



世 界 卫 生 组 织

执 行 委 员 会

第 一 二 六 届 会 议

2010 年 1 月 18-23 日 于 日 内 瓦

决 议 和 决 定
附 件

日 内 瓦
二 〇 一 〇 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	UNCTAD	— 联合国贸易和发展会议
ASEAN	— 东南亚国家联盟	UNDCP	— 联合国国际药物管制 规划署
CEB	— 联合国系统行政首长协调 委员会(前行政协调委员会)	UNDP	— 联合国开发计划署
CIOMS	— 国际医学科学组织理事会	UNEP	— 联合国环境规划署
FAO	— 联合国粮食及农业组织	UNESCO	— 联合国教育、科学及 文化组织
IAEA	— 国际原子能机构	UNFPA	— 联合国人口基金
IARC	— 国际癌症研究机构	UNHCR	— 联合国难民事务高级专员 办事处
ICAO	— 国际民用航空组织	UNICEF	— 联合国儿童基金会
IFAD	— 国际农业发展基金	UNIDO	— 联合国工业发展组织
ILO	— 国际劳工组织(局)	UNRWA	— 联合国近东巴勒斯坦难民 救济及工程处
IMF	— 国际货币基金组织	WFP	— 世界粮食计划署
IMO	— 国际海事组织	WIPO	— 世界知识产权组织
INCB	— 国际麻醉品管制局	WMO	— 世界气象组织
ITU	— 国际电信联盟	WTO	— 世界贸易组织
OECD	— 经济合作与发展组织		
OIE	— 国际兽疫局		
PAHO	— 泛美卫生组织		
UNAIDS	— 联合国艾滋病规划署		

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

执行委员会第一二六届会议于 2010 年 1 月 18 日至 23 日在日内瓦世界卫生组织总部举行。会议记录分两卷出版。本卷包括决议和决定、有关附件及各委员会成员组成的详细情况。执委会的讨论摘要记录以及参加人员和官员的名单刊印在文件 EB126/2010/REC/2 中。



目 录

	页 次
序言	iii
议程	vii
文件清单	xi
委员会和工作小组	xv

决议和决定

决议

EB126.R1	任命非洲区域主任	1
EB126.R2	任命欧洲区域主任	1
EB126.R3	向 Marc Danzon 博士致谢	2
EB126.R4	监测与卫生相关的千年发展目标的实现情况	2
EB126.R5	婴幼儿营养	7
EB126.R6	出生缺陷	10
EB126.R7	推进食品安全行动	13
EB126.R8	执行委员会的工作方法	17
EB126.R9	确认《职员细则》修订款	17
EB126.R10	不叙级职位职员和总干事的薪金	17
EB126.R11	减少有害使用酒精的战略	18
EB126.R12	通过安全的和无害环境的废物管理增进健康	19
EB126.R13	通过对过时杀虫剂和其它过时化学品的健全管理增进健康	22
EB126.R14	血液制品的可得性、安全性和质量	26

EB126.R15	朝着实现降低儿童死亡率的千年发展目标 4 加速进展： 预防和治疗肺炎.....	31
EB126.R16	病毒性肝炎.....	33
EB126.R17	与非政府组织的关系.....	36

决定

EB126(1)	任命独立专家监督咨询委员会的成员.....	38
EB126(2)	任命执行委员会出席第六十三届世界卫生大会的代表.....	38
EB126(3)	第六十三届世界卫生大会临时议程和会期.....	38
EB126(4)	执行委员会第 127 届会议的日期和地点.....	39
EB126(5)	审议与世卫组织有正式关系的非政府组织.....	39
EB126(6)	授予 A.T.舒沙博士基金奖	39
EB126(7)	授予世川卫生奖.....	40
EB126(8)	授予阿拉伯联合酋长国卫生基金奖.....	40
EB126(9)	授予李钟郁博士公共卫生纪念奖.....	40

附 件

1.	出生缺陷.....	43
2.	《执行委员会会议事规则》修订文本.....	50
3.	确认《职员细则》修订款.....	51
4.	减少有害使用酒精战略草案.....	54
5.	分别根据 EB126.R17 号决议和 EB126(5)号决定与世界卫生组织建立或 维持正式关系的非政府组织.....	75
6.	指导世卫组织审查受国际管制的精神活性物质.....	78
7.	执委会通过的决议对秘书处的财政和行政影响.....	103

议程¹

1. 会议开幕和通过议程
2. 总干事的报告
3. 执行委员会规划、预算和行政委员会的报告
4. 技术和卫生事项
 - 4.1 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
 - 4.2 实施《国际卫生条例（2005）》
 - 4.3 公共卫生、创新和知识产权：全球战略和行动计划
 - 4.4 监测与卫生相关的千年发展目标的实现情况
 - 4.5 卫生人员国际招聘：全球行为守则草案
 - 4.6 婴幼儿营养：四年期进展报告
 - 4.7 出生缺陷
 - 4.8 食品安全
 - 4.9 预防和控制非传染病：实施全球战略
 - 4.10 减少有害使用酒精的战略
 - 4.11 结核病控制
 - 进展和长期计划
 - 预防和控制耐多药结核病和广泛耐药结核病

¹ 执委会第一次会议（2010年1月18日）通过。

4.12 病毒性肝炎

4.13 利什曼病控制

4.14 全球根除麻疹

4.15 根除天花：销毁储存的天花病毒

4.16 血液制品的可得性、安全性和质量

4.17 国际化学品管理战略方针

4.18 指导世卫组织审查受国际管制的精神活性物质：建议的修订

4.19 海地地震的卫生后果

4.20 肺炎的治疗和预防

4.21 麻风病（汉森病）

5. 规划和预算事项

5.1 2006-2015 年第十一个工作总规划

6. 财务事项

6.1 摊款比额表

6.2 [删除]

7. 管理事项

7.1 工作人员和房舍的安全和保障以及基本建设总计划

7.2 任命独立专家监督咨询委员会的成员

- 7.3 理事机构的工作方法
- 7.4 第六十三届世界卫生大会临时议程以及执行委员会第 127 届会议日期和地点
- 7.5 执行委员会各委员会的报告
 - 非政府组织常设委员会
 - 各基金会和授奖
- 8. 职工配备事项
 - 8.1 任命非洲区域主任
 - 8.2 任命欧洲区域主任
 - 8.3 任命内审计员
 - 8.4 人力资源：年度报告
 - 8.5 确认《人事条例》和《职员细则》修订款
 - 8.6 世卫组织职工协会代表的发言
 - 8.7 国际公务员制度委员会的报告
- 9. 通报事项
 - 9.1 咨询机构的报告
 - 卫生研究咨询委员会
 - 专家委员会和研究小组

10. 进展报告

- A. 脊髓灰质炎：管理根除潜在风险的机制（WHA61.1 号决议）
- B. 控制非洲人类锥虫病（WHA57.2 号决议）
- C. 生殖卫生：朝着实现国际发展目标和具体目标加速进展的战略（WHA57.12 号决议）
- D. 迅速加大卫生人力培养力度（WHA59.23 号决议）
- E. 加强护理与助产服务（WHA59.27 号决议）
- F. 维持消灭碘缺乏症（WHA60.21 号决议）
- G. 多种语言：实施行动计划（WHA61.12 号决议）
- H. 移民健康（WHA61.17 号决议）
- I. 气候变化和卫生（WHA61.19 号决议）
- J. 初级卫生保健，包括加强卫生系统（WHA62.12 号决议）

11. 会议闭幕

文件清单

EB126/1 Rev.1	议程 ¹
EB126/1 Add.1 和 EB126/1 Add.2	补充议程项目的建议
EB126/2	总干事在执行委员会第 126 届会议上的报告
EB126/3	执行委员会规划、预算和行政委员会的报告
EB126/4	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
EB126/5	实施《国际卫生条例（2005）》
EB126/6	公共卫生、创新和知识产权：全球战略和行动计划
EB126/6 Add.1	公共卫生、创新和知识产权：研究与开发筹资问题专家工作小组的报告
EB126/7	监测与卫生相关的千年发展目标的实现情况
EB126/8	卫生人员国际招聘：全球行为守则草案
EB126/9	婴幼儿营养：四年期进展报告
EB126/10 和 EB126/10 Add.1	出生缺陷 ²
EB126/10 Add.2	关于建议供执行委员会或卫生大会通过的决议对秘书处的财政和行政影响的报告 ³
EB126/11	食品安全

¹ 见第 vii 页。

² 见附件 1。

³ 见附件 7。

EB126/12	预防和控制非传染病：实施全球战略
EB126/13	减少有害使用酒精的战略：全球战略草案 ¹
EB126/13 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
EB126/14	结核病控制
EB126/15	病毒性肝炎
EB126/16	利什曼病控制
EB126/17	全球根除麻疹
EB126/18	根除天花：销毁储存的天花病毒
EB126/19 和 EB126/19 Add.1	血液制品的可得性、安全性和质量
EB126/19 Add.2	关于建议供执行委员会或卫生大会通过的决议对秘书处的财政和行政影响的报告 ²
EB126/20	国际化学品管理战略方针
EB126/21	指导世卫组织审查受国际管制的精神活性物质：建议的修订 ³
EB126/22	2006-2015 年第十一个工作总规划
EB126/23	摊款比额表
EB126/24	工作人员和房舍的安全和保障以及基本建设总计划

¹ 见附件 4。

² 见附件 7。

³ 见附件 6。

文件清单

EB126/25	任命独立专家监督咨询委员会的成员
EB126/26	理事机构的工作方法 ¹
EB126/27	第六十三届世界卫生大会临时议程
EB126/28	执行委员会各委员会的报告：非政府组织常设委员会 ²
EB126/28 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 ³
EB126/29	授奖
EB126/30	任命非洲区域主任
EB126/31	任命欧洲区域主任
EB126/32	任命内审计员
EB126/33, EB126/33 Add.1 和 EB126/33 Add.1 Corr.1	人力资源：年度报告
EB126/34	世卫组织职工协会代表的发言
EB126/35	国际公务员制度委员会的报告
EB126/36	咨询机构的报告：卫生研究咨询委员会
EB126/37	专家委员会和研究小组的报告
EB126/37 Add.1	咨询机构的报告：专家委员会和研究小组 – 专家咨询团和专家委员会及其成员

¹ 见附件 2。

² 见附件 5。

³ 见附件 7。

EB126/38 和 EB126/38 Add.1	进展报告
EB126/39	确认《人事条例》和《职员细则》修订款 ¹
EB126/39 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
EB126/40	肺炎的治疗和预防
EB126/41	麻风病（汉森病）

参阅文件

EB126/INF.DOC./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
EB126/INF.DOC./2	国际公务员制度委员会的报告
EB126/INF.DOC./3	实施《国际卫生条例（2005）》

杂项文件

EB126/DIV/1 Rev.1	委员和其他与会人员名单
EB126/DIV/2	初步日程表
EB126/DIV/3	决定和决议清单
EB126/DIV/4	文件清单

¹ 见附件 3。

² 见附件 7。

委员会和工作小组¹

1. 规划、预算和行政委员会

M. Dahl-Regis博士（巴哈马，主席），A.F.M.R. Haque教授（孟加拉国），P. Buss博士（巴西），D. Houssin先生（法国），M. Kökény博士（匈牙利），K. Sujatha Rao女士（印度），S. Omi博士（日本），S. Kabuluzi博士（马拉维），T. Ryall先生（新西兰），A. Djibo博士（尼日尔）A.J. Mohamed博士（阿曼），A.A. Bin Shakar博士（阿拉伯联合酋长国），S. Zaramba博士（乌干达，执行委员会主席，当然委员）和Sohn Myongsei教授（大韩民国，执行委员会副主席，当然委员）。

第十一次会议，2010年1月14日和15日： M. Dahl-Regis博士（巴哈马，主席），S.A. Ali先生（孟加拉国，A.F.M.R. Haque教授的候补委员），L.F. Beskow博士（巴西，P. Buss博士的候补委员），A. Allo先生（法国，D. Houssin先生的候补委员），A. Meszaro博士（匈牙利，M. Kökény博士的候补委员），P. Satpathy先生（印度，K. Sujatha Rao女士的候补委员），M. Mugitani博士（日本，S. Omi博士的候补委员），D. Roche女士（新西兰，T. Ryall先生的候补委员），A. Djibo博士（尼日尔），A.J. Mohamed博士（阿曼，副主席），F. Al Braik博士（阿拉伯联合酋长国，S. Al Darmaki博士的候补委员），S. Zaramba博士（乌干达，执行委员会主席，当然委员）和Sohn Myongsei教授（大韩民国，执行委员会副主席，当然委员）。

2. 非政府组织常设委员会

A.F.M.R. Haque教授（孟加拉国），A.J. Mohamed博士（阿曼），C. Vallejos先生（秘鲁），G.A. Gidlow女士（萨摩亚），J.A.N. dos Ramos博士（圣多美和普林西比）。

2010年1月19日的会议： A.F.M.R. Haque教授（孟加拉国），A.J. Mohamed博士（阿曼，主席），C. Vallejos先生（秘鲁），A. Peteru先生（萨摩亚，G.A. Gidlow女士的候补委员），J.A.N. dos Ramos博士（圣多美和普林西比）。

3. Ihsan Doğramacı家庭卫生基金遴选小组

执行委员会主席，国际儿童中心（安卡拉）一名代表，以及Bilkent大学校长或其指定的人员。

¹ 显示目前的组成人员及列示自执行委员会上届会议后举行的会议出席人员名单。

2010年1月19日的会议: S. Zaramba博士(乌干达, 主席), P.L. Erdogan教授(Bilkent大学校长 I. Dogramaci教授指定者)以及M. Bertan教授(国际儿童中心(安卡拉)的代表)。

4. 世川卫生奖遴选小组

执行委员会主席, 创始人的一名代表, 以及执行委员会一名委员。

2010年1月20日的会议: S. Zaramba博士(乌干达, 主席), K. Kiikuni教授(创始人的代表), Sohn Myongsei教授(大韩民国)。

5. 阿拉伯联合酋长国卫生基金遴选小组

执行委员会主席, 创始人的一名代表, 以及执行委员会中来自世卫组织东地中海区域一个会员国的一名委员。

2010年1月19日的会议: S. Zaramba博士(乌干达, 主席), S. Al Darmaki博士(创始人的代表), H. Abdesselem博士(突尼斯)。

6. 李钟郁博士纪念奖遴选小组

执行委员会主席、创始人的一名代表, 以及执行委员会中来自世卫组织西太平洋区域一个会员国的一名委员。

2010年1月20日的会议: S. Zaramba博士(乌干达, 主席), Chung Kyeong-hee女士(创始人的代表), P.T. Toelupe女士(萨摩亚, G.A. Gidlow女士的候补委员)。

决 议

EB126.R1 任命非洲区域主任

执行委员会，

考虑到世卫组织《组织法》第五十二条的规定；

考虑到非洲区域委员会在其第五十九届会议上的提名，

1. **再次任命** Luis Gomes Sambo 博士为非洲区域主任，任期自 2010 年 2 月 1 日始；
2. **授权**总干事根据《人事条例》和《职员细则》的规定向 Luis Gomes Sambo 博士签发自 2010 年 2 月 1 日起任期 5 年的合同。

(第三次会议，2010 年 1 月 19 日)

EB126.R2 任命欧洲区域主任

执行委员会，

考虑到世卫组织《组织法》第五十二条的规定；

考虑到欧洲区域委员会在其第五十九届会议上的提名，

1. **任命** Zsuzsanna Jakab 女士为欧洲区域主任，任期自 2010 年 2 月 1 日始；
2. **授权**总干事根据《人事条例》和《职员细则》的规定向 Zsuzsanna Jakab 女士签发自 2010 年 2 月 1 日起任期 5 年的合同。

(第三次会议，2010 年 1 月 19 日)

EB126.R3 向 Marc Danzon 博士致谢

执行委员会，

希望在欧洲区域主任 Marc Danzon 博士退休之际对他为世界卫生组织提供的服务表示感谢；

注意到他毕生致力于国际卫生事业，并尤其忆及他作为欧洲区域主任任职 10 年；

1. **表示**十分感谢和赞赏 Marc Danzon 博士对世卫组织工作所做的宝贵贡献；
2. **借此**机会向他致以衷心的祝福，希望他在未来漫长的岁月中继续为人类服务。

(第三次会议，2010 年 1 月 19 日)

EB126.R4 监测与卫生相关的千年发展目标的实现情况

执行委员会，

审议了关于监测与卫生相关的千年发展目标的实现情况报告¹，

建议第六十三届世界卫生大会通过下列决议：

第六十三届世界卫生大会，

审议了关于监测与卫生相关的千年发展目标的实现情况报告；

忆及关于监测与卫生相关的千年发展目标的实现情况的 WHA61.18 号决议；

忆及经济、社会以及相关领域中的重要联合国会议和首脑会议的结果，特别是与全球卫生有关的结果，尤其是《2005 年世界首脑会议成果》以及国际社会对实现千年发展目标所作的承诺和联合国千年发展目标高级别会议（纽约，2008 年 9 月 25 日）期间作出的新承诺；

¹ 文件 EB126/7。

强调实现与卫生相关的千年发展目标的重要性，目的尤其在于确保社会发展；

关注千年发展目标的实现情况在国与国之间及目标与目标之间存有差异；

欢迎经济及社会理事会在 2009 年进行的年度部长级审查中通过的关于落实全球公共卫生方面的国际商定目标和承诺的部长级宣言；

忆及联合国大会关于全球卫生和外交政策的 64/108 号决议(2009 年 12 月 10 日)；

认识到千年发展目标是彼此相关的，并重申卫生大会承诺要继续振兴和加强全球合作促进发展，作为推动实现这些目标，特别是卫生相关目标的关键要素，尤其是通过能力建设、技术转让、分享最佳实践和教训、南南合作以及资源的可预测性；

忆及 2002 年 3 月达成的《蒙特雷共识》，“敦促尚未这样做的发达国家作出具体努力，争取达到把发达国家国内总产值（国产总值）的 0.7% 作为官方发展援助”并“鼓励发展中国家在已有的成绩上继续发展，确保有效地利用官方发展援助帮助实现发展目标和指标”；

重申许多发达国家的承诺，保证实现到 2015 年时使官方发展援助达到国民总收入 0.7% 的目标，并要在 2010 年时使官方发展援助达到国民总收入的 0.56%；此外，还保证实现针对最不发达国家的援助达到 0.15% 至 0.20% 的目标；

欢迎不断做出的努力，改进官方发展援助的质量并提升其对发展带来的影响，比如经社理事会发展合作论坛、《巴黎宣言》和《阿克拉行动议程》中包含的原则以及国际卫生伙伴关系和其它方面的经验，以强化国家自主决策、目标一致、协调实施和追求实效；

注意到创新性发展筹资问题领导小组和卫生系统创新国际筹资高级别专题小组的工作，若干国家对增加卫生供金的额外承诺，以及一些国家在联合国大会卫生问题高级别会议（纽约，2009 年 9 月 23 日）上发表的声明，宣布要普及负担得起的基本卫生保健，包括在各国选择的使用站点为妇女和儿童提供免费服务，并要普及财政机制以落实社会健康保障；

对实现千年发展目标方面进展相对缓慢，尤其是撒哈拉以南非洲地区表示关注；

对孕产妇、新生儿和儿童卫生保健以及生殖卫生服务的普遍获取仍然受到卫生不公平现象的制约，以及实现关于改善儿童和产妇保健的千年发展目标 4 和 5 方面进展缓慢表示深切关注；

欢迎各有关伙伴作出的贡献以及在实现普遍获取艾滋病毒/艾滋病相关预防、治疗、护理和支持的目标方面取得的进展；

重申世卫组织作为卫生领域的首要联合国专门机构的领导作用，包括根据其职权，在卫生政策方面的作用和职能；

欢迎世卫组织关于妇女和健康¹的报告，它对于促进妇女权利和两性平等甚为重要，强调有必要采取针对歧视根源的综合战略处理妇女健康问题，并强调必须加强卫生系统，以便在服务获取和全面性方面更好地满足妇女的卫生需要；

认识到为了能够持续增进健康，卫生系统必须以下述原则为基础，即要通过促进普遍覆盖处理卫生不公平现象；以人为本提供服务；将卫生工作纳入更广泛的公共政策；以及在卫生领域发挥全面领导作用；

还认识到世界范围非传染病负担日益加重，并忆及预防尤其对发展中国家仍然具有沉重负担的传染病的重要性，食品、环境和金融危机给人们，尤其是给最贫穷和最脆弱的人群造成不良影响，由此可能加重营养不良的程度并逆转实现千年发展目标 1（消灭极端贫穷和饥饿）和卫生相关目标的进程，以及过去二十年中取得的进展，

1. 敦促会员国：

(1) 加强卫生系统以便实现公平的卫生结果，以此作为实现千年发展目标 4、5 和 6 的全面方针的基础，强调有必要建立可持续的国家卫生系统并加强国家能力，为此尤其要关注服务提供，卫生系统筹资，卫生人力，卫生信息系统，药物采购和分发，疫苗和技术，性与生殖卫生保健以及领导和管理方面的政治意愿；

(2) 审查政策，包括招聘、培训和留用政策，这些政策可能加剧卫生工作者不足，及其在国家内部和世界各地分布不均衡的问题，尤其是撒哈拉以南非洲地区卫生工作者短缺问题，由此破坏发展中国家的卫生系统；

¹ 《妇女和健康：今天的证据，未来的议程》。日内瓦，世界卫生组织，2009 年。

- (3) 重申初级卫生保健的价值与原则，包括公平、团结、社会正义、普遍获取服务、多部门行动、透明、问责制、权力下放以及社区参与和增强能力，并以此为基础，通过支持卫生与发展，加强卫生系统；
- (4) 在涉及健康问题社会决定因素的所有国家政策中注重卫生公平问题，考虑制定和加强普遍综合的社会保障政策，包括健康促进、传染性和非传染性疾病预防和卫生保健，并促进提供和获取对增进健康和福祉至关重要的货物与服务；
- (5) 重申其对预防和消灭孕产妇、新生儿和儿童死亡率和发病率所作的承诺，为此要开展有效的持续照护，加强卫生系统并采取全面的综合战略和规划，处理导致性别不平等和难以获得适当保健和生殖卫生服务，包括计划生育和性卫生服务的根本原因，同时要促进尊重妇女权利，加倍努力实现新生儿和儿童卫生保健综合管理，包括采取行动解决儿童死亡率的主要原因；
- (6) 大大加强努力，争取实现到 2010 年普遍获取艾滋病毒预防、治疗、护理和支持目标，以及到 2015 年遏制和扭转艾滋病毒/艾滋病的蔓延目标；
- (7) 最大限度发挥艾滋病毒/艾滋病应对与加强卫生系统和社会支持之间的协同作用；
- (8) 加强政策以应对疟疾带来的挑战，包括监测以青蒿素为基础的联合疗法中的耐药性；
- (9) 维持和加强防治结核病方面取得的成就，制定促进结核病预防、发现与治疗的创新性战略，包括对付诸如结核病/艾滋病毒合并感染、耐多药结核病和广泛耐药结核病等新威胁的办法；
- (10) 维持承诺，支持根除脊髓灰质炎；
- (11) 将加强卫生服务的最佳做法纳入到与实现千年发展目标有关的双边和多边倡议之中，尤其是南南合作倡议；
- (12) 支持发展中国家在实现千年发展目标方面做出的努力，特别是与卫生相关的千年发展目标，尤其通过利用能力建设、技术转让、分享教训和最佳实践、南南合作以及资源的可预测性；

(13) 到 2015 年实现其对官方发展援助做出的承诺；

2. **要求**总干事：

(1) 继续发挥领导作用，督促监测与卫生相关的千年发展目标的实现情况，包括努力普及对千年目标至关重要的服务方面的进展；

(2) 为此要继续在世卫组织 2008-2013 年中期战略计划框架内，与参与实现千年发展目标进程的所有其他联合国组织和国际组织密切合作，保持大力注重根据各自的职权和核心能力有效使用资源，避免重复努力和无序援助，并促进国际机构之间的工作协调；

(3) 向会员国提供支持，协助其加强各自的卫生系统，解决卫生工作者不足问题，重申初级卫生保健的价值与原则，处理健康问题社会决定因素，并加强旨在促进全面普及健康和社会保障的公共政策，包括改善对必要优质药物的获取，以支持卫生保健，尤其是针对社会中最脆弱人群的卫生保健；

(4) 与各会员国、相关国际组织、国际卫生行动以及其他利益攸关方合作，使旨在加强卫生系统的全球干预措施更加协调一致，并以初级卫生保健方针为基础，以便增强国际与国家重点之间的协同作用；

(5) 作为重振初级卫生保健行动计划的一部分，向卫生大会阐明和介绍秘书处认为有助于加强其支持，促进实现千年发展目标 4、5 和 6 的行动；

(6) 与各有关伙伴共同努力，通过可负担得起并且质量可靠的疫苗实现高免疫覆盖率；

(7) 与各有关伙伴一起，领导开展工作，帮助确保使针对卫生相关千年发展目标的行动成为联合国千年发展目标高级别全体会议(2010 年 9 月 20-22 日)的主要议题之一；

(8) 继续收集和汇编必要的科学证据以促进实现与卫生相关的千年发展目标，并将这些证据分发给全体会员国；

(9) 继续通过执行委员会每年向卫生大会提交报告，说明在实现与卫生相关的千年发展目标方面取得的进展情况，包括主要障碍和克服它们的办法；

3. **邀请**联合国系统有关组织、国际发展伙伴和机构、国际融资机构、非政府组织和私立部门实体继续提供支持并考虑特别对撒哈拉以南非洲等国家进一步提供支持，以根据包括千年发展目标在内的国际商定的卫生目标，制定和实施卫生政策和国家卫生发展计划。

(第七次会议，2010年1月21日)

EB126.R5 婴幼儿营养

执行委员会，

审议了关于婴幼儿营养的四年期进展报告¹，

建议第六十三届世界卫生大会通过下列决议：

第六十三届世界卫生大会，

审议了关于婴幼儿营养的报告；

忆及关于婴幼儿营养问题的 WHA35.26、WHA37.30、WHA39.28、WHA41.11、WHA43.3、WHA45.34、WHA46.7、WHA47.5、WHA49.15 和 WHA54.2 号决议以及关于营养与艾滋病毒/艾滋病问题的 WHA59.11 号决议；

意识到实现千年发展目标将需要减少母婴营养不良；

意识到世界范围的营养不良占全球疾病负担的 11%，导致长期健康状况不良和残疾，以及教育不力和发育不良的后果；在全世界，有 1.78 亿名儿童体重不足，每年有 2000 万名儿童患严重致命的急性营养不良；营养风险因素，包括体重过轻，未达最佳标准的母乳喂养以及维生素和矿物质缺乏，尤其是缺乏维生素 A、铁、碘和锌，导致五岁以下儿童 390 万例死亡（死亡总数的 35%）和 1.44 亿残疾调整生命年（残疾调整生命年总数的 33%）；

