



世界 卫生 组织

---

# 第六十八届 世界卫生大会

2015 年 5 月 18 - 26 日于日内瓦

决 议 和 决 定  
附 件

日 内 瓦  
二〇一五年

---

## 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	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	—	世界粮食规划署
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

根据执行委员会第一三五届会议的决定<sup>1</sup>，第六十八届世界卫生大会于 2015 年 5 月 18 日至 26 日在日内瓦万国宫举行。

---

<sup>1</sup> EB135(8)号决定。



# 目 录

页次

序言 .....	iii
议程 .....	ix
文件清单 .....	xv
卫生大会官员及其各委员会成员 .....	xxi

## 决议和决定

### 决议

WHA68.1	2016-2017 年规划预算 .....	3
WHA68.2	2016-2030 年全球疟疾技术战略和指标 .....	5
WHA68.3	脊髓灰质炎 .....	8
WHA68.4	绘制黄热病风险分布图和建议为旅行者接种疫苗 .....	12
WHA68.5	关于第二次延期确立国家公共卫生能力和《国际卫生条例》实施情况 审查委员会建议 .....	13
WHA68.6	全球疫苗行动计划 .....	14
WHA68.7	抗微生物药物耐药性全球行动计划 .....	17
WHA68.8	健康与环境：应对空气污染带来的健康影响 .....	20
WHA68.9	与非国家行为者交往的框架 .....	26
WHA68.10	截至 2014 年 12 月 31 日时的财务报告和经审计的财务报表 .....	67
WHA68.11	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 .....	67

WHA68.12	2016–2017 年摊款比额表 .....	68
WHA68.13	外审计员的报告 .....	74
WHA68.14	任命外审计员 .....	75
WHA68.15	将急诊和基本外科治疗及麻醉作为全民健康覆盖内容予以加强 .....	75
WHA68.16	不叙级职位职员和总干事薪酬 .....	80
WHA68.17	《人事条例》修订款 .....	81
WHA68.18	公共卫生、创新和知识产权全球战略和行动计划 .....	81
WHA68.19	第二次国际营养会议的结果 .....	83
WHA68.20	全球癫痫负担和为应对其卫生、社会和公众知识影响在国家层面 采取协调行动的必要性 .....	84
<b>决定</b>		
WHA68(1)	证书委员会的组成 .....	87
WHA68(2)	选举第六十八届世界卫生大会官员 .....	87
WHA68(3)	选举主要委员会官员 .....	87
WHA68(4)	成立会务委员会 .....	88
WHA68(5)	通过议程 .....	88
WHA68(6)	审核证书 .....	88
WHA68(7)	选举有权指派一人供职于执行委员会的会员国 .....	89
WHA68(8)	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 .....	89
WHA68(9)	脊髓灰质炎 .....	91
WHA68(10)	2014 年埃博拉病毒病疫情和执行委员会埃博拉突发事件特别会议的 后续行动 .....	91

WHA68(11)	《世卫组织全球卫生人员国际招聘行为守则》 .....	95
WHA68(12)	劣质、假造、标签不当、伪造、假冒医疗产品 .....	95
WHA68(13)	任命参加世卫组织工作人员养恤金委员会的代表 .....	96
WHA68(14)	孕产妇和婴幼儿营养：拟定一套核心指标 .....	96
WHA68(15)	选择召开第六十九届世界卫生大会的国家 .....	96

## 附 件

1.	2016-2030 年全球疟疾技术战略草案 .....	99
2.	第二次延期确立国家公共卫生能力和《国际卫生条例》实施情况 审查委员会向总干事提交的报告 .....	125
3.	抗微生物药物耐药性全球行动计划 .....	128
4.	《人事条例》修订款 .....	146
5.	公共卫生、创新和知识产权全球战略和行动计划：全面评价的职权范围 .....	147
6.	第二次国际营养大会的结果 .....	149
7.	有关孕产妇和婴幼儿营养全球监测框架建议的补充核心指标 .....	164
8.	卫生大会通过的决议和决定对秘书处的财政和行政影响 .....	165



# 议 程<sup>1</sup>

## 全体会议

1. 卫生大会开幕
  - 1.1 任命证书委员会
  - 1.2 选举主席
  - 1.3 选举五位副主席和各主要委员会主席，以及成立会务委员会
  - 1.4 通过议程并向主要委员会分配议程项目
2. 执行委员会第 135 届和第 136 届会议以及埃博拉突发事件特别会议的报告
3. 总干事陈冯富珍博士的讲话
4. 特邀发言人
5. [删除]
6. 执行委员会：选举
7. 授奖
8. 主要委员会的报告
9. 卫生大会闭幕

## 甲委员会

10. 委员会会议开幕<sup>2</sup>
11. 世卫组织改革
  - 11.1 改革实施情况概述
  - 11.2 与非国家行为者交往的框架

---

<sup>1</sup> 在第二次全体会议上通过。

<sup>2</sup> 包括选举副主席和报告员。

- 12. 规划和预算事项
  - 12.1 2014-2015 年规划预算的实施：中期审查
  - 12.2 2016-2017 年规划预算方案
- 13. 非传染性疾病
  - 13.1 第二次国际营养会议的结果
  - 13.2 孕产妇和婴幼儿营养：拟定一套核心指标
  - 13.3 终止儿童期肥胖症委员会最新情况
  - 13.4 2014 年联合国大会全面审查和评估在预防和控制非传染性疾病方面取得的进展高级别会议的后续事宜
  - 13.5 全球癫痫负担和为应对其卫生、社会和公众知识影响在国家层面采取协调行动的必要性
- 14. 在生命全程促进健康
  - 14.1 监测与卫生相关的千年发展目标的实现情况
  - 14.2 2015 年后发展议程中的卫生问题
  - 14.3 青少年卫生
  - 14.4 妇女和健康：《北京宣言》和《行动纲领》二十年
  - 14.5 促进社会 and 经济发展：为增进健康和健康公平采取跨部门可持续行动（第八届全球健康促进大会的后续事宜）
  - 14.6 健康与环境：应对空气污染带来的健康影响
- 15. 防范、监测和应对
  - 15.1 抗微生物药物耐药性
  - 15.2 脊髓灰质炎
  - 15.3 实施《国际卫生条例（2005）》
  - 15.4 世卫组织对大规模严重突发事件的应对

16. 传染病

- 16.1 2014 年埃博拉病毒病疫情和执行委员会埃博拉突发事件特别会议的后续行动<sup>1</sup>
- 16.2 疟疾：全球技术战略草案：2015 年后
- 16.3 登革热：预防和控制
- 16.4 全球疫苗行动计划

17. [转至乙委员会]

18. 进展报告

非传染性疾病

- A. 2013-2020 年精神卫生综合行动计划（WHA66.8 号决议）
- B. 泛自闭症障碍管理的综合性协调工作（WHA67.8 号决议）
- C. 残疾性听力损失（WHA48.9 号决议）

传染病

- D. 消灭麦地那龙线虫病（WHA64.16 号决议）
- E. 消除血吸虫病（WHA65.21 号决议）
- F. 被忽视的热带病（WHA66.12 号决议）
- G. 预防和控制性传播感染：全球战略（WHA59.19 号决议）

在生命全程促进健康

- H. 新生儿健康（WHA67.10 号决议）
- I. 实现孕产妇、新生儿和儿童卫生干预的普遍覆盖（WHA58.31 号决议）
- J. 实施联合国拯救妇女和儿童生命产品委员会提出的建议（WHA66.7 号决议）

---

<sup>1</sup> 关于“埃博拉：终止目前疫情，加强全球防备并确保世卫组织有能力防范和应对未来出现的大型疫情和具有健康后果的突发事件”的 EBSS3.R1 号决议。

卫生系统

- K. 健康问题社会决定因素 (WHA65.8 号决议)
- L. 可持续的卫生筹资结构和全民覆盖 (WHA64.9 号决议)
- M. 把性别分析和行动纳入世卫组织工作的战略 (WHA60.25 号决议)
- N. 药物的合理使用方面的进展 (WHA60.16 号决议)

防范、监测和应对

- O. 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 (WHA64.5 号决议)
- P. 根除天花: 销毁储存的天花病毒 (WHA60.1 号决议)

## 乙委员会

- 19. 委员会会议开幕<sup>1</sup>
- 20. 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
- 21. 财务事项
  - 21.1 截至 2014 年 12 月 31 日时的财务报告和经审计的财务报表
  - 21.2 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
  - 21.3 [删除]
  - 21.4 2016-2017 年摊款比额表
  - 21.5 [删除]
- 22. 审计和监督事项
  - 22.1 外审计员的报告
  - 22.2 内审计员的报告
  - 22.3 任命外审计员

---

<sup>1</sup> 包括选举副主席和报告员。

23. 职工配备事项

23.1 人力资源

23.2 国际公务员制度委员会的报告

23.3 《人事条例》和《职员细则》修订款

23.4 联合国工作人员养恤金联合委员会的报告

23.5 任命参加世卫组织工作人员养恤金委员会的代表

24. 管理事项

24.1 不动产：日内瓦建筑整修战略最新情况

25. 联合国系统内及与其它政府间组织的合作

17. 卫生系统

17.1 将急诊和基本外科治疗及麻醉作为全民健康覆盖内容予以加强

17.2 《世卫组织全球卫生人员国际招聘行为守则》

17.3 劣质、假造、标签不当、伪造、假冒医疗产品

17.4 研究与开发方面筹资和协调问题协商性专家工作小组报告的后续事宜

17.5 公共卫生、创新和知识产权全球战略和行动计划



## 文件清单

A68/1 Rev.1	议程 <sup>1</sup>
A68/1 Add.1	补充议程项目的建议
A68/2	执行委员会第 135 届和第 136 届会议以及关于埃博拉问题特别会议的报告
A68/3	总干事陈冯富珍博士在第六十八届世界卫生大会上的讲话
A68/4	世卫组织改革：改革实施情况概述
A68/5	与非国家行为者交往的框架
A68/6	2014-2015 年规划预算实施情况：中期审查
A68/7	2016-2017 年规划预算方案
A68/7 Add.1	决议草案：2016-2017 年规划预算
A68/8	第二次国际营养大会的结果 <sup>2</sup>
A68/9	孕产妇和婴幼儿营养：拟定一套核心指标 <sup>3</sup>
A68/10	终止儿童期肥胖症委员会最新情况
A68/11	2014 年联合国大会全面审查和评估在预防和控制非传染性疾病方面取得的进展高级别会议的后续事宜
A68/12	全球癫痫负担和为应对其卫生、社会和公众知识影响在国家层面采取协调行动的必要性
A68/13	监测与卫生相关的千年发展目标的实现情况
A68/14	2015 年后发展议程中的卫生问题
A68/15	青少年卫生
A68/16	妇女和健康：《北京宣言》和《行动纲领》二十年
A68/17	促进社会 and 经济发展：为增进健康和健康公平采取跨部门可持续行动（第八届全球健康促进大会的后续事宜）

---

<sup>1</sup> 见 ix 页。

<sup>2</sup> 见附件 6。

<sup>3</sup> 见附件 7。

A68/18	健康与环境：应对空气污染带来的健康影响
A68/19	抗微生物药物耐药性 落实 WHA67.25 号决议“抗微生物药物耐药性”进展摘要报告
A68/20 和 A68/20 Corr.1	抗微生物药物耐药性 抗微生物药物耐药性全球行动计划草案 <sup>1</sup>
A68/21 和 A68/21 Add.1	脊髓灰质炎
A68/21 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 <sup>2</sup>
A68/21 Add.3	关于野生脊灰病毒国际传播的临时建议：根据《国际卫生条例（2005）》第十五条第三款考虑延续这些建议
A68/22	实施《国际卫生条例（2005）》 应对公共卫生突发事件
A68/22 Add.1	第二次延期确立国家公共卫生能力和《国际卫生条例》实施情况审查委员会的报告 <sup>3</sup>
A68/23	世卫组织对大规模严重突发事件的应对
A68/24	2014 年埃博拉病毒病疫情：目前情况和挑战；遏制疾病流行；以及非疫情国家和地区做出的防备
A68/25	埃博拉中期评估小组
A68/26	2014 年埃博拉病毒病疫情和执行委员会埃博拉问题特别会议的后续行动：为支持世卫组织应对突发事件能力设立一项应急基金的备选方案
A68/27	全球卫生应急队伍
A68/28	疟疾：全球技术战略草案：2015 年后 <sup>4</sup>

---

<sup>1</sup> 见附件 3。

<sup>2</sup> 见附件 8。

<sup>3</sup> 见附件 2。

<sup>4</sup> 见附件 1。

## 文件清单

---

A68/28 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 <sup>1</sup>
A68/29	登革热：预防和控制
A68/30	全球疫苗行动计划
A68/31	将急诊和基本外科治疗及麻醉作为全民健康覆盖内容予以加强
A68/32	《世卫组织全球卫生人员国际招聘行为守则》
A68/32 Add.1	《世卫组织全球卫生人员国际招聘行为守则》(2010年)相关性和有效性专家咨询小组的报告
A68/33	劣质、伪造、标签不当、伪造、假冒医疗产品
A68/34	研究与开发方面筹资和协调问题协商性专家工作小组报告的后续事宜
A68/34 Add.1	卫生研究与开发示范项目
A68/35	公共卫生、创新和知识产权全球战略和行动计划 <sup>2</sup>
A68/36	进展报告
A68/37	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
A68/38	截至2014年12月31日时的财务报告和经审计的财务报表
A68/39	征收评定会费的情况,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
A68/40	2016-2017年摊款比额表
A68/41	外审计员的报告
A68/42	内审计员的报告
A68/43	任命外审计员
A68/44	人力资源

---

<sup>1</sup> 见附件 8。

<sup>2</sup> 见附件 5。

A68/45	国际公务员制度委员会的报告
A68/46	《人事条例》和《职员细则》修订款 <sup>1</sup>
A68/47	联合国工作人员养恤金联合委员会的报告
A68/48	任命参加世卫组织工作人员养恤金委员会的代表
A68/49	不动产：日内瓦建筑整修战略最新情况
A68/50	联合国系统内及与其它政府间组织的合作
A68/51 Rev.1	2014 年埃博拉病毒病疫情和执行委员会埃博拉问题特别会议的后续行动 秘书处提出的决定草案
A68/52	改革实施情况概述 执行委员规划、预算和行政委员会向第六十八届世界卫生大会提交的报告
A68/53	与非国家行为者交往的框架 执行委员规划、预算和行政委员会向第六十八届世界卫生大会提交的报告
A68/54	2014-2015 年规划预算实施情况：中期审查 执行委员规划、预算和行政委员会向第六十八届世界卫生大会提交的报告
A68/55	2016-2017 年规划预算方案 执行委员会规划、预算和行政委员会向第六十八届世界卫生大会提交的报告
A68/56	2014 年埃博拉病毒病疫情和执行委员会埃博拉问题特别会议的后续行动：为支持世卫组织应对突发事件能力设立一项应急基金的备选方案 执行委员规划、预算和行政委员会向第六十八届世界卫生大会提交的报告
A68/57	截至 2014 年 12 月 31 日时的财务报告和经审计的财务报表 执行委员会规划、预算和行政委员会向第六十八届世界卫生大会提交的报告

---

<sup>1</sup> 见附件 4。

- A68/58 征收评定会费的情况，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  
执行委员会规划、预算和行政委员会向第六十八届世界卫生大会提交的报告
- A68/59 外审计员的报告  
执行委员会规划、预算和行政委员会向第六十八届世界卫生大会提交的报告
- A68/60 内审计员的报告  
执行委员会规划、预算和行政委员会向第六十八届世界卫生大会提交的报告
- A68/61 人力资源  
执行委员会规划、预算和行政委员会向第六十八届世界卫生大会提交的报告
- A68/62 不动产：日内瓦建筑整修战略最新情况  
执行委员会规划、预算和行政委员会向第六十八届世界卫生大会提交的报告
- A68/63 证书委员会
- A68/64 选举有权指派一人供职于执行委员会的会员国
- A68/65 甲委员会第一份报告
- A68/66 乙委员会第一份报告
- A68/67 甲委员会第二份报告
- A68/68 乙委员会第二份报告
- A68/69 甲委员会第三份报告
- A68/70 乙委员会第三份报告
- A68/71 甲委员会第四份报告
- A68/72 Rev.1 乙委员会第四份报告
- A68/73 甲委员会第五份报告
- A68/74 乙委员会第五份报告

A68/75 甲委员会第六份报告

### 参阅文件

A68/INF./1 截至 2014 年 12 月 31 日时的年度财务报告的附件  
各基金和捐助方的自愿捐款情况

A68/INF./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  
阿拉伯叙利亚共和国卫生部的报告

A68/INF./3 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  
以色列政府的声明

A68/INF./4 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  
近东救济工程处卫生主任的报告

A68/INF./5 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  
应巴勒斯坦常驻联合国日内瓦办事处和其他国际组织观察员的请求提出的报告

A68/INF./6 [文件已删除]

A68/INF./7 2016-2017 年规划预算方案  
程序、成本核算和筹资

### 杂项文件

A68/DIV./1 Rev.1 代表和其他与会人员名单

A68/DIV./2 世界卫生大会代表指南

A68/DIV./3 决定和决议清单

A68/DIV./4 文件清单

A68/DIV./5 德意志联邦共和国总理安格拉·默克尔阁下在第六十八届世界卫生大会上的讲话

## 卫生大会官员及其各委员会成员

### 主席

Jagat Prasad NADDA 先生（印度）

### 副主席

LI Bin 博士（中国）

John David Edward BOYCE 先生  
（巴巴多斯）

Ferozudin FEROUZ 博士（阿富汗）

Francesco MUSSONI 先生（圣巴力诺）

Awa Marie COLL SECK 博士  
（塞内加尔）

### 秘书

总干事陈冯富珍博士

### 证书委员会

证书委员会由下列会员国代表组成：  
比利时；哥伦比亚；吉布提；加蓬；几内亚比绍；新加坡；瑞士；塔吉克斯坦；东帝汶；汤加

**主席：** Muriel PENEVEYRE 夫人（瑞士）

**副主席：** Médard TOUNG MVE 博士  
（加蓬）

**秘书：** Joanne McKEOUGH 女士  
（首席法律官员）

### 会务委员会

会务委员会由卫生大会主席和副主席、各主要委员会主席及下述会员国代表组成：布基纳法索、布隆迪、科摩罗、古巴、法国、加纳、印度尼西亚、拉脱维亚、

黑山、阿曼、秘鲁、俄罗斯联邦、南苏丹、阿拉伯叙利亚共和国、大不列颠及北爱尔兰联合王国、美利坚合众国、越南。

**主席：** Jagat Prasad NADDA 先生（印度）

**秘书：** 总干事陈冯富珍博士

### 各主要委员会

根据《世界卫生大会议事规则》第三十三条，各代表团均有权派一名团员出席主要委员会的会议。

### 甲委员会

**主席：** Eduardo JARAMILLO NAVARRETE 博士（墨西哥）

**副主席：** Dorcas MAKGATO 女士（博茨瓦纳）和 Bahar Idris ABU GARDA 先生（苏丹）

**报告员：** Liis ROVÄLI 博士（爱沙尼亚）

**秘书：** Timothy ARMSTRONG 博士，监测和以人口为基础的预防事务处长

### 乙委员会

**主席：** Michael MALABAG 先生（巴布亚新几内亚）

**副主席：** Raymond BUSUTTIL 博士（马耳他）和 Khaga Raj ADHIKARI 先生（尼泊尔）

**报告员：** Guy FONES 博士（智利）

**秘书：** Clive ONDARI 博士，安全和警戒处处长

### 执行委员会代表

Mariyam SHAKEELA 博士（马尔代夫）

Dirk CUYPERS 博士（比利时）

Yankalbe Paboung MATCHOCK MAHOURI 博士（乍得）



## 决议和决定



# 决 议

## WHA68.1 2016-2017 年规划预算

第六十八届世界卫生大会，

审议了 2016-2017 年规划预算方案<sup>1</sup>；

认识到与埃博拉危机有关的不寻常情况，认为需要开展更多工作，确保世卫组织为有效应对突发卫生事件做好准备，并开展改革，以增强世卫组织的问责制、透明度、财务管理、效率和结果通报工作，

1. **批准** 2016-2017 年规划预算方案中所述的工作规划；
2. **批准** 2016-2017 年财务期所有资金来源，即评定会费和自愿捐款的 43.85 亿美元预算额；
3. 将 2016-2017 年财务期的预算额**分配**给下述类别和其它领域：
  - (1) 传染病 7.65 亿美元；
  - (2) 非传染性疾病 3.40 亿美元；
  - (3) 在生命全程促进健康 3.82 亿美元；
  - (4) 卫生系统 5.94 亿美元；
  - (5) 防范、监测和应对 3.80 亿美元；
  - (6) 促进性职能/全组织范围服务 7.34 亿美元；

其它领域：

脊灰、热带病研究和人类生殖研究 9.86 亿美元；

疫情和危机应对 2.04 亿美元；

---

<sup>1</sup> 文件 A68/7。

4. **决定**预算的供资渠道如下：

(1) 根据估算的会员国非评定收入进行调整后的会员国总净摊款 9.29 亿美元；

(2) 自愿捐款 34.56 亿美元；

5. **进一步决定**各会员国的评定会费总额应扣除其在衡平征税基金中的款额。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，鉴此，应对扣除额进行调整；这些税款偿还额估计为 2700 万美元，由此会员国的摊款总额为 9.56 亿美元；

6. **确定**周转金应继续保持在 3100 万美元的现有水平；

7. **授权**总干事根据可用资源情况，对评定会费和自愿捐款一起使用，按照第 3 段中的分配方案和批准的数额提供预算资金；

8. **进一步授权**总干事必要时在上述六个类别之间进行预算转拨，金额最多不得超过向外拨款类别预算分配额的 5%；任何此类转拨将在提交各理事机构的法定报告中做出报告；

9. **还授权**总干事必要时根据可用资源情况，承担预算的疫情和危机应对部分中超出该部分拨款额的支出，并要求总干事向理事机构报告这一部分的可用资源和支出情况；

10. **再授权**总干事必要时根据可用资源情况，承担预算中热带病研究部分和人类生殖研究部分由于具有支持其年度/双年度预算的另外治理和筹资机制以及预算周期而发生的超出其拨款额的支出，并要求总干事向理事机构报告这两部分的可用资源和支出情况；

11. **要求**总干事通过执行委员会及其规划、预算和行政委员会向世界卫生大会定期提交报告，说明文件 A68/7 所述预算的筹资和执行情况，以及筹资对话的结果、灵活资源的战略分配情况和协调一致的资源调动战略的成果。

（第八次全体会议，2015 年 5 月 22 日——甲委员会第一份报告）

**WHA68.2 2016-2030 年全球疟疾技术战略和指标<sup>1</sup>**

第六十八届世界卫生大会，

审议了题为“疟疾：全球技术战略草案：2015 年后”的报告<sup>2</sup>，

忆及关于疟疾控制的 WHA58.2 号决议、关于疟疾包括建议设立世界防治疟疾日的 WHA60.18 号决议和关于疟疾的 WHA64.17 号决议，以及联合国大会关于巩固成就和加速努力到 2015 年在发展中国家（尤其是在非洲）控制与消除疟疾的 65/273、66/289、67/299 和 68/308 号决议；

确认在实现千年发展目标 6（与艾滋病毒/艾滋病、疟疾和其它疾病作斗争）以及在卫生大会关于疟疾控制的 WHA58.2 号决议规定的指标方面取得的进展；

认识到这些进展和进一步投资于具有成本效益的新干预措施为进一步减轻疟疾的沉重负担和加速推动消除疟疾提供了机会；

注意到在 2013 年估计发生了约 2 亿例疟疾病例；该病在 2013 年导致 58 万多人死亡，主要是非洲的 5 岁以下儿童，在高负担国家中对家庭、社区和卫生服务造成重大负担；并且除非加强努力减轻疾病负担，否则病例和死亡人数还将增多；

认识到疟疾干预措施具有很高的成本效益，但需要迫切应对和克服阻碍危险人群普遍获取病媒控制措施、预防治疗、有质量保证的疟疾诊断测试法和治疗的障碍；

还认识到，如果公众得到教育并了解疟疾，而且尤其在流行该病的国家提供适当的卫生服务，就可利用政治承诺和相称的资源在全世界大量减少与疟疾相关的发病率和死亡率；

深切关注包括青蒿素耐药性在内的杀虫剂和药物耐药性的出现和扩散造成的区域和全球健康威胁，以及阻碍进一步进展的系统挑战，包括许多受影响国家中薄弱的卫生与疾病监测系统；

意识到疟疾对流行疟疾的国家中最脆弱和贫穷社区造成的严重经济和社会负担，以及撒哈拉以南非洲各国和包括移民和流动人群在内的危险人群承受的过重负担；

---

<sup>1</sup> 见附件 1。该决议对秘书处的财政和行政影响，见附件 8。

<sup>2</sup> 文件 A68/28。

还意识到减轻疟疾负担可以改善社会条件，并使社区脱贫，以及由此可产生积极的经济和社会影响；

确认疟疾预防与控制方面最近的成功是脆弱的，进一步的进展取决于卫生部门内外的行动，需要长期的政治和财政承诺、有力的区域合作、强化的卫生系统以及创新和研究方面的投资；

认识到在相互关联和相互依赖的世界上，包括最近消除了疟疾的国家和非疟疾流行国在内的所有国家都面临疟疾风险，

#### 1. 通过 2016-2030 年全球疟疾技术战略，包括：

(1) 无疟疾世界的宏大愿景以及各项最终指标，即到 2030 年使全球疟疾病例发病率和死亡率至少降低 90%，与 2015 年相比至少另有 35 个国家消除疟疾，以及防止在 2015 年已无疟疾的国家中再次出现传播；

(2) 2020 年和 2025 年的相关分阶段指标；

(3) 针对以下方面的五项原则：加快努力消除疟疾；在社区的关注和参与下，国家的自主决策和领导作用；改进监测、监督和评价；获取卫生服务方面的公平性；以及工具和实施方法的创新；

(4) 三大支柱：确保普及疟疾的预防、诊断和治疗；加快努力消除疟疾并实现无疟疾；以及把疟疾监测转化为一项核心干预措施；

(5) 利用创新并扩大研究以及加强有利环境这两项支持性要素；

#### 2. 敦促会员国<sup>1</sup>：

(1) 更新国家疟疾战略和实施计划，并与 2016-2030 年全球疟疾技术战略的建议保持一致；

(2) 强化国家和区域的努力，降低高负担国家的疟疾发病率和死亡率，加快消除疟疾的进展，并在适当的地方维持无疟疾状态；

---

<sup>1</sup> 适用时，还包括区域经济一体化组织。

- (3) 加强卫生系统，包括公立和私立部门两方面，并制定计划实现和维持危险人群普遍获得世卫组织建议的核心疟疾干预措施；
  - (4) 强化国家、跨境、区域和次区域的努力，应对包括青蒿素耐药性在内的杀虫剂和药物不断上升的耐药性造成的威胁；
  - (5) 促进多部门的合作，教育规划和社区参与，以便加强控制和消除疟疾的努力；
  - (6) 酌情建立和加强国家疟疾监测和应对系统，以便提高数据的质量以及国家疟疾应对措施效率和效益；
  - (7) 开发一个综合性跨境疟疾控制和治理模型，酌情加强跨境合作，以初级卫生保健作为主要平台更有效地消除疟疾，并将此模型纳入较广泛的卫生服务提供系统；
  - (8) 促进疟疾方面的基础研究和应用研究，加快优质和经济有效的新工具的快速研发和采用，尤其是预防和控制疟疾的疫苗、药物、诊断方法、监测、杀虫剂和病媒控制工具，并就新的做法进行合作；
  - (9) 加强人力资源能力和基础设施，以便提高疟疾应对措施的效率、效益和可持续性，同时确保与更广泛的卫生系统的整合和协同作用；
  - (10) 在卫生部门发展的更广泛范畴内考虑本决议的财政影响，并增加国家、区域和国际上对疟疾干预措施的资助以及对跨境和区域行动的资助；
3. **促请**卫生部门内外的国际、区域和国家伙伴，尤其是遏制疟疾伙伴关系的伙伴参与和支持实施 2016-2030 年全球疟疾技术战略；
4. **呼吁**世卫组织的国际伙伴，包括政府间组织和国际组织、供资机构、学术和研究机构、民间社会和私立部门，酌情支持各会员国<sup>1</sup>：
- (1) 筹集充足和可预见的资金以便加快减轻疟疾负担，尤其是在高负担国家，并根据 2016-2030 年全球疟疾技术战略中的分阶段指标和最终指标逐步消除疟疾；
  - (2) 支持知识的产生、研究和创新以便加速开发新的病媒控制工具、诊断方法、药物和疫苗，以及监测、数据管理、业务提供和实施方面的新解决方案；

---

<sup>1</sup> 适用时，还包括区域经济一体化组织。

(3) 协调和整合向国家疟疾规划提供的支持，以便采用和实施世卫组织建议的政策和战略并促进疟疾应对措施长期可持续性；

#### 5. 要求总干事：

(1) 向会员国<sup>1</sup>提供技术支持和指导，以便实施、由国家调整以及运行 2016-2030 年全球疟疾技术战略；

(2) 随着收集新的证据和获得新的创新工具与做法，定期更新关于预防、护理和消除疟疾的技术指导；

(3) 监测 2016-2030 年全球疟疾技术战略的实施情况并评价对既定分阶段指标和最终指标进展情况的影响；

(4) 加强秘书处的能力，使其能够增加对会员国<sup>1</sup>的技术支持，以便实现全球的分阶段指标和最终指标；

(5) 确保本组织总部、区域和国家级的所有相关部门在促进和实施 2016-2030 年全球疟疾技术战略方面的积极参与和协调；

(6) 通过执行委员会向第七十届和第七十二届世界卫生大会报告取得的进展并在此后定期报告进展情况。

（第八次全体会议，2015 年 5 月 22 日——甲委员会第一份报告）

### WHA68.3 脊髓灰质炎<sup>2</sup>

第六十八届世界卫生大会，

审议了关于脊髓灰质炎的报告<sup>3</sup>和执行委员会第 136 届会议决定的行动方针<sup>4</sup>；

忆及关于脊髓灰质炎：强化全球消灭行动的 WHA65.5 号决议，以及第六十六届世界

---

<sup>1</sup> 适用时，还包括区域经济一体化组织。

<sup>2</sup> 该决议对秘书处的财政和行政影响，见附件 8。

<sup>3</sup> 文件 A68/21。

<sup>4</sup> 见文件 EB136/2015/REC/2，执行委员会第 136 届会议摘要记录，第七次会议。

卫生大会注意到《2013-2018 年消灭脊灰尾声战略计划》并随后审查了其实施进展<sup>1</sup>；

忆及 2014 年 5 月 5 日，总干事宣布野生脊灰病毒国际传播是国际关注的突发公共卫生事件并根据《国际卫生条例（2005）》颁布了临时建议<sup>2</sup>；

注意到 2014 年和 2015 年所有新病例中 85% 以上发生在巴基斯坦，赞扬巴基斯坦一线卫生工作者、政府、人民以及民间和宗教领袖的英勇努力，2015 年上半年，他们在面对独特挑战的情况下，努力实施低传播季节计划，证明他们加强了对消灭脊灰的承诺；

忆及联合国大会关于全球卫生与外交政策的 69/132 号决议，其中“敦促充分尊重国际人道主义法的规则和原则……[并]强调须尊重和保护医务人员和人道主义人员……敦促各国制定有效措施来防止和解决暴力侵害这些人员的行为”；

认识到免疫战略咨询专家组会议（日内瓦，2014 年 10 月 21-23 日）的结论认为，正按部就班准备于 2016 年 4 月在全球停用口服脊灰病毒疫苗的 2 型成分，并注意到在努力于 2015 年底前采用灭活脊灰病毒方面取得了进展，特别是与全球疫苗和免疫联盟等伙伴进行了协调，

#### 1. 敦促存在脊灰病毒传播的会员国：

- (1) 通过充分实施《2013-2018 年消灭脊灰尾声战略计划》和本国应急行动计划中载明的各种战略方法，遏制所有野生脊灰病毒的传播；
- (2) 确保采取一切必要措施使卫生工作者能够安全进入所有社区并保证其安全，包括可与社区领袖以及相关的执法、军事、非军事和非国家实体进行适当交往并获得其支持；
- (3) 充分实施根据《国际卫生条例（2005）》颁布的临时建议以便减少野生脊灰病毒的国际传播风险；
- (4) 加紧跨界合作，促进加强疫苗接种和监测活动；

#### 2. 敦促目前使用口服脊灰病毒疫苗的所有会员国为 2016 年 4 月全球停用口服脊灰病毒疫苗 2 型成分作好准备，为此可：

<sup>1</sup> 见文件 WHA66/2013/REC/3，第六十六届世界卫生大会甲委员会摘要记录，第九次会议第 1 节。

<sup>2</sup> 世卫组织就《国际卫生条例》突发事件委员会关于野生脊灰病毒国际传播问题会议发表的声明，可自 <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2014/polio-20140505/en/> 获取（2015 年 3 月 16 日访问）。

- (1) 在 2015 年 9 月底前，为停用口服脊灰病毒疫苗 2 型成分并为以双价口服脊灰病毒疫苗替换三价口服脊灰病毒疫苗制定国家计划；
- (2) 加快对双价口服脊灰病毒疫苗的注册以用于常规免疫规划，同时根据需要，在此期间准许在世卫组织的资格预审基础上使用这种疫苗；
- (3) 实施本国政策以便适当销毁储存的剩余三价疫苗；
- (4) 最好在 2016 年 4 月停用口服脊灰病毒疫苗 2 型成分之前完成引进灭活脊灰病毒疫苗的工作；

### 3. 敦促所有会员国<sup>1</sup>：

- (1) 实现和维持以认证为标准的监测工作以发现脊灰病毒并对从任何来源发现的脊灰病毒采取充分应对<sup>2</sup>；如果在停用口服脊灰病毒疫苗 2 型成分后，确认发现任何正在传播的野生脊灰病毒、疫苗衍生 2 型脊灰病毒或萨宾株脊灰病毒，应立即酌情采取国家突发公共卫生事件措施，应对在无脊灰国家中发生的新脊灰疫情；并为此确保充分实施以关于根除脊髓灰质炎的 WHA59.1 号决议中国际疫情应对指南为基础的经修订的疫情应对协议<sup>3</sup>；
- (2) 支持在从战略角度选择的高风险地点扩大全球环境监测以补充对急性弛缓性麻痹的监测从而能及时发现脊灰病毒；
- (3) 通过政治参与和酌情提供额外支持等方式，支持那些存在脊灰病毒传播的会员国努力开展消灭工作；
- (4) 监测人群免疫力方面的潜在差距并采取措施填补这些差距，同时通过及时和完整的常规免疫活动以及必要时，通过高质量补充免疫活动进一步提高人群免疫力；
- (5) 为充分和持续实施《2013-2018 年消灭脊灰尾声战略计划》紧急提供必要的财政资源，包括迅速全面落实承诺资金并填补剩余的资金缺口；

---

<sup>1</sup> 适用时，包括区域经济一体化组织。

<sup>2</sup> 例如，来自急性弛缓性麻痹病例或其接触者、环境监测和有针对性的粪便调查的任何阳性样本。

<sup>3</sup> 应对脊灰病毒疫情。针对无脊灰国家中新脊灰疫情的标准操作程序（2015 年 2 月），可自 <http://www.polioeradication.org/Portals/0/Document/Resources/PolioEradicators/1a.PolioOutbreakGuideline20150220.pdf> 获取（2015 年 3 月 17 日访问）。

(6) 领导制定本国计划以确保将脊灰资产、汲取的经验教训和获得的知识用于支持其它国家卫生重点，尤其是常规免疫，并确保充分落实可能从消灭脊灰行动获得的遗产；

(7) 2015 年底前在基本设施中对 2 型野生脊灰病毒实施适当控制，在 2016 年 4 月全球停用口服脊灰病毒疫苗 2 型成分后三个月内适当控制 2 型萨宾株脊灰病毒<sup>1</sup>；

(8) 确立程序，批准在发生突发事件情况下，由总干事作出释放授权后从全球储备引进和使用 2 型单价口服脊灰病毒疫苗；鉴于免疫战略咨询专家组建议只维持 2 型单价口服脊灰病毒疫苗的全球储备，因此决定建立该疫苗国家储备的会员国应根据消灭脊灰区域认证委员确认的保存条件来维持该储备，以便与涉及保存问题的全球行动计划<sup>1</sup>相一致，并在其释放和使用前寻求总干事的授权；

#### 4. 要求总干事：

(1) 继续与所有相关行为者、政府和行政人员合作，与联合国系统其它组织以及当地和国际非政府组织一道共同支持国家努力消除脊灰病毒，造福各地儿童；

(2) 继续与所有相关伙伴，包括疫苗生产商进行协调，确保向会员国提供充分支持，以便全球协调一致分阶段从所有免疫规划中消除口服脊灰病毒疫苗，并于 2016 年 4 月从口服脊灰病毒疫苗的 2 型成分开始，为此要确保灭活脊灰病毒疫苗的全球充足供应，以供所有将该疫苗列入其常规免疫计划的国家使用；

(3) 确保加速对准备用于常规免疫规划的双价口服脊灰病毒疫苗的资格预审，以便支持各会员国采用；

(4) 确立机制保证总干事有权及时公平地向所有会员国释放 2 型单价口服脊灰病毒疫苗全球储备<sup>2</sup>，同时为总干事授权释放疫苗以及持有 2 型单价口服脊灰病毒疫苗国家储备的各国使用该疫苗制定程序；

(5) 支持会员国<sup>3</sup>、伙伴和利益攸关方制定计划确保将脊灰资产、汲取的经验教训和获得的知识用于支持广泛的免疫议程和其它卫生重点并保证充分落实可能从消灭脊灰行动获得的遗产；

---

<sup>1</sup> 《在消灭特定类型野生脊灰病毒和顺序停用口服脊灰病毒疫苗之后尽量减少与医疗设施相关的脊灰病毒风险的世卫组织全球行动计划》。日内瓦：世界卫生组织；2014 年，可自 [http://www.polioeradication.org/Portals/0/Document/Resources/PostEradication/GAPIII\\_2014.pdf](http://www.polioeradication.org/Portals/0/Document/Resources/PostEradication/GAPIII_2014.pdf) 获取（2015 年 3 月 17 日访问）。

<sup>2</sup> （尾声阶段）部署和补充 2 型单价口服脊灰病毒疫苗的业务框架，可自 [http://www.polioeradication.org/Portals/0/Document/Resources/PostEradication/mOPV2\\_Operational\\_Framework.pdf](http://www.polioeradication.org/Portals/0/Document/Resources/PostEradication/mOPV2_Operational_Framework.pdf) 获取（2015 年 5 月 5 日访问）。

<sup>3</sup> 适用时，包括区域经济一体化组织。

(6) 每年向世界卫生大会提交报告，直到并包括第七十二届世界卫生大会，说明为实现持久的无脊灰世界目标取得的进展，并提供及时透明的财务信息，包括可能妨碍充分实施《2013-2018 年消灭脊灰尾声战略计划》的任何预算限制或变化的详细情况。

(第九次全体会议，2015 年 5 月 26 日——甲委员会第三份报告)

#### **WHA68.4 绘制黄热病风险分布图和建议为旅行者接种疫苗<sup>1</sup>**

第六十八届世界卫生大会，

审议了关于实施《国际卫生条例（2005）》：应对公共卫生突发事件的报告<sup>2</sup>，

忆及第六十七届世界卫生大会通过了对《国际卫生条例（2005）》附件 7 的修订<sup>3</sup>；以及免疫战略咨询专家组的报告<sup>4</sup>，认为一剂黄热病疫苗足以赋予针对黄热病的持久免疫和终生保护，无需续种黄热病疫苗；并且黄热病疫苗接种证书的有效期应为接种者终生；

强调实际情况是，缔约国可能会立即应用这些修订，而根据《条例》第五十九条第一款，经修订的《国际卫生条例（2005）》附件 7 应当到 2016 年 6 月才生效；

注意到，出于《国际卫生条例（2005）》附件 7 的目的，对离开本组织确定存在黄热病传播危险的地区的任何旅行者均可要求接种黄热病疫苗，

##### **1. 敦促会员国<sup>5</sup>：**

(1) 在 2016 年 6 月之前的过渡时期中，通知世卫组织其是否自愿接受将黄热病疫苗接种证书的有效期延长为接种者终生；

(2) 遵从世卫组织的建议，涉及界定黄热病风险地区和为旅行者接种黄热病疫苗的建议；

---

<sup>1</sup> 该决议对秘书处的财政和行政影响，见附件 8。

<sup>2</sup> 文件 A68/22。

<sup>3</sup> 见 WHA67.13 号决议和文件 WHA/2014/REC/1，附件 5。

<sup>4</sup> 免疫战略咨询专家组会议，2013 年 4 月 — 结论和建议。《疫情周报》，2013: 88(20): 201-216 (<http://www.who.int/wer/2013/wer8820.pdf?ua=1>，2015 年 5 月 4 日访问)。

<sup>5</sup> 适用时，包括区域经济一体化组织。

## 2. 要求总干事：

- (1) 在线公布并实时更新关于接受有效期为接种者终生的黄热病疫苗接种证书的国家名单；
- (2) 设立一个“绘制黄热病风险地理分布图的科技咨询小组”，让存在黄热病风险地区的国家参与，以便：**(i)**使黄热病风险分布图能跟上最新情况；和**(ii)**以有利于国际旅行的方式就旅行者的黄热病疫苗接种问题提供指导。

（第九次全体会议，2015年5月26日——甲委员会第三份报告）

### **WHA68.5 关于第二次延期确立国家公共卫生能力和《国际卫生条例》实施情况审查委员会建议<sup>1</sup>**

第六十八届世界卫生大会，

审议了第二次延期确立国家公共卫生能力和《国际卫生条例》实施情况审查委员会的报告<sup>2</sup>；

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

忆及总干事向第六十四届世界卫生大会转呈的与2009年甲型H1N1流感大流行有关的《国际卫生条例（2005）》实施情况审查委员会的最后报告<sup>3</sup>；

认可按《国际卫生条例（2005）》第五和第十三条的要求以及该条例第九编第三章的规定建立审查委员会；

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

**1. 敦促会员国支持实施第二次延期确立国家公共卫生能力和《国际卫生条例》实施情况审查委员会报告所载的建议<sup>4</sup>；**

<sup>1</sup> 该决议对秘书处的财政和行政影响，见附件8。

<sup>2</sup> 文件A68/22 Add.1。

<sup>3</sup> 文件A64/10，第六十四届世界卫生大会在甲委员会第二次和第三次会议上作了审议，可自文件WHA64/2011/REC/3获得。

<sup>4</sup> 见附件2。

## 2. 要求总干事：

- (1) 向第六十九届世界卫生大会提交关于第二次延期确立国家公共卫生能力和《国际卫生条例》实施情况审查委员会建议执行进展的最新情况；
- (2) 在实施第二次延期确立国家公共卫生能力和《国际卫生条例》实施情况审查委员会的建议方面，向会员国提供技术支持。

（第九次全体会议，2015年5月26日——甲委员会第三份报告）

### **WHA68.6 全球疫苗行动计划<sup>1</sup>**

第六十八届世界卫生大会，

审议了有关全球疫苗行动计划的报告<sup>2</sup>；

强调免疫接种作为一项最有效的公共卫生干预措施的重要性，认为获得免疫接种是获得卫生服务和实现普遍健康覆盖的一个重要步骤；

确认在全球免疫领域取得的进展以及在疫苗十年（2011–2020年）中为实现免疫目标和里程碑作出的承诺；

忆及关于全球免疫战略的 **WHA58.15** 和 **WHA61.15** 号决议、关于全球疫苗行动计划的 **WHA65.17** 号决议、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、关于世卫组织药物战略的 **WHA54.11** 号决议以及关于加强医疗产品管制系统的 **WHA67.20** 号决议；

关切地注意到自从 2000 年代末以来全球免疫覆盖率仅略有增长，且 2013 年共有 2100 多万名 1 岁以下儿童未完成三剂白喉、破伤风、百日咳疫苗接种标准程序；

认识到已有针对肺炎、腹泻病和子宫颈癌等疫苗可预防疾病重大病因的新疫苗，可以防止这些导致儿童或妇女死亡的主要疾病；

确认成功的国家免疫规划需要会员国提供可持续的政治和财政支持；

---

<sup>1</sup> 该决议对秘书处的财政和行政影响，见附件 8。

<sup>2</sup> 文件 A68/30。

赞赏世卫组织、联合国儿童基金会、全球疫苗和免疫联盟以及所有合作伙伴为努力支持在发展中国家引进新疫苗和强化免疫服务而作出的贡献；

关注由于新疫苗增加了财政负担，并由于并非所有会员国都有资格获得全球合作伙伴的资金和技术支持，会员国之间的不公平现象日益加剧；

关注尤其由于采购和引入这些疫苗所涉的费用，许多低收入和中等收入国家可能没有机会获得较新的改进型疫苗；并关注世卫组织推荐疫苗的涨价导致整个免疫规划费用上升；

认识到疫苗价格公开数据很少，而提供价格信息对促进会员国努力引入新疫苗很重要；

忆及许多会员国每年就卫生大会免疫议程项目发言，对新疫苗费用难以承受问题表示关注，并呼吁国际社会支持降价策略；

忆及世卫组织全球推动进一步获得基本药物框架及其四项内容：合理选择和使用药品，可靠的卫生和供应系统，可持续的供资，以及负担得起的价格；

考虑到通过竞争降低价格的重要性，并考虑到需要增加能够生产已获世卫组织资格预审的疫苗和创造竞争性市场的厂家数目，特别是需要增加发展中国家这类厂家数目；

强调疫苗和免疫规划极为重要的拯救生命作用，争取向所有人提供免疫接种；

关切地注意到全球短缺卡介苗疫苗和麻疹 - 风疹结合疫苗等传统常规疫苗；

确认疫苗短缺往往是免疫接种计划遭到扰乱的一项重要因素，因此，为确保适时获得具有质量保障的所有必要疫苗，必须建立有效和可持续的疫苗生产、供应、采购和交付系统；

关注尽管当代疫苗已证实具有疗效和安全性，但社会上对疫苗接种的疑虑仍有增无已，并关注由于父母或卫生保健工作者未获得足够信息或甚至由于受到反接种宣传影响，许多儿童未接种拯救生命的疫苗，

## 1. 敦促会员国<sup>1</sup>：

(1) 根据国家重点划拨足够的财政和人力资源，将疫苗纳入国家免疫计划，并维持强有力免疫规划；

---

<sup>1</sup> 适用时，还包括区域经济一体化组织。

- (2) 进一步努力酌情在区域级和区域间或其它实体中集中采购疫苗，通过利用规模效应提高负担能力；
- (3) 在可得时，尽量及时向世卫组织提供疫苗价格数据，由世卫组织予以公布，以便通过提高价格透明度特别是新疫苗价格透明度，提高负担能力；
- (4) 根据国家重点寻找机会建立国家和区域在通过世卫组织资格预审后可按国家监管标准进行疫苗生产的能力；
- (5) 建立有关机制，进一步提供关于政府资助疫苗开发的可比信息，并努力制定策略，利用政府在疫苗开发领域的投资增进公众健康；
- (6) 支持各合作伙伴在世卫组织协调下继续努力设计和实施有关策略，弥补那些要求获得支持的低收入和中等收入国家的疫苗和免疫缺口；
- (7) 改善和维持疫苗采购和交付系统，促进负担得起的一切必要疫苗的连续和安全供应，使所有免疫服务提供者都能获得这些疫苗；
- (8) 针对各项免疫问题，加强免疫宣传活动，向卫生专业人员提供培训，并向公众通报信息，使人们明确认识到免疫的益处和风险；

## 2. 要求总干事：

- (1) 探索如何调动资金，全力支持与国际伙伴、捐助方和疫苗生产商一道努力，从而协助低收入和中等收入国家获得足够的、有质量保障的并负担得起的疫苗；
- (2) 继续开发和适当管理公开的疫苗价格数据库（例如世卫组织的疫苗产品、价格和采购网络平台），并与会员国合作，提供更多的价格信息；
- (3) 通过编写全球疫苗行动计划年度报告，监测疫苗价格；
- (4) 提供技术支持和促进提供资金，以酌情建立供会员国使用的集中采购机制；
- (5) 加强世卫组织资格预审规划，提供技术援助，支持发展中国家在研究和开发领域的能力建设，提供技术转让，并采取其它上游至下游的疫苗开发和生产策略，促进适当竞争，推动建立良好的疫苗市场；

- (6) 报告可能有碍良性竞争和影响新疫苗降价的技术、程序和法律障碍，并应对可以对疫苗可得性产生不良影响的其它因素；
- (7) 协助调动资源，根据全球疫苗行动计划并按照国家重点，支持那些要求援助的国家采用新疫苗；
- (8) 继续支持会员国改善和维持其疫苗交付系统，继续向会员国提供技术支持，以增强其免疫规划卫生保健专业人员的知识和技能；
- (9) 通过执行委员会，在全球疫苗行动计划年度报告中向世界卫生大会报告本决议的实施进展情况。

(第九次全体会议，2015年5月26日——甲委员会第五份报告)

## **WHA68.7 抗微生物药物耐药性全球行动计划<sup>1</sup>**

第六十八届世界卫生大会，

审议了落实 WHA67.25 号决议“抗微生物药物耐药性”进展摘要报告以及关于抗微生物药物耐药性全球行动计划草案的报告<sup>2</sup>；

忆及关于合理使用药物的 WHA39.27 和 WHA47.13 号决议、关于新出现的疾病和其它传染病：对抗菌素的抗药性的 WHA51.17 号决议、关于全球健康保障：对流行病的预警和反应的 WHA54.14 号决议、关于改进对抗菌素抗药性控制的 WHA58.27 号决议、关于药物的合理使用方面的进展的 WHA60.16 号决议、关于研究与开发方面筹资和协调问题协商性专家工作小组报告的后续事宜的 WHA66.22 号决议以及关于抗菌素耐药性的 WHA67.25 号决议；

意识到获得有效的抗微生物药物是大部分现代医学的前提，而抗微生物药物耐药性的增加使来之不易的卫生和发展成就特别是那些通过卫生相关千年发展目标而实现的成就面临风险，并且抗微生物药物耐药性影响公共卫生部门持久地应对包括结核病、疟疾和艾滋病毒/艾滋病在内的许多传染病；

意识到抗微生物药物耐药性的卫生和经济后果对高、中、低收入国家均构成沉重且日益增长的负担，特别是考虑到新抗微生物药物的开发有限，要求在国家、区域和全球层面采取紧急行动；

<sup>1</sup> 该决议对秘书处的财政和行政影响，见附件 8。

<sup>2</sup> 文件 A68/19、A68/20 和 A68/20 Corr.1。

认识到抗微生物药物耐药性主要影响人类健康，但造成抗微生物药物耐药性的因素及其后果（包括经济后果）超越卫生领域，因而需要以“同一个健康”思路并超越这一思路，在全球、区域和国家层面采取一致、全面、综合的方法，人类医学、兽医、农业、金融、环境和消费者等不同部门和行动者均需参与；

