



实施 2030 年免疫议程：

通过协调一致的计划、监测与评价、自主与问责以及沟通与宣传
建立行动框架

版本日期：2021 年 5 月 14 日

目录

1. 引言	3
目的	4
2030 年免疫议程的共同编制情况	4
指导原则	5
2. 2030 年免疫议程行动框架	6
协调一致的业务计划	6
监测与评价	7
自主与问责	10
发挥沟通与宣传的跨领域推动作用	15
3. 各层面对 2030 年免疫议程的实施	15
国家层面的实施	15
区域合作与支持	17
全球承诺	19
4. COVID-19 背景下的 2030 年免疫议程	19
5. 未来道路的学习议程	21
缩略语	23
附件 1 – 监测与评价框架	26
影响目标和战略重点目标指标的进一步编制	58

实施 2030 年免疫议程： 通过协调一致的计划、监测与评价、自主与问责 以及沟通与宣传建立行动框架

1. 引言

1.1. 2020 年 8 月，第七十三届世界卫生大会在 **WHA73(9)号决定** 中核可了《**2030 年免疫议程：不让任何人掉队的全球战略**》。《2030 年免疫议程》确定了实现该议程愿景需要做的事情，即“建立一个能够让每个地方每个年龄段的每一个人都能充分接种疫苗以获得良好健康和福祉的世界”。

1.2. 《2030 年免疫议程》是为全球社会制定的一项**全球战略**，要求所有免疫和非免疫利益攸关方拥有广泛的自主权，包括参与加强卫生系统和注重处理具体疾病的行动的利益攸关方。虽然《2030 年免疫议程》是由世卫组织应邀牵头编制的，但它属于所有利益攸关方共同创建、共同编制和共同拥有。《2030 年免疫议程》意在**对每一个国家**的利益作出反应，不管其收入水平或地理位置如何。该议程认识到，要想取得成功，最重要的行动必须由个别会员国自己采取，《2030 年免疫议程》的目的是要加强国家对有效和全面的疫苗接种规划的计划制定和实施的自主权。

1.3. 《2030 年免疫议程》将通过四个关键要素予以实施：

- 区域和国家战略（**业务计划**）；
- 确保**自主与问责**的机制；
- 指导实施的**监测与评价**框架；以及
- **沟通与宣传**，以确保免疫工作仍然是卫生议程的重点，并争取对《2030 年免疫议程》的支持。

1.4. 值此免疫接种的关键时刻，《2030 年免疫议程》的实施将首先侧重于**全面应对 COVID-19 大流行**并修复其造成的损害。当务之急是在所有国家迅速和公平地推广 COVID-19 疫苗接种。对于很多没有成人免疫规划的国家来说，这是一项重大挑战。另外，当前对 COVID-19 的关注挤占了现有疫苗接种活动的资源，这就需要各国解决其免疫和其他基本初级卫生保健服务中断的问题。

1.5. 应对这些挑战成为实施《2030 年免疫议程》的当务之急。《2030 年免疫议程》将支持紧急采取集体行动，以弥补错失的疫苗接种机会和恢复基本服务。《2030 年免疫议程》致力于消除公平差距，特别是减少“零接种”社区（没有接种任何基本疫苗的社区）的数量，这一点比以往任何时候都更加重要，因为各国都在努力应对由引进 COVID-19 疫苗接种与维持和加强现有免疫规划带来的双重挑战。当世界正在从 COVID-19 疫情中恢复过来的时候，绝不能让偏远农村地区、城市贫民窟和受冲突影响社区的儿童掉队。

1.6. 以这种方式恢复免疫规划也将为加强初级卫生保健系统做出重大贡献。有效的儿童和成人免疫规划（包括 COVID-19 在内）将是建立具有抵御能力和可持续的初级卫生保健系统的核心，而这样的初级卫生保健系统对未来的全球卫生安全至关重要。

目的

1.7. 本**行动框架**的目的是介绍如何将四个关键要素融为一体，以确保顺利实施旨在实现 2030 年免疫议程愿景的 2030 年免疫议程战略。

1.8. 本文件首先总结了一系列需要予以总体考虑的因素，然后对以下几个方面进行了讨论：

- 四个关键要素如何作为一个“**行动框架**”共同发挥作用（第 2 节）。
- 如何将其**转化为**国家、区域和全球层面的**实施行动**（第 3 节）。
- 在当前 **COVID-19** 背景下需要考虑的其他因素（第 4 节）。
- **学习议程**将如何帮助确定未来的道路（第 5 节）。

附件对监测与评价部分作了更加详细的说明。

1.9. 本文件是在 2020 年 11 月首次编写，现已进行了更新，以反映迄今为止与**世界卫生组织会员国**¹和世卫组织执行委员会进行磋商后收到的反馈意见以及一些其他利益攸关方提出的意见。

1.10. 作为一份**动态文件**，本指导文件将会根据早期实施经验、新的重点和挑战以及未来十年可能出现的需求进行更新。鉴于 COVID-19 大流行在不断发展和变化及其对免疫规划的影响，尤其需要对 2030 年免疫议程指标进行严格审查和调整。2030 年免疫议程的学习议程为更新本文件提供了初步框架。

2030 年免疫议程的共同编制情况

1.11. 在 2019 年期间，世卫组织与致力于改善免疫结果的会员国和合作伙伴共同编制了 2030 年免疫议程战略和愿景核心文件。这种共同编制的做法在 2020 和 2021 年得以继续沿用，并为编制本文件所述业务要素奠定了基础。

1.12. 《2030 年免疫议程》的实施计划吸取了全球疫苗行动计划²的经验教训。此外，四个业务要素也都是根据广泛的利益攸关方意见编制的：

¹ 与世卫组织会员国的磋商于 2020 年 12 月和 2021 年 4 月 8 日举行。

² <https://www.who.int/publications/i/item/the-global-vaccine-action-plan-2011-2020-review-and-lessons-learned-strategic-advisory-group-of-experts-on-immunization>

- **自主与问责模型和业务计划**指导文件由 2030 年免疫议程合作伙伴³的核心团队牵头开发和编制。2020年7月和8月，与各种利益攸关方进行了广泛磋商，其中包括政府高级官员、国家免疫规划管理人员、国家免疫技术咨询小组代表、学术界代表、非卫生部门代表、民间社会组织代表以及来自低收入国家、中等收入国家和高收入国家发展伙伴的代表。
- **监测与评价**方法是由一个（由来自各国和各区域的代表组成）专题小组与 2030 年免疫议程核心合作伙伴、七个 2030 年免疫议程战略重点工作小组合作制定的，并与来自各国、世卫组织区域办事处、世卫组织免疫战略咨询专家组、学术界和民间社会组织的其他代表组成的“决策咨询班子”进行了协商。在 2020 年 10 月的会议上，免疫战略咨询专家组对自主与问责和监测与评价模型草案进行了审订。本文件包含根据免疫战略咨询专家组提出的修订建议和发展伙伴提出的补充意见进行的修订。
- **沟通与宣传**战略是根据免疫合作伙伴、沟通与宣传专家以及国家、区域和全球一级民间社会组织提出的意见共同制定的。意见是通过国家和区域调查、访谈、专题小组讨论以及广泛的自主与问责全国磋商收集的。目前，共同制定的战略正在通过一个合作项目付诸实施，以便使拟议的启动活动、一个信息收发框架和各种机构得以落实，以确保在整个十年期间的持续参与。

指导原则

1.13. 该行动框架借鉴了以下原则：

- 向所有免疫和非免疫利益攸关方**灌输对实现 2030 年免疫议程愿景的广泛自主意识**，包括那些参与加强卫生系统和注重处理具体疾病的行动的利益攸关方。国家自主权对实现 2030 年免疫议程愿景至关重要，因为最重要的行动将由各国自己负责。
- **利用和加强**国家、区域和全球一级的**现有**协调、问责、计划、监测与评价和**宣传机制**。
- 利用及时、可靠和符合目的的数据**促进持续质量改进周期**。
- **建立和加强**利益攸关方问责制和技术标准的统一，以满足国家需求。
- 与现有区域和国家计划以及包括可持续发展目标、全民健康覆盖和全球疫苗免疫联盟第五个五年战略（Gavi 5.0）在内的全球战略**保持一致和协调**。

³ 2030 年免疫议程核心小组由世卫组织和联合国儿童基金会共同领导，成员来自威康信托基金会、比尔及梅琳达·盖茨基金会、全球疫苗免疫联盟秘书处、美国疾病预防控制中心以及全球疫苗免疫联盟民间社会组织支持者。

2. 2030年免疫议程行动框架

2.1. 为了增加自主权和促进采取行动，四个关键业务要素被融为一体，以推动实施《2030年免疫议程》（图1）。

图 1：2030年免疫议程行动框架及推动实施的四个业务要素



2.2. 在这四个要素中，每一个要素对于免疫规划的持续质量改进和实现 2030 年免疫议程愿景所需的其他进展都至关重要：

1. **协调一致的业务规划**，由各国、区域和合作伙伴采取重点实施行动，并由《2030年免疫议程》七个战略重点中各自技术附件提供的指导予以支持。
2. **监测与评价**，采用基于行动的指标来监测与评价在实现《2030年免疫议程》目标和战略重点目标方面的进展情况，以便在需要时为采取纠正行动提供参考。
3. **自主与问责**以及确保获得利益攸关方承诺、促进和协调技术支持以及跟踪进展情况的机构和平台。
4. **沟通与宣传**是一个跨领域推动要素，将在关键时刻推动协调一致的信息传递和行动，以实现整个十年的问责目标。

协调一致的业务计划

2.3. 会员国、区域机构、发展伙伴和民间社会采取协调一致的业务规划是将 2030 年免疫议程愿景转化为具体的近期行动的一种手段。会员国将在更新其国家战略和计划时将列为《2030年免疫议程》重点的方面纳入其中，同时考虑其国情和拥有的专门知

识。最初的重点将包括扩大 COVID-19 疫苗接种范围以及将免疫接种和其他基本卫生服务至少恢复到 COVID-19 前的水平。

2.4. 《2030 年免疫议程》业务规划与各区域和会员国在确定其区域和国家免疫重点以及制定旨在实现其卫生可持续发展目标的实施计划时使用的现有机制（区域免疫技术咨询小组和国家免疫技术咨询小组等）完全一致。它还将考虑到一些有时限的行动（如 COVAX），对全球疫苗免疫联盟的 2021-2025 年战略予以补充，并寻求纳入注重处理具体疾病的行动。虽然各国和各区域制定计划的过程各不相同，但它们都将采取类似的关键步骤，以确保免疫需求得到充分了解，缩小差距，确定适合本地的先后次序，制定现实且有意义的目标，以及确保投入充足的资源。

2.5. 制定计划的关键步骤包括召集免疫和卫生部门内外的相关利益攸关方、审查证据和经验教训、了解根本原因以及确定改进需求。制定计划的过程应参考最佳做法和借鉴最新技术指导文件（如《2030 年免疫议程》技术附件中提供的指导）。为支持国家制定计划，世卫组织即将发布关于制定**国家免疫战略**的最新指导文件。民间社会组织和发展伙伴调整其对实现《2030 年免疫议程》各种目标的贡献也很重要。

2.6. 《2030 年免疫议程》业务计划还将加强旨在控制、消除和消灭脊灰、麻疹和风疹等注重处理具体疾病的各种行动之间的协调与整合。在制定新的尾声战略时，全球消灭脊灰行动⁴阐明了其对《2030 年免疫议程》的承诺，并说明了将消灭脊灰与基本免疫活动结合起来将如何推动实现《2030 年免疫议程》的各项战略重点。同样，新的麻疹和风疹行动十年战略框架⁵也明确规定了对《2030 年免疫议程》每一个战略重点的贡献，并为融入国家和区域计划制定过程提供了便利。

监测与评价

2030 年免疫议程**监测与评价框架**有基于行动的指标，其目的在于加强监测、评价与行动周期的实施能力，包括在国家、区域和全球各级的有效反馈循环。

2.7. 在国家、区域和全球各级定期开展独立技术审查的帮助下，监测、评价与行动周期鼓励免疫规划利益攸关方不断提出以下问题：

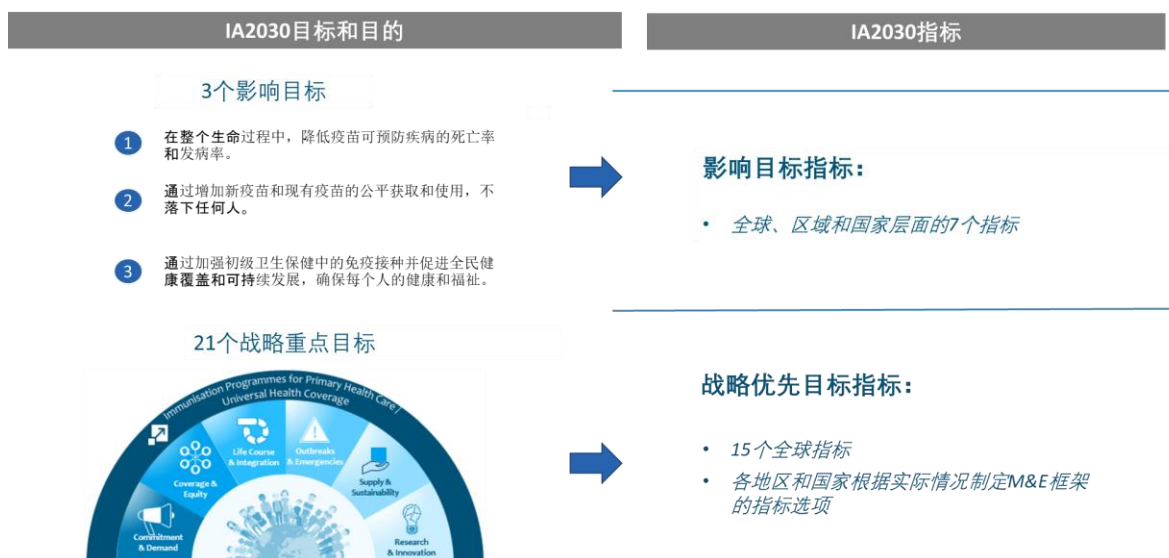
- 我们过得怎么样？（**监测**）
- 我们如何能做得更好？（**评价**）
- 谁负责采取何种行动来做出改进？（**行动**）

2.8. 监测与评价框架包括旨在利用数据采取行动以便各级能够持续改进免疫规划的**定制指标**。该框架为监测在实现《2030 年免疫议程》三个影响目标及其七个战略重点领域中的 21 项目标方面的进展情况提供了指标（**图 2**）。

图 2：《2030 年免疫议程》的影响目标、战略重点目标和指标

⁴ 脊灰战略尚未出台。

⁵ 可查阅：<https://measlesrubellainitiative.org/learn/the-solution/the-strategy/>



影响目标指标

2.9. 影响目标有七项指标（表 1）。它们是各级（国家、区域和全球）通用的成果和影响衡量标准，旨在跟踪在实现《2030 年免疫议程》三个影响目标方面的进展情况。对照预先确定的具体目标对在实现影响目标指标方面取得的进展情况进行评估。附件 1 提供了对每个影响目标指标的详细说明，包括目标设定方法以及指标对监测、评价与行动的主要用途。

表 1：拟议的《2030 年免疫议程》影响目标指标和具体目标⁶

影响目标	指标	2030 目标
<p>1</p> <p>预防疾病</p> <ul style="list-style-type: none"> 拯救生命 控制、消除和消灭 VPD 减少 VPD 爆发 	<p>1.1 通过免疫接种避免的未来死亡人数¹</p> <p>1.2 实现认可的区域或全球 VPD 控制、消除和消灭目标的国家数量和百分比²</p> <p>1.3 大规模或破坏性 VPD 爆发³的数量</p>	<p>在全球范围内避免 5000 万例未来死亡</p> <p>所有国家都实现了认可的区域或全球 VPD 控制、消除和消灭目标</p> <p>所有选定 VPD³ 的全球年度大规模或破坏性疫情爆发呈下降趋势</p>
<p>2</p> <p>推动公平</p> <ul style="list-style-type: none"> 不落下任何人 提供获得所有疫苗的机会 	<p>2.1 零剂量儿童的数量</p> <p>2.2 在低收入和中等收入国家引进新疫苗或未充分利用的疫苗⁴</p>	<p>在国家、地区和全球层面将零剂量儿童的数量减少 50%</p> <p>500 引进</p>
<p>3</p> <p>建立强有力的免疫接种计划</p> <ul style="list-style-type: none"> 在整个生命过程中提供为 PHC/UHC 做出贡献 	<p>3.1 整个生命过程中的疫苗接种率（DTP3、MCV2、PCV3、HPVc）⁵</p> <p>3.2 UHC 服务覆盖指数</p>	<p>DTP3、MCV2、PCV3 和 HPVc 的全球覆盖率为 90%</p> <p>提高国家、地区和全球层面的 UHC 服务覆盖指数</p>

1. 疫苗抗原包括：乙肝、B 型流感嗜血杆菌、人乳头瘤病毒、乙脑、麻疹、A 型脑膜炎、肺炎链球菌、轮状病毒、风疹、黄热病、白喉、破伤风、百日咳、卡介苗。相对于零覆盖率水平（未接种疫苗）进行测量；目标包括通过 2021-2030 年期间接种疫苗在出生队列中避免的死亡人数。

2. 根除（脊髓灰质炎、消除传播（麻疹、风疹）、作为公共卫生问题消除（人乳头瘤病毒、孕产妇和新生儿破伤风、乙肝）、控制（乙型脑炎）

3. 麻疹、脊髓灰质炎、脑膜炎球菌、黄热病、霍乱和埃博拉病毒的大规模或破坏性爆发需根据每种疾病的标准进行定义。

4. 疫苗包括：乙肝出生剂量、B 型流感嗜血杆菌、人乳头瘤病毒、IPV2、MCV2、PCV、轮状病毒、风疹、DTP 加强剂、COVID-19、乙型脑炎、黄热病、A 型脑膜炎、多价脑膜炎、伤寒、霍乱、登革热、狂犬病、甲肝、流感、水痘和腮腺炎。疟疾和其他相关疫苗可能会在建议时列入。

