



世界 卫生 组织

---

# 第七十届 世界卫生大会

2017年5月22-31日于日内瓦

决 议 和 决 定  
附 件

日 内 瓦  
二〇一七年

---

## 缩 写

世界卫生组织文件中使用的缩写如下：

FAO	— 联合国粮食及农业组织	UNODC	— 联合国毒品和犯罪问题 办公室
IAEA	— 国际原子能机构	UNDP	— 联合国开发计划署
IARC	— 国际癌症研究机构	UNEP	— 联合国环境规划署
ICAO	— 国际民用航空组织	UNESCO	— 联合国教育、科学及文化组织
IFAD	— 国际农业发展基金	UNFPA	— 联合国人口基金
ILO	— 国际劳工组织（局）	UNHCR	— 联合国难民事务高级专员 办事处
IMF	— 国际货币基金组织	UNICEF	— 联合国儿童基金会
IMO	— 国际海事组织	UNIDO	— 联合国工业发展组织
IOM	— 国际移民组织	UNRWA	— 联合国近东巴勒斯坦难民 救济及工程处
INCB	— 国际麻醉品管制局	WFP	— 世界粮食规划署
ITU	— 国际电信联盟	WIPO	— 世界知识产权组织
OECD	— 经济合作与发展组织	WMO	— 世界气象组织
OIE	— 世界动物卫生组织	WTO	— 世界贸易组织
PAHO	— 泛美卫生组织		
UNAIDS	— 联合国艾滋病规划署		
UNCTAD	— 联合国贸易和发展会议		

---

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 139 届会议的决定<sup>1</sup>，第七十届世界卫生大会于 2017 年 5 月 22 日至 31 日在日内瓦万国宫举行。

---

---

<sup>1</sup> EB139(11)号决定（2016 年）。



# 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 .....	xxiii

## 决议和决定

### 决议

WHA70.1	欠交会费：索马里 .....	3
WHA70.2	总干事的任命 .....	5
WHA70.3	总干事的合同 .....	5
WHA70.4	向陈冯富珍博士表示感谢 .....	5
WHA70.5	2018-2019 年规划预算 .....	6
WHA70.6	卫生人力资源以及联合国卫生就业和经济增长问题 高级别委员会的成果执行情况 .....	9
WHA70.7	改善败血症的预防、诊断和临床管理 .....	12
WHA70.8	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 .....	15
WHA70.9	2018 - 2019 年摊款比额表 .....	16
WHA70.10	不叙级职位职员和总干事的薪酬 .....	22

WHA70.11	将于 2018 年举行的联大预防和控制非传染性疾病问题 第三次高级别会议的筹备 .....	23
WHA70.12	结合综合性方法审视癌症预防和控制 .....	24
WHA70.13	预防耳聋和听力损失 .....	29
WHA70.14	加强免疫，实现全球疫苗行动计划的目标 .....	32
WHA70.15	促进难民和移民健康 .....	36
WHA70.16	全球媒介控制对策：控制媒介传播疾病的综合方针 .....	37
<b>决定</b>		
WHA70(1)	证书委员会的组成 .....	41
WHA70(2)	选举第七十届世界卫生大会官员 .....	41
WHA70(3)	选举主要委员会官员 .....	41
WHA70(4)	成立会务委员会 .....	42
WHA70(5)	通过议程 .....	42
WHA70(6)	总干事一职 .....	42
WHA70(7)	审核证书 .....	43
WHA70(8)	选举有权指派一人供职于执行委员会的会员国 .....	43
WHA70(9)	脊髓灰质炎：脊灰过渡计划 .....	44
WHA70(10)	审查大流行性流感防范框架 .....	46
WHA70(11)	实施《国际卫生条例（2005）》 .....	47

WHA70(12)	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.....	48
WHA70(13)	世卫组织 2016-2017 年中期规划和财务报告，包括经审计的 2016 年财务报表.....	49
WHA70(14)	外审计员的报告.....	49
WHA70(15)	任命参加世卫组织工作人员养恤金委员会的代表.....	49
WHA70(16)	基础设施基金.....	49
WHA70(17)	公共卫生领域应对痴呆症全球行动计划.....	50
WHA70(18)	世界毒品问题的公共卫生影响.....	51
WHA70(19)	终止儿童肥胖委员会的报告：实施计划.....	51
WHA70(20)	加强世界卫生大会和《世卫组织烟草控制框架公约》缔约方会议之间的协同效应.....	52
WHA70(21)	伪劣医疗产品问题会员国机制.....	53
WHA70(22)	2030 年可持续发展议程实施进展.....	53
WHA70(23)	卫生部门为努力实现并超越 2020 年目标在《国际化学品管理战略方针》中的作用.....	53
WHA70(24)	选择召开第七十一届世界卫生大会的国家.....	54

## 附 件

1.	总干事的合同.....	57
2.	致力于健康：卫生就业和包容性经济增长五年行动计划（2017-2021 年）.....	59
3.	将于 2018 年举行的联大预防和控制非传染性疾病问题第三次高级别会议的筹备.....	76

	页次
4. 促进难民和移民健康的优先重点和指导原则框架.....	95
5. 2017-2030 年全球媒介控制对策 .....	100
6. 总干事一职：关于在卫生大会上提高纸质投票效率的建议 以及因此需要的程序修订.....	107
7. 脊髓灰质炎：脊灰过渡计划：2017 年 6 月 1 日至 12 月 31 日期间 秘书处行动的清单.....	109
8. 2016 年大流行性流感防范框架审查小组的报告.....	111
9. 2018-2022 年改进公共卫生防范和应对五年期全球战略计划草案：指导原则 ....	212
10. 2017-2025 年公共卫生领域应对痴呆症全球行动计划 .....	216
11. 指导就终止儿童肥胖委员会报告中所载建议采取进一步行动的实施计划.....	240
12. 劣质、假造、标签不当、伪造、假冒医疗产品问题 世卫组织会员国机制：工作定义.....	266
13. 加强卫生部门参与《国际化学品管理战略方针》以努力实现 并超越 2020 年目标路线图.....	270
14. 卫生大会通过的决议和决定对秘书处的财政和行政影响.....	275



# 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 139 届和第 140 届会议的报告
3. 总干事陈冯富珍博士的讲话
4. 总干事一职
  - 4.1 选举操作程序
  - 4.2 总干事的任命
  - 4.3 总干事的合同
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

---

<sup>1</sup> 在第二次全体会议上通过。

## 甲委员会

### 10. 委员会会议开幕<sup>1</sup>

### 11. 规划和预算事项

#### 11.1 2016-2017 年规划预算财务状况概述

#### 11.2 2018-2019 年规划预算方案

### 12. 防范、监测和应对

#### 12.1 突发卫生事件

- 世卫组织突发卫生事件规划独立监督和咨询委员会
- 世卫组织对大规模严重突发事件的应对
- 潜在流行病领域的研究与发展
- 具有健康后果的突发事件的卫生人力协调

#### 12.2 抗微生物药物耐药性

#### 12.3 脊髓灰质炎

- 脊髓灰质炎最新情况
- 脊灰过渡计划

#### 12.4 实施《国际卫生条例（2005）》

#### 12.5 审查大流行性流感防范框架

---

<sup>1</sup> 包括选举副主席和报告员。

13. 卫生系统

- 13.1 卫生人力资源以及联合国卫生就业和经济增长问题高级别委员会的成果执行情况
- 13.2 捐献和管理血液、血液成分和其它人体医疗产品的原则
- 13.3 解决全球药品及疫苗短缺和可及问题
- 13.4 评估和审查公共卫生、创新和知识产权全球战略和行动计划
- 13.5 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
- 13.6 劣质、假造、标签不当、伪造、假冒医疗产品问题会员国机制
- 13.7 促进难民和移民健康

14. 传染病

- 14.1 全球疫苗行动计划
- 14.2 全球媒介控制对策

15. 非传染性疾病

- 15.1 将于 2018 年举行的联大预防和控制非传染性疾病问题第三次高级别会议的筹备
- 15.2 公共卫生领域应对痴呆症全球行动计划草案
- 15.3 世界毒品问题的公共卫生影响
- 15.4 第二次国际营养会议的结果
- 15.5 终止儿童肥胖委员会的报告：实施计划
- 15.6 结合综合性方法审视癌症预防和控制

15.7 加强世界卫生大会和《世卫组织烟草控制框架公约》缔约方会议之间的协同效应

15.8 预防耳聋和听力损失

16. 在生命全程促进健康

16.1 2030 年可持续发展议程实施进展

16.2 卫生部门为努力实现并超越 2020 年目标在《国际化学品管理战略方针》中的作用

16.3 妇女、儿童和青少年健康全球战略（2016-2030 年）：青少年健康

17. 进展报告

### **非传染性疾病**

A. 世卫组织 2014-2021 年全球残疾问题行动计划：增进所有残疾人的健康（WHA67.7 号决议（2014 年））

B. 应对“2011-2020 年联合国道路安全行动十年”带来的挑战：第二次全球道路安全高级别会议（收获成果之时）的结果（WHA69.7 号决议（2016 年））

C. 2014-2019 年普遍的眼健康全球行动计划（WHA66.4 号决议（2013 年））

### **传染病**

D. 消灭麦地那龙线虫病（WHA64.16 号决议（2011 年））

E. 2015 年后结核病预防、治疗和控制全球战略和目标（WHA67.1 号决议（2014 年））

F. 2016-2030 年全球疟疾技术战略和指标（WHA68.2 号决议（2015 年））

### **在生命全程促进健康**

G. 接触汞和汞化合物带来的公共卫生影响：世卫组织和政府公共卫生部在落实《水俣公约》方面的作用（WHA67.11 号决议（2014 年））

H. 把性别分析和行动纳入世卫组织工作的战略（WHA60.25 号决议（2007 年））

## 卫生系统

- I. 药物合理使用方面的进展 (WHA60.16 号决议 (2007 年))
- J. 加强医疗产品管制系统 (WHA67.20 号决议 (2014 年))
- K. 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 (WHA68.15 号决议 (2015 年))

## 防范、监测和应对

- L. 消灭天花：销毁储存的天花病毒 (WHA60.1 号决议 (2007 年))
- M. 加强实验室生物安全性 (WHA58.29 号决议 (2005 年))

### 20.3 解决欠费的特别安排

## 乙委员会

- 18. 委员会会议开幕<sup>1</sup>
- 19. 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
- 20. 财务事项
  - 20.1 世卫组织 2016-2017 年中期规划和财务报告, 包括经审计的 2016 年财务报表
  - 20.2 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
  - 20.3 [转至甲委员会]
  - 20.4 2018-2019 年摊款比额表
  - 20.5 [删除]
  - 20.6 [删除]

---

<sup>1</sup> 包括选举副主席和报告员。

21. 审计和监督事项

21.1 外审计员的报告

21.2 内审计员的报告

22. 职工配备事项

22.1 人力资源：年度报告

22.2 国际公务员制度委员会的报告

22.3 《人事条例》和《职员细则》修订款

22.4 联合国工作人员养恤金联合委员会的报告

22.5 任命参加世卫组织工作人员养恤金委员会的代表

23. 管理、法律和治理事项

23.1 世卫组织改革实施情况概述

23.2 治理改革：WHA69(8)号决定（2016年）的后续事宜

23.3 与非国家行为者交往

- 从非政府组织、慈善基金会和学术机构借调人员的标准和原则

23.4 基础设施基金方案（将不动产基金和信息技术基金予以合并）

23.5 [删除]

24. 联合国系统内及与其它政府间组织的合作

## 文件清单

A70/1 Rev.2	议程 <sup>1</sup>
A70/2	执行委员会第 139 届和第 140 届会议的报告
A70/3	总干事陈冯富珍博士在第七十届世界卫生大会上的讲话
A70/4	总干事一职 法律顾问的说明 <sup>2</sup>
A70/5	总干事一职 总干事的合同 <sup>3</sup>
A70/6	2016-2017 年规划预算财务状况概述
A70/7	2018-2019 年规划预算方案
A70/7 Add.1 Rev.1	决议草案：2018-2019 年规划预算
A70/8	世卫组织突发卫生事件规划独立监督和咨询委员会的报告
A70/9	突发卫生事件 世卫组织对大规模严重突发事件的应对
A70/10	潜在流行病领域的研究与发展
A70/11	具有健康后果的突发事件的卫生人力协调
A70/12	抗微生物药物耐药性
A70/13	改善败血症的预防、诊断和临床管理
A70/14	脊髓灰质炎
A70/14 Add.1	脊灰过渡计划 <sup>4</sup>

---

<sup>1</sup> 见第 ix 页。

<sup>2</sup> 见附件 6。

<sup>3</sup> 见附件 1。

<sup>4</sup> 见附件 7。

A70/15	实施《国际卫生条例（2005）》 《国际卫生条例（2005）》实施情况年度报告
A70/16	实施《国际卫生条例（2005）》 全球实施计划 <sup>1</sup>
A70/17	审查大流行性流感防范框架 <sup>2</sup>
A70/18	卫生人力资源以及联合国卫生就业和经济增长问题高级别委员会的成果执行情况 <sup>3</sup>
A70/19	捐献和管理血液、血液成分和其它人体医疗产品的原则
A70/20	解决全球药品及疫苗短缺和可及问题
A70/21	评估和审查公共卫生、创新和知识产权全球战略和行动计划
A70/22	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
A70/23	劣质、假造、标签不当、伪造、假冒医疗产品问题会员国机制 <sup>4</sup>
A70/23 Add.1	审查劣质、假造、标签不当、伪造、假冒医疗产品问题会员国机制
A70/23 Add.2	建议供卫生大会通过的決定对秘书处的财政和行政影响 <sup>5</sup>
A70/24	促进难民和移民健康 <sup>6</sup>
A70/25	全球疫苗行动计划
A70/26 Rev.1 和 A70/26 Rev.1 Add.1	全球媒介控制对策 <sup>7</sup>

---

<sup>1</sup> 见附件 9。

<sup>2</sup> 见附件 8。

<sup>3</sup> 见附件 2。

<sup>4</sup> 见附件 12。

<sup>5</sup> 见附件 14。

<sup>6</sup> 见附件 4。

<sup>7</sup> 见附件 5。



A70/26 Rev.1 Add.2	建议供卫生大会通过的决议对秘书处的财政和行政影响 <sup>1</sup>
A70/27	将于 2018 年举行的联大预防和控制非传染性疾病问题第三次高级别会议的筹备 <sup>2</sup>
A70/28	公共卫生领域应对痴呆症全球行动计划草案 <sup>3</sup>
A70/29	世界毒品问题的公共卫生影响
A70/30	第二次国际营养会议的成果
A70/31	终止儿童肥胖委员会的报告：实施计划 <sup>4</sup>
A70/32	结合综合性方法审视癌症预防和控制
A70/33	加强世界卫生大会和《世卫组织烟草控制框架公约》缔约方会议之间的协同效应
A70/34	预防耳聋和听力损失
A70/35	2030 年可持续发展议程实施进展
A70/36	卫生部门为努力实现并超越 2020 年目标在《国际化学品管理战略方针》中的作用 <sup>5</sup>
A70/36 Add.1	建议供卫生大会通过的决议对秘书处的财政和行政影响 <sup>1</sup>
A70/37	妇女、儿童和青少年健康全球战略（2016-2030 年）：青少年健康
A70/38	进展报告
A70/39	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

---

<sup>1</sup> 见附件 14。

<sup>2</sup> 见附件 3。

<sup>3</sup> 见附件 10。

<sup>4</sup> 见附件 11。

<sup>5</sup> 见附件 13。

A70/40	世卫组织 2016-2017 年中期规划和财务报告,包括经审计的 2016 年财务报表
A70/41	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
A70/42	2018-2019 年摊款比额表
A70/43	外审计员的报告
A70/44	内审计员的报告
A70/45	人力资源: 年度报告
A70/46	国际公务员制度委员会的报告
A70/47	《人事条例》和《职员细则》修订款
A70/48	联合国工作人员养恤金联合委员会的报告
A70/49	任命参加世卫组织工作人员养恤金委员会的代表
A70/50	世卫组织改革实施情况概述
A70/50 Add.1	世卫组织改革实施情况概述 世卫组织的领导和管理: 世卫组织改革第三阶段评估
A70/50 Add.2	世卫组织改革实施情况概述 世卫组织在各国家的工作绩效
A70/51	治理改革: WHA69(8)号决定(2016 年)的后续事宜
A70/51 Add.1	建议供卫生大会通过的决定对秘书处的财政和行政影响 <sup>1</sup>
A70/52	与非国家行为者交往

---

<sup>1</sup> 见附件 14。

## 文件清单

---

- A70/53 与非国家行为者交往  
从非政府组织、慈善基金会和学术机构借调人员的标准和原则
- A70/54 基础设施基金方案（将不动产基金和信息技术基金予以合并）
- A70/55 联合国系统内及与其它政府间组织的合作
- A70/56 外部和内部审计建议：实施进展
- A70/57 审查大流行性流感防范框架  
与《生物多样性公约》秘书处和其他有关国际组织的合作
- A70/58 2016-2017 年规划预算财务状况概述  
世卫组织 2016-2017 年中期规划和财务报告,包括经审计的 2016 年财务报表  
执行委员会规划、预算和行政委员会向第七十届世界卫生大会提交的报告
- A70/59 2018-2019 年规划预算方案  
执行委员会规划、预算和行政委员会向第七十届世界卫生大会提交的报告
- A70/60 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  
执行委员会规划、预算和行政委员会向第七十届世界卫生大会提交的报告
- A70/61 外审计员的报告  
执行委员会规划、预算和行政委员会向第七十届世界卫生大会提交的报告
- A70/62 内审计员的报告  
执行委员会规划、预算和行政委员会向第七十届世界卫生大会提交的报告

- A70/63 人力资源：年度报告  
执行委员会规划、预算和行政委员会向第七十届世界卫生大会提交的报告
- A70/64 世卫组织改革实施情况概述  
执行委员会规划、预算和行政委员会向第七十届世界卫生大会提交的报告
- A70/65 基础设施基金方案（将不动产基金和信息技术基金予以合并）  
执行委员会规划、预算和行政委员会向第七十届世界卫生大会提交的报告
- A70/66 证书委员会
- A70/67 解决欠费的特别安排
- A70/68 甲委员会第一份报告
- A70/69 甲委员会第二份报告
- A70/70 选举有权指派一人供职于执行委员会的会员国
- A70/71 乙委员会第一份报告
- A70/72 甲委员会第三份报告
- A70/73 甲委员会第四份报告
- A70/74 乙委员会第二份报告
- A70/75 甲委员会第五份报告
- A70/76 乙委员会第三份报告
- A70/77 甲委员会第六份报告
- A70/78 乙委员会第四份报告

**参阅文件**

A70/INF./1	授奖
A70/INF./2	2018-2019 年规划预算方案 拟议增加评定会费
A70/INF./3	世卫组织在国家、领地和地区的活动：2017 年的报告
A70/INF./4	2016 年各基金和捐助方的自愿捐款情况
A70/INF./5	为第 6 类工作提供资金与成本回收机制：现行做法和拟议前进方向
A70/INF./6	提高资金效益，改善健康状况 推动制定世卫组织资金效益战略和计划

**杂项文件**

A70/DIV./1 Rev.1	代表和其他与会人员名单
A70/DIV./2	世界卫生大会代表指南
A70/DIV./3	决定和决议清单
A70/DIV./4	文件清单



## 卫生大会官员及其各委员会成员

### 主席

Veronika SKVORTSOVA 教授  
(俄罗斯联邦)

拉维、马尔代夫、马耳他、莫桑比克、挪威、菲律宾、卢旺达、多哥、大不列颠及北爱尔兰联合王国和美利坚合众国。

### 副主席

Nandi Tuaine GLASSIE 先生  
(库克群岛)  
Fawziya ABIKAR NUR 博士(索马里)  
Arlindo NASCIMENTO DO  
ROSARIO 博士(佛得角)  
Patrick PENGEL 先生(苏里南)  
CHOE Myong Nam 先生(朝鲜民主  
主义人民共和国)

**主席:** Veronika SKVORTSOVA 教授  
(俄罗斯联邦)

**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。

### 秘书

总干事陈冯富珍博士

### 甲委员会

#### 证书委员会

证书委员会由下列会员国代表组成:  
安哥拉、白俄罗斯、意大利、日本、立陶宛、马里、缅甸、巴拿马、巴拉圭、南苏丹、也门。

**主席:** Hanan Mohamed AL-KUWARI 博士  
(卡塔尔)

**副主席:** Mohammad Anwar HUSNOO 博士  
(毛里求斯)<sup>1</sup> 和 Philip DAVIES 先生  
(斐济)

**报告员:** Ioannis BASKOZOS 先生(希腊)

**秘书:** Ian ROBERTS 先生, 图书馆和信息  
知识网络处长

**主席:** Hiroyuki YAMAYA 先生(日本)

**副主席:** Augusto Rosa NETO 先生  
(安哥拉)

**秘书:** Xavier DANNEY 先生  
(法律事务高级干事)

### 乙委员会

**主席:** Molwyn JOSEPH 博士(安提瓜和  
巴布达)

**副主席:** Mario MIKLOSI 先生(斯洛伐克)  
和 SLAMET 博士(印度尼西亚)

**报告员:** NGUYEN MANH CUONG 博士  
(越南)

**秘书:** Clive ONDARI 博士, 安全和警戒  
处处长

**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: 中国、古巴、吉布提、多米尼加共和国、法国、几内亚、吉尔吉斯斯坦、马

#### 会务委员会

### 执行委员会代表

Raymond BUSUTTIL 博士(马耳他)

<sup>1</sup> 甲委员会第三次会议开幕时由 Anandrao Hurree 先生(毛里求斯)代替。





## 决议和决定



# 决 议

## WHA70.1 欠交会费：索马里

第七十届世界卫生大会，

审议了索马里就其尚未结清的 451 014 美元会费提出的要求（见本决议附件）；同时注意到 2016 年其交纳了 4650 美元，且承诺 2017 年再缴纳 4650 美元；

还审议了索马里希望在 2018-2037 年期间重新安排交纳 446 364 美元余额的要求；

还注意到这一要求不完全符合 WHA54.6 号决议（2001 年）关于时间安排和程序的规定，

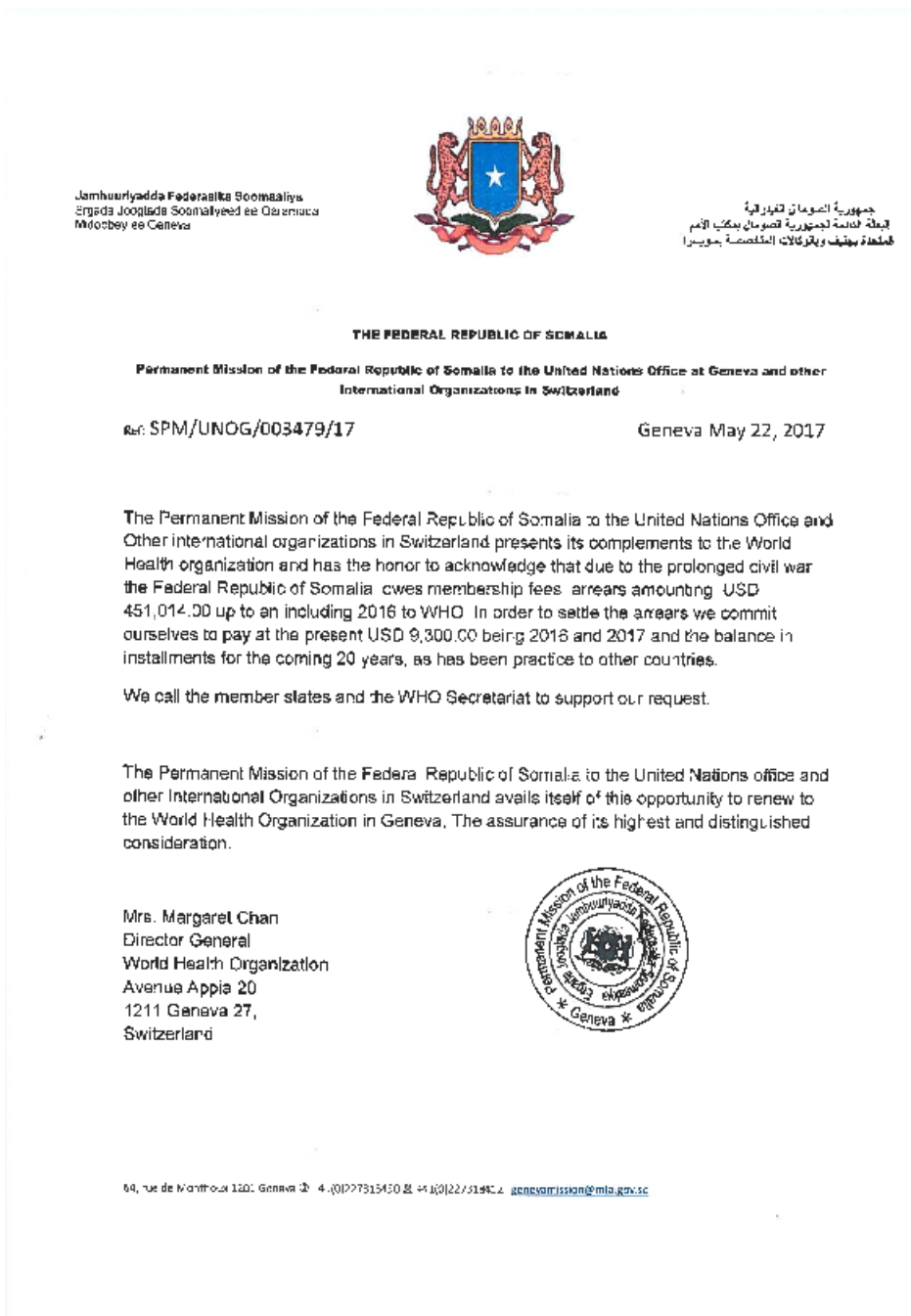
1. **决定**恢复索马里在第七十届世界卫生大会上的表决权，但须满足以下条件：

在从 2018 年至 2037 年的 20 年内，索马里除支付当年的年度会费外，按下述所列偿付其总额为 446 364 美元的评定会费欠缴款；

年	美元
2018	22 318
2019	22 318
2020	22 318
2021	22 318
2022	22 318
2023	22 318
2024	22 318
2025	22 318
2026	22 318
2027	22 318
2028	22 318
2029	22 318
2030	22 318
2031	22 318
2032	22 318
2033	22 318
2034	22 318
2035	22 318
2036	22 318
2037	22 322
<b>合计</b>	<b>446 364</b>

2. **进一步决定**根据《组织法》第七条，如果索马里不遵守上述第 1 段所述要求，其表决权将自动中止；
3. **要求**总干事向第七十一届世界卫生大会报告届时的情况；
4. **进一步要求**总干事将本决议通知索马里政府。

### 附件



(2017年5月23日第四次全体会议——甲委员会第一份报告)

**WHA70.2 总干事的任命**

第七十届世界卫生大会，

根据执行委员会的提名，

**任命**谭德塞博士（Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus）担任世界卫生组织总干事。

（2017年5月23日第五次全体会议）

**WHA70.3 总干事的合同**

第七十届世界卫生大会，

**I**

根据世界卫生组织《组织法》第三十一条和《世界卫生大会议事规则》第一〇七条规定，

**批准**经修订的关于确定总干事一职的任期、聘任条件、薪金和其它津贴的合同<sup>1</sup>；

**II**

根据《世界卫生大会议事规则》第一一〇条，

**授权**第七十届世界卫生大会主席以本组织名义签署此合同。

（2017年5月23日第五次全体会议）

**WHA70.4 向陈冯富珍博士表示感谢**

第七十届世界卫生大会，

衷心感谢陈冯富珍博士在2007-2017年期间对世界卫生组织的非凡领导；

表扬她致力于发展伙伴关系和采用循证方法处理公共卫生事务并努力提高组织有效性、透明度和问责性；

---

<sup>1</sup> 见附件1。

称颂她做出不懈努力并发挥出色领导能力确保卫生在国家和全球政治议程中占有突出位置；

赞许她以极大适应能力克服了任职期间遭遇的前所未有的全球公共卫生挑战；

赞扬她不知疲倦地致力于改善全世界所有人的健康；

**宣布**陈冯富珍博士自退休之日起为世界卫生组织荣誉总干事。

(2017年5月23日第五次全体会议)

## **WHA70.5 2018-2019年规划预算**

第七十届世界卫生大会，

审议了2018-2019年规划预算方案<sup>1</sup>；

注意到执行委员会规划、预算和行政委员会向第七十届世界卫生大会提交的报告<sup>2</sup>；

欢迎为确定行政和管理领域效益措施而正在开展的工作；

考虑到世卫组织理事机构赋予总干事的任务量持续增加，例如最近设立了世卫组织突发卫生事件规划；

意识到有必要确定重点并在资源有限的背景下将这类资源集中用在由会员国商定的那些将产生最大公共卫生影响或世卫组织具有明显比较优势的规划方面；

强调仅在为从事本组织所负责的活动而有必要的情况下，以及在通过节约资金、提高效率 and 开展重点活动为增资采取了一切可能的措施之后，才应要求在已获批准的2018-2019年规划预算基础上建议增资，

1. **批准**2018-2019年规划预算方案中所述的工作规划；

---

<sup>1</sup> 文件 A70/7。

<sup>2</sup> 文件 A70/59。

2. **批准** 2018-2019 年财务期所有资金来源，即评定会费和自愿捐款的 44.215 亿美元预算额；

3. 将 2018-2019 年财务期的预算额**分配**给下述类别和其它领域：

- (1) 传染病 8.054 亿美元；
- (2) 非传染性疾病 3.514 亿美元；
- (3) 在生命全程促进健康 3.843 亿美元；
- (4) 卫生系统 5.895 亿美元；
- (5) 世卫组织突发卫生事件规划 5.542 亿美元；
- (6) 全组织范围服务/促进性职能 7.155 亿美元；

其它领域：

- 消灭脊灰（9.028 亿美元）、热带病研究（5000 万美元）和人类生殖研究（6840 万美元），合计 10.212 亿美元；
- 疫情和危机应对及可扩展性行动方面的相关活动取决于事件的性质，因此没有预算要求；

4. **决定** 预算的供资渠道如下：

- 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为 9.569 亿美元；
- 自愿捐款总额为 34.646 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 3180 万美元，由此会员国的摊款总额为 9.887 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，承担疫情和危机应对及可扩展性行动方面的支出；
10. **再授权**总干事必要时根据可用资源情况，承担预算中脊灰、热带病研究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；
11. **要求**总干事：
  - (1) 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 A70/7 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；
  - (2) 定期提交报告，说明疫情和危机应对及可扩展性行动和脊灰预算方面，以及热带病研究及人类生殖研究特别规划方面的可用资源和支出情况；
  - (3) 为筹备制定第十三个工作总规划，进一步提供关于重点确定程序和一项计划的信息，包括列明应终止的活动细节，通过执行委员会及其规划、预算和行政委员会提交第七十一届世界卫生大会；
  - (4) 控制费用和努力提高效率，提交定期报告，详述节支增效并估算所节约的资金情况。

(2017 年 5 月 26 日第八次全体会议——甲委员会第二份报告)



## WHA70.6 卫生人力资源以及联合国卫生就业和经济增长问题高级别委员会的成果执行情况<sup>1</sup>

第七十届世界卫生大会，

审议了关于卫生人力资源以及联合国卫生就业和经济增长问题高级别委员会的成果执行情况的报告<sup>2</sup>；

重申关于“卫生人力资源全球战略：卫生人力 2030”的 WHA69.19 号决议（2016 年），卫生大会在该决议中通过了“世卫组织卫生人力资源全球战略：卫生人力 2030”，其中强烈呼吁公共部门和私营部门以及各利益攸关方（包括政府、教育和培训机构、雇主以及卫生工作者组织）参与进来，从而协调跨部门卫生和社会人力议程，促进建立能够胜任的并有助于实现 2030 年议程的工作队伍；

回顾关于《世卫组织全球卫生人员国际招聘行为守则》的 WHA63.16 号决议（2010 年），该决议通过了全球行为守则，后者确认足够的和可获得的卫生人力对一个综合性有效卫生系统和医疗服务的提供至关重要，并铭记有必要减轻卫生人员移徙对发展中国家卫生系统的消极影响；

还回顾卫生大会此前通过的旨在加强卫生人力的各项决议<sup>3</sup>；

进一步回顾联合国大会在 2015 年第 70/183 号决议中和 2016 年第 71/159 号决议中要求建立联合国卫生就业和经济增长问题高级别委员会（下称“委员会”），并对该委员会的报告表示欢迎；

强调投资发展卫生和社会人力将产生能够促进本地和全球包容性经济增长的乘数效应，促进实现《2030 年可持续发展议程》宏伟目标并朝实现可持续发展目标取得进展，包括目标 1（在全世界消除一切形式的贫困）、目标 3（确保健康的生活方式，促进各年龄段人群的福祉）、目标 4（确保包容和公平的优质教育，让全民终身享有学习机会）、目标 5（实现性别平等，增强所有妇女和女童的权能）、目标 8（促进持久、包容和可持

---

<sup>1</sup> 关于本决议对秘书处的财政和行政影响，见附件 14。

<sup>2</sup> 文件 A70/18。

<sup>3</sup> 关于加强卫生人力的 WHA64.6 号决议（2011 年）、关于护理与助产服务的 WHA64.7 号决议（2011 年）、关于为满足人道主义紧急情况下不断增长的卫生需求、世卫组织的应对和作为卫生部门牵头机构的作用的 WHA65.20 号决议（2012 年）、关于改革卫生人力教育以支持全民健康覆盖的 WHA66.23 号决议（2013 年）、关于姑息治疗作为生命全程的综合性治疗内容予以加强的 WHA67.19 号决议（2014 年）、关于累西腓卫生人力资源政治宣言的后续事宜：继续对全民健康覆盖作出承诺的 WHA67.24 号决议（2014 年）以及关于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 WHA68.15 号决议（2015 年）。

续经济增长，促进充分的生产性就业和人人获得体面工作）和目标 10（减少国家内部和国家之间的不平等），并利用各个目标与其具体目标之间的相互联系；

认识到与人口结构、社会经济、环境、流行病学和技术变化有关的二十一世纪卫生挑战需要有能够胜任的卫生和社会人力队伍，以便为整个持续照护进程提供以人为本的综合卫生和社会服务；

忆及 EB140(3)号决定（2017 年）欢迎委员会报告并用其拟定的 10 条建议和 5 项立即行动形成必要的政治、跨部门和多利益攸关方势头，从而指导和促使创造卫生和社会部门就业机会，以促进包容性经济增长和社会凝聚力；

强调技能熟练、目的明确的卫生和社会部门工作人员对于建设强大且有应变能力的卫生系统必不可少，强调进行适当人力投资以满足全民健康覆盖相关要求并发展《国际卫生条例（2005）》下的核心能力，包括国内卫生人力确保防范和应对公共卫生威胁的能力；

承认有必要大幅度扩张并改革卫生供资以及卫生和社会人力队伍的招聘、发展、教育和培训、分布和留用等问题；

还认识到有必要大幅度提升各种环境下对卫生和社会人力及卫生设施的保护及其安全，包括紧急和长期突发公共卫生事件和人道主义环境，

1. **通过**“致力于健康”：国际劳工组织、经合组织和世卫组织《卫生就业和包容性经济增长五年行动计划（2017-2021）》<sup>1</sup>并将其用于协调和推进多部门实施委员会建议和立即行动，以支持世卫组织《卫生人力资源全球战略：卫生人力 2030》；
2. **敦促**所有会员国在世卫组织、国际劳工组织和经合组织<sup>2</sup>支持下酌情并根据本国背景、重点和具体情况落实委员会建议和立即行动；
3. **邀请**负责卫生、社会和性别事项以及负责外事、教育、财政和劳动等事务的国际、区域、国家和地方伙伴及利益攸关方参与并支持将委员会报告和《卫生就业和包容性经济增长五年行动计划（2017-2021）》作为一个整体加以落实；

---

<sup>1</sup> 见附件 2。

<sup>2</sup> 适当时，还包括区域经济一体化组织。

#### 4. 要求总干事：

(1) 应请求与会员国、其它相关部门的机构和伙伴合作，落实《卫生就业和包容性经济增长五年行动计划（2017-2021）》详述的委员会建议和立即行动，包括：

(a) 加强国家卫生人力账户的逐步发展和实施；

(b) 加强世卫组织《全球卫生人员国际招聘行为守则》的相关性、有效性和实施情况，包括持续推动双边和多边对话和合作，促进共享卫生人员国际流动带来的好处；

(c) 推动扩大和改革专业、技术和职业教育和培训，包括跨专业教育（特别是在以社区和卫生系统为基础的环境下），刺激投资，以便创造出数量恰当、技能适当且分布合理的卫生和社会领域体面工作机会，特别是在实现全民健康覆盖及实施《卫生人力资源全球战略：卫生人力 2030》方面面临最大挑战的国家；

(2) 协调并与国际劳工组织、经合组织及其它相关部门、机构和伙伴合作，发展在本议程中响应请求支持会员国的联合能力，包括：

(a) 建立有关卫生和社会人力的跨机构数据交换和在线知识平台，包括遵守个人保密和相关数据保护法案，该平台将综合来自多个机构、部门和来源的数据和信息，成为开放访问、基于网络的实时电子资源，以推进卫生和社会劳动力市场、分析、问责、监测和跟踪；在国家卫生人力账户的逐步实施和报告基础上继续努力；

(b) 建立有关卫生工作者流动的国际平台，使跨部门政策对话、交流和集体行动保持透明，以建立可持续的卫生和社会人力队伍，扩大相互利益，促进合乎伦理的招聘行为，并减轻此种流动产生的不良影响；

(3) 利用全球卫生人力网络这个机制联系利益攸关方，推动实施卫生就业和包容性经济增长五年行动计划（2017-2021 年）；

(4) 探索推进实施卫生就业和包容性经济增长五年行动计划（2017-2021 年）所需的跨部门和创新融资机制；

(5) 通过应用国家卫生人力账户加快卫生人力监测进度，并确保卫生工作者的适当数量，能力和公平分配；

(6) 定期将实施卫生就业和包容性经济增长五年行动计划(2017-2021年)所取得的进展情况报告卫生大会,该报告与《卫生人力资源全球战略:卫生人力2030》一致。

(2017年5月29日第九次全体会议——甲委员会第三份报告)

### **WHA70.7 改善败血症的预防、诊断和临床管理<sup>1</sup>**

第七十届世界卫生大会,

审议了关于改善败血症的预防、诊断和临床管理的报告<sup>2</sup>,

关注败血症继续导致全世界每年约600万人死亡,其中大多数是可预防的;

认识到败血症作为对感染的病症反应是全世界大多数传染病死亡的最最终共同途径;

考虑到败血症具有独特的临床过程,对时间的把握至关重要,在早期阶段通过尽早诊断和及时与适当的临床管理,可以高度顺应治疗;

还考虑到,通过适当的手部卫生、获得疫苗接种规划、获得改进的环境卫生和水供应以及其它预防和控制感染的最佳做法,常常可以防止可能导致败血症的感染;与医院内感染相关的败血症很严重,难以控制并具有很高的死亡率;

认识到虽然不能始终预测败血症本身,但可以通过尽早诊断和适当且及时的临床管理来减轻其对死亡率和长期发病率的不良影响;

还认识到需要改进预防感染的措施和控制败血症的后果,因为感染预防和控制规划薄弱,对早期败血症的健康教育和识别能力不足,不能充分获得负担得起、及时、适当的治疗和护理,实验室服务欠缺以及缺乏败血症预防和临床管理的综合方法;

注意到医疗相关感染是败血症加重卫生保健资源负担的一个常见途径;

考虑到需要一种综合方法来处理败血症,其重点是预防,通过临床和实验室服务尽早识别并及时获得包括重症监护服务在内的卫生保健,可靠地提供包括静脉输液的护理基础项目,以及在需要时及时提供抗微生物药物;

---

<sup>1</sup> 该决议对秘书处的财政和行政影响,见附件14。

<sup>2</sup> 文件A70/13。

确认：(i)不适当和过度使用抗微生物药物会加大抗微生物药物耐药性的威胁；(ii)WHA68.7号决议（2015年）通过的抗微生物药物耐药性全球行动计划<sup>1</sup>和WHA67.25号决议（2014年）敦促世卫组织加快努力，确保获得有效的抗微生物药物，并负责任和审慎地予以使用；(iii)败血症是为人类健康负责任地使用有效的抗微生物药物的最重要适应症；(iv)在缺乏适当和及时临床管理的情况下，包括缺乏有效的抗微生物药物，败血症几乎普遍会致命；(v)对包括败血症在内的感染进行无效或不完整的抗微生物药物治疗，可能是日益增长的抗微生物药物耐药性威胁的主要推动因素；(vi)一些耐药性病原体的发生率可通过使用适当的疫苗来减少；(vii)免疫受损的患者面临非常严重形式的败血症的最大风险；

认识到许多疫苗可预防的疾病是引起败血症的主要原因，并重申关于免疫和疫苗质量的WHA45.17号决议（1992年），其中敦促会员国，除其它外，在可行的国家中将具有成本效益和可负担的新疫苗纳入国家免疫规划；

还认识到运行良好的强大卫生系统的重要性，包括组织和治疗战略，以便改进患者安全和细菌源性败血症的结局；

进一步认识到需要预防和控制败血症，加强及时获得正确诊断并提供适当的治疗方案；

又认识到利益攸关方的宣传工作，特别是通过每年9月13日<sup>2</sup>在许多国家举行的现有活动，以便提高对败血症的认识，

#### 1. 敦促会员国<sup>3</sup>：

(1) 根据世卫组织指南，将预防、诊断和治疗败血症纳入国家卫生系统，在社区和卫生保健机构予以加强；

(2) 加强现有战略或制定新战略，从而加强感染预防和控制规划，包括加强卫生基础设施、促进手部卫生及其它感染预防和控制最佳做法、清洁分娩手术、手术中的感染预防举措、改善环境卫生、营养和提供清洁的水、获得疫苗接种规划、为卫生专业人员提供有效的个人防护设备以及在卫生保健场所进行感染控制；

<sup>1</sup> 见文件 WHA68/2015/REC/1，附件 3。

<sup>2</sup> 见文件 A70/13 第 11 段：民间社会组织倡导 9 月 13 日为世界败血症日。

<sup>3</sup> 适用时，还包括区域经济一体化组织。

- (3) 继续努力减少抗微生物药物耐药性，并根据抗微生物药物耐药性全球行动计划<sup>1</sup>，促进适当使用抗微生物药物，包括制定和实施全面的抗微生物药物管理活动；
- (4) 制定和实施标准和最佳护理，并通过采用多部门方法的适当指导方针，加强医疗应对措施，对包括疫情在内的卫生突发事件中的败血症进行诊断和管理；
- (5) 通过健康教育，包括患者安全，使公众对从传染性疾病发展成败血症的风险加大认识，以便确保受影响的个人和卫生保健系统之间及时的初步接触；
- (6) 为所有卫生专业人员开展关于感染预防和患者安全的培训，并培训他们认识到败血症是具有紧急治疗需要的可预防和亟需把握时间的病症的重要性，以及使用“败血症”的说法与患者、亲属和其他各方进行沟通的重要性，以便提高公众意识；
- (7) 促进针对败血症创新诊断和生命全程治疗手段的研究，包括研究开发新的抗微生物药物和替代药物、快速诊断测试法、疫苗及其它重要技术、干预措施和疗法；
- (8) 应用和更好地使用《国际疾病分类》系统确定败血症和抗微生物药物耐药性的流行率和概况，制定和实施监测和评价工具，以便重视和监测改善败血症结局的进展，包括发展和促进具体的流行病学监测系统，并为与预防、诊断和治疗活动和帮助幸存者获得相关卫生保健有关的政策决定提供循证的战略指导；
- (9) 进一步参与宣传工作，提高对败血症的认识，特别是通过支持会员国每年 9 月 13 日举行的现有活动<sup>2</sup>；

## 2. 要求总干事：

- (1) 制定世卫组织指导，酌情包括关于败血症预防和管理的指南；
- (2) 提请注意败血症的公共卫生影响，包括发表败血症报告，描述其全球流行病学情况和疾病负担影响，并确定成功的方法，到 2018 年年底将败血症的及时诊断和管理纳入现有卫生系统；
- (3) 酌情支持会员国，确定标准并制定必要的指南、基础设施、实验室能力、战略和工具，以减少败血症的发病率、死亡率和长期并发症；

---

<sup>1</sup> 见文件 WHA68/2015/REC/1，附件 3。

<sup>2</sup> 见文件 A70/13 第 11 段：民间社会组织倡导 9 月 13 日为世界败血症日。

(4) 与联合国系统其它组织、合作伙伴、国际组织及其它相关利益攸关方合作，尤其加强发展中国家获得优质、安全、有效和负担得起的败血症治疗方法以及感染预防和控制方法（包括免疫）的能力，同时考虑到现有的相关行动；

(5) 通过执行委员会向第七十三届世界卫生大会报告本决议的实施情况。

（2017年5月29日第九次全体会议——甲委员会第四份报告）

### **WHA70.8 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**

第七十届世界卫生大会，

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>1</sup>；

注意到执行委员会规划、预算和行政委员会向第七十届世界卫生大会提交的报告<sup>2</sup>；

注意到在第七十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有关会员国的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；

注意到赤道几内亚、冈比亚、格林纳达和南苏丹的欠费在第七十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七十一届世界卫生大会开幕时暂时中止这些国家的表决权，

#### **决定：**

(1) 根据 WHA41.7 号决议（1988 年）确定的原则，如果到第七十一届世界卫生大会开幕之时，赤道几内亚、冈比亚、格林纳达和南苏丹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；

---

<sup>1</sup> 文件 A70/41。

<sup>2</sup> 文件 A70/60。

(2) 上文第(1)段中所述实行的任何暂时中止,须持续至第七十一届世界卫生大会及以后各届卫生大会,直至赤道几内亚、冈比亚、格林纳达和南苏丹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。

(2017年5月29日第九次全体会议——乙委员会第一份报告)

### WHA70.9 2018-2019年摊款比额表

第七十届世界卫生大会,

审议了总干事的报告<sup>1</sup>,

**通过**以下所列 2018-2019 双年度会员国和准会员摊款比额。

会员国和准会员	2018-2019年 世界卫生组织比额 %
阿富汗	0.0060
阿尔巴尼亚	0.0080
阿尔及利亚	0.1610
安道尔	0.0060
安哥拉	0.0100
安提瓜和巴布达	0.0020
阿根廷	0.8920
亚美尼亚	0.0060
澳大利亚	2.3371
奥地利	0.7201
阿塞拜疆	0.0600
巴哈马	0.0140
巴林	0.0440
孟加拉国	0.0100
巴巴多斯	0.0070

<sup>1</sup> 文件 A70/42。



会员国和准会员	2018-2019 年 世界卫生组织比额 %
白俄罗斯	0.0560
比利时	0.8851
伯利兹	0.0010
贝宁	0.0030
不丹	0.0010
玻利维亚（多民族国）	0.0120
波斯尼亚和黑塞哥维那	0.0130
博茨瓦纳	0.0140
巴西	3.8232
文莱达鲁萨兰国	0.0290
保加利亚	0.0450
布基纳法索	0.0040
布隆迪	0.0010
佛得角	0.0010
柬埔寨	0.0040
喀麦隆	0.0100
加拿大	2.9211
中非共和国	0.0010
乍得	0.0050
智利	0.3990
中国	7.9212
哥伦比亚	0.3220
科摩罗	0.0010
刚果	0.0060
库克群岛	0.0010
哥斯达黎加	0.0470
科特迪瓦	0.0090
克罗地亚	0.0990
古巴	0.0650
塞浦路斯	0.0430
捷克	0.3440
朝鲜民主主义人民共和国	0.0050
刚果民主共和国	0.0080

会员国和准会员	2018-2019 年 世界卫生组织比额 %
丹麦	0.5840
吉布提	0.0010
多米尼克	0.0010
多米尼加共和国	0.0460
厄瓜多尔	0.0670
埃及	0.1520
萨尔瓦多	0.0140
赤道几内亚	0.0100
厄立特里亚	0.0010
爱沙尼亚	0.0380
埃塞俄比亚	0.0100
斐济	0.0030
芬兰	0.4560
法国	4.8592
加蓬	0.0170
冈比亚	0.0010
格鲁吉亚	0.0080
德国	6.3892
加纳	0.0160
希腊	0.4710
格林纳达	0.0010
危地马拉	0.0280
几内亚	0.0020
几内亚比绍	0.0010
圭亚那	0.0020
海地	0.0030
洪都拉斯	0.0080
匈牙利	0.1610
冰岛	0.0230
印度	0.7370
印度尼西亚	0.5040
伊朗（伊斯兰共和国）	0.4710

会员国和准会员	2018-2019 年 世界卫生组织比额 %
伊拉克	0.1290
爱尔兰	0.3350
以色列	0.4300
意大利	3.7482
牙买加	0.0090
日本	9.6802
约旦	0.0200
哈萨克斯坦	0.1910
肯尼亚	0.0180
基里巴斯	0.0010
科威特	0.2850
吉尔吉斯斯坦	0.0020
老挝人民民主共和国	0.0030
拉脱维亚	0.0500
黎巴嫩	0.0460
莱索托	0.0010
利比里亚	0.0010
利比亚	0.1250
立陶宛	0.0720
卢森堡	0.0640
马达加斯加	0.0030
马拉维	0.0020
马来西亚	0.3220
马尔代夫	0.0020
马里	0.0030
马耳他	0.0160
马绍尔群岛	0.0010
毛里塔尼亚	0.0020
毛里求斯	0.0120
墨西哥	1.4351
密克罗尼西亚（联邦）	0.0010
摩纳哥	0.0100
蒙古	0.0050
黑山	0.0040

会员国和准会员	2018-2019 年 世界卫生组织比额 %
摩洛哥	0.0540
莫桑比克	0.0040
缅甸	0.0100
纳米比亚	0.0100
瑙鲁	0.0010
尼泊尔	0.0060
荷兰	1.4821
新西兰	0.2680
尼加拉瓜	0.0040
尼日尔	0.0020
尼日利亚	0.2090
纽埃	0.0010
挪威	0.8491
阿曼	0.1130
巴基斯坦	0.0930
帕劳	0.0010
巴拿马	0.0340
巴布亚新几内亚	0.0040
巴拉圭	0.0140
秘鲁	0.1360
菲律宾	0.1650
波兰	0.8411
葡萄牙	0.3920
波多黎各	0.0010
卡塔尔	0.2690
大韩民国	2.0391
摩尔多瓦共和国	0.0040
罗马尼亚	0.1840
俄罗斯联邦	3.0882
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

会员国和准会员	2018-2019 年 世界卫生组织比额 %
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	1.1461
塞内加尔	0.0050
塞尔维亚	0.0320
塞舌尔	0.0010
塞拉利昂	0.0010
新加坡	0.4470
斯洛伐克	0.1600
斯洛文尼亚	0.0840
所罗门群岛	0.0010
索马里	0.0010
南非	0.3640
南苏丹	0.0030
西班牙	2.4431
斯里兰卡	0.0310
苏丹	0.0100
苏里南	0.0060
斯威士兰	0.0020
瑞典	0.9561
瑞士	1.1401
阿拉伯叙利亚共和国	0.0240
塔吉克斯坦	0.0040
泰国	0.2910
前南斯拉夫的马其顿共和国	0.0070
东帝汶	0.0030
多哥	0.0010
托克劳	0.0010
汤加	0.0010
特立尼达和多巴哥	0.0340
突尼斯	0.0280
土耳其	1.0181

会员国和准会员	2018-2019 年 世界卫生组织比额 %
土库曼斯坦	0.0260
图瓦卢	0.0010
乌干达	0.0090
乌克兰	0.1030
阿拉伯联合酋长国	0.6040
大不列颠及北爱尔兰联合王国	4.4632
坦桑尼亚联合共和国	0.0100
美利坚合众国	22.0000
乌拉圭	0.0790
乌兹别克斯坦	0.0230
瓦努阿图	0.0010
委内瑞拉（玻利瓦尔共和国）	0.5710
越南	0.0580
也门	0.0100
赞比亚	0.0070
津巴布韦	0.0040
<b>总计</b>	<b>100.0000</b>

（2017 年 5 月 29 日第九次全体会议——乙委员会第一份报告）

#### WHA70.10 不叙级职位职员和总干事的薪酬

第七十届世界卫生大会，

注意到执行委员会关于不叙级职位职员和总干事薪酬的建议，

1. **确定**助理总干事和区域主任的年薪毛额为 174 373 美元，相应的薪金净额为 130 586 美元；
2. **确定**副总干事的年薪毛额为 192 236 美元，相应的薪金净额为 142 376 美元；
3. **确定**总干事的年薪毛额为 241 276 美元，相应的薪金净额为 172 069 美元；

4. **决定**这些薪酬调整应于 2017 年 1 月 1 日起生效。

(2017 年 5 月 31 日第十次全体会议——乙委员会第二份报告)

**WHA70.11 将于 2018 年举行的联大预防和控制非传染性疾病问题第三次高级别会议的筹备<sup>1</sup>**

第七十届世界卫生大会，

审议了关于将于 2018 年举行的联大预防和控制非传染性疾病问题第三次高级别会议的筹备的报告<sup>2</sup>；

忆及关于联合国大会预防和控制非传染性疾病问题高级别会议政治宣言的 WHA66.10 号决议 (2013 年)、关于预防和控制非传染性疾病：对联合国大会预防和控制非传染性疾病问题第三次高级别会议特定筹备任务的反应的 WHA69.6 号决议 (2016 年)、关于高级别会议政治宣言的联合国大会 66/2 号决议 (2011 年)、关于全面审查和评估预防和控制非传染性疾病进展的大会高级别会议成果文件的 68/300 号决议 (2014 年)、关于亚的斯亚贝巴行动议程的 69/313 号决议 (2015 年)、关于 2030 年可持续发展议程的 70/1 号决议 (2015 年) 以及关于联合国预防和控制非传染性疾病机构间工作队的联合国经济及社会理事会 2013/12、2014/10、2015/8 和 2016/5 号决议，

1. **批准**更新后的《2013-2020 年预防和控制非传染性疾病全球行动计划》附录 3<sup>3</sup>；
2. **注意到**预防和控制非传染性疾病全球协调机制 2018-2019 年期间工作计划<sup>3</sup>；
3. **敦促**会员国<sup>4</sup>：

(1) 继续实施关于联合国大会预防和控制非传染性疾病问题高级别会议政治宣言的 WHA66.10 号决议 (2013 年) 和关于预防和控制非传染性疾病：对联合国大会预防和控制非传染性疾病问题第三次高级别会议特定筹备任务的反应的 WHA69.6 号决议 (2016 年)；联合国大会关于高级别会议政治宣言的联合国大会 66/2 号决议 (2011 年)、关于全面审查和评估预防和控制非传染性疾病进展的大会高级别会议成果文件的 68/300 号决议 (2014 年)、关于亚的斯亚贝巴行动议程的 69/313 号

<sup>1</sup> 该决议对秘书处的财政和行政影响，见附件 14。

<sup>2</sup> 文件 A70/27。

<sup>3</sup> 见附件 3。

<sup>4</sup> 适用时，还包括区域经济一体化组织。

决议（2015 年）和关于 2030 年可持续发展议程的 70/1 号决议（2015 年）；以及关于联合国预防和控制非传染性疾病机构间工作队的联合国经济及社会理事会 2013/12、2014/10、2015/8 和 2016/5 号决议，实施中应考虑更新后的《2013-2020 年预防和控制非传染性疾病全球行动计划》附录 3；

(2) 支持在国家、区域和国际层面为将于 2018 年召开的大会预防和控制非传染性疾病问题第三次高级别会议做准备；

4. **要求**总干事通过执行委员会向 2018 年第七十一届世界卫生大会报告筹备将于 2018 年召开的联合国大会预防和控制非传染性疾病问题第三次高级别会议的情况。

（2017 年 5 月 31 日第十次全体会议——乙委员会第四份报告）

#### **WHA70.12 结合综合性方法审视癌症预防和控制<sup>1</sup>**

第七十届世界卫生大会，

审议了结合综合性方法审视癌症预防和控制报告<sup>2</sup>；

意识到癌症在 2012 年是世界第二大死因，癌症相关死亡人数达 820 万，其中大部分发生在低收入和中等收入国家；

认识到癌症是全球死亡的一个主要原因，也是一个日益增长的公共卫生问题，每年预计增长的癌症新病例数将从 2012 年的 1410 万例增加到 2030 年的 2160 万例；

意识到某些人群在接触风险因素和获取筛查、早期诊断与及时和适当治疗方面面临不公平现象，而且癌症对他们造成的结果更加严重；并认识到特定癌症患者群体（如儿童和青少年）需要不同的癌症控制战略；

注意到有潜力通过减少风险来预防所有癌症的半数左右；

意识到早期诊断和及时与适当的治疗，包括止痛和姑息治疗，可以减少死亡并改进癌症病人的结果和生活质量；

---

<sup>1</sup> 该决议对秘书处的财政和行政影响，见附件 14。

<sup>2</sup> 文件 A70/32。



赞赏地认识到近年来引进了以癌症治疗创新投资为基础的新型药品，但高度关注卫生系统和患者成本的增加；

强调通过加强国家卫生系统和包括人力资源在内的国际合作，在获得安全、优质、有效和负担得起的药物、医疗产品和适当技术用于癌症预防、检测、筛查诊断和治疗（包括手术）方面应对障碍的重要性，最终目标是加强患者获取医疗的机会，包括通过提高卫生系统提供这种机会的能力；

忆及关于预防和控制癌症的 WHA58.22 号决议（2005 年）；

还忆及关于《预防和控制非传染性疾病问题大会高级别会议的政治宣言》的联合国大会第 66/2 号决议（2011 年），其中包括国家和政府首脑为应对癌症及其它非传染性疾病所作国家承诺的路线图；

进一步忆及认可 2013-2020 年预防和控制非传染性疾病全球行动计划的 WHA66.10 号决议（2013 年），该计划提供了指导，说明会员国如何实现它们在《预防和控制非传染性疾病问题大会高级别会议的政治宣言》中作出的承诺，包括与应对癌症相关的承诺；

忆及关于全面审查和评估预防和控制非传染性疾病进展的联大高级别会议成果文件的联合国大会第 68/300 号决议（2014 年），其中提出了必要的持续和强化承诺，以便实现《预防和控制非传染性疾病问题大会高级别会议的政治宣言》中包括的应对癌症及其它非传染性疾病的承诺路线图，其中包括 2015 年和 2016 年的四项有时限的国家承诺；

铭记世卫组织正在使用的现有监测工具，以便根据世卫组织按照 EB136(13)号决定（2015 年）在 2015 年 5 月 1 日发表的技术说明<sup>1</sup>，跟踪其 194 个会员国为应对癌症及其它非传染性疾病正在实施的四项有时限承诺的情况；

还铭记《世界卫生组织烟草控制框架公约》；

还铭记 2030 年可持续发展议程的可持续发展目标，尤其是目标 3（确保健康的生活方式，促进各年龄段人群的福祉）及其具体目标 3.4（到 2030 年时，将非传染性疾病导致的过早死亡减少三分之一）和关于实现全民健康覆盖的具体目标 3.8；

---

<sup>1</sup> 可由 <http://www.who.int/nmh/events/2015/technical-note-en.pdf?ua=1> 获取（2017 年 5 月 19 日访问）。

赞赏会员国<sup>1</sup>和国际伙伴在最近数年为预防和控制癌症作出的努力，但注意到需要进一步的行动；

重申公共卫生、创新和知识产权全球战略和行动计划；

还重申会员国充分利用世贸组织《与贸易有关的知识产权协定》(TRIPS)中的灵活性的权利，以增加获得负担得起、安全、有效和优质药物的机会，并注意到除其它外，知识产权是开发新型卫生产品的重要激励措施，

1. **敦促**会员国<sup>1</sup>，结合其具体国情、机构和法律框架以及国家重点：

(1) 继续实施关于《预防和控制非传染性疾病问题大会高级别会议的政治宣言》的联合国大会第 66/2 号决议（2011 年）所载国家为预防和控制癌症及其它非传染性疾病所做承诺的路线图，以及关于全面审查和评估预防和控制非传染性疾病进展的联大高级别会议成果文件的第 68/300 号决议（2014 年）；

(2) 还实施成果文件中提出的 2015 年和 2016 年四项有时限的国家承诺，以便筹备将在 2018 年举行的联大预防和控制非传染性疾病问题第三次高级别会议，同时考虑到世卫组织在 2015 年 5 月 1 日发表的技术说明，其中提出了总干事将在 2017 年向联合国大会报告国家承诺实施进展情况（包括结合具体的癌症风险因素来应对癌症方面的进展）时使用的进展指标；

(3) 根据 2030 年可持续发展议程，整合和加强国家癌症预防和控制，作为国家非传染性疾病应对工作的一部分；

(4) 酌情制定和实施国家癌症控制计划，该计划应包含所有年龄组，具备适当资源、监测和问责制，并寻求与其它卫生干预措施的协同效应和成本效益；

(5) 通过以人口为基础的癌症登记系统、家庭调查及其它卫生信息系统，按癌症类型收集所有年龄组以人口为基础的高质量癌症发病率和死亡率数据，包括对不公平现象的衡量，以便指导政策和计划；

(6) 加快缔约国实施《世卫组织烟草控制框架公约》；那些尚未加入《公约》的国家应考虑尽早加入，因为显著减少烟草使用是对预防和控制癌症的重要贡献；同时

---

<sup>1</sup> 适用时，还包括区域经济一体化组织。

要采取行动，防止烟草业干扰公共卫生政策，以便能成功减少非传染性疾病的危险因素；

(7) 促进癌症的一级预防；

(8) 根据国家流行病学概况和卫生系统能力，并遵循全球疫苗行动计划的免疫接种目标，促进增加获取具有成本效益的疫苗接种服务，以预防与癌症相关的感染，作为国家免疫计划的一部分；

(9) 根据对筛查的可行性和成本效益的评估，以国家流行病学概况为基础制定、实施和监测用以早期诊断常见癌症和筛查癌症的规划，并需要有足够的能力避免诊断和治疗方面的延误；

(10) 制定和实施以证据为基础的儿童和成人癌症管理规程，包括姑息治疗；

(11) 开展合作，酌情加强区域和次区域伙伴关系和网络，以创建能管理某些癌症的卓越中心；

(12) 鼓励提出建议，支持以有效、安全和具有成本效益的方式使用癌症诊断和治疗服务（如癌症手术、放疗和化疗等），并以此为基础作出临床决定和转诊安排；同时促进卫生专业人员之间的跨部门合作以及卫生系统各级人员的培训；

(13) 筹集国内人力和财政资源并考虑采取自愿和创新性筹资方法支持癌症控制，以便促进公平地获取可负担的癌症治疗；

(14) 促进开展癌症研究以加强癌症预防和控制方面的证据基础，包括关于健康结果、生活质量和成本效益研究的证据基础；

(15) 根据关于将姑息治疗作为生命全程的综合性治疗内容予以加强的 **WHA67.19** 号决议（2014 年），提供止痛和姑息治疗；

(16) 在幸存者及其亲属的积极参与下，预先计划和促进对癌症幸存者进行随访，晚期作用管理和三级预防；

(17) 促进早期查明患者的需求并提供康复服务（包括与工作有关的康复服务），以及社会心理和姑息治疗服务；

(18) 考虑到癌症日益漫长的性质，鼓励并促进向癌症患者及其家庭提供社会心理咨询和病后医护服务；

(19) 以卫生相关非政府组织和患者组织的贡献为基础，继续促进政府与民间社会之间的伙伴关系，酌情支持提供癌症预防和控制以及治疗和护理服务，包括姑息治疗；

(20) 努力实现可持续发展目标 3 的具体目标 3.4，重申有关承诺，即到 2030 年将癌症及其它非传染性疾病导致的过早死亡减少三分之一；

(21) 促进获得可负担的优质、安全和有效的癌症药物（特别是，但不限于，世卫组织《基本药物标准清单》中的那些）、疫苗和诊断工具；

(22) 促进获取有助于癌症综合管理的全面且具有成本效益的预防、治疗和护理服务，尤其要增加获取可负担的安全、有效和优质药物以及诊断工具和其它技术；

## 2. 要求总干事：

(1) 制定或调整阶梯式资源分层指导和工具包，以便建立和实施综合性癌症预防和控制规划，包括儿童和青少年癌症管理规划，同时利用其它组织的工作；

(2) 收集，综合和传播所有年龄组最具成本效益的干预措施证据，并支持会员国<sup>1</sup>实施这些干预措施；同时为癌症预防和控制提出投资理由；

(3) 加强秘书处的能力，既要能够支持实施具有成本效益的干预措施和适应国家情况的护理模式，又要能够与包括国际原子能机构在内的国际伙伴合作，协调向各国提供的癌症预防和控制技术援助；

(4) 与会员国<sup>1</sup>一道努力，并同《与非国家行为者交往框架》所界定的非政府组织、私营部门实体、慈善基金会和学术机构进行合作，以便发展伙伴关系，扩大癌症预防和控制，提高癌症患者的生活质量，与可持续发展目标 3（确保健康的生活方式，促进各年龄段人群的福祉）和目标 17（加强执行手段，重振可持续发展全球伙伴关系）保持一致；

(5) 加强同世卫组织《与非国家行为者交往框架》中定义的非政府组织、私营部门实体、学术机构和慈善基金会开展合作，以便促进开发有效和可负担的新癌症药物；

---

<sup>1</sup> 适用时，还包括区域经济一体化组织。

- (6) 根据要求向区域和次区域伙伴关系和网络提供技术援助，包括酌情支持建立卓越中心，加强癌症管理；
- (7) 在世卫组织有关各方，包括国际癌症研究机构的参与下，并与所有其它相关利益攸关方，包括癌症幸存者合作，在 2019 年年底之前，根据可获得的最新证据和国际经验，结合综合性方法，制定首份注重公共卫生和政策的定期世界癌症报告，其中涵盖本决议的内容；
- (8) 加强国际癌症研究机构与世卫组织其它部门之间就危害和风险评估问题以及有关这些评估的沟通问题进行协调；
- (9) 编写一份供执行委员会第 144 届会议审议的综合技术报告，其中审查定价方法，包括透明度，及这些方法对癌症预防和治疗药物的可得性和可负担性的影响，包括关于效益或意外负面后果的任何证据，还审查有助于对癌症研发和这些措施的革新进行投资的奖励措施，以及整条价值链中的投入与定价之间的关系，癌症研发方面的资金缺口和可能提高这些药物可负担性和可及性的方案；
- (10) 将关于本决议实施进展的定期报告纳入 WHA66.10 号决议载明的预防和控制非传染性疾病的监测和报告时间表，并与其协调一致。

(2017 年 5 月 31 日第十次全体会议——乙委员会第四份报告)

### **WHA70.13 预防耳聋和听力损失<sup>1</sup>**

第七十届世界卫生大会，

审议了关于预防耳聋和听力损失的报告<sup>2</sup>

认识到全世界有 3.6 亿人患有残疾性听力损失，其中包括 3200 万儿童和近 1.8 亿老年人；

确认近 90% 听力损失者生活在低收入和中等收入国家，这些国家往往缺乏用以解决听力损失问题的资源和战略；

<sup>1</sup> 该决议对秘书处的财政和行政影响，见附件 14。

<sup>2</sup> 文件 A70/34。

关注慢性化脓性中耳炎等慢性耳部疾病的患病率持高不下，这些疾病可导致听力损失以及威胁生命的并发症；

确认除了与娱乐和环境噪声性听力损失相关的问题外，与工作相关的噪声性听力损失具有重要意义；

意识到听力损失得不到处理关系到认知能力的下降并容易导致抑郁症和痴呆，特别是在老年人当中；

注意到耳部疾病和听力损失不仅对个人的发育、交流能力、教育、生计、社会福利和经济独立性而且对社区和国家都具有重大影响；

意识到听力损失的多数原因都是可以通过预防策略得到避免的，现有干预措施既成功又具有成本效益；但是，尽管如此，多数耳部疾病和听力损失患者仍无法获得适当的服务；

忆及关于预防听力损害的 WHA48.9 号决议（1995 年）和关于残疾，包括预防、管理和康复的 WHA58.23 号决议（2005 年）；

还忆及《2011 年世界残疾报告》，其中建议投资提高卫生服务、康复和辅助技术的可及性，并忆及在该报告建议基础上制定的世卫组织《2014-2021 年全球残疾问题行动计划》<sup>1</sup>；

牢记《2030 年可持续发展议程》中的可持续发展目标，特别是目标 3（确保健康的生活方式，促进各年龄段人群的福祉）及其旨在实现全民健康覆盖的具体目标 3.8，其中间接确认要让残疾人获得优质卫生保健服务，此外，认识到目标 4（提供包容和公平的优质教育，让全民终身享有学习机会）的具体目标也明确提到残疾人，还认识到听力损失得不到处理会大大妨碍受影响者的教育和学术结果；

赞赏近年来会员国和国际伙伴们为预防听力损失所作的努力，但牢记有必要采取进一步行动，

#### 1. 敦促会员国，在考虑到本国具体情况下：

- (1) 通过在各级提高认识和加强政治承诺及部门间合作等办法在全民健康覆盖的指导下将耳部和听力保健战略纳入其初级卫生保健框架；

---

<sup>1</sup> 见文件 WHA67/2014/REC/1，附件 3。

- (2) 收集耳部和听力损失方面基于人群的高质量数据以便制定以证据为基础的战略和政策；
- (3) 制定适当的培训规划，促进开发耳部和听力保健领域的人力资源；
- (4) 确保根据《2011-2020 年全球疫苗行动计划》和国家重点使风疹、麻疹、腮腺炎和脑膜炎的疫苗接种覆盖率达到尽可能最高水平；
- (5) 制定、实施和监测筛查规划以促进在高风险人群，包括婴幼儿、老年人和在职业及娱乐环境中暴露于噪音的人群中早期确认慢性化脓性中耳炎等耳部疾病和听力损失情况；
- (6) 作为全民健康覆盖的一部分，加强获取可负担且符合成本效益的优质辅助听力技术和产品，包括助听器，人工耳蜗和其它辅助器械，同时考虑到卫生保健体系以公平和可持续的方式提供服务的能力；
- (7) 制定和实施规定以便在职业环境、娱乐场所和通过个人音频设备控制噪音，并同时控制耳毒性药物；
- (8) 通过推广手语和字幕等替代交流方法促进获取各种交流方式；
- (9) 努力实现《2030 年可持续发展议程》中的可持续发展目标 3（确保健康的生活方式，促进各年龄段人群的福祉）和目标 4（提供包容和公平的优质教育，让全民终身享有学习机会），尤其要关注听力损失者；

## 2. 要求总干事：

- (1) 根据现有最佳科学证据编写一份关于耳部和听力保健问题的世界报告；
- (2) 开发工具包并向会员国提供技术支持，协助其收集数据、制定国家耳部和听力保健战略、明确如何能够将预防听力损失纳入到其它卫生保健规划、提高认识、筛查听力损失和耳部疾病以及提供辅助技术并组织开展培训；
- (3) 加强与所有利益攸关方的合作，通过制定和促进保证听力安全的标准、筛查方案和促进保证听力安全的软件应用程序以及信息产品减少因暴露于娱乐噪音导致的听力损失；

(4) 利用每年 3 月 3 日世界听力日的机会，每年以不同主题开展宣传活动；

(5) 向世界卫生大会报告本决议的实施进展情况<sup>1</sup>。

(2017 年 5 月 31 日第十次全体会议——乙委员会第四份报告)

## **WHA70.14 加强免疫，实现全球疫苗行动计划的目标<sup>2</sup>**

第七十届世界卫生大会，

审议了有关全球疫苗行动计划的报告<sup>3</sup>；

忆及有关全球疫苗行动计划的 WHA65.17 号（2012 年）和 WHA68.6 号（2015 年）决议；以及有关卫生干预和技术评估的 WHA67.23 号决议（2014 年）；

欢迎记录和核实消除麻疹、风疹和先天性风疹综合征情况国际专家委员会宣布美洲区域会员国已经在 2015 年和 2016 年分别实现阻断风疹和麻疹病毒地方性传播<sup>4</sup>；

欢迎东南亚区域全部 11 个会员国的所有地区已验证消除孕产妇和新生儿破伤风；

审议了 2016 年免疫战略咨询专家组对全球疫苗行动计划实施及实现其战略目标和总体目标的进展的评估报告<sup>5</sup>；

注意到虽然许多国家已经实现了全球疫苗行动计划的 2015 年目标，且其它国家也正在取得很大进展，这说明充满雄心的总体和具体目标是可以实现的，但免疫战略咨询专家组 2016 年的评估报告认为没有按计划推进，六项十年中期行动计划具体目标只实现了一项；

注意到在推出新疫苗方面取得的进展以及这些疫苗在个人层面和高接种率下在人口层面对降低肺炎、腹泻和宫颈癌等疫苗可预防疾病的发病率和/或死亡率产生的影响；

---

<sup>1</sup> 执行委员会同意，应当将本决议的长期报告要求纳入到根据 WHA69(8)号决定（2016 年）确立的前瞻性的预期议程项目计划安排之内。见文件 EB139/2016/REC/1，执行委员会第 139 届会议第二次会议摘要记录。

<sup>2</sup> 该决议对秘书处的财政和行政影响，见附件 14。

<sup>3</sup> 文件 A70/25。

<sup>4</sup> 见文件 CD55/INF/10, Rev.1。

<sup>5</sup> 2016 年免疫战略咨询专家组全球疫苗行动计划评估报告全文可由 [http://www.who.int/entity/immunization/global\\_vaccine\\_action\\_plan/SAGE\\_GVAP\\_Assessment\\_Report\\_2016\\_EN.pdf](http://www.who.int/entity/immunization/global_vaccine_action_plan/SAGE_GVAP_Assessment_Report_2016_EN.pdf) 获取（2017 年 1 月 23 日访问）。



担忧在疫苗十年（2011-2020 年）的中间点实现消灭脊灰、消除麻疹和风疹、消除孕产妇和新生儿破伤风以及扩大公平获得可负担的救命疫苗等全球疫苗行动计划目标方面取得的进展还是过于缓慢，同时认识到**中等收入国家在引进新疫苗方面尤其面临特殊的挑战**；

注意到虽然世卫组织六个区域的会员国均已确定了消除麻疹的目标而且有三个区域还确定了消除风疹的目标，但还需做出更多努力方能实现消除麻疹和风疹；

认识到疫苗和免疫接种在改善人群健康状况、实现宏伟的可持续发展目标、确保防范和应对疫情（包括涉及新出现病原体的疫情）及解决抗微生物药物耐药性问题的贡献；

认识到强有力的卫生系统和与其它各有关部门协调良好的综合常规免疫规划有助于实现免疫目标和具体目标，以及全民健康覆盖；

认识到消灭脊灰取得了重大进展，并且脊灰相关资产、人力资源和基础设施对加强国家免疫和卫生系统做出了重大贡献，应当予以有效过渡；

认识到有必要加强国际合作，旨在**以可持续方式**加强发展中国家实现全球疫苗行动计划目标的能力，

#### 1. 敦促会员国<sup>1</sup>：

(1) 展示出对国家免疫规划的更加强有力的领导和治理作用，为此应：

(a) **提高国家免疫规划的有效性和效率，作为强大和可持续卫生保健系统的必要组成部分**；

(b) 根据国家重点事项，为免疫规划划拨足够的财政和人力资源；

(c) 加强可就疫苗安全性和有效性等提供独立、循证、透明的咨询意见的国家程序和咨询机构，如卫生干预和技术评估程序和/或与国家监管机构合作的国家免疫技术咨询小组；

---

<sup>1</sup> 适用时，还包括区域经济一体化组织。

- (d) 加强各级监督和有效管理疫苗接种规划资金的机制；
  - (e) 公开提供有关疫苗有效性和安全性的最新和准确的信息；
  - (f) 加强监测和处理预防接种不良事件的系统；
  - (g) 促进提高免疫意识的**行动**，强调其公共卫生效益以及疫苗的安全性和有效性；
  - (h) 加强为实现并保持高免疫**覆盖率**所必须的免疫系统、程序和政策；
  - (i) 通过国家免疫技术咨询小组或其它相当的独立机制定期审查取得的进展，包括免疫覆盖、总结的经验教训和处理剩余挑战的可能方案；
  - (j) 按照 WHA65.17 号决议要求，继续向各区域委员会报告进展情况；
- (2) 确保使用有关免疫接种率的最新数据，如可能，包括按性别分类的数据，指导战略和规划决策，保护面临风险人群并减少疾病负担；
- (3) 投资于疾病**发现**和通报系统，常规分析和数据报告系统，从而加强并保持监测能力；
- (4) 根据证据，包括疾病负担、成本效益、预算影响评估和系统能力，并使用向其他年龄组和高危人群提供免疫接种和综合卫生服务的最适当有效的手段，酌情将免疫接种服务从婴儿期扩大到涵盖生命全程；
- (5) 加强国际和各国确保实施《国际卫生条例（2005）》的行动，该条例旨在防止发生疾病的国际传播，针对其提供保护，开展控制并进行公共卫生应对；
- (6) 酌情筹措**国内**资金，维持在全球消灭脊灰行动和全球疫苗免疫联盟支持下实现的免疫成就；
- (7) 继续加强国际合作，实现全球疫苗行动计划的目标，包括通过适当合作与交流，加强国家和区域持续生产可负担的疫苗和技术的能力；

## 2. 要求总干事：

- (1) 继续支持各国实现区域和全球疫苗接种目标；
- (2) 在国家和国际论坛上宣传加快朝全球疫苗行动计划2020年目标取得进展的紧迫性和重要性，包括处理免疫战略咨询专家组在其2016年全球疫苗行动计划中期审评中提出的九项建议；
- (3) 确保充分落实监测全球和区域疫苗行动计划的问责机制；
- (4) 支持会员国加强与监管机构合作的国家免疫技术咨询小组或相应机制，根据国家具体情况和证据为国家决策提供信息，以实现国家免疫目标；
- (5) 与包括民间社会组织在内的所有重要伙伴合作，评估它们的工作如何补充国家常规免疫系统以及经成本核算的国家免疫计划和目标的落实情况；
- (6) 继续与所有伙伴一道支持研究、开发和生产针对新病原体和再度出现病原体的疫苗；
- (7) 继续加强世卫组织资格预审规划，提供技术援助，支持发展中国家建设研发能力，进行技术转让，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；
- (8) 继续与各方一道支持使用联合采购和其它机制，以提高疫苗供应的效率，成本效益和可持续性；
- (9) 继续与各方一道支持研发，特别是在发展中国家，以促进供应链创新和疫苗接种技术，适当提高疫苗交付效率；
- (10) 酌情与各国际机构（根据其各自任务授权）、捐助方、疫苗厂商和各国政府<sup>1</sup>合作，克服在使所有人都能及时、适当获得质量有保证的可负担疫苗方面面临的障碍，并实施保护卫生工作者的有效预防措施，包括在国际关注的突发公共卫生事件中和人道主义危机的具体环境下采取预防措施；

---

<sup>1</sup> 适用时，还包括区域经济一体化组织。

(11) 通过执行委员会向第七十三届世界卫生大会报告消灭麻疹和风疹的流行病学方面、可行性和潜在的资源需求，同时考虑到免疫战略咨询专家组的评估；

(12) 继续每年监测进展情况，并在2020年和2022年作为实质性议程项目通过执行委员会向卫生大会报告在实现全球疫苗行动计划2020年目标和具体目标方面取得的成就。

(2017年5月31日第十次全体会议——甲委员会第五份报告)

## WHA70.15 促进难民和移民健康<sup>1</sup>

第七十届世界卫生大会，

审议了关于促进难民和移民健康的报告<sup>2</sup>，并根据 EB140(9)号决定（2017年）；

忆及关于移民健康的 WHA61.17 号决议（2008年），重申《关于难民和移民的纽约宣言》中所作出的卫生相关承诺<sup>3</sup>；

回顾需要进行国际合作，支持收容难民的国家，并承认收容和接受大量难民和移民的国家所作的努力，

1. **赞赏地注意到**促进难民和移民健康的优先事项和指导原则框架<sup>4</sup>；

2. **促请**会员国<sup>5</sup>根据其国情、优先事项和法律框架：

(1) 考虑酌情在全球、区域和国家各级促进促进难民和移民健康的优先事项和指导原则框架，包括利用这一框架，促进会员国和参与制定难民问题全球契约和安全、有序和正规移徙全球契约的伙伴的知情讨论；

(2) 确认和收集循证信息、最佳做法和经验教训，以解决难民和移民的卫生需要，推动制定促进难民和移民健康的全球行动计划草案；

<sup>1</sup> 该决议对秘书处的财政和行政影响，见附件 14。

<sup>2</sup> 文件 A70/24。

<sup>3</sup> 见联合国大会第 71/1 号决议（2016年）。

<sup>4</sup> 见附件 4。

<sup>5</sup> 在适用时，包括区域经济一体化组织。

(3) 根据《关于难民和移民的纽约宣言》第 11 和 68 段以及其它相关段落，加强在难民和移民健康方面的国际合作；

(4) 考虑通过双边和国际合作，向收容和接受大量难民和移民的国家提供必要的卫生相关援助；

### 3. 要求总干事：

(1) 酌情利用促进难民和移民健康的优先事项和指导原则框架，加强各级宣传活动，以促进难民和移民健康；

(2) 与国际移民组织、难民署、其他国际组织和相关利益攸关方密切合作，发展、加强和保持必要能力，以提供卫生领导，并向会员国和伙伴提供支持，促进难民和移民健康，并避免工作的重叠；

(3) 确认在各区域难民和移民健康方面的最佳做法和经验教训，以推动制定关于难民和移民健康的全球行动计划草案供第七十二届世界卫生大会审议通过，并就此向卫生大会报告；

(4) 向第七十一届和第七十二届世界卫生大会提交关于本决议的实施进展报告。

(2017 年 5 月 31 日第十次全体会议——甲委员会第五份报告)

## WHA70.16 全球媒介控制对策：控制媒介传播疾病的综合方针<sup>1</sup>

第七十届世界卫生大会，

审议了关于全球媒介控制对策的报告<sup>2</sup>；

赞赏秘书处在与会员国及全球卫生界广泛磋商后开展的 2017-2030 年全球媒介控制全面对策草案的制定工作，为编写报告奠定了基础<sup>2</sup>；

强烈意识到媒介传播疾病对世界各地个人、家庭和社会构成的负担和威胁；社会、人口和环境因素，包括气候变化和天气相关因素造成的影响；媒介对杀虫剂日益加强的耐药性，以及蚊虫和其它媒介向未受影响区域的扩散；

<sup>1</sup> 该决议对秘书处的财政和行政影响，见附件 14。

<sup>2</sup> 文件 A70/26 Rev.1。

认识到需要进行合作，以预防、发现、报告和应对媒介传播疫情，避免《国际卫生条例（2005）》载明的国际关注的突发公共卫生事件；

注意到最近在防治疟疾、盘尾丝虫病、淋巴丝虫病、恰加斯病和其它疾病方面取得的成绩以及以往的失败和现有的挑战，相关经验教训可用于其它媒介传播疾病；

认识到需要就媒介控制采取综合的全面方针，以协助制定和实现国家和全球防治具体疾病的目标，促进实现可持续发展目标，解决卫生的社会决定因素，处理卫生不平等；

深切关注目前全球媒介控制能力有限，特别是公共卫生和发展规划严重缺乏掌握公共卫生昆虫学技能的人员，

1. **欢迎**报告<sup>1</sup>及其附件<sup>2</sup>中阐述的综合性全球媒介控制和应对战略方针；

2. **敦促**会员国<sup>3</sup>：

(1) 酌情根据报告中概述的综合性全球媒介控制和应对战略方针<sup>1</sup>，制定或调整现有的国家媒介控制战略和业务计划，并使之与《国际卫生条例（2005）》保持一致；

(2) 在评估媒介控制需求的基础上，在政府各级和所有相关部门酌情建立和维持适当人力资源（尤其是公共卫生昆虫学领域人力资源）、基础设施和机构的能力；

(3) 促进对媒介及其传播病原体的基础研究，并促进对媒介控制手段，包括生物手段技术和方法的应用研究，评估其对疾病、社会经济发展、人口和环境的影响，并评价如何将其与疫苗、药物和其它干预措施相结合；

(4) 酌情根据“同一个健康”思路以及媒介和传染性疾病预防综合方针，促进包括市政当局和地方行政机构在内的政府各级和各部门合作，并通过有组织的利益攸关方团体推动社区参与和开展社区动员；

(5) 酌情加强国家级和次国家级媒介监督、预测和干预措施监测的能力，包括在媒介对杀虫剂的耐药性，以及杀虫剂对环境和人类健康的影响等方面，并将获得的信息纳入公共卫生监测系统；

---

<sup>1</sup> 文件 A70/26 Rev.1。

<sup>2</sup> 见附件 5。

<sup>3</sup> 适用时，还包括区域经济一体化组织。

(6) 通过根据《国际卫生条例（2005）》建立网络等方式，参与和加强跨境和区域合作，以建立媒介传播疾病的适当预防、监测、控制和应对能力；

(7) 酌情与相关部门的国际、区域、国家和地方机构和非国家行为者进行合作，支持和促进执行世卫组织的综合性全球媒介控制和应对战略方针；

### 3. 要求总干事：

(1) 继续制定和传播规范性指导意见、政策建议和实施指南，支持会员国<sup>1</sup>减少媒介传播疾病的负担和威胁，包括加强人力资源能力，因地制宜开展有效的、可持续的并符合伦理的媒介控制工作；

(2) 继续促进研究媒介传播疾病系统和发展新颖的产品、方法、工具、技术和方针，并支持生成关于其安全性和有效性以及对疾病、社会经济发展、人口和自然环境的影响的循证知识；

(3) 就与执行新的媒介控制方针有关的伦理因素和问题进行审查并提供技术指导，以制定缓解策略和解决办法，处理卫生不公平现象；

(4) 就与落实媒介控制有关的伦理因素和问题进行审查，包括审查健康的社会决定因素，以制定缓解策略和解决办法，处理卫生不公平现象；

(5) 尤其在有新的循证知识出现，可据以发明和改进产品、工具、技术和方法的情况下，广泛传播并适当更新针对所有相关媒介传播疾病的综合媒介控制技术指导意见；

(6) 加强秘书处在全球、区域和国家级的能力，并确保本组织所有三个层级各相关单位积极参与，以指导全球作出协调一致的努力，包括与联合国系统其它机构以及其它政府间机构开展合作，更好地开展媒介控制；

(7) 与会员国协商，并酌情通过区域委员会，根据世卫组织媒介控制技术指导意见制定区域行动计划，包括制定报告<sup>2</sup>所述的重点活动；

<sup>1</sup> 适用时，还包括区域经济一体化组织。

<sup>2</sup> 文件 A70/26 Rev.1。

(8) 向各国提供支持，以制定和/或更新国家媒介控制和媒介传播疾病控制战略，同时与综合性全球媒介控制和应对战略方针保持一致，并酌情与其他正在推行的传染病控制战略和疫情应急对策保持一致。

(9) 监测综合性全球媒介控制和应对战略方针的实施，向第七十五届、第八十届和第八十五届世界卫生大会报告在实现里程碑和各项目标方面的影响和进展情况。

(2017年5月31日第十次全体会议——甲委员会第六份报告)

---



# 决 定

## WHA70(1) 证书委员会的组成

第七十届世界卫生大会任命由下述会员国代表组成证书委员会：安哥拉、白俄罗斯、柬埔寨、意大利、日本、立陶宛、马里、缅甸、巴拿马、巴拉圭、南苏丹和也门。

(2017年5月22日第一次全体会议)

## WHA70(2) 选举第七十届世界卫生大会官员

第七十届世界卫生大会选举出下列官员：

**主席：** Veronika Skvortsova 教授（俄罗斯联邦）

**副主席：** Nandi Tuaine Glassie 先生（库克群岛）  
Fawziya Abikar Nur 博士（索马里）  
Arlindo Nascimento do Rosario 博士（佛得角）  
Patrick Pengel 先生（苏里南）  
Choe Myong Nam 先生（朝鲜民主主义人民共和国）

(2017年5月22日第一次全体会议)

## WHA70(3) 选举主要委员会官员

第七十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** Hanan Mohamed Al-Kuwari 博士（卡塔尔）  
**乙委员会： 主席** Molwyn Joseph 博士（安提瓜和巴布达）

(2017年5月22日第一次全体会议)

随后，主要委员会选举出下列官员：

**甲委员会： 副主席** Mohammad Anwar Husnoo 博士（毛里求斯）<sup>1</sup>  
Philip Davies 先生（斐济）

**报告员** Ioannis Baskozos 先生（希腊）

---

<sup>1</sup> 甲委员会第三次会议开幕时由 Anandrao Hurree 先生（毛里求斯）代替。

**乙委员会： 副主席** Mario Miklosi 先生（斯洛伐克）  
Slamet 博士（印度尼西亚）

**报告员** Nguyen Manh Cuong 博士（越南）

（2017 年 5 月 22 日和 25 日分别举行  
甲委员会和乙委员会第一次会议）

#### **WHA70(4) 成立会务委员会**

第七十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：中国、古巴、吉布提、多米尼加共和国、法国、几内亚、吉尔吉斯斯坦、马拉维、马尔代夫、马耳他、莫桑比克、挪威、菲律宾、卢旺达、多哥、大不列颠及北爱尔兰联合王国和美利坚合众国。

