



世界 卫生 组织

第七十二届 世界卫生大会

2019年5月20-28日于日内瓦

决 议 和 决 定
附 件

日 内 瓦
二〇一九年

缩 写

世界卫生组织文件中使用的缩写如下：

ASEAN	— 东南亚国家联盟	UNDP	— 联合国开发计划署
FAO	— 联合国粮食及农业组织	UNEP	— 联合国环境规划署
IAEA	— 国际原子能机构	UNESCO	— 联合国教育、科学及文化组织
IARC	— 国际癌症研究机构	UNFPA	— 联合国人口基金
ICAO	— 国际民用航空组织	UNHCR	— 联合国难民事务高级专员 办事处
IFAD	— 国际农业发展基金	UNICEF	— 联合国儿童基金会
ILO	— 国际劳工组织（局）	UNIDO	— 联合国工业发展组织
IMF	— 国际货币基金组织	UNODC	— 联合国毒品和犯罪问题 办公室
IMO	— 国际海事组织	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
IOM	— 国际移民组织	WIPO	— 世界知识产权组织
ITU	— 国际电信联盟	WMO	— 世界气象组织
OECD	— 经济合作与发展组织	WTO	— 世界贸易组织
OIE	— 世界动物卫生组织		
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 143 届会议的决定¹，第七十二届世界卫生大会于 2019 年 5 月 20 日至 28 日在日内瓦万国宫举行。

¹ EB143(5)号决定 (2018 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	xxi

决议和决定

决议

WHA72.1	2020-2021 年规划预算	3
WHA72.2	初级卫生保健	6
WHA72.3	提供初级卫生保健服务的社区卫生工作者：机遇和挑战	7
WHA72.4	筹备联大全民健康覆盖高级别会议	12
WHA72.5	抗微生物药物耐药性	17
WHA72.6	全球患者安全行动	21
WHA72.7	医疗卫生机构中的供水、环境卫生和个人卫生	26
WHA72.8	提高药物、疫苗以及其他卫生产品的市场透明度	30
WHA72.9	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	33
WHA72.10	解决欠费的特别安排：中非共和国	34
WHA72.11	任命外审计员	35

WHA72.12	2020-2021 年摊款比额表	35
WHA72.13	不叙级职位职员和总干事的薪酬	41
WHA72.14	解决欠费的特别安排：委内瑞拉玻利瓦尔共和国	41
WHA72.15	《国际疾病分类》第十一次修订本	43
WHA72.16	支持全民健康覆盖的急救系统：确保急病患者和伤者得到及时护理	44
决定		
WHA72(1)	证书委员会的组成	49
WHA72(2)	选举第七十二届世界卫生大会官员	49
WHA72(3)	选举主要委员会官员	49
WHA72(4)	成立会务委员会	50
WHA72(5)	通过议程	50
WHA72(6)	审核证书	50
WHA72(7)	选举有权指派一人供职于执行委员会的会员国	51
WHA72(8)	巴勒斯坦被占领土（包括东耶路撒冷）和叙利亚被占戈兰的 卫生状况	51
WHA72(9)	世卫组织卫生、环境与气候变化全球战略：通过健康环境以可持续 方式改善生活和福祉所需做出的改变	52
WHA72(10)	小岛屿发展中国家气候变化与健康问题行动计划	52
WHA72(11)	联大预防和控制非传染性疾病问题第三次高级别会议政治宣言的 后续行动	53
WHA72(12)	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	55

WHA72(13)	实施《名古屋议定书》对公共卫生的影响.....	56
WHA72(14)	促进难民和移民健康.....	56
WHA72(15)	外审计员的报告.....	56
WHA72(16)	2018-2019 年世卫组织规划和财务报告，包括 2018 年经审计的 财务报表.....	57
WHA72(17)	人力资源：年度报告.....	57
WHA72(18)	任命参加世卫组织工作人员养恤金委员会的代表.....	57
WHA72(19)	2020 年：国际护士和助产士年.....	57
WHA72(20)	世界防治恰加斯病日.....	58
WHA72(21)	世卫组织改革：《世界卫生大会议事规则》修订款（取代或补充具有 性别色彩的措辞）.....	58
WHA72(22)	世卫组织改革：《世界卫生大会议事规则》修订款（执行委员会主席 关于治理改革问题非正式磋商会议结果的报告）.....	58
WHA72(23)	世卫组织改革：《世界卫生大会议事规则》修订款（解决在增补、补充、 紧急议程项目程序方面存在的模糊之处和漏洞，并处理《世界卫生大会 议事规则》的其它模糊之处、漏洞和其它缺陷）.....	59
WHA72(24)	选择召开第七十三届世界卫生大会的国家.....	59

附 件

1.	阿斯塔纳宣言.....	63
2.	世卫组织卫生、环境与气候变化全球战略：通过健康环境以可持续方式 改善生活和福祉所需做出的改变.....	67
3.	小岛屿发展中国家气候变化与健康问题行动计划.....	90

4. 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：咨询小组提出的建议及对大流行流感防范框架附件 2 脚注做出的修订.....	96
5. 《2019-2023 年促进难民和移民健康全球行动计划》	107
6. 经修订的总干事合同.....	117
7. 《世界卫生大会议事规则》英文本中具有性别色彩的措辞和修订款示例.....	119
8. 《世界卫生大会议事规则》修订文本.....	120
9. 卫生大会通过的决议和决定对秘书处的财政和行政影响.....	125



议 程¹

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 143 届和第 144 届会议的报告
3. 总干事谭德塞博士的讲话
4. [删除]
5. [删除]
6. 执行委员会：选举
7. 授奖
8. 主要委员会的报告
9. 卫生大会闭幕

甲委员会

10. 委员会会议开幕²
11. 战略性重点事项
 - 11.1 2020-2021 年规划预算方案

¹ 在第二次全体会议上通过。

² 包括选举副主席和报告员。

11.2 突发公共卫生事件：防范和应对

- 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
- 世卫组织在突发卫生事件领域的工作
- 《国际卫生条例（2005）》

11.3 脊灰

- 消灭
- 过渡

11.4 实施《2030年可持续发展议程》

11.5 全民健康覆盖

- 从初级卫生保健迈向全民健康覆盖
- 提供初级卫生保健服务的社区卫生工作者：机遇和挑战
- 筹备联大全民健康覆盖高级别会议

11.6 卫生、环境与气候变化

11.7 获取药物和疫苗

11.8 联合国大会卫生相关问题高级别会议的后续行动

- 抗微生物药物耐药性
- 预防和控制非传染性疾病
- 终止结核病

12. 其它技术事项

12.1 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

- 12.2 伪劣医疗产品问题会员国机制
- 12.3 [转至乙委员会]
- 12.4 促进难民和移民健康
- 12.5 患者安全
 - 全球患者安全行动
 - 医疗卫生机构中的供水、环境卫生和个人卫生
- 12.6 根除天花：销毁储存的天花病毒
- 12.7 [转至乙委员会]
- 12.8 [转至乙委员会]
- 12.9 [转至乙委员会]
- 12.10 [转至乙委员会]

乙委员会

- 13. 委员会会议开幕¹
- 14. 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
- 15. 财务事项
 - 15.1 2018-2019 规划**预算财务状况概述**
 - 15.2 2018-2019 年世卫组织规划和财务报告，包括 2018 年经审计的财务报表
 - 15.3 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

¹ 包括选举副主席和报告员。

- 15.4 解决欠费的特别安排
- 15.5 摊款比额表
- 15.6 [删除]
- 15.7 [删除]
- 16. 审计和监督事项
 - 16.1 外审计员的报告
 - 16.2 内审计员的报告
 - 16.3 外部和内部审计建议：实施进展
 - 16.4 任命外审计员
- 17. 职工配备事项
 - 17.1 人力资源：年度报告
 - 17.2 国际公务员制度委员会的报告
 - 17.3 《人事条例》和《职员细则》修订款
 - 17.4 任命参加世卫组织工作人员养恤金委员会的代表
 - 17.5 联合国工作人员养恤金联合委员会的报告
- 18. 管理、行政和治理事项
 - 18.1 世卫组织改革进程，包括转型议程和落实联合国发展系统改革
 - 18.2 多种语言
 - 18.3 [删除]

19. 执行委员会提交卫生大会的其他项目

20. 联合国系统内及与其它政府间组织的合作

21. 通报事项

21.1 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

21.2 第二次国际营养大会的成果

21.3 进展报告

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

B. 应对足菌肿的负担 (WHA69.21 号决议 (2016 年))

C. 消灭麦地那龙线虫病 (WHA64.16 号决议 (2011 年))

D. 维持消除碘缺乏症 (WHA60.21 号决议 (2007 年))

E. 预防耳聋和听力损失 (WHA70.13 号决议 (2017 年))

F. 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))

G. 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 (WHA70(23)号决定 (2017 年))

H. 加强医疗产品管制系统 (WHA67.20 号决议 (2014 年))

I. 药物合理使用方面的进展 (WHA60.16 号决议 (2007 年))

J. 传统医学 (WHA67.18 号决议 (2014 年))

12. 其它技术事项

12.3 卫生人力资源

- 12.7 《国际疾病分类》第十一次修订本
 - 12.8 妇女、儿童和青少年健康全球战略（2016-2030 年）
 - 12.9 急救和创伤护理
 - 12.10 实施《名古屋议定书》对公共卫生的影响
-

文件清单

A72/1 Rev.1	议程 ¹
A72/1 Add.1	补充议程项目的建议
A72/2	执行委员会第 143 届和第 144 届会议的报告
A72/3	总干事谭德塞博士的讲话
A72/4	2020-2021 年规划预算方案草案
A72/5	2020-2021 年规划预算方案 《2019-2023 年第十三个工作总规划》 世卫组织影响框架
A72/6	突发公共卫生事件：防范和应对 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
A72/7	突发公共卫生事件：防范和应对 世卫组织在突发卫生事件领域的工作
A72/8	突发公共卫生事件：防范和应对 《国际卫生条例（2005）》 《国际卫生条例（2005）》实施情况年度报告
A72/9	脊灰 消灭
A72/10	脊灰 过渡
A72/11 Rev.1	实施《2030 年可持续发展议程》
A72/12	全民健康覆盖 从初级卫生保健迈向全民健康覆盖 ²
A72/13	全民健康覆盖 提供初级卫生保健服务的社区卫生工作者：机遇和挑战

