世界卫生组织

执 行 委 员 会
第一三六届会议
临时议程项目 8.3

EB136/22 Add.1
2015 年 1 月 16 日

实施《国际卫生条例（2005）》

第二次延期确立国家公共卫生能力和《国际卫生条例》实施情况审查委员会的报告

总干事的报告

1. 总干事荣幸地向执行委员会转呈第二次延期确立国家公共卫生能力和《国际卫生条例》实施情况审查委员会的报告，其中反映了委员会在 2014 年 11 月会议期间的讨论情况（见附件 1，其中包括关于审查委员会委员的附录一；关于审查委员会会议议程（瑞士日内瓦，2014 年 11 月 13-14 日）的附录二；关于根据利益申报政策（世卫组织专家）作出的披露的附录三；以及关于审查委员会委员简要介绍的附录四）。

执行委员会的行动

2. 请执行委员会审议本报告。还要求执委会审议秘书处编写的关于第二次延期确立国家公共卫生能力和《国际卫生条例》实施情况审查委员会建议的决议草案（见附件 2），以及关于决议草案对秘书处财政和行政影响的报告（见附件 3）。

附件 1

第二次延期确立国家公共卫生能力和《国际卫生条例》实施情况审查委员会向总干事提交的报告

2014 年 11 月 13-14 日，瑞士日内瓦

背景

1. 《国际卫生条例（2005）》（《国际卫生条例》或《条例》）由世界卫生大会在 2005 年通过。

2. 这是召集的第二届《国际卫生条例》审查委员会。第一届《国际卫生条例》审查委员会于 2010 年召集，以便评估《条例》的运行情况，评估针对 2009 年甲型 H1N1 流感大流行正在作出的全球反应（包括世卫组织的作用），以及确认吸取的教训，以便加强防范和应对今后疾病大流行和突发公共卫生事件[1]。

3. 《国际卫生条例》最重要的规定之一是所有缔约国都有义务建立核心能力以发现、评估、通报和报告事件并应对公共卫生风险和突发事件。确立这些能力的最初目标日期是 2012 年 6 月。当时，193 个缔约国中有 42 个宣布已达到核心能力要求。根据《条例》的规定，118 个缔约国提出申请并获准延期两年，把截止日期推迟到 2014 年 6 月。

4. 《条例》第五（二）和十三（二）条规定，在特殊情况下并在一项新的实施计划的支持下，缔约国可以要求不超过两年的第二次延长期。总干事应该考虑审查委员会的技术意见并作出决定允许进一步延期。

5. 在第二届审查委员会本次会议召开时，64 个缔约国表示已达到核心能力最低标准，81 个缔约国要求把实施截止日期再延期两年，48 个缔约国未向世卫组织传达其意图[2]。

[1] 见：http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_10-en.pdf?ua=1。
[2] 另有 3 个国家在 2007 年 6 月之后成为《国际卫生条例》缔约国，其实施核心能力的时间框架有所不同。

6. 第二次延长期的结束将是《条例》自 2007 年 6 月生效以来实施工作的一个重要里程碑。这一里程碑将提醒人们，发展、加强和维持《国际卫生条例》基本公共卫生能力的工作是持续性的，需要所有缔约国不断给予重视。与传染性疾病和影响公众健康的其它危害相关的事件多种多样且越来越频繁，有力地提醒人们，《国际卫生条例》仍然是全球卫生安全的基础。

审查委员会的任命

7. 根据《国际卫生条例》和世卫组织《专家咨询团和专家委员会条例》，总干事从《国际卫生条例》专家名册中任命了 13 名审查委员会委员。委员名单可见附录一。

8. 审查委员会的目的是：(1)就缔约国要求第二次延期（2014-2016 年）确立《国际卫生条例》附件 1 规定的发现和应对事件的核心能力，向总干事提出建议；以及(2)就如何在短期和长期内更好地加强和评估《国际卫生条例》核心能力，向总干事提出建议。

会议的组织和过程

9. 委员会会议于 2014 年 11 月 13-14 日在日内瓦世卫组织总部举行。议程可见附录二。

10. 总干事对审查委员会贡献的时间和专门技术表示感谢，并注意到埃博拉及其它公共卫生事件继续表明具备强大的《国际卫生条例》的重要意义。但是，她指出，正式要求第二次延期的缔约国比已充分实施《国际卫生条例》核心能力的缔约国更多，所以世界距离需要达到的目标还很远，需要征求关于如何改进现状的建议。

11. 代理法律顾问回顾了审查委员会的程序安排。法律顾问提醒委员会，所有委员都应独立行事并作为科学家和/或公共卫生专家提供个人的技术专长，而且委员会委员应当对会议期间披露的非公开信息保密。本报告附录三载有委员披露的利益申报信息。

12. 选出了主席（Didier Houssin 教授）、副主席（Ximena Aguilera 博士）和报告员（Andrew Forsyth 先生）。主席作了介绍性发言。审查委员会通过了拟议议程。

13. 主席注意到，邀请《国际卫生条例》各缔约国、联合国及其专门机构以及其它国际组织的代表参加上午的全体会议，然后回来参加第二天的会议，届时将提出委员会讨论情况的口头摘要。

14. 全球能力、预警和反应司司长（Isabelle Nuttall 博士）介绍了《国际卫生条例》的背景，包括《条例》的概况、核心能力要求以及相关的时间框架和延长期。

15. 若干缔约国和应邀与会的组织作了发言。所有人都认识到《国际卫生条例》的重要意义和迄今取得的进展。一些缔约国说明了要求延期的理由，其中涉及国家面积较小、特定海外领地的情况或者影响卫生系统的自然灾害。一般评论包括国家注意到《国际卫生条例》的实施进展情况、为建立监测系统作出的努力以及近年来获得的重要教训。许多缔约国提及《国际卫生条例》第四十四条，明确表示呼吁团结一致，提出结对和联网合作将提供援助机会。在发言中，国际组织注意到多部门做法的重要性，尤其是需要加强与动物健康部门的合作，例如通过"同一健康"的思路。还注意到应当对一线卫生保健工作者的职业卫生要求给予更多的重视。