（2017 年 5 月 22 日第一次全体会议）

#### **WHA70(5) 通过议程**

第七十届世界卫生大会通过了执行委员会在其第 140 届会议上拟定的临时议程，其中删去四个项目，拒绝一个补充项目并将一个项目由乙委员会转至甲委员会。

（2017 年 5 月 22 日第二次全体会议）

#### **WHA70(6) 总干事一职**

第七十届世界卫生大会，审议了文件 A70/4 所载关于总干事一职的报告，决定：

- (1) 为总干事的任命使用纸质投票系统；
- (2) 实施文件 A70/4 所载附表中概述的建议；
- (3) 根据《世界卫生大会议事规则》第一一九条，通过文件 A70/4 附件 4 所载的《世界卫生大会议事规则》修正案<sup>1</sup>。

（2017 年 5 月 22 日第二次全体会议）

---

<sup>1</sup> 见附件 6。

**WHA70(7) 审核证书**

第七十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、伯利兹、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、多米尼克、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、圭亚那、海地、洪都拉斯、匈牙利、冰岛、印度、印度尼西亚、伊朗（伊斯兰共和国）、伊拉克、爱尔兰、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、马绍尔群岛、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、帕劳（共和国）、巴拿马、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、圣文森特和格林纳丁斯、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。

（2017年5月22日第三次全体会议和  
2017年5月24日第七次全体会议）

**WHA70(8) 选举有权指派一人供职于执行委员会的会员国**

第七十届世界卫生大会经考虑会务委员会的建议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：贝宁、巴西、格鲁吉亚、伊拉克、意大利、日本、斯里兰卡、斯威士兰、坦桑尼亚联合共和国、赞比亚。

（2017年5月29日第九次全体会议）

**WHA70(9) 脊髓灰质炎：脊灰过渡计划<sup>1</sup>**

第七十届世界卫生大会，审议了关于脊灰过渡计划的最新情况报告<sup>2</sup>，决定：

- (1) 确认总干事办公厅在指导和领导这一进程方面所发挥的积极作用至关重要；
- (2) 强调迫切需要维持和继续在脊灰流行国家开展消灭工作，并通过消灭脊灰认证在各国维持监测，以及必须确保全球消灭脊灰行动具备适当水平的合格职工，名实相副；
- (3) 确认全球消灭脊灰行动已经开始缩减规模，并强调世卫组织需要从战略角度管理由此对世卫组织人力资源和其它资产造成的影响；
- (4) 注意到当前制定认证后战略的进程，这将确定为支持消灭和保持无脊灰世界所需的基本脊灰职能；
- (5) 强调世卫组织需要与所有相关利益攸关方合作，在认证后战略中为确保消灭后的有效问责和监督制定方案；
- (6) 极为关切地注意到世卫组织在全球、区域和国家各级，包括许多世卫组织规划活动都依赖全球消灭脊灰行动的资金，同时注意到这种依赖给世卫组织带来的财务、组织和规划风险，包括对世卫组织的能力造成风险，使其难以持续确保在关键规划领域有效交付成果和维持基本的连续职能；
- (7) 还注意到文件 A70/14 Add.1 中提及的 2017 年年底之前要采取的秘书处行动清单，特别涉及制定全面的世卫组织脊灰过渡战略行动计划<sup>3</sup>；
- (8) 敦促总干事：
  - (a) 将脊灰过渡作为本组织三个层级的一项主要重点；
  - (b) 确保在制定世卫组织脊灰过渡战略行动计划时，遵循响应国家需求和重点的总体原则，包括参与和支持全球消灭脊灰行动国家过渡计划工作；

<sup>1</sup> 该决定对秘书处的财政和行政影响，见附件 14。

<sup>2</sup> 文件 A70/14 Add.1。

<sup>3</sup> 见附件 7。

(c) 将消灭脊灰的最佳做法纳入所有有关的卫生干预措施，并在国家规划中建立对消灭脊灰的持续职能和资产的能力及责任，同时维持世卫组织为消灭后计划和监督提供规范和标准的能力；

(d) 探索在 2017-2019 年期间筹集额外资金的创新方式，以减轻全球消灭脊灰行动规模缩减可能带来的影响，包括对目前由全球消灭脊灰行动资助的关键资产的长期可持续性的影响，并通过在即将举行的筹资对话会期间举办一场专门会议来向会员国介绍这方面工作的最新情况；

(9) 要求总干事：

(a) 在 2017 年年底之前制定脊灰过渡战略行动计划，通过执行委员会第 142 届会议提交第七十一届世界卫生大会审议，该计划应：

(i) 明确确定所需的能力和资产，特别是在国家和适当的社区层面，以便：

- 在其它规划领域，如疾病监测；免疫和加强卫生系统；预警、突发事件和疫情应对，包括加强和维持《国际卫生条例（2005）》下的核心能力等领域维持进展；
- 在消灭后维持一个无脊灰世界；

(ii) 提供关于这些能力和资产的详细成本核算；

(b) 向第七十一届世界卫生大会提交一份报告，阐述为将目前由全球消灭脊灰行动资助的能力和资产转入规划预算所作的筹资努力，使第七十一届世界卫生大会能够为在现实基础上制定 2020-2021 双年度规划预算和第十三个工作总规划提供指导；

(c) 定期通过各区域委员会和执行委员会向卫生大会报告过渡工作的计划和实施情况。

（2017 年 5 月 29 日第九次全体会议——甲委员会第三份报告）

## WHA70(10) 审查大流行性流感防范框架<sup>1</sup>

第七十届世界卫生大会，审议了 2016 年大流行性流感防范框架审查小组的报告以及秘书处与《生物多样性公约》秘书处和其它有关国际组织合作编写的报告<sup>2</sup>，决定：

- (1) 忆及世卫组织作为国际卫生工作指导和协调机构的职责，以及根据《国际卫生条例（2005）》在全球疫情警报和应对公共卫生危机方面的作用；
- (2) 重申大流行性流感防范框架对处理具有大流行可能的流感病毒对人类健康目前或迫近的威胁的重要性，并强调其作为促进迅速获取可能引起人间大流行的流感病毒，进行风险分析以及迅速、公正和公平地分享疫苗和其他利益的专门的国际文书的关键作用；
- (3) 强调就全球大流行性流感的防范和应对划定重点并加以支持的重要性，包括通过世卫组织全球流感监测和应对系统，加强国内季节性流感病毒监测、生产和监管能力以及国际协调与协作，以迅速识别和分享具有大流行可能的流感病毒；
- (4) 承认全球流感监测和应对系统在可能引起人间大流行的流感病毒的识别、风险分析和共享，以迅速开发诊断方法、疫苗和药物方面的关键作用；
- (5) 认识到《标准材料转让协议 2》的缔结率和伙伴关系捐款征收率有显著进展，以及需要保持进展；同时，仍然需要确保使用全球流感监测和应对系统的流感疫苗、诊断制剂和药物生产商的及时付款；
- (6) 意识到世卫组织与《生物多样性公约》秘书处和其它有关国际组织之间正在进行的协商与合作；
- (7) 赞赏 2016 年大流行性流感防范框架审查小组的有益建议<sup>3</sup>；
- (8) 要求总干事：
  - (a) 快速推进落实 2016 年大流行性流感防范框架审查小组报告中的建议；
  - (b) 关于 2016 年大流行性流感防范框架审查小组涉及季节性流感和基因序列数据的建议，就所提出的问题，包括采用或不采用可能的方法的影响，进行全

<sup>1</sup> 该决定对秘书处的财政和行政影响，见附件 14。

<sup>2</sup> 文件 A70/17（附件）和 A70/57。

<sup>3</sup> 见附件 8。

面和审慎的分析，在此过程中，应依赖 2016 年的大流行性流感防范框架审查，大流行性流感防范咨询小组的专业知识，以及会员国和相关利益攸关方，包括全球流感监测和应对系统的透明协商；

- (c) 继续支持加强监管能力并开展疾病负担研究，这是大流行防范的根本基础；
- (d) 继续鼓励生产商和其它相关利益攸关方参与大流行性流感防范框架工作，包括在适当情况下，订立《标准材料转让协议 2》和及时缴纳年度大流行性流感伙伴关系捐款；
- (e) 要求外审计员按照审查小组的建议，对大流行性流感防范伙伴关系捐款基金进行审计，以(1)保证世界卫生组织《财务条例》适当应用于资金的使用，以及所报告财务信息的准确和可靠性；(2)提出建议，进一步提高关于支出与技术影响之间联系的报告的透明度；
- (f) 酌情继续与《生物多样性公约》秘书处和其它有关国际组织进行协商；
- (g) 向第七十一届世界卫生大会报告本决定的执行进展情况，包括说明对 2016 年大流行性流感防范框架审查小组报告中所载建议的响应状况，并就进一步行动提出建议。

(2017 年 5 月 29 日第九次全体会议——甲委员会第三份报告)

## **WHA70(11) 实施《国际卫生条例 (2005)》**

第七十届世界卫生大会，审议了关于实施《国际卫生条例 (2005)》：全球实施计划的报告<sup>1</sup>，铭记《国际卫生条例 (2005)》具有法律约束力的性质，忆及在实施《国际卫生条例 (2005)》方面国家的自主权和世卫组织的领导作用，并意识到实施工作的紧迫性，决定：

- (1) 注意到文件 A70/16 所载的报告；并

---

<sup>1</sup> 文件 A70/16。

(2) 要求总干事：

- (a) 与会员国，包括通过各区域委员会进行充分协商，根据文件 A70/16 附件 2<sup>1</sup> 所载指导原则，制定《改进公共卫生防范和应对五年期全球战略计划草案》，经由执行委员会第 142 届会议提交第七十一届世界卫生大会审议和通过；
- (b) 继续加紧努力，支持会员国充分实施《国际卫生条例（2005）》，包括建立其核心公共卫生能力。

（2017 年 5 月 29 日第九次全体会议——甲委员会第四份报告）

### **WHA70(12) 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<sup>2</sup>**

第七十届世界卫生大会，注意到总干事按照 WHA69(10)号决定（2016 年）的要求提交的报告<sup>3</sup>，决定要求总干事：

- (1) 在现场监测基础上，向第七十一届世界卫生大会报告总干事报告中所载建议的执行进展情况；
- (2) 向巴勒斯坦卫生服务部门提供支持，包括通过能力建设规划以及制定针对当地具体治疗和诊断能力的战略投资计划；
- (3) 向叙利亚被占戈兰的叙利亚人口提供卫生相关技术援助；
- (4) 配合红十字国际委员会的努力，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）的卫生需要，以及残疾人和伤员的卫生需要；
- (5) 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，特别注重加强初级卫生保健并将精神卫生服务纳入到初级保健服务中，同时注重卫生预防工作和综合疾病管理，并就如何最有效地支持这些活动向捐助方提出建议；
- (6) 确保为实现这些目标划拨人力和财力资源。

（2017 年 5 月 29 日第九次全体会议——乙委员会第一份报告）

---

<sup>1</sup> 见附件 9。

<sup>2</sup> 该决定对秘书处的财政和行政影响，见附件 14。

<sup>3</sup> 文件 A70/39。



### **WHA70(13) 世卫组织 2016-2017 年中期规划和财务报告，包括经审计的 2016 年财务报表**

第七十届世界卫生大会，审议了世卫组织 2016-2017 年中期规划和财务报告（包括经审计的 2016 年财务报表）<sup>1</sup>；注意到执行委员会规划、预算和行政委员会向第七十届世界卫生大会提交的报告<sup>2</sup>，决定接受世卫组织 2016-2017 年中期规划和财务报告（包括经审计的 2016 年财务报表）。

（2017 年 5 月 29 日第九次全体会议——乙委员会第一份报告）

### **WHA70(14) 外审计员的报告**

第七十届世界卫生大会，审议了外审计员提交卫生大会的报告<sup>3</sup>；注意到执行委员会规划、预算和行政委员会向第七十届世界卫生大会提交的报告<sup>4</sup>，决定接受外审计员提交卫生大会的报告。

（2017 年 5 月 29 日第九次全体会议——乙委员会第一份报告）

### **WHA70(15) 任命参加世卫组织工作人员养恤金委员会的代表**

第七十届卫生大会提名候补委员日本代表团的 Naoko Yamamoto 博士和哥伦比亚代表团的 Gerardo Lubin Burgos Bernal 博士为委员，任期为其任内剩余时间，到 2019 年 5 月届满。

卫生大会提名巴基斯坦代表团的 Asad Hafeez 博士、塞内加尔代表团的 Papa Amadou Diack 博士和斯里兰卡代表团的 Alan Ludowyke 博士为世卫组织工作人员养恤金委员会候补委员，任期为三年，到 2020 年 5 月届满。

（2017 年 5 月 31 日第十次全体会议——乙委员会第二份报告）

### **WHA70(16) 基础设施基金**

第七十届世界卫生大会，审议了关于基础设施基金方案（将不动产基金和信息技术基金予以合并）的报告<sup>5</sup>，注意到执行委员会规划、预算和行政委员会向第七十届世界

---

<sup>1</sup> 文件 A70/40。

<sup>2</sup> 文件 A70/58。

<sup>3</sup> 文件 A70/43。

<sup>4</sup> 文件 A70/61。

<sup>5</sup> 文件 A70/54。

卫生大会提交的报告<sup>1</sup>；注意到 A70/54 号文件所述基础设施需要的融资要求，包括对不动产和信息技术的投资；并注意到根据关于基本建设总计划的 WHA63.7 号决议（2010 年）和关于不动产：日内瓦建筑整修战略最新情况的 WHA69(18)号决定（2016 年），制定不动产基金的现行融资安排，规定了每个双年度 2500 万美元的不动产需要，决定：

- (1) 批准将不动产基金更名为基础设施基金；
- (2) 还批准扩展基础设施基金（前不动产基金）的目的，除关于不动产基金的 WHA23.14 号决议（1970 年）所批准的目的外，还包括信息技术委员会核准的信息技术投资，同时将不动产和信息技术投资以单独的子帐户加以保留并作出报告；
- (3) 授权总干事在每个双年度结束时，在可行情况下，为基础设施基金内的信息技术投资需要划拨至少 1500 万美元的资金；
- (4) 要求总干事建立单独的子账户，保持基础设施基金内不动产与信息技术投资基金的区隔；
- (5) 进一步要求总干事在执行委员会今后的届会上报告基础设施基金包含的信息技术和不动产基金的实施以及基金融资情况。

（2017 年 5 月 31 日第十次全体会议——乙委员会第二份报告）

## **WHA70(17) 公共卫生领域应对痴呆症全球行动计划<sup>2</sup>**

第七十届世界卫生大会，审议了 2017-2025 年公共卫生领域应对痴呆症全球行动计划草案<sup>3</sup>，决定：

- (1) 认可 2017-2025 年公共卫生领域应对痴呆症全球行动计划<sup>4</sup>；
- (2) 敦促会员国<sup>5</sup>尽快为 2017-2025 年公共卫生领域应对痴呆症全球行动计划的整体实施工作制定宏伟的国家应对措施；

---

<sup>1</sup> 文件 A70/65。

<sup>2</sup> 该决定对秘书处的财政和行政影响，见附件 14。

<sup>3</sup> 文件 A70/28，附件。

<sup>4</sup> 见附件 10。

<sup>5</sup> 适用时，还包括区域经济一体化组织。

- (3) 要求总干事向第七十三届、七十六届和七十九届世界卫生大会提交关于本决定实施进展报告。

(2017年5月31日第十次全体会议——乙委员会第三份报告)

### **WHA70(18) 世界毒品问题的公共卫生影响<sup>1</sup>**

第七十届世界卫生大会，审议了秘书处关于世界毒品问题的公共卫生影响的报告<sup>2</sup>，决定：

- (1) 欢迎就世界毒品问题的公共卫生方面影响进一步加强和扩大了现有合作，包括2017年2月世界卫生组织与联合国毒品和犯罪问题办公室签署了谅解备忘录；
- (2) 认识到需要加紧努力，根据全面、一致和平衡的方针，应要求协助会员国处理和打击世界毒品问题；
- (3) 要求总干事继续努力，改进世卫组织与毒品和犯罪问题办公室及麻管局在各自现有任务范围内的协调与合作，处理和打击世界毒品问题；
- (4) 进一步要求总干事向第七十一届、第七十三届和第七十五届世界卫生大会报告本决定的实施情况，并酌情考虑到麻醉药品委员会基于条约的任务授权，继续向其通报相关规划和进展信息。

(2017年5月31日第十次全体会议——乙委员会第三份报告)

### **WHA70(19) 终止儿童肥胖委员会的报告：实施计划<sup>1</sup>**

第七十届世界卫生大会，除其它外，回顾了世卫组织《孕产妇和婴幼儿营养全面实施计划》、关于终止婴幼儿食品的不当促销形式的WHA69.9号决议（2016年）、载有《2013-2020年预防和控制非传染性疾病全球行动计划》的关于预防和控制非传染性疾病预防问题联大高级别会议的政治宣言的后续行动的WHA66.10号决议（2013年）以及粮农组织/世卫组织第二次国际营养会议的问责和监测框架（罗马，2014年11月19-21日），并审议了《终止儿童肥胖委员会的报告：实施计划》<sup>3</sup>，决定：

<sup>1</sup> 该决定对秘书处的财政和行政影响，见附件14。

<sup>2</sup> 文件A70/29。

<sup>3</sup> 文件A70/31。

- (1) 欢迎对落实终止儿童肥胖委员会报告<sup>1</sup>所列的各项建议进一步提供行动指导的实施计划；
- (2) 敦促会员国结合该实施计划<sup>1</sup>，制定终止婴儿、儿童和青少年肥胖的国家对策、战略和计划<sup>2</sup>；
- (3) 要求总干事在当前关于营养和非传染性疾病问题的报告范畴内，定期向卫生大会报告在终止儿童肥胖，包括在实施计划<sup>1</sup>方面取得的进展。

(2017年5月31日第十次全体会议——乙委员会第四份报告)

### **WHA70(20) 加强世界卫生大会和《世卫组织烟草控制框架公约》缔约方会议之间的协同效应<sup>3</sup>**

第七十届世界卫生大会，审议了秘书处关于加强世界卫生大会和《世卫组织烟草控制框架公约》缔约方会议之间的协同效应的报告<sup>4</sup>，并注意到《世卫组织烟草控制框架公约》缔约方会议通过的 FCTC/COP7(18)号决定（2016年），决定：

- (1) 赞赏地注意到《烟草控制框架公约》缔约方会议主席提交的报告<sup>5</sup>；
- (2) 请《烟草控制框架公约》缔约方会议指示《框架公约》秘书处向卫生大会下届会议提交关于今后每届会议结果的报告，供参考并作为在预防和控制非传染性疾病议程项目下向卫生大会提供的文件的一部分；
- (3) 根据 WHA69(13)号决定（2016年），要求世卫组织总干事继续定期向《烟草控制框架公约》缔约方会议提供关于涉及实施《框架公约》的卫生大会决议和决定的信息报告。

(2017年5月31日第十次全体会议——乙委员会第四份报告)

---

<sup>1</sup> 见附件 11。

<sup>2</sup> 按照附件 11 第 1 段脚注 5 定义。

<sup>3</sup> 该决定对秘书处的财政和行政影响，见附件 14。

<sup>4</sup> 文件 A70/33。

<sup>5</sup> 文件 A70/33，附件。

**WHA70(21) 伪劣医疗产品问题会员国机制<sup>1</sup>**

第七十届世界卫生大会，审议了关于劣质、假造、标签不当、伪造、假冒医疗产品问题会员国机制第五次会议的报告和 WHA65.19 号决议（2012 年）<sup>2</sup>，决定：

- (1) 认可文件 A70/23 附件附录 3 中所载的定义<sup>3</sup>；
- (2) 要求总干事以“伪劣医疗产品”替代“劣质、假造、标签不当、伪造、假冒医疗产品”，并将其作为会员国机制名称和今后关于这类医疗产品主题的文件使用的术语。

（2017 年 5 月 31 日第十次全体会议——甲委员会第五份报告）

**WHA70(22) 2030 年可持续发展议程实施进展<sup>1</sup>**

第七十届世界卫生大会，审议了关于 2030 年可持续发展议程实施进展的报告<sup>4</sup>，决定要求总干事继续按 WHA69.11 号决议（2016 年）要求，每两年一次就 2030 年可持续发展议程中的卫生问题进行报告，包括根据 WHA68.15 号决议（2015 年）要求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情况。

（2017 年 5 月 31 日第十次全体会议——甲委员会第六份报告）

**WHA70(23) 卫生部门为努力实现并超越 2020 年目标在《国际化学品管理战略方针》中的作用<sup>1</sup>**

第七十届世界卫生大会，审议了关于卫生部门为努力实现并超越 2020 年目标在《国际化学品管理战略方针》中的作用的报告<sup>5</sup>，决定：

- (1) 批准加强卫生部门参与《国际化学品管理战略方针》以努力实现并超越 2020 年目标的路线图<sup>6</sup>；

<sup>1</sup> 该决定对秘书处的财政和行政影响，见附件 14。

<sup>2</sup> 见文件 A70/23 和文件 WHA65/2012/REC/1，特别是该决议附件第 1 段中的脚注。

<sup>3</sup> 见附件 12。

<sup>4</sup> 文件 A70/35。

<sup>5</sup> 文件 A70/36。

<sup>6</sup> 见附件 13。

(2) 要求总干事向第七十二届世界卫生大会报告该路线图的实施进展，并向第七十四届世界卫生大会进一步报告相关进展以及秘书处根据为《化管方针》和 2020 年以后化学品和废物的健全管理问题制定建议的闭会期间程序的结果，为更新路线图采取的行动<sup>1</sup>。

(2017 年 5 月 31 日第十次全体会议——甲委员会第六份报告)

### **WHA70(24) 选择召开第七十一届世界卫生大会的国家**

第七十届世界卫生大会根据《组织法》第十四条决定第七十一届世界卫生大会在瑞士召开。

(2017 年 5 月 31 日第十次全体会议)

---

<sup>1</sup> 见 WHA69.4 号决议 (2016 年)，第 2(10)段。

附 件





## 附件 1

### 总干事的合同<sup>1</sup>

[A70/5, 附件 – 2017 年 4 月 24 日]

以世界卫生组织（以下简称本组织）为一方，以谭德塞博士（Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus，以下简称总干事）为另一方，于二〇一七年五月二十三日签订**本合同**。

#### 鉴于

(1) 本组织《组织法》第三十一条规定，本组织总干事应由世界卫生大会（以下简称卫生大会）根据执行委员会（以下简称执委会）的提名，按卫生大会决定的条件任命；

(2) 总干事经卫生大会于二〇一七年五月二十三日举行的会议上任命，任期为五年。

#### 本合同经作证达成如下：

I. (1) 总干事任期自二〇一七年七月一日至二〇二二年六月三十日本合同期满终止。

(2) 根据执委会授权，总干事应行使本组织技术和行政首席官员的职权，并应履行《组织法》和本组织条例规定的和/或由卫生大会或执委会委派的职责。

(3) 总干事充分承诺以切实有效的方式负责地管理和适当调控世卫组织资源，包括财政资源、人力资源和物质资源，以实现本组织的各项目标；建设道德文化，以便使问责制，透明度，诚信与尊重贯穿秘书处的所有决定和行动；任用职员时确保公平的地域代表性和性别平衡，与世界卫生组织《组织法》第三十五条相一致；贯彻本组织的内部和外部审计建议；并保证正式文件的及时性和透明度。

(4) 总干事应遵守本组织《人事条例》中对其适用的各项规定，尤其不应担任任何其它行政职务，不应接受同本组织活动有关的任何外界薪酬，不应从事有碍于其履行本组织职责的事务或任何工作或活动。

(5) 总干事任职期间，享有根据本组织《组织法》规定的其职务所需的一切特惠和豁免，以及已实行的或今后决定实行的任何有关安排。

---

<sup>1</sup> 见 WHA70.3 号决议。

(6) 总干事可在任何时候于六个月前向有权代表卫生大会接受辞职的执委会提出书面辞呈；在此情况下，到辞呈所述期限时，总干事任职即告结束，本合同即告终止。

(7) 基于可能重损及本组织利益的原因，卫生大会根据执委会的建议并听取总干事的申诉后有权终止本合同，但需至少六个月前作出书面通知。

II. (1) 从二〇一七年七月一日起，总干事从本组织领取的年薪在扣除薪金税前为 241 276 美元，净年工资为 172 069 美元，按月支付，或用合同双方同意的其它货币付给等值的薪金。

(2) 除按《职员细则》规定领取正常地区差额调整费和津贴外，自二〇一七年七月一日起，总干事每年还可领取 21 000 美元或用合同双方同意的其它货币付给等值的社交津贴费，按月支付。社交津贴费完全由总干事自行支配，用于同其职务有关的社交活动。总干事有权领取和报销赴任、工作调动、任期届满的旅行津贴补助和搬家费用，以及因公出差和回籍假旅行津贴。

(3) 总干事将不参加联合国合办工作人员养恤基金，而是每月以补贴形式收到其参加养恤基金情况下本组织原本应向基金交纳的每月养恤金款额。如总干事在二〇一七年七月一日开始其任期之前决定参加该养恤基金，那么他和本组织将以正常方式向养恤基金缴纳款项，将不向他每月直接支付补贴款。

III. 根据执委会的建议，卫生大会可审议和调整本合同中有关薪金额和社交津贴费的条款。经与总干事磋商后，使之与卫生大会可能决定的适用于在职职员聘任条件的任何规定相一致。

IV. 如对本合同的解释出现任何问题或发生任何争议而不能用协商或协议办法解决时，应提交《职员细则》规定的主管法庭作出最后裁决。

谨于上述日期签署于下。

.....

总干事  
谭德塞博士

.....

第七十届世界卫生大会主席  
Veronika Skvortsova 教授

\_\_\_\_\_

## 附件 2

### 致力于健康

#### 卫生就业和包容性经济增长五年行动计划 (2017-2021 年)<sup>1</sup>

[A70/18, 附件 – 2017 年 5 月 15 日]

---

#### 摘要

- 一个愿景： 确保在得到加强的卫生系统内公平获得卫生工作者，加快朝实现全民健康覆盖和《2030 年可持续发展议程》目标取得进展
- 两个目的： 投资于全球卫生和社会人力队伍的扩大和转型
- 三家机构： 国际劳工组织、经济合作与发展组织和世界卫生组织
- 四个可持续发展目标： 目标 3： 确保健康的生活方式，促进各年龄段人群的福祉；目标 4： 确保包容和公平的优质教育，让全民终身享有学习机会；目标 5： 实现性别平等，增强所有妇女和女童的权能；目标 8： 促进持久、包容和可持续经济增长，促进充分的生产性就业和人人获得体面工作
- 五个工作领域： 促进实施跨部门方法和由各国主导的行动，催化可持续投资、能力建设和政策行动：(1)宣传倡导、社会对话和政策对话；(2)数据、证据和问责；(3)教育、技能和工作机会；(4)供资和投资；(5)国际劳工流动。
- 

<sup>1</sup> 见 WHA70.6 号决议。

## 1. 背景

1. 在题为《致力于健康与经济增长：投资发展卫生人力资源》的报告中，卫生就业和经济增长高级别委员会（以下简称“委员会”）提出改革卫生和社会人力促进实现《2030年可持续发展议程》的10项建议和5项立即行动<sup>1</sup>。落实这些建议和行动需要会员国在卫生、教育、就业和财政主管部门和国际社会领导下采取改变行业面貌的干预措施和行动。

2. 委员会破除了长久以来有关投资发展卫生人力拖累经济的看法。它发现，卫生人力投资加上正确的政策行动可以在优质教育、性别平等、体面工作、包容性经济增长以及健康福祉等领域释放巨大的社会经济效益。这种观念变化为各国实施2016年5月第六十九届世界卫生大会通过<sup>2</sup>的《世卫组织卫生人力资源全球战略：卫生人力2030》<sup>3</sup>提供了新的政治动力。

2015年12月17日，联合国大会通过70/183号决议“全球卫生和外交政策：加强国际卫生危机管理”。联合国秘书长响应该决议，于2016年3月2日启动了**卫生就业和经济增长高级别委员会**。

该委员会由法国总统奥朗德和南非总统祖马担任主席，世卫组织总干事陈冯富珍、经合组织秘书长古里亚和国际劳工组织总干事莱德担任联合主席。2016年9月20日，委员会于联合国大会期间在纽约提交首份报告。

联合国大会第71届会议对委员会报告表示欢迎<sup>1</sup>。大会敦促会员国考虑委员会建议，“包括制定跨部门计划并投资促进卫生和社会部门的教育并创造就业机会”，以“促进全球包容经济增长、创造体面工作并实现全民健康覆盖”。

2017年1月，世界卫生组织执行委员会第140届会议审议了委员会报告并对其表示欢迎。它要求世卫组织总干事与会员国合作采取落实重要建议的措施。

<sup>1</sup> 卫生就业和经济增长高级别委员会。《致力于健康与经济增长：投资发展卫生人力资源》。日内瓦：世界卫生组织；2016年（<http://www.who.int/hrh/com-heeg/reports>，2017年4月5日访问）。

<sup>2</sup> WHA69.19号决议（2016年）。

<sup>3</sup> 可由[http://www.who.int/hrh/resources/pub\\_globstrathrh-2030/en](http://www.who.int/hrh/resources/pub_globstrathrh-2030/en)获取（2017年4月5日访问）。

3. 委员会认为，卫生和社会部门<sup>1</sup>是不断增长的主要就业来源，也是可以比大部分其它行业和部门都能带来更多体面工作机会的战略领域，特别是对妇女和青年而言<sup>2</sup>。随着人口增长和变化，估计到 2030 年对卫生工作者的需求差不多会翻一番，预计将创造约 4000 万个新卫生工作者岗位，其中主要在中上收入和高收入国家<sup>3</sup>。平均而言，每个卫生和社会工作者岗位都得到更广泛卫生经济中至少两个其它职业就业岗位的支持，因而在卫生和社会部门内外都有可能进一步创造就业机会。很少有经济部门还有能够带来稳定增加体面工作的机会，特别是考虑到其它经济部门正由于技术的快速进步以及生产和工作的组织方式发生变化而大量失去就业机会<sup>4</sup>。

4. 但在就业岗位增加的同时，根据《世卫组织卫生人力资源全球战略》，如果到 2030 年要实现并保持全民健康覆盖，还有可能出现 1800 万卫生工作者缺口，主要在低收入和中等收入国家。如不实施有针对性的干预措施，资源缺乏国家的形势还可能恶化，因为劳动力会愈发流向需求最大的国家，进而削弱本已脆弱的卫生系统。投资提高工作质量，包括工作条件、劳动保护和工作中的权利，是把卫生工作者留在需要他们的地方的关键。

5. 委员会呼吁立即采取能够改变格局的大胆措施，对现状提出挑战，并改变卫生和社会人力发展的预测趋势。实现可持续的卫生和社会人力发展是跨部门努力的目标，需要负责财政、劳动、教育、卫生、社会事务和外交的政府部门相互协调地发挥领导作用和采取行动，也需要雇主与卫生工作者组织、专业协会和其它重要利益攸关方之间密切协作。委员会提出了实现可持续发展目标过程中的十项建议和五项立即行动（表 1）。

---

<sup>1</sup> 注意五年行动计划包括卫生及卫生相关社会护理部门所有有助于促进改善健康福祉的职业，因而指的是参与卫生保健所有可交付成果的卫生和社会人力。

<sup>2</sup> 《投资于护理经济：对七个经合组织国家就业刺激措施的性别分析（2016 年 3 月）》。布鲁塞尔：国际工会联盟；2016 年（<http://www.ituc-csi.org/CareJobs>，2016 年 9 月 5 日访问）。

<sup>3</sup> Liua JX、Goryakin Y、Maeda A、Bruckner TA、Scheffler RM。《2030 年全球卫生人力市场预测》。政策研究工作文件。报告编号 WPS7790。华盛顿特区：世界银行；2016 年（<http://documents.worldbank.org/curated/en/546161470834083341/Global-health-workforce-labor-market-projections-for-2030>，2017 年 4 月 5 日访问）。

<sup>4</sup> 见国际劳工组织总干事的报告《劳动世界的未来百年举措》。会议文件。第 104 届国际劳工大会，2015 年（[http://www.ilo.org/ilc/ILCSessions/104/reports/reports-to-the-conference/WCMS\\_369026/lang-en/index.htm](http://www.ilo.org/ilc/ILCSessions/104/reports/reports-to-the-conference/WCMS_369026/lang-en/index.htm)，2017 年 4 月 5 日访问）和《为不断变化的世界投资发展教育》。全球教育机会融资国际委员会。2016 年 9 月。（[http://report.educationcommission.org/wp-content/uploads/2016/09/Learning\\_Generation\\_Full\\_Report.pdf](http://report.educationcommission.org/wp-content/uploads/2016/09/Learning_Generation_Full_Report.pdf)，2016 年 11 月 30 日访问）。

表 1. 卫生就业和经济增长高级别委员会的建议和立即行动

建议		2018 年 3 月之前的立即行动
改革卫生人力队伍	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 刺激投资,以便在适当地点创造适当数量要求适当技能的卫生部门体面就业机会,特别是为妇女和青年创造机会。</li> <li>2. 采取措施使妇女的领导地位机制化,处理教育和卫生人才市场上的性别偏见和不公平问题并在卫生改革进程中处理性别关切,从而扩大妇女的经济参与并加强对妇女的赋权。</li> <li>3. 扩大有变革能力的优质教育和终身学习,使所有卫生工作者都具备符合人口健康需求的技能并能够在工作中充分发挥潜能。</li> <li>4. 改革以医院护理为核心的服务模式,重点关注预防和高效提供优质、可负担、综合、以社区为基础、以人为本的初级保健和门诊医疗,其中特别关注服务不足地区。</li> <li>5. 利用具有成本效益的信息通信技术加强健康教育、以人为本的卫生服务和卫生信息系统。</li> <li>6. 确保投资发展《国际卫生条例(2005)》核心能力,包括发展国家和国际卫生工作者在紧急和长期人道主义环境下和突发公共卫生事件中的技能。确保在所有环境下保护所有卫生工作者和卫生设施,并确保其安全。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>A. 确保做出承诺,促进跨部门参与,制定行动计划</li> <li>B. 激励问责、承诺和宣传倡导</li> <li>C. 在所有国家促进卫生人才市场数据、分析和跟踪</li> <li>D. 加快投资发展有变革能力的教育、技能和创造就业机会</li> <li>E. 建立有关卫生工作者流动的国际平台</li> </ol>
促进性变化	<ol style="list-style-type: none"> <li>7. 酌情从国内和国际、公共和私人来源筹集足够资金,必要时考虑进行有广泛基础的卫生融资改革,以便投资发展适当技能、体面工作条件和适当数量的卫生工作者。</li> <li>8. 在国家、区域和国际层面促进跨部门合作;促进民间社会、工会和其它卫生工作者组织及私营部门的参与;协调国际合作支持投资发展卫生人力,并使之成为国家卫生和教育战略和计划的一部分。</li> <li>9. 推进国际承认卫生工作者执业资格,以优化技能使用,增加卫生工作者移徙的好处并减少其负面影响,并保护移民权利。</li> <li>10. 使用统一指标体系和方法对卫生人才市场进行缜密研究和分析,以加强证据、问责和行动。</li> </ol>	

6. 有效实施委员会的建议和立即行动并非只有一个路径。要使委员会建议产生实效，其实施必须由会员国推动，并与国家和区域重点及卫生、社会保护、就业和经济增长相关议程相协调并成为这些重点和议程的组成部分。必须通过与雇主及卫生和社会工作者不断开展社会对话实施政策和行动。必须预测当前和未来趋势及需求并将其考虑在内，以确保实现公平和包容，例如人口学和流行病学变化、移民流动、气候变化、获得卫生服务方面的不公平、技术进步和社会经济变迁。投资的同时必须配合以变革议程和适当政策，方能确保通过投资实现在适当地点为适当岗位配备适当技能的结果。

7. 国际劳工组织、经合组织和世卫组织主办了卫生领域就业和经济增长高级别部长会（日内瓦，2016年12月14-15日），并在第一轮磋商中介绍了有关这三家机构如何支持会员国将委员会建议转化为行动的计划草案。世卫组织执委会在2017年1月第140届会议上通过EB140(3)号决定，要求总干事与国际劳工组织、经合组织及相关区域和专门实体合作并与会员国磋商，在2017年5月第七十届世界卫生大会之前完成起草五年行动计划的工作。

8. 在起草行动计划的过程中已经开展了两轮开放式磋商，在卫生领域就业和经济增长高级别部长会议之前（2016年10月25日至11月11日）和之后（2016年12月15日至2017年2月17日）共收到60余份意见。2017年2月9日，还召开信息说明会，与80多名常驻联合国日内瓦办事处代表团代表讨论了行动计划草案。这一过程显示，大量会员国和各部门利益攸关方正积极开展工作，准备在国家、区域和国际层面采纳并实施委员会建议。

## 五年行动计划的目标

9. 五年行动计划是国际劳工组织、经合组织和世卫组织之间的联合跨部门工作规划，对于支持会员国根据《世卫组织卫生人力资源全球战略》有效实施委员会建议至关重要。计划旨在支持和促进由各国主导的实施工作，明确了三家机构将如何与会员国和重要利益攸关方合作推动其根据国家、区域和全球计划和战略将委员会建议转化为行动。因此，行动计划提供了国际机构间建立合作伙伴关系支持会员国实现2030年议程的范例。

10. 行动计划并不指定会员国或重要利益攸关方应采取哪些行动落实委员会建议。相反，它列出国际劳工组织、经合组织和世卫组织总体上要交付哪些成果，以响应来自会员国、雇主和劳工组织及其他重要利益攸关方的要求和请求。适当时，相关组织也可应会员国请求参与技术合作、召集和协调、能力建设、研究、促进投资和融资以及规范性指导等工作。

## 11. 五年行动计划的具体目标是：

(a) 促进会员国采用跨部门综合协作方法并由本国主导采取行动，根据《世卫组织卫生人力资源全球战略》推进委员会建议和立即行动；

(b) 催化和激励在卫生和社会人力领域进行可预测和可持续的投资、机构能力建设和变革性政策行动和实践，其中特别考虑最不可能实现全民健康覆盖和委员会建议的重点国家<sup>1</sup>。

## 方法

12. 会员国和其它利益攸关方的领导和管理职能对于根据《世卫组织卫生人力资源全球战略》并在通过该战略的 WHA69.19 号决议(2016 年)和联合国大会 71/159 号决议(2016 年)《全球卫生和外交政策：卫生领域就业和经济增长》指导下实施委员会建议至关重要。所有利益攸关方均可发挥关键作用，并需要教育、卫生、劳动、财政和外交等各部门合作，投资并改革当前的卫生人力模式，使之可持续且适合其用途。

13. 各国主导、全政府方式、社会对话和联系其他伙伴是实施委员会建议的必要基础。通过本行动计划，国际劳工组织、经合组织和世卫组织与其它就 2030 年议程相关目标（例如优质教育、青年就业、性别平等和可持续企业）开展工作的伙伴和全球倡议一道，可以支持和促进由各国主导的行动。

14. 通过合作，国际劳工组织、经合组织和世卫组织将更能够与会员国合作，形成全面、综合的跨部门卫生人力发展国家战略。通过发挥其召集作用并利用其数据和分析工作，三个组织可以促进共同的三方社会对话<sup>2</sup>并改进卫生人才市场数据和证据，这些工作对于形成新一代国家卫生人力战略并筹措国内、国际资金实施战略至关重要（图 1）。投资再加上变革并扩大教育、技能和体面工作机会创造，将促进发展可持续的卫生人力队伍，并在此过程中促进实现跨越目标 3、4、5、8 的社会经济红利。

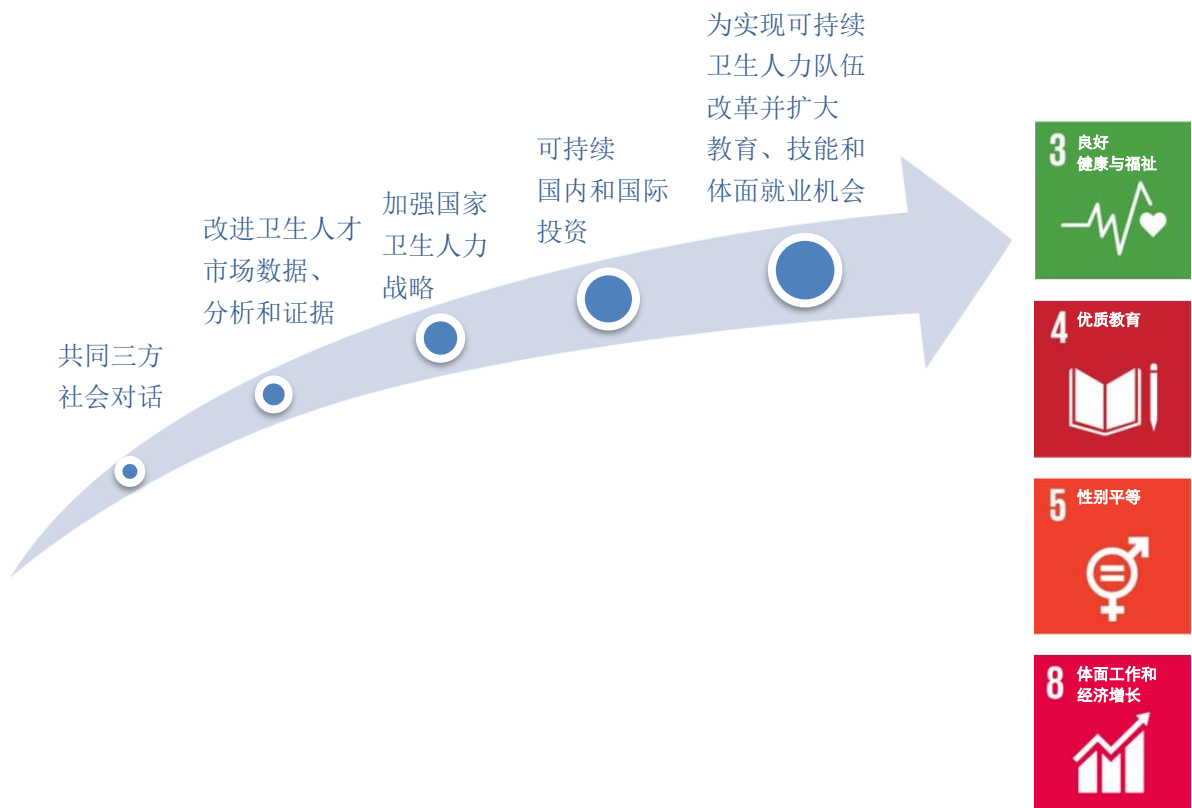
---

<sup>1</sup> 委员会报告将重点国家定义为最不可能实现全民健康覆盖和委员会建议的国家。各组织将拟定标准，各国可利用有关标准确定是否有资格获得有针对性的强化支持。

<sup>2</sup> 社会对话包括政府、雇主和劳工代表之间就与经济和社会政策有关共同感兴趣的问题进行的各种类型的谈判、措施或简单的信息交流。



图 1. 变革理论



15. 五年行动计划展示国际劳工组织、经合组织和世卫组织将如何响应每项建议，以国家、区域和全球层面一系列可交付成果支持会员国将建议转化为行动，并实现《世卫组织卫生人力资源全球战略》和《加强护理和助产全球战略方向》<sup>1</sup>相关目标。这些可交付成果将围绕对应现有全球战略和建议的五个工作领域组织，每年将通过业务计划过程确定重点（表 2）。

表 2. 对应全球战略和建议的工作领域

工作领域	委员会建议和立即行动	世卫组织全球战略目标	加强护理和助产主题领域的战略方向
1. 宣传倡导、社会对话和政策对话。在全球、区域和国家层面激发政治支持和势头，加强促进投资和行动的社会对话和政策对话。	1–10, A, B	1, 2, 3, 4	2, 4

<sup>1</sup> 世卫组织。《加强护理和助产全球战略方向（2016-2020 年）》。日内瓦：世界卫生组织，2016 年（[http://www.who.int/hrh/nursing\\_midwifery/global-strategy-midwifery-2016-2020/en/](http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/global-strategy-midwifery-2016-2020/en/)，2017 年 4 月 5 日访问）。

工作领域	委员会建议和立即行动	世卫组织全球战略目标	加强护理和助产主题领域的战略方向
2. <b>数据、证据和问责。</b> 通过实施国家卫生人力账户和全球卫生人才市场数据交换加强数据和证据；通过监测、审查和行动加强问责；加强知识管理。	10, C	3, 4	1, 2
3. <b>教育、技能和工作机会。</b> 加快实施跨部门国家卫生人力战略，以实现可持续卫生人力队伍。	1-6, D	1, 2, 3	1, 3
4. <b>融资和投资。</b> 支持会员国通过融资改革及增加国内国际资源催化可持续融资，进而增加对卫生和社会人力的投资。	7, D	1, 2, 3	4
5. <b>国际劳工流动。</b> 促进政策对话、分析和机构能力建设，以扩大国际劳工流动的互惠性。	9, E	1-4	

16. 每个工作领域的活动包括：分析和研究、有关准则和国际劳工标准的建议、技术合作、协调、知识管理、机构能力建设和筹措催化资源。将会编制业务计划，内容包括为实现可交付成果所实施活动的规划细节、目标、时间框架、用于监测和评估的定性和定量指标、每个机构的具体作用、与利益攸关方的合作以及国家、区域和国际层面的资源需求。

17. 各工作领域之间存在重要的相互关联。在进行技术设计和制定业务计划时应将这些相互关联考虑在内。例如，鼓励投资创造体面的卫生部门工作机会必须与改革和扩大教育和终身学习的努力结合起来，同时需要考虑服务交付改革，并得到适当资金。

## 1. 重要原则

18. 实施五年行动计划将遵循如下重要原则：

- (a) 支持实现《2030年可持续发展议程》；
- (b) 遵循联合国大会决议、世界卫生大会决议、规范性框架和文书以及国际劳工标准；
- (c) 由各国主导和驱动，各机构在国家、区域和全球层面上与各国政府、雇主和劳工组织以及其他重要利益攸关方密切协商开展工作；
- (d) 重点关注在国家层面和重要部门内产生影响和实现切实结果；

- (e) 将立即行动与更长期的加强法律、政策和机构的行动结合起来；
- (f) 充分利用三家机构的机构授权、优势和增值活动并避免重复，包括利用现有倡议、知识平台、网络和经验教训，特别是与教育和技能、性别平等、青年就业和体面工作、突发卫生事件有关的；
- (g) 利用并继续发展可靠数据和分析，以监测国家、区域和全球层面的进展和影响。

## 2. 重要跨领域考虑

### 19. 支持五年行动计划和方法的重要跨领域考虑包括：

- (a) **劳动力市场方法。**将在卫生和社会人力分析、行动和投资中应用劳动力市场方法，充分考虑各部门的动态和驱动因素（图 2）。这种方法包括对照当前和未来人口卫生和社会护理需求分析教育部门、入职前教育系统、可获得人力资源池（例如人口学特征、技能和分布）、终身学习系统（例如持续专业发展和持续教育）、就业和人力投资。可能需要一整套适当政策、改革、监管框架和激励措施来处理通过劳动力市场分析发现的劳动力市场和公共政策失灵现象；
- (b) **各部门之间的一致性和协调行动。**跨教育、卫生、社会、劳动、财政和外交部门的相互协调的分析、行动和投资对于实现有效进展至关重要。确保各部门之间政策保持协调一贯也非常重要；
- (c) **体面工作。**卫生和社会人力投资和干预措施必须努力争取整个卫生经济中当前和未来可以获得的所有工作机会均为体面工作。必须注意改善工作条件、工作稳定性及职业卫生和安全，并有效承认和落实劳动权；
- (d) **性别平等。**性别平等是一个跨领域目标，将在卫生和社会人力队伍性别角色转换投资和行动中主流化。必须分析和纠正性别不平等现象；一个例子是在缺乏社会保护和技能熟练的护理人员时由妇女提供无偿护理服务。妇女应在社会对话机制中得到适当代表。应加强和使用按性别分解的数据；应将性别分析当成劳动力市场分析必不可少的组成部分。应制定并加强国家卫生人力战略、政策和投资，其中处理已经发现的性别偏见和不平等问题，包括考虑妇女的安全、工作条件和流动性问题时需要性别敏感；
- (e) **青年就业。**将扩大改善青年教育质量、教育机会、人力资本、体面工作和职业路径的机会。应赋权青年和弱势群体，包括土著社区；

(f) **社会对话。**将加强政府、雇主和劳工以及其他相关卫生部门利益攸关方之间的社会对话，使之成为卫生和社会人力政策制定进程的基础。社会对话促进凝聚共识，对卫生部门改革有正面贡献，在发生结构性变化时尤为重要；

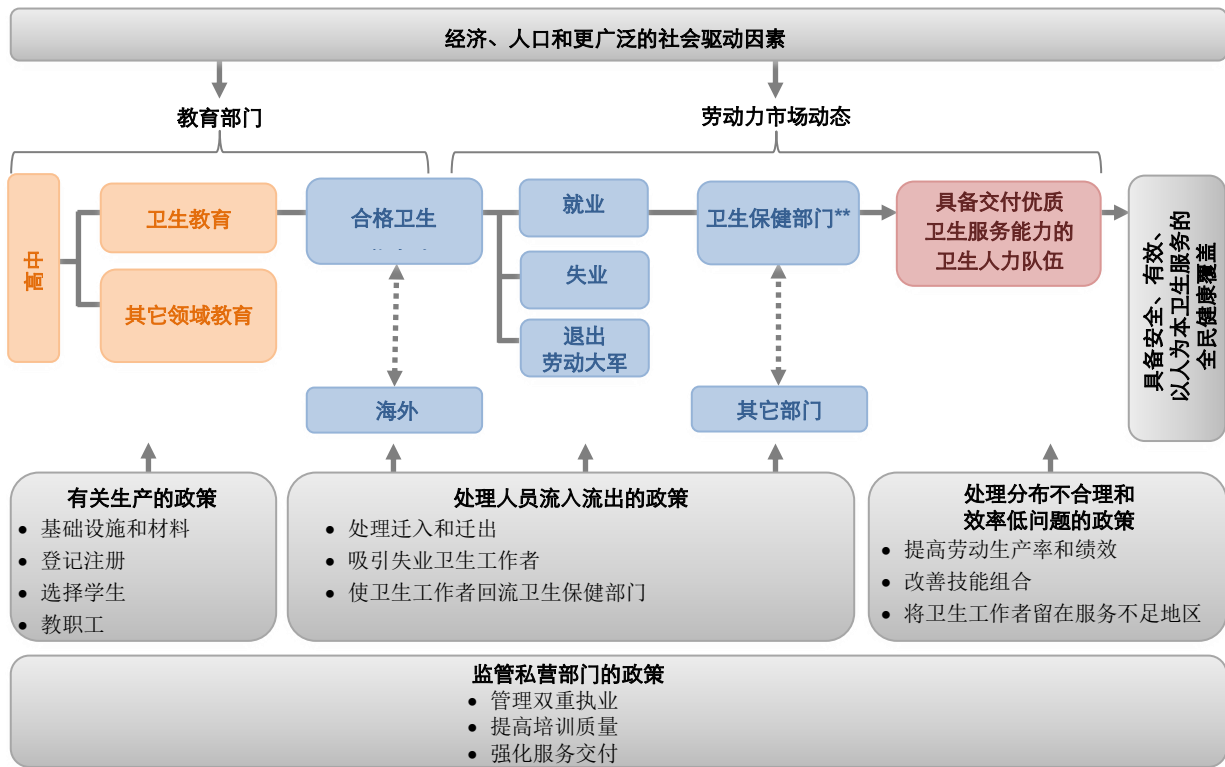
(g) **以需求为基础、名实相符的卫生和社会人力队伍。**卫生和社会人力投资和行动必须响应人口当前和未来对全民健康覆盖和全球卫生安全的需求。政策应将人口结构变化、技术变化、卫生和社会服务获取方面的不公平以及社会经济变迁考虑在内。人力队伍的构成应侧重健康问题的社会决定因素、健康促进、疾病预防、初级保健和以人为本、基于社区的综合服务（包括所有类型的卫生和社会部门人力）。迫切需要与一系列利益攸关方建立伙伴关系并采取相互协调的公共行动，以制定有利于刺激可持续卫生人力需求的劳动力市场政策，特别是在服务不足地区；

(h) **扩大可获得机会并加强与现有倡议的联系。**将通过可利用项目、合作和倡议尽最大可能利用现有机会和机构间机制，并加强国际、南南和三角合作优化实施五年行动计划的努力；

(i) **可持续性。**将宣传倡导并支持改革，支持更好地利用和管理现有融资机会。必须扩大促进卫生人力投资的可持续融资战略，包括一般预算、累进税、社会健康保险、专项资金和私营部门；

(j) **公共卫生和长期突发事件以及人道主义环境。**还应特别考虑卫生人才市场的具体情况以及教育和培训卫生工作者、体面工作以及在公共卫生、长期突发事件和人道主义环境下保护卫生工作者并确保其安全等领域的挑战。

图 2. 塑造卫生人才市场的公共政策抓手



\* 供应合格且愿意工作的卫生和社会人力

\*\* 卫生及卫生相关社会护理部门对卫生和社会人力的需求

### 协调实施五年行动计划

20. 国际劳工组织、经合组织和世卫组织将通过高级管理层定期召开决策会监督并协调实施五年行动计划（表 3）；正为此建立三个组织的指导委员会。联合技术秘书处将在指导委员会指导下开展工作，负责制定年度业务计划并确保有效实施、沟通和知识管理、利益攸关方管理、磋商进程、监测和评估以及报告。将把三个组织的专长组织为五个工作领域，以便设计并实施在国家、区域和全球层面实施行动计划所需的技术战略。高级别咨询委员会将提供战略意见和政治支持。

21. 有效实施五年行动计划需要跨部门和多利益攸关方参与和合作。将在实施五年行动计划的过程中与会员国和重要利益攸关方开展定期磋商，以促进提出意见和进行技术交流。在开展工作时利用现有机构能力给最有效、最高效实施行动计划带来附加值的过程中，国际劳工组织、经合组织和世卫组织将探索在全球、区域和国家层面联系重要利益攸关方。将建立网站，作为在线知识平台，以加强知识管理、协调、分析以及证据和最佳实践的传播，为跨部门计划、行动和投资提供参考信息。

22. 世卫组织应会员国请求协调的全球卫生人力网络<sup>1</sup>将成为在国家、区域和全球层面实施五年行动计划过程中跨所有工作领域联系其它联合国机构、组织和跨部门利益攸关方的机制。

23. 除少数可通过现有规划利用可获得机构资源实现的可交付成果外，要实现本行动计划所列可交付成果，国际劳工组织、经合组织和世卫组织还需要更多资源。

### 监测、评估和报告

24. 如委员会报告所述，取得的成就将按照实现可持续发展目标 3、4、5、8 相关具体目标和指标的进展程度衡量。将在制定定期监测、评估和报告年度业务计划的过程中拟定包括定性和定量指标在内的一套过程衡量指标。

25. 根据联大 71/159 号决议要求，2017 年 9 月将提交首份有关落实立即行动和五年行动计划的报告，供联合国大会第七十二届会议审议。年度进展报告和有关五年行动计划执行情况的正式报告，将与有关《世卫组织卫生人力资源全球战略》实施情况报告协调提交卫生大会。

表 3. 五年行动计划可交付成果<sup>2</sup>

跨领域立即行动 (2017 年至 2018 年 3 月)	可交付成果	牵头机构 <sup>a</sup>	伙伴
	1. 确保国际劳工组织、经合组织、世卫组织、伙伴组织和国际决策论坛理事机构作出承诺和表示支持。	国际劳工组织 经合组织 世卫组织	
	2. 在区域和国家论坛上通过建议	国际劳工组织 经合组织 世卫组织	
	3. 国际劳工组织改善卫生服务就业和工作条件三方会议（日内瓦，2017 年 4 月 24-28 日）和第四届全球卫生人力资源论坛（都柏林，2017 年 11 月 13-17 日）结论支持根据《世卫组织卫生人力资源全球战略》实施委员会建议。	国际劳工组织 世卫组织	经合组织
	4. 建立在线知识平台，加强跨部门知识管理、协调、分析及证据和最佳实践的传播，以便为卫生和社会人力计划、行动和投资提高参考信息。	国际劳工组织 经合组织 世卫组织	

<sup>1</sup> 见 <http://www.who.int/hrh/network/en/>（2017 年 4 月 11 日访问）。

<sup>2</sup> 来自磋商进程的支持文件和常见问题可由世卫组织网站获得：<http://who.int/hrh/com-heeg/action-plan-annexes/en/>。

建议	可交付成果	牵头机构 <sup>a</sup>	伙伴
<b>1. 刺激投资，以便在适当地点创造适当数量要求适当技能的卫生部门体面就业机会，特别是为妇女和青年创造机会。</b>	1.1 加强政府、雇主组织和工会及卫生和社会部门其它重要利益攸关方的能力，建立对话机制并参与社会对话进程。	国际劳工组织	
	1.2 作为加强或制定国家卫生人力战略的一个措施，支持发展跨卫生、教育、财政和劳动部门的国际、区域和国家级三方对话。	国际劳工组织	经合组织 世卫组织
	1.3 支持开展劳动力市场、性别和财政空间分析，加强机构能力，促进拟定政策方案，为国家卫生人力战略、供资改革和投资提供参考信息。	世卫组织	国际劳工组织 经合组织
	1.4 利用技术援助和机构能力建设支持制定并实施国家卫生人力战略、中期财政框架和投资，以确保体面工作、性别转换方法以及当前和未来均可持续的卫生人力队伍。	世卫组织	国际劳工组织 经合组织
	1.5 促使国内资源和官方发展援助与国际卫生人力战略和投资保持一致。	世卫组织	
<b>2. 采取措施使妇女的领导地位机制化，处理教育和卫生人才市场上的性别偏见和不公平问题并在卫生改革进程中处理性别关切，从而扩大妇女的经济参与并加强对妇女的赋权。</b>	2.1 制定性别角色转换 <sup>1</sup> 的全球政策指导文件，加快国家行动，在整个卫生和社会人力队伍中分析并克服教育和卫生人才市场上的性别偏见和不平等（例如：增加正式教育机会；将无偿护理服务和非正式工作转化为体面工作机会；同工同酬；体面工作条件及职业安全和健康；促进无骚扰、无歧视、无暴力就业；管理和领导岗位上的平等代表权；社会保护/儿童护理和老年人护理）。	国际劳工组织 经合组织 世卫组织	
	2.2 支持能力建设，以制定和实施性别角色转换政策，克服教育和卫生人才市场中的性别偏见和不平等。	国际劳工组织 世卫组织	

<sup>1</sup> 性别角色转换思路寻求重新定义妇女和男性的性别角色和关系，以便改变不平等的性别关系，促进两性分担权力、控制资源、决策和支持妇女权能，从而促进性别平等，实现积极的发展结果。

建议	可交付成果	牵头机构 <sup>a</sup>	伙伴
<b>3. 扩大有变革能力的优质教育和终身学习，使所有卫生工作者都具备符合人口健康需求的技能并能够在工作中充分发挥潜能。</b>	3.1 改革并扩大教育、终身学习以及卫生人力战略制定和实施过程中的跨部门协调。	世卫组织	国际劳工组织 经合组织
	3.2 通过技术合作、机构能力建设和供资大规模扩大对社会负责、具有变革能力的专业、技术和职业教育和培训。	世卫组织	国际劳工组织
	3.3 加强专业、技术和职业教育、培训和终身学习系统，促进卫生和社会职业（包括社区卫生工作者）实现以人为本的综合服务。	世卫组织	国际劳工组织 经合组织
	3.4 开发技能评估工具和方法，评估卫生和社会人力队伍的技能，包括评估技能组合、短缺和不匹配情况，以便使人力队伍的技能更适合存在的工作计划和以人为本的综合服务。	经合组织	国际劳工组织 世卫组织
<b>4. 改革以医院护理为核心的服务模式，重点关注预防和高效提供优质、可负担、综合、以社区为基础、以人为本的初级保健和门诊医疗，其中特别关注服务不足地区。</b>	4.1 通过提供指导和开展机构能力建设改进并支持治理、法规、认证和质量改进机制，以确保安全、合乎伦理、有效、以人为本的实践，从而保护公众利益和权利。	世卫组织 国际劳工组织	
	4.2 为提供跨专业教育和组织多学科护理拟定指导文件，包括就实现以人为本的综合服务所需的技能组合和能力提出建议。	世卫组织	经合组织
	4.3 就确保初级卫生保健中有足够比例人力并且分配得当使服务不足地区和边缘化人群也能公平获得服务的措施（例如招聘措施、教育方法、专业发展机会和激励结构）发展证据和编写指导文件。	国际劳工组织 世卫组织	经合组织



建议	可交付成果	牵头机构 <sup>a</sup>	伙伴
5. 利用具有成本效益的信息通信技术加强健康教育、以人为本的卫生服务和卫生信息系统。	5.1 确定和审查目标产品能够加强卫生工作者教育、以人为本的卫生服务和卫生信息系统的信息通信工具的有效性和效率标准，并加以传播，促进各国接受。	世卫组织	
6. 确保投资发展《国际卫生条例(2005)》核心能力，包括发展国家和国际卫生工作者在紧急和长期人道主义环境下和突发公共卫生事件中的技能。确保在所有环境下保护所有卫生工作者和卫生设施，并确保其安全。	6.1 将全面实施《国际卫生条例(2005)》、突发事件和灾害风险管理及应对能力的人力战略纳入国家卫生人力和突发事件战略并支持其实施。	世卫组织	国际劳工组织
	6.2 加强有关改善所有环境下（包括人道主义和突发事件环境下）卫生工作者的安全和保护的指标体系、方法、做法、报告和信息系统的证据和指导。	世卫组织	
	6.3 加强高风险国家保护卫生和应急援助工作人员的职业卫生和安全的的能力。	世卫组织	国际劳工组织
7. 酌情从国内和国际、公共和私人来源筹集足够资金，必要时考虑进行有广泛基础的卫生融资改革，以便投资发展适当技能、体面工作条件和适当数量的卫生工作者。	7.1 制定并支持国家卫生人力战略及全球、区域和国家机构融资改革，确定并承诺足够预算资源用于投资发展变革性教育、技能和创造就业机会。	世卫组织	国际劳工组织
	7.2 增加用于扩大和改革卫生和社会人力的可持续供资，特别是在那些全民健康覆盖和委员会建议最不可能实现的国家。	世卫组织	国际劳工组织
	7.3 加强相关机制，跟踪用于教育、就业、性别、卫生和技能发展的官方发展援助是否与国家卫生人力战略一致。	世卫组织	经合组织
	7.4 审查并改进分析卫生和社会人力生产率、绩效和工资的工具和方法。	世卫组织	国际劳工组织 经合组织

建议	可交付成果	牵头机构 <sup>a</sup>	伙伴
<p><b>8. 在国家、区域和国际层面促进跨部门合作；促进民间社会、工会和其它卫生工作者组织及私营部门的参与；协调国际合作支持投资发展卫生人力，并使之成为国家卫生和教育战略和计划的一部分。</b></p>	<p>8.1 联系全球卫生人力网络支持有关《世卫组织卫生人力资源全球战略》的协调统一和问责工作，支持与国际、区域和各国利益攸关方一道实施委员会建议。</p>	世卫组织	国际劳工组织 经合组织
	<p>8.2 为实施国家卫生人力战略加强跨部门协作和协调，并加强相关部委（例如卫生、社会、劳动、教育、财政和性别）、专业协会、工会、民间社会（包括妇女的民间社会组织）、雇主、私营部门、地方政府主管部门、教育和培训机构以及其他利益攸关方的能力。</p>	国际劳工组织 世卫组织	
	<p>8.3 全球卫生行动确保所有赠款和贷款均包括卫生人力影响评估，并使捐款超越针对具体疾病的在岗培训和激励措施与实施国家卫生人力战略保持一致。</p>	世卫组织	
<p><b>9. 推进国际承认卫生工作者执业资格，以优化技能使用，增加卫生工作者移徙的好处并减少其负面影响，并保护移民权利。</b></p>	<p>9.1 建立平台，通过以下做法扩大国际卫生工作者流动带来的好处：</p> <p>(a) 改善对劳工流动性的监测；在经合组织/世卫组织/欧洲统计局成功合作的基础上继续努力，逐步在国际上扩大并实施国家卫生人力账户；</p> <p>(b) 加强有关人员流动、资格互认、汇款、资源移转、良好实践和政策的证据分析、知识交流和全球公共产品。</p>	国际劳工组织 经合组织 世卫组织	
	<p>9.2 加强现有文书并支持其实施，例如世卫组织《全球卫生人员国际招聘行为准则》和国际劳工组织《移徙工人公约》；借鉴其它国际文书的经验教训，促进就扩大互惠的新创新和自愿承诺开展政策对话。</p>	国际劳工组织 经合组织 世卫组织	
	<p>9.3 改善对卫生工作者移徙的管理，通过对来源国和目的地国政府、雇主、工人和其它相关利益攸关方进行机构能力建设确保互惠互利。</p>	国际劳工组织 世卫组织	经合组织

建议	可交付成果	牵头机构 <sup>a</sup>	伙伴
<b>10. 使用统一指标体系和方法对卫生人才市场进行缜密研究和分析，以加强证据、问责和行动。</b>	10.1 编写卫生人力监测、供资和问责报告。	世卫组织	国际劳工组织 经合组织
	10.2 支持落实国家卫生人力账户和报告分解数据，加强机构能力。	世卫组织	国际劳工组织 经合组织
	10.3 建立并维护使用统一指标体系和定义的机构间卫生人才市场全球数据交流机制。	世卫组织	国际劳工组织 经合组织
	10.4 建立卫生人力研究议程，发展研究方法，扩大证据基础，促进能够优化卫生人力投资的社会经济回报的体面工作和有效卫生人才市场干预措施。	世卫组织	国际劳工组织 经合组织

<sup>a</sup> 行动计划中指定的牵头机构承担或共担牵头协调和实施可交付结果的责任。指定为伙伴的机构发挥支持作用，为实现可交付成果提供具体承诺。

## 附件 3

### 将于 2018 年举行的联大预防和控制非传染性疾病问题 第三次高级别会议的筹备<sup>1</sup>

[A70/27, 附件 1 和 3–2017 年 5 月 18 日]

### 更新后的《2013-2020 年预防和控制非传染性疾病 全球行动计划》附录 3

#### 什么是附录 3?

1. 附录 3 是《2013-2020 年预防和控制非传染性疾病全球行动计划》的一部分<sup>2</sup>。它包括一份政策方案和具有成本效益的干预措施菜单，目的是协助会员国根据本国国情采取行动实现预防和控制非传染性疾病九项全球自愿目标（不影响各国制定税收和其它政策的主权权利）。这些方案和措施按全球行动计划的六个目标分组。清单并未穷尽所有措施，其目的是基于现有证据提供有关以人口为基础的干预措施和个别干预措施的有效性和成本效益的信息和指导，并为未来发展并扩大证据基础奠定基础。各国正在根据本国国情实施全球行动计划，而附录 3 已被用于拟定国家行动计划并将其确定为重点。

#### 为什么要更新附录 3?

2. 已经应会员国请求对附录 3 进行了更新，其中考虑了有关成本效益的新出现证据以及自 2013 年通过全球行动计划以来世卫组织发布的新建议，并根据使用第一版附录 3 的经验教训对现有干预措施组合进行了微调。全球行动计划将于 2020 年到期，任何未来的更新都将成为拟定其后的非传染性疾病防治全球战略工作的一部分。

#### 有哪些改变?

3. 目标 1（提高非传染性疾病的首选地位）、2（加强领导和治理）、5（研究）和 6（监测和评估）下所列政策方案是与过程有关的建议，未做改变。而在目标 3（风险因素）和 4（卫生系统）之下，更新后的附录 3 包括总计 86 项干预措施和主要/促进行动，比最初清单（62 项）有所增加。这一方面是由于获得更多科学证据，另一方面是因为需要将之前的一些措施（例如“减少盐摄入量”）分解为更明确、更可实施的行动。

---

<sup>1</sup> 见 WHA70.11 号决议。

<sup>2</sup> 见文件 WHA66/2013/REC/1, 附件 4。

4. 和最初版的附录 3 一样, 一些干预措施被认为是最具成本效益且实施是可行的, 在文件中体现为粗体。在更新后的附录 3 中, 16 项干预措施用粗体标注<sup>1</sup>, 而第一版是 14 项, 确定这些干预措施的方法也进行了修改<sup>2</sup>。其它干预措施的成本效益分析可以利用世卫组织选择具有成本效益的干预措施项目 (WHO-CHOICE) 进行, 其顺序按费效比从高到低排列<sup>3</sup>。还列出了尚未进行“世卫组织选择具有成本效益的干预措施”分析但已经在世卫组织指南和技术文件中出现的措施。在解读这些清单时需要小心。例如, 没有进行“世卫组织选择具有成本效益的干预措施”分析并不一定意味着该措施不具有成本效益、不可负担或不可行, 相反, 是存在不能完成该分析的方法或能力原因。清单依据的经济分析在技术附件中<sup>4</sup>, 包括评估费效比、卫生影响和实施的 economic 成本。这些经济分析结果提出一套参数供会员国考虑, 但必须强调, 利用这些全球分析时应同时开展并利用本地情况分析。世卫组织还有其它可以帮助各国对本国国情下的具体干预措施进行成本核算的工具, 例如“同一健康工具”<sup>5</sup>。

### 非财政考虑因素的重要性

5. 成本效益分析是一种有用的工具, 但也有局限性, 不能作为决策的唯一基础。在选择预防和控制非传染性疾病的干预措施时, 应考虑其有效性、费效比、是否可负担、实施能力、本国环境下的可行性及对卫生公平的影响, 还应考虑是否有必要结合基于整体人口的措施和个别措施。

6. 更新后的附录 3 表格增加了一列, 内容是在某些环境下可能影响特定干预措施可行性的重要非财政考虑因素。预防和控制非传染性疾病的许多干预措施需要将多部门效益和成本考虑在内, 全球行动计划附录 5 举例列出了这些干预措施的多部门方面。考虑到具体国情的重要性, 不可能给每项干预措施评定公平等级。但是, 一般而言, 包括财政政策和环境变化在内的以人口为基础的干预措施对减少预防控制非传染性疾病方面不平等潜力最大<sup>6</sup>。个别措施, 特别是涉及教育和提高认识的行动, 最有可能扩大不平等,

<sup>1</sup> 在低收入和中低收入国家挽回每个残疾调整生命年的平均费效比 $\leq 100$  国际美元。国际美元是一种假设的货币单位, 在任何给定时点, 其与美元在美国的购买力平价相同。

<sup>2</sup> 更新后的附录 3 中以粗体字所列干预措施是根据经济分析确定的。更新后的附录 3 表格新设一列, 内容是在一些环境下影响某些干预措施可行性的重要非财政考虑因素。

<sup>3</sup> 以低收入和中等收入环境下的费效比为基础。

<sup>4</sup> 技术附件草案见日期为 2016 年 7 月 25 日的有关更新后的附录 3 草案的世卫组织讨论文件, 关于这一进程的更新附录的信息, 见 <http://who.int/ncds/governance/appendix3-update/en/> (2017 年 5 月 3 日访问)。

<sup>5</sup> <http://www.who.int/choice/onehealthtool/en/> (2017 年 5 月 3 日访问)。

<sup>6</sup> 示例见 [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/247638/obesity-090514.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/247638/obesity-090514.pdf); [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/247640/tobacco-090514.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/247640/tobacco-090514.pdf?ua=1); 和 [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/247629/Alcohol-and-Inequities.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/247629/Alcohol-and-Inequities.pdf) (2017 年 5 月 3 日访问)。

应伴之以评估和处理行为变化其它障碍的措施。对任何干预措施而言，均需考虑并评估其对卫生不平等的影响，以确保政策对所有人口群体都有效<sup>1</sup>。

## 技术附件

7. 根据专家和会员国的反馈意见，更新后的附录 3 包括一份技术附件<sup>2</sup>。该附件提供有关确定和分析干预措施并为低收入和中低收入、中高收入和高收入国家分别呈现经济分析结果的方法的更详细信息。秘书处将探索提供互动网络工具的方案，使用户能够根据自身需求比较信息并对其进行排序。还将单独发表经同行评议的科学论文，详细描述进行这些分析的“世卫组织选择具有成本效益的干预措施”方法，包括假设、证据强度和为每项干预措施开发模型时参考的单项研究。论文将提供开放使用，可公开获得。

政策方案菜单		重要非财政考虑因素 <sup>a</sup>	世卫组织工具 <sup>b</sup>
<b>目标 1</b>			
<b>主要/促进行动</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>提升对预防和控制非传染性疾病的公众和政治意识、理解和实践</li> <li>将非传染性疾病纳入社会和发展议程及减贫战略</li> <li>为资源筹措、能力建设、卫生人力培训及经验教训和最佳实践交流加强国际合作</li> <li>酌情联系并动员民间社会和私营部门并加强国际合作，以支持在全球、区域和国家层面实施行动计划</li> <li>实施目标 1 下的其它政策方案</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>世卫组织 2014 年全球非传染性疾病现状报告</li> <li>世卫组织实况报道</li> <li>2014 年非传染性疾病预防国家概况</li> <li>国际癌症研究机构 2008 年全球肿瘤流行病学统计数据</li> </ul>

<sup>1</sup> 例如，提高烟草价格的同时为穷人提供戒烟支持，确保调整食品配方涵盖整个产品范围而不仅仅是更贵的食品。

<sup>2</sup> 技术附件草案见日期为 2016 年 7 月 25 日的有关更新后的附录 3 草案的世卫组织讨论文件，可由 <http://who.int/ncds/governance/appendix3-update/en/> 获取（2016 年 10 月 10 日访问）。已在执委会第 140 届会议之后、第七十届世界卫生大会之前更新。

政策方案菜单	重要非财政考虑因素 <sup>a</sup>	世卫组织工具 <sup>b</sup>
<b>目标 2</b>		
<p><b>主要/促进行动</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>在不影响各国决定税收和其它政策的主权权利情况下,重视并根据需要提高分配给预防和控制非传染性疾病的预算</li> <li>评估各国预防和控制非传染性疾病的能力</li> <li>通过联系多利益攸关方制定并实施预防控制非传染性疾病的国家多部门政策和计划</li> <li>实施目标 2 下的其它政策方案,加强国家能力建设,包括人力和机构能力、领导力、治理、多部门行动和促进预防控制非传染性疾病的伙伴关系</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>联合国秘书长的说明 A/67/373</li> <li>非传染性疾病预防国家能力调查工具</li> <li>用于制定、实施和监测国家多部门行动计划的在线非传染性疾病 MAP 工具</li> </ul>
<b>目标 3</b>		
<b>烟草使用</b>		
<p><b>主要/促进行动</b></p> <p>《世卫组织烟草控制框架公约》缔约方:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>加强《世卫组织烟草控制框架公约》及其议定书的有效实施</li> <li>建立并实施国家机制,协调将《世卫组织烟草控制框架公约》作为国家战略一部分实施,并明确其任务授权、职责和资源</li> </ul> <p>非《世卫组织烟草控制框架公约》缔约方会员国:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>考虑实施《世卫组织烟草控制框架公约》及其议定书所载措施,该公约是全球烟草控制的基本文书</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>《世卫组织烟草控制框架公约》、其实施准则和《消除烟草制品非法贸易议定书》</li> <li>根据《世卫组织烟草控制框架公约》减少烟草需求的 MPOWER 能力建设模块 (2011-2014 年)</li> <li>MPOWER 政策措施 (2009 年)</li> <li>世卫组织全球烟草流行报告 (2008、2009、2011、2012 和 2015 年)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>提高烟草制品营业税和价格</b></li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>评估各国实施有效控烟政策的能力 (2011 年)</li> <li>各国实施《世卫组织烟草控制框架公约》第 5.3 条的技术资源 (2012 年)</li> </ul>

政策方案菜单	重要非财政考虑因素 <sup>a</sup>	世卫组织工具 <sup>b</sup>
<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">有世卫组织选择具有成本效益的干预措施分析。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 实施平装/标准化包装及/或在所有烟草包装上使用大幅图片卫生警句</li> <li>• 制定并实施法律，全面禁止烟草广告、促销和赞助</li> <li>• 消除所有室内工作场所、公共场所、公共交通的二手烟暴露</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 实施有效的大众媒体宣传行动，教育公众吸烟/使用烟草和二手烟的危害</li> <li>• 为所有想戒烟的人提供戒烟方面的有效支持（包括简短建议、全国性免费戒烟热线服务），此种支持应覆盖成本并面向全民</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- 世卫组织烟草税模拟模型（TaXSiM）（2014年）</li> <li>- 世卫组织烟草税管理技术手册（2010年）</li> <li>- 《国际癌症研究机构癌症预防手册》/第12卷（2008年）、第13卷（2009年）、第14卷（2011年）</li> <li>- 烟草制品平装：证据、设计和实施（2016年）</li> <li>- 禁止烟草广告、促销和赞助：你需要知道什么（2013年）</li> <li>- 让你的城市无烟：小册子（2011年）和研讨会材料包（2013年）</li> <li>- 无烟电影：从证据到行动（第3版）（2016年）</li> <li>- 保护人们免受烟草烟雾危害：无烟环境（2011年）</li> <li>- 无烟草大型活动指南（2009年）</li> <li>- 关于保护人们免受二手烟危害的政策建议（2007年）</li> <li>- 加强卫生系统，促进在初级保健系统治疗烟草依赖（2013年）</li> <li>- 戒烟热线咨询员培训：电话咨询（2014年）</li> <li>- 发展并改进国家免费戒烟热线服务（2011年）</li> </ul>



	政策方案菜单	重要非财政考虑因素 <sup>a</sup>	世卫组织工具 <sup>b</sup>
没有世卫组织选择具有成本效益的干预措施分析	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 实施减少烟草制品非法贸易的措施</li> <li>• 禁止跨境广告，包括使用现代传播手段</li> <li>• 为想戒烟的人提供移动戒烟服务</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- 直面贸易和投资自由化新时代的烟草流行（2012年）</li> </ul>
<b>有害使用酒精</b>			
主要/促进行动	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 在建议的目标领域采取多部门行动实施世卫组织减少有害使用酒精全球战略</li> <li>• 加强领导作用，增加对处理有害使用酒精的承诺并提高能力</li> <li>• 通过相关宣传、业务研究、改善监督监督系统等工作提高对有害使用酒精导致问题的规模和性质的认识并加强相关知识基础</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- 减少有害使用酒精全球战略（2010年）（WHA63.13号决议）</li> <li>- 世卫组织酒精与健康全球状况报告（2014年）</li> <li>- 世卫组织有关有害使用酒精的实况报道和政策简报</li> </ul>
有世卫组织选择具有成本效益的干预措施分析 <sup>c</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>提高对酒精饮料征收的营业税</b></li> <li>• <b>制定并执行针对酒类广告的禁令或全面限制令（跨多种媒体类型）</b></li> <li>• <b>立法（通过缩短销售时间）限制零售酒类的实际可获得性并执行</b></li> <li>• 执行并实施有关酒驾和设立检查点测量血液酒精浓度的法律</li> <li>• 为危险和有害使用酒精者提供短期社会心理干预</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 需要有效的税务系统，并结合防止避税和逃税的工作</li> <li>- 要求具备实施和执行立法和法规的能力</li> <li>- 对销售的正式控制应以处理非法或非正式酒类生产的措施为补充</li> <li>- 要求分配足够人力资源和设备</li> <li>- 要求各级卫生保健机构有经过培训的服务提供者</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 世卫组织减少有害使用酒精全球战略实施工具包（2017年）</li> <li>- 酒精税资源手册（2017年）</li> <li>- 酗酒、吸烟和物质使用筛查检验及相关短期干预措施手册（2011年）</li> <li>- 对危险和有害饮酒的短期干预：初级卫生保健使用手册（2001年）</li> </ul>

政策方案菜单	重要非财政考虑因素 <sup>a</sup>	世卫组织工具 <sup>b</sup>
<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">没有世卫组织选择具有成本效益的干预措施分析</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 定期审查价格与通货膨胀和收入水平之间的关系</li> <li>• 可行的情况下确定酒类最低限价</li> <li>• 制定并实施有关购买和饮用酒精饮料的最低年龄限制和降低零售点密度的法律</li> <li>• 限制或禁止通过针对年轻人的赞助和活动促销酒精饮料</li> <li>• 在卫生和社会服务中提供对酒精使用障碍及其共病的预防、治疗和护理</li> <li>• 向消费者提供信息,要求酒类标签说明酒精相关危害</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- 世卫组织执行减少有害使用酒精全球战略的工具包(2017年)</li> <li>- 精神卫生差距行动计划干预指导 2.0 (2016年)</li> </ul>
<b>不健康饮食</b>		
<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">主要/促进行动</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 实施饮食、身体活动与健康全球战略</li> <li>• 落实世卫组织有关向儿童推销食品和非酒精饮料的建议</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- 饮食、身体活动与健康全球战略(2004年)</li> <li>- 世卫组织关于向儿童推销食品和非酒精饮料的一系列建议(2010年)</li> <li>- 实施关于向儿童推销食品和非酒精饮料的一系列建议的框架(2012年)</li> </ul>

	政策方案菜单	重要非财政考虑因素 <sup>a</sup>	世卫组织工具 <sup>b</sup>
有世卫组织选择具有成本效益的干预措施分析。	<ul style="list-style-type: none"> <li>调整食品配方降低含盐量并确定食品和餐饭含盐量目标，从而减少盐摄入量</li> <li>在医院、学校、工作场所和疗养院和公共机构中建立支持性环境，促进提供低钠份饭，从而减少盐摄入量</li> <li>开展促进行为变化的宣传和大众媒体行动，推动减少盐摄入量</li> <li>落实包装正面标签规定，减少盐摄入量</li> <li>通过制定立法禁止在食物链中使用消除工业反式脂肪</li> <li>通过对含糖饮料有效收税减少糖消费量</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>需要与相关部委一道开展多部门行动并获得民间社会支持</li> <li>需要监管能力和多部门支持</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>用于监管对儿童推销食品和非酒精饮料的世卫组织营养素度量模型</li> <li>终止儿童肥胖委员会的报告（2016年）</li> <li>世卫组织营养行动证据电子数据库（eLENA）</li> <li>有关健康饮食的实况报道</li> <li>哪些饮食和身体活动干预措施有效：摘要报告（2009年）</li> <li>指南：成人和儿童钠摄入量（2012年）</li> <li>指南：成人和儿童钾摄入量（2012年）</li> <li>改变吃盐习惯：减盐技术配套包（2016年）</li> <li>指南：成人和儿童糖摄入量（2015年）</li> <li>促进饮食和预防非传染性疾病的财政政策（2016年）</li> </ul>
没有世卫组织选择具有成本效益的干预措施分析	<ul style="list-style-type: none"> <li>促进并支持生命前六个月纯母乳喂养，包括促进母乳亲喂</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>婴幼儿喂养全球战略（2003年）</li> <li>国际母乳代用品销售守则（1981年）</li> <li>成功母乳喂养十步骤的证据（1998年）</li> <li>母乳代用品销售：各国实施国际守则状况报告（2016年）</li> <li>爱婴医院倡议：改变、更新并扩大综合保健（2009年）</li> </ul>

政策方案菜单	重要非财政考虑因素 <sup>a</sup>	世卫组织工具 <sup>b</sup>
<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright; position: absolute; left: -40px; top: 50%; transform: translateY(-50%);">没有世卫组织选择具有成本效益的干预措施分析</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 实施补贴政策，增加摄入水果和蔬菜</li> <li>• 通过调整配方、标签、财政政策或农业政策用不饱和脂肪代替反式脂肪和饱和脂肪</li> <li>• 限制份量和包装大小，以减少能量摄入和超重/肥胖风险</li> <li>• 在不同环境下实施营养教育和咨询(例如在学前班、学校、工作场所和医院)，推动增加摄入水果和蔬菜</li> <li>• 落实营养标签要求，减少总能量摄入(千卡)及糖、钠和脂肪摄入</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 开展有关健康饮食的大众媒体宣传行动，包括社会营销，以减少脂肪、饱和脂肪、糖和盐的总摄入量，促进食用更多水果和蔬菜</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- 健康饮食的五个关键(2016年)</li> <li>- 水果蔬菜促健康(2004年)</li> <li>- 基于人口的儿童期肥胖症预防方法(2012年)</li> <li>- 基本营养行动：改善孕产妇、新生儿和婴幼儿健康和营养(2013年)</li> <li>- 各国实施《婴幼儿喂养全球战略》规划指南(2007年)</li> <li>- 学校政策框架：实施世卫组织饮食、身体活动与健康全球战略(2008年)</li> <li>- 为促进营养学校倡议确定框架(2006年)</li> <li>- 确定基于人口的儿童期肥胖症预防工作的重点行动领域(2012年)</li> </ul>

政策方案菜单	重要非财政考虑因素 <sup>a</sup>	世卫组织工具 <sup>b</sup>
<b>缺乏身体活动</b>		
主要/促进行动	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 实施饮食、身体活动与健康全球战略</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 有关进行身体活动促进健康的全球建议（2010年）</li> <li>- 终止儿童肥胖委员会的报告（2016年）</li> <li>- 哪些针对饮食和身体活动的干预措施有效：摘要报告（2009年）</li> <li>- 世卫组织饮食、身体活动与健康全球战略：监督和评估实施情况框架（2008年）</li> <li>- 身体活动技术配套包草案</li> </ul>
有世卫组织选择具有成本效益的干预措施分析 <sup>c</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 利用短期干预措施，在初级卫生保健服务范围内提供身体活动咨询和转诊</li> <li>• 培育公众意识，开展激励沟通，促进身体活动，包括通过大众媒体行动促进身体活动方面的行为变化</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 初级保健机构需要具备充足的经过培训的能力</li> </ul>

政策方案菜单	重要非财政考虑因素 <sup>a</sup>	世卫组织工具 <sup>b</sup>
<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">没有世卫组织选择具有成本效益的干预措施分析</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 确保宏观层面的城市设计考虑如下核心要素：居住密度、包括人行道在内的相互连通的街道网络、到各个目的地的便捷交通以及能利用公交</li> <li>• 实施“整个政府”的规划，其中包括高质量体育教育以及提供足够设施和规划支持所有儿童进行身体活动</li> <li>• 使人能够便捷、安全地利用高质量室外公共场所以及要有足够基础设施用于走路和骑车</li> <li>• 实施由多项内容组成的工作场所和身体活动规划</li> <li>• 通过组织体育小组、俱乐部、规划和赛事促进身体活动</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 要求卫生以外其它部门的参与和能力</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 基于人口的提高身体活动水平的方法指南（2007年）</li> <li>- 确定基于人口的儿童期肥胖症预防工作的重点行动领域（2012年）</li> <li>- 基于人口的儿童期肥胖症（2012年）</li> <li>- 学校政策框架（2008年）</li> <li>- 在校内促进身体活动：促进健康学校的重要要素（2007年）</li> <li>- 高质量体育教育一揽子配套政策（2014年）</li> <li>- 通过饮食和身体活动在公共场所预防非传染性疾病（2008年）</li> </ul>
<b>目标 4</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 将非常具有成本效益的非传染性疾病干预措施纳入基本的初级卫生保健服务，包括向各级转诊的系统，以推进全民健康覆盖议程</li> <li>• 探索有证据支持、切实可行的卫生筹资机制和创新经济工具</li> <li>• 扩大早期发现和覆盖，将非常具有成本效益且影响大的干预措施确定为重点，包括处理行为危险因素干预措施</li> <li>• 培训卫生人力并加强卫生系统能力，特别是在初级保健层面，以促进预防和治疗非传染性疾病</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- 世卫组织非传染性疾病一揽子基本干预措施在低资源区初级卫生保健中的应用（2013年）</li> <li>- 世卫组织基本药物标准清单</li> <li>- 加强护理和助产服务对实现千年发展目标做出贡献的能力</li> <li>- 逐步加大针对非传染性疾病采取的行动：费用有多大？（2011年）</li> </ul>

