	-	-
埃塞俄比亚	34.4	6.8	2.7	23.9	27	37	13	7
斐济	7.1	4.6	7.4	32.0	23	52	-	-
芬兰	-	-	-	10.9	8	23	100	84
法国	-	-	-	10.6	5	22	99	79
加蓬	13.4	3.4	5.4	52.4	22	41	-	-
冈比亚	13.6	5.1	1.8	49.5	10	25	45	29
格鲁吉亚	4.8	0.6	5.0	27.5	3	10	66	34
Germany	2.1	0.4 ^{af}	3.1	11.7	5	21	100	97
加纳	12.7	6.8	1.9	35.4	10	24	41	13
希腊	2.2	-	14.6	15.1	5	18	100	92
格林纳达	-	-	-	19.2	8	28	-	-
危地马拉	43.5	0.8	4.8	7.4	7	21	56	-
几内亚	27.9	9.2	5.6	48.0	21	37	-	-
几内亚比绍	27.7	5.1	3.3	48.1	-	-	24	12
圭亚那	7.6	6.5	5.7	31.7	10	31	-	-
海地	19.5	3.7	3.7	47.7	12	23	-	-
洪都拉斯	17.5	1.9	4.7	18.0	7	17	-	50
匈牙利	-	-	-	19.7	6	19	93	88
冰岛	-	-	-	10.3	3	21	100	84
印度	31.7	18.7	2.8	53.0	18	35	-	46
印度尼西亚	31.0	10.2	10.6	31.2	9	22	-	-
伊朗伊斯兰共和国	4.7	4.3	3.8	24.1	18	31	94	-
伊拉克	9.9	3.0	6.4	28.6	-	26	60	43
爱尔兰	-	-	-	12.1	3	16	97	83
以色列	-	-	-	12.9	6	-	99	95
意大利	-	-	-	13.6	4	16	96	96
牙买加	6.5	3.2	5.7	19.9	7	24	-	-
Japan	5.0	-	2.1	19.0	4	20	99	81
Jordan	6.6	0.6 ^{aq, at}	9.5	37.7	13	24	86	82
哈萨克斯坦	4.9	3.1	7.7	28.7	6	16	89	-
肯尼亚	18.4	4.9	3.8	28.7	23	38	-	-
基里巴斯	14.2	3.5	2.0	32.6	25	53	15	27
科威特	6.9	2.3 ^{af, at}	11.7	23.7	-	-	100	100
吉尔吉斯斯坦	10.3	2.0	6.4	35.8	13	23	70	92
老挝人民民主共和国	27.7	9.0	4.0	39.5	8	19	18	61
拉脱维亚	1.8	1.6 ^{af}	6.4	21.6	6	25	96	83
黎巴嫩	7.4	1.4 ^{af}	8.3	28.3	-	-	48	16
莱索托	31.8	2.1	6.9	27.9	16	40	29	48
利比里亚	26.6	3.4	5.3	42.6	27	43	-	-
利比亚	52.2	10.2	28.7	29.9	-	-	-	22
立陶宛	4.5	4.8 ^{af}	4.7	19.9	5	22	95	94
卢森堡	-	-	-	10.2	4	20	99	97
马达加斯加	38.6	7.2	1.5	37.8	-	-	21	10
马拉维	34.0	2.6	3.9	31.4	17	30	-	24