《国际卫生条例》的实施

进展和挑战

16. 审查委员会注意到在实施《国际卫生条例》方面已取得相当大的进展，并考虑了审查委员会关于《国际卫生条例》运作情况和关于 2009 年甲型 H1N1 流感大流行报告的结论和建议。委员会注意到主要的成就包括：建立和运行了国家《国际卫生条例》归口单位实体；提高了报告事件方面的透明性；更系统地使用了早期预警系统；改进了动物与人类健康部门之间的沟通与合作；国家和合作伙伴为创建能力作出了协调的集体努力（例如，亚太地区新发疾病战略（2010 年）、综合性疾病监测和应对机制）；建立了应急反应协调机构；以及改进了分享信息的国际机制以便作出快速反应。这些成就是缔约国、世卫组织和捐款规划作出重大努力的结果。中央、中层和地方层面上的核心能力是必不可少的公共卫生职能，不但对每个国家有益，而且对全球社会有益。

17. 虽然在许多领域内取得了进展，但审查委员会强调，每个区域中的国家要充分实施《国际卫生条例》，仍然面临重大挑战。实施《国际卫生条例》的主要障碍包括：国家归口单位缺少足够的权力/能力；认为实施《国际卫生条例》仅仅是卫生部责任的错误概念；除人类健康之外的其它部门参与/认识有限；国家财政和人力资源方面的投资有限；人员替换率较高；持续发生复杂的突发事件/冲突；小岛国和有海外领土的缔约国有特殊需求；注重于延迟《国际卫生条例》的截止日期，而不是注重于扩大能力；认为实施工作是一种死板的法律过程，并较少重视实施影响和吸取经验；以及支持最弱小的国家发

展能力的国际团结精神有限。缔约国对《国际卫生条例》实施情况的自我评估受到所提供信息的不同质量和可靠性的限制。

要求第二次延期

18. 在会议之前，审查委员会获得了国家层面上提出的详细要求和实施计划，供其进行审议。秘书处还提供了对第二次延期要求进行的汇总分析，根据第二次延期要求所附实施计划的完整性以及监测框架评分对缔约国作了分组。审查委员会听取了世卫组织各区域办事处代表作出的分析和表达的想法。

19. 审查委员会审议了不同延期要求之间的差异，例如要求延期的核心能力数量、延期的理由以及建议的实施计划的完整性。缔约国在要求中提到的阻碍充分实施《国际卫生条例》的一些例外情况和障碍包括：需要更多的时间；财政、经济或公共卫生问题（例如，“大规模疫苗接种运动竞相争夺资源，以及正在发生的各种疫情”）；缺少人力资源；长时间持续的紧急情况（例如，“鉴于 30 多年冲突造成的长期紧急情况”，“基础设施、人力资源、人类发展、教育和卫生方面持续存在重大差距”）；内部或外部的政治问题（例如，“前所未有的军事和政治危机破坏了社会经济计划和行政部门的运作，并使各级卫生保健系统不能正常开展活动”）；以及自然灾害。

结论 1

20. **根据《国际卫生条例》发展、加强和维持核心能力的工作应当被视为所有国家的一种持续过程。**

21. 目前的埃博拉病毒病暴发强调了具备强大国家和地方能力的重要意义，以便迅速发现、应对和采取预防措施控制严重的公共卫生威胁。同时，突出了一些国家卫生系统的脆弱性，以及采取多部门做法的重要性。因此，只有约三分之一的缔约国表示已达到核心能力最低要求是令人担忧的。

22. 在制定向总干事提出的建议时，审查委员会认为必须考虑到所有缔约国的实施现状，而不只是要求第二次延期的缔约国的实施现状。审查委员会提出以下建议，供总干事考虑：

建议 1

23. **应当表彰表示已达到核心能力最低要求的缔约国作出的巨大努力。**同时，应当提请它们注意，《国际卫生条例》的实施工作是一个动态的持续过程，必须按需要持续地评估、维持和加强。应当敦促这些国家继续努力维持和加强核心能力，并考虑向建立核心能力时面临技术、财政、政治或其它障碍的其它缔约国提供支持。

建议 2

24. **已要求（或在今后将要求）第二次延期的所有缔约国都应当获得 2014-2016 年的延长期。**在允许延期时，总干事应当注意提出的申请是否伴有实施计划，而且如有，该计划是否充分符合第六十六届世界卫生大会注意到的延期标准。在与该缔约国联络时，总干事还可以考虑到与该国核心能力有关的其它相关信息。世卫组织区域和国家办事处也可以利用总干事与该缔约国进行的联络，以便接触该缔约国并在适当时作为确定重点、确立今后步骤以及筹集资源的基础。世卫组织（在总部、区域和国家层面上）应当按需要继续支持这些国家努力实施核心能力。

建议 3

25. 在《国际卫生条例》的条文和精神方面，**应当提请未向世卫组织传达其意图的缔约国注意透明性的重要意义**。这些缔约国很可能代表情况各不相同的国家，范围从可能已达到核心能力要求但未进行报告的国家，直到进展有限的国家。世卫组织应当进一步努力与这些缔约国接触，提供帮助和机会，以便在需要的情况下要求延期，或者表示它们已达到《国际卫生条例》附件 1 规定的最低要求，因此不需要延期。

建议 4

26. **应当鼓励缔约国、利益攸关方和捐款规划**按需要**提供技术和财政援助。**应当鼓励缔约国使用世卫组织已制定或可能会在今后制定的支持实施《国际卫生条例》的指导方针和工具。

加快实施《国际卫生条例》的短期行动

27. 委员会讨论了在延长期内可以作出更多改进的方法。据认为，并非所有国家归口单位都得到充分的授权；它们需要在公共卫生系统内获得适当的地位，有足够高的资历并与决策部门有密切联系，尤其是在突发事件期间。

28. 实验室服务与监测系统之间应当有更充分的联系，以便改进综合监测。从埃博拉病毒病及其它事件获得的教训是在突发事件期间具备和利用现有公共卫生能力与网络的价值。应当加强国家级和中层实验室的诊断能力，把这些实验室与监测网络联系起来，包括与卫生中心和诊所相联系的网络，并开展质量保证、质量控制规划和生物风险管理。

29. 需要加强和建设地方及社区级的多部门监测能力，由经培训的人员与临床医生一起开展工作，促进整合针对传染性疾病及其它危害的监测系统，并在必要的地方建立早期预警的警报和反应系统。