意识到抗微生物药物在所有相关部门的不当使用仍然是所有国家中一个迫切和广泛的问题，对包括细菌、病毒和寄生虫在内的多种病原体中抗微生物药物耐药性的增加产生严重的后果；

注意到尽管会员国、秘书处及各伙伴在数十年中持续做出努力，但多数发展中国家在提高优质、安全和有效的抗微生物药物和诊断工具的可负担性和普遍获得方面仍然面临众多挑战；

认识到，虽然已有大量投资用于应对抗微生物药物耐药性，但需要筹集显著更多的资源以便支持国家、区域和全球级的有效行动，包括通过提供技术援助和财政支持，尤其是向低收入和中等收入国家；

重申加强感染预防和控制的至关重要性，包括社区和卫生保健机构中的良好环境卫生和个人卫生；

认识到免疫作为最具成本效益的公共卫生干预措施之一的重要性，而且疫苗在减少抗微生物药物耐药性方面具有重要的作用；

强调迫切需要研制新的抗微生物药物以及有效、快速和低费用的诊断工具、疫苗及其它干预措施，并忆及公共卫生、创新和知识产权全球战略和行动计划以及关于研究与开发方面筹资和协调问题协商性专家工作小组报告的后续事宜的 **WHA66.22** 号决议，其中涉及药物市场的失灵问题；

承认迫切需要更加协调统一的监测系统以便在国家、区域和全球层面上监测抗微生物药物耐药性，包括需要制定国际上商定的人类健康、医学、兽医和农业跨部门数据收集和报告的标准；

强调需要在人类健康、兽医和农业部门中通过有效的大众宣传规划、教育和培训，提高对抗微生物药物耐药性的认识和了解，

1. **通过**抗微生物药物耐药性全球行动计划<sup>1</sup>；

2. **敦促**会员国<sup>1</sup>：

---

<sup>1</sup> 见附件 3。

- (1) 实施抗微生物药物耐药性全球行动计划中为会员国建议的行动，并根据国家重点和具体情况进行调整；
  - (2) 通过国内、双边和多边渠道筹措人力和财力资源，根据全球行动计划落实计划和战略；
  - (3) 到第七十届世界卫生大会召开时，具有与抗微生物药物耐药性全球行动计划及相关政府间机构建立的标准和指南相一致的国家抗微生物药物耐药性行动计划；
3. **促请**国际、区域和国家伙伴实施必要的行动，以便促进实现抗微生物药物耐药性全球行动计划的五项目标；
4. **要求**总干事：
- (1) 实施秘书处在抗微生物药物耐药性全球行动计划中的行动；
  - (2) 确保本组织总部、区域和国家层面的所有相关部门均积极、协调参与促进遏制抗微生物药物耐药性的工作，包括在新的全球卫生研发观察站跟踪用于抗微生物药物耐药性研发的资金流动；
  - (3) 以“同一个健康”思路的精神，加强粮农组织、国际兽疫局和世卫组织与抗微生物药物耐药性作斗争的三方合作；
  - (4) 与抗微生物药物耐药性战略和技术咨询小组、会员国<sup>2</sup>、粮农组织、国际兽疫局及其它相关伙伴一起开展工作，根据抗微生物药物耐药性全球行动计划原则五制定监测和评价框架；
  - (5) 与会员国<sup>2</sup>及相关伙伴协商，根据抗微生物药物耐药性全球行动计划制定并实施监测抗微生物药物耐药性的综合全球规划；
  - (6) 建立在每个世卫组织区域支持抗微生物药物耐药性监测和质量评估的世卫组织合作中心网络；
  - (7) 与会员国<sup>1</sup>及相关伙伴磋商，制定各种方案，以便根据抗微生物药物耐药性全球行动计划并考虑所有国家的需求制定一个全球开发和管理框架，以支持开发、控制、分发和适当使用新的抗微生物药物、诊断工具、疫苗及其它干预措施，同时保

---

<sup>1</sup> 适用时，还包括区域经济一体化组织。

护现有的抗微生物药物并促进可负担地获得现有和新的抗微生物药物和诊断工具，并向第六十九届世界卫生大会报告；

(8) 与联合国秘书长和联合国系统机构一道，确定最佳机制，以落实实施抗微生物药物耐药性全球行动计划所需投资，特别是发展中国家的需求；

(9) 与联合国秘书长协商制定方案，2016年在联合国大会的范围内召开一次高级别会议，包括可能的可交付成果，并就此通过执行委员会第138届会议向第六十九届世界卫生大会报告；

(10) 向各国提供支持和技术援助，并特别注重于低收入和中等收入国家；

(11) 根据2016-2017年规划预算和2014-2019年第十二个工作总规划，为秘书处留出足够的资源以便实施抗微生物药物耐药性全球行动计划；

(12) 向第七十届、第七十二届和第七十四届世界卫生大会提交关于本决议落实进展情况的双年度报告，并为第六十九届世界卫生大会编写一份中期报告。

(第九次全体会议，2015年5月26日——甲委员会第五份报告)

## **WHA68.8 健康与环境：应对空气污染带来的健康影响<sup>1</sup>**

第六十八届世界卫生大会，

审议了关于健康与环境：应对空气污染带来的健康影响的报告<sup>2</sup>；

重申它承诺落实被称为里约+20会议的联合国可持续发展大会（2012年6月巴西里约热内卢）成果文件<sup>3</sup>，联合国所有会员国在该文件中承诺推进各项有助于在可持续城市和人类住区背景下实现健康空气质量的可持续发展政策，并承认减少空气污染会对健康产生积极影响<sup>4</sup>；

深为关切地注意到室内空气污染和室外空气污染都是造成可避免的全球疾病和死亡的主要原因，也是全世界最大的单一环境卫生风险<sup>5</sup>；

<sup>1</sup> 该决议对秘书处的财政和行政影响，见附件8。

<sup>2</sup> 文件A68/18。

<sup>3</sup> 自此见成果文件，“我们希望的将来”：<https://sustainabledevelopment.un.org/rio20/futurewewant>（2015年8月10日）。

<sup>4</sup> 联合国大会第66/288号决议。

<sup>5</sup> 全球卫生观察站，<http://www.who.int/gho/phe/en/>（2015年3月18日访问）。

确认接触家庭（室内）空气污染每年导致 430 万例死亡，周边环境（室外）空气污染每年导致 370 万例死亡，造成巨大的社会代价<sup>1</sup>；

意识到接触微细颗粒物等空气污染物，是成年人非传染性疾病，包括缺血性心脏病、脑卒中、慢性阻塞性肺病、哮喘病和癌症的一项主要风险因素，对当代和后代人类健康构成相当严重的威胁；

关切肺炎等急性下呼吸道感染造成的 5 岁以下儿童死亡病例中，半数可归咎于家庭空气污染，家庭空气污染是儿童死亡的一项主要风险因素；

进一步关切空气污染，包括微细颗粒物污染，是世卫组织国际癌症研究机构确认的造成肺癌的一项原因<sup>2</sup>；

意识到短期和长期接触空气污染对公共卫生造成负面影响，而长期接触和重度接触的影响造成远更严重的影响，导致慢性疾病，例如心血管疾病和呼吸道疾病（包括慢性阻塞性肺病），另外，就许多污染物（例如颗粒物）而言，即使低度（即低于世卫组织空气质量指南所列的水平）长期接触，也可能对健康造成一些不良后果；

注意到空气污染及其健康后果对世卫组织 2013-2020 年非传染性疾病全球行动计划目标和指标的重大影响以及适用于公约缔约方的《世卫组织烟草控制框架公约》特别是其有关防止接触烟草烟雾的第 8 条及其准则的重要性；

注意到空气污染是全球卫生不公平的一项因素，尤其影响到妇女、儿童和老年人，以及低收入人口，他们往往暴露在重度周边空气污染之下，或者所处家庭别无选择，只能接触烹饪和供暖造成的空气污染，而改善空气质量是对健康公平产生最大潜在影响的措施之一<sup>3</sup>；

意识到多数空气污染物的排放是世卫组织周边和室内空气污染指南中确定为空气污染来源<sup>4</sup>的人类活动的结果，同时也存在自然发生的对空气质量有负面影响的现象<sup>1</sup>，

---

<sup>1</sup> 世卫组织。2012 年环境空气污染造成的疾病负担。[http://www.who.int/phe/health\\_topics/outdoorair/databases/AAP\\_BoD\\_results\\_March2014.pdf?ua=1](http://www.who.int/phe/health_topics/outdoorair/databases/AAP_BoD_results_March2014.pdf?ua=1)（2014 年 12 月 1 日访问）。

<sup>2</sup> 见国际癌症研究机构人类致癌风险评价专著工作组有关如下问题的专著：

- 室外空气污染（2013 年，第 109 卷）；
- 柴油和汽油尾气及一些芳硝基化合物（2012 年，第 105 卷）；
- 家庭使用固体燃料和高温煎炒（2010 年，第 95 卷）；
- 家庭燃煤造成的室内排放（2012 年，第 100E 卷）；
- 吸烟和被动吸烟（2004 年，第 83 卷）。

<sup>3</sup> 环境和家庭空气污染疾病负担，见 [http://www.who.int/phe/health\\_topics/outdoorair/databases/en/](http://www.who.int/phe/health_topics/outdoorair/databases/en/)（2015 年 11 月 16 日）。

<sup>4</sup> 《世卫组织空气质量指南：2005 年全球最新指南》；《世卫组织室内空气质量指南：家庭燃料燃烧》。日内瓦：世界卫生组织，2014 年；《世卫组织室内空气质量指南：特定污染物》。哥本哈根，欧洲区域办事处，2010 年；《世卫组织室内空气质量指南：潮湿和霉》。哥本哈根，欧洲区域办事处，2009 年。

还注意到室外污染与室内污染明显相互关联；

意识到提高能源效率和扩大使用清洁和可再生能源会对卫生和可持续发展都有好处，并强调此种能源的可负担性将有助于扩大这些机会；

强调空气污染的根源及其负面影响主要是社会经济性的，并意识到需要处理与城市和农村发展有关的健康问题社会决定因素，包括消除贫困，这是实现可持续发展和减轻空气污染对健康影响的一项必不可少的内容；

强调特别是促进向发展中国家转让和传播无害环境技术以处理空气污染的健康影响的重要性；

确认近来改善空气质量的全球努力，尤其是联合国环境大会于 2014 年通过的关于空气质量的 1/7 号决议<sup>2</sup>以及许多国家和区域减轻室内和室外空气污染的健康影响的举措，并注意到区域和次区域合作框架提供了根据每个区域特定环境处理空气质量问题的良好机遇；

意识到为了推动保护健康和减少卫生不公正现象的国家政策选择，卫生部门需要采取跨部门卫生方针，包括将健康融入各项政策<sup>3</sup>；

注意到世卫组织的环境空气质量指南（2005 年）<sup>4</sup>和室内空气质量指南（2014 年）<sup>5</sup>提供了保护人类健康的洁净空气指导和建议，并认识到需要采取支持行动，例如促进和协助实施；

确认消除室外和室内空气污染的许多最重要的和最具成本效益的行动要求各国政府以及区域和地方当局的参与和领导，然而，城市既受到空气污染的特别影响，也有足够能力促进健康城市活动，减轻空气污染及其伴随而来的健康影响，并发展良好实践，补充并实施国家措施；

确认筹措国内资源和适当的国际资源对于重新装备有助于减少空气污染的相关基础设施很重要，是全球可持续发展的一项必不可少的要素，而且与空气污染有关的健康

---

<sup>1</sup> 其中包括氡[一种致癌物]、沙尘暴、火山爆发和森林火灾。

<sup>2</sup> 联合国环境大会第 1/7 号决议 (<http://www.unep.org/unea/download.asp?ID=5171>, 2015 年 3 月 20 日访问); Smith KR, Woodward A, Campbell-Lendrum D, Chadee DD, Honda Y, Liu Q et al. 2014: Human health: impacts, adaptation, and co-benefits. In: Climate Change 2014: Impacts, Adaptation, and Vulnerability. Part A: Global and Sectoral Aspects. Contribution of Working Group II to the Fifth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change. Cambridge, England, and New York: Cambridge University Press, 2014, pp. 709–754.

<sup>3</sup> 考虑到联邦国家的具体情况。

<sup>4</sup> 世卫组织关于微粒物质、臭氧、二氧化氮和二氧化硫的空气质量指南 — 2005 年全球最新情况: 风险评估概要。日内瓦; 世界卫生组织; 2006 年(文件 WHO/SDE/PHE/OEH/06.02), 可自 [http://whqlibdoc.who.int/hq/2006/WHO\\_SDE\\_PHE\\_OEH\\_06.02\\_eng.pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/hq/2006/WHO_SDE_PHE_OEH_06.02_eng.pdf?ua=1) 获得 (2015 年 6 月 18 日访问)。

<sup>5</sup> 《世卫组织室内空气质量指南: 家用燃料燃烧》; 2014 年; (<http://www.who.int/indoorair/publications/household-fuel-combustion/en/>, 2015 年 6 月 18 日访问)。

影响可以作为可持续发展政策的一项卫生相关指标；

认识到改善空气质量是一项重点，既能维护健康，又有益于气候、生态系统服务、生物多样性和粮食安全<sup>1</sup>；

还确认改善空气质量与减少那些导致气温升高及改变气候的污染物的排放的复杂关系，而且存在使这些行动产生多方面好处的明显机会；

强调气温升高、热浪、沙尘暴、火山爆发以及森林火灾也可能会加剧人类活动产生的空气污染对健康的影响，

### 1. 敦促会员国<sup>2</sup>：

(1) 通过在国际、区域和国家级酌情开展和加强多部门合作，以及按照国家各项重点采取有针对性的多部门措施，加倍努力，查明、处理和预防空气污染对健康的影响；

(2) 促进卫生系统（包括健康保护机构）发挥领导作用，提高公众以及所有利益攸关方对空气污染造成的健康影响以及对减少或避免接触空气污染机会的认识，包括指导采取预防措施以协助减少这些健康影响，并与相关部门和其它有关公共和私人利益攸关方有效互动，向其阐明可持续的解决办法，确保将令人关注的卫生问题纳入国家、区域和地方有关的政策、决策和评估程序，包括采取公共卫生预防、防范和应对措施并加强卫生系统；

(3) 促进有关研究，包括：建立和使用关于发病率和死亡率的数据库；评估健康影响；使用卫生保健服务和确定其费用，查明不良健康对社会造成的代价；支持确定研究重点和战略；与学术界合作以弥补知识缺口；并支持加强国家研究机构以及研究领域的国际合作，以确定和实施可持续的解决办法；

(4) 根据本国情况促进加强全球应对空气污染对健康的不良影响，包括通过收集和使用时关于空气质量的健康结果的数据，促进制定规范性标准、传播良好实践和实施工作的经验教训，以及努力统一可供决策者使用的有关卫生指标；

---

<sup>1</sup> 联合国环境大会第 1/7 号决议 (<http://www.unep.org/unea/download.asp?ID=5171>, 2015 年 3 月 20 日访问); Smith KR, Woodward A, Campbell-Lendrum D, Chadee DD, Honda Y, Liu Q et al. 2014: Human health: impacts, adaptation, and co-benefits. In: Climate Change 2014: Impacts, Adaptation, and Vulnerability. Part A: Global and Sectoral Aspects. Contribution of Working Group II to the Fifth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change. Cambridge, England, and New York: Cambridge University Press, 2014, pp. 709–754.

<sup>2</sup> 适用时，还包括区域经济一体化组织。

- (5) 完善对空气污染有关的所有疾病的发病率和死亡率监测，并优化与空气污染物监测系统的联系；
- (6) 参照世卫组织空气质量指南和世卫组织室内空气质量指南以及其它有关信息，制定和开展国家多部门应对空气污染措施，支持实现这些指南的各项目标；
- (7) 鼓励和促进采取措施，导致在减少室内空气污染水平方面取得明显进展，例如采用清洁烹饪、取暖和照明方法以及有效使用能源；
- (8) 采取有效措施，处理并尽量减少尤其与卫生保健活动有关的空气污染，包括酌情落实世卫组织有关指南；
- (9) 在不同部门之间开展政策对话、合作和分享信息，促进在协调一致和多部门的基础上参与今后区域和全球处理空气污染对健康影响的进程；
- (10) 加强国际合作，处理空气污染的健康影响，包括通过促进转让空气污染领域的专长、技术和科学数据以及交流良好做法；
- (11) 确定国家卫生部门的行动，减缓与空气污染有关的卫生不公正现象，并与可从有效、公正和持久的行动中获得最大好处的风险社区密切合作，以协助充分实现可达到的享受最高身心健康水平的权利；
- (12) 履行在 2011 年 9 月联合国大会预防和控制非传染性疾病问题高级别会议上作出的承诺，并酌情采用世卫组织非传染性疾病全球行动计划中提出的路线图和政策方案；
- (13) 加入《世卫组织烟草控制框架公约》的会员国履行其公约义务；
- (14) 与区域和国际组织合作，建立伙伴关系，促进获得充足的技术和财政资源，以改善空气质量；

## 2. 要求总干事：

- (1) 显著增强世卫组织在空气污染与健康领域的能力，以便：
  - (a) 支持和指导会员国落实世卫组织空气质量指南和世卫组织室内空气质量指南；

- (b) 在实施《世卫组织烟草控制框架公约》第 8 条及其准则规定的义务方面，与公约秘书处协调，支持公约缔约方并向其提供指导；
  - (c) 向会员国提供进一步技术支持和指导，包括加强区域和国家办事处在支持国家活动方面的适当能力；
  - (d) 进一步确定、制定和经常更新世卫组织空气质量指南和成本效益工具，包括监测系统，以支持作出有力和有效的决策；
  - (e) 增强世卫组织的技术能力，酌情与有关国际、区域和国家利益攸关方合作，汇编和分析空气质量数据，尤其侧重空气质量对健康的影响；
  - (f) 支持会员国提高认识并向一般公众和利益攸关方（尤其是风险社区）说明空气污染的后果以及旨在减少空气污染的行动；
  - (g) 传播关于有效的室内和环境空气质量干预措施和相关卫生政策的最佳循证做法；
  - (h) 加强世卫组织与其全球卫生观察站一道在召集、指导和影响空气污染与健康领域研究战略方面的能力；
  - (i) 发展适当的咨询能力和支持工具，支持政府各级（尤其是地方级和城市地区）卫生以及其它部门针对各种污染源，处理空气污染及其对健康造成的后果；
  - (j) 在区域级和次区域级发展适当的咨询能力和支持工具，协助会员国处理空气污染对健康造成的后果和在空气质量方面遇到的产生跨境影响的其它挑战，并协助会员国在此领域进行协调；
- (2) 在联合国有关机构和方案的合作下，建立、增强和更新世卫组织分析的公开信息工具，包括有关预防和控制空气污染的具体现有洁净空气技术的政策和成本效益分析，以及其对健康的影响；
- (3) 在全球卫生领域中发挥领导作用，并最大限度地利用协同效应，同时避免与促进和空气质量有关的健康改善及减少空气污染的全球相关努力重叠，同时继续努力通过实施世卫组织关于气候变化和卫生的 WHA61.19 号决议等行动应对健康问题面临的其它环境挑战；
- (4) 与联合国其它伙伴、方案和机构合作，尤其是落实联合国环境大会通过的关于空气质量的第 1/7 号决议；

- (5) 提高对空气污染造成的公共卫生风险和改善空气质量可带来的众多益处的认识，尤其是在讨论 2015 年后发展议程时；
- (6) 继续发挥并增强世卫组织在落实国际化学品管理战略方针方面的领导作用，促进化学品和废物的健全管理，以便尽量减少并在可能的情况下防止空气污染等对健康造成严重的不良后果；
- (7) 加强并在适用的情况下建立与那些可从减少空气污染中获益的现有全球卫生行动的联系，包括与全球减少非传染性疾病努力和全球改善儿童健康努力的联系<sup>1</sup>；
- (8) 根据 2014-2015 年规划预算和 2016-2017 年规划预算以及 2014-2019 年第十二个工作总规划，为秘书处的工作划拨足够资源；
- (9) 向第六十九届世界卫生大会报告本决议的实施情况和在减缓空气污染造成的健康后果方面取得的进展，以及在空气质量方面遇到的其它挑战；
- (10) 向第六十九届世界卫生大会提出增强全球应对空气污染造成的不良健康后果的路线图。

（第九次全体会议，2015 年 5 月 26 日——甲委员会第六份报告）

## **WHA68.9 与非国家行为者交往的框架<sup>2</sup>**

第六十八届世界卫生大会，

审议了关于与非国家行为者交往的框架的报告，以及修订的与非国家行为者交往的框架草案<sup>3</sup>；

意识到与非国家行为者交往对世卫组织的重要性，而在本组织所有三个层级大力管理此类交往的风险将有益于这一交往，

1. **欢迎**在与非国家行为者交往的框架草案许多部分中体现的共识，包括本决议附录中所载框架导言，交往的理由、原则、好处，交往的风险，非国家行为者，交往类型和互动类型等部分中的共识；

2. **要求**总干事：

---

<sup>1</sup> 这类努力有：2013-2020 年世卫组织预防控制非传染性疾病全球行动计划、世卫组织肺炎和腹泻病综合性全球行动计划；到 2025 年前终止可预防的肺炎和腹泻造成的儿童死亡（2013 年）、妇女、儿童和青少年健康全球战略，以及造福所有妇女儿童运动。

<sup>2</sup> 该决议对秘书处的财政和行政影响，见附件 8。

<sup>3</sup> 文件 A68/5，附件和 A68/53。

- (1) 尽快并不迟于 2015 年 10 月召开一次不限成员名额的政府间会议，在本决议附录显示的第六十八届世界卫生大会期间所取得进展的基础上，完成与非国家行为者交往的框架草案的定稿；
- (2) 通过执行委员会第 138 届会议向第六十九届世界卫生大会提交与非国家行为者交往的框架草案的定稿，供大会审议通过；
- (3) 及时编制非国家行为者登记簿，提交第六十九届世界卫生大会，同时考虑到与非国家行为者交往的框架草案的进展情况。

## 附件

### 决议草案

[第六十九届世界卫生大会，

**PP1** 审议了关于与非国家行为者交往的框架的报告，以及修订的与非国家行为者交往的框架草案；

**PP2** 忆及关于世卫组织改革的 WHA64.2 号决议和 WHA65(9)号决定，以及关于与非国家行为者交往的框架的 WHA67(14)号决定和 EB136(3)号决定；

**PP3** 意识到与非国家行为者交往对世卫组织的重要性，而在本组织所有三个层级大力管理此类交往的风险将有益于这一交往；

**(OP1) 1. 批准**本决议附件中所载与非国家行为者交往的框架<sup>1</sup>；

**(OP2) 2. 决定**与非国家行为者交往的框架应取代《世界卫生组织与非政府组织的关系准则》<sup>2</sup>，以及关于与商业企业互动以实现卫生成果的准则<sup>3</sup>；

**(OP3) 3. 要求**总干事：

(1) 执行与非国家行为者交往的框架；

(2) 在第六十九届世界卫生大会上设立非国家行为者登记簿；

<sup>1</sup> 包括与非国家行为者交往的总框架和与非政府组织、私营部门实体、慈善基金会和学术机构交往的四项具体政策。

<sup>2</sup> 在 WHA40.25 号决议中通过。见基本文件，第 48 版，日内瓦：世界卫生组织，2014 年。

<sup>3</sup> 文件 EB107/20，附件。

(3) 在执行委员会每年 1 月份的届会常设议程下，通过规划、预算和行政委员会向执委会报告与非国家行为者交往的框架的执行情况；

(4) 在 2018 年对与非国家行为者交往的框架的执行情况及其对世卫组织工作的影响进行一次评估，并在 2019 年 1 月通过规划、预算和行政委员会向执行委员会提交有关成果，联同修订该框架的任何建议。]

## 附录

### 与非国家行为者交往的框架[草案]

#### 与非国家行为者交往的总框架草案

#### \*第六十八届世界卫生大会结束时的文件

#### 反映甲委员会起草小组的工作

#### 色标说明：

**绿标**案文已达成一致，有待批准。**黄标**案文已获得审议，但未达成协商一致。**灰标**案文为主席就前述黄标段落提出的妥协提案。未标颜色的文字为尚未审议者。

#### 导言

1. 与非国家行为者交往的总框架草案以及世卫组织关于管理与非国家行为者交往的政策和业务程序，适用于在本组织各级与非国家行为者的所有交往<sup>1</sup>，关于交往的四项具体政策和实施程序则限定分别适用于非政府组织、私营部门实体、慈善基金会和学术机构。

#### 交往：理由、原则、好处和风险

##### 理由

2. 世卫组织是按照其《组织法》指导和协调全球卫生的机构。全球卫生格局在许多方面日趋复杂，参与者，包括非国家行为者越来越多。世卫组织考虑到非国家行为者在全球卫生中推动和促进公共卫生的巨大作用，与非国家行为者进行了交往，并鼓励非国家

<sup>1</sup> 总部、区域办事处和国家办事处，在世卫组织之下设立的实体，以及代管的伙伴关系。与非国家行为者交往的框架将适用于代管的伙伴关系，但须遵从世卫组织参与全球卫生伙伴关系和代管安排的政策（WHA63.10 号决议）。第 48 段对代管的伙伴关系以及外部伙伴关系做了说明。

行为者通过其本身的活动，保护和促进公共卫生。

3. 世卫组织的职能，如其《组织法》第二条所载，包括充任国际卫生工作之指导及调整机构；与不同组织建立并维持有效合作；对致力促进卫生之科学团体与专业团体，鼓励其彼此之间的合作。《组织法》进一步委托卫生大会或执行委员会，以及总干事与其他组织开展交往<sup>1</sup>。世卫组织在非国家行为者问题上，应依照其《组织法》和卫生大会的决议和决定，并在适当时考虑到联合国大会或联合国经济及社会理事会的决议和决定而行事。

4. (删除)

5. 世卫组织与非国家行为者交往支持实施各理事机构决定的本组织的政策和建议，以及适用本组织的技术规范和标准。在全球、区域和国家各级，[本着相互尊重]，与非国家行为者进行此类有效交往，还要求采取适用于本框架下非国家行为者的尽职和透明措施[，同时在与特定[行业][和][实体]交往时，保持[格外][适当]审慎。](删除)世卫组织为加强其与非国家行为者的交往，促进全球卫生的效益和利益，需要同时加强其对伴随而来的潜在风险的管理。这就要求一个健全的框架，促成交往，还可作为一种工具，确认风险，将之与预期效益相权衡，同时保护和维护世卫组织的廉正、声誉和公共卫生使命。

## 原则

6. 世卫组织在以下总原则指导下与非国家行为者进行交往。

任何交往必须：

(a) 显示明确有益于公共卫生；

(a 之二) 符合世卫组织的《组织法》、职能和工作总规划；

(b) 尊重世卫组织的政府间性质和世卫组织《组织法》规定的会员国的决策权力；

(c) 坚决支持并加强作为世卫组织工作基础的科学和循证方针；

(d) 保护世卫组织制定和适用政策、规范和标准的过程不受任何不当影响<sup>2</sup>；

<sup>1</sup> 世卫组织《组织法》第十八、三十三、四十一和七十一条。

<sup>2</sup> 制定政策、规范和标准包括收集信息，着手审议和决定规范案文。

- (e) 不损害世卫组织的廉正、独立、公信力和声誉；
- (f) 受到有效管理，包括在可能时避免利益冲突<sup>1</sup>和世卫组织的其它形式的风险；
- (g) 在透明、开放、包容、问责、廉正和相互尊重的基础上开展；

## 交往的好处

7. 世卫组织与非国家行为者的交往可给全球公共卫生和本组织实现其《组织法》、原则和目标，包括在公共卫生中的指导和协调作用带来极大好处。交往包括重大的和长期的合作到较小规模和较短时间的互动。来自此类交往的好处可包括：

- a) (删除)
- b) 非国家行为者可对世卫组织的贡献
- c) 世卫组织可对非国家行为者产生的影响，以加强后者对全球公共卫生的影响，或对卫生的社会、经济和环境决定因素的影响
- d) 世卫组织可对非国家行为者遵守世卫组织的政策、规范和准则产生的影响
- e) 非国家行为者可为世卫组织工作贡献的资源
- f) 非国家行为者对世卫组织政策、规范和标准的广泛传播和遵守

[g) 与世卫组织交往的非国家行为者，包括其本身在食品安全、化学品安全、药物产品的合乎伦理的促销、烟草控制和其他领域的活动中，[充分执行]/[更乐于遵守]世卫组织的公共卫生政策[、规范和标准]。]

或

g) 备选案文[增进][非国家行为者][对世卫组织政策、规范和标准的理解和遵守]

## 交往的风险

8 世卫组织与非国家行为者的交往有其风险，需要加以适当管理，包括酌情避免。重大风险尤其涉及下列情况：

- (a) 利益冲突；
- (b) 非国家行为者对世卫组织工作，尤其是但不限于对政策、规范和标准制定<sup>1</sup>的过度或不当影响；

<sup>1</sup> 如第 23 到第 26 段所载明

- (c) 对世卫组织的廉正、独立性、声誉和公信力,以及公共卫生职能造成负面影响;
- (d) 交往主要是服务于有关非国家行为者的利益,而对世卫组织和公共卫生很少或没有裨益;
- (e) 交往导致对非国家行为者名称、品牌、产品、意见或活动的认可<sup>2</sup>;
- (f) 通过与世卫组织的交往,漂白一非国家行为者的形象;
- (g) 加强一非国家行为者的竞争优势。

## 非国家行为者

9. 为本框架之目的, [非国家行为者系指[独立于政府之外运作的][不附属于任何国家或公共机构]的实体。] (删除) 非国家行为者包括非政府组织、私营部门实体、慈善基金会和学术机构。 [其他国际组织]

## 主席的建议

**9 之备选案文** 为本框架之目的, 非国家行为者系指独立于政府之外运作的, 不附属于任何国家或公共机构]的实体。非国家行为者包括非政府组织、私营部门实体、慈善基金会和学术机构。

**10. 非政府组织**为独立于政府之外运作的非营利实体。它们通常是会员制, 以非营利实体或个人为会员, 就非政府组织的政策行使表决权, 或出于非营利的公共利益目标, 以其他方式构成。它们应免于主要是私人、商业或营利性质的考虑。它们可包括例如基层社区组织、民间社会团体和网络、信仰组织、专业团体、针对具体病患的团体和患者团体。

**11. 私营部门实体**为工商企业, 也即旨在为业主营利的企业。该术语还指代表或受私营部门实体管理或控制的实体。这包括(但不限于)代表工商企业的商会、未与其商业赞助者“保持一定距离”<sup>3</sup>的实体, 以及部分或全部为国家所有, 但像私营部门实体一样行事的工商企业。

<sup>1</sup> 制定政策、规范和标准包括收集信息, 着手审议和决定规范案文。

<sup>2</sup> 认可不包括制定资格预审或世卫组织杀虫剂评价方案(WHOPEP)一类程序。

<sup>3</sup> 一实体如独立于另一实体, 不接受另一实体指示, 且其决定和工作明显不受或[可合理]认为不受另一实体左右, 即为与该另一实体“保持一定距离”。

**国际商会**为无意为自身营利，但代表其成员利益的私营部门实体，这些成员或为工商企业，或为国家的或其他商会。为本框架之目的，它们拥有通过其受权代表为其成员发言的权力。其成员可就国际商会的政策行使表决权。

12. **慈善基金会**为非营利实体，其资产由捐助者提供，收入用于造福社会之目的。它们在管理和决策方面应明确独立于任何私营部门实体。

13 **学术机构**为通过研究、教育和培训追求和传播知识的实体<sup>1</sup>。

14 上述四类实体的每一类，均适用总框架和关于交往问题的各自的具体政策。世卫组织将通过尽职调查，确定一非国家行为者是否受私营部门实体的影响，以致该非国家行为者应被视为私营部门实体。如果一非国家行为者的决策过程和机构始终独立于私营部门的不适当影响，世卫组织可决定将该实体视为非政府组织、慈善基金会或学术机构，但可能适用世卫组织与私营部门实体交往政策和业务程序的有关规定，例如不接受其对规范性工作的资助和实物捐赠。

## 互动的类型

15. 以下为世卫组织与非国家行为者交往中的互动类型。每一类互动可采取不同形式，面临不同程度的风险，涉及与本组织不同程度和类型的交往。

## 参与

16. 非国家行为者可参加世卫组织召开的各类会议。其参与的性质取决于有关会议的类型。非国家行为者参加协商、听证和其它会议的形式和方式，应由世卫组织理事机构或秘书处在个案基础上作出决定。

(a) **理事机构的会议**。此类会议系指世界卫生大会、执行委员会和六个区域委员会的届会。非国家行为者的参与依照理事机构各自的议事规则、政策和惯例，以及本框架处理正式关系的部分而定。

(b) **磋商**。包括为交流信息和意见的目的而举行的非理事机构届会的任何实体或虚拟会议。来自非国家行为者的投入在任何可能的地方都应对公众开放。

(c) **听证会**。参加者可在此类会议上表明其证据、意见和立场，并就此接受质询，但不参与辩论。听证会可为电子形式，也可当面进行。所有感兴趣的实体应在同一

<sup>1</sup> 这包括基本是政策性机构的思想库，只要它们的主旨是进行研究，而学术机构的国际联合会则被视为非政府组织，受制于第14段。

基础上受到邀请。与会者和听证期间表明的立场应记录在案，在任何可能的地方都应对公众开放。

(d) **其他会议**。这些会议非制定政策或准则进程的一部分，例如通报会、情况介绍会、科学会议，以及有关行为者进行协调的平台。

17. 世卫组织依照本框架规定、其四项具体政策和业务程序，以及世卫组织适用规则、政策和程序，参加完全或部分由非国家行为者举行的会议，包括下列任何一种可能性：

- 世卫组织与非国家行为者联合举行的会议
- 世卫组织赞助非国家行为者举行的会议<sup>1</sup>
- 世卫组织工作人员在非国家行为者举行的会议上发言或作为小组成员行事
- 世卫组织工作人员出席非国家行为者举行的会议。

## 资源

18. 资源[为]/[包括]资金、[人力]或[技术工作或执行世卫组织规划和政策，进行应急响应的人力]或实物捐助。实物捐助包括药品和其他商品捐助，以及免费提供服务。

或

将提交新案文

和/或

18 之二 [说明人力类型]

和/或

[添加脚注，对人力加以说明]

[添加 18 之三 世卫组织可规定非国家行为者自愿捐款的上限。任何超出该一限额的捐赠都应进入核心资源基金，秘书处有充分自由将资源调拨给资金不足的规划。

<sup>1</sup> “赞助会议”意味着：(1)另一实体承担组织会议的主要责任；(2)世卫组织支持并会议及其议事并提供捐助；(3)世卫组织保留澄清会议议程、与会者名单和会议成果文件的权利。

会员国的评定会费应分配给在自愿捐款下资金不足的规划]~~删除~~

## 主席的建议

18 之备选案文：资源包括资金[添加脚注：[促请非国家行为者按照工作总规划和规划预算，尽可能灵活地提供捐助]、人力、[添加脚注：人力不包括世卫组织职员，或世卫组织借调人员。可为紧急工作接受人员。此类人员决不用于与政策、规范和标准制定有关的活动]或实物捐助。实物捐助包括药品和其他商品捐助，以及免费提供服务（添加关于此类人员的脚注：非国家行为者雇用的非借调人员性质的人员的短期贡献。[此类人员不代表世卫组织，没有胸卡]）（同时参阅关于非政府组织的政策第 7 段，关于私人部门的政策的第 15 段，关于慈善基金会的政策的第 7 段和关于学术机构的政策的第 8 段）

**添加脚注：**[促请]非国家行为者[应在]尽可能灵活[和不指定专门用途]地提供捐助。任何捐助都应与其规划预算完全保持一致。

或

[添加脚注：资源必须在与工作总规划和规划预算一致的情况下提供，并应尽可能保持灵活。]

或

[世卫组织应就从非国家行为者那里收到的资金和实物资源提供详尽信息，包括捐助者姓名、数量、目的和分配情况。]（移至第 38 段之后）

**添加脚注：**非世卫组织职员的人员，或世卫组织借调人员。可为紧急工作接受人员。此类人员决不可用于与政策、规范和标准制定有关的活动]或实物捐助。

## 证据

19. 为本框及之目的，证据系指将世卫组织独立分析，建立在最新信息、关于技术问题的知识和对科学事实的审议基础上的投入。世卫组织的证据生成包括搜集、分析和生成信息，以及管理知识和开展研究。非国家行为者可根据本框架规定、其四项具体政策和业务程序，以及其它适用的世卫组织规则、政策和程序，提供其关于技术问题的最新信息和知识，并与世卫组织适当分享其经验。此类贡献只要可能，即应酌情予以公布。生成的科学证据应予以公布。

## 倡导

20. 倡导是为提高对卫生问题，包括对关注度不足的一些问题的认识；为公共卫生目的改变行为；在需要联合行动时促进非国家行为者之间的合作和更高程度的一致。

## 技术合作

21. 为本框架之目的，技术合作系指与非国家行为者在《工作总规划》载明的活动中进行其他适当合作，包括：

- 产品开发
- 能力建设
- 紧急情况中的业务合作
- 促进执行世卫组织的政策。

## 管理利益冲突和其他交往风险

22. 管理，包括酌情避免利益冲突和其他交往风险要求采取如下一系列步骤<sup>1</sup>。

- 世卫组织在与非国家行为者交往时，须对之有所了解。因此，要求每一非国家行为者提供关于其自身及其活动的所有有关<sup>2</sup>资料，世卫组织据此进行尽职调查。
- 世卫组织进行风险评估，以确定伴随每次与非国家行为者的交往而来的特定风险。
- 交往风险须加以管理，并统一地传达至本组织三个层级的每一层级和全组织范围。为此，世卫组织通过单一的，全组织范围的电子手段管理交往活动<sup>3</sup>。
- [会员国[需要]监督世卫组织与非国家行为者的交往。因此，总干事[每年]通过规划、预算和行政委员会[常会]向执行委员会[常会]报告与非国家行为者的交往情况，[[尤其侧重于]/[包括][向交往协调组][和总干事][提出的交往建议]/[和总干事作出的不交往决定]引起的[政策相关]（删除）挑战，[并将之列为规划、

<sup>1</sup> 框架的制定，旨在管理机构性交往；其实施与本组织制约在个人方面利益冲突的其他政策的执行密切协调（见第 48 段）。

<sup>2</sup> 根据第 38 段之二的规定。

<sup>3</sup> 世卫组织使用电子手段管理交往。如第 38 段脚注 1 所述，面向公众的工具部分是非国家行为者登记簿；该工具还提供内部交往管理的电子工作流程。类似的电子工具还用于管理个人利益冲突，以在实施本框架与执行管理专家个人利益冲突的政策之间进行协调。

预算和行政委员会[[提交执行委员会的]常设议程项目[[并通过非国家行为者登记簿公布所有交往。]](删除)(添加脚注:见第38段之三)

或将该段一分为二:

程序

总干事报告的内容

- **新的主席建议:** 会员国监督世卫组织按照第64和65段规定与非国家行为者的交往
- [要求独立专家监督咨询委员会每年报告世卫组织与非国家行为者的交往情况,特别侧重于交往协调组处理的案例,并提供机会,以便会员国在规划、预算和行政委员会通过该报告之前与独立专家监督咨询委员会讨论该报告。](删除)

38之三 [除了向公众开放的信息外,会员国可通过电子手段查阅关于非国家行为者尽职调查、以及风险评估和风险管理的摘要报告。关于秘书处为管理此类交往所使用信息的更多细节,可应要求并在法律上可行的情况下,提供给会员国。[此外,会员国可查阅想交往协调组和总干事提交的交往建议。]](删除)

[利益冲突](注:整节放在括号内)

23. 利益冲突源于以下情况,即次生利益(世卫组织在特定区域工作成果的既得利益方)可能不适当地影响,或可合理地视为不适当地影响了主要利益(世卫组织的工作)的专业判断或行动的独立性和客观性。各种形式的利益冲突的存在本身并不意味着发生了不当行为,但意味着存在发生此类不当行为的风险。利益冲突不仅是经济上的,还可能采取其他形式。

**23之二** 在世卫组织内的个人利益冲突为涉及专家,无论其身份标志如何,以及职员的一类冲突;这些冲突按照本框架第48段列明的政策加以处理。

24. 所有机构都有多重利益,也即世卫组织在与非国家行为者的交往中,往往同时面对彼此趋同或相互冲突的利益。**机构性利益冲突**是指这样一种情况,即在此情况下,世卫组织在《组织法》中体现的主要利益可能受到一非国家行为者的冲突利益的不适当影响,影响或可合理地视为影响了世卫组织工作的独立性和客观性。

25. 世卫组织积极管理机构性利益冲突或上文第8段所述其他交往风险,旨在避免听任一非国家行为者对本组织决策过程施加或可合理地视为施加不适当的影响,或凌驾于其利益之上。

26. 对世卫组织来说，最重大的机构性利益冲突潜在风险来自非国家行为者的利益，尤其是经济、商业或金融利益与世卫组织的公共卫生政策、组织法职能和利益，尤其是本组织在制定政策、规范和标准时的独立性和公正性发生冲突的情况。

### 尽职调查和风险评估

27. 在考虑进行交往的可能性时，秘书处的有关单位将进行初步审查，以确定此类交往是否符合本组织的利益，并与第6段中所载世卫组织与非国家行为者交往的原则以及《工作总规划》和规划预算确定的重点保持一致。如果情况确实如此，技术单位将请非国家行为者提供其基本信息。该单位随后使用全组织范围的电子手段补充这一信息，包括陈述拟议的交往，以及其对所涉利弊的评估。该信息随后转呈负责分析所提供信息的中央专门机构。

28. 在与任何非国家行为者交往之前，世卫组织为维护其廉正起见，需要进行尽职调查和风险评估。**尽职调查**指的是世卫组织采取步骤，寻求和核实非国家行为者的有关信息，对其情况有一个明晰的了解。所谓尽职调查，涉及有关非国家行为者的性质，而**风险评估**则是指评估与非国家行为者进行的具体拟议交往。

29. **尽职调查**将审查非国家行为者提供的信息，从其他来源搜求有关实体的信息，以及分析所掌握的所有信息结合在一起。这包括筛选不同的公共、法律和商业信息来源，例如媒体、有关实体的网站、公司分析报告、公司名录和简介，以及公共、法律和政府来源。

30. 尽职调查的核心职能是：

- 澄清拟议与世卫组织交往的实体的性质和宗旨；
- 澄清该实体与世卫组织交往的利益和目的及其期待的回报；
- 确认该实体的法律地位、活动领域、成员资格、管理方式、资金来源、宪章、章程、议事规则和隶属关系；
- 厘清该实体在以下方面的主要历史和活动情况：卫生、人和劳工问题；环境、伦理和商业问题；声誉和形象，以及财务稳定性；
- **主席原来的建议**：确认一非国家行为者的性质或活动是否与世卫组织工作和使命不相容（例如与烟草和军火业的联系），或是否要求本组织在与该实体交往时保

持特别审慎（例如与其他影响人类健康或与世卫组织规范和标准相抵牾的行业的联系）（脚注如第 44 段所述）

或

[确认一非国家行为者的性质或活动以及与世卫组织之间预见到的关系类型是否与世卫组织工作和使命不相容，或是否要求本组织在应用第 44 和 44 之二段的规定之后与该实体交往时保持特别审慎]

或

[确认一非国家行为者的性质或活动是否与世卫组织工作和使命不相容，或是否要求本组织在.....交往时保持特别审慎]

31. 尽职调查还允许秘书处为交往目的，按照每一非国家行为者的性质、目标、管理方式、资金来源、独立性和成员资格，将其列入四类非国家行为者中的一类。这一分类将在非国家行为者登记簿中显示。

32. 风险是表明一事件存在可能和潜在的影响力，或将削弱本组织达成其目标的能力。对拟议交往的**风险评估**在尽职调查之外进行。这涉及评估伴随与非国家行为者交往而来的风险，尤其是第 8 段中描述的风险。

## 风险管理

33. **风险管理**涉及导致作出管理决定的过程，秘书处在此过程中明确和合理地决定与非国家行为者进行交往<sup>1</sup>、继续交往、在交往过程中采取措施减少风险、不交往或脱离正在进行或计划进行的交往。它通常是由负责管理与非国家行为者交往的单位作出的管理决定。

34. 如第 27 段所述，负责履行尽职调查和风险评估的专门单位就上文第 33 段列明的与交往有关的选择拟订建议，连同提出此类建议的理由。提议交往的单位如赞成这些建议，则加以执行。如有不同意见，可将这些意见转交交往协调组。（脚注：**交往协调组**是总干事任命的一个秘书处小组，包括来自各区域办事处的代表。）

35. 交往协调组对转交的交往建议进行审查，并就与非国家行为者的交往（删除）、继续交往、在交往过程中采取措施减少风险、不交往或脱离正在进行或计划进行的交往提出建议。如负责交往的单位不同意这一建议，则由总干事作出最后决定。

<sup>1</sup> 与第 49 至 55 段所载明的关于建立正式关系的决定不同。

36. 根据世卫组织的风险管理框架<sup>1</sup>，世卫组织对交往采取风险管理做法，仅在以下情况中与非国家行为者进行交往，即交往的效益就其对第7段所述公共卫生和完成本组织任务的直接或间接贡献而言，胜过第8段所述任何残余风险以及建立和维持交往所花费的时间和费用。

## 透明度

37. 对世卫组织与非国家行为者的互动，[进行]/[应进行]透明管理。世卫组织向理事机构提交有关其与非国家行为者交往[，包括交往协调组工作]的年度报告，并公布与其交往的非国家行为者的基本信息和有关具体交往。

## 或

[对世卫组织与非国家行为者的互动进行透明管理。世卫组织向理事机构提交有关其与非国家行为者交往的年度报告，  
[，包括关于秘书处开展的尽职调查、风险评估和风险管理的摘要信息。]  
交往协调组工作，并公布与其交往的非国家行为者的适当信息和有关具体交往。]  
[，包括关于秘书处开展的尽职调查、风险评估和风险管理的摘要报告。]

## (主席建议仅保留主席的文本)

38. 世卫组织的非国家行为者登记簿是建立在网络基础上，秘书处使用此一可公开检索的电子手段<sup>2</sup>，记录和协调与非国家行为者的交往。它载有非国家行为者提供的主要标准信息<sup>3</sup>，以及对世卫组织与这些行为者交往的高水平描述（脚注3）；

[脚注3：该登记簿涵盖本组织的所有三个层级——全球、区域和国家，并包括代管伙伴关系和联合规划。]

38之二. 要求与世卫组织交往的非国家行为者提交关于其组织的信息。这些信息包括：名称、法律地位、目标、管理结构、主要决策机构的组成、资产、年收益和资金来源、主要相关附属机构、网页以及一个或多个与世卫组织的联络点。

<sup>1</sup> 见文件 EB133/10。

<sup>2</sup> 非国家行为者登记簿是秘书处所使用的第一级手段，载有四个级别的信息：向公众开放级；向会员国提供级；秘书处工作级；仅供秘书处数目有限的个人访问的保密和敏感级信息。

<sup>3</sup> 关于非国家行为者财务捐款的信息载于本登记簿和规划预算的门户网站中。

38 之二. [要求与世卫组织交往的非国家行为者提交关于其组织的信息。这些信息包括：名称、成员资格、法律地位、目标、管理结构、主要决策机构的组成、资产、年收益和资金来源、主要相关附属机构、网页以及一个或多个与世卫组织的联络点。]

38 之三. [尽职调查报告，[包括]（删除）与风险评估和风险管理有关的决定[包括拒绝交往的决定]/（删除），将提供给会员国] [相关信息[应]向公众开放]/（删除）或[尽职调查报告和风险评估报告，以及关于第 33 段中列明的交往选择的决定，将提供给会员国。]

38 之三. 主席的旧文本： [除了向公众开放的信息外，会员国可通过电子手段查阅关于非国家行为者尽职调查、以及风险评估和风险管理的摘要报告。关于秘书处为管理此类交往所使用信息的更多细节，可应要求并在法律上可行的情况下，提供给会员国。]

**新的主席文本：** 38 之三. 除了向公众开放的信息外，会员国可通过电子手段查阅关于非国家行为者尽职调查、以及风险评估和风险管理的摘要报告。[关于秘书处为管理此类交往所使用信息的更多细节，可应要求并在法律上可行的情况下，提供给会员国。]此外，会员国可以查找关于交往协调组所审议案例的此类信息。

和

[在决议案文中增列建立和推出该登记簿的时间表。]

**（主席建议保留第 38、38 之二和 38 之三的主席文本。决议中增加了内容，提及推出登记簿）**

39. 如秘书处决定与一个非国家行为者进行交往，将公布该实体提交、并在世卫组织非国家行为者登记簿保存的信息摘要。非国家行为者提供并在登记簿公布的信息的准确性由有关非国家行为者负责，不构成世卫组织的认可。

40. 登记簿中说明的非国家行为者必须每年或应世卫组织的要求更新其提供的自身信息。世卫组织非国家行为者登记簿中的信息将标明日期。关于不再与世卫组织交往的实体或未更新其信息的实体的信息将标明为“归档”。在今后申请交往时，可酌情考虑世卫组织非国家行为者登记簿中的归档信息。

41. 世卫组织有一本手册，指导非国家行为者根据本框架，与世卫组织的互动。还有一本关于实施与非国家行为者交往框架的工作人员指南。

-----  
注：以下“保存”来自第 41 段的案文，作为讨论第 48 段的投入

[应与框架配合使用] (删除:)

或

[世卫组织所有相关准则将于本框架相[统一]/[协调] (脚注: 列明所有相关文件]

或

移至 (如脚注) 第 48 段

(主席建议删除所有黄色文字, 因为将在第 48 段中进行讨论)

42. (删除)

43. (删除)

## 具体规定

44. 世卫组织不与烟草业或军火业[及其附属机构]交往

(主席建议接受“及其附属机构”)

### [与特殊行业]/[非国家行为者]的交往

44 之二. [[按照并遵循本框架的规定, ]世卫组织在与[消极]影响人类健康或受到世卫组织规范和标准影响的[非国家行为者]/[其他行业]/[私营部门和一些行业][止于此处][[诸如]/[例如][, 但不限于, ]酒精、食品和饮料业进行交往时, 将[特别]/[适当]/(删除) 审慎, 尤其是在开展尽职调查和风险评估时]

**主席建议:** 44 之二. 世卫组织在与受到世卫组织政策、规范和标准影响的私营部门实体或其他非国家行为者进行交往时将特别审慎, 尤其是在开展尽职调查和风险评估时。

### 与世卫组织名称和会徽的联系

45. 众所周知, 世卫组织的**名称和会徽**是廉正和质量保证的象征。因此, 世卫组织的名称、缩写和会徽不得用于或配合商业、促销和广告目的。对名称或会徽的任何使用都必