意识到各国由于双重营养不良负担（营养不良和营养过剩）连同其成年后负面影响，面临日益严重的公共卫生问题；

¹ 文件 EB126/9。

承认 90%的发育迟缓儿童生活在 36 个国家，两岁以下儿童受营养不良影响最深；

注意到艾滋病毒/艾滋病大流行带来的挑战，以及制定适当的婴幼儿喂养政策方面的困难，并关注粮食援助不能满足感染艾滋病毒的幼儿的营养需要；

意识到不恰当的喂养方式及其后果是实现可持续社会经济发展和减贫的重大障碍；

关注大量婴幼儿仍然不能得到适当喂养，其营养状况、生长、发育、健康和生存因此受到损害；

注意到执行《婴幼儿喂养全球战略》及其业务指标要求作出明确政治承诺，采取综合措施，包括加强卫生系统和社区，密切监测所采取干预措施的效力；

认识到改善母乳喂养方式每年可拯救大约 100 万五岁以下儿童的生命，适当和及时补充喂养以及两年或两年以上的持续母乳喂养每年可防止 50 多万名五岁以下儿童死亡；

意识到为成功加强以证据为基础的安全和有效的营养干预措施，需要制定多部门食品和营养政策；

认识到需要制定全面的国家婴幼儿喂养政策，并精心纳入国家营养和儿童生存战略之中；

确信时机已经成熟，各国政府、民间社会和国际社会应再度承诺促进婴幼儿的最佳喂养，并为此目的密切合作；

确信加强国家营养监督对实施有效的营养政策和加强干预措施至关重要，

1. 敦促会员国：

(1) 加强减少各种形式营养不良的政治承诺；

(2) 加强和加速实施《婴幼儿喂养全球战略》，重点是落实 WHA34.22 号决议中通过的《国际母乳代用品销售守则》；

- (3) 制定或审查目前解决营养不良双重负担的政策框架，调拨充分的人力和财力资源，确保其执行；
 - (4) 加强改善婴幼儿营养的干预措施，包括：保护和促进母乳喂养以及安全和适当的补充喂养；针对严重营养不良采取补充性和治疗性喂养干预措施；控制维生素 A 和矿物质缺乏症；
 - (5) 把上文第 1 (4) 小段中提及的战略纳入综合性妇幼卫生服务以及对初级卫生保健普遍覆盖目标和原则的支持，包括 WHA62.12 号决议中概述的加强卫生系统；
 - (6) 加强营养监督系统，改进商定的千年发展目标具体目标的使用和报告以便监测进展情况；
 - (7) 执行世卫组织《儿童生长标准》，并将之充分纳入儿童卫生规划中；
2. **呼吁**食品工业遵守《国际母乳代用品销售守则》并加强其公司社会责任；
 3. **要求**总干事：
 - (1) 加强关于安全有效营养行动的证据基础，以消除营养不良双重负担的公共卫生后果，阐明有助于成功实施的良好做法；
 - (2) 将营养问题纳入世卫组织各项卫生政策和战略的主流，确认在初级卫生保健改革中的基本营养行动；
 - (3) 继续并加强同参与确保改善营养进程的其它联合国机构和国际组织的合作，包括清楚地确定领导关系、分工和结果；
 - (4) 应会员国请求支持其扩大与营养不良双重负担有关的营养干预措施，监督和评估其影响，加强或建立有效的营养监督体系，执行世卫组织《儿童生长标准》；
 - (5) 通过执行委员会并在与会员国进行广泛磋商后，制定关于婴幼儿营养问题的全面实施计划，作为全球多部门营养框架的一个关键组成部分，供第六十四届世界卫生大会在全体会议上讨论，并最后提交第六十五届世界卫生大会。

(第七次会议，2010 年 1 月 21 日)

EB126.R6 出生缺陷¹

执行委员会，

审议了关于出生缺陷的报告²，

建议第六十三届世界卫生大会通过下述决议：

第六十三届世界卫生大会，

关注世界各地发生大量死产和新生儿死亡以及新生儿死亡人数在 5 岁以下儿童死亡人数中占很高比例；

认识到出生缺陷是导致死产和新生儿死亡的一项重要原因；

关注在孕产妇、新生儿和儿童死亡负担最重的国家中仍然存在孕产妇、新生儿和儿童卫生干预措施覆盖不足问题并在获得卫生服务上面临障碍；

铭记已具备预防出生缺陷的有效干预措施，包括在初级卫生保健中提供适当的社区遗传学服务，并可将其纳入孕产妇、生殖和儿童卫生服务；

意识到需要加快在降低新生儿死亡率方面、包括在出生缺陷预防和管理领域取得进展，以实现千年发展目标 4（降低儿童死亡率）；

忆及卫生大会在 WHA58.31 号决议中呼吁实现孕产妇、新生儿和儿童卫生干预的普遍覆盖，敦促会员国投入资源和加快国家行动，建立一整套生殖、孕产妇、新生儿和儿童卫生保健制度；并忆及卫生大会在 WHA57.13 号决议中认识到基因组学可在公共卫生领域作出重大贡献；

认识到不同社区的出生缺陷流行率存在差异，并认识到流行病学数据不足可能影响有效和公平的管理；

¹ 见附件 1。

² 文件 EB126/10。

认识到造成先天性疾病的病因和决定因素，包括感染或营养因素、疫苗可预防的疾病、酒精、烟草和药物消费以及接触化学物质，特别是接触杀虫剂等可预防因素存在差异；

深切关注出生缺陷仍未被确认为公共卫生领域的重点；

关注尤其是中等收入国家和低收入国家用于预防和管理出生缺陷的资源有限；

欢迎关于出生缺陷的报告，

1. 敦促会员国：

(1) 提高包括政府官员、卫生专业人员、民间社会和公众在内的所有利益攸关方对出生缺陷是儿童发病和死亡的一项重要原因的认识；

(2) 确定重点，投入资源，并制定计划和活动，将预防出生缺陷和护理出生缺陷儿童的有效干预措施，包括全面指导、提供信息和提高认识，纳入现有的孕产妇、生殖和儿童卫生服务以及社会福利，以供所有需要的人使用；

(3) 促进适用国际公认的空气、水和土壤中化学物质使用管制标准；

(4) 通过对大众和高风险群体开展包括与出生缺陷有关的伦理、法律和社会问题在内的卫生教育规划，以及促进发展家长 - 患者组织和建立适当的社区遗传学服务，扩大有效预防措施的覆盖范围；

(5) 把记录出生缺陷监测数据作为国家卫生信息系统的一部分；

(6) 发展出生缺陷预防和出生缺陷儿童护理领域的专长并建立能力；

(7) 加强重大出生缺陷的病原学、诊断和预防领域的研究，并促进在对付重大出生缺陷问题上的国际合作；

(8) 采取一切必要措施确保残疾儿童能够在与其他儿童平等的基础上充分享受所有人权和基本自由，优先重视儿童的福祉，并在儿童护理和儿童抚养方面对家庭给予支持和便利；

(9) 使所有相关利益攸关方，包括政府官员、卫生专业人员、民间社会和公众，提高关于新生儿筛查规划及其在发现出生缺陷儿童方面作用的重要性的认识；

(10) 支持具有出生缺陷和相关残疾的儿童的家庭，并确保向残疾儿童提供适当的康复和支持；

2. 要求总干事：

(1) 促进收集出生缺陷导致的全球死亡率和发病率负担的数据，并在修订《疾病和有关健康问题国际统计分类（第 10 次修订本）》时考虑扩大其中所列先天性异常类别；

(2) 继续与国际出生缺陷监测信息交换所合作，改进出生缺陷导致的全球死亡率和发病率负担数据的收集；

(3) 支持会员国制定国家实施计划，根据国家孕产妇、新生儿和儿童卫生计划实施有效干预措施，预防和管理出生缺陷，加强卫生系统和初级保健，包括提高针对麻疹和风疹等病的疫苗接种覆盖率以及食品强化战略，以便预防出生缺陷，并促进公平获得这类服务；

(4) 支持会员国制定与出生缺陷有关的伦理和法律准则；

(5) 支持会员国在初级卫生保健系统范围内提供适当的社区遗传学服务；

(6) 促进会员国、非政府组织以及其它有关机构就预防出生缺陷开展技术合作；

(7) 支持和便利在出生缺陷预防和管理领域的研究工作，以便提高受出生缺陷影响者的生活质量；

(8) 通过执行委员会向 2014 年第六十七届世界卫生大会报告本决议的实施进展情况。

（第七次会议，2010 年 1 月 21 日）

EB126.R7 推进食品安全行动

执行委员会，

审议了关于食品安全的报告¹，

建议第六十三届世界卫生大会通过下述决议：

第六十三届世界卫生大会，

忆及关于食品安全问题的 WHA53.15 号决议，其中要求总干事制定全球战略，用于在各国以及它们之间监督食源性疾病并有效地收集和交换信息；

忆及关于全球对影响健康的生物和化学物质或核放射材料的自然发生、意外泄漏或故意使用的公共卫生反应的 WHA55.16 号决议，其中注意到此类物质可通过食物和水供应链传播；

注意到执行委员会 2002 年批准了世卫组织全球食品安全战略²，该战略旨在减轻食源性疾病的卫生和社会负担；

还注意到已开展了 WHA53.15 和 WHA55.16 号决议中确认的与食品安全有关的其它活动，包括：2005 年修订《国际卫生条例》；2005 年建立国际食品安全当局网络；2006 年建立世卫组织食源性疾病负担流行病学参考小组；以及加强对食品法典委员会制定国际食品安全标准的参与，尤其是发展中国家的参与；

认识到食品法典委员会提供了一个独特机会，推动各国加入国际社会，以制定和协调食品标准，确保其全球实施，并且尤其应鼓励发展中国家在这方面的参与；

进一步认识到世卫组织和粮农组织支持食品法典委员会作为与食品标准有关的事态发展的国际参考点的重要作用；

确认食源性疾病继续构成对世界千百万人，尤其是发展中国家营养状况不良者健康的严重威胁；

¹ 文件 EB126/11。

² 文件 EB109/2002/REC/2，第四次会议摘要记录。

考虑到食品安全、营养和食物保障之间不可分割的联系，承认食品安全在消除饥饿和营养不良，尤其是在低收入和食品短缺国家的工具性作用；

意识到有越来越多的证据表明，许多传染病，包括新出现的人畜共患病，是通过食品传播的，接触食品供应中的化学品和病原体与急性和慢性疾病相关联；

确认气候变化可成为一些食源性疾病发病率上升的一个因素，包括人畜共患病的发病率，这是由于微生物在温度较高的食品 and 水中可更迅速生长，导致毒素在新的地理区域出现，以及可能在食品中出现更高含量的毒素或病原体；

认识到全球食品贸易每年不断增加，加剧了病原体和污染物跨界扩散的风险，因此给食品当局带来了新的挑战，需要在全球范围更有效地分享食品安全信息并考虑到保护食品安全不能导致歧视或对国际贸易的变相限制；

承认需要在卫生部门与其它部门之间开展更密切合作，在国际和国家各级贯穿整个食品生产链加强食品安全行动，以大大减少食源性疾病发生率；

注意到仍然需要国际上商定的最新和全面的风险评估标准和协定以及科学咨询意见，以支持采取措施和进行干预，提高食品的安全和营养；

认识到关于全球性食品安全管理的国际协定、采用科学原理寻求对策、切实交流监测和监督数据以及实践经验的重要性，

1. 敦促各会员国¹：

(1) 继续制定和坚持关于食品安全的 **WHA53.15** 号决议和关于全球对影响健康的生物和化学物质或核放射材料的自然发生、意外泄漏或故意使用的公共卫生反应的 **WHA55.16** 号决议中载明的活动和措施；

(2) 进一步发展和运用《国际卫生条例（2005）》附件 1 中确定的适用核心能力以及为参加国际食品安全当局网络所要求的核心能力，尤其是在食品安全事件方面，包括发展以下有关系统：监督食源性疾病和食品污染；风险评估、追踪、风险管理（包括危害分析和临界控制点系统）和风险通报；食品安全应急响应；产品追踪和召回；以及得以加强的实验室能力；

¹ 在适用时还包括区域经济一体化组织。

- (3) 作为国际食品安全当局网络的成员全力参与其活动，包括支持通过网络以透明的方式及时传播关于食品安全紧急情况的数据、信息和知识；
- (4) 加强将食品安全考虑纳入粮食援助、食品保障和营养干预措施中，以减少食源性疾病的发生，改善人口的健康状况，尤其是脆弱人群的健康状况；
- (5) 通过在疾病负担估计和监督方面的全面努力，以及全面的风险和风险利得评估，奠定或加强证据基础，支持在这些领域的国际活动，尤其是世卫组织估测出于所有重大原因（微生物、寄生虫和化学品）的食源性疾病全球负担的行动；
- (6) 通过提供有关数据和专门知识，及时开展国际风险评估，以更为有效和连贯地应对威胁全球公共卫生安全的食源性疾病和食品安全问题；
- (7) 继续制定和坚持可持续性预防措施，包括食品安全教育规划，以通过涵盖从农场到消费的完整食品生产链的系统方式，减轻食源性疾病负担；
- (8) 在会员国内部及之间促进人类健康、兽医和食品相关学科之间的对话和协作，侧重于作出一致努力，减少整个食品生产链中的食源性风险，包括考虑人畜共患病风险；
- (9) 积极参与食品法典委员会的制定标准过程，并酌情采纳食品法典标准；

2. 要求总干事：

- (1) 通过实施世卫组织全球食品安全战略，进一步发展国际食品安全当局网络；鼓励网络成员之间就风险评估和最佳做法进行沟通和学术交流；促进会员国参与该网络的业务和发展；并鼓励增加国际食品安全当局网络的成员；
- (2) 加强国际食品安全当局网络的应急机能，作为世卫组织与食品安全相关的预防性和应急业务的重要组成部分，以及与这一领域其它有关国际组织和网络的联络点；
- (3) 继续发挥全球领导作用，以提供技术援助和手段，满足会员国和秘书处对于食源性风险和出于各种原因的食源性疾病负担科学估计的需要；

- (4) 促进将食品安全纳入关于粮食危机和突发饥荒的国际辩论中，向会员国和国际机构提供技术支持，以全面和协调地审议食品安全、营养和食物保障问题；
- (5) 从国家、区域和国际角度定期监测并向会员国报告食源性疾病和人畜共患病的全球负担；
- (6) 促进研究工作，包括传统食品的安全性和质量，并调查食源性危害与急性和慢性病的关联，以便支持以证据为基础的控制和预防食源性疾病和人畜共患病战略，比如危害分析和临界控制点系统；
- (7) 支持会员国建立相关能力，改进在国际、区域和国家各级整个食品生产链中的跨部门协作和行动，包括评估、管理和通报食源性风险和人畜共患病风险；
- (8) 就起源于人类 - 动物相交点的人畜共患病引起的公共卫生问题提供指导，尤其是在预防、发现和应对方面；
- (9) 向粮农组织和世卫组织、食品法典委员会和国际食品安全当局网络的联合专家机构提供充分和持续支持，以推动在国际范围发展、提供、使用和分享科学的风险评估和咨询意见；支持制定国际食品标准，保护消费者的健康和营养福利；在国家和国际各级对食品安全问题作出更有效的处理和交流；
- (10) 与国际食品安全当局网络一起设立一项实验室伙伴合作国际行动，以便支持监测食源性疾病，发现食品污染并作出应急反应，包括调查疫情和把产品与疾病联系起来以支持召回。该项行动还应包括建立数据分享机制；
- (11) 通过执行委员会向第六十五届世界卫生大会报告本决议执行进展情况。

(第八次会议，2010年1月21日)

EB126.R8 执行委员会的工作方法¹

执行委员会，

审议了关于理事机构工作方法的报告²，

决定按照理事机构的工作方法报告附件中提出的建议，修订其《议事规则》，并自第 127 届会议结束起生效。

(第九次会议，2010 年 1 月 22 日)

EB126.R9 确认《职员细则》修订款³

执行委员会，

确认总干事根据《人事条例》第 12.2 条对《职员细则》所作的修订，涉及专业及以上职类职员的薪酬问题，自 2010 年 1 月 1 日起生效。

(第九次会议，2010 年 1 月 22 日)

EB126.R10 不叙级职位职员和总干事的薪金

执行委员会，

审议了关于确认《人事条例》和《职员细则》修订款的报告⁴

建议第六十三届世界卫生大会通过下述决议：

第六十三届世界卫生大会，

注意到执行委员会关于不叙级职位职员和总干事薪酬的建议，

¹ 见附件 2。

² 文件 EB126/26。

³ 见附件 3。

⁴ 文件 EB126/39。

1. **确定**助理总干事和区域主任在扣除薪金税以前的年薪为 183 022 美元，因而修订的薪金净额为 131 964 美元（有受抚养者）或 119 499 美元（单身者）；
2. **确定**副总干事在扣除薪金税以前的年薪为 201 351 美元，因而修订的薪金净额为 143 878 美元（有受抚养者）或 129 483 美元（单身者）；
3. **确定**总干事在扣除薪金税以前的年薪为 247 523 美元，因而修订的薪金净额为 173 890 美元（有受抚养者）或 154 641 美元（单身者）。
4. **决定**这些薪金调整将于 2010 年 1 月 1 日起生效。

（第九次会议，2010 年 1 月 22 日）

EB126.R11 减少有害使用酒精的战略¹

执行委员会，

审议了关于减少有害使用酒精的战略的报告²，

建议第六十三届世界卫生大会通过下列决议：

第六十三届世界卫生大会，

审议了关于减少有害使用酒精的战略的报告以及其中附载的全球战略草案；

忆及关于有害使用酒精引起的公共卫生问题的 WHA58.26 号决议和关于减少有害使用酒精的战略的 WHA61.4 号决议，

1. **批准**减少有害使用酒精全球战略；
2. **确认**全球战略的目标是在各级提供行动指导并确定全球行动的重点领域，而且它是一套政策方案和措施，在考虑到国情时，例如宗教和文化背景、国家公共卫生优先顺序以及资源、能力和实力，可考虑在国家级进行实施并酌情作出调整；

¹ 见附件 4。

² 文件 EB126/13。

3. 敦促会员国¹:

- (1) 酌情通过并实施减少有害使用酒精全球战略,以便补充和支持各会员国中旨在减少有害使用酒精的公共卫生政策,并为此调动政治意愿和财政资源;
- (2) 继续实施关于减少有害使用酒精的战略的 WHA61.4 号决议和关于有害使用酒精引起的公共卫生问题的 WHA58.26 号决议;
- (3) 确保减少有害使用酒精全球战略的实施工作能够加强国家努力,保护危险人群、年轻人以及受他人有害饮酒影响的人群;
- (4) 确保减少有害使用酒精全球战略的实施工作体现在国家监测系统中并定期向世卫组织的酒精与健康信息系统报告情况;

4. 要求总干事:

- (1) 对防止和减少有害使用酒精问题以及对实施减少有害使用酒精全球战略的工作给予充分、高度的组织重视;
- (2) 与会员国合作并酌情为其提供支持,以实施减少有害使用酒精全球战略并加强国家对有害使用酒精引起的公共卫生问题的应对行动;
- (3) 监测实施减少有害使用酒精全球战略的进展并通过执行委员会向第六十六届世界卫生大会提交进展报告

(第十一次会议, 2010 年 1 月 22 日)

EB126.R12 通过安全的和无害环境的废物管理增进健康

执行委员会,

审议了关于国际化学品管理战略方针的报告²;

¹ 适当时还包括区域经济一体化组织。

² 文件 EB126/20。

还审议了《控制危险废物越境转移及其处置的巴塞尔公约》缔约方会议第九次会议的主席致世卫组织总干事的信函，

建议第六十三届世界卫生大会通过下述决议：

第六十三届世界卫生大会，

审议了关于国际化学品管理战略方针的报告；

忆及关于气候变化和卫生的 WHA61.19 号决议以及与化学品安全有关的 WHA59.15、WHA50.13、WHA45.32、WHA31.28 和 WHA30.47 号决议；

还忆及 1989 年 12 月 22 日联合国大会通过的关于贩运以及处置、控制和越境转移有毒和危险产品和废物的第 44/226 号决议以及 1988 年 12 月 20 日通过的关于国家保护环境责任的第 43/212 号决议；

注意到 1992 年联合国环境与发展会议商定的《21 世纪议程》第 20 和第 21 等章中所述的各项原则；

还注意到 2002 年《约翰内斯堡可持续发展宣言》以及相关的《可持续发展问题世界首脑会议执行计划》；

意识到联合国环境规划署理事会/全球部长级环境论坛第 25 届会议通过的关于废物管理的第 25/8 号决定；

铭记与人类健康有关的国际化学品管理大会第二届会议的结果；

意识到如果不以安全和无害环境的方式适当进行管理，废物可对人类健康和生活产生严重的后果；

确信缺乏对废物的无害环境管理将危害环境，并通过被污染的空气、水土和食物链损害人类健康；

关注对包括锐器、非锐器、血液、人体器官、化学品、药品和医疗器械在内的医疗废物使卫生保健人员、废物处置人员及社区面临感染、中毒和受伤风险；

欢迎 2008 年《控制危险废物越境转移及其处置的巴塞尔公约》缔约方会议第九次会议通过的《关于改善人类健康和生活的废物管理的巴厘宣言》，

1. **敦促**各会员国¹评价废物管理所涉的卫生事项以便使之安全和无害环境，并探索与联合国环境规划署、国际化学品管理战略方针、《控制危险废物越境转移及其处置的巴塞尔公约》以及世卫组织秘书处紧密合作的各种备选办法，以便实现通过安全和无害环境的废物管理增进健康的共同目标；

2. **要求**总干事：

(1) 在世卫组织职权范围内利用现有资源，支持实施《关于改善人类健康和生活的废物管理的巴厘宣言》所确定的各项行动；

(2) 与联合国环境规划署和《控制危险废物越境转移及其处置的巴塞尔公约》秘书处一道开展无害环境的废物管理工作，包括与各国政府和捐助机构合作，加强实施《关于改善人类健康和生活的废物管理的巴厘宣言》，尤其是实现下述目标：

(a) 提高对废物管理、健康和环境之间关系的认识；

(b) 通过在国家、区域和国际级促进人力资源能力和适当的技术能力，加强次区域和区域在废物和卫生问题上的合作；

(c) 通过包括能力建设、技术转让和技术援助在内的各种方法，改进废物运输管制和边境程序，防止非法转移危险废物以及其它废物；

(d) 改进废物、化学品和卫生部门国家当局之间的合作，并与其它有关当局和利益攸关方合作发展和实施有效、合理的废物管理系统；

(e) 增强能力建设，促进并在可能的情况下增加公共投资和私人投资，以便转让和使用安全的和无害环境的废物管理适当技术；

(3) 继续支持预防与接触医疗废物有关的健康风险，促进对医疗废物的无害环境管理，以便支持《控制危险废物越境转移及其处置的巴塞尔公约》和《关于持久性有机污染物的斯德哥尔摩公约》的工作；

¹ 适当时还包括区域经济一体化组织。

- (4) 探索制定战略，目标是尽量减少医疗废物的产生；
- (5) 请各国政府、有关政府间组织和区域经济一体化组织以及工商部门相关实体向发展中国家提供资源和技术援助，协助其发展和使用工具，通过安全和无害环境的废物管理改善健康；
- (6) 通过执行委员会向第六十四届世界卫生大会报告本决议的实施情况。

(第十一次会议，2010年1月22日)

EB126.R13 通过对过时杀虫剂¹和其它过时化学品的健全管理增进健康

执行委员会，

审议了关于国际化学品管理战略方针的报告²，

建议第六十三届世界卫生大会通过下述决议：

第六十三届世界卫生大会，

审议了关于国际化学品管理战略方针的报告；

忆及关于国际化学品管理战略方针的 WHA59.15 号决议；

认识到国际化学品管理大会第二届会议（日内瓦，2009年5月11-15日）关于人类健康的结果尤其是关于化学品健全管理所涉卫生事项的第 II/8 号决议提请注意，由于一些化学品可能对人类健康造成不利影响，卫生部门、各会员国³以及世卫组织秘书处需要更多地参与国际化学品管理战略方针全球行动计划⁴的实施工作，认为卫生部门还必须处理国际化学品管理战略方针中确定的一些全球合作行动重点；

¹ “过时杀虫剂”系指因不能再用于其预定用途或不愿再使用而须予以处置的杀虫剂。

² 文件 EB126/20。

³ 以及适用的区域经济一体化组织。

⁴ 文件 WHA59/2006/REC/1，附件 1。

认识到杀虫剂用于杀灭或控制有害生物和害虫，可能会造成不利的急性和慢性后果，并认识到虽然多数国家对杀虫剂实行管制，但是尤其在使用不当和储存不当的情况下，包括在过时情况下，杀虫剂可能会影响人口健康和环境¹；

忆及《世界卫生组织组织法》并认识到下述有关国际协定和文书：《关于改善人类健康和生活的废物管理的巴厘宣言》（2008年）、联合国环境与发展会议（巴西里约热内卢，1992年）、可持续发展问题世界首脑会议（南非约翰内斯堡，2002年）、国际化学品管理大会通过的国际化学品管理战略方针（迪拜，2006年）、《控制危险废物越境转移及其处置的巴塞尔公约》（1989年）、《关于在国际贸易中对某些危险化学品和农药采取事先知情同意程序的鹿特丹公约》（2004年通过，2008年修订）、《关于持久性有机污染物的斯德哥尔摩公约》（斯德哥尔摩，2004年）、1972年《防止倾倒废物及其他物质污染海洋的公约》及其1996年《议定书》（伦敦，1972年）以及《国际卫生条例（2005）》；

认识到上段提及的所有论坛、公约和文书都是维护人类健康和环境的全球重要工具，为处理化学品生命周期中某些方面的问题提供了措施和准则，在此方面，紧密相关的《关于持久性有机污染物的斯德哥尔摩公约》和《控制危险废物越境转移及其处置的巴塞尔公约》²预见到将制定关于确认持久性有机污染废物和持久性有机污染物库存及其管理的适当战略；

认识到国际化学品管理战略方针将有害废物和剧毒杀虫剂列入全球重点合作行动领域，并认识到卫生大会在关于国际化学品管理战略方针的WHA59.15号决议中促请各会员国参与国家、区域和国际为实施此项战略方针做出的努力；

意识到新的卫生挑战和健康问题决定因素，并意识到需要采取进一步行动以维护人类健康和环境；

认识到过时杀虫剂和其它过时化学品对人类健康和环境的危害，尤其是通过地方性和全球性化学品事故和灾难造成的危害；

¹ 据国际六氯环己烷及农药协会（IHPA）估计，中欧和东欧以及前苏联国家中过时杀虫剂总量约为260 000-265 000吨。据估计，欧盟25个成员国中过时杀虫剂数量为22 000-24 000吨，东南欧有36 000-41 000吨，前苏联国家有199 000吨，非洲有50 000吨（据粮农组织非洲农药库存项目估计），东南亚有6500吨（据粮农组织最初的大致估算），中美洲和南美洲有30 000吨（粮农组织2005年）。

² 《巴塞尔公约》的基本目标是控制和减少受此项公约管制的有害废物和其它废物的越境转移，预防和尽量减少这类废物的产生，对这类废物进行无害环境管理，并积极促进转让和使用更清洁的技术。

还认识到因管制过时杀虫剂和其它过时化学品（例如在没有适当过渡期情况下撤出市场）而产生的库存可能会进一步导致储存不当的化学品在世界各地扩散，进而对人类健康和环境造成危害；

忆及过时杀虫剂和其它过时化学品的远距离运输也可能会导致人类和环境暴露于这些化学品这一事实；

认识到过时杀虫剂和其它过时化学品的不安全储存可能会因非法使用、包装毁损或事故而造成局部或广泛污染，可能会危害人类健康和环境；

意识到已有明显证据显示，安全和有效地回收、再使用、再循环和处置过时杀虫剂和其它过时化学品除了带来环境好处外，预期还能带来经济好处；

确认非洲国家在粮农组织、全球环境基金、世界银行以及其它合作伙伴的支持下通过机构间非洲库存项目在过时杀虫剂问题上取得的进展；

欢迎《控制危险废物越境转移及其处置的巴塞尔公约》在制定关于以无害环境的方式处置持久性有机污染废物的技术准则方面的工作；

还确认只有对过时杀虫剂和其它过时化学品实行全面和长期的无害管理战略才能有效，

1. 敦促各会员国¹：

- (1) 必要时制定或加强国家关于安全处理和处置过时杀虫剂和其它过时化学品的良好政策和立法；
- (2) 尚未根据《关于持久性有机污染物的斯德哥尔摩公约》以及其它现有文书采取这样行动的会员国，应实行全面的国家实施计划或其它战略，作为消除过时杀虫剂和其它过时化学品危害的行动基础；
- (3) 通过提高认识，增强在过时杀虫剂和其它过时化学品以及可能跨境对人类健康造成危害的化学品领域的社会责任；

¹ 以及适用的区域经济一体化组织。

(4) 进一步支持培训和能力建设以及协调一致的实施有关国际公约和文书的技术活动；

(5) 鼓励和促进各会员国在此方面的合作；

(6) 作为预防措施，建立或加强在其生命周期对杀虫剂和其它化学品健全管理的管制能力，以免累积过时化学品；

2. **邀请**包括各会员国、区域经济一体化组织、联合国系统各机构和其它政府间组织（包括区域、国际和国家非政府组织和基金会）、废物管理公司、杀虫剂制造商、捐助方以及国际社会其它部门在内的所有有关利益攸关方：