5. COVID-19 疫苗接种覆盖率可能会列入。

⁶ 1. 疫苗抗原包括：乙肝、B 型流感嗜血杆菌、人乳头瘤病毒、乙型脑炎、麻疹、A 型脑膜炎、肺炎链球菌、轮状病毒、风疹、黄热病、白喉、破伤风、百日咳、卡介苗。相对于零覆盖率水平（未接种疫苗）进行测量；目标包括通过 2021-2030 年期间接种疫苗在出生队列中避免的死亡人数。

战略重点目标指标

2.10. 战略重点目标指标旨在跟踪 21 个《2030 年免疫议程》战略重点目标的执行情况。它们还将有助于查明成败的潜在根源，以便能够提出建议并实施旨在改进规划执行情况的行动。这些指标是各种投入、过程、产出和成果措施的组合，反映了国家、区域和全球各级对执行情况进行监测的必要性。由于国家和区域差异很大，没有为战略重点目标指标设定全球具体目标。鼓励各区域和各国对每项指标的基准进行评估，并为这些指标设定能够反映本地情况的具体目标。

- **国家战略重点目标指标**旨在由国家机构用于评估进展情况，提出改进免疫执行情况的行动建议，并为机构、国家以下级别和国家一级确定资源的先后次序和分配以及制定政策提供参考。为了补充全球和区域指标，鼓励世卫组织和联合国儿童基金会国家和区域办事处支持会员国为监测与评价国家卫生或免疫计划和战略选择符合本地需求和背景的战略重点目标补充指标。
- **区域战略重点目标指标**旨在由区域机构用于评估进展情况、提出改进执行情况的行动建议以及为各国提供量身定制的技术支持⁷。为了补充全球指标，鼓励世卫组织和联合国儿童基金会区域办事处选择符合区域需求和背景的战略重点目标补充指标。
- **全球战略重点目标指标 (n=15)**旨在评估进展情况，并用于提出旨在改进全球执行情况的行动建议，以及突出需要在区域和国家层面进一步评价和解决的关键执行差距（表 2）。每个指标的详细说明见附件 1。

表 2: 拟议的《2030 年免疫议程》全球战略重点目标指标 (n=15)

2.根除（脊髓灰质炎）、消除传播（麻疹、风疹）、作为公共卫生问题消除（人乳头瘤病毒、孕产妇和新生儿破伤风、乙肝）、控制（乙型肝炎）

3.麻疹、脊髓灰质炎、脑膜炎球菌、黄热病、霍乱和埃博拉病毒的大规模或破坏性爆发将根据每种疾病的标准进行定义。

4.疫苗包括：乙肝出生剂量、B 型流感嗜血杆菌、人乳头瘤病毒、IPV2、MCV2、PCV、轮状病毒、风疹、DTP 加强剂、COVID-19、乙型肝炎、黄热病、A 型脑膜炎、多价脑膜炎、伤寒、霍乱、登革热、狂犬病、甲肝、流感、水痘和腮腺炎。疟疾和其他相关疫苗可能会在建议时列入。

5.COVID-19 疫苗接种覆盖率可能会列入。

⁷ 有关选择区域和国家战略重点目标指标的指导见附件 1。

<p>SP 1: PHC/UHC免疫计划</p>	<p>SP 2: 承诺与需求</p>	<p>SP 4: 生命过程与整合</p>	<p>SP 6: 供应与可持续性</p>
<p>1.1 有证据表明在国家和地方层面采取了监测、评估和行动机制的国家比例</p> <p>1.2 每10,000人口中医生、护士和助产士的密度</p> <p>1.3 90%的地区及时报告全国范围内监测的所有重点VPD疑似病例的国家比例</p> <p>1.4 在服务水平层面充分提供DTPcv和MCV的时间比例（各国的平均值）</p> <p>1.6 每百万总人口中至少有一份个人严重AEFI病例安全报告的国家比例</p>	<p>2.1 已有立法支持免疫接种作为一种公益的国家比例</p> <p>2.2 已实施行为或社会战略（即需求产生战略）以解决疫苗接种不足问题的国家比例</p>	<p>4.1 保护范围（按国家分列的所有世卫组织推荐的疫苗抗原的平均覆盖率）</p>	<p>6.1 疫苗市场的健康水平，按疫苗抗原和国家类型分列**</p> <p>6.2 国内政府和捐助方用于初级卫生保健的支出增加或保持稳定的国家比例</p> <p>6.3 由国内政府资源资助的国家免疫计划疫苗支出份额增加的国家比例</p>
	<p>SP 3: 覆盖率和公平性</p>	<p>SP 5: 爆发和紧急情况</p>	<p>SP 7: 研究与创新</p>
	<p>3.2 覆盖率最低的20%地区的DTP3、MCV1和MCV2的覆盖率（各国平均值）</p>	<p>5.1 脊髓灰质炎、麻疹、脑膜炎球菌、黄热病、霍乱和埃博拉疫情*及时发现和应对的比例</p>	<p>7.1 制定免疫研究议程的国家比例</p> <p>7.2 实现全球研发目标的进展***</p>
<p>* 仅包括有疫情应对疫苗接种活动的疫情</p> <p>** 将衡量以下属性：供应满足需求；个别供应商风险；缓冲能力；长期竞争</p> <p>*** 目标将于2022年内设定并得到SAGE的认可</p>			

2.11. 如下一节所述，通过监测和分析《2030年免疫议程》的进展情况，独立的技术审查机构可以就有待国家和区域机构以及2030年免疫议程工作小组进一步深入评价的领域提出建议。作为监测、评价与行动周期的组成部分，将鼓励在国家、区域和全球各级对每个战略重点内的政策、战略和干预措施进行评价。评估不同背景下的政策、战略和干预措施需要采取不同的评价方法。与各国、各区域、合作伙伴和民间社会的协商性接触以及独立技术审查小组（如免疫战略咨询专家组、区域免疫技术咨询小组）和全球一级《2030年免疫议程》伙伴关系的反馈将为工作小组开展评价工作提供参考。

自主与问责

2.12. 能否实现《2030年免疫议程》十年战略中提出的愿景取决于众多不同的利益攸关方，每个利益攸关方都为实现既定目标（**自主**）承担约定的责任。确保这些贡献得到理解、执行和监测是一个核实各利益攸关方责任（**问责**）的过程，这将有助于各国和合作伙伴不会偏离轨道。

2.13. 因此，《2030年免疫议程》的自主与问责模型显示了不同利益攸关方作出的承诺，并通过定期监测确保问责。在《2030年免疫议程》监测与评价框架的支持下，各级合作伙伴将获得用于对照阶段性目标审查进展和执行情况的数据，以便它们能够在需要时采取纠正措施。

2.14. 正如联合国独立问责小组2020年报告⁸所强调的那样，有效的问责框架依赖于四个相互关联的支柱，这就带出了以下问题：

- **承诺：** 我们是否对具体目标做出承诺，是否明确了责任和是否需要资源？

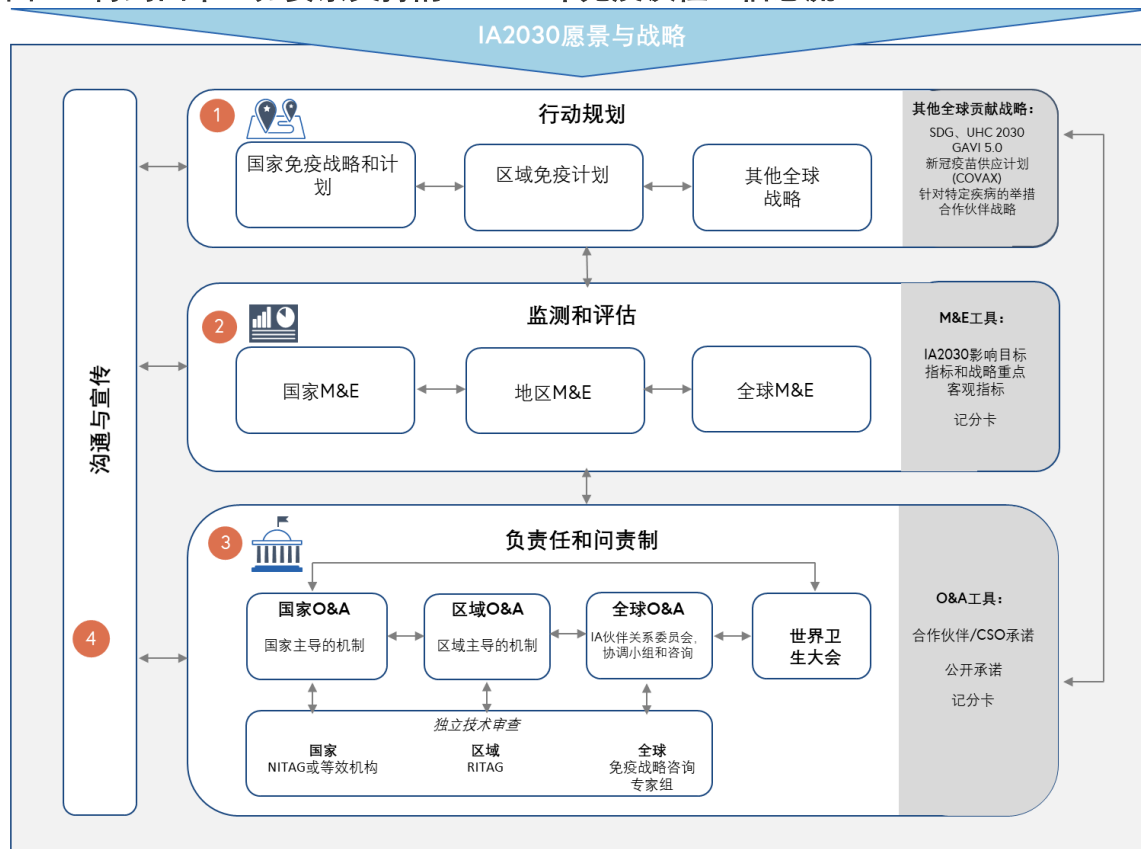
⁸ 联合国秘书长的“每个妇女每个儿童”运动的独立问责小组。日内瓦：世界卫生组织；2020年

- **证明：**我们加强实现各项目标和权利的决定和行动是否得到证据、权利和法治的支持？
- **实施：**我们是否会通过独立审查等手段来监测和审查数据，采取补救措施，以及采取必要的行动？
- **进展：**我们是否会朝着商定的权利和目标不断取得有效、高效和公平的进展？

2.15. 这一“良好做法”框架为自主与问责方法的设计提供了指导，并对必要的机构、工具和信流进行了整合（图3）。

2.16. 在制定自主与问责方法时，会员国和发展伙伴呼吁在国家、区域和全球各级更加系统和协调一致地利用现有体系。此外，发展伙伴（包括私营部门）和民间社会组织的共同贡献应符合国家和区域的具体情况，并提高特定疫苗可预防疾病行动的能见度和整合。

图3：得到四个业务要素支持的《2030年免疫议程》信息流



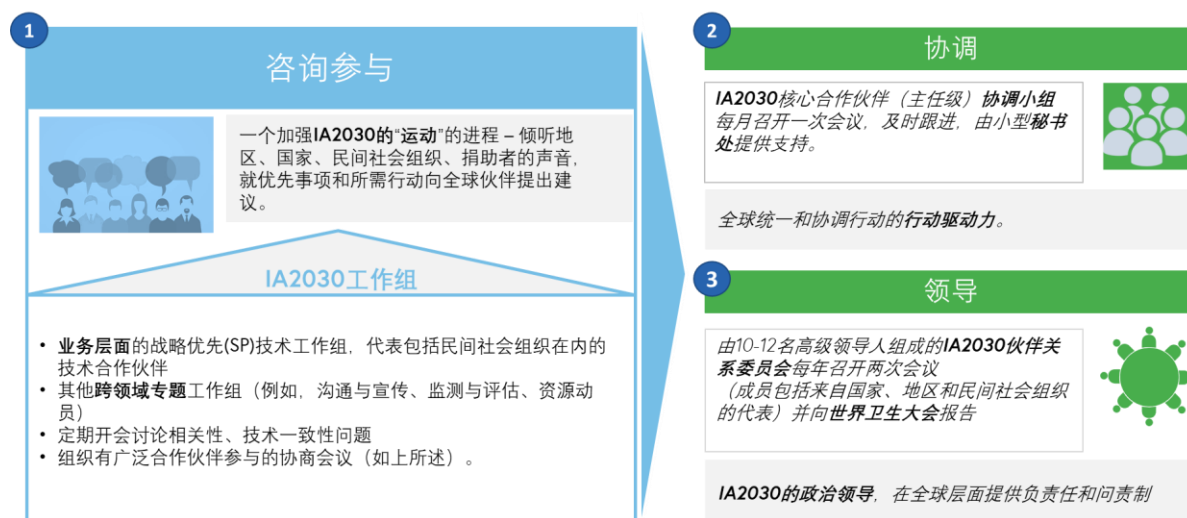
全球一级伙伴关系模型

2.17. 《2030年免疫议程》的**全球一级伙伴关系模型**为免疫领域提供了一个总的“伞式”论坛，其目的在于兼顾各国利益，让民间社会利益攸关方拥有发言权，并且涵盖所有疫苗可预防疾病。为此，它将结合工作小组的协商参与进程、协调小组的业务协调以及伙伴关系委员会的政治领导来实现这一目标。它将利用新设计的工具来增加能

见度和证据，以便为各合作伙伴进行决策提供参考，推动国家、区域和全球各级为实现2030年免疫议程愿景采取纠正行动。

2.18.因此，该模型包括以下三个相互关联的支柱（图4），且每个支柱都为构成《2030年免疫议程》全球伙伴关系的基础发挥重要作用。这些组成部分共同作用，弥补了在与这十年的新愿景和战略保持一致的总体自主与问责体系方面存在的一个关键差距。这三个组成部分将在下文介绍，并将在目前正在编制的本框架的自主与问责附件中进一步详细说明。

图4：《2030年免疫议程》全球自主与问责模型的三个组成部分



2.19.以下原则将指导全球自主与问责模型的运作：

- **为利益攸关方提供一些不同的东西：** 为避免重复，该模型将保持对免疫接种问题的关注，同时确保与全民健康覆盖以及孕产妇、新生儿和儿童健康等更广泛的卫生议程进行密切合作。
- **让所有国家、区域和社区拥有发言权：** 这种方法将确保所有利益攸关方群体都能切实参与全球一级的审议。
- **利用国家和区域体系：** 该模型将利用各种现有论坛，根据记分卡中记录的认捐情况和具体目标，审查发展伙伴、民间社会组织和会员国的进展情况。
- **解决碎片化问题：** 该方法旨在凝聚共识，激励伙伴更有效地实施各种注重处理具体疾病的行动。
- **关注重点：** 全球层面的对话和由此产生的行动将以通过循证数据、协商进程和专题工作小组确定的重点国家和重点主题为目标。
- **保持技术重点：** 为了能够在制定《2030年免疫议程》战略重点方面开展的宝贵合作的基础上再接再厉，《2030年免疫议程》工作小组将定期举行会议，以便为开展战略重点领域的技术协调提供便利，开展全球协调和行动。

- **有期限：**鉴于全球卫生格局复杂且不断变化，并且拥有无数行动和众多伙伴机制，该模型的期限为三年，然后由合作伙伴进行全面审查，以评估其存在的价值和确定其未来。

工作小组和协商参与

2.20.工作小组最初是按《2030 年免疫议程》战略重点而设立的，目的是为合作编制 2030 年免疫议程愿景和战略（2019 年）以及技术附件（2020 年）提供支持。各工作小组将在 2021 至 2023 年期间继续发挥重要召集作用，为重点关注的专题领域或交叉领域开展专题讨论和技术协调提供支持，包括为全球监测与评价以及沟通与宣传提供支持。它们可以补充、扩展、纳入或被纳入现有全球或区域机制，例如为 COVAX 机制、全球疫苗免疫联盟第五个五年战略和/或疾病控制行动设立的机制。各工作小组将在业务层面定期开展讨论，确定需要区域或全球行为体关注的领域，并向包括下述协调小组和 2030 年免疫议程伙伴关系委员会在内的全球机构提供反馈意见。

2.21.就《2030 年免疫议程》实施主题安排与各国、区域、民间社会组织和其他伙伴的**协商参与**，目的是就免疫规划的成功和面临的挑战进行实时交流，并提供跨部门和国家间的同行学习和知识共享。按照各国和各区域提出的主题，轮流支持各工作小组（或伙伴关系支持者群体或实践社区）以成体系的形式举办开放的多语言“虚拟会议”，并为扩大参与者的贡献提供便利。这些协商参与“接触”将有助于确定和提供协调小组和 2030 年免疫议程伙伴关系委员会审议的议题。因此，它们有助于推进《2030 年免疫议程》“运动”，以可预测和成体系的方式汇集来自各区域、国家和民间社会组织的批评声音和观点，并为全球一级的辩论提供了素材。

协调

2.22. **IA2030 协调组**将由来自主要免疫机构和合作伙伴的 7-8 名项目总监组成。在全球层面的监督角色中，这些人员将考虑通过 IA2030 工作组和协商参与收到的意见，帮助推动解决运营瓶颈和技术协调的解决方案。协调组还将就 IA2030 正式报告（例如 WHA、SAGE）的编写提出建议，并为 IAPC 会议制定议程。

2.23.核心伙伴每月举行一次会议，以便为支持实施《2030 年免疫议程》保持定期（和比较非正式的）对话。将成立一个小型“虚拟”的 2030 年免疫议程**秘书处团队**，并由来自伙伴组织的专职工作人员组成，以便为 2030 年免疫议程协调小组和相关机构提供后勤和技术支持。

领导

2.24. **IA2030 合伙人理事会（IAPC）**由 10-12 名来自全球层面的免疫合作伙伴的高级领导人以及来自各个国家、区域和民间社团的代表组成。IAPC 加强、补充并构建国家和区域层面的现有结构，并将全球合作伙伴的注意力集中在优先技术领域、实施瓶颈、实现全球免疫目标的进展和合作伙伴承诺上。

- 监测和审查在实现《2030年免疫议程》具体目标方面的进展情况和全球伙伴支持
- 倡导、投资和协调已确定的关键行动，以促进取得进展
- 动员政治领导，推动全球合作伙伴行动

