世界卫生组织

执 行 委 员 会
第一三六届会议
临时议程项目 4

EB136/4
2015 年 1 月 16 日

各区域委员会向执行委员会提交的报告

1. 总干事谨向执行委员会转交各区域委员会提交的报告（见附件），报告的编写是根据关于增强区域委员会与执行委员会一致性的建议，以及大会关于各区域委员会主席向执委会提交关于委员会讨论情况的摘要报告的决定[1]。

执行委员会的行动

2. 请执委会注意本报告。

[1] 见 WHA65(9)号决定，(4)(d)分段。

附件

世卫组织非洲区域委员会第六十四届会议（2014 年 11 月 3-7 日于贝宁科托努）

会议主席（塞内加尔卫生和社会行动部部长 Awa-Marie Coll-Seck 教授）提交的摘要报告

1. 世卫组织非洲区域委员会第六十四届会议于 2014 年 11 月 3 日至 7 日在贝宁科托努举行。除马拉维外，非洲区域的所有会员国均出席了会议。

第一部分：全球讨论议题

2016-2017 年规划预算方案

2. 各会员国对文件及其编制使用的自下而上的规划方法表示赞赏，这一做法考虑到了各国的优先重点。各国还高度评价了预算按世卫组织三个层面（国家、区域和总部）和不同类别编排的格式。但会员国注意到，与其它区域和总部相关的某些类别（如卫生系统）预算编制比例失调，并提请解决这一问题。会员国还质询性别平等、公平和人权主流化、老龄化与卫生、健康问题社会决定因素等领域是否可以作为与其它组织共同承担的任务。他们强调，世卫组织有必要把更多重点放在其核心职能上。

战略性预算空间分配

3. 会员国注意到这一主题十分复杂，需要进一步编制才能获得有利于改进的有意义成果。尽管如此，他们质疑纳入证据和研究作为指导原则之一是否妥当，因为有些会员国在这一领域的发展并不完善。与会代表建议，在制定预算空间分配的标准时，应考虑到非洲区域的实际情况。

与非国家行为者交往的框架

4. 讨论期间提出了以下主要议题：与非国家行为者的互动至关重要；必须确保有关过程透明；但是，尽职调查和相关程序方面的流程和标准还不够清晰。所提出的其它议题还有，关于来自私营部门非国家行为者的指定用途资金、以及使用这种资金支付工作人员薪水的保留意见；有关非国家行为者对世卫组织规范和标准制定工作影响的关切；以及关于从私营部门向世卫组织借调工作人员的强烈保留意见。

5. 与会代表建议，世卫组织应在与非国家行为者交往的框架内，制定一项全面的利益冲突政策。代表们强调，世卫组织在制定与非国家行为者交往的政策时应小心谨慎，因为这一政策将对本组织产生深远影响。此外，虽然商定世卫组织不应与烟草和军火业交往，一些会员国认为，这一限制应扩大到其它部门，尤其包括酒、食品和饮料业。代表们强调，世卫组织理事机构内的决策应为会员国的专属特权。

疟疾：全球技术战略草案：2015 年后

6. 区域委员会规划小组委员会（PSC）在其 2014 年 9 月会议上讨论了疟疾的 2015 年后全球技术战略草案。规划小组委员会的委员们满意地注意到，拟议文件考虑到了非洲区域控制和消灭疟疾工作的不同阶段。他们留意到，虽然有关愿景和目标看似雄心勃勃，但它们有助于推动规划实施和资源调动。规划小组委员会强调有必要加强以下方面：跨境监测和部门间合作；创新和研究，包括根据新出现的耐药性开发疫苗、新药和杀虫剂；资源调动；疟疾控制对登革热等其它疾病的影响；以及经济发展。规划小组委员会建议，文件应概要介绍到 2015 年时须衡量的国家级基线指标以及指标的采集方法。

第二部分：区域重要议题

提名世卫组织非洲区域主任

7. 考虑到世卫组织《组织法》第五十二条，根据区域委员会《议事规则》第五十二条，并且依照半公开会议有关五位候选人面试方法的决定以及不公开会议面试五位候选人和票选的结果，区域委员会提名 Matshidiso Rebecca Moeti 博士担任世卫组织非洲区域主任，并请总干事向执行委员会提议，新主任的任命自 2015 年 2 月 1 日起生效[1]。区域委员会还指定 Luis Sambo 博士为名誉区域主任[2]。

2014-2020 年区域免疫战略计划

8. 在全球疫苗行动计划的背景下，区域委员会通过了 2014-2020 年区域免疫战略计划[3]。在讨论过程中，许多会员国确认 2009-2013 年区域免疫战略计划的实施推动了本区域内千年发展目标（MDG）的实现进程，并预计 2014-2020 年区域免疫战略计划将进一步促进加快实现全民免疫覆盖的进程。与会代表们强调，有必要将免疫规划纳入更广泛的卫生系统，尤其是全民健康覆盖的背景下。但会员国对以下方面表示关切：新疫苗费用高

[1] AFR/RC64/R1 号决议。
[2] AFR/RC64/R2 号决议。
[3] AFR/RC64/R4 号决议。

昂，国家之间甚至国家内部免疫覆盖不平等，难以接触到的人群免疫覆盖率低，缺乏跨境合作以及冷链充足性相关的问题。

9. 区域委员会敦促各会员国根据全球和区域疫苗接种计划，制定并实施全面的带有年度综合业务计划的多年期计划，并保证分配充足的人力和财务资源，以实现疫苗接种目标和其它相关的主要里程碑。会上请区域主任为会员国提供必要的技术支持，以帮助各国制定实施有关计划，实现既定目标和具体目标。

非洲区域实现与卫生相关的千年发展目标的进展

10. 区域委员会认识到，非洲区域各国在过去 10 年间取得了一些进展，但如今离具体目标实现期限仅剩一年，大多数国家届时将无法实现与卫生相关的全部千年发展目标，因此委员会通过了一项决议，敦促各会员国投入大量资金和其它资源，对内部和外部资源进行更高效的优先排序和再规划，以进展有限的领域为重点，以便加快进展，并敦促已按计划实现进展的国家在业已取得的成果上继续努力，实现并持守与卫生相关的千年发展目标[1]。

11. 会议还敦促会员国制定必要的框架和程序，向 2015 年后发展议程迈进，其中包括全民健康覆盖和千年发展目标方面未完成的工作。区域委员会请区域主任倡导并促进对伙伴行动的协调，以便充分调动资源并高效开展技术合作。

西非的埃博拉病毒病疫情：最新情况和经验教训

12. 区域委员会为受染国家公民的损失向这些国家致以最深切的慰问。与会代表感谢各国和各伙伴在突发事件应对中体现出的团结精神，包括从世卫组织自己的内部资金中紧急重新规划约 60 万美元给受染国家，并向这些国家调派 482 名工作人员和顾问；从非洲公共卫生应急基金（APHEF）中拨付 756 129 美元，结合来自伙伴的可用外部资金，用于即时应对，并自疫情暴发伊始，由世卫组织从多个伙伴和机构调动总额达 1.24 亿美元的资金。区域委员会还认识到多个组织的努力，如在 2014 年 4 月利比里亚蒙罗维亚的西非国家经济共同体第十五届部长级会议期间召开埃博拉病毒病特别会议；由世卫组织于 2014 年 7 月 2 日和 3 日在加纳阿克拉召开为期两天的受染国家和其它经挑选国家卫生部长及伙伴紧急会议；由世卫组织于 2014 年 7 月成立埃博拉操作和协调亚区域中心；世卫组织总干事于 2014 年 8 月 8 日宣布将埃博拉病毒病疫情作为“国际关注的突发

