



世界 卫生 组织

第六十六届 世界卫生大会

2013 年 5 月 20 - 27 日于日内瓦

决 议 和 决 定
附 件

日 内 瓦
二〇一三年

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

根据执行委员会第一三一届会议的决定¹，第六十六届世界卫生大会于 2013 年 5 月 20 日至 27 日在日内瓦万国宫举行。

¹ EB131(10)号决定。

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

WHA66.1	2014-2019 年第十二个工作总规划	3
WHA66.2	2014-2015 年规划预算	3
WHA66.3	《财务条例》和《财务细则》修订款	5
WHA66.4	面向普遍的眼健康：2014-2019 年全球行动计划	5
WHA66.5	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	7
WHA66.6	2012 年 1 月 1 日 - 2012 年 12 月 31 日期间财务报告和经审计的 财务报表	10
WHA66.7	实施联合国拯救妇女和儿童生命产品委员会提出的建议	10
WHA66.8	2013-2020 年精神卫生综合行动计划	13
WHA66.9	残疾	13
WHA66.10	联合国大会预防和控制非传染性疾病问题高级别会议的政治宣言的 后续行动	17
WHA66.11	2015 年后发展议程中的卫生问题	22

WHA66.12	被忽视的热带病	24
WHA66.13	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	27
WHA66.14	解决欠费的特别安排：塔吉克斯坦	28
WHA66.15	2014-2015 年摊款比额表	29
WHA66.16	外汇风险管理	34
WHA66.17	外审计员的报告	35
WHA66.18	世界卫生组织总干事的选举工作小组报告的后续事宜	36
WHA66.19	不动产	49
WHA66.20	世界卫生组织与南方中心之间的协定	49
WHA66.21	将南苏丹从东地中海区域转至非洲区域	50
WHA66.22	研究与开发方面筹资和协调问题协商性专家工作小组报告的 后续事宜	50
WHA66.23	改革卫生人力教育以支持全民健康覆盖	53
WHA66.24	电子卫生保健标准化和互用性	56
决定		
WHA66(1)	证书委员会的组成	60
WHA66(2)	选举第六十六届世界卫生大会官员	60
WHA66(3)	成立会务委员会	60
WHA66(4)	通过议程	61
WHA66(5)	选举主要委员会官员	61

WHA66(6)	审核证书.....	61
WHA66(7)	选举有权指派一人供职于执行委员会的会员国.....	62
WHA66(8)	世卫组织筹资.....	62
WHA66(9)	资源战略配置方法.....	63
WHA65(10)	劣质、假造、标签不当、伪造、假冒医疗产品.....	63
WHA65(11)	任命参加世卫组织工作人员养恤金委员会的代表.....	63
WHA66(12)	研究与开发方面筹资和协调问题协商性专家工作小组报告的 后续事宜.....	63
WHA66(13)	选择召开第六十七届世界卫生大会的国家.....	64

附 件

1.	世界卫生组织《财务条例》修订文本.....	67
2.	普遍的眼健康：2014 - 2019 年全球行动计划.....	69
3.	2013-2020 年精神卫生综合行动计划.....	85
4.	2013-2020 年非传染性疾病预防控制全球行动计划.....	111
5.	世界卫生组织与南方中心之间的协定.....	162
6.	卫生大会通过的决议对秘书处的财政和行政影响.....	165

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 131 届和第 132 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. 世卫组织改革
12. 规划和预算事项
 - 12.1 2012-2013 年规划预算实施情况：中期报告
 - 12.2 第十二个工作总规划草案
 - 12.3 2014-2015 年规划预算方案
 - 21.6 《财务条例》和《财务细则》修订款

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. 非传染性疾病
 - 13.1 全球非传染性疾病预防控制综合监测框架和目标草案
 - 13.2 2013-2020 年预防控制非传染性疾病行动计划草案
 - 13.3 2013-2020 年精神卫生综合行动计划草案
 - 13.4 2014-2019 年预防可避免的盲症和视力损害行动计划草案
 - 13.5 残疾
14. 在生命全程促进健康
 - 14.1 监测与卫生相关的千年发展目标的实现情况
 - 14.2 为增进妇幼健康而设立的高级别委员会所提建议的后续行动
 - 14.3 健康问题社会决定因素
15. 防范、监测和应对
 - 15.1 实施《国际卫生条例（2005）》
 - 15.2 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
 - 15.3 脊髓灰质炎：强化全球消灭行动
16. 传染病
 - 16.1 全球疫苗行动计划
 - 16.2 被忽视的热带病
 - 16.3 疟疾
17. [转至乙委员会]
18. [转至乙委员会]

乙委员会

19. 委员会会议开幕¹
20. 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
21. 财务事项

¹ 包括选举副主席和报告员。

- 21.1 2012年1月1日 - 2012年12月31日期间财务报告和经审计的财务报表
- 21.2 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
- 21.3 解决欠费的特别安排
- 21.4 2014-2015年摊款比额表
- 21.5 [删除]
- 21.6 [移至甲委员会]
- 22. 审计和监督事项
 - 22.1 外审计员的报告
 - 22.2 内审计员的报告
- 23. 职工配备事项
 - 23.1 人力资源：年度报告
 - 23.2 国际公务员制度委员会的报告
 - 23.3 《人事条例》和《职员细则》修订款
 - 23.4 联合国工作人员养恤金联合委员会的报告
 - 23.5 任命参加世卫组织工作人员养恤金委员会的代表
- 24. 管理和法律事项
 - 24.1 世界卫生组织总干事的选举工作小组报告的后续事宜
 - 24.2 不动产
 - 24.3 与政府间组织的协定
 - 24.4 将南苏丹从东地中海区域转至非洲区域
- 25. 联合国系统内及与其它政府间组织的合作
- 17. 卫生系统
 - 17.1 劣质、伪造、标签不当、伪造、假冒医疗产品
 - 17.2 研究与开发方面筹资和协调问题协商性专家工作小组报告的后续事宜

17.3 全民健康覆盖

17.4 卫生人力：应对短缺和移徙以及迎接新需求方面的进展

17.5 电子卫生保健与卫生互联网域名

18. 进展报告

非传染性疾病

A. 加强非传染性疾病政策，促进积极老年生活(WHA65.3 号决议)

B. 减少有害使用酒精的全球战略（WHA63.13 号决议）

C. 维持消除碘缺乏症（WHA60.21 号决议）

防范、监测和应对

D. 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（WHA64.10 号决议）

E. 气候变化和卫生（EB124.R5 号决议）

传染病

F. 消灭麦地那龙线虫病（WHA64.16 号决议）

G. 消灭天花：销毁储存的天花病毒（WHA60.1 号决议）

卫生系统

H. 患者安全（WHA55.18 号决议）

I. 饮用水、环境卫生与健康（WHA64.24 号决议）

J. 工人健康：全球行动计划（WHA60.26 号决议）

K. 把性别分析和行动纳入世卫组织工作的战略（WHA60.25 号决议）

L. 药物合理使用方面的进展（WHA60.16 号决议）

M. 卫生政策和系统研究战略

文件清单

A66/1 Rev.1	议程 ¹
A66/2	执行委员会第 131 届和 132 届会议的报告
A66/3	总干事陈冯富珍博士在第六十六届世界卫生大会上的讲话
A66/4	世卫组织改革 高级别实施计划和报告
A66/5	2012-2013 年规划预算实施情况：中期报告
A66/6	第十二个工作总规划草案
A66/6 Add.1	决议草案 2014-2019 年第十二个工作总规划
A66/7	2014 – 2015 年规划预算方案
A66/7 Add.1	决议草案 2014 – 2015 年规划预算
A66/8	全球非传染性疾病预防控制综合监测框架和目标草案 为完成全球非传染性疾病预防控制综合监测框架（含指标）和一套自愿性全球目标工作而举行的会员国正式会议
A66/8 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
A66/9 和 A66/9 Corr.1	2013-2020 年预防控制非传染性疾病行动计划草案 ³
A66/10 Rev.1	2013-2020 年精神卫生综合行动计划草案 ⁴
A66/10 Rev.1 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

¹ 见第 ix 页。

² 见附件 6。

³ 见附件 4。

⁴ 见附件 3。

A66/11	2014-2019 年预防可避免的盲症和视力损害行动计划草案 面向普遍的眼健康：2014-2019 年全球行动计划 ¹
A66/11 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
A66/12	残疾
A66/13	监测与卫生相关的千年发展目标的实现情况
A66/14	为增进妇幼健康而设立的高级别委员会所提建议的后续行动
A66/15	健康问题社会决定因素
A66/16 和 A66/16 Add.1	实施《国际卫生条例（2005）》
A66/17	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 大流行性流感防范框架 2013 年双年度报告
A66/17 Add.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 大流行性流感防范框架咨询小组会议的报告
A66/18	脊髓灰质炎：强化全球消灭行动
A66/19	全球疫苗行动计划
A66/20	被忽视的热带病 预防、控制、消除和消灭
A66/21	疟疾
A66/22	劣质、假造、标签不当、伪造、假冒医疗产品
A66/23	研究与开发方面筹资和协调问题协商性专家工作小组报告的后续事宜
A66/24	全民健康覆盖
A66/25	卫生人力：应对短缺和移徙以及迎接新需求方面的进展
A66/26	电子卫生保健与卫生互联网域名

¹ 见附件 2。

² 见附件 6。

文件清单

A66/27 和 A66/27 Add.1	进展报告
A66/28	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
A66/29	2012 年 12 月 31 日终了年度财务报告和经审计的财务报表
A66/29 Add.1	附件：2012 年 12 月 31 日终了年度各基金和捐助方的自愿捐款情况
A66/30	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
A66/31	2014-2015 年摊款比额表
A66/32	2014-2015 年摊款比额表 外汇风险管理 ¹
A66/33	《财务条例》和《财务细则》修订款 ¹
A66/34	外审计员的报告
A66/35	内审计员的报告
A66/36	人力资源：年度报告
A66/37	国际公务员制度委员会的报告
A66/38	《人事条例》和《职员细则》修订款
A66/39	联合国工作人员养恤金联合委员会的报告
A66/40	任命参加世卫组织工作人员养恤金委员会的代表
A66/41	世界卫生组织总干事的选举工作小组报告的后续事宜
A66/42	不动产
A66/43	将南苏丹从东地中海区域转至非洲区域
A66/43 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

¹ 见附件 1。

² 见附件 6。

- A66/44 联合国系统内及与其他政府间组织的合作
- A66/45 解决欠费的特别安排：塔吉克斯坦
- A66/46 与政府间组织的协定
世界卫生组织与南方中心之间的协定¹
- A66/47 2015 年后发展议程中的卫生问题
- A66/48 世卫组织改革
世卫组织筹资
- A66/49 世卫组织改革
高级别实施计划和报告
执行委员会规划、预算和行政委员会向第六十六届世界卫生大会提交的报告
- A66/50 世卫组织改革
世卫组织筹资
执行委员会规划、预算和行政委员会向第六十六届世界卫生大会提交的报告
- A66/51 2012-2013 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六十六届世界卫生大会提交的报告
- A66/52 和
A66/52 Corr.1 第十二个工作总规划草案
执行委员会规划、预算和行政委员会向第六十六届世界卫生大会提交的报告
- A66/53 2014 – 2015 年规划预算方案
执行委员会规划、预算和行政委员会向第六十六届世界卫生大会提交的报告
- A66/54 2012 年 1 月 1 日 – 2012 年 12 月 31 日期间财务报告和经审计的财务报表
执行委员会规划、预算和行政委员会向第六十六届世界卫生大会提交的报告
- A66/55 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以及解决欠费的特别安排：塔吉克斯坦
执行委员会规划、预算和行政委员会向第六十六届世界卫生大会提交的报告

¹ 见附件 5。

- A66/56 2014-2015 年摊款比额表
外汇风险管理
执行委员会规划、预算和行政委员会向第六十六届世界卫生大会提交的报告
- A66/57 《财务条例》和《财务细则》修订款
执行委员会规划、预算和行政委员会向第六十六届世界卫生大会提交的报告
- A66/58 外审计员的报告
执行委员会规划、预算和行政委员会向第六十六届世界卫生大会提交的报告
- A66/59 内审计员的报告
执行委员会规划、预算和行政委员会向第六十六届世界卫生大会提交的报告
- A66/60 人力资源：年度报告
执行委员会规划、预算和行政委员会向第六十六届世界卫生大会提交的报告
- A66/61 国际公务员制度委员会的报告
执行委员会规划、预算和行政委员会向第六十六届世界卫生大会提交的报告
- A66/62 不动产
执行委员会规划、预算和行政委员会向第六十六届世界卫生大会提交的报告
- A66/63 甲委员会第一份报告
- A66/64 证书委员会
第一份报告
- A66/65 甲委员会第二份报告
- A66/66 乙委员会第一份报告
- A66/67 选举有权指派一人供职于执行委员会的会员国
- A66/68 乙委员会第二份报告
- A66/69 甲委员会第三份报告

A66/70 甲委员会第四份报告

A66/71 乙委员会第三份报告

A66/72 乙委员会第四份报告

A66/73 甲委员会第五份报告

参阅文件

A66/INF./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（由巴勒斯坦常驻联合国日内瓦办事处和其他国际组织观察员提交的报告）

A66/INF./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（由阿拉伯叙利亚共和国卫生部提交的报告）

A66/INF./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 2012 年报告）

A66/INF./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（以色列政府的声明）

杂项文件

A66/DIV/1 Rev.1 代表和其他与会人员名单

A66/DIV/2 世界卫生大会代表指南

A66/DIV/3 决定和决议清单

A66/DIV/4 文件清单

A66/DIV/5 非洲联盟委员会主席 Nkosazana Dlamini Zuma 博士阁下在第六十六届世界卫生大会上的讲话

A66/DIV/6 瑞典国际发展合作部长 Gunilla Carlsson 女士在第六十六届世界卫生大会上的讲话

A66/DIV/7 世界银行集团行长金镛博士在第六十六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

尾身茂博士（日本）

副主席

José V. DIAS VAN-DÚNEM 博士
（安哥拉）

Ahmed bin Mohamed bin Obaid AL
SAIDI 博士（阿曼）

Vidyadhar MALLIK 先生（尼泊尔）

Raisa BOGATYRYOVA 教授
（乌克兰）

Florence DUPerval GUILLAUME
博士（海地）

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：
阿富汗、加拿大、库克群岛、马拉维、马
里、蒙古、尼加拉瓜、摩尔多瓦共和国、
罗马尼亚、斯里兰卡、土耳其、乌干达。

主席： R. WIMAL JAYANTHA 博士
（斯里兰卡）

副主席： Roxana ROTOCOL 女士
（罗马尼亚）

秘书： Joanne McKEOUGH 女士
（首席法律官员）

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：智利、中国、古巴、斐济、法国、

洪都拉斯、伊拉克、爱尔兰、哈萨克斯坦、
纳米比亚、俄罗斯联邦、卢旺达、圣多美
和普林西比、南非、泰国、美国、也门。

主席： 尾身茂博士（日本）

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
十五条，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： Walter T. GWENIGALE 博士
（利比里亚）

副主席： Lester G. ROSS 博士（所罗门群岛）
和 Sania NISHTAR 博士（巴基斯坦）

报告员： Victor CUBA ORÉ 博士（秘鲁）

秘书： Timothy ARMSTRONG 博士，监测
和以人口为基础的预防事务处长

乙委员会

主席： Kathryn TYSON 女士（大不列颠及
北爱尔兰联合王国）

副主席： Daisy CORRALES DÍAZ 博士
（哥斯达黎加）和 Poonam Khetrpal
SINGH 博士（印度）

报告员： Jilali HAZIM 先生（摩洛哥）

秘书： Clive ONDARI 博士，药物获取和
合理使用处处长

决议和决定

决 议

WHA66.1 2014-2019 年第十二个工作总规划

第六十六届世界卫生大会，

审议了 2014-2019 年第十二个工作总规划草案¹，

1. **批准** 2014-2019 年第十二个工作总规划；

2. **要求** 总干事：

(1) 将第十二个工作总规划用作 2014-2019 年期间对世卫组织工作进行战略性计划、监测和评价的基础；

(2) 在实施工作总规划时考虑到不断变化的全球卫生状况，并与会员国进行磋商；

(3) 通过执行委员会向第七十三届世界卫生大会报告在 2014-2019 年第十二个工作总规划期间取得的进展。

(第八次全体会议，2013 年 5 月 24 日 — 甲委员会第一份报告)

WHA66.2 2014-2015 年规划预算

第六十六届世界卫生大会，

审议了 2014-2015 年规划预算方案²，

1. **批准** 2014-2015 年规划预算方案中所述的工作规划；

2. **批准** 2014-2015 年财务期在所有资金来源，即评定会费和自愿捐款项下的 39.77 亿美元预算额；

¹ 文件 A66/6。

² 文件 A66/7。

3. 将 2014-2015 年财务期的预算额**分配**给下述六个类别：
 - (1) 传染病 8.41 亿美元；
 - (2) 非传染性疾病 3.18 亿美元；
 - (3) 在生命全程促进健康 3.88 亿美元；
 - (4) 卫生系统 5.31 亿美元；
 - (5) 防范、监测和应对 2.87 亿美元；
 - (6) 促进性职能/全组织范围服务 6.84 亿美元以及预算的突发事件部分 9.28 亿美元；
4. **决定**预算的供资渠道如下：
 - (1) 根据估算的会员国非评定收入进行调整后的 9.29 亿美元会员国总净摊款；
 - (2) 总额为 30.48 亿美元的自愿捐款；
5. **进一步决定**各会员国的评定会费总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，鉴此，应对扣除额进行调整；这些税款偿还额估计为 2960 万美元，由此会员国的摊款总额为 9.586 亿美元；
6. **确定**周转金应继续保持在 3100 万美元的现有水平；
7. **授权**总干事根据可用资源情况，对评定会费和自愿捐款一起使用，按照第 3 段中的分配方案和批准的数额提供预算资金；
8. **进一步授权**总干事必要时在上面第 3 段所述六个类别之间进行预算转拨，金额最多不得超过向外拨款类别预算分配额的 5%；任何此类转拨造成的支出均正在 2014-2015 年财务期财务报告中做出报告；
9. **还授权**总干事必要时根据可用资源情况，承担预算的突发事件部分中超出该部分拨款额的支出，并要求总干事向理事机构报告该部分预算的可用资源和支出情况；

10. **要求**总干事通过执行委员会及其规划、预算和行政委员会向世界卫生大会定期提交预算筹资和执行情况，以及筹资对话结果、灵活资金战略分配和协调一致的资源调动战略成果方面的报告。

（第八次全体会议，2013年5月24日 — 甲委员会第一份报告）

WHA66.3 《财务条例》和《财务细则》修订款

第六十六届世界卫生大会，

审议了关于《财务条例》和《财务细则》修订款的报告¹，

1. **通过**对《财务条例》所做的修订²，自2014年1月1日起生效；
2. **注意到**执行委员会将在其第133届会议上确认对《财务细则》所做的修订，这些修订将与第1段中通过的对《财务条例》的修订同时生效；
3. **授权**总干事对修订后的《财务条例》和《财务细则》适当编号。

（第八次全体会议，2013年5月24日 — 甲委员会第一份报告）

WHA66.4 面向普遍的眼健康：2014-2019年全球行动计划³

第六十六届世界卫生大会，

审议了有关普遍的眼健康的报告和2014-2019年全球行动计划草案⁴；

忆及关于消灭可避免盲症的WHA56.26号决议和关于预防可避免的盲症和视力损害的WHA62.1和WHA59.25号决议；

认识到2014-2019年普遍的眼健康全球行动计划以2009-2013年预防可避免的盲症和视力损害行动计划为基础；

¹ 文件 A66/33 和 A66/57。

² 附件 1。

³ 该决议对秘书处的财政和行政影响，见附件 6。

⁴ 文件 A66/11。

认识到全球 80% 的所有视力损害可以得到预防或治愈，以及世界上约有 90% 的视力受损者生活在发展中国家；

认识到 2014-2019 年普遍的眼健康全球行动计划的某些方面与非传染性疾病和被忽视的热带病的防治工作存在联系，

1. **批准** 2014-2019 年普遍的眼健康全球行动计划¹；

2. **敦促** 会员国：

(1) 除其它外，通过酌情将眼健康更好地纳入国家卫生计划和卫生服务，加强国家为预防可避免的视力损害所作努力；

(2) 根据国家重点实施 2014-2019 年普遍的眼健康全球行动计划中建议采取的行动，包括普遍和平等获得服务；

(3) 继续执行世界卫生大会在关于预防盲症和视力损害的 WHA62.1 号决议及 2009-2013 年预防盲症和视力损害行动计划中所商定的行动；

(4) 继续支持秘书处对截至 2013 年底的当前行动计划的实施工作；

(5) 在更为广泛的规划预算背景下，考虑实施本决议带来的规划和预算影响；

3. **要求** 总干事：

(1) 为会员国根据国家重点实施 2014-2019 年普遍的眼健康全球行动计划中所建议的行动提供技术支持；

(2) 进一步发展 2014-2019 年普遍的眼健康全球行动计划，尤其涉及纳入普遍和平等获得服务问题；

(3) 继续重视包括盲症在内的可避免的视力损害的预防问题，并考虑划拨资源，用于实施 2014-2019 年普遍的眼健康全球行动计划；

¹ 附件 2。

(4) 通过执行委员会向 2017 年第七十届世界卫生大会和 2020 年第七十三届世界卫生大会报告行动计划的实施进展情况。

(第八次全体会议，2013 年 5 月 24 日 — 甲委员会第二份报告)

WHA66.5 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

第六十六届世界卫生大会，

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；

注意到秘书处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；

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；

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；

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、医务人员和救护车有权利进出被占东耶路撒冷的巴勒斯坦卫生机构；

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；

¹ 该决议对秘书处的财政和行政影响，见附件 6

² 文件 A66/28。

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，

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；
- (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，隔离墙尤其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的可及性和质量产生严重影响；
- (4) 便利巴勒斯坦患者、医务人员和救护车进出被占东耶路撒冷和境外的巴勒斯坦卫生机构；
- (5) 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，便利药品和医疗设备过境和进入巴勒斯坦被占领土；
- (6) 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. **敦促**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) 正如总干事在包括关于加沙地带卫生特派团的报告等相关报告中所确定的那样，帮助满足紧急卫生和人道主义需求以及与卫生相关的中期和长期重大需求；
- (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，并帮助解除对巴勒斯坦民众实行的限制和障碍，包括允许人员和医疗工作者在巴勒斯坦被占领土自由行动，并使以色列遵守其法律和道义责任，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) 吁请所有国际人道主义和人权组织，对占领国以色列立刻进行紧急干预，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，同时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，并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健康和人道主义条件下分娩并立刻释放以色列监狱中拘留的所有儿童；
 - (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部门提供财政和技术支持；
3. **表示**深切感谢国际捐助界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机构继续努力确保提供必要的政治和财政支持以便实施巴勒斯坦政府 2008-2010 年计划和其它相关卫生计划并形成适当的环境以实施这些计划，目的是帮助建立并发展未来巴勒斯坦国的专门和相关机构；
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) 向巴勒斯坦卫生服务部门提供支持，包括能力建设规划；
 - (2) 向叙利亚被占戈兰的叙利亚人口提供卫生有关技术援助；
 - (3) 继续提供必要的技术援助，以满足巴勒斯坦民众（包括囚犯和被拘留者以及残疾人和受伤者）的卫生需求；
 - (4) 还支持巴勒斯坦卫生部门为防范突发情况做好准备；
 - (5) 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；
 - (6) 向第六十七届世界卫生大会报告本决议的实施进展情况。

（第八次全体会议，2013 年 5 月 24 日 — 乙委员会第一份报告）

WHA66.6 2012年1月1日 – 2012年12月31日期间财务报告和经审计的财务报表

第六十六届世界卫生大会，

审议了2012年1月1日 – 2012年12月31日期间财务报告和经审计的财务报表¹；

注意到执行委员会规划、预算和行政委员会向第六十六届世界卫生大会提交的报告²，

接受总干事2012年1月1日 – 2012年12月31日期间的财务报告和经审计的财务报表。

(第八次全体会议，2013年5月24日 — 乙委员会第一份报告)

WHA66.7 实施联合国拯救妇女和儿童生命产品委员会提出的建议³

第六十六届世界卫生大会，

审议了关于为增进妇幼健康而设立的高级别委员会所提建议的后续行动的报告⁴；

忆及关于监测与卫生相关的千年发展目标的实现情况的 **WHA63.15** 号决议和关于联合国妇幼健康问题信息和问责制委员会各项建议的落实情况的 **WHA65.7** 号决议；

还忆及联合国秘书长通过《全球妇幼健康战略》呼吁国际社会共同努力，到2015年拯救1600万人的生命；

确认众多会员国和合作伙伴对联合国秘书长《全球妇幼健康战略》所作认捐和承诺；

认识到数百万妇女和儿童每年无端死于使用现有的廉价医疗产品本来不难预防的病症；

还认识到迫切需要解决和消除妨碍妇女和儿童获得和使用适当产品的壁垒；

欢迎联合国拯救妇女和儿童生命产品委员会的报告，其中估计，通过增加获取13种专门的、被忽视的产品和相关制品的机会可在五年内拯救600万人的生命（见附件）；

¹ 文件 A66/29。

² 文件 A66/54。

³ 该决议对秘书处的财政和行政影响，见附件6。

⁴ 文件 A66/14。

还欢迎联合国拯救妇女和儿童生命产品委员会建议的行动以及这些行动的实施计划；

确认联合国拯救妇女和儿童生命产品委员会建议的行动将增加获取更广泛一系列产品的机会；

还确认需要促进、建立或支持和加强从怀孕前到分娩、产后期和儿童期对妇女和儿童的卫生服务；

重申发达国家与发展中国家之间以及适当时发展中国家之间按相互商定的条件促进技术转让的重要性；

确认独立的专家审查小组审查执行建议行动进展情况的作用，

1. 敦促会员国酌情将拯救妇女和儿童生命产品的实施计划付诸实践，包括：

(1) 必要时在卫生保健专业人员的监督和指导，改进 13 种拯救生命产品以及有益于生殖、孕产妇、新生儿和儿童健康的其它基本产品的质量、供应和用途，并为实现这些改进，加强信息和通信技术方面的最佳实践；

(2) 制定计划，大规模实施适当干预措施，以增加对卫生服务的需求和使用，尤其是在享有服务不足的人群中；

(3) 促进所有社会成员，特别是最贫穷成员获得这 13 种拯救生命产品以及有益于生殖、孕产妇、新生儿和儿童健康的其它基本产品；

(4) 协调注册要求，精简评估程序，包括对拯救生命产品给予优先审查，以提高监管效率；

(5) 推行得到证实的机制和干预措施，确保卫生保健提供者了解关于孕产妇和儿童健康的最新国家指导方针；

2. 要求总干事：

(1) 与联合国儿童基金会、联合国人口基金、世界银行、联合国艾滋病规划署、联合国妇女署、国家、区域和国际监管机构、私立部门行为者和其它伙伴合作，促进和确保供应安全、高质量产品；

(2) 与会员国合作并酌情支持会员国提高监管效率，实现注册要求的标准化并协调这些要求，精简评价程序，包括对拯救生命类产品给予优先审查；

(3) 支持妇幼健康问题信息和问责制独立专家审查小组评估联合国秘书长《全球妇幼健康战略》实施进展情况以及联合国拯救妇女和儿童生命产品委员会建议的实施情况；

(4) 直至 2015 年之前，每年结合关于生命全程促进健康的议程项目，通过执行委员会向世界卫生大会报告实施拯救妇女和儿童生命产品委员会建议的进展情况。

附件

按生命阶段分类的产品¹

孕产妇健康产品	
1	催产素 – 产后出血
2	米索前列醇 – 产后出血
3	硫酸镁 – 子痫和重度先兆子痫
新生儿健康产品	
4	注射用抗生素 – 新生儿脓毒症
5	产前类固醇 – 产前呼吸窘迫综合征
6	洗必泰 – 新生儿脐带护理
7	人口呼吸复苏装置 – 新生儿窒息
儿童健康产品	
8	阿莫西林 – 肺炎
9	口服补液盐 – 腹泻
10	锌 – 腹泻
生殖健康产品	
11	女用避孕套
12	皮下埋植避孕剂 – 计划生育/避孕
13	紧急避孕药 – 计划生育/避孕

(第九次全体会议，2012 年 5 月 27 日 — 甲委员会第三份报告)

¹ 见联合国拯救妇女和儿童生命产品委员会，委员的报告，2012 年 9 月，表 1，第 7 页。

WHA66.8 2013-2020 年精神卫生综合行动计划¹

第六十六届世界卫生大会，

审议了秘书处关于 2013-2020 年精神卫生综合行动计划草案的报告，包括其附件²，

1. **通过** 2013-2020 年精神卫生综合行动计划³；
2. **敦促** 各会员国按国家重点工作和特定国家情况做出调整，落实 2013-2020 年精神卫生综合行动计划中针对会员国建议的行动；
3. **邀请** 国际、区域和国家合作伙伴注意该 2013-2020 年精神卫生综合行动计划；
4. **要求** 总干事落实 2013-2020 年精神卫生综合行动计划中针对秘书处提出的行动，并通过执行委员会向第六十八届、七十一届和七十四届世界卫生大会提交该行动计划的实施情况进展报告。

（第九次全体会议，2013 年 5 月 27 日 — 甲委员会第四份报告）

WHA66.9 残疾¹

第六十六届世界卫生大会，

审议了关于残疾的报告⁴；

忆及关于残疾，包括预防、管理和康复的 WHA58.23 号决议；

还忆及 155 个国家和区域一体化组织签署并现已得到其中 127 个批准的《残疾人权利公约》，其中强调残疾是一项人权问题，也是一项发展问题，并建议缔约国使国家政策和国际发展规划包括和接纳残疾人；

进一步忆及呼吁把残疾问题纳入发展议程主流的联合国大会各项决议（关于为残疾人实现千年发展目标的第 64/131 号决议、关于 2015 年之前及其后为残疾人实现千年发展目标的第 65/186 号决议以及关于《残疾人权利公约》及其《任择议定书》的第 66/229

¹ 该决议对秘书处的财政和行政影响，见附件 6。

² 文件 A66/10 Rev.1。

³ 附件 3。

⁴ 文件 A66/12。

号决议)；认可联合国可持续发展大会成果文件的第 66/288 号决议；以及决定召开为残疾人实现千年发展目标和其它国际商定发展目标的大会高级别会议的第 66/124 号决议；

承认国家和区域现有的努力，目的是便利所有残疾人享受一切人权和基本自由，并促进尊重他们固有的尊严；

欢迎第一份《世界残疾报告》¹，该报告基于最佳可得科学证据，并表明残疾人面临的许多障碍是可以避免的，而且与残疾相关的不利条件是可以克服的；

注意到估计有 10 亿残疾人；随着人口老龄化和慢性疾患流行率的上升并根据环境及其它因素的趋势，残疾人数还将增多；注意到残疾过多地影响脆弱人群，尤其是妇女、老年人和穷人；与高收入国家相比，低收入国家的残疾流行率更高；而且，与非残疾人相比，残疾人（尤其是发展中国家的残疾人）健康状况较差，贫穷率较高，受教育和就业比率较低，依赖性和参与限制程度较高，而且遭受暴力和虐待的比率较高；

进一步忆及，根据《残疾人权利公约》，残疾人包括存在生理、心理、智力或感官缺陷者，这种缺陷使交流存有各类障碍，可能会影响到他们与其他人一样全面平等参与社会活动；

认识到会员国有责任采取适当措施，最好通过全民健康覆盖，使残疾人能平等获取卫生服务和保健

还认识到残疾人与非残疾人一样，同样需要一般卫生保健，但据显示，与非残疾人相比，在卫生保健系统中得到的治疗较差；

进一步认识到正式和非正式照护者在支持残疾人方面起到的重要作用，虽然非正式照护者不能取代国家和地方主管当局的作用，但他们需要得到主管当局的特别重视以帮助他们开展工作，而且注意到正式和非正式照护者的作用在卫生系统可持久性和人口老龄化背景下正在日益加大；

意识到普遍提供卫生保健和卫生服务是一项社会投资；

还认识到，对使许多范围广泛的残疾患者能够参与教育、劳动市场和市民生活至关重要的适应训练和康复服务需求在很大程度上未得到满足，并进一步认识到，通过一般和专科卫生保健服务促进残疾人的健康并促使他们融入社会的措施，与避免使人们形成与残疾相关健康问题的措施同样重要；

¹ 世界卫生组织，世界银行。《世界残疾报告》。日内瓦，世界卫生组织，2011 年。

意识到需要一种综合性的多部门方法来应对残疾人面临的诸多障碍，以及把残疾问题纳入发展工作主流是满足残疾人需求的最有效和最具成本效益的方法；

欢迎世卫组织残疾问题专题小组开展工作，以便在世卫组织技术工作中以及在清除阻碍残疾人参与世卫组织工作的物质、信息和政策障碍方面，提高把残疾作为一项跨领域问题的认识，

1. **认可**《世界残疾报告》的建议，其中提供了实施《残疾人权利公约》的战略；

2. **敦促**会员国¹：

(1) 作为缔约国实施《残疾人权利公约》；

(2) 通过其代表机构，与包括残疾儿童在内的残疾人密切协商并在他们的积极参与下，酌情制定行动计划，使不同部门和不同行动者能够有效地开展协调，清除障碍，使残疾人能够享受其人权，并改善他们的生活质量；

(3) 建立和加强监测与评价系统，目的是收集适当的性别和年龄别数据，以及关于残疾问题的其它相关信息，包括流行率、需求和未满足的需求、直接和间接费用、障碍和生活质量，并使用《国际功能、残疾和健康分类》以及不同区域制定的有效规划和良好做法，确保数据具有国家相关性和国际可比性；

(4) 努力确保所有主流卫生服务能够包容残疾人，这种行动将尤其需要充分的资金供应、社会保护、全面的保险覆盖面、可及的卫生保健设施、服务和信息以及卫生保健专业人员的培训，以便做到尊重残疾人的人权并与他们开展有效的沟通；

(5) 通过非正式照护者促进获得适当支持，补充卫生主管当局提供的服务；

(6) 通过以下方面在整个生命过程中为范围广泛的健康问题促进适应训练和康复：早期干预；综合和分散的康复服务，包括精神卫生服务；更好地提供轮椅、助听器、弱视设备及其它辅助技术；以及开展培训以确保提供足够的康复专业人员，使残疾人能够开发其潜力并具备充分参与社会活动的相同机会；

(7) 作为使所有残疾人能够获得、受益于并充分参与包容性的教育、就业以及卫生和社会服务的一种多部门战略，促进和加强以社区为基础的全面支持措施和服务；

¹ 适用时，还包括区域经济一体化组织。

(8) 避免在获得卫生保健或卫生服务方面带有歧视性，从而促进平等；

3. 要求总干事：

(1) 在实施《世界残疾报告》的建议方面，向会员国提供技术支持；

(2) 向会员国提供支持，并加强与包括联合国系统各组织、学术界、私立部门和残疾人组织等范围广泛的利益攸关方的合作，在全球卫生议程中实施《残疾人权利公约》，尤其是第十六条（免于剥削、暴力和凌虐）、第十九条（独立生活和融入社会）、第二十条（个人行动能力）、第二十五条（健康）、第二十六条（适应训练和康复）以及第三十一条（统计和数据收集）；

(3) 在世卫组织尤其涉及儿童和青少年健康、性、生殖卫生和孕产妇健康、老年人长期照护、非传染性疾病的照护和治疗等方面的技术工作、关于艾滋病毒 / 艾滋病及其它传染病、突发事件风险管理以及加强卫生系统的工作中，确保包括残疾儿童和成人的卫生需求；

(4) 通过继续创建方便进入的场所和方便获取的信息，提供合理便利，以及确保通过其代表机构在一切必要和适当的时候与残疾人密切协商并由他们积极参与活动，还确保世卫组织秘书处自身包容残疾人，无论是访问者、合作者或雇员；

(5) 支持和参与关于为残疾人实现千年发展目标和其它国际商定发展目标的联合国大会高级别会议，以及通过引起注意残疾数据、支持措施和服务、卫生和康复需求及相关应对措施争取把残疾问题列入 2015 年后发展议程所作出的努力；

(6) 与联合国系统其它组织和会员国¹协商，在现有资源的范围内按照《残疾人权利公约》和联合国大会残疾问题高级别会议的报告“前进的道路：直至 2015 年及其后兼顾残疾问题的发展议程”制定一份以《世界残疾报告》的证据为基础并包括可衡量结果的世卫组织综合行动计划，通过执行委员会提交第六十七届世界卫生大会审议。

（第九次全体会议，2013 年 5 月 27 日 — 甲委员会第四份报告）

¹ 适用时，还包括区域经济一体化组织。

WHA66.10 联合国大会预防和控制非传染性疾病问题高级别会议的政治宣言的后续行动¹

第六十六届世界卫生大会，

审议了第六十六届世界卫生大会关于非传染性疾病的报告²；

回顾《预防和控制非传染性疾病问题联合国大会高级别会议的政治宣言》³，该《宣言》承认非传染性疾病给全球带来的负担和威胁是二十一世纪发展的主要挑战之一，还要求制定包括一套指标在内的全球综合监测框架，呼吁就一套全球自愿指标制定建议，并要求提交有关通过有效的伙伴关系加强和促进采取预防和控制非传染性疾病多部门行动的各种备选办法；

欢迎联合国可持续发展大会（里约热内卢，2012年6月20-22日）题为“我们希望的的未来”的成果文件⁴，其中承诺加强卫生系统，努力提供公平的全民健康覆盖，使人们有更多机会获得负担得起的预防、治疗、护理和辅助服务，防治非传染性疾病，特别是癌症、心血管疾病、慢性呼吸道疾病和糖尿病，并承诺制定或加强国家关于预防和控制非传染性疾病的多部门政策；

表示赞赏地注意到在预防和控制非传染性疾病方面采取的所有区域举措，包括加勒比共同体国家元首和政府首脑于2007年9月通过的题为“团结一致，共同制止慢性非传染性疾病流行”的宣言；2008年8月通过的《关于非洲健康与环境的利伯维尔宣言》；2009年11月英联邦政府首脑通过的关于采取行动战胜非传染性疾病的声明；第五次美洲首脑会议于2009年6月通过的承诺宣言；世卫组织欧洲区域会员国于2010年3月通过的《环境与健康问题帕尔马宣言》；2010年12月通过的《中东和北非区域糖尿病和慢性非传染性疾病问题迪拜宣言》；2006年11月通过的《欧洲制止肥胖宪章》；2011年6月的肥胖问题阿鲁巴行动呼吁和2011年7月通过的关于在太平洋区域应对非传染性疾病挑战的霍尼拉宣言；

确认第六十四届世界卫生大会在WHA64.11号决议中认可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（莫斯科，2011年4月28-29日）通过的《莫斯科宣言》，其中卫生大会要求总干事与联合国相关机构和实体共同制定联合国大会预防和控制非传染性疾病问题高级别会议（纽约，2011年9月19-20日）成果的实施和后续行动计划，并将其提交第六十六届世界卫生大会；

¹ 该决议对秘书处的财政和行政影响，见附件6。

² 文件A66/8、A66/9和A66/9 Corr.1。

³ 联合国大会第66/2号决议。

⁴ 联合国大会第66/288号决议。

还确认第六十五届世界卫生大会在 **WHA65.8** 号决议中认可健康问题社会决定因素世界大会（里约热内卢，2011 年 10 月 19-21 日）通过的《健康问题社会决定因素里约政治宣言》，该决议确认实现卫生公平是一项共同责任，政府各部门、社会各阶层以及国际社会的所有成员都必须参与“一切为了公平”和“人人享有卫生保健”的全球行动；

回顾 **EB130.R7** 号决议要求总干事以协商的方式制定世卫组织 2013-2020 年预防和控制非传染性疾病全球行动计划，并回顾 **WHA65(8)**号决定和其中作出的历史性决定，即决定通过一项全球目标，到 2025 年将非传染性疾病导致的过早死亡率降低 25%；

重申世卫组织作为负责卫生事务的首要专门机构的主导作用，包括根据其任务规定在卫生政策方面的作用和职能，并重申它在促进和监测其它相关联合国机构、开发银行及其它区域和国际组织采取全球行动防治非传染性疾病以协调应对此类疾病方面工作的领导和协调作用；

承认政府在应对非传染性疾病挑战方面的主要作用和责任；

还承认国际社会和国际合作在协助会员国，尤其是发展中国家，补充国家为针对非传染性疾病产生有效反应所作努力方面的重要作用；

强调在预防和控制非传染性疾病方面开展南北、南南和三角合作的重要性，以便在国家、区域和国际层面上促进有利的环境，为健康的生活方式和选择提供方便，同时铭记南南合作不是要取代，而是补充南北合作；

注意到，正如 **WHA65.4** 号决议指出的，非传染性疾病往往与精神疾患及其它病患有关，而且精神疾患通常还与其它一些医疗和社会因素同时存在，因此，期望各级将密切联系世卫组织 2013-2020 年全球精神卫生行动计划以及世卫组织的其它行动计划，连贯地实施世卫组织 2013-2020 年预防和控制非传染性疾病全球行动计划；

欢迎世卫组织 2013-2020 年预防和控制非传染性疾病全球行动计划的总体原则和方法¹，并呼吁应用这些原则和方法开展在非传染性疾病预防和控制领域的一切行动；

注意到联合国秘书长将与会员国、世卫组织和联合国系统相关基金、方案和专门机构合作，向联合国大会第六十八届会议提交一份报告，说明在实现《联合国大会预防和控制非传染性疾病问题高级别会议的政治宣言》中所作承诺方面取得的进展，以筹备 2014 年全面审查和评估在预防和控制非传染性疾病方面取得的进展，

¹ 详见附件 4，第 18 段。

1. 决定:

- (1) 核准 2013-2020 年预防和控制非传染性疾病全球行动计划¹;
- (2) 通过包括一套 25 项指标²、能够适用于各个区域和国家背景的全球非传染性疾病预防和控制综合监测框架,以监测有关非传染性疾病的国家战略和计划的执行趋势,并评估有关的进展情况;
- (3) 通过非传染性疾病预防控制方面将于 2025 年实现的一套 9 项全球自愿性目标,同时注意到将心血管疾病、癌症、糖尿病或慢性呼吸系统疾病的总死亡率相对降低 25%这一目标系指根据相应指标降低非传染性疾病在 30-70 岁人群中导致的过早死亡率;

2. 敦促会员国³:

- (1) 继续实施《联合国大会预防和控制非传染性疾病问题高级别会议的政治宣言》,加强国家应对非传染性疾病负担的努力,并继续实施《莫斯科宣言》;
- (2) 酌情实施行动计划并采取必要步骤实现其中所载的目标;
- (3) 酌情加强有关主管当局在政府各部门中促进和确保行动的能力、机制和职权;
- (4) 加快缔约方实施《世界卫生组织烟草控制框架公约》的工作,包括通过已采用的技术准则;使其它国家考虑加入该公约,并高度重视实施 WHA57.17 号决议认可的《饮食、身体活动与健康全球战略》、WHA63.13 号决议认可的《减少有害使用酒精全球战略》以及 WHA63.14 号决议认可的《关于向儿童推销食品和非酒精饮料的建议》,作为推进全球自愿目标和实现《预防和控制非传染性疾病问题联合国大会高级别会议的政治宣言》的一个组成部分;
- (5) 酌情促进、建立、支持和加强交往或合作伙伴关系,根据国情包括国家、次国家和/或地方级预防和控制非传染性疾病的非卫生部门及非国家部门行动者,例如民间社会和私立部门,并采用广泛的多部门做法,同时保障公共卫生利益不受到任何形式的真实、预计或潜在利益冲突的不当影响;

¹ 见附件 4。

² 见附件 4, 附录 2。

³ 适用时, 还包括区域经济一体化组织。

(6) 考虑制定国家非传染性疾病监测框架，其目标和指标基于国家情况，并考虑到全球综合监测框架，其中包括 25 项指标和一套 9 项全球自愿目标，以世卫组织提供的指导为基础，侧重努力预防和应对非传染性疾病的影响，支持加强有效的非传染性疾病行动和政策，包括在技术和财政方面，并评估在预防和控制非传染性疾病及其高危因素和决定因素方面取得的进展；

(7) 酌情建立和加强国家监测和监督系统以便开展报告，包括针对全球综合监测框架的 25 项指标、9 项全球自愿目标以及区域或国家的任何其它非传染性疾病目标和指标；

(8) 建议联合国经济及社会理事会在 2013 年年底之前审议关于建立联合国非传染性疾病问题工作队的提议，协调联合国各组织实施世卫组织非传染性疾病全球行动计划的活动，且该工作队将由世卫组织召集和领导，并将向经社理事会报告，其任务将包括联合国烟草管制特设机构间工作队的工作，并确保烟草控制在新工作队的职权范围中继续得到适当处理和重视；

(9) 支持秘书处预防和控制非传染性疾病的工作，尤其是通过资助规划预算中包括的相关工作；

(10) 继续探索通过国内、双边、区域和多边渠道，包括传统和自愿的创新融资机制，提供充分、可预见和持续的资源，并酌情为国家预防和控制非传染性疾病规划增加资源；

3. 要求总干事：

(1) 就 2013-2020 年预防和控制非传染性疾病全球行动计划中所载秘书处的行动实施工作必要的资源要求，为总干事召集并得到执行委员会规划、预算和行政委员会主席促进的关于 2014-2015 年规划预算资金供应的第一次筹资对话提交详细和分类的信息，包括关于建立预防和控制非传染性疾病全球协调机制对财政影响的信息，目的是确保所有伙伴对行动计划包括的秘书处行动在项目或活动层面上的具体供需需求、现有资源和资金缺口获得明确的信息；

(2) 按世卫组织 2013-2020 年非传染性疾病全球行动计划第 14-15 段中概述的要求，制定全球协调机制的职权范围草案，目的是为了便利会员国、联合国各基金、方案和机构及其它国际伙伴和非国家行动者之间的交往，同时保障世卫组织和公共卫生不受到任何形式的真实、预计或潜在利益冲突的不当影响，并且不左右世卫组织正在开展的关于与非国家行动者交往的讨论结果；

(3) 通过 2013 年 11 月的会员国¹正式会议，制定第 3(2)段中提及的职权范围草案，会议之前还将与以下方面进行协商：

(i) 会员国¹，包括通过区域委员会；

(ii) 联合国各机构、基金和方案及其它相关政府间组织；

(iii) 非政府组织和私立部门实体（视情况而定），以及其它相关利益攸关方；

并通过执行委员会向第六十七届世界卫生大会提交职权范围草案供批准；

(4) 与会员国及其它相关伙伴协商，制定为进展报告提供信息的数量有限的一套行动计划指标，这些指标根据区域和国家级正在开展的工作，以可行性、目前数据可得性、现有最佳知识和证据为基础，能够在行动计划的六项目标中运用，并尽量减轻会员国为评估行动计划所载会员国的政策方案、为国际伙伴建议的行动以及秘书处的行动在 2016、2018 和 2021 年的实施进展情况进行报告的负担，并通过执行委员会向第六十七届世界卫生大会提交这套行动计划指标草案供批准；

(5) 与联合国其它基金、方案和机构合作，在 2013 年 10 月底之前完成联合国各类基金、方案和机构及其它国际组织的任务和责任分工安排；

(6) 按需要向会员国提供技术支持，以便支持实施世卫组织 2013-2020 年预防和控制非传染性疾病全球行动计划；

(7) 按需要向会员国提供技术支持，以便建立或加强国家非传染性疾病监测和监督系统，支持根据全球非传染性疾病监测框架进行报告；

(8) 按需要向会员国提供技术支持，以便在预防和控制非传染性疾病方面与非卫生方面的政府部门交往/合作，并根据交往原则，与非国家行动者交往/合作²；

(9) 通过执行委员会，在 2016、2018 和 2021 年³向卫生大会提交关于行动计划实施进展情况的报告，并在 2016、2021 和 2026 年向卫生大会提交关于实现 9 项全球自愿目标的进展情况的报告；

¹ 适用时，还包括区域经济一体化组织。

² 不影响正在开展的关于世卫组织与非国家行动者进行接触的讨论。

³ 2018 和 2021 年的进展报告应当包括对 2017 和 2020 年全球行动计划实施情况进行独立评价的结果。

(10) 建议酌情更新世卫组织 2013-2020 年预防和控制非传染性疾病全球行动计划附录 3，通过执行委员会提交世界卫生大会，根据新的科学证据进行审议，并酌情继续更新附录 4。

(第九次全体会议，2013 年 5 月 27 日 — 甲委员会第五份报告)

WHA66.11 2015 年后发展议程中的卫生问题

第六十六届世界卫生大会，

审议了关于 2015 年后发展议程中的卫生问题的报告¹，

重申世界卫生组织《组织法》宣称，享受最高而能获致之健康标准，为人人基本权利之一，不因种族，宗教，政治信仰，经济或社会情景各异，而分轩轻；

还重申联合国大会在 55/2 号决议中通过的联合国千年宣言的原则，包括人的尊严、平等和公平，并强调有必要在 2015 年后发展议程中反映这些原则；

忆及关于“履行诺言：团结一致实现千年发展目标”的联合国大会 64/299 号决议附件，要求“秘书长就落实千年发展目标的进展情况提交年度报告，直至 2015 年，并酌情在报告中就如何在 2015 年后进一步推出联合国发展议程提出建议”；

还忆及有关“我们希望的未来”的联合国大会 66/288 号决议，认识到“健康是在所有三个层面实现可持续发展的先决条件、成果和指标”，除其它外，包括设立一个开放的工作组，向联合国大会提交关于可持续发展目标的建议，供其审议；

认识到有关“全球卫生与外交政策”的联合国大会 67/81 号决议，除其它外，“建议考虑在讨论 2015 年后发展议程时，结合全球卫生挑战，将全民健康覆盖包括在内”；

注意到有关 2015 年后发展议程中的卫生问题的全球专题磋商的成果，该磋商以 2013 年 3 月在博茨瓦纳哈博罗内举行的高级别对话而告终；

进一步忆及 2012 年 5 月第六十五届世界卫生大会在 WHA65.8 号决议中认可的《健康问题社会决定因素里约政治宣言》；

承认有许多有关 2015 年后发展议程中的卫生问题的全球、区域和国家磋商正在进行；

¹ 文件 A66/47。

关切地注意到虽然一些国家在实现一些卫生相关千年发展目标方面取得了进展，但仍有其它许多国家到 2015 年尚无法全面实现一些或所有卫生相关千年发展目标；

认识到有必要保持现有成就并使有关国家在到 2015 年实现卫生相关千年发展目标方面更快地取得进步，

1. 敦促会员国¹：

- (1) 确保卫生在 2015 年后发展议程中占据中心地位；
- (2) 加强各国在制定国家计划和重点以及协调努力和资源方面的主导作用，以实现当前卫生相关千年发展目标并促进健康成果方面的可持续进步；
- (3) 尊重联合国大会建立的进程，积极参与有关 2015 年后发展议程的讨论；
- (4) 履行其对实现所商定的卫生总体目标和具体目标作出的承诺，并保持和加快努力实现卫生相关千年发展目标；
- (5) 加快国际合作，支持可能到 2015 年无法实现卫生相关千年发展目标的国家；

2. 要求总干事：

- (1) 确保就 2015 年后发展议程中的卫生问题进行的世卫组织磋商工作体现包容性，对所有区域、次区域和会员国¹开放，并充分参考正在进行的其它进程；
- (2) 继续积极参与正在进行的有关 2015 年后发展议程的讨论，并与联合国秘书长合作，确保卫生问题在所有相关进程中占据中心位置；
- (3) 宣传推动根据有关发展实效的《釜山宣言》精神加强财政和技术资源筹措，以支持会员国加快到 2015 年实现卫生相关千年发展目标的步伐；
- (4) 将 2015 年后发展议程中的卫生问题作为 2013 年世卫组织区域委员会会议的一个议程项目，并通过 2014 年 1 月的执委会第 134 届会议向第六十七届世界卫生大会提交有关这些讨论的报告。

(第九次全体会议，2013 年 5 月 27 日 — 甲委员会第五份报告)

¹ 适用时，还包括区域经济一体化组织。

WHA66.12 被忽视的热带病¹

第六十六届世界卫生大会，

审议了关于被忽视的热带病的报告²并忆及报告中所列世界卫生大会以往的有关决议；

认识到国家和国际方面为预防和控制被忽视的热带病增加投入后成功地改善了许多国家的卫生状况和社会福祉；

还认识到《2008-2015 年全球防治被忽视的热带病计划》的重要性；

注意到世卫组织《加速开展工作克服被忽视的热带病的全球影响路线图》³；

确认控制和消除被忽视的热带病与公共卫生、创新和知识产权全球战略和行动计划之间的关联和相互支持性；

还确认要扩大预防和控制被忽视的热带病的活动，将必须具有能够在有效的卫生、教育和其它部门内实施的资源充足的国家规划，以便确保不间断地供应和提供有质量保证的用品和服务；

认识到当前用于预防和控制被忽视的热带病的各种方法，如果能以综合方式并在所有相关部门得以实施将非常有效并能促进加强卫生系统和实现卫生相关千年发展目标，但仍存有诸多挑战；

赞赏制药公司的慷慨捐助，为预防和治疗被忽视的热带病捐赠了数量充足且有质量保证的基本药物，同时确认有必要确保其持续可用性和可负担性；

承认联合国系统内各机构、政府间组织和非政府组织以及学术机构和民间社会的贡献；

还认识到被忽视的热带病的多样性、其病原体和相关病媒以及中间宿主、其潜在流行可能（如登革热、南美锥虫病、源于犬类的人类狂犬病和利什曼病）及其发病率、死亡率以及相关侮辱感问题，

¹ 该决议对秘书处的财政和行政影响，见附件 6。

² 文件 A66/20。

³ 文件 WHO/HTM/NTD/2012.1。

1. 敦促会员国：

- (1) 确保国家继续对被忽视的热带病预防、控制、消除和消灭规划的自主决策权；
- (2) 进一步加强疾病监测体系，尤其是针对那些被列为消灭目标的被忽视的热带病；
- (3) 根据世卫组织加速开展工作克服被忽视的热带病的全球影响路线图，酌情扩大和实施针对被忽视的热带病的干预措施，以便实现在《2008-2015 年全球防治被忽视的热带病计划》中商定的具体目标，并注意到《关于被忽视的热带病的伦敦宣言》，采取以下措施：
 - (a) 通过对预防和控制活动进行周密计划和成本核算并详细分析有关支出来确保资源符合国家需求并能持续供应；
 - (b) 支持改善供应链管理，尤其要进行预测，及时采购有质量保证的物品，加强库存管理系统并促进进口和通关；
 - (c) 在可行时将忽视的热带病控制规划纳入初级卫生保健服务和免疫接种活动或现有规划，使覆盖面得以扩大并减少实施费用；
 - (d) 通过在国家、区县和社区层面发展、维持和监督一支熟练工作人员队伍（包括卫生以外其它部门的工作人员），确保适当管理和实施规划；
- (4) 倡导国际方面为控制被忽视的热带病提供可预测的长期资金；
- (5) 加强和维持国家方面的资金承诺，包括从卫生以外其它部门筹集资源；
- (6) 加强被忽视的热带病预防和控制能力，加强研究，以便加速实施各种政策和战略，旨在实现卫生大会在针对具体的被忽视热带病的各种决议中以及《加速开展工作克服被忽视的热带病的全球影响路线图》和《关于被忽视的热带病的伦敦宣言》所确定的各项目标；
- (7) 加强国家能力以监测和评价防治被忽视热带病的干预措施的影响；

(8) 制定计划以实现并维持被忽视的热带病干预措施的普遍可及性和覆盖率，尤其要：

(a) 在各级卫生系统，包括社区一级的公共和私营卫生机构中为所有被忽视的热带病疑似病例提供及时诊断检测并通过适当疗法对患者进行有效治疗；

(b) 实施预防性化疗¹并保持使该措施至少覆盖 75%有需要的人群，这是实现疾病控制或消除目标的先决条件；

(c) 改善协调，考虑到健康问题社会决定因素，通过提供安全饮水和基本卫生设施，健康促进和健康教育，开展病媒控制和兽医公共卫生行动，减少被忽视热带病的传播并加强其控制，考虑到“同一个健康”问题；

2. **呼吁**世卫组织的国际伙伴们，包括政府间组织、国际组织、非政府组织、金融机构、学术和研究机构、民间社会以及私营部门：

(1) 酌情支持会员国：

(a) 提供充足和可预测的资金，以便促使实现 2015 年和 2020 年的具体目标，并能够持续开展努力控制被忽视的热带病；

(b) 协调一致向各国提供支持，协助实施以世卫组织推荐的政策和战略为基础的国家计划并使用符合国际质量标准的产品；

(c) 促进普及预防性化疗和诊断制剂、病例管理以及病媒控制和其它预防措施，同时还要确保有效的监测系统；

(2) 鼓励旨在研究和开发新的诊断法、药物、疫苗和杀虫剂及生物杀虫剂、改良工具和技术以及用于媒介控制和感染预防的其它创新性工具的倡议并支持业务研究以加强干预措施的效率和成本效益，同时考虑到公共卫生、创新和知识产权全球战略和行动计划；

(3) 与世卫组织合作以便向会员国提供支持，使其能衡量在消除和消灭部分被忽视的热带病方面取得的进展并实现相关目标；

¹ 预防性化疗指通过有质量保证的安全单剂量药物对蠕虫病和沙眼进行大规模预防性治疗。

3. 要求总干事：

- (1) 保持世卫组织在努力克服被忽视的热带病工作中的领导作用；
- (2) 支持就预防、控制和消除被忽视的热带病问题制定和更新循证规范、标准、政策、指南和战略及研究，以便制定路线图促进实现卫生大会有关决议中载明的相关目标；
- (3) 监测在实现《世卫组织加速开展工作克服被忽视的热带病的全球影响路线图》中关于被忽视热带病的具体目标方面的进展,并支持会员国努力收集、验证和分析从国家监测系统获得的数据；
- (4) 向会员国提供支持以加强被忽视的热带病预防、诊断和控制，包括病媒控制和兽医公共卫生方面的人力资源能力；
- (5) 鼓励并支持用以发现并获得新型诊断工具、药品和媒介控制措施的倡议，并支持业务研究，提高干预措施的效力和成本效益；
- (6) 通过执行委员会向第六十八届世界卫生大会报告在消除和消灭目标疾病方面的进展。

（第九次全体会议，2013年5月27日 — 甲委员会第五份报告）

WHA66.13 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

第六十六届世界卫生大会，

审议了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，以及支付欠费的特别安排的报告¹；

注意到在第六十六届世界卫生大会开幕时，中非共和国、科摩罗、格林纳达、几内亚比绍和索马里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届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；

¹ 见文件 A66/30 和 A66/55。

注意到阿富汗、安提瓜和巴布达、波斯尼亚和黑塞哥维那、喀麦隆、科特迪瓦、约旦、吉尔吉斯斯坦、马拉维和塞拉利昂的欠费在第六十六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，在第六十六届世界卫生大会开幕时是否应该暂时中止阿富汗和吉尔吉斯斯坦的表决权，在第六十七届世界卫生大会开幕时是否应该暂时中止其余 8 个会员国的表决权，

决定：

(1) 根据 WHA41.7 号决议确定的原则，如果到第六十七届世界卫生大会开幕之时，安提瓜和巴布达、波斯尼亚和黑塞哥维那、喀麦隆、科特迪瓦、约旦、马拉维和塞拉利昂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 WHA59.6 号决议和 WHA61.8 号决议确定的原则，到第六十六届世界卫生大会开幕之时，如果阿富汗和吉尔吉斯斯坦仍欠交重新安排摊款后会费，它们的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六十七届世界卫生大会及以后各届世界卫生大会，直至阿富汗、安提瓜和巴布达、波斯尼亚和黑塞哥维那、喀麦隆、科特迪瓦、约旦、吉尔吉斯斯坦、马拉维和塞拉利昂的欠费减至可援引《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。

(第九次全体会议，2013 年 5 月 27 日 — 乙委员会第二份报告)

WHA66.14 解决欠费的特别安排：塔吉克斯坦

第六十六届世界卫生大会，

审议了秘书处关于征收评定会费状况的报告¹以及塔吉克斯坦的要求²；

注意到塔吉克斯坦仍有 366 513 美元尚未结清的会费；

考虑到塔吉克斯坦关于在 2013 至 2022 年期间重新安排剩余欠缴会费的要求，

1. **决定** 允许保留塔吉克斯坦在第六十六届世界卫生大会上的表决权，条件是：

¹ 文件 A66/30。

² 文件 A66/45。

在 2013 年至 2022 年的 10 年内，塔吉克斯坦除支付当年的年度会费外，还应按下述所列偿付总额为 366 513 美元的评定会费欠缴数额：

年度	美元
2013	36 651
2014	36 651
2015	36 651
2016	36 651
2017	36 651
2018	36 651
2019	36 651
2020	36 651
2021	36 651
2022	36 654
总计	366 513

2. **进一步决定**，根据世界卫生组织《组织法》第七条的规定，如果塔吉克斯坦不遵守上述第 1 段所述要求，其表决权将自动中止；
3. **要求**总干事向第六十七届世界卫生大会报告届时的情况；
4. **进一步要求**总干事向塔吉克斯坦政府转达这项决议。

（第九次全体会议，2013 年 5 月 27 日 — 乙委员会第二份报告）

WHA66.15 2014 – 2015 年摊款比额表

第六十六届世界卫生大会，

审议了关于 2014-2015 年摊款比额表的报告¹，

通过以下所列 2014-2015 双年度会员国和准会员摊款比额。

¹ 文件 A66/31。

会员国和准会员	2014-2015 年世界卫生组织比额 %
阿富汗	0.0050
阿尔巴尼亚	0.0100
阿尔及利亚	0.1370
安道尔	0.0080
安哥拉	0.0100
安提瓜和巴布达	0.0020
阿根廷	0.4320
亚美尼亚	0.0070
澳大利亚	2.0741
奥地利	0.7981
阿塞拜疆	0.0400
巴哈马	0.0170
巴林	0.0390
孟加拉国	0.0100
巴巴多斯	0.0080
白俄罗斯	0.0560
比利时	0.9981
伯利兹	0.0010
贝宁	0.0030
不丹	0.0010
玻利维亚（多民族国）	0.0090
波斯尼亚和黑塞哥维那	0.0170
博茨瓦纳	0.0170
巴西	2.9342
文莱达鲁萨兰国	0.0260
保加利亚	0.0470
布基纳法索	0.0030
布隆迪	0.0010
柬埔寨	0.0040
喀麦隆	0.0120
加拿大	2.9842
佛得角	0.0010
中非共和国	0.0010
乍得	0.0020
智利	0.3340
中国	5.1484
哥伦比亚	0.2590
科摩罗	0.0010
刚果	0.0050
库克群岛	0.0010
哥斯达黎加	0.0380
科特迪瓦	0.0110

会员国和准会员	2014-2015 年世界卫生组织比额 %
克罗地亚	0.1260
古巴	0.0690
塞浦路斯	0.0470
捷克共和国	0.3860
朝鲜民主主义人民共和国	0.0060
刚果民主共和国	0.0030
丹麦	0.6750
吉布提	0.0010
多米尼克	0.0010
多米尼加共和国	0.0450
厄瓜多尔	0.0440
埃及	0.1340
萨尔瓦多	0.0160
赤道几内亚	0.0100
厄立特里亚	0.0010
爱沙尼亚	0.0400
埃塞俄比亚	0.0100
斐济	0.0030
芬兰	0.5190
法国	5.5935
加蓬	0.0200
冈比亚	0.0010
格鲁吉亚	0.0070
德国	7.1416
加纳	0.0140
希腊	0.6380
格林纳达	0.0010
危地马拉	0.0270
几内亚	0.0010
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	0.2660
冰岛	0.0270
印度	0.6660
印度尼西亚	0.3460
伊朗（伊斯兰共和国）	0.3560
伊拉克	0.0680
爱尔兰	0.4180
以色列	0.3960
意大利	4.4483

会员国和准会员	2014-2015 年世界卫生组织比额 %
牙买加	0.0110
日本	10.8338
约旦	0.0220
哈萨克斯坦	0.1210
肯尼亚	0.0130
基里巴斯	0.0010
科威特	0.2730
吉尔吉斯斯坦	0.0020
老挝人民民主共和国	0.0020
拉脱维亚	0.0470
黎巴嫩	0.0420
莱索托	0.0010
利比里亚	0.0010
利比亚	0.1420
立陶宛	0.0730
卢森堡	0.0810
马达加斯加	0.0030
马拉维	0.0020
马来西亚	0.2810
马尔代夫	0.0010
马里	0.0040
马耳他	0.0160
马绍尔群岛	0.0010
毛里塔尼亚	0.0020
毛里求斯	0.0130
墨西哥	1.8421
密克罗尼西亚（联邦）	0.0010
摩纳哥	0.0120
蒙古	0.0030
黑山	0.0050
摩洛哥	0.0620
莫桑比克	0.0030
缅甸	0.0100
纳米比亚	0.0100
瑙鲁	0.0010
尼泊尔	0.0060
荷兰	1.6541
新西兰	0.2530
尼加拉瓜	0.0030
尼日尔	0.0020
尼日利亚	0.0900
纽埃	0.0010

会员国和准会员	2014-2015 年世界卫生组织比额 %
挪威	0.8511
阿曼	0.1020
巴基斯坦	0.0850
帕劳	0.0010
巴拿马	0.0260
巴布亚新几内亚	0.0040
巴拉圭	0.0100
秘鲁	0.1170
菲律宾	0.1540
波兰	0.9211
葡萄牙	0.4740
波多黎各	0.0010
卡塔尔	0.2090
大韩民国	1.9941
摩尔多瓦共和国	0.0030
罗马尼亚	0.2260
俄罗斯联邦	2.4382
卢旺达	0.0020
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	0.8641
塞内加尔	0.0060
塞尔维亚	0.0400
塞舌尔	0.0010
塞拉利昂	0.0010
新加坡	0.3840
斯洛伐克	0.1710
斯洛文尼亚	0.1000
所罗门群岛	0.0010
索马里	0.0010
南非	0.3720
南苏丹	0.0040
西班牙	2.9732
斯里兰卡	0.0250
苏丹	0.0100
苏里南	0.0040
斯威士兰	0.0030
瑞典	0.9601

会员国和准会员	2014-2015 年世界卫生组织比额 %
瑞士	1.0471
阿拉伯叙利亚共和国	0.0360
塔吉克斯坦	0.0030
泰国	0.2390
前南斯拉夫的马其顿共和国	0.0080
东帝汶	0.0020
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	0.0360
土耳其	1.3281
土库曼斯坦	0.0190
图瓦卢	0.0010
乌干达	0.0060
乌克兰	0.0990
阿拉伯联合酋长国	0.5950
大不列颠及北爱尔兰联合王国	5.1794
坦桑尼亚联合共和国	0.0090
美利坚合众国	22.0000
乌拉圭	0.0520
乌兹别克斯坦	0.0150
瓦努阿图	0.0010
委内瑞拉（玻利瓦尔共和国）	0.6270
越南	0.0420
也门	0.0100
赞比亚	0.0060
津巴布韦	0.0020
总计	100.0000

（第九次全体会议，2013 年 5 月 27 日 — 乙委员会第二份报告）

WHA66.16 外汇风险管理

第六十六届世界卫生大会，

审议了有关外汇风险管理的报告¹；

¹ 文件 A66/32 和 A66/56。

认识到有必要确保收入和支出货币的长期匹配，

1. **决定：**

(1) 从 2014 年起，评定会费货币将按照规划预算批准时间和规划预算评定会费部分数额一半以美元计价，一半以瑞郎计价；

(2) 该措施将适用于所有每年评定会费总额为 20 万美元或更多的会员国，每年评定会费总额少于 20 万美元的会员国将继续完全用美元缴纳摊款；

2. **决定**将《财务条例》第 6.6 条修改为如下¹：

6.6 如会员国年评定会费总额为 20 万美元或更多，该会员国的会费一半按美元评定，一半按瑞士法郎评定。如会员国年评定会费总额低于 20 万美元，该会员国的会费应全部按美元评定。会费用美元、欧元或瑞士法郎交付，或用总干事确定的其它一种或多种货币交付。

3. **进一步决定**世界卫生组织《财务条例》上述变化应自第六十六届世界卫生大会闭幕起生效。

（第九次全体会议，2013 年 5 月 27 日 — 乙委员会第二份报告）

WHA66.17 外审计员的报告

第六十六届世界卫生大会，

审议了外审计员向第六十六届世界卫生大会提交的关于世界卫生组织 2012 年 12 月 31 日结束的财务年度财务活动的报告²；

注意到执行委员会规划、预算和行政委员会向第六十六届世界卫生大会提交的报告³，

接受外审计员向第六十六届世界卫生大会提交的报告。

（第九次全体会议，2013 年 5 月 27 日 — 乙委员会第二份报告）

¹ 见附件 1。

² 见文件 A66/34。

³ 见文件 A66/58。

WHA66.18 世界卫生组织总干事的选举工作小组报告的后续事宜¹

第六十六届世界卫生大会，

审议了就世界卫生组织总干事的选举工作小组报告的后续事宜提交的报告²，

1. **通过**本决议附件 1 所载的《世界卫生组织总干事选举行为守则》；
2. 按本决议附件 2 所述，**设立**一个对所有会员国³开放的候选人论坛，为候选人提供一个非决策性平台；
3. **批准**本决议附件 3 中所载的标准履历表，此后向总干事职位建议人选的会员国应将该表作为提交的唯一文件；
4. **决定**每个候选人的履历应不超过 3500 字并应以电子格式提交，以便执行委员会主席能够确认没有超过字数限制；
5. **还决定**如本决议附件 4 所述，修订《世界卫生大会议事规则》第七十条和第一〇八条，并添加新的第七十条之二；
6. **要求**总干事：
 - (1) 探索关于采用电子表决方法任命总干事的方案，包括此方法在财务和电子安全方面的影响，并通过执行委员会向第六十七届世界卫生大会报告有关情况；
 - (2) 在一份参考文件草稿中汇总关于总干事选举的整个程序的说明，以便通过执行委员会提交第六十七届世界卫生大会审议。

附件 1**世界卫生组织总干事选举行为守则**

世界卫生大会在就世界卫生组织总干事的选举程序和方法问题会员国工作小组的报告问题通过的 WHA65.15 号决议中除其它外决定，“秘书处将根据联合检查组‘联合国

¹ 该决议附件 2 对秘书处的财政和行政影响，见附件 6。

² 文件 A66/41。

³ 适用时，还包括区域经济一体化组织。

系统各组织行政首长的甄选和服务条件’报告所载的建议 7，制定关于世界卫生组织总干事一职候选人和会员国应承诺遵循和遵守的行为守则，通过执委会提交第六十六届世界卫生大会审议。”

本行为守则（下称“守则”）旨在促进世界卫生组织总干事选举程序的公开、公正、平等和透明。为完善整个程序，本守则涉及多个领域，包括提交提案、会员国及候选人开展竞选活动以及筹资和财务事项等。

本守则是世界卫生组织会员国达成的政治谅解。它向会员国和候选人建议在总干事选举问题上应有的行为，以提高程序的公正、公信力、公开性和透明度，进而提高其合法性及其结果的合法性和可接受性。因此，守则虽不具法律约束力，但希望会员国和候选人遵守其规定。

A. 一般要求

I. 基本原则

整个选举程序和相关竞选活动应受以下原则指导，它们会提高该程序及其结果的合法性：

适当考虑公平地域代表性原则，

公正，

平等，

透明，

善意，

有尊严、相互尊重和克制，

不歧视，

任人唯贤。

II. 卫生大会和执行委员会根据各自的《议事规则》行使的职权

1. 会员国接受卫生大会和执行委员会按照其《议事规则》以及相关决议和决定开展总干事选举工作的职权。
2. 提出总干事一职人选的会员国有权宣传其候选人，这也适用于候选人对自己候选身份的宣传。在行使此项权利时，会员国和候选人应遵守世界卫生组织《组织法》、《世界卫生大会议事规则》和《执行委员会会议事规则》以及相关决议和决定中制约总干事选举的所有规则。

III. 职责

1. 会员国和世界卫生组织总干事一职候选人有义务遵守和尊重本守则。
2. 会员国承认总干事的选举程序应公正、公开、透明、平等和任人唯贤。它们应使本守则广为人知和方便查询。
3. 秘书处还将根据本守则的规定促进对本守则的认识。

B. 关于选举程序不同步骤的要求

I. 提交提案

会员国在提出总干事一职的一名或多名候选人时，应在其提案中申明，它们及其提出的人选承诺遵循本守则的各项规定。总干事在请会员国根据《执行委员会会议事规则》第五十二条提出总干事一职人选时，应提醒会员国注意这一点。

II. 竞选活动

1. 本守则适用于与总干事提名相关的、从开始直到卫生大会任命期间的竞选活动。
2. 所有会员国和候选人都应鼓励并促进全选举过程中的相互沟通与合作。会员国和候选人应善意行事，并铭记我们共同的目标是促进选举全过程的平等、公开、透明和公正。
3. 所有会员国和候选人都应考虑披露其竞选活动（如举办会议、研讨会、访问等），并向秘书处通报这些活动。所披露的信息将公布在世卫组织网站的专用网页上。

4. 会员国和候选人提及别的会员国和候选人时应相互尊重；无论何时，任何会员国或候选人都不应打断或阻止其他候选人的竞选活动。任何会员国或任何候选人也不应作出可被视为诽谤或中伤的任何口头或书面或其它形式的表述。
5. 会员国和候选人应避免以不当方式影响选举程序，如赠与或接受资金或其它好处，或作出此类许诺，以换取对某一候选人的支持。
6. 会员国和候选人都不应作出可能破坏或被视为破坏选举程序的公正性而有利于公共或私营部门任何个人或机构的许诺或承诺，或接受公共或私营部门任何个人或机构的指示，并应避免从事任何其它的类似行动。
7. 会员国提名总干事一职候选人时应考虑披露此前两年向其它会员国的赠款或援助资金，以确保会员国间完全透明和相互信赖。
8. 如有要求，已提名总干事一职候选人的会员国应协助其候选人接洽其它会员国。应尽可能将候选人与会员国之间的会见安排在有各会员国参加的会议或其它活动时，而非通过双边访问进行。
9. 候选人为竞选而赴会员国的旅行应有一定限度，以避免过度花费而导致会员国之间及候选人之间的不平等。为此，会员国和候选人应考虑尽可能利用现有机制（区域委员会和执行委员会的届会以及卫生大会）举办与竞选活动有关的会见及其它宣传活动。
10. 无论是内部候选人还是外部候选人，都不应将公务旅行与竞选活动混在一起。应避免在技术会议或类似活动的掩盖下开展竞选或宣传活动。
11. 在总干事按照《执行委员会议事规则》第五十二条的规定向会员国送达所有提案、履历和证明文件后，秘书处将在世卫组织网站上开设一个有密码保护的问答网络论坛，该论坛向所有要求参与此论坛的会员国和候选人开放。应候选人要求，秘书处还将在世卫组织网站上公布这些候选人的信息，包括其履历和从会员国收到的有关其资格及经验的其它细节以及他们的联系方式。该网站还将应要求提供候选人个人网站的链接。各候选人负责自己网站的制作和筹资。
12. 秘书处还将按照《执行委员会议事规则》第五十二条第一款规定的时间，在世卫组织网站上公布选举程序的信息、适用的规则和决定以及本守则文本。

III. 提名和任命

1. 按照执行委员会和卫生大会《议事规则》以及相关决议和决定，由执行委员会提名，卫生大会任命总干事。原则上，为使会议平静进行，候选人即使是国家代表团的成员，也不应出席这些会议。
2. 会员国应严格遵守执行委员会和卫生大会《议事规则》及其它适用的决议和决定，尊重会议程序的公正性、合法性和尊严。因此，在进行提名和任命活动的会场内外，均应避免从事可能被视为旨在影响结果的行为和行动。
3. 会员国应尊重程序的保密性和投票的秘密性，尤其应避免在非公开会议期间利用电子设备传播或播放会议过程。
4. 鉴于总干事提名和任命投票的秘密性质，会员国应避免事先公布其对某一候选人投赞成票的意向。

IV. 内部候选人

1. 获总干事候选提名的世卫组织工作人员，包括现任总干事，应遵守世界卫生组织《组织法》、《人事条例》、《职员细则》所规定的义务以及总干事不时发布的指示。
2. 获总干事候选提名的世卫组织工作人员必须遵守最高的伦理行为标准，努力避免任何不当行为。世卫组织工作人员必须明确区分其在世卫组织中履行的职能和候选人活动，避免其竞选活动与其世卫组织工作之间出现任何交叉或被视为出现交叉。他们还须避免任何被视为有利益冲突的行为。
3. 世卫组织工作人员如被指控在其竞选活动中违反职责，应由总干事按照适用的条例和细则进行处罚。
4. 卫生大会或执行委员会可要求总干事对获总干事候选提名的工作人员适用《职员细则》第 650 条关于特别假的规定。

附件 2

候选人论坛

召集和举办论坛

1. 候选人论坛将由秘书处应执行委员会要求召集，由执委会主席主持，在执行委员会主席团支持下，作为执委会届会前的一次独立活动举行。执委会可正式召集候选人论坛，并在提名候选人的届会前一年的届会上决定举办日期。

时间安排

2. 候选人论坛应在提名候选人的执委会届会之前至少提前两个月举办。

持续时间

3. 候选人论坛的持续时间将由执委会主席团根据候选人人数决定。尽管如此，论坛的持续时间最长为 3 天。

方式

4. 每一候选人的陈述时间限为 30 分钟，随后是回答问题，因此，每次面试的整体持续时间应为 60 分钟。面试的顺序应抽签决定。论坛可根据主席的建议，决定面试的具体安排。

5. 将请参加候选人论坛的会员国和准会员国准备在每一候选人初次陈述时提出的问题。向每一候选人提出的问题由主席随机抽取。

参加

6. 候选人论坛将仅限世界卫生组织的会员国¹和准会员参加。

7. 对那些不能参加论坛的会员国或准会员，候选人论坛将由秘书处通过有密码保护的网站播放。

文件

8. 将在有密码保护的网站上，以电子形式向所有会员国和准会员提供根据执委会《议事规则》第五十二条提交的候选人履历和其他辅助资料的语言文本。

¹ 适用时，还包括区域经济一体化组织。

附件 3

履历表

姓： 名/别名：	附一张近照
性别：	
出生国家和地区：	出生日期（年/月/日）：
国籍：	
如果您曾违反任何法律（轻微的交通违规行为除外），请详述：	
婚姻状况：	需赡养者人数：

邮政地址：	电话： 手机： 传真： 电子邮件：
-------	----------------------------

获得的证书或学位：

(请在此处列明所获得的主要证书或学位以及日期和颁发机构。可加附页。)

语言知识		母语	口语	阅读	书写
<p>对母语之外的语言，请按以下说明，填写显示您语言知识水平的数码。如果不懂其中某种语言，请勿填写与此语言相关的栏目。</p> <p>数码： 1. 可以简单会话，阅读报纸，日常通信。</p> <p>2. 可以自如讨论，并能阅读和写作较难的材料。</p> <p>3. 像母语一样（或几乎同样）流利。</p>	阿拉伯文	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	中文	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	英文	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	法文	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	西班牙文	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	俄文	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	其它（请具体说明）				

担任的职务

请列明在职业生涯中您担任的职务和工作经验，须填写相关日期、职责、成果/成就和负责事项。可加附页。

请陈述有助于评估贵申请的任何其它有关事实。列明您从事的民间、专业、公共或国际事务。

请在此处列明您发表的作品（最多可列 10 个），尤其是公共卫生领域的主要作品，同时请注明刊登您作品的杂志、书籍或报告的名称。如有必要，可加一附页。（如您愿意，也可附上所有作品的完整清单。）但请勿附作品本身。

请列明业余爱好、运动、技术以及有助于评估贵申请的任何其它有关事实：

书面陈述

1. 请说明您如何符合每项“世界卫生组织总干事一职候选人标准”（见所附材料）。请引述您履历表中的具体内容证实您的说法。世界卫生大会在 **WHA65.15** 号决议中通过了以下标准：

- (1) 具备卫生领域强有力的技术背景，包括公共卫生经验；
 - (2) 熟悉国际卫生事务并拥有广泛经验；
 - (3) 具备明显的领导才干和经验；
 - (4) 拥有杰出的沟通和宣传技巧；
 - (5) 具备明显的组织管理能力；
 - (6) 具备对文化、社会和政治差异的敏感性；
 - (7) 有对世卫组织使命和目标的强烈承诺；
 - (8) 如同要求本组织所有职员那样身体健康；
 - (9) 在执行委员会和卫生大会的至少一种正式工作语言方面具备充足的技能。
2. 请阐述您对世界卫生组织的重点和战略的看法。

附件 4

世界卫生大会议事规则

第七十条

卫生大会对重大问题的决定应由出席及投票表决会员国的三分之二多数通过。这些问题包括：通过公约或协定；按组织法第六十九、七十及七十二条批准本组织与联合国及政府间组织和机构建立关系的协定；修订组织法；决定有效的工作预算总额；以及按组织法第七条决定中止某会员国的表决权和受益权。

第七十条之二

根据议事规则第一〇八条规定，世界卫生组织总干事应以出席及投票表决会员国的明确和明显多数票当选。

第一〇八条

卫生大会应举行秘密会议审议执委会的提名，并经无记名票选决定。

1. 如果执委会提名三名候选人，应适用下述程序：

- (1) 如果一名候选人在第一轮票选中获得出席及投票表决会员国三分之二或三分之二以上多数票，将被视为获得明确和明显多数票，该候选人应被任命为总干事。如无一候选人获得所需多数票，则排除得票最少的候选人。如果有两名候选人得票最少且得票数相等，应为他们单独举行一次票选，排除得票最少的候选人。
- (2) 如果一名候选人在随后票选中获得出席及投票表决会员国三分之二或三分之二以上多数票，将被视为获得明确和明显多数票，该候选人应被任命为总干事。
- (3) 如无一候选人获得第(2)项所规定的多数票，在随后票选中获得世界卫生组织会员国多数票或多数以上票的候选人将被视为获得明确和明显多数票，该候选人应被任命为总干事。
- (4) 如无一候选人获得第(3)项所规定的多数票，在随后票选中获得出席及投票表决会员国多数票或多数以上票的候选人将被视为获得明确和明显多数票，该候选人应被任命为总干事。

2. 如果执委会提名两名人选，应适用以下程序：

(1) 如果一名候选人获得出席及投票表决会员国三分之二或三分之二以上多数票，将被视为获得明确和明显多数票，该候选人应被任命为总干事。

(2) 如无一候选人获得第(1)项所规定的多数票，在随后票选中获得世界卫生组织会员国多数票或多数以上票的候选人将被视为获得明确和明显多数票，该候选人应被任命为总干事。

(3) 如无一候选人获得第(2)项所规定的多数票，在随后票选中获得出席及投票表决会员国多数票或多数以上票的候选人将被视为获得明确和明显多数票，该候选人应被任命为总干事。

3. 如果执委会提名一名人选，卫生大会应以出席及投票表决会员国三分之二多数票作出决定。

(第九次全体会议，2013年5月27日 — 乙委员会第二份报告)

WHA66.19 不动产

第六十六届世界卫生大会，

审议了关于不动产的报告¹；

注意到执行委员会规划、预算和行政委员会向第六十六届世界卫生大会提交的报告²，

批准在索马里邦特兰的加洛威建设新的国家分支办事处。

(第九次全体会议，2013年5月27日 — 乙委员会第二份报告)

