

决 议

WHA62.1 预防可避免的盲症和视力损害¹

第六十二届世界卫生大会，

审议了关于预防可避免的盲症和视力损害报告和行动计划草案²。

忆及关于消除可避免的盲症的 WHA56.26 号决议和关于预防可避免的盲症和视力损害的 WHA56.25 号决议；

认识到预防可避免的盲症和视力损害行动计划是对卫生大会以 WHA61.14 号决议通过的预防和控制非传染病全球战略行动计划作出的补充，

1. **批准**预防可避免的盲症和视力损害行动计划³；
2. **敦促**会员国根据卫生政策、计划和规划中的国家重点实施预防可避免的盲症和视力损害行动计划；
3. **要求**总干事：
 - (1) 为会员国根据国家重点实施预防可避免的盲症和视力损害行动计划提供支持；
 - (2) 为加强会员国能力及提高秘书处的技术能力，在 2008 - 2013 年中期战略性计划框架和规划预算范围内，继续把预防可避免的盲症和视力损害作为优先领域；
 - (3) 通过执行委员会向第六十五届和第六十七届世界卫生大会报告预防可避免的盲症和视力损害行动计划的实施进展情况。

(第六次全体会议，2009 年 5 月 21 日 - 甲委员会第一份报告)

¹ 本决议对秘书处的财政和行政影响见附件 5。

² 文件 62/7。

³ 见附件 1。

WHA62.2 巴勒斯坦被占领土（包括东耶路撒冷）和叙利亚被占戈兰的卫生状况¹

第六十二届世界卫生大会，

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

忆及以往关于阿拉伯被占领土卫生状况的所有决议；

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

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

深切关注总干事在加沙地带紧急卫生特派团报告中陈述的调查结果³；

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

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

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

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

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

确认巴勒斯坦患者和医务人员有权利进出被占东耶路撒冷的巴勒斯坦卫生机构；

¹ 本决议对秘书处的财政和行政影响见附件 5。

² 文件 A62/24 和 A26/24 Corr.1。

³ 文件 A/62/24 Add.1。

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

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

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

1. 要求以色列占领国：

- (1) 立刻解除对巴勒斯坦被占领土的封锁，特别是对被占加沙地带过境点的封锁，由此造成那里药品和医疗用品的严重短缺，并在这方面遵守以色列-巴勒斯坦 2005 年 11 月通行进出协定的规定；
- (2) 纠正导致加沙地带当前卫生条件恶劣以及食品和燃料严重短缺的政策和措施；
- (3) 遵守国际法院 2004 年 7 月 9 日提供的关于隔离墙的咨询意见，隔离墙特别对巴勒斯坦被占领土（包括东耶路撒冷）巴勒斯坦人口接受的医疗服务可及性和质量产生严重影响；
- (4) 便利巴勒斯坦患者和医务人员进出被占东耶路撒冷和境外的巴勒斯坦卫生机构；
- (5) 确保巴勒斯坦救护车无障碍和安全通行以及遵照国际人道主义法尊重和保护医务人员；
- (6) 改善巴勒斯坦被拘留者，特别是儿童、妇女和患者的生活和医疗条件；
- (7) 便利药品和医疗设备过境和进入巴勒斯坦被占领土；
- (8) 遵照国际人道主义法律承担起对巴勒斯坦民众人道主义需要及其每天获得包括食品和药品在内的人道主义援助的责任；
- (9) 立即停止其严重影响被占领下平民健康状况的所有行径、政策和计划，包括其封锁政策；

(10) 便利联合国近东巴勒斯坦难民救济和工程处及其它国际组织的工作，并确保其人员和援助物资的自由行动；

2. **敦促**会员国以及政府间和非政府组织：

- (1) 通过向巴勒斯坦民众提供援助，帮助巴勒斯坦被占领土克服卫生危机；
- (2) 帮助满足总干事在加沙地带紧急卫生特派团的报告中所确定的紧急卫生和人道主义需求以及与卫生相关的中、长期重大需求¹；
- (3) 帮助解除在巴勒斯坦被占领土对巴勒斯坦民众实行的限制和障碍；
- (4) 提醒以色列占领国遵守 1949 年关于战时保护平民的日内瓦第四公约；
- (5) 支持和协助巴勒斯坦卫生部履行其职责，包括管理和资助公共卫生服务；
- (6) 向巴勒斯坦公共卫生和兽医服务部门提供财政和技术支持；

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

4. **要求**总干事：

- (1) 向巴勒斯坦卫生和兽医服务部门提供支持，包括能力建设；
- (2) 提交一份关于巴勒斯坦被占领土（包括东耶路撒冷）和叙利亚被占戈兰卫生和状况的实情调查报告；
- (3) 支持为叙利亚被占戈兰的叙利亚人口建立医疗设施并向其提供与卫生有关的技术援助；
- (4) 继续提供必要的技术援助，以满足巴勒斯坦民众（包括残疾人和受伤者）的卫生需求；
- (5) 还支持巴勒斯坦卫生和兽医服务部门为防范甲型 H1N1 流感大流行做好准备；

¹ 文件 A62/24 Add.1。

- (6) 支持在巴勒斯坦发展卫生系统，包括开发人力资源；
- (7) 公布加沙地带紧急卫生特派团编写的详细报告；
- (8) 向第六十三届世界卫生大会报告本决议的实施情况。

(第七次全体会议，2009年5月21日 - 乙委员会第一份报告)

WHA63.3 关于世卫组织 2008 年账目未经审计的中期财务报告

第六十二届世界卫生大会，

审议了 2008 年未经审计的中期财务报告¹；

注意到执行委员会规划、预算和行政委员会提交给第六十二届世界卫生大会的第三份报告²，

接受总干事 2008 年未经审计的中期财务报告。

(第七次全体会议，2009年5月21日 - 乙委员会第一份报告)

WHA62.4 征收评定会费的状况，包括欠交会费程度达到可援引《组织法》第七条规定的会员国

第六十二届世界卫生大会，

审议了执行委员会规划、预算和行政委员会就征收评定会费的状况，包括欠交会费程度达到可援引《组织法》第七条规定的会员国问题向第六十二届世界卫生大会提交的第五份报告³；

注意到在第六十二届世界卫生大会开幕时，仍将中止阿根廷、中非共和国、科摩罗、刚果民主共和国、多米尼克、冈比亚、几内亚比绍、所罗门群岛、索马里和塔吉克斯坦的表决权，这类中止将持续至这些会员国的欠费在本届或以后各届卫生大会召开时减至可援引《组织法》第七条规定的数额以下的水平时；