30. 适用于实验室和流行病学监测的数据管理尚有提升空间。数据管理方面的挑战包括：处理不同来源的众多数据方面的困难；缺少来自某些地区的报告；缺少数据管理标准；以及数据集之间缺少联系。在很多疾病暴发中，社区级的数据收集很差。应当鼓励在地方和国家级开展疫情审查，而且世卫组织应当促进对最近的 20 次重大疾病暴发进行元评价，以协助提供循证指导。

31. 实施《国际卫生条例》的主要挑战之一是在入境口岸建设核心能力，尤其是在监测、防范和应对能力方面。埃博拉病毒病表明在指定的机场、港口和陆路口岸实施充分的核心能力意义重大。把人口动态、移徙、卫生负担、动物与人之间的界面、交通枢纽、空中交通量等方面纳入以网络为基础的应用软件的做法或工具，可以有助于风险评估。识别有疾病传播高风险的国际入境口岸，可以有助于更科学地确认入境口岸能力实施的优先顺序。关于埃博拉病毒病，可以为安全原因采用出境筛查，也可以采用入境筛查作为教育、提高认识和监测的机会。应当强调，跨境合作发展风险示意图、监测以及针对疾病和事件的协调反应是至关重要的。

32. 在目前埃博拉病毒病流行的情况下，对旅行和贸易造成不利影响的公共卫生措施会产生复杂和难以解决的问题，需要非常谨慎地进行考虑；需要进行审查，可能涉及一个特设技术小组和/或正式的评价分析，以便确认近期经历产生的教训，并从公共卫生以及更广泛地社会和经济影响的角度评估哪些措施有效，哪些措施无效以及为什么。在技术和政治层面上，国家采取与世卫组织总干事关于国际关注的突发公共卫生事件的临时建议不同的额外措施会产生特别的挑战（以埃博拉病毒病为例，地毯式的旅行禁令是超越

临时建议的措施)。缔约国可以采用此类额外措施，但必须符合《条例》第四十三条规定的条件。受到一种额外措施影响的缔约国可以要求与实施该措施的缔约国进行协商，以便找到共同接受的解决方案(《条例》第四十三条第七款)。世卫组织也可以并应当寻求获得采取额外措施的公共卫生理由，并与其它国家分享结果。如果提不出理由，也可以披露该情况，例如通过事件信息网站。

33. 一线卫生保健工作者在疾病暴发情况下或其它公共卫生事件中的健康和安全保障被认为是至关重要的。一种主要的保护措施是培训；近期的疫情显示，在卫生保健工作者得到良好培训的地方，其中染病的人数较少。还必须加强卫生工作者的自信心并提供适当支持，例如健康保险和定期支付工资，以便确保人员充足。在目前埃博拉流行的情况下，审查委员会赞扬了众多一线卫生保健工作者常常在最困难的情况下并在许多事件中以自身生命作为代价表现出的英雄主义精神。

建议 5

34. **委员会建议各缔约国：**

(a) 审查并酌情加强和授权于国家归口单位，以便有效地履行《国际卫生条例》的关键性职能，促进决策并确保对多部门的沟通与合作给予高级别的支持；
(b) 支持组成多学科的疫情调查和反应小组，其中酌情包括动物健康专门技术；
(c) 形成一种操作方法，使国家间的合作对小岛国及其它小国的监测、实验室及其它能力产生实用和可持久的解决办法；
(d) 使用风险评估的做法，优先重视公共卫生威胁和能力差距，并识别重点入境口岸以便进行指定和开展能力建设；
(e) 通过促进保护和尊重卫生保健工作者权利的政策措施，加强卫生保健工作者的自信心。

建议 6

35. **委员会还建议总干事考虑建立技术工作小组，以便：**

(a) 加强数据管理能力和实践；
(b) 审议从目前和以往关于对旅行、运输和贸易具有负面影响的公共卫生措施的经历获得的教训。

对《国际卫生条例》更长期的承诺以防范公共卫生威胁的国际传播

36. 流感、脊灰、中东呼吸综合征冠状病毒和埃博拉病毒病等传染性疾病的不断出现和重现，其中大多数为人畜共患疾病（即，既感染人类，也感染动物），使《国际卫生条例（2005）》在最近数年得到了反复的验证，着重显示了“同一健康”思路的有效性。放射性危害和化学危害可能造成的伤害也引起了关注，这些危害使世界变得越来越复杂，使全球社会在健康和福祉方面将继续面临范围广泛的不同威胁。因此，必须把《国际卫生条例》视为并且用作为促进全球卫生安全的基本工具。

37. 缔约国设想《国际卫生条例（2005）》将有很长的使用期：“由于《国际卫生条例（2005）》的应用不局限于特定疾病，所以意图是《条例》将在今后多年中保持其相关性和实用性，即使面临疾病及决定其出现和传播的各种因素的持续演变[1]”。

38. 在这一背景下，审查委员会考虑了在更长时期内发展和致力于《国际卫生条例》核心能力的问题。审查委员会注意到，《国际卫生条例》的原则和关键主题为构建长期的做法提供了重要的基础：

- 《国际卫生条例》承认，在公共卫生威胁和国家各自管理这些威胁的相应能力方面，国家之间都是相互依赖的。

- 《国际卫生条例》提供了一个以风险为基础的框架，其中认识到各种威胁以及所需应对措施的不同性质。

- 相称性是需要考虑的一个重要问题，可以应用于能力建设（例如，发展中小岛国的能力永远比不上大国的能力）以及应当局限于公共卫生风险并与之相当的应对措施。

- 《条例》的执行应当“……以其广泛适用以保护世界上所有人民不受疾病国际传播之害的目标为指导……[2]”。

[1] 见《国际卫生条例（2005）》第二版前言。
[2] 见《国际卫生条例》第三条第三款。

在较短和较长时期内发展《国际卫生条例》能力的方法

39. 为了逐步加强国家对《国际卫生条例》的运用，必须有关于缔约国核心能力完备程度的更充分信息。缔约国目前通过世卫组织数据收集手段和支持性工具促进的一种自我评估方法报告《条例》的实施进展情况。审查委员会讨论了采用以一种基本“核对表”的做法处理可以更充分评价质量和运行绩效的方法为基础的做法会产生何种优势和挑战。讨论的方案包括得到辅助的自我评估、自愿独立评价、同行审评以及认证。