[1] AFR/RC64/R3 号决议。

公共卫生事件”；以及 2014 年 9 月在加纳阿克拉组建联合国埃博拉应急特派团（UNMEER）。

13. 区域委员会提出了与以下方面相关的问题：领导和协调、卫生系统薄弱、埃博拉病毒病受染国家和群众担负污名以及边境关闭（包括航班取消）。会员国还强调指出信息通报不足、当地社区参与不够以及多部门应对乏力等问题。他们还对以下方面表示关切：对现有资源的利用效率偏低、缺乏国家实验室和物流服务以至无法迅速应对、卫生工作人员患病比例高、缺乏有关个体防护装备质量及其采购的清晰指导、缺乏专门治疗感染埃博拉病毒卫生工作人员的设施。他们还表示关切，世卫组织用于加强卫生系统的现有政策、战略、指南和计划的实施情况不够理想。

14. 会上请各伙伴、技术机构和公共卫生机构积极参与应对活动，按照已确认的国家优先重点，提供技术和资金支持，帮助受染国家采取应对措施，并帮助有埃博拉病毒病受染风险的国家开展预防和防范工作。联合国埃博拉应急特派团应继续领导疫情的防范和应对工作，以便有效管理受感染人群并避免死亡、阻断病毒传播并防止疫情复发。

非洲公共卫生应急基金：加快实施进程

15. 区域委员会强调，非洲公共卫生应急基金十分重要，在正在持续的埃博拉病毒病疫情的背景下尤其如此。多个国家讲述了他们在最近的疫情和人道主义危机中如何从基金受益。但他们也对大多数会员国至今未向基金作任何捐款表示关切，并希望知道原因。会上还讨论了鼓励各国向基金捐款的其它机制，比如制定时间安排和惩罚措施。会上还对与非洲发展银行达成托管协议出现延迟表示关切。与会代表重申，有必要继续开展针对国家元首的宣传工作。

16. 区域委员会敦促各会员国兑现其承诺，向非洲公共卫生应急基金捐款，并呼吁扩大捐助方的范围[1]。会上请区域主任等到与非洲发展银行的协议缔结后，继续管理基金，并加强基金的宣传工作。

病毒性肝炎：非洲区域的情况分析和角度

17. 2014 年 5 月第六十七届世界卫生大会讨论并通过了一项有关肝炎的决议[2]，作为其后续，区域委员会讨论并通过了以非洲区域为背景的病毒性肝炎技术文件[3]。与会代表

[1] AFR/RC64/R6 号决议。
[2] WHA67.6 号决议。
[3] AFR/RC64/R5 号决议。

怀着关切注意到，非洲区域的乙肝流行率为全世界最高，大多数患有慢性肝炎或丙肝的人没有意识到已受感染，并因此有很大将感染传播给他人并且自己发展成肝硬化或肝癌的风险。

18. 会议敦促各会员国制定并实施协调的多部门国家战略，基于本地的流行病学情况，预防、诊断并治疗病毒性肝炎，并加大预防病毒性肝炎活动的力度。

19. 会上请区域主任提供必要的技术支持，帮助各国制定全面、综合的病毒性肝炎国家战略、指南和监测系统，并与主要利益攸关方合作，促进实现公平获取优质、有效、可负担和安全的乙肝和丙肝治疗和诊断。

非洲区域实施世卫组织 2014-2015 年规划预算的情况

20. 区域委员会注意到，批给非洲区域的 2014-2015 年预算为 11.2 亿美元，占世卫组织批准的 39.77 亿美元全球总预算的 28%，截至 2014 年 10 月，非洲区域收到的总资金为 9.683 亿美元，平均资金供应水平为 86%，而已落实的规划预算为 5.209 亿美元，为已批准预算的 47%、可用资源的 54%。与会代表重申，要想有效实施世卫组织与会员国的技术合作，必须根据区域优先重点规划对可用资源进行战略性分配。除了再规划过程可以帮助纠正预算供资中的偏差，也期待世卫组织筹资对话能进一步使资金供给与所批准的规划预算保持一致。与会代表还观察到，由于大多数世卫组织工作人员的薪酬来自指定用于特定短期项目的自愿捐款，工作人员保障、规划可持续性和称职工作人员留用等问题都令人关切。

21. 区域委员会建议，各会员国应根据世卫组织的财务条例，在财务和技术报告领域做出显著改善，同时更加积极地参与其它资源调动工作，以弥合规划预算的供资缺口。

泛美卫生组织第五十三届指导委员会，世卫组织美洲区域委员会第六十六届会议（2014 年 9 月 29 日至 10 月 3 日于美国华盛顿特区）

会议副主席（巴巴多斯卫生部长 John David Edward Boyce 阁下）提交的摘要报告[1]

第一部分：全球讨论议题

2016-2017 年规划预算方案

22. 会员国对以下方面表示欢迎：采取自下而上的方法进行规划和重点确定，加强了对本组织三个层面作用和职责的界定，以及如 2016-2017 年规划预算方案草案所反映的，采用了基于产出和成果而非投入的新预算编制方法。结果链的更新旨在更清晰地显示两方面的联系，一个是所实施的活动与所获产出之间的联系，另一个是成果与影响之间的联系，会员国对此表示欢迎。会议认为，及时制定规划预算的各项指标十分重要，这样会员国才有机会就其提出评论意见。会议还认为，泛美卫生组织 2014-2019 年战略计划确认的各项指标将有助于世卫组织规划预算相关的监测和绩效评估。

23. 会员国注意到资源分配方案的变化，并提请世卫组织秘书处彰显其领导力，通过尽可能发挥现有能力并利用与会员国的伙伴关系，降低某些领域（如可传播和疫苗可预防疾病、艾滋病和结核病）预算减少带来的影响。会议希望得到澄清，秘书处是否计划进一步修订预算，以增加因最近埃博拉病毒病疫情等公共卫生危机变得极为紧张的能力和资源。会议强调有必要继续以妇女、儿童和其它弱势群体的健康为重点。

战略性预算空间分配

24. 区域委员会确认，制定公平、透明和客观的资源分配方法是个十分复杂的问题。会员国强调，这一方法应以所有会员国商定的原则为基础，并基于自下而上的规划方式、对本组织三个层面不同作用和职责的清晰界定以及准确的产出成本计算。会议强调有必要保证一定的灵活性，以适应优先重点的变化和未能预知的状况。会议认为，用于技术合作与全球和区域支持的总体分配标准应是世卫组织的比较优势。会议建议，世卫组织秘书处可以就如何将不同做法方案运用于 2015-2016 年预算提供范例，这样会员国就能看出它们的实际果效。

[1] 该届会议的报告全文以及所有工作文件和决议可见 http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9774&Itemid=41062&lang=en。

25. 委员会还讨论了世卫组织改革的其它方面，强调有必要使预算编制和规划制定保持透明并进行问责，采取参与式决策，使世卫组织和联合国系统其它组织之间实现更好协调，并进行人力资源改革，这样才能确保本组织有充分的应对能力，能够继续担当重任。会议还强调，有必要加快治理改革进程，并确保在国家办事处一级实施改革。

与非国家行为者交往的框架

26. 委员会认识到，与非政府组织、学术机构和其它非国家行为者开展协作十分重要，这样才能获得恰当的专业经验和资源，并推进公共卫生任务，但委员会强调必须避免实际或可能发生的利益冲突。委员会认为，确认潜在风险，并就与不同类别非国家行为者的交往制定特定原则和准则至关重要。会议认为，世界卫生大会 A67/6 号文件中所列的框架不够详细，非国家行为者必须符合什么标准才能被划归某一类别、世卫组织可按何种方式与每一类交往，框架在此方面尚不够详细。同时，会员国提醒不要通过规范性过强、可能缺乏灵活性的框架。会议建议，应在通过框架后早日开展审查，以确认是否须做出任何调整。

27. 一些会员国认为，对于其活动或产品有害健康的行为者，应明令禁止与其的任何交往，并应明令禁止任何从私营部门借调人员的做法。会议强调，有必要确认非政府组织以及慈善和学术机构是否接受营利性私企资助。会议认为，会员国参与监测和监督与非国家行为者的关系至关重要。但一些会员国质疑，A67/6 号文件提议的执行委员会下设六人委员会是否能够确保各国政府获得充分代表并能充分参与。

