



实施《国际卫生条例（2005）》

总干事的报告

1. 2012 年 1 月，执行委员会在第 130 届会议上审议了本报告的前一版本¹。
2. 在 WHA61.2 号决议中，卫生大会决定，根据《国际卫生条例（2005）》第五十四条，缔约国和总干事应每年向卫生大会提交《条例》实施情况报告。
3. 本报告概述了世卫组织收悉的关于《条例》缔约国所开展的实施活动状况方面的信息。报告还介绍了世卫组织为支持实施工作开展的主要活动。另外，报告着重于国家核心能力的建立与加强，紧急公共卫生风险的管理以及与即将到来的建立国家核心能力的目标日期有关的程序。此外，在执行委员会于 2012 年 1 月进行讨论之后，为回应会员国的要求已经另行起草了一份报告²。

从《国际卫生条例（2005）》缔约国收悉的信息

4. 提供了一个监测框架及相应工具，使缔约国能够根据《条例》附件 1 监测其国家核心能力状况³，并确认需要采取行动的领域。此外，该框架可向秘书处提供国家数据，以便加以总结并向卫生大会进行报告。秘书处继续与会员国协商并借鉴其经验以进一步加强监测工具。
5. 监测程序包括评估八项核心能力，以及入境口岸的能力和四项相关危险（人畜共患病危险、食品安全相关危险、化学品危险以及放射性和核危险）方面能力的进展情况。2011 年 2 月中旬向《条例》缔约国发出了自我评估问卷，收到了 152 份答复，占 194 个缔约国的 78%。总体提交率高于 2010 年（128 份答复，占缔约国的 65%）。下表显示了 2011 年提交答卷的所有国家的平均能力得分，既有全球分数也有按世卫组织区域计

¹ 见文件 EB130/16 和 EB130/2012/REC/2，第九次会议摘要记录。

² 文件 A65/17 Add.1 就《国际卫生条例（2005）》涉及的能力状况进行了更为深入的分析，说明了完成工作中遇到的障碍以及秘书处支持各国全面遵守条例的计划。

³ 《国际卫生条例(2005)》：条例核心能力监测框架：监测缔约国建设条例核心能力方面进展的核对表和指标。日内瓦，世界卫生组织，2011 年（http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/WHO_HSE_IHR_2011.6_eng.pdf，检索日期：2012 年 2 月 27 日）。

算的分数，以某一特定核心能力方面已具备的要素数量占该能力方面既定的总要素数量的百分比表示。该表还显示了能力得分超过 75 分的国家百分比，表明了实现核心能力方面的良好进展。

6. 2011 年的数据表明缔约国在一些核心能力方面进展良好，尤其是在监测（全球平均得分 75%）、应对（全球平均得分 73%）、实验室（全球平均得分 71%）以及人畜共患病事件（全球平均得分 77%）几个方面。但另一方面，多数区域在人力资源（全球平均得分 45%）、化学品事件（全球平均得分 45%）和放射事件（全球平均得分 50%）几方面的能力得分相对较低。

表. 根据对国家能力监测框架的答复，按世卫组织区域显示 2011 年的能力得分情况

能力/答复数量	平均能力得分以及分数超过 75% 的国家百分比 ^a						
	非洲	美洲	东南亚	欧洲	东地中海	西太平洋	全球
答复数量	35	24	17	43	11	18	148^b
立法、政策和筹资能力	33 (17)	66 (54)	77 (76)	72 (67)	63 (55)	65 (61)	62 (53)
协调能力和国家归口单位的沟通能力	50 (17)	73 (50)	79 (59)	71 (53)	68 (45)	85 (78)	69 (47)
监测能力	64 (49)	76 (63)	80 (65)	81 (74)	69 (45)	81 (78)	75 (64)
应对能力	55 (29)	77 (63)	73 (59)	78 (63)	74 (45)	88 (78)	73 (55)
防范能力	35 (9)	57 (42)	61 (53)	70 (56)	58 (27)	70 (50)	58 (39)
风险通报能力	44 (9)	70 (46)	67 (35)	68 (37)	68 (27)	84 (72)	65 (35)
人力资源能力	32 (23)	58 (50)	55 (41)	35 (26)	56 (45)	59 (56)	45 (36)
实验室能力	65 (37)	74 (54)	71 (53)	73 (67)	67 (36)	74 (56)	71 (53)
入境口岸能力	49 (14)	55 (21)	58 (35)	67 (47)	67 (45)	55 (33)	59 (32)
人畜共患病事件	59 (40)	77 (79)	74 (59)	88 (86)	84 (73)	83 (67)	77 (68)
食品安全事件	45 (14)	68 (50)	67 (53)	90 (95)	65 (45)	77 (67)	70 (57)
化学品事件	20 (6)	42 (25)	44 (18)	68 (58)	33 (27)	49 (44)	45 (32)
辐射紧急情况	24 (11)	38 (29)	57 (35)	77 (74)	35 (18)	48 (39)	50 (39)