40. 系统地审查各缔约国或区域对疾病暴发及其它公共卫生事件的反应，是以更加综合和可能更加有用的方式评估能力的另一种方法。注意到，目前没有任何程序或系统可以使评论意见和“吸取的教训”的收集和传播制度化。

结论 2

41. **《国际卫生条例》的实施工作现在应当超越简单的“实施核对表”阶段，进而对运作能力的定期评价采用更注重行动的做法。**

42. 审查委员会注意到，现在已根据现实中的公共卫生威胁以及缔约国应对这些威胁的不同能力和资源对《国际卫生条例》“理论构想”的实施情况进行了检测。鉴于这方面的经验，《国际卫生条例》的实施现在应当超越简单的“实施核对表”阶段，以便对运作能力的定期评价采用更注重行动的做法。将需要一份精心准备的“路线图”，包括在区域层面上与缔约国合作进行改进。

建议 7

43. **审查委员会建议总干事考虑在较短和较长时期内评估和发展《国际卫生条例》核心能力的各种方法，**具体如下：

> 缔约国应当迫切地：(i)加强目前的自我评估系统（例如，如果尚未这样做，就应当通过多部门和众多利益攸关方的讨论加强每年一度的自我评估报告和计划程序）；以及(ii)深入地审查重大疾病暴发和公共卫生事件。这应当促进更注重于科学或证据基础的做法，以便在“现实生活”情况中评估有效的核心能力。同时，秘书处应当促进区域对疾病审查的一系列正式评价或元评价，由区域办事处进行管理，以便促进跨区域的学习并吸取经验教训用于今后《国际卫生条例》的规划工作。

同时，秘书处应当有更长远的考虑，通过区域协商机制制定方案，从完全自我评价转向自我评价、同行审评以及涉及国内和独立专家的自愿外部评价相结合的办法。除其它外，这些额外方法应当考虑到《国际卫生条例》战略和运作方面的问题，例如高层政治承诺的必要性以及整个政府/多部门的参与。制定任何新的监测和评价计划，都应当有世卫组织区域办事处的积极参与，并随后通过世卫组织理事机构的程序向所有缔约国提出建议。

44. 这种侧重绩效的信息需要得到倡导性信息的补充，向缔约国，尤其是可能的捐助者，显示在 2016 年后向《国际卫生条例》提供更多支持的价值。这种可能的倡导性材料的一个例子是严重急性呼吸道综合征、禽流感、中东呼吸综合征冠状病毒、埃博拉病毒病等国际公共卫生事件费用的经济分析以及维持和加强《国际卫生条例》核心能力的效益。

建议 8

45. **为了持续实施和维持《国际卫生条例》以指导更长期的《国际卫生条例》能力发展，应当根据上文提及的协商过程、分析审评和分析的结果，制定一个分时间阶段的综合性优先重点计划。**考虑到各缔约国能力和资源方面的巨大差异，这一计划应当既是现实的，又包括理想主义的内容。应当考虑界定所有国家应当具备的基本核心能力。

资源要求

46. 要发展和维持核心能力，缔约国需要有大量持续的财力和人力资源。《国际卫生条例》埃博拉病毒病突发事件委员会注意到，尤其值得关注的是“在人力、财政和物质资源方面有显著欠缺，致使难以采取适当的应对措施控制……疫情[1]”的一些国家的卫生系统以及多部门反应所需的其它相关部门的脆弱性。

47. 在有些情况下，仅靠缔约国，不能提供发展和维持核心能力以及对可能出现的国际关注的突发公共卫生事件作出超常反应所需的资源。私立部门具有重要的支持性作用。审查委员会强调，贡献资源用于公共卫生防备和反应是符合私立部门利益的。传染性疾病及其它公共卫生事件可以对私立部门（例如商业、旅行、旅游、娱乐、体育）以及受到直接影响的国家造成相当大的直接和间接经济后果。

[1] 就《国际卫生条例》突发事件委员会关于 2014 年西非埃博拉疫情问题第一次会议发表的声明，请见 http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2014/ebola-20140808/en/。

48. 资源充分的国家以及政府间和非政府实体为应对埃博拉病毒病暴发作出了显著的贡献（例如在财政、技术、物资/材料和人员方面）。但是，这些资源的筹集耗费了大量的时间和精力。因此，注意到《国际卫生条例（2005）》实施情况审查委员会针对 2009 年 H1N1 大流行提出了两项相关的建议：(1)建立更广泛的全球公共卫生预备队伍；以及(2)创建突发公共卫生事件应急基金[1]。这些建议的实施进展仅限于创建了非洲突发公共卫生事件基金。缔约国需要提供紧急支持，包括通过世卫组织理事机构。

49. 委员会重申《国际卫生条例》实施情况以及甲型 H1N1 流感大流行审查委员会在 2011 年 5 月的调查结果，即“世卫组织以持久的方式防范和应对任何突发公共卫生事件的能力受到长期资金短缺的严重限制，另外还有会员国、合作伙伴及其它捐助者关于资金使用的限制”[2]。

建议 9

50. **审查委员会建议总干事鼓励缔约国与公立和私立伙伴（包括大型非政府组织）开展对话，以便改进合作和援助：**

(a) 获得支持以便长期持续发展和维持国家能力，尤其要注意要求延期的国家/具有显著能力差距的国家；
(b) 根据第一届审查委员会的建议，创建可以为今后事件方便地利用的反应基金用于国际关注的突发公共卫生事件；
(c) 建立更广泛的全球公共卫生预备队伍，可以动员起来作为针对国际关注的突发公共卫生事件作出持久反应的一部分。

建议 10

51. **审查委员会鼓励缔约国支持世卫组织**，在准备应对以及出现国际关注的突发公共卫生事件时**提供财力和人力资源。**

[1] 见http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_10-en.pdf?ua=1。
[2] 同上。