¹ 文件 A62/28 和 A62/28 Add.1。

² 文件 A62/44。

³ 文件 A62/47。

注意到佛得角、科特迪瓦、马绍尔群岛、帕劳和赞比亚的欠费在第六十二届世界卫生大会开幕时已达到一定程度，使卫生大会有必要考虑根据《组织法》第七条，在第六十三届世界卫生大会开幕时是否应该中止这些国家的表决权；

决定：

- (1) 根据 WHA41.7 号决议确定的原则，如果到第六十三届世界卫生大会开幕之时，佛得角、科特迪瓦、马绍尔群岛、帕劳和赞比亚的欠交会费仍处于可援引《组织法》第七条规定的程度，将自前述大会开幕之时中止其表决权；
- (2) 按第(1)段规定实行的任何中止将持续至以后各届卫生大会，直至佛得角、科特迪瓦、马绍尔群岛、帕劳和赞比亚的欠费减至可援引《组织法》第七条规定的数额以下的水平之时；
- (3) 根据《组织法》第七条，这项决定将不损害任何会员国要求恢复其表决权的权利。

(第七次全体会议，2009 年 5 月 21 日 - 乙委员会第一份报告)

WHA62.5 2010-2011 年摊款比额表

第六十二届世界卫生大会，

考虑到最新的联合国比额仍然与 2008-2009 年财务期的比额相同，

通过下述所列 2010-2011 双年度会员国的摊款比额：

会员国和准会员	2010-2011 年 世界卫生组织比额
阿富汗	0.0010
阿尔巴尼亚	0.0060
阿尔及利亚	0.0850
安道尔	0.0080
安哥拉	0.0030
安提瓜和巴布达	0.0020

会员国和准会员	2010-2011 年 世界卫生组织比额
阿根廷	0.3250
亚美尼亚	0.0020
澳大利亚	1.7871
奥地利	0.8871
阿塞拜疆	0.0050
巴哈马	0.0160
巴林	0.0330
孟加拉国	0.0100
巴巴多斯	0.0090
白俄罗斯	0.0200
比利时	1.1021
伯利兹	0.0010
贝宁	0.0010
不丹	0.0010
玻利维亚 (多民族国)	0.0060
波斯尼亚和黑塞哥维那	0.0060
博茨瓦纳	0.0140
巴西	0.8761
文莱达鲁萨兰国	0.0260
保加利亚	0.0200
布基纳法索	0.0020
布隆迪	0.0010
柬埔寨	0.0010
喀麦隆	0.0090
加拿大	2.9772
佛得角	0.0010
中非共和国	0.0010
乍得	0.0010
智利	0.1610
中国	2.6672
哥伦比亚	0.1050
科摩罗	0.0010
刚果	0.0010

会员国和准会员	2010-2011 年 世界卫生组织比额
库克群岛	0.0010
哥斯达黎加	0.0320
科特迪瓦	0.0090
克罗地亚	0.0500
古巴	0.0540
塞浦路斯	0.0440
捷克共和国	0.2810
朝鲜民主主义人民共和国	0.0070
刚果民主共和国	0.0030
丹麦	0.7391
吉布提	0.0010
多米尼克	0.0010
多米尼加共和国	0.0240
厄瓜多尔	0.0210
埃及	0.0880
萨尔瓦多	0.0200
赤道几内亚	0.0020
厄立特里亚	0.0010
爱沙尼亚	0.0160
埃塞俄比亚	0.0030
斐济	0.0030
芬兰	0.5640
法国	6.3015
加蓬	0.0080
冈比亚	0.0010
格鲁吉亚	0.0030
德国	8.5777
加纳	0.0040
希腊	0.5960
格林纳达	0.0010
危地马拉	0.0320
几内亚	0.0010
几内亚比绍	0.0010

会员国和准会员	2010-2011 年 世界卫生组织比额
圭亚那	0.0010
海地	0.0020
洪都拉斯	0.0050
匈牙利	0.2440
冰岛	0.0370
印度	0.4500
印度尼西亚	0.1610
伊朗(伊斯兰共和国)	0.1800
伊拉克	0.0150
爱尔兰	0.4450
以色列	0.4190
意大利	5.0794
牙买加	0.0100
日本	16.6253
约旦	0.0120
哈萨克斯坦	0.0290
肯尼亚	0.0100
基里巴斯	0.0010
科威特	0.1820
吉尔吉斯斯坦	0.0010
老挝人民民主共和国	0.0010
拉脱维亚	0.0180
黎巴嫩	0.0340
莱索托	0.0010
利比里亚	0.0010
阿拉伯利比亚民众国	0.0620
立陶宛	0.0310
卢森堡	0.0850
马达加斯加	0.0020
马拉维	0.0010
马来西亚	0.1900
马尔代夫	0.0010
马里	0.0010

会员国和准会员	2010-2011 年 世界卫生组织比额
马耳他	0.0170
马绍尔群岛	0.0010
毛里塔尼亚	0.0010
毛里求斯	0.0110
墨西哥	2.2572
密克罗尼西亚 (联邦)	0.0010
摩纳哥	0.0030
蒙古	0.0010
黑山	0.0010
摩洛哥	0.0420
莫桑比克	0.0010
缅甸	0.0050
纳米比亚	0.0060
瑙鲁	0.0010
尼泊尔	0.0030
荷兰	1.8731
新西兰	0.2560
尼加拉瓜	0.0020
尼日尔	0.0010
尼日利亚	0.0480
纽埃	0.0010
挪威	0.7821
阿曼	0.0730
巴基斯坦	0.0590
帕劳	0.0010
巴拿马	0.0230
巴布亚新几内亚	0.0020
巴拉圭	0.0050
秘鲁	0.0780
菲律宾	0.0780
波兰	0.5010
葡萄牙	0.5270
波多黎各	0.0010

会员国和准会员	2010-2011 年 世界卫生组织比额
卡塔尔	0.0850
大韩民国	2.1732
摩尔多瓦共和国	0.0010
罗马尼亚	0.0700
俄罗斯联邦	1.2001
卢旺达	0.0010
圣基茨和尼维斯	0.0010
圣卢西亚	0.0010
圣文森特和格林纳丁斯	0.0010
萨摩亚	0.0010
圣马力诺	0.0030
圣多美和普林西比	0.0010
沙特阿拉伯	0.7481
塞内加尔	0.0040
塞尔维亚	0.0210
塞舌尔	0.0020
塞拉利昂	0.0010
新加坡	0.3470
斯洛伐克	0.0630
斯洛文尼亚	0.0960
所罗门群岛	0.0010
索马里	0.0010
南非	0.2900
西班牙	2.9682
斯里兰卡	0.0160
苏丹	0.0100
苏里南	0.0010
斯威士兰	0.0020
瑞典	1.0711
瑞士	1.2161
阿拉伯叙利亚共和国	0.0160
塔吉克斯坦	0.0010
泰国	0.1860