6.2		6.3		6. a		7.1		11.6		16.1		GPW 13									
使用肥皂和水的洗手设施的人口比例 ^{ad} (%)		经安全处理的生活污水流量的比例 ^{ae} (%)		与水和卫生有关的官方发展援助数额是政府协调支出计划的一部分 ^{af} (2020 年不变百万美元)		主要依赖人口的比例关于清洁能源和技术 ^{ag} (%)		细颗粒物年平均浓度 (PM _{2.5}) 在城市地区 ^{ah} (µg / m ³)		凶杀死亡率 ^{ai} (每 100 000 population)		引起的脊髓灰质炎病例数野生脊髓灰质炎病毒 (WPV) ^{aj}		来自 AWaRe “Access” 抗生素类别的抗生素总消费量的百分比 ^{ak} (%)		30 - 79 岁成年人高血压的年龄标准化患病率 ^{al} (%)		儿童和青少年肥胖患病率 (5 - 19 岁) ^{am} (%)		成人肥胖的年龄标准化患病率 (18 岁以上) ^{an} (%)	
可比估计		可比估计		主要数据		可比估计		可比估计		可比估计		主要数据		主要数据		可比估计		可比估计		可比估计	
2020		2022		2021		2021		2019		2019		2022		2018-2020		2019		2016		2016	
-	-	11	-	14.42	-	10	-	20.7	-	6.6	-	0	-	-	34.2	-	5.3	-	13.5	-	-
-	-	-	-	0.94	-	89	-	8.4	-	-	-	0	-	-	47.7	-	15.0	-	27.9	-	-
47	-	40	-	6.50	-	92	-	7.8	-	17.8	-	0	-	-	49.1	-	15.0	-	27.6	-	-
87	-	-	-	56.29	-	95	-	16.9	-	7.0	-	0	-	-	27.2	-	9.4	-	19.9	-	-
90	-	74	-	246.71	-	100	-	64.1	-	4.1	-	0	55	-	38.2	-	17.6	-	32.0	-	-
-	-	-	-	28.83	-	93	-	22.8	-	85.0	-	0	-	-	32.7	-	11.7	-	24.6	-	-
-	-	-	-	0.09	-	24	-	27.1	-	3.3	-	0	-	-	38.1	-	2.3	-	8.0	-	-
-	-	-	-	0.60	-	12	-	24.0	-	11.0	-	0	-	-	23.7	-	2.1	-	5.0	-	-
-	-	92	-	-	-	100 ^{bu}	-	6.6	-	2.1	-	0	-	-	40.2	-	6.3	-	21.2	-	-
24	-	-	-	24.50	-	58	-	15.9	-	18.5	-	0	-	-	42.5	-	6.0	-	16.5	-	-
8	3	178.10	-	-	-	8	-	22.9	-	7.2	-	0	48	-	27.4	-	1.1	-	4.5	-	-
-	-	40	-	12.01	-	51	-	8.1	-	2.2	-	0	-	-	38.6	-	11.5	-	30.2	-	-
-	-	90	-	-	-	100 ^{bu}	-	6.2	-	1.2	-	0	-	-	35.9	-	9.1	-	22.2	-	-
-	-	88	-	-	-	100 ^{bu}	-	11.3	-	0.8	-	0	-	-	29.1	-	8.1	-	21.6	-	-
-	-	-	-	1.93	-	90	-	32.9	-	8.5	-	0	81	-	37.4	-	4.2	-	15.0	-	-
18	11	3.07	-	-	-	2	-	41.4	-	8.3	-	0	-	-	37.6	-	2.8	-	10.3	-	-
92	49	34.93	-	-	-	91	-	20.9	-	2.3	-	0	-	-	44.5	-	6.8	-	21.7	-	-
-	-	99	-	-	-	100 ^{bu}	-	11.2	-	0.9	-	0	62 ^{aw}	-	29.7	-	8.9	-	22.3	-	-
42	12	52.58	-	-	-	30	-	50.4	-	6.1	-	0	-	-	33.9	-	2.1	-	10.9	-	-
-	-	90	-	-	-	100 ^{bu}	-	15.6	-	1.0	-	0	-	-	31.3	-	13.8	-	24.9	-	-
-	-	-	-	16.84	-	88	-	10.2	-	6.6	-	0	-	-	46.6	-	10.7	-	21.3	-	-
-	-	-	-	10.89	-	48	-	21.8	-	25.1	-	0	-	-	32.2	-	9.9	-	21.2	-	-
20	-	37.57	-	-	-	1	-	42.4	-	8.8	-	0	-	-	40.9	-	1.7	-	7.7	-	-
18	19	3.24	-	-	-	1	-	40.1	-	9.0	-	0	-	-	38.0	-	2.4	-	9.5	-	-
-	-	32	-	0.29	-	82	-	11.7	-	24.7	-	0	-	-	40.0	-	10.0	-	20.2	-	-
22	-	62.19	-	-	-	4	-	9.8	-	20.7	-	0	-	-	42.9	-	10.9	-	22.7	-	-
-	-	-	-	25.80	-	50	-	19.4	-	66.9	-	0	-	-	33.9	-	9.6	-	21.4	-	-
-	-	82	-	-	-	100 ^{bu}	-	14.8	-	1.4	-	0	-	-	48.3	-	11.1	-	26.4	-	-
-	-	3	-	-	-	100 ^{bu}	-	6.2	-	1.2	-	0	-	-	27.5	-	9.9	-	21.9	-	-
68	21	420.09	-	-	-	71	-	53.0	-	3.8	-	0	-	-	31.1	-	2.0	-	3.9	-	-
94	-	203.60	-	-	-	87	-	19.9	-	4.3	-	0	-	-	40.3	-	6.1	-	6.9	-	-
-	-	25	-	3.55	-	96	-	34.1	-	3.1	-	0	50	-	26.2	-	9.8	-	25.8	-	-
97	42	83.54	-	-	-	99	-	43.0	-	14.4	-	0	-	-	48.1	-	14.4	-	30.4	-	-
-	-	52	-	-	-	100 ^{bu}	-	8.7	-	0.8	-	0	-	-	32.3	-	9.8	-	25.3	-	-
-	-	97	-	-	-	100 ^{bu}	-	19.6	-	1.2	-	0	-	-	29.1	-	11.9	-	26.1	-	-
-	-	70	-	-	-	100 ^{bu}	-	14.7	-	0.7	-	0	-	-	33.8	-	12.5	-	19.9	-	-
-	-	-	-	0.05	-	83	-	15.8	-	50.3	-	0	-	-	46.3	-	13.0	-	24.7	-	-
-	-	92	-	-	-	100 ^{bu}	-	11.1	-	0.2	-	0	-	-	31.4	-	3.3	-	4.3	-	-
-	-	77	-	172.32	-	100	-	25.8	-	2.7	-	0	52	-	37.7	-	12.9	-	35.5	-	-
-	-	36	-	0.37	-	94	-	35.4	-	5.1	-	0	-	-	41.9	-	6.5	-	21.0	-	-
27	11	235.43	-	-	-	24	-	12.3	-	5.6	-	0	-	-	33.2	-	2.3	-	7.1	-	-
56	33	10.28	-	-	-	12	-	8.0	-	4.8	-	0	-	-	42.3	-	23.0	-	46.0	-	-
-	-	100	-	-	-	100 ^{bu}	-	67.2	-	1.8	-	0	-	-	40.5	-	22.9	-	37.9	-	-
100	19	66.74	-	-	-	78	-	39.6	-	4.6	-	0	-	-	40.9	-	3.9	-	16.6	-	-
56	10	72.33	-	-	-	9	-	24.2	-	6.6	-	0	79	-	28.5	-	4.7	-	5.3	-	-
-	-	87	-	-	-	100 ^{bu}	-	14.1	-	5.0	-	0	-	-	43.9	-	7.0	-	23.6	-	-
-	-	-	-	77.21	-	-	-	24.4	-	4.2	-	0	-	-	38.1	-	13.9	-	32.0	-	-
6	-	11.86	-	-	-	41	-	18.5	-	43.5	-	0	-	-	40.1	-	5.0	-	16.6	-	-
-	-	-	-	14.06	-	<1	-	40.5	-	9.7	-	0	-	-	39.4	-	1.9	-	9.9	-	-
-	-	14	-	1.34	-	-	-	28.3	-	2.1	-	0	-	-	42.7	-	14.6	-	32.5	-	-
-	-	97	-	-	-	100 ^{bu}	-	11.7	-	4.8	-	0	-	-	48.0	-	6.8	-	26.3	-	-
-	-	99	-	-	-	100 ^{bu}	-	9.1	-	0.5	-	0	-	-	30.5	-	8.3	-	22.6	-	-
27	11	27.08	-	-	-	1	-	18.4	-	6.5	-	0	-	-	36.9	-	1.8	-	5.3	-	-
8	6	76.69	-	-	-	2	-	20.2	-	2.2	-	0	-	-	29.5	-	2.0	-	5.8	-	-