附录一

关于第二次延期确立国家公共卫生能力
和《国际卫生条例》实施情况的《国际卫生条例》审查委员会

2014 年 11 月 13-14 日

审查委员会委员

Ximena AGUILERA 博士
智利
圣地亚哥
发展大学
医学系
流行病学和卫生政策中心主任

Idris AL-ABAIDANI 博士
阿曼
马斯喀特
邮政信箱 393，Pin 码 100
卫生部（总部）
卫生事务总局
传染病监测与控制司
司长

Martin CETRON 博士
美利坚合众国
亚特兰大
疾病控制和预防中心
国家新出现和人畜共患传染病中心
全球移徙和检疫司司长

Andrew FORSYTH 先生
新西兰
惠灵顿

卫生部
公共卫生小组
公共卫生立法处
处长

Stela GHEORGHITA 博士
摩尔多瓦共和国
基希讷乌
国家公共卫生中心
传染性疾病流行病学司

Didier HOUSSIN 教授
法国
巴黎
法国研究评价和高等教育署署长

Hayat KHOGALI 博士
苏丹
喀土穆
联邦卫生部
流行病与人畜共患疾病司司长

Abdulsalami NASIDI 教授
尼日利亚
阿布贾
尼日利亚疾病控制中心
主任

Kazunori OISHI 博士
日本
东京
国家传染病研究所
传染病监测中心
主任

Graham RADY 先生
澳大利亚
堪培拉
监测和评价顾问

Petri RUUTU 教授
芬兰
赫尔辛基
国家卫生与福利研究所
传染病监测与控制司

Kuku VOYI 教授
南非
比勒陀利亚
比勒陀利亚大学
环境与职业卫生学教授

Somsak WATTANASRI 博士
泰国
Nontaburi
公共卫生部
疾病控制司
流行病学局
高级顾问

附录二

议程

关于第二次延期确立国家公共卫生能力和《国际卫生条例》实施情况的《国际卫生条例》审查委员会

世卫组织执行委员会会议室

2014 年 11 月 13 日

09:00 – 09:30	欢迎词和开幕词 总干事 助理总干事
09:30 – 09:40	介绍审查委员会的职权、独立性、保密性 法律顾问办公室
09:40 – 10:00	选举主席、副主席和报告员 助理总干事 主席的介绍性发言以及通过议程 审查委员会的工作安排 审查委员会主席
10:00 – 10:20	情况介绍：《国际卫生条例》、核心能力要求、时间框架、延长期概况 全球能力、预警和反应司司长
10:20 – 12:30	缔约国和应邀与会的组织向审查委员会提出的声明
12:30 – 13:30	**午餐**
13:30 – 15:45	关于第二次延期、加快《国际卫生条例》实施进展的短期行动、2016 年之后《国际卫生条例》的工作会议
15:45 – 16:00	**午后茶点**

16.00 – 18:30 关于第二次延期、加快《国际卫生条例》实施进展的短期行动、2016年之后《国际卫生条例》的工作会议

19:00 – 20:00 **招待会：世卫组织总部自助餐厅**

2014 年 11 月 14 日

09.00 – 11:00 工作会议：关于授予第二次延长期、加快《国际卫生条例》实施进展的短期行动、2016 年之后《国际卫生条例》的讨论

11:00 – 11:20 **上午茶点**

11:20 – 12.30 为缔约国和应邀与会的组织总结讨论情况

附录三

根据利益申报政策（世卫组织专家）作出的披露

Kuku VOYI 教授

Voyi 教授申明，她对世卫组织奖研金使用者进行《国际卫生条例》国内实施方面的培训。她在比勒陀利亚大学继续教育中心开展培训并因此获得世卫组织专家利益申报政策认为可能显著的收入（即超过 5000 美元）。

Petri RUUTU 教授

Ruutu 教授申明，他在芬兰传染性疾病法律的制定、全球卫生安全议程以及欧盟候选成员国的传染性疾病控制评估等领域内开展咨询工作。他因此获得世卫组织专家利益申报政策认为可能显著的收入，即超过 5000 美元。

为了做到透明，世卫组织认为披露这些信息是适当的，但按秘书处的观点，这些利益不产生利益冲突，因为通过披露得到了充分解决。

附录四

第二次延期确立国家公共卫生能力和《国际卫生条例》实施情况审查委员会委员简要介绍[1]

主席

Didier HOUSSIN 教授，法国巴黎法国研究评价和高等教育署署长

Didier Houssin 教授是法国巴黎的法国研究评价和高等教育署(AERES)署长。自 1988 年以来，他也是巴黎第五大学的外科教授。

Houssin 教授曾担任法国卫生部卫生总监和大流行性流感问题部委间代表。从 2003 年至 2005 年，他作为大巴黎的大学医院医疗政策主任任职，随后八年作为法国移植机构（l'Etablissement français des Greffes (EfG)）主任任职。

Houssin 教授在最近大部分的职业生涯中致力于卫生安全、公共卫生、卫生专业教育以及高等教育和卫生评价等领域。他目前还担任法国食品、环境和职业卫生与安全机构（ANSES）管理委员会主席。

Houssin 教授在 2005 年至 2011 年期间作为法国在世界卫生大会上的代表以及执行委员会委员。在 2013-2014 年，他担任世卫组织大流行性流感防范基因序列数据问题技术专家工作小组主席。从 2011 年至 2013 年，他担任大流行性流感防范框架咨询小组主席，现在他仍然是该小组的成员。在 2014 年，他个人作为关于评估国家级基本公共卫生职能的顾问在世卫组织东地中海区域办事处任职。

副主席

Ximena AGUILERA 博士，智利圣地亚哥发展大学医学系流行病学和卫生政策中心主任

Ximena Aguilera 博士目前是智利发展大学医学系流行病学和公共卫生政策中心主任。她也是智利公共卫生学会副主席以及智利传染病学会和智利流行病学学会的成员。

[1] 这些简要介绍的内容和发表已得到审查委员会委员们的批准。

Aguilera 博士的背景是公共卫生、流行病学和全球卫生，她以前是泛美卫生组织传染性疾病高级顾问。之前，她曾担任智利卫生部卫生计划司司长和流行病学司司长（1999-2008 年）。她还负责智利的《国际卫生条例》实施工作。

Aguilera 博士以前与世卫组织的合作包括担任顾问和作为世卫组织专家积极参与关于严重急性呼吸道综合征、大流行性流感防范、消灭和消除传染性疾病以及实施《国际卫生条例（2005）》的若干国际会议和论坛。