28. 会议指出，泛美卫生组织在与非国家行为者的互动方面（包括通过泛美卫生组织疫苗采购周转基金与制药业互动）经验丰富，鼓励泛美卫生局与世卫组织秘书处交流经验。

疟疾：全球技术战略草案：2015 年后

29. 委员会没有讨论疟疾战略。美洲区域在一个单独的会议上举行了磋商。

第二部分：区域重要议题

经修订的《2014-2019 年泛美卫生组织战略计划》

30. 区域委员会批准了 2013 年通过的《2014-2019 年泛美卫生组织战略计划》的修订版，其中修订了一组指标[1]。该战略计划与世卫组织《第十二个工作总规划》保持密切一致，

[1] 《2014-2019 年泛美卫生组织战略计划》，2014 年 9 月修订。华盛顿（特区）：泛美卫生组织；2014 年（官方文件 345）。

但也回应了本域特别关注的问题，如南美锥虫病、登革热、农业社区的慢性肾脏疾病、健康决定因素和卫生人力资源。影响和成果指标也反映出区域特点。

普遍获取卫生服务和全民健康覆盖的战略

31. 委员会通过了一项区域战略，它旨在确保所有人和所有社区均能无任何差别地获取全面、适宜、及时、优质的卫生服务和安全、可负担、有效、优质的药品，同时确保这些服务的使用不会使用户（尤其是弱势群体）陷入经济上的困境。（见文件 CD53/5, Rev.2 和 CD53.R14 号决议。）

普遍获得安全血液行动计划

32. 委员会批准了一项推动实现普遍获得安全血液的行动计划，通过自愿无偿献血帮助挽救生命和改善需要血液和血液制品患者的健康。该计划倡导合理使用血液，并呼吁卫生主管部门发挥更大的领导作用，敦促他们在输血链中实施质量管理规划，并将血液系统纳入国家卫生系统。该计划与《世卫组织 2008-2015 年普遍获得安全输血全球战略计划》确立的全球优先重点保持一致，并有助于实现这些全球重点。（见文件 CD53/6 和 CD53.R6 号决议。）

残疾与康复问题行动计划

33. 委员会批准了一项行动计划，目标是通过在生命全程实施为残疾人提供护理并照顾其家庭和护理人员的政策、计划、规划和法律，加强卫生部门的整体应对。该计划与《世卫组织 2014-2021 年全球残疾问题行动计划：增进所有残疾人的健康》保持一致。（见文件 CD53/7，Rev.1 和 CD53.R12 号决议。）

精神卫生行动计划

34. 委员会批准了一项行动计划，旨在促进精神健康、预防精神和物质相关的疾患、提供护理、加强康复并促进精神和物质相关疾病患者的人权。该计划与《世卫组织 2013-2020 年精神卫生综合行动计划》保持一致。（见文件 CD53/8 和 CD53.R7 号决议。）

预防儿童和青少年肥胖症行动计划

35. 委员会批准了一项行动计划，通过推广母乳喂养、健康饮食和身体活动、有关食品推销和标签的财税政策和规定及其它跨部门行动，遏制该区域快速加剧的儿童和青少年

肥胖症流行趋势。该计划与世卫组织《饮食、身体活动与健康全球战略》和《孕产妇和婴幼儿营养全面实施计划》保持一致。（见文件 CD53/9，Rev.2 和 CD53.R13 号决议。）

“将健康融入所有政策”行动计划

36. 委员会批准了一项行动计划，为在美洲区域各国实施“将健康融入所有政策”的做法制定了清晰的步骤。该计划与世卫组织“将健康融入所有政策”的国家行动框架保持一致。（见文件 CD53/10，Rev.1 和 CD53.R2 号决议。）

预防盲症和视力损害行动计划

37. 委员会批准了一项行动计划，以减少可避免的视力损害这一公共卫生问题的发生，并保障视力受损者获得康复服务。该计划将有助于实现世卫组织《2014-2019 年普遍的眼健康全球行动计划》所确立的承诺。（见文件 CD53/11 和 CD53.R8 号决议。）

人道主义援助协调行动计划

38. 委员会批准了一项行动计划，旨在加强美洲各国卫生部在灾难形势下协调国际人道主义援助的能力，以期挽救更多生命，并在公平、透明和包容的框架内保护弱势群体的健康。该计划与 WHA65.20 号决议保持一致，该决议是关于为满足人道主义紧急情况下不断增长的卫生需求，世卫组织的应对和作为卫生部门牵头机构的作用。该计划还与联合国人道主义改革进程和机构间常设委员会改革议程保持一致。（见文件 CD53/12 和 CD53.R9 号决议。）

推进《国际卫生条例（2005）》中的区域立场

39. 委员会审查了本区域实施《国际卫生条例（2005）》进展情况的报告（文件 CD53/14），并建议将各会员国在讨论中表达的意见传达给世卫组织秘书处和理事机构，同时告知该主题区域会议（2014 年 4 月 29-30 日，阿根廷布宜诺斯艾利斯）的成果。成果包括本区域就以下方面提出的建议：口岸认证指南、2016 年后《国际卫生条例》监测框架审查路线图以及号召修订黄热病风险分布图。泛美卫生局将就此议题向世卫组织秘书处提交一份更为详细的报告。

2015 年后可持续发展议程

40. 举行了一次圆桌讨论，向各会员国介绍了开放性工作组提出供联合国大会审议的可持续发展目标，并讨论了这些目标对卫生部门的影响，重点强调了实施方面。圆桌讨论的摘要载于文件 CD53/16，Add.II。

泛美卫生组织疫苗采购周转基金：挑战和机遇

41. 委员会审查了有关泛美卫生组织疫苗采购周转基金现状的报告（文件 CD53/23），其中概要介绍了基金相关的一些挑战和机遇。近年来最大的挑战之一是一些疫苗生产商要求基金修改以单一价格供给所有国家和仅采购最低价格疫苗的基本原则。一些生产商选择不通过基金提供疫苗，而是直接与各国交易，由此削弱了基金获取优惠价格的能力。建议对基金开展一次正式评价，以期加深对其基础性原则和所在疫苗市场当前动态的理解，并确定加强基金的方式。

世卫组织东南亚区域委员会第六十七届会议（2014 年 9 月 10-12 日于孟加拉国达卡）

会议主席（孟加拉国卫生和家庭福利部部长 Mohammed Nasim 先生）提交的摘要报告

第一部分：全球讨论议题

世卫组织改革

与非国家行为者交往的框架

42. 区域委员会确认非国家行为者在全球卫生的各个方面发挥着主要而且越来越重要的作用，并重申世卫组织与其交往的总体目标是，通过更好地利用资源来努力完成本组织的任务。委员会审议了闭会期间会议向其提出的建议[1]，包括本区域会员国对世卫组织制定的交往框架草案和相关政策/实施程序提出的修改建议。委员会的首要关切是，世卫组织与非国家行为者的交往，不应损害其廉正和中立性。委员会注意到，世卫组织没有从私营部门借调人员；大多数借调人员来自联合国系统各专门机构，它们是同类机构，不属非国家行为者这一类。委员会要求，在修订与非国家行为者交往的框架草案时，应考虑 2014 年 8 月闭会期间会议的报告和建议，因而不从非国家行为者那里借调人员进入世卫组织[2]。

筹资对话的后续

43. 委员会观察到，筹资对话是一种保障机制，确保会员国所批准的规划预算中商定的世卫组织结果和可交付成果与为它们提供资金的可用资源相匹配，其最终目标是提高世卫组织工作的质量和有效性。酝酿筹资对话是为提高世卫组织资金供给的一致性、可预测性、灵活性和透明度，并减轻其脆弱性。