合作伙伴承诺

2.25. 总体而言，国内融资仍将是免疫工作中最重要的贡献。发展合作伙伴和民间社会组织将根据其技术角色和 IA2030 战略重点，明确其预期承诺和额外贡献。这将提高透明度并促进对其贡献的监测，同时促进实现 IA2030 目标的问责制。目前正在制定这一流程，其目的是补充和协调现有的保证机制，例如 Gavi、GPEI 等机制。

2.26. 承诺可以采取多种形式。一些合作伙伴可以承诺提供财政支持、人力资源或后勤支持（例如 IA2030 秘书处的管理）。其他合作伙伴可以承诺在全球、区域或国家层面的特定 IA2030 战略重点领域发挥技术领导作用，或者在区域沟通和宣传中发挥关键作用。

2.27. 在全球层面，发展合作伙伴和民间社会组织可以绘制现有承诺，以评估差距并通知动员工作。最终，这些承诺（当前承诺和新承诺）可以构成记分卡的一部分（见下一节），并在 IA2030 网站上提供。IAPC 将每年根据这些承诺审查进展情况，预计每 3-5 年更新一次。在区域和国家层面，保证频率将根据区域和成员国的规划周期进行调整，并将在现有协调机制内进行。

定制记分

2.28. 将利用记分卡来跟踪通过 2030 年免疫议程影响目标和战略重点指标成果报告的进展情况以及对技术资源、宣传资源和财政资源作出的认捐承诺。《2030 年免疫议程》记分卡将用于两个截然不同的目标：

- 衡量在实现《2030 年免疫议程》影响目标和全球战略重点方面的进展情况以及了解在国家、区域和全球各级为此提供的捐款情况。
- 对照全球、区域和国家各级发展伙伴和民间社会组织公开认捐的资金承诺衡量进展情况。

2.29. 记分卡将根据国家、区域和全球一级行为体的用途进行量身定制。它们将用于为决策提供信息，将注意力集中在重点上，突出进展，鼓励会员国之间相互学习，支持资源调动、计划和协作，以及推动采取纠正行动。这种量身定制的方法将支持各国、发展伙伴和民间社会组织承担更大的责任。

2.30. 世卫组织将会推动每年编制全球记分卡，并对来自《2030 年免疫议程》监测与评价框架指标和其他来源的数据（如合作伙伴的认捐）进行汇编。记分卡将由 2030 年免疫议程伙伴关系委员会和独立的技术审查机构在全球一级进行审查。记分卡模板将向各区域和各国提供，以便于确定量身定制的监测、评价与行动周期。

发挥沟通与宣传的跨领域推动作用

2.31. 沟通与宣传对于支持协调一致的业务计划、监测与评价、自主与问责、推动政治承诺、国家自主和提高对《2030年免疫议程》的认识至关重要。

2.32. 为制定沟通与宣传战略提供指导的主要目标是：

- 确保**免疫仍然是全球卫生议程的重点**，并与可持续发展目标、全民健康覆盖、营养和性别等更广泛的主题融为一体。
- 确保会员国对《2030年免疫议程》拥有**高度自主权**，以推动确定免疫工作的先后次序和取得进展。
- 加强对免疫目标的**进展问责**，并对取得的成就予以表彰和庆祝。

2.33. 沟通与宣传战略将采取一种在**不同区域和会员国**从技术和文化角度都可以接受的方法，该方法还要有助于开展广泛的社会免疫运动。为了能够吸引社会各界的参与，将采用社会上广泛使用的语言和概念。

2.34. 关键信息包括：免疫对全球卫生安全的重要性、免疫能够为建设具有抵御能力并实现全民健康覆盖的可持续初级卫生保健系统奠定基础、获取和公平的重要性（包括接触零接种儿童）以及创新对扩大免疫规划覆盖范围和影响的作用。

2.35. 《2030年免疫议程》成功的关键是确保合作伙伴的持续参与和对共同愿景的持续承诺。因此，落实沟通与宣传业务的核心是在该议程启动后为保持势头而设立各种机构和开展各种活动。一个主要目的是围绕一些重要的阶段性目标和关键时刻定期动员利益攸关方，并在整个十年期内开展一系列活动。这将确保免疫始终是全球和区域卫生议程的重点议题，并将有助于产生对免疫的大规模支持或社会运动。沟通与宣传部门将与2030年免疫议程工作小组密切合作，在各项重点上保持一致，确定参与机会，协调行动，加强对《2030年免疫议程》具体目标的问责，并对取得的进展进行庆祝。

2.36. 为一系列受众量身定制适应性强的灵活行动也将有助于各区域和会员国将数据和证据与具体背景结合起来，并通过各种平台传递信息。沟通与宣传战略将与其他旨在增加对疫苗的信心和需求的沟通举措保持一致。

3. 各层面对2030年免疫议程的实施

3.1. 《2030年免疫议程》行动框架将在以下关键工具、机构和进程的支持下，在国家、区域和全球各级予以实施。

国家层面的实施

3.2. 会员国对通过具体国家计划和预算实施和资助《2030年免疫议程》负有最终的责任，包括在实施《2030年免疫议程》的头几年内重点关注 COVID-19 疫苗接种和恢复




基本卫生服务的计划和预算。国家承诺对于实现和保持国家免疫接种具体目标以及有助于实现《2030年免疫议程》共同愿景的目标至关重要。

3.3. 会员国将根据其国家和区域背景来确定其《2030年免疫议程》各项要素的先后次序。例如，很多国家可能会优先考虑首先侧重于 COVID-19 疫苗接种和恢复基本卫生服务的具体国家计划。一些规划覆盖率高且资源充足的国家可能会主要侧重于反驳社交媒体平台上旨在破坏对疫苗的信心言论。其他国家也可能优先考虑获取负担得起、质量有保证的疫苗供应或针对错过综合卫生服务的儿童的战略。其他国家的首要重点可能是引进尚未被纳入免疫规划的推荐疫苗。每个国家都致力于在《2030年免疫议程》内处理其各自的重点问题将有助于实现共同的全球影响。

3.4. 会员国将在以下基础上通过各自的国家战略和计划（表 3）实施《2030年免疫议程》：

- **专家的技术投入：**通过世卫组织和联合国儿童基金会区域办事处协调量身定制的国家支持以及利用国家和区域技术咨询小组（如国家免疫技术咨询小组、区域免疫技术咨询小组）提供的专家技术投入将会在免疫战略咨询专家组提供指导的基础上，帮助各国卫生部确定工作重点。《2030年免疫议程》每个战略重点的技术附件都将有助于会员国确定旨在针对各项规划重点的行动。
- **更新国家免疫战略和业务计划。**会员国将逐步更新国家战略和行动计划，以反映其在 COVID-19 应对和复苏背景下新出现的重点以及较长期的《2030年后免疫议程》目标。
- **监测、评价与行动周期：**将鼓励会员国在各级实施监测、评价与行动周期（包括有效的反馈循环），以便：(1)定期测量和审查《2030年免疫议程》影响目标和战略重点目标指标数据；(2)使用定制的指标记分卡或一览表评估国家/国家以下级别和伙伴/民间社会组织的进展情况，确定成败的潜在根源，并确定需要改进的领域；(3)建议、制定计划、实施和审查旨在改进规划执行情况的行动。这些周期需要考虑到 COVID-19 的影响，例如在估算基准免疫覆盖范围时。
- **加强国内不同利益攸关方的切实贡献：**一些国家可能会建立正式的国家问责框架或依靠独立的卫生观察站来监测在全民健康覆盖方面的进展情况。其他国家可能会利用和加强机构间协调委员会或卫生部门协调委员会、国家免疫技术咨询小组或全球疫苗免疫联盟联合鉴定程序等现有机制。无论是通过新的平台，还是通过现有平台，合作伙伴都需要重新关注相互问责问题。加强对国内伙伴捐款的问责将有助于更有效和更加协调一致地执行国家重点。民间社会组织发挥的作用越来越大，例如将国家战略与社区联系起来，以加强对免疫接种的信心，确定免疫接种率低的被边缘化人群。鼓励各国将民间社会组织纳入问责机制。

表 3: 《2030 年免疫议程》的国家实施

IA2030的国家实施		
承诺	实现和维持国家和地区的免疫目标和指标	
差异化的IA2030优先事项	根据国家情况（例如覆盖率和公平性、犹豫、服务整合、爆发、有质量保证的疫苗供应、可持续性）	
宣传与沟通	国家沟通和宣传平台	
 协调的行动计划	 监测和评估	 负责任和问责制
工具和结构		
<ul style="list-style-type: none"> 国家卫生战略 国家免疫战略 由专家（例如NITAG、RITAG、SAGE）提供的优先行动计划 	<ul style="list-style-type: none"> IA2030 IG指标、全球和区域SP目标指标以及各国根据需求和情况选择的其他SP目标指标 用于衡量国家/地方和合作伙伴/CSO进展的记分卡或仪表盘 监测框架（例如，国家卫生观察站；WHO-UNICEF JRF） 	<ul style="list-style-type: none"> 世界卫生组织代表 区域委员会代表 NITAG ICC/HSCC 民间社会平台
流程		
<ul style="list-style-type: none"> 通过包含民间社会组织的国家结构进行协调（例如利益相关者参与小组、全球疫苗免疫联盟联合评估过程、卫生部门协调委员会） 	<ul style="list-style-type: none"> 各级的监测、评估周期（包括有效的反馈循环）： <ul style="list-style-type: none"> 监测：定期衡量和审查IA2030指标数据 评估：使用量身定制的指标记分卡评估进展，并确定成功和失败的潜在根本原因 行动：建议实施、资源分配和政策制定的行动 	<ul style="list-style-type: none"> 加强政府、合作伙伴和民间社会组织问责制的流程（例如，全球疫苗免疫联盟国家联合评估、国家问责制框架） 由工作组组织的常规咨询参与机会

区域合作与支持




3.5. 会员国、发展伙伴和民间社会将共同努力，通过区域技术和政治论坛，推动协调一致地执行《2030 年免疫议程》。很多地区最初的重点可能是接种 COVID-19 疫苗，并将免疫接种和基本服务恢复到 COVID-19 前的基准水平。各区域需要根据当前 COVID-19 疫情后复苏中不断出现的新重点调整区域业务计划，并推动取得成果，以确保国家规划符合与《2030 年免疫议程》一致的较长期区域目标和具体目标。沟通与宣传归口单位将有助于争取和保持对免疫和《2030 年免疫议程》目标的支持。各区域的意见将通过协商参与进程得以放大，以便影响和帮助负责任地开展全球一级协调和领导进程。

3.6. 区域合作和支持（表 4）将通过以下方式实施：

- **根据区域重点调整《2030 年免疫议程》战略重点。**区域公共卫生专家（例如由发展伙伴主持的区域免疫技术咨询小组）将建议会员国重点关注的关键技术领域，以期加强将免疫接种活动纳入全民健康覆盖/初级卫生保健，包括注重处理具体疾病的行动。区域重点将在战略、业务计划和监测与评价框架方面得到体现，并有助于实现全球影响目标。它们将包括在进展停滞的情况下根据区域和全球机构认可的具体目标，考虑修改必要的方法。区域免疫技术咨询小组等区域机构将协助会员国、发展伙伴和民间社会组织定期监测进展情况，并系统性地确定新出现的重点。
- **会员国决定区域重点。**会员国将审查各种区域机构（如区域免疫技术咨询小组）通过区域委员会提出的建议并作出决定，包括应对可能产生全区域影响的大流行和易流行疾病。

- **监测、评价与行动周期：**各区域还将实施其监测、评价与行动周期，以便：
(1)定期衡量和审查各国的《2030年免疫议程》指标数据；(2)使用定制的指标记分卡评估区域/国家和伙伴/民间社会组织的进展情况，确定成败的潜在根源，并确定需要改进的领域；(3)就旨在改进区域执行情况的行动提出建议，并确定各国制定计划和实施旨在改进规划执行情况的行动所需的技术支持。这些周期需要考虑到 COVID-19 的影响，例如在估算基准免疫覆盖范围时。
- **发展伙伴协调。**区域重点将在区域业务计划中得到体现，重点领域是为会员国提供支助。在各国正在摆脱 COVID-19 大流行的影响之际，初步计划可能需要有一个进行自我总结的时间点，以便各区域能够重新确定重点。发展伙伴将承诺对《2030年免疫议程》作出认捐（例如支持具体的技术职能），以便有利于为会员国提供协调一致的支持，并促进加强问责。得到加强的区域机构间协调委员会可以根据区域《2030年免疫议程》重点调整发展伙伴战略。可以加强区域工作小组，协调发展伙伴向各国提供业务支助，并可扩大其职权范围，以使民间社会组织也可以更加系统性地参与进来。
- **民间社会组织承诺。**民间社会组织将增加对免疫的承诺、作用和贡献的透明度。它们将在认捐承诺中得到体现。
- **通过区域政治和经济机制的共同承诺。**会员国将通过区域（如非洲联盟、欧洲联盟、东南亚国家联盟）或次区域（如南部非洲发展共同体）机制，指导寻求承诺和监测进展的进程。政治承诺将对技术承诺予以补充，并动员免疫和卫生领域以外的伙伴对加强自主与问责的支持。

表 4：《2030年免疫议程》的区域实施




IA2030的区域实施		
承诺	实现和维持国家和地区的免疫目标和指标	
差异化的IA2030优先事项	根据国家情况（例如覆盖率和公平性、犹豫、服务整合、爆发、有质量保证的疫苗供应、可持续性）	
宣传与沟通	国家沟通和宣传平台	
 协调的行动规划	 监测和评估	 负责任和问责制
工具和结构		
<ul style="list-style-type: none"> • 区域IA2030计划 • 3-5年区域行动计划 • 区域工作组（例如，加强现有全球疫苗免疫联盟小组以包括民间社会组织并协调对非全球疫苗免疫联盟国家的支持） • 区域机构间协调委员会 	<ul style="list-style-type: none"> • IA2030影响目标指标、全球和区域SP目标指标以及各国根据需求和情况选择的其他SP目标指标 • 国家和区域进展记分卡 • 合作伙伴/民间社会组织进展记分卡 • 世卫组织-联合国儿童基金会联合报告表 • 世卫组织免疫信息系统 	<ul style="list-style-type: none"> • RITAG • 区域委员会 • 区域工作组 • 其他针对区域的结构（例如，区域合作组织、区域问责委员会）。
流程		
<ul style="list-style-type: none"> • 由发展伙伴推动的RITAG建议各成员国关注的关键技术领域 • 与UHC和PHC相协调 • 与特定疾病的举措相协调 	<ul style="list-style-type: none"> • 监测：汇编国家数据以报告指标 • 评估：使用量身定制的指标记分卡评估区域/国家和合作伙伴/民间社会组织的进展，并确定成功和失败的潜在根本原因 • 行动：为提高区域绩效提出行动建议，并确定各国所需的技术支持。 	<ul style="list-style-type: none"> • 合作伙伴/民间社会组织的多年承诺 • 由工作组组织的常规咨询参与机会

全球承诺

3.7. 如上文关于自主与问责的第 2 节所述，会员国、发展伙伴和民间社会将在全球一级共同努力，确保对《2030 年免疫议程》做出最高水平的财政、技术和政治承诺。它们还将在宣传、疫苗供应、创新和技术指导等一些具有全球影响力的重点领域协调应对。初步承诺将优先考虑 COVID-19 疫苗接种问题（例如通过 COVAX 和全球疫苗免疫联盟）以及支持在 2022 至 2023 年期间将常规免疫和基本服务恢复到 COVID-19 前的基准水平。

3.8. 此外，将鼓励全球伙伴和民间社会组织实施**定期监测、评价与行动周期**，以便：
(1)定期监测来自各国和各区域的《2030 年免疫议程》指标数据；(2)评估在实现影响目标和战略重点目标方面的进展情况，包括由免疫战略咨询专家组进行独立技术审查，以及(3)确定全球一级改进执行情况的行动以及需要在区域和国家一级处理的执行差距问题。免疫战略咨询专家组的独立审查将包括：a)使用定制指标记分卡评估区域/国家和伙伴/民间社会组织的进展，b)就改进执行情况的行动以及需要工作小组进一步评价的领域和注重处理具体疾病的行动提出建议，以查明成败的根源。在估算基准进展时，监测、评价与行动周期需要考虑到 COVID-19 的影响。

表 5：对《2030 年免疫议程》的全球承诺

IA2030的区域实施		
承诺	实现和维持国家和地区的免疫目标和指标	
差异化的IA2030优先事项	根据国家情况（例如覆盖率和公平性、犹豫、服务整合、爆发、有质量保证的疫苗供应、可持续性）	
宣传与沟通	国家沟通和宣传平台	
 协调的行动规划	 监测和评估	 负责任和问责制
工具和结构		
<ul style="list-style-type: none"> 区域IA2030计划 3-5年区域行动计划 区域工作组（例如，加强现有全球疫苗免疫联盟小组以包括民间社会组织并协调对非全球疫苗免疫联盟国家的支持） 区域机构间协调委员会 	<ul style="list-style-type: none"> IA2030影响目标指标、全球和区域SP目标指标以及各国根据需求和情况选择的其他SP目标指标 国家和区域进展记分卡 合作伙伴/民间社会组织进展记分卡 世卫组织-联合国儿童基金会联合报告表 世卫组织免疫信息系统 	<ul style="list-style-type: none"> RITAG 区域委员会 区域工作组 其他针对区域的结构（例如，区域合作组织、区域问责委员会）。
流程		
<ul style="list-style-type: none"> 由发展伙伴推动的RITAG建议各成员国关注的关键技术领域 与UHC和PHC相协调 与特定疾病的举措相协调 	<ul style="list-style-type: none"> 监测：汇编国家数据以报告指标 评估：使用量身定制的指标记分卡评估区域/国家和合作伙伴/民间社会组织的进展，并确定成功和失败的潜在根本原因 行动：为提高区域绩效提出行动建议，并确定各国所需的技术支持。 	<ul style="list-style-type: none"> 合作伙伴/民间社会组织的多年承诺 由工作组组织的常规咨询参与机会