(1) 促进过时杀虫剂和其它过时化学品的合理管理，以便尽量减少并尽可能避免对人类健康和环境造成不利影响；

(2) 动员起来并与其它利益攸关方合作，通过地方、区域和全球的网络及其它手段执行国家实施计划和战略；

(3) 考虑通过分享在各项国际文书、公约、规定和进程方面的技术经验、专业知识和能力建设努力，发挥协同增效作用；

3. **要求**总干事：

(1) 支持制定适当和有效的战略（在国家、区域和国际层面上）以便尽量减少过时杀虫剂和其它过时化学品造成的危害，并从而促进相关的世卫组织政策目标和做法；

(2) 加强世卫组织推动上文第 3(1)小段中所提及战略的能力；

(3) 促进实施过时杀虫剂和其它过时化学品健全管理的战略，以便减少卫生方面的不公平现象并确保不受污染的生活环境；

(4) 在世卫组织/联合国环境规划署卫生环境关联行动方面根据国际化学品管理战略方针与联合国环境规划署合作，并与联合国开发计划署、粮农组织、世界银行及其它有关机构合作，协助会员国实施其国家战略和现有指导，例如

根据《控制危险废物越境转移及其处置巴塞尔公约》¹以及过时杀虫剂和其它过时化学品全球级健全管理的战略；

(5) 把过时杀虫剂和其它过时化学品列入世卫组织的优先事项，以便减少和防止其不良影响对人类健康和环境造成的危害并支持进行安全处置；

(6) 确保世卫组织充分支持国际化学品管理战略方针秘书处的活动；

(7) 支持粮农组织和世卫组织目前在协助会员国建立杀虫剂健全管理能力领域的共同努力；

(8) 通过执行委员会向第六十四届世界卫生大会报告实施本决议的进展情况。

(第十一次会议，2010年1月22日)

EB126.R14 血液制品的可得性、安全性和质量²

执行委员会，

审议了关于血液制品的可得性、安全性和质量的报告³；

建议第六十三届世界卫生大会通过下述决议，

第六十三届世界卫生大会，

忆及关于血液安全：建议设立世界献血者日的 WHA58.13 号决议以及自从通过关于使用和供应人血和人血制品的 WHA28.72 号决议以来的各项有关决议，它

¹ 过时杀虫剂安全处置技术准则 (<http://www.basel.int/meetings/sbc/workdoc/techdocs.html>)；

- 关于对由持久性有机污染物构成、含有此类污染物或受其污染的废物实行无害环境管理的最新一般性技术准则增订草案，
- 对由1,1,1-三氯-2,2-双(4-氯苯基)乙烷（滴滴涕）构成、含有此种物质或受其污染的废物实行无害环境管理技术准则，
- 关于对艾氏剂、氯丹、狄氏剂、异狄氏剂、七氯、六氯代苯、灭蚊灵或毒杀芬等农药构成、含有此类物质或受其污染或以六氯代苯作为一种工业化学品的废物实行无害环境管理的技术准则。

² 生物标准化专家委员会对“血液制品”一词的定义如下：“从人类血液提取的任何治疗物质，包括全血、易变血液成分和血浆源医药产品”。

³ 文件 EB126/19。

们敦促会员国充分实施具备适当管制系统的组织良好、国家协调和可持续的血液规划，并颁布有效的立法监管采供血机构的运作；

认识到，除非有特殊情况的阻止，在自愿无偿献血的基础上做到自给自足供应的安全血液成分和确保安全可靠的供应是国家在预防血液短缺和满足患者人群输血要求方面的重要目标；

意识到已将治疗血友病和免疫疾病的血浆源医药产品列入《世卫组织基本药物标准清单》¹，并且有必要促进发展中国家获取这些产品；

关注全球在获取血液制品，特别是血浆源医药产品方面存在不平等，使需要输血的许多先天性和后天严重疾病患者得不到适当治疗；

意识到限制血浆源医药产品全球可得性的一个重要因素是，符合国际公认分离标准的血浆供应不足；

铭记发展中国家正在逐步将使用易变血液成分的治疗方法纳入医疗实践，从而能够获得数量更多的回收血浆，用以分离制成血浆源医药产品，以满足其需求；

关注发展中国家缺乏血液成分分离技术和分离能力，并且由于其血液机构中管控不充分和不能实施适当的规范，因此外包分离通常不接受来自发展中国家的血浆，致使血浆大量浪费；

确信为保证分离用血浆的适宜性，必须在组织得当、依法制定和管理的国家血液规划范畴内制定全国协调的可持续血浆规划；

认识到由于血浆采集能力有限并且尚不足以生产足够的基本药物以满足全球需求，所以所有国家必须提高地方能力，采集从自愿无偿献血获取的有质量保证和安全的血浆，以满足其需求；

确信应尽量靠近血液来源进行血浆分离，如果国家缺乏血浆分离能力，一种办法是通过其它国家提供分离能力，并同时确保在血浆供应国可获得血浆源医药产品供应，以满足当地需求；

¹《世卫组织基本药物标准清单》确认了对多数传染性和非传染性疾病进行安全和有效治疗的具体药物。该清单包括血浆源医药产品，即免疫球蛋白和凝血因子，它们在预防和治疗世界各地发生的各种严重疾病方面必不可少（<http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/index.html>）。

认识到越来越有必要获取信息，了解确保血液制品供应满足需求的战略，有效的管制监督机制，确保血液制品质量和安全性的技术，血液制品适当临床使用准则以及输血风险；

铭记自愿无偿献血可以促进血液和血液成分的高安全标准，并意识到血液制品的安全性有赖于对所有捐献血液进行输血传播感染检测，以及对血液制品采取正确的标签、储存和运输做法；

铭记患者血液管理意味着要遵照世卫组织最佳临床使用指南（患者血液管理三大要点），采取一切合理措施在手术前使患者自身血量达到最佳水平，尽量减少患者失血量并控制和最大限度改善特定患者对贫血的生理耐受性；

认识到过度和不必要的输血和血浆源医药产品、不安全输血做法以及错误（尤其在患者床前输血）严重损害患者安全；

关注如果不按目前有经验的国家或区域监管机构采取的管控标准管理血液规划，则不安全和/或劣质血液制品可能使患者容易遭受可避免风险的危害；

担忧发展中国家的患者继续面临可预防的输血传播感染风险，可能通过输血遭受乙肝病毒、丙肝病毒或艾滋病毒等血源性病原体感染；

注意到血液制品以及与血液安全有关的体外诊断器材的跨界流动日益增加，而且这些制品和器材被迅速开发和引入发达国家和发展中国家的卫生保健系统；

认识到国际生物参照物质（世卫组织国际标准）在控制血液制品以及用于检测已知和新出现血源性病原体的相关体外诊断器材的质量方面具有重要作用；

确信对制备血液制品的各个阶段，从捐献者到接受者，以及从接受者到捐献者，进行追踪至关重要，可以确定风险，特别是在病原体传播和输血反应方面的风险，并可监测旨在尽量减小这类风险的纠正措施的效力；

确信需要实施良好规范，从低危献血人群中招募自愿无偿献血健康血液和血浆者，并对捐献的所有血液进行输血传播病原体检测，以及确信相关可靠的质量保证系统必须适用于血液制品的整个生产链，即正确的处理、标签、储存和运输措施；

认识到严格管控极其重要，可以确保血液制品以及相关体外诊断器材的质量和安全性，并认识到要特别努力在全球加强监管机构的技术能力，确保全世界的适当管控；

忆及以往卫生大会决议提到迫切需要加强血液机构并确保血液制品的质量、安全性和效力，

1. 敦促会员国¹：

- (1) 根据可用资源情况，采取一切必要措施，制定、实施和支持全国协调的、有效管理和可持久的血液和血浆规划，以便做到自给自足，除非有特殊情况的阻止；
- (2) 采取一切必要措施，更新关于献血者评估和延迟献血、血液制品的采集、监测、处理、储存、运输和使用以及监管机构运作的国家立法，确保整个输血链中在血液制品质量和安全性方面的管控措施符合国际公认标准；
- (3) 确立有关处理全血和血液成分的质量系统、生产血浆源医药产品的良好生产规范和适当管控；
- (4) 通过最初和持续培训工作人员，开展人力资源能力建设，以确保采供血机构和血液制品的质量；
- (5) 加强血液制品和相关医疗器材，包括体外诊断器材方面的评价质量和管制行动的质量；
- (6) 建立或加强血液制品的安全合理使用制度，向所有从事临床输血的工作人员提供培训，实施可能的解决办法以尽量减少输血错误和增强患者安全，促进提供输血替代方案，适当时包括自身输血和患者血液管理；
- (7) 确保通过可靠机制报告对捐献的血液和血浆以及对接受血液成分和血浆源医药产品的严重或意外不良反应，包括病原体的传播；

¹ 适用时，还包括区域经济一体化组织。

2. 要求总干事：

- (1) 指导会员国按照国际公认标准更新其立法、国家标准和法规，促进有效监控血液制品和相关医疗器材，包括体外诊断器材的质量和安全性；
- (2) 在指导和管理血液供应系统方面向会员国提供咨询和开展能力建设，通过分享关于血液供应系统组织结构的最佳做法，提高效率并尽量减少失误，加强全国协调的和可持续的血液和血浆规划；
- (3) 加大对会员国的支持，帮助发展和加强其国家监管机构及管控实验室，以便增强其控制血液制品及相关医疗器材，包括体外诊断器材的能力，必要时酌情促进建立区域协作性管制网络；
- (4) 确保持续开发和提供国际生物参照物质(世卫组织国际标准)，用于对血液制品及相关体外诊断器材实行质量控制和管理；
- (5) 促进发展中国家获取国际生物参照物质及其核准过程中产生的科学信息，以确保适当使用这些物质；
- (6) 制定、提供和传播指导方针和技术支持以加强协调一致的国家血液和血浆规划，应用血液成分的分离技术和血浆分离技术以满足当地需求，促进由监管机构负责对采供血机构实行有效的管制监督，并在血浆分离规划中实行良好生产规范；
- (7) 就血液制品的安全合理使用，向会员国提供指导、培训和支持，并支持实行输血替代方案，适当时包括自身输血、安全输血规范和患者血液管理；
- (8) 鼓励研究用于生产安全有效的血液替代品的新技术；
- (9) 至少每四年通过执行委员会定期向卫生大会报告会员国和其它伙伴为实施本决议采取的行动。

(第十二次会议，2010年1月22日)

EB126.R15 朝着实现降低儿童死亡率的千年发展目标 4 加速进展：预防和治疗肺炎

执行委员会，

审议了关于肺炎的治疗和预防的报告¹，

建议第六十三届世界卫生大会通过下列决议：

第六十三届世界卫生大会，

意识到世卫组织/联合国儿童基金会于 2009 年 11 月联合提交的关于预防和控制肺炎全球行动计划的报告²；

注意到关于肺炎球菌疫苗的第一项预先市场承诺以及迄今在将乙型流感嗜血杆菌疫苗纳入常规免疫规划方面取得的进展；

还注意到已经实行肺炎球菌疫苗加速开发和引进计划；

忆及关于全球免疫战略的 WHA58.15 号决议要求总干事筹集资源，以便促进在各国提供可负担得起的以流行病学特征证据为基础的未来新疫苗；

关注尽管肺炎是全球五岁以下儿童的主要死亡原因，但在降低其发病率和死亡率方面缺乏显著进展；

铭记降低肺炎的全球负担对于实现千年发展目标 4 具体目标 4.A 将至关重要；

注意到目前已有安全和高效的肺炎控制手段，具体包括用于各级病例管理的世卫组织儿童期疾病综合管理方针，对儿童进行普遍免疫以预防乙型流感嗜血杆菌和肺炎链球菌感染，改善营养和低出生体重，控制因住户使用固体燃料和住户中二手烟造成的室内空气污染，以及预防和管理艾滋病毒感染；

还注意到尤其在发展中国家采用和实施免疫规划取决于可负担得起的预防肺炎疫苗的价格和显著增强冷链能力；

¹ 文件 EB126/40。

² 文件 WHO/FCH/CAH/NCH/09.04。

关注肺炎继续每年在全球五岁以下儿童中导致 180 多万可预防的死亡；

注意到疫苗和免疫全球联盟和其他捐助者已提供大量资源,而且国际免疫融资机制和泛美卫生组织免疫周转基金为向免疫规划调拨资源提供了强有力的机制；

欢迎一些会员国集团自愿采取创新筹资举措,促进为发展筹集资源；

还注意到努力加强卫生系统发现和有效管理肺炎的能力对于努力实现千年发展目标 5 (改善产妇保健) 可能也具有积极促进作用；

意识到 2009 年甲型 H1N1 流感大流行提高了对在全系统范围加强严重急性呼吸道感染管理的必要性的认识,并注意到现在恰好应当在针对大流行所作的投资基础上,继续努力确保急性呼吸道感染患者获得及时有效的治疗,

1. 敦促会员国：

(1) 根据各自的具体国情,应用世卫组织推荐的预防和治疗肺炎政策、战略和工具；

(2) 制定以证据为基础的国家政策和业务计划以促进加强卫生系统,目的是扩大有效预防和治疗性干预措施对危险人群的覆盖；

(3) 及时有效地评估包括干预措施的覆盖率和影响在内的规划执行情况,并根据评估结果向世卫组织国家概况数据库提供信息；

(4) 确定国家和国际方面可用以加强卫生系统和提供技术支持的人力和财政资源,以便确保实施最符合当地情况和流行病学要求的战略并能够覆盖目标人群；

(5) 实施世卫组织/联合国儿童基金会联合提出的预防和控制肺炎全球行动计划中的建议,同时注意到下述问题的重要性：

(a) 通过促进采用可负担得起的并具有成本效益的以国家流行病学特征证据为基础的疫苗开展免疫工作

(b) 在社区、卫生中心和医院各级进行病例管理

- (c) 纯母乳喂养六个月
- (d) 改善营养和预防低出生体重
- (e) 控制室内空气污染，以及
- (f) 预防和管理艾滋病毒；

(6) 通过多部门合作以及社区责任制和参与，鼓励采取综合的肺炎预防和治疗办法；

2. 要求总干事：

- (1) 在各级，特别是国家一级为预防和控制肺炎加强人力资源，由此加强世卫组织国家办事处的能力，以便向国家卫生规划提供支持，协调各伙伴在预防和控制肺炎方面的工作；
- (2) 召集有关会员国、联合国系统内各组织、疫苗和免疫全球联盟、医学研究委员会以及其他相关利益攸关方参加论坛，以便在防治肺炎的工作中增进不同利益攸关方之间的协调，并调动资源促进提供乙型流感嗜血杆菌疫苗和肺炎球菌疫苗；
- (3) 从第六十四届卫生大会起，扩大 WHA61.18 号决议要求的通过执行委员会向卫生大会提交的关于实现与卫生相关的千年发展目标方面进展情况的报告的范围，包括在实施本决议方面取得的进展。

(第十二次全体会议，2010 年 1 月 22 日)

EB126.R16 病毒性肝炎

执行委员会，

审议了关于病毒性肝炎的报告¹，

¹ 文件 EB126/15。

建议第六十三届世界卫生大会通过如下决议：

第六十三届世界卫生大会，

审议了关于病毒性肝炎的报告；

考虑到约有 20 亿人已感染乙型肝炎病毒，其中约 3.5 亿人患有慢性感染；

考虑到丙型肝炎仍然不能通过疫苗接种加以预防，而且大约 80% 的丙型肝炎病毒转成慢性感染；

考虑到病毒性肝炎作为一项全球公共卫生问题的严重性，以及需要倡导政府与民众在健康促进、疾病预防、诊断和治疗方面行动起来；

对发展中国家，特别是撒哈拉以南非洲，由于难以获得可负担得起的治疗和缺乏管理病毒性肝炎的综合方法，因而在预防和控制该疾病方面缺乏进展表示关注；

考虑到有必要采取全球办法来应对各种形式的病毒性肝炎 - 尤其要注重发病率较高的乙型和丙型病毒性肝炎；

忆及乙肝和丙肝病毒传播的一种路径是注射，并忆及卫生大会在关于人体血液和血液制品使用与供应的 WHA28.72 号决议中建议发展国家献血服务机构，以及在 WHA58.13 号决议中同意设立一年一度的世界献血者日，卫生大会这两项决议均认识到需要为受血者提供安全血液；

重申关于免疫和疫苗质量的 WHA45.17 号决议敦促各会员国将乙肝疫苗纳入国家免疫规划中；

考虑到有必要降低肝癌死亡率，以及原发性肝癌病例 78% 是病毒性肝炎造成的；

考虑到病毒性肝炎防控措施与像是艾滋病毒及其他相关性传播感染和血源性感染等传染病防控措施之间存在协作关系；

认识到需要降低发病率以预防和控制病毒性肝炎，并要增加获取正确的诊断，和在所有区域提供适当的治疗规划，

1. **决定**将 7 月 28 日定为世界肝炎日，以便提供一次教育机会，增进对病毒性肝炎这一全球公共卫生问题的了解，并促使各会员国加强对这一疾病的预防和控制措施；
2. **敦促**各会员国：
 - (1) 实施和/或改进流行病学监测系统，以便生成用以指导预防和控制措施的可靠信息；
 - (2) 通过卫生和教育机构、非政府组织和民间社会之间的多部门合作，并考虑到可能与艾滋病毒等发生合并感染的因素，支持或促进采用经济有效的综合方法来预防、控制和管理病毒性肝炎，包括采取措施加强血液系统的安全、质量和管理；
 - (3) 根据本国具体情况落实世卫组织所建议的政策、战略和工具，以便明确和实施预防措施和诊断方法，并为受病毒性肝炎影响的人群提供援助；
 - (4) 加强国家卫生系统，通过开展健康促进和提供国家监测，包括提供预防、诊断和治疗病毒性肝炎的工具，以及通过疫苗接种、信息、交流和安全注射等，有效地预防和控制病毒性肝炎；
 - (5) 为卫生保健工作者提供疫苗接种策略，感染控制措施和安全注射办法；
 - (6) 使用国家和国际人力及财政资源，为加强卫生系统提供技术支持，以便为当地民众适当提供最经济有效和可负担得起的干预措施，以满足当地流行病学状况的需要；
 - (7) 必要时考虑建立国家立法机制，利用《与贸易有关的知识产权协定》中包含的灵活性，促进获取特定医药产品¹；
 - (8) 必要时，考虑利用现有的行政和法律手段，促进获取针对病毒性肝炎的预防、诊断和治疗技术；
 - (9) 制定和实施有关预防、诊断和治疗活动的监测和评价工具；

¹ 世贸组织总理事会在其 2003 年 8 月 30 日的决定（即关于实施关于与贸易有关的知识产权协定和公共健康的多哈宣言第 6 段的决定）中决定，“‘医药产品’指在医药领域用来应对《宣言》第一段中认可的公共健康问题的任何专利产品，或通过专利方法制造的产品，其中包括药品制造所需的有效成分和药品使用所需的诊断试剂。”

(10) 促进把每年的 7 月 28 日或各个会员国决定的另一日或数日作为世界肝炎日；

3. **要求**总干事：

(1) 与会员国协力制定必要的准则、有时限的目标、战略和工具以预防和控制病毒性肝炎；

(2) 为开展与预防、诊断和治疗病毒性肝炎有关的科学研究提供必要的支持；

(3) 对病毒性肝炎在全球的经济影响进行更好的评估并对其负担作出更准确的估计；

(4) 酌情支持资源匮乏的会员国开展活动庆祝世界肝炎日；

(5) 请国际组织和金融机构为加强发展中国家的能力提供支持，促使其更多地使用适合当地流行病学状况和卫生系统的可靠的诊断和治疗方法；

(6) 鼓励国际组织和金融机构为预防和控制病毒性肝炎划拨资源，以公平合理、最有效和适宜的方式为各国提供技术支持；

(7) 与联合国系统内其他组织、各伙伴、国际组织和其他相关利益攸关方合作，在发展中国家增加获取可负担得起的治疗；

(8) 通过执行委员会向第六十五届世界卫生大会报告本决议的实施情况。

(第十三次会议，2010 年 1 月 23 日)

EB126.R17 与非政府组织的关系¹

执行委员会，

审议了其非政府组织常设委员会的报告²，

¹ 见附件 5；本决议对秘书处的财政和行政影响见附件 7。

² 文件 EB126/28。

1. **决定**接受国际胰岛素基金会、国际救生联合会、国际慈善社、全球艾滋病毒携带者/艾滋病患者网络基金会(GNP+)、国际监督辅助生殖技术委员会和国际癌症治疗和研究网络与世卫组织建立正式关系；
2. **决定**推迟审议医药物理和工程学国际联盟的申请，直至商定新的工作计划，并建议继续与其保持工作关系；
3. **决定**中止与世界纤维囊肿联合会、国际青春期卫生协会、国际血液病学协会和世界女童子军协会的正式关系；
4. **决定**暂停与欧洲热带医学研究所和医学院校协会和国际自然和自然资源保护联盟的正式关系，直至它们提交关于与世卫组织合作情况的报告，或视情况，提交关于2006年以来其与世卫组织关系状况的报告，供执行委员会审议。

(第十三次会议，2010年1月23日)

决 定

EB126(1) 任命独立专家监督咨询委员会的成员

执行委员会审议了秘书处关于任命独立专家监督咨询委员会成员的报告¹并忆及委员会的职权范围²，决定任命 Marion Cowden 女士（澳大利亚/新西兰）、John Fox 先生（美利坚合众国）、Graham Miller 先生（大不列颠及北爱尔兰联合王国）Hélène Ploix 女士（法国）和 Veerathai Santiprabhob 先生（泰国）为独立专家监督咨询委员会成员。

（第十次会议，2010年1月22日）

EB126(2) 任命执行委员会出席第六十三届世界卫生大会的代表

执行委员会根据2009年5月23日的EB125(4)号决定以及EB59.R7号决议第一段任命其主席 S. Zaramba 博士(乌干达)(当然代表)及其前三名副主席 E.R. Sedyaningsih 博士（印度尼西亚），E. Giménez 博士（巴拉圭）和 Sohn Myongsei 教授（大韩民国）代表执委会出席第六十三届世界卫生大会。不言而喻，如他们中任何人不能出席卫生大会，可请另一名副主席 A.J. Mohamed 博士（阿曼）和报告员 T. Milosavljević 教授（塞尔维亚）代表执委会出席大会。

（第十二次会议，2010年1月22日）

EB126(3) 第六十三届世界卫生大会临时议程和会期

执行委员会审议了总干事关于第六十三届世界卫生大会临时议程的报告³，忆及其早先的决定⁴，即第六十三届世界卫生大会应在日内瓦万国宫举行，于2010年5月17日（星期一）开幕并不晚于2010年5月22日（星期六）闭幕，同时还忆及在本届会议讨论关于临时议程草案的议程项目7.4期间达成的共识，批准经修订的第六十三届世界卫生大会临时议程并决定卫生大会应不晚于2010年5月21日（星期五）闭幕。

（第十二次会议，2010年1月22日）

¹ 文件 EB126/25。

² EB125.R1 号决议，附件。

³ 见文件 EB126/27。

⁴ EB125(6)号决定。

EB126(4) 执行委员会第 127 届会议的日期和地点

执行委员会决定其第 127 届会议于 2010 年 5 月 22 日（星期六）在日内瓦举行。

（第十二次会议，2010 年 1 月 22 日）

EB126(5) 审议与世卫组织有正式关系的非政府组织

执行委员会审议并注意到其非政府组织常设委员会关于审查三分之一与世卫组织有正式关系的非政府组织¹的报告²，并根据 EB124(1)号决定，作出下述决定。

执委会满意地注意到本报告附件中名称带有星号的非政府组织与世卫组织之间的合作并赞赏其继续致力于世卫组织的工作，决定维持它们与世卫组织的正式关系。

注意到关于与世卫组织关系的各份报告，执委会决定维持国际医药管制当局协会、国际生物医学实验室科学联合会、国际临床化学和实验室医学联合会、国际远程医学和电子保健学会、国际抗沙眼组织和国际棘球蚴病协会与世卫组织的正式关系，并酌情要求它们提交报告，说明审查所涉时期内的合作情况以及为商定合作计划所作努力的结果，并将这些汇报给执委会第 128 届会议。

注意到商定合作计划的工作取得了成功，执委会决定维持国际言语矫正和语音矫正协会、神经—精神药理学国际委员会和国际微生物学会联盟与世卫组织的正式关系。

注意到关于秘书处采用信息系统管理非政府组织与世卫组织建立正式关系的申请程序的报告，执委会鼓励与世卫组织建立了正式关系的非政府组织利用该系统并随时更新其中的数据，至少在三年期审查时予以更新。

（第十三次会议，2010 年 1 月 23 日）

EB126(6) 授予 A.T.舒沙博士基金奖

执行委员会在审议了 A.T.舒沙博士基金奖委员会的报告后，将 2010 年 A.T.舒沙博士基金奖授予 Faissal A.R.M. Shaheen 博士（沙特阿拉伯），以表彰他在沙特阿拉伯

¹ 见附件 5。

² 文件 EB126/28。

公共卫生方面，尤其是为发展肾脏医疗服务和器官移植作出的重大贡献。获奖者将获得价值 2500 瑞士法郎的美元。

(第十三次会议，2010 年 1 月 23 日)

EB126(7) 授予世川卫生奖

执行委员会在审议了世川卫生奖遴选小组的报告后，将 2010 年世川卫生奖授予杜雪平博士（中国），以表彰她在卫生发展方面的杰出创新工作。获奖者将获得 30 000 美元。

(第十三次会议，2010 年 1 月 23 日)

EB126(8) 授予阿拉伯联合酋长国卫生基金奖

执行委员会在审议了阿拉伯联合酋长国卫生基金遴选小组的报告后，将 2010 年阿拉伯联合酋长国卫生基金奖授予约旦国家糖尿病、内分泌学和遗传学中心以及葡萄牙亚朗狄奥地区卫生署儿童早期干预规划，以表彰其对卫生发展作出的杰出贡献。获奖者将各获得 20 000 美元。

(第十三次会议，2010 年 1 月 23 日)

EB126(9) 授予李钟郁博士公共卫生纪念奖

执行委员会在审议了李钟郁博士纪念奖遴选小组的报告后，将 2010 年李钟郁博士纪念奖授予新加坡艾滋病行动小组，以表彰其对艾滋病毒/艾滋病预防、治疗和控制研究工作的杰出贡献。获奖者将获得 85 000 美元。

(第十三次会议，2010 年 1 月 23 日)

附 件

附件 1

出生缺陷¹

[EB126/10 – 2009 年 12 月 3 日]

1. 执行委员会在 2009 年 5 月第 125 届会议上审议了关于出生缺陷的议程项目²。执委会注意到专题报告³，但推迟至本届会议进一步讨论由中国、印度和大韩民国提出的一项决议草案。本报告修订了前份报告，反映了执委们发表的意见。文件 EB126/10 Add.1 载有执委会最初审议的决议草案，其中反映了执委们发表的意见和提出的建议。
2. 本报告的用意是协助讨论出生缺陷，阐述其定义、流行病学、疾病负担以及预防和治疗干预措施，并说明可以如何将这些干预措施纳入现有的卫生服务中。

定义

3. 在《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订本 (ICD10) 中，题为“先天性畸形、变形和染色体异常”的第十七章包括了出生缺陷。先天性代谢障碍和源于产前血液病等出生缺陷载于其它章。可将出生缺陷定义为出生时存在包括代谢障碍在内的结构性或功能性异常。先天性疾病被视为具有同样定义，这两个术语被交替使用⁴。《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十一次修订本为审查现有条目提供了机会。
4. 不管采用何种定义，出生缺陷可以造成自然流产和死产，是尚未获得足够重视的导致新生儿和 5 岁以下儿童死亡和残疾的一项重大原因。它们可以危及生命，导致长期残疾，从而对个人、家庭、卫生保健系统和社会造成不利影响。

出生缺陷与全球新生儿和儿童死亡率

5. 先天性疾病是常见疾病。据世卫组织估计，2004 年期间，全世界因先天性异常而死亡的人数约为 260 000 人，占有新生儿死亡病例大约 7%⁵。在总体死亡率较低的