¹ 见第 ix 页

² 见附件 1。

A72/14	全民健康覆盖 筹备联大全民健康覆盖高级别会议
A72/15	卫生、环境与气候变化 世卫组织卫生、环境与气候变化全球战略草案：通过健康环境以可持续方式改善生活和福祉所需做出的改变 ¹
A72/16	卫生、环境与气候变化 小岛屿发展中国家气候变化与健康问题行动计划草案 ²
A72/17	获取药物和疫苗
A72/18	联合国大会卫生相关问题高级别会议的后续行动 抗微生物药物耐药性
A72/19	联合国大会卫生相关问题高级别会议的后续行动 预防和控制非传染性疾病
A72/20	联合国大会卫生相关问题高级别会议的后续行动 终止结核病
A72/21 和 A72/21Add.1	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 WHA71(11)号决定（2018 年）实施情况 ³
A72/22	伪劣医疗产品问题会员国机制
A72/23	卫生人力资源 世卫组织《全球卫生人员国际招聘行为守则》：第三轮国家报告
A72/24	卫生人力资源 卫生人力资源全球战略：卫生人力 2030
A72/25 Rev.1	促进难民和移民健康 《2019-2023 年全球行动计划草案》 ⁴
A72/26	患者安全 全球患者安全行动

¹ 见附件 2。

² 见附件 3。

³ 见附件 4。

⁴ 见附件 5。

A72/27	患者安全 医疗卫生机构中的供水、环境卫生和个人卫生
A72/28	根除天花：销毁储存的天花病毒
A72/29 和 A72/29 Add.1	《国际疾病分类》第十一次修订本
A72/30	妇女、儿童和青少年健康全球战略（2016-2030 年）
A72/31	急救和创伤护理 支持全民健康覆盖的急救系统：确保急病患者和伤者得到及时护理
A72/32	实施《名古屋议定书》对公共卫生的影响
A72/33	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
A72/34	2018-2019 年规划预算财务状况概述
A72/35	世卫组织执行结果报告 2018-2019 年规划预算 中期审查
A72/36	截至 2018 年 12 月 31 日的财务年度经审计的财务报表
A72/37	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
A72/38	2020-2021 年摊款比额表
A72/39	外审计员的报告
A72/40	内审计员的报告
A72/41	外部和内部审计建议：实施进展
A72/42	任命外审计员
A72/43	人力资源：年度报告 ¹

¹ 见附件 6。

A72/44	国际公务员制度委员会的报告
A72/45	《人事条例》和《职员细则》修订款
A72/46	任命参加世卫组织工作人员养恤金委员会的代表
A72/47	联合国工作人员养恤金联合委员会的报告
A72/48	世卫组织改革进程,包括转型议程和落实联合国发展系统改革 世卫组织转型议程
A72/49	世卫组织改革进程,包括转型议程和落实联合国发展系统改革 联合国系统改革和对世卫组织的影响
A72/50	世卫组织改革进程,包括转型议程和落实联合国发展系统改革 世卫组织改革 ¹
A72/51	世卫组织改革进程,包括转型议程和落实联合国发展系统改革 执行委员会主席关于治理改革问题非正式磋商会议结果的报 告 ²
A72/52	世卫组织改革进程,包括转型议程和落实联合国发展系统改革 世卫组织改革:治理 ²
A72/53	多种语言
A72/54 Rev.1	2020年:国际护士和助产士年
A72/54 Rev.1 Add.1	建议供卫生大会通过的決定对秘书处的财政和行政影响 ³
A72/55 Rev.1	世界防治恰加斯病日
A72/55 Rev.1 Add.1	建议供卫生大会通过的決定对秘书处的财政和行政影响 ³
A72/57	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
A72/58	第二次国际营养大会的成果
A72/59	进展报告

¹ 见附件 7。

² 见附件 8。

³ 见附件 9。

文件清单

- A72/60 Rev.1 解决欠费的特别安排
委内瑞拉玻利瓦尔共和国
- A72/61 解决欠费的特别安排
中非共和国
- A72/62 2018-2019 规划预算财务状况概述
2018-2019 年世卫组织规划和财务报告，包括 2018 年经审计的财务报表
执行委员会规划、预算和行政委员会向第七十二届世界卫生大会提交的报告
- A72/63 2020-2021 年规划预算
执行委员会规划、预算和行政委员会向第七十二届世界卫生大会提交的报告
- A72/64 世卫组织改革进程，包括转型议程和落实联合国发展系统改革
执行委员会规划、预算和行政委员会向第七十二届世界卫生大会提交的报告
- A72/65 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七十二届世界卫生大会提交的报告
- A72/66 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
解决欠费的特别安排
执行委员会规划、预算和行政委员会向第七十二届世界卫生大会提交的报告
- A72/67 外审计员报告
内审计员报告
外部和内部审计建议：实施进展
执行委员会规划、预算和行政委员会向第七十二届世界卫生大会提交的报告
- A72/68 证书委员会
- A72/69 甲委员会第一份报告
- A72/70 甲委员会第二份报告

A72/71	乙委员会第一份报告
A72/72	选举有权指派一人供职于执行委员会的会员国
A72/73	乙委员会第二份报告
A72/74	甲委员会第三份报告
A72/75	乙委员会第三份报告
A72/76	甲委员会第四份报告
A72/77	乙委员会第四份报告
A72/78	甲委员会第五份报告
A72/79	甲委员会第六份报告
A72/80	甲委员会第七份报告

参阅文件

A72/INF./1	授奖
A72/INF./2	2020-2021 年规划预算方案 2020-2021 年规划预算方案编制工作
A72/INF./3	2020-2021 年规划预算方案 消灭脊灰和脊灰过渡的预算问题
A72/INF./4	世卫组织改革进程,包括转型议程和落实联合国发展系统改革 世卫组织在国家、领地和地区的活动
A72/INF./5	2018 年各基金和捐助方的自愿捐款情况

杂项文件

A72/DIV./1 Rev.1	代表和其他与会人员名单
A72/DIV./2	世界卫生大会代表指南
A72/DIV./3	决定和决议清单
A72/DIV./4	文件清单

卫生大会官员及其各委员会成员¹

¹ 此外，代表和其他与会者名单载于文件 A72/DIV./1 Rev.1。

主席

Bounkong SYHAVONG 博士
(老挝人民民主共和国)

副主席

Socorro Flores LIERA 女士阁下
(墨西哥)

Abdoulaye Diouf SARR 先生
(塞内加尔)

Hussein Abdul Rahman AL RAND
博士 (阿拉伯联合酋长国)

Alisher SHADMANOV 博士
(乌兹别克斯坦)

Dechen WANGMO 女士 (不丹)

秘书

总干事谭德塞博士

证书委员会

证书委员会由下列会员国代表组成：
巴林、柬埔寨、多米尼加共和国、厄立特里亚、印度尼西亚、利比里亚、马绍尔群岛、黑山、波兰、塞舌尔、斯洛伐克、苏里南。

主席：Acep SOMANTRI 博士(印度尼西亚)

副主席：Berhane GHEBRETINSAE 先生
(厄立特里亚)

秘书：Françoise MOURAIN-SCHUT 女士
(法律事务高级干事)

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：巴哈马、中国、刚果、古巴、刚果

民主共和国、吉布提、法国、洪都拉斯、蒙古、缅甸、尼日尔、罗马尼亚、俄罗斯联邦、索马里、南非、大不列颠及北爱尔兰联合王国和美利坚合众国。

主席：Bounkong SYHAVONG 博士
(老挝人民民主共和国)

秘书：总干事谭德塞博士

各主要委员会

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

甲委员会

主席：Silvia Paula Valentim LUTUCUTA 博士 (安哥拉)

副主席：Yasuhiro SUZUKI 博士 (日本) 和 Mohammad Assai ARDAKANI 博士 (伊朗伊斯兰共和国)

报告员：Laura BORDÓN 女士 (巴拉圭)

秘书：Ian ROBERTS 先生，图书馆和信息知识网络处长

乙委员会

主席：Herbert BARNARD 先生 (荷兰)

副主席：Karen GORDON-CAMPBELL 博士 (圭亚那) 和 Abdulla AMEEN 先生 (马尔代夫)

报告员：Ahmad Jan NAEEM 博士 (阿富汗)

秘书：Clive ONDARI 博士，安全和警戒处处长

执行委员会代表

Maria Nazareth Farani AZEVÊDO 夫人 (巴西)

Päivi SILLANAUKKEE 博士 (芬兰)

Simon Mfanzile ZWANE 博士 (斯威士兰)

Glenys BEAUCHAMP 女士 (澳大利亚)

决议和决定

决 议

WHA72.1 2020-2021 年规划预算

第七十二届世界卫生大会，

审议了 2020-2021 年规划预算方案¹；

注意到执行委员会规划、预算和行政委员会提交第七十二届世界卫生大会的报告²；

注意到 2020-2021 年规划预算方案是根据《2019-2023 年第十三个工作总规划》和世卫组织“三个十亿”战略重点方针编制的第一份规划预算；

强调加强本组织规范性职能的重要性，同时还欢迎注重国家一级的影响、能力和综合系统；

忆及财政资源的分配必须辅之以对进展的监测和对可衡量结果的预期；

欢迎将应急行动和呼吁书作为已核算费用的要素纳入了 2020-2021 年规划预算方案；

进一步欢迎开展工作寻找全组织各级实现效率节约的机会，同时重申需要在所有层级充分资助促进性职能；

申明世卫组织在领导转型议程，支持各国努力实现所有卫生相关可持续发展目标具体目标；

认识到世卫组织全面致力于并参与实施联合国发展系统改革；

认识到 2020-2021 年规划预算方案提出了一个新结果框架，其中采用一个平衡计分卡，从六个层面，即领导职能；全球产品；国家支持；性别平等、公平和权利；资金效益和先行指标，评估秘书处在本组织三个层级的产出，同时还将通过一个新的世卫组织《影响框架》全面评估《2019-2023 年第十三个工作总规划》的结果及其对全球卫生的影响；

¹ 文件 A72/4

² 文件 A72/63。

强调仅在为从事本组织所负责的活动而有必要的情况下，以及在通过增效节支和确定重点活动为增资采取了一切可能的措施之后，才应当要求在 2020-2021 年规划预算方案基础上建议增资，

1. **批准** 2020-2021 年规划预算方案中所述的工作规划及其战略重点和其他领域，并注意到有关预算方案编制工作的背景信息；
2. **批准** 2020-2021 年财务期所有资金来源，即评定会费和自愿捐款的 58.404 亿美元预算额；
3. 将 2020-2021 年财务期的预算额**分配**给下述战略重点和其他领域：

战略重点

1. 全民健康覆盖受益人口新增 10 亿人：13.588 亿美元；
2. 面对突发卫生事件受到更好保护的人口新增 10 亿人：8.888 亿美元；
3. 健康和福祉得到改善的人口新增 10 亿人：4.311 亿美元；
4. 效率和效益更高的世卫组织将为国家提供更好的支持：10.90 亿美元，包括根据相关联合国大会决议为联合国驻地协调员制度提供资金；

其他领域

- 消灭脊灰（8.63 亿美元），特别规划（2.087 亿美元），合计 10.717 亿美元；
- 应急行动和呼吁书（10 亿美元），鉴于事件的性质，所需预算是根据最近经验作出的估算数字，可根据需要增加；