4. COVID-19 背景下的 2030 年免疫议程

4.1. COVID-19 大流行让免疫规划的优势和脆弱性明显暴露出来。它再次强调了免疫接种的价值以及采取灵活的可持续方法来建设国家、区域和全球免疫接种能力的必要性。

4.2. COVID-19疫苗是以前所未有的速度进行研发、评价和许可的，其中一些疫苗是基于一些新的创新技术平台进行的。可从这一经验中汲取宝贵的教训，用以加快针对那些尚无疫苗的其他传染病的疫苗研发工作。

4.3. 正如前几节所讨论的，制定《2030年免疫议程》的目的是为了预测和防范大流行和区域疫情，同时继续关注十年来对免疫规划的逐步改进。除了在整个计划制定过程中需要考虑 COVID-19 疫苗接种和复苏问题之外，《2030年免疫议程》战略的**技术附件**⁹提供的指导也可适用于 COVID-19 应对措施，例如：

- **疫情和突发事件（战略重点 5）**：关于需要立即反应的指导，包括监测、维持免疫和其他初级卫生保健服务以及社区参与等方面。
- **疫苗供应与可持续性（战略重点 6）**：关于需要采取创新激励措施以吸引制造商开发出针对新型病原体的疫苗产品的指导。
- **承诺和需求（战略重点 2）**：关于如何在 COVID-19 疫苗之外保持政治承诺以及如何保持所有年龄段的人群对疫苗的信任和指导。
- **覆盖和公平（战略重点 3）**：关于如何覆盖所有预期接种目标群体的指导，包括弱势社区和受冲突影响环境中的群体。
- **研究与创新（战略重点 7）**：关于在面临新型挑战的背景下支持免疫接种服务的实施和业务研究的指导。

还提供了关于恢复服务和持续预防的指导：

- **初级卫生保健/全民健康覆盖内的免疫接种（战略重点 1）**：关于疫苗安全性监测、供应链和物流、有熟练的卫生人力可供使用以及通过一体化初级卫生保健方法实现复苏的指导。
- **生命历程与一体化（战略重点 4）**：关于针对包括成人在内的老年群体实施疫苗接种战略的指导，COVID-19 疫苗的引进为建立和加强针对老年群体的疫苗平台提供了机会。

4.4. 尤其是考虑到这次大流行的未来发展方向具有不确定性，COVID-19 正在对区域和国家制定计划的方法产生影响。重点是关于 COVID-19 疫苗接种和恢复基本服务的两三年的近期计划。随着复苏过程变得更加明显，各区域和国家将在与技术专家和区域组织协商之后，对各项计划进行更新。

4.5. COVID-19 还可能对各国和区域制定监测与评价框架工作产生影响。例如，基准数据和具体目标可能需要调整，而且，随着对 COVID-19 对服务业的影响以及服务业复苏速度的了解增加，还可能增加一些指标。

⁹ 可查阅《2030年免疫议程》网站：<http://www.immunizationagenda2030.org>

4.6. 目前正在全球范围内开展的 COVID-19 疫苗部署和应对工作绝对是进一步加强公平免疫规划的经济依据和强调多边协调对全球复苏重要性的宝贵机会。

5. 未来道路的学习议程

5.1. 《2030 年免疫议程》是针对 COVID-19 疫情年份和未来十年的一项不断发展的动态战略。会员国、发展伙伴和民间社会组织需要在本文件概述的初步运作的基础上再接再厉，应对不断出现的挑战和背景变化。需要为获取学习及相关建议设立机制（例如，在免疫议程伙伴关系委员会的支持下）。

5.2. 具体而言，《2030 年免疫议程》监测与评价框架应在新的十年里始终与国情相适应。因此，应至少每三年对该框架进行一次审查和更新，以应对不断变化的需求和监测与评价方法的改进，确保其能够为改进规划执行情况提供所需的数据。同样，《2030 年免疫议程》技术附件也需要在十年内定期更新。与 COVID-19 大流行后的复苏和 COVID-19 疫苗接种有关的不确定性突显出需要这种灵活性。

5.3. 已为《2030 年免疫议程》学习议程确定了一套初步的核心问题和主题，并将在下文针对每个业务要素逐一介绍。

自主与问责

- 在 COVID-19 和实施 COVID-19 疫苗接种的背景下，改变对免疫接种的政治和财政承诺以及对更广泛的《2030 年免疫议程》的影响。
- 最有效的方法是让不同的民间社会组织参与进来，共同加强社区一级对免疫接种活动的自主与问责。
- 加强论坛（如区域工作小组）或新机制（如 2030 年免疫议程伙伴关系委员会）以及旨在确保和维持更强大自主权和改进问责的工具（如公开认捐和定制记分卡）的增加值。
- 三年后（2023 年）对自主与问责机制进行审查，以确定修正行动方向的必要性。

业务计划

- 在 COVID-19 大流行期间以及在其影响开始消退时审查国家和区域计划的变化。
- 延伸到世卫组织/联合国传统机制之外的计划和审查进程，并让不同的发展伙伴和民间社会组织参与进来。
- 通过数字创新实现更高效、更及时和更可靠的数据收集和使用数据的机会。

监测与评价

- 对旨在加强国家、区域和全球各级实施监测、评价与行动周期以及有效反馈的能力的潜在方法进行审查。
- 确定旨在加强监测与评价框架指标数据质量和使用情况的方法。

- 进一步发展影响目标和战略重点目标指标，确定需要的补充指标以便找到和跟进在卫生系统执行情况方面存在的重大差距（见附件 1）。
- 考虑与现有监测进程的联系，使用其他数据来源对《2030 年免疫议程》监测与评价周期予以补充，包括使用世卫组织免疫信息系统的数据。应努力确定《2030 年免疫议程》所有指标的所有者和行动，减轻各国的数据报告负担。

沟通与宣传

- 对免疫接种的态度变化作出反应，并酌情调整战略。
- 通过民间社会组织争取和确保获得社区推动的对免疫接种活动的更大投入，然后，将其转化为更多的国家和区域承诺。
- 应对通过不断变化的社交媒体平台传播与疫苗有关的错误信息和通过其他方式传播错误信息和虚假信息的手段。

缩略语

AEFI	免疫接种不良事件
AFP	急性弛缓性麻痹
AQE	充分性、质量、效率
BeSD	行为和社会驱动因素
BMGF	比尔及梅琳达·盖茨基金会
BCG	卡介苗
C&A	沟通与宣传
CCI	冷链库存
CCI	综合覆盖指数
CCPM	组分预测模型
CDC	疾病预防控制中心（疾控中心）
CEA	覆盖与公平分析
CSO	民间社会组织
DHIS2	地区卫生信息系统第2版
DTP	百白破疫苗
DTPcv-1	第1剂百白破三联疫苗
EIR	电子免疫登记册
EOC	应急行动中心
EPI	扩大免疫规划
EVMA	有效疫苗管理评估
GAVI	全球疫苗免疫联盟
GGHE	广义政府卫生支出
GPEI	全球消灭脊灰行动
GPW13	第十三个工作总规划
GVAP	全球疫苗行动计划
HBR	家庭记录
Hib	乙型流感嗜血杆菌
HIC	高收入国家
HIS	卫生信息系统
HMIS	卫生管理信息系统
HPV	人乳头瘤病毒疫苗
HPVc	人乳头瘤病毒完整系列疫苗
HSCC	卫生部门协调委员会
IA2030	2030年免疫议程
IAPC	2030年免疫议程伙伴关系委员会
ICC	机构间协调委员会
IG	影响目标

IHME	卫生计量和评估研究所
ISCO	国际标准职业分类
IVIR-AC	免疫和疫苗相关实施研究咨询委员会
JE	乙型脑炎
JRF	联合报告表
LMIS	物流管理和信息系统
LQA	批次质量保证
MCV-2	第 2 剂麻疹疫苗
M&E	监测与评价
M&RI	麻疹和风疹行动
ME&A	监测、评价与行动
MenA	A 群脑膜炎球菌
MI4A	获取疫苗的市场信息
MIC	中等收入国家
MOV	错失的疫苗接种机会
NCU	国家货币单位
NHWA	国家卫生人力账户
NIS	国家免疫战略
NITAG	国家免疫技术咨询小组
NRA	国家管制当局
O&A	自主与问责
OPV	口服脊灰病毒疫苗
PAHO	泛美卫生组织
PCV-3	第 3 剂肺炎球菌结合疫苗
PHC	初级卫生保健
PHEOC	公共卫生应急行动中心
R&D	研究与发展（研发）
RICC	区域机构间协调委员会
RITAG	区域免疫技术咨询小组
RWG	区域工作小组
RO	区域办事处
SAGE	（世卫组织）免疫战略咨询专家组
SDGs	可持续发展目标
SP	战略重点
SIA	补充免疫活动
TB	肺结核
UHC	全民健康覆盖
UHC-SCI	全民健康覆盖率-服务覆盖指数
UNDP	联合国开发计划署（开发署）

UNICEF	联合国儿童基金会
VIMC	疫苗影响建模联盟
VPD	疫苗可预防疾病
WHA	世界卫生大会
WHO	世界卫生组织（世卫组织）
WHO DDI	世卫组织数据、分析、行动与影响处
WHO GHED	世卫组织全球卫生支出数据库
WHO GHER	世卫组织全球卫生支出报告
WHO IVB	世卫组织免疫、疫苗和生物制品处
WIISE	世卫组织免疫信息系统
WUENIC	世卫组织和联合国儿童基金会国家免疫覆盖估计
wVSSM	基于网络的疫苗供应库存管理

附件 1 – 监测与评价框架

影响目标指标：

指标 1.1 通过免疫接种避免的未来死亡人数		
监测 如何监测进展？	评价 如何评价监测结果？	行动 如何利用评价结果采取行动？
<p>定义： 根据《2030年免疫议程》覆盖情景，在2021至2030年期间避免的未来死亡总人数</p> <p>测量方法： 采用建模方法，通过实现《2030年免疫议程》渴望达到的覆盖目标，预测在全球和区域一级避免的死亡人数。这些目标也与影响目标指标 3.1（生命全程的疫苗接种覆盖）保持一致。最初覆盖范围集中于 14 种病原体，并将予以扩大以更新在《2030年免疫议程》中期时的估计数。</p> <p>2021-2030年：乙型肝炎、乙型流感嗜血杆菌、人乳头瘤病毒、乙型脑炎、麻疹、A群脑膜炎球菌、肺炎链球菌、轮状病毒、风疹、黄热病、白喉、破伤风、百日咳、结核疫苗（卡介苗）。</p> <p>到 2025年：脊灰、伤寒、流感、霍乱、多价脑膜炎、COVID-19、水痘、登革热、腮腺炎、狂犬病、甲型肝炎、戊型肝炎疫苗和其他新疫苗。</p> <p>计算：</p> <ul style="list-style-type: none"> - 将从多个数据源收集的注意到和避免的死亡数据转换为一个单一的衡量标准，以衡量特定国家、年龄和疫苗死亡相对风险，但这取决于覆盖水平。 - 利用相对风险模型预测所有地点和所有疾病避免的死亡。 	<p>基准：</p> <p>每年避免 430 万人死亡（2019 年）</p> <p>根据世卫组织和联合国儿童基金会国家免疫覆盖估计的历史估计，2019年因接种疫苗而避免的死亡总人数；以2019年作为基准年获得 COVID-19 疫情前的趋势，而不是2020年。估计数是相对于零覆盖水平（没有接种疫苗）进行衡量的。</p> <p>具体目标：</p> <p>2030年避免的死亡人数增至 580 万人 2021-2030年期间避免 5000 万人死亡</p> <p>根据影响目标 3.1 所述渴望达到的覆盖率目标，2021-2030年因接种疫苗而避免的未来死亡总人数。</p> <p>为此，2030年国家一级覆盖率估计数是根据所有国家都应实施的三个目标的实现情况来计算的：</p> <ol style="list-style-type: none"> 引进任何缺失的推荐疫苗 与2019年基准相比，零接种儿童减少一半 实现第1剂百白破三联疫苗的覆盖率以及上述零接种儿童减少一半的目标，所有其他疫苗的覆盖率均应在第1剂百白破三联疫苗覆盖率的5%范围以内 <p>利用联合国人口司2019年人口估计数和2030年预测估计数，将未接种疫苗的儿童的对数转换为相等的第1剂百白破三联疫苗目标。</p>	<p>全球、区域和国家伙伴可以利用评价结果开展<u>宣传</u>，以确保免疫规划获得投入和资源。</p> <p>评价中强调的具体疫苗建议可用于在全球和区域一级为<u>注重处理具体疾病的干预措施</u>制定计划</p>

指标 1.1 通过免疫接种避免的未来死亡人数

监测 如何监测进展？	评价 如何评价监测结果？	行动 如何利用评价结果采取行动？
<p>- 采取额外的校准步骤，将估计数转换为通过接种疫苗每年避免的死亡估计数，这样就能获得接种疫苗当年累积的终生影响。</p> <p>数据来源： 世卫组织-联合国儿童基金会免疫覆盖估计数、疫苗影响建模联盟避免的死亡估计数、全球疾病负担研究以及来自自己发表文献的其他模型数据。</p> <p>负责测量的利益攸关方： 世卫组织免疫、疫苗和生物制品处和数据、分析、行动与影响处项目组；项目利益攸关方委员会（比尔及梅琳达·盖茨基金会；美国疾病预防控制中心；全球疫苗免疫联盟；卫生计量和评估研究所；疫苗影响建模联盟；疫苗影响建模联盟科学咨询委员会；免疫和疫苗相关实施研究咨询委员会；世卫组织数据、分析、行动与影响处；世卫组织免疫、疫苗和生物制品处）</p> <p>报告频率： 报告两次（《2030年免疫议程》的起点和中点），用于确定目标。将根据病原体和模型更新范围的扩大情况而对中点目标进行更新。</p>	<p>分析与解读：</p> <ul style="list-style-type: none"> - 由世卫组织免疫、疫苗和生物制品处和数据、分析、行动与影响处项目小组进行的分析；结果显示在共享一览表上；在全球和区域一级报告 - 结果按病原体和疫苗接种年份分列 <p>评价频率： 评价两次（《2030年免疫议程》的起点和中点），用于监测和报告。根据起点使用的模型，中点评估将侧重于14种病原体。终点评估将侧重于按中点使用的更新模型扩大后的病原体范围。</p>	

指标 1.2 实现区域或全球疫苗可预防疾病控制、消除和消灭目标的国家数量和比例

监测 如何监测进展？	评价 如何评价监测结果？	行动 如何利用评价结果采取行动？
<p>定义：实现所有疫苗可预防疾病的控制、消除和消灭目标；得到世卫组织会员国的全球或区域机构核准，目标日期在 2021 至 2030 年之间且以发病率或流行率衡量标准为基础。</p> <p>测量方法：每年有两个监测与评价周期。第一个是指标和修订周期。世卫组织各区域办事处将根据全球或区域核准情况、目标时限、目标类型和定义进行审查，以确认和修订每种疫苗可预防疾病的纳入标准。</p> <p>第二个是评估和报告周期。已成立的区域核查和认证委员会或核查委员会将对每个国家的特定疫苗可预防疾病目标的实现情况进行评估。</p> <p>计算：分子是实现疫苗可预防疾病目标的国家数量，分母是已根据发病率或流行率衡量标准核准疫苗可预防疾病目标的国家数量。</p> <p>数据来源：核查、认证和特定疾病委员会报告。</p> <p>负责测量的利益攸关方：世卫组织区域办事处在疫苗可预防疾病控制、消除和消灭行动技术援助下设立的核查和认证委员会和验证委员会。¹⁰</p> <p>报告频率：每年一次</p>	<p>基准：到 2021 年底实现每种疫苗可预防疾病控制、消除和消灭目标的国家数量和比例*。</p> <p>具体目标：</p> <ul style="list-style-type: none"> 所有国家都实现经过核准的区域或全球疫苗可预防疾病控制、消除和消灭目标。 <p>分析与解读：根据发病率和流行率衡量标准，每年对每种疫苗可预防疾病控制、消除和消灭目标的实现情况进行监测。将在十年期内监测和报告进展情况，以查明可能无法在规定目标日期之前实现目标的国家，并提供邻近国家和地区在实现特定疾病目标方面的进展情况和风险。</p> <p>每年对指标确认和修订周期的监测将确定是否需要新的控制、消除和消灭目标，或是否需要修改现有目标。该进程也会记录各区域可能存在的差异，以便提供一个统一目标定义的机会</p> <p>评价频率：每年一次。</p>	<p>全球、区域和国家合作伙伴可以将评价结果用于制定业务计划以及沟通与宣传，以便：</p> <ul style="list-style-type: none"> 确保向各国提供必要的支持，以实现疫苗可预防疾病控制、消除和消灭行动的目标，以及 强调和加强战略协调，以便将疫苗可预防疾病控制、消除和消灭行动与加强卫生系统行动联系起来。

¹⁰ 注重处理具体疾病行动包括：全球消灭脊灰行动《2021-2026 年尾声战略》；《2021-2030 年麻疹和风疹战略框架》；《终止霍乱：到 2030 年的全球路线图》；《2016-2021 年全球卫生部门病毒性肝炎战略》；《到 2030 年战胜脑膜炎路线图》；《2019-2030 年全球流感战略》；《到 2030 年由狗传播的狂犬病死亡人数为零》（《2030 年零死亡：全球战略计划》）；《实现和保持消除母婴破伤风：2012-2015 年战略计划》；《2017-2030 年全球媒介控制对策》；《2017-2026 年消除黄热病流行》。本指标中包含的行动可能会随着时间的推移而发生变化，并且会得到新的区域和/或全球认可。