	政策方案菜单	重要非财政考虑因素 <sup>a</sup>	世卫组织工具 <sup>b</sup>
主要/促进行动	<ul style="list-style-type: none"> <li>使治疗主要非传染性疾病的可负担基本技术和基本药物（包括仿制药）在公立和私营机构更可获得</li> <li>实施目标 4 下其它具有成本效益的干预措施和政策方案，以便加强并调整卫生系统，使之能够通过以人为本的卫生保健服务及全民健康覆盖处理非传染性疾病及其危险因素</li> <li>制定并实施姑息治疗政策，包括能够利用阿片类镇痛药缓解痛苦及培训卫生工作者</li> <li>扩大利用数字技术，使获得卫生服务更为便利有效，从而促进预防非传染性疾病，并降低提供卫生保健的成本</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>卫生系统筹资：实现全民覆盖的道路（2010 年）</li> </ul>
<b>心血管疾病和糖尿病</b>			
有世卫组织选择具有成本效益的干预措施分析 <sup>c</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>为曾发生过心脏病发作或脑卒中个人以及在今后 10 年内有致命和非致命心血管事件高度风险（≥30%）的人提供药物治疗（包括从控制总风险<sup>1</sup>角度进行糖尿病血糖控制和高血压控制）和咨询</li> <li>为曾发生过心脏病发作或脑卒中个人以及在今后 10 年内有致命和非致命心血管事件中高风险（≥20%）的人提供药物治疗（包括从控制总风险角度进行糖尿病血糖控制和高血压控制）和咨询</li> <li>用乙酰水杨酸、或乙酰水杨酸和氯吡格雷、或溶栓疗法或经皮冠状动脉介入疗法治疗急性心肌梗死新病例<sup>2</sup></li> <li>使用静脉溶栓疗法治疗急性缺血性脑卒中</li> <li>在初级保健机构增加对链球菌性咽炎的适当治疗，开展风湿热和风湿性心脏病的初级预防</li> <li>开展风湿热和风湿性心脏病的二级预防，做法是建立定期预防性使用青霉素的患者登记簿</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>在所有资源环境下均可行，包括由非医师卫生工作者进行</li> <li>降低风险阈值有助于增加健康收益，但也会增加实施成本</li> <li>方案选择取决于卫生系统能力</li> <li>需要具备诊断缺血性脑卒中的能力</li> <li>取决于具体国家或亚人群的流行率</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>全球心血管疾病防治地图集（2011 年）</li> <li>世卫组织/国际高血压学会心血管风险预测图</li> <li>低资源环境初级卫生保健指南（2012 年）</li> <li>高血压全球概要（2013 年）</li> <li>使用抗逆转录病毒药物治疗和预防艾滋病毒感染综合指南：新情况（2015 年）</li> <li>在初级卫生保健中管理心血管疾病的 HEARTS 一揽子技术（2016 年）</li> </ul>

<sup>1</sup> 总风险是指个体在给定时间（例如 10 年）内经历一次心血管疾病事件（例如心肌梗死或脑卒中）的概率。

<sup>2</sup> 所有场景下的成本核算均假设利用医院诊疗服务。

政策方案菜单		重要非财政考虑因素 <sup>a</sup>	世卫组织工具 <sup>b</sup>
没有世卫组织选择具有成本效益的干预措施分析	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 用血管紧张素转换酶抑制剂、<math>\beta</math>-受体阻滞剂和利尿剂治疗充血性心力衰竭</li> <li>• 心肌梗死后心脏复健</li> <li>• 对中高风险非瓣膜性心房颤动和二尖瓣狭窄伴心房颤动进行抗凝治疗</li> <li>• 低剂量乙酰水杨酸防治缺血性脑卒中</li> <li>• 卒中病房的急性脑卒中护理和康复</li> </ul>		
<b>糖尿病</b>			
有世卫组织选择具有成本效益的干预措施分析 <sup>c</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 为糖尿病患者提供预防性足保健(包括教育规划、获得适当鞋类、多学科诊所)</li> <li>• 为所有糖尿病患者提供糖尿病视网膜病变筛查,用激光凝固疗法预防失明</li> <li>• 糖尿病患者进行有效的血糖控制,使用胰岛素治疗者进行标准家庭血糖监测,以减少糖尿病并发症</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 需要有效的患者随访制度</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 低资源环境初级卫生保健指南(2012年)</li> <li>- 全球糖尿病报告(2016年)</li> </ul>
没有世卫组织选择具有成本效益的干预措施分析	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 采取生活方式干预措施,预防2型糖尿病</li> <li>• 糖尿病患者接种流感疫苗</li> <li>• 为患有糖尿病的育龄妇女提供孕前保健,包括患者教育和强化血糖管理</li> <li>• 对糖尿病患者进行蛋白尿筛查,并使用血管紧张素转换酶抑制剂治疗,以预防并延迟肾病</li> </ul>		



政策方案菜单	重要非财政考虑因素 <sup>a</sup>	世卫组织工具 <sup>b</sup>
<b>癌症</b>		
<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">有世卫组织选择具有成本效益的干预措施分析。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 9-13 岁少女接种 (2 剂) 人乳头状瘤病毒疫苗</li> <li>• 筛查 30-49 岁妇女, 预防宫颈癌, 可选用如下技术:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• 醋酸试验肉眼观察法, 并结合及时治疗癌前病变</li> <li>• 每三五年进行一次巴氏涂片 (宫颈细胞学) 检查, 并结合及时治疗癌前病变</li> <li>• 每五年进行一次人乳头状瘤病毒检测, 并结合及时治疗癌前病变</li> </ul> </li> <li>• 用外科手术或放射疗法+/-化学疗法治疗宫颈癌一期和二期</li> <li>• 用外科手术+/-全身治疗治疗乳腺癌一期和二期</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 醋酸试验肉眼观察法在低资源环境下可行, 包括可由非医师卫生工作者进行</li> <li>- 巴氏涂片技术需要具备细胞病理学能力</li> <li>- 需要有开展有组织的基于人口的筛查和质量控制的系统</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 国家癌症控制规划核心能力自评工具 (2011 年)</li> <li>- 低资源环境初级卫生保健指南 (2012 年)</li> <li>- 将癌症控制知识转化为行动, 六个单元 (2008 年)</li> <li>- 综合控制宫颈癌: 一项基本实践指南 (2014 年)</li> <li>- 世卫组织乳房摄影筛检立场文件 (2014 年)</li> <li>- 治疗癌前宫颈病变并预防宫颈癌的冷冻设备 (2012 年)</li> <li>- 监督国家宫颈癌预防和控制规划 (2013 年)</li> <li>- 使用冷冻术治疗宫颈上皮内瘤样病变 (2011 年)</li> </ul>

	政策方案菜单	重要非财政考虑因素 <sup>a</sup>	世卫组织工具 <sup>b</sup>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• (50-69岁妇女每两年进行一次)乳房摄影筛查,并结合及时诊断和治疗乳腺癌</li> <li>• 用外科手术+/-化学疗法和放射疗法治疗直肠癌结肠癌一期和二期</li> <li>• 对癌症的基本姑息治疗:基于家庭的和医院的多学科团队治疗,并能获得鸦片制剂和基本支持性药物</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 需要有开展有组织的基于人口的筛查和质量控制的系统</li> <li>- 需要能够获得管制药物用于镇痛</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 临终姑息治疗全球地图集(2014年)</li> <li>- 规划和落实姑息治疗服务:规划管理人员指南(2016年)</li> <li>- 药物治疗患病儿童持续疼痛指(2012年)</li> </ul>
没有世卫组织选择具有成本效益的干预措施分析	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 通过接种乙肝疫苗预防肝癌</li> <li>• 对高风险人群(例如烟草使用者和嚼食槟榔者)进行口腔癌筛查,并结合及时治疗</li> <li>• 对50岁以上人群进行基于人口的直肠癌结肠癌筛查,包括酌情进行便潜血检查,并结合及时治疗</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- 提高乙肝出生首针接种率的做法(2013年)</li> </ul>
<b>慢性呼吸道疾病</b>			
有世卫组织选择具有成本效益的干预措施分析。	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 吸入沙丁胺醇缓解哮喘患者症状</li> <li>• 吸入沙丁胺醇缓解慢性阻塞性肺疾病患者症状</li> <li>• 使用低剂量吸入倍氯米松和短效β受体激动剂治疗哮喘</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- 低资源环境初级卫生保健指南(2012年)</li> <li>- 世卫组织室内空气质量指南:特定污染物(2010年)</li> <li>- 世卫组织空气质量指南:颗粒物、臭氧、氮、二氧化物和二氧化硫(2005年)</li> </ul>
没有世卫组织选择具有成本效益的干预措施分析	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 改良炉灶,使用更清洁的燃料,减少室内空气污染</li> <li>• 采取具有成本效益的干预措施预防职业性肺部疾病,例如接触二氧化硅粉尘和石棉造成的肺部疾病</li> <li>• 慢性阻塞性肺疾病患者接种流感疫苗</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- 世卫组织室内空气质量指南:家庭燃料燃烧(2014年)</li> <li>- 制定国家规划消除石棉相关疾病大纲(2014年)</li> </ul>

政策方案菜单	重要非财政考虑因素 <sup>a</sup>	世卫组织工具 <sup>b</sup>
<b>目标 5</b>		
<b>主要/促进行动</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 制定并实施本国的预防控制非传染性疾病重点研究议程</li> <li>• 将非传染性疾病预防控制研究确定为预算分配重点</li> <li>• 加强进行研究的人力资源和机构能力</li> <li>• 通过与国内外研究机构合作加强研究能力</li> <li>• 实施目标 5 下的其它政策方案，促进并支持进行高质量研究、开发和创新的 国家能力</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- 预防控制非传染性 疾病重点研究议程 2011</li> <li>- 2013 年世界卫生报 告：全民健康覆盖研究</li> <li>- 公共卫生、创新和知 识产权全球战略和 行动计划（WHA61. 21 号决议）</li> </ul>
<b>目标 6</b>		
<b>主要/促进行动</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 根据全球监测框架制定国家目标和指 标，并将其与多部门政策和计划相联系</li> <li>• 加强进行监测、监督和评估的人力资源和 机构能力</li> <li>• 建立并/或加强非传染性疾病综合监测 系统，包括可靠的死因登记、癌症登记、 定期收集有关危险因素的数据和监测国 家应对情况</li> <li>• 将非传染性疾病监测纳入国家卫生信息 系统</li> <li>• 实施目标 6 下的其它政策方案，监测非 传染性疾病趋势和决定因素并评估预防 控制非传染性疾病的进展情况</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- 非传染性疾病预防 进展监测 2015</li> <li>- 全球监测框架</li> <li>- 口头尸检工具</li> <li>- 阶梯式监测方法</li> <li>- 全球烟草监测系统</li> <li>- 全球酒精与健康信 息系统</li> <li>- 营养行动实施情况 全球数据库（GINA）</li> <li>- 以学校为基础的 全球学生健康调查，国 际疾病分类第十版 培训工具</li> <li>- 服务可得性和就绪 程度（SARA）评估 工具</li> <li>- 国际癌症研究机构 2008 年全球肿瘤流 行病学统计数据</li> </ul>

<sup>a</sup> 仅具备成本效益并不意味着某项干预措施在所有环境下均可行。本列强调在根据具体国情考虑干预措施是否合适时也应考虑在内的一些关键非财政因素。

<sup>b</sup> 每个目标下的最新世卫组织工具和资源清单可由 <http://www.who.int/nmh/ncd-tools/en/> 获取（2016 年 10 月 10 日访问）。

<sup>c</sup> 粗体字形式出现的是在低收入和中低收入国家挽回一残疾调整生命年的平均费效比少于等于 100 国际美元的干预措施。

## 2018-2019 年期间预防和控制非传染性疾病全球协调机制工作计划

1. 本工作计划载明 2018-2019 年期间预防和控制非传染性疾病全球协调机制的活动，包括有时限工作小组的活动。这份工作计划考虑了全球协调机制的职权范围<sup>1</sup>、2014–2015 年期间<sup>2</sup>和 2016–2017 年期间<sup>3</sup>工作计划、《2013-2020 年预防和控制非传染性疾病全球行动计划》<sup>4</sup>、《预防和控制非传染性疾病问题大会高级别会议的政治宣言》<sup>5</sup>、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成果文件<sup>6</sup>和 2030 年可持续发展议程。
2. 本工作计划考虑了 2030 年可持续发展议程，认识到有必要加强多部门和多利益攸关方宣传、参与和行动，支持采取超越卫生部门的整个政府思路和联系社会各部门的整个社会思路，以实现可持续发展目标下非传染性疾病相关具体目标。
3. 实施工作计划期间，将考虑：文件 EB140/27 第 16 和 17 段提及的评估；将在 2018 年举行的预防和控制非传染性疾病问题联合国大会第三次高级别会议上通过的成果文件；以及在全球层面系统跟进并审查 2030 年可持续发展议程实施情况的过程中由联合国大会召集的其它相关高级别会议、论坛和事件所通过的成果<sup>7</sup>。
4. 和之前两份工作计划一样，本工作计划根据全球协调机制职权范围中阐明的五项功能，围绕五项目标制定。计划将按照 2018-2019 年规划预算确定的时间框架以及该规划预算中与全球协调机制活动有关的预算拨款在 2018 年 1 月至 2019 年 12 月之间予以实施。这项工作计划将被整个纳入 2018-2019 年规划预算的规划领域 2.1（非传染性疾病），根据已确定的操作程序，通过规划领域网络 2.1 实施。
5. 与 2016-2017 年期间工作计划一样，覆盖 2018-2019 年的第三份工作计划也旨在根据全球协调机制的范围和宗旨，在地方、国家、区域和全球层面促进并加强各项活动之间的协调、多种利益攸关方的参与以及跨部门行动，以便促进实施《2013-2020 年预防和控制非传染性疾病全球行动计划》，同时避免重复工作。实施计划将以结果为导向高效利用资源，并维护世卫组织和公共卫生不受任何形式的真实的、人们认为的或是潜在的利益冲突的不当影响<sup>8</sup>。

<sup>1</sup> 文件 A67/14 Add.1，附件，附录 1。

<sup>2</sup> 文件 A67/14 Add.3 Rev.1。

<sup>3</sup> 文件 A68/11，附件 3。

<sup>4</sup> 第六十六届世界卫生大会在 WHA66.10 号决议（2013 年）中批准。

<sup>5</sup> 联合国大会在第 66/2 号决议（2011 年）中通过。

<sup>6</sup> 联合国大会在第 68/300 号决议（2014 年）中通过。

<sup>7</sup> 联合国大会在第 70/299 号决议（2016 年）中通过。

<sup>8</sup> 文件 A67/14 Add.1，附件，附录 1，第 1 段。

## 目标和行动

**目标 1. 开展宣传并提高认识，强调要立即实施《2013-2020 年预防和控制非传染性疾病全球行动计划》，同时将预防和控制非传染性疾病作为主流工作纳入国际发展议程。**

行动 1.1: 按照会员国的约定，继续实施和发展 2016 年启动的全球沟通宣传行动，重点是实现可持续发展目标下的非传染性疾病相关具体目标并履行预防和控制非传染性疾病的承诺<sup>1</sup>。

行动 1.2: 提高认识，使人们了解到有必要加快行动加强各国应对非传染性疾病的工作，做法是由全球协调机制的参与者在高级别政治论坛上促进并加强各项活动、多利益攸关方参与和行动的协调。

行动 1.3: 召开至少一次对话会，以促进并加强地方、国家、区域和全球层面各项活动、多利益攸关方参与和行动的协调，以支持会员国履行其处理非传染性疾病问题的承诺。

**目标 2. 根据科学证据和/或实施《2013-2020 年预防和控制非传染性疾病全球行动计划》的最佳实践，传播知识和共享信息。**

行动 2.1: 继续促进交流非传染性疾病相关研究及其转化相关信息，确定产生和转化研究成果面临哪些障碍，并促进创新，以加强正在进行的国家、区域和全球行动知识基础。

行动 2.2: 在 2018 年底之前通过全球协调机制门户网站<sup>2</sup>创建资源库，内容涵盖促进多部门和多利益攸关方就防治非传染性疾病采取行动的相关和适当材料。

行动 2.3: 支持知识传播和信息共享，包括通过同业群体和在线研讨会支持在国家、区域和全球层面实施《2013-2020 年预防和控制非传染性疾病全球行动计划》。

行动 2.4: 撰写并散发年度活动报告，其中描述实施工作计划的进展情况。

**目标 3. 提供论坛以确认障碍并共享创新解决方案和行动，从而促进实施《2013-2020 年预防和控制非传染性疾病全球行动计划》，并促进采取持续跨部门行动。**

行动 3.1: 成立至少一个工作小组，就鼓励会员国和非国家行为者通过多部门和多利益攸关方方法履行其预防控制非传染性疾病承诺的方式方法提出建议。

<sup>1</sup> 见联合国大会 66/2 号决议（2011 年）和 68/300 号决议（2014 年）。

<sup>2</sup> 见 <http://www.gcmportal.org/>（2017 年 5 月 2 日访问）。

行动 3.2: 召开至少一次全球协调机制参与者会议, 促进并加强地方、国家、区域和全球各种活动、多利益攸关方参与和行动的协调。

**目标 4. 通过确认和促进有助于支持实施《2013-2020 年预防和控制非传染性疾病全球行动计划》的持续跨部门行动, 推进多部门行动。**

行动 4.1: 酌情与相关世卫组织技术部门、联合国预防和控制非传染性疾病机构间工作队及其它利益攸关方协作, 建立战略圆桌会机制, 支持政府加强超越卫生问题在所有部门采取行动的整个政府一盘棋思路以及联系所有社会部门的整个社会思路。

行动 4.2: 与相关世卫组织技术部门和联合国机构间工作队合作, 努力满足会员国实施全球协调机制世卫组织工作组建议的要求。

行动 4.3: 与相关世卫组织技术部门、联合国机构间工作队和其它利益攸关方合作, 继续促进综合行动, 确保做出适当、协调、全面反应, 向致力于朝实现 2025 年非传染性疾病方面九个自愿全球目标及 2030 年可持续发展目标下非传染性疾病相关具体目标快速取得进展的会员国提供支持。

**目标 5. 确认地方、国家、区域和全球层面的现有及潜在金融和合作机制并共享有关信息, 以促进实施《2013-2020 年预防和控制非传染性疾病全球行动计划》。**

行动 5.1: 继续促进落实世卫组织将拟定的用于登记和公布非国家行为者为实现非传染性疾病方面九项自愿目标所作贡献的办法。

行动 5.2: 厘清并公布全球协调机制参与者就实施《2013-2020 年预防和控制非传染性疾病全球行动计划》<sup>1</sup>所做承诺。

行动 5.3: 开展持续对话, 探索自愿创新融资机制和伙伴关系<sup>2</sup>, 以便通过多部门和多利益攸关方方法发展并实施国家非传染性疾病应对工作。

---

<sup>1</sup> 见文件 A67/14 Add.1, 附件, 附录 1, 第 22 段。

<sup>2</sup> 根据可持续发展目标 17 (加强执行手段、重振可持续发展全球伙伴关系)。

## 附件 4

### 促进难民和移民健康的优先重点和指导原则框架<sup>1</sup>

[A70/24 附件 – 2017 年 5 月 17 日]

#### A. 引言和目的

为了实现《2030 年可持续发展议程》“不让任何一个人掉队”的目标以及《关于难民和移民的纽约宣言》<sup>2</sup>中载明的与健康有关的承诺，在准备于 2018 年予以批准的《全球难民契约》以及《安全、有序和正常移民全球契约》中必须充分处理难民和移民的卫生需求。

执行委员会在其 2017 年 1 月第 140 届会议上要求制定本框架<sup>3</sup>，供第七十届世界卫生大会审议。本框架有三重目的：

- (a) 提供参考协助会员国和参与制定《全球难民契约》以及《安全、有序和正常移民全球契约》的合作伙伴进行讨论，以确保充分处理难民和移民健康的各方面问题；
- (b) 作为制定《全球难民和移民健康问题行动计划草案》的基础，该计划草案将于 2019 年提交给第七十二届世界卫生大会；
- (c) 提供资源供会员国在处理难民和移民的卫生需求时考虑，并与可持续发展目标以及其它适合每个国家具体情况和重点的全球和区域政策框架保持一致。

#### B. 范围

本框架阐述了旨在促进难民和移民健康的一系列总体指导原则和优先重点，以现有文书和决议<sup>4</sup>，包括《世卫组织欧洲区域难民和移民健康战略和行动计划》<sup>5</sup>以及会员国在 2016 年 9 月世卫组织美洲区域委员会/指导委员会会议期间就移民健康问题通过的 CD55.R13 号决议（2016 年）为基础。框架认识到卫生部门急需更有效地处理移徙和流离失所对健康的影响，力求促进改善全球公共卫生，以包容、全面的方式解决难民和移民的健康问题，并作为在任何既定环境中满足整个人口卫生需求的全面努力的一部分。框

<sup>1</sup> 见 WHA70.15 号决议。

<sup>2</sup> 由联合国大会 71/1 号决议（2016 年）通过。

<sup>3</sup> 见 EB140(9)号决定。

<sup>4</sup> 见文件 A70/24，第 11–13 段。

<sup>5</sup> 《世卫组织欧洲区域难民和移民健康战略和行动计划》([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/314725/66wd08e\\_MigrantHealthStrategyActionPlan\\_160424.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/314725/66wd08e_MigrantHealthStrategyActionPlan_160424.pdf), 2017 年 5 月 3 日访问)。

架旨在根据人道主义原则、国际人权义务，包括难民法<sup>1</sup>和相关的国际和区域文书<sup>2</sup>，促进健康权，还旨在通过提高难民和移民获取促进性、预防性和治疗性服务以及姑息治疗服务的能力来支持采取行动，尽量减少脆弱性，避免健康不良，并处理健康问题的社会决定因素。本框架承认，监管难民和移民获取卫生服务和医疗经济保障的法律、法规和政策因国家而异，并且取决于国家的法律、政策和优先事项。

### C. 指导原则

- 1. 享有可达到的最高标准身心健康的权利。**难民和移民与所有人一样，有获得可达到的最高标准健康的基本权利，不分种族、宗教、政治信仰、经济或社会条件<sup>3</sup>。此外，1951年《关于难民地位的公约》缔约各国对合法居住在其领土内的难民，在公共救济和社会保障方面，应给予其本国国民所享有的同样待遇<sup>4</sup>，其中可包括获取卫生服务。
- 2. 平等和不歧视。**享有可达到的最高健康标准的权利应通过包括社会保护在内的全面、非歧视性法律、政策和做法来行使。
- 3. 公平获取卫生服务。**根据国际难民法<sup>1</sup>，在符合国家法律和惯例的情况下，应当为移民提供公平的健康促进、疾病预防和护理服务，不得因性别、年龄、宗教、国籍或种族而加以歧视<sup>5</sup>。难民和移民的健康状况不应与整体人口的健康分开考虑。适当时，应考虑将难民和移民纳入现有的国家卫生系统、计划和政策，以减少卫生不公平现象，实现可持续发展目标。
- 4. 以人为本，注重难民和移民并对性别问题敏感的卫生系统。**卫生系统应该注重难民和移民，对性别问题敏感并以人为本，目的是提供对文化、语言以及性别和年龄敏感的服务<sup>6</sup>。虽然难民<sup>7</sup>和移民<sup>8</sup>的法律地位不同，但他们的卫生需求可能与东道国人口的卫生需求相似或差别很大。他们可能遭受与冲突或其流动状况有关的痛苦，折磨以及性暴力和基于性别的暴力，并且在到达东道国之前可能难以获得预防和治疗服务。所有这些因素都可能导致额外的卫生保健需求，必须采取特定的卫生对策。

<sup>1</sup> 1951年《关于难民地位的公约》。

<sup>2</sup> 例如《经济、社会及文化权利国际公约》（1966年）以及各项人道主义原则。

<sup>3</sup> 与世界卫生组织《组织法》序言中所述一致。另见《经济、社会及文化权利国际公约》第二条第二款和第十二条，承认人人有权享有能达到的最高的体质和心理健康的标准，而不得有例如种族、肤色、性别、语言、宗教、政治或其他见解、国籍或社会出身、财产、出生或其他身分等任何区分。

<sup>4</sup> 1951年《关于难民地位的公约》第二十三和第二十四条。

<sup>5</sup> 见关于移民健康的WHA61.17号决议（2008年）。

<sup>6</sup> 世界卫生组织。《移民健康——前进方向——全球磋商会议的报告》。西班牙马德里，2010年3月3-5日。日内瓦：世界卫生组织；2016年。

<sup>7</sup> 适用于难民的国际法律框架包括1951年《关于难民地位的公约》及其1967年议定书以及与难民权利有关的国际机构关于健康权利的相关决议和结论，包括难民署执行委员会通过的结论意见。

<sup>8</sup> 国际上关于“移民”一词没有普遍认可的定义。



5. **基于健康状况的非限制性卫生措施。**不应以难民和移民的健康状况为借口任意限制行动自由；或予以污名化、驱逐出境或施以其它形式的歧视做法。应当对健康检查采取保障措施，以确保其不蒙受耻辱，享有隐私和尊严，检查程序应在知情同意的基础上进行并且应对个人和公众都有益，此外，还应该与获取风险评估、治疗、护理和支持服务相结合。
6. **整个政府和全社会参与的方针。**解决复杂的移徙和流离失所问题应以团结，人道和可持续发展的价值观为基础。卫生部门发挥着关键作用，可确保移徙和流离失所带来的卫生问题在更广泛的政府政策范围内得到考虑，还可与包括民间社会、私营部门、难民和移民协会以及受影响人口本身在内的其它部门进行接触和协调，找到有益于难民和移民健康的联合解决办法。
7. **难民和移民的参与和社会融合。**移徙和流离失所的整个周期当中以及原籍国、过境国和目的地的卫生政策、战略和计划及干预措施应该是参与性的，使难民和移民能参与到相关的决策进程中。
8. **伙伴关系与合作。**以人道、敏感、同情和以人为中心的方式管理难民和移民大规模流动问题是大家共同的责任<sup>1</sup>。国家、联合国系统（包括世卫组织、移民组织和难民署）和其它利益攸关方之间加强伙伴关系和国际合作至关重要，可协助各国解决难民和移民的卫生需求，并确保采取协调一致的应对行动。世卫组织与其它有关国际组织合作，牵头在国际议程中协调和促进难民和移民的健康。

## D. 优先重点

为促进难民和移民的健康，可以考虑以下优先重点：

1. **倡导将难民和移民健康问题纳入全球、区域和国家议程和应急计划的主流。**作为实现可持续发展目标努力的一部分，应特别注意促进和监测难民和移民的健康状况。还应努力确保将难民和移民的各方面健康问题纳入《全球难民契约》以及《安全、有序和正常移民全球契约》。
2. **促进对难民和移民敏感的卫生政策、法律和社会保护及规划措施，**遵循公共卫生方针，并提供公平、负担得起和可接受的基本健康促进，疾病预防和高质量卫生服务，包括为难民和移民提供姑息治疗。这可能需要根据适用的国家和国际法律修改或改进监管和法律框架，以满足这些人群的具体卫生需求。

---

<sup>1</sup> 《关于难民和移民的纽约宣言》，第 11 段。

3. **加强处理健康问题的社会决定因素的能力<sup>1</sup>**，确保原籍国、过境国和目的地国能有效采取卫生对策和保护健康。这包括改善供水，环境卫生，住房和教育等基础服务。应优先落实“将健康融入所有政策”的方针，促进难民和移民的健康平等。这将需要采取联合和综合行动以及一致的公共政策措施，在卫生、社会、福利和财政等部门以及教育、内政和发展部门之间开展多部门合作。
4. **加强健康监测和卫生信息系统**，以便：评估和分析难民和移民健康状况的趋势，酌情按相关类别对卫生信息分类；进行研究；并确定、整理和促进会员国之间交流经验教训，同时建立受影响国家的相关经验资料库。
5. **加速进展以实现可持续发展目标，包括全民健康覆盖**，为此要促进公平获取优质的基本卫生服务，金融风险保护，让人人，包括难民和移民，获得安全、有效，优质和负担得起的基本药物和疫苗（具体目标 3.8）。这可能需要加强和建立卫生系统的能力和应变力。作为这些努力的一部分，还应优先重视发展可持续的财政机制，加强对难民和移民的社会保护，同时加强实施《世界卫生组织全球卫生人员国际招聘行为守则》<sup>2</sup>。
6. **通过短期和长期公共卫生干预措施，降低难民和移民的死亡率和发病率**，旨在挽救生命和促进难民和移民的身心健康。快速有效的应急行动和人道主义应对措施对于挽救生命和减轻痛苦至关重要，但为了确保应对行动的连续性和可持续性，应尽早开始为更加系统化和注重发展的方法制定长期计划。应优先考虑加强当地处理诸如传染病和非传染性等疾病等公共卫生问题的能力，着重通过接种疫苗等方式开展疾病预防。应以公平的方式通过有系统、可持续、不歧视的办法为难民和移民提供疫苗。由于接种疫苗是一项卫生干预措施，需要连续跟进直至完成全套接种计划，因此原籍国、过境国和目的地国之间必须进行合作。
7. **保护和改善生活在难民和移民环境中的妇女、儿童和青少年的健康与福祉**。应优先重视提供基本卫生服务，例如：生殖健康方面的一套初步最低限度服务；性和生殖健康信息服务；包括紧急产科服务、产前和产后护理在内的孕产妇卫生保健服务；包括艾滋病毒在内的性传播感染的预防、治疗、护理和支持服务；以及针对性暴力幸存者的专门护理服务，同时支持儿童保健活动。
8. **促进**由公共和私人机构和提供者、非国家行为者和其他服务提供者为难民和移民，特别是残疾人、艾滋病毒/艾滋病感染者、结核病患者、疟疾患者、精神疾病患者和其它慢性病患者以及有身体创伤和损伤者提供**持续和优质护理**。必须确保提供关于持续护理的充分信息，并予以坚持，特别是在流动期间，以及管理慢性病需求方面。应提供充分的精神卫生保健服务，包括在接待处提供和转诊到适当的二级服务机构。应优先重视确

<sup>1</sup> 见 WHA62.14 号决议（2009 年）。

<sup>2</sup> 该守则由第六十三届世界卫生大会在 WHA63.16 号决议（2010 年）中通过。

保儿童能够获得特殊的护理和心理支持，考虑到他们感受和应付压力的方式与成人不同这一事实。

9. 在难民和移民工人就业的工作场所**制定、加强和实施职业卫生安全措施**，以防止工伤和致命事故。提供信息和培训，使难民和移民工人了解危险职业的职业卫生和安全风险。根据国家具体情况，难民和移民工人应平等享受对工伤和因工致残的治疗和康复服务以及死亡赔偿。

10. **促进性别平等和增强难民和移民妇女和女童的权能**，包括在所有相关利益攸关方中确认性别差异、作用、需求和相关权力结构，并将性别问题纳入人道主义对策以及长期政策发展和干预措施的主流。还要考虑实施卫生领域就业和经济增长高级别委员会的建议（2016年），这些建议要求在卫生改革进程和卫生人力市场中处理性别问题。

11. **支持改善沟通和反对仇外心理的措施**，努力消除难民、移民和东道国人民对移徙和流离失所的健康影响的恐惧和误解；同时分享关于难民和移民对当地社区健康和卫生系统的影响的准确信息，并确认难民和移民对社会的贡献。向难民和移民提供关于可在原籍国、过境国和目的地国获得的卫生服务的适当、准确、及时和易于使用的信息。

12. **加强伙伴关系，以及部门间、国家间和机构间协调与协作机制**，以发挥协同作用并提高效率，包括在联合国系统内部，特别是与移民组织和难民署以及致力于改善难民和移民健康的其它利益攸关方合作；加强人道主义与发展之间的纽带，使人道主义和发展领域的卫生行动者之间实现更好的协调；并促进相关行为者之间交流关于难民和移民健康方面的最佳做法和经验教训。还要加强资源筹集，争取获得灵活的多年资金，使各国和社区能够对难民和移民的当即卫生需求以及中/长期卫生需求作出反应；确认差距和创新性筹资方法，以确保更有效地利用资源。

---

## 附件 5

### 2017-2030 年全球媒介控制对策<sup>1</sup>

[A70/26 REV.1 – 2017 年 5 月 19 日]

[1-12 段描述全球媒介控制对策的背景，包括用以应对的挑战及其制定程序。]

#### 2017-2030 年全球媒介控制对策概要<sup>2</sup>

13. 全球媒介控制对策草案旨在支持实施综合性的媒介控制措施，促进制定和实现针对特定疾病的国家和全球目标并推动实现可持续发展目标。本对策还力图支持国家作出协调一致的努力，应对媒介传播疾病日益加大的负担和威胁。

14. 该文件向国家和发展伙伴提供了战略性指导，以便紧迫地加强媒介控制，作为预防疾病和应对疫情的一种根本性做法。该目标呼吁显著加强媒介控制规划，并辅之以更多的技术人员、更强的监测和监督系统以及经改进的基础设施。本对策的愿景是创建人类免于媒介传播疾病的世界，目标是要通过适合当地情况的有效和可持续的媒介控制来减少媒介传播疾病的负担和威胁。本对策提出了宏大的目标，即与 2016 年相比，到 2030 年使全球媒介传播疾病死亡率至少下降 75%，发病率下降 60%，并按照可持续发展目标 3，在所有国家预防流行病。就死亡率而言，中期里程碑为 2020 年至少下降 30%，到 2025 年至少下降 50%，而发病率则在同期至少分别下降 25% 和 40%。

15. 本对策包括两项基本要素：(1) 加强当地所有相关部门内进行媒介控制和媒介监测的人力、基础设施和卫生系统的能力和实力；(2) 加强支持最佳媒介控制的基础研究和应用研究，以及创新性地发展新工具、新技术和新方法。

16. **强化媒介控制能力。**编制现有人力、机构、基础设施和财政资源的清单并评估现有媒介控制组织结构，是必不可少的首要步骤。必须评价国家和亚国家规划中媒介控制方面的职业结构。应当探索吸引卫生部门之外资源的机会，包括涉及合作和兼职的人员配备安排。在人力资源不足的地方，应当努力招聘和培训来自媒介管理和控制领域各部门的人员以及来自公共卫生、流行病学和规划管理等更广泛领域的人员。

---

<sup>1</sup> 见 WHA70.16 号决议。

<sup>2</sup> 文件全文可查阅世界卫生组织网站，<http://www.who.int/malaria/global-vector-control-response>（2017 年 3 月 13 日访问）。

17. **加强基础研究和应用研究以及创新。**媒介控制必须以证据为基础，确保适合当地情况并产生必要的影响数据以便有充分理由继续投资于实施工作。迫切需要开展基础研究，更充分地了解影响媒介与人类相互作用和病原体传播的问题，例如生物学、行为和环境问题。此类研究的结果应当为制定创新方法和干预措施提供信息。还需要开展应用研究，评估干预措施的有效性并优化提供手段。国家媒介传播疾病控制规划应当与相关伙伴合作，规定具有优先重点战略领域的研究议程。该议程应当指导研究机构和学术机构统一工作方向，帮助避免空白或重叠，并协助确认支持重点工作的更多外部资源。

18. 需要在四个主要领域（支柱）开展行动，以便达到适合当地情况的有效和可持续的媒介控制。这四个领域与综合性媒介管理方法的关键要素相一致。

19. **支柱 1. 加强部门间和部门内的行动与合作。**为了达到最大程度的影响和效率，必须加强与非卫生部门的合作，同时改进卫生部门内部各项活动的协调，例如水、环境卫生和个人卫生举措。国家媒介控制规划应当成为国家关于减贫和气候变化应对能力的发展战略以及区域发展合作战略的一个组成部分。与农业、教育、环境、财政、住房、旅游、运输和水务等各部委的接触尤为重要。市政和地方行政机构可以为改进媒介控制服务做出贡献，加强社区的参与和动员，并创建气候变化应对能力更强的城镇。合作将需要来自中央政府的有力政治承诺和资源，并需要有相关的部委战略计划，体现对媒介控制做出充分贡献。应当建立一个部委间专题小组并提供适当的资助，以便开展必要的协调活动。最初的任务应当是协调评估国家媒介控制能力和需求（如最近未进行过评估）。评估伙伴关系格局将有助于确认可用于支持媒介控制的一切现有和可能的资源。相关战略需要适应特定国家的社会决定因素。

20. **支柱 2. 社区的参与和动员。**鉴于社区在预防、控制和消除媒介传播疾病方面的重大作用，媒介控制干预措施要取得成功和维持可持续性，就需要在众多利益攸关方之间进行协调，但尤其依赖于对当地知识和技能的利用。需要通过以社区为基础适当参与的做法，动员社区负责和实施媒介控制和监测行动。促进社区参与的战略应当以研究、行为情况分析、监测和评价参与情况以及长期可持续性为基础。

21. **支柱 3. 强化媒介监测和监控以及干预措施的评估。**由于媒介传播病原体的能力及其对媒介控制措施的敏感度因种群、地点和时间各不相同，媒介控制必须根据当地环境因素，在最新当地数据的基础上实施。在流行媒介传播疾病以及条件有利于传播的地区，应当作为常规在有代表性的地点对媒介进行监测。与流行病学和卫生干预措施覆盖面或使用率方面数据的联系是至关重要的。该信息应当用于充实媒介控制政策、计划和实施的健全决策，并协助在疫情发生前对媒介种群的扩大尽早作出反应。

22. **支柱 4. 提升和整合工具与方法。** 尽量扩大媒介控制对公共卫生影响的一项主要行动是部署和推广适合流行病学和昆虫学背景的工具与方法。选定用于特定环境的每种媒介控制干预措施都应当达到很高的质量标准以及最佳覆盖面。一种工具可以对若干媒介和疾病产生多种作用。在有些环境中，与仅使用一种干预措施相比，使用多种媒介控制干预措施的做法可以在减少传播或疾病负担方面产生更大的影响。核心干预措施可能需要得到其它工具的补充，以便应对杀虫剂耐药性等特定挑战。还应当使用综合性的战略，通过改变国内环境来减少媒介的生活环境，例如通过改进供水来避免家庭层面上的蓄水，或者通过安装纱门和纱窗来防止媒介进入人类住所。

23. 需要三个促进因素来实施本对策：**(1)**国家的领导；**(2)**宣传、资源筹措和伙伴协调；以及**(3)**监管、政策和规范方面的支持。实现对策载明的目标和里程碑，将需要国际和国内来源的大力投资，以加强媒介控制能力和实力、研究和创新、跨部门协调、社区参与以及监控和监测系统。估计充分实施为 2017-2022 年中期确定的重点活动将要求每年投资 3.30 亿美元。这相当于为每个至少处于一种媒介传播疾病风险的人每年平均花费 0.05 美元，视负担和风险情况以及其它当地因素，例如收入水平而变化。这代表一个最大值，因为假定随着时间的推移，充足和训练有素的当地人力将得到扩大，承担起监控和协调职能。这些数字不包括媒介控制产品及其部署产生的费用，以及研究和创新的执行费用。使用世卫组织的成本效益和战略规划工具以及费用假设，估算了所需的资源费用<sup>1</sup>。相对于实施核心干预措施而言，这些人力、协调和监测费用是一笔较小的投资，例如药浸蚊帐（每个受保护者每年 1.27 美元）、室内滞留喷洒（每个受保护者每年 4.24 美元）以及社区预防登革热活动（每个受保护者每年超过 1.00 美元）。对资源需求和费用的准确估算预期将通过评估国家和国家以下各级的综合媒介控制需要而得出。

## 秘书处的作用

24. 根据世卫组织的核心职能，秘书处将继续制定和传播规范性准则、政策意见和实施指导，以便支持区域和国家的行动。秘书处将应要求向会员国提供实施全球媒介控制对策方面的支持，并提供审查和更新国家媒介控制战略方面的指导。

25. 秘书处将确保其政策制定过程呼应不断变化的媒介控制需要，并确保定期更新其全球技术指导，纳入关于已证实安全、有效和具有公共卫生价值的创新工具、技术和方针的信息，同时考虑到伦理问题和对自然环境的影响。将召集必要的专家小组，处理与政策制定相关的重大问题。

---

<sup>1</sup> 成本效益和战略规划（世卫组织选择具有成本效益的干预措施项目），见 <http://www.who.int/choice/en/#>（2017 年 3 月 14 日访问）。

26. 秘书处将加强自身在全球、区域和国家层面上的能力，使自己得以更好地领导全球协调努力。它将继续协调本组织各项相关规划和倡议包括世卫组织突发卫生事件规划、《国际卫生条例（2005）》，以及预防流行病研发蓝图下的活动。秘书处还将向宣传、资源筹措和伙伴协调举措提供支持。

27. 秘书处将促进开展必要的研究和生成必要的知识，加快实现人类免于媒介传播疾病的世界的进展。秘书处将监测本对策的实施，并定期评估实现中期里程碑和 2030 年具体目标的进展情况。

### **卫生大会的行动**

28. 本段载有一份决议草案，卫生大会以 WHA70.16 号决议通过。

## 附录

**2017-2030 年全球媒介控制对策技术要点**

**愿景：**全世界消除媒介传播疾病对人类造成的痛苦

**宗旨：**因地制宜开展有效和可持续的媒介控制，减少媒介传播疾病的负担和威胁

目标	里程碑		具体目标
	2020	2025	2030
与 2016 年相比，全球媒介传播疾病死亡率下降	至少 30%	至少 50%	至少 75%
与 2016 年相比，全球媒介传播疾病发病率下降	至少 25%	至少 40%	至少 60%
预防媒介传播疾病流行 <sup>a</sup>	—	在 2016 年 无媒介传播的 所有国家中	在所有国家

<sup>a</sup> 迅速发现和遏制疫情，以防跨国传播。

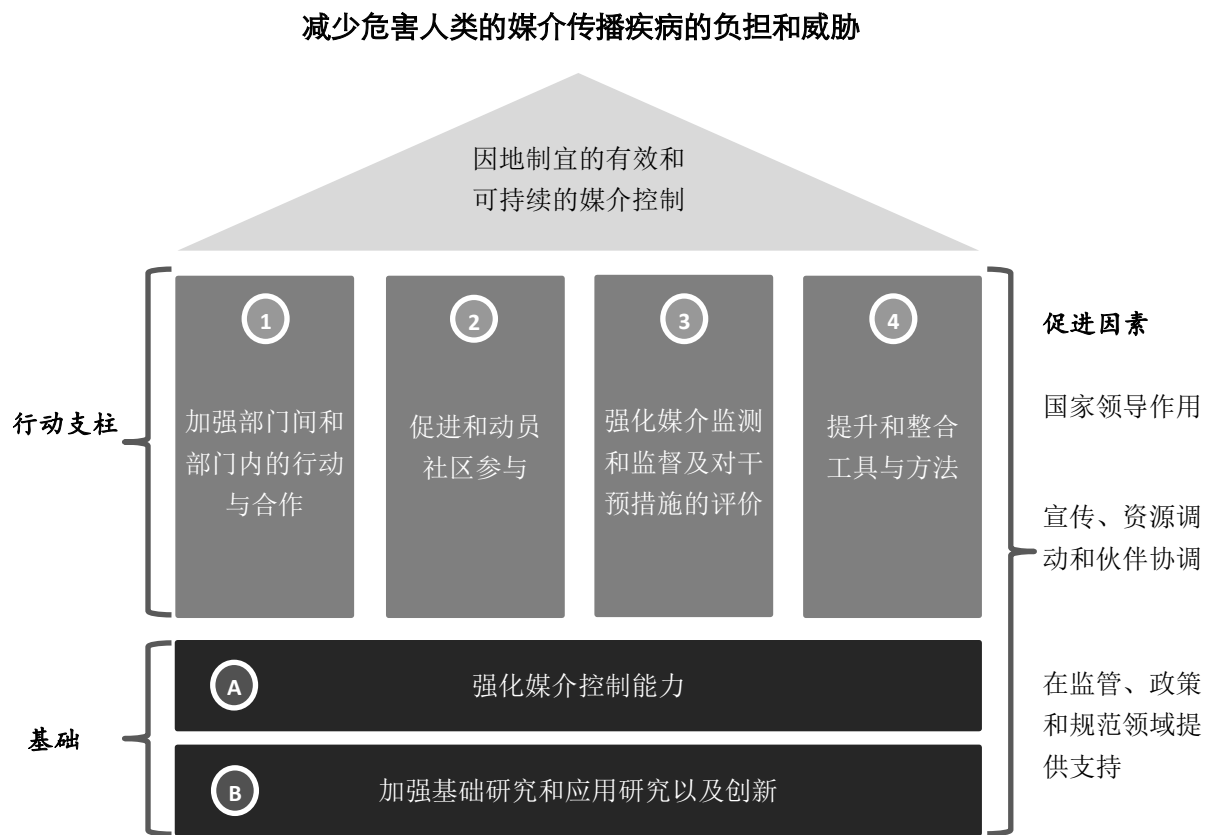
**理由**

- 人类重大媒介传播疾病包括疟疾、登革热、淋巴丝虫病、恰加斯病、盘尾丝虫病、利什曼病、基孔肯雅热、寨卡病毒病、黄热病、日本脑炎和血吸虫病。其它媒介传播疾病则局限于特定地区或人群，例如蜱媒传播疾病。
- 这些疾病总共占全球传染病估计负担的 17% 左右，贫困人群深受其害。它们阻碍经济发展，造成直接的医疗支出和间接损失（例如生产力和旅游业等损失）。
- 社会、人口和环境因素大大改变了媒介传播的规律。2014 年以来发生了登革热、疟疾、基孔肯雅热、黄热病和寨卡病毒病等重大疫情。
- 媒介控制如果实施得当，可以预防多数媒介传播疾病。主要由于强有力的政治和财政承诺，疟疾、盘尾丝虫病和恰加斯病发病率大幅下降。



- 对其它媒介传播疾病，媒介控制尚未得到充分使用或产生最大影响。为扭转这一局面，可以调整规划，改进因地制宜干预措施的实施工作。
- 这一对策要求增强公共卫生部门在昆虫学（和软体动物学）领域的能力，制定明确的国家研究议程，更好地协调部门内部以及部门之间的工作，促进社区参与媒介控制，加强监测系统，并采用已证实行之有效的新型干预措施。

## 对策框架



## 2017-2022 年的重点活动<sup>1</sup>

1. 根据全球媒介控制对策草案制定或调整国家和区域媒介控制战略计划。
2. 开展或更新国家媒介控制需求评估，制定资源调动计划，包括疫情应对计划。
3. 评估和增强国家昆虫学领域和跨部门人力，以满足所确定的媒介控制需求。

<sup>1</sup> 将修订和更新，以确定此后 2023-2030 年重点活动。

4. 卫生部或负责提供支持服务的机构有关人员接受公共卫生昆虫学培训。
  5. 建立和运作国家和区域机构网络,支持提供公共卫生昆虫学培训和/或教育以及技术支持。
  6. 建立昆虫学和媒介控制领域国家基础研究和应用研究议程,并且/或者审查进展情况。
  7. 建立和运作国家部际多领域媒介控制工作队。
  8. 制定国家媒介控制领域有效的社区参与和动员计划。
  9. 加强国家媒介监督系统,并与卫生信息系统结合,指导开展媒介控制。
  10. 针对媒介传播疾病制定国家通过适当控制媒介保护风险人群的目标。
-

## 附件 6

### 总干事一职

[A70/4 和附件 4–2017 年 4 月 24 日]

#### 关于在卫生大会上提高纸质投票效率的建议以及因此需要的程序修订<sup>1</sup>

建议		是否需要修订《世界卫生大会议事规则》或《无记名投票选举指导原则》？
(1)	<p>要求代表团同时在万国宫会议大厅六个就座区前分别设立的六个投票站投票。</p> <p>要求代表团按照在六个就座区就座的顺序进行投票。</p>	<p>是。</p> <p>《无记名投票选举指导原则》要求按照会员国国名字母顺序依次唱名进行投票，抽签决定起始投票的会员国。唱名用英文、法文、俄文和西班牙文进行。</p>
(2)	<p>六个投票站各安排一名检票员和一名法律官员。法律官员向到达为他/她安排的投票站的每位代表分发一张选票，并在一张纸上记录向对应代表团分发了一张选票。</p>	<p>是。</p> <p>《世界卫生大会议事规则》第七十八条规定，遇有投票表决需要时，大会主席应在出席代表团中任命<u>两名</u>检票员协助计算选票。</p> <p>《无记名投票选举指导原则》提及票箱时，始终以<u>单数</u>表示。</p>
(3)	<p>有投票资格的每个会员国将选票投入票箱之后，在投票站安排的六名检票员把票箱搬到主席台上并放在三张桌子上。</p> <p>然后，每张桌子将有两名检票员打开桌上放置的两个票箱，计算选票并把结果记录在秘书处为此目的准备的一张纸上。</p>	<p>是。</p> <p>与上文(2)相同。</p>
(4)	<p>每张桌子的一名检票员把结果单送到第四张桌子，票选结果将在此处记录到有关的世卫组织表格中。</p>	<p>是。</p> <p>与上文(2)相同。</p>

<sup>1</sup>以下列出了通过 WHA70（6）号决定之后即将实施的修正案。

## 《世界卫生大会议事规则》和《无记名投票选举指导原则》修正案

### 议事规划

	第七十八条
	选举应通常以无记名投票方式进行；按本规则第一〇八条条文且又无反对意见，大会可对经一致同意的候选人或候选人名单作出决定而无需投票表决。遇有投票表决需要时，大会主席应在出席代表团中任命两名或两名以上检票员协助计算选票。
<b>指导原则</b>	
	1. 票选开始前，主席应将投票权的会员国名单和候选人名单交给他所任命的计票员。在选举有权指派人员为执委会委员的会员国或选举总干事时，候选人名单上应只包括按《世界卫生大会议事规则》第一〇〇条和第一〇八条规定程序提交世界卫生大会的提名。
	3. 计票员应该验明空票箱或各个空票箱，加锁后，钥匙交主席。
	4. 除卫生大会另有决定外，按照会员国国名字母顺序 <sup>1</sup> 依次唱名进行投票，抽签决定起始投票的会员国。唱名用英文、法文、俄文和西班牙文进行。
	7. 一个或多个票箱打开后，计票员应查点票数，如票数与投票人数不符，主席应宣布票选无效，再次进行投票。
	9. 由其中一名计票员读出选票上姓名、各候选人所得票数，由另外一名计票员写在为此而拟制的计票单上各该候选人名下。

<sup>1</sup> 根据《世界卫生大会议事规则》第七十二条。

## 附件 7

### 脊髓灰质炎：脊灰过渡计划

[A70/14 Add.1 附件 – 2017 年 5 月 19 日]

#### 2017 年 6 月 1 日至 12 月 31 日期间秘书处行动的清单<sup>1</sup>

##### 在本组织所有三个层级进行积极的高级别监督

- 在第七十届世界卫生大会之后立即向当选总干事提供关于脊灰过渡工作的详细介绍，突出说明脊灰过渡所带来的全组织风险，以及定期与外部利益攸关方沟通的必要性。
- 总干事办公厅持续监督全组织范围内的脊灰过渡计划和风险管理。
- 世卫组织驻 16 个有关国家的代表以及区域和总部工作人员在日内瓦举行会议，以讨论国家过渡计划的进展情况，并在 2017 年第三或第四季度举行代表团情况介绍会。
- 在非洲区域、东南亚区域和东地中海区域各自的 2017 年区域委员会会议期间讨论脊灰过渡问题。
- 在世卫组织网站上建立专门的脊灰过渡计划网页，提供并定期更新关于以下方面的详细数据：世卫组织脊灰过渡工作的风险和程序；国家级脊灰过渡计划程序；和全球消灭脊灰行动伙伴关系的脊灰过渡程序。
- 积极支持在总干事办公厅内指定一个小组，负责在 2017 年年底之前制定战略行动计划和方案。

##### 协调人力资源计划和预算管理

- 编制并在脊灰过渡计划网页上分享关于过渡人力资源和国家过渡工作的季度计划一览表。

---

<sup>1</sup> 见 WHA70(9)号决定。

- 制定关于工作人员留用，再培训和职业过渡的人力资源计划并在总部与三个有关区域之间进行分享和协调。
- 为内部和外部受众开发并与其共享沟通计划和产品。
- 各规划领域探索如何使用 2018-2019 年规划预算的业务计划程序来修订预算需求，并制定筹资策略来覆盖增加的预算。
- 在本组织各级发起讨论，以确保提前为 2020-2021 年规划预算的制定作出计划，保证将脊灰过渡方面的需求考虑在内。

### **在 2017 年年底之前制定战略行动计划和方案**

- 收集一组对公共卫生影响最大的重点“规划风险”的更准确详情；与所有有关部门和规划领域进行协调。
  - 确定脊灰预算减少以及全球消灭脊灰行动最终结束后将留下的重大缺口，并优先重视需要紧急填补的缺口。
  - 制定处理缺口的时间表和具体方案，覆盖人力资源、筹资、协调和政策等领域。
  - 制定可跟踪的实施和监测框架。
-

## 附件 8

### 2016 年大流行性流感防范框架审查小组的报告<sup>1</sup>

[A70/17, 附件 – 2017 年 4 月 10 日]

## 目录

<b>前言</b> .....	<b>113</b>
<b>致谢</b> .....	<b>114</b>
<b>术语汇编</b> .....	<b>116</b>
<b>执行概要</b> .....	<b>118</b>
总体分析 .....	120
共享病毒 .....	122
基因序列数据 .....	123
共享利益 .....	124
治理 .....	128
与世卫组织规划及其它法律文书的联系 .....	130
<b>第 1 章：引言和背景</b> .....	<b>133</b>
<b>第 2 章：工作方法</b> .....	<b>136</b>
<b>第 3 章：总体分析</b> .....	<b>137</b>
3.1 加强流感大流行防范的创新方法 .....	139
3.2 确保大流行性流感防范框架的相关性 .....	140
3.2.1 关于把大流行性流感防范框架扩大到包括季节性流感的讨论 .....	141
3.2.2 改进大流行性流感防范框架的通报 .....	142
3.3 大流行性流感防范框架应用于其它病原体 .....	142
建议：总体 .....	144
<b>第 4 章：共享病毒</b> .....	<b>145</b>
4.1 概览 .....	145
4.2 病毒共享计量系统 .....	149
4.3 流感病毒追踪机制 .....	152
建议：共享病毒 .....	153

---

<sup>1</sup> 见 WHA70(10)号决定。

<b>第 5 章：基因序列数据</b> .....	<b>154</b>
5.1 概览 .....	155
5.2 咨询小组关于基因序列数据的工作 .....	158
建议：基因序列数据 .....	159
<b>第 6 章：共享利益</b> .....	<b>161</b>
6.1 标准材料转让协议 2 .....	161
建议：标准材料转让协议 2 .....	167
6.2 伙伴关系捐款征收 .....	168
建议：伙伴关系捐款征收 .....	171
6.3 伙伴关系捐款实施情况 .....	172
6.3.1 应对 .....	174
6.3.2 防范 .....	174
6.3.2.1 工作领域：实验室和监测 .....	178
6.3.2.2 工作领域：疾病负担 .....	181
6.3.2.3 工作领域：监管能力建设 .....	182
6.3.2.4 工作领域：筹划部署 .....	184
6.3.2.5 工作领域：风险沟通 .....	186
建议：伙伴关系捐款实施 .....	188
<b>第 7 章：治理</b> .....	<b>189</b>
7.1 大流行性流感防范框架咨询小组 .....	190
7.2 监督全球流感监测和应对系统 .....	193
建议：治理 .....	194
<b>第 8 章：与世卫组织规划和其它法律文书的联系</b> .....	<b>196</b>
8.1 全球流感疫苗行动计划 .....	197
建议：全球流感疫苗行动计划 .....	199
8.2 《国际卫生条例（2005）》 .....	199
建议：《国际卫生条例》 .....	200
8.3 《生物多样性公约名古屋议定书》 .....	201
建议：《名古屋议定书》 .....	203
附录 I：审查小组成员 .....	204
附录 II：工作方法细则 .....	208



## 前言

---

再次出现流感大流行的风险始终存在，但其时间和影响无法预见。事先计划和防范是缓解今后流感大流行不良后果的关键。这包括能力建设，以便发现和应对国际关注的突发公共卫生事件。

在 2011 年，世卫组织和会员国建立了大流行性流感防范框架，作为一种新型国际文书，以便强化对可能引起人间大流行的流感病毒的共享，同时加强发展中国家的防范以及在出现大流行时获取疫苗及其它与流感大流行相关的供应物资的能力。所有行为者——世卫组织、会员国、业界、民间社会及其它利益攸关方，为了一个共同目标团结在一起，以便使世界有准备应对下一次流感大流行，并减少我们在共享病毒和利益的集体能力方面的不确定性。

签署大流行性流感防范框架至今已有五年的时间；虽然这种新的复杂行动需要时间开始运行，但现在已经到了审查进展的时候，即大流行性流感防范框架是否已达到既定的目标，以及在展望未来时，是否仍然具有相关性。

由于世界面临越来越多具有国际影响的公共卫生威胁（例如，中东呼吸综合征冠状病毒（MERS-CoV）、埃博拉病毒病和寨卡病毒），全球团结比以往任何时候都更为重要，以便在出现突发事件之前处理关键性的政治、业务和能力障碍。在对需要迅速采取应对措施的其它病原体进行共享以及公平共享利益方面，大流行性流感防范框架提供了有益的见识。但是，大流行性流感防范框架审查小组认为，大流行性流感防范框架要维持相关性，就必须继续共享病毒并迅速解决围绕共享基因序列数据和共享利益进行澄清的需要。此外，与加强能力建设（例如《国际卫生条例（2005）》）以及增加流感疫苗生产量等其它工作的联系得到了改进，以便尽量扩大大流行性流感防范框架所调动资源的影响。为了确保大流行性流感防范框架保持可持续性并维持所有主要行为者的关注，必须定期衡量和广泛宣传其结果交付情况。

Christine Kaseba-Sata 博士（主席），Theresa Tam 博士（代理主席）

大流行性流感防范审查小组

2016 年 10 月

瑞士日内瓦

## 致谢

审查小组获得了主要利益攸关方的宝贵意见。委员会尤其希望感谢与审查小组会谈的以下人员：

赛诺菲巴斯德制药公司全球免疫政策部主任 **Atika Abelin** 博士；美国生物技术创新组织疫苗、免疫疗法和诊断政策高级主任 **Phyllis Arthur** 博士；澳大利亚世卫组织合作中心主任（代理）**Ian Barr** 博士；全球共享所有流感数据行动（GISAID）主席 **Peter Bogner** 博士；欧洲核苷酸档案处处长 **Guy Cochrane** 博士；美国世卫组织合作中心前主任和流感部前主任 **Nancy Cox** 博士；杰特生物医疗公司/Seqirus 流感研发与创新主任 **William Cracknell** 博士；意大利联合国粮食及农业组织动物卫生服务司 EMPRES 实验室处协调员/OFFLU 联络人 **Gwenaelle Dauphin** 博士；克罗地亚国家世卫组织流感中心领导人 **Vladimir Drazenovic** 博士；大不列颠及北爱尔兰联合王国国家生物标准和控制研究所病毒学部首席科学家 **Othmar Engelhardt** 博士；美国卫生部助理部长兼国家疫苗规划署主任 **Bruce Gellin** 博士；美国堪萨斯州立大学兽医学院执行主任 **Keith Hamilton** 博士；第三世界网络（TWN）研究助理 **Edward Hammond** 先生；全球共享所有流感数据行动（GISAID）学术联络官 **Alan Hay** 博士；法国巴黎第五大学和大巴黎大学医院 **Didier Houssin** 教授；瑞士生物信息研究所 Vital-IT 主任 **Xenarios Ioannis** 教授；美国疾病控制和预防中心世卫组织合作中心 **Jacqueline Katz** 博士；澳大利亚国家卫生与医学研究理事会首席执行官 **Anne Kelso** 教授；越南国家卫生与流行病学研究所流感实验室 **Le Quynh Mai** 博士；大不列颠及北爱尔兰联合王国克里克研究所世卫组织合作中心主任 **John McCauley** 博士；美国疾控中心流感司外部规划副主任 **Ann Moen** 博士；埃及国家流感中心病毒学实验室主任 **Amel Mohamed Naguib** 博士；日本流感病毒研究中心主任 **Takato Odagiri** 博士；香港大学医学系微生物学教授 **Malik Peiris** 教授；印度尼西亚卫生部国家卫生研究与开发研究所生物医学和基础卫生技术研发中心主任 **Pretty Multihartina Sasono** 博士；美国体外诊断试剂工业组织联合副主席 **Tharini Sathiamoorthy** 博士；第三世界网络（TWN）法律顾问 **Sangeeta Shashikant** 女士；**J. Craig Venter** 研究所信息主任 **Richard Scheuermann** 博士；中国疾控中心世卫组织合作中心主任 **Yuelong Shu** 教授；葛兰素史克公司疫苗部全球公共市场开发主任 **Cody Taylor** 博士；南非国家传染性疾病预防研究所呼吸道疾病和脑膜炎中心 **Florette Treurnicht** 博士；比尔和梅琳达·盖茨基金会全球卫生规划肺炎处高级规划官员兼流感和呼吸道合胞病毒行动牵头人 **Niteen Wairagkar** 博士；美国关于动物流感生态学研究的世卫组织合作中心 **Richard Webby** 博士；流感与其它呼吸道病毒国际学会副主席兼流感及其它呼吸道病毒审评编辑 **John Wood** 博士；国际制药厂商协会联合会（IFPMA）疫苗政策主管 **Margarita Xydia-Charmantá** 女士。

大流行性流感防范咨询小组成员：**Chris Baggoley** 教授；**Jarbas Barbosa da Silva, Jr** 博士（主席）；**Didier Houssin** 教授；**Hamad El-Turabi** 博士；**Olav Hungnes** 博士；**Hama Issa**

Moussa 博士; Kerri-Ann Jones 博士; Raymond LIN Tzer Pin; Cuauhtémoc Mancha 博士; Ziad Memish 教授; Janneth Mghamba 博士; Richard Njouom 博士; Paba Palihawadana 博士; Huma Qureshi 博士; Mahmudur Rahman 教授; P V Venugopal 博士; John M Watson 教授; Yu Wang 教授。

以下国家对全球流感监测和应对系统关于日常费用的在线调查作出了答复: 阿尔巴尼亚、阿根廷、澳大利亚、奥地利、孟加拉国、比利时、柬埔寨、中国、香港特别行政区、克罗地亚、丹麦、厄瓜多尔、埃及、芬兰、德国、加纳、希腊、印度尼西亚、爱尔兰、意大利、日本、约旦、拉脱维亚、卢森堡、马来西亚、尼泊尔、挪威、葡萄牙、大韩民国、罗马尼亚、俄罗斯联邦、西班牙、瑞典、瑞士、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。

除了缔约国在 3 月、5 月和 9 月的会议期间提出的口头意见, 以下国家向审查小组提供了书面意见: 澳大利亚、捷克共和国、芬兰、德国、墨西哥、荷兰、挪威、美利坚合众国。

世卫组织总部和各区域秘书处的以下工作人员为审查小组作出了投入: Claudia Alfonso, Bruce Aylward, Jennifer Barragan, Terry Besselaar, Oona Bilbao, Anna Bowman, Sylvie Briand, Julia Fitzner, Keiji Fukuda, Gaya Gamhewage, Lisa Hedman, Anne Huvos, Marie-Paule Kieny, Alexandra Kontic, Maja Lievre, Jakob Quirin, Amelie Rioux, Guénaél Rodier, Paul Rogers, Peter Salama, Gina Samaan, Raphael Slattery, Steve Solomon, Kathleen Strong, Oliver Stucke, Katelijjn Vandemaele, Wenqing Zhang。

世卫组织秘书处《名古屋议定书》报告的顾问: Priyanka Dahiya, Alexandra Phelan。

世卫组织区域办事处工作人员: Tjandra Aditama, Sylvain Aldighieri, Yahaya Ali Ahmed, Caroline Brown, Erica Dueger, Sayohat Hasanova, Wasiq Khan, Mamunur Malik, Jun Nakagawa, Babatunde Olowokure, Rakhee Palekar, Soatiana Rajatonirina, Bardan Rana, Fahmi Sembiring, Ibrahim Soce-Fall。

审查小组希望感谢世卫组织总干事陈冯富珍博士和副总干事 Anarfi Asamoah-Baah 博士对审查小组的工作给予的积极支持。

此外, 审查小组尤其希望感谢审查小组秘书处: Gerhard Grohmann (牵头人), Daniel Hougendobler, Priya Joi, Teresa Poole, Magdalena Rabini 和 Alexandra Rosado-Miguel。

## 术语汇编

AFRO	世卫组织非洲区域办事处
AMRO	世卫组织美洲区域办事处
CDC	美国疾病控制和预防中心
CNBG	中国生物技术集团公司
COP	缔约方会议
CVV	候选疫苗病毒
DDBJ	日本 DNA 数据库
ECN	世卫组织应急通报网络
ECSPP	世卫组织药物制剂规格专家委员会
EMRO	世卫组织东地中海区域办事处
ENA	欧洲核苷酸档案处
EQAP	采用聚合酶链反应检测 A 型流感病毒的世卫组织外部质量评估项目
EU	欧洲联盟
EURO	世卫组织欧洲区域办事处
FAO	联合国粮食及农业组织
FluID	流感知情决定平台
GAP	全球流感疫苗行动计划
GDP	国内生产总值
GHSA	全球卫生安全议程
GIP	世卫组织全球流感规划
GISAID	全球共享所有流感数据行动
GISN	全球流感监测网络
GISRS	全球流感监测和应对系统
GSD	基因序列数据
GSK	葛兰素史克公司
HQ	总部
IDP	机构发展计划
IHR (2005)	《国际卫生条例 (2005)》
INSDC	国际协作核苷酸序列数据库
IRD	流感研究数据库
IVPP	可能引起人间大流行的流感病毒
IVTM	流感病毒追踪机制
MAT	共同商定的条款

---

MERS-CoV	中东呼吸综合征冠状病毒
MOP	议定书缔约方会议
NIC	国家流感中心
NRA	国家管制当局
OIE	世界动物卫生组织
PAHO	泛美卫生组织
PC	伙伴关系捐款
PCR	聚合酶链反应
PHEIC	国际关注的突发公共卫生事件
PIC	事先知情同意
PIP	大流行性流感防范
PIP BM	大流行性流感防范生物材料
PIRM	世卫组织大流行性流感风险管理
PSC	规划支持费用
SAGE	免疫战略咨询专家组
SARS	严重急性呼吸道综合征
SDG	联合国可持续发展目标
SEARO	世卫组织东南亚区域办事处
SMTA	标准材料转让协议
SWOT	优势、弱点、机会和威胁
TEWG	基因序列数据问题技术专家工作小组
TWG	共享流感基因序列数据问题技术工作小组
TIPRA	流感大流行风险评估工具
UN	联合国
UNICEF	联合国儿童基金会
WPRO	世卫组织西太平洋区域办事处
WHO	世界卫生组织
WHO CC	世卫组织合作中心
WHO ERL	世卫组织必要的管制实验室
WHO H5RL	世卫组织 H5 参考实验室

## 执行概要

由于认识到传染病在人口流动和国际旅行大为扩展的世界中不分国界，全球卫生安全在过去十年中已成为一个国际优先事项。2003年的严重急性呼吸道综合征疫情敲响了警钟，但2003年甲型H5N1流感的重新出现和2009年的甲型H1N1 pdm09<sup>1</sup>流感大流行突出地体现了流感造成的具体全球风险。在1918年致命的流感大流行横扫世界并造成灾难性的后果之后近一个世纪，审查委员会关于与2009年甲型H1N1流感疫情有关的《国际卫生条例（2005）》实施情况的报告认为，世界还“没有准备好”应对严重的流感大流行，“成千万”的人将面临死亡风险<sup>2</sup>。

2003年暴发甲型H5N1流感之后，清楚地认识到，要有效应对流感大流行，就需要有更密切的国际合作。这种合作不仅需要涵盖共享信息和可能引起人间大流行的流感病毒，而且需要涵盖分配这种合作产生的利益，包括流感疫苗及其它医疗产品。就创建一个新的系统开始谈判，四年之后在2011年，194个会员国确立了一份国际文书<sup>3</sup>，即大流行性流感防范框架<sup>4</sup>。从一开始，与包括会员国、业界和民间社会在内的利益攸关方积极接触对实施大流行性流感防范框架是至关重要的。鉴于新的流感病毒不断出现以及始终存在发生大流行的可能性，大流行性流感防范框架的成功实施始终是至关重要的。

大流行性流感防范框架的目的是要在对等的基础上使共享病毒与共享利益达成平衡。仅有疫苗、抗病毒药物和诊断技术方面的进展，不足以保护世界应对流感大流行。卫生服务和产品的可及性在世界各地仍然不平等，但流感病毒不分青红皂白，所有国家都同样可以面临风险。因此，在流感大流行时，最脆弱的人群必须能够获得通过迅速共享病毒产生的流感制品。

通过全球流感监测和应对系统的152个实验室共享病毒，其中包括分散在113个会员国的143个国家流感中心、6个世卫组织流感参考和研究合作中心、4个世卫组织必要的管制实验室和13个世卫组织H5参考实验室<sup>5,6</sup>。载于大流行性流感防范框架附件1

<sup>1</sup> 甲型H1N1 pdm09流感病毒是引起2009年流感大流行的病毒，该次疫情根据《国际卫生条例（2005）》被宣布为第一次国际关注的突发公共卫生事件。

<sup>2</sup> 实施《国际卫生条例（2005）》，审查委员会关于与2009年甲型H1N1流感大流行有关的《国际卫生条例（2005）》实施情况的报告，总干事的报告。日内瓦：世界卫生组织；2011年（A64/10；[http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA64/A64\\_10-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_10-en.pdf)，2016年9月20日访问）。

<sup>3</sup> 议程项目13.1。大流行性流感的防范：共享流感病毒以及获得疫苗和其它利益。第六十四届世界卫生大会。日内瓦：世界卫生组织；2011年（WHA64.5；[http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA64/A64\\_R5-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_R5-en.pdf)，2016年9月21日访问）。

<sup>4</sup> 共享流感病毒以及获得疫苗和其它利益的大流行性流感防范框架。日内瓦：世界卫生组织；2011年（<http://www.who.int/influenza/pip/en/>，2016年9月19日访问）。

<sup>5</sup> 全球流感监测和应对系统。载于：世界卫生组织[网站]。日内瓦：世界卫生组织；2016年（[http://www.who.int/influenza/gisrs\\_laboratory/en/](http://www.who.int/influenza/gisrs_laboratory/en/)，2016年10月20日访问）。

<sup>6</sup> 在全球流感监测和应对系统之外，还有一些得到会员国授权和指定的流感实验室向全球流感监测和应对系统提供大流行性流感防范生物材料。这些实验室设在没有国家流感中心的会员国，或者是开展通常由国家流感中心履行的某些职责的其它实验室。

的标准材料转让协议 1 是一份具有约束性的合同，规定了全球流感监测和应对系统实验室互相交换大流行性流感防范生物材料的条件。

大流行性流感防范框架的利益共享采取两种方式：标准材料转让协议 2 和伙伴关系捐款<sup>1</sup>。全球流感监测和应对系统之外的实体，例如生产厂商或学术机构，如果接受实体病毒样本，就需要签署标准材料转让协议 2，这是在出现流感大流行时提供疫苗、抗病毒药物和诊断试剂等制品的具有法律约束性的协议。使用全球流感监测和应对系统的流感疫苗、药物和诊断试剂生产商也按年度交纳伙伴关系捐款资金，总计达 2800 万美元，用于推动对流感大流行的防范和应对工作。

## 大流行性流感防范框架的第一次审查

在这次审查开始时，大流行性流感防范框架已经实施了五年。大流行性流感防范框架第 7.4.2 节规定进行第一次，即本次审查，其中提出将于 2016 年审查大流行性流感防范框架及其附件，“以期在 2017 年通过执行委员会就适当反映事态发展的条款修订向世界卫生大会提出建议”。

大流行性流感防范框架咨询小组（“咨询小组”）于 2015 年 10 月 13-14 日与会员国、业界及其它利益攸关方举行特别会议，并建议建立一个独立专家小组，以便审查大流行性流感防范框架的实施情况<sup>2</sup>。总干事召集了审查小组，由具备范围广泛的专门技术的八名专家组成，覆盖世卫组织所有区域并达到了良好的性别平衡。作为其职权范围的一部分，要求审查小组注重于三个问题<sup>3</sup>：

1. 采用大流行性流感防范框架以来有哪些成就？
2. 大流行性流感防范框架的实施是否改进了全球大流行性流感的防范，包括大流行间期的监测，以及应对能力？
3. 有哪些挑战，以及有哪些应对挑战的可能方法？

在 2015 年 12 月对审查小组进行了任命。除了分析通过全球流感监测和应对系统共享可能引起人间大流行的流感病毒、伙伴关系捐款的征收及其通过五个工作领域的执行情况、标准材料转让协议 2 的签署以及大流行性流感防范框架的治理，审查小组还审查了其

---

<sup>1</sup> 共享流感病毒以及获得疫苗和其它利益的大流行性流感防范框架。日内瓦：世界卫生组织；2011 年（<http://www.who.int/influenza/pip/en/>，2016 年 9 月 19 日访问），附件 2 和第 6.14 节。

<sup>2</sup> 大流行性流感防范框架咨询小组。大流行性流感防范框架咨询小组特别会议，2015 年 10 月 13-14 日，瑞士日内瓦。总干事的报告。日内瓦：世界卫生组织；2015 年（[http://www.who.int/influenza/pip/advisory\\_group/ag\\_spec\\_session\\_report.pdf](http://www.who.int/influenza/pip/advisory_group/ag_spec_session_report.pdf)，2016 年 9 月 24 日访问）。

<sup>3</sup> 同上。

它重要的背景问题和实施问题，包括：在大流行性流感防范框架下处理基因序列数据；与其它规划或文书的联系（尤其是全球流感疫苗行动计划<sup>1</sup>、《国际卫生条例（2005）》<sup>2</sup>、《名古屋议定书》<sup>3</sup>的实施工作）；与大流行性流感防范框架中的主要伙伴互动，其中包括业界、民间社会及其它利益攸关方；以及大流行性流感防范框架实施工作可能产生的附带利益。

2016年期间，审查小组在日内瓦世卫组织总部举行了多次面对面的会议并召开了若干次电话会议。为了充实讨论内容，审查小组积极征求世卫组织工作人员、会员国以及包括全球流感监测和应对系统、业界、民间社会组织和相关数据库的代表等众多主要利益攸关方的投入。通过个别会谈、书面意见、一次开放式电子磋商过程（包括回答问题）以及在世卫组织总部举行的两次开放式协商会，进行了接触。在审查小组的若干次会议之后，审查小组在世卫组织总部为会员国举行了情况介绍和问答会议，通过世卫组织网站上的现场网播对所有利益攸关方和公众开放<sup>4</sup>。

在主要报告的开始部分中介绍了大流行性流感防范框架及其组成部分，随后简要描述了审查小组的工作方法。报告的其余部分提出了审查小组的调查结果和建议。本执行概要概述了主要的调查结果并转载了所有的建议。

## 调查结果和建议

### 总体分析

#### 调查结果概要：

审查小组发现大流行性流感防范框架是用于大流行性流感防范的一种大胆和创新的文书，正在得到充分实施，而且大流行性流感防范框架关于把病毒共享和利益共享置于对等基础之上的原则在今天仍然具有相关性。大流行性流感防范框架的实施促进了流感大流行全球应对能力的可信度和可预见性。大流行性流感防范框架的成功是部分由于世卫组织和会员国与包括业界、民间社会及其它方面在内的主要利益攸关方的定期全力合作。但是，虽然定期提交了关于大流行性流感防范框架实施情况的报告，但各项内容可以组织得更好，以便更清楚地体现整体进展情况。

---

<sup>1</sup> 全球流感疫苗行动计划。载于：世界卫生组织[网站]。日内瓦：世界卫生组织；2016年（[http://www.who.int/influenza\\_vaccines\\_plan/en/](http://www.who.int/influenza_vaccines_plan/en/)，2016年9月22日访问）。

<sup>2</sup> 《国际卫生条例（2005）》，第二版。日内瓦：世界卫生组织；2008年（[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43883/1/9789241580410\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43883/1/9789241580410_eng.pdf)，2016年9月22日访问）。

<sup>3</sup> 《获取和分享惠益的名古屋议定书》。载于：生物多样性公约[网站]。蒙特利尔：生物多样性公约，联合国；2011年（<https://www.cbd.int/abs/>，2016年10月4日访问）。

<sup>4</sup> 大流行性流感防范框架审查小组。2016年对大流行性流感防范框架的审查，大流行性流感防范审查小组会议报告。载于：世界卫生组织[网站]。日内瓦：世界卫生组织；2016年（<http://www.who.int/influenza/pip/2016-review/meetings/en/>，2016年9月20日访问）。



还清楚地认识到，为了使大流行性流感防范框架保持相关性，迫切需要解决一些重要问题，包括在大流行性流感防范框架下应当如何处理基因序列数据的问题，以及是否可以扩大大流行性流感防范框架以便包括季节性流感，或者用作为共享其它病原体的模式。

### 建议：

1. 世卫组织应当制定综合性的评价模式，包括用于年度报告的大流行性流感防范框架整体成功计量系统。此类报告应当包括信息图表，显示大流行性流感防范框架的整体实施进展现状，以便更清楚地了解流感大流行防范和应对方面的进展。
2. 世卫组织应当定期和更有效地向会员国、全球流感监测和应对系统实验室、业界、民间社会及其它利益攸关方通报大流行性流感防范框架的目标和实施进展情况。尤其应当更充分地通报以下方面：
  - a. 综合性评价模式的进展情况；
  - b. 伙伴关系捐款的执行措施；咨询小组的定期报告和会后情况介绍中应当着重说明这些措施，使进展更为明显并得到更明确的认识；
  - c. 围绕选择接受伙伴关系捐款支持的国家等问题，应当加强沟通和透明度，在会员国中提高对大流行性流感防范框架的了解；
  - d. 利益攸关方自愿捐款和会员国实物认捐的重要意义，包括通过提供实验室日常运作费用来支持和维持全球流感监测和应对系统。
3. 总干事应当开展研究，确定把季节性流感病毒纳入大流行性流感防范框架的影响和可取性。
4. 大流行性流感防范框架是全球公共卫生的一种基础性互惠模式，可以应用于其它病原体；但是，大流行性流感防范框架当前的范围应当在此时继续侧重于大流行性流感。
5. 会员国应当商定下一次审查大流行性流感防范框架的时间，应当定在 2021 年年底之前。

## 共享病毒

### 调查结果概要:

2011 年采用大流行性流感防范框架以来,全球流感监测和应对系统扩大了范围并得到了加强,为会员国提供了重大利益,包括风险评估、候选疫苗病毒、诊断包、试剂、培训、能力建设及其它专门技术。通过全球流感监测和应对系统开展的病毒共享总体上情况良好。但是,尽管对 2013 年出现的 H7N9 毒株作出了迅速和全面的反应,但此后有些国家减少了对可能引起人间大流行的流感病毒的共享。应咨询小组的要求,秘书处正在研究减少共享病毒的原因。

全球流感监测和应对系统与动物部门密切合作,开展风险评估并开发候选疫苗病毒;在共享人类病毒方面出现延误时,人类部门与动物部门之间的这些联系尤为重要,其中包括与联合国粮食及农业组织、世界动物卫生组织以及 OFFLU(世界动物卫生组织和粮农组织动物流感专家联合网络)的关系。

虽然对追踪病毒共享情况并从而启动大流行性流感防范框架的利益共享机制至关重要,但流感病毒追踪机制未得到所有实验室的一贯使用。

### 建议:

6. 审查小组欢迎大流行性流感防范框架秘书处对可能引起人间大流行的流感病毒最近减少共享的原因开展研究。作为优先事项,咨询小组应当落实该项研究的结果,确保及时共享所有病毒。
7. 鉴于共享可能引起人间大流行的流感病毒方面最近出现的下滑,世卫组织应当继续为国家流感中心提供技术性业务指导和培训,确保它们充分了解自己在标准材料转让协议 1 中同意发挥的作用、流感病毒追踪机制的有效使用以及恰当共享所有大流行性流感防范生物材料和基因序列数据的重要性。
8. 关于在共享来自甲型 H5N1 病毒及其它可能引起人间大流行的流感病毒所有病例的大流行性流感防范生物材料方面采用的“及时”和“在可行时”等词语的解释,世卫组织应当向全球流感监测和应对系统各实验室进行澄清(大流行性流感防范框架第 5.1.1 节)。
9. 虽然基因序列数据并不完全取代实体病毒,但在不能迅速运送大流行性流感防范生物材料的情况下,应当立刻共享基因序列数据(如有)。

10. 世卫组织全球流感规划应当加强与全球流感监测和应对系统以及全球流感监测和应对系统之外的实验室及其它网络的接触和联系，并加强各方之间的程序。

11. 世卫组织、全球流感监测和应对系统、联合国粮食及农业组织、世界动物卫生组织、OFFLU 及其它各方应当合作确立对全球流感监测和应对系统以及动物实验室的指导，加强它们的关系并强化对动物与人类间传播的流感病毒的监测和风险评估。

### 基因序列数据

#### **调查结果概要：**

鉴于在大流行性流感防范框架下处理基因序列数据的复杂性，在建立大流行性流感防范框架时，大流行性流感防范生物材料的定义中未包括基因序列数据。因此，虽然通过流感病毒追踪机制追踪病毒的共享，但不追踪基因序列数据的共享，从而也不根据大流行性流感防范框架启动具体的利益共享。但是，随着技术的进展，基因序列数据对流感研究正在变得越来越重要，在有些情况下可以取代实体标本用于评估流感大流行的风险和研制商业产品。因此，关于在大流行性流感防范框架下处理基因序列数据的问题，迫切需要进行澄清。

在审议大流行性流感防范框架之下处理基因序列数据的可能做法方面，咨询小组已经取得了一些良好的进展。一项关键性挑战是对应当追溯的内容缺乏一致意见。选择方案可以包括追踪基因序列数据的获得情况，或者追踪使用此类数据开发的商业产品。基因序列数据的共享和可追溯性两方面的透明度至关重要，以便确认产生并应当共享的任何利益。

一系列行为者参与了关于如何处理基因序列数据的讨论，并出现了关于最佳追溯和监测系统的各种不同观点。审查小组进行的面谈和更广泛的讨论清楚地表明利益攸关方对今后共享基因序列数据的可能方案还存在一些困惑。

#### **建议：**

12. 总干事应当要求会员国考虑修订大流行性流感防范框架第 4.1 节关于大流行性流感防范生物材料的定义，以便包括基因序列数据。

13. 总干事应当要求会员国考虑对附件 4 第 9 节进行澄清，其中目前提出“世卫组织全球流感监测和应对系统实验室将根据标准材料转让协议及时将基因序列数据

提交给全球共享所有流感数据行动（GISAID）和基因库（Genbank）或类似的数据库”，应当修订为：

“世卫组织全球流感监测和应对系统实验室将根据标准材料转让协议及时将基因序列数据提交给它们选定的一个或多个可公开访问的数据库”。

14. 总干事应当要求会员国考虑更新和改正大流行性流感防范框架第 5.2.2 节中的说明，其中目前提出“认识到加强流感病毒基因序列数据的透明度和可及性对于公共卫生至关重要，并且目前正在努力使用诸如基因库（Genbank）等公共域数据库，或全球共享所有流感病毒行动（GISAID）等公共检索数据库；”

修订为：

“认识到加强流感病毒基因序列数据的透明度和可及性对于公共卫生至关重要，并且正在分别使用诸如基因库（Genbank）和/或全球共享所有流感病毒行动（GISAID）等公共域数据库或公共检索数据库；”

15. 大流行性流感防范框架必须适应技术发展，而且咨询小组必须迫切地制定建议，澄清如何处理基因序列数据。咨询小组应当考虑要求世卫组织合作中心就实际处理基因序列数据的情况进行报告，以便提供信息说明全球流感监测和应对系统在获取、共享和使用此类数据方面的业务现实情况，从而充实咨询小组关于在大流行性流感防范框架下最佳处理基因序列数据的建议。

16. 总干事应当谋取会员国的支持，确保流感病毒基因序列数据能够在可持续的数据库中公开获取，促进以及时、准确和可获取的方式共享这些数据以便用于流感大流行风险评估和快速反应。

17. 注意到基因序列数据可能产生自全球流感监测和应对系统之外的众多实体，并注意到关于最佳追溯和监测机制方面存在不同意见，咨询小组应当考虑扩大和加深与所有利益攸关方的接触。

## 共享利益

### 标准材料转让协议 2

#### **调查结果概要：**

迄今签署的标准材料转让协议 2 已能确保获得约 3.5 亿剂大流行性流感疫苗，在流感大流行期间可以实时提供。但是，大流行性流感防范框架关于其它流感大流行产品（例

如诊断试剂、注射器等)生产商对标准材料转让协议 2 作出承诺的方案过于狭窄,所以需要包括更广泛的承诺选择方案。

通过大流行性流感防范框架秘书处的战略性做法,即优先重视与具备已获资格预审的疫苗的大型公司达成协议,然后开始与中型到小型公司开展谈判,在获取经过资格预审的疫苗和抗病毒药物方面已取得了良好进展。为了促进标准材料转让协议 2 的谈判,大流行性流感防范框架秘书处制定了工具<sup>1</sup>,其中概述了标准材料转让协议 2 签署方必须达到的技术要求,例如资格预审、出口程序和管制审批。

大流行性流感防范框架秘书处与业界及其它利益攸关方之间高质量的定期沟通有助于推动达成标准材料转让协议 2。在谈判复杂化或者停滞不前的少数情况中,大流行性流感防范框架秘书处成功地采用了咨询小组建议的阶梯式方法,以便逐步达成协议<sup>2</sup>。

在发生大流行性流感疫情时,标准材料转让协议 2 的履行情况对流感大流行应对工作将是至关重要的。国内具备流感疫苗生产能力的会员国需要把生产商在标准材料转让协议 2 中的承诺纳入本国的大流行性流感应对计划。

## 建议:

18. 大流行性流感防范框架秘书处应当改进在达成标准材料转让协议 2 方面进展和成就的通报,更充分地强调达成这些协议的理由和确定重点的战略,并澄清对通过这些协议获得的抗病毒药物、疫苗及其它制品的既定用途。

19. 大流行性流感防范框架秘书处应当制定一种做法,即把提供财政捐款、收集标本和处理材料作为附件 2 中 B 类标准材料转让协议 2 承诺的方案,供咨询小组审议并由会员国最后作出决定。

20. 总干事应当考虑要求会员国删除大流行性流感防范框架关于大流行性流感防范疫苗储备的第 6.9 节,因为该节不再具有相关性。

21. 总干事应当要求国内具备疫苗生产能力的会员国致力于使生产商能够向世卫组织实时提供世卫组织根据标准材料转让协议 2 获取的大流行性流感疫苗及其它制品。

---

<sup>1</sup> 关于标准材料转让协议 2 的常见问题。载于:世界卫生组织[网站]。日内瓦:世界卫生组织;2016 年([http://www.who.int/influenza/pip/benefit\\_sharing/smta2\\_FAQs.pdf](http://www.who.int/influenza/pip/benefit_sharing/smta2_FAQs.pdf), 2016 年 9 月 26 日访问)。

<sup>2</sup> 大流行性流感防范框架咨询小组。大流行性流感防范框架咨询小组会议,2015 年 10 月 15-16 日,瑞士日内瓦,总干事的报告。日内瓦:世界卫生组织;2015 年([http://www.who.int/influenza/pip/ag\\_meetingreport\\_october2015.pdf](http://www.who.int/influenza/pip/ag_meetingreport_october2015.pdf), 2015 年 9 月 22 日访问),第 8 段。

22. 世卫组织应当迅速地最后确定和传播大流行性流感风险管理临时框架，其中将澄清如何实施从季节性流感疫苗到大流行性流感疫苗生产的转变。

### **伙伴关系捐款的征收**

#### **调查结果概要：**

业界参与合作制定<sup>1</sup>伙伴关系捐款公式，实现了有力的认同，促成在 2012 年较早交纳捐款并使 2013 年和 2014 年的征收率达到应交资金总额的 96%<sup>2</sup>。但是，并非所有公司在预期截止日期前交纳捐款，从而引起关注，因为伙伴关系捐款机制依赖于所有利益攸关方履行其义务。

若干业界代表强调每年要求他们交纳的伙伴关系捐款金额出现的波动对预算造成挑战，他们希望能够交纳固定的金额<sup>3</sup>。根据咨询小组在 2016 年 4 月的建议<sup>4</sup>，业界与所有相关行业部门（疫苗、诊断试剂和药物）以及大流行性流感防范框架秘书处合作，开始了审查伙伴关系捐款公式的协商程序<sup>5</sup>。

为本次审查对全球流感监测和应对系统的日常费用进行了调查：据估计，41 个实验室的年度日常总费用就达到约 3900 万美元。虽然这是初步数据并应当进一步进行调查，但表明整个全球流感监测和应对系统的日常总费用与 2010 年的估计值相比，可能有所增加。

#### **建议：**

23. 咨询小组应考虑与业界协作，更新关于全球流感监测和应对系统运营/业务成本的 2010 年估计数字，作为对修订伙伴关系捐款公式计算方法的投入，以促进及时交付伙伴关系捐款，并提高其作为实施大流行性流感防范框架的筹资机制的可持续性。

---

<sup>1</sup> 《伙伴关系捐款标准操作程序》2015 年 6 月。日内瓦：世界卫生组织；2015 年（[http://www.who.int/influenza/pip/benefit\\_sharing/pc\\_collection\\_sop.pdf?ua=1](http://www.who.int/influenza/pip/benefit_sharing/pc_collection_sop.pdf?ua=1)，2016 年 9 月 24 日访问），第 5 页，附件 2。

<sup>2</sup> 根据《大流行性流感防范框架，2015 年伙伴关系捐款年度报告》的数据进行计算。日内瓦：世界卫生组织；2016 年（<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246229/1/WHO-OHE-PED-2016.01-eng.pdf>，2016 年 9 月 24 日访问）。

<sup>3</sup> 大流行性流感防范框架审查小组。2016 年大流行性流感防范框架审查小组第三次会议的报告。日内瓦：世界卫生组织；2016 年（[http://www.who.int/influenza/pip/2016-review/meeting30march\\_1april.pdf](http://www.who.int/influenza/pip/2016-review/meeting30march_1april.pdf)，2016 年 10 月 4 日访问）。