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 48.835 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 2100 万美元，由此会员国的摊款总额为 9.779 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，使用评定会费和自愿捐款，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**总干事必要时在四大战略重点之间转拨预算，金额最多不得超过向外拨款的战略重点预算分配额的 5%。将在提交各理事机构的法定报告中报告任何此类转拨情况并作出解释；

9. **还授权**总干事必要时根据可用资源情况，承担应急行动和呼吁书方面的额外支出；

10. **再授权**总干事必要时根据可用资源情况，承担预算中特别规划由于具有支持其年度和/或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额外支出；

11. **要求**总干事：

(1) 继续通过与会员国磋商，包括通过各区域委员会，制定结果框架并提交执行委员会第 146 届会议；

(2) 向执行委员会第 146 届会议提交一项筹资战略；

(3) 通过执行委员会及其规划、预算和行政委员会向卫生大会提交定期报告，说明规划预算的筹资和执行情况，包括一份中期结果报告；

(4) 向 2022 年第七十五届世界卫生大会提交一份报告，说明 2020-2021 年期间整个规划预算的执行情况，以及各主要办事处和国家一级的产出，包括通过平衡计分卡，以及酌情使用成果指标加以衡量；

(5) 控制全组织各级的费用并确保效率，并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报告关于节约资金和提高效率的详细信息。

(2019 年 5 月 24 日第六次全体会议——甲委员会第一份报告)

WHA72.2 初级卫生保健¹

第七十二届世界卫生大会，

审议了关于“全民健康覆盖：从初级卫生保健迈向全民健康覆盖”的报告²，

忆及 2015 年通过的《2030 年可持续发展议程》，尤其是要求利益攸关方确保健康的生活方式，促进各年龄段所有人的福祉的可持续发展目标 3；

重申追求人人享有卫生保健的雄心勃勃和富有远见的 1978 年《阿拉木图宣言》；

欢迎 2018 年 10 月 25 日至 26 日在哈萨克斯坦阿斯塔纳召开全球初级卫生保健会议（从阿拉木图迈向全民健康覆盖和可持续发展目标），会上会员国重申其对初级卫生保健的承诺，保证通过全社会参与方针加强作为可持续卫生系统之基石的初级卫生保健服务，从而促进全民健康覆盖和卫生相关可持续发展目标，尤其是关于实现全民健康覆盖的具体目标 3.8；

忆及关于《2030 年可持续发展议程》中的卫生问题的 WHA69.11 号决议（2016 年）所载初级卫生保健和全民健康覆盖方针，

1. **欢迎** 2018 年 10 月 25 日在阿斯塔纳全球初级卫生保健会议上通过的《阿斯塔纳宣言》³；
2. **敦促** 会员国⁴根据国情采取措施以分享和实现《阿斯塔纳宣言》的愿景和承诺；
3. **呼吁** 所有相关利益攸关方：
 - (1) 在落实《阿斯塔纳宣言》的愿景和承诺中，本着伙伴关系和有效发展合作的精神，使其采取的行动和提供的支持与国家政策、战略和计划相一致；
 - (2) 支持会员国调动人力、技术、财政和信息资源，以帮助建立《阿斯塔纳宣言》所设想的强大的和可持续的初级卫生保健；

¹ 该决议对秘书处的财政和行政影响，见附件 9。

² 文件 A72/12。

³ 见附件 1。

⁴ 适用时，还包括区域经济一体化组织。

4. 要求总干事：

- (1) 酌情支持会员国加强初级卫生保健，包括通过与所有相关利益攸关方协调实现《阿斯塔纳宣言》的愿景和承诺；
- (2) 与会员国协商并从会员国获得更多专门知识，及时制定一个初级卫生保健业务框架以供第七十三届世界卫生大会审议，该框架将在世卫组织工作总规划和规划预算中得到充分考虑，以便加强卫生系统并支持各国在初级卫生保健方面加大国家实施力度；
- (3) 确保世卫组织在其工作中以及整个组织的努力中促进《阿斯塔纳宣言》的愿景和承诺的实现，并在世卫组织的所有层级，包括区域和国家办事处，加强整个组织的机构能力和领导力，以支持会员国加强初级卫生保健；
- (4) 作为关于到 2030 年实现全民健康覆盖的进展报告的一部分，定期通过执行委员会向卫生大会报告在加强初级卫生保健方面取得的进展，包括《阿斯塔纳宣言》的愿景和承诺的实现情况。

(2019 年 5 月 24 日第六次全体会议——甲委员会第二份报告)

WHA72.3 提供初级卫生保健服务的社区卫生工作者：机遇和挑战¹

第七十二届世界卫生大会，

审议了关于“提供初级卫生保健服务的社区卫生工作者：机遇和挑战”的报告²及相关的世卫组织促进优化社区卫生工作者规划的卫生政策和系统支持指南³，

受到以“不让任何一个人掉队”为承诺的《2030 年可持续发展议程》的雄心、17 个综合且不可分割的目标及 169 个具体目标的激励；

认识到全民健康覆盖在可持续发展目标中占据中心地位而且强大的初级卫生保健部门是可持续卫生系统的基石之一；

强调卫生工作者对于建设促进实现与营养、教育、卫生、性别、就业和减少不平等有关的可持续发展目标和具体目标的有应变能力的强大且安全的卫生系统不可或缺；

¹ 该决议对秘书处的财政和行政影响，见附件 9。

² 文件 A72/13。

³ 世卫组织促进优化社区卫生工作者规划的卫生政策和系统支持指南。日内瓦：世界卫生组织；2018 年（参见 <https://www.who.int/hrh/community/en/>，2019 年 2 月 28 日访问）。

特别注意到，通过对全球卫生人力进行实质性、战略性投资并在促进/赋权人力队伍使之向所有人提供安全、优质服务的强大系统支持下实现卫生人力相关规划、教育、部署、留用、管理和薪酬方面的重大调整，将推进可持续发展目标 3（确保健康的生活方式，促进各年龄段所有人的福祉）及其具体目标；

承认有必要采用更加连贯和包容的方法在突发事件中维护和扩大初级卫生保健作为全民健康覆盖支柱的地位，根据人道主义原则确保基本卫生服务和公共卫生职能的持续和提供；

担忧对人道主义人员和卫生工作者、医院和救护车的威胁严重限制救命援助的提供并妨碍保护面临风险的人群；

深为关切人道主义和卫生人员、联合国及相关人员面临的重大安全风险，因为他们在风险日益增加的环境下开展工作；

进一步注意到卫生工作者对实现世卫组织《2019-2023 年第十三个工作总规划》三个相互关联的战略重点（即实现全民健康覆盖、应对突发卫生事件和促进人群健康）的重要性；

重申 WHA69.19 号决议（2016 年）“卫生人力资源全球战略：卫生人力 2030”，卫生大会在该决议中通过《卫生人力资源全球战略：卫生人力 2030》，该战略指出，除其它外，有机会优化社区卫生工作者的绩效、质量和影响，促进实现全民健康覆盖和可持续发展目标；

还重申 WHA70.6 号决议（2017 年）“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”，决议呼吁开展合作，“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方面面临最大挑战的国家”并加强国家卫生人力账户的逐步发展和实施；

忆及《阿拉木图宣言》（1978 年）和全球初级卫生保健会议的《阿斯塔纳宣言：从阿拉木图走向全民健康覆盖和可持续发展目标》（哈萨克斯坦阿斯塔纳，2018 年 10 月 25 日和 26 日），通过这两个宣言，参会各国政府重申对以人为本的卫生保健服务的承诺，承认卫生人力资源是成功的初级卫生保健的重要组成部分，并承诺“为在初级卫生保健层面工作的卫生专业人员和其他卫生人员创造体面工作和适当补偿，以便在多学科背景下有效应对人们的卫生需求”；

进一步强调对全民健康覆盖的投资，包括在教育、就业和留用卫生人力方面的投资，是经济增长的主要驱动因素；

承认必须处理卫生系统内的人力资源和社区卫生工作者缺口，特别是通过以社区为中心的多部门方法，以便确保难以达及的地区和弱势群体也享受到全民健康覆盖和综合卫生服务；

认识到全世界卫生和社会部门岗位有十分之七雇员是妇女，且加快投资促进在初级卫生保健中创造就业机会和体面工作将对妇女和年轻人产生积极影响，从而支持实现可持续发展目标 5（实现性别平等，增强所有妇女和女童的权能）和可持续发展目标 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）；

注意到 2018 年世界银行集团人力资本项目的启动，该项目要求对人们的教育、健康和技能进行更多和更好的投资，从而加快可持续发展目标的进展，并有可能利用对提供初级卫生保健服务的卫生工作者进行的新投资；

承认世卫组织促进优化社区卫生工作者规划的卫生政策和系统支持指南总结合并的有关社区卫生工作者的作用、有效性和性价比的已发表证据和现有世卫组织指南；

强调社区卫生工作者在促进城乡地区公平获得安全的综合卫生服务，减少与居住地、性别、教育和社会经济地位等因素有关的不公平及获得所服务社区信任和参与方面的作用；

关切地注意到将社区卫生工作者纳入卫生系统的努力并不均衡且利用知证政策、国际劳工标准和最佳实践推动社区卫生工作者的教育、部署、留用、管理和薪酬的做法非常有限，也注意到这会对卫生服务的获得和质量及患者安全产生影响；

重申《世卫组织全球卫生人员国际招聘行为守则》，守则呼吁会员国为国内和移徙卫生工作者提供平等的权利、就业和工作条件；

注意到社区卫生工作者是本社区突发卫生事件应对各阶段工作（预防、发现和应对）的必要组成部分，对于在突发事件中促进初级卫生保健服务的持续提供不可或缺，

1. **注意到**《世卫组织促进优化社区卫生工作者规划的卫生政策和系统支持指南》¹；
2. **敦促**所有会员国²根据本国国情和当地情况及促进初级卫生保健和实现全民健康覆盖的目标；

¹ 世卫组织促进优化社区卫生工作者规划的卫生政策和系统支持指南。日内瓦：世界卫生组织；2018 年（<http://apps.who.int/iris/handle/10665/275474>，2019 年 9 月 20 日访问）。

² 适用时，还包括区域经济一体化组织。

(1) 依照《世卫组织促进优化社区卫生工作者规划的卫生政策和系统支持指南》中综合的证据协调社区卫生工作者规划的设计、实施、绩效和评价，包括通过更多利用数字技术，其中强调实施这些规划促进社区卫生工作者提供安全优质服务；

(2) 根据国家重点、资源和具体情况在国家层面酌情改编和支持实施《世卫组织促进优化社区卫生工作者规划的卫生政策和系统支持指南》，使之成为国家卫生人力和更广泛卫生部门、就业和经济发展战略的一部分；

(3) 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，包括与卫生部、公务员制度委员会和雇主合作，为卫生工作者提供公平的条件和积极的行医环境，使他们能够有效地部署、留用和有充分的动力提供优质护理并与患者建立积极的关系；