44. 委员会对筹资对话的概念表示支持，并称其为世卫组织改革的关键组成部分，而且委员会观察到，预算支持应与区域卫生的关切和挑战，而非捐助方的优先重点相关联，而且应有规模更大、更灵活的核心预算筹资。委员会呼吁解决预算与国家卫生需求和优先重点不匹配的问题，并呼吁捐助方供资与世卫组织的优先重点相统一，委员会敦促各会员国在推进的过程中继续参与对话、发表意见并提出改进的建议。

[1] 文件 SEA/RC67/3 Add.1（http://www.searo.who.int/mediacentre/events/governance/rc/rc67-3add1_agenda_6.1.pdf?ua=1）。
[2] SEA/RC67(2)号决定。

战略性预算空间分配

45. 委员会认识到，世卫组织新战略性预算空间分配方法的制定相当复杂，而且与许多其它正在开展的世卫组织改革举措相互依存。其中包括“自下而上”的规划方法、产出和可交付成果的确认和成本计算、本组织三个层面的作用和职能的界定以及对行政和管理成本供资的审查。委员会强调，新方法的指导原则必须包括基于需求和证据的战略性资源分配，支持那些最有需要的国家，基于包括研究成果和经科学验证的事实在内的流行病学数据，并基于确保公平公正、可客观衡量的基准[1]。

规划预算事宜

46. 委员会注意到其政策规划制定和管理分委员会（SPPDM）在 2014 年 7 月区域办事处举行的第七次会议上提出的建议，当时讨论了规划预算问题，包括 2012-2013 年规划预算的绩效评估、2014-2015 年规划预算的实施以及 2016-2017 年规划预算方案。委员会强调，在当前的双年度内，对各国家办事处和东南亚区域办事处实施规划预算的情况进行更好的控制和监测十分重要。委员会主张预算分配应具有灵活性，以便能向可能需要额外资金的工作领域进行重要的资金转移或再分配。但委员会注意到，世卫组织在针对具体国家或项目的指定自愿捐款方面灵活性有限。

47. 委员会还注意到，2016-2017 年规划预算方案通过以自下而上的方式确认国家一级的优先重点，将容许开展更有针对性的技术合作。委员会对资金分配缺乏足够的灵活性以及不同类别和规划领域持续存在资源调动和分布不均表示关切。委员会欢迎负责一般管理部门的助理总干事保证说，不会削减东南亚区域 2016-2017 年双年度的预算。委员会认可政策规划制定和管理分委员会和闭会期间会议的建议[2]。

第二部分：区域重要议题

世卫组织减少有害使用酒精的全球战略

48. 区域委员会注意到，酒精的有害使用是非传染性疾病四个最常见的可改变和可预防的危险因素之一；因此，减少酒精的有害使用将有助于减少区域内的非传染性疾病。委员会重申，有必要进一步加强国家和区域能力，包括机构能力，并有必要加快实施减少有害使用酒精的全球战略。委员会认可了一项区域行动计划[3]。

[1] SEA/RC67(1)号决定。
[2] SEA/RC67/R1 号决议。
[3] SEA/RC67/R4 号决议。

覆盖每一例出生和死亡：改进民事登记和生命统计

49. 委员会对以下方面表示关切：出生和死亡登记覆盖不足而且不够完整；死因登记数据质量较差，导致国际疾病分类编码的记录不明确；缺乏质量审计，因而无法改进民事登记数据质量并使用数据进行生命统计；负责民事登记和生命统计（CRVS）的主要利益攸关部委之间的机构间协调不足。委员会强调，有必要建立一个可供所有国家复制的民事登记和生命统计通用模式。委员会注意到，建立优质的民事登记和生命统计系统需要强有力的政治承诺和部门间的合作与协作。只有这样，民事登记和生命统计系统才能帮助卫生部门做出基于证据的政策决定[1]。

传统医学：德里宣言

50. 委员会注意到，2014 年 5 月的世界卫生大会已经认可了新的《世卫组织 2014-2023 年传统医学战略》。但委员会认识到，有必要开展更多研究，以确保所有传统医学产品和基于证据的做法安全、优质并有效。委员会还确认，需要对产品、做法和从业人员进行充分监管，以确保安全有效地使用优质传统医药，并确保这些领域要求不断提高能力，委员会还请世卫组织为此提供支持[2]。

将急诊和基本外科治疗及麻醉作为全民健康覆盖内容予以加强

51. 委员会观察到，加强急诊和基本外科治疗及麻醉服务将促进卫生服务并改善服务需求人群的状况，如改善母亲和儿童以及风险人群的状况。委员会重申，将外科治疗纳入卫生服务，对于实现全民健康覆盖具有重要价值。委员会还鼓励采用远程医学、电子卫生、移动卫生和数字卫生储存点，以加强地区和次地区一级卫生保健机构中已有外科设施的效用。

病毒性肝炎

52. 委员会对病毒性肝炎在全球造成的显著发病率和死亡率及其对东南亚区域的严重影响表示关切。委员会还对本区域会员国缺乏病毒性肝炎监督和监测的数据和系统表示关切。它强调有必要加强诊断和管理能力，并采取跨部门综合应对病毒性肝炎的做法。委员会建议各会员国结合自己本国的背景，在与本国需求和卫生系统要求一致的情况下，审议通过预防和控制病毒性肝炎的区域战略[3]。

[1] SEA/RC67/R2 号决议。
[2] SEA/RC67/R3 号决议。
[3] SEA/RC67/R5 号决议。

加强卫生人力教育和培训的区域战略

53. 委员会重点指出，迫切需要改善本区域卫生人力的数量和质量。委员会观察到，卫生人力资源方面的标准指导原则需要放在各国具体的国情背景下，既要考虑人力在地理分布上的挑战等限制因素，也要考虑到尽管按卫生人力指标衡量得出的绩效相对较差，但实际卫生成果可能较好的情况[1]。

东南亚区域的营养状况和食品安全

54. 委员会表示坚定承诺改善人口营养状况。各会员国已经采用了针对婴幼儿、青少年和母亲这些群体的广泛的跨部门干预措施。

东南亚区域卫生应急基金

55. 委员会注意到，东南亚区域卫生应急基金（SEAHREF）自启动以来，已为本区域 9 个会员国应对 24 次灾难提供了资金支持。委员会赞赏区域办事处努力探索方式，将东南亚区域卫生应急基金的资金转至自愿捐款项下，以使双年度末的结余能转入下一个双年度。

消灭脊灰的挑战

56. 委员会注意到，消灭脊灰区域认证委员会已将本区域认证为无脊灰区域。这是一项不可思议的公共卫生业绩，尤其考虑到本区域规划所面临的巨大挑战，但多亏所有国家的大力投入、卫生工作人员的应变能力和强烈的敬业精神以及伙伴机构的坚定支持，消灭脊灰的规划目标业已实现。

2012 年：东南亚区域加强常规免疫年：提高并保持覆盖率框架

57. 委员会注意到区域办事处 2014 年 7 月召开的高级别筹备会议所提的建议。委员会观察到，各会员国都有长期开展免疫规划的历史，而且都在大力加强常规免疫服务。委员会还同意尚有更多工作要做，才能保持住许多国家业已取得的成果，对于免疫覆盖不足的人群尤其如此，而且委员会同意须继续努力调动内部和外部支持，以加强和保持高质量的免疫服务。

[1] SEA/RC67/R6 号决议。

研究与开发方面筹资与协调问题的协商性专家工作小组

58. 委员会审查了有关研究与开发方面筹资与协调问题协商性专家工作小组（CEWG）的 SEA/RC66/R3 号决议的实施进展。该决议是就协商性专家工作小组提交给 2012 年 5 月世界卫生大会的报告[1]进行国家和区域磋商的成果。委员会建议推进设立全球卫生研发观察站的提案，并探索有利于本区域会员国的筹资机制。委员会还促请世卫组织加快开展“急性发热性疾病卫生服务点复用测试”和“登革热疫苗开发”余下的演示项目。

