



世界 卫生 组织

第六十四届 世界卫生大会

2011年5月16-24日于日内瓦

决 议 和 决 定

附 件

日 内 瓦
二 〇 一 一 年

缩 写

世界卫生组织文件中使用的缩写如下：

ACHR	—	卫生研究咨询委员会	UNAIDS	—	联合国艾滋病规划署
ASEAN	—	东南亚国家联盟	UNCTAD	—	联合国贸易和发展会议
CEB	—	联合国系统行政首长协调委员会[前行政协调委员会]	UNDCP	—	联合国国际药物管制规划署
CIOMS	—	国际医学科学组织理事会	UNDP	—	联合国开发计划署
FAO	—	联合国粮食及农业组织	UNEP	—	联合国环境规划署
IAEA	—	国际原子能机构	UNESCO	—	联合国教育、科学及文化组织
IARC	—	国际癌症研究机构	UNFPA	—	联合国人口基金
ICAO	—	国际民用航空组织	UNHCR	—	联合国难民事务高级专员办事处
IFAD	—	国际农业发展基金	UNICEF	—	联合国儿童基金会
ILO	—	国际劳工组织(局)	UNIDO	—	联合国工业发展组织
IMF	—	国际货币基金组织	UNRWA	—	联合国近东巴勒斯坦难民救济及工程处
IMO	—	国际海事组织	WFP	—	世界粮食规划署
INCB	—	国际麻醉品管制局	WIPO	—	世界知识产权组织
ITU	—	国际电信联盟	WMO	—	世界气象组织
OECD	—	经济合作与发展组织	WTO	—	世界贸易组织
OIE	—	国际兽疫局			
PAHO	—	泛美卫生组织			

本卷采用的地名和提供的资料，并不反映世界卫生组织秘书处对任何国家、领地、城市或地区或其主管当局的法律地位，或对其国境或边界划定的观点。凡报表标题中冠以“国家或地区”字样，系指国家、领地、城市或地区。

序 言

根据执行委员会第一二七届会议的决定，第六十四届世界卫生大会于 2011 年 5 月 16 日至 24 日在日内瓦万国宫举行。

目 录

	页 次
序言	iii
议程	ix
文件清单	xiii
卫生大会官员及其各委员会成员	xix

决议和决定

决议

WHA64.1	实施《国际卫生条例（2005）》	1
WHA64.2	世卫组织改革	2
WHA64.3	2012-2013 年财务期拨款决议	2
WHA64.4	巴勒斯坦被占领土（包括东耶路撒冷）和叙利亚被占戈兰的卫生状况 .	5
WHA64.5	大流行性流感的防范：共享流感病毒以及获得疫苗和其它利益	9
WHA64.6	加强卫生人力	10
WHA64.7	加强护理与助产服务	14
WHA64.8	加强国家政策对话以形成更加有力的卫生政策、战略和计划	17
WHA64.9	可持续的卫生筹资结构和全民覆盖	19
WHA64.10	增强国家卫生突发事件和灾害的管理能力以及卫生系统的应变能力	22
WHA64.11	继莫斯科会议之后，筹备联合国大会关于预防和控制非传染性疾 病问题高级别会议	25

WHA64.12	世卫组织在联合国大会关于千年发展目标的高级别全体会议 (纽约, 2010 年 9 月) 后续工作中的作用	27
WHA64.13	努力降低围产期和新生儿死亡率	29
WHA64.14	2011-2015 年全球卫生部门艾滋病毒/艾滋病战略	31
WHA64.15	霍乱: 控制和预防机制	32
WHA64.16	消灭麦地那龙线虫病	35
WHA64.17	疟疾	36
WHA64.18	世卫组织 2010 年账目未经审计的中期财务报告	40
WHA64.19	征收评定会费的情况, 包括欠交会费程度达到可援引《组织法》 第七条规定的会员国	41
WHA64.20	解决欠费的特别安排	42
WHA64.21	2012-2013 年摊款比额表	43
WHA64.22	《财务条例》修订款	49
WHA64.23	任命外审计员	49
WHA64.24	饮用水、环境卫生与健康	50
WHA64.25	不叙级职位职员和总干事薪酬	54
WHA64.26	国际癌症研究机构: 修订《章程》	54
WHA64.27	预防儿童伤害	55
WHA64.28	青少年与健康风险	58

决定

WHA64(1)	证书委员会的组成.....	63
WHA64(2)	选举第六十四届世界卫生大会官员.....	63
WHA64(3)	选举主要委员会官员.....	63
WHA64(4)	成立会务委员会.....	64
WHA64(5)	通过议程.....	64
WHA64(6)	审核证书.....	64
WHA64(7)	选举有权指派一人供职于执行委员会的会员国.....	65
WHA64(8)	联合国合办工作人员养恤基金：任命参加世卫组织工作人员 养恤金委员会的代表.....	65
WHA64(9)	选择召开第六十五届世界卫生大会的国家.....	66
WHA64(10)	劣质、假造、标签不当、伪造、假冒医疗产品.....	66
WHA64(11)	消灭天花：销毁储存的天花病毒.....	66

附件

1.	审查委员会关于《国际卫生条例（2005）》实施情况和 2009 年甲型 H1N1 大流行性流感的最终报告中所载的建议.....	69
2.	共享流感病毒以及获得疫苗和其它利益的大流行性流感防范框架.....	77
3.	《莫斯科宣言》.....	128
4.	2011—2015 年全球卫生部门艾滋病毒/艾滋病战略.....	134
5.	《财务条例》修订款.....	166
6.	关于建议供执行委员会或卫生大会通过的决议对秘书处的财政和行政 影响的报告.....	167

议 程¹

全体会议

1. 卫生大会开幕
 - 1.1 任命证书委员会
 - 1.2 选举主席
 - 1.3 选举五位副主席和各主要委员会主席，以及成立会务委员会
 - 1.4 通过议程并向主要委员会分配议程项目
2. 执行委员会第 127 届和第 128 届会议的报告
3. 总干事陈冯富珍博士的讲话
4. 特邀发言人
5. [删除]
6. 执行委员会：选举
7. 授奖
8. 主要委员会的报告
9. 卫生大会闭幕

甲委员会

10. 委员会会议开幕²
11. 世卫组织的筹资前景
12. 规划和预算事项
 - 12.1 2010-2011 年规划预算实施情况：中期报告
 - 12.2 2008-2013 年中期战略性计划：中期评估
 - 12.3 2008-2013 年中期战略性计划和 2012-2013 年规划预算方案

¹ 在第二次全体会议上通过。

² 包括选举副主席和报告员。

13. 技术和卫生事项

13.1 大流行性流感的防范：共享流感病毒以及获得疫苗和其它利益

13.2 实施《国际卫生条例（2005）》

13.3 与卫生相关的千年发展目标

世卫组织在第 65 届联合国大会关于审议千年发展目标的高级别全体会议（2010 年 9 月）后续工作中的作用

13.4 加强卫生系统

13.5 全球免疫远景与战略

13.6 2011-2015 年世卫组织艾滋病毒/艾滋病战略草案

13.7 劣质、假造、标签不当、伪造、假冒医疗产品

13.8 消灭天花：销毁储存的天花病毒

13.9 霍乱：控制和预防机制

13.10 疟疾

13.11 消灭麦地那龙线虫病

13.12 预防和控制非传染性疾病

世卫组织在联合国大会关于预防和控制非传染性疾病问题高级别会议（2011 年 9 月）的筹备、落实和后续工作中的作用

13.13 [转至乙委员会]

13.14 [转至乙委员会]

13.15 [转至乙委员会]

13.16 [转至乙委员会]

13.17 [转至乙委员会]

乙委员会

14. 委员会会议开幕¹
15. 巴勒斯坦被占领土（包括东耶路撒冷）和叙利亚被占戈兰的卫生状况
16. 审计和监督事项
 内审计员的报告
17. 财务事项
 - 17.1 世卫组织 2010 年账目未经审计的中期财务报告
 - 17.2 外审计员的中期报告
 - 17.3 征收评定会费的情况，包括欠交会费程度达到可援引《组织法》第七条规定的会员国
 - 17.4 解决欠费的特别安排
 - 17.5 2012-2013 年摊款比额表
 - 17.6 [删除]
 - 17.7 《财务条例》和《财务细则》修订款
 - 17.8 任命外审计员
18. 职工配备事项
 - 18.1 人力资源：年度报告
 - 18.2 国际公务员制度委员会的报告
 - 18.3 《人事条例》和《职员细则》修订款
 - 18.4 联合国工作人员养恤金联合委员会的报告
 - 18.5 任命参加世卫组织工作人员养恤金委员会的代表
 - 18.6 世界卫生组织总干事的选举问题工作小组中期进展报告

¹ 包括选举副主席和报告员。

19. 联合国系统内及与其它政府间组织的合作
20. 国际癌症研究机构：修订《章程》
13. 技术和卫生事项
 - 13.13 婴幼儿营养：实施计划
 - 13.14 预防儿童伤害
 - 13.15 人类饮用水安全管理战略
 - 13.16 青少年与健康风险
 - 13.17 进展报告
 - A. 脊髓灰质炎：管理根除潜在风险的机制（WHA61.1 号决议）
 - B. 通过散发伊维菌素控制盘尾丝虫病（WHA47.32 号决议）
 - C. 气候变化和卫生（WHA61.19 和 EB124.R5 号决议）
 - D. 通过对过时杀虫剂和其它过时化学品的健全管理增进健康（WHA63.26 号决议）
 - E. 通过安全的和无害环境的废物管理增进健康（WHA63.25 号决议）
 - F. 实现孕产妇、新生儿和儿童卫生干预的普遍覆盖(WHA58.31 号决议)
 - G. 女性生殖器切割（WHA61.16 号决议）
 - H. 把性别分析和行动纳入世卫组织工作的战略（WHA60.25 号决议）
 - I. 药物合理使用方面的进展（WHA60.16 号决议）
 - J. 世卫组织实施改进多边机构和国际捐助者防治艾滋病工作协调问题全球工作队的建议（WHA59.12 号决议）

文件清单

A64/1 Rev.1	议程 ¹
A64/2	执行委员会第 127 届和 128 届会议的报告
A64/3	总干事陈冯富珍博士在第六十四届世界卫生大会上的讲话
A64/4	世卫组织的筹资前景 世界卫生组织：为健康的未来而改革
A64/4 Add.1	关于建议供执行委员会或卫生大会通过的决议对秘书处的财政和行政影响的报告 ²
A64/5	2010-2011 年规划预算实施情况：中期报告
A64/6	2008-2013 年中期战略性计划：中期评估
A64/7 和 A64/7 Add.1	2008-2013 年中期战略性计划和 2012-2013 年规划预算方案
A64/7 Add.2	2012-2013 年财务期拨款决议
A64/8 和 A64/8 Corr.1	大流行性流感的防范：共享流感病毒以及获得疫苗和其它利益 ³
A64/8 Add.1	关于建议供执行委员会或卫生大会通过的决议对秘书处的财政和行政影响的报告 ²
A64/9	实施《国际卫生条例（2005）》
A64/10 和 A64/10 Add.1	实施《国际卫生条例（2005）》：审查委员会关于与 2009 年甲型 H1N1 流感大流行有关的《国际卫生条例（2005）》实施情况的报告 ⁴

¹ 见第 ix 页。

² 见附件 6。

³ 见附件 2。

⁴ 见附件 1。

A64/10 Add.2	关于建议供执行委员会或卫生大会通过的决议对秘书处的财政和行政影响的报告 ¹
A64/11	与卫生相关的千年发展目标
A64/11 Add.1	与卫生相关的千年发展目标：妇幼健康问题信息和问责制委员会
A64/12	加强卫生系统：改进对围绕国家卫生政策、战略和计划的政策对话的支持
A64/13	加强卫生系统：当前的趋势与挑战
A64/14	全球免疫远景与战略
A64/15	2011—2015 年世界卫生组织艾滋病毒战略草案 ²
A64/16	劣质、假造、标签不当、伪造、假冒医疗产品
A64/17	消灭天花：销毁储存的天花病毒
A64/18	霍乱：控制和预防机制
A64/19	疟疾
A64/20	消灭麦地那龙线虫病
A64/21	预防和控制非传染性疾病
A64/21 Add.1	关于建议供执行委员会或卫生大会通过的决议对秘书处的财政和行政影响的报告 ¹
A64/22	孕产妇和婴幼儿营养：实施计划
A64/23	预防儿童伤害

¹ 见附件 6。

² 经修订后的战略见附件 4。

A64/24	人类饮用水安全管理战略
A64/25	青少年与健康风险
A64/26	进展报告
A64/27	巴勒斯坦被占领土(包括东耶路撒冷)和叙利亚被占戈兰的卫生状况
A64/28	内审计员的报告
A64/29	2010 年未经审计的中期财务报告
A64/29 Add.1	附件：到 2010 年 12 月 31 日时各基金和捐助方的自愿捐款情况
A64/30	外审计员的中期报告
A64/31	征收评定会费的状况，包括欠交会费程度达到可援引《组织法》第七条规定的会员国
A64/32	解决欠费的特别安排：乌克兰
A64/33	2012-2013 年摊款比额表
A64/34	《财务条例》修订款 ¹ 《国际公共部门会计准则》的实施、外审计的频率以及外审计员的任期
A64/35 和 A64/35 Corr.1	任命外审计员
A64/36	人力资源：年度报告
A64/37	国际公务员制度委员会的报告
A64/38	《人事条例》和《职员细则》修订款

¹ 见附件 5。

- A64/39 联合国工作人员养恤金联合委员会的报告
- A64/40 任命参加世卫组织工作人员养恤金委员会的代表
- A64/41 世界卫生组织总干事的选举问题工作小组中期进展报告
- A64/42 联合国系统内及与其它政府间组织的合作
- A64/43 国际癌症研究机构：修订《章程》
- A64/44 授奖。对《李钟郁博士公共卫生纪念奖章程》的修订
- A64/45 2010-2011 年规划预算实施情况：中期报告。执行委员会规划、预算和行政委员会向第六十四届世界卫生大会提交的第一份报告
- A64/46 2008-2013 年中期战略性计划：中期评估。执行委员会规划、预算和行政委员会向第六十四届世界卫生大会提交的第三份报告
- A64/47 2008-2013 年中期战略性计划和 2012-2013 年规划预算方案。执行委员会规划、预算和行政委员会向第六十四届世界卫生大会提交的第四份报告
- A64/48 内审计员的报告。执行委员会规划、预算和行政委员会向第六十四届世界卫生大会提交的第六份报告
- A64/49 和
A64/49 Corr.1 世卫组织 2010 年账目未经审计的中期财务报告。执行委员会规划、预算和行政委员会向第六十四届世界卫生大会提交的第二份报告
- A64/50 外审计员的中期报告。执行委员会规划、预算和行政委员会向第六十四届世界卫生大会提交的第七份报告
- A64/51 征收评定会费的状况，包括欠交会费程度达到可援引《组织法》第七条规定的会员国和解决欠费的特别安排：乌克兰。执行委员会规划、预算和行政委员会向第六十四届世界卫生大会提交的第五份报告
- A64/52 证书委员会

文件清单

A64/53	甲委员会第一份报告
A64/54	甲委员会第二份报告
A64/55	乙委员会第一份报告
A64/56	选举有权指派一人供职于执行委员会的会员国
A64/57	甲委员会第三份报告
A64/58	乙委员会第二份报告
A64/59	甲委员会第四份报告
A64/60	乙委员会第三份报告
A64/61	甲委员会第五份报告
A64/62	乙委员会第四份报告
A64/63	甲委员会第六份报告
A64/64	甲委员会第七份报告

参阅文件

A64/INF.DOC./1	巴勒斯坦被占领土（包括东耶路撒冷）和叙利亚被占戈兰的卫生状况（阿拉伯叙利亚共和国卫生部的报告）
A64/INF.DOC./2	巴勒斯坦被占领土（包括东耶路撒冷）和叙利亚被占戈兰的卫生状况（巴勒斯坦常驻联合国日内瓦办事处和其它国际组织观察员提交的报告）
A64/INF.DOC./3	巴勒斯坦被占领土（包括东耶路撒冷）和叙利亚被占戈兰的卫生状况（近东救济工程处卫生主任 2010 年报告）
A64/INF.DOC./4	巴勒斯坦被占领土（包括东耶路撒冷）和叙利亚被占戈兰的卫生状况（以色列卫生部提交的报告）

A64/INF.DOC./5 世卫组织的筹资前景。为健康的未来而改革：发展计划

杂项文件

A64/DIV/1 Rev.1 代表和其他与会人员名单

A64/DIV/2 世界卫生大会代表指南

A64/DIV/3 决定和决议清单

A64/DIV/4 文件清单

A64/DIV/5 孟加拉国政府总理谢赫·哈西娜阁下在第六十四届世界卫生大会上的致词

A64/DIV/6 比尔·盖茨先生在第六十四届世界卫生大会上的讲话

卫生大会官员及其各委员会成员

主席

Christos PATSALIDES 博士
(塞浦路斯)

不列颠及北爱尔兰联合王国、密克罗尼西亚(联邦)、巴拉圭、俄罗斯联邦和美利坚合众国。

副主席

C.O. ONYEBUCHI CHUKWU 教授
(尼日利亚)
RI Jang Gon 先生(朝鲜民主主义人民共和国)
Enrique T. ONA 博士(菲律宾)
Mohammad Hussein NICKNAM 博士
(伊朗伊斯兰共和国)
Therese BAPTISTE-CORNELIS 女士
(特立尼达和多巴哥)

主席: Christos PATSALIDES 博士
(塞浦路斯)

秘书: 总干事陈冯富珍博士

各主要委员会

根据世界卫生大会《议事规则》第三十三条, 各代表团均有权派一名团员出席主要委员会的会议。

甲委员会

主席: Walid AMMAR 博士(黎巴嫩)

副主席: Henry MADZORERA 博士
(津巴布韦)和 Nandi GLASSIE 先生
(库克群岛)

报告员: Mast KULZHANOV 博士
(哈萨克斯坦)

秘书: Maged YOUNES 博士, 食品安全、
人畜共患病和食源性疾病司司长

乙委员会

主席: Maria Teresa VALENZUELA 博士
(智利)

副主席: Ante-Zvonimir GOLEM 博士
(克罗地亚)和 Zangley DUKPA 先生
(不丹)

报告员: T. Tuitama Leao TUITAMA 博士
(萨摩亚)

秘书: Manuel DAYRIT 博士, 卫生人力
资源司司长

秘书

总干事陈冯富珍博士

证书委员会

证书委员会由下列会员国代表组成:
巴巴多斯、哥斯达黎加、斐济、加蓬、几内亚比绍、拉脱维亚、马拉维、马尔代夫、新西兰、巴基斯坦、塞尔维亚、乌兹别克斯坦。

主席: K. WOODS 博士(新西兰)
副主席: D. MPHANDE 教授(马拉维)
秘书: Xavier DANNEY 先生(法律高级
官员)

会务委员会

会务委员会由卫生大会主席和副主席、各主要委员会主席及下述会员国代表组成: 阿尔巴尼亚、博茨瓦纳、中国、古巴、埃及、厄立特里亚、埃塞俄比亚、法国、冈比亚、几内亚、匈牙利、印度、大

决 议

WHA64.1 实施《国际卫生条例(2005)》¹

第六十四届世界卫生大会，

认识到按照执行委员会第 126 届会议认可的目标、范围、方法和时限²成立了《国际卫生条例(2005)》第九编第三章规定的审查委员会，其职权包括审查《国际卫生条例(2005)》的实施情况以及 2009 年甲型 H1N1 流感大流行的应对情况；

赞扬审查委员会关于与 2009 年甲型 H1N1 流感大流行有关的《国际卫生条例(2005)》实施情况方面的工作圆满结束，并赞扬其主席的领导能力，其各位杰出成员的奉献精神以及提交总干事以便转交第六十四届世界卫生大会的最终报告；

审议了审查委员会关于与 2009 年甲型 H1N1 流感大流行有关的《国际卫生条例(2005)》实施情况的最终报告³，

1. **敦促**会员国支持实施审查委员会关于与 2009 年甲型 H1N1 流感大流行有关的《国际卫生条例(2005)》实施情况的最终报告中所载各项建议⁴；

2. **要求**总干事：

(1) 通过执行委员会向第六十六届世界卫生大会提交最新信息，说明在落实审查委员会关于与 2009 年甲型 H1N1 流感大流行有关的《国际卫生条例(2005)》实施情况的各项建议方面的进展；

(2) 就落实审查委员会关于与 2009 年甲型 H1N1 流感大流行有关的《国际卫生条例(2005)》实施情况的各项建议向会员国提供技术支持。

(第九次全体会议，2011 年 5 月 20 日 — 甲委员会第一份报告)

¹ 关于本决议对秘书处的财政和行政影响，见附件 6。

² 见文件 EB126/2010/REC/2，第二次会议摘要记录第二部分。

³ 见文件 A64/10。

⁴ 关于审查委员会针对根据《国际卫生条例(2005)》应对 2009 年甲型 H1N1 大流行性流感情况提出的各项建议，见附件 1。

WHA64.2 世卫组织改革¹

第六十四届世界卫生大会，

审议了总干事题为“世界卫生组织：为健康的未来而改革”的报告²，

1. **赞同**总干事报告中载明的改革议程；
2. **促请**会员国支持实施改革规划；
3. **请**执行委员会确定适当进程，审查报告中确认的与世卫组织管理有关的问题；
4. **要求**总干事：

(1) 向 2012 年 1 月执行委员会第 130 届会议提交关于 2012 年 11 月世界卫生论坛的详尽的概念性文件，说明其目标、参加者人数、形式和经费；

(2) 与会员国磋商，制定进行独立评估的方针，并向 2012 年 5 月第六十五届世界卫生大会提交关于独立评估世卫组织工作的第一份报告；

(3) 经由执行委员会，向第六十五届世界卫生大会提交最新进展情况。

(第九次全体会议，2011 年 5 月 20 日 — 甲委员会第二份报告)

WHA64.3 2012-2013 年财务期拨款决议

第六十四届世界卫生大会，

1. **欢迎**所有资金来源有效预算³（即评定会费和自愿捐款）总额为 3 958 979 000 美元，分成三个部分：

¹ 关于本决议对秘书处的财政和行政影响，见附件 6。

² 文件 A64/4 和 A64/INF.DOC./5。

³ 见文件 A64/7、A64/7 Add.1 和 A64/47。

规划预算部分	美元
基本规划	2 626 762 000
特别规划与合作安排	863 533 000
疫情和危机应对	468 684 000
有效预算总额	3 958 979 000

2. **决定**为 2012-2013 年财务期拨款 1 038 840 000 美元，资金来自会员国净摊款额 928 840 000 美元、估计会员国非评定收入 15 000 000 美元(如能获得)和向衡平征税基金转拨款 95 000 000 美元，具体如下：

拨款项	拨款用途	来自净摊款额和 会员国非评定收入 的拨款额 (美元)
1	减轻传染病的卫生、社会和经济负担	79 186 000
2	与艾滋病毒/艾滋病、结核和疟疾作斗争	45 634 000
3	预防和减少由慢性非传染性病症、精神障碍、暴力、伤害和视力损害造成的疾病、残疾和过早死亡	44 809 000
4	在生命的主要阶段，包括妊娠、分娩、新生儿期、儿童期和青少年期，降低发病率和死亡率以及改善健康，同时为所有个人改善性和生殖健康以及促进积极健康老龄化	55 754 000
5	减轻突发事件、灾害、危机和冲突的健康后果以及最大限度减少其社会和经济影响	18 568 000
6	促进卫生与发展，并预防或减少与使用烟草、酒精、药物和其它精神物质、不健康饮食、缺乏身体活动和不安全性行为有关病症的危险因素	37 731 000
7	通过可增进卫生公平和融合有利于穷人、对性别问题有敏感认识和以人权为基础措施的政策和规划，处理健康的根本社会和经济决定因素	18 753 000
8	在所有部门促进更健康环境，强化一级预防和影响公共政策，以便处理环境对健康威胁的根本原因	32 507 000

拨款项	拨款用途	来自净摊款额和 会员国非评定收入 的拨款额 (美元)
9	在生命全程改善营养、食品安全和食品保障以及支持公共卫生和可持续发展	22 359 000
10	通过了解可靠和可获得的证据和研究提供信息,加强治理、筹资、员额配置和管理,从而改进卫生服务	145 421 000
11	确保改进医疗产品和技术的可及性、质量和利用	30 751 000
12	提供领导,加强管理并促进与各国、联合国系统及其它利益攸关方的伙伴关系和合作,履行世卫组织在推进第十一个工作总规划中制定的全球卫生议程方面的使命	202 410 000
13	将世卫组织发展和保持为一个灵活、学习型的组织,使它更加切实有效地履行其使命	209 957 000
		小计
	向衡平征税基金转拨	95 000 000
		总计
		1 038 840 000

3. 进一步决定:

(1) 虽然有《财务条例》第 4.3 条规定,总干事仍然有权在拨款项之间进行转拨,所拨金额不得超过拨出项拨款额的 10%;任何此类转拨造成的支出均应在 2012-2013 年财务期财务报告中进行报告;

(2) 第 2 段中投票通过的拨款数额以内的金额应用于支付按《财务条例》规定在 2012 年 1 月 1 日至 2013 年 12 月 31 日财务期内承付的款项;虽然有本段规定,总干事仍应当将 2012-2013 年财务期内的承付款限于 1 至 13 拨款项;

(3) 每个会员国应交会费额应扣除其在衡平征税基金中的款额;如果会员国要求职员交纳本组织薪金所得税,本组织将向这些职员偿还这笔税款,则应对扣除额进行调整;这些税款偿还额估计为 20 578 300 美元,由此会员国的总摊款额为 949 218 300 美元;

4. 决定

周转金应继续保持在 31 000 000 美元的现有水平;

5. **认识到**为满足不通过会员国净摊款资助的有效工作预算部分所需的自愿捐款为 3 015 139 000 美元。

(第九次全体会议, 2011 年 5 月 20 日 — 甲委员会第二份报告)

WHA64.4 巴勒斯坦被占领土 (包括东耶路撒冷) 和叙利亚被占戈兰的卫生状况¹

第六十四届世界卫生大会,

牢记世界卫生组织《组织法》确定的基本原则, 该原则确认各民族的健康是实现和平和安全的基础;

忆及以往关于巴勒斯坦被占领土和其它阿拉伯被占领土卫生状况的所有决议;

还忆及执行委员会第 124 届会议就以色列在巴勒斯坦被占领土 (特别是在被占加沙地带) 的军事行动造成的严重卫生状况通过的 EB124.R4 号决议;

注意到总干事关于巴勒斯坦被占领土 (包括东耶路撒冷) 和叙利亚被占戈兰的卫生状况的报告²;

深切关注总干事在加沙地带卫生特派团报告中陈述的调查结果;

强调联合国近东巴勒斯坦难民救济和工程处在向巴勒斯坦被占领土提供关键性的卫生和教育服务, 尤其是解决加沙地带紧急需求方面发挥的至关重要作用;

对由占领国以色列的持续占领和施加的严重限制而导致的经济和卫生状况的恶化以及人道主义危机表示关切;

同时, 还对巴勒斯坦被占领土 (特别是加沙地带) 的卫生危机和不断加剧的缺乏粮食保障的状况表示深切关注;

确认有必要确保卫生服务的普遍覆盖, 及保护巴勒斯坦被占领土内公共卫生服务设施的运转;

¹ 关于本决议对秘书处的财政和行政影响, 见附件 6。

² 文件 A64/27。

认识到负责管理和资助公共卫生服务的巴勒斯坦卫生部严重缺乏财务和医疗资源，由此对巴勒斯坦人口获取治疗和预防服务带来了损害；

确认巴勒斯坦患者和医务人员有权利进出被占东耶路撒冷的巴勒斯坦卫生机构；

对以色列军队没有尊重和保护巴勒斯坦救护车和医务人员而造成的巴勒斯坦医务人员的伤亡事件以及占领国以色列违背国际人道主义法律对医务人员的行动施加种种限制表示遗憾；

确认封锁仍在继续以及过境点没有完全彻底开放，这意味着在以色列袭击加沙地带之前开始的危机和痛苦还持续存在，阻碍了巴勒斯坦权力机构卫生部针对在 2008 年底和 2009 年被以色列军事行动所摧毁的设施所开展的重建努力；

表示深切关注隔离墙对被占巴勒斯坦领土（包括东耶路撒冷）巴勒斯坦人口接受的医疗服务的可及性和质量造成严重影响；

还表示深切关注以色列限制巴勒斯坦救护车和医务人员的行动对孕妇和患者的严重影响，

1. 要求占领国以色列：

- (1) 立刻结束对巴勒斯坦被占领土的封锁，特别是对被占加沙地带过境点的封锁，由此造成那里药品和医疗用品的严重短缺，并在这方面遵守以色列-巴勒斯坦 2005 年 11 月通行进出协定的规定；
- (2) 放弃导致加沙地带当前卫生条件恶劣以及食品和燃料严重短缺的政策和措施；
- (3) 遵守国际法院 2004 年 7 月 9 日提供的关于隔离墙的咨询意见，隔离墙特别对巴勒斯坦被占领土（包括东耶路撒冷）巴勒斯坦人口接受的医疗服务和质量产生严重影响；
- (4) 便利巴勒斯坦患者和医务人员进出被占东耶路撒冷和境外的巴勒斯坦卫生机构；
- (5) 确保巴勒斯坦救护车无障碍和安全通行以及遵照国际人道主义法尊重和保护医务人员；

- (6) 改善巴勒斯坦被拘留者，特别是儿童、妇女和患者的生活和医疗条件，并要求占领国以色列为遭受严重伤病折磨且病情日益恶化的被拘留者提供必要的医疗；
- (7) 便利药品和医疗设备过境和进入巴勒斯坦被占领土；
- (8) 遵照国际人道主义法律承担起对巴勒斯坦民众人道主义需要及其每天获得包括食品和药品在内的人道主义援助的责任；
- (9) 立即停止其严重影响被占领下平民健康状况的所有行径、政策和计划，包括其封锁政策；
- (10) 尊重和便利联合国近东巴勒斯坦难民救济和工程处及其它国际组织的职责和工作，并确保其工作人员和援助物资的自由流动；

2. 促进会员国以及政府间组织和非政府组织：

- (1) 通过向巴勒斯坦民众提供援助，帮助巴勒斯坦被占领土克服卫生危机；
- (2) 帮助满足总干事在加沙地带紧急卫生特派团的报告中所确定的紧急卫生和 humanitarian 需求以及与卫生相关的中、长期重大需求¹；
- (3) 吁请国际社会对以色列政府施加压力，解除对被占加沙地带的围困行动以避免使该地的人道主义危机严重恶化，帮助解除对巴勒斯坦民众实行的限制和障碍，包括人员和医疗工作者在巴勒斯坦被占领土的自由行动，使以色列遵守其法律和道义责任、义务和承诺，并确保巴勒斯坦被占领土，尤其是东耶路撒冷的平民百姓能够充分享受基本人权；
- (4) 提醒占领国以色列遵守 1949 年关于战时保护平民的日内瓦第四公约，该公约适用于巴勒斯坦被占领土，包括东耶路撒冷；
- (5) 吁请所有国际人权组织，对占领国以色列紧急和立刻进行干预，迫使其为遭受病情日益恶化的严重伤病折磨的巴勒斯坦囚犯和被拘留者提供充分的医疗，敦促民间社会组织对占领国以色列施加压力以便拯救被拘留者的生命，确保立刻释放病情严重者并为他们提供国外治疗，允许巴勒斯坦女囚犯在妊娠、分娩和产后护理期间接受孕产保健服务和医疗随访，允许她们在亲属和家人在场的情况下，在符合健康和人道主义的环境下分娩，并立刻释放以色列监狱中拘留的所有儿童；

¹ 文件 A62/24 Add.1。

(6) 支持和协助巴勒斯坦卫生部履行其职责，包括管理和资助公共卫生服务；

(7) 向巴勒斯坦公共卫生和兽医服务部门提供财政和技术支持；

3. **表示**深切感谢国际捐助方在不同领域内对巴勒斯坦民众的支持，并敦促捐助国和国际卫生组织继续努力确保提供必要的政治和财政支持，以便实施 2008-2010 年巴勒斯坦当局卫生计划并形成适当的政治环境以实施该计划，目的是结束占领并按巴勒斯坦政府的建议建立巴勒斯坦国，而巴勒斯坦政府正在严肃开展工作以创造适当条件实施该计划；

4. **表示**深切感谢总干事努力向巴勒斯坦被占领土（包括东耶路撒冷）的巴勒斯坦民众和叙利亚被占戈兰的叙利亚民众提供必要的援助；

5. **要求**总干事：

(1) 向巴勒斯坦卫生和兽医服务部门提供支持，包括能力建设；

(2) 提交一份关于巴勒斯坦被占领土（包括东耶路撒冷）和叙利亚被占戈兰卫生和状况的实情调查报告；

(3) 支持为叙利亚被占戈兰的叙利亚人口建立医疗设施并向其提供卫生领域有关技术援助；

(4) 继续提供必要的技术援助，以满足巴勒斯坦民众（包括残疾人和受伤者）的卫生需求；

(5) 还支持巴勒斯坦卫生和兽医服务部门为防范不寻常的突发事件做好准备；

(6) 支持在巴勒斯坦被占领土发展卫生系统，包括开发人力资源；

(7) 公布加沙地带紧急卫生特派团编写的详细报告；

(8) 向第六十五届世界卫生大会报告本决议的实施情况。

（第九次全体会议，2011 年 5 月 20 日 — 乙委员会第一份报告）

WHA64.5 大流行性流感的防范：共享流感病毒以及获得疫苗和其它利益¹

第六十四届世界卫生大会，

审议了大流行性流感的防范：共享流感病毒以及获得疫苗和其它利益会员国不限成员名额工作小组的报告²；

承认不限成员名额工作小组联合主席和主席团所作的工作；

欢迎大流行性流感的防范：共享流感病毒以及获得疫苗和其它利益会员国不限成员名额工作组在拟定关于共享流感病毒以及获得疫苗和其它利益的大流行性流感防范框架（“大流行性流感防范框架”）方面取得的成果；

认识到工业界作为技术创新和技术转让的重要促进者，在应对大流行性流感的防范和应对所面临的挑战方面起到的作用，

1. 根据世界卫生组织《组织法》第 23 条，**批准**大流行性流感防范框架及其附件³；

2. **敦促**各会员国⁴：

(1) 实施大流行性流感防范框架；

(2) 积极支持广泛实施大流行性流感防范框架，并考虑提供充足资源予以实施；

3. **呼吁**各有关利益攸关方优先实施大流行性流感防范框架；

4. **要求**总干事与咨询小组协商：

(1) 实施大流行性流感防范框架；

(2) 根据框架规定监测和审查大流行性流感防范框架及其各个组成部分的运作情况；

(3) 通过执行委员会每两年向世界卫生大会报告本决议的实施进展情况。

（第十次全体会议，2011 年 5 月 24 日 — 甲委员会第三份报告）

¹ 关于本决议对秘书处的财政和行政影响，见附件 6。

² 见文件 A64/8 和 A64/8 Corr.1。

³ 关于大流行性流感防范框架，见附件 2。

⁴ 适用时，还包括区域经济一体化组织。

WHA64.6 加强卫生人力¹

第六十四届世界卫生大会，

审议了关于加强卫生系统的报告²；

忆及关于卫生工作人员国际移徙构成的挑战问题的 WHA57.19 号决议，其中除其它外，敦促会员国制定战略以减轻卫生人员移徙的不良影响，尽量缩小其对卫生系统的负面影响，并制定和实施或加强留用卫生人员的政策和战略；

还忆及关于迅速加大卫生人力培养力度的 WHA59.23 号决议，其中除其它外，认识到卫生工作者的短缺妨碍作出努力，实现国际商定的与卫生相关的发展目标，包括《千年宣言》和世卫组织重点规划中所载目标；

注意到世卫组织《全球卫生人员国际招聘行为守则》³，其中除其它外，认识到足够的和可获得的卫生人力对一个综合性有效卫生系统和医疗服务的提供至关重要，会员国应采取措施，满足其本国卫生人员需要，即采取措施，以培养、留用和维持符合本国具体情况的卫生人力；

确认世卫组织正在进行的制定关于彻底改进卫生专业教育的政策指南的工作，它涉及以公平和有效的方式提高卫生人力技能组合的数量、质量和相关性；

认识到就持续彻底加强卫生专业培训机构的教师队伍而言，数量、质量和相关性是先决条件；

意识到招聘人员和雇主是重要的利益攸关方，可有助于成功地实施世卫组织《全球卫生人员国际招聘行为守则》；

赞同地注意到近来关于在全球、区域和国家内部确保卫生人力的加强和公平分布的重要性的国际行动呼吁⁴；

¹ 关于本决议对秘书处的财政和行政影响，见附件 6。

² 文件 A64/12 和 A64/13。

³ 经 WHA63.16 号决议通过。

⁴ 包括但不限于 2008 年 3 月《坎帕拉全球行动宣言和议程》；2008 年 7 月《八国集团公报》；《用一代时间弥合差距：针对健康问题社会决定因素采取行动以实现卫生公平》，日内瓦，世界卫生组织，2008 年；卫生系统创新国际筹资高级别专题小组，2009 年；《关于最大限度加强卫生系统与全球卫生行动之间积极协同作用的威尼斯结论声明》，2009 年。

意识到卫生人力资源对《2006年世界卫生报告》中所强调有效运作卫生系统的中心作用¹，同时卫生人力短缺以及效率低下也严重妨碍了《2008年世界卫生报告》中所述有效落实初级卫生保健²，以及《2010年世界卫生报告》中所述扩大卫生服务覆盖范围³；

深切关注训练有素和充满活力的卫生工作者的短缺和不适当分布，以及在卫生人力的管理和利用方面效率低下，仍然是卫生系统有效运转的主要障碍，构成了实现卫生相关千年发展目标的主要瓶颈之一；

认识到加强对卫生工作者的培养和改进其留用情况，尤其是在农村地区，依赖各种因素，包括一个充分和可持续的卫生筹资系统，而这又在一定程度上取决于在卫生部门之外，包括在国际组织作出的决定；

注意到关于卫生人力政策效率的证据不充分，以及缺乏全面、可靠和及时更新的数据，包括分析工具，构成了会员国努力建立或维持充分、可持续和有效的卫生人力的重大挑战；

关注到许多会员国，包括卫生工作者严重短缺或不均衡的那些会员国，同时也缺乏治理、技术和管理能力以设计和实施与加强和保有卫生人力有关的切实有效的政策干预措施；

认识到充分、高效和可持续的卫生人力对活跃的卫生系统至关重要，也是持续改进卫生状况的先决条件；

意识到在国家和国家级以下政府之间分担卫生责任是联邦国家的特点，

1. 呼吁会员国⁴：

(1) 自愿执行世卫组织《全球卫生人员国际招聘行为守则》，以使来源国和目的地国均可以从卫生人员国际移徙中获益，并减少卫生工作者移徙对卫生系统的负面影响，尤其是在卫生工作者严重短缺的国家；

(2) 在全球经济条件的背景下，酌情将公共部门卫生开支摆在优先位置，以确保拨付充分的财政资源，执行加强和保有卫生人力的政策和战略，尤其是在发展中国家，并将之作为可对社会和经济作出贡献的人民健康投资；

¹ 《2006年世界卫生报告》（“通力合作，增进健康”）。日内瓦，世界卫生组织，2006年。

² 《2008年世界卫生报告》（“过去重要，现在更重要”）。日内瓦，世界卫生组织，2008年。

³ 《2010年世界卫生报告》（“卫生系统筹资：实现全民覆盖的道路”）。日内瓦，世界卫生组织，2010年。

⁴ 适用时，还包括区域经济一体化组织。

- (3) 考虑基于国家和国家级以下卫生责任，制定或维持国家卫生人力计划，作为切实的国家卫生计划的组成部分，并视国家具体情况，加强努力进行有效实施和监测；
- (4) 采用和落实以证据为基础的调查结果和战略，包括全球卫生人力联盟加强教育与培训工作小组的调查结果和战略，成功提升卫生工作者的教育与培训；
- (5) 积极参与世卫组织正在进行的制定关于彻底改进卫生专业教育的政策指南的工作，以根据国家的卫生需要和卫生系统的情况，增加卫生人力的数量和有关的技能组合；
- (6) 在数量、质量、技能组合方面，扩大、加强并调整卫生专业培训机构，这将关系到彻底加强卫生专业人员的力量；
- (7) 参照世卫组织关于在农村和边远地区通过进一步留住卫生人力来增加卫生工作者服务的政策建议，制定有关战略和政策，增加边远地区和农村地区的积极的熟练卫生工作者；
- (8) 实施在农村地区更多留住卫生工作者的相关建议，包括改善生活条件，安全和扶持性工作环境，外展支持，职业发展和晋升规划，扶持性专业网络，以及对具有奉献精神的卫生人员的社会承认；
- (9) 发展或加强本国卫生人力信息系统的的能力，包括收集、处理和传播关于其卫生人力的信息，包括但不限于储备、教育和培训能力，分布、移徙和开支，以指导、加速和改进国家行动；
- (10) 与其它部门合作，收集证据，并采取有效的政策干预措施，以解决农村或边远地区影响卫生工作者服务的其它因素，例如社会经济剥夺、地理障碍和距离、交通以及服务的可接受性；

2. 敦促与发展中国家合作的非政府组织、国际组织、国际捐助机构、金融和开发机构和其它有关组织：

- (1) 根据《援助实效问题巴黎宣言》和《阿克拉行动议程》，将其教育、培训、招聘和雇用做法与驻在国的有关做法，并在可能时与其国家卫生计划相整合和协调，以建立一致性和协调性，并支持会员国努力建设可持续的卫生人力，加强卫生系统，改进卫生成果；
- (2) 支持建立和维持充足和有效的卫生人力的国家长期战略和干预措施，包括投资于未来的卫生人力；

3. 要求总干事：

- (1) 继续执行世卫组织《全球卫生人员国际招聘行为守则》，包括应请求向会员国提供技术支持以执行《全球守则》；
- (2) 在全球和区域各级，发挥领导作用，收集证据和建议有效的干预措施，以消除妨碍获得卫生工作者服务的因素；在多边系统中与伙伴机构密切合作，采取适当措施，支持会员国努力维持或实现充足、可持续和有效的卫生人力，开展宣传，将这一主题摆放在全球发展和研究议程的重要位置；
- (3) 应请求向会员国提供技术支持，帮助其努力加强教育和培训，改进卫生人力的留用状况，包括确定切实有效的卫生人力政策，制定并执行国家卫生人力计划；
- (4) 应请求支持会员国加强其在卫生部、其它各部和与其它有关利益攸关者之间就卫生人力问题的协调能力；
- (5) 鼓励和支持会员国制定和维持卫生人力信息系统框架，以适应关于其卫生人力的信息的收集、处理和传播，包括卫生人力的储备、移徙、教育和培训能力、技能组合、分布、费用、岗位和变化决定因素；
- (6) 鼓励会员国支持世卫组织正在进行的制定彻底改进卫生专业教育政策指南的工作，以提高卫生人力的数量、质量和相关性，并以公平和有效的方式解决卫生人力资源的短缺问题；
- (7) 促进在发展中国家和发达国家就切实有效的政策和干预措施开展研究工作，以推动加强和留用卫生人力，目的是建立和维持关于最佳做法以及切实有效的卫生人力政策和干预措施的可供检索的全球证据库，包括支持加强知识中心，以促进将证据和最佳做法转化为适应具体情况的政策解决办法；
- (8) 加强秘书处内部能力，以对与本组织解决全球卫生人力危机的更广泛努力相关的任务给予充分优先考虑；
- (9) 与关于世卫组织《全球卫生人员国际招聘行为守则》的 **WHA63.16** 号决议的报告安排相结合，通过执行委员会向世界卫生大会报告本决议的实施进展情况。

（第十次全体会议，2011年5月24日 — 甲委员会第四份报告）

WHA64.7 加强护理与助产服务¹

第六十四届世界卫生大会，

审议了关于加强卫生系统的报告²；

意识到需要建立可持续的国家卫生系统，并加强国家能力，以实现减少卫生不公平的目标；

意识到护理与助产专业可作出重大贡献，推动加强卫生系统，增加服务对象对全面卫生服务的享有，努力实现国际商定的卫生相关发展目标，包括千年发展目标和世界卫生组织规划所载目标；

关注在许多国家护士和助产士持续短缺且分布不均以及其对卫生保健的影响和其它更广泛的影响；

确认关于初级卫生保健，包括加强卫生服务的 WHA62.12 号决议，除其它外，呼吁振兴和加强初级卫生保健，并敦促会员国培训和留住足够数目的拥有适当技能组合的卫生工作者，包括基本保健护士和助产士，以解决目前卫生工作者的短缺，有效满足人们的卫生需求；

确认世卫组织正在为加强卫生专业进修教育和培训以便根据国家卫生需求和卫生系统情况扩大人力资源并改进相关技能组合而开展的行动；

认可通过改善留用条件加强向边远和农村地区普及卫生工作者的世卫组织全球政策建议³作为制定在农村留住护理和助产人员的有效国家政策的依据平台；

注意到世卫组织《全球卫生人员国际招聘行为守则》⁴；

重申在世卫组织、人口基金、儿童基金会和世界银行关于孕产妇和新生儿健康的联合声明中呼吁各国政府和民间社会加强能力，以解决对熟练卫生工作者，尤其是助产士的迫切需要；

¹ 关于本决议对秘书处的财政和行政影响，见附件 6。

² 文件 A64/12 和 A64/13。

³ 通过改善留用条件加强向边远和农村地区普及卫生工作者：全球政策建议。日内瓦，世界卫生组织，2010 年。

⁴ 经 WHA63.16 号决议通过。

注意到包括护士和助产士在内的多学科参与高质量研究工作的重要性，如世卫组织在 WHA63.21 号决议中批准的卫生研究战略所载明，此类研究使卫生和卫生系统政策建立在最佳科学知识和证据基础上；

注意到护士和助产士在许多国家卫生系统人力中占大多数，意识到提供依据知识的熟练的卫生服务可最大限度地增加个人、家庭和社会的身心健康、情感和谐和社会福祉；

意识到卫生系统的分散状况，卫生人力资源的短缺，以及需要改进在教育与做法和初级卫生保健服务中的协调；

审议了关于加强护理与助产服务的 WHA59.27 号决议的执行进展情况的报告¹；

考虑到以往加强护理与助产服务的各项决议（WHA42.27、WHA45.5、WHA47.9、WHA48.8、WHA49.1、WHA54.12 和 WHA59.27），以及关于 2011-2015 年护理与助产服务的新的战略方向²；

意识到需要改进护理与助产教育，

1. **敦促**会员国将其对加强护理与助产服务的承诺化为行动，并为此：

- (1) 为发展护理与助产服务制定指标和行动计划，作为国家或次国家卫生计划的组成部分，并定期审查，以酌情应对人口卫生需要和卫生系统优先事项；
- (2) 建立强大的跨学科卫生团队，处理卫生和卫生系统优先事项，同时承认护理与助产知识和专长的独特贡献；
- (3) 参与世卫组织正在为加强护理和助产专业进修教育和培训而开展的行动，以便根据国家卫生需求和卫生系统情况，扩大人力资源并增加相关技能；
- (4) 在其区域内并与护理和助产专业开展协作，以加强国家或次国家立法和管理这些专业的监管程序，包括发展能力，提高护士和助产士的教育和技术资质，并建立系统以保持这些能力；以及考虑发展必要的连续教育以便使护理和助产研究人员、教育工作者和管理人员的专门技术达到需要的水平；

¹ 见文件 A61/17 和 A63/27。

² 文件 WHO/HRH/HPN/10.1。

- (5) 加强关于护士和助产士的数据库，将之作为国家卫生人力信息系统的必要组成部分，并最大限度利用这方面信息来促进以证据为基础的决策工作；
- (6) 利用护理与助产研究人员的知识和专长，为卫生系统的创新和效率提供证据；
- (7) 积极调动护士和助产士的专长，协助计划、制定、实施和评价卫生及卫生系统的政策和规划；
- (8) 执行加强跨专业教育和协作的战略，包括作为以人为本的保健服务的一部分的社区卫生护理服务；
- (9) 将护士和助产士纳入人力资源规划的制定和计划中，以支持关于招聘和留用的鼓励措施和改进人力问题的战略，例如报酬、就业条件、职业发展和晋升，以及建立良好的工作环境；
- (10) 促进确立国家和次国家机制以便发展和支持关于通过改善留用条件加强向边远和农村地区普及卫生工作者的全球政策建议¹中提出的有效干预措施；
- (11) 鉴于训练有素的护理人员的流失对国家造成的影响，酌情在国家和地方层面实施世卫组织《全球卫生人员国际招聘行为守则》；

2. 要求总干事：

- (1) 通过持续投资并在秘书处总部和各区域的专门技术岗位上任用专业护士和助产士，加强世卫组织制定和实施有效的护理与助产政策规划的能力；
- (2) 在与卫生系统、健康问题社会决定因素、卫生人力资源和千年发展目标有关的关键政策和规划中，积极调动护理和助产服务全球咨询小组的知识和专长；
- (3) 提供技术支持和证据，推动制定和实施关于跨专业教育和协作以及社区卫生护理服务的政策、战略和规划；
- (4) 向会员国提供支持，以加强护理和助产服务的贡献，落实国家卫生政策和实现国际商定的卫生相关发展目标，包括《千年宣言》中所载目标；

¹ 通过改善留用条件加强向边远和农村地区普及卫生工作者：全球政策建议。日内瓦，世界卫生组织，2010年。

(5) 鼓励护士和助产士参与综合性卫生人力资源规划,尤其是在保持数量充足的合格护士和助产士战略方面;

(6) 与关于世卫组织《全球卫生人员国际招聘行为守则》的 WHA63.16 号决议的报告安排相结合,通过执行委员会向世界卫生大会报告本决议的实施进展情况。

(第十次全体会议,2011年5月24日—甲委员会第四份报告)

WHA64.8 加强国家政策对话以形成更加有力的卫生政策、战略和计划¹

第六十四届世界卫生大会,

审议了关于“加强卫生系统:改进对围绕国家卫生政策、战略和计划的政策对话的支持”的报告²;