^a 显示在括号中。

^b 截至 2012 年 2 月 22 日收到 152 份答复：阿富汗、阿尔及利亚、安道尔、安哥拉、安提瓜和巴布达、阿根廷、亚美尼亚、澳大利亚、奥地利、阿塞拜疆、巴哈马、巴林、孟加拉国、巴巴多斯、白俄罗斯、比利时、伯利兹、贝宁、不丹、波斯尼亚和黑塞哥维那、巴西、文莱达鲁萨兰国、保加利亚、布隆迪、柬埔寨、喀麦隆、加拿大、中非共和国、乍得、智利、中国、哥伦比亚、刚果、哥斯达黎加、科特迪瓦、克罗地亚、塞浦路斯、捷克共和国、朝鲜人民民主共和国、刚果民主共和国、丹麦、多米尼加、厄瓜多尔、埃及、萨尔瓦多、赤道几内亚、厄立特里亚、埃塞俄比亚、芬兰、法国、加蓬、冈比亚、格鲁吉亚、德国、加纳、格林纳达、几内亚、圭亚那、海地、洪都拉斯、匈牙利、冰岛、印度、印度尼西亚、伊朗（伊斯兰共和国）、伊拉克、爱尔兰、意大利、牙买加、日本、约旦、哈萨克斯坦、肯尼亚、科威特、吉尔吉斯斯坦、老挝人民民主共和国、拉脱维亚、黎巴嫩、莱索托、利比亚、立陶宛、卢森堡、马达加斯加、马拉维、马来西亚、马尔代夫、马里、马耳他、马绍尔群岛、毛里塔尼亚、墨西哥、密克罗尼西亚（联邦）、摩纳哥、蒙古、摩洛哥、莫桑比克、缅甸、尼泊尔、荷兰、新西兰、阿曼、帕劳、巴拿马、巴布亚新几内亚、巴拉圭、菲律宾、波兰、葡萄牙、卡塔尔、摩尔多瓦共和国、罗马尼亚、俄罗斯联邦、圣卢西亚、萨摩亚、圣多美和普林西比、沙特阿拉伯、塞内加尔、塞尔维亚、塞舌尔、塞拉利昂、新加坡、斯洛伐克、斯洛文尼亚、南非、西班牙、斯里兰卡、苏丹、苏里南、斯威士兰、瑞典、瑞士、阿拉伯叙利亚共和国、塔吉克斯坦、泰国、前南斯拉夫的马其顿共和国、东帝汶、多哥、汤加、突尼斯、土库曼斯坦、乌干达、阿拉伯联合酋长国、坦桑尼亚联合共和国、美利坚合众国、乌兹别克斯坦、越南、赞比亚、津巴布韦。（阿根廷、巴西、哥伦比亚和巴拉圭利用南方共同市场的报告工具提交其数据并由美洲区转为《国际卫生条例》的监测工具格式；圣基茨和尼维斯、圣文森特和格林纳丁斯、特立尼达和多巴哥以及大不列颠及北爱尔兰联合王国提交的数据格式无法纳入本次分析。）

全球伙伴关系

7. 世卫组织继续加强与其它国际组织和政府间组织的合作。这在日本的核事故紧急情况期间尤为重要，世卫组织在此期间与国际原子能机构直接合作，并同时作为辐射与核事故紧急情况机构间委员会的成员积极参与，该机构间委员会是一个负责辐射与核事故紧急情况防范和应对方面现有国际安排的协调机构。此次核事故也推动了与交通运输部门中国际伙伴的广泛合作，特别是交流信息，及时了解给国际运输造成的影响。此外，世卫组织在与其它组织和伙伴合作共同对付人 - 动物 - 环境结合点的健康风险方面不断取得进展。这些努力包括与粮农组织和国际兽疫局达成了三方安排。

加强国家能力

8. 在审查委员会关于与 2009 年甲型 H1N1 流感大流行有关的《国际卫生条例（2005）》实施情况的最终报告¹中，向世卫组织和缔约国提出的第一条建议是加快实施《条例》要求的核心能力。铭记这一目标，本组织各级在不断加紧活动支持缔约国履行关于核心能力的要求。同时，还通过世卫组织区域战略以及国家疾病监测和应对系统网络等继续开展这种努力。