会员国和准会员	2010-2011 年 世界卫生组织比额
前南斯拉夫的马其顿共和国	0.0050
东帝汶	0.0010
多哥	0.0010
托克劳	0.0010
汤加	0.0010
特立尼达和多巴哥	0.0270
突尼斯	0.0310
土耳其	0.3810
土库曼斯坦	0.0060
图瓦卢	0.0010
乌干达	0.0030
乌克兰	0.0450
阿拉伯联合酋长国	0.3020
大不列颠及北爱尔兰联合王国	6.6425
坦桑尼亚联合共和国	0.0060
美利坚合众国	22.0000
乌拉圭	0.0270
乌兹别克斯坦	0.0080
瓦努阿图	0.0010
委内瑞拉玻利瓦尔共和国	0.2000
越南	0.0240
也门	0.0070
赞比亚	0.0010
津巴布韦	0.0080
总计	100.0000

(第七次全体会议, 2009 年 5 月 21 日—乙委员会第一份报告)

WHA62.6 《财务条例》和《财务细则》修订款¹

第六十二届世界卫生大会，

审议了关于《财务条例》和《财务细则》修订款的报告²，

忆及 WHA60.9 号决议，《财务条例》和《财务细则》修订款：采用《国际公共部门会计准则》³，

1. **通过**对《财务条例》的修订，从 2010 年 1 月 1 日起生效；
2. **注意**到执行委员会在其第 124 届会议上确认的对《财务细则》的修订³将在第 1 段中对《财务条例》的修订通过的同时生效；
3. **授权**总干事对修订后的《财务条例》和《财务细则》适当编号。

(第七次全体会议，2009 年 5 月 21 日 - 乙委员会第一份报告)

WHA62.7 《人事条例》修订款⁴

第六十二届世界卫生大会，

注意到执行委员会对重新派任工作人员，包括那些不涉及晋升问题的工作人员所提出的建议⁵，

通过对《人事条例》第 4.2 条的拟议修订款；

通过对《人事条例》第 4.3 条的拟议修订款；

决定这两项修订将于 2009 年 6 月 1 日生效。

(第七次全体会议，2009 年 5 月 21 日 - 乙委员会第一份报告)

¹ 见附件 2。

² 文件 A62/32。

³ EB124.R10 号决议

⁴ 见附件 3。

⁵ 文件 A62/36。

WHA62.8 不叙级职位职员和总干事的薪金

第六十二届世界卫生大会，

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，

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 177 032 美元，因而修订的薪金净额为 128 071 美元（有受抚养者）或 115 973 美元（单身者）；
2. **确定**副总干事在扣除薪金税以前的年薪为 194 820 美元，因而修订的薪金净额为 139 633 美元（有受抚养者）或 125 663 美元（单身者）；
3. **确定**总干事在扣除薪金税以前的年薪为 239 632 美元，因而修订的薪金净额为 168 761 美元（有受抚养者）或 150 079 美元（单身者）；
4. **决定**这些薪金调整将于 2009 年 1 月 1 日起生效。

（第七次全体会议，2009 年 5 月 21 日 - 乙委员会第一份报告）

WHA62.9 2010-2011 年财务期拨款决议

第六十二届世界卫生大会，

1. **注意到**所有资金来源有效预算(即评定会费和自愿捐款)总额为 4 539 914 000 美元，分成三个部分；

规划预算部分	美元
基本规划	3 367 907 000
特别规划与合作安排	822 007 000
疫情和危机应对	350 000 000
有效预算总额	4 539 914 000

¹ 文件 A62/36。

2. **决定** 2010-2011 年财务期拨款 1 023 840 000 美元，由会员国净摊款额 928 840 000 美元、估计杂项收入¹15 000 000 美元和向税收均分基金转拨款 80 000 000 美元资助，具体如下：

拨款项	拨款用途	由净摊款额和 杂项收入资助的 拨款额 (美元)
1	减轻传染病的卫生、社会和经济负担	74 035 000
2	与艾滋病毒/艾滋病、结核和疟疾作斗争	40 762 000
3	预防和减少由慢性非传染性病症、精神障碍、暴力、伤害和视力损害造成的疾病、残疾和过早死亡	38 038 000
4	在生命的主要阶段，包括妊娠、分娩、新生儿期、儿童期和青少年期，降低发病率和死亡率以及改善健康，同时为所有个人改善性和生殖健康以及促进积极健康老龄化	46 497 000
5	减轻突发事件、灾害、危机和冲突的健康后果以及最大限度减少其社会和经济影响	16 090 000
6	促进卫生与发展，并预防或减少与使用烟草、酒精、药物和其它精神物质、不健康饮食、缺乏身体活动和不安全性行为有关病症的危险因素	31 368 000
7	通过可增进卫生公平和融合有利于穷人、对性别问题有敏感认识和以人权为基础措施的政策和规划，处理健康的根本社会和经济决定因素	15 456 000
8	在所有部门促进更健康环境，强化一级预防和影响公共政策，以便处理环境对健康威胁的根本原因	30 198 000
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	18 748 000
10	通过了解可靠和可获得的证据和研究提供信息，加强治理、筹资、员额配置和管理，从而改进卫生服务	130 799 000
11	确保改进医疗产品和技术的可及性、质量和利用	27 631 000

¹ 由于通过了 WHA62.6 号决议，杂项收入在《财务条例》的修订款中由“其它来源”取代，自 2010 年 1 月 1 日起生效。

拨款项	拨款用途	由净摊款额和 杂项收入资助的 拨款额 (美元)
12	提供领导, 加强管理并促进与各国、联合国系统及其它利益攸关方的伙伴关系和合作, 履行世卫组织在推进第十一个工作总规划中制定的全球卫生议程方面的使命	179 551 000
13	将世卫组织发展和保持为一个灵活、学习型的组织, 使它能够更好地切实有效地履行其使命	294 667 000
	小计	943 840 000
	向税收均分基金转拨	80 000 000
	总计	1 023 840 000

3. 进一步决定:

(1) 虽然有《财务条例》第 4.3 条规定, 总干事仍然有权在拨款项之间进行转拨, 所拨金额不得超过拨出项拨款额的 10%; 所有此类转拨均应在 2010-2011 年财务期财务报告中进行报告; 任何所需的其它转拨应根据《财务条例》第 4.3 条规定进行并提交报告;

(2) 第 2 段中投票通过的拨款数额以内的金额应用于支付按《财务条例》规定在 2010 年 1 月 1 日至 2011 年 12 月 31 日财务期内承付的款项; 虽然有本段规定, 总干事仍将限制 2010-2011 年财务期内 1 至 13 拨款项的承付;

(3) 每个会员国应交会费额应扣除其在税收均分基金中的所得份额; 如果会员国要求职员交纳本组织薪金所得税, 本组织将向这些职员偿还这笔税款, 则应对扣除额进行调整; 这些税款偿还额估计为 16 274 400 美元, 由此会员国的总摊款额为 945 114 400 美元;

4. **决定**周转金应继续保持在 31 000 000 美元的现有水平。

5. **注意到**为不通过会员国净摊款资助的有效工作预算部分所需的自愿捐款为 3 596 074 000 美元。

(第八次全体会议, 2009 年 5 月 22 日—甲委员会第一份报告)

WHA62.10 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

第六十二届世界卫生大会，

审议了关于大流行性流感的防范：共享流感病毒以及获得疫苗和其它利益的报告¹；

忆及关于大流行性流感的防范：共享流感病毒以及获得疫苗和其它利益的 WHA60.28 号决议要求总干事召开一次政府间会议；

认识到政府间会议已就共享流感病毒以及获得疫苗和其它利益的大流行性流感防范框架的大部分内容达成协议²；

重申需要找到防范和应对大流行性流感的长期解决办法；

还认识到需要就大流行性流感防范框架的一些主要剩余内容开展进一步工作，

要求总干事：

- (1) 与各会员国一道推进政府间会议成果报告中所载的共享流感病毒以及获得疫苗和其它利益的大流行性流感防范框架的议定内容³；
- (2) 促进采纳一种透明程序，就包括标准材料转让协议及其附件在内的剩余内容做出最后决定，并向执委会 2010 年 1 月第 126 届会议报告谈判结果。

(第八次全体会议，2009 年 5 月 22 日 - 甲委员会第二份报告)

WHA62.11 2008-2013 年中期战略性计划，包括 2010-2011 年规划预算

第六十二届世界卫生大会，

忆及关于 2008 - 2013 年中期战略性计划的 WHA60.11 号决议；

审议了关于 2008 - 2013 年中期战略性计划，包括 2010-2011 年规划预算方案的报告⁴；

¹ 文件 A62/5 和 A62/5 Add.1。

² 文件 A62/5 Add.1，附件。

³ 文件 A62/5 Add.1，附录。

⁴ 文件 A62/4。

审议了 2008-2013 年中期战略性计划修订草案¹；

认可经修订的 2008-2013 年中期战略性计划，包括其中修订的指标和目标。

(第八次全体会议，2009 年 5 月 22 日 - 甲委员会第三份报告)

WHA62.12 初级卫生保健，包括加强卫生系统²

第六十二届世界卫生大会，

欢迎总干事作出的努力并认识到世卫组织在全球促进初级卫生保健方面发挥的关键作用；

审议了关于初级卫生保健，包括加强卫生系统问题的报告³；

重申《阿拉木图宣言》(1978 年)和《联合国千年宣言》(2000 年)；

忆及《渥太华健康促进宪章》(1986 年)以及世卫组织各区域委员会和卫生大会随后通过的有关决议⁴；

还忆及一系列首脑会议以及国际、区域和国家会议上的讨论，其中重申了会员国对初级卫生保健和加强卫生系统的承诺⁵；

注意到全球卫生界正日益达成共识，认为针对具体疾病的防治规划等纵向措施和综合卫生系统措施既可相互增进，又有助于实现与卫生相关的千年发展目标；

认识到需要吸取自通过《阿拉木图宣言》和《千年宣言》以来在初级卫生保健领域的正面经验和反面教训；

¹ 见文件 MTSP/2008-2013 (修订本(草案))和 PPB/2010-2011。

² 本决议对秘书处的财政和行政影响见附件 5。

³ 文件 A62/8。

⁴ WHA54.13、WHA56.6、WHA57.19、WHA58.17、WHA58.33、WHA60.22、WHA60.24、WHA60.27、WHA61.17 和 WHA61.18 号决议。

⁵ 其中包括与加强卫生系统问题有关的首脑会议，例如日本北海道 8 国集团首脑会议(2008 年)、全球加强卫生系统行动国际会议(东京，2008 年)、纪念世卫组织/儿童基金会关于初级卫生保健的《阿拉木图宣言》发表 30 周年国际会议(阿拉木图，2008 年)、拉丁美洲社会首脑会议(2006 年)和 15 国首脑会议(2004 年)；世卫组织初级卫生保健区域会议，例如在布宜诺斯艾利斯(2007 年)、北京(2007 年)、曼谷(2008 年)、塔林(2008 年)、瓦加杜古(2008 年)、雅加达(2008 年)和多哈(2008 年)举行的区域会议；以及卫生促进会议，例如在渥太华(1986 年)、阿德莱德(1988 年)、松滋瓦尔(1991 年)、雅加达(1997 年)、墨西哥城(2000 年)、曼谷(2005 年)举行的会议和南锥体共同市场卫生工作队自 1995 年以来举行的会议。

欢迎阿拉木图国际会议 30 周年之际发表的《2008 年世界卫生报告》¹，其中明确了减少卫生不公平和增进人人享有卫生保健的四个主要政策方向：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；将卫生工作纳入各部门的公共政策；在卫生管理领域发挥领导作用，并兼顾各利益攸关方的利益，此外还欢迎健康问题社会决定因素委员会的最后报告²；

重申有必要建立可持续的国家卫生系统，加强国家能力，并在适当情况下充分履行国家政府及其发展伙伴所做的供资承诺，以便更好地弥合卫生部门的资源差距；

还重申，尤其鉴于目前的国际金融和粮食危机以及气候变化对健康和卫生系统的潜在影响，有必要采取具体、有效和及时的行动，实施就援助实效达成的所有承诺，加强援助的可预测性，同时尊重接受国在加强其卫生系统方面的主控权；