报告员

Andrew FORSYTH 先生，新西兰惠灵顿卫生部公共卫生小组处长

Andrew Forsyth 文学士（荣誉），公共卫生文凭，是新西兰卫生部公共卫生立法与政策处处长。作为这方面职责的一部分，他目前领导制定 2014 年 7 月向国会提出的拟议放射安全法案和卫生（保护）修正法案。

Forsyth 先生在新西兰卫生部人力发展和环境卫生领域内有 20 多年的工作经历。较近期内，他领导制定了饮用水法规、国家宫颈癌筛查规划以及对新西兰公共卫生核心法规（1956 年卫生法令）的重大审查。

Forsyth 先生目前的职责侧重于制定和实施公共卫生法。他也参与政府层面上对一系列急性公共卫生威胁的应对工作，包括 2003 年的严重急性呼吸道综合征、2009 年的大流行性流感、2011 年的坎特伯雷地震以及新西兰目前针对埃博拉病毒病的准备活动。

Forsyth 先生参与了 2004 年和 2005 年期间制定《国际卫生条例》的政府间谈判。此后，他作为世卫组织咨询人员和顾问以多种身份任职，涉及《国际卫生条例》的实施工作以及亚太地区新发疾病战略，主要在西太平洋区域。在 2010 年，他任职于为审查《国际卫生条例（2005）》运作情况和全球甲型 H1N1 流感大流行应对措施建立的审查委员会。

委员

Idris AL-ABAIDANI 博士，阿曼马斯喀特卫生部（总部）疾病监测与控制总局传染病司司长

Idris Al-Abaidani 博士是阿曼卫生部传染病监测与控制司司长。

他以此身份负责扩大免疫规划、国家消灭脊灰和消除麻疹与风疹规划。Al-Abaidani 博士也是国家《国际卫生条例》归口单位的领导人，负责《国际卫生条例》在安曼的实施工作。Al-Abaidani 博士的专业重点领域包括在区域和国家层面上开展疾病暴发管理方面的培训。他参与了一些流行病学和操作研究。

他是国家传染病委员会和国家免疫技术咨询小组的报告员、脊灰国家专家委员会联合主席以及国家 2009 年 H1N1 流感大流行、中东呼吸综合征冠状病毒和埃博拉病毒等委员会的成员。

Al-Abaidani 博士参与出版了阿曼传染性疾病 2050 年愿景、传染性疾病战略计划、流行病防备计划、中东呼吸综合征冠状病毒和埃博拉病毒防备与应对计划、流感大流行防备与部署计划以及世卫组织以事件为基础的监测准则。

Al-Abaidani 博士作为顾问，积极参与了世卫组织组织的若干国际会议和培训班，包括关于 H7N9 应急防范和应对措施的培训讲习班。他是国家人畜共患疾病委员会和国家医疗与公共卫生和《国际卫生条例》实施工作委员会的成员。目前，他作为国家埃博拉防范和应对小组成员任职。

Martin CETRON 博士，美利坚合众国亚特兰大疾病控制和预防中心国家新发疾病和人畜共患传染病中心全球移徙和检疫司司长

Martin Cetron 博士是美国疾病控制和预防中心全球移徙和检疫司司长。

到全球移徙和检疫司之前，他曾在疾病控制和预防中心寄生虫病和细菌性呼吸系统疾病司任职。Cetron 博士是美国公共卫生服务部门正式任命的官员，并且在埃默里大学医学院传染病系和罗琳斯公共卫生学院流行病学系任教。

20 多年来，Cetron 博士开展了全球性的流行病学研究，制定了全球卫生政策并领导了国内和国际上的疫情调查，包括受到高度重视的针对新发传染病疫情的国际应急反应。他在疾病控制和预防中心的应对行动中发挥了领导作用，如 2001 年的炭疽生物恐怖事件、2003 年的严重急性呼吸道综合征流行、2003 年的美国猴痘暴发、2005 年的卡特里娜/丽塔飓风应对工作、2009 年的甲型 H1N1 流感大流行和正在发生的中东呼吸综合征冠状病毒暴发。他的主要研究领域是全球卫生和移徙，重点放在新出现的感染性疾病、热带疾病、流动人口中疫苗可预防的疾病。

Cetron 博士目前是《国际卫生条例》埃博拉和中东呼吸综合征冠状病毒突发事件委员会的委员。此前，他曾任职作为与 2009 年 H1N1 流感大流行有关的《国际卫生条例（2005）》实施情况审查委员会的委员，并在《国际卫生条例》修订工作期间参与了美国代表团的政府间谈判。

Stela GHEORGHITA 博士，摩尔多瓦共和国基希讷乌国家公共卫生中心传染性疾病流行病学司

Stela Gheorghita 博士是摩尔多瓦共和国国家公共卫生中心副司长。作为摩尔多瓦共和国《国际卫生条例》国家归口单位的一部分，她负责部门间协调、传染病监测和疫情应对、大流行防范以及《国际卫生条例》实施情况的监测和评价。她还积极参与国家免疫技术咨询小组和摩尔多瓦卫生部流行病学专家委员会的工作。

自 2007 年以来，Gheorghita 博士积极参与了《国际卫生条例》在摩尔多瓦共和国的实施工作。以此身份，她尤其参加了实施《国际卫生条例》所需法律文件的制定工作。从 2002 年至 2007 年，她在国家公共卫生中心开展了病媒传播疾病监测与控制领域内的研究。

Gheorghita 博士以前参与过世卫组织的若干培训班，包括公共卫生和突发事件管理课程（PHEM-EURO II）、《国际卫生条例》实践课程以及《国际卫生条例》实施课程。她还任职作为世卫组织关于早期预警和以事件为基础的监测以及关于急性公共卫生事件快速风险评估的工作小组临时顾问。

Hayat KHOGALI 博士，苏丹喀土穆联邦卫生部流行病与人畜共患疾病司司长

Hayat Khogali 博士是苏丹联邦卫生部国家流行病学与人畜共患疾病规划主任。她也是苏丹国家《国际卫生条例》归口单位负责人，并担任负责疫情发现和应对的国家监测官员。