<sup>4</sup> 大流行性流感防范框架咨询小组。大流行性流感防范框架咨询小组会议，2016 年 4 月 19-22 日，瑞士日内瓦。总干事的报告。日内瓦：世界卫生组织；2016 年（[http://www.who.int/influenza/pip/ag\\_april2016\\_MeetingRpt.pdf?ua=1](http://www.who.int/influenza/pip/ag_april2016_MeetingRpt.pdf?ua=1)，2016 年 9 月 24 日访问）。

<sup>5</sup> 大流行性流感防范框架秘书处，世界卫生组织，未发表的数据，2016 年 10 月。

24. 由于根据咨询小组的建议成功地使用了关于达成标准材料转让协议<sup>2</sup>的阶梯式方法，咨询小组应当考虑针对伙伴关系捐款交款不足、晚交款或违约的情况制定类似的升级反应。

### **伙伴关系捐款执行情况**

#### **调查结果概要：**

从 2014 年开始分配伙伴关系捐款资金以来，伙伴关系捐款机制的实施使国家能够制定多年的计划并在五个防范工作领域内（实验室和监测；疾病负担；管制能力建设；筹划部署；以及风险沟通）分别促进了重点国家中可持久和有意义的能力建设。还建立了一个应对基金，供世卫组织在发生流感大流行疫情时使用。

但是，支出并不总能与征收保持同样速度，因此使有些利益攸关方错误地认为不需要更多的防范资金或者工作计划不能按照计划的时间框架实施。

大流行性流感防范框架秘书处定期通报伙伴关系捐款执行工作方面的成就和挑战。尽管如此，利益攸关方不断向世卫组织提出具体问题，涉及：(1)对在未动用应对资金的同时继续征收伙伴关系捐款资金的情况表示不满，这似乎表明不了解应对基金是在流感大流行开始时推动快速反应的应急资金，而且应对资金额远低于发生流感大流行疫情时将会需要的金额；(2)选择重点受援国家的基础，尽管已经公布了选择标准和程序<sup>1</sup>，但这可表明某些国家希望被列入该清单；以及(3)不了解伙伴关系捐款资金如何在各国开展能力建设，以便加强对大流行性流感的防范。

#### **建议：**

25. 咨询小组应当考虑把程序措施的制定纳入 2018-2022 年伙伴关系捐款实施计划，以便更充分地监测关键工作领域的进展情况。

26. 咨询小组应当要求定期提交财务报告和开展审计，并确保具备适当的财务问责机制；咨询小组还应当要求大流行性流感防范框架秘书处说明伙伴关系捐款应对资金在发生流感大流行时为什么会严重不足<sup>2</sup>。

---

<sup>1</sup> 大流行性流感防范框架，2013-2016 年伙伴关系捐款实施计划。日内瓦：世界卫生组织，2015 年（[http://www.who.int/influenza/pip/pip\\_pcimplan\\_update\\_31jan2015.pdf?ua=1](http://www.who.int/influenza/pip/pip_pcimplan_update_31jan2015.pdf?ua=1)，2016 年 9 月 20 日访问），第 9-11 页。

<sup>2</sup> 见本报告建议 2(b)，其中提出：“世卫组织应当定期和更有效地向会员国、全球流感监测和应对系统实验室、业界、民间社会及其它利益攸关方通报大流行性流感防范框架的目标和实施进展情况。尤其应当更充分地通报以下方面：

b. 伙伴关系捐款的执行措施；咨询小组的定期报告和会后情况介绍中应当着重说明这些措施，使进展更为明显并得到更明确的认识。”

## 治理

### 调查结果概要：

大流行性流感防范框架有运行良好的治理结构，监督大流行性流感防范框架的运作情况。该框架受益于世卫组织三个层面的有力承诺：总部、区域办事处和国家办事处。咨询小组在有效治理方面继续发挥关键作用，提供体现其独立意见的公正、全力和实用的监督和指导。但是，咨询小组成员通常在完成各自三年的任期后离职，这意味着在知识连续性方面可能有空白。

虽然咨询小组向总干事提交的年度报告<sup>1</sup>以及总干事向世界卫生大会提交的双年度报告<sup>2</sup>很全面并且很受欢迎，但在格式和内容方面有所差别，导致不能有效准备信息。

全球流感监测和应对系统的有些成员，尤其是世卫组织合作中心，认为自己、咨询小组和大流行性流感防范框架秘书处之间应当有更频繁的互动，包括在设立技术工作小组和随后挑选专家方面。如果其中包括全球流感监测和应对系统的代表，咨询小组与业界/民间社会团体之间发生的直接定期接触也会有益。

大流行性流感防范框架（第2节）的目标是要加强全球流感监测和应对系统，而且自2011年以来，全球流感监测和应对系统的地域覆盖面、范围和运作有了扩大。但是，该网络的领导职能基本上仍然是非正式的，该系统通过世卫组织全球流感规划进行协调。全球流感监测和应对系统内部缺乏正式的领导结构，导致整个全球流感监测和应对系统网络在大流行性流感防范框架的业务中缺少获得认可的代表性。

在2016年世卫组织突发卫生事件管理工作的改革之下，世卫组织在突发事件方面的所有工作都汇集到一个新的突发卫生事件规划之下，其中包括大流行性流感防范框架秘书处<sup>3</sup>。这种内部重组没有改变世卫组织对大流行性流感防范框架的承诺。大流行性流感防范框架秘书处显著依靠与世卫组织众多技术单位的密切合作，尤其是全球流感规划，即协调全球流感监测和应对系统的流感技术单位，而全球流感监测和应对系统是实施大流行性流感防范框架的基础。

---

<sup>1</sup> 大流行性流感防范框架咨询小组的报告。载于：世界卫生组织[网站]。日内瓦：世界卫生组织；2016年（[http://www.who.int/influenza/pip/pip\\_meetings\\_consultations/en/](http://www.who.int/influenza/pip/pip_meetings_consultations/en/)，2016年9月22日访问）。

<sup>2</sup> 同上。

<sup>3</sup> 改革世卫组织在突发卫生事件管理领域的工作：世卫组织突发卫生事件规划，总干事的报告。载于：世界卫生组织[网站]。日内瓦：世界卫生组织；2016年（A69/30；[http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA69/A69\\_30-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_30-en.pdf)，2016年9月22日访问）。



**建议:**

27. 总干事应当考虑保持咨询小组连续性和知识的方案，包括使成员能够连任一次，任期灵活处理。
28. 咨询小组提交总干事的年度报告和总干事提交世界卫生大会的双年度报告的结构应当一致以便简化报告。
29. 大流行性流感防范框架秘书处和咨询小组与民间社会的接触应当扩大和加深到包括更大数量的参与组织。
30. 注意到世卫组织合作中心在全球流感监测和应对系统网络中的关键作用，咨询小组应当与世卫组织合作中心以及全球流感监测和应对系统的其它主要实验室开展更经常的接触，包括在设立技术工作小组时。
31. 总干事应当处理全球流感监测和应对系统网络缺少正式代表性的问题，并鼓励世卫组织全球流感规划以及全球流感监测和应对系统尽快确立这种代表性。
32. 总干事应当确保新的突发卫生规划之下的任何世卫组织部门内部重组都能确保全球流感监测和应对系统的活动与大流行性流感防范框架保持密切一致并纳入世卫组织全球流感规划，以便确保在实施大流行性流感防范框架方面更有力的学术和技术领导作用。
33. 总干事应当继续提供必要的人力和财力资源，以便实施大流行性流感防范框架日益增多的活动以及本次审查的建议。

## 与世卫组织规划及其它法律文书的联系

### 全球流感疫苗行动计划

#### **调查结果概要：**

大流行性流感防范框架与全球行动计划规划之间存在重要的协同作用<sup>1,2</sup>。其中包括鼓励技术转让以及疾病负担调查、管制当局和风险通报能力建设。但是，技术转让协议目前并不通过标准材料转让协议<sup>2</sup>获得。

2016年11月对全球行动计划的审查将可以用于评估全球行动计划的哪些方面（疾病负担调查、对新疫苗生产商的技术指导、疫苗部署或者后勤工作）可以继续作为大流行性流感防范框架伙伴关系捐款执行工作的一部分。

大流行性流感防范框架获得的大流行性流感疫苗数量以及全球疫苗生产能力（包括通过全球行动计划规划提供新疫苗的生产能力）目前仍然不足以在发生流感大流行时满足预计的全球需求。

#### **建议：**

34. 大流行性流感防范框架咨询小组应当考虑从全球流感疫苗行动计划（将于2016年11月结束）获得的经验教训，以便确认可以支持实施大流行性流感防范框架的任何方面。

### 《国际卫生条例（2005）》

#### **调查结果概要：**

大流行性流感防范框架的伙伴关系捐款资金可以对改进《国际卫生条例（2005）》<sup>3</sup>的核心能力产生额外的效益，尤其是在实验室和监测能力的领域内。但是，由于仅在2014年才开始分配伙伴关系捐款资金，所以尚不能获得关于伙伴关系捐款执行资金与《国际卫生条例（2005）》核心能力之间关系的数据。在下次审查大流行性流感防范框架时，可以就伙伴关系捐款资金对《国际卫生条例（2005）》核心能力的影响开展分析。

<sup>1</sup> 全球行动计划规划的目标围绕加强发展中国家的流感疫苗生产能力，其中包括增加季节性疫苗的生产和使用，提高用于大流行性疫苗的疫苗生产能力以及相关的研究和开发。世卫组织与来自发达国家和发展中国家的公共卫生和学术专家、疫苗生产商以及资助机构一起制定了全球行动计划。第三次（即最后一次）全球行动计划协商会将于2016年11月举行。

<sup>2</sup> 全球流感疫苗行动计划。载于：世界卫生组织[网站]。日内瓦：世界卫生组织；2016年（[http://www.who.int/influenza\\_vaccines\\_plan/en/](http://www.who.int/influenza_vaccines_plan/en/)，2016年9月22日访问）。

<sup>3</sup> 《国际卫生条例（2005）》，第二版。日内瓦：世界卫生组织；2008年（[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43883/1/9789241580410\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43883/1/9789241580410_eng.pdf)，2016年9月22日访问）。

**建议:**

35. 在开展大流行性流感防范框架之下的活动时，应当考虑到《国际卫生条例（2005）》的规定，能力建设应当与《国际卫生条例（2005）》之下的能力建设相一致并具有支持作用和补充作用。通过在世卫组织所有三个层面就实施《国际卫生条例（2005）》和大流行性流感防范框架方面开展更密切的互动以便尽量扩大协同作用和效益，可以解决上述问题。

**生物多样性公约的名古屋议定书****调查结果概要:**

大流行性流感防范框架是一份获取和共享利益的多边文书，似乎与有关利用《生物多样性公约》时出现的获得基因资源以及公平并平等地共享利益问题的《名古屋议定书》<sup>1</sup>的目标相一致。大流行性流感防范框架的政府间谈判确立了获取可能引起人间大流行的流感病毒和共享利益的规则；相比之下，《名古屋议定书》的实施可能会在流感病毒的共享方面产生不确定因素，因为可能需要对众多双边交易进行谈判，可能会延误病毒的获取。随着更多的国家确立实施《名古屋议定书》的国内立法，就越来越迫切需要解决这种不确定性并减少全球卫生安全的风险。

实施《名古屋议定书》对公共卫生的影响尚未得到广泛理解。虽然世卫组织秘书处正在编写报告以澄清这些影响，但公共卫生部门需要对该议定书有更充分的知识、了解和认识。

《名古屋议定书》没有明确识别一种机制以便在其第 4(4)条下认可一份文书。审查小组认识到，议定书缔约方会议或世界卫生大会等具有权威性、正式和国际上可信的实体可以作出决定，规定大流行性流感防范框架构成用于大流行性流感防范和应对工作的专门国际文书。在这种情况下，该决定应当促进实现大流行性流感防范框架获得和共享利益的目标，确保所有国家以同样的方式处理可能引起人间大流行的流感病毒。为了《名古屋议定书》的目的，大流行性流感防范框架将涵盖获取和共享可能引起人间大流行的流感病毒，因此不需要在个案基础上逐个达成双边协议。

**建议:**

36. 大流行性流感防范框架应当被视为一种专门的国际文书，用以说明如何在大流行性流感防范和应对方面实施《名古屋议定书》:

---

<sup>1</sup>《获取和分享惠益的名古屋议定书》。载于：生物多样性公约[网站]。蒙特利尔：生物多样性公约，联合国；2011年（<https://www.cbd.int/abs/>，2016年10月4日访问）。

- 2016年12月的名古屋议定书缔约方会议将提供机会，以便考虑认可大流行性流感防范框架作为大流行性流感防范和应对的一份专门国际文书。审查小组认为，如果议定书缔约方会议利用这一机会，将有助于大流行性流感防范框架的目的。
- 此外，2017年的世界卫生大会应当考虑承认大流行性流感防范框架为《名古屋议定书》下的一份专门国际文书。

## 第 1 章：引言和背景

确保所有人的卫生安全是当今公共卫生方面关注的一个总体问题。国际旅行在过去 40 年左右急剧增长，意味着不可能再仅按地域控制疾病。2003 年的严重急性呼吸道综合征疫情、2003 和 2004 年开始重新出现的甲型 H5N1 流感以及 2009 年的甲型 H1N1 pdm09<sup>1</sup> 流感大流行之后，卫生安全成为全球卫生工作的一个突出方面。在 2011 年，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报告认为，世界还“没有准备好”应对严重的流感大流行，“不可避免的现实情况是上千万人将面临在严重的疾病大流行中死亡的危险”<sup>2</sup>。这些事件为世界上了宝贵的一课——只有通过国家间的密切合作和信息共享，才有可能有效应对很容易跨越边境的传染性病原体疫情。

重新出现可能引起人间大流行的甲型 H5N1 流感之后，有些发展中国家担忧，尽管向全球流感监测和应对系统网络收集、监测和共享流感病毒的公共卫生实验室提交了病毒样本，但它们不能负担共享病毒产生的疫苗及其它医疗产品的费用。逐渐清楚地认识到，需要新的制度，清除阻碍科学家、业界和国家之间共享病毒的障碍，同时确保需求最大的人们能够公平和方便地获取共享病毒的产物。

四年的谈判之后，这种新的制度在大流行性流感防范框架中得到了体现<sup>3</sup>——这是 194 个世卫组织会员国在 2011 年确立的国际文书<sup>4</sup>，使国家、业界和民间社会团结起来，让世界做好防御准备并加强其应对流感大流行的能力。大流行性流感防范框架便利国家之间共享可能引起人间大流行的流感病毒，以便研制抗病毒药物、疫苗和诊断试剂，同时确保全世界公平和公正地获取这些制品。大流行性流感防范框架还力图加强所有国家的大流行性流感防范能力，并优先支持需求最大的国家。大流行性流感防范框架的一项基本原则是在对等的基础上共享病毒和利益，根据互惠原则以双赢的模式平衡公共卫生和经济利益（见图 1.1）。大流行性流感防范框架允许开展有效的协调，不需要经常改写规则，而改写规则会造成延误，在快速发展的流感大流行期间可能造成灾难性的公共卫生后果。

<sup>1</sup> 甲型 H1N1 pdm09 流感病毒是引起 2009 年流感大流行的病毒，该次疫情根据《国际卫生条例（2005）》被宣布为第一次国际关注的突发公共卫生事件。

<sup>2</sup> 实施《国际卫生条例（2005）》，审查委员会关于与 2009 年甲型 H1N1 流感大流行有关的《国际卫生条例（2005）》实施情况的报告，总干事的报告。日内瓦：世界卫生组织；2011 年（A64/10；[http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA64/A64\\_10-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_10-en.pdf)，2016 年 9 月 20 日访问）。

<sup>3</sup> 共享流感病毒以及获得疫苗和其它利益的大流行性流感防范框架。日内瓦：世界卫生组织；2011 年（<http://www.who.int/influenza/pip/en/>，2016 年 9 月 19 日访问）。

<sup>4</sup> 议程项目 13.1。大流行性流感的防范：共享流感病毒以及获得疫苗和其它利益。第六十四届世界卫生大会。日内瓦：世界卫生组织；2011 年（WHA64.5；[http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA64/A64\\_R5-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_R5-en.pdf)，2016 年 9 月 21 日访问）。

通过全球流感监测和应对系统的 152 个实验室共享病毒，其中包括分散在 113 个会员国的 143 个国家流感中心、6 个世卫组织流感参考和研究合作中心、4 个世卫组织必要的管制实验室和 13 个世卫组织 H5 参考实验室<sup>1,2</sup>。载于大流行性流感防范框架附件 1 的标准材料转让协议 1 是一份具有约束性的合同，规定了全球流感监测和应对系统实验室互相交换大流行性流感防范生物材料的条件。随着基因序列数据排序和分析技术的出现，通过基因序列对越来越多的病毒进行电子共享，但基因序列数据没有被列入大流行性流感防范生物材料的定义中。

大流行性流感防范框架的利益共享采取两种方式：伙伴关系捐款资金和标准材料转让协议 2。使用全球流感监测和应对系统的流感疫苗、药物和诊断试剂生产商按年度交纳伙伴关系捐款资金，总计达 2800 万美元，用于推动对流感大流行的防范和应对工作。全球流感监测和应对系统之外的实体，例如生产厂商或学术机构，如果接受实体病毒样本，就需要签署标准材料转让协议 2，这是在出现流感大流行时提供疫苗、抗病毒药物和诊断试剂等制品的具有法律约束性的协议。

## 现在为什么要审查该框架？

大流行性流感防范框架第 7.4.2 节规定对大流行性流感防范框架进行第一次，即本次审查，其中提出将于 2016 年审查大流行性流感防范框架及其附件，“以期在 2017 年通过执行委员会就适当反映事态发展的条款修订向世界卫生大会提出建议”。

大流行性流感防范框架咨询小组（“咨询小组”）于 2015 年 10 月 13-14 日举行特别会议，征求会员国、业界及其它利益攸关方对审查的意见。会议的结果是建议建立一个小型独立专家小组，以便采用透明和包容性的方法审查大流行性流感防范框架的落实情况<sup>3</sup>。据此，总干事召集了审查小组，由来自世卫组织所有区域并具备范围广泛的专门技术的八名专家组成。审查小组负责回答以下问题<sup>4</sup>：

1. 采用大流行性流感防范框架以来有哪些成就？
2. 大流行性流感防范框架的实施是否改进了全球大流行性流感的防范，包括大流行间期的监测，以及应对能力？
3. 有哪些挑战，以及有哪些应对挑战的可能方法？

---

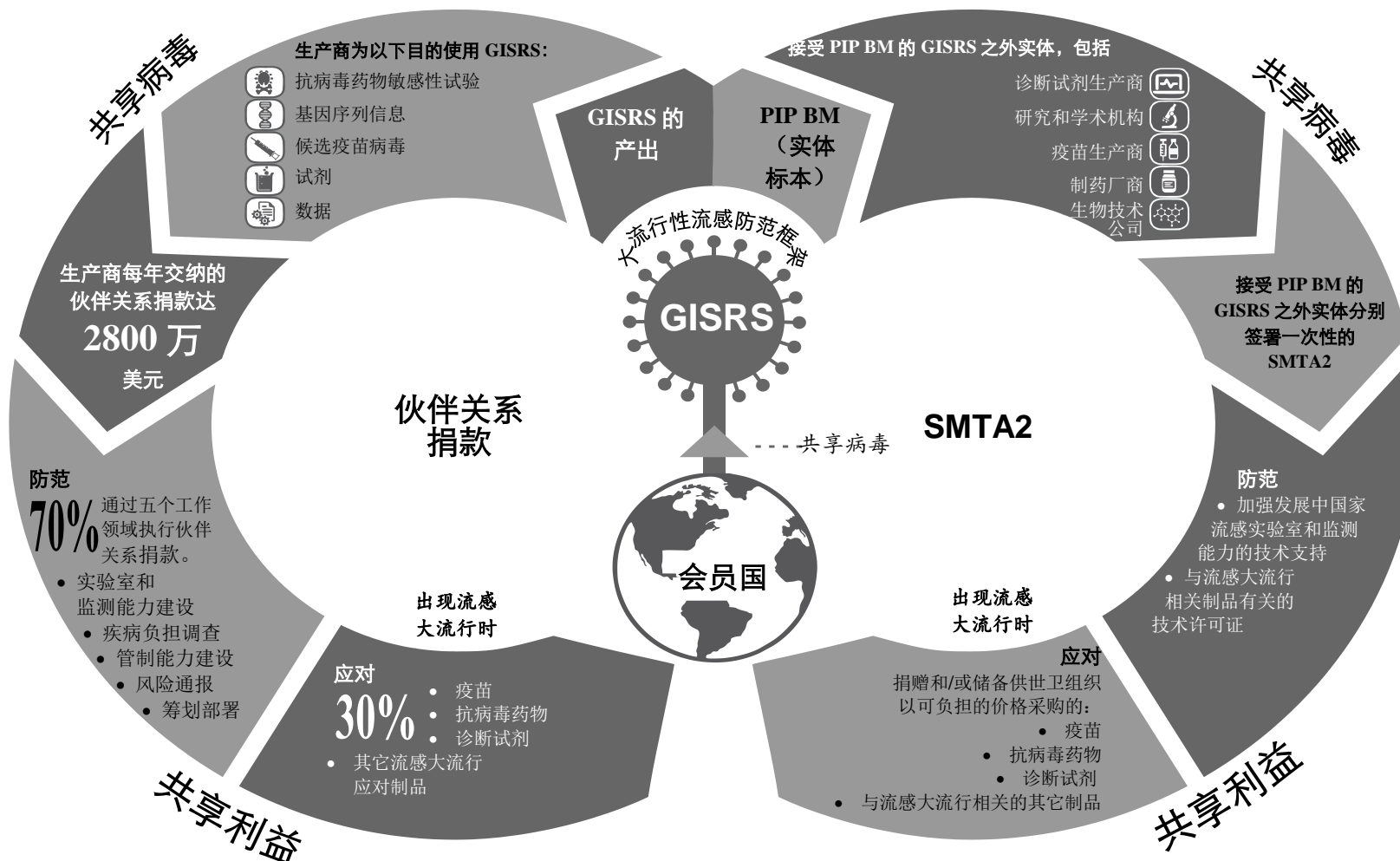
<sup>1</sup> 全球流感监测和应对系统。载于：世界卫生组织[网站]。日内瓦：世界卫生组织；2016 年（[http://www.who.int/influenza/gisrs\\_laboratory/en/](http://www.who.int/influenza/gisrs_laboratory/en/)，2016 年 10 月 20 日访问）。

<sup>2</sup> 在全球流感监测和应对系统之外，还有一些得到会员国授权和指定的流感实验室向全球流感监测和应对系统提供大流行性流感防范生物材料。这些实验室设在没有国家流感中心的会员国，或者是开展通常由国家流感中心履行的某些职责的其它实验室。

<sup>3</sup> 大流行性流感防范框架咨询小组。大流行性流感防范框架咨询小组特别会议，2015 年 10 月 13-14 日，瑞士日内瓦。总干事的报告。日内瓦：世界卫生组织；2015 年（[http://www.who.int/influenza/pip/advisory\\_group/ag\\_spec\\_session\\_report.pdf](http://www.who.int/influenza/pip/advisory_group/ag_spec_session_report.pdf)，2016 年 9 月 24 日访问）。

<sup>4</sup> 同上。

图 1.1: 大流行性流感防范框架的病毒共享和利益共享组成部分



**GISRS:** 全球流感监测和应对系统由 113 个会员国中的 143 个国家流感中心、6 个世卫组织合作中心、4 个世卫组织必要的管制实验室以及 13 个世卫组织 H5 参考实验室组成。缴纳伙伴关系捐款的生产商可能也有资格签署标准材料转让协议 2。

**PIP BM:** 大流行性流感防范生物材料

**SMTA2:** 标准材料转让协议 2 (标准材料转让协议 1 是国家流感中心为成为全球流感监测和应对系统一部分签署的协议); 标准材料转让协议 2 的有效期至下一次流感大流行结束时为止。

来源: 世卫组织, 2016 年

## 第 2 章：工作方法

2015 年 10 月 13-14 日的咨询小组特别会议就审查工作的职权范围和方向向会员国、业界及其它利益攸关方征求意见。会议之后，咨询小组向总干事报告，并提出了关于审查工作的组织、程序、内容和职权范围的建议<sup>1</sup>。

审查小组于 2015 年 12 月任命，于 2016 年 3 月至 9 月在日内瓦世卫组织总部举行了四次面对面的会议。在这些会议之前于 2016 年 1 月和 2 月召开了两次电话会议。审查小组举行了讨论会，仅向审查小组和世卫组织审查小组秘书处的成员开放。此外，在 2016 年 2 月的电话会议以及 2016 年 3 月、6 月和 8 月/9 月的会议之后，邀请会员国代表参加情况介绍和问答会议。这些会议通过世卫组织网站上的现场网播对所有利益攸关方和公众开放<sup>2</sup>。此外，审查小组主席 Christine Mwelwa Kaseba-Sata 博士于 2016 年 5 月 25 日向第六十九届世界卫生大会介绍了审查小组工作的最新情况<sup>3</sup>。

审查小组的工作方法在附录 II 中作了详细描述，并简要概括如下。在开始工作时，审查小组对大流行性流感防范框架开展了系统的分析，强调了被认为未能有效运转的领域以及可能的原因。审查小组审查了重要的文件，包括涉及咨询小组的工作、大流行性流感防范框架的实施以及关于《名古屋议定书》实施情况的调查等相关报告。

为了充实讨论内容，审查小组通过会谈和包括回答问题的一次开放式电子协商过程，在整个审查过程中积极征求会员国以及全球流感监测和应对系统、业界、民间社会组织、相关数据库及其它利益攸关方代表的投入。2016 年 3 月 30 日和 8 月 29 日，作为审查小组会议的一部分，在世卫组织总部与会员国、民间社会及其它利益攸关方举行了开放式的协商会。审查小组与主要调查对象总共进行了 40 次会谈；收到会员国、业界、民间社会、数据库及其它利益攸关方的若干书面意见；审查了为保护全球公共卫生开展的其它行动；并向世卫组织总部和区域办事处的工作人员征求信息。

审查小组在 2016 年 10 月向总干事提交了最后报告，以便在 2017 年 1 月转呈世卫组织执行委员会，并在 2017 年 5 月转呈世界卫生大会。

<sup>1</sup> 同上。

<sup>2</sup> 大流行性流感防范框架审查小组。2016 年对大流行性流感防范框架的审查，大流行性流感防范审查小组会议报告。载于：世界卫生组织[网站]。日内瓦：世界卫生组织；2016 年 (<http://www.who.int/influenza/pip/2016-review/meetings/en/>，2016 年 9 月 20 日访问)。

<sup>3</sup> Christine Mwelwa Kaseba-Sata 博士，审查小组主席。第六十九届世界卫生大会上关于审查小组工作最新情况的介绍。甲委员会，2016 年 5 月 25 日（星期三），夜会。载于：世界卫生组织[网站]。日内瓦：世界卫生组织；2016 年 (<http://www.who.int/mediacentre/events/2016/wha69/webstreaming/en/>，2016 年 9 月 29 日访问)。



## 第 3 章：总体分析

---

在本报告中，审查小组遵从其职权范围<sup>1</sup>：

1. 讨论大流行性流感防范框架的成就
2. 讨论大流行性流感防范框架的实施是否改进了全球大流行性流感的防范，包括大流行间期的监测，以及应对能力
3. 讨论可能的挑战以及应对挑战的方法。

本章处理了前面两点，从总体角度考虑整个大流行性流感防范框架和整体成就（见图 3.1）以及各项挑战；随后的第 4 章到第 8 章处理了第三点，审议了与大流行性流感防范框架具体内容相关的成就和挑战以及应对挑战的可能方法。

---

<sup>1</sup> 大流行性流感防范框架咨询小组。大流行性流感防范框架咨询小组特别会议，2015 年 10 月 13-14 日，瑞士日内瓦。总干事的报告。日内瓦：世界卫生组织，2015 年（[http://www.who.int/influenza/pip/advisory\\_group/ag\\_spec\\_session\\_report.pdf](http://www.who.int/influenza/pip/advisory_group/ag_spec_session_report.pdf)，2016 年 9 月 24 日访问）。

图 3.1 大流行性流感防范框架的十大成就



### 3.1 加强流感大流行防范的创新方法

#### 主要调查结果

调查结果 1：大流行性流感防范框架通过广泛的政府间程序谈判达成，是用于大流行性流感防范的一种大胆和创新的工具。已证明在对等的基础上平衡病毒共享和利益共享是改善大流行性流感防范的一种成功的做法，有助于加强全球卫生安全。

调查结果 2：通过更可靠地获取病毒以及在出现流感大流行时确保实时获取更多疫苗和抗病毒药物方面持续作出的努力，大流行性流感防范框架加强了对全球流感大流行的防范。该框架还在能力有限或无能力发现、监测和共享新型流感病毒的重点国家中资助能力建设，并确保具备用于应对工作的储备应对资金，从而加强了防范。通过这些活动，促进了流感大流行全球应对能力以及应对工作公平性方面的可信度和可预见性。

调查结果 3：大流行性流感防范框架是会员国通过世卫组织与包括业界和民间社会等不同利益攸关方透明和有效地接触的一种模式。世卫组织定期召集业界和民间社会与会员国探讨大流行性流感防范框架不同方面的操作，并在重要的决策时刻与它们接触。鉴于它们的不同观点，这些利益攸关方可以提供重要的意见，有助于大流行性流感防范框架的成功。

调查结果 4：为了确定引起大流行的可能性，全球流感监测和应对系统对季节性流感病毒进行持续的风险评估并对其它人畜共患流感病毒进行定期的风险评估，在加强应对季节性流感和流感大流行防范的核心能力方面为国家提供了关键性的利益。

调查结果 5：根据第 7.2.5 节和 7.4.1 节的规定，对大流行性流感防范框架的个别方面定期进行报告，但这些内容目前并没有汇集成一个综合性的评价模式，因此不同利益攸关方很难获得对整体进展的全面了解。

调查结果 6：对大流行性流感防范框架的捐助可以给予更清晰可见的赞扬和认可，其中包括会员国对本国全球流感监测和应对系统实验室的重大支持。这种赞扬可以采取大流行性流感防范框架秘书处关于正式认可伙伴关系捐款的现有做法。

大流行性流感防范框架以公共卫生事业中前所未有的方式，采取创新的方法与利益攸关方接触，特别是与业界接触。该框架团结了公立和私立卫生保健部门的主要行为者，达成的伙伴关系很难商定，但已证实很成功。

### 3.2 确保大流行性流感防范框架的相关性

调查结果 7：鉴于不断变化的流感病毒对公共卫生造成的独特威胁以及埃博拉病毒病和寨卡病毒疫情等越来越多的突发卫生事件，大流行性流感防范框架的原则，尤其是把共享病毒与共享利益放在对等基础上的原则，在今天与五年前一样具有相关性。

调查结果 8：维持大流行性流感防范框架的贡献并体现大流行性流感防范的效益尤为重要，因为具有若干相互竞争的卫生重点的国家通常把注意力集中在当前的当地疾病威胁，因此可能对流感大流行没有准备。在公共卫生干预措施更广泛格局的背景下，大流行性流感防范框架必须继续显示自身对加强全球卫生安全的贡献，以便保持对决策者、政府、业界和政府间组织的相关性。

调查结果 9：目前，大流行性流感防范框架没有具体规定随后审查的时间安排。为了确保大流行性流感防范框架的持续相关性和最佳影响，需要定期审查其运行情况。会员国需要指出今后应当以什么频率进行审查。

调查结果 10：会员国及其它利益攸关方越来越迫切关注的问题是，如何处理新技术的影响，其中尤其涉及在大流行性流感防范框架下处理基因序列数据的问题。

虽然大流行性流感防范框架的文本以尽量前瞻性的方式编写，但也反映了当下特定的政治、科学、技术和经济情况。世界准备应对流感大流行，仍然是一项关键性的任务，大流行性流感防范框架必须适应不断变化的全球卫生格局，从而保持相关性。

全球卫生，尤其在传染性病原体方面，已越来越多地与卫生安全环境相关，各种行动和主要行为者的范围扩大到卫生部门之外，包括人道主义行为者、发展机构、联合国机构以及社区。资助环境也更加广泛，用于流感大流行的资金供应现在包括新的世界银行大流行应急筹资机制<sup>1</sup>。

大流行性流感防范框架还必须适应可能改变共享流感病毒方式或导致开发新产品的技术进展。这些变化可以包括实验室分析新方法，流感疫苗生产技术的变化，新型沟通技术，以及使用流感病毒基因序列方面的事态发展。

<sup>1</sup> 大流行应急筹资机制：常见问题。载于：世界银行[网站]。日内瓦：世界银行；2016年（<http://www.worldbank.org/en/topic/pandemics/brief/pandemic-emergency-facility-frequently-asked-questions>，2016年10月26日访问）。

### 3.2.1 关于把大流行性流感防范框架扩大到包括季节性流感的讨论

调查结果 11: 关于这一复杂和挑战性的问题, 审查小组获得了来自会员国、业界和民间社会等主要调查对象范围广泛的意见, 赞同和反对把季节性流感纳入大流行性流感防范框架的意见都很强烈。需要进一步研究把季节性流感包括在内的影响。

大流行性流感防范框架在其范围(第 3.2 节)中提出, 大流行性流感防范框架“不适用于季节性流感病毒”。考虑过将其包括在内, 但大流行性流感防范框架的最后文本中不包括季节性流感病毒。但是, 季节性和大流行性流感病毒在现实中作为一种连续体存在, 涉及人类、鸟类及其它动物。可能引起人间大流行的每种新的流感病毒都是病毒持续演化的结果, 因为病毒可以与其它流感病毒重组。这被称为“抗原转化”<sup>1</sup>, 可以迅速导致可能引起大流行的新病毒。

通过全球流感监测和应对系统共享的绝大部分病毒是季节性病毒——每年与世卫组织合作中心共享 28 000 种季节性病毒<sup>2</sup>。这些病毒通过变异进行“抗原漂移”<sup>3</sup>, 所以常常需要更新季节性疫苗中的病毒。此外, 这种“漂移”可以具有重大影响, 导致毒性更强的季节性病毒。全球流感监测和应对系统的大部份工作基于季节性风险评估、病毒鉴定、开发候选疫苗病毒、试剂和诊断包以及为季节性疫苗提出疫苗病毒建议。这对生产商和国家至关重要。此外, 健全的季节性疫苗生产能力对大流行性流感疫苗的生产能力至关重要, 因为使用相同的设施。此类设施必须健全, 才能在适当的时候迅速和及时地从生产季节性疫苗转为生产大流行性流感疫苗<sup>4</sup>。

应当注意的是, 在大流行性流感防范框架伙伴关系捐款机制的实施过程中, 季节性疫苗生产的价值是使用全球流感监测和应对系统的每家疫苗生产商决定“销售额度”的基础, 该额度又是计算世卫组织要求每家公司捐赠数额的决定因素。

季节性病毒与大流行性病毒的区分可以造成挑战。这种挑战尤为明显的情况是, 在原有的流感大流行已宣布结束很长时间之后, 一种病毒(例如甲型 H1N1 流感病毒)又

<sup>1</sup> 美国疾病控制和预防中心提出, “抗原转化是甲型流感病毒突然发生的重大变化, 在感染人类的流感病毒中产生新的血凝素和/或新的血凝素和神经氨酸酶蛋白。转化产生新的甲型流感亚类或病毒, 具有来自动物种群的血凝素或血凝素和神经氨酸酶结合物, 与人类的同种亚类差别很大, 以致多数人对新的(例如新型)病毒没有免疫力”。流感病毒如何转变: “漂移”和“转化”。乔治亚州亚特兰大: 疾病控制和预防中心; 2016 年 (<http://www.cdc.gov/flu/about/viruses/change.htm>, 2016 年 9 月 19 日访问)。

<sup>2</sup> 全球流感规划, 世界卫生组织, 未发表的数据, 2016 年 10 月。

<sup>3</sup> 美国疾控中心进一步把抗原漂移界定为“随着病毒复制, 长期持续发生的流感病毒基因微小变化”。流感病毒如何转变: “漂移”和“转化”。乔治亚州亚特兰大: 疾病控制和预防中心; 2016 年 (<http://www.cdc.gov/flu/about/viruses/change.htm>, 2016 年 9 月 19 日访问)。

<sup>4</sup> 流感大流行开始阶段的流感疫苗反应, 2015 年 6 月 29 日-7 月 1 日在瑞士日内瓦召开的世卫组织非正式协商会的报告。日内瓦: 世界卫生组织; 2016 年 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/207751/1/WHO\\_OHE\\_PED\\_GIP\\_2016.1\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/207751/1/WHO_OHE_PED_GIP_2016.1_eng.pdf), 2016 年 9 月 20 日访问)。

在该国形成严重疫情。2016年5月在斐济就发生了这种事，在流感大流行已宣布结束很长时间之后，甲型H1N1流感又造成若干孕妇死亡<sup>1</sup>。

但是，如果与可能引起人间大流行的流感病毒采取同样方法追踪季节性病毒，把大流行性流感防范框架扩大到包括季节性流感，将导致全球流感监测和应对系统实验室的工作量显著加大。而且，还需要处理利益共享的问题。

### 3.2.2 改进大流行性流感防范框架的通报

调查结果 12：有些利益攸关方对大流行性流感防范框架的一些重要方面缺乏清楚的了解，包括选定执行伙伴关系捐款的重点国家以及伙伴关系捐款所资助项目正在取得的进展。虽然世卫组织和咨询小组已经在与利益攸关方定期进行透明的沟通，但需要解决认识方面的空白，加强关于大流行性流感防范框架主要方面、实施情况和成就的沟通。

尽可能广泛的认识将有助于大流行性流感防范框架的实施。虽然大流行性流感防范框架秘书处经常通过面对面的会议、电话会议和新闻简报以及世卫组织大流行性流感防范框架网站<sup>2</sup>进行沟通，但会员国常驻日内瓦代表团、世卫组织区域办事处和利益攸关方组织内部工作人员的更替导致机构记忆的丧失，这意味着与大流行性流感防范框架的联系逐渐欠佳。

宣传大流行性流感防范框架对公共卫生的重要意义，也应当把更广泛的民间社会组织作为目标，因为对流感严重性缺乏了解，可以对健康产生更广泛的影响。

## 3.3 大流行性流感防范框架应用于其它病原体

调查结果 13：大流行性流感防范框架在确保更充分和更公平地获取病毒、疫苗、抗病毒药物和诊断试剂方面的成功，促使一些利益攸关方建议把大流行性流感防范框架扩大到包括其它传染性病原体，而另一些利益攸关方则提出把大流行性流感防范框架的原则作为一种模式。

<sup>1</sup> 斐济卫生与营养部门。8号简报：涵盖2016年5月6日-6月13日。载于：斐济卫生和医疗服务部[网站]。图拉克：斐济卫生和医疗服务部；2016年（[http://www.health.gov.fj/wp-content/uploads/2016/03/20160613\\_HNC\\_Bulletin8\\_final.pdf](http://www.health.gov.fj/wp-content/uploads/2016/03/20160613_HNC_Bulletin8_final.pdf)，2016年10月4日访问）。

<sup>2</sup> 大流行性流感防范框架。载于：世界卫生组织[网站]。日内瓦：世界卫生组织；2016年（<http://www.who.int/influenza/pip/en/>，2016年9月20日访问）。

调查结果 14: 按照 2016 年联合国全球应对卫生危机高级别小组报告<sup>1</sup>的建议扩大目前的大流行性流感防范框架以包括流感病毒之外的其它病原体, 将是一个非常复杂的过程, 可能会危及框架的可行性; 其它任何疾病都没有公共卫生实验室网络与业界存在如此长期相互依赖关系的系统。

调查结果 15: 按照 2016 年《国际卫生条例 (2005)》在埃博拉疫情和应对方面的作用审查委员会报告<sup>2</sup>的建议把大流行性流感防范框架的原则用作为其它疾病中公平性和互惠的榜样, 很可能比扩大其范围更加可行, 但这仍然可能会很有挑战性。

大流行性流感防范框架的成功使一些人思考如何把实施工作中获得的经验教训应用于其它疾病。有些报告甚至建议对大流行性流感防范框架本身进行扩大。联合国全球应对卫生危机高级别小组在 2016 年 1 月发表报告, 建议“世卫组织召集其会员国重新谈判《大流行性流感防范框架》, 以增列纳入其它的新病原体, 使其具有法律约束性, 并按照 2010 年《生物多样性公约名古屋议定书》规定的原则, 适当兼顾义务和利益”<sup>3</sup>。

本审查小组认为, 虽然大流行性流感防范框架可以作为一个有效的模式, 但把大流行性流感防范框架本身扩大到包括其它病原体, 将很具挑战性。2016 年《国际卫生条例 (2005)》审查委员会的报告中反映了一种更实用的做法, 其中建议世卫组织和缔约国应当“考虑使用大流行性流感防范框架或类似的现有协议作为模板, 创建新的协议或者用于已引起或可能引起国际关注的突发公共卫生事件的其它传染性因子。这些协议应当基于在对等基础上使样本和数据的共享与利益共享达成平衡的原则”<sup>4</sup>。

平衡不同利益攸关方的利益以确保公共卫生公平性是很复杂的。大流行性流感防范框架是第一份此类全球协议, 这与流感病毒本身的独特性有很大关系——流感病毒频繁变异, 而且由于更新季节性流感疫苗的必要性造成了持续的产品周期, 结果是生产商获得了持续的收入流并有高质量的生产线, 使生产商有准备从生产季节性流感疫苗转为生产大流行性流感疫苗。全球流感监测和应对系统中也有力量强大和牢固的实验室网络来监测流感, 并为大流行性流感防范框架提供了基础。

<sup>1</sup> 保护人类免受未来卫生危机之祸, 全球应对卫生危机高级别小组的报告, 建议 15。联合国大会, 2016 年 2 月 9 日。纽约: 联合国; 2016 年 (A/70/723; [http://www.un.org/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/70/723](http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/70/723), 2016 年 9 月 20 日访问)。

<sup>2</sup> 实施《国际卫生条例 (2005)》, 《国际卫生条例 (2005)》在埃博拉疫情和应对方面的作用审查委员会的报告, 总干事的报告, 2016 年 5 月 13 日。日内瓦: 世界卫生组织; 2016 年 (A69/21; [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA69/A69\\_21-en.pdf?ua=1](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_21-en.pdf?ua=1), 2016 年 9 月 20 日访问)。

<sup>3</sup> 保护人类免受未来卫生危机之祸, 全球应对卫生危机高级别小组的报告, 建议 15。联合国大会, 2016 年 2 月 9 日。纽约: 联合国; 2016 年 (A/70/723; [http://www.un.org/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/70/723](http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/70/723), 2016 年 9 月 20 日访问)。

<sup>4</sup> 实施《国际卫生条例 (2005)》, 《国际卫生条例 (2005)》在埃博拉疫情和应对方面的作用审查委员会的报告, 总干事的报告, 2016 年 5 月 13 日。日内瓦: 世界卫生组织; 2016 年 (A69/21; [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA69/A69\\_21-en.pdf?ua=1](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_21-en.pdf?ua=1), 2016 年 9 月 20 日访问)。

但是，对于多数新的和正在出现的病原体，没有既定的实验室网络来定期共享样本以及与既定疫苗（或其它制品）生产能力相关的专门技术。因此，虽然在对等基础上共享病毒和利益的做法可以应用于其它病原体，但要把大流行性流感防范框架用作为一个模板，在实施和业务方面可能会产生显著的挑战。

### 建议：总体

1. 世卫组织应当制定综合性的评价模式，包括用于年度报告的大流行性流感防范框架整体成功计量系统。此类报告应当包括信息图表，显示大流行性流感防范框架的整体实施进展现状，以便更清楚地了解流感大流行防范和应对方面的进展。
2. 世卫组织应当定期和更有效地向会员国、全球流感监测和应对系统实验室、业界、民间社会及其它利益攸关方通报大流行性流感防范框架的目标和实施进展情况。尤其应当更充分地通报以下方面：
  - a. 综合性评价模式的进展情况；
  - b. 伙伴关系捐款的执行措施；咨询小组的定期报告和会后情况介绍中应当着重说明这些措施，使进展更为明显并得到更明确的认识；
  - c. 围绕选择接受伙伴关系捐款支持的国家等问题，应当加强沟通和透明度，在会员国中提高对大流行性流感防范框架的了解；
  - d. 利益攸关方自愿捐款和会员国实物认捐的重要意义，包括通过提供实验室日常运作费用来支持和维持全球流感监测和应对系统。
3. 总干事应当开展研究，确定把季节性流感病毒纳入大流行性流感防范框架的影响和可取性。
4. 大流行性流感防范框架是全球公共卫生的一种基础性互惠模式，可以应用于其它病原体；但是，大流行性流感防范框架当前的范围应当在此时继续侧重于大流行性流感。
5. 会员国应当商定下一次审查大流行性流感防范框架的时间，应当定在 2021 年年底之前。



## 第 4 章：共享病毒

### 4.1 概览

#### 主要调查结果

调查结果 16: 全球流感监测和应对系统的病毒共享系统总体上运行良好, 正在扩大到涵盖更多的地理区域。在 2011 年至 2016 年期间, 国家流感中心的数量从 136 个增加到 143 个, 世界卫生组织 H5 参考实验室的数量从 12 个增加到 13 个, 世界卫生组织合作中心的数量保持在六个, 世界卫生组织必要的管制实验室数量保持在四个。在业务层面上, 存在不同组织之间快速交换信息和大力互动的平台。世界卫生组织运输基金项目 (“运输基金”) 提高了各实验室共享病毒的能力。

调查结果 17: 针对世界卫生组织全球流感监测和应对系统实验室的职权范围、通过全球流感监测和应对系统实验室的自我评估对这些职权范围是否得到履行进行的评价以及对国家流感中心的调查, 大流行性流感防范框架 (附件 4) 提出了指导原则。证据显示各实验室履行了其标准材料转让协议 1 的义务。

调查结果 18: 审查小组与来自各实验室的主要调查对象的讨论表明他们不清楚应当如何在涉及共享大流行性流感防范生物材料和基因序列数据时解释 “及时” 和 “代表性” 的定义, 也不清楚在涉及框架第 5.1.1 节中共享来自甲型 H5N1 病毒及其它可能引起人间大流行的流感病毒的所有病例时, “在可行时” 的意思。

调查结果 19: 全球流感监测和应对系统提供了显著的利益, 包括开展关键性的风险评估以及提供疫苗病毒和疫苗病毒建议、诊断包、试剂、参考病毒、专门技术、培训和能力建设。针对流感发展的实验室能力似乎对其它病原体, 例如中东呼吸综合征冠状病毒, 具有附带效益<sup>1</sup>。但是, 审查小组发现在向一些实验室提供试剂和诊断包方面存在一些障碍 (包括政治、管制和后勤方面的障碍)。

调查结果 20: 全球流感监测和应对系统的自我评估也揭示了一些弱点, 例如地域覆盖面方面的空白 (尤其是在非洲和中东) 以及国家资金供应不足和缺乏对流感监测的优先重视<sup>2</sup>。

<sup>1</sup> 世界卫生组织全球流感监测和应对系统的自我评估, 咨询小组的报告。日内瓦: 世界卫生组织; 2014 年 ([http://www.who.int/influenza/pip/virus\\_sharing/gisrs\\_self\\_assessment.pdf](http://www.who.int/influenza/pip/virus_sharing/gisrs_self_assessment.pdf), 2016 年 9 月 19 日访问), 第 4.1 节。

<sup>2</sup> 同上, 第 4.2 节。

调查结果 21: 全球流感监测和应对系统实验室与全球流感监测和应对系统之外的实验室之间, 尤其是动物部门的实验室之间, 存在持久的联系。但是, 有些调查对象认为全球流感监测和应对系统与全球流感监测和应对系统之外的系统各部分之间应当有更强的联系。

调查结果 22: 全球流感监测和应对系统与联合国粮食及农业组织、世界动物卫生组织以及 OFFLU (世界动物卫生组织和粮农组织动物流感专家联合网络) 密切合作, 开展风险评估并开发候选疫苗病毒。在有些情况下, 由于出口控制、政治疑虑或其它原因, 来自人类感染的病毒未能得到共享 (或者延迟了共享), 结果动物病毒被用于风险评估和候选疫苗病毒的开发。但是, 关于何时应当向全球流感监测和应对系统提供动物样本, 缺少明确的规定; 对这种情况可以做出改进。

调查结果 23: 在出现流感大流行时, 全球流感监测和应对系统将面临需要处理的样本数量激增的情况, 有些人担忧网络可能会不堪重负。为了防范这种紧急情况, 世卫组织提供了指导, 包括优先把病毒样本转送世卫组织合作中心进行进一步分析和开发候选疫苗病毒<sup>1</sup>。在 2009 年的甲型 H1N1 流感大流行期间, 这种指导很有价值, 所以将需要维持或按必要改进, 并继续公开提供。

调查结果 24: 在最近推出流感大流行风险评估工具<sup>2</sup>之后, 世卫组织有机会与具备全球流感监测和应对系统实验室的会员国合作加强大流行性流感风险评估能力。

鉴于流感快速演化的性质以及作为具有大流行趋势的疾病所产生的可能威胁, 健全的全球共享流感病毒系统对监测、防范和应对工作是至关重要的。监测全球流感病毒演化和扩散的情况, 有助于公共卫生官员们开展风险评估调查并确认可能的大流行性病毒, 而且病毒样本和基因序列信息对研制发现、预防和治疗疾病所需的诊断试剂、疫苗和药物是必不可少的。

全球流感监测和应对系统履行许多此类职能, 是大流行性流感防范框架的支柱。60 多年来, 被称为全球流感监测网络的全球公共卫生实验室网络一直在收集和监测流感病毒。2011 年开始采用大流行性流感防范框架时, 其名称改变为全球流感监测和应对系统, 以便反映该网络经扩大的作用。大流行性流感防范框架附件 1 的标准材料转让协议 1 确立了这种作用, 该协议是一份具有约束性的合同, 规定了全球流感监测和应对系统实验室互相交换可能引起人间大流行的流感病毒的条件。

<sup>1</sup> 世卫组织流感大流行防备计划核对清单。日内瓦: 世界卫生组织; 2005 年 (WHO/CDS/CSR/GIP/2005.4; <http://www.who.int/influenza/resources/documents/FluCheck6web.pdf>, 2016 年 9 月 19 日访问)。

<sup>2</sup> 流感大流行风险评估工具, 发行的第一版。日内瓦: 世界卫生组织; 2016 年 (WHO/OHE/PED/GIP/2016.2; <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250130/1/WHO-OHE-PED-GIP-2016.2-eng.pdf>, 2016 年 10 月 4 日访问)。

全球流感监测和应对系统实验室追踪流感病毒演化情况，向会员国提供重要的风险评估（见方框 4.1）和预警，例如通过每月的风险评估概要<sup>1</sup>。虽然大流行性流感防范框架（第 3 节）局限于可能引起人间大流行的流感病毒，但全球流感监测和应对系统网络处理所有人类流感病毒以及对人类造成威胁的一些动物流感病毒（例如 H3N2v 和 H5、H7、H9）。与季节性疫苗或流感大流行防备有关的所有流感病毒都应当通过适当的渠道纳入全球流感监测和应对系统网络。

全球流感监测和应对系统网络向会员国及其它方面提供显著利益，包括关于改进流感疫苗病毒挑选的非正式专家协商会<sup>2</sup>、关于从季节性疫苗生产转为大流行性流感疫苗生产的指导<sup>3</sup>、培训班、国家流感中心专家会议以及更多的学术合作出版物，例如关于世卫组织如何制定疫苗病毒建议<sup>4</sup>。在有些情况下，全球流感监测和应对系统网络也被用来应对非流感病原体造成的威胁（例如用于监测呼吸道合胞病毒）<sup>5</sup>，而且全球流感监测和应对系统的有些实验室对麻疹和脊灰等其它病原体进行常规检测<sup>6</sup>。

国家流感中心构成全球流感监测和应对系统的核心。除其它任务外，这些中心负责“从怀疑被感染”可能引起人间大流行的流感病毒的“患者身上采集临床标本”，作为“分离的疑似”可能引起人间大流行的“流感病毒的采集点”，“在一周内”进行初步检测并运送“临床标本和/或病毒”<sup>7</sup>。要求会员国通过国家流感中心，在可行时，于一周内将来自“可能引起人间大流行的流感病毒所有病例的 PIP 生物材料提供给来源会员国选定的”世卫组织合作中心或世卫组织 H5 参考实验室<sup>8</sup>。

除其它任务外，世卫组织合作中心对可能引起人间大流行的流感病毒进行详细分析，包括“分型和分亚型”、病毒分离、“详细的抗原和基因分析”以及“抗病毒易感

<sup>1</sup> 逐月风险评估摘要，人类与动物间传播流感。载于：世界卫生组织[网站]。日内瓦：世界卫生组织；2011 至 2016 年（[http://www.who.int/influenza/human\\_animal\\_interface/HAI\\_Risk\\_Assessment/en/](http://www.who.int/influenza/human_animal_interface/HAI_Risk_Assessment/en/)，2016 年 9 月 20 日访问）。

<sup>2</sup> 例如，世卫组织关于改进流感疫苗病毒挑选的第四次非正式协商会。载于：世界卫生组织[网站]。日内瓦：世界卫生组织；2015 年（[http://www.who.int/influenza/vaccines/virus/4thmtg\\_improve\\_vaccine\\_virus\\_selection/en/](http://www.who.int/influenza/vaccines/virus/4thmtg_improve_vaccine_virus_selection/en/)，2016 年 9 月 19 日访问）。

<sup>3</sup> 世界卫生组织。流感大流行开始阶段的流感疫苗反应，2015 年 6 月 29 日-7 月 1 日在瑞士日内瓦召开的世卫组织非正式协商会的报告。日内瓦：世界卫生组织；2016 年（[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/207751/1/WHO\\_OHE\\_PED\\_GIP\\_2016.1\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/207751/1/WHO_OHE_PED_GIP_2016.1_eng.pdf)，2016 年 9 月 19 日访问）。

<sup>4</sup> Ampofo W, Azziz-Baumgartner E, Bashir U, Cox NJ, Fasce R, Giovanni M 等。加强流感疫苗病毒的挑选和开发过程：在世卫组织总部召开的世卫组织关于改进流感疫苗病毒挑选的第三次非正式协商会报告，瑞士日内瓦，2014 年 4 月 1-3 日。《疫苗》。2014 年；36:4368-82. doi: 10.1016/j.vaccine.2015.06.090。

<sup>5</sup> 世界卫生组织。世卫组织全球流感监测和应对系统平台上世卫组织关于监测呼吸道合胞病毒的非正式协商会，2015 年 3 月 25-27 日。《疫情周报》，2016 年；91:1（<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26753193>，2016 年 9 月 19 日访问）。

<sup>6</sup> 世卫组织全球流感监测和应对系统的自我评估，咨询小组的报告。日内瓦：世界卫生组织；2014 年（[http://www.who.int/influenza/pip/virus\\_sharing/gisrs\\_self\\_assessment.pdf](http://www.who.int/influenza/pip/virus_sharing/gisrs_self_assessment.pdf)，2016 年 9 月 19 日访问）。

<sup>7</sup> 共享流感病毒以及获得疫苗和其它利益的大流行性流感防范框架。日内瓦：世界卫生组织；2011 年（<http://www.who.int/influenza/pip/en/>，2016 年 9 月 21 日访问），附件 5，国家流感中心，核心职权范围，B. 实验室及相关活动。

<sup>8</sup> 同上，第 5.1.1 节。

性测试”<sup>1</sup>。世卫组织合作中心的一项主要职能是挑选和创建候选疫苗病毒。候选疫苗病毒是从野生病毒<sup>2</sup>变异产生的病毒，以便更加适合于生产疫苗，同时保持抗原类似性<sup>3</sup>。这一般意味着：(1)对病毒进行减毒（或减弱），使其不会引起严重疾病；(2)确保能够在鸡胚和细胞培养基中良好生长；以及(3)确保仍然能够引起适当的免疫反应<sup>4</sup>。由于其构成疫苗的基础，可得和有效的候选疫苗病毒对季节性疫苗的效用以及对流感大流行的有力应对都是至关重要的。要求世卫组织合作中心广泛共享收集的所有信息以及候选疫苗病毒和试剂<sup>5</sup>。在2014年8月1日至2015年7月31日，世卫组织各合作中心对来自五个国家（孟加拉国、加拿大、中国、埃及和美利坚合众国）的123份可能引起人间大流行的流感病毒进行了鉴定<sup>6</sup>。

世卫组织 H5 参考实验室负责的有些任务与世卫组织合作中心相同，但涉及具有 H5 血凝素抗原的特定组别的流感病毒<sup>7</sup>。世卫组织必要的管制实验室负责“流感疫苗的开发、管制和标准化”，最主要是通过开发候选疫苗病毒<sup>8</sup>以及制备参考试剂以便实现流感疫苗标准化<sup>9</sup>。

#### 方框 4.1 流感大流行风险评估工具<sup>10</sup>

整个全球流感监测和应对系统的核心职能是提供必要的的数据，使国家能够形成有效和有意义的反应<sup>11</sup>。根据大流行性流感防范框架（第 6.2.3 节），世卫组织秘书处利用这种信息及其它来源的信息，负责“向所有会员国迅速、系统和及时地提供大流行风险评估信息”。由于认识到需要专门的风险评估工具，制定了流感大流行风险评估工具，以便支持对可能引起人间大流行的流感病毒进行及时和可更新的风险评估<sup>12</sup>。根据已知可

<sup>1</sup> 同上，附件 5，世卫组织流感合作中心，核心职权范围，B. 实验室分析及相关活动。

<sup>2</sup> 野生病毒是野外的病毒，在人或动物中自然存在。与许多疫苗病毒不同，它们未经改变或重组。

<sup>3</sup> 在抗原方面类似的病毒是根据血清检测衡量引起同等抗体反应的病毒。

<sup>4</sup> 为 HPAI（禽流感）病毒制作候选疫苗病毒。载于：疾病控制和预防中心[网站]。亚特兰大：国家免疫和呼吸道疾病中心，美国疾病控制和预防中心；2016 年（<http://www.cdc.gov/flu/avianflu/candidate-vaccine-virus.htm>，2016 年 9 月 19 日访问）。

<sup>5</sup> 共享流感病毒以及获得疫苗和其它利益的大流行性流感防范框架。日内瓦：世界卫生组织；2011 年（<http://www.who.int/influenza/pip/en/>，2016 年 9 月 21 日访问），附件 5，国家流感合作中心，核心职权范围，B. 实验室分析及相关活动。

<sup>6</sup> 大流行性流感防范框架咨询小组。大流行性流感防范框架咨询小组根据大流行性流感防范框架第 7.2.5 节向总干事提交的年度报告：2015 年年度报告。日内瓦：世界卫生组织；2015 年（[http://www.who.int/influenza/pip/ag\\_annual\\_report\\_2015.pdf](http://www.who.int/influenza/pip/ag_annual_report_2015.pdf)，2016 年 9 月 20 日访问），第 17 页。

<sup>7</sup> 共享流感病毒以及获得疫苗和其它利益的大流行性流感防范框架。日内瓦：世界卫生组织；2011 年（<http://www.who.int/influenza/pip/en/>，2016 年 9 月 21 日访问），附件 5，世卫组织 H5 参考实验室，核心职权范围，B. 实验室及其它活动。

<sup>8</sup> 同上，附件 5，世卫组织必要的管制实验室。

<sup>9</sup> 同上，附件 5，世卫组织必要的管制实验室，核心职权范围，B. 实验室及相关活动。

<sup>10</sup> 流感大流行风险评估工具。载于：世界卫生组织[网站]。日内瓦：世界卫生组织；2016 年（[http://www.who.int/influenza/areas\\_of\\_work/human\\_animal\\_interface/tipra/en/](http://www.who.int/influenza/areas_of_work/human_animal_interface/tipra/en/)，2016 年 10 月 20 日访问）。

<sup>11</sup> 共享流感病毒以及获得疫苗和其它利益的大流行性流感防范框架。日内瓦：世界卫生组织；2011 年（<http://www.who.int/influenza/pip/en/>，2016 年 9 月 19 日访问），第 6.2.1 节。

<sup>12</sup> 流感大流行风险评估工具以美国疾控中心的流感风险评估工具为基础：<http://www.cdc.gov/flu/pandemic-resources/tools/risk-assessment.htm>。

影响传播能力和严重程度的不同病毒因素，该工具侧重于病毒经过专家评估的定性大流行潜力。该工具力图回答以下问题：病毒的持久人际传播有何风险？为了评价这种风险，评估了两项内容：病毒持久人际传播的可能性有多大；以及如果病毒获得持久的人际传播能力，对人类有何影响？使用流感大流行风险评估工具的触发因素可以是流行病学因素（例如出现非季节性或动物流感病毒人间病例）或者病毒学因素（例如实验室动物研究表明该病毒有能力通过直接接触或呼吸道飞沫传播给未染病的动物）<sup>1</sup>。

共享病毒的成本可以对有些实验室造成挑战。从 2005 年开始，世卫组织运输基金为国家流感中心（在有些情况下还包括其它国家流感实验室）向世卫组织合作中心和世卫组织 H5 参考实验室运送季节性和大流行性流感病毒样本提供了资助<sup>2</sup>。自 2015 年以来，伙伴关系捐款资助了运输基金的全部费用。除了支付运输费用，运输基金还被用于简化运输程序以及为运输传染性物质提供世卫组织的技术和后勤支持<sup>3</sup>。从 2015 年 8 月 1 日至 2016 年 7 月 31 日，运输基金有 213 次被用于便利季节性和大流行性流感病毒的运输<sup>4</sup>。

## 4.2 病毒共享计量系统

### 主要调查结果

调查结果 25：虽然在采用大流行性流感防范框架之后，大流行性流感防范生物材料的共享最初有所增多，但过去两年中出现了减少。2014 年 9 月的全球流感监测和应对系统自我评估显示，2013 年出现甲型 H7N9 流感病毒时的反应很迅速和全面，但此后的病毒共享有所减少<sup>5</sup>。总体上，一些国家共享的可能引起人间大流行的流感病毒有所减少。根据咨询小组的要求，世卫组织正在开展研究，了解减少共享的原因和后果；该报告将在 2016 年 10 月向咨询小组提供。

尽管全球流感监测和应对系统网络有所发展并为运输提供了帮助，但 2012 年 8 月 1 日至 2013 年 7 月 31 日达到 370 份可能引起人间大流行的流感病毒的高峰以来，全球流感监测和应对系统内的病毒共享出现了令人担忧的减少。大流行性流感防范框架咨询小组在 2016 年 4 月的会议上指出了这种趋势：

<sup>1</sup> 流感大流行风险评估工具，发行的第一版。日内瓦：世界卫生组织；2016 年（WHO/OHE/PED/GIP/2016.2；<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250130/1/WHO-OHE-PED-GIP-2016.2-eng.pdf>，2016 年 10 月 4 日访问）。

<sup>2</sup> 运输和后勤活动。载于：世界卫生组织[网站]。日内瓦：世界卫生组织；2016 年（[http://www.who.int/influenza/gisrs\\_laboratory/logistic\\_activities/en/](http://www.who.int/influenza/gisrs_laboratory/logistic_activities/en/)，2016 年 9 月 19 日访问）。

<sup>3</sup> 同上。

<sup>4</sup> 大流行性流感防范框架秘书处，世界卫生组织，未发表的数据，2016 年 10 月。

<sup>5</sup> 世卫组织全球流感监测和应对系统的自我评估：咨询小组的报告。日内瓦：世界卫生组织；2014 年（[http://www.who.int/influenza/pip/virus\\_sharing/gisrs\\_self\\_assessment.pdf](http://www.who.int/influenza/pip/virus_sharing/gisrs_self_assessment.pdf)，2016 年 9 月 19 日访问），第 4.1 节。

虽然在采用大流行性流感防范框架之后，大流行性流感防范生物材料的共享最初有所增多，但最近的数据显示在共享可能引起人间大流行的流感病毒方面出现了下降趋势。H5N1、H7N9、H10N8 和 H9N2 病毒的详细数字表明，在 2011-16 年期间，有些特定国家共享的病毒数量显著低于确认的人间病例数<sup>1</sup>。

图 4.1 显示了 2016 年部分时间内世卫组织合作中心共享病毒的情况。

世卫组织和流感病毒追踪机制的数据显示：

- 从 2014 年 8 月 1 日至 2015 年 7 月 31 日，流感病毒追踪机制记录了从世卫组织合作中心和世卫组织必要的参考实验室运输的 156 份可能引起人间大流行的流感病毒，其中 92 份被送到全球流感监测和应对系统之外的实验室<sup>2</sup>。这说明，与前一年相比，记录的可能引起人间大流行的流感病毒共享数量减少了 71%<sup>3</sup>。
- 从 2015 年 8 月 1 日至 2016 年 7 月 31 日，流感病毒追踪机制记录了从世卫组织合作中心共享的 84 份可能引起人间大流行的流感病毒。其中 47 份与全球流感监测和应对系统之外的实验室共享<sup>4</sup>。
- 从 2011 年 3 月至 2016 年 2 月，与全球流感监测和应对系统实验室共享了 79 份候选疫苗病毒，还另外与全球流感监测和应对系统之外的实验室共享了 174 份<sup>4</sup>。
- 从 2015 年 3 月至 2016 年 2 月的一年期间，与两个全球流感监测和应对系统实验室共享了 8 份候选疫苗病毒，并与全球流感监测和应对系统之外的 8 个实验室共享了 13 份候选疫苗病毒<sup>5</sup>。

<sup>1</sup> 大流行性流感防范框架咨询小组。大流行性流感防范框架咨询小组会议，2016 年 4 月 19-22 日，瑞士日内瓦。总干事的报告。日内瓦：世界卫生组织；2016 年（[http://www.who.int/influenza/pip/ag\\_april2016\\_MeetingRpt.pdf?ua=1](http://www.who.int/influenza/pip/ag_april2016_MeetingRpt.pdf?ua=1)，2016 年 9 月 24 日访问），第 56 段。

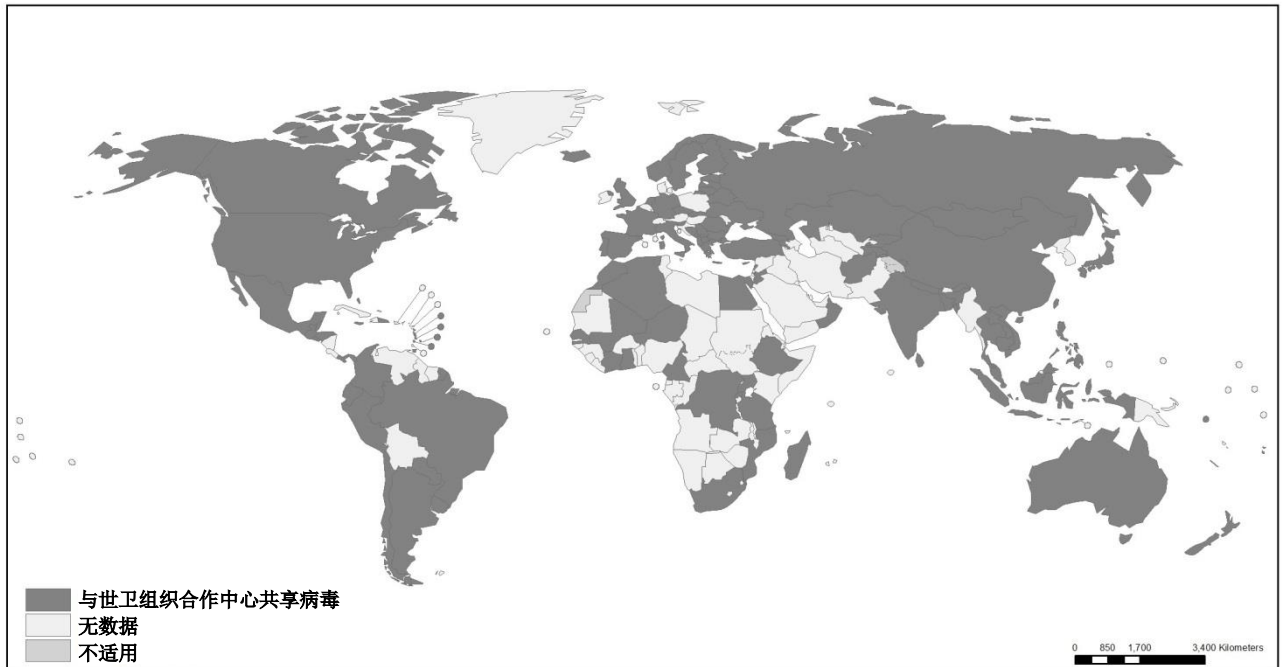
<sup>2</sup> 大流行性流感防范框架咨询小组。大流行性流感防范框架咨询小组根据大流行性流感防范框架第 7.2.5 节向总干事提交的年度报告：2015 年年度报告。日内瓦：世界卫生组织；2015 年（[http://www.who.int/influenza/pip/ag\\_annual\\_report\\_2015.pdf](http://www.who.int/influenza/pip/ag_annual_report_2015.pdf)，2016 年 9 月 20 日访问），第 9 页。

<sup>3</sup> 同上，第 9 页。

<sup>4</sup> 全球流感规划，世界卫生组织，未发表的数据，2016 年 10 月。

<sup>5</sup> 同上。

图 4.1: 2016 年 2 月至 9 月期间与世卫组织合作中心共享病毒的国家、地区和领地



本地图上显示的边界、名字和名称并不代表世界卫生组织对任何国家、领地、城市或地区或其当局的合法地位，或关于其边界或分界线的规定有任何意见。地图上的虚线表示可能尚未完全达成一致的大致边界线。

数据来源：世卫组织合作中心在 2016 年 9 月向世卫组织流感疫苗组合问题协商会提交的报告

地图制作：世卫组织全球流感监测和应对系统团队 © 世卫组织 2016 年。版权所有。世界卫生组织



世界卫生组织

在疫情期间，来自每个地理地点和时间点的代表性样本对有效的风险评估以及全球流感监测和应对系统的其它活动至关重要。因此，减少病毒共享对大流行性流感防范框架改进大流行性流感防范和应对的目标造成可能很严峻的挑战。

根据咨询小组的要求，世卫组织正在开展研究，了解病毒共享减少的原因和后果，以及对大流行性流感防范框架目标的影响。

来自世卫组织全球流感规划的信息（该规划协调世卫组织关于大流行性流感和季节性流感两方面的工作，包括监督全球流感监测和应对系统）以及与主要调查对象的会谈突出地表明，在若干领域进行澄清将能有利于共享病毒：国家流感中心不能清楚地认识到，共享可能引起人间大流行的流感病毒基因序列数据并不取代共享实体材料；关于大流行性流感防范框架要求“在可行时”共享所有可能引起人间大流行的流感病毒，对用词的意思有不同的解释；出口程序可能很复杂并涉及卫生部之外的其它部委；国家担心失去控制和主权；同时具有国家流感中心和世卫组织合作中心的国家不能确定仅在这两个实验室之间共享病毒是否足以满足对大流行性流感防范框架要求的字面解释，并因此不需要按照大流行性流感防范框架的设想进行国际共享。

世卫组织的研究将有助于更充分地了解病毒共享方面最近明显的减少。同时，大流行性流感防范框架的实施正在为恢复上升趋势奠定众多方面的必要基础。在伙伴关系捐款的实验室和监测工作计划之下资助的能力建设活动针对43个重点国家，目标是要提高国家发现和共享新型流感病毒的能力（见第6章，第6.3.2.1节）。伙伴关系捐款的投资也在提高国家监测可能引起人间大流行的流感病毒演化情况和开展风险评估的能力。

### 4.3 流感病毒追踪机制

#### 主要调查结果

调查结果 26：全球流感监测和应对系统实验室坚持使用流感病毒追踪机制，对确保透明度和推进大流行性流感防范框架公平共享利益的目标至关重要。

调查结果 27：对国家流感中心，流感病毒追踪机制的档案记录时有时无，因为其中许多中心主要常规处理季节性流感病毒，而流感病毒追踪机制专门针对可能引起大流行的标本。因此，许多国家流感中心在日常业务中很少接触这一工具。虽然世卫组织合作中心坚持使用该工具，但国家流感中心一般都不提供大流行性流感防范生物材料的运输情况。这似乎是由于缺乏了解，因此对流感病毒追踪机制的使用进行培训，可以有助于解决该问题。

流感病毒追踪机制是可以公开获取的在线工具，用于追踪可能引起人间大流行的流感病毒“向世卫组织全球流感监测和应对系统输入、在世卫组织全球流感监测和应对系统内部以及从世卫组织全球流感监测和应对系统输出”的情况<sup>1</sup>。该信息供世卫组织用以识别需要签署标准材料转让协议<sup>2</sup>的全球流感监测和应对系统使用者；供会员国用以了解它们共享的病毒如何得到利用；供其它利益攸关方用以了解全球流感监测和应对系统如何加强大流行性流感防范工作。该系统依赖于全球流感监测和应对系统实验室坚持报告可能引起人间大流行的流感病毒的转让和接受情况。

了解谁在接受可能引起人间大流行的流感病毒，对大流行性流感防范框架的利益共享系统及其关于透明度的目标至关重要。在流感病毒追踪机制之前，会员国没有追踪系统以便了解它们共享的病毒最后的去向。流感病毒追踪机制含有1,000多份可能引起人间大流行的流感病毒档案以及超过1,100份运输记录，涉及19种流感病毒亚型<sup>2</sup>。在发送和接受样本时都应当记录交易情况。但是，在实践中许多国家流感中心不记录向外发

<sup>1</sup> 共享流感病毒以及获得疫苗和其它利益的大流行性流感防范框架。日内瓦：世界卫生组织；2011年（<http://www.who.int/influenza/pip/en/>，2016年9月19日访问），第5.3.1节。

<sup>2</sup> 流感病毒追踪机制[网站]。日内瓦：世界卫生组织；2016年（<https://extranet.who.int/ivtm/>，2016年6月10日访问）。



送标本的情况，世卫组织合作中心不得不事后输入这种信息。这种做法破坏了保障数据完整性的一个重要措施，并加大了世卫组织合作中心的工作量。

在与全球流感监测和应对系统实验室的讨论中，审查小组意识到出现问题的一个重要原因是国家流感中心对流感病毒追踪机制以及何时应当使用缺乏了解。在共享的所有流感病毒样本中，可能引起人间大流行的流感病毒所占的比例相对较小，所以许多国家流感中心并不日常使用针对可能引起人间大流行的流感病毒的程序，例如流感病毒追踪机制。

### 建议：共享病毒

6. 审查小组欢迎大流行性流感防范框架秘书处对可能引起人间大流行的流感病毒最近减少共享的原因开展研究。作为优先事项，咨询小组应当落实该项研究的结果，确保及时共享所有病毒。
7. 鉴于共享可能引起人间大流行的流感病毒方面最近出现的下滑，世卫组织应当继续为国家流感中心提供技术性业务指导和培训，确保它们充分了解自己在标准材料转让协议 1 中同意发挥的作用、流感病毒追踪机制的有效使用以及恰当共享所有大流行性流感防范生物材料和基因序列数据的重要性。
8. 关于在共享来自甲型 H5N1 病毒及其它可能引起人间大流行的流感病毒所有病例的大流行性流感防范生物材料方面采用的“及时”和“在可行时”等词语的解释，世卫组织应当向全球流感监测和应对系统各实验室进行澄清（大流行性流感防范框架第 5.1.1 节）。
9. 虽然基因序列数据并不完全取代实体病毒，但在不能迅速运送大流行性流感防范生物材料的情况下，应当立刻共享基因序列数据（如有）。
10. 世卫组织全球流感规划应当加强与全球流感监测和应对系统以及全球流感监测和应对系统之外的实验室及其它网络的接触和联系，并加强各方之间的程序。
11. 世卫组织、全球流感监测和应对系统、联合国粮食及农业组织、世界动物卫生组织、OFFLU 及其它各方应当合作确立对全球流感监测和应对系统以及动物实验室的指导，加强它们的关系并强化对动物与人类间传播的流感病毒的监测和风险评估。

## 第 5 章：基因序列数据

### 主要调查结果

调查结果 28：由于在大流行性流感防范框架下如何最佳处理基因序列数据的问题很复杂，基因序列数据未被列入第 4.1 节中关于大流行性流感防范生物材料的定义。技术发展意味着基因序列数据可以越来越多地提供关键性的补充信息，而且在有些情况下，可以在流感大流行风险评估和研制商业产品期间取代实物样本。许多可能引起人间大流行的流感病毒序列已经得到共享；大流行性流感防范框架下目前不清楚的是，基因序列数据的共享应当如何触发利益共享，以及触发机制应当是什么。因此，迫切需要澄清大流行性流感防范框架下处理基因序列数据的问题，确保得到与共享大流行性流感防范生物材料相同原则的指导。

调查结果 29：大流行性流感防范框架（附件 4，第 9 节）的文字造成混淆，可以理解为世卫组织全球流感监测和应对系统实验室应当向全球共享所有流感数据行动（EpiFlu™）数据库以及基因库（GenBank）数据库两方面提交基因序列，而不是仅向一个数据库提交（如果有此希望）。

调查结果 30：按照会员国在第 5.2.4 节中的要求<sup>1</sup>，咨询小组就审查大流行性流感防范框架下处理基因序列数据的可能做法，已经取得了一些良好的进展。一项主要挑战是，关于应当追溯的内容，未达成一致意见。方案可以包括追踪基因序列数据的获取情况或者追溯利用基因序列数据研制的商业产品。为了确认所产生并应当共享的任何利益，基因序列数据的共享和可追溯性两方面的透明度都是至关重要的。

调查结果 31：关于追溯和监测系统如何发挥最佳作用，围绕处理基因序列数据问题参与讨论的利益攸关方之间存在不同意见。审查小组进行的面谈和更广泛的讨论清楚地表明，对今后数据共享和操作程序的可能方案还存在一些困惑。

调查结果 32：在通过全球流感监测和应对系统整合可能引起人间大流行的流感病毒基因序列数据方面，世卫组织合作中心具有关键性的作用。它们关于如何通过全球流感监测和应对系统共享基因序列数据的现实情况的了解，对充实关于大流行性流感防范框架下基因序列数据最佳处理方法的持续讨论将是至关重要的。

调查结果 33：全球流感监测和应对系统必须能够利用可持续的数据库，以便上载和及时共享序列数据，例如中国迅速共享的甲型 H7N9 流感病毒。

<sup>1</sup> 大流行性流感防范框架咨询小组。大流行性流感防范框架咨询小组会议，2016 年 4 月 19-22 日，瑞士日内瓦。总干事的报告。日内瓦：世界卫生组织；2016 年（[http://www.who.int/influenza/pip/ag\\_april2016\\_MeetingRpt.pdf?ua=1](http://www.who.int/influenza/pip/ag_april2016_MeetingRpt.pdf?ua=1)，2016 年 9 月 24 日访问），第 53 段。

## 5.1 概览

基因序列数据对监测和风险评估非常重要，因为基因序列可以揭示具有致病性和人际传播能力并正在传播的流感病毒中特定的基因变化。基因序列数据还被用于研究流感病毒的演化情况，而且基因序列数据片段可以用于设计诊断试剂的引物和探测方法。虽然在许多领域内，例如产品开发（主要由于管制要求），基因序列数据不能完全取代实体病毒样本，但基因序列数据正在越来越多地用于研制若干新型疫苗，不需要使用实体病毒。

在大流行性流感防范框架下，基因序列数据和实体材料得到不同的处理（见图 5.1）。基因序列数据未被纳入第 4.1 节中关于大流行性流感防范生物材料的定义，也没有机制（触发机制）来推动基因序列数据利益共享的要求。因此，大流行性流感防范框架对待基因序列数据的方式与科学家们使用基因序列数据的现实情况不一致。如果不尽快解决这种不一致的情况，就会威胁到大流行性流感防范框架的相关性，因为基因序列数据的共享大部分发生在大流行性流感防范框架病毒共享和利益共享规则的范围之外。

大流行性流感防范框架附件 5 提出了关于共享可能引起人间大流行的流感病毒基因序列数据的期望。世卫组织合作中心的核心职权范围规定，它们应当“及时在一个可公开进入的数据库上载 AH5 和可能引起大流行的其它流感病毒的现有血凝素、神经氨酸酶以及其它基因序列，不得迟于序列分析完成后三个月”。

储存流感基因序列数据的主要基因序列数据库包括：全球共享所有流感数据行动的 EpiFlu™ 数据库<sup>1</sup>、基因库（GenBank）、欧洲核苷酸档案处<sup>2</sup>、日本 DNA 数据库<sup>3</sup>（基因库、欧洲核苷酸档案处和日本 DNA 数据库参与国际协作核苷酸序列数据库）<sup>4</sup>、OpenFlu 数据库<sup>5</sup>以及流感研究数据库<sup>6</sup>。

会员国和全球流感监测和应对系统实验室可以选择它们希望使用的一个或多个数据库。但是，关于大流行性流感防范框架（附件 4，第 9 节）的文字，仍然存在一定的模糊性，特别是关于世卫组织全球流感监测和应对系统实验室是否应当向全球共享所有

<sup>1</sup> EpiFlu™ 数据库。载于：全球共享所有流感数据行动[网站]。波恩：全球共享所有流感数据行动；2016 年（<http://platform.gisaid.org/epi3/frontend#13da29>，2016 年 9 月 29 日访问）。

<sup>2</sup> 欧洲核苷酸档案处。载于：欧洲核苷酸档案处[网站]。英国欣克斯顿：欧洲生物信息研究所（EMBL-EBI）；2016 年（<http://www.ebi.ac.uk/ena>，2016 年 9 月 29 日访问）。

<sup>3</sup> 日本 DNA 数据库介绍。载于：日本 DNA 数据库[网站]。静冈：日本 DNA 数据库；2016 年（<http://www.ddbj.nig.ac.jp/intro-c.html>，2016 年 9 月 29 日访问）。

<sup>4</sup> 国际协作核苷酸序列数据库。载于：国际协作核苷酸序列数据库[网站]。英国欣克斯顿：国际协作核苷酸序列数据库；2016 年（<http://www.insdc.org/>，2016 年 9 月 29 日访问）。

<sup>5</sup> OpenFlu 数据库。载于：OpenFlu[网站]。洛桑：瑞士生物信息研究所；2016 年（<http://openflu.vital-it.ch/browse.php>，2016 年 9 月 29 日访问）。

<sup>6</sup> 流感研究数据库。载于：流感研究数据库[网站]。华盛顿特区：流感研究数据库；2016 年（<https://www.fludb.org/brc/home.spg?decorator=influenza>，2016 年 9 月 29 日访问）。

流感数据行动 (Epiflu™) 数据库以及基因库 (GenBank) 数据库两方面提交基因序列, 或者可以仅向一个数据库提交 (如果有此希望): 用于为全球流感监测和应对系统实验室制定职权范围的指导原则规定, “世卫组织全球流感监测和应对系统实验室将根据标准材料转让协议及时将基因序列数据提交给全球共享所有流感数据行动 (GISAID) 和基因库 (Genbank) 或类似的数据库。”世卫组织合作中心提供学术监督, 而且咨询小组在 2014 年 10 月注意到, “全球流感监测和应对系统的多数实验室利用全球共享所有流感数据行动”<sup>1</sup>。

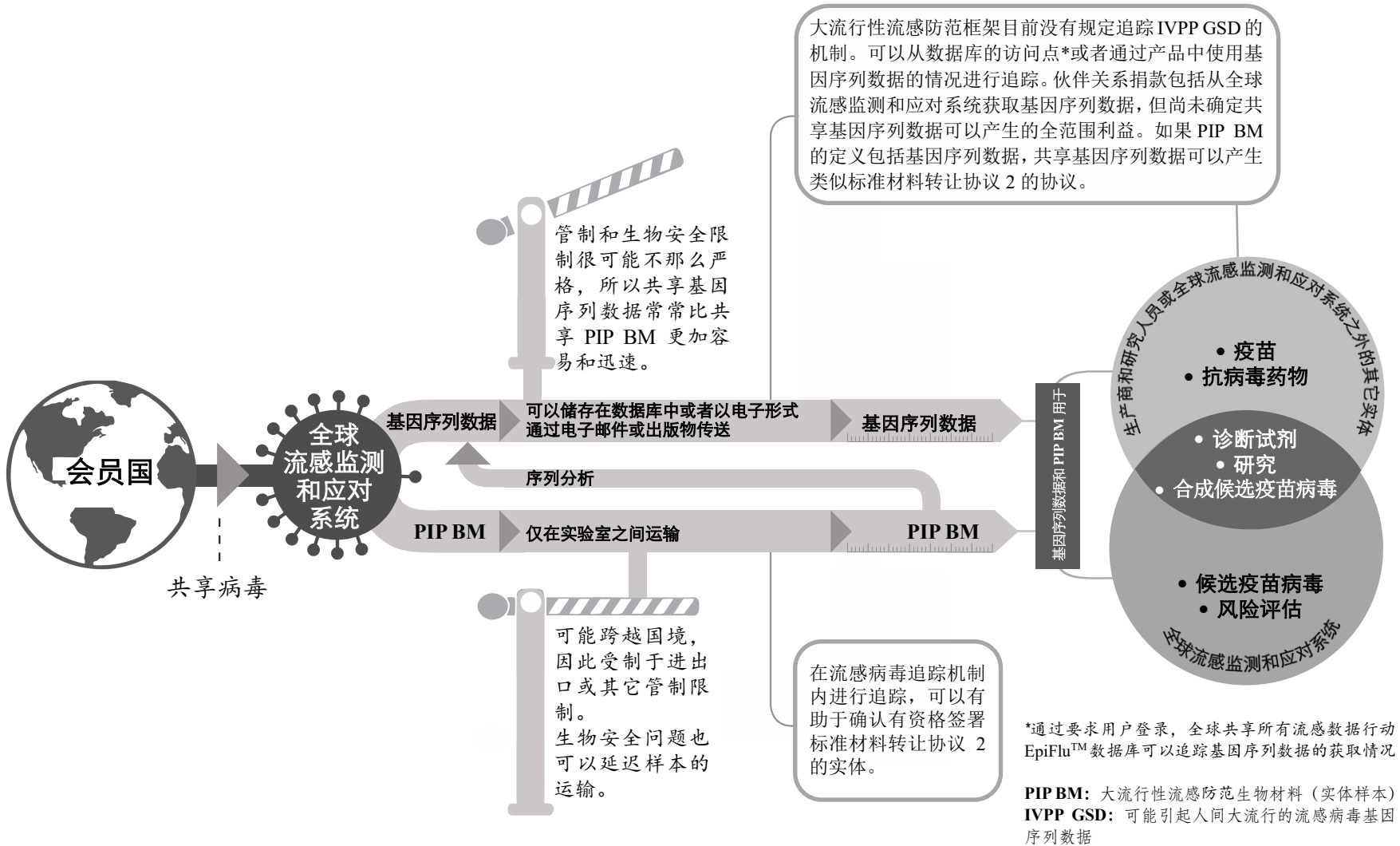
流感病毒追踪机制追踪大流行性流感防范生物材料的共享情况, 促使签署标准材料转让协议 2, 但没有用于基因序列数据的同等追踪 (因此目前没有利益共享机制)。这意味着, 流感病毒追踪机制不追踪共享的序列, 标准材料转让协议 2 也不涵盖共享序列产生的利益。在商定大流行性流感防范框架 (第 5.2.4 节) 时, 会员国认识到需要开展进一步的工作, 要求“总干事与咨询小组协商, 确定进一步讨论和解决与处理”可能引起人间大流行的流感病毒基因序列数据“有关问题的最佳程序”。

2013 年 6 月以来, 咨询小组开展技术工作, 更充分地了解与基因序列数据相关的问题, 以便向总干事提出意见。

---

<sup>1</sup> 大流行性流感防范框架咨询小组。大流行性流感防范框架咨询小组会议, 2014 年 10 月 21-24 日, 瑞士日内瓦。总干事的报告。日内瓦: 世界卫生组织; 2014 年 ([http://www.who.int/influenza/pip/advisory\\_group/oct2014\\_mr\\_consolidated.pdf?ua=1](http://www.who.int/influenza/pip/advisory_group/oct2014_mr_consolidated.pdf?ua=1), 2016 年 9 月 24 日访问), 第 29 段。

图 5.1 大流行性流感防范框架下共享的实体样本（大流行性流感防范生物材料）和基因序列数据



## 5.2 咨询小组关于基因序列数据的工作

咨询小组关于基因序列数据的工作于 2013 年 6 月开始，当时全球共享所有流感数据行动要求澄清大流行性流感防范框架下如何利用可能引起人间大流行的流感病毒基因序列数据<sup>1</sup>。在 2013 年 10 月，咨询小组建立了基因序列数据问题技术专家工作小组，任务是评估从可能引起人间大流行的流感实体病毒转为可能引起人间大流行的流感病毒基因序列数据在“学术、技术、业务和知识产权方面的影响”以及“任何其它显著影响”<sup>2</sup>。

基因序列数据问题技术专家工作小组在 2014 年 10 月发表了最后报告，其中审查了目前使用基因序列数据的情况、潜在的管制和知识产权问题、监测和追溯基因序列数据的可行性以及生物保障和生物安全方面的影响<sup>3</sup>。尤其明显的是，公平共享从基因序列数据所产生利益的系统将需要考虑到基因序列数据的独特性质以及共享这些数据的方式。因为及时的风险评估、科学研究和产品开发需要方便和迅速地共享基因序列数据，所以基因序列数据问题技术专家工作小组认识到，“至关重要的一点是，任何[利益共享]机制都不应当减慢共享基因序列数据的速度”<sup>4</sup>。