坚定重申初级卫生保健的公平、团结、社会正义、普遍获取服务、部门间行动、权力下放以及社区参与的价值观和原则是加强卫生系统的基础，

1. 敦促会员国：

- (1) 确保各级对《阿拉木图宣言》的价值观和原则的政治承诺，在国际政治议程上高度重视加强以初级卫生保健为基础的卫生系统，酌情利用与卫生相关的伙伴关系以及有关倡议行动提供的机遇，促进实现与卫生相关的千年发展目标；
- (2) 加快行动，通过发展全面的卫生服务和国家公平、高效率和可持续的筹资机制，促进普遍获得初级卫生保健，同时认识到需要确保在当前国际金融危机的环境下提供社会保护和维持卫生预算；
- (3) 将人民置于卫生保健的核心，酌情采用注重在地方或地区级提供包括健康促进、疾病预防、治疗和姑息治疗并根据需求与其它各级治疗进行综合和协调的服务模式，同时确保有效地转院接受二级和三级治疗；
- (4) 促进所有人积极参与制定和实施政策以及增进健康和卫生保健工作，并重新强调授权于社区，尤其是妇女，以便协助重振初级卫生保健；

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

² 健康问题社会决定因素委员会。《针对健康问题社会决定因素采取行动以实现卫生公平：用一代人时间弥合差距》。日内瓦，世界卫生组织，2008 年。

- (5) 培训和留住足够数目的能够开展跨学科工作的卫生工作人员，包括基本保健护士、助产师、相关卫生专业人员和家庭医生，并与非专业社区卫生工作者合作，以便有效满足人们的卫生需求；
- (6) 鼓励在实行综合初级卫生保健时，制订、纳入和实施包括针对具体疾病的规划在内的纵向规划；
- (7) 改善人们获得适当药物、卫生产品和技术的机会，以支持初级卫生保健；
- (8) 发展并加强与初级卫生保健有关的卫生信息和监测系统，促进实行以证据为基础的政策和规划并对其进行评估；
- (9) 加强各国卫生部，使其能够发挥兼顾各方、透明和负责任的卫生部门领导作用，并能够促进采取多部门初级卫生保健行动；

2. 要求总干事：

- (1) 确保世卫组织根据健康问题社会决定因素委员会的调查结果，在其工作中体现《阿拉木图宣言》的价值观和原则，并在世卫组织各级全面促进重振和加强初级卫生保健；
- (2) 加强秘书处的能力，包括区域和国家办事处的能力，支持会员国努力沿着《2008年世界卫生报告》确定的重振和加强初级卫生保健的四个主要政策方向开展工作；
- (3) 收集和分析会员国过去和目前在实施初级卫生保健方面的经验，促进交流经验、证据和关于在实现全面普及和加强卫生系统方面良好做法的信息；
- (4) 与各会员国、有关国际组织、国际卫生计划以及其它利益攸关方合作，促进全球加强卫生系统干预措施的调整和协调，使之立足于初级卫生保健，加强国际重点与国家重点之间的协同作用；
- (5) 确保在 2010-2011 年规划预算中为加强卫生系统和重振初级卫生保健提供充分的资金；
- (6) 为四项主要政策方向制定实施计划：(1)通过走向全面普及处理不公平现象；(2)在提供服务时以人为本；(3)在所有政策中纳入多部门行动和卫生；(4)包容性的

卫生领导和有效的管理；确保这些计划涵盖整个组织的工作，并通过执行委员会向第六十三届世界卫生大会报告这些计划，随后每两年报告进展情况。

(第八次全体会议，2009年5月22日 - 甲委员会第三份报告)

WHA62.13 传统医学

第六十二届世界卫生大会，

审议了关于初级卫生保健，包括加强卫生系统问题的报告¹；

忆及 WHA22.54、WHA29.72、WHA30.49、WHA31.33、WHA40.33、WHA41.19、WHA42.43、WHA54.11、WHA56.31 和 WHA61.21 号决议；

忆及《阿拉木图宣言》宣称，除其它外，“人民有权利和有义务以个人和集体方式参与卫生保健的规划和实施，”并认为“初级卫生保健在当地和转诊医疗机构中依靠卫生工作人员，包括医师、护士、助产士、助理人员、适当的社区卫生人员以及所需的传统医学从业人员，经过适当的社会及业务培训后以医疗队的形式开展工作，以满足社区的卫生需求”；

注意到“传统医学”一词涵盖范围广泛的各种治疗方法和实践，这些方法和实践在国与国和区域与区域之间可能存有很大差异；

确认传统医学为初级卫生保健服务的一项资源，可以有助于改进卫生保健结果，包括千年发展目标中提及的结果；

认识到各会员国关于初级卫生保健的国内立法、方针、监管责任和提供模式有所不同；

注意到许多国家政府在把传统医学纳入其国家卫生系统方面取得的进展；

注意到若干会员国通过实施世卫组织 2002-2005 年传统医学战略²在传统医学领域已取得了进展；

认为国际社会、各国政府以及卫生专业人员和工作者的需要根据国家能力、工作重点和相关立法采取行动并开展合作，确保传统医学的适当使用，将其作为推动实现人人健康的一项重要内容；

¹ 文件 A62/8。

² 文件 WHO/EDM/TRM/2002.1。

注意到 2008 年 11 月 7 日至 9 日在中国北京举行的世卫组织传统医学大会以及通过的《传统医学北京宣言》；

注意到为提高对非洲地区传统医学的认识并提升其形象以及促进将其纳入国家卫生系统，每年于 8 月 31 日庆祝非洲传统医学日，

1. **敦促**会员国根据国家能力、工作重点、相关立法和具体情况：

(1) 根据国家能力、工作重点、相关立法和具体情况，考虑通过和实施《传统医学北京宣言》；

(2) 适当地根据每个国家的具体情况，在有安全性、有效性和质量方面证据的情况下，尊重、保护以及酌情广泛传播传统医学、治疗和实践的知识；

(3) 制定国家政策、法规和标准，作为国家综合卫生体系的一部分，以促进传统医学的适当、安全和有效使用；

(4) 根据国家能力、工作重点、相关立法和具体情况，在有安全性、有效性和质量方面证据的情况下，酌情考虑将传统医学纳入国家卫生系统；

(5) 在研究与创新基础上进一步发展传统医学，在实施公共卫生、创新和知识产权全球战略和行动计划时，适当考虑采取与传统医学有关的具体行动；

(6) 酌情考虑建立传统医学从业人员的资格审核、认证或许可制度，并在有关卫生提供者合作下，以各民族和社区的传统与习俗为基础，协助传统医学从业人员提高知识和技能水平；