数据类型	2.2			5.2		6.1	6.2	
	5 岁以下儿童发育迟缓的患病率 ^{aq} (%)	5 岁以下儿童消瘦的患病率 ^{aq} (%)	5 岁以下儿童超重的患病率 ^{aq} (%)	妇女贫血的患病率 生育年龄 (15-49 岁) ^{ab} (%)	15-49 岁的经常伴侣妇女和女孩遭受现任或前任亲密伴侣身体和/或性暴力的比例 在过去的 12 个月 ^{ac} (%)	15-49 岁的经常伴侣妇女和女孩在其一生中遭受现任或前任亲密伴侣的身体和/或性暴力的比例 ^{ac} (%)	使用安全管理的饮用水服务的人口比例 ^{ad} (%)	使用安全管理的卫生服务的人口比例 ^{ad} (%)
	可比估计	主要数据	可比估计	可比估计	可比估计	可比估计	可比估计	
国家和地区	2022	2013-2022	2022	2019	2018	2018	2020	2020
马来西亚	21.9	9.7	5.7	32.0	-	19	94	-
马尔代夫	13.9	9.1 ^{af}	3.3	52.2	6	19	-	-
马里	23.8	1 ^{aq}	2.0	59.0	18	29	-	20
马耳他	-	-	-	13.7	4	17	100	92
马绍尔群岛	30.5	3.5 ^{aq}	4.4	30.6	19	38	-	-
毛里塔尼亚	22.1	1 ^{af}	2.0	43.3	-	-	-	-
毛里求斯	8.6 ^{as}	-	6.8 ^{as}	23.5	-	-	-	-
墨西哥	12.6	1.7 ^{af}	6.9	15.3	10	24	43	57
密克罗尼西亚联邦	-	-	-	25.0	21	35	-	-
摩纳哥	-	-	-	12.3	-	-	100	100
蒙古国	6.1	0.9	10.7	14.5	12	27	30	56
黑山	8.2	2.2	8.0	17.2	4	16	85	45
摩洛哥	12.8	2.3 ^{af}	4.9	29.9	10	-	80	39
莫桑比克	36.4	3.9 ^{aq}	5.5	47.9	16	30	-	-
缅甸	24.1	7.4 ^{af}	0.8	42.1	11	19	59	61
纳米比亚	16.8	7.1	5.3	25.2	16	27	-	-
瑙鲁	14.8	-	4.5	29.6	20	43	-	-
尼泊尔	26.7	7.7	1.7	35.7	11	27	18	49
荷兰(王国)	1.6	-	5.1	12.8	5	21	100	97
新西兰	-	-	-	10.4	4	23	100	82
尼加拉瓜	14.9	-	8.7	15.7	6	23	56	-
尼日尔	47.4	1 ^{aq}	2.7	49.5	13	-	-	16
尼日利亚	34.2	6.5	2.2	55.1	13	24	22	31
纽埃	-	-	-	27.3	-	-	94	-
北马其顿	3.7	3.4	9.9	19.3	4	13	77	12
挪威	-	-	-	12.0	4	20	99	65
被占领的巴勒斯坦领土，包括东耶路撒冷	-	-	-	31.0	-	-	80	67
阿曼	12.7	9.3 ^{af}	6.5	29.1	-	-	91	-
巴基斯坦	34.0	7.1 ^{af}	2.7	41.3	16	29	36	-
帕劳	-	-	-	28.5	14	31	91	-
巴拿马	13.8	1.1 ^{aq, af}	11.4	21.2	8	16	-	-
巴布亚新几内亚	51.2	-	16.0	34.4	31	51	-	-
巴拉圭	3.4	1.0	14.6	23.0	6	18	64	60
秘鲁	10.1	0.4	9.4	20.6	11	38	51	53
菲律宾	28.8	6.8 ^{af}	4.6	12.3	6	14	47	61
波兰	2.3	-	6.0	-	3	13	98	91
葡萄牙	3.1	1.1 ^{af}	8.9	13.2	4	18	95	85
波多黎各	-	-	-	18.8	-	-	-	-
卡塔尔	4.4 ^{as}	-	11.7 ^{as}	28.1	-	-	96	97
大韩民国	1.7	0.2 ^{af}	5.4	13.5	8	-	99	100
摩尔多瓦共和国	3.9	-	2.9	26.1	9	27	74	-
罗马尼亚	7.7	-	4.5	22.7	7	18	82	83
俄罗斯联邦	-	-	7.4	21.1	-	-	76	61
卢旺达	29.8	1.1	4.7	17.2	23	38	12	-
圣基茨和尼维斯	-	-	-	15.4	-	-	-	-
圣卢西亚	2.5	-	6.0	14.3	-	-	-	-
圣文森特和格林纳丁斯	-	-	-	17.0	-	-	-	-
萨摩亚	7.4	3.1	7.9	26.8	18	40	46	48
圣马力诺	-	-	-	12.5	-	-	100	70
圣多美和普林西比	10.0	4.1	4.7	44.2	18	27	36	35
沙特阿拉伯	12.4	4.4 ^{af}	10.1	27.5	-	-	-	59
塞内加尔	17.0	8.1	3.4	52.7	12	24	-	24