(4) 作为更广泛的卫生人力战略和融资的一部分，酌情从国内预算和各种来源调拨足够的资源，在投资于初级卫生保健、卫生系统和创造就业战略的情况下用于成功实施社区卫生工作者规划和将社区卫生工作者纳入卫生人力所需的资本和经常性费用；

(5) 根据《世卫组织促进优化社区卫生工作者规划的卫生政策和系统支持指南》中提供的综合证据，包括适当的职前选择和培训、基于能力的认证和支持性监督，改善和保持社区卫生工作者提供的卫生服务质量；

(6) 通过酌情使用国家卫生人力资源账户，加强基于国家立法的社区卫生工作者和社区卫生工作者规划的数据自愿收集和共享，从而促进国家根据可持续发展目标 3.c.1 对本国卫生人力密度和分布进行报告；

(7) 确保尊重和保护所有专门从事医疗工作的医务人员和人道主义人员、其运输工具和设备以及医院及其它医疗设施；

3. **促请**国际、区域、国家和地方合作伙伴支持实施《世卫组织促进优化社区卫生工作者规划的卫生政策和系统支持指南》，同时考虑到国家背景，并为实施工作的监测和评价做出贡献；

4. **还促请**全球卫生倡议、双边和多边融资机构以及开发银行，根据《世卫组织促进优化社区卫生工作者规划的卫生政策和系统支持指南》的方针支持国家社区卫生工作者规划，制定规划和融资决策，以促进适合国家背景和国家资源的人力资本和卫生人力发展；

5. **要求**总干事：

- (1) 继续收集和评价有关社区卫生工作者业绩和影响的数据,以确保为其推广提供有力的证据基础,特别是在低收入和中等收入国家背景下;
- (2) 根据《2019-2023年第十三个工作总规划》,在支持本组织全民健康覆盖、初级卫生保健、卫生系统、疾病和人口健康优先事项(包括患者安全)的规范和技术合作活动中整合和监测《世卫组织促进优化社区卫生工作者规划的卫生政策和系统支持指南》的实施情况;
- (3) 根据要求向会员国提供支持,在符合国家卫生劳动力市场和卫生保健优先事项的情况下实施《世卫组织促进优化社区卫生工作者规划的卫生政策和系统支持指南》;
- (4) 支持会员国与相关利益攸关方之间的信息交流、技术合作(包括南南合作)以及涉及社区卫生工作者、初级卫生保健团队和支持性监督的实施研究,尤其包括高级社区卫生工作者和其他卫生专业人员(如临床人员、助产士、护士、药剂师和医生)提供的监督;
- (5) 承认社区卫生工作者在紧急情况下的作用,并酌情根据地方和国家背景以及国家资源,支持会员国了解如何将社区卫生工作者纳入应急反应工作;
- (6) 通过与所有相关利益攸关方接触以及提供全球、区域和国家层面的优质和及时的技术援助,加强世卫组织在本组织各级卫生人力资源方面的能力和领导作用,以便加速实施:关于卫生人力资源全球战略的WHA69.19号决议(2016年);关于卫生人力资源和实施联合国卫生就业与经济增长问题高级别委员会结果的WHA70.6号决议(2017年),其中卫生大会通过了关于《致力于健康》:国际劳工组织、经合组织、世卫组织促进卫生就业和包容性经济增长五年行动计划(2017-2021年);以及今后关于社区卫生工作者规划的工作;
- (7) 每三年向卫生大会提交一份报告,说明本决议的实施进展情况,并与关于“卫生人力资源全球战略:卫生人力2030”的WHA69.19号决议(2016年)定期进展报告相结合。

(2019年5月24日第六次全体会议——甲委员会第二份报告)

WHA72.4 筹备联大全民健康覆盖高级别会议¹

第七十二届世界卫生大会,

审议了总干事关于《全民健康覆盖:筹备联大全民健康覆盖高级别会议》的报告¹,

¹ 该决议对秘书处的财政和行政影响,见附件9。

忆及世界卫生组织《组织法》承认享受最高可实现标准的健康是每个人的一项基本权利而不论其种族、宗教、政治信仰及经济社会地位如何；

还忆及联合国大会题为《改变我们的世界：2030 年可持续发展议程》的第 70/1 号决议（2015 年），会员国在其中通过了一套全面、影响深远、以人为本的普遍和变革性可持续发展目标和具体目标，这些目标和具体目标是一体化和不可分割的，并认识到实现全民健康覆盖将极大地有助于确保所有年龄段所有人的健康生活和福祉；

认识到健康是可持续发展所有三个方面（经济、社会和环境）的先决条件和成果及指标；

确认可持续发展目标，除其它外，旨在通过实现两性平等以及增强妇女和女童的权能，实现所有人的人权，不让任何人掉队并首先为最落后的人提供服务；

认识到各国国家元首和政府首脑及高级代表 2015 年 9 月 25 日通过《2030 年可持续发展议程》及其可持续发展目标从而做出到 2030 年实现全民健康覆盖的大胆承诺，包括所有人得到经济风险防护、获得高质量的基本卫生保健服务及获得安全、有效、优质和可负担的基本药物和疫苗；

还认识到各国国家元首和政府首脑及高级代表承诺，确保到 2030 年普遍获得性和生殖卫生保健服务，包括计划生育、信息和教育，以及将生殖健康纳入国家战略和规划；

忆及题为《2030 年可持续发展议程中的卫生问题》的 WHA69.11 号决议（2016 年），其中认识到全民健康覆盖意味着所有人都可以不受歧视地获得国家确定的一套必要的促进性、预防性、治疗性、康复和姑息治疗基本卫生服务，以及必不可少、安全、负担得起、有效、优质的药物和疫苗，同时确保使用这些服务不会使用户面临经济困难，重点尤其是贫困、脆弱和边缘化群体；

还忆及 2012 年 12 月 12 日联合国大会 67/81 号决议《全球卫生和外交政策》敦促各国政府、民间社会组织和国际组织开展合作，促进将全民健康覆盖作为一项重要内容纳入国际发展议程，以及作为促进持续、包容和公平增长、社会凝聚力和人口福祉以及实现其它社会发展里程碑的手段；

认识到各国政府有责任紧急和大幅度加大努力，加速向普遍获得负担得起的优质卫生保健服务的过渡，并重申会员国对确定和促进本国实现全民健康覆盖的道路负有主要的责任；

¹ 文件 A72/14。

忆及 2015 年 7 月 27 日通过的联合国大会关于《第三次发展筹资问题国际会议亚的斯亚贝巴行动议程》的 69/313 号决议，其中重申强有力的政治承诺，以便本着全球伙伴关系和团结精神，应对融资挑战以及在各级为可持续发展创造有利环境，并鼓励各国考虑制定适合国情的支出目标，以实现高质量的卫生投资并使全球卫生倡议规划更好地适应国家系统；

还忆及 2017 年 12 月 12 日联合国大会 72/139 号决议《全球卫生和外交政策：解决包容性社会中最脆弱人群的健康问题》，其中会员国决定在 2019 年举行一次有关全民健康覆盖问题的大会高级别会议；

进一步忆及 2017 年 12 月 12 日联合国大会 72/138 号决议《国际全民健康覆盖日》，其中大会决定宣布 12 月 12 日为国际全民健康覆盖日；

重申世卫组织会员国遵照关于《2019-2023 年第十三个工作总规划》的 WHA71.1 号决议（2018 年）所做的承诺，支持努力实现“三个十亿”目标的愿景，包括全民健康覆盖受益人口新增 10 亿，面对突发卫生事件受到更好保护的人口新增 10 亿，健康和福祉得到改善的人口新增 10 亿；

忆及联合国大会 2018 年 10 月 10 日关于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政治宣言的 73/2 号决议，其中除其它外，各国国家元首和政府首脑及高级代表承诺促进获得负担得起、安全、有效和优质药物和诊断及其它技术的更多机会，重申经修订的《世界贸易组织关于与贸易有关的知识产权协议》（《TRIPS 协议》），并重申《关于与贸易有关的知识产权协议与公共卫生的多哈宣言》（2001 年），其中认识到知识产权应以支持会员国在保护公众健康（特别是促进使所有人都能获得药物）方面权利的方式加以解释和实施，并指出需要采取适当的激励措施来开发新的卫生产品；

重申卫生研究和开发应以需求为导向，以证据为基础，以可负担性、有效性、效率和公平的核心原则为指导，并考虑到共同的责任；

忆及此前所有旨在促进身体和精神健康和福祉并促进实现全民健康覆盖的卫生大会决议；

极为关切地注意到，当前实现全民健康覆盖的进展缓慢，意味着许多国家将无法如期实现可持续发展目标下有关全民健康覆盖的具体目标 3.8；

还注意到卫生是经济增长的一个主要驱动因素；

进一步注意到，尤其在许多低收入和中等收入国家，当前政府的卫生支出和现有资

源还不足以实现全民健康覆盖，包括人口的经济风险保护；

承认非政府组织、私立部门实体、慈善基金会和学术机构酌情在实现国家全民健康覆盖目标方面的重要作用和必要贡献，因此有必要在所有相关利益攸关方之间发挥协同作用并开展协作；

认识到议员在推进全民健康覆盖议程中可以发挥的作用；

注意到对发展强大、透明、负责、有效的卫生服务交付系统，包括分布合理、技能熟练、工作积极、适合需要的卫生人力队伍进行投资至关重要；

认识到有效且财务上可持续地实施全民健康覆盖的基础是有抗御力且反应灵敏的卫生系统，该系统具备采取广泛公共卫生措施、预防疾病、保护健康。促进健康和通过各部门政策处理健康问题的决定因素（包括提高人民健康素养）的能力；

注意到越来越多的复杂的突发事件妨碍实现全民健康覆盖，而采取协调和包容性方针，包括通过国际合作，保障在突发事件情况中的全民健康覆盖至关重要，从而确保按照人道主义原则持续提供基本卫生服务和公共卫生；

认识到初级卫生保健可发挥基本作用，促进实现全民健康覆盖和全球初级卫生保健会议（2018年10月25日和26日，哈萨克斯坦阿斯塔纳）批准的《阿斯塔纳宣言》所设想的卫生相关可持续发展目标中的具体目标，以及提供公平机会获得一系列全方位的服务和保健，这些服务和保健以人为本、对性别敏感、优质、安全、统一、可及、可得、可负担，且有助于所有人的健康和福祉；

还认识到患者安全，加强卫生系统和获得优质的促进、预防、治疗以及康复服务和姑息治疗对于实现全民健康覆盖至关重要，

1. 敦促会员国¹：

- (1) 加快走向到2030年实现关于全民健康覆盖的可持续发展目标具体目标3.8，不让任何人掉队，尤其是贫穷、弱势和边缘化人群；
- (2) 支持筹备2019年联合国大会全民健康覆盖高级别会议，该次会议应在可能情况下有最高级别的参与，最好是在国家元首和政府首脑级别上，并促成制定一个面向行动的协商一致的政治宣言；
- (3) 继续筹措充足、可持续资源支持全民健康覆盖，并通过对卫生系统的良好治理，确保高效、公平和透明的资源分配；并确保酌情开展跨部门合作，特别关注减少卫