泛自闭症障碍和发育残疾

59. 委员会获知，东南亚区域的会员国正逐渐认识到，有必要促进在区域和全球开展更有效的协调行动，以改善泛自闭症障碍（ASD）和其它发育障碍儿童获取优质护理的情况。尽管有所进展，委员会注意到有待解决的挑战，包括缺乏对泛自闭症障碍的认识，并由此导致实施泛自闭症障碍规划的资源不足以及政策制定者和卫生规划者对泛自闭症障碍的重视不够。缺乏可依靠的数据，使制定具体区域和国家战略和规划的工作受到了限制。

预防控制非传染性疾病区域行动计划和具体目标（2013-2020 年）

60. 委员会注意到高级别筹备会议就预防控制非传染性疾病区域行动计划和具体目标（2013-2020 年）提出的建议。如会员国代表强调指出的那样，委员会承认非传染性疾病的负担正在增加，并注意到国家一级采取的主要举措。

特别规划

61. 区域委员会提名马尔代夫为热带病研究和培训特别规划联合协调委员会的成员，自 2015 年 1 月 1 日起，为期三年。提名印度尼西亚为人类生殖研究、发展和研究培训特别规划政策和协调委员会（PCC）成员，自 2015 年 1 月 1 日起，为期三年。委员会还注意到，缅甸声明希望获得区域提名，自 2015 年 1 月 1 日起成为人类生殖研究、发展和研究培训特别规划政策和协调委员会（PCC）的成员。委员会请区域主任将缅甸的请求转达世卫组织总部。

[1] 文件 A65/24。

世卫组织欧洲区域委员会第六十四届会议（2014 年 9 月 15-18 日于丹麦哥本哈根）

会议主席（丹麦卫生部长 Nick Hækkerup 先生）提交的摘要报告[1]

62. 世卫组织欧洲区域委员会第六十四届会议于 2014 年 9 月 15 日至 18 日在联合国城市丹麦哥本哈根举行，欧洲区域 53 个会员国的代表以及伙伴代表出席了会议。

第一部分：全球讨论议题

世卫组织改革：对欧洲区域办事处的影响

63. 秘书处在介绍 2016-2017 年全球规划预算方案草案，包括区域角度和自下而上的规划过程时，概要指出了世卫组织改革对区域办事处工作的影响，并解释说，将在 2014 年 12 月中旬以前向会员国提供更新后的战略性预算空间分配方法提案。会议还介绍了起草与非国家行为者交往的框架所采取的步骤。世卫组织欧洲区域常务委员会（SCRC）的成员介绍了常务委员会治理改革和战略性资源分配两个分组的工作情况。

64. 与会代表表示强烈支持改革进程目前取得的进展，同时强调重点关注进展尚不显著的领域十分重要。改革执行委员会和世界卫生大会的工作方法尤其重要，尤其应强调清晰的优先重点设定，并确保会议集中针对与全部 194 个会员国相关的议题。正在持续的埃博拉病毒病疫情极为明确地突出显示，世卫组织有能力迅速、灵活、全面应对新挑战十分重要。

2016-2017 年规划预算方案

65. 2016-2017 年规划预算方案草案受到了欢迎，自下而上的规划过程受到了称赞。会议请求就如何解决本组织不同层面的优先重点做进一步澄清，并说明该规划过程如何能在没有国家合作战略的国家加以实施。应为第 6 类下的风险管理和内部监督提供更多资源，并应节约成本和提高效率，以抵消管理和行政费用增加的预算。应在执行委员会 2015 年 1 月下届会议前，将带有标准产出成本计算的 2016-2017 年规划预算草案发给各会员国。会议对用于环境和卫生相关活动以及传染病和疫情的预算减少表示关切。

[1] 会议报告全文可见 http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/262618/64rp00e_RC64report_pictureless_140754.pdf?ua=1。

战略性预算空间分配

66. 关于战略性预算空间分配，常务委员会战略性资源分配分组已针对世卫组织工作四个业务部分的每一部分提出了指导原则和标准建议，以支持全球工作组的工作。希望即将于 2014 年 11 月举行的全球工作组会议将形成战略性预算空间分配的具体机制，接受现实世界预算分配的检验。会员国代表认识到编制 2016-2017 年规划预算方案草案可能涉及的问题，因为没有全面探索按业务部分进行预算分类的影响。必须预留充足时间与会员国磋商和拟定灵活的预算空间分配模式，以便找到所有区域都认为公平的解决方案。

与非国家行为者交往的框架

67. 与会代表欢迎努力提高世卫组织与伙伴的工作的透明度。非国家行为者通常提供大量、不指定用途的自愿捐款，而且有他们参与解决复杂的卫生问题，可以从中获得知识和专业经验，使世卫组织在全球卫生舞台上与所有利益攸关方交往。框架草案应予以通过，但它也应保持一定的灵活性，以便在较晚阶段进行修订。区域委员会通过了欧洲区域会员国关于与非国家行为者交往框架草案的下述立场声明：

> “世卫组织及其声誉对我们非常宝贵，我们，欧洲区域会员国将努力并认真与秘书处合作，确保世卫组织在 21 世纪继续保持其重要性和有效性。为此目的，忆及我们在第六十七届世界卫生大会上表达了通过该框架的意愿，我们强烈促请在 2015 年第六十八届世界卫生大会上通过与非国家行为者交往的框架草案。
>
> 我们意识到还须进一步作出一些修改，以增加明晰度，包括在下列领域：
>
> – 利害冲突管理
>
> – 评价程序和时间表。
>
> 我们强烈建议不必追求尽善尽美，而是首先展开工作，相信各理事机构有足够的智慧监督该框架的实际运作，并继续加以改进。
>
> 我们期待在 2014 年 12 月 15 日之前收到最新的框架案文，并请秘书处在计划于 12 月中旬举行、各会员国可进行网络访问的代表团情况介绍会上作出说明。”

疟疾：全球技术战略草案：2015 年后

68. 区域委员会听取了有关 2015 年后全球疟疾战略草案的简要介绍。秘书处报告说，欧洲区域有望在 2015 年之前实现无疟疾状态。区域办事处正在支持各会员国努力实现消灭疟疾目标，同时确保该疾病未来不会再次输入本区域。

第二部分：区域重要议题

“卫生 2020”计划

69. 秘书处说明了 2012-2014 年实施“卫生 2020”计划所采取的措施，包括与各国合作更新其各自国家卫生政策、战略和计划的工作，以及能力建设和支持活动，它们加强了对“卫生 2020”计划以及区域办事处调研形成的证据和建议的认识。要求采取灵活做法，确保“卫生 2020”计划能在区域内的所有会员国从任一起点开始实施，并采用连贯的框架和全面的做法。区域办事处还与高级政府官员和范围广泛的伙伴来往，以支持各国的实施工作。常务委员会成立了“卫生 2020”计划分组来审查实施方面的进展；该分组赞许区域办事处的领导力及其正在开展的大量活动，并强调有必要接触其它部门。

70. 与会代表称赞了区域办事处开展的活动，并就所获得的多种不同形式的支持表示感谢。各国根据本国国情，正在以不同方式、按不同优先重点实施“卫生 2020”计划。会议简要介绍了各种成功范例，包括针对不公现象和健康决定因素开展的工作和成立国家部门间委员会的做法。显然，“卫生 2020”计划主张其自身是欧洲区域改进卫生成果、提高机构绩效亟需的有用框架，是公共卫生政策实现质变的机会。建立了新的耐人寻味的伙伴关系、交流和合作形式，并且因此同意，组织一次会议与不同部门的利益攸关方和政府所有层面讨论“卫生 2020”计划实施工作的时机已经到来。

为儿童投资：2015-2020 年欧洲儿童和青少年健康战略与 2015-2020 年欧洲预防虐待儿童行动计划[1]