指标 1.3 暴发大规模或破坏性疫苗可预防疾病疫情的数量

监测 如何监测进展？	评价 如何评价监测结果？	行动 如何利用评价结果采取行动？
<p>定义：符合与全球疫苗可预防疾病战略保持一致的大规模或破坏性疫情的规模标准以及符合《国际卫生条例》附件 2 (https://www.who.int/ihr/annex_2/en/) 中至少一项标准的疫苗可预防疾病*</p> <p>*包括麻疹、野生脊灰病毒、循环疫苗衍生脊灰病毒、脑膜炎球菌、黄热病、霍乱和埃博拉，名单可能会修订，特别是在有更多疾病成为疫苗可预防疾病的时候。</p> <p>测量方法：大规模或破坏性疫苗可预防疾病疫情利用特定疫苗可预防疾病控制规划和世卫组织世界突发卫生事件监测系统的数据来确定。每种疾病采用不同的标准。对于发生在多个国家的疫情，对每个国家的疫情部分进行单独评估。总指标将作为不同疾病的综合数据。</p> <p>计算：达到一定规模标准（如病例数或发病率）的易流行疾病疫情的集体总数</p> <p>数据来源：疫苗可预防疾病消灭、消除和控制规划和世卫组织世界突发卫生事件监测系统</p> <p>负责测量的利益攸关方：国际疫苗供应协调小组、世卫组织总部和世卫组织区域办事处，并由疫苗可预防疾病控制、消除和消灭行动提供技术援助¹¹</p> <p>报告频率：每年一次</p>	<p>基准：2018-2020 三年内，发生大规模或破坏性疫苗可预防疾病疫情的平均数量。</p> <p>具体目标：到十年结束时，所有（100%）麻疹、脊灰、脑膜炎球菌、黄热病、霍乱和埃博拉的每年全球大规模疫情暴发次数都呈现下降趋势。</p> <p>分析与解读：大规模或破坏性疫情数量的水平和趋势将每年进行分析。每种疾病的疫情暴发次数将分别报告。</p> <p>评价频率：每年一次。</p>	<p>全球、区域和国家合作伙伴可以将评价结果用于制定业务计划、沟通与宣传，以便：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 确保可及时提供和战略性分配疫苗和用品、动员训练有素的人力资源来应对疫情 • 确保免疫规划有预测、防范、发现和迅速应对疫苗可预防疾病和新出现的疾病疫情的能力 • 确保免疫规划有在突发事件期间以及在受冲突、灾害和人道主义危机影响的社区提供及时和适当的免疫服务的能力 • 确保疫苗引进和扩大覆盖范围，以预防新出现的疫苗可预防疾病 • 利用麻疹病例和疫情作为追踪手段，查明免疫规划存在的薄弱环节，并指导制定规划计划，查明和消除这些薄弱环节。

¹¹ 注重处理具体疾病行动包括：全球消灭脊灰行动《2021-2026 年尾声战略》；《2021-2030 年麻疹和风疹战略框架》；《终止霍乱：到 2030 年的全球路线图》；《到 2030 年战胜脑膜炎路线图》；《2017-2026 年消除黄热病流行》。

指标 2.1. 零接种儿童的数量

监测 如何监测进展？	评价 如何评价监测结果？	行动 如何利用评价结果采取行动？
<p>定义： 零接种儿童被定义为那些无法获得或从未获得常规免疫服务的儿童。从业务上讲，他们属于没有接种第一剂百白破疫苗的人。</p> <p>测量方法： 这个指标是计算存活婴儿估计数与接种第 1 剂百白破三联疫苗的儿童估计数之间的差值。</p> <p>零接种儿童的数量将在国家、区域和全球一级使用世卫组织和联合国儿童基金会对国家免疫覆盖率的估计数（世卫组织和联合国儿童基金会免疫覆盖估计）和联合国人口司对出生队列的人口估计数（根据存活婴儿数进行调整）来确定。</p> <p>在国家以下级别，还可利用行政报告制度加上能够帮助各国确定零接种儿童估计数的任何国内调查结果和其他信息来源来确定。</p> <p>计算： 这一指标是计算存活婴儿估计数与接种第 1 剂百白破三联疫苗的儿童估计数之间的差值。</p> <p>数据来源： 世卫组织和联合国儿童基金会国家免疫覆盖估计、联合国人口司人口估计</p> <p>负责测量的利益攸关方： 世卫组织免疫、疫苗和生物制品处；国家免疫规划</p> <p>报告频率： 区域和全球一级每年报告一次，国家和国家以下级别每月报告一次</p>	<p>基准： 1400 万儿童（2019 年）</p> <p>具体目标： 零接种儿童人数减少 50%（所有级别）。在第 1 剂百白破三联疫苗覆盖率已经达到 99% 的国家，具体目标是保持覆盖率。</p> <p>分析与解读： 需要从公平的角度分析零接种儿童人数的水平和趋势，目的是找出特定人群和地区的免疫障碍可能涉及的不平等。这就需要按国家以下级别和其他维度（社会经济、语言群体、族裔）进行分类。</p> <p>在此情况下，需要利用零接种儿童的数量来确定服务不足、疫苗接种不足的社区。</p> <p>评价频率： 区域和全球一级每年评价一次。国家和国家以下级别最好每月评价一次。</p>	<p>在全球和区域一级，按区域和国家分列零接种儿童的数量将会导致会优先考虑这方面的工作，并可用于对未实现目标的国家或与以前曾经实现的目标相比存在倒退的国家建立问责制。此外，它还可用于交流世界上存在的免疫差距，并倡导为缩小这些差距做出协调一致的努力。</p> <p>在国家以下级别，查明零接种儿童和服务不足社区应有有助于分析接种不足的根本原因，并查明某些社区和地方存在的障碍。从沟通角度来讲，这一指标的重要性将突出注重免疫公平的必要性。</p>

指标 2.2 低收入和中等收入国家引进新的或利用不足的疫苗

监测 如何监测进展？	评价 如何评价监测结果？	行动 如何利用评价结果采取行动？
<p>定义：低收入和中等收入国家引进*新的或利用不足的疫苗†。</p> <p>*将某种疫苗列入国家免疫安排，并持续使用疫苗至少 12 个月（不包括未在国家免疫安排中仅供私营部门使用的疫苗；将疫苗列入国家免疫安排并用于高危人群，例如季节性流感疫苗）。</p> <p>†新疫苗或利用不足的疫苗是指世卫组织推荐使用但所有国家尚未将其列入国家免疫安排的疫苗。</p> <p>测量方法：本指标中包含的已被世卫组织推荐使用且被列入所有国家的国家免疫安排的疫苗：出生时注射的乙肝疫苗、乙型流感嗜血杆菌、人乳头瘤病毒疫苗、第 2 剂脊灰灭活疫苗、第 2 剂 A 群流脑疫苗、肺炎球菌结合疫苗、轮状病毒疫苗、风疹疫苗、百白破增强剂疫苗、COVID-19 疫苗（临时推荐）。</p> <p>本指标包含的已被世卫组织推荐使用且被列入某些地理区域、一些高危人群或具有某些特点的免疫规划的国家免疫安排的疫苗：黄热病疫苗、乙脑疫苗、A 群流脑疫苗、多价脑膜炎疫苗、伤寒疫苗、霍乱疫苗、登革热疫苗、狂犬病疫苗、肝炎疫苗、流感疫苗、水痘疫苗和腮腺炎疫苗。</p> <p>如果推荐使用，还将包括其他相关疫苗（例如疟疾疫苗）。</p> <p>低收入和中等收入国家按世界银行收入分类进行划定。</p> <p>计算：2021-2030 年报告的世卫组织推荐疫苗的国家疫苗引进数量。</p> <p>数据来源：世卫组织和联合国儿童基金会联合报告表</p> <p>负责测量的利益攸关方：世卫组织免疫、疫苗和生物制品处；国家免疫规划</p> <p>报告频率：每年一次</p>	<p>基准：截至 2020 年 12 月，低收入和中等收入国家剩余的全球和区域推荐疫苗引进数量为 548 批次。低收入和中等收入国家在 2011 至 2020 年期间在国家安排中总共引进 519 批次疫苗。</p> <p>具体目标：到 2030 年，低收入和中等收入国家至少引进 500 批次疫苗（包括目前新疫苗或使用不足的疫苗以及将会在今后十年内推荐的疫苗）。</p> <p>分析与解读：</p> <p>将在每年对引进新疫苗或使用不足的疫苗的实现情况进行一次监测。</p> <p>本指标的分析 and 可视化将侧重于疫苗的公平获取。结果将显示每个国家未引进的疫苗量，以便找到并重点关注那些未引进疫苗最多的领域。</p> <p>报告频率：每年一次</p>	<p>全球、区域和国家伙伴可以利用本指标的调查结果来确定仍需引进世卫组织推荐疫苗的国家，以便重点关注确保公平获取疫苗。本指标将有助于评估是否有机会支持各国引进新的和使用不足的疫苗。</p> <p>可以考虑进行进一步的深入评价或根本原因分析，以确定各国在引进世卫组织推荐的大多数疫苗方面存在的障碍。</p>

指标 3.1. 可持续发展目标 3.b.1 - 纳入国家免疫计划（第 3 剂百白破疫苗、第 2 剂麻疹疫苗、第 3 剂肺炎球菌结合疫苗和人乳头瘤病毒完整系列疫苗）的疫苗覆盖率

监测 如何监测进展？	评价 如何评价监测结果？	行动 如何利用评价结果采取行动？
<p>定义：第 3 剂百白破疫苗、第 2 剂麻疹疫苗、第 3 剂肺炎球菌结合疫苗和人乳头瘤病毒完整系列疫苗的免疫覆盖率。</p> <p>测量方法：某一年份的免疫覆盖率是指在该年份内接种相关疫苗和剂量的目标人群所占的比例。</p> <p>国家、区域和全球各级的覆盖率将利用世卫组织和联合国儿童基金会的国家免疫覆盖估计来确定。请注意，就世卫组织和联合国儿童基金会国家免疫覆盖估计而言，全球推荐疫苗的年度目标接种人群包括全球存活婴儿的整个队列，无论其所在国家是否引进该疫苗。</p> <p>在国家以下级别，还可利用行政报告制度加上能够帮助各国确定覆盖估计数的任何国内调查结果和其他信息来源来确定。</p> <p>计算：分母是应该接种第 3 剂百白破疫苗、第 2 剂麻疹疫苗、第 3 剂肺炎球菌结合疫苗和人乳头瘤病毒完整系列疫苗的目标儿童群体的估计人口。分子由已经接种过第 3 剂百白破疫苗、第 2 剂麻疹疫苗、第 3 剂肺炎球菌结合疫苗和人乳头瘤病毒完整系列疫苗的目标人群组成。儿童及其最后一剂疫苗的适龄人口的目标人群由国家免疫计划确定。</p> <p>数据来源：世卫组织和联合国儿童基金会国家免疫覆盖估计</p> <p>负责测量的利益攸关方：世卫组织免疫、疫苗和生物制品处；国家免疫规划</p> <p>报告频率：区域和全球一级每年报告一次，国家和国家以下级别每月报告一次。</p>	<p>基准：第 3 剂百白破疫苗，85%、第 2 剂麻疹疫苗，71%、第 3 剂肺炎球菌结合疫苗，48%和人乳头瘤病毒完整系列疫苗，15%（2019 年）</p> <p>具体目标： 全球一级：到 2030 年普及 90% 覆盖 国家一级： <ul style="list-style-type: none"> 计划到 2030 年引进所有全球推荐接种的疫苗 确保每种疫苗的覆盖率达到第 1 剂百白破三联疫苗的 5% 范围以内的水平 </p> <p>分析与解读：有按地理和其他维度（社会经济、语言群体、族裔）分列的水平和趋势数据可供使用。</p> <p>评价频率：区域和全球一级每年评价一次。国家和国家以下级别最好每月评价一次。</p>	<p>在全球和区域一级，覆盖估计数将被用于确定先后次序，以及用于对未实现目标的国家或与以前曾经实现的目标相比存在倒退的国家建立问责制。</p> <p>另外，覆盖估计数还可用于交流世界上存在的免疫差距，并倡导为缩小这些差距做出协调一致的努力。</p> <p>在国家以下级别，衡量覆盖率的水平和趋势以及已接种疫苗人口（分子）的估计数有助于确定：</p> <ul style="list-style-type: none"> 按地域和人口群体分列，免疫规划是否总体上取得了预期的进展。 针对不同年龄群体的免疫平台是否充分发挥了作用。 是否存在针对特定疫苗的障碍。 <p>然后，免疫规划可以采取任何纠正行动。</p>

指标 3.2. 全民健康覆盖服务覆盖指数

监测 如何监测进展？	评价 如何评价监测结果？	行动 如何利用评价结果采取行动？
<p>定义： 本指标将用基本卫生保健服务覆盖率进行衡量。</p> <p>基本卫生服务覆盖率定义为以跟踪措施向普通和最弱势群体提供包括生殖健康、孕产妇健康、新生儿和儿童健康、传染病、非传染性疾病以及服务能力和机会的基本服务平均覆盖范围。</p> <p>测量方法： 关于基本卫生服务覆盖率的可持续发展目标 3.8.1 的指标是使用一个被称为全民健康覆盖服务覆盖指数的指数进行衡量。全民健康覆盖服务覆盖指数将是衡量全民健康覆盖和初级卫生保健的关键方面的初步指标。随着数据增加和理解的进步，用于测量全民健康覆盖和初级卫生保健的指标可能会在未来十年内不断发展。影响目标 3.2 指标的具体目标也将不断变化，以确保免疫规划对初级卫生保健/全民健康覆盖的贡献得到最充分的测量。</p> <p>计算： 全民健康覆盖服务覆盖指数将由国家一级报告。计算区域和全球平均值。</p> <p>负责测量的利益攸关方： 世卫组织免疫、疫苗和生物制品处；世卫组织数据、分析、行动与影响处；初级卫生保健绩效行动；世卫组织服务交付和安全司以及全民健康覆盖 2030。</p> <p>数据来源： 全民健康覆盖服务覆盖指数。</p> <p>报告频率： 每两年报告一次。</p>	<p>基准： 2019 年全民健康覆盖服务覆盖指数值。</p> <p>具体目标： 提高国家、区域和全球各级全民健康覆盖服务覆盖指数使之超过基准值。</p> <p>分析与解读： 服务覆盖率指标（定义为接受所需服务的人）是跟踪在提供全民健康覆盖所涵服务方面进展情况的最佳方式。由于单一卫生服务指标不足以监测全民健康覆盖，因此，全民健康覆盖服务覆盖指数是由根据流行病学和统计标准选择的 14 项跟踪指标构成的指数。该指数以 0 到 100 的无单位标度报告，100 为最佳值。</p> <p>全民健康覆盖的定义是确保所有人都能获得所需要的、质量足以发挥有效作用的卫生服务（包括预防、促进、治疗、康复和姑息治疗），同时确保这些服务的使用不会让使用者陷入经济困境。该指标将侧重于全民健康覆盖服务覆盖指数的服务覆盖部分，因为免疫规划对全民健康覆盖的贡献主要是通过服务覆盖来实现。</p> <p>将通过监测国家、区域和全球各级全民健康覆盖服务覆盖指数值的两年趋势来评估在实现这一目标方面取得的进展情况。</p> <p>评价频率： 每两年评价一次。</p>	<p>全球、区域和国家合作伙伴可以将评价结果用于制定业务计划，并可用于沟通与宣传，以便：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 确定成败的潜在根本原因，以及在提高全民健康覆盖服务覆盖指数方面有待改进的领域 • 找到哪些地方错失了通过更好的一体化提高覆盖率的机会 • 确保向各国提供必要的支持，作为加强卫生系统工作的一部分，提高全民健康覆盖服务覆盖指数 • 促进与《2030 年免疫议程》和全民健康覆盖保持一致 • 促进努力将免疫接种与其他全民健康覆盖/初级卫生保健服务的提供和利用结合起来 <p>在国家和国家以下级别，监测这一指标应特别有助于：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 确保免疫规划是国家初级卫生保健战略和行动以及国家全民健康覆盖战略的组成部分。 • 将综合服务作为初级卫生保健的一部分，加强在整个生命过程中的服务供应。 • 核实卫生规划是否制定了促进规划之间融合的政策和/或标准作业程序，从而减少错过的机会。

战略重点目标指标概要

用于监测战略重点目标的区域和国家补充指标将由区域和国家制定以便纳入其2030年免疫议程监测与评价计划。

表 1：战略重点 1 各级监测指标概要

战略重点 1：初级卫生保健/全民健康覆盖的免疫规划		
战略重点目标 1.1：加强和维持各级免疫规划的强力领导、管理和协调		
为全球监测选择的指标	区域监测方案	国家监测方案
有证据证明在国家和国家以下级别采用了监测、评价和行动机制的国家比例：	<p>与全球一级监测保持一致： 有证据证明在国家和国家以下级别采用了监测、评价和行动机制的国家比例</p> <p>指标方案：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 设有地区卫生管理委员会（或相当于国家以下级别的委员会）并作为初级卫生保健绩效审查的一部分至少每年对免疫绩效进行一次审查的国家比例 2. 已经制定最新免疫技术指南（不超过 5 年）的国家比例 3. 设有能够发挥作用的机构间协调委员会的国家比例 4. 设有能够发挥作用的地区免疫技术咨询小组的国家比例 5. 设有已经投入运行的公共卫生应急行动中心、脊灰或疟疾应急行动中心且能够应对疫苗可预防疾病疫情的国家比例 	<p>与全球一级监测保持一致： 国家和国家以下级别已经制定监测、评价和行动机制</p> <p>指标方案：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 作为初级卫生保健绩效审查的一部分，至少每年对免疫绩效进行一次审查的地区卫生管理委员会（或国家以下级别的同等机构）的比例 2. 各级多部门协调机制在发挥作用 3. 得到支持性监督视察的卫生机构的数量 4. 由受过正式管理培训（例如，证书、文凭或学位）的管理人员领导的机构所占的比例 5. 每年因疫苗可预防疾病疫情暴发而启动公共卫生应急行动中心或注重处理具体疾病的应急行动中心的次数