须得到世卫组织总干事的明确书面授权<sup>1</sup>。

## 借调

46. [世卫组织不接受非国家行为者的借调人员。]/ (删除:)

## 或

[世卫组织不接受私人部门实体的借调人员。可按照 WHA67/7 号决议，接受其它类型非国家行为者的借调人员。]

## 或

[世卫组织可接受非国家行为者的借调人员，从事技术工作，或执行世卫组织的规划、政策和紧急情况应对。]

**主席建议：46.** 世卫组织不接受非国家行为者的借调人员

## 本框架与世卫组织其他政策的关系

47. 本框架取代《世界卫生组织与非政府组织的关系准则》<sup>2</sup>以及关于与商业企业互动以实现卫生成果的准则（执行委员会的说明）<sup>3</sup>。

48. 执行与非国家行为者交往框架，应与下列仍然生效的有关政策相协调[和保持一致]。[在冲突情况下，本框架应优先。]/[本框架应优先于下列相关政策]：

## 或

[下列政策的实施将同与非国家行为者交往的框架相协调并保持一致。]

[[a) 世卫组织参与全球卫生伙伴关系和代管安排<sup>4</sup>]

[(i) 代管伙伴关系的法人资格来自世卫组织，并受本组织的规章和条例制约。因此，本框架适用于它们与非国家行为者的交往。它们拥有独立于世卫组织理事机构的正式治理结构，能够就方针、工作计划和预算作出决定；其规划问责框架也独立于世

<sup>1</sup> 见 <http://www.who.int/about/licensing/emblem/en/>。

<sup>2</sup> 《基本文件》，第四十七版。日内瓦：世界卫生组织；2009年，第81-86页。

<sup>3</sup> 见文件 EB107/2001/REC/2，第十二届会议摘要记录。

<sup>4</sup> 经卫生大会关于伙伴关系的 WHA63.10 号决议批准。

卫组织的框架。本框架同样适用于受本组织规章和条例制约的其它代管实体。]

[(ii) 世卫组织参与外部伙伴关系受关于世卫组织参与全球卫生伙伴关系和代管安排的政策制约。为管理世卫组织参与这些伙伴关系的风险，应适用与非国家行为者交往的框架。]

**或**

[(a) 本框架适用于世卫组织，因此世卫组织代管的伙伴关系和实体将受其制约。]

[与非国家行为者交往的框架将适用于代管的伙伴关系，但须遵从世卫组织参与全球卫生伙伴关系和代管安排的政策（WHA63.10号决议）。]

(b) 对世卫组织与个人专家关系的管理受《专家咨询团和专家委员会条例》<sup>1</sup>和《利益申报准则》（世卫组织专家）制约。

(c) 本组织的《人事条例》和《职员细则》，特别是其中关于利益申报的规定：按照世界卫生组织《人事条例》第1.1条，所有工作人员“应以世界卫生组织利益为唯一考虑而履行其职责，调整其操守”。

(d) 科学合作受《研究组、学术组、协作机构和其它协作方式条例》制约<sup>2</sup>。

(e) 商品和服务采购受《财务细则》和《财务条例》制约<sup>3</sup>，未包括在与非国家行为者交往的框架内，虽然框架涵盖了非国家行为者的无偿捐助。

(f) 如同世卫组织的任何其他筹资，来自非国家行为者的资助应被视为筹资对话的一部分，且受《财务细则》和《账务条例》制约；接受此类资金捐助的决定受本框架制约。

**主席建议：**在有关决议中决定接受还是删除方括号中的文本：

**或**

[48a) 备选案文。世卫组织参与外部伙伴关系受关于世卫组织参与全球卫生伙伴关系和代管安排的政策制约并且还受到当前框架的补充制约。具体说，为了就世卫组织参与

<sup>1</sup> 见《基本文件》，第四十七版。日内瓦：世界卫生组织；2009年，第103-111页（<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/CH/basic-documents-47-ch.pdf>，2014年12月1日访问）。

<sup>2</sup> 《基本文件》，第四十七版。日内瓦：世界卫生组织；2009年，第112-119页。

<sup>3</sup> 《基本文件》，第四十七版。日内瓦：世界卫生组织；2009年，第87-97页。

正式伙伴关系问题进行尽职调查、风险评估和风险管理，将适用当前的框架。]

## 正式关系

49. “正式关系”为一特权，执行委员会可授予曾为并继续为本组织利益进行了持续和系统交往<sup>1</sup>的非政府组织、国际商会和慈善基金会。所有这些实体的目标和活动都应符合世卫组织《组织法》的精神、宗旨和原则，它们应为促进公共卫生作出巨大贡献。有正式关系的组织可参加世卫组织理事机构的会议，但在其他方面，则应同其他与世卫组织交往的非国家行为者遵守相同规则。

50. [建立了正式关系的所有实体均应有组织法或类似基本文件、既定的总部、指导或管理机构、行政管理结构，并定期更新其在世卫组织非国家行为者登记簿中的条目。]

或

50 备选案文 [建立了正式关系的实体（插入脚注）的成员资格和/或范围是国际性的。所有建立了正式关系的实体应有组织法或类似基本文件、既定的总部、指导或管理机构、行政管理结构，并定期更新其在世卫组织非国家行为者登记簿中的条目]

[脚注：在世卫组织与国家非政府组织建立正式关系之前，或在于此类组织商定正式关系之前，应根据世卫组织《基本法》第七十一条采取适当措施，向有关政府进行咨询]

或

50 备选案文（主席建议的旧文本）建立了正式关系的实体的成员资格和[/或]范围是国际性的。所有建立了正式关系的实体应有组织法或类似基本文件、既定的总部、[指导]/[管理]或理事机构、行政管理结构，并定期更新其在世卫组织非国家行为者登记簿中的条目（+删除第 55 段）

**主席建议的新文本：**建立了正式关系的实体的成员资格和/或范围是国际性的。所有建立了正式关系的实体应有组织法或类似基本文件、既定的总部、理事机构、行政管理结构，并定期更新其在世卫组织非国家行为者登记簿中的条目（+删除第 55 段）

51. 围绕[商定目标/成果/具体目标和]

[根据共同商定的目标]（删除）

<sup>1</sup> 世卫组织非国家行为者登记簿记载至少为期两年的系统交往，双方均认为互利互益。仅仅参加另一方的会议不可视为系统交往。

按照《工作总规划》和规划预算安排的今后三年的活动的合作计划，应成为世卫组织与有关组织建立正式关系的基础。该计划应在世卫组织非国家行为者登记簿上公布。这些组织应每年提交简明报告，说明合作计划的执行进展情况以及也将在世卫组织登记簿上公布的其他有关活动情况。

**主席建议：**第 51 条. 正式关系应当以世卫组织与有关实体之间的合作计划为基础，该计划应载有商定的目标和按照《工作总规划》和规划预算安排的今后三年的活动。该计划还应在世卫组织非国家行为者登记簿上公布。这些组织应每年提交简明报告，说明合作计划的执行进展情况以及也将在世卫组织登记簿上公布的其他有关活动情况。

52. 执行委员会负责决定接纳有关组织与世卫组织建立正式关系，并应对这一地位每三年进行一次审查。总干事可提议接纳国际非政府组织、慈善基金会和国际商会。总干事还可根据与这些组织的合作情况，提议提前进行审查。

53. 建立了正式关系的实体可应邀参加世卫组织理事机构的届会。这一特权包括：

(a) 有可能委派一名代表出席世卫组织理事机构会议、委员会会议和在其领导下召开的会议，但无表决权；

(b) 有可能在以下情况下发言：(i)应会议主席邀请；(ii)如讨论项目为有关实体特别感兴趣者，经会议主席同意；

(c) 有可能在辩论之前提交上文分段(b)中提及的发言，供秘书处专门网站上公布。

54. 非国家行为者参加世卫组织理事机构的会议须指定一名代表团团长，并宣布其代表的附属关系。这一宣布应包括每位代表在非国家行为者内的职责，以及适当时该代表在任何附属组织中的职责。

55. [建立正式关系的实体的会员资格和/或范围是国际性的。该组织或其附属组织也可参加区域委员会的会议。区域委员会得决定对未建立正式关系的其他非国家行为者予以会议资格认证的有关程序，只要该程序是依照本框架管理的。]（与第 51 段一起讨论）

（主席建议删除第 55 段，因为它可以与第 50 段合并）

## 接纳和审查建立正式关系的组织的程序

56. 申请建立正式关系应以在世卫组织非国家行为者登记簿上的最新条目为基础，按要求提供关于非国家行为者性质和活动的必要信息。申请应概述在非国家行为者登记簿上记载的以往的交往情况，以及非国家行为者与世卫组织共同制订和商定的与世卫组织的三年合作计划。

57. 证实正式关系申请准确性的签署函件应不迟于七月底网上送达世卫组织总部，以提交翌年一月召开的执行委员会届会。对建立正式关系的申请应加以审查，以确保按照本框架满足既定标准和其他要求。申请应由秘书处执行委员会一月份届会开幕前六星期转交执行委员会成员，供其审议是否建立正式关系。

58. 建立了正式关系的实体和秘书处须列明合作联络点的名称，而这些联络点则负责相互通报并向其组织通报合作计划的执行进展情况，它们也是通报任何变化或问题的第一联络点[移至第 61 段之后]。

59. 在执委会一月份届会期间，规划、预算和行政委员会应审议所提交申请，并向执委会提出建议。该委员会可邀请有关组织在会上就其申请发言。如申请组织经审议不符合既定标准，但考虑到根据确定的目标、以往成功合作的经历以及今后交往活动的范围，需要保持有益的伙伴关系者，委员会可建议推迟对这一申请的审议或拒绝。

60. 执委会在审议该委员会建议后，应决定是否接纳某一组织与世卫组织建立正式关系。对非国家行为者的再次申请，通常应在执委会对原申请作出决定两年后再予审议。

61. 总干事应将执委会对申请作出的决定通知每个组织。总干事应记录秘书处内和执行委员会就非国家行为者申请作出的决定，反映世卫组织非国家行为者登记簿的状况，保存接纳建立正式关系的组织的名单。

62. 执委会应通过其规划、预算和行政委员会，每三年一次审查与每一非国家行为者的合作情况，决定是否适宜保持正式关系，或将审查决定推迟到下一年。执委会的审查应跨越三年期间，每年对三分之一的建立正式关系的实体进行审查。

63. 总干事可在遇有问题时建议由执行委员会通过其规划、预算和行政委员会提前审查与非国家行为者的正式关系，例如该实体未履行其在合作计划中的责任，缺乏接触，非国家行为者没有满足对它的报告要求，或该组织性质或活动发生变化，非国家行为者不再符合接纳标准，或任何可能的新的合作风险。

64. 随着规划和其他情况的变化，执委会如果认为正式关系不再适宜或不再必要，则可

中止这种关系。同样，如一组织不再符合在建立这种关系时适用的标准，没有更新其资料 and 在世卫组织非国家行为者登记簿上报告合作情况，或没有履行其在商定的合作规划中的职责，执委会也可暂停或中止正式关系。

### [非政府组织的认证]

64 之二 要获得出席卫生大会、执行委员会和各委员会会议以及在其授权下召集的各种会议的资格，非政府组织应：

- (a) 具有与世卫组织《组织法》一致的目标和宗旨并符合本组织的各项政策以及执行委员会和世界卫生大会通过的各项决议和决定；
- (b) 证明在与世卫组织工作有关的某个活动领域具有能力；
- (c) 成员和/或活动具有国际范围；
- (d) 在性质上以及其活动和宣传中是非营利性的并促进公共利益；
- (e) 有既定的结构、组织法和问责机制；
- (f) 对于会员制组织，有权代表其成员发言并有代表结构；成员组成不应包括私营部门实体，与私营部门实体有关联的个人或未与私营部门保持一定距离的慈善基金会和学术机构；
- (g) 截至世卫组织收到其申请之日已正式存在至少三年；
- (h) 披露关于其目标、结构、执行机构成员组成、活动领域和资金来源的信息，以及适用时其与联合国系统其他实体的关系状况；
- (i) 同意定期向世卫组织提供最新信息并在其“非政府组织”地位发生任何变化时立即向世卫组织进行通报。

填写完毕的申请应在六月初送交世卫组织总部以便执行委员会能在次年一月的届会上加以审议。秘书处应在准备审议有关申请的届会之前两个月将申请转呈各会员国。执委会对某非政府组织的原申请作出决定两年后方可审议其提出的再次申请。一旦某非政府组织获得资格认证，关于其目标、结构、执行机构成员组成、活动领域和资金来源的信息，包括最新信息将予以公开。每两年将向执行委员会提交一份关于获得资格认证的非政府组织报告。

(主席建议：删除)

## 监督交往

65. 执行委员会通过其规划、预算和行政委员会，监督世卫组织与非国家行为者交往框架的执行情况，建议修订本框架，并可向国际非政府组织、慈善基金会和国际商会赋予正式关系特权。

66. 规划、预算和行政委员会应就下列方面进行审查，提供指导并酌情向执行委员会提出建议：

(a) 监督世卫组织对与非国家行为者交往框架的实施情况，包括：

(i) 审议总干事提交的关于与非国家行为者交往的年度报告，该报告概述交往情况并突出这种交往带来的挑战。

和

(i 之二) [审议独立专家监督咨询委员会关于世卫组织与非国家行为者交往的年度报告]

(ii) 执委会转交该委员会的任何其他交往事宜

(b) 有关实体与世卫组织建立正式关系，包括：

(i) 批准与非国家行为者建立正式关系的建议

(ii) 审查更新与有关实体的正式关系

(c) 必要时修订与非国家行为者交往的框架的任何建议。

主席建议：保留文本，包括 i 之二

## 不遵守本框架

67. 不遵守除其它外，可包括以下行为：明显拖延向世卫组织非国家行为者登记簿提供信息；提供错误信息；为商业、促销、推销和广告目的利用与世卫组织的交往；[参与[政治活动]/[党派政治]；]滥用世卫组织的名称和会徽；滥用正式关系赋予的特权。

**主席建议的第 67 段之备选案文：**不遵守除其它外，可包括以下行为：明显拖延向世卫组织非国家行为者登记簿提供信息；提供错误信息；为商业、促销、推销和广告目的利用与世卫组织的交往；滥用世卫组织的名称和会徽；滥用出于公共卫生以外其它目的而与世卫组织交往的事实；滥用正式关系赋予的特权。

68. 非国家行为者不遵守本框架条款可经适当程序后对有关实体产生后果，这些程序包括提醒、警告、中止和结束函件、拒绝更新交往和中止交往。执行委员会将对正式关系地位进行审查，且不遵守可成为不再更新正式关系的理由。除在重大或有意不遵守的情况下，有关非国家行为者不得自动被排除在与世卫组织的其他交往之外。

69. 世卫组织接受的任何财物捐助，如此后发现未遵守本框架的规定，则应退还捐助者。

### 对本框架的监测和评价

70. 将通过交往协调组以及执行委员会通过其规划、预算和行政委员会，经常对框架的执行情况进行内部监测，载入关于与非国家行为者交往和非国家行为者登记簿中现有信息评估情况的年度报告。

71. 此外，应定期评价本框架的执行情况。此类评价的结果，连同任何对框架的修订建议，应通过规划、预算和行政委员会提交执行委员会。[将根据本决议对评价周期作出决定]

1. [新的第 72 段。应采取以下步骤，切实执行本框架：

(a) 审查当前具有正式关系的非国家行为者的名单，适用本框架载明的非国家行为者类别；

(b) 根据本框架，审查世卫组织目前的外部 and 代管伙伴关系以及合作情况，采取适当措施避免和管理风险。为此目的，秘书处应征求公众的评论意见；

(c) 审查和修正 EB136/5 号决议第 48 段列明的各项政策，使这些政策与本框架保持充分一致。为此目的，秘书处应举行对会员国和公众开放的网络磋商，以确认根据本框架需要进行审查和修正的现行政策；

(d) 非国家行为者登记簿应在通过与非国家行为者交往的框架后 6 个月内开始运行。[[提及有关决议]

(主席建议：删除第 72 段，因为这些问题在有关决议中得到处理)

## 世卫组织与非政府组织交往政策和实施程序草案

1. 非政府组织因其往往在当地社区根基深厚，具有响应卫生需要的特殊灵活性，代表受影响人口和其他关键群体，并促进创新性解决办法，为全球卫生作出了重大贡献。因此，世卫组织与全球卫生中这一组关键行为者开展交往，以借助其支持，完成世卫组织的任务。

### (主席建议保留该段)

2. 本政策尤其制约世卫组织与非政府组织的互动式交往<sup>1</sup>。交往框架的一般规定也适用于与非政府组织的所有交往。

## 参与

### 非政府组织参加世卫组织会议<sup>2</sup>

3. 根据总框架第 16 段，世卫组织可邀请非政府组织参加磋商、听证会或其他会议。磋商和听证会可采取电子形式或当面进行。

4. 参加其他会议是为了讨论非政府组织特别感兴趣的项目，而其参与将增加会议审议的价值。此类参与还可用于交流信息和意见，但不会用于制订任何咨询建议。

4 之二 非政府组织参与的性质取决于所涉会议的类型。非政府组织在磋商、听证会及其他会议中的形式、方法和参与由世卫组织理事机构或秘书处在个案基础上决定。在一切可能情况下，非政府组织的参与和提出的意见应当公开。非政府组织不参与本组织的任何决策程序。

### 秘书处参加非政府组织召开的会议

5. 世卫组织可组织联席会议，或与非政府组织联合发起会议，只要本组织的廉正和独立性得以保持，同时，这一参与将进一步推动《工作总规划》中载明的世卫组织的目标。世卫组织工作人员可根据本组织的内部规则参加非政府组织召开的会议。非政府组织不得把世卫组织的参与错误地理解为世卫组织对该会议的正式支持或认可，且应当同意不把世卫组织的参与用于宣传目的。

<sup>1</sup> 见总框架关于五类互动的第 15—21 段。

<sup>2</sup> 理事机构届会除外，这方面应遵守交往管理政策。

## 实施程序

6. 世卫组织作为共同组织者、联合发起者、小组成员或发言者参加非政府组织召开的会议，应按照与非国家行为者交往的框架规定加以管理。

## 资源

7. 世卫组织可接受非政府组织的资金、人力和实物捐助，只要此类捐助属于世卫组织《工作总规划》范围内，不产生利益冲突，按照本框架进行管理，并符合世卫组织的其他有关条例、规则和政策。

保留文本；增加关于人力的脚注：可接受的人力捐助仅包括不涉及规范工作的短期任务，而且必须根据本框架管理可能的风险。

8. 世卫组织可按照规划预算、《财务条例》和《财务细则》以及其他适用规则和政策，向非政府组织提供资源，以完成特定工作。有关资源可用于世卫组织认为值得支持，并符合世卫组织工作规划的机构的项目，也可用于世卫组织安排或协调的项目。前者为捐赠，后者为服务。

## 具体政策和实施程序

9. 从非政府组织接受任何资源均应按照本框架规定和其他有关规则处理。例如《人事条例》和《职员细则》、《财务条例》和《财务细则》，以及世卫组织的采购政策。
10. 为透明起见，非政府组织的捐助和捐献必须由世卫组织按照其政策和惯例予以公告。
11. 公告通常行文如下：“世界卫生组织谨此感谢[非政府组织]对[成果或活动描述]的资金捐助”。
12. 非政府组织的捐助在世卫组织财务报告和经审计的财务报表，以及规划预算网络门户和世卫组织非国家行为者登记簿中列示。
13. 非政府组织不得在其用于商业、促销、推销和广告目的的材料中显示其捐助事实。然而，它们可以在其年度报告或类似文件中提及这一捐助。此外，它们可以在其网站以及非促销出版物中提及捐助，只要已经与世卫组织商定其中的内容和背景。

## 证据

14. 非政府组织可提供关于技术问题的最新信息和知识，并根据总框架的条款以及这方

面的具体政策和实施程序及其它适用的世卫组织规定、政策和程序，酌情与世卫组织分享经验。在一切可能情况下，应当酌情公开提供这种贡献。应当能够公开获得产生的科学证据。

## 倡导

15. 世卫组织与非政府组织开展合作，以倡导卫生和提高对卫生问题的认识；倡导为公共卫生的利益改变行为；倡导在需要联合行动时促进非国家行为者之间的合作和更高层次的一致。

16. 世卫组织赞同各种独立监测职能，因此在这一领域与非政府组织开展交往。鼓励非政府组织通过其网络传播世卫组织的政策、准则、规范和标准以及其他工具，以扩大世卫组织的对外影响。

## 技术合作

17. 鼓励秘书处与非政府组织进行技术合作，只要符合本组织的利益，并按照与非国家行为者交往的框架加以管理。

## 世卫组织与私营部门实体交往政策和实施程序草案

1. 私人部门实体作为卫生部门内外商品和服务的提供者，是全球卫生的重要行为者，可对卫生产生重大影响。因此，世卫组织与全球卫生中这一组关键行为者开展交往，以增进其对卫生的积极贡献，限制其负面影响，并借助其支持，完成世卫组织的任务。

## 以及

[本政策适用于根据与非国家行为者交往的总框架不符合非政府组织资格的私营部门公司、国际商会、未与私营部门保持一定距离的学术机构和慈善基金会以及其他非营利组织。]

**主席建议：**保留第一方案的文本

2. 本政策专门制约世卫组织与私营部门实体的互动式交往<sup>1</sup>。交往框架的一般规定也适用于与私营部门实体的所有交往。

**主席建议：**保留文本

<sup>1</sup> 见总框架关于五类互动的第 15—21 段。

3. [在与私营部门实体交往方面，世卫组织的目标是在竞争中立的基础上运作。]或者删除

**主席建议：保留文本**

## 参与

### 私营部门实体参加世卫组织的会议<sup>1</sup>

4. 根据总框架第 16 段，世卫组织可邀请私营部门实体参加磋商、听证会或其他会议。磋商和听证会可采取电子形式或当面进行。

5. 参与其他会议是为了讨论非政府组织特别感兴趣的项目，而其参与将会增加会议审议的价值。此类参与可用于交流信息和意见，但不会用于制订咨询建议。

5 之二 私营部门实体参与的性质取决于所涉会议的类型。私营部门实体在磋商、听证会及其他会议中的形式、方法和参与由世卫组织理事机构或秘书处在个案基础上决定。在一切可能情况下，私营部门实体的参与和提出的意见应当公开。私营部门实体不参与本组织的任何决策程序。

### 秘书处参加私营部门实体召开的会议

6. 世卫组织职员可参加私营部门实体召开的会议，只要本组织的廉正、独立性和声誉得以保持，同时，这一参与将进一步推动《工作总规划》中载明的世卫组织的目标。私营部门实体不应将世卫组织的参与曲解为世卫组织对会议的官方支持或认可，并应同意不利用世卫组织的参与达到商业和/促销目的。

#### 具体政策和实施程序

7. 世卫组织职员作为小组成员、发言者或以任何其他身份参加私营部门实体的会议，应按照总框架以及本具体政策的规定加以管理。

8. 世卫组织不会联合发起完全或部分由私营部门实体召开的会议。不过它可以作为某些会议的联合发起人，此类会议由科学召集人聘用商业性会议策划人处理后勤问题，但该商业性策划人不会对会议的科学内容有所贡献。

---

<sup>1</sup> 理事机构届会除外，这方面应遵守交往管理政策。

9. 如果一或多个卫生相关私营部门实体也是联合发起者，世卫组织不会联合举办由其他行为者组织的会议。在与卫生无关的私营部门实体也是联合发起者的情况下联合发起由其他行为者组织的会议，应在个案基础上加以审查，并遵守本框架的规定。
10. 在世卫组织的房舍和世卫组织的会议上不得进行任何商业展览。
11. 世卫组织不参与联合发起商业展览，无论是作为私营部门实体所组织会议的一部分还是作为其他行为者所组织会议的一部分。

## 资源

12. 与接受私营部门实体资源相关联的风险水平取决于私营部门实体的活动领域，这些资源用于世卫组织的哪些活动，以及捐助的方式。

(a) 可接受其业务与世卫组织无关的私营部门实体的资金，只要它们不从事与世卫组织的职责和工作不相容的任何活动[，而且与它们有附属关系的任何实体也不从事与世卫组织的职责和工作不相容的任何活动]。

(b) 不寻求或接受自身或通过其附属公司在其所捐助项目的成果中有直接商业利益的私营部门实体的资金，除非按照临床试验或产品开发规定予以批准（见下文第38段）。

(c) 对接受即使在项目成果中只有间接利益（即活动与该实体的利益领域相关，但没有上述冲突）的私营部门实体的资助，也应保持审慎。在此类情况下，应邀请具有类似间接利益的其他工商企业参与贡献，如果经证明不可能，则须清楚说明理由。从任何一个来源得到的捐助比例越大，就越需要避免可能的利益冲突，或显示与一捐助者的不适当联系。

[(d) 世卫组织不得从私营部门实体以及与所开展的活动[或宣传]对《组织法》规定的世卫组织职责有破坏作用的私营部门实体有联系的非国家行为者接受财政资源]/与第44段一起讨论

[(e) 世卫组织应当确立非国家行为者自愿捐款额的上限。超过该上限的任何捐款应当进入核心自愿基金，该基金使秘书处有足够的自由向资金不足的规划调拨资源。会员国的评定分摊款应当调拨用于自愿捐款之下资金不足的规划]/或者移至总框架第18之二段/删除

**主席建议 a)** 可以从业务与世卫组织无关的私立部门实体接受资金，前提是它们不从事与世卫组织使命和工作不相符的任何活动，也不与不符合世卫组织使命和工作的任何实体有密切联系。

**删除 d) 和 e)**

13. 私营部门实体对世卫组织规划的资金和实物捐助，只有在符合下列条件时才能接受：

(a) 捐助不用于规范性工作；

(b) 如果捐助用于私营部门实体可能具有商业利益的规范性工作之外的其他活动，则交往带来的公共卫生利益应明显大于其潜在风险；

(c) 任何活动中来自私营部门的资金所占比例，不得导致该规划的持续与否将取决于这一支持；

(d) 接受捐助不构成世卫组织对私营部门实体，或其活动、产品或服务的认可；

(e) 捐助者不得将世卫组织工作的成果用于商业目的，或在其促销材料中显示捐助事实；

(f) 接受捐助不赋予捐助者任何特权或好处；

(g) 接受捐助不为捐助者带来广告、影响、参与，或掌握业务活动的管理或执行的任何可能性；

(h) 世卫组织保持拒绝捐助的酌处权，无须任何进一步解释。

14. [总干事可建立汇集多方来源捐助的机制，只要此类机制的设计可避免捐助者对世卫组织的工作产生任何可见的影响；该机制向所有感兴趣的捐助者开放；该机制符合上文第 12 段所载条件，并通过世卫组织非国家行为者登记簿和规划预算网络门户保证了透明度]。

**主席建议保留文本**

具体政策和实施程序

15. 接受私营部门实体的资金、人力或实物捐助应按照本框架并在签署协议的基础上加以管理。

保留文本，增加关于“人力”的脚注：可接受的人力捐助仅包括不涉及规范工作的短期任务，而且必须根据本框架管理可能的风险。

16. 为透明起见，私营部门实体的捐助应由世卫组织按照其政策和惯例予以公示。

17. 公示通常应行文如下：“世界卫生组织谨此感谢[私营部门实体]对[成果或活动描述]的资金捐助”。

18. 私营部门实体的捐助应在世卫组织财务报告和经审计的财务报表，以及规划预算网络门户和非国家行为者登记簿中列示。

[18 之二. 如果事后发现世卫组织接受的任何捐赠不符合本框架，则应将其退还给捐赠者。]

主席建议：删除，因为总框架第 69 段已经涵括这一内容。

19. 私营部门实体不得将[世卫组织徽标]/[世卫组织工作[的这类]成果用于商业目的，]并不得在其促销材料中显示捐助事实。不过，它们可在其公司年度报告或类似文件中提及其捐助。此外，它们可以在其网站的透明列表中，或在其网站专门的非促销或产品相关公司责任页面，或类似出版物上提及这一捐助，只要已经与世卫组织商定其中的内容和背景。

**主席建议的第 19 段备选案文：**私营部门实体不得将在其帮助下取得的世卫组织工作成果用于商业目的并不得在其促销材料中显示捐助事实。不过，它们可在其公司年度报告或类似文件中提及其捐助。此外，它们可以在其网站的透明列表中，或在其网站专门的非促销或产品相关公司责任页面，或类似出版物上提及这一捐助，只要已经与世卫组织商定其中的内容和背景。

(意见：名称和会徽的使用须遵循总框架第 45 段规定)

捐赠药物和其他卫生技术<sup>1</sup>

<sup>1</sup> 此类捐赠应符合机构间准则：世界卫生组织、普世教会医药网络、国际制药联合会、红十字会和红新月会国际联合会、国际卫生伙伴、优质医药捐赠伙伴关系及其他。《药物捐赠准则》，2010 年修订版。日内瓦：世界卫生组织，2011 年。

20. 应遵照下列标准来确定是否可接受医药和其他卫生相关产品的大规模捐赠。
- (a) 有确凿证据表明产品对捐助适应症的安全性和效验。接受国批准或授权将该产品用于适应症；它最好还应显示在世卫组织关于该适应症的《基本药物标准清单》中。
  - (b) 确定了选择接受国、社区或患者的客观和合理标准。在紧急情况中，可能需要保持灵活性。
  - (c) 安排了供应系统，考虑了防止浪费、盗窃和滥用（包括回流市场）的手段。
  - (d) 在从捐助者到终端用户的各个环节上，针对参与有效管理供应、存储和分配的人员制订了培训和监督规划。
  - (e) 药物和其他卫生相关产品的捐赠不属于促销性质，无论是就公司本身而言，还是就它创造的在捐赠结束后不可持续的产品需求而言。
  - (f) 世卫组织不接受下架产品。
  - (g) 与接受国商定了捐赠的逐步退出计划。
  - (h) 在捐赠公司参与下，建立了监测产品负面反映的制度。
21. 经与世卫组织负责财务事宜的部门磋商，确定药物和其他卫生相关产品捐赠的价值，并在经审计的报表和世卫组织非国家行为者登记簿中作出正式记录。

#### 临床试验资金捐助

22. 除关于产品开发的下文第 38 段所规定者外，商业企业为世卫组织就该企业专利产品安排的临床试验作出的资金捐助应在个案基础上进行审议，并始终由交往协调组作出决定，在这一点上，应确保：
- (a) 研究或开发活动具有公共卫生重要性；
  - (b) 研究工作应世卫组织请求而开展，并对潜在利益冲突加以管理；
  - (c) 世卫组织仅在以下情况下接受此类资金捐助，即没有世卫组织的参与，研究工作将不会进行，或为确保研究的进行符合国际接受的技术和伦理标准和准则，世卫

组织的参与是必须的。

23. 如符合上述要求，可接受在有关试验中具有直接商业利益的公司的资金捐助，只要确立了适当机制，确保世卫组织控制试验的进行和试验结果的传播，包括其后所产生任何出版物的内容，而试验结果不受有关公司任何不当和可见影响。

#### 对世卫组织会议的捐助

24. 世卫组织召开的会议，不得接受私营部门实体旨在支持对特定受邀请者与会（包括此类受邀请者的旅行和食宿）的捐助，无论此类捐助是提供给与会者，还是通过世卫组织来转交。

25. 可接受支持会议整体费用的捐助。

26. 世卫组织的接待和类似职能不得由私营部门实体支付费用。

#### 世卫组织职员参加外部会议的捐助

27. 外部会议为世卫组织之外一方召开的会议。私营部门实体对世卫组织职员出席外部会议的旅行支持可分为两类：

(a) 由私营部门实体召开的会议支付旅费：可按照世卫组织规则接受旅行资助，只要该私营部门实体同样支持其他与会者的旅行和附加费用，且已经评估和管理利益冲突风险；

(b) 第三方召开的会议（即提出支付旅费的私营部门实体之外的一方）不得接受来自一私营部门实体的旅行资助。

#### 对出版物的捐助

28. 可接受私营部门实体的资金，用以支付世卫组织出版物的印刷费，只要不存在利益冲突。世卫组织出版物在任何情况下均不得安排商业广告。

#### 对职员薪资资金的捐助

29. [不得接受私营部门实体旨在资助特定职员或职位（包括短期顾问）薪资的资金][止于此处]

[只要这将导致与世卫组织工作的真实或可见的利益冲突。]

(删除)

或

(删除该段)

主席建议：删除该段

成本回收

30. 在实施了世卫组织评价方案的情况下（即参照正式在世卫组织准则评价某些产品、流程或服务），本组织可在成本回收基础上就此类服务向私营部门实体收费。世卫组织评价方案的目的是就采购向政府和/或国际组织提供咨询意见。评价工作不构成世卫组织对有关产品、流程或服务的认可。

## 证据

31. 私营部门实体可提供关于技术问题的最新信息和知识，并根据总框架的条款以及这方面的具体政策和实施程序及其它适用的世卫组织规定、政策和程序，酌情与世卫组织分享经验。在一切可能情况下，应当酌情公开提供这种贡献。应当能够公开获得产生的科学证据。

[31 之二. 如果收集信息是为了准备制定规范和标准，则私营部门实体只能以听证形式参与]/ (删除)

32. 为有关私营部门实体工作的个人不得参加专家组；不过，专家组可在适当时候与此类个人举行听证会，吸收其知识。

主席建议：保留文本

## 倡导

33. 世卫组织鼓励私营部门实体执行和倡导执行世卫组织的准则和标准。世卫组织参与与私营部门实体的对话，以促进执行世卫组织的政策、规范和标准。

34. 私营部门实体只有在承诺全面执行世卫组织规范和标准的情况下，始得与世卫组织合作，倡导执行这些规范或标准。部分或选择性执行是不可接受的。[取决于是否就四

项具体政策中的特定段落达成共识]

**主席建议：**只在本政策中保留该文本

35. 鼓励国际商会与其成员合作，扩大公共卫生影响，执行世卫组织的政策、规范和标准。

## 技术合作

36. 欢迎与私营部门进行的技术合作，只要潜在的交往风险得到管理或减轻，世卫组织的规范性工作未受到任何不当影响，且世卫组织对会员国的咨询职能不受干扰。

**或**

[欢迎与私营部门进行的技术合作，只要这是为了本组织的利益并根据与非国家行为者的交往框架得到管理][而且[尤其]只要世卫组织的规范性工作未受到任何不当影响，且世卫组织对会员国的咨询职能不受干扰。]

**主席建议的第 36 段备选案文：**欢迎与私营部门进行的技术合作，只要这是为了本组织的利益并根据与非国家行为者的交往框架得到管理而且尤其只要世卫组织的规范性工作未受到任何不当影响，且世卫组织对会员国的咨询职能不受干扰。]

具体政策和实施程序

37. 世卫组织如已撰写一种产品的正式说明，可向制造商提供技术咨询，以利其按照这些说明开发产品，只要已知在此类产品中有利害关系的所有私营部门实体都有机会以同样方式与世卫组织合作。

产品开发

38. 世卫组织可与私营部门实体合作，开发卫生相关技术，方式包括开展产品的研发，支持技术的转让和特许，或特许此类企业使用其知识产权。一般说来，只有世卫组织与有关实体达成了经法律顾问办公室审核的协议，始得进行合作研发、技术转让和特许，该协议应确保最后产品将最终广泛可得[和][，]可及[且可负担，]（删除）包括对[以优惠价格向]（删除）低收入和中等收入国家[公共部门提供]（删除）而言。如果达成此类协议，则可接受私营部门实体对世卫组织就有关产品安排的临床试验给予的资助，因为相对于接受资金捐助可能产生的任何利益冲突而言，出于公共利益从该实体那里获得的合同承诺更为重要。这些捐助应与第 23 段所述接受对世卫组织就专利产品安排的临床

试验的捐助相区分。

或

[上级备选用语]

或

[主席建议]

38 备选案文. 世卫组织可根据经法律顾问办公室审核的协议与私营部门实体合作，开发卫生相关技术，方式包括开展产品的研发，支持技术的转让和特许，或特许此类企业使用其知识产权。这类合作必须有助于增加获取优质、安全、有效和可负担的医疗产品。如果达成此类协议，则可接受私营部门实体对世卫组织就有关产品安排的临床试验给予的资助，因为相对于接受资金捐助可能产生的任何利益冲突而言，出于公共利益从该实体那里获得的合同承诺更为重要。这些捐助应与第 23 段所述接受对世卫组织就专利产品安排的临床试验的捐助相区分。

（对主席关于该段提案的评论意见：其中“增加获取优质、安全、有效和可负担的医疗产品”一句源自第十二个工作总规划中商定的领导重点）

## 世卫组织与慈善基金会交往政策和实施程序草案

1. 慈善基金会对整个全球卫生，尤其是世卫组织在许多领域的工作，从创新到能力建设和服务交付作出了巨大贡献。因此，世卫组织与全球卫生中这一组关键行为者开展交往，以借助其支持，完成世卫组织的任务。

（主席建议保留该段）

2. 本政策尤其制约世卫组织与慈善基金会的互动式交往<sup>1</sup>。交往框架的一般规定也适用于与慈善基金会的所有交往。

## 参与

### 慈善基金会参加世卫组织的会议<sup>2</sup>

3. 世卫组织可根据总框架第 16 段邀请慈善基金会参与磋商、听证或其他会议。磋商

<sup>1</sup> 见总框架关于五类互动的第 15—21 段。

<sup>2</sup> 理事会机构届会除外，这方面应遵守交往管理政策。

和听证可采取电子形式或当面进行。

4. 参加其他会议是基于讨论慈善基金会特别感兴趣的项目，而其参与将增加会议审议的价值。此类参与可用于交流信息和意见，但不会用于制订任何咨询建议。

4 之二 慈善基金会参与的性质取决于有关会议的类型。慈善基金会参与磋商、听证和其他会议的形式和方式应在个案基础上由世卫组织理事机构或秘书处决定。但凡可能，应公布慈善基金会的参与情况和所提意见。慈善基金会不参与本组织的任何决策程序。

### 秘书处参加慈善基金会召开的会议

5. 世卫组织可组织联席会议，或与慈善基金会联合发起会议，只要本组织的廉正、独立性和声誉得以保持，同时，这一参与将进一步推动《工作总规划》中载明的世卫组织的目标。世卫组织职员可根据本组织的内部规则参加慈善基金会召开的会议。慈善基金会不得将世卫组织的参与误解为对会议的官方支持或认可，且应同意不将世卫组织的参与用于促销目的。

### 实施程序

6. 世卫组织作为共同组织者、联合发起者、小组成员或发言者参加慈善基金会召开的会议，应按照与非国家行为者交往的框架规定加以管理。

### 资源

7. 世卫组织可接受慈善基金会的资金、人力和实物捐助，只要此类捐助属于世卫组织《工作总规划》范围内，不产生利益冲突，按照本框架进行管理，并符合世卫组织的其他有关条例、规则和政策。

保留文本，增加关于“人力”的脚注：可接受的人力捐助仅包括不涉及规范工作的短期任务，而且必须根据本框架管理可能的风险。

8. 如同对所有捐助者一样，慈善基金会的捐助应适应卫生大会批准的规划预算所载优先考虑。

9. 慈善基金会应邀参加筹资对话，其目的是增进世卫组织筹资的一致性、可预测性、灵活性和透明度，减少预算的薄弱环节。

10. 世卫组织的规划和办事处应努力确保不依赖单一的筹资来源。

11. 接受捐助（无论是现金还是实物）应符合下列条件：
  - (a) 接受捐助不构成世卫组织对慈善基金会的认可；
  - (b) 接受捐助不赋予捐助者任何特权或好处；
  - (c) 接受捐助不给捐助者带来广告、影响、参与或掌握业务活动的管理或执行的任何可能性；
  - (d) 世卫组织保留拒绝捐助的酌处权，无须任何进一步解释。

#### 具体政策和实施程序

12. 从慈善基金会接受任何资源均应按照本框架规定和其他有关规则处理，例如《人事条例》和《职员细则》、《财务条例》和《财务细则》，以及世卫组织的采购政策。
13. 为透明起见，慈善基金会的捐助必须由世卫组织按照其政策和惯例予以公告。
14. 公告通常行文如下：“世界卫生组织谨此感谢[慈善基金会]对[成果或活动描述]的资金捐助”。
15. 慈善基金会的捐助应在世卫组织财务报告和经审计的财务报表，以及规划预算网络门户和世卫组织非国家行为者登记簿中列示。
16. 慈善基金会不得在其宣传材料中显示其捐助事实。然而，它们可以在其年度报告或类似文件中提及这一捐助。此外，它们可以在其网站的透明列表中，或在其网站专门的非促销页面或类似出版物上提及这一捐助，只要已经与世卫组织商定其中内容和背景。

#### 证据

17. 慈善基金会可提供关于技术问题的最新信息和知识，并根据总框架的条款以及这方面的具体政策和实施程序及其它适用的世卫组织规定、政策和程序，酌情与世卫组织分享经验。在一切可能情况下，应当酌情公开提供这种贡献。应当能够公开获得产生的科学证据。

#### 倡导

18. 世卫组织与慈善基金会开展合作，以倡导卫生和提高对卫生问题的认识；倡导为公

共卫生的利益改变行为；倡导在需要联合行动时促进非国家行为者之间的合作和更高度的一致。鼓励慈善基金会通过其网络传播世卫组织的政策、准则、规范和标准以及其他工具，以扩大世卫组织的对外影响。

## 技术合作

19. 鼓励秘书处与慈善基金会进行技术合作，只要符合本组织的利益，并按照与非国家行为者交往的框架加以管理。

### 世卫组织与学术机构交往政策和实施程序草案

1. 学术机构通过教育、研究、临床医疗，以及证据的生成、综合和分析，促进全球卫生。因此，世卫组织在全球卫生中与这一组关键行为者开展交往，以借助其支持，完成世卫组织的任务。

（主席建议保留该段）

2. 本政策尤其制约世卫组织与学术机构的互动式交往<sup>1</sup>。交往框架的一般条款也适用于与学术机构的所有交往。

3. 与学术机构在机构层面上的交往和与学术机构聘用的个人专家的合作，二者之间应作出区分。

<sup>1</sup> 见总框架关于五类互动的第 15—21 段。

## 参与

### 学术机构参加世卫组织的会议

4. 世卫组织可根据总框架第 16 段邀请学术机构参与磋商、听证或其他会议。磋商和听证可采取电子形式或当面进行。

5. 参加其他会议是基于讨论学术机构特别感兴趣的项目，而其参与将增加会议审议的价值。此类参与可用于交流信息和意见，但不会用于制订任何咨询建议。

5 之二 学术机构参与的性质取决于有关会议的类型。学术机构参与磋商、听证和其他会议的形式和方式应在个案基础上由世卫组织理事机构或秘书处决定。但凡可能，应公布学术机构的参与情况和所提意见。学术机构不参与本组织的任何决策程序。

### 秘书处参加学术机构召开的会议

6. 世卫组织可组织联席会议，或与学术机构联合发起会议，只要本组织的廉正、独立性和声誉得以保持，同时，这一参与将进一步推动《工作总规划》中载明的世卫组织的目标。世卫组织职员可根据本组织的内部规则参加学术机构召开的会议。学术机构不得将世卫组织的参与误解为对会议的官方支持或认可，且应同意不将世卫组织的参与用于促销目的。

### 实施程序

7. 世卫组织作为共同组织者，联合发起者、小组成员或发言者参加学术机构召开的会议，应按照与非国家行为者交往的框架规定加以管理。

## 资源

8. 世卫组织可接受学术机构的资金、人力和实物捐助，只要此类捐助属于世卫组织工作《工作总规划》范围内，不产生利益冲突，按照本框架进行管理，并符合世卫组织的其他有关条例、规则和政策。

保留文本，增加关于“人力”的脚注：可接受的人力捐助仅包括不涉及规范工作的短期任务，而且必须根据本框架管理可能的风险。

9. 世卫组织可向学术机构提供资源，以完成特定工作（例如研究、临床试验、实验室工作和编写文件）。这可以是世卫组织认为值得支持，并符合世卫组织工作规划的机构的项目，也可以是世卫组织安排或协调的项目。前者为捐赠，后者为服务。

#### 具体政策和实施程序

10. 从学术机构接受任何资源均应按照本框架规定和其他有关规则处理，例如《人事条例》和《职员细则》、《财务条例》和《财务细则》，以及世卫组织的采购政策。
11. 为透明起见，学术机构的捐助必须由世卫组织按照其政策和惯例予以公告。
12. 公告通常行文如下：“世界卫生组织谨此感谢[学术机构]对[成果或活动描述]的资金捐助”。
13. 学术机构的捐助在世卫组织财务报告和经审计的财务报表，以及规划预算网络门户和世卫组织非国家行为者登记簿中列示。
14. 学术机构不得将世卫组织工作的成果用于商业目的，也不得在促销材料中显示其捐助事实。然而，它们可以在其年度报告或类似文件中提及这一捐助。此外，它们可以在其网站的透明列表中，或在其网站专门的非促销页面，或类似出版物上提及这一捐助，只要已经与世卫组织商定其中内容和背景。

#### 证据

15. 学术机构可提供关于技术问题的最新信息和知识，并根据总框架的条款以及这方面的具体政策和实施程序及其它适用的世卫组织规定、政策和程序，酌情与世卫组织分享经验。在一切可能情况下，应当酌情公开提供这种贡献。应当能够公开获得产生的科学证据。
16. 与学术机构合作产生的知识产权问题应受与学术机构达成的协议制约。问题的处理应与法律顾问办公室磋商。

#### 倡导

17. 世卫组织与学术机构开展合作，以倡导卫生和提高对卫生问题的认识；倡导为公共利益的利益改变行为；倡导在需要联合行动时促进非国家行为者之间的合作和更高层次的一致。世卫组织赞同各种独立监测职能，因此在这一领域与学术机构开展交往。鼓励

学术机构通过其网络传播世卫组织的政策、准则、规范和标准以及其他工具，以扩大世卫组织的对外影响。

## 技术合作

18. 鼓励秘书处与学术机构进行技术合作，只要符合本组织的利益，并按照与非国家行为者交往的框架加以管理。

19. 科学合作受《研究组、学术组、协作机构和其它协作方式条例》制约<sup>1</sup>。

20. 可按照这些条例，指定科研机构或其一部分为世卫组织合作中心。在此情况下，在给予世卫组织合作中心地位之前，应按照本框架进行尽职调查和风险评估。与这些合作中心的合作受上述条例制约，并反映在非国家行为者登记簿中。

（第九次全体会议，2015年5月26日——甲委员会第六份报告）

### WHA68.10 截至2014年12月31日时的财务报告和经审计的财务报表

第六十八届世界卫生大会，

审议了截至2014年12月31日时的财务报告和经审计的财务报表<sup>2</sup>；

注意到执行委员会规划、预算和行政委员会向第六十八届世界卫生大会提交的报告<sup>3</sup>，

**接受**总干事提交的截至2014年12月31日时的财务报告和经审计的财务报表。

（第九次全体会议，2015年5月26日——乙委员会第二份报告）

### WHA68.11 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

第六十八届世界卫生大会，

审议了关于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的报告，以及支付欠费的特别安排<sup>4</sup>；

<sup>1</sup> 《基本文件》，第四十八版。日内瓦：世界卫生组织；2014年，第131-138页。

<sup>2</sup> 文件 A68/38 和 A68/INF/1。

<sup>3</sup> 文件 A68/57。

<sup>4</sup> 文件 A68/39 和 A68/58。

注意到在第六十八届世界卫生大会开幕时，中非共和国、科摩罗、几内亚比绍、索马里和乌克兰的表决权已被暂时中止，且此类暂时中止将持续至其欠费数额在本届或以后各届卫生大会召开时减至可援引《组织法》第七条规定的程度以下时；

注意到佛得角、喀麦隆、几内亚、海地、吉尔吉斯斯坦、东帝汶和也门的欠费在第六十八届世界卫生大会开幕时已达到一定程度，使卫生大会有必要根据《组织法》第七条审议是否应在第六十八届世界卫生大会开幕时暂时中止吉尔吉斯斯坦的表决权，并在第六十九届世界卫生大会开幕时暂时中止其余六个会员国的表决权，

### 决定：

(1) 根据 WHA41.7 号决议确定的原则，如果到第六十九届世界卫生大会开幕之时，佛得角、喀麦隆、几内亚、海地、东帝汶和也门欠交的会费仍处于可援引《组织法》第七条规定的程度，将自前述大会开幕之时暂时中止其表决权；根据 WHA61.8 号决议，到第六十八届世界卫生大会开幕之时，如果吉尔吉斯斯坦仍欠交重新安排后的摊款，其表决权将被自动暂时中止；

(2) 上文第(1)段中所述实行的任何暂时中止，须持续至第六十九届世界卫生大会及以后各届卫生大会，直至佛得角、喀麦隆、几内亚、海地、吉尔吉斯斯坦、东帝汶和也门的欠费数额减至可援引《组织法》第七条规定的程度以下时；

(3) 根据《组织法》第七条，此项决定不得损害任何会员国要求恢复其表决权的权利。

(第九次全体会议，2015年5月26日——乙委员会第二份报告)

### WHA68.12 2016–2017 年摊款比额表

第六十八届世界卫生大会，

审议了 2016–2017 年摊款比额表的报告<sup>1</sup>，

**通过**以下所列 2016-2017 双年度会员国和准会员摊款比额。

---

<sup>1</sup> 文件 A68/40。

会员国和准会员	2016-2017 年 世界卫生组织比额 %
阿富汗	0.0050
阿尔巴尼亚	0.0100
阿尔及利亚	0.1370
安道尔	0.0080
安哥拉	0.0100
安提瓜和巴布达	0.0020
阿根廷	0.4320
亚美尼亚	0.0070
澳大利亚	2.0741
奥地利	0.7981
阿塞拜疆	0.0400
巴哈马	0.0170
巴林	0.0390
孟加拉国	0.0100
巴巴多斯	0.0080
白俄罗斯	0.0560
比利时	0.9981
伯利兹	0.0010
贝宁	0.0030
不丹	0.0010
玻利维亚（多民族国）	0.0090
波斯尼亚和黑塞哥维那	0.0170
博茨瓦纳	0.0170
巴西	2.9342
文莱达鲁萨兰国	0.0260
保加利亚	0.0470
布基纳法索	0.0030
布隆迪	0.0010
佛得角	0.0010
柬埔寨	0.0040
喀麦隆	0.0120
加拿大	2.9842
中非共和国	0.0010
乍得	0.0020
智利	0.3340

会员国和准会员	2016-2017 年 世界卫生组织比额 %
中国	5.1484
哥伦比亚	0.2590
科摩罗	0.0010
刚果	0.0050
库克群岛	0.0010
哥斯达黎加	0.0380
科特迪瓦	0.0110
克罗地亚	0.1260
古巴	0.0690
塞浦路斯	0.0470
捷克共和国	0.3860
朝鲜民主主义人民共和国	0.0060
刚果民主共和国	0.0030
丹麦	0.6750
吉布提	0.0010
多米尼克	0.0010
多米尼加共和国	0.0450
厄瓜多尔	0.0440
埃及	0.1340
萨尔瓦多	0.0160
赤道几内亚	0.0100
厄立特里亚	0.0010
爱沙尼亚	0.0400
埃塞俄比亚	0.0100
斐济	0.0030
芬兰	0.5190
法国	5.5935
加蓬	0.0200
冈比亚	0.0010
格鲁吉亚	0.0070
德国	7.1416
加纳	0.0140
希腊	0.6380
格林纳达	0.0010
危地马拉	0.0270