¹ 见 EB126.R6 号决议。

² 见文件 EB125/2009/REC/1，第二次会议摘要记录第 1 节。

³ 文件 EB125/7。

⁴ “出生缺陷和血红蛋白病的管理：世卫组织和 March of Dimes 基金会联合会议的报告”，瑞士日内瓦，2006 年 5 月。

⁵ 《全球疾病负担：2004 年最新情况》。日内瓦，世界卫生组织，2008 年。

地区，先天性疾病是极为显著的一项死亡原因。例如，在世卫组织欧洲区域，高达 25% 的新生儿死亡病例是先天性异常所致。

6. 关于基因或环境因素造成出生时患有严重先天性疾病的儿童数目，目前并无可靠的估计数据。最常见的严重先天性疾病为先天性心脏缺陷、神经管缺损和唐氏综合征。《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订本中先天性异常定义未包含的血红蛋白病（包括地中海贫血和镰状细胞病）以及葡萄糖六磷酸脱氢酶缺乏症占有先天性疾病的 6%。

7. 关于先天性疾病的发病率和死亡率，仍存在相当多的不确定因素，在死亡记录不全的国家中尤其如此。但这些数字表明，为了努力实现千年发展目标 4 规定的指标，即在 1990 年至 2015 年期间将 5 岁以下儿童死亡率减少三分之二这一指标，需要处理与先天性异常有关的发病率和死亡率问题。

造成出生缺陷的通常原因

8. 出生缺陷是可能由单基因缺陷、染色体异常、多因子遗传、环境致畸因子、微量营养素缺乏引起的各种先天性疾病。在中、低收入国家中，孕产妇受梅毒和风疹等感染是导致出生缺陷的一项重要原因。孕产妇患糖尿病、碘和叶酸缺乏症、接触药品和包括酒精和烟草在内的休闲毒品、某些环境化合物以及高剂量辐射是导致某些出生缺陷的其它因素。

预防

9. 鉴于出生缺陷的原因多种多样，需要采取一系列预防措施。源于环境因素的大多数出生缺陷可以通过公共卫生措施加以预防，例如预防性传播疾病，颁布妥善管理有毒化合物（如某些农药）的法律，接种风疹疫苗，使用微营养素（碘和叶酸）强化基本食品。可以针对生命不同阶段采取预防措施（见附录）。

10. 孕前保健的目的是，在刚怀孕时和怀孕初期，确保妇女及其伴侣最佳的生理和心理健康，以促进正常妊娠和婴儿健康。通过孕前保健，可以及时采取初级预防措施，预防致畸因子导致的出生缺陷（包括先天性梅毒和风疹造成的出生缺陷）、碘缺乏症引起的缺陷、神经管缺损（可能还有其它畸形）以及与孕产妇年龄相关的染色体异常（如唐氏综合征）。及时发现家族遗传病风险，筛查携带者并提供遗传咨询，可以协助夫妇在面临已知风险的情况下限制家庭规模。

11. 为开展孕期预防，需要识别和管理风险。为此采取的一些干预措施和服务可能会引起伦理、法律和社会问题，并可能带来费用问题。这类服务包括产前筛查和出生缺陷诊断，选择性终止妊娠，以及提供咨询服务。微创侵入性筛查方法目前已用于检测孕产妇血清中的一些代谢物。生化指标异常也与胎儿组织缺陷有关，例如唐氏综合征、神经管缺损以及开放性腹壁缺损。对先天性疾病的生化筛查，如果与对颈部透明带的超声波筛查和其它超声波评估同步进行，即可提高孕早期检出率。在孕中期超声检测有助于发现重大的结构性缺陷。

检测、治疗和护理

12. 新生儿先天性疾病筛查有助于先天性疾病的早期发现、治疗和护理。新生儿筛查规划（对所有新生儿进行身体检查，筛查先天性甲状腺机能低下、苯丙酮尿症、镰状细胞病和葡萄糖六磷酸脱氢酶缺乏症）以及培训初级医务人员，将促进诊断和适当转诊治疗患有先天性疾病的婴儿。在多数卫生系统中，由训练有素的初级医务人员对所有新生儿进行身体检查是切实可行的，由此可以发现许多出生缺陷（包括构成早期高死亡风险的心血管缺陷）和将患儿转诊。

13. 治疗出生缺陷取决于可获得的卫生保健水平，包括医疗、手术、康复和适当的姑息治疗。

14. 可对包括一些常见的功能性单基因缺陷在内的若干出生缺陷进行有效的挽救生命的治疗。例如，治疗因缺乏葡萄糖六磷酸脱氢酶和因 Rh 因子不相配而引起的新生儿黄疸以及先天性甲状腺机能低下、镰状细胞病、地中海贫血、血友病、纤维囊肿和其它先天性代谢障碍。其它的治疗方法包括宫内治疗和产后手术矫正。正在几个选定的中心针对一些病症（例如先天性膈疝、先天性心脏病变、脊髓脊膜膨出以及双胎输血综合征）研究和评估这些治疗方法。

15. 手术是出生缺陷儿童所需治疗服务的一项重要的、但在很大程度上未获重视的内容。60%以上的出生缺陷儿童存在单器官、单系统或单肢先天性畸形。可以通过具有成本效益的手术矫正很多出生缺陷，以挽救生命，并改善长期预后。例如，可针对简单的先天性心脏缺陷、唇腭裂、畸形足、先天性白内障以及胃肠道和泌尿生殖系统异常等施行手术。

16. 对新生儿期后显示损伤的患者，也需要适当治疗。这包括早期发现和治疗生理、心理、智力或感官缺陷。提供保健和康复服务也很重要，以支持受影响儿童的参与和融入。

17. 经适当培训后，初级卫生保健人员可以向出生缺陷儿童提供基本保健。他们可以发现出生缺陷，诊断常见问题，并确定相关残疾。这有助于在考虑到家庭和社区环境以及现有医疗服务的情况下，提供初级基本治疗和辅导。如果无法在初级保健层次进行诊断，可考虑转诊，以获得专科服务。

对服务的影响

18. 为预防和治疗出生缺陷提供服务和采取干预措施应是现有卫生保健服务的一部分，尤其是在孕产妇和儿童卫生领域。应在向患者尽可能提供最佳治疗和护理的同时，实行包括教育、孕前保健、人口筛查、遗传咨询和诊断服务在内的预防战略。此项战略必须作为连续不断的孕产妇和儿童卫生领域干预措施的一部分，提供出生缺陷预防和保健服务。根据国家的卫生保健能力情况，服务范围应超越初级卫生保健领域，扩大到二级和三级卫生保健，涵盖产科、儿科、外科、化验和放射服务，并在有条件的情况下提供临床遗传学服务。

19. 为了有效提供出生缺陷预防和治疗服务，必须有专门的临床和诊断服务以及能够利用这些服务的初级保健系统。需要具备医学遗传学、小儿外科、影像和胎儿医学领域的核心专业知识，并可以扩展这些知识以满足需要。需提供细胞遗传学和基于 DNA 的诊断服务，以补充常规实验室（血液、微生物和生化）服务。提供这些服务可能需要一个渐进过程。随着时间的推移，这些新技术将促进以更有效和更具成本效益的方式提供服务。

20. 鉴于重点病症、社会结构、文化习俗和卫生保健能力多种多样，各国需要能够考虑一系列可提供的服务，评估费用和相对有效性，以便作出选择和确定实施顺序。但目前尚无有系统的指导意见。世卫组织秘书处可以发挥重要作用，找到成功的模式，并向公共卫生政策制定者提供连贯一致的社区遗传学信息。

可以采取的行动

21. 可在国家级采取若干行动，支持开展出生缺陷的预防和治疗服务。为开展预防工作，需将基本公共卫生服务（包括孕产妇和儿童卫生服务）纳入卫生系统。所建议的许多服务和干预措施是低收入和中等收入国家能够提供的，此外，根据需求和资源情况，还可增添其它服务和干预措施。

22. 国家预防和治疗出生缺陷规划的基本内容是：

- (a) 决策者作出承诺和提供足够的管理支持。

- (b) 建立适当的专科临床和实验室服务核心网络，并可以根据需求扩充这些服务。
- (c) 将出生缺陷的预防和治疗方法纳入初级卫生保健，其中应重视孕产妇和儿童卫生。
- (d) 为卫生保健人员尤其是初级卫生保健人员提供教育和培训。
- (e) 针对大众和特定的高风险群体实施卫生教育规划。
- (f) 建立有效的机制促进患者 - 家长后援组织的发展，并与这些组织合作，以照顾有出生缺陷的人及其家人。
- (g) 为制定适合当地人口的服务，确定与此有关的伦理、法律、宗教和文化问题。
- (h) 发起和监督新生儿筛查、婚前/孕前筛查和孕期筛查等人口筛查规划。
- (i) 建立出生缺陷的适当监测系统¹。

23. 需要提供技术指导，协助建立或加强国家出生缺陷控制规划。以下是国际社会需采取的重点行动：

- (a) 解决目前在环境因素造成的出生缺陷和结构性出生缺陷导致的卫生负担上的意见分歧，利用修订《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订本的机会，参考专家对现有数据的审查意见，并考虑扩大先天性异常分类中目前所列疾病分组。
- (b) 促进立法和公共卫生活动，尽量减少人口尤其是孕妇对可能致畸性感染、化合物以及其它环境风险因素的暴露。
- (c) 确定有效的社区服务，支持将出生缺陷的预防和治疗纳入孕产妇和儿童卫生规划。支持向卫生部提供对需求和费用的系统性评估结果，并协助选择重点。
- (d) 确定可在低收入和中等收入国家中应用的成功模式。

¹ 可以通过与现有的出生缺陷监测系统合作，支持这方面的工作。现有的出生缺陷监测系统包括国际出生缺陷监测和研究信息交换所(ICBDSR)，其成员有拉丁美洲合作研究先天畸形项目(ECLAMC)、获得世卫组织支持的颅面畸形数据库和欧洲先天异常登记系统(EUROCAT)。

(e) 促进和支持建立出生缺陷预防和治疗规划国际网络，其中应重视制定统一解决办法，优化信息、教育、费用分析和监督等工具。鉴于信息学在提高成本效益方面的潜力，应促进信息学方法。

执行委员会的行动

24. [本段请执委会审议一份决议草案文本，随后在第七次会议上作为 EB126.R6 号决议获得通过]。

附录

预防或治疗出生缺陷的干预措施

孕前保健	孕期保健	新生儿和儿童保健
<p>计划生育</p> <ul style="list-style-type: none"> 向妇女讲解生殖选择概念 减少出生缺陷儿童总数 减少高龄产妇比例，以降低常染色体异常尤其是唐氏综合征流行率 允许已有出生缺陷子女的妇女选择不再生育 <p>孕前筛查和咨询</p> <ul style="list-style-type: none"> 根据初级卫生保健中记录的家族病史，发现有可能生育出生缺陷子女者 筛查常见隐性疾病的携带者（地中海贫血和镰状细胞病） <p>优化妇女孕前和孕期饮食</p> <ul style="list-style-type: none"> 促进使用碘强化盐预防碘缺乏症 促进使用经叶酸强化的主食和使用添加叶酸的多种维生素补充剂，防止神经管缺损以及其它畸形 避免酒精、烟草和可卡因 确保适当的总体饮食（脂肪，热量，铁） <p>在孕前和孕期预防和治疗致畸性感染</p> <ul style="list-style-type: none"> 梅毒 风疹（67个国家尚无全国风疹免疫规划） <p>优化妇女孕前健康和治疗</p> <ul style="list-style-type: none"> 胰岛素依赖型糖尿病患者 接受癫痫病治疗的妇女 使用华法林进行治疗的妇女 	<p>产前筛查</p> <ul style="list-style-type: none"> Rh 因子状态 梅毒 根据家族病史确定有可能生育出生缺陷子女的个人 唐氏综合征：高龄产妇；筛查产妇血清；早期超声扫描 对产妇血清进行神经管缺损筛查 通过超声波扫描胎儿发现重大畸形（妊娠 18 周以上） 常见隐性疾病（地中海贫血和镰状细胞病）携带者 <p>产前诊断</p> <ul style="list-style-type: none"> 超声波 羊膜穿刺术 绒毛膜活检 <p>治疗胎儿</p> <ul style="list-style-type: none"> 梅毒 在宫内为 Rh 因子不相配的贫血胎儿输血 	<p>新生儿检查</p> <ul style="list-style-type: none"> 由训练有素的医务人员临床检查所有新生儿是否有出生缺陷 <p>新生儿筛查</p> <ul style="list-style-type: none"> 先天性甲状腺机能低下 苯丙酮尿症 纤维囊肿 根据本国的需要和具体情况筛查其它项目 <p>医疗</p> <p>例证：</p> <ul style="list-style-type: none"> 治疗因缺乏葡萄糖六磷酸脱氢酶和因 Rh 因子不相配而引起的新生儿黄疸 治疗患有镰状细胞病和地中海贫血等血液病的儿童 治疗一些先天性代谢障碍 治疗患纤维囊肿的儿童 <p>手术</p> <p>例证：矫正</p> <ul style="list-style-type: none"> 简单的先天性心脏缺陷 唇腭裂 畸形足 先天性白内障 <p>康复和姑息治疗</p> <p>酌情应用</p>

附件 2

《执行委员会议事规则》修订文本¹

[EB126/26, Annex – 2009 年 12 月 10 日]

会务的掌握

第三十条之二

主席应给予要求答辩的任何会员国以答辩权。会员国在行使这一权利时，应力求发言简短，最好在提出答辩的那次会议结束时发言。

.....

表 决

第四十七条之二

投票结束后，会员国可针对投票作扼要解释性发言。除原提案业经修正，否则，原提案者不得对表决进行解释性发言。

.....

第五十一条之二

除弃权外，每一会员国在选举中投票选举的候选人数应与空额待选数相等。大于、或小于待选人数的选票，均无效。

第五十一条之三

选举时，如因两个或两个以上候选人得票相等，致使一个或一个以上缺额无法填补时，则应在所述候选人中票选决定何人当选。必要时，这种程序得反复进行。

¹ 见 EB124.R10 号决议。

附件 3

确认《职员细则》修订款¹

[EB126/39 – 2009 年 11 月 26 日]

1. 根据《人事条例》第 12.2 条²，现将总干事对《职员细则》的修订款提交执行委员会确认。
2. 本文件叙述的修订反映了联合国大会第六十四届会议根据国际公务员制度委员会 2009 年年度报告³中的建议预期要做出的决定。如联合国大会不批准该委员会的建议，将发行本文件的补编。
3. 本次修订对 2009 – 2010 双年度的财政影响涉及正常预算极小的额外费用，这些费用可由每个区域、全球和区域间活动的适当拨款以及预算外资金来支付。
4. 经修订的《职员细则》刊于附录中。

鉴于联合国大会根据国际公务员制度委员会的建议预期将在其第六十四届会议上做出的决定认为必要的修订

专业及以上职类薪酬

5. 委员会建议联合国大会通过标准方法加以整合，即增加基薪，相应减少工作地点差价调整数乘数(也即依据“不亏不盈”原则)，将目前专业及以上职类的基薪/底薪表上调 3.04%，自 2010 年 1 月 1 日起生效。
6. 据此对《职员细则》附录 1 进行了修订并刊于附录中。

¹ 见 EB126.R9 和 EB126.R10 号决议。

² 《基本文件》第 47 版，日内瓦，世界卫生组织，2009 年。

³ 《国际公务员制度委员会 2009 年报告。大会正式记录，第六十四届会议，补编第 30 号》(文件 A/64/30, A/64/30Corr.1 (仅有法文) 及 A/64/30 Corr.2)。

不叙级职位职员和总干事的薪金

7. 按照联合国大会对上文第 5 段的建议的决定，总干事提议，根据《人事条例》第 3.1 条，执行委员会应建议第六十三届世界卫生大会调整助理总干事和区域主任的薪金。因此，助理总干事和区域主任的年薪毛额自 2010 年 1 月 1 日起为 183 022 美元，从而薪金净额为 131 964 美元（有受抚养者）或 119 499 美元（单身者）。

8. 根据上述薪金调整，卫生大会为副总干事批准的薪金调整自 2010 年 1 月 1 日起将为年薪毛额 201 351 美元，相应的薪金净额为 143 878 美元（有受抚养者）或 129 483 美元（单身者）。

9. 上述薪金调整将意味着对总干事的薪金作出相似的调整。因此，将由卫生大会批准的薪金将使年薪毛额自 2010 年 1 月 1 日起为 247 523 美元，薪金净额为 173 890 美元（有受抚养者）或 154 641 美元（单身者）。

执行委员会的行动

10. [本段包含两份决议草案，在第九次会议上分别作为 EB126.R9 和 EB126.R10 号决议获得通过。]

附录

Appendix 1 to the Staff Rules

Salary scale for staff in the professional and higher graded categories: annual gross base salaries and net equivalents after application of staff assessment (in US dollars)¹
(effective 1 January 2010)

STEP

Level	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV
		*	*	*	*	*									
D-2 Gross	149 903	153 214	156 529	159 846	163 160	166 475									
Net D	110 434	112 589	114 744	116 900	119 054	121 209									
Net S	101 454	103 273	105 085	106 891	108 693	110 485									
					*	*	*	*	*						
P-6/D-1 Gross	137 021	139 804	142 581	145 365	148 149	150 972	153 885	156 794	159 703						
Net D	101 674	103 567	105 455	107 348	109 241	111 132	113 025	114 916	116 807						
Net S	93 979	95 623	97 264	98 900	100 534	102 164	103 787	105 410	107 028						
											*	*	*		
P-5 Gross	113 404	115 771	118 140	120 504	122 874	125 238	127 607	129 974	132 341	134 707	137 075	139 441	141 810		
Net D	85 615	87 224	88 835	90 443	92 054	93 662	95 273	96 882	98 492	100 101	101 711	103 320	104 931		
Net S	79 537	80 967	82 393	83 818	85 241	86 659	88 077	89 491	90 904	92 314	93 721	95 124	96 528		
													*	*	*
P-4 Gross	92 907	95 064	97 221	99 378	101 626	103 909	106 196	108 478	110 763	113 044	115 331	117 612	119 897	122 182	124 468
Net D	71 393	72 946	74 499	76 052	77 606	79 158	80 713	82 265	83 819	85 370	86 925	88 476	90 030	91 584	93 138
Net S	66 482	67 897	69 311	70 720	72 130	73 539	74 946	76 351	77 754	79 157	80 558	81 958	83 357	84 755	86 151
													*	*	*
P-3 Gross	75 972	77 968	79 967	81 961	83 960	85 956	87 951	89 951	91 947	93 943	95 943	97 936	99 936	102 044	104 157
Net D	59 200	60 637	62 076	63 512	64 951	66 388	67 825	69 265	70 702	72 139	73 579	75 014	76 454	77 890	79 327
Net S	55 259	56 581	57 906	59 227	60 551	61 871	63 192	64 517	65 837	67 159	68 477	69 796	71 112	72 431	73 749
												*			
P-2 Gross	61 919	63 707	65 492	67 279	69 065	70 850	72 638	74 419	76 208	77 996	79 779	81 568			
Net D	49 082	50 369	51 654	52 941	54 227	55 512	56 799	58 082	59 370	60 657	61 941	63 229			
Net S	46 037	47 205	48 368	49 534	50 698	51 864	53 049	54 230	55 417	56 600	57 781	58 967			
P-1 Gross	47 968	49 496	51 146	52 867	54 579	56 296	58 014	59 732	61 444	63 161					
Net D	38 854	40 092	41 325	42 564	43 797	45 033	46 270	47 507	48 740	49 976					
Net S	36 651	37 790	38 927	40 068	41 207	42 344	43 484	44 609	45 728	46 848					

D = Rate applicable to staff members with a dependent spouse or child; S = Rate applicable to staff members with no dependent spouse or child.

* = The normal qualifying period for a within-grade increase between consecutive steps is one year, except at those steps marked with an asterisk, for which a two-year period at the preceding step is required (Staff Rule 550.2).

附件 4

减少有害使用酒精全球战略草案¹

[EB126/13, Annex 1 – 2009 年 12 月 3 日]

背景介绍

1. 有害使用酒精²对公共卫生具有严重后果，被视为导致全球健康状况不佳的主要风险因素之一。在本战略草案中，有害使用酒精的概念³是宽泛的，既包括可能给饮酒者，饮酒者身边的人以及整个社会造成有害健康和社会后果的饮酒行为，也包括可能使有害健康后果风险增加的饮酒模式。它危及到个人与社会的发展，可能毁掉个人生活、破坏家庭并损害社区结构。
2. 有害使用酒精是加重全球疾病负担的一个重要因素，并被列为世界上导致早亡和残疾的第三大风险因素⁴。据估计，2004 年全世界有 250 万人死于与酒精有关的原因，其中 32 万是 15 岁至 29 岁的年轻人。即便考虑到少量消费酒精对于一些 40 岁以上的人来说具有适度保护作用，特别是对冠心病而言，但是 2004 年中，有害使用酒精造成的死亡占世界总死亡的 3.8%，并且占全球疾病负担的 4.5%（按丧失的残疾调整生命年衡量）。
3. 有害饮酒是导致神经精神障碍和其他非传染性疾病，如心血管病、肝硬化以及各种癌症的一种主要但可避免的风险因素。就某些疾病而言，没有任何证据表明，在危险和酒精消费水平之间存在阈值效应。有害使用酒精还与若干传染病，如艾滋病毒/艾滋病、结核病和肺炎等有关。有害饮酒造成的疾病负担很大一部分源自无意和有意伤害，包括道路交通碰撞和暴力造成的伤害，以及自杀。酒精消费引起的致命伤害多发生在较年轻的人群中。
4. 有害使用酒精的风险程度随消费者的年龄、性别和其他生物特征以及饮酒行为发生的环境和背景而有所不同。某些脆弱或危险群体和个人更容易受到乙醇毒性、精神活性和导致依赖特性的伤害。同时，可能不会将个人的低风险酒精消费模式与不良健康和社会后果的出现或概率大幅增加联系起来。

¹ 根据执行委员会在其第 126 届会议上提出的意见经过修订（见文件 EB126/2010/REC/2，第十一次会议摘要记录）。见 EB126.R11 号决议。

² 酒精饮料是一种含乙醇的液体（通常称作“酒精”），用于饮用。在大多数国家，“酒精饮料”的法定定义将饮料中乙醇含量的阈值定为 $\geq 0.5\%$ 或 1.0% 。最普遍的酒精饮料类别是啤酒、葡萄酒和烈酒。

³ 本战略中“有害”一词仅指酒精消费的公共卫生影响，决不以任何形式损害宗教信仰和文化规范。

⁴ 关于有害使用酒精引起的公共卫生问题全球评估，见文件 A60/14 Add.1。以及《全球健康风险：由部分选定的主要风险因素导致的死亡率和疾病负担》。日内瓦，世界卫生组织，2009 年。

5. 目前关于防止和减少酒精相关危害方面战略和干预措施的效力及成本效益,已具有大量知识,可作为决策者的依据¹。虽然多数证据来自高收入国家,但对现有证据的荟萃分析和审查结果²,在部分政策措施的效力和成本效益比较方面提供了充足的知识,作为政策建议的依据。有了更好的认识,国家、区域和全球各级的应对措施增加了。然而,这些政策应对措施往往零散无体系并且不总能够与健康和社会发展方面所受影响的严重程度相符。

挑战和机会

6. 当前对减少有害使用酒精所作的承诺为增进健康和社会福祉以及减少与酒精有关的已有疾病负担提供了良好契机。然而,全球或国家倡议或规划中必须考虑诸多挑战,具体包括:

(a) **加强全球行动和国际合作。**目前全世界的相关卫生、文化和市场趋势意味着有害使用酒精将继续是一个全球卫生问题。应当认识到这些趋势并在各级采取适当应对措施。在这方面,有必要提供全球指导并加强国际合作,支持和补充区域和国家行动;

(b) **确保跨部门行动。**酒精相关问题的多样性以及减少酒精相关危害的必要措施表明,有必要在诸多部门采取全面行动。减少有害使用酒精的政策必须超越卫生部门范畴,适当鼓励发展、运输、司法、社会福利、财政政策、贸易、农业、消费政策、教育和就业等部门以及民间社会和经济运营者参与;

(c) **给予适当关注。**尽管有令人信服的证据表明,有害使用酒精具有严重的公共卫生后果,但是决策者对防止和减少这种有害使用的问题通常未给予高度重视。此外,在许多发展中国家及低收入和中等收入国家,酒精饮料的供应和经济承受能力日益上升,但是这些国家应付随后产生的额外公共卫生负担的能力却有限,两者之间存在明显差距。除非对这个问题给予应有的关注,否则有害饮酒行为及习惯方式将继续蔓延;

(d) **平衡各种不同的利益。**酒精生产、分销、推销和销售可以创造就业,给经济运营者带来巨大收入,并给各级政府创造税收。旨在减少有害使用酒精的公共卫生措施有时被认为与自由市场和消费者选择等其他目标发生冲突,并可能有损经济利益和减少政府收入。决策者面临的挑战是要适当优先考虑促进和保护人群的健康,同

¹ 关于减少酒精相关危害方面以证据为基础的战略和干预措施,见文件 A60/14。

² 例见:2007年世卫组织技术报告丛刊,第944期,以及《减少酒精相关危害方面干预措施的效力及成本效益证据》。哥本哈根,世界卫生组织欧洲区域办事处,2009年。

时也要考虑其他目标、义务（包括国际法律义务）和利益。在这方面应当指出，国际贸易协定通常承认国家有权采取措施保护人类健康，但条件是，应用这些措施的方式不得构成对贸易的无理或任意歧视或者变相限制。在这方面，国家、区域和国际方面的努力应当顾及有害使用酒精带来的影响；

(e) 注重公平性。 贫困社会中全民酒精饮料的消费比率明显低于富裕社会。但是，就一定消费量而言，贫穷人口遭受酒精损害的程度可能严重得多。因此非常有必要制定和实施有效的政策与规划，以便在国家内部以及国家之间缩减这种社会差距。此外，需要这种政策的另一目的是，要特别在土著人群、少数或边缘群体中以及发展中国家产生和传播新知识，阐明有害消费酒精与社会和卫生不公平现象之间的复杂关系；

(f) 在建议行动时考虑“环境”。 已经公布的关于酒精相关政策干预措施效力的多数证据都来自高收入国家，因此有人担心这些干预措施的效力取决于具体情况，可能不可以转用于其他环境中。然而，许多减少有害使用酒精的干预措施已在各种文化和环境中得到实施，且其结果往往与在其他类似公共卫生领域中积累的基本理论和证据基础协调一致。制定和执行政策者的着眼点应当在于适当调整有效的干预措施以便适应当地环境，并应进行适当的监测和评价以提供反馈，从而采取进一步行动；

(g) 加强信息。 会员国、世卫组织秘书处和其他一些利益攸关方已经建立系统，用以收集、分析和传播关于酒精消费、酒精相关危害以及政策应对方面的数据。但是知识方面仍然存在巨大差距，必须更加重视信息和知识的生产与传播，以推进这一领域中的发展，特别是在发展中国家及低收入和中等收入国家。世卫组织酒精与健康全球信息系统以及综合区域信息系统为更好地监测全球和区域在减少有害使用酒精方面取得的进展提供了手段。

宗旨和目标

7. 国家和地方所作的努力如果能够在商定的政策框架内得到区域和全球行动的支持，将会产生更好的效果。因此，全球战略草案的目的在于支持和补充各会员国的公共卫生政策。

8. 全球战略的愿景是改善个人、家庭和社区的健康和社会结果，大大降低因有害使用酒精导致的发病率和死亡率并减少随后产生的社会后果。根据设想，全球战略将促进和支持地方、区域和全球行动，防止并减少有害使用酒精现象。

9. 全球战略旨在为各级行动提供指导；制定全球行动的重点领域；以及建议一套政策方案和措施，可考虑在国家一级得到实施和适当调整，以便顾及到国家的具体情况，诸如宗教和文化背景、国家公共卫生重点，以及资源、能力和潜力。