¹ 适用时，还包括区域经济一体化组织。

生不公正和不平等；

- (4) 支持更好地排定优先顺序和作出决策，特别是通过加强卫生干预措施和技术评估方面的机构能力和管理，以提高效率和做出循证决策，同时尊重患者隐私和促进数据安全；并鼓励更广泛和更系统地利用新技术和新方法，包括数字技术和综合卫生信息系统，作为促进获得公平、可负担和普遍的健康服务的手段，并为支持全民健康覆盖的政策决定提供反馈；
- (5) 继续投资于和加强初级卫生保健，作为可持续卫生系统的基石，实现全民健康覆盖和卫生相关可持续发展目标中的具体目标，以提供一系列全方位的服务和保健，这些服务和保健应以人为本、优质、安全、统一、可及、可得、可负担，同时提供全球初级卫生保健会议（2018年10月25日和26日，哈萨克斯坦阿斯塔纳）产生的《阿斯塔纳宣言》所设想的公共卫生职能，并履行这一宣言中的承诺；
- (6) 继续投资于和加强对性别敏感的卫生保健服务，解决与性别相关的健康障碍，确保妇女和女孩公平获得健康，以实现人人享有最高而能获致之健康标准的权利，实现性别平等和赋予妇女和女孩权能；
- (7) 投资于适当、称职和忠诚的卫生人力队伍，促进发展中国家，特别是最不发达国家和小岛屿发展中国家卫生人力的招聘、发展、培训和保留，为此应积极执行《卫生人力资源全球战略：卫生人力2030》；
- (8) 促进获得可负担、安全、有效和优质的药品、疫苗、诊断和其他技术；
- (9) 支持针对传染病和非传染病，包括被忽视的热带病，特别是那些主要影响发展中国家的疾病研究与开发相关药物和疫苗；
- (10) 考虑酌情在国家和/或国家以下卫生系统内整合安全和循证的传统和补充医学服务，特别是在根据国情和国家重点确定的初级卫生保健一级；
- (11) 促进采取更加协调一致和包容性的方法，以便在突发事件中保障全民健康覆盖，包括通过国际合作，确保按照人道主义原则持续提供基本卫生服务和公共卫生职能；
- (12) 提高人口的健康素养，特别是弱势群体的健康素养，以加强患者对临床决策的参与，重点关注卫生专业人员与患者的沟通，并进一步投资于便捷、准确、易懂和循证的健康信息，包括通过互联网；

(13) 通过涉及整个政府和整个社会以及私营部门的多部门方法，解决健康和卫生公平的决定因素，以继续加强疾病预防工作和健康促进；

(14) 加强监测和评估平台，以支持定期跟踪在改善公平获得卫生系统内一系列全方位服务和保健，加强经济风险保护方面所取得的进展，并充分利用该平台作出政策决定；

(15) 充分利用年度国际全民健康覆盖日，包括根据国家需求和重点，考虑看展适当活动；

2. **呼吁**来自卫生部门内外的所有发展合作伙伴和利益攸关方协调、协同、加强其对各国在实现全民健康覆盖目标方面的支持，并鼓励这类合作伙伴和利益攸关方酌情参与制定全民健康生活和福祉全球行动计划，以加快可持续发展目标 3(确保健康的生活方式，促进各年龄段所有人的健康和福祉)和其他与卫生相关的可持续发展目标和具体目标的进展，以推动实现 2030 年可持续发展议程；

3. **要求**总干事：

(1) 与更广泛的联合国系统和其他相关利益攸关方合作，全力支持会员国到 2030 年实现全民健康覆盖，特别是在加强卫生系统方面，包括为此而加强世卫组织的规范性工作及本组织向会员国提供技术支持和政策咨询的能力；

(2) 与各国议会联盟密切合作，进一步提高议员对全民健康覆盖的认识，并全力调动他们参与宣传和为到 2030 年实现全民健康覆盖提供持续的政治支持；

(3) 促进和支持在世卫组织会员国之间，包括酌情调动相关的非国家行为者的参与，学习和交流全民健康覆盖经验、最佳做法和挑战，同时促进和支持诸如全民健康覆盖 2030 国际卫生伙伴关系等倡议，并支持联合国大会全民健康覆盖高级别会议的筹备进程；

(4) 编写全民健康覆盖问题报告，作为推动联合国大会全民健康覆盖高级别会议知情讨论的技术投入；

(5) 充分利用国际全民健康覆盖日，推动全民健康覆盖议程，包括鼓励增加对全民健康覆盖的政治承诺；

(6) 从 2020 年第七十三届世界卫生大会起到 2030 年第八十三届世界卫生大会为止，作为现有关于 WHA69.11 号决议 (2016 年) 报告的一部分，每两年提交一次关于实施本决议的进展报告。

(2019年5月24日第六次全体会议——甲委员会第二份报告)

WHA72.5 抗微生物药物耐药性¹

第七十二届世界卫生大会，

审议了总干事提交的题为“联合国大会卫生相关问题高级别会议的后续行动：抗微生物药物耐药性”的报告²；

回顾联合国大会关于“联大抗微生物药物耐药性问题高级别会议的政治宣言”的71/3号决议(2016年)，并注意到已设立抗微生物药物耐药性问题机构间协调小组，负责就确保采取持久有效的全球行动处理抗微生物药物耐药性问题的必要方法提供实用指导和建议；

认识到必须处理日益严重的抗微生物药物耐药性问题，以便促进实现《2030年可持续发展议程》；

重申需要通过协调一致的和多部门的“一体化卫生”方法解决抗微生物药物耐药性问题；

回顾卫生大会通过WHA68.7号决议(2015年)认可的《抗微生物药物耐药性全球行动计划》，其中列出了五项战略目标(提高对抗微生物药物耐药性的认识和理解；通过监测和研究加强知识；降低感染发生率；优化抗微生物药物的使用；论证进行可持续投资的经济理由)并注意到在建立全球抗微生物药物耐药性监测系统方面取得的进展；

认识到迫切需要投资于高质量研发，包括跨部门开展抗微生物药物、诊断技术、疫苗和其他预防措施的基础研究，并在促进有效管理的同时，确保有需要者能充分获得优质、安全、有效和可负担的现有及新的抗微生物药物、诊断技术和疫苗；

确认耐药病原体对于抗微生物药物的持续有效性构成威胁，特别是在消除艾滋病毒/艾滋病、结核病和疟疾流行方面；

还确认通过疫苗接种获得的免疫和其他感染预防控制措施(如适当用水、卫生设施和卫生做法)在减少抗微生物药物耐药性方面发挥的积极作用；

认识到需要维持仍适用的老抗生素的生产能力并促进其谨慎使用；

¹ 该决议对秘书处的财政和行政影响，见附件9。

² 文件A72/18。

回顾粮农组织关于抗微生物药物耐药性问题的第 4/2015 号决议、国际兽疫局关于“通过‘卫生一体化’方法处理抗微生物药物耐药性：行动和国际兽疫局战略”的第 36 号决议（2016 年）以及联合国环境规划署关于环境与健康问题的 UNEP/EA.3/Res.4 号决议（2018 年）；

注意到为会员国提供机会以便其就世卫组织、粮农组织和国际兽疫局与环境署一道制定的，以及就旨在解决抗微生物药物耐药性问题的机构间协调小组的报告、建议和有关行动发表有益意见和做出贡献的重要性；

重申全球承诺，国际社会将协调一致，作出持续的高级别政治努力来处理抗微生物药物耐药性问题，并强调迫切需要加快会员国通过“一体化卫生”方法制订和实施国家行动计划的速度，

1. **欢迎**关于抗微生物药物耐药性的新三方协议，并鼓励三方机构（世卫组织、粮农组织和国际兽疫局）和环境署明确协调其实施工作，并根据其各自任务授权，向其理事机构报告在联合工作计划下取得的进展情况；

2. **敦促**会员国¹：

(1) 继续保证从最高政治层面采取一体化卫生办法与抗微生物药物耐药性作斗争，并减轻与之相关的疾病、死亡和残疾负担；

(2) 加大努力落实《抗微生物药物耐药性全球行动计划》中的各项行动，实现其战略目标，并采取措施解决新出现的问题；

(3) 进一步加强对所有抗微生物药物的谨慎使用，并根据国家优先事项和具体情况，考虑制定和实施使用至关重要的抗微生物药物时所应遵循的临床指南和标准，以减缓药物耐药性的出现并维持现有药物的有效性；

(4) 对抗微生物药物进行上市后监测，并采取适当行动消除伪劣抗微生物药物；

(5) 加倍努力制定、实施、监测和更新资源充足的多部门国家行动计划；

(6) 参加由三方管理的年度抗微生物药物耐药性国家自我评估调查；

¹ 适用时，还包括区域经济一体化组织。

(7) 制定新的或加强现有监测系统，以促进开展由三方管理的年度抗微生物药物耐药性国家自我评估调查和参与全球抗微生物药物耐药性监测系统，同时利用这方面信息改进国家行动计划的实施；

(8) 加强各级合作，促进采取具体行动应对抗微生物药物耐药性，包括通过：加强卫生系统；开展能力建设，包括研究和监管能力；以及提供技术援助，包括可酌情实施以最佳做法、新出现的证据和创新为基础的结对规划；

(9) 支持根据自愿和共同商定的条款进行技术转让，以促进控制和预防抗微生物药物耐药性；

3. **邀请**国际、区域和国家合作伙伴以及其他相关利益攸关方：

(1) 继续根据《抗微生物药物耐药性全球行动计划》的五项战略目标，支持会员国制定和实施多部门国家行动计划；

(2) 协调各项努力，以避免重复和空白，同时更有效地利用资源；

(3) 加倍努力并加强多方利益攸关者的合作，遵循“一体化卫生”方针，并通过协调、负责、可持续和创新的研发方法等途径，为应对抗微生物药物耐药性开发和应用工具，包括但不限于优质、安全、有效和可负担的抗微生物药物，以及替代药物和疗法、疫苗和诊断工具，适当用水、卫生设施和卫生做法，以及感染预防和控制措施；

(4) 在供资和规划决策中考虑抗微生物药物耐药性方面的重点事项，包括通过创新方法将抗微生物药物耐药性相关活动纳入现有国际发展融资的主流；

4. **要求**总干事：

(1) 在世卫组织各级加速实施《抗微生物药物耐药性全球行动计划》中的各项行动，并推进该行动计划确立的原则，包括开展全面审查，以加强当前的工作，确保抗微生物药物耐药性相关活动得到良好协调，特别是与联合国有关机构及其他相关利益攸关方进行协调，并在世卫组织各级得到有效实施；