在考虑基因序列数据问题技术专家工作小组的报告以及与数据库提供方及其它利益攸关方进行协商之后，咨询小组于 2014 年 10 月制定了向总干事提出的建议，涉及进一步讨论和解决关于在大流行性流感防范框架下处理可能引起人间大流行的流感病毒基因序列数据问题的最佳程序。咨询小组建议开展程序，确认“在大流行性流感防范框架下处理可能引起人间大流行的流感病毒基因序列数据的系统的最佳特征”。为此目的，咨询小组：(1)设立了第二个专家小组，即共享流感基因序列数据问题技术工作小组，以便考虑最佳的数据共享系统；(2)委托编写考虑利益共享可能方案的文件<sup>5</sup>。

在 2016 年 6 月，共享流感基因序列数据问题技术工作小组发表了最后报告，确认了数据共享系统的最佳特征，并包括了这些特征范围内的一些方案<sup>6</sup>。其中涵盖了诸如以下方面：提交可能引起人间大流行的流感病毒基因序列数据的期望；提交数据的及时性；确保质量；元数据的完整性；方便获取/使用；系统的可持续性/安全性；识别来源；

<sup>1</sup> 基因序列数据时间安排，大流行性流感防范框架下处理基因序列数据的程序。载于：世界卫生组织[网站]。日内瓦：世界卫生组织；2016 年（[http://www.who.int/entity/influenza/pip/advisory\\_group/GSD\\_timeline.pdf?ua=1](http://www.who.int/entity/influenza/pip/advisory_group/GSD_timeline.pdf?ua=1)，2016 年 9 月 22 日访问）。

<sup>2</sup> 大流行性流感防范框架咨询小组，基因序列数据问题技术专家工作小组。咨询小组的最后报告。日内瓦：世界卫生组织；2014 年（[http://www.who.int/influenza/pip/advisory\\_group/PIP\\_AG\\_Rev\\_Final\\_TEWG\\_Report\\_10\\_Oct\\_2014.pdf](http://www.who.int/influenza/pip/advisory_group/PIP_AG_Rev_Final_TEWG_Report_10_Oct_2014.pdf)，2016 年 9 月 22 日访问），第 2 页。

<sup>3</sup> 同上。

<sup>4</sup> 同上，第 3 页。

<sup>5</sup> 大流行性流感防范框架咨询小组。大流行性流感防范框架咨询小组会议，2014 年 10 月 21-24 日，瑞士日内瓦。总干事的报告。日内瓦：世界卫生组织；2014 年（[http://www.who.int/influenza/pip/pip\\_ag\\_oct2014\\_meetingreport\\_final\\_7nov2014.pdf](http://www.who.int/influenza/pip/pip_ag_oct2014_meetingreport_final_7nov2014.pdf)，2016 年 9 月 22 日访问），第 32 段。

<sup>6</sup> 大流行性流感防范框架咨询小组，关于共享流感基因序列数据的技术工作小组。大流行性流感防范框架下流感病毒基因序列数据共享系统的最佳特征。日内瓦：世界卫生组织；2016 年（[http://www.who.int/influenza/pip/advisory\\_group/twg\\_doc.pdf?ua=1](http://www.who.int/influenza/pip/advisory_group/twg_doc.pdf?ua=1)，2016 年 9 月 22 日访问）。

以及对管制过程的支持。审查小组获悉存在一些担忧，涉及工作小组过程期间与利益攸关方接触的广度和深度，尤其是数据库提供方。

关于利益共享系统，咨询小组要求大流行性流感防范框架秘书处编写一份文件，讨论用于可能引起人间大流行的流感病毒基因序列数据的利益共享机制，尤其是监测可能引起人间大流行的流感病毒基因序列数据使用情况的方案<sup>1</sup>。该文件确认了两种主要类型的监测：上游和下游。上游监测系统“在可能引起人间大流行的流感病毒基因序列数据分发和获取点实施”（例如，当从数据库下载序列时）<sup>2</sup>。另一方面，下游监测是在“[可能引起人间大流行的流感病毒基因序列数据]共享以及用于研究和开发终端产品之后”开展的<sup>3</sup>。

在 2016 年 4 月的会议上，咨询小组根据截至当时的工作情况，讨论了应当作为病毒共享与基因序列数据利益共享平衡基础的主要原则<sup>4</sup>。在 2016 年 10 月的会议上，咨询小组审议了用于处理基因序列数据的一系列业务工具以及关于今后步骤的战略。

### 建议：基因序列数据

12. 总干事应当要求会员国考虑修订大流行性流感防范框架第 4.1 节关于大流行性流感防范生物材料的定义，以便包括基因序列数据。

13. 总干事应当要求会员国考虑对附件 4 第 9 节进行澄清，其中目前提出“世界卫生组织全球流感监测和应对系统实验室将根据标准材料转让协议及时将基因序列数据提交给全球共享所有流感数据行动（GISAID）和基因库（Genbank）或类似的数据库”，应当修订为：

“世界卫生组织全球流感监测和应对系统实验室将根据标准材料转让协议及时将基因序列数据提交给它们选定的一个或多个可公开访问的数据库”。

14. 总干事应当要求会员国考虑更新和改正大流行性流感防范框架第 5.2.2 节中的说明，其中目前提出“认识到加强流感病毒基因序列数据的透明度和可及性对于公

<sup>1</sup> 在大流行性流感防范框架下处理可能引起人间大流行的流感病毒基因序列数据的最佳程序，监测可能引起人间大流行的流感病毒基因序列数据在终端产品中使用情况的方案。日内瓦：世界卫生组织；2016 年（[http://www.who.int/influenza/pip/advisory\\_group/gsoptionspaper\\_revised.pdf](http://www.who.int/influenza/pip/advisory_group/gsoptionspaper_revised.pdf)，2016 年 9 月 22 日访问）。

<sup>2</sup> 同上，第 4 页。

<sup>3</sup> 同上，第 6 页。

<sup>4</sup> 大流行性流感防范框架咨询小组。大流行性流感防范框架咨询小组会议，2016 年 4 月 19-22 日，瑞士日内瓦。总干事的报告。日内瓦：世界卫生组织；2016 年（[http://www.who.int/influenza/pip/ag\\_april2016\\_MeetingRpt.pdf?ua=1](http://www.who.int/influenza/pip/ag_april2016_MeetingRpt.pdf?ua=1)，2016 年 9 月 24 日访问），第 53 段。

共卫生至关重要，并且目前正在努力使用诸如基因库（Genbank）等公共域数据库，或全球共享所有流感病毒行动（GISAID）等公共检索数据库；”

修订为：

“认识到加强流感病毒基因序列数据的透明度和可及性对于公共卫生至关重要，并且正在分别使用诸如基因库（Genbank）和/或全球共享所有流感病毒行动（GISAID）等公共域数据库或公共检索数据库；”

15. 大流行性流感防范框架必须适应技术发展，而且咨询小组必须迫切地制定建议，澄清如何处理基因序列数据。咨询小组应当考虑要求世卫组织合作中心就实际处理基因序列数据的情况进行报告，以便提供信息说明全球流感监测和应对系统在获取、共享和使用此类数据方面的业务现实情况，从而充实咨询小组关于在大流行性流感防范框架下最佳处理基因序列数据的建议。

16. 总干事应当谋取会员国的支持，确保流感病毒基因序列数据能够在可持续的数据库中公开获取，促进以及时、准确和可获取的方式共享这些数据以便于流感大流行风险评估和快速反应。

17. 注意到基因序列数据可能产生自全球流感监测和应对系统之外的众多实体，并注意到关于最佳追溯和监测机制方面存在不同意见，咨询小组应当考虑扩大和加深与所有利益攸关方的接触。



## 第 6 章：共享利益

### 6.1 标准材料转让协议 2

#### 主要调查结果

调查结果 34: 截至 2016 年 10 月, 已经与疫苗生产商签订了四份标准材料转让协议 2, 与诊断制剂生产商签订了一份标准材料转让协议 2, 与学术和研究机构签订了 47 份标准材料转让协议 2<sup>1,2</sup>。这些协议确保了在流感大流行期间获得实时提供的大约 3.5 亿剂<sup>3</sup>大流行性流感疫苗。此外, 200 万个<sup>4</sup>抗病毒疗程也得到保证。虽然尚未与一些机构联络以签订标准材料转让协议 2, 一些谈判也仍在进行中, 但审查小组认为, 已经取得了长足进展。大流行性流感防范框架秘书处始终将重点放在与提供了最大效益的公司一道处理标准材料转让协议 2 问题, 截至 2016 年 10 月签订的协议已经大大改善了世卫组织今后获取大流行性流感疫苗制剂、抗病毒药物和其他产品, 用以在发生流感大流行时向有此需要的国家分发的机会。

调查结果 35: 大流行性流感防范框架秘书处优先与掌握了通过资格预审的疫苗的大公司达成协议, 然后转向与中小公司谈判, 本着这一战略方针, 在保障通过资格预审的疫苗和抗病毒药物方面取得了良好进展。一些会员国质疑, 鉴于疫苗或其它有保证的产品相对增量较少, 是否值得付出巨大人力与中小公司签订标准材料转让协议 2。然而, 大流行性流感防范框架在共享利益问题上的公正和平等原则, 要求所有非全球流感监测和应对系统的大流行性流感防范生物材料接受方与世卫组织签订标准材料转让协议 2, 并依据其性质和能力提供有关利益。这一原则非常重要, 世卫组织承认对生产商一视同仁并坚持这一目标的重要性, 尽管得到保障的额外产品的收益递减。大流行性流感防范框架秘书处已经作出巨大努力, 以帮助现有的具有附带利益的中小公司熟悉情况, 例如加强对世卫组织资格预审地位要求的了解。审查小组认为, 大流行性流感防范框架秘书处应在咨询小组支持下, 继续采取步骤, 帮助各公司为参加标准材料转让协议 2 谈判作出更充分的准备。

调查结果 36: 大流行性流感防范框架秘书处与业界和其它利益攸关方之间定期和高质量的交流有助于促进达成标准材料转让协议 2。在若干场合下, 谈判陷入复杂或胶着局面, 大流行性流感防范框架秘书处成功适用了咨询小组建议的阶梯式方法, 以推动及时达成各项协议<sup>5</sup>。但据认为, 一些合乎条件的实体没有签订标准材料转让协议 2。阶梯式方法

<sup>1</sup> 标准材料转让协议 2。载于: 世界卫生组织[网站]。日内瓦: 世界卫生组织; 2016 年。(http://www.who.int/influenza/pip/benefit\_sharing/smta2\_signed/en/, 2016 年 10 月 19 日访问)。

<sup>2</sup> 大流行性流感防范框架秘书处, 世界卫生组织, 未发表数据, 2016 年 10 月。

<sup>3</sup> 同上。

<sup>4</sup> 同上。

<sup>5</sup> 大流行性流感防范框架咨询小组。大流行性流感防范框架咨询小组会议, 2015 年 10 月 15-16 日, 瑞士, 日内瓦, 总干事的报告。日内瓦, 世界卫生组织; 2015 年(http://www.who.int/influenza/pip/ag\_meetingreport\_october2015.pdf, 2015 年 9 月 22 日访问), 第 8 段。

意识到，需要与不曾便利谈判完成的公司保持微妙的平衡，如果拒绝没有签订标准材料转让协议 2 的此类生产商获得大流行性流感防范生物材料，这将对公共卫生造成危害。

调查结果 37：虽然标准材料转让协议 2 的设计有意做到足够宽泛，以容纳一系列承诺，但截至 2016 年 10 月，还没有哪个公司同意提供技术转让。这很可能是由于并没有许多合乎条件的生产商握有可以通过世卫组织发放许可的专利技术。

调查结果 38：涉及其它大流行性流感产品（例如诊断制剂、注射器等）生产商的标准材料转让协议 2 承诺的大流行性流感防范框架选择过于狭窄，需要除了在今后的流感大流行中可能不起作用的诊断材料外，纳入更广泛的承诺选择。

调查结果 39：2013 年 11 月，应世卫组织要求，免疫战略咨询专家组审查了其 2007 年关于在大流行性流感期间建立和使用甲型 H5N1 禽流感疫苗储备的建议方针。意识到在大流行性流感防范框架之下通过标准材料转让协议 2 各项协议保证即时生产大流行性流感疫苗的可能，以及除其它外全球甲型 H5N1 禽流感流行病学的不断变化，专家组建议，世卫组织不应再建立甲型 H5N1 禽流感疫苗储备，而应确保在大流行性流感防范框架下实时获得大流行性流感疫苗<sup>1,2</sup>。这一决定没有体现在大流行性流感防范框架（第 6.9 节）中。

调查结果 40：有国内大流行性流感疫苗生产能力的会员国应将标准材料转让协议 2 对生产商的要求纳入其大流行性流感应对计划。至关重要的是，会员国应确保生产商可以履行其对标准材料转让协议 2 的承诺，使世卫组织能够实时获取大流行性流感疫苗，并允许将这些疫苗出口到其他国家。

调查结果 41：为促进标准材料转让协议 2 谈判，大流行性流感防范框架秘书处开发了综合各项技术要求的工具<sup>3</sup>，例如标准材料转让协议 2 签订方必须满足的资格预审、出口程序和监管审批。

调查结果 42：世卫组织发表了关于迅速和及时从季节性疫苗转向大流行性流感疫苗生产的报告<sup>4</sup>，正在最后完成 2013 年大流行性流感风险管理临时框架。

<sup>1</sup> 大流行性流感防范框架咨询小组。咨询小组提交总干事的年度报告。日内瓦：世界卫生组织；2014 年（[http://www.who.int/influenza/pip/ag\\_annual\\_report\\_2014.pdf](http://www.who.int/influenza/pip/ag_annual_report_2014.pdf)，2016 年 9 月 20 日访问），第 3.5 节。

<sup>2</sup> 世界卫生组织。免疫战略咨询专家组会议，2013 年 11 月—结论和建议。Wkly Epidemiol Rec. 2014;89:1-20（<http://www.who.int/wer/2014/wer8901.pdf>，2016 年 9 月 16 日访问），第 10 页。

<sup>3</sup> 标准材料转让协议 2 常见问题。载于：世界卫生组织[网站]。日内瓦：世界卫生组织，2016 年（[http://www.who.int/influenza/pip/benefit\\_sharing/smta2\\_FAQs.pdf](http://www.who.int/influenza/pip/benefit_sharing/smta2_FAQs.pdf)，2016 年 9 月 26 日访问）。

<sup>4</sup> 大流行性流感暴发时的流感疫苗应对，世卫组织 2015 年 6 月 29 日至 7 月 1 日在瑞士日内瓦举行的非正式磋商报告。日内瓦：世界卫生组织；2016 年（[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/207751/1/WHO\\_OHE\\_PED\\_GIP\\_2016.1\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/207751/1/WHO_OHE_PED_GIP_2016.1_eng.pdf)，2016 年 9 月 20 日访问）。

标准材料转让协议 2 确保在大流行性流感发生时，大流行性流感疫苗、抗病毒药物和其他产品的可得性和可预测性。标准材料转让协议 2 直至下一次流感大流行结束，都是有效的。标准材料转让协议 2 有三种类型，对应大流行性流感防范生物材料的不同用户。A 类为疫苗和抗病毒药物生产商，B 类为其它产品例如诊断检测包的生产商，C 类为学术和研究机构。

在缔结 A 类标准材料转让协议 2 时，预期将捐赠或储备 3.5 亿<sup>1</sup>剂实时生产的大流行性流感疫苗，供世卫组织以可负担的价格购买，相当于全球生产能力的 7%—10%<sup>2,3</sup>。此外，已经承诺了 200 万<sup>4</sup>疗程的抗病毒药物，另外储备了 800 万个疗程的药物供世卫组织以可负担的价格购买<sup>5</sup>。生产商罗氏公司没有加入标准材料转让协议 2，因为它不使用大流行性流感防范生物材料，但它自 2005 年来，自愿捐赠抗病毒疗程药物，作为世卫组织的“快速反应储备”。到 2016 年 10 月，估计有来自罗氏公司的 500 万疗程的药物进入储备<sup>6</sup>。在加入标准材料转让协议 2 的 C 类学术和研究实体中，几乎有半数承诺向世卫组织提供利益；已请这些机构考虑提供利益，但不要求它们这样做。就这些承诺而言，截至 2016 年 10 月的最普遍的承诺是在提高实验室和检测能力领域共享利益。大流行性流感防范框架秘书处与世卫组织合作中心和世卫组织各区域办事处一道，正在履行培训承诺。

与疫苗生产商的第一份标准材料转让协议 2 协议是于 2012 年 10 月签订的。截至 2016 年 9 月 23 日，32 家疫苗生产商中，有四家签订了标准材料转让协议 2，包括两家最大的多国生产商：葛兰素史克公司（还生产抗病毒药物）和赛诺菲-巴斯德公司<sup>7</sup>。其它两家标准材料转让协议 2 签订者是印度的血清研究所（最大的发展中国家生产商）和中国生物技术集团，即中国的主要生物技术公司<sup>8</sup>。其它八家疫苗生产商正式提交了利益共享建议，因此进入了正式谈判<sup>9</sup>。在大流行流感期间，疫苗生产商将必须作出决定，从季节性疫苗生产转向大流行性流感疫苗生产（见框 6.1）。与 Quidel 公司签订了一 B 类

<sup>1</sup> 大流行性流感防范框架秘书处，世界卫生组织，未发表数据，2016 年 10 月。

<sup>2</sup> Partridge J、Kieny MP.，“2011 年季节性大流行性流感疫苗的全球产能”。《疫苗》，2012；31:728-31. doi: 10.1016/j.vaccine.2012.10.111。

<sup>3</sup> 2013-2016 年大流行性流感防范框架伙伴关系捐款实施计划，缺口分析。日内瓦：世界卫生组织；2013 年（[http://www.who.int/influenza/pip/pip\\_pc\\_ga.pdf](http://www.who.int/influenza/pip/pip_pc_ga.pdf)，2016 年 9 月 22 日访问）。

<sup>4</sup> 大流行性流感防范框架秘书处，世界卫生组织，未发表数据，2016 年 10 月。

<sup>5</sup> 葛兰素集团有限公司与世卫组织的标准材料转让协议 2。载于：世界卫生组织[网站]。日内瓦：世界卫生组织；2012 年（[http://www.who.int/influenza/pip/benefit\\_sharing/gsk\\_smta2\\_dec\\_2012.pdf](http://www.who.int/influenza/pip/benefit_sharing/gsk_smta2_dec_2012.pdf)，2016 年 9 月 22 日访问）。

<sup>6</sup> 支持大流行防范。载于：罗氏公司[网站]。巴塞尔：Hoffman-La Roche；2016 年。（[http://www.roche.com/content/sustainability/what\\_we\\_do/for\\_patients/access\\_to\\_healthcare/making\\_innovation\\_accessible/tamiflu\\_corpres.htm](http://www.roche.com/content/sustainability/what_we_do/for_patients/access_to_healthcare/making_innovation_accessible/tamiflu_corpres.htm)，2016 年 9 月 26 日访问）。

<sup>7</sup> 标准材料转让协议 2。载于：世界卫生组织[网站]。日内瓦：世界卫生组织；2016 年（[http://www.who.int/influenza/pip/benefit\\_sharing/smta2\\_signed/en/](http://www.who.int/influenza/pip/benefit_sharing/smta2_signed/en/)，2016 年 10 月 19 日访问）。

<sup>8</sup> 世卫组织与中国疫苗生产商中国生物技术集团签订的标准材料转让协议 2。大流行性流感防范框架简报[互联网]。2016 年 7 月。日内瓦：世界卫生组织；2016 年（<http://us8.campaign-archive1.com/?u=c35eb4938c7246655f6384192&id=5b4741cf8b>，2016 年 9 月 26 日访问）。

<sup>9</sup> 大流行性流感防范框架秘书处，世界卫生组织，未发表数据，2016 年 10 月。

标准材料转让协议 2，并正在与一多国公司进行正式谈判<sup>1</sup>。已经与 C 类研究或学术机构签订了总计 47 份协议<sup>2</sup>。

### 方框6.1 从季节性疫苗生产转向大流行性流感疫苗生产的决定机制

流感疫苗生产设施不能在生产季节性疫苗的同时生产大流行性流感疫苗。一旦风险评估表明大流行性流感发作，就必须援引标准材料转让协议2有关协议，就是否和如何从季节性疫苗生产转向大流行性流感疫苗生产作出决定。大流行性流感可能在世界的一地暴发，而在其它地方，季节性流感仍在流行，或者生产商正处在履行季节性疫苗生产合同的中途<sup>3</sup>。各国可能在不同时段发生大流行性流感，严重程度也各有不同。因此，转轨决定是一个复杂和时间敏感的过程，要求许多不同的公共和私人部门组织，包括世卫组织、全球流感监测和应对系统、业界、卫生部、候选疫苗病毒供应商和监管机构的互动与合作<sup>4</sup>。

2015年6-7月，世卫组织就制定关于流感大流行暴发时的流感疫苗应对的全球合作和风险管理方针，举行了一次非正式磋商。这次磋商确认了一系列关键挑战，包括过早或过迟转向大流行性流感疫苗生产可能导致的严重公共卫生后果<sup>5</sup>。过早决定停止季节性疫苗生产，可能损及季节性疫苗的供应，增加季节性死亡；转轨迟缓则可能延误应对行动，加剧大流行的严重程度。错综复杂的疫苗研发和生产的每一阶段都有可能造成瓶颈阻塞或延误，进而产生“多米诺效应”，妨碍从季节性疫苗生产转向大流行性流感疫苗生产。例如，候选疫苗病毒、试剂生产、临床试验、监管审批和达成适当的疫苗产量，在大流行性流感疫苗生产的时间安排上都是一些关键的连续步骤<sup>6</sup>。生产商与政府之间签有季节性疫苗竞争性预先采购协议，如果在大流行性流感暴发时，生产商必须首先履行其合同义务，这也很有可能影响世卫组织按照标准材料转让协议2实时获得疫苗。

自2015年磋商以来，有关工作即聚焦于完成大流行性流感疫苗应对实施框架<sup>7</sup>和也将处理大流行性流感疫苗应对的2013年的大流行性流感风险管理临时框架。2016年7月，举行了第二次世卫组织非正式磋商。虽然主要调查结果在2016年10月还未发表，但包括了修订大流行性流感应对实施框架、一项完成大流行性流感风险管理临时框架的建议、

<sup>1</sup> 同上。

<sup>2</sup> 同上。

<sup>3</sup> 大流行性流感防范框架咨询小组。大流行性流感防范框架咨询小组根据大流行性流感防范框架 7.2.5 节提交总干事的年度报告，2015 年年度报告。日内瓦：世界卫生组织；2015 年（[http://www.who.int/influenza/pip/ag\\_annual\\_report\\_2015.pdf](http://www.who.int/influenza/pip/ag_annual_report_2015.pdf)，2016 年 9 月 20 日访问），第 8 页。

<sup>4</sup> 2016 大流行性流感暴发时的流感疫苗应对，世卫组织 2015 年 6 月 29 日至 7 月 1 日在日内瓦举行的非正式磋商报告。日内瓦：世界卫生组织；2016 年（[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/207751/1/WHO\\_OHE\\_PED\\_GIP\\_2016.1\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/207751/1/WHO_OHE_PED_GIP_2016.1_eng.pdf)，2016 年 9 月 19 日访问）。

<sup>5</sup> 同上。

<sup>6</sup> 同上。

<sup>7</sup> 同上。

组成工作组解决目前与生产和监管有关的瓶颈阻塞问题、组成政策小组确认从季节性生产转向大流行期间生产的决定的主要原则，以及关于设立一个专家委员会的建议，该委员会的组成涉及全球流感监测和应对系统专家、业界、民间社会和其它利益攸关方，以在宣布大流行或面临大流行威胁时，针对从季节性疫苗生产转向大流行流感疫苗生产牵涉的实际问题向世卫组织实时提供咨询意见。

世卫组织的 A 类标准材料转让协议 2 战略是侧重于确保从拥有经过世卫组织资格预审的疫苗的大公司那里获取大流行性流感疫苗。为保证达到标准和安全，联合国组织（例如世卫组织和儿童基金会）可只接受通过资格预审的疫苗。由于大流行性流感疫苗只能在得到新的大流行性毒株后生产，希望向世卫组织供应疫苗的公司需要将其新疫苗提交资格预审。一家公司，如果其以往已将一种流感疫苗提交资格预审（无论是季节性还是大流行性疫苗），则在疫情暴发时，新疫苗所需的资格预审时间通常会大大缩短。大流行性流感防范框架秘书处鼓励各公司在下一次大流行性流感之前，提交一种季节性疫苗或模拟大流行性流感疫苗提交资格预审，原因就在于此。截至 2016 年 10 月，有七家<sup>1</sup>流感疫苗生产商拥有一种通过资格预审的疫苗。除中国生物技术集团公司外，所有标准材料转让协议 2 签订方都有一种通过资格预审的疫苗；世卫组织与其它四家拥有通过资格预审的疫苗的生产商进行了标准材料转让协议 2 讨论或谈判。截至 2016 年 10 月，所有中国疫苗生产企业都在努力争取其季节性疫苗通过资格预审。

标准材料转让协议 2 谈判错综复杂，旷日持久，需要有专职的工作人员或顾问，迄今为止，世卫组织通过谈判伊始即侧重于最大的疫苗生产商，成功实现了标准材料转让协议 2 利益共享机制影响的最大化。还需要更多的努力和资源，例如差旅和技术通报会，以完成与中小市场上的谈判，因为这些生产商通常不很熟悉标准材料转让协议 2 的技术要求，对它们来说，标准材料转让协议 2 可能意味着巨大的额外成本。如果一家公司只生产用于国内市场的疫苗，那么，作为标准材料转让协议 2 谈判的一部分，往往需要向其介绍世卫组织的资格预审、联合国的疫苗采购程序、出口生物产品要求<sup>2</sup>、出口市场标签，以及需要获得许可，以将疫苗销往接受国市场。为此目的，世卫组织开展了一系列的沟通工作，包括外联和面向公司的情况介绍会，以增加对标准材料转让协议 2 的知识和对共享利益的意义的了解<sup>3</sup>。制订指导方针和议定书或有助于较小的生产商加速这一进程。此外，各公司还可直接与世卫组织资格预审小组的技术官员进行沟通，他们是对包装和标签以及航运等方面问题的最适当的解答者。不过，鉴于所涉及的种种复杂因素，很难看清楚如何才能明显加快涉及较小企业的标准材料转让协议 2 进程。

<sup>1</sup> 通过世卫组织资格预审的疫苗。载于：世界卫生组织[网站]。日内瓦：世界卫生组织；2016 年（[https://extranet.who.int/gavi/PQ\\_Web/](https://extranet.who.int/gavi/PQ_Web/)，2016 年 9 月 26 日访问）。

<sup>2</sup> 大流行性流感防范框架咨询小组。咨询小组提交总干事的年度报告。日内瓦：世界卫生组织；2014 年（[http://www.who.int/influenza/pip/ag\\_annual\\_report\\_2014.pdf](http://www.who.int/influenza/pip/ag_annual_report_2014.pdf)，2016 年 9 月 20 日访问），第 3.1 节。

<sup>3</sup> 世卫组织执行委员会文件 EB138/21。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：总干事的报告。日内瓦：世界卫生组织；2016 年（[http://apps.who.int/gb/cbwha/pdf\\_files/EB138/B138\\_21-en.pdf](http://apps.who.int/gb/cbwha/pdf_files/EB138/B138_21-en.pdf)，2016 年 9 月 22 日访问），第 15 段。

大流行性流感防范框架秘书处按区域与中型生产商接触，因为这些公司有共同的情况和问题。

产量较低的生产商面临更多挑战。如果没有出口流感疫苗的计划，即使通过世卫组织资格预审有其开拓新的商业市场的潜力，人们或许也会认为，获取世卫组织资格预审地位的花费难以带来任何好处。此外，持有政府合同的国内生产商，在计算其全部疫苗生产能力时，需要确定如何将其产量的 10% 用于满足标准材料转让协议 2 的要求。例如，政府合同持有者可能同意将留给他们的疫苗的 10% 提供给世卫组织，或公司可能需要扩大生产，而一些企业可能就要因此增加成本和资源。这就意味着，在要求中小生产商作出的承诺问题上，可能需要保持更大的灵活性。

关于 B 类诊断制剂公司，世卫组织面临一个新的挑战，因为大流行性流感防范框架将捐赠/储备选择仅限于诊断包。由于不确定哪类诊断包适用于今后的流感大流行，世卫组织就面对着为可能并不需要的产品签订标准材料转让协议 2 的风险。可以为 B 类公司制定更多的共享利益选择，例如供应辅助性大流行性流感设备（注射器、针头和涂药器等），以及监测工作所需的物资，例如标本采集和处理材料，以最大限度地实现这一类别的利益。

在全球流感疫苗行动计划于 2016 年 11 月结束后，对通过大流行性流感防范框架提供的技术支持，可能会有更多需要，或许必须在这些更广泛的标准材料转让协议 2 选择方面作出更多努力。全球流感疫苗行动计划支持的四家公司目前正在生产疫苗，预期另有五家公司将在 2019 年之前具备生产能力，但预期将需要提供进一步的技术支持，才能保证这些初期阶段生产商能够持续下去<sup>1</sup>。

自大流行性流感防范框架通过以来，有一些公司拖延加入标准材料转让协议 2 或不作出合理的共享利益承诺，尽管收到了大流行性流感防范生物材料。2015 年 10 月，针对未能及时取得进展的谈判，咨询小组建议总干事“在参与标准材料转让协议 2 谈判的生产商坚持其显然不合理的立场的情况下，大流行性流感防范框架秘书处应采取阶梯式方法”，以提醒它们注意，未与世卫组织达成标准材料转让协议 2 的实体，提供给他们的大流行性流感防范生物材料势将中止<sup>2</sup>。阶梯式方法始于与业界和生产商协会的正式和非正式沟通，随后将可升级，展开大流行性流感防范框架秘书处与东道国政府的对话，或世卫组织高级官员对生产商高层管理部门的直接干预。断绝获取大流行性流感防范生物材料将对公共卫生产生影响，因此，只有在所有措施都已用尽，且谈判无法取得进展的情况下，才会迫不得已这样去做。阶梯式方法已经推动了与两家生产商的谈判。

<sup>1</sup> Grohmann G、Francis DP、Sokhey J、Robertson J。世卫组织流感疫苗技术转让举措就受让人和技术咨询小组而言的挑战和成功。《疫苗》。印刷中。doi: 10.1016/j.vaccine.2016.07.047。

<sup>2</sup> 大流行性流感防范框架咨询小组。大流行性流感防范框架咨询小组会议：2015 年 10 月 15-16 日，瑞士，日内瓦；总干事的报告。日内瓦：世界卫生组织；2015 年（[http://www.who.int/influenza/pip/ag\\_meetingreport\\_october2015.pdf](http://www.who.int/influenza/pip/ag_meetingreport_october2015.pdf)，2015 年 9 月 22 日访问），第 8 段。

展望未来，在向更广泛的受众宣传通过标准材料转让协议 2 取得的进展方面，仍然存在很大差距。加强关于共享利益和伴随进程的沟通，将有助于化解对标准材料转让协议 2 制度的一些批评，包括处理因缔结标准材料转让协议 2 带给大流行性流感防范框架秘书处的日益高涨的费用，而这则是由于与中小生产商和非生产商签订协议的回报不断减少。

### 建议：标准材料转让协议 2

18. 大流行性流感防范框架秘书处应当改进在达成标准材料转让协议 2 方面进展和成就的通报，更充分地强调达成这些协议的理由和确定重点的战略，并澄清对通过这些协议获得的抗病毒药物、疫苗及其它制品的既定用途。
19. 大流行性流感防范框架秘书处应当制定一种做法，即把提供财政捐款、收集标本和处理材料作为附件 2 中 B 类标准材料转让协议 2 承诺的方案，供咨询小组审议并由会员国最后作出决定。
20. 总干事应当考虑要求会员国删除大流行性流感防范框架关于大流行性流感防范疫苗储备的第 6.9 节，因为该节不再具有相关性。
21. 总干事应当要求国内具备疫苗生产能力的会员国致力于使生产商能够向世卫组织实时提供世卫组织根据标准材料转让协议 2 获取的大流行性流感疫苗及其它制品。
22. 世卫组织应当迅速地最后确定和传播大流行性流感风险管理临时框架，其中将澄清如何实施从季节性流感疫苗到大流行性流感疫苗生产的转变。

## 6.2 伙伴关系捐款征收

### 主要调查结果

调查结果 43: 业界参与合作制定<sup>1</sup>伙伴关系捐款公式, 实现了有力的认同, 促成在 2012 年较早交纳捐款并使 2013 年和 2014 年的征收率达到应交资金总额的 96%<sup>2</sup>。

调查结果 44: 伙伴关系捐款的征收是一个持续存在的挑战, 因为并非所有公司都会在预期截止日期交付捐款, 也有一些公司没有足额交付捐款。这引起了人们的关切, 因为伙伴关系捐款机制依赖所有利益攸关方都会充分履行其义务。与契约式标准材料转让协议<sup>2</sup>不同, 伙伴关系捐款制度没有法律约束力, 除了进行巧妙的谈判, 或具有公共影响的公司可能遭遇尴尬外, 世卫组织没有什么强制执行手段。不过, 会员国签署了大流行性流感防范框架, 可以责成本国公司履行其义务。

调查结果 45: 查明了可能对伙伴关系捐款进程造成不利影响的关切问题。一些民间社会组织和业界代表认为, 并非所有有能力捐款的实体都切实这样做了, 这就导致了不公平的感觉。一些公司(多为诊断产品生产商)不经常使用全球流感监测和应对系统, 认为年度捐款要求有失公允, 虽然它们的产品销售继续受益于以往的网络准入。

调查结果 46: 一些业界代表强调的问题是, 每年要求他们交付的伙伴关系捐款数额波动不定, 给他们带来了预算上的挑战, 他们希望能够交纳固定的金额<sup>3</sup>。根据咨询小组 2016 年 4 月的建议, 业界与所有相关行业部门(疫苗、诊断制剂和药物)以及大流行性流感防范框架秘书处合作, 着手协商工作, 审查伙伴关系捐款公式<sup>4</sup>。

调查结果 47: 为本次审查对全球流感监测和应对系统的日常费用进行了调查: 对包括 41 个实验室的样本进行的评估表明, 2010 年以来, 全球流感监测和应对系统的总运营成本很可能增加了, 应当作出更精确的估算(见方框 6.2 和表 6.2)。

<sup>1</sup> 伙伴关系捐款标准操作程序 2015 年 6 月。日内瓦: 世界卫生组织; 2015 年 ([http://www.who.int/influenza/pip/benefit\\_sharing/pc\\_collection\\_sop.pdf?ua=1](http://www.who.int/influenza/pip/benefit_sharing/pc_collection_sop.pdf?ua=1), 2016 年 9 月 24 日访问), 第 5 页, 附件 2。

<sup>2</sup> 根据大流行性流感防范框架数据进行的计算。2015 年伙伴关系捐款年度报告。日内瓦: 世界卫生组织; 2016 年 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246229/1/WHO-OHE-PED-2016.01-eng.pdf?ua=1>, 2016 年 9 月 24 日访问)。

<sup>3</sup> 大流行性流感防范框架审查小组。大流行性流感防范框架 2016 年审查小组第三次会议报告。日内瓦: 世界卫生组织; 2016 年 2016 ([http://www.who.int/influenza/pip/2016-review/meeting30march\\_1april.pdf](http://www.who.int/influenza/pip/2016-review/meeting30march_1april.pdf), 2016 年 10 月 4 日访问)。

<sup>4</sup> 大流行性流感防范框架秘书处, 世界卫生组织, 未发表信息, 2016 年 10 月。



截至 2016 年 7 月，2013 年确认的 32 家捐助公司有 30 家公司<sup>1</sup>，2014 年确认的 42 家捐助公司有 38 家<sup>2</sup>交付了其伙伴关系捐款。表 6.1 显示了截至 2016 年 3 月 2 日已征收的伙伴关系捐款。2015 年显示的欠缺主要是由于直至该日世卫组织一个主要捐助者的捐款仍未收到。

**表 6.1: 伙伴关系捐款征收情况 (2012-2015 年) (截至 2016 年 3 月 2 日) <sup>1,2</sup>**

	2012	2013	2014	2015
所联系实体	163	194	250	256
调查表答复	43	89	102	90
经确认的捐助者	24	32	42	39
收到的捐款	18 121 000 美元	27 538 586 美元	26 964 062 美元	18 813 522 美元
<sup>1</sup> 大流行性流感防范框架，《2014年伙伴关系捐款报告》。日内瓦：世界卫生组织；2015年。				
<sup>2</sup> 大流行性流感防范框架，《2015年伙伴关系捐款报告》。日内瓦：世界卫生组织；2016年。				

在伙伴关系捐款的征收方面，业界和世卫组织都面临挑战。一些公司认为很难一次性交纳捐款，因此获准分期支付<sup>3</sup>。捐助者还表示关切的是，在财政年度中迟迟才能收到征收通知，由于要求每一公司作出的年度捐款波动不定带来的预算编制困难，以及继续将 2009 年，连同最近三年，纳入四年平均数额的计算中<sup>4,5</sup>。

从世卫组织的角度来看，调查表往往收不到答复，所联系的实体，仅有不到半数作出答复。这些答复往往又姗姗来迟，不能始终列入可用于公式的必要信息，例如“销售档次”选项。具体说来，销售情况分为 23 个档次，每一公司都被要求根据其流感产品年销售额，将自己归入其中一个档次。每一档次都有伴随的“权重”，需要利用该一权重，连同所有实体的档次权重之和，得出具体公司伙伴关系捐款的计算公式<sup>6</sup>。这就意味着大流行性流感防范框架秘书处只有在收到所有捐助组织的适当信息后，才能发出征收通知。

<sup>1</sup> 临时议程项目 8.2，执行委员会第 138 届会议。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，总干事的报告。日内瓦：世界卫生组织；2016 年（EB138/21；[http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB138/B138-21-en.pdf?ua=1](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB138/B138-21-en.pdf?ua=1)，2016 年 10 月 22 日访问），第 16 段。

<sup>2</sup> 大流行性流感防范框架秘书处，世界卫生组织，未发表数据，2016 年 10 月。

<sup>3</sup> “2015 年大流行性流感防范伙伴关系捐款征收，截至 2016 年 4 月 1 日的结果”。日内瓦：世界卫生组织；2016 年。（[http://www.who.int/influenza/pip/benefit\\_sharing/2015PCCollectionResults1APR2016.pdf?ua=1](http://www.who.int/influenza/pip/benefit_sharing/2015PCCollectionResults1APR2016.pdf?ua=1)，2016 年 9 月 24 日访问）。

<sup>4</sup> 大流行性流感防范框架咨询小组。大流行性流感防范框架咨询小组会议：2016 年 4 月 19-22 日，瑞士，日内瓦。总干事的报告。日内瓦：世界卫生组织；2016 年（[http://www.who.int/influenza/pip/ag\\_april2016\\_MeetingRpt.pdf?ua=1](http://www.who.int/influenza/pip/ag_april2016_MeetingRpt.pdf?ua=1)，2016 年 9 月 24 日访问），第 34 段。

<sup>5</sup> 大流行性流感防范框架：伙伴关系捐款公司分摊办法。日内瓦：世界卫生组织；2013 年（[http://www.who.int/influenza/pip/pc\\_distribution.pdf?ua=1](http://www.who.int/influenza/pip/pc_distribution.pdf?ua=1)，2016 年 9 月 24 日访问），第 III B 节。

<sup>6</sup> 同上，第 5 和 6 页。

由于收到伙伴关系捐款的时间不能与决定和执行伴随而来的伙伴关系捐款流感防范工作计划的时间表完全保持一致，每年都会遇到现金流问题，捐款者的任何延迟都会进一步加剧这一问题<sup>1</sup>。例如，由于到 2015 年底仍未收到生产商的若干捐款，不得不分成几期来执行工作计划和分配 2016 年伙伴关系捐款资金<sup>2</sup>。2016 年 4 月，咨询小组建议总干事探讨建立某种机制，根据预测的捐款预先发放资金，以便秘书处实施防范项目，同时，大流行性流感防范框架秘书处继续与业界协商，“修订和简化”征收程序<sup>3</sup>。此外，由于伙伴关系捐款资金是按年度周期征收的，一些世卫组织区域办事处表示，这会使保证方案可持续性的努力变得复杂，导致一些区域要求延长资金筹措和/或预测期。

在谈判大流行性流感防范框架时，曾决定伙伴关系捐款年度总额应相当于全球流感监测和应对系统运营成本的 50%，以 2010 年运营成本大约为 5,650 万美元为准<sup>4</sup>。然而，还曾申明，此类运营成本“可能随着时间变更，对伙伴关系捐款也将相应作出调整”<sup>5</sup>。

审查小组要求大流行性流感防范框架秘书处对全球流感监测和应对系统实验室进行一番简略的调查，以获得 2016 年运营成本的估计数字，确定自 2010 年以来应作出何种程度的调整（见方框 6.2）。

#### 方框 6.2：全球流感监测和应对系统运营成本调查，2016 年 6-9 月

秘书处向所有全球流感监测和应对系统实验室发出了调查表，包括世卫组织合作中心（6 个）、国家流感中心（143 个）、世卫组织 H5 参照实验室（13 个）和世卫组织必要管制实验室（4 个），同时注意到一些实验室担负了双重职能<sup>6</sup>。只有 41 个实验室作出了答复，只有 19 个实验室提供了完整的数据集。所提供的数据有其若干局限性，导致难以进行分析。应当指出，大多数答复仅仅是成本估计，这一数据往往不完整，在一些情况下，对数据的有效性/准确性需要作出核查。

作出答复的仅有的 41 个实验室的估计成本总计为 3 900 万美元，表明全球流感监测和应对系统总运营成本很可能超过 2010 年 5 650 万美元的估计数字。

鉴于世卫组织必要管制实验室对其服务收取费用，决定不将其成本列入这一估计数字。考虑到世卫组织合作中心、国家流感中心和世卫组织 H5 参照实验室的运营成本各

<sup>1</sup> 大流行性流感防范框架咨询小组。大流行性流感防范框架咨询小组会议：2016 年 4 月 19-22 日，瑞士日内瓦。总干事的报告。日内瓦：世界卫生组织；2016 年（[http://www.who.int/influenza/pip/ag\\_april2016\\_MeetingRpt.pdf?ua=1](http://www.who.int/influenza/pip/ag_april2016_MeetingRpt.pdf?ua=1)，2016 年 9 月 24 日访问），第 34 段。

<sup>2</sup> 同上，第 33 和 34 段。

<sup>3</sup> 同上，第 36 和 37 段。

<sup>4</sup> 共享流感病毒以及获得疫苗和其它利益的大流行性流感防范框架。日内瓦：世界卫生组织；2011 年（<http://www.who.int/influenza/pip/en/>，2016 年 9 月 24 日访问），第 6.14.3 节，脚注 1。

<sup>5</sup> 同上，第 6.14.3 节，脚注 1。

<sup>6</sup> 大流行性流感防范框架审查小组秘书处，世界卫生组织，未发表数据，2016 年 10 月。

有不同，因此将之分别归类。运营成本表示为每一类别的每一实验室（见表 6.2）的平均成本，随之对每一类别的 2016 年总运营成本作出近似计算，然后相加，得出整体的总的估计数字为 1.22 亿美元。

有若干理由，可以用来解释为何自 2010 年以来，全球流感监测和应对系统的运营成本增加了。第一个估计数字是基于几个机构的很少量的信息，没有包含所有的运营成本。例如，与培训、认证、公用设施、设备折旧和实物捐助有关的成本就没有包含在内。相对于 2011 年，全球流感监测和应对系统网络中有更多的实验室。此外，一般费用和薪资在过去五到六年来也应有所增加。行业成本也会随着时间而增加，虽然会员国对全球流感监测和应对系统实验室的捐款是一笔巨大的全球投资和利益，但在会员国之间，此一捐款时有变化，数额不等。

**表 6.2: 2016 年全球流感监测和应对系统运营成本初步估计<sup>1</sup>**

机构	对调查表作出答复的实验室数目*	每一实验室的平均成本	全球流感监测和应对系统中的实验室数目	估计总成本
世卫组织合作中心	4	10 875 769美元	5**	5400万美元
国家流感中心	13	411 195美元	143	5800万美元
世卫组织H5参照实验室	2	737 000美元	14**	1000万美元***
总计				约1.22亿美元
* 有41个实验室回复了调查表，但只有19个提供了完整和可靠的数据集；世卫组织的必要管制实验室没有包括在内。				
** 为求平均值的目的，将研究动物和禽鸟流感生态学的世卫组织合作中心列入了世卫组织H5参照实验室类别中，因其成本大大低于研究季节性和大流行性流感疫苗的世卫组织合作中心，与世卫组织H5参照实验室提供的数据相类似。				
*** 数据集太小，没有意义，平均值很可能夸大。				

一些利益攸关方建议，伙伴关系捐款总值应与经济指标，例如生产商所在国的国内生产总值联系起来。业界代表正在制订一些建议，改变计算伙伴关系捐款的办法，以提高稳定性和可预测性，这些建议将提交世卫组织。

### 建议：伙伴关系捐款征收

23. 咨询小组应考虑与业界协作，更新关于全球流感监测和应对系统运营/业务成本的 2010 年估计数字，作为对修订伙伴关系捐款公式计算方法的投入，以促进及时交付伙伴关系捐款，并提高其作为实施大流行性流感防范框架的筹资机制的可持续性。

<sup>1</sup> 大流行性流感防范框架审查小组秘书处，世界卫生组织，未发表数据，2016 年 10 月。

24. 由于根据咨询小组的建议成功地使用了关于达成标准材料转让协议<sup>2</sup>的阶梯式方法，咨询小组应当考虑针对伙伴关系捐款交款不足、晚交款或违约的情况制定类似的升级反应。

### 6.3 伙伴关系捐款实施情况

#### 主要调查结果

调查结果 48：从 2014 年开始分配资金以来，伙伴关系捐款利益共享机制的实施始终是透明的，完全符合 2013-2016 年伙伴关系捐款实施计划，按照咨询小组向总干事提出的建议，该计划已延期到 2017 年<sup>1,2</sup>。这些伙伴关系捐款资源使各国得以制定其多年期计划，推动了持续和切实的能力建设。

调查结果 49：能力发展在重点国家在五个工作领域（实验室和监测、疾病负担、监管能力建设、筹划部署和风险沟通）的每一领域的实施始于 2014 年，具体目标预定到 2017 年底实现。总体说来已经取得了令人满意的进展，虽然一些区域出现拖延，因为需要将注意力转向埃博拉病毒病和寨卡病毒一类疫情。在支持各国提高发现和监测新型流感病毒能力，进行疾病负担研究和风险沟通以及提高监管能力方面，取得了良好进展。在部署能力领域存在一些拖延，目前正在加强对国家部署计划的关注。

调查结果 50：支出并不总能与征收保持同样速度，因此使有些利益攸关方错误地认为不需要更多的防范资金或者工作计划不能按照计划的时间框架实施。这就有可能削弱提供了伙伴关系捐款的实体的支持力度，使人们不愿意继续进一步捐款。

调查结果 51：大流行性流感防范框架秘书处定期通报伙伴关系捐款实施工作方面的成就和挑战。尽管如此，利益攸关方不断向世卫组织提出具体问题，涉及：(1)对在未动用应对资金的同时继续征收伙伴关系捐款资金的情况表示不满，这似乎表明不了解应对基金是在流感大流行开始时推动快速反应的应急资金，而且应对资金额远低于发生流感大流行疫情时将会需要的金额；(2)选择重点受援国家的基础，尽管已经公布了选择标准和程序<sup>3</sup>，但这可表明某些国家希望被列入该清单；(3)不了解伙伴关系捐款资金如何在各国开展能力建设，以便加强对大流行性流感的防范。

<sup>1</sup> 大流行性流感防范框架，2013-2016 年伙伴关系捐款实施计划。日内瓦：世界卫生组织；2015 年 ([http://www.who.int/influenza/pip/pip\\_pcimpplan\\_update\\_31jan2015.pdf?ua=1](http://www.who.int/influenza/pip/pip_pcimpplan_update_31jan2015.pdf?ua=1), 2016 年 9 月 20 日访问)，第 9-11 页。

<sup>2</sup> 大流行性流感防范框架咨询小组。大流行性流感防范框架咨询小组会议，2016 年 4 月 19-22 日，瑞士，日内瓦。总干事的报告。日内瓦：世界卫生组织；2016 年 ([http://www.who.int/influenza/pip/ag\\_april2016\\_MeetingRpt.pdf?ua=1](http://www.who.int/influenza/pip/ag_april2016_MeetingRpt.pdf?ua=1), 2016 年 9 月 22 日访问)，第 45 段。

<sup>3</sup> 大流行性流感防范框架，2013-2016 年伙伴关系捐款实施计划。日内瓦：世界卫生组织；2015 年 ([http://www.who.int/influenza/pip/pip\\_pcimpplan\\_update\\_31jan2015.pdf?ua=1](http://www.who.int/influenza/pip/pip_pcimpplan_update_31jan2015.pdf?ua=1), 2016 年 9 月 20 日访问)，第 9-11 页。

调查结果 52: 由大流行性流感防范框架秘书处进行的第二次缺口分析(评估缺口和需要, 以及伙伴关系捐款优势、弱点、机会和威胁) 将向世卫组织执行委员会通报总干事关于伙伴关系捐款资金在防范与应对之间的比例分配的建议, 目前这一比例为 70:30。

调查结果 53: 业界和会员国仍然对了解执行伙伴关系捐款的决策程序, 并适当提供投入很感兴趣。世卫组织区域办事处要求有机会供伙伴关系捐款实施者来讨论这方面的经验教训, 并希望更多地参与计划、执行和监测工作。不过, 应当指出, 已邀请世卫组织区域办事处参加咨询小组的所有会议。

调查结果 54: 伙伴关系捐款实施工作领域, 尤其是疾病负担研究、监管能力和筹划部署, 对推行季节性流感疫苗规划至关重要, 而该规划又将为大流行性流感防范奠定重要基础。

调查结果 55: 一些世卫组织区域办事处提出了大流行性流感防范框架筹资中用于参与实施大流行性流感防范框架活动的职员费用有限的问题。目前的业务原则是, 应尽可能压低用于世卫组织职员的费用比例, 以确保最大限度地将伙伴关系捐款资金投入各国开展的活动。可拨出其它来源的资金, 补充职员费用, 而大流行性流感防范框架(第 6.14.3.1 节) 确实鼓励其他捐助者提供额外资金。

通过征收伙伴关系捐款筹集的资金根据会员国经世卫组织执行委员会通过的决定加以分配和开支。捐款总额的不超过 10% 用于资助管理大流行性流感防范框架实施的大流行性流感防范框架秘书处的业务<sup>1</sup>。余额按 70:30<sup>2</sup>的比例分别用于大流行性流感防范活动和大流行性流感防范应对资金, 世卫组织行政支持引起的间接费用则明确为规划支持费用。表 6.3 概括显示了与 2012-2015 年伙伴关系捐款相关的分配总额(截至 2016 年 6 月 30 日收到的资金)。

**表 6.3: 伙伴关系捐款总额分配情况 (2012-2015 年\*) (截至 2016 年 6 月 30 日)<sup>1</sup>**

所收到伙伴关系 捐款资金总额	分配情况			
	防范**	应对	大流行性流感 防范框架秘书处	规划支持费用
92 800 499 美元	51 738 331 美元	23 416 948 美元	8 212 433 美元	9 432 786 美元
* 征收年份				
** 包括尚未拨付用于具体防范活动的资金。				
<sup>1</sup> 伙伴关系捐款实施门户, 2012-2016 年预算。见: 世界卫生组织 ( <a href="https://extranet.who.int/pip-pc-implementation/">https://extranet.who.int/pip-pc-implementation/</a> )。日内瓦: 世界卫生组织; 2016 年。				

<sup>1</sup> 同上, 第 6 页。

<sup>2</sup> 大流行性流感防范伙伴关系捐款应对资金的指导原则。载于: 世界卫生组织[网站]。日内瓦: 世界卫生组织; 2014 年 ([http://www.who.int/influenza/pip/guiding\\_principles\\_pc\\_response\\_funds.pdf?ua=1](http://www.who.int/influenza/pip/guiding_principles_pc_response_funds.pdf?ua=1), 2016 年 9 月 21 日访问), 第 2(b) 段。

### 6.3.1 应对

应急资金保存在一储备账户中，不断累积，因此在大流行性流感暴发时，可向世卫组织立即提供财政资源。咨询小组经与业界和其他利益攸关方磋商，制定了一系列指导原则，作为总干事决定如何使用应急资金的依据<sup>1</sup>。例如，预计在分发通过标准材料转让协议<sup>2</sup>捐助的大流行性流感疫苗时和在采购生产商同意以可负担的价格供应的更多产品时，将需要有资金可以动用。

### 6.3.2 防范

根据伙伴关系捐款实施计划（2013-2016 年），将在五个工作领域（实验室和监测、疾病负担、监管能力建设、筹划部署和风险沟通）分配防范资金<sup>2</sup>。在这五个领域中选择的支持活动与 2013 年缺口分析的结果直接相关，在该一分析中，评估了为加强全球大流行性流感防范，亟需在哪些方面进行能力建设<sup>3</sup>。针对每一个工作领域，都列明了想要采取行动的重点国家。在这些国家的选定上，与各区域进行了密切磋商，大流行性流感防范框架伙伴关系捐款实施计划（2013-2016 年）详细说明了在每一工作领域中的国家甄选程序<sup>4</sup>。由于实验室和监测能力建设将获得大部分伙伴关系捐款资金，采取了更加细致的甄选程序（见方框 6.3）。

#### 方框 6.3：甄选国家进行实验室和监测能力建设<sup>5</sup>

利用咨询小组确认的因素，通过对国家的特定流感实验室和监测能力的技术评估，制订了潜在重点国家的区域名单。这些因素包括：国家发展状况；《国际卫生条例（2005）》核心能力落实情况；国家流感流行病学和实验室监测的需要以及甲型 H5N1 脆弱性。

世卫组织各区域办事处考虑到其它一些因素，细化了这些名单，这些因素包括：相关国家政治局势，特别是该国是否正经历复杂的突发事件；相关国家内部当前获得捐助方资金和投资情况；相关国家的吸收能力；相关国家人口数量；相关国家在区域/次区域内的地理位置（特别是对岛国而言）；相关国家/卫生部对流感领域工作的重视程度，以及相关国家以现有能力为基础生成可与邻国共享的流感监测数据的能力。

<sup>1</sup> 同上。

<sup>2</sup> 大流行性流感防范框架，伙伴关系捐款实施计划（2013-2016 年）。日内瓦：世界卫生组织；2015 年（[http://www.who.int/influenza/pip/pip\\_pcimpplan\\_update\\_31jan2015.pdf?ua=1](http://www.who.int/influenza/pip/pip_pcimpplan_update_31jan2015.pdf?ua=1)，2016 年 9 月 22 日访问）。

<sup>3</sup> 大流行性流感防范框架伙伴关系捐款 2013-2016 年缺口分析。日内瓦：世界卫生组织；2013 年（[http://www.who.int/influenza/pip/pip\\_pc\\_ga.pdf?ua=1](http://www.who.int/influenza/pip/pip_pc_ga.pdf?ua=1)，2016 年 9 月 22 日访问）。

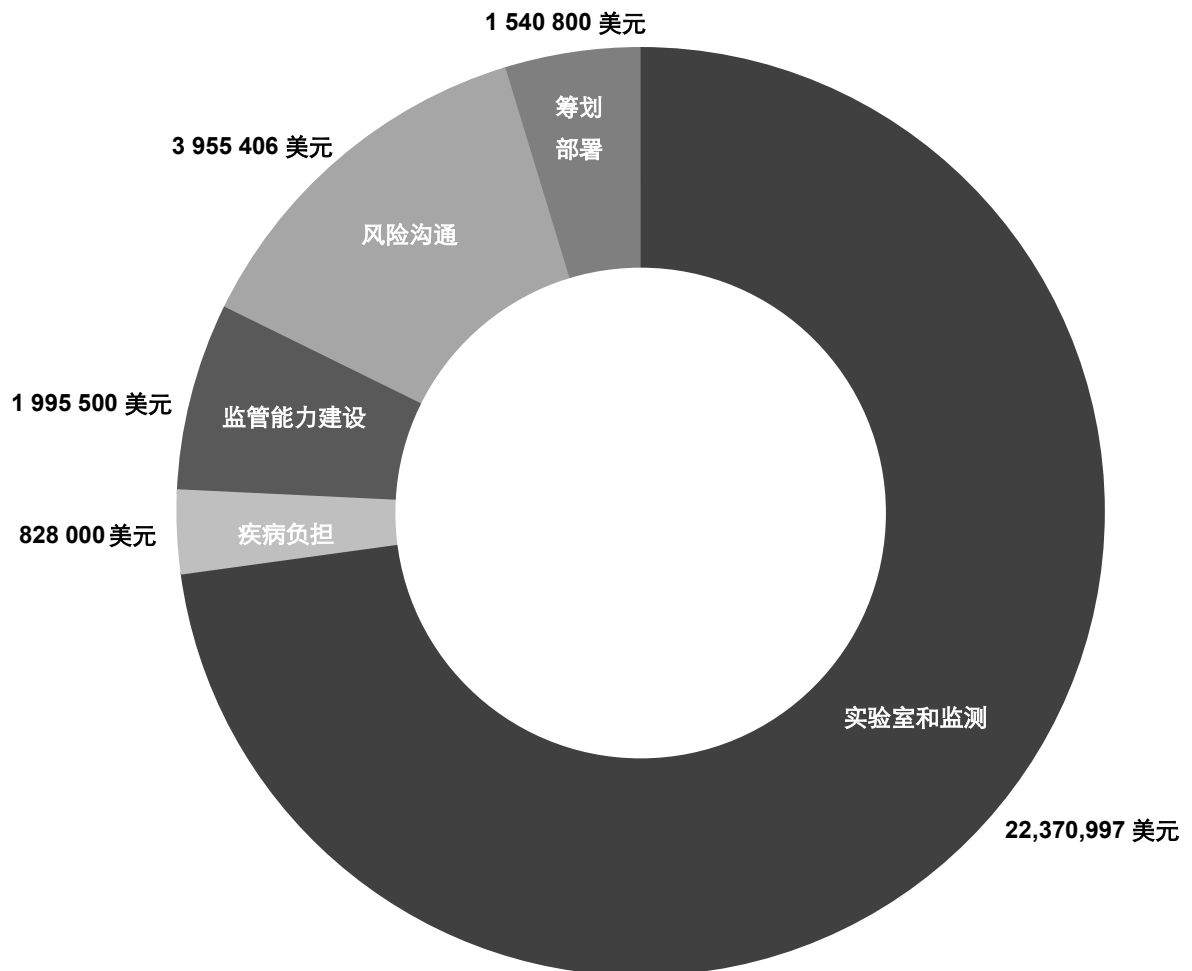
<sup>4</sup> 大流行性流感防范框架，伙伴关系捐款实施计划（2013-2016 年）。日内瓦：世界卫生组织；2015 年（[http://www.who.int/influenza/pip/pip\\_pcimpplan\\_update\\_31jan2015.pdf?ua=1](http://www.who.int/influenza/pip/pip_pcimpplan_update_31jan2015.pdf?ua=1)，2016 年 9 月 22 日访问），第 9-11 页。

<sup>5</sup> 同上。

各区域根据各国接受伙伴关系捐款资金的能力来确定重点国家，接受这类资金是为了加强发现和监测流感疫情，特别是通过全球流感监测和应对系统共享流感信息的能力。所建议的国家名单随后经咨询小组送交总干事。

2014年，整个世卫组织共制定了50多项工作计划。第一笔资金于2014年4月拨出，到2014年8月，向世卫组织总部、区域办事处和国家办事处分配了大约1740万美元，用于在五个领域的核准防范活动<sup>1</sup>。到2015年底，所分配的伙伴关系捐款资金总计达3100万美元左右，实验室和监测占分配额的大约70%（见图6.1）<sup>2</sup>。

图 6.1:按工作领域分配的防范资金（截至2015年12月）<sup>1</sup>



<sup>1</sup> 大流行性流感防范框架，2015年伙伴关系捐款年度报告。日内瓦：世界卫生组织，2016年（<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246229/1/WHO-OHE-PED-2016.01-eng.pdf?ua=1>，2016年9月22日访问），第65页。

<sup>1</sup> 大流行性流感防范框架，2015年伙伴关系捐款年度报告。日内瓦：世界卫生组织，2016年（<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246229/1/WHO-OHE-PED-2016.01-eng.pdf?ua=1>，2016年9月22日访问），第8页。

<sup>2</sup> 同上，第4页。

伙伴关系捐款防范资金是按照经核准的工作计划分配的，有关开支（即实际支出）是在世卫组织全系统进行跟踪和报告。情况表明，伙伴关系捐款资金的支出不能始终与资金的分配齐头并进。在五个工作领域中，所分配资金（如图 6.1 所显示）截至 2015 年底在不同工作领域中的实际支出比例为：实验室和监测（80%）；疾病负担（76%）；监管能力建设（56%）；筹划部署（44%）；风险沟通（85%）<sup>1</sup>。2014 和 2015 年合计的防范工作总支出率为 77%<sup>2</sup>。

虽然迄今为止，五个工作领域一直在指导伙伴关系捐款的实施，但世卫组织意识到，新的工作领域可能日趋重要，今后，将有比目前更多的中等收入和低收入国家需要得到伙伴关系捐款支持<sup>3</sup>。2013-2016 年伙伴关系捐款实施计划已经延期到 2017 年底<sup>4</sup>，正在进行新的差距分析，审查现有工作领域的进展，确定今后可能的工作领域。所有这类信息将馈入新的伙伴关系捐款高级别实施计划中。与此相适应，目前伙伴关系捐款资金在防范与应对工作之间的 70:30<sup>5</sup>的比例也将延期一年，直至 2017 年底，并在新的计划中，根据会员国在 2017 年世界卫生大会上批准的总干事和世卫组织执行委员会的建议，酌情加以修订。

对实现商定实施目标的进展，每隔六个月都会采用有关每一工作领域的一整套指标进行一次密切监测，以参照最初的基线条件登录各项成就<sup>6</sup>。在 2013-2016 年伙伴关系捐款实施计划中载明的具体目标已经与该计划一道，延期到 2017 年底<sup>7</sup>。世卫组织每年都在始于 2014 年的伙伴关系捐款年度报告中，详尽公布关于按照指标衡量的最新绩效情况<sup>8,9</sup>。

表 6.4 总括了到 2015 年底，五个工作领域的主要成就。表 6.5-6.10 显示了每一工作领域的的数据。虽然关于这些指标，2016 年有更多的最新数据，但报告期的不同意味着，并非所有工作领域都有比 2015 年底更新的数据，因此，为显示在同一时期内每一工作领域的进展情况，所使用的数据均来自 2015 年伙伴关系捐款年度报告。

<sup>1</sup> 同上，第 67 页。

<sup>2</sup> 同上，第 65 页。

<sup>3</sup> 同上，第 52 页。

<sup>4</sup> 大流行性流感防范框架咨询小组。大流行性流感防范框架咨询小组会议，2016 年 4 月 19-22 日，瑞士，日内瓦。总干事的报告。日内瓦：世界卫生组织；2016 年（[http://www.who.int/influenza/pip/ag\\_april2016\\_MeetingRpt.pdf?ua=1](http://www.who.int/influenza/pip/ag_april2016_MeetingRpt.pdf?ua=1)，2016 年 9 月 22 日访问），第 45 段。

<sup>5</sup> 这一数字是在向大流行性流感防范框架秘书处拨付了总伙伴关系捐款收入的 10% 之后的分配比例。

<sup>6</sup> 大流行性流感防范框架，2015 年伙伴关系捐款年度报告。日内瓦：世界卫生组织；2016 年。（<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246229/1/WHO-OHE-PED-2016.01-eng.pdf?ua=1>，2016 年 9 月 22 日访问），第 11 页。

<sup>7</sup> 大流行性流感防范框架秘书处，世界卫生组织，未发表信息，2016 年 10 月。

<sup>8</sup> 大流行性流感防范框架，2014 年伙伴关系捐款年度报告。日内瓦：世界卫生组织；2015 年（[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161369/1/WHO\\_HSE\\_PED\\_GIP\\_PIP\\_2015.2\\_eng.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161369/1/WHO_HSE_PED_GIP_PIP_2015.2_eng.pdf?ua=1&ua=1)，2016 年 9 月 22 日访问）。

<sup>9</sup> 大流行性流感防范框架，2015 年伙伴关系捐款年度报告。日内瓦：世界卫生组织；2016 年（<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246229/1/WHO-OHE-PED-2016.01-eng.pdf?ua=1>，2016 年 9 月 22 日访问）。



表 6.4: 2014 和 2015 年五个防范工作领域亮点<sup>1</sup>

	2014	2015
<b>实验室和监测能力建设<sup>2,3</sup></b>	<p>确定了 21 个能力指标,用以衡量实现产出和成果的进展情况</p> <p>在这一领域予以重点支持的 43 个国家收集了基线数据</p>	<p>43 个大流行性流感防范重点国家中,有 12 个国家已经建立并运行以事件为基础的流感监测。</p> <p>世界范围 128 个国家与世卫组织合作中心、世卫组织 H5 参照实验室和世卫组织必要管制实验室共享病毒<sup>4</sup>。</p> <p>66 个国家坚持向区域或全球平台报告流行病学数据。</p> <p>114 个国家坚持向区域或全球平台报告病毒学数据。</p> <p>103 个国家参与采用聚合酶链反应检测 A 型流感病毒的世卫组织外部质量评估项目,获得满分。</p>
<b>疾病负担</b>	<p>七个国家参加了培训,学习如何利用新的世卫组织手册,得出国家疾病负担评估数字。</p>	<p>40 个国家,包括 19 个大流行性流感防范伙伴关系捐款重点国家,利用世卫组织的方法和技术支持,估测了流感负担。</p> <p>三个大流行性流感防范重点国家完成了可靠的国家流感负担评估<sup>5</sup>。</p> <p>六个国家正在进行世卫组织经济负担工具试点。</p>
<b>监管能力建设</b>	<p>着手开展工作,修订加急审查程序,以便利向通过资格预审的抗病毒药物和疫苗发放许可。</p> <p>世卫组织药物制剂规格专家委员会于 2014 年 10 月制定并批准了新的协作程序,以推动评估和加快对通过世卫组织资格预审的药剂产品和疫苗的国家登记。</p>	<p>世卫组织 14 个国家采纳了世卫组织旨在加快流感产品监管审批的协作程序<sup>6</sup>。</p> <p>对 16 个重点国家中的 14 个国家作了监管能力评估。</p>

	2014	2015
<b>筹划部署</b>	起草了世卫组织与大流行性产品接受国之间的示范协议。	开发了大流行性流感防范部署工具 (PIPDEPLOY)，以改进流感产品在各国的部署。
<b>风险沟通</b>	编写、翻译和在线发表了重要的培训教材。	在 17 个目标国家进行了专门的风险沟通培训，或举办了讲习班 <sup>7</sup> 。  世卫组织应急通报网络编制了一份 150 人的花名册，这些人可随时部署在世界各地，应对突发公共卫生事件。

<sup>1</sup> 大流行性流感防范框架，2015年伙伴关系捐款年度报告。日内瓦：世界卫生组织；2016年（<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246229/1/WHO-OHE-PED-2016.01-eng.pdf?ua=1>，2016年9月22日访问），第8页。

<sup>2</sup> 区域和全球数据库提供的数据。

<sup>3</sup> 世卫组织总部一级的实验室和监测成果是利用来自大流行性流感防范伙伴关系捐款和其他捐助者的资金取得的。

<sup>4</sup> 系指季节性和大流行性潜在流感病毒。

<sup>5</sup> 哥斯达黎加、智利和埃及。

<sup>6</sup> 坦桑尼亚联合共和国、乌干达、埃塞俄比亚、加纳、肯尼亚、莫桑比克、布基纳法索、喀麦隆、贝宁、马里、亚美尼亚、斯里兰卡、不丹和缅甸。

<sup>7</sup> 巴巴多斯、柬埔寨、多米尼克、埃及、哈萨克斯坦、肯尼亚、摩尔多瓦共和国、蒙古、尼泊尔、圣卢西亚、圣文森特和格林纳丁斯、塞内加尔、苏丹、土耳其、乌克兰、乌兹别克斯坦和越南。

### 6.3.2.1 工作领域：实验室和监测<sup>1</sup>

在这一工作领域的大部分活动都由区域办事处负责，通过国家办事处进行，以加强其亟需的实验室和监测能力。在区域一级，重点放在：1)加强发现新的流感病毒引起的呼吸道疾病疫情的国家能力(产出1)；2)加强监测传播中流感病毒的国家能力(产出2)。2014年，确定了总共11项能力指标，用以评估发现、监测和共享新型流感病毒的国家能力，判断在43个重点国家中该一制度的整体可持续性。2014年8月，在这些重点国家采集了基线数据。

在全球一级，10项能力指标侧重于通过共享信息和病毒加强合作，特别强调提高全球流感监测和应对系统的质量(产出3)。这些全球指标反映了向世卫组织全球数据库、流感知情决定平台和流感网络提供流感病毒信息的所有196个会员国的情况。这些与上述11项指标合在一起，构成了总共21项实验室和监测能力指标。到2015年底，向流感网络作出通报的大流行性流感防范国家的数目从26个增加到30个，向流感知情决定平台作出通报的此类国家数目从五个增加到11个。

<sup>1</sup> 同上，第4、8、12-14和33-34页。

表 6.5 和 6.6 显示了对照三项产出的相关指标衡量得出的概览，随后综述了在这些领域的进展情况。

**表 6.5: 国家一级与产出 1 和 2 相关的实验室和监测指标<sup>1</sup>**

成果:能力薄弱和不具备能力的发展中国家发现和监测流感大流行的能力得到加强。			
对世卫组织各区域和国家的支持			
产出指标	基线*	具体目标	现状
<b>发现能力 (43个大流行性流感防范重点国家)</b> 建立并运行以事件为基础的流感监测系统的国家数目	8	43	12
<b>监测能力 (43个大流行性流感防范重点国家)</b> 能够始终通报和分析病毒学数据的国家数目	26	35	30
能够始终通报和分析流行病学数据的国家数目	5	17	9
<sup>1</sup> 大流行性流感防范框架，2015年伙伴关系捐款年度报告。日内瓦：世界卫生组织，2016年（ <a href="http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246229/1/WHO-OHE-PED-2016.01-eng.pdf?ua=1">http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246229/1/WHO-OHE-PED-2016.01-eng.pdf?ua=1</a> ，2016年9月22日访问），第13页。 * 2014年8月31日。			

## 进展综述

总体说来，所有区域都在提高发现和监测新型流感病毒、共享关于这些病毒的信息和始终坚持这些行动的能力方面取得了良好进展。

- 世卫组织六个区域办事处的 43 个重点国家分布如下：世卫组织非洲区域办事处（非洲区域办事处）（11 个国家）；世卫组织美洲区域办事处/泛美卫生组织（8 个国家）；世卫组织东地中海区域办事处（东地中海区域办事处）（7 个国家）；世卫组织欧洲区域办事处（欧洲区域办事处）（6 个国家）；世卫组织东南亚区域办事处（东南亚区域办事处）（6 个国家）；世卫组织西太平洋区域办事处（西太平洋区域办事处）（5 个国家）。
- 并非每个重点国家都由大流行性流感防范伙伴关系捐款直接资助，但它们确实都从世卫组织区域和总部各级资助的培训和讲习班活动中受益。这就意味着，这些国家或会报告与它们间接获得支持（也即，不是通过大流行性流感防范伙伴关系捐款资助的工作计划）的某项指标相关的全部或部分能力。
- 根据 2016 年 2 月第三轮数据收集结果，美洲区域办事处、西太平洋区域办事处和欧洲区域办事处预期将实现与产出指标相关的国家一级具体目标。

- 非洲区域办事处、东地中海区域办事处和东南亚区域办事处的大流行性流感防范伙伴关系捐款实施工作面临严重挑战,包括埃博拉病毒病、黄热病和霍乱(非洲区域办事处);内乱和难民危机(东地中海区域办事处),以及人员替换/设备问题(东南亚区域办事处)。这些区域需要作出努力,才能在2017年之前实现其具体目标,但根据2016年2月的第三轮数据收集成果,预期仍有可能提高其能力。

**表 6.6: 全球一级与产出 3 相关的实验室和监测指标<sup>1</sup>**

成果: 能力薄弱和不具备能力的发展中国家发现和监测流感大流行的能力得到加强。			
产出指标	基线*	具体目标	现状
<b>共享能力 (全球)</b> 参与采用聚合酶链反应检测A型流感病毒的世卫组织外部质量评估项目, 获得满分的国家数目	109	120	103
过去两年里至少每年一次与世卫组织合作中心、H5参照实验室和必要管制实验室共享病毒的国家数目	90	108	128
始终向区域或全球平台报告流行病学数据的国家数目	55	71	66
始终向一全球平台报告病毒学数据的国家数目	108	124	114
<sup>1</sup> 大流行性流感防范框架, 2015年伙伴关系捐款年度报告。日内瓦: 世界卫生组织; 2016年 ( <a href="http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246229/1/WHO-OHE-PED-2016.01-eng.pdf?ua=1">http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246229/1/WHO-OHE-PED-2016.01-eng.pdf?ua=1</a> , 2016年9月22日访问), 第33页。 * 2014年8月31日。			

## 进展综述

总体说来,全球一级在世卫组织各区域和各国定期举办的讲习班和培训取得了良好进展。

- 就采用聚合酶链反应检测 A 型流感病毒的世卫组织外部质量评估项目指标而言,获得满分的参与实验室的数目时有波动。这反映了国家实验室的人员替换,以及需要继续培训实验室技术人员,以维持对采用聚合酶链反应检测流感病毒高质量运用。或许需要修订与这一指标相关的具体目标,以适应各国培训实验室人员的现实情况。例如,一个适当的具体目标或许是,“不低于 100 个国家参与进来,并获得满分。”
- 与世卫组织合作中心共享病毒取得了积极成果,显示了流感病毒运输基金的成功(见第 4 章,第 4.1 节),该基金的建立是为了提高流感病毒和临床样本的共享能力。

- 流行病学和病毒学数据全球报告的结果也是积极的，预期将在 2017 年底实现各项具体目标。这些结果反映了在使用世卫组织/全球流感规划的全球数据库、流感网络（针对流行病学数据）和流感知情平台（针对病毒学数据）时，为更便捷地录入数据而作出的改进。

### 6.3.2.2 工作领域：疾病负担<sup>1</sup>

需要关于流感的国家疾病负担的可靠信息，以便政府决定是否优先考虑季节性流感防控，包括扩大季节性疫苗生产能力，而这对大流行性流感疫苗的准备工作的准备工作也是很有必要的。伙伴关系捐款资金支持了全球流感规划开发有关工具，对季节性流感的疾病和经济负担进行评估。发展中国家疾病负担评估面对的最大挑战是缺乏国家一级的数据，而且数据往往是不完整的。尤其是，关于流感发病率，包括住院率的可靠数据依赖于实验室的确证，但低收入国家往往缺少这一环节。还需要关于高危人群和具体国家的直接医疗费用和生产力丧失引起的间接费用的数据。需要进一步作出巨大努力，开发有关工具，用以估测具体的流感干预措施的成本效益，指导关于在何时和何地使用季节性疫苗的决定。目标是建立一个全球平台，保存定期更新的全球和区域数据、经济数据和风险因素信息，用于规划国家流感政策。表 6.7 显示了对照这一工作领域的产出指标取得的进展。

表 6.7: 疾病负担产出指标<sup>1</sup>

成果：国家决策者将掌握必要的流感疾病负担数据，促进知情决策和卫生资源优先顺序的确定			
	基线	具体目标	现状
所有六个世卫组织区域编制区域代表性疾病负担数据，指导发展中国家的决策	不详	6	进行中
产出1：从特定国家导出区域代表性流感疾病负担评估数字 伙伴关系捐款支持在2016年之前作出疾病负担评估的国家数目	0	19	3*
产出2：从特定国家导出全球流感疾病负担评估数字 从购买的国家评估数字中导出全球流感疾病负担评估数字	0	2016年12月	进行中

<sup>1</sup> 大流行性流感防范框架，2015年伙伴关系捐款年度报告。日内瓦：世界卫生组织；2016年（<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246229/1/WHO-OHE-PED-2016.01-eng.pdf?ua=1>，2016年9月22日访问），第36页。

\* 哥斯达黎加、智利和埃及掌握评估数字，准备在同行审查期刊上发表，另有 12 个国家正在敲定其评估数字。

<sup>1</sup> 同上，第 8 和 37-38 页。

## 进展综述

由于在各国举办的培训讲习班和流感疾病负担专家咨询小组，这一工作领域取得了良好进展，该咨询小组是于 2014 年设立的，目的是向进行流感负担评估的国家提供咨询和支持。该小组每月举行电话会议，截至 2016 年 9 月，举行了两次面对面会议。与世卫组织疾病的经济负担工具也进行了很好的协同。该工具正在四个大流行性流感防范重点国家（智利、哥斯达黎加、老挝人民民主共和国和印度尼西亚）以及另外两个国家进行试点。进程指标或有助于跟踪世卫组织一方参与评估进程的工作量。

- 截至 2016 年 9 月，40 个国家（包括这一工作领域的 19 个大流行性流感防范重点国家）参与了利用世卫组织的方法和技术支持评估流感负担的工作；三个国家（哥斯达黎加、智利和埃及）完成了其疾病负担评估。
- 2016 年 7 月举办的讲习班，将参与评估进程的国家会集在一起，交流有关的挑战、解决办法和初步成果。伴随这次讲习班，预期 2016 年底之前将会拿出更为可靠的国家评估数字。
- 预期 2017 年底之前将实现各项具体目标。与全球流感负担评估进程（即全球死亡率评估）相关的投入有某些拖延，这是由于迟迟没能找到适当的组织来签约评估工作。

### 6.3.2.3 工作领域：监管能力建设<sup>1</sup>

没有建立适当的开发监管制度的非疫苗生产国将难以确保在大流行性事件发生时迅速审批输入的疫苗投入使用。2009 年甲型 H1N1 大流行性流感期间，缺乏共同的审批程序，妨碍了半数以上接受甲型 H1N1 大流行性流感疫苗捐赠的国家进行流感产品登记<sup>2</sup>。这一工作领域的产出和具体目标试图在无法遵循世卫组织关于产品登记的指导文件（见表 6.8）的国家，弥合监管差距。世卫组织基本药物和卫生产品司正在使用伙伴关系捐款，加强区域/亚区域/国家对流感产品及其国家审批的监管制度。

<sup>1</sup> 同上，第 8 和 40-42 页。

<sup>2</sup> 从世卫组织甲型 H1N1 大流行性流感疫苗部署行动实施中汲取的主要经验教训。世卫组织：日内瓦；2010 年（[http://www.who.int/influenza\\_vaccines\\_plan/resources/h1n1\\_vaccine\\_deployment\\_initiative\\_moll.pdf](http://www.who.int/influenza_vaccines_plan/resources/h1n1_vaccine_deployment_initiative_moll.pdf)，2016 年 10 月 4 日访问）。

表 6.8: 监管能力建设产出指标<sup>1</sup>

成果: 监管能力薄弱或不具备监管能力的国家将能够监管流感产品, 包括疫苗、抗病毒药物和诊断制剂, 并在流感大流行情况下加速对这些商品的国家审批			
	基线	具体目标	现状
到2016年, 至少有16个国家将提高其监管能力, 监督流感产品, 包括疫苗、抗病毒药物和诊断制剂, 并在流感大流行情况下加速对这些商品的国家审批登记	不详	至少16个	进行中
<b>产出1: 制订对非疫苗生产国家监管准备的指导方针, 帮助它们加速对国家免疫规划中采用的流感疫苗的审批</b> 世卫组织生物标准化专家委员会批准监管准备指导方针	0	1	等待生物标准化专家委员会批准
<b>产出2: 加强国家监管当局监管流感产品, 包括疫苗、抗病毒药物和诊断制剂的能力</b> 发展监管能力, 以按照世卫组织的国家监管当局评估, 监督在流感大流行情况下的流感产品, 包括疫苗、抗病毒药物和诊断制剂以及机构发展计划的制定和执行的机构数目	0	16*	1**
<b>产出3: 将突发公共卫生事件期间加速审批流感疫苗、抗病毒药物和诊断制剂的监管程序纳入大流行性流感产品部署计划</b> 制定了在突发公共卫生事件中加速流感产品监管审批的共同方针的机构数目	0	48***	14****

<sup>1</sup> 大流行性流感防范框架, 2015年伙伴关系捐款年度报告。日内瓦: 世界卫生组织; 2016年 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246229/1/WHO-OHE-PED-2016.01-eng.pdf?ua=1>, 2016年9月22日访问), 第39页。

\* 刚果民主共和国、埃塞俄比亚、加纳、肯尼亚、坦桑尼亚联合共和国、乌干达、玻利维亚、海地、巴基斯坦、苏丹、亚美尼亚、格鲁吉亚、尼泊尔、斯里兰卡、柬埔寨、老挝人民民主共和国。

\*\* 对 16 个大流行性流感防范重点国家中的 14 个国家的国家管制当局进行了评估。一个国家在三个工作领域, 即监管制度、上市许可和药物警戒中具备了可接受的能力。在 16 个大流行性流感防范国家中的 14 个国家执行了机构发展计划。加强监管能力是一项长期的投资, 目前还没有关于这方面影响的数据。

\*\*\* 刚果民主共和国、埃塞俄比亚、加纳、肯尼亚、坦桑尼亚联合共和国、乌干达、莫桑比克、科特迪瓦、南非、安哥拉、布基纳法索、冈比亚、喀麦隆、贝宁、中非共和国、几内亚、马拉维、马里、玻利维亚、海地、洪都拉斯、尼加拉瓜、圭亚那、秘鲁、巴基斯坦、苏丹、阿富汗、也门、伊拉克、摩洛哥、亚美尼亚、格鲁吉亚、摩尔多瓦共和国、哈萨克斯坦、吉尔吉斯斯坦、塔吉克斯坦、尼泊尔、斯里兰卡、孟加拉国、不丹、缅甸、东帝汶、柬埔寨、老挝人民民主共和国、基里巴斯、蒙古、菲律宾、巴布亚新几内亚。

\*\*\*\* 坦桑尼亚联合共和国、乌干达、埃塞俄比亚、加纳、肯尼亚、莫桑比克、布基纳法索、喀麦隆、贝宁、马里、亚美尼亚、斯里兰卡、不丹和缅甸。

## 进展综述

在这一工作领域取得了整体的进展, 但三项产出有着密切的联系, 而且被设计来支持国家监管机构处于不同发展阶段的国家。由于产出 2 和 3 需要国家支持 (即国家承诺执行机构发展计划 (可接受的能力) 并采纳世卫组织的合作方针), 世卫组织在讲习班、

培训和宣传上投入了时间和资金，但由于指定用于这些产出的基于成果的指标，没有对此作出报告。进程指标可能有助于在一个更细化的程度上监测产出。

- 就监管准备制定了指导方针，协助非疫苗生产国加速审批联合国机构部署的季节性疫苗和/或大流行性流感疫苗。预期世卫组织生物标准化专家委员会将在 2016 年 10 月之前作出审批，而产出 1 的具体目标将在 2016 年年底之前实现。
- 世卫组织正在与 16 个重点国家合作，处理在监管制度方面，以及据认为对通过联合国机构采购疫苗的国家至关重要的其它两项职能（即上市许可和药物戒备）上的重大差距。这一产出取得了进展，也即世卫组织对 14 个国家进行评估，确认了在这三个关键领域的差距。在这些国家制定了机构发展计划来弥补这些差距。对剩下的两个重点国家，将在 2016 年年底之前进行评估，机构发展计划也将推出。截至 2016 年 10 月，16 个重点国家中，只有一个国家在所有三个关键领域的监管准备上达到了“期望能力”，其余的 15 个国家不大可能在 2017 年年底跨入这一阶段。无论如何，由于国内的培训活动，在推动各国从监管能力方面的“重要能力偏低”走向具备“可接受的能力”上取得了进展。
- 48 个目标国家中，有 14 个国家采纳了世卫组织关于加速突发公共卫生事件时的流感产品监管审批的共同方针。对各国来说，接受世卫组织的方针是自愿的，也是提高监管能力的若干选择之一。通过在东南亚区域办事处举办宣传讲习班和编写将疫苗的应急使用包括在内的合作程序补编，在这一领域取得了进展。48 个目标国家很难全体都在 2017 年之前通过合作程序，但世卫组织将继续扩大药物产品和疫苗合作程序的影响。预定将在 2016 年年底之前在西太平洋区域办事处举办一次区域讲习班。

#### 6.3.2.4 工作领域：筹划部署<sup>1</sup>

制度瓶颈以及参与部署的众多不同组织之间缺乏协调可严重拖延在疫情暴发时大流行性流感疫苗和其它公共卫生产品的分配和使用。此外，资源匮乏国家应当处于“就绪”状态，以接受最初供应有限的大流行性流感疫苗和抗病毒药物并立即将之投入最佳利用。可进行模拟演练，通过联合应对，测试全国各地的实际部署系统和应对辅助机构的情况。伙伴关系捐款资金有助于开发和测试大流行性流感防范部署模拟工具，该工具的设计是为了帮助各国确认和校正在突发公共卫生事件时疫苗交付面临的瓶颈阻塞和短板。表 6.9 显示了这一工作领域的产出指标方面的进展。

<sup>1</sup> 大流行性流感防范框架，2015 年伙伴关系捐款年度报告。日内瓦：世界卫生组织；2016 年（<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246229/1/WHO-OHE-PED-2016.01-eng.pdf?ua=1>，2016 年 9 月 22 日访问），第 8 和 45 页。



表 6.9: 筹划部署产出指标<sup>1</sup>

成果：制定并定期修订涉及疫苗、抗病毒药物和诊断试剂的大流行性流感供应部署计划			
	基线	具体目标	现状
<b>产出1：制定管理部署行动的共同方针，并与利益攸关方和部署伙伴交流</b> 制定共同的部署方针，并征得多方部署利益攸关方的认可	0	1	已有草案
与部署行动利益攸关方一道进行的培训和模拟演练次数	0	8	模拟演练定于2016年年中进行*
<b>产出2：简化和更新国家的部署就绪系统</b> 修订和更新接受国协议范本	0	1	进行中
获得基于网络的计划工具的国家 and 伙伴	0	16	等待工具
<sup>1</sup> 大流行性流感防范框架，2015 年伙伴关系捐款年度报告。日内瓦：世界卫生组织；2016 年（ <a href="http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246229/1/WHO-OHE-PED-2016.01-eng.pdf?ua=1">http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246229/1/WHO-OHE-PED-2016.01-eng.pdf?ua=1</a> ，2016 年 9 月 22 日访问），第 44 页。 * 截至 2016 年 10 月 26 日，本次模拟演练仍未进行。			

## 进展综述

总的说来，尽管在大流行性流感防范部署模拟工具的开发上作出了巨大努力，但这一领域的工作一直在拖延。各项国家部署计划预期将成为 2016 年进一步发展的重点，一些程序措施将有助于监测进展。

- 关于产出 1，已经制订了一份涉及管理部署行动的共同方针的文件草案，交部署行动的利益攸关方认可。
- 大流行性流感防范部署模拟工具被拖延。该工具预期在 2016 年初推出，但人们低估了技术难题的复杂性，导致推迟该工具的发布。预期在 2017 年底之前，将与部署行动利益攸关方进行两到三次模拟演练。
- 关于产出 2，梳理和修订了接受国家协议范本。需要在出现突发公共卫生事件时，针对突发事件的具体情况作出调整。以网络为基础的计划工具尚未开发。为支持其开发，正在评估 16 个目标国家目前的国家部署计划，并为弥合计划中确认的任何差距开发适当工具。
- 筹划部署的 16 个目标国家即为进行监管能力建设的那些国家，它们建立了国内在产品登记和产品部署相关活动之间的协同。

### 6.3.2.5 工作领域：风险沟通<sup>1</sup>

有效的风险沟通很重要，这将避免因误导和恐慌而妨碍公共卫生干预措施的实施。如我们在 2014 和 2015 年看到的，在对西非埃博拉病毒病的国际应对期间，国家和国际的风险沟通能力是进行有效的应急反应的关键因素。在此背景下，针对 30 个重点国家，并为支持全球性世卫组织应急通报网络使用了伙伴关系捐款资金。编制和开发了一系列指导方针、工具、课程和材料，提高对大流行性流感风险的沟通技能。通过世卫组织的网站、全球学习和管理系统以及涉及 1000 多位培训参与者的联络数据库，传播了这些材料。已经编写了有关材料，培训在大流行性流感期间负责报道工作的新闻记者，并举办了亚区域媒体讲习班。在八个东道国家进行了模拟和“案头”演练，建立和测试风险沟通能力。表 6.10 显示了对照这一工作领域产出指标的进展。