10. 这一战略具有五项目标：

- (a) 提高全球对有害使用酒精所导致的卫生、社会和经济问题的严重程度和性质的认识，加强政府承诺以采取行动处理有害使用酒精问题；
- (b) 加强有关酒精相关危害严重程度和决定因素以及有关减少和防止这类危害的有效干预措施的知识基础；
- (c) 增加对会员国的技术支持并增强其能力，促进防止有害使用酒精现象并管理酒精使用导致的障碍及相关病症；
- (d) 加强伙伴关系并更好地协调各利益攸关方，增加必要资源的筹集以促进采取适当和一致的行动，防止有害使用酒精；
- (e) 在各级加强监督和监测系统，并为促进宣传、制定政策和开展评价而更有效地传播和应用信息。

11. 人口酒精消费的一般水平、饮酒模式以及当地环境都会影响有害使用酒精的情况及其相关公共卫生问题。要实现上述五项目标，全球、区域和国家各级将必须针对酒精消费的水平、模式和环境以及更广泛的健康问题社会决定因素采取行动。有必要特别关注减少对饮酒者以外的人造成的损害，以及特别容易遭受有害使用酒精危害的人群，诸如儿童、青少年、育龄妇女、孕妇和哺乳妇女、土著人群和其他少数群体或社会经济地位低下人群。

指导原则

12. 通过防止和减少有害使用酒精来保护人群的健康是一项公共卫生重点。下述原则将指导在各级制定和实施政策；这些原则反映了酒精相关危害的多方面决定因素以及实施有效干预措施必须采取的多部门一致行动。

- (a) 应当围绕公共卫生利益，并根据明确的公共卫生目标和现有最佳证据来制定防止和减少酒精相关危害的公共政策和干预措施；

- (b) 政策应当是公平的并应具有敏感度，能顾及到不同民族、宗教和文化背景；
- (c) 有关各方有责任保证其行为方式不损害实施公共政策和干预措施以防止和减少有害使用酒精；
- (d) 在相互竞争的利益中，应适当尊重公共卫生利益，并应促进支持这一方针的措施；
- (e) 保护极易遭受酒精所致危害影响的高危人群以及遭受他人有害饮酒后果影响的人群应当是减少有害使用酒精政策的一个必要组成部分；
- (f) 受有害使用酒精影响的个人和家庭应能获得负担得起的有效预防和护理服务；
- (g) 自愿不喝酒精饮料的儿童、青少年和成人有权获得支持，坚持其不饮酒行为，并应防止强迫他们饮酒；
- (h) 预防并减轻酒精相关危害的公共政策和干预措施应当包括所有酒精饮料及替代酒精¹。

国家政策和措施

13. 如果各国采取有效行动保护其人民，则可减少有害使用酒精现象。会员国的一项主要责任是制定、实施、监测和评价减少有害使用酒精的公共政策。这类政策需要一系列注重公共卫生的广泛预防和治疗战略。不论国家的资源水平如何，只要具有减少有害使用酒精的国家战略和适当法律框架，所有国家都将从中受益。根据政策方案的特点以及国家具体情况，某些政策方案可通过诸如指导方针或自愿限制等非法律框架来实施。成功实施措施的同时应监测影响和遵守情况，并针对不遵守法律规章的情况制定和实行制裁措施。

14. 持续的政治承诺、有效的协调、可持续的供资以及次国家级政府和来自民间社会及经济运营者的适当参与对于成功至关重要。许多有关的决策机构，如卫生部、交通运输当局或税收机构等应当参与制定和实施酒精政策。政府有必要建立有效和持久的协调机制，如一个由诸多部委高级代表及其他伙伴组成的国家酒精委员会，以便确保采取一致的酒精政策措施并在有害使用酒精方面政策目标与其他公共政策目标之间实现适当平衡。

¹ 本战略中提及的“替代酒精”是指那些通常情况下含有乙醇，但并非有意当作饮料来饮用的液体，这些液体作为酒精饮料的替代品以口服方式加以饮用，目的在于获得醉意或者与酒精消费相关的其它感受。

15. 卫生部具有重要作用，须将其他部委与必要的利益攸关方聚合起来，以促进制定和实施有效的政策。卫生部还应确保预防和治疗战略及干预措施的策划和提供与针对其他属于公共卫生首要重点的相关健康状况，如非法使用药物、精神疾患、暴力和伤害、心血管病、癌症、结核病和艾滋病毒/艾滋病等的战略和干预措施协调一致。

16. 可用于国家行动的政策方案和干预措施分别归入 10 个建议的目标领域。这些领域应被视为是相互支持和补充的。它们是：

- (a) 领导、认识与承诺；
- (b) 卫生机构的应对行动；
- (c) 社区行动；
- (d) 酒后驾驶的政策和对策；
- (e) 酒精供应；
- (f) 酒精饮料的推销；
- (g) 价格政策；
- (h) 减少饮酒和醉酒的负面后果；
- (i) 减少非法酒精和非正规生产的酒精的公共卫生影响¹；
- (j) 监督和监测。

17. 下面根据当前有关效力及成本效益的科学知识和现有证据，以及经验和良好做法，为 10 个建议目标领域逐一提出了供会员国审议的政策方案和干预措施。并非所有这些政策方案和干预措施对所有会员国都适用或切实可行，其中有些可能会超出现有资源范畴。因此，应当由各会员国根据各自的国家、宗教和文化背景，国家公共卫生重点和现有资源，以及根据宪法原则和国际法律义务，酌情实施措施。全球和区域方面为减少有害使用酒精所作的努力将可以支持和补充国家一级的政策措施和干预措施。

¹ **非正规生产的酒精**指家庭或地方上通过将水果、谷物、蔬菜等发酵和蒸馏而生产出的酒精饮料，往往植根于当地文化习俗与传统。非正规生产的酒精饮料的例子包括高粱啤酒、棕榈酒以及用甘蔗、谷物或其他农产品制造的烈酒。

政策方案和干预措施

领域 1. 领导、认识与承诺

18. 可持续的行动需要强有力的领导，并以认识、政治意愿和承诺作为坚实的基础。这种承诺最好应当体现为有充足供资的全面和跨部门国家政策，澄清所涉不同伙伴的作用和责任分工。有关政策必须以现有证据为依据并符合当地具体情况，具有明确的目标、战略和指标。该政策应辅之以具体的行动计划并得到有效和可持续的执行和评价机制的支持。民间社会和经济运营者的适当参与至关重要。

19. 这一领域的**政策方案和干预措施**包括：

- (a) 制定或加强已有的国家和次国家级综合战略、行动计划及活动，减少有害使用酒精；
- (b) 酌情建立或指定一个主要组织或机构，负责贯彻落实国家政策、战略和计划；
- (c) 使酒精战略与其他相关部门的工作协调一致，包括在各级政府之间以及与其他相关卫生部门战略和计划进行合作；
- (d) 确保社会各阶层能广泛获取信息和有效的教育和公众认识规划，以了解国家中酒精相关危害的各种影响，同时明白必须有而且已经有有效的预防措施；
- (e) 提高对饮酒给他人以及脆弱人群造成的伤害的认识，避免指责并积极劝阻歧视受影响的人群和个人。

领域 2. 卫生机构的应对行动

20. 卫生机构至关重要，可以从个人方面处理那些患有酒精使用所致障碍及其他与有害使用酒精相关病症患者所受的损害。卫生机构应当向可能遭受或已经遭受酒精使用所引起障碍及相关病症影响的个人及其家庭提供预防和治疗干预措施。卫生机构和卫生专业人员的另一个重要作用是，让社会了解有害使用酒精的公共卫生和社会后果，支持社区努力减少有害使用酒精现象，并倡导采取有效的社会应对措施。卫生机构还应当主动联系并动员卫生部门以外更广泛的行为者参与。应当根据有害使用酒精所导致的公共卫生问题的严重程度来充分加强和资助卫生机构的应对行动。

21. 这一领域的**政策方案和干预措施**包括：

- (a) 加强卫生和社会福利系统的能力，以便为酒精使用和酒精诱发的障碍以及合并病症提供预防、治疗和护理，包括为受影响的家庭提供支持和治疗，以及支持互助和自助活动与规划；
- (b) 支持在初级卫生保健和其他机构开展行动，对危险和有害饮酒进行筛查和短期干预；这类行动应当包括早期确定和管理孕妇和育龄妇女中的有害饮酒行为；
- (c) 加强能力以预防和确定有胎儿醇中毒综合征及一系列相关障碍的个人和家庭，并采取干预措施；
- (d) 制定并有效协调针对酒精使用所致障碍和合并病症，包括药物使用所导致障碍、抑郁、自杀、艾滋病毒/艾滋病和结核病等的综合和/或相互关联的预防、治疗和护理战略和服务；
- (e) 通过加强社会经济地位低下人群对治疗服务的获取、利用和负担能力等方式，确保普遍获取卫生保健；
- (f) 建立和维持一个登记系统，并监测酒精所致发病率和死亡率，同时建立一个定期报告机制；
- (g) 酌情提供注重不同文化的适当卫生和社会服务。

领域 3. 社区行动

22. 有害使用酒精给社区造成的影响可能促使采取和加强针对当地问题的地方行动和解决办法。政府和其他利益攸关方可以支持社区并加强其能力，利用当地知识和专长，采纳有效措施，通过改变集体而非个人行为，同时敏感地顾及到文化规范、信仰和价值体系，防止和减少有害使用酒精现象。

23. 这一领域的**政策方案和干预措施**包括：

- (a) 在社区一级支持开展迅速评估以确认差距和应当采取干预措施的重点领域；
- (b) 促进在地方一级加强对酒精相关危害的认识，鼓励针对有害使用酒精及相关问题的地方决定因素采取适当有效并且具有成本效益的对策；

- (c) 加强地方当局能力，以便通过支持和促进制定旨在减少有害使用酒精的地区性政策，鼓励和协调社区一致行动，此外还要提高其能力，以加强社区机构以及非政府组织的伙伴关系和网络；
- (d) 提供有关以社区为基础的有效干预措施信息，并在社区一级建设实施措施的能力；
- (e) 动员社区防止向未成年饮酒者销售，或由其消费酒精，并建立和支持无酒精环境，特别是针对年轻人和其他危险人群；
- (f) 向受影响的个人及其家庭提供社区关爱和支持；
- (g) 制定或支持针对特别有危险的亚人群，如年轻人、失业者和土著人群等，以及针对特定问题，如生产和分销非法或非正规酒精饮料以及体育赛事和城市节日等社区活动的社区规划。

领域 4. 酒后驾驶的政策和对策

24. 受到酒精影响时驾车会严重影响一个人的判断力、协调性和其他运动功能。酒后驾驶是一个重要的公共卫生问题，对饮酒者以及往往无辜的当事方都有影响。目前已具备有充分证据基础的干预措施可以减少酒后驾驶行为。减少与酒后驾驶有关的伤害应当包括威慑措施，目的是减少在酒精作用下驾驶的可能性，还应包括创造更安全驾驶环境的措施，以便既能减少酒后撞车事故的几率又能减轻相关伤害的严重程度。

25. 在某些国家，涉及醉酒行人的交通伤害数量众多，应当作为干预措施的首要重点。

26. 这一领域的**政策方案和干预措施**包括：

- (a) 对血液酒精浓度采用并强制执行一个上限，同时降低对专业驾驶员以及年轻或无经验驾驶员的限量；
- (b) 促进设置酒精检查点以及随机进行呼吸测试；
- (c) 行政吊销驾驶执照；
- (d) 对无经验驾驶员分阶段颁发执照，绝对不容许酒后驾驶；
- (e) 在可承受的特定情况下，使用酒精 — 点火互锁系统，减少酒后驾驶事故；

- (f) 实行强制性驾驶员教育、咨询方案并酌情采取治疗方案；
- (g) 鼓励提供其他交通工具，包括公共交通，直至饮酒场所关门以后；
- (h) 开展支持有关政策的公众认识和宣传运动，以加强普遍威慑力；
- (i) 针对特定情况，如节假日，或针对特定受众，如年轻人等开展精心策划、高度集中和能够有效执行的媒体宣传运动。

领域 5. 酒精供应

27. 力求通过法律、政策和规划来管理商业或公开酒精供应的公共卫生战略是降低有害使用酒精一般水平的重要途径。这类战略提供了基本措施，以防止脆弱和高危人群轻易获得酒精。酒精的商业和公开供应与其在社会上的可得性相互影响，由此促使改变助长有害使用酒精的社会和文化规范。对酒精供应的管制水平取决于当地具体情况，包括社会、文化和经济环境以及具有约束力的现有国际义务。在某些发展中国家及低收入和中等收入国家，非正规市场是酒精的主要来源，除对销售实行正规控制外，有必要采取行动处理非法或非正规生产的酒精。此外，过分严格地限制供应，可能会助长平行非法市场的发展。酒精供应方面的措施还必须考虑例如来自父母或朋友的二手供应情况。

28. 这一领域的**政策方案和干预措施**包括：

- (a) 建立、运转和执行一个适当的系统管理酒精饮料的生产、分销和供应，根据文化规划对酒精销售和酒精销售点的经营实行合理限制，具体可以采取如下措施：
 - (i) 对零售业务酌情采用许可证制度，或采取注重公共卫生的政府垄断；
 - (ii) 管理酒精消费场所和销售场所的数量及地点；
 - (iii) 管理零售日期和时间；
 - (iv) 管理酒精零售方式；
 - (v) 在某些场所或在特殊活动期间管理零售业务；
- (b) 对购买或消费酒精饮料设定适当的最低年龄，并采取其他政策，以便提高门槛，防止向青少年销售，或由其消费酒精饮料；

- (c) 采纳政策防止向醉酒者以及不满法定年龄者进行销售，并根据国家立法，考虑推行各类机制，使销售者和供应者承担责任；
- (d) 制定有关在公共场所饮酒或在官方公共机构举办活动和履行职能过程中饮酒的政策；
- (e) 采纳政策减少并消除非法生产、销售和分销的酒精饮料供应问题，并监管或者控制非正规酒精。

领域 6. 酒精饮料的推销¹

29. 减少推销尤其对年轻人和青少年带来的影响是减少有害使用酒精所考虑的一个重要问题。销售酒精的渠道包括日益复杂的广告和各种促销手段，例如将酒精品牌与体育和文化活动结合起来，赞助和植入式广告，以及电子邮件、短信和播客、社会宣传和其他等新推销手段。通过卫星电视和因特网以及体育和文化活动赞助等渠道，跨越国界和国家管辖范围传播酒精营销信息是新出现的问题，在某些国家引起严肃关注。

30. 在以青年消费者为推销目标时，很难将不满法定年龄的青少年队伍排除在这种推销行为的影响之外。使儿童和年轻人受到推销的诱惑，与在目前酒精消费流行率低或戒酒率高的发展中国家及低收入和中等收入国家锁定新市场一样，是特别令人关注的问题。酒精推销的内容以及年轻人与这种推销的接触量都是重要问题。应当考虑采取防范措施，防止年轻人遭受这类推销手段的影响。

31. 这一领域的**政策方案和干预措施**包括：

- (a) 在酒精推销方面，建立最好具有立法基础的管制或共同管制框架，适当时应辅之以自我管制措施，为此应：
 - (i) 管理推销内容和营销量；
 - (ii) 管理在某些或所有媒体中直接或间接进行推销；
 - (iii) 管理促销酒精饮料的赞助活动；
 - (iv) 限制或禁止在以年轻人为目标的活动中进行促销；

¹ 推销一词在适当时并根据国家立法，可指任何形式的商业通信或信息，意在提高或者其带来的效果可提高对特定产品和服务的认可、吸引和/或消费。该词包含了对某一产品或者服务作广告或者在其他方面进行促销的任何举动。

- (v) 管理新式酒精推销手段，例如社会宣传；
- (b) 由公共机构或独立的机构建立有效的酒精制品推销监测系统；
- (c) 针对违反推销限制的行为，建立有效的行政和威慑制度。

领域 7. 价格政策

32. 包括酗酒者和年轻人在内的消费者对酒价的变化很敏感。可以使用价格政策减少未成年人饮酒现象，阻止发展成大量饮酒和/或反复酗酒状况，并可影响消费者的偏好。提高酒精饮料的价格是减少有害使用酒精最有效的干预措施之一。为减少有害使用酒精而实行的价格政策能否成功，关键在于是否有一个切实有效的税收制度，并能配以适当的征税和执行措施。

33. 消费者的偏好和选择、收入变化、本国或邻国的其他酒精来源以及有无其他酒精政策措施等因素都可能影响这一政策方案的效力。对不同饮料的需求可能受到不同影响。增税措施可能对销售产生不同影响，这取决于它们如何影响对消费者的价格。大量非法酒精市场的存在使许多国家的税收政策考虑更加复杂。在这种情况下，改变税收的同时，必须努力将非法和非正规市场置于有效的政府管控之下。增加税收还可能遇到来自消费者群体和经济运营者的抵制。针对这种抵制采取宣传和加强认识措施将有助于推行税收政策。

34. 这一领域的**政策方案和干预措施**包括：

- (a) 确立特定的国内酒精税制度并辅以有效的执行系统，这可酌情顾及饮料的酒精成分；
- (b) 根据通货膨胀和收入水平定期审查价格；
- (c) 禁止或限制使用直接及间接的价格促销手段、折价销售、低于成本和统售价格销售以助长无限制饮酒，或者其他类型的批量销售；
- (d) 在适用时，确定最低酒精价格；
- (e) 为非酒精饮料提供价格刺激措施；
- (f) 减少或停止向酒精领域的经济运营者提供补贴。

领域 8. 减少饮酒和醉酒的负面后果

35. 该目标领域包括的政策方案和干预措施直接注重减少醉酒和饮酒造成的危害，但不一定会影响基本的酒精消费。目前的证据和良好做法鼓励使预防或者减少饮酒及醉酒负面影响的更广泛战略中的干预措施相辅相成。在实施这些措施，管理饮酒环境或向消费者提供信息时，应避免赞同或鼓励饮酒的观点。

36. 这一领域的**政策方案和干预措施**包括：

- (a) 管理饮酒环境，尽量减少暴力和破坏行为，包括使用塑料容器或防碎玻璃杯供应酒精，并在大型公共活动中管理酒精相关问题；
- (b) 执行法律禁止供应至醉酒状态，并对供应酒精至醉酒状态而引起损害的后果追究法律责任；
- (c) 颁布关于在消费场所负责地供应饮料问题的管理政策，并就如何更好地防止、识别和管理喝醉和寻衅闹事的饮酒者，对相关部门的职员进行培训；
- (d) 降低不同饮料类别所含的酒精浓度；
- (e) 为严重醉酒者提供必要的照护或住所；
- (f) 提供消费者信息并在酒精饮料上加贴标签说明与酒精有关的危害。

领域 9. 减少非法酒精和非正规生产的酒精的公共卫生影响

37. 消费非法或非正规生产的酒精可能会因为乙醇含量较高以及甲醇等有毒物质的潜在污染而造成其他不良健康和社会后果，并还可能妨碍政府对合法生产的酒精进行征税和控制。应当根据非法和/或非正规酒精消费的行流情况及相关危害，采取行动减少上述其他不良后果。应当建立良好的科学、技术和机构能力，促进策划和实施适当的国家、区域和国际措施。对市场有良好认识并且对非正规或非法酒精的组成和生产有深入了解也很重要，同时要有适当的立法框架和积极的执行措施。这些干预措施应当补充而不是取代其他旨在减少有害使用酒精的干预措施。

38. 非正规酒精的生产和销售深深植根于许多文化，通常对其实行不正规管控。因此，针对非法酒精和非正规生产的酒精的控制措施可能各不相同，应当将其与提高认识和社区动员相结合。努力刺激其他收入来源也十分重要。

39. 这一领域的**政策方案和干预措施**包括：

- (a) 在生产和销售酒精饮料方面实行良好的质量控制；
- (b) 管理非正规生产的酒精的销售并将之纳入税收制度；
- (c) 建立有效的控制和执行系统，包括印花税票；
- (d) 建立或加强关于非法酒精的跟踪和追踪系统；
- (e) 确保在国家和国际各当局之间就打击非法酒精开展必要的合作并交换相关信息；
- (f) 就源自非正规酒精或非法酒精的污染物和其他健康危害发出相关公开警告。

领域 10. 监督和监测

40. 通过监督和监测获得的数据为成功和适当实施其他九项政策方案奠定了基础。有必要进行地方、国家和国际监督与监测，以便监测酒精相关危害的严重程度和趋势，加强宣传，制定政策并评估干预措施的影响。监测还应当掌握服务利用者的大致情况，以及最受影响者不利用预防和治疗服务的缘由。其他部门可能拥有数据，因此必须建立良好的协调、信息交换和合作系统，以便收集范围可能很广泛的必要信息，开展全面监督与监测。

41. 建立可持续的国家信息系统，使用与世卫组织全球和区域信息系统一致的指标、定义和数据收集程序是有效评价减少有害使用酒精方面国家努力以及监测次区域、区域和全球各级趋势的重要基础。系统持续地收集、核对和分析数据，及时向决策者和其他利益攸关方传播信息和反馈，应当是实施任何减少有害使用酒精政策和干预措施必不可少的一部分。收集、分析和传播关于有害使用酒精的信息是资源密集型活动。

42. 这一领域的**政策方案和干预措施**包括：

- (a) 建立有效的框架，促进监督和监测活动，包括对酒精消费和酒精相关危害定期开展全国调查和制定信息交换与传播计划；
- (b) 确立或指定机构或其他组织实体，负责收集、核对、分析和传播现有数据，包括发布国家报告；

- (c) 制定并跟踪一套关于有害使用酒精以及防止和减少这种使用方面政策应对和干预措施的共同指标；
- (d) 根据国际商定的指标在国家一级建立数据库，并按商定的格式向世卫组织和其他相关国际组织报告数据；
- (e) 建立对所收集数据的评价机制，以便确定为减少有害使用酒精而采取的政策措施、干预措施和规划的影响。

全球行动：重要作用和要素

43. 鉴于这一问题的严重性和复杂性，全球必须同心协力，支持会员国应对各自国家所面临的挑战。国际协调与合作能够产生必要的协同作用，使会员国能更有力地实施以证据为基础的措施。

44. 世卫组织在联合国系统其他组织以及其他国际伙伴的配合下，将：

- (a) 提供领导；
- (b) 加强宣传；
- (c) 与会员国协力拟定基于证据的政策方案；
- (d) 促进国家之间联网和交流经验；
- (e) 加强伙伴关系和资源筹集；
- (f) 协调对酒精相关危害以及各国处理此问题的进展的监测。

45. 世卫组织和其他国际伙伴将根据各自的职权采取行动支持实施全球战略。国际非政府组织、专业协会、研究机构以及酒精领域的经济运营者在加强全球行动方面都具有重要作用，具体如下：

- (a) 将敦促联合国系统内的主要伙伴和国际组织，如国际劳工组织、联合国儿童基金会、世界贸易组织、联合国开发计划署、联合国人口基金、联合国艾滋病联合规划署、联合国毒品和犯罪问题办公室以及世界银行等加强合作，防止并减少有害使用酒精现象，特别是在发展中国家及低收入和中等收入国家；

- (b) 民间社会作用重大，能够警告有害使用酒精对个人、家庭和社区的影响，并为减少酒精相关危害带来额外的承诺和资源。特别应鼓励非政府组织建立广泛的网络和行动组以支持实施全球战略；
- (c) 研究机构和专业协会在产生更多行动证据并向卫生专业人员和广大社区传播这种证据方面发挥着关键作用。世卫组织合作中心在支持实施和评价全球战略方面具有重要作用；
- (d) 酒精生产和贸易领域中的经济运营者作为酒精饮料的开发商、生产商、分销商、经销商和销售商发挥着重要作用。特别鼓励他们考虑如何能结合其上述核心作用有效地防止和减少有害使用酒精现象，包括采取自我管制行动和倡议。他们还可以通过提供酒精饮料销售和消费方面的数据来发挥作用；
- (e) 媒体的作用也日益重要，它不仅是新闻和信息传输工具，而且是商业通讯的渠道，应当予以鼓励，以支持全球战略的目标与活动。

公共卫生倡导和伙伴关系

- 46. 在全球加强各级政府和有关各方减少有害使用酒精的承诺和能力，需要开展国际公共卫生倡导并构建伙伴关系。
- 47. 世卫组织承诺，提高人们对有害使用酒精造成的公共卫生问题以及对防止和减少此种有害使用可采取之措施的认识，以便拯救生命，减少痛苦。世卫组织将与其他国际政府间组织以及代表主要利益攸关方的相关国际机构一道努力，确保有关行动者能够促进减少有害使用酒精。
- 48. 秘书处将通过以下途径为会员国提供支持：
 - (a) 提高人们对有害使用酒精造成的公共卫生问题的严重性的认识，并倡导在各级采取适当行动，防止和减少这类问题；
 - (b) 倡导将处理有害使用酒精问题作为重要事项列入有关国际和政府间组织的议程，以支持区域和全球级卫生部门与其他部门之间的政策一致性；
 - (c) 促进和便利国际协调、合作、伙伴关系和信息交流，以确保必要的协同作用和有关各方的一致行动；

- (d) 确保有关防止和减少有害使用酒精的重要讯息具有一致性，科学合理性和明确性；
- (e) 促进国家间网络和经验交流；
- (f) 促进国际联网，以便处理特定和类似的问题（例如，土著或其它少数群体中的特定问题或改变年轻人的饮酒文化等）；
- (g) 倡导各方应在国际、区域和双边贸易谈判中适当考虑国家和次国家级政府对酒精的分销、销售和推销予以管制，进而对酒精相关卫生和社会成本进行管理的需要和能力；
- (h) 确保世卫组织制定工作程序，协同非政府组织和其它民间社会团体开展工作，同时考虑到一些非政府组织可能有的任何利益冲突；
- (i) 继续与私营部门开展对话，探讨如何以最佳方式促进减少酒精相关危害。将适当考虑所涉及的商业利益及其与公共卫生目标之间潜在的冲突。

技术支持和能力建设

49. 许多会员国需要加强能力和潜力以制定、执行和维持必要的政策和法律框架以及实施机制。全球行动将以下列方式支持国家行动：建立可持续机制并提供必要的规范性指导和技术工具，确保有效开展技术支持和能力建设，尤其侧重于发展中国家及低收入和中等收入国家。这类行动必须符合国家的具体情况、需要和优先事项。在酒精所致负担沉重或日益加重的国家，建立做出有效政策反应所必要的基础设施，是实现更远大的公共卫生和发展目标的一个重要前提。

50. 世卫组织承诺与区域和全球层面其他有关行动者开展合作，提供技术指导和支持，促进加强机构能力以应对有害使用酒精所造成的公共卫生问题。世卫组织将特别关注对发展中国家及低收入和中等收入国家的支持和能力建设。

51. 秘书处将通过以下途径为会员国提供支持：

- (a) 记录并传播卫生机构应对酒精相关问题方面的良好范例；
- (b) 记录并传播不同部门应对酒精相关问题方面的最佳做法和范例；

- (c) 将道路安全、税务和司法等其他领域的专长与公共卫生专门知识结合起来，设计有效的模式，防止和减少酒精相关危害；
- (d) 为不同环境下的有效和有成本效益的预防和治疗干预措施提供规范性指导；
- (e) 建立并加强全球、区域和国家间网络，以便分享最佳做法，促进能力建设；
- (f) 对会员国的要求做出反应，以支持它们努力建设能力，了解国际贸易和贸易协定对卫生的影响。

知识生产与传播

52. 全球行动的重要领域将包括监测酒精消费趋势、酒精所致危害和社会应对措施，分析这一信息和促进及时传播。应当在全球进一步巩固和系统地扩大关于有害使用酒精的严重性以及预防和治理干预措施的效力和成本效益的现有知识，特别是酒精使用流行病学和酒精相关危害、有害使用酒精对经济社会发展的影响以及传染病在发展中国家及低收入和中等收入国家的传播等方面的信息。

53. 世卫组织建立了酒精与健康全球信息系统以及区域组成部分，以提供有关酒精消费的程度和模式、酒精所致健康和社会后果以及各级应对政策的动态数据。改进有关酒精与健康的全球和区域数据，必须发展国家监测系统，由指定的归口单位向世卫组织定期报告数据，并加强有关监测活动。