会员国和准会员	2016-2017 年 世界卫生组织比额 %
几内亚	0.0010
几内亚比绍	0.0010
圭亚那	0.0010
海地	0.0030
洪都拉斯	0.0080
匈牙利	0.2660
冰岛	0.0270
印度	0.6660
印度尼西亚	0.3460
伊朗（伊斯兰共和国）	0.3560
伊拉克	0.0680
爱尔兰	0.4180
以色列	0.3960
意大利	4.4483
牙买加	0.0110
日本	10.8338
约旦	0.0220
哈萨克斯坦	0.1210
肯尼亚	0.0130
基里巴斯	0.0010
科威特	0.2730
吉尔吉斯斯坦	0.0020
老挝人民民主共和国	0.0020
拉脱维亚	0.0470
黎巴嫩	0.0420
莱索托	0.0010
利比里亚	0.0010
利比亚	0.1420
立陶宛	0.0730
卢森堡	0.0810
马达加斯加	0.0030
马拉维	0.0020
马来西亚	0.2810
马尔代夫	0.0010
马里	0.0040

会员国和准会员	2016-2017 年 世界卫生组织比额 %
马耳他	0.0160
马绍尔群岛	0.0010
毛里塔尼亚	0.0020
毛里求斯	0.0130
墨西哥	1.8421
密克罗尼西亚（联邦）	0.0010
摩纳哥	0.0120
蒙古	0.0030
黑山	0.0050
摩洛哥	0.0620
莫桑比克	0.0030
缅甸	0.0100
纳米比亚	0.0100
瑙鲁	0.0010
尼泊尔	0.0060
荷兰	1.6541
新西兰	0.2530
尼加拉瓜	0.0030
尼日尔	0.0020
尼日利亚	0.0900
纽埃	0.0010
挪威	0.8511
阿曼	0.1020
巴基斯坦	0.0850
帕劳	0.0010
巴拿马	0.0260
巴布亚新几内亚	0.0040
巴拉圭	0.0100
秘鲁	0.1170
菲律宾	0.1540
波兰	0.9211
葡萄牙	0.4740
波多黎各	0.0010
卡塔尔	0.2090
大韩民国	1.9941

会员国和准会员	2016-2017 年 世界卫生组织比额 %
摩尔多瓦共和国	0.0030
罗马尼亚	0.2260
俄罗斯联邦	2.4382
卢旺达	0.0020
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	0.8641
塞内加尔	0.0060
塞尔维亚	0.0400
塞舌尔	0.0010
塞拉利昂	0.0010
新加坡	0.3840
斯洛伐克	0.1710
斯洛文尼亚	0.1000
所罗门群岛	0.0010
索马里	0.0010
南非	0.3720
南苏丹	0.0040
西班牙	2.9732
斯里兰卡	0.0250
苏丹	0.0100
苏里南	0.0040
斯威士兰	0.0030
瑞典	0.9601
瑞士	1.0471
阿拉伯叙利亚共和国	0.0360
塔吉克斯坦	0.0030
泰国	0.2390
前南斯拉夫的马其顿共和国	0.0080
东帝汶	0.0020
多哥	0.0010

会员国和准会员	2016-2017 年 世界卫生组织比额 %
托克劳	0.0010
汤加	0.0010
特立尼达和多巴哥	0.0440
突尼斯	0.0360
土耳其	1.3281
土库曼斯坦	0.0190
图瓦卢	0.0010
乌干达	0.0060
乌克兰	0.0990
阿拉伯联合酋长国	0.5950
大不列颠及北爱尔兰联合王国	5.1794
坦桑尼亚联合共和国	0.0090
美利坚合众国	22.0000
乌拉圭	0.0520
乌兹别克斯坦	0.0150
瓦努阿图	0.0010
委内瑞拉（玻利瓦尔共和国）	0.6270
越南	0.0420
也门	0.0100
赞比亚	0.0060
津巴布韦	0.0020
<b>总计</b>	<b>100.0000</b>

（第九次全体会议，2015年5月26日——乙委员会第二份报告）

### WHA68.13 外审计员的报告

第六十八届世界卫生大会，

审议了外审计员提交第六十八届世界卫生大会的报告<sup>1</sup>；

注意到执行委员会规划、预算和行政委员会向第六十八届世界卫生大会提交的报告<sup>2</sup>，

<sup>1</sup> 文件 A68/41。

<sup>2</sup> 文件 A68/59。

接受外审计员提交第六十八世界卫生大会的报告。

(第九次全体会议, 2015 年 5 月 26 日——乙委员会第二份报告)

#### **WHA68.14 任命外审计员**

第六十八届世界卫生大会,

审议了关于任命外审计员的报告<sup>1</sup>,

**决定**任命菲律宾共和国的审计委员会主席为世界卫生组织账目的外审计员,从 2016 年至 2019 年为期四年,根据《财务条例》第十四条和《财务条例》附则中包含的原则开展他的审计工作,如有必要,他可指定一名代表在他缺席时代理。

(第九次全体会议, 2015 年 5 月 26 日——乙委员会第二份报告)

#### **WHA68.15 将急诊和基本外科治疗及麻醉作为全民健康覆盖内容予以加强<sup>2</sup>**

第六十八届世界卫生大会,

审议了有关将急诊和基本外科治疗及麻醉作为全民健康覆盖内容予以加强的报告<sup>3</sup>;

认识到全球每年共有 2.34 亿次以上外科手术,影响到各年龄组患者,涉及需要外科治疗的许多疾患,包括难产、出生异常、白内障、癌症、糖尿病、急腹症以及烧伤和家里、企业和道路事故造成的伤害等,还认识到今后一些年外科手术可作为主要临床解决方案的疾患预计将越来越常见;

注意到许多可用外科手术治疗的疾病位列全球致残因素前 15 名,而且全球疾病负担的 11%源自可通过外科手术成功治疗的疾患,受影响最大的是低收入和中等收入国家;

认识到每年全世界有 1 亿多人受伤,500 多万人死于暴力和伤害,而且全球暴力和伤害死亡负担的 90%发生在低收入和中等收入国家;

注意到每年有 28.9 万名以上妇女死于分娩,如果可以普遍获得安全的外科治疗和麻醉,则可以避免约四分之一孕产妇死亡以及难产、大出血和感染造成的婴儿死亡和残疾;

---

<sup>1</sup> 文件 A68/43。

<sup>2</sup> 该决议对秘书处的财政和行政影响,见附件 8。

<sup>3</sup> 文件 A68/31。

还注意到可持续提供急诊和基本外科治疗和麻醉是综合性初级卫生保健服务的关键组成部分，可以降低死亡率和残疾率，减少出生缺陷导致的死亡，并预防伤害和非传染性疾病负担带来的其它不良健康转归；

进一步注意到急诊和基本外科治疗及麻醉在实现与卫生相关的千年发展目标及2015年后处理尚未完成的工作包括实现全民健康覆盖中的重要性；

认识到持续医疗服务体系中及时转诊及标准和方案（包括世卫组织《急诊和基本外科治疗综合管理》工具包所确定的标准和方案）的重要性，并忆及 **WHA55.18** 号决议“保健质量：患者安全”敦促会员国建立并加强增进患者安全和卫生保健质量包括对药物、医疗设备和进行检测所必需的以科学为基础的系统；

还认识到急诊和基本外科治疗及麻醉是一揽子基础卫生服务的常被忽略但却有效且性价比高的补充，而加强紧急和基本外科治疗及麻醉，特别是在一级转诊医院，是对全球疾病负担的一个极为物有所值的解决方案；

注意到镇痛在外科手术和麻醉中的重要性，以及全世界人口中有很高比例的人只能有限获得镇痛用的阿片类止痛剂；中度和重度疼痛患者往往无法得到自己需要的治疗；55 亿人（全世界人口的 83%）生活在难以或根本无法获得镇痛药的国家；2.5 亿人（4%）获取程度为中等，4.6 亿人（7%）能恰当获取；还有另外 4.3 亿人（7%）在获得镇痛药方面的数据不足；

认识到一些国家已经成功实施了平衡的政策和法规，从而在防止管制药物误用的同时改进了其获得情况；

强调会员国<sup>1</sup>有必要在秘书处、联合国毒品和犯罪问题办公室及国际麻醉品管制局支持下确保根据联合国国际药物管制公约开展的防止国际管制麻醉品和精神物质被转用和滥用的努力不会导致给为医学目的获得此类药品造成不恰当的监管障碍<sup>2</sup>；

忆及 **WHA56.24** 号决议“实施《世界暴力与健康报告》的建议”要求总干事为加强针对暴力幸存者或受害者的创伤和护理服务提供技术支持，**WHA57.10** 号决议“道路安全和卫生”建议会员国加强针对道路交通伤害受害者的急诊和康复服务；

认识到全世界人口的 15% 是残疾人，并忆及 **WHA58.23** 号决议“残疾，包括预防、管理和康复”敦促会员国促进早期干预并采取必要措施减少造成残疾的危险因素，其中特别关注妊娠期妇女和儿童，以及落实预防残疾的最有效行动，包括必要时及时开展有效的外科治疗；

---

<sup>1</sup> 适用时，还包括区域经济一体化组织。

<sup>2</sup> 见 **WHA67.19** 号决议。

意识到加强卫生系统对于提供高质量、安全、有效且可负担的急诊和基本外科治疗及麻醉的至关重要性，并忆及 **WHA60.22** 号决议“卫生系统：急救系统”认识到改进提供创伤医疗和急救的组织和计划是综合卫生保健提供的重要组成部分；

还忆及 **WHA64.6** 号决议“加强卫生人力”呼吁会员国<sup>1</sup>在全球经济条件的背景下，酌情将公共部门卫生开支摆放在优先位置，以确保有充足财政资源用于实施扩大并留住卫生人力的政策和战略，特别是在发展中国家，并认识到该做法是对人口健康投资，有助于社会经济发展，包括获得急诊和基本外科治疗及麻醉服务；

进一步忆及 **WHA66.10** 号决议“关于预防和控制非传染性疾病问题大会高级别会议政治宣言后续行动”呼吁采取行动预防和控制心血管疾病、癌症、糖尿病和慢性呼吸系统疾病，注意到外科治疗在诊断、治疗和治愈其中大量疾病方面的重要作用；

意识到获得并负责任地使用有效的抗微生物药物对于安全开展外科手术的至关重要性，忆及 **WHA67.25** 号决议“抗微生物药物耐药性”呼吁会员国<sup>1</sup>采取紧急行动与抗微生物药物耐药性作斗争；

忆及 **WHA67.19** 号决议“将姑息治疗作为生命全程的综合性治疗内容予以加强”敦促会员国<sup>1</sup>促进协作行动确保充分供应用于姑息治疗的基本药物，要求总干事酌情与会员国、相关网络和民间社会以及其它国际利益攸关方协商，探索如何提高姑息治疗所用药物的可得性和可及性；

认识到世卫组织急诊和基本外科治疗全球行动已经在世卫组织急诊和基本外科治疗规划、世界患者安全联盟及“第二项全球患者安全挑战：安全手术拯救生命”中开展了工作；

关注许多国家面临的卫生系统基础设施投资不足、外科治疗队伍培训不足和没有稳定的外科器械和必需品供应等问题阻碍在改进急诊和基本外科治疗及麻醉方面取得进展；

认识到需要相关、有意义且可靠的安全急诊和基本外科治疗及麻醉以便进行评估和检测并促进政治和公众支持；

认识到许多国家还不能达到每千人拥有 2.28 位技能熟练的卫生专业人员的最低标准，但通过省市及以下级别开展任务共担可以成功地由其他受过培训的医务工作者完成许多外科程序，包括基本缝合、会阴切开术和引流脓肿<sup>2</sup>；

<sup>1</sup> 适用时，还包括区域经济一体化组织。

<sup>2</sup> 《2006 年世界卫生报告：通力合作，增进健康》。日内瓦：世界卫生组织，2006 年。

考虑到全球需要做出更多努力加强在整体卫生系统中以及相关健康和健康促进活动中提供急诊和基本外科治疗及麻醉，以确保及时向需要者提供有效的服务，

#### 1. 敦促会员国<sup>1</sup>：

- (1) 确定初级卫生保健机构和一级转诊医院提供的一整套急诊和基本外科治疗及麻醉核心服务并将其确定为重点，确定使所有需要的人都能获得高质量、安全、有效且可负担的急诊和基本外科治疗及麻醉服务的方法和供资制度，包括促进及时转诊和酌情通过在综合外科治疗网络内进行任务共担促进卫生人力的更有效使用，以实现全民健康覆盖；
- (2) 将急诊和基本外科治疗及麻醉纳入初级卫生保健机构和一级转诊医院，并作为实现全民健康覆盖的必要组成部分提高急诊和基本外科治疗及麻醉能力；
- (3) 促进提高急诊和基本外科治疗及麻醉，确保卫生部在审查和加强此类服务的提供时发挥牵头作用，确保存在进行此类审查和加强工作的部门间协调机制，包括所有卫生保健提供者之间的机制；
- (4) 促进获得基本药物，包括麻醉和外科手术中使用的高质量、安全、有效、可负担的管制药物、抗生素、医疗器械和诊断制剂，并且负责任地恰当使用以及与世界卫生组织的指南相符；
- (5) 对卫生保健机构的急诊和基本外科治疗及麻醉能力进行定期检测和评估，以便发现尚未得到满足的基础设施需求、人力资源需求以及培训和供应需求；
- (6) 收集并汇编有关本国开展的外科手术数量、类型和指征以及转诊和围手术期死亡率数据，并酌情分享此类数据；
- (7) 作为确保急诊和基本外科治疗及麻醉的质量和安全性关键因素，加强感染预防和控制；
- (8) 制定并实施外科治疗及麻醉政策，以确保满足有关技能熟练的人力队伍、适当设备、基础设施和物资的最低标准，以及文件记录、检测并评估获得服务的情况及服务质量，并将其融入以促进享有最高可实现之健康标准的权利的现有知识和考虑为基础的规划和立法；

---

<sup>1</sup> 适用时，还包括区域经济一体化组织。

(9) 确保将适当的核心能力纳入医疗、护理、助产等各有关学科及其它外科治疗提供者的相关卫生课程、培训和教育以及参与提供外科治疗和麻醉的专业人员的继续教育中；

## 2. 要求总干事：

(1) 促进多部门网络和伙伴关系及跨学科政策和行动计划，支持国家、区域和全球努力，发展以科学为基础的预防、筛查和实施急诊和基本外科治疗及麻醉并加强教学和培训规划；

(2) 促进会员国<sup>1</sup>之间开展协作，分享并交流加强外科治疗和麻醉服务所必需的信息、技能和技术；

(3) 提高对通过改进麻醉和外科治疗服务的组织和计划使之适合资源有限环境从而减少发病率和死亡率并预防或治疗残疾和畸形的具有成本效益的方案的认识，并继续定期组织专家会议，以促进技术交流并建设这一领域的的能力；

(4) 建立收集急诊和基本外科治疗和麻醉病例日志数据的机制，以增加对尚未满足的需求的认识，并在全民健康覆盖背景下提高全球开展外科治疗和麻醉的能力；

(5) 设计相关、有意义且可靠的措施，促进获得急诊和基本外科治疗及麻醉及其安全性，提供对围手术期死亡率等指标进行风险调整的手段以及确保这些措施得到报告和对标；

(6) 收集、评估并报告提供急诊和基本外科治疗及麻醉的相关费用及其经济影响数据；

(7) 支持会员国<sup>1</sup>定并实施政策和法规，确保获得高质量、安全、有效且可负担的基本药物，包括急诊和基本外科治疗及麻醉中使用的管制药品（用于疼痛管理）、医疗器械和诊断制剂；

(8) 继续通过世卫组织获取管制药物规划支持会员国审查并改进国家立法和政策，目的是确保根据联合国国际药物管制公约在防止管制物质的误用、转用和贩卖及适当获得管制药物之间实现平衡；

---

<sup>1</sup> 适用时，还包括区域经济一体化组织。

- (9) 与国际麻醉品管制局、联合国毒品和犯罪问题办公室、各国卫生部及全球、区域和国家层面的其它有关当局合作，促进为急诊和基本外科治疗及麻醉获得并平衡控制管制药物；
- (10) 与国际麻醉品管制局进一步合作，支持会员国<sup>1</sup>确定准确的估算数据，以确保为急诊和基本外科治疗及麻醉获得药物，包括通过更好地实施有关估算国际管制物质需求指导文件实现该目的；
- (11) 支持会员国<sup>1</sup>制定政策和战略，加强适当卫生人力开展急诊和基本外科治疗及麻醉的技能，特别是在初级卫生保健和一级转诊医院层面；
- (12) 根据批准的 2016-2017 年规划预算和 2014-2019 年第十二个工作总规划为秘书处拨出足够资源，用于将急诊和基本外科治疗及麻醉作为全民健康覆盖的内容予以加强；
- (13) 与会员国和其它相关伙伴合作，设计为会员国提供支持的战略，以便筹措足够资源，实现将急诊和基本外科治疗及麻醉作为全民健康覆盖的内容予以加强的目标；
- (14) 向 2017 年第七十届世界卫生大会报告落实本决议的进展。

(第九次全体会议，2015 年 5 月 26 日——乙委员会第三份报告)

## WHA68.16 不叙级职位职员和总干事薪酬

第六十八届世界卫生大会，

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<sup>2</sup>，

1. **确定**助理总干事和区域主任的年薪毛额为 174 371 美元，相应的薪金净额为 135 560 美元（有受抚养者）或 122 754 美元（单身者）；
2. **确定**副总干事的年薪毛额为 191 856 美元，相应的薪金净额为 147 799 美元（有受抚养者）或 133 012 美元（单身者）；
3. **确定**总干事的年薪毛额为 235 889 美元，相应的薪金净额为 178 622 美元（有受抚养者）或 158 850 美元（单身者）；

<sup>1</sup> 适用时，还包括区域经济一体化组织。

<sup>2</sup> 见文件 EB136/2015/REC/1, EB136.R12 号决议。

4. **决定**这些薪金调整应于 2015 年 1 月 1 日起生效。

(第九次全体会议, 2014 年 5 月 24 日——乙委员会第四份报告)

#### **WHA68.17 《人事条例》修订款<sup>1</sup>**

第六十八届世界卫生大会,

注意到执行委员会对工作人员的任职、调任、重新派任与晋升以及离任所提出的建议<sup>2</sup>:

1. **通过**对《人事条例》第 4.1、4.2、4.3、4.4 和 9.2 条的拟议修订款<sup>3</sup>;
2. **决定**这些修订将自本组织的流动政策开始执行时生效。

(第九次全体会议, 2015 年 5 月 26 日——乙委员会第四份报告)

#### **WHA68.18 公共卫生、创新和知识产权全球战略和行动计划<sup>1</sup>**

第六十八届世界卫生大会,

审议了秘书处关于公共卫生、创新和知识产权全球战略和行动计划的报告<sup>4</sup>;

还审议了 EB136(17)号决定所载执行委员会向第六十八届世界卫生大会提出的建议;

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 和 WHA62.16 号决议, 其目的是促进创新和获取药物方面的新思想, 以及根据知识产权、创新和公共卫生委员会报告的建议, 提供一个中期框架, 针对过多影响发展中国家的疾病为需求推动的基本卫生研究与开发获得强化和可持续的基础, 为研究与开发提出明确的目标和重点, 并估算这一领域内的资金供应需求;

认识到公共卫生、创新和知识产权全球战略和行动计划在指导和协调世卫组织关于公共卫生、创新和知识产权的政策和工作规划方面发挥的核心作用;

<sup>1</sup> 该决议对秘书处的财政和行政影响, 见附件 8。

<sup>2</sup> 见文件 EB136/2015/REC/1, EB136.R15 号决议。

<sup>3</sup> 见附件 4。

<sup>4</sup> 文件 A68/35。

欢迎关于“埃博拉：终止目前疫情，加强全球防备并确保世卫组织有能力防范和应对未来出现的大型疫情和具有健康后果的突发事件”的 EBSS3.R1 号决议，其中重申了公共卫生、创新和知识产权全球战略和行动计划；

关注全球战略附录所定义的利益攸关方实施公共卫生、创新和知识产权全球战略和行动计划的进度；

## 1. 决定：

(1) 把公共卫生、创新和知识产权全球战略和行动计划的时间框架从 2015 年延长到 2022 年；

(2) 把公共卫生、创新和知识产权全球战略和行动计划在成就、剩余挑战和前进方向的建议方面的总体规划审评截止日期延长到 2018 年，因为认识到未能按 WHA62.16 号决议的要求将结果提交到 2015 年卫生大会；

(3) 根据文件 A68/35<sup>1</sup>及其附件，按下文所述程序和规定，与会员国<sup>2</sup>协商，对公共卫生、创新和知识产权全球战略和行动计划交错分别进行全面评价和总体规划审评；

## 2. 要求总干事：

(1) 根据世卫组织评价政策并按《世卫组织评价实践手册》<sup>3</sup>，在 2015 年 6 月按文件 A68/35 明确的职权范围对公共卫生、创新和知识产权全球战略和行动计划的实施情况发起全面评价；提交初期报告和评价管理小组的意见供执行委员会在 2016 年 1 月第 138 届会议上审议；并通过执行委员会提交最后的全面评价报告供第七十届世界卫生大会在 2017 年审议；

(2) 召集一个特设评价管理小组以协助全面评价，由六名独立外部主题事项专家和两名来自联合国评价小组的评价专家组成；

(3) 根据《世卫组织评价实践手册》所包括的特设评价管理小组成员遴选指南选择该六名独立外部主题事项专家，包括通过与区域主任磋商；

<sup>1</sup> 见附件 5。

<sup>2</sup> 适用时，还包括区域经济一体化组织。

<sup>3</sup> 《世卫组织评价实践手册》。日内瓦：世界卫生组织；2013 年。

- (4) 建立一个 18 名专家的小组（其组成应体现性别平衡、区域代表性平等及技术能力和专长的多样性），进行总体规划审评，这些专家具有涵盖公共卫生、创新和知识产权全球战略和行动计划八项要点的各种范围广泛且平衡的技术专长、实际经验和背景，其中包括发达国家和发展中国家专家；
- (5) 邀请会员国在执行委员会第 139 届会议后立即开始向名册提名专家，包括通过区域主任提名，总干事将从名册中选择总体规划审评专家小组的 18 名成员；
- (6) 提出总体规划审评的职权范围，供执行委员会在 2017 年 1 月第 140 届会议上批准，提出总体规划审评专家小组的成员组成，供执行委员会官员在 2017 年 2 月审议；
- (7) 通过执行委员会第 142 届会议向 2018 年第七十一届世界卫生大会提交公共卫生、创新和知识产权全球战略和行动计划总体规划审评的最后报告，侧重点是取得的成就、面临的剩余挑战以及前进方向方面的建议。

（第九次全体会议，2015 年 5 月 26 日——乙委员会第四份报告）

## WHA68.19 第二次国际营养会议的结果<sup>1</sup>

第六十八届世界卫生大会，

审议了关于第二次国际营养会议的结果的报告<sup>2</sup>，

1. **认可**《营养问题罗马宣言》以及《行动框架》<sup>3</sup>，该框架提出了一套可供各政府采用的自愿政策方案和策略；
2. **呼吁**会员国<sup>4</sup>通过《行动框架》内的一套自愿政策方案实施《营养问题罗马宣言》的承诺；
3. **要求**总干事与粮食及农业组织总干事和其它联合国机构、基金和方案以及其它相关区域和国际组织合作，编写一份双年度报告提交卫生大会，说明《营养问题罗马宣言》各项承诺的实施状况。

（第九次全体会议，2015 年 5 月 26 日——乙委员会第四份报告）

<sup>1</sup> 该决议对秘书处的财政和行政影响，见附件 8。

<sup>2</sup> 文件 A68/8。

<sup>3</sup> 见附件 6。

<sup>4</sup> 适用时，还包括区域经济一体化组织。

## **WHA68.20 全球癫痫负担和为应对其卫生、社会和公众知识影响在国家层面采取协调行动的必要性**

第六十八届世界卫生大会，

审议了关于全球癫痫负担和为应对其卫生、社会和公众知识影响在国家层面采取协调行动的必要性的报告<sup>2</sup>；

审议了卫生大会在其中通过 2013-2020 年精神卫生综合行动计划的 WHA66.8 号决议以及关于获取基本药物的 WHA67.22 号决议；

确认关于道路安全和卫生的联合国大会第 68/269 号决议和 WHA57.10 号决议、关于被忽视的热带病的 WHA66.12 号决议、关于新生儿健康行动计划的 WHA67.10 号决议、关于加强卫生系统在应对尤其针对妇女和女童以及针对儿童的暴力问题方面的作用的 WHA67.15 号决议以及第五十六届世界卫生大会上关于对神经型囊尾蚴病的控制及其与癫痫关联的讨论<sup>3</sup>；

注意到关于预防和控制非传染性疾病问题的大会高级别会议的政治宣言<sup>4</sup>，国家和政府首脑在其中认识到精神和神经疾患是一项重要的发病原因并加重了全球的非传染性疾病负担，因此需要提供可公平获取的有效规划和卫生保健干预措施；

考虑到与卫生相关的千年发展目标、联合国可持续发展问题会议题为“我们希望的未​​来”的成果文件<sup>5</sup>，以及根据联合国大会 66/288 号决议设立的可持续发展目标开放工作组的报告，其中提出了目标 3（确保健康生活与促进全人类福祉）和具体目标 3.4（到 2030 年，通过预防和治疗，减少三分之一因非传染性​​疾病导致的过早死亡，以及促进精神健康与福祉）<sup>6</sup>；

认识到癫痫是最常见的神经系统慢性严重疾病之一，影响全球各年龄段的 5000 万人，而且由于围绕该病的无知、错误认识和负面态度，癫痫患者往往存在病耻感并遭受歧视，他们在入学、就业、婚姻、生育等诸多方面遭受严重困难；

关切地注意到癫痫的严重程度影响所有年龄段、性别、种族和收入水平的人，而且穷人和弱势人群，尤其在低收入和中等收入国家，承受的负担过重，对公共卫生以及经济和社会发展造成威胁；

---

<sup>1</sup> 该决议对秘书处的财政和行政影响，见附件 8。

<sup>2</sup> 文件 A68/12。

<sup>3</sup> 见文件 WHA56/2003/REC/3，甲委员会第四次会议摘要记录。

<sup>4</sup> 联合国大会 66/2 号决议。

<sup>5</sup> 联合国大会 66/288 号决议。

<sup>6</sup> 文件 A/68/970。

意识到国家之间的癫痫管理水平差别悬殊，例如，低收入国家中神经学家人数中位值仅为每千万人口 3 人，常常不能获得基本的抗癫痫药物，低收入国家中的治疗缺口估计达 75% 以上，而且农村地区的这一缺口要比城市地区大出许多；

注意到，当使用经济有效、可负担得起的抗癫痫药物进行适当的治疗时，多数癫痫患者可以避免出现发作；

还认识到可以预防癫痫的某些起因，而且可以在卫生部门和卫生部门以外的其它部门促进这种预防行动；

注意到在 1997 年，世卫组织和两个国际非政府组织，即国际抗癫痫联盟和国际癫痫社，发起了全球抗癫痫运动——“摆脱阴影”，而且在 2008 年世卫组织发起了精神卫生差距行动规划（mhGAP），为世卫组织进一步发挥在全球癫痫问题发展工作进程中的协调、领导作用提供了很好的基础；

还注意到中国及一些其它低收入国家的实践证明，在国家水平开展协调行动，就能以很少的费用非常有效地控制该病并提高成百万癫痫患者的生活质量；

意识到癫痫管理技术最近无论从基础研究到诊断和治疗都有了长足的进步；

考虑到国际政府间组织、非政府组织、学术组织及其它机构最近加强了对癫痫管理的投资，并且与国家政府合作开展了大量工作，例如国际抗癫痫联盟和国际癫痫社与世卫组织有正式关系并且与世卫组织在癫痫管理方面已有数十年的合作；

认识到，鉴于公共卫生影响巨大，世卫组织在进一步领导和协调并对癫痫的管理采取有效行动方面的作用，

## 1. 敦促会员国<sup>1</sup>：

(1) 加强对一般卫生、精神卫生和非传染性疾病政策的有效领导和管理，包括考虑癫痫患者的特定需求，并提供确认为实施以证据为基础的计划 and 行动所必需的财力、人力及其它可得资源；

(2) 在必要时并依照国际人权规则和标准，采用和实施管理癫痫的国家卫生保健行动计划，包括加强公共卫生保健服务以及培养当地的适宜技术人才，从而争取克服卫生、社会及其它相关服务中的不平等和不公平现象，并特别关注生活在脆弱状况中的癫痫患者，例如生活在贫穷和边远地区的患者；

---

<sup>1</sup> 适用时，还包括区域经济一体化组织。

(3) 在包括以社区为基础的康复等全民健康覆盖的背景下，酌情把包括卫生和社会保健，尤其是照护者在内的癫痫管理纳入初级卫生保健，确保非专科卫生保健提供者掌握管理癫痫相关基本知识以便在初级卫生保健机构中诊断、治疗癫痫并尽可能加以追踪，同时为癫痫患者扩大使用特定的自我保健和家庭保健规划赋予权能，确保强有力和运行良好的转诊系统并加强卫生信息和监测系统以便作为常规收集、报告、分析和评价癫痫管理方面的趋势，从而协助缩小癫痫治疗的缺口；

(4) 支持建立和实施管理癫痫的策略，以便尤其提高安全、有效和质量有保证的抗癫痫药物的可及性，促进其可负担性，并把抗癫痫基本药物列入国家基本药物清单；

(5) 尤其在中小学确保癫痫方面的公众认识和教育，以便协助减少广泛存在于众多国家和地区中对癫痫患者及其家属的误解、污名和歧视；

(6) 利用以证据为基础的干预措施，在卫生部门和卫生部门以外的其它部门促进采取用以预防癫痫起因的行动；

(7) 加强对癫痫研究的投入和增进研究能力；

(8) 与民间社会以及上文第 1(1)至 1(7)分段中所提及行动中的其它伙伴开展合作；

2. **请**卫生部门内外的国际、区域、国家和地方伙伴参与和支持执行上文第 1(1)至 1(8)分段中提出的行动；

3. **要求**总干事：

(1) 就以往世卫组织领导、协调和支持开展的有关癫痫的行动进行审查和评估，以便确认、总结和整合相关的最佳实践，目的是要广泛提供这方面的信息，尤其是在低收入和中等收入国家中；

(2) 与相关利益攸关者协商，基于第一执行段落中要求开展的工作，制定一套技术建议，指导会员国制定和实施癫痫规划和服务，并在癫痫管理行动方面向会员国提供技术支持，尤其是低收入和中等收入国家；

(3) 向第七十一届世界卫生大会报告本决议的实施进展情况。

(第九次全体会议，2015 年 5 月 26 日——乙委员会第五份报告)

# 决 定

## **WHA68(1) 证书委员会的组成**

第六十八届世界卫生大会任命由下述会员国代表组成证书委员会：比利时、哥伦比亚、吉布提、加蓬、几内亚比绍、洪都拉斯、莱索托、新加坡、瑞士、塔吉克斯坦、东帝汶和汤加。

(第一次全体会议, 2015年5月18日)

## **WHA68(2) 选举第六十八届世界卫生大会官员**

第六十八届世界卫生大会选举出下列官员：

**主席：** Jagat Prakash Nadda 先生（印度）

**副主席：** 李斌博士（中国）  
John David Edward Boyce 先生（巴巴多斯）  
Ferozudin Feroz 博士（阿富汗）  
Francesco Mussoni 先生（圣马力诺）  
Awa Marie Coll Seck 教授（塞内加尔）

(第一次全体会议, 2015年5月18日)

## **WHA68(3) 选举主要委员会官员**

第六十八届世界卫生大会选举出下列主要委员会官员：

**甲委员会： 主席** Eduardo Jaramillo Navarrete 博士（墨西哥）  
**乙委员会： 主席** Michael Malabag 博士（巴布亚新几内亚）

(第一次全体会议, 2015年5月18日)

随后，主要委员会选举出下列官员：

**甲委员会： 副主席** Dorcas Makgato 女士（博茨瓦纳）  
Bahar Idreiss Abugarada Abulgassim 博士（苏丹）

**报告员** Liis Rooräli 博士（爱沙尼亚）

**乙委员会： 副主席** Raymond Busuttil 博士（马耳他）  
Khaga Raj Adhikari 先生（尼泊尔）

**报告员** Guy Fones 博士（智利）

（甲委员会和乙委员会第一次会议，分别于  
2015 年 5 月 18 日和 20 日举行）

#### **WHA68(4) 成立会务委员会**

第六十八届世界卫生大会选举出下列 17 个国家的代表为会务委员会成员：布基纳法索、布隆迪、科摩罗、古巴、法国、加纳、印度尼西亚、拉脱维亚、黑山、阿曼、秘鲁、俄罗斯联邦、南苏丹、阿拉伯叙利亚共和国、大不列颠及北爱尔兰联合王国、美利坚合众国和越南。

（第一次全体会议，2015 年 5 月 18 日）

#### **WHA68(5) 通过议程**

第六十八届世界卫生大会通过了执行委员会在其第 136 届会议上拟定的临时议程，其中删去三个项目且一个项目由甲委员会转至乙委员会。另有一个项目推迟到执行委员会第 137 届会议审议。

（第二次全体会议，2015 年 5 月 18 日）

#### **WHA68(6) 审核证书**

第六十八届世界卫生大会承认下列会员国代表团的正式证书有效：阿富汗、阿尔巴尼亚、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、贝宁、不丹、玻利维亚（多民族国）、波斯尼亚和黑塞哥维那、博茨瓦纳、巴西、文莱达鲁萨兰国、保加利亚、布基纳法索、布隆迪、佛得角、柬埔寨、喀麦隆、加拿大、中非共和国、乍得、智利、中国、哥伦比亚、科摩罗、刚果、库克群岛、哥斯达黎加、科特迪瓦、克罗地亚、古巴、塞浦路斯、捷克共和国、朝鲜民主主义人民共和国、刚果民主共和国、丹麦、吉布提、多米尼加共和国、厄瓜多尔、埃及、萨尔瓦多、赤道几内亚、厄立特里亚、爱沙尼亚、埃塞俄比亚、斐济、芬兰、法国、加蓬、冈比亚、格鲁吉亚、德国、加纳、希腊、格林纳达、危地马拉、几内亚、几内亚比绍、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、以色列、意大利、牙买加、日本、约旦、哈萨克斯坦、肯尼亚、基里巴斯、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、利比里亚、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、毛里塔尼亚、毛里求斯、墨西哥、摩纳哥、蒙古、黑山、摩洛哥、莫桑比克、缅甸、纳米比亚、瑙鲁、尼泊尔、荷兰、新西兰、尼加拉瓜、尼日尔、尼日利亚、挪威、阿曼、巴基斯坦、巴拿马、巴布亚新几内亚、巴拉圭、秘鲁、菲律宾、波兰、葡萄牙、卡塔尔、大韩民国、摩尔多瓦共和国、罗马尼亚、俄罗斯联邦、卢旺达、圣基茨和尼维斯、萨摩亚、圣马力诺、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、所罗门群岛、索马里、南非、南苏丹、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、特立尼达和多巴哥、突尼斯、土耳其、土库曼斯坦、图瓦卢、乌干达、乌克兰、阿拉伯联合酋长国、大不列颠及北爱尔兰联合王国、坦桑尼亚联合共和国、美利坚合众国、乌拉圭、乌兹别克斯坦、瓦努阿图、委内瑞拉（玻利瓦尔共和国）、越南、也门、赞比亚、津巴布韦。

（第六次全体会议，2015年5月20日）

#### **WHA68(7) 选举有权指派一人供职于执行委员会的会员国**

第六十八届世界卫生大会在审议了会务委员会的建议后选举出下列国家为有权指派一人供职于执行委员会的会员国：加拿大、刚果、多米尼加共和国、法国、约旦、哈萨克斯坦、马耳他、新西兰、巴基斯坦、菲律宾、瑞典和泰国。

（第八次全体会议，2015年5月22日）

#### **WHA68(8) 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**

第六十八届世界卫生大会，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，同时强调无障碍获取卫生保健是健康权的一个至关重要的组成部分；还注意到秘书处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<sup>1</sup>，还注意到关于巴勒斯坦被占领土卫生状况现场评估的报告<sup>2</sup>，要求总干事：

- (1) 通过世界卫生组织开展的现场评估，向第六十九届世界卫生大会报告巴勒斯坦被占领土（包括东耶路撒冷）和叙利亚被占戈兰的卫生状况，其中特别关注以下几点：

---

<sup>1</sup> 文件 A68/37。

<sup>2</sup> 文件 WHO-EM/OPT/006/E 见 [http://applications.emro.who.int/docs/Cons\\_Rep\\_2015\\_EN\\_16311.pdf](http://applications.emro.who.int/docs/Cons_Rep_2015_EN_16311.pdf)（2015年6月1日访问）。

- (a) 巴勒斯坦被占领土获取卫生服务的障碍，包括行动限制和领土分散造成的障碍，以及世卫组织 2014 年的报告《健康权：在巴勒斯坦被占领土上跨越障碍，享有健康（2013 年）》<sup>1</sup>所载建议的落实进展；
  - (b) 身体伤害和残疾、医疗基础设施和机构的破坏与毁灭以及对卫生保健工作者人身安全的妨碍；
  - (c) 巴勒斯坦囚犯获取充分卫生服务；
  - (d) 长期占领和对人权的侵犯对身心健康的影响，尤其是以色列军事拘留制度对巴勒斯坦囚犯和被拘留者，特别是被拘留儿童造成的健康后果，以及巴勒斯坦被占领土（包括东耶路撒冷）不安全的生活条件造成的健康后果；
  - (e) 获取水和环境卫生的障碍以及粮食无保障的问题，对巴勒斯坦被占领土（尤其是加沙地带）卫生状况的影响；
  - (f) 国际捐助界在资金和技术上提供的援助与支持，及其对改善巴勒斯坦被占领土卫生状况的贡献；
- (2) 向巴勒斯坦卫生服务部门提供支持，包括能力建设规划；
  - (3) 向叙利亚被占戈兰的叙利亚人口提供卫生有关技术援助；
  - (4) 与红十字国际委员会合作，继续提供必要的技术援助，以满足巴勒斯坦民众（包括囚犯和被拘留者以及残疾人和受伤者）的卫生需求；
  - (5) 支持巴勒斯坦卫生部门为防范突发情况做好准备，加强对突发情况的防范和应对能力，并减少拯救生命的药物和一次性医疗用品短缺的情况；
  - (6) 支持在巴勒斯坦被占领土发展卫生系统，包括开发人力资源。

（第八次全体会议，2015 年 5 月 22 日）

---

<sup>1</sup> 《健康权：在巴勒斯坦被占领土上跨越障碍，享有健康（2013 年）》。可自 [http://www.emro.who.int/images/stories/palestine/documents/WHO\\_-\\_RTH\\_crossing\\_barriers\\_to\\_access\\_health.pdf?ua=1](http://www.emro.who.int/images/stories/palestine/documents/WHO_-_RTH_crossing_barriers_to_access_health.pdf?ua=1) 获得（2015 年 5 月 20 日访问）。

**WHA68(9) 脊髓灰质炎**

第六十八届世界卫生大会，审议了秘书处关于脊髓灰质炎的报告<sup>1</sup>，

- (1) 批准继续通过总干事根据《国际卫生条例（2005）》就野生脊灰病毒国际传播所引起的国际关注突发公共卫生事件颁布的临时建议来管理国际关注的突发公共卫生事件；
- (2) 要求总干事向第六十九届世界卫生大会报告努力减少野生脊灰病毒国际传播风险方面的进展。

（第九次全体会议，2015年5月26日）

**WHA68(10) 2014年埃博拉病毒病疫情和执行委员会埃博拉突发事件特别会议的后续行动**

第六十八届世界卫生大会，忆及2015年1月25日执行委员会埃博拉突发事件特别会议通过的决议<sup>2</sup>；

**中期评估**

1. 欢迎载于文件A68/25的埃博拉中期评估小组初步报告；
2. 对埃博拉中期评估小组迄今的工作表示感谢；
3. 要求埃博拉中期评估小组按照执行委员会埃博拉突发事件特别会议的要求<sup>2</sup>，继续开展工作并发布最后报告，不迟于2015年7月31日提交总干事；

**《国际卫生条例（2005）》**

1. 要求总干事根据《国际卫生条例（2005）》建立一个审查委员会，检查《国际卫生条例（2005）》在埃博拉疫情和应对工作中的作用，具体目标如下：

(a) 在预防、防范和应对埃博拉疫情方面，评估《国际卫生条例（2005）》的有效性，并尤其侧重于情况通报和相关的激励措施、临时建议、额外措施、

<sup>1</sup> 文件A68/21 Add.3。

<sup>2</sup> 见EBSS3.R1号决议。

宣布国际关注的突发公共卫生事件、国家核心能力、紧急情况应对框架<sup>1</sup>的背景和联系以及本组织的其它人道主义责任；

(b) 评估 2011 年上一个审查委员会建议的实施情况<sup>2</sup>以及对当前埃博拉疫情的影响；

(c) 建议采取步骤，改进《国际卫生条例（2005）》（包括世卫组织应对工作）的运作、透明性、效率和效益，加强对今后具有健康后果的突发事件的防范和应对，并为此类步骤提出时间安排；

2. 要求总干事根据《国际卫生条例（2005）》的规定，在 2015 年 8 月召集《国际卫生条例（2005）》审查委员会，并在 2016 年 5 月向第六十九届世界卫生大会报告进展情况；

3. 同意支持非洲西部和中部国家及其它高危国家到 2019 年 6 月做到充分实施《国际卫生条例（2005）》，包括达到核心能力要求；

4. 注意到埃博拉中期评估小组的建议，即世卫组织应提出包含资源要求的计划，与会员国及其它相关利益攸关方分享，以便为所有国家形成关于《国际卫生条例（2005）》的核心公共卫生能力，并进一步探索机制和可选方案，通过自我评估以及自愿基础上的同行审评和/或为提出要求的会员国进行的外部评价，开展客观的分析；

### 全球卫生应急队伍

1. 欢迎总干事作为更广泛范围紧急情况应对规划的专门结构和职能的一部分，努力为全球卫生应急队伍提供初步概念计划，应对具有健康后果的疾病暴发和突发事件。这将在世卫组织的职权范围内跨越本组织三个层面并在总干事的直接监督下团结和指导世卫组织所有疾病暴发和应急行动，从而支持各国的自我反应<sup>3</sup>；

2. 重申世卫组织各级的应急反应应当根据国际法开展，尤其是根据世界卫生组织《组织法》第二条第四款并以符合紧急情况应对框架各项原则和目标以及《国际卫生条例（2005）》的方式开展，并将由针对所有危害的卫生突发事件方法进行指导，强调可调整性、灵活性和问责制，中立、人道、公正和独立性等人道主义原则，以及可预见性、及时性和国家自主决策；

---

<sup>1</sup> 见 WHA65.20 号决议。

<sup>2</sup> 见文件 A64/10。

<sup>3</sup> 见文件 A68/27 第 44 段。

3. 强调世卫组织在其具有相对优势的领域内开展能力建设的重要性，广泛利用联合国其它机构、基金和方案、全球疫情警报和反应网络、外国医疗队和后备伙伴<sup>1</sup>的能力以及世卫组织在全球卫生部门中的带头作用；
4. 要求总干事在 2016 年 1 月通过执行委员会第 138 届会议向第六十九届世界卫生大会报告建立、协调和管理紧急情况应对规划的进展情况，包括全球卫生应急队伍的进展情况；

### 应急基金

1. 欢迎文件 A68/26 所载要求，其中包括必须适用于该基金的指导原则，例如：规模、范围、可持续性、运作、自愿资金供应来源和问责机制；
2. 决定为迅速扩大世卫组织对疫情和具有健康后果的突发事件的初步应对创建一个特定的可补充应急基金<sup>2</sup>，将现有的两个世卫组织基金<sup>3</sup>进行合并，目标资本为 1 亿美元，完全由自愿捐款资助，在基金范围内具有灵活性；
3. 一致同意应急基金将以可靠和透明的方式（包括在财务报告和问责方面保证可靠透明）在多达三个月时间内提供资金<sup>4</sup>，同时注重可预测性、及时性和国家自主决策权；中立、人道、公正和独立的人道主义原则；以及良好的人道主义捐款做法<sup>5</sup>；
4. 决定应急基金应当由总干事管理，并由其酌情分配；
5. 要求总干事在应急基金实施两年后审查其范围和标准，并在准备提交 2017 年 5 月第七十届世界卫生大会的报告中提出建议以加强基金的绩效和可持续性；
6. 感谢会员国已经向应急基金承诺的捐款；
7. 要求总干事与捐助者接触，包括通过下一轮筹资对话，鼓励向应急基金捐款；
8. 要求总干事在 2016 年 1 月通过执行委员会第 138 届会议向 2016 年 5 月的第六十九届世界卫生大会报告应急基金的执行情况，包括筹集和支出的金额，附加值以及相关用途。
9. 要求总干事在使用应急基金时确定受影响国家现场活动的优先顺序；

<sup>1</sup> 见文件 A68/27 第 15 段。

<sup>2</sup> 使用紧急情况应对框架规定的客观标准。

<sup>3</sup> 世卫组织快速反应账户和世卫组织与核威胁倡议合设的突发事件应急基金。

<sup>4</sup> 必要时总干事可额外延长至多三个月，已保证连续性，但条件是届时无法调动其他资金。

<sup>5</sup> 见联合国大会和经社理事会文件：A/58/99/-E/2003/94，附件 II。

## 研究与开发

1. 赞赏世卫组织在研制埃博拉病毒病疫苗、诊断制剂和药品方面正在开展的工作中发挥的重要协调作用；
2. 欢迎与会员国和相关利益攸关方协商，制定一个蓝图，以便在没有，或没有充分的预防和治疗方案的流行病或突发卫生事件情况中推动加快研发工作，同时考虑到世卫组织内部其他相关工作；
3. 重申公共卫生、创新和知识产权全球战略和行动计划；

## 加强卫生系统

1. 欢迎为几内亚、利比里亚和塞拉利昂制定健全和列明费用的国家卫生系统恢复计划，这些计划已在 2015 年 4 月 17 日提交世界银行春季会议，作为捐助者协调和战略投资的基础；
2. 要求世卫组织继续发挥协调作用，支持各国行政当局为 2015 年 7 月 10 日举行的联合国秘书长埃博拉问题高级别认捐会议进行准备；
3. 认可三个国家卫生部在世卫组织驻国办事处的支持下通过强调感染预防和控制、重新启动必要服务、卫生人力的当前重点以及综合疾病监测，在注重于早期恢复方面显示的领导作用；
4. 要求总干事继续开展并加强秘书处的的工作，支持会员国加强国家卫生系统，更充分地准备应对具有健康后果的突发事件；

## 前进方向

1. 欢迎总干事致力于改革世卫组织在具有健康后果的突发事件方面的工作和文化，尤其是致力于在本组织三个层级确立有效且明确的指挥和控制；
2. 欢迎总干事的建议，即设立一个重点明确的小规模专家咨询组以指导和支持进一步推动改革世卫组织在具有健康后果的突发事件方面的工作；
3. 要求总干事通过 2016 年 1 月执行委员会第 138 届会议向 2016 年 5 月第六十九届世界卫生大会报告这些改革以及本文中作出的其他决定的进展情况，同时再次

要求总干事每年向卫生大会报告世卫组织加以应对的所有3级和机构间常设委员会定为3级的突发事件。

(第九次全体会议, 2015年5月26日)

### **WHA68(11) 《世卫组织全球卫生人员国际招聘行为守则》<sup>1</sup>**

第六十八届世界卫生大会, 审查了《世卫组织全球卫生人员国际招聘行为守则》(2010年)相关性和有效性专家咨询小组的报告<sup>2</sup>,

- (1) 确认当前区域内和区域间劳动力流动性日益提高, 并且人口和流行病学的变迁增加了对卫生人力的需求, 这种情况下《世卫组织全球卫生人员国际招聘行为守则》(2010年)具有相关性;
- (2) 敦促会员国和其它利益攸关方加强对《世卫组织全球卫生人员国际招聘行为守则》(2010年)的认识和实施, 为此特别要加强机构能力和资源以便能在2015年7月31日前完成第二轮国家报告工作;
- (3) 要求秘书处在核准的规划预算内在全球、区域和国家各级拓展其能力以提高认识, 提供技术支持并促进对《世卫组织全球卫生人员国际招聘行为守则》(2010年)的有效实施和报告工作;
- (4) 决定应当根据2018年第三轮国家报告情况和计划提交2019年第七十二届世界卫生大会的进展报告来审议对《世卫组织全球卫生人员国际招聘行为守则》(2010年)相关性和有效性的进一步评估。

(第九次全体会议, 2015年5月26日)

### **WHA68(12) 劣质、伪造、标签不当、伪造、假冒医疗产品**

第六十八届世界卫生大会审议了有关劣质、伪造、标签不当、伪造、假冒医疗产品的报告<sup>3</sup>和执行委员会EB136(1)号决定, 决定根据会员国机制在其报告<sup>4</sup>中所提建议, 将该机制的审查工作推迟一年, 即推至2017年。

(第九次全体会议, 2015年5月26日)

<sup>1</sup> 该决定对秘书处的财政和行政影响, 见附件8。

<sup>2</sup> 文件A68/32 Add.1。

<sup>3</sup> 文件A68/33。

<sup>4</sup> 文件A68/33, 附件。

### WHA68(13) 任命参加世卫组织工作人员养恤金委员会的代表<sup>1</sup>

第六十八届世界卫生大会提名瑞士代表团的 Michel Tailhades 博士为委员，任期为三年，到 2018 年 5 月届满。

(第九次全体会议，2015 年 5 月 26 日)

### WHA68(14) 孕产妇和婴幼儿营养：拟定一套核心指标

第六十八届世界卫生大会，审议了关于孕产妇和婴幼儿营养：拟定一套核心指标的报告<sup>2</sup>，决定：

- (1) 批准孕产妇和婴幼儿营养全球监测框架的补充核心指标<sup>3</sup>；
- (2) 建议会员国自 2016 年开始对整套核心指标进行报告，但进程指标<sup>14</sup>、<sup>45</sup>和<sup>66</sup>以及政策环境和能力指标<sup>17</sup>除外，执行委员会将在获得这几项指标后进行审查以供批准，对这几项指标的报告将从 2018 年开始；
- (3) 要求总干事提供补充业务指导说明如何在不同国家环境中产生指标的必要数据；
- (4) 要求总干事审查扩展指标集中的指标并详细说明这些指标的定义、数据可得情况以及这些指标适用于不同国家环境的标准；
- (5) 建议于 2020 年对全球营养监测框架进行一次审查。