WHA66.20 世界卫生组织与南方中心之间的协定

第六十六届世界卫生大会，

审议了世界卫生组织与南方中心之间的拟议协定的报告³；

¹ 文件 A66/42。

² 文件 A66/62。

³ 见文件 A66/46。

还考虑到世界卫生组织《组织法》第七十条，

批准世界卫生组织与南方中心之间的拟议协定¹。

（第九次全体会议，2013年5月27日 — 乙委员会第二份报告）

WHA66.21 将南苏丹从东地中海区域转至非洲区域²

第六十六届世界卫生大会，

业经审议南苏丹政府提出的将该国并入非洲区域的要求³，

决定南苏丹应成为非洲区域的组成部分。

（第九次全体会议，2013年5月27日 — 乙委员会第二份报告）

WHA66.22 研究与开发方面筹资和协调问题协商性专家工作小组报告的后续事宜

第六十六届世界卫生大会，

审议了研究与开发方面筹资和协调问题的磋商性专家工作小组的报告⁴；

忆及 **WHA65.22** 号决议要求总干事，除其它外，举行一个不限成员名额会员国会议，深入分析磋商性专家工作小组的报告和所提建议的可行性，同时考虑到各区域委员会会议以及区域和国家磋商过程中的讨论情况；

进一步忆及《公共卫生、创新和知识产权全球战略和行动计划》，其目标是促进创新、建设能力、提高可及性和动员资源，以处理严重影响发展中国家的疾病，还忆及 **WHA59.24** 号决议、**WHA63.21** 号决议和 **WHA63.28** 号决议；

认识到急需解决发展中国家的卫生需求以及当前研究环境中因公认的市场失败而导致的相关不平等问题，同时认识到有必要加强投资以促进与二类和三类疾病以及与发展中国家一类疾病方面特定研发需要有关的卫生研发工作；

¹ 见附件 4。

² 该决议对秘书处的财政和行政影响，见附件 6。

³ 见文件 A66/43。

⁴ 文件 A66/23。

确认有必要加强对卫生研发方面资源流动的监测，同时要确认卫生研发方面的差距，进一步协调卫生研发活动，并根据发展中国家的公共卫生需求确定重点；

还确认提供更多信息阐明疾病负担、研究机会、新卫生产品潜在的健康影响以及为开发并向发展中国家的穷人提供新卫生产品所必须的资源估算，可为倡导额外筹资提供重要依据；

认识到必须为卫生研发工作确立可持续的筹资机制，以便开发和提供卫生产品，满足发展中国家的卫生需求；

忆及《公共卫生、创新和知识产权全球战略和行动计划》，其中提到一系列促进卫生研发的奖励制度，其目标之一是使研发成本与卫生保健产品的价格分开；

认识到卫生研发的监测、协调和筹资是相互关联的，而且加强卫生研发所需的资源必须是可预测和可持续的；

重申必须在发达国家与发展中国家之间，以及酌情在发展中国家当中，促进根据共同商定的条款进行技术转让；

强调卫生研发应当受需求驱动并以证据为基础，而且应以下述核心原则为指导：可负担性、有效性、效率和公平；此外，应将卫生研发视为一项共同责任；

意识到有必要根据发展中国家的公共卫生需求加强重点确定和透明的决策程序；

注意到公共和私营部门在促进创新和开发新卫生产品方面的重要作用，

1. 遵循《公共卫生、创新和知识产权全球战略和行动计划》，**批准**下述战略工作计划以便加强监测与协调，并确保为卫生研发提供可持续资金，由此努力实现关于开发和提供可负担、有效、安全和优质卫生产品的目标，在这方面，现有市场机制不能为卫生研发提供奖励措施；此外，一致同意在公共和私营实体、学术界以及民间社会的广泛参与下，进一步发展这一战略工作计划；

2. 敦促会员国¹：

(1) 加强卫生研发能力，增加投资促进就严重影响发展中国家的疾病进行卫生研发；

¹ 适用时，还包括区域经济一体化组织。

(2) 通过投资和持续合作，推动能力建设，鼓励根据共同商定的条款转让技术，促进发展中国家卫生产品的生产，以及加强发展中国家的卫生研发和卫生产品可及性；

(3) 根据下面第 4(1)分段所述的商定规范和标准，确立或加强国家卫生研发观察站或等同职能以便跟踪和监测卫生研发方面的相关信息，同时促进全球卫生研发观察站的工作；

(4) 促进在国家、区域和全球层面协调卫生研发工作以便最大限度发挥协同作用；

(5) 通过区域磋商和相关利益攸关方的广泛参与，作为战略工作计划的一部分确定项目，以便弥补研究空白，确保各个层面的有效协调，并满足实施工作的资源需求从而开发和提供卫生产品；

(6) 继续在国家层面以及区域和全球层面进行磋商，包括通过世卫组织理事机构，讨论与卫生研发的协调、重点确定和筹资有关的具体问题；

(7) 通过为国家、区域和全球层面的卫生研发活动，特别是为监测活动，包括全球卫生研发观察站提供自愿捐款，促进为卫生研发工作确立协调和可持续的筹资机制；

3. **呼吁**所有利益攸关方，包括私营部门、学术机构和非政府组织：

(1) 与世卫组织分享卫生研发方面的有关信息，以便促进全球卫生研发观察站；

(2) 促进筹资机制；

4. **要求**总干事：

(1) 与会员国和相关利益攸关方磋商，在现有来源基础上，制定卫生研发分类规范和标准，以便能系统地收集和整理信息；

(2) 支持会员国努力确立或加强卫生研发能力并监测卫生研发方面的有关信息；

(3) 在世卫组织秘书处内设立一个全球卫生研发观察站，以便监测和分析卫生研发方面的相关信息，该观察站应以国家和区域观察站（或等同职能）以及现有数据收集机制为基础，目的是促进确认卫生研发方面的空白和机会并通过与会员国磋商以及酌情与其它相关利益攸关方合作来确定重点，以便支持采取协调的行动；

- (4) 通过区域磋商和相关利益攸关方的广泛参与，促进实施一些卫生研发示范项目，以便弥补经确认严重影响发展中国家，特别是穷人的研发空白，对此可以立即采取行动；
- (5) 审查现有机制以评估其是否适合履行卫生研发协调职能；
- (6) 探讨和评价现有的卫生研发捐款机制，如果没有合适的机制，则应就有效机制，包括汇集资源和自愿捐款提出建议，同时还应为独立监测这些机制的有效性制定一项计划；
- (7) 在 2016 年 5 月世界卫生大会第六十九届会议之前再召集一次不限成员名额会员国会议，以便评估进展并继续讨论与卫生研发方面监测、协调和筹资有关的剩余问题，同时考虑到所有相关分析和报告，包括对研究与开发方面筹资和协调问题的磋商性专家工作小组报告的分析；
- (8) 通过执行委员会第 134 届会议向第六十七届世界卫生大会提交报告，说明审查现有协调机制的情况（参见上面第 4(5)分段）以及评价现有卫生研发捐款机制的情况（参见上面第 4(6)分段）；通过执行委员会第 136 届会议向第六十八届世界卫生大会报告实施卫生研发示范项目的情况（参见上面第 4(4)分段）；以及向第六十九届世界卫生大会转交不限成员名额会员国会议的报告。

（第九次全体会议，2013 年 5 月 27 日 — 乙委员会第四份报告）

WHA66.23 改革卫生人力教育以支持全民健康覆盖¹

第六十六届世界卫生大会，

忆及 WHA59.23 号决议敦促会员国加大卫生人力培养力度以解决卫生工作者短缺问题，这种短缺妨碍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；

认识到建立能够正常运作的卫生系统，在初级卫生保健层面保证尽职和合格卫生工作者数量充足且分布公平，对于实现公平获取卫生服务这一全民健康覆盖方面的重要目标至关重要，《2006 年世界卫生报告》²对此也给予了强调；

¹ 该决议对秘书处的财政和行政影响，见附件 6。

² 《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。

还认识到有必要提供充分、可靠的财政和非财政激励措施以及有利和安全的工作环境以便在最有需要的地区，尤其是在世卫组织全球指南¹所建议的难以抵达的偏远地区和城市贫民窟留住卫生工作者；

忆及关于可持续的卫生筹资结构和全民覆盖的 **WHA64.9** 号决议敦促会员国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和服务、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；

关注在许多国家，特别是撒哈拉以南非洲国家，没有足够的培训数量充足的卫生工作者以充分覆盖其人口；

认识到一些经济规模有限的国家在当地卫生人力教育、其特殊需求以及与其它会员国之间的潜在伙伴关系和合作方面面临一系列具体挑战；

还对卫生人力教育方面的挑战具有全球性感到关切；

还对人口趋势感到关切，根据预测，未来数十年卫生人力供应和分布都仍是令人关切的问题，不论各有关国家的发展阶段如何；

还认识到有必要在卫生部、教育部、公共和私立培训机构以及卫生专业组织之间开展跨部门合作，加强卫生人力教育系统，以便为支持全民健康覆盖培养合格的卫生人力；

还关注许多国家缺少资金、设施和足够的教育者以培训充足、称职的卫生人力；而且有必要改进卫生人力教育和培训系统以响应国家卫生需求；

考虑到会员国需要制定关于全面的卫生人力资源政策和计划，包括将卫生人力教育作为要素之一；

忆及关于世界卫生组织全球卫生人员国际招聘行为守则的 **WHA63.16** 号决议，会员国在该守则中同意尽可能创建一个可持续的卫生工作者队伍，并建立有效的卫生人力规划、教育和培养以及留用策略²；

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。

² 第3条 – “指导原则”，第3.6段。

认识到关于在东南亚区域国家加强国家卫生人力的《达卡宣言》和东南亚区域委员会通过的关于加强东南亚区域卫生人力教育和培训的 **SEA/RC65/R7** 号决议，其中敦促会员国按照全区域统一商定的规程全面评估卫生人力教育和培训现况，并以此为基础制定和实施基于证据的政策；

还认识到全球独立委员会题为“新世纪的卫生专业人员：在相互依存的世界中改革教育以加强卫生系统”的报告中所载各项建议¹；

赞赏各区域为加强卫生人力教育和培训正在开展的行动，其中包括但不限于医疗和护理教育伙伴关系倡议，根据《北海道洞爷湖八国集团首脑会议领导人宣言》由日本支持在撒哈拉以南非洲地区开展的卫生工作者在职培训，以及亚太卫生专业教育改革网络，

1. 敦促会员国²：

- (1) 通过在可能包括教育部、卫生部和财政部在内的相关部委之间开展跨部门政策对话酌情进一步加强政策、战略和计划，以确保对卫生人力的教育和培训能促进实现全民健康覆盖；
- (2) 考虑对当前卫生人力教育状况进行全面评估，一旦世卫组织制定出标准规程和工具，即酌情适用；
- (3) 考虑到上一段提及的评估结果，考虑制定和实施基于证据的政策和战略，以便加强和改革卫生人力教育与培训，包括但不限于促进跨专业的、以社区和卫生系统为基础的教育，将职前教育与持续专业发展联系起来，建立资格认证系统以确保培训机构的质量和卫生人力的能力；目的是更好地响应人们的卫生需求，同时能考虑到一些经济规模有限会员国在当地培训方面的特殊需求。
- (4) 为酌情实施政策和战略提供充足的资源和政治支持以促进加强和改革卫生人力教育；
- (5) 分享卫生人力教育方面的最佳做法和经验；

¹ 培养 21 世纪卫生专业人员：全球独立委员会。“新世纪的卫生专业人员：在相互依存的世界中改革教育以加强卫生系统”，《柳叶刀》，哈佛大学出版社，马萨诸塞州剑桥，2010 年。

² 适用时，还包括区域经济一体化组织。

2. 要求总干事：

- (1) 制定可根据各国国情调整的标准的评估规程和工具；
- (2) 酌情支持会员国应用有关规程对当前卫生人力教育状况进行全面评估；
- (3) 向会员国提供技术支持，协助其制定并实施基于证据的政策和战略，以加强并改革其卫生人力教育；
- (4) 进行区域磋商，以便审查国家评估结果，并通过执委会向第六十九届世界卫生大会提交一份载有明确结论和建议的报告；
- (5) 在该报告基础上确定全球和区域方法，其中可包括改革卫生人力教育的战略，并将这些方法通过执委会提交第七十届世界卫生大会审议。

（第九次全体会议，2013年5月27日 — 乙委员会第四份报告）

WHA66.24 电子卫生保健标准化和互用性¹

第六十六届世界卫生大会，

审议了秘书处的报告²；

忆及有关电子卫生保健的 **WHA58.28** 号决议；

认识到信息和通信技术已被纳入千年发展目标；

还认识到非洲区域委员会通过了有关非洲区域电子卫生保健的 **AFR/RC60/3** 号决议，泛美卫生组织第五十一届指导委员会通过了有关电子卫生保健的 **CD51.R5** 号决议并已批准相关战略和行动计划³；

进一步认识到要在信息系统内安全、有效、及时地传输个人数据或人口数据需要遵循卫生数据标准和相关技术标准；

¹ 该决议对秘书处的财政和行政影响，见附件 6。

² 文件 A/66/26。

³ 见文件 CD/51/13。

又认识到要改进卫生保健并酌情使患者更多地参与到自身的保健中来，就要适当利用信息和通信技术，以提供高质量卫生服务，支持卫生保健系统的可持续供资，并促进全民获得；

另外也认识到卫生信息系统内部和卫生信息系统之间无法做到无缝数据交流给卫生保健服务造成障碍，并导致卫生信息系统碎片化，并且认识到这方面的改进对于充分发挥信息和通信技术加强卫生系统的作用至关重要；

进一步认识到通过标准化电子数据，卫生工作者可以在卫生保健点获得有关患者的更全面、更准确的电子格式信息，药店可以接收电子处方，实验室可以在线传输检验结果，影像和诊断中心可以发送高质量数码影像，研究人员可以更快、更精确地进行临床试验并分析数据，公共卫生当局可以及时收到有关重大事件的电子报告并在分析卫生数据的基础上实施公共卫生措施，而个人则可以获得其个人医疗信息，这有助于支持患者赋权；

还认识到医疗卫生保健的进步，加上卫生部门和包括环境在内的其它相关领域对信息和通信技术的利用出现指数增长，使人们需要在多种计算机和通信系统中收集、储存并处理更多与患者及其环境相关的数据，因此应处理与硬件、系统、基础设施、数据和服务有关的标准化和互用性问题；

认识到个人健康数据的电子化收集、储存、处理和传输需要坚持最高标准的数据保护；

进一步认识到利用以信息和通信技术为基础的卫生信息系统对个人或人口数据进行电子化传输需要遵守卫生数据和技术标准，以实现安全、及时、准确的数据交换，供卫生决策参考；

强调有必要对以信息和通信技术为基础的卫生信息系统对卫生保健结果的影响进行科学评估，为大力投资于促进此类卫生保健技术寻找依据；

着重强调有必要制定并实施国家电子卫生保健战略，以便为实施电子卫生和卫生数据标准提供必要框架，并确保各国进行定期科学评估；

认识到，鉴于卫生数据的敏感性，确保对其进行安全的在线管理并增加对电子卫生保健工具和整体卫生服务的信任至关重要；

强调包括“.health”在内所有语言中卫生相关全球顶级域名应以能够保护公共卫生的方式加以使用，包括防止药品、医疗器械和未经授权的卫生产品和服务的非法市场进一步发展，

1. 敦促会员国¹:

- (1) 酌情考虑与包括国家当局、相关部委、卫生保健提供者和学术机构在内的相关利益攸关方进行合作的方案，以制定国家和地方实施电子卫生和卫生数据标准的路线图；
- (2) 考虑酌情制定与整体国家电子卫生保健战略相关联的政策和立法机制，以确保有关的公共和私立部门以及捐助方遵行电子卫生和卫生数据标准，并确保个人临床数据的私密性；
- (3) 考虑卫生部和公共卫生当局与互联网名称和数字地址分配机构政府咨询委员会本国代表应以何种方式合作，以便就包括“.health”在内所有语言中卫生相关全球顶级域名的授权、管理和操作协调国家立场，以维护公共卫生利益；

2. 要求总干事在现有资源内:

- (1) 酌情向会员国提供支持，通过包括国家当局、相关部委、相关私立部门各方和学术机构在内的多利益攸关方和多部门方针将电子卫生和卫生数据标准和互用性纳入国家电子卫生保健战略；
- (2) 酌情向会员国提供支持，促进在所有电子卫生保健行动中全面实施电子卫生和卫生数据标准；
- (3) 酌情提供指导和技术支持，促进对卫生干预措施中的信息和通信技术进行一致的、可重复的科学评估，包括建立可衡量影响和结果指标数据库；
- (4) 促进充分利用世卫组织卫生和医疗信息以及电子卫生保健合作中心网络，支持会员国在这些领域中的相关研究、开发和创新；
- (5) 与有关的国际标准化机构合作，促进电子卫生保健标准的协调；
- (6) 向适当机构，包括互联网名称与数字地址分配机构政府咨询委员会和机构下设单位，转达如下意见：所有语言中的卫生相关全球顶级域名，包括“.health”，均需与全球公共卫生目标一致；

¹ 适用时，还包括区域经济一体化组织。

-
- (7) 继续与包括互联网名称与数字地址分配机构政府咨询委员会和机构下设单位以及政府间组织在内的适当实体合作，以实现政府对政府间组织名称和缩写的保护，包括在互联网域名体系中保护；
- (8) 制定用于评估实施本决议进展情况的一个框架，并采用这一框架通过执行委员会定期向世界卫生大会提交报告。

(第九次全体会议，2013年5月27日 — 乙委员会第四份报告)

决 定

WHA66(1) 证书委员会的组成

第六十六届世界卫生大会任命由下述会员国代表组成证书委员会：阿富汗、加拿大、库克群岛、马拉维、马里、蒙古、尼加拉瓜、摩尔多瓦共和国、罗马尼亚、斯里兰卡、土耳其、乌干达。

（第一次全体会议，2013 年 5 月 20 日）

WHA66(2) 选举第六十六届世界卫生大会官员

第六十六届世界卫生大会选举出下列官员：

主席： 尾身茂博士（日本）

副主席： José V. Dias Van-Dúnem 博士（安哥拉）
Ahmed bin Mohamed bin Obaid Al Saidi 博士（阿曼）
Vidyadhar Mallik 先生（尼泊尔）
Raisa Bogatyryova 教授（乌克兰）
Florence Duperval Guillaume 博士（海地）

（第一次全体会议，2013 年 5 月 20 日）

WHA66(3) 成立会务委员会

第六十六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：智利、中国、古巴、斐济、法国、洪都拉斯、伊拉克、爱尔兰、哈萨克斯坦、纳米比亚、俄罗斯联邦、卢旺达、圣多美和普林西比、南非、泰国、美国、也门。

（第一次全体会议，2013 年 5 月 20 日）

WHA66(4) 通过议程

第六十六届世界卫生大会通过了执行委员会在其第 132 届会议上拟定的临时议程，其中删去两个项目以及一个项目由乙委员会转至甲委员会。

(第二次全体会议，2013 年 5 月 20 日)

WHA66(5) 选举主要委员会官员

第六十六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 Walter T. Gwenigale 博士（利比里亚）
乙委员会： 主席 Kathryn Tyson 女士（大不列颠及北爱尔兰联合王国）

(第一次全体会议，2013 年 5 月 20 日)

随后，主要委员会选举出下列官员：

甲委员会： 副主席 Lester Ross 博士（所罗门群岛）
Sania Nishtar 博士（巴基斯坦）
报告员 Victor Cuba Oré 博士（秘鲁）
乙委员会： 副主席 Daisy Corrales Diaz 博士（哥斯达黎加）
Poonam Khetrapal Singh 博士（印度）
报告员 Jilali Hazim 先生（摩洛哥）

(甲委员会和乙委员会第一次会议，分别于 2013 年 5 月 20 日和 22 日举行)

WHA66(6) 审核证书

第六十六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、安提瓜和巴布达、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、伯利兹、贝宁、不丹、玻利维亚（多民族国）、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、埃及、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、格鲁吉亚、德国、加纳、希腊、格林纳达、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、老挝人民民主共和国、拉脱维亚、黎巴嫩、莱索托、利比里亚、利比亚、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、摩纳哥、蒙古、黑山、摩洛哥、莫桑比克、缅甸、纳米比亚、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、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、圣卢西亚、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、塞舌尔、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、南苏丹、西班牙、斯里兰卡、苏丹、苏里南、斯威士兰、瑞典、瑞士、阿拉伯叙利亚共和国、塔吉克斯坦、泰国、前南斯拉夫的马其顿共和国、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、津巴布韦。

（第六次全体会议，2013年5月22日）

WHA66(7) 选举有权指派一人供职于执行委员会的会员国

第六十六届世界卫生大会在审议了会务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：阿尔巴尼亚、安道尔、阿根廷、巴西、朝鲜民主主义人民共和国、埃及、日本、纳米比亚、大韩民国、沙特阿拉伯、南非、苏里南。

（第八次全体会议，2013年5月24日）

WHA66(8) 世卫组织筹资

第六十六届世界卫生大会决定建立筹资对话，由总干事召集并由执行委员会规划、预算和行政委员会主席予以促进，目的是为规划预算筹措资金，关于2014-2015年规划预算的第一次筹资对话会将于2013年根据文件A66/48所述方式举行。

（第八次全体会议，2013年5月24日）

WHA66(9) 资源战略配置方法

第六十六届世界卫生大会决定，请总干事在与各会员国协商后，就新的世卫组织资源战略配置方法提交一份建议，供第六十七届世界卫生大会审议。新方法自 2016-2017 年规划预算起开始实施，将以世卫组织三个层级的清晰的作用和职能为基础，采用稳健的自下而上的计划过程和切合实际的产出成本核算方法。

（第八次全体会议，2013 年 5 月 24 日）

WHA66(10) 劣质、假造、标签不当、伪造、假冒医疗产品

第六十六届世界卫生大会，审议了关于劣质、假造、标签不当、伪造、假冒医疗产品的报告¹，决定建议关于劣质、假造、标签不当、伪造、假冒医疗产品问题会员国机制指导委员会的主席暂时采用轮换制，但不影响该机制的现有职权范围。

（第九次全体会议，2013 年 5 月 27 日）

WHA66(11) 任命参加世卫组织工作人员养恤金委员会的代表

(1) 第六十六届世界卫生大会提名泰国代表团的 Viroj Tangcharoensathien 博士为委员，任期三年，到 2016 年 5 月届满，并提名年资最老的候补委员、萨摩亚代表团的 Palanitina Tupuimatagi Toelupe 女士为委员，任期为其剩余时间，到 2014 年 5 月届满。

(2) 第六十六届世界卫生大会提名阿拉伯联合酋长国代表团的 Mahmoud N. Fikry 博士和阿根廷代表团的 Alejandro Henning 先生为世卫组织工作人员养恤金委员会候补委员，任期三年，到 2016 年 5 月届满。

（第九次全体会议，2013 年 5 月 27 日）

WHA66(12) 研究与开发方面筹资和协调问题协商性专家工作小组报告的后续事宜

(1) 为了采取行动对卫生研究与开发工作进行监测、协调和融资，并根据 WHA66/22 号决议，世界卫生大会要求总干事召集 2-3 天的技术协商会，以便协助确认演示项目，其中将做到：

- (a) 应对在发现、开发和/或提供方面确认的研究与开发空白，包括有希望的产品线，涉及过多地影响发展中国家（尤其是穷人）的疾病，而且对这些疾病可立刻采取行动；

¹ 文件 A66/22。

- (b) 采用合作性的方法协调研究与开发，包括开放知识的方法；
 - (c) 促进使研究与开发的成本不与产品价格挂钩；以及
 - (d) 建议和形成融资机制，包括创新、可持续和统筹的资金供应；
- (2) 演示项目应当为长期可持续的解决办法提供证据；

(3) 会议将向所有会员国¹开放。总干事应当邀请相关卫生研究与开发领域的专家以及在管理研究与开发资金方面有经验的专家，并同时保障世卫组织和公共卫生不受到任何形式的真实、预计或潜在利益冲突的不当影响；

(4) 总干事应根据世卫组织的既定惯例与区域主任协商，以便确保区域代表性以及专门技术和经验的多样化；

(5) 会议将分为两部分：首先由专家们开展技术讨论，然后向会员国介绍情况并由会员国进行讨论；

(6) 会议应当在 2013 年年底之前举行。应当与 WHA66/22 号决议执行段落 2(6)和 4(4)提及的区域协商会相辅相成；

(7) 会议报告将由总干事提交执行委员会第 134 届会议。

(第九次全体会议，2013 年 5 月 27 日)

WHA66(13) 选择召开第六十七届世界卫生大会的国家

第六十六届世界卫生大会根据《组织法》第十四条决定第六十七届世界卫生大会在瑞士召开。

(第九次全体会议，2013 年 5 月 27 日)

¹ 适用时，还包括区域经济一体化组织。

附 件

附件 1

世界卫生组织《财务条例》修订文本¹

[A66/32 – 2013 年 3 月 22 日，
A66/33 – 2013 年 5 月 15 日，
A66/56 – 2013 年 5 月 20 日和
A66/57 – 2013 年 5 月 20 日]

《财务条例》

第四条 – 批准预算

4.1 预算一经卫生大会批准，即赋予总干事有权按批准的预算用途及数额，在有可用资金的情况下，承担合同义务及支付用款。

4.2 一旦预算获得批准，在有可用资金的情况下，总干事可在相应财务期内作出承诺，以便用于在本财务期内或下一年内支付。

.....

第五条 – 预算资金的提供

5.1 预算由会员国按卫生大会确定的会费比额交纳的评定会费、自愿捐款、预计利息收入、上期收到的欠款和划归正常预算的任何其它收入提供。会员国根据世卫组织《组织法》第五十六条承担的财政义务仅限于评定会费。

5.2 卫生大会应批准由会员国评定会费资助的预算额，并应批准由总干事通过自愿渠道筹集的资金额。

5.2.1 由会员国评定会费提供的数额应在调整卫生大会批准总额后计算，以反映由以上第 5.1 条所列的其它资金来源提供资金的那部分预算。

5.3 如果预算的总筹资额少于在预算方案下卫生大会批准的数额，总干事应审查预算实施计划，以便作出可能必要的任何调整。

5.4 评定会费可在财务期的每年 1 月 1 日用于实施。自愿捐款可在与资源捐助方达成协议后用于实施。

¹ 根据 WHA66.3 和 WHA66.16 号决议修订的文本。

5.5 总干事应向卫生大会提交关于征收缴款（包括自愿捐款和评定会费）以及其它资金的年度报告。

第六条 – 评定会费

.....

6.2 卫生大会通过预算后，总干事应通知各会员国在财务期内各自应承担的评定会费并要求它们交纳第一年和第二年的年度会费。

6.3 如卫生大会决定修订财务期第二年施行的会费比额，或调整用会员国评定会费支付的预算数额时，总干事应通知各会员国其会费的修订数额，要求它们交付经修订的第二年的年度会费。

6.4 年度会费应在评定会费有关年度的1月1日以前全部交清。

6.5 如评定会费的未交部分迟于下一年度的1月1日，作拖欠一年论。

6.6 如会员国年评定会费总额为20万美元或更多，该会员国的会费一半按美元评定，一半按瑞士法郎评定。如会员国年评定会费总额低于20万美元，该会员国的会费应全部按美元评定。会费用美元、欧元或瑞士法郎交付，或用总干事确定的其它一种或多种货币交付。

.....

6.8 各会员国的评定会费付款记入其帐户，并首先用以抵付最早的欠额。

6.9 用美元以外的货币交纳的评定会费应按世界卫生组织收到日期采用的联合国汇率贷入会员国帐号。

6.10 新会员国在它成为会员国的应届财务期内，即应按卫生大会确定的比额交纳评定会费。这些会费将计入应缴纳此会费的那一年的收入中。

第七条 – 周转金和内部借支

7.1 在收到评定会费前，由评定会费供资的那部分预算的实施可由周转金和其后通过内部借支提供资金。周转金数额由卫生大会批准。可以通过本组织除信托基金外可动用的现金储备金进行内部借支。

7.2 周转金水平应以预测的资金需要并考虑到预计评定会费收入和支出为基础。总干事为改变以前批准的周转金水平而可能向卫生大会提出的任何建议应附有证明有必要作出改变的说明。

.....

附件 2

普遍的眼健康：2014-2019 年全球行动计划¹

[A66/11 – 2013 年 3 月 28 日]

1. 2012年1月，执行委员会审查了实施2009-2013年预防可避免的盲症和视力损害行动计划的进展，决定应立即启动2014-2019年后续计划工作，并要求总干事与会员国和国际合作伙伴密切磋商，制定2014-2019年预防可避免的盲症和视力损害行动计划草案，通过执行委员会向世界卫生大会提交²。经过与会员国、国际合作伙伴和联合国系统内部组织的磋商，草拟了以下全球行动计划。

世界视力损害现状

2. 2010年，世卫组织估计全球2.85亿人视力受损，其中3900万人失明。

3. 根据2010年的数据，80%的视力损害（包括盲症）都是可避免的。世界上视力损害的两个主要原因是未经矫正的屈光不正（42%）和白内障（33%）。所有国家都有降低两种情况负担的符合成本效益的干预措施。

4. 视力损害在老年年龄组更为常见。2010年，82%的盲人和65%中度和重度失明的人为50岁以上的人群。人群越贫困，越容易受包括盲症在内的视力损害的影响。

过去的进展

5. 卫生大会近期的决议将消除可预防盲症作为一项公共卫生问题强调了其重要性。2009年，世界卫生大会通过了WHA62.1号决议，批准了预防可避免的盲症和视力损害行动计划。2012年，提请第六十五届世界卫生大会注意的一份报告和讨论文件对实施2009-2013年行动计划过程中的经验教训进行了描述。这些发现的结果和收到的关于讨论文件的反馈是制定这一行动计划的重要组成因素。部分吸取的经验教训载列如下。

(a) 在所有国家，评估视力损害严重程度、原因和服务的有效性都至关重要。重要的是确保有系统能监测视力损害的患病率和原因，包括序时变化，以及眼健康和作为整个卫生体系一部分的康复服务的有效性。监测与评估眼健康服务和眼病流行趋势应纳入国家卫生信息系统。监测与评估得到的信息应用于指导制定服务和资源配置计划。

¹ 见 WHA66.4 号决议。

² 见 EB130(1)号决定。

(b) 制定和实施国家预防可避免的盲症和视力损害政策和计划仍然是战略行动的基石。部分针对眼病的规划在制定和实施政策和计划方面已取得了相当大的成功，然而在医疗卫生体系的各个层面都将眼病控制规划纳入到更广泛的医疗卫生服务系统中仍然是必要的。对人力资源开发、财务和财政拨款分配、私营部门和社会企业家的有效参与和对最脆弱群体的关怀而言，更是如此。越来越多的国家正在积累制定和实施有效的眼健康服务方面的经验，并将其纳入更广泛的卫生体系。这些经验应更好地得以记载和散发，使所有国家均能从中受益。

(c) 政府及其合作伙伴需要投资于符合成本效益的干预措施，减少可预防的视力损害，支持那些遭受不可逆视力损害的人们，帮助其在获得医疗保健、康复、支持和帮助时，在环境、教育和就业方面克服面临的障碍。对于医疗保健的投入存在互相竞争的优先重点，然而白内障和屈光不正作为可避免的视力损害的两大原因，广泛采用的白内障手术和矫正屈光不正干预措施是非常具有成本效益的。通过纵向举措成功提供眼健康服务的实例很多，尤其在低收入条件下。重要的是在更广泛的卫生服务和体系中，将其完全纳入到全面的眼保健服务中。对充分的、可预测的和持续的财务资源的动员，可通过将预防可避免视力损害包含到更宽泛的发展合作议程和举措中得以加强。在过去几年中，对通过创新性筹资为卫生筹集额外资源的讨论日益增多，但为减少最常见眼病而进行投资却相对缺失于创新性筹资的辩论和主要的卫生财务投入。需要对预防可避免视力损害和康复开展进一步的成本效益分析工作，以最大限度利用好现有的资源。

(d) 国际合作伙伴关系和联盟有助于制定和加强预防视力损害的有效公共卫生应对。如同前盘尾丝虫病控制规划、非洲盘尾丝虫病控制规划和世卫组织2020年全球消除沙眼联盟已证明的那样，资金充分、持续协调的国际行动已取得了可观的成就。视觉2020：享有看见的权利，这一世卫组织和预防盲症国际机构联合开展的消除可避免盲症全球倡议，对于提高人们对可避免盲症的认识是重要的，并已推动区域和国家实体的建立，促进开展广泛的活动。当前的挑战是加强全球和区域伙伴关系，确保其支持建设强健、可持续的卫生系统，并使伙伴关系更加有效。

(e) 消灭可避免盲症取决于其他全球卫生和发展议程的进展，比如卫生系统的全面发展、卫生发展的人力资源、孕产妇、儿童及生殖健康领域的改善，和安全饮用水和基本卫生设施的提供等。眼健康应包含在更广泛的非传染性和传染性疾病框架以及应对人口老龄化的框架中。某些致盲原因（例如：糖尿病、吸烟、早产、风疹和维生素A缺乏症）的已证实的风险因素需要通过多部门的干预措施不断地予以解决。

(f) 研究是重要的，需要得到资助。开发新的和更符合成本效益的干预措施，特别是那些适用于低收入和中等收入国家的生物医学研究是很重要的。实施性研究将为

克服服务提供和采用中的障碍、改进适宜的成本效益策略和方法提供证据，以满足不断增长的、改善和保护社区眼健康的公共卫生需求。

(g) 全球目标和国家指标是重要的。全球目标展现计划清晰的整体方向，并集中合作伙伴所做的努力。宣传目的和评估行动计划的总体影响也是重要的。国家指标有助于会员国及其合作伙伴评估进展，计划未来的投资。

2014-2019年全球行动计划

6. 全球行动计划的**愿景**是在这个世界上，没有人的视力会遭受不必要损害，不可避免遭受视力减退的人能够实现他们全部的潜力，全面的眼保健服务普遍可及。

7. 2014-2019年全球行动计划旨在持续并扩大会员国、秘书处和国际合作伙伴的努力，进一步改善眼健康，并致力于实现上述的愿景。其**总目标**是减少作为全球公共卫生问题的可避免视力损害¹，保证视力受损者能够得到康复服务。行动计划的**目的**是通过增加整合在卫生系统中的全面眼保健服务可及性来实现这一总目标。附录1提供进一步详情。该计划的基础是五项原则和方法：普遍可及和公平、人权、基于证据的实践、生命历程方法和赋予视力受损人群权力。附录2提供进一步详情。

8. 会员国、国际合作伙伴和秘书处提出的**行动建议**围绕三个**目标**（见附录3）：

目标一针对生成视力损害严重程度及原因和眼保健服务证据的需要，并以此倡导会员国对眼健康做出更大的政治和财务承诺。

目标二鼓励制定并实施综合性国家眼健康政策、计划和方案，开展符合世卫组织加强卫生系统、改善健康状况行动框架²的眼健康活动，增强普遍性。

目标三针对多部门参与和有效伙伴关系以加强眼健康。

三个目标中的每个目标都有一套**测量指标**以衡量进展情况。

¹ “视力损害”这一术语包含严重视力损害和中度视力损害，以及盲症。“盲症”定义为较好眼睛的视敏度低于 3/60，或相应的视野丧失达到 10 度以下的情况。“严重视力损害”定义为视敏度低于 6/60 并等于或好于 3/60 的情况，“中度视力损害”定义为视敏度低于 6/18 到 6/60 之间的情况（视力损害和盲症定义。日内瓦，世界卫生组织，2012 年）。本行动计划使用“视力损害”这一术语。又见《国际疾病分类》更新与修订平台“改变盲症定义

² 人人有责：加强卫生系统，改善健康状况：世卫组织的行动框架。世界卫生组织，日内瓦，2007 年。

9. 在总目标和目的层面有三个**指标**衡量国家级进展，尽管很多会员国会愿意收集的更多。这三个指标包括：(1)视力损害的患病率和原因；(2)眼保健人员数量；和(3)白内障手术。附录4提供更多详情。

- **视力损害的患病率和原因。**理解视力损害的严重程度及原因，和随着时间变化的趋势是重要的。该信息对资源配置、计划和与其他规划的协同增效至关重要。
- **按组成细分的眼保健人员数量。**该参数在确定眼健康人力资源的可用性时很重要。可以明确差距，并相应调整人力资源规划。
- **白内障手术服务。白内障手术率**（每年、每百万人口开展的白内障手术数量）和**白内障手术覆盖率**（双眼白内障导致视力损害的个人中，接受单眼或双眼白内障手术的人数）。了解手术率对于监测针对全球盲症主要原因之一的手术服务很重要，该数据对于眼健康服务的供给也提供了一个有价值的替代指标。如果会员国有患病率和视力损害原因数据，则可以计算得出白内障手术覆盖率；这是一项重要的衡量指标，提供有关白内障手术服务需求得到满足程度的信息。

10. 对于其中的第一项指标有一个**全球目标**。它将对行动计划的影响进行全面的测量。作为全球目标，本行动计划选定的是到2019年，将全球可避免的视力损害患病率从2010年的基线值减少25%¹。要实现这一目标，期望最大的进展来自代表着50岁以上这一部分人群可避免的视力损害患病率的降低。如上所述，白内障和未经矫正的屈光不正正是可避免视力损害的两个主要原因，占有所有视力损害的75%，且常见于老年人群。到2019年，预计所有视力损害中84%发生于50岁或以上人群。应对视力障碍的主要原因，扩大全面综合的眼健康服务，与实施更广泛的发展举措，包括诸如2013-2020年预防和控制非传染性疾病行动计划草案、全球消除沙眼的努力等策略预计可带来的健康改善一道，表明该目标尽管雄心勃勃，却是可以实现的。此外，随着预期低收入和中等收入国家国内生产总值的增长所带来的更广泛的健康收益，也会对降低视力损害产生影响²。

¹ 2010年全球可避免视力损害的患病率为3.18%。降低25%意味着到2019年患病率应为2.37%。

² 根据国际货币基金组织，到2019年，低收入国家和中低收入国家基于购买力平价的平均人均国内生产总值将增长24%，中高收入国家22%，高收入国家则为14%。

附录 1

愿景、总目标和目的

愿景			
在这个世界上，没有人的视力会遭受不必要损害，不可避免遭受视力减退的人能够实现他们全部的潜力，全面的眼保健服务普遍可及。			
总目标	可衡量指标¹	核实手段	重要假设
减少作为全球公共卫生问题的可避免视力损害，保证视力受损者能够得到康复服务 ²	视力损害的患病率和原因 全球目标：到 2019 年，全球可避免的视力损害患病率比 2010 年的基线值减少 25%	在国家级和次国家级收集流行病学数据，进行区域和全球估算	实施了各人权公约，在所有政策中实现了公平性，视力受损者获得了充分赋权 行动计划结束前实现了持续投资
目的			
增加整合在卫生系统中的全面眼部保健服务的可及性	每百万人口中获得眼部保健的人数 白内障手术率	会员国提供的总结国家数据的报告	所有人群完全、公平获得服务

¹ 另见附录 4。

² 秘书处预防盲症规划的目标为“预防和控制主要的盲症可避免原因并让所有人能够获得基本的眼保健……长期具体目标是将国家级盲症率下降到低于 0.5%，各团体中的盲症率不超过 1%”。《国家级预防盲症规划的形成和管理》。日内瓦，世界卫生组织，1990（文件 WHO/PBL/90.18）。

附录 2

跨领域原则和方法

普遍可及和公平	人权	基于证据的实践	生命历程方法	赋予视力受损者权力
无论其年龄、性别和社会地位如何，所有人都应能公平获得卫生保健和服务以实现或再次获得最高可实现的健康标准	治疗、预防和促进策略及干预措施必须遵从各项国际人权公约和协定	治疗、预防和促进策略及干预措施应基于科学证据和良好实践	眼健康和相关政策、计划和规划应考虑生命历程所有阶段的健康和社会需求	盲症患者或视力低下者可以充分参与社会、经济、政治和文化生活

附录 3

目标和行动

目标 1	可衡量的指标	核实手段	重要假设
生成和使用证据，倡导会员国为眼健康增加政治和财务承诺	<p>2019 年之前过去五年间开展和发表患病率调查的会员国数量</p> <p>2019 年之前过去五年间已经完成和发表眼保健服务测评的会员国数量</p> <p>会员国报告的世界爱眼日观测</p>	<p>会员国向秘书处报告有关视力损害患病率和原因的流行病学和经济测评</p> <p>使用眼健康服务测评和成本效益研究结果制定国家级和次国家级眼健康政策和计划</p> <p>国家、区域和全球倡导和宣传活动报告</p>	<p>尽管当前全球金融环境不理想并存在各种竞争议题，仍成功倡导增加眼健康投资</p>
目标 1 行动	提议的会员国投入	秘书处投入	提议的国际合作伙伴投入
1.1 开展有关视力损害患病率及其原因的基于人群的调查	<p>分配所需资源，与合作伙伴协作开展调查</p> <p>发表和散发调查结果，并将结果送交秘书处</p>	<p>向会员国提供调查工具和技术意见</p> <p>提供区域和全球级患病率估算</p>	<p>倡导开展调查的必要性</p> <p>明确和供应额外资源以补充政府对于调查的投资</p>
1.2 评测会员国提供全面眼保健服务的能力并明确差距	<p>分配所需资源，评测眼保健服务交付情况。测评应覆盖所提供服务的可用性、可及性、可负担性、可持续性、质量和公平性，包括眼部健康规划的成本效益分析。</p> <p>收集和汇编国家级数据，明确服务提供差距</p> <p>发表和散发调查结果，并将结果报告给秘书处</p>	<p>向会员国提供眼保健服务测评工具和技术意见</p> <p>发表和散发会员国和国际合作伙伴提供的数据总结报告</p>	<p>倡导开展眼保健服务测评的必要性</p> <p>支持会员国收集和散发数据</p> <p>明确和供应额外资源以补充政府对于眼保健服务测评的投入</p>