**表 6.10：风险沟通产出指标<sup>1</sup>**

成果：全球风险沟通能力得到加强，特别侧重于大流行性流感沟通			
	基线	具体目标	现状
<b>产出1：增加获得风险沟通培训和进入有关平台的机会，使所有国家都能更有效地应对潜在的流感大流行</b> 截至2015年12月，会员国可获得所有语言文本的工具和基于网络的风险沟通培训材料	0	194	有英文本
在线材料注册用户数	0	500	513
关于《国际卫生条例》风险沟通培训网络的培训完成数*	0	200	96
<b>产出2：在能力薄弱或不具备能力的重点国家建立风险沟通能力</b> 到2016年底，目标国家将受益于《国际卫生条例》风险沟通规划	0	30	17
<b>产出3：全球应急通报网络投入运行，以在突发公共卫生事件之前、期间和之后提供支持</b> 2015/16年世卫组织在72小时之内响应风险沟通扩增支援请求的比例	0	80%	100%

<sup>1</sup> 大流行性流感防范框架，2015年伙伴关系捐款年度报告。日内瓦：世界卫生组织；2016年（<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246229/1/WHO-OHE-PED-2016.01-eng.pdf?ua=1>，2016年9月22日访问），第46页。

<sup>1</sup> 同上，第8和47页。

## 进展综述

总的说来，这一工作领域的具体目标取得了良好进展，超出产出 3 的预期，提前得到实现。需要继续开展工作，以将所有 30 个重点国家都纳入风险沟通培训，并以英文之外的其他语文提供培训材料。

- 提供风险沟通培训的工作取得良好进展，以所有联合国语文和葡萄牙语提供了入门材料，还以英文提供了一系列更高级的材料。将借助定于 2016 年 10 月开通的 [www.openWHO.org](http://www.openWHO.org) 平台，处理通过全球学习和管理系统、世卫组织网络和联络名单传播材料受到的限制。新的平台将便利获取和更广泛地传播和使用这些培训材料，推动更好地跟踪用户数目和反馈。借助这一平台，为完成在线培训确定的具体目标将有望在 2017 年底之前实现或超越。
- 在 30 个重点国家建立风险沟通能力的具体目标预期将在 2017 年底之前实现。将通过设在该平台的培训活动并通过监测活动，支持无法采取面对面培训措施的重点国家。
- 世卫组织应急通报网络的开发实现了其在突发公共卫生事件之前、期间和之后向各国提供支持的具体目标。截至 2016 年 10 月，这一网络建立了一份花名册，载有 150 名工作人员、顾问、伙伴、政府专家和官员，可以在 72 小时之内部署在大流行性风险沟通工作中。应急通报网络是贯穿世卫组织卫生突发事件规划的利益，因为各项公共卫生应急行动都可以利用其能力，这就建立了大流行性流感防范与其它领域之间的协同。定期部署受训者也将确保维持和发挥现有能力。

## 业务挑战

大流行性流感防范活动显然会与其他公共卫生行动，特别是与其他流感方面的活动重叠。在积极方面，这意味着由伙伴关系捐款资助的规划可以产生附带利益，提高效率，并向其他规划提供配合和支持。然而，如果没有认真和详尽的共同规划和监测，也有可能出现重复的无用功。所有的流感防范活动都要面对这样一个现实，各区域都有其相互竞争的重点，流感不会始终摆放在决策者议程的优先位置上。在大流行性流感防范框架情况下，这将导致区域和国家之间伙伴关系捐款实施工作的不同变化。

在迅速拨付资金与需要对工作计划作出质量控制之间，始终必须达成平衡。世卫组织在资金拨付问题上一直是稳健的，但也作出了尝试，简化这一过程。不过，如第 6 章第 6.2 节（伙伴关系捐款征收）提到的，由于捐助者推迟交付乃至不交付，伙伴关系捐

款资金收到的日期与需要将之分配给工作计划的日期之间的不一致加剧了。这个问题得不到解决，将继续产生连锁反应，拖延实施工作计划，妨碍大流行性流感防范。

大流行性流感防范框架秘书处委托对伙伴关系捐款实施进行了外部独立评估，定于2016年10月至2017年4月举行。这项工作将：

- 评估每一工作领域实现2013-2016年伙伴关系捐款高级别实施计划中所载目标产出和成果的进展<sup>1</sup>；
- 衡量每一工作领域的短期、中期和长期影响，确定这些影响对推动全球共同体防范大流行性流感有何帮助；
- 确认有助于在今后改进大流行性流感防范框架伙伴关系捐款资金管理的经验教训。

### 建议：伙伴关系捐款实施

25. 咨询小组应当考虑把程序措施的制定纳入2018-2022年伙伴关系捐款实施计划，以便更充分地监测关键工作领域的进展情况。

26 咨询小组应当要求定期提交财务报告和开展审计，并确保具备适当的财务问责机制；咨询小组还应当要求大流行性流感防范框架秘书处说明伙伴关系捐款应对资金在发生流感大流行时为什么会严重不足<sup>2</sup>。

<sup>1</sup> 大流行性流感防范框架。2013-2016年伙伴关系捐款实施计划。日内瓦：世界卫生组织；2015年（[http://www.who.int/influenza/pip/pip\\_pcimplan\\_update\\_31jan2015.pdf?ua=1](http://www.who.int/influenza/pip/pip_pcimplan_update_31jan2015.pdf?ua=1)，2016年9月22日访问）。

<sup>2</sup> 见本报告建议2(b)，其中申明：“世卫组织应当定期和更有效地向会员国、全球流感监测和应对系统实验室、制药业、民间社会及其它利益攸关方通报大流行性流感防范框架的目标和实施进展情况。尤其应当更充分地通报以下方面：

b. 伙伴关系捐款的执行措施；咨询小组的定期报告和会后情况介绍中应当着重说明这些措施，使进展更为明显并得到更明确的认识。”

## 第 7 章：治理

### 主要调查结果

调查结果 56: 虽然相对较新, 但大流行性流感防范框架整体说来有一个运行良好的治理结构, 监督大流行性流感防范框架的运作情况。它受益于世卫组织三个层级, 即总部、区域和国家办事处每一层级的明确承诺。

调查结果 57: 咨询小组继续在有效治理方面发挥关键作用, 提供体现其独立意见的公正、全力和实用的监督和指导。

调查结果 58: 咨询小组的预期组成实际上已经实现, 在能力和区域代表性二者之间达成了稳妥的平衡。世卫组织各区域办事处参加咨询小组会议令所有与会者收益, 应鼓励各区域加强其参与。在需要专家证据和情况分析时, 咨询小组着手通过总干事设立了关于基因序列数据的技术和专家小组。

调查结果 59: 咨询小组成员对问题的熟悉程度以及伴随时间不断积累的专门知识, 强化了咨询小组的重要性。然而, 咨询小组成员的三年任期是固定的, 通过延期, 也只能再任满一个三年期, 这就意味着咨询小组的成员每三年都会有一次整体更新。定期替换有其好处, 即新成员会带来新投入, 但随着经验丰富的成员的退出, 也有丧失机构记忆的风险。

调查结果 60: 根据咨询小组提供的证据, 2011 年以来, 就咨询小组向大流行性流感防范框架秘书处和总干事提交的建议采取了行动。及时完成和提交了咨询小组的年度报告和总干事的双年度报告, 并作为出版物发表在大流行性流感防范框架网站上。总干事每年就大流行性流感防范框架向世卫组织执行委员会和世界卫生大会提交报告, 会员国因此得以充分了解该框架的行动和进展。不过, 协调该咨询小组年度报告和总干事双年度报告的规定内容将有助于提高效率。

调查结果 61: 咨询小组与会员国、业界和民间社会组织之间的沟通和接触须定期进行并保持透明, 审查小组访谈的一些主要调查对象对此表示了认可和赞赏。虽然如此, 但只有少数民间社会组织成员与秘书处一直保持接触, 这或是由于其他人不清楚大流行性流感防范框架与其工作的相关性。秘书处可更广泛地联络民间社会团体, 以扩大和加深接触, 这将带来新的视野, 而大流行性流感防范框架也将从中受益。

调查结果 62: 有些全球流感监测和应对系统, 主要是世卫组织合作中心, 认为应加强合作中心、咨询小组和大流行性流感防范框架秘书处之间的互动, 包括在设立技术工作组问题上。如果咨询小组与业界和民间社会组织之间的定期和直接联络也将全球流感监测和应对系统技术专家纳入在内, 这将是很有帮助的。然而, 必须指出, 大流行性流感防范框架秘书处和咨询小组一直以来, 只与一两个民间社会组织始终保持了接触。

调查结果 63: 大流行性流感防范框架的一个目标是加强全球流感监测和应对系统, 该系统的地域覆盖面、范围和职能都有所扩大。然而, 该网络的领导职能基本上仍然是非正式的, 该系统通过世卫组织全球流感规划进行协调。全球流感监测和应对系统内部缺乏正式的领导结构, 导致整个全球流感监测和应对系统网络在大流行性流感防范框架的业务中缺少获得认可的代表性。

调查结果 64: 在 2016 年世卫组织突发卫生事件管理工作的改革之中, 世卫组织在突发事件方面的所有工作都汇集到一个新的突发卫生事件规划之下, 其中包括大流行性流感防范框架秘书处<sup>1</sup>。这种内部重组没有改变世卫组织对大流行性流感防范框架的承诺。大流行性流感防范框架秘书处显著依靠与世卫组织众多技术单位的密切合作, 尤其是全球流感规划, 即协调全球流感监测和应对系统的流感技术单位, 而全球流感监测和应对系统是实施大流行性流感防范框架的基础。因此, 任何内部重组都需要确保全球流感规划的技术投入与大流行性流感防范框架秘书处保持一致, 并推动其实施。

调查结果 65: 审查小组得知, 在世卫组织全部三个层级(总部、区域办事处和国家办事处)的许多领域, 以及例如病毒共享、伙伴关系捐款实施等许多活动领域, 并在大流行性流感防范框架秘书处与各公司涉及疫苗的资格预审的协作上, 资源和人力都已不堪重负。本次审查的一些建议将要求追加资源, 用于例如编写已提出要求的研究报告。

## 7.1 大流行性流感防范框架咨询小组

世界卫生大会根据总干事的建议监督大流行性流感防范框架的运作, 总干事还在世卫组织内和与世卫组织有关系的相关实体间促进大流行性流感防范框架的运作<sup>2</sup>。由总干事任命的独立的咨询小组, 构成大流行性流感防范框架治理和审查结构的“第三支柱”<sup>3</sup>。它就大流行性流感防范框架的运作提供专家监测和评估, 为此将就本框架的运作向总干

<sup>1</sup> 改革世卫组织在突发卫生事件管理领域的工作, 世卫组织突发卫生事件规划, 总干事的报告。载于: 世界卫生组织[网站]。日内瓦: 世界卫生组织; 2016 年(A69/30; [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA69/A69\\_30-cn.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_30-cn.pdf), 2016 年 9 月 22 日访问)。

<sup>2</sup> 共享流感病毒以及获得疫苗和其它利益的大流行性流感防范框架。日内瓦: 世界卫生组织; 2011 年(<http://www.who.int/influenza/pip/en/>, 2016 年 9 月 21 日访问), 第 7.1 节。

<sup>3</sup> 大流行性流感的防范: 共享流感病毒以及获得其它利益: 咨询小组的报告。总干事的报告。载于: 世界卫生组织[网站]。日内瓦: 世界卫生组织; 2011 年(EB130/18; [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB130/B130\\_18-cn.pdf?ua=1](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_18-cn.pdf?ua=1), 2016 年 9 月 21 日访问), 第 2 段。

事提交基于证据的报告、评估和建议。咨询小组本身并不参与行政职能<sup>1</sup>。在据认为必要时，咨询小组可建议总干事设立技术或专家工作组，就具体问题，例如在大流行性流感防范框架之下处理可能引起人间大流行的流感病毒的基因序列数据提供证据和分析<sup>2</sup>。

咨询小组自其 2011 年 11 月举行第一次会议以来<sup>3</sup>，每年在日内瓦的世卫组织总部举行两次会议。这些会议的报告，包括提交总干事的建议，都发表在大流行性流感防范框架网站上。会议结束后，将立即向会员国常驻日内瓦代表团通报情况。每一次咨询小组会议还包括与业界和其他利益攸关方的互动，以听取他们对大流行性流感防范框架的运作的意见。每两个月将刊印一份《大流行性流感防范框架电子通讯》，保证所有利益攸关方随时了解情况和新的出版物。为便于直接联络，还定期与业界和民间社会团体举行电话会议。

咨询小组由 18 名成员组成，分别来自世卫组织每一区域的三个会员国，会集在流感领域中国际公认的决策者、公共卫生专家和技术专家的技术专长<sup>4</sup>。每一成员的标准指定任期为三年，可连任一期。咨询小组的最初成员均续任至 2015 年，以保持大流行性流感防范框架运作的初始期的稳定性。自 2015 年开始，咨询小组每年有三分之一的成员（即 18 名成员中的六名）在结束三年任期后按照职责范围的规定续任<sup>5</sup>。这个三年期的交叉轮替模式是为了保持咨询小组的连续性和机构记忆。在小组成员变更时兼顾了地域性和专长二者。

每年 4 月，大流行性流感防范框架秘书处都会在咨询小组六名成员的训练上付出极大努力，但轮替方式意味着，在一些会议上，最有经验的成员只能在咨询小组任职两年。已鼓励审查小组审议如何在新成员的积极影响与机构记忆和连续性的重要性之间保持适当平衡。虽然总有办法可以加强任期的灵活性，但许多此类办法都很难始终兼顾大流行性流感防范框架要求的地域性和专长二者。

咨询小组向总干事提交了一份年度报告，陈述大流行性流感防范框架运作的进展和面临的挑战。该报告涉及七个领域<sup>6</sup>：世卫组织全球流感监测和应对系统的必要技术能力；世卫组织全球流感监测和应对系统的业务运作；世卫组织全球流感监测和应对系统

<sup>1</sup> 共享流感病毒以及获得疫苗和其它利益的大流行性流感防范框架。日内瓦：世界卫生组织；2011 年（<http://www.who.int/influenza/pip/en/>，2016 年 9 月 21 日访问），第 7.1.2(iii) 节。

<sup>2</sup> 大流行性流感防范框架之下处理基因序列数据。载于：世界卫生组织[网站]。日内瓦：世界卫生组织；2016 年（[http://www.who.int/influenza/pip/advisory\\_group/gsd/en/](http://www.who.int/influenza/pip/advisory_group/gsd/en/)，2016 年 9 月 20 日访问）。

<sup>3</sup> 大流行性流感的防范：共享流感病毒以及获得其它利益：咨询小组的报告。总干事的报告。载于：世界卫生组织[网站]。日内瓦：世界卫生组织；2011 年（EB130/18；[http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB130/B130\\_18-en.pdf?ua=1](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_18-en.pdf?ua=1)，2016 年 9 月 22 日访问），第 2 段。

<sup>4</sup> 共享流感病毒以及获得疫苗和其它利益的大流行性流感防范框架。日内瓦：世界卫生组织；2011 年（<http://www.who.int/influenza/pip/en/>，2016 年 9 月 21 日访问），附件 3，咨询小组，职责范围，第 3.1 节。

<sup>5</sup> 同上，附件 3，咨询小组，职责范围，第 3.2 节。

<sup>6</sup> 同上，第 7.2.5 节。

流感大流行防范重点、指南和最佳实践（例如疫苗储备、能力建设）；加大和加强对甲型 H5N1 和其它有可能引起人间大流行的流感病毒的监测力度；流感病毒追溯机制；共享流感病毒以及获得疫苗和其它利益；对财政和非财政捐助资金的使用。第一份单独的伙伴关系捐款年度报告于 2015 年 4 月发表<sup>1</sup>。

总干事每两年一次提交双年度报告，通过世卫组织执行委员会，向世界卫生大会通报大流行性流感防范框架五个工作领域活动的现状和进展，这五个工作领域是<sup>2</sup>：实验室和监测能力；全球流感疫苗生产能力；与业界订立的协议状况，包括有关获得疫苗、抗病毒药物和其它大流行材料的信息；关于伙伴关系捐款使用情况的财务报告；大流行性流感防范生物材料的定义在使用方面的经验。所有年度报告和双年度报告都可在大流行性流感防范框架网站上查阅<sup>3</sup>。

年度报告和双年度报告需要涉及的主题已在大流行性流感防范框架中载明，但目前没有很好地相互照应（见表 7.1）<sup>4</sup>，这就给大流行性流感防范框架秘书处在编写文件时增添了大量额外工作。

大流行性流感防范框架还载明了世卫组织自己的大流行性流感防范框架运作相关费用面临的筹资限制。大流行性流感防范框架秘书处是通过伙伴关系捐款来供资的，数额不超过捐款总额的 10%<sup>5</sup>，伙伴关系捐款工作计划资金的最高 20% 可用于各区域的工作人员。因此，在世卫组织全部三个层级（总部、区域办事处和国家办事处）的许多工作领域，包括病毒共享的管理和伙伴关系捐款实施等，以及在与各公司协作进行疫苗资格预审的全球流感规划的团队中，资源和人力都很紧张。本次审查的一些建议将要求追加资源，用于例如编写已提出要求的研究报告。

<sup>1</sup> 大流行性流感防范框架，2014 年伙伴关系捐款年度报告。日内瓦：世界卫生组织，2015 年（[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161369/1/WHO\\_HSE\\_PED\\_GIP\\_PIP\\_2015.2\\_eng.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161369/1/WHO_HSE_PED_GIP_PIP_2015.2_eng.pdf?ua=1&ua=1)，2016 年 9 月 22 日访问）。

<sup>2</sup> 共享流感病毒以及获得疫苗和其它利益的大流行性流感防范框架。日内瓦：世界卫生组织，2011 年（<http://www.who.int/influenza/pip/en/>，2016 年 9 月 21 日访问），第 7.4.1 节。

<sup>3</sup> 大流行性流感防范框架咨询小组。大流行性流感防范框架咨询小组的报告。载于：世界卫生组织[网站]。日内瓦：世界卫生组织，2016 年（[http://www.who.int/influenza/pip/pip\\_meetings\\_consultations/en/](http://www.who.int/influenza/pip/pip_meetings_consultations/en/)，2016 年 9 月 22 日访问）。

<sup>4</sup>（[http://www.who.int/influenza/pip/pip\\_pcimpplan\\_update\\_31jan2015.pdf?ua=1](http://www.who.int/influenza/pip/pip_pcimpplan_update_31jan2015.pdf?ua=1)，2016 年 9 月 22 日访问），第 6 段。本表中内容未按数字和字母顺序，而是按照来源出版物的顺序排列。

<sup>5</sup> 大流行性流感防范框架，2013-2016 年伙伴关系捐款实施计划。日内瓦：世界卫生组织，2015 年（[http://www.who.int/influenza/pip/pip\\_pcimpplan\\_update\\_31jan2015.pdf?ua=1](http://www.who.int/influenza/pip/pip_pcimpplan_update_31jan2015.pdf?ua=1)，2016 年 9 月 22 日访问），第 6 页。



表 7.1: 大流行性流感防范框架报告要求

	总干事双年度报告 (第 7.4.1 节)	咨询小组年度报告 (第 7.2.5 节 以及附件 3, 第 2.6 节) <sup>1</sup>
病毒共享	(i) 实验室和监测能力	(f) 共享流感病毒以及获得疫苗和其它利益 (e) 流感病毒追踪机制 (a) 世卫组织全球流感监测和应对系统必要的技术能力 (b) 世卫组织全球流感监测和应对系统的业务运作 (c) 世卫组织全球流感监测和应对系统流感大流行防范重点、指南和最佳实践 (例如疫苗储备、能力建设) (d) 加大和加强对甲型 H5N1 和其它有可能引起人间大流行的流感病毒的监测力度
	(v) 大流行性流感防范生物材料的定义在使用方面的经验	
利益共享	(ii) 全球流感疫苗生产能力	(f) 共享流感病毒以及获得疫苗和其它利益
	(iii) 与业界订立的协议状况, 包括有关获得疫苗、抗病毒药物和其它大流行材料的信息	
	(iv) 关于伙伴关系捐款使用情况的财务报告	(g) 对财政和非财政捐助资金的使用

## 7.2 监督全球流感监测和应对系统

大流行性流感防范框架 (附件 4 和 5) 载明了对不同类型的全球流感监测和应对系统实验室职责范围的核心和具体指导原则, 涉及世卫组织合作中心、世卫组织国家流感中心、世卫组织 H5 参照实验室和世卫组织必要管制实验室。这些职责范围涵盖一般业务要求以及专门针对大流行性流感防范的条款。所有的全球流感监测和应对系统实验室都遵循全球流感规划的持续审查制度, 以评估它们是否符合其职责范围, 例如, 对世卫组织合作中心每四年审查一次。

国家流感中心为主权国家设施, 负有作为全球流感监测和应对系统成员应负的责任, 归入大流行性流感防范框架之下, 但并不存在合同关系, 也不对大流行性流感防范框架的具体方面和季节性流感工作支付费用。因此, 世卫组织对这一自愿网络的监督,

<sup>1</sup> 大流行性流感防范框架的第 7.2.5 节和附件 3 第 2.6 节案文相同。

例如对其使用流感病毒追踪机制情况的监督是有限的。国家流感中心与世卫组织合作中心共享病毒的及时性是评估其绩效的关键因素。此类共享构成每六个月一次的世卫组织磋商的基础，磋商工作是为了分析全球流感监测和应对系统流感病毒监测数据，并发布关于下一流感季流感疫苗成分的建议。这些会议的任务包括审查季节性病毒以及可能构成大流行性威胁的病毒的抗原和基因特征，后一些病毒包括甲型 H7N9、甲型 H5、甲型 H9 或全球流感监测和应对系统实验室发现和分析的亚型或变异流感病毒。它们还会审查是否需要为大流行性流感防范目的开发新的候选疫苗<sup>1</sup>。还将定期更新显示区域监测活动的流感病毒全球监测情况，并公布更新的次数<sup>2,3</sup>，所有这些都提供了对国家流感中心绩效的监测。

大流行性流感防范框架秘书处每年 2 月和 9 月与世卫组织合作中心和世卫组织必要管制实验室主任在疫苗病毒挑选会议上会面，并与全球流感监测和应对系统密切合作。不过，全球流感监测和应对系统实验室仅在有限程度上参与制定促进实验室和监测能力建设的高级别伙伴关系捐款实施计划。全球流感监测和应对系统代表还向审查小组表明了他们的意愿，希望按照与业界和民间社会的同样安排，更深入和定期地与咨询小组接触。人们还对技术工作小组专家的甄选工作表示了一些关切。

大流行性流感防范框架的一个目标是加强全球流感监测和应对系统，而且自 2011 年以来，全球流感监测和应对系统的地域覆盖面、范围和运作有了扩大。但是，该网络的领导职能基本上仍然是非正式的，该系统通过世卫组织全球流感规划进行协调。全球流感监测和应对系统内部缺乏正式的领导结构，导致整个全球流感监测和应对系统网络在大流行性流感防范框架的业务中缺少获得认可的代表性。

## 建议：治理

27. 总干事应当考虑保持咨询小组连续性和知识的方案，包括使成员能够连任一次，任期灵活处理。

28. 咨询小组提交总干事的年度报告和总干事提交世界卫生大会的双年度报告的结构应当一致以便简化报告。

<sup>1</sup> 世卫组织关于 2016-2017 年北半球流感病毒疫苗成分的磋商和通报会议。载于：世界卫生组织[网址]。日内瓦：世界卫生组织；2016 年（<http://www.who.int/influenza/vaccines/virus/recommendations/consultation201602/en/>，2016 年 9 月 22 日访问）。

<sup>2</sup> 例如，流感最新情况 – 272。载于：世界卫生组织[网址]。日内瓦：世界卫生组织；2016 年。（[http://www.who.int/influenza/surveillance\\_monitoring/updates/latest\\_update\\_GIP\\_surveillance/](http://www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/updates/latest_update_GIP_surveillance/)，2016 年 9 月 22 日访问）。

<sup>3</sup> FluNet 摘要。载于：世界卫生组织[网址]。日内瓦：世界卫生组织；2016 年（[http://www.who.int/influenza/gisrs\\_laboratory/updates/summaryreport](http://www.who.int/influenza/gisrs_laboratory/updates/summaryreport)，2016 年 9 月 22 日访问）。

29. 大流行性流感防范框架秘书处和咨询小组与民间社会的接触应当扩大和加深到包括更大数量的参与组织。
30. 注意到世卫组织合作中心在全球流感监测和应对系统网络中的关键作用，咨询小组应当与世卫组织合作中心以及全球流感监测和应对系统的其它主要实验室开展更经常的接触，包括在设立技术工作小组时。
31. 总干事应当处理全球流感监测和应对系统网络缺少正式代表性的问题，并鼓励世卫组织全球流感规划以及全球流感监测和应对系统尽快确立这种代表性。
32. 总干事应当确保新的突发卫生规划之下的任何世卫组织部门内部重组都能确保全球流感监测和应对系统的活动与大流行性流感防范框架保持密切一致并纳入世卫组织全球流感规划，以便确保在实施大流行性流感防范框架方面更有力的学术和技术领导作用。
33. 总干事应当继续提供必要的人力和财力资源，以便实施大流行性流感防范框架日益增多的活动以及本次审查的建议。

## 第 8 章：与世卫组织规划和其它法律文书的联系

实现大流行性流感防范框架影响的最大化，要求超越协议的具体范围，将视野延伸到实施协议所面对的复杂的法律和体制环境。大流行性流感防范框架任务的各个方面与其它法律文书和世卫组织规划相重叠。尤其是其中的三项，即《全球流感疫苗行动计划》<sup>1</sup>、《国际卫生条例（2005）》<sup>2</sup>和《生物多样性公约名古屋议定书》<sup>3</sup>（《名古屋议定书》），均与大流行性流感防范框架的范围相交叉（见表 8.1）。

流感大流行的风险也与若干重要的全球卫生安全倡议相关，这些倡议的目的是要了解如何使世界更普遍地具备抵御今后突发事件的能力。一个影响最大的倡议即是《全球卫生安全议程》<sup>4</sup>，这是各国、国际组织和民间社会为加强世界防范、发现和迅速应对传染病威胁的能力而作出的一项努力。《全球卫生安全议程》有 11 个行动计划，其中一些计划意在支持大流行性防范，包括人畜共患疾病、免疫、国家实验室系统和实时监测<sup>5</sup>。联合国可持续发展目标 3 旨在确保健康的生活方式，促进各年龄段人群的福祉。其具体目标包括所有人均可获得安全、有效、高质量和可负担的抗病毒药物和疫苗，支持抗病毒药物和疫苗的研发工作，以及加强各国，尤其是发展中国家早期预警、减轻风险和管理国家和全球卫生风险的能力<sup>6</sup>。

**表 8.1：大流行性流感防范框架、《国际卫生条例（2005）》、《全球流感疫苗行动计划》和《名古屋议定书》之间联系一览**

主题	大流行性流感防范框架	《国际卫生条例（2005）》	《全球流感疫苗行动计划》	《名古屋议定书》
加强大流行性流感防范	✓	✓	✓	
改进大流行性流感应对	✓	✓	✓	

<sup>1</sup> 全球流感疫苗行动计划。载于：世界卫生组织[网站]。日内瓦：世界卫生组织；2016 年（[http://www.who.int/influenza\\_vaccines\\_plan/en/](http://www.who.int/influenza_vaccines_plan/en/)，2016 年 9 月 22 日访问）。

<sup>2</sup> 《国际卫生条例（2005）》，第二版。日内瓦：世界卫生组织；2008 年（[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43883/1/9789241580410\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43883/1/9789241580410_eng.pdf)，2016 年 9 月 22 日访问）。

<sup>3</sup> 《获取遗传资源和共享惠益的名古屋议定书》。载于：《生物多样性公约》[网站]。蒙特利尔：《生物多样性公约》，联合国；2011 年（<https://www.cbd.int/abs/>，2016 年 9 月 22 日访问）。

<sup>4</sup> 全球卫生-美国疾病控制和预防中心和《全球卫生安全议程》。载于：疾病控制和预防中心[网站]。亚特兰大，佐治亚州：疾病控制和预防中心；2016 年（<http://www.cdc.gov/globalhealth/security/index.htm>，2016 年 9 月 21 日访问）。

<sup>5</sup> 《全球卫生安全议程：行动计划》。载于：疾病控制和预防中心[网站]。亚特兰大，佐治亚州：疾病控制和预防中心；2016 年（<http://www.cdc.gov/globalhealth/security/actionpackages/default.htm>，2016 年 9 月 21 日访问）。

<sup>6</sup> 可持续发展目标。载于：可持续发展目标知识平台，联合国经济和社会事务部[网站]。纽约：联合国；2016 年（<https://sustainabledevelopment.un.org/?menu=1300>，2016 年 9 月 21 日访问）。

主题	大流行性流感防范框架	《国际卫生 条例 (2005)》	《全球流感疫 苗行动计划》	《名古屋 议定书》
共享生物材料, 包括病毒	第 5.1.1 节 世卫组织合作中心, 国家流感中心职责范围 附件 5			✓
共享公共卫生信息	第 5.1.3(ii)节 附件 5	第 6.2 条		
监管能力建设	第 6.7 节		✓	
增加获取疫苗的机会	第 6.9、6.10、6.11 节 附件 2, 标准材料 转让协议 2		✓	
加强实验室和监测能力	第 6.6 节 第 6.14.4 节	附件 1		
发展流感疫苗生产能力	第 6.13 节 附件 2, 标准材料 转让协议 2, 第 4.1 A5、A6 条		✓	
技术转让	第 6.13 节 附件 2, 标准材料 转让协议 2, 第 4.1 A5、A6 条		✓	
获取产品、技术和信息以 及共享利益	✓		✓	✓

## 8.1 全球流感疫苗行动计划<sup>1</sup>

### 主要调查结果

调查结果 66: 大流行性流感防范框架与全球流感疫苗行动计划之间存在重要的协同作用<sup>2</sup>。这包括鼓励技术转让和疾病负担研究能力建设、监管机构和风险沟通。然而, 目前并未达成技术转让协议。

<sup>1</sup> 《全球流感疫苗行动计划》, 载于: 世界卫生组织[网站]。日内瓦: 世界卫生组织; 2016 年 ([http://www.who.int/influenza\\_vaccines\\_plan/en/](http://www.who.int/influenza_vaccines_plan/en/), 2016 年 9 月 22 日访问)。

<sup>2</sup> 全球流感疫苗行动计划是世卫组织与来自发达国家和发展中国家的公共卫生和学术专家、疫苗生产厂商及资助机构共同制定的。2016 年 11 月将进行第三次也是最后一次全球行动计划磋商。

调查结果 67: 2016 年 11 月对全球行动计划的审查将可以用于评估全球行动计划的哪些方面（疾病负担调查、对新疫苗生产商的技术指导、疫苗部署或者后勤工作）可以继续作为大流行性流感防范框架伙伴关系捐款执行工作的一部分，以及哪些地方有此需要。

调查结果 68: 大流行性流感防范框架获得的大流行性流感疫苗数量以及全球疫苗生产能力（包括通过全球行动计划规划提供新疫苗的生产能力）目前仍然不足以在发生流感大流行时满足预计的全球需求。

大流行性流感防范框架的一些方面与其它世卫组织规划的一些方面相互交叉。2006 年制定的全球流感疫苗行动计划在 2011 年作了进一步修订。其目标是增进发展中国家的流感疫苗生产能力，并侧重于加强季节性疫苗的生产和使用，提高大流行性流感疫苗的生产能力，以及促进相关的研发工作<sup>1,2</sup>。

自全球流感疫苗行动计划启动以来，世卫组织投资约达 5000 万美元，各国和其他机构捐助近 10 亿美元<sup>3</sup>。全球流感疫苗行动计划资金已用于支持 14 家生产商<sup>4</sup>。如此一来，2007 年至 2017 年额外生产大约 6 亿剂大流行性流感疫苗一事，因该计划而成为可能<sup>5</sup>。在一些情况下，与大制药公司的伙伴关系促进了疫苗生产。到 2018/19 年，全球流感疫苗行动计划支持的公司预期将扩大其大流行性流感疫苗生产能力，总计最高可达 10 亿剂。

全球流感疫苗行动计划的十年期任务结束于 2016 年 11 月，审查小组审议了在该计划结束后可如何来支持继续开展其工作，例如通过疾病负担研究或向该计划支持的国家提供疫苗生产、登记和分配方面的技术援助。如果全球流感疫苗行动计划的目标疫苗生产商仍处在巩固自身的过程，则可利用伙伴关系捐款资金推进其实现可持续的季节性和大流行性疫苗生产能力的进展，包括借助培训规划和专家顾问来做到这一点。可通过与大生产商讨论加强支持和协作问题来完善此类提议。也可利用标准材料转让协议 2 机制资助这些培训，只要标准材料转让协议 2 对今后不同类型的参与者，例如诊断制剂公司和 C 类实体具有灵活的选择。本着这些思路，大流行性流感防范框架秘书处正在评估引进实验室和监测培训，作为 C 类标准材料转让协议 2 捐助者可能支持的一种选择，以补充伙伴关系捐款防范投资。

<sup>1</sup> 全球流感疫苗行动计划。载于：世界卫生组织[网站]。日内瓦：世界卫生组织；2016 年（[http://www.who.int/influenza\\_vaccines\\_plan/en/](http://www.who.int/influenza_vaccines_plan/en/)，2016 年 9 月 21 日访问）。

<sup>2</sup> 全球流感疫苗行动计划。全球流感疫苗行动计划项目：在发展中国家能力加强和技术转让。载于：世界卫生组织[网站]。日内瓦：世界卫生组织；2016 年（[http://www.who.int/influenza\\_vaccines\\_plan/objectives/projects/en/](http://www.who.int/influenza_vaccines_plan/objectives/projects/en/)，2016 年 9 月 21 日访问）。

<sup>3</sup> Grohmann G、Francis DP、Sokhey J、Robertson J。受让人以及世卫组织流感疫苗技术转让行动技术咨询小组面临的挑战和成功。《疫苗》，见 *press*。doi: 10.1016/j.vaccine.2016.07.047。

<sup>4</sup> 同上。

<sup>5</sup> 同上。

## 建议：全球流感疫苗行动计划

34. 大流行性流感防范框架咨询小组应当考虑从全球流感疫苗行动计划(将于 2016 年 11 月结束)获得的经验教训,以便确认可以支持实施大流行性流感防范框架的任何方面。

## 8.2 《国际卫生条例 (2005)》<sup>1</sup>

### 主要调查结果

调查结果 69: 大流行性流感防范框架的伙伴关系捐款资金可以对改进《国际卫生条例 (2005)》的核心能力产生额外的效益,尤其是在实验室和监测能力的领域内。但是,由于仅在 2014 年才开始分配伙伴关系捐款资金,所以尚不能获得关于伙伴关系捐款执行资金与《国际卫生条例 (2005)》核心能力之间关系的数据。在下次审查大流行性流感防范框架时,可以就伙伴关系捐款资金对《国际卫生条例 (2005)》核心能力的影响开展分析。

《国际卫生条例 (2005)》是一份具有法律约束力的文书,会员国据以“预防、抵御和控制疾病的国际传播,并提供公共卫生应对措施”<sup>2</sup>。相关规定要求各国确保其核心能力,例如实验室和监测能力,以发现、预防和应对疫情<sup>3</sup>。《国际卫生条例 (2005)》的缔约国有可能将人流感病例视为一种新的亚型,构成潜在的国际关注的突发公共卫生事件,并通知世卫组织同时公布与此类事件有关的公共卫生信息。流感大流行很可能构成国际关注的突发公共卫生事件,2009 年的大流行即是如此。

虽然对大流行性流感防范框架与《国际卫生条例 (2005)》之间关系的讨论往往侧重于两份文书之间的协同,但二者之间也有显著的不同。《国际卫生条例 (2005)》的规定只对缔约国具有法律约束力<sup>4,5</sup>,对业界和其它利益攸关方则不然。世卫组织与业界和其他行为者合作执行《国际卫生条例 (2005)》,但这些行为者却没有遵循《国际卫生条例 (2005)》的法律义务。

<sup>1</sup> 执行《国际卫生条例 (2005)》,以加强卫生安全,关于《国际卫生条例》。载于:世界卫生组织[网站]。日内瓦:世界卫生组织;2016年(<http://www.who.int/ihr/en/>,2016年9月24日访问)。

<sup>2</sup> 《国际卫生条例 (2005)》,第二版。日内瓦:世界卫生组织;2008年([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43883/1/9789241580410\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43883/1/9789241580410_eng.pdf),2016年9月22日访问)。

<sup>3</sup> 同上,附件1。

<sup>4</sup> 缔约国系指受《国际卫生条例 (2005)》规定法律约束的国家。截至2016年10月,该条例已有196个缔约国。

<sup>5</sup> 《国际卫生条例 (2005)》缔约国。载于:世界卫生组织[网站]。世界卫生组织:日内瓦;2016年([http://www.who.int/ihr/legal\\_issues/states\\_parties/en/](http://www.who.int/ihr/legal_issues/states_parties/en/),2016年10月4日访问)。

大流行性流感防范框架鼓励各国之间共享实物样本，但《国际卫生条例（2005）》则否。大流行性流感防范框架确立了共享病毒与共享利益之间的平衡，以求得商业利益与公平享有公共卫生二者的平衡。《国际卫生条例（2005）》则载有规定，鼓励迅速和及时地共享数据和其它信息，但并没有大流行性流感防范框架那样的具体的共享利益规定——在《国际卫生条例（2005）》中，共享信息和数据也是一种利益，因为这将有助于会员国和世卫组织一类组织更迅速地发现疾病，警示面临风险的人口，并及早采取公共卫生行动。

在《国际卫生条例（2005）》与大流行性流感防范框架之间建立协同有其意义。二者的创设，都是为了通过提高世界发现和应对突发事件的能力，加强全球卫生安全。虽然大流行性流感防范框架是专就大流行性流感而言，但这两份文书却有一个共同目标，即支持低资源国家建立发现疾病的能力。

实际上，《国际卫生条例（2005）》核心能力促成了挑选国家以实施伙伴关系捐款的最初进程。2013年进行的缺口分析<sup>1</sup>，是为了确认在大流行性流感防范和应对能力方面的主要缺口，它以《国际卫生条例（2005）》核心能力，尤其是实验室和监测能力指标为出发点，确定以哪些国家为目标来筹集伙伴关系捐款实施资金。例如，一国“发现”新病毒的能力的评判方法包括《国际卫生条例（2005）》指标 3.2.1，该指标对“基于事件的监测”作出了衡量<sup>2</sup>。

通过在各国的能力建设执行大流行性流感防范框架，很可能对帮助各国建设《国际卫生条例（2005）》核心能力产生了积极影响。然而，必须指出，这些利益或许很难轻易确定，因为伙伴关系捐款实施资金专在于加强流感实验室和监测能力，而《国际卫生条例（2005）》核心能力则涉及就所有新出现的卫生威胁而言的监测和实验室能力。

### 建议：《国际卫生条例》

35. 在开展大流行性流感防范框架之下的活动时，应当考虑到《国际卫生条例（2005）》的规定，能力建设应当与《国际卫生条例（2005）》之下的能力建设相一致并具有支持作用和补充作用。通过在世卫组织所有三个层面就实施《国际卫生条例（2005）》和大流行性流感防范框架方面开展更密切的互动以便尽量扩大协同作用和效益，可以解决上述问题。

<sup>1</sup> 2013-2016年大流行性流感防范框架伙伴关系捐款：缺口分析。日内瓦：世界卫生组织；2013年（[http://www.who.int/influenza/pip/pip\\_pc\\_ga.pdf](http://www.who.int/influenza/pip/pip_pc_ga.pdf)，2016年9月22日访问），第11页。

<sup>2</sup> 监测在缔约国发展《国际卫生条例》核心能力进展情况的核对表和指标。日内瓦：世界卫生组织；2013年（WHO/HSE/GCR/2013.2；[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84933/1/WHO\\_HSE\\_GCR\\_2013.2\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84933/1/WHO_HSE_GCR_2013.2_eng.pdf)，2016年10月4日访问）。



### 8.3 《生物多样性公约名古屋议定书》<sup>1</sup>

调查结果 70: 大流行性流感防范框架是一个获取和共享利益的多边文书, 似乎与《名古屋议定书》的目标相一致。

调查结果 71: 大流行性流感防范框架的政府间谈判确立了获取可能引起人间大流行的流感病毒和共享利益的规则; 相性之下, 《名古屋议定书》的实施可能会在流感病毒的共享方面产生不确定因素, 因为可能需要就大量双边交易进行谈判, 这就会延误病毒的获取。欧洲联盟已经认可大流行性流感防范框架作为应对大流行性流感的专门性文书, 但已创建立法实施《名古屋议定书》的其它国家尚未采取这一步骤。随着更多的国家确立实施《名古屋议定书》的国内立法, 就越来越迫切需要解决这种不确定性并减少全球卫生安全的风险。

调查结果 72: 实施《名古屋议定书》对公共卫生的影响尚未得到广泛理解。虽然世卫组织秘书处正在编写报告以澄清这些影响, 但公共卫生部门需要对该议定书有更充分的知识、了解和认识。

调查结果 73: 《名古屋议定书》没有明确地识别一个机制以便在其第 4(4)条下认可一份文书。一个权威的、正式的和具有国际公信力的实体, 例如缔约方会议或世界卫生大会可作出决定, 规定大流行性流感防范框架构成了用于大流行性流感防范和应对工作的专门国际文书。这一决定将确保所有国家会以同样的方式来处理可能引起人间大流行的流感病毒, 促进实现大流行性流感防范框架的获取和共享利益的目的。大流行性流感防范框架将为《名古屋议定书》的目的涵盖可能引起人间大流行的流感病毒的获取和共享, 因此不需要再在个案基础上逐一达成双边协议。

《生物多样性公约》<sup>2</sup>是一项有 196 个缔约国的公约<sup>3</sup>, 该公约有三个重要目标: (1) 保护生物多样性; (2) 确保生物资源的可持续利用; (3) “公正公平分享利用遗传资源所产生惠益”。《生物多样性公约关于获取遗传资源以及公正公平分享利用遗传资源所产生惠益的名古屋议定书》<sup>4</sup>旨在促进实施《生物多样性公约》的第三个目标。它要求各国创立法律和监管环境, 确保在各国间 (尤其是与起源国) 和各国内 (提供知识的土著和当地社区) 合理共享遗传资源产生的利益。

<sup>1</sup> 2016 年 1 月, 世卫组织执行委员会要求总干事就执行《名古屋议定书》的影响进行研究。审查小组的结果受益于这项工作得出的补充资料和数据。

<sup>2</sup> 《生物多样性公约》。载于: 《生物多样性公约》[网站]。蒙特利尔: 《生物多样性公约》, 联合国; 2016 年 (<https://www.cbd.int/convention/>, 2016 年 9 月 22 日访问)。

<sup>3</sup> 《生物多样性公约》缔约国不会自动受《名古屋议定书》约束, 而是要单独批准该协定。截至 2016 年 10 月 4 日, 《名古屋议定书》已由 78 个缔约国。

<sup>4</sup> 《获取和共享利益名古屋议定书》。载于: 《生物多样性公约》[网站]。蒙特利尔: 《生物多样性公约》, 联合国; 2011 年 (<https://www.cbd.int/abs/>, 2016 年 10 月 4 日访问)。

2016年1月，世卫组织执行委员会请世卫组织秘书处探讨执行《名古屋议定书》带来的公共卫生影响。世卫组织秘书处就此委托进行了一项研究，侧重于《名古屋议定书》在两个领域的影响：(1)广泛共享病原体，包括基因序列数据，(2)大流行性流感防范框架和全球流感监测和应对系统，包括“在正在进行的大流行性流感防范框架 2016 年审查背景下，增进《名古屋议定书》与大流行性流感防范框架之间的协调”<sup>1</sup>。《名古屋议定书》的规定与大流行性流感防范框架下的获取和利益共享制度明显重叠。重要的问题在于，大流行性流感防范框架是否《名古屋议定书》下的一个专门性文书。

《名古屋议定书》要求遗传资源的可能用户从提供者那里获得“事先的知情同意”。这一般就将要求在各方之间进行谈判，以就共享利益达成“相互同意的条件”。如同《名古屋议定书》一样，大流行性流感防范框架建立了获取和利益共享制度，但狭义地适用于可能引起人间大流行的流感病毒。《名古屋议定书》意识到此类协议可能存在，提出了一个例外：

在专门性国际获取和共享利益文书适用，且其使用符合并且不违背《公约》和本议定书之目标时，就该专门性文书所使用之具体遗传资源以及为该专门性文书之目的而言，本议定书不适用于该专门性文书之某一或多个缔约方<sup>2</sup>。

全球流感监测和应对系统内的共享病毒受制于《名古屋议定书》的事先知情同意和共同商定的条款（要求就每一病毒样本谈判条件）义务，以及大流行性流感防范框架的有关要求，那就有可能出现重复劳动，大大拖延全球流感监测和应对系统内的病毒共享。例如，审查小组得知人们对要求疫苗生产商就具体的候选疫苗病毒与每一来源国谈判事先知情同意和共同商定的条款表示关切，因为这将增加疫苗开发的成本和复杂性，延迟产品的开发，在一些情况下导致终端产品的低效用。迄今为止，在《名古屋议定书》下，还没有正式宣布任何“专门性文书”，仍然还不清楚缔约国是否完成了对大流行性流感防范框架作为“专门性文书”的指定，例如集体通过生物多样性公约缔约方会议和名古屋议定书缔约方会议，或单独通过实施法规，或通过其它机制来作出指定。到目前为止，生物多样性公约缔约方会议和名古屋议定书缔约方会议没有在这一方面采取行动。欧盟在其执行《名古屋议定书》的立法中，承认大流行性流感防范框架是一项专门性文书<sup>3</sup>，而其它缔约国则尚未这样做。

<sup>1</sup> 职责范围，撰写关于执行《生物多样性公约有关获取遗传资源以及公正合理共享由其利用而产生的惠益的名古屋议定书》将如何影响病原体的共享以及其潜在的公共卫生影响的研究报告。日内瓦：世界卫生组织；2016年（<http://www.who.int/entity/influenza/pip/2016-review/NagoyaStudyTORs.pdf>，2016年9月22日访问）。

<sup>2</sup> 《生物多样性公约关于获取遗传资源以及公正公平分享利用遗传资源所产生惠益的名古屋议定书》。蒙特利尔：《生物多样性公约》，联合国；2011年（<https://www.cbd.int/abs/doc/protocol/nagoya-protocol-en.pdf>，2016年9月22日访问），第4条，第4款。

<sup>3</sup> 2014年4月16日欧洲议会和欧洲委员会关于《生物多样性公约关于获取遗传资源以及公正公平分享利用遗传资源所产生惠益的名古屋议定书》所载利用者遵守措施问题的第511/2014（EU）号条例。载于：欧洲联盟《官方公报》。斯特拉斯堡：欧洲议会；2014年（L150/59；<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/HTML/?uri=CELEX:32014R0511&from=EN>），第16段。

目前，审查小组从主要调查对象那里得知，对《名古屋议定书》仍然缺乏认识，这正在成为病原体共享中的一个问题。例如，欧盟国家力图信守《名古屋议定书》，但在送交病原体时，却因一些接受国不熟悉该议定书要求而遇到困难。

### 建议：《名古屋议定书》

36. 大流行性流感防范框架应当被视为一种专门性国际文书，用以说明如何在大流行性流感防范和应对方面实施《名古屋议定书》：

- 2016年12月的名古屋议定书缔约方会议将提供机会，以便考虑认可大流行性流感防范框架作为大流行性流感防范和应对的一份专门国际文书。审查小组认为，如果议定书缔约方会议利用这一机会，将有助于大流行性流感防范框架的目的。
- 此外，2017年的世界卫生大会应当考虑承认大流行性流感防范框架为《名古屋议定书》下的一份专门性国际文书。

## 附录 I: 审查小组成员

### William Kwabena Ampofo 教授

加纳大学野口纪念医学研究所病毒学部主任，阿克拉，加纳

Ampofo 教授在加纳，阿克拉的加纳大学野口纪念医学研究所任副教授和病毒学部主任。

Ampofo 教授曾任野口纪念医学研究所的研究员，并领导其电子显微术和组织病理学部。他的工作侧重于病毒感染的分子和血清学研究和抗病毒干预措施。

Ampofo 教授是加纳大学健康学学院以及加纳公共卫生学院现场流行病学和实验室培训规划学术委员会的成员。他还参与了加纳卫生部《国际卫生条例（2005）》国家指导委员会以及该部的埃博拉病毒病国家技术协调委员会的工作。他是加纳国家埃博拉应急行动中心的成员。

Ampofo 教授是世卫组织的临时顾问和咨询人员，包括参与支持对埃博拉病毒病的应对，他也是世卫组织免疫战略咨询专家组流感疫苗和接种工作小组的前成员。他最近主持了大流行性流感防范框架咨询小组的工作。他是世卫组织全球流感疫苗行动计划咨询小组成员，并曾担任世卫组织《国际卫生条例》埃博拉病毒病突发事件委员会顾问。

### Christine Mwelwa Kaseba-Sata 博士（主席）

前世卫组织反性别暴力亲善大使，赞比亚

Christine Mwelwa Kaseba-Sata 博士是赞比亚知名妇产科专家。她在卢萨卡大学教学医院行医超过 25 年，过去 15 年来一直在赞比亚大学医学院担任教职。

Kaseba-Sata 博士在性和生殖卫生领域拥有丰富经验，熟稔艾滋病毒/艾滋病等性传播感染、计划生育、综合流产服务、妊娠期疟疾、生殖卫生癌症、产科急救和新生儿护理等专题。

Kaseba-Sata 博士积极致力于增进孕产妇和新生儿健康并处理与性别暴力有关的问题，于 2012 年 10 月至 2014 年 10 月担任世卫组织反性别暴力亲善大使。

**Frances McGrath 博士**

新西兰卫生部首席医疗官办公室，首席顾问

McGrath 博士是一位专业公共卫生医生，目前担任新西兰卫生部首席医疗官办公室的首席顾问。McGrath 博士在此职位上，就公共卫生战略和公共卫生问题向各位部长和同事们提出建议，并视需要，在突发事件，如传染病疫情，特别是 2009 年流感大流行中，并就受污染环境场所的健康影响担任主要顾问。

McGrath 博士拥有研究生学历，在公共卫生、公共政策和卫生部门许多不同机构的高层管理领域经验丰富，包括曾担任公共卫生司代理司长、卫生部长众多部长的高级卫生顾问，并曾代表新西兰多次出席世界卫生大会会议和世卫组织西太平洋区域委员会会议。她曾在包括中美洲和泰国的发展中国家工作，并在库克群岛卫生部工作一年。

McGrath 博士曾作为全科医师在新西兰的农村和有迫切需要的地区工作。

**Talat Mokhtari-Azad 博士**

伊朗国家流感中心主任

Mokhtari-Azad 拥有德黑兰大学兽医学学位、公共卫生硕士学位和德黑兰医科大学病毒学博士学位（1982 年），以及伊朗医科大学临床医学实验科学专科学位（1991 年）。

Mokhtari-Azad 博士是德黑兰医科大学公共卫生学院的病毒学教授和病毒学系主任。自 1985 年以来，她一直担任国家流感中心主人，自 2006 年以来，一直担任国家麻疹/风疹实验室主任。她在研究和高等教育领域具有丰富经验，在不同的病毒学领域尤其是在血清流行病学、分离和分子诊断学领域指导硕士和博士生。目前，她是伊朗国家流感委员会和国家疫苗接种委员会的成员。她也是世卫组织在流感疫苗组合方面的临时顾问。

**Johanne Newstead 女士**

英国卫生部公共卫生局食品政策主管

Newstead 女士为英国公务员，具有广泛的公共卫生领域和国际经验。她目前在伦敦的卫生部主管食品政策工作，领导食品业，尤其是减少肥胖症的工作。

在此之前，她曾在大流行性流感防范和卫生安全领域为英国工作六年，大部分时间是在欧盟、世卫组织欧洲区域以及在更广泛的程度上与世卫组织和其它全球伙伴一道处理全球性问题。她在大流行性流感防范框架谈判全过程中领导了英国代表团，并在谈判的后期阶段主持了世卫组织欧洲区域的会议。

**Newstead** 女士还领导了英国卫生部制定生物技术政策的工作。她还参与了经济合作与发展组织的工作，并在五年的时间里在该组织代表英国在卫生、科学与技术方面的利益。

### **Theresa Tam 博士（代理主席）**

加拿大公共卫生署助理副部长，负责传染病预防和控制

**Theresa Tam** 博士是加拿大公共卫生署的副首席公共卫生官。她在此职位上，协助加拿大首席公共卫生官的日常工作，处理对加拿大人极为重要的公共卫生问题。

她也是负责该署传染病防治部门的助理副部长。**Tam** 博士在此职位上，负责监督该署的活动，旨在减轻传染病对加拿大人的影响。这包括监测、实验室诊断、科学研究政策制定和国家对一系列传染病威胁应对工作的领导。**Tam** 博士曾就该署在免疫、呼吸道感染、突发卫生事件的防范和应对、加拿大边界和公共交通工具上的公共卫生、实验室生物安全、公共卫生人力、监测和其它基础设施能力以及《国际卫生条例（2005）》的实施等方面的行动和规划提供高层领导。

**Tam** 博士是儿科传染病专家和现场流行病学家，在管理疫情和复杂的突发卫生事件，包括严重急性呼吸道综合征、甲型 H1N1 流感大流行和西非的埃博拉病毒病疫情方面拥有广泛经验。她曾担任多个世卫组织委员会和国际特派团的国际专家，包括第一个世卫组织大流行性流感特别工作队的专家。她还作为世卫组织的顾问，参与了多个与流感和在孟加拉国消灭脊灰有关的国际任务。

### **Viroj Tangcharoensathien 博士**

泰国公共卫生部，国际卫生政策规划高级顾问

**Viroj Tangcharoensathien** 博士是泰国公共卫生部的卫生经济学高级专家，也是其国际卫生政策规划的顾问，并主持亚太观察站研究中心的工作。他还协助在一些国家实施全民健康覆盖。他学医出身，曾在泰国一个贫困府的农业郡医院服务九年，1986 年获颁泰国医学会“最佳农村医生”奖。

1990年，他获得伦敦卫生和热带医学院博士学位。1991年，其关于社区卫生筹资的博士论文获得 Woodruff 奖，2011年其因对改进卫生系统，造福穷人的贡献获颁 Edwin Chadwick 奖。他曾发表 155 篇科学文章。

Tangcharoensathien 博士主持了关于《世界卫生组织全球卫生人员国际招聘行为守则》的谈判，该守则后经第六十三届世界卫生大会通过。

### **Makarim Wibisono 教授博士**

印度尼西亚国际事务委员会理事会主席

Makarim Wibisono 教授是印度尼西亚常驻纽约和日内瓦联合国代表团的前大使和代表。他曾担任对外事务经济关系总干事（2000-2002年）和印度尼西亚外交部多边经济合作司司长（1993-1994年）。作为亚太和非洲事务总干事（2002-2004年），他曾协助完成了《巴厘第二合作宣言》，据此创立了东南亚国家联盟（东盟）。他领导印度尼西亚代表团参加了东盟、东盟+3、东盟区域论坛和亚洲太平洋经济合作组织（亚太经合组织）的会议。他还曾担任联合国 1967 年以来巴勒斯坦被占领土问题特别报告员、印度尼西亚欧罗巴利亚艺术节总协调员以及印度尼西亚教育和文化部长。

他也是印度尼西亚世界事务委员会理事会主席、国家人权委员会顾问、印度尼西亚众议院发言人国际事务高级顾问。

在其出任东盟基金会执行主任之前，Wibisono 教授曾担任印度尼西亚卫生部国际合作高级顾问。他还曾担任联合国经济及社会理事会主席和联合国贸易和发展会议主席。此外，Wibisono 教授还曾作为成员和顾问服务于联合国多个特别工作队。

Wibisono 教授是国家国防学院、Paramadina 大学、Atma Jaya 天主教大学、Al Azhar 大学、印度尼西亚和 Gadjah Mada 大学的讲座人。他拥有美国俄亥俄州立大学国际政治经济学学士学位和政治学博士学位。他还拥有美国约翰·霍普金斯大学国际关系文学硕士学位。

## 附录 II: 工作方法细则

### 任命审查委员会

大流行性流感防范框架咨询小组略早于审查小组的会议，于 2015 年 10 月 13-14 日举行会议，就审查工作的职责范围和方向，征求会员国、业界、民间社会和其他利益攸关方的意见。特别会议的咨询小组报告向世卫组织总干事提出了关于开展审查工作意见和建议，包括四项指导原则：独立和公正性；透明度；与会员国和利益攸关方的交往，以及反复过程<sup>1</sup>。

总干事就此召集了审查小组，任命了八名审查小组成员。按照咨询小组的建议<sup>2</sup>，小组成员的甄选是为了汇集在流感领域中国际公认的决策者、公共卫生专家和技术专家的技术专长。所有六个世卫组织区域都有其代表，并达成了性别平衡。审查小组名单载于附录 I。

审查小组选举 Kaseba-Sata 博士为主席，Tam 博士为 8 月以来会议的代理主席。审查小组由设在世卫组织的一个专门的审查小组秘书处提供支持。

### 会议

审查小组分别于 2016 年 3 月 30 日至 4 月 1 日、2016 年 5 月 9 日至 11 日、2016 年 6 月 27 日至 7 月 1 日和 2016 年 8 月 29 日至 9 月 2 日在日内瓦的世卫组织总部举行了四次会议。审查小组还在 2016 年 1 月 7 日和 2016 年 2 月 19 日举行了两次电话会议。所有这些会议的报告都在世卫组织的网站上发表<sup>3</sup>。审查小组与审查小组秘书处通过电子邮件交流进行了磋商。

会员国的代表应邀参加了于 2016 年 2 月电话会议后在日内瓦的世卫组织总部举行的情况介绍和问答会议，以及 2016 年 3 月、6 月和 8 月的审查小组会议。这些会议通过世卫组织网站上的网络直播，开放供所有利益攸关方参加<sup>4</sup>。

2016 年 3 月 30 日和 2016 年 8 月 29 日，作为审查小组会议的一部分，审查小组在日内瓦的世卫组织总部举行了与会员国、民间社会和其它利益攸关方的公开磋商，这些

---

<sup>1</sup> 大流行性流感防范框架咨询小组。大流行性流感防范框架咨询小组特别会议，2015 年 10 月 13-14 日，日内瓦，瑞士。提交总干事的报告。日内瓦：世界卫生组织；2015 年（[http://www.who.int/influenza/pip/advisory\\_group/ag\\_spec\\_session\\_report.pdf](http://www.who.int/influenza/pip/advisory_group/ag_spec_session_report.pdf)，2016 年 9 月 24 日访问）。

<sup>2</sup> 同上。

<sup>3</sup> 大流行性流感防范框架审查小组。大流行性流感防范框架 2016 年审查，大流行性流感防范框架审查小组会议报告。载于：世界卫生组织[网站]。日内瓦：世界卫生组织；2016 年（<http://www.who.int/influenza/pip/2016-review/meetings/en/>，2016 年 9 月 20 日访问）。

<sup>4</sup> 同上。



公开的会议还在世卫组织网站上进行了直播<sup>1</sup>。与会者应邀发言，提问并在每次开放会议上提交书面备忘录。

此外，审查小组主席 Kaseba-Sata 博士还在 2016 年 5 月 25 日第六十九届世界卫生大会上介绍了审查小组工作的最新情况，对此也作了网络直播<sup>2</sup>。

## 信息收集

审查委员会对主要调查对象，包括会员国和全球流感监测和应对系统的代表、业界、民间社会、相关数据库和其它利益攸关方进行了访谈，并接受他们的书面材料。审查小组对主要调查对象总共进行了 40 次访谈，收到了若干书面意见。鸣谢部分载录了这些主要调查对象。

审查小组审查了主要文件和报告，包括大流行性流感防范框架咨询小组的会议报告<sup>3</sup>、咨询小组提交总干事的年度报告<sup>4</sup>、总干事提交世卫组织执行委员会的关于大流行性流感防范框架框架的双年度报告<sup>5</sup>、伙伴关系捐款 2014 和 2015 年年度报告<sup>6,7</sup>、基因序列数据问题技术专家工作小组 2014 年 10 月最后报告<sup>8</sup>、共享流感基因序列数据问题技术工作小组 2016 年最后报告<sup>9</sup>、世卫组织 2016 年关于执行《名古屋议定书》对公共卫生的影响的研究报告草稿，以及世卫组织 2015 年关于大流行性流感暴发时流感疫苗对策的非正式磋商报告<sup>10</sup>。

---

<sup>1</sup> 同上。

<sup>2</sup> Christine Mwelwa Kaseba-Sata 博士，审查小组主席。在第六十九届世界卫生大会上介绍审查小组工作的最新情况。甲委员会，2016 年 5 月 25 日星期三，夜会。载于：世界卫生组织[网站]。日内瓦：世界卫生组织；2016 年（<http://www.who.int/mediacentre/events/2016/wha69/webstreaming/en/>，2016 年 9 月 29 日访问）。

<sup>3</sup> 大流行性流感防范框架咨询小组。大流行性流感防范框架咨询小组报告。载于：世界卫生组织[网站]。日内瓦：世界卫生组织；2016 年（[http://www.who.int/influenza/pip/pip\\_meetings\\_consultations/en/](http://www.who.int/influenza/pip/pip_meetings_consultations/en/)，2016 年 9 月 22 日访问）。

<sup>4</sup> 同上。

<sup>5</sup> 同上。

<sup>6</sup> 大流行性流感防范框架，伙伴关系捐款 2014 年年度报告。日内瓦：世界卫生组织；2015 年（[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161369/1/WHO\\_HSE\\_PED\\_GIP\\_PIP\\_2015.2\\_eng.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161369/1/WHO_HSE_PED_GIP_PIP_2015.2_eng.pdf?ua=1&ua=1)，2016 年 9 月 24 日访问）。

<sup>7</sup> 大流行性流感防范框架，伙伴关系捐款 2015 年年度报告。日内瓦：世界卫生组织；2016 年（<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246229/1/WHO-OHE-PED-2016.01-eng.pdf?ua=1>，2016 年 9 月 24 日访问）。

<sup>8</sup> 大流行性流感防范框架咨询小组，基因序列数据问题技术专家工作小组。提交大流行性流感防范框架咨询小组的最后报告。日内瓦：世界卫生组织；2014 年（[http://www.who.int/influenza/pip/advisory\\_group/PIP\\_AG\\_Rev\\_Final\\_TEWG\\_Report\\_10\\_Oct\\_2014.pdf?ua=1](http://www.who.int/influenza/pip/advisory_group/PIP_AG_Rev_Final_TEWG_Report_10_Oct_2014.pdf?ua=1)，2016 年 10 月 19 日访问）。

<sup>9</sup> 大流行性流感防范框架咨询小组，共享流感基因序列数据问题技术专家工作小组。大流行性流感防范框架之下流感基因序列数据共享系统的最优特征。日内瓦：世界卫生组织；2016 年（[http://www.who.int/influenza/pip/advisory\\_group/twg\\_doc.pdf?ua=1](http://www.who.int/influenza/pip/advisory_group/twg_doc.pdf?ua=1)，2016 年 9 月 22 日访问）。

<sup>10</sup> 大流行性流感暴发时的流感疫苗应对：世卫组织 2015 年 6 月 29 日至 7 月 1 日在瑞士日内瓦举行的非正式磋商报告。日内瓦：世界卫生组织；2016 年（[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/207751/1/WHO\\_OHE\\_PED\\_GIP\\_2016.1\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/207751/1/WHO_OHE_PED_GIP_2016.1_eng.pdf)，2016 年 9 月 19 日访问）。

审查小组积极寻求来自会员国和利益攸关方的投入。为此目的，通过电子邮件与常驻日内瓦联合国办事处和其它相关组织代表团联系，请它们表明对大流行性流感防范框架的看法。世卫组织审查工作网站也公布了审查小组分别对会员国和利益攸关方的问题表，请求对实施大流行性流感防范框架的任何其它方面问题作出答复或表明看法<sup>1</sup>。

审查小组在其审议期间，对总干事、规划主任、技术和其他人员以及世卫组织区域办事处的代表进行了访谈。鸣谢部分载录了世卫组织的主要调查对象。审查小组成员收到的对大流行性流感防范框架的各个方面所作的技术介绍，包括：(1)标准材料转让协议 2 谈判；(2)全球流感监测和应对系统和共享病毒；(3)伙伴关系捐款征收和实施，以及(4)基因序列数据。审查小组虽然独立运作，但仍请大流行性流感防范框架秘书处和审查小组秘书处提供信息，并请它们编写书面的技术文件。审查小组还要求对在信息收集和报告撰写期间发生的一些问题作出澄清。世卫组织职员对审查小组提出的问题表作了书面答复，并与审查小组成员进行了非正式和公开谈话。

世卫组织秘书处提供了关于全球流感疫苗行动计划的进展、该计划与大流行性流感防范框架之间的联系，以及在该计划结束后如何继续开展该计划的工作的概述。

## 评估和建议的制订

审查小组的工作，始于对大流行性流感防范框架及其运作方面的里程碑和挑战进行深入分析。审查小组成员设立了三个分小组，涵盖了在职责范围中标示的问题，涉及：1)病毒共享，包括基因序列数据；2)利益共享；3)治理和与其它文件的联系。每一个分小组都开列了相关的问题，确定了准备访谈的主要调查对象，这些对象的投入可能促进审查工作以及随后制订切实可行的建议。

审查小组对大流行性流感防范框架运作的各个方面作了优势、弱点、机会和威胁分析，包括病毒共享和基因序列数据、标准材料转让协议 2、伙伴关系捐款征收和实施、治理，以及与其它文件例如《名古屋议定书》、《国际卫生条例（2005）》和《全球卫生安全议程》之间的关系。这一分析有助于确认促进或妨碍了顺利运作大流行性流感防范框架的因素，以及预期成果和建议草案。在对每一建议草案进行了战略分析之后，制订并随后完善了初步建议。

---

<sup>1</sup> 2016 年大流行性流感防范框架审查，向会员国提出的问题，向利益攸关方提出的问题。载于：世界卫生组织[网站]。日内瓦：世界卫生组织；2016 年（<http://www.who.int/influenza/pip/2016-review/en/>，2016 年 10 月 19 日访问）。

---

审查小组的初步调查结果已于 2016 年 8 月 19 日分送会员国并公布在世卫组织网站上，以征求回复<sup>1</sup>。

### 审查建议

审查小组于 2016 年 11 月向总干事提交了最后报告，以在 2017 年 1 月转呈世卫组织执行委员会，并在 2017 年 5 月转呈世界卫生大会。

---

<sup>1</sup> 大流行性流感防范框架审查小组 2016，初步调查结果。载于：世界卫生组织[网站]。日内瓦：世界卫生组织；2016 年 ([http://www.who.int/influenza/pip/2016-review/pip\\_review\\_group\\_prelim\\_findings.pdf?ua=1](http://www.who.int/influenza/pip/2016-review/pip_review_group_prelim_findings.pdf?ua=1)，2016 年 10 月 19 日访问)。

## 附件 9

### 2018-2022 年改进公共卫生防范和 应对五年期全球战略计划草案：指导原则<sup>1</sup>

[A70/16, 附件 2–2017 年 5 月 18 日]

#### 背景

文件 EB140/14 (《国际卫生条例 (2005)》在埃博拉疫情和应对方面的作用审查委员会的建议全球实施计划草案) 要求世卫组织秘书处制定一项关于公共卫生防范和应对的五年期全球战略计划, 并通过 2018 年 1 月执行委员会第 142 届会议提交给 2018 年 5 月第七十一届世界卫生大会。

#### 范围

五年期全球战略计划将包括持续实施《国际卫生条例 (2005)》的指导原则和战略方向, 目的是加强全球、区域和国家各级在防范、发现、评估和应对具有国际传播潜力的突发公共卫生事件方面的能力。

#### 指导原则

五年期全球战略计划将依据 12 项相互关联的指导原则来制定:

##### 1. 磋商

为制定该计划将于 2017 年 5 月至 11 月开展磋商活动, 其中包括具体的技术磋商, 与会员国的网络磋商, 区域技术磋商以及为常驻日内瓦联合国办事处代表团的联络点举行至少一次信息会议。该计划草案将于 2018 年 1 月提交执行委员会第 142 届会议, 以便于 2018 年 5 月提交第七十一届世界卫生大会。

##### 2. 国家自主权

卫生安全和突发公共卫生事件防范与应对能力的建设和维持是各国政府的首要责任。在这个过程中, 政府结合其本国的卫生、社会、经济、安全和政治背景, 在国家 and 次国家级发展并实施充分的能力。

---

<sup>1</sup> 见 WHA70(11)号决定。

### 3. 世卫组织领导和治理

世卫组织突发卫生事件规划将牵头制定和实施关于公共卫生防范与应对的五年期全球战略计划。世卫组织秘书处将向理事机构报告进展情况，作为关于《国际卫生条例（2005）》适用和实施情况的定期报告的一部分。

### 4. 广泛的伙伴关系

许多国家需要技术支持来评估和加强其卫生安全和突发公共卫生事件防范方面的能力。许多全球合作伙伴在卫生安全和突发公共卫生事件领域向国家提供支持。根据第五十八届世界卫生大会的决定，世卫组织将酌情与以下方面开展合作并协调其活动：联合国、国际劳工组织、粮食及农业组织、国际原子能机构、国际民用航空组织、国际海事组织、红十字国际委员会、红十字会与红新月会国际联合会、国际航空运输协会、国际航运联合会以及国际兽疫局<sup>1</sup>。此外，还将考虑与其它相关非国家行为者和产业协会进行合作。

### 5. 跨部门方法

为了应对公共卫生安全威胁，需要采取多部门协调一致的方式（例如农业、交通运输、旅游和财政部门）。许多国家已经具有卫生领域的协调平台或机制，如“同一个健康”方针。五年期全球战略计划将强调必须制定跨越多个部门的公共卫生防范计划。

### 6. 与卫生系统整合

埃博拉病毒病疫情将卫生安全和卫生系统的应变能力置于发展议程的重要位置。使《国际卫生条例（2005）》要求的核心能力与基本公共卫生职能整合将可共同加强卫生安全和卫生系统，从而使卫生系统具有应变能力。

### 7. 社区参与

只有当地政府、民间社会组织、地方领导和每个公民积极参与，方可有效防范突发事件。各社区必须主管自己的防范工作，并予以加强以便应对从地方或国家事件到大流行病和灾害等各种规模的突发事件。

---

<sup>1</sup> WHA58.3 号决议（2005 年）：修订《国际卫生条例》。可自：[http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA58-REC1/english/Resolutions.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58-REC1/english/Resolutions.pdf) 获取（2017 年 5 月 1 日访问）。

## 8. 注重脆弱环境：“我们的坚固程度仅取决于最薄弱的环节”

虽然世卫组织突发卫生事件规划正在支持所有国家防范和应对公共卫生风险和突发事件，但最初注重的将是一系列脆弱局势中的重点国家<sup>1</sup>。确定重点国家时将考虑到对国家核心能力的评估以及其它一些风险评估，例如使用 INFORM 方法进行的评估<sup>2</sup>。

## 9. 区域整合

在五年期全球战略计划的基础上，世卫组织各区域办事处将制定区域实施计划，同时考虑到现有的区域框架和机制，例如：综合疾病监测和应对——非洲区域办事处的战略<sup>3</sup>，关于新出现疾病的亚太战略——东南亚区域和西太平洋区域的共同战略框架<sup>4</sup>，“卫生 2020”——欧洲区域的政策框架和战略<sup>5</sup>，东地中海区域委员会设立的《国际卫生条例（2005）》区域评估委员会<sup>6</sup>以及其它区域方法。

## 10. 国内融资

为了保证长期可持续性，《国际卫生条例（2005）》下核心能力的预算和资金应至少部分由国内资源资助。世卫组织将与各国合作，鼓励将国内财政资源划拨给国家行动计划，以发展和维持核心监测和应对能力。在需要大量外部资源的国家，世卫组织秘书处将根据有效发展合作原则（国家自主权、注重结果、包容性伙伴关系、透明度和问责制<sup>7</sup>），支持加强体制机制以协调国际合作。

## 11. 将五年期全球战略计划与《国际卫生条例（2005）》的各项要求联系起来

五年期全球战略计划将就与缔约国和世卫组织相关的《条例》要求，以及不属于《国际卫生条例（2005）》要求的自愿业务和技术问题建议战略方向。

---

<sup>1</sup> 关于重点国家名单见文件《最新情况|世卫组织突发卫生事件规划：进展和重点——2016年10月31日筹资对话会》。可自：<http://www.who.int/about/finances-accountability/funding/financing-dialogue/whe-update.pdf?ua=1>（2017年5月1日访问）。

<sup>2</sup> 风险管理指数（INFORM）是了解人道主义危机和灾害风险的工具。可自：<http://www.inform-index.org/Portals/0/InfoRM/INFORM%20Global%20Results%20Report%202017%20FINAL%20WEB.pdf?ver=2016-11-21-164053-717>获取（2017年5月1日访问）。

<sup>3</sup> <http://www.afro.who.int/health-topics/integrated-disease-surveillance>（2017年9月28日访问）。

<sup>4</sup> [http://www.wpro.who.int/emerging\\_diseases/documents/docs/ASPED\\_2010.pdf?ua=1](http://www.wpro.who.int/emerging_diseases/documents/docs/ASPED_2010.pdf?ua=1)（2017年5月1日访问）。

<sup>5</sup> [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf?ua=1)（2017年5月1日访问）。

<sup>6</sup> [http://applications.emro.who.int/docs/RC62\\_Resolutions\\_2015\\_R3\\_16576\\_EN.pdf?ua=1](http://applications.emro.who.int/docs/RC62_Resolutions_2015_R3_16576_EN.pdf?ua=1)（2017年5月1日访问）。

<sup>7</sup> 全球有效发展合作伙伴关系——原则（可自：<http://effectivecooperation.org/about/principles/>获取，2017年5月1日访问）

**12. 注重结果，包括监测和问责**

五年期全球战略计划将具有自己的监测框架，包括通过磋商进程制定的指标和时间表，用于每年向卫生大会报告进展情况。

---

## 附件 10

### 2017-2025 年公共卫生领域应对痴呆症全球行动计划<sup>1</sup>

[A70/28, 附件 – 2017 年 4 月 3 日]

#### 全球形势概览

1. 痴呆症是若干疾病的统称，多数为渐进性的疾病，影响记忆力、其它认知能力和行为，并严重干扰一个人维持日常生活活动的的能力。阿尔茨海默氏病是痴呆症最常见的形式，可能占病例数的 60-70%。其它主要形式包括血管性痴呆、路易体痴呆和一组导致额颞叶痴呆的疾病。不同形式的痴呆之间界限并不分明，混合形式的痴呆常同时存在。
2. 在 2015 年，全世界有 4700 万痴呆症患者（约占世界老年人口的 5%）。预计患者人数将在 2030 年增加到 7500 万人，到 2050 年增加到 1.32 亿人。据最近的审查估计，全球每年有近 990 万新增病例，相当于每 3 秒钟就有一例新增病例。近 60% 的痴呆症患者目前生活在低收入和中等收入国家，而且多数新增病例（71%）预计将出现在这些国家<sup>2,3</sup>。
3. 至关重要的是，虽然年龄是形成痴呆的最重要已知风险因素，但痴呆并不是老龄化不可避免的后果。此外，痴呆症并不单纯影响老年人，因为有多达 9% 的病例在年轻时患上痴呆症（即在 65 岁之前出现症状）<sup>4</sup>。有些研究表明，认知障碍的形成与其它非传染性疾病共同具备的生活方式相关风险因素之间存在关联。这些风险因素包括缺乏身体活动、肥胖症、饮食不平衡、使用烟草、有害使用酒精、糖尿病以及中年期高血压等。痴呆症较为特有的其它可能可以改变的风险因素包括中年期抑郁症、受教育程度较低、与社会隔离以及缺乏认知活动。此外，存在不可改变的基因风险因素，会使一个人罹患痴呆症的风险加大<sup>5</sup>。还有证据显示，罹患痴呆症的妇女在总体上比男人要多<sup>3</sup>。

---

<sup>1</sup> 见 WHA70(17)号决定。

<sup>2</sup> 世界卫生组织。痴呆症的流行病学和影响：现状和未来趋势。日内瓦：世界卫生组织，2015 年，文件 WHOMSD/MER/15.3，可自 [http://www.who.int/mental\\_health/neurology/dementia/dementia\\_thematicbrief\\_epidemiology.pdf](http://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/dementia_thematicbrief_epidemiology.pdf) 获取，2017 年 3 月 8 日访问。

<sup>3</sup> Prince M, Wimo A, Guerchet M, Ali GC, Wu Yutzu, Prina M. 2015 年世界阿尔茨海默氏病报告。痴呆症的全球影响：流行率、发病率、费用和趋势分析。伦敦：国际阿尔茨海默氏病协会，2015 年。

<sup>4</sup> 国际阿尔茨海默氏病协会和世卫组织。痴呆症：一项公共卫生重点。日内瓦：世界卫生组织；2012 年（[http://www.who.int/mental\\_health/publications/dementia\\_report\\_2012/en/](http://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/en/)，2017 年 3 月 8 日访问）。

<sup>5</sup> Loy CT, Schofield PR, Turner AM, Kwok JBJ. 痴呆症的基因问题。《柳叶刀》，2014 年，383(9919):828-40. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60630-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60630-3)。



4. 痴呆症是世界各地老年人残疾和依赖他人的一个主要原因，不但对个人，而且对其护理者、家庭、社区和社会都造成显著影响。痴呆症占非传染性疾病导致的残疾调整生命年的 11.9%<sup>1</sup>。鉴于全球预期寿命的提高，预计该数字还将进一步上升。

5. 痴呆症导致政府、社区、家庭和个人承担的费用增加，并造成经济生产力的损失。

- 在 2015 年，痴呆症的费用<sup>2</sup>估计达 8180 亿美元，相当于全球各国国内生产总值的 1.1%，范围从低收入和中等收入国家的 0.2%到高收入国家的 1.4%。到 2030 年，全世界痴呆症患者的护理费用估计将达 2 万亿美元，这可能会破坏全球社会和经济的发展并使卫生和社会服务设施，尤其包括长期护理系统，不堪重负<sup>3</sup>。
- 痴呆症患者及其家庭面临卫生保健和社会护理以及减少或失去收入造成的巨大经济影响。在高收入国家，与痴呆症有关费用由非正规护理费（45%）和社会护理费（40%）分摊。对比之下，在低收入和中等收入国家，社会护理费（15%）与非正规护理费相比微不足道<sup>3</sup>。在低收入和中等收入国家，痴呆症病例数预计将过多地增长，这将进一步加剧国家以及人群之间的不平等。

6. 目前，痴呆症的预防、治疗和护理需求与这些服务的实际提供之间存在巨大差距。世界各地对痴呆症都诊断不足，而且如果做出诊断，通常已是病程较晚阶段。痴呆症患者的长期护理途径（从诊断到生命终结），如果不是完全没有，也常常是零散的。对痴呆症常常缺乏认识和了解，从而造成歧视以及诊断和护理方面的障碍。痴呆症患者在社区和护理院常常被剥夺人权。此外，痴呆症患者并不总能参与决策程序，他们的意愿和护理选择也常常被忽视。

7. 据世卫组织和世界银行估计，到 2030 年全球将需要 4000 万新的卫生保健和社会护理岗位并需要增加约 1800 万卫生工作者，主要是在资源匮乏的环境中，以便实现范围广泛的必要卫生服务的高度和有效覆盖。在应对痴呆症问题方面，扩大具有适当技能组合的卫生保健和社会护理工作队伍以及可得的干预措施和服务，对预防、诊断、治疗和护理痴呆症患者将是至关重要的。

---

<sup>1</sup> Prince M, Albanese E, Guerchet M, Prina M. 2014 年世界阿尔茨海默氏病报告。痴呆症以及减少风险：保护性因素和可变风险因素分析。伦敦：国际阿尔茨海默氏病协会，2014 年（<http://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2014.pdf>，2017 年 3 月 8 日访问）。

<sup>2</sup> 医疗和社会护理直接费用以及非正规护理的费用。

<sup>3</sup> Prince M, Wimo A, Guerchet M, Ali GC, Wu Yutzu, Prina M. 2015 年世界阿尔茨海默氏病报告。痴呆症的全球影响。流行率、发病率、费用和趋势分析。伦敦：国际阿尔茨海默氏病协会，2015 年。

## 愿景、目标和交叉原则

### 愿景

8. 公共卫生领域应对痴呆症全球行动计划的愿景是建设一个可以预防痴呆症的世界，痴呆症患者及其护理者都能过上好日子并得到必要的关爱和支持以便有尊严、受尊重、自主和平等地发挥其潜能。

### 目标

9. 该全球行动计划的目标是要改善痴呆症患者、其护理者和家人的生活，同时减轻痴呆症对他们以及社区和国家的影响。

### 交叉原则

10. 全球行动计划以下述**七项交叉原则**为基础。

(a) **痴呆症患者的人权。**根据《残疾人权利公约》及其它国际和区域人权文书，各项政策、计划、立法、规划、干预措施和行动应当对痴呆症患者的需求、期望和人权保持敏感。

(b) **增强痴呆症患者及其护理者的权能和参与。**应当增强痴呆症患者、其护理者和代表他们的组织的权能并使他们参与痴呆症的宣传、政策、计划制定、立法、服务提供、监测和研究。

(c) **为痴呆症减少风险和进行护理方面基于证据的做法。**基于科学证据和/或最佳做法，必须制定为痴呆症减少风险和进行护理方面的战略和做法，这些战略和做法应当以人为本，经济有效，可持续和可负担，并考虑到公共卫生原则和文化因素。

(d) **公共卫生领域应对痴呆症方面的多部门合作。**要全面和协调地应对痴呆症，就需要所有利益攸关方之间的合作以便加强预防，减少风险，并改进诊断、治疗和护理。要实现这种合作，就要求在政府层面上由卫生（包括使现有非传染性疾病、精神卫生和老龄化工作统一方向）、社会服务、教育、就业、司法和住房等方面的所有相关公立部门以及民间社会和私立部门相关实体的伙伴关系一起参与工作。

(e) **针对痴呆症的全民健康和社会护理覆盖。**设计和实施达到全民健康覆盖的卫生规划，必须包括经济风险保护，并确保所有痴呆症患者及其护理者都必须能够公平地获得范围广泛的宣传、预防、诊断和护理服务，包括姑息疗法、康复和社会支持。

(f) **公平性。**公共卫生领域应对痴呆症的所有工作都必须支持性别平等，对性别问题敏感，并考虑到每个国家特有的所有脆弱状况，同时与 2030 年可持续发展议程保持一致，其中认识到必须加强脆弱人群的权能，其中包括残疾人、老年人和移民。

(g) **适当注意痴呆症的预防、治疗和护理。**实现该重点的步骤包括利用现有知识和经验来改进预防，减少风险，加强对痴呆症患者及其护理者的关爱和支持，并产生新的知识，争取发现改变疾病的治疗或治愈方法、减少风险的有效干预措施和创新的护理模式。

## 会员国、秘书处以及国际、区域和国家伙伴的行动和目标

11. 有效实施公共卫生领域应对痴呆症全球行动计划，将需要会员国、秘书处以及国际、区域、国家和亚国家伙伴采取行动。根据国情，这些伙伴包括，但不局限于：

- 开发机构，包括国际多边机构（例如经合组织、联合国各开发机构和世界银行）、区域机构（例如区域开发银行）、亚区域政府间机构和双边发展援助机构；
- 学术和研究机构，包括世卫组织精神卫生、老龄化、残疾、人权和健康问题社会决定因素合作中心网络及其它相关网络；
- 民间社会，包括痴呆症患者、其护理者、家人、代表他们的协会以及其它相关组织；
- 私立部门、健康保险公司和媒体。

12. 这四类团体的作用常常重叠并可包括管理、卫生保健和社会护理服务、痴呆症的宣传与预防以及信息、证据和研究方面跨领域的众多行动。以国家为基础评估不同伙伴的需求和能力，对明确利益攸关方团体的作用和行动将是至关重要的。

13. 全球行动计划规定了全球应当实现的目标。每个会员国考虑到本国国情，在全球目标的指导下规定本国的目标。每个会员国也将决定如何把这些全球目标调整用于国家的计划、程序（包括数据收集系统）、政策和战略。

14. 全球行动计划认识到每个会员国在这些行动领域开展实施工作时面临特定的挑战，因此建议了一系列行动，每个会员国将根据国情调整使用。

## 行动领域

15. 全球行动计划由**七个行动领域**组成，这些领域构成作为基础的结构框架：

1. 把痴呆症作为一项公共卫生优先重点
2. 对痴呆症的认识和关心程度
3. 减少痴呆症风险
4. 痴呆症的诊断、治疗、护理和支持
5. 对痴呆症护理人员的支持
6. 痴呆症方面的信息系统
7. 痴呆症研究与创新

### 行动领域 1：把痴呆症作为一项公共卫生优先重点

16. 鉴于直接或间接受痴呆症影响的人口范围以及该病的复杂性，需要就痴呆症提出整个政府和众多利益攸关方广泛参与的公共卫生方针。该方针将促使卫生保健和社会护理系统（公立和私立部门）及其它政府部门作出全面反应，调动痴呆症患者、其护理者及其它相关利益攸关方和合作伙伴的参与。

17. **理由。**通过综合性的多部门举措制定和协调政策、立法、计划、框架和综合护理规划，将在每个国家的背景下支持承认和处理痴呆症患者复杂的需求。这种举措符合全民健康覆盖的原则以及《残疾人权利公约》中概述的标准。

18. **全球目标 1：**到 2025 年，75% 的国家将已制定或更新国家痴呆症政策、战略、计划或框架，可以是独立的，或者纳入其它政策/计划<sup>1</sup>。

## 为会员国建议的行动

19. 制定、加强和实施国家和/或亚国家痴呆症应对战略、政策、计划或框架，无论是作为独立的文书或者纳入为非传染性疾病、精神卫生、老龄化和残疾计划的其它行动（或

<sup>1</sup> 全球目标的指标和核实手段载于本附件的附录。

同等情况)。应当与痴呆症患者及其它相关利益攸关方协商,在这些工作中考虑到痴呆症患者的公平待遇、尊严和人权,并支持护理人员的需求。

20. 根据《残疾人权利公约》及其它国际和区域人权文书的目标,促进对痴呆症患者人权的保护、他们的意愿和选择以及相关立法的实施情况进行监测的机制。这些机制包括法律能力、自我决定、辅助决策,授权委托以及在卫生机构和社区中保护避免遭受剥削和虐待等方面概念的保障措施。

21. 在卫生部(或对等机构)内设立一个负责痴呆症问题的归口联络点、单位或功能性部门或者负责非传染性疾病、精神卫生或老龄化问题的实体内的一个协调机制,以便确保可持续发展的资金供应,在制定痴呆症战略计划、开展实施、多部门合作机制、服务评价、监测和报告方面有明确的责任分工。

22. 调拨与确认的服务需求相对称的可持续财力资源以及实施国家痴呆症计划和行动所需的人力及其它资源,并建立机制追踪痴呆症在卫生部门、社会部门以及教育和就业等其它相关部门中的开支情况。

## 秘书处的行动

23. 向会员国提供技术支持、工具和指导,并加强以下方面的国家能力;

- 在制定、加强和实施以证据为基础的国家或/或亚国家痴呆症应对战略或计划以及相关的多部门资源计划、预算和开支跟踪方面,卫生部及其它相关部门的领导作用;
- 支持国家和国际伙伴并建立或加强国家参考中心、世卫组织合作中心和分享知识的网络,评价和实施符合会员国需求和能力的以证据为基础的方案,并评估痴呆症公共政策对健康的影响;
- 在痴呆症规划与涉及非传染性疾病、老龄化、精神卫生和卫生系统的规划之间以及与服务的提供和程序之间进行协调,确保最大程度的协同作用以及现有资源和新资源的最佳使用。

24. 汇总和分享涉及痴呆症的现有政策文件的知识和最佳做法,包括根据《残疾人权利公约》及其它国际和区域人权文书监测人权保护和法规实施情况的行为守则和机制。

25. 在国际、区域和国家层面上促进和支持与国家的合作和伙伴关系，开展多部门行动应对痴呆症，并与全民健康覆盖的原则达成一致。合作和伙伴关系应当包括所有相关部门：卫生、司法和社会服务部门、民间社会、痴呆症患者、护理人员 and 家庭成员以及联合国系统各组织、联合国机构间团体和政府间组织。

### 为国际、区域和国家伙伴建议的行动

26. 创建和加强痴呆症患者、其家人和护理人员的协会与组织，并促使它们与现有的残疾人（或其它）组织合作，作为痴呆症预防和治疗工作中的伙伴。

27. 在改革与痴呆症相关的卫生和社会法律、政策、战略、计划和规划方面，动员和积极参与代表痴呆症患者、其护理者、卫生工作者和政府当局的各协会之间的对话，并明确重视痴呆症患者及其护理者的人权以及他们的权能、参与和融入。

28. 支持制定和运用国家痴呆症政策、立法、战略和计划，并支持确立痴呆症患者及其护理者的正式作用和权威，以便影响痴呆症相关政策、法律和服务的设计、计划和实施过程。