54. 世卫组织承诺与有关伙伴一道确立酒精与健康国际研究议程，发展研究能力，促进和支持国际研究网络和项目，以生成和传播数据，提供信息指导制定政策和规划。

55. 秘书处将通过以下途径为会员国提供支持：

- (a) 提供一个国际信息交换中心，交换关于减少有害使用酒精方面有效和有成本效益的干预措施的信息，包括促进和便利关于有效治疗服务的信息交换；
- (b) 加强酒精与健康全球信息系统和对酒精所致疾病负担的比较风险评估；
- (c) 基于可比数据和商定的指标和定义，制定或完善相应的数据收集机制，以促进全球、区域和国家各级的数据收集、核对、分析和传播；
- (d) 促进区域和全球网络支持和补充国家方面的努力，并着眼于知识生产和信息交换；

- (e) 继续与国际科学家和卫生专家网络合作，促进对有害使用酒精的各个方面开展研究；
- (f) 促进对在不同文化和发展环境中实施的不同政策措施开展效力比较研究；
- (g) 便利开展业务研究，以扩大有效的干预措施，以及研究有害使用酒精与社会和卫生不平等现象之间的关系。

资源调动

56. 酒精所致疾病和社会负担的严重程度与各级为减少有害使用酒精可动用的资源极不相称。全球发展行动必须考虑到发展中国家及低收入和中等收入国家需要获得技术援助，通过援助和专门知识制定和加强防止有害使用酒精的国家政策和计划，并发展适当的基础设施，包括卫生保健系统的基础设施。对于因有害使用酒精所致疾病负担很高的发展中国家及低收入和中等收入国家，发展机构可考虑将减少有害使用酒精列为重点领域。同发展中国家之间的合作机制一样，官方发展援助提供了机会，促使发展中国家及低收入和中等收入国家建立这方面的可持续机构能力。在这方面，敦促各会员国相互支持，利用包括针对发展中国家的官方发展援助在内的国际合作和资金援助，实施全球战略。

57. 世卫组织承诺，将根据要求协助各国开展筹资活动并汇集现有资源，支持在确定的重点领域地开展全球和国家行动，以减少有害使用酒精现象。

58. 秘书处将通过以下途径为会员国提供支持：

- (a) 促进交流有关减少有害使用酒精的融资政策和干预措施方面的经验和良好做法；
- (b) 探索新的或创新性的方法和途径，以获取充足的资金实施全球战略；
- (c) 与国际伙伴、政府间伙伴和捐助方合作，调动必要的资源支持发展中国家及低收入和中等收入国家努力减少有害使用酒精现象。

实施战略

59. 成功实施战略将需要会员国采取协调一致的行动，需要有效的全球管理和所有相关利益攸关方的适当参与。战略中列出的所有行动建议旨在支持实现五项目标。

60. 秘书处将定期报告酒精相关危害的全球负担情况，提出基于证据的建议并倡导各级采取行动防止和减少有害使用酒精。它将与其它政府间组织以及酌情与代表主要利益攸关方的其它国际机构合作，确保减少有害使用酒精方面的工作得到适当优先考虑和资源。

与其他战略、计划和规划之间的联系和相互作用

61. 本全球战略以区域行动为基础，如世卫组织欧洲区域的酒精政策框架（EUR/RC55/R1 号决议）、西太平洋区域的减少酒精相关危害区域战略（WPR/RC57.R5 号决议）、东南亚区域的酒精消费控制 — 政策方案（SEA/RC59/R8 号决议）、东地中海区域的酒精消费的公共卫生问题（EM/RC53/R.5 号决议）以及非洲区域的减少有害使用酒精行动（AFR/RC58/3 号决议）。

62. 有害使用酒精是预防和控制非传染病全球战略（WHA61.14 号决议）行动计划中着重突出的四项主要风险因素之一。减少有害使用酒精的战略依赖并关系到其它一些非传染病风险因素以及特定疾病规划，特别是饮食、身体活动与健康全球战略（WHA57.17 号决议）、烟草控制（WHA56.1 号决议）、健康促进和健康的生活方式（WHA57.16 号决议）以及预防和控制癌症（WHA58.22 号决议）。

63. 本战略还与世卫组织其它一些相关活动相结合并保持一致，特别是精神卫生差距行动规划，包括防止自杀和管理其它物质使用所导致的障碍，以及关于暴力与健康（WHA56.24 号决议）、道路安全与健康（WHA57.10 号决议）、儿童和青少年健康与发育（WHA56.21 号决议）及生殖卫生（WHA57.12 号决议）等的规划活动。

64. 随着新证据的出现，更加关注有害使用酒精与某些传染病之间，以及有害饮酒与发展之间的联系。与本战略有关联的还有：世卫组织关于艾滋病毒/艾滋病和结核病的现有规划，以及针对健康问题社会决定因素采取行动以减少卫生不公平（WHA62.14 号决议）的工作和实现与卫生有关的发展目标，包括《联合国千年宣言》所含发展目标（WHA58.30 号决议）方面的工作。

65. 实施一项减少有害使用酒精全球战略可以为世卫组织各区域办事处提供支持性框架，以制定、修订和实施针对具体区域的政策，并与国家办事处一起，向会员国提供技术支持。还将着重强调秘书处内部的协调，以便使涉及有害使用酒精问题的所有行动与本战略保持一致。

监测进展和报告机制

66. 为监测进展，本战略要求各级确立适当的机制，以进行评估、报告和重新规划。有必要制定一个以影响为重点的框架，对本战略各项目标的实现情况进行评估。

67. 世卫组织酒精与健康全球调查以及酒精与健康全球信息系统是报告和监测机制的重要部分。将对后者的数据收集工具加以调整，以纳入关于国家一级实施本战略的进程与结果的相关报告。

68. 各国相应机构组成的全球和区域网络召开定期会议可以提供一个机制，就在各级实施全球战略开展技术讨论。除评估进程以外，这些会议还可以仔细讨论实施方面的重点领域和议题。

69. 将通过向世卫组织各区域委员会和卫生大会定期提交报告，向会员国报告全球战略实施情况。还应当在区域或国际论坛上，以及在适当的政府间会议上介绍实施和进展情况。

附件 5

分别根据 EB126.R17 号决议和 EB126(5)号决定与世界卫生组织建立或 维持正式关系的非政府组织

[EB126/28, Annex - 2010 年 1 月 22 日]

非洲医学和研究基金会¹
阿嘎汗基金会¹
欧洲热带医学研究所和医学院校协会
基督教医学委员会—教堂卫生行动¹
国际慈善社
神经—精神药理学国际委员会
消费者国际¹
国际医学科学组织理事会¹
卫生研究促进发展理事会¹
国际作物保护联盟²
欧洲安全—欧洲伤害预防与安全促进协会¹
FDI 世界牙科联合会²
烟草控制框架公约联盟¹
全球卫生研究论坛¹
全球卫生联合理事会¹
Helen Keller 联合国际²
国际防盲机构²
国际病人组织联盟¹
国际生物制剂协会¹
国际牙科研究协会²
国际生物学技术员协会¹
国际癌症登记协会¹
国际棘球蚴病协会
国际言语矫正和语音矫正协会
国际医药管制当局协会
国际天主教护士和社会医学工作者委员会¹
国际外科医生协会¹
国际放射学保护委员会²

¹ 涉及 2007-2009 年期间的活动。

² 涉及 2006-2008 年期间的活动。

国际监督辅助生殖技术委员会
国际法语医学系主任会议组织¹
国际血液病学标准化理事会¹
国际护士理事会¹
国际糖尿病联合会²
国际流行病学协会¹
国际医学和生物工程联合会¹
国际生物医学实验室科学联合会
国际临床化学和实验室医学联合会
国际生育学会联合会¹
国际卫生档案组织联合会¹
国际医院工程联合会¹
国际医学生协会联合会¹
国际耳鼻喉学学会联合会²
国际制药厂商和协会联合会¹
国际外科学会联合会¹
国际医院联合会¹
国际胰岛素基金会
国际抗癫痫联盟³
国际麻风协会²
国际救生联合会
国际医学信息协会¹
国际医学议员组织¹
国际癌症治疗和研究网络
国际儿童健康、环境和安全网络²
国际抗沙眼组织
国际标准化组织¹
国际制药联合会¹
预防核战争国际医师会³
国际烧伤协会¹
国际远程医学和电子保健学会
国际输血协会¹
国际矫形外科和创伤学会¹
国际放射学协会¹
国际血栓形成和止血联合协会¹
国际固体废料协会²

¹ 涉及 2007-2009 年期间的活动。

² 涉及 2006-2008 年期间的活动。

³ 涉及 2005-2007 年期间的活动。

国际抗结核和肺病联盟¹
国际自然和自然资源保护联盟
国际建筑师联盟²
国际基础和临床药理学联盟²
国际免疫学会联盟¹
国际微生物学会联盟
国际心理科学联盟³
国际毒理学联盟¹
国际卫生保健合作组织²
牛津饥荒救济委员会²
奥比斯项目国际（奥比斯国际）¹
全球艾滋病毒携带者/艾滋病患者网络基金会(GNP+)
英联邦药剂师协会^{2, 4*}
国际皮肤病学学会联合会²
国际药学生联合会²
国际卫生保健质量联合协会²
国际放射照像技术员和放射学技术专家协会²
合作网：为健康争取团结²
拯救儿童基金²
器官移植学会²
世界针灸协会联合会²
世界医学协会²
世界病理学会和实验室医学会协会²
世界盲症联合会¹
世界医学教育联合会²
世界按摩疗法（手治疗法）联合会²
国际水疗和气候疗法联合会¹
世界公共卫生协会联合会²
世界麻醉医师协会联合会²
世界医学和生物学超声波联合会²
家庭医生世界组织²
世界自疗药物工业组织²
世界视力国际社²

¹ 涉及 2006-2008 年期间的活动。

² 涉及 2007-2009 年期间的活动。

³ 涉及 2005-2007 年期间的活动。

⁴ 原名英联邦制药协会。

附件 6

世卫组织审查受国际管制的精神活性物质指导方针¹

[EB126/21, Annex - 2009 年 12 月 17 日]

目 录

	页次
I. 任务	79
II. 基本原则	79
III. 公约条款	81
IV. 世卫组织审查程序	82
信息收集	82
预先审查	82
重点审查	83
重点审查文件	83
预先审查含有精神物质的豁免制剂	85
药物依赖专家委员会	86
情况介绍会	87
在世界卫生组织审查中予以协作的专家	87
专家委员会对列表的评估	87
评估程序	88
专家委员会对豁免制剂的评估	93
V. 世界卫生组织建议的交流	93
VI. 与世界卫生组织审查有关文件的出版	93
VII. 缩写和定义	93
附录 1 联合国药物管制公约摘录	95
经《1972 年议定书》修订的《1961 年麻醉品单一公约》(节选)	95
《1971 年精神药物公约》(节选)	97
《1988 年联合国禁止非法贩运麻醉品和精神药物公约》(节选)	99
附录 2 联合国麻醉药品委员会 1 (S-VIII) 号决议	100
附录 3 评价程序流程图	102

¹指导方针修订本的审批情况见文件 EB126/2010/REC/2, 第十二次会议摘要记录。

I. 任务

1. 根据 1972 年议定书修订的《1961 年麻醉品单一公约》（《1961 年公约》）和《1971 年精神药物公约》（《1971 年公约》），世界卫生组织（世卫组织）是从科学、医学和公共卫生方面评价精神活性物质的联合国专门机构¹。根据世界卫生大会²和联合国麻醉药品委员会（麻醉药品委员会）的各项决议，已编写了关于评价的指导文件。本文件修改了前一版指导方针并提出了确立审查程序主要原则的指导方针，秘书处内部及与外部机构的工作安排，将要准备的文件的性质。本指导方针包括本组织按《1961 年公约》第三条和《1971 年公约》第二条规定所承担的责任，即决定是否对物质提出国际管制建议以及对《1971 年公约》第三条规定的豁免制剂进行评价。通用术语和缩略语列于第 VII 节。

2. 第三十三届世界卫生大会（1980 年）第 WHA33.27 号决议要求总干事“推动开始实行和加强评价、计划、控制和合理使用麻醉品和精神药物（包括植物药）的各项国家和国际规划，制订适当的方针，支持这类规划”并进一步“加强世界卫生组织有关麻醉品和精神药物的各项规划，有关药物政策和管理的规划和其它有关规划之间的协调，并加强同各有关非政府组织的协作。”

3. 根据近几年取得的经验和执行委员会的指导³，世卫组织与麻醉药品委员会协商于 1986 年第一次编写了关于评价和评估麻醉药品和精神物质以决定实行国际管制的指导文件⁴，并于 1990 年进行了修订⁵。执行委员会随后于 1994 年⁶和 1999 年⁷通过了修正案和决定，促使于 2000 年作出进一步修订。之后，应药物依赖专家委员会（专家委员会）的要求，向执行委员会提交了补充指导方针以澄清某些问题⁸。执委会于 2004 年 5 月⁹和 2005 年 1 月¹⁰审议了建议的补充指导方针，并同时要求秘书处和专家委员会继续关于此问题的的工作。因此，根据这一要求，编写了这份指导方针的修订本。

II. 基本原则

4. 《1961 年麻醉品单一公约》的弁言规定：

¹ 从这些公约中节选的最相关部分见附录 1。

² WHA33.27 号决议。

³ RB73.R11 号决议。

⁴ EB77(3)号决定。

⁵ EB85(10)号决定。

⁶ EB93(16)号决定。

⁷ EB103(5)号决定。

⁸ 文件 EB114/7 和 EB115/12。

⁹ 文件 114/2004/REC/1，第三次会议摘要记录。

¹⁰ 文件 115/2005/REC/2，第六次会议摘要记录。

“缔约国，
关怀人类的健康与福利，
确认麻醉品在医药上用以减轻痛苦仍属不可或缺，故须妥为规定俾麻醉品得以供此用途，
确认麻醉品成瘾于个人为害之烈，对人类在社会上及经济上的危险亦巨，深感同有预防及消除此项弊害的责任，
认为防止滥用麻醉品的措施须出于协调及普遍行动始克有效，
深知此项普遍行动端赖国际合作，遵照共同原则，本同一目标以赴，
承认联合国在麻醉品管制方面的职权，并欲将各关系国际机关置于该组织体系之内，
意欲缔结普遍均可接受的一项国际公约，以替代现行各项麻醉品条约，将麻醉品限于供医药及科学用途，并规定继续不辍的国际合作及管制办法借以实现此等宗旨与目标……”

《1971年精神药物公约》的序文规定：

“各缔约国，
关怀人类之健康与福利，
察及因滥用某等精神药物而起之公共社会问题，至表关切，
决心预防并制止该等物质之滥用及从而引起之非法产销，
认为必须采取强力措施，将该等物质之使用限于合法用途，
确认精神药物在医学与科学用途上不可或缺，且其仅供此种用途应不受不当限制，
深信有效之防杜滥用精神药物措施须有协调及普遍行动，
承认联合国在精神药物管制方面之职权，并欲将各关系国际机关置于该组织体系之内，
确认必须有一国际公约以达此目的……”

世卫组织的审查程序将以公共卫生方面的考虑为依据，并采取基于证据的方法，使用现有的最佳相关信息。世卫组织将根据《1961年公约》和《1971年公约》的要求，以这些公约中关于管制范围变更的条款为指导，并同时考虑到这些公约的序言，减少公共卫生风险，包括滥用风险，确保获得药物，以及其理事机构的相关决议，提出列入管制表的建议。上述公约是法律文书；世卫组织的审查程序在适用时须与这些公约的文字内容和精神实质相符。

III. 公约条款

5. 《1961 年公约》和《1971 年公约》委托世界卫生组织负责对物质进行审查和评估以决定其是否应根据公约受到管制。公约缔约国或世卫组织本身¹可向联合国秘书长发出通知书提出这种审查要求。世卫组织将把审查结果提交给麻醉药品委员会，并由该委员会负责按照两项公约的规定²决定是否将物质列入管制范围。

6. 对是否已达到两项公约所列具体标准进行的评价是世界卫生组织作出列入管制建议的依据。根据《1961 年公约》条款，麻醉药品委员会须对世卫组织的建议予以整体接收或拒绝，不过它可以决定将世卫组织建议同时列入附表壹和附表肆的某种物质只列入前者，而不列入后者。麻醉药品委员会原则上应接受世卫组织在医学、科学、化学和药理学方面的研究结果，如果麻醉药品委员会拒绝一项建议，应当是出于其它如行政或社会方面的一些考虑³。就《1971 年公约》而言，委员会可接受世卫组织的一项建议，但也可决定将一种物质列入不同于世卫组织建议的附表。关于《1971 年公约》规定的管制，世卫组织在科学及医学方面的评定是决定性的，但麻醉药品委员会仍可结合法律、行政、经济、社会及其它因素作出决定⁴。按照两项公约条款，任何缔约国对麻醉药品委员会决定持异议时，可要求经济及社会理事会对该决定予以审查；理事会可确认、修改或否定麻醉药品委员会的决定。

7. 根据《1971 年公约》第三条，倘一制剂含有一种或多种精神物质，并在配制后未表现出或只表现出可忽略的滥用危险且该物质不能随时藉轻易方法收回易滋滥用之数量、故不引起公共卫生与社会之问题时，一缔约国可使该制剂免于特定的管制措施。缔约国应通知联合国秘书长，秘书长将把有关通知转给其它缔约国、世卫组织及国际麻醉品管制局。若某缔约国或世卫组织掌握其认为对某制剂的豁免应予终止的情况时，应相应通知联合国秘书长，并附上支持此通知的资料。凡希望按照麻醉药品委员会批准的特别指导方针⁵，运用《1971 年公约》豁免条款的缔约国，应提交数据，由卫生组织予以审查。

¹ 总干事代表世卫组织接受根据国际药物管制条约规定发出的通知书，并根据这些方针所述向他或她提出的建议和咨询，就按照条约对精神活性物质实行国际管制提出意见。

² 《1961 年公约》第三条和《1971 年公约》第二条和第十七条（第二款）规定了列表程序。联合国发表的对于这些公约的评注详细说明了这种列表程序。

³ 《1961 年麻醉品单一公约》（1961 年公约）评注，第 16-18 段（p.90）。

⁴ 《1971 年公约》第二条第五款；另见《精神药物公约》（《1971 年公约》）评注第 20 段（p.71）。

⁵ 根据委员会的指导方针制订了卫生组织审议豁免制剂的具体程序。这些指导方针，基本上依据卫生组织所提建议，由委员会第八次特别会议通过并由 1（S-VIII）号决议所确定。见列于 1984 年经社理事会正式记录补编 3（文件 E/CN.7/1984/13）委员会的报告。

8. 根据《1961年公约》条款，免于特别管制措施的麻醉品制剂列于附表叁。提出新豁免的唯一办法是将一制剂列入附表叁，并由世卫组织审查有关建议，方式与审查关于每种物质的建议相同。

9. 《1988年联合国禁止非法贩运麻醉药品和精神药物公约》（《1988年公约》）于1990年11月生效。《1988年公约》第12条将经常用于非法生产麻醉药品或精神物质的物质列为受国际管制物质。这些物质列于《1988年公约》的表一和表二。《1988年公约》没有规定世卫组织在将这类物质列入管制表方面的正式作用。然而，相同的物质可能在《1961年公约》、《1971年公约》或《1988年公约》中同时受到管制。在下面题为专家委员会对列表的评估这一分节中对处理这种情况提供了指导。

IV. 世卫组织审查程序¹

10. 世卫组织审查程序的目的在于评价应受国际管制的物质。专家委员会利用秘书处提供的数据进行预先审查和重点审查，以便就列入管制范围问题向总干事提供建议。

11. 对一缔约国提出的豁免制剂的审查包括秘书处的预先审查和专家委员会的评价。

12. 审查程序的时间安排应由秘书处确定，同时注意麻醉药品委员会的日程表和程序要求。

信息收集

13. 秘书处日常应通过文献、世卫组织规划、世卫组织合作中心、国家卫生和药物管理当局、政府间组织和非政府组织、研究和学术机构以及其它有关渠道收集与正在被滥用或具有滥用可能性的精神活性药物以及可转化为这类药物的物质有关的信息。

预先审查

14. 预先审查的目的是要确定目前的资料能否证明有理由进行专家委员会重点审查。

15. 启动预先审查须由(1)秘书处、(2)专家委员会任何成员、或(3)根据第35段应邀参加专家委员会会议的其它组织代表向专家委员会提交建议及辅助信息。秘书处将对某一物质的预先审查建议纳入到专家委员会可能召开的第一次会议议程。

¹ 评价程序流程图见附录3。

16. 预先审查中用于评价物质的信息类别与重点审查中所用的那些相同。秘书处应将相关信息的简短概要作为提供给预先审查的必要辅助信息。在此阶段，专家委员会必须决定，根据有关信息是否需要进行重点审查。如果专家委员会决定无须进行重点审查，则专家委员会应建议不必进一步评价有关物质。预先审查是种初步分析，不得凭此阶段的结果决定是否应改变一种物质在管制表中的地位。如果提供者提出要求，将对世卫组织收到的用于审查的信息加以保密。当委员会获得用于准备预先审查的信息时，将作出适当安排，维持保密性。

17. 如果专家委员会认为，根据信息应该利用第 48 至 59 段中的标准，将有关物质列入《1961 年公约》或《1971 年公约》中的附表或应改变该物质在列表中的地位，则应建议进行重点审查。

重点审查

18. 重点审查的目的在于审议专家委员会是否应当向总干事提供咨询意见，由其建议将某种物质列入管制表或修正某种物质在列表中的地位。

19. 启动重点审查的条件是：

- (1) 应具有一个《1961 年公约》或《1971 年公约》缔约国有关将一种物质列入管制表的通知书；
- (2) 麻醉药品委员会应对审查一种物质有明确要求；
- (3) 对某种物质的预先审查促使专家委员会建议进行重点审查；或
- (4) 世卫组织获得有关信息，即一种物质由任一缔约国私下生产，对于公众健康和社会具有特别严重危害且没有公认的治疗用途。

就(4)的情况而言，如果该种物质的治疗用途此后被任一缔约国予以确认，应对该物质进行预先审查。

重点审查文件

20. 准备重点审查文件的目的在于提供综合性数据，供专家委员会用于评估每种物质。

21. 秘书处负责收集和汇编有关选为重点审查物质的资料。秘书处将通过一份调查表向各会员国卫生部长和国际药品管制机构索取资料，并将分发下一次会议的议程。

22. 重点审查文件应尽可能全面、均衡，应当包括适当相关的数据，如医学文献和关于滥用的研究等。为此，秘书处可向顾问和特设工作组寻求帮助。

23. 在编写重点审查文件草稿，包括一份关于调查表的单独报告时，秘书处应酌情按下列类目提供信息：

- (1) 物质的国家非专利名称，化学名称或其它通用名称及商品名称，其它特性，化学文摘社登记号；
- (2) 化学，包括关于合成、制备和性能的一般信息；
- (3) 易于转化为受管制的物质；
- (4) 普通药理学，包括药物代谢动力学和药效学；
- (5) 毒理学；
- (6) 对人体的不良反应；
- (7) 依赖的可能性；
- (8) 滥用的可能性
- (9) 治疗应用，治疗用途的范围和药物使用流行病学；
- (10) 列入世卫组织基本药物清单；
- (11) 销售许可（作为一种药物）；
- (12) 工业用途；
- (13) 非医疗用途、滥用和依赖；

- (14) 与滥用和依赖有关的公共卫生问题的性质和范围；
 - (15) 合法的生产、消费和国际贸易；
 - (16) 非法制造和贩运，及有关情况；
 - (17) 当前国际管制措施及其影响；
 - (18) 目前和过去的国家管制措施；
 - (19) 与建议将有关物质列入管制表有关的其它医学和科学问题；
24. 重点审查中数据的列报形式应保证利于专家委员会以证据为基础作出评估。重点审查将包括概要和一个将数据直接与列表标准进行比较的章节。
25. 重点审查文件草稿及关于调查表的报告将转给各国政府、机构、组织或曾直接大力配合编写并要求获得文件的其他有关方面。收到文件者可就草稿提出意见。为帮助确保提交给专家委员会的所有材料反映最新情况，秘书处将向给予合作的信息来源分发下一次会议的议程。
26. 关于每种物质，重点审查文件草稿及关于调查表的报告将由世卫组织专家咨询团的两名专家进行同行审评，包括评价文件中所提出证据的力度。如果数据存在局限或遗漏，应予以确认、讨论和加以必要修改。
27. 重点审查文件及关于调查表的报告将至少在会前 30 天提供给专家委员会所有委员，并按照世卫组织的出版规则公布在其网站上。
28. 根据审查所用信息资料提供者的要求，世界卫生组织将对收到的资料予以保密。在专家委员会获取用于准备预先审查和重点审查的资料时，将作出适当安排维持保密性。

预先审查含有精神物质的豁免制剂

29. 秘书处应审查《1971 年公约》缔约国提出的豁免通知，以便确定含有精神物质的有关制剂是否仅为国内所用，或出口至豁免国家以外的国家。如果该制剂仅为国内所用，而且如果豁免方在通知中保证，根据其充分了解不会有明显的滥用，则秘书处认为豁免不需要专家委员会的评价。然而，如果世卫组织收到有关国家滥用的证据，或该制剂可

能对另一缔约国构成公共卫生和社会问题（如非法贸易和滥用等）的信息，将由专家委员会对豁免进行评价。

药物依赖专家委员会

30. 根据世卫组织条例，专家委员会在必要时举行会议讨论其职责范围内的适当问题。原则上，专家委员会应当至少每两年举行一次会议。

31. **委员。**专家委员会的委员会由总干事按照世卫组织《专家咨询团及专家委员会条例》挑选。总干事将确定应邀出席药物依赖专家委员会会议的专家数目，决定其会议的日期和会期，并召集专家委员会会议。

32. **职责。**专家委员会的职责是审查获得的有关正在考虑实行国际管制和予以豁免的物质的信息，并就这类管制向总干事提供咨询。专家委员会的咨询意见涉及科学、医学和公共卫生方面的发现，且必须符合各项公约规定的准则。专家委员会的具体责任是：

(1) 预先审查：决定是否应对一种物质进行重点审查；

(2) 重点审查：评估每种接受审查的物质产生依赖性的能力，滥用和导致公共卫生和社会问题的可能性及其在医疗中的用途；并就列入上述公约之一的适当附表提供建议；

(3) 豁免制剂：就根据《1971年公约》提出予以豁免的制剂，评价有无必要终止这种豁免。

33. **程序。**世卫组织《专家咨询团及专家委员会条例》可以适用。

34. **秘书处。**专家委员会由一个秘书处协助工作，尤其是专家委员会秘书和世卫组织有关规划的职员、顾问和临时顾问（需要时）。精通有关专题的一名技术官员履行秘书职责。

35. **其它组织。**联合国毒品和犯罪问题办公室、国际麻醉品管制局等联合国组织以及与世卫组织有正式关系的相关非政府组织的代表也可应邀作为观察员出席专家委员会会议。经与委员和秘书处协商，主席可决定某次专家委员会会议仅限其委员出席。

36. 专家委员会的建议和意见在根据世卫组织内部规则批准公布之前始终保密。所有与会者均须遵守这一规定，对作为专家委员会工作一部分所获得的全部信息资料予以保密，并须对专家委员会的讨论予以保密。

情况介绍会

37. 有意提交数据的有关方面可为此请求与专家委员会召开一次情况介绍会。关于情况介绍会的申请应在专家委员会会议开始之前至少 20 天提交给秘书处。申请中应说明会上所作介绍的性质和内容。专家委员会会议的所有与会者均将应邀出席这次情况介绍会。

38. 情况介绍会的目的是使专家委员会在其会议开始之前，有机会就审查所涉物质的数据资料向有关方面代表了解情况和提出问题。

39. 情况介绍会将在专家委员会会议召开之前举行。秘书处应考虑拟议介绍的性质及专家委员会会议的时间限制，斟酌决定情况介绍会的议程。秘书处关于情况介绍会的决定将在专家委员会会议之前至少 10 天通知提出请求的有关方面。

在世卫组织审查中予以协作的专家

40. 在审查中予以协作的专家应具有高级别的科研经历和专业背景，应代表行为、药理、制药、医学、生物或流行病学各学科，以及公共卫生管理科学。工业研究部门的专家亦可酌情应邀担任卫生组织特设工作组的顾问，但他们不应参加专家委员会会议。