(2) 与联合国各有关机构合作，在制定、实施和监测多部门国家行动计划方面，大力加强对各国的支持和技术援助，特别关注那些尚未完成多部门国家行动计划的国家；

- (3) 支持会员国制定和加强其综合监测系统，包括强调国家行动计划中要包括收集、报告和分析有关抗微生物药物的销售和使用数据，并作为一项可交付成果纳入世卫组织指标报告；
- (4) 定期向会员国通报世卫组织与三方和环境署以及联合国其他组织为确保在工作流程方面协调一致而开展合作的情况，以及它们在制定和实施多部门方法方面的进展情况；
- (5) 定期与会员国和其它相关利益攸关方进行磋商，以调整全球开发和管理框架¹的程序和范围，同时考虑到机构间协调小组所开展的工作，以确保所做的努力既保持统一又不重复；
- (6) 支持会员国通过国家、双边和多边渠道调动充足、可预测、长期和持续的资金、人力和财政资源及投资，以此支持制订和执行国家行动计划，支持研究和开发已有和新的抗微生物药物、诊断办法和疫苗及其他技术，并加强相关基础设施，具体方式包括根据政府设定的优先事项和地方需要，与多边开发银行以及传统和自愿创新筹资和投资机制互动协作，同时确保投资产生公共回报²；
- (7) 与世界银行和其他金融机构、经合组织以及区域经济共同体合作，继续制定和应用经济理由，促进在抗微生物药物耐药性方面进行可持续投资；
- (8) 促进与联合国秘书长以及三方和环境署进行磋商，制定一个程序，使会员国能够审议联大第 71/3 号决议（2016 年）中要求秘书长提交的报告；
- (9) 维持并系统地更新世卫组织《对人类医学至关重要的抗微生物药物清单》；
- (10) 向第七十四、第七十六和第七十八届世界卫生大会提交合并的双年度报告，说明执行本决议和 WHA68.7 号决议（2015 年）的进展情况，并将这项工作纳入当前的抗微生物药物耐药性报告程序，以使会员国能够审查和评价所做的各项努力。

（2019 年 5 月 28 日第七次全体会议——甲委员会第三份报告）

WHA72.6 全球患者安全行动³

第七十二届世界卫生大会，

¹ 根据卫生大会 WHA68.7 号决议第 4(7)段以及《联大抗微生物药物耐药性问题高级别会议的政治宣言》第 13 段。

² 联大 71/3 号决议第 12b 段。

³ 该决议对秘书处的财政和行政影响，见附件 9。

审议了总干事关于“患者安全：全球患者安全行动”的报告¹；

忆及关于“保健质量：患者安全”的WHA55.18号决议（2002年）敦促会员国“对患者安全问题给予最密切的关注并建立和加强提高患者安全及卫生保健质量所必需的以科学为基础的系统”；同时认识到患者安全是提供优质卫生保健服务的关键要素和基础；并欢迎在《2019-2023年第十三个工作总规划》中纳入对患者安全的需要；

认识到要确保患者安全，就必须保证能在有利和安全的环境中提供安全的基础设施、技术和医疗装置，并保证这些得到充分知情的患者的安全使用，同时还必须拥有一支熟练和尽职的卫生人力队伍。

注意到患者安全依赖对卫生专业人员进行高质量的基础和持续教育与培训，以确保他们在各自的责任和职能方面具备足够的专业技能和能力；

认识到对安全、有效、优质和可负担的药品及其它产品的获取以及正确管理和使用也有助于患者安全；

注意到个人卫生对于保证患者安全，预防卫生保健相关感染以及降低抗微生物药物耐药性的重要性；

进一步注意到确保患者安全是提供优质卫生服务方面的一个关键重点，同时考虑到所有人均应获得安全的卫生服务，无论在何处提供这些服务；

重申“首先，不可伤害”原则，并认识到有必要在各级卫生系统、部门以及关系到身心健康的各种环境中，特别是在初级卫生保健层面，但也包括在急救、社区护理、康复和门诊医疗等方面，促进和改善患者安全，并通过患者安全获益；

认识到在提供安全和高质量的卫生服务过程中，患者安全是加强卫生保健系统和朝可持续发展目标3（“确保健康的生活方式，促进各年龄段所有人的福祉”）下的有效全民健康覆盖具体目标进展的先决条件；

承认灌输安全文化，采取以患者为中心的方法，以及改善和确保患者安全需要开展能力建设，发挥强有力的领导作用，采取系统有序的方法，具备充足的人力和其它资源，提供可靠的数据，分享最佳做法，相互学习，建立信任和问责制，而这些可酌情通过国际合作与协作予以加强；

认识到改善和确保患者安全是在提供全球卫生服务方面所面临的日益严峻的挑战，

¹ 文件 A72/26。

不安全的卫生保健会导致大量可避免的患者伤害和人类痛苦，并给卫生系统的财政造成巨大压力，同时导致丧失对卫生系统的信任；

关注不良事件给患者造成的伤害及其它损害的负担，这一负担与结核病和疟疾的负担相当，可能是世界 10 大死亡和残疾原因之一，而且现有证据表明，该负担大部分在低收入和中等收入国家，在这些国家，由于不安全的医疗，医院每年发生 1.34 亿例与卫生保健有关的不良事件，导致 260 万人死亡；

认识到大多数不良事件可通过有效的预防和缓解战略得以避免，其中酌情包括改进政策，加强数据系统，重新设计医疗程序（包括通过培训等解决人为因素），改善环境卫生和基础设施，改进组织文化，改进做法，建立支持性和有效的监管体系以及加强沟通策略；此外，还认识到解决方案通常可能简单而廉价，并且预防的价值必将超过医疗成本；

认识到许多会员国政府在若干方面的成功和开创性工作以及奉献精神，具体包括：制定支持和改善患者安全的战略和政策；实施安全和质量规划、倡议和干预措施，例如保险安排和患者监察员；在整个卫生系统中建立患者安全文化，和允许从错误中学习的透明通报事件系统；对不良事件及其后果确保采取无过错和无指责的处理方式；以及制定以患者为本的患者安全方法；

关注在改善卫生保健安全方面缺乏总体进展的问题，尽管全球为减轻患者伤害负担做出了努力，但过去 17 年的总体情况表明，仍可做出重大改进，此外，还关注所采取的安全措施（包括在高收入环境中采取的安全措施）的影响有限或存在差异，而且大多数措施未能得到适当调整以成功应用于低收入和中等收入国家；

认识到必须对患者安全进行可靠的衡量，以便在各级促进更具抵御能力的卫生系统，推广更好和更有针对性的预防工作以促进安全，加强风险意识，促进透明的事件报告程序、数据分析和学习系统，同时推动教育、培训和持续的专业发展，从而建立和维持一支能在支持性环境中运作的有能力、有同情心和尽职的卫生人力队伍，此外，还认识到动员患者和家庭参与并赋予其权能，可推动改善医疗安全，促进更好的健康结果；

还认识到改善和确保患者安全需要在各级解决知识、政策、设计、交付和沟通方面的差距，

1. **核准**将每年9月17日定为世界患者安全日，以提高公众意识和参与程度，增强全球认识，推动全球团结互助，并推动会员国采取行动，增进患者安全；

2. 敦促会员国¹：

- (1) 将患者安全视为卫生部门政策和规划中的一项优先卫生重点，使其成为加强卫生保健系统以实现全民健康覆盖的重要组成部分；
- (2) 评估和衡量患者安全问题的性质和严重程度，包括各级卫生服务提供中的风险、错误、不良事件和患者伤害，具体途径包括报告、学习以及能纳入患者及其家庭观点的反馈系统等；此外，应开展预防行动并采取系统措施，以便降低对所有人的风险；
- (3) 制定和实施国家政策、法规、战略、指导和工具，并部署充足的资源，以便酌情加强相关系统并确保所有卫生服务的安全性；
- (4) 与其它会员国、民间社会组织、患者组织、专业机构、学术和研究机构、行业及其它相关利益攸关方合作，促进和优先考虑患者安全并将其纳入所有卫生政策和战略；
- (5) 分享和传播最佳做法，鼓励相互学习，通过区域和国际合作减少对患者的伤害；
- (6) 在所有临床规划和风险领域酌情整合和实施患者安全策略，以防止与医疗程序、产品和装置相关的可避免的患者伤害，包括在用药安全、手术安全、感染控制、败血症管理、诊断安全、环境卫生和基础设施、注射安全、血液安全和辐射安全领域以及尽量减少不准确或晚期诊断和治疗的风险并特别关注风险人群；
- (7) 促进建立安全文化，为所有卫生专业人员提供基本培训，采用公开透明的系统识别那些导致和助长伤害的因素和汲取教训，发展患者安全事件的无指责报告文化，处理人为因素，建立领导能力和管理能力以及高效的多学科卫生专业团队，以提高认识和增强掌控权，改善患者结局，减轻各级卫生系统不良事件造成的代价；
- (8) 通过以下方式建立可持续的人力资源能力：根据世卫组织患者安全课程提供多部门和跨专业的能力教育和培训，促进持续专业发展，促进采用多学科方法，并创造适当的工作环境，更好地提供安全的卫生服务；
- (9) 促进研究，包括促进开展转化性研究，以支持提供更安全的卫生服务和长期护理；

¹ 适用时，还包括区域经济一体化组织。

(10) 促进使用新技术，包括使用电子卫生技术，例如建立和扩大卫生信息系统，并支持收集数据以监测和报告各级卫生服务和与健康有关的社会照护领域的风险、不良事件和其他伤害指标，同时确保个人数据保护，并支持采用电子方法提供更安全的卫生保健服务；

(11) 考虑酌情使用传统和补充医学提供更安全的卫生保健服务；

(12) 建立系统，增强患者家属和社区（特别是那些受不良事件影响的人）的能力，促进他们参与提供更安全的卫生保健服务，包括采取能力建设举措，建立网络和协会；并与他们及民间社会合作，汲取和借鉴他们在安全和不安全卫生保健服务方面的经验教训，酌情针对卫生保健服务的各个方面，实行安全战略和尽量减害战略以及补偿机制和计划；

(13) 在相关利益攸关方合作下，于每年 9 月 17 日举办世界患者安全日活动，旨在促进患者安全的各个方面，包括推动实现国家里程碑；

(14) 考虑参加每年全球患者安全部长级峰会；

3. **邀请**国际组织和其他相关利益攸关方与会员国合作，促进和支持患者安全举措，包括每年举办世界患者安全日活动；

4. **要求**总干事：

(1) 强调应将患者安全作为世卫组织在全民健康覆盖议程工作中的一项关键战略重点；

(2) 制定关于患者安全最低标准、政策、最佳实践和工具的规范性指导方针，其中涵盖安全文化、人为因素、卫生基础设施、临床管理和风险管理等；

(3) 在收到请求后酌情向会员国、尤其是低收入和中等收入国家提供技术支持，酌情与专业协会合作，帮助建立国家能力，协助国家评估、衡量和改善患者安全，以创建安全文化，并建立领导能力和管理能力，有效预防与卫生保健服务相关的伤害，包括预防感染，设立公开透明的系统，识别伤害原因和汲取教训；