71. 秘书处介绍了 2015-2020 年欧洲儿童和青少年健康战略的愿景，政策制定者在其中考虑到了儿童，他们居住在家庭中，能够获得卫生保健和教育，学习为在社会中有效生存发展所需的生活技能。2015-2020 年欧洲预防虐待儿童行动计划旨在提高有关虐待儿童所致影响的认识，通过伙伴关系和跨部门行动加强预防管理，并通过完善后的儿童保护法和更多卫生专业人员培训，降低儿童受虐待的风险。其具体目标是到 2020 年，将

[1] EUR/RC64/R6 号决议。

整个区域的儿童凶杀案年发案率降低 20%。欧洲战略和行动计划的制定都经过与会员国和伙伴的广泛磋商，都强调儿童早期发育的重要性并覆盖儿童健康的关键重点领域。

72. 与会代表对战略和行动计划表示欢迎，并称赞促进其制定的广泛磋商过程。代表们强调，为儿童和青少年健康投资十分重要，而且不同部门和职业领域间的系统性协作也很重要，代表们还强调，对儿童福利的全面监测是重要的组织模式，值得列入行动计划。

2015-2020 年欧洲食品和营养行动计划[1]

73. 秘书处介绍了 2015-2020 年欧洲食品和营养行动计划，该计划的制定经过与会员国和民间社会的广泛磋商，并与非传染性疾病（NCD）和营养方面的全球进程以及欧盟的防止儿童期肥胖症行动计划相一致。计划的主要目标是：营造健康的食品和饮品环境；在生命全程推广健康饮食的益处，尤其是对最脆弱群体的益处；加强卫生系统以促进健康饮食；支持监督、监测、评价和研究；以及加强管理、部门间联盟和网络，以便采取“将健康融入所有政策”的做法。

74. 与会者表示支持行动计划，并强调获得健康饮食选择和健康食品环境对儿童非常重要，而且从小建立健康营养习惯也很重要。与会者欢迎具有包容性的磋商过程，它是起草行动计划的关键，与会者还提请将各国背景纳入考虑。考虑到非传染性疾病的沉重负担以及不健康饮食是与之相关的可改变的主要危险因素之一，该行动计划显得尤为及时，它呼吁通过在整个政府采取“将健康融入所有政策”的做法，在一系列政策领域采取整体、综合性的行动。

2015-2020 年欧洲疫苗行动计划[2]

75. 秘书处介绍了 2015-2020 年欧洲疫苗行动计划，它的基础是实现欧洲区域没有疫苗可预防疾病，所有国家都提供公平获得贯穿生命全程的优质、安全、可负担的疫苗和免疫服务的机会这一愿景。计划提出了 6 个目标：保持欧洲区域无脊灰的状态，消灭麻疹和风疹，控制乙肝感染，在所有行政层级实现区域免疫覆盖各项具体目标，在投入使用新疫苗的问题上采取基于证据的决策方式，以及使国家免疫规划具有财政上的可持续性。

[1] EUR/RC64/R7 号决议。
[2] EUR/RC64/R5 号决议。

76. 与会代表对行动计划表示欢迎，并强调确保对免疫规划和充足资金供给做出政治承诺的重要性。免疫规划应以难以接触到的群体为目标，应努力提高公众对免疫安全性和好处的认识，采用有针对性的宣传沟通策略，将反对接种疫苗的团体纳入其中。应利用基于证据的信息来制定国家免疫政策并加强监测和监督体系。

世卫组织欧洲区域的卫生伙伴关系

77. 举行了一次小组讨论，期间与会者强调了世卫组织欧洲区域因广泛的经济多样性而形成的特殊情况。各国特有的挑战影响着实现千年发展目标的进程。国家之间和国家内部的显著差距依然存在，而且许多边缘化群体错过了进程带来的益处。需要就社会决定因素开展协调行动。正在组建非传染性疾病和健康社会决定因素机构间区域工作队，以在此方面向各国提供支持。还应支持各国努力采集可靠、按类分解的数据，以便确认并弥合发展差距。

世卫组织欧洲区域在“卫生 2020”计划背景下预防和控制非传染性疾病部长级会议（2013 年 12 月 3 日至 4 日于土库曼斯坦阿什哈巴德）[1]

78. 区域委员会获知，在预防和控制非传染性疾病部长级会议上，也强调了健康社会决定因素与非传染性疾病之间的关联。会议特别关注烟草使用问题，它在欧洲区域尤为普遍，尽管该区域批准世卫组织烟草控制框架公约（FCTC）的比例很高。烟草控制框架公约秘书处负责人与区域委员会进行了对话，并鼓励所有尚未批准的会员国签署和批准《消除烟草制品非法贸易议定书》。会员国欢迎《阿什哈巴德宣言》的通过，并重申承诺确保在公共卫生方面继续重视非传染性疾病，以之作为卫生系统可持续发展的主要威胁之一。

世界卫生大会和执行委员会决议和决定产生的事项

第 1 类：传染病

肝炎

79. 秘书处征求区域委员会有关病毒性肝炎的意见，以便在最终编制有关该议题的全球战略时纳入考虑。区域委员会获知，世卫组织正在收集定价信息，并正与制药业谈判，

[1] EUR/RC64/R4 号决议。

以降低肝炎药物的费用。为应对肝炎在欧洲区域造成的沉重负担，已经采取了多项行动，包括在哥本哈根大学建立世卫组织艾滋病毒和肝炎合作中心。

第 2 类：非传染性疾病

80. 秘书处报告了第二届联合国大会非传染性疾病高级别会议的成果。欧洲区域的区域办事处和会员国为高级别会议的成果文件做出了重要贡献。欧洲区域有关与非国家行为者交往的讨论将对成果文件的后续产生影响，将需要世界卫生大会提供指导。

第 5 类：防范、监测和应对

抗微生物药物耐药性

81. 会议简要介绍了与包括抗生素耐药在内的抗微生物药物耐药性作斗争的全球行动计划草案的主要组成部分，并作了视频展示，其中详细介绍了有关抗微生物药物耐药性的部长级会议的内容，该会议由荷兰在 2014 年 6 月主办。计划将在 2015 年第六十八届世界卫生大会前一年的晚些时候举行更多会议，而且将于 2015 年 1 月启动的网络磋商将为制定全球行动计划提供汇集意见的平台。会员国代表欢迎继 WHA67.25 号决议通过后为制定全球行动计划所做的工作。他们强调有必要制定清晰、可衡量的具体目标和目标，并带有一组指标用以监测和评价计划的实施情况。将在 2014 年晚些时候就抗微生物药物耐药性有关议题主办或联合组织会议的各方介绍了有关会议目标的详细信息。

埃博拉病毒病疫情

82. 负责卫生安全的助理总干事概要介绍了非洲埃博拉病毒病疫情的情况，强调迫切需要考虑如何最好地协调现有支持，并通过确保受染国邻国的防范工作，“走在疫情前面”。世卫组织正在为隔离受染人群和追踪接触者所涉及的挑战寻求解决方案，并正努力加快提供药物和疫苗。

83. 会员国的代表们说，世卫组织除了正在进行的重要疫情控制工作，还应适当考虑消息通报方面。各国普遍期待世卫组织带领应对疫情所致突发公共卫生事件的工作，其中应包括处理其长期影响的措施，包括解决市场研发不力的措施。

《国际卫生条例（2005）》

84. 秘书处报告指出，欧洲区域只有 9 个缔约国请求延长落实《国际卫生条例（2005）》所需核心能力的期限。实施条例不应在核心能力要求一经满足时便停止，而应是一个持续改进的过程。代表们原则上欢迎就加快利用《国际卫生条例》开展区域磋商的提案，但强调须有实质性的时间安排并应采用电子方式。修订后的磋商文件应以世卫组织欧洲区域的所有工作语文提供。