(7) 考虑加强现代医学与传统医学提供者之间的交流，并酌情为卫生专业人员、医学院学生和有关研究人员制定内容上与传统医学有关的适当培训规划；

(8) 根据本国立法和有关国际义务，相互进行合作，分享传统医学知识和实践，并交流传统医学培训规划；

2. **要求**总干事：

(1) 在收到请求后酌情支持会员国实施《传统医学北京宣言》；

- (2) 根据各国在传统医学领域的进展和目前的新挑战，更新世卫组织 2002-2005 年传统医学战略；
- (3) 在实施公共卫生、创新和知识产权全球战略和行动计划，以及世卫组织预防和控制非传染性疾病全球战略时，适当考虑采取与传统医学有关的具体行动；
- (4) 在有安全性、有效性和质量方面证据并考虑到各民族和社区的与传统与习俗的情况下，就如何将传统医学纳入卫生系统，尤其是酌情促进将传统/土著医学用于初级卫生保健，包括疾病预防和健康促进，继续向各国提供政策指导；
- (5) 继续提供技术指导，以便支持各国确保传统医学的安全性、有效性和质量，考虑到人民和社区的参与并考虑到他们的传统和习俗；
- (6) 加强与世卫组织合作中心、研究机构和非政府组织的合作，以便在考虑到土著民族和社区的与传统与习俗的情况下交流以证据为基础的信息并支持传统医学领域国家能力建设的培训规划。

(第八次全体会议，2009 年 5 月 22 日 - 甲委员会第三份报告)

WHA62.14 针对健康问题社会决定因素采取行动以减少卫生不公平

第六十二届世界卫生大会，

审议了健康问题社会决定因素委员会的报告¹；

注意到健康问题社会决定因素委员会关于改善日常生活环境，解决权力、金钱和资源分配不公平问题以及衡量并理解问题和评估行动的作用的三项主要建议；

注意到 1948 年建立世界卫生组织迄今 60 周年纪念，及其《组织法》确认享受最高而能获致之健康标准，为人人基本权利之一，不因种族，宗教，政治信仰，经济或社会情境各异，而分轩轻；

注意到 1978 年阿拉木图国际初级卫生保健会议 30 周年纪念，会议重申了卫生平等的基本价值，并制定了通过初级卫生保健实现人人享有健康的全球战略；

¹ 文件 A62/9。

忆及“人人享有健康”各项原则，尤其是需要采取部门间行动（WHA30.43号决议）；

确认解决众多健康决定因素的重要性，考虑到国际健康促进会议一系列文献中载明的行动和建议，从《渥太华健康促进宪章》到《关于全球世界中健康促进的曼谷宪章》，均认为促进健康作为各国政府的责任在全球发展议程中处于中心位置（WHA60.24号决议）；

注意到联合国《千年宣言》中关于到2015年实现千年发展目标的全球共识，以及人们对时间过半但许多此类目标在一些地区缺乏充分进展的忧虑；

就此方面欢迎WHA61.18号决议，其中发起由世界卫生大会每年监测与卫生相关的千年发展目标的实现情况；

注意到关于初级卫生保健的《2008年世界卫生报告》¹，及其侧重于如何通过改革卫生和其它社会系统来增进卫生平等；

考虑到对环境恶化和气候变化的反应包括卫生平等问题，并注意到气候变化的影响预期将对弱势和处境不利人口的健康产生负面效应（WHA61.19号决议）；

考虑到有关事实表明世界范围预期寿命的差距日益扩大；

极其重视消除与性别有关的卫生不公平；

意识到全球成千上万的儿童尚未充分实现其潜力，投资于全面支持所有儿童的早期发展是实现整个生命过程中卫生平等的一个基本步骤；

承认改善不利的社会条件主要是一个社会政策问题；

注意到需要改进全球、国家和次国家层面各项努力之间的协调，以通过跨部门的工作处理社会决定因素，同时促进社会 and 经济发展，并认识到此类行动需要众多伙伴的合作，包括民间社会和私人部门；

考虑到现有全球管理机制²的重要作用，支持会员国提供对健康至关重要的基本服务，管制对健康有重大影响的商品和服务，同时需要建立公司责任制，

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

² 见世界卫生组织网站：<http://www.who.int/trade/glossary/story038/en>（于2009年6月18日读取）。

1. **表示**赞赏健康问题社会决定因素委员会所做的工作；
2. **呼吁**国际社会，包括联合国各机构、政府间机构、民间社会和私立部门：
 - (1) 注意健康问题社会决定因素委员会的最后报告及其各项建议¹；
 - (2) 与世卫组织会员国和世卫组织秘书处合作采取行动，评估关于卫生不公平问题的政策和规划的影响，处理健康问题社会决定因素；
 - (3) 与世卫组织会员国和世卫组织秘书处密切合作，采取措施在所有政策中加强卫生公平性，以便增进全体人口的健康和减少不公平现象；
 - (4) 在努力实现核心全球发展目标时考虑到卫生平等，制定指标以监测进展，并考虑在处理健康问题社会决定因素和减少卫生不公平现象方面加强国际合作；
3. **敦促**会员国：
 - (1) 酌情通过对作为国家关注问题的“用一代人时间弥合差距”主要原则的政治承诺，解决国内和国家间的卫生不公平问题，协调和管理部门间卫生行动，以将卫生平等性纳入各项政策主流，并酌情采用卫生和卫生平等影响评估工具；
 - (2) 制定和实施改善公共卫生的目标和战略，重点在于卫生不公平问题；
 - (3) 在所有涉及健康问题社会决定因素的国家政策中考虑到卫生公平性，并考虑制定和加强普遍和全面的社会保护政策，包括健康促进、疾病预防和卫生保健，以及促进对关乎健康和福利的商品和服务的可得性和可及性；
 - (4) 确保有关部门之间的对话与合作，目的是将卫生考虑纳入有关公共政策和加强部门间行动；
 - (5) 在向病人提供医疗时如何考虑社会决定因素方面，提高公立和私立卫生保健提供者的认识；
 - (6) 调动所有有关伙伴，包括民间社会和私立部门，推动改善有助于整个生命过程中健康和社会福利的日常生活条件；

¹ 健康问题社会决定因素委员会。《用一代人时间弥合差距：针对健康社会决定因素采取行动以实现健康公平。健康问题决定因素委员会的最后报告》。日内瓦，世界卫生组织，2008年。