1.3 记载提高眼保健普遍可及方面的最佳实践实例并用于倡导宣传	<p>明确和记载录成功的干预措施和教训</p> <p>发表结果并将结果报告给秘书处</p>	<p>开发工具并连同技术意见一起提供给会员国</p> <p>整理和散发来自会员国的报告</p>	<p>倡导记载最佳实践的必要性</p> <p>支持会员国记载最佳实践和散发结果</p> <p>明确额外资源以补充政府投资</p>
目标 2	可衡量的指标	核实手段	重要假设
按照世卫组织加强卫生体系以改善健康成果的行动框架，制定和/或加强并实施国家眼健康政策、计划和规划	<p>报告眼健康政策、计划和规划实施情况的会员国数量</p> <p>设有眼健康/盲症预防委员会，和/或国家级盲症预防协调员，或同等机制的会员国数量</p> <p>将眼保健内容纳入国家基本药物、诊断工具和卫生技术清单的会员国数量</p> <p>报告将眼健康纳入国家卫生计划和预算的会员国数量</p> <p>报告具有包含眼保健人力资源的国家计划的会员国数量</p> <p>报告有关眼健康规划成本效益的研究证据的会员国数量</p>	会员国提供的数据总结报告	<p>政策、计划和规划充分遍及所有人群</p> <p>有需要的人能够获得服务</p>

目标 2 行动	提议的会员国投入	秘书处投入	提议的国际合作伙伴投入
2.1 为制定/更新、实施和监测国家级/次国家级眼健康政策和计划提供领导和治理	<p>在关键利益攸关方的参与下，制定/更新眼健康和预防视力损害国家级/次国家级政策、计划和规划，包括指标和具体目标</p> <p>保证将初级眼保健纳入初级卫生保健</p> <p>设立全新和/或保持现有协调机制（如国家协调员、眼健康/盲症预防委员会、其它国家级/次国家级机制）以监督政策、计划和规划的实施和监测/评估。</p>	<p>就按照全球行动计划如何制定和实施国家级/次国家级政策、计划和规划向会员国提供指导</p> <p>向会员国提供有关初级眼保健的工具和技术意见，以及开发、实施、监测和评估全面综合眼保健服务的良好领导及治理实践证据</p> <p>建立/保持负责眼健康/预防视力损害的全球和区域人员队伍</p> <p>在战略相关和资源允许的地方设立眼健康/预防视力损害国家职位</p>	<p>倡导制定政策、计划和规划的国家级/次国家级领导力</p> <p>支持国家级领导层明确实施政策/计划和将初级眼保健纳入初级卫生保健所需的财务和技术资源</p> <p>保证秘书处在总部、区域和驻在国关键职位的筹资</p>
2.2 保证有足够的财务资源通过国家级政策、计划和规划改善眼健康并提供纳入卫生体系的全面眼保健服务	<p>确保在全面综合医疗保健服务中为眼健康提供资金</p> <p>进行可避免视力损害预防和康复服务的成本效益分析并开展眼健康规划的成本效益研究以优化可用资源的使用</p>	<p>在会员国明确具有成本效益的干预措施中提供工具和技术支持并保证所需的财务资源</p>	<p>在国家级和国际级倡导充足资金及有效用于实施国家级/次国家级政策、计划和规划</p> <p>明确资金来源以补充国家级对于眼保健服务和成本效益分析的投资</p>

<p>2.3 建立和保持可持续的提供全面眼保健服务的人员队伍，以此作为卫生人员队伍更广泛人力资源的一部分</p>	<p>开展眼保健人力资源作为更广泛卫生人力资源一部分进入卫生规划的规划，并在其它相关部门进行眼健康人力资源规划</p> <p>为眼健康专业人士提供培训和职业发展</p> <p>确保设立并实施眼健康人员留任战略</p> <p>明确、记载和向秘书处及其他合作伙伴散发有关眼健康人力资源的最佳实践</p>	<p>提供所要求的技术支持 整理和发表最佳实践实例</p>	<p>倡导可持续眼健康人员队伍的重要性</p> <p>通过国家级协调机制支持培训和专业发展</p> <p>为会员国收集和散发数据提供支持</p>
<p>2.4 与国家沙眼和盘尾丝虫病消除活动相结合，在初级、二级和三级各级提供全面和公平的眼保健服务。</p>	<p>提供和/或协调全面和公平的眼保健服务的普遍可及，重点是儿童和老年人等脆弱群体</p> <p>加强转诊机制和面向视力受损人群的康复服务</p> <p>确立眼保健质量标准 and 规范</p>	<p>向会员国提供世卫组织现有的工具和技术支持</p>	<p>倡导全面公平眼保健服务的重要性</p> <p>通过国家级协调机制，依照各项政策、计划和规划，支持包括康复服务在内的眼保健服务提供方面的本地能力建设</p> <p>通过国家级协调机制，依照各项国家级政策、计划和规划，监测、评估和报告所提供的服务</p>
<p>2.5 使人们能够享有和获得质量有保证的基本药物、诊断工具和卫生技术，特别关注脆弱群体和服务不足人群，并且探索用以提高以证据为基础的新技术可负担性的机制</p>	<p>确保存在基本医疗产品、国家级诊断和治疗规程和相关设备清单</p> <p>确保基本药物、诊断工具和卫生技术的可用性和可及性</p>	<p>提供技术支持和工具支持 会员国</p>	<p>倡导基本药物、诊断工具和卫生技术的重要性</p> <p>依照国家级政策提供基本药物、诊断工具和卫生技术</p>

<p>2.6 在国家信息系统中纳入眼保健服务提供及质量监测指标</p>	<p>在国家级信息系统中采用一套国家级指标和具体目标,包括有关康复的国家级指标和具体目标</p> <p>定期收集、分析和解读数据</p> <p>向秘书处报告数据</p>	<p>向会员国提供技术支持,将国家级指标和具体目标纳入国家级卫生体系</p> <p>每年整理和散发会员国报告的数据</p>	<p>倡导使用国家级议定的指标进行监测的重要性</p> <p>为收集和分析国家级和次国家级数据提供财务和技术支持</p>
<p>目标 3</p>	<p>可衡量的指标</p>	<p>核实手段</p>	<p>重要假设</p>
<p>多部门参与和有效伙伴关系, 加强改善眼健康</p>	<p>在国家级眼健康/预防盲症政策、计划和规划中提及多部门方法的会员国数量</p> <p>世卫组织 2020 年全球消除沙眼联盟、非洲盘尾丝虫病控制规划和美洲盘尾丝虫病消灭规划按照其战略规划开展工作</p> <p>已将眼健康纳入相关减贫战略、举措和更广泛社会经济政策的会员国数量</p> <p>将眼健康作为部门间协作的一部分进行报告的会员国数量</p>	<p>秘书处收到和整理的来自会员国的报告</p> <p>收到来自伙伴关系的年度报告和出版物</p>	<p>非卫生部门投资于更广泛的社会经济发展</p>
<p>目标 3 行动</p>	<p>提议的会员国投入</p>	<p>秘书处投入</p>	<p>提议的国际合作伙伴投入</p>
<p>3.1 让非卫生部门参与制定和实施眼健康/预防视力损害政策和计划</p>	<p>卫生部委明确和邀请其他部门参与, 如教育部、财政部、福利部和发展部等的下属部门</p> <p>将经验报告给秘书处</p>	<p>就非卫生部门的具体作用向会员国提出意见并在会员国明确和邀请非卫生部门参与时提供支持</p> <p>整理和发表会员国经验</p>	<p>在各部门倡导多部门工作的附加价值</p> <p>向多部门活动(如水和清洁卫生)提供财务和技术能力</p> <p>在会员国收集和散发经验时提供支持</p>

<p>3.2 加强有效的国际和国家伙伴关系和联盟</p>	<p>促进积极参与和合适时设立与国家级优先重点、政策、计划和规划协调一致的伙伴关系和联盟</p> <p>明确和促进国家间协作的合适机制</p>	<p>合适时参与并领导支持、协调和符合会员国优先政策、计划和规划的伙伴关系和联盟，包括邀请联合国其他机构参与</p> <p>协助和支持建立国家间协作</p>	<p>促进参与和积极支持协调和符合会员国优先工作、政策、计划和规划的伙伴关系、联盟和国家间协作</p>
<p>3.3 将眼健康纳入减贫战略、举措和更广泛的社会经济政策</p>	<p>明确并将眼健康纳入相关减贫战略、举措和社会经济政策</p> <p>确保患有可避免及不可避免的视力受损者能获得教育机会,并开展、实施和评估残疾包容实践</p>	<p>撰写和散发政策制定者要旨</p> <p>就如何将眼健康/预防视力损害纳入减贫战略、举措和社会经济政策向会员国提出意见</p>	<p>倡导将眼健康纳入减贫战略、举措和社会经济政策</p>

附录 4

预防可避免的盲症和视力损害的国家指标

1. 视力损害的发病率和原因

目的/理由	衡量包括盲症在内的视力损害的严重程度，监测消除可避免的盲症和控制可避免的视力损害的进展
定义	包括盲症在内的视力损害的患病率及其原因，最好按年龄和性别分列
首选的数据收集方法	方法完善并具有代表性的调查提供的方式最为可靠。此外，对可避免的盲症和白内障手术服务的快速评估是两种标准的获得视力损害患病率最高的年龄组，即 50 岁以上年龄组结果的方法
测量单位	根据人口调查确定的视力损害的患病率
数据收集的频率	在国家级至少每 5 年 1 次
数据的来源	卫生部或国家预防盲症/眼健康协调员/委员会
数据的散发	秘书处定期更新视力损害的患病率和原因的全球估计数

2. 主要眼保健人员的数量：

2.1 眼科医生

目的/理由	评测眼保健人力资源的可用性情况，制定能力发展计划，加强国家卫生系统。眼科医生是提供医疗和外科眼保健干预措施的主要力量
定义	根据政府批准的认证标准，由国家机构认证为眼科医生的医生数量。眼科医生是在眼科用药，和/或手术方面接受了培训，可对眼病进行评估和治疗的医生
首选的数据收集方法	国家专业和监管机构的注册登记
测量单位	每百万人口眼科医生数量

数据收集的频率	每年 1 次
局限性	该数字并不反映手术不活跃的眼科医生比例；临床产出（例如分类专科医师）；绩效；和干预措施质量。除非进行区分，该数据并不反映地域分布
信息的来源	卫生部或国家预防盲症/眼健康协调员/委员会
数据的散发	秘书处每年根据会员国提供的国家数据发布一份全球更新

2.2 验光师

目的/理由	评测眼保健人力资源的可用性情况，制定能力发展响应计划，加强国家卫生系统。在越来越多的国家，验光师往往是眼病患者的首位接触者
定义	根据国家批准的认证标准，由国家机构认证为验光师的数量
首选的数据收集方法	国家专业和监管机构的注册登记
测量单位	每百万人口验光师数量
数据收集的频率	每年 1 次
局限性	该数字并不代表绩效，尤其是减少可避免的盲症的干预措施的质量。因为课程没有标准化，一个国家和另一国家的验光师的知识技能存在很大的差别 数字并不反映眼科临床人员、屈光矫正人员和其他类似群体的比例，在那些该类人员不足或没有的国家他们发挥验光师作用。
信息的来源	卫生部或国家预防盲症/眼健康协调员/委员会
数据的散发	秘书处每年根据会员国提供的国家数据发布一份全球更新

2.3 有关眼科人员

目的/理由	评测眼保健人力资源的可用性情况，制定能力发展响应计划，加强国家卫生系统。不同国家间，甚至一国之内，有关眼科人员依不同的教育要求、立法和执业法规，和执业技能和范围而有所区别。通常情况下，有关眼科人员包括配镜师、眼科护士、视觉矫正师、眼科和验光助理、眼科和验光技师、视力治疗师、义眼制作师、眼科摄像/成像，以及眼科管理人员
定义	由所报告的会员国指定的执业类别组成的有关眼科人员数量
首选的数据收集方法	来自政府、非政府组织和私营眼保健服务提供者，由次国家（地区）数据组成的国家数据汇编
测量单位	每百万人口有关眼科人员数量
数据收集的频率	每年 1 次
局限性	数字并不代表绩效，尤其是减少可避免的盲症的干预措施的质量。知识和技能存在很大的差别。这些数据有助于监测各国随着时间取得的进展，但因为命名上的差别，不能可靠地用于国家间的比较
信息的来源	卫生部或国家预防盲症/眼健康协调员/委员会
数据的散发	秘书处每年根据会员国提供的国家数据发布一份全球更新

3. 白内障手术服务提供

3.1 白内障手术率

目的/理由	该比率可用来设置白内障手术服务国家目标。它也经常用作一般性眼保健服务的替代指标。全球而言，白内障仍是盲症的首要原因。白内障导致的视力损害和盲症是可避免的，因为有效的治疗手段（白内障囊外摘除人工晶状体植入术）既安全，也可有效恢复视力。白内障手术率是衡量白内障手术服务提供情况的量化指标。
定义	每百万人口每年开展的白内障手术数量
首选的数据收集方法	政府卫生信息记录、调查情况

测量单位	每百万人口开展的白内障手术数量
数据收集的频率	国家级每年 1 次。在较大的国家，最好在次国家一级整理数据
局限性	只有当包含了一个国家开展的全部白内障手术，即既包括政府机构也包括非政府机构的手术时，该指标才有意义
评论	使用官方来源的人口数据（联合国）进行计算
信息的来源	卫生部或国家预防盲症/眼健康协调员/委员会
数据的散发	秘书处每年根据会员国提供的国家数据发布一份全球更新

3.2 白内障手术覆盖率

目的/理由	评测白内障手术服务需求得到满足的程度
定义	双眼白内障适合进行白内障手术的个人中，接受了单眼或双眼（在 3/60 和 6/18 水平）白内障手术的比例
首选的数据收集方法	使用方法完善并具有代表性的患病率调查的数据进行计算。此外，使用对可避免的盲症和白内障手术服务的快速评估数据进行计算，这两种评估是获得视力损害患病率最高的年龄组，即 50 岁以上年龄组结果的标准方法。
测量单位	比例
数据收集的频率	由开展国家/地区盲症和视力损害患病率及其原因研究的频率决定
局限性	需要以人口为基础进行研究，推广性可能有限
评论	数据最好按照性别、年龄、城市/乡村或地区分类
信息的来源	卫生部或国家预防盲症/眼健康协调员/委员会
数据的散发	秘书处定期发布更新

附件 3

2013-2020 年精神卫生综合行动计划¹

[A66/10 Rev.1 – 2013 年 5 月 16 日]

1. 在 2012 年 5 月，第六十五届世界卫生大会通过了 WHA65.4 号决议，题为精神疾患全球负担以及国家层面的卫生和社会部门进行综合性协调应对的需求。决议要求总干事，除其它外，与会员国协商制定一份全面精神卫生行动计划，其中涵盖服务、政策、法律、计划、战略和规划等方面问题。
2. 通过与会员国、民间社会和国际伙伴协商，制定了综合行动计划。行动计划通过卫生部门和社会部门协调服务，采取全面和多部门的方法，侧重于促进、预防、治疗、康复、护理和恢复。行动计划还为会员国、秘书处以及国际、区域和国家级伙伴规定了明确的行动，并建议了可用于评价实施、进展和影响程度的重要指标和具体目标。行动计划的核心是被全球接受的一项原则，即“没有精神卫生就没有健康”²。
3. 行动计划与卫生大会认可的其它全球行动计划和战略（包括《减少有害使用酒精的全球战略》、《2008-2017 年工人健康全球行动计划》、《2008-2013 年预防和控制非传染性疾病全球战略的行动计划》以及《2013-2020 年预防控制非传染性疾病全球行动计划》）在概念和战略上有密切的联系。行动计划还利用已通过或正在制定的世卫组织各区域精神卫生和物质滥用行动计划和战略。行动计划旨在与联合国系统各组织、联合国机构间团体和政府间组织其它相关规划形成协同作用。
4. 行动计划以世卫组织精神卫生差距行动规划（mhGAP）的工作为基础，但并不与之重叠。后者的侧重点是在缺乏资源的环境中推广精神卫生服务。行动计划的范围是全球性的，旨在为国家行动计划提供指导。它针对所有资源环境中社会部门及其它相关部门的反应以及促进和预防战略。
5. 在行动计划中，“精神疾患”系指属于《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第 10 次修订本（ICD-10）范围内的一系列精神和行为障碍。其中包括造成很高疾病负担的疾患，例如抑郁症、双相情感障碍、精神分裂症、焦虑症、痴呆症、物质使用性疾患、智力障碍以及通常在儿童期和青春期开始出现的发育和行为障碍，包括自闭症。对痴呆症和物质使用性疾患，可能还需要额外的预防战略（例如世卫组织在 2012 年初发表的关

¹ 见 WHA66.8 号决议。

² 世卫组织网站提供了主要术语汇编；与其它全球行动计划、战略和规划链接；国际和区域人权条约以及选定的世卫组织精神卫生技术材料和资料。

于痴呆症的报告¹和减少有害使用酒精全球战略所描述的)。此外,计划涵盖预防自杀,而且许多行动与诸如癫痫等病也有关联。本行动计划所使用的“弱势群体”这一术语是指因所接触的情景和环境而变得脆弱的个体或者成群个体(与之相对的是固有弱质或者缺乏能力)。“弱势群体”这一术语应当根据国家情况在国家之内酌情应用。

6. 行动计划还涵盖精神卫生,概念化为一种健康状况,个人实现自身能力,能够应对生活中的正常压力,能够开展有成效和有成果的工作,并能够对社区作出贡献。关于儿童,重点放在发育方面,例如具有对自身价值的积极认同,有能力控制思想和情感并建立社会关系,有能力学习和获得教育,并最终使他们能够充分积极地参与社会活动。

7. 由于精神障碍患者普遍遇有侵犯人权和歧视情况,因此必须从人权角度应对全球精神疾患负担问题。本行动计划强调了按照《公民权利和政治权利国际公约》、《经济、社会和文化权利国际公约》、《残疾人权利公约》、《儿童权利公约》以及其它相关国际和区域人权文书,为保护、促进及尊重精神障碍患者而提供服务及制定政策、法规、计划、战略和规划的必要性。

全球情况概述

8. 精神卫生是健康和福祉的一个组成部分,世界卫生组织《组织法》关于健康的定义体现了这一点:“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”。与其它方面的健康一样,精神卫生可受到一系列社会经济因素的影响(见下文的描述),需要通过政府总体的做法,以促进、预防、治疗和恢复的综合战略进行处理。

精神卫生和疾患: 决定因素与后果

9. 精神卫生和精神疾患的决定因素不仅包括个人特征,例如是否有能力控制自己的思想、情感、行为以及与他人的交往,而且包括社会、文化、经济、政治和环境因素,例如国家政策、社会保护、生活水平、工作条件以及社区的社会支持。幼年遭受重大挫折,是一种已确定可预防的精神疾患高危因素。

10. 根据当地条件,某些个人和社会群体所处的地位可能会有发生精神卫生问题的显著更高风险。这些弱势群体可(但不一定)包括贫穷家庭的成员、慢性疾病患者、遭受虐待和被忽视的婴儿和儿童、初次接触物质使用的青少年、少数民族、土著人群、老年人、遭受歧视和人权侵犯的人、女同性恋、男同性恋、双性恋和变性者、囚徒以及面临冲突、自然灾害和其它人道主义紧急情况的人。当前的全球金融危机提供了宏观经济因素导致

¹ 阿耳茨海默氏病国际。《痴呆症: 一项公共卫生重点》。日内瓦,世界卫生组织,2012年。

削减资金供应的有力例证，尽管同时需要更多的精神卫生和社会服务，因为精神疾患和自杀发生率上升，而且出现了新的脆弱人群（例如失业青年）。在许多社会中，与边缘化、贫穷、家庭暴力和虐待以及工作量大和压力有关的精神障碍越来越受到关注，尤其是对妇女的健康而言。

11. 精神障碍患者发生残疾和死亡的比率格外高。例如，严重抑郁症和精神分裂症患者与一般人群相比，由于常常得不到治疗的身体健康问题（例如癌症、心血管病、糖尿病和艾滋病毒感染）和自杀，过早死亡的可能性要高 40% 至 60%。自杀是全世界年轻人中最常见的第二大死亡原因。

12. 精神疾患经常对癌症、心血管病和艾滋病毒感染/艾滋病等其它疾病造成影响并受到其影响，因此需要共同的服务和资源筹集工作。例如，有证据显示，抑郁症使人易患心肌梗死和糖尿病，而这两者都会转而提高发生抑郁症的可能性。许多高危因素，例如社会经济地位低下、饮酒和压力，都是精神疾患和其它非传染性疾病共有的。同时发生精神疾患和物质使用性疾患的情况也相当多。精神、神经和物质使用性疾患一起造成巨大的代价，在 2004 年占全球疾病总负担的 13%。仅抑郁症就占全球疾病负担的 4.3%，是世界最大的残疾起因之一（占全球伤残损失健康生命年的 11%），尤其是在妇女中。这些健康损失的经济后果同样巨大：一项最近进行的研究认为，在 2011 年至 2030 年，精神障碍将在全球累计导致高达 16.3 万亿美元的经济产出损失¹。

13. 精神疾患常常使个人和家庭坠入贫穷²。与一般人口相比，精神障碍患者陷于无家可归或被不当监禁的情况要常见得多，加剧了其边缘化和脆弱性。由于污名和歧视，精神障碍患者的人权常常遭受侵犯，许多人享受不到经济、社会和文化权利，工作权和教育权及生殖权和享受最高而能获致之健康标准的权利受到限制。他们还可能面临不卫生和无人道的生活条件、身体和性侵害、忽视，并可能在卫生机构遭到有害和有辱人格的待遇。他们往往被剥夺公民和政治权利，例如结婚和建立家庭的权利、人身自由、投票权和有效、全面参与公共生活的权利，以及在对自身具有影响的其它问题上行使其法律能力的权利，包括治疗和保健。因此，精神障碍患者往往生活在脆弱情景之中并可遭受社会排斥和被边缘化，这成为对实现国家和国际发展目标的一个重大障碍。《残疾人权利公约》对批准或者加入它的缔约国具有约束性，保护和促进所有残疾人的权利，包括精神和智力障碍患者，并促进将他们充分纳入国际合作，包括国际发展规划。

¹ 世界经济论坛，哈佛公共卫生学院。《全球非传染性疾病经济负担》。日内瓦，世界经济论坛，2011 年。

² 《精神卫生和发展：把精神卫生疾病患者作为弱势群体》。日内瓦，世界卫生组织，2010 年。

卫生系统资源和反应

14. 卫生系统尚未对精神疾患负担作出充分反应，因此治疗需求与治疗提供之间的差距在世界各地都很大。在低收入和中等收入国家，76%至85%的严重精神障碍患者不能为其疾病获得任何治疗；高收入国家的相应比率也很高：35%至50%。使问题进一步严重化的是为接受治疗者提供的医疗质量低下。世卫组织《2011年精神卫生地图集》提供的数据显示各国内部缺乏应对精神卫生需求的资源，并强调这些资源的分配不公平，使用效率低。例如，全球每年用于精神卫生的支出不足每人2美元，在低收入国家则不足每人0.25美元，其中67%的财政资源调拨给独立的精神病院，尽管这些医院在健康结果和侵犯人权方面名声不好。通过孕产妇健康、性健康、生殖和儿童健康、艾滋病毒/艾滋病及慢性非传染性疾病预防规划，把这些资金转向用于以社区为基础的服务，包括将精神卫生纳入一般卫生保健机构，将使更多的人能够获得更好和更具成本效益的干预措施。

15. 低收入和中等收入国家中从事精神卫生专业的专科和一般卫生工作者人数严重不足。世界上几乎有半数人口生活在一名精神病医生平均为20万或更多的人服务的国家；接受过社会心理干预措施培训的其他精神卫生保健提供者还要少。同样，与低收入国家相比，报告说具有精神卫生政策、计划和立法的高收入国家比例要高得多；例如，精神卫生立法只覆盖36%的生活在低收入国家的人，而相比之下，高收入国家的相应比例为92%。

16. 在低收入和中等收入国家，精神卫生民间社会运动发展得并不好。只有49%的低收入国家有精神障碍和社会心理残疾患者的组织，而相比之下，高收入国家的相应比例为83%；关于家庭协会，对应的数字分别为39%和80%。

17. 最后，精神疾患的基础药物在初级卫生保健中的可得性明显较低（与传染病以及甚至其它非传染性疾病的药物供应相比），而且这些药物的使用受到限制，因为缺少具有适当处方权的合格卫生工作者。此外，也缺少非药物方法以及经过培训可提供这些干预措施的人员。这些因素对适当照护众多精神障碍患者形成重大障碍。

18. 为改善这种情况，以及除了关于各国精神卫生资源的数据（来自世卫组织《2011年精神卫生地图集》以及通过使用世卫组织《精神卫生系统评估文书》¹获得的更详细概况）外，具备关于经济有效和可行的精神卫生干预措施的信息，这些干预措施可以扩大到更大的规模以加强各国的精神卫生保健系统。2008年发起的世卫组织精神卫生差距行动计划使用以证据为基础的技术指导、工具和培训一揽子计划，以便扩大各国的服务提供范围，尤其是在缺乏资源的环境中。行动计划注重于一套优先重点条件，而且很重

¹ 《WHO-AIMS 第 2.2 版：世界卫生组织精神卫生系统评估文书》，日内瓦，世界卫生组织，2005 年（文件 WHO/MSD/MER/05.2）。

要的是，把能力建设的方向确定为针对非专科卫生保健提供者，即采取综合的做法在各级医疗工作中促进精神卫生。

19. 秘书处制定了其它技术工具和指导，以便支持国家制定全面的精神卫生政策、计划和法律，促进提高精神卫生保健的质量和可得性（例如世卫组织精神卫生政策和服务一揽子指导）¹；在卫生服务中提高质量并尊重精神障碍患者的权利（世卫组织有质量的权利工具包）²；并开展灾难救济以及灾后精神卫生系统的重建（包括机构间常设委员会紧急情况下精神卫生和社会心理支持指南）³。知识、信息和技术工具是必要的，但并不够；还需要强有力的领导、强化的伙伴关系以及为实施工作承诺的资源，以便采取从证据到行动和评价的决定性步骤。

2013-2020 年综合行动计划的结构

20. 行动计划的**愿景**是这样一个世界：精神卫生受到重视、促进和保护，精神疾患得到预防，受这些疾患影响的人能够全范围地履行人权并及时获得高质量、文化上适当的卫生保健和社会照护以促进康复。为了达到最高可能的健康水平，并在不受污名和歧视的情况下充分参与社会和工作活动。

21. 其整体**目标**是促进精神健康，预防精神疾患，提供照护，加强恢复，促进人权并降低精神障碍患者的死亡率、发病率和残疾发生率。

22. 行动计划的**目标**如下：

- (1) 加强精神卫生的有效领导和管理；
- (2) 在以社区为基础的环境中提供全面、综合和符合需求的精神卫生与社会照护服务；
- (3) 实施精神卫生促进和预防战略；
- (4) 加强精神卫生信息系统、证据和研究。

¹ http://www.who.int/mental_health/policy/essentialpackage1/en/index.html（检索日期：2013年5月24日）。

² 《世卫组织有质量的权利工具包：评估并改进精神卫生和社会护理设施中的质量和人权》。日内瓦，世界卫生组织，2012年。

³ 机构间常设委员会。《机构间常设委员会紧急情况下精神卫生和社会心理支持指南》。日内瓦，机构间常设委员会，2007年。

为每项目标确立的全球具体目标为衡量会员国在全球目标方面的集体行动和成就提供了基础，但不应反对制定更有雄心的国家具体目标，尤其是对已达到全球具体目标的国家而言。附录 1 提供了衡量实现既定全球具体目标方面进展的指标。

23. 行动计划依靠六种**跨领域原则和做法**：

- **全民健康覆盖**：无论其年龄、性别、社会经济地位、种族、民族或性倾向并根据公平性的原则，精神障碍患者应当能够在不造成贫穷风险的情况下获得必要的卫生和社会服务，使他们能够实现康复并获得最高可能的健康水平。
- **人权**：精神卫生战略、行动以及治疗、预防和促进的干预措施必须符合《残疾人权利公约》及其它国际和区域人权文书。
- **以证据为基础的做法**：精神卫生战略以及治疗、预防和促进的干预措施需要以科学依据和/或最佳做法为基础，并考虑到文化风俗。
- **生命全程方法**：精神卫生政策、计划和服务需要考虑到婴儿期、儿童期、青春期、成年期和老年期等生命过程中各阶段的卫生和社会需求。
- **多部门的做法**：综合性和协调的精神卫生应对措施需要与众多公立部门形成伙伴关系，根据国情可酌情包括卫生、教育、就业、司法、住房、社会及其它相关部门以及私立部门等。
- **赋权于精神障碍和社会心理残疾患者**：应当赋权于精神障碍和社会心理残疾患者并使他们参与精神卫生倡导、政策、计划、立法、服务提供、监测、研究和评价。

24. 本行动计划提出的框架需要在区域层面作出调整，以顾及到特定区域的情况。为实现各项目标，针对会员国提出的行动应视国家重点工作和特定国家情况酌情加以考虑和调整。由于各国在精神卫生领域的综合应对问题上处于不同的发展和实施阶段，因而没有适合所有国家的行动计划蓝图。

对会员国及国际和国家伙伴建议的行动以及秘书处的行动

25. 为实现本计划规定的愿景、目标和目的，对会员国以及国际和国家伙伴建议了具体行动。此外，确认了秘书处的行动。虽然为每项目标分别规定了行动，但许多行动也将有助于实现行动计划的其它目标。附录 2 提出了实施这些行动的一些可能方案。

26. 有效实施全球精神卫生行动计划，将需要国际、区域和国家伙伴采取行动。这些伙伴包括，但不局限于：

- 开发机构，包括国际多边机构（例如世界银行和联合国各开发机构）、区域机构（例如区域开发银行）、亚区域政府间机构和双边发展援助机构；
- 发展中国家和发达国家内的学术和研究机构，包括世卫组织精神卫生、人权和健康问题社会决定因素合作中心网络及其它相关网络；
- 民间社会，包括精神障碍和社会心理残疾患者组织、服务用户和其它类似协会和组织、家庭成员和照护者协会、精神卫生和其它相关非政府组织、以社区为基础的组织、人权组织、宗教组织、发育和精神卫生网络以及卫生保健专业人员协会和服务提供者。

27. 这三类团体的作用常常重叠并可包括管理、卫生和社会照护服务、精神卫生促进与预防以及信息、证据和研究方面跨领域的众多行动（见下文列举的行动）。以国家为基础评估不同伙伴的需求和能力，对明确关键利益攸关方团体的作用和行动将是至关重要的。

目标 1：加强精神卫生的有效领导和管理

28. 计划、组织和资助卫生系统是一项复杂的任务，涉及众多利益攸关方和不同的行政层面。作为人口精神卫生的终极卫士，政府要承担主要责任，作出适当的机构、法律、财政和服务安排，以便确保满足需求并促进全体人口的精神卫生。

29. 管理并非只涉及政府，还要延伸到与非政府组织和民间社会的关系。强有力的民间社会，尤其是精神障碍和社会心理残疾患者及其家庭和照护者的组织，可有助于以符合国际和区域人权文书的方式产生更有效和负责的精神卫生政策、法律和服务。

30. 针对精神卫生制定有效政策和计划的主要因素包括政府强有力的领导和承诺，相关利益攸关方的参与，明确规定行动领域，制定有财政信息和证据基础的行动，明确重视公平性，尊重精神障碍和社会心理残疾患者自身的尊严和人权，以及保护脆弱和边缘化群体。

31. 当精神卫生干预措施被牢固地纳入国家卫生政策和计划，应对措施就会更加有力和有效。此外，常常有必要制定专门的精神卫生政策和计划，以便提供更具体的指导。

32. 精神卫生法律，无论是独立的立法文件，或者是被纳入其它卫生和能力相关法律，都应体现精神卫生的主要原则、价值观和政策目标，例如通过确立法律和监督机制以促进人权并在社区中发展可获得的卫生和社会服务。

33. 精神卫生政策、计划和法律应当遵从《残疾人权利公约》及其它国际和区域人权公约规定的义务。

34. 在其它重点卫生规划和伙伴关系中（例如艾滋病毒/艾滋病、妇幼卫生、非传染性疾病和全球卫生人力联盟）以及其它相关部门的政策和法律中（例如涉及教育、就业、残疾、司法系统、人权保护、社会保护、减贫和发展），更明确地纳入精神卫生问题并使之主流化，是达到精神卫生系统多方面要求的重要措施，并且应保持作为政府改进治疗服务、预防精神疾患和促进精神卫生方面领导工作的核心。

全球具体目标 1.1：80%的国家将根据国际和区域人权文书制定和更新精神卫生政策/计划（到 2020 年）。

全球具体目标 1.2：50%的国家将根据国际和区域人权文书制定和更新精神卫生法律（到 2020 年）。

对会员国建议的行动

35. 政策和法律：根据证据、最佳做法、《残疾人权利公约》及其它国际和区域人权文书，在所有相关部门内制定、加强、实时更新和实施与精神卫生相关的国家政策、战略、规划、法律和条规，包括监测保护人权情况和实施法规的行为守则和机制。

36. 制定资源计划：针对所有相关部门，按照测定的需求进行计划并制定预算，预算应符合为实施以证据为基础商定的精神卫生计划和行动所确认的必要人力及其它资源。

37. 利益攸关方的合作：通过正式的机构和/或机制，动员所有相关部门的利益攸关方，包括精神障碍患者、照护人员和家庭成员，并使他们参与制定和实施与精神卫生相关的政策、法律和服务。

38. 加强并赋权于精神障碍和社会心理残疾患者及其组织：确保精神障碍和社会心理残疾患者具有正式的作用和权力，可以影响政策、法律和服务的制定、计划和实施过程。

秘书处的行动

39. **政策和法律：**根据《残疾人权利公约》及其它国际和区域人权文书，汇总制定、多部门实施和评价精神卫生相关政策、计划和法律方面的知识、最佳做法以及能力建设经验，包括监测保护人权情况和实施法规的行为守则与机制。
40. **制定资源计划：**在多部门精神卫生资源计划、预算和开支跟踪方面向国家提供技术支持。
41. **利益攸关方合作：**在制定、实施和评价精神卫生政策、战略、规划和法律方面，提供最佳做法和工具，以便加强利益攸关方在国际、区域和国家层面上的合作和相互作用，其中包括卫生、司法和社会部门、民间社会团体、精神障碍和社会心理残疾患者、照护人员和家庭成员以及联合国系统各组织和人权机构。
42. **加强和赋权于精神障碍和社会心理残疾患者及其组织：**在世卫组织自身机构中使精神障碍和社会心理残疾患者组织参与国际、区域和国家级的决策，并向各组织提供支持，在国际和区域人权文书以及世卫组织自身人权和精神卫生工具的基础上制定能力建设技术工具。

对国际和国家伙伴建议的行动

43. 把精神卫生干预措施纳入卫生、减贫、发展政策、战略和干预措施的主流。
44. 把精神障碍患者作为脆弱和边缘化人群，需要在发展和减贫战略中给予优先重视和处理，例如在教育、就业和生计规划中，以及在人权议程中。
45. 通过全球卫生人力联盟等横向规划和伙伴关系以及其它国际和区域伙伴关系，把精神卫生明确纳入一般和重点卫生政策、计划和研究议程中，包括非传染性疾病、艾滋病毒/艾滋病、妇女健康、儿童和青少年健康。
46. 在国际和区域人权框架的基础上，支持国家之间关于促进精神卫生、预防精神疾患和促进疾病康复的有效政策、立法和干预战略的交流机会。
47. 支持创建和加强精神障碍和社会心理残疾患者及其家庭和照护者的协会和组织，支持将其纳入现有残疾组织，并促进这些团体、卫生工作者和政府卫生、人权、残疾、教育、就业、司法和社会部门主管当局之间的对话。

目标 2: 在以社区为基础的环境中提供全面、综合和符合需求的精神卫生与社会照护服务

48. 在提高保健可及性和服务质量的前提下，世卫组织建议发展以社区为基础的综合精神卫生和社会照护服务；把精神卫生保健和治疗纳入一般医院和基本保健；不同的服务提供者和卫生系统等级之间的保健要有连续性；正式和非正式保健提供者之间应有效地合作；并促进自我保健，例如通过使用电子和移动卫生技术。

49. 发展质量良好的精神卫生服务，需要采用以证据为基础的方案和做法，包括早期干预，遵循人权原则，尊重个人自主权并保护人的尊严。此外，卫生工作者不应使干预措施局限于改善精神卫生，应当也重视精神障碍儿童、青少年和成年人身体方面的卫生保健需求，反之亦然，因为合并发生身体和精神健康问题的比率很高，而且存在未得到处理的相关高危因素，如烟草消费比率较高。

50. 基于社区的精神卫生服务的提供需要采取以恢复为基础的做法，重点为支持精神障碍和社会心理残疾患者实现自身的理想和目标。核心服务要求包括：听取个人关于自己病情及如何有助于恢复的理解，并进行答复；作为照护方面的平等伙伴与患者合作；在治疗和疗法以及由谁提供照护方面，提供选择机会；以及使用同行工作者和辅助人员，除自身专长外，可以相互鼓励并产生归属感。此外，需要多部门的做法，由服务设施在生命过程中的不同阶段为患者提供支持，酌情协助他们获得就业（包括恢复工作规划）、住房和教育机会等人权，并参与社区活动、规划和有益的活动。

51. 服务使用者需要更积极地参与和支持服务的重组、提供以及评价和监测，使护理和治疗更符合他们的需求。还需要与“非正式”精神卫生保健提供者（包括家庭）以及宗教领袖、信仰疗愈师、传统医学医生、学校教师、警察和地方非政府组织加强合作。

52. 另一项关键要求是服务要符合社会上脆弱和边缘化人群的需求。根据国情，这些人群包括社会经济地位低下的家庭、艾滋病毒携带者/艾滋病患者、遭受家庭暴力的妇女和儿童、暴力幸存者、女同性恋、男同性恋、双性恋和变性者、土著人、移民、寻求庇护者、失去自由者以及少数民族群体，等等。

53. 在为人道主义紧急反应和恢复工作进行计划时，必须确保广泛提供精神卫生服务和社区社会心理支持。

54. 面临生活中的不利事件或极端压力因素，例如自然灾害、单个、反复发生或者持续发生的冲突和社会动乱或者持续的家庭和国内暴力，会产生严重的健康和精神卫生后

果，需要仔细予以审视，尤其是关于诊断定性的问题（特别是避免过度诊断和过度用药）以及支持、照护和康复方面的做法。

55. 人数适当和配置公平的能干、敏感和技能适当的卫生专业人员和工作人员对推广精神卫生服务和取得更好的结果是至关重要的。把精神卫生纳入一般卫生、特定疾病和社会照护服务与规划（例如妇女健康规划和艾滋病毒/艾滋病规划），为更好地处理精神卫生问题，促进精神卫生并预防精神疾患提供了重要的机会。例如，接受过精神卫生培训的卫生工作者不但应当能够为他们诊治的病人处理精神疾患，而且应当能够提供一般保健信息并筛查相关健康问题，包括非传染性疾病和药物使用情况。服务一体化不但需要获取新的知识和技能以识别和管理精神障碍患者并酌情进行转诊，而且需要重新确定卫生工作者的作用并改变一般卫生工作者、社会工作者、职业治疗师及其它专业群体现有的服务文化和态度。此外，在这种情况下，专科精神卫生专业人员的作用需要扩大到包括监督和支持一般卫生工作者提供精神卫生干预措施。

全球具体目标 2：严重精神疾患的服务覆盖面将增加 20%（到 2020 年）。

对会员国建议的行动

56. **重组服务并扩大覆盖面**：有条理地将照护地点从长期住院的精神病院迁往非专门化的医疗环境，加大以证据为基础的干预措施（包括酌情采用分步保健原则）对应重点病情的覆盖面，并使用以社区为基础相互连接的精神卫生服务网络，包括短期住院护理、全科医院、初级保健、综合精神卫生中心、日间照护中心的门诊护理，支持与家人生活在一起的精神障碍患者以及资助住房。

57. **综合和符合需求的照护**：整合和协调整体性预防、促进、康复、照护和支持，目的是通过服务使用者推动的治疗和恢复计划以及（适当时）家庭和照护人员的贡献，满足身心卫生保健需求并在一般卫生和社会服务内部及之间促进所有年龄的精神障碍患者的康复（包括促进获取就业、住房、教育的权利）。

58. **人道主义紧急情况**（包括单个、反复发生或者持续发生的冲突、暴力及灾难）中的精神卫生：与国家应急委员会和精神卫生提供者合作，以便把精神卫生和社会心理支持需求纳入突发事件防范工作，使（原有以及紧急情况引起的）精神障碍或社会心理问题患者，包括处理心理创伤并促进恢复和具备抵御能力方面的服务（含针对卫生工作者和人道主义工作者的服务），能够在紧急情况期间和之后获得安全和支持性的服务，并适当重视在紧急情况之后建设或重建以社区为基础的精神卫生系统所需的更长期资金供应。

59. **人力资源发展:** 通过在本科和研究生课程中引进精神卫生, 加强一般和专科卫生工作者的知识和技能, 以便尤其为儿童和青少年提供以证据为基础、文化上适当并侧重于人权的精神卫生和社会照护服务; 并培训和指导现场的卫生工作者, 尤其是在非专门化的环境中, 以便识别精神障碍患者, 提供适当的治疗和支持以及酌情将患者转诊到其它等级的医疗机构。

60. **处理差异:** 积极主动地确认获取服务能力较差以及精神疾患风险特别高的人群并为他们提供适当的支持。

秘书处的行动

61. **重组服务并扩大覆盖面:** 为非机构化和服务重组提供指导以及以证据为基础的做法, 并提供技术支持, 通过以社区为基础注重于恢复的精神卫生和社会支持服务, 推广治疗和支持、预防以及精神卫生促进。

62. **综合和符合需求的照护:** 汇总和传播关于整体性照护一体化和多部门协调的证据及最佳做法, 重点是精神障碍患者的恢复和对支持的需求, 包括替代强制性做法的方案以及使服务使用者、家庭和照护人员参与服务计划和治疗决定的战略, 并提供资助机制的范例以促进多部门合作。