6.2	6.3	6. a	7.1	11.6	16.1	GPW 13				
使用肥皂和水的洗手设施的人口比例 ^{ad} (%)	经安全处理的生活污水流量的比例 ^{ae} (%)	与水卫生有关的官方发展援助数额是政府协调支出计划的一部分 ^{af} (2020 年不变百万美元)	主要依赖人口的比例关于清洁燃料和技术 ^{ag} (%)	细颗粒物年平均浓度 (PM _{2.5}) 在城市地区 ^{ah} (µg / m ³)	凶杀死亡率 ^{ai} (每 100 000 population)	引起的脊髓灰质炎病例数野生脊髓灰质炎病毒 (WPV) ^{aj}	来自 AWaRe “Access” 抗生素类别的抗生素总消费量的百分比 ^{ak} (%)	30 - 79 岁成年人高血压的年龄标准化患病率 ^{al} (%)	儿童和青少年肥胖患病率 (5 - 19 岁) ^{am} (%)	成人肥胖的年龄标准化患病率 (18 岁以上) ^{an} (%)
可比估计	可比估计	主要数据	可比估计	可比估计	可比估计	主要数据	主要数据	可比估计	可比估计	可比估计
2020	2022	2021	2021	2019	2019	2022	2018-2020	2019	2016	2016
-	89	0.60	94	23.7	2.7	0	-	40.8	12.7	15.6
96	-	24.34	100	12.7	1.9	0	44	34.1	7.4	8.6
17	6	92.75	1	45.1	10.7	0	54	34.6	2.6	8.6
-	1	-	100 ^{bu}	12.9	1.0	0	-	29.5	13.4	28.9
85	-	1.03	67	7.5	-	0	-	31.9	26.6	52.9
-	-	25.54	48	51.3	10.9	0	-	37.9	4.0	12.7
-	19	2.73	99	10.5	2.3	0	-	33.1	4.4	10.8
-	64	2.22	85	18.4	25.4	0	-	32.1	14.8	28.9
-	-	1.48	13	8.1	4.6	0	-	32.9	20.7	45.8
-	97	-	100 ^{bu}	9.2	-	0	-	-	-	-
86	26	28.63	53	50.6	6.1	0	80	42.8	4.3	20.6
99	55	9.23	62	17.9	2.8	0	-	45.1	7.6	23.3
-	45	224.19	98	13.7	1.7	0	-	35.3	10.2	26.1
-	-	133.79	5	17.5	3.7	8	-	38.6	2.3	7.2
75	15	42.22	44	27.8	3.9	0	-	37.8	3.7	5.8
-	-	2.64	47	13.1	18.0	0	-	43.8	4.9	17.2
-	-	0.01	100 ^{bu}	7.4	-	0	-	41.8	33.2	61.0
62	39	176.86	35	36.9	2.5	0	26	36.1	1.7	4.1
-	100	-	100 ^{bu}	10.9	0.6	0	-	30.5	7.0	20.4
-	84	-	100 ^{bu}	8.7	1.2	0	-	30.9	16.3	30.8
-	32	51.15	57	16.7	9.4	0	-	35.8	10.8	23.7
23	9	145.58	3	55.5	9.6	0	-	41.5	1.4	5.5
33	41	104.53	17	55.3	9.2	0	-	36.1	1.9	8.9
-	-	0.01	98	-	-	0	-	39.5	29.5	50.0
100	-	24.77	79	28.7	1.5	0	-	45.1	9.3	22.4
-	76	-	100 ^{bu}	7.2	0.6	0	-	30.5	9.1	23.1
92	-	80.25	-	31.3	-	0	-	40.7	-	-
97	-	-	100 ^{bu}	35.8	0.7	0	-	45.6	14.9	27.0
80	38	186.19	51	51.6	6.0	20	-	43.2	3.1	8.6
-	-	1.40	43	7.9	-	0	-	44.2	31.4	55.3
-	-	16.53	100 ^{bu}	11.9	17.2	0	-	36.1	10.5	22.7
30	5	19.31	10	9.5	11.0	0	-	27.8	9.8	21.3
80	25	15.07	70	13.2	8.0	0	-	56.4	10.5	20.3
-	49	17.29	86	31.7	9.3	0	62 ^{bt}	20.7	7.8	19.7
82	67	44.73	48	24.2	13.7	0	-	33.8	4.3	6.4
-	77	-	100 ^{bu}	19.9	0.8	0	-	49.2	9.1	23.1
-	88	-	100 ^{bu}	7.6	0.9	0	-	32.3	10.4	20.8
-	33	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	100	-	100 ^{bu}	60.0	0.5	0	-	40.9	19.5	35.1
-	99	-	100 ^{bu}	24.4	0.8	0	-	26.7	8.5	4.7
-	46	6.39	98	12.7	4.1	0	-	48.3	4.2	18.9
-	30	-	100 ^{bu}	14.1	1.3	0	-	48.4	8.1	22.5
-	15	-	73	9.9	7.8	0	-	44.3	7.1	23.1
5	-	29.38	5	35.7	4.3	0	-	29.8	1.7	5.8
-	-	-	100 ^{bu}	7.6	-	0	-	45.1	12.3	22.9
-	-	0.39	94	8.9	20.2	0	-	39.8	8.8	19.7
-	-	5.96	93	9.5	29.4	0	-	39.3	12.4	23.7
79	43	0.76	37	8.1	2.8	0	-	38.3	21.7	47.3
-	90	-	100 ^{bu}	9.8	-	0	-	-	-	-
55	-	2.79	4	36.2	5.6	0	-	45.1	3.5	12.4
-	85	-	100 ^{bu}	60.7	1.9	0	-	34.0	17.4	35.4
22	8	79.38	29	42.2	7.6	0	-	40.5	1.8	8.8

国家和地区	2.2		5.2			6.1	6.2	
	5 岁以下儿童发育迟缓的患病率 ^{aq} (%)	5 岁以下儿童消瘦的患病率 ^{aq} (%)	5 岁以下儿童超重的患病率 ^{aq} (%)	妇女贫血的患病率 生育年龄 (15-49 岁) ^{ab} (%)	15-49 岁的经常伴侣妇女和女孩遭受现任或前任亲密伴侣身体和/或性暴力的比例 在过去的 12 个月 ^{ac} (%)	15-49 岁的经常伴侣妇女和女孩在其一生中遭受现任或前任亲密伴侣的身体和/或性暴力的比例 ^{ac} (%)	使用安全管理的饮用水服务的人口比例 ^{ad} (%)	使用安全管理的卫生服务的人口比例 ^{ad} (%)
数据类型	可比估计	主要数据	可比估计	可比估计	可比估计	可比估计	可比估计	
	2022	2013-2022	2022	2019	2018	2018	2020	2020
塞尔维亚	4.6	2.6 ^{af}	9.9	22.8	4	17	75	18
塞舌尔	7.2	-	9.1	25.1	-	-	-	-
塞拉利昂	26.0	6.3 ^{aq}	5.2	48.4	20	36	11	14
新加坡	3.0	-	3.8	13.0	2	11	100	100
斯洛伐克	-	-	-	23.5	6	18	99	82
斯洛文尼亚	-	-	-	21.8	3	18	98	72
所罗门群岛	29.8	8.5	5.5	37.7	28	50	-	-
索马里	18.0	-	2.7	43.1	-	-	-	32
南非	22.8	3.8 ^{af}	12.1	30.5	13	24	-	-
南苏丹	27.9	-	4.7	35.6	27	41	-	-
西班牙	-	-	-	13.4	3	15	100	96
斯里兰卡	15.9	15.1	1.3	34.6	4	24	-	-
苏丹	36.0	16.3 ^{aq}	2.7	36.5	17	-	-	-
苏里南	7.6	5.5 ^{af}	3.8	21.0	8	28	56	25
瑞典	-	-	-	13.6	6	21	100	95
瑞士	-	-	-	11.3	2	12	94	100
阿拉伯叙利亚共和国	25.4	-	11.7	32.8	-	-	-	-
塔吉克斯坦	13.1	5.6	3.0	35.2	14	24	55	-
泰国	11.8	7.7 ^{af}	8.6	24.0	9	24	-	26
东帝汶	45.1	8.3 ^{aq}	1.3	29.9	28	38	-	-
多哥	22.3	5.7	2.2	45.7	13	25	20	9
汤加	1.8	1.1	10.9	28.5	17	37	30	34
特立尼达和多巴哥	8.8	-	13.9	17.7	7	28	-	-
突尼斯	8.6	2.1	19.0	32.1	10	25	79	81
Türkiye	5.5	1.7	8.1	-	12	32	-	78
土库曼斯坦	6.7	4.1	3.6	26.6	-	-	95	-
图瓦卢	5.2	2.8	4.2	27.5	20	39	-	-
乌干达	23.4	3.6 ^{aq}	3.5	32.8	26	45	17	-
乌克兰	12.3	-	13.6	17.7	9	18	89	72
阿拉伯联合酋长国	-	-	-	24.3	-	-	-	99
United Kingdom	-	-	11.3	11.1	4	24	100	98
坦桑尼亚联合共和国	30.6	3.3	4.6	38.9	24	38	-	26
美利坚合众国	3.6	0.1	7.9	11.8	6	26	97	98
乌拉圭	6.1	1.4	11.5	15.0	4	18	-	-
乌兹别克斯坦	6.9	2.4	4.2	24.8	-	-	59	-
瓦努阿图	31.4	4.7 ^{aq}	5.1	28.5	29	47	-	-
委内瑞拉 (玻利瓦尔共和国)	10.5	-	6.9	24.2	8	19	-	23
越南	19.3	4.7	8.1	20.6	10	25	-	-
也门	35.1	16.4	1.7	61.5	-	-	-	19
赞比亚	31.4	4.2	5.4	31.5	28	41	-	-
津巴布韦	21.6	2.9	2.7	28.9	18	35	30	26
世卫组织区域	2022	2022	2022	2019	2018	2018	2020	2020
非洲区域	31.0	5.5	3.9	40.4	20	33	32	23
美洲区域	9.2	0.8	8.5	15.4	7	25	81	52
东南亚地区	30.1	14.7	3.8	46.6	17	33	-	46
欧洲地区	4.9	-	7.1	18.8	6	21	92	70
东地中海地区	25.1	6.9	6.3	34.9	17	31	56	-
西太平洋区域	10.0	1.9	8.1	16.4	8	20	-	65
全球	22.3	6.8	5.6	29.9	13	27	74	54