(第九次全体会议，2015 年 5 月 26 日)

### WHA68(15) 选择召开第六十九届世界卫生大会的国家

第六十八届世界卫生大会根据《组织法》第十四条决定第六十九届世界卫生大会在瑞士召开。

(第九次全体会议，2015 年 5 月 26 日)

---

<sup>1</sup> 文件 A68/48。

<sup>2</sup> 文件 A68/9。

<sup>3</sup> 见附件 7。

<sup>4</sup> 6-23 月龄儿童接受最低可接受饮食的比例。

<sup>5</sup> 接受铁和叶酸补充剂的孕妇比例。

<sup>6</sup> 0-23 月龄儿童的母亲在过去一年中至少接受过一次关于最佳母乳喂养的辅导、支持或信息的比例。

<sup>7</sup> 每 10 万人中训练有素的营养专业人员数量。

附 件



## 附件 1

### 2016-2030 年全球疟疾技术战略<sup>1</sup>

[A68/28 – 2015 年 3 月 20 日]

#### 目录

全球技术战略概要 .....	100
背景 .....	101
2015 年后技术战略的必要性 .....	101
战略制定过程 .....	104
愿景、目标和原则 .....	104
消除疟疾之路 .....	105
战略框架 .....	106
战略的三大支柱 .....	107
支柱 1. 确保普及疟疾的预防、诊断和治疗 .....	107
支柱 2. 加快努力消除疟疾并实现无疟疾 .....	112
支柱 3. 把疟疾监测转变为一项核心干预措施 .....	115
支持性要素 1. 利用创新并扩大研究 .....	117
支持性要素 2. 加强有利环境 .....	120
全球技术战略的实施成本 .....	122
衡量全球进展和影响 .....	122
秘书处的作用 .....	123

---

<sup>1</sup> 见 WHA68.2 号决议。

## 全球技术战略概要

<b>愿景 — 一个没有疟疾的世界</b>			
<b>目标</b>	<b>分阶段指标</b>		<b>最终指标</b>
	<b>2020 年</b>	<b>2025 年</b>	<b>2030 年</b>
1. 降低全球疟疾死亡率（以 2015 年为基数）	至少 40%	至少 75%	至少 90%
2. 降低全球疟疾病例发病率（以 2015 年为基数）	至少 40%	至少 75%	至少 90%
3. 在 2015 年仍有疟疾传播的国家中实现消除疟疾的国家	至少 10 个国家	至少 20 个国家	至少 35 个国家
4. 在已没有疟疾传播国家中防止再次发生传播	防止再次传播	防止再次传播	防止再次传播
<b>原则</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>结合当地实际情况，采取有针对性的综合干预措施，使所有国家都能加快努力消除疟疾的进程。</li> <li>国家的自主决策和领导作用以及社区的参与必不可少，有助于通过多部门合作加快进展。</li> <li>需要改进监测、监督和评价并根据疾病负担进行分级，以便优化疟疾干预措施的实施。</li> <li>公平获取卫生服务至关重要，对于弱势群体和公共卫生服务难以覆盖的人群尤其如此。</li> <li>通过工具和实施方法的创新，使国家能尽量加快消除疟疾进程。</li> </ul>			
<b>战略框架 — 包括三大支柱和两个支持性要素：(1)创新和研究；(2)稳固而有利的环境</b>			
<b>最大限度发挥现有可拯救生命工具的影响</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>支柱 1.</b> 确保疟疾预防、诊断和治疗的普及</li> <li><b>支柱 2.</b> 加快努力消除疟疾并实现无疟疾</li> <li><b>支柱 3.</b> 把疟疾监测转化为一项核心干预措施</li> </ul>			
<b>支持性要素 1. 利用创新并扩展研究</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>培育创新及研发新的和改进的工具等基础研究</li> <li>优化现有工具和战略的影响与成本效益的实施研究</li> <li>促进迅速采用新工具、干预措施和策略的行动</li> </ul>			
<b>支持性要素 2. 加强有利环境</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>强有力的政治和财政承诺</li> <li>多部门的方法以及跨境合作和区域合作</li> <li>在强有力的管制支持下，管理包括私立部门在内的整个卫生系统</li> <li>有效项目管理和研究能力的发展</li> </ul>			

## 背景

1. 疟疾由疟原虫引起，经雌性按蚊传播的疾病。感染人类的疟疾寄生虫有四种：恶性疟原虫、间日疟原虫、三日疟原虫和卵型疟原虫，其中最常见的是恶性疟原虫和间日疟原虫，尤以恶性疟原虫最为危险。诺氏疟原虫是一种动物源性疟原虫，已知也会感染人类。

2. 尽管可以预防和治疗，但疟疾继续对世界各地人们的健康和生活造成毁灭性影响。据最新的数据，2013 年全球 97 个国家、领土和地区中约有 32 亿人受疟疾威胁，并估计有 1.98 亿疟疾患者（范围：1.24 亿 – 2.83 亿）。同年，该疾病导致约 58.4 万人（范围：36.7 万 – 75.5 万）死亡，大多数为撒哈拉以南非洲的五岁以下儿童<sup>1</sup>。在大多数疟疾流行国家，疟疾主要严重影响贫穷和弱势人群，因为他们缺乏可利用的卫生设施，且几乎不能承担推荐治疗的费用。

3. 在 2001 年至 2013 年期间，通过大力推广疟疾干预措施，全球疟疾死亡率下降了 47%，避免了约 430 万死亡。在世卫组织非洲区域，五岁以下儿童中的疟疾死亡率下降了 58%。同期内，全球疟疾发病率下降了 30%<sup>1</sup>。已实现了千年发展目标 6 的具体目标 6.C，即“到 2015 年遏制并开始扭转疟疾和其他主要疾病的发病率”。同时，2000 年存在疟疾传播的 106 个国家中有 55 个正在按计划实现 2005 年卫生大会在关于疟疾控制的 WHA58.2 号决议中规定的到 2015 年使疟疾发病率减少 75% 的目标。

4. 尽管有此进展，但疟疾在世卫组织所有六个区域中仍在流行，疾病负担最重的是非洲区域，据估计，全球 90% 的疟疾死亡病例发生在该区域。两个国家，即刚果民主共和国和尼日利亚，约占全世界疟疾估计死亡率的 40%。全球仍有数百万疟疾患者仍不能得到预防和治疗，而且大多数病例和因疟疾死亡者没有登记和报告。考虑到 2030 年世界人口规模的增长预计，将有更多的人生活在有疟疾风险的国家，这将对卫生系统和国家疟疾项目预算造成进一步的压力。

## 2015 年后技术战略的必要性

5. 在 21 世纪初，全世界认识到疟疾是一个全球重点卫生问题。对疟疾的重新重视终结了 1960 年代至 1990 年代忽视疟疾的时代，并扭转了疟疾发病率和死亡率急剧增长的情况。为了确保疟疾继续保持下降趋势，必须有坚定的政治承诺、大量可预测的资金供应以及更大范围的区域合作。有力和协调的全球反应以及对研究和开发的持续投资，将使该病从各大洲消失并最终在全世界消灭疟疾。

6. 虽然在 2000 年至 2014 年间广泛实施了多种主要干预措施，但取得的成效仍很脆弱，且分布不均匀。疟疾死亡人数以及造成的全球风险仍然高得不能被接受。在许多受影响

<sup>1</sup> 《2014 年世界疟疾报告》。日内瓦，世界卫生组织；2014 年。

的国家，社会动荡、冲突和人道主义灾难是取得进展的主要障碍。最近在西非暴发的埃博拉病毒病疫情影响到疟疾高流行国家，给基本卫生服务提供，包括疟疾控制能力造成了破坏性影响。原本无疟疾的国家中最近出现的暴发流行以及过去十年中在降低疟疾病率和死亡率方面已取得重要进展的国家中死灰复燃的情况，突出地显示了再次发生传播和死灰复燃的持续危险以及保持警惕以确保及时发现疾病传播地区并迅速控制疾病的必要性。

7. 鉴于疟疾传播与气候之间的联系，长期的疟疾工作将对全球气候变化保持高度敏感。气候变化如果得不到缓解，预计将导致世界流行疟疾的若干区域，特别是人口密集的热带高地，疾病负担加重。更大程度的经济发展、城市化和砍伐森林也将促使改变疟疾传播动力学，当疟疾高风险地区的预计人口增长时，将加大优化干预措施覆盖面的必要性。

8. 疟疾干预措施具有很高的成本效益，是最高效益的公共卫生投资之一。在疟疾流行国家中，为减少和消除疟疾作出的努力被越来越多地视为具有高影响的战略投资，可以产生显著的公共卫生收益，有助于减轻贫困，提高公平性和促进整体发展。

9. 目前，全球处于抗击疟疾的重要关头。既有机会，也迫切需要加快进展，降低所有国家中的发病率和死亡率，增加无疟疾国家、领地和地区的数量，并确认旨在减少传播的方法。通过大力推广现有干预措施，使疟疾应对工作成为更高度优先的技术、经济和政治问题，并确保尽可能开发和利用新的工具和解决办法，促进加快进展。

10. 预防和控制疟疾的努力有助于并受益于可持续的发展。减轻疾病负担和消除疟疾的目标与正在考虑为 2015 年后采用的若干可持续发展目标密切相关。公认的联系和因素包括：疟疾对贫穷循环的推动作用，疟疾主要集中于脆弱人群和难以获取卫生服务的人群，以及因病缺课和慢性贫血对认知能力的影响会对教育产生有害作用。

11. 疟疾政策咨询委员会于 2011 年设立，目的是向世卫组织提供制定疟疾政策建议方面的独立战略意见。该委员会建议总干事制定 2015 年后全球疟疾技术战略。会员国在 2013 年第六十六届世界卫生大会上表示支持制定该战略<sup>1</sup>。2015 年 5 月第六十八届世界卫生大会在 WHA68.2 号决议中批准了该战略，以此接替先前疟疾问题部长级会议（荷兰阿姆斯特丹，1992 年）在《世界疟疾宣言》中认可的世卫组织全球疟疾战略。卫生大会批准这份技术战略为确保世卫组织具备适当条件以支持实现千年发展目标中尚未完成的卫生相关目标奠定了基础，这是本组织 2014-2019 年的六项领导重点之一<sup>2</sup>。

<sup>1</sup> 见第六十六届世界卫生大会摘要记录，甲委员会第十一次会议，第一部分（文件 WHA66/2013/REC/3）。

<sup>2</sup> 见《2014-2019 年第十二个工作总规划》，可自 [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112792/1/GPW\\_2014-2019\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112792/1/GPW_2014-2019_eng.pdf) 获得（2015 年 3 月 10 日访问）。

12. **机遇。**自 2000 年以来，8 个国家已消除疟疾，许多其它国家也已把传播降低到较低水平。从此方面的努力所获得的知识将在未来设计规划时提供丰富的信息。以下各方面很可能将对今后 15 年产生重大影响：技术进展；药物、疫苗和病媒控制方面的创新；以及经改进的提供产品战略。有些新的工具预计将有显著的额外影响，一旦经过验证，将需要迅速纳入国家疟疾应对措施。

13. **挑战。**抗击疟疾的斗争因若干相互关联的挑战而被延长，并在有些地方出现减速。其中最大的挑战是缺少充分、可预见和持续的国际与国内资金供应。雪上加霜的是，很难维持政治承诺和确保最高层面的区域合作。第二个重要挑战是生物学方面的：寄生虫出现了抗疟药耐药性，蚊虫对杀虫剂产生了耐药性。这种双重威胁有可能会严重削弱疟疾应对措施的有效性并抵消近期取得的收益。

14. 为了加快进展而需要应对的其它挑战是体系性的和技术性的，其中包括：卫生系统管理效能的不足，例如许多国家中的供应链管理薄弱，私立卫生部门缺乏管制，从而可能使用了无效的抗疟药或病媒控制产品；监测、监督和评价体系的薄弱，这将危及追踪项目覆盖缺口和疾病负担变化的能力；缺少维持和加强努力所需的足够技术和人力资源能力；在难以达及人群中的疟疾高风险，包括高危职业群体、移民、处在人道主义危机中的人群以及难以获取卫生服务的农村社区；以及缺少适当的工具以便有效地诊断和治疗间日疟原虫及其它非恶性疟疾寄生虫引起的感染。

15. 另一个重要挑战是，许多感染疟疾患者不出现临床症状或未能得到诊断，因此不能被卫生系统发现。此外，在某些情况下，疟疾患者的原虫密度很低，因此目前的常规诊断工具无法发现。这些患者在未察觉情况下推动了疟疾的传播循环。今后的疾病控制和消除战略要取得成功，就必须考虑到这庞大的“具有传染性的疟原虫蓄水池”。在今后十年内预期研发和可获得的新工具和方法将有助于检测和确定这些传染源，并从无症状的携带者身上清除疟原虫。

16. 除了新出现的药物和杀虫剂耐药性，国家疟疾项目需要应对额外的生物学挑战。在世界某些地区，鉴于疟疾病媒的多样性及其生态习性方面的差异，现有的病媒控制工具不能有效防止该疾病。在同时存在恶性疟原虫和间日疟原虫的国家中，降低间日疟原虫疾病负担更为困难，因为疟原虫可在肝内进入休眠期，这可导致复发且目前无法进行检测，从而有助于疾病传播。此外，人类感染诺氏疟原虫等动物源性疟原虫，对疟疾的控制和消除提出了新的挑战。

17. 本技术战略为制定有针对性的规划提供了一个框架，以便加快消除疟疾方面的进展。该框架应当成为国家和国家以下层级的疟疾规划战略基础。框架为疟疾流行国家及其疟疾控制和消除工作的全球伙伴规定了今后 15 年内明确和雄心勃勃的道路。其中强调需要使核心疟疾干预措施全面覆盖所有高危人群，并突出了高质量监测数据对决策的

重要性，以便推动与国家或国家以下层级的目标相一致的有针对性的干预措施。战略确认了必须采用创新解决办法以实现其目标的领域。其中概括了实施战略的估计费用并提供了新型创新工具研究与开发的估计费用。

## 战略制定过程

18. 会员国在第六十六届世界卫生大会上表示支持制定 2015 年后的全球疟疾战略，随后秘书处召集了七次区域协商会<sup>1</sup>。收集了代表国家疟疾规划、卫生部、研究组织和实施伙伴的 400 多名专家的意见。秘书处领导的过程得到了疟疾政策咨询委员会和一个专门的全球技术战略指导委员会的支持，后者由知名疟疾专家、科学家和疟疾流行国家的代表组成，他们对最初的文件草案提出了额外的广泛意见。协商会之后，秘书处编写了修订草案以便在线协商，在 2014 年 7 月 11 日至 8 月 15 日开放供评论。

## 愿景、目标和原则

19. 世卫组织和全球疟疾防治界的愿景是一个没有疟疾的世界。作为愿景的一部分，战略提出了宏大但可行的 2030 年全球目标以及在 2020 年和 2025 年衡量进展的里程碑。各国将制定本国的国家或国家以下层级的指标，这可以与全球指标有所不同。表 1 显示了目标、分阶段指标和最终指标。

**表 1. 2016-2030 年全球疟疾技术战略的目标、分阶段指标和最终指标**

愿景 — 一个没有疟疾的世界			
目标	分阶段指标		最终指标
	2020 年	2025 年	2030 年
1. 降低全球疟疾死亡率（以 2015 年为基数）	至少 ≥40%	至少 ≥75%	至少 ≥90%
2. 降低全球疟疾病例发病率（以 2015 年为基数）	至少 >40%	至少 >75%	至少 >90%
3. 在 2015 年仍有疟疾传播的国家中实现消除疟疾的国家	至少 10 个国家	至少 20 个国家	至少 35 个国家
4. 在已没有疟疾传播国家中防止再次发生传播	防止再次传播	防止再次传播	防止再次传播

<sup>1</sup> 见世卫组织全球疟疾规划全球技术战略会议报告。日内瓦：世界卫生组织；2014 年。

20. 这些目标适用于人患的所有类型疟疾，是在审查以下方面之后制定的：(1)国家战略规划中规定的国家疟疾规划目标；(2)向世卫组织报告的 2000 年至 2012 年期间疟疾病例和死亡人数减少的程度；以及(3)恶性疟疾传播数学模型的结果，以便估计在 2016 年至 2030 年期间应用所建议干预措施的不同组合的潜在影响。

21. 模型显示，如果疟疾干预措施覆盖率维持在当前水平，发病率可略有上升，因为传播强度明显减弱的人群中部分丧失了疟疾免疫力。但是，可以避免这种上升趋势及其后果，因为协同努力最佳使用目前可得到的技术方法，尤其是病媒控制措施，并使覆盖率达到高危人群的 80% 以上，就可以显著减少疟疾发病和死亡人数。由于要达到这种水平的覆盖率将遇到操作层面的困难，所以需要工具和方法进行进一步的创新，以便在传播率较高的地区终止传播；现有干预措施目前难以达及的地区和人群也需要这种创新。

22. 有五项原则作为疟疾技术战略的基础。通过针对当地情况的干预措施组合，所有国家都能加快努力消除疟疾。在社区的关注和参与下，国家的自主决策和领导作用对采取多部门的方法加快进展是必不可少的。需要改进监测、监督和评价以及按疟疾疾病负担进行分级，以便优化疟疾干预措施的实施。获取卫生服务方面的公平性尤其对最脆弱和难以达及的人群是至关重要的。最后，工具和实施方法的创新将使国家能够在消除疟疾的道路上走得更远。

## 消除疟疾之路

23. 实现无疟疾是一个持续的过程，而不是一系列独立的阶段。在消除疟疾的道路上，各国、亚国家地区和社区处在不同的位置，其进展速度将有所不同，取决于投资水平、生物学决定因素（涉及受影响的人群、寄生虫和病媒）、环境因素、卫生系统的力量以及社会、人口、政治和经济现实情况。

24. 无论流行水平如何，一个国家或地区内的疟疾风险有显著差异，同样的战略不一定适用于一个国家内的所有环境。随着干预覆盖面的扩大和疟疾发病率的下降，发病率和传播率方面的差异很可能将进一步扩大。在一个国家内优化疟疾应对措施的一种关键做法，将是根据以下方面来组织规划：疟疾负担分级；对以往疟疾发病率数据、与人类宿主、寄生虫、病媒和环境相关的风险决定因素进行的分析；以及对服务可及性的分析。

25. 国家卫生系统的绩效及其对新机遇的适应性是进展速度的两项关键决定因素。随着疟疾规划使传播率达到较低或很低的水平，重点应当从预防、发现和治疗临床病例转向预防、发现和治疗每一例疟疾感染者。这种改变需要强化和持久的流行病学和昆虫学监测系统，而只有通过实质性的长期财政和政治承诺以及疟疾规划的重大结构和组织变化，才能满足这一要求。

26. 疟疾传播率达到较高和中等水平的国家的首要重点是，通过持续提供普遍可得的有质量保证和适当的病媒控制措施、诊断制剂和抗疟药，以及实施世卫组织建议的适合当地流行病学环境的所有预防性治疗，确保最大程度地降低发病率和死亡率。作为这些活动的后盾，必须有高效率的疾病监测系统、健全的昆虫学和药效监测以及强大的公共卫生宣传和行为改变规划。

27. 在疟疾传播可能性很高的国家，最佳应用所有相关干预措施将使发病率和死亡率明显下降，但这可能还不足以消除疟疾。在这些环境中，将需要额外的工具以便加快进展。已经在研的许多新工具，在今后五至十年内将可能提供使用（见关于利用创新并扩展研究的第 79-95 段）。

28. 一旦疟疾传播减少到很低的水平，规划就应当评估消除疟疾的技术、业务和财政可行性以及为消除每一例疟疾感染者所需的规划能力，包括监测系统追踪和管理每一例疟疾感染的能力。除了国内的问题，还应当考虑到可得资源和防备情况、邻国的局势以及输入性感染的风险。

29. 随着规划接近消除目标或转向防止再次发生传播，公立和私立两方面的综合卫生服务需要发现和管理所有疟疾感染者，并作为一种须通报的疾病向国家疟疾登记部门进行报告。对确诊的疟疾患者，必须及时使用有效的抗疟药进行治疗，以便避免可预防的死亡并降低在社区中进一步传播的可能性。此外，应当维持昆虫学监测系统，按需要采用或调整有关的病媒控制干预措施。

## 战略框架

30. 为了加快进展消除疟疾，世卫组织敦促受影响的国家和全球疟疾防治界尽量扩大现有可拯救生命的工具和战略的影响。在能够获得新的和改进的工具与方法之前，迫切需要采用和推广实施世卫组织建议的所有战略，提高干预措施的有效性并阻止可预防的疟疾死亡。战略的基础包括三大支柱和两个支持性要素，为逐步走向消除疟疾的全球努力提供指导。具体概述如下。

31. **支柱 1. 确保疟疾预防、诊断和治疗的普及。**世卫组织建议的一揽子核心干预措施，即有质量保证的病媒控制、化学预防、诊断检测和治疗措施，可以显著降低发病率和死亡率。在中度至高度传播的地区，确保高危人群普遍获得干预措施应当是国家疟疾规划的一项主要目标。疟疾发病率和疟疾死亡率的下降是取得成功的衡量标准。世卫组织建议以互补的方式实施两套干预措施：(1)以病媒控制为基础的预防战略，以及在特定情况和某些人群中采用化学预防措施；(2)在公立和私立卫生设施中以及在社区层面上全面开展诊断和及时有效地治疗疟疾。为了使干预措施适应当地情况并确保有效使用资源，应当根据以下几方面来组织规划：疟疾负担分级；对以往疟疾发病率数据、与人类宿主、寄生虫、病媒和环境相关的风险决定因素进行的分析；以及对服务可及性的分析。

32. **支柱 2. 加快努力消除疟疾并实现无疟疾。**各国需要加强努力，减少新的感染在特定地域范围内进一步传播，尤其是在传播率较低的环境中。要达到这一目标，除了核心干预措施外，作为疟疾监测和反应规划的一部分，还需要在积极的病例发现和病例调查的指导下，在确定的传播疫点采取针对寄生虫和病媒的行动。在有些环境中，一旦世卫组织提出建议，实现消除疟疾可能需要使用预防性药物或清除传染源的其它可能新方法。为了应对杀虫剂耐药性的扩散和残余传播并针对间日疟原虫休眠体，制定和采用创新解决办法将是必不可少的。

33. **支柱 3. 把疟疾监测转化为一项核心干预措施。**加强疟疾监测是计划和实施规划的基础，也是加快进展的一种关键因素。流行疟疾和易于再次发生疟疾传播的所有国家都应当具备有效的卫生管理和信息系统，帮助国家疟疾规划把资源调拨用于受影响最严重的人群，确认规划覆盖面方面的空白，发现疫情，并评估干预措施的影响以便指导改变规划的方向。当传播率很低时，监测应当针对每一例发现的感染者可能触发的当地传播情况，发现规划覆盖面方面的空白、技术方法效率的下降或者发生的疾病暴发。

34. **支持性要素 1. 利用创新并扩展研究。**为了支持这三大支柱，疟疾流行国家和全球疟疾防治界应当利用创新并更多地开展基础、临床和实施性研究。产品开发和提供服务方面的成功创新将对加快进展作出重大贡献。为了更充分了解寄生虫和病媒并开发更有效的诊断试剂和药物、改良和创新的病媒控制方法以及疫苗等其它工具，基础研究是至关重要的。实施性研究对优化影响和成本效益以及促进高危人群中的迅速利用将具有根本性的意义。

35. **支持性要素 2. 加强有利环境。**有力的政治承诺、稳定的资金供应和强化的多部门合作是进一步进展的关键因素。为了优化国家疟疾应对措施，必须在整体上加强卫生系统并改善有利的环境。强大的卫生系统，包括公立和私立部门，对减轻疾病负担和削弱寄生虫进一步传播的潜力都很重要，并可以使新的工具和战略在尽可能短的时间内得到采用和引进。而且，疟疾干预措施的推广可以被用作为加强卫生系统（包括妇幼卫生规划和实验室服务）的切入点，并可用以建设更强大的卫生信息系统以及疾病和昆虫学监测系统。最后，社区赋权、能力建设以及促进强大卫生队伍和管制框架的支持性监督，对确保实现本战略的愿景、主要目标和分阶段目标具有重大意义。

## 战略的三大支柱

### 支柱 1. 确保疟疾预防、诊断和治疗的普及

36. 世卫组织建议的预防感染和减少发病率与死亡率一揽子核心干预措施包括病媒控制、化学预防措施、诊断检测和治疗。以下段落详细介绍了这些要素。

## 病媒控制

37. 尽量扩大病媒控制的影响。病媒控制是控制和消除疟疾的一个核心组成部分。不同的蚊种类传播寄生虫的能力及对病媒控制措施的脆弱性是不同的，并受到当地环境因素的影响。必须根据当地流行病学和昆虫学资料实施病媒控制。目前，广泛应用的两项病媒控制核心干预措施是长效药浸蚊帐和室内滞留喷洒<sup>1</sup>。

38. 国家疟疾规划需要确保通过提供、使用和及时替换长效药浸蚊帐，或者酌情进行室内滞留喷洒，保护生活在疟疾高危地区的所有人。第二种核心干预措施不应当作为第一种措施实施缺陷的补救手段使用<sup>2</sup>。但是，在某些情况下可以使用室内滞留喷洒，以在常规使用长效药浸蚊帐地区预防或减缓杀虫剂抗性——这需要根据当地资料提供的信息来作出决定。当同时采用这两种干预措施，蚊帐和喷洒应当使用不同作用模式的杀虫剂。在特定环境中，可能需要补充措施，例如在蚊虫栖息水域很少、固定和可找到的地方开展幼虫控制<sup>3</sup>。有效的计划、应用和监测幼虫控制需要专门的能力，而多数疟疾规划目前缺乏这种能力，有必要加以建设。

39. 在很多情况中，即使当药浸蚊帐或喷洒已全面普及，疟疾的传播仍继续发生<sup>4</sup>。为了使这些干预措施发挥最佳作用，规划应当确保病媒能接触到所使用的杀虫剂并敏感。长效药浸蚊帐可以应对深夜和室内叮人的蚊虫，室内残留喷洒则针对停留在室内的蚊虫。这意味着，在傍晚叮人或者在室外叮人或停留的蚊虫可以逃脱最常用的干预措施，从而导致残留的疟疾传播。在疟疾病媒选择叮人的时间和地方，如果人们不在室内或不在蚊帐内，传播就可能会继续发生。为了在适当的地方尽量扩大现有病媒控制工具的影响，国家应当有效地实施这些工具，不应当因实施不当或使用劣质产品而影响质量。

40. 保持充分的昆虫学监测和监督。要作出有效的病媒控制反应，国家监测系统中就必须包括对病媒控制干预措施的覆盖面和影响进行昆虫学监测和监督。病媒控制应当在当地流行病学和昆虫学资料（包括杀虫剂耐药性和病媒习性）的指导下进行。各国应当收集一切环境中的资料，包括无疟疾但有风险可再次发生传播的地区。

41. 昆虫学监测必须包括定期评估现存的病媒种类、密度和季节性、叮咬与停留的时间和地点及选择的宿主（病媒习性）、杀虫剂易感性情况以及潜在的耐药机制，以便预见对干预措施的脆弱性。还必须对干预措施的覆盖面和影响、长效药浸蚊帐的实体现状、蚊帐的实际使用情况和最终使用者体会到的用处以及杀虫剂的残留作用进行常规监测。

<sup>1</sup> 世卫组织关于在疟疾控制中普及长效药浸蚊帐的建议，2013年9月（2014年3月修订）。日内瓦：世界卫生组织；2013年。控制和消除疟疾传播的室内滞留喷洒业务手册。日内瓦：世界卫生组织；2013年。

<sup>2</sup> 世卫组织就室内滞留喷洒与长效药浸蚊帐相结合问题向各国提供的指导。日内瓦：世界卫生组织；2014年。

<sup>3</sup> 世卫组织临时立场声明：杀幼虫的做法在撒哈拉以南非洲疟疾控制方面的作用。日内瓦：世界卫生组织，2012年。幼虫源头管理——疟疾病媒控制的一项补充措施：业务手册。日内瓦：世界卫生组织；2013年。

<sup>4</sup> 控制剩余疟原虫传播：指导说明。可自 <http://www.who.int/malaria/publications/atoz/technical-note-control-of-residual-malaria-parasite-transmission-sep14.pdf> 获得（2015年3月10日访问）。

产生的数据应当用来帮助决定喷洒的时机，促进替换蚊帐的措施，并指导制定和部署工具，包括行为变化宣传活动。

42. 管理杀虫剂耐药性和残留传播。虽然病媒控制核心干预措施在多数地区仍然有效，但蚊虫对杀虫剂的耐药性以及有助于持续传播的病媒习性与人类习惯仍是重大的挑战，这需要采取紧急和协调的反应。如不予以制止，杀虫剂耐药性可以导致疟疾发病率和死亡率大幅度上升，并产生破坏性的公共卫生后果。敦促所有疟疾流行国家，包括尚未发现耐药性的国家，制定和实施监测与管理杀虫剂耐药性的计划<sup>1</sup>。有策略地使用目前的工具可以保护其有效性。管理耐药性的方法包括，通过在室内残留喷洒周期之间定期更换（轮换）或多种干预措施组合，使用作用模式不同的杀虫剂。必须通过使用新的工具应对影响核心干预措施有效性的病媒习性。病媒控制产品的费用对预防和缓解杀虫剂耐药性以及减少残留传播的战略实施工作是一个重大障碍。各国应当更确切的预测病媒控制产品需求并支持集中采购。这些步骤应当加强生产商的信心，有助于稳定市场，导致价格下降并鼓励创新。

43. 加强以证据为引导的病媒控制能力。要有效地提供和监测病媒控制干预措施，国家疟疾规划就需要投资于人力资源以及组织和基础设施发展，以便提升产生和分析必要数据的能力<sup>2</sup>。应当制定长期战略计划，建设可持续的人力资源能力并确立职业结构和系统，以便确保优化病媒控制干预措施的提供。这种能力是控制和消除疟疾以及防止再次发生传播的所有活动的基础。

44. 在综合病媒管理框架内实施疟疾病媒控制。为使疟疾病媒控制工作——包括保持适当的昆虫学监测和监督，管理杀虫剂耐药性和加强基于证据的病媒控制能力等——产生最大影响，国家疟疾控制规划应当运用综合病媒管理原则。综合病媒管理是一种合理的决策程序，旨在最佳使用病媒控制资源。这种管理力求提高病媒控制的效率、成本效益、生态合理性和可持续性，最终目标是预防病媒传播疾病的传播。各国应当制定和实施国家综合病媒管理计划，作为其更广泛的疟疾控制战略的一部分。开展病媒控制工作需要不同部门参与，因此，各国还应当加强跨部门协调以求产生最大影响。

## 化学预防措施

45. 扩大预防性治疗，在最脆弱的人群中预防疾病。预防性治疗战略是减少疾病负担和传播的多管齐下战略的关键要素，需要大幅度推广以帮助各国减轻疟疾负担。这种干预措施可以抑制现有感染并预防寄生虫血症的后果，包括疾病和死亡。根据特定区域内的传播强度和寄生虫对抗疟药的耐药程度，预防性治疗的战略有所差异。

<sup>1</sup> 世卫组织全球疟疾规划。管理疟疾病媒对杀虫剂耐药性的全球计划。日内瓦：世界卫生组织；2012年。在传播疟疾的蚊子中监测杀虫剂耐药性的测试程序。日内瓦：世界卫生组织；2013年。

<sup>2</sup> 世卫组织关于疟疾昆虫学和病媒控制方面能力建设的指导说明。可自 [http://www.who.int/malaria/publications/atoz/who\\_guidance\\_capacity\\_building\\_entomology.pdf](http://www.who.int/malaria/publications/atoz/who_guidance_capacity_building_entomology.pdf) 获得（2015年3月10日访问）。

46. 世卫组织针对疟疾建议的预防性治疗目前包括对孕妇的间歇性预防治疗、对婴儿的间歇性预防治疗以及对五岁以下儿童的季节性化学预防措施<sup>1</sup>。建议在撒哈拉以南非洲疟疾中度至高度传播的地区使用这些干预措施，而季节性疟疾化学预防措施仅建议在萨赫勒次区域出现高度季节性传播的地区使用。预防性治疗战略目前针对恶性疟疾，还需要发展战略用于其它类型的人患疟疾。

47. 保护所有无免疫力的旅行者和移民。药物预防是定期使用低于治疗剂量但足以预防疟疾的抗疟药。应当结合关于采取措施减少病媒叮咬的咨询意见，对接触疟疾风险较高的个人，尤其是更易于因疟疾患病和死亡的无免疫力的旅行者，进行药物预防。还建议用于在国内从无疟疾地区前往疟疾高危地区的旅行者。

## 诊断检测和治疗

48. 确保对所有疑似疟疾病例进行普遍诊断检测。对所有疑似罹患疟疾的病人，都应当采用有质量保证的显微镜或者快速诊断方法进行疟原虫确诊。在进行抗疟疾治疗之前，公立和私立部门的卫生服务都应当进行确诊。监测系统应当对每一例确诊病例进行追踪和报告，以便为规划制定计划提供信息。确保普及诊断检测将减少过度使用以青蒿素为基础的联合疗法，即用于无并发症疟疾的一线治疗方案，并减少用于寄生虫的药物压力<sup>2</sup>。

49. 推广诊断检测将以确诊病例而不是疑似病例为基础提供及时和准确的监测数据。此外，还将导致改进鉴别和管理仅根据发热而认定为疟疾的许多非疟疾发热疾病。目前，推广获取及时的诊断检测落后于病媒控制预防工作，但在所有环境中加强诊断和治疗，将有助于降低疟疾发病率和死亡率。世卫组织认识到，间日疟检测和有效、安全的根治性治疗目前需要两方面的诊断：是否存在间日疟原虫，以及葡萄糖六磷酸脱氢酶状况。

50. 为所有患者提供有质量保证的治疗。为了防止无并发症疟疾发展为严重疾病和死亡，确保普遍获得世卫组织建议的抗疟药在所有情况下都是至关重要的。确诊之后，每一个无并发症的恶性疟原虫疟疾患者都应当接受有质量保证的以青蒿素为基础的联合疗法。在间日疟原虫对氯喹具有易感性的地区，无并发症的非恶性疟疾应当使用已知在该地区有效的氯喹或以青蒿素为基础的联合疗法进行治疗。除了以青蒿素为基础的联合疗法或氯喹，不缺乏葡萄糖六磷酸脱氢酶的所有感染间日疟原虫或卵型疟原虫的未怀孕成人和儿童应当接受 14 天的伯氨喹疗程以预防今后复发。恶性疟原虫、间日疟原虫或者诺氏疟原虫引起的每起严重疟疾病例应当使用青蒿琥酯或蒿甲醚注射治疗，随后接受

<sup>1</sup> 经更新的世卫组织政策建议：利用磺胺多辛 - 乙胺嘧啶对孕妇实施间歇性预防性疟疾治疗，日内瓦：世界卫生组织；2012 年。世卫组织政策建议：利用磺胺多辛 - 乙胺嘧啶对婴儿实施间歇性预防性疟疾治疗以促进在非洲控制恶性疟原虫疟疾。日内瓦：世界卫生组织；2010 年。世卫组织政策建议：在非洲萨赫勒次区域高度季节性传播地区采用季节性疟疾化学预防方法控制恶性疟原虫疟疾。日内瓦：世界卫生组织；2013 年。

<sup>2</sup> 普及疟疾诊断检测：业务手册。日内瓦：世界卫生组织；2011 年。

全程口服青蒿素联合疗法。严重的疟疾需要立即就医，世卫组织就此向各国提供了详细的建议<sup>1</sup>。

51. 疟疾规划应当制定详细的国家治疗指导方针，其中考虑到当地抗疟药耐药性规律和卫生服务能力。各国应当选用世卫组织推荐的并经当地疗效监测显示有效率在 95% 以上的以青蒿素为基础的联合疗法。强烈推荐使用固定剂量配方药物（组合配方的单片药中含有两种不同活性成份），因为这样有助于坚持治疗，可以减小滥用组合包装药物中不同药物的可能性。以青蒿素为基础的单一口服疗法绝对不能用于治疗无并发症疟疾，因为这有可能引起对青蒿素的耐药性。

52. 加强以社区为基础的诊断检测和治疗。社区卫生工作者和志愿者的培训与部署可以在很大程度上补充和扩大公共卫生服务的覆盖面，尤其是在卫生基础设施往往最薄弱且疟疾传播率最高的农村和边远地区。在疟疾预防和医护中战略性地使用社区卫生工作者与志愿者，不但可以填补卫生系统的空白，而且可以确保对最弱势人群的持续医护。国家疟疾规划应当扩大对疟疾、肺炎和腹泻病的社区综合病例管理，侧重点为五岁以下儿童。

53. 监测抗疟药的安全性和效用并管理抗疟药耐药性。必须加强对抗疟药效用的药物警戒和监测，以便发现意外的不良事件和效用减退的情况，使国家治疗政策能够选择最适当的组合。国家应当使用标准的世卫组织疗效研究方案，每两年对包括针对恶性疟疾和间日疟的疗法的一线疟疾疗法进行监测<sup>2</sup>。治疗失败率超过 10%，就应当促使改变国家抗疟疾治疗政策。目前，只要搭配的药物保持有效，以青蒿素为基础的联合疗法就仍然高度有效。但是，需要谨慎，因为青蒿素耐药性的出现会加大对药物组合中搭配药物的耐药风险。

54. 控制抗疟药耐药性。保护以青蒿素为基础的联合疗法的效用和开发新的组合，对疟疾流行国和全球疟疾防治界都应当是一项优先重点<sup>3</sup>。在青蒿素和青蒿素联合疗法继续充分有效的国家和地区，需要促进正确的药物使用，并特别重视扩大诊断检测和有质量保证的治疗以及推广所有的基本疟疾干预措施，包括病媒控制，以便减少出现耐药性的可能性。敦促报告出现青蒿素耐药性的国家强化疟疾控制，以便减轻疾病负担并延迟或防范耐药性的扩散。在传播率较低但已出现青蒿素耐药性的地区，国家应当把迅速消除恶性疟疾作为目标。

<sup>1</sup> 见世卫组织出版物。疟疾治疗指南，第三版。日内瓦：世界卫生组织；2015 年。重症疟疾管理：实用手册，第三版。日内瓦：世界卫生组织；2013 年。

<sup>2</sup> 抗疟药物疗效监测方法。日内瓦：世界卫生组织；2009 年。

<sup>3</sup> 全球遏制疟疾伙伴关系。控制青蒿素耐药性全球计划。日内瓦：世界卫生组织；2011 年。

55. 在大湄公河次区域消除恶性疟疾。在东南亚大湄公河次区域的众多地域，分别独立地出现了恶性疟原虫对青蒿素的耐药性。柬泰边境的形势最糟，恶性疟原虫对几乎所有可用的抗疟药都有耐药性。对多种药物产生耐药性，可以严重威胁该区域迄今取得的进展，并可以导致世界上其它地方的疾病负担上升<sup>1</sup>。消除恶性疟疾是防止耐药性扩散的唯一战略。因此，在当前工具有效的时候，这应当是大湄公河次区域的一项迫切重点。

56. 从市场上清除一切不适当的抗疟药。所有疟疾流行国都应当确保从私立部门市场上清除一切不适当的抗疟药。敦促国家管制当局管制口服青蒿素单一药物的生产、营销授权、出口、进口和使用。各国还应当采取果断的步骤，包括监测和管制行动以及严格的后续跟进，以便从卫生设施和药房清除无效的抗疟药，包括停止通过非正式的供应商提供这些药物。这些工作对保护以青蒿素为基础的联合疗法的效用将是至关重要的，并将在消除疟疾的道路上为加快进展作出巨大贡献。

## 支柱 2. 加快努力消除疟疾并实现无疟疾

57. 所有国家都应争取消除疟疾。实现该目标将需要针对病媒和寄生虫两者采取行动。预防人与病媒之间的接触将减少新感染的进一步传播，而从很多没有被诊断疟疾感染者身上清除寄生虫将加速减少传播。在今后十年内，将能获得新的工具和方法，有助于针对传染性寄生虫人类宿主采取行动。本支柱下概况的主要技术建议以现有工具和方法为基础，但这些建议在 2-3 年内预计将扩大。

58. 调整规划的重点。一旦疟疾病例数在特定国家或亚国家地区减少到较低水平，就可能需要重新调整疟疾规划的重点和活动，以便完成消除疟疾的最后阶段。因此，除了支柱 1 之下提及的干预措施，规划应当强化监测，确保发现每个感染者，实施有针对性的措施来攻击寄生虫和病媒，以便中断当地的传播，消除人体上的所有寄生虫，并管理通过输入疟疾再次发生传播的风险。

59. 颁布法规。需要新的法规以便支持规划重点方面的变化，即确保禁止柜台销售抗疟药并进一步加强监测以包括公立和私立卫生保健设施中对发现的所有确诊感染病例进行的强制性通报。此外，各国卫生部，在有关当局支持下，需要直接监督疟疾药物的供应管理；建立集中报告系统，用于疟疾的流行病学监测、病媒控制数据、疫情报告以及防范和应对；强化公立、私立和以社区为基础的机构与服务之间的协调。

60. 重申政治承诺并加深区域合作。在消除疟疾的最后阶段，需要有坚定的政治承诺、可预见的长期资金供应以及邻国之间更多的合作。在许多国家，迫切需要扩大努力，在低传播地区支持高危社区，尤其是在边远和难以达及的地区。应当寻求办法，保护国内

<sup>1</sup> 紧急应对大湄公河次区域的青蒿素耐药问题：2013-2015 年区域行动框架。日内瓦：世界卫生组织；2013 年。

和跨国的流动人口与移民劳工，使他们了解该病的潜在危险，并使他们能够通过可及的卫生诊所获得预防工具和治疗。

61. **减少未发现的感染人数。**确保通过公共卫生干预措施从受感染者身上完全清除疟疾寄生虫，将需要尚不包括在世卫组织建议的大量工具中的新方法。大规模使用药物等战略，在过去曾成功地使用过，而且目前正在一系列传播环境中探索使用。研究工作正在评价高传播环境中使用传播阻断性药物的潜在作用，以便加快消除疟疾的进展。其它方面的研究正在评价对全体人口或有针对性的人群使用有效抗疟药的影响和更长期作用，包括对使用高度敏感的检测法筛查疟疾寄生虫的感染患者进行治疗。

62. **实施有针对性的疟疾病媒控制。**当国家或亚国家地区的传播减少到较低水平，应当在多数环境中保持用病媒控制干预措施普遍覆盖疟疾高危人群，以便防范疟疾卷土重来。在一个特定地区，随着规划在消除疟疾的道路上前进，指定的高危人群很可能将发生变化。在传播固有潜力较弱、监测系统较强、防备程度较高以及在出现反复的情况下具备能力快速应对的地方，病媒控制有正当理由从普遍覆盖转向专门针对特定人群和地区。为了应对疾病暴发和再次发生传播或者消除传播疫源地，有针对性的室内残留喷洒在有些环境中可以发挥重要作用。随着传播减少，可能愈加需要补充措施，例如幼虫源管理。

63. **防止再次发生当地疟疾传播。**即使在一个国家或亚国家地区消除疟疾之后，疟疾病例的继续输入意味着病例检出质量必须维持很高的水平。警惕可能重新出现的当地传播是综合卫生服务的责任，也是与其它相关部门（例如农业、环境、工业和旅游业部门）合作在传染病控制方面正常职能的一部分。应当向计划前往疟疾流行地区的个人提供卫生信息、药物预防和关于采取措施防范蚊虫叮咬的咨询意见，目的是减少输入疟原虫。应当使来自疟疾流行地区的来访者和移民了解疟疾的风险并向他们提供便于利用的免费诊断和治疗设施。必须继续采用病媒控制，以便控制当地疫情并保护已知容易重新发生传播的地区以及频繁输入疟原虫的地区。为确保成功保持无疟疾状态所需应用的警戒模式取决于一个地区的脆弱性和接受能力。防止再次发生传播的规划是无限期的。因此，不再有传播的国家应当保持监测。

64. **实施阻断传播的化疗。**阻断传播的化疗是使用有效的抗疟药减少配子体（对蚊虫病媒有传染性的有性繁殖阶段疟原虫）的传播，从而中断疟疾传播的循环。世卫组织建议采用阻断传播的化疗以减少疟疾传播，尤其是在受恶性疟原虫青蒿素耐药性威胁的地区以及作为消除恶性疟原虫战略的一部分<sup>1</sup>。这种干预措施目前建议在传播率较低和治疗覆盖率较高的地区使用。阻断传播的战略目前已可用于恶性疟疾，但针对其它疟疾寄生虫的类似战略还有待制定。

<sup>1</sup> 经更新的世卫组织政策建议：用单剂伯氨喹作为恶性疟杀配子体药。日内瓦：世界卫生组织，2012年。

65. 发现所有感染者以便实现消除疟疾和防止再次传播。在传播率很低的环境中，除了卫生设施的疟疾免费医疗和通报之外，积极发现和调查感染病例对清除残留传播疫源地很重要<sup>1</sup>。病例调查以及在与卫生设施诊断的疟疾患者分享生活环境的人中发现感染病例，将提供关于可能接触同一感染源的信息，以便确定是正在发生当地传播，还是出现了输入的病例。

66. 使用药物缩小寄生虫群。使用抗疟药是消除疟疾战略的一个要素，因为可以在接受治疗的人群中消除寄生虫群，而且当作为预防措施使用时，可以减少易感个体数并降低配子体的传播能力。在今后，世卫组织将评估药物在蚊虫能够传播疟疾寄生虫之前灭蚊的潜在作用，及其治疗所有感染病例的潜在作用，无论是否有临床症状或是否求医。在目的为消除疟疾的工作中，经实验室确证患有间日疟或卵型疟原虫疟疾的所有患者都应接受根治性治疗方案，以便清除可能在以后造成复发的所有休眠体。

67. 制定专门针对间日疟原虫的战略。为了成功地消除疟疾，必须更加重视间日疟原虫，因为对这种寄生虫比对恶性疟原虫的了解更少。间日疟提出了众多挑战，需要专门的战略。这些挑战包括：

- 间日疟原虫可忍受的环境条件范围比恶性疟原虫更加广泛，因此传播的地域范围也更广；
- 在感染者出现症状之前，间日疟原虫可以由人类传播给蚊虫；
- 常规病媒控制方法（长效药浸蚊帐和室内残留喷洒）对间日疟原虫的有效性可能较低，因为在以间日疟原虫为主的许多地区，病媒在傍晚叮咬，在室外吸血并停留在室外；
- 休眠体更难以发现，因为寄生虫血症一般很低，也因为用现有诊断检测法不能发现肝脏中存在的休眠隐伏体；
- 休眠体可以导致多次复发并产生相当高的发病率和进一步的传播；
- 间日疟原虫隐伏体只有通过 14 天的伯氨喹疗程才能消除，但这种药物在葡萄糖六磷酸脱氢酶缺乏症患者中可以产生严重的副作用（溶血性贫血），而且这种治疗禁忌用于婴儿、孕妇或哺乳期妇女等脆弱人群；
- 检测葡萄糖六磷酸脱氢酶缺乏症具有挑战性，在许多环境中无法获得；
- 对氯喹产生耐药性的间日疟正在扩散。

---

<sup>1</sup> 为消除疟疾进行疾病监测：业务手册。日内瓦：世界卫生组织；2012 年。关于低传播环境中疟疾诊断的政策简报。日内瓦：世界卫生组织；2014 年。

68. 使用监测作为消除疟疾规划的一种干预措施。随着疟疾规划向消除该病进展，监测目的是发现所有疟疾感染者，无论是否有症状；调查每一起感染者，对输入病例与当地感染的病例进行区分；确保发现的每起病例及时得到治疗，以便预防继发性感染。虽然感染是零星地或在明确的疫点发生的，但监测系统必须覆盖整个国家，尤其要重视正在发生或历史上近期发生过传播的地区。各国应监测输入性感染，这种感染在消除疟疾阶段的所有感染中占相当大的比例，在先前中断传播的地区中可能会造成再次发生传播的风险<sup>1</sup>。

### 支柱 3. 把疟疾监测转变为一项核心干预措施

69. 各国无论在消除疟疾的道路上处在什么位置，都应当把疟疾监测提升为国家和亚国家疟疾战略的核心干预措施。作为干预措施，监测包括追踪疾病和规划应对措施以及采取行动对收到的资料作出反应。目前，多数高疾病负担国家所处的地位不能持续地获取必要的疟疾数据，所以很难优化应对措施，评估疾病趋势并应对疫情。当规划很接近消除目标时，监测作为一项干预措施可以发挥最大的作用，但在消除疟疾道路上的所有节点都需要有效的监测。下文介绍了有效监测的效益以及监测转换所需的行动。

70. 强大的疟疾监测能够在以下方面强化规划，以便优化实施：

- 倡导与国家和亚国家地区疟疾疾病负担相一致的国内和国际来源的投资；
- 调拨资源用于最有需求的人群以及最有效的干预措施，以便达到尽可能大的公共卫生影响；
- 定期评估计划是否按预期要求进展，或者是否需要对于干预措施的规模或组合进行调整；
- 报告所接受资助的影响，并使公众与其选出的代表和捐助者能够确定资金效益水平；
- 评价是否实现了规划目标，并了解哪些方面有效，哪些方面无效，以便能够设计更高效率和效益的规划。

71. 高传播地区的监测。资料分析和规划监测以合计数为基础，并在人口层面上采取行动，以便确保所有人群都能获得服务，而且没有不良的疾病趋势<sup>2</sup>。疟疾相关死亡人数

<sup>1</sup> 为消除疟疾进行疾病监测：业务手册。可自 [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44852/1/9789241503334\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44852/1/9789241503334_eng.pdf) 获得（2015年3月10日访问）。

<sup>2</sup> 为控制疟疾进行疾病监测：业务手册。可自 [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44851/1/9789241503341\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44851/1/9789241503341_eng.pdf) 获得（2015年3月10日访问）。

和趋势的及时准确信息是追踪疟疾控制进展情况的一项关键性要求。应当协同努力，确保医院和卫生中心的所有疟疾住院病例以及疟疾死亡病例得到寄生虫学检测的确认并通过国家监测系统进行报告。应当确定医院数据在特定地点的代表性，有明确界定的目标人群并持续追踪死亡原因。

72. **低传播地区的监测。**在传播率较低或中等的地区，疟疾分布情况有相当大的差异，所以更加需要识别最易患该病的人群并使干预措施有适当的针对性。疟疾可以集中在边缘化人群中，例如生活在偏远或边境地区的人、流动和迁徙的劳工以及获取服务能力有限的部落人群。可能需要为不能获得服务的人群直接上门提供诊断检测和治疗服务（即开展积极主动的病例发现和治疗）。由于高危人群的免疫力会随着干预措施发挥作用而减退，规划必须警惕可能出现的疾病暴发，并强化对感染发生率的报告（例如每周一次）以及对传播主要决定因素的监测，例如气象数据。