63. **人道主义紧急情况中的精神卫生 (包括单个、反复发生或者持续发生的冲突、暴力及灾难):** 对政府组织、非政府组织和政府间组织与精神卫生相关的政策和现场活动提供技术意见和指导, 包括在紧急情况之后建设或重建以社区为基础对创伤相关问题敏感的精神卫生系统。

64. **人力资源发展:** 支持国家制定精神卫生人力资源战略, 包括确认空白、详细说明现场卫生工作者以及本科和研究生教育课程的需求、培训要求和核心能力。

65. **解决差距:** 收集和传播关于为边缘化人群缩小精神卫生和社会服务差距的证据和最佳做法。

对国际和国家伙伴建议的行动

66. 收到的资金用于直接提供服务, 以便提供以社区为基础的精神卫生保健, 而不是精神病院的护理。

67. 协助培训卫生工作者获得技能,以便识别精神疾患并提供以证据为基础和文化上适当的干预措施,促进精神障碍患者的恢复。

68. 支持协调的努力,在人道主义紧急情况期间和之后实施精神卫生规划,包括卫生和社会服务工作者的培训及能力建设。

目标 3: 实施精神卫生促进和预防战略

69. 在国家努力制定和实施卫生政策与规划的背景下,不仅必须满足确诊的精神障碍患者的需求,而且必须保护和促进所有公民的精神健康。精神卫生在整个生命周期中逐步形成。因此,在使用关于精神卫生风险和保护因素的信息开展行动预防精神疾患并在生命的所有阶段保护和促进精神卫生方面,政府具有重要的作用。生命早期是促进精神卫生和预防精神疾患的一个尤为重要的机会,因为成年人多达 50%的精神疾患是在 14 岁之前开始的。应当以社区为基础,为精神障碍患儿和青少年提供以证据为基础的社会心理及其它非药物性方面的早期干预措施,避免在精神病医院住院和使用药物治疗。此外,干预措施应符合联合国《儿童权利公约》及其它国际和区域人权文书,尊重儿童的权利。

70. 促进精神卫生和预防精神疾患的责任涉及所有行业 and 所有政府部门。这是因为一系列社会和经济决定因素,包括收入水平、就业情况、教育水平、物质生活标准、身体健康情况、家庭和睦、歧视、侵犯人权以及面临生活中的不利事件(包括性暴力、虐待和忽视儿童),对精神卫生具有很大的影响。面临自然灾害或国内冲突与动乱(包括与武装力量或武装团伙相关的冲突与动乱)的儿童和青少年有很高的精神卫生需求,需要特别重视。

71. 在整个生命过程中促进精神卫生和预防精神疾患的广泛战略可注重于:反对歧视的法律和信息宣传运动,对非常经常与精神疾患相关联的污名和侵犯人权的情况进行纠正;促进精神障碍患者的权利、机会和照护;在人生成长阶段培养核心个性(例如儿童期早期规划、生活技能和性教育、支持儿童、其父母和照护者之间形成安全、稳定和扶持性关系的规划);通过识别、预防和治疗情感或行为问题进行早期干预,尤其是在儿童期和青春期;提供健康的生活和工作条件(包括在公立及私立部门中改进工作的组织方法和以证据为基础管理压力的计划);针对虐待儿童及家庭和社会层面上其它暴力以及对穷人提供社会保护的规划或社区保护网络¹。

72. 预防自杀是一项重要的优先事项。许多企图自杀的人来自脆弱和边缘化人群。此外,年轻人和老年人是最容易受自杀概念影响并造成自我伤害的年龄组。由于监测系统薄

¹ 见《精神卫生风险:脆弱性和风险因素概况。世卫组织秘书处关于制定精神卫生综合行动计划的背景文件》。

弱，错误地将自杀定性为意外死亡，以及有些国家把自杀视为刑事犯罪，所以自杀率往往被低估。尽管如此，多数国家中的自杀率显示出稳定或上升的趋势，但若干其他国家则显示出长期下降趋势。除精神疾患外，有许多高危因素与自杀相关，例如慢性疼痛或急性情感压力，所以预防自杀的行动不但应来自卫生部门，而且应同时来自其它部门。减少获得可造成自我伤害或自杀的手段（包括枪支、农药以及可得到可以超量使用的有毒药品）、媒体负责任的报道、保护自杀风险较高的人以及尽早识别和管理精神疾患和自杀行为可以是有效的。

全球具体目标 3.1：80%的国家将至少具有两个正常运行的国家多部门精神卫生促进和预防规划（到2020年）。

全球具体目标 3.2：各国的自杀率将下降10%（到2020年）。

对会员国建议的行动

73. **精神卫生促进和预防：**领导和协调多部门的战略，其中组合了以下普遍和有针对性的干预措施：促进精神卫生和预防精神疾患；减少污名、歧视和对人权的侵犯；以及对特定脆弱人群整个生命过程中的需求敏感并纳入国家精神卫生和健康促进战略的干预措施。

74. **预防自杀：**制定并实施综合性的国家预防自杀战略，其中特别注意确认为自杀风险较高的人群，根据当地情况可包括女同性恋、男同性恋、双性恋和变性者、青少年及所有年龄组中的其他脆弱人群。

秘书处的行动

75. **精神卫生促进和预防：**在选择、制定和实施以证据为基础和经济有效的最佳措施促进精神卫生、预防精神疾患、减少污名和歧视以及在整个生命过程中促进人权方面，向国家提供技术支持。

76. **预防自杀：**向国家提供技术支持，加强其预防自杀的规划，并特别重视确认为自杀风险较高的人群。

对国际和国家伙伴建议的行动

77. 使所有利益攸关方参与提高认识的宣传工作,以便了解精神疾患相关疾病负担的规模,并促进精神卫生、预防精神疾患和精神障碍患者治疗、护理及恢复的有效干预战略的可得性。
78. 倡导精神障碍和社会心理残疾患者有权接受政府的残疾补贴,受益于住房和生计规划,并更广泛地参与工作及社区生活和公民事务。
79. 确保更广泛的残疾人活动中包括精神障碍和社会心理残疾患者,例如在倡导人权时以及在报告《残疾人权利公约》及其它国际和区域人权公约实施情况的程序中。
80. 开展活动抵制针对精神障碍和社会心理残疾患者的污名、歧视及其它侵犯人权的情况。
81. 作为伙伴制定和实施促进精神卫生和预防精神疾患的一切相关规划。

目标 4: 加强精神卫生信息系统、证据和研究

82. 信息、证据和研究是适当精神卫生政策、计划和评价的关键内容。通过研究产生新的知识,可以使政策和行动以证据和最佳做法为基础,而且有及时和相关的信息或监测框架,就能够监测实施的行动并发现服务提供方面的改进。目前,需要纠正研究不平衡的情况(即多数研究在高收入国家内并由高收入国家开展),以便确保低收入和中等收入国家有文化上适当和经济有效的战略以应对精神卫生需求和优先重点。
83. 虽然通过世卫组织的地图集项目等定期评估提供了精神卫生的概要情况,但多数低收入和中等收入国家中精神卫生的常规信息系统还处在初级阶段或根本不存在,因此很难了解当地民众的需求并相应地进行计划。
84. 精神卫生系统需要的关键信息和指标包括:问题的范围(精神疾患的流行率以及确认精神卫生和健康的的主要风险因素和保护性因素);政策和立法、干预措施和服务的覆盖面(包括精神障碍患者人数与接受治疗和社会服务等一系列有关服务的人数之间的差距);健康结果数据(包括人口水平上的自杀率和过早死亡率以及个人和人群层面上与临床症状、残疾程度、整体功能和生活质量相关的改善)以及社会和经济结果数据(包括残疾障碍患者在教育成就、住房、就业和收入方面的相关水平)。这些数据需要按性别和年龄分类,并反映特定人群的不同需要,包括不同地域社区(例如城镇或农村)的个人和脆弱人群。除了通过常规卫生信息系统收集的数据,将需要通过特别的定期调查收集数据。还有可利用现有数据的宝贵机会,例如从各国政府和非政府组织及其它机构作为定期报告机制一部分向条约监测机构提交的报告收集信息。

全球具体目标 4：80%的国家将作为常规，每两年通过其国家卫生和社会信息系统收集和报告至少一套精神卫生核心指标（到 2020 年）。

对会员国建议的行动

85. **信息系统：**把精神卫生纳入常规卫生信息系统，并确认、汇总、定期报告和使用按性别和年龄分类的精神卫生核心数据（包括自杀身亡和自杀未遂的数据），以便改进精神卫生的服务提供、促进和预防战略并为（作为世卫组织全球卫生观察站一部分的）全球精神卫生观察站提供数据。

86. **证据和研究：**在包括精神障碍和社会心理残疾患者在内的一切有关利益攸关方作出贡献的情况下，改进研究能力和关于国家精神卫生研究重点的学术合作，尤其是与服务的发展和实施以及与精神障碍患者履行其人权直接相关的业务研究，包括建立具有明确标准的杰出中心。

秘书处的行动

87. **信息系统：**制定一套精神卫生核心指标并为发展监测/信息系统以收集精神卫生核心指标的信息提供指导、培训和技术支持，促进使用这些数据监测不公平现象和健康结果，并通过确立监测全球精神卫生情况（包括实现本行动计划所规定具体指标方面的进展情况）的基线数据，充实（作为世卫组织全球卫生观察站一部分的）世卫组织全球精神卫生观察站收集的数据。

88. **证据和研究：**使相关利益攸关方，包括精神障碍和社会心理残疾患者及其组织，参与制定和促进全球精神卫生研究议程，便利全球研究合作网络，并开展关于疾病负担、精神卫生促进、预防、治疗、恢复、照护、政策和服务评价方面进展的文化上有效的研究。

对国际和国家伙伴建议的行动

89. 向会员国提供支持，建立具有以下特征的监测/信息系统：包括关于针对精神障碍患者的精神卫生、卫生和社会服务的核心指标；促进评估随时间发生的变化；以及对精神卫生问题的社会决定因素提供了解。

90. 支持旨在填补精神卫生知识空白的研究，包括为精神障碍和社会心理残疾患者提供卫生和社会服务。

附录 1

衡量实现 2013-2020 年精神卫生综合行动计划 既定具体目标方面进展情况的指标

评估实现精神卫生综合行动计划全球具体目标方面进展情况的指标是会员国需要的一套信息和报告需求，以便充分监测其精神卫生政策和规划。由于这些具体目标是自愿性质且为全球性，因此并不期望每个会员国实现所有特定具体目标，而是希望能够为了实现共同目标作出不同程度的贡献。本计划目标 4 指出，秘书处将应要求向会员国提供关于发展国家信息系统以收集精神卫生系统投入、活动和结果指标数据的指导、培训和技术支持。这一目的是以现有的信息系统为基础，而不是创建新的或者平行系统。将在实施全球行动计划阶段的早期确立各项具体目标的基线数据。

目标 1：加强精神卫生的有效领导和管理

全球具体目标 1.1	80% 的国家将根据国际和区域人权文书制定和更新精神卫生政策/计划（到 2020 年）。
指标	具备符合国际人权文书的国家精神卫生政策和/或计划[有/无]。
核实手段	是否具体存在政策/计划并确认其符合国际和区域人权标准。
注解/假设	已存在十年以上的许多政策和计划可能无法体现国际人权标准和以证据为基础的做法方面的最近发展情况。对联邦制国家，指标将涉及国内多数州/省的政策/计划。精神卫生方面的政策或者计划可独立存在，或者被纳入其它方面的普通健康或者残疾政策或计划。

全球具体目标 1.2	50% 的国家将根据国际和区域人权文书制定和更新精神卫生法律（到 2020 年）。
指标	具备符合国际人权文书的国家精神卫生法律[有/无]。
核实手段	是否具体存在法律并确认其符合国际和区域人权标准。
注解/假设	已存在十年以上的法律可能无法体现国际人权标准和以证据为基础的做法方面的最近发展情况。对联邦制国家，指标将涉及国内多数州/省的法律。精神卫生方面的法律可独立存在，或者被纳入其它方面的普通健康或者残疾法律。

目标 2：在以社区为基础的环境中提供全面、综合和符合需求的精神卫生与社会照护服务

全球具体目标 2	严重精神疾患的服务覆盖面将增加 20%（到 2020 年）。
指标	使用服务的严重精神疾患（精神病；双相情感障碍；中度和重度抑郁症）患者的比率[%]。
核实手段	分子：得到服务的严重精神疾患病例数。病例数通过常规信息系统得来，或者在不具备这一条件时，通过对某国的一个或多个划定地理区域所做的卫生设施基线和追踪调查得来。 分母：抽样人群的严重精神疾患总病例数。病例数通过国家调查得来，或者在不具备这一条件时，通过次区域性或全球性流行率估计数得来。
注解/假设	需要获得针对所有精神疾患的服务覆盖面估计数，但为了减少衡量性工作，这里仅限定为严重精神疾患。卫生机构的范畴从初级保健中心到普通和专科医院不等；他们可能采用门诊或者住院方式提供社会关爱和支持，以及心理和/或药物治疗。为了减少衡量性工作，在需要时，各国可将调查仅仅限制在以医院为基础和过夜机构（由于去掉了初级保健和其它服务提供者，准确性方面会有一些损失）。将在 2014 年实施基线调查，2020 年进行追踪调查（最好在 2017 年的中间点也做调查）；可以补充提供调查问卷，以便在希望时，也能对服务准备情况和质量进行调查。秘书处可在调查设计和工具方面向会员国提供指导和技术支持。

目标 3：实施精神卫生促进和预防战略

全球具体目标 3.1	80% 的国家将至少具有两个正常运行的国家多部门精神卫生促进和预防规划（到 2020 年）。
指标	具备正常运行的多部门精神卫生促进和预防规划[有/无]。
核实手段	当前已实施的规划清单或按项目分列的情况介绍。
注解/假设	规划可以并最好应该涵盖人口层面上普遍的促进或预防战略（例如反对歧视的大众媒体宣传运动），以及针对当地确认的脆弱人群（例如面临不利生活事件的儿童）的战略。

全球具体目标 3.2	各国的自杀率将下降 10%（到 2020 年）。
指标	每 10 万人口每年自杀死亡人数。
核实手段	对自杀死亡进行的常规年度登记（基线年度：2012 年或 2013 年）。
注解/假设	针对这一具体目标采取的有效行动需要卫生/精神卫生部门以外的多个部门共同行事。难以得到准确的监测数据，且由于更准确的自杀情况报告、人口老龄化及其它可能因素，有些国家记录的自杀总人数可能不会减少；但是，自杀比率（与总自杀数相反）可最充分地反映预防工作的改进。

目标 4：加强精神卫生信息系统、证据和研究

全球具体目标 4	80%的国家将作为常规，每两年通过其国家卫生和社会信息系统收集和报告至少一套精神卫生核心指标（到 2020 年）。
指标	每两年定期收集和报告确认及商定的一套精神卫生核心指标[是/否]。
核实手段	每两年向世卫组织报告和提交精神卫生核心指标。
注解/假设	精神卫生核心指标包括与本行动计划规定的具体目标相关的指标，以及卫生和社会系统行动的其它关键指标（例如培训和人力资源水平、精神药物可得性以及住院人数）。数据需要按性别和年龄组分类。在需要时，也可采用调查方式对常规信息系统的数据库做出补充。秘书处将与会员国协商，就需要收集的一套核心指标向各国提出建议。世卫组织将（作为世卫组织全球卫生观察站的一部分）以全球和区域为基础，收集、分析并报告数据。

附录 2

2013-2020 年精神卫生综合行动计划的实施方案

本文件中对会员国建议的行动说明可以做什么以便实现行动计划的目标。本附录认识到国家的多样性,尤其是在精神卫生、卫生和社会系统发展水平以及资源可得性方面,提出了如何实现这些行动的一些方案。这些方案并不全面,也不是强制性的,但提供了示范性或指示性的机制,国家可通过这些机制开展行动。

目标 1: 加强精神卫生的有效领导和管理

行动	实施方案
<p>政策和法律: 根据证据、最佳做法、《残疾人权利公约》及其它国际和区域人权文书,在所有相关部门内制定、加强、实时更新和实施与精神卫生相关的国家政策、战略、规划、法律和条规,包括保护性监测机制和行为守则。</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 在卫生部建立运转良好的精神卫生单位或协调机制,负责制定战略规划、评估需求、开展多部门合作和服务评价。 • 通过编写政策情况介绍和学术出版物并为领导人提供精神卫生学习班,使国家决策者注意到精神卫生和人权问题。 • 把精神卫生和精神障碍与社会心理残疾患者的权利纳入所有卫生及其它部门政策和战略(包括减贫和发展)的主流。 • 尽可能利用现有独立机构建立机制以便监测和防范折磨或残酷、不人道和有辱人格的待遇及其它形式的虐待和污辱,从而改进问责制;并使有关利益攸关方群体,例如律师以及精神障碍和社会心理残疾患者,以符合国际和区域人权文书的方式参与这些机制。 • 废除对精神障碍和社会心理残疾患者实行污名、歧视和人权侵犯的立法。 • 监测和评价政策与立法的实施情况以确保遵守《残疾人权利公约》,并向该公约的报告机制提供此信息。
<p>制定资源计划: 针对所有相关部门,按照测定的或系统估计的需求进行计划并制定预算,预算应符合为实施以证据为基础商定的精神卫生计划和行动所确认的必要人力及其它资源。</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 使用并收集(如有此规定)关于流行病学和资源需求的数据,以便为精神卫生计划、预算和规划的制定与实施提供信息。 • 建立机制,在卫生部门以及教育、就业、刑事司法和社会服务等其它相关部门内跟踪精神卫生支出。 • 在计划阶段确认文化上适当和经济有效的特定活动可获得的资金,以便保证能够开展实施工作。 • 与其它利益攸关方一起有效地呼吁增加用于精神卫生的资源拨款。

行动	实施方案
<p>利益攸关方的合作：通过正式的机构和/或机制，使所有相关部门的利益攸关方，包括精神障碍患者、照护人员和家庭成员，参与制定和实施与精神卫生相关的政策、法律和服务。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 在计划或制定与卫生相关的政策、法律和服务时，召集所有相关部门和利益攸关方，与他们合作并争取达成共识，包括分享关于有效机制的知识，以便改进正式和非正式部门中政策和护理的协调。 ● 建设当地能力并在相关利益攸关方群体中提高对精神卫生、法律和人权的认识，包括他们与实施政策、法律和条规相关的责任。
<p>加强并赋权于精神障碍和社会心理残疾患者及其组织：确保精神障碍和社会心理残疾患者具有正式的作用和权力，可以影响政策、法律和服务的制定、计划和实施过程。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 提供物流、技术和财政支持，以便加强精神障碍和社会心理残疾患者代表性组织的能力建设。 ● 鼓励和支持形成独立的国家和地方精神障碍和社会心理残疾患者组织以及由这些组织积极参与制定和实施精神卫生政策、法律和服务。 ● 使精神障碍和社会心理残疾患者参与检查和监测精神卫生服务。 ● 使精神障碍和社会心理残疾患者参与培训提供精神卫生保健的卫生工作者。

目标 2：在以社区为基础的环境中提供全面、综合和符合需求的精神卫生与社会照护服务

行动	实施方案
<p>重组服务并扩大覆盖面：有条理地将照护地点从长期住院的精神病医院迁往非专门化的医疗环境，加大以证据为基础的干预措施（包括酌情采用分步保健原则）对重点病情的覆盖面，并使用以社区为基础相互连接的精神卫生服务网络，包括短期住院护理、全科医院、初级保健、综合精神卫生中心、日间照护中心的门诊护理，支持与家人生活在一起的精神障碍患者以及资助住房。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 制定分阶段和有预算的计划，关闭长期住院的精神病院，并作为替代措施，支持出院病人在社区中与家庭生活在一起。 ● 在所有一般医院中提供精神卫生门诊服务以及精神卫生住院部。 ● 建立以社区为基础的精神卫生服务，包括巡回服务、家庭照护和支持、急救、以社区为基础的康复以及资助住房。 ● 建立学科间社区精神卫生团队，为社区中的精神障碍患者及其家庭/照护者提供支持。 ● 把精神卫生纳入特定疾病规划，例如艾滋病毒/艾滋病以及孕产妇、性和生殖卫生规划。 ● 接纳具有实际经验的服务使用者和家庭成员/照护人员作为同行支持性工作者。 ● 支持建立由非政府组织、宗教组织以及包括自助和家庭支持团体在内的其它社区团体管理的社区精神卫生服务。

行动	实施方案
	<ul style="list-style-type: none"> ● 制定和实施精神障碍患者自助和照护工具或战略，包括使用电子和移动技术。 ● 在健康保险计划中包括精神卫生服务和精神疾患基础药物，并为社会经济弱势群体提供经济保护。
<p>综合和符合需求的照护：整合和协调整体性预防、促进、康复、照护和支持，目的是通过服务使用者推动的治疗和恢复计划以及（适当时）家庭和照护人员的贡献，满足身心卫生保健需求并在一般卫生和社会服务内部及之间促进所有年龄的精神障碍患者的康复（包括促进获取就业、住房、教育的权利）。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 作为照护工作的一个常规部分，鼓励卫生工作者把人与其它部门可得的服务和资源联系起来（例如生计机会、教育和就业）。 ● 倡导其它部门（例如住房、教育、就业、社会福利）把社会心理残疾患者纳入其服务和规划。 ● 通过提高认识的机会以及针对卫生和社会服务提供者的培训，扶持以康复为方向的照护和支持。 ● 向精神障碍患者、其家庭和照护者提供关于精神疾患起因和后果、治疗和恢复方案以及为改善整体健康和福祉有关健康的生活行为方式方面的信息。 ● 促进赋权于精神障碍患者、其家庭和照护者，并使他们参与精神卫生保健。 ● 在卫生系统各级采购世卫组织基本药物清单所含的精神疾患基础药物，确保其可得性和合理使用，并使接受过适当培训的非专科卫生工作者能够开处方。 ● 当患有严重疾病（包括精神疾患）的家长在卫生服务设施就诊时，考虑到儿童的精神健康。 ● 向经历过不利生活事件（包括持续的家庭暴力和国内动乱或冲突）的儿童和成年人提供服务与规划，以便处理他们的创伤，促进恢复和应变能力，并避免对寻求支持的人再次造成创伤。 ● 为处理家庭危机而实施干预并且在初级保健和其它服务层面向家庭和照护人员提供关爱和支持。 ● 使用世卫组织“有质量的权利”标准来评估和改善精神卫生与社会照护住院及门诊设施中的质量和人权条件。

行动	实施方案
<p>人道主义紧急情况（包括单个、反复发生或者持续发生的冲突、暴力及灾难）中的精神卫生：与国家应急委员会合作，以便把精神卫生和社会心理支持需求纳入突发事件防范工作，并使（原有以及紧急情况引起的）精神障碍和社会心理问题患者能够在紧急情况期间和之后获得安全和支持性的服务，包括处理心理创伤并促进恢复和具备抵御能力方面的服务（含针对卫生工作者和人道主义工作者的服务），并适当重视在紧急情况之后建设或重建以社区为基础的精神卫生系统所需的更长期资金供应。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 就 Sphere 项目的精神卫生最低标准以及机构间常设委员会紧急情况下精神卫生和社会心理支持指南中概述的突发事件防范行动，与国家应急委员会合作。 ● 通过对卫生和社区工作者进行心理急救培训并为他们提供必要的精神卫生信息，防范突发事件。 ● 在突发事件期间，确保在应用 Sphere 项目的精神卫生最低标准和以上提及的指南方面与伙伴进行协调。 ● 在紧急突发事件之后，建设或重建以社区为基础可持久的精神卫生系统，应对受突发事件影响人群中精神疾患长期增多的情况。
<p>人力资源发展：通过在本科和研究生课程中引进精神卫生，加强一般和专科卫生工作者的知识和技能，以便尤其为儿童和青少年提供以证据为基础、文化上适当并侧重于人权的精神卫生和社会照护服务；并培训和指导现场的卫生工作者，尤其是在非专门化的环境中，以便识别精神障碍患者，提供治疗和支持以及酌情将患者转诊到其它等级的医疗机构。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 制定和实施战略，建设和保持人力资源能力，以便在初级卫生保健和一般医院等非专门化医疗环境中提供精神卫生和社会照护服务。 ● 使用世卫组织《精神卫生差距行动规划面向非专业卫生机构的关于精神、神经和物质使用性疾患的干预指导》（2010 年）以及相关培训和监督材料，训练卫生工作者识别疾患以及为推广的重点服务提供以证据为基础的干预措施。 ● 与各大学、学院及其它相关教育实体合作，在本科和研究生课程中确定和纳入精神卫生内容。 ● 为培训卫生工作者确保促进性的服务背景，包括明确规定的任务、转诊机构、监督和指导。 ● 提高卫生和社会照护工作者在其工作的所有领域内的能力（例如，涵盖临床、人权和公共卫生领域），在适当时包括电子教学方法。 ● 为精神卫生专业人员和工作者改善工作条件、经济报酬和职业发展机会，以便吸引和留住精神卫生人力资源。

行动	实施方案
<p>处理差异：积极主动地确认获取服务能力较差以及精神疾患风险特别高的人群并为他们提供适当的支持。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 确认和评估社区中不同社会人群和不使用服务的脆弱人群（例如无家可归者、儿童、老年人、囚徒、移民和少数民族群体以及面临突发事件的人）的需求。 ● 评估“高风险”和脆弱人群在获取治疗、照护和支持方面面临的障碍。 ● 针对这些人群制定积极主动的战略，并提供符合他们需求的服务。 ● 向卫生和社会照护人员提供信息和培训，帮助他们更充分地了解“高风险”和脆弱人群的需求。

目标 3：实施精神卫生促进和预防战略

行动	实施方案
<p>精神卫生促进和预防：领导和协调多部门的战略，其中组合了以下普遍和有针对性的干预措施：促进精神卫生和预防精神疾患；减少污名、歧视和对人权的侵犯；以及对特定脆弱人群整个生命过程中的需求敏感并纳入国家精神卫生和健康促进战略的干预措施。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 加强公众关于精神卫生的知识和了解，例如通过提高认识的媒体宣传运动减少污名和歧视并促进人权。 ● 把情感和精神卫生作为以家庭和卫生设施为基础的新母亲和婴儿产前与产后保健的一部分，包括培训育儿技能。 ● 提供针对儿童的认知、感官运动和社会心理发育并促进儿童与父母之间健康关系的儿童期早期规划。 ● 减少有害使用酒精（通过实施减少有害使用酒精全球战略所包括的措施）。 ● 针对危险和有害物质的使用，引进简要的干预措施。 ● 实施规划预防和应对家庭暴力，包括重视与饮酒相关的暴力。 ● 向经历过不利生活事件的儿童和成年人提供服务 and 规划，以便处理他们的创伤，促进恢复和应变能力，并避免对寻求支持的人再次造成创伤。 ● 引进或加强社区儿童保护网络和系统，保护儿童不受虐待。 ● 在促进和预防规划中处理慢性精神障碍患者子女的需求。 ● 发展以学校为基础的促进和预防，包括：生活技能规划；应对欺凌和暴力规划；提高关于健康生活方式的益处和使用毒品风险的认识；尽早发现出现情感或行为问题的儿童和青少年并进行干预。 ● 针对受到精神和心理疾患影响的患者促进开展工作参与和恢复工作规划。

行动	实施方案
	<ul style="list-style-type: none"> ● 促进安全和支持性的工作条件, 并重视改进工作的组织方法, 对管理人员进行精神卫生培训, 提供应对压力的学习班和工作场所健康规划并解决污名化和歧视问题。 ● 为精神障碍和社会心理残疾患者及其他脆弱人群加强自助团体、社会支持、社会网络和参与社会活动的机会。 ● 鼓励使用以证据为基础的传统做法促进精神卫生和预防精神疾患 (例如瑜伽和冥想)。 ● 在促进和预防战略中, 加强使用社交媒体。 ● 针对被忽视的热带病 (例如绦虫病和囊虫病), 实施预防和控制战略, 以便预防癫痫及其它神经和精神卫生问题。 ● 制定政策和措施, 在金融和经济危机期间保护脆弱人群。
<p>预防自杀: 制定并实施综合性的国家预防自杀战略, 其中特别注意确认为自杀风险较高的人群, 根据当地情况可包括女同性恋、男同性恋、双性恋和变性者、青少年及所有年龄组的其他脆弱人群。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 提高公众、政治界和媒体对该问题严重程度以及有效预防战略可得性的认识。 ● 限制获得自我伤害和自杀的手段 (例如枪支和农药)。 ● 促进媒体负责任地报道自杀案件。 ● 促进工作场所预防自杀的行动。 ● 改进卫生系统对自我伤害和自杀的反应。 ● 评估和管理自我伤害/自杀以及相关精神、神经和物质使用性疾患 (《精神卫生差距行动规划干预指导》所概述的)。 ● 优化可得社区资源提供的社会心理支持, 这即针对企图自杀者, 又针对已经实施自杀者的家庭。

目标 4: 加强精神卫生信息系统、证据和研究

行动	实施方案
<p>信息系统: 把精神卫生纳入常规卫生信息系统, 并确认、汇总、定期报告和使用按性别和年龄分类的精神卫生核心数据 (包括自杀身亡和自杀未遂的数据), 以便改进精神卫生的服务提供、促进和预防战略并为 (作为世卫组织全球卫生观察站一部分的) 全球精神卫生观察站提供数据。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 建立活跃的精神卫生和自杀监测系统, 并确保按设施、性别、年龄及其它相关变量分类进行记录。 ● 把精神卫生信息需求和指标, 包括高危因素和残疾, 纳入国家以人口为基础的调查以及卫生信息系统。 ● 除通过国家卫生信息系统收集的常规数据外, 从二级和三级服务收集详细数据。 ● 把精神卫生指标纳入其它部门的信息系统。

行动	实施方案
<p>证据和研究：在包括精神障碍和社会心理残疾患者在内的一切有关利益攸关方作出贡献的情况下，改进研究能力和关于国家精神卫生研究重点的学术合作，尤其是与服务的发展和实施以及与精神障碍患者履行其人权直接相关的业务研究，包括建立具有明确标准的杰出中心。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 在与所有利益攸关方协商的基础上，制定国家精神卫生领域重点研究议程。 ● 提高研究能力，以便评估需求和评价服务与规划。 ● 促进强化各大学、研究所和卫生服务设施之间在精神卫生研究领域内的合作。 ● 在不同的文化背景下开展研究，涉及当地对精神压力、有害（例如侵犯人权和歧视）或保护性（例如社会支持和传统习俗）做法的理解和表述方法，以及治疗和康复、预防和促进干预措施的有效性。 ● 制定方法，对各国不同人群中出现的精神卫生差异进行定性，包括种族/民族、性别、社会经济地位和地域（城镇或乡村）等因素。 ● 加强国家、区域和国际研究中心之间的合作，在国家之间相互交流跨学科的研究和资源。 ● 促进精神卫生研究中的伦理高标准，确保：只在有关人员自愿和知情同意的情况下才开展研究；研究人员不因为鼓励或招聘他人参加研究而得到任何特权、补偿或报酬；如果有潜在的危害或危险，就不开展研究；所有研究均须得到根据国家与国际规范与标准运行的独立伦理委员会批准。

附件 4

2013-2020 年预防控制非传染性疾病全球行动计划¹

[A66/8、A66/9 和 A66/9 Corr.1 – 2013 年
3 月 15 日、5 月 6 日和 5 月 16 日²]

综述

愿景： 使世界摆脱可避免的非传染性疾病负担。	
目标： 通过在国家、区域和全球层面开展多部门协作与合作，减少非传染性疾病导致的可预防和可避免的发病率、死亡率和残疾负担，从而使所有人群在各个年龄都能达到最高而能获致之健康和生产力标准，使非传染性疾病不再成为人类福祉或社会经济发展的障碍。	
总原则：	<ul style="list-style-type: none">• 生命历程方法• 个人和社区赋能• 循证策略• 全民健康覆盖• 管理现实、已知或潜在的利益冲突• 人权方法• 基于公平的方法• 国家行动以及国际合作与团结• 多部门行动
目 标	
<ol style="list-style-type: none">1. 通过加强国际合作与宣传，在全球、区域和国家议程以及国际商定的发展目标中提高对非传染性疾病预防控制工作的重视。2. 加强国家能力、领导力、治理、多部门行动和合作伙伴关系，以加快国家对非传染性疾病预防控制的响应。3. 通过创建健康促进环境，减少非传染性疾病可改变的危险因素和潜在的社会决定因素。4. 通过以人为本的初级卫生保健服务和全民健康覆盖，加强和重新调整卫生系统，开展非传染性疾病预防和控制并处理潜在的社会决定因素。5. 推动和支持国家能力建设，以在非传染性疾病预防和控制领域开展高质量的研究与开发工作。6. 监测非传染性疾病趋势和决定因素，评估预防和控制进展情况。	

¹ 见 WHA66.10 号决议。

² 又见第六十六届世界卫生大会甲委员会第一次、第十一次和第十二次会议摘要记录，了解该文本的演变情况，文件 WHA66/2013/REC/3。

自愿性全球目标

- (1) 心血管疾病、癌症、糖尿病或慢性呼吸系统疾病总死亡率相对降低 25%
- (2) 根据本国国情，有害使用酒精现象相对减少至少 10%
- (3) 身体活动不足流行率相对减少 10%
- (4) 人群平均食盐摄入量/钠摄入量相对减少 30%
- (5) 15 岁以上人群目前烟草使用流行率相对减少 30%
- (6) 根据本国情况，血压升高患病率相对减少 25%，或遏制血压升高患病率
- (7) 遏制糖尿病和肥胖的上升趋势
- (8) 至少 50% 的符合条件者接受预防心脏病发作和脑卒中的药物治疗及咨询（包括控制血糖）
- (9) 在 80% 的公立和私营医疗卫生机构，可提供经济可负担的，治疗主要非传染性疾病所需的基本技术和基本药物，包括非专利药物

背景

1. 非传染性疾病给全球带来的负担和威胁是一项主要公共卫生挑战，不利于世界各地的社会和经济的发展。必须在全球、区域和国家层面通过强有力的领导和紧急行动来减轻这些疾病的影响，它们尤其可能加剧国家之间及人口之间的不平等现象。

2. 据估算，2008 年全球 5700 万人死亡，其中 3600 万人（占 63%）死于非传染性疾病，主要包括心血管疾病（占非传染性疾病的 48%）、癌症（占 21%）、慢性呼吸系统疾病（占 12%）和糖尿病（占 3.5%）^{1,2}。这些主要非传染性疾病有四种共同的行为危险因素：烟草使用、不健康饮食、缺乏身体活动和有害使用酒精。2008 年，80% 非传染性疾病所致死亡（2900 万人）发生在低收入和中等收入国家，这些国家中“过早”死亡（70 岁之前）的比例（48%）高于高收入国家（26%）。虽然非传染性疾病的发病率和死亡率主要发生在成年期，但与危险因素的接触在幼年时期即已开始。如果不开展健康促进，疾病预防和综合护理，则儿童可能死于可治疗的非传染性疾病，如风湿性心脏病，1 型糖尿病，哮喘和白血病等。在据世卫组织预测，如果目前的情况继续发展，到 2030 年每年死于非传染性疾病的人数将增加至 5500 万人。科学知识证明，如果能以有效和平衡的方式对目前非传染性疾病预防控制领域已经具备的经济有效的预防和治疗性行动及干预措施加以实施，将可以大大减少非传染性疾病负担。

¹ 2008 年死因：数据来源和方法。日内瓦，世界卫生组织，2011 年。

² 《2010 年全球非传染性疾病现状报告》，日内瓦，世界卫生组织，2010 年。

目标

3. 按照世界卫生大会在 WHA64.11 号决议中的要求，秘书处在实施 2008-2013 年行动计划取得的成绩基础上，编制了《2013-2020 年预防控制非传染性疾病全球行动计划》。其目标是落实联合国大会预防和控制非传染性疾病问题高级别会议的政治宣言中的承诺¹。

过程

4. 为制定行动计划而开展的全球和区域磋商工作得到世卫组织会员国、联合国系统有关机构、基金和方案、国际金融机构、开发银行及其它主要国际组织、卫生专业人员、学术界、民间社会以及私营部门的参与，为此，世卫组织六个区域办事处举办了一系列区域会议，并且进行了四次网络磋商，收到了 325 份书面意见，另外还与会员国举行了三次非正式磋商会议，与相关非政府组织和一些私营部门实体进行了两次非正式对话。

范围

5. 行动计划为所有会员国和其它利益攸关方提供了路线图和一套政策方案，以便在从地方到全球各个层面采取协调一致的行动，争取实现九项自愿性全球目标，包括到 2025 年使心血管疾病、癌症、糖尿病、慢性呼吸系统疾病导致的过早死亡率相对降低 25%。

6. 该行动计划的主要重点在于四类非传染性疾病，即心血管疾病、癌症、慢性呼吸系统疾病和糖尿病——它们所导致的发病率和死亡率在所有非传染性疾病中最高——以及四种共同的行为危险因素，即烟草使用、不健康饮食、缺乏身体活动和有害使用酒精。该计划认识到人们生活和工作的环境及其生活方式会影响其健康和生活质量。还有许多其它具有公共卫生重要意义的疾患与这四种主要非传染性疾病密切相关，其中包括：(i) 其它非传染性疾病（肾脏、内分泌、神经、血液、胃肠道、肝脏、肌肉骨骼、皮肤和口腔疾病以及遗传性疾病）；(ii) 精神疾患；(iii) 残疾，包括失明和失聪；以及(iv) 暴力和伤害（附录 1）。非传染性疾病及其危险因素还同卫生系统和全民健康覆盖，健康问题的环境、职业和社会决定因素，传染病，孕产妇、儿童和青少年卫生，生殖卫生以及老龄化之间具有战略联系。尽管关系密切，但很难通过一份行动计划来逐一详细处理所有这些问题。而且，这些病症中有些是其它世卫组织战略和计划或卫生大会决议的主题。附录 1 概述了主要非传染性疾病之间的潜在协同作用和联系并列出了一些相互关联的病症，目的是强调合作机会以最大限度提高效率，惠及各方。以这种方式将行动计划与其它疾患联系起来还可体现世卫组织对自己改革议程的积极响应，因为改革就是要以更团结、更综合的方式开展工作。

¹ 联合国大会第 66/2 号决议。

7. 利用当前的科学知识、现有证据以及对非传染性疾病预防控制经验的审查，行动计划为会员国、国际伙伴和秘书处建议了一套政策方案，归在六项相互关联和相互促进的目标之下，这六项目标是：**(i)**国际合作和宣传；**(ii)**国家主导的多部门应对；**(iii)**危险因素和决定因素；**(iv)**卫生系统和全民健康覆盖；**(v)**研究、开发和创新；以及**(vi)**监测和监督。

监测行动计划

8. 全球监测框架（含25项指标）以及九项自愿性全球目标（见附录2）将通过监测和报告2015年和2020年自愿性全球目标实现进展来跟踪行动计划的实施情况。行动计划的范围不只限于全球监测框架。全球监测框架的指标以及自愿性全球目标提供总体方向，而行动计划提供实现目标的路线图。

与对世界卫生组织的呼吁及世卫组织现有战略、改革和计划的关系

9. 自2000年通过《预防和控制非传染性疾病全球战略》以来，为支持该全球战略的主要组成部分通过或批准了若干卫生大会决议。本行动计划以实施这些决议为基础，促使它们之间相互增进。这些决议包括：世卫组织烟草控制框架公约（WHA56.1号决议）、饮食、身体活动和健康全球战略（WHA57.17号决议）、减少有害使用酒精全球战略（WHA63.13号决议）、可持续的卫生筹资结构和全民覆盖（WHA64.9号决议）、公共卫生、创新和知识产权全球战略和行动计划（WHA61.21号决议）。与此相关的还有健康问题社会决定因素世界大会的结果（WHA65.8号决议）、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的《莫斯科宣言》（WHA64.11号决议）。本行动计划还为支持并加强实施关于预防和控制非传染性疾病现有区域决议、框架、战略和计划（包括 AFR/RC62/WP/7、CSP28.R13、EMR/C59/R2、EUR/RC61/R3、SEA/RC65/R5、WPR/RC62.R2）提供了框架。它与第六十六届世界卫生大会审议的《2013-2020年精神卫生综合行动计划》¹和《2014-2019年预防可避免的盲症和视力损害行动计划》²在概念和战略方面联系紧密。这份行动计划还将以世卫组织《2014-2019年第十二个工作总规划》为指导。

10. 本行动计划与世卫组织的改革议程相一致，要求世卫组织使更多的公共卫生行动者，包括基金会、民间社会组织、合作伙伴和私营部门参与非传染性疾病预防控制工作。秘书处三个层级，即国家办事处、区域办事处和总部，在执行行动计划方面各自的作用和职责将在世卫组织规划预算所载明的全组织范围工作计划中述及。

¹ 附件 3。

² 附件 2。

11. 在2013-2020年期间，可能制定与非传染性疾病密切相关的其它一些计划（如EB132.R5号决议中呼吁制定的残疾问题行动计划）并将需要与本行动计划步调一致。此外，需要具有一定的灵活性，以便根据新的科学证据更新本行动计划的附录3。适当时还将需要通过理事机构灵活地重新调整行动计划的部分内容，以响应联合国2015年后发展议程。

采取行动相对于不采取行动的费用

12. 对所有国家而言，不采取行动所导致费用远远超过按照本行动计划的建议就非传染性疾病采取行动所需的费用。有些预防和控制非传染性疾病的干预措施能够使投资得到良好的回报，可以低于人均国内生产总值的成本创造一年健康生活，而且这些干预措施所有国家都能负担得起¹（见附录3）。综合实施具有极好成本效益的全民干预措施和个人干预措施的总费用，按当前卫生支出水平而言，在低收入国家达4%，在中低收入国家达2%，在中高收入和高收入国家不到1%。秘书处在2013-2020期间实施本行动计划估计需要花费9.4026亿美元。应当对照不采取行动所导致费用来审视上面就实施行动计划估算的费用。如果目前的情况继续发展，将导致各国生产力损失和卫生保健费用攀升。四种主要非传染性疾​​病连同精神疾患造成的累计产量损失估计将达47万亿美元。这笔损失占2010年全球国内生产总值（63万亿美元）的75%²。应将本行动计划视为一个投资机会，因为它为所有国家提供了方向和机会，以便(i)保护人群和经济的健康与生产力；(ii)尤其在食品，媒体，信息和通信技术，体育和健康保险等方面作出知情的决定和选择；(iii)确认能够适用于全球以减少各国迅速增长的卫生保健费用的新兴、可复制和可扩展的创新方法的潜力。