6.2		6.3		6. a		7.1		11.6		16.1		GPW 13									
使用肥皂和水的洗手设施的人口比例 ^{ad} (%)		经安全处理的生活污水流量的比例 ^{ae} (%)		与水卫生有关的官方发展援助数额是政府协调支出计划的一部分 ^{af} (2020 年不变百万美元)		主要依赖人口的比例关于清洁燃料和技术 ^{ag} (%)		细颗粒物年平均浓度 (PM _{2.5}) 在城市地区 ^{ah} (µg / m ³)		凶杀死亡率 ^{ai} (每 100 000 population)		引起的脊髓灰质炎病例数野生脊髓灰质炎病毒 (WPV) ^{aj}		来自 AWaRe “Access” 抗生素类别的抗生素总消费量的百分比 ^{ak} (%)		30 - 79 岁成年人高血压的年龄标准化患病率 ^{al} (%)		儿童和青少年肥胖患病率 (5 - 19 岁) ^{am} (%)		成人肥胖的年龄标准化患病率 (18 岁以上) ^{an} (%)	
可比估计		可比估计		主要数据		可比估计		可比估计		可比估计		主要数据		主要数据		可比估计		可比估计		可比估计	
2020		2022		2021		2021		2019		2019		2022		2018-2020		2019		2016		2016	
-	36	42.34	81	22.3	1.2	0	-	46.1	9.8	21.5											
-	-	-	100 ^{bu}	17.4	14.8	0	-	44.3	10.8	14.0											
21	15	18.65	1	43.3	7.9	0	-	40.8	2.5	8.7											
-	100	-	100 ^{bu}	13.3	0.3	0	-	31.5	6.8	6.1											
-	82	-	100 ^{bu}	16.3	1.1	0	-	42.7	8.1	20.5											
-	65	-	100 ^{bu}	14.6	0.9	0	-	45.3	9.2	20.2											
-	-	9.90	9	8.7	3.9	0	-	29.8	4.3	22.5											
25	-	29.69	4	14.4	5.4	0	-	36.1	3.0	8.3											
44	41	8.28	88	21.7	35.9	0	-	44.1	11.3	28.3											
-	-	36.31	0	21.4	14.3	0	-	34.2	-	-											
-	80	-	100 ^{bu}	9.8	0.6	0	-	27.2	10.8	23.8											
-	-	128.32	33	24.8	2.3	0	-	35.6	4.8	5.2											
13	-	40.36	63	23.5	5.8	0	-	40.8	-	-											
72	24	0.53	95	13.0	5.8	0	-	42.9	13.9	26.4											
-	97	-	100 ^{bu}	6.4	1.1	0	68	30.2	6.7	20.6											
-	99	-	100 ^{bu}	9.2	0.5	0	-	21.9	5.8	19.5											
83	-	27.58	96	25.3	2.6	0	-	41.1	11.5	27.8											
73	-	97.19	86	56.8	1.8	0	-	46.8	3.0	14.2											
85	25	1.82	85	25.5	4.3	0	-	29.2	11.3	10.0											
28	-	3.25	15	21.8	4.7	0	-	35.3	4.2	3.8											
17	15	28.09	11	37.9	8.9	0	-	36.0	2.0	8.4											
70	30	1.11	87	7.7	3.4	0	-	43.3	26.7	48.2											
-	-	-	100 ^{bu}	10.4	39.4	0	-	42.4	11.1	18.6											
84	73	182.67	100	27.4	3.5	0	75	34.7	8.5	26.9											
-	65	60.72	95	23.3	4.8	0	-	32.8	11.5	32.1											
100	-	0.01	100	26.4	2.8	0	-	39.0	4.7	18.6											
-	43	3.08	75	-	-	0	-	50.4	27.2	51.6											
23	4	138.40	1	32.3	13.9	0	67 ^{bt}	32.5	1.7	5.3											
-	50	24.16	95	14.5	6.3	0	-	43.1	7.0	24.1											
-	95	-	100 ^{bu}	39.0	0.7	0	-	41.4	17.3	31.7											
-	97	-	100 ^{bu}	9.7	1.3	0	67 ^{bt}	26.4	10.2	27.8											
48	8	187.74	7	16.1	8.1	0	56	33.2	2.5	8.4											
-	98	-	100 ^{bu}	7.4	5.8	0	-	31.6	21.4	36.2											
-	-	-	100 ^{bu}	8.5	8.5	0	-	42.4	13.8	27.9											
-	-	120.26	83	44.5	1.5	0	-	45.7	4.0	16.6											
-	-	8.99	7	9.1	2.3	0	-	39.5	8.3	25.2											
-	-	0.81	96	16.5	63.6	0	-	39.4	14.1	25.6											
86	40	399.51	96	22.1	1.9	0	-	29.7	2.6	2.1											
-	28	51.32	61	43.0	9.7	0	-	29.3	7.0	17.1											
18	-	86.74	10	18.8	6.5	0	-	32.3	2.9	8.1											
42	55	10.11	30	14.5	13.1	0	-	42.3	4.0	15.5											
2020	2022	2021	2021	2019	2019	2022	-	2019	2016	2016											
28	24	2309.51	21	34.8	10.0	8	-	35.5	2.8	10.6											
-	75	532.89	93	12.0	19.2	0	-	35.4	14.4	28.6											
71	26	1284.81	67	46.4	3.8	0	-	32.4	3.0	4.7											
-	49	580.87	93	14.7	2.9	0	-	36.9	8.6	23.3											
81	71	1495.98	74	48.0	5.3	22	-	37.8	8.2	20.8											
-	67	971.95	83	35.1	1.6	0	-	28.3	9.8	6.4											
71	58	7754.71	71	33.1	6.2	30	-	33.1	6.8	13.1											