考虑到下述文件所表明的政策方向的重要性:2008年和2010年的《世界卫生报告》³;有关初级卫生保健包括加强卫生系统的 WHA62.12 号决议;有关应对欧洲关键性的公共卫生和卫生政策挑战:推进努力改善世卫组织欧洲区域健康的 EUR/RC60/R5 号决议;有关西太平洋区域以初级卫生保健价值观为基础的卫生系统战略的 WPR/RC61.R2 号决议;有关非洲区域处理健康问题关键决定因素的战略的 AFR/RC60/R1 号决议;有关加强卫生系统:改进区县卫生服务提供以及社区的自主权和参与的文件 AFR/RC60/7;以及有关制定国家卫生计划和战略的文件 SEA/RC63/9;

认识到强有力并且符合实际的国家卫生政策、战略和计划是加强以初级卫生保健为基础的卫生系统战略的关键;

强调在努力实现千年发展目标时,由卫生部制定连贯和平衡的政策、战略和计划的重要性;

承认许多会员国已经做出了努力,确保其国家卫生政策、战略和计划更好地响应人们在增进健康和改善服务方面的日益增长的期望;

注意到在政府,包括民间社会组织、私营部门、卫生专业人员和学术界内外,以及在卫生和其它部门中与广泛的利益攸关方开展具有包容性的政策对话,对于提高国家政策、战略和计划的适当筹划和执行以及产生期望成果的可能性至关重要,

¹ 关于本决议对秘书处的财政和行政影响,见附件 6。

² 文件 A64/12。

³ 2008 年《世界卫生报告》(“初级卫生保健:过去重要,现在更重要”)。日内瓦,世界卫生组织,2008 年。2010 年《世界卫生报告》(“卫生系统筹资:实现全民覆盖的道路”)。日内瓦,世界卫生组织,2010 年。

1. 敦促会员国¹:

- (1) 在确立强有力的国家或国家级以下卫生政策和战略的过程中体现有效的领导作用和自主权，该过程依赖所有相关利益攸关方的参与以及与它们进行的广泛性持续协商；
- (2) 把国家或国家级以下卫生政策、战略和计划建立在全民覆盖、以人为本的基本保健和将卫生纳入所有政策的总体目标的基础上，以及建立在全面、平衡和根据证据评估国家卫生和卫生系统挑战的基础上；
- (3) 确保国家或国家级以下卫生政策、战略和计划在已有的资源及人员和机构能力方面要雄心勃勃，但必须符合现实，并确保其针对包括公立和私立部门在内的整个卫生部门以及健康问题社会决定因素；
- (4) 确保国家卫生政策、战略和计划与国家级以下的行动计划和疾病或生命周期规划相结合，并与国家的整体发展和政治议程联系在一起；
- (5) 定期监测、审查和调整国家或国家级以下卫生政策、战略和计划，以便制定基于证据的对策，应付不断变化的挑战和机遇，并动员所有利益攸关方参与；
- (6) 适当加强其机构能力，使捐助者规划与国家政策、战略、重点和计划协调一致；
- (7) 促使所有利益攸关方，包括民间社会和社区、私立部门、卫生专业人员和学术界承诺并且有能力积极有效地参与关于国家政策、战略和计划的政策对话；

2. **呼吁**发展机构和其它伙伴进一步遵守《援助实效问题巴黎宣言》的原则以及在自主决策、协调实施、目标一致、追求实效和共同负责方面的原则，鼓励通过国际卫生伙伴关系等机制作出努力；

3. 要求总干事:

- (1) 重申本组织在国家层面担当国家卫生政策、战略和计划问题包容性政策对话促进者的角色，并使其体现在本组织的工作计划和行动中，此外，酌情提供技术投入以实施筹划工作；

¹ 适用时，还包括区域经济一体化组织。

- (2) 以国家卫生政策、战略和计划阐明的重点为基础，促进《援助实效问题巴黎宣言》的原则以及在自主决策、协调实施、目标一致、务实和共同负责方面的原则；
- (3) 支持会员国努力确保其所获得的技术支持的质量，以及对这种支持的自主权和协调，此外，要促进在国家之间和区域开展学习与合作；
- (4) 加强本组织各层面的能力，围绕国家卫生政策、战略和计划的国家政策对话加强支持并提供综合性支持；
- (5) 通过执行委员会向世界卫生大会第六十五届会议报告在围绕国家卫生政策、战略和计划的国家政策对话加强向会员国提供支持方面所取得的进展、面临的障碍和取得的成果。

(第十次全体会议，2011年5月24日 — 甲委员会第四份报告)

WHA64.9 可持续的卫生筹资结构和全民覆盖¹

第六十四届世界卫生大会，

审议了关于加强卫生系统的报告²；

还审议了2010年《世界卫生报告》³，该报告在2010年11月于柏林举行的题为“卫生系统筹资 — 实现全民覆盖的关键”部长级国际会议上获得大力支持；

忆及关于可持续卫生筹资、全民覆盖和社会健康保险的WHA58.33号决议；

还忆及《世界人权宣言》第25.1条，其中规定人人有权享受为维持他本人和家属的健康和福利所需的生活水准，包括食物、衣着、住房、医疗和必要的社会服务；在遭到失业、疾病、残废、守寡、衰老或在其它不能控制的情况下丧失谋生能力时，有权享受保障；

认识到能够提供包括预防服务在内的全面卫生服务的有效卫生系统对于健康、经济发展和福祉至关重要，并认识到这些系统需要建立在2008年《塔林宪章：卫生系统促进健康与福祉》所述的公平和可持续筹资的基础上；

¹ 关于本决议对秘书处的财政和行政影响，见附件6。

² 文件A64/12和A64/13。

³ 2010年《世界卫生报告》(“卫生系统筹资：实现全民覆盖的道路”)。日内瓦，世界卫生组织，2010年。

强调公平和可持续的筹资结构对实现与卫生有关的千年发展目标 4（降低儿童死亡率）、目标 5（改善妇幼保健）、目标 6（与艾滋病毒/艾滋病、疟疾和其它疾病作斗争）以及目标 1（消除极端贫困和饥饿）的重大贡献；

审议了 2008 年《世界卫生报告》¹和 WHA62.12 号决议，该决议强调指出，全民覆盖是初级卫生保健和服务的四大支柱之一，通过以病人为中心提供卫生保健，实行包容性领导，并将卫生纳入所有政策；

注意到许多国家的卫生筹资结构需要获得进一步发展并得到支持，以扩大人人能够获得必要的卫生保健和服务，同时预防灾难性的财政风险并针对这些风险提供保护；

认为不论选择何种卫生系统筹资渠道，公平预付，集中整个人口的资源，以及避免在服务提供地点采取可造成资金灾难和贫穷的直接付款是实现全民健康覆盖的基本原则；

考虑到应在各国特定情况下作出卫生筹资系统的选择，同时需监管和维持风险分担、采购和提供基本服务等核心职能；

确认若干会员国正在推行卫生筹资改革，可能涉及公立和私立做法相结合，以及以缴付资金为基础并通过征税进行筹资；

认识到国家立法和行政机构通过获得民间社会的支持在为实现全民覆盖而进一步改革卫生筹资系统中的作用，

1. 敦促会员国²：

(1) 确保卫生筹资系统的演变，避免在服务提供地点直接付款，实行卫生保健和服务预付缴款方法，建立在人口中分担风险的一项机制，以免个人因寻求卫生保健而支付灾难性卫生保健费用和陷入贫困；

(2) 努力在公平和团结互助的基础上实现负担得起的全民覆盖和所有公民均获得服务，从而通过加强编制公平且可持续的财政资源预算，使所提供的卫生保健和服务的范围和所涉费用水平达到适当程度，并提供全面的和负担得起的预防服务；

¹ 2008 年《世界卫生报告》（“初级卫生保健：过去重要，现在更重要”）。日内瓦，世界卫生组织，2008 年。

² 适用时，还包括区域经济一体化组织。

- (3) 在适当情况下继续在卫生提供系统方面进行投资并使其得到加强，尤其是在初级卫生保健、足够的卫生人力资源以及卫生信息系统方面，以确保所有公民都可公平获得卫生保健和服务；
- (4) 确保用于特定卫生干预行动的外部资金不分散对国家卫生重点的重视，逐渐实施援助实效原则，并以可预见的方式增强筹资的可持续性；
- (5) 制定卫生系统向全民覆盖过渡的计划，同时继续保障服务质量，并满足民众的需求，以减少贫困和实现国际商定的发展目标，包括千年发展目标；
- (6) 确认在管理卫生系统向全民覆盖过渡时，每一方案均需在一国特定流行病学、宏观经济、社会文化和政治范畴内予以制定；
- (7) 适宜时，在政府强有力的全面管理下利用存在的公立与私立提供者和卫生筹资组织之间的合作机会；
- (8) 增强卫生筹资管理系统的效率、透明度和问责制；
- (9) 确保总体资源分配在健康促进、疾病预防、康复和提供卫生保健之间保持适当平衡；
- (10) 分享国际上积累的经验和重大教训，鼓励国家进行努力，支持决策者，并推动改革进程；
- (11) 建立并加强机构能力，以在全民健康覆盖体系的设计方面形成国家层面的证据并做出以证据为基础的有效决策，包括通过实施标准会计框架跟踪卫生支出资金流动；

2. 要求总干事：

- (1) 向联合国秘书长转达全民健康覆盖的重要性，供即将召开的联合国大会讨论；
- (2) 提供为落实 WHA58.33 号决议所采取的措施和取得进展情况的一份报告，特别是提供会员国以公平和可持续的方式开展卫生筹资以及卫生领域的社会保障情况；
- (3) 与其它联合国组织、国际发展伙伴、基金会、学术界以及民间社会组织密切合作，促进围绕实现全民覆盖所做出的努力；

- (4) 根据 WHA62.12 号决议和 2010 年《世界卫生报告》¹ 的设想，制定秘书处的行动计划，以支持会员国实现全民覆盖；
- (5) 编写一份获得基本健康保险覆盖的人数估计报告，该健康保险可使人们得到基本卫生和服务，且估计数字应按国家和区域分列；
- (6) 根据会员国的要求，提供技术支持以加强在发展卫生筹资系统、特别是公平预付计划方面的能力和专长，为所有人提供全面卫生保健和服务，以实现全民覆盖的目标，包括通过实施标准会计框架加强跟踪资源流动的能力；
- (7) 促进在现有论坛上不断交流在社会卫生保护和全民覆盖方面的经验和教训；
- (8) 通过执行委员会向第六十五届世界卫生大会报告并随后每三年报告一次本决议的实施情况，包括会员国在第六十四届世界卫生大会期间所提出的有待解决的问题。

(第十次全体会议，2011 年 5 月 24 日 — 甲委员会第四份报告)

WHA64.10 增强国家卫生突发事件和灾害的管理能力以及卫生系统的应变能力²

第六十四届世界卫生大会，

审议了关于增强卫生系统的报告³；

忆及关于针对危机和灾害采取卫生行动的 WHA58.1 号决议，关于应急准备和反应的 WHA59.22 号决议，关于气候变化和卫生的 WHA61.19 号决议，世界卫生大会和各区域委员会关于卫生安全、《国际卫生条例（2005）》、疾病大流行防范、安全医院和与地方、次国家和国家突发事件和灾害有关的其它事项的其它决议和行动计划；

还忆及联合国大会第 60/195 号决议核准了兵库宣言和 2005-2015 年兵库行动框架（“加强国家和社区的抗灾能力”），并忆及第 61/198、62/192、63/216、64/200 和 64/251 号决议，其中呼吁会员国加强努力实施兵库行动框架，在各级加强减少风险和突发事件防备措施，并鼓励国际社会和联合国相关实体支持旨在加强防范和应对灾害能力的国家努力；

¹ 2010 年《世界卫生报告》（“卫生系统筹资：实现全民覆盖的道路”）。日内瓦，世界卫生组织，2010 年。

² 关于本决议对秘书处的财政和行政影响，见附件 6。

³ 文件 A64/12 和 A64/13。

重申国家应当确保民众的健康、安全和福祉得到保护，并应当确保卫生系统具有应变能力和自力更生能力，这一能力对于最大限度减少健康危害，降低脆弱性以及应对突发事件和灾害作出有效应对和复苏至关重要；

遗憾地注意到各种突发事件、灾害和危机造成了悲剧性的和巨大的生命损失以及大量的伤害、疾病和残疾；

铭记突发事件和灾害也导致医院和其它卫生基础设施受到损害和毁坏，卫生系统提供卫生服务的能力被削弱，实现卫生发展和千年发展目标的努力受到挫折；

表示深切关注预计在许多国家和社区持续存在的贫困、日益加剧的城市化和气候变化将会增加健康风险以及突发事件和灾害的影响；

承认大部分针对自然、生物、科技和社会危害的健康风险管理行动，包括突发事件紧急应对，是由地方和国家级不同卫生学科行动者提供的，所涉学科包括大规模人员伤亡管理、心理卫生和非传染性疾病、传染性疾病、环境卫生、孕产妇和新生儿健康、生殖卫生保健、营养和跨领域卫生问题；

认识到包括地方政府、规划人员、建筑师、工程师、急救服务和平民保护以及学术界在内的其它部门和学科对面临突发事件和灾害风险的人群健康和福祉的贡献；

关注国家和社区在管理重大突发事件和灾害方面常常无力履行职责，协调、通讯和后勤往往成为卫生突发事件管理上最薄弱的环节；

赞赏包括低收入国家或新兴国家在内的一些国家在地方、区域和全球伙伴的支持下，通过投资于突发事件和灾害风险降低措施，降低了灾害情况下的死亡率和发病率；

还认识到世卫组织作为联合国国际减灾战略系统一个成员和人道主义改革框架中的卫生部门领导机构发挥了重要作用，并且正在就支持国家能力建设和加强应对多部门紧急情况 and 灾害风险管理、包括降低灾害风险在内的机构能力问题与联合国国际减灾战略秘书处、联合国开发计划署、联合国儿童基金会、联合国人道主义事务协调厅、国际红十字和红新月运动以及其它非政府组织等国际社会其它成员进行密切合作；

继续努力，在国际减灾战略、2008-2009年确保医院安全的世界减灾运动、2010-2011年增强城市抗灾能力运动、2008年气候变化与人类健康专题世界卫生日、2009年加强医院应对紧急情况能力的世界卫生日以及2010年城市化与健康专题世界卫生日的基础上，继地方、次国家、国家和全球层面采取旨在减少突发事件和灾害所带来的健康风险的行动后，再接再厉；

还认识到改善应对突发事件和灾害方面的卫生结果，需要在国家、区域和全球各级采取进一步紧急行动，以确保地方、次国家和国家在突发事件和灾害情况下及时和有效采取减少卫生风险和整体应对行动，并确保卫生服务在最需要的时刻能够正常运作，在这方面铭记突发事件和灾害对男子和妇女的影响是有差别的，

1. 敦促会员国¹：

- (1) 加强针对各种危害的卫生突发事件和灾害风险管理规划（包括降低灾害风险、应急准备和反应）²，使之成为国家和次国家卫生系统的组成部分，并通过立法、条例和其它措施的支持及有效实施，以改善卫生结果、降低死亡率和发病率、保护卫生基础设施，加强卫生系统和整个社会的应变能力，并将性别观点作为主流纳入这类规划的所有阶段；
- (2) 将针对各种危害的卫生突发事件和灾害风险管理规划（包括降低灾害风险）纳入国家或次国家卫生计划，在评估风险、积极降低风险、防范和应对突发事件、灾害和其它危机以及迅速恢复等方面，使卫生和多部门协调行动能力制度化；
- (3) 促使有关政府和其它相关机构获得关于储存、使用或运输的危险物质种类和数量方面的信息，以支持有效的卫生突发事件和灾害风险管理；
- (4) 制定安全和有应对准备的医院规划，确保新建医院和卫生设施选址安全以及建筑安全性能好，可抵御局部灾害；评估现有设施的安全性并采取补救行动；使所有卫生设施做好应对内外突发事件的准备；
- (5) 建立、促进并培养区域和分区域合作，以及世卫组织内部的区域间合作，包括分享能力建设、减少风险、应对和恢复方面的经验和专长；
- (6) 通过加强规划、针对所有卫生保健工作者开展培训和获取其它资源，加强卫生突发事件管理系统中地方卫生人力的作用，以提供地方领导和卫生服务；

2. **呼吁**会员国、捐助者和开发合作伙伴通过国际开发合作、人道主义呼吁和支持世卫组织在卫生突发事件和灾害风险管理事项中所发挥的作用，为卫生突发事件和灾害风险管理规划和伙伴划拨充足资源；

¹ 适用时，还包括区域经济一体化组织。

² 卫生突发事件和灾害风险管理包括所有旨在评估风险、积极降低风险、防范和应对突发事件、灾害和其它危机以及迅速恢复的措施。

3. 要求总干事：

- (1) 确保世卫组织在各级加强能力和资源，优化本组织所有学科专长，以便向会员国和伙伴提供制定国家、次国家和地方级卫生突发事件和灾害风险管理规划所必要的技术指导和支 持；
- (2) 加强与包括公共和私人部门实体以及非政府组织和学术界在内的相关实体的合作，确保在行动上与这些机构保持一致性并互为补充，以支持包括减灾在内的国家和社区卫生突发事件和灾害风险管理，以及会员国在实施《国际卫生条例(2005)》方面正在开展的努力；
- (3) 加强促进卫生突发事件和灾害风险管理的证据基础，包括业务研究与经济评估；
- (4) 支持国家和次国家开展卫生突发事件和灾害风险管理风险和 能力评估，作为促进行动和加强国家和次国家卫生突发事件和灾害风险管理能力，包括降低灾害风险行动的基础；
- (5) 通过执行委员会第 132 届会议，向第六十六届世界卫生大会报告本决议执行进展情况；
- (6) 酌情考虑对区域和分区域网络提供支持，以及在世卫组织内部开展区域间合作，以便加强其在卫生突发事件和灾害风险管理方面的合作。

(第十次全体会议，2011 年 5 月 24 日 — 甲委员会第四份报告)

WHA64.11 继莫斯科会议¹之后筹备联合国大会关于预防和控制非传染性疾病问题高级别会议²

第六十四届世界卫生大会，

审议了世卫组织在联合国大会关于预防和控制非传染性疾病问题高级别会议的筹备、落实和后续行动中的作用的报告³；

深切关注持续加重的全球非传染性疾病负担和威胁，尤其是在发展中国家，并确信需要全球行动和紧急应对，包括有效处理非传染性疾病的关键危险因素；

¹ 首届健康生活方式和非传染性疾病控制问题全球部长级会议（2011 年 4 月 28-29 日，俄罗斯联邦莫斯科）。

² 关于本决议对秘书处的财政和行政影响，见附件 6。

³ 文件 A64/21。

重申其致力于预防和控制非传染性疾病全球战略的目标，以减少过早死亡和改善生活质量¹；

进一步忆及联合国大会第 64/265 号决议，其中决定在 2011 年 9 月举行一次有国家元首和政府首脑参加的预防和控制非传染性疾病问题高级别会议，以及关于高级别会议的规模、方式、形式和安排的第 65/238 号决议；

认识到世界卫生组织作为负责卫生事务的首要专门机构发挥的主导作用，重申世卫组织在促进非传染性疾病全球行动方面的领导作用；

赞赏地注意到于 2011 年 4 月 27 日发布的首份《世卫组织全球非传染性疾病现状报告》，该报告可以协助高级别会议筹备工作；

还注意到世卫组织在联合国相关机构和实体的支持下，与会员国合作举行区域协商会取得的成果，将为高级别会议的筹备工作和会议本身提供投入；

欢迎首届健康生活方式和非传染性疾病预防问题全球部长级会议取得的成果，该会由俄罗斯联邦和世卫组织于 2011 年 4 月 28-29 日在莫斯科组织召开，

1. **认可**《莫斯科宣言》²作为高级别会议筹备工作的一项主要投入；

2. **敦促**会员国³：

(1) 继续支持在国家、区域和国际层面的高级别会议筹备工作，在可行和适宜的情况下，包括非传染性疾病预防和危险因素的现状分析，以及评估国家和卫生系统应对非传染性疾病预防的能力；

(2) 派出国家元首和政府首脑级代表出席高级别会议，并通过一份简明务实的成果文件发出行动呼吁；

(3) 酌情并在适宜时考虑将国会议员和民间社会（包括非政府组织、学术界和从事非传染性疾病预防和控制工作的网络）的代表纳入本国出席高级别会议的代表团；

¹ 见 WHA53.17 号决议。

² 见附件 3。

³ 适用时，还包括区域经济一体化组织。

3. 要求总干事：

(1) 继续发挥世卫组织作为负责卫生事务的首要专门机构的主导作用，与联合国及其专门机构、基金、方案，以及其它政府间组织和国际金融机构采取协调行动，以支持会员国，包括：

(i) 采取协调行动和对策，以及时和恰当地应对非传染性疾病带来的挑战，包括进一步以现有的非传染性疾病和危险因素现状分析为依据；

(ii) 强调非传染性疾病的社会和经济影响，包括财政方面的挑战，尤其是在发展中国家；

(2) 在筹备高级别会议工作中，把莫斯科会议的成果考虑在内；

(3) 确保在筹备高级别会议和迅速回应其建议方面，世卫组织具备足够的财力和人力资源；

(4) 通过执行委员会向第六十五届世界卫生大会报告首届健康生活方式和非传染性疾病预防问题全球部长级会议和高级别会议的成果，并与联合国相关机构和实体共同制定成果实施和后续行动计划，包括其财务影响，通过执行委员会提交第十六届世界卫生大会。

（第十次全体会议，2011年5月24日 — 甲委员会第五份报告）

WHA64.12 世卫组织在联合国大会关于千年发展目标的高级别全体会议（纽约，2010年9月）后续工作中的作用¹

第六十四届世界卫生大会，

审议了关于千年发展目标的报告²；

忆及关于监测与卫生相关的千年发展目标实现情况的 WHA63.15 号和 WHA61.18 号决议以及题为“朝着实现降低儿童死亡率的千年发展目标 4 加速进展：预防和治疗肺炎”的 WHA63.24 号决议；

¹ 关于本决议对秘书处的财政和行政影响，见附件 6。

² 文件 A64/11 和 A64/11 Add.1。

深切关注在实现降低儿童死亡率和增进孕产妇健康的千年发展目标 4 和 5 方面进展缓慢；

确认尽管发展中国家做出了大量努力，但由于各区域间、各国间以及一国内部进展不均，在实现千年发展目标方面仍然需要开展大量工作；

认识到孕产妇死亡率、早产以及其它妊娠和生产并发症可导致母亲和新生儿出现不良健康结果，而适当的产前保健可减少这类风险；

还认识到需要努力增强捐助国和发展中国家在关于卫生问题的国际发展合作领域的透明度和问责制，并需要重视提供足够的和可预见的财政资源以及提高其质量和针对性；

欢迎联合国大会千年发展目标高级别全体会议（2010 年 9 月，纽约）发起的联合国秘书长全球妇幼健康战略，并确认会员国为采取后续措施和落实此项战略而作出的强有力的政治和财政承诺；

注意到联合国秘书长要求世卫组织主持一项程序，确定包括通过联合国系统开展全球报告、监督和负责妇幼健康情况的最有效国际机构安排；

强调针对资源流动和结果进行监督对于增强政府和国际发展伙伴在处理卫生问题方面的问责制和应对能力极为重要；

还对设立由高级代表组成的妇幼健康问题信息和问责制委员会表示欢迎；

还强调在努力实现千年发展目标的过程中还应当处理与卫生公平和权利有关的关切；

进一步强调该委员会应考虑到现有的相关数据收集和现有绩效指标问题；

还欢迎委员会的最终报告及其关于加强妇幼健康领域资源和成果问责制的一系列建议，

1. **敦促**会员国¹实施妇幼健康问题信息和问责制委员会提出的建议，以便加强成果和资源问责制；

¹ 适用时，还包括区域经济一体化组织。

2. **要求**执行委员会自 2012 年 1 月第 130 届会议开始，审查该委员会所提建议的实施进展情况；

3. **要求**总干事：

(1) 确保所有利益攸关方有效参与委员会工作的后续行动；

(2) 在有关千年发展目标的议程项目下，每年向世界卫生大会报告取得的进展情况，直至 2015 年。

(第十次全体会议，2011 年 5 月 24 日 — 甲委员会第五份报告)

WHA64.13 努力降低围产期和新生儿死亡率¹

第六十四届世界卫生大会，

审议了关于千年发展目标的报告²；

忆及 WHA58.31 号决议提倡实现孕产妇、新生儿和儿童卫生干预的普遍覆盖；

还忆及千年发展目标 4 和 5，其具体目标是在 1990-2015 年期间，将五岁以下死亡率降低三分之二，将孕产妇死亡率降低四分之三；

认识到联合国秘书长 2010 年 9 月推出的全球妇幼健康战略的重要性，并欢迎妇幼健康问题信息和问责制委员会的报告；

还认识到建立孕产妇、新生儿和儿童健康伙伴关系表明国际社会日益关注和重视这一问题，该伙伴关系的目标是，在为孕产妇和儿童提供连续卫生保健服务的过程中，协调和加强国家、区域和全球行动，以便实现千年发展目标；

考虑到会员国对实施世卫组织区域战略的要求；

意识到世卫组织会员国已开展了一些行动和规划，努力降低围产期和新生儿发病率和死亡率，并实现千年发展目标规定的具体目标，同时制定各自的加速降低孕产妇和儿童死亡率国家计划，旨在改善育龄妇女和新生儿卫生保健服务的公平获取、及时性、连续性和质量；

¹ 关于本决议对秘书处的财政和行政影响，见附件 6。

² 文件 A64/11 和 A64/11 Add.1。

注意到世界卫生大会的结论,认为在实现千年发展目标 5 方面进展不足并且不均衡,而且一些国家孕产妇死亡率有所增加,千年发展目标 4 在降低儿童死亡率方面虽有所进展,但在降低围产期和新生儿死亡率方面却停滞不前;

关注发展中国家用于新生儿疾病预防与治疗的资源有限,这导致了高围产期和新生儿死亡率;

进一步认识到有证据表明早期和纯母乳喂养可明显降低围产期和新生儿死亡率,并在这方面忆及实施婴幼儿喂养全球战略以及 WHA63.23 号决议及其它相关决议的重要性;

认识到围产期和新生儿死亡率是一项严重影响各国,特别是发展中国家的沉重社会和经济负担,应当通过预防早产、脓毒症和呼吸道疾病等最常见的问题,以及通过采取以确凿科学证据为基础,影响力高且成本低廉的基本干预措施来降低这一死亡率;

还认识到通过推广服务和提供家庭、社区以及基于卫生设施的预防、宣传和治疗服务,普及具有成本效益的围产期和新生儿卫生干预措施,可大幅度降低全球围产期和新生儿死亡率;

意识到要实现千年发展目标 4 和 5 的具体目标,必须以高度政治承诺加紧卫生领域和部门间的努力,

1. 敦促会员国:

- (1) 确保围产期和新生儿死亡率高的国家的卫生当局运用其管理和领导能力来动员其它机构和部门参与,以便加强能力,在提高孕产妇和儿童卫生保健服务连续性的基础上,更大幅度降低可避免的新生儿和围产期死亡率;
- (2) 进一步推动政治承诺,以促进有效实施现有的国家、区域和/或全球计划,应用以证据为基础的战略和干预措施,包括爱婴医院倡议,以增进围产期和新生儿健康并加强对高质量孕产妇、新生儿和儿童卫生保健服务的公平获取;
- (3) 将围产期和新生儿保健作为优先重点予以促进,并酌情制定计划以普及具有成本效益的干预措施,包括对付脓毒症和院内感染的措施,信息和行为变化方面的交流,熟练的接生人员和早期产后护理以及早期和纯母乳喂养等;
- (4) 加强围产期和新生儿死亡率监测系统,包括数据和生命统计资料的收集以及监

测和报告机制；

2. 要求总干事：

(1) 继续提高国际社会对全球围产期和新生儿死亡率负担的认识，并在当前最佳实践基础上，促进开展目标明确的计划，以便在包括生殖卫生保健在内的母亲和儿童卫生保健一揽子综合措施内，增加获取高质量和安全的卫生保健服务，预防和治疗围产期和新生儿疾病；

(2) 加强区域和国家层面的机构能力和人力资源，包括培养熟练的接生人员和基本新生儿护理能力，例如实施爱婴医院倡议，以确认创新性解决办法，并促进开展研究，处理围产期和新生儿死亡率的主要原因，诸如早产、脓毒症、呼吸道疾病以及感染，特别是院内感染等；

(3) 支持协调与世卫组织相关实体以及联合国各机构和其它利益攸关方的行动，并加强或建立伙伴关系以促进区域内和区域间合作，目的是提高这一特定领域的行动效率；

(4) 向会员国提供必要的援助和技术建议，以制定和实施国家政策、计划和战略，旨在预防和降低围产期和新生儿死亡率，以及相关的孕产妇发病率和死亡率；

(5) 在有关千年发展目标的议程项目下，向第六十五届世界卫生大会报告取得的进展情况。

（第十次全体会议，2011年5月24日 — 甲委员会第六份报告）

WHA64.14 2011-2015 年全球卫生部门艾滋病毒/艾滋病战略¹

第六十四届世界卫生大会，

忆及 WHA63.19 号决议要求总干事，除其它外，制定 2011-2015 年世卫组织艾滋病毒/艾滋病战略，该战略应以数届卫生大会决议，包括 WHA53.14、WHA56.30、WHA59.12 和 WHA59.19 号决议所批准的世卫组织以前的艾滋病毒/艾滋病战略和计划为基础；

审议了 2011-2015 年世卫组织艾滋病毒战略草案²，

¹ 关于本决议对秘书处的财政和行政影响，见附件 6。

² 文件 A64/15。

1. **批准** 2011-2015 年全球卫生部门艾滋病毒/艾滋病战略¹；
2. **申明** 2011-2015 年全球卫生部门艾滋病毒/艾滋病战略的愿景和战略方向，并申明全球战略旨在指导全球卫生部门应对艾滋病毒/艾滋病，包括在国家和全球层面的行动建议及世卫组织的贡献；
3. **欢迎** 2011-2015 年全球卫生部门艾滋病毒/艾滋病战略与其它公共卫生问题战略保持一致，包括联合国艾滋病规划署 2011-2015 年战略²；
4. **敦促** 会员国：
 - (1) 批准 2011-2015 年全球卫生部门艾滋病毒/艾滋病战略；
 - (2) 根据战略所述用以指导国家应对的四个战略方向实施该战略；
5. **要求** 总干事：
 - (1) 为实施 2011-2015 年全球卫生部门艾滋病毒/艾滋病战略提供足够支持，包括为会员国的国家实施行动提供援助和提供卫生部门艾滋病毒/艾滋病应对工作进展的报告；
 - (2) 监督和评价 2011-2015 年全球卫生部门艾滋病毒/艾滋病战略的实施进展，并在与其它联合国机构的情况报告相一致的情况下，通过执行委员会向第六十五届、六十七届和六十九届世界卫生大会报告进展情况。

（第十次全体会议，2011 年 5 月 24 日 — 甲委员会第六份报告）

WHA64.15 霍乱：控制和预防机制³

第六十四届世界卫生大会，

审议了关于霍乱的报告⁴；

忆及关于霍乱的 WHA44.6 号决议，该决议导致建立全球霍乱控制专题小组，目的是为会员国提供支持以减少与该病相关的发病率和死亡率并消除其社会和经济后果；

¹ 2011-2015 年全球卫生部门艾滋病毒/艾滋病战略见附件 4。

² 《到达零：2011-2015 年联合国艾滋病规划署战略》。日内瓦，联合国艾滋病规划署，2010 年。

³ 关于本决议对秘书处的财政和行政影响，见附件 6。

⁴ 文件 A64/18。

认识到尽管霍乱在疫区和非疫区都以流行病形式流行，使成百万人遭受痛苦，尤其是在脆弱人群中，并每年估计造成 300 万到 500 万起病例和 10 万到 13 万例死亡的疾病负担¹，但该病却未得到足够的重视；

重申造成霍乱传播的原因是自然灾害，缺少充足的安全饮用水供应，环境卫生欠佳，个人卫生较差，食品污染，无计划的人类住区（尤其是在城市地区），缺乏有效的卫生系统，卫生保健不充分以及贫困；

承认适当和及时的病例管理、改进环境管理、改进个人卫生和环境卫生行为以及获得和恰当使用霍乱疫苗等有效的公共卫生干预措施都依赖于可靠的监测和卫生保健服务系统以及协调的规划措施和多部门措施，包括获取适当的卫生保健、清洁的水和适当的卫生设施、社区参与、公开和透明的流行病学信息共享以及持久的政策对话；

还认识到制定应急防范计划、加强监测、早期反应以及在突发情况中达到 Sphere 项目工作确定的相关标准的重要性；

注意到，在紧急卫生危机中以及在情况威胁卫生条件的突发事件中，世卫组织作为人道主义卫生部门领导机构的工作必须与儿童基金会作为 WASH 部门（水、环境卫生和个人卫生）领导机构的责任密切配合；

确认实现卫生相关千年发展目标方面的进展，尤其是在目标 7（确保环境的可持续发展能力）之下获得安全饮用水和环境卫生，将减少霍乱的发生和传播，而且改进霍乱的预防和控制将对其它腹泻病产生积极影响；

进一步认识到开发安全、有效和经济上可能负担得起的口服霍乱疫苗现在正在使霍乱控制进入一个新的阶段，这种做法可补充，但不能代替目前以改善饮用水获取和加强环境卫生及个人卫生为基础的有效预防和控制措施，

1. 敦促所有会员国²：

- (1) 把健康、个人卫生、水、环境卫生和环境问题视为发展政策和计划相互关联的组成部分，并相应地调拨资源和采取行动，包括开展健康和个人卫生教育以及宣传活动，以便预防出现霍乱流行的风险或减少这类风险，并适当注意风险最高人群的情况和需求；

¹ 《疫情周报》，2010 年，85(13):117-128。

² 适用时，还包括区域经济一体化组织。

- (2) 根据《国际卫生条例（2005）》加强霍乱的监测和报告，并通过发展地方上收集和分析数据的能力以及包括关于水源、环境卫生覆盖面、环境条件和文化习俗等关键性决定因素的信息，有效地把霍乱监测纳入整体监测系统；
- (3) 在加强卫生系统和采取全部门范围做法的框架内，以国际团结精神努力筹集足够的技术和财政资源用于在局部和全面流行的形势下开展准备工作并预防和控制霍乱及其它腹泻病的协调和多部门的措施；
- (4) 使社区参与并根据疾病的跨部门性质加强宣传措施；
- (5) 根据《国际卫生条例（2005）》第四十三条，避免对受影响或高风险国家施加无公共卫生依据的任何贸易或旅行限制；
- (6) 结合所建议的其它预防和控制方法，计划和酌情考虑接种疫苗，但不是代替这些方法；

2. 要求总干事：

- (1) 加强和增强措施以确保本组织继续对受霍乱暴发影响或高风险国家的需求作出迅速和有效的反应；
- (2) 重振全球霍乱控制专题小组并加强世卫组织在这一领域内的工作，包括通过改进世卫组织相关部门和其它相关利益攸关方之间的合作与协调；
- (3) 在霍乱流行期间加强协调设备、人力和财力资源方面的国际援助，以便确保有效和迅速的反应，并优先注重与其它部门，包括，但不限于与 **WASH** 部门和后勤部门密切合作，以便最大限度发挥多边人道主义总体应对的效力；
- (4) 向国家提供技术支持以发展其采取有效控制和预防措施能力，包括监测、预警和反应、实验室能力、风险评估、病例管理、数据收集和监测以及疫苗有效部署；
- (5) 针对出现的霍乱弧菌变异和耐药菌株，进一步促进研究并鼓励监测，还要考虑可产生更多治疗效果的口服补液治疗方面安全有效的新方法；
- (6) 促进为改变行为和食品和水的安全措施正在采取的干预措施，包括培训和宣传规划，以便把改进环境卫生和个人卫生做法作为霍乱预防和控制工作的关键组成部分；

- (7) 继续支持对安全、有效和经济上负担得起的霍乱疫苗开展进一步研究，并促进向受霍乱影响或高风险的国家转让相关疫苗生产技术，以便发展当地生产霍乱疫苗的能力；
- (8) 制定以证据为基础的最新和实用政策指导方针，包括关于低收入国家适当和经济有效地使用口服霍乱疫苗的可行性和评估指导方针以及关于目标人群定义的指导方针；
- (9) 与相关国际供资机构联系以争取可能的支持，在低收入国家引进有效的霍乱疫苗；
- (10) 通过执行委员会，向第六十五届世界卫生大会报告全球霍乱形势并评价在霍乱预防方法和控制方面所作的努力。

(第十次全体会议，2011年5月24日 — 甲委员会第六份报告)

WHA64.16 消灭麦地那龙线虫病¹

第六十四届世界卫生大会，

审议了关于麦地那龙线虫病的报告²；

忆及关于消除麦地那龙线虫病的WHA39.21和WHA42.29号决议以及关于消灭麦地那龙线虫病的WHA44.5、WHA50.35和WHA57.9号决议；

还忆及2004年麦地那龙线虫病流行国家的卫生部长在第五十七届世界卫生大会期间签署了到2009年消灭麦地那龙线虫病的日内瓦宣言；

注意到非洲区域委员会通过的关于消灭麦地那龙线虫病的决议³；

还满意地注意到麦地那龙线虫病流行国家取得的极佳成果，即病例数从1986年估计的350万减少到2009年的3190起报告病例以及2010年的少于1800起报告病例；

因2009年底仅剩4个国家流行麦地那龙线虫病（都在南撒哈拉非洲），而且187个国家和领地已被认证为无麦地那龙线虫病传播而受到鼓舞；

¹ 关于本决议对秘书处的财政和行政影响，见附件6。

² 文件A64/20。

³ AFR/RC38/R13、AFR/RC41/R2、AFR/RC43/R9、AFR/RC44/R8和AFR/RC45/R8号决议。

祝贺一切有关方面，尤其是儿童基金会和卡特中心，提高了安全饮用水的可及性，改进了对病例发现和病例控制的监测，加强了其它干预措施，并提高了公众对该病的认识，

1. **认可**强化监测、病例控制、使用布质和管道过滤器、病媒控制、获取安全饮用水、卫生教育和社区动员的战略；
2. **呼吁**仍流行麦地那龙线虫病的会员国强化其消灭工作，包括疾病流行村庄中的积极监测和无麦地那龙线虫病地区的监测、预防措施以及最高级别的政治支持；
3. **呼吁**已被认证为无麦地那龙线虫病的会员国以及处在认证前期的会员国强化疾病监测和定期报告结果，并在发现任何病例的 24 小时内通知世卫组织和声称的病例起源国；
4. **敦促**会员国、儿童基金会、卡特中心及其它有关伙伴支持流行麦地那龙线虫病的剩余国家努力尽快制止疾病传播，尤其提供充足的资源以中断传播并最后认证该病被消灭；
5. **要求**总干事：
 - (1) 为流行麦地那龙线虫病的剩余国家争取支持，使它们努力尽快制止疾病传播，尤其提供充足的资源以中断传播和认证该病被消灭；
 - (2) 在无麦地那龙线虫病的地区和国家支持监测，直到全球认证该病被消灭；
 - (3) 密切监测本决议的实施情况并每年通过执行委员会向卫生大会报告进展情况，直到认证麦地那龙线虫病被消灭。

(第十次全体会议，2011 年 5 月 24 日 — 甲委员会第六份报告)

WHA64.17 疟疾¹

第六十四届世界卫生大会，

审议了关于疟疾的报告²；

¹ 关于本决议对秘书处的财政和行政影响，见附件 6。

² 文件 A64/19。

忆及关于疟疾控制的 **WHA58.2** 号决议和设立世界防治疟疾日的 **WHA60.18** 号决议；

认识到增加全球和国家疟疾控制的投入在减轻许多国家的疟疾负担方面产生了显著效果，而且有些国家正在逐步消除疟疾；

意识到最近在预防和控制方面的成功并不稳固，需要有足够的投入以充分资助全球疟疾控制工作才能得以维持；

认识到在以综合方式充分实施时，当前的疟疾预防和控制措施高度有效，影响迅速并有助于加强卫生系统和实现与卫生相关的千年发展目标；

承认全面推广疟疾控制和预防活动将需要在提供保质物品和服务不中断供应的有效卫生系统内运行的资源充足的国家规划；

意识到在许多国家继续存在不可接受的疟疾高负担并必须迅速加大预防和控制努力以达到卫生大会提出的具体目标和联合国千年宣言所载国际上商定的健康相关目标；

认识到在已减轻其疟疾产生的疾病负担的国家中需要调整战略以便维持这些成就；

还认识到以青蒿素为基础的固定剂量复合制剂大大优于散装单个药物的板式组合药或者共配药；

牢记抗疟预防和控制工作在很大程度上依赖于药物和杀虫剂，但由于疟原虫对抗疟药物和蚊虫对杀虫剂产生耐药性，其效果不断遭到威胁；

强调世卫组织以及有关技术伙伴应确定并处理有碍疟疾流行国中青蒿素为基础的联合疗法（ACT）制药商通过资格预审的因素；

认识到第 18 次遏制疟疾委员会会议通过的关于疟疾流行国生产青蒿素联合疗法药品的决议¹，

1. 敦促会员国：

(1) 保持疟疾在政治和发展议程上的重要地位，大力倡导为疟疾控制提供足够和可预测的长期资助，并维持国家对疟疾控制的财政承诺，以便加速实施世卫组织建议

¹ RBM/BOM/2010/RES.129 号决议。

的政策和战略，从而实现千年发展目标 6 的具体目标 6.C，并促进实现千年发展目标 4 和 5 以及卫生大会在 WHA58.2 号决议中提出的其它具体目标；

(2) 作为制定实现和维持疟疾干预措施普遍可及性和覆盖面的战略和业务计划方面必不可少的步骤，对疟疾规划开展全面审查，尤其是对以下工作：

(a) 为所有危险人群建议病媒控制行动，并特别通过以下做法维持有效的覆盖：**(i)**替换并且持续提供长效药浸蚊帐和关于其使用的针对性宣传，以及/或者**(ii)**按照世卫组织的建议定期使用杀虫剂进行室内滞留喷洒；

(b) 在包括社区级在内的卫生系统各级的公立和私立部门内，对所有疟疾疑似病例及时进行诊断检测，对恶性疟确诊患者使用青蒿素为基础的联合疗法给予有效治疗，并把扩大诊断服务作为加强疟疾监测的机会；

(3) 为了维持疟疾控制方面的进展，立刻采取行动应对重大威胁，即：

(a) 对以青蒿素为基础的药物的耐药性，具体措施为加强公立和私立部门的管制服务，努力制止使用口服青蒿素单一药物疗法和未达世卫组织资格预审标准或国家管理当局严格标准的药物，采用质量保证机制，并改进所有疟疾物品和服务的供应链管理；

(b) 对杀虫剂的耐药性，具体措施为：采用轮换使用室内残留喷洒杀虫剂等最佳做法，在药浸蚊帐使用率较高的地区，如果存在技术上适当的替代办法，可使用经批准的杀虫剂（不包括除虫菊酯和与除虫菊酯具有交叉耐药性的化合物等杀虫剂种类）进行室内残留喷洒；

(4) 把推广疟疾预防和控制干预措施作为加强卫生系统的着手点，包括实验室服务、外围卫生设施的妇幼卫生服务、社区级的疾病综合管理以及及时和准确的监测；

(5) 通过在适当情况下在卫生保健系统各级保持包括昆虫学家在内的强大疟疾专家队伍，维持国家疟疾控制的核心能力；

(6) 履行关于使用杀虫剂的现有承诺和遵守有关国际规定，尤其是《关于持久性有机污染物的斯德哥尔摩公约》（斯德哥尔摩，2004 年）；

(7) 向预防、控制和治疗疟疾领域的研究和开发工作提供更多的资金；

(8) 考虑到在有效性、成本效益、可得性和可负担性、管制能力、疾病负担、可行性和长期可持续性方面的本地证据，通过一个确保高度坚持治疗的系统，鼓励酌情扩大使用青蒿素为基础的联合疗法，该疗法或者采用复合固定剂量，或者同时服用两种单体药物；

2. 呼吁国际伙伴，包括国际组织、供资机构、研究机构、民间社会和私立部门：

(1) 确保足够和可预测的全球资金供应，以便达到 2015 年的全球疟疾具体目标并维持疟疾控制努力，从而为实现与卫生相关的千年发展目标作出贡献；

(2) 使用符合世卫组织资格预审标准或国家管理当局严格标准的物品，协调为国家实施世卫组织根据当地疟疾流行情况所建议的政策和战略提供的支持，以便确保普遍获取病媒控制及其它预防措施、对疟疾疑似病例的诊断检测、对疟疾确诊患者的合理治疗以及及时的疟疾监测系统；

(3) 支持开展行动，发现和研制新的药物和杀虫剂以取代因耐药性失去作用的药物和杀虫剂，并支持用于控制和消除疟疾的创新手段（包括疫苗）的基础研究以及为克服限制现有干预措施的推广和实用效益的制约因素而开展的业务研究；

(4) 与世卫组织合作以便支持各国实现疟疾目标并逐步消除疟疾；

(5) 重视高负担国家的特别脆弱人群，例如脆弱环境中的人群和面临森林疟疾威胁的部落人群；

(6) 一道努力支持发展基础设施，并为疟疾流行国制药商提供培训，以便进一步获得符合国际质量标准的、且成本具有竞争力的青蒿素联合疗法，但条件是所提供的这类援助符合选定接受此类援助的制药商的清晰透明规程，并且此类援助以具有战略性、有重点及透明的方式加以提供；

3. 要求总干事：

(1) 支持制定和更新预防、控制和消除疟疾的循证规范、标准、政策、准则和战略，以便为达到卫生大会制定的和千年发展目标中的 2015 年疟疾相关具体目标以及为应对迅速减轻的疟疾负担绘制路线图；

(2) 监测控制和消除疟疾方面的全球进展并支持会员国努力收集、验证和分析来自疟疾监测系统的数据；

- (3) 向国家提供支持，通过重振国际培训班和次区域培训网络以及促进充分的监督、指导和继续教育系统，确定其人力资源需求并加强国家、区县和社区级疟疾和病媒控制的人力资源能力；
- (4) 向会员国提供支持，通过制定和实施控制青蒿素耐药性全球计划以及预防和管理杀虫剂耐药性的全球计划，确认疟疾控制新机遇并抵御重大威胁，尤其是疟原虫对抗疟药物的耐药性和蚊虫对杀虫剂的耐药性；
- (5) 促进向疟疾流行国中的青蒿素联合疗法制药商进行技术转让，并且加强其达到世卫组织资格预审标准的能力，但条件是所提供的这类援助符合选定接受此类援助的制药商的清晰透明规程，并且此类援助以具有战略性、有重点及透明的方式加以提供；
- (6) 在收到要求后向国家管理当局提供支持，加强其对良好生产质量管理规范和世卫组织资格预审标准遵守情况的监督能力；
- (7) 支持会员国不断监测在可获得性、可负担性以及使用青蒿素为基础联合疗法方面取得的进展；
- (8) 通过执行委员会，向第六十六届和第六十八届世界卫生大会报告本决议的实施情况。

（第十次全体会议，2011年5月24日 — 甲委员会第七份报告）

WHA64.18 世卫组织 2010 年账目未经审计的中期财务报告

第六十四届世界卫生大会，

审议了世卫组织 2010 年账目未经审计的中期财务报告¹；

注意到执行委员会规划、预算和行政委员会向第六十四届世界卫生大会提交的第二份报告²；

接受总干事的 2010 年未经审计的中期财务报告。

（第十次全体会议，2011年5月24日 — 乙委员会第二份报告）

¹ 见文件 A64/29 和 A64/29 Add.1。

² 见文件 A64/49 和 A64/49 Corr.1。

WHA64.19 征收评定会费的情况，包括欠交会费程度达到可援引《组织法》第七条规定的会员国

第六十四届世界卫生大会，

审议了执行委员会规划、预算和行政委员会向第六十四届世界卫生大会提交的关于征收评定会费的情况，包括欠交会费程度达到可援引《组织法》第七条规定的会员国的报告¹；

注意到在第六十四届世界卫生大会开幕时，中非共和国、科摩罗、多米尼加、几内亚比绍、索马里和塔吉克斯坦的表决权已被暂时中止，且这类暂时中止将持续至这些会员国的欠费在本节或以后各届卫生大会召开时减至可援引《组织法》第七条规定的数额以下的水平时；

注意到格林纳达、几内亚和吉尔吉斯斯坦的欠交会费在第六十四届世界卫生大会开幕时已达到一定程度，使卫生大会有必要考虑根据《组织法》第七条，在第六十四届世界卫生大会开幕时是否应该暂时中止吉尔吉斯斯坦的表决权，在第六十五届世界卫生大会开幕时是否应该暂时中止其余两个会员国的表决权，

决定：

(1) 根据 WHA41.7 号决议确定的原则，如果到第六十五届世界卫生大会开幕之时，格林纳达和几内亚的欠交会费仍处于可援引《组织法》第七条规定的程度，将自前述大会开幕之时暂时中止其表决权；根据 WHA61.8 号决议确定的原则，到第六十四届世界卫生大会开幕之时，如果吉尔吉斯斯坦仍欠交重新安排摊款后会费，其表决权将被自动暂时中止；

(2) 上文所述实行的任何暂时中止将持续至第六十六届世界卫生大会及以后各届卫生大会，直至格林纳达、几内亚和吉尔吉斯斯坦的欠费减至可援引《组织法》第七条规定的数额以下的水平之时；

(3) 根据《组织法》第七条，这项决定将不损害任何会员国要求恢复其表决权的权利。

（第十次全体会议，2011 年 5 月 24 日 — 乙委员会第二份报告）

¹ 见文件 A64/31。

WHA64.20 解决欠费的特别安排

第六十四届世界卫生大会，

审议了秘书处关于征收评定会费状况的报告¹；

注意到乌克兰仍有尚未结清的会费；

考虑到乌克兰提出的按照解决欠费的特别安排，重新安排剩余欠缴会费的要求²，

1. **决定**允许保留乌克兰在第六十四届世界卫生大会上的表决权，条件是，

在 2013 年至 2022 年的 10 年内，乌克兰除支付当年的年度会费外，按下述所列偿付总额为 26 395 036 美元的评定会费欠缴数额；

年份	美元
2013	2 639 504
2014	2 639 504
2015	2 639 504
2016	2 639 504
2017	2 639 504
2018	2 639 504
2019	2 639 504
2020	2 639 504
2021	2 639 504
2022	2 639 500
总计	26 395 036