41. 鉴于要避免发生利害冲突，挑选参与世卫组织审查工作的专家时应谨慎从事。与程序有关的所有问题也应给以同样的考虑。为此，应邀参加世卫组织审查，特别是参加专家委员会工作的专家应签署一项有关潜在利害冲突的声明。

专家委员会对列表的评估

42. 专家委员会主要根据秘书处提供的文件进行讨论。这些文件包括重点审查文件、关于调查表的报告和秘书处收到的有关重点审查的意见。专家委员会也可审议情况介绍会中提供的补充资料。将向专家委员会提供重点审查所依据的资料。不过，如必要，可限制分发这类资料以遵守第 28 段规定的保密要求。

43. 关于改变对一种物质的管制的建议应接受评估，且这项评估与对首次建议列入管制表的物质的评估相同；评估中使用的标准应与下面第 46 至第 59 段提到的标准相同。

44. 为便于有效管理国际管制系统，不建议将同一种物质置于一个以上公约下管制。对于已列入《1988年公约》管制表的物质，或国际麻醉品管制局已建议列入管制表的物质而言，也应如此。

45. 建议将某一物质从一项公约中删除，同时建议将同样物质加到另一项公约之内，这可能影响国际管制方案的实施。像所有的建议一样，如有新资料证明应当改变某种管制，则可考虑作出这种改变。只有在有必要对该物质采取新的特定管制措施，以减少物质滥用或者在生产非法药物时使用该物质的程度或可能性时，以及在用于医学和科学的合法目的时不会对可得性带来不必要的限制，才应提出把一种物质从一项公约移到另一项公约的建议。

评估程序

介绍

46. 《1961年公约》和《1971年公约》都规定对可能引起已根据这两项公约受到管制的“物质之同样滥用与同样恶果”的物质进行管制。许多物质在“滥用”与“恶果”方面与《1961年公约》和《1971年公约》中的物质很相像。由于两公约缔约国一致认为，尽管公认安非他明，巴比妥酸盐和镇静剂在某些方面具有与可卡因和吗啡类似的效果，但《1961年公约》对这些物质不适用¹，所以安非他明，巴比妥酸盐和镇静剂只受《1971年公约》的管制。在审议其它显现出与两公约所规定管制的物质同样滥用特征的物质时，专家委员会应遵循本指导方针为所有物质确立的分析次序，即，首先审议《1961年公约》的适用性，如果发现不适用，再审议《1971年公约》的适用性。这样，委员会可首先评估接受审查的物质是否显示与《1961年公约》已规定管制的药物相同的滥用倾向（以动物和人类研究为基础）和产生依赖的特性。这项评估不应限于狭隘地考虑单一的药理学特性。如果接受审查的物质显示出与《1961年公约》已规定管制的药物充分类似的滥用倾向和产生依赖的特性，则应建议将之列入《1961年公约》下的管制表；若非如此，则应利用《1971年公约》的标准进行分析。

47. 《1961年公约》规定对可转化为麻醉药品的物质实行管制。《1971年公约》未规定对前体实行管制。《1988年公约》填补了管制精神药物前体和管制其它经常用于非法生产各种受管制药物的化学品方面存在的空白。国际麻醉品管制局负责对可能受到管制的麻醉品和精神物质的前体进行审查。可能会要求专家委员会评估一种物质以决定其是否可能转化为《1961年公约》规定管制的某种物质。如果是，则委员会应根据本指导方针

¹ 关于《1961年公约》第三条第三款（三）的评注，意见6（p.87）。

第 49 段中的定义，决定该物质是否“可转化”，然后再决定是否可转化为受《1961 年公约》管制的某种物质。

步骤 1: 《1961 年公约》

48. 专家委员会结束讨论后决定是否建议实行或更改国际管制时，应首先遵照《1961 年公约》第三条第三款（三），决定该物质是否：(1)与附表壹或附表贰中的物质同样易于被滥用或产生类似的不良作用；或(2)可转化为附表壹或附表贰中的已知物质。

49. 除了该公约第三条第三款（三）列明并在第 48 款中提及的“类似性”原则外，公约还含有“可转化性”原则。如果一种物质因其工序简单且产量高而使秘密制造商认为将之转化为受管制的药物既可行又有利可图，则视这样一种物质为可转化的物质¹。

50. 秘书处将把专家委员会关于可能转化为麻醉品的物质的所有评估结果立即通报国际麻醉品管制局秘书处。如果专家委员会建议将《1988 年公约》表一或表二中已有的一种物质列入管制表，不论这种物质是精神活性药物还是可转化为精神活性药物的物质，秘书处将采取步骤协调其与国际麻醉品管制局秘书处的做法。这些步骤将使国际麻醉品管制局能在世卫组织向联合国提交其建议之前，审查有无可能建议将有关物质从《1988 年公约》的表中删除。如果世卫组织和国际麻醉品管制局都提出这类建议，则麻醉药品委员会可同时审议双方的建议。

51. 如果一种物质符合列入《1961 年公约》附表壹的标准，专家委员会应进一步考虑根据该项公约第三条第五款（关于特别易滋滥用及易生恶果，并且即便这种可能性在医疗上有重大优点，为附表肆内麻醉品以外的物质所无，但仍弊多于利的物质）的规定，该药物是否符合列入附表肆的要求。

52. 如果专家委员会认为一种物质不符合《1961 年公约》规定的管制标准，则应根据《1971 年公约》进行评估。

步骤 2: 《1971 年公约》

53. 在考虑受《1971 年公约》管制的物质列表时，专家委员会应根据第二条第四款的规定确定：

¹ 关于《1961 年公约》的评注，第 13 段（p.89）。

(一) 有关物质具有性能引起：

1 (1) 成瘾之依药性¹，与

(2) 中枢神经系统之兴奋或抑郁，以致造成幻觉、或对动作机能、或对思想、或对行为、或对感觉、或对情绪之损害；或

2 与附表一、附表二、附表三或附表四内物质之同样滥用与同样恶果；或

(二) 业已有充分证据，证明有关物质正被滥用或可能被滥用、从而构成公共卫生与社会之问题、故须将该项物质置于国际管制之下。

54. 在适用本指导方针第53段时，《1971年公约》第二条第四款(一)2中规定的同样性原则只适用于有关物质不能产生依赖性的情况。如果未发现一种物质可能产生依赖性，则同样性变得更加重要，否则处于次要位置。

55. 关于《1971年公约》的评注规定在这种评价中，应考虑到下列各点：

(i) “对药物的评价(.....)不仅包括[世卫组织的]审查的实际结果(.....)，而且要根据对公共卫生的考虑，评价可能搜集到的认为适宜的资料(.....)”关于《1971年公约》的评注，第41段(p.58)；

(ii) “为了能确定[该产品]是否造成公共卫生和社会问题，从而须要将其置于国际管制之下，世卫组织必须确定滥用的程度或滥用可能性的程度(.....)”同上，第42段(p.58)；

(iii) 世卫组织必须“评估对公共卫生和社会问题的严重程度(.....)。因为[麻醉药品委员会]为作出决定将衡量药物对非医学问题的危害性质.....，所以如果它能在根据第二条第五款必须考虑的卫生和社会问题方面了解世卫组织关于对这些问题严重程度的意见，将会有所助益。.....”同上，第43段(p.59)

¹ 药物依赖专家委员会第28份报告将依赖性定义为：“一组强度各异的生理、行为和认知现象，其中以精神活性药物的使用最为优先。必要的描述性特征包括极其渴望获取和服用药物以及持续寻求药物行为。药物依赖的决定因素和疑难后果可能是生物性的、生理性的或社会性的，而且通常相互作用。”委员会还指出，据它认为，该定义与《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订本中的诊断准则一致（世卫组织药物依赖专家委员会，第28份报告，日内瓦，世界卫生组织，1993年（世卫组织技术报告丛刊，第836期））。

(iv) 要求世卫组织“基于两方面的考虑”对“药物在医学治疗中的适用性”进行评估：“(a) 对公共卫生造成的危险程度；以及 (b) 药物在医学治疗中的用途……[这意味着]可能不仅要考虑它潜在的好作用、对严重医学适应症的价值及使用的范围和频率，而且也要考虑其危险性质的程度(……)以及可能产生的有害副作用”同上，第44段(pp.59-60)

(v) 可以有把握地表示，世卫组织在就某一药物提出特定列表建议时，“将以药物对公共卫生造成的危险程度的看法及其医学治疗作用的看法指导自己的工作。”同上，第49段(pp. 61)。

56. 根据上述各项考虑，专家委员会在其第十七次会议上就建议将一种物质列入特定的附表制定了更多具体标准¹。这些标准如下：

列入附表一：

药物的滥用倾向对公共卫生构成特别严重的危险，该药物的治疗作用（如果有的话）很有限。

列入附表二：

药物的滥用倾向对公共卫生构成大量危险，该药物的治疗作用属于小到中等。

列入附表三：

药物的滥用倾向对公共卫生构成大量危险，该药物的治疗作用属中到大等。

列入附表四：

药物的滥用倾向对公共卫生构成的危险不大，但仍然较明显，该药物的治疗作用属于小到大等。

在上述标准仅部分适用的情况下，作出列表建议时，应更着重关注滥用倾向对公共卫生特有的危害。

¹ 世卫组织药物依赖专家委员会。第十七份报告。日内瓦，世界卫生组织，1970年（世卫组织技术报告丛刊，第437期）。

尽管有着上述规定，就上述治疗用途和对公共卫生的危害而言，只有完全符合上述标准时才能作出列入附表一的建议。

57. 前一段中提出的标准未明确针对社会问题，而《1971年公约》的评注则如此。另外还注意到上述标准未覆盖所有情况。关于上面标准中的“对公共卫生构成的危险”，应当理解为是指社会和公共卫生两方面问题。注意，根据第二条第四款(二)，必须证明有“国际”管制需要，即公约的管制措施得当，可以解决或缓解这一问题，而且如果一个国家，不论其自己是否存在因审查所涉药物引起的公共卫生和社会问题，不实行这些管制措施便会削弱其它有问题国家的管制。此外，如果只有一个国家存在公共卫生和社会问题，而其采取管制措施的努力因其它国家缺乏管制而被削弱，则也须要实行国际管制。

58. 如果专家委员会建议列入《1988年公约》表一或表二中已有的一种物质，世卫组织秘书处将采取步骤与国际麻醉品管制局秘书处协调其做法。这些步骤将使国际麻醉品管制局能在世卫组织向联合国提交其建议之前，审查有无可能建议将有关物质从《1988年公约》的表中删除。如果世卫组织和国际麻醉品管制局都提出这类建议，则麻醉药品委员会可同时审议双方的建议。

59. 按照第60段所述，专家委员会应就接受审查的所有药品或物质在列表中的地位提出建议。如果专家委员会不能就接受审查的物质提出建议，则应要求进行另一次重点审查，以便将有关问题提交随后一届专家委员会处理¹。

步骤3：报告

60. 专家委员会应对审查的每一种物质编写一份评估总结。该评估应包括专家委员会的研究结果，说明受审查物质是否与《1961年公约》附表壹和附表贰中所列药物有同样的药理、滥用倾向和恶果。如果涉及的是一种“可转化的”物质，则应评估该物质是否可能转化为一种已作为麻醉药品受到管制的物质。如果建议将有关物质置于《1971年公约》下予以管制，则评估还应说明是否建议将该物质作为产生依赖性的物质加以管制，或者依据同样性原则实行管制。对于所有接受审查的物质而言，评估总结应阐述专家委员会的结论，说明有关物质的滥用程度或可能性，所致公共卫生和社会问题的严重程度，其在医疗中的用途，同时根据评估酌情建议适当的管制措施。专家委员会将把其评估和建议通报总干事。专家委员会的报告将予以发表并将根据世卫组织关于专家委员会报告的出版规则，公布在该组织的网站上。

¹ 世卫组织药物依赖专家委员会。第34份报告。日内瓦，世界卫生组织，2007年（世卫组织技术报告丛刊，第942期），pp.17-18。

专家委员会对豁免制剂的评估

61. 专家委员会对豁免制剂的评估应考虑下列因素：(1)符合《1971年公约》有关精神物质滥用的倾向和可复性的第3条第2段的要求，也符合联合国麻醉药品委员会1 (S-VIII)号决议；(2)世界卫生组织具有关于该制剂可能对一个进口国或受非法贸易影响的国家产生公共卫生和社会问题方面的证据。在结束评估时，专家委员会相应向总干事提供咨询意见¹。

V. 世界卫生组织建议的交流

62. 在收到专家委员会有关分类列表或修改一种物质在表中的地位的意见之后，总干事将酌情以世卫组织名义将该建议提交联合国。同时将在世卫组织网站上发布建议副本。

63. 如果滥用问题仅限于制剂原产国，任何有关全部或部分终止豁免的建议将由总干事通知豁免国，如果滥用问题范围很广，将通知联合国。

VI. 与世界卫生组织审查有关文件的出版

64. 总干事将根据《专家咨询团和专家委员会条例》第4.23条的规定，将药物依赖专家委员会会议报告提交执行委员会，并根据世卫组织有关规则在《世界卫生组织技术报告丛刊》以及世界卫生组织网站上发表专家委员会的报告。为专家委员会编制的任何文件的出版受《专家咨询团和专家委员会条例》第4.15条管辖，该项条例规定，总干事可以出版或授权出版为一个专家委员会编制的任何文件，并酌情获得作者的充分确认。

VII. 缩写和定义

CND 联合国经社理事会麻醉药品委员会

专家委员会 在本文件中，“专家委员会”系指世界卫生组织药物依赖专家委员会。1948年第一届世界卫生大会在WHA1.25号决议中决定建立药物依赖专家委员会，该委员会自其第十六届会议（1968年）以来命名为药物依赖专家委员会。

¹ 另见附录2。

INCB	根据《1961年麻醉品单一公约》建立的国际麻醉品管制局，该公约后经《1972年修订麻醉药品单一公约议定书》修订
会员国	作为世界卫生组织一个会员的国家
麻醉药品	经《1972年修订麻醉药品单一公约议定书》修订的列于《1961年麻醉药品单一公约》表I和表II的任何物质，而无论是天然还是合成物质。
通知书	由一项国际药物管制公约的一个缔约国或世界卫生组织致联合国秘书长，或由联合国秘书长致一项国际药物管制公约的一个缔约国或世界卫生组织的一份报告。在本指导方针的上下文中，凡提到通知书即意指有关将一个物质置于《单一公约》第3条或《精神药物公约》第2条和第3条的通知。
缔约国	经履行签署、批准、加入或继承等手续成为国际药物管制公约一方的国家
精神活性物质	具有精神活性的任何天然或合成物质或任何天然物质
精神物质	列入《1971年精神药物公约》表I、II、III或IV的任何天然或合成物质或任何天然材料
秘书处	世界卫生组织秘书处
1961年公约	经《1972年议定书》修订的《1961年麻醉品单一公约》
1971年公约	《1971年精神药物公约》
1988年公约	《1988年联合国禁止非法贩运麻醉药品和精神药物公约》
UNODC	联合国毒品和犯罪问题办事处

附录 1

联合国药物管制公约（摘录）

经《1972 年议定书》修订的《1961 年麻醉品单一公约》（节选）¹

第三条

管制范围的变更

- 一. 缔约国或世界卫生组织根据情报认为有修订任一附表的必要时，应检同其所根据的情报通知秘书长。
- 二. 秘书长应将此项通知及其认为有关的情报转达各缔约国及委员会，遇通知系缔约国所提出时，并转达世界卫生组织。
- 三. 遇通知所涉及的物质不在附表壹或附表贰之内时，
 - (一) 各缔约国应参酌所有情报考虑可否对该项物质暂时依照适用于附表壹内麻醉品的一切管制措施办理；
 - (二) 委员会在其未依本项第(三)款规定作成决议之前，得决定各缔约国对该项物质暂时依照适用于附表壹内麻醉品的一切管制措施办理。各缔约国应即对有关物质暂时适用此等措施；
 - (三) 如世界卫生组织断定该项物质与附表壹或附表贰内的麻醉品易受同样滥用或易生同样恶果，或可改制成为麻醉品时，应将此项断定通知委员会；委员会得依照世界卫生组织的建议，决议将该项物质加入附有壹或附表贰内。
- 四. 如世界卫生组织断定某项制剂由于其所含质料成分，不致受滥用，且不能产生恶果（第三项），并断定其中麻醉品不易收回，则委员会得依照世界卫生组织的建议，将该项制剂加入附表叁内。

¹ 《1961 年麻醉品单一公约》，纽约，联合国，1977 年，第 17-18 页。

五. 如世界卫生组织断定附表壹内某项麻醉品特别易滋滥用及易生恶果（第三项），并断定该项麻醉品在医疗上虽有重大优点，为附表肆内麻醉品以外的物质所无，但仍弊多于利时，则委员会得依照世界卫生组织的建议将该项麻醉品列入附表肆。

六. 凡遇通知所涉及者为原在附表壹或附表贰内的麻醉品、或在附表叁内的制剂时，委员会除采取第五项所规定的措施外，得依照世界卫生组织的建议，以下列方式修订任一附表：

a) 将一项麻醉品自附表壹移至附表贰，或自附表贰移至附表壹；

或

b) 将某一麻醉品或制剂自附表中删去。

七. 委员会依本条所作的任何决议应由秘书长通告联合国所有各会员国、本公约缔约国的非为会员国者、世界卫生组织及管制局。此项决议对于各缔约国自其接获通告之日起发生效力；缔约国应即遵照本公约采取必要的行动。

八. a) 委员会修订任一附表的决议如经任何缔约国于接获此项决议通知之日起九十日内提请复核，应由理事会复核。复核的请求应连同其所根据的一切有关情报向秘书长提出；

b) 秘书长应将复核申请书及有关情报的副本分送委员会、世界卫生组织及所有各缔约国，请分别于九十日内提具意见。凡收到的意见概应提交理事会审议；

c) 理事会得确认变更或废弃委员会的决议；理事会所作决定系属确定。理事会的决定应备文通知联合国所有各会员国、本公约缔约国的非为会员国者、委员会、世界卫生组织及管制局；

d) 在复核未决期间，委员会的原决议仍属有效。

九. 委员会依本条所作的决议不适用第七条所规定的复核程序。

《1971 年精神药物公约》(节选)¹

第二条

物质之管制范围

.....

四、倘世界卫生组织认定：

(一) 有关物质具有性能引起

1. 1) 成瘾之依药性，与

2) 中枢神经系统之兴奋或抑郁，以致造成幻觉、或对动作机能、或对思想、或对行为、或对感觉、或对情绪之损害、或

2. 与附表一、附表二、附表三或附表四内物质之同样滥用与同样恶果，以及

(二) 业已有充分证据，证明有关物质正被滥用或可能被滥用、从而构成公共卫生与社会之问题、故须将该项物质置于国际管制之下时，则世界卫生组织应将对该项物质所作之判断，包括其滥用之范围与可能、其危害公共卫生与社会问题之严重程度、以及该项物质在医药治疗上所具效用之大小，连同依据其判断认为宜就有关管制措施提具之任何适当建议，一并通知委员会。

五、世界卫生组织对于有关医学与科学事项之判断应具决定性，委员会得计及世界卫生组织之有关通知，并念及其认属有关之经济、社会、法律、行政及其他因素，将有关物质增列附表一、附表二、附表三或附表四。委员会且得向世界卫生组织或其他适当来源索取进一步之情报资料。

.....

第三条

制剂管制之特别规定

一、除本条下开各项另有规定外，对制剂适用与其所含精神药物相同之管制措施，倘制剂含有一种以上之此种物质时，则施行各该物质中所适用之最严格管制措施。

¹ 《1971 年精神药物公约》，纽约，联合国，1977 年，第 9 和 12-13 页。

二、倘一制剂含有附表一以外之一种精神药物、而其配合方法并无滥用危险或仅有微不足道之危险且该项物质不能随时藉轻易方法收回易滋滥用之数量、故不引起公共卫生与社会之问题时，本公约所规定之若干管制措施得对该制剂依下开第三项之规定豁免之。

三、一缔约国如就某一制剂依前项规定有所认定，得决定在其本国或其所属区域之一对该制剂豁免本公约所规定之任何或全部管制措施，但下开各项规定除外：

- (一) 第八条（执照）适用于制造之规定，
- (二) 第十一条（记录）适用于对制剂豁免管制之规定，
- (三) 第十一条（禁止及限制输出与输入），
- (四) 第十五条（检查）适用于制造之规定，
- (五) 第十六条（缔约国提供之报告书）适用于对制剂豁免管制之规定，及
- (六) 第二十一条（罚则）视必要程度适用于取缔违反应履行上述义务所订法律或规章之行为。

缔约国应将任何此种决定、有关豁免管制之制剂名称与成分及对该制剂豁免之管制措施一并通知秘书长。秘书长应将该项通知转送其他各缔约国、世界卫生组织及管制局。

四、一缔约国或世界卫生组织倘有关于依上文第三项规定豁免管制之一种制剂之情报资料，从而依其意见认须全部或部分终止该项豁免时，应即以之通知秘书长，并检送其通知所依据之情报资料。秘书长应将此项通知及认属有关之任何情报资料转送各缔约国及委员会，且于有关通知系由缔约国提出时以之转送世界卫生组织。世界卫生组织应将其就有关第二项所开各事项而对有关制剂所作之判断，连同其就该制剂应终止豁免之管制措施而提具之任何建议，一并通知委员会。世界卫生组织对于有关医学与科学事项之判断应具决定性，委员会得计及世界卫生组织之有关通知，并念及其认属有关之经济、社会、法律、行政及其他因素，决定对该制剂予以任何管制措施之豁免或全部豁免。委员会依本项规定所作之任何决定均应由秘书长通知联合国全体会员国、非会员国之本公约缔约国、世界卫生组织及管制局。全体缔约国均应自秘书长通知日起计180日之内采取措施，终止对有关各项管制或某种管制之豁免。

《1988 年联合国禁止非法贩运麻醉药品和精神药物公约》(节选)¹**第 12 条****经常用于非法制造麻醉药品或精神药物的物质**

1. 缔约国应采取其认为适当的措施，防止表一和表二所列物质被挪用于非法制造麻醉药品或精神药物，并应为此目的相互合作。
2. 如某一缔约国或麻管局根据其掌握的情报认为需要将某一物质列入表一或表二，则该缔约国或麻管局应通知秘书长，同时附上该通知所依据的情报。如某一缔约国或麻管局拥有情报证明应将某一物质从表一或表二中删除，或从一个表转到另一个表，则本条第 2 至第 7 款所述程序亦应适用。
3. 秘书长应将此项通知连同其认为有关的任何情报转送各缔约国和麻委会，如此项通知系由一缔约国发出，则应同时转送麻管局。各缔约国应将其对该通知的意见以及可能有助于麻管局作出评价和有助于麻委会作出决定的所有补充情报送交秘书长。
4. 如果麻管局在考虑了该物质合法使用的范围、重要性和多样性，以及利用其他替代物质供合法用途和非法制造麻醉药品或精神药物之用的可能性与难易程度之后，认为：
 - a) 该物质经常用于非法制造某一麻醉药品或精神药物；
 - b) 非法制造某一麻醉药品或精神药物的数量和范围造成了严重的公众健康问题或社会问题，因而需要采取国际行动，则麻管局应告知麻委会它对该物质的评价，包括把该物质列入表一或表二后对合法使用及非法制造所可能造成的影响，以及根据这一评价所建议的任何适当监测措施。
5. 麻管局在科学问题上的评价应是决定性的。麻委会在考虑了各缔约国提交的意见以及麻管局提出的意见和建议并适当考虑任何其他有关因素之后，可由其成员的三分之二多数作出决定，将某一物质列入表一或表二。

.....

¹ 《1988 年联合国禁止非法贩运麻醉药品和精神药物公约》。

附录2

联合国麻醉药品委员会 1 (S-VIII) 号决议¹对制剂豁免《1971年精神药物公约》第三条规定的
某些管制措施的指导方针

麻醉药品委员会，

注意到文件 MNH/78.1 和 MNH/82.51，其中载有世界卫生组织各协商小组就根据《1971年精神药物公约》第三条规定准予豁免的指导方针提出的建议，

审议了秘书长 1983 年 12 月 16 日题为审查对制剂豁免《1971年精神药物公约》第三条规定的某些管制措施的指导方针 (E/CN.7/1984/4) 的报告，

忆及其 1980 年 2 月 19 日 2 号 (S-VI) 决议和 1983 年 2 月 16 日 5 号 (XXX) 决议，

铭记其就终止豁免作出的决定必须考虑到准予豁免国家的社会和经济条件，包括国家医疗服务发展水平和国家药物分配制度，

确信各国政府需要根据在适用现行指导方针方面取得的经验促进制定新的指导方针，

核准可供国家主管部门、世界卫生组织和麻醉药品委员会使用的下列指导方针：

建议国家主管部门使用的指导方针

(a) 一种精神物质，如配有下列物质，即(i)另一种精神物质，(ii)一种麻醉药品或(iii)未受国际管制但已知有滥用之可能的一种精神活性物质，其制剂不应予以豁免；不过，与上述三种物质的任何一种配合，如仅有微不足道的滥用风险，则其制剂可考虑予以豁免；

(b) 一种精神物质，如配有列入《1961年麻醉品单一公约》表 I 和表 II 的一种麻醉药品，其制剂不应予以豁免；只有在委员会按照《公约》第三条第四款规定制定的修正程序将该制剂列入《公约》表 III 中之后，才可准予豁免；

¹ 摘自联合国文件 E/CN.7/1984/13 (1984 年)。

- (c) 含有一种注射剂型精神物质的制剂，不应予以豁免；
- (d) 含有一种精神物质的制剂，不应豁免《1971年精神药物公约》第十条第一款之规定；
- (e) 含有一种精神物质的制剂，不应豁免《1971年精神药物公约》第十条第二款之规定，除非此种豁免符合国家法定要求；
- (f) 含有一种精神物质的制剂，不应豁免《1971年精神药物公约》第十二条之规定；
- (g) 尽管有指导方针(d)、(e)和(f)项规定，含有精神物质的体外诊断试剂、缓冲剂和分析标准物可豁免《1971年公约》第十条和第十二条之规定。

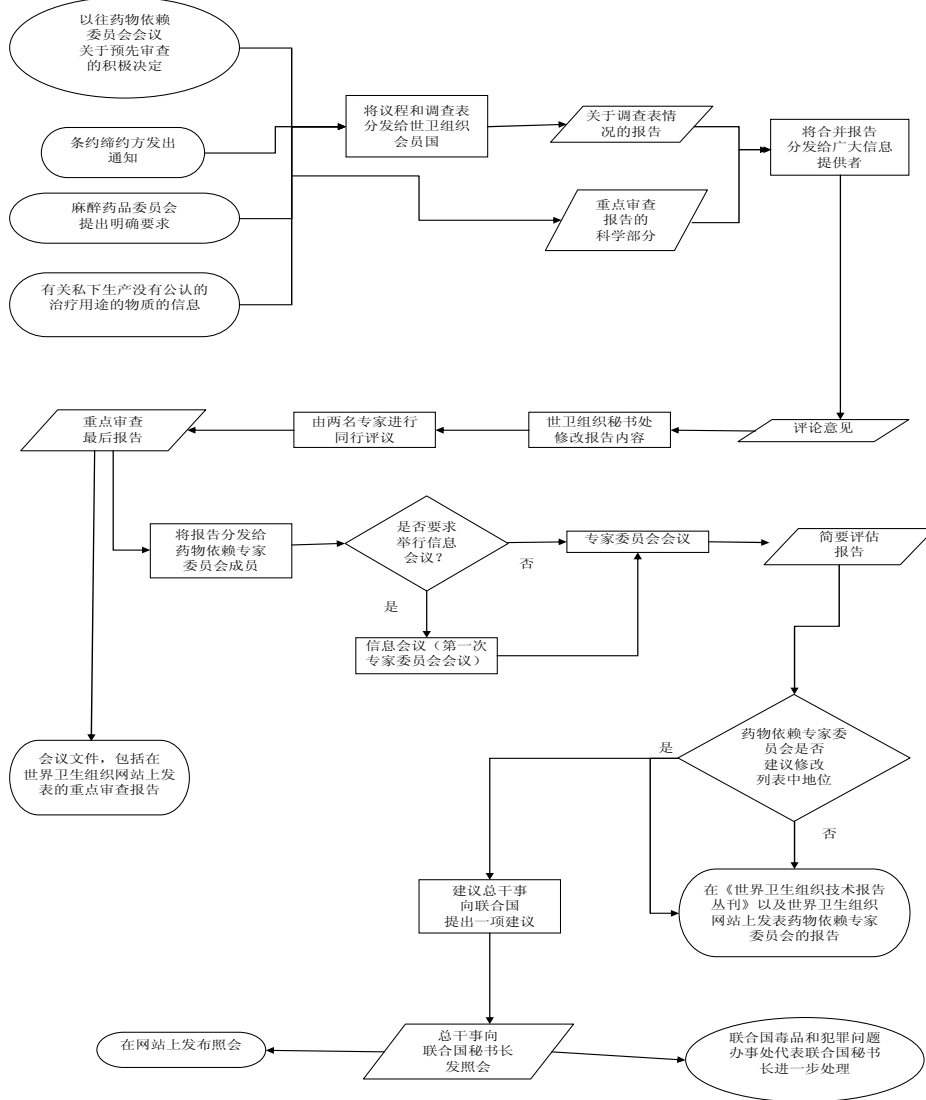
建议世界卫生组织使用的指导方针

- (h) 世界卫生组织应不定期审查缔约国就仅为国内所用的制剂提出的豁免通知；然而，如果有证据表明国家主管部门准予的特定豁免不符合前述指导方针(a)至(e)项，并可能对有关国家公共卫生构成危险，世界卫生组织应立即提请该国家主管部门注意可能产生的公共卫生危害，并就此建议麻醉药品委员会采取有关行动。但是，如果有证据表明此种豁免对另一国家构成一种危险，世界卫生组织则应作为紧急事项予以审查。