脚注

- a** 世界人口前景：2022 年修订。纽约（纽约）：联合国经济和社会事务部人口司；2022 年（<https://poplatio.org/wpp/>，2023 年 4 月 30 日访问）。对于总人口低于 90 000 的会员国，男性和女性的价值没有显示，但包括在区域和全球金额中。由于四舍五入，男性和女性可能不会对两性求和。
- b** 2019 年全球卫生估计数：预期寿命，2000 - 2019 年。日内瓦：世界卫生组织；2020 年（<https://www.who.int/data/gho/data/themes/death-rates-and-global-health-estimates/>，2023 年 4 月 30 日访问）。2019 年人口少于 9 万的世卫组织会员国未包括在分析中。
- c** 2000 年至 2020 年产妇死亡率趋势：卫生组织、儿童基金会、人口基金、世界银行集团和经社部 / 人口司的估计数。日内瓦：世界卫生组织；2023 年（<https://apps.who.int/iris/handle/10665/366225>，2023 年 4 月 30 日访问）。世卫组织会员国因人口少而被排除在外：安道尔、库克群岛、多米尼克、马绍尔群岛、摩纳哥、瑙鲁、纽埃、帕劳、圣基茨和尼维斯、圣马力诺和图瓦卢。
- d** 联合国儿童基金会 / 世卫组织 2023 年由熟练卫生人员接生的联合数据库（<https://data.unicef.org/topic/maternal-health/delivery-care/>，2023 年 4 月 30 日访问）；全球卫生观察站（GHO）数据（<https://www.who.int/data/gho/indicator/details/GHO/GH>）。
- e** 儿童死亡率的水平和趋势。报告 2022。联合国机构间儿童死亡率估算小组制定的估算。联合国儿童基金会，世界卫生组织，世界银行集团和联合国人口司。纽约：联合国儿童基金会；2023 年（<https://data.unicef.org/resources/levels-and-trends-in-child-mortality/>，2023 年 4 月 30 日访问）。
- f** AIDSinfo [在线数据库]。日内瓦：联合国艾滋病病毒 / 艾滋病联合规划署（UNAIDS）（<http://aidsinfo.unaids.org>）；和艾滋病病毒 / 艾滋病 [在线数据库]，全球卫生观察站（GHO）数据。
- g** 2022 年全球结核病报告。日内瓦：世界卫生组织；2022 年（<https://apps.who.int/iris/handle/10665/363752>，2023 年 4 月 30 日访问）。
- h** 2022 年世界疟疾报告。日内瓦：世界卫生组织；2022（<https://apps.who.int/iris/handle/10665/365169>，2023 年 4 月 30 日访问）。“-”表示无疟疾的国家或地区。
- i** 全球和国家对免疫覆盖率和慢性 HBV 感染的估计。日内瓦：世界卫生组织（<http://situatedlaboratories.net/who-hepB-dashboard/src/#global-strategies>，2023 年 4 月 30 日访问）。
- j** 被忽视的热带疾病 [在线数据库]。全球卫生观察站（GHO）数据。日内瓦：世界卫生组织（<https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/被忽视的热带疾病>，2023 年 4 月 30 日访问）。全球和区域汇总包括不完整报告的归因。
- k** 2019 年全球卫生估计数：2000 - 2019 年按原因、年龄、性别分列的死亡人数，按国家和区域分列。日内瓦：世界卫生组织；2020 年（<https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/>，2022 年 5 月 2 日查阅）。分析中未包括 2019 年人口少于 9 万的世卫组织会员国。
- l** 世卫组织全球酒精与健康信息系统（GISAH）[在线数据库]。全球卫生观察站（GHO）数据。日内瓦：世界卫生组织（<https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/levels-of-consumption/>，2023 年 4 月 30 日访问）。
- m** 2022 年世界避孕药具使用。纽约（纽约）：联合国，经济和社会事务部，人口司（<https://www.un.org/development/desa/pd/data/world-contraceptive-use>，accessed 30 April 2023）。全球和区域总量来自 2022 年计划生育指标的估计和预测。纽约（纽约）：联合国经济和社会事务部人口司。
- n** 联合国经济和社会事务部人口司提供的可持续发展目标指标全球可持续发展目标数据库（<https://stats.un.org/sdgs/> 指标 / 数据库，2023 年 4 月 30 日访问）。全球和区域总量来自《世界人口前景：2022 年修订版》。纽约：联合国经济和社会事务部人口司。
- o** 基本卫生服务的覆盖范围（可持续发展目标 3.8.1）[在线数据库]。全球卫生观察站。日内瓦：世界卫生组织；2023 年。（<https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/service-coverage>）。这些值是 2023 年 5 月更新的一部分，此后可能由于更新的示踪剂指示值而发生了变化。