根据区域和国家具体情况调整框架

13. 本行动计划提供的框架将必须结合区域具体情况并根据国家立法和重点以及具体国情，在区域和国家层面得到调整。任何行动计划不可能以单一的公式化表述适合所有国家的需要，因为各国在预防和控制非传染性疾​​病方面进展程度各异，并且社会经济发展水平也各不相同。然而，通过全面响应本行动计划阐述的非传染性疾病预防控制措施，所有国家都能获益。所有六项目标都包含具有成本效益的干预措施和政策方案（见附录3），如果有规模地加以实施，将能使各国取得重大进展，朝2025年实现九项自愿性全球目标（见附录2）推进。可持续扩大国家行动规模的确切方式因国家而异，并受一系列因素的影响，包括：各国经济发展水平、政治和法律环境的支持程度、非传染性疾​​病负担的特征、彼此竞争的公共卫生重点、非传染性疾病预防控制工作的预算拨款、全民健康覆盖和加强卫生系统的程度、卫生系统的类型（例如是集中型还是分散型）以及国家能力。

¹ “扩大防治非传染性疾​​病行动：将需要多少费用？”日内瓦，世界卫生组织，2011年。

² “非传染性疾​​病的全球经济负担”。世界经济论坛和哈佛公共卫生学院，2011年。

全球协调机制

14. 联合国大会预防和控制非传染性疾病问题高级别会议的政治宣言重申了世界卫生组织在促进和监测其它相关联合国机构、开发银行以及其它区域和国际组织在工作中采取全球行动应对非传染性疾病方面的领导和协调作用。经与会员国磋商，世卫组织秘书处计划建立一个全球机制以协调联合国系统的活动并在所有利益攸关方中促进参与、国际合作和问责制。

15. 拟议建立全球机制的目的是更好地协调各项活动，解决妨碍预防和控制非传染性疾病的功能缺失问题。全球协调机制应根据下列参数建立：

- 该机制将由世卫组织召集、主持和领导并向世卫组织理事机构进行报告。
- 预防和控制非传染性疾病的主要作用和责任在于政府，社会各部门的努力和参与以及国际协作与合作对于成功至关重要。
- 全球机制将促进会员国¹，联合国各基金、方案和机构，以及其它国际伙伴²和非国家行为者³之间的交往，同时保护世卫组织和公共卫生不受任何形式的现实、已知或潜在利益冲突的影响。
- 与非国家行为者³的交往将遵循目前正作为世卫组织改革一部分进行商讨并将通过执行委员会提交第六十七届世界卫生大会审议的相关规则。

愿景

16. 使世界摆脱可避免的非传染性疾病负担。

目标

17. 通过在国家、区域和全球层面开展多部门协作与合作，减少非传染性疾病导致的可预防和可避免的发病率、死亡率和残疾负担，从而使所有人群在各个年龄都能达到最高而能获得之健康、生活质量和生产力标准，使非传染性疾病不再成为人类福祉或社会经济发展的障碍。

¹ 适用时，还包括区域经济一体化组织。

² 在不影响当前关于世卫组织与非国家行为者交往问题的讨论情况下，出于此目的将国际伙伴定义为具有国际使命的公共卫生机构、国际发展机构、政府间组织（包括其它联合国组织和全球卫生倡议）、国际金融机构（包括世界银行）、基金会以及非政府组织。

³ 非国家行为者包括学术界和相关非政府组织，适当时也包括部分私营部门实体（但烟草业除外），还包括那些明确致力于促进公共卫生和愿意参与公开报告及问责框架的实体。

总的原则和方法

18. 本行动计划基于以下总的原则和方法：

- **人权方法：**应当认识到享受最高而能获致之健康标准，为人人基本权利之一，不分种族、肤色、性别、语言、宗教、政治或其它见解、国籍或社会出身、财产、出生或其它身分等任何区别，这是《世界人权宣言》的宗旨。
- **基于公平的方法：**应当认识到非传染性疾病负担不等受健康问题社会决定因素的影响，针对这些决定因素采取行动既是为了脆弱群体也是为了整个人口，对于减少非传染性疾病总体负担和创建包容、公平、有经济生产力和健康的社会至关重要。
- **国家行动以及国际合作与团结：**应当确认政府在应对非传染性疾病挑战方面的首要作用与责任，同时应当认识到国际合作在支持会员国方面具有重要作用，可以补充各国的努力。
- **多部门行动：**应当认识到非传染性疾病的有效预防和控制需要领导、多方利益攸关者的协调参与以及政府和广泛行为者的多部门卫生行动，这种参与和行动酌情包括在卫生、农业、通信、教育、就业、能源、环境、财政、食品、外交、住房、司法和安全、立法、社会福利、社会和经济发展、体育、税务和收入、贸易和工业、交通、城市规划以及青年事务等各种部门实行将“卫生纳入所有政策”和“整个政府采取行动”的方针，还包括与相关民间社会和私营部门实体建立伙伴关系。
- **生命历程方法：**预防和控制非传染性疾病的机会出现在生命的多个阶段；生命早期阶段的干预措施通常是一级预防的最佳时机。非传染性疾病预防控制政策、计划和服务有必要考虑生命历程各个阶段的健康和社会需要，从孕产妇保健开始（包括孕前、产前和产后护理，母亲营养以及减少通过环境接触危险因素的机会），继续至婴儿期正确的喂养方法（包括提倡母乳喂养）以及儿童、青少年和青年的健康促进，接着是工作生命期的健康促进，健康老龄期以及非传染性疾病患者晚年期的照顾和护理。
- **个人和社区赋能：**应使个人和社区具备能力，参与非传染性疾病预防和控制工作，包括参与宣传、政策、规划、立法、服务提供、教育和培训、监测、研究和评价等方面工作。

- **循证策略：**预防和控制非传染性疾病的策略和做法需要以最新科学证据和/或最佳做法、成本效益、经济负担能力以及公共卫生原则为基础，同时考虑到文化因素。
- **全民健康覆盖：**所有人均应能够不受歧视地获取由国家定为必要的促进性、预防性、治疗性和康复性以及姑息治疗方面的基本卫生服务以及安全、可负担、有效和优质基本药物和诊断试剂。同时，必须确保对这些服务的使用不会导致使用者陷入经济困境，尤其要注重穷人和生活在脆弱状况中的人群。
- **管理现实、已知或潜在的利益冲突：**国家和非国家方面的多种行为者，包括民间社会、学术界、工业界、非政府组织和专业组织等都需要参与进来才能有效应对非传染性疾病。因此必须保证预防和控制非传染性疾病的公共卫生政策不受任何形式既得利益的不当影响。必须确认和管理现实、已知或潜在的利益冲突。

目标1. 通过加强国际合作与宣传，在全球、区域和国家议程以及国际商定的发展目标中提高对非传染性疾病预防控制工作的重视

19. 联合国大会预防和控制非传染性疾病问题高级别会议的政治宣言》、联合国可持续发展会议（里约+20）的结果文件以及联合国系统2015年后联合国发展议程工作组的第一份报告¹将对付非传染性疾病确定为社会发展和投资于民的优先重点工作。通过防治非传染性疾病带来更好的健康结果是可持续发展所有三个方面，即经济发展、环境可持续性以及社会包容的前提、结果和指标。

20. 宣传与国际合作对于调动资源、加强能力和推进联合国大会预防和控制非传染性疾病问题高级别会议所产生的政治承诺和势头极其重要。本目标下所列各项行动的目的是在全球、区域和国家层面为预防和控制非传染性疾病创造有利环境。该目标的预期成果是增进国际合作、加强宣传、充实资源、提高能力和创造有利环境以实现九项自愿性全球目标（见附录2）。

会员国²可采取的政策方案

21. 建议各会员国根据自己的立法，并酌情考虑具体国情，从下列政策方案中进行选择并采取行动。

¹ 《实现我们大家希望的未来》，提交秘书长的报告。纽约，联合国系统 2015 年后发展议程工作组，2012 年。

² 适用时，还包括区域经济一体化组织。

(a) **宣传：**根据本国国情，产生可采取行动的证据并传播关于干预措施或政策有效性的信息以便就非传染性疾病与可持续发展之间的联系采取积极干预，这当中也涉及到其它一些相关问题，如减贫、经济发展、千年发展目标、可持续城市、无毒环境、粮食保障、气候变化、灾害防备、和平与安全以及两性平等。

(b) **扩大卫生和发展议程：**将促进全民健康覆盖作为预防和控制非传染性疾病的一条途径，并将其作为关键要素纳入国际商定的发展目标；根据国家具体情况和重点，将预防和控制非传染性疾病纳入国家卫生计划制定程序和更广泛的发展议程，适当时动员联合国国家工作队参与以加强非传染性疾病、全民健康覆盖和可持续发展之间的联系，并将它们融入联合国发展援助框架的制定程序和实施工作。

(c) **伙伴关系：**酌情建立多部门伙伴关系，以便在政府机构、政府间组织、非政府组织、民间社会和私营部门各个级别促进合作，加倍努力预防和控制非传染性疾病。

秘书处的行动

22. 秘书处拟可采取下列行动：

(a) **领导和召集：**以“秘书长转递世界卫生组织总干事关于通过有效伙伴关系加强和促进非传染性疾病预防和控制多部门行动备选办法的报告的说明”¹为指导，在主要利益攸关方，酌情包括会员国，联合国各基金、方案和机构（见附录4），民间社会以及私营部门之间促进协调、协作与合作，包括加强区域协调机制和成立联合国非传染性疾病专题工作组以促进实施行动计划。

(b) **技术合作：**提供技术支持并加强全球、区域和国家能力以提高公众对非传染性疾病与可持续发展之间联系的认识，将预防和控制非传染性疾病纳入国家卫生计划制定程序和发展议程、联合国发展援助框架以及减贫战略。

(c) **提供政策建议和进行对话：**这将包括：

- 处理非传染性疾病预防控制与减贫和可持续发展举措之间的相互关系，以便促进政策一致性。
- 根据正在世卫组织改革框架内制定的新原则和政策，在鼓励非国家行为者参与合作伙伴关系以促进实施行动计划方面加强治理，包括管理现实、已知或潜在的利益冲突。

¹ 联合国大会 A/67/373 号文件。

- 通过在国内调集资源和提高预算拨款，特别要提高用于加强初级卫生保健系统和提供全民健康覆盖的预算拨款，增加非传染性疾病预防控制方面的收入。此外，还应酌情根据具体国情，考虑采用经证明合理的经济工具，包括税收和补贴等，以便为与改善健康结果有关的行为提供激励措施。

(d) **传播最佳做法：**推动和促进国际和国家间合作，交流在“将卫生纳入所有政策”、“整个政府采取行动”和“全社会努力”方针、立法、监管、加强卫生系统和培训卫生专业人员等方面的最佳实践，以便传播从各会员国应对挑战的经验中学到的知识。

建议国际合作伙伴和私营部门采取的行动

23. 在不影响当前关于世卫组织与非国家行为者交往问题的讨论情况下，出于当前目的将国际伙伴定义为具有国际使命的公共卫生机构、国际发展机构、政府间组织（包括其它联合国组织和全球卫生倡议）、国际金融机构（包括世界银行）、基金会和非政府组织以及致力于本行动计划各项目标的部分私营部门实体并包括那些明确致力于促进公共卫生和愿意参与公开报告及问责框架的实体。建议的行动包括：

(a) 鼓励继续将非传染性疾病列入发展合作议程和行动倡议、国际商定发展目标、经济发展政策、可持续发展框架以及减贫战略。

(b) 酌情根据具体国情，并在非传染性疾病患者的充分积极参与下，通过例如在全球、区域和国家层面加强能力，鼓励所有相关部门、民间社会和社区参与等方式，加强宣传以维持国家元首和政府首脑对履行联合国大会预防和控制非传染性疾病预防问题高级别会议的政治宣言中承诺的关注。

(c) 在北南、南南和三角合作框架内加强非传染性疾病预防控制方面的国际合作，以便：

- 在国家、区域和国际层面鼓励为促进健康的生活方式和选择创造有利环境。
- 支持国家在预防和控制非传染性疾病方面的努力，为此尤其要交流关于最佳做法的信息并传播在健康促进、立法、监管、监测和评价以及加强卫生系统等领域的研究结果，同时要建设机构能力、培训卫生人员并开发适当的卫生保健基础设施。
- 促进发展和推广根据共同商定的条款进行适当、可负担和可持续的技术转让，以生产可负担的安全、有效和优质药品、疫苗、诊断试剂和医疗技术，

建立信息和电子通信技术（电子卫生保健）并使用移动和无线设备（移动卫生保健）。

- 加强现有联盟和行动倡议并酌情建立新的合作伙伴关系，以便加强能力促进在全球、区域和国家层面调整、实施、监测和评价关于预防和控制非传染性疾病的行动计划。

(d) 在利益攸关方，包括非政府组织、专业协会、学术界、研究机构和私营部门等能够发挥促进作用并采取一致行动防治非传染性疾病的领域，支持世卫组织发挥协调作用。

(e) 支持在世卫组织为预防和控制非传染性疾病而召集的联合国机构之间建立非正式合作安排。

(f) 履行官方发展援助承诺¹。

目标2. 加强国家能力、领导力、治理、多部门行动和合作伙伴关系，以加快国家对非传染性疾病预防控制的响应

24. 作为人群健康的最终保护者，各国政府在确保为预防和控制非传染性疾​​病提供适当的体制、法律、财政和服务安排方面负有最重要的责任。

25. 非传染性疾​​病破坏实现千年发展目标的进程，并导致贫穷和饥饿。对付非传染性疾​​病的战略必须处理卫生不公平问题，这种不公平源自人们出生、成长、生活和工作所处的社会条件，此外，还必须减轻儿童期发育、教育、经济状况、就业、住房和环境方面的障碍。通过上游政策和多部门行动解决这些健康问题社会决定因素对于在预防和控制非传染性疾​​病方面实现持续进展将至关重要。

26. 全民健康覆盖、以人为本的初级卫生保健以及社会保障机制是避免人们陷入与非传染性疾​​病有关的经济困境和向所有人，特别是人口中最贫穷的阶层提供获取卫生服务渠道的重要工具。必须在国家一级加强全民健康覆盖，以便支持可持续地预防和控制非传染性疾​​病。

27. 有效预防和控制非传染性疾​​病需要在政府层面采取多部门方针，包括酌情在卫生、农业、通信、海关/收入、教育、就业/劳动、能源、环境、财政、食品、外交、住房、工业、司法/安全、立法、社会福利、社会和经济发​​展、体育、贸易、交通、城市规划和

¹ 联合国大会，联合发​​展方式。第二个联合国发​​展十年报告。纽约，联合国，1970年（A/8124号文件）。

青年事务等各种部门（附录5）实行“整个政府采取行动”、“全社会努力”和“将卫生纳入所有政策”方针。实施多部门行动方面可考虑采取的方法主要包括：(i)卫生部进行自我评估；(ii)对多部门行动所涉其它部门进行评估；(iii)分析需要开展多部门行动的领域；(iv)制定参与计划；(v)通过一个框架促进各部门之间的共同认识；(vi)加强治理结构、政治意愿和问责机制；(vii)加强社区参与；(viii)采纳其它好做法以促进跨部门行动；以及(ix)监测和评价。

28. 国家要对非传染性疾病预防控制给予有效响应，需要多方利益攸关者参与，将个人、家庭和社区、政府间组织、宗教机构、民间社会、学术界、媒体、决策者、志愿者协会以及适当时，传统医学从业人员、私营部门和工业界都包括在内。民间社会积极参与防治非传染性疾病工作，尤其是代表非传染性疾病患者和护理人员的“草根”组织的参与，能够赋予社会权能并加强对公共卫生政策、立法和服务的问责制，使其为公众所接受，针对需求并提供支持，以便个人实现最高而能获致之健康和福祉标准。会员国也可促进变革以改善社会和物质环境并促使在防治非传染性疾病方面取得进展，包括通过与相关私营部门行为者进行有建设性的交往。

29. 这项目标的预期成果是加强管理和领导，增加资源，提高能力并为在国家层面建立合作性多部门应对创造有利环境，以便实现九项自愿性全球目标（见附录2）。

会员国¹可采取的政策方案

30. 建议各会员国根据自己的立法，并酌情考虑具体国情，从下列政策方案中进行选择并采取行动。

(a) **加强治理：**将预防和控制非传染性疾病纳入卫生计划制定程序和发展计划，特别关注健康问题的社会决定因素、两性平等问题以及生活在脆弱状况中人群，包括土著人群、移徙人群以及精神和心理残障者的卫生需求。

(b) **调动持续资源：**根据国家情况并与相关组织和部委，包括财政部进行协调

- 通过增加国内预算拨款、建立自愿性创新筹资机制以及采取其它措施，包括多边资助、双边渠道以及私营部门和/或非政府组织渠道，加强为预防和控制非传染性疾病以及实现全民健康覆盖提供充足、可预测和持续的资源，和

¹ 适用时，还包括区域经济一体化组织。

- 提高资源使用效率，为此可在各部门开展协同行动、采取综合方法并共同制定计划。

(c) **加强国家非传染性疾病预防控制规划：**加强非传染性疾病预防控制规划，在需求评估、战略规划、政策制定、立法行动、多部门协调、实施、监测和评价方面保证适当的专长、资源和责任。

(d) **开展需求评估和评价：**定期进行流行病学和资源需求评估，包括评估人力、机构和研究能力；定期评估卫生部门以外其它部门（例如，农业、通信、教育、就业、能源、环境、财政、工业与贸易、司法、劳动、体育、交通和城市规划等部门）政策的卫生影响以及财政、社会和经济政策对非传染性疾病的影响，以便协助采取国家行动。

(e) **制定国家计划和划拨预算：**根据具体国情，制定和实施国家多部门非传染性疾病预防政策和计划；同时结合国家重点和国内情况，并与相关组织和部委，包括财政部协调一致，优先重视并增加在监测、预防、早期发现和治疗非传染性疾病和提供相关护理与支持，包括提供姑息治疗方面的预算拨款。

(f) **加强多部门行动：**根据具体国情，建立国家多部门机制 – 高级别委员会、机构或专题小组 – 以促进交往、政策一致性以及对可能影响非传染性疾病的不同决策领域的共同问责制，目的是落实“将卫生纳入所有政策”、“整个政府采取行动”和“全社会努力”方针，召集多方利益攸关者工作小组，确保为实施和评价多部门行动划拨预算资金并就非传染性疾病的社和环境决定因素进行监测和采取行动（见附录5）。

(g) **加强问责制：**加强对实施工作的问责制，为此必须保证充分的监测、监督和评价能力，并建立一个监测框架，包含符合全球监测框架的国家目标和指标以及国家层面的应用方案。

(h) **加强机构能力和人力：**提供培训并适当部署卫生、社会服务和社区人力，同时加强机构能力以促进实施国家行动计划，例如可将预防和控制非传染性疾病预防纳入医疗人员、护理人员和相关卫生人员的教学课程，向其它部门的人员提供培训和指导，并可设立公共卫生机构以解决与非传染性疾病预防有关的复杂问题（包括多部门行动、广告、人类行为、卫生经济学、食品和农业系统、法律、企业管理、心理学、贸易、商业影响（例如向儿童广告促销不健康商品和行业自律的局限性）、城市规划、非传染性疾病预防控制培训、综合初级保健方针和健康促进等各种因素）。

(i) **建立伙伴关系：**根据具体国情，引导合作伙伴关系解决实施方面的差距（例如在社区参与、培训卫生人员、开发适当卫生保健基础设施和为生产可负担、优质、安全和有效药物（包括非专利药物）、疫苗和诊断试剂以及为获取和采购产品而按共同商定的条款进行可持续的技术转让等方面）。

(j) **赋予社区和个人权能：**促进社会动员，鼓励范围广泛的行动者（包括妇女，她们是推动家庭和社区变革的力量）参与并赋予其权能，促进对话，推动社会变革并制定系统的全社会范围对策以对付非传染性疾病、其社会、环境和经济决定因素以及卫生公平问题（为此可动员以下方面参与：人权组织，宗教组织，劳工组织，注重儿童、青少年、年轻人、成年人、老年人、妇女、患者和残疾人的组织，土著人群，政府间组织和非政府组织、民间社会、学术界、媒体以及私营部门）。

秘书处的行动

31. 秘书处拟可采取下列行动：

(a) **领导和召集：**动员联合国系统按照商定的分工，作为一个整体在各自职权范围内开展工作，并根据联合国各机构之间确立的非正式合作安排，使各联合国组织协同发挥作用，以便向会员国提供额外支持。

(b) **技术合作：**向各国提供支持，协助其评价和实施符合其需要及能力的以证据为基础的方案，评估公共政策的卫生影响，包括对贸易的影响，管理利益冲突并在环境卫生规划、职业卫生规划以及灾害和紧急情况期间防治非传染性疾病规划之间最大限度发挥跨部门协同作用，促进预防和控制非传染性疾病（见附录1）。提供这些支持的途径是建立/加强国家参比中心、世卫组织合作中心和知识共享网络。

(c) **政策指导和对话：**以秘书长转递世界卫生组织总干事的报告的说明为指导，向各国提供指导，建立多部门行动伙伴关系以解决预防和控制非传染性疾病工作中存在的功能缺失问题，特别是上述报告中确认的空白，涉及到宣传、提高认识、问责制（包括管理国家层面现实、已知或潜在的利益冲突）、筹资和调动资源、加强能力、技术支持、产品获取、市场培养以及产品开发和创新等方面。

(d) **知识生成：**依据各国能力和可用资源，酌情开发技术工具、决策支持工具和信息产品以用于：实施具有成本效益的干预措施；评估政策方案对公平性和健康问题社会决定因素的潜在影响；监测预防和控制非传染性疾病的多部门行动；管理利益冲突；以及通过社交媒体等方式进行沟通。

(e) **加强能力：**

- 制定“世卫组织预防和控制非传染性疾病整体工作计划”，确保根据各国需求在世卫组织三个层面协同配合、联合一致地开展工作。
- 加强秘书处各个层面的能力以支持会员国实施行动计划，同时确认直接与相关国家部委、机构和非政府组织进行合作的世卫组织国家办事处的关键作用。
- 促进和支持对会员国进行能力评估调查，以确认需求并使秘书处和其它机构提供的支持符合特定需要。

建议国际合作伙伴采取的行动

32. 在北南、南南和三角合作框架内加强国际合作并酌情建立合作伙伴关系，以便：

- (a) 支持国家当局实施以证据为基础的多部门行动（见附录5），以解决应对非传染性疾病方面的功能缺失问题（例如在宣传，加强卫生人力和机构能力，产品开发、获取和创新等方面），同时还要支持其实施环境和劳动领域现有的国际公约并加强为全民健康覆盖进行卫生筹资。
- (b) 在国家、区域和全球层面促进建设相关非政府组织的能力，使其充分发挥作为非传染性疾病预防控制领域合作伙伴的潜力。
- (c) 促进调动充足、可预测和持续的财政资源以及必要的人力和技术资源，以支持实施国家行动计划并监测和评价进展。
- (d) 加强国家自主决策、看齐调整、协调统一、可预测性、相互问责和透明度并更加注重成果，从而提高非传染性疾病预防控制方面的援助质量。
- (e) 可通过建立和加强非传染性疾病患者协会以及支持家庭和护理人员，协助开展社会动员以实施行动计划并在预防和控制非传染性疾病方面促进公平原则，同时还应促进在这些群体、卫生工作者以及卫生和其它相关部门（如人权、教育、就业、司法和社会部门等）的政府机构之间开展对话。
- (f) 通过交流最佳做法并促进发展和推广根据共同商定的条款进行适当、可负担和可持续的技术转让，支持国家非传染性疾病预防控制计划。
- (g) 支持各国和秘书处实施本目标所列其它行动。

目标3. 通过创建健康促进环境，减少非传染性疾病可改变的危险因素和潜在的社会决定因素

33. 联合国大会预防和控制非传染性疾病问题高级别会议的政治宣言确认，亟需降低个人和人群受非传染性疾病共同的、可改变的危险因素的影响程度；同时，增强个人和人群的能力，使其能做出更健康的选择和采取促进健康的生活方式。虽然非传染性疾病导致的死亡主要发生在成年期，但与危险因素的接触在儿童期便已开始并在整个生命过程中不断加剧，这证明必须酌情采取立法和监管措施，而且要采取健康促进干预措施，动员卫生部内外的非国家行为者¹参与以防止烟草使用、缺乏身体活动、不健康饮食、肥胖和有害使用酒精并保护儿童不受市场营销的不良影响。

34. 政府应当是制定促进健康和减少危险因素的国家政策框架方面的主要利益攸关方，同时必须认识到多部门行动要取得成效需要将明确规定的责任分配给其它利益攸关方，需要保护公共利益并避免利益冲突的任何不当影响。此外，各国政府应酌情根据本国国情，通过多部门行动，采用奖惩、监管和财政措施、法律和其它政策选择以及健康教育，创建有利于保护身心健康和促进健康行为的支持性环境，特别要注重孕产妇保健（包括孕前、产前和产后护理及母亲营养）以及儿童、青少年和青年的健康问题，包括预防儿童期肥胖（见附录1）。

35. 有效实施本目标下所列各项行动将使各国能够促进实现与危险因素有关的自愿性全球目标，以及关于降低过早死亡率的目标。建议各会员国根据自己的立法、宗教和文化背景，并根据宪法原则和国际法律义务，从下列政策方案中进行选择并采取行动。

会员国²可采取的政策方案：烟草控制

36. 建议的政策方案旨在促进实现关于使15岁或15岁以上人群目前烟草使用流行率相对减少30%的自愿性全球目标。这些方案包括：

- (a) 加速全面实施世卫组织烟草控制框架公约（框架公约）。尚未成为该公约缔约方的会员国应根据WHA56.1号决议以及联合国大会预防和控制非传染性疾病问题高级别会议的政治宣言，考虑采取行动，尽早批准、接受、核准、正式确认或加入框架公约。

¹ 非国家行为者包括学术界和相关非政府组织，适当时也包括部分私营部门实体（但烟草业除外），还包括那些明确致力于促进公共卫生和愿意参与公开报告及问责框架的实体。

² 适用时，还包括区域经济一体化组织。

(b) 为了减少烟草使用和接触烟草烟雾，根据世卫组织烟草控制框架公约缔约方会议通过的准则，作为一套多部门综合对策实施以下措施：

- 根据国家法律以及世卫组织框架公约第5.3条实施准则，防止烟草控制政策受烟草业的商业和其它既得利益的干扰。
- 按照世卫组织框架公约第8条（防止接触烟草烟雾）实施准则，制定法律，在所有室内工作场所、公共交通工具、室内公共场所，适当时，包括其它公共场所实现100%无烟草烟雾环境。
- 按照世卫组织框架公约第11条（烟草制品的包装和标签）以及第12条（教育、交流、培训和公众意识）实施准则，警示烟草使用危害，包括基于证据的有效大众媒体宣传活动和大而明确、醒目和清晰的健康警示。
- 按照世卫组织框架公约第13条（烟草广告、促销和赞助）实施准则，全面禁止烟草广告、促销和赞助。
- 按照世卫组织框架公约第14条（与烟草依赖和戒烟有关的降低烟草需求的措施）实施准则，为希望戒烟者提供帮助或减少其接触环境烟草烟雾，特别是对孕妇而言。
- 按照世卫组织框架公约第9条（烟草制品成分管制）和第10条（烟草制品披露的规定）的部分实施准则，管制烟草制品成分和释放物，要求烟草制品生产商和进口商向政府当局披露烟草制品成分和释放物信息。
- 根据联合国大会预防和控制非传染性疾病问题高级别会议的政治宣言和世卫组织框架公约缔约方会议提供的指导，并按照世卫组织框架公约第6条（减少烟草需求的价格和税收措施）实施准则，提高所有烟草制品的税收以减少烟草消费。

(c) 为了促进根据世卫组织框架公约实施多部门综合措施，可采取下列行动：

- 根据全球监测框架的指标，监测烟草使用情况，尤其是青少年中开始使用和目前使用烟草情况，同时按照世卫组织框架公约第20条（研究、监测和信息交换）和第21条（报告和信

- 按照世卫组织框架公约第5条（一般义务），建立或加强并资助国家烟草控制协调机制或联络点。
- 按照世卫组织框架公约第26条（财政资源），建立或加强并资助各种机制，执行已通过的烟草控制政策。

会员国¹可采取的政策方案：促进健康饮食

37. 建议的政策方案旨在推进实施全球战略和建议，以便在实现下列自愿性全球目标方面取得进展：

- 人群平均食盐摄入量/钠摄入量相对减少30%
- 遏制糖尿病和肥胖的上升趋势
- 根据本国情况，使血压升高患病率相对减少25%，或遏制血压升高患病率。

38. 各会员国应考虑制定或加强国家食品和营养政策及行动计划，并执行相关全球战略，包括：《饮食、身体活动与健康全球战略》、《婴幼儿喂养全球战略》、《孕产妇和婴幼儿营养全面实施计划》以及世界卫生组织关于向儿童推销食品和非酒精饮料的一系列建议。会员国还应考虑实施其它以证据为指导的相关战略，在全民中促进健康饮食（见附录1和附录3），同时防止饮食指导和食品政策受到商业和其它既得利益的不当影响。

39. 这类政策和规划应包括监测和评价计划，并且目标应当是：

- (a) 促进和支持婴儿出生后6个月内给予纯母乳喂养，坚持母乳喂养至2岁或2岁以上，并充分、及时地提供辅食。
- (b) 实施世卫组织关于向儿童推销食品和非酒精饮料的一系列建议，包括落实监测机制。
- (c) 制定指南、建议或政策措施，让食品生产者和加工者及其它有关商业经营者等各种不同相关部门以及消费者参与，以便：
 - 减少食品（熟食或加工食品）中添加的盐/钠含量

¹ 适用时，还包括区域经济一体化组织。

- 增加水果和蔬菜的可得性、负担能力和消费
- 减少食品中的饱和脂肪酸并代之以不饱和脂肪酸
- 以不饱和脂肪代替反式脂肪
- 减少食品和非酒精饮料中游离糖和添加糖的含量
- 限制热量摄入过剩，减少食量和食品能量密度。

(d) 制定政策措施，动员食品零售商和餐饮业参与，以提高健康食品（植物食品，包括水果和蔬菜以及盐/钠、饱和脂肪、反式脂肪酸和游离糖含量低的食物）的可得性、可负担性和接受程度。

(e) 在所有公共机构，包括学校、其它教育机构和工作场所促进提供和获取健康食品¹。

(f) 根据具体国情，考虑采取经证明合理的经济手段，包括可采取税收和补贴措施，奖励可改善健康结果的行为，提高居民对更健康食品的购买力并鼓励其消费，同时劝阻消费不（太）健康的食品。

(g) 与农业部门合作，共同制定政策措施以加强针对食品加工者、零售商、餐饮业和公共机构的措施，并为使用健康的农产品和食品创造更多机会。

(h) 开展基于证据的公共宣传教育和社会营销行动，使消费者了解并采取健康饮食做法。这些宣传运动应当与支持各社区和具体环境中的行动结合起来以便实现最大效益和影响。

(i) 在学校、幼儿中心和其它教育机构、工作场所、诊所和医院以及其它公共和私立机构，通过营养教育等方式创造健康和营养促进环境。

(j) 根据，但不限于，国际标准，特别是食品法典，促进对所有预包装食品，包括对声称具有营养或健康效益的食品加贴营养标签。

¹ 例如，通过制定公共部门餐饮场所营养标准和使用政府食品采购合同。

会员国¹可采取的政策方案：促进身体活动

40. 建议的政策方案旨在推进《饮食、身体活动与健康全球战略》及其它相关战略的实施工作，通过提高人群身体活动水平促进一系列附带效益，如更好的教育成绩以及社会和精神健康益处，同时还可使空气更加清洁，减少交通量和堵塞并有助于儿童健康发展和可持续发展（见附录1）。此外，对于能够提高全民身体活动水平并且成本效益数据良好的干预措施应当加以促进。目标是推动实现下列自愿性全球目标：

- 身体活动不足流行率相对减少10%
- 遏制糖尿病和肥胖的上升趋势
- 根据本国情况，使血压升高患病率相对减少25%，或遏制血压升高患病率。

41. 建议的政策方案包括：

- (a) 采纳和实施身体活动有益健康国家指南。
- (b) 考虑建立多部门国家委员会或类似机构，提供战略领导和协调。
- (c) 建立适当伙伴关系并动员所有利益攸关方、政府各级、非政府组织和民间社会以及经济运营者参与积极和适当的实施行动以便提高各年龄人群的身体活动水平。
- (d) 与相关部门合作制定政策措施，通过日常生活活动增加身体活动，包括通过“主动交通”以及通过娱乐、休闲和体育活动，例如：
 - 制定国家和次国家级城市规划和交通政策以提高步行和自行车出行方式的可及性、接受程度和安全性并为其提供支持性基础设施。
 - 在教育环境中（从婴幼儿时期到大学）加强提供高质量体育课程，包括每天上学前、在校期间和下学后提供身体活动机会。
 - 采取举措支持并鼓励各年龄人群开展“人人活动身体”行动。
 - 建立和保护人造和自然环境，在学校、大学、工作场所、诊所和医院以及广大社区支持身体活动，特别注重提供基础设施支持主动交通方式（如步行和骑自行车）、积极的娱乐和游戏以及参加体育运动。

¹ 适用时，还包括区域经济一体化组织。

- 促进社区参与开展旨在增加身体活动的地方行动。

(e) 通过大众传媒、社交媒体、社区活动和社会营销计划开展基于证据的公共宣传运动，使成年人和青少年了解身体活动的益处并激发其对身体活动的兴趣，同时促进健康的行为。这些运动应当与各社区以及特定环境内开展的支持行动相结合，以便能产生最大效益和影响。

(f) 鼓励对旨在增加身体活动的行动进行评价，促进为具有成本效益的有效行动建立证据基础。

会员国¹可采取的政策方案：减少有害使用酒精²

42. 建议的政策方案旨在推进采纳和实施《减少有害使用酒精全球战略》并为此调动政治意愿和财政资源以便促进实现下列自愿性全球目标：

- 根据本国国情，有害使用酒精相对减少至少10%。
- 根据本国情况，使血压升高患病率相对减少25%，或遏制血压升高患病率。

43. 建议会员国采取下列行动：

(a) **多部门国家政策：**按照《减少有害使用酒精全球战略》要求，酌情制定和实施综合性多部门减少有害使用酒精国家政策和规划，并应涉及人群酒精消费的一般水平、酒精消费模式和环境因素以及更广泛的健康问题社会决定因素（见附录1）。

《减少有害使用酒精全球战略》为国家政策和规划建议了下列10个目标领域：

- 领导、认识与承诺
- 卫生机构的应对行动
- 社区行动
- 关于酒后驾驶的政策和对策
- 酒精供应

¹ 适用时，还包括区域经济一体化组织。

² 在本行动计划中“有害”一词仅指酒精消费的公共卫生影响，不以任何方式损害宗教信仰和文化规范。

- 酒精饮料的推销
- 价格政策
- 减少饮酒和醉酒的负面后果
- 减少非法酒精和非正规生产的酒精的公共卫生影响
- 监督和监测。

(b) **公共卫生政策：**根据明确的公共卫生目标、现有最佳做法、可获得的最佳知识和最佳有效性证据以及在不同环境得到的成本效益分析，制定减少有害使用酒精的公共卫生政策和干预措施。

(c) **领导：**加强能力并赋予卫生部权能以发挥关键性作用，酌情召集其它部委和利益攸关方共同制定和实施有效的公共政策，预防并减少有害使用酒精，同时防止这些政策受到商业和其它既得利益的不当影响。

(d) **能力建设：**提高医疗卫生保健机构的能力，为危险饮酒和酒精使用疾患提供预防和治疗干预措施，包括在提供非传染性疾病治疗和护理服务的各种机构进行筛查和简单干预。

(e) **监测：**酌情根据本国国情，在全球非传染性疾病综合监测框架所载各项指标基础上，按照《减少有害使用酒精全球战略》及其监测和报告机制，制定有效的酒精有害使用监测框架，同时进一步开发技术工具支持监测商定的关于有害使用酒精的指标并加强国家监测系统，此外还要在会员国开展关于酒精与公共卫生的流行病学研究。

秘书处的行动：烟草控制、促进健康饮食、身体活动和减少有害使用酒精

44. 秘书处拟可采取下列行动：

(a) **领导和召集：**与世卫组织框架公约秘书处以及联合国各基金、方案和机构（见附录4）共同努力在国家层面减少可改变的危险因素，包括促进将预防非传染性疾病工作纳入联合国发展援助框架的设计过程和国家实施活动。

(b) **技术合作：**提供技术支持以减少可改变的危险因素，包括可为此实施世卫组织框架公约及其准则、应对可改变的危险因素在世卫组织指南和全球战略以及其它健康促进政策方案，包括健康工作场所倡议、健康促进学校和其它教育机构、健康城市倡议、注重健康的城市发展以及社会 and 环境保护倡议（例如可动员地方或城市议事机构和次区域集团参与）。

(c) **政策建议和对话：**发布和传播关于在国家层面实施和评价干预措施的指导意见（“工具包”），以减少烟草使用流行率、促进健康饮食和身体活动，并减少有害使用酒精。

(d) **规范和标准：**通过世卫组织框架公约秘书处支持公约缔约方会议酌情制定实施准则和议定书，以促进有效实施公约；继续利用现有工作并制定规范性指导文件和技术工具，支持实施世卫组织应对可改变的危险因素的全球战略；进一步制定一套通用指标和数据收集工具，在人群中跟踪可改变的危险因素，包括研究通过综合指标在不同层面监测有害使用酒精情况的可行性，加强对烟草使用、有害使用酒精、不健康饮食和缺乏身体活动等危险因素的监测工具，以及发展国家数据分析、报告和传播能力。

(e) **知识生成：**加强证据基础并传播证据以支持在国家层面采取政策干预，减少烟草使用流行率，促进健康饮食和身体活动并减少有害使用酒精。

建议国际合作伙伴采取的行动：

45. 在北南、南南和三角合作框架内加强国际合作并酌情建立合作伙伴关系，以便：

- 通过支持和参与能力建设、制定研究议程、制定和实施技术指导意见以及酌情调动财政支持，促进实施《世界卫生组织烟草控制框架公约》、《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》、《婴幼儿喂养全球战略》以及世卫组织关于向儿童推销食品和非酒精饮料的一系列建议。

目标4. 通过以人为本的初级卫生保健服务和全民健康覆盖，加强和重新调整卫生系统，开展非传染性疾病预防和控制并处理潜在的社会决定因素

46. 联合国大会预防和控制非传染性疾病问题高级别会议的政治宣言认识到全民健康覆盖的重要性，特别要通过初级卫生保健和社会保障机制实现全民覆盖，以便向所有人，特别是人口中最贫穷的阶层，提供获取卫生服务的机会（联合国大会预防和控制非传染性疾病问题高级别会议的政治宣言第45(n)段）。在非传染性疾病综合护理方面，所有人都必须不受歧视地获取国家确定的一套促进性、预防性、治疗性、康复性和姑息治疗方面的基本卫生服务。必须确保对这些服务的使用不会让使用者陷入经济困境，包括在突发事件和灾害之后时期中提供连续医护服务过程中也须保证如此。在应对非传染性疾病方面得到强化的卫生系统应当着重于加强针对心血管疾病、癌症、慢性呼吸系统疾病、糖尿病和其它非传染性疾病患者或高危人群的健康促进、预防、早期发现、治疗和持续管理（见附录3），以避免并发症，减少住院需求和昂贵的高技术干预以及过早死亡。卫生部门还必须与其它部门合作，共同努力确保社区内的服务规划和提供能考虑到社会决定因素。

47. 本目标下所列各项行动旨在加强卫生系统，包括卫生人力，确定政策方向以逐步走向全民健康覆盖并促进实现下列自愿性全球目标，以及关于降低过早死亡率的目标：

- 至少50%的符合条件者接受预防心脏病发作和脑卒中的药物治疗及咨询（包括控制血糖）。
- 在80%的公立和私营医疗卫生机构，可提供经济可负担的，治疗主要非传染性疾病所需的基本技术和非专利基本药物，包括非专利药。
- 根据本国情况，使血压升高患病率相对减少25%或遏制血压升高患病率。

会员国¹可采取的政策方案

48. 建议各会员国根据自己的立法，并酌情考虑具体国情，从下列政策方案中进行选择并采取行动：

(a) **领导：**可加强有效治理和问责制的政策方案包括：

- 履行责任和实行问责制，在总体加强卫生系统的背景下，确保非传染性疾病服务的可得性。
- 在设计、执行、监测和评价涉及生命全程的包容性非传染性疾病规划和连续卫生保健服务时，采用以社区参与为基础的方法，以加强和提高应对措施的有效性和公平性。
- 将非传染性疾病服务与卫生部门的改革和/或计划相结合，提高卫生系统的绩效。
- 酌情引导卫生系统解决健康问题社会决定因素的影响，例如可在全民健康覆盖目标的支持下采取基于证据的干预措施。

(b) **筹资：**建立可持续和公平的卫生筹资机制的政策方案包括：

- 从患者直接支付方式转变为保障型的预付费和统筹体系，其中应包括非传染性疾病的服务项目。

¹ 适用时，还包括区域经济一体化组织。

- 通过国内财政收入与传统和创新型筹资机制相结合的方法，努力实现全民健康覆盖的目标，优先注重在涵盖非传染性疾病，包括共病的各级卫生保健（见附录3）中资助具有成本效益的预防性、治疗性和姑息治疗措施。
- 制定地方和国家倡议行动，以提供财政风险保障和其它形式的社会保障（例如，通过健康保险、税收筹资和现金转账以及考虑设立卫生储蓄账户等），覆盖所有疾患（包括非传染性疾病）以及所有人（包括未被正式部门雇用的人员）的预防、治疗、康复和姑息治疗服务。