消灭脊灰

85. 区域委员会获知，鉴于某些国家的情况正在恶化，总干事已经宣布将野生脊髓灰质炎病毒的国际传播作为国际关注的突发公共卫生事件。欧洲唯一一个受染的缔约国代表说，多亏有非常复杂的监测系统，该国已在下水道中发现野生脊髓灰质炎病毒，而且自 2014 年 3 月底以来，没有环境样本检测结果呈阳性。监测还在继续，而且正在开展免疫活动，已将口服脊灰疫苗重新纳入常规免疫。

世卫组织东地中海区域委员会第六十一届会议(2014 年 10 月 20-22 日于突尼斯突尼斯市)

会议主席（突尼斯卫生部长 Mohamed Saleh Ben Ammar 博士）提交的摘要报告

86. 世卫组织东地中海区域委员会第六十一届会议于 2014 年 10 月 20 日至 22 日在突尼斯突尼斯市举行。区域委员会 20 个会员国派代表参会。阿拉伯叙利亚共和国和也门未派代表参会。其它联合国和政府间组织及非政府组织的观察员也参加了会议。

第一部分：全球讨论议题

2016-2017 年规划预算方案

87. 会员国讨论并支持加强世卫组织改革在国家一级的影响，所采用的手段是加强自下而上的预算规划方法，使预算立足于国家卫生计划和战略，并为国家规划阶段预留更多时间。区域委员会感谢区域主任努力将资源从区域一级转到国家一级。委员会鉴于世卫组织改革对各国规划的影响，呼吁会员国全面参与正在进行的改革进程讨论，并支持执行委员会第 136 届会议和世界卫生大会第六十八届会议大幅提高向各国提供技术支持部分的预算分配比例[1]。

战略性预算空间分配

88. 委员会在讨论中注意到，有必要加强预算空间和上限额的灵活性，以便安排所有可用资源，并帮助确保顺利实施。委员会请区域主任向其下一届会议报告妨碍实施其 EM/RC59/R.6（2012）号决议的限制因素，委员会在该决议中呼吁增加世卫组织的总体预算，特别是评定会费。

与非国家行为者交往的框架

89. 委员会支持为世卫组织与非国家行为者互动确立全面指导原则的必要性。委员会注意到，区域会员国承诺促进框架改进，包括改进其监测和评价部分。待改进领域应包括利益冲突管理、澄清界限（尤其是与私营部门和商会交往的界限）、行为者的定义、药品捐赠的接受问题以及技术转让。

[1] EM/RC61/R.1 号决议。

疟疾：全球技术战略草案：2015 年后

90. 会议议程未纳入这一项。

第二部分：区域重要议题

全球卫生安全：挑战与机遇，特别强调《国际卫生条例（2005）》

91. 委员会认识到，最近的疾病情况，如中东呼吸综合征（MERS）和埃博拉病毒病疫情，突出显示了《国际卫生条例》对全球、区域和国家卫生安全的重要意义。委员会表示关切的是，区域缔约国缺乏防范，无力应对新出现的卫生安全威胁，如在实施《安全卫生条例》所需核心能力方面显示出的严重差距就是一例。会员国表示，他们认真看待实施防范工作的 2016 年最后期限，但也注意到，一些国家复杂的当地情况继续阻碍其实现核心能力的进展。区域委员会敦促会员国正式付诸努力，到 2016 年在全球卫生安全的背景下实现这一目标，使实施《国际卫生条例》成为最重要的国家优先重点之一，确保强有力的部门间协调，加强跨境合作，并抓紧开展综合能力评估，以应对可能出现的埃博拉病毒病入境的情况[1]。

突发事件防范与应对

92. 委员会讨论了突发事件防范和应对方面的情况。它对区域内危机和突发事件的严重程度以及缺乏充分的突发事件防范和应对能力表示关切。委员会敦促会员国在多个领域采取行动，以便加强卫生系统预防、减缓、防范、应对突发事件和从中恢复的能力，包括实施监测、加强技术能力以及订立和检验国家间互助协议。委员会还敦促会员国向应急支援基金捐款，从世卫组织国家预算中划拨至少 1%给基金，并促进建立区域物流中心和在突发事件中实现迅速调派的区域专家扩增名单[2]。

非传染性疾病：联合国大会政治宣言的实施与 2014 年 7 月高级别审查会议的后续

93. 委员会讨论了通过在其第五十九届会议上认可的区域行动框架来实施政治宣言的当前进展。委员会注意到，实施方面依然存在重大差距，委员会讨论并认可了更新后的行动框架，包括可更密切监测这些差距的进展指标。委员会敦促会员国在更新后的框架内加快和扩大实施战略性干预措施，尤其要实施世卫组织有关向儿童推销食品和非酒精类饮料的建议。委员会提请执行委员会在其第 136 届会议上请总干事制定一组进展指标，

[1] EM/RC61/R.2 号决议。
[2] EM/RC61/R.1 号决议。

用以评估国家一级实施政治宣言的进展，供世界卫生大会审议，这样联合国秘书长和世卫组织总干事将能在 2018 年联大下一届高级别会议上做报告。委员会还请区域主任在执行委员会和世界卫生大会下届会议期间召集一次会外活动，向各会员国简要介绍更新后的行动框架和区域委员会通过的进展指标[1]。

加强卫生系统以实现全民健康覆盖

94. 委员会讨论了第五十九届会议认可的加强卫生系统战略的实施进展，包括加快实现全民健康覆盖的区域路线图。委员会再次肯定其基于初级卫生保健的价值观和原则与获得可负担的优质卫生服务的权利，采用跨部门方法实现全民健康覆盖的承诺。委员会要求会员国考虑实施推进区域全民健康覆盖的区域行动框架，并在该框架的基础上制定和实施全民健康覆盖的国家路线图[2]。

加强卫生信息系统

95. 委员会讨论了卫生信息系统，并注意到大多数国家没有定期监测健康决定因素和风险，没有完整和准确地报告按死因分类的死亡率，也没有充分评估干预措施覆盖情况和卫生系统绩效。区域性做法以改进民事登记和生命统计（CRVS）为重点，特别强调加强按死因分类的死亡率统计，以及定义国家卫生信息系统的主要组成部分和每一部分下须监测的内容。委员会注意到民事登记和生命统计系统状况评估和制定核心指标列表的进展。委员会认可区域框架和核心指标，并要求会员国实施该框架，并自 2015 年起按核心指标做定期报告[2]。

2000-2011 年区域委员会决议落实情况审查

96. 委员会在其第六十届会议上审议了秘书处关于 2000-2011 年所批准决议落实情况的审查报告，审查的目的是确保今后的决议与区域公共卫生挑战相对应，并符合区域战略方向。注意到执行委员会在治理改革方面的相关决定，委员会决定成立一个特设小组委员会，对以往决议进行审查并就应废止的决议提出建议。在特设委员会提出建议后，区域委员会决定废止 79 项决议，并采用问责机制监测现行有效的决议并定期报告其落实情况。委员会还决定扩大审查范围，以覆盖 2011-2014 年这段时间，并考虑将 1990-2000 年这段也纳入其中[3]。

[1] EM/RC61/R.3 号决议。
[2] EM/RC61/R.1 号决议。
[3] 第 3 号决定。

世卫组织西太平洋区域委员会第六十五届会议(2014 年 10 月 13-17 日于菲律宾马尼拉)

会议主席(菲律宾卫生部秘书 Enrique T. Ona 博士阁下)提交的摘要报告

第一部分:全球讨论议题

2016-2017 年规划预算方案

97. 会议将 2016-2017 年规划预算方案草案作为实际而非理想性的预算,向区域委员会作了介绍。某些规划的预算增加,其它规划的预算则有相应比例的减少,理由是世卫组织并非有关领域唯一的卫生利益攸关方,它可以更有效地把资源运用在决策领域和技术方面。对世卫组织各个区域的资源分配依然没有变化。