(4) 在收到请求后支持会员国建立和/或加强患者安全监测系统；

(5) 加强全球患者安全网络，分享最佳做法和相互学习，促进国际合作，包括通过全球患者安全培训师网络开展国际合作；并与会员国、民间社团、患者组织、

专业协会、学术和研究机构、工业界和其他相关利益攸关方合作，建立更安全的卫生保健系统；

(6) 在收到请求后提供技术支持和规范性指导，协助会员国开发人力资源能力，根据世卫组织患者安全课程提供跨专业的能力教育和培训，并与会员国协商，制订患者安全教育和培训领域的讲师培训规划以及发展全球和区域专业教育委员会网络，以促进开展患者安全教育；

(7) 与会员国协商制定和管理全球患者安全事件交流系统，包括通过可靠和有系统的报告、数据分析和传播系统进行交流；

(8) 设计、启动和支持“全球患者安全挑战”，并制定和实施战略、指导方针和工具，支持会员国利用现有最佳证据应对每项挑战；

(9) 促进和支持应用电子技术并开展研究，包括开展转化性研究，以增强患者安全；

(10) 应邀支持会员国建立系统，支持与患者、家人和社区积极交流，积极增强患者、家庭和社区的能力，并促进其积极参与提供更安全的卫生保健服务；建立和加强与患者、社区、民间社会和患者协会的联络网络；

(11) 与会员国、国际组织和其他相关利益攸关方合作，促进举办世界患者安全日活动；

(12) 与会员国¹和包括私营部门在内的所有相关利益攸关方协商，制订全球患者安全行动计划，并通过执行委员会第148届会议向2021年第七十四届世界卫生大会提交该行动计划；

(13) 提交一份关于本决议实施进展情况的报告，供第七十四届、第七十六届和第七十八届世界卫生大会审议。

(2019年5月28日第七次全体会议——甲委员会第五份报告)

WHA72.7 医疗卫生机构中的供水、环境卫生和个人卫生²

第七十二届世界卫生大会，

¹ 适用时，还包括区域经济一体化组织。

² 该决议对秘书处的财政和行政影响，见附件9。

审议了有关“患者安全：医疗卫生机构中的供水、环境卫生和个人卫生”的报告¹；

忆及全球初级卫生保健会议（2018年10月25日和26日，哈萨克斯坦阿斯塔纳）批准的《阿斯塔纳宣言》认为，加强初级卫生保健是加强人民身体和精神健康及社会福祉的最具包容性、最有效和最高效方法，还认为初级卫生保健是促进全民健康覆盖和卫生相关可持续发展目标的可持续卫生系统的基石；

还忆及有关饮用水、环境卫生与健康的WHA64.24号决议（2011年），其中强调了《关于初级卫生保健的阿拉木图宣言》所提出的初级卫生保健原则并提及了其它若干决议（WHA35.17（1982年）、WHA39.20（1986年）、WHA42.25（1989年）、WHA44.28（1991年）、WHA45.31（1992年）、WHA51.28（1998年）和WHA63.23（2010年）；另外忆及关于改善败血症的预防、诊断和临床管理的WHA70.7号决议（2017年），其中强调了在初级卫生保健中改善安全的饮用水、环境卫生设施、卫生保健废物管理和卫生实践的作用；

进一步忆及题为“享有饮水和卫生设施的人权”的联合国大会第64/292号决议（2010年）以及题为“享有安全饮用水和卫生设施的人权”的联大第72/178号决议（2017年）和人权理事会第39/8号决议（2018年）；

注意到如果医疗卫生机构没有充足、安全的供水、环境卫生和个人卫生服务，各国将无法实现可持续发展目标3（确保健康的生活方式，促进各年龄段人群的福祉）和目标6（为所有人提供水和环境卫生并对其进行可持续管理）的具体目标，包括降低孕产妇和新生儿死亡率和实现有效的全面监控覆盖，也无法实现可持续发展目标1（在全世界消除一切形式的贫困）、7（确保人人获得负担得起的、可靠和可持续的现代能源）、11（建设包容、安全、有抵御灾害能力和可持续的城市和人类住区）和13（采取紧急行动应对气候变化及其影响）；

还注意到提供安全用水、环境卫生和个人卫生相关服务对患者安全具有根本意义，并已经证明可以减少患者、照护者、卫生工作者和周边社区的感染风险，还注意到医疗卫生机构在提供这些服务方面的进展也会促进各国有效、及时地预防霍乱并为霍乱患者以及腹泻和其它疾病患者提供医护，这一点也得到有关霍乱预防和控制的WHA71.4号决议（2018年）的承认；

忆及关于抗微生物药物耐药性全球行动计划的WHA68.7号决议（2015年），其目的是强调社区和医疗环境中的安全供水、环境卫生和个人卫生服务有助于确保安全管理，对于改善个人卫生和感染预防措施从而限制抗微生物药物耐药感染的发生和传播并限制抗微生物药物的不当使用具有至关重要的作用；

¹ 文件 A72/27。

注意到世卫组织和联合国儿童基金会联合报告《医疗卫生机构中的水卫项目：2019年全球基线报告》¹披露，四分之一的医疗卫生机构缺乏基本供水服务，五分之一缺乏卫生设施，42%不在医护点提供个人卫生设施；鉴此，强调在这些地点缺乏这些基本服务影响巨大，包括感染在本应促进健康和基本卫生做法以预防疾病的地方蔓延；还强调对患者和其它寻求医疗服务者（特别是分娩中的妇女及其新生儿）的尊严的影响；

忆及联合国秘书长在“水促进可持续发展”国际行动十年（2018-2028年）启动仪式上的声明，呼吁全球采取行动促进医疗卫生机构中的供水、环境卫生和个人卫生服务；

注意到总干事提交第七十一届世界卫生大会的有关卫生、环境与气候变化的报告²已指出，全球驱动力量（包括人口增长、城市化和气候变化）预期将大大影响水和环境卫生服务以及淡水资源的可得性和质量并迫切需要处理气候、能源、安全用水、环境卫生和个人卫生及健康之间的关联，

1. 敦促会员国³：

(1) 酌情根据本国国情进行全面评估，以便利用现有区域和全球规程或工具^{4,5}并与全球层面改善医疗卫生机构中安全用水、环境卫生和个人卫生服务提供的努力⁶协作，量化医疗卫生机构中安全供水、环境卫生和个人卫生服务的有无、质量和需求及感染预防和控制状况；

(2) 根据本国国情拟定和实施路线图，使各种环境下的每个医疗卫生机构都有符合其需求的：安全管理的可靠供水；供各种性别、年龄和能力的患者、照护者和职工使用的数量足够、安全管理的无障碍厕所；适当的感染预防控制规划核心组成部分，包括良好的手卫生基础设施和实践；常规、有效的清洁；安全的废物管理系统，包括粪便和医疗废物处置，并且尽可能使用可持续的清洁能源；

¹ 《医疗卫生机构中的水卫项目：2019年全球基线报告》。日内瓦：世界卫生组织和联合国儿童基金会；2019年。

² 文件 A71/11。

³ 适用时，还包括区域经济一体化组织。

⁴ 世卫组织和联合国儿童基金会。医疗卫生机构改善用水和卫生状况工具（WASH FIT）：通过医疗卫生机构中的供水、环境卫生和个人卫生服务提高医护质量的实用指南。日内瓦：世界卫生组织；2017年（https://www.who.int/water_sanitation_health/publications/water-and-sanitation-for-health-facility-improvement-tool/en/，2019年9月4日访问）。

⁵ 世卫组织。国家感染预防和控制评估工具（IPCAT2）和设施一级感染预防和控制评估框架（IPCAF），见（<https://www.who.int/infection-prevention/tools/core-components/en/>及其中链接）（2019年2月7日访问）。

⁶ 世卫组织和联合国儿童基金会正在联合协调改善医疗卫生机构安全供水、环境卫生和个人卫生的全球努力。行动主要关注一些关键领域，其中包括国家评估。更多信息见关于医疗卫生机构中水卫项目的知识门户网站——全球行动到2030年普及服务：www.washinhc.org（2019年2月7日访问）。

- (3) 根据本国国情针对所有卫生保健环境下的供水、环境卫生和个人卫生及感染预防控制确定和落实最低标准，并将关于安全供水、环境卫生和个人卫生以及感染预防控制的标准纳入认证和监管系统；建立问责机制，以强化标准和实践；
- (4) 在卫生政策范围内确定目标，并将安全供水、环境卫生和个人卫生及感染预防控制指标¹纳入国家监测机制，以便确定基线，跟踪进展并定期跟踪卫生系统绩效；
- (5) 将安全供水、环境卫生和个人卫生纳入卫生规划，包括安全、优质、以人为本的综合卫生服务、有效的全民健康覆盖、感染预防控制和遏制抗微生物药物耐药性背景下的营养以及孕产妇、儿童和新生儿健康规划；
- (6) 发现和解决医疗卫生机构中适当的供水、环境卫生和个人卫生服务可用性方面的不公平和中断现象，特别是在孕产服务机构和初级卫生保健机构；
- (7) 使本国战略和方法与全球促进医疗卫生机构中供水、环境卫生和个人卫生的努力²相一致，并促进实现可持续发展目标 3（确保健康的生活方式，促进各年龄段人群的福祉）和可持续发展目标 6（为所有人提供水和环境卫生并对其进行可持续管理）；
- (8) 建立程序和提供资金，在医疗卫生机构内运行和维护安全供水、环境卫生和个人卫生服务及感染预防控制服务，并根据需求不断升级和改进，以便在正常供水中断时机构仍然能够继续运行同时有可用资源帮助机构获得安全用水，从而降低环境和其它影响并保持卫生做法；
- (9) 根据区域协议就供水、环境卫生和个人卫生开展教育和提高意识，其中特别关注孕产、医院设施及母亲和儿童使用的环境；就卫生设施差（包括户外如厕）的风险开展持续教育行动，以减少这种做法，并鼓励社区支持使用马桶并由卫生工作者安全管理粪便废物；
- (10) 建立强有力的多部门协调机制，使所有相关部委都积极参与进来，特别是那些负责卫生健康、财政、水和能源事务的部委，以便协调和加强合作，确保提供适当资金以支持在整个卫生系统内开展安全供水、环境卫生和个人卫生及感染预防控制的方方面面工作；同时要投资建设规模适当且训练有素的卫生人力队伍（包括卫生保健工作者、清洁工和工程师，以便管理安全供水、环境卫生和个人卫生相关服务，

¹ 世卫组织和联合国儿童基金会。在可持续发展目标下促进监测医疗卫生机构中水卫项目的核心问题和指标，日内瓦：世界卫生组织；2018年（https://www.who.int/water_sanitation_health/publications/core-questions-and-indicators-for-monitoring-wash/en/，2019年2月7日访问）。