Khogali 博士以前是联邦卫生部公共卫生研究所流行病学部门的领导人。从 2007 年至 2011 年，她是喀土穆州卫生部流行病学司司长。此前，Khogali 博士作为疫情调查和控制小组组长以及卫生部流行病学司喀土穆州急性水样腹泻疫情控制小组监测官员。

自 2008 年以来，她也是喀土穆医科大学医学院的助理教授。她的专业经历包括流行病学监测和疫情调查（特别侧重于人畜共患疾病事件的监测和应对）、卫生教育以及公共卫生措施在突发事件和人道主义危机中的应用。

Khogali 博士作为成员参与的委员会包括国家应急反应和疫情调查委员会、州应急反应和灾害管理高级别委员会、国家传染病监测、防范和控制技术委员会、国家《国际卫生条例》实施委员会以及审查和批准定量与定性研究的技术研究委员会。

Khogali 博士与世卫组织有过多次合作。在评估卡塔尔国和巴林王国"《国际卫生条例（2005）》必要能力的实施情况"以及为关于流感监测、脑膜炎疫情应对和以事件为基础的监测的各种手册最后定稿方面，她曾作为世卫组织的临时顾问。她还在世卫组织组织的多次培训讲习班中担任协调人。

Abdulsalami NASIDI 教授，尼日利亚阿布贾尼日利亚疾病控制中心主任

Abdulsalami Nasidi 博士是具有 36 年以上公共卫生、病毒学和生物技术等方面经验的医学官员。他也是一名病毒学和技术教授。

Nasidi 博士以前是拉各斯 Yaba 国家医学研究所的高级研究员。后来，他在联邦 Yaba 疫苗生产实验室担任领导职位七年。1991 年他被任命为国家首席流行病学家，1996 年被任命为联邦卫生部特别事务主任。2007 年他被任命为联邦卫生部公共卫生司长。他是抗击艾滋病、结核病和疟疾全球基金国家协调机制的第一任主席，他任职期间监督制定了若干方案，为尼日利亚的艾滋病毒/艾滋病、结核病和疟疾规划产生了 6.8 亿多美元。2008 年他被任命为消灭脊灰总统特别工作组主席，该工作组制定的战略到 2010 年使尼日利亚的病例数显著减少 95%以上，并几乎消除了野生脊灰病毒的传播。

Nasidi 博士的其它成就包括联合开发了乙型肝炎疫苗以及针对锯鳞蝰和尼日利亚其它两种毒蛇的抗蛇毒血清。他在国家和国际杂志上发表了 50 多篇出版物，2002 年被尼日利亚政府授予象征国家荣誉的尼日尔官员勋章（Officer of the Order of the Niger, OON）。Nasidi 博士也是一名病毒学和生物技术教授。他目前担任尼日利亚疾病控制中心项目主任。

Nasidi 博士由于倡导在世卫组织非洲区域建立公共卫生机构，受到非洲区域办事处的褒奖。

Kazunori OISHI 博士，日本东京国家传染病研究所传染病监测中心主任

Kazunori Oishi 教授目前是日本国家传染病研究所传染病监测中心主任。

从 2006 年至 2012 年，Oishi 教授在大阪大学微生物疾病研究所传染病国际研究中心任校聘教授。从 1997 年至 2005 年，他在长崎大学内科系任助理教授。

Oishi 教授的专业重点领域包括针对全世界新发和重现传染病的应对措施；在日本加强国家传染病监测和疫苗接种的规划。

Oishi 教授是日本呼吸系统疾病和传染病学会疫苗工作小组的主席。他也是国家大流行型流感计划咨询委员会和国家传染病委员会的成员。

在 2012 年，Oishi 教授主持了亚太地区新发疾病战略西太区技术咨询小组的第二次会议。

Graham RADY 先生，澳大利亚堪培拉监测和评价顾问

Graham Rady 先生是一名个体就业的监测和评价顾问。

从 2003 年至 2014 年，Rady 先生担任外事和贸易部（原澳大利亚国际开发署（AusAID））高级质量顾问。

Rady 先生的专业重点领域包括监测和评价开发规划、项目和战略；发展和审查组织绩效管理信息系统；以及设计和评价新的开发规划或项目。

Rady 先生目前不担任任何专业职位。从 2001 年至 2014 年，他曾任澳大利亚国际开发署职工协会的副主席、秘书和代表，并从 1982 年至 1985 年任巴布亚新几内亚橡胶委员会秘书。

从 2010 年至 2014 年，Rady 先生担任西太平洋区域办事处和东南亚区域办事处亚太地区新发疾病战略规划技术顾问，出席了各种技术咨询小组和特别工作小组会议。

Petri RUUTU 教授，芬兰赫尔辛基国家卫生与福利研究所传染病监测与控制司

Petri Ruutu 教授是国家卫生与福利研究所的访问科学家以及全面修订传染性疾病法律、全球卫生安全行动和移民健康问题的顾问。他曾担任芬兰国家卫生与福利研究所传染病监测与控制司司长。

Ruutu 教授的专业重点领域包括从 2007 年至 2013 年作为芬兰国家《国际卫生条例》归口单位负责人开展工作。他还协调了与《国际卫生条例》相关的国家活动并作为国际联络人。此前，他是世卫组织修订《国际卫生条例》协商过程期间制定《条例》的国家专家代表，并支持把《条例》纳入国家立法。他也是协调炭疽威胁、严重急性呼吸道综合征和 2009 年甲型 H1N1 流感大流行工作（包括制定大流行防范计划）的国家专家。从 1995 年至 2013 年，Ruutu 教授担任通过多部门合作实施全面修订芬兰传染病监测和控制系统的单位领导人。从 1981 年至 1995 年，Ruutu 教授作为临床传染病顾问在一家大学医院中工作。在低收入国家建立对严重感染的监测和大规模疫苗接种实地调查基础设施方面，他有 25 年的经历。

Ruutu 教授作为欧洲疾病预防和控制中心专家顾问开展工作，评估欧洲联盟候选成员国中的传染病监测和控制。他也是欧盟资助的三年开发项目的顾问，项目涉及交通枢纽在发生大流行时的作用以及微生物的故意使用。