(c) 扩大优质服务的覆盖范围：这方面政策方案有助于提高卫生服务的效率、公平性、覆盖率和质量，并特别注重心血管疾病、癌症、慢性呼吸系统疾病和糖尿病及相关危险因素，以及可能被视为国内重点的其它非传染性疾病，这些方案包括：

- 围绕贴近使用者和以人为本的初级卫生保健网络加强并组织各项服务、获取和转诊系统，初级卫生保健网络已与二级和三级卫生保健服务提供系统（包括高质量的康复、综合姑息治疗以及专科门诊和住院医疗设施）完全融合。
- 使所有的服务提供者（包括非政府组织，营利性和非营利性服务提供者）能够公平地处理非传染性疾病问题，既要保护消费者，也要利用各种其它服务（如传统和补充医学、预防、康复和姑息治疗以及社会服务）的潜力来应对这些疾病。
- 提高服务提供效率并制定符合自愿性全球目标的国家目标以便分阶段提高心血管疾病、糖尿病、癌症和慢性呼吸系统疾病方面具有成本效益和高度影响的干预措施（见附录3）的覆盖率，并将非传染性疾病服务与针对具体疾病的其它规划，包括针对精神健康的规划结合起来（见附录1）。
- 通过创新、有效和综合的护理模式，将职业卫生服务和社区卫生服务/资源与初级卫生保健服务和其它卫生保健服务提供系统相结合，满足非传染性慢性疾病、相关残疾和共病患者的长期护理需求。
- 建立非传染性疾病预防和管理的质量保证和持续质量改进体系，重点是初级卫生保健服务，包括根据本国国情采用基于证据的指南、治疗规程和工具来管理主要非传染性疾病、危险因素以及共病。

- 以基于证据的指南、患者登记系统和患者分组管理为基础，包括利用电子卫生保健或移动卫生保健等信息和通讯技术，采取行动使非传染性疾病患者有能力寻求早期发现疾病并更好地管理自己的健康，同时提供健康教育、激励措施以及自我保健和自我管理工具。
- 审查现有规划，如关于营养、艾滋病毒、结核病、生殖卫生、孕产妇和儿童卫生以及包括痴呆症在内的精神卫生规划等，以寻找机会将其纳入预防控制非传染性疾病服务工作。

(d) **人力资源开发：**加强非传染性疾病预防控制方面人力资源的政策方案包括：

- 确定人员所需具备的能力，进行投资以提高现有卫生人员队伍在对付非传染性疾病，包括常见的并存疾病（例如精神疾患）方面的知识、技能和积极性，并根据对未来卫生人力需求的预测，包括根据人口老龄化程度，制定相应计划。
- 将预防和控制非传染性疾病的内容纳入对全体卫生人员，包括社区卫生工作者、社会工作者、专业和非专业（技术的及职业教育背景的）人员的培训工作，重点是初级卫生保健服务。
- 为在服务匮乏地区工作的卫生工作者提供适当的补偿和奖励，包括安置、基础设施、培训和发展以及社会支持。
- 根据《世界卫生组织全球卫生人员国际招聘行为守则》¹，鼓励培养、培训和保留卫生工作者以便促进在国家和区域内部部署数量充足的熟练卫生人员。
- 通过在不同专业学科（如医学、相关卫生科学、护理、药学、公共卫生管理、营养、卫生经济学、社会工作和医学教育等）加强尤其以非传染性疾病为重点的毕业后培训以及促进非专业人员的职业发展，帮助卫生工作者发展职业生涯。
- 优化护士和相关卫生专业服务范围以促进预防和控制非传染性疾病，包括解决阻挡这种促进的障碍。

¹ 见 WHA63.16 号决议。

- 通过政府、公立和私立学术机构、专业协会、患者组织和自我保健团体，加强对非传染性疾病的规划、实施、监测和评价能力。

(e) **可及性：**这方面政策方案旨在通过初级卫生保健服务促进更公平地获取疾病预防规划（例如提供卫生信息的规划）与服务、基本药物和技术，并以提供心血管疾病、癌症、慢性呼吸系统疾病和糖尿病基本干预措施所需的药物和技术为重点，具体包括：

- 促进获取用于非传染性疾病综合管理的全面和具有成本效益的预防，治疗和护理措施，尤其包括增加获取可负担、安全、有效和优质的药物和诊断试剂以及其它技术，为此可充分利用《与贸易有关的知识产权协定》中的灵活做法。
- 采取基于证据和本国国情的策略，加强患者对可负担药物的获取（例如，根据本国国情酌情将相关药物纳入国家基本药物清单；采取医药分开做法；通过差价回归方案控制批发和零售差价；以及对非传染性疾病基本干预措施所需药物免征进口税和其它税）。
- 通过医疗产品的质量保障、优先或加速注册程序、非专利药物替代、优先使用国际非专利名称、适当财政奖励以及对医生和患者的教育等措施，促进采购和使用安全、优质、有效和可负担的药物，包括非专利药物来预防和控制非传染性疾病，包括促进获取用于姑息治疗的减轻疼痛药物以及针对感染相关癌症的疫苗。
- 提高拯救生命技术和基本药物的可得性以促进在紧急情况应对初始阶段管理非传染性疾病。
- 根据关于职业疾病的国际和国家法律和法规，促进获取预防性措施、治疗和职业康复服务，以及对职业非传染性疾病的经济补偿。

秘书处的行动

49. 秘书处拟可采取下列行动：

(a) **领导和召集：**将应对非传染性疾病作为加强卫生系统和实现全民健康覆盖的中心工作。

(b) 技术合作：

- 向各国提供支持、指导和技术背景信息，以便将具有成本效益的非传染性疾病及其危险因素干预措施纳入卫生系统，包括基本的初级卫生保健服务包。
- 根据《公共卫生、创新和知识产权全球战略和行动计划》，鼓励各国提高具有成本效益的预防、治疗和护理措施的可及性，尤其要加强对可负担、安全、有效的优质药物和诊断试剂以及其它技术的获取。
- 部署一个机构间应急医疗包，用以在人道主义灾难和紧急情况中治疗非传染性疾病。

(c) 政策建议和对话：根据其职权，采用经世界卫生大会决议通过的现有策略，提供卫生政策指导，推进以人为本的初级卫生保健和全民健康覆盖议程。

(d) 规范和标准：制定指南、工具和培训教材以：**(i)**加强实施具有成本效益的非传染性疾病干预措施以促进早期发现、治疗、康复和姑息治疗；**(ii)**确立可用于早期发现、预防和控制职业非传染性疾病的诊断和危险暴露标准；**(iii)**促进可负担的、循证的、以患者/家庭为中心的自我保健措施，尤其注重健康意识差和/或文化程度低的人群，包括可采用因特网/移动电话技术等信息和通信技术，以便预防和控制非传染性疾病，包括针对所有群体开展健康教育、健康促进和沟通¹。

(e) 传播证据和最佳做法：提供进一步证据证明以各种不同方法实施有组织的非传染性疾病综合护理规划的有效性并促进交流经验教训和最佳做法，扩充全球证据基础，以便加强国家应对挑战和保持成绩的能力，以及制定针对非传染性疾病的新的解决方案和逐步实现全民健康覆盖的能力。

建议国际合作伙伴采取的行动

50. 在北南、南南和三角合作框架内加强国际合作并酌情建立合作伙伴关系，以便：

(a) 促进调集充足、可预测和可持续的财政资源以推动在国家卫生系统内实现全民覆盖，尤其可通过初级卫生保健，进一步促进优质和可负担的二级/三级卫生保健和治疗设施以及社会保障机制，目的是向所有人，特别是人口中最贫穷的阶层，提供获得卫生服务的机会。

¹ 秘书处将继续实施国际电信联盟/世卫组织非传染性疾病移动卫生保健全球联合规划。

(b) 支持国家当局加强卫生系统并扩大优质服务的覆盖范围，为此可开发适当的卫生保健基础设施和发展培训卫生人员的机构能力，如公共卫生机构、医学院和护士学校等。

(c) 协助努力加强对可负担、安全、有效和优质药品和诊断试剂以及其它技术的获取，包括可充分利用与贸易有关的知识产权灵活做法和规定。

(d) 支持国家努力预防和控制非传染性疾病，为此尤其要交流关于最佳做法的信息和传播卫生系统研究方面的调查结果。

目标5. 推动和支持国家能力建设，以在非传染性疾病预防和控制领域开展高质量的研究与开发工作

51. 虽然已经有了预防和控制非传染性疾病的有效干预措施，但其在世界范围内的实施还远远不够。需要结合社会科学和生物医学，开展比较研究、应用研究和实施研究，以扩大现有干预措施（见附录3）并使其产生最大影响，从而实现九项自愿性全球目标（见附录2）。

52. 联合国大会预防和控制非传染性疾病问题高级别会议的政治宣言呼吁，所有利益相关方支持和促进有关预防和控制非传染性疾病方面的研究，并将其转化为实践，以充实用于国家、区域和全球行动的知识库。《公共卫生、创新和知识产权全球战略和行动计划》（WHA61.21号决议）鼓励开展以需求为驱动力的研究，主要针对包括非传染性疾病在内的严重影响低收入和中等收入国家的疾病。通过参与和磋商进程拟定的世卫组织预防和控制非传染性疾病重点研究议程，就未来投资于非传染性疾病研究提供了指导意见¹。该议程优先注重(i)开展研究以便将非传染性疾病纳入全球发展议程并进行监测；(ii)开展研究以了解和掌控非传染性疾病的多部门、宏观经济和社会决定因素及危险因素；(iii)进行转化和卫生系统研究以便在全球应用经证明具有成本效益的战略；以及(iv)开展研究使昂贵但有效的干预措施能够为人们所及并能在资源有限环境中得到适当使用。

会员国²可采取的政策方案

53. 建议各会员国根据自己的立法，并酌情考虑其具体国情，从下列政策方案中进行选择并采取行动。

¹ 《非传染性疾病预防和控制重点研究议程》。日内瓦，世界卫生组织，2011年。

² 适用时，还包括区域经济一体化组织。

- (a) **投入：**增加对研究、创新和开发及其治理工作的投入，作为国家应对非传染性疾病不可缺少的部分；尤其要为促进相关研究划拨预算以填补附录3所列各项干预措施在可扩展性、影响和有效性方面的差距。
- (b) **国家研究政策和计划：**酌情与学术机构和研究机构合作，制定、实施和监测涉及非传染性疾病相关研究，包括基于社区的研究以及关于干预措施及政策影响评价的国家政策和计划。
- (c) **加强能力：**加强国家进行研究和开发的机构能力，包括研究机构的研究基础设施、设备和供应品，以及研究人员开展高质量研究的能力。
- (d) **创新：**更有效地利用学术机构和多学科机构来促进研究、保留研究人员队伍、激励创新，并鼓励建立国家参比中心和网络，以开展与政策相关的研究。
- (e) **基于证据的政策制定：**通过开展非传染性疾病相关研究并将其转化为实践以充实正在进行的国家行动的知识基础，加强决策的科学依据。
- (f) **进展问责：**跟踪国内和国际研究资源的流动情况以及可适用于非传染性疾病预防与控制的 国家研究产出和影响。

秘书处的行动

54. 秘书处拟可采取下列行动：

- (a) **领导和召集：**根据世卫组织重点研究议程确认的主要领域，动员世卫组织合作中心、学术机构、研究组织和联盟共同参与，在国家层面加强非传染性疾病研究能力，尤其要促进开展研究以便更好地认识附录3所载各项干预措施和政策方案的经济承受能力、实施能力、可行性及其对卫生公平性的影响。
- (b) **技术合作：**应要求提供技术支持，以加强各国和区域能力：**(i)**将研究、开发和 创新纳入国家和区域非传染性疾病政策与计划；**(ii)**结合国家需求和具体情况，采纳 并促进世卫组织关于预防和控制非传染性疾病的重点研究议程；**(iii)**制定研究和 开发计划，增强创新能力以支持预防和控制非传染性疾病。
- (c) **政策建议和对话：**促进分享国家间研究的专业知识和经验，公布/传播指导文件（“工具包”），阐明如何加强非传染性疾病预防控制方面政策、实践和研究产品之间的联系。

建议国际合作伙伴采取的行动

55. 加强北南、南南和三角合作并酌情建立合作伙伴关系，以便：

- 以可持续和具有成本效益的方式，包括可通过加强机构能力和创建研究奖学金和奖学金，在与非传染性疾病预防和控制有关的各个方面促进为高质量研究、开发和创新进行投资并加强国家能力。
- 推动开展非传染性疾病相关研究并将其转化为实践以充实知识基础，促进实施国家、区域和全球行动计划。
- 鼓励使用信息和通信技术以加强规划实施、卫生结果、健康促进、监督和报告以及监测系统，并适当传播关于非传染性疾病领域中具有成本效益、可负担、可持续和高质量干预措施的信息以及最佳做法和经验教训。
- 支持各国和秘书处实施本目标下的其它行动。

目标6. 监测非传染性疾病趋势和决定因素，评估预防和控制进展情况

56. 本目标下所列各项行动将支持通过包含25项指标的全球监测框架和九项自愿性全球目标（见附录2）来监测非传染性疾病预防与控制方面的全球和国家进展。监测工作将提供对非传染性疾病随时间推移的趋势情况的国际可比评估，协助建立各国与同区域或发展类别相同的其它国家比较的基准，为开展宣传、制定政策和采取协调行动提供依据并促进加强政治承诺。

57. 除监测框架列出的指标外，各国和各区域也可根据具体情况，纳入其它指标，以监测国家和地区实施非传染性疾病预防和控制策略的进展情况。

58. 为加强机构能力将需要大大增加财政和技术支持，以便开展监测和监督，同时考虑到可能加强数据收集有效性并提高数据质量和覆盖范围的创新方法和新技术，目的是加强国家收集、分析和交流数据的能力，促进监测以及全球和国家监督工作。

会员国¹可采取的政策方案

59. 建议各会员国根据自己的立法，并酌情考虑其具体国情，从下列政策方案中进行选择并采取行动：

¹ 适用时，还包括区域经济一体化组织。

- (a) **监督：**更新与收集卫生统计数据相关的法律，加强生命登记和死亡原因注册系统，根据全球监测框架制定和采纳一套国家目标和指标，并将监督非传染性疾病预防控制工作的系统，以及相关主要干预措施的流行情况纳入国家卫生信息系统，以便能系统评估干预措施的使用进展和影响。
- (b) **疾病登记系统：**建立、保持和加强疾病登记系统（在可行和可持续的情况下，包括癌症），通过适当指标更好地了解区域和国家的需求。
- (c) **监测：**确认数据集、数据来源并将监测工作纳入国家卫生信息系统并定期收集关于行为和代谢危险因素（有害使用酒精、缺乏身体活动、烟草使用、不健康饮食、超重和肥胖、血压升高、血糖升高和高血脂症）以及暴露于风险的決定因素（例如食品、烟草和酒精营销）方面的数据，可行时，从平等问题的主要标准，包括性别、年龄（例如儿童、青少年、成人）和社会经济状况等对数据进行分类，以监测趋势并衡量解决不平等问题方面的进展。
- (d) **加强能力和进行创新：**通过建立公共卫生研究所等方式加强技术和机构能力，以便管理和落实已纳入现有卫生信息系统的监测和监督系统，重点是数据管理、分析和报告能力，旨在更好地提供关于非传染性疾病及危险因素的高质量数据。
- (e) **传播和使用成果：**定期提供关于非传染性疾病趋势的信息，包括发病率、死亡率（按死因）、危险因素和其它决定因素，并按年龄、性别、残疾程度和社会经济状况进行分类，同时结合国家报告与全球分析，向世卫组织提供信息说明国家行动计划的实施进展以及国家政策和战略的成效。
- (f) **预算拨款：**增加并优先注重对非传染性疾病预防控制方面监测和监督体系的预算拨款。

秘书处的行动

60. 秘书处拟可采取下列行动：

- (a) 技术合作：向会员国提供支持，以便：
- 建立或加强国家监测和监督系统，包括改进有关危险因素和其它决定因素、发病率和死亡率以及国家非传染性疾病预防控制对策方面的数据收集工作，例如可在家庭调查范围内酌情制定标准模块。
 - 根据本国国情，并结合全球监测框架及其各项指标以及自愿性全球目标制定国家目标和指标。

(b) 制定标准并监测实现自愿性全球目标方面的趋势、能力和进展：

- 尽快制定适当的行动计划指标，以监测行动计划的实施进展。
- 制定、保持和审查用于衡量非传染性危险因素的标准。
- 定期评估会员国预防和控制非传染性疾病的国家能力。
- 酌情就定义提供指导，此外，就如何衡量、收集、汇总和报告指标以及国家层面为此必须具备的卫生信息系统条件提供指导。
- 通过监测和报告 2015 年和 2020 年自愿性全球目标的实现情况，审查全球在预防和控制非传染性疾病方面取得的进展，以便各国能够分享可加快进展速度的推动因素并确认和消除阻挡实现自愿性全球目标的障碍。
- 监测非传染性疾病及其危险因素的全球趋势以及国家应对能力，公布定期进展报告，概述全球预防和控制非传染性疾病的状况，并使这些报告与 2015 年和 2020 年应在全球监测框架下提交的报告协调一致，同时发表针对具体危险因素的报告，如关于全球烟草流行情况或关于酒精与健康问题的报告。
- 召集利益相关方（包括会员国和国际合作伙伴），组成有代表性的小组，分别在行动计划所涉时期的中点以及期末对计划的实施进展进行评估。中期评估将提供机会从计划实施头四年的经验中汲取教训，对无效的行动采取纠正措施并酌情重新调整计划的部分内容，以响应 2015 年后发展议程。

建议国际合作伙伴采取的行动

61. 加强北南、南南和三角合作并酌情建立合作伙伴关系，以便：

- 在预防和控制非传染性疾病的各个方面，调集资源，促进投资并加强国家监测、监督和评估能力。
- 促进监测和监督以及成果转化，以便为宣传、政策制定和协调行动提供依据并加强政治承诺。

- 鼓励使用信息和通信技术以加强监测和监督能力并酌情传播关于危险因素、决定因素和非传染性疾病方面趋势的数据。
- 支持目标6下为监测和评估国家、区域和全球在预防和控制非传染性疾病方面的进展建议会员国和秘书处采取的其它行动。

附录1

主要非传染性疾病和其它疾患之间的协同效应

预防和控制非传染性疾病的综合应对措施需要认识到若干其它疾患，其中包括可单独或作为共存疾病产生影响的认知功能障碍和其它非传染性疾病，如肾病、内分泌疾病、神经性疾病（包括癫痫、自闭症、阿尔茨海默氏病和帕金森病）、血红蛋白病（例如地中海贫血和镰状细胞贫血）等血液病、肝病、胃肠道疾病、肌肉骨骼疾病、皮肤和口腔疾病、残疾和遗传疾病。罹患这些疾病也会影响主要非传染性疾病的的发生、发展和对治疗的反应，应当采用综合的做法进行处理。此外，肾病等疾患是因为没有早期发现和处理高血压及糖尿病所造成的，因此与主要的非传染性疾病有密切联系。

其它可改变的危险因素

四个共同的主要危险因素，即烟草使用、不健康饮食、身体活动不足和有害使用酒精，是非传染性疾病领域内最重要的危险因素。

暴露于固体燃料烟气、臭氧、气载尘埃和过敏原造成的室内和室外空气污染等环境和职业危害可能导致慢性呼吸系统疾病，而某些空气污染源，包括固体燃料烟气可导致肺癌，室内和室外空气污染、热浪以及与工作和失业有关的慢性压力还与心血管疾病有关。暴露于致癌物质，如在生活和工作环境中接触石棉、柴油机废气以及电离辐射和紫外线辐射，会增加罹患癌症的风险。同样，在农业中任意使用农用化学品，以及化学品行业违规排放有毒产品，可致癌症和其它非传染性疾病，例如肾病。如果在幼年接触这些危险因素，受非传染性疾病影响的可能性就最大。因此，在妊娠期和儿童期必须特别注意避免接触危险因素。

目前已有了简单、经济可负担的干预措施可以降低环境和职业健康风险，优先考虑和实施这些措施将有助于减少非传染性疾病所致负担（相关的世界卫生大会决议包括 WHA49.12 号决议：《世卫组织人人享有职业卫生全球战略》、WHA58.22 号决议：《预防和控制癌症》、WHA60.26 号决议：《工人健康全球行动计划》和 WHA61.19 号决议：《气候变化和卫生》）。

精神疾患

由于精神疾患是一个重要的发病原因，同时也造成了全球非传染性疾病负担，因此，需要能够公平地获取有效的疾病预防规划和卫生保健干预措施。精神疾病与其它非传染性疾病互相影响：精神疾病可能是某种非传染性疾病的先兆或后果，也可能是交互作用

的结果。例如，有证据表明抑郁症容易诱发心脏病发作。反过来，心脏病发作又会增加患抑郁症的可能性。非传染性疾病的危险因素，如久坐不动的行为和有害使用酒精，也将非传染性疾病与精神疾患连在一起。经济贫困人群中的一些密切关联的特征，如教育程度较低、社会经济地位较低、压力和失业，也常与精神疾患和非传染性疾病并存。尽管存在这种强固的关联性，但有证据表明，非传染性疾病患者的精神疾患和精神疾患病人的非传染性疾病常常会被忽视。需要在各级与预防和控制非传染性疾病的行动计划密切协调，实施综合性的精神卫生行动计划。

传染性疾病

近年来，人们日益认识到感染性病原体在非传染性疾病的发病机制中（或者单独，或者与遗传和环境因素结合）的作用。包括心血管疾病和慢性呼吸道疾病在内的许多非传染性疾病与传染性疾病之间在病因学或易于出现严重结局的倾向方面存在关联。越来越多的癌症，包括一些具有重大全球性影响的癌症（如宫颈癌、肝癌、口腔癌和胃癌），都被证实存在感染性病因。在发展中国家，大约五分之一的癌症病例可能因感染所致。发展中国家的一些其它高发癌症与感染或侵染相关，例如疱疹病毒和艾滋病毒感染可引起卡波西肉瘤，肝吸虫侵染可引起胆管癌。一些重大残疾如失明、失聪、心脏缺陷和智力障碍也可由可预防的感染引起。通过包括免疫接种（如针对乙型肝炎、人类乳头状瘤病毒、麻疹、风疹、流感、百日咳和脊髓灰质炎的疫苗）的预防、诊断、治疗和控制策略控制传染病，强有力的基于人群的卫生服务可以降低非传染性疾病的负担和影响。

先前已有非传染性疾病的患者罹患和易感传染性疾病的风险也较高。通过使初级卫生保健机构和更专业的卫生保健机构保持警惕，对这种交互作用的关注将可最大限度地提供发现和治理非传染性疾病和传染性疾病的机会。例如，吸烟者、糖尿病患者、酒精使用相关疾病患者、免疫抑制者或暴露于二手烟环境者感染结核病的风险更高。由于往往会疏忽对慢性呼吸道疾病患者进行结核病诊断，因此，开展合作（即，在结核病诊所筛查糖尿病和慢性呼吸道疾病，在非传染性疾病诊所筛查结核病）可以提高病例发现率。同样，将非传染性疾病规划或姑息治疗与艾滋病关怀规划结合起来，则双方都有好处，因为作为规划的一部分，两者都需要长期护理和支持，还因为非传染性疾病也可能是艾滋病毒感染者和艾滋病患者长期治疗所致的副作用。

人口结构变化和残疾

非传染性疾病的预防将会增加健康老龄人口的数量和比例，并避免老年人群的高额卫生保健费用以及更高的间接花费。约 15% 的人口患有某种残疾，非传染性疾病的增加对残疾发生趋势有极重要的影响；例如，在低收入和中等收入国家，估计整体伤残调整寿命年的三分之二伴有慢性病。非传染性疾病相关的残疾（如截肢、失明或瘫痪）会对社会福利和卫生系统增加大量需求，降低劳动生产力，导致家庭贫困。为了应对危险因

素（例如肥胖和身体活动不足）和处理非传染性疾病所致的失能（如糖尿病或脑卒中导致的截肢和失明），应将康复作为非传染性疾病规划的一项重要健康策略。获得康复服务可以减少疾病带来的各种影响和后果，缩短住院时间，延缓或阻止健康状况恶化，改善生活质量。

暴力和意外伤害

遭受儿童期虐待（包括身体、性和情感虐待，以及忽视或剥夺必需品）是一个公认的危险因素，可导致随后接受吸烟、有害使用酒精、药物滥用和饮食失调等高危行为，进而使人易患非传染性疾病。有证据显示，缺血性心脏病、癌症和慢性肺病与儿童期遭受虐待相关。同样，遭受亲密伴侣暴力与有害使用酒精、药物滥用、吸烟和饮食失调相关。因此，防范儿童期虐待和亲密伴侣暴力的规划通过减少使用烟草、不健康饮食和有害使用酒精的可能性，可对非传染性疾病的预防作出显著的贡献。

缺少供行人和自行车使用的安全道路设施，阻碍了身体锻炼。因此，适当的道路安全法规和执法等众所周知的道路交通伤害预防策略以及良好的土地使用计划和支持行人与自行车安全的道路设施，可有助于预防非传染性疾病并可协助处理伤害问题。酒后应对能力下降，是影响所有意外伤害风险和严重程度的一个重要因素。这些伤害包括道路交通事故、跌落、溺水、烧伤和所有形式的暴力。因此，解决有害使用酒精的问题将有益于预防非传染性疾病和伤害。

附录 2

全球综合监测框架（包括 25 项指标）和一套预防和控制非传染性疾病的全球自愿目标（9 项）

框架要素	目标	指标
死亡率和发病率		
非传染性疾病所致过早死亡	(1) 心血管疾病、癌症、糖尿病或慢性呼吸系统疾病的总死亡率相对降低 25%	(1) 30-70 岁人群因心血管疾病、癌症、糖尿病或慢性呼吸道疾病死亡的（无条件）概率
其它指标		(2) 每 10 万人口癌症发病率（按癌症类别分列）
危险因素		
行为危险因素		
有害使用酒精 ¹	(2) 根据本国国情，有害使用酒精现象 ² 相对减少至少 10%	(3) 根据本国国情，15 岁以上人群每年人均酒精总消费量（折合成纯酒精的升数，记录的和估计的未记录数） (4) 根据本国国情，青少年和成年人的年龄标化酗酒（重度饮酒）流行率 (5) 根据本国国情，青少年和成人酒精相关疾病的发病率和死亡率
身体活动不足	(3) 身体活动不足流行率相对减少 10%	(6) 青少年身体活动不足流行率的定义为每日中等强度至高强度活动时间不足 60 分钟 (7) 18 岁以上人群身体活动不足的年龄标化流行率（定义为每周中等强度至高强度活动时间不足 150 分钟，或相当量）
盐/钠的摄入	(4) 人群平均盐/钠摄入量相对减少 30% ³	(8) 18 岁以上人群年龄标化平均每日食盐（氯化钠）摄入量（以克为单位）
烟草使用	(5) 15 岁以上人群目前烟草使用流行率相对减少 30%	(9) 青少年目前烟草使用流行率 (10) 18 岁以上人群目前烟草使用年龄标化流行率
生物学危险因素		
高血压	(6) 根据本国情况，血压升高患病率相对减少 25%，或控制血压升高患病率	(11) 18 岁以上人群高血压的年龄标化患病率（定义为收缩压≥140 毫米汞柱和/或舒张压≥90 毫米汞柱）以及平均收缩压
糖尿病与肥胖 ⁴	(7) 遏制糖尿病和肥胖的上升趋势	(12) 18 岁以上人群血糖升高/糖尿病的年龄标化患病率（血糖升高/糖尿病定义为空腹血糖值≥7.0 毫摩尔/升（126 毫克/分升）或因血糖升高接受药物治疗） (13) 青少年超重和肥胖患病率（根据世卫组织学龄儿童和青少年生长参考标准进行定义，超重指按年龄和性别计算的体重指数高于+1 标准差；肥胖指按年龄和性别计算的体重指数高于+2 标准差） (14) 18 岁以上成人超重和肥胖的年龄标化患病率（体重指数≥25kg/m ² 定义为超重，体重指数≥30kg/m ² 定义为肥胖）

¹ 各国根据本国国情及《世卫组织减少有害使用酒精全球战略》选择指标，可包括酗酒流行率、总的人均酒精消费量以及酒精相关的发病率和死亡率。

² 在《世卫组织减少有害使用酒精全球战略》中，“有害使用酒精”的定义是：对饮酒者本人、饮酒者周围的人和整个社会造成损害健康和社会后果的饮酒行为，以及使有害健康后果风险增加的饮酒模式。

³ 世卫组织建议每人每日的食盐摄入量低于 5 克或钠摄入量低于 2 克。

⁴ 各国将根据本国国情选择指标。

框架要素	目标	指标
其它指标		(15) 18 岁以上人群从饱和脂肪酸摄入的能量占总能量的年龄标准化平均比例 ¹ (16) (18 岁以上) 人群每日水果和蔬菜消费量少于五份 (400 克) 的年龄标准化流行率 (17) 18 岁以上人群总胆固醇升高的年龄标准化患病率 (定义为总胆固醇 \geq 5.0 毫摩尔/升或 190 毫克/分升) 以及平均总胆固醇水平
国家系统应对		
药物治疗预防心脏病发作和脑卒中	(8) 至少 50% 的符合条件者接受预防心脏病发作和脑卒中的药物治疗及咨询 (包括控制血糖)	(18) 符合条件应当为预防心脏病发作和脑卒中接受药物治疗和咨询服务 (包括血糖控制) 者 (定义为 10 年心血管疾病风险 \geq 30% 的 40 岁及以上人群, 包括心血管疾病现患者) 的比例
非传染性疾病基本药物和治疗主要非传染性疾病的的基本技术	(9) 在 80% 的公立和私营医疗卫生机构可提供经济可负担的、治疗主要非传染性疾病所需的基本技术和基本药物, 包括非专利药物	(19) 在公立和私营医疗卫生机构提供经济可负担的优质、安全和有效的非传染性疾病基本药物 (包括非专利药物) 和基本技术
其它指标		(20) 根据每例癌症死亡患者强阿片类镇痛药吗啡当量消耗量 (不包括美沙酮) 评估姑息治疗的可及性 (21) 酌情在本国国情和国家规划内, 制定国家政策, 在食品供应中限制使用饱和脂肪酸, 并且不使用部分氢化植物油 (22) 根据国家规划和政策, 在具有成本效益和经济可负担的情况下, 酌情提供人类乳头状瘤病毒 (HPV) 疫苗 (23) 制定政策, 减少富含饱和脂肪、反式脂肪酸、游离糖或食盐的食品和非酒精饮料的营销对儿童的影响 (24) 通过为婴儿接种的乙肝疫苗第三剂 (HepB3) 的数量来监测乙肝病毒疫苗接种覆盖率 (25) 30-49 岁妇女接受宫颈癌筛查 (至少一次或更多) 的比例, 以及根据国家规划或政策, 更低年龄组或更高年龄组接受宫颈癌筛查的比例

¹ 在饱和脂肪酸这个大类别下, 每种脂肪酸具有独特的生物学特性和健康效应, 均与制定膳食建议有关。

附录 3

下表介绍了预防和控制主要非传染性疾病的政策方案清单和具有成本效益的干预措施，用以支持会员国根据国情（不损害国家决定税收等政策的主权）酌情开展行动，实现九项全球自愿目标（注：需要对情况加以更新，因为证据和具有成本效益的干预措施会随时间演变）。

以下所及清单并非详尽无遗，其目的是基于当前证据，提供关于干预措施有效性和成本效益的信息与指导^{1,2,3}，并作为今后工作的基础以便发展和扩大政策措施和各种干预措施的证据基础。据世卫组织估计，目标 3 的政策干预措施和目标 4 在基本保健机构中实施的各种干预措施（以黑体字显示）具有很高的成本效益⁴，而且所有国家都负担得起^{1,2,3}。但是，未针对每个国家的具体国情评估这些干预措施。当选用预防和控制非传染性疾病的干预措施时，应当根据国情考虑有效性、成本效益、经济可负担性、实施能力、可行性和对干预措施卫生公平性的影响，并考虑联合实施全人群政策干预和每种干预措施的需要。

政策方案清单	全球 自愿目标	世卫组织工具
<p>目标 1</p> <ul style="list-style-type: none"> • 提高关于预防和控制非传染性疾病的公众及政治意识、了解和实践 • 把非传染性疾病纳入社会和发展议程以及减贫战略 • 在资源筹集、能力建设、卫生人力培训以及关于所吸取教训和最佳做法的信息交换方面，加强国际合作 • 酌情动员民间社会和私立部门参与并加强国际合作，以便支持在全球、区域和国家级实施行动计划 • 实施目标 1 的其它政策方案（见第 21 段） 	<p>有助于所有九项全球自愿目标</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 世卫组织 2010 年全球非传染性疾病现状报告 - 世卫组织实况报道 - 2011 年全球心血管疾病预防和控制图谱 - 国际癌症研究机构 GLOBOCAN 2008 - 现有区域和国家工具 - 世卫组织网站上的其它相关工具，包括世卫组织理事机构和区域委员会的决议及文件

¹ “加强针对非传染性疾病的行动：要多少费用？”日内瓦，世界卫生组织，2011年。

² WHO-CHOICE 指“选择具有成本效益的干预措施”。

³ 国际复兴与开发银行/世界银行，发展中国家的疾病控制优先重点。华盛顿特区，牛津大学出版社和世界银行，2006年。

⁴ 很高的成本效益，即产生额外一年的健康生活，费用低于平均年收入或人均国内生产总值。

政策方案清单	全球 自愿目标	世卫组织工具
<p>目标 2</p> <ul style="list-style-type: none"> • 按需要优先考虑并增加非传染性疾病预防和控制的预算拨款，但不损害国家决定税收及其它政策的主权 • 评估国家预防和控制非传染性疾病的能力 • 制定和实施通过由众多利益攸关方参与预防和控制非传染性疾病的国家多部门政策和计划 • 实施目标 2 的其它政策方案（见第 30 段），加强预防和控制非传染性疾病的国家能力，包括人力和机构能力、领导作用、施政、多部门行动和伙伴关系 	<p>有助于所有九项全球自愿目标</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 联合国秘书长的说明 A/67/373 - 非传染性疾病国家能力监测工具 - 国家癌症控制规划核心能力评估工具 - 现有区域和国家工具 - 世卫组织网站上的其它相关工具，包括世卫组织理事机构和区域委员会的决议及文件
<p>目标 3¹ 烟草使用²</p> <ul style="list-style-type: none"> • 实施《世界卫生组织烟草控制框架公约》（见第 36 段）。要求世卫组织框架公约各缔约方充分实施条约规定的所有义务；鼓励不作为缔约方的所有会员国把世卫组织框架公约视为全球烟草控制的基础文书 • 通过提高烟草消费税，降低烟草制品的经济可负担性³ • 通过法律规定，在所有室内工作场所、公共场所和公共交通工具内创建完全无烟的环境³ • 通过有效的健康警示和大众传媒宣传运动，警告人们注意烟草和烟草烟雾的危险性³ • 禁止所有形式的烟草广告、促销和赞助³ 	<p>15 岁以上人群目前烟草使用流行率相对降低 30%</p> <p>根据本国国情，有害使用酒精现象相对减少至少 10%</p> <p>身体活动不足流行率相对减少 10%</p> <p>人群平均食盐/钠摄入量相对减少 30%</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 世卫组织框架公约及其准则 - 根据世卫组织框架公约减少烟草需求的 MPOWER 能力建设模块 - 世卫组织关于全球烟草流行情况的报告 - 关于向儿童推销食品和非酒精饮料的建议（WHA63.14） - 饮食、身体活动与健康全球战略（WHA 57.17）

¹ 在应对每种风险因素时，会员国不应只依靠单一的干预措施，而应采用综合性的做法来实现理想的结果。

² 烟草使用：每种措施体现了《世界卫生组织烟草控制框架公约》的一项或多项条款。本附录所载措施并不意图提出世卫组织框架公约所规定义务的优先顺序。实际上，这些措施已证明是可行、经济上可负担和具有成本效益的，其目的是为了达到附录 3 引言段中确立的标准，协助国家尽快完成商定目标。世卫组织框架公约含有若干其它重要条款，包括减少供应的措施以及支持多部门行动的措施，这些措施在任何综合烟草控制规划中都是一个组成部分。

目标 4 之下未列举在高收入环境中具有成本效益的有些管理非传染性疾病的干预措施。高收入环境具有成本效益较高的诊断和转诊基础设施以及足够的病例量。这些干预措施包括针对房室传导阻滞植入的心脏起搏器，急救车中的除颤器，冠状动脉血运重建术，以及颈动脉内膜切除术。

³ 很高的成本效益，即产生额外一年的健康生活，费用低于平均年收入或人均国内生产总值。

政策方案清单	全球 自愿目标	世卫组织工具
<p>有害使用酒精</p> <ul style="list-style-type: none"> • 通过建议的以下目标领域行动，实施世卫组织减少有害使用酒精的全球战略（见目标 3，第 42 段）： <ul style="list-style-type: none"> • 加强对酒精所致负担的认识；发挥领导作用和政治承诺以减少有害使用酒精 • 为酒精使用所致障碍和相关疾患高危人群或患者提供预防和治疗干预措施 • 支持社区采取有效的做法和干预措施，预防和减少有害使用酒精 • 针对酒后驾驶，实施有效的政策和对策 • 管制商业和公开的酒类供应¹ • 限制或禁止酒类广告和促销¹ • 使用价格政策，例如提高酒精饮料的消费税¹ • 减少饮酒和酒精中毒的不良后果，包括管理饮酒环境和提供消费者信息 • 通过实施有效的控制和执法系统，减少非法酒精和非正规生产酒精的公共卫生影响 • 使用与世卫组织全球及区域酒精和健康信息系统一致的指标、定义和数据收集程序，制定可持久的国家监督和监测系统 <p>不健康饮食和缺少身体活动</p> <ul style="list-style-type: none"> • 实施世卫组织饮食、身体活动与健康全球战略（见目标 3，第 40-41 段） • 增加水果和蔬菜消费量 • 提供更方便、安全和有益健康的身体活动环境 • 实施关于向儿童推销食品和非酒精饮料的建议（见目标 3，第 38-39 段） • 实施世卫组织婴幼儿喂养全球战略 	<p>根据国家具体情况，高血压患病率相对减少 25%，或控制高血压患病率</p> <p>遏制糖尿病和肥胖的上升趋势</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 关于身体活动有益健康的全球建议 - 减少有害使用酒精的全球战略（WHA 63.13） - 世卫组织 2011 和 2013 年酒精与健康全球状况报告 - 世卫组织关于饮食中盐和钾的指导 - 现有区域和国家工具 - 世卫组织网站上的其它相关工具，包括世卫组织理事机构和区域委员会的决议及文件

¹ 很高的成本效益，即产生额外一年的健康生活，费用低于平均年收入或人均国内生产总值。

政策方案清单	全球 自愿目标	世卫组织工具
<ul style="list-style-type: none"> • 减少盐的摄入^{1,2} • 以不饱和脂肪取代反式脂肪酸¹ • 开展饮食和身体活动方面的大众宣传规划¹ • 以不饱和脂肪取代饱和脂肪 • 管理食品税和补贴以促进健康饮食 • 实施目标 3 列出的应对不健康饮食和缺少身体活动的其它政策方案 		
<p>目标 4</p> <ul style="list-style-type: none"> • 把成本效益很高的非传染性疾病预防措施纳入带有各级医疗机构转诊系统的基本初级卫生保健一揽子计划以便推进全民健康覆盖议程 • 探索有证据支持的可行卫生资助机制和创新经济工具 • 加强疾病的早期发现和医疗覆盖面，把成本效益很高、影响很大的干预措施作为优先重点，包括应对行为风险因素的具有成本效益的干预措施 • 培训卫生人力并加强卫生系统能力，尤其是在基本保健层面上，以便着手预防和控制非传染性疾病 • 在公立和私营医疗卫生机构，改进提供经济可负担的、治疗主要非传染性疾病所需的基本技术和基本药物，包括非专利药物 • 实施目标 4 中其它具有成本效益的干预措施和政策方案（见第 47 段）以便加强和调整卫生系统，通过以人为中心的初级卫生保健和全民健康覆盖来应对非传染性疾病和危险因素 • 制定和实施姑息疗法政策，采用具有成本效益的治疗方法，包括为止痛使用阿片类镇痛药以及培训卫生工作者 	<p>在 80% 的公立和私营医疗卫生机构提供经济可负担的、治疗主要非传染性疾病所需的基本技术和基本药物，包括非专利药物</p> <p>至少有 50% 的符合条件者接受预防心脏病发作和脑卒中的药物治疗及咨询（包括控制血糖）</p> <p>心血管疾病、癌症、糖尿病或慢性呼吸道疾病总死亡率相对降低 25%</p> <p>根据国家具体情况，高血压患病率相对减少 25%，或控制高血压患病率</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 2010 和 2011 年世界卫生报告 - 预防和控制非传染性疾病：资源匮乏环境中的初级卫生保健指导方针；2 型糖尿病诊断和管理；以及哮喘和慢性阻塞性肺病的管理（2012 年） - 宫颈癌指导方针：使用冷冻疗法治疗宫颈上皮内瘤样病变 - 药物治疗患病儿童持续疼痛的指导方针 - 加强非传染性疾病预防措施，世卫组织 2011 年 - 世卫组织 CHOICE 数据库