(7) 推动赋予个人和群体，尤其是边缘化个人和群体以权力，并采取措施改善影响其健康的社会条件；

(8) 根据本国情况，产生新的或运用现有方法和证据，处理健康和卫生不公平的社会决定因素和社会梯度；

(9) 发展、运用并在必要时改进卫生信息系统和研究能力，以监测和衡量各国人口的健康状况，并在本国法律和国情允许的情况下，根据年龄、性别、种族、民族、种姓、职业、教育、收入和就业等方面来汇集数据，以查明卫生不公平现象并衡量政策对卫生不公平的影响；

4. 要求总干事：

(1) 与多边系统中的伙伴机构密切合作，采取适当措施，处理健康问题社会决定因素和促进政策一致性以尽量减少不公平现象，并倡导在全球发展和研究议程中优先考虑这一主题；

(2) 提高本组织内的能力，以对与处理健康问题社会决定因素有关的任务给予充分重视，减少卫生不公平现象；

(3) 将健康问题决定因素作为指导原则，用于在各个有关工作领域采取措施，包括制定监测健康问题社会决定因素的目标指标，同时促进处理健康问题社会决定因素，以作为本组织工作各个领域，尤其是重点公共卫生规划中的一个目标减少卫生不公平现象；

(4) 支持会员国在促进获得对健康至关重要的基本服务以及酌情管制对健康有重大影响的商品和服务方面的基本作用；

(5) 确保目前振兴初级卫生保健的工作按照《2008年世界卫生报告》的建议，符合涉及健康问题社会决定因素的工作；

(6) 支持会员国奉行人人享有健康政策，解决卫生不公平现象；

(7) 应会员国请求支持其采取措施，在各个有关部门纳入健康问题社会决定因素的焦点，并设计或在必要时再设计其部门，以适当解决这一问题；

- (8) 应会员国请求支持其加强关于衡量和评估健康问题社会决定因素和造成健康不公平现象原因的现有努力，制定并监测关于卫生公平性的目标；
- (9) 支持关于有效政策和干预措施的研究，以通过处理健康问题社会决定因素来增进健康，而这同时也有助于加强研究能力与合作；
- (10) 支持区域主任根据各自地区的条件和挑战在与健康的社会决定因素有关的问题上确定区域焦点，并在这一问题上广泛调动各国参与；
- (11) 在会员国协助下，于第六十五届世界卫生大会之前举行一次全球活动，讨论通过处理健康的社会决定因素解决令人担忧的卫生不公平趋势的最新计划；
- (12) 评估处理健康问题决定因素和减少卫生不公平现象的现有全球管理机制的绩效；
- (13) 通过执行委员会向第六十五届世界卫生大会报告实施本决议的进展情况。

(第八次全体会议，2009年5月22日 - 甲委员会第三份报告)

WHA62.15 预防和控制耐多药结核病和广泛耐药结核病¹

第六十二届世界卫生大会，

审议了关于预防和控制耐多药和广泛耐药结核病的报告²；

注意到自 1991 年以来在实现 2005 年国际目标上所取得的进展、依据建立遏制结核病伙伴关系的 WHA51.13 号决议和最近的鼓励会员国保证到 2015 年实现获得国际认同的联合国千年宣言中关于结核病的目标具有充足的可用资源的 WHA58.14 号决议而采取的加速行动；

意识到遏制结核病策略的发展是预防和控制结核病的综合性策略，并代表着作为加强卫生系统的一部分的结核病控制活动在不同背景初级卫生保健中尺度和范围上的显著扩大，并强调健康的社会决定因素；

¹ 本决议对秘书处的财政和行政影响见附件 5。

² 文件 A62/20 和 A62/20 Add.1。

注意到遏制结核病伙伴关系制定的《全球遏制结核病计划 2006-2015》¹设计了针对实施遏制结核病策略和实现遏制结核病伙伴关系设定的结核病控制国际目标的活动，遏制结核病伙伴关系设定的目标是到 2015 年结核病患病和死亡率与 1990 年相比下降一半，与获得国际认同的联合国千年宣言中关于结核病的目标即“到 2015 年制止并开始扭转主要疾病的发病率”相一致；

注意到结核病的治疗和控制已经在过去十年间取得显著进展，并且据估计新病例的发病率自 2003 年以来已经逐年有所下降；

意识到全世界估计有 37% 的结核病患者还没有被发现，并且未接受治疗或者接受不恰当的治疗；

认识到结核病发病率在高危人群（包括土著人群）中尤其过高；

认识到结核病患者发现不充分和未对其提供以 DOTS 为基础的恰当治疗助长了耐药和广泛耐药结核病的发生和传播；

关注世界卫生组织第四个《全球抗击结核病耐药报告》²中提及的最高耐药水平 — 估计全球有 50 万耐多药结核病病例，其中 5 万广泛耐药结核病病例 — 对全球公共卫生安全构成威胁；

认识到迫切需要投资于研制新诊断制剂、药物和疫苗的研究以及预防和管理结核病（包括耐多药和广泛耐药结核病）的业务研究，并探索和酌情促进一系列研究和开发奖励计划，包括酌情使研究和开发费用与卫生产品价格脱钩；

注意到全部估算耐多药和广泛耐药结核病病例数中不到 3% 的病例接受世界卫生组织推荐的标准化治疗；

关注到疾病传播主要发生在缺乏适当感染控制的社区中；

关注各国对于有质量保证的抗结核药品的需求不足而导致的通过绿灯委员会机制的供应不足已经成为一个治疗耐多药和广泛耐药结核病的主要瓶颈，并且为了防止耐药发生而开发的有质量保证的固定剂量复合制剂并没有得到广泛使用；

¹ 文件 WHO/HTM/STB/2006.35。

² 文件 WHO/HTM/TB/2008.394。

意识到延迟实施《全球遏制结核病计划 2006-2015》将会导致包括耐多药和广泛耐药结核病以及艾滋病毒感染者和患者在内的结核病病例和死亡人数的上升，因此造成实现 2015 年结核病控制国际目标和获得国际认同的联合国千年宣言中关于结核病的目标的延迟；

忆及卫生大会在关于控制结核病的 WHA60.19 号决议中，敦促各会员国依据《全球遏制结核病计划 2006-2015》，在综合性健康发展计划中制定并实施包括耐多药和广泛耐药结核病在内的结核病预防控制长期计划，以及实现全球覆盖的 WHA58.33 号决议；

欢迎由 27 个耐多药和广泛耐药结核病高负担会员国代表、民间社会代表、私立部门代表和其他代表共同提出的关于结核病控制和患者治疗的北京行动倡议，商讨如何应对耐多药和广泛耐药结核病带来的严重威胁¹，