战略重点目标 1.2: 确保能够提供充足、有效、可持续的卫生人力		
为全球监测选择的指标	区域监测方案	国家监测方案
每万人口中医生、护士和助产士的密度	<p>与全球一级监测保持一致: 每万人口中医生、护士和助产士的密度</p> <p>指标方案:</p> <ul style="list-style-type: none"> 达到每万人口卫生工作者建议密度的国家（该指标监测范围内的五种职业：医生、护理人员、助产人员、牙医、药剂师）的比例 90%以上的疫苗接种岗位拥有受过培训的卫生人员的国家比例 免疫人员缺口大于25%的国家比例 具备卫生人力能力的国家比例 	<p>与全球一级监测保持一致: 每万人口中医生、护士和助产士的密度</p> <p>指标方案:</p> <ol style="list-style-type: none"> 每个区域每万人口具备免疫接种能力的卫生人员 按干部（护士、助产士、医生、社区卫生工作者）分列的每万人口卫生工作者人数，按性别、年龄、提供服务的级别、管理权限和国家以下行政地区分列 过去两年内有受过培训的疫苗接种人员的服务提供点的数量和比例 按职业和国家以下级别开列的空缺员额在总额中所占的比例（护理和一线卫生工作者中空缺职位的比例）
战略重点目标 1.3: 作为国家公共卫生监测系统的一个组成部分，建立和加强全面的疫苗可预防疾病监测，并得到强大、可靠的实验室网络的支持		
为全球监测选择的指标	区域监测方案	国家监测方案
90%的地区及时报告已被纳入全国监测范围的所有重点疫苗可预防疾病疑似病例（包括零病例报告）的国家比例	<p>与全球一级监测保持一致: 90%的地区及时报告已被纳入全国监测范围的所有重点疫苗可预防疾病疑似病例（包括零病例报告）的国家比例</p> <p>指标方案:</p> <ul style="list-style-type: none"> 在12个月内达到每10万人口中非麻疹/非风疹丢弃率大于或等于2人以及每10万15岁以下人口中非脊灰急性弛缓性麻痹率大于1人的国家比例 有实验室能力检测至少一种细菌性疫苗可预防疾病的国家比例 	<p>与全球一级监测保持一致: 在一年内至少及时报告全国范围内监测的所有重点疫苗可预防疾病90%疑似病例的地区比例，包括零病例报告。</p> <p>指标方案:</p> <ol style="list-style-type: none"> 在12个月内非脊灰急性弛缓性麻痹率（目标为每10万15岁以下人口大于1人） 非麻疹/非风疹丢弃率（目标为每10万人口大于或等于2人） 有实验室能力检测至少一种细菌性疫苗可预防疾病

战略重点目标 1.4：在初级卫生保健供应系统内确保疫苗和相关商品的高质量供应链以及有效的疫苗管理		
为全球监测选择的指标	区域监测方案	国家监测方案
能够提供服务级别全面供应百白破三联疫苗和麻疹疫苗的时间比例（各国平均值）	<p>与全球一级监测保持一致： 能够提供服务级别全面供应百白破三联疫苗和麻疹疫苗的时间比例（各国平均值）</p> <p>指标方案：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 拥有电子疫苗和供应库存管理系统以监测疫苗库存直至提供服务的国家比例 • 在过去三年内进行过有效疫苗管理评估的国家比例 • 在充分性、质量、效率有效疫苗管理指标类别中至少有两个指标的评估得分（有效疫苗管理评估得分）达到 80% 以上的国家比例 • 定期更新和完成（至少每 6 个月一次）冷链库存（拥有冷链设备地理定位的冷链库存）的国家比例 • 肺炎球菌结合疫苗密闭瓶浪费率低于 1% 的国家比例 	<p>与全球一级监测保持一致： 能够提供服务级别全面供应百白破三联疫苗和麻疹疫苗</p> <p>指标方案：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 报告服务提供点库存可用性（疫苗和用品）的地区比例 2. 拥有电子疫苗和供应库存管理系统以监测疫苗库存直至提供服务的地区比例 3. 国家层面百白破三联疫苗和麻疹疫苗缺货事件 4. 全国缺货天数 5. 国家以下级别百白破三联疫苗和麻疹疫苗缺货事件 6. 开展了有效疫苗管理评估 7. 拥有能够发挥作用的 PQS 设备的场所比例 8. 有效疫苗管理得分（不只是是否已经进行） 9. 冷链设备的功能 10. 肺炎球菌结合疫苗密闭瓶浪费率
战略重点目标 1.5：信息系统		
为全球监测选择的指标	区域监测方案	国家监测方案
无	<p>指标方案：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 区域内有免疫接种记录*的人口百分比≥80%的国家数目** *包括纸质记录和数字记录。 **目标由区域一级确定。 • 评价得分（如有效信息系统质量≥90 的国家） • 报告完整性和及时性达到 90% 或以上的国家比例 • 具有以下情形的国家比例： 	<p>指标方案：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 拥有个人免疫记录的人口比例 2. 可将可持续和有效的免疫信息系统纳入健全的国家卫生信息系统 3. 能够在线访问卫生管理信息系统的地区比例 4. 登记在册的活产比例 5. 国家利用关于疫苗接种不足的优质数据为社区、国家以下级别和国家一级制定计划提供参考

	<ul style="list-style-type: none"> • 有覆盖全国的电子免疫登记册（即涵盖当年出生的全部儿童人口电子免疫登记册） • 纳入疫苗接种数据的综合性卫生管理信息系统 • 数字卫生信息战略 	<ol style="list-style-type: none"> 6. 拥有在家免疫接种记录的儿童比例 7. 拥有完整和及时报告的地区比例 8. 报告在第1剂至第3剂百白破三联疫苗之间阴性退出率的地区比例 9. 儿童接种第3剂百白破三联疫苗年度变化低于15%的地区比例
战略重点目标 1.6: 疫苗安全		
为全球监测选择的指标	区域监测方案	国家监测方案
<p>每百万总人口中至少有一例记录在案（通过报告表报告和/或被列入名册）的个别严重免疫接种不良事件病例安全报告的国家比例</p>	<p>建议指标: 向世卫组织个别病例安全报告全球数据库报告个别严重免疫接种不良事件的国家比例*</p> <p>指标方案:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 国家管制当局与免疫规划之间共享疫苗安全数据（即在上一年联合报告中报告的严重免疫接种不良事件病例数据与在免疫接种不良事件发生日期所在年度上传世卫组织个别病例安全报告全球数据库的数据相同）的国家比例 2. 设有可正常发挥作用的**免疫接种不良事件委员会的国家比例 <p>*这适用于所有国家，不论是否能够访问世卫组织个别病例安全报告全球数据库，因为鼓励各国逐步向世卫组织个别病例安全报告全球数据库报告免疫接种不良事件病例，以便到2030年，100%的国家向世卫组织个别病例安全报告全球数据库报告个别严重的免疫接种不良事件</p> <p>** 见全球免疫接种不良事件监测手册第4.6节 https://www.who.int/vaccine_safety/publications/Global_Manual_revised_12102015.pdf?ua=1</p>	<p>与全球一级监测保持一致: 每百万总人口的个别免疫接种不良事件病例安全报告</p> <p>指标方案:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 每百万总人口中至少有一例记录在案（通过报告表报告和/或被列入名册）的个别严重免疫接种不良事件病例安全报告的省/地区或国家以下单位的比例 2. 进行过因果关系评估的严重*免疫接种不良事件病例的比例 <p>*导致死亡、危及生命、需要住院治疗或延长现有住院时间、导致持续或严重残疾/丧失行为能力或先天性异常/出生缺陷的事件。任何需要采取干预措施以防止出现上述某种结果的任何医疗事件也可能被认为属于严重事件。</p>

表 2：战略重点 2 各级监测指标概要

战略重点 2：承诺和需求		
战略重点目标 2.1：在各级取得和维持强有力的免疫政治承诺		
为全球监测选择的指标	区域监测方案	国家监测方案
已经制定立法以支持将免疫接种作为一种公共产品的国家比例	<p>与全球一级监测保持一致： 已经制定立法以支持将免疫接种作为一种公共产品的国家比例</p>	<p>与全球一级监测保持一致： 已经制定支持将免疫接种作为一种公共产品的立法</p> <p>指标方案：</p> <ul style="list-style-type: none"> 国家和国家以下级别使用的承诺跟踪和问责框架
战略重点目标 2.2：确保所有人和所有社区都重视、积极支持和寻求免疫服务		
为全球监测选择的指标	区域监测方案	国家监测方案
已实施行为或社会战略（即需求产生战略）来解决疫苗接种不足问题的国家比例	<p>与全球一级监测保持一致： 已实施行为或社会战略（即需求产生战略）来解决疫苗接种不足问题的国家比例</p> <p>指标方案：</p> <ol style="list-style-type: none"> 政府对社区行动的支持（例如，为社区行动提供专项资金，为社区提供定制的技术工具，针对面临特定风险的亚群体的规划） 有专门的在线资源用于分享关于疫苗和免疫的准确信息的国家，包括本地接种时间表 已经建立常规数字收听平台的国家 	<p>与全球一级监测保持一致： 已在上一年实施行为或社会战略（即需求产生战略）来解决疫苗接种不足问题</p> <p>指标方案：</p> <ol style="list-style-type: none"> 包括与民间社会和社区代表接触的卫生机构微观计划 工作人员接受过人际沟通或类似培训（进修或其他培训）的卫生机构 重视疫苗接种的人口比例 其他基于行为和社会驱动因素的指标预留位置 关于克服与性别相关的免疫障碍的规划指标预留位置

表 3：战略重点 3 各级监测指标概要

战略重点 3：覆盖和公平		
战略重点目标 3.1：扩大免疫服务，使之能够定期到达“零接种”和免疫不足的儿童和社区		
为全球监测选择的指标	区域监测方案	国家监测方案
无	指标方案： <ol style="list-style-type: none"> 1. 有循证资助计划来解决高风险社区覆盖问题的国家数目（零接种和免疫不足的社区） 2. 有惠及弱势群体的免疫战略的国家比例 3. 将旨在到达零接种儿童和错失接种机会的社区活动纳入国家免疫战略的国家比例 4. 至少 80%*的地区已经制定专门针对零接种社区的微观计划的国家比例（*目标在区域一级确定） 5. 已经对零接种和免疫接种不足的儿童数量和分布情况以及错过接种机会的社区的决定因素进行分析评估（覆盖与公平分析）的国家比例 6. 开展免疫接种活动的次数，按服务提供类型分列。 	指标方案： <ol style="list-style-type: none"> 1. 已经制定旨在解决高风险社区覆盖问题的循证资助计划 2. 第 1 剂至第 3 剂百白破三联疫苗之间的退出率；第 1 剂百白破三联疫苗和第 1 剂麻疹疫苗之间的退出率 3. 按服务提供类型（如固定、外展）分列的计划免疫活动(1)计划和已开展的免疫活动(2)的次数 4. 至少有 80%的计划（外展）活动也已举行的地区比例 5. 根据国家免疫计划已为贫困人口中符合条件的儿童接种疫苗的儿童比例 6. 已经制定专门针对零接种和免疫不足社区的微观计划的地区比例 7. 被确定为“零接种”或以前未接种过口服病毒疫苗的急性弛缓性麻痹病例的比例
战略重点目标 3.2：在全国和所有地区推进和维持高水平 and 公平的免疫接种覆盖率		
为全球监测选择的指标	区域监测方案	国家监测方案
覆盖率最低的 20% 的地区第 3 剂百白破三联疫苗、第 1 剂麻疹疫苗和第 2 剂麻疹疫苗覆盖率（各国平均值）	与全球一级监测保持一致： 覆盖率最低的 20%地区第 3 剂百白破三联疫苗、第 1 剂麻疹疫苗和第 2 剂麻疹疫苗覆盖率（各国平均值） 指标方案： <ol style="list-style-type: none"> 1. 全国第 1 剂百白破三联疫苗和第 3 剂百白破三联疫苗的年化退出率大于 5%的国家比例 	与全球一级监测保持一致： 覆盖率最低的 20%地区第 3 剂百白破三联疫苗、第 1 剂麻疹疫苗和第 2 剂麻疹疫苗覆盖率 指标方案： <ol style="list-style-type: none"> 1. 第 1 剂和第 3 剂百白破三联疫苗之间的退出率 2. 免疫覆盖的地域公平性

	2. 国家免疫战略中有克服性别相关免疫障碍的明确战略的国家比例	3. 第1剂百白破三联疫苗、第1剂麻疹疫苗和FIC覆盖率的百分比差异与国内疫苗接种覆盖率的最重要社会经济决定因素（贫困、教育、族裔、宗教信仰）有关 4. 居住在提供免疫服务的固定场所5公里范围内的人口比例
--	---------------------------------	---

表 4：战略重点 4 各级监测指标概要

战略重点 4：生命历程与一体化		
战略重点目标 4.1：加强整个生命历程的免疫政策和服务供应，包括适当补种疫苗和接种加强剂量		
为全球监测选择的指标	区域监测方案	国家监测方案
保护范围（按国家划分的世卫组织推荐的所有疫苗抗原的平均覆盖率）	<p>与全球一级监测保持一致： 保护范围（按国家划分的世卫组织推荐的所有疫苗抗原的平均覆盖率）</p> <p>指标方案：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 在国家免疫计划中至少有三种疫苗针对一岁以上人口的国家比例 2. 第2剂麻疹疫苗、百白破三联疫苗增强剂、人乳头瘤病毒疫苗已被列入国家免疫计划的国家比例 3. 已有为所有个人或针对高危亚人群实施季节性流感疫苗接种规划的国家比例 	<p>与全球一级监测保持一致：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 世卫组织推荐疫苗已被纳入国家免疫计划的比例 <p>指标方案：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 国家免疫计划中针对一岁以上人口的疫苗数量 2. 关于儿童、青少年和成人疫苗接种政策和/或法律的情况，包括关于先前错过接种机会的疫苗补种政策 3. 第2剂麻疹疫苗、五联加强剂疫苗、人乳头瘤病毒覆盖率 4. 已将季节性流感疫苗接种纳入所有个人或针对高风险亚人群的国家免疫计划的国家季节性流感疫苗覆盖率 5. 在脊灰、麻疹等补充免疫活动期间批次质量保证达到80%以上“通过”率的比例

战略重点目标 4.2：为不同年龄段的目标群体建立免疫接种与其他公共卫生干预措施综合服务联络点。		
为全球监测选择的指标	区域监测方案	国家监测方案
无	<p>指标方案：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 制定国家政策或标准操作程序以加强在整个生命历程内提供已被纳入初级卫生保健范围的免疫接种服务的国家比例 2. 为所有年龄段人口制定国家一体化服务提供指南以防止错失疫苗接种机会的国家比例 3. 初级卫生保健提供 90% 以上免疫服务的国家比例 4. 三级卫生保健提供 80% 以上免疫服务的国家比例 5. 将 90% 以上现有非传统接种策略（如学校、药店）纳入免疫接种服务的国家比例 6. 采用综合覆盖指数（例如全球疫苗行动计划一体化指数 G5.2）的国家比例，按综合覆盖指数 <60（薄弱卫生系统）、综合覆盖指数在 60–70 之间（较薄弱卫生系统）、综合覆盖指数 >70（较强卫生系统）分类 7. 通过免疫服务将家庭记录与公民出生登记联系起来的国家比例 	<p>指标方案：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 制定国家政策或标准操作程序，以加强在整个生命历程内提供已被纳入初级卫生保健范围的免疫接种服务 2. 为所有年龄段人口制定国家一体化服务提供指南，以防止错过疫苗接种机会 3. 将现有非传统接种策略（如学校、药店）纳入免疫接种服务的比例 4. 初级卫生保健中心将免疫接种服务与其他初级卫生保健服务结合起来的比例 5. 三级卫生保健提供日常免疫接种服务的比例 6. 通过免疫服务将家庭记录与公民出生登记联系起来 7. 免疫诊所拥有在产后一年内提供计划生育产后护理服务的主动机制的比例 8. 在出生后第二年提供包括生长、营养和疫苗接种检查在内儿童常规健康检查的地区数量和覆盖比例 9. 对在年度免疫计划中使用世卫组织错过疫苗接种机会战略对错过疫苗接种机会的比例进行主动调查的地区数量
战略重点目标 4.3：加快新疫苗引进，在所有国家保护更多人免受更多疾病的侵害		
为全球监测选择的指标	区域监测方案	国家监测方案
无	<p>指标方案：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 已将世卫组织推荐的所有疫苗纳入其国家免疫计划的国家比例 2. 在 2020 年后引进新推荐疫苗的国家比例 	<p>指标方案：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 在世卫组织政策建议后 X 年内，已将世卫组织推荐的所有疫苗纳入其国家免疫计划的比例 2. 在生命历程的每个阶段接种世卫组织推荐的最后一剂疫苗的比例 3. 2020 年后引进新推荐疫苗的覆盖率 4. 新疫苗的推广速度

5. 疫苗引进的数量

表 5：战略重点 5 各级监测指标概要

战略重点 5：疫情和突发事件		
战略重点目标 5.1：确保做好防范、发现和快速高质量应对疫苗可预防疾病疫情		
为全球监测选择的指标	区域监测方案	国家监测方案
及时发现和应对脊灰、麻疹、脑膜炎球菌病、黄热病、霍乱和埃博拉疫情的比例（仅包括已有疫情应对疫苗接种活动的疫情）	<p>与全球一级监测保持一致： 及时发现和应对脊灰、麻疹、脑膜炎球菌病、黄热病、霍乱和埃博拉疫情的比例（仅包括已有疫情应对疫苗接种活动的疫情）</p> <p>指标方案：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 每年经实验室确诊的易流行疫苗可预防疾病疫情暴发次数 2. 对于易流行疫苗可预防疾病，通过疫情应对疫苗接种活动实现的平均覆盖率 3. 有国家疫情应对计划的国家比例 	<p>与全球一级监测保持一致： 及时发现和应对脊灰、麻疹、脑膜炎球菌病、黄热病、霍乱和埃博拉疫情的比例</p> <p>指标方案：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 每年经实验室确诊的易流行疫苗可预防疾病疫情暴发次数 2. 对于易流行疫苗可预防疾病，通过疫情应对疫苗接种活动实现的平均覆盖率 3. （是否制定国家疫情应对计划-是/否） 4. 能够证明利用证据（例如疾病监测数据、根本原因分析和覆盖数据）来支持疫情应对活动的计划/目标制定工作的库存应用的比例
战略重点目标 5.2：在突发事件期间以及在受冲突、灾害和人道主义危机影响的社区建立及时和适当的免疫接种服务		
为全球监测选择的指标	区域监测方案	国家监测方案
无	<p>指标方案： 在发生人道主义危机或突发事件的环境中，已接种与年龄相适应的第 3 剂百白破三联疫苗、麻疹疫苗（最后一剂）和肺炎球菌结合疫苗（最后一剂）的儿童比例</p>	<p>指标方案：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 在发生人道主义危机或突发事件的环境中，每年接种与年龄相适应的第 3 剂百白破三联疫苗、麻疹疫苗（最后一剂）和肺炎球菌结合疫苗（最后一剂）的儿童比例 2. 在脆弱、冲突和突发事件环境中，零接种和免疫接种不足儿童的数量