- p** 可持续发展目标 3.8.2 灾难性卫生支出（和相关指标）[在线数据库]。全球卫生观察站。日内瓦：世界卫生组织；2023 年。（<https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/financial-protection>）。
- q** 公共卫生和环境 [在线数据库]。全球卫生观察站（GHO）数据。日内瓦：世界卫生组织（<https://www.who.int/data/gho/data/themes/public-health-and-environment/GHO/public-health-and-environment>，2023 年 4 月 30 日访问）。分析中未包括 2019 年人口少于 9 万的世卫组织
- r** 公共卫生和环境 [在线数据库]。全球卫生观察站（GHO）数据。日内瓦：世界卫生组织（<https://www.who.int/data/gho/data/themes/public-health-and-environment/GHO/public-health-and-environment>，2023 年 4 月 30 日访问）。分析中未包括 2019 年人口少于 9 万的世卫组织
- s** 世卫组织《2000 - 2025 年烟草使用流行趋势全球报告》，第四版。日内瓦：世界卫生组织；2021 年（<https://apps.who.int/iris/handle/10665/348537>，2022 年 5 月 2 日访问）。
- t** 世卫组织 / 联合国儿童基金会国家免疫覆盖率联合估计（WUENIC），2022 年修订版。（<https://immunizationdata.who.int/listing.html?主题=覆盖范围和位置>，2023 年 4 月 30 日访问）。
- u** 对卫生部门的官方发展援助，2021 年。经济合作与发展组织（OECD）的债权人报告系统（CRS）（<https://stats.oecd.org/Idx.aspx?DataSetCode=crs1>，2023 年 4 月 30 日访问）。世卫组织使用以下人口估计数计算人均数字：世界人口前景：2022 年修订本，联合国，经济和社会事务部，人口司。包括医学研究的 CRS 目的代码 (12182) 和基本健康 (122:1.2.b)。
- v** 通过世卫组织基本药物和卫生产品价格和可用性监测移动应用程序（世卫组织 EMP MedMo）收集的数据：（<https://www.who.int/ews/item/18-02-2018-medmo-mobile-applicatio>，2023 年 4 月 30 日访问）和健康行动国际的药品价格，可用性，可负担性和价格构成数据库（HAI / WHO）：（<https://haiweb.org/what-we-do/price-availability-affordability/price-availability-data/>，2023 年 4 月 30 日访问）。
- w** 全球卫生劳动力统计 [在线数据库]。全球卫生观察站数据。日内瓦：世界卫生组织 (<https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/health-workforce>，2023 年 4 月 30 日访问)。国家比较受到所包括职业差异的影响。有关特定国家 / 地区的定义和其他描述性元数据，请参阅来源。全球和区域总量是使用 2014 年至 2021 年的国家数据计算的。
- x** 《国际卫生条例》(2005 年) — 缔约国年度自我评估报告 — 监测框架 [在线数据库]。全球卫生观察站数据。日内瓦：世界卫生组织（<https://www.who.int/e-spar/>，2023 年 4 月 30 日访问）。截至 2023 年 3 月 31 日，SPAR 2022 年度报告收到的答复。区域和全球平均数可能包括表中未显示的两个《国际卫生条例》缔约国（列支敦士登和罗马教廷）。阿富汗的数据由世卫组织驻阿富汗国家办事处提供。
- y** 全球抗菌素耐药性和使用监测系统（GLASS）。日内瓦：世界卫生组织；2022 年。显示的全球值是数字的中位数，而不是人口加权平均值。
- z** 全球卫生支出数据库。日内瓦：世界卫生组织（<https://apps.who.int/nha/database>，2023 年 4 月 30 日访问）。世卫组织区域和全球平均值未加权。此处列出该指标，因为它可能构成可持续发展目标指标 1.a.2 中与健康相关的部分。
- aq** 儿童营养不良的水平和趋势。儿童基金会 / 世卫组织 / 世界银行集团联合儿童营养不良估计。纽约 (纽约)、日内瓦和华盛顿 (DC): 联合国儿童基金会、世界卫生组织和世界银行集团；2023 年。（<https://www.who.int/team/nutrition-and-food-security/monitoring-nutrition-status-and-food-security-and-events/child-nutrition-estimates>，2023 年 5 月 23 日访问）。
- ab** 全球贫血估计，2021 年版。日内瓦：世界卫生组织，2021 年（https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/anoemia_in_women_and_children，2023 年 4 月 30 日访问）。
- 交流** 暴力侵害妇女流行率估计，2018 年。亲密伴侣对妇女的暴力行为的全球、区域和国家流行率估计，以及非伴侣对妇女的性暴力的全球和区域流行率估计。日内瓦：世界卫生组织；2021 年（<https://www.who.int/publications/i/item/9789240022256>，2022 年 5 月 2 日访问）。鉴于对亲密伴侣心理暴力的定义和标准化衡量缺乏共识，目前的估计仅包括身体和 / 或性暴力伴侣。由于大多数关于亲密伴侣暴力的现有调查数据是针对 15 - 49 岁女性的，15 岁及以上女性的数据很少，因此对 15 - 49 岁年龄组进行了估计。