73. **争取消除疟疾地区的监测。**越来越需要有专门用于疟疾的报告系统，以便满足针对和监测特定高危人群和疫源地的干预措施所需要的额外信息。随着消除疟疾的工作取得进展，有必要调查感染个例或聚集病例，以便了解高危因素并消除传播疫源地。另外变得越来越重要的是，必须确保监测系统包括私立部门正式和非正式的医疗提供者所发现病例的数据。在接近消除疟疾的阶段时，疟疾监测系统的运行和维持变得更加复杂并需要更多的资源，而且将需要为有关人员提供额外的技能、培训和活动，所以需要越来越多的资源和能力。一旦消除了疟疾，要保持这种状况就需要维持有力的监测系统；各国也需要监测输入疾病的风险（脆弱性）和高危地区发生传播的可能性（容纳性）<sup>1</sup>。

74. **投资于常规信息系统。**在疟疾控制的所有阶段，常规信息系统对监测工作都是至关重要的，并构成监测疟疾规划活动的基础。必须充分地投资于管理和使用来自经改进的常规信息系统的数据库，以便产生为规划制定计划、实施和评价所需的信息。需要充分的财力和后勤支持，用于办公用品和设备的提供、工作人员的培训和再培训、卫生设施的监督以及通讯联络。需要管理数据报告，并具备高质量的控制措施和良好的追踪落实。提升工作人员分析和解释数据的技术能力是最重要的需要，以便使规划能够最有效地利用监测信息。

75. **收集必要数据以了解疾病趋势和整体规划绩效。**必要的信息包括以下方面的数据：可用于疟疾控制的资源（规划资金供应、人员和物资）、现有服务提供水平（服务的可及性和干预措施覆盖面）以及卫生服务使用方面的趋势。其中还涵盖关于受影响人群的数据，包括疟疾寄生虫流行率以及与罹患疟疾的较高风险相关的因素。多方数据来源包括常规信息系统（用于追踪资金、物资流动、服务提供和疾病趋势），卫生设施调查（用于追踪卫生设施所提供服务的实施情况），用于追踪规划覆盖面和寄生虫流行率（在人群

<sup>1</sup> 为消除疟疾进行疾病监测：业务手册。可自 [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44852/1/9789241503334\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44852/1/9789241503334_eng.pdf) 获得（2015年3月10日访问）。

中)的家庭调查,以及实施研究的结果。需要昆虫监测系统,以便定期更新关于病媒及其习性和对杀虫剂易感性的信息。疗效研究对发现抗疟药耐药性是必不可少的。根据疟疾传播水平以及疟疾规划的成熟程度和能力,对不同数据来源给予的权重将有所差异。

76. 制定考虑到本国疟疾流行病情况和差异的国家战略计划。随着干预措施覆盖面扩大和疟疾发病率下降,发病率和传播率方面的差异会加大。优化一个国家或领地内疟疾应对措施的一个重要方法是分级,即把一个国家或地区分成较小的单位,可能需要分别提供不同的干预措施组合。国家战略计划应当考虑到卫生系统是否有准备扩大疟疾规划,并为达到期望的覆盖和影响水平确认所需的资源。国家战略计划应当规定不同利益攸关方在计划实施过程中的作用,并制定目标以监测进展并确保问责。

77. 定期监测国家疟疾战略计划的实施情况。在编制预算之前,尤其应当进行年度审查;可以开展中期审查以评估中期进展情况;在制定下一个战略计划之前,应当进行最后的规划审查。应当向各区县和卫生设施按月或按季度传送显示特定关键指标状况的反馈信息,其中包括私营卫生设施。数据必须进行概括,使卫生设施和区县的工作人员能够方便地评估设施的绩效。规划监测和监督不应当局限于疟疾规划管理和实施人员。在确保高质量的疟疾规划方面,其它政府部门、选举产生的领导人、社区成员和捐助者都有利害关系,他们需要能够仔细审视他们支持的业务行动。如果参与审查过程,他们可以协助确保疟疾规划对人群的需求作出反应,并确保作为一项优先发展重点来促进疟疾的控制和消除。

78. 确保对监测系统进行监测。常规卫生信息系统和运行良好的疾病监测使规划能够监测疟疾的资金供应、干预措施覆盖面和疾病趋势。还必须通过计量,例如每月提交报告的卫生设施百分比、每季度接受反馈的卫生设施比例以及在消除疟疾后期阶段中得到调查的病例和死亡的比例,对监测系统本身的绩效进行监测。应当定期评价的其它重要特征包括及时性、准确性、代表性和有效性。对监测系统本身进行的监测将发现弱点并促进采取行动改进监测,转而可以提高疟疾规划的绩效并加快消除疟疾的进展。

## 支持性要素 1. 利用创新并扩展研究

79. 在本战略适用的时期内,预计将出现新的重要工具。其中包括更有效的新药、新的药物组合、更好的诊断制剂、新的疫苗、新的杀虫剂及其它创新的病媒控制工具。在能够获得新的工具之前,规划应当开展实施性研究,改进在当地情况下以最高效率和效益应用现有干预措施的方法。实施性研究将需要尤其注重于人口覆盖面、短期和长期依从性以及人力资源问题。这些研究的设计应当能够提供高质量的结果,为政策建议提供证据。在获得候选工具和方法之后,世卫组织和国家管制机构将进行审查并提出意见。国家应确保存在促进迅速评估的管制环境,而且必须适当采用经核实的工具。必须通过实

施研究发现阻碍引进新工具的瓶颈并尽早予以消除，以便在产生证据基础以确定采用这些工具的有关条件之后，促进立刻予以使用。下文概述了五个不同领域内的优先重点。

## 病媒控制

80. 正在开发众多可能的工具和方法，以便应对病媒对杀虫剂的耐药性以及残留传播等特定挑战。其中包括新的杀虫剂、配方或应用方法、新的昆虫引诱剂和驱虫剂、新的生物活性因子（例如真菌或内共生菌）、新的蚊虫生命周期目标（例如觅食糖类、交配或产卵阶段）以及转基因蚊虫。还正在探索新的战略以改进干预措施的提供，例如移动电话技术和数码测绘的新型用途。还需要工具在人们因职业或其它原因离开受核心干预措施保护的住房时提供保护。

81. 改进现有核心病媒控制干预措施是一个优先领域，需要进一步重视，因为预计持续用于这些工具的开支很大。除了把新的有效成分纳入这些干预措施，还必须开发和审核具有更好或更长久残留作用、牢固性和效益的蚊帐。因此，各国应当继续开展业务研究，改进蚊帐的不可及性、所有权和使用以及室内残留喷洒的质量和使用的宣传内容。

82. 迫切需要探索方案，确保以及时和经济上负担得起的方式提供经改进的病媒控制工具，包括减少杀虫剂耐药性和残留传播的方法。国家和全球社会必须与制药业和研究机构合作，识别和验证杀虫剂耐药性的标记，评估残留传播的程度和推动因素，并评价候选工具。需要明确界定审核新工具所需的证据，以及建议规划采用这些工具的公认程序。

83. 现有和新的病媒控制产品与设备的质量保证对持久的效用和安全性是至关重要的。由于目前全球和国家开展质量控制评估的能力有限，各国必须投资于建设充分的技术能力和必要的设施。

## 诊断检测和治疗

84. 在传播率较高的情况下以及当国家进入消除疟疾阶段时，都需要开展研究，开发能更方便地检测无症状感染者中低原虫密度血症的工具和确定不同筛查策略的有效性，以便选择有针对性的干预措施。需要具有更好的物种特异性、适用于所有非恶性疟原虫的快速诊断检测；也需要能用于间日疟原虫休眠体的诊断技术。

85. 为了推广使用 8-氨基喹啉抗疟药根治间日疟，需要发展卫生服务点的简便、快速诊断检测来确定个体的葡萄糖六磷酸脱氢酶状况。

86. 新的候选治疗制剂需要有健全的研发渠道，因为任何药物或组合的长期效用都受到耐药性的出现和扩散的威胁。理想的组合是一种安全有效和可负担的单剂量治疗，可以产生根治性效果，降低配子体的传播能力，对恶性疟原虫和间日疟原虫感染都有预防作用，并可以在妊娠期以及对葡萄糖六磷酸脱氢酶缺乏症患者使用。需要开发安全、耐受性良好、经济上可负担、避免产生耐药性和作用范围广泛的新药治疗方案，用于治疗确诊的临床病例并可能大规模用于寄生虫宿主，包括恶性疟原虫和间日疟原虫的有性繁殖阶段。将需要创建新的管制通道，以便研制创新药物预防制剂并制定研制抗疟药用于预防性治疗的明确研究战略。

87. 迫切需要可靠、便于应用和解释的测试法，适用于所有药物组合成分耐药性的分子标记。识别和确认分子标记将提高我们对每种药物组合耐药性的出现和扩散分别进行监测的能力。除了检测恶性疟原虫耐药性的分子标记，还需要检测间日疟原虫耐药性的标记。一旦耐药性的分子标记能用于监测，这将是非常有用的，尤其是在越来越难以开展疗效研究的低传播地区。

88. 为了提高对治疗、检测和推荐的疗法的需求，需要有针对性策略来更充分地了解持续传播地区人们的求医行为。应当制定创新的方法，确保公立和私立以及正规卫生系统之外的保健提供者能按标准指导方针发现、治疗和记录所有疟疾病例。

## 疟疾疫苗

89. 疟疾疫苗预计在今后将是对现有大量工具的一项重要补充。具有不同作用模式的若干候选疫苗目前正处在不同的研发阶段，以便预防恶性疟原虫和间日疟原虫感染。其中至少有一种（RTS,S）已接近批准颁证和政策建议审查。全球卫生界要求到 2030 年研制出保护效率至少达到 75% 的疟疾疫苗并颁发许可证。疟疾疫苗目前被设想为一种补充工具，不应当取代一揽子核心干预措施。

## 监测

90. 信息和通讯技术的进展为提高报告的及时性、更充分地分享数据（信息系统与卫生系统的不同层面之间）和强化数据分析提供了希望。可运用信息技术优化和改进采购和供应管理，早期预警系统，并绘制示意图显示服务提供方面的空白。此外，采用新的技术将提供机会改进系统的管理并加强能力和相关的人力资源。

91. 需要作出努力，更充分地分享干预措施和药物敏感性检测的结果以及经常由众多机构产生和持有的关于监测和研究进展的信息。所有研究或服务提供协定应当包括尽可能通过开放式门户分享数据的条款。

92. 需要研究哪种策略对于发现病例最有效，以及评估一旦发现病例时一揽子应对措施的有效性。

## 消除疟疾

93. 需要研究确定传播环境的范围，在此范围内通过针对寄生虫宿主采取行动来减少传播是一种有效的干预措施。这种研究还将需要确定各种方法的最佳组合并优化治疗间隔和监测这种干预措施有效性的方法。后者包括评估能用于发现恶性疟原虫和间日疟原虫的高敏感性亚显微诊断分析法。

94. 由肝脏中休眠体引起的间日疟原虫感染复发在间日疟传播中占很大部分。需要制定针对该寄生虫源的战略，作为消除间日疟战略的一部分，其中包括针对不能接受伯氨喹治疗者的战略。

95. 需要开展基础研究以便开发防止传播的新工具，包括针对寄生虫生命周期的不同阶段并可有效预防所有感染的疫苗，或者能直接针对有性繁殖阶段并预防蚊虫受感染和造成感染的技术。

## 支持性要素 2. 加强有利环境

96. 疟疾干预措施需要结合强大的有利环境并得到其支持，以便确保以有效和可持续的方式扩大所作的努力。推动这种有利环境的主要活动如下。

97. 增加国际和国内的资金供应。迫切需要增加和维持高层政治承诺以及疟疾规划长期可预见的资金供应的可得性。鼓励国际捐助者维持和加强对疟疾目标和规划的承诺；应当制定新的资助办法，利用新出现的发展资金和私立部门资源。敦促疟疾流行国家增加用于加强卫生系统和应对疾病的国内资源。还必须有大量可预见的资金供应来维持近期取得的成功：如果国家现有干预覆盖水平由于缺少资金而出现倒退，就可能会丧失全球疟疾防治工作在近期获得的一些收效。维持健全的疟疾规划和能力对消除疟疾道路上的每一步以及对防止重新发生传播都是至关重要的。

98. 确保强有力的卫生部门响应。在许多疟疾流行国家，卫生系统能力不足是阻碍加快进展努力的一项重大障碍。需要有大量投资来加强卫生系统，尤其是基本的卫生基础设施、供货系统、药物管制、人力资源以及人口动态登记系统，以便改善国家疟疾规划运行的环境。疟疾规划与生殖卫生和妇幼规划、实验室服务及管制当局（涉及诊断设备、药物和杀虫剂）等其它卫生规划之间的大力合作，对疟疾干预措施的成功实施至关重要。

99. **加强卫生人力和疟疾专家库。**在多数疟疾流行国,长期缺少有技能的卫生专业人员,临床手段陈旧,监测系统薄弱,而且监测和评价规划不力。疟疾规划运行的环境很复杂,根据疾病的暴发和疫情的重现、传播模式的变化以及药物和杀虫剂耐药性的形成,需要不断调整应对措施。大力推广疟疾干预措施,需要在国家、区县和社区层面上显著扩大人力资源能力。卫生工作者、规划人员和疟疾研究人员的教育、培训和动员——包括适当的指导、监督和回报,是确保规划有效性的关键。即将产生若干新的工具,引进这些工具将需要新的技能,甚至将需要进一步投资于能力建设。应当认识到加强人力资源是加强卫生系统的一个必要部分。

100. **确保疟疾应对措施的可持续性。**为了做到这一点并尽量加大疟疾投资的潜力,国家疟疾战略计划应当包含在更广泛的卫生系统措施中。更加重视有质量保证的诊断制剂、药物和病媒控制工具的改良供应链、有充分计划的采购、对数据收集和管理新技术的利用以及对私立部门售药商活动更充分的管制和监督,对取得系统的改进都具有关键性意义。高质量和高效率地提供疟疾预防和医护,包括在公立和私立卫生部门两个方面,将受益于并有助于建设更强大的卫生系统。

101. **改进政府的管理作用和疟疾规划的跨境合作。**鉴于利益攸关方的数量众多以及各发展伙伴、私营行业部门、研究和学术界、私立部门卫生设施、非政府组织以及社区卫生工作者在疟疾规划中的重要作用,疟疾流行国的国家公共卫生规划应当改进对疟疾工作的整体协调。必须启动和加强国家规划之间有效的跨境合作,以便确保这些地区内干预措施的最佳覆盖。国家规划应当确保规划实施和消除疟疾的所有工作与国家的战略重点完全一致并符合世卫组织的建议,而且具备适当的管制框架以确保经过有关培训的人员安全地使用有质量保证的工具。

102. **加强多部门合作。**需要加强与非卫生部门的合作。国家疟疾规划应当成为减贫战略、国家发展计划和区域发展合作战略的一个组成部分。作出的反应应当从针对单一疾病的做法提升为将卫生问题纳入所有政策的做法。财政、教育、环境、工业、运输和旅游等部委的参与尤其重要,而且管制当局的积极贡献也同样重要。对病媒控制而言,综合病媒管理有时构成了有效提供干预措施的适当平台。

103. **鼓励私立部门参与工作。**私立卫生部门,包括制药业、卫生设施及其他行动者,在研发和提供商品与服务方面具有重要作用,例如通过研发新的工具和干预措施并投放市场。更大程度地参与工作对提高干预措施的质量将是至关重要的,包括由正式和非正式私立部门提供患者医护以及向国家监测系统适当报告所有疟疾病例、治疗结果和死亡病例。为了改进物资供应链,需要新的和经改进的伙伴关系。这些伙伴关系也可以在保护为重大发展项目招聘的工人以及治疗染病者方面发挥重要作用。

104. 赋权于社区并与非政府组织交往。与社区领袖和非政府实施伙伴的密切合作是取得成功的一项关键因素。除非社区采用政府关于使用预防工具和建议疗法的指导意见，否则疟疾干预措施就不能成功。需要以人为本的综合社区服务，并且应当与公立和私立部门的卫生保健提供者协调，引进这种服务。生活在偏远或难以达及的地区以及利用卫生设施能力有限的人群，只有通过以社区为基础并常常与非政府实施伙伴合作的办法才能得到支持。计划良好的公共卫生宣传与行为改变规划，对在疟疾预防工具的效益和正确使用方面教育受影响的社区是至关重要的。

### 全球技术战略的实施成本

105. 为了达到本战略规定的分阶段指标和总目标，疟疾投资，包括国际和国内捐款，将需要在目前每年 27 亿美元的基础上大幅度增加。到 2020 年，年度投资总额估计将需要增加到每年 64 亿美元，以便达到使疟疾发病率和死亡率减少 40% 的第一个里程碑。然后，到 2025 年应当进一步增加到估计达 77 亿美元的年度投资额，以便达到减少 75% 的第二个阶段指标。为了达到减少 90% 的目标，年度疟疾总支出到 2030 年估计将需要达 87 亿美元<sup>1</sup>。实施成本是根据推广干预措施所需物资数量乘以提供每项干预措施供应商的估计单位成本以及对国家战略计划和世卫组织每年的世界疟疾报告<sup>2</sup>中获得的监测和资金数据进行的分析估算的。每年平均将另外需要 6.73 亿美元的资金（范围：5.24 亿至 8.22 亿美元）用于研究和开发。估计值来自 2030 年前疟疾研究和创新需求方面根据风险进行调整的组合模型。

### 衡量全球进展和影响

106. 减少死亡率和发病率并最终消除疟疾方面的全球进展将基于各国的监测工作。将使用多方数据来源衡量进展，包括常规信息系统、家庭和卫生设施调查以及纵向研究。应当通过至少 14 项结果和影响指标（见表 2）监测进展，这套指标取自世卫组织建议并由疟疾规划进行常规跟踪的数量更多的一套指标。某些指标只适用于少数国家，根据疟疾流行率（例如对撒哈拉以南非洲孕妇的间歇性预防治疗）或者根据在消除疟疾道路上所处的位置（例如由参与疟疾消除活动的规划调查病例和疫源地）进行界定。对其它一些指标，例如病媒控制指标，处在消除疟疾道路上不同位置的规划可以对受益于干预措施的高危人群有不同的定义。在适当时，各国应当确保至少为这 14 项指标确定 2015 年的基线，以便在战略实施过程中监测进展。

<sup>1</sup> 这些估计数字的可信区间为 95%。

<sup>2</sup> 可从以下链接 [http://www.who.int/malaria/publications/world\\_malaria\\_report/en/](http://www.who.int/malaria/publications/world_malaria_report/en/) 获得所有世界疟疾报告（2015 年 3 月 10 日访问）。

表 2. 2015 年之后的 2016-2030 年全球疟疾技术战略的指标

结果
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 前一晚上在药浸蚊帐内睡觉的高危人群比例</li> <li>• 过去 12 个月内受到室内残留喷洒保护的高危人群比例</li> <li>• 在上一次妊娠期间的产前护理时接受过至少三剂或以上的疟疾间歇性预防治疗的孕妇比例（仅涉及撒哈拉以南非洲）</li> <li>• 疟疾疑似患者接受寄生虫检测的比例</li> <li>• 疟疾确诊病人接受国家政策确定的一线抗疟治疗的比例</li> <li>• 国家级收到的卫生设施应交报告的比例</li> <li>• 监测系统发现疟疾病例的比例</li> <li>• 调查病例的比例（参与消除疟疾工作的规划）</li> <li>• 调查疫点的比例（参与消除疟疾工作的规划）</li> </ul>
影响
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 带虫率：有证据显示感染了疟原虫的人群比例</li> <li>• 疟疾发病率：每年每千人中的确诊疟疾病例数</li> <li>• 疟疾死亡率：每年每 10 万人中的疟疾死亡人数</li> <li>• 2015 年以来新近消除疟疾的国家数</li> <li>• 2015 年已无疟疾、但重新发生疟疾传播的国家数</li> </ul>

## 秘书处的作用

107. 秘书处将继续向会员国提供支持，并与联合国系统各组织、捐助者、政府间组织、研究和学术机构以及开展的工作对成功实施本战略有根本性作用的所有其它技术伙伴密切合作。秘书处将开展以下活动，以便协助实现全球、区域和国家的疟疾控制和消除目标。

108. 为了支持国家的行动，秘书处将继续制定、宣传和传播规范性指导意见、政策意见和实施工作指导意见。它将确保其决策程序——其中包括疟疾政策咨询委员会，对快速变化的疟疾情况作出反应，并确保定期更新其全球技术指导意见，以便纳入已证实有效的创新工具和战略。秘书处将继续对病媒控制产品、诊断制剂和抗疟药进行评估和资格预审。

109. 根据本战略中概述的重点行动，秘书处将在审评和更新国家疟疾战略方面向会员国提供指导和技术支持。它将确保在全球、区域和国家级加强自身的能力，以便领导协调

的全球努力，到 2030 年使疾病负担至少降低 90%，并支持实施本战略中的所有建议。它将与会员国合作，酌情制定区域实施计划。

110. 秘书处将支持各国加强本国的疟疾监测系统，以便改进疟疾数据的质量、可得性和管理，并优化决策和规划反应中对这些数据的使用。它将监测战略的实施情况并定期评价达到 2020 年、2025 年和 2030 年阶段指标和总目标方面的进展情况。它还将向各国提供支持，制定适合国情的目标和指标以便促进亚区域的进展监测。

111. 根据其核心职能，秘书处将继续监测区域和全球的疟疾趋势，并向国家和全球疟疾伙伴提供这些数据。它将支持为监测药物和病媒控制干预措施效率所作出的努力，并为此目的维持药物效率和杀虫剂耐药性方面的全球数据库。它将定期向本组织各区域和全球理事机构、联合国大会以及联合国其它机构进行报告。

112. 世卫组织将促进必要的研究和知识的产生，加快实现无疟疾世界的进展速度。

113. 将定期更新本战略，以便确保与最新的政策建议和补充技术指导的联系。

---

## 附件 2

### 第二次延期确立国家公共卫生能力和《国际卫生条例》实施情况 审查委员会向总干事提交的报告中所载建议<sup>1</sup>

[A68/22 A dd.1, 附件 1 – 2015 年 3 月 27 日]

#### 建议 1

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

#### 建议 2

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

#### 建议 3

在《国际卫生条例》的条文和精神方面，应当提请未向世卫组织传达其意图的缔约国注意透明性的重要意义。这些缔约国可能代表情况各不相同的国家，范围从可能已达到核心能力要求但未进行报告的国家，直到进展有限的国家。世卫组织应当进一步努力与这些缔约国接触，提供帮助和机会，以便在需要的情况下要求延期，或者表示它们已达到《国际卫生条例（2005）》附件 1 规定的最低要求，因此不需要延期。

#### 建议 4

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

---

<sup>1</sup> 见 WHA68.5 号决议。

## 建议 5

### 委员会建议各缔约国：

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

## 建议 6

### 委员会还建议总干事考虑建立技术工作小组，以便：

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

## 建议 7

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

缔约国应当迫切地：

- (i) 加强目前的自我评估系统（例如，如果尚未这样做，就应当通过多部门和众多利益攸关方的讨论加强每年一度的自我评估报告和计划程序）；以及
- (ii) 深入地审查重大疾病暴发和公共卫生事件。这应当促进更侧重于科学或证据基础的做法，以便在“现实生活”情况中评估有效的核心能力。同时，秘书处应当促进

区域对疾病审查的一系列正式评价或元评价，由区域办事处进行管理，以便促进跨区域的学习并吸取经验教训用于今后《国际卫生条例》的规划工作。

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

### 建议 8

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

### 建议 9

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

- (a) 获得支持以便长期持续发展和维持国家能力，尤其要注意要求延期的国家/具有显著能力差距的国家；
- (b) 根据第一届审查委员会的建议<sup>1</sup>，创建可以为今后事件方便地利用的反应基金用于国际关注的突发公共卫生事件；
- (c) 建立更广泛的全球公共卫生预备队伍，可以动员起来作为针对国际关注的突发公共卫生事件作出持久反应的一部分。

### 建议 10

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

---

<sup>1</sup> 见文件 A64/10 第 13 项建议。

## 附件 3

# 抗微生物药物耐药性全球行动计划<sup>1</sup>

[A68/20 – 2015 年 3 月 27 日]

## 序言

1. 当微生物能够抵抗药物，治疗其所引起的疾病的选择就会减少。在全世界各地，这种对抗微生物药物的耐药性已经出现在多种微生物中，其上升的流行率威胁着人类和动物健康。感染耐药微生物的直接后果会很严重，包括患病时间更长、死亡率上升、住院时间延长、接受手术和其它医疗程序的患者失去保护以及费用增加。抗微生物药物耐药性影响卫生的所有领域，涉及许多部门，并对整个社会都有影响。
2. 但是，抗微生物药物耐药性的间接影响不仅限于卫生风险上升，还会导致许多具有广泛影响，例如对发展具有影响的公共卫生后果。由于（人类和动物）患病导致劳动生产率下降以及治疗费用上升造成的经济损失，抗微生物药物耐药性消耗全球经济；要应对该问题，需要进行长期投资，诸如为发展中国家提供财政和技术支持，并要投资开发新药、诊断工具、疫苗和其它干预措施，以及投资加强卫生系统以确保适当使用和获取抗微生物药物。
3. 根据 2014 年 5 月卫生大会 WHA67.25 号决议要求拟定本全球行动计划反映了抗微生物药物耐药性对人类健康构成深刻挑战这一全球共识。计划包含迄今为止开展的广泛多部门磋商和会员国磋商中表达的意见。
4. 全球行动计划的目的是在尽可能长的时间内确保以负责任方式使用有需要者均能获得的、质量有保证的、有效、安全的药物继续成功治疗和预防传染病。预计各国将根据全球计划制定本国有关抗微生物药物耐药性的国家行动计划。
5. 为此目的，全球行动计划列出五个战略目标：(1)提高对抗微生物药物耐药性的认识和理解；(2)通过监测和研究加强知识；(3)降低感染发生率；(4)优化抗微生物药物的使用；(5)确保在应对抗微生物药物耐药性方面进行可持续投资。可以通过由会员国、秘书处以及多部门国际和国家伙伴实施清晰界定的行动来实现这些目标。采取行动优化抗微生物药物的使用及在新产品研发中持续投资的同时，必须采取行动确保需要的人可以以可负担的价格公平地获取药物。

---

<sup>1</sup> 见 WHA68.7 号决议。

6. 利用这一方法，确保利用有质量保证、安全且有效的药物治疗并预防传染病的主要目的是可以实现的。

## 范围

7. 细菌适应抗生药的存在并继续生长，即出现**抗生素耐药性**。耐药性的出现与抗生药使用的频繁程度有关。由于多种抗生药属于同类药物，对某种特定抗生药耐药会导致对整个同一类药物耐药。一种生物或一个地点出现的耐药性还会迅速且不可预测地传播，例如通过不同细菌之间交换遗传物质传播，从而影响到多种感染和基本的抗生药治疗。耐药细菌可以通过食物、水和环境在人群和动物之间传播，传播还受到贸易、旅行以及人类和动物迁移的影响。食用动物和人类消费的动物制品中均可找到耐药细菌。

8. 上述一些特征也适用于治疗病毒、寄生虫和真菌性疾病的药物；因而更广义的术语是**抗微生物药物耐药性**。

9. 本全球行动计划对抗生素耐药性问题探讨得最为详细，但也酌情提及防治病毒、寄生虫和细菌性疾病的现有行动计划，包括艾滋病/艾滋病、疟疾和结核病<sup>1</sup>。本计划建议的许多行动，除了适用于其它那些微生物的耐药性，也同样适用于抗真菌药物耐药性。

10. 抗微生物药物耐药性（特别是抗生素耐药性）正在蔓延，而在短期内开发新品类抗生药的前景有限。但是，对于需要采取行动与抗微生物药物耐药性作斗争并对此提供政治支持，现在已经有相当认识。这种支持来自多个部门，而且尤其在人类健康、动物卫生和农业等相关部门之间存在越来越多的合作（包括粮农组织、国际兽疫局和世卫组织之间商定的三方合作<sup>2</sup>）。采取紧急行动的需要符合预防方法<sup>3</sup>，国家和国际多部门行动和合作不应为知识缺口所阻挠。

11. 本全球行动计划确定与抗微生物药物耐药性作斗争的国家行动计划的框架，列出今后 5-10 年以渐进方式应对抗微生物药物耐药性过程中各有关行动者应采取的重要行动。这些行动围绕第 29-47 段所述五个战略目标组织。

<sup>1</sup> 《世界卫生组织艾滋病耐药性监测全球战略》。日内瓦：世界卫生组织；2012 年。《结核病耐药监测指南》第四版。日内瓦：世界卫生组织；2009 年。《世界卫生组织耐药结核病规划管理指南使用手册》。日内瓦：世界卫生组织；2014 年。《遏制青蒿素耐药性全球计划》。日内瓦：世界卫生组织；2011 年。《紧急应对大湄公河次区域的青蒿素耐药问题》。日内瓦：世界卫生组织；2013 年。又见 WHA62.15 号决议。

<sup>2</sup> 《粮农组织-国际兽疫局-世卫组织合作：分担责任并协调全球行动，应对动物-人类-生态系统交界处的卫生风险——三方概念说明文件》，2010 年，见 [http://www.who.int/influenza/resources/documents/tripartite\\_concept\\_note\\_hanoi\\_042011\\_en.pdf](http://www.who.int/influenza/resources/documents/tripartite_concept_note_hanoi_042011_en.pdf)（2014 年 11 月 20 日访问）。

<sup>3</sup> 《粮农组织/世卫组织联合食品标准计划》第四部分：风险分析，第 11 段。食品法典委员会：程序手册（第 23 版）。罗马：联合国粮农组织；2015:110。

## 挑战

12. 由于引起许多常见人类疾病和身体状况——包括结核病、艾滋病毒/艾滋病、疟疾、性传播疾病、尿道感染、肺炎、血流感染和食物中毒——的微生物对范围广泛的一系列抗微生物药物变得耐药，全球卫生在过去几十年间取得的成就面临威胁。医生不得不越来越多地选用作为最后手段的药物，这些药更为昂贵并可能伴有更多副作用，而且往往低收入和中等收入国家没有或者买不起。一些结核病例和淋病病例甚至对作为最后手段的抗生素也出现了耐药。

13. 错误使用和过度使用抗微生物药物会导致耐药性更快发展。据报告，人类健康领域抗生素的使用在大幅增加。多个国家进行的调查表明，许多患者认为抗生素可以治愈引起咳嗽、感冒和发烧的病毒感染。用抗生素治疗患病动物是必要的，但抗生素还被广泛用于健康的动物身上以预防疾病，而且还有很多国家给畜群大规模使用抗生素促进生长。抗微生物药物还常用于种植业和商业养鱼和海产品养殖业。此外，抗微生物药物对环境的潜在影响也是令许多人关注的问题。

14. 抗微生物药物耐药性会影响所有**患者和家庭**。疟疾、肺炎、其它呼吸系统感染和痢疾等发展中国家最常见的儿童期疾病将无法再用多种老抗生素或药物治愈。在较低收入国家，要挽救患以上疾病以及血液细菌感染等其它病症儿童的生命，有效且可获得的抗生素至关重要。在所有国家，没有有效的抗生素预防感染，一些常规外科手术和癌症的化疗会变得不那么安全。

15. **卫生保健工作者**在保持抗微生物药物效力方面可以发挥关键作用。如果医务人员缺乏最新信息、不能辨识感染类型、屈从于患者开抗生素的要求或者从提供药物中获得金钱上的好处，不适当的开药和发药行为会导致错误用药和过度用药。如果医院里卫生及感染预防控制措施不够充分，也会促进感染传播。感染耐甲氧西林金黄色葡萄球菌的住院病人比感染不耐药金黄色葡萄球菌的患者死亡风险要高。

16. 对于**农民、畜牧业和食品业**而言，丧失可以治疗患病动物的有效抗微生物药物会破坏食品生产和家庭生计。畜牧场工人面临的额外风险是接触带耐药细菌的动物。例如，与感染耐甲氧西林金黄色葡萄球菌的牛、猪和家禽打交道的农民感染此类细菌或体内发生此类细菌定植的风险要高得多。耐药细菌通过诸多载体从动物传播给人，其中食物是可能的载体之一；人类消费带耐抗生素细菌的食物已经导致人获得耐抗生素感染。感染耐药微生物的其它风险还包括接触经抗微生物药物处理或被肥料或泥浆污染的作物以及进入地下水的农家径流。

17. 减少抗微生物药物耐药性将需要通过新政策的**政治意愿**，包括控制抗微生物药物在人类健康及动物和食品生产中的使用。在大部分国家，无需处方或医务工作者或兽医的指导就可以在市场、商店、药店或网上买到抗生素。劣质医疗和兽医产品很普遍，而且往往活性成分的浓度很低，这促使耐药微生物出现。需要制定并执行法律以确保药品质量高、安全、有效且能让有需要者获得。

18. 世界经济论坛已经将抗生素耐药性确定为一种任何一个组织或国家无法独自管理或减轻的全球风险<sup>1</sup>，但总体上对耐药性的潜在社会、经济和财政影响的认知仍很有限。在发达经济体，其影响包括卫生保健费用更高以及劳动力供应、劳动生产率、家庭收入、国民收入和税收收入下降。仅在欧盟，一个耐药细菌子集每年会导致 25 000 人死亡，抗微生物药物耐药性每年导致的额外卫生保健成本和劳动生产率损失至少达到 15 亿欧元。需要对低收入和中等收入国家进行类似的分析。对常见兽用抗微生物药物耐药也导致食品生产损失、动物福利差和额外成本。抗微生物药物耐药性正在削弱全球经济，需要全面考虑其经济影响，以便进行长期可持续投资处理该问题，包括确保发展中国家获得经费和技术支持。

19. 对于**制药业**而言，不再有效的药物也就失去了其价值。在与抗微生物药物耐药性作斗争的过程中，制药业领袖是重要的伙伴。他们可以支持负责任用药以延长药物保持有效的时间，也可以研发创新药物和其它工具以应对耐药性。自 1987 年以来，还没有发现新的主要类别的抗生素，正在开发的抗菌素数量也太少，不足以迎接对多种药物耐药的挑战。需要新的概念激励创新并促进决策者、学术界和制药业之间的合作，以确保全球能够获得预防、诊断和治疗耐药感染的新技术。公共部门与私营部门的伙伴关系也很重要，可通过公平定价和向最穷人群进行捐赠，确保公平获取有质量保证的产品及其它相关卫生技术。

## 前进方向

20. 虽然多年来已经提出多个与抗微生物药物耐药性作斗争的建议和倡议，但进展一直很缓慢。部分原因是，一方面国家、区域和全球的监测和报告不足，另一方面各利益攸关方未充分认识到它们需要在各自的领域采取行动。

21. 各国需要制定与抗微生物药物耐药性作斗争的具体行动计划，以支持战略框架<sup>2</sup>。敦促所有会员国在卫生大会批准行动计划后两年内制定与全球行动计划以及食品法典

<sup>1</sup> Howell L 编辑。《全球风险 2013》第八版。日内瓦：世界经济论坛，2013 年。

<sup>2</sup> 秘书处已经与会员国开展合作，汇编有关抗微生物药物耐药性国家行动计划和抗微生物药物使用法规和政策的信息。以该信息为基础的报告提供了一份基线，以便对照该基线对未来各国和全球进展情况监测和报告。见 <http://www.who.int/drugresistance/documents/situationanalysis/en/>（2015 年 9 月 9 日访问）。

委员会、粮农组织和国际兽疫局等政府间机构制定的标准和指南相一致的有关抗微生物药物耐药性的国家行动计划。这些国家行动计划是必要的，以便为资源需求评估提供依据，同时这些计划应当考虑到国家和区域重点。包括粮农组织、国际兽疫局、世界银行、行业协会和基金会在内的伙伴和其它利益攸关方也应制定并在其各自的职责领域实施反击抗微生物药物耐药性的行动计划，并在其报告周期中报告进展情况。所有行动计划均应反映如下原则：

- (1) **全社会参与，包括“同一个健康”思路。**抗微生物药物耐药性将会影响每个人，不论其生活地点、健康状况、经济条件、生活方式和行为。它不仅影响人类健康，还会影响动物卫生、农业、粮食安全和经济发展。因此，各个部门和学科的每一个人都应当参与到实施行动计划中来，尤其应当通过保护和管理规划参加保持抗微生物药物有效性的努力。
- (2) **预防优先。**每个得到预防的感染都不需要治疗。预防感染性价比高，可以在所有环境和部门中实施，即使资源有限也可以。良好的环境卫生、卫生和其它感染预防措施可以延缓难治的耐抗生素感染的发展并限制其传播，是“最合算的措施”。
- (3) **获取。**为了保持治理严重感染的能力，既需要公平获得现有和新的抗微生物药物，也需要适当使用现有和新的抗微生物药物。能否有效实施国家和全球行动计划以应对抗微生物药物耐药问题，还取决于卫生设施、卫生保健专业人员、兽医、预防技术、诊断工具，包括“即用型”诊断工具的可及性，以及知识、教育和信息的可及性。
- (4) **可持续性。**所有国家均应具备一项含有资源需求评估的抗微生物药物耐药性国家行动计划。实施这些计划将需要在监测、业务研究、实验室、人类和动物卫生系统、相关监管能力以及人类和动物卫生部门的专业教育和培训等方面进行长期投资。为了促进必要的技术和财政投资以有效制定和实施国家行动计划，需要作出政治承诺并开展国际合作。
- (5) **为实施设定渐进目标。**在制定并落实与抗微生物药物耐药性作斗争的国家计划方面，各会员国处于非常不同的阶段。要让所有国家都在实施抗微生物药物耐药性全球行动计划方面取得最大进展，相关监测和报告安排应具有灵活性，以便使每个国家都能确定要实现所有五项战略目标自己需要采取哪些重点行动，并以既满足本国需求又符合全球重点的方式逐步落实各项行动。

## 磋商进程

22. 2014年5月，第六十七届世界卫生大会通过有关抗微生物药物耐药性的WHA67.25号决议。除其它行动外，决议还要求总干事制定与包括抗生素耐药性在内的抗微生物药物耐药性作斗争的全球行动计划草案，并通过执行委员会提交第六十八届世界卫生大会。

23. 在开始起草全球行动计划（草案）时，秘书处使用了抗微生物药物耐药性战略和技术咨询小组的建议<sup>1</sup>、现有国家和区域行动计划、世卫组织相关主题指导文件和行动计划以及其它可获得的证据和分析<sup>2</sup>。秘书处定期与粮农组织和国际兽疫局开展磋商，例如通过三方合作会议和通过该两组织参加其它磋商会，目的是确保“同一个健康”思路并与《食品法典》和国际兽疫局的国际标准和指南保持一致。

24. 战略和技术咨询小组在其第二次会议（日内瓦，2014年4月14-16日）<sup>3</sup>上审议了30余名额外与会者的意见，包括非政府组织、民间社会、公共卫生和监管机构、行业协会、专业组织和患者团体代表。在其后的会议（日内瓦，2014年10月17日）上，咨询小组审查了全球行动计划（草案）的文本。最近，战略和技术咨询小组举行了第四次会议（日内瓦，2015年2月24-25日），就全球行动计划草案的定稿问题向秘书处提供了咨询意见。

25. 2014年7、8月，秘书处举行了会员国和其它有关利益攸关方网络磋商，吸引了130份评论和意见，其中54份来自会员国，40份来自非政府组织，16份来自私营部门实体。

26. 2014年6月至11月，会员国、利益攸关方和秘书处召集了更多高级别技术、政治和跨机构讨论，就行动计划提出意见<sup>4</sup>。其中包括抗微生物药物耐药性部长级会议：为未来健康团结起来（海牙，2014年6月25-26日）、全球卫生安全议程包括抗微生物药物耐药性问题会议（雅加达，2014年8月20-21日）、就计划草案直接提出意见的非正式会员国磋商（日内瓦，2014年10月16日）、有关负责任使用抗生素的会议（奥斯陆，2014年11月13-14日）以及关于全球监测能力、系统和标准的会议（斯德哥尔摩，2014年12月2-3日）。

---

<sup>1</sup> 抗微生物药物战略和技术咨询小组及其建议细节见 <http://www.who.int/drugresistance/stag/en/>（2014年11月18日访问）。

<sup>2</sup> 纳入考虑国家和区域行动计划、世卫组织针对具体疾病和卫生主题包括抗微生物药物耐药性的指导文件和行动计划、粮农组织和国际兽疫局等政府间组织确定的标准和指南以及其它信息的细节作为补充材料，见 <http://www.who.int/drugresistance/documents/situationanalysis/en/>（2015年9月9日访问）。

<sup>3</sup> 会议报告见 [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128675/1/WHO\\_HSE\\_PED\\_AIP\\_2014.4\\_eng.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128675/1/WHO_HSE_PED_AIP_2014.4_eng.pdf?ua=1&ua=1)（2014年11月18日访问）。

<sup>4</sup> 有关这些磋商的信息见 <http://www.who.int/drugresistance/en/>（2015年3月9日访问）。

## 战略目标

27. 行动计划的总体目标是尽可能确保长期持续拥有以**安全有效的药物治疗和预防传染病**的能力，这些药物应有质量保证，以负责任的方式投入使用，并使所有有需要者都能获得。

28. 要实现这一总体目标，确定了五个战略目标。第 29-47 段列出了这五个战略目标，会员国、秘书处（包括粮农组织、国际兽疫局和世卫组织在三方合作框架下的行动）以及国际组织和其它伙伴的相应行动见第 50 段后的表格。预计各国将根据全球计划制定本国应对抗微生物药物耐药性的国家行动计划。

### 目标 1: 通过有效沟通、教育和培训提高对抗微生物药物耐药性的认识和了解

29. 需要立刻采取措施，通过针对人类健康、动物卫生和农业实践领域不同受众以及消费者的公共沟通规划，提高对抗微生物药物耐药性的认识并促进行为的改变。将抗微生物药物的使用及耐药性纳入学校课程将促进从小就对该问题有更好的了解和意识。

30. 使抗微生物药物耐药性成为卫生和兽医行业以及农业实践中专业教育、培训、认证、继续教育和发展的核心组成部分，将有助于确保专业人员对该问题有正确的理解和认识。

### 目标 2: 通过监测和研究强化知识和证据基础

31. 应清楚说明处理抗微生物药物耐药性问题的行动和投资的好处和成本效益，从而支持相关行动和投资。各国政府、政府间组织、机构、专业组织、非政府组织、企业界和学术界在产生此类知识并将其转化为实践方面可以发挥重要作用。

32. 特别重要、需要填补的知识空白如下：

- 与抗微生物药物耐药性有关的各种病原体和地理模式的发病率、患病率和范围是需要及时提供的信息，以便指导对患者的治疗，作为当地、国家和区域行动的参考，并监测相关干预措施的有效性。
- 需要理解耐药性是怎么发展和传播的，包括耐药性如何在人类内部、动物内部和两者之间传播以及如何通过食物、水 and 环境传播，这对为抵御抗微生物药物耐药性开发新工具及制定政策和法律很重要

- 快速描述微生物新出现的耐药性特征并阐明其作用机制的能力；需要这种知识以确保监测和诊断工具和方法仍然有用
- 了解为支持实现目标 1、3 和 4 所需的社会科学和行为及其它研究，包括旨在支持人类和动物卫生以及农业领域中有效的抗微生物药物管理规划的研究
- 根据相关的国家和国际治理安排，就治疗和预防常见细菌感染的药物进行研究，包括临床研究，特别是在缺乏资源的环境下
- 支持开发新的药物、诊断工具、疫苗和其它干预措施的基础研究和转化研究
- 确定农业和水产养殖业中非治疗性使用抗微生物药物包括将其用于促进生长和保护作物的替代做法的研究
- 经济研究，包括开发模型评估抗微生物药物耐药性造成的损失以及本行动计划的成本和效益。

33. 世卫组织抗微生物药物耐药性全球监测报告<sup>1</sup>也揭示，有关具有重大公共卫生意义的病原体的抗微生物药物耐药性的信息存在许多缺口。2012 年，国际兽疫局成员国通过有关统一各国抗微生物药物耐药性监测规划的国际标准，但对于人类健康领域的抗微生物药物耐药性数据收集和报告，还没有国际商定的标准，医学、兽医学和农业三个部门的标准也不统一。此外，没有快速分享抗微生物药物耐药性信息的全球论坛。

34. 2013 年，一些欧盟成员国通过联合规划行动公布了有关抗微生物药物耐药性的战略研究议程<sup>2</sup>。该行动包括一些欧盟以外的国家，可能会为进一步发展全球战略研究议程提供初始框架。

### 目标 3: 通过有效的环境卫生、卫生和感染预防措施降低感染发病率

35. 许多最严重、最难治疗的耐抗生素感染发生在卫生保健机构内，不仅因为严重感染患者通常需要入院治疗，而且因为这些机构内密集使用抗生素。虽然这类情况中产生耐药性可能是必须使用抗微生物药物的自然结果，但预防和控制感染的措施不充分可能导致对抗微生物药物具有耐药性的微生物的传播。

<sup>1</sup> 《抗微生物药物耐药性：2014 年全球监测报告》。日内瓦：世界卫生组织；2014 年。

<sup>2</sup> 《战略研究议程：抗微生物药物耐药性联合规划行动》。海牙，抗微生物药物耐药性联合规划行动，2013 年。

36. 更好的卫生和感染预防措施对于限制耐抗微生物药物感染和耐多药细菌的发展和传播必不可少。有效预防性传播感染和通过注射吸毒传播的感染并且改善环境卫生、洗手以及食品和用水安全也必须成为预防传染病工作的核心组成部分。

37. 应当鼓励进行疫苗接种，将其适当作为一种感染预防措施。免疫接种可以从三个方面减少抗微生物药物耐药性：

- 现有疫苗可以预防其治疗需要使用抗微生物药物的传染病
- 现有疫苗可以降低原发性病毒感染的患病率，这种病毒感染往往被使用抗生素不当治疗，而且还可能导致需要抗生素治疗的继发感染
- 开发和使用新疫苗或经过改进的疫苗可以预防由于抗微生物药物耐药性而变得难以治疗或无法治疗的疾病。

38. 大量抗生素的使用与畜牧生产有关。有时使用抗生素是为了预防感染，在已经发生感染的畜群内预防疾病传播和用作生长刺激素，而且往往是通过饲料和水给药。可持续的养殖方法，包括使用疫苗，可以降低感染率和对抗生素的依赖，减少耐抗生素微生物出现并沿着食物链传播的风险。

#### **目标 4：优化人类和动物卫生工作中抗微生物药物的使用**

39. 抗微生物药物耐药性由抗微生物药物使用量所驱动的证据很有说服力。抗生素的大量使用可能是由于过度处方以及通过非处方药销售和最近在许多国家很普遍的网络销售很容易获得抗生素。虽然一些会员国采取了措施，但是在全球，人类、动物和农业中的抗生素使用仍在增加。对动物来源食品的需求预计还将增加，这也会导致进一步增加抗生素使用。

40. 许多高收入和中等收入国家收集并分析有关抗生素使用的证据，国际兽疫局也正在开发一个有关动物抗生素使用的数据库。但是，还缺乏卫生保健点以及较低收入国家的人类使用抗生素的数据。

41. 需要更普遍地认识到抗微生物药物是一种公共产品，以便加强对其分发、质量和使用的监管并鼓励研发投资。在某些情况下，企业界促销产品的支出大于政府促进合理使用抗微生物药物或提供客观信息的投入。

42. 开抗生素的决定很少以确定的诊断为基础。需要有效、快速、低成本的诊断工具，以引导在人类和动物医学中优化使用抗生素，而且这些工具应该很容易地纳入临床、药店和兽医实践。循证处方和配药应该成为卫生保健服务中的标准做法。

43. 在很多领域，对抗微生物药物使用的监管不足或执行不力，例如对于非处方药和网上销售。造成抗微生物药物耐药性的相关问题还包括患者和卫生保健服务提供者依从性差、人用和兽用劣质药流行以及农业中抗微生物药物的不恰当或不受监管的使用。

### **目标 5: 发展进行考虑所有国家需求的可持续投资的经济依据，增加对新药、诊断工具、疫苗和其它干预措施的投资**

44. 经济方面的论据必须反映进行能力建设包括在缺乏资源环境下开展培训的需求以及在人类和动物卫生保健系统以证据为基础使用各种干预措施，包括药物、诊断工具和疫苗的必要性。

45. 需要对抗微生物药物耐药性的卫生及更广泛社会经济负担进行经济影响评估，并将无所作为的代价与采取行动的成本和效益进行对比。缺乏此类数据曾阻碍 2001 年遏制抗微生物药物耐药性全球战略的实施<sup>1</sup>。有关抗微生物药物耐药性的经济代价的有数几项研究都仅局限于发达国家。

46. 迫切需要在开发新的抗微生物药物、诊断工具和疫苗方面进行投资。缺乏此类投资的部分原因是担心耐药性会迅速发展进而限制新产品的用途导致投资回报有限。因此，研发新抗生素被视作不如研发治疗慢性病的药物有吸引力的商业投资机会。目前，大部分主要制药公司均已停止这一领域的研究。世卫组织研究与开发方面筹资和协调问题协商性专家工作小组认为这种情况属于“严重的市场失灵”，“特别令人关切”<sup>2</sup>。需要建立新的进程，促进重新在新抗生素研发方面投资，并确保新产品的使用受到公共卫生管理框架制约从而保持其有效性和使用寿命。可能需要将在研发方面进行投资的费用与销售价格和数量脱钩，从而在各国促进以可负担的价格公平获取新药、诊断工具、疫苗和其它研发成果。近年来已经建立了许多论坛讨论这些问题<sup>3</sup>。

<sup>1</sup> 世卫组织遏制抗微生物药物耐药性全球战略实施研讨会。日内瓦：世界卫生组织，2003 年。

<sup>2</sup> 《满足发展中国家卫生需求的研究与开发：加强全球筹资与协调》。研究与开发方面筹资和协调问题协商性专家工作小组报告。日内瓦：世界卫生组织，2012 年。

<sup>3</sup> 世卫组织新抗生素开发和保持创新模式技术磋商会（日内瓦，2014 年 5 月 13 日）审查了多个现有倡议（[http://www.who.int/phi/implementation/consultation\\_imnadb/en/](http://www.who.int/phi/implementation/consultation_imnadb/en/)，2014 年 11 月 20 日访问）。

47. 抗生素还必须得到可负担的即用型诊断工具的补充，以便向卫生工作者和兽医提供有关病原体对现有抗生素的敏感性的信息。必须考虑这些技术在低收入和中等收入国家是否适用及价格是否可负担。

### 就抗微生物药物耐药性问题采取行动的框架

48. 以下框架以表格形式列出为实现全球计划的总体目标和战略目标各会员国、秘书处以及国际和国内伙伴需要采取的行动。

49. 敦促所有会员国在卫生大会批准行动计划后两年内落实与全球行动计划以及食品法典委员会、粮农组织和国际兽疫局等政府间机构制定的标准和指南相一致的国家遏制抗微生物药物耐药性行动计划。这些国家行动计划应当为资源需求评估提供依据，同时考虑到国家和区域重点，并顾及相关的国家和地方治理安排。秘书处将采取以下措施促进该工作：