2. **决定**根据《组织法》第七条的规定，如果乌克兰不遵守上述第 1 段所述要求，其表决权将自动中止；
3. **要求**总干事向第六十五届世界卫生大会报告届时的情况；
4. **要求**总干事向乌克兰政府转达这项决议。

(第十次全体会议，2011 年 5 月 24 日 — 乙委员会第二份报告)

¹ 见文件 A64/31 和 A64/51。

² 见文件 A64/32。

WHA64.21 2012-2013 年摊款比额表

第六十四届世界卫生大会，

审议了关于 2012-2013 年摊款比额的报告¹，

通过以下所列 2012-2013 双年度会员国和准会员的摊款比额：

会员国和准会员	2012-2013 年 世界卫生组织比额 %
阿富汗	0.0040
阿尔巴尼亚	0.0100
阿尔及利亚	0.1280
安道尔	0.0070
安哥拉	0.0100
安提瓜和巴布达	0.0020
阿根廷	0.2870
亚美尼亚	0.0050
澳大利亚	1.9331
奥地利	0.8511
阿塞拜疆	0.0150
巴哈马	0.0180
巴林	0.0390
孟加拉国	0.0100
巴巴多斯	0.0080
白俄罗斯	0.0420
比利时	1.0751
伯利兹	0.0010
贝宁	0.0030
不丹	0.0010
多民族玻利维亚国	0.0070
波斯尼亚和黑塞哥维那	0.0140
博茨瓦纳	0.0180
巴西	1.6111
文莱达鲁萨兰国	0.0280

¹ 文件 A64/33。

会员国和准会员	2012-2013 年
	世界卫生组织比额 %
保加利亚	0.0380
布基纳法索	0.0030
布隆迪	0.0010
柬埔寨	0.0030
喀麦隆	0.0110
加拿大	3.2072
佛得角	0.0010
中非共和国	0.0010
乍得	0.0020
智利	0.2360
中国	3.1892
哥伦比亚	0.1440
科摩罗	0.0010
刚果	0.0030
库克群岛	0.0010
哥斯达黎加	0.0340
科特迪瓦	0.0100
克罗地亚	0.0970
古巴	0.0710
塞浦路斯	0.0460
捷克共和国	0.3490
朝鲜民主主义人民共和国	0.0070
刚果民主共和国	0.0030
丹麦	0.7361
吉布提	0.0010
多米尼克	0.0010
多米尼加共和国	0.0420
厄瓜多尔	0.0400
埃及	0.0940
萨尔瓦多	0.0190
赤道几内亚	0.0080
厄立特里亚	0.0010
爱沙尼亚	0.0400
埃塞俄比亚	0.0080
斐济	0.0040

会员国和准会员	2012-2013年 世界卫生组织比额 %
芬兰	0.5660
法国	6.1234
加蓬	0.0140
冈比亚	0.0010
格鲁吉亚	0.0060
德国	8.0186
加纳	0.0060
希腊	0.6910
格林纳达	0.0010
危地马拉	0.0280
几内亚	0.0020
几内亚比绍	0.0010
圭亚那	0.0010
海地	0.0030
洪都拉斯	0.0080
匈牙利	0.2910
冰岛	0.0420
印度	0.5340
印度尼西亚	0.2380
伊朗(伊斯兰共和国)	0.2330
伊拉克	0.0200
爱尔兰	0.4980
以色列	0.3840
意大利	4.9994
牙买加	0.0140
日本	12.5309
约旦	0.0140
哈萨克斯坦	0.0760
肯尼亚	0.0120
基里巴斯	0.0010
科威特	0.2630
吉尔吉斯斯坦	0.0010
老挝人民民主共和国	0.0010
拉脱维亚	0.0380
黎巴嫩	0.0330

会员国和准会员	2012-2013 年 世界卫生组织比额 %
莱索托	0.0010
利比里亚	0.0010
阿拉伯利比亚民众国	0.1290
立陶宛	0.0650
卢森堡	0.0900
马达加斯加	0.0030
马拉维	0.0010
马来西亚	0.2530
马尔代夫	0.0010
马里	0.0030
马耳他	0.0170
马绍尔群岛	0.0010
毛里塔尼亚	0.0010
毛里求斯	0.0110
墨西哥	2.3562
密克罗尼西亚(联邦)	0.0010
摩纳哥	0.0030
蒙古	0.0020
黑山	0.0040
摩洛哥	0.0580
莫桑比克	0.0030
缅甸	0.0060
纳米比亚	0.0080
瑙鲁	0.0010
尼泊尔	0.0060
荷兰	1.8551
新西兰	0.2730
尼加拉瓜	0.0030
尼日尔	0.0020
尼日利亚	0.0780
纽埃	0.0010
挪威	0.8711
阿曼	0.0860
巴基斯坦	0.0820
帕劳	0.0010

会员国和准会员	2012-2013年 世界卫生组织比额 %
巴拿马	0.0220
巴布亚新几内亚	0.0020
巴拉圭	0.0070
秘鲁	0.0900
菲律宾	0.0900
波兰	0.8281
葡萄牙	0.5110
波多黎各	0.0010
卡塔尔	0.1350
大韩民国	2.2602
摩尔多瓦共和国	0.0020
罗马尼亚	0.1770
俄罗斯联邦	1.6021
卢旺达	0.0010
圣基茨和尼维斯	0.0010
圣卢西亚	0.0010
圣文森特和格林纳丁斯	0.0010
萨摩亚	0.0010
圣马力诺	0.0030
圣多美和普林西比	0.0010
沙特阿拉伯	0.8301
塞内加尔	0.0060
塞尔维亚	0.0370
塞舌尔	0.0020
塞拉利昂	0.0010
新加坡	0.3350
斯洛伐克	0.1420
斯洛文尼亚	0.1030
所罗门群岛	0.0010
索马里	0.0010
南非	0.3850
西班牙	3.1772
斯里兰卡	0.0190
苏丹	0.0100
苏里南	0.0030

会员国和准会员	2012-2013 年 世界卫生组织比额 %
斯威士兰	0.0030
瑞典	1.0641
瑞士	1.1301
阿拉伯叙利亚共和国	0.0250
塔吉克斯坦	0.0020
泰国	0.2090
前南斯拉夫的马其顿共和国	0.0070
东帝汶	0.0010
多哥	0.0010
托克劳	0.0010
汤加	0.0010
特立尼达和多巴哥	0.0440
突尼斯	0.0300
土耳其	0.6170
土库曼斯坦	0.0260
图瓦卢	0.0010
乌干达	0.0060
乌克兰	0.0870
阿拉伯联合酋长国	0.3910
大不列颠及北爱尔兰联合王国	6.6045
坦桑尼亚联合共和国	0.0080
美利坚合众国	22.0000
乌拉圭	0.0270
乌兹别克斯坦	0.0100
瓦努阿图	0.0010
委内瑞拉玻利瓦尔共和国	0.3140
越南	0.0330
也门	0.0100
赞比亚	0.0040
津巴布韦	0.0030
总计	100.0000

(第十次全体会议, 2011 年 5 月 24 日 — 乙委员会第二份报告)

WHA64.22 《财务条例》修订款¹

第六十四届世界卫生大会，

审议了关于《财务条例》修订款的报告²；

忆及题为“《财务条例》和《财务细则》修订款：采用《国际公共部门会计准则》”的 WHA60.9 号决议，

通过对《财务条例》第 14.1、14.8 和 14.9 条的修订款，修订款从 2012 年 1 月 1 日起生效³。

（第十次全体会议，2011 年 5 月 24 日 — 乙委员会第二份报告）

WHA64.23 任命外审计员

第六十四届世界卫生大会，

审议了关于任命外审计员的报告⁴，

1. **决定**任命菲律宾审计委员会主席为世界卫生组织及非合并附属实体和伙伴 2012-2015 年期间帐目的外审计员，根据《财务条例》第 14 条和《财务条例》附则中包含的原则开展主席的审计工作，如有必要，主席可指定一名代表在主席缺席时代理；
2. **感谢**印度主计审计长为本组织 2008-2009 年和 2010-2011 年财务期帐目审计所做的工作；
3. **还要求**总干事确定本组织和任命的外审计员之间的合同条款和条件，以涵盖外审计员履行职权的工作方式，并特别提到由于自 2012 年起采用《国际公共部门会计准则》而提出的补充要求。

（第十次全体会议，2011 年 5 月 24 日 — 乙委员会第二份报告）

¹ 关于本决议对秘书处的财政和行政影响，见附件 6。

² 文件 A64/34。

³ 《财务条例》修订款见附件 5。

⁴ 文件 A64/35 和 A64/35 Corr.1。

WHA64.24 饮用水、环境卫生与健康¹

第六十四届世界卫生大会，

审议了关于人类饮用水安全管理战略的报告²；

忆及《关于初级卫生保健的阿拉木图宣言》和强调在初级卫生保健、环境卫生、预防水源性疾病、保护高危社区、婴幼儿营养中改善安全饮用水、卫生设施和卫生习惯的作用的各项决议，包括 WHA39.20、WHA42.25、WHA44.28、WHA45.31、WHA35.17、WHA51.28 和 WHA63.23 号决议，以及关于霍乱控制和预防机制的 WHA64.15 号决议和关于消灭麦地那龙线虫病的 WHA64.16 号决议；

还忆及千年发展目标具体目标 7（确保环境的可持续能力）的 C 项要求到 2015 年将无法持续获得安全饮用水和基本环境卫生的人口比例减半，以及这一具体目标对实现其它目标，尤其是目标 4（降低儿童死亡率）、5（改善孕产妇健康）和 6（与艾滋病病毒/艾滋病、疟疾和其它疾病作斗争）的重要性³；

意识到 1990 年至 2008 年之间，估计有 17.7 亿人获得了经改善的饮用水源，12.6 亿人获得了经改善的环境卫生，但严重关切到 2008 年底，仍有 8.84 亿人无法获得经改善的水源，超过 26 亿人无法获得经改善的环境卫生；

注意到一项全面的公共卫生方针，通过扩大获得安全饮用水和环境卫生的机会，整合家庭干预措施，更有效地利用资源和早日将卫生考虑纳入水资源开发计划和设计，具有多重卫生好处和经济利益，承认为实现 2008-2013 年中期战略性计划战略目标 8 而探讨这些问题的重要性；

忆及联合国大会在第 58/217 号决议中宣布的“生命之水”国际行动十年（2005-2015 年），第 61/192 号决议中宣布的 2008 年国际环境卫生年，以及后续的第 65/153 号决议呼吁所有会员国支持旨在落实“可持续的环境卫生：2015 年前的五年奋斗”的全球努力，还忆及水质是联合国 2010 年世界水日的主题；

并忆及联合国大会决议（64/292）承认安全和清洁饮用水和环境卫生是“充分享有生命权和其它人权的一项必要权利”，人权理事会决议（A/HRC/RES/15/9）申明，“安全饮用水和环境卫生这项人权产生于适足生活水准权，与享有最高而能获致之身心健康标准的权利，以及生命权和人的尊严权密不可分”；

¹ 关于本决议对秘书处的财政和行政影响，见附件 6。

² 文件 A64/24。

³ 见联合国大会 A/RES/65/1 号决议。

感兴趣地注意到为增进获得安全饮用水和基本环境卫生，促进良好的个人和家庭卫生习惯而作出的努力，这些努力推动采取可持续方针，消除与环境卫生和水相关的疾病，例如霍乱和腹泻病，二者在 2008 年夺去 250 万人生命，其中 130 万人为五岁以下儿童；

还注意到世卫组织和儿童基金会为全面控制腹泻病而商定的七点战略中的水、环境卫生和个人卫生部分，包括促进用肥皂洗手，家庭水处理和安全储存，以及全社区范围环境卫生促进；

注意到在一定程度上由于不适当地管理城市、工业或农业废水，千百万人的饮用水中，生物污染和化学污染达到危险水平；

意识到世卫组织在水与健康问题上的重大规范性作用，其监测供水和环境卫生方面进展的关键作用，以及其在水安全计划、环境卫生安全计划、卫生保健、学校和其它公共建筑和场所、安全管理医疗废物中的水与环境卫生方面的倡导和能力建设作用；

注意到全球驱动力量，包括人口增长、城市化和气候变化，预期将大大影响水和环境卫生服务以及洁净水资源的可得性和质量，并影响对本身具有潜在健康风险的其它用途的水资源开发的需要，注意到为应对这些趋势，需要采取部门间方针，通过一体化水资源管理和加强体制安排，将卫生和环境问题纳入国家部门政策中，以预防和减少环境卫生和水相关疾病的发病率；

注意到过去十年来，将近 20 亿人遭受自然灾害，包括作为诱发环境卫生和水相关疾病主要因素的洪灾和旱灾；

还承认需要在紧急情况下，制定预防手段和专门行动，以供应饮用水和卫生设施，并承认在应急行动中，世卫组织在卫生领域和儿童基金会在营养和水、环境卫生和个人卫生领域中的领导作用，

1. 敦促会员国：

- (1) 与所有利益攸关者一道制定和加强国家公共卫生战略，这些战略应强调安全饮用水、环境卫生和个人卫生作为初级预防基础的重要性，立足于关于水和环境卫生的部门计划进程、政策、规划和项目的综合方针，并得到在有关部委和机构之间明确划分责任的适当层面的有效部间协调机制的指导；

(2) 采取新的方针，进行社区教育、赋权、参与和宣传，并积极动员其领导人和民间社会，以尤其对妇女、儿童、青年人、土著人民以及弱势和最为贫穷群体产生具体影响，承认并鼓励良好做法；

(3) 确保国家卫生战略促进实现水和环境卫生相关千年发展目标，同时努力支持逐步实现与水和环境卫生有关的人权，使每一个人不受歧视地享有供个人和家庭用途的充足、安全、可接受、可及和可负担的水和环境卫生；

(4) 加强部门间政策框架和体制，实现对水和环境卫生相关健康危害和风险的一体化管理，包括卫生影响评估、饮用水和环境卫生制度和服务的战略性推广，以及在水资源和废水管理项目中为保护健康而进行的环境管理；

(5) 与双边和多边伙伴协商，并与主管地方当局密切协调，调动其努力，优先考虑减少城市、城郊和农村地区在从家庭以及其它经改善的来源和经改善的环境卫生和个人卫生中获得饮用水方面存在的差距并加以实施；

(6) 提供适当设施，以在卫生保健机构、学校和其它公共建筑和场所获得安全饮用水、环境卫生和用肥皂洗手设备，并就操作和使用这些设施的人的安全用水、环境卫生和个人卫生习惯提供宣传和培训工具；

(7) 加强有关当局和利益攸关者之间，包括在跨境环境下的合作，以建立、执行和维持有效制度，评估水质，定期交流便于获得的相关信息，应对水质问题；

(8) 特别确保全面和协调的国家和/或地方水和环境卫生相关监测制度和早期预警手段的可持续性，以预防和控制环境卫生和水相关疾病，并制定紧急情况防范和行动计划，尤其是在自然灾害和人道主义紧急情况中；

(9) 视需要与世卫组织协作中心、世卫组织主持的网络（饮用水监管、操作和维修、家庭用水处理和安全储存、小社区供水管理）和同世卫组织建立正式关系的联合会合作，努力加强对供水计划的制定、实施和质量管理，促进制定环境卫生安全计划；

2. 要求总干事：

(1) 继续提请国际社会和决策者关注初级预防作为主要目标的重要性，以及安全饮用水、环境卫生和个人卫生对全球公共卫生、国民经济和实现千年发展目标的重大影响；

- (2) 制定新的、一体化的世卫组织水、环境卫生与健康战略，包括特别注重水质量和监督问题，以及促进环境卫生和个人卫生行为改变问题，同时考虑到具体情况下的具体需要，以鼓励制定预防措施，并发展快捷分析技术，保证饮用水质量，避免水资源开发对健康的不利影响；
- (3) 加强世卫组织与联合国水机制所有有关成员和伙伴以及负责促进获得安全饮用水、环境卫生和个人卫生服务的其它有关组织的合作，以在世卫组织参与联合国一体行动和世卫组织与联合国关于享有安全饮用水和环境卫生的人权问题特别报告员合作的情况下，树立有关部门间行动的范例，推动实现该项人权；
- (4) 加强世卫组织/儿童基金会联合监测规划的能力，以履行其监测国际饮用水和环境卫生发展目标方面的进展的任务，并作为一个平台，制定新的环境卫生和水指标，包括水质量和适当层面的其它相关参数；
- (5) 继续支持现行区域举措，例如作为安全用水管理和保护人类健康的参考工具的联合国欧洲经济委员会的《水与健康议定书》，鼓励创造类似工具，用于在其它地区进行可持续的水管理和减少环境卫生和水相关疾病，同时继续鼓励有关的区域举措，例如世卫组织/环境规划署的《利伯维尔卫生与环境宣言》(2010)和世卫组织的《帕尔玛环境与卫生宣言》(2010)；
- (6) 与双边和多边伙伴协调，发展会员国的能力，为此应提供指导方针和技术支持，以推动制定、实施、监测和评估国家行动计划，用于安全饮用水供应和环境卫生制度和服务的可持续管理、运作和维护；
- (7) 进一步支持会员国建立和维持信息和监测系统的能力，以便利向有关全球监测机制，包括《世界卫生统计》、世卫组织/儿童基金会供水和卫生联合监测方针以及联合国水机制全球环境卫生和饮用水分析和评估作出适当和有条理的报告；
- (8) 通过促进对负责水的采集、处理和分配设施的人员、水和环境卫生网络以及负责水质监测的人员和实验室的培训和成人教育规划，加强对各国的技术援助，同时鼓励传播家庭用水处理最佳做法，尤其是在中央水处理和水供应不足或缺时；
- (9) 倡导在饮用水装置和安全供应饮用水方面减少风险的伙伴关系，以及关于增进获得安全饮用水、环境卫生和个人和家庭卫生的最佳做法和经验的搜集和传播方法，尤其是针对最贫穷人口或在卫生紧急情况 and 自然灾害期间的最佳做法和经验；
- (10) 通过执行委员会向第六十六届世界卫生大会报告本决议执行进展情况。

WHA64.25 不叙级职位职员和总干事薪酬

第六十四届世界卫生大会，

审议了关于《人事条例》和《职员细则》修订款的报告¹；

注意到执行委员会关于不叙级职位职员和总干事薪酬的建议，

1. **确定**助理总干事和区域主任在扣除薪金税以前的年薪毛额为 185 809 美元，因而修订的薪金净额为 133 776 美元（有受抚养者）或 121 140 美元（单身者）；
2. **确定**副总干事在扣除薪金税以前的年薪毛额为 204 391 美元，因而修订的薪金净额为 145 854 美元（有受抚养者）或 131 261 美元（单身者）；
3. **确定**总干事在扣除薪金税以前的年薪毛额为 251 188 美元，因而修订的薪金净额为 176 272 美元（有受抚养者）或 156 760 美元（单身者）；
4. **决定**这些薪金调整将于 2011 年 1 月 1 日起生效。

（第十次全体会议，2011 年 5 月 25 日 — 乙委员会第三份报告）

WHA64.26 国际癌症研究机构：修订《章程》

第六十四届世界卫生大会，

审议了关于修订国际癌症研究机构《章程》的报告²；

考虑到关于国际癌症研究机构理事会第五十三届会议通过的《国际癌症研究机构章程》第八条修正案；

考虑到该机构《章程》第十条的规定，

接受该机构《章程》下列修正，此后即可实施生效：

第八条 – 财务

[第八条的 1 至 7 不变。]

¹ 文件 A64/38。

² 文件 A64/43。

(8) 本机构资金及财产应与世界卫生组织资金及财产分别核算，并按理事会通过的财务条例管理。

(第十次全体会议，2011年5月24日 — 乙委员会第三份报告)

WHA64.27 预防儿童伤害¹

第六十四届世界卫生大会，

审议了关于预防儿童伤害的报告²；

忆及关于道路安全与健康的 **WHA57.10** 号决议，其中申明，道路交通伤害是一个重大公共卫生问题，需要协调一致的国际努力；

还忆及卫生大会在 **WHA57.10** 号决议中接受联合国大会要求世卫组织同联合国各区域委员会密切协作，充当联合国系统内道路安全问题协调机构的邀请；

又忆及关于卫生系统：急救系统的 **WHA60.22** 号决议，其中认识到改进提供创伤医疗和急救的组织和计划，是提供综合卫生保健的重要组成部分，以及关于残疾，包括预防、管理和康复的 **WHA58.23** 号决议，其中促请会员国采取一切必要步骤，减少儿童期的致残危险因素；

承认有义务确保《儿童权利公约》(1989年)、国际劳工组织第182号公约(1999年)以及国际劳工组织第138号公约(1973年)申明的儿童照料和保护方面的安全，还承认有义务保护《残疾人权利公约》(2006年)所规定的残疾人，尤其是在具有显著儿童伤害负担的发展中国家、低收入国家和中等收入国家；

认识到儿童伤害是儿童生存和健康的重大威胁，这是被忽视的公共卫生问题，在死亡率、发病率、生活质量、社会和经济代价方面造成的后果非常严重，如果不采取紧急行动，这一问题将妨碍千年发展目标的实现，特别是存在显著儿童伤害负担的低收入和中等收入发展中国家；

还认识到儿童死于意外伤害的主要原因包括道路交通伤害、溺水、与火有关的烧伤、跌落和中毒。在世界的某些地区，溺水大约造成了儿童伤害死亡总数中的一半；至关重要的是视具体情况采取预防性措施，这包括安全的环境、安全产品、安全管理和提高认识；

¹ 关于本决议对秘书处的财政和行政影响，见附件6。

² 文件A64/23。

进一步认识到在做出协调一致努力的国家实施以证据为基础的干预措施，采取多部门对策来预防儿童伤害和限制伤害造成的后果，可持续大幅减少儿童伤害数量；

欢迎世卫组织/儿童基金会联合编写的《世界预防儿童伤害报告》¹及其关于公共卫生政策和规划的建议；

认为儿童生存及儿童健康和发育方面的现有项目应当采用儿童伤害预防战略，确保这些做法是儿童保健服务的必要组成部分，儿童卫生项目的成功与否不应仅以传统的传染病死亡率来判定，还应采用致命性和非致命性伤害等其它指标，

1. 敦促会员国：

- (1) 将预防儿童伤害作为儿童问题的重点，确保建立或加强预防儿童伤害所必需的部门间协调机制；
- (2) 继续并在必要时加强履行其对《儿童权利公约》（1989年）承担的义务，尊重、保护和实现儿童享有可达到的最高标准的健康权利，并采取一切适当的立法、行政、社会和教育措施保护儿童免受伤害；
- (3) 确保包括卫生规划在内的相关规划的筹资机制涵盖儿童伤害和预防、急救、院前保健、治疗和康复服务；
- (4) 酌情实施世卫组织/儿童基金会的《世界预防儿童伤害报告》的建议，包括赋予政府机构或单位预防儿童伤害的领导职责和任命负责预防伤害的协调人（如果还没有设立的话），确保通过发挥这方面的领导作用促进政府相关部门、社区和民间社会之间的合作；根据国家需要，将《世界报告》确认的关键战略作为预防儿童伤害的有效干预措施；监测和评估这些干预措施的影响；
- (5) 将预防儿童伤害纳入国家儿童发展规划和其它有关规划之中，并建立多部门协调与合作机制，特别是确保儿童生存和健康规划适当重视预防儿童伤害工作；
- (6) 确保有关部门或监测系统收集的国家数据量化儿童伤害的负担、风险因素和成本方面的人口、社会经济和流行病学情况，以保证现有资源与问题的严重程度相称；
- (7) 在需要时，制定和实施多部门政策和行动计划，其中包含切合实际的预防儿童伤害目标，以及促进关于防止出现童工与合法的青少年就业、产品安全、学校和活

¹ 《世界预防儿童伤害报告》，日内瓦世界卫生组织和纽约联合国儿童基金会，2008年。

动场所的标准和守则、交通、建筑条例和法律，它们要么是单独的，要么纳入全国儿童健康政策或计划；

(8) 实施并在必要时加强预防儿童伤害的相关现行法律和规章；

(9) 加强应急和康复服务和能力，包括急救小组、院前紧急护理、卫生机构内的处置以及针对受伤或残疾儿童的适当康复规划；

(10) 考虑到世卫组织/儿童基金会的《世界预防儿童伤害报告》并与研究和发展界(包括安全产品相关生产商及销售商)开展密切合作，确定研究重点；

(11) 提高人们，特别是家长对儿童安全，儿童、雇主及有关专业团体以及社会所有成员对儿童伤害风险因素，特别是包括驾车时使用手机及其它此类移动设备在内的交通、工作场所危害、水和火等危险以及对儿童的照管和保护不力等因素的认识和健康素养，并宣传专门的预防儿童伤害规划；

2 要求总干事：

(1) 与会员国协力改善儿童伤害数据收集和分析系统，制定科学的公共卫生政策及预防和减轻儿童伤害后果的规划；

(2) 与联合国系统各组织、国际发展伙伴和非政府组织合作，建立一个网络，以保证有效地协调和实施低收入和中等收入国家的预防儿童伤害活动；

(3) 鼓励开展研究，用以扩大干预措施的证据基础，以便预防儿童伤害，减轻伤害的后果，并且通过各协作中心和其它合作伙伴用以评价这种干预措施的实效，包括转化为可负担得起的安全产品、政策干预措施以及有效地加以实施；

(4) 促进调整适用儿童伤害预防措施和工具的相关知识，为从发达国家向发展中国家环境转让这种知识提供便利；

(5) 支持会员国制定并实施儿童伤害预防措施；

(6) 为预防伤害国家归口人员提供更多支持，具体措施是定期举办全球和区域会议，并提供技术援助；

(7) 提供技术支持，以加强应急和康复服务系统和能力；

(8) 与会员国、联合国系统内各组织及国际发展伙伴和非政府组织合作，以便筹集资源并加强预防儿童伤害及实施康复相关规划所需的能力；为会员国政府组织宣传活动；并提高认识，使人们认识到如不采取紧急行动，这一问题会妨碍千年发展目标的实现，特别是发展中国家、低收入及中等收入国家，这些国家存在显著的儿童伤害负担；

(9) 在会员国的机构和个人能力建设方面加大投资，以使各国能够在国家和次国家级制定具有成本效益的干预措施；

(10) 通过执行委员会向第六十七届世界卫生大会报告本决议的实施进展情况。

(第十次全体会议，2011年5月24日 — 乙委员会第四份报告)

WHA64.28 青少年与健康风险¹

第六十四届世界卫生大会，

审议了关于青少年²与健康风险的报告³，该报告突出了健康风险对青少年的近期和长期影响；

忆及与青少年问题直接相关的决议：关于生育前成熟期和促进父母责任感的WHA38.22号决议；关于青少年健康的WHA42.41号决议；关于儿童和青少年健康和发展战略的WHA56.21号决议，关于少年健康的WPR/RC39.R12 Rev.1号决议；关于少年健康教育的EM/RC43/R.11号决议；关于少年健康：非洲区域战略的AFR/RC51/R3号决议；关于儿童和青少年健康和发展欧洲战略的EUR/RC55/R6号决议；以及关于改善少年和青少年健康的泛美区域战略的CD48.R5号决议；

还忆及人人(包括少年和青少年)有权享有能达到的最高的体质和心理健康的标准，还忆及《经济、社会、文化权利国际公约》、联合国《儿童权利公约》、联合国《消除对妇女一切形式歧视公约》和其它国际及区域人权文书，并强调必须促进青年妇女与男子的平等和尊重多样性；

认识到正如世界卫生组织《组织法》所述的那样，健康不仅为疾病或羸弱之消除，而系体格、精神与社会之完全健康状态；

¹ 关于本决议对秘书处的财政和行政影响，见附件6。

² 世卫组织将少年的年龄界定为10至19岁，年轻人的年龄定为10至24岁。联合国将青年的年龄定为15至24岁。

³ 文件A64/25。

承认这样一个事实，即全球共有18亿青少年——世界四分之一的人口年龄在10至24岁之间，这是有史以来最大的青少年群体，从而为创造世界的社会、经济和健康未来带来极好机会；

还认识到每年260万青少年的死亡一般是可预防的，并且他们目前的健康行为和条件可能危及他们现有和未来的健康，以及子孙后代的健康；

铭记青少年人口的异质性及其具体情况使得一些年轻人的健康例如少女比其他人更容易受到负面影响；

强调促进健康生活方式的重要性，如青少年参加体育活动和运动、健康饮食、体育教育；

承认下列涉及普通人群的文件中对年轻人的关注：关于《世界卫生组织烟草控制框架公约》的WHA56.1号决议；关于《减少有害使用酒精的全球战略》的WHA63.13号决议；关于《饮食、身体活动与健康全球战略》的WHA57.17号决议；关于向儿童推销食品和非酒精饮料问题建议的WHA63.14号决议；关于实施预防和控制非传染性疾病全球战略的WHA61.14号决议；关于生殖健康战略的WHA57.12号决议；联合国艾滋病规划署2011-2015年战略；关于预防和控制性传播感染全球战略的WHA59.19号决议；关于2011—2015年全球卫生部门艾滋病毒/艾滋病战略的WHA64.14号决议；2011-2020年联合国道路安全十年行动；关于卫生系统：急救系统的WHA60.22号决议；在WHA56.24号决议中注意到的《世界暴力与健康报告》所载的建议；

进一步认识到联合国系统各机构和方案如国际劳工组织、联合国教科文组织、儿童基金会、难民署、人口基金和联合国艾滋病规划署和国际移民组织在解决青少年健康风险和在影响青少年健康决定因素上发挥的作用；

注意到解决青少年健康问题的社会决定因素、确保社会包容、教育和青年就业的社会保障机制的重要性，以及世界青年大会（2010年8月25日-27日，墨西哥瓜纳华托州莱昂市）发表的瓜纳华托声明，根据《到2000年及其后世界青年行动纲领》¹，要求在跨部门和国家发展计划和政策上增加投资，鼓励青年人有意义的参与；

意识到联合国《到2000年及其以后世界青年行动纲领》¹鼓励各国政府制定全面的性和生殖健康服务，并按照国际人口与发展会议（1994年）、社会发展问题世界首脑会议（1995年）和第四次世界妇女大会（1995年）行动纲领的精神，向青少年开放那些与其年龄相称的服务，包括计划生育宣教服务；确保青少年获得与其年龄相称的有关安全、

¹ 联合国大会第50/81号决议。

有效的现代计划生育方法的信息、获取机会和尽可能广泛的选择；并对青少年开展有关人类性行为、性和生殖健康以及两性平等的全面教育，使他们能够以积极和负责的方式处理性问题；

还铭记达到与青少年有关的指标和目标是实现八项千年发展目标中六项目标（目标1, 2, 3, 4, 5和6）的关键，并且对青少年的特别关注有助于实现最近提出的全球卫生倡议目标，如联合国秘书长的《全球妇幼健康战略》和联合国艾滋病规划署的《普遍获得艾滋病毒/艾滋病预防、治疗、关爱和支持》；

还认识到在即将举行的联大有关艾滋病毒/艾滋病、青年和预防和控制非传染性疾病等问题高级别会议上特别关注少年和青少年的健康需求的机遇；

还承认年轻人在参与和领导健康和发展方面的潜力，以及他们在利用和开发创新技术应对其健康和发展方面的全球性和当地挑战中显示出的领导作用，

1. **重申**世卫组织关于解决青少年面临的重大健康风险和包含针对这一年龄组的具体措施的战略；

2. **敦促**各会员国根据本国的法律和规制酌情加速行动，制定有关政策和计划，以解决影响年轻人健康的主要决定因素，包括与健康相关的行为及其在以后的生活阶段对健康的影响，凭借：

(1) 采纳含有相关决定因素具体目标和指标内容的国家卫生政策和战略，这些因素包括其有利条件和青少年健康和福祉的结果；

(2) 审查和修订卫生和其它领域的政策，注意列入保护青少年免受伤害的措施（如早育、性剥削和暴力、使用违禁物质和烟草、有害使用酒精、缺乏体力活动、不健康饮食和肥胖、道路交通及其它伤害、心理健康问题等）；

(3) 审查和修订卫生和其它领域的政策，消除青年人遇到的一切形式歧视；

(4) 鉴于在年轻人的健康现有数据上存在的差距，建立卫生管理信息和生命登记系统，以提供最新的年龄和性别特异性数据；

(5) 促进卫生系统具备应对少年需求的能力，包括卫生工作者队伍开发和筹资，以消除青少年获得卫生保健服务方面的障碍；

- (6) 提供避孕服务、生殖健康服务、艾滋病毒/艾滋病和性传播感染的预防、治疗、关爱及相关支持、心理卫生服务及创伤护理；
 - (7) 促进获得准确的信息和促进健康行为的循证方法，如性和生殖健康信息；
 - (8) 促进各级针对年轻人的健康问题开展跨部门合作，这包括诸如教育、社会包容、社会和自然环境、就业、媒体，以及民间社会组织和私营部门（视情况而定）等部门中与健康相关的内容；
 - (9) 在处理青少年的健康风险决定因素方面，让不同行动者如家庭、社区和青少年本人介入其中，并将利益攸关方动员起来，以发现和帮助处于危险之中或不利情况之下的青少年；
 - (10) 支持年轻人发挥作用，特别重视青年组织，目标在于促进年轻人的赋能，并促进他们参与到对其环境施加影响和公共政策的制定工作之中；
3. **鼓励** 多边和双边捐助者、国际金融机构和国际发展伙伴支持各会员国开展这方面的工作，包括酌情提供财政和技术支持；
4. **要求** 总干事：
- (1) 确保秘书处予以适当重视，作出承诺，进行有效协调，提供充足资源，以进一步明确并扩大执行现有适用于青少年的战略，并且定期监测这类行动对少年的健康产生的作用；
 - (2) 在未来中期战略计划的各项规划中和在秘书处各层面上处理少年和青少年健康风险问题，以便向各会员国提供足够的技术支持；
 - (3) 查明知识差距，促进研究，为有效建立、提供和监测与少年和青年的年龄及性别相称的适当规划的需求而加强证据基础；
 - (4) 继续与联合国系统各组织、民间社会组织以及那些对年轻人健康具有影响的私立部门酌情开展合作；
 - (5) 加强秘书处在青少年健康方面向会员国，尤其是向卫生行政部门提供足够的技术支持的能力，包括加强世卫组织地中海降低卫生风险中心等世卫组织合作中心的能力；

- (6) 促进年轻人作为卫生发展主要利益攸关方的参与和赋权，包括在本组织的工作方面；
- (7) 通过执行委员会向世界卫生大会定期报告年轻人健康问题和本决议的实施情况，首次报告为第六十七届世界卫生大会。

(第十次全体会议，2011年5月24日 — 乙委员会第四份报告)

决 定

WHA64(1) 证书委员会的组成

第六十四届世界卫生大会任命由下述会员国代表组成证书委员会：巴巴多斯、哥斯达黎加、斐济、加蓬、几内亚比绍、拉脱维亚、马拉维、马尔代夫、新西兰、巴基斯坦、塞尔维亚、乌兹别克斯坦。

(第一次全体会议, 2011年5月16日)

WHA64(2) 选举第六十四届世界卫生大会官员

第六十四届世界卫生大会选举出下列官员：

主席： Christos Patsalides 博士（塞浦路斯）

副主席： C.O. Onyebuchi Chukwu 教授（尼日利亚）
Ri Jang Gon 先生（朝鲜民主主义人民共和国）
Enrique T. Ona 博士（菲律宾）
Mohammad Hussein Nicknam 博士(伊朗伊斯兰共和国)
Therese Baptiste-Cornelis 夫人（特立尼达和多巴哥）

(第一次全体会议, 2011年5月16日)

WHA64(3) 选举主要委员会官员

第六十四届世界卫生大会选举出下列主要委员会官员：

甲委员会： 主席 Walid Ammar 博士（黎巴嫩）

乙委员会： 主席 Maria Teresa Valenzuela 博士（智利）

(第一次全体会议, 2011年5月16日)

随后，主要委员会选举出下列官员：

甲委员会： 副主席 Henry Madzorera 博士（津巴布韦）
Nandi Glassie 先生（库克群岛）

报告员 Mast Kulzhanov 博士（哈萨克斯坦）

乙委员会： 副主席 Ante Zvonimir Golem 博士（克罗地亚）
Zanglely Dukpa 先生（不丹）

报告员 T. Tuitama Leao Tuitama 先生（萨摩亚）

（甲委员会和乙委员会第一次会议，分别于 2011 年 5 月 16 日和 18 日举行）

WHA64(4) 成立会务委员会

第六十四届世界卫生大会选举出下列 17 个国家的代表为会务委员会成员：阿尔巴尼亚、博茨瓦纳、中国、古巴、埃及、厄立特里亚、埃塞俄比亚、法国、冈比亚、几内亚、匈牙利、印度、密克罗尼西亚(联邦)、巴拉圭、俄罗斯联邦、大不列颠及北爱尔兰联合王国和美利坚合众国。

（第一次全体会议，2011 年 5 月 16 日）

WHA64(5) 通过议程

第六十四届世界卫生大会通过了执行委员会在其第 128 届会议上拟定的临时议程，其中删去四个项目，由甲委员会向乙委员会转了五个项目。

（第二次全体会议，2011 年 5 月 16 日）

WHA64(6) 审核证书

第六十四届世界卫生大会承认下列会员国代表团的正式证书有效：阿富汗、阿尔巴尼亚、阿尔及利亚、安道尔、安哥拉、阿根廷、亚美尼亚、澳大利亚、奥地利、阿塞拜疆、巴哈马、巴林、孟加拉国、巴巴多斯、白俄罗斯、比利时、贝宁、不丹、多民族玻利维亚国、波斯尼亚和黑塞哥维那、博茨瓦纳、巴西、文莱达鲁萨兰国、保加利亚、布基纳法索、布隆迪、柬埔寨、喀麦隆、加拿大、佛得角、中非共和国、乍得、智利、中国、哥伦比亚、科摩罗、刚果、库克群岛、哥斯达黎加、科特迪瓦、克罗地亚、古巴、

塞浦路斯、捷克共和国、朝鲜民主主义人民共和国、刚果民主共和国、丹麦、吉布提、多米尼加共和国、厄瓜多尔、萨尔瓦多、赤道几内亚、厄立特里亚、爱沙尼亚、埃塞俄比亚、斐济、芬兰、法国、加蓬、冈比亚、德国、加纳、希腊、危地马拉、几内亚、几内亚比绍、圭亚那、海地、洪都拉斯、匈牙利、冰岛、印度、印度尼西亚、伊朗(伊斯兰共和国)、伊拉克、爱尔兰、以色列、意大利、牙买加、日本、约旦、哈萨克斯坦、肯尼亚、基里巴斯、科威特、吉尔吉斯斯坦、老挝人民民主共和国、拉脱维亚、黎巴嫩、莱索托、利比里亚、立陶宛、卢森堡、马达加斯加、马拉维、马来西亚、马尔代夫、马里、马耳他、毛里塔尼亚、毛里求斯、墨西哥、密克罗尼西亚(联邦)、摩纳哥、蒙古、黑山、摩洛哥、莫桑比克、缅甸、纳米比亚、瑙鲁、尼泊尔、荷兰、新西兰、尼加拉瓜、尼日尔、尼日利亚、挪威、阿曼、巴基斯坦、帕劳、巴拿马、巴布亚新几内亚、巴拉圭、秘鲁、菲律宾、波兰、葡萄牙、卡塔尔、大韩民国、摩尔多瓦共和国、罗马尼亚、俄罗斯联邦、卢旺达、圣基茨和尼维斯、萨摩亚、圣马力诺、圣多美和普林西比、沙特阿拉伯、塞内加尔、塞尔维亚、塞拉利昂、新加坡、斯洛伐克、斯洛文尼亚、所罗门群岛、索马里、南非、西班牙、斯里兰卡、苏丹、斯威士兰、瑞典、瑞士、阿拉伯叙利亚共和国、泰国、东帝汶、多哥、汤加、特立尼达和多巴哥、突尼斯、土耳其、土库曼斯坦、图瓦卢、乌干达、乌克兰、阿拉伯联合酋长国、大不列颠及北爱尔兰联合王国、坦桑尼亚联合共和国、美利坚合众国、乌拉圭、乌兹别克斯坦、瓦努阿图、委内瑞拉玻利瓦尔共和国、越南、也门、赞比亚和津巴布韦。

(第二次全体会议, 2011年5月18日)

WHA64(7) 选举有权指派一人供职于执行委员会的会员国

第六十四届世界卫生大会在审议了提名委员会的建议后选举出下列国家为有权指派一人供职于执行委员会的会员国：喀麦隆、墨西哥、缅甸、尼日利亚、巴布亚新几内亚、卡塔尔、塞内加尔、塞拉利昂、瑞士、乌兹别克斯坦。

(第九次全体会议, 2011年5月20日)

WHA64(8) 联合国合办工作人员养恤基金：任命参加世卫组织工作人员养恤金委员会的代表

第六十四届世界卫生大会提名加纳代表团的 Ebenezer Appiah-Denkyira 博士为世卫组织工作人员养恤金委员会委员，同时提名萨摩亚代表团的 P.T. Toelupe 女士为候补委员，任期均为三年，到 2014 年 5 月届满。还提名泰国代表团的 Viroj Tangcharoensathien 博士为世卫组织工作人员养恤金委员会委员，任期为马尔代夫代表团的 A. A. Yoosuf 博士的剩余时间，即到 2013 年 5 月届满。

(第十次全体会议, 2011年5月24日)

WHA64(9) 选择召开第六十五届世界卫生大会的国家

第六十四届世界卫生大会根据《组织法》第十四条决定第六十五届世界卫生大会在瑞士召开。

(第十次全体会议, 2011年5月24日)

WHA64(10) 劣质、假造、标签不当、伪造、假冒医疗产品

卫生大会审议了文件 A64/16 所载关于劣质、假造、标签不当、伪造、假冒医疗产品问题的会员国工作小组的报告, 决定同意该报告中提出的“未来步骤”。卫生大会特别决定延长 WHA63 (10) 号决定中列出的期限, 以使工作小组尽快完成其工作任务。

大会进一步决定, 该工作小组应在第六十四届世界卫生大会之后尽快重新开展工作, 并通过执行委员会第 130 届会议向第六十五届世界卫生大会报告工作情况。

(第十次全体会议, 2011年5月24日)

WHA64(11) 消灭天花: 销毁储存的天花病毒¹

世界卫生大会决定, 坚定重申以往卫生大会做出的决定, 应当销毁剩余的天花病毒储存。

卫生大会还重申, 在对于加强疫情方面公共卫生应对能力至关重要的研究结果允许的情况下, 有必要就销毁储存的天花病毒建议的新日期达成共识。

还决定, 通过第六十六届卫生大会之后的执行委员会在第六十七届世界卫生大会临时议程中列入一个实质性项目: “消灭天花: 销毁储存的天花病毒”。

(第十次全体会议, 2011年5月24日)

¹关于本决定对秘书处的财政和行政影响, 见附件 6。

附 件

附件 1¹

审查委员会关于《国际卫生条例（2005）》实施情况和 2009 年甲型 H1N1 大流行性流感的最终报告中所载的建议

[A64/10 – 2011 年 5 月 5 日]

建议 1

加快实施《国际卫生条例（2005）》要求的核心能力。世卫组织和缔约国应修订和更新其执行《国际卫生条例》能力建设要求的战略，重点关注那些难于在 2012 年的期限之前形成核心能力的国家。支持和加快实施工作的一个可能办法是世卫组织争取由愿意提供技术援助的适当机构和组织帮助有关国家评估其需求并从商业角度说明投资的理由。为投资于《国际卫生条例》能力建设和随后的资源筹集工作提出理由，将使更多的缔约国更加有可能遵守《国际卫生条例》。捐助国和组织可以将《国家卫生条例》附件 1 第一部分作为提供发展支持的优先清单，并抓住机会在各国之间分享实验室等专业资源。世卫组织应更新其 2007 年编写的《国际卫生条例》国家归口单位职能指南，在其中加入良好实践的具体例子以突出《条例》所蕴含的价值观。

建议 2

加强世卫组织事件信息网站。世卫组织应加强其事件信息网站，使之成为传播可靠、最新和方便获取的国际流行病学信息的权威性资源。缔约国应当能够依靠事件信息网站作为流行病学状况、风险分析、应对措施及其理由等信息的主要来源。事件信息网站还可用于在其正式公布前贴出世卫组织的指南文件。其它加强事件信息网站的办法包括：

- 利用事件信息网站为《国际卫生条例》国家归口单位提供指导和传递信息。
- 缔约国允许世卫组织分享更多的信息。
- 增加更多事件并就每个事件扩展信息。例如，对于每个事件而言，可以贴出地图、扩展风险分析和建议，并链接到世卫组织的相关指南和合作中心。
- 贴出所有根据《国家卫生条例》发布的临时和长期建议以及与会员国采取额外措施有关的信息，包括采取此种措施的理由以及世卫组织对这类理由提出的要求及其跟进情况。

¹ 见 WHA64.1 号决议。

建议 3

增强以证据为基础的国际旅行和贸易决定。《国际卫生条例》第四十三条规定，当缔约国实施明显干扰国际交通而且比世卫组织的建议更严格的措施时，应向世卫组织通报其行动。根据《条例》第四十三条，“明显干扰一般是指拒绝国际旅行者、行李、货物、集装箱、交通工具、物品等入境或出境或延误入境或出境 24 小时以上。”在这种情况下，世卫组织应努力争取了解公共卫生方面的理由和相关的科学信息，与其它缔约国分享这些信息，并按第四十三条的规定，酌情要求重新予以考虑。世卫组织应审查和评估疾病大流行期间所采取边境措施的有效性和影响，以便支持为今后事件提供以证据为基础的指导。

建议 4

确保所有《国际卫生条例》国家归口单位必要的权威和资源。缔约国应确保指定的《国际卫生条例》国家归口单位具有权威、资源、程序、知识和培训以便与政府各级并在必要时代表政府进行沟通。

建议 5

加强世卫组织作出持续反应的内部能力。世卫组织应加强其内部能力以应对国际关注的持久性突发公共卫生事件，例如疾病大流行，并确认技能、资源和内部安排以支持延续数月以上的应对工作。世卫组织应加强的内部安排包括：

- 确认世卫组织为履行其在协调和全球支持方面作用所需的技能、资源和调整。
- 建立由经过培训的多学科职员组成的一个内部小组，将在不确定的期限内自动解除这些职员的正常工作，并在指定的间隔后轮换休整。
- 确保有每周 7 天、每天 24 小时运转的能力，以满足持久的突发事件应对工作中召集的世卫组织职员在居住、饮食、交通和子女照护方面的个人需求。
- 确立可在今后疾病流行或其它持久性全球突发公共卫生事件整个过程中维持的事件管理机构。

建议 6

改进突发事件委员会的任命惯例。世卫组织为任命和管理突发事件委员会采用的政策、标准和程序应当确保委员会具备适当范围的各种专门技术，实现包容性的协商和透明性，并且不存在利益冲突。

- 《国际卫生条例》第四十八条规定，世卫组织应指定突发事件委员会，其成员应具备适合于每一事件的一系列技术专长并具有相应地理代表性。审查委员会还得出结论，突发事件委员会成员如具备更广泛技术专长可能会是有益的，包括在风险通报方面。审查委员会承认，世卫组织指定的突发事件委员会所具备的技能和专长需适于导致其成立的相关特定事件。就流感大流行而言，这些技术专长包括病毒学、实验室评估、流行病学、公共卫生领域和领导作用方面的经验、兽医学、风险评估和风险通报，以及系统查阅科学文献的方法学专长。
- 为了确保全方位的观点得到表述，世卫组织应邀请突发事件委员会的所有成员参与委员会的所有主要讨论。
- 关于潜在利益冲突，世卫组织应澄清其标准并采用更透明的程序来任命突发事件委员会等专家委员会的成员。在建议进行任命时，应公开披露突发事件委员会成员的身份以及相关背景、经验和关系，并在适用于所有委员会成员的最初试用服务期内给人们提供机会对其进行公开评论。世卫组织应当有明确的标准以确定存在的利益冲突在什么时候应当使某一个人丧失资格，并应当有明确的程序以确定什么时候以及在何种基础上可作为例外以便获得必要的专门技术或达到平衡。审查委员会理解有必要秘密召开专家协商会，使总干事能够受益于坦率的讨论和咨询意见。由于秘密协商是最理想的做法，所以就更难在任命标准方面做到透明。
- 作为在处理利益冲突方面采取的更加积极主动和严格举措的一部分，世卫组织应任命一名专职伦理官员。

建议 7

修订大流行防范指南。世卫组织应修订其大流行防范指南以便：简化警戒级别结构（一种可能的范例将仅包括三个等级：基线、警戒、大流行）；强调以风险为基础的做法以便能够对不同的情况作出更灵活的反应；依靠多部门的参与；吸取国家、区域和全球层面总结的经验教训；以及包括关于风险评估的进一步指导。

建议 8

制定和运用评估严重程度的措施。世卫组织应制定和运用可用于评估每次流感流行严重程度的措施。通过每年运用、评价和修订衡量严重程度的工具，世卫组织和会员国可以有更充分的准备来评估下一次大流行的严重程度。评估严重程度不需要改变大流行的定义，即不需使之依靠除传播程度之外的任何其它标准。相反，衡量和预计的严重程度虽然不是大流行定义的一部分，但在面临大流行时却是决策的重要组成部分。

委员会认识到，在疫情初期估计严重程度尤为困难，严重程度通常按地点并随时间变化，而且严重程度涉及众多方面（死亡人数、住院人数和疾病情况，分别按年龄及其它特征各不相同，例如原有健康状况和医护可及性、对卫生系统的负担以及社会和经济因素）。温和、中等和严重等用于表达严重程度的描述性词语应当在世卫组织今后的指导方针中给予定量定义，以便使不同的观察者以及在不同的环境中能够一致地使用。委员会敦促考虑适应情况的措施，尽可能迅速地从最初的病例、住院和死亡人数统计转向以人口为基础的比例数据。在大流行期间，严重程度应尽早得到评估，并随着大流行的演化以及新信息的获得不断进行重新评估。针对预先商定的一套最低限度数据（例如住院率、死亡数据、识别脆弱人群以及评估对卫生系统的影响），可使用“一揽子指标”评估严重程度。对严重程度的估计应当伴有关于估计情况可信性或不确定性的说明。