9. 实验室能力继续得到加强，制定了指导、建立了国家实验室服务框架、落实了质量系统并加强了人力资源。同时鼓励以实验室为基础的网络积极交流资源、知识和专长。这方面的亮点包括开发能够对协助实施《国际卫生条例（2005）》的实验室进行评估的工具；扩大区域和国家的外部质量保证规划和实验室结对行动。实验室质量管理体系手册以各种语言版本得到分发²。关于实验室生物风险管理，通过举办一系列讲习班并与国际兽疫局协作提供指导，使这方面得到加强。

10. 在加强入境口岸能力方面开发了新工具，包括关于船舶检查和发放船舶卫生证书的手册³。2011 年世卫组织发布了第三版《世卫组织船舶卫生指南》⁴。为支持缔约国评估其入境口岸能力进行了一系列国家访问。此外，与西班牙当局密切配合并在世卫组织所有六个区域的参与下，组织了一次关于航空旅行中突发公共卫生事件的演习。

11. 2009 年以来，举办了关于《条例》实施问题的课程，涉及《条例》实施工作的许多方面，对世卫组织所有六个区域的公共卫生专业人员进行了培训。目前一期课程有 38 名参与者。在国家和次国家层面就设计和组办相关课程提供了支持。喀麦隆、中非共和

¹ 见文件 A64/10。

² 《实验室质量管理体系：手册》。日内瓦，世界卫生组织，2011 年。

³ 《国际卫生条例(2005)》：关于船舶检查和发放船舶卫生证书的手册。日内瓦，世界卫生组织，2011 年。

⁴ 《世卫组织船舶卫生指南》，第三版。日内瓦，世界卫生组织，2011 年。

国和刚果民主共和国正在通过培训和改善基础设施以及为网络和数据管理系统提供支持，加强对疫苗可预防疾病和易流行疾病的监测和应对能力及质量。在 27 个地中海和东南欧国家，正在继续努力建立实验室网络、促进采取共同的防范和风险管理程序、加强预警系统，并协调对入境口岸突发公共卫生事件的监测和应对。

12. 根据《国际卫生条例（2005）》，野生脊灰病毒导致的脊髓灰质炎属于发现后必须向世卫组织通报的四种特定疾病之一。2011 年通报的脊髓灰质炎病例分以下两种情况(i)野生脊灰病毒输入先前无疾病的国家后导致疫情；和/或(ii)存在可能引起国际影响的不断演变的风险。世卫组织网站的“疾病暴发新闻”栏目¹下以及《国际卫生条例》国家归口单位的事件信息网站上继续公布与脊髓灰质炎有关的事件。这些机制继续提醒各国关注野生脊灰病毒国际传播这一新出现的风险，目前该病毒在西非（例如科特迪瓦）、中非（例如安哥拉、乍得、刚果和刚果民主共和国）、非洲之角（肯尼亚和乌干达的边境地区）以及巴基斯坦等地传播。全球消灭脊灰行动的监测网络活跃在全球、区域和国家各个层面，有助于报告急性弛缓性麻痹病例，同时采集粪便样本并进行病毒学检查，由此能够及时发现并处理所有剩余的脊灰病毒传播链。在消灭脊髓灰质炎后的时期中，《国际卫生条例（2005）》将具有重要作用：全球阻断野生脊灰病毒的传播后必须立即展开高度敏感的疾病监测，以便能迅速发现和应对潜在的任何脊髓灰质炎再度输入和重新出现情况。

13. 在与各国共同努力加强国家对辐射紧急情况的防范方面，涉及到两个全球网络的成员：辐射紧急情况医疗准备和救援网络和世卫组织生物剂量测定网络。有关活动包括共享信息、举办协调会议、进行演习、制定两个网络的能力以及实施区域和国家培训规划。

预防和应对国际突发公共卫生事件

14. 《国际卫生条例》国家归口单位和世卫组织国际卫生条例联络点继续是传送公共卫生事件信息的渠道。世卫组织《国际卫生条例》联络点是个交流网络，通过在区域一级开展定期测试加以维持。在 194 个《国际卫生条例（2005）》缔约国中，186 个现有权访问《国际卫生条例》国家归口单位的事件信息网站。11 个缔约国有权访问该网站但尚未登录。秘书处正在审核不同选择方案，以落实审查委员会在关于《国际卫生条例（2005）》实施情况和 2009 年甲型 H1N1 大流行性流感的报告中提出的第二项建议，增强上述事件信息网站。世卫组织已经在网站的重新设计方面找到了一个容量管理可能解决方法，并且已经针对用户要求建立起了原型，以此作为改进生产模型的功能性和使用灵活性的基础。