- 支持各国制定、实施并监测国家计划；
- 根据可持续性原则（上面第 21(4)分段），领导并协调给各国的支持，对投资需求进行评估和落实；
- 监督各会员国和其它伙伴制定并实施行动计划的情况；
- 发布双年度进展报告，包括对已经制定计划的国家和组织、其实施进展以及区域和全球行动的有效性进行评估；还将包括对粮农组织、国际兽疫局和世卫组织落实三方合作相关行动所取得的进展进行评估。

50. 秘书处还将与抗微生物药物耐药性战略和技术咨询小组、会员国、粮农组织和国际兽疫局以及其他相关伙伴一道确定监测和评估框架，包括确定全球行动计划实施及其有效性的可衡量指标。每个战略目标可能使用的此类有效性（影响）指标示例见以下表格框架。

**目标 1: 通过有效沟通、教育和培训提高对抗微生物药物耐药性的认识和了解**

**可能的衡量有效性的指标:** 全球人类抗生素消费减少的幅度（留出需要在某些环境下改善获得情况的余量）以及食品生产中抗生素使用量减少的情况

会员国的行动	秘书处的行动	国际国内伙伴的行动
<p>通过针对人类健康、动物卫生和农业实践领域不同受众的公共沟通规划，包括参与每年一次的提高对抗生素认识的全球性宣传活动，提高本国对抗微生物药物耐药性的认识。</p> <p>将抗微生物药物耐药性确立为卫生和兽医行业以及农业实践中专业教育、培训、认证和发展的核心组成部分。</p> <p>将抗微生物药物的使用和耐药性纳入学校课程，以促进对该问题的更好了解和认识；向公共媒体提供准确的相关信息，以便向公众提供的信息和相关报道能够强化重要信息。</p> <p>通过将抗微生物药物耐药性列入国家风险列表或通过其它促进整个政府承诺的有效机制将抗微生物药物耐药性确认为一项需要所有政府部委都采取行动的重点工作。</p> <p>促进并支持建立多部门（同一个健康）联盟以便在地方或国家层面处理抗微生物药物耐药性问题，同时促进参与区域和全球层面的这类联盟。</p>	<p>以现有区域和国家活动为基础并与其它组织（如联合国教科文组织和联合国儿童基金会）合作，发展并实施全球沟通规划和专项行动，包括每年一次的提高对抗生素认识的全球性宣传活动。提供核心沟通材料和工具（包括用于社交媒体和用于评估公众认识和理解的材料和工具），供会员国和其它伙伴调整采纳并实施。</p> <p>通过三方合作与粮农组织和国际兽疫局一道开发核心沟通、教育和培训材料，供各区域和国家调整采纳并实施。材料主题包括负责任使用抗生素的必要性、在人类和动物卫生及农业实践中预防感染的重要性、控制耐药微生物通过食物和环境传播的措施。向会员国提供支持，将抗微生物药物耐药性教育纳入专业培训、教育和注册。</p> <p>就实施全球行动计划及实现影响目标的进展情况定期发布报告，以保持对减少抗微生物药物耐药性的承诺。</p> <p>通过区域委员会、执行委员会和卫生大会保持抗微生物药物耐药性问题在与会员国讨论中的重点地位，保持其在与其它政府间组织包括联合国的讨论中的重点地位。</p>	<p>专业组织和学会应将抗微生物药物耐药性确立为教育、培训、考试、专业资格注册或认证以及专业发展的核心内容。</p> <p>国际兽疫局应继续支持其成员实施国际兽疫局标准（包括兽医专业标准和培训），应用兽医机构效能提升程序<sup>1</sup>并更新立法。</p> <p>粮农组织应支持提高对抗微生物药物耐药性的认识，促进畜牧养殖和动物卫生工作者、畜牧养殖者以及食品和农业领域其他利益攸关方采用畜牧养殖和卫生方面的良好实践。</p> <p>包括粮农组织、国际兽疫局和世界银行在内的政府间组织应提高对抗微生物药物耐药性的认识和了解，并与世卫组织合作，在各自组织内开展世卫组织秘书处所开展的行动。</p> <p>包括民间社会组织、贸易和行业机构、雇员组织、对科学教育感兴趣的基金会以及媒体等其它利益攸关方应帮助提高公众对于各领域预防感染和使用抗微生物药物的认识和了解。</p> <p>世卫组织、粮农组织、国际兽疫局和其它国际利益攸关方应当鼓励和支持会员国建立国内以及区域/全球联盟。</p>

<sup>1</sup> 见 <http://www.oie.int/support-to-oie-members/pvs-evaluations/>（2014年11月20日访问）。

<b>目标 2：通过监测和研究加强知识和证据基础</b>		
<b>可能的衡量有效性的指标：</b> 以各国抗微生物药物耐药性监测综合规划收集的数据为基础，抗微生物药物耐药性流行率降低的幅度		
<b>会员国的行动</b>	<b>秘书处的行动</b>	<b>国际国内伙伴的行动</b>
<p>发展具备以下特征的国家抗微生物药物耐药性监测体系：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 具备系统收集并分析数据——包括来自卫生保健机构和社区的有关数种核心微生物和抗微生物药物的数据——的能力的国家参考中心，以便为国家政策和决策提供信息；</li> <li>• 至少一家能够利用标准化检验来确认耐药微生物并按照商定的质量标准运行、开展满足核心数据要求的敏感试验的参考实验室；</li> <li>• 在动物卫生和农业部门加强监测，为此要实施世卫组织抗微生物药物耐药性综合监测咨询小组有关食源性病原体抗微生物药物敏感试验的建议<sup>1</sup>、国际兽疫局陆地和水生动物卫生守则规定的标准，包括监测耐药性和抗微生物药物的使用<sup>2,3</sup>、粮农组织/世卫组织食品法典委员会最小化并遏制抗微生物药物耐药性实施规范<sup>4</sup>及食</li> </ul>	<p>制定并实施在人类卫生工作中监测抗微生物药物耐药性的全球规划，包括监测和报告标准和工具、病例定义、外部质量评估方案以及在每个世卫组织区域支持抗微生物药物耐药性监测和外部质量评估的世卫组织合作中心网络。</p> <p>与会员国和其它多部门利益攸关方磋商，制定关于抗微生物药物耐药性数据的报告、分享和发布标准，其中应考虑到全球疾病监测和报告的惯例以及法律和伦理要求。</p> <p>定期报告人类卫生工作中抗微生物药物耐药性流行的全球和区域趋势。</p> <p>在三方合作框架内与粮农组织和国际兽疫局一道支持对人类和动物卫生及农业中的抗微生物药物耐药性进行综合监测和报告，确定衡量食物链中抗微生物药物耐药性的标准并将其作为人类卫生风险指标。</p> <p>以经合组织相关工作<sup>5</sup>为基础制定对人类卫生工作中抗微生物药物消费情况进行监测和报告，包括收集和报告不同环境下使用情况数据的标准。</p> <p>在三方合作框架下，与粮</p>	<p>粮农组织和世卫组织应定期审查并更新粮农组织/世卫组织食品法典委员会最小化并遏制抗微生物药物耐药性实施规范及食品法典委员会食源性抗微生物药物耐药性风险分析指南。</p> <p>国际研究界和粮农组织应支持相关研究，以便更好地了解抗微生物药物耐药性对农业、畜牧养殖和粮食安全的影响以及农业实践对抗微生物药物耐药性出现和蔓延的影响，同时通过发展可持续的养殖方法减少在农业中非治疗性使用抗微生物药物。</p> <p>国际兽疫局应定期更新陆地和水生动物卫生守则（特别是有关抗微生物药物耐药性内容），修改实验室细菌抗微生物药物敏感试验方法指南，通过其兽医机构效能提升程序支持建立兽医实验室服务。</p> <p>全球卫生捐助方、国际发展机构及援助和技术机构应支持发展中国家进行能力建设，促进其收集并分析有关抗微生物药物耐药性流行率的数据以及分享或报告此类数据。</p> <p>为研究提供资金的组织和基金会应支持落实商定的有关</p>

<sup>1</sup> 《抗微生物药物耐药性综合监测：来自世卫组织咨询小组的指导》。日内瓦：世界卫生组织；2013年。

<sup>2</sup> 见文件 CAC/GL 77-2011，网址：<http://www.codexalimentarius.org/standards/list-of-standards/en/>（2014年11月20日访问）。

<sup>3</sup> 见 <http://www.oie.int/en/our-scientific-expertise/veterinary-products/antimicrobials>（2014年11月20日访问）。

<sup>4</sup> 见 <http://www.codexalimentarius.org/committees-task-forces/?provide=committeeDetail&idList=6>（2014年11月20日访问）。

<sup>5</sup> “初级保健机构处方”。见于《2013年卫生一瞥：经合组织指标》。巴黎：经济合作与发展组织；2013年。

<p>品法典委员会食源性抗微生物药物耐药性风险分析指南；</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 促进参与区域和全球网络并分享信息以便发现并监测国家、区域和全球趋势；</li> <li>• 有能力根据《国际卫生条例（2005）》要求发现并报告可能构成国际关切的突发公共卫生事件的新出现耐药性。</li> </ul> <p>收集并报告人类和动物卫生及农业中使用抗微生物药物的数据以便监测趋势并评估行动计划的影响。</p> <p>考虑实施商定的有关抗微生物药物耐药性的全球公共卫生研究议程，包括：促进负责任使用抗微生物药物的研究、定义人类和动物卫生及农业实践中预防感染的更好做法、鼓励开发新的诊断工具和抗微生物药物。</p>	<p>农组织和国际兽疫局一道收集、汇总并发布有关全球抗微生物药物消费情况的信息。</p> <p>与会员国和其它多部门利益攸关方就制定全球公共卫生研究议程以填补有关抗微生物药物耐药性的主要知识空白开展磋商，包括评估抗微生物药物耐药性的卫生和经济负担的方法、行动的成本效益性、耐药性产生并传播的机理以及能够加强新干预措施、诊断工具和疫苗开发的研究。监督并报告研究议程的落实情况，例如通过世卫组织全球卫生研究和开发观察站。</p> <p>与伙伴一道建立可持续的信息储存点保存有关抗微生物药物耐药性以及抗微生物药物的使用和疗效的信息，该信息储存点应与全球卫生研究和开发观察站及进行独立证据评估和评价的规划相结合。</p>	<p>抗微生物药物耐药性的全球公共卫生研究议程。</p>
<p><b>目标 3：通过有效的环境卫生、卫生和感染预防措施降低感染发病率</b></p> <p><b>可能的衡量有效性的指标：</b>可预防感染流行率下降的幅度，特别是卫生保健机构内耐药感染发病率</p>		
<p><b>会员国的行动</b></p>	<p><b>秘书处的行动</b></p>	<p><b>国际国内伙伴的行动</b></p>
<p>会员国可考虑以下行动：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 采取紧急行动，落实并加强卫生和感染预防和控制；</li> <li>• 将卫生及感染预防和控制培训和教育作为核心（强制）内容纳入卫生保健工作者和兽医的培训和教育及其持续专业发展和资格认证或注册。</li> <li>• 制定或加强关于卫生设</li> </ul>	<p>促进设计并实施加强卫生及感染预防和控制实践特别是应对抗微生物药物耐药性的政策和工具，促进民间社会和患者团体参与改进卫生及感染预防和控制实践。</p> <p>确保有关新疫苗和现有疫苗的政策建议将抗微生物药物耐药性造成治疗方案受限制的前景及减少使用包括抗生素在内的抗微生物药物的额外好处考虑在内。</p>	<p>专业学会和认证机构应支持将感染预防措施培训和教育作为专业发展、认证和注册的强制要求。</p> <p>国际兽疫局应更新其守则和手册，反映疫苗方面的新发展。</p> <p>粮农组织应继续联系和支持食品和农业领域的生产者和利益攸关方采纳畜牧养殖和卫生方面的规范做法，以减少抗生</p>

<p>施中感染预防和控制活动的国家政策和实践标准并监测对这些国家政策和标准的实施及遵守情况。</p> <p>在对抗微生物药物耐药性进行的国家监测中收集并报告有关引起卫生保健相关感染的微生物对抗微生物药物敏感性数据。</p> <p>加强动物卫生和农业实践，具体要落实国际兽疫局陆地和水生动物卫生守则标准<sup>1</sup>及粮农组织/世卫组织食品法典委员会最小化并遏制抗微生物药物耐药性实施规范<sup>2</sup>。</p> <p>促进将接种疫苗作为减少食用动物感染的方法。</p>	<p>与伙伴和其它组织一道，促进开发用于预防难治或无法治疗的感染的具体重点疫苗并对其进行临床评价。</p> <p>在三方合作框架下与粮农组织和国际兽疫局一道就食用动物疫苗接种提出建议，包括有关新疫苗的建议，促进预防人类和动物患食源性疾病并减少抗微生物药物的使用。</p>	<p>素的使用并降低抗微生物药物耐药性出现和蔓延的风险。</p>
--	---	----------------------------------

#### 目标 4：优化人类和动物卫生工作中抗微生物药物的使用

**可能的衡量有效性的指标：**全球人类消费抗生素数量减少的幅度（留出需要在某些环境下改善获得情况的余量），食品生产（陆地和水生家畜及其它农业实践）中使用的抗生素数量，人类和动物卫生以外使用的医用和兽用抗微生物药物数量

会员国的行动	秘书处的行动	国际国内伙伴的行动
<p>制定并实施有关抗微生物药物耐药性的全面行动计划，其中包括如下要素：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 抗微生物药物的分发、处方和配药由经资格认证的卫生工作者或兽医进行，并由法定机构或国家法律授权的适当训练有素人员进行监督；</li> <li>• 只批准质量有保证的、安全、有效的抗微生物药物上市销售；</li> </ul>	<p>在与粮农组织和国际兽疫局的三方合作中加强并统一对人类和动物卫生至关重要的抗生素的概念，确保这些概念包括新抗生素的使用，以便就限制人使用抗微生物药物确定共同立场。</p> <p>就制定并执行相关法规向会员国提供支持以便只向使用者提供有质量保证的安全和有效的抗微生物产品。</p> <p>制定技术指南和标准，支持获得抗微生物药物及对其进行</p>	<p>国际兽疫局应定期更新其陆地和水生动物卫生守则，特别是与抗微生物药物耐药性有关内容。</p> <p>粮农组织应与世卫组织合作定期审查并更新粮农组织/世卫组织食品法典委员会最小化并遏制抗微生物药物耐药性实施规范，不仅考虑在食品中的残留量，也要考虑需要在农业实践中尽可能减少并控制抗微生物药物的使用的标准。</p> <p>国际兽疫局应在三方合作</p>

<sup>1</sup> 见 <http://www.oie.int/en/our-scientific-expertise/veterinary-products/antimicrobials>（2014年11月20日访问）。

<sup>2</sup> 见 <http://www.codexalimentarius.org/committees-task-forces/?provide=committeeDetail&idList=6>（2014年10月29日访问）。

<ul style="list-style-type: none"> <li>• 以世卫组织基本药物标准清单、报销目录和标准治疗指南为指导，制定和实施国家和机构的基本药物清单，以指导抗微生物药物的购买和处方以及监管和控制企业的促销行为；</li> <li>• 实验室确定病原体及其对抗微生物药物敏感性的能力，以指导在临床实践中优化抗微生物药物的使用；</li> <li>• 建立管理规划，监督并促进国家和地方根据国际标准优化抗微生物药物的使用，以确保在证据基础上正确选择药物并使用正确的剂量；</li> <li>• 发现并消除各行业鼓励不适当使用抗微生物药物的经济激励因素，推出激励措施优化使用；</li> <li>• 就人类和动物卫生中抗微生物药物的批准、分发、使用和质保问题确立有效且可执行的法规 and 治理，包括为保持新抗生素建立监管框架；</li> <li>• 有关陆地和水生动物及农业使用抗微生物药物的政策，包括：实施食品法典委员会和国际兽疫局的国际标准和指南以及世卫组织/国际兽疫局有关至关重要的抗生素的使用的指导文件；在缺乏风险分析的情况下，逐步停止将抗生素用于促进动物生长和作物保护；在动物卫生工作中减少抗微生物药物的非治疗性使用。</li> </ul>	<p>行循证遴选和负责任使用，包括对治疗失败病例开展后续工作。</p> <p>发挥领导作用，加强国家和区域药品监管系统，使优化抗微生物药物使用的适当实践得到适当可执行法规的支持，并对促销活动进行适当监管。</p> <p>与会员国和制药业协会就为新抗微生物药物创新监管机制进行磋商，例如将其作为需要一套不同监管控制措施的一类药考虑，并就关注公共卫生需求而非营销目的的产品标签新方法进行磋商，以满足保持有效性和全球获得的需求。</p> <p>（在与粮农组织和国际兽疫局的三方合作中）以最佳可获得的相关危害的证据为基础为抗微生物药物的存在及其在环境特别是水、废水和食物（包括水生和陆地动物饲料）中的残留制定标准和指导。</p>	<p>框架下在粮农组织和世卫组织支持下，建立并维持有关动物使用抗微生物药物情况的全球数据库。</p> <p>公共和私营部门中的研究机构，包括制药业应投资开发用于人类和动物卫生的诊断传染病和进行抗微生物药物敏感试验的即用型且可（在药店）出售的有效、低成本工具</p> <p>捐助方、慈善机构和其它非政府组织和民间社会应确保在努力增加获得抗微生物药物的同时采取措施确保此类药物持续有效。</p> <p>包括行业协会、医疗保险机构和其它付款机构在内的专业机构和协会应制定有关抗微生物药物适当培训、教育、营销、采购、报销和使用的行为准则。该准则应包括承诺遵守国家和国际法规和标准，消除在药品信息和教育以及有时在收入方面对制药业的依赖。</p>
--	--	---

<b>目标 5: 发展进行考虑所有国家需求的可持续投资的经济依据, 增加对新药、诊断工具、疫苗和其它干预措施的投资</b>		
<b>可能的衡量有效性的指标:</b> 所有国家进行可持续投资建设应对抗微生物药物耐药性能力的投资增加幅度, 包括投资开发新的药物、诊断制剂和其它干预措施		
<b>会员国的行动</b>	<b>秘书处的行动</b>	<b>国际国内伙伴的行动</b>
<p>会员国应考虑评估其实施本国遏制抗微生物药物耐药性行动计划的投资需求, 并制定计划确保提供和使用所需经费。</p> <p>鼓励会员国参加国际合作研究, 通过如下努力支持开发新的药物、诊断工具和疫苗:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 将有关传染病的基础科学研究作为重点加以支持, 促进发达国家和发展中国家研究机构之间的伙伴关系;</li> <li>• 在共同商定的公正和公平分享利益的原则基础上相互合作, 对生物多样性的自然来源进行调查, 将生物数据库作为开发新抗生素的来源;</li> <li>• 加强现有公共和私营部门伙伴关系并建立新的此类伙伴关系, 鼓励研发新抗微生物药物和诊断制剂;</li> <li>• 试点为研发供资的创新想法和新市场模式, 以鼓励投资并确保获得新抗微生物产品。</li> </ul>	<p>与联合国秘书长和联合国系统内机构一道确定落实实施遏制抗微生物药物耐药性全球行动计划所需投资的最佳机制, 其中特别关注发展中国家的需求。</p> <p>与世界银行和其它开发银行一道开发并实施用于评估实施遏制抗微生物药物耐药性国家行动计划所需投资的模板或模型, 然后整理总结这些需求。</p> <p>与世界银行及三方合作框架下与粮农组织和国际兽疫局合作, 评估抗微生物药物耐药性的经济影响以及在动物卫生和农业领域实施行动计划的经济影响。</p> <p>与会员国、政府间组织、行业协会和其它利益攸关方一道探索建立一个或多个新伙伴关系的方案:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 协调许多相互之间没有关联但都旨在更新抗生素研发投资的行动 (包括研究与开发方面筹资和协调问题协商性专家工作小组后续倡议<sup>1)</sup>);</li> <li>• 在耐药病原体引起的严重或威胁生命的感染出现和流行的基础上确定新药、诊断制剂和疫苗的重点;</li> </ul>	<p>金融和经济部门伙伴应界定在应对抗微生物药物耐药性方面进行国家和全球投资的经济理由, 包括评估实施本行动计划的成本以及不采取行动要付出的代价; 该工作可由世界银行牵头。</p> <p>粮农组织、国际兽疫局和其它伙伴应支持开展适当分析, 提出支持投资的论据, 并为不同生产环境下选择哪种减少抗微生物药物使用 (和抗微生物药物耐药性) 的干预措施来改进畜牧养殖、管理、健康、卫生和生物安全实践提供参考信息。</p>

<sup>1</sup> 《满足发展中国家卫生需求的研究与开发: 加强全球筹资与协调》。研究与开发方面筹资和协调问题协商性专家工作小组报告。日内瓦: 世界卫生组织; 2012 年。

	<ul style="list-style-type: none"><li>• 作为确保和管理对新药、诊断制剂、疫苗和其它干预措施投资的载体发挥作用；</li><li>• 促进可负担和公平获得现有药物和新药<sup>1</sup>及其它产品,同时确保其适当使用和优化使用；</li></ul> <p>建立开放的研发合作模式,以便能支持获取源自这些研究的知识和产品,同时能够激励投资。</p>	
--	---	--

---

<sup>1</sup>《公共卫生、创新和知识产权全球战略和行动计划》列出了许多可以支持可负担和公平获得药物的行动。日内瓦：世界卫生组织；2011年。

## 附件 4

### 经修订的《人事条例》文本<sup>1</sup>

[A68/46 – 2015 年 4 月 17 日]

#### 《人事条例》——第(四)条

任职、调任、重新派任与晋升

- 4.1 总干事应不论种族、性别或信仰，按需要任用、调任、重新派任和晋升职员。
- 4.2 职员之任命、调任、重新派任或晋升之决定，应以求达效率、才干及忠诚之最高标准为首要考虑。征聘职员时，应于可能范围内充分注意地域上之普及。
- 4.3 应在具有最大程度实际操作性的竞争基础上选用；然而，上述情况不应适于为了本组织利益在没有晋升时通过调任或重新派任的任职情况。
- 4.4 根据总干事的规定并在其确立的条件下，与其选择其他人员，职位应优先通过重新派任职员来补充，但对充填外来新人材不怀偏执之见。这种优先原则也彼此适用于联合国以及同联合国有关关系的各个专门机构。

.....

#### 《人事条例》——第(九)条

离任

.....

- 9.2 总干事根据职员聘书规定条件，或因需要撤销职位或裁减职员，或因某职员不称职，或因其拒绝或不能接受合理的重新派任，或因健康原因不能继续服务，均可解聘。

---

<sup>1</sup> 根据 WHA68.17 号决议修订的文本。

## 附件 5

### 公共卫生、创新和知识产权全球战略和行动计划：全面评价职权范围<sup>1</sup>

[A68/35 第 12-17 段–2015 年 5 月 15 日]

[1-11 段阐明了背景并介绍了供审议的方案。]

12. 全面评价的总目的是评估全球战略八项要点的实施状况：

- (a) 将研究与开发需要作为重点
- (b) 促进研究与开发
- (c) 建设和提高创新能力
- (d) 技术转让
- (e) 应用和管理知识产权，推动创新，促进公共卫生
- (f) 改进提供和获取
- (g) 促进可持续的供资机制
- (h) 建立监测和报告系统。

13. 这项覆盖 2008-2015 年的评价将记录成就、差距和剩余挑战并就前进方向提出建议，还将为总体规划审评提供参考。

14. 评价的范围将包括战略本身八项要点以及行动计划确定的 108 项具体活动的实施情况。评价将查看行动计划所列各利益攸关方在不同层级（全球、区域和国家）落实这些要点和活动的情况，包括审查国家政府，秘书处以及其它相关利益攸关方的实施工作。

15. 评价工作将遵循世卫组织的评价政策，将由世卫组织评价办公室委托进行并加以管理，一个特设评价管理小组将为此提供支持。

---

<sup>1</sup> 见 WHA68.18 号决议。

16. 评价工作将由一个通过公开招标选定的外部独立评价方进行。该评价方将是一个独立的外部组织或小组，具有关于评价所涉主题的适当知识和技能组合，以及就公共卫生领域和医疗产品与技术获取方面的创新策略开展评价的相关经验。

17. 为能充分回答评价中的各项问题将综合使用一系列方法来开展评价，包括：审阅现有文献；利用当前各种来源的现有数据和信息；通过向行动计划所列利益攸关方发送调查问卷等途径收集定性和定量数据；以及酌情开展国家案例研究。评价小组将在其初期报告中进一步阐述评价方法并与特设评价管理小组进行讨论。……

---

## 附件 6

### 第二次国际营养大会的结果<sup>1</sup>

[A68/8 附件 1 和 2–2015 年 4 月 24 日]

#### 营养问题罗马宣言

C

### 第二届国际营养大会



Viale delle Terme di Caracalla, 00153 Rome, Italie - Tel: (+39) 06 57051 - Fax: (+39) 06 5705 4593 - E-mail: ICN2@fao.org - www.fao.org/icn2

#### 第二届国际营养大会

2014 年 11 月 19-21 日，罗马

大会成果文件：《营养问题罗马宣言》

欢迎国家元首和政府首脑及其他高级贵宾出席会议，

1. 我们，来自联合国粮食及农业组织（粮农组织）和世界卫生组织（世卫组织）各成员的部长和代表，于 2014 年 11 月 19-21 日汇聚罗马，出席由粮农组织和世卫组织共同主办的第二届国际营养大会，研究如何应对各种形式营养不良造成的多重挑战，寻找今后几十年解决这些问题的机遇。
2. 重申 1992 年第一届国际营养大会、1996 年和 2002 年世界粮食首脑会议、2009 年世界粮食安全首脑会议，以及在世卫组织“2025 年全球营养目标”、世卫组织“2013-2020 年预防和控制非传染性疾病全球行动计划”等相关国际目标和行动计划中做出的承诺。
3. 重申人人有权获得安全、充足和营养食物，与《经济、社会和文化权利国际公约》以及联合国其他相关文书中提出的充足食物权和人人享有免于饥饿的基本权利相一致。

<sup>1</sup> 见 WHA68.19 号决议。

### 营养不良对包容性可持续发展和健康构成的多重挑战

4. 认识到各种形式的营养不良问题，包括营养不足、微营养素缺乏症、超重和肥胖症，不仅会对人们身体发育和认知发展造成负面影响，损害免疫系统，增加对传染性和非传染性疾病的易感性，限制人类实现潜能，降低生产力，以至威胁健康和福祉，而且还会给个人、家庭、社区和国家带来负面社会经济后果，造成沉重负担。
5. 认识到造成营养不良问题的根本原因和影响因素是复杂和多方面的：
  - a) 贫困、发展水平不足和社会经济地位低下是造成农村和城市地区营养不良问题的主要因素；
  - b) 无法不间断保质保量获得尊重国家和国际法律和义务，符合个人信仰、文化、传统、饮食习惯和喜好的充足食物；
  - c) 营养不良现象往往由于以下因素而加重：婴幼儿喂养和护理做法不当；环境卫生及人员卫生条件不良；缺乏受教育机会、无法获取高质量保健服务和安全饮用水；食源性感染及寄生虫侵袭，以及粮食生产至消费整个过程不安全造成摄入的污染物达到损害性水平。
  - d) 流行病，如埃博拉病毒病，对粮食安全和营养提出巨大挑战。
6. 承认大多数国家都面临各种形式营养不良并存现象；尽管膳食风险影响到所有社会经济群体，但就营养状况、对风险的暴露程度以及膳食能量和营养素摄入的充足程度而言，国家之间以及国家内部存在很大差异。
7. 认识到某些社会经济和环境变化会对膳食结构和体力活动模式造成影响，人们越来越倾向久坐不动的生活方式，并食用更多富含脂肪，特别是饱和脂肪和反式脂肪、糖类及盐/钠的食品，加剧了对肥胖症及非传染性疾病的易感性。
8. 认识到有必要应对气候变化和其他环境因素对粮食安全和营养的影响，尤其是对所产粮食的数量、质量和多样性的影响，采取适当行动应对负面效应。
9. 认识到冲突和冲突后局势、人道主义紧急情况 and 长期危机，尤其是干旱、水灾、荒漠化以及流行病，会阻碍实现粮食安全和营养。

10. 认识到为向所有人提供充足、安全、多样化、富营养食品以促进健康饮食，现行粮食系统正面临越来越多挑战，尤其是以下情况造成的制约：资源短缺、环境退化、生产和消费模式不可持续、粮食损失和浪费以及分配不平衡。

11. 认识到贸易是实现粮食安全和营养的一个关键要素，贸易政策应有利于通过一个公正、面向市场的世界贸易体系，促进人人实现粮食安全和营养，并重申需要如 1996 年《罗马宣言》所述，避免采取有违包括《联合国宪章》在内的国际法、危及粮食安全和营养的单边措施。

12. 深为关切地注意到，尽管许多国家取得了巨大成就，但近几十年在减少营养不良方面进展缓慢且不均衡，相关估算数据表明：

- a) 食物不足发生率略有下降，但绝对数字仍居高不下，2012-2014 年遭受长期饥饿的人数估计达 8.05 亿；
- b) 慢性营养不良人数（依照发育迟缓衡量）有所减少，但 2013 年仍有 1.61 亿 5 岁以下儿童受到影响，遭受急性营养不良（消瘦）影响的 5 岁以下儿童为 5100 万；
- c) 营养不足是造成 5 岁以下儿童死亡的主要原因，占 2013 年全球儿童死亡总数的 45%；
- d) 超过 20 亿人患有微营养素缺乏症，尤其缺乏维生素 A、碘、铁和锌等；
- e) 儿童和成年人超重和肥胖率在所有区域均快速增长，2013 年有 4200 万 5 岁以下儿童超重，2010 年有 5 亿多成年人患有肥胖症；
- f) 膳食风险因素，加上运动量不足，其影响约占全球疾病和残疾负担的 10%。

### **制定共同愿景，采取全球行动，消除一切形式的营养不良**

13. 我们重申：

- a) 消除一切形式的营养不良，从卫生、道德、政治、社会和经济层面而言都刻不容缓，同时要特别关注儿童、妇女、老人、残疾人士、其他弱势群体以及处于人道主义紧急状况中人群的特殊需求；

- b) 营养政策应促进生命各阶段获得多样化、平衡、健康的膳食。尤其是，应特别关注从怀孕到婴儿 2 岁的前一千日，以及孕妇和哺乳妇女、育龄妇女和少女，具体做法包括倡导并支持采取适当的喂养和护理做法，包括头六个月完全母乳喂养，此后直至两岁和两岁之后继续母乳喂养和适当的辅助喂养。学龄前、学校、公共机构、工作场所及家庭内都应倡导健康膳食以及家庭健康餐饮方式；
- c) 需要通过采取协调一致的跨领域政策、计划和举措，包括社会保护，支持各方在国际、区域、国家和社区层面开展跨相关部门的协调行动，以消除营养不良的多重负担，促进可持续粮食系统；
- d) 粮食不应作为施加政治或经济压力的一种工具；
- e) 粮食和农产品价格过度波动会对粮食安全和营养造成负面影响，需要更好地监测和应对其提出的种种挑战；
- f) 为了改善饮食和营养，需要为食品安全和质量，包括农用化学品的适当使用制定相关法律框架，具体做法为促进参与食品法典委员会制定国际食品安全和质量标准的各项活动，改进向消费者提供的信息，同时按照 WHA63.14 号决议的建议，避免向儿童推销和宣传食品及非酒精饮料的不当方法；
- g) 需要完善营养数据和指标，提高所有国家尤其是发展中国家的数据收集和分析能力并为相关工作提供进一步支持，以便更有效地开展营养状况监督、政策制定和问责工作；
- h) 有必要通过完善和基于证据的健康和营养信息，加强教育，增强消费者能力，使其能够针对食用产品消费做出知情选择，养成健康的饮食习惯；
- i) 国家卫生体系应采取连贯一致的护理做法，包括促进健康、疾病预防、治理康复，以及通过解决不同人群的特定需求和脆弱性来减少不平等现象，将营养问题纳入工作范围，并确保为所有人提供综合性的卫生保健服务；
- j) 营养和其他相关政策应特别重视妇女，赋予妇女和女孩权能，以此促进妇女充分、平等获得社会保护和资源，尤其包括收入、土地、水、资金、教育、培训、科技、保健服务等，从而促进粮食安全和健康。

## 14. 我们认识到：

- a) 营养领域的国际合作及官方发展援助应酌情对各国营养战略、政策和计划以及监督举措予以支持和补充；
- b) 建立一切情形下均为可持续的、公平的、可获取的、具有恢复能力和多样化的粮食系统，促进在国家粮食安全背景下逐步实现充足食物权；
- c) 采取集体行动对改善营养状况至关重要，这要求各国政府、私营部门、民间社会和社区之间开展合作；
- d) 确保按照国际法非歧视地可靠获取和利用资源对粮食安全和营养十分重要；
- e) 需要执行协调的公共政策，对粮食和农业系统，包括种植业、畜牧业、林业、渔业及水产养殖进行综合考虑，兼顾资源、投资、环境、人员、机构等因素以及粮食生产、加工、储存、流通、制备和消费等流程；
- f) 家庭农户和小农，尤其女性农民，可在减少营养不良方面发挥重要作用，因此，应酌情通过综合的多部门公共政策给予支持，提高其生产能力和收入，加强其抵御能力；
- g) 战争、占领、恐怖主义、内乱、自然灾害、疫病爆发和流行病，以及侵犯人权和不当社会经济政策，造成出现了千千万万难民、流离失所者、受战争影响的非战斗平民和移民，成为营养最脆弱的群体。恢复和照料这些群体的资源往往匮乏，营养不足现象十分常见。所有各方应开展合作，确保按照国家立法和国际法律以及联合国宪章，安全、迅速地向急需者输送和分配符合个人信仰、文化、传统、饮食习惯及爱好的粮食和药品供应。；
- h) 负责任农业<sup>1</sup>投资，包括对小农、家庭农业和粮食系统的投资，对消除营养不良现象至关重要；
- i) 各国政府应保护消费者，尤其是儿童免受食物方面不恰当推销和宣传的影响；
- j) 改善营养要提供健康、均衡和多样化饮食，包括在适当情况下提供传统膳食，满足所有年龄组以及所有拥有特殊营养需求群体的营养要求，避免过度摄入饱和脂肪、糖和盐/钠，同时要从根本上去除反式脂肪；

---

<sup>1</sup> 农业一词涵盖种植业、畜牧业、林业和渔业。

- k) 粮食系统应全年提供能够满足人们营养需要、促进形成健康饮食习惯的食品；
- l) 粮食系统需要帮助预防和应对包括人畜共患病在内的传染性疾病，解决抗菌药抗药性问题；
- m) 粮食系统，包括粮食生产、加工和流通各环节，应具备持续性、灵活性和效率，公平地提供更多样化的食品，并充分关注对环境和健康影响的评估；
- n) 应减少食物链各环节的粮食损失和浪费现象，以促进粮食安全、营养和可持续发展；
- o) 包括世界粮食安全委员会在内的联合国系统以及国际和区域金融机构应开展更有效的合作，酌情支持国家和区域工作，加强国际合作和发展援助，加快在解决营养不良方面取得进展；
- p) 除了其他相关活动和论坛之外，以“滋养地球，生命之源”为主题的 2015 米兰世博会是一次宝贵的机会，可借此机会强调粮食安全和营养重要性，加强公众意识，促进辩论，宣传第二届国际营养大会成果。

### 采取行动

#### 15. 我们致力于：

- a) 消除全球范围内的饥饿问题及一切形式的营养不良，尤其是 5 岁以下儿童食物不足、发育迟缓、消瘦、体重不足和超重现象；消除妇女和儿童贫血症及其他微量营养素缺乏症；扭转超重和肥胖症的上升趋势，减少所有年龄组中膳食相关非传染性疾病的负担；
- b) 增加对有效干预计划和行动的投资，以期改善人们的饮食和营养，包括在紧急情况下；
- c) 制定从生产到消费的和相关部门之间的一致公共政策，加强可持续粮食系统，从而能够全年提供食品，满足人们营养需要，促进安全和多样化健康饮食；
- d) 在相关的国家策略、政策、行动计划和方案中提高营养问题的地位，并相应协调各类国家资源；

- e) 通过加强人员和机构能力，尤其是通过相关科学和社会经济研究与开发、创新和在相互商定条款的基础上进行恰当的技术转让，解决一切形式的营养不良问题，从而改善营养状况；
- f) 加强并促进所有利益相关者做出贡献，推动国内及国家间开展合作，包括北南合作、南南合作及三方合作；
- g) 制定政策、计划和措施，确保从生命初期到成年，包括孕前和孕期内的整个生命阶段，尤其是第一个一千日的健康膳食，包括有特殊营养需求的人群的健康膳食，倡导、保护并支持纯母乳喂养时间从出生后的前6个月延长至两岁及以后，以及适当的辅助喂养、家庭健康饮食、学童健康校餐以及其他专门饮食；
- h) 通过改善健康与营养信息和开展教育，赋予人们权能，为有关食品的知情决定创造一个有利环境，从而促进健康和多样化饮食习惯以及恰当的婴幼儿喂养做法；
- i) 通过《行动框架》实施本宣言的各项承诺，这也有助于确保对全球营养目标的工作进展进行问责和监测；
- j) 充分考虑将本宣言的各项承诺纳入 2015 年后发展议程，包括树立一项可能的全球目标。

16. 我们呼吁粮农组织和世卫组织协同其他联合国机构、基金和计划署，以及其他国际组织，根据请求支持各国政府制定、加强并实施其政策、方案和计划，应对营养不良的多重挑战。

17. 我们建议联合国大会通过《营养问题罗马宣言》以及提出了一系列供各国政府酌情采纳的自愿性政策备选方案和战略的《行动框架》，并考虑在现有架构内，利用现有资源，宣布 2016 年至 2025 年为“营养行动十年”。

## 第二届国际营养大会



Viale delle Terme di Caracalla, 00153 Rome, Italia - Tel: (+39) 06 57051 - Fax: (+39) 06 5705 4593 - E-mail: ICN2@fao.org - www.fao.org/icn2

<b>第二届国际营养大会</b>
<b>2014年11月19-21日，罗马</b>
<b>大会成果文件：《行动框架》</b>

### 化承诺为行动

#### 背景

1. 1992年国际营养大会以来，在减少世界人口饥饿和营养不良状况方面得到了重大改善。然而，减少饥饿和营养不足的工作进展差异明显，进度极其缓慢。今天所面临的根本挑战在于如何通过落实一致的政策并加强所有相关部门工作的协调，以可持续方式改善营养状况。

#### 宗旨和目标

2. 本《行动框架》属于自愿性质。其宗旨是指导落实第二届国际营养大会（2014年11月19-21日，意大利罗马）通过的《营养问题罗马宣言》所做各项承诺。基于现有各项承诺、目标和指标，《行动框架》提出一套政策方案和战略建议，可供政府<sup>1</sup>与其他利益相关者合作，酌情纳入其有关营养、卫生、农业<sup>2</sup>、发展和投资的国家计划，并在有关国际协议的谈判中加以考虑，以期改善所有人的营养状况。

3. 所提建议主要面向政府领导，因为要在国家层面开展行动，与包括受影响社区在内的广大利益相关者开展对话，各国政府均肩负首要责任。各国政府可根据自身需求和情况以及区域及国家优先重点，包括法律框架，考虑所提政策和行动建议的适宜性。

<sup>1</sup> 在所涉事项属于其职责范围时，“政府”一词应理解为包括欧洲联盟和其他区域组织。

<sup>2</sup> 在本文件中，“农业”一词包括种植业、畜牧业、林业和渔业。

为便于问责，《行动框架》采纳了 2025 年前改善孕产妇和婴幼儿营养状况<sup>1</sup>和减少非传染性疾病风险因素<sup>2</sup>的既定全球目标。

### 建议的一套政策和计划方案

4. 建议实施以下一系列政策和计划方案，以创造有利环境，改善各部门的营养状况。

#### 行动建议：为有效行动创造有利环境

- 建议 1：通过政治对话和宣传活动，在国家一级加强旨在改善营养的政治承诺和社会参与。
- 建议 2：制定或酌情修订国家营养计划并估算实施成本，协调各部委和机构制定的对营养产生影响的政策，加强营养领域的法律框架和战略能力。
- 建议 3：加强并酌情建立国家层面的跨政府部门、跨行业部门、涵盖多方利益相关者的粮食安全和营养机制，以监督营养领域各项政策、战略、计划及其他投资的落实情况。可能需要在不同层面建立此类平台，并建立健全保障机制，防止滥用职权，防范利益冲突。
- 建议 4：增加对营养领域的可持续负责任投资，特别是在国家层面运用国内资金；通过创新融资手段来找到更多资源；促进发展伙伴增加对营养领域的官方发展援助，并酌情推动私人投资。
- 建议 5：提高粮食和营养相关多部门信息系统的可用性、质量、数量、覆盖范围和管理，以改进政策制定和问责。
- 建议 6：促进开展国家间协作，如南北合作、南南合作、三方合作等，在营养、粮食、技术、研究、政策和计划领域开展信息交流。
- 建议 7：联合国系统各机构、方案和基金在其职能范围内加强营养治理并协调政策、战略和计划。

---

<sup>1</sup> 即：(1)将全球五岁以下儿童发育迟缓数量减少 40%；(2)将育龄妇女贫血率降低 50%；(3)将出生体重不足比率降低 30%；(4)儿童期超重人数不增加；(5)将生命最初六个月的纯母乳喂养比率提高到至少 50%；(6)将儿童期消瘦比率减少并维持在 5% 以下。

<sup>2</sup> 即：(1)将盐摄入量减少 30%；(2)遏制青少年和成年人肥胖发病率的增长。

**行动建议：促进健康膳食的可持续粮食体系**

- 建议 8：审查国家政策和投资活动，将营养目标纳入粮食和农业政策、计划设计和实施过程，加强营养敏感型农业，确保粮食安全，实现健康膳食。
- 建议 9：加强地方粮食生产和加工，尤其是小农<sup>1</sup>和家庭农户的粮食生产和加工能力，要特别关注妇女赋权问题，同时认识到有效高效的贸易是实现营养目标的关键所在。
- 建议 10：促进作物多样化，包括未得到充分利用的传统作物，提高水果蔬菜产量，根据需要生产相应动物源性产品，采取可持续粮食生产和自然资源管理措施。
- 建议 11：改进储藏、保存、运输和流通技术及基础设施，减少季节性粮食不安全状况，降低粮食和营养成分的损失和浪费。
- 建议 12：设立并加强可提高危机易发地区（包括受气候变化影响的地区）粮食供应抵御能力的机制、政策、计划和服务。
- 建议 13：制定、采用并酌情调整健康膳食国际准则。
- 建议 14：鼓励在食品和饮料中逐渐减少饱和脂肪、糖、盐/钠以及反式脂肪的含量，以防止消费者过量摄入，并根据需要增加食品营养素含量。
- 建议 15：探索监管性和自愿性手段，如符合食品法典和世界贸易组织规则的营销、宣传和标签政策、经济激励手段或限制措施等，以促进健康膳食。
- 建议 16：制定食品或基于营养的标准，以便公共设施提供健康膳食和安全饮用水，如医院、托儿所、工作场所、大学、学校、餐饮服务场所、政府机关和监狱等，同时鼓励为母乳喂养建立相应设施。

**行动建议：国际贸易和投资**

- 建议 17：鼓励各国政府、联合国各机构、方案和基金、世界贸易组织以及其他国际组织把握通过贸易和投资政策实现全球粮食和营养目标的机会。

---

<sup>1</sup> 小农包括农业和粮食工人、手工渔民、游牧民、土著居民和无土地者（世界粮食安全委员会，《全球粮食安全和营养战略》，2013年）。

- 建议 18: 通过适当的贸易协定和政策, 提高粮食供应的可供量和可获得性, 同时努力确保此类协定和政策不会对其他国家的充足食物权造成负面影响<sup>1</sup>。

#### **行动建议: 营养教育和信息**

- 建议 19: 根据国家膳食准则以及粮食和膳食相关的统一政策, 开展营养教育和信息干预活动, 手段包括改进学校课程; 在卫生、农业和社会保护服务、社区干预以及销售点信息(包括加贴标签)等领域开展营养教育。
- 建议 20: 培养开展营养教育活动的技能和能力, 特别面向一线工作人员、社会工作者、农技推广人员、教师和医护专业人员。
- 建议 21: 适当开展社会营销活动和促进改变生活方式的宣传计划, 提倡开展体力活动, 促进膳食多样化, 鼓励食用果蔬类富含微量营养素的食品, 包括地方传统食品并把文化因素纳入考量, 改善儿童和孕产妇营养状况, 采用适当的照料方式, 确保充足的母乳喂养和辅食, 同时要针对粮食系统中的不同受众和利益相关者并相应加以调整。

#### **行动建议: 社会保护**

- 建议 22: 将营养目标纳入社会保护计划和人道主义援助安全网计划。
- 建议 23: 利用现金和粮食转移方式, 包括学校供膳计划及其他针对弱势群体的社会保护形式, 通过更好地获取遵守国家和国际法律及义务, 符合个人信仰、文化、传统、饮食习惯和喜好, 营养上适合健康膳食的食品来改善膳食。
- 建议 24: 为人人创造体面就业, 包括通过促进个体经营, 增加最弱势群体的收入。

#### **行动建议: 强有力且具抵御能力的卫生保健体系**

- 建议 25: 加强卫生保健体系, 推动全民医保<sup>2</sup>, 特别是通过初级卫生保健, 使国家卫生体系能够解决各种形式的营养不良问题, 尤其是满足弱势群体的特殊需求。
- 建议 26: 实施正确战略, 加强人力资源、领导和治理, 改进卫生系统筹资和服务, 以及确保提供基本药物、信息和监测, 改进把营养行动纳入卫生保健体系的工作。

<sup>1</sup> 联合国大会第 A/RES/68/177 号决议, 第 25 段。

<sup>2</sup> 按照 WHA67.14 号决议前言第 9 段, 全民医保意味着人人都不能受歧视地享有国家确定的一整套所需的促进、预防、治疗、姑息治疗和康复方面的基本保健服务以及必要、安全、负担得起、有效和优质的药品, 同时确保使用这些服务不致于让使用者发生经济困难, 并要特别注重人口中的贫穷、弱势和边缘化阶层。

- 建议 27：促进人们普遍享用所有直接营养行动以及通过卫生保健计划对营养问题产生影响的相关卫生保健行动。
- 建议 28：划拨相应财政资源，制定适当政策，实施世卫组织《婴幼儿喂养全球战略》、世卫组织《2012-2025 年孕产妇和婴幼儿营养全面实施计划》以及世卫组织《2013-2020 预防和控制非传染性疾病全球行动计划》。

#### **行动建议：促进、保护和支持母乳喂养**

- 建议 29：调整和实施《国际母乳代用品销售守则》以及世界卫生大会的相关决议。
- 建议 30：采取政策和措施（酌情包括劳工改革），促进对职场母亲的保护<sup>1</sup>。
- 建议 31：实施有关政策、计划和行动，确保卫生保健机构促进、保护和支持母乳喂养，包括爱婴医院倡议。
- 建议 32：通过宣传、教育和能力建设，鼓励和促进营造良好环境，促使男人、尤其是父亲积极参与并与母亲共同分担照料婴幼儿的责任；同时赋予妇女权能，改善其整个生命过程中的健康和营养状况。
- 建议 33：确保紧急情况和人道主义危机中实施的各项政策和措施能够促进、保护和支持母乳喂养。

#### **行动建议：解决消瘦问题**

- 建议 34：采取相关政策和行动并筹措资金，通过实施基于社区的急性营养不良管理，扩大消瘦治疗范围，并提高儿童疾病综合管理。
- 建议 35：将灾害和紧急情况防备纳入相关政策和计划中。

#### **行动建议：解决发育迟缓问题**

- 建议 36：制定政策并加强干预措施，改善孕产妇营养和保健，这项工作应首先从少女着手，并扩展至孕期和哺乳期女性。
- 建议 37：制定卫生保健政策、计划和战略，促进最佳婴幼儿喂养，特别是纯母乳喂养至 6 个月大，之后（从 6 个月至 24 个月）适当添加辅食。

---

<sup>1</sup> 具体参阅国际劳工组织《保护产妇公约》（第 183 号）及相应第 191 号建议书。

**行动建议：解决儿童超重和肥胖问题**

- 建议 38：为孕期妇女提供健康增重和充足营养相关的饮食咨询。
- 建议 39：改善儿童营养状况和成长，特别是让母亲了解到辅食的供应和销售，并改善婴幼儿补充营养餐计划。
- 建议 40：根据世卫组织建议，规范管理向儿童推销食品和非酒精饮料的行为。
- 建议 41：创建有利环境，提倡体育活动，在生命早期解决久坐不动的生活方式。

**行动建议：解决育龄妇女贫血问题**

- 建议 42：通过食用高营养食品，特别是在必要情况下食用富含铁的食品，提高微量营养素的摄入，通过强化和补充战略，促进健康、多样化膳食。
- 建议 43：为孕妇每日提供铁和叶酸及其他营养补充剂，作为产前保健工作的一部分；在贫血发生率达 20% 或更高的地区，周期性为经期妇女补充铁和叶酸，并在适当情况下开展驱虫工作。

**行动建议：保健服务机构如何改善营养状况**

- 建议 44：落实各项政策和计划，确保人人都能获得并使用驱虫蚊帐，为疟疾中度和重度流行地区的孕妇提供预防治疗服务。
- 建议 45：定期为地方病流行区的所有学龄儿童驱虫。
- 建议 46：实施各项政策和计划，提高保健服务能力，预防和治疗传染性疾病<sup>1</sup>。
- 建议 47：为腹泻儿童补充锌，以缩短腹泻病程，减轻腹泻程度，防止后续患病。
- 建议 48：为学龄前儿童提供铁和尤其是维生素 A 补充剂，以降低贫血风险。
- 建议 49：实施各项政策和战略，确保所有女性都能获得生殖健康服务和信息，劝阻青春期妊娠，鼓励延长怀孕间隔时间。

---

<sup>1</sup> 包括预防艾滋病病毒母婴传播，麻疹免疫计划和为泌尿系统感染的女童提供抗生素治疗。

**行动建议：水资源、环境卫生和个人卫生**

- 建议 50：实施各项政策和计划，采用参与性方法改善农业和粮食生产中的水资源管理<sup>1</sup>。
- 建议 51：酌情在民间社会的参与和国际合作伙伴的支持下，投资并致力于使人们普遍获取安全饮用水。
- 建议 52：实施各项政策和战略，采用参与性方法确保普遍实现良好环境卫生<sup>2</sup>，推广安全卫生习惯，包括用肥皂洗手。