		3. 在危机年份开展的具体的、可衡量的、可实现的、相关的和有时限的调查或同等疫苗调查
--	--	--

表 6：战略重点 6 各级监测指标概要

战略重点 6：供应和可持续性		
战略重点目标 6.1：建立和维护所有疫苗抗原的健康全球市场		
为全球监测选择的指标	区域监测方案	国家监测方案
按疫苗抗原和国家类型分列的疫苗市场健康水平	无	无
战略重点目标 6.2：确保为所有国家的免疫规划提供充足的财政资源		
为全球监测选择的指标	区域监测方案	国家监测方案
国内政府和捐助者在初级卫生保健方面的支出增加或保持稳定的国家比例，人均不变价格（广义政府卫生支出指标）	<p>与全球一级监测保持一致： 国内政府和捐助者在初级卫生保健方面的支出增加或保持稳定的国家比例</p> <p>指标方案：</p> <ol style="list-style-type: none"> 按每个活产不变价格计算，政府在免疫方面的支出（按疫苗和估计业务成本分列）处于停滞状态或增加的国家数目（按国内资金和捐助者供资分列） 免疫接种未被列为重点的国家数目，即 <ul style="list-style-type: none"> 分配给免疫接种的国内公共预算份额（疫苗和业务费用）下降 分配给免疫接种的公共预算（包括捐助资金）份额下降 使用卫生账户跟踪免疫支出情况的国家数目 	<p>与全球一级监测保持一致： 按人均不变价格和活产数量，国内政府和捐助者在初级卫生保健和免疫方面的支出增加或处于停滞状态的趋势</p> <p>指标方案：</p> <ol style="list-style-type: none"> 按人均不变价格和活产计算，仅国内政府在初级卫生保健和免疫接种方面的支出所占份额是否增加？ 免疫预算年度执行率是否低于 90%？ 初级卫生保健预算年度执行率是否低于 90%？ 是否制定年度业务计划，并规定了规划需要以及可用于满足这些需要的资源？ 最近是否开展了免疫筹资分析，以查明在普及免疫方面难以取得进展的瓶颈，并探讨通过综合服务提高效率的可能性？

战略重点目标 6.3: 依赖援助的国家在免疫支出方面增加国内资源, 并在脱离援助的过渡时期, 确保政府为实现和维持所有疫苗的高覆盖率提供资金		
为全球监测选择的指标	区域监测方案	国家监测方案
国内政府资源在国家免疫计划疫苗支出中所占份额增加的国家比例	<p>与全球一级监测保持一致: 国内政府资源在国家免疫计划疫苗支出中所占份额增加的国家比例</p> <p>指标方案: 由国内政府资源供资的免疫计划疫苗支出所占份额处于停滞状态或增加的国家数目</p>	<p>与全球一级监测保持一致: 在国家免疫计划中, 由国内政府资金资助的疫苗支出总额所占的比例</p> <p>指标方案: 随着时间的推移, 按抗原分列的疫苗成本下降</p>

表 7: 战略重点 7 各级监测指标概要

战略重点 7: 研究与创新		
战略重点目标 7.1: 建立和加强各级确定创新重点以及创造和管理创新的能力		
为全球监测选择的指标	区域监测方案	国家监测方案
制定了免疫研究议程的国家比例	<p>与全球一级监测保持一致: 制定了免疫研究议程的国家比例</p> <p>指标方案:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 可为发展中国家免疫研究议程提供共同的框架/程序/格式 2. 与基准相比, 制定免疫研究议程的国家比例 3. 确保为制定和实施国家免疫议程提供资金的国家比例 4. 参与疫苗产品和交付、研发、实施研究和/或制造的国家比例 	<p>与全球一级监测保持一致:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 制定了免疫研究议程 <p>指标方案:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 提高开展疫苗临床试验的机构和技术能力 2. 已确定其新产品/创新重点的地区数量

战略重点目标 7.2: 开发新疫苗和技术, 改进现有免疫规划的产品和服务		
为全球监测选择的指标	区域监测方案	国家监测方案
在实现全球研发目标方面取得的进展	指标方案: <ol style="list-style-type: none"> 1. 已批准/实施或正在试点研究中的新疫苗相关产品/创新的数量 2. 开展关键临床试验的数量 3. 获得预认证的新疫苗数量 4. 区域免疫技术咨询小组已经批准其研究免疫议程重点的国家数量 5. 进入商业生产的疫苗数量 6. 建立评价框架, 以评估新的和现有产品和服务的利用和实施效果 	指标方案: <ol style="list-style-type: none"> 1. 国家管制当局批准的新疫苗相关产品/创新的数量 2. 建议使用的新疫苗数量 3. 开展关键临床试验的数量 4. 进入商业生产的疫苗数量
战略重点目标 7.3: 根据现有最佳证据, 对有前途的创新进行评价以及酌情扩大创新规模		
为全球监测选择的指标	区域监测方案	国家监测方案
无	指标方案: <ol style="list-style-type: none"> 1. 已建立确定疫苗产品和创新开发、引进或使用流程/框架的国家比例 2. 国家免疫技术咨询小组或其他相关独立技术咨询小组至少提出一项建议的国家比例 	指标方案: <ol style="list-style-type: none"> 1. 至少落实了国家免疫技术咨询小组或其他相关独立技术咨询小组提出的一项建议 2. 旨在加强免疫服务供应的循证解决方案的清单 3. 在实施/推广旨在加强免疫服务供应的循证解决方案方面取得的进展

战略重点目标指标的元数据

全球战略重点目标指标

每一项全球战略重点目标指标将具有以下特征：

指标识别，名称	战略重点 1.1-有证据证明已在国家和国家以下级别采用监测、评价与行动机制的国家比例
定义	<p><u>在国家和国家以下级别（相当于地区）推动监测、评价与行动周期的机制是按以下标准定义的。</u></p> <p>标准包括：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 有能够正常发挥作用的国家免疫技术咨询小组或同等技术咨询小组 2. 确定了监测、评价与行动周期 3. 建立了反馈循环，以便从国家以下级别向国家以及从国家向国家以下级别通报进展评估结果和建议行动
计算和需要考虑的业务因素	<p>数据驱动决策是实行强有力的领导和管理的一种标志。这一指标应有助于团结主要利益攸关方以负责任的方式采取行动。来自监测、评价与行动活动的信息应向上级报告，并向下级反馈建议。已经计划/采取的行动应向上级报告，并向下级反馈建议。该指标将按上述标准自行报告。符合每项标准得1分，最高得3分。除了通过联合报告表收集的国家免疫技术咨询小组及其功能信息外，当前全球一级尚无可供使用的本指标数据。</p> <p>联合报告表问题：</p> <p>标准 1： 有能够正常发挥作用的<u>国家免疫技术咨询小组或同等技术咨询小组</u>（已通过联合报告表收集）。“能够正常发挥作用”的定义是满足以下要求：1. 技术咨询小组有正式的书面职权范围；2. 咨询小组有立法或行政依据；3. 小组中拥有具备以下领域专业知识的核心成员：儿科；公共卫生；传染病；流行病学；免疫学；4. 技术咨询小组成员必须披露利益冲突；委员会定期举行会议，每年至少一次；6. 至少在会议召开前一周向技术咨询小组成员散发议程和背景文件。</p> <p>标准 2： 已在[插入上一年]制定监测、评价与行动周期。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 贵国是否已在[插入上一年]制定了数据驱动决策的监测、评价与行动周期？ 2 如果是，请提供一份业务文件，以说明上一年贵国的监测、评价与行动流程： 3 如果是，请提供一份说明性摘要，说明已经采取了旨在通过实施监测、评价与行动周期来加强免疫规划执行情况的行动。 4 如果是，选择已为[插入上一年]监测、评价与行动周期提供指导的利益攸关方 <ol style="list-style-type: none"> 4.1 国家免疫技术咨询小组 4.2 政府 4.3 民间社会组织 4.4 其他（请具体说明）

	<p>标准 3: 已建立反馈循环, 以便从国家以下级别向国家以及从国家向国家以下级别通报进展评估结果和建议行动</p> <p>3.1 国家是否在[插入上一年]向国家以下级别通报免疫指标评价结果?</p> <p>3.2 国家以下级别是否在[插入上一年]向国家通报免疫指标评价结果?</p>
测量方法	<p>本指标的数据将通过自我报告(是/否)和请求提供支持文件的方式收集。</p> <p>支持文件将包括:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 说明各级监测、评价与行动流程的业务文件 - 采取旨在加强各级免疫规划执行情况的行动的的证据
数据来源	拟通过联合报告表收集

指标识别, 名称	战略重点 1.2-每万人口中医生、护士和助产士的密度
定义	每万人口中医生、护士和助产士的数量
计算和需要考虑的业务因素	<p>每万人口中医生、护士和助产士的密度:</p> <p>分子: 在编医生、护士和助产士的数量</p> <p>分母: 总人口(每万人)</p> <p>医师包括以下职业: 全科医生、专科医生和医生。本类别中包含的国际标准职业分类单位组别代码为 221、2211、2212。</p> <p>护理和助产人员包括以下职业: 护理专业人员、护理助理专业人员、助产专业人员、助产助理专业人员和相关职业。本类别中包含的国际标准职业分类单位组别代码为国际标准职业分类第八版的 2221、2222、3221 和 3222。</p>
测量方法	<p>按照世界卫生大会 WHA 69.19 号决议要求, 为了便于报告, 开发了一个在线国家卫生人力账户数据平台。此外, 还采用了国家人口普查、劳动力调查以及国家和地区主要行政来源等其他信息来源来补充通过国家卫生人力账户数据平台提交的国家报告。一般而言, 关于人力密度的分母数据(即国家人口估计数)来自联合国人口司的世界人口展望数据库。如果官方卫生人力报告提供的是密度指标而不是计数, 则使用联合国人口司世界人口展望数据库中估计的人口来计算存量估计数。</p> <p>更多信息, 见:</p> <p>https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/nursing-and-midwifery-personnel-(per-10-000-population)</p> <p>https://www.who.int/activities/improving-health-workforce-data-and-evidence</p>
数据来源	<p>分子: 世卫组织国家卫生人力账户</p> <p>分母: 联合国人口司《世界人口展望》</p>

指标识别, 名称	战略重点 1.3 - 90%的地区及时报告已被纳入全国监测范围的所有重点疫苗可预防疾病疑似病例（包括零病例报告）的国家比例*																		
定义	地区及时报告已被纳入全国监测的所有重点疫苗可预防疾病疑似病例的国家（包括零病例报告） *纳入全国监测的所有重点疫苗可预防疾病疑似病例。重点疫苗可预防疾病至少包括脊灰、麻疹、风疹、新生儿破伤风、黄热病（流行国家）、脑膜炎球菌（处于脑膜炎地带国家）以及被国家/地区认定属于全国监测重点的其他疾病。																		
计算和需要考虑的业务因素	<p>分母-报告数据的国家总数。 分子包括至少 90%的地区已经达到至少 90%及时报告已被纳入全国监测范围的所有重点疫苗可预防疾病（包括零病例报告）的国家</p> <ul style="list-style-type: none"> - 向省或国家一级报告预定义疫苗可预防疾病所有疑似病例的病例数。病例数可以为零 - 按照国家内部报告期限的规定及时提交这些报告。 - 实现每年 90%的报告率：如果一个国家希望每周报告某种特定疾病，那么该地区需要在国家规定的截止日期前报告 47 次或以上。如果它们每月报告一种疾病，那么一个日历年的报告次数应在 11 次或以上。 <p>具有以下情形的地区，将不被计入分子：</p> <ul style="list-style-type: none"> - 报告部分（但非全部）预定义疫苗可预防疾病疑似病例数的 - 未按时报告的 - 报告时间少于 90%的。 <p>小国可以使用其主要行政单位或以卫生机构作为其计量单位</p>																		
测量方法	<p>为了计算这一指标，建议在联合报告中提出以下问题。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 贵国的重点疫苗可预防疾病是什么（重点疫苗可预防疾病是指一个国家将其定义为希望通过实现高质量监测以推动其疫苗接种规划的疫苗可预防疾病）。这些疾病可能是以消除/消灭为目标的疾病，也可能是已被国家纳入全国监测范围且正在考虑为其引进疫苗或者是因为疾病负担很高或者是因为它们很容易暴发疫情的疾病）（下拉/选择所有疫苗可预防疾病） 2. 地区数量：_____ 3. 请填本表帮助计算这一指标。 <table border="1" data-bbox="556 1128 1732 1377"> <thead> <tr> <th data-bbox="556 1128 940 1230">重点疫苗可预防疾病（选择所有重点疫苗可预防疾病）</th> <th data-bbox="940 1128 1186 1230">报告频率（每天、每周、每月）</th> <th data-bbox="1186 1128 1423 1230">在____（年份）期间随时报告的地区总数</th> <th data-bbox="1423 1128 1732 1230">在____（年份）期间至少 90%的时间报告的地区数量</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="556 1230 940 1268">填写疫苗可预防疾病名称 1</td> <td data-bbox="940 1230 1186 1268"></td> <td data-bbox="1186 1230 1423 1268"></td> <td data-bbox="1423 1230 1732 1268"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="556 1268 940 1305">填写疫苗可预防疾病名称 2</td> <td data-bbox="940 1268 1186 1305"></td> <td data-bbox="1186 1268 1423 1305"></td> <td data-bbox="1423 1268 1732 1305"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="556 1305 940 1377">填写疫苗可预防疾病名称 3 （以及所有疫苗可预防疾病）</td> <td data-bbox="940 1305 1186 1377"></td> <td data-bbox="1186 1305 1423 1377"></td> <td data-bbox="1423 1305 1732 1377"></td> </tr> </tbody> </table>			重点疫苗可预防疾病（选择所有重点疫苗可预防疾病）	报告频率（每天、每周、每月）	在____（年份）期间随时报告的地区总数	在____（年份）期间至少 90%的时间报告的地区数量	填写疫苗可预防疾病名称 1				填写疫苗可预防疾病名称 2				填写疫苗可预防疾病名称 3 （以及所有疫苗可预防疾病）			
重点疫苗可预防疾病（选择所有重点疫苗可预防疾病）	报告频率（每天、每周、每月）	在____（年份）期间随时报告的地区总数	在____（年份）期间至少 90%的时间报告的地区数量																
填写疫苗可预防疾病名称 1																			
填写疫苗可预防疾病名称 2																			
填写疫苗可预防疾病名称 3 （以及所有疫苗可预防疾病）																			

数据来源	拟通过联合报告表收集
指标识别, 名称	战略重点 1.4-可全面提供百白破三联疫苗和麻疹疫苗免疫服务的时间比例（各国平均值）
定义	所有报告国全年未报告百白破三联疫苗和麻疹疫苗缺货的卫生机构百分比平均值
计算和需要考虑的业务因素	<p>报告称已建立旨在衡量服务提供级别疫苗可及性的系统的国家将对机构级别的数据进行整合，并计算没有百白破三联疫苗和麻疹疫苗缺货的机构的年度平均百分比。</p> <p>建议将以下问题列入联合报告表：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 贵国是否建立了旨在衡量服务提供级别疫苗可及性的系统（是/否）？ • [插入上一年]麻疹疫苗的可及性是多少-定义为报告全年没有缺货的卫生机构的百分比？ • [插入上一年]百白破三联疫苗的可及性是多少-定义为报告全年没有缺货的卫生机构的百分比？ <p>计算：所有已建立这种信息收集系统的国家的百白破三联疫苗和麻疹疫苗的平均百分比。</p> <p>需要考虑的业务因素： 就这一指标而言，这意味着每个月，每个卫生机构都能满足所有疫苗需求，两种疫苗全年都没有报告缺货情况。</p>
测量方法	利用现有信息系统（如物流管理和信息系统、卫生管理信息系统、地区卫生信息系统第2版、基于网络的疫苗供应库存管理或其他可用的信息管理平台）监测和收集机构级别一年内百白破三联疫苗和麻疹疫苗全部库存可用性数据的国家。缺少这一数据的国家（例如，没有指标报告、没有跟踪服务提供级别库存情况的系统）在回答第一个问题时回答否。
数据来源	拟通过联合报告表收集

指标识别, 名称	战略重点 1.6-每百万总人口中至少有 1 例记录在案（通过报告表和/或被列入名册）的个别严重免疫接种不良事件*病例安全报告的国家比例
定义	每百万总人口中有记录在案（通过报告表和/或被列入名册）的个别严重免疫接种不良事件病例安全报告的国家
计算和需要考虑的业务因素	世卫组织全球安全监测数据库中提供每年个别免疫接种不良事件病例安全报告的数量 阈值：所有国家每百万人口中至少有 1 例个别免疫接种不良事件病例安全报告

	总人口：联合国人口司的世界人口展望，例如 https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019_Highlights.pdf * 世卫组织全球数据库-世卫组织个别病例安全报告全球数据库： https://www.who-umc.org/vigibase/vigibase/
测量方法	每百万总人口每年个别严重免疫接种不良事件报告率=国家/国家以下级别地区每年报告的个别记录在案的严重免疫接种不良事件病例的数量/同一国家/国家以下级别地区每年总人口*1,000,000 $\text{每年个别严重免疫接种不良事件报告率} = \frac{\text{国家/国家以下级别地区每年报告的个别记录在案的严重免疫接种不良事件病例的数量}}{\text{同一国家/国家以下级别地区每年总人口}} \times 1,000,000$
数据来源	主要数据来源：世卫组织个别病例安全报告全球数据库： https://www.who-umc.org/vigibase/vigibase/ 。 世卫组织个别病例安全报告全球数据库数据将用于有能力向该数据库上传数据的国家。 联合报告表将暂时用于正在向世卫组织个别病例安全报告全球数据库报告病例过渡到的国家。

指标识别，名称	2.1 已经制定立法以支持将免疫接种作为一种公共产品的国家比例
定义	已经制定立法以支持将免疫接种作为一种公共产品的国家比例
计算和需要考虑的业务因素	本数据目前尚未在全球范围内系统性收集，因此，需要在 2021 年列入联合报告表。各国将通过自我报告（是/否）进行计算，并要求上传相关立法的副本或链接。 拟议的联合报告表问题： - 贵国是否有支持免疫接种的疫苗接种法或其他立法，并承诺政府为各级所有方面的免疫规划提供资金？ - 请提供通过年份 - 请上传支持文件或在评论栏中提供网站链接：
测量方法	是否存在支持承诺向民众提供政府资助的免疫服务的立法基础。这将通过自我报告（是/否）来进行衡量并要求提供支持文件。
数据来源	尚未纳入联合报告表。注：泛美卫生组织正在 2020 年联合报告表上试行了这一问题。可能会根据该区域各国的反馈对问题的确切措辞作出相应地修改。 问题还将包含一个解释性说明（示例文本如下）： “疫苗接种法或其他立法”可能包括成文法律（法案、法令）或由公共当局制定并由法律强制执行的条例、命令或法令。立法可能是专门针对免疫接种的，也可能包含在其他一般公共卫生立法中，除其他外，必须考虑为各级免疫接种规划的所有组成部分筹措资金，包括根据国家计划购买和及时提供疫苗、培训、监督、外联活动、信息系统等。