¹ 见<http://www.who.int/csr/don/en/index.html>（检索日期：2012 年 2 月 27 日）。

15. 在《国际卫生条例（2005）》框架内，世卫组织继续与各国密切合作，以发现和应对公共卫生风险和突发事件。2011年9月1日至2012年2月20日，事件管理系统记录了194起事件。其中76起（占总数的39%）经证实是实际发生的事件，需要加以监测；16起（8%）经核实为虚假的谣传，被排除；35起（18%）虽是实际发生的事件，但不符合疫情暴发的定义；另有3起（2%）无法核实。至于剩余的64起事件（33%），尚未作出最后判定。总之，记录的67%起事件在观察期完成了核实程序。

16. 继日本福岛核电厂的突发事件后，世卫组织与国际原子能机构以及其它国际伙伴密切合作，并得到辐射紧急情况医疗准备和救援网络的支持。西太平洋区域办事处和设在日本神户的世卫组织卫生发展中心尤其积极参与。西太平洋区域办事处向日本派遣了一个世卫组织外地特派团，从地震和海啸灾区收集更多的信息以便更好地了解当地的卫生状况和需要。应对行动初期，各国的要求集中于两个方面：旅行建议（包括前往日本的安全性；边境控制措施；以及乘客、飞机、货物和船舶的检查等）和关于干预措施的技术建议。此外，定期与辐射紧急情况医疗准备和救援网络的技术专家举行电话和电视会议。

17. 国际食品安全当局网络继续发挥重要作用，针对大量具有潜在国际影响的食品安全相关事件采取监测、评估和应对活动。2011年5月在德国确认的肠聚集性、产维罗毒素大肠杆菌疫情规模异常大，严重程度不同寻常。报告了4000多起病例并记录了51例死亡。900多名患者遭受溶血性尿毒综合征，其中许多将出现长期肾脏后遗症，并且有些将需要终身透析。世卫组织与欧洲的合作伙伴密切配合，利用国际食品安全当局网络和《国际卫生条例》国家归口单位的沟通渠道向全球的卫生和食品安全当局提供一致的信息。

18. 关于存在黄热病传播风险的国家 and 地区名单以及关于黄热病疫苗接种要求和建议提供了最新信息。这些信息公开在世卫组织《疫情周报》中和世卫组织的国际旅行与健康网站上¹。目前在继续开展工作审查对国家黄热病风险状况进行分类的标准和方法，并努力开发一个数据库，以便于对未发表的黄热病地域分布报告进行电子存档。

法律问题

19. 世卫组织继续应要求向各国提供关于《条例》实施问题的法律意见。所涉领域包括在秘书处直接支持下，通过国家访问以及2011年11月在津巴布韦哈拉雷举办的一次多国讲习班，还有通过本双年度计划举行的更多讲习班，帮助更新国家法律以满足《条例》

¹ 见<http://www.who.int/ith/en/>（检索日期：2012年2月27日）。

要求。此外，不仅在世卫组织内部，而且向外部机构和利益攸关方都提供了有关《条例》规定的大量建议。

结论

20. 在世卫组织各区域办事处的支持下，缔约国继续在实施《国际卫生条例（2005）》方面取得进展。《条例》为建立核心能力规定的最后期限是 2012 年中旬，这个日期已越来越接近，各国政府继续加紧其实施活动。在这方面，秘书处已致信各缔约国说明《条例》第五和第十三条述及的延长程序，根据该程序，提出要求的缔约国将获得两年的延长期以履行《条例》附件 1 载明的要求。一些缔约国已向世卫组织表示，基于合理需要准备提出这一延长要求。随着多数国家日益逼近最后期限¹，估计这类要求的数量会显著增加。2012 年 1 月，秘书处散发了补充信息，协助会员国确定 2012 年《国际卫生条例》核心能力要求的实现情况，以及可能提出的延期要求²。

卫生大会的行动

21. 请卫生大会注意本报告。

= = =

¹ 对大多数缔约国来说，最后期限是 2012 年 6 月 15 日。

² WHO/HSE/GCR/2012.1（见 http://www.who.int/ihr/legal_issues/ihr_core_capacity_2012/en/，2012 年 2 月 27 日检索）。