### 行动领域 2：对痴呆症的认识和关心程度

29. 有一种常见的误解，认为痴呆症是老龄化自然和不可避免的部分，而不是一种疾病过程，从而造成阻碍诊断和护理的障碍。缺乏认识还会引起对罹患痴呆症的恐惧，并导致污名和歧视。此外，痴呆症患者在社区和护理院常常被剥夺人权。

30. 痴呆症宣传规划应当：促进对痴呆症以及作为临床疾病的各种亚类有准确的认识；减少与痴呆症相关的污名和歧视；教育人们了解痴呆症患者的人权和《残疾人权利公约》；增强一般民众识别痴呆症早期症状和体征的能力；并加强公众对痴呆症相关风险因素的了解，从而促进所有人健康的生活方式以及减少风险的行为。

31. 关心痴呆症问题的社会具备包容和方便生活的社区环境，为所有人提供健康、参与和安全的最佳机会，以便确保痴呆症患者、其护理者和家人的生活质量与尊严。关心痴呆症行动的共同主要方面包括保障痴呆症患者的人权，应对与痴呆症相关的污名，促进痴呆症患者更大程度地参与社会，以及支持痴呆症患者的家人和护理者。与关心痴呆症的概念有密切关联的是，社会也要关爱老年人。关爱老年人和痴呆症患者的行动都应当考虑到，相当多的老年人独居，而且有时非常孤独。

32. 针对文化背景和社区特定需求的痴呆症宣传运动和关心痴呆症的规划，可以促进强化卫生和社会方面的结果，反映痴呆症患者的意愿和选择，并为痴呆症患者、其护理者和更广泛的社区提高生活质量。

33. **理由。**通过提高公众对痴呆症的认识、接受程度和了解并促进关心痴呆症的社会环境，痴呆症患者能够参与社区活动并通过改进社会参与达到最高程度的自主性。

34. **全球目标 2.1:** 到 2025 年，100% 的国家将至少有一项正常运转的痴呆症问题公众认识宣传运动，以便形成包容痴呆症的社会<sup>1</sup>。

35. **全球目标 2.2:** 到 2025 年，50% 的国家将至少有一项关心痴呆症的行动，以便形成包容痴呆症的社会<sup>1</sup>。

## 为会员国建议的行动

36. 与痴呆症患者、其护理者和代表他们的组织、媒体及其它相关利益攸关方合作，组织国家和地方上针对特定社区和文化的公共卫生宣传运动和提高认识的运动。这种合作行动将提高一般公众对痴呆症的准确了解，减少污名，破除迷信，促进尽早诊断，并强调需要采取性别和文化方面适当的应对措施，承认痴呆症患者的人权并尊重他们的自主性。

37. 支持改变社会和建筑环境的所有方面，包括提供设施、物品和服务，以便使环境对老年人和痴呆症患者更加包容和方便，并以符合痴呆症患者及其护理者的需求以及促进参与、安全性和包容性的方式促进尊重和接受。

38. 制定适合相关环境的规划，使社区以及公立和私立部门了解痴呆症患者及其护理者的经历，从而鼓励关心痴呆症的态度。把不同的社区群体和利益攸关方群体作为目标，包括但不限于：学校的学生和老师、警察、救护人员、消防员、交通服务、财政服务及其他公共服务提供者、教育和宗教组织以及志愿者。

## 秘书处的行动

39. 向会员国提供技术支持，加强以下方面的全球、区域和国家能力：

- 把痴呆症患者、其护理者以及代表他们的组织包括在世卫组织自身程序内以及与他们有关问题的决策中，并让他们参与决策；

---

<sup>1</sup> 全球目标的指标和核实手段载于本附件的附录。

- 在提高认识和减少对痴呆症患者污名和歧视方面，选择、形成、实施和传播最佳做法。

40. 在世卫组织关爱老人城市和社区的全球网络及其专门网站的基础上<sup>1</sup>，通过记录和评价关心痴呆症的现有行动，整合关心痴呆症的行动并创建联系，以便发现证据说明在不同背景下有哪些措施能发挥作用，并传播这种信息。

41. 促进认识和了解痴呆症、痴呆症患者的人权以及家人和/或其他护理者的作用，并维持和加强与代表痴呆症患者及其护理者的组织的伙伴关系。

42. 为会员国制定指导，说明如何实施、监测和评价关心痴呆症的行动。

### 为国际、区域和国家伙伴建议的行动

43. 鼓励所有利益攸关方参与以下方面：

- 提高对痴呆症社会和经济方面影响程度的认识；
- 在制定和加强服务支持痴呆症患者自主性的各方面工作中包括痴呆症患者、其护理者和家庭；
- 保护和促进痴呆症患者的人权，并支持其护理者和家庭；
- 纠正脆弱人群中的不公平现象。

44. 确保更广泛社区的活动中包括痴呆症患者，并通过强化他们的自主性来促进文化、社会和民事参与。

45. 共同制定和实施一切有关规划，提高关于痴呆症的认识并使社区更加关心和包容痴呆症问题。

### 行动领域 3：减少痴呆症风险

46. 越来越多的证据表明，痴呆症与非传染性疾病和生活方式相关风险因素之间存在相互关系。这些风险因素包括缺乏身体活动、肥胖症、饮食不平衡、使用烟草、有害使用酒精、糖尿病以及中年期高血压。此外，其它可能可以改变的风险因素是痴呆症更为特

<sup>1</sup> <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/> (2017年3月8日访问)。



有的，包括与社会隔离、受教育程度较低、缺少认知活动以及中年期抑郁症。从儿童期开始并延伸到整个生命，降低个体和人群与这些可能可以改变的风险因素接触的程度，可以加强个体和人群的能力，以便做出更健康的选择并采用有利于健康的生活方式。

47. 日益增长的共识是，以下措施具有保护作用并可以减少认知能力下降和出现痴呆症的风险：增加身体活动，预防和减少肥胖症，促进平衡和健康的饮食，戒除使用烟草和有害使用酒精，社会参与，促进激发认知能力的活动和学习，以及预防和管理糖尿病、高血压和抑郁症，尤其是在中年期。

48. **理由。**通过提高卫生保健和社会护理人员的能力以便向一般大众提供以证据为基础、多部门、性别和文化方面适当的干预措施，并对痴呆症与其它非传染性疾病共同的可变风险因素开展教育和积极的管理，就可以减少形成痴呆症的风险或者延迟其发展。

49. **全球目标 3：**在减少风险方面已实现《2013-2020 年预防和控制非传染性疾病全球行动计划》和今后任何修订案中规定的相关全球目标，并作了报告<sup>1</sup>。

## 为会员国建议的行动

50. 促进身体活动、健康和平衡的饮食，在相关部门中把痴呆症与减少非传染性疾病风险和促进健康的其它规划、政策和宣传运动结合起来。具体行动包括根据平衡预防与护理的原则，管理肥胖症患者的体重，戒除使用烟草和有害使用酒精，接受正式教育以及开展有益心理健康的活动和终身的社会参与。

51. 尤其在初级卫生保健系统内，为卫生专业人员制定、提供和促进以证据为基础并对年龄、性别、残疾和文化敏感的干预措施及培训，以便在开展减少风险的咨询活动时改进这些人员的知识和做法，并积极管理痴呆症可变风险因素。随着出现新的科学证据，要作为常规更新这些干预措施。

## 秘书处的行动

52. 与 2013-2020 年预防和控制非传染性疾病全球行动计划规定的行动相联系，在以下方面提供技术支持并加强全球、区域和国家能力：

- 提高对痴呆症与其它非传染性疾病之间联系的认识；

---

<sup>1</sup> 见文件 WHA66/2013/REC/1 附件 4，可自 [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA66-REC1/A66\\_REC1-en.pdf#page=87](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66-REC1/A66_REC1-en.pdf#page=87) 获取，2017 年 9 月 20 日访问。

- 把减少和控制痴呆症可变风险因素纳入国家卫生计划制定程序和发展议程；
- 支持形成和实施用于减少痴呆症风险的多部门循证干预措施。

53. 加强证据基础并分享和传播证据，以便通过提供关于痴呆症风险因素普遍性和减少风险因素后果的现有证据数据库，支持减少可能可以改变的痴呆症风险因素的政策干预措施。

### 为国际、区域和国家伙伴建议的行动

54. 鼓励所有利益攸关方参与以下活动：

- 在国家、区域和国际层面上促进对年龄具有包容性、注重性别平等和以公平性为基础的人口健康战略并使其主流化，支持包括痴呆症患者及其护理者和家人在内的所有人采用有益身心健康和积极参与社交的生活方式；
- 采取已表明能够尤其在中年期减少痴呆症风险的特定行动；
- 通过诸如交流关于以证据为基础的最佳做法的信息和传播研究结果等方法，支持国家预防和控制非传染性疾病的整体工作，尤其是涉及痴呆症的工作。

### 行动领域 4：痴呆症的诊断、治疗、护理和支持

55. 在后期，痴呆症涉及复杂的需求以及高度的依赖性和病态，需要一系列卫生保健和社会护理，包括长期护理服务。而且，较不容易诊断出痴呆症患者的合并症并得到管理这些合并症所需的护理和支持，但如不进行治疗，可以造成加速恶化。他们需要的服务包括病例发现、诊断、治疗（包括药物和社会心理治疗）、康复、姑息疗法/临终护理及其它支持，例如家政服务、交通、食品以及提供包括有意义活动的日常安排。

56. 应当增强痴呆症患者的权能，使他们能够生活在社区中，并按自己的意愿和选择接受护理。为了确保痴呆症患者能够保持与其基本权利、基本自由和人的尊严相符的身体功能水平，他们需要以人为本、可获得和可负担的综合卫生保健与社会护理，包括长期护理。长期护理涵盖所有活动，无论是由卫生、社会或姑息护理服务提供的，还是关心痴呆症的环境产生的。姑息护理是痴呆症患者连续护理的一个核心组成部分，从诊断开始，直到生命终结以及家人和护理者的居丧阶段。姑息护理为痴呆症患者及其护理者提供身体、社会心理和精神支持，包括支持事先制定护理计划。

57. 在组织和发展卫生保健和社会护理方面，包括痴呆症的长期护理系统，全球行动计划提出了一些原则。在从诊断到生命终结的连续过程中提供可持续的护理，需要：及时的诊断，把痴呆症治疗和护理纳入初级保健，不同服务提供者和各级系统之间卫生保健和社会护理（包括长期护理）的协调连续性，以及有偿和无偿护理人员之间的多学科协作和积极合作。制定计划应对人道主义突发事件和从中恢复时，必须确保广泛地为痴呆症患者提供个别支持和社区社会心理支持。

58. 需要经过充分训练和合格的人力来提供这些干预措施。从最初出现痴呆症症状直到生命结束时，不同护理提供者，众多部门和各级系统之间护理的连续性以及有偿和无偿护理人员之间的积极合作是至关重要的。在痴呆症患者生活的所有环境中，包括住所、社区、辅助生活设施和养老院，直到医院和安养院，都需要基于证据和以人为本的综合护理。工作队伍和服务设施的技能和能力常常面临痴呆症患者复杂需求的挑战。

59. **理由。**可以通过在文化方面适当、以人为本、以社区为基础的综合卫生保健、社会心理护理、长期护理和支持，以及在适当时，家人和护理人员的努力，满足痴呆症患者的需求和选择，并尊重他们从诊断直到生命终结的自主性。

60. **全球目标 4:** 到 2025 年，在至少 50% 的国家中，痴呆症患者的估计人数中最少有 50% 得到诊断<sup>1,2</sup>。

## 为会员国建议的行动

61. 制定有效和协调的痴呆症患者护理途径，并将其纳入卫生保健和社会护理系统（包括长期护理），以便在需要时提供以人为本的综合护理。这种途径应当提供优质护理和管理，把众多服务结合成一个无缝的整体，其中包括初级卫生保健、家庭护理、长期护理、专科医疗、康复和姑息治疗服务、家政服务、食品和交通服务、其它社会福利服务以及有意义的活动，从而加强痴呆症患者的能力和身体功能。

62. 加强卫生工作队伍中一般和专科人员的知识和技能，以便提供以证据为基础、在文化方面适当以及注重人权的卫生保健和社会护理，包括痴呆症患者的长期护理服务。（机制可以包括与管制机构等重要利益攸关方合作，在本科生和研究生医学和辅助医疗培训中以及所有卫生保健和社会护理专业人员的继续培训规划中教授痴呆症诊断、治疗和护理方面的核心能力。）要为这些专业人员的在职培训专门制定预算和提供资源，或者在特定的规划中包括此类预算和资源。

<sup>1</sup> 得到诊断的所有患者都应在诊断后获得适当的卫生保健和社会护理。

<sup>2</sup> 全球目标的指标和核实手段载于本附件的附录。

63. 通过以下方面提高临终护理的质量：把晚期痴呆症视为需要姑息疗法的病症；促进关于为所有痴呆症患者事先计划护理的认识，以便记录他们在临终时的意愿；使用有效的临终途径，确保痴呆症患者的价值观和选择得到尊重，并在他们选中的地方接受护理；以及为卫生保健专业人员和姑息疗法专家提供培训。
64. 要有条理地把护理场所从医院转向以社区为基础的护理环境以及以社区为基础的多学科网络，该网络融合社会和卫生系统并提供高质量的护理和以证据为基础的干预措施。
65. 加强获取一系列以人为本、注重性别平等、在文化方面适当和有针对性的服务，包括与当地非政府组织及其它利益攸关方联络，以便提供信息，增强痴呆症患者的权能，使他们做出关于自身护理的知情选择和决定。从最初出现症状直到生命终结时，尊重他们的权利和选择，并在痴呆症患者、其家人、护理者和服务提供者之间促进积极合作。

### 秘书处的行动

66. 向会员国提供技术支持，记录和分享以证据为基础的服务提供和护理协调方面的最佳做法，并支持会员国根据全民健康覆盖的原则发展痴呆症护理途径。
67. 为现场卫生保健和社会护理工作者制定和实施指南、工具和培训材料，例如涵盖痴呆症方面核心能力的示范培训课程。支持会员国制定痴呆症人力资源战略，包括确认卫生保健和社会护理工作者的空白、具体需求和培训要求，以及关于从诊断直到生命终结提供以人为本的综合长期护理的本科生和研究生教育。
68. 提供指导，加强实施世卫组织精神卫生差距行动规划<sup>1</sup>中关于痴呆症的部分，以便强化现有人力资源和培训更多的人员，并加强通过初级卫生保健提供高质量护理和以证据为基础的干预措施的能力。

### 为国际、区域和国家伙伴建议的行动

69. 支持痴呆症患者及其家人和护理者，例如通过制定痴呆症和现有服务方面以证据为基础并方便使用的信息和培训工具以便及时进行诊断和强化持续提供长期护理，或者通过设立全国求助热线以及在地方层面上提供信息和意见的网站。

---

<sup>1</sup> 见 [http://www.who.int/mental\\_health/mhgap/en/](http://www.who.int/mental_health/mhgap/en/)（2017年3月8日访问）。

70. 支持培训卫生保健和社会护理人员，为痴呆症患者提供以证据为基础的治疗和护理，具体做法是发展与需求相关的培训，支持教学机构修订课程的内容以便对痴呆症给予更高的重视，并确保痴呆症患者酌情参与制定和提供教育与培训。

71. 促进以社区为基础的康复，作为推动和支持痴呆症患者保护自身自主性和权利的有效战略，并确保痴呆症患者在关于诊断、治疗和护理的所有讨论中保持核心地位。

### 行动领域 5：对痴呆症护理人员的支持

72. 可以根据与痴呆症患者的关系和护理贡献界定护理人员。许多痴呆症护理者是亲属或远房亲戚，但好友、邻居和有偿业余工作者或志愿者也可以履行护理责任。护理人员参与为痴呆症患者提供“亲自动手”的护理和支持，或者在组织其他人提供护理方面发挥显著作用。护理者常常与痴呆症患者很熟悉，因此很可能具备对该痴呆症患者的了解和信息，而这种了解和信息对制定以需求为基础的有效个性化治疗和护理计划是至关重要的。因此，护理人员应当被视为在所有环境中根据痴呆症患者的意愿和需求计划和提供护理方面必不可少的伙伴。

73. 应当注意到，作为痴呆症患者的护理者，可能会影响该护理者的身心健康以及福祉和社会关系。卫生系统必须考虑两方面的问题，即痴呆症患者需要其他人提供的大量帮助，以及对护理者和家人的显著影响，包括经济影响。护理者应当能够获得针对他们需求的支持和服务，以便有效应对和管理护理角色在身心和社会方面的压力。

74. **理由。**为护理人员创建和实施提供多部门护理、支持和服务的手段，将有助于满足护理人员的需求，并防止他们的身心健康和社会福祉出现下降。

75. **全球目标 5：**到 2025 年，75% 的国家为痴呆症患者的护理人员和家人提供支持和培训规划<sup>1</sup>。

### 为会员国建议的行动

76. 提供以证据为基础和便于获得的信息、培训规划、喘息式服务以及专门针对护理人员需求的其它资源，以便提高知识和护理技能，例如应对挑战性的行为，使痴呆症患者能够在社区中生活，并防止护理人员出现压力和健康问题。

77. 为卫生保健和社会护理人员提供培训规划，以便发现和减少护理人员的压力并避免造成身心疲惫。

<sup>1</sup> 全球目标的指标和核实手段载于本附件的附录。

78. 在就业等方面，形成或加强对护理人员的保护，例如社会福利和残疾人福利、反对歧视的政策和立法等，并在超出他们护理作用之外的所有环境中为他们提供支持。

79. 使护理人员参与制定护理计划，并重视痴呆症患者及其家庭的意愿和选择。

## 秘书处的行动

80. 关于护理人员在痴呆症患者生活中的重要性，形成证据并进行陈述，同时承认对妇女造成过大的影响，并向会员国提供技术支持，监测支持护理者的服务可得性方面的趋势。采用多部门的方法，支持会员国为护理者形成以证据为基础的信息、培训规划和喘息式服务，并促进对结果的衡量。

81. 通过把因特网与移动电话技术等信息和通讯技术（例如世卫组织的 iSupport<sup>1</sup>）用于教育、技能培训和社会支持，促进获得以证据为基础和可负担的资源，使护理人员能够提高知识和护理技能，减轻情感压力并改进应对能力、自我效能和健康。

## 为国际、区域和国家伙伴建议的行动

82. 提高对护理者和家人在痴呆症患者生活中的参与及其结果的认识，保护他们避免歧视，以注重性别平等的方式支持他们继续提供护理的能力，并增强护理者的权能，使们有机会发展自我宣传技能以便应对获取卫生保健和社会护理（包括长期护理服务）方面的具体挑战。

83. 协助开展适当的培训规划：使护理者和家庭在痴呆症整个进程中强化知识和护理技能；并采取以人为本的方法促进痴呆症患者的尊严和福祉。

### 行动领域 6：痴呆症方面的信息系统

84. 在人口层面上对一套痴呆症核心指标进行系统的常规监测，可以提供必要的数据以便指导以证据为基础的行动，改进服务并衡量实现国家痴呆症政策的进展情况。通过建设和/或加强痴呆症信息系统，就能够改进痴呆症患者、其护理者和家人的功能轨迹。但是，这将需要在遵守现有管制框架的同时，在痴呆症患者每次接触卫生保健和社会护理系统时对卫生和行政数据进行的常规收集、记录、联系和分类共享方面做出显著改变。

<sup>1</sup> 世卫组织 iSupport：供痴呆症患者护理人员使用的电子规划（[http://www.who.int/mental\\_health/neurology/dementia/isupport/en/](http://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/isupport/en/)，2017年3月8日访问）。

85. **理由。**系统地监测和评价卫生保健和社会护理系统的使用情况，可以提供最佳可得证据，用于制定政策和提供服务，还可以在从减少风险到生命终结的连续过程中改进预防并为痴呆症患者加强护理的可得性和协调。

86. **全球目标 6:** 到 2025 年，50% 的国家通过本国卫生和社会信息系统，每两年作为常规收集一系列痴呆症核心指标的数据<sup>1</sup>。

### 为会员国建议的行动

87. 按需要发展、实施和改进国家监测和监督系统，包括纳入现有卫生信息系统的登记册，以便提高关于痴呆症的高质量和多部门信息的可得性。促进获得卫生保健和社会护理数据并调查汇总国家和区域层面上现有的服务设施和资源，以便在从减少风险到生命终结的连续护理过程中改进服务的提供和覆盖面。

88. 在衡量、收集和分享痴呆症卫生保健和社会护理数据方面，更新或创建支持性的政策或立法，并作为常规将该信息纳入国家卫生信息系统，以便促进关于痴呆症的常规报告。

89. 收集和使用关于本国痴呆症方面流行病学、护理和资源状况的必要数据，以便实施相关的政策和计划。

### 秘书处的行动

90. 在会员国采取以下行动时，向它们提供技术支持：

- 发展和/或改革国家数据收集系统，包括卫生信息系统，以便加强痴呆症方面的多部门数据收集；
- 制定目标和指标，其中考虑到国家情况，但又与全球监测框架的指标和目标尽可能密切地达成一致，从而为系统收集、分析和使用痴呆症特定数据开展国家能力建设并提供资源。

91. 根据本行动计划制定一套核心指标，并在收集信息和促进使用这些数据来监测结果方面提供指导、培训和技术帮助。世卫组织全球痴呆症观察站提供了机制以便系统地监测和促进使用这些核心指标产生的数据，形成了一个数据和知识交流平台以便支持以证

---

<sup>1</sup> 全球目标的指标和核实手段载于本附件的附录。

据为基础的服务计划，分享最佳做法，并加强痴呆症方面的政策以及卫生保健和社会护理系统。

92. 通过全球痴呆症观察站，向会员国提供技术支持，产生和提供信息，以便按需要监测全球、区域和国家目标。

### 为国际、区域和国家伙伴建议的行动

93. 向会员国和秘书处提供支持，制定工具并加强监测和信息系统的功能，以便收集关于痴呆症核心指标的数据，监测痴呆症患者、护理人员 and 家庭的卫生保健和社会护理以及支持性服务的使用情况，并促进对长期趋势的评估。

94. 倡导使痴呆症患者及其家人和护理者参与创建、收集、分析和利用痴呆症方面的数据。

### 行动领域 7：痴呆症研究与创新

95. 要降低痴呆症发病率并改善痴呆症患者的生活，研究和创新以及将结果转化为日常实践就是至关重要的。不仅必须为痴呆症方面的研究和创新提供资金和适当的基础设施，而且必须有机制协助在调查研究中适当征召痴呆症患者、其家人和护理者。痴呆症的研究与开发成本比其它治疗领域更高，因为成功率较低，研发时间较长，而且试验参与率较低；这种不利情况使该领域内的投资缺乏动力。需要开展研究，找到治愈痴呆症的方法，但也同样需要在预防、减少风险、诊断、治疗和护理方面，包括在社会科学、公共卫生和实施研究方面，开展研究。

96. 为了实施全球痴呆症研究议程，会员国之间以及与有关利益攸关方的协作，尤其是侧重于北南、南南和三角的合作，将在改进痴呆症患者的预防、诊断、治疗和护理方面加大全球有效进展的可能性。

97. 对痴呆症的预防、减少风险、早期诊断、治疗、护理和支持方面的创新卫生技术，出现了日益增长的关注和要求。这些创新的目的是改进知识、技能和应对机制，从而便利和支持痴呆症患者及其护理者的日常生活，并同时以基于证据并对年龄、性别和文化敏感的方式尤其满足确定的需求。

98. **理由。**成功实施与确定的研究重点相一致的痴呆症研究以及社会和技术创新，可以加大为痴呆症患者改进预防、诊断、治疗和护理方面有效进展的可能性。



99. **全球目标 7:** 在 2017 年至 2025 年, 全球痴呆症研究成果增加一倍<sup>1</sup>。

### 为会员国建议的行动

100. 与学术和研究机构合作, 制定、实施和监测实现国家预防、诊断、治疗和护理痴呆症患者的研究议程; 这项工作可以是独立的, 或者纳入注重于在支持政策或实践的证据方面填补空白的相关研究规划。加强研究能力, 在包括痴呆症患者在内的所有相关利益攸关方的参与下, 开展国家痴呆症研究重点方面的学术合作。相关步骤可以包括: 改进痴呆症和相关领域内的研究基础设施, 加强研究人员开展高质量研究的能力, 以及建立痴呆症研究方面的杰出中心。

101. 作为国家痴呆症应对工作的一个组成部分, 增加用于痴呆症研究和创新卫生技术的投资并改进研究管理。尤其是, 调拨预算用于促进以下项目: 支持国家和国际合作研究; 促进共享和公开提供研究数据; 产生知识说明如何把已经了解到的痴呆症情况转变为行动; 以及支持留住研究人才。

102. 促进发展技术创新, 在设计和评价方面符合痴呆症患者、其护理者或面临罹患痴呆症风险者的身心和社会需求; 这些创新包括但不限于诊断、疾病监测和评估、辅助技术、药品、新的护理模式或预测/建模技术。

103. 根据国家对研究的伦理要求, 促进公平的机会和可能性, 使痴呆症患者及其护理者能够成为与他们有关的临床和社会研究的一部分。

### 秘书处的行动

104. 制定全球研究议程并与会员国合作, 通过把痴呆症研究纳入国家和亚国家痴呆症相关政策和计划, 在该领域内加强和建设能力。倡导增加投资, 用于生物医学和社会科学领域内的痴呆症研究、能力、方法与合作, 其中包括通过世卫组织合作中心、世卫组织所有区域的国家以及民间社会组织的网络。

105. 使相关利益攸关方, 包括痴呆症患者及其组织, 参与制定和促进全球痴呆症研究规划, 促进全球研究合作网络, 并开展与疾病负担、减少痴呆症风险、治疗、护理、政策和服务评价等方面相关的多部门研究。通过系统地调查汇总国家研究投资情况和研究成果, 促进国际合作和国家间交流研究技术专长、政策和实践。

---

<sup>1</sup> 全球目标的指标和核实手段载于本附件的附录。

106. 支持把技术创新纳入国家和亚国家关于痴呆症的政策与计划，并向会员国提供技术支持，发展和加强提供辅助技术和创新技术，以便最大程度地加强痴呆症患者的身体功能，尤其是在资源匮乏的环境中。

### 为国际、区域和国家伙伴建议的行动

107. 酌情支持会员国和秘书处，具体做法为合作确定痴呆症研究重点，促进增加政府投资，动员和增加财政支持，并以通俗易懂的语言向决策者、公众、痴呆症患者、其护理者和家人传播研究结果。

108. 倡导由痴呆症患者及其护理者参与新技术的应用研究、临床试验和评价，其中考虑到痴呆症患者及其护理者的不同生理情况、需求和选择。

109. 协助实施和评价创新的技术、基于社区的服务提供结构以及新的痴呆症护理概念。促进使用信息和通讯技术来改进规划的实施、健康结果、健康促进、监测以及报告和监督系统，并酌情传播痴呆症领域内关于可负担、经济有效、可持续和高质量的干预措施、最佳做法以及经验教训的信息。

110. 以可持续和具有成本效益的方式，在涉及痴呆症预防、减少风险、治疗和护理的所有方面加强国家的研究、开发和创新的能力，其中包括加强机构能力以及创建研究奖学金和资助金。

## 附录

### 衡量实现公共卫生领域应对痴呆症全球行动计划 所规定目标进展情况的指标和核实手段

指标提供了措施，以便满足会员国为充分监测痴呆症政策和规划进展情况和结果所需的一系列信息和报告需求。由于目标是自愿采用和全球性的，并不一定期望每个会员国实现所有具体目标，但可以共同做出努力，在不同程度上实现这些目标。全球行动计划的行动领域 6 规定，秘书处将应要求在制定收集痴呆症指标数据的国家信息系统方面向会员国提供指导、培训和技术支持。世卫组织全球痴呆症观察站提供了机制，通过交换数据和知识的平台监测和便利数据的使用，以便支持制定以证据为基础的服务计划，共享最佳做法，并加强痴呆症方面的政策以及卫生保健和长期护理系统。目的是要利用现有信息系统，而不是创建新的或平行的系统。在全球行动计划实施阶段早期，将确立每项目标的基线。

<b>行动领域 1: 把痴呆症作为一项公共卫生优先重点</b>	
全球目标	到 2025 年, 75% 的国家将已制定或更新国家痴呆症政策、战略、计划或框架, 可以是独立的, 或者纳入其它政策/计划。
指标	具备正常运转的国家痴呆症政策、战略、计划或框架, 可以是专门针对痴呆症的独立文书, 或者把痴呆症问题纳入其它相关政策、计划或战略 (其中可以涉及精神卫生、老龄化、非传染性疾病和残疾等)  对联邦制国家, 指标将是国内 50% 或以上的州或省具备痴呆症政策或计划。
核实手段	是否实际存在政策或计划, 其中包括由会员国根据国情调整的一系列拟议交叉原则和领域
备注/假设/理由	痴呆症政策或计划可以是独立的, 或者纳入其它卫生、老龄化或残疾政策或计划。“正常运转”系指国家政策、战略、计划或框架在国内正在得到使用和实施, 并为其规定了资金、资源和指令以便予以实施。  存在已达 10 年以上的许多政策和计划可能无法反映在治疗和护理痴呆症患者方面以证据为基础的做法和国际人权标准的最近事态发展。痴呆症护理的主要原则将与本全球行动计划的交叉原则和行动相一致。

<b>行动领域 2: 对痴呆症的认识和关心程度</b>	
全球目标	<u>2.1</u> 到 2025 年, 100% 的国家将至少有一项正常运转的痴呆症问题公众认识宣传运动, 以便形成包容痴呆症的社会。  <u>2.2</u> 到 2025 年, 50% 的国家将至少有一项关心痴呆症的行动, 以便形成包容痴呆症的社会。
指标	<u>2.1</u> 过去一年中/在最近的调查阶段期间, 具备至少一项大众媒体痴呆症宣传规划/运动 (比如在全国范围的电视、广播、印刷媒体和/或广告牌上至少开展三周)  <u>2.2</u> 具备至少一项关心痴呆症的行动和/或特别针对痴呆症问题的关爱老人行动, 以便到 2025 年形成包容痴呆症的社会
核实手段	按项目逐个描述目前已实施的痴呆症宣传运动和关心痴呆症/老龄化问题行动的清单
备注/假设/理由	提高认识以及改变社会和实体环境, 都很重要。通过宣传运动在个体基础上提高认识, 并不一定能够像旨在改变实体和社会环境的规划那样产生更程度的社会融入。

	<p>宣传运动可以而且最好应当涵盖人口层面上的全民战略（例如抵制痴呆症污名和歧视的大众媒体宣传运动）以及针对当地确定的脆弱人群的战略（例如老年人、妇女、受教育程度较低者以及吸烟者和少数民族等高危人群）。宣传运动的重点包括：促进对痴呆症及其作为临床疾病的各种亚类的准确了解，减少与痴呆症相关的污名和歧视，提高关于痴呆症患者人权和《残疾人权利公约》的知识，增强一般民众识别痴呆症早期症状和体征的能力，并加强公众对痴呆症相关风险因素的了解，从而促进所有人健康的生活方式以及减少风险的行为。</p> <p>媒体在促进知识、舆论和行为方面具有重要作用，而且在对痴呆症的认识和了解方面可以对个人和决策者产生极为有力的影响。因此，大众媒体痴呆症宣传运动应当成为提高痴呆症认识的一个重要组成部分。</p> <p>“关心痴呆症”的社会应当具有包容和方便生活的社区环境，为所有人的健康、参与和安全提供最佳机会，以便确保痴呆症患者及其家人和护理者的生活质量与尊严。关心痴呆症的各种行动共有的重要方面包括：保障痴呆症患者的人权，应对相关的污名，促进痴呆症患者及其护理者更大程度地参与社会，以及支持痴呆症患者在社区中继续享受独立和充实的生活并为其护理者或家人提供支持。选择范围广泛的指标（即具备至少一项关心痴呆症的行动），是为了使范围广泛的结果尽可能扩大影响。成功实施关心痴呆症的行动，需要政府、民间社会和私立部门参与的多部门做法。</p>
--	---

<b>行动领域 3：减少痴呆症风险</b>	
全球目标	实现《2013-2020 年预防和控制非传染性疾病全球行动计划》和今后任何修订案中规定并与其相符的相关全球目标。
指标	<p>身体活动不足流行率相对减少 10%</p> <p>15 岁及以上人群目前使用烟草流行率相对减少 30%</p> <p>根据国情酌情将有害使用酒精至少相对减少 10%</p> <p>遏制糖尿病和肥胖的上升趋势</p> <p>根据国家具体情况，使血压升高患病率相对减少 25% 或者控制血压升高患病率</p> <p>心血管疾病、癌症、糖尿病或慢性呼吸系统疾病的总死亡率相对降低 25%</p> <p>以上是《2013-2020 年预防和控制非传染性疾病全球行动计划》<sup>1</sup>附录 2 中目前规定的指标</p>

<sup>1</sup> 见文件 WHA66/2013/REC/1, 附件 4, 可自 [http://apps.who.int/gb/cbwaha/pdf\\_files/WHA66-REC1/A66\\_REC1-en.pdf#page=87](http://apps.who.int/gb/cbwaha/pdf_files/WHA66-REC1/A66_REC1-en.pdf#page=87) 获取, 2017 年 9 月 20 日访问。

核实手段	根据《2013-2020 年预防和控制非传染性疾病全球行动计划》的规定向世卫组织进行报告
备注/假设/理由	<p>日益增长的共识是，以下措施具有保护作用并可以减少认知能力下降和出现痴呆症的风险：减少缺乏身体活动和肥胖的情况，戒除使用烟草和有害使用酒精，预防和管理糖尿病与高血压。</p> <p>在《2013-2020 年预防和控制非传染性疾病全球行动计划》的九项全球自愿目标中，已确定有六项能够对减少痴呆症风险产生积极影响。</p>

#### 行动领域 4：痴呆症的诊断、治疗、护理和支持

全球目标	到 2025 年，在至少 50% 的国家中，痴呆症患者的估计人数中至少有 50% 得到诊断。
指标	人口中利用卫生保健和 / 或社会护理系统并被诊断为痴呆症（所有病因）的痴呆症患者人数
核实手段	<p>分子：一个国家中就诊并被诊断为痴呆症的痴呆症患者人数</p> <p>分母：作为全球痴呆症观察站一部分由世卫组织计算，一个国家中以人口为基础估计的痴呆症患病率</p>
备注/假设/理由	<p>数据可以源自行政来源、电子档案和登记册。这将是一种相对的全局综合措施。</p> <p>得到诊断的所有人都应当接受适当的护理以及卫生保健和社会护理服务的支持。</p>

#### 行动领域 5：对痴呆症护理人员的支持

全球目标	到 2025 年，75% 的国家为痴呆症患者的护理人员和家人提供支持和培训规划。
指标	为护理人员至少提供一项正常运转的国家支持或培训规划或者多项亚国家规划
核实手段	为护理人员目前实施的规划清单
备注/假设/理由	<p>正常运转的规划界定为具有专门的财力和人力资源、实施计划和得到记录的进展或影响证据。</p> <p>为护理人员提供的规划或支持类型可以包括喘息机会、咨询以及关于护理技能、非语言沟通和发展患者与护理者的关系等主题的教育培训。</p> <p>对联邦制国家，指标将是国内 50% 或以上的州或省具备至少一项覆盖全部地域的全省或全州性服务或规划。</p>

行动领域 6: 痴呆症方面的信息系统	
全球目标	到 2025 年, 50% 的国家通过本国卫生和社会信息系统, 作为常规收集一系列痴呆症核心指标的数据, 并每两年进行报告。
指标	作为常规收集已确认和商定的一套痴呆症核心指标, 每两年进行报告 (是 / 否)
核实手段	向全球痴呆症观察站进行常规报告并每两年提交一套痴呆症核心指标的数据
备注/假设/理由	痴呆症核心指标包括与本行动计划特定目标相关的指标, 以及关于卫生和社会系统政策与资源的其它必要指标。数据必须按性别和年龄分类。在必要时, 还可以开展调查来补充常规信息系统的数据库。作为全球痴呆症观察站活动的一部分, 可以从会员国收集一套痴呆症核心指标的数据, 秘书处将就此向国家提供意见。

行动领域 7: 痴呆症研究与创新	
全球目标	在 2017 年至 2025 年, 全球痴呆症研究成果增加一倍。
指标	已发表的痴呆症研究文章数量 (界定为在有索引并经同行审评的刊物中发表的研究文章)
核实手段	按来源国分类, 每两年集中开展文献搜索
备注/假设/理由	本指标衡量与痴呆症相关的研究成果, 界定为在有索引并经同行审评的刊物上发表的国家研究结果。 世卫组织将在全球和区域的基础上 (作为世卫组织全球痴呆症观察站工作的一部分) 收集、分析和报告数据。

## 与其它全球行动计划、战略和规划的联系<sup>1</sup>

- 联大关于预防和控制非传染性疾病问题高级别会议的政治宣言, 可自: [http://www.un.org/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/66/L.1](http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/66/L.1) 获取
- 2013-2020 年精神卫生综合行动计划, 可自: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA66-REC1/A66\\_REC1-ch.pdf#page=105](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66-REC1/A66_REC1-ch.pdf#page=105) 获取
- 2013-2020 年预防和控制非传染性疾病全球行动计划, 可自 [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA66-REC1/A66\\_REC1-ch.pdf#page=131](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66-REC1/A66_REC1-ch.pdf#page=131) 获取
- 世卫组织 2014-2021 年全球残疾问题行动计划, 可自: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA67-REC1/A67\\_2014\\_REC1-ch.pdf#page=117](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67-REC1/A67_2014_REC1-ch.pdf#page=117) 获取
- 泛美卫生组织。老年痴呆症战略和行动计划, 可自: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=31496&Itemid=270&lang=en](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=31496&Itemid=270&lang=en) 获取

<sup>1</sup> 所有网站均于 2017 年 3 月 8 日访问。

- 老龄化与健康全球战略和行动计划(2016-2020年), 可自: <http://apps.who.int/gb/or/> (文件 WHA69/2016/REC/1, 附件 1) 获取
- 可持续发展目标, 可自: <http://www.who.int/topics/sustainable-development-goals/en/> 获取
- 世卫组织。衡量城市关爱老人的程度: 核心指标使用指南, 可自: [http://www.who.int/kobe\\_centre/publications/AFC\\_guide/en/](http://www.who.int/kobe_centre/publications/AFC_guide/en/) 获取

### 与公共卫生领域应对痴呆症全球行动计划相联系的其它文件清单<sup>1</sup>

- 世卫组织。精神卫生差距行动规划, 痴呆症诊断, 可自: [http://www.who.int/mental\\_health/mhgap/evidence/dementia/q6/en/](http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/dementia/q6/en/) 获取
- 世卫组织 iSupport: 供痴呆症患者护理人员使用的电子规划, 可自: [http://www.who.int/mental\\_health/neurology/dementia/isupport/en/](http://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/isupport/en/) 获取
- 世卫组织。2014年精神卫生地图集, 可自: [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/atlas/mental\\_health\\_atlas\\_2014/en/](http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/mental_health_atlas_2014/en/) 获取
- 世卫组织精神卫生系统评估文书, 版本 2.2, 可自: [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/WHO-AIMS/en/](http://www.who.int/mental_health/evidence/WHO-AIMS/en/) 获取
- 世卫组织。服务可得性和准备情况评估, 可自: [http://www.who.int/healthinfo/systems/sara\\_introduction/en/](http://www.who.int/healthinfo/systems/sara_introduction/en/) 获取
- 世卫组织有质量的权利工具包, 可自: [http://www.who.int/mental\\_health/publications/QualityRights\\_toolkit/en/](http://www.who.int/mental_health/publications/QualityRights_toolkit/en/) 获取
- 世卫组织。全球关爱老人城市: 指南(2007年), 可自: [http://www.who.int/ageing/publications/Global\\_age\\_friendly\\_cities\\_Guide\\_English.pdf](http://www.who.int/ageing/publications/Global_age_friendly_cities_Guide_English.pdf) 获取
- 世卫组织。烟草使用知识概要: 烟草使用与痴呆症, 可自: [http://www.who.int/tobacco/publications/mental\\_health/dementia\\_tks\\_14\\_1/en/](http://www.who.int/tobacco/publications/mental_health/dementia_tks_14_1/en/) 获取
- 世卫组织老龄化人口创新问题全球论坛的报告(日本神户, 2013年12月10-12日和2015年10月7-9日), 可自: [http://www.who.int/kobe\\_centre/publications/GFIAP\\_report.pdf](http://www.who.int/kobe_centre/publications/GFIAP_report.pdf) 和 [http://www.who.int/kobe\\_centre/ageing/innovation-forum/gfiap2\\_report/en/](http://www.who.int/kobe_centre/ageing/innovation-forum/gfiap2_report/en/) 和 [http://www.who.int/kobe\\_centre/publications/gfiap\\_report/en/](http://www.who.int/kobe_centre/publications/gfiap_report/en/) 获取
- 世卫组织。2015年关于老龄化与健康的全球报告, 可自: <http://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en/> 获取

---

<sup>1</sup> 所有网站均于 2017 年 3 月 8 日访问。

## 附件 11

### 指导就终止儿童肥胖委员会报告中所载建议 采取进一步行动的实施计划<sup>1</sup>

[A70/31, 附件 – 2017 年 3 月 27 日]

1. 联合国大会在 70/1 号决议（2015 年）中通过的可持续发展目标<sup>2</sup>，确认预防和控制非传染性疾病是 2030 年可持续发展议程中的卫生挑战之一。在非传染性疾病的风险因素中，超重和肥胖尤其令人忧虑，有可能抵消许多有助于延长寿命的健康效益。《2013-2020 年预防和控制非传染性疾病全球行动计划》<sup>3</sup>要求遏制青少年肥胖的增加，《孕产妇和婴幼儿营养全面实施计划》<sup>4</sup>设定了在 2025 年之前儿童超重不再增加的具体目标。然而，世界范围婴幼儿和青少年肥胖的发病率<sup>5</sup>都在上升，许多尚不属肥胖的儿童则超重，正在发展成为肥胖。因此，为实现这些目标，迫切需要重新采取行动。

2. 超重和肥胖的 4200 万五岁以下儿童中，几乎有四分之三生活在亚洲和非洲<sup>6</sup>。在超重和肥胖的流行率呈平稳状态的国家，经济和卫生不公平现象越来越严重，社会经济地位较低的人群和少数民族的肥胖率继续增加。肥胖可影响儿童当下的健康、受教育程度和生活质量。患有肥胖症的儿童很可能到成年仍然保持肥胖，面临发展成为严重的非传染性疾病的危险。尽管超重和肥胖的全球流行率在上升，但在许多环境中，尤其是在营养不良普遍发生，预防儿童肥胖未被视为公共卫生重点的国家，人们仍然缺乏对儿童肥胖的严重程度和后果的认识。那些社会经济和/或营养快速变化的国家，往往承受着双重负担，因为在同一个家庭中，甚至在同一个人身上，也会同时存在营养不良和体重过度增加。在子宫内或在幼儿期处于营养不良状态的儿童，如果面临致胖环境，即助长高能量摄入和久坐行为的环境，尤其有可能变得超重和肥胖。个体对此类环境的生物和行为反应可以受到受孕前和代际的发育因素或生命全程因素以及同伴压力和社会规范的强烈影响。

---

<sup>1</sup> 见 WHA70(19)号决定。

<sup>2</sup> <https://sustainabledevelopment.un.org/sdgs>（2017 年 3 月 6 日访问）。

<sup>3</sup> 卫生大会在其关于联合国大会预防和控制非传染性疾病高级别会议政治宣言的后续行动的 WHA66.10 号决议（2013 年）中批准，行动计划案文见文件 WHA66/2013/REC/1，附件 4。

<sup>4</sup> 卫生大会在其关于《孕产妇和婴幼儿营养全面实施计划》的 WHA65.6 号决议（2012 年）中批准，实施计划案文见文件 WHA65/2012/REC/1，附件 2。

<sup>5</sup> 《儿童权利公约》将儿童定义为 18 岁以下的儿童。世卫组织将青少年定义为 10 至 19 岁之间的青少年。在全球调查中，18 岁及以上人群的超重和肥胖报告为成人数据。因此，在这一背景下，儿童肥胖是指按年龄划分的身体质量指数高于世卫组织五岁以下儿童生长中位数 3 个标准差，或高于世卫组织 5-19 岁儿童生长参考中位数 2 个标准差的所有 19 岁以下的儿童，包括青少年。

<sup>6</sup> 儿童基金会、世卫组织、世界银行集团。儿童营养水平和趋势：儿童基金会 — 世卫组织 — 世界银行集团关于儿童营养的联合评估（2016 年版），见：<http://www.who.int/nutgrowthdb/estimates2015/en/>（2017 年 3 月 6 日访问）。



3. 认识到在解决婴儿、儿童和青少年肥胖方面进展的缓慢和不一致，总干事在 2014 年设立了终止儿童肥胖委员会，审查，加强和弥补现有任务和战略中的差距，以防止婴幼儿和青少年发展为肥胖。其目的是降低非传染性疾病的发病率和死亡率，减轻肥胖对儿童和成人的负面心理社会影响，并降低下一代发生肥胖的风险。

4. 委员会审查了科学证据<sup>1</sup>，咨询了 100 多个会员国，并审议了近 180 份在线评论，最后完成了其报告，其中载有处理儿童肥胖问题的一整套全面的综合性建议<sup>2</sup>。本报告说明了这些建议的理由，并介绍了本实施计划的背景。委员会呼吁各国政府发挥领导作用，并呼吁所有利益攸关方意识到它们所负的道德责任，以代表儿童采取行动，减轻肥胖风险。为此，应认清改变致胖环境，采取生命全程方针，以及改进或解决对已经肥胖儿童的治疗的重要性。

5. 2016 年，第六十九届世界卫生大会通过 WHA69(12)号决定，要求总干事与会员国协商制定一项实施计划<sup>3</sup>，指导采取进一步行动落实该委员会报告所列的各项建议。

6. 由此产生的计划包括两个部分。第一部分阐述了实施计划的目的、范围和指导原则。第二部分定义了为终止儿童期肥需要在以下领域采取的行动：（一）领导作用；（二）委员会的六项建议；（三）监测和问责；（四）成功实施的关键要素；（五）利益攸关方的作用和责任。

## 实施计划

### 目的和范围

7. 本实施计划以终止儿童肥胖委员会报告中的建议和相关理由为基础，旨在指导会员国和其他合作伙伴采取必要行动，落实这些建议。它承认会员国在种种形式的营养不良方面面临不同的挑战。计划意识到会员国宪法框架的差异，政府各级之间分担责任的差异，以及不同国家已经实行的公共卫生政策的差异。终止儿童肥胖的行动应纳入各个领域的现有政策和规划。终止儿童肥胖的目标与 2030 年可持续发展议程的目标是一致的，例如可持续发展目标的相关具体目标，即要求消除一切形式的营养不良（具体目标 2.2），减少非传染性疾病的过早死亡率（具体目标 3.4），确保全民健康覆盖（具体目标 3.8），以及推动优质教育（目标 4），减少国家内部和国家之间的不平等（目标 10）。如果会员国采取迅速和全面的行动，预防和治疗儿童肥胖，那么其他卫生举措，包括促

<sup>1</sup> 世卫组织。审议提交终止儿童肥胖委员会的儿童肥胖症证据：终止儿童期肥胖症的科学和证据问题特设工作组的报告。日内瓦：世界卫生组织，2016 年。

<sup>2</sup> 终止儿童肥胖委员会。终止儿童肥胖委员会的报告。日内瓦：世界卫生组织，2016 年，见：[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204176/1/9789241510066\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204176/1/9789241510066_eng.pdf?ua=1)（2017 年 3 月 6 日访问）。

<sup>3</sup> 适用时，还包括区域经济一体化组织。

进孕产妇、儿童和青少年的健康、营养和身体活动的举措都将得到加强，从而推动实现更广泛的卫生目标和福祉。这种协同作用为侧重长期影响的努力提供了另一个重点。图 1 描述了终止儿童肥胖如何能够会集不同的战略并为其增值，例如联合国秘书长的《妇女、儿童和青少年健康全球战略》、大会《关于预防和控制非传染性疾病高级别会议的政治宣言》，以及联合国营养问题行动十年（2016-2025 年），从而有助于改善这一代和下一代儿童的健康和福祉。

图 1. 终止儿童肥胖对若干其它战略的贡献



## 指导原则

8. 终止儿童肥胖委员会在其报告中确认了作为本实施计划依据的以下原则。

- (a) **儿童的健康权。**政府和社会有道义和法律上的责任代表儿童并从其最大利益出发采取行动，通过保护儿童的健康权和食品权，减少肥胖的风险。采取全面对策，终止儿童肥胖与普遍接受儿童拥有健康生活的权利以及缔约国根据《儿童权利公约》承担的义务是一致的<sup>1</sup>。

<sup>1</sup>《联合国儿童权利公约》，儿童权利委员会。关于儿童享有可达到的最高标准的健康的权利（第二十四条）的第 15 号一般性评论（2013 年），第 47 段；文件 CRC/C/GC/15。

(b) **政府的承诺和领导。**政府需要以它们在道义上必须加以保护的儿童的名义，承担采取行动和推行有效政策的主要责任。无所作为将会带来严重的医疗、福利、社会和经济后果。

(c) **全政府方针。**肥胖的预防和治疗需要一个全政府方针，根据这一方针，所有部门的政策都须系统地考虑健康后果。避免对健康的不良影响有助于各部门实现它们的目标。目前的方针显然是不充分的，需要补充采取协调一致的干预措施，才能达成遏制儿童、青少年和成人肥胖加剧的具体目标<sup>1</sup>。例如，教育部门在提供营养和健康教育、增加身体活动、促进健康的学校环境中发挥着关键作用。农业和贸易政策及食品系统的全球化，影响食物在国家和地方各级的可负担性、可及性和质量。城市规划和设计，以及交通规划，都会给身体活动和获得健康食品带来直接后果。跨部门政府结构，例如将儿童肥胖作为其任务之一的高级别儿童和成人健康问题部际工作组，可确定相互利益，并通过协调机制，促进协调、合作和信息交流。

(d) **全社会方针。**肥胖症的复杂性要求采取一项综合方针，除了政府各个层级外，还涉及到其它行为者，包括父母、照护者、民间社会、学术机构、慈善基金会和私营部门。从政策转向行动，预防和扭转儿童肥胖趋势，需要社会各个部门同心聚力，在当地、国家、区域和全球各级积极参与进来，同时对利益冲突予以适当关注。联合所有权和共同责任对切实的干预措施的落实和影响至关重要。

(e) **公平性。**政府应确保干预措施覆盖的公平性，尤其是对于被排斥、被边缘化或其它弱势群体而言。这些群体往往面临种种形式的营养不良和发展为肥胖的双重高风险。肥胖及相关的并发症侵蚀着社会和健康资本的改善可能，加剧了不公正和不平等。健康的社会决定因素意味着，这些群体往往很难获得健康的食物、安全的身体活动场所和预防性保健服务和支持。需要加以关注，以确保制定可以接受和文化上敏感的干预措施。

(f) **与全球发展议程保持一致。**可持续发展目标呼吁消除一切形式的营养不良（具体目标 2.2）和减少非传染性疾病的过早死亡率（具体目标 3.4）。减少儿童肥胖还有助于促进全民健康覆盖（具体目标 3.8），优质教育（目标 4）和减少不平等（目标 10）。将终止儿童肥胖纳入促进可持续发展目标的国家发展和筹资框架将确保所有部门都作出反应。

---

<sup>1</sup> 关于联合国大会预防和控制非传染性疾病高级别会议的政治宣言的后续行动的 WHA66.10 号决议（2013 年），以及关于孕产妇和婴幼儿营养全面实施计划的 WHA65.6 号决议（2012 年）。

(g) **纳入生命全程方针。**委员会强调需要甚至在受孕前即采取行动，减少儿童肥胖风险。采取生命全程方针，将预防和治疗儿童肥胖的干预措施纳入世界卫生组织现有举措以及其它举措，将为长期健康带来额外的益处<sup>1</sup>。这些举措包括联合国秘书长的《全球妇女、儿童和青少年健康战略》、《联合国大会预防和控制非传染性疾病高级别会议的政治宣言》、第二次国际营养会议（罗马，2014年11月19-21日）通过的《罗马营养宣言》，以及联合国营养行动十年（2016-2025）。世界卫生组织和联合国其他机构还有若干战略和实施计划涉及优化孕产妇、婴幼儿和青少年的营养和健康，与预防肥胖症的综合方法中的关键要素密切相关。在提供生命全程指导的有关文件中，载有相关原则和建议。应将处理儿童肥胖的举措纳入这些现有的工作领域并在其基础上加强，以帮助儿童实现其基本的健康权，改善其福祉，同时减轻卫生系统的负担。

(h) **问责。**政治和财政承诺对于处理儿童肥胖问题至关重要。需要一个强有力的机制和框架来监督政策的制定、实施和结果，从而便利就政府和非国家行为者所作承诺问责。

(i) **全民健康覆盖。**可持续发展目标 3.8 要求通过综合的卫生服务使民众在生命的全过程中获得持续的健康促进，以及对疾病的预防、诊断、治疗和管理，从而实现全民健康覆盖<sup>2</sup>。因此，预防超重和肥胖，以及对已经肥胖或正从超重变为肥胖的儿童进行治疗的干预措施，其获得和覆盖，应视为全民健康覆盖的重要因素。

## 为终止儿童肥胖需要采取的行动

9. 委员会提出了六项建议，涉及致胖环境和在生命全程的关键时期预防肥胖和治疗已经肥胖的儿童的干预措施。

10. 有效落实这些建议要求作出政治承诺和发挥领导作用，同时具备采取必要干预措施和切实监测不同利益攸关方责任的能力。该框架在图 2 种显示。

<sup>1</sup> 《明斯克宣言：在卫生 2020 背景下的生命全程方针》，见：[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/289962/The-Minsk-Declaration-EN-rev1.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/289962/The-Minsk-Declaration-EN-rev1.pdf?ua=1)（2017年3月6日访问）。

<sup>2</sup> 在联合国大会关于全球卫生与外交政策的第 69/132 号决议中也作了阐述。

图 2：终止儿童肥胖行动框架



11. 在推进全球战略过程中，世卫组织区域办事处制定了若干战略和行动计划，处理以下建议的一些方面<sup>1</sup>。这些文书可通过与终止儿童肥胖委员会的建议相协调加以综合，并在必要时进一步加强。

12. 多部门方针对取得持续进展至关重要。以下各节显示了会员国应考虑采取哪些必要行动，其它利益攸关方应采取哪些支持行动，以实现这一实施计划的目标。意识到一些会员国已经推行了有关政策，同时各类营养不良的流行率互不相同，因此，鼓励会员国参照当地具体情况、肥胖的驱动因素和干预机会，确定行动的阶梯式优先顺序。

## I. 领导全面、综合和多部门行动

### 理由

13. 政府对确保其公民在一生中有一个健康的开始负有根本责任。预防儿童肥胖需要所有政府部门和机构共同作出协调一致的努力，推动政策的制定和实施。国家的战略性领导权包括建立跨多个部门的管理结构，此类结构在法律、政策和规划的制定和实施中是

<sup>1</sup> 世卫组织欧洲区域办事处。2015-2020年欧洲食品和营养行动计划。哥本哈根：世卫组织欧洲区域办事处，2015年；世卫组织东南亚区域办事处。2016-2025年减轻东南亚区域营养不良双重负担战略行动计划。德里：世卫组织东南亚区域办事处，2016年；泛美卫生组织。预防儿童和青少年肥胖行动计划。哥伦比亚特区华盛顿：泛美卫生组织，2014年；世卫组织西太平洋区域办事处。2015-2020年减轻西太平洋区域营养不良双重负担战略行动计划。马尼拉：世卫组织西太平洋区域办事处，2015年。

必不可少的。需要拨付资源，专门用于政策的实施和人力能力的加强。国家领导权对管理与非国家行为者，如非政府组织、私营部门和学术机构的交往也是必要的，如此才有可能成功实施、监测和评估各项规划、活动和投资的影响。

14. 表 1 就会员国应采取哪些行动来落实委员会关于会员国的作用和责任提出了建议。一些国家可能已经推行了其中一些政策，可在此基础上进一步加强。

**表 1. 针对会员国建议的作用、责任和行动**

委员会建议的作用和责任	会员国应采取的步骤
(a) 掌握自主权，发挥领导作用，并就儿童肥胖的长期应对作出政治承诺。	<p><b>确保</b>定期与议会议员接触，巩固对预防儿童肥胖症的高级别承诺。</p> <p>就儿童肥胖问题定期进行高级别对话。调动<b>可持续</b>的资源应对儿童肥胖。</p> <p>编制预算，并制定法律或条例，以实施减少儿童肥胖的关键<b>干预措施</b>。</p>
(b) 协调负责政策制定的所有政府部门和机构的努力，包括但不限于教育、食品和农业、商业和工业、发展、财政和税收、体育与娱乐、通信、环境和城市规划、交通和社会事务、贸易等部门。	<p>设立或扩充现有多部门小组，由相关政府部门组成，以协调整个政府，包括问责系统的政策的制定，以及干预措施、监测和评估的实施。</p>
(c) 确保收集有关数据，显示儿童按年龄划分的身体质量指数，包括当前没有监测的年龄段，并制定儿童肥胖的国家指标。	<p>设定减少儿童肥胖的国家或地方的有时限的具体目标，以及监测机制，除其它适当<b>措施</b>外，包括按年龄、性别和社会经济状况划分的身体质量指数</p>
(d) 制定与相关部门包括酌情与私营部门适当交往的指南、 <b>建议</b> 或政策措施，以实施减少儿童肥胖的行动。	<p>建立与非国家行为者的交往的协调机制，就干预措施的实施情况向其问责。</p> <p>制定明确的机制/政策，管理利益冲突。</p>

## II. 委员会的建议

### 理由

15. 没有哪个单一的措施能够阻止肥胖流行病的加剧。为成功应对儿童肥胖，需要通过负责任的协调一致的多部门行动，消除致胖环境，处理生命过程中的关键因素。

16. 会员国已经制定了一些相关规划，指导在学校和儿童保育机构等环境以及生命全程中人口层面上的饮食和身体活动。委员会的建议强调，在肥胖的预防和治疗中，迫切需要增加其他要素，以推动实现孕产妇、婴幼儿和青少年健康方面的一系列目标。

17. 会员国之间的儿童肥胖流行率、造成这一问题的风险因素，以及政治和经济情况各有不同。以下建议的行动旨在便于各国评估哪些一揽子综合干预措施最适于其特定环境。第四节详细说明如何安排行动的轻重缓急，并制定阶梯式的实施方针，以支持各国政府展开这些行动。在全球和区域一级都有一些可用工具和资源，支持会员国制定政策和干预措施以及实施、监测和评估。

18. 下表举例说明了会员国为落实委员会的六项建议可考虑采取的行动。可将应对儿童肥胖症的干预措施纳入现有的国家计划、政策和规划中，并在此基础上加强。

### **1. 采取行动，实施综合规划，以促进儿童和青少年对健康食品的摄入，减少不健康食品和含糖饮料的摄入（表 2）**

#### **理由**

19. 致胖环境是诱导高能量摄入和身体不活动，包括久坐行为的环境。这涉及可得、可负担、可及和在销的食品和身体活动机会，以及与食物和身体活动有关的社会规范。需要赋予儿童和家庭对健康的饮食和身体活动作出选择的权能。帮助人们选择健康食品和身体活动的知识，无论是通过在媒体上的推销还是在儿童聚集的环境中，如果传达相互矛盾的信息，效力将大打折扣。自愿措施或自律通常作用有限，除非政府积极参与制定标准和达成目标的时间框架，以及规定对违规行为的处罚。自愿措施和自律如果被用来推迟有效监管，还将阻碍进展。为使人们能够选择健康的生活方式，则健康的食物和身体活动机会对社会所有成员来说应当都是可得和可负担的，它还要求肥胖风险尤甚的处境较差的儿童可以充分参与到干预行动中来。

表 2. 委员会的建议 1 和会员国应采取的步骤

委员会的建议	会员国应采取的步骤
1.1 确保为成人和儿童制定适当和切合具体环境的营养信息和指南，并用简单、易懂和可及的方式向社会上所有人群传播。	<p>就儿童超重和肥胖问题及其健康后果和福祉向民众进行宣传。</p> <p>对通过在生命全程保持健康饮食来预防儿童肥胖的指南进行必要更新。</p> <p>确保以可及的方式向儿童、看护人、学校教职员工和卫生专业人员传播基于食物的膳食指导。</p> <p>制定和开展基于证据的公共教育运动，宣传健康饮食的构成以及健康饮食和身体活动的必要性，对此类运动予以适当资助并加以坚持。</p>
1.2 对含糖饮料有效征税	<p>分析对含糖饮料征税的管理和影响。</p> <p>参照世卫组织的指南对含糖饮料有效征税。</p>
1.3 实施对儿童食品和不含酒精饮料销售的一系列建议 <sup>1</sup> ，以减少儿童和青少年与不健康食品销售的接触和此类销售的影响。	<p>评估立法、条例和准则的影响，以在必要时处理向儿童推销不健康食品和非酒精饮料的问题。</p> <p>通过和实施有效措施，例如制定法律和条例，限制向儿童销售食品和非酒精饮料，进而减少儿童和青少年与这种销售的接触。</p> <p>建立有效机制，推行关于向儿童推销食品和非酒精饮料的法律和条例。</p>
1.4 编订营养概况，以确认不健康食品和饮料。	<p>建立国家营养概况模型，根据世卫组织区域或全球营养概况模型，监管在公共机构中的销售、税收、标签和供应<sup>2</sup>。</p>
1.5 建立会员国之间的合作，以减轻不健康食品和饮料跨国界销售的影响。	<p>通过世卫组织区域委员会和其他相关区域机制，就制定政策和建议，监管跨国界向儿童推销不健康食品和非酒精饮料问题进行国家间讨论。</p>
1.6 实行标准化的全球营养标签制度。	<p>在国际一级，通过食品法典委员会制定标准化食品标签制度，借助对所有预包装食品和饮料强制性加贴标签来支持健康认知教育。</p> <p>在国家一级，通过关于营养标签的强制性法律和条例。</p>
1.7 推行包装正面说明性标签，支持对成人和儿童的营养知识教育。	<p>考虑基于营养概况模型对包装正面说明性标签进行前市场/消费者测试。</p> <p>基于确认食品和饮料健康性的现有确凿证据，采用或视需要制定强制包装正面说明性标签制度。</p>

<sup>1</sup> 卫生大会在关于向儿童推销食品和非酒精饮料问题的 WHA63.14 号决议（2010 年）中批准，另见文件 WHA61/2008/REC/1，附件 3。

<sup>2</sup> 见泛美卫生组织营养概况模型，载于：<http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/18621>；世卫组织欧洲区域办事处营养概况模型，载于：[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0005/270716/Nutrient-children\\_web-new.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/270716/Nutrient-children_web-new.pdf?ua=1)；世卫组织营养概况模型对西太平洋区域的修改适用问题技术会议，载于：<http://iris.wpro.who.int/bitstream/handle/10665.1/13410/RS-2015-GE-52-PHL-eng.pdf>；营养概况：技术会议的报告，2010 年，载于：[http://www.who.int/nutrition/publications/profiling/WHO\\_IASO\\_report2010.pdf?ua=1](http://www.who.int/nutrition/publications/profiling/WHO_IASO_report2010.pdf?ua=1)（均在 2017 年 3 月 6 日访问）。



委员会的建议	会员国应采取的步骤
1.8 要求在学校、保育机构、儿童体育设施和运动会等场所创建健康的食品环境。	<p>根据国家营养概况模型，就可在儿童保育机构、学校、儿童体育设施和运动会等场所提供或销售的食物制定标准（另见建议 4.9 和 5.1）。</p> <p>在现有学校、儿童保育和其它相关场所的餐饮服务中使用此类食品法规、条例和标准。</p>
1.9 增加贫困社区获得健康食物的途径。	<p>调动卫生系统以外的行为者和资源，在处境不利的社区持续提高营养食品的可及性、可得性和可负担性。（例如，通过对零售商的激励措施和分区政策）。</p> <p>根据国家和国际饮食准则制定法规和标准，以推行社会支持规划。</p> <p>激励当地的水果蔬菜生产，如城市农业。</p>

## 2. 采取行动，实施综合措施，以促进儿童和青少年的身体活动，减少久坐行为（表 3）

### 理由

20. 身体活动从入学年龄起开始减少，低度身体活动正在迅速成为一种社会规范。然而，已知身体活动可以降低糖尿病、心血管疾病和癌症的风险，并改善儿童的学习能力、心理健康和福祉。此外，童年经验可以影响终生的身体活动行为。

**表 3. 委员会的建议 2 和会员国应采取的步骤**

委员会的建议	会员国应采取的步骤
2.1 向儿童和青少年、其父母、看护人、教师和卫生专业人员提供健康体型、身体活动、睡眠和合理使用视听娱乐活动的指导。	<p>发展和推动基于证据的、有针对性和得到适当资助的公共教育运动，宣传身体活动的重要性。</p> <p>视需要更新现有材料，将对生命全程身体活动的指导包括在内。</p> <p>以可及的方式向儿童、看护人、学校教职员工和卫生专业人员传播对身体活动的指导。</p> <p>利用同伴教育和全学校举措来影响儿童的身体活动行为和社会规范。</p>
2.2 确保所有儿童（包括残疾儿童）在休闲时间，在学校和公共场所都有充足的设施进行身体活动，并酌情提供关注性别空间。	<p>与其他部门（如城市规划和交通）和利益攸关方合作，提供安全设施、资源和机会，使所有儿童在娱乐时间保持身体活跃。</p>

### 3. 采取行动，将对预防非传染性疾病的指导与当前对孕前和产前保健的指导相结合并予以加强，以降低儿童肥胖的风险（表 4）

#### 理由

21. 肥胖的风险可以从一代传递到下一代，孕产妇健康可对胎儿发育乃至儿童肥胖的风险发生影响。妇女的孕前、孕期和产后保健对其子女此后的健康和发育具有深远的影响。目前对孕前和产前保健的指导侧重于预防孕产妇和胎儿营养不良。鉴于暴露于致胖环境的程度不断变化，需要制定指导方针来应对各种形式的营养不良（包括过度的能量摄入）以及后代随之发生肥胖的风险。消除儿童肥胖风险因素的干预措施还可以预防其他不良妊娠结果<sup>1</sup>，有助于增进孕产妇和新生儿健康。

**表 4. 委员会的建议 3 和会员国应采取的步骤**

委员会的建议	会员国应采取的步骤
3.1 诊断和管理高血糖症和妊娠高血压。	确保在产前保健中列入对高血糖症和妊娠高血压的筛查。
3.2 监测和管理妊娠期体重的适当增加。	确保在产前保健中列入体重和妊娠期体重增加的测量。
3.3 在孕前和孕期对准父母的指导和建议中，增加对适当营养问题的关注。 3.4 制定明确的指南，以支持促进合理营养、健康饮食和身体活动，避免使用和接触烟草、酒精、麻醉品和其他有毒物质。	确保在产前保健中列入饮食和营养意见。 在卫生保健提供者的课程中列入关于准父母的饮食、身体活动和健康行为与儿童肥胖风险之间关联的信息。向无法获得孕前或产前保健的准父母传播对健康饮食和身体活动的指导意见，并提供支持。

### 4. 采取行动，在儿童早期提供健康饮食、睡眠和身体活动方面的指导和支持，以确保儿童正常发育，养成健康习惯（表 5）

#### 理由

22. 生命的早期对于形成良好的营养和身体活动行为，减少肥胖的风险至关重要。生命头六个月的纯母乳喂养，随后添加适当的辅食，是优化婴儿发育、生长和营养的关键，也有利于妇女的产后体重管理。目前对婴幼儿喂养的全球的指导主要是针对营养不良。还必须考虑到不健康饮食给婴儿和儿童带来的风险。

<sup>1</sup> Temel S, van Voorst SF, Jack BW, Denktas S, Steegers EA. 基于证据的孕前生活方式干预措施。Epidemiol Rev. 2014; 36:19-30.

表 5. 委员会的建议 4 和会员国应采取的步骤

委员会的建议	会员国应采取的步骤
4.1 执行监管措施,如《国际母乳代用品销售守则》和随后的世界卫生大会决议。	确保关于母乳代用品销售的法律和条例遵守《国际母乳代用品销售守则》和随后的世界卫生大会相关决议各项规定。
4.2 确保所有的孕产设施全面实施成功母乳喂养十步骤。	制定所有孕产设施实施母乳喂养十步骤的条例。建立或加强评估制度,以核查孕产机构的遵守情况。
4.3 对父母和社区开展广泛的教育,宣传母乳喂养对母亲和儿童的益处。	在对父母的指导和公共宣传中,纳入有关信息,说明母乳喂养对促进婴儿正常生长和健康以及减少儿童肥胖风险的益处。
4.4 通过管理措施支持母乳喂养,如产假、在工作场所提供母乳喂养的设施和时间。	批准劳工组织《第 183 号公约》,并颁布立法,强制执行劳工组织关于产假和在工作场所提供母乳喂养时间和设施的第 191 号建议的所有规定。
4.5 根据世卫组织的建议,制定辅食和饮料销售条例,限制婴幼儿食用高脂肪、高糖和高盐食物和饮料。	<p>评估法律、条例和准则的影响,以酌情处理婴幼儿辅食的销售问题。</p> <p>通过和实施有效措施,如法律或条例,限制婴幼儿辅食的不当销售。</p> <p>建立相关机制,有效执行关于婴幼儿辅食销售的法律和条例,并监测其执行情况。</p>
<p>4.6 为保育人员提供明确的指导和支持,以避免选择特定种类的食品(如含糖牛奶和果汁,或高能量、低营养的食品),以预防体重的过分增加。</p> <p>4.7 为保育人员提供明确的指导和支持,鼓励食用多种多样的健康食品。</p> <p>4.8 为保育人员提供对这一年龄组的合理营养、膳食和份量的指导。</p>	<p>在婴幼儿喂养指南中包括以下内容:</p> <p>(1)介绍适当的辅食,避免添加糖或甜味剂的使用;(2)回应性喂养,以鼓励婴幼儿食用多种多样的健康食品;(3)不应给婴幼儿喂食高糖、高脂肪和高盐食品和饮料;(4)不同年龄段儿童每份食物的适当分量。</p> <p>培训社区卫生工作者或同行支持小组,以支持适当的辅食喂养。</p>
4.9 确保正规的儿童保育设施或机构只提供健康的食品、饮料和零食。	<p>制定关于在公共和私营儿童保育设施或机构中提供(包括膳食)或出售(包括自动售货机和学校小卖部)的食品和饮料的强制性营养标准。</p> <p>在现有育儿和其他相关环境的餐饮服务中实施此类食品法律、条例和标准。</p>

委员会的建议	会员国应采取的步骤
4.10 确保在正规的儿童保育设施或机构的课程中，纳入食品教育和理解。	教育和卫生部门联合制定营养、食品和健康教育课程。培训教师讲授课程。  在核心课程中，纳入与教育部门合作开发的营养和健康教育部分，包括实用技能。
4.11 确保在正规的儿童保育设施或机构，将身体活动纳入日常活动和课程中。	为保育设施中的身体活动制定标准。  指导保育人员带领所有儿童进行安全和有助发育的身体活动、积极游戏和积极娱乐。
4.12 提供关于 2-5 岁儿童适当睡眠、静坐或屏幕前时间，以及身体活动或积极游戏的指导。	制定关于 5 岁以下儿童身体活动的指导，包括与年龄相符的活动和想法，以支持和鼓励在家庭和社区中全年参加身体活动。  制定关于适当的睡眠时间和儿童和青少年屏幕娱乐（见建议 2.1）的指导方针，以及避免久坐不动的想法，包括避免过长的屏幕前时间，并建立家庭日常身体活动模式。
4.13 调动全社区支持看护人和儿童保育场所设施促进儿童形成健康的生活方式。	开展公共宣传运动，传播信息，增进对儿童肥胖症后果的认识。  通过在看护人和整个社区中进行广泛的教育，宣传身体活动对看护人和儿童的益处。  促进沟通和社区参与，以提高认识，创造有利环境和社会需求以采取政策行动，改善儿童饮食和身体活动。  确定作为合作对象的社区倡导者/领导人/民间社会组织，确保社区的代表性。

## 5. 采取行动，实施综合规划，促进学龄儿童和青少年的健康的学校环境、健康和营养认知以及身体活动（表 6）

### 理由

23. 儿童和青少年很容易受到不健康食品和饮料的推销的诱惑，人们意识到需要保护儿童免受此类推销的影响<sup>1</sup>。同伴压力和对理想体型的感知也影响儿童对饮食和身体活动的态度。青少年尤其会面对某些影响和市场力量，与幼儿和家庭所面对的影响和市场力量有所不同。遗憾的是，大量的学龄儿童没有接受正规教育，而义务教育本可为这个年龄组提供了一个便捷切入点，帮助他们形成健康的饮食和身体活动习惯，以终身预防肥胖。改善儿童和青少年营养和身体活动的规划要想取得成功，需要调动各种利益攸关方的参与，并确保利益冲突、例如食品和饮料工业的参与可能产生的利益冲突不会妨碍进展。教育部门的积极参与和将活动纳入学校的健康促进举措中将有助于确保这些规划的

<sup>1</sup> 联合国儿童权利委员会，关于儿童享有可达到的最高标准的健康的权利（第二十四条）的第 15 号一般性评论（2013 年），2013 年 4 月 17 日，文件 CRC/C/GC/15。

成功，并提高学校的成绩。应调动年龄较大的儿童和青少年及其社区参与制定和实施减少儿童肥胖的干预措施<sup>1</sup>。

**表 6. 委员会的建议 5 和会员国应采取的步骤**

委员会的建议	会员国应采取的步骤
5.1 为学校提供的餐饮或在学校售卖的食品和饮料制定标准，使其符合健康营养指南。 5.2 清除学校环境内不健康食品的供应或销售，如含糖饮料和能量高、营养差的食物。	制定关于在公立和私立学校环境中提供（包括膳食）或出售（包括自动售货机和学校小卖部）的食品和饮料的强制性营养标准。 在现有学校和其他相关环境的餐饮服务中推行此类食品法律、条例和标准。
5.3 确保在学校和体育场馆可以获得饮用水。	确保在所有学校和运动设施中提供免费的安全饮用水。
5.4 要求把营养和健康教育纳入到学校的核心课程中。	教育和卫生部门联合制定营养、食品和健康教育课程。培训教师讲授课程。 在核心课程中，纳入与教育部门合作开发的营养和健康教育部分，包括实用技能。
5.5 提高父母或看护人的营养认知和技能。 5.6 向儿童和其父母、看护人提供食物制备课程。	与学校和社区合作，通过社区课堂/小组传授技能。
5.7 在学校课程中设置高质量的体育教育，并提供充足和适当的人员和设施支持。	在学校课程中设置高质量的体育教育。

## 6. 采取行动，为肥胖儿童和年轻人提供进行生活方式体重管理的以家庭为基础的多元服务（表 7）

### 理由

24. 当儿童已经超重或肥胖时，减肥管理以降低按年龄划分的身体质量指数，并减少或预防与肥胖相关的发病率，将改善目前和今后的健康结果。初级保健服务对于早期发现和管理肥胖及其相关并发症很重要。在初级保健设施或学校定期进行发育监测，提供了识别有肥胖风险的儿童的机会。需要特别关注超重或肥胖儿童的精神健康需要，包括污名化和欺凌问题。

<sup>1</sup> 学校政策框架。执行世卫组织饮食、身体活动与健康全球战略。日内瓦：世界卫生组织，2008 年。

表 7. 委员会的建议 6 和会员国应采取的步骤

委员会的建议	会员国应采取的步骤
<p>6.1 为超重或肥胖儿童和青少年提供进行体重管理的以家庭为基础的多元（包括营养、身体活动和心理支持）服务，并将其作为全民健康覆盖的一部分，通过经适当培训的多专业团队和资源提供。</p>	<p>针对具体情况实施多元体重管理方案，涵盖专为儿童和家庭设置的饮食、身体活动和社会心理支持服务。</p> <p>使服务与现有的临床指导方针相一致，并明确设定初级卫生保健提供者的作用，以开展有效的多学科工作。</p> <p>教育和培训有关的初级卫生保健提供者，以查明和管理儿童肥胖和伴随的污名化问题。</p> <p>将儿童体重管理服务作为全民健康覆盖的一部分纳入进来。</p>

### III. 对有效进展的监测和问责（表 8）

25. 监测有助于保持对儿童肥胖问题的认识，对跟踪干预措施的制定和实施进展以及干预措施的有效性也是必要的。政府担心增加报告其承诺的负担，这是可以理解的。目前存在若干监测机制，各国可加以利用并将之纳入一个全面的儿童肥胖问题国家监测框架中。这些包括《可持续发展目标的指标和监测框架》、联合国秘书长的《妇女，儿童和青少年健康全球战略》、《非传染性疾病全球监测框架》、《孕产妇和婴幼儿营养全球监测框架》<sup>1</sup>，以及《饮食、身体活动和健康全球战略实施情况全球监测和评估框架》<sup>2</sup>。

26. 会员国不希望不必要地增加报告负担。因此，需要开展第二阶段的工作，以确定所有相关的现有指标和报告机制，用来监测实施情况并为考虑到这一点的监测和问责目的制定技术咨询意见和工具。秘书处将制定评估实施计划进展的框架，以确定基准、指标和负责部门。它还应提供实例，说明不同部门/部委在支持整个政府对预防和治疗儿童肥胖的反应方面的作用。

<sup>1</sup> 见关于孕产妇和婴幼儿营养：拟定一套核心指标的 WHA68(14)号决定（2015 年）和文件 WHA68/2015/REC/1，附件 7。

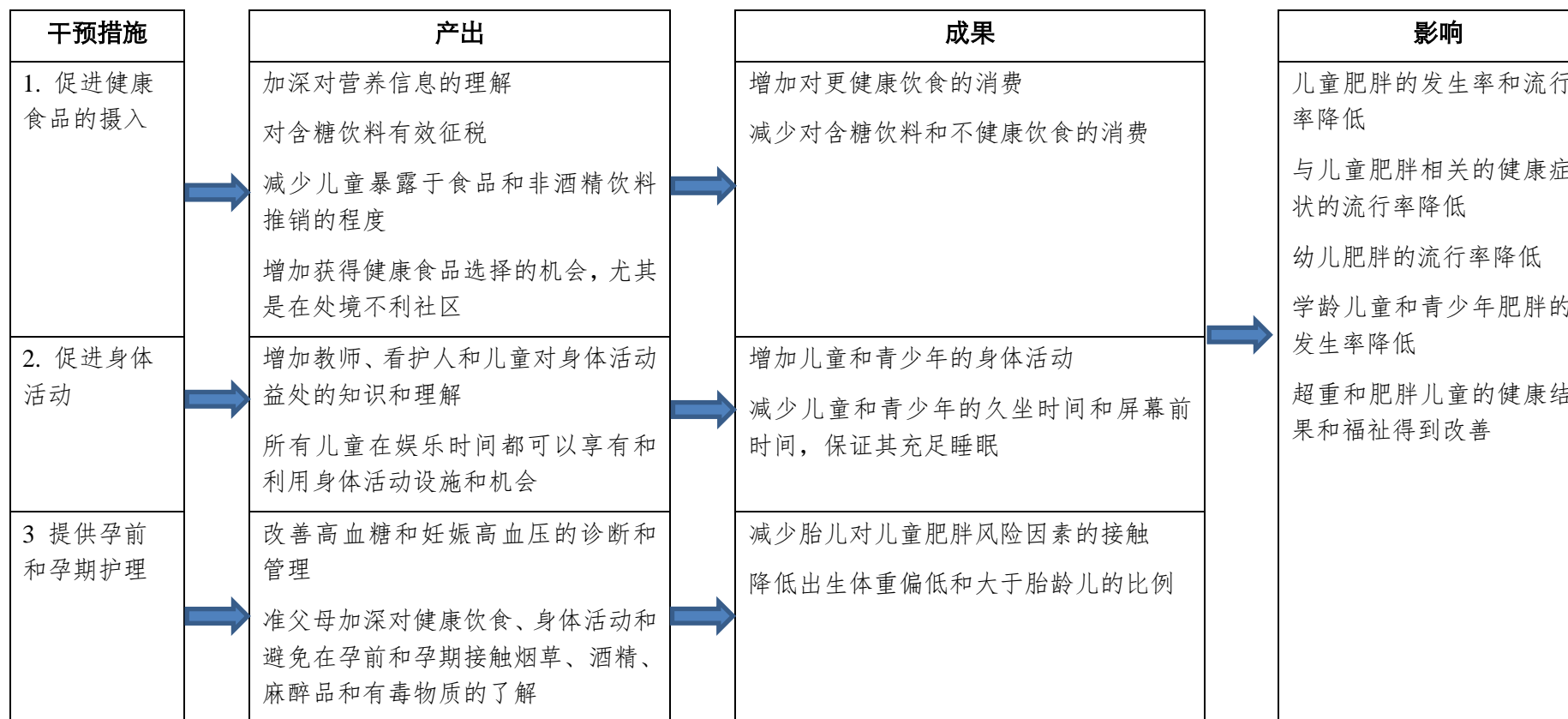
<sup>2</sup> 世卫组织饮食、身体活动与健康全球战略：监测和评估实施情况框架。日内瓦：世界卫生组织，2008 年。

表 8. 委员会对监测和问责以及会员国所采取步骤的建议

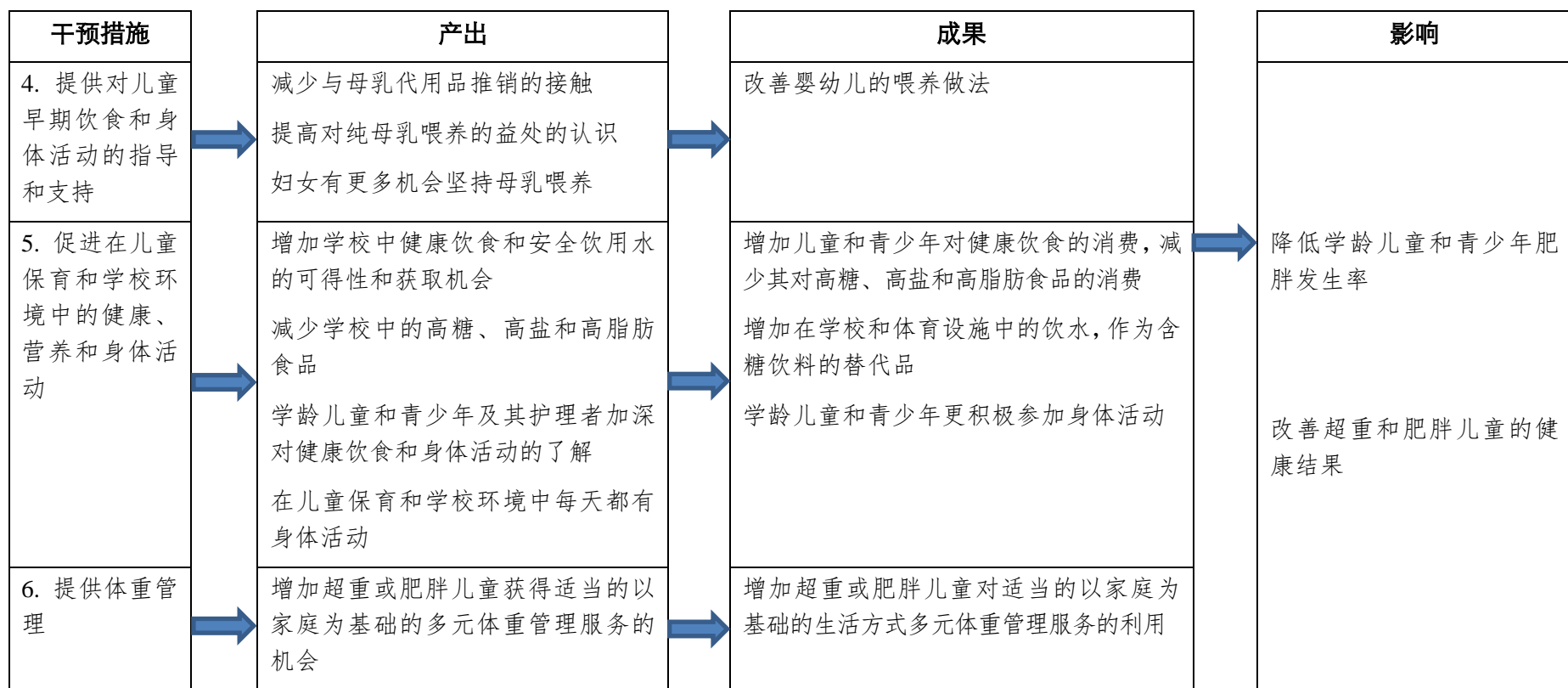
委员会的建议	会员国应采取的步骤
建立监测系统，提供关于降低儿童肥胖流行率的干预措施的影响和有效性的证据，并利用数据修订政策，促进实施。	<p>确保在所有初级保健设施定期测量儿童的体重和身高，并有适当的质量控制。</p> <p>建立监测系统，提供关于干预措施在实现其政策目标方面的影响和有效性的证据，并利用数据修订政策，促进实施。</p>
建立问责机制，鼓励非政府组织和学术机构参与问责活动。	建立协调机制，调动非国家行为者参与与可持续发展目标、《妇女、儿童和青少年健康全球战略》、联合国营养问题行动十年（2016-2025）、《预防和控制非传染性疾病全球监测框架》以及相关的一系列进展指标问责机制相一致的监测和问责活动。

27. 图 3 所示的逻辑模型是为指导会员国设定短期和中期成果，以确定具体指标，进而以标准化的方式衡量各项决定因素。

图 3. 儿童肥胖预防干预措施的逻辑模型







28. 强有力的承诺必须辅之以强有力的执行制度和明确的问责机制，才能在预防儿童肥胖方面取得切实进展。全社会方针提供了解决儿童肥胖问题的最好机会。政府和其它行为者，特别是民间社会，可相互之间并向私营部门实体问责，以确保它们制定政策和遵守标准<sup>1</sup>。

29. 政府负有制定国家一级预防儿童肥胖的政策和监管框架的首要责任。全政府方针要求建立明确的责任和问责链，并就任务的完成情况向负有制定或实施干预措施任务的相关机构问责。可通过制定政策和行动计划矩阵来促进这一工作。矩阵（见图 4）可以作为一个工具，通过明确定义有关行为和行为者以及任务、行为者须对之负责的产出或成果、行动的监测，以及向各方问责的程序，确保全政府问责制。政府各实体还拥有广泛的工具和程序，以向外部行为者问责，包括法律程序、监管安排、经济激励，以及基于市场和基于媒体的方法。

30. 民间社会可以发挥关键作用，对政府施加社会、道德和政治压力，要求其履行承诺<sup>2</sup>。终止儿童肥胖应成为民间社会宣传和问责议程的一部分。改进民间社会组织的协调，加强其进行有效监测和确保对所作承诺问责的能力至关重要。各国政府可考虑提供机会，推动民间社会正式参与决策、实施和评估进程以及确保相互问责和透明度。

31. 私营部门可在适当考虑其核心业务的情况下，在解决儿童肥胖问题上发挥作用，但通常需要另行制定问责战略。在与非国家行为者交往时，需要以透明和适当的方式确定、评估和管理利益冲突风险。因此，行为守则和政府监督下对合规情况进行的独立审计评估很重要。

---

<sup>1</sup> Swinburn B, Kraak V, Rutter H, Vandevijvere S, Lobstein T, Sacks G 等。加强问责制，创造健康的食品环境，减少全球肥胖症。《柳叶刀》，2015;385:2534-45。

<sup>2</sup> Huang TTK, Cawley JH, Ashe M, Costa SA, Frerichs LM, Zwicker L 等。调动公众对预防肥胖症的政策行动的支持。《柳叶刀》，2015;385:2422-31。

图 4. 用于监测和问责的政策和行动计划矩阵

行动 (委员会的建议)	确定准备采取的具体行动/系列行动 ↓
行为者	谁来制定政策或确定实施行动? 谁来实施政策/行动? [单独的问题] 是否还有其它相关行为者, 如果有, 它们是谁? ↓
划定对任务和 成果所负责任	每一相关行为者应对例如下列各项负哪些责任? 制定政策/规划 实施政策/规划 遵守政策 最终(或适当的中期)政策目标的可衡量的进展情况 收集和分析按性别、年龄、社会经济水平和教育等关键决定因素 分类的数据 ↓
监测	谁来监测应由行为者来负责任的任务或行为? ↓
问责 (问责关系)	谁来向行为者(即制定政策和确定实施行动者)问责? 谁来向实施行动者问责? 谁来向其它行为者问责? ↓
监测指标 (程序、产出和成果)	哪些指标提供了衡量行为者须对之负责的行为的尺度? ↓
问责工具和程序	如何就行为者的绩效向其问责?