在 1988 年，Ruutu 教授担任世卫组织在缅甸制定急性呼吸道感染控制规划的短期顾问。

Kuku VOYI 教授，南非比勒陀利亚比勒陀利亚大学环境与职业卫生学教授

Kuku Voyi 教授目前是比勒陀利亚大学卫生科学系主管环境与职业卫生的领导人。她也是卫生系统和公共卫生学院的研究协调员。

Voyi 教授以前从 2004 年至 2010 年曾担任比勒陀利亚大学卫生系统和公共卫生学院院长。她在南非医学研究委员会曾担任过若干主席职位。从 2003 年至 2006 年，Voyi 教授也曾经是全系统范围疟疾与农业行动国际管理小组的主席。她还担任了若干咨询职位，包括在国家环境卫生研究会、国家研究基金会、理工大学关于污染物和毒素的研究开发规划以及南非标准局化学与生物标准的工作。从 2001 年至 2005 年，她是环境监测小组委员会的成员。

Voyi 教授的重点专业领域包括流行病学以及对环境和职业卫生风险的接触评估。她是风险分析学会、国际环境流行病学学会、全球哮喘网络、南非公共卫生协会和国家清洁空气协会的成员。

Voyi 教授在世界卫生组织担任了若干职位，包括在世卫组织非洲区域办事处和东南亚区域办事处。她也是制定监测和风险评估领域内《国际卫生条例》实施课程的主题事项专家。最后，从 2010 年至 2011 年，Voyi 教授是《国际卫生条例（2005）》实施情况以及 2009 年甲型 H1N1 流感大流行审查委员会的委员。

Somsak WATTANASRI 博士，泰国 Nontaburi 公共卫生部疾病控制司流行病学局高级顾问

Somsak Wattanasri 博士是政府退休官员。他目前是泰国公共卫生部流行病学局的高级顾问。他也是医学流行病学讲师和导师（实地流行病学培训住院实习规划）。最后，他是 Ramathibodi 医院院长关于医院感染控制问题的顾问。

Wattanasri 博士以前是公共卫生部疾病控制和预防司的预防医学高级专家，以及流行病学局局长和国际卫生司司长。他是制定东南亚国家联盟加强流行病学能力行动计划的领导人以及东南亚国家联盟国际实地流行病学规划的联合创始人。

他的专业重点领域包括卫生信息系统、传染病监测和控制、儿科学以及医院感染控制和预防。他是泰国中央消毒服务协会的现任主席。

Wattanasri 博士在他的专门技术领域内担任过若干次的世卫组织临时顾问。

附件 2

关于第二次延期确立国家公共卫生能力和《国际卫生条例》实施情况审查委员会建议的决议草案

执行委员会，

审议了第二次延期确立国家公共卫生能力和《国际卫生条例》实施情况审查委员会的报告[1]，

建议第六十八届世界卫生大会通过以下决议：

第六十八届世界卫生大会，

PP1 审议了第二次延期确立国家公共卫生能力和《国际卫生条例》实施情况审查委员会的报告；

PP2 提请会员国注意其在《国际卫生条例（2005）》之下的权利和义务及其对国际社会的责任；

PP3 忆及总干事向第六十四届世界卫生大会转呈的《国际卫生条例（2005）》实施情况以及 2009 年甲型 H1N1 流感大流行审查委员会的最后报告[2]；

PP4 认可按《国际卫生条例（2005）》第五和十三条的要求以及该条例第九编第三章的规定建立审查委员会；

PP5 赞扬第二次延期确立国家公共卫生能力和《国际卫生条例》实施情况审查委员会工作的成功完成，其主席的领导作用，其尊敬的委员们的献身精神，以及向总干事提交供转呈第六十八届世界卫生大会的报告，

(OP1)1. **敦促**会员国支持实施第二次延期确立国家公共卫生能力和《国际卫生条例》实施情况审查委员会报告所载的建议；

[1] 文件 EB136/22 Add.1。
[2] 文件 A64/10。

(OP1)2. **要求**总干事：

(1) 通过执行委员会向第六十九届世界卫生大会提交关于第二次延期确立国家公共卫生能力和《国际卫生条例》实施情况审查委员会建议执行进展的最新情况；

(2) 在实施第二次延期确立国家公共卫生能力和《国际卫生条例》实施情况审查委员会的建议方面，向会员国提供技术支持。

附件 3

关于建议供执行委员会通过的决议草案对秘书处的财政和行政影响的报告

1. 决议草案：第二次延期确立国家公共卫生能力和《国际卫生条例》实施情况审查委员会的建议

2. 与 2014–2015 年规划预算的联系（见文件 A66/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-ch.pdf）

类别：5

规划领域：**5.1 和 5.2**

成果：

5.1. 所有国家建立《国际卫生条例（2005）》要求的针对所有危害的预警和应对工作的最低核心能力

5.2. 增强国家建立抵御和适当防范的能力，使其能够以迅速、可预测且有效的方式应对主要流行病和大流行病

产出：

使国家能够建立《国际卫生条例（2005）》要求的核心能力

5.2.1. 使国家能够根据世卫组织关于加强大流行性流感以及流行病和新出现疾病的国家抵御和防范能力的建议，制定并实施业务计划

该项决定如何促进实现上述规划领域的成果?

这将对审查委员会建议的实施提供动力。

是否已在规划预算中列入该项决定要求的产出和可交付成果? （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）该项决定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) 1 年（涵盖 2015 年）

(ii) 总额：210 万美元（人员费用：150 万美元；活动费用：60 万美元）

(b) 2014–2015 年双年度费用

表明 3(a)所列的费用中用于 2014-2015 年双年度的费用（估计至最近的万美元）。

总额：210 万美元（人员费用：150 万美元；活动费用：60 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

这些估计费用是否被充分编入已批准的 2014-2015 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。

210 万美元——目前在 2014–2015 年规划预算中并没有预见到这笔费用；然而，我们将重新确定类别网络中的活动重点，而且如需要，将要求额外的空间。

(c) 人员配置影响

能否由现有工作人员实施该项决定？（能/不能）

否

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。

– 每个区域各增设一名 P4 专职员工，为期一年
– 在总部增设一名 P4 专职员工，为期六个月

4. 筹资

是否有充分资金支付 3(b)所表明的 2014-2015 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）。

210 万美元；资金来源：资金缺口将通过全组织范围协调的资源筹集工作解决。

= = =