建议 9

优化对指导文件的管理。世卫组织需要战略和文件管理系统以便在突发公共卫生事件期间以及及时和一致的方式处理指南及其它技术文件的编写、核准、翻译和分发。当获得数据时，应当对临时指导进行修订。在可行时，如果指导方针具有潜在的政策影响，世卫组织应当尽一切努力与会员国磋商，并向其提供有关即将出版物的提前通知。世卫组织应发展能力，承认不同区域和国家的条件各不相同的同时确保组织内各指南的一贯性。

建议 10

制定和实施战略性的全组织范围沟通政策。世卫组织应当制定全组织范围的沟通政策和战略方针以改进日常沟通和应急通报。战略方针需要使沟通和通报的内容、形式和方式配合选定的媒体、时间和频率，以便达及既定的对象并起到既定的作用。在情况需要时，世卫组织应当做好准备在必要时维持积极的长期沟通交流，承认错误并以专业和积极的态度回应无根据的批评。应当澄清网络发表程序，以便能够追踪网页改动的历史并进行存档。世卫组织应投资于健全的社会媒体参与，以便迅速地与更广泛、更多样化的对象进行沟通。

建议 11

鼓励事先缔结疫苗分发和提供协定。为了配合会员国作出的努力并发展现有疫苗分发系统，应鼓励世卫组织、会员国中有关的机构和主管当局、疫苗生产商以及便利批准和为低资源国家提供大流行性疫苗的其它有关方面之间事先缔结协定，以便在供应方面加强公平性并支持疫苗接种的事先计划。

建议 12

建立更广泛的全球公共卫生预备队伍。会员国应当与世卫组织协同建立更为广泛的全球专家和公共卫生专业人员预备队伍，可动员起来作为对全球卫生突发事件持久反应的一部分并部署在要求获得此类援助的国家中提供服务。将通过会员国与世卫组织之间的协商和一致同意，确定全球卫生应急队伍的规模、组成以及启动和部署的规定。所部署专家的人数和特定技能将取决于应急队伍应对的紧急情况的具体特征。这支队伍将显著地扩大目前的全球疫情警报和反应网络，加强其人员组成、资源和能力，目的是为了更好地支持对突发公共卫生事件作出持久反应。

目前，世卫组织以持久的方式防范和应对任何突发公共卫生事件的能力受到长期资金短缺的严重限制，另外还有会员国、合作伙伴及其它捐助者关于资金使用的限制。考虑到对效率和问责制的担忧促成了一部分的限制，委员会认为在世卫组织之外建立一个应急基金并在出现突发公共卫生事件时供世卫组织调配使用，将是及时和有效全球反应的一个慎重步骤。

建议 13

创建突发公共卫生事件应急基金。会员国应设立至少达一亿美元的公共卫生应急基金，以信托方式持有，其地点和形式应方便世卫组织使用。该基金将支持快速应变能力，而不是用于采购物资。在批准世卫组织提交的开支和责任计划的基础上，将在宣布发生的国际关注的突发公共卫生事件期间提供部分或全部资金。在与世卫组织协商的情况下，会员国应谈判确定使用该基金的确切条件。

审查委员会赞赏会员国在共享病毒以及获得疫苗和其它利益方面为达成一致所做出的努力。审查委员会认为，成功将取决于所有利益攸关方对相称的平衡利益和贡献的共同期望。片面的或期望作出贡献但不受益的协定（反之亦然）既不可接受，也不可能持久。审查委员会还认为，如果义务和利益不与一个法律框架发生联系，就不可能持久。

建议 14

在共享病毒以及获得疫苗和其它利益方面达成一致。审查委员会敦促会员国和世卫组织完成大流行性流感的防范：共享流感病毒以及获得疫苗和其它利益会员国不限成员名额工作小组的谈判。谈判的成功完成将导致在面对下一次大流行时可更广泛地提供疫苗和其它利益，实现更大程度的公平性，并持续地及时共享流感病毒。

审查委员会提出如下要点，供考虑作为可接受的协定的一部分。

扩大全球流感疫苗生产能力的措施：

- 世卫组织应继续其与公共卫生实验室一起开展工作的惯例，使所有疫苗生产商能够广泛获得种子疫苗病毒毒株。
- 在尽可能与国家重点、风险评估和资源相一致的情况下，审查委员会敦促各国每年针对季节性流感为其高风险人群提供免疫。这可减轻疾病负担。另外，这还可以增加当地生产、分发和接种经验，并鼓励提高全球疫苗生产能力。在更大的方面，在季节性流感期间（在监测、沟通、专业人员和公众教育、健康保护措施和药品等领域内）开展综合性规划的经验可在发生严重大流行之前提供宝贵的准备。
- 委员会敦促各国加强其接受、储存、分发和接种疫苗的能力。可减少冷链的依赖并在其它方面简化行政管理的技术进展将简化相关过程。
- 委员会敦促会员国、国际组织和工业界通过全球增加大流行性流感疫苗供应行动计划（GAP）等已建立的规划，在非洲等目前缺乏这种能力的地方协助疫苗和佐剂生产技术的转让。

扩大大流行性流感疫苗可及性、可负担程度和提供范围的措施：

- 所有疫苗生产商应承诺从每一生产批次中向全球重新分配疫苗库捐赠 10% 的大流行性流感疫苗。世卫组织应负责根据一个磋商性委员会的意见从疫苗库调拨疫苗。
- 通过制药业、世卫组织和国家之间的事先协定，可提高疫苗和抗病毒药物的可及性。洽成的协定应当适用于所有病毒类型，在一定期限（例如三至五年）内有效，并应定期进行审查和更新。
- 可促进更大范围和更公平地获得疫苗的其它措施包括差别定价、向低资源国家提供直接经济援助以及由购买国或生产商捐赠更多的疫苗。
- 接受捐赠疫苗的国家应与任何疫苗采购者一样坚持同样的做法，取消和免除生产商的某些法律责任。

发现和及时识别可能的大流行性流感病毒：

- 每一会员国应承诺与世卫组织的合作实验室及时分享人类或动物群体中可能与新型或新出现的流感病毒有关的任何生物标本和病毒分离株。从动物体内分

离出的病毒应立刻通过适当的动物卫生系统发出。分享标本和病毒分离株应伴有分享利益包括获得疫苗的安排。

世界上避免和限制严重大流行的能力受到多种因素的制约：主要依靠 60 年以来变化极小的疫苗生产技术；疫苗需要符合特定的病毒毒株；不能预见哪些流感病毒将危害人类健康；不能确定许多药物和公共卫生措施的有效性；缺少基于现场的、快速、可负担得起、高度敏感和专门的诊断测试法；以及众多国家中基础设施、资源和能力方面的局限性。还需要改进关于实施公共卫生和个人保护措施（例如洗手、呼吸礼节、隔离和社交距离）的知识和实用策略。

有些局限可通过国家和国际上的研究逐渐消除。此外，个人和公共卫生保护措施方面的研究结果可运用于任何新出现的公共卫生威胁，尤其是当现有药物或疫苗很少或缺乏时。由于通常必须在疾病暴发期间实时开展对公共卫生措施的评估，至关重要的是要预先设计和制定研究方案和计划。除了研究进展，全球的抵抗能力取决于宿主和环境因素，所以改善健康状况、促进经济发展和加强卫生系统可减轻今后大流行性病毒的影响。

建议 15

开展综合性流感研究和评价规划。会员国（分别并在互相合作的情况下）和世卫组织应开展综合性的流感研究和评价规划。相关研究和规划应以对各领域所获之有关 2009 年 H1N1 流感大流行的证据进行充分审查为基础。主要的研究目标包括：加强监测技术以及流行病学和实验室能力以便改进对新病毒的发现、定性和监测；识别病毒和宿主在传播能力和毒性方面的决定因素；开发快速、准确、廉价的医疗现场诊断测试法；加强模拟预测的准确性和及时性；产生更广谱、高效、安全和长效的疫苗；加快疫苗生产并增加生产量；研制更有效的抗病毒药物和治疗细菌性并发症的抗菌素；评价药物、疫苗、个人防护设备、个人卫生和社会干预措施的有效性；评价边境措施的有效性和成本以及加强风险通报。在大流行未出现时就应当并且应该进行这种研究和评价的大量工作。但是，有些研究只能在类似大流行这样的全球事件中才能进行。为此，应事先准备好相关协议和资金，以便研究能够立刻开始。

表：完成实施建议的领导责任和时间框架

	短期（一年以内）	中期（两年以内）	长期（超过两年）
世卫组织领导	<p>加强世卫组织事件信息网站 （建议 2）</p> <p>加强世卫组织作出持续反应的内部能力 （建议 5）</p> <p>改进突发事件委员会的任命惯例 （建议 6）</p> <p>优化对指导文件的管理 （建议 9）</p> <p>制定和实施战略性的全组织范围沟通政策 （建议 10）</p>	<p>修订大流行防范指南 （建议 7）</p> <p>制定和运用评估严重程度措施 （建议 8）</p>	<p>增强以证据为基础的国际旅行和贸易决定 （建议 3）</p>
国家领导	<p>在共享病毒以及获得疫苗和其它利益方面达成一致 （建议 14）</p>	<p>确保所有《国际卫生条例》国家归口单位必要的权威和资源 （建议 4）</p>	<p>加快实施《国际卫生条例》要求的核心能力 （建议 1）</p>
共同领导		<p>鼓励事先缔结疫苗分发和提供协定 （建议 11）</p> <p>建立更广泛的全球公共卫生预备队伍 （建议 12）</p> <p>创建突发公共卫生事件应急基金 （建议 13）</p>	<p>开展综合性流感研究和评价规划 （建议 15）</p>

附件 2

共享流感病毒以及获得疫苗和其它利益的大流行性流感防范框架

[A64/8, 附文 2 — 2011 年 5 月 5 日]

1. 原则.....	79
2. 目标.....	80
3. 范围.....	81
4. 术语的定义和使用.....	81
4.1 大流行性流感防范生物材料或 PIP 生物材料.....	81
4.2 其它技术术语.....	81
4.3 机构、组织和实体.....	82
4.4 其它术语.....	83
5. 共享 H5N1 病毒及其它可能引起人间大流行的流感病毒的大流行性流感防范系统.....	84
5.1 一般条款.....	84
5.2 基因序列数据.....	85
5.3 追踪和报告机制.....	85
5.4 标准材料转让协议.....	86
6. 大流行性流感防范利益共享系统.....	86
6.0 一般条款.....	86
6.1 世卫组织协调大流行性流感的防范和应对.....	87
6.2 大流行风险评估和风险应对.....	87
6.3 提供大流行性流感防范候选疫苗病毒.....	87
6.4 提供诊断试剂和检测包.....	88

6.5	提供确定疫苗效力的参考试剂.....	88
6.6	实验室和流感监测能力建设.....	88
6.7	管制能力建设.....	89
6.8	抗病毒药物储备.....	89
6.9	大流行性流感防范疫苗储备.....	89
6.10	在大流行间期提供疫苗供发展中国家使用.....	90
6.11	提供大流行性流感疫苗.....	90
6.12	分层定价.....	91
6.13	技术转让.....	91
6.14	可持续和创新性筹资机构.....	91
7.	管理和审查	92
7.1	一般条款.....	92
7.2	咨询小组.....	93
7.3	管理和审查世卫组织全球流感监测和应对系统实验室的职权范围.....	94
7.4	监测和审查大流行性流感防范框架.....	94
附录 1	标准材料转让协议 1	96
附录 2	标准材料转让协议 2	100
附录 3	咨询小组的职权范围	105
附录 4	为确定现有的和今后可能设立的 H5N1 以及其它人间大流行性流感病毒世卫组织全球流感监测和应对系统实验室的职权范围而制定的指导原则...	108
附录 5	世卫组织全球流感监测和应对系统实验室大流行性流感防范生物材料相关工作的职权范围	110

1. 原则

关于大流行性流感的防范：共享流感病毒以及获得疫苗和其它利益，世卫组织会员国：

(1) 忆及世界卫生大会关于大流行性流感的防范：共享流感病毒以及获得疫苗和其它利益的 WHA60.28 号决议；

(2) 注意到依然存在可能对卫生、经济和社会造成极其严重影响的流感大流行风险，尤其是在承担较沉重疾病负担并更加脆弱的发展中国家；

(3) 认识到会员国承诺在平等基础上共享 H5N1 及其它可能引起人间大流行的流感病毒以及各项利益，并将其视为全球公共卫生集体行动的同样重要部分；

(4) 指导本框架的目标是将其普遍应用于制止疾病全球传播，保护世界上所有人；

(5) 忆及与世卫组织流感合作中心和世卫组织 H5 参考实验室迅速、系统和及时地共享 H5N1 病毒及其它可能引起人间大流行的流感病毒的必要性，以促进评估大流行风险、开发大流行性流感疫苗、更新诊断试剂和检测包并监测抗病毒药物的耐药性；

(6) 重申缔约国依据《国际卫生条例（2005）》所具有的义务；

(7) 认识到本框架应以符合适用的国家和国际法律、规定和义务的方式实施；

(8) 认识到应当根据公共卫生风险和需要与所有会员国分享由共享 H5N1 病毒及其它可能引起人间大流行的流感病毒带来的利益；

(9) 认识到有必要制定一个平等、透明、公平和有效的框架，共享 H5N1 病毒及其它可能引起人间大流行的流感病毒，并共享利益，包括及时向需要者尤其是发展中国家中需要者提供和分发负担得起的诊断试剂和包括疫苗在内的治疗工具；

(10) 还认识到世卫组织在这些问题方面的领导作用和监督职能以及与联合国系统流感协调员及其它有关政府间组织合作的必要性；

(11) 认识到国家对其生物资源拥有主权权利，并承认采取集体行动减轻公共卫生风险的重要性；

(12) 忆及 WHA61.21 号决议中通过的公共卫生、创新和知识产权全球战略；

(13) 忆及 WHA60.28 号和 WHA61.21 号决议认识到“知识产权不妨碍，而且不应当妨碍会员国采取措施保护公众健康”，以及“知识产权是开发新的保健产品的一项重要激励措施。但是，如果潜在的支付市场规模不大或不确定，仅此一项措施并不能满足开发抗击疾病的新产品的需要”；

(14) 认识到在平等基础上共享 H5N1 及其它可能引起人间大流行的流感病毒以及各项利益的承诺使世卫组织会员国和总干事能够评估流感大流行的全球风险，而且还使得世卫组织会员国和总干事能够采取行动减少出现大流行的风险，并促进开发和生产有助于迅速应对和控制新出现的大流行的疫苗、诊断材料和其它药物；

(15) 严肃关切地注意到当前全球流感疫苗生产能力仍不足以满足大流行时的预期需要；

(16) 严肃关切地注意到流感疫苗生产设施的分布不足，特别是在发展中国家，而且一些会员国既不能开发、生产和利用，也负担不起疫苗和其它利益；

(17) 注意到世卫组织增加疫苗供应的全球大流行性流感行动计划(GAP)¹及其通过加强全球，包括发展中国家流感疫苗生产能力缩小流感大流行期间潜在的疫苗需求与供应之间差距的目标；

(18) 认识到能获得流感疫苗、诊断试剂和药品方面相关技术的会员国、生产商及其它实体必须作出具体努力，将这些技术、技能、知识和技术诀窍转让给目前不能获得这些技术、技能、知识和技术诀窍的会员国，特别是发展中国家；

(19) 认识到需要建立筹资机制以促进发展中国家负担和公平获取高质流感疫苗、药物和技术。

2. 目标

大流行性流感防范框架的目标是改进大流行性流感的防范和应对，并加强抵御大流行性流感，为此应改善和加强世卫组织全球流感监测和应对系统（GISRS），目的是落实公正、透明、公平和有效的系统，以便平等地：

(i) 共享 H5N1 病毒及其它可能引起人间大流行的流感病毒；和

(ii) 获得疫苗并共享其它利益。

¹ 文件 WHO/CDS/EPR/GIP/2006.1。

3. 范围

3.1 本框架适用于共享 H5N1 病毒及其它可能引起人间大流行的流感病毒，并且适用于共享由其使用带来的利益。

3.2 本框架不适用于季节性流感病毒或依据本框架共享的临床标本中可能包含的其它非流感病原体或生物物质。

4. 术语的定义和使用

为本框架之目的，为下列术语指定了含义。

4.1 大流行性流感防范生物材料或 PIP 生物材料

出于本框架（和其标准材料转让协议和职权范围附录）以及流感病毒追踪机制的目的，“PIP 生物材料¹”包括人类临床标本²；野生型的人类 H5N1 病毒及其它可能引起人间大流行的流感病毒的病毒分离物；世卫组织全球流感监测和应对系统实验室从 H5N1 和/或其它可能引起人间大流行的流感病毒中开发的经改造的病毒，即通过反向遗传学和/或高生长重配方法产生的候选疫苗病毒。

“PIP 生物材料”还包括从野生型 H5N1 病毒及其它可能引起人间大流行的人类流感病毒中提取的核糖核酸和包含一个或多个病毒基因的整个编码区的互补脱氧核糖核酸¹。

4.2 其它技术术语

“基因序列”系指在脱氧核糖核酸或核糖核酸分子中存在的核苷酸序列。它们含有确定生物或病毒的生物学特性的基因信息。

“诊断试剂”是在诊断或监测活动中使用的生物或化学物质或生物及其成分。它们经严格定性，证明适于作为标准用以比较和证实不同实验室获得的分析结果。

“用于确定疫苗效力的参考试剂/疫苗效力的参考试剂”系指疫苗生产商和管制实验室为测试 H5N1 及其它可能引起人间大流行的流感病毒的疫苗的效力或将其效力进行标准化而使用的试剂。

¹ 业务豁免：在世卫组织全球流感监测和应对系统内或与其它实验室共享的专门用于公共卫生方面非商业用途，包括监测活动、诊断应用程序和质量保证的材料，不作为 PIP 生物材料处理。根据本业务豁免，不得出于国家流感中心、世卫组织合作中心、基本管制实验室和 H5 参考实验室的职权范围规定用途之外的其它目的，进一步转让这些材料。

² 提供了本术语的定义。

“可能引起人间大流行的流感病毒”系指经发现能感染人类，并且具有不同于季节性流感病毒的血凝素抗原从而表明有可能引起人间大流行传播的任何野生型流感病毒，其特性需根据《国际卫生条例（2005）》予以确定。

“大流行性流感防范疫苗病毒”或“PIP 疫苗病毒”系指任何高生长重配病毒或任何流感参考病毒、世卫组织推荐作为疫苗使用的流感病毒，或者从提供给流感疫苗生产商以便开发一种大流行性流感、大流行性流感前、大流行性流感或其它流感原型疫苗的 H5N1 病毒或其它可能引起人间大流行的流感病毒中产生，包括通过新兴技术产生的其它流感病毒材料。

“临床标本”系指源自人类或动物(限于来源国家/实验室与世卫组织全球流感监测和应对系统共享的动物标本)的材料。它们包括从呼吸道（例如拭子和吸出液体）采集的材料，以及出于诊断、发现病原体 and 进一步定性、研究或分析目的所采集的血液、血清、血浆、排泄物和组织。

“高生长重配流感病毒”系指从两种或两种以上不同的流感病毒中产生并被选用于在鸡胚或组织培养中更好地生长，从而最适宜流感疫苗生产的混合流感病毒，包括重组病毒。

“流感参考病毒”系指世卫组织在广泛的抗原和基因研究并对许多国家的流感病毒进行比较的基础上，选定作为重要流感病毒组群代表的源于人类或动物的野生流感病毒。随着流感病毒在自然界中进化，必须选定新的参考病毒。

“世卫组织推荐作为疫苗使用的病毒”系指世卫组织推荐作为流感疫苗基础的野生流感病毒。

“野生流感病毒或流感病毒分离物”系指通过包括分子方法在内的任何手段发现的和/或在鸡胚或细胞中直接从临床标本（即分离）或随后的传代培养中培养得来且未经有意改造的天然流感病毒。

4.3 机构、组织和实体

“必要的管制实验室”系指由世卫组织指定的设在国家管制机构内或与国家管制机构有关联的流感实验室，在全球级人类流感疫苗开发、管制和标准化方面具有关键性的作用。此类实验室根据其相关职权范围参与世卫组织全球流感监测和应对系统。

“流感疫苗、诊断试剂和药品生产商”系指开发和/或生产人类流感疫苗以及其它源于或使用 H5N1 或其它可能引起人间大流行的流感病毒的制品的公立或私立实体，包括学术机构、政府拥有的或政府补贴的实体、非营利组织或商业实体。

“国家流感中心”系指由会员国授权和指定并随后得到世卫组织认可的流感实验室，它们根据其职权范围履行若干职能，包括向世卫组织全球流感监测和应对系统提供 PIP 生物材料。

“其它获批准的实验室”系指经会员国授权向世卫组织全球流感监测和应对系统提供 PIP 生物材料的流感实验室。本术语旨在覆盖不具备国家流感中心的会员国中的实验室或虽有国家流感中心、但又有更多实验室能够发挥通常由国家流感中心执行的特定任务的那些会员国中的实验室。

“公共卫生研究人员”系指世卫组织全球流感监测和应对系统之外的公立或私立机构、大学和以公共卫生为主要研究重点的其它学术研究机构中从事公共卫生和/或基础科学研究的人员。

“世卫组织流感合作中心”或“世卫组织合作中心”系指由世卫组织指定并得到国家当局支持的流感实验室，在世卫组织全球流感监测和应对系统内执行特定任务，并已接受世卫组织规定的正式职权范围。一般而言，它们与国家流感中心和世卫组织 H5 参考实验室不同，它们具有全球责任和更强的技术能力。

“世卫组织 H5 参考实验室”系指由世卫组织指定的流感实验室，目的是在国家和区域一级加强对 H5 病毒感染进行可靠诊断的能力，直至这种能力更为普及。

“世卫组织全球流感监测和应对系统”系指由世卫组织协调的国际流感实验室网络，负责全年监测流感，评估大流行性流感的风险并协助采取防范措施。世卫组织全球流感监测和应对系统包括国家流感中心、世卫组织流感合作中心、世卫组织 H5 参考实验室以及必要的管制实验室。

4.4 其它术语

“咨询小组”系指本框架第 7.2 节中提及的小组。

“受影响的国家”系指发生经实验室确认的 H5N1 病例或其它可能引起人间大流行的流感病毒病例的国家。

“总干事”系指世界卫生组织总干事。

“最不发达国家”系指由联合国发展政策委员会定期确定的最不发达国家。

“来源实验室”系指最初向世卫组织全球流感监测和应对系统内其它实验室以及其它接受方提供 PIP 生物材料/临床标本的国家流感中心或其它获批准的实验室。

“来源会员国”系指最初采集 PIP 生物材料/临床标本的会员国。

“大流行性流感防范框架”系指关于共享流感病毒以及获得疫苗和其它利益的大流行性流感防范框架。

“流感病毒追踪机制”系指本框架所定义的使用电子系统的追踪机制，用以跟踪 PIP 生物材料向世卫组织全球流感监测和应对系统输入、在世卫组织全球流感监测和应对系统内部以及从世卫组织全球流感监测和应对系统输出的转让和流动情况。

“世卫组织抗病毒药物储备”系指本框架第 6.8 节中确定的用以控制 H5N1 病毒及其它可能引起人间大流行的流感病毒疫情的抗病毒药物和相关设备的储备。

“世卫组织会员国”系指世卫组织《组织法》的缔约国。

“世卫组织大流行性流感防范疫苗储备”或“PIP 疫苗储备”系指本框架第 6.9 节中提及的 H5N1 病毒或其它可能引起人间大流行的流感病毒的疫苗储备。

“世卫组织秘书处”的含义在世卫组织《组织法》中得到指定。

5. 共享 H5N1 病毒及其它可能引起人间大流行的流感病毒的大流行性流感防范系统

5.1 一般条款

5.1.1 会员国通过其国家流感中心和其它获批准的实验室，在可行时，应当迅速、系统和及时地将来自 H5N1 病毒及其它可能引起人间大流行的流感病毒所有病例的 PIP 生物材料提供给来源会员国选定的世卫组织流感合作中心或世卫组织 H5 参考实验室。

5.1.2 会员国将来自国家流感中心和其它获批准实验室的 PIP 生物材料提供给上述第 5.1.1 节中提及的世卫组织流感合作中心和世卫组织 H5 参考实验室，即表明它们已同意在符合标准材料转让协议的规定规定的情况下，将 PIP 生物材料进一步转让给机构、组织和实体并由它们加以使用。

5.1.3 国家流感中心和其它获批准的实验室将在可行时努力确保它们提供给世卫组织流感合作中心和世卫组织 H5 参考实验室的来自 H5N1 病毒及其它可能引起人间大流行的流感病毒病例的 PIP 生物材料：

(i) 含有活性材料；和

(ii) 附带有流感病毒追踪机制中商定的信息以及风险评估所需的其它临床和流行病学信息。

5.1.4 会员国也可以根据双边协议将 PIP 生物材料直接提供给任何其它方面或机构，条件是同样的材料依据本框架应优先提供给世卫组织流感合作中心和/或 H5 参考实验室。

5.2 基因序列数据

5.2.1 应迅速、及时和系统地与来源实验室并在世卫组织全球流感监测和应对系统实验室之间分享与 H5N1 病毒及其它可能引起人间大流行的流感病毒有关的基因序列数据和源于此数据的分析结果。

5.2.2 认识到加强流感病毒基因序列数据的透明度和可及性对于公共卫生至关重要，并且目前正努力使用诸如基因库(Genbank)等公共域数据库，或全球共享禽流感病毒行动(GISAID)等公共检索数据库；和

5.2.3 认识到在某些情况下，提供病毒的国家认为公布基因序列数据是个敏感问题；

5.2.4 会员国要求总干事与咨询小组协商，确定进一步讨论和解决与处理 H5N1 病毒及其它可能引起人间大流行的流感病毒基因序列数据有关问题的最佳程序，作为大流行性流感防范框架的一部分。

5.3 追踪和报告机制

5.3.1 总干事将与咨询小组¹协商，及时建立一个使用电子系统的透明的追踪机制，以便实时跟踪 PIP 生物材料向世卫组织网络输入、在世卫组织网络内部以及从世卫组织全球流感监测和应对系统输出的流动情况。

5.3.2 为确保迅速、系统和及时向来源实验室和来源会员国提供反馈意见，总干事还将在追踪机制和有关的电子报告系统中纳入一项规定，要求世卫组织合作中心、H5 参考实验室和必要的管制实验室提供实验室分析总结报告并应要求提供来源实验室所需的涉及 PIP 生物材料的任何其它可得信息。

¹ 在 2007 年 11 月举行的大流行性流感的防范：共享流感病毒以及获得疫苗和其它利益政府间会议上，用“咨询机制”取代 WHA60.28 号决议中使用的“监督机制”。

5.3.3 为确保在总干事所确定的流感大流行紧急情况期间，流感病毒追踪机制不妨碍世卫组织全球流感监测和应对系统的运转，总干事可暂时更改关于记录所有 PIP 生物材料的要求。这种更改只得限于大流行性毒株或与突发事件有关的毒株。

5.3.4 总干事应向会员国报告任何这类更改。

5.4 标准材料转让协议

5.4.1 附录 1 所载标准材料转让协议 1 (SMTA 1) 的使用将涵盖其适用期限内世卫组织全球流感监测和应对系统内所有 PIP 生物材料的转让。

5.4.2 总干事将使用附录 2 所载标准材料转让协议 2 (SMTA 2) 与世卫组织全球流感监测和应对系统以外的实体订立协议。这类协议将涵盖协议有效期内向接受方提供的所有 PIP 生物材料的转让。

6. 大流行性流感防范利益共享系统

6.0 一般条款

6.0.1 会员国应当与世卫组织秘书处合作，促进建立一个流行性流感利益共享系统，并呼吁有关机构、组织、实体、流感疫苗、诊断试剂和药品生产商以及公共卫生研究人员也对此系统适当作出贡献。

6.0.2 大流行性流感防范利益共享系统将：

- (i) 向所有国家提供大流行监测和风险评估以及预警信息和服务；
- (ii) 向会员国提供某些利益，包括酌情建设大流行监测能力，进行风险评估并提供预警信息和服务；
- (iii) 根据公共卫生风险和需要，优先将对发展中国家，特别是受影响国家甚为重要的利益，诸如包括抗病毒药物和抗 H5N1 病毒及其它可能引起人间大流行的流感病毒疫苗等作为首要重点，尤其是在这些国家自己无力生产或取得流感疫苗、诊断试剂和药品时更要如此。在确定优先次序时，将根据透明原则以专家对公共卫生风险和需求的评估为依据；
- (iv) 根据接受国的公共卫生风险和需要，通过技术援助和技术、技能及专门知识转让以及扩大流感疫苗生产，逐步建设它们在这方面的能力。

6.0.3 大流行性流感防范利益共享系统将包括本部分其余段落中载明的要点。

6.1 世界卫生组织协调大流行性流感的防范和应对

世界卫生组织将按照适用的《国际卫生条例（2005）》规定和本框架，协调流感大流行的防范和应对。关于本框架所概述的利益，世界卫生组织应特别关注在大流行期间根据公众健康风险和需要所采取的促进以公正、公平和透明的方式分配稀缺医疗资源（包括但不限于疫苗、抗病毒药物和诊断材料）的政策和做法，包括流感大流行的流行病学。在大流行间期，世界卫生组织将与会员国和有关利益攸关方进行合作，为发挥上述作用做好准备。

6.2 大流行风险评估和风险应对

6.2.1 世界卫生组织全球流感监测和应对系统实验室将向世界卫生组织秘书处和来源会员国迅速、系统和及时地提供实验室分析总结报告并应要求提供就 PIP 生物材料所获得的任何其它信息，以使受影响国，特别是发展中国家能够进行有效和有意义的风险应对。

6.2.2 世界卫生组织将向所有受影响国，特别是发展中国家提供关于风险应对的信息，包括、但不限于关于疫苗开发、候选病毒和有效的抗病毒药物信息，以便能够进行有效和有意义的风险应对。

6.2.3 世界卫生组织秘书处将向所有会员国迅速、系统和及时地提供大流行风险评估信息并利用一切必要的支持性资料协助应对风险。

6.2.4 世界卫生组织流感合作中心和世界卫生组织 H5 参考实验室以及总干事将继续积极向会员国提供技术援助以加强研究和监测能力，包括培训工作人员，目的是加强国家大流行风险评估和大流行风险应对。

6.3 提供大流行性流感防范(PIP)候选疫苗病毒

6.3.1 总干事将确保世界卫生组织流感合作中心/H5 参考实验室和必要的管制实验室，按照职权范围所定，应要求将 PIP 候选疫苗病毒提供给：

- (i) 流感疫苗生产商，不得有任何偏向；
- (ii) 来源会员国实验室，并同时提供给其它会员国实验室；
- (iii) 任何其它实验室。

6.3.2 接受 PIP 候选疫苗病毒的任何实体应遵守适当的生物安全准则(《世卫组织实验室生物安全手册》，第三版)并应采取实验室保护最佳做法。

6.4 提供诊断试剂和检测包

6.4.1 世卫组织流感合作中心、世卫组织 H5 参考实验室和必要的管制实验室将与世卫组织秘书处合作，继续向国家流感中心和其它获批准的实验室免费供应非商业性诊断试剂和检测包以鉴定流感临床标本并描述其特征。

6.4.2 如果情况需要，接受 PIP 生物材料的流感诊断试剂生产商须向世卫组织全球流感监测和应对系统实验室免费或以优惠和/或特惠价供应诊断试剂和检测包用以鉴定流感临床标本并描述其特征。

6.5 提供确定疫苗效力的参考试剂

6.5.1 必要的管制实验室将继续应要求向所有会员国的国家管制实验室和流感疫苗生产商提供参考试剂以确定抗 H5N1 病毒及其它可能引起人间大流行病毒疫苗的效力。

6.5.2 必要的管制实验室将继续应要求向所有会员国的国家管制实验室提供关于抗 H5N1 病毒及其它可能引起人间大流行病毒疫苗的质量控制培训。

6.6 实验室和流感监测能力建设

6.6.1 具有高级实验室和流感监测能力的会员国须应要求继续与世卫组织和其它会员国，特别是发展中国家合作，发展国家实验室和流感监测能力，包括：

- (i) 及早发现、分离病毒并描述病毒特征；
- (ii) 参与大流行风险评估和应对；
- (iii) 发展与流感有关的研究能力；
- (iv) 取得经审查成为国家流感中心、世卫组织 H5 参考实验室和世卫组织流感合作中心的技术资格。

6.7 管制能力建设

6.7.1 具有高级管制能力的会员国应当依要求改进和加强会员国，特别是发展中国家与世卫组织一起开展的工作，加强管制当局的能力以采取必要措施迅速批准安全有效的人类流感疫苗、诊断试剂和药品，包括通过使用 PIP 生物材料，特别是那些源于流感病毒新亚型的生物材料所开发的产品。

6.7.2 会员国应当提供关于 H5N1 病毒及其它可能引起人间大流行的流感病毒疫苗、诊断试剂和药品，包括通过使用 PIP 生物材料开发的疫苗、诊断试剂和药品的卫生管制审批通知的公开可得信息。

6.8 抗病毒药物储备

6.8.1 总干事将继续与其它多边机构、捐助者、国际慈善组织/实体、私人基金会以及其它潜在的伙伴，包括机构、组织和实体，特别是流感疫苗、诊断试剂和药品生产商等合作，以寻求捐款承诺，维持并进一步发展抗病毒药物及相关设备的储备，用以控制 H5N1 病毒及其它可能引起人间大流行的流感病毒疫情。

6.8.2 总干事将继续与会员国、机构、组织及其它实体进行协调，鼓励它们维持并进一步发展抗病毒药物及相关设备的储备，用以控制 H5N1 病毒及其它可能引起人间大流行的流感病毒疫情。

6.8.3 总干事在确定世卫组织抗病毒药物储备的规模、组成、补充、业务使用以及使用的部署程序时，将继续寻求专家的指导建议。

6.9 大流行性流感防范疫苗储备

6.9.1 总干事将根据专家指导建议确立和维持 H5N1 病毒及其它可能引起人间大流行的流感病毒疫苗及相关设备，包括注射器、针头和涂药器等设备的储备。

6.9.2 根据专家，包括免疫战略咨询专家组的指导建议，世卫组织的储备最初将包括供使用的 1.5 亿剂 H5N1 疫苗。可作出如下安排：

(i) 5000 万剂将根据公共卫生需要用于受影响国家，以协助控制新出现的大流行最初的一次或多次疫情；

(ii) 一旦开始大流行，将按人均计算把 1 亿剂分发给无法或难以获得 H5N1 流感疫苗的发展中国家，具体用法将由这些国家决定。

6.9.3 会员国应当要求流感疫苗生产商优先考虑并满足世卫组织 PIP 疫苗储备的需求, 捐赠足够剂量的 H5N1 疫苗以满足其最初目标(见上面第 6.9.1 节)。

6.9.4 总干事在确定关于 H5N1 病毒及其它可能引起人间大流行的流感病毒的世卫组织 PIP 疫苗储备中疫苗的储量、组成、补充和业务使用时, 将继续寻求专家的指导建议。

6.9.5 如果捐赠的剂量不足, 总干事将与会员国一起努力寻求使用可持续的筹资机制(见下面第 6.14 节)以满足世卫组织 PIP 疫苗储备要求。

6.9.6 总干事将在专家指导下审查有无可能在大流行前在受影响国家使用世卫组织 PIP 疫苗储备, 包括酌情支持开展试验。

6.9.7 总干事将与有关专家和会员国共同努力制定和实施关于世卫组织 PIP 疫苗储备中的疫苗部署问题业务计划。

6.10 在大流行间期提供疫苗供发展中国家使用

6.10.1 除了上面第 6.9 节中载明的用以支持世卫组织 PIP 疫苗储备的措施外:

(i) 会员国应当要求流感疫苗生产商将 H5N1 病毒及其它可能引起人间大流行的流感病毒疫苗每个生产周期的一部分留给发展中国家酌情进行储备和/或使用;

(ii) 会员国应当继续相互并与总干事和流感疫苗生产商合作, 目的是确保根据公共卫生风险和需求并按分层定价政策(见下面第 6.12 节)向发展中国家和发达国家同时提供数量充足的 H5N1 病毒及其它可能引起人间大流行的流感病毒疫苗。

6.11 提供大流行性流感疫苗

6.11.1 会员国应当要求疫苗生产商将大流行性流感疫苗每个生产周期的一部分留给发展中国家使用; 和

6.11.2 总干事将与会员国和咨询小组协商, 召集一个专家小组继续确定关于在大流行期间根据公共卫生风险和需求生产和分发流感疫苗的国际机制, 包括现有机制, 供 2010 年世界卫生大会审议。

6.12 分层定价

6.12.1 作为加强发展中国家购买 H5N1 病毒及其它可能引起人间大流行的流感病毒疫苗以及抗病毒药物能力的一项措施，会员国应要求每个流感疫苗和抗病毒药物生产商对这些疫苗和抗病毒药物实行分层定价。作为这个方法的一部分，应要求每个流感疫苗和抗病毒药物生产商考虑有关国家的收入水平并与接受国国家当局进行洽谈，以达成可对各国私营和公共市场适用的价格。在这方面，应当考虑到最不发达国家的脆弱性。

6.13 技术转让

6.13.1 总干事将继续与会员国和流感疫苗生产商密切合作，实施世卫组织全球增加大流行性流感疫苗供应行动计划，包括其中关于在发展中国家和/或工业化国家建设新生产设施以及转让技术、技能和专门知识的战略。

6.13.2 会员国应当要求流感疫苗、诊断试剂和药品生产商作出具体努力，将这些技术酌情转让给其它国家，特别是发展中国家。

6.13.3 应当根据适用的国家法律以及国际法律和义务转让技术，应当依据相互商定的条件长远地逐步促进这种转让，并应当附合接受会员国的能力，使发展中国家有能力研究和生产流感疫苗、诊断试剂和药品。

6.13.4 接受 PIP 生物材料的流感疫苗生产商可遵从任何现有许可证发放限制条件，并根据相互商定的条件向发展中国家任何流感疫苗生产商颁发非专属性、免使用费许可证，以便使用其知识产权和其它受保护物质、产品、技术、专门知识、流感疫苗，特别是准备在商定发展中国家使用的大流行前流感疫苗和大流行性流感疫苗研制和生产过程中所使用的信息和知识。

6.13.5 应当鼓励寻求获得流感疫苗生产技术的会员国首先在其国内进行关于季节性流感的疾病负担研究并开展相关经济分析。如果研究证明有必要，应当鼓励会员国考虑将季节性流感疫苗接种纳入其国家免疫规划，这将使生产设施能够持续运转。

6.14 可持续和创新性筹资机制

6.14.1 为确保 PIP 利益共享系统的可持续供资，特别是对发展中国家而言；和

6.14.2 考虑到所有会员国和 PIP 生物材料接受者希望根据自己的能力逐步以资金或实物方式为 PIP 利益共享系统作贡献；

6.14.3 使用世卫组织流感监测和应对系统的流感疫苗、诊断试剂和制药商，每年将向世卫组织缴纳伙伴关系捐款，以改善全球大流行性流感的防范和应对。经决定，年度缴款额应相当于世卫组织全球流感监测和应对系统运营费的 50%¹。此种缴费将于 2012 年开始征收。企业将根据自身性质和能力，在透明和公平的基础上分摊费用。总干事将与“咨询小组”协商，进一步确定每个企业所须缴纳的具体金额以及实施机制（见下面第 6.14.5 节）。总干事和“咨询小组”将在这方面与工业界开展合作。总干事将每年向执行委员会报告有关结果。

6.14.3.1 鼓励会员国和其它利益攸关方考虑向世卫组织提供捐款和实物捐助，以改善全球大流行性流感的防范和应对。

6.14.4 根据第 6.14.3 节所获得的捐款应用于改善大流行性流感的防范和应对，尤其是用于开展疾病负担研究，加强实验室和监测能力，提供和有效调配大流行性流感疫苗和抗病毒药物。

6.14.5 总干事将根据“咨询小组”的意见，就用于大流行间期的防范措施的捐款比例和为发生大流行情况时的应对活动所预留的捐款比例向执行委员会提出建议。

6.14.6 总干事将根据“咨询小组”的咨询意见来决定资源的使用。总干事和“咨询小组”将与生产商和其它利益攸关方进行互动式交流。

6.14.7 敦促会员国根据框架第 6.13.1 和 6.13.2 节继续支持在 2015 年之前迅速和顺利地实施世卫组织增加疫苗供应的全球大流行性流感行动计划，为其提供足够的资金支持。

6.14.8 敦促会员国酌情通过世卫组织支持提供佐剂技术及迅速扩大佐剂技术的安全使用范围，同时加强对疫苗安全性的监测。

6.14.9 敦促会员国根据框架第 6.6 节继续提供并增加其对加强实验室和监测能力的支持，特别是发展中国家的实验室和监测能力，并为此提供足够的财政和技术支持。

7. 管理和审查

7.1 一般条款

7.1.1 世界卫生大会将根据总干事的建议监督本框架的实施工作。

¹ 全球流感监测和应对系统 2010 年的运营费约为 5650 万美元。不言而喻，世卫组织全球流感监测和应对系统的运营费可作为 50% 的伙伴关系捐款的一个参考指标。这种运营费可随时间发生变化，伙伴关系捐款也将发生相应的变化。这种运营费并不包括伙伴关系捐款。

7.1.2 特此确立一个监督机制，其中包括世界卫生大会、总干事以及就 2007 年 11 月的临时声明成立的独立“咨询小组”，该小组由专门为本组织服务的国际专家组成。这三者各自的职能如下：

- (i) 卫生大会，根据世卫组织《组织法》第二条第(一)款规定，具有充任国际卫生工作“指导及调整机关”的法定职能，监督本框架的实施。
- (ii) 总干事，根据其作用和责任，尤其是与合作机构及其它合作机制有关的作用和责任，将促进在世卫组织内部以及在与世卫组织有关系的相关实体中实施本框架。
- (iii) 为了使卫生大会和总干事具有适当的专家监测和评价程序来支持这些职能，咨询小组，按照本节规定，将就本框架的运作提供有证据基础的报告、评估和建议。咨询小组，依据关于这类独立专家机构的世卫组织做法，将向总干事提供建议，但本身将不参与诸如对技术机构的认可或撤回认可等行政职能，也不具公开性，除非获得批准。

7.2 咨询小组

7.2.1 总干事将维持上述第 7.1.2 节中提及的咨询小组以监测和指导加强世卫组织流感监测和应对系统的运行，并对保护公众健康和有助于确保本框架得到充分实施所需的以信任为基础的系统进行必要的评估。

7.2.2 总干事将与会员国磋商，继续确保咨询小组以世卫组织各区域以及受影响国的公平代表权为基础，并考虑到发达国家和发展中国家之间代表权平衡问题。

7.2.3 咨询小组将由 18 名成员组成，分别来自世卫组织每一区域的三个会员国，汇集在流感领域中国际公认的决策者、公共卫生专家和技术专家的技术专长。

7.2.4 咨询小组将根据本框架附录 3 所载的咨询小组职权范围行使职能，协助总干事监测本框架的实施。

7.2.5 咨询小组将向总干事提交一份年度报告，阐述其对本框架实施工作的评价。报告应涵盖下述方面：

- (i) 世卫组织全球流感监测和应对系统的必要技术能力

- (ii) 世卫组织全球流感监测和应对系统的业务运作
- (iii) 世卫组织全球流感监测和应对系统流感大流行防范重点、准则和最佳做法(例如疫苗储备、能力建设)
- (iv) 加大和加强对 H5N1 病毒及其它可能引起人间大流行的流感病毒的监测力度
- (v) 流感病毒追踪机制
- (vi) 共享流感病毒以及获得疫苗和其它利益
- (vii) 对捐赠资金和非财政捐助的使用

7.2.6 总干事将通过执行委员会于 2012 年向第六十五届世界卫生大会报告该咨询小组的工作情况，供世界卫生大会审议，包括就咨询小组未来的职责作出决定。

7.3 管理和审查世卫组织全球流感监测和应对系统实验室的职权范围

7.3.1 应根据本框架附录 4 中所载指导原则制定世卫组织流感合作中心、世卫组织 H5 参考实验室、国家流感中心和必要的管制实验室的职权范围。

7.3.2 总干事将与咨询小组和会员国主管当局以及世卫组织合作中心、世卫组织 H5 参考实验室、国家流感中心和必要的管制实验室进行协商，定期审查世卫组织全球流感监测和应对系统机构和实验室的职权范围，必要时进行修改以促进本框架提出的原则，并就此向世界卫生大会进行报告。

7.3.3 会员国可提请总干事注意关于世卫组织全球流感监测和应对系统机构和实验室不遵守其职权范围或标准材料转让协议的指控。

7.3.4 如果世卫组织流感合作中心、世卫组织 H5 参考实验室、国家流感中心和必要的管制实验室在职权范围或标准材料转让协议方面存在任何指称违规行为，总干事将对具体情况予以审查，并可与咨询小组商讨任何适当的行动以对付这些违规行为。如果情节严重，总干事可考虑中止或撤销世卫组织对有关实验室的指定。

7.4 监测和审查框架

7.4.1 总干事应通过执行委员会每两年向世界卫生大会通报一次下列工作及进展情况：

- (i) 实验室和监测能力（见框架第 6.6 节）
- (ii) 全球流感疫苗生产能力（见框架第 6.13.1 和 6.13.2 节）
- (iii) 与工业界订立的协议状况，包括有关获得疫苗、抗病毒药物和其它大流行材料的信息（第 6.14.3 和 6.14.4 节）
- (iv) 关于伙伴关系捐款的使用情况财务报告（第 6.14.5 节）
- (v) 在应用第 4.1 节所载 PIP 生物材料定义方面的经验。

7.4.2 将于 2016 年之前审查本框架及其附录，以期在 2017 年通过执行委员会就适当反映事态发展的条款修订向世界卫生大会提出建议。

附录 1

标准材料转让协议 1**用于世卫组织全球流感监测和应对系统内部的标准材料转让协议**

为促进共享流感病毒以及获得疫苗和其它利益的大流行性流感防范框架（“框架”），制定了本标准材料转让协议（“协议”或“SMTA 1”）。

第 1 条 协议缔约方

1.1 本标准材料转让协议 1 缔约方限于已获得世卫组织指定或确认的、并已同意根据所议定的世卫组织职权范围开展工作的流感实验室。在本协议中：

提供者指送交本协议所定义的材料实验室，

（提供者或提供机构的名称和地址，为实验室指定的类型（即国家流感中心/世卫组织合作中心/H5 参考实验室/必要的管制实验室/其它获批准的实验室），主管官员的姓名，主管官员的联系信息）（以下称为“提供者”）¹

接受者指接受本协议所定义的材料实验室，

（接受者或接受机构的名称和地址，为实验室指定的类型（即国家流感中心/世卫组织合作中心/H5 参考实验室/必要的管制实验室/其它获批准的实验室），主管官员的姓名，主管官员的联系信息）（以下称为“接受者”）¹

1.2 下文中提供者和接受者统称为“缔约方”。

第 2 条 协议的主题事项

本协议条款适用于由提供者转让给接受者的，框架第 4.1 节中所定义的 PIP 生物材料（下面统称“材料”）。

第 3 条 一般条款

提供者或接受者将考虑支持加强发展中国家网络的实验室和监测能力。

¹ 根据下面第 11 条须签署时填写。

第 4 条 提供者的权利和义务

4.1 提供者就这些“材料”作出以下承诺：

4.1.1 各自履行世卫组织全球流感监测和应对系统为其确定的职权。

4.1.2 确保根据适用的世卫组织指南和国家生物安全标准处理材料¹。

4.2 提供者同意根据标准材料转让协议 1 所规定的同样条款和条件，向世卫组织全球流感监测和应对系统的所有成员进一步转让“材料”，以供其使用。

4.3 提供者同意向世卫组织全球流感监测和应对系统以外的实体进一步转让材料，以供其使用，但条件是预期的接受者已签订或正在签订用于世卫组织全球流感监测和应对系统之外的标准材料转让协议（标准材料转让协议 2）。

4.4 提供者应通过在流感病毒追踪机制中进行记录，向世卫组织通报向世卫组织全球流感监测和应对系统以内/以外实体发送“材料”的情况。

第 5 条 接受者的权利和义务

5.1 接受者就这些“材料”作出以下承诺：

5.1.1 各自履行世卫组织全球流感监测和应对系统为其确定的职权。

5.1.2. 确保根据适用的世卫组织指南和国家生物安全标准处理材料。

5.1.3. 通过在流感病毒追踪机制中进行记录，向世卫组织通报向世卫组织全球流感监测和应对系统以内/以外实体发送“材料”的情况。

5.1.4 如果在世卫组织全球流感监测和应对系统内进一步转让，应按照标准材料转让协议 1 进行转让。

5.2. 接受方应积极努力使来源实验室和其它获批准的实验室的科学家，特别是发展中国家的科学家，尽可能充分参与涉及来自其国家的临床标本和/或流感病毒研究方面的科学项目并使他们积极参与编写演讲和出版物的手稿。

¹ “世卫组织传染性物质运输规定指南”和“实验室为诊断禽流感感染目的采集人类标本世卫组织指南”。
http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/storage_transport/en/index.html。

5.3. 接受方应使用现有科学准则，在演讲和出版物中适当感谢合作者的贡献，包括提供可能引起大流行的临床标本或流感病毒或者试剂的实验室/国家。

第 6 条 知识产权

6.1 提供方和接受方都不应谋求获取与“材料”有关的任何知识产权。

6.2 提供者和接受者承认，标准材料转让协议 1 将不会对在世界卫生大会通过框架之日前所获得的与“材料”有关的任何知识产权产生影响。

6.3 标准材料转让协议 1 所指提供者在“材料”的生成和/或改性时可能会使用到受知识产权保护的技术。任何这种“材料”接受方均承认应当尊重这类知识产权。

第 7 条 解决争端

7.1. 如果在标准材料转让协议 1 下产生争端，有关缔约方应首先寻求通过协商或其它任何友善手段解决争端。如果协商未果，争端双方仍应有责任继续努力解决争端。

7.2. 如果采用本条第 1 款所述手段未能解决争端，有关缔约方的任何一方可将争端提交总干事。总干事可征询咨询小组的意见以解决争端。总干事可就争端的解决向缔约方提出建议，并应就任何此类事项向世界卫生大会提出报告。