¹ 很高的成本效益，即产生额外一年的健康生活，费用低于平均年收入或人均国内生产总值。

² 并在适当时调整碘盐的含碘量。

政策方案清单	全球 自愿目标	世卫组织工具
<p>心血管疾病和糖尿病¹</p> <ul style="list-style-type: none"> • 为曾发生过心脏病发作或脑卒中个人以及在今后 10 年内有致命和非致命心血管事件高度风险 ($\geq 30\%$) 的人提供药物治疗 (包括使用总风险的做法进行糖尿病血糖控制和高血压控制) 和咨询² • 用于急性心肌梗死的乙酰水杨酸² • 为曾发生过心脏病发作或脑卒中个人以及在今后 10 年内有致命和非致命心血管事件中度风险 ($\geq 20\%$) 的人提供药物治疗 (包括使用总风险的做法进行糖尿病血糖控制和高血压控制) 和咨询 • 使用总风险的做法, 发现、治疗和控制高血压与糖尿病 • 风湿热和风湿性心脏病的二级预防 • 用于急性心肌梗死的乙酰水杨酸、阿替洛尔和血栓溶解疗法 (链激酶) • 使用血管紧张素转化酶抑制剂、β-受体阻滞剂和利尿剂治疗充血性心力衰竭 • 心肌梗死后的心脏康复 • 对中度和高度危险的非瓣膜性心房颤动以及伴有心房颤动的二尖瓣狭窄进行抗凝治疗 • 用于缺血性脑卒中的低剂量乙酰水杨酸 <p>糖尿病¹</p> <ul style="list-style-type: none"> • 预防 2 型糖尿病的生活方式干预措施 • 为糖尿病患者接种流感疫苗 • 为育龄妇女提供孕前保健, 包括患者教育和强化的血糖管理 • 通过散瞳眼睛检查发现糖尿病性视网膜病变, 随后通过适当的激光光凝术疗法预防失明 		<ul style="list-style-type: none"> - 世卫组织基本非传染性疾病一揽子初级卫生保健干预措施, 包括成本核算工具 (2011 年) - 预防心血管疾病。心血管风险评估和管理指导方针 (2007 年) - 初级卫生保健综合临床方案和世卫组织/国际高血压学会心血管风险预测图 (2012 年) - 经济上可负担的技术: 资源匮乏环境中使用的血压测量仪器 (2007 年) - 室内空气质量指导方针 - 世卫组织 2005 年关于颗粒物、臭氧、氮、二氧化物和二氧化硫的空气质量准则 - 癌症控制: 关于预防和姑息疗法的单元 - 基本药物清单 (2011 年) - 统一卫生行动工具 - 加强护理和助产能力, 为非传染性疾病的预防、治疗和管理作出贡献

¹ 目标 3 之下列举了预防主要非传染性疾病的政策行动。

² 很高的成本效益, 即产生额外一年的健康生活, 费用低于平均年收入或人均国内生产总值。

政策方案清单	全球 自愿目标	世卫组织工具
<ul style="list-style-type: none"> • 使用有效的血管紧张素转化酶抑制剂药物疗法预防肾脏疾病的发展 • 脑卒中科的急性脑卒中护理和康复 • 足部保健的干预措施：教育规划，获取适当鞋袜、多科诊所 <p>癌症¹</p> <ul style="list-style-type: none"> • 通过乙肝免疫接种预防肝癌² • 通过筛查（醋酸肉眼观察[VIA]）或，如果成本效益很高²，宫颈涂片（宫颈细胞学）并结合及时治疗癌前损伤，预防宫颈癌² • 根据国家规划和政策，如果具有成本效益且经济上可负担得起，则酌情接种人类乳头状瘤病毒疫苗 • 以人群为基础筛查宫颈癌，并结合及时治疗³ • 以人群为基础进行乳腺癌和乳房造影筛查（50-70岁），并结合及时治疗³ • 以人群为基础对 50 岁以上者筛查结肠直肠癌，包括酌情通过大便隐血试验，并结合及时治疗³ <p>在高危人群中（例如使用烟草者、嚼食槟榔者）筛查口腔癌，并结合及时治疗³</p> <p>慢性呼吸道疾病¹</p> <ul style="list-style-type: none"> • 提供经改进的炉灶和更干净的燃料以减少室内空气污染 • 具有成本效益的干预措施，以便预防接触二氧化硅、石棉等造成的职业肺病 • 根据世卫组织的准则治疗哮喘 • 为慢性阻塞性肺病患者接种流感疫苗 		<ul style="list-style-type: none"> - 现有区域和国家工具 - 世卫组织网站上的其它相关工具，包括世卫组织理事机构和区域委员会的决议及文件

¹ 目标 3 之下列举了预防主要非传染性疾病的政策行动。

² 很高的成本效益，即产生额外一年的健康生活，费用低于平均年收入或人均国内生产总值。

³ 只有当与诊断、转诊和治疗能力相结合时，筛查才有意义。

政策方案清单	全球 自愿目标	世卫组织工具
<p>目标 5</p> <ul style="list-style-type: none"> • 制定和实施有重点的非传染性疾病预防和控制的国家研究议程 • 优先考虑为非传染性疾病预防和控制的研究工作调拨预算资金 • 加强用于研究的人力资源和机构能力 • 通过与国内外研究机构合作，加强研究能力 • 实施目标 5 的其它政策方案（见第 52 段），促进和支持开展高质量研究、发展和创新的国家能力 	<p>有助于所有九项全球自愿目标</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 2011 年有重点的预防和控制非传染性疾病预防研究议程 - 2013 年世界卫生报告 - 公共卫生、创新和知识产权全球战略和行动计划 (WHA61.21) - 现有区域和国家工具 - 世卫组织网站上的其它相关工具，包括世卫组织理事机构和区域委员会的决议及文件
<p>目标 6</p> <ul style="list-style-type: none"> • 制定以全球监测框架为基础并结合多部门政策和计划的国家目标与指标 • 加强用于监测、监督和评价的人力资源和机构能力 • 建立和/或加强非传染性疾病预防综合监测系统，包括按原因分列死亡的可靠记录、癌症记录、定期收集危险因素数据以及监测国家应对情况 • 把非传染性疾病的监测和监督纳入国家卫生信息系统 • 实施目标 6 的其它政策方案（见第 58 段），监测非传染性疾病的趋势和决定因素并评价预防和控制这些疾病方面的进展情况 	<p>有助于所有九项全球自愿目标</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 全球监测框架 - 死因推断工具 - 阶梯式监测方法 - 全球烟草监测系统 - 酒精与健康全球信息系统 - 全球在校学生健康调查 ICD-10 培训工具 - 服务可得性和准备情况(SARA)评估工具 - 国际癌症研究机构 GLOBOCAN 2008 - 现有区域和国家工具 - 世卫组织网站上的其它相关工具，包括世卫组织理事机构和区域委员会的决议及文件

附录 4¹

任务和责任合作分工举例

仅为暂定清单。联合国各类基金、规划和机构正在进行分工

联合国开发计划署	<ul style="list-style-type: none"> 支持非卫生政府部门以多部门“政府整体”方法努力参与非传染性疾病工作 支持负责规划的部委将非传染性疾病纳入各会员国的发展议程 支持负责规划的部委明确将非传染性疾病纳入减贫战略 支持国家艾滋病委员会将减少有害使用酒精的干预措施纳入现有的国家艾滋病规划
联合国欧洲经济委员会	<ul style="list-style-type: none"> 支持泛欧运输、健康和环境规划
联合国能源机制	<ul style="list-style-type: none"> 支持全球跟踪清洁能源的获取情况及其对联合国人人享有可持续能源倡议行动的健康影响 支持全球清洁炉灶联盟，向家家户户传播/跟踪清洁能源使用解决方案
联合国环境规划署	<ul style="list-style-type: none"> 支持执行国际环境公约
联合国人口基金	<ul style="list-style-type: none"> 支持各国卫生部将非传染性疾病纳入现有的生殖健康规划，重点是(1)宫颈癌和(2)促进青少年健康生活方式。
联合国儿童基金会	<ul style="list-style-type: none"> 加强各国卫生部能力，在儿童和青少年人群中减少非传染性疾病危险因素 加强各国卫生部能力，遏制营养不良和儿童肥胖症
联合国妇女署	<ul style="list-style-type: none"> 支持各国妇女或社会事务部，促进将社会性别方法用于预防和控制非传染性疾病
联合国艾滋病规划署	<ul style="list-style-type: none"> 支持国家艾滋病委员会将非传染性疾病干预措施纳入现有的国家艾滋病规划 支持各国卫生部加强艾滋病毒感染和非传染性疾病的长期护理（在整体加强卫生系统的背景下） 支持各国卫生部整合艾滋病毒感染和非传染性疾病规划，重点是初级卫生保健

¹ 此信息将根据联合国各机构提供的信息定期进行更新。

联合国营养问题常设委员会	<ul style="list-style-type: none"> ● 促进联合国在国家和全球层面采取协调统一的行动，减少非传染性疾病的健康饮食风险 ● 传播减少非传染性疾病健康饮食风险的数据、信息和良好实践 ● 将行动计划纳入与食品和营养相关的计划、规划和倡议行动（例如，联合国营养问题常设委员会的加强营养运动，联合国粮农组织（FAO）的世界粮食安全委员会，以及全球营养改善联盟（GAIN）的孕产妇、婴儿和幼儿营养规划）
国际原子能机构	<ul style="list-style-type: none"> ● 扩大支持各国卫生部加强国家癌症控制策略中的治疗内容，以及开展原子能机构癌症治疗行动计划的评审和项目，该计划促进在实施放射治疗方案时，采用综合的癌症控制方法
国际劳工组织	<ul style="list-style-type: none"> ● 支持世卫组织的工人健康全球行动计划、全球职业健康网络 and 世界经济论坛的工作场所健康联盟 ● 促进实施职业安全和健康方面的国际劳动标准，特别是有关职业性癌症、石棉、呼吸道疾病和职业健康服务的标准
联合国近东巴勒斯坦难民救济和工程局	<ul style="list-style-type: none"> ● 加强预防措施，为巴勒斯坦难民中非传染性疾病患者进行筛查、治疗和护理 ● 通过与制药公司建立合作伙伴关系，提高经济可负担的非传染性疾病基本药物的可及性
世界粮食计划署	<ul style="list-style-type: none"> ● 预防营养相关的非传染性疾病，包括在危机情况下
国际电信联盟	<ul style="list-style-type: none"> ● 支持各国信息部，将非传染性疾病纳入信息、通信和技术方面的行动 ● 支持各国信息部，将非传染性疾病纳入女童和妇女倡议行动 ● 支持各国信息部，包括通过国际电信联盟/世卫组织非传染性疾病移动卫生保健全球联合规划，利用移动电话鼓励人们做出健康选择，警告烟草危害
联合国粮农组织	<ul style="list-style-type: none"> ● 加强各国农业部能力，应对食品不安全、营养不良和肥胖问题 ● 支持各国农业部将农业、贸易与卫生政策相结合
世贸组织	<ul style="list-style-type: none"> ● 支持各国贸易部在其职权范围内开展工作，与其它有关政府部门（特别是涉及公共卫生的部门）协调，处理贸易政策与非传染性疾病领域内公共卫生问题之间的界面
联合国人居署	<ul style="list-style-type: none"> ● 支持各国住房部，应对快速城市化中的非传染性疾病问题
联合国教科文组织	<ul style="list-style-type: none"> ● 支持教育部门把学校视为促进干预措施的环境以减少非传染性疾病可改变的主要共同危险因素 ● 支持创建与宣传和社区动员相关的非传染性疾病预防和控制规划，并利用传媒和世界信息网络 ● 提高记者的文化水平，以便有根据地报道影响非传染性疾病预防和控制工作的问题

联合国体育促进和平与发展办公室	● 促进利用体育为手段，预防和控制非传染性疾病
世界知识产权组织	● 在其职权范围内开展工作，应要求支持有关国家部委和机构处理公共卫生、创新和知识产权之间在非传染性疾病方面的交叉点
联合国毒品和犯罪问题办公室	有待进一步探索 ¹
国际麻醉品管制局	有待进一步探索 ¹

¹ 包括通过经社理事会计划举行的关于联合国工作队的讨论。

附录 5

政府跨部门参与减少危险因素实例，以及多部门行动对健康的可能影响¹

部门	烟草	缺少身体活动	有害使用酒精	不健康的饮食
农业	✓		✓	✓
通讯	✓	✓	✓	✓
教育	✓	✓	✓	✓
就业	✓	✓	✓	✓
能源		✓	✓	✓
环境	✓	✓	✓	✓
金融	✓	✓	✓	✓
食品/餐饮	✓	✓	✓	✓
外交	✓	✓	✓	✓
卫生	✓	✓	✓	✓
住房	✓	✓		✓
司法/安全	✓	✓	✓	✓
立法	✓	✓	✓	✓
社会福利	✓	✓	✓	✓
社会和经济 发展	✓	✓	✓	✓
体育	✓	✓	✓	✓
税务和税收	✓	✓	✓	✓
贸易和工业 (不包括烟草业)	✓	✓	✓	✓
运输	✓	✓	✓	✓
城市计划	✓	✓	✓	✓
青年事务	✓	✓	✓	✓

¹ 该表根据联合大会 A/67/373 号文件作了更新。

多部门行动对健康可能影响的实例¹

	烟草	缺少身体活动	有害使用酒精	不健康的饮食
所涉部门 (举例)	<ul style="list-style-type: none"> 立法 政府各利益相关部委,包括农业、海关/税务、经济、教育、金融、卫生、外交、劳动、计划、社会福利、国家传媒、统计和贸易部 	<ul style="list-style-type: none"> 教育、金融、劳动、计划、运输、城市计划、体育以及青年事务部 地方政府 	<ul style="list-style-type: none"> 立法 贸易、工业、教育、金融和司法部 地方政府 	<ul style="list-style-type: none"> 立法 贸易、农业、工业、教育、城市计划、能源、运输、社会福利和环境部 地方政府
多部门行动的实例	<ul style="list-style-type: none"> 通过国家和亚国家级的协调委员会,充分实施世卫组织烟草控制框架公约的义务 	<ul style="list-style-type: none"> 促进积极交通模式和方便步行的城市规划/改造 以学校为基础支持身体活动的规划 工作场所健康生活方式规划奖励措施 加强提供安全环境和娱乐空间 大众传媒宣传运动 促进身体活动的经济干预措施(征收机动车辆税,补贴自行车和体育设备) 	<ul style="list-style-type: none"> 充分实施世卫组织减少有害使用酒精的全球战略 	<ul style="list-style-type: none"> 减少加工食品中食盐、饱和脂肪和糖类的含量 在食品中限制饱和脂肪酸并消除工业生产的反式脂肪酸 控制针对儿童的不健康食品广告 提高水果和蔬菜的可得性和经济上可负担性以促进摄入 在学校及其它公共机构中以及通过社会支持规划,提供健康食品 推动食品消费的经济干预措施(税收、补贴) 粮食安全
期望结果	<ul style="list-style-type: none"> 减少烟草使用和消费,包括减少接触二手烟雾,并减少烟草和烟草制品的生产 	<ul style="list-style-type: none"> 减少缺少身体活动的现象 	<ul style="list-style-type: none"> 减少有害使用酒精 	<ul style="list-style-type: none"> 减少使用食盐、饱和脂肪和糖类 以健康食品取代高能量但缺乏微量营养素的食品

¹ 民间社会和私立部门可酌情参与。

附件 5

世界卫生组织与南方中心之间的协定

[A66/46 附件 – 2013 年 5 月 14 日]

世界卫生组织（以下称为“世卫组织”）作为当事一方；且

南方中心作为当事另一方；

以下可分别称为“一方”，或共同称为“双方”

考虑到世卫组织的目标是实现各民族可获得的最高健康标准，并且为了实现这一目标，世界卫生组织作为指导和协调国际卫生事务的机关；

并进一步考虑到南方中心是发展中国家的政府间组织，其在南方委员会的工作和经验包括报告《南方的挑战》的基础上建立，目的是为在发展中国家间促进政策咨询与合作，以实现经济的可持续发展；

忆及南方中心依照 2009 年 1 月 15 日的 63/131 号决议所具有的联合国大会观察员的地位，该地位肯定了南方中心在支持联合国及其机构工作方面的重要作用；

并进一步忆及世卫组织和南方中心就健康和发展的相关问题所进行的合作，包括就药品和其他卫生技术的获取问题，以及药品和其他卫生技术的研发问题所进行的合作；

意识到发展中国家面临着不断变化的挑战，双方利益的融合和互补，在保持学术独立性的同时，也能促进彼此的工作，以应对发展中国家所面临的主要挑战；

希望在各自被委派的任务的框架内，并依照世卫组织《组织法》和南方中心的创立协定的条款规定，协调双方之间的工作；

要求在开展定期磋商的基础上，加强双方之间的合作；

兹达成协议如下：

第 1 条

本协定目的

本协议应管理世卫组织与南方中心之间的关系。

第 2 条

合作目标及领域

1. 本协议的目的是,就与世卫组织和南方中心的活动和承诺相关的卫生领域内的所有事项,加强两个组织之间的合作,包括就药品和其他卫生技术的获取问题所进行的合作。
2. 世卫组织和南方中心重申,双方依照各自的任务与各自的规则、政策和做法,做出互补性的承诺,以便通过一切适当手段,满足各自的会员国和伙伴国的需求,包括:研究活动、信息的收集与传播以及召开由会员国及其他利益攸关方代表出席的会议。
3. 双方之间的合作应尊重彼此在管理各自行动的制度和业务安排上的差异,以及在核心竞争力和比较优势上的差异,以使双方在卫生领域的协作方面实现互补和相互促进。

第 3 条

财务方面和联合筹集资源

1. 本协议在一般意义上定义合作的基础,但并不构成财务责任,作为双方支出的基础。
2. 凡可能引起法律或财务责任的活动,应在活动范围内,依照南方中心和世卫组织各自的财务条例和规则,在活动开展前,事先签订单独的协议。

第 4 条

互派代表

1. 在互派代表的基础上,南方中心应被邀请出席世界卫生大会的各次会议,并在双方认为适当的情况下,被邀请出席由世卫组织主持召开且涉及南方中心利益的其他此类会议,但南方中心无权就会议议程项目中涉及南方中心利益的审议进行投票。
2. 在互派代表的基础上,世界卫生组织应被邀请出席南方中心代表理事会会议,并在双方认为适当的情况下,被邀请出席由南方中心主持召开且涉及世界卫生组织利益的其他此类会议,但世卫组织无权就会议议程项目中涉及世卫组织利益的审议进行投票。

第 5 条

信息交流

1. 世卫组织和南方中心应就与共同利益相关的活动展开信息交流,但交流应符合双方为保障保密性或特权方面的要求可能采取的必要措施。

2. 作为此种交流的补充，必要时，一方应应另一方的要求，就有关本协议的事项进行磋商。

第6条

特权与豁免

本协议中的任何内容，均不得解释或理解为放弃或修改世卫组织和南方中心凭借组织适用的国际协定和国家法律所享有的特权和/或豁免。

第7条

生效、修改与终止

1. 本协议经卫生大会和南方中心董事会批准，将自世卫组织总干事和南方中心执行主任签署之日起生效。
2. 经双方书面同意，可以对本协议进行修改。任何一方提前六个月通知另一方后，可以终止本协议。
3. 在终止协议的情况下，双方应采取一切必要措施，以确保终止协议的决定不会损害在本协议的框架内正在实施的任何活动。

第8条

争议解决

凡就本协议的解释或适用问题所产生的争议、纠纷或索赔，应由双方通过友好协商加以解决。如友好协商失败，且任何一方有所要求，任何此类争议应依照现行《联合国国际贸易法委员会仲裁规则》交由仲裁解决。

以昭信守，本协议定于_____在_____拟定并签署，一式两份，所用语言为英语。

南方中心

世界卫生组织

附件 6

卫生大会通过的决议 对秘书处的财政和行政影响

1. **WHA66.4 号决议：面向普遍的眼健康：2014-2019 年全球行动计划**

2. **与 2012–2013 年规划预算的联系（见文件 A64/7**

http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_7-ch.pdf

战略目标：不适用

全组织范围预期成果：不适用

该项决议如何促进实现全组织范围预期成果？

与 2012-2013 年规划预算没有联系。将于 2014 年开始实施该行动计划。

是否已在规划预算中列入该项决议要求的产品或服务？（是/否）

不适用。

3. **与规划预算相关的所涉估计费用和人员配置**

(a) 费用总额

表明 (i) 该项决议要求秘书处开展的活动的生命周期；(ii) 这些活动的费用（估计至最近的万美元）。

(i) 六年（涵盖期：2014-2019 年）

(ii) 总额：2719 万美元（人员费用：2239 万美元；活动费用：480 万美元）

(b) 2012–2013 年双年度费用

表明 3(a)所列的费用中用于 2012-2013 年双年度的费用（估计至最近的万美元）。

2014-2019 年普遍的眼健康全球行动计划草案的筹备工作通过 2012-2013 年规划预算获得资助，该行动计划的实施将于 2014 年开始。

总额：零美元（人员费用：零美元；活动费用：零美元）

表明发生这些费用的本组织层次，并在相关时确定具体区域。

不适用。

这些估计费用是否被充分编入已批准的 2012-2013 年规划预算？（是/否）

否。

如果作出否定答复，需表明未被编入预算的数额。

将于 2014 年开始实施该行动计划。

(c) 人员配置影响

能否由现有工作人员实施该项决议？（能/不能）

能。

如果不能，表明将需要的额外工作人员数（等同专职员工数），在相关时确定具体区域，并说明必要的技能概况。

4. 筹资

是否有充分资金支付 3 (b) 所表明的 2012-2013 年双年度估计费用？（是/否）

不适用。将于 2014 年开始实施该行动计划。

如果作出否定答复，需表明资金缺口以及如何筹措资金（详细列明预期的资金来源）。

不适用。

1. WHA66.5 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 2012-2013 年规划预算的联系（见文件 A64/7

http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_7-ch.pdf)

战略目标：全部

全组织范围预期成果：全部

该项决议如何促进实现全组织范围预期成果？

本决议有助于实现整个组织在传染病、非传染性疾病、在生命全程促进健康、加强卫生系统以及防范、监测和应对方面的预期成果。

是否已在规划预算中列入该项决议要求的产品或服务？（是/否）

是。

3. 与规划预算相关的所涉估计费用和人员配置

(a) 费用总额

表明 (i) 该项决议要求秘书处开展的活动的生命周期；(ii) 这些活动的费用（估计至最近的万美元）。

(i) 一年（涵盖 2013 年中期至 2014 年中期）

(ii) 总计：834 万美元（工作人员和各项活动）

(b) 2012–2013 年双年度费用

表明 3(a)所列的费用中用于 2012-2013 年双年度的费用（估计至最近的万美元）。

总计：487 万美元（工作人员和各项活动）

表明发生这些费用的本组织层次，并在相关时确定具体区域。

将主要通过世卫组织驻耶路撒冷办事处实施活动，该办事处负责世卫组织与巴勒斯坦当局的合作规划。东地中海区域办事处的支持以及参与脊髓灰质炎、突发事件与国家合作工作的总部各部门和开展卫生安全与环境工作的部门将补充世卫组织在实地开展的活动。

这些估计费用是否被充分编入已批准的 2012-2013 年规划预算？（是/否）

是。

如果作出否定答复，需表明未被编入预算的数额。

(c) 人员配置影响

能否由现有工作人员实施该项决议？（能/不能）

能。

如果不能，表明将需要的额外工作人员数（等同专职员工数），在相关时确定具体区域，并说明必要的技能概况。

4. 筹资

是否有充分资金支付 3 (b)所表明的 2012-2013 年双年度估计费用？（是/否）

否。

如果作出否定答复，需表明资金缺口以及如何筹措资金（详细列明预期的资金来源）。

资金缺口：159 万美元；资金来源：将继续通过自愿捐款（包括联合募捐程序）筹集资金；通过评定会费可部分填补重大的资金缺口。

如果不能，表明将需要的额外工作人员数（等同专职员工数），在相关时确定具体区域，并说明必要的技能概况。

总部：一名 P5 级工作人员、一名 P4 级工作人员和一名 P3 级工作人员，每个职位均需具备产品管理和质量保证方面的技能。

4. 筹资

是否有充分资金支付 3 (b) 所表明的 2012-2013 年双年度估计费用？（是/否）

否。

如果作出否定答复，需表明资金缺口以及如何筹措资金（详细列明预期的资金来源）。

资金缺额为 583 万美元。（已获得 260 万美元的认捐资金，资金来源：挪威通过联合国拯救妇女和儿童生命产品委员会秘书处提供；323 万美元，资金来源：筹资策略尚待确定）。

1. WHA66.8 号决议：2013-2020 年精神卫生综合行动计划

2. 与 2012-2013 年规划预算的联系（见文件 A64/7

http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_7-ch.pdf)

战略目标：3

全组织范围预期成果：3.1、3.2、3.3、3.4、3.5 和 3.6

该项决议如何促进实现全组织范围预期成果？

本决议与以上列出的六项预期成果及其指标具有关联，包括：精神卫生预算占卫生总预算 1% 以上的会员国数；已着手制订精神卫生政策或法律的会员国数；每年报告基本精神卫生指标的低收入和中等收入国家数；以及已在证据基础上就采取有效干预措施管理某些精神障碍、行为障碍或神经疾病（包括由精神活性物质使用引起的疾病）提供指导。

是否已在规划预算中列入该项决议要求的产品或服务？（是/否）

否。

3. 与规划预算相关的所涉估计费用和人员配置

(a) 费用总额

表明 (i) 该项决议要求秘书处开展的活动的生命周期；(ii) 这些活动的费用（估计至最近的万美元）。

(i) 八年（涵盖期：2013-2020 年）

(ii) 总额：9700 万美元（人员费用：3700 万美元；活动费用：6000 万美元）

(b) 2012–2013 年双年度费用

表明 3(a)所列的费用中用于 2012-2013 年双年度的费用（估计至最近的万美元）。

总额：600 万美元（人员费用：200 万美元；活动费用：400 万美元）

表明发生这些费用的本组织层次，并在相关时确定具体区域。

总部：26%；区域层面：20%；国家层面：54%

这些估计费用是否被充分编入已批准的 2012-2013 年规划预算？（是/否）

否。

如果作出否定答复，需表明未被编入预算的数额。

140 万美元（占估计费用的 25%）

(c) 人员配置影响

能否由现有工作人员实施该项决议？（能/不能）

不能。

如果不能，表明将需要的额外工作人员数（等同专职员工数），在相关时确定具体区域，并说明必要的技能概况。

在总部需要额外配备五名工作人员（100%等同专职员工数）和一名工作人员（50%等同专职员工数）（四名公共卫生和精神疾患方面的国际专家、一名秘书和一名从事财务工作的 50%等同专职工作人员）。

在世卫组织六个区域需要额外配备六名工作人员（六名公共卫生和精神疾患方面的国际国家，他们熟悉各自区域的需求）。

在世卫组织六个区域的 18 个国家需要额外配备十八名工作人员（精神疾患方面以及可满足国家和次区域相关需求的 18 名当地专家）。

4. 筹资

是否有充分资金支付 3 (b)所表明的 2012-2013 年双年度估计费用？（是/否）

否。

如果作出否定答复，需表明资金缺口以及如何筹措资金（详细列明预期的资金来源）。

需要通过会员国、多边组织和其它合作伙伴动员 150 万美元，用以支付 2013 年后半年的实施活动。

1. WHA66.9 号决议：残疾

2. 与 2012–2013 年规划预算的联系（见文件 A64/7

http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_7-ch.pdf

战略目标：3

全组织范围预期成果：3.1、3.3 及 3.6

该项决议如何促进实现全组织范围预期成果？

与现有全组织范围预期成果存有关联。

是否已在规划预算中列入该项决议要求的产品或服务？（是/否）

是。

3. 与规划预算相关的所涉估计费用和人员配置

(a) 费用总额

表明 (i) 该项决议要求秘书处开展的活动的生命周期；(ii) 这些活动的费用（估计至最近的万美元）。

(i) 五年（涵盖期：2013-2017 年）

(ii) 总额 3000 万美元（人员费用：1500 万美元；活动费用：1500 万美元）

(b) 2012–2013 年双年度费用

表明 3(a)所列的费用中用于 2012-2013 年双年度的费用（估计至最近的万美元）。

总额：240 万美元（人员费用：120 万美元；活动费用：120 万美元）

表明发生这些费用的本组织层次，并在相关时确定具体区域。

本组织所有层面。

这些估计费用是否被充分编入已批准的 2012-2013 年规划预算？（是/否）

是。

如果作出否定答复，需表明未被编入预算的数额。

(c) 人员配置影响

能否由现有工作人员实施该项决议？（能/不能）

不能。四个区域办事处和总部需要额外工作人员。将在下个双年度招聘工作人员。

如果不能，表明将需要的额外工作人员数（等同专职员工数），在相关时确定具体区域，并说明必要的技能概况。

需要在非洲、东南亚、欧洲和东地中海区域办事处各增设一名专职工作人员，担任联络点。

总部需要有两名技术官员制定康复规划，包括提供辅助技术，加强兼顾残疾问题的卫生系统以及收集数据。

4. 筹资

是否有充分资金支付 3 (b) 所表明的 2012-2013 年双年度估计费用？（是/否）

否：已有 80% 的资金。

如果作出否定答复，需表明资金缺口以及如何筹措资金（详细列明预期的资金来源）。

48 万美元；资金来源：已与若干捐助方接触，寻求支持，包括美国国际开发署和克里斯朵夫国际（CBM）。正在继续进行讨论。

1. WHA66.10 号决议：联合国大会预防和控制非传染性疾病问题高级别会议的政治宣言的后续行动

2. 与 2012-2013 年规划预算的联系（见文件 A64/7

http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_7-ch.pdf)

战略目标：3、6 和 9

全组织范围预期成果：3.1、3.2、3.3、3.4、3.6、6.1、6.2、6.3、6.4、6.5、9.1、9.3 和 9.4

该项决议如何促进实现全组织范围预期成果？

世卫组织 2013-2020 年预防和控制非传染性疾病全球行动计划包括针对所有利益攸关方的一套综合性政策方案和行动。在六项目标下提出这些政策方案和行动，如果有效实施这些目标，将能够：预防和减少疾病、残疾和过早死亡（全组织范围预期成果 3）；促进卫生与发展，并预防或减少危险因素（全组织范围预期成果 6）；以及在整个生命过程中改善营养，并支持公共卫生和可持续发展（全组织范围预期成果 9）。

是否已在规划预算中列入该项决议要求的产品或服务？（是/否）

是。

3. 与规划预算相关的所涉估计费用和人员配置

(a) 费用总额

表明 (i) 该项决议要求秘书处开展的活动的生命周期; (ii) 这些活动的费用 (估计至最近的万美元)。

(i) 八年, 涵盖 2013-2020 年

(ii) 7500 万美元(2013 年), 1.92 亿美元(2014-2015 年), 2.3 亿美元(2016-2017 年), 2.76 亿美元 (2018-2019 年) 和 1.65 亿美元 (2020 年)

(b) 2012-2013 年双年度费用

表明 3(a)所列的费用中用于 2012-2013 年双年度的费用 (估计至最近的万美元)。

7500 万美元 (人员费用: 4500 万美元; 活动费用: 3000 万美元)

表明发生这些费用的本组织层次, 并在相关时确定具体区域。

本组织所有三个层级。

这些估计费用是否被充分编入已批准的 2012-2013 年规划预算? (是/否)

是。

如果作出否定答复, 需表明未被编入预算的数额。

(c) 人员配置影响

能否由现有工作人员实施该项决议? (能/不能)

不能。

如果不能, 表明将需要的额外工作人员数 (等同专职员工数), 在相关时确定具体区域, 并说明必要的技能概况。

需要加强本组织三个层级的人员配备。目前空缺的岗位需要填补。

4. 筹资

是否有充分资金支付 3 (b)所表明的 2012-2013 年双年度估计费用? (是/否)

否。

如果作出否定答复, 需表明资金缺口以及如何筹措资金 (详细列明预期的资金来源)。

将需要 3000 万美元以完成充分实施涵盖 2008-2013 年的预防和控制非传染性疾病全球战略行动计划 (经卫生大会 WHA61.14 号决议认可) 的持续活动。该金额包括用于 2013 年关键性工作的 1000 万美元, 以便使本组织能够开始开展 2013-2020 年预防和控制非传染性疾病全球行动计划所包括的活动。

如果不能，表明将需要的额外工作人员数（等同专职员工数），在相关时确定具体区域，并说明必要的技能概况。

4. 筹资

是否有充分资金支付 3 (b)所表明的 2012-2013 年双年度估计费用？（是/否）

是。

如果作出否定答复，需表明资金缺口以及如何筹措资金（详细列明预期的资金来源）。

不适用。

1. WHA66.18 决议：世界卫生组织总干事的选举工作小组报告的后续事宜

2. 与 2012–2013 年规划预算的联系（见文件 A64/7

http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_7-ch.pdf)

战略目标：12

全组织范围预期成果：12.1

该项决议如何促进实现全组织范围预期成果？

它与现有全组织范围预期成果相关。

是否已在规划预算中列入该项决议要求的产品或服务？（是/否）

否。

3. 与规划预算相关的所涉估计费用和人员配置

(a) 费用总额

表明 (i) 该项决议要求秘书处开展的活动的生命周期；(ii) 这些活动的费用（估计至最近的万美元）。

(i) 每五年（始于 2016-2017 双年度）

(ii) 总额：70 936 美元（人员费用：零美元；活动费用：70 936 美元）

(b) 2012–2013 年双年度费用

表明 3(a)所列的费用中用于 2012-2013 年双年度的费用（估计至最近的万美元）。

总额：零美元（人员费用：零美元；活动费用：零美元）

表明发生这些费用的本组织层次，并在相关时确定具体区域。

总部

这些估计费用是否被充分编入已批准的 2012-2013 年规划预算？（是/否）

否。将编入 2016-2017 年规划预算。2012-2013 年财务期与本决议无关。

如果作出否定答复，需表明未被编入预算的数额。

不适用。

(c) 人员配置影响

能否由现有工作人员实施该项决议？（能/不能）

能。

如果不能，表明将需要的额外工作人员数（等同专职员工数），在相关时确定具体区域，并说明必要的技能概况。

4. 筹资

是否有充分资金支付 3 (b) 所表明的 2012-2013 年双年度估计费用？（是/否）

不适用。

如果作出否定答复，需表明资金缺口以及如何筹措资金（详细列明预期的资金来源）。

不适用。

1. WHA66.21 号决议：将南苏丹从东地中海区域转至非洲区域

2. 与 2012-2013 年规划预算的联系（见文件 A64/7

http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_7-ch.pdf)

战略目标：全部

全组织范围预期成果：全部

该项决议如何促进实现全组织范围预期成果？

由于现行活动将会延续，因此将保持目前所做贡献。然而，建立一个成熟的世卫组织驻国办事处将会提高世卫组织在南苏丹的形象。

是否已在规划预算中列入该项决议要求的产品或服务？（是/否）

是。

3. 与规划预算相关的所涉估计费用和人员配置

(a) 费用总额

表明 (i) 该项决议要求秘书处开展的活动的生命周期；(ii) 这些活动的费用（估计至最近的万美元）。

(i) 没有时限

(ii) 总额：零美元（人员费用：零美元；活动费用：零美元）

落实这一决议将涉及资源的重新分配

(b) 2012–2013 年双年度费用

表明 3(a)所列的费用中用于 2012-2013 年双年度的费用（估计至最近的万美元）。

总额：零美元（人员费用：零美元；活动费用：零美元）

落实这一决议将涉及资源的重新分配

表明发生这些费用的本组织层次，并在相关时确定具体区域。

在 2013 年 5 月时涉及东地中海区域办事处，之后涉及非洲区域办事处。对南苏丹的资助必须在 2014-2015 年规划预算分配给非洲区域办事处的资金中得到体现。

这些估计费用是否被充分编入已批准的 2012-2013 年规划预算？（是/否）

是，分配给南苏丹的 5400 万美元规划预算额应当足够。然而，现行的筹资额比分配额少 500 万美元，或需要筹集额外资源并在本双年度结束前加以拨付。分配到战略目标 12 和 13 的 616 000 美元对本双年度而言或许足够，但是要在 2014-2015 双年度建立起一个运作成熟的世卫组织驻国办事处，尚不足以满足 2014-2015 年规划预算第六项下的业务费用以及行政和管理人员的需要。

如果作出否定答复，需表明未被编入预算的数额。

(c) 人员配置影响

能否由现有工作人员实施该项决议？（能/不能）

能。尽管会任命一位世卫组织代表，但能由现有人员加以实施。需要设立其它职位，并使人员配置正规化。

如果不能，表明将需要的额外工作人员数（等同专职员工数），在相关时确定具体区域，并说明必要的技能概况。

待定。

4. 筹资

是否有充分资金支付 3 (b) 所表明的 2012-2013 年双年度估计费用？（是/否）

是，但重新分配资金可能需要获得一次性的办事处启动和业务费用。

如果作出否定答复，需表明资金缺口以及如何筹措资金（详细列明预期的资金来源）。

不适用。

1. WHA66.23 号决议：改革卫生人力教育以支持全民健康覆盖

2. 与 2012-2013 年规划预算的联系（见文件 A64/7

http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_7-ch.pdf)

战略目标：10

（2014-2015 年规划预算第 4 类）

全组织范围预期成果：10.9

（2014-2015 年规划预算成果 4.2、
产出 4.2.2）

该项决议如何促进实现全组织范围预期成果？

本决议涉及第十二个工作总规划第 4 类之下关于以人为本的综合卫生服务的活动。对 2014-2015 年规划预算而言，决议的实施将归在成果 4.2 和产出 4.2.2 之下：“使国家能够计划和实施符合世卫组织卫生人力资源全球战略和《世卫组织全球卫生人员国际招聘行为守则》的战略”。本决议涵盖 2013-2017 年，并将活动纳入已批准的 2014-2015 年规划预算。本决议的实施应会提高已制定投资计划根据本国卫生需求扩大和/或改善卫生人员培训和教育的国家数量。这包括对现行做法、指导和合作情况实施评估，以便改革教育体系，为更好地应对人们的健康需求提供支持。

是否已在规划预算中列入该项决议要求的产品或服务？（是/否）

是。

3. 与规划预算相关的所涉估计费用和人员配置

(a) 费用总额

表明 (i) 该项决议要求秘书处开展的活动的生命周期；(ii) 这些活动的费用（估计至最近的万美元）。

(i) 五年（涵盖期：2013-2017 年）

(ii) 总额：550 万美元（人员费用：330 万美元；活动费用：220 万美元）

相关的规划预算包括用于 2012-2013 双年度的 60 万美元以及用于 2014-2015 双年度的 310 万美元。2014-2015 双年度的实施资金来自评定会费和自愿捐款两部分，后者在筹资对话和后续资源调动行动中产生。

(b) 2012–2013 年双年度费用

表明 3(a)所列的费用中用于 2012-2013 年双年度的费用（估计至最近的万美元）。

总额：60 万美元（人员费用：20 万美元；活动费用：40 万美元）

表明发生这些费用的本组织层次，并在相关时确定具体区域。

总部和六个区域办事处。

这些估计费用是否被充分编入已批准的 2012-2013 年规划预算？（是/否）

是。

如果作出否定答复，需表明未被编入预算的数额。

(c) 人员配置影响

能否由现有工作人员实施该项决议？（能/不能）

不能。需要在总部和区域办事处增设工作人员，落实以下活动：

- 改编并现场测试评估工具和指南
- 向会员国提供技术支持
- 组织区域性培训活动和监测性会议
- 制定全球和区域方法，其中可包括改革卫生专业人员教育的战略。

如果不能，表明将需要的额外工作人员数（等同专职员工数），在相关时确定具体区域，并说明必要的技能概况。

需要在总部层面增设一名等同专职员工，改编工具和制定方法，并协调和监测区域活动。此外，非洲区域将需要一名等同专职员工，还将需要五名工作人员（60%等同专职员工数），其它每个区域办事处各增设一名，在卫生专业教育和卫生体系方面具有技能。这些人员配备需求是针对 2014-2015 双年度的。在 2016-2017 双年度期间，人员配备要求将减半；增加的人员将在总部和各区域办事处平均分配。

4. 筹资

是否有充分资金支付 3 (b)所表明的 2012-2013 年双年度估计费用？（是/否）

否，目前可得的 10 万美元资金仅包括所需人员配备的一部分。需要资金以便审查和改编当前的工具，与四个会员国合作对工具进行现场测试，并组织两次技术协商会（现场测试前后各一次）。将需要一名技术专家为秘书处团队提供支持。

如果作出否定答复，需表明资金缺口以及如何筹措资金（详细列明预期的资金来源）。

50 万美元；资金来源：外部、国际捐助者。

1. WHA66.24 决议：电子卫生的标准化和互用性

**2. 与 2012–2013 年规划预算的联系（见文件 A64/7
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_7-ch.pdf）**

战略目标：10

全组织范围预期成果：10.7

该项决议如何促进实现全组织范围预期成果？

该项决议支持为决策工作提供及时、可靠和准确的信息，以加强国家卫生信息系统。

是否已在规划预算中列入该项决议要求的产品或服务？（是/否）

是。

3. 与规划预算相关的所涉估计费用和人员配置

(a) 费用总额

表明 (i) 该项决议要求秘书处开展的活动的生命周期；(ii) 这些活动的费用（估计至最近的万美元）。

(i) 五年（涵盖期：2013-2017 年）

(ii) 总额：225 万美元（人员费用：75 万美元；活动费用：150 万美元）

(b) 2012–2013 年双年度费用

表明 3(a)所列的费用中用于 2012-2013 年双年度的费用（估计至最近的万美元）。

总额：25 万美元（人员费用：20 万美元；活动费用：5 万美元）

表明发生这些费用的本组织层次，并在相关时确定具体区域。

本组织所有层级。

这些估计费用是否被充分编入已批准的 2012-2013 年规划预算？（是/否）

是。

如果作出否定答复，需表明未被编入预算的数额。

(c) 人员配置影响

能否由现有工作人员实施该项决议？（能/不能）

不能。

如果不能，表明将需要的额外工作人员数（等同专职员工数），在相关时确定具体区域，并说明必要的技能概况。

一名工作人员（50%等同专职员工数）。

4. 筹资

是否有充分资金支付 3(b)所表明的 2012-2013 年双年度估计费用？（是/否）

是。

如果作出否定答复，需表明资金缺口以及如何筹措资金（详细列明预期的资金来源）。

不适用。