4. 敦促所有会员国：

(1) 作为向全面覆盖卫生保健服务转变的一部分，通过以下手段普及耐多药和广泛耐药结核病的诊疗服务，从而挽救生命和保障公众健康：

(a) 制定包括直接督导下的治疗、以社区为基础和以患者为中心的医疗在内的管理和治疗耐多药和广泛耐药结核病的综合框架，发现并关注艾滋病毒感染者和患者、贫困人群以及其他弱势群体，例如囚犯、矿工、移民、毒品使用者和酒精依赖患者的需求，同时关注结核病以及耐多药和广泛耐药结核病潜在的社会决定因素；

(b) 加强卫生信息和监测系统以确保发现和监测耐多药和广泛耐药结核病的流行病学概况并监测预防和控制该病方面的成就；

(c) 以确保消除资金障碍，使所有结核病患者享有公平的结核病治疗，依据地方法律确保患者的权利得到保护，确保患者受到尊重和不失尊严的待遇为目标；

(d) 作为努力解决整体卫生人力资源危机的一部分，确保具备足够的训练有素和目标明确的医务人员提供结核病、耐多药和广泛耐药结核病的诊断、治疗和关怀服务；

(e) 通过提高人员能力、增加人力资源并加速扩大获得有质量保证的快速诊断试验方法的途径来强化实验室系统；

¹ 文件 A62/20 Add.1，附件。

(f) 确保所有相关的公立和私立卫生机构均遵循国家政策，参与管理结核病，包括耐多药和广泛耐药结核病，以及结核病/艾滋病毒合并感染，并且在早期发现、有效治疗和支持患者方面加强初级卫生保健；

(g) 确保制定国家级空气传播疾病的感染控制政策（作为预防和控制感染总体规划的一部分）并在所有卫生机构和其它高危环境执行，同时确保社区充分了解结核病感染控制知识；

(h) 确保结核病治疗所用一线和二线抗结核药品的不间断供应，药品符合世卫组织资格预审标准或严格的国家监管机构的标准，并确保在促进治疗依从性的系统内优先应用有质量保证且生物可得性已得到证实的固定剂量复合制剂；

(i) 加强药品监管机制，以确保抗结核药品只凭处方才可获得，并且由具有执业资格的公立和私立机构开具处方和发放药品；

(j) 确保有效的倡导、传播和社会动员行动，避免污名和歧视，并且提高关于预防和控制包括耐多药和广泛耐药结核病在内的结核病政策和计划的知晓程度；

(k) 确立国家目标以便使耐多药和广泛耐药结核病患者能根据世卫组织准则更快地获得治疗；

(l) 加强 DOTS 的质量和覆盖面，实现 70% 的检出率和 85% 的结核治疗成功率，从而预防继发性的耐多药结核病；

(2) 为了实现 WHA58.14 号决议和 WHA60.19 号决议中提出的承诺，运用现有的各种筹资机制，包括承诺保证可持续性的内部和外部筹资，从而填补《全球遏制结核病计划 2006-2015》中明确的资金缺口；

(3) 各国政府和所有的合作伙伴为实施性研究和预防和管理结核病以及耐多药和广泛耐药结核病在研发新诊断方法、新药和新型疫苗方面大幅增加投入；

5. 要求总干事：

(1) 为各会员国在综合性治疗管理框架的基础上制定并实施包括耐多药和广泛耐药结核病在内的结核病防治应对计划提供技术支持；

- (2) 支持各会员国制定并实施各项策略，促使所有相关公立机构、志愿机构、公司和私立卫生机构参与包括耐多药和广泛耐药结核病在内的结核病防治以及结核病/艾滋病毒合并感染所有方面问题的培训和扩展活动；
- (3) 建议并支持各会员国国家药品监管机构采纳国际标准，从而提高国内药厂能力，保证生产有质量保证的药品供应国内和国际市场；
- (4) 支持各会员国提升实验室网络，使其能够开展耐多药和广泛耐药结核病的诊断和检测并推动更新、更快的诊断技术的系统评估；
- (5) 加强绿灯委员会机制，通过在高负担国家鼓励并帮助当地生产的药品通过世卫组织资格预审，帮助扩大获取价格优惠且有质量保证的一线 and 二线药品的途径；
- (6) 探索和酌情促进一系列研究和开发奖励计划，包括酌情使研究和开发费用与卫生产品价格脱钩；
- (7) 与各国合作制定国家指标并支持监控和评价本决议所陈述的各项措施的执行情况；
- (8) 通过执行委员会向第六十三届和六十五届世界卫生大会汇报取得的总体进展。

(第八次全体会议，2009年5月22日 - 甲委员会第四份报告)

WHA62.16 公共卫生、创新和知识产权全球战略和行动计划¹

第六十二届世界卫生大会，

忆及关于公共卫生、创新和知识产权全球战略和行动计划的 WHA61.21 号决议，并注意到秘书处提供的信息²，

欢迎秘书处在报告中提及非洲药物和诊断制剂创新网络的实施情况，其中支持和促进非洲为发现、开发和提供用于被忽视的热带病的药物和诊断制剂领导开展的卫生产品创新，并重申需要快速开展活动，为患有被忽视的热带病并正在遭受苦难的被忽视人群提供服务[肯尼亚]，

¹ 本决议对秘书处的财政和行政影响见附件 5。

² 文件 A/62/16、A62/16 Add.1、A62/16 Add.2 和 A62/16 Add.3。

1. 决定

(1) 将文件 A62/16 Add.3 所列的经议定的更多利益攸关方纳入行动计划；对具体行动 2.3(c)，在“政府”之前删除“有关”；

(2) 将文件 A62/16 Add.1 中所列的拟议时间安排纳入行动计划；

2. **通过**按第 1 段修订后的关于具体行动、利益攸关方和时间安排的最终行动计划¹；

3. **注意到**与行动计划有关的资金需求估算²；

4. **接受**提出的进展指标³，并注意到需要定期检查和修订；在具有定量指标的地方，秘书处应就具体行动的实施提供补充信息；

5. **要求**总干事为在实施公共卫生、创新和知识产权全球战略和行动计划方面提高效率 and 效益，显著地加强支持并把能力建设和获得服务领域内的具体行动作为优先重点；

6. **进一步要求**总干事，除继续进行监测之外，在 2014 年对全球战略和行动计划的成绩、剩余挑战和通过执行委员会于 2015 年向卫生大会提交的关于前进方向的建议开展一次全面的规划审评。

(第八次全体会议，2009 年 5 月 22 日 - 乙委员会第二份报告)

¹ 见附件 4。

² 文件 A62/16 Add.1。

³ 文件 A62/16 Add.2。