7.3. 缔约方也承认框架下，特别是第 7.3.4 节所规定的总干事的作用。

第 8 条 保证

提供者不保证“材料”的安全性或与其一起提供的任何数据的准确性或正确性。提供者也不对提供的“材料”的质量、存活能力或纯度（基因或机械程度）作任何形式的保证。在分别遵守本国适用于生物材料进出口或释放的生物保障或生物安全条例与规定方面，提供者和接受者承担全部责任。

第 9 条 协议期限

本合同协议有效期应持续至 2021 年 12 月 31 日，并应自动展期至 2031 年 12 月 31 日，除非世界卫生大会另有决定。

第 10 条 接受和适用性

10.1. 在世界卫生大会通过本框架时已加入世卫组织全球流感监测和应对系统的接受者或提供者：接受框架所载的世卫组织职权范围，即构成这类实验室对标准材料转让协议 1 的接受。

10.2 在世界卫生大会通过框架后加入世卫组织全球流感监测和应对系统的接受者或提供者：世卫组织指定或确认其实验室为世卫组织全球流感监测和应对系统实验室，将构成这类实验室对标准材料转让协议 1 的接受。

10.3. 适用性：只有在世卫组织中止或撤销指定或确认后，或在实验室正式撤出世卫组织全球流感监测和应对系统后，或在世卫组织与有关实验室双方达成共识后，标准材料转让协议 1 才不对该实验室有效。但此种中止、撤销或撤出并不解除实验室根据标准材料转让协议 1 现已承担的义务。

第 11 条 签署

关于上面第 10 条“接受和适用性”，除非任何一方要求本协议须以签署印刷文件的方式正式生效，否则不再需要任何证据表明接受协议的约束。

附录 2

标准材料转让协议 2**用于世卫组织全球流感监测和应对系统之外的标准材料转让协议 (SMTA 2)****第 1 条 协议缔约方**

世卫组织和接受者¹。

第 2 条 协议的主题事项

本协议条款适用于由提供者转让给接受者的，框架第 4.1 节中所定义的 PIP 生物材料（下面统称“材料”）。

第 2 条之二 定义

- (a) 按照共享流感病毒以及获得疫苗和其它利益的大流行性流感防范框架第 4 节的规定。
- (b) 缔约方商定的其它术语。

第 3 条 提供者的义务

有待双方商定。

第 4 条 接受者的义务

4.1 接受者同意按照本协议附件规定的条款遵守下面选定的承诺。

4.1.1 接受者应出于对大流行防范和应对的最佳考虑，按照世卫组织与大流行性流感防范框架建立的咨询小组协商并与接受者协调后确定的时间表，遵守选定的承诺。

¹ 凡接受由世卫组织全球流感监测和应对系统提供的“PIP 生物材料”的实体，如流感疫苗、诊断试剂和药品生产商，以及生物技术公司、研究机构和学术机构，即为接受者。每个接受者应根据自身性质和能力选定方案。

A. 作为疫苗和/或抗病毒药物生产商的接受者，应承诺至少以下两个方案：

A1. 将实时生产的大流行性流感疫苗至少 10%¹ 捐赠给世卫组织

A2. 将实时生产的大流行性流感疫苗至少 10%¹ 保留给世卫组织并且价格可为其所负担得起

A3. 将至少 X 个疗程的大流行所需要抗病毒药物捐赠给世卫组织

A4. 保留至少 X 个疗程的大流行所需要抗病毒药物并且价格可负担得起

A5. 根据相互商定的公平和合理的条件，包括有关可负担得起的特许权使用费的条件，同时考虑到最终使用产品的国家的发展水平，向发展中国家的制药商发放技术、技能、产品和工艺许可证，以便使用其知识产权生产 (i) 流感疫苗、(ii) 佐剂、(iii) 抗病毒药物和/或 (iv) 诊断试剂。

A6. 向发展中国家的制药商发放免使用费许可证或向世卫组织发放非专属性、免使用费许可证，以便使用其知识产权生产大流行期间需要的大流行性流感疫苗、佐剂、抗病毒药品和诊断试剂。世卫组织可根据适当条款和条件，并按照合理的公共卫生原则向发展中国家的制药商发放这些分许可证。

如选择方案 5 或方案 6，接受者应定期向世卫组织提供资料，说明所发放的许可证以及许可协议的实施情况。世卫组织应向咨询小组提供这类资料。

B. 不生产疫苗或抗病毒药物，但与大流行性流感的防范和应对有关的产品生产商，应对以下所列任一方案作出承诺：A5、A6、B1、B2、B3、B4。

B1. 向世卫组织至少捐赠 x^2 个大流行所需要的诊断包

B2. 为世卫组织至少保留 x^2 个大流行所需要的诊断包并且价格可负担得起

B3. 与世卫组织合作，支持加强发展中国家的特定流感实验室和监测能力

B4. 与世卫组织合作，支持向发展中国家转让技术、专门知识和/或工艺，以加强大流行性流感的防范和应对

¹ 认识到在 5-20% 这一范围内与所有生产商进行谈判时必须具有灵活性。

² 认识到与所有生产商进行谈判时必须具有灵活性。

C. 除了上面 A 或 B 项下选定的承诺以外，接受者应酌情考虑以下所列措施：

- 捐赠疫苗
- 捐赠大流行性流感前疫苗
- 捐赠抗病毒药品
- 捐赠医疗器械
- 捐赠诊断包
- 可负担得起的分层定价
- 转让技术和工艺
- 向世卫组织发放分许可证
- 实验室和监测能力建设

4.2 接受者应确保按照适用的世卫组织准则和国家生物安全标准处理 PIP 生物材料。

4.3 在适用时，使用现有科学准则，在演讲和出版物中适当感谢提供了第 2 条所确定的材料的世卫组织实验室的贡献。

4.4 如果预期的接受者与世界卫生组织订立了标准材料转让协议，接受者只应进一步转让 PIP 生物材料。任何这类进一步转让都应报告世界卫生组织。在特殊情况下，总干事可允许向预期的接受者转让 PIP 生物材料，同时要求该接受者订立标准材料转让协议，并就此向“咨询小组”提出报告。

4.5 接受者可与世界卫生组织标准材料转让协议的其它任何持有者交换 PIP 生物材料。

第 5 条 解决争端

如果争端无法通过谈判或双方选择的其它不具约束力的方式得到解决，则应按照共同商定的条件将争端提交对双方具有约束力的仲裁庭处理。

第 6 条 赔偿责任和赔偿

有待双方商定。

第 7 条 特权和豁免权

这些条款或与之相关的任何内容均不表示世卫组织有义务服从任何国家的立法或司法管辖权，或者被视为放弃与联合国大会于 1947 年 11 月 21 日批准的《专门机构特权与豁免权公约》相一致的任何特权和豁免权或任何国家或国际法律、公约或协定所规定的其它权利。

第 8 条 名称和徽标

有待双方商定。

第 9 条 保证

有待双方商定。

第 10 条 协议期限

有待双方商定。

第 11 条 终止

有待双方商定。

第 12 条 不可抗力

有待双方商定。

第 13 条 适用法律

有待双方商定。

第 14 条 签署和接受

本协议业经双方代表正式签署，以资证明。

代表世卫组织签字

代表接受者签字

签字

签字

名称

名称

职衔

职衔

附件*

有待双方商定。

* 编注：双方可在必要时充实本附件。

附录 3

咨询小组的职权范围

(在政府间会议 2008 年 12 月的续会上获得通过，现经大流行性流感的防范：共享流感病毒以及获得疫苗和其它利益会员国不限成员名额工作小组于 2011 年 4 月作出修订)

1. 咨询小组的背景和任务

1.1 参加 2007 年 11 月 20 – 23 日召开的大流行性流感防范政府间会议的世卫组织会员国通过一项临时声明，敦促采取行动，建立关于病毒共享和利益共享的公平、合理和透明的国际机制。各会员国要求总干事建立一咨询机制，对保护公众健康所必需的以信任为基础的系统进行监测并指导加强其功能，同时对该系统进行必要的评估。为行使此项职责，会员国要求总干事基于世卫组织各区域和受影响国家的公平代表性，与会员国协商设立一咨询小组。

1.2 这一以信任为基础的系统现称为“共享流感病毒以及获得疫苗和其它利益的大流行性流感防范框架”（下称“框架”）。咨询小组的范围是监督、评估和报告 H5N1 流感病毒及其它可能引起人间大流行的流感病毒以及获得疫苗和框架所列其它利益共享系统的运作情况。咨询小组监督的框架机构是框架第 4 节所定义的国家流感中心、其它获批准的实验室、世卫组织合作中心、H5 参考实验室和必要的管制实验室。虽不包括制药业，但咨询小组可以咨询制药业。

2. 咨询小组的职能

2.1 监督、评估和报告该框架各组成部分不同职能的行使情况。世卫组织秘书处以及其它独立来源（如果有的话）应提供信息，以便咨询小组从事这些任务。咨询小组的监督有助于持续评估框架的运作情况，其中应至少包括：

- (a) 与世卫组织全球流感监测和应对系统迅速、系统和及时地共享 H5N1 及其它可能引起人间大流行的流感病毒；
- (b) 流感病毒追踪机制；
- (c) 改善全球尤其是发展中国家的实验室能力，增强对大流行性流感的防范；

(d) 合理和公平共享利益；

(e) 对捐赠资金和非财政捐助的使用。

2.2 对照在世卫组织秘书处以及其它独立来源（如有必要）提供的信息基础上制定的数量和质量指标，对框架进行必要的评估。

2.3 协助总干事改进框架的运作。

2.4 就捐赠资金和非财政捐助的使用问题向总干事提出建议。

2.5 咨询小组的建议和报告应以证据为基础。

2.6 通过总干事，每年向执委会和世界卫生大会报告其活动情况。该报告应涵盖以下方面：

(a) 世卫组织全球流感监测和应对系统必要的技术能力

(b) 世卫组织全球流感监测和应对系统的业务运作

(c) 世卫组织全球流感监测和应对系统的流感大流行防范重点、准则和最佳做法（如疫苗储备、能力建设）

(d) 加大和增强对 H5N1 及其它可能引起人间大流行的流感病毒的监测力度

(e) 流感病毒追踪机制

(f) 共享流感病毒以及获得疫苗和其它利益

(g) 对捐赠资金和非财政捐助的使用。

3. 成员提名

3.1 咨询小组将由 18 名成员组成，分别来自世卫组织每一区域的三个会员国，汇集在流感领域中国际公认的决策者、公共卫生专家和技术专家的技术专长。成员作为专为世卫组织服务的国际专家行使其职能。

3.2 每一成员的任期为三年。每一成员的指定任期为三年，每年三分之一的成员续任；替补必须保持世卫组织六个区域和受影响国家的公平代表性；所有成员均可连任一期。在成员因故辞职或不能视事的情况下，总干事将在保持世卫组织六个区域和受影响国家的公平代表性的情况下指定替补成员。替补成员将任满前一位成员的任期。咨询小组将在成员中选出一位主席和一位副主席。主席和副主席的任期为两年，此后将由咨询小组成员另行选举主席和副主席。

3.3 总干事将定期接受代表提名，并从提名名单中选择替换离任成员的人选，同时注意保持世卫组织六个区域和受影响国家的公平代表性。

4. 工作程序

4.1 总干事将保证该咨询小组的工作程序与世卫组织的做法和程序相一致。

4.2 《专家咨询团和专家委员会条例》，其中包括会议机密性规定，也对咨询小组适用。另外，除非按报告要求或经总干事授权，咨询小组成员不得以个人名义或代表咨询小组，就咨询小组的工作公开发表意见。

5. 为实施工作提供资源

总干事将为支持咨询小组的工作提供必要的人力和财政资源。

附录 4

**为确定现有的和今后可能设立的 H5N1 以及其它人间
大流行性流感病毒世卫组织全球流感监测和应对
系统实验室的职权范围而制定的指导原则**

世卫组织全球流感监测和应对系统各实验室的具体作用、职责和活动可能因实验室而异，取决于实验室是国家流感中心，世卫组织合作中心，还是 H5 参考实验室，或必要的管制实验室。为防范大流行性流感和对付 H5N1 及其它可能引起人间大流行的病毒，应根据以下核心指导原则制定世卫组织全球流感监测和应对系统各类实验室的职权范围。

1. 世卫组织全球流感监测和应对系统实验室根据世卫组织为其确定的职权范围开展的一切活动均应符合框架和标准材料转让协议*。
2. 世卫组织全球流感监测和应对系统实验室将在世卫组织协调下，向世卫组织提供支持。
3. 世卫组织全球流感监测和应对系统实验室将及时地扼要报告实验室分析，并应邀提供其职权范围所规定的关于其从事的实验、实验结果以及相关的风险评估和风险应对工作的任何其它可得信息。
4. 世卫组织全球流感监测和应对系统实验室将与世卫组织会员国分享经验并将在必要情况下在其资源范围内支持世卫组织会员国增强能力。
5. 世卫组织全球流感监测和应对系统实验室将根据其职权范围，支持开发可能造成大流行性流感的病毒的疫苗、大流行性流感疫苗、诊断检测材料和药品。
6. 世卫组织全球流感监测和应对系统实验室在为公共卫生监督目的研究其所收到的流感病毒时，须尽可能让提供材料的国家流感中心或其它获批准的实验室的科学家尤其是发展中国家的科学家参与研究，其中包括参与发表成果。
7. 世卫组织全球流感监测和应对系统实验室将支持全球公共卫生防范和应对，尤其是支持处理国际疫情和流行病等紧急情况。

* 编注：此处“标准材料转让协议”系指“标准材料转让协议 1”。

8. 世界卫生组织全球流感监测和应对系统实验室将根据标准材料转让协议，适当利用流感病毒追踪机制，迅速、系统、及时地共享 PIP 生物材料，包括向其它合格实验室提供材料，以促进公共卫生风险评估、风险应对活动和科学研究*。
9. 世界卫生组织全球流感监测和应对系统实验室将根据标准材料转让协议，及时将基因序列数据提交给全球共享禽流感数据行动(GISAID)和基因库(Genbank)或类似的数据库*。
10. 收到 PIP 生物材料的世界卫生组织全球流感监测和应对系统实验室将向提供这些材料的来源实验室适当鸣谢和致意。

* 编注：此处“标准材料转让协议”系指“标准材料转让协议 1”。

附录 5

世卫组织流感合作中心

大流行性流感防范生物材料相关工作的职权范围

背景

世卫组织全球流感监测和应对系统作为全球预警机制，应对出现具有重要特征的流感病毒，包括可能引起大流行的病毒。关于涉及大流行性流感的活动，世卫组织全球流感监测和应对系统包括四类互补的机构和实验室：国家流感中心、世卫组织合作中心、世卫组织 H5 参考实验室和必要的管制实验室。全球流感监测和应对系统由世卫组织全球流感规划协调。在每一类别中，所有机构和实验室履行核心职权范围规定的职能。世卫组织合作中心的核心职权范围是世卫组织每个合作中心必须达到的最低要求，而达到这些要求的能力是指定世卫组织合作中心的一项先决条件。世卫组织正式认可或指定作为全球流感监测和应对系统一部分的每个实验室或机构均已同意接受适用于其类别的核心职权范围的约束。以下为适用于世卫组织合作中心的核心职权范围。

此外，全球流感监测和应对系统中的世卫组织各合作中心还可以酌情确定具体职权范围。具体职权范围确认世卫组织各合作中心的不同专长、能力和关注，允许世卫组织各合作中心履行与大流行风险评估和应对相关的附加职能。在指定和重新指定世卫组织合作中心之前，将在世卫组织合作中心和世卫组织全球流感规划之间讨论和商定具体职权范围。

总体上，世卫组织合作中心持续开展流感大流行风险评估，并向会员国和秘书处提供咨询、专门技术和支持，以协助开展流感风险应对活动。世卫组织合作中心支持疫情调查，开展病毒综合分析，选定和培养可能引起大流行的候选流感疫苗病毒。世卫组织全球流感监测和应对系统所有成员通过迅速交换生物材料、参考试剂、流行病学数据及其它信息作出的集体努力是开展有效大流行性流感风险评估和风险应对工作的基础。

不言而喻，当以世卫组织全球流感监测和应对系统实验室的身份开展活动时，以下转载的经政府间会议商定的指导原则将指导世卫组织全球流感监测和应对系统实验室的所有活动、具体职权范围或相关职能。根据下列首要指导原则，为世卫组织全球流感监测和应对系统所有实验室制定了职权范围：

为确定现有的和今后可能设立的 H5N1 以及其它人间大流行性流感病毒世卫组织全球流感监测和应对系统实验室的职权范围而制定的指导原则

1. 世卫组织全球流感监测和应对系统实验室根据世卫组织为其确定的职权范围开展的一切活动均应符合框架和标准材料转让协议*。
2. 世卫组织全球流感监测和应对系统实验室将在世卫组织协调下，向世卫组织提供支持。
3. 世卫组织全球流感监测和应对系统实验室将及时地扼要报告实验室分析，并应邀提供其职权范围所规定的关于其从事的实验、实验结果以及相关的风险评估和风险应对工作的任何其它可得信息。
4. 世卫组织全球流感监测和应对系统实验室将在资源能及和必要情况下与世卫组织会员国分享经验并在能力建设领域向世卫组织会员国提供支持。
5. 世卫组织全球流感监测和应对系统实验室将根据其职权范围，支持开发可能造成大流行性流感的病毒的疫苗、大流行性流感疫苗、诊断检测材料和药品。
6. 世卫组织全球流感监测和应对系统实验室在为公共卫生监督目的研究其所收到的流感病毒时，须尽可能让提供材料的国家流感中心或其它获批准的实验室的科学家尤其是发展中国家的科学家参与研究，其中包括参与发表成果。
7. 世卫组织全球流感监测和应对系统实验室将支持全球公共卫生防范和应对，尤其是支持处理国际疫情和流行病等紧急情况。
8. 世卫组织全球流感监测和应对系统实验室将根据标准材料转让协议，适当利用流感病毒追踪机制，迅速、系统、及时地共享 PIP 生物材料，包括向其它合格实验室提供材料，以促进公共卫生风险评估、风险应对活动和科学研究*。
9. 世卫组织全球流感监测和应对系统实验室将根据标准材料转让协议，及时将基因序列数据提交给全球共享禽流感数据行动(GISAID)和基因库(Genbank)或类似的数据库*。
10. 收到 PIP 生物材料的世卫组织全球流感监测和应对系统实验室将向提供这些材料的来源实验室适当鸣谢和致意。

* 编注：此处“标准材料转让协议”系指“标准材料转让协议 1”。

核心职权范围

世卫组织流感合作中心是世卫组织指定的流感卓越中心，它们同意以下所列核心职权范围：

A. 一般条件和活动

世卫组织流感合作中心：

1. 在世卫组织全球流感规划的协调下开展工作，并向世卫组织提供支持(指导原则 2, 7)；
2. 仅使用政府和/或其它非商业性来源的财政支持，履行核心职权范围和具体职权范围；
3. 利用世卫组织流感病毒追踪机制记录接受和转让 PIP 生物材料的情况(指导原则 8)；
4. 遵守共享流感病毒以及获得疫苗和其它利益的大流行性流感防范框架的标准材料转让协议* (指导原则 1)；
5. 维持与世卫组织其它合作中心经常和及时交换材料和信息的能力(指导原则 3, 8)；
6. 有权充分和无限制地利用符合公认国际和国家标准并达到3级生物安全水平的实验室设施。在本国生物保障和生物安全规定和条例至少达到世卫组织现行有关标准的情况下，提供者充分承担在遵守本国生物保障和生物安全规定方面的责任；
7. 在大流行性流感或可能引起大流行性流感的任何其它相关紧急问题上，作为世卫组织的技术资源(指导原则 2, 5)；
8. 适当感谢提供可能引起大流行的临床标本和/或流感病毒的来源实验室(指导原则 8, 10)；
9. 维持和加强与国家流感中心¹和世卫组织的积极联系与合作，以确保迅速交流具有公共卫生意义的最新信息和结果(指导原则 3, 4, 7, 8)；
10. 向世卫组织和提供可能引起大流行的临床标本和/或病毒的国家通报与大流行性流感风险相关的不寻常结果(指导原则 3, 7)；

¹ 世卫组织指定的国家流感中心。

* 编注：此处“标准材料转让协议”系指“标准材料转让协议 1”。

11. 在收到世卫组织要求后，提供专门技术和实验室支持，以协助会员国、尤其是发展中国家应对可能引起大流行的流感病毒疫情和开展风险评估（指导原则 2, 3, 4, 7）；
12. 在包括诊断、数据分析、风险评估以及其它极端重要能力在内的实验室技术和技能方面，向国家流感中心、特别是发展中国家的国家流感中心提供培训和实验室支持（指导原则 4）；
13. 协助世卫组织改进对可能引起大流行的流感病毒的全球监测（指导原则 2, 7），包括制定标准、建议和政策，并改进相关的疫情应对和大流行防范工作（指导原则 2, 3, 4, 7）；
14. 向来源实验室和世卫组织经常和及时提供监测数据和病毒定性结果（指导原则 3, 7）；
15. 就可能引起大流行的流感病毒的实验室诊断方法，包括采取新的诊断方法、改进实验室做法及其它业务需要，向世卫组织全球流感监测和应对系统提供咨询（指导原则 2, 3, 5）。

B. 实验室分析及相关活动

世卫组织流感合作中心：

1. 在收到标本后，针对 A(H5) 流感病毒和可能引起大流行的其它流感病毒，进行精确的实验室诊断、分型和分亚型以及确认（指导原则 2, 3, 7）；
2. 从鸡胚和细胞培养基中分离可能引起大流行的流感病毒；
3. 对可能引起大流行的流感病毒进行详细的抗原和基因分析，并及时向世卫组织和来源实验室提供结果（指导原则 2, 3, 4, 7）；
4. 立刻与来源实验室、世卫组织合作中心和 H5 参考实验室共享可获得的血凝素、神经氨酸酶以及 A(H5)和可能引起大流行的其它流感病毒的其它基因序列（指导原则 3）；
5. 及时在一个可公开进入的数据库上载现有的血凝素、神经氨酸酶以及 A(H5)和可能引起大流行的其它流感病毒的其它基因序列，不得迟于序列分析完成后三个月，除非提供临床标本和/或病毒的实验室或国家另有指示（指导原则 9）；

6. 制作并向参与选定和培养流感疫苗病毒的世卫组织实验室提供针对可能引起大流行的流感病毒的雪貂抗血清（指导原则 5）；
7. 就选定、培养和及时提供 H5N1 以及可能引起大流行的其它流感病毒的候选疫苗病毒进行分析，向世卫组织提供数据和咨询，并参加有关会议和电话会议（指导原则 2, 5, 7）；
8. 参与培养候选流感疫苗病毒，以防范和应对大流行性流感（指导原则 5, 7）；
9. 对 H5N1 以及可能引起大流行的其它流感病毒进行抗病毒易感性测试，并及时向来源实验室和世卫组织报告情况（指导原则 3）；
10. 选定、保持并更新可能引起大流行的一组流感参考病毒，包括 H5N1 以及可获得的相应抗血清，向世卫组织报告候选流感疫苗病毒和相应抗血清（如有）可获性的最新情况（指导原则 2, 3, 5, 7）；
11. 直接或通过承包实体研制、更新和生产针对 H5N1 以及可能引起大流行的其它流感病毒的实验室诊断试剂，并在有资源的情况下分发给国家流感中心（指导原则 5）；
12. 根据标准材料转让协议*同那些与全球流感规划开展协调和合作工作的实验室及时共享可能引起大流行的临床标本和流感病毒，其中包括：
 - (i) 世卫组织其它合作中心（指导原则 1, 8）；
 - (ii) 参与世卫组织候选流感疫苗病毒的选定和培养过程以及疫苗药效试剂研制工作的必要的管制实验室（指导原则 1, 8）；
 - (iii) 参与由世卫组织协调的专门活动（例如，采用聚合酶链反应检测 A 型流感亚型病毒的世卫组织外部质量评估项目；世卫组织流感聚合酶链反应引物更新）、旨在加强全球流感监测和其它风险评估和风险应对的活动以及能力建设活动的其它实验室（指导原则 1, 4, 8）；

* 编注：此处“标准材料转让协议”系指“标准材料转让协议 1”。

13. 在世卫组织的协调下选定候选流感疫苗病毒，以便研制和生产可能引起大流行的流感病毒的疫苗。根据疫苗生产程序，候选流感疫苗病毒可能包括野生病毒和高生长重配病毒，包含通过反向遗传学形成的病毒。在收到要求后，将候选流感疫苗病毒分发给具有适当生物安全级别能力的适当机构，包括流感疫苗生产商、诊断试剂公司、研究机构和其它有意接受流感疫苗病毒的机构（指导原则 5, 8）；

14. 选定、保持并更新在抗原性和遗传性方面代表了重要病毒群组的 A 型（H5N1）以及可能引起大流行的其它流感参考病毒。在有资源的情况下，收到要求后，将参考病毒以及相应抗血清分发给国家流感中心和其它机构以开展监测、参考和研究等非商业活动（指导原则 10）；

C. 研究、学术演讲和出版物

世卫组织流感合作中心：

1. 积极努力使来源实验室/国家的科学家参与涉及来自其国家的临床标本和/或流感病毒研究方面的科学项目并使他们积极参与编写演讲和出版物的手稿（指导原则 6）；
2. 使用诸如国家医学期刊编辑委员会概述的准则等¹，在演讲和出版物中适当感谢合作者的贡献，包括提供可能引起大流行的临床标本或流感病毒或者试剂的实验室/国家（指导原则 6）。

具体职权范围

这些具体职权范围是根据世卫组织各合作中心在流感领域的具体专长为其确定的附加职能。

¹ 见<http://www.icmje.org/>。

国家流感中心

大流行性流感防范生物材料相关工作的职权范围

背景

世卫组织全球流感监测和应对系统作为全球预警机制，应对出现具有重要特征的流感病毒，包括可能引起大流行的病毒。关于涉及大流行性流感的活动，世卫组织全球流感监测和应对系统包括四类互补的机构和实验室：国家流感中心、世卫组织合作中心、世卫组织 H5 参考实验室和必要的管制实验室。全球流感监测和应对系统由世卫组织全球流感规划协调。在每一类别中，所有机构和实验室履行核心职权范围规定的职能。世卫组织正式认可或指定作为全球流感监测和应对系统一部分的每个实验室或机构均已同意接受适用于其类别的核心职权范围的约束。以下为适用于国家流感中心的核心职权范围。

国家流感中心通过立即向世卫组织通知 H5N1 或可能引起大流行的其它流感病毒疫情，在大流行性流感风险评估方面发挥极为重要的作用。国家流感中心采集 H5N1 或其它不寻常流感病毒感染的疑似病例标本，进行实验室诊断和分析，并及时向世卫组织合作中心或 H5 参考实验室运送这类标本或从中分离出的病毒，以便开展深入的病毒学分析。世卫组织全球流感监测和应对系统所有成员通过迅速交换生物材料、参考试剂、流行病学数据及其它信息作出的集体努力是有效开展大流行性流感风险评估和风险应对工作的基础。

不言而喻，当以世卫组织全球流感监测和应对系统实验室的身份开展活动时，以下转载的经政府间会议商定的指导原则将指导世卫组织全球流感监测和应对系统实验室的所有活动、具体职权范围或相关职能。根据下列首要指导原则，为世卫组织全球流感监测和应对系统所有实验室制定了职权范围：

为确定现有的和今后可能设立的 H5N1 以及其它人间大流行性流感病毒世卫组织全球流感监测和应对系统实验室的职权范围而制定的指导原则

1. 世卫组织全球流感监测和应对系统实验室根据世卫组织为其确定的职权范围开展的一切活动均应符合框架和标准材料转让协议*。

* 编注：此处“标准材料转让协议”系指“标准材料转让协议 1”。

2. 世卫组织全球流感监测和应对系统实验室将在世卫组织协调下，向世卫组织提供支持。
3. 世卫组织全球流感监测和应对系统实验室将及时地扼要报告实验室分析，并应邀提供其职权范围所规定的关于其从事的实验、实验结果以及相关的风险评估和风险应对工作的任何其它可得信息。
4. 世卫组织全球流感监测和应对系统实验室将在资源能及和必要情况下，与世卫组织会员国分享经验，并在能力建设领域向世卫组织会员国提供支持。
5. 世卫组织全球流感监测和应对系统实验室将根据其职权范围，支持开发可能造成大流行性流感的病毒的疫苗、大流行性流感疫苗、诊断检测材料和药品。
6. 世卫组织全球流感监测和应对系统实验室在为公共卫生监督目的研究其所收到的流感病毒时，须尽可能让提供材料的国家流感中心或其它获批准的实验室的科学家尤其是发展中国家的科学家参与研究，其中包括参与发表成果。
7. 世卫组织全球流感监测和应对系统实验室将支持全球公共卫生防范和应对，尤其是支持处理国际疫情和流行病等紧急情况。
8. 世卫组织全球流感监测和应对系统实验室将根据标准材料转让协议，适当利用流感病毒追踪机制，迅速、系统、及时地共享 PIP 生物材料，包括向其它合格实验室提供材料，以促进公共卫生风险评估、风险应对活动和科学研究*。
9. 世卫组织全球流感监测和应对系统实验室将根据标准材料转让协议，及时将基因序列数据提交给全球共享禽流感数据行动(GISAID)和基因库(Genbank)或类似的数据库*。
10. 收到 PIP 生物材料的世卫组织全球流感监测和应对系统实验室将向提供这些材料的来源实验室适当鸣谢和致意。

核心职权范围

国家流感中心是履行以下所列职权范围的实验室。国家流感中心由本国卫生部正式指定，并得到世卫组织认可。国家流感中心还可在本国卫生部领导下履行附加义务。

* 编注：此处“标准材料转让协议”系指“标准材料转让协议 1”。

A. 一般条件和活动

国家流感中心：

1. 在世卫组织全球流感规划的协调下开展工作，并向世卫组织提供支持（指导原则 2, 7）；
2. 利用世卫组织流感病毒追踪机制记录接受和转让 PIP 生物材料的情况（指导原则 8）；
3. 遵守共享流感病毒以及获得疫苗和其它利益的大流行性流感防范框架的标准材料转让协议*（指导原则 1）；
4. 在与监测、实验室诊断和共享可能引起大流行的临床标本和/或流感病毒以及在与世卫组织共享重要的现有临床或流行病学信息的相关问题上，作为世卫组织与国家流感中心所在国之间的主要联络点（指导原则 2, 3, 4, 7, 8）；
5. 积极参与世卫组织大流行性流感监测活动，并与世卫组织全球流感监测和应对系统其它成员维持积极联系与合作（指导原则 4, 7, 8）。

B. 实验室及相关活动

国家流感中心：

1. 从怀疑被感染 H5N1 以及可能引起大流行的其它流感病毒的患者身上采集临床标本或进行适当处理（指导原则 7）；
2. 作为本国实验室分离的疑似大流行性流感病毒的采集点；
3. 对流感病毒临床标本进行试验，发现在采用通过世卫组织全球流感监测和应对系统提供的诊断试剂后尚不能迅速确定的流感病毒；
4. 在一周内向世卫组织合作中心或其选定的 H5 参考实验室运送在采用通过世卫组织全球流感监测和应对系统提供的诊断试剂后尚不能迅速确定的临床标本和/或病毒，包括提供标本的采集日期以及有关的地理、流行病学和临床信息（指导原则 2, 3, 5, 7, 8）；

* 编注：此处“标准材料转让协议”系指“标准材料转让协议 1”。

5. 参加由世卫组织合作中心提供的实验室培训课程，以努力建立和维持在发现尚不能迅速确定的流感病毒方面的能力（指导原则 4）；
6. 审查、维持和加强国内流感监测（指导原则 2）；
7. 在标本采集和装运物流、实验室生物安全以及与流感监测有关的其它业务程序等问题上，向国内其它流感实验室提供技术咨询和支持（指导原则 2, 7）。

C. 信息与交流

国家流感中心：

1. 在发现采用通过世卫组织全球流感监测和应对系统提供的诊断试剂尚不能迅速确定的流感病毒时或出现非季节性流感或流感样疾病的不寻常疫情时，立即通报世卫组织；
2. 向国家当局和一般公众及时提供有关国内流行的H5N1以及可能引起大流行的其它流感病毒的信息。

D. 研究、学术演讲和出版物

国家流感中心：

1. 积极努力使来源实验室/国家的科学家参与涉及来自其国家的临床标本和/或流感病毒研究方面的科学项目并使他们积极参与编写演讲和出版物的手稿（指导原则 6）；
2. 使用诸如国家医学期刊编辑委员会概述的准则等¹，在演讲和出版物中适当感谢合作者的贡献，包括提供可能引起大流行的临床标本或流感病毒或者试剂的实验室/国家（指导原则 6）。

¹ 见<http://www.icmje.org/>。

世卫组织 H5 参考实验室

大流行性流感防范生物材料相关工作的职权范围

背景

世卫组织全球流感监测和应对系统作为全球预警机制，应对出现具有重要特征的流感病毒，包括可能引起大流行的病毒。关于涉及大流行性流感的活动，世卫组织全球流感监测和应对系统包括四类互补的机构和实验室：国家流感中心、世卫组织合作中心、世卫组织 H5 参考实验室和必要的管制实验室。全球流感监测和应对系统由世卫组织全球流感规划协调。在每一类别中，所有机构和实验室履行核心职权范围规定的职能。世卫组织 H5 参考实验室的核心职权范围是世卫组织每个 H5 参考实验室必须达到的最低要求，而达到这些要求的能力是指定世卫组织 H5 参考实验室的一项先决条件。世卫组织正式认可或指定作为全球流感监测和应对系统一部分的每个实验室或机构均已同意接受适用于其类别的核心职权范围的约束。以下为适用于 H5 参考实验室的核心职权范围。

世卫组织 H5 参考实验室是世卫组织自 2005 年起专门指定的实验室，目的是为了支持世卫组织全球流感监测和应对系统应对高致病性禽流感 H5N1 的出现和传播。这些实验室通过提供人间流感感染，尤其是疑似与禽流感 A (H5) 病毒或可能引起大流行的其它流感病毒相关情况的可靠实验室诊断，开展流感风险评估和应对工作。世卫组织全球流感监测和应对系统所有成员通过迅速交换生物材料、参考试剂、流行病学数据及其它信息作出的集体努力是开展有效流感风险评估和风险应对工作的基础。

不言而喻，当以世卫组织全球流感监测和应对系统实验室的身份开展活动时，以下转载的经政府间会议商定的指导原则将指导世卫组织全球流感监测和应对系统实验室的所有活动、具体职权范围或相关职能。根据下列首要指导原则，为世卫组织全球流感监测和应对系统所有实验室制定了职权范围：

为确定现有的和今后可能设立的 H5N1 以及其它人间大流行性流感病毒世卫组织全球流感监测和应对系统实验室的职权范围而制定的指导原则

1. 世卫组织全球流感监测和应对系统实验室根据世卫组织为其确定的职权范围开展的一切活动均应符合框架和标准材料转让协议*。

* 编注：此处“标准材料转让协议”系指“标准材料转让协议 1”。

2. 世卫组织全球流感监测和应对系统实验室将在世卫组织协调下，向世卫组织提供支持。
3. 世卫组织全球流感监测和应对系统实验室将及时地扼要报告实验室分析，并应邀提供其职权范围所规定的关于其从事的实验、实验结果以及相关的风险评估和风险应对工作的任何其它可得信息。
4. 世卫组织全球流感监测和应对系统实验室将在资源能及和必要情况下，与世卫组织会员国分享经验，并在能力建设领域向世卫组织会员国提供支持。
5. 世卫组织全球流感监测和应对系统实验室将根据其职权范围，支持开发可能造成大流行性流感的病毒的疫苗、大流行性流感疫苗、诊断检测材料和药品。
6. 世卫组织全球流感监测和应对系统实验室在为公共卫生监督目的研究其所收到的流感病毒时，须尽可能让提供材料的国家流感中心或其它获批准的实验室的科学家尤其是发展中国家的科学家参与研究，其中包括参与发表成果。
7. 世卫组织全球流感监测和应对系统实验室将支持全球公共卫生防范和应对，尤其是支持处理国际疫情和流行病等紧急情况。
8. 世卫组织全球流感监测和应对系统实验室将根据标准材料转让协议，适当利用流感病毒追踪机制，迅速、系统、及时地共享 PIP 生物材料，包括向其它合格实验室提供材料，以促进公共卫生风险评估、风险应对活动和科学研究*。
9. 世卫组织全球流感监测和应对系统实验室将根据标准材料转让协议，及时将基因序列数据提交给全球共享禽流感数据行动(GISAID)和基因库(Genbank)或类似的数据库*。
10. 收到 PIP 生物材料的世卫组织全球流感监测和应对系统实验室将向提供这些材料的来源实验室适当鸣谢和致意。

核心职权范围

世卫组织 H5 参考实验室是通过规定的世卫组织程序专门指定的实验室，它们履行以下所列核心职权范围。

* 编注：此处“标准材料转让协议”系指“标准材料转让协议 1”。

A. 一般条件和活动

世卫组织 H5 参考实验室：

1. 在世卫组织全球流感规划的协调下开展工作，并向世卫组织提供支持（指导原则 2）；
2. 达到世卫组织接受 H5 人间感染阳性结果的标准¹；
3. 利用世卫组织流感病毒追踪机制记录接受和转让 PIP 生物材料的情况（指导原则 8）；
4. 遵守共享流感病毒以及获得疫苗和其它利益的 PIP 框架的标准材料转让协议*（指导原则 1）；
5. 当需要用于诊断 A(H5) 流感病毒和可能造成大流行的其它流感病毒时，向其本国和其它国家提供实验室服务（指导原则 3, 7）；
6. 当发现与大流行性流感风险评估相关的不寻常结果时，通报世卫组织和提供可能引起大流行的临床标本和/或病毒的国家（指导原则 3, 7）；
7. 就世卫组织建议的诊断规程和引物的使用向世卫组织提供反馈信息，以协助世卫组织更新实验室诊断建议（指导原则 2, 3, 4, 5）。

B. 实验室及其它活动

世卫组织 H5 参考实验室：

1. 向诊所、医院及其它标本采集点提供关于安全和适当采集、储存、包装和运送临床标本的意见（指导原则 7）；
2. 在收到标本后，针对 A(H5)流感病毒和可能引起大流行的其它流感病毒，进行精确的实验室诊断、分型和分亚型以及确认，并使世卫组织合作中心和来源实验室能够及时获得结果（指导原则 2, 3, 4, 7）；

¹ 见世卫组织网站。

* 编注：此处“标准材料转让协议”系指“标准材料转让协议 1”。

3. 在发生 A(H5)和可能引起大流行的其它流感病毒疫情时，提供专门技术和实验室支持（指导原则 2, 3, 4, 5, 7）；
4. 作为常规与世卫组织合作中心共享临床标本和/或 A(H5)和可能引起大流行的其它流感病毒的病毒分离物以便根据标准材料转让协议进一步描述其特征*（指导原则 1, 8, 10）；
5. 立刻与来源实验室、世卫组织合作中心和 H5 参考实验室共享可获得的血凝素、神经氨酸酶以及 A(H5)和可能引起大流行的其它流感病毒的其它基因序列（指导原则 3）；
6. 及时在一个可公开进入的数据库上载现有的血凝素、神经氨酸酶以及 A(H5)和可能引起大流行的其它流感病毒的其它基因序列，不得迟于序列分析完成后三个月，除非提供临床标本和/或病毒的实验室或国家另有指示（指导原则 9）；
7. 适当感谢提供可能引起大流行的临床标本和/或流感病毒的来源实验室（指导原则 8, 10）。

C. 研究、学术演讲和出版物

世卫组织 H5 参考实验室：

1. 积极努力使来源实验室/国家的科学家参与涉及来自其国家的临床标本和/或流感病毒研究方面的科学项目并使他们积极参与编写演讲和出版物的手稿（指导原则 6）；
2. 使用诸如国家医学期刊编辑委员会概述的准则等¹，在演讲和出版物中适当感谢合作者的贡献，包括提供可能引起大流行的临床标本或流感病毒或者试剂的实验室/国家（指导原则 6）。

¹ 见<http://www.icmje.org/>。

* 编注：此处“标准材料转让协议”系指“标准材料转让协议 1”。

必要的管制实验室

大流行性流感防范生物材料相关工作的职权范围

背景

世卫组织全球流感监测和应对系统作为全球预警机制，应对出现具有重要特征的流感病毒，包括可能引起大流行的病毒。关于涉及大流行性流感的活动，世卫组织全球流感监测和应对系统包括四类互补的机构和实验室：国家流感中心、世卫组织合作中心、世卫组织 H5 参考实验室和必要的管制实验室。全球流感监测和应对系统由世卫组织全球流感规划协调。在每一类别中，所有机构和实验室履行核心职权范围规定的职能。必要的管制实验室的核心职权范围是每个必要的管制实验室必须达到的最低要求，而达到这些要求的能力是指定必要的管制实验室的一项先决条件。世卫组织正式认可或指定作为全球流感监测和应对系统一部分的每个实验室或机构均已同意接受适用于其类别的核心职权范围的约束。以下为适用于必要的管制实验室的核心职权范围。

必要的管制实验室与国家管制机构有正式关系，在流感疫苗的开发、管制和标准化方面发挥关键性的作用。它们在世卫组织全球流感监测和应对系统中履行这一职能已有近 40 年，因此通过选定和开发候选疫苗病毒，对生产安全和有效的流感疫苗作出了贡献。虽然它们以前没有与世卫组织相关的正式职权范围，但它们实际上与世卫组织和流感疫苗生产商进行了密切合作。目前有四个必要的管制实验室：美国生物制品评价和研究中心、大不列颠及北爱尔兰联合王国国家生物标准和控制研究所、日本国家传染病研究所以及澳大利亚药品管理局。

核心职权范围是每个必要的管制实验室，无论作为个体或一个集团，都必须达到的最低要求。在获得认可之前，具体的职权范围可由必要的管制实验室、世卫组织全球流感规划以及工业界（在某些情况下）讨论并商定。

不言而喻，当以世卫组织全球流感监测和应对系统实验室的身份开展活动时，以下转载的经政府间会议商定的指导原则将指导世卫组织全球流感监测和应对系统实验室的所有活动、具体职权范围或相关职能。根据下列首要指导原则，为世卫组织全球流感监测和应对系统所有实验室制定了职权范围：

为确定现有的和今后可能设立的 H5N1 以及其它人间大流行性流感病毒世卫组织全球流感监测和应对系统实验室的职权范围而制定的指导原则

1. 世卫组织全球流感监测和应对系统实验室根据世卫组织为其确定的职权范围开展的一切活动均应符合框架和标准材料转让协议*。
2. 世卫组织全球流感监测和应对系统实验室将在世卫组织协调下，向世卫组织提供支持。
3. 世卫组织全球流感监测和应对系统实验室将及时地扼要报告实验室分析，并应邀提供其职权范围所规定的关于其从事的实验、实验结果以及相关的风险评估和风险应对工作的任何其它可得信息。
4. 世卫组织全球流感监测和应对系统实验室将在资源能及和必要情况下与世卫组织会员国分享经验并在能力建设领域向世卫组织会员国提供支持。
5. 世卫组织全球流感监测和应对系统实验室将根据其职权范围，支持开发可能造成大流行性流感的病毒的疫苗、大流行性流感疫苗、诊断检测材料和药品。
6. 世卫组织全球流感监测和应对系统实验室在为公共卫生监督目的研究其所收到的流感病毒时，须尽可能让提供材料的国家流感中心或其它获批准的实验室的科学家尤其是发展中国家的科学家参与研究，其中包括参与发表成果。
7. 世卫组织全球流感监测和应对系统实验室将支持全球公共卫生防范和应对，尤其是支持处理国际疫情和流行病等紧急情况。
8. 世卫组织全球流感监测和应对系统实验室将根据标准材料转让协议*，适当利用流感病毒追踪机制，迅速、系统、及时地共享 PIP 生物材料，包括向其它合格实验室提供材料，以促进公共卫生风险评估、风险应对活动和科学研究。
9. 世卫组织全球流感监测和应对系统实验室将根据标准材料转让协议*，及时将基因序列数据提交给全球共享禽流感数据行动(GISAID)和基因库(Genbank)或类似的数据库。
10. 收到 PIP 生物材料的世卫组织全球流感监测和应对系统实验室将向提供这些材料的来源实验室适当鸣谢和致意。

* 编注：此处“标准材料转让协议”系指“标准材料转让协议 1”。

核心职权范围

必要的管制实验室作为个体或一个集团，履行以下所列核心职权范围：

A. 一般条件和活动

必要的管制实验室：

1. 向世卫组织提供关于选定 H5N1 和可能引起大流行的其它流感病毒用于流感疫苗的咨询意见（指导原则 2, 3, 5）；
2. 协助世卫组织和会员国制定与疫苗相关方面的大流行性流感防范和应对计划（指导原则 2, 3, 4, 7）；
3. 在 H5N1 和可能引起大流行的其它流感病毒疫苗的相关管制和开发问题方面，向世卫组织提供咨询意见（指导原则 2, 3, 5）；
4. 在目的为改进 H5N1 和可能引起大流行的其它流感病毒疫苗的开发和标准化的工作规划和新技术方面，应邀向世卫组织提供信息和咨询意见（指导原则 2, 3, 4, 5）；
5. 利用世卫组织流感病毒追踪机制记录收到和转让 PIP 生物材料的情况（指导原则 8）；
6. 遵守共享流感病毒以及获得疫苗和其它利益的大流行性流感防范框架的标准材料转让协议*（指导原则 1）。

B. 实验室和相关活动

必要的管制实验室：

1. 储存并扩增（如需要）从世卫组织全球流感监测和应对系统获得的具有代表性的 H5N1 和可能引起大流行的其它流感病毒，以便开发流感疫苗病毒（指导原则 1, 2）；
2. 应世卫组织的要求，开发候选 H5N1 和可能引起大流行的其它流感疫苗病毒，并使用商定的标准描述其特征（指导原则 1, 2, 3, 5, 6）；

* 编注：此处“标准材料转让协议”系指“标准材料转让协议 1”。

3. 储存并扩增（如需要）从世卫组织全球流感监测和应对系统获得的候选 H5N1 和可能引起大流行的其它流感疫苗病毒（指导原则 1, 2, 3, 5）;
4. 与其它必要的管制实验室相结合，制备和校定用于针对 H5N1 和可能引起大流行的其它流感病毒的候选流感疫苗病毒标准化的参考试剂（指导原则 1, 2, 5）;
5. 根据标准材料转让协议*向有关实验室，包括世卫组织全球流感监测和应对系统内部的实验室和流感疫苗生产商，分发针对 H5N1 和可能引起大流行的其它流感病毒的候选流感疫苗病毒（指导原则 1, 2, 5）;
6. 直接或通过承包商向实验室，例如世卫组织全球流感监测和应对系统内部的实验室、国家管制实验室和流感疫苗生产商，提供用于 H5N1 和可能引起大流行的其它流感疫苗标准化的参考试剂（指导原则 1, 2, 5）;
7. 进行分析，提供数据，向世卫组织提出咨询意见，并参加关于选定、开发和及时提供针对 H5N1 和可能引起大流行的其它流感病毒的候选疫苗病毒的会议和电话会议（指导原则 2, 5, 7）。

C. 研究、学术演讲和出版物

必要的管制实验室：

1. 积极努力使来源实验室/国家的科学家参与涉及来自其国家的临床标本和/或流感病毒研究方面的科学项目并使他们积极参与编写演讲和出版物的手稿（指导原则 6）;
2. 使用诸如国际医学期刊编辑委员会概述的准则等¹，在演讲和出版物中适当感谢作者的贡献，包括提供可能引起大流行的临床标本或流感病毒或者试剂的实验室/国家（指导原则 6）。

¹ 见<http://www.icmje.org/>。

* 编注：此处“标准材料转让协议”系指“标准材料转让协议 1”。

附件 3

首届健康生活方式和非传染性疾病控制问题全球部长级会议 2011年4月28-29日，莫斯科

莫斯科宣言¹

序言

我们于2011年4月28-29日汇聚莫斯科，出席首届健康生活方式和非传染性疾病控制问题全球部长级会议。我们：

I.

赞赏世界卫生组织和俄罗斯联邦政府为筹备和召开本届部长级会议发挥的主导作用。

II.

认识到如果不增强全球和国家预防和控制非传染性疾病措施，就无法实现每人享有可达致的身心健康最高水平的权利。

III.

承认国与国之间以及国家内部在非传染性疾病负担以及在获得非传染性疾病预防和控制服务方面存在严重不公平现象。

IV.

注意到在提高生活质量和增强卫生公平性的同时，应迅速和全面实施多项政策，处理与非传染性疾病有关的行为、社会、经济和环境因素，以确保最有效地应对这些疾病。

V.

强调预防和控制非传染性疾病需要各级发挥领导作用，并需要针对非传染性疾病的一切决定因素（从个人因素到结构性因素），采取广泛的多层次和多部门措施，为健康

¹ 见 WHA64.11 号决议。

生活创造必要条件。这包括促进和支持健康的生活方式和选择、相关立法和政策；预防并尽早发现疾病，以减轻痛苦和减少费用；并在整个生命周期向患者提供最佳综合卫生保健，包括增进权益以及提供康复和姑息服务。

VI.

认识到转变模式是当务之急，以应付非传染性疾病的挑战，因为非传染性疾病不仅是生物医学因素造成的，也是行为、环境、社会和经济因素造成的或受到这些因素的强烈影响。

VII.

申明我们承诺处理非传染性疾病构成的各项挑战，包括适当加强和调整政策和规划，重视针对行为、环境、社会和经济因素采取跨部门行动。

VIII.