指标识别, 名称	2.2 已实施行为或社会战略（即需求产生战略）来解决疫苗接种不足问题的国家比例
定义	已实施行为或社会战略（即需求产生战略）来解决疫苗接种不足问题的国家比例
计算和需要考虑的业务因素	本数据目前尚未在全球范围内收集，因此，需要纳入 2021 年联合报告表。计算将通过各国对以下问题的自我报告进行： 在[插入上一年]中，国家是否实施了任何行为或社会战略（即需求产生战略）来解决疫苗接种不足问题？选择所有适用选项： <ul style="list-style-type: none"> • 加强疫苗接种的干预措施 • 提高服务质量的干预措施 • 建设医务工作者能力的干预措施 • 社区参与 • 沟通或教育公众的干预措施 • 管理基于社交数据或数字收听数据的错误信息的干预措施 • 政策层面的干预措施（例如激励措施） • 其他措施，请具体说明：
测量方法	指标将由各国在联合报告表中报告，并将取代联合报告表中先前要求回答的问题
数据来源	拟通过联合报告表收集

指标识别, 名称	3.2: 覆盖率最低的 20%地区内第 3 剂百白破三联疫苗、第 1 剂麻疹疫苗和第 2 剂麻疹疫苗覆盖率（各国平均值）
定义	在所有报告国家中，每个国家覆盖率最低的 20%地区第 3 剂百白破三联疫苗、第 1 剂麻疹疫苗和第 2 剂麻疹疫苗覆盖率的平均值
计算和需要考虑的业务因素	报告地区一级覆盖率的每个国家覆盖率最低的 20%地区的平均覆盖率。 表现最差的地区组可能每年都会发生变化（即不要试图关注固定地区组的执行情况）
测量方法	分析会员国报告的地区一级覆盖率。
数据来源	会员国通过联合报告表程序每年报告的地区一级覆盖率数据

指标识别, 名称	4.1 保护范围: 世卫组织推荐的所有疫苗抗原的平均覆盖率
定义	保护范围定义为世卫组织推荐的所有疫苗抗原的平均覆盖率
计算和需要考虑的业务因素	以下抗原在全球、区域和国家一级的平均覆盖率: - 白喉、破伤风、百日咳、乙型肝炎、乙型流感嗜血杆菌、麻疹、麻疹第二剂、肺气肿、脊灰、灭活脊灰病毒疫苗、风疹、轮状病毒、人乳头瘤病毒疫苗 请注意, 本定义可能会进一步细化。
测量方法	分析世卫组织和联合国儿童基金会国家免疫覆盖估计
数据来源	联合报告表、世卫组织和联合国儿童基金会国家免疫覆盖估计

指标识别, 名称	5.1 及时发现和应对脊灰、麻疹、脑膜炎球菌病、黄热病、霍乱和埃博拉疫情的比例 (仅包括已有疫情应对疫苗接种活动的疫情)
定义	及时*发现和应对脊灰、麻疹、脑膜炎球菌病、黄热病、霍乱和埃博拉疫情**的比例 * 每种疾病从疫情开始到活动实施可以接受的时间尚未确定 **仅适用于有疫情应对疫苗接种活动的疫情
计算和需要考虑的业务因素	应确定已有疫情应对疫苗接种活动的每一次脊灰、麻疹、脑膜炎球菌病、黄热病、霍乱和埃博拉疫情从开始暴发疫情到实施疫苗接种活动的时间。 针对每种疫苗, 确定从疫情开始暴发到实施疫苗接种活动被认为属于及时的最长时间。确定疫情开始的标准以及疫情发现和应对及时性的标准应与世卫组织的监测标准和疾病消灭、消除或控制战略保持一致。 指标的计算将涉及利用已知有及时发现和疫情应对疫苗接种活动的脊灰、麻疹、脑膜炎球菌病、黄热病、霍乱和埃博拉疫情的集体总数除以已知有疫情应对疫苗接种活动的脊灰、麻疹、脑膜炎球菌病、黄热病、霍乱和埃博拉疫情的集体总数。
测量方法	来自疫苗供应国际协调小组、麻疹和风疹行动、全球消灭脊灰行动和世卫组织世界卫生突发事件小组的信息, 并通过世卫组织/联合国儿童基金会联合报告表的国家免疫和疾病监测规划予以补充。
数据来源	疫苗供应国际协调小组、麻疹和风疹行动、全球消灭行动、世卫组织、国家免疫和疾病监测规划。 将从国家免疫和疾病监测规划系统性收集信息, 以便提供区域和全球一级数据。

指标识别, 名称	6.1 按疫苗抗原和国家类型分列的疫苗市场健康水平
定义	按疫苗抗原和国家类型分列的疫苗市场健康水平（全球疫苗免疫联盟、非全球疫苗免疫联盟中等收入国家、高收入国家）
计算和需要考虑的业务因素	<ul style="list-style-type: none"> • 每种抗原的全球供应超过全球需求达到 x 以上，且不超过 y-x，y 定义见获取疫苗的市场信息针对特定疫苗的市场研究：https://www.who.int/immunization/programmes_systems/procurement/mi4a/platform/module2/en/ • 每种抗原的两个最大供应商不超过市场的三分之二 • 每种抗原的制造商总数超过 3 家，包括产品处于临床开发阶段（至少 IIa 期）的制造商
测量方法	<p>已为确定市场健康水平确定了很多标准。“符合”标准的数量直接决定了每种疫苗市场的健康状况。每个组织都提出了自己的意见，并在出现不一致的时候进行了调整。</p> <p>更具体来说，将测量以下属性：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 供应满足需求 • 个别供应商风险 • 缓冲能力 • 长期竞争 <p>合作伙伴[世卫组织、联合国儿童基金会、全球疫苗免疫联盟、比尔及梅琳达·盖茨基金会]将对单独市场的健康状况进行半定量评估。根据对单独抗原的以上属性的评估以及对每个市场的规划背景的全面概述，将按以下类别对市场进行评估：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 供应不足，需要进一步干预：存在严重的供应安全挑战和风险，如果没有全球疫苗免疫联盟的干预，预计不会有任何改进 • 供应不足，但有改进条件：存在严重的供应安全挑战和风险，有改进的可能，但需要进一步监测和准备时间才能实现。 • 供应充足，但有风险：供应安全挑战有限，但具有不可接受的倒退风险，需要有降低风险的干预措施。 • 供应充足且可持续：供应安全挑战有限，风险可接受，需要监测以确保风险不增加。
数据来源	<ol style="list-style-type: none"> 1. 联合国儿童基金会 2. 世卫组织：通过获取疫苗的市场信息行动 3. 全球疫苗免疫联盟秘书处 4. 比尔及梅琳达·盖茨基金会

指标识别, 名称	6.2 国内政府和捐助者在初级卫生保健方面的支出增加或保持稳定的国家比例
定义	按美元（不变价格）计算，当前政府在初级卫生保健方面的人均支出水平（来自国内和捐助资金）与 2020 年前水平相比增加或保持稳定的国家比例。
计算和需要考虑的业务因素	人均不变美元初级卫生保健支出数据使用初级卫生保健支出除以人口计算，并按不变美元价格计算（折算成 2020 年国家货币单位价格，然后再折算成 2020 年美元）。 随后，再利用世卫组织全球卫生支出数据库和全球卫生支出报告使用的方法确定趋势计算。
测量方法	为了监测增长情况，建议采用的方法是采用人均不变价格来计算年增长率。 见 https://apps.who.int/nha/database/DocumentationCentre/GetFile/57752201/en
数据来源	世卫组织全球卫生支出数据库（卫生账户数据） https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en

指标识别, 名称	6.3 国内政府资源在国家免疫计划疫苗支出中所占份额增加的国家比例
定义	（在国家免疫计划中）由国内政府资金资助的疫苗经常支出份额与 2020 年前水平相比增加的国家数目。
计算和需要考虑的业务因素	该份额是按国内政府疫苗支出占常规免疫疫苗支出总额的百分比计算得出的。 随后，再利用世卫组织全球卫生支出数据库和全球卫生支出报告使用的方法计算趋势。
测量方法	为了监测增长情况，建议采用的方法是比较 Y_t 和 Y_{t-1} 的份额。 用于开展免疫活动的疫苗总价值。所有材料和服务都将在生产活动期间全部消耗。 在所有疫苗上花费的国内公共资源都要按照国家免疫规划使用，包括常规剂量的疫苗，并要遵守每个国家的疫苗接种计划。包括国际市场价格以及运输和装卸支出。在儿童健康日使用的疫苗包括在常规疫苗支出中，但不包括与通过补充免疫活动提供的疫苗剂量有关的支出
数据来源	联合报告表

指标识别, 名称	战略重点 7.1-制定了国家免疫研究议程的国家比例
定义	根据国家免疫战略或其他国家战略文件中明确规定和优先考虑的证据需求，制定了国家免疫研究议程的国家数目

<p>计算和需要考虑的业务因素</p>	<p>该国家议程应确定重点研究领域，以提高国家实现其《2030年免疫议程》目标的可能性。 研究定义为跨越5个领域的活动：</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 衡量某一健康问题的规模和分布情况； ● 了解问题的各种原因或决定因素，无论是因为生物、行为、社会因素造成的，还是由环境因素造成的； ● 确定和制定有助于预防或缓解问题的解决办法或干预措施； ● 通过政策和规划实施或提供解决方案；以及 ● 评价这些解决办法对问题的规模、程度和分布情况的影响。 <p>各国研究议程将会因国家背景和重点不同而存在差别。一些国家可能会重点关注疾病负担和实施/业务研究，以便为新产品的实施提供参考，而另一些国家可能会有更广泛的议程。</p>
<p>测量方法</p>	<p>拟议的联合报告表问题：</p> <ul style="list-style-type: none"> - 你们有国家免疫研究议程吗？ <p>如果有，</p> <ul style="list-style-type: none"> - 请提供能够证明国家免疫研究议程的支持文件（如国家免疫战略、国家卫生计划） <p>根据这份自我报告的证明文件，进行案头审查，以便：</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 确定目前有多少国家免疫研究议程的基准，它们的形式如何（如何变化），在哪里，如何监测（案头审查，通过区域办事处的调查？） ● 评估制定国家免疫战略的框架或指南是否可取、有用，并在需要时制定一个框架或指南 ● 作为国家免疫战略报告的一部分，评估在实施国家免疫战略方面的进展情况
<p>数据来源</p>	<p>主要数据来源</p> <ul style="list-style-type: none"> - 拟通过联合报告表收集 <p>各国应审查其研究议程文件的这些资料来源</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 国家免疫技术咨询小组 ● 国家免疫战略 ● 国家监管机构 ● 区域免疫技术咨询小组 ● 临床试验注册

<p>指标识别，名称</p>	<p>战略重点 7.2-在实现全球研发目标方面取得的进展</p>
----------------	----------------------------------

定义	在实现全球研发目标方面取得的进展将根据由世卫组织制定并经免疫战略咨询专家组批准的全球具体目标“简表”进行监测
计算和需要考虑的业务因素	世卫组织总部和各区域办事处以及主要伙伴/利益攸关方将共同确定具体目标，并监测和评价在全球和区域一级取得的进展情况。这一进程将需要一个确定优先次序的框架，以便在重点、具体目标以及监测和评价机制方面保持一致。建议的简表应不迟于2022年10月提交免疫战略咨询专家组。
测量方法	<p>全球： 测量需要</p> <ul style="list-style-type: none"> - 定期审查旨在跟踪主题趋势和进展情况的文献资料 - 基准将通过使用定期审查文献资料的同样流程来确定
数据来源	<p>主要数据来源：</p> <ul style="list-style-type: none"> - 定期审查文献资料，包括灰色文献资料 <p>审查文献资料应包括以下来源：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 世卫组织产品开发和疫苗咨询委员会及相关工作小组 (https://www.who.int/immunization/research/committees/pdvac/en/) • 疫苗创新的优先级策略 (https://www.gavi.org/our-alliance/market-shaping/vaccine-innovation-prioritization-strategy) • Infuse (https://www.gavi.org/investing-gavi/infuse) • 临床试验注册、制造商网站、产品管道等，伦理研究评论

影响目标和战略重点目标指标的进一步编制

2030年免疫议程监测与评价框架包括若干先前没有收集而且需要进一步发展的影响目标和战略重点目标指标。此外，《学习议程》指出，应至少每三年对监测与评价框架进行一次审查和更新，以应对不断变化的规划需求和监测与评价方法的改进，确保其能够为改进免疫规划执行情况提供所需的数据。这一定期审查应评估收集的数据是否符合需要，并随着免疫规划能力的不断加强而进行必要的修订以更新指标。

以下影响目标指标需要进一步发展，包括收集额外的数据和/或对历史趋势和预测进行深入分析（例如 COVID-19 大流行的预期长期影响），以产生基准估计数和确定现实的具体目标。

影响目标 1.1 避免死于疫苗可预防疾病的人数。

- 在接下来的几年中，影响目标 1.1 的范围将会增加更多的病原体（P.22）。这些病原体已根据战略重点、数据可用性和可行性进行了分类。
- 影响目标 1.1 的估计数将每年进行一次更新，并将在世卫组织和联合国儿童基金会国家免疫覆盖估计中发布。
- 模型和方法将进一步细化，并将利用额外数据对估计数进行验证。
- 随着掌握的数据增加，将会纳入 COVID-19 大流行对覆盖率的预期影响。

影响目标 1.2 实现全球或区域疫苗可预防疾病控制、消除和消灭目标的国家数量和比例。

- 当区域或全球机构核准新的疫苗可预防疾病控制、消除和消灭目标时，可能有更多的疫苗可预防疾病被纳入分析范围。
- 随着疾病规划监测策略的逐步发展，将会对疫苗可预防疾病指标和疫苗可预防疾病具体目标进行更新。可能的更新包括将区域核准更新为全球核准以及更新目标值、目标类型和目标日期时间框架。

影响目标 1.3 疫苗可预防疾病暴发大规模或破坏性疫情的次数。

- 暴发麻疹、脊灰、脑膜炎球菌、黄热病、霍乱和埃博拉大规模或破坏性疫情的标准将根据全球疫苗可预防疾病战略进行制定。这些标准将在十年期间根据需要进行更新，以反映疫苗可预防疾病战略的变化。
- 历史和基准疾病监测数据将对照最终标准进行评估。对于影响目标 1.3 范围内的每种疾病，对符合大规模或破坏性疫情暴发条件的疫情数量的评估将每年更新一次。
- 在接下来的几年里，可能会根据全球疫苗可预防疾病的消灭、消除和控制目标将更多病原体列入影响目标 1.3 的范围之内，特别是在有更多容易暴发疫情的疾病成为疫苗可预防疾病的时候。

影响目标 3.2 全民健康覆盖服务覆盖指数

- 随着在数据和理解方面取得进步，用于衡量全民健康覆盖和初级卫生保健的指标可能会在十年内不断发展。影响目标指标 3.2 的目标也会不断发展，以确保免疫规划对初级卫生保健/全民健康覆盖的贡献得到最恰当地评估。

此外，所有影响目标指标在实施过程中都需要进行评估，以便适当收集、衡量、分析、解读、沟通和使用评估结果来推动在实现《2030年免疫议程》影响目标方面取得进展。

以下战略重点目标指标需要进一步发展：

战略重点目标 1.1：加强和维持各级免疫规划的强力领导、管理和协调。

- 有运行顺畅的监测、评价与行动周期以便持续提高免疫规划质量是衡量领导力、管理和协调的一个关键指标。对这一指标的监测可能需要建立新的报告和反馈机制以及建设各级实施监测、评价与行动周期的能力。

战略重点目标 2.2：确保所有人都和所有社区都重视、积极支持和寻求免疫服务。

- 这一指标旨在推动国家免疫规划为评估和消除疫苗接种障碍分配专项资源。不过，制定适用于所有国家的单一全球需求产生指标是不切实际的，在一些国家，获得衡量这一指标的数据可能是一项挑战。

战略重点目标 3.1：确保对疫苗可预防疾病疫情做好防范、发现和快速高质量的应对。

- 将根据全球疫苗可预防疾病消灭、消除和控制目标，最终确定战略重点 5.1 范围内每一种疾病的及时发现和应对标准。
- 历史和基准疾病监测数据将对照最终标准进行评估。对于战略重点 5.1 范围内的每一种疾病，对有疫情应对疫苗接种活动能够及时发现和应对疫情的疫情比例的评估将每年更新一次。根据新的疾病诊断技术以及疾病监测和疫情应对的新方法，可以对及时发现和应对疫情的标准进行定期修订。
- 在接下来的几年中，根据全球疫苗可预防疾病消灭、消除和控制目标，可能会将更多的病原体列入战略重点 5.1 的范围内，特别是在有更多容易暴发疫情的疾病成为疫苗可预防疾病的时候。

战略重点目标 7.2：开发新疫苗及相关技术，改进免疫规划的现有产品和服务

- 这一指标来自全球疫苗行动计划（即全球重点研发目标简表），目的是在通过全球和区域机制为发展新疫苗和新技术以及改进免疫规划的现有产品和服务制定研发议程制定一种战略方法之前作为一项临时指标。
- 制定研发议程的战略方法应考虑国家免疫研究议程（战略重点 7.1），并反映《2030年免疫议程》研究与创新战略，该战略侧重于“基于需求的创新，并且旨在加强依据社区需求确定研究与创新重点的机制，特别是针对服务

不足的社区，并确保在开展免疫产品、服务和实践创新时考虑这些重点”。区域研发议程应侧重于在区域内各国之间发挥最大影响；应将区域研发议程纳入全球研发议程，确保全球研发议程立足于社区需求。

中文翻译由 Octopus Translations。世卫组织不对此译文的内容或准确性负责。若英文版与中文版有任何出入，应以英文原版为准。