- ad2000** - 2020 年家庭饮用水、环境卫生和个人卫生进展：实现可持续发展目标五年。日内瓦：世界卫生组织和联合国儿童基金会；2021 年（https://washdata.org/sites/default/files/2022-01/jmp-2021-wash-hometers_3.pdf，2023 年 4 月 30 日访问）。仅显示具有最近主要数据的国家的可比估计数。全球和区域汇总的计算包括表中未显示的国家数据。
- ae** 联合国全球可持续发展目标指标数据平台（<https://unstats.un.org/sdgs/dataportal>，2023 年 4 月 25 日访问）。
- af** 截至 2023 年 3 月 23 日，对水务部门（供水和卫生，农业水资源和水力发电厂）的官方发展援助，2023 年。经济合作与发展组织（OECD）的债权人报告系统（CRS）（<https://stats.oecd.org/ldex.aspx?DataSetCode=crs1>，2023 年 4 月 30 日访问）。包括用于供水和卫生的 CRS 用途代码（CRS 140XX），农业水资源（CRS 31140）和水力发电厂（CRS 23220）。全球汇总包括表中未显示的国家 and 区域数据。
- ag** 公共卫生和环境 [在线数据库]。全球卫生观察站数据。日内瓦：世界卫生组织（<https://www.who.int/data/gho/data/themes/public-health-and-environment/GHO/public-health-and-environment>，2023 年 4 月 30 日查阅）。
- 啊** 截至 2023 年 4 月 12 日的全球根除脊髓灰质炎行动数据（<https://polioeradication.org/polio-today/polio-now/wild-polirus-list/>，2023 年 4 月 12 日访问）。
- ai** 非传染性疾病的危险因素 [在线数据库]。全球卫生观察站数据。日内瓦：世界卫生组织（<https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/非传染性疾病---危险因素>，2023 年 4 月 30 日访问）。此指标在此处作为 GPW 13 指标“18 岁以上人群中血压升高的年龄标准化患病率”的代表，因为估计是最近的。
- aj** 非传染性疾病的危险因素 [在线数据库]。全球卫生观察站数据。日内瓦：世界卫生组织（<https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/非传染性疾病---危险因素>，2023 年 4 月 30 日查阅）。
- ak** 非标准定义。有关更多详细信息，请参见：联合国儿童基金会 / 世界卫生组织由熟练卫生人员接生的联合数据库（脚注“d”）。
- al** 机构出生率 (%) 用作可持续发展目标指标的替代指标。
- am** 非标准定义。有关更多详细信息，请参阅：2021 年世界避孕器具使用（脚注“m”）。
- an** 估计仅指吸烟，但预计与所有烟草使用相似。
- ao** 仅首都的数据。
- ap** 仅来自私营部门的数据。
- aq** 分析中未考虑水肿数据。
- ar** 非标准定义。有关更多详细信息，请参阅相应的调查评论：[https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/gho-jme-country-children-age-5-years-wasted-br-\(-height-2-sd\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/gho-jme-country-children-age-5-years-wasted-br-(-height-2-sd))（2023 年 4 月 30 日访问）。
- as** 最近的输入数据是在 2000 年之前，请谨慎解释。
- 在** 数据收集不包括某些地区或人口。有关更多详细信息，请参阅相应的调查评论：[https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/gho-jme-country-sheed-5-years-wasted-br-\(-height-2-sd\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/gho-jme-country-sheed-5-years-wasted-br-(-height-2-sd))（2023 年 4 月 30 日访问）。
- au** 对于在 2021 财年被归类为高收入国家，没有清洁燃料使用信息的高收入国家，使用量假定为 100%。
- av** 仅报告医院消费。**aw** 仅报告社区消费。**斧头** 只有公共部门报告。
- ay** 《2023 年全球道路安全状况报告》（将于 2023 年 11 月发布）将根据本版《世界卫生统计》发布以来提供的最新数据，提供 2021 年的估计数，以及 2019 年及以前各年的最新数据。

附件 2. 区域集团¹

世界卫生组织非洲区域

阿尔及利亚、安哥拉、贝宁、博茨瓦纳、布基纳法索、布隆迪、佛得角、喀麦隆、中非共和国、乍得、科摩罗、刚果、科特迪瓦、刚果民主共和国、赤道几内亚、厄立特里亚、埃斯瓦蒂尼、埃塞俄比亚、加蓬、冈比亚、加纳、几内亚、几内亚比绍、肯尼亚、莱索托、利比里亚、马达加斯加、马拉维、马里、毛里塔尼亚、毛里求斯、莫桑比克、纳米比亚、尼日尔、尼日利亚、卢旺达、圣多美和普林西比、塞内加尔、塞舌尔、塞拉利昂、南非、南苏丹、多哥、乌干达、坦桑尼亚联合共和国、赞比亚、津巴布韦。

世界卫生组织美洲区域

安提瓜和巴布达、阿根廷、巴哈马、巴巴多斯、伯利兹、多民族玻利维亚国、巴西、加拿大、智利、哥伦比亚、哥斯达黎加、古巴、多米尼克、多米尼加共和国、厄瓜多尔、萨尔瓦多、格林纳达、危地马拉、圭亚那、海地、洪都拉斯、牙买加、墨西哥、尼加拉瓜、巴拿马、巴拉圭、秘鲁、波多黎各、圣基茨和尼维斯、圣卢西亚、圣文森特和格林纳丁斯、苏里南、特立尼达和多巴哥、美利坚合众国、乌拉圭、委内瑞拉玻利瓦尔共和国。

世界卫生组织东南亚区域

孟加拉国、不丹、朝鲜民主主义人民共和国、印度、印度尼西亚、马尔代夫、缅甸、尼泊尔、斯里兰卡、泰国、东帝汶。

世界卫生组织欧洲区域

阿尔巴尼亚、安道尔、亚美尼亚、奥地利、阿塞拜疆、白俄罗斯、比利时、波斯尼亚和黑塞哥维那、保加利亚、克罗地亚、塞浦路斯、捷克、丹麦、爱沙尼亚、芬兰、法国、格鲁吉亚、德国、希腊、匈牙利、冰岛、爱尔兰、以色列、意大利、哈萨克斯坦、吉尔吉斯斯坦、拉脱维亚、立陶宛、卢森堡、马耳他、摩纳哥、黑山、荷兰(王国)、北马其顿、挪威、波兰、葡萄牙、摩尔多瓦共和国、罗马尼亚、俄罗斯联邦、圣马力诺、塞尔维亚、斯洛伐克、斯洛文尼亚、西班牙、瑞典、瑞士、塔吉克斯坦、蒂尔基耶、土库曼斯坦、乌克兰、大不列颠及北爱尔兰联合王国、乌兹别克斯坦。

世界卫生组织东地中海区域

阿富汗、巴林、吉布提、埃及、伊朗伊斯兰共和国、伊拉克、约旦、科威特、黎巴嫩、利比亚、摩洛哥、巴勒斯坦被占领土，包括东耶路撒冷、阿曼、巴基斯坦、卡塔尔、沙特阿拉伯、索马里、苏丹、阿拉伯叙利亚共和国、突尼斯、阿拉伯联合酋长国、也门。

世界卫生组织西太平洋区域

澳大利亚，文莱达鲁萨兰国，柬埔寨，中国，中国，香港特别行政区，中国，澳门特别行政区，库克群岛，斐济，日本，基里巴斯，老挝人民民主共和国，马来西亚，马绍尔群岛，密克罗尼西亚联邦，蒙古，瑙鲁，新西兰，纽埃，帕劳，巴布亚新几内亚，菲律宾，大韩民国，萨摩亚，新加坡，所罗门群岛，汤加，图瓦卢，越南。

¹纽约（纽约）：联合国经济和社会事务部人口司；2022年（<https://population.un.org/wpp/>，2023年4月15日查阅）。



World Health
Organization



所有人的
健康

9789240074323



9 789240 074323