认为应从卫生伙伴的角度看待非传染性疾病；应以协调一致的方式将其纳入卫生和其它部门的计划和规划中，特别是在低收入国家和中等收入国家；它们应被列入全球研究议程，并应通过加强卫生系统和与全球现有卫生规划进行战略协调，增强非传染性疾病预防和控制方法的作用和可持续性。

行动理由

1. 非传染性疾病，主要是心血管疾病、糖尿病、癌症和慢性呼吸道疾病等，是造成可预防的疾病和残疾的主要原因，目前造成全球60%以上的死亡病例，其中80%发生在发展中国家。到2030年，估计慢性病死亡人数将占全球总死亡人数的75%。
2. 此外，精神障碍等其它非传染性疾病也严重加剧了全球疾病负担。
3. 非传染性疾病对人类发展构成严重的负面影响，可能阻碍在实现千年发展目标方面取得进展。
4. 非传染性疾病目前严重影响新兴经济体和发达经济体各级卫生服务、卫生保健费用、卫生人力以及国家生产力。

5. 在世界范围内，非传染性疾病是造成过早死亡的重要原因，最脆弱和最贫困人群深受其害。这些疾病影响了全球几十亿人的生活，可以造成毁灭性经济影响，使个人及其家庭陷入贫困，在低收入和中等收入国家中尤其如此。
6. 非传染性疾病可对女性和男性产生不同的影响，因此非传染性疾病的预防和控制应考虑性别因素。
7. 许多国家正面临传染性疾病和非传染性疾病双重疾病负担的极严峻挑战。这需要调整卫生系统和卫生政策，从疾病为中心转向以人为本，并重视人口卫生措施。纵向举措不足以满足复杂的人口需求，因此需要采取跨越一系列学科和部门的综合解决办法。以此方式加强卫生系统将会增强其应对一系列疾病和疾患的能力。
8. 全球、区域、国家和地方各级已经具备基于证据和符合成本效益的非传染性疾病防控干预措施。这些措施可给全世界带来深远的健康、社会和经济利益。
9. 减少非传染性疾病风险的符合成本效益的干预措施可使低收入国家负担得起并且每年可防止数百万人过早死亡，这方面的例证包括控制烟草使用、减少盐摄入量和减少有害使用酒精的措施。
10. 在日常生活各个方面应当特别注意促进健康的饮食(少食饱和脂肪、反式脂肪、盐和糖，多食水果和蔬菜)和身体活动。
11. 有效预防和控制非传染性疾病需要领导力和在国家、次国家和地方各级采取“整个政府”协调一致的行动，并要横跨多个部门，如卫生、教育、能源、农业、体育、运输和城市规划、环境、劳动、工业与贸易、财政和经济发展等。
12. 有效预防和控制非传染性疾病需要个人、家庭和社区、民间社会组织、私立部门(适当时)、雇主、卫生保健服务提供者以及国际社会积极和知情参与并发挥领导作用。

行动承诺

因此，我们承诺采取以下行动：

在整个政府一级：

1. 制定多部门公共政策，创造促进公平健康权的环境，使个人、家庭和社区能够做出健康的选择并过上健康的生活。
2. 加强政策一致性，以便最大限度地加强源自其它部门的政策对非传染性疾病风险因素以及负担带来的积极影响，同时尽量减少其负面影响。

3. 根据需要优先注重预防和控制非传染性疾病，确保与其它卫生目标之间的互补性，并使多部门政策主流化，以加强其它部门的参与。
4. 使民间社会参与进来，利用其在预防和控制非传染性疾病方面的特殊能力。
5. 使私立部门参与进来，以便根据国际和国家非传染性疾病重点，加强其对非传染性疾病的预防和控制工作的贡献。
6. 发展和加强卫生系统的能力，以便能够协调、实施、监测和评价国家及次国家级非传染性疾病战略和规划。
7. 根据国家重点，实施全民健康促进和疾病预防战略，并辅之以个体干预措施。这些战略和措施应当是公平和可持续的，并应顾及到性别、文化和社区等方面因素，以便减少卫生不公平现象。
8. 采取符合成本效益的政策，如财政政策、规制及其它措施，以减少常见风险因素，如烟草使用、不健康的饮食、缺乏身体活动和有害使用酒精等。
9. 加速缔约方对《世界卫生组织烟草控制框架公约》各项规定的落实，并鼓励其它国家批准该公约。
10. 在国家 and 全球层面实施有效的非传染性疾病预防和控制政策，包括与实现《2008-2013年预防和控制非传染性疾病全球战略行动计划》、《世卫组织减少有害使用酒精全球战略》以及《饮食、身体活动和健康全球战略》中各项目标有关的政策。
11. 促进在国家 and 国际发展议程问题上认识到非传染性疾病发病率和负担日益上升的趋势，并鼓励各国和国际发展伙伴考虑对非传染性疾病的重视程度。

在卫生部一级

1. 加强卫生信息系统，以监测非传染性疾病日益沉重的负担、其风险因素、其决定因素和影响，以及健康促进措施、预防和控制政策及其它干预措施的有效性。
2. 根据国家重点，加强国家一级公共卫生系统，扩大以证据为基础的健康促进和非传染病预防战略及行动。

3. 根据能力和重点, 通过加强卫生系统将非传染性疾病相关服务纳入初级卫生保健服务。
4. 为综合管理非传染性疾病, 促进提供全面和符合成本效益的预防、治疗和保健服务, 包括根据需求和资源评估提供负担得起、安全、有效和高质量的药品。
5. 根据国家主导制定的优先次序, 确保扩大在治疗非传染性疾病个体、保护高危人群和减少全民风险方面具有潜力并以证据为基础的切实和符合成本效益的干预措施。
6. 促进开展研究并进行转化和传播, 以便确认非传染性疾病的病因、有效的预防和控制措施以及适合不同文化和卫生保健环境的战略。

在国际一级

1. 呼吁世界卫生组织, 作为负责卫生问题的主要联合国专门机构, 以及所有其它相关联合国系统机构、开发银行和其它重要的国际组织协调一致, 共同努力对付非传染性疾病。
2. 通过世卫组织开展工作, 与其它多边组织、国际非政府组织、私立部门和民间社会的利益攸关方进行磋商, 以加强规范性指导, 汇集技术专长、协调政策, 从而尽可能达到最佳效果并利用目前全球卫生行动之间的协同作用。
3. 加强国际支持, 以促进充分有效地实施《世界卫生组织烟草控制框架公约》、《预防和控制非传染性疾病全球战略行动计划》、《世卫组织减少有害使用酒精全球战略》、《饮食、身体活动与健康全球战略》以及针对非传染性疾病的其它相关国际战略。
4. 调查研究一切可能的手段, 以确认和筹集必要的财政、人力和技术资源, 但所采取的方式不得损害其它卫生目标。
5. 支持世卫组织制定一个全面的非传染性疾病全球监测框架。
6. 研究可行的手段, 以便根据需求和资源评估, 包括通过实施世卫组织《公共卫生、创新和知识产权全球战略和行动计划》, 继续按照《世卫组织基本药物标准清单》, 促进低收入和中等收入国家在这方面获取负担得起、安全、有效和高质量的药品。

今后方向

为确保取得可持续的宏大成果，我们承诺在筹备纽约联合国大会预防和控制非传染性疾病问题高级别会议期间以及在之后采取后续行动过程中，将根据这项《莫斯科宣言》，与政府各有关部门积极合作。

附件 4

2011 – 2015 年全球卫生部门艾滋病毒/艾滋病战略¹

[A64/15, Annex – 2011 年 4 月 28 日]

1. 引言

1. 2011—2015 年全球卫生部门艾滋病毒/艾滋病战略指导对人类免疫缺陷病毒（HIV，艾滋病毒）疫情的应对，以实现艾滋病毒预防、诊断、治疗、关怀和支持的普遍可及²。此战略：

- 重申卫生部门应对艾滋病毒行动的**全球目标和指标**
- 提出**四个战略方向来指导国家行动**
- **每个战略方向**都包括**对国家行动的建议和世卫组织的贡献**

2. 战略制定的主要目的是明确卫生部门对更广泛的、跨部门艾滋病毒应对行动（联合国艾滋病规划署 2011—2015 年艾滋病战略）的贡献³。战略的实施将得到世卫组织秘书处，以及联合国艾滋病规划署和其它共同发起机构的支持。根据联合国艾滋病规划署提议的工作分工，战略还概述了与其它政策和技术领域的合作。

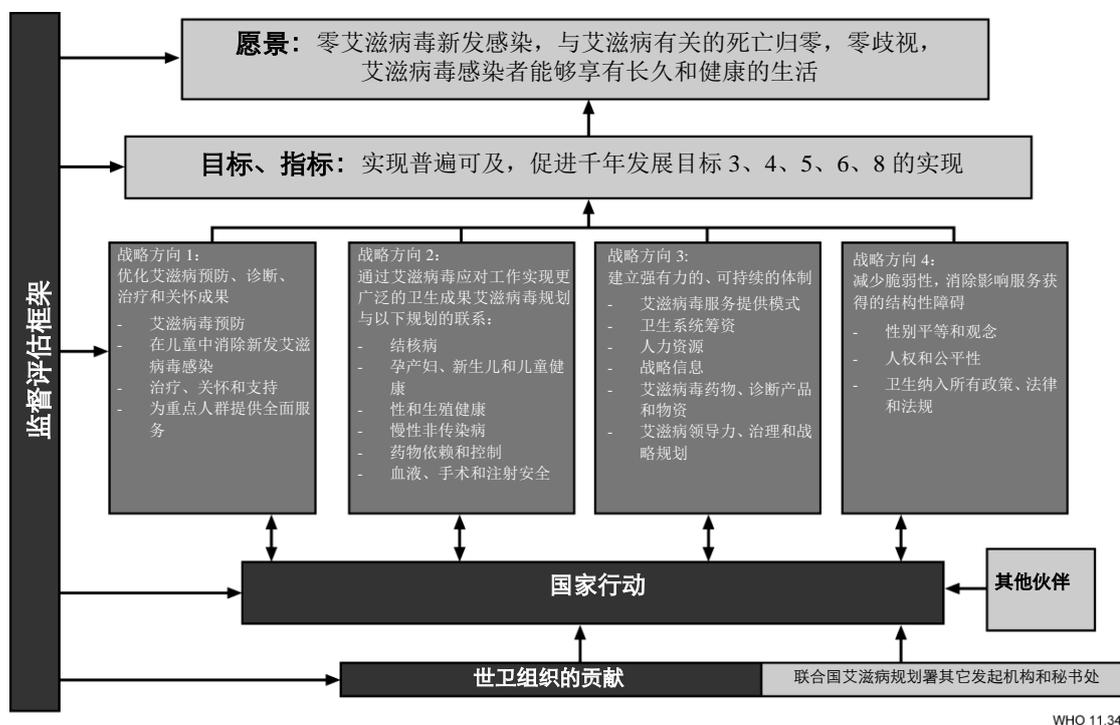
3. 战略支持长期、可持续的艾滋病毒应对行动，包括加强卫生和社区系统、正确处理推动疫情发展、阻碍应对措施开展的社会决定因素，保护和改善人权，促进性别平等。这些都是卫生部门应对行动的主要内容。战略还加强艾滋病毒规划与其它卫生服务的整合，从而产生更大影响，并提高效率。战略敦促国际社会在已取得成绩的基础上，进一步加强合作、创新并加大投入，为下一个五年的成功奠定基础。图 1 描述了战略各部分的示意图。

¹ 见 WHA64.14 号决议。

² 卫生部门包括有组织的公立和私立卫生服务，卫生部，非政府组织，社区组织和专业团体，以及直接投入医疗卫生体系的机构等。

³ 《到达零：联合国艾滋病规划署 2011—2015 年战略》，日内瓦，联合国艾滋病规划署，2010 年。

图 1 2011 – 2015 年世卫组织全球卫生部门艾滋病毒/艾滋病战略摘要



1.1 背景和出发点

4. 过去 10 年中，国际社会对全球卫生和发展的承诺空前加强。2000 年，联合国千年宣言，即众所周知的千年发展目标发布，提出了一系列有时间限制的目标。在 2001 年举行的联合国大会艾滋病特别会议上，联合国会员国通过《艾滋病毒/艾滋病承诺宣言》，承诺全面抗击艾滋病。2006 年，又通过《艾滋病毒/艾滋病政治宣言》扩大了这些承诺，包括承诺所有需要的人都全面获得艾滋病预防、治疗、关怀和支持服务。同时，艾滋病服务和专项经费迅速增加，承诺经费从 2001 年的 16 亿美元，上升到 2009 年的 159 亿美元，包括美国总统艾滋病救援紧急计划、全球抗击艾滋病、结核和疟疾基金，及其它双边、多边和国内机构提供的大量经费。取得的结果也是令人瞩目的：

- 过去 10 年中，艾滋病毒新发感染在全球下降了 19%。在 15 个艾滋病毒高负担国，在 15—24 岁的年轻人中，艾滋病毒患病率下降了 25% 以上。这些成就的取得主要归功于艾滋病毒规划的扩大和改善
- 在中低收入国家，获得抗逆转录病毒治疗的人数从 2003 年的 40 万人，上升到 2009 年底的 525 万人（占有需求人群的 35%）
- 仅 2004 年至 2009 年间，与艾滋病毒相关的死亡下降 19%

- 一线抗逆转录病毒药物价格的大幅度下降意味着多数低收入国家一年艾滋病药物的平均成本下降为每人 137 美元
- 53% 的艾滋病怀孕妇女可以获得抗逆转录病毒药物，从而避免艾滋病毒的母婴传播。2008 年，这个比例只有 45%。

5. **全球应对艾滋病毒挑战。**但是，这些进展非常脆弱，且分布不均。艾滋病毒发病率在一些国家和地区仍在上升，每年仍有许多新的感染发生：仅 2009 年一年，就有 260 万新发感染，使全球艾滋病流行率达到 3330 万¹。虽然与 1999 年高峰相比有所下降，但新感染人数仍超过新开始接受治疗的人数。大多数需要治疗的人仍不能获得抗逆转录病毒治疗，需求仍在上升。

6. 撒哈拉以南非洲地区占全球艾滋病毒疫情的 68%。在该地区，艾滋病毒流行多样化，且已经波及普通人群，尤其是妇女和年轻人（特别是年轻妇女）。现在，妇女占全球成人流行率的 52%（撒哈拉以南非洲地区为 60%）。男女不平等和有害的社会观念进一步助长了艾滋病毒的传播。在艾滋病毒的预防、治疗、关怀和支持方面，该地区需要加大努力，逆转艾滋病毒进一步传播的态势，并对需要的人群给予治疗，特别是成年妇女、女孩和其他脆弱人群²。尽管年轻人（15—24 岁之间）对降低艾滋病流行率做出了重要贡献，但他们在青少年时期获得的主要艾滋病毒干预措施，包括性和生殖健康方面的服务和教育在各国之间差别很大。

7. 艾滋病毒感染在东欧和中亚的几个国家上升迅速，疫情在不断扩大，并相对集中，特别是在注射吸毒者和他们的性网络人群中。

8. 国家艾滋病毒应对措施经常错误地针对国家流行病学状况。许多地方提供的艾滋病毒干预措施质量低下，无论在一般人群还是在高危人群中，很难针对脆弱人群和最高危人群开展服务³。虽然各国、各地区之间的艾滋病毒流行情况和流行病学模式不尽相同，但所有艾滋病毒应对计划都应包括为这些人群提供服务，以确保国家艾滋病应对的有效性。此外，国家计划还应包含相关措施，消除服务获得方面的结构性障碍⁴。

9. 世卫组织的倡导活动将强调实现千年发展目标、指标以及普遍可及目标所需要的对卫生部门的额外投资。虽然当前全球经济总体状况影响了国内外发展援助，但实现普遍

¹ 《全球报告：联合国艾滋病规划署 2010 年全球艾滋病疫情报告》。日内瓦，联合国艾滋病规划署，2010 年。

² 本战略中艾滋病的脆弱性是指，在多大程度上个人或特定人群能够控制感染艾滋病毒的风险，如作出性决策的能力，缺乏有关艾滋病毒知识，无法获得男用或女用安全套，或与艾滋病毒传播有关的其它因素。

³ 本战略中的最高危人群是指男男同性恋、跨性别人群、吸毒人群、性工作者和囚犯。

⁴ 结构性障碍是指阻碍重点人群获得艾滋病毒服务的体制性障碍（社会、文化和法律方面），从而影响了这些服务的效果。结构性障碍的例子包括警察对某些特定人群的虐待和暴力，歧视性政策、卫生服务中的某些做法和态度等。结构性干预措施的目的就是消除这些障碍。

可及的新方向和机会已经显现：联合预防、治疗 2.0 平台、在儿童中消除新发艾滋病毒感染、治疗艾滋病毒的新措施、科学研究、项目活动等。2011 年联合国大会艾滋病高级别会议（计划于 2011 年 6 月 8 日—10 日在纽约举行）将审议实现全球艾滋病毒目标和指标的进展，并为未来艾滋病毒应对指明方向。战略描述了卫生部门对这一应对行动的贡献，并将保持足够的灵活性，将高级别会议的决定纳入其中。

10. 卫生部门对艾滋病毒的应对需协调一致。迄今为止的证据和经验表明，新的全球卫生部门艾滋病毒战略面临的形势不容乐观。世卫组织的战略需要应对一系列复杂的挑战，包括国际卫生舞台上不断发展变化的卫生主体，以及千变万化的疫情。世卫组织的艾滋病毒应对工作受到一系列基础广泛的战略和倡议的指导，包括 2003—2007 年全球卫生部门艾滋病毒/艾滋病战略，“三五行动”，以及世卫组织 2006—2010 年普遍可及计划。对这些工作的评估及经验强调了世卫组织积极参与上述工作的价值，以及在框架中所发挥的指导作用，包括对国家工作的支持和对工作的推动。在上述工作的基础上，本战略为 2011—2015 年卫生部门艾滋病毒应对行动提供了一个强有力的、基于实证的指南。

1.2 对联合国艾滋病规划署 2011—2015 年战略及全球卫生部门战略的贡献

11. 与联合国艾滋病规划署 2011—2015 年战略《到达零》保持协调一致是世卫组织战略的基石。联合国艾滋病规划署 2011—2015 年战略为 10 个共同发起机构以及秘书处应对艾滋病毒疫情提供了跨部门框架。虽然卫生部门在应对艾滋病毒中发挥核心作用，但必须和其它部门合作，以解决影响疫情和服务可及性的社会、经济、文化和环境问题。世卫组织战略描述了世卫组织对联合国艾滋病规划署三个战略方向贡献的核心因素：

- 艾滋病毒预防革命化（见 3.1 和 3.2 部分）
- 推动下一阶段的治疗、关怀和支持（见 3.3 和 3.4 部分）
- 在艾滋病毒应对行动中推动人权和性别平等（见 6.1 和 6.2 部分）。

12. 除为艾滋病毒规划制定议程外，世卫组织战略的另外一个目的是加强艾滋病规划和其它卫生规划之间的联系，以实现与卫生有关的千年发展目标。艾滋病毒战略与其它全球卫生战略和规划密切关联，如结核病、生殖健康、性传播感染、妇女、新生儿和儿童健康、公共卫生和创新（见附件）。艾滋病毒战略还将为更广泛的公共卫生和发展工作做出贡献，包括卫生系统的加强，以及卫生的社会决定因素。最近的进展表明，在一系列流行病学和资源条件下，普遍可及是可以实现的。保持实现这一目标的强劲势头至关重要，卫生部门将在全球成功应对艾滋病毒的工作中发挥核心作用。

2. 全球愿景、目标和战略方向

2.1 全球愿景

13. 创建一个没有艾滋病毒新发感染、没有与艾滋病有关的死亡、没有歧视的世界，使艾滋病感染者能够享有长久和健康的生活。

2.2 全球目标和指标

14. 本战略的两个总目标是：

- 实现艾滋病毒综合性预防、治疗和关怀的普遍可及
- 促进千年发展目标 6（抗击艾滋病毒/艾滋病、疟疾和其它疾病）和其它卫生相关目标（3、4、5 和 8）及相关具体目标的实现。

15. 为加快实现战略目标的进程，2015 年前要达到下述四个具体目标：

- **减少新发感染：**15~24 岁青少年中艾滋病毒感染者所占比例降低 50%（与 2008 年的基线值相比）
- **在儿童中消除新发艾滋病毒感染：**儿童中艾滋病毒新发感染人数减少 90%（与 2008 年的基线值相比）
- **减少与艾滋病毒有关的死亡：**与艾滋病毒相关的死亡人数减少 25%（与 2009 年的基线值相比）
- **减少与结核病有关的死亡：**结核病死亡人数减少 50%（与 1990 年的基线值相比）。

2.3 战略方向

16. 卫生部门应对艾滋病毒行动应遵循 4 个相辅相成的战略方向。这些战略方向及其目的如下所述。战略方向的目的是在战略的五年期内实现上述目标和指标。每个内容领域又分为对国家行动的建议和世卫组织的贡献，以支持这些行动。

17. **战略方向 1：优化艾滋病毒预防、诊断、治疗和关怀成果。**整合并改进艾滋病毒干预措施和干预方法的质量、效果和覆盖面。在新证据出现时推出新的艾滋病毒干预措施。

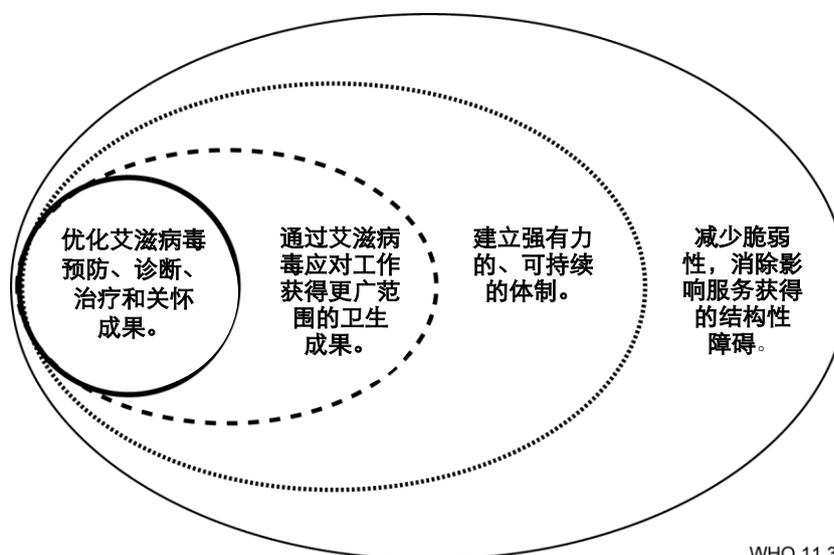
18. **战略方向 2: 通过艾滋病毒应对工作获得更广范围的卫生成果。**加强艾滋病毒规划和其它相关卫生规划之间的联系和协调,如性和生殖健康、妇女、新生儿和儿童保健、结核病、药物依赖和降低危害、急救、外科服务和营养。

19. **战略方向 3: 建立强有力的、可持续的体制。**建立高效、全面发展的卫生体制,并提供方便、经济上可承受,以及可持续发展的艾滋病毒和其它基本服务。

20. **战略方向 4: 减少脆弱性,消除影响服务获得的结构性障碍。**卫生部门必须通过消除影响艾滋病毒服务公平获得的障碍,以及保护和促进重点人群的人权来降低风险和脆弱性。

21. 以上四个战略方向在下面的章节中还会具体说明。他们之间的相互关系见图 2。其目标是共同实现世卫组织和联合国艾滋病规划署 2011—2015 年艾滋病毒战略的愿景和目标。

图 2 四个战略方向之间的关系



2.4 “了解疫情、知晓应对”

22. **“了解疫情”。**由于各个国家、地区的疫情特点不同,国家应对行动必须建立在最新艾滋病毒疫情信息和国情的基础上。因此,了解疫情意味着了解新感染在哪里发生、如何发生及在哪些人群中发生。还需要了解,是哪些社会、法律和经济条件增加了艾滋病毒的传播风险,并阻碍了艾滋病毒信息和服务的获得。国家应对行动须考虑以下因素:

- 卫生体制的整体情况，包括基础设施和能力
- 目前应对措施能否满足最脆弱人群和感染艾滋病毒高危人群的需求
- 社区和利益攸关方的贡献
- 如何为边缘化和边远地区的人群提供服务，以及在人道主义危机情况下如何提供服务。

23. 虽然监测系统自疫情开始流行以来有很大改善，但很多国家的卫生信息系统仍然十分薄弱。艾滋病毒感染最高危人群（如男男性行为人群、跨性别人群、性工作者、囚犯和注射吸毒者）的流行病学信息往往非常有限，且质量不高。此外，各国往往缺乏完善的卫生信息系统和生命登记系统。所以，建立有效的艾滋病毒监测数据收集系统及其它卫生信息系统对了解疫情和进行国家艾滋病毒应对是非常重要的。此外，在创建和操作这些系统时确保民间社会的参与对于保证数据采集和分析的真实性和伦理性至关重要。

24. **“知晓应对”**。国家卫生部门对艾滋病毒的应对行动应建立在国家战略规划，以及对具体干预措施和服务提供模式进行评估、规划和重点确定的基础上，以更好地满足国家卫生需求。艾滋病毒规划信息（包括监督评估数据）必须与更广泛的卫生信息系统相关联，以确保国家艾滋病应对活动信息，如人口评估服务、服务提供模式（通过卫生设施、社区服务或其它提供模式）、艾滋病毒干预措施的可及性以及脆弱和高危人群的覆盖率等信息的真实准确，并随时更新。世卫组织、联合国儿童基金会和联合国艾滋病规划署已经开发了标准化工具来支持国家级数据收集，这对于建立准确的国家艾滋病应对措施数据库和全球报告是至关重要的。

3. 战略方向 1: 优化艾滋病毒预防、诊断、治疗和关怀成果

25. 扩大艾滋病毒预防、诊断、治疗和关怀等干预措施的覆盖面并提高其质量是实现全球目标和指标的要求。艾滋病毒发病率在许多国家正在下降，但在一些国家也在上升。国家艾滋病毒应对行动，包括高质量、基于实证的艾滋病预防干预措施必须提供给正在发生疫情的地方，尤其是目前艾滋病毒服务比较薄弱的重点人群。下面 3.1 部分“预防服务革命化”会讲到卫生部门如何通过提供整合的、有针对性的预防干预措施，来进一步降低新发感染，并实现效果最大化。进一步整合艾滋病毒服务和非艾滋病毒服务，服务提供进一步下放，艾滋病毒药物、诊断设备及其它治疗和关怀措施的进一步改善将对加快实现全球和国家目标发挥关键作用。

26. 最近基于人口的卫生调查发现，只有不到 40% 的艾滋病感染者知晓其感染状态。向相关人群提供可及的、高质量的检测、咨询和转介服务，消除与艾滋病毒有关的歧视和污名化对于提高感染状态的知晓率是至关重要的¹。战略方向 1 有四个核心因素：

- 艾滋病预防革命化
- 在儿童中消除新发艾滋病感染
- 推动下一阶段的治疗、关怀和支持
- 为重点人群提供全面、综合服务。

3.1 艾滋病预防革命化

27. 将预防艾滋病毒的行为学、生物医学和体制等方面的干预措施进行整合，并根据各国的不同疫情特点进行调整是在重点人群中降低新发感染、提高服务覆盖率的最有效措施。这些整合的干预措施可以针对疫情产生的行为学和社会因素进行干预。虽然证据表明综合干预措施效果非常好，但很少国家在进行大规模推广。行为改变咨询（包括对伴侣双方）、获得抗逆转录病毒治疗、消除影响服务获得的障碍（例如污名化和歧视）等联合干预措施须进一步扩大和推广。

3.1.1 对国家行动的建议

28. **预防艾滋病毒性传播。**降低性传播的干预措施包括行为改变咨询、推广男女用安全套、尽早开始抗逆转录病毒治疗、安全的男性包皮环切术（在艾滋病毒高流行地区）、暴露后预防、对一方感染艾滋病毒的伴侣提供质量有保证的艾滋病毒检测和咨询等。第 3.3 部分列举了针对重点人群的具体一揽子联合干预措施。

29. **消除卫生服务设施中的艾滋病毒传播。**卫生服务部门应实施全面感染控制战略和程序，包括标准化预防措施、注射及手术安全、血液安全、安全废物处理及艾滋病毒职业暴露后的预防措施。

¹ 咨询与检测必须自愿、保密并确保客户的人权得到保护和促进，无论在任何场合或采取何种检测模式。

3.1.2 世卫组织的贡献

30. **扩大现有的艾滋病毒预防干预。**世卫组织将开发一套以实证为基础的艾滋病毒预防措施包，并支持其在国家一级的实施。预防措施包的设计将以对行为干预措施的评估结果为基础，并就如何与其它干预措施相结合在一系列卫生场所实施提出建议。世卫组织将针对艾滋病疫情已经在一般人群中传播的国家和地区如何提供服务提出指导建议，包括主要人群如妇女、女孩和年轻人中的最佳干预方法。同时，世卫组织还倡导采用在疫情集中区域进行干预的现有指南，并随着新证据的出现不断调整其它规范指南。

31. **推动艾滋病毒新预防干预措施和方法的开发。**世卫组织将支持对潜在有效的新干预方法和措施进行评估，包括微生物杀灭剂、暴露前预防、预防性抗逆转录病毒治疗等。一旦结果出来，世卫组织将指导国家进行实施。世卫组织将通过世卫组织和联合国艾滋病规划署的联合艾滋病毒疫苗倡议进一步支持艾滋病毒疫苗研发，还将制定指南和相关操作建议，在一方感染艾滋病毒的伴侣中预防艾滋病毒传播。

3.2 在儿童中消除新发艾滋病毒感染

32. 通过采取大规模预防艾滋病毒母婴传播措施，儿童感染艾滋病毒的数目大幅下降，由2001年的500 000，下降到2009年的370 000。基于以上成果，联合国艾滋病规划署呼吁2015年在儿童中基本消除艾滋病毒新发感染。如果综合性预防措施能够扩大，并与妇女、新生儿和儿童健康服务、性和生殖健康服务以及其它卫生服务，如艾滋病毒治疗和关怀项目能够整合的话，这个目标是可以实现的。

3.2.1. 对国家行动的建议

33. **在儿童中消除新发艾滋病毒感染。**进一步推广预防母婴传播的综合措施，包括通过国家预防和治疗规范设定新的国家目标。主要措施包括在育龄妇女中预防艾滋病毒感染，避免女性艾滋病毒感染者在非意愿怀孕，避免女性艾滋病毒感染者将病毒传播给婴儿，尽早为感染艾滋病毒的妇女、她们的孩子及家庭提供治疗和关怀等。

3.2.2. 世卫组织的贡献

34. **与联合国儿童基金会合作，在儿童中消除新发艾滋病毒感染。**合作活动包括支持联合国秘书长的全球妇女儿童健康战略，及落实世卫组织预防艾滋病毒母婴传播的战略愿景。世卫组织和联合国儿童基金会将为进一步快速扩大预防艾滋病毒母婴传播综合服务提供指导和支持，并监测“创造一个没有儿童感染艾滋病毒的世界”工作的进展。核心工作包括：

- 在产前、分娩、新生儿和儿童健康服务环节由服务提供方主动向伴侣双方提供艾滋病病毒检测和咨询、再检测和再咨询服务
- 支持对世卫组织 2010 年发布的下述指南的实施和评估：孕产妇抗逆转录病毒药物治疗、婴儿抗逆转录病毒药物治疗，以及艾滋病病毒和婴儿喂养指南
- 开展基于实证的评估，以确定这些指南是否需要更新
- 支持应用研究，以更好地实施综合干预措施，在儿童中消除新发艾滋病病毒感染。

3.3 推动下一阶段的治疗、关怀和支持

35. 全球艾滋病病毒相关发病率和死亡率的下降反映了过去十年艾滋病病毒服务取得的巨大进展。但是，艾滋病病毒流行率和对艾滋病病毒诊断、治疗和关怀服务的需求仍在不断上升。在目前资源短缺的情况下，选择适宜的干预措施和恰当的服务提供办法更为重要。高质量的由客户或服务提供者主动要求的检测和咨询服务必须进一步推广，使人们了解自己的血清学状态，并引导个人获得预防、关怀、治疗和支持服务。

36. 治疗 2.0 是联合国艾滋病规划署和世卫组织为了推动第二阶段的关怀和治疗推广服务而发起的倡议。其目标是简化高质量治疗，改善治疗和关怀服务的效果和效率，将艾滋病病毒应对工作从紧急状态向长期、可持续状态转变。世卫组织在共同发起机构中负责协调艾滋病病毒的治疗关怀工作，并与联合国艾滋病规划署及其它全球和国家伙伴一起实施这一倡议。

3.2.1. 对国家行动的建议

37. **快速扩大多样化艾滋病病毒检测和咨询服务的可及性。**艾滋病病毒检测必须自愿、保密，并配有恰当的咨询，无论是客户自愿进行的检测，还是服务提供者主动提供的检测。加快以保护权利为基础的成人和儿童检测咨询，对于提供预防、早期诊断和关怀、治疗转介服务（如果需要的话），以及艾滋病病毒感染状态的安全披露是至关重要的。为不同高危人群提供有针对性的咨询和检测服务势在必行，以推动该服务的推广并使感染者坚持治疗。

38. **扩大并优化对儿童、青少年和成人的艾滋病病毒治疗和关怀。**各国应在全球指南的基础上更新其国家艾滋病治疗方案，并制定实施计划，以保证新旧治疗方案之间的衔接。抗逆转录病毒治疗应尽早开始（ $CD4^+$ 细胞计数 $\leq 350/mm^3$ ），以降低与艾滋病病毒相关的发病率和死亡率，并最大限度地预防艾滋病和结核病疫情。治疗应包括世卫组织指南推

荐的最简单的、最具耐受性、最适宜的药物方案，以及治疗 2.0 倡议推荐的最简单的服务提供场所，和基于实验室的诊断和监督工具。还应提供营养支持，以改善治疗效果和依从性，确保坚持治疗并提高生活质量。

39. 降低艾滋病毒感染者的合并感染和发病。治疗和关怀服务应包括预防性服务（包括免疫）、一般性机会感染和合并发病的诊断和治疗，特别是肺炎、腹泻、疟疾、病毒性肝炎、营养不良等其它对于艾滋病感染者尤为严重的临床症状的诊断和治疗。艾滋病毒服务还应包括对常见恶性肿瘤的筛查及评估，以及精神疾患的预防和管理。还应关注 50 岁以上艾滋病毒感染者的需求。

40. 降低艾滋病毒感染者的结核病负担。各国应将“3I”服务纳入对艾滋病毒感染者的服务中，并在艾滋病毒感染者中强化活跃结核病例筛查；对隐性结核病患者提供异烟肼预防疗法，防止发展为活跃结核；开展感染控制，最大限度地避免结核病传播。

41. 对艾滋病毒感染者提供全面关怀和支持。与艾滋病毒有关的缓姑息治疗、社区和居家服务应采取跨学科做法，包括发现、评估和治疗疼痛，以及满足艾滋病毒感染者身体、心理和精神方面的需求。应在卫生机构和社区中提供镇静药物，并对其用法进行培训，以进行疼痛管理并提供恰当的临终关怀。加强社区关怀系统，包括提高社区和居家服务提供者的能力对于在社区提供综合、全面的服务，以及强化国家的艾滋病毒应对行动和改善健康成果是至关重要的。

42. 向所有艾滋病毒感染者提供“积极健康、尊严和预防”服务的全部内容。这是一个为满足艾滋病毒感染者具体健康需求而设计的资源¹，包括平等地获得洁净水、卫生设施及一系列以保护权益为基础的健康促进和健康服务，包括性和生殖健康服务和艾滋病毒预防咨询。

3.3.2. 世卫组织的贡献

43. 支持扩大艾滋病毒检测和咨询服务，并与关怀相联系。世卫组织将对各种艾滋病毒检测和咨询模式的有效性进行评估，并在如下领域提供指导：

- 对医务人员进行培训，以扩大多样化、以权利为基础的艾滋病毒检测和咨询服务的提供，特别是改善与艾滋病毒服务的联系
- 向伴侣双方都提供艾滋病毒检测和咨询，以减少艾滋病毒在一方感染艾滋病毒的伴侣间的传播

¹ 联合国艾滋病规划署，艾滋病毒感染者全球网络。《积极的健康、尊严和预防》。技术咨询报告，2009 年 4 月 27 日-28 日，突尼斯哈马马特。荷兰阿姆斯特丹，艾滋病毒感染者全球网络（GNP+），2009。

- 在选择和使用艾滋病毒诊断方法时，采用最新的检测流程和建议
- 确定艾滋病毒检测和咨询目标，提高服务质量和覆盖面。

44. **通过治疗 2.0，对艾滋病毒诊断、治疗和关怀的推广、优化提供支持。** 世卫组织将支持治疗 2.0 倡议的实施，并监督其实施情况。具体包括以下 5 项核心工作内容：

- 优化治疗方案（包括固定剂量组合、儿科用药及一线、二线抗逆转录病毒药物的联合包装）
- 在治疗场所，开发并提供标准化的、有质量保证的诊断和监督工具
- 下放综合艾滋病毒服务的提供
- 降低费用
- 动员社区设计和实施艾滋病诊断、治疗和关怀计划。

45. 作为下一阶段对国家艾滋病毒规划的支持，世卫组织将与联合国艾滋病规划署合作，与全球和国家伙伴一起，协调和监督治疗 2.0 倡议的进展情况。除艾滋病毒诊断试剂外，治疗 2.0 倡议还包括对一揽子经济上可承受的、方便可及的结核病和病毒性肝炎的诊断产品的评估，以便在各种医疗卫生设施中使用。

46. 与监测和预防耐药性的标准化工具一起，药物警戒将作为服务标准的一部分纳入抗逆转录病毒治疗规划。世卫组织还将开发一部指南，就如何选择技术，及其在资源短缺环境中的应用和质量控制机制提供指导。

47. **为感染艾滋病毒的儿童提供诊断、治疗和关怀提供指导和工具。** 世卫组织将对婴儿艾滋病毒感染的早期诊断、关怀和治疗的快速可及，包括对艾滋病毒暴露婴儿、儿童和青少年的营养支持，特别是服务提供者在临床场所主动提供的检测和咨询等提供指导。此外，世卫组织还将就提高儿童服务提供模式的质量提供指导，来确保儿童能坚持治疗。

48. **加强预防和管理艾滋病/结核病合并感染的工具。** 世卫组织将通过结核病/艾滋病合作活动 12 点临时政策¹来促进艾滋病和结核病服务的进一步整合。主要活动包括：

¹ 文件 WHO/HTM/TB/2004.330。

- 开发在艾滋病毒服务中进行结核病预防和治疗的临床指南，并支持操作性工具的实施，包括采用“3I”法
- 支持异烟肼/复方磺胺甲恶唑（Trimethoprim-sulfamethoxazole）的联合包装、联合配方和联合用药，在艾滋病毒感染者中预防结核病
- 牵头艾滋病毒/结核病合并感染的研究，包括改善艾滋病和结核病监测
- 支持对艾滋病/结核病规划和项目的联合评估。

49. **预防、诊断和管理其它与艾滋病有关的合并感染和发病。**世卫组织将研发新的临床指南，预防、诊断和管理成人和儿童的与艾滋病毒有关的其它感染和发病，包括慢性病毒性肝炎。世卫组织将推动对乙肝和丙肝诊断和治疗服务的非歧视性获得，并倡导丙肝计划免疫。

3.4 为重点人群提供全面综合服务

50. 最近对艾滋病毒感染脆弱人群和高危人群的国家报告显示，这部分人群对综合、基于实证的艾滋病毒干预措施的可及性很差，造成艾滋病毒的持续传播。2009年以来的现有数据显示：

- 年轻人（15—24岁之间）占新感染人口的40%，需要更好、更持续获得预防、诊断和治疗服务
- 在感染艾滋病毒的年轻人中，大约80%生活在撒哈拉以南非洲地区，大约三分之二为女性
- 减轻伤害项目的覆盖率有限；92个提供报告的国家中，只有36个国家开展了针具交换项目，33个提供阿片替代疗法
- 在21个提供报告的国家中，预防项目平均覆盖57%的男男同性恋人群
- 在38个提供报告的国家中，平均58%的性工作者可以获得艾滋病预防项目。

51. 扩大高危人群的服务可及性需要将艾滋病毒服务纳入其它相关卫生和社会服务中，并克服影响服务获得的结构障碍，例如污名化、歧视、亲密伴侣的暴力行为等，并根据这些人群的需求量身定做艾滋病服务。

3.4.1 对国家行动的建议

52. 实施一系列综合干预措施，满足脆弱人群的需求。无论是艾滋病毒已在一般人群中流行的国家，还是疫情仍集中在部分人群的国家，都应明确哪些是艾滋病脆弱人群，或目前艾滋病服务无法达到的人群。国家艾滋病规划应明确考虑年轻人和女性的需求。应特别关注在艾滋病毒已扩散到一般人群的地区扩大和推广综合艾滋病预防项目。决策制定者和项目管理者还应考虑流动人口、难民和流离失所人员、街头流浪儿童、土著人、残疾人、囚犯、最高危年轻人和 50 岁以上人群的需求。对这些人群提供艾滋病毒干预措施应考虑费用、服务地点和操作流程、服务提供方法以及减少脆弱性的结构性干预措施。

53. 确保性工作、男男性行为人群和跨性别人群获得全面综合服务。无论是艾滋病毒已在一般人群中流行的国家，还是疫情仍集中在部分人群的国家，国家艾滋病战略、政策和规划应满足性工作、男男性行为人群和跨性别人群的需求，包括制定医疗卫生场所降低污名化和歧视及改善卫生服务可及性的战略。社区组织和同伴网络应参与到这些服务的规划和提供中来，以提高艾滋病服务的质量和效果。

54. 为吸毒人群提供减轻伤害服务。无论是艾滋病毒已在一般人群中流行的国家，还是疫情仍集中在部分人群的国家，国家艾滋病战略、政策和规划，都应满足吸毒人群的需求。除了量身定做的艾滋病毒预防、治疗和关怀干预措施外，对吸毒人群的综合干预服务包还应包括针具交换项目、阿片替代疗法及其它药物依赖治疗、性传播感染的预防和治疗、安全套项目、病毒性肝炎和结核病的诊断和治疗，以及提高服务获得的结构性干预措施¹。

55. 在人道主义危机情况下降低艾滋病风险和脆弱性。国家艾滋病计划中应包括基本艾滋病服务的应急计划，以保证发生人道主义危机时艾滋病治疗和关怀服务的连续性，包括基本药物和用品的应急储备（包括抗逆转录病毒药物、安全套、诊断试剂、阿片止痛剂和无菌注射用品等）。还应根据机构间艾滋病毒/艾滋病常设委员会工作组制定的紧急情况下艾滋病毒/艾滋病干预指南对急救和卫生服务人员提供培训。还应落实人道主义医疗卫生实施中降低与艾滋病毒有关的污名化和歧视问题的政策和干预措施。

3.4.2 世卫组织的贡献

56. 开发并推广对重点人群的联合预防服务。世卫组织将根据不同的流行状况和场所制定不同的卫生部门艾滋病联合预防服务包。世卫组织将与联合国教科文组织、联合国儿

¹ 世界卫生组织/联合国毒品与犯罪问题办事处/联合国艾滋病规划署关于国家设定注射吸毒人群艾滋病毒预防、治疗和关怀普遍可及目标的技术指南，2009。

童基金会和联合国人口基金联合合作，设计一个青少年预防艾滋病的服务包。世卫组织将倡导对青少年进行基于实证的性教育，以及如何获得性健康和生殖健康服务。世卫组织还将与联合国毒品和犯罪办事处合作，为囚犯和监狱场所设计一揽子卫生服务包，并与联合国难民事务高级专员署合作，实施危机状态下生殖健康最低基本服务包中的干预措施。

57. 支持扩大对性工作者、男男性行为人群的服务。世卫组织将与联合国开发计划署、联合国人口基金及高危人群合作，实施世卫组织对性工作者、男男性行为人群和跨性别人群干预措施包的指导意见，包括推广男女用安全套、行为改变干预、性传播感染的诊断和治疗，以及艾滋病毒关怀和治疗。世卫组织将提供支持，指导各国为这些人群设定服务目标。

58. 为吸毒人群提供减轻伤害一揽子服务措施。世卫组织将与联合国毒品和犯罪办事处合作，继续为注射吸毒人群（包括吸毒妇女）提供基于实证的减轻伤害干预措施，并确定如下干预措施和做法：

- 在使用安非他命类兴奋剂、可卡因和非注射吸毒人群中有效预防艾滋病毒感染
- 减少与酒精使用有关的高危行为
- 预防和管理毒品使用过量。

4. 战略方向 2: 通过艾滋病毒应对工作获得更广范围的卫生成果

59. 优化艾滋病与其它主要卫生领域之间的联系对获得更广范围的卫生成果具有重要意义。建立此类联系将确保艾滋病应对活动也从其它相关卫生服务中受益。艾滋病毒感染占全球孕产妇死亡率的 6%，最近一项研究表明，该比例实际可能高达 18%。在全球一级，不到三分之一有需求的 15 岁以下儿童在接受抗逆转录病毒治疗，表明艾滋病服务和孕产妇、新生儿和儿童健康服务整合的不够。艾滋病与其它一系列健康问题有密切联系，如性传播感染，广义的性和生殖健康，药物依赖，结核病和血液安全等。这些关联必须反映在卫生服务的提供中，以优化对多个卫生领域的投资。

60. 在结核病人中进行艾滋病毒早期诊断和治疗受到结核病服务场所中艾滋病毒检测和咨询服务不足的影响。2009 年，只有 26% 的被告知的结核病病例了解其艾滋病毒状态。越来越多的感染艾滋病毒的吸毒人群在接受抗逆转录病毒治疗，但却死于丙肝并发症或吸毒过量。年轻人必须获得性和性健康教育，以便获得全面、正确的艾滋病毒知识。目前，这种教育非常少。血液供应的安全性也是一个重要问题。2009 年，在低收入国家，

只有 48%的献血受到了质量筛查。如果不对血液筛查服务、注射、手术安全及其它职业卫生措施进行投入，医疗机构中的艾滋病毒传播仍将是一个主要风险。

4.1 加强艾滋病规划和其它卫生领域之间的联系

61. 加强艾滋病服务与其它卫生服务之间的联系，将艾滋病服务纳入其它卫生服务可以改善艾滋病服务和其它广泛的卫生投入的效率和效果：扩大产前服务的覆盖面有助于减少艾滋病毒母婴传播的风险，有效的艾滋病规划将降低结核病发病率和死亡率。

62. 艾滋病规划和其它卫生规划之间的合作还将推动项目协调，使项目目标保持一致，确保技术指南的一致性，以及协调各种卫生服务之间的转介，并对人力资源进行管理。卫生系统各主要组成部分之间应协调一致，包括采购和物资管理制度、实验室服务，以及监督评估制度。

4.1.1. 对国家行动的建议

63. **加强艾滋病/结核病合作活动。**各国应落实相关机制，强化艾滋病和结核病项目的合作和联合规划（见 3.3 部分）。应制定联合政策、培训计划和标准操作程序来预防和管理艾滋病/结核病双重感染。应在结核病人中开展艾滋病感染监测，以及在艾滋病毒感染者中开展结核病监测。监督评价体系应协调一致。应在结核病人中开展有质量保证的艾滋病毒检测和咨询，并对可疑结核病患者和结核病人进行艾滋病毒预防。应向感染艾滋病毒的结核病人提供复方增效磺胺（Trimethoprim-sulfamethoxazole）预防和抗逆转录病毒药物治疗。

64. **加强艾滋病服务和孕产妇、新生儿及儿童健康服务之间的联系。**艾滋病服务应纳入孕产妇、新生儿和儿童健康服务一揽子核心干预计划中：高质量的产前、围产和产后服务、疟疾和结核病的预防、筛查和关怀，梅毒筛查和关怀，合格接生员接生并配有急诊产科服务支持，新生儿和儿童保健，儿童喂养支持，计划免疫和以家庭为中心的营养支持等。儿童艾滋病毒诊断和关怀服务应被纳入世卫组织推荐的儿童疾病综合管理服务包中。

65. **正确处理性与生殖健康和权利。**艾滋病毒预防、咨询和检测服务应被纳入性健康和生殖健康服务中。对性健康、生殖健康服务的获得将避免非意愿怀孕，进行初级艾滋病毒预防并在儿童中预防艾滋病毒感染。卫生服务须对重点人群和艾滋病感染者给予特别关注：包括一些特别服务：性传播感染的预防、诊断和治疗、计划生育，包括用于双重保护的安全套规划、流产后关怀，宫颈癌筛查和关怀、性侵害事件及性别暴力的幸存者，

包括紧急避孕，咨询和暴露后预防。在适宜场所，艾滋病服务应倡导并提供计划生育和更广泛的性和生殖健康服务，包括艾滋病感染者的性和生殖权利¹。

66. 将艾滋病干预纳入吸毒预防、治疗和控制规划中。应评估社区中吸毒问题的性质、范围和后果，来指导为吸毒人群提供的卫生服务的开发和落实。减轻伤害全面服务包（见战略方向 1）应纳入吸毒预防、治疗、康复、戒毒和控制规划中，无论这些服务是由卫生领域提供，还是由其它领域提供。

67. 加强艾滋病和慢性非传染病的管理。应借鉴推广艾滋病项目的经验教训，来加强慢性非传染病管理模式，例如动员受影响人群和广大社区参与倡导和服务提供，在疾病预防、诊断和治疗中倡导多部门参与，以及多点化的服务提供模式。慢性非传染病规划应包括艾滋病感染者的常见并发症，包括与老龄化有关的健康问题、口腔卫生、营养和个人卫生不良、精神疾患和长期抗逆转录病毒治疗。获得洁净饮用水、卫生设施等对艾滋病感染者的健康至关重要。艾滋病、肿瘤规划及服务之间的联系也应加强。

68. 将艾滋病规划与血液、注射安全规划相关联。应实施综合措施预防医疗机构中的艾滋病毒传播。规划应推广对血液和器官捐献者的检查，血液和组织筛查，自愿无偿献血，血液和外科手术的合理使用，以及实施安全注射实践。如在献血员中发现艾滋病毒感染者，应对其及其家属提供咨询，以减少进一步传播的机会。对艾滋病毒感染者，也应保证输血时的血液安全。

4.1.2. 世卫组织的贡献

69. 支持加强艾滋病和结核病规划间的合作。世卫组织将倡导艾滋病规划和结核病规划间的更紧密合作，并提供整合的艾滋病和结核病服务。世卫组织将支持国家实施结核病/艾滋病合作活动 12 点临时政策，采用新操作和临床工具来指导结核病和艾滋病双重感染的管理。世卫组织还将对管理特定人群和场所的结核病/艾滋病双重感染提供指导，包括与减轻伤害项目和监狱卫生项目相联系。世卫组织将支持国家艾滋病/结核病规划的评估。