#### IV. 成功实施的关键因素

32. 在实施终止儿童肥胖的行动时, 应考虑到委员会报告中强调的某些因素。

## 确定重点

33. 各区域、国家和国家各地区可能有不同的儿童期肥胖流行率和社会经济分布，以及不同的经济和卫生服务能力。它们还可能混杂有某些必须同时解决的营养状况，包括超重、营养不足和微量营养素缺乏。对考虑到按性别、年龄、社会经济水平和种族等健康的关键决定因素分类的流行率数据的分析，结合确定重点的工作，有助于政府选择干预措施的组合并确定其实施顺序，以有效处理儿童肥胖问题。能够产生收入的干预措施，如含糖饮料的税收，可供政府负担实施费用。有各种确定重点的工具，可用于指导这一过程<sup>1</sup>。情况表明，使健康选择成为更便捷的选择的协同增效干预措施和组合，有助于推动民众讨论的干预措施，以及儿童肥胖问题教育，所有这些，对提高公众意识和促成支持相关法律和条例都是有其效验的。确保相关利益攸关方参与确定重点和制定政策，同时关注潜在的利益冲突也很重要。应请所有国家都来采取行动，预防和控制儿童超重，即使其肥胖流行率处在非常低的水平上，因为这一流行病的演进速度很快。

## 意识、宣传和教育

34. 价值观和规范影响到对健康或理想体重的认知，特别是就儿童而言。通过宣传来增进知识，纠正误解并确保社区支持和参与鼓励改变行为的政策和干预措施至关重要。同伴教育和全社区举措可以动员儿童、青少年、家庭和个人参与共同设计预防和解决肥胖的新方法，赋予他们采取行动的权能，但更重要的是促成对服务和干预措施的需求和支持。向卫生保健提供者和社区卫生工作者传授在宣传和教育方面的附加技能的能力建设方案，对于规划的有效实施也是至关重要的。

35. 本着一体化营销原则，应以适当规模和适当频率开展基于证据的大众媒体运动，目的是证明扩展行动规划的合理性并为此争取更广泛的支持。实践表明，此类方针对于改变观念、态度和意图以及促进对肥胖、身体活动和健康饮食问题的社区讨论是很重要的。这样的运动和规划也可以专门针对例如父母和看护人。

## 筹措资源

36. 各国政府和利益攸关方需要掌握资源，以便采取行动，并为国内和国际筹资寻找创新办法。对含糖饮料征税可以为终止儿童肥胖的规划创造收入，但必须充分考虑到避免利益冲突或利益冲突的管理。

37. 为确保长期影响，需要可持续的国内和国际资源，以落实委员会的各项建议。

---

<sup>1</sup> 确定基于人口的儿童期肥胖症预防工作的重点行动领域：一整套供会员国确定和查明重点行动领域的工具。日内瓦：世界卫生组织，2012年。

## 能力建设

38. 加强机构能力并对卫生保健工作者、儿童保育和学校教职人员进行适当培训，对于顺利落实委员会的建议也是不可或缺的。此外，还需要有能力和才干来支持基于人口的政策的设计、实施、评价和执行，例如对含糖饮料的征税和限制向儿童推销食品和非酒精饮料。

39. 网络可以支持国家致力于开展具体活动，并通过在成员国之间交流经验和政策的平台来进行能力建设。

## V. 利益攸关方的作用和职责

40. 成功地就委员会建议采取进一步行动，需要除会员国以外的许多机构承诺予以投入、重视和支持（见第 II 节）。委员会确定了以下具有特定作用和职责的利益攸关方团体。

## 世卫组织秘书处

41. 必须保持目前的势头。秘书处将领导并召集联合国系统内以及与成员国和在成员国之间举行的高级别对话。其目的是通过终止儿童肥胖委员会报告中详述的行动，落实 2030 年可持续发展议程，《联合国大会预防和控制非传染性疾病高级别会议的政治宣言》、《罗马营养宣言》和其它相关全球和区域政策框架。

42. 世卫组织利用其在全球范围内并通过其区域和国家办事处网络发挥的规范职能，可为制定或加强有关准则、工具和标准提供技术援助，以在国家一级将委员会的建议和世卫组织其他相关任务付诸实施。秘书处可以传播对实施、监测和问责工作的指导意见，并监测和报告终止儿童肥胖工作的进展。

## 行动

(a) 与联合国系统负有营养和儿童肥胖方面任务的其他机构合作，特别是粮农组织、开发计划署、联合国人居署、儿童基金会和粮食规划署。

(b) 在世界卫生组织总部、区域和国家办事处的所有相关技术领域，制定交叉性的和贯穿生命全程的终止儿童肥胖的方法。

(c) 经与会员国协商，制定动员私营部门积极参与预防儿童肥胖的指导方针。

- (d) 加强能力，以在全球、区域和国家各级向终止儿童肥胖的行动提供技术支持，例如：
- (i) 通过与其他政府部门合作包括举办讲习班和课程，建立法律和监管能力；
  - (ii) 制定关于产前保健中肥胖风险预防、孕妇和幼儿身体活动以及儿童和青少年适当睡眠时间和屏幕使用的指南；
  - (iii) 应要求，通过例如设立多部门委员会或工作组，向会员国提供技术支持和工具，以支持落实委员会建议；
  - (iv) 提供一个平台，促成在落实建议方面重点相似的会员国之间的合作。
- (e) 支持国际机构、各国政府和相关利益攸关方将现有承诺转化为在全球、区域和国家各级终止儿童肥胖的相关行动。
- (f) 促进关于终止儿童肥胖的合作研究，侧重于生命全过程方针。
- (g) 鼓励采取创新性的筹资方法来执行预防儿童肥胖的战略，并对利益冲突予以充分关注。
- (h) 通报终止儿童肥胖的进展情况。

## 国际组织

43. 国际组织包括联合国实体之间的合作，可以推动在宣传倡导、资源筹措、能力建设和合作研究等方面的全球和区域伙伴关系和网络。联合国预防和控制非传染性疾病机构间工作队可支持会员国应对儿童肥胖问题。

## 行动

- (a) 开展合作，进行能力建设并支持各自成员国应对儿童肥胖问题。
- (b) 将预防儿童肥胖纳入联合国发展援助框架的国家一级规划中。
- (c) 支持制定和传播对健康饮食和身体活动的指导意见。

- (d) 与联合国系统内处理营养问题的组织合作，审查交付食品和营养规划的现行做法，并确保这些规划有助于预防儿童肥胖。
- (e) 与各国政府建立伙伴关系，通过例如联合国预防和控制非传染性疾病机构间工作队、联合国扩大营养网络和世卫组织 - 开发计划署启动国家对非传染性疾病的反应全球联合规划，实施终止儿童肥胖的干预措施，而这将支持落实委员会各项建议。

## 非政府组织

44. 虽然须由政府来制定政策框架，但在一些国家，制定营养信息和教育行动、实施规划以及监测行为者履行承诺情况并对其问责的任务，可能需要由政府 and 民间社会分担。社会运动可动员社区成员的参与，并提供宣传和行动平台。

### 行动

- (a) 通过宣传和传播信息，扩大预防儿童肥胖问题的影响。
- (b) 促使消费者要求政府支持健康的生活方式，食品及不含酒精饮料的生产企业提供健康产品，以及不向儿童推销不健康食品和含糖饮料。
- (c) 要求政府建立必要的法律和监管框架，落实终止儿童肥胖的建议。
- (d) 为制定和实施监测和问责机制作出贡献。

## 私营部门

45. 私营部门不是一个同质的实体，它包括农业粮食生产部门、食品和饮料业、零售商、餐饮公司、体育用品制造商、广告和娱乐业以及媒体等等。因此，重要的是考虑政府与私营部门实体的交往程度，因为这些实体的活动可能对儿童肥胖产生积极或消极影响。政府需要与私营部门积极接触，鼓励它们落实政府决定和政府主导的政策和干预措施。

46. 一些私营部门的举措有可能减少儿童肥胖。对这些举措，如果有证据支持，且其没有伴随而来的负面影响，例如推迟更有效的监管，就应当加以鼓励。由于有众多公司在全球范围运作，它们不同分支之间的国际合作至关重要。然而，还必须关注地方和区域的实体和技工。虽然与业界的某些合作关系已带来与饮食和身体活动相关的一些令人鼓舞的结果，但也有一些合作关系被认为是在将责任从食品和饮料业转移到消费者身上，

意在改善公司的社会形象。食品业为减少加工食品的脂肪、糖和盐的含量和食品的份量，以及增加新的健康和营养选择而采取的举措，如果广泛实施，可以加速世界范围内的健康效益。多国公司应在其整个全球组合中应用一致的标签和营销方法，以确保其行动是全球性的，在国家之间不存在差异。在此过程中，多国公司应对其产品适用最高标准。不过，政府与私营部门之间的交往应以健康为目标，透明和负责，并特别注意管理潜在的利益冲突<sup>1</sup>。

### 行动

- (a) 支持有助于健康饮食的食品和不含酒精饮料的生产，并为其获得提供便利。
- (b) 为开展和参与身体活动提供便利。

### 慈善基金会

47. 慈善基金会可为全球公共卫生作出独特的重大贡献，也可参与监督和问责活动。

### 行动

- (a) 认识到儿童肥胖因其长期后果对儿童健康和受教育程度的危害，进而着手应对这一重要问题。
- (b) 筹集资金支持研究工作、能力建设和服务提供，以及监测和问责。

### 学术机构和卫生专业协会

48. 学术机构可以通过研究生物、行为和环境风险因素和决定因素，以及针对所有这些因素采取的干预措施的有效性，促进儿童期肥胖的预防和控制。卫生专业协会可发挥重要作用，提高公众对儿童肥胖作用于健康和福祉的直接和长期后果的认识，并倡导采取有效的干预措施。它们还可以为卫生专业培训提供支持，并促进监测和问责。

### 行动

- (a) 通过传播相关信息并将其纳入各级（本科和研究生）的适当课程，扩大预防和治疗儿童肥胖问题的影响。

---

<sup>1</sup> 处理和管理制定营养规划者在计划和交付过程中的利益冲突，见：[http://www.who.int/nutrition/events/2015\\_conflictsofinterest\\_nut\\_programmes/en/](http://www.who.int/nutrition/events/2015_conflictsofinterest_nut_programmes/en/)（2017年3月6日访问）。



- (b) 通过不带商业利益的研究工作，弥补知识欠缺，为支持政策实施提供证据。
- (c) 支持和评估监测和问责活动。

## 结论

49. 儿童肥胖损害儿童的身体、社会和心理福祉，是成人肥胖和非传染性疾病的已知危险因素。现在迫切需要采取行动，以改善这一代和下一代儿童的健康状况。超重和肥胖不能通过单一的行动求得解决。需要作出全面反应以创造健康的环境，支持个人基于与健康 and 营养相关的知识和技能作出健康的选择。这些反应需要政府的承诺和领导、长期投资和整个社会的参与，以保护儿童享有健康和福利的权利。只要所有行为者始终致力于实现终止儿童肥胖这一共同目标，则必然可以取得进展。

---

## 附件 12

### 劣质、假造、标签不当、伪造、假冒医疗产品问题会员国机制第五次会议<sup>1</sup>

[A70/23, 附录 3–2017 年 3 月 20 日]

### 劣质、假造、标签不当、伪造、假冒医疗产品问题世卫组织会员国机制

## 工作定义

### 引言

1. 在 2015 年 11 月 19 日和 20 日举行的关于劣质、假造、标签不当、伪造、假冒医疗产品问题的会员国机制第四次会议上，决定<sup>2</sup>设立一个工作小组，负责根据世卫组织全球监测和监督系统目前所用定义，细化劣质、假造、标签不当、伪造、假冒医疗产品的工作定义<sup>3</sup>。该决定遵循了会员国针对 2015 年 MedNet 平台上公布的工作定义文件提出的意见，这些意见已被并入本文件。

### 范围

2. 该工作小组力求达成一项简化的全球共同认识，向会员国和所有其他利益攸关方澄清“劣质、假造、标签不当、伪造、假冒医疗产品”一词的含义，并就劣质、假造、标签不当、伪造、假冒医疗产品的构成向会员国机制第五次会议建议一个定义。

3. 在这个意义上，WHA65.19 号决议（2012 年）<sup>4</sup>所载的职权范围在相关脚注中写明“在世卫组织理事机构批准定义之前，会员国机制采用‘劣质、假造、标签不当、伪造、假冒医疗产品’的说法”。会员国先前的讨论表明，它们将为在会员国机制内开展工作而就“伪造”一词的使用达成共识。因此，如果会员国之间能达成一致，便可用它们所商定的词语来取代“劣质、假造、标签不当、伪造、假冒医疗产品”的说法。

4. 这并非要以任何方式建议或影响已有的国家和/或区域法规或者会员国和/或区域组织今后可能就劣质、假造、标签不当、伪造、假冒医疗产品起草的国家和/或区域法规。无论各会员国采用哪种说法，都必须对有关说法及其与会员国机制通过的工作定义之间的相互关系有清楚的理解。

---

<sup>1</sup> 见 WHA70(21)号决定。

<sup>2</sup> 见文件 A/MSM/4/10。

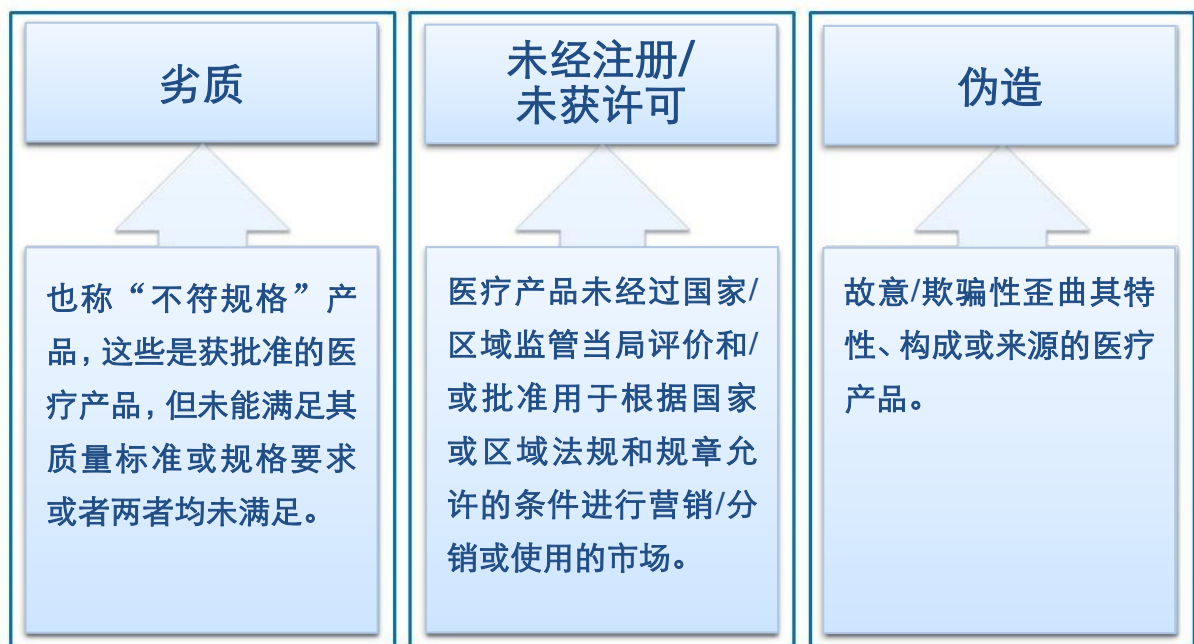
<sup>3</sup> 医疗产品指药品、疫苗及体外诊断试剂（文件 A/SSFFC/WG/5 第 3 段），今后适当时，也可包括医疗装置。

<sup>4</sup> 见文件 WHA65/2012/REC/1。

## 方法

5. 对向世卫组织通报的劣质、假造、标签不当、伪造、假冒医疗产品进行分类可对这类报告进行更透彻和准确的比较和分析，将劣质医疗产品与故意或欺骗性做出虚假陈述（假造、标签不当、伪造或假冒）的产品以及在经销国家未进行注册/未获许可的产品区分开来（见图）。

图. 准备供世卫组织全球监测和监督系统以及会员国机制使用的医疗产品分类



6. 上图所示的分类表列出了向世卫组织全球监测和监督系统报告的三类独立和互斥的医疗产品。

7. 为本文件和以下分类目的，获批准的医疗产品指符合国家和区域法规和规章的医疗产品。国家/区域监管当局可根据国家和区域法规和规章，允许在有或没有注册/许可的情况下营销或分销医疗产品。

### (a) 劣质医疗产品

也称“不符规格”产品，这些是获批准的医疗产品，但未能满足其质量标准或规格要求或者两者均未满足<sup>1</sup>。

<sup>1</sup> 如果有授权的生产商故意歪曲医疗产品的特性、构成和来源从而使其不满足这些质量标准或规格，则该医疗产品应被视为“伪造”。

(b) 未经注册/未获许可的医疗产品

医疗产品未经过国家/区域监管当局评价和/或批准用于根据国家或区域法规和规章允许的条件进行营销/分销或使用的市场。

这些医疗产品可能已获得也可能未获得其原产地国家/区域监管当局的相关授权。

(c) 伪造医疗产品

故意/欺骗性歪曲其特性、构成或来源的医疗产品。

任何与知识产权有关的考虑都不在此定义范围内。

这种故意/欺骗性歪曲指对获批准的医疗产品的任何替代，掺假，复制或者生产未获授权的医疗产品。

“特性”应指获批准医疗产品的名称、标签或包装或者能证明其真实性的文件。

“构成”应指符合经国家/区域监管当局授权/认可的适用规格的医疗产品的任何成分或组成部分。

“来源”应指销售许可持有者、生产厂商、进口商、出口商、分销商或适用时包括零售商的基本鉴别信息，包括名称和地址。

不得仅因为医疗产品在某特定国家未获得营销授权而将其视为伪造产品。

## 知识产权

8. 关于劣质、假造、标签不当、伪造、假冒医疗产品问题的会员国机制的职权范围明确将保护知识产权的责任排除在机制职权之外，因此，在准备用于其审议和工作的定义中应使用相同的标准。“假冒”一词现在通常得到界定并与知识产权保护有关。为参考目的，纳入了《与贸易有关的知识产权协议》中界定的“假冒商标的商品”<sup>1</sup>和盗版商品<sup>2</sup>的定义。

9. 就医疗产品的情况而言，“伪造”一词似乎充分包括了对医疗产品的各种类型故意歪曲，以便能够明确规避知识产权。

<sup>1</sup> “假冒商标的商品，系指任何下列商品(包括包装)：其未经授权使用了与在该商品上有效注册的商标相同的商标，或者使用了其实质部分与有效注册的商标不可区分的商标，因而依照进口国的法律侵犯了该商标所有人的权利。”

<sup>2</sup> “盗版商品，系指任何下列商品：其未经授权持有者本人、或在商品制造国的被正当授权之人许可而复制，其直接或间接依照某物品制造，而该物品的复制依据进口国的法律已经构成侵犯版权或有关权利。”

## 结论和建议

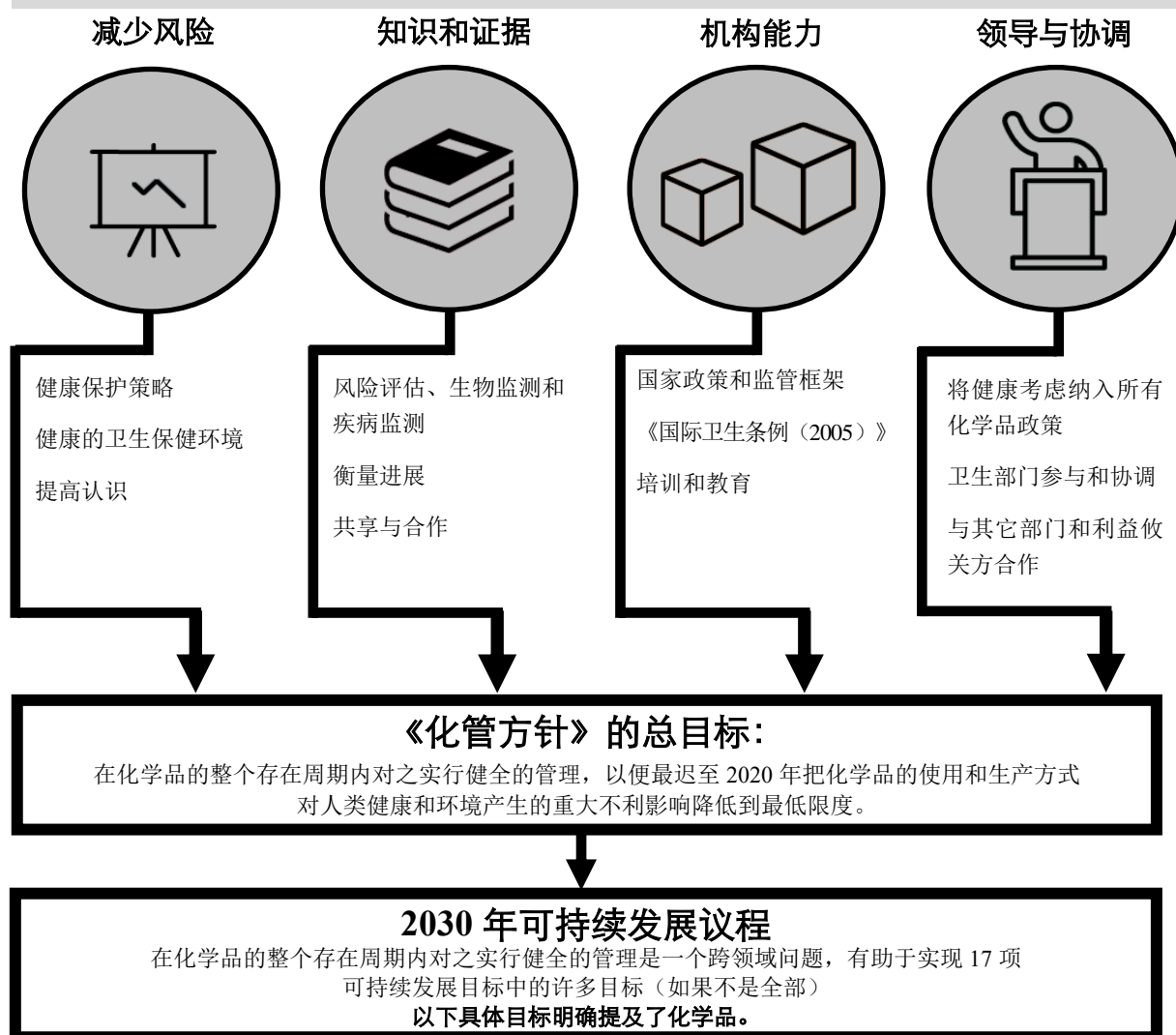
10. 本文件并非要对法律文本和定义进行详尽审查，而是要开始从公共卫生角度简化世界卫生组织全球监测和监督系统以及会员国机制当前使用的术语。

11. 根据工作小组的审议，建议会员国机制将“劣质、假造、标签不当、伪造、假冒医疗产品”改为“伪劣医疗产品”，并用于其名称以及未来涉及这类医疗产品主题的所有文件。

---

## 加强卫生部门参与《国际化学品管理战略方针》 以努力实现并超越 2020 年目标路线图<sup>1</sup>

### 行动领域



**目标 3**  
具体目标 3.9

到 2030 年, 大幅减少危险化学品以及空气、水和土壤污染导致的死亡和患病人数



**目标 6**  
具体目标 6.3

到 2030 年, 通过以下方式改善水质: 减少污染, 消除倾倒废物现象, 把危险化学品和材料的排放减少到最低限度, 将未经处理废水比例减半, 大幅增加全球废物回收和安全再利用



**目标 12**  
具体目标 12.4

到 2020 年, 根据商定的国际框架, 实现化学品和所有废物在整个存在周期的无害环境管理, 并大幅减少它们排入大气以及渗漏到水和土壤的机率, 尽可能降低它们对人类健康和环境造成的负面影响

<sup>1</sup> 见 WHA70(23)号决定。



## 减少风险

该领域行动着重于由卫生部门在其内部进行风险管理，包括健康保护策略、化学品监管、公众教育以及信息和最佳做法共享。

### 健康保护策略

- MS<sup>†</sup>** 针对高度优先化学品的存在周期制定和实施健康促进和保护策略及规划，特别要考虑脆弱人群。
- MS** 积极参与和支持实施与化学品和废物相关的多边环境协定，特别是其中的健康保护规定。根据 WHA67.11 号决议（2014 年）要求，支持批准和实施《汞问题水俣公约》并建设能力以评估和应对汞接触造成的健康影响。
- All** 合作确定和推广风险减低的替代品，同时考虑到包括废物在内的各种物质和产品的存在周期，并要促进使用这些替代品。
- WHO Sec** 指导预防令人关注的特定化学品对健康的负面影响。
- WHO Sec** 完成预防和管理铅中毒的指南；实施即将出台的指南，并按照全球消除含铅涂料联盟的目标，到 2020 年逐步淘汰含铅涂料。
- MS**

### 健康的卫生保健环境

- MS** 借鉴世卫组织和其它机构的相关指导，如在多边环境协定下通过的相关指导，为卫生保健机构提供指导，鼓励和促进使用更安全的替代品并对卫生保健废物实行健全管理。
- MS** 针对卫生保健工作者制定和开展认识运动，使其了解令人关注的化学品，以及卫生部门内已确立的化学品安全管理最佳做法，包括在卫生保健环境中对职业、患者/社区和环境产生的影响。
- MS** 使用世卫组织的指导来减少卫生保健中汞的使用并管理受汞污染的废物（符合《水俣公约》第 4、10 和 11 条以及 WHA67.11 号决议）。

### 提高认识

- All** 制定并发起公众认识运动，宣传与化学品（例如电子废物、高危险农药、铅、汞和其它构成重大公共卫生问题的化学品）整个存在周期有关的重点健康问题，以及与职业危害、受国际行动制约的化学品和妇幼卫生有关的重点健康问题。
- All** 促进相关信息的沟通，包括就产品和工序中使用的化学品进行培训，以便使产品整个生命周期中的所有行为者能做出明智的决定，并推广使用更安全的替代品。
- All** 在同行审评的卫生保健、医学、毒理学和其它相关杂志，包括专业机构的相关杂志上发表涉及化学品的卫生部门问题文章，同时也使用已发表的相关文章。
- MS** **WHO Sec** 支持开发《化管方针》信息交流中心的健康相关内容<sup>†</sup>。
- All** 记录各种提高认识、减少风险行动的措施和预防策略的经验及有效性，并与其它方面分享这一信息。



### 成果：

在短期和长期内改善健康，以及改善子孙后代的健康，为此要减少因在化学品整个存在周期（包括废物阶段）中与其接触而导致的健康风险，卫生部门要在国家、区域和国际层面加强健康保护活动，以及要在卫生部门内和广大社区中提高关注与认识。

<sup>†</sup> 行动属于世卫组织的职权范围，同时也有助于提高《化管方针》秘书处的能力，以便根据 WHA69.4 号决议的要求支持与卫生部门有关的活动。对于拥有多个主要行动者的行动，该说明仅适用于世卫组织秘书处的作用。



## 知识和证据

该领域行动着重于根据客观证据填补风险评估方面的知识和方法空白，加强生物监测和疾病监测，估算化学品所导致的疾病负担，并衡量进展。

### 风险评估、生物监测和疾病监测

- All** 努力填补科学知识的空白，包括在《化管方针》下开展的工作（例如内分泌活性化学品、纳米材料、对环境具有持续影响的药物、综合暴露于多种化学品的风险、性别问题、与非传染性疾病的联系等方面的工作）。
- All** 促进制定全球统一方法，以及用于风险评估的新工具和方法（例如综合方法，综合暴露于多种化学品），这些方法应当适当考虑使用模式、气候条件、性别和国家能力。
- MS** 在社区一级，包括从污染状况和受污染的场所，调查暴露与健康影响之间的联系。
- MS** 从健康角度确定需要国家进行评估和管理的重点化学品。
- All** 在国家、区域和国际层面努力建立针对化学品整个存在周期的综合性健康和环境监督和监测系统。
- MS** **WHO Sec** 促进卫生部、卫生保健机构、毒物信息中心以及其它方面之间的协调，加强毒物警戒/毒物监测。
- All** 进一步探讨气候变化与化学品之间的关系以及对健康的潜在影响。

### 衡量进展

- MS** 完善民事登记和生命统计系统，并加强用以记录因暴露于化学品引起的入院和死亡原因的系统。
- MS** **WHO Sec** 制定更好和标准化的方法来估计化学品对健康的影响，促进改善对疾病负担的估算和预测。
- All** 制定更好和标准化的方法来估算暴露于化学品所导致疾病的社会经济影响。
- MS** **WHO Sec** 与国际社会合作，改进全球指标，以更好地衡量实现2020年目标<sup>†</sup>以及2030年可持续发展议程中与化学品的健康影响有关的具体目标的进展。
- MS** 确定并描述减少化学品的疾病负担方面的国家进展指标，并尽可能与全球指标协调一致。
- All** 开发收集和管理卫生数据和信息的必要机制以促进报告《化管方针》<sup>†</sup>和其它国际文书的进展情况。

### 共享与合作

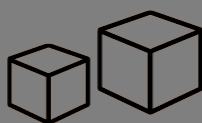
- MS** 参与并积极加入和促进包括世卫组织化学品风险评估网络和世卫组织有毒物质资料数据库管理系统（INTOX）毒物中心网络在内的各种网络。
- All** 参与或如有必要，促进创建与化学品和健康有关的具体问题互动网站和/或讨论论坛。
- MS** 在可能和适当的情况下，提供与健康有关的化学品数据（例如风险评估、人类和环境监测、疾病监测），并方便当地和国际社会，包括相关的国际科学和技术委员会获取。
- All** 与其它研究化学品相关疾病，特别是非传染性疾病的科学论坛进行合作。
- All** 分享建立和使用进展衡量指标的经验。

### 成果：



加强卫生部门对合作行动的参与，以便填补当前在风险评估、生物监测、疾病监测、疾病负担估算以及衡量进展方面的知识和方法空白。这包括在必要时更多地参与网络和发展新的合作机制，促进卫生部门在具体技术问题上的知识共享和协作。





## 机构能力

该领域行动着重于加强国家机构能力以应对化学品造成的健康威胁，包括应对化学品事故和突发事件。

### 国家政策和监管框架

- MS** 确定差距并支持更强有力的国家政策和监管框架，以解决化学品在其整个存在周期对健康的影响，重点是《化管方针》总体方向和指导文件第 19 段所列的 11 个基本要素。
- All** 促进国际上努力开发工具和指导，以制定国家框架，如组织间健全管理化学品方案（IOMC）的工具箱。
- MS** 酌情借鉴并参与制定世卫组织的规范、标准和指南，确立关于水、空气、土壤、食品、产品和职业暴露方面的健康指南。
- MS** 支持实施《全球化学品统一分类和标签制度》，酌情在国际层面进行协调。
- MS** 根据 WHA63.25 号和 WHA63.26 号决议（2010 年）以及相关多边环境协定，支持制定法规以防止排放有毒化学品，并宣传适当的回收和再循环技术以及安全的储存和处置方法。
- MS** 支持加强对危险化学品和废物的生产、运输、使用和释放进行监测，并促进区域和国际合作，以更好地遵守现行法规并防止非法贩运。

### 《国际卫生条例（2005）》

- MS** 建立/加强化学事故和突发事件防范、发现和应对方面的核心能力，包括：化学事件监测、核查、通知、风险评估和通报以及入境口岸的检查能力。
- WHO Sec** 继续发展和加强针对各国的工具、指导和其它支持，以加强应对化学事故和突发事件的核心能力，提高所有利益攸关方的认识。
- MS WHO Sec** 建立一支国际卫生人力队伍，以便能调集起来应对化学品突发事件，例如促进制定关于化学事故和突发事件的世卫组织专家名册。
- MS** 加强现有和建立新的毒物中心和网络，必要时进行协调，以实现让所有国家获得毒物信息服务的目标。
- MS** 发展或加强区域网络以协调、加强和分享现有实验室能力。
- MS** 改进《国际卫生条例（2005）》、《化管方针》以及与化学品和废物有关的多边环境协定国家归口单位之间的沟通与协作，以利用协同效应，例如对风险评估、监测、实验室能力和报告的需要。

### 培训和教育

- All** 就特定主题（例如评估和监测健康风险、收集证据、诊断和治疗疾患、化学品安全意识和标签等）向目标受众（如非政府组织、政府官员、教师、医疗专业人员和卫生保健工作者）传播培训材料。
- All** 加强医学院校和其它学术机构的课程，以解决化学品的健康影响，着重强调毒理学以及职业和公共卫生，并鼓励住院实习、奖学金或专业化；还鼓励将课程纳入促进安全和可持续化学的其它学术课程（如通过设计加强安全）。
- WHO Sec** 提供关于化学品与健康问题的世卫组织培训材料门户网站，作为对《化管方针》信息交换中心的贡献<sup>†</sup>。
- All** 将卫生专业协会与环境健康或风险分析方面的学术团体和机构联系起来，以加强对化学品管理问题的参与和了解。



### 成果：

加强卫生系统的能力和应变力以便处理化学品安全的各个方面。



## 领导与协调

该领域行动旨在促进将健康考虑纳入所有化学品政策，鼓励卫生部门参与国家、区域和全球各级的化学品管理活动，并动员卫生部门与其它部门合作。

### 将健康考虑纳入所有化学品政策

- All** 进一步认识在化学品整个存在周期中与其接触给健康造成的影响以及由此产生的费用。
- MS** 鼓励在各级，包括为促进 2030 年可持续发展议程，将卫生重点事项纳入化学品政策、差距分析、概况、实施计划和战略。
- All** 继续开展更多举措，为卫生部门，包括为世卫组织筹集财政资源，促进健全管理化学品和废物。
- All** 在国家、区域和国际各级为政界人士和高级官员组织化学品和健康问题高级别情况介绍会<sup>†</sup>。
- All** 加强国家、区域和国际卫生与环境程序的化学品部分，包括在最高级别。
- All** 将性别和公平作为一个组成部分纳入关于化学品和废物健全管理的所有政策、战略和计划。

### 卫生部门参与和协调

- MS** 提名一位卫生部联络人，负责与化学品和健康有关的问题，包括实施本路线图，并建立一个国家化学品与健康网络。
- WHO Sec** 建立全球化学品和健康网络，与现有的次区域、区域和国际网络挂钩，促进卫生部门实施本路线图（包括参与《化管方针》<sup>†</sup>）。
- MS** 参与和促进将卫生部门重点事项纳入闭会期间程序，以便为《化管方针》和 2020 年以后化学品和废物的健全管理问题制定建议。
- MS** 积极参与决策和支持加强与化学品和健康有关的国家政策和监管框架。
- MS** 参与国家、区域和国际化学品论坛，包有关《化管方针》新出现的政策问题和其它令人关切的问题以及非传染性疾病的论坛。
- All** 执行加强卫生部门参与实施《化管方针》的战略，并向其它部门进行推广。

### 与其它部门和利益攸关方合作

- MS** 按照《化管方针》的设想，参与和鼓励发展可持续、有效和可行的多部门协调网络，以最大限度开展集体努力。
- All** 促进包容各级所有有关部门和利益攸关方并鼓励其积极参与对化学品整个存在周期的管理，同时承认卫生和环境部门的共同领导作用。
- All** 突出显示卫生投资可能对经济和社会产生的多部门影响。
- All** 在卫生部门内建立多部门参与能力，并寻找机会分享信息，协调和利用其它部门网络的各种努力。
- All** 积极参与相关的区域和国际谈判，包括与多边环境协定，发展筹资和技术合作有关的谈判，并在可能和适当的情况下，确立常设项目，讨论涉及卫生部门的问题。

### 成果：



提高认识并将健康考虑纳入国家、区域和全球各级化学品管理活动同时加强卫生部门对这些活动的参与，包括与其它部门合作，最终要突出强调并重视在化学品的整个存在周期内对之实行健全的管理。

## 附件 14

### 卫生大会通过的决议和决定对秘书处的财政和行政影响

**WHA70.6 号决议：** 卫生人力资源以及联合国卫生就业和经济增长问题高级别委员会的成果执行情况

#### A. 与工作总规划和规划预算之间的联系

**1. 该决议将促进《2014-2019 年第十二个工作总规划》中哪些成果以及《2016-2017 年规划预算》中哪些产出。**

**与《2014-2019 年第十二个工作总规划》有关的成果：**

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。

**与《2016-2017 年规划预算》有关的产出：**

产出 4.2.2. 各国实施面向全民健康覆盖的卫生人力战略。

行动计划还将支持其它类别的产出，例如：

产出 1.1.1. 通过积极参与政策对话、开发规范性指导和工具、传播战略信息和提供技术支持，加强各国提供关键艾滋病毒干预措施的能力；

产出 2.1.3. 促进各国提高卫生保健覆盖率，以便通过加强卫生系统管理心血管疾病、癌症、糖尿病和慢性呼吸疾病及其危险因素；

产出 3.3.2. 促进各国将性别平等、公平和人权纳入国家卫生政策和规划并开展监督；

产出 3.5.1. 促进各国评估卫生风险及制定并实行政策、战略或法规，以预防、减轻和管理环境和职业风险对卫生的影响；

产出 5.1.1. 在国家一级实施并监测《国际卫生条例（2005）》情况，并向会员国提供培训和咨询，以协助其进一步发展和使用《条例》所要求的核心能力；

产出 6.1.1. 世卫组织根据领导重点发挥有效的领导作用和进行有效的管理。

**2. 如果与《2014-2019 年第十二个工作总规划》和《2016-2017 年规划预算》中指定的结果没有联系，则请扼要说明审议该决议的理由。**

不适用。

### 3. 为实现任何额外可交付成果估计所需的时间（年数或月数）。

《卫生就业和包容性经济增长五年行动计划》涵盖的时期为 2017-2021 年，为实施第六十九届世界卫生大会在 WHA69.19 号决议（2016 年）中通过的《卫生人力资源全球战略：卫生人力 2030》提供进一步支持。

行动计划符合本组织对可持续发展目标的响应。其中纳入了具有广泛基础的方法，可对目标 3、4、5、8 和 17 产生影响。

行动计划将与会员国、劳工组织、经合组织以及相关区域和专门实体合作实施。它侧重于变革手段和促进性因素，诸如涉及多个利益攸关方的跨部门行动；加强卫生系统以实现全民健康覆盖；尊重公平和人权；可持续筹资；科学研究与创新；以及监测和评估。其实施将对传染病、非传染性疾病、生命全程促进健康和世卫组织突发卫生事件规划等类别/规划领域作出贡献。

## B. 对预算的影响

### 1. 该决议估计实施费用总额（百万美元）：

五年中需要 7000 万美元，其中 4500 万美元将拨给世卫组织。

工作人员和活动的指示性预算反映了行动计划中国家工作与全球公共产品的结合。世卫组织各区域办事处和总部都将积极参与，在跨部门议程和全球公共产品方面开展关键行动，将联合国系统联合检查组关于将充分的生产性就业与体面劳动纳入主流的建议融入其规划。在全民健康覆盖方面进展最为落后的 15-20 个国家，预计将重点关注教育和就业方面的工作。世卫组织约 50% 的费用将用于资助区域和国家级的职员配置和活动。

### 2.a. 估计当前双年度的额外预算需求（百万美元）：

100 万美元。

当前双年度剩余六个月中的额外活动和可交付成果在类别 4 的预算空间内是可行的。

### 2.b. 可用于当前双年度的资金

#### – 当前双年度可用来实施该决议的资金（百万美元）：

类别 4 产出 4.2.2 下 50 万美元，用于在当前双年度剩余六个月中实施重点活动。

#### – 有多少资金缺口（百万美元）：

50 万美元。

#### – 估计还可能获得的有助于填补任何缺口的资金（百万美元）：

世卫组织、劳工组织和经合组织将共同为支持行动计划协调资源筹集工作。

**3. 估计 2018-2019 年的额外预算需求（如相关，按百万美元计）：**

2300 万美元，将在 2018-2019 年规划预算方案内予以满足。

**这是否已被编入 2018-2019 年规划预算？**

2016 年 12 月至 2017 年 4 月期间与会员国、劳工组织、经合组织以及相关区域和专门机构协商并合作制定的五年行动计划将在 2018-2019 年规划预算方案内予以满足，为此将开展额外的筹资活动。

**4. 估计今后双年度的额外预算需求（如相关，按百万美元计）：**

2100 万美元。

**WHA70.7 号决议：改善败血症的预防、诊断和临床管理****A. 与工作总规划和规划预算之间的联系****1. 请表明该决议将促进《2014-2019 年第十二个工作总规划》中哪些成果以及《2016-2017 年规划预算》中哪些产出。**

《2014-2019 年第十二个工作总规划》类别 3 中的成果：获得更多干预措施，改善妇女、新生儿、儿童和青少年健康；类别 4 中的成果：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；类别 5 中的成果：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。  
《2016-2017 年规划预算》中的产出：3.1.1、3.1.2、3.1.4、3.1.6、4.2.3 和 5.2.2。

**2. 如果与《2014-2019 年第十二个工作总规划》和《2016-2017 年规划预算》中指定的结果没有联系，则请扼要说明审议该决议的理由。**

不适用。

**3. 请列明为实现任何额外可交付成果估计所需的时间（年数或月数）。**

4.5 年。

**B. 实现额外可交付成果对预算的影响****1. 当前双年度：估计的额外预算需求（百万美元）**

无。

**(i) 请列明可用于在当前双年度实施该决议的资金水平（百万美元）：**

— 当前双年度有多少资金可用于实施该决议？

40 万美元（各区域办事处和世卫组织总部的人员支持）。

– 有多少资金缺口？

168 万美元。

– 估计还可能获得任何资金来填补这一缺口吗？

零。

**2. 2018-2019 双年度（如果需要）：估计的预算需求（百万美元）**

503 万美元。

层级	人员费用	活动费用	合计
国家办事处	0.00	1.20	1.20
区域办事处	1.35	0.48	1.83
总部	1.20	0.80	2.00
<b>合计</b>	<b>2.55</b>	<b>2.48</b>	<b>5.03</b>

**3. 2018-2019 之后双年度（如果需要）：估计的预算需求（百万美元）**

503 万美元。

**WHA70.11 号决议：** 将于 2018 年举行的联大预防和控制非传染性疾病问题第三次高级别会议的筹备

**A. 与工作总规划和规划预算之间的联系**

**1. 该决议将促进《2014-2019 年第十二个工作总规划》中哪些成果以及《2016-2017 年规划预算》中哪些产出。**

**与《2014-2019 年第十二个工作总规划》有关的成果：**

增加获得预防和管理非传染性疾病及其风险因素的干预措施。

**与《2016-2017 年规划预算》有关的产出：**

产出 2.1.1. 加快制定和实施预防和控制非传染性疾病的国家多部门政策和计划。

**2. 如果与《2014-2019 年第十二个工作总规划》和《2016-2017 年规划预算》中指定的结果没有联系，则请扼要说明审议该决议的理由。**

不适用。

**3. 为实现任何额外可交付成果估计所需的时间（年数或月数）。**

该决议将于 2017 年 6 月实施。筹备将于 2018 年举行的联大预防和控制非传染性疾病问题第三次高级别会议的主要活动和可交付成果发生在 2017-2018 年。为确保全面交付会议成果，这项工作或持续到 2019 年。预防和控制非传染性疾病全球协调机制的工作计划涵盖 2018-2019 双年度。

<b>B. 对预算的影响</b>			
<b>1. 该决议估计实施费用总额（百万美元）：</b>			
1230 万美元。			
<b>2.a. 估计当前双年度的额外预算需求（百万美元）：</b>			
估计 2017 年的实施预算需求为 250 万美元。这可在现有预算范围内得到解决。			
<b>2.b. 可用于当前双年度的资金</b>			
– <b>当前双年度可用来实施该决议的资金（百万美元）：</b>			
<b>层级</b>	<b>人员费用</b>	<b>活动费用</b>	<b>合计</b>
国家办事处	0	0	0
区域办事处	0	0	0
总部	1.6	0.9	2.5
<b>合计</b>	<b>1.6</b>	<b>0.9</b>	<b>2.5</b>
– <b>有多少资金缺口（百万美元）：</b>			
在当前双年度没有资金缺口。			
– <b>估计还可能获得的有助于填补任何缺口的资金（百万美元）：</b>			
不适用。			
<b>3. 估计 2018-2019 年的额外预算需求（如相关，按百万美元计）：</b>			
<b>层级</b>	<b>人员费用</b>	<b>活动费用</b>	<b>合计</b>
国家办事处	0	0	0
区域办事处	0	0	0
总部	6.2	3.6	9.8
<b>合计</b>	<b>6.2</b>	<b>3.6</b>	<b>9.8</b>
<b>这是否已被编入 2018–2019 年规划预算方案？</b>			
是。			
<b>4. 估计今后双年度的额外预算需求（如相关，按百万美元计）：</b>			
今后双年度的估计预算需求将根据 2018 年举行的联大预防和控制非传染性疾病问题第三次高级别会议和 2018-2019 年全球协调机制工作计划的要求确定。			

**WHA70.12 号决议：结合综合性方法审视癌症预防和控制**

**A. 与工作总规划和规划预算之间的联系**

**1. 该决议将促进《2014-2019 年第十二个工作总规划》中哪些成果以及《2016-2017 年规划预算》中哪些产出。**

**与《2014-2019 年第十二个工作总规划》有关的成果：**

增加获得预防和管理非传染性疾病及其风险因素的干预措施；

其它有关成果：

- 提高难以达及人群和社区的疫苗接种覆盖率；
- 获得更多干预措施，改善妇女、新生儿、儿童和青少年健康；
- 将性别平等、公平和人权纳入秘书处和各国政策和规划；
- 减少卫生的环境威胁；
- 所有国家有全面的国家卫生政策、战略和计划，且在过去 5 年内予以更新；
- 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；
- 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；
- 所有国家均建立运转良好的民事登记和生命统计系统。

**与《2016-2017 年规划预算》有关的产出：**

产出 2.1.3. 促进各国提高卫生保健覆盖率，以便通过加强卫生系统管理心血管疾病、癌症、糖尿病和慢性呼吸疾病及其危险因素。

其它有关产出：

产出 1.5.1. 为实现疫苗十年的目标，实施并监测全球疫苗行动计划，重点是加强服务提供和对免疫接种的监测；

产出 3.1.2. 促进各国实施和监测新生儿和儿童健康综合战略计划，关注点是扩大获得高质量干预措施，以改善儿童早期发育并终结可预防的儿童死亡，包括死于肺炎、腹泻和其它疾病；

产出 3.1.3. 促进各国实施并监测覆盖性和生殖健康方面未满足需求的有效干预措施；

产出 3.3.1. 将性别平等、公平和人权纳入世卫组织的机构性机制和规划的可交付成果；

产出 3.5.1. 促进各国评估卫生风险及制定并实施政策、战略或法规，以预防、减轻和管理环境和职业风险对卫生的影响；

产出 4.1.1. 加强国家治理能力以便制定、实施和审查全面的国家卫生政策、战略和计划（包括多部门行动，“将健康融入所有政策”和公平政策）；

产出 4.2.1. 各国建立公平的以人为本的综合服务提供系统，加强公共卫生方法；



产出 4.2.2. 各国实施面向全民健康覆盖的卫生人力战略；

产出 4.3.3. 通过制定规范、标准和指南，加强监管系统以及实行资格预审，提高药品和其它卫生技术的质量和安全性。

2. 如果与《2014-2019 年第十二个工作总规划》和《2016-2017 年规划预算》中指明的结果没有联系，则请扼要说明审议该决议的理由。

不适用。

3. 为实现任何额外可交付成果估计所需的时间（年数或月数）。

拟在 2017 年 6 月至 2023 年 12 月期间实施该决议。

## B. 对预算的影响

1. 该决议估计实施费用总额（百万美元）：

6300 万美元。

2.a. 估计当前双年度的额外预算需求（百万美元）：

在经批准的当前双年度规划预算中，不需支付额外费用。

2.b. 可用于当前双年度的资金

— 当前双年度可用来实施该决议的资金（百万美元）：

层级	人员费用	活动费用	合计
国家办事处	0.4	0.9	1.3
区域办事处	1.9	3.0	4.9
总部	1.2	1.9	3.1
<b>总计</b>	<b>3.5</b>	<b>5.8</b>	<b>9.3</b>

— 有多少资金缺口（百万美元）：

在当前双年度没有资金缺口。

— 估计还可能获得的有助于填补任何缺口的资金（百万美元）：

不适用。

3. 估计 2018-2019 年的额外预算需求（如相关，按百万美元计）：

层级	人员费用	活动费用	合计
国家办事处	1.0	3.3	4.3
区域办事处	3.3	4.8	8.1
总部	2.7	4.0	6.7
<b>合计</b>	<b>7.0</b>	<b>12.1</b>	<b>19.1</b>

这是否已被编入 2018–2019 年规划预算方案？

是。

**4. 估计今后双年度的额外预算需求（如相关，按百万美元计）：**

2020–2021 双年度癌症控制工作估计所需预算为 2010 万美元，2022–2023 双年度估计所需预算为 2110 万美元，与 2018–2019 双年度相比，每个双年度预算递增 5%。在今后提交规划预算方案时将考虑到这些预算需求估算。

**WHA70.13 号决议：预防耳聋和听力损失**

**A. 与工作总规划和规划预算之间的联系**

**1. 请表明该决议将促进《2014-2019 年第十二个工作总规划》中哪些成果以及《2016-2017 年规划预算》中哪些产出。**

《2014-2019 年第十二个工作总规划》：影响：减少非传染性疾病导致的过早死亡；以及预防突发事件导致的死亡、疾病和残疾；成果 2.4，产出 2.4.2。

**2. 如果与《2014-2019 年第十二个工作总规划》和《2016-2017 年规划预算》中指定的结果没有联系，则请说明审议该决议的理由。**

不适用。

**3. 实施该决议有何拟议时间安排？**

从 2017 年至 2021 年。

如果时间安排会延至未来的规划预算，请确保在成本核算部分提供更多情况。

**B. 实施该决议的预算影响**

**1. 当前双年度：估计的预算需求（百万美元）**

层级	人员费用	活动费用	合计
国家办事处	0.100	0.150	0.250
区域办事处	0.300	0.125	0.425
总部	1.000	0.500	1.500
<b>合计</b>	<b>1.400</b>	<b>0.775</b>	<b>2.175</b>

**1(a) 实施该决议的估计预算需求是否已被充分编入当前的规划预算？（是/否）**

是。

**1(b) 对当前双年度预算的财政影响：**- **当前双年度提供多少资金？**

170 万美元。

- **有多少资金缺口？**

47.5 万美元。

- **建议采取什么行动来填补这些缺口？**

该缺口将通过协调的资源筹集工作解决，包括筹资对话会，可能利用自愿捐款加以资助。

**2. 下一个双年度：估计的预算需求（百万美元）**

层级	职员	活动	合计
国家办事处	0.20	0.75	0.95
区域办事处	0.60	0.50	1.10
总部	1.50	1.35	2.85
<b>合计</b>	<b>2.30</b>	<b>2.60</b>	<b>4.90</b>

**2(a) 对下一个双年度预算的财政影响：**- **下一个双年度目前提供多少资金？**

170 万美元。

- **有多少资金缺口？**

320 万美元。

- **建议采取什么行动来填补这些缺口？**

该缺口将通过协调的资源筹集工作解决，包括筹资对话会，可能利用自愿捐款加以资助。

**WHA70.14 号决议：加强免疫，实现全球疫苗行动计划的目标****A. 与工作总规划和规划预算之间的联系****1. 该决议将促进《2014-2019 年第十二个工作总规划》中哪些成果以及《2016-2017 年规划预算》中哪些产出。****与《2014-2019 年第十二个工作总规划》有关的成果：**

提高难以达及人群和社区的疫苗接种覆盖率。

**与《2016-2017 年规划预算》有关的产出：**

产出 1.5.1. 为实现疫苗十年的目标，实施并监测全球疫苗行动计划，重点是加强服务提供和对免疫接种的监测；

产出 1.5.2. 促进加强实施并监督消除麻疹和风疹战略；

产出 1.5.3. 确定新疫苗和其它免疫相关技术的目标产品特征和研究重点，以便开发具有公共卫生意义的疫苗并克服免疫接种障碍。

**2. 如果与《2014-2019 年第十二个工作总规划》和《2016-2017 年规划预算》中指明的结果没有联系，则请扼要说明审议该决议的理由。**

不适用。

**3. 为实现任何额外可交付成果估计所需的时间（年数或月数）。**

将在 2017–2021 年期间实施该决议。第六十五届世界卫生大会 WHA65.17 号决议（2012 年）要求总干事每年通过执委会向卫生大会报告实现全球免疫目标的进展情况，直至第七十一届世界卫生大会。鉴于秘书处将于 2021 年报告全球疫苗行动计划的最终完成情况（最终评估、监督和评价），将需要在此之前开展活动。

**B. 对预算的影响**

**1. 该决议估计实施费用总额（百万美元）：**

2.58 亿美元（2017 年至 2021 年）。

**2.a. 估计当前双年度的额外预算需求（百万美元）：**

700 万美元。

需要有额外预算来开展当前双年度期间新的活动，包括：支持实施世卫组织预防流行病行动研发蓝图，促进开展疟疾疫苗试点项目；即使在全球消灭脊灰行动提供的资源减少的情况下，加强对麻疹和其它疫苗可预防疾病的监测；协助那些没有资格获得全球疫苗免疫联盟支持的国家获得新的和未得到充分利用的疫苗并加强其免疫规划，包括维护和扩大疫苗产品、价格和采购数据库，并建立疫苗供需交流论坛。700 万美元涵盖职员、采购和技术支持顾问合同费用。

**2.b. 可用于当前双年度的资金**

– **当前双年度可用来实施该决议的资金（百万美元）：**

零。

– **有多少资金缺口（百万美元）：**

实施该决议所要求的各项活动估计将需要在当前双年度所剩时间获得 700 万美元。

– **估计还可能获得的有助于填补任何缺口的资金（百万美元）：**

将在该决议通过后为填补资金缺口开展一些筹资活动。一些合作伙伴已表示有兴趣增加在该决议所列领域中的投资。

**3. 估计 2018-2019 年的额外预算需求（如相关，按百万美元计）：**

7300 万美元。

需要为开展新的活动划拨额外预算，例如用于支持实施世卫组织预防流行病行动研发蓝图和开展疟疾疫苗试点项目等。加强对麻疹和其它疫苗可预防疾病的监测对于实现全球疫苗行动计划的目标极为重要，需要为此提供更多预算和资源。需要制定一项计划，确保国家作出必要投资，维持在脊灰过渡期的免疫接种活动，并继续或进一步协助那些已无资格获得全球疫苗免疫联盟支持的国家，以便在脊灰资金减少的情况下降低在维持有效免疫规划方面的任何风险。

**这是否已被编入 2018–2019 年规划预算方案？**

将尽量在 2018–2019 年规划预算范围内支付这些费用。

**4. 估计今后双年度的额外预算需求（如相关，按百万美元计）：**

2020–2021 年双年度额外预算需求为 1.78 亿美元。

**WHA70.15 号决议：促进难民和移民健康****A. 与工作总规划和规划预算之间的联系****1. 该决议将促进《2014-2019 年第十二个工作总规划》中哪些成果以及《2016-2017 年规划预算》中哪些产出。****与《2014-2019 年第十二个工作总规划》有关的成果：**

目前《2014-2019 年第十二个工作总规划》中没有关于移徙问题的具体成果。

**与《2016-2017 年规划预算》有关的产出：**

目前《2016-2017 年规划预算》中没有关于移徙问题的具体产出。然而，本组织将其当前在健康和移民领域的活动与《2016-2017 年规划预算》的产出 4.2.1（各国建立公平的以人为本的综合服务提供系统，加强公共卫生方法）和 4.2.3（使国家能够在全民健康覆盖背景下改善患者安全、提高服务质量并向患者赋权）联系在一起。

**2. 如果与《2014-2019 年第十二个工作总规划》和《2016-2017 年规划预算》中指定的结果没有联系，则请扼要说明审议该决议的理由。**

该决议与 2018-2019 年规划预算中规划领域 4.2.1 下所列产出相关。另外，EB140(9)号决定（2017 年）要求总干事，除其它外，与会员国（适用时，还包括区域经济一体化组织）充分协商和合作，并与国际移民组织和难民署及其它相关利益攸关方合作，制定《促进难民和移民健康的优先重点和指导原则框架草案》，供第七十届世界卫生大会审议，以及《难民和移民健康全球行动计划》，供第七十二届世界卫生大会审议。还要求总干事进行情况分析并确保难民和移民的健康问题在准备于 2018 年提交联合国大会的《全球难民契约》和《安全、有序和正常移民全球契约》中得到充分处理。

<p><b>3. 为实现任何额外可交付成果估计所需的时间（年数或月数）。</b></p> <p>2.5 年。</p>																				
<p><b>B. 对预算的影响</b></p>																				
<p><b>1. 该决议估计实施费用总额（百万美元）：</b></p> <p>2017 年 6 月至 2019 年 12 月的费用为 436 万美元。</p> <p>除此之外的费用将取决于准备制定并提交第七十二届世界卫生大会审议的《难民和移民健康全球行动计划》。</p>																				
<p><b>2.a. 估计当前双年度的额外预算需求（百万美元）：</b></p> <p>54 万美元。</p>																				
<p><b>2.b. 可用于当前双年度的资金</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>当前双年度可用来实施该决议的资金（百万美元）：</b> 零。</li> <li>– <b>有多少资金缺口（百万美元）：</b> 54 万美元。</li> <li>– <b>估计还可能获得的有助于填补任何缺口的资金（百万美元）：</b> 零。</li> </ul>																				
<p><b>3. 估计 2018-2019 年的额外预算需求（如相关，按百万美元计）：</b></p> <p>382 万美元。</p> <table border="1" data-bbox="204 1400 1364 1653"> <thead> <tr> <th>层级</th> <th>人员费用</th> <th>活动费用</th> <th>合计</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>国家办事处</td> <td>0.00</td> <td>0.10</td> <td>0.10</td> </tr> <tr> <td>区域办事处</td> <td>1.20</td> <td>0.50</td> <td>1.70</td> </tr> <tr> <td>总部</td> <td>1.57</td> <td>0.45</td> <td>2.02</td> </tr> <tr> <td><b>合计</b></td> <td><b>2.77</b></td> <td><b>1.05</b></td> <td><b>3.82</b></td> </tr> </tbody> </table> <p><b>这是否已被编入 2018–2019 年规划预算方案？</b></p> <p>这已在 2018-2019 年规划预算方案中列为 2018-2019 年的可交付成果：目前正在与会员国讨论这些可交付成果的具体细节和相关工作。因为这是世卫组织的一个新工作领域，以正在根据执行委员会要求制定的《促进难民和移民健康的优先重点和指导原则框架》为基础。</p>	层级	人员费用	活动费用	合计	国家办事处	0.00	0.10	0.10	区域办事处	1.20	0.50	1.70	总部	1.57	0.45	2.02	<b>合计</b>	<b>2.77</b>	<b>1.05</b>	<b>3.82</b>
层级	人员费用	活动费用	合计																	
国家办事处	0.00	0.10	0.10																	
区域办事处	1.20	0.50	1.70																	
总部	1.57	0.45	2.02																	
<b>合计</b>	<b>2.77</b>	<b>1.05</b>	<b>3.82</b>																	
<p><b>4. 估计今后双年度的额外预算需求（如相关，按百万美元计）：</b></p> <p>不适用——将在 2018 年制定框架和全球行动计划时估计预算需求。</p>																				

**WHA70.16 号决议：全球媒介控制对策：控制媒介传播疾病的综合方针****A. 与工作总规划和规划预算之间的联系****1. 该决议将促进《2014-2019 年第十二个工作总规划》中哪些成果以及《2016-2017 年规划预算》中哪些产出。****与《2014-2019 年第十二个工作总规划》有关的成果：**

- 使更多确诊疟疾病例获得一线抗疟治疗药物；
- 增加并保持治疗被忽视热带病的基本药物的获得情况；
- 增加跨部门政策协调，处理健康问题的社会决定因素；
- 减少卫生的环境威胁；
- 所有国家有全面的国家卫生政策、战略和计划，且在过去 5 年内予以更新；
- 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；
- 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；
- 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；
- 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；
- 各国拥有管理突发事件相关公共卫生风险的能力；
- 增强全球卫生领域的一致性，其中世卫组织应发挥指导作用，使许多不同的行动者能够积极有效地增进所有人的健康。

**与《2016-2017 年规划预算》有关的产出：**

产出 1.3.1. 促进各国实施循证疟疾战略计划，重点是实现媒介控制措施及诊断检测法和治疗的有效覆盖以及通过为加强减少疟疾工作进行能力建设对疗效和杀虫剂抗性进行监督和监测；

产出 1.3.2. 更新有关媒介控制、诊断检验法、抗疟治疗、发热性疾病综合管理、监测以及发现和应对疫情以减少并消除疟疾的政策建议及战略和技术指南；

产出 1.4.1. 促进实施世卫组织被忽视的热带病路线图，并对实施情况进行监督；

产出 1.4.2. 通过循证技术指南和技术支持实施控制被忽视热带病的措施，并对有关情况进行监测；

产出 1.4.3. 发展适应疾病流行国卫生需求的新知识、解决方案和实施策略。

2. 如果与《2014-2019年第十二个工作总规划》和《2016-2017年规划预算》中指定的结果没有联系，则请扼要说明审议该决议的理由。

不适用。

3. 为实现任何额外可交付成果估计所需的时间（年数或月数）。

13年6个月。为与2030年可持续发展议程保持一致，战略实施期是2017年7月至2030年12月。

## B. 对预算的影响

1. 该决议估计实施费用总额（百万美元）：

5318 万美元（职员：2934 万美元；活动：2384 万美元）。

### 2017-2030 年总额，以百万美元计

层级	人员费用	活动费用	合计
国家、国家间和区域	22.03	17.22	39.25
全球	7.31	6.62	13.93
<b>总计</b>	<b>29.34</b>	<b>23.84</b>	<b>53.18</b>

- 2.a. 估计当前双年度的额外预算需求（百万美元）：

100 万美元（职员：55 万美元；活动：45 万美元）。

将在本双年度本类别现有预算范围内实现额外可交付成果。

- 2.b. 可用于当前双年度的资金

- 当前双年度可用来实施该决议的资金（百万美元）：

目前没有可用于实施该决议的资金。

- 有多少资金缺口（百万美元）：

100 万美元

- 估计还可能获得的有助于填补任何缺口的资金（百万美元）：

将在本双年度通过自愿捐款募集资金。

3. 估计 2018-2019 年的额外预算需求（如相关，按百万美元计）：

798 万美元（职员：438 万美元；活动：360 万美元）

### 2018-2019 年总额，以百万美元计

层级	职员	活动	合计
国家、国家间和区域	3.28	2.60	5.88
全球	1.10	1.00	2.10
<b>总计</b>	<b>4.38</b>	<b>3.60</b>	<b>7.98</b>



**这是否已被编入 2018-2019 年规划预算方案？**

将在 2018-2019 年规划预算方案所列总体预算范围内支付 2018-2019 双年度实施该决议的相关费用。

**4. 估计今后双年度的额外预算需求（如相关，按百万美元计）：**

假定汇率不变，2020-2030 年实施该决议的估计费用为 4420 万美元（职员：2441 万美元；活动：1979 万美元）。

**2020-2030 年总额，以百万美元计**

层级	职员	活动	合计
国家、国家间和区域	18.34	14.29	32.63
全球	6.07	5.50	11.57
<b>总计</b>	<b>24.41</b>	<b>19.79</b>	<b>44.20</b>

**WHA70(9)号决定：脊髓灰质炎：脊灰过渡计划****A. 与工作总规划和规划预算之间的联系**

1. 该决定将促进《2014-2019 年第十二个工作总规划》中哪些成果以及《2016-2017 年规划预算》中哪些产出。

与《2014-2019 年第十二个工作总规划》有关的成果：

全球无野生脊灰病毒或 2 型疫苗相关脊灰病毒引起的麻痹症。

与《2016-2017 年规划预算》有关的产出：

产出 5.5.4. 确定并在全球实施脊灰遗产工作计划。

2. 如果与《2014-2019 年第十二个工作总规划》和《2016-2017 年规划预算》中指定的结果没有联系，则请扼要说明审议该决定的理由。

不适用。

3. 为实现任何额外可交付成果估计所需的时间（年数或月数）。

将于 2017 年底前制定世卫组织战略脊灰过渡行动计划和方案并提交 2018 年 1 月执行委员会第 142 届会议审议。将为 2018 年 5 月第七十一届世界卫生大会进一步制定并完善战略行动计划。战略行动计划将列明该计划的实施时间安排（和费用）。

**B. 对预算的影响**

1. 该决定估计实施费用总额（百万美元）：

为了在 2017 年底前制定战略行动计划和方案及费用安排并通过执行委员会第 142 届会议将其提交第七十一届世界卫生大会，世卫组织估计将需要以下专门人员：总

部一名 P6、一名 P5 和一名 P4 工作人员以及为期 7 个月（2017 年剩余月份）的一名 G5 辅助工作人员，东地中海区域办事处和非洲区域办事处一名 P5 工作人员，东南亚区域办事处一名半职 P4 工作人员。2017 年工作人员费用为 106 万美元。

2018 年头 6 个月将需要同样职员配置，费用为 89 万美元。

2017 年会议和文件业务费用估计为 3 万美元。

因此，估计 13 个月费用总额为 198 万美元。

还将需要消灭脊灰规划和其它有关规划（例如世卫组织突发卫生事件规划以及免疫、疫苗和生物制品规划等）及国家办事处的工作人员提供实际支持，但此种支持不计费用。这一估算主要基于迄今协调过渡计划所需的资源。

#### **2.a. 估计当前双年度的额外预算需求（百万美元）：**

如 B.1 节所述，2017 年期间的费用为 109 万美元；将在 2016-2017 年规划预算范围内支付这些费用。

#### **2.b. 可用于当前双年度的资金**

- **当前双年度可用来实施该决定的资金（百万美元）：**

可能利用现有资金实施该决定。

- **有多少资金缺口（百万美元）：**

无资金缺口。

- **估计还可能获得的有助于填补任何缺口的资金（百万美元）：**

不适用。

#### **3. 估计 2018-2019 年的额外预算需求（如相关，按百万美元计）：**

如 B.1 节所述，2018 年头 6 个月总部和区域工作人员制定和继续完善战略行动计划和方案的费用估计为 89 万美元。

##### **这是否已被编入 2018-2019 年规划预算方案？**

制定旨在实现可交付成果的计划是持续的过程，但费用将尽量限制在已获批准的 2018-2019 年规划预算范围内。战略行动计划和方案的实施费用将列入向执行委员会第 142 届会议和第七十一届世界卫生大会提交的报告。

#### **4. 估计今后双年度的额外预算需求（如相关，按百万美元计）：**

有待在战略行动计划和方案中确定。

<b>WHA70(10)号决定： 审查大流行性流感防范框架</b>	
<b>A. 与工作总规划和规划预算之间的联系</b>	
1.	<p>该决定将促进《2014-2019 年第十二个工作总规划》中哪些成果以及《2016-2017 年规划预算》中哪些产出。</p> <p>与《2014-2019 年第十二个工作总规划》有关的成果： 不适用。</p> <p>与《2016-2017 年规划预算》有关的产出： 不适用。</p>
2.	<p>如果与《2014-2019 年第十二个工作总规划》和《2016-2017 年规划预算》中指明的结果没有联系，则请扼要说明审议该决定的理由。</p> <p>共享流感病毒以及获得疫苗和其它利益的大流行性流感防范框架可促进世卫组织突发卫生事件规划的成果 E.1 和 E.2。</p> <p>会员国正在审议 2016 年大流行性流感防范框架审查小组的报告。大流行性流感防范框架第 7.4.2 节指出，将于 2016 年审查大流行性流感防范框架及其附录，以期在 2017 年通过执行委员会就适当反映事态发展的条款修订向世界卫生大会提出建议。</p>
3.	<p>为实现任何额外可交付成果估计所需的时间（年数或月数）。</p> <p>至多 30 个月。</p>
<b>B. 对预算的影响</b>	
1.	<p>该决定估计实施费用总额（百万美元）：</p> <p>291 万美元。</p>
2.a.	<p>估计当前双年度的额外预算需求（百万美元）：</p> <p>为开展该决定所述活动，估计 2017 年需要额外提供 84 万美元资金。由于大流行性流感防范框架不在规划预算范围之内，所以可在不增加预算空间的情况下实施该决定。</p>
2.b.	<p>可用于当前双年度的资金</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– 当前双年度可用来实施该决定的资金（百万美元）： 无。</li> <li>– 有多少资金缺口（百万美元）： 84 万美元。</li> <li>– 估计还可能获得的有助于填补任何缺口的资金（百万美元）： 无。</li> </ul>

<p><b>3. 估计 2018-2019 年的额外预算需求（如相关，按百万美元计）：</b></p> <p>207 万美元。</p> <p><b>这是否已被编入 2018–2019 年规划预算方案？</b></p> <p>大流行性流感防范框架在规划预算范围之外。</p>
<p><b>4. 估计今后双年度的额外预算需求（如相关，按百万美元计）：</b></p> <p>不适用。</p>
<p><b>WHA70(12)号决定：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</b></p>
<p><b>A. 与工作总规划和规划预算之间的联系</b></p>
<p><b>1. 该决定将促进《2014-2019 年第十二个工作总规划》中哪些成果以及《2016-2017 年规划预算》中哪些产出。</b></p> <p><b>与《2014-2019 年第十二个工作总规划》有关的成果：</b></p> <p>所开展的工作将涵盖《2014-2019 年第十二个工作总规划》中的所有成果。</p> <p><b>与《2016-2017 年规划预算》有关的产出：</b></p> <p>所开展的工作将涵盖《2016-2017 年规划预算》中的所有产出。</p>
<p><b>2. 如果与《2014-2019 年第十二个工作总规划》和《2016-2017 年规划预算》中指定的结果没有联系，则请扼要说明审议该决定的理由。</b></p> <p>不适用。</p>
<p><b>3. 为实现任何额外可交付成果估计所需的时间（年数或月数）。</b></p> <p>一年（2017 年 5 月至 2018 年 5 月）。</p>
<p><b>B. 对预算的影响</b></p>
<p><b>1. 该决定估计实施费用总额（百万美元）：</b></p> <p>总计：1011 万美元（人员费用：386 万美元；活动费用：625 万美元）。</p>
<p><b>2.a. 估计当前双年度的额外预算需求（百万美元）：</b></p> <p>总计：将在现行规划预算范围内安排 648 万美元（人员费用：225 万美元；活动费用：423 万美元）。</p>

**2.b. 可用于当前双年度的资金**- **当前双年度可用来实施该决定的资金（百万美元）：**

139 万美元。

- **有多少资金缺口（百万美元）：**

将继续通过自愿捐款方式寻求资助，包括巴勒斯坦被占领土战略应对计划。

- **估计还可能获得的有助于填补任何缺口的资金（百万美元）：**

不适用。

**3. 估计 2018-2019 年的额外预算需求（如相关，按百万美元计）：**

总计：363 万美元（人员费用：161 万美元；活动费用：202 万美元）。

**这是否已被编入 2018-2019 年规划预算方案？**

是。

**4. 估计今后双年度的额外预算需求（如相关，按百万美元计）：**

不适用。

**WHA70(17)号决定：公共卫生领域应对痴呆症全球行动计划****A. 与工作总规划和规划预算之间的联系****1. 请表明该决定将促进《2014-2019 年第十二个工作总规划》中哪些成果以及《2016-2017 年规划预算》中哪些产出。**

《2014-2019 年第十二个工作总规划》类别 2 中的成果：增加精神卫生和物质使用障碍服务的获得。《2016-2017 年规划预算》中的产出 2.2.1（加强各国根据 2013-2020 年全面精神卫生行动计划制定并实施国家政策、计划和信息系统的能力）和 2.2.2（各国具备开展包括促进、预防、治疗和康复在内的综合精神卫生服务的技術能力）。

**2. 如果与《2014-2019 年第十二个工作总规划》和《2016-2017 年规划预算》中指定的结果没有联系，则请扼要说明审议该决定草案的理由。**

《2018-2019 年规划预算》中包括一项区域办事处可交付成果，内容涉及向区域内各国提供指导和支持，以便各国制定并实施痴呆症防治政策/计划/策略；还包括一项总部可交付成果，内容涉及建立全球痴呆症观察站并协助会员国制定和实施关于痴呆症的策略。

**3. 请列明为实现任何额外可交付成果估计所需的时间（年数或月数）。**

公共卫生领域应对痴呆症全球行动计划涉及的八年期。

<b>B. 实现额外可交付成果对预算的影响</b>
<p><b>1. 当前双年度：估计的额外预算需求（百万美元）：</b> 涵盖 2017 年 7 月至 12 月。 共 133 万美元（人员费用 70 万美元，活动费用 63 万美元）。 总部：P2 级一人（100%）、P4 级一人（一名 75%等同专职员工）、在公共卫生和痴呆症方面具有国际经验的 P5 级一人（一名 25%等同专职员工）以及提供行政支持的 G5 级一人（一名 50%等同专职员工）。 在区域层面：每个区域一名了解本区域需求的 P4 级公共卫生和痴呆症问题国际专家（一名 50%等同专职员工）。</p>
<p><b>(i) 请列明可用于在当前双年度实施该决定草案的资金水平（百万美元）：</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>当前双年度有多少资金可用于实施该决定草案？</b> 11 万美元。</li> <li>- <b>有多少资金缺口？</b> 122 万美元。</li> <li>- <b>估计还可能获得任何资金来填补这一缺口吗？</b> 8 万美元（预计从欧洲委员会获得一笔赠款）。</li> </ul>
<p><b>2. 2018-2019 双年度（如果需要）：估计的预算需求（百万美元）</b> 530 万美元（人员费用 280 万美元，活动费用 250 万美元）。</p>
<p><b>3. 2018-2019 之后双年度（如果需要）：估计的预算需求（百万美元）</b> 2020-2021 双年度：530 万美元（人员费用 280 万美元，活动费用 250 万美元）。 2022-2023 双年度：530 万美元（人员费用 280 万美元，活动费用 250 万美元）。 2024-2025 双年度：530 万美元（人员费用 280 万美元，活动费用 250 万美元）。 合计：三个双年度 1590 万美元（人员费用 840 万美元，活动费用 750 万美元）。</p>

<b>WHA70(18)号决定：世界毒品问题的公共卫生影响</b>
<b>A. 与工作总规划和规划预算之间的联系</b>
<p><b>1. 该决定将促进《2014-2019 年第十二个工作总规划》中哪些成果以及《2016-2017 年规划预算》中哪些产出。</b></p> <p><b>与《2014-2019 年第十二个工作总规划》有关的成果：</b> 使更多艾滋病毒感染者获得关键干预措施； 增加精神卫生和物质使用障碍服务的获得； 更好地获得并合理使用安全、有效、高质量药品和卫生技术。</p>

**与《2016-2017年规划预算》有关的产出：**

产出 1.1.1. 通过积极参与政策对话、开发规范性指导和工具、传播战略信息和提供技术支持，加强各国提供关键艾滋病毒干预措施的能力；

产出 1.1.2. 通过积极参与政策对话、开发规范性指导和工具、传播战略信息和提供技术支持，加强各国提供关键肝炎干预措施的能力；

产出 2.2.3. 促进各国扩大并加强针对使用酒精和其它精神活性物质引起的障碍的战略、制度和干预措施；

产出 4.3.1. 使国家能够制定或更新、实施、监督和评估本国旨在推动进一步获得药品和其它卫生技术的政策；加强循证选择和合理应用卫生技术。

**2. 如果与《2014-2019年第十二个工作总规划》和《2016-2017年规划预算》中指定的结果没有联系，则请扼要说明审议该决定的理由。**

不适用。

**3. 为实现任何额外可交付成果估计所需的时间（年数或月数）。**

2017年6月至2022年5月（5年）。

**B. 对预算的影响****1. 该决定估计实施费用总额（百万美元）：1285 万美元**

2016-2017 双年度：135 万美元

2018-2019 双年度：575 万美元

2020-2021 双年度：575 万美元

合计：1285 万美元

**2.a. 估计当前双年度的额外预算需求（百万美元）：135 万美元**

由于额外的可交付成果，将通过有效的协调和实施机制，扩大世卫组织——毒品和犯罪问题办公室——麻管局的合作，以满足更多的国家需求，在现行预算额度内可安排 30 万美元。

**2.b. 可用于当前双年度的资金****– 当前双年度可用来实施该决定的资金（百万美元）：**

30 万美元。

**– 有多少资金缺口（百万美元）：105 万美元**

费用：135 万美元

可得资源：30 万美元

资金缺口：105 万美元

<p>– 估计还可能获得的有助于填补任何缺口的资金（百万美元）： 105 万美元。</p>
<p>3. 估计 2018-2019 年的额外预算需求（如相关，按百万美元计）： 575 万美元。 这是否已被编入 2018–2019 年规划预算方案？ 是。</p>
<p>4. 估计今后双年度的额外预算需求（如相关，按百万美元计）： 575 万美元。</p>

<b>WHA70(19)号决定：终止儿童肥胖委员会的报告：实施计划</b>
<b>A. 与工作总规划和规划预算之间的联系</b>
<p>1. 该决定将促进《2014-2019 年第十二个工作总规划》中哪些成果以及《2016-2017 年规划预算》中哪些产出。 与《2014-2019 年第十二个工作总规划》有关的成果： 第 2 类非传染性疾病预防领域下的成果。 与《2016-2017 年规划预算》有关的产出： 产出 2.1.1. 加快制定和/或实施预防和控制非传染性疾病的国家多部门政策和计划； 产出 2.1.2. 促进各国实施减少非传染性疾病的可改变危险因素（烟草使用、饮食、缺乏身体活动和有害使用酒精）的策略，包括减少潜在的社会决定因素； 产出 2.1.3. 促进各国提高卫生保健覆盖率，以便通过加强卫生系统管理心血管疾病、癌症、糖尿病和慢性呼吸疾病及其危险因素； 产出 2.1.4. 落实监测框架，报告履行《联合国大会预防和控制非传染性疾病问题高级别会议政治宣言》所载承诺和《世卫组织 2013-2020 年预防和控制非传染性疾病全球行动计划》取得的进展。</p>
<p>2. 如果与《2014-2019 年第十二个工作总规划》和《2016-2017 年规划预算》中指明的结果没有联系，则请扼要说明审议该决定的理由。 不适用。</p>
<p>3. 为实现任何额外可交付成果估计所需的时间（年数或月数）。 拟于 2018 年 1 月至 2023 年 12 月期间实施该决定。 秘书处将主持协调一个监测和评估框架的开发工作，以便能够定期报告终止儿童肥胖委员会各项建议的全球实施进展情况，并指导会员国制定和加强国家级监测、评估和问责工作。将在 2018-2019 双年度开展这些活动。</p>



将编写和传播一系列有关政策简报和实施指南，以支持区域和国家办事处 2018-2019 年能力建设工作。这将有助于进一步支持会员国采用现有的和新颖的办法处理儿童肥胖问题。将开展技术性工作，弥补在 5 岁以下儿童及 5-17 岁儿童重要行为和体重测量方法和监测系统方面的知识缺口和实践差距。将在 2018-2019 年期间通过区域中心和网络开展技术支持和能力建设工作。

## B. 对预算的影响

### 1. 该决定估计实施费用总额（百万美元）：

1261 万美元。

### 2.a. 估计当前双年度的额外预算需求（百万美元）：

无。

### 2.b. 可用于当前双年度的资金

#### – 当前双年度可用来实施该决定的资金（百万美元）：

零。

#### – 有多少资金缺口（百万美元）：

零。

#### – 估计还可能获得的有助于填补任何缺口的资金（百万美元）：

不适用。

### 3. 估计 2018-2019 年的额外预算需求（如相关，按百万美元计）：

层级	人员费用	活动费用	合计
国家办事处	0.2	0.3	0.5
区域办事处	0.3	0.5	0.8
总部	1.1	1.6	2.7
<b>总计</b>	<b>1.6</b>	<b>2.4</b>	<b>4.0</b>

#### 这是否已被编入 2018–2019 年规划预算方案？

是。

### 4. 估计今后双年度的额外预算需求（如相关，按百万美元计）：

2020–2021 双年度实施终止儿童肥胖委员会的各项建议估计所需预算为 420 万美元，2022–2023 双年度估计所需预算为 441 万美元，与 2018–2019 双年度相比，每个双年度预算递增 5%。在今后提交规划预算方案时将考虑到这些预算需求估算。拨款用于支持继续评估全球和国家实施终止儿童肥胖委员会各项建议的进展情况以及向会员国提供技术支持和指导。

<b>WHA70(20)号决定：</b> 加强世界卫生大会和《世卫组织烟草控制框架公约》缔约方会议之间的协同效应
<b>A. 与工作总规划和规划预算之间的联系</b>
<p><b>1. 该决定将促进《2014-2019年第十二个工作总规划》中哪些成果以及《2016-2017年规划预算》中哪些产出。</b></p> <p><b>与《2014-2019年第十二个工作总规划》有关的成果：</b> 第2类非传染性疾病预防领域下的成果。</p> <p><b>与《2016-2017年规划预算》有关的产出：</b> 产出 2.1.1. 加快制定和/或实施预防和控制非传染性疾病的国家多部门政策和计划； 产出 2.1.2. 促进各国实施减少非传染性疾病的可改变危险因素（烟草使用、饮食、缺乏身体活动和有害使用酒精）的策略，包括减少潜在的社会决定因素。</p>
<p><b>2. 如果与《2014-2019年第十二个工作总规划》和《2016-2017年规划预算》中指定的结果没有联系，则请扼要说明审议该决定的理由。</b></p> <p>不适用。</p>
<p><b>3. 为实现任何额外可交付成果估计所需的时间（年数或月数）。</b></p> <p>所需时间不定。</p>
<b>B. 对预算的影响</b>
<p><b>1. 该决定估计实施费用总额（百万美元）：</b></p> <p>零。</p>
<p><b>2.a. 估计当前双年度的额外预算需求（百万美元）：</b></p> <p>无。</p>
<p><b>2.b. 可用于当前双年度的资金</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>当前双年度可用来实施该决定的资金（百万美元）：</b> 零。</li> <li>– <b>有多少资金缺口（百万美元）：</b> 零。</li> <li>– <b>估计还可能获得的有助于填补任何缺口的资金（百万美元）：</b> 不适用。</li> </ul>

<p><b>3. 估计 2018-2019 年的额外预算需求（如相关，按百万美元计）：</b></p> <p>零。</p> <p><b>这是否已被编入 2018–2019 年规划预算方案？</b></p> <p>不适用。</p>
<p><b>4. 估计今后双年度的额外预算需求（如相关，按百万美元计）：</b></p> <p>零。</p>

<b>WHA70(21)号决定：伪劣医疗产品问题会员国机制</b>
<b>A. 与工作总规划和规划预算之间的联系</b>
<p><b>1. 该决定将促进《2014-2019 年第十二个工作总规划》中哪些成果以及《2016-2017 年规划预算》中哪些产出。</b></p> <p><b>与《2014-2019 年第十二个工作总规划》有关的成果：</b></p> <p>更好地获得并合理使用安全、有效、高质量药品和卫生技术。</p> <p><b>与《2016-2017 年规划预算》有关的产出：</b></p> <p>产出 4.3.3. 通过制定规范、标准和指南，加强监管系统以及实行资格预审，提高药品和其它卫生技术的质量和安全性。</p>
<p><b>2. 如果与《2014-2019 年第十二个工作总规划》和《2016-2017 年规划预算》中指明的结果没有联系，则请扼要说明审议该决定的理由。</b></p> <p>不适用。</p>
<p><b>3. 为实现任何额外可交付成果估计所需的时间（年数或月数）。</b></p> <p>如该决定得到卫生大会批准，将需要三个月时间（2017 年 6 月至 8 月）。将更新世卫组织网站：体现对文件 A70/23 附件中附录 3 所载定义的认识。会员国机制名称中的“劣质、假造、标签不当、伪造、假冒医疗产品”将改为“伪劣医疗产品”。</p>
<b>B. 对预算的影响</b>
<p><b>1. 该决定估计实施费用总额（百万美元）：</b></p> <p>费用影响为零。</p>
<p><b>2.a. 估计当前双年度的额外预算需求（百万美元）：</b></p> <p>费用影响为零。</p>
<p><b>2.b. 可用于当前双年度的资金</b></p> <p>— <b>当前双年度可用来实施该决定的资金（百万美元）：</b></p> <p>费用影响为零。</p>

- 有多少资金缺口（百万美元）：

不适用。

- 估计还可能获得的有助于填补任何缺口的资金（百万美元）：

不适用。

**3. 估计 2018-2019 年的额外预算需求（如相关，按百万美元计）：**

费用影响为零。

**这是否已被编入 2018–2019 年规划预算方案？**

不适用。

**4. 估计今后双年度的额外预算需求（如相关，按百万美元计）：**

不适用。

**WHA70(22)号决定：2030 年可持续发展议程实施进展**

**A. 与工作总规划和规划预算之间的联系**

- 1. 该决定将促进《2014-2019 年第十二个工作总规划》中哪些成果以及《2016-2017 年规划预算》中哪些产出。**

**与《2014-2019 年第十二个工作总规划》有关的成果：**

不适用。

**与《2016-2017 年规划预算》有关的产出：**

不适用。

- 2. 如果与《2014-2019 年第十二个工作总规划》和《2016-2017 年规划预算》中指定的结果没有联系，则请扼要说明审议该决定的理由。**

在审议和批准当前《2014–2019 年第十二个工作总规划》和《2016–2017 年规划预算》时，可持续发展目标尚未制定，因此不能将其纳入结果结构。

- 3. 为实现任何额外可交付成果估计所需的时间（年数或月数）。**

从 2018 年至 2030 年，将每隔两年审查和报告有关进展情况。

**B. 对预算的影响**

- 1. 该决定估计实施费用总额（百万美元）：**

费用影响为零。

- 2.a. 估计当前双年度的额外预算需求（百万美元）：**

费用影响为零。

**2.b. 可用于当前双年度的资金**

- **当前双年度可用来实施该决定的资金（百万美元）：**  
费用影响为零。
- **有多少资金缺口（百万美元）：**  
不适用。
- **估计还可能获得的有助于填补任何缺口的资金（百万美元）：**  
不适用。

**3. 估计 2018-2019 年的额外预算需求（如相关，按百万美元计）：**

费用影响为零。

**这是否已被编入 2018–2019 年规划预算方案？**

不适用。

**4. 估计今后双年度的额外预算需求（如相关，按百万美元计）：**

不适用。

**WHA70(23)号决定：**卫生部门为努力实现并超越 2020 年目标在《国际化学品管理战略方针》中的作用

**A. 与工作总规划和规划预算之间的联系****1. 该决定将促进《2014-2019 年第十二个工作总规划》中哪些成果以及《2016-2017 年规划预算》中哪些产出。**

**与《2014-2019 年第十二个工作总规划》有关的成果：**

减少健康面临的环境威胁。

**与《2016-2017 年规划预算》有关的产出：**

产出 3.5.1. 促进各国评估卫生风险及制定并实施政策、战略或法规，以预防、减轻和管理环境和职业风险对卫生的影响；

产出 3.5.2. 就与空气和噪声污染、化学品、废物、水和卫生设施、辐射、纳米技术和气候变化有关的环境和职业卫生风险和效益建立规范和标准并拟定指南；

产出 3.5.3. 在实施有关环境以及建议的可持续发展目标和 2015 年后发展议程的多边协议和公约时落实公共卫生目标。

**2. 如果与《2014-2019 年第十二个工作总规划》和《2016-2017 年规划预算》中指明的结果没有联系，则请扼要说明审议该决定的理由。**

不适用。

<p><b>3. 为实现任何额外可交付成果估计所需的时间（年数或月数）。</b></p> <p>将需要 13 年，2018 年 1 月至 2030 年 12 月。</p>
<p><b>B. 对预算的影响</b></p>
<p><b>1. 该决定估计实施费用总额（百万美元）：</b></p> <p>加强卫生部门参与《国际化学品管理战略方针》以努力实现并超越 2020 年目标的路线图包括现行活动和新活动。用来落实新活动的估计费用为 5200 万美元。</p>
<p><b>2.a. 估计当前双年度的额外预算需求（百万美元）：</b></p> <p>零。</p>
<p><b>2.b. 可用于当前双年度的资金</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>当前双年度可用来实施该决定的资金（百万美元）：</b> 不适用。不建议增加秘书处在现行双年度中的化学品管理活动水平。</li> <li>– <b>有多少资金缺口（百万美元）：</b> 不适用。</li> <li>– <b>估计还可能获得的有助于填补任何缺口的资金（百万美元）：</b> 不适用。</li> </ul>
<p><b>3. 估计 2018-2019 年的额外预算需求（如相关，按百万美元计）：</b></p> <p>800 万美元。这包括总部 180 万美元和区域办事处层面 620 万美元。</p> <p>总部将增设一名工作人员，且六个区域办事处各设一个职位。目前，多数情况下这项职能在区域只占一个职位的一小部分。增加的其它费用将用于总部和六个区域办事处的活动。</p> <p><b>这是否已被编入 2018–2019 年规划预算方案？</b></p> <p>将尽最大可能，使 2018-2019 双年度落实这一决定的相关费用保持在 2018-2019 年规划预算方案的总体预算之内。</p>
<p><b>4. 估计今后双年度的额外预算需求（如相关，按百万美元计）：</b></p> <p>2020 至 2030 年之间每个双年度 800 万美元，即 4400 万美元。</p>