**行动建议：食品安全和抗菌药抗药性**

- 建议 53：酌情制定、建立、实施和加强食品监管体系，包括审议国家食品安全立法和法规并推动其现代化，确保粮食生产者和供应商在整个食物链中负责任操作。
- 建议 54：积极参与食品法典委员会关于营养和食品安全的工作，酌情在国家层面实施国际上已通过的标准。
- 建议 55：参与国际网络并对其作出贡献，交换食品安全信息，包括管理紧急事件的信息<sup>3</sup>。
- 建议 56：提高有关利益相关者对抗菌药抗药性所引起问题的认识，实施适当跨部门措施解决抗菌药抗药性问题，包括使用兽药和人用药物时谨慎使用抗菌药。
- 建议 57：按照国际主管机构通过且得到国际公认的标准，制定并实施关于在食品动物生产中谨慎使用抗菌药的国家准则，减少抗菌药的非治疗性用途，如未做 CAC/RCP61-2005 食品法典行为规范中规定的风险分析，逐渐停止将抗菌药用作生长促进剂。

**问责建议**

- 建议 58：鼓励各国政府制定营养目标和中期里程碑，与实施时限（2016-2025 年）及世界卫生大会所确立的全球营养和非传染性疾病指标相一致。请各国政府将商定的营养成果国际指标（以追踪国家目标的实现进展）、营养计划实施情况（包括

<sup>1</sup> 包括减少灌溉中的水资源浪费，采取一水（包括废水）多用的策略，以及更好地采用合适的技术。

<sup>2</sup> 包括实施有关废水安全利用和环境卫生的有效风险评估和管理措施。

<sup>3</sup> 粮农组织/世卫组织食品安全主管机构国际网络（[http://www.who.int/foodsafety/areas\\_work/infosan/en/](http://www.who.int/foodsafety/areas_work/infosan/en/)）。

干预措施的覆盖范围)和营养政策环境(包括营养问题方面的体制安排、能力和投资情况)纳入其国家监测框架<sup>1</sup>。应通过现行机制尽可能全面实施监测工作。

- **建议 59:** 粮农组织和世卫组织将酌情与其他联合国机构、基金和方案以及其他相关区域和国际组织密切合作, 在各国自我评估及其他监测和问责机制(例如“加强营养”行动自我评估报告、向粮农组织大会和世界卫生大会提交的报告、全球营养报告)所提供的可用信息基础上, 共同编写关于《营养问题罗马宣言》中所做承诺实施情况的报告。
  
- **建议 60:** 请粮农组织和世卫组织领导机构及其他相关国际组织考虑将第二届国际营养大会总体后续行动报告列入粮农组织和世卫组织领导机构例会, 包括粮农组织区域会议和世卫组织区域委员会会议(可能每两年举行)的议程。还请粮农组织和世卫组织两总干事酌情向联合国大会转交此类报告。

---

<sup>1</sup> 应在《全球孕产妇和婴幼儿营养监测框架》、《全球非传染性疾病行动计划监测框架》和粮食安全监测指标(粮农组织营养不足发生率指标、粮食不安全体验量表和其他广泛使用的指标)的基础上制定监测框架。

## 附件 7

### 有关孕产妇和婴幼儿营养全球监测框架的补充核心指标<sup>1</sup>

[A68/9–2015 年 5 月 15 日]

	指标
	<b>中间结果指标</b> ，监测影响实现目标的具有因果关系的病症
IO1	5 岁以下儿童中腹泻患病率 <sup>2</sup>
IO2	身体质量指数低的 15-49 岁妇女比例 <sup>3</sup>
IO3	在给定的参照时期内，每千名 15-19 岁女性中的分娩数量
IO4	18 岁以上超重或肥胖妇女比例 <sup>4</sup>
IO5	超重或肥胖 <sup>5</sup> 的学龄儿童和青少年（5-18 岁）比例
	<b>进程指标</b> ，监测针对具体规划和情况的进展
PR1	6-23 月龄儿童接受最低可接受饮食的比例 <sup>6</sup>
PR2	使用有安全管理的饮水服务的人口比例
PR3	使用有安全管理的环境卫生服务的人口比例
PR4	接受铁和叶酸补充剂的孕妇比例 <sup>6</sup>
PR5	爱婴医院中的分娩百分比
PR6	0-23 月龄儿童的母亲在过去一年中至少接受过一次关于最佳母乳喂养的辅导、支持或信息的比例 <sup>6</sup>
	<b>政策环境和能力指标</b> ，衡量政治承诺
PE1	每 10 万人中训练有素的营养专业人员数量 <sup>6</sup>
PE2	国家有法律/法规支持充分实施《国际母乳代用品销售守则》（WHA34.22 号决议）及随后通过的卫生大会相关决议
PE3	国家已根据 2000 年国际劳工组织《保护生育公约》（第 183 号）和建议（第 191 号）实行生育保护法律或法规

<sup>1</sup> 见 WHA68(14)号决定。

<sup>2</sup> 发育迟缓和消瘦的患病率低于 2.3% 的国家可考虑使用常规临床数据来报告这项指标。

<sup>3</sup> 低于 15-18 岁女性按年龄计算的身体质量指数中间值（世卫组织 2007 年生长参考标准）不到两个标准差以及 19 岁以上女性身体质量指数低于 18.5 kg/m<sup>2</sup>。

<sup>4</sup> 身体质量指数超过 25 kg/m<sup>2</sup>。

<sup>5</sup> 高于按年龄和性别计算的身体质量指数中间值一个标准差以上（世卫组织 2007 年生长参考标准，<http://www.who.int/growthref/en/>）。

<sup>6</sup> 将报告事宜推至 2018 年（见 WHA68(14)号决定第 2 段）。

## 附件 8

### 卫生大会通过的决议和决定对秘书处的财政和行政影响

<p><b>1. WHA68.2 号决议：2016-2030 年全球疟疾技术战略和目标</b></p>
<p><b>2. 与 2016-2017 年规划预算方案的联系（见文件 A68/7 <a href="http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_7-ch.pdf">http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_7-ch.pdf</a>）</b></p> <p>类别：1. 传染病</p> <p>规划领域：疟疾</p> <p>成果：1.3</p> <p>产出：1.3.1 和 1.3.2</p> <p><b>该项决议如何促进实现全组织范围预期成果？</b></p> <p>本决议批准了 2016-2030 年全球疟疾技术战略，从而使秘书处得以加强对各会员国落实战略中所述原则和支柱提供支持的能力，同时保持采取强有力的以证据为基础的决策程序。</p> <p><b>是否已在规划预算方案中列入该项决议要求的产品或服务？（是/否）</b></p> <p>是。</p>
<p><b>3. 与规划预算方案相关的所涉估计费用和人员配置</b></p> <p><b>(a) 费用总额</b></p> <p><b>表明(i)该项决议要求秘书处开展的活动的生命周期；(ii)这些活动的费用（估计至最近的万美元）。</b></p> <p>(i) 本决议的时限与联合国 2015 年后发展议程保持一致，本决议列明的许多活动将会持续进行。</p> <p>(ii) 已经开始了规划领域计划进行更新的程序，确保秘书处三个层面的能力得以加强，以支持各会员国落实该战略阐明的愿景。</p> <p>本决议所包含的内容超出了以往商定的疟疾预算，尤其是在支持各会员国为实现疟疾消除而加快制定其国家疟疾规划方面。</p> <p><b>(b) 2014-2015 年双年度费用</b></p> <p><b>表明 3(a)所列的费用中用于 2014-2015 年双年度的费用(估计至最近的万美元)。</b></p> <p>零美元（人员费用：零美元；活动费用：零美元）</p> <p><b>表明发生这些费用的本组织层次，并在相关时确定具体区域。</b></p> <p>不适用。</p> <p><b>这些估计费用是否被充分编入已批准的 2014-2015 年规划预算？（是/否）</b></p> <p>不适用。</p> <p><b>如果作出否定答复，需表明未被编入预算的数额。</b></p>

**(c) 2016-2017 年双年度费用**

1.215 亿美元（人员费用：6 540 万美元；活动费用：5 610 万美元）

**表明发生这些费用的本组织层次，并在相关时确定具体区域。**

本组织所有三个层面。

**这些估计费用是否被充分编入 2016-2017 年规划预算方案？（是/否）**

是。

**如果作出否定答复，需表明未被编入预算的数额。**

**(d) 人员配置影响**

**能否由现有工作人员实施该项决议？（能/不能）**

不能。

**如果不能，表明将需要的额外工作人员数（等同专职员工数），在相关时确定具体区域，并说明必要的技能概况。**

落实该决议需要配置的额外工作人员如下：

非洲区域：9 名 P4 级工作人员（抗疟药耐药性和研究——1 名技术官员；消除疟疾——1 名医务官员；预防——4 名技术官员（昆虫学）；战略信息和计划——2 名医务官员；疟疾病例管理——1 名医务官员）。

美洲区域：3 名专业工作人员（伯利兹和委内瑞拉玻利瓦尔共和国消除疟疾），1 名国家专业官员（多民族玻利维亚国）。

东南亚区域：13 名国家专业官员（6 名昆虫学家、2 名监测和评价专家、3 名实验室专家、1 名公共卫生专家和 1 名药物专家）和 4 名 P4 级工作人员（3 名疟疾专家和 1 名昆虫学家）。

东地中海区域：3 名 P4 级工作人员（阿富汗、苏丹和也门）、2 名 P2 级工作人员（1 名病例管理和药物依赖医学官员、0.5 名数据管理专家）、3 名国家专业官员（阿富汗、苏丹和也门）。

西太平洋区域：1 名 P5 级工作人员（巴布亚新几内亚）、3 名 P4 级工作人员（1 名实验室专家、1 名疟疾消除专家和 1 名昆虫学家）、1 名 P2 级工作人员（规划管理）、1 名国家专业官员（菲律宾）、2 名一般服务工作人员（数据管理员、秘书）。

总部：4 名 P5 级工作人员（1 名技术支持和能力建设组长；1 名消除事务组长；1 名监测事务组长；和 1 名昆虫学家）、6 名 P4 级工作人员（1 名技术支持官员、1 名能力建设官员、1 名疾病负担模型制作人员、1 名数据管理人员、1 名消除事务官员和 1 名昆虫学家），7 名 P3 级工作人员（1 名疫苗获得事务官员、1 名诊断事务官员、1 名监测培训官员、1 名数据管理人员、2 名项目管理官员和 1 名通讯交流技术官员）和 3 名 G5 级助理。

**4. 筹资**

秘书处为落实该决议所做工作的费用将通过全组织范围资金筹措努力得到资助。

**1. WHA63.3 号决议：脊髓灰质炎**

**2. 与 2014–2015 年规划预算的联系（见文件 A66/7**

**[http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA66/A66\\_7-ch.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-ch.pdf)**

类别：5.防范、监测和应对

规划领域：消灭脊髓灰质炎

成果：5.5。

产出：5.5.1、5.5.2、5.5.3 和 5.5.4。

**该项决议如何促进实现上述规划领域的成果？**

本决议的全面落实可在阻断野生和疫苗衍生脊灰病毒传播的基础上，促进实现一个永无脊灰的世界。

**是否已在规划预算中列入该项决议要求的产出和可交付成果？（是/否）**

是。

**3. 与规划预算相关的所涉估计费用和人员配置**

**(a) 费用总额**

表明(i)该项决议要求秘书处开展的活动的生命周期；(ii)这些活动的费用（估计至最近的万美元）。

(i) 四年（涵盖 2015-2018 周期）。

(ii) 按照执行委员会 EB130.R10 号决议的要求，已经在《2013-2018 年消灭脊灰尾声战略计划》中纳入了相关费用，因此没有与本决议有关的递增费用——无论是活动费用还是人员费用。

**(b) 所有费用均在 2014-2015 年双年度之内**

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

如以上第 3 (a) (ii)部分所述，总额：零美元（人员费用：零美元；活动费用：零美元）。

表明发生这些费用的本组织层次，并在相关时确定具体区域。

如以上第 3 (a) (ii)部分所述，此项不适用。

**这些估计费用是否被充分编入已批准的 2014-2015 年规划预算？（是/否）**

如以上第 3 (a) (ii)部分所述，此项不适用。

如果作出否定答复，需表明未被编入预算的数额。

**(c) 人员配置影响**

能否由现有工作人员实施该项决议？（能/不能）

能。

如果不能，表明将需要的额外工作人员数（等同专职员工数），在相关时确定具体区域，并说明必要的技能概况。

**4. 筹资**

是否有充分资金支付 3(b) 所表明的 2014-2015 年双年度估计费用？（是/否）

不适用。

如作出否定回答，需说明资金缺口以及如何筹措资金（详细列明预期的资金来源）。

不适用。

**1. WHA68.4 号决议：绘制黄热病风险分布图和建议为旅行者接种疫苗****2. 与 2014-2015 年规划预算的联系（见文件 A66/7**

[http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA66/A66\\_7-ch.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-ch.pdf))

类别：5. 防范、监测和应对

规划领域：预警和应对能力

规划领域：易流行和大流行的疾病

成果：

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

产出：

5.1.1. 使国家能够建立《国际卫生条例（2005）》要求的核心能力

**该项决议如何促进实现全组织范围预期成果？**

这会有利于且会加强对国际旅行疫苗接种的指导。

**是否已在规划预算中列入该项决议要求的产品或服务？（是/否）**

是。

**3. 与规划预算相关的所涉估计费用和人员配置****(a) 费用总额**

表明(i)该项决议要求秘书处开展的活动的生命周期；(ii)这些活动的费用（估计至最近的万美元）。

(i) 本决议没有时间限制。实施工作涉及每年召开一次有关绘制黄热病地理风险分布图的科学技术咨询小组会议。

(ii) 总额：每年 10 万美元（咨询小组年度会议费用）。

**(b) 2014-2015 年双年度费用**

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

总额：每年 10 万美元（咨询小组年度会议费用）。

表明发生这些费用的本组织层次，并在相关时确定具体区域。

总部

这些估计费用是否被充分编入已批准的 2014-2015 年规划预算？（是/否）

否。

如果作出否定答复，需表明未被编入预算的数额。

10 万美元。

**(c) 人员配置影响**

能否由现有工作人员实施该项决议？（能/不能）

能。

如果不能，表明将需要的额外工作人员数（等同专职员工数），在相关时确定具体区域，并说明必要的技能概况。

**4. 筹资**

是否有充分资金支付 3(b)所表明的 2014-2015 年双年度估计费用？（是/否）

否。

如作出否定回答，需说明资金缺口以及如何筹措资金（详细列明预期的资金来源）。

10 万美元。这将通过整个组织用来解决 2014-2015 年规划预算资金缺口的协调一致调动资金计划做出处理。

<p><b>1. WHA68.5 号决议：</b>第二次延期确立国家公共卫生能力和《国际卫生条例》实施情况审查委员会的建议</p>
<p><b>2. 与 2014–2015 年规划预算的联系（见文件 A66/7 <a href="http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-ch.pdf">http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-ch.pdf</a>）</b></p> <p>类别：5</p> <p>规划领域：5.1 和 5.2</p> <p>成果：</p> <p>5.1. 所有国家建立《国际卫生条例（2005）》要求的针对所有危害的预警和应对工作的最低核心能力</p> <p>5.2. 增强国家建立抵御和适当防范的能力，使其能够以迅速、可预测且有效的方式应对主要流行病和大流行病产出：</p> <p>5.1.1. 使国家能够建立《国际卫生条例（2005）》要求的核心能力</p> <p>5.2.1. 使国家能够根据世卫组织关于加强大流行性流感以及流行病和新出现疾病的国家抵御和防范能力的建议，制定并实施业务计划</p> <p><b>该项决议如何促进实现上述规划领域的成果？</b></p> <p>这将对审查委员会建议的实施提供动力。</p> <p><b>是否已在规划预算中列入该项决议要求的产出和可交付成果？（是/否）</b></p> <p>是</p>
<p><b>3. 与规划预算相关的所涉估计费用和人员配置</b></p> <p><b>(a) 费用总额</b></p> <p>表明(i)该项决议要求秘书处开展的活动的生命周期；(ii)这些活动的费用（估计至最近的万美元）。</p> <p>(i) 1 年（涵盖 2015 年）</p> <p>(ii) 总额：210 万美元（人员费用：150 万美元；活动费用：60 万美元）</p>

**(b) 2014–2015 年双年度费用**

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

总额：210 万美元（人员费用：150 万美元；活动费用：60 万美元）

表明发生这些费用的本组织层次，并在相关时确定具体区域。

总部和六个区域

这些估计费用是否被充分编入已批准的 2014-2015 年规划预算？（是/否）

否。

如果作出否定答复，需表明未被编入预算的数额。

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

**(c) 人员配置影响**

能否由现有工作人员实施该项决定？（能/不能）

否。

如果不能，表明将需要的额外工作人员数（等同专职员工数），在相关时确定具体区域，并说明必要的技能概况。

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

**4. 筹资**

是否有充分资金支付 3(b)所表明的 2014-2015 年双年度估计费用？（是/否）

否。

如作出否定回答，需说明资金缺口以及如何筹措资金（详细列明预期的资金来源）。

210 万美元；资金来源：资金缺口将通过全组织范围协调的资源筹集工作解决。

**1. WHA68.6 号决议：全球疫苗行动计划****2. 与 2014-2015 年规划预算方案的联系（见文件 A66/7**

[http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA66/A66\\_7-ch.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-ch.pdf))

类别：1 传染病

规划领域：疫苗可预防疾病

成果：1.5

产出：1.5.1 和 1.5.3

**该项决议如何促进实现全组织范围预期成果？**

该决议通过促进所有会员国得到可负担性疫苗的可靠供应，协助加快朝着全球疫苗行动计划的既定目标取得进展。本决议尤其会解决许多中等收入国家在确保新型、更加昂贵但价格又可承受疫苗的可靠供应方面面临的挑战。

**是否已在规划预算方案中列入该项决议要求的产品或服务？（是/否）**

是。

**3. 与规划预算方案相关的所涉估计费用和人员配置****(a) 费用总额**

表明(i)该项决议要求秘书处开展的活动的生命周期；(ii)这些活动的费用（估计至最近的万美元）。

(i) 5.5 年（涵盖周期为 2015-2020 年）

(ii) 总额（2015-2020 年）：1.078 亿美元（人员费用：3163 万美元；活动费用：7618 万美元）

(iii) 该决议产生的总费用假定情况是，会获得补充资金且 2016-2020 年期间每年会获得 512 万美元的规划预算（2016-2020 年额外工作人员总费用：400 万美元；活动费用：2160 万美元）。

**(b) 2014-2015 年双年度费用**

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

总额：1380 万美元（人员费用：288 万美元；活动费用：1092 万美元）

表明发生这些费用的本组织层次，并在相关时确定具体区域。

**这些估计费用是否被充分编入已批准的 2014-2015 年规划预算？（是/否）**

是。

如果作出否定答复，需表明未被编入预算的数额。

不适用。

**(c) 人员配置影响**

**能否由现有工作人员实施该项决议？（能/不能）**

不能。

如果不能，表明将需要的额外工作人员数（等同专职员工数），在相关时确定具体区域，并说明必要的技能概况。

2016-2020 年需要在全球和区域层面增设用以支持决议活动的额外工作人员（估计需要增设的等同专职员工数：1 名总部工作人员和 2 名区域工作人员）。

#### 4. 筹资

是否有充分资金支付 3(b) 所表明的 2014–2015 双年度估计费用？（是/否）

是。

如作出否定回答，需说明资金缺口以及如何筹措资金（详细列明预期的资金来源）。

不适用。

#### 1. WHA68.7 号决议：抗微生物药物耐药性全球行动计划

#### 2. 与 2014-2015 年规划预算和 2016-2017 年规划预算方案的联系（见文件：[http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA66/A66\\_7-ch.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-ch.pdf) 和 [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA68/A68\\_7-ch.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_7-ch.pdf)）

类别：1、3、4、5

规划领域：多个（特别是在第 4 和第 5 类 成果：4.2, 4.3, 4.4, 5.2 和 5.4 工作中） 产出：5.2.3

#### 该决议如何促进实现上述规划领域的成果？

WHA67.25 号决议要求制定抗微生物药物耐药性全球行动计划，这反映出全球一致认识到抗微生物药物耐药性对人类健康构成深刻威胁。

全球行动计划的目的是在尽可能长的时间内确保以负责任方式使用有需要者均能获得的、质量有保证的、有效、安全的药物继续成功治疗和预防传染病。预计各国将在今后两年内根据全球计划制定本国有关抗微生物药物耐药性的国家行动计划。

第六十八届世界卫生大会通过本全球行动计划将确认所有会员国致力于处理全球公共卫生面临的这一威胁，按成果 5.2 和产出 5.2.3 制定国家行动计划。

#### 是否已在规划预算方案中列入该决议所要求的产出和可交付成果？（是/否）

是。2016-2017 年规划预算包括所有相关规划领域的产出和可交付成果，与全球行动计划建议秘书处采取的行动一致。有助于实施抗微生物药物耐药性全球行动计划的相关规划领域具体可交付成果也已经纳入 2016-2017 年规划预算。

### 3. 与 2014-2015 年规划预算和 2016-2017 年规划预算方案相关的所涉估计费用和人员配置

#### (a) 费用总额

表明(i)该项决议要求秘书处开展的活动的生命周期；(ii)这些活动的费用（估计至最近的万美元）。

(i) 全球行动计划无时间限制。

(ii) 全球行动计划实施最初五年需要的资金总额为 1.15 亿美元。

#### (b) (i) 2014–2015 双年度的费用

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

总额：1500 万美元。

表明发生这些费用的本组织层级，并在相关时确定具体区域。

全部三个层级。

这些估计的费用是否已被充分编入批准的 2014-2015 年规划预算？（是/否）  
是。

如作出否定回答，需说明未被编入预算的数额。

不适用。

#### (b) (ii) 2016–2017 双年度的费用

表明 3(a)所列费用中用于 2016-2017 双年度的费用（估计至最近的万美元）。

秘书处实施全球行动计划工作的全组织总费用估计为 5300 万美元，其中半数用于活动，半数用于职员。

表明发生这些费用的本组织层级，并在相关时确定具体区域。

全部三个层级。

这些估计的费用是否已被充分编入批准的 2016-2017 年规划预算？（是/否）

是。秘书处实施抗微生物药物耐药性全球行动计划的全部费用 5300 万美元已纳入 2016-2017 年规划预算。

#### (c) 人员配置影响

能否由现有工作人员实施该项决议？（能/不能）

不能。

如果不能，表明将需要的额外工作人员数（等同专职员工数），在相关时确定具体区域，并说明必要的技能概况。

秘书处目前有等同 19 名专业职类专职工作人员。根据初步估计，各主要办事处将需要约 40 名工作人员，不过这将于为 2016-2017 年制定业务计划时确定。

**4. 筹资**

**是否有充分资金支付 3(b)所表明的 2014–2015 双年度估计费用？（是/否）**

否。但是，当前双年度正在实施的若干与全球行动计划有关的活动将继续，包括其当前供资。

**如作出否定回答，需说明资金缺口以及如何筹措资金（详细列明预期的资金来源）。**

资金来源：将通过常规的全组织范围资源筹措进程为相关要求提供资金，包括筹资对话会进程。

**1. WHA68.8 号决议：健康与环境：应对空气污染带来的健康影响****2. 与 2014-2015 年规划预算的联系（见文件 A66/7**

**[http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA66/A66\\_7-ch.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-ch.pdf)**)

类别：3. 生命全程促进健康

规划领域：卫生和环境

成果：3.5

产出：3.5.1、3.5.2 和 3.5.3

**该决议如何促进实现上述规划领域的成果？**

决议将加强卫生部门和卫生系统预防空气污染导致的疾病和每年 700 万例死亡的能力。

**是否已在规划预算方案中列入该决议所要求的产出和可交付成果？（是/否）**

是。

**3. 与规划预算相关的所涉估计费用和人员配置影响****(a) 费用总额**

**表明(i)该项决议要求秘书处开展的活动的生命周期；(ii)这些活动的费用（估计至最近的万美元）。**

(i) 初始估算涉及与 2014-2019 年第十二个工作总规划时间段一致的 2015-2019 年。有关空气污染和健康的工作很可能在 2019 年以后还将继续。但是，将会在拟定下一份工作总规划的同时进行审查，届时可能根据本组织更广泛重点的变化对规划预算做出调整。

(ii) 总额：3549 万美元<sup>1</sup>（职员：1241 万美元<sup>2</sup>；活动：2308 万美元）。

<sup>1</sup> 相关数字含规划支持费用（13%）。

<sup>2</sup> 职员费用数字系以 2016-2017 双年度平均岗位费用加上规划支持费用。

**(b) 2014–2015 双年度的费用**

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

总额：364 万美元（职员：131 万美元；活动：233 万美元）。

表明发生这些费用的本组织层级，并在相关时确定具体区域。

本组织所有层级。

这些估计的费用是否已被充分编入批准的 2014-2015 年规划预算？（是/否）

是。

如作出否定回答，需说明未被编入预算的数额。

**(c) 人员配置影响**

能否由现有工作人员实施该项决议？（能/不能）

2014-2015 双年度能实施。但是，从 2016 年开始，实施决议需要更多工作人员。

如果不能，表明将需要的额外工作人员数（等同专职员工数），在相关时确定具体区域，并说明必要的技能概况。

如前述，2014-2015 双年度，目前的人员配置水平是适当的。但是，从 2016 年开始，预计总部将额外需要两名 P.4 级技术工作人员和一名 G.5 级人员，每个区域办事处各需要一名额外 P.4 级技术工作人员。六个开展加强合作试点计划的国家各需要一名兼职国家专业官员。

**4. 筹资**

是否有充分资金支付 3(b)所表明的 2014–2015 双年度估计费用？（是/否）

是。

如作出否定回答，需说明资金缺口以及如何筹措资金（详细列明预期的资金来源）。

**1. WHA68.9 号决议：与非国家行为者交往的框架****2. 与 2014-2015 年规划预算的联系（见文件 A66/7**

[http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA66/A66\\_7-ch.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-ch.pdf)

类别：6. 全组织范围服务/促进性职能

规划领域：领导和治理

成果：6.1

产出：6.1.2

**该决议如何促进实现上述规划领域的成果？**

通过该框架将为尽职调查和风险评估的不断加强奠定坚实基础。

**是否已在规划预算方案中列入该决议所要求的产出和可交付成果？（是/否）**

是。

**3. 与规划预算相关的所涉估计费用和人员配置****(a) 费用总额**

**表明(i)该项决议要求秘书处开展的活动的生命周期；(ii)这些活动的费用（估计至最近的万美元）。**

(i) 决议涵盖周期为 2014-2019 年

(ii) 总额：10 508 800 美元（人员费用：8 238 300 美元；活动费用：2 270 500 美元）

**(b) 2014–2015 双年度的费用**

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

总额：3 250 600 美元（人员费用：2 396 100 美元；活动费用：854 500 美元）

**表明发生这些费用的本组织层级，并在相关时确定具体区域。**

具体费用发生在总部。但框架的实施将对本组织所有三个层级的工作程序带来影响。

**这些估计的费用是否已被充分编入批准的 2014-2015 年规划预算？（是/否）**

是。

**如作出否定回答，需说明未被编入预算的数额。**

不适用。

**(c) 人员配置影响**

**能否由现有工作人员实施该项决议？（能/不能）**

不能。

**如果不能，表明将需要的额外工作人员数（等同专职员工数），在相关时确定具体区域，并说明必要的技能概况。**

计划将从事尽职调查及处理与非国家行为者联络事务的团队从 4 名全职专业工作人员增至 5 名。

**4. 筹资**

**是否有充分资金支付 3(b)所表明的 2014–2015 双年度估计费用？（是/否）**

是。

**如作出否定回答，需说明资金缺口以及如何筹措资金（详细列明预期的资金来源）。**

不适用。

**1. WHA68.15 号决议：**将急诊和基本外科治疗及麻醉作为全民健康覆盖内容予以加强

**2. 与 2014-2015 年规划预算的联系（见文件 A66/7**

**[http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA66/A66\\_7-ch.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-ch.pdf)**)

类别：4. 卫生系统

规划领域：以人为本的综合卫生服务 成果：4.2. 政策、资金和人力资源到位，以进一步获得以人为本的综合卫生服务

产出：4.2.1. 提供政策方案和工具，并向国家提供技术支持，以公平提供以人为本的综合服务，加强公共卫生方法

4.2.2. 使国家能够计划和实施符合世卫组织卫生人力资源全球战略和《世卫组织全球卫生人员国际招聘行为守则》的战略

4.2.3. 为改善患者安全、提高服务质量和向患者赋权制定指南和工具，并向国家提供技术支持

**该项决议如何促进实现全组织范围预期成果？**

本决议将支持初级卫生保健机构和一级转诊医院作为全民健康覆盖的必要组成部分及时、安全获得急诊和基本外科治疗及麻醉服务。这将促进形成多部门网络和伙伴关系、多学科政策和行动计划，并支持用以扩大有技能的卫生工作者队伍和措施的国家、区域和全球工作，使人们获得急诊和基本外科治疗及麻醉服务并确保其安全。

**是否已在规划预算中列入该项决议要求的产品或服务？（是/否）**

是。

**3. 与规划预算相关的所涉估计费用和人员配置**

**(a) 费用总额**

表明(i)该项决议要求秘书处开展的活动的生命周期；(ii)这些活动的费用（估计至最近的万美元）。

(i) 五年（涵盖 2014-2018 周期）。

(ii) 总额：2298 万美元（人员费用：1048 万美元；活动费用：1250 万美元）。

**(b) 2014-2015 年双年度费用**

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

总额：920 万美元（人员费用：420 万美元；活动费用：500 万美元）。

表明发生这些费用的本组织层次，并在相关时确定具体区域。

总部和所有六个区域办事处。

这些估计费用是否被充分编入已批准的 2014-2015 年规划预算？（是/否）

是。

如果作出否定答复，需表明未被编入预算的数额。

**(c) 人员配置影响**

能否由现有工作人员实施该项决议？（能/不能）

不能。

如果不能，表明将需要的额外工作人员数（等同专职员工数），在相关时确定具体区域，并说明必要的技能概况。

在 2016-2017 年双年度，至少需要在总部增设一名 P.4 级工作人员，并且在六个区域办事处各增设一名 P.4 级工作人员。

**4. 筹资**

是否有充分资金支付 3(b)所表明的 2014-2015 年双年度估计费用？（是/否）

否。

如作出否定回答，需说明资金缺口以及如何筹措资金（详细列明预期的资金来源）。

2015 年 5 月至 12 月这八个月期间存在的资金缺口为 298 万美元。这将通过整个组织用来解决 2014-2015 年规划预算资金缺口的协调一致调动资金计划做出处理。

**1. WHA68.17 号决议：《人事条例》修订款****2. 与 2014–2015 年规划预算的联系（见文件 A66/7**

[http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA66/A66\\_7-ch.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-ch.pdf))

类别：6. 全组织范围服务/促进性职能

规划领域：管理和行政

成果：6.4

产出：6.4.2

### 该项决议如何促进实现全组织范围预期成果？

文件 EB136/47 概述的修订款简化了若干职员细则并使之更加清晰；使本组织在采取纪律措施时更具灵活性；并就本组织的流动政策奠定法定基础，从而会促进上述规划领域的工作。

是否已在规划预算中列入该项决议要求的产品或服务？（是/否）

是。

### 3. 与规划预算相关的所涉估计费用和人员配置

#### (a) 费用总额

表明(i)该项决议要求秘书处开展的活动的生命周期；(ii)这些活动的费用（估计至最近的万美元）。

(i) 本决议没有时间限制。

(ii) 在 2016-2017 年开始实施的这一双年度,用来确立和实施本组织流动政策的总费用约为 920 万至 1020 万美元。其中有 800 万至 900 万为职员移动性增加所涉费用。约有 120 万美元为雇人费用,协助管理该政策的落实事宜。

#### (b) 2014–2015 年双年度费用

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

总额：零美元（人员费用：零美元；活动费用：零美元）。

表明发生这些费用的本组织层次，并在相关时确定具体区域。

不适用。

这些估计费用是否被充分编入已批准的 2014-2015 年规划预算？（是/否）

不适用。

如果作出否定答复，需表明未被编入预算的数额。

#### (c) 人员配置影响

能否由现有工作人员实施该项决议？（能/不能）

能，这指 2014-2015 年双年度。但在 2016-2017 双年度的最初实施阶段，总部人力资源管理司将需要补充两名 P3 级职员和 1 名 G5 级职员。自 2018 年之后可能需要在人力资源管理司、全球服务中心和区域办事处人力资源部门增设人员。将在 2015 年最后敲定实施计划时提出更加具体的费用估算数字。

如果不能，表明将需要的额外工作人员数（等同专职员工数），在相关时确定具体区域，并说明必要的技能概况。

**4. 筹资**

是否有充分资金支付 3(b)所表明的 2014-2015 年双年度估计费用？（是/否）

不适用。

如作出否定回答，需说明资金缺口以及如何筹措资金（详细列明预期的资金来源）。

不适用。

**1. WHA68.18 号决议：公共卫生、创新和知识产权全球战略和行动计划****2. 与 2014-2015 年规划预算的联系（见文件 A66/7**

[http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA66/A66\\_7-ch.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-ch.pdf))

类别：4. 卫生系统

规划领域：获得药品和卫生技术并加强监管能力

成果：4.3 更好地获得并合理使用安全、有效、高质量的药品和卫生技术

产出：4.3.2 实施公共卫生、创新和知识产权全球战略和行动计划

**该决议如何促进实现上述规划领域的成果？**

公共卫生、创新和知识产权全球战略和行动计划旨在加强针对严重影响发展中国家疾病的产品的必要研发工作，发展中国家由于市场失灵妨碍了对必要医疗技术的获取。通过延长全球战略和行动计划的时限，世卫组织将能够保持其势头并继续倡导实施政策和活动，提高最需要产品的可得性。评价工作的结果将帮助卫生大会决定新政策以改进当前战略并确保世卫组织行动的有效性。

是否已在规划预算方案中列入该决议所要求的产出和可交付成果？（是/否）

是。

**3. 与规划预算相关的所涉估计费用和人员配置****(a) 费用总额**

表明(i)该项决议要求秘书处开展的活动的生命周期；(ii)这些活动的费用（估计至最近的万美元）。

(i) 全球战略和行动计划将被延长，覆盖的时期为 2015-2022 年；全球战略和行动计划评价工作的时期为 2015 年 6 月至 2017 年 5 月；总体规划审评涉及的时期为 2017-2018 年。

(ii) 延长全球战略和行动计划：1 亿美元（人员费用：6000 万美元；活动费用：4000 万美元）。

评价全球战略和行动计划：47 万美元（人员费用：7 万美元；活动费用：40 万美元）。

总体规划审评：160 万美元（人员费用：110 万美元；活动费用：50 万美元）  
总额：1.0207 亿美元。

**(b) 2014–2015 双年度的费用**

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

评价全球战略和行动计划：25 万美元（人员费用：3 万美元；活动费用：22 万美元）

总额：25 万美元

**表明发生这些费用的本组织层级，并在相关时确定具体区域。**

绝大多数活动将发生在总部和各区域办事处。

**这些估计的费用是否已被充分编入批准的 2014-2015 年规划预算？（是/否）**  
是。

**如作出否定回答，需说明未被编入预算的数额。**

**(c) 人员配置影响**

**能否由现有工作人员实施该项决定？（能/不能）**

不能。

**如果不能，表明将需要的额外工作人员数（等同专职员工数），在相关时确定具体区域，并说明必要的技能概况。**

为在 2015-2022 年期间实施战略，总部将需要在专业及以上职类增设 9 名等同专职员工并在一般事务类别增设 3 名等同专职员工，各区域办事处将需要在专业及以上职类增设 2 名等同专职员工并在一般事务类别增设 1 名等同专职员工。为进行规划审评，总部将需要在专业及以上职类增设 2 名等同专职员工并在一般事务类别增设 1 名等同专职员工，为期 18 个月。

**4. 筹资**

**是否有充分资金支付 3(b)所表明的 2014–2015 双年度估计费用？（是/否）**

否。

**如作出否定回答，需说明资金缺口以及如何筹措资金（详细列明预期的资金来源）。**

资金缺口为 25 万美元。这一缺口将通过整个组织用来解决 2014-2015 年规划预算资金缺口的协调一致调动资源计划加以处理。

**1. WHA68.19 号决议：第二次国际营养会议的结果****2. 与 2014-2015 年规划预算的联系（见文件 A66/7  
[http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA66/A66\\_7-ch.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-ch.pdf)）**

类别：2. 非传染性疾病

规划领域：营养

成果：2.5. 减少营养风险因素

产出：2.5.1. 促进各国制定并实施以孕产妇和婴幼儿营养全面实施计划为基础的行动计划并监督其实施情况

2.5.2. 更新有关孕产妇和婴幼儿营养、人口膳食目标以及母乳喂养的规范和标准；拟定针对发育迟缓、消瘦和贫血的有效营养行动的政策方案

**该项决定如何促进实现上述规划领域的成果？**

本决定会提升该规划领域在各会员国决策中的地位，并突出秘书处和合作伙伴的行动重点。

**是否已在规划预算中列入该项决定要求的产出和可交付成果？（是/否）**

是。2016-2017 年规划预算方案也包含所要求的产出和可交付成果。

**3. 与规划预算相关的所涉估计费用和人员配置****(a) 费用总额**

表明(i)该项决议要求秘书处开展的活动的生命周期；(ii)这些活动的费用（估计至最近的万美元）。

(i) 十年（涵盖 2015-2024 周期）。

(ii) 总额：2.5 亿美元（人员费用：1.1362 亿美元；活动费用：1.3638 亿美元）。

**(b) 所有费用均在 2014-2015 年双年度之内**

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

总额：3100 万美元（人员费用：1409 万美元；活动费用：1691 万美元）。

表明发生这些费用的本组织层次，并在相关时确定具体区域。

目前，44%的费用发生在总部，25%发生在非洲区域，其它每个区域在 4%至 6%之间。

这些估计费用是否被充分编入已批准的 2014-2015 年规划预算？（是/否）  
是。

如果作出否定答复，需表明未被编入预算的数额。

**(c) 人员配置影响**

能否由现有工作人员实施该项决定？（能/不能）

能。

如果不能，表明将需要的额外工作人员数（等同专职员工数），在相关时确定具体区域，并说明必要的技能概况。

**4. 筹资**

是否有充分资金支付 3(b)所表明的 2014-2015 年双年度估计费用？（是/否）

否。

如作出否定回答，需说明资金缺口以及如何筹措资金（详细列明预期的资金来源）。

估计资金缺口为 1383 万美元。这将通过整个组织用来解决 2014-2015 年规划预算资金缺口的协调一致调动资金计划做出处理。

**1. WHA68.20 号决议** 全球癫痫负担和为应对其卫生、社会和公众知识影响在国家层面采取协调行动的必要性

**2. 与 2014-2015 年规划预算的联系（见文件 A66/7**

**[http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA66/A66\\_7-ch.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-ch.pdf)**

类别：2. 非传染性疾病

规划领域：精神卫生和物质滥用

成果：2.2. 增加精神卫生和物质使用障碍服务的获得

产出：2.2.2. 通过有关综合精神卫生服务的宣传、更好的指导和工具开展精神卫生促进、预防、治疗和康复服务

**该项决议如何促进实现全组织范围预期成果？**

世卫组织领导、协调和支持的审查与评价癫痫预防和控制行动的工作将为会员国，尤其是低收入和中等收入国家确立一套最佳做法。此外，采用和实施国家癫痫规划和服务将向会员国提供技术支持以及尽可能提供财政支持以预防和控制癫痫。最重要的是，实施决议中建议的行动——加强领导、管理以及癫痫预防和控制政策与计划的实施；把癫痫管理列入初级卫生保健；提高认识；投资于研究；监测会员国协调的国家层面癫痫预防和控制行动进展情况以及建立国际伙伴关系——综合起来将提高精神卫生和物质使用障碍服务的可及性（成果 2.2）。

**是否已在规划预算中列入该项决议要求的产品或服务？（是/否）**

是。

**3. 与规划预算相关的所涉估计费用和人员配置****(a) 费用总额**

表明(i)该项决议要求秘书处开展的活动的生命周期；(ii)这些活动的费用（估计至最近的万美元）。

(i) 五年半（根据 2013-2020 年精神卫生综合行动计划的期限，涵盖 2015 年 7 月至 2020 年 12 月）。

(ii) 总额：2500 万美元（人员费用：1100 万美元；活动费用：1400 万美元）。

**(b) 2014-2015 年双年度费用**

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

总额：70 万美元（人员费用：20 万美元；活动费用：50 万美元）。

表明发生这些费用的本组织层次，并在相关时确定具体区域。

总部。

这些估计费用是否被充分编入已批准的 2014-2015 年规划预算？（是/否）

是。

如果作出否定答复，需表明未被编入预算的数额。

**(c) 人员配置影响**

能否由现有工作人员实施该项决议？（能/不能）

不能。

如果不能，表明将需要的额外工作人员数（等同专职员工数），在相关时确定具体区域，并说明必要的技能概况。

2014-2015 双年度不需要额外的工作人员。世卫组织职员将领导 2016 年开始实施的癫痫规划的概念形成和引进并制定时间安排。从 2016 年 1 月开始，将需要增加以下工作人员：

总部：1.5 名职员（一名公共卫生和神经学方面的 P4 级国际专家（100% 等同专职员工）及一名 G5 级秘书（50% 等同专职员工））。

六个区域分别需要：0.5 名职员（6 名了解各自区域需求的公共卫生和神经学方面的国际专家（50% 等同专职员工；P4 级））。

#### 4. 筹资

是否有充分资金支付 3(b) 所表明的 2014-2015 年双年度估计费用？（是/否）

否。

如作出否定回答，需说明资金缺口以及如何筹措资金（详细列明预期的资金来源）。

需要通过本组织为处理 2014-2015 年规划预算资金短缺协调的资源筹集计划筹集 50 万美元，以便涵盖从 2015 年 7 月至 12 月的癫痫预防和控制活动实施工作。将利用世卫组织各合作中心以及专家和民间社会利益攸关方网络以便开展活动。在 2015 年下半年，实施工作将由现有职员开展，从 2016 年 1 月将招聘额外的合格人员。

1. **WHA68(8)决定** 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

2. **与 2014-2015 年规划预算的联系（见文件 A66/7**  
**[http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA66/A66\\_7-ch.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-ch.pdf)**)

类别：全部

规划领域：该决定与所有类别的规划 成果：所有  
领域均有联系 产出：所有

**该决定如何促进实现上述规划领域的成果？**

决定要求的行动将有助于实现所有规划成果。

**是否已在规划预算方案中列入该决定所要求的产出和可交付成果？（是/否）**

是。

**3. 与规划预算相关的所涉估计费用和人员配置影响****(a) 费用总额**

表明(i)该项决定要求秘书处开展的活动的生命周期；(ii)这些活动的费用（估计至最近的万美元）。

(i) 一年（2015年5月至2016年5月）。

(ii) 总额：11 110 000 美元（职员：3 860 000 美元；活动：7 250 000 美元）。

**(b) 2014–2015 双年度的费用**

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

总额：6 480 000 美元（职员：2 250 000 美元；活动：4 230 000 美元）。

表明发生这些费用的本组织层级，并在相关时确定具体区域。

活动将通过负责世卫组织与巴勒斯坦当局合作规划的世卫组织耶路撒冷办事处实施。世卫组织在国家层面的工作将得到东地中海区域办事处和总部的支持。

这些估计的费用是否已被充分编入批准的 2014-2015 年规划预算？（是/否）

是。

如作出否定回答，需说明未被编入预算的数额。

不适用。

**(c) 人员配置影响**

能否由现有工作人员实施该项决定？（能/不能）

能。

如果不能，表明将需要的额外工作人员数（等同专职员工数），在相关时确定具体区域，并说明必要的技能概况。

不适用。

**4. 筹资**

是否有充分资金支付 3(b)所表明的 2014–2015 双年度估计费用？（是/否）

否。

如作出否定回答，需说明资金缺口以及如何筹措资金（详细列明预期的资金来源）。

1 390 000 美元；资金来源：将继续寻求获得自愿捐款资金，包括针对战略应对计划的自愿捐款。

**1. WHA68(10)决定** 2014 年埃博拉病毒病疫情和执行委员会埃博拉突发事件特别会议的后续行动

**2. 与 2014-2015 年规划预算的联系** (见文件 A66/7)

[http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA66/A66\\_7-ch.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-ch.pdf)

规划领域：卫生系统信息和证据；警报 成果：4.4、5.1、5.6

和应对能力；疫情和危机应对 产出：4.4.1、4.4.4、5.1.1、5.6.1

**该决定如何促进实现上述规划领域的成果？**

本决定落实了执行委员会在 2015 年 1 月 24 日召开的埃博拉突发事件特别会议上通过的 EBSS3.R1 号决定的要求。建立世卫组织应对具有健康后果的突发事件的能力的基础在于：(a)埃博拉中期评估小组的工作；(b)设立应急基金；(c)建立、协调和管理全球卫生应急队伍；(d)《国际卫生条例》审查委员会的评估，侧重于在埃博拉应对背景下的《国际卫生条例（2005）》；(e)推动研究与开发针对传染病的医疗产品的框架；(f)加强该秘书处工作，以支持会员国通过加强国家卫生系统，更好地准备应对具有健康后果的突发事件。

**是否已在规划预算方案中列入该决定所要求的产出和可交付成果？（是/否）**

是。

**3. 与规划预算相关的所涉估计费用和人员配置影响**

**(a) 费用总额**

表明(i)该项决定要求秘书处开展的活动的生命周期；(ii)这些活动的费用（估计至最近的万美元）。

(i) 决定要点涵盖不同的时间框架（以完成时间为序）：

- a. 世卫组织对各国行政部门筹备联合国秘书长 2015 年 7 月 10 日高级别认捐会议的工作的支持将在 2014-2015 年双年度完成；
- b. 埃博拉中期评估小组的工作将在 2014-2015 年双年度完成；
- c. 《国际卫生条例（2005）》下的《国际卫生条例》审查委员会将在 2014-2015 年双年度展开工作，并在 2016-2017 年双年度完成工作；
- d. 推动研究与开发针对其它传染病的医疗产品的框架制定将于 2014-2015 年双年度展开，持续至 2016-2017 年双年度；
- e. 将在 2014-2015、2016-2017 和 2018-2019 三个双年度着手支持西非和中部非洲国家和其它面临风险国家到 2019 年充分执行《国际卫生条例（2005）》；
- f. 继续并加强秘书处对会员国的支持，以通过加强卫生系统，更好地准备应对具有健康后果的突发事件的工作将无限期持续；

- g. 建立、协调和管理全球卫生应急队伍的工作将在 2014-2015 年双年度启动，并无限期持续；
- h. 建立、协调和维持应急基金的工作将在 2014-2015 年双年度启动，并无限期持续。

(ii) 执行决定的费用

在类别 4 和 5 下的成果和产出费用将编入已批准的 2016-2017 年规划预算。将在 2015 年下半年开展深入制定业务规划的工作，并报告成果，包括人员配置和预算影响。

在类别 4.4 和 5.1 下于 2014-2015 年双年度开展的工作将编入 2014-2015 年规划预算，支持西非和中部非洲国家和其它面临风险国家充分执行《国际卫生条例（2005）》的工作的费用为 100 万美元。

2014-2015 年双年度费用总额如下：

- 支持会员国筹备 2015 年认捐会议：100 万美元
- 埃博拉中期评估小组的剩余工作：50 万美元
- 设立应急基金和编写关于其绩效的报告，供执行委员会 2016 年 1 月第 138 届会议审议：30 万美元
- 全球卫生应急队伍秘书处的建立和人员配备：100 万美元
- 建立和支持《国际卫生条例（2005）》下的《国际卫生条例》审查委员会：50 万美元

(b) 2014–2015 双年度的费用

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

总额：430 万美元（职员：270 万美元；活动：160 万美元）。

**表明发生这些费用的本组织层级，并在相关时确定具体区域。**

本组织所有层级。

**这些估计的费用是否已被充分编入批准的 2014-2015 年规划预算？（是/否）**

是。

**如作出否定回答，需说明未被编入预算的数额。**

(c) 人员配置影响

**能否由现有工作人员实施该项决定？**

虽然从 2014-2015 年双年度开始，该决定大部分由现有工作人员加以实施，但全球卫生应急队伍秘书处需要增加四个员额。

对该决定的剩余工作，下一个双年度将需要额外的人员配置。职位数目将作为业务规划工作的一部分加以确定。

#### 4. 筹资

是否有充分资金支付 3(b)所表明的 2014–2015 双年度估计费用？（是/否）

否。

如作出否定回答，需说明资金缺口以及如何筹措资金（详细列明预期的资金来源）。

资金缺口为 430 万美元，这一缺口将通过有关捐助者解决，这些捐助者已经向世卫组织的疫情和具有健康后果的突发事件方面的工作作出捐助，或表示乐于这么做，但还有待通过协调一致的筹资努力来加以确定。

应急基金的资本化也将需要筹措资源，对 1 亿美元的初始资金，需要通过资金的持续筹措以补充该基金，因为需要提取款项支持应对突发事件。已经有两个会员国宣布认捐 1100 万美元。

#### 1. WHA68(11)号决定 《世卫组织全球卫生人员国际招聘行为守则》

#### 2. 与 2016-2017 年规划预算的联系（见文件

[http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA68/A68\\_7-ch.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_7-ch.pdf))

类别：4. 卫生系统

规划领域：以人为本的综合卫生服务 成果：4.2

产出：4.2.2

该决定如何促进实现上述规划领域的成果？

将有助于支持各国全面落实《世卫组织全球卫生人员国际招聘行为守则》。

是否已在规划预算方案中列入该决定所要求的产出和可交付成果？（是/否）

是。

#### 3. 与规划预算相关的所涉估计费用和人员配置

##### (a) 费用总额

表明(i)该项决定要求秘书处开展的活动的生命周期；(ii)这些活动的费用（估计至最近的万美元）。

(i) 4 年（涵盖周期为 2016-2019 年）

(ii) 总额：625 万美元（人员费用：175 万美元；活动费用：450 万美元）

##### (b) 2016–2017 双年度的费用

表明 3(a)所列费用中用于 2016-2017 双年度的费用（估计至最近的万美元）。

总额：312.5 万美元（人员费用：87.5 万美元；活动费用：225 万美元）

表明发生这些费用的本组织层级，并在相关时确定具体区域。

80% 发生在区域和次区域办事处；20% 在总部。

这些估计的费用是否已被充分编入批准的 2016-2017 年规划预算？（是/否）

是。

如作出否定回答，需说明未被编入预算的数额。

**(c) 人员配置影响**

能否由现有工作人员实施该项决定？（能/不能）

能，前提是总部和区域办事处现有职位空缺得到填补。

如果不能，表明将需要的额外工作人员数（等同专职员工数），在相关时确定具体区域，并说明必要的技能概况。

**4. 筹资**

是否有充分资金支持 3(b) 所表明的 2016-2017 双年度估计费用？（是/否）

否。

如作出否定回答，需说明资金缺口以及如何筹措资金（详细列明预期的资金来源）。

在 2016-2017 双年度，估计缺少 125 万美元（2016-2019 年 4 年间缺少 250 万美元）。这一资金缺口将作为整个组织用来解决 2016-2017 年规划预算资金缺口的协调一致调动资金计划的部分内容加以处理。