附录 3

评价程序流程图

重点审查



附件 7

执委会通过的决议对秘书处的财政和行政影响

1. EB126.R4 决议：监测与卫生相关的千年发展目标的实现情况

2. 与规划预算的联系

战略目标：

全组织范围预期成果：

2. 与艾滋病毒/艾滋病、结核病和疟疾作斗争。 本项战略目标的所有预期成果。

4. 在生命的主要阶段，包括妊娠、分娩、新生儿期、儿童期和青少年期，降低发病率和死亡率以及改善健康，同时为所有个人改善性和生殖健康以及促进积极健康老龄化。 除预期成果 4.8 以外的所有预期成果。

10. 通过了解可靠和可获得的证据和研究提供信息，加强治理、筹资、员额配置和管理，从而改进卫生服务。 除预期成果 10.6、10.7 和 10.9 以外的所有预期成果。

(简短表明与预期成果、指标、目标、基线的联系)

该项决议尤其与战略目标 10 相关，既涉及通过初级卫生保健方针改善卫生服务提供的管理和组织，也涉及加强对进展的监测与评价。该项决议还与关于实现特定卫生结果的所有战略目标，特别是战略目标 1-4 密切相关。在这后一组战略目标中，该项决议尤其涉及战略目标 2 和战略目标 4。与该项决议有关的其他战略目标还包括：关于突发事件和危机的战略目标 5（预期成果 5.1-5.3），关于减少与不健康生活方式有关病症的危险因素的战略目标 6（预期成果 6.6），关于处理健康的社会和经济决定因素及增进卫生公平的战略目标 7（预期成果 7.3），关于促进健康环境的战略目标 8（预期成果 8.1-8.2），关于营养、食品安全和食品保障的战略目标 9（预期成果 9.1-9.4），关于确保医疗产品和技术可及性的战略目标 11（预期成果 11.1-11.3），以及关于领导和与各国的伙伴关系与合作的战略目标 12（预期成果 12.1-12.3）。

3. 预算影响

(a) 该项决议要求秘书处开展的活动的生命周期内估计实施费用总额（估计至最近的万美元，包括工作人员和活动）

两项主要工作及相关费用涉及：(1) 编制关于与卫生相关的千年发展目标年度报告；和 (2) 向各国提供技术支持以加强规划的实施，监测与评价。前一项工作主要在总部进行，后一项工作则通过各区域办事处开展。

编制年度报告(作为《世界卫生统计》出版物的一部分)的总费用: 350 000 美元。

工作人员费用: 1名 P6 级等同专职员工的 33%; 1名 P5 级等同专职员工的 40%; 1名 P4 级等同专职员工的 50%; 和 1名 P3 级等同专职员工的 50%。
费用总计: 190 万美元。

区域办事处工作总费用: 200 万美元。

费用总计: 4 250 000 美元。

(b) 2010-2011 年双年度估计费用 (估计至最近的万美元, 包括工作人员和活动, 表明发生费用的本组织层次并在相关时确定具体区域)

实施总费用: 170 万美元 (总部 900 000 美元, 区域办事处 800 000 美元)。

(c) (b)所表明估计费用是否归入 2010-2011 年双年度已批准的现有规划预算?
是。

4. 财政影响

如何筹措 3(b)所表明估计费用 (表明可能的资金来源)?

总部: 50%来自评定会费, 50%来自自愿捐款。

区域办事处: 100%来自自愿捐款。

5. 行政影响

(a) 实施地点 (表明将开展工作的本组织层次, 并在相关时确定具体区域)

与卫生相关的千年发展目标年度报告方面的实施活动将在总部开展。必要时, 将与各区域办事处开展合作, 以便能够更好地提供最新信息并支持各国进行数据分析、校正和估算。

(b) 能否由现有工作人员实施该项决议? 如果不能, 请在下文(c)中具体说明。

总部: 能, 条件是能继续获得资金。

区域办事处: 非洲区域办事处和东南亚区域办事处不能。

(c) 额外的员额配置要求 (表明本组织各层次额外需要的工作人员等同专职员工数, 并在相关时确定具体区域, 说明必要的技能概况)

非洲区域办事处和东南亚区域办事处将需要一名工作人员 (等同专职员工数), 负责与各国开展合作。

(d) 时限 (表明实施活动的主要时限)

2010 年至 2015 年。

1. EB126.R5 决议：婴幼儿营养：四年期进展报告

2. 与规划预算的联系

战略目标：

全组织范围预期成果：

2. 与艾滋病毒/艾滋病、结核和疟疾作斗争。

2.1 已为艾滋病毒/艾滋病、结核和疟疾患者的预防、治疗和护理制定准则、政策、战略和其它工具，包括在穷人、难以接触到和脆弱的人群中提高干预覆盖率的创新方针。

2.2 已向国家提供政策和技术支持，以便有助于扩大提供对性别问题敏感的艾滋病毒/艾滋病、结核和疟疾预防、治疗和护理干预措施；包括综合培训和服务提供；更广泛的服务提供者网络；以及强化的实验室能力及与其它卫生服务更好的联系，例如性和生殖卫生保健，孕产妇、新生儿和儿童卫生，性传播感染，营养，药物依赖性治疗服务，呼吸道疾病医疗，被忽视的疾病以及环境卫生。

2.4 已加强和扩大全球、区域和国家监测、评价和监控系统，以便了解艾滋病毒/艾滋病、结核和疟疾控制具体目标和资源分配方面的进展并确定控制努力的影响和耐药性的演变。

4. 在生命的主要阶段，包括妊娠、分娩、新生儿期、儿童期和青少年期，降低发病率和死亡率以及改善健康，同时为所有个人改善性和生殖健康以及促进积极健康老龄化。

4.4 已在国家级应用改善新生儿生存和健康的准则、方针和工具，并已向会员国提供技术支持，以强化朝普遍覆盖方向前进的行动，并开展有效干预和监测进展。

4.5 已在国家级应用改善儿童健康与发育的准则、方针和工具，并已为朝着有效干预的全人口普遍覆盖强化行动和监测进展向会员国提供技术支持，同时考虑到国际和人权规范和标准，特别是《儿童权利公约》中规定的规范和标准。

7. 通过可增进卫生公平和融合有利于穷人、对性别问题有敏感认识和以人权为基础措施的政策和规划，处理健康的根本社会和经济决定因素。

9. 在生命全程改善营养、食品安全和食品保障以及支持公共卫生和可持续发展。

7.2 世卫组织已在国家和国际级为部门间合作提供机会和手段方面采取主动行动以处理健康问题社会和经济决定因素，其中包括理解和处理贸易及贸易协定对公共卫生的影响，并鼓励减贫和可持续发展。

9.1 在国家、区域和全球各级已组成伙伴关系和联盟，建设领导能力以及与所有利益攸关者强化协调和联网，以促进宣传和交流，激励部门间行动，在营养、食品安全和食品保障干预方面增加投资，以及制定和支持研究议程。

9.2 已产生和向会员国传播规范，包括参考资料、要求、研究重点、准则、培训手册和标准，提高其能力以评估和应对各种形式的营养不良、食源性人畜共患和非人畜共患疾病，以及促进健康的饮食习惯。

9.3 已加强在稳定局势和紧急局势中营养和与饮食有关的慢性病领域需求监控和监测以及应对措施评估和评价并已提高能力以确定最佳政策方案。

9.4 已为制定、加强和实施在稳定和紧急局势中改善生命全程营养的营养计划、政策和规划建设能力和向目标会员国提供支持。

(简短表明与预期成果、指标、目标、基线的联系)

- 将审查和制定营养干预指南，指南数目将从 10 个增至 40 个。
- 监测儿童发育、婴幼儿喂养方法、微量营养素状况和营养干预措施的实施情况，实施儿童发育标准的国家数目将从 50 个增至 70 个；开展 5 项微量营养素调查；并在 150 个国家收集实施数据。
- 在全球范围内和国家级为增强营养规划而开展的机构间合作计划：5 项计划。
- 向 20 个国家提供技术支持，以增强其营养干预措施，另向 15 个国家提供能力建设援助。
- 向会员国提供技术支持，协助其加强和实施国家营养政策和战略，以进一步开展活动，处理营养不良造成的双重负担：另向 15 个国家提供支持。
- 就旨在预防结核病和协助防治艾滋病毒的重点营养行动提供技术指导：另向 15 个国家提供支持。

3. 预算影响

- (a) 该项决议要求秘书处开展的活动的生命周期内估计实施费用总额（估计至最近的万美元，包括工作人员和活动）

三年期估计实施费用总额为 1200 万美元（工作人员：500 万美元，活动：700 万美元）。

- (b) 2010-2011 年双年度估计费用（估计至最近的万美元，包括工作人员和活动，表明发生费用的本组织层次并在相关时确定具体区域）

850 万美元（工作人员：400 万美元，活动：450 万美元；在本组织的费用分布：总部 - 250 万美元，区域 - 600 万美元）。

- (c) (b)所表明的估计费用是否归入 2010-2011 年双年度已批准的现有规划预算？

是

4. 财政影响

如何筹措 3(b)所表明的估计费用（表明可能的资金来源）？

正制定与潜在捐助方联系的一项全球筹资计划。意大利、日本、卢森堡、西班牙和美国等国政府以及一些慈善机构已提供了部分资金。

5. 行政影响

- (a) 实施地点（表明将开展工作的本组织层次，并在相关时确定具体区域）

总部将实施规范性工作（包括制定指南和开展科学审查），而多数活动则将在国家和区域级实施。将重点在世卫组织确定的营养不良造成最沉重死亡和疾病负担的 36 个国家中开展活动。

- (b) 能否由现有工作人员实施该项决议？如果不能，请在下文(c)中具体说明。

根据在世卫组织营养工作审查后提出的建议，需要尤其在国家级和一些区域办事处增设人员。

- (c) 额外的员额配置要求（表明本组织各层次额外需要的工作人员等同专职员工数，并在相关时确定具体区域，说明必要的技能概况）

需要加强各区域（尤其是非洲、东南亚和东地中海区域）的人员配置。尤其需要增加 P.2 级和 P.3 级营养技术人员。

- (d) 时限（表明实施活动的主要时限）

已在本双年度着手实施该项决议所列的一些活动。多数活动将在 2011 年第一季度实施。

1. EB126.R7 决议：推进食品安全行动

2. 与规划预算的联系

战略目标：

1. 减轻传染病的卫生、社会和经济负担。

5. 减轻突发事件、灾害、危机和冲突的健康后果以及最大限度减少其社会和经济影响。

9. 在生命全程改善营养、食品安全和食品保障以及支持公共卫生和可持续发展。

全组织范围预期成果：

1.3 已向会员国提供有效协调和支持，使全体人口能利用干预措施预防、控制、消灭和根除被忽视的热带病，包括人畜共患疾病。

5.5 已为加强国家对食品安全和环境卫生紧急事故的防备以及建立预警和反应机制向会员国提供支持。

9.1 在国家、区域和全球各级已组成伙伴关系和联盟，建设领导能力以及与所有利益攸关者强化协调和联网，以促进宣传和交流，激励部门间行动，在营养、食品安全和食品保障干预方面增加投资，以及制定和支持研究议程。

9.2 已产生和向会员国传播规范，包括参考资料、要求、研究重点、准则、培训手册和标准，提高其能力以评估和应对各种形式的营养不良、食源性人畜共患和非人畜共患疾病，以及促进健康的饮食习惯。

9.5 已加强食源性人畜共患和非人畜共患疾病监测、预防和控制系统；已建立食品危害监控和评价规划并将其纳入现有国家监测系统，以及向所有主要行动者传播结果。

9.6 已建设能力和向会员国提供支持，包括他们参与国际标准制定工作以加强其在食源性人畜共患和非人畜共患疾病以及食品安全领域评估风险的能力，以及制定和实施国家食品控制系统，并与国际应急系统相联系。

(简短表明与预期成果、指标、目标、基线的联系)

该项决议将在现有的预期成果范围内为世卫组织食品安全方面的规范工作提供一个经更新的框架, 进一步强调要加强科学建议, 对食源性疾病造成的健康负担进行估算, 为国际食品安全当局网络 (INFOSAN) 提供支持并开展人畜共患病跨部门预防工作。

3. 预算影响

- (a) 该项决议要求秘书处开展的活动的生命周期内估计实施费用总额 (估计至最近的万美元, 包括工作人员和活动)**

未来的六年当中需要 2910 万美元 (工作人员: 1650 万美元, 各项活动: 1260 万美元)。

- (b) 2010-2011 年双年度估计费用 (估计至最近的万美元, 包括工作人员和活动, 表明发生费用的本组织层次并在相关时确定具体区域)**

总部需要 970 万美元。

- (c) (b)所表明的估计费用是否归入 2010-2011 年双年度已批准的现有规划预算?**

800 万美元归入规划预算。

4. 财政影响

- 如何筹措 3(b)所表明的估计费用 (表明可能的资金来源)?**

通过有关会员国和相关的非政府组织提供预算外资金。

5. 行政影响

- (a) 实施地点 (表明将开展工作的本组织层次, 并在相关时确定具体区域)**

将与所有六个区域办事处以及各区域中的部分选定国家协调一致, 在总部开展实施工作。

- (b) 能否由现有工作人员实施该项决议? 如果不能, 请在下文(c)中具体说明。**

不能。

- (c) 额外的员额配置要求 (表明本组织各层次额外需要的工作人员等同专职员工数, 并在相关时确定具体区域, 说明必要的技能概况)**

总部需要两名专业类职员。

- (d) 时限 (表明实施活动的主要时限)**

食品安全行动是持续的活动。将向第六十五届世界卫生大会提交下一份进展报告; 因此, 应在 2010-2011 年时期结束时评价主要的新行动。

1. EB126.R12 决议：通过安全的和无害环境的废物管理增进健康

2. 与规划预算的联系

战略目标：

全组织范围预期成果：

8. 在所有部门促进更健康环境，强化一级预防和影响公共政策，以便处理环境对健康威胁的根本原因。

8.2 已为实施可减少环境对健康的危害、加强安全性和促进公共卫生，包括在特定环境（例如工作场所、家庭或城市）中和在脆弱群体（例如儿童）中的一级预防干预措施向会员国提供技术支持和指导。

（简短表明与预期成果、指标、目标、基线的联系）

该项决议与预期成果相一致。实施该项决议将有助于 12 个会员国 2011 年在世卫组织技术支持下为了减少环境对健康危害而在至少以下一个环境（工作场所、家庭或城市）中实施一级预防干预措施。2010 年的基准数将与 2009 年保持不变（即 8 个会员国）。

3. 预算影响

(a) 该项决议要求秘书处开展的活动的生命周期内估计实施费用总额（估计至最近的万美元，包括工作人员和活动）

不涉及额外活动费用。决议要求秘书处在本组织职权范围内利用现有资源支持实施《巴厘宣言》所确定的各项行动。2010-2011 年双年度工作计划已制定了与联合国环境规划署和《巴塞尔公约》秘书处等其它相关机构一道开展旨在应对有害废物、尤其是医疗废物问题的活动。

(b) 2010-2011 年双年度估计费用（估计至最近的万美元，包括工作人员和活动，表明发生费用的本组织层次并在相关时确定具体区域）

预期在该项决议下并无任何具体的额外费用。

(c) (b)所表明的估计费用是否归入 2010-2011 年双年度已批准的现有规划预算？

不适用。

4. 财政影响

如何筹措 3(b)所表明的估计费用（表明可能的资金来源）？

不适用。

5. 行政影响

(a) 实施地点（表明将开展工作的本组织层次，并在相关时确定具体区域）

一级预防活动将主要在国家级实施；多国项目将主要通过总部和区域办事处实施；与联合国环境规划署和《巴塞尔公约》秘书处的联络将主要由总部和区域办事处负责。

(b) 能否由现有工作人员实施该项决议？如果不能，请在下文(c)中具体说明

能够由现有工作人员实施。

(c) 额外的员额配置要求（表明本组织各层次额外需要的工作人员等同专职员工数，并在相关时确定具体区域，说明必要的技能概况）

不适用。

(d) 时限（表明实施活动的主要时限）

需要不断处理医疗废物以及其它有害废物问题，以确保长期尽量减少废物。因此，该项决议的最初时限将与中期战略性计划的时限相同，即到 2013 年为止。此后将酌情进行审查。

1. EB126.R13 决议：通过过时杀虫剂和其它过时化学品健全管理增进健康

2. 与规划预算的联系

战略目标：

8. 在所有部门促进更健康环境，强化一级预防和影响公共政策，以便处理环境对健康威胁的根本原因。

全组织范围预期成果：

8.1 已开展以证据为基础的评估并就环境对健康的重大危害（例如，空气质量差、化学物质、电磁场、氡、劣质饮用水以及废水的再利用）制定和更新了规范和标准。

8.2 已为实施可减少环境对健康的危害、加强安全性和促进公共卫生，包括在特定环境（例如工作场所、家庭或城市）中和在脆弱群体（例如儿童）中的一级预防干预措施向会员国提供技术支持和指导。

8.3 已为加强国家职业和环境卫生风险管理系统、职能和服务向会员国提供技术援助和支持。

8.5 加强卫生部门领导以创建更健康的环境和在所有部门改变政策，通过应对正在出现和重新出现的发展对环境卫生产生的后果、消费和生产模式变化产生的后果以及新兴技术的破坏性影响等手段，处理环境对健康威胁的根本原因。

(简短表明与预期成果、指标、目标、基线的联系)

该项决议符合所列预期成果，支持与下列目标有关的指标：会员国就环境对健康的威胁进行评估，就环境对健康的危害实施一级干预措施，以及实施国家管理职业卫生的行动计划或政策。基线保持不变。

3. 预算影响

(a) 该项决议要求秘书处开展的活动的生命周期内估计实施费用总额（估计至最近的万美元，包括工作人员和活动）

未明确规定时间安排，由于采取风险管理行动后，还有其他杀虫剂和化学品可能会过时，预计一段时间内还将继续实施该决议。秘书处计划开展的活动主要针对令人关注的特定物质，如逐步淘汰铅、汞和石棉的使用。目前总部就此类物质开展的活动每双年度所需费用约为 500 000 美元。实施过时杀虫剂和过时化学品综合性活动，整体估计还需要额外一笔数额大致相同的资金。

(b) 2010-2011 年双年度估计费用（估计至最近的万美元，包括工作人员和活动，表明发生费用的本组织层次并在相关时确定具体区域）

见上文第 3(a)节。

(c) (b)所表明的估计费用是否归入 2010-2011 年双年度已批准的现有规划预算？

关于令人关注的特定物质现有活动的估计费用为 500 000 美元，归入现有规划预算。

4. 财政影响

如何筹措 3(b)所表明的估计费用（表明可能的资金来源）？

来自有关会员国的自愿捐款和相关的非政府资源。

5. 行政影响

(a) 实施地点（表明将开展工作的本组织层次，并在相关时确定具体区域）

总部（协调实施工作并为各区域和国家办事处提供一般性指导意见）和各区域办事处，与各国协商确定。

(b) 能否由现有工作人员实施该项决议？如果不能，请在下文(c)中具体说明。

能够由现有工作人员继续维持目前的活动水平。实施过时杀虫剂和过时化学品综合性活动，整体将需要增加工作人员（见下文(c)）。

(c) 额外的员额配置要求（表明本组织各层次额外需要的工作人员等同专职员工数，并在相关时确定具体区域，说明必要的技能概况）

综合性活动将需要增加 1 名专业职类工作人员（等同专职员工的 25%）。

(d) 时限（表明实施活动的主要时限）

未明确规定时间安排，预计一段时间内还将继续实施活动（见上文 3(a)）。

1. EB126.R15 决议：朝着实现降低儿童死亡率的千年发展目标 4 加速进展：预防和治疗肺炎

2. 与规划预算的联系

战略目标：

全组织范围预期成果：

1. 减轻传染病的卫生、社会和经济负担。

1.1 已向会员国提供政策和技术支持，以便最大限度加强所有人公平获得有质量保证的疫苗，包括新的免疫产品和技术，并将其它基本儿童卫生干预与免疫相结合。

4. 在生命的主要阶段，包括妊娠、分娩、新生儿期、儿童期和青少年期，降低发病率和死亡率以及改善健康，同时为所有个人改善性和生殖健康以及促进积极健康老龄化。

4.5 已在国家级应用改善儿童健康与发育的准则、方针和工具，并已为朝着有效干预的全人口普遍覆盖强化行动和监测进展向会员国提供技术支持，同时考虑到国际和人权规范和标准，特别是《儿童权利公约》中规定的规范和标准。

（简短表明与预期成果、指标、目标、基线的联系）

该项决议与所列预期成果相一致，并支持下列指标：关于战略目标 1-(1) 国家免疫接种（白喉-破伤风-百日咳三联疫苗）覆盖率至少达到 90% 的会员国数目；和(2) 已将 B 型流感嗜血杆菌疫苗列入国家免疫程序表的会员国数目；关于战略目标 4-(1) 已就普遍获得改善孕产妇、新生儿和儿童健康的有效干预制定综合政策的目标会员国数；和(2) 实施战略以提高儿童健康与发育干预措施覆盖率的会员国数。

3. 预算影响

- (a) 该项决议要求秘书处开展的活动的生命周期内估计实施费用总额（估计至最近的万美元，包括工作人员和活动）

2010-2015 年中需要 1.1 亿美元，用于支付总部以及区域和国家办事处各级的费用。

- (b) 2010-2011 年双年度估计费用（估计至最近的万美元，包括工作人员和活动，表明发生费用的本组织层次并在相关时确定具体区域）

关于战略目标 1：总部 - 总共需要 590 万美元（900 000 美元用于工作人员，500 万美元用于各项活动）；区域和国家办事处 - 总共需要 2740 万美元（500 万美元用于工作人员，2240 万美元用于各项活动）。

关于战略目标 4：总部-总共需要 600 000 美元（450 000 美元用于工作人员，150 000 美元用于各项活动）；区域和国家办事处 - 总共需要 800 万美元（240 万美元用于工作人员，560 万美元用于各项活动）。

- (c) (b)所表明估计费用是否归入 2010-2011 年双年度已批准的现有规划预算？

是。

4. 财政影响

如何筹措 3(b)所表明估计费用（表明可能的资金来源）？

关于战略目标 1：2010 年的资金通过疫苗和免疫全球联盟以及盖茨基金会提供。2011 年需要的部分资金可由相同的来源提供，但 2011 年可能会出现资金缺口。

关于战略目标 4：将力求通过自愿捐款资助这些活动。

5. 行政影响

- (a) 实施地点（表明将开展工作的本组织层次，并在相关时确定具体区域）

世卫组织各级，并特别注重 68 个重点国家，它们是“2015 年倒计时”行动的焦点，疾病负担沉重。大多数有关国家还有资格获得疫苗和免疫全球联盟的资助。

- (b) 能否由现有工作人员实施该项决议？如果不能，请在下文(c)中具体说明。

不能。将需要增加工作人员来实施该项决议，特别是在高疾病负担国家。

- (c) 额外的员额配置要求（表明本组织各层次额外需要的工作人员等同专职员工数，并在相关时确定具体区域，说明必要的技能概况）

需要三名 P4 级工作人员（等同专职员工数）：总部 1 名，东南亚区域办事处 1 名，国家一级 1 名。

- (d) 时限（表明实施活动的主要时限）

2010-2015 年。

1. EB126.R16 决议：病毒性肝炎

2. 与规划预算的联系

战略目标：

1. 减轻传染病的卫生、社会和经济负担。

全组织范围预期成果：

1.1 已向会员国提供政策和技术支持，以便最大限度加强所有人公平获得有质量保证的疫苗，包括新的免疫产品和技术，并将其它基本儿童卫生干预与免疫相结合。

1.4 向会员国提供政策和技术支持以加强其能力，对具公共卫生重要性的所有传染病开展监测和监控。

1.5 已发展和验证符合预防和控制传染病重点需求的新的知识、干预工具和战略，并且来自发展中国家的科学家越来越多地在这一研究中发挥带头作用。

(简短表明与预期成果、指标、目标、基线的联系)

该项决议与预期成果相一致。将根据需要设计关于预防病毒性肝炎的具体指标。

3. 预算影响

(a) 该项决议要求秘书处开展的活动的生命周期内估计实施费用总额（估计至最近的万美元，包括工作人员和活动）

今后五年需要 3000 万美元。其中三分之一（即 1000 万美元）是总部需要的费用，用于全球规划、各利益攸关方之间的协调、全球政策指导以及向区域办事处和国家办事处提供支持；三分之二的费用（即 2000 万美元）用于支持区域和国家级活动。

(b) 2010-2011 年双年度估计费用（估计至最近的万美元，包括工作人员和活动，表明发生费用的本组织层次并在相关时确定具体区域）

估计每年需要 600 万美元总费用。

(c) (b)所表明的估计费用是否归入 2010-2011 年双年度已批准的现有规划预算？

本组织的一些技术单位参与本组织的预防肝炎活动。难以确知为开展这些活动可使用的资金额，因为这些资金并不一定直接列入规划预算，而可能涵盖在血液安全、注射安全、食品安全、预防肝炎、儿童免疫或治疗机会性感染艾滋病毒等活动中。

4. 财政影响**如何筹措 3(b)所表明的估计费用（表明可能的资金来源）？**

预计将通过积极筹措资金获得更多的自愿捐款。

5. 行政影响**(a) 实施地点（表明将开展工作的本组织层次，并在相关时确定具体区域）**

目前，多数活动在总部（政策和技术指导，全球宣传和利益攸关方协调，筹资）和世卫组织两个区域（东地中海和西太平洋区域）实施。

(b) 能否由现有工作人员实施该项决议？如果不能，请在下文(c)中具体说明。

不能。

(c) 额外的员额配置要求（表明本组织各层次额外需要的工作人员等同专职员工数，并在相关时确定具体区域，说明必要的技能概况）

总部将需要增加至少两名专业类工作人员（等同专职员工数）和一名一般事务类工作人员（等同专职员工数）。在 2010-2011 年双年度，三个区域办事处将分别需要增加一名专业类工作人员（等同专职员工数），附加行政支助；在 2012-2013 双年度，其它区域办事处将需要增加三名工作人员（等同专职员工数），附加行政支助。因此，总共需要增加八名专业类工作人员（等同专职员工数）和三至四名一般事务类工作人员（等同专职员工数）。需要在至少 10 个国家中设置一名国家专职规划官员。

(d) 时限（表明实施活动的主要时限）

该项全球规划将于 2010 年在非洲、欧洲和东地中海区域推广，在 2010-2011 年双年度推广至所有区域。