98. 代表们说,2016-2017 年规划预算方案将提高规划实施的可预测性和透明度,他们注意到规划重点的变化。许多代表高兴地看到,方案有意提升国家对规划的掌控并加强国家财政管理系统。有些代表对传染病预算资金减少表示关切,但接受做出该决定的理由。

99. 一位代表注意到方案有意在本组织不同层级实施相似规划,并表示同意,但提醒说应明确各个层级预期的主要产出,以确保最终产出具有连续性并且可衡量。另一位代表促请秘书处努力增加自愿捐款或培养新的捐助方,并与联合国系统的其它组织开展对话,以实现卫生领域的一体行动。

100. 代表们说,在进入新的双年度之前建立严谨的监测和评价框架十分重要,而且应提供监测和评价工具,帮助各国报告各项活动的实施情况。同样,可衡量的指标是更好地确认本组织对公共卫生可交付成果影响的重要工具。一位代表建议,应利用 2014-2015 年的成绩,为衡量 2016-2017 年影响、成果和产出的绩效评估指标提供参考;应向各会员国提供更全面的指标信息。

101. 一位代表说,区域办事处应说明它预期如何与总部和各国家办事处开展合作,以确保在资源调动方面采取协调一致的做法。在如何利用自下而上的规划方式为规划预算方案草案提供参考的方面,应提供更多信息,考虑到本区域的基础资金与 2014-2015 年保持不变,尤其应如此。

102. 会议请秘书处报告产出和可交付成果全面成本计算（即技术支持的费用，包括行政和管理费用）的进展。还请秘书处解释本区域使用何种机制调整规划资金类别，来对应国家办事处优先重点的变化，即通过自下而上的规划过程所确认的变化。会议注意到，规划预算方案草案没有对前一个双年度内所通过决定的影响作明确评论。

103. 代表们建议对一些领域给予更多关注，例如：偏远岛屿社区的卫生基础设施；气候变化对卫生保健系统的负担性影响；全组织范围服务、审计和评价；移徙工作者以及贸易与健康间的联系；在将所有政府政策中促进健康；以及考虑到许多卫生问题产生自卫生以外的部门，有必要推动和影响其它部门与卫生部门合作。

104. 区域委员会通过了 WPR/RC65.R1 号决议。

战略性预算空间分配

105. 马来西亚代表西太平洋区域参加了执行委员会规划、预算和行政委员会建立的工作组，指导新的战略性资源分配方法的制定和实施。工作组请会员国审查拟议做法，将完善该做法，并提交 2015 年 1 月的规划、预算和行政委员会。

106. 代表们认同战略性预算空间分配方法公平、透明，并总体认为，按部分对本组织各项活动进行的分类易于理解，而且工作组确认的要素是有利于正在开展的讨论的要点。拟议方法纳入了必要的灵活性，以便在有需要时进行资金再分配。一位代表说，应对各项产出进行切合实际的成本计算，并更精确地定义本组织三个层面的作用和职责。

与非国家行为者交往的框架

107. 代表们批准与非国家行为者交往的框架，它作为工具可使世卫组织灵活地与全球所有部门的卫生行为者合作，同时保护本组织作为全球卫生标准设定组织的廉正性。例如，在有适当保障的前提下，世卫组织应能在其商业能力范围内与私营部门交往，推进新医学产品的研发。代表们还注意到，世卫组织组织规定的一项任务是与营养、住房、卫生设施、娱乐和环境卫生等领域的其它部门合作，并制定食品、生物和药物产品方面的标准。应将竞争中立性的概念深植入框架内。将评价过程（它确保通过执行委员会使世界卫生大会进行持续改进以及稳健和定期监督）与中断与特定非国家行为者交往的机制视需要结合起来，应能形成充分保障，确保世界卫生大会通过该框架。

108. 另一位代表观察到，泛美卫生组织在其最近的区域会议上，曾建议设立一个专门的办事处，对交往政策的执行情况进行监督。这样的办事处不但可以行使监督职能，还可以起到促进作用，推动交往并积极支持世卫组织规划在其能力范围内接触非国家行为者，包括接触私营部门。从私营部门实体接受资金的机制应与国家卫生部门的战略相一致。世卫组织能够从成功的多利益攸关方举措和公共-私营伙伴关系中汲取经验，再与会员国共享。

疟疾：全球技术战略草案：2015 年后

109. 区域委员会获知，世卫组织正在制定 2016-2030 年的全球疟疾技术战略，并将提交 2015 年的世界卫生大会供批准。该战略将构成遏制疟疾伙伴关系制定第二代全球疟疾行动计划的技术基础。战略和行动计划都将确定未来十年疟疾控制和消灭工作的蓝图。2014 年 6 月与会员国和伙伴进行的区域磋商为此提供了重要的反馈和输入意见。

110. 代表们注意到，国际交流增多意味着输入疟疾病例的数量增加。有些代表说，国家控制工作的重点是弱势群体。世卫组织应发挥作用，加大实施经验证的预防和治疗干预措施、抗疟药品监督和药品质量监测能力建设。青蒿素耐药性的问题须通过全区域范围的举措予以解决；世卫组织应继续显示其领导力，并参与与会员国和伙伴协调的工作。可以通过亚太领导人抗疟同盟和世卫组织全球技术战略草案，调动对青蒿素耐药性控制工作和到 2030 年在区域内消灭疟疾这一目标的政治支持。

111. 在此背景下，一位代表宣布，在世卫组织和疟疾药物联合项目的支持下，该国成功制成了新的抗疟药物。中国代表说，世卫组织应支持青蒿素衍生物替代品方面的研究，并由此建议本组织考虑加快通过对中国生产的高效低成本抗疟药物的资格预审。

第二部分：区域重要议题

精神卫生

112. 区域委员会认可西太平洋区域实施 2013-2020 年精神卫生行动计划的区域议程，并敦促会员国将精神卫生纳入国家卫生计划；以区域议程为指导，制定并加强国家精神卫生规划；并与伙伴和利益攸关方合作，改善区域内的精神卫生状况[1]。

[1] WPR/RC65.R3 号决议。

无烟草行动

113. 区域委员会认可西太平洋区域无烟草行动区域行动计划（2015-2019 年），并敦促会员国以该行动计划为指导，制定和实施烟草控制方面的国家行动计划；确保可持续进行烟草控制的能力；继续制定执法方面的法律文书和政策，以符合世卫组织烟草控制框架公约的规定，包括制定抵制烟草业干扰的保护措施；并使社会不同部门参与烟草控制。会议请区域主任推动与贸易和其它部门的交往，支持针对非传染性疾病流行而制定的烟草控制政策[1]。

抗微生物药物耐药性

114. 区域委员会认可西太平洋区域抗微生物药物耐药性行动议程，并敦促会员国利用该议程辅助制定与抗微生物药物耐药性作斗争的国家行动计划，确保为持续开展与抗微生物药物耐药性作斗争的行动提供充分的人力和资金资源。会议请区域主任支持开发区域数据共享和分析平台，并推动多部门行动与合作，控制抗微生物药物的使用[2]。

扩大免疫规划

115. 区域委员会认可西太平洋区域实施全球疫苗行动计划的区域框架及其免疫目标，并敦促会员国运用其中所含的战略来实现免疫目标和加强国家规划，并为实现免疫目标分配充足资源[3]。

突发事件与灾害

116. 区域委员会认可西太平洋区域卫生领域灾害风险管理的区域行动框架，并敦促会员国根据框架制定、更新和实施卫生领域灾害风险管理的国家重点行动，并与所有部门合作加强国家能力与技术和资金投资以确保实施。会议请区域主任促进合作和伙伴关系，以支持卫生领域的灾害风险管理[4]。

= = =

[1] WPR/RC65.R2 号决议。
[2] WPR/RC65.R4 号决议。
[3] WPR/RC65.R5 号决议。
[4] WPR/RC65.R6 号决议。