70. 支持艾滋病服务与孕产妇、新生儿和儿童健康、性和生殖健康服务的整合。世卫组织将支持艾滋病服务和性与生殖健康服务、妇幼卫生服务之间的更紧密联系（包括第 3.1.1 部分的内容），并制定（或更新）必要的指南和工具。世卫组织还将开发和推广标准化和简化的操作工具，支持这些服务下放开展及在初级保健层面的整合，包括基于社区的服务²。世卫组织将支持各国评估其在性和生殖健康与艾滋病服务整合方面的政策、

¹ 艾滋病毒感染者的性和生殖健康权是积极健康、尊严和预防的重要组成部分。

² 这些工具包括《妊娠和分娩的综合管理》及《儿童疾病的综合管理》中的工具。

体系和服务提供模式，审议评估结果，并进一步起草加强两者联系的计划，并纳入国家卫生和发展计划中。

71. 支持艾滋病规划和毒品控制服务之间的联系。世卫组织将与联合国毒品和犯罪办事处密切合作，加强艾滋病规划与毒品依赖和控制方面的合作。利用公共卫生依据并以权利为基础，世卫组织将倡导在毒品预防、治疗、康复和控制规划中纳入艾滋病预防、诊断、治疗和关怀内容。艾滋病问题将纳入世卫组织关于预防和管理药物依赖的规范指南和实施工具中，以及对吸毒人群健康管理的指南中，例如结核病、精神卫生、病毒性肝炎，性传播感染、预防吸毒过量及妇幼卫生。

72. 加强艾滋病项目与其它重点卫生项目之间的联系。世卫组织将倡导加强艾滋病规划与其它与艾滋病应对有关的重点卫生项目之间的联系，包括精神卫生、输血、急救和外科服务、职业卫生、水卫生、肿瘤控制及其它慢性非传染病。

5. 战略方向 3: 建立强有力和可持续的体制

73. 通过对卫生增加投入、建设卫生系统能力（例如改善监测系统等），以及在资源有限的地区整合慢病管理等，艾滋病项目促进了国家卫生体制的加强。但是，还需要更多努力来确保与艾滋病毒有关的投入能够转化为更广泛的卫生系统和社区系统的加强。扩大的艾滋病毒应对行动将加快高效、全面的卫生体制的建立。在这样一个体制中，艾滋病和其它基本卫生服务能够提供、可以获得并能够负担得起，社区卫生服务发挥的日益关键的作用能够得到认可和支持。最近的证据证明了薄弱的卫生系统所带来的后果：

- 2009 年，38%的中低收入国家至少经历了一次抗逆转录病毒药物断货，暴露了薄弱的采购和供应管理系统
- 经济上可承受的艾滋病相关药物的可及性受到一系列因素的影响，如未能利用《世界贸易组织与贸易有关的知识产权协定》的灵活性规定，仿制药物和配方供应有限，采购系统的价格谈判能力有限及高关税和高税收政策
- 任务转换做法帮助许多国家缓解了卫生工作者短缺的问题，但如何确保医疗卫生队伍的高质量、高安全性和高积极性仍是一个挑战
- 在抗逆转录病毒疗法中加入新药物，再加上需要监测艾滋病毒耐药性和毒性，为临床和实验室服务提出了额外要求。

5.1 加强卫生体制的六大支柱

74. 国家艾滋病应对行动可以进一步加强卫生体制的六大支柱：

- 有效的服务提供
- 训练有素、人员充足的工作队伍
- 完善的卫生信息系统
- 基本医疗产品和技术的获得
- 充足的卫生筹资
- 强有力的领导和管理。

5.1.1. 对国家行动的建议

75. 以下因素对于确保国家艾滋病规划与上述卫生体制每个支柱（包括以社区为基础的组成部分）间的配合，以及项目绩效和相关卫生成果的最大化是至关重要的。

76. **调整服务提供模式。**应选择（或调整）符合成本效益、能实现良好健康结果的服务提供模式来满足艾滋病毒感染高危人群和艾滋病感染者（见 3.1 部分）的需求，特别是通过整合的、下放的服务提供模式来提高艾滋病毒服务的质量。以社区为基础的体制在计划和提供艾滋病毒服务，特别是为重点人群的服务方面发挥关键作用。随着国家艾滋病应对行动将关键服务向社区转移，基于社区的服务提供者应参与到服务规划中，以确保正规和非正规卫生服务机构之间的联系和协调。无论何种卫生服务提供机构，都应通过内外部质量管理体系来确保其质量。

77. **为卫生筹资，加强社会保护系统。**在国内外为卫生、社会保护和社区系统筹措经费是保证艾滋病服务进一步扩大和满足日益增长的需求的关键。经费的使用方式应有助于加强国内卫生筹资能力，符合国家卫生工作重点，并进一步提高效率。卫生筹资应最大程度地降低个人自负部分，报销服务提供点的费用，并减少影响获得艾滋病服务的障碍。改善服务获得的公平性应更多地关注农村地区，以及贫困、脆弱和最高危人群。

78. **加强卫生人力资源。**可以通过实施培训、招募和任务转换战略来提高卫生人员队伍的能力。各国应遵守世卫组织卫生人员国际招聘全球行为准则¹和伦理指南来最大限度地减少卫生人员从低收入国家向高收入国家的移徙，以及从公立卫生部门向私立和非政府部门的流失。

79. 通过将艾滋病内容纳入入职前培训和在职培训将确保卫生工作者能够在各种场所拥有足够能力与艾滋病患者和受影响人群工作。可以通过全面的职业卫生和安全程序（见战略方向 1）以及职业暴露后确保赔偿来预防卫生工作者在工作场所感染艾滋病的风险。应遵循有关政策和方法来确保医疗卫生工作者有一个安全和支持性的工作环境，以及对感染艾滋病毒的医务人员进行符合伦理的治疗，包括获得治疗和关怀服务。艾滋病毒感染者和社区非专业工作人员在提供艾滋病服务和培训卫生工作者的工作中发挥着关键作用。他们的知识和技能可以通过对技能的认证和报酬得到补充。

80. **改善战略信息系统。**艾滋病规划信息系统应通过与更广泛的国家卫生信息系统，包括（最大限度地）电子信息系统的整合和协调一致得到加强。监测系统应提供用同一方法、工具以及通过对同一人群进行调查收集的常规和标准化数据，并逐步与世卫组织开发的国家卫生系统监测平台相整合。国家艾滋病规划应利用世卫组织的指南与工具，与其它利益攸关方一起设计、实施和加强国家监督评估系统。监督评估系统应包括：

- 收集、分析、报告艾滋病毒预防、诊断、治疗、关怀信息的工具和程序，包括报告实现普遍可及目标和指标进展的结果和影响措施
- 全国病人监督系统，支持核心信息的收集，如病人持续治疗情况及病情发展情况
- 全国预防和评估艾滋病毒耐药性战略
- 包括抗逆转录病毒药物的全国药物警戒规划。

81. 还应支持应用性研究，以及研究人员和决策者之间的更紧密合作，来确保研究成果能够转化为实践。可以通过国家合作伙伴、捐款机构、研究机构和网络之间的合作加强科研能力。

82. **确保药物、诊断产品和其它物资的可及性。**各国应保证经济上可承受的药物、诊断产品和其它物资的持续获得。应制定国家政策，使新的仿制药物和诊断产品能够得到快速批准，并加快其上市许可。为了控制费用，应培育公开、有序竞争的市场，包括（如

¹ WHA63.16 号决议。

果需要的话)使用《世界贸易组织与贸易有关的知识产权协定》的部分条款、采用专利共同使用制以及专利持有者和仿制药物生产者之间的自愿许可。药物专利池是增加供应、加快开发固定剂量组合和调整配方,如儿童用药的一种方式。卫生产品的供应管理系统必须得到加强,以改善这些系统向服务提供点分发物资的能力。

83. 采购、分发、维护、服务提供点质量控制及实验室技术的规划和协调应是国家艾滋病应对行动的组成部分。实验室系统必须确保诊断和监测艾滋病感染和其它相关发病的技术和平台的可靠性和准确性,还能够监测治疗,包括艾滋病毒耐药性,并进行血液学和化学的基本检查。质量管理体系(包括正式和非正式医疗卫生场所的实验室和卫生工作者的员工培训)应得到实施。

84. **加强领导、管理和战略规划。**卫生部门的服务提供者(包括管理部门、民间社会和私立部门)之间,以及与其它部门之间应建立战略伙伴关系,以实施国家艾滋病毒应对行动。确保艾滋病毒应对行动、其它卫生规划和多部门应对艾滋病规划之间的相互配合和一致性至关重要。应培育卫生部门内部以及卫生部门与其它部门的包容性政策对话,以确保国家艾滋病应对行动中的普遍覆盖、社会正义和公平。

5.1.2 世卫组织的贡献

85. **提高服务提供的效率。**在对现有依据进行评估和评价的基础上,世卫组织将提供不同疫情类型下,如何提供综合艾滋病服务模式的指导意见,包括社区卫生服务可以发挥的作用。世卫组织将进一步简化综合管理工具,以提供一个简化、高效的服务提供模式¹。还将支持加强社区卫生系统,这是改善艾滋病毒服务质量、效率和覆盖面的关键。此外,还将加强民间社会对政策开发和实施参与,例如治疗 2.0 及在儿童中消除新发艾滋病毒感染。

86. **支持对艾滋病规划提供全额经费的努力。**世卫组织将与联合国艾滋病规划署合作,估算实现全球艾滋病目标的所需投资。还将倡导通过国内外援助经费对艾滋病应对行动进行全额支持。世卫组织将开发并帮助卫生部门应用规划和服务的成本核算工具。还将帮助国家制定筹资计划,包括艾滋病规划、以及对创新、可持续的卫生筹资体制的应用性研究。世卫组织将与筹资和发展伙伴合作,改善发展援助和技术支持。世卫组织将对国家提供技术支持,帮助国家动员和执行外部经费项目,包括来自全球抗击艾滋病、结核病和疟疾基金的经费。

87. **支持加强卫生人员队伍的努力。**世卫组织将提供政策和技术指导,以建设一支不断壮大的、受到良好培训的卫生人员队伍,包括社区卫生服务队伍,以满足社区的卫生需

¹ 这些工具包括《青少年和成人疾病的综合管理》、《儿童疾病的综合管理》、《妊娠和分娩的综合管理》以及《急救和基本手术治疗的综合管理》。

求。与国家和民间社会组织一起，提出基于实证的建议，扩大医学和护理教育，在服务能力不足的地方改善卫生人员可及性（包括社区和非专业人员）。世卫组织还将支持国家加强卫生人力资源的数据采集和分析能力。政策制定工作将与多个部门合作，包括教育、劳动和财政部门，以确保用协调一致、可持续的方法加强卫生人力。世卫组织将在与国际劳工组织合作的基础上，与美国总统艾滋病救援紧急计划及其它伙伴一起，调整加强卫生人力资源培训、任务转化、留住人才和教育培训方面的战略。

88. 支持加强战略卫生信息系统。世卫组织将提供指导意见，支持改善卫生部门的信息收集、分析和使用工作。世卫组织将支持国家纵向和横向，包括艾滋病、艾滋病/结核病合并感染和其它重点卫生领域干预措施的病人监测系统，包括电子系统，将特别支持防止病人流失、数据质量和客户服务质量方面的工作。世卫组织将每年监督并报告卫生部门实现普遍可及目标方面的进展，以及艾滋病干预措施对卫生相关千年发展目标的影响。

89. 制定研究计划，推动知识产生、转化和推广。世卫组织将倡导对艾滋病研究和开发进行充分投入，并与合作伙伴一起，为卫生部门应对艾滋病毒设定一个全球研究议程。世卫组织将推动新知识的产生和应用，特别是国家主导、提高干预措施和规划效果，以及鼓励创新方面的知识。世卫组织将通过治疗 2.0 平台推动基于抗逆转录病毒治疗药物的艾滋病治疗和预防干预措施（见 3.3.2 部分）。

90. 支持可负担得起的药物、诊断措施和其它物资的可及性。世卫组织将支持降低艾滋病毒药物和物资价格，及有关改善采购措施的战略。还将通过在艾滋病药物和诊断服务网发布消息、倡导团购机制和其它措施来支持改善艾滋病毒相关药物、诊断产品及其它物资的采购，以改善供应链管理，并减少抗逆转录病毒药物和其它卫生用品断货的风险。世卫组织将通过监测价格和预测需求增加市场透明度，并保证艾滋病相关物资的可持续供应。世卫组织还将通过预认证和及时载入国际药典专论方式改善艾滋病毒相关物资的采购选择。世卫组织还将通过技术援助、能力建设和有效使用采购和供应管理工具方面的培训对国家提供支持，以确保艾滋病毒相关物资的不间断供应。

91. 作为治疗 2.0 倡议的一部分，世卫组织还将提供支持和指导意见，帮助国家获得简化的、有质量保证的有关服务提供点和基于实验室的诊断和监督工具。还将提供指南和技术支持，推动实验室和服务提供点技术的采购，并将提供技术援助，推动国家实验室战略规划、能力建设和质量保证机制的实施。世卫组织将通过全球实验室倡议等机制，推动艾滋病、结核病、疟疾及其它主要卫生问题的综合、协调一致的实验室能力建设。

92. 支持国家战略规划和评估。世卫组织将与联合国艾滋病规划署和世界银行合作，确保卫生部门在跨部门艾滋病应对规划中得到恰当资源，以及艾滋病恰当地纳入其它卫生

规划中。世卫组织将支持国家艾滋病计划评估，特别是艾滋病计划与其它卫生规划的协调和资源的有效利用。世卫组织将进一步开发工具，指导国家战略规划制定和艾滋病规划评估，从而改善卫生服务的管理。

6. 战略方向 4：减少脆弱性，消除影响服务获得的结构性障碍

93. 卫生部门在减少艾滋病脆弱性、减少与艾滋病毒有关的污名化和歧视、以及消除影响获得艾滋病毒服务的结构性障碍方面发挥关键作用。艾滋病毒应对行动一直是促进人权、动员社区、促进健康公平和正确处理健康社会决定因素的开拓者。消除基于性别的健康不平等、保护艾滋病毒感染者和重点人群的权利是实现普遍可及目标和与卫生有关千年发展目标的关键步骤。到目前为止，性别不平等，以及妇女、女孩和重点人群的人权保护问题还未在国家艾滋病应对行动中得到有效解决。最近的国家进展报告表明以下问题：

- 不到一半的国家具有针对妇女和女孩的艾滋病相关规划预算
- 67%的国家法律、政策和法规对有效向重点人群提供服务设置了障碍
- 艾滋病毒感染者污名指数（10个国家的数据）显示，艾滋病毒感染者经受高比例的身体和语言虐待，还有很多人（12% 至 88% 不等）被拒绝获得卫生服务。

94. 不仅要在卫生部门实施具体干预措施，其它部门的政策和规划也需要修订，以减少性别不平等，并保障重点人群的人权。卫生部门在提供性别平等、人权、健康社会决定因素与艾滋病联系的实证方面可以发挥重要作用。这些因素应在设计和实施卫生部门干预措施时考虑。主要因素包括：

- 促进性别平等，消除有害性别观念
- 促进人权和健康公平
- 确保卫生纳入所有政策、法律和法规。

6.1 促进性别平等，消除有害性别观念

95. 国家艾滋病应对行动可以大大减少社区中与性别有关的艾滋病感染脆弱性（如亲密伙伴暴力）和由性别导致的卫生服务获得方面的不平等。卫生服务政策和规划应赋予妇女和女孩权利，减少她们对艾滋病的脆弱性，挑战有害性别观念，并促进性别平等。由

性别造成的对卫生干预措施，如抗逆转录病毒治疗的可及性不同等问题应在艾滋病规划中予以解决，男孩和男性应被纳入旨在减少性别不平等的行为和体制性干预中。

6.1.1 对国家行动的建议

96. **收集基于性别的卫生信息。**艾滋病及更广泛的卫生信息系统应收集和分析按照性别和年龄分类的数据，以确定艾滋病毒传播方式、卫生服务不平等，以及规划对女孩男孩、男性女性的不同影响。

97. **在设计、提供和监督卫生服务问题时包括性别问题。**采取一系列综合措施消除基于性别健康不公平将改善卫生服务的公平性、覆盖面和影响力。艾滋病规划应促进不同性别在性决策，包括安全性行为商谈，以及使用男女安全套方面的公平性。应向旨在克服影响获得卫生服务障碍的规划分配经费和人力资源。特别应关注女性服务提供者，使她们享有良好的、平等的工作条件，并有权担任卫生体制和社区体系中的领导角色。还应提供与性别暴力有关的服务，包括启动为强奸和其他性暴力幸存者提供的全面服务。

6.1.2 世卫组织的贡献

98. **支持改善性别平等，以及收集基于性别的卫生不公平证据。**世卫组织将支持国家发现并克服与性别有关的影响获得卫生服务的障碍及相关社会不公平问题。还将支持有关艾滋病毒风险、性别暴力及其它违反人权情况之间关系的研究和倡导工作，并对旨在解决妇女暴力问题的规划提供指导。在政策和规范指南的制定中，世卫组织将吸纳妇女和社区关怀人员参加（包括艾滋病毒女性感染者），以确保艾滋病服务满足女性需要。

6.2 促进人权和健康公平

99. 一些法律和社会文化因素阻碍吸毒者、男男性行为人群、跨性别人群、囚犯和性工作作者获得有效的干预措施和使用卫生服务。法律和政策中一些根据随身携带毒品用具（如洁净针具以支持安全注射行为）定罪的条款应废除，以扩大对卫生服务的获得，并改善卫生服务的质量。克服这样的结构性障碍对于改善卫生服务的可及性，以及国家艾滋病毒应对行动的公平性至关重要。

6.2.1 对国家行动的建议

100. **让艾滋病毒感染者和重点人群参与国家艾滋病应对行动的设计、实施和评估。**国家艾滋病应对行动应实施旨在消除卫生服务提供中污名化、歧视和其它形式人权虐待的政策和措施，并对实施状况进行监督。在卫生服务获得中受到的与艾滋病有关的污名化、

歧视和其它形式的人权虐待及对卫生结果的影响应被记录下来。还应与更广泛的问责机制（如联合国大会特别会议等高层会议）等对保护人权包括健康权进行评估的机制相联系。

6.2.2 世卫组织的贡献

101. 在卫生领域倡导通过政策、措施和法律法规保护人权，消除歧视。世卫组织将对卫生服务使用和健康结果的差异进行评估。还将开发指南和工具，改变医疗卫生工作者对艾滋病毒感染者及其他重点人群的歧视态度。世卫组织还将倡导卫生服务中的非歧视性服务标准。还将开发国家工具评估健康风险和脆弱性的决定因素，并找出有艾滋病风险和传播的人群和位置。世卫组织将倡导按照性别、年龄及其它分层指标对数据进行分析，以支持对健康公平性的研究，包括在获得卫生服务和健康结果方面方面的差异。

6.3 确保卫生纳入所有政策、法律和法规

102. 卫生部门可以发挥独特作用，确保其它部门的政策、法律和法规支持国家艾滋病应对行动，特别是在消除性别不平等和保护、促进重点人群的人权方面。

6.3.1 对国家行动的建议

103. 利用公共卫生依据，在其它部门引入有利于健康的行动。在制定和评估其它领域的政策、法律和法规时，应考虑艾滋病卫生方面的因素，以确保其它部门的政策、法律法规不增加艾滋病的脆弱性，不歧视，或以其它方式阻碍对服务的获得（如住房、社会福利、劳动、移民、国防、财政、教育、外交和发展等）。应对法律进行评估，必要的话，进行修订以减少艾滋病的脆弱性，改善对服务的获得并保护人权。应通过立法确保所有领域的非歧视性。特别应关注：旅行限制、就业、仇视同性恋、性工作、禁毒法和视艾滋病传播为犯罪行为等领域。用公共卫生方法而不是用定罪来管理将人群置于获得艾滋病风险的行为应得到提倡。应倡导好的公共卫生措施来替代关监狱的量刑方法。

6.3.2 世卫组织的贡献

104. 提供公共卫生依据，为其它部门的政策、法律法规提供知情决策。世卫组织应引导大家关注重点人群的健康需求，并帮助确定其它部门的作用来确保这些需求得到满足。世卫组织将支持国家起草或评估与卫生相关的政策或立法，以确保公共卫生问题得到恰当解决。还将提供公共卫生依据来影响其它部门的战略和计划。世卫组织将与各个层面的伙伴合作，提高政策的一致性，特别是主要捐款机构、发展伙伴和倡议，包括全球抗击艾滋病、结核病和疟疾基金、美国总统艾滋病救援紧急计划和其它双边规划。

7. 战略的实施

105. 战略的有效实施取决于所有在卫生部门参与艾滋病毒应对行动的利益攸关方的一致努力。在卫生部门内部，不同疾病之间、交叉项目之间需建立并加强联系。本部分将描述世卫组织秘书处如何组织起来支持战略的实施。本部分还将描述卫生部门的应对行动如何与其它部门和伙伴的行动相衔接，以及如何监督和报告战略的实施情况。

7.1 优化世卫组织的艾滋病毒规划

106. 秘书处将加强众多国家、区域和全球一级利益相关方之间的协调和配合。世卫组织的艾滋病毒规划包括在本组织所有三个层面上采取的行动，并跨越多个司局和单位。总部的艾滋病毒司负责协调整个规划。6 个区域办事处都有一个专门的艾滋病毒办公室。世卫组织许多国家办事处都有专职或兼职艾滋病工作人员。世卫组织将通过以下行动优化其艾滋病规划的结构：

107. **在世卫组织秘书处的三个层面上进行明确分工。**总部主要负责全球政策和规范工作，负责监测和报告艾滋病毒疫情和应对行动。全球的指导工作将进一步理顺，以保证新建议的及时沟通和更大程度的连贯性。区域办事处将主要负责协调和推动对国家一级提供技术支持，包括在国家一级调整全球指南。国家办事处将主要侧重于对卫生部提供战略政策建议，并在主要问题上联络国家一级的伙伴。

108. **最大限度与其它项目领域形成合力。**秘书处的艾滋病工作与本组织的其它几个重点卫生工作领域关系密切：卫生体制加强、卫生信息系统，孕产妇、新生儿和儿童健康、性和生殖健康、结核病和其它传染病、血液和注射安全、急救和手术安全、营养、慢性非传染病和精神卫生、性别与女性健康、疫苗研发、基本药物的获得、创新与知识产权、健康社会决定因素、卫生法规、人权和伦理、人道主义危机中卫生工作等。战略倡导在这些卫生规划间建立紧密联系。工作重点是将艾滋病工作纳入这些规划的核心工作计划。这些规划之间的联合计划和协调机制将得到加强。例如，世卫组织对支持儿童中消除新发艾滋病毒感染的工作将在负责艾滋病、妇幼卫生、性和生殖健康以及营养的部门之间协调。世卫组织对治疗 2.0 的贡献将在负责艾滋病、结核病、基本药物和诊断产品、儿童和青少年健康以及营养的部门之间协调。

109. **发挥技术网络和伙伴组织的作用。**世卫组织要依靠伙伴机构在国家实施其政策和指南。世卫组织将与伙伴机构一道，在所有层面上加强政策一致性，特别是与主要捐款机构、发展机构和倡议之间的协调，包括全球抗击艾滋病、结核和疟疾基金、双边、多边规划、私人基金会和实施伙伴等。世卫组织还将通过知识中枢、合作中心和技术网络来加强国家机构、框架和系统的能力，以实现艾滋病的可持续应对。世卫组织还将发挥重

要的召集作用，推动民间社会、政府和私人部门之间的合作。民间社会伙伴为世卫组织的工作提供技术和规划支持，包括政策、工具和指南的倡导、开发和实施。世卫组织与民间社会的合作尤其重要，特别是保证基本服务能够提供给国家服务无法达到的人群，并倡导循证决策、充足的资源、更严格的问责制及对重点人群人权的保护。

110. 建设世卫组织员工的能力。世卫组织将对培养艾滋病规划员工的核心能力进行投资，侧重于实施四个战略方向所需要的技术和政策领域。还将加强对技能的管理，确保本组织的高效运作，并能够适应不断变化的环境。

111. 对世卫组织以及更广泛的联合国改革的贡献。在联合国系统内，艾滋病应对行动为多个领域的改革发挥了探路者的作用，包括改善机构间合作机制、受影响人群和更广泛的民间社会的有效参与、跨部门合作、促进国家主导、所有利益攸关方的责任制、以及激发创新筹资机制等。依据《援助有效性巴黎宣言》中的原则，世卫组织将积极参与国家级的机制和程序，支持国家的艾滋病毒应对行动及更广泛的重点卫生规划。

7.2 世卫组织作为联合国艾滋病规划署的一个共同发起组织

112.世卫组织与联合国系统在艾滋病问题上的合作主要通过联合国艾滋病规划署机制和结构的管理，包括全球一级的共同发起机构委员会和规划协调局，区域一级的地区主任联合国艾滋病规划署共同发起机构小组会议，以及国家一级的艾滋病毒/艾滋病主题小组及联合国联合工作组。

113.联合国艾滋病规划署的分工旨在协调各发起机构和秘书处之间的作用、责任和行动。在各共同发起机构之间，世卫组织牵头卫生部门应对艾滋病毒的工作，是艾滋病毒治疗、关怀以及艾滋病/结核病合并感染的牵头机构，和联合国儿童基金会一起共同协调预防艾滋病毒母婴传播。世卫组织与联合国艾滋病规划署其它发起机构及其它伙伴组织的详细情况合作详见附件。

7.3 与其它伙伴的合作

114.世卫组织有重要号召力，将不同人群、部门和机构聚在一起，支持卫生部门对艾滋病毒进行更协调一致的应对行动。除了会员国、联合国艾滋病规划署其它发起机构和联合国艾滋病规划署秘书处外，世卫组织与其它主要伙伴密切合作，包括双边捐款机构、发展机构和倡议、基金和基金会、民间社会、技术机构和网络、商业私人部门和伙伴关系网络。

7.4 监督、评估和报告

115. 依靠现有机制，本战略的实施将在四个层面上得到监督：

7.4.1 实现全球目标和指标进展情况的监督和报告

116. 在全球一级，将进行定期评估，以了解实现《联合国艾滋病毒/艾滋病承诺宣言》、《艾滋病毒/艾滋病政治宣言》和千年发展目标承诺和指标的进展情况。这些评估将建立在通过联合国大会艾滋病特别会议设立的报告机制和其它监督评估机制从国家收到的数据的基础上。

117. 在全球和区域一级实现本战略制定的目标和指标的进展情况也将得到定期评估。标准检查，或在一国内部和国家间进行比较，也将被用来评估指标的实现情况。本战略设计时就预留了足够的灵活性，以进一步纳入将于 2011 年 6 月召开的高级别会议或其它评估全球和国家目标和指标进展情况的会议确定的其它重要工作，或卫生部门应对行动中的其它工作。

118. 为此，世卫组织将与联合国艾滋病规划署及其它机构一起，支持国家对核心指标的统一、标准化数据采集工作，以便准备全球和区域报告。我们还建议对上一年度的数据进行年度报告制度，联合国艾滋病规划署将支持于 2016 年 6 月开展普遍可及工作的全面评估。

7.4.2 国家一级应对行动的监督、评估工作

119. 对卫生部门艾滋病毒应对行动的进展评估应使用可及性、覆盖率、结果和影响等指标，并考虑联合国大会关于评估《艾滋病毒/艾滋病承诺宣言》实施情况的建议。此外，还将追踪和报告与艾滋病有关的千年发展目标的进展情况。在艾滋病指标集里，有众多指标支持国家一级监督和报告工作。

120. 评估卫生体制加强的指标选自世卫组织协调的监督评估国家卫生战略的公共平台“国家卫生体制监测平台”。其它工具也可用来衡量战略方向 4 里旨在加强艾滋病应对行动的政策、法律和结构性措施的实施情况，包括国家政策构成指数、实施联合国艾滋病承诺宣言的报告制度¹的一部分、艾滋病毒感染者污名指数，包括由艾滋病毒感染者对感染者进行的调查，以记录不同国家污名化和歧视的程度和形式，包括在卫生服务中经受的歧视。

¹ 联合国大会艾滋病毒/艾滋病特别会议。监督艾滋病毒/艾滋病承诺宣言：核心指标构建指南：2010 年报告。日内瓦，联合国艾滋病规划署，2009。

121. 以下表格列举了建议在国家一级监督实施艾滋病毒/艾滋病承诺宣言实施情况和跟踪千年发展目标实施情况的核心指标。所有指标都应分性别和年龄收集，并进行分析，以便决定应对行动是否有针对性地解决艾滋病脆弱性和风险的主要社会决定因素，包括性别不平等，以及是否采取了必要措施实现对服务的公平获得。实现公平性需要使用一系列分层方法和综合指标对组内部和不同组之间、国家内部和国家之间的差异进行分析。

表 提议供国家考虑的核心指标

战略方向	核心指标 ^a
1. 优化艾滋病毒预防、诊断、治疗和关怀成果	1.1 15—24 岁年轻人感染艾滋病毒的比例 1.2 与艾滋病毒有关的死亡 1.3 0—4 岁儿童中新感染艾滋病毒的数目 1.4 过去 12 个月中接受艾滋病毒检测并知晓结果的 15—49 岁男女人数比例 1.5 符合抗逆转录病毒治疗条件的感染艾滋病毒的成人和儿童实际接受治疗的比例 1.6 艾滋病毒阳性者根据国家指南接受复方增效磺胺（Trimethoprim-sulfamethoxazole）预防的人数 1.7 罹患结核病的艾滋病毒阳性病人同时接受艾滋病和结核病联合治疗的估计人数的比例 1.8 感染艾滋病毒的孕妇接受抗逆转录病毒治疗药物以降低母婴传播风险的比例
2. 通过艾滋病毒应对工作获得更广泛范围的卫生成果	2.1 未满足的计划生育需求 2.2 孕产妇死亡率 2.3 0—4 岁儿童所有原因死亡率 2.4 发现并经短期督导化疗（DOTS）治愈的结核病病例
3. 建立强有力的、可持续的体制	3.1 《监测卫生体制的加强：指标及相关衡量策略》 ^b 中推荐的核心指标
4. 减少脆弱性，消除影响服务获得的结构性障碍	4.1 完成国家政策构成指数 4.2 完成艾滋病毒感染者污名指数 ^c 4.3 为被强奸或经历乱伦的妇女和男性提供医疗、心理和支持的服务提供点的设置情况
<p>^a 监督《艾滋病毒/艾滋病承诺宣言》实施情况的指标为楷体，跟踪千年发展目标进展情况的指标为黑体。</p> <p>^b 例如，大多数国家发现，使用下述核心指标在服务提供点监测药物的可获得性非常有用：世卫组织手册（《对卫生体制的加强进行监测：指标手册及相关衡量策略》，日内瓦，世界卫生组织，2010）中的指标：储存有被监测药物和物资的服务提供设施的比例。</p> <p>^c 包括考虑卫生服务中的污名化和歧视，用受访者报告在过去一年中因其感染艾滋病毒被拒绝享有卫生服务（包括牙医服务）的比例来衡量。</p>	

7.4.3 世卫组织的基于结果的管理框架

122. 世卫组织 2008—2013 年中期战略计划确定了该时期的战略方向，包含 13 个战略目标。大部分世卫组织与艾滋病相关的工作都在战略目标 2 下：抗击艾滋病、结核病和疟疾。但是在其它 6 个战略目标下（1、4、6、7、10 和 11）也有非常重要的艾滋病活动。每一战略目标下有一系列机构范围期望结果，附带指标、目的和资源需求。每双年度第一年末进行的中期评估对工作计划的实施情况进行监督，实现机构范围期望结果的进展在每双年度末报告。

7.4.4 联合国艾滋病规划署责任框架

123. 世卫组织的艾滋病工作也反映在联合国艾滋病规划署的综合预算和工作计划中，这是一个双年度框架，推动联合国艾滋病规划署的 10 个共同发起机构及其秘书处联合编制计划和预算，合并形成一个两年工作计划。每个发起机构负责实施一系列与其机构职责和联合国艾滋病规划署技术支持分工相关的活动。综合预算和工作计划附有绩效监督框架，规定了测量预算和工作计划执行进度的指标。年度进展报告将递交给联合国艾滋病规划署规划协调委员会。2012—2015 年，综合预算和工作计划将被一个整合的统一预算和责任框架——综合预算、结果和责任框架所替代，包括一个业务计划、一个结果和责任框架和一个预算。

附录

世卫组织与其它联合国艾滋病规划署共同发起机构和
联合国艾滋病规划署秘书处的合作

共同发起机构	合作领域
联合国难民事务高级专员署	在紧急情况下执行机构内常委会艾滋病干预指南；对国内受人道主义危机影响的艾滋病应对工作进行联合评估和规划；改编包括高危人群在内的人道主义危机下的艾滋病指南和工具。
联合国儿童基金会	预防艾滋病母婴传播，婴儿和儿童的治疗和关怀，青少年艾滋病预防、治疗和关怀，加强采购和供应链管理系统。
世界粮食计划署	实施与抗逆转录病毒治疗相关的艾滋病关怀和治疗的营养指南；艾滋病/结核病合并感染的管理；支持与艾滋病治疗和关怀相关的实施性研究。
联合国开发计划署	将艾滋病问题列入国家规划和立法；在卫生部门对抗污名化和歧视；提高艾滋病相关药物的经济可承受性和可获得性，在贸易、卫生和知识产权法律方面赋予权力的策略；男男性行为人群和跨性别人群艾滋病的预防、治疗和关怀；以社区为基础的治疗支持者的培训；减少性别不平等和性别暴力。
联合国人口基金	安全套规划、标准和质量保证；将性与生殖健康和艾滋病在政策、工作系统和服务提供方面进行联接；预防孕产妇和母婴间的艾滋病感染；包括预防母婴传播在内的艾滋病感染者的性与生殖健康；改进青少年、妇女和性工作获得艾滋病和性传播疾病的预防、治疗和关怀服务；消除性别暴力；推动社会性别平等、妇女和女孩的赋权和生育权。
联合国毒品和犯罪问题办事处	注射和非注射吸毒者及监狱的艾滋病预防和关怀；倡导降低危害、药物依赖治疗和戒毒政策及规划；改进用于鸦片依赖治疗、疼痛控制和姑息疗法的国际管制物质的获取。
国际劳工组织	将艾滋病问题列入职业安全和职业培训；人力资源中的艾滋病问题处理；为扩大社会保护，提供政策指导和实用措施。
联合国教科文组织	在社区和学校的艾滋病预防治疗和性知识教育。
世界银行	国家级艾滋病战略计划；卫生系统的艾滋病筹资；对艾滋病干预的花费、成本效益和成本效果的评估。
联合国艾滋病规划署秘书处	对重要卫生部门行动的全球倡导和资源动员；监督、评估和报告艾滋病的形势和应对工作；支持评估和开发新的艾滋病预防技术，包括艾滋病疫苗、微生物杀灭剂、暴露前预防等，介绍业经证实的新的干预措施，包括男性包皮环切；协助与企业谈判以降低艾滋病相关药物和物资的价格；协调向国家提供技术援助并发挥代理作用，比如从全球抗击艾滋病、结核病和疟疾基金获得赠款并予以实施；加强国家协调机制，包括联合国艾滋病主题工作组。

附件 5

《财务条例》修订款

[A64/34 – 2011 年 3 月 17 日]

Regulation XIV – External audit

14.1 External Auditor(s), each of whom shall be the Auditor-General (or officer holding equivalent title or status) of a Member government, shall be appointed by the Health Assembly. The term of office shall be four years, covering two budgetary periods, and can be renewed once for an additional term of four years. External Auditor(s) appointed may be removed only by the Assembly.

...

14.8 The External Auditor(s) shall issue a report on the audit of the annual financial statements prepared by the Director-General pursuant to Regulation XIII. The report shall include such information as he/she/they deem(s) necessary in regard to Regulation 14.3 and the Additional Terms of Reference.

14.9 The report(s) of the External Auditor(s) shall be transmitted through the Executive Board, together with the audited financial statements, to the Health Assembly not later than 1 May following the end of the financial year to which the final accounts relate. The Executive Board shall examine the annual financial statements and the audit report(s) and shall forward them to the Health Assembly with such comments as it deems necessary.

5. 行政影响

(a) 实施地点（表明将开展工作的本组织层次，并在相关时确定具体区域）。

报告所含的大部分建议都要求在总部和区域办事处层面开展更多活动。在这些建议中，建议 1 提到的加快实现国家核心能力所要求的支持在活动本身和费用方面都是最大的。特别需要在区域办事处层面采取行动，以落实这一决议。

(b) 能否由现有工作人员实施该项决议？如果不能，请在下文(c)中具体说明。

不能。

(c) 额外的员额配置要求（表明本组织各层次额外需要的工作人员等同专职员工数，并在相关时确定具体区域，说明必要的技能概况）。

估计需要增加 32 名专业及以上职类工作人员；相关职员大概将以相同的数目部署在总部和区域办事处。

(d) 时限（表明实施活动的主要时限）。

实施时限为 2015 年底。

1. WHA64.2 号决议：世卫组织改革

2. 与规划预算的联系

战略目标：全组织范围预期成果：

所有战略目标。全组织范围所有预期成果。

（简短表明与预期成果、指标、目标、基线的联系）

该决议涉及整个组织的改革议程；因此，它与所有预期成果、指标、目标和基线直接相关。该决议关系到改革计划（以及其之下的特定内容）的总体设计，与计划的实施无关；因此仅估算了设计方面的活动费用。

3. 预算影响

(a) 该项决议要求秘书处开展的活动的生命周期内估计实施费用总额（估计至最近的万美元，包括工作人员和活动）。

活动 1

秘书处制定一份 2012 年举行的世界卫生论坛详细概念文件，其费用估算如下：

一名 D2 级 100% 等同专职员工工作 20 天（20 000 美元）；一名 P2 级 100% 等同专职员工工作 20 天（10 000 美元）。

总费用：30 000 美元。

活动 2

秘书处制定独立评估方法的费用(A.)以及独立评估的费用(B.):

A. 一名 P3 级 100% 等同专职员工工作 180 天(90 000 美元);一名 G4 级 100% 等同专职员工工作 180 天 (50 000 美元)

小计: 140 000 美元

B. 50 000 美元用于独立评估小组 (顾问团队)。

总费用: 640 000 美元。

活动 3

与秘书处 (项目团队) (A.)一道, 由竞争获选并签订合约的咨询公司制定改革计划(B.), 费用包括:

A. 一名 P2 级 100% 等同专职员工工作 180 天(80 500 美元);一名 P5 级 100% 等同专职员工工作 180 天 (131 100 美元); 一名 D2 级 20% 等同专职员工工作 180 天(32 028 美元); 一名 D2 级 40% 等同专职员工工作 180 天(64 055 美元)。

小计: 310 000 美元

B. 490 000 美元用于以竞争方式选定咨询公司方面的工作。

总费用: 800 000 美元

(b) 2010-2011 年双年度估计费用 (估计至最近的万美元, 包括工作人员和活动, 表明发生费用的本组织层次并在相关时确定具体区域)。

上述(a)部分列明的所有 1-3 项活动: 在总部一级发生的费用为 147 万美元。

(c) (b)所表明的估计费用是否归入 2010-2011 年双年度已批准的现有规划预算?
是。

4. 财政影响

如何筹措 3(b)所表明的估计费用 (表明可能的资金来源)?

已经从比尔和梅林达盖茨基金会获得了部分资助; 还需要通过其它途径申请更多资助。

5. 行政影响

(a) **实施地点 (表明将开展工作的本组织层次, 并在相关时确定具体区域)。**

总部。

(b) **能否由现有工作人员实施该项决议? 如果不能, 请在下文(c)中具体说明。**

能。

- (c) 额外的员额配置要求（表明本组织各层次额外需要的工作人员等同专职员工数，并在相关时确定具体区域，说明必要的技能概况）。

不适用。

- (d) 时限（表明实施活动的主要时限）。

活动 1：2011 年 6 月至 9 月

活动 2：2011 年 6 月至 2012 年 2 月

活动 3：2011 年 6 月至 10 月。

- 1. WHA64.4 号决议：** 巴勒斯坦被占领土（包括东耶路撒冷）和叙利亚被占戈兰的卫生状况

2. 与规划预算的联系

战略目标：

全组织范围预期成果：

5. 减轻突发事件、灾害、危机和冲突的健康后果以及最大限度减少其社会和经济影响。

5.3 已为在冲突后和灾后过渡和复苏阶段的评估需求以及计划和实施干预制定规范和标准，建设能力和向会员国提供技术支持。

（简短表明与预期成果、指标、目标、基线的联系）

如得到充分资助和实施，预期该项决议将对预期成果第二项和第三项指标的具体目标产生影响。

3. 预算影响

- (a) 在该项决议要求秘书处开展的活动的“生命周期”内估计实施费用总额（估计至最近的万美元，包括工作人员和活动）

该项决议一年期为 3 920 000 美元，包括工作人员、差旅、培训活动、技术援助、卫生供应、安全和业务设备。

执行段落 5 估计费用细目分列如下：

分段(1)	100 000 美元
分段(2)	70 000 美元
分段(3)	50 000 美元
分段(4)	200 000 美元
分段(5)	500 000 美元
分段(6)	3 000 000 美元
总计	3 920 000 美元

- (b) 2010-2011 双年度估计费用（估计至最近的万美元，包括工作人员和活动，并表明将发生费用的本组织层次以及在相关时确定具体区域）**

2 250 000 美元。

- (c) 所表明的估计费用是否归入 2010-2011 双年度已批准的现有规划预算？**

总额 2 250 000 美元中，75%用于总部、区域和耶路撒冷办事处各级的活动。

4. 财政影响

如何筹措 3(b)所表明的估计费用（表明可能的资金来源）？

利用联合呼吁程序，这些资源大部分作为人道主义自愿捐款现已筹集，用以满足人道主义卫生需求、实施拯救生命干预措施、重新恢复中断的卫生服务职能，并推动机构间常设委员会卫生部门的工作。

5. 行政影响

- (a) 实施地点（表明将开展工作的本组织层次，并在相关时确定具体区域）**

将主要通过世卫组织耶路撒冷办事处实施各项活动，该办事处负责落实世卫组织与巴勒斯坦当局的合作规划。世卫组织国家一级努力将获得东地中海区域和总部消灭脊灰、突发事件的防范和应对，以及国家重点、卫生安全和环境等领域工作部门的支持。

- (b) 能否由现有工作人员实施该项决议？如果不能，请在下文(c)中具体说明。**

有必要在 2011 年 5 月之后在国家一级继续保留实际招聘的国家工作人员和国际工作人员，在巴勒斯坦被占领土实施人道主义卫生活动和干预措施。

- (c) 额外的员额配置要求（表明本组织各层次额外需要的工作人员等同专职员工数，并在相关时确定具体区域，说明必要的技能概况）**

不适用。

- (d) 时限（表明实施活动的主要时限）**

一年。

1. WHA64.5 号决议：大流行性流感的防范：共享流感病毒以及获得疫苗和其它利益

2. 与规划预算的联系

战略目标：

全组织范围预期成果：

1. 减轻传染病的卫生、社会和经济负担

1.4 向会员国提供政策和技术支持以加强其能力，对具公共卫生重要性的所有传染病开展监测和监控。

1.7 通过为预防、发现、准备和干预发展和实施工具、方法、规范、网络和伙伴关系，使会员国和国际社会做好准备以发现、评估、应对和处理易流行和大流行的重大疾病（例如流感、脑膜炎、黄热病、出血热、鼠疫和天花）。

1.9 会员国和国际社会就已宣布的由易流行和易大流行疾病导致的突发事件采取有效行动和对应措施。

（简短表明与预期成果、指标、目标、基线的联系）

通过开展以下活动，可大力促进实现上述全组织范围预期成果及其各项指标的具体目标：开展疾病负担研究；扩大和建立流感疫苗生产能力；扩大使用强效佐剂技术；建立储备；发展和加强实验室和监测能力；以及建立国家流感中心和世卫组织流感合作中心。

3. 预算影响

(a) 该项决议要求秘书处开展的活动的生命周期内估计实施费用总额（估计至最近的万美元，包括工作人员和活动）。

该项决议的五年计划实施费用总额达 2.87 亿美元。费用细目如下：

- 加强国家实验室和疾病监测能力的活动（1.058 亿美元）
- 通过开展疾病负担研究，扩大全球流感疫苗生产能力、发展和扩大国家能力以及扩大使用技术的活动（9700 万美元）
- 建立抗病毒药物储备的活动（6700 万美元）
- 大流行性流感防范框架秘书处以及一个咨询小组在管理框架进展情况方面的活动及员额配置（1720 万美元）。

这些概算没有考虑到与下一次大流行引起的所需经费相关的费用。

- (b) 2010-2011 年双年度估计费用（估计至最近的万美元，包括工作人员和活动，表明发生费用的本组织层次并在相关时确定具体区域）。**

6 月至 2011 年 12 月期间，总部一级 200 万美元（工作人员 1 490 000 美元；活动 510 000 美元）。

这笔费用涵盖以下活动和员额配置：起草有关框架的通知；确立咨询小组的人员组成；开展有关基因序列的工作；建立产业伙伴关系捐款基金；并编写一项有关该基金的使用与管理的提案，供 2012 年 5 月的执行委员会届会审议；与公司、联合会和其它实体进行谈判，并制定法律协议模版；以及开始制定一项交流战略和计划。

- (c) (b)所表明估计费用是否归入 2010-2011 年双年度已批准的现有规划预算？**
否。

4. 财政影响

如何筹措 3(b)所表明估计费用（表明可能的资金来源）？

正在考虑为实施该决议采用的筹资模式。拟议建立一个预计由会员国、捐助者和产业界供资的账户。该账户的资金将依赖于所确定的新的自愿捐款。

5. 行政影响

(a) 实施地点（表明将开展工作的本组织层次，并在相关时确定具体区域）。

在 2011 年，总部框架秘书处将协同区域办事处和国家办事处开展工作，为实施该决议提出一项五年计划。自 2012 年起，实施工作大部分在国家一级开展，并获得来自总部的技术支持。实施工作将由总部框架秘书处予以协调。

(b) 能否由现有工作人员实施该项决议？如果不能，请在下文(c)中具体说明。

不能。

(c) 额外的员额配置要求（表明本组织各层次额外需要的工作人员等同专职员工数，并在相关时确定具体区域，说明必要的技能概况）。

需要额外配备以下工作人员：

- 三名专业及以上职类等同专职工作人员，负责设计和制定流感病毒追踪机制，并在各国实施培训课程，以支持全球流感监测和应对系统；
- 一名 50% 等同专职工作人员，负责领导基因测序磋商工作；
- 一名等同专职基金经理和一名等同专职财务助理，负责基金管理工作；以及

- 四名等同专职法律官员，负责与产业进行谈判，并且，除其它外，制定捐款协议、预购协议和知识产权许可协议。

需要为文件和协议翻译提供更多合同资源（根据文件和语言协议的长度而定）。还需要为到 2016 年之前审查框架和附件提供更多支持。

(d) 时限（表明实施活动的主要时限）。

活动将立即展开，并持续至 2016 年对框架和附件进行审查。

1. WHA64.6 号决议：加强卫生人力

2. 与规划预算的联系

战略目标：

全组织范围预期成果：

10. 通过了解可靠和可获得的证据和研究提供信息，加强治理、筹资、员额配置和管理，从而改进卫生服务。

10.8 卫生人力信息和知识基础得到加强，并且政策分析、计划、实施、信息分享和研究方面的国家能力得到增强。

10.9 已向会员国提供技术支持，重点是那些面临严重卫生人力困难的国家，以便改善其卫生人力的培养、分布、技能组合和保留。

（简短表明与预期成果、指标、目标、基线的联系）

世卫组织支持加强卫生人力的活动与战略目标 10，尤其是上述两项全组织范围预期成果相关联。该决议也与 WHA63.16 号决议的执行相关联，在上一决议中（除其它外），通过了世卫组织《全球卫生人员国际招聘行为守则》。

3. 预算影响

- (a) 该项决议要求秘书处开展的活动的生命周期内估计实施费用总额（估计至最近的万美元，包括工作人员和活动）。**

390 万美元用于 2011 年开始的六年期。这包括在总部和各区域的活动。

- (b) 2010-2011 年双年度估计费用（估计至最近的万美元，包括工作人员和活动，表明发生费用的本组织层次并在相关时确定具体区域）。**

总部一级 150 万美元，区域一级 450 万美元。

- (c) (b)所表明的估计费用是否归入 2010-2011 年双年度已批准的现有规划预算？**

总计 100 万美元用于总部和各区域。

4. 财政影响**如何筹措 3(b)所表明估计费用（表明可能的资金来源）？**

费用将通过来自会员国和国际伙伴的核心自愿捐款的收入筹措。根据秘书处制定的《守则》实施战略，在这一领域进行的资源筹措活动将特别侧重于某些会员国和国际伙伴，因为这是一项对任务至关重要的活动。已有欧洲联盟、日本、挪威和美利坚合众国合众国表示了支持。

5. 行政影响**(a) 实施地点（表明将开展工作的本组织层次，并在相关时确定具体区域）。**

本组织各级都将参与；然而，实施工作将特别关注由于严重卫生人力短缺面临重大挑战的国家。

(b) 能否由现有工作人员实施该项决议？如果不能，请在下文(c)中具体说明。

不能。总部和各区域将需要额外的工作人员。

(c) 额外的员额配置要求（表明本组织各层次额外需要的工作人员等同专职员工数，并在相关时确定具体区域，说明必要的技能概况）。

确切需要视活动程度而定。将尽一切努力，除聘用短期人员外，充分利用借调人员和实习生。

(d) 时限（表明实施活动的主要时限）。

秘书处已制定了实施战略。将根据涵盖 2011-2015 年的该战略开展活动。

1. WHA64.7 号决议：加强护理与助产服务**2. 与规划预算的联系**

战略目标：

10. 通过了解可靠和可获得的证据和研究提供信息，加强治理、筹资、员额配置和管理，从而改进卫生服务。

全组织范围预期成果：

10.8 卫生人力信息和知识基础得到加强，并且政策分析、计划、实施、信息分享和研究方面的国家能力得到增强。

10.9 已向会员国提供技术支持，重点是那些面临严重卫生人力困难的国家，以便改善其卫生人力的培养、分布、技能组合和保留。

(简短表明与预期成果、指标、目标、基线的联系)

世卫组织支持加强卫生人力资源的活动与战略目标 10 相关，特别是以上提及的两项全组织范围预期成果。通过世卫组织为加强护理与助产服务采用相关技术框架、工具和准则的活动，将支持在护理与助产服务方面面临严重困难的国家。

3. 预算影响

- (a) 该项决议要求秘书处开展的活动的生命周期内估计实施费用总额（估计至最近的万美元，包括工作人员和活动）。**

在 2011-2014 年期间，总共将需要 400 万美元以便在世卫组织各级实施活动并向会员国提供支持。

- (b) 2010-2011 年双年度估计费用（估计至最近的万美元，包括工作人员和活动，表明发生费用的本组织层次并在相关时确定具体区域）。**

在该双年度期间，总共将发生 200 万美元的费用（总部级 50 万美元，区域级 150 万美元）。

- (c) (b)所表明的估计费用是否归入 2010-2011 年双年度已批准的现有规划预算？**

总共归入了 40 万美元，用于总部和各区域。

4. 财政影响

- 如何筹措 3(b)所表明的估计费用（表明可能的资金来源）？**

通过会员国的自愿捐款和评定会费相结合以及来自国际伙伴的捐款来支付费用。

5. 行政影响

- (a) 实施地点（表明将开展工作的本组织层次，并在相关时确定具体区域）。**

将涉及本组织各级；但是，实施工作将尤其涉及因卫生人力严重短缺而面临重大挑战的国家。

- (b) 能否由现有工作人员实施该项决议？如果不能，请在下文(c)中具体说明。**

不能。总部和各区域将需要额外的工作人员。

- (c) 额外的员额配置要求（表明本组织各层次额外需要的工作人员等同专职员工数，并在相关时确定具体区域，说明必要的技能概况）。**

确切要求将取决于活动的力度。将尽一切努力，除聘用短期职员之外，充分利用借调人员和部署实习生。

- (d) 时限（表明实施活动的主要时限）。**

决议要求总干事在 2012 年和 2014 年向卫生大会报告进展情况。活动的实施工作将酌情纳入 2010-2011 年、2012-2013 年和 2014-2015 年的双年度工作计划。

1. EB128.R8 号决议：加强国家政策对话以形成更加有力的卫生政策、战略和计划

2. 与规划预算的联系

战略目标：

10. 通过了解可靠和可获得的证据和研究提供信息，加强治理、筹资、员额配置和管理，从而改进卫生服务。

全组织范围预期成果：

10.1 通过公立和非立提供者和网络改进管理和组织以人群为基础的综合卫生服务提供，体现综合初级卫生保健战略，扩大以个人和人群为基础的卫生服务的覆盖范围并增强其公平性、质量和安全，以及增进卫生结果。

10.2 通过以证据为基础的政策对话，政策分析和制定方面的机构能力建设，以战略为基础的卫生系统绩效评估，加强绩效方面的透明度和问责制，以及部门间更有效的合作，使国家治理和领导能力得到加强。

10.3 支持会员国努力实现国家卫生系统发展具体目标和全球卫生目标的各种机制（包括捐助者的援助）的协调得到改善。

（简短表明与预期成果、指标、目标、基线的联系）

该决议与关于初级卫生保健，包括加强卫生系统的 WHA62.12 号决议有关。

3. 预算影响

(a) 该项决议要求秘书处开展的活动的生命周期内估计实施费用总额（估计至最近的万美元，包括工作人员和活动）。

六年期内需要 5000 万美元。

(b) 2010-2011 年双年度估计费用（估计至最近的万美元，包括工作人员和活动，表明发生费用的本组织层次并在相关时确定具体区域）。

在本组织所有层面需要 800 万美元。

(c) (b)所表明估计费用是否归入 2010-2011 年双年度已批准的现有规划预算？
是。

4. 财政影响

如何筹措 3(b)所表明估计费用（表明可能的资金来源）？

将通过来自会员国自愿捐款的收入和国际伙伴的捐款提供费用。

5. 行政影响

(a) **实施地点**（表明将开展工作的本组织层次，并在相关时确定具体区域）。

涉及本组织所有层面。

(b) **能否由现有工作人员实施该项决议？如果不能，请在下文(c)中具体说明。**

不能。

(c) **额外的员额配置要求**（表明本组织各层次额外需要的工作人员等同专职员工数，并在相关时确定具体区域，说明必要的技能概况）。

确切需要将视活动程度而定。将尽一切努力，除聘用短期人员外，充分利用借调人员。

(d) **时限**（表明实施活动的主要时限）。

秘书处正在草拟实施计划。

1. WHA64.9 号决议：可持续的卫生筹资结构和全民覆盖

2. 与规划预算的联系

战略目标：

10. 通过了解可靠和可获得的证据和研究提供信息，加强治理、筹资、员额配置和管理，从而改进卫生服务。

全组织范围预期成果：

战略目标 10 下所有的全组织范围预期成果，特别是：

10.10 已向会员国提供以证据为基础的政策和技术支持以便在获得资金、社会和经济风险保护、公平获得服务以及资源使用效率方面改善卫生系统的筹资。

10.11 已为追踪资源，估算疾病的经济后果，以及干预措施、经济灾难、贫穷和社会排斥的代价与后果制定了规范、标准和衡量工具，而且已对它们的使用给予支持和监督。

10.12 必要时采取措施提倡追加卫生资金；建设制定卫生筹资政策以及解释和使用财政信息的能力；并刺激知识的产生和转化以支持政策发展。

（简短表明与预期成果、指标、目标、基线的联系）

该决议提供了一个能促进实现上述预期成果的框架，并与相关指标、具体目标和基线挂钩。

3. 预算影响

- (a) 该项决议要求秘书处开展的活动的生命周期内估计实施费用总额（估计至最近的万美元，包括工作人员和活动）。

该决议的实施在今后六年中将需要花费 900 万美元，此外，为实施 WHA62.12 号决议估计需要 480 万美元。这一数字代表以下活动的费用：在筹措卫生资金以实现全民覆盖方面扩大对会员国的技术和政策支持；将这方面努力与国家卫生计划和战略相结合；和加强能力以便在各国之间分享经验。

- (b) 2010-2011 年双年度估计费用（估计至最近的万美元，包括工作人员和活动，表明发生费用的本组织层次并在相关时确定具体区域）。

目前在筹措资金以实现全民覆盖方面，本组织各级都在积极向各国提供技术支持，并都在促进各国之间分享经验。为满足当前各国的需求，以及国家之间分享关于有效和无效措施方面信息的需要，必须扩大这些活动，为此 2011 年度期间估计需要花费 150 万美元（其中区域的费用为 105 万美元，总部的费用为 45 万美元）。

- (c) (b)所表明的估计费用是否归入 2010-2011 年双年度已批准的现有规划预算？

用于向各国提供技术支持和分享信息的一部分费用已列入 2010-2011 年规划预算。这里概述的费用是必须的额外费用，以满足国家对这种技术支持不断增加的需求，在一定程度上对《2010 年世界卫生报告》¹作出响应。

4. 财政影响

- 如何筹措 3(b)所表明的估计费用（表明可能的资金来源）？

目前正在制定策略，以便能够在资源有限的环境中筹集必要的额外资源。

5. 行政影响

- (a) 实施地点（表明将开展工作的本组织层次，并在相关时确定具体区域）。

各区域都将参与，向会员国提供技术支持。总部将按该决议要求，支持这方面工作，帮助协调越来越多的信息交流活动——尤其因为当前对跨区域交流的需求不断增加。不过，各区域和国家办事处也将大力参与信息交流活动。

- (b) 能否由现有工作人员实施该项决议？如果不能，请在下文(c)中具体说明。

预期会员国对这种支持的需求会增加，为满足这些需求必须增添新职员，或需要重新部署现有职员。许多区域和国家办事处在卫生筹资方面缺乏技能。

¹ 《2010 年世界卫生报告》（“卫生系统筹资：实现全民覆盖的道路”）。日内瓦，世界卫生组织，2010 年。

- (c) **额外的员额配置要求**（表明本组织各层次额外需要的工作人员等同专职员工数，并在相关时确定具体区域，说明必要的技能概况）。

上述费用包括在卫生筹资政策领域增添专业类职员(总部 1.5 名, 区域 3 名) 所需的费用。

- (d) **时限**（表明实施活动的主要时限）。

卫生筹资系统一直在不断发展，所以将继续需要提供技术支持。这项成本核算的时限为三个双年度(即六年)。

- 1. WHA64.10 号决议：** 增强国家卫生突发事件和灾害的管理能力以及卫生系统的应变能力

2. 与规划预算的联系

战略目标：

全组织范围预期成果：

5. 减轻突发事件、灾害、危机和冲突的健康后果以及最大限度减少其社会和经济影响。

5.1 已为发展和加强国家突发事件防备计划和规划制定规范和标准，建设能力和向会员国提供技术支持。

（简短表明与预期成果、指标、目标、基线的联系）

建立和运作一个灾害风险管理和应急准备平台，同时制定国家级医院安全运作规划，将有助于面临风险的国家在降低灾害风险以及应急准备、反应和复苏领域内取得重大进展。该决议将进一步加强针对各种危害的卫生突发事件和灾害风险管理规划，使之成为国家卫生系统的组成部分，以改善卫生结果、降低死亡率和发病率、保护对卫生基础设施的投资，加强卫生系统和整个社会的应变能力。

3. 预算影响

- (a) **该项决议要求秘书处开展的活动的生命周期内估计实施费用总额**（估计至最近的万美元，包括工作人员和活动）。

提供的数字所涉时期至 2013 年底。

总部一级

估计费用总额为 744 万美元。

用于提供技术援助（咨询服务，包括短期合同、开展工作协议、科技咨询小组；差旅；培训）：750 000 美元。

工作人员费用（1名 P5 级工作人员，为期两年；1名 P4 级工作人员，为期两年；1名 G4 级工作人员，为期两年）：165 万美元。这一数字是根据估计若干不同级别工作人员开展这项特定活动所需时间累计计算的结果。

用于加强促进卫生突发事件和灾害风险管理的证据基础，包括业务研究与经济评估的估计费用总额：279 万美元。

用于支持国家开展卫生突发事件和灾害风险管理风险和能力的评估，作为促进行动和加强国家卫生突发事件和灾害风险管理能力的基础的估计费用总额：225 万美元。

区域一级

估计费用总额：450 万美元（每个区域办事处 750 000 美元）。

国家一级

秘书处通过国家办事处为会员国实施该决议提供技术支持的估计最低费用：每个国家 250 000 美元。

(b) 2010-2011 年双年度估计费用（估计至最近的万美元，包括工作人员和活动，表明发生费用的本组织层次并在相关时确定具体区域）。

总部一级

用于提供技术援助（包括涉及短期合同和开展工作协议的咨询服务、差旅、培训、科技咨询小组）：250 000 美元。

用于加强与相关实体（包括公共、私人和非政府组织以及学术界）的合作，以支持国家和社区卫生突发事件和灾害风险管理的估计费用总额：550 000 美元（1名 P5 级工作人员，250 000 美元；1名 P4 级工作人员，200 000 美元；1名 G4 级工作人员，100 000 美元）。这一数字是根据估计若干不同级别工作人员在一年内开展这项特定活动所需时间累计计算的结果。

用于加强促进卫生突发事件和灾害风险管理的证据基础，包括业务研究与经济评估的估计费用总额：930 000 美元。

用于支持国家开展卫生突发事件和灾害风险管理风险和能力的评估，作为促进行动和加强国家卫生突发事件和灾害风险管理能力的基础的估计费用总额：750 000 美元。

区域一级

估计费用总额：150 万美元（每个区域办事处 250 000 美元）。

国家一级

秘书处通过国家办事处为会员国实施该决议提供技术支持的估计最低费用：每个国家 50 000 美元。

(c) 所表明估计费用是否归入 2010-2011 年双年度已批准的现有规划预算？

是，但国家一级除外。

4. 财政影响

如何筹措 3(b) 所表明估计费用（表明可能的资金来源）？

通过筹资和自愿捐款。

5. 行政影响

(a) 实施地点（表明将开展工作的本组织层次，并在相关时确定具体区域）。

实施工作将主要在国家办事处进行。区域办事处将为培训和能力建设提供支持，总部则负责机构间协调、总体规划和制订开展和加强这项工作所必要的以证据为基础的规范和准则。世卫组织突尼斯地中海降低脆弱性中心将在其专长领域内向所有层面提供技术援助。

(b) 能否由现有工作人员实施该项决议？如果不能，请在下文(c)中具体说明。

在总部一级，职员配备足以满足这一领域的开发部分，工作人员费用已编入预算。在区域和国家层面，需要获取其它专长，可通过聘用临时人员（短期合同和开展工作协议）予以解决。

(c) 额外的员额配置要求（表明本组织各层次额外需要的工作人员等同专职员工数，并在相关时确定具体区域，说明必要的技能概况）。

不适用。

(d) 时限（表明实施活动的主要时限）。

计划于 2010-2011 和 2012-2013 双年度开展这些活动。

1. **WHA64.11 号决议：**继莫斯科会议¹之后，筹备联合国大会关于预防和控制非传染性
疾病问题高级别会议

2. 与规划预算的联系

战略目标：

全组织范围预期成果：

3. 预防和减少由慢性非传染性疾病、精神障碍、暴力和伤害以及视力损害造成的疾病、残疾和过早死亡。

3.1 已为在会员国增加政治、财政和技术承诺提供倡导和支持，以处理慢性非传染性疾病，精神和行为障碍、暴力、伤害和残疾以及视力损害（包括盲症）。

¹ 首届健康生活方式和非传染性疾病控制问题全球部长级会议（2011 年 4 月 28-29 日，俄罗斯联邦莫斯科）。

6. 促进卫生与发展，并预防或减少与使用烟草、酒精、药物和其它精神活性物质、不健康饮食、缺乏身体活动和不安全性行为有关病症的危险因素。
- 3.2 已就制定和实施慢性非传染性疾病、精神和神经障碍、暴力、伤害和残疾以及视力损害（包括盲症）的政策、战略和规章向会员国提供指导和支持。
- 3.3 已在会员国提高能力以收集、分析、传播和使用关于慢性非传染性疾病、精神和神经障碍、暴力、伤害和残疾以及视力损害（包括盲症）严重程度、原因和后果的数据。
- 6.2 已提供指导和支持，以便通过制定、验证和向可归因于重大危险因素的死亡和残疾负担高或不断增加的会员国传播框架、工具和操作程序加强国家重大危险因素监测系统。

（简短表明与预期成果、指标、目标、基线的联系）

预期以下会员国的数目将有所增加：(i) 卫生部或国家相应卫生部门已有预防和控制慢性非传染性疾病单位并有专职人员和专门预算的会员国数（3.1.4）；(ii) 已采用国家多部门慢性非传染性疾病政策的会员国数（3.2.3）；(iii) 已有国家卫生报告系统和每年报告四种主要非传染性疾病指标等信息的会员国数（3.3.4）；(iv) 根据世卫组织阶梯式监测方法已建立有效运转的成人中重大健康危险因素国家监测系统的会员国数（6.2.1）。

3. 预算影响

- (a) 该项决议要求秘书处开展的活动的生命周期内估计实施费用总额（估计至最近的万美元，包括工作人员和活动）。

为期 3 年，总共 450 万美元。

- (b) 2010-2011 年双年度估计费用（估计至最近的万美元，包括工作人员和活动，表明发生费用的本组织层次并在相关时确定具体区域）。

本组织各级共 100 万美元。

- (c) (b)所表明的估计费用是否归入 2010-2011 年双年度已批准的现有规划预算？
是。

4. 财政影响

如何筹措 3(b)所表明的估计费用（表明可能的资金来源）？

费用将通过来自会员国和国际伙伴的自愿捐款的收入筹措。

5. 行政影响

(a) **实施地点**（表明将开展工作的本组织层次，并在相关时确定具体区域）。

本组织各级。

(b) **能否由现有工作人员实施该项决议？如果不能，请在下文(c)中具体说明。**

不能。

(c) **额外的员额配置要求**（表明本组织各层次额外需要的工作人员等同专职员工数，并在相关时确定具体区域，说明必要的技能概况）。

将尽一切努力充分利用从会员国借调的人员并聘用短期人员。

(d) **时限**（表明实施活动的主要时限）。

各项活动的时限为三年（秘书处正在制定有关实施计划）。

1. WHA64.12 号决议： 世卫组织在联合国大会关于千年发展目标的高级别全体会议（纽约，2010 年 9 月）后续工作中的作用

2. 与规划预算的联系

战略目标：

10. 通过了解可靠和可获得的证据和研究提供信息，加强治理、筹资、员额配置和管理，从而改进卫生服务。

全组织范围预期成果：

10.4 提供并使用优质和及时信息进行卫生计划和监测实现国家及重要国际目标方面进展的国家卫生信息系统已得到加强。

10.5 通过汇总和公布现有证据，促进重点领域知识的产生，以及卫生研究政策和协调方面(包括在道德行为方面)的全球领导，确保为卫生决策提供更好的知识和证据。

10.11 已为追踪资源，估算疾病的经济后果，以及干预措施、经济灾难、贫穷和社会排斥的代价与后果制定了规范、标准和衡量工具，而且已对它们的使用给予支持和监督。

（简短表明与预期成果、指标、目标、基线的联系）

对妇幼健康问题信息和问责制委员会工作的支持预期将：

- 为国家和全球各级卫生决策提供更好的知识和证据（预期成果 10.5）
- 促进加强国家卫生信息系统（预期成果 10.4）

- 改进国家和全球各级的资源追踪（预期成果 10.11）。

使用目前的指标，可通过经适当监测与卫生有关的千年发展目标且符合商定标准的低收入和中等收入国家的比例，更好地衡量执行成果（指标 10.4.1）。目前，40%的国家符合标准；到 2013 年，具体目标为 60%。

3. 预算影响

- (a) 该项决议要求秘书处开展的活动的生命周期内估计实施费用总额（估计至最近的万美元，包括工作人员和活动）。

250 万美元，用于向委员会提供技术和行政支持。

- (b) 2010-2011 年双年度估计费用（估计至最近的万美元，包括工作人员和活动，表明发生费用的本组织层次并在相关时确定具体区域）。

250 万美元用于总部。

- (c) (b)所表明的估计费用是否归入 2010-2011 年双年度已批准的现有规划预算？
否。

4. 财政影响

如何筹措 3(b)所表明的估计费用（表明可能的资金来源）？

会员国为委员会工作提供的特别自愿捐款。

5. 行政影响

- (a) 实施地点（表明将开展工作的本组织层次，并在相关时确定具体区域）。

总部一级。

- (b) 能否由现有工作人员实施该项决议？如果不能，请在下文(c)中具体说明。

决议可由现有工作人员执行。

- (c) 额外的员额配置要求（表明本组织各层次额外需要的工作人员等同专职员工数，并在相关时确定具体区域，说明必要的技能概况）。

不适用。

- (d) 时限（表明实施活动的主要时限）。

2011 年 1 月至 2011 年 9 月。

1. WHA64.13 号决议：努力降低围产期和新生儿死亡率

2. 与规划预算的联系

战略目标：

4. 在生命的主要阶段，包括妊娠、分娩、新生儿期、儿童期和青少年期，降低发病率和死亡率以及改善健康，同时为所有个人改善性和生殖健康以及促进积极健康老龄化。

全组织范围预期成果：

4.1 向会员国提供支持，为在其它规划合作下朝着普遍获得有效干预加大努力制定综合政策、计划和战略，注意减少性别不平等和卫生不公平，在生命全程提供持续照护，在卫生系统的不同层次整合服务提供，以及加强与民间社会和私立部门的协调。

4.3 已在国家级应用改善孕产妇保健的准则、方针和工具，包括已为强化行动向会员国提供技术支持，以确保每一个孕妇和每一个新生儿的熟练照护，直至分娩和产后期以及出生后时期，尤其为贫穷和条件较差的人群，并监测进展。

4.4 已在国家级应用改善新生儿生存和健康的准则、方针和工具，并已向会员国提供技术支持，以强化朝普遍覆盖方向前进的行动，并开展有效干预和监测进展。

(简短表明与预期成果、指标、目标、基线的联系)

该决议与指标 4.1.1、4.3.1 和 4.4.1 相关；将通过为达到这些指标而制定的具体目标衡量该决议的实施进展情况。

3. 预算影响

(a) 该项决议要求秘书处开展的活动的生命周期内估计实施费用总额（估计至最近的万美元，包括工作人员和活动）。

估计将在 2011 至 2015 年期间实施该决议。总部以及各区域和国家办事处在此五年期间实施决议估计需要的费用总额为 9509 万美元。

(b) 2010-2011 年双年度估计费用（估计至最近的万美元，包括工作人员和活动，表明发生费用的本组织层次并在相关时确定具体区域）。

秘书处各级在双年度剩余期间估计所需费用为 951 万美元。

(c) (b)所表明的估计费用是否归入 2010-2011 年双年度已批准的现有规划预算？

是。

4 财政影响**如何筹措 3(b)所表明的估计费用（表明可能的资金来源）？**

现有的预算外资金来源不足以支付所有这些费用。估计将需要 50 万美元的额外资金。秘书处将寻找足够的额外资金来源，以确保实施该决议。

5. 行政影响**(a) 实施地点（表明将开展工作的本组织层次，并在相关时确定具体区域）。**

在所有区域和国家实施。

(b) 能否由现有工作人员实施该项决议？如果不能，请在下文(c)中具体说明。

不能。

(c) 额外的员额配置要求（表明本组织各层次额外需要的工作人员等同专职员工数，并在相关时确定具体区域，说明必要的技能概况）。

为确保支持各区域实施该决议，需要增加 7 个等同专职员工职位，即总部需要一个 P.5 职位，每一区域各需要增设一个 P.4 职位。

(d) 时限（表明实施活动的主要时限）。

2011-2015 年。

1. WHA64.14 号决议：《2011-2015 年全球卫生部门艾滋病毒/艾滋病战略》**2. 与规划预算的联系**

战略目标：

全组织范围预期成果：

2. 与艾滋病毒/艾滋病、结核病和疟疾作斗争 所有预期成果。

4. 在生命的主要阶段，包括妊娠、分娩、新生儿期、儿童期和青少年期，降低发病率和死亡率以及改善健康，同时为所有个人改善性和生殖健康以及促进积极健康老龄化 所有预期成果。

艾滋病毒战略还与战略目标 6、7 和 11 相关联。

(简短表明与预期成果、指标、目标、基线的联系)

该战略的目标与联合国艾滋病规划署2011-2015年战略相一致，重申国际商定的各项目标：

- 现艾滋病毒预防、治疗和关怀的普遍可及
- 促进实现千年发展目标6（与艾滋病毒/艾滋病、疟疾和其它疾病作斗争和其它卫生相关目标（3、4、5和8）及相关具体目标。

艾滋病毒战略提出的2015年四项具体目标是以世卫组织《2008-2013中期战略性计划》所阐述的指标和具体目标为基础。具体目标如下：

- 减少艾滋病毒新发感染：将15-24岁年龄组感染艾滋病毒青年人的比例减少50%（与2009年基线水平相比）
- 消除儿童中的艾滋病毒感染：将儿童中的艾滋病毒新发感染减少90%（与2009年基线水平相比）
- 降低艾滋病毒死亡率：将艾滋病毒相关死亡人数减少25%（与2009年基线水平相比）
- 降低结核病相关死亡率：结核病死亡人数减少50%（与2004年的基线值相比）。

3. 预算影响

(d) 该项决议要求秘书处开展的活动的生命周期内估计实施费用总额（估计至最近的万美元，包括工作人员和活动）。

2011 至 2015 年五年期费用总额为 5.15 亿美元。

(e) 2010-2011 年双年度估计费用（估计至最近的万美元，包括工作人员和活动，表明发生费用的本组织层次并在相关时确定具体区域）。

7300 万美元，其中三分之二以上的费用预计将发生在区域和国家一级。

(f) (b)所表明的估计费用是否归入 2010-2011 年双年度已批准的现有规划预算？
是。

4 财政影响

如何筹措 3(b)所表明的估计费用（表明可能的资金来源）？

资金来源包括：评定会费；核心自愿捐款；联合国艾滋病规划署统一预算、成果和问责制框架的核心资金；和来自会员国和基金会的直接自愿捐款。

5. 行政影响

(e) 实施地点（表明将开展工作的本组织层次，并在相关时确定具体区域）。

秘书处将为本组织各层次和各区域实施该战略提供支持。已编制了下一个双年度的详细行动计划草案，说明各组织层次和各区域的具体产出。将特别注意确保本组织在国家一级有足够的的能力支持战略的实施。

(f) 能否由现有工作人员实施该项决议？如果不能，请在下文(c)中具体说明。

世卫组织艾滋病毒规划目前正在进行调整，以确定实施该战略所必要的的能力、技能和人员配置结构。调整工作侧重于在整个秘书处提高规划内部工作效率，包括本组织三个级别有明确分工。调整过程的结果应于 2011 年之前实施，预计员额配置水平将足以支持该战略的实施。预计五年期内可能需要对员额配置进行一些调整，以满足不断变化的需要。

(g) 额外的员额配置要求（表明本组织各层次额外需要的工作人员等同专职员工数，并在相关时确定具体区域，说明必要的技能概况）。

不适用。

(h) 时限（表明实施活动的主要时限）。

该战略的执行期为五年。将编制各个双年度的详细行动计划。

1. WHA64.15 号决议：霍乱：控制和预防机制

2. 与规划预算的联系

战略目标：

全组织范围预期成果：

1. 减轻传染病的卫生、社会和经济负担

1.3 已向会员国提供有效协调和支持，使全体人口能利用干预措施预防、控制、消灭和根除被忽视的热带病，包括人畜共患疾病。

1.9 会员国和国际社会就已宣布的由易流行和易大流行疾病导致的突发事件采取有效行动和对应措施。

5. 减轻突发事件、灾害、危机和冲突的健康后果以及最大限度减少其社会和经济影响

5.4 已就自然灾害和冲突局势中的传染病控制向会员国提供协调的技术支持。

8. 在所有部门促进更健康环境，强化一级预防和影响公共政策，以便处理环境对健康威胁的根本原因

8.1 已开展以证据为基础的评估并就环境健康的重大危害（例如，空气质量差、化学物质、电磁场、氡、劣质饮用水以及废水的再利用）制定和更新了规范和标准。

(简短表明与预期成果、指标、目标、基线的联系)

该决议与总的预期成果以及以下做出说明的具体内容相一致。

基线：根据所表达的需求向各国和区域办事处提供特别支持。

具体目标：本双年度制定一份 2011-2016 年中期战略以及详细的行动计划和必要工具；在三个区域开始实施；2012-2013 双年度在三个区域的各三个国家中实施计划；2014-2015 双年度在三个区域继续开展活动并使其得以扩展，并纳入另外三个区域。

指标：

(a) 已向受到疫情影响的国家提供信息和技术支援；

(b) 向开展下列工作的每一个参加国提供了支持：

- 修订并更新了国家行动计划；审查了本国综合疾病监测范畴内的霍乱监测
- 确定了“热点”和长期趋势
- 确定了防范和预防活动的特定需求，开展了控制活动并随时间推移加以维持（例如：健康教育、食品安全、饮用水卫生、物资预置）
- 对疫苗使用开展了评估，并且在相关时拟定了采用计划
- 实施了教员培训战略、多次举办了国家研讨班并对能力建设活动进行了质量控制（例如在病例管理和实验室能力方面）
- 根据将要制定和确定的指标开展了业绩监测

(c) 与主要利益攸关方举行了例会，审查各类主题方面的进展和最佳实践；

(d) 对风险评估、疫苗开发和其它相关问题方面的研究活动提供了支持。

3. 预算影响

(a) 该项决议要求秘书处开展的活动的生命周期内估计实施费用总额（估计至最近的万美元，包括工作人员和活动）。

五年总额：职员及活动费用 20 220 000 美元（不含规划支持费用）。

(b) 2010-2011 年双年度估计费用（估计至最近的万美元，包括工作人员和活动，表明发生费用的本组织层次并在相关时确定具体区域）。

人员配备：总部需要 874 000 美元，区域需要 606 000 美元（非洲、美洲和东地中海区域办事处）。

开展活动：1 240 000 美元，其中 57% 将用在区域层面。

(c) (b)所表明的估计费用是否归入 2010-2011 年双年度已批准的现有规划预算？

从某种程度上讲，与疫情相关的费用可包括在已批准的规划预算现有数额内；到底在多大程度上能够做到这一点，主要取决于疫情的严重性或者规律性。并不期望与采取的预防性行动有关的费用能够在上述战略性目标的现行预算限额内得到考虑。

4. 财政影响**如何筹措 3(b)所表明的估计费用（表明可能的资金来源）？**

将制定一份中期战略，用作国际和国家层面上的资源动员。

5. 行政影响**(a) 实施地点（表明将开展工作的本组织层次，并在相关时确定具体区域）。**

在总部层面开展全球协调、支持和标准的制定；全球霍乱控制专题小组在所有相关部门的参与下开展工作。区域和国家层面的活动在第一个双年度侧重非洲区、美洲区和东地中海区，在随后的双年度内扩大至东南亚、欧洲和西太平洋区域。

(b) 能否由现有工作人员实施该项决议？如果不能，请在下文(c)中具体说明。

不能。

(c) 额外的员额配置要求（表明本组织各层次额外需要的工作人员等同专职员工数，并在相关时确定具体区域，说明必要的技能概况）。

在五年内，需要在不同层面增加四名专业类职员；还需要增加一般事务职等的人员，为总部现有职员提供支持。在区域层面，每个区域需要一名公共卫生专家或者流行病学家以及一名 P4 级的饮用水卫生专家。

(d) 时限（表明实施活动的主要时限）。

最初期限为 5 年。

1. WHA64.16 号决议：消灭麦地那龙线虫病**2. 与规划预算的联系**

战略目标：

1. 减轻传染病的卫生、社会和经济负担

全组织范围预期成果：

3.1 已向会员国提供有效协调和支持，使全体人口能利用干预措施预防、控制、消除和消灭被忽视的热带病，包括人畜共患疾病。

(简短表明与预期成果、指标、目标、基线的联系)

该决议将提供一个框架，使认证已消灭麦地那龙线虫病的国家和领地数量从 2010 年 187 个增加到 2013 年 193 个。

3. 预算影响

- (a) 该项决议要求秘书处开展的活动的生命周期内估计实施费用总额（估计至最近的万美元，包括工作人员和活动）。**

在该决议设想的 5 年生命周期中（2011-2015 年）为 3000 万美元。

- (b) 2010-2011 年双年度估计费用（估计至最近的万美元，包括工作人员和活动，表明发生费用的本组织层次并在相关时确定具体区域）。**

12 740 000 美元。费用将发生在总部、非洲和东地中海区域办事处以及国家办事处。

- (c) (b)所表明的估计费用是否归入 2010-2011 年双年度已批准的现有规划预算？**
是。

4. 财政影响

如何筹措 3(b)所表明的估计费用（表明可能的资金来源）？

现有预算外来源。

5. 行政影响

- (a) 实施地点（表明将开展工作的本组织层次，并在相关时确定具体区域）。**

总部、非洲和东地中海区域办事处以及这两个区域的国家。

- (b) 能否由现有工作人员实施该项决议？如果不能，请在下文(c)中具体说明。**
能。

- (c) 额外的员额配置要求（表明本组织各层次额外需要的工作人员等同专职员工数，并在相关时确定具体区域，说明必要的技能概况）。**

无。

- (d) 时限（表明实施活动的主要时限）。**

2011-2015 年。

1. WHA64.17 号决议：疟疾

2. 与规划预算的联系

战略目标：

2. 与艾滋病毒/艾滋病、结核病和疟疾作斗争

全组织范围预期成果：

2.1 已为艾滋病毒/艾滋病、结核病和疟疾患者的预防、治疗和护理制定准则、政策、战略和其它工具，包括在穷人、难以接触到和脆弱的人群中提高干预覆盖率的创新方针。

2.2 已向国家提供政策和技术支持，以便有助于扩大提供对性别问题敏感的艾滋病毒/艾滋病、结核病和疟疾预防、治疗和护理干预措施；包括综合培训和服务提供；更广泛的服务提供者网络；以及强化的实验室能力及与其它卫生服务更好的联系，例如性和生殖卫生保健，孕产妇、新生儿和儿童卫生，性传播感染，营养，药物依赖性治疗服务，呼吸道疾病医疗，被忽视的疾病以及环境卫生。

2.3 已为预防和治疗艾滋病毒/艾滋病、结核病和疟疾，就促进公平获得质量得到保证的基本药物、诊断工具和卫生技术及其由开处方者和消费者合理使用和不间断供应诊断制剂、安全血液和血液制品、注射剂以及其它基本卫生技术和用品的政策和规划，提供全球指导和技术支持。

2.4 已加强和扩大全球、区域和国家监测、评价和监控系统，以便了解艾滋病毒/艾滋病、结核病和疟疾控制具体目标和资源分配方面的进展并确定控制努力的影响和耐药性的演变。

2.5 通过在国家、区域和全球各级倡导和培育艾滋病毒/艾滋病、结核病和疟疾伙伴关系已维持政治承诺和确保筹集资源；已酌情向国家提供支持，制定或加强和实施资源筹集和利用机制及提高现有资源的吸收能力；

以及加强社区和受影响者参与以便最大限度扩大艾滋病毒/艾滋病、结核病和疟疾控制规划范围和提高其绩效。

2.6 已发展和验证新的知识、干预工具和战略以满足预防和控制艾滋病毒/艾滋病、结核病和疟疾重点需求，并且来自发展中国家的科学家越来越多地在这一研究中发挥带头作用。

(简短表明与预期成果、指标、目标、基线的联系)

该决议基于联合国大会第 55/284 号决议（其中宣布 2001-2010 年为遏制疟疾十年，尤其是在非洲遏制疟疾）以及 WHA58.2 号和 WHA60.18 号决议（其中要求每年在全世界举办世界疟疾日活动）。该决议响应联合国秘书长关于实现全民覆盖的呼吁，要求采取抗疟干预措施；它还为实现 2008-2013 年中期战略性计划中针对战略目标 2 所确定的与控制疟疾有关的一系列预期成果、具体目标和基线数据提供了框架。此外，这些预期成果、具体目标和基线数据与 2008-2015 年全球遏制疟疾行动计划所列的预期成果和指标相一致。

3. 预算影响

- (a) 该项决议要求秘书处开展的活动的生命周期内估计实施费用总额（估计至最近的万美元，包括工作人员和活动）。

该决议的生命周期是 2011-2015 年。秘书处在 2012 年之后负责协调全面实施工作所需费用估计为 500 000 美元。

- (b) 2010-2011 年双年度估计费用（估计至最近的万美元，包括工作人员和活动，表明发生费用的本组织层次并在相关时确定具体区域）。

总共需要 250 000 美元，以便全球疟疾规划秘书处能够开始准备为实施工作提供支持。

- (c) (b)所表明估计费用是否归入 2010-2011 年双年度已批准的现有规划预算？

80%的估计费用将由已批准的规划预算支付。

4. 财政影响

如何筹措 3(b)所表明估计费用（表明可能的资金来源）？

将调动预算外资金。

5. 行政影响

(a) 实施地点（表明将开展工作的本组织层次，并在相关时确定具体区域）。

所有区域都面临疟疾的严重威胁，因此，为实施该决议，需要总部、各区域办事处以及疟疾流行国中的国家办事处采取行动。

(b) 能否由现有工作人员实施该项决议？如果不能，请在下文(c)中具体说明。

不需要为支持实施工作增添工作职位。

(c) 额外的员额配置要求（表明本组织各层次额外需要的工作人员等同专职员工数，并在相关时确定具体区域，说明必要的技能概况）。

见以上(b)段。

(d) 时限（表明实施活动的主要时限）。

该决议的时限为 5 年。

1. WHA64.22 号决议：《财务条例》修订款

2. 与规划预算的联系

战略目标：

全组织范围预期成果：

13. 将世卫组织发展和保持为一个灵活、学习型的组织，使它能够更好地切实有效地履行其使命。

13.5 根据强调质量和反应的服务级协定的规定，具备为本组织有效运作所必需的管理和行政支持服务¹。

（简短表明与预期成果、指标、目标、基线的联系）

该决议与世卫组织的法定外部审计以及本组织的帐目核准相关联。预期成果是提供无保留的审计意见。

3. 预算影响

(a) 该项决议要求秘书处开展的活动的生命周期内估计实施费用总额（估计至最近的万美元，包括工作人员和活动）。

要求外审计员对年度财务报表发布审计报告，估计这一要求会使每个双年度的成本增加 10 万至 20 万美元。在 2011 年初收到涵盖 2012-2015 年两个双年度的外审计员职位提名时以及在 2011 年 5 月卫生大会对外审计员做出任命之后，才可知晓具体数目。

¹ 包括在信息技术、人力资源、财政资源、后勤和语言服务领域的服务。

- (b) 2010-2011 年双年度估计费用（估计至最近的万美元，包括工作人员和活动，表明发生费用的本组织层次并在相关时确定具体区域）。

无。

- (c) (b)所表明的估计费用是否归入 2010-2011 年双年度已批准的现有规划预算？

不适用。

4. 财政影响

如何筹措 3(b)所表明的估计费用（表明可能的资金来源）？

通过正常预算或者行政管理费用（从自愿捐款中划拨的规划支持费或员额占用费）解决。

5. 行政影响

- (a) 实施地点（表明将开展工作的本组织层次，并在相关时确定具体区域）。

活动的实施主要涉及总部和全球服务中心；还需要为代为管理的实体（联合国艾滋病规划署、国际癌症研究机构、国际计算中心和国际药品采购机制 (UNITAID)）的帐目进行年度核准审计。《财务条例》的更改应当不会对区域审计的频次造成影响。

- (b) 能否由现有工作人员实施该项决议？如果不能，请在下文(c)中具体说明。

尽管外审计员需要更多的资源，但不必增加工作人员。

- (c) 额外的员额配置要求（表明本组织各层次额外需要的工作人员等同专职员工数，并在相关时确定具体区域，说明必要的技能概况）。

见上述 5(b)。

- (d) 时限（表明实施活动的主要时限）。

首次年度核准审计包括世卫组织 2012 年的财务报表。

1. WHA64.24 号决议：饮用水、环境卫生与健康

2. 与规划预算的联系

战略目标：

全组织范围预期成果：

8. 在所有部门促进更健康环境，强化一级预防和影响公共政策，以便处理环境对健康威胁的根本原因。

8.1 已开展以证据为基础的评估并就环境对健康的重大危害（例如，空气质量差、化学物质、电磁场、氡、劣质饮用水以及废水的再利用）制定和更新了规范和标准。

8.2 已为实施可减少环境对健康的危害、加强安全性和促进公共卫生，包括在特定环境（例如工作场所、家庭或城市）中和在脆弱群体（例如儿童）中的一级预防干预措施向会员国提供技术支持和指导。

8.4 已产生指导、工具和行动，以便支持卫生部门影响其它部门政策，使其它部门能够确定和通过可改善健康、环境和安全的政策。

8.5 加强卫生部门领导以创建更健康的环境和在所有部门改变政策，通过应对正在出现和重新出现的发展对环境卫生产生的后果、消费和生产模式变化产生的后果以及新兴技术的破坏性影响等手段，处理环境对健康威胁的根本原因。

（简短表明与预期成果、指标、目标、基线的联系）

饮用水、环境卫生和健康问题横跨战略目标 8 项下的全组织范围预期成果，尤其是 8.1（风险评估和管理指南）、8.2（一级预防）、8.4（部门间能力建设）和 8.5（监测）。强化饮用水和环境卫生相关疾病预防方面的工作与本战略目标的预期成果相一致，该决议的实施情况将在上述预期成果的指标和具体目标上得到体现。

3. 预算影响

- (a) 该项决议要求秘书处开展的活动的生命周期内估计实施费用总额（估计至最近的万美元，包括工作人员和活动）。**

除现有规划之外，2012-2013 年期间的估计费用为 394 万美元。此后持续开展工作的每个双年度估计费用约为 2100 万美元。

- (b) 2010-2011 年双年度估计费用（估计至最近的万美元，包括工作人员和活动，表明发生费用的本组织层次并在相关时确定具体区域）。**

985 000 美元（本双年度最后六个月 394 万美元中的 25%）。

这些费用将发生在总部和区域办事处层面，这些区域办事处现缺乏在饮用水、环境卫生和健康方面具有专长的顾问，即非洲、东地中海和西太平洋区域办事处。

- (c) (b)所表明的估计费用是否归入 2010-2011 年双年度已批准的现有规划预算？**
否。

4. 财政影响**如何筹措 3(b)所表明的估计费用（表明可能的资金来源）？**

正在寻求得到更多的自愿捐款：多个方面已经表达了兴趣。

5. 行政影响**(a) 实施地点（表明将开展工作的本组织层次，并在相关时确定具体区域）。**

决议的实施涉及总部、区域和国家层面的活动。总部将发挥协调和管理作用，并且提供指导及制定标准，还将为活动的实施提供支持。

区域办事处将支持监测、饮用水安全计划、能力建设以及特定环境的活动方式。

着力侧重国家的项目将需要国家办事处工作人员的参与，以使其得到成功实施。

(b) 能否由现有工作人员实施该项决议？如果不能，请在下文(c)中具体说明。

不能。

(c) 额外的员额配置要求（表明本组织各层次额外需要的工作人员等同专职员工数，并在相关时确定具体区域，说明必要的技能概况）。

需要增设以下工作人员：一名 P5 级监测管理者；一名 P3 级技术官员，以支持联合国水机制的全球环境卫生和饮用水分析与评估；两名 P4 级技术官员，一名特别管理废水活动，另一名管理对实现饮用水和环境卫生方面的基本人权具有影响的国家卫生战略问题；三名 P4 级饮用水、环境卫生和健康方面的地区顾问（非洲、东地中海和西太平洋区域办事处各一名）。

(d) 时限（表明实施活动的主要时限）。

2010-2011 年。针对 2015 年之后的饮用水和环境卫生监测问题，要制定新一代具体目标和指标，就此开展广泛磋商之后，将在 2011 年 7 月 1 日时启动多个工作小组，会逐步增加工作人员，满足额外工作的需要。

2012-2013 年。应当完成启动阶段和战略工作的协调；之后将持续落实各项活动。

1. WHA64.27 号决议：预防儿童伤害**2. 与规划预算的联系**

战略目标：

全组织范围预期成果：

3. 预防和减少由慢性非传染性疾病、精神障碍、暴力和伤害以及视力损害造成的疾病、残疾和过早死亡。

3.1 已为在会员国增加政治、财政和技术承诺提供倡导和支持，以处理慢性非传染性疾病，精神和行为障碍、暴力、伤害和残疾以及视力损害（包括盲症）。

3.2 已就制定和实施慢性非传染性疾病、精神和神经障碍、暴力、伤害和残疾以及视力损害（包括盲症）的政策、战略和规章向会员国提供指导和支持。

3.3 已在会员国提高能力以收集、分析、传播和使用关于慢性非传染性疾病、精神和神经障碍、暴力、伤害和残疾以及视力损害（包括盲症）严重程度、原因和后果的数据。

3.5 已为制定和实施多部门、全人群范围促进精神卫生与预防精神和行为障碍、暴力和伤害以及听力和视力损害（包括盲症）规划向会员国提供指导和支持。

3.6 已为预防和管理慢性非传染性疾病、精神和行为障碍、暴力、伤害和残疾以及视力损害（包括盲症）向会员国提供指导和支持，以提高其卫生和社会系统的能力。

（简短表明与预期成果、指标、目标、基线的联系）

该决议提供的框架将有助于实现在计划指标、目标和基线方面的预期成果。

3. 预算影响

(a) 该项决议要求秘书处开展的活动的生命周期内估计实施费用总额（估计至最近的万美元，包括工作人员和活动）。

该决议的生命周期估计为 10 年（2011-2021 年）。秘书处用于支持实施活动的费用估计为 1000 万美元。

(b) 2010-2011 年双年度估计费用（估计至最近的万美元，包括工作人员和活动，表明发生费用的本组织层次并在相关时确定具体区域）。

如果 2011 年 5 月卫生大会通过决议，2010-2011 年双年度期间，秘书处有关活动的估计费用为 50 万美元。费用将发生在本组织的所有层次。

(c) (b)所表明估计费用是否归入 2010-2011 年双年度已批准的现有规划预算？
是。

4. 财政影响

如何筹措 3(b)所表明估计费用（表明可能的资金来源）？

从现有的预算外来源不足以筹措全部费用。秘书处将调查研究额外资金来源。

5. 行政影响

(a) 实施地点（表明将开展工作的本组织层次，并在相关时确定具体区域）。

世卫组织所有区域和国家。

(b) 能否由现有工作人员实施该项决议？如果不能，请在下文(c)中具体说明。

不能。

(c) 额外的员额配置要求（表明本组织各层次额外需要的工作人员等同专职员工数，并在相关时确定具体区域，说明必要的技能概况）。

总部需要增加一名 P.4 级职员以协调后续行动。

(d) 时限（表明实施活动的主要时限）。

2011-2021 年。

1. WHA64.28 号决议：青少年与健康风险

2. 与规划预算的联系

战略目标：

全组织范围预期成果：

2. 与艾滋病毒/艾滋病、结核病和疟疾作斗争。

2.1. 已为艾滋病毒/艾滋病、结核病和疟疾患者的预防、治疗和护理制定准则、政策、战略和其它工具，包括在穷人、难以接触到和脆弱的人群中提高干预覆盖率的创新方针。

3. 预防和减少由慢性非传染性疾病、精神障碍、暴力和伤害以及视力损害造成的疾病、残疾和过早死亡。

4. 在生命的主要阶段，包括妊娠、分娩、新生儿期、儿童期和青少年期，降低发病率和死亡率以及改善健康，同时为所有个人改善性和生殖健康以及促进积极健康老龄化。

4.6 已为实施以证据为基础的青少年健康与发育政策和战略以及按照既定标准扩大一揽子预防、治疗和护理干预向会员国提供技术支持。

6. 促进卫生与发展,并预防或减少与使用烟草、酒精、药物和其它精神活性物质、不健康饮食、缺乏身体活动和安全性行为有关疾病的危险因素。
7. 通过可增进卫生公平和融合有利于穷人、对性别问题有敏感认识和以人权为基础措施的政策和规划,处理健康的根本社会和经济决定因素。
9. 在生命全程改善营养、食品安全和食品保障以及支持公共卫生和可持续发展。

(简短表明与预期成果、指标、目标、基线的联系)

该决议与指标 4.6.1 直接相关。此外,它与 2008-2013 年中期战略性计划(经修订(草案))(修订版,2009 年 4 月)¹所列战略目标的几个指标和具体目标相关。涉及下列指标和具体目标:战略目标 2,第二点;战略目标 3,所有三点;战略目标 6,所有三点;战略目标 7,第一点;战略目标 9,第三点。

3. 预算影响

- (a) 该项决议要求秘书处开展的活动的生命周期内估计实施费用总额(估计至最近的万美元,包括工作人员和活动)。

估计该决议的生命期为 10 年(2011-2021)。这期间,秘书处在总部、区域办事处和国家办事处落实该决议的估计费用为 1.05 亿美元。

- (b) 2010-2011 年双年度估计费用(估计至最近的万美元,包括工作人员和活动,表明发生费用的本组织层次并在相关时确定具体区域)。

秘书处所有层面在本双年度的剩余时间内需要的估计费用为 530 万美元。

- (c) (b)所表明的估计费用是否归入 2010-2011 年双年度已批准的现有规划预算?
是。

¹ 可在线查阅: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/MTSP2009/MTSP3-en.pdf (2011 年 5 月 17 日查阅)。

4. 财政影响**如何筹措 3(b)所表明估计费用（表明可能的资金来源）？**

现有资金不足以支付所有费用。估计需要的额外费用为 530 000 美元。秘书处将确定其它资金来源，确保得到足够数量的资金来实施该决议。

5. 行政影响**(a) 实施地点（表明将开展工作的本组织层次，并在相关时确定具体区域）。**

在所有区域和国家实施。

(b) 能否由现有工作人员实施该项决议？如果不能，请在下文(c)中具体说明。

不能。

(c) 额外的员额配置要求（表明本组织各层次额外需要的工作人员等同专职员工数，并在相关时确定具体区域，说明必要的技能概况）。

需要在区域增设两名 P4 级工作人员，非洲和西太平洋区域办事处各设一名，确保为实施本区域的青少年健康活动提供支持。

(d) 时限（表明实施活动的主要时限）。

2011-2021 年。

1. WHA64(11)号决定：消灭天花：销毁储存的天花病毒**2. 与规划预算的联系**

战略目标：

1. 减轻传染病的卫生、社会和经济负担

全组织范围预期成果：

1.7 通过为预防、发现、准备和干预发展和实施工具、方法、规范、网络和伙伴关系，使会员国和国际社会做好准备以发现、评估、应对和处理易流行和大流行的重大疾病（例如流感、脑膜炎、黄热病、出血热、鼠疫和天花）。

（简短表明与预期成果、指标、目标、基线的联系）

在该决定中，卫生大会重申，在对于加强疫情方面公共卫生应对能力至关重要的研究结果允许的情况下，有必要就销毁储存的天花病毒建议的新日期达成共识。该决定与上述预期成果及其指标相一致。

3. 预算影响

- (a) 该项决定要求秘书处开展的活动的生命周期内估计实施费用总额（估计至最近的万美元，包括工作人员和活动）。

在该决定的生命周期内，每年的估计费用为 1 540 000 美元。该决议要求向第六十七届世界卫生大会提出报告。

- (b) 2010-2011 年双年度估计费用（估计至最近的万美元，包括工作人员和活动，表明发生费用的本组织层次并在相关时确定具体区域）。

总部需 770 000 美元。

- (c) 所表明的估计费用是否归入 2010-2011 年双年度已批准的现有规划预算？

已经列入了 410 000 美元数额。

4. 财政影响

如何筹措 3(b)所表明的估计费用（表明可能的资金来源）？

将寻求额外的自愿捐款。

5. 行政影响

- (a) 实施地点（表明将开展工作的本组织层次，并在相关时确定具体区域）。

总部与美洲和欧洲区域办事处协调开展（存储情况检查访问）。

- (b) 能否由现有工作人员实施该项决定？如果不能，请在下文(c)中具体说明。

尽管在后勤方面需要得到更多的技术和专门技能，但这可以通过重新部署现有工作人员来实现。

- (c) 额外的员额配置要求（表明本组织各层次额外需要的工作人员等同专职员工数，并在相关时确定具体区域，说明必要的技能概况）。

不适用。

- (d) 时限（表明实施活动的主要时限）。

该决定获得通过之后应当尽快开始实施。该决定并没有指明项目活动的具体结束时间。