² 世卫组织/联合国儿童基金会有关医疗卫生机构中水卫项目的全球活动详情可自 https://www.who.int/water_sanitation_health/facilities/en/ 获得（2019年2月7日访问）。

提供持续维护和运行，并落实安全供水、环境卫生和个人卫生及感染预防控制工作)，包括投资于针对各级别职工的强有力岗前和在岗教育和培训规划；

(11) 促进每个卫生工作者都享有安全的工作环境，包括工作辅助和工具、安全供水、环境卫生和个人卫生服务以及清洁和卫生物资，以便实现高效、安全的服务交付；

2. 邀请国际、区域和地方伙伴：

(1) 提升医疗卫生机构中的安全供水、环境卫生和个人卫生及感染预防控制工作在卫生战略和灵活供资机制中的影响力，从而引导各方努力加强卫生系统整体，而不是仅专注于纵向或相互孤立的规划；

(2) 支持各国政府赋权社区参与与提供更好和更公平的安全用水、环境卫生和个人卫生服务有关的决策，包括向主管部门报告相关服务是否充足或恰当；

3. 要求总干事：

(1) 继续提供全球领导和制定技术指导，以实现本决议中规定的目标；

(2) 作为努力实现可持续发展目标 6（为所有人提供水和环境卫生并对其进行可持续管理）的一部分，报告医疗卫生机构中的供水、环境卫生和个人卫生服务的全球获取状况，包括通过联合监测项目，并将医疗卫生机构中的安全用水、环境卫生和个人卫生及感染预防控制纳入有效的全民健康覆盖、初级卫生保健和保健质量的监测工作；

(3) 促进筹集国内外公立和私立部门资源，并阐明业务理由，以便投资于医疗卫生机构中的供水、环境卫生和个人卫生服务及感染预防控制；

(4) 继续提升医疗卫生机构中的供水、环境卫生和个人卫生及感染预防控制在世卫组织和高级别政治论坛中的地位，并与联合国其它机构合作，以协调的方式回应联合国秘书长的行动呼吁；

(5) 与会员国和伙伴合作，审查、更新和实施抗微生物药物耐药性全球行动计划，并支持会员国为医疗卫生机构中的供水、环境卫生和个人卫生制定国家路线图和目标；

(6) 与伙伴合作调整现有的报告机制，并在必要时开发新的此类机制，以便根据既定的可持续发展目标 6（为所有人提供水和环境卫生并对其进行可持续管理）的指

标报告方法¹，发现和监测医疗卫生机构中的供水、环境卫生和个人卫生服务及感染预防控制的协调、实施、融资、获取、质量和治理方面的进展；

(7) 通过卫生部门和水卫项目部门，在发生危机和人道主义紧急情况时支持实施和协调医疗卫生机构和分诊中心的安全供水、环境卫生和个人卫生服务及基本的感染预防控制措施，并在这些情况下利用伙伴关系预防疾病暴发；

(8) 向 2021 年和 2023 年世界卫生大会报告本决议的实施进展情况。

(2019 年 5 月 28 日第七次全体会议——甲委员会第五份报告)

WHA72.8 提高药物、疫苗以及其他卫生产品²的市场透明度³

第七十二届世界卫生大会，

根据关于结合综合性方法审视癌症预防和控制的 WHA70.12 号决议（2017 年），审议了总干事关于获取药物和疫苗的报告⁴及其题为“促进药物、疫苗和其它卫生产品获得路线图草案”的附件以及总干事关于药物、疫苗、卫生产品、癌症药物的报告⁵；

认识到卫生产品²和服务创新在为世界各地患者和卫生保健系统带来新的治疗手段和价值方面发挥的关键作用；

还认识到改善卫生产品的获取机会是一个多方面挑战，需要了解从研发到质量保障、监管能力、供应链管理 and 使用的整个价值链和生命周期并需采取行动；

严重关注一些卫生产品价格高昂，会员国内部以及各会员国之间获取这些产品的机会不平等，以及高价引起的财务困难，这些因素有碍实现全民健康覆盖的进展；

认识到关于卫生产品价值链各环节数据的公开可得信息类型，包括不同行为者实际支付的价格和成本，在会员国之间各不相同，同时认识到获得可比较的价格信息可帮助努力实现公平获取可负担的卫生产品目标；

寻求进一步公布不同国家和不同部门所采用的价格的信息，并加强对这一信息的获取和使用，同时认识到不同国家和区域的法律框架和背景，并承认差别定价的重要性；

¹ 包括由世卫组织/儿童基金会供水、环境卫生和个人卫生服务联合监测规划和世卫组织牵头的联合国水机制全球环卫与饮水分析和评估的规程、方法和报告。

² 为本决议之目的，卫生产品包括药物、疫苗、医疗装置、诊断工具、辅助产品、基于细胞和基因的疗法以及其他卫生技术。

³ 该决议对秘书处的财政和行政影响，见附件 9。

⁴ 文件 A72/17。

⁵ 文件 EB144/18。

注意到第二次公平定价论坛（2019年4月11-13日，南非约翰内斯堡）围绕特别是通过分享信息等方式促进提高卫生产品价格的透明度问题开展了有益的讨论，以促进开发功能良好和有竞争力的全球市场；

注意到公共和私营部门为研发卫生产品提供资金的重要性，并寻求在整个价值链中提高这方面供资的透明度；

寻求逐步增加关于在卫生产品整个价值链中所做投入的公开信息，并进一步公开报告相关专利及其状况，同时要加强获取有关特定卫生产品专利状况及其上市审批状况的信息；

注意到最近通过的世界医学协会《赫尔辛基宣言》（2013年）呼吁公布临床试验结果，包括公布负面结果、不确定结果及正面结果，并注意到公众获得全面的临床试验数据对于促进科学进步和患者成功治疗至关重要，但同时要保护患者个人信息；

认为当价值链中有可靠、可比、透明和足够详细的数据¹时，可更好地制定和评价能影响卫生产品定价并减少获取障碍的政策，

1. 敦促会员国根据其本国和区域法律框架和具体情况：

- (1) 采取适当措施，公开分享关于卫生产品净价²的信息；
- (2) 酌情采取适当步骤，支持传播人类受试者临床试验的汇总结果数据以及费用（如果已经可以公开获取或自愿提供），并强化二者的可得和可及性，无论结果如何，也无论结果是否支持申请上市许可，同时确保为患者保密；
- (3) 开展合作，改进供应商对注册卫生产品的信息报告，例如关于销售收入、价格、销量、营销费用以及补贴和激励措施的报告；
- (4) 促进改进对卫生产品专利状况信息和上市审批情况的公开报告；
- (5) 加强国家在卫生产品方面的能力，包括为此进行国际合作、并开展开放和协作性的研究工作以开发和生产卫生产品，尤其是在发展中国家以及低收入和中等收入国家，包括针对主要影响这些国家的疾病的卫生产品，以及在产品选择、具有成本效益的采购、质量保证和供应链管理方面的能力；

¹ 包括但不限于以下方面的数据：可得性（特别是在小型市场），不同市场的销量和覆盖的患者，以及这些产品的医疗益处和附加治疗价值。

² 为本决议之目的，“净价”或“实际价格”或“净交易价格”或“厂家售价”系指生产商在扣除所有回扣、折扣和其它激励后收到的数额。

2. 要求世卫组织总干事：

- (1) 继续应会员国请求对其给予支持，以协助其收集和分析有关整个价值链经济数据的信息，以及有助于制定和执行相关政策，促进实现全民健康覆盖的数据；
- (2) 继续支持会员国，尤其是低收入和中等收入国家，制定和执行与卫生产品市场透明度有关的国家政策，包括国家本地生产能力、快速和及时采用仿制药和生物仿制药、以及对卫生产品的具有成本效益的采购、产品选择、质量保证和供应链管理。
- (3) 支持研究价格透明度和监测其对卫生产品可负担性和可得性的影响，包括对差别定价的影响，尤其是在低收入和中等收入国家以及小市场，并酌情在这方面向会员国提供分析和支持；
- (4) 分析整个价值链中投入数据的可得性，包括临床试验数据和价格信息，以便评估建立一个基于网络的工具，以分享与卫生产品市场透明度有关的信息，包括关于投资、激励措施和补贴信息的可行性和潜在价值；
- (5) 继续世卫组织的努力，与会员国和所有相关利益攸关方每两年召开一次公平定价论坛，讨论与卫生产品相关的价格和成本的可负担性和透明度；
- (6) 继续支持目前的努力，根据《公共卫生、创新和知识产权全球战略和行动计划》，确定卫生产品专利状况，并促进公共卫生行为者可公开获得的方便用户的专利状况信息数据库，同时与其它相关国际组织和利益攸关方合作，加强国际合作，避免重复工作，促进相关举措；
- (7) 通过执行委员会第148届会议向第七十四届世界卫生大会提交一份进展情况报告。

(2019年5月28日第七次全体会议——甲委员会第七份报告)

WHA72.9 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

第七十二届世界卫生大会，

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，以及支付欠费的特别安排¹；

注意到执行委员会规划、预算和行政委员会向第七十二届世界卫生大会提交的报告²；

注意到在第七十二届世界卫生大会开幕时，中非共和国³、科摩罗、冈比亚、几内亚比绍、南苏丹、乌克兰和委内瑞拉（玻利瓦尔共和国）⁴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；

注意到刚果和塞内加尔的欠费在第七十二届世界卫生大会开幕时已达到一定程度，使卫生大会有必要根据《组织法》第七条审议是否应在2020年第七十三届世界卫生大会开幕时暂时中止其表决权，

决定：

- (1) 根据WHA41.7号决议（1988年）确定的原则，如果到第七十三届世界卫生大会开幕之时，刚果和塞内加尔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；
- (2) 上文第(1)段中所述实行的任何暂时中止，须持续至第七十三届世界卫生大会及以后各届卫生大会，直至刚果和塞内加尔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。

（2019年5月28日第七次全体会议——乙委员会第二份报告）

WHA72.10 解决欠费的特别安排：中非共和国

第七十二届世界卫生大会，

审议了中非共和国就其直至2018年（含2018年）尚未结清的134 646美元会费提出的要求；还审议了中非共和国希望在2019-2028年期间重新安排交纳这笔欠费的要求；

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 文件 A72/37。

² 文件 A72/66。

³ 见文件 A72/61。

⁴ 见文件 A72/60 Rev.1。

1. **决定**恢复中非共和国在第七十二届世界卫生大会上的表决权，但须满足以下条件：

在从2019年至2028年的10年内，中非共和国除其年度会费外，应按下述所列偿付其总额为134 646美元的评定会费欠缴款；

年	美元
2019	13,465
2020	13,465
2021	13 465
2022	13 465
2023	13 465
2024	13 465
2025	13 465
2026	13 465
2027	13 465
2028	13 461
合计	134 646

2. **进一步决定**根据《组织法》第七条，如果中非共和国不遵守上述第1段所述要求，其表决权将自动中止；
3. **要求**总干事酌情向未来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中非共和国政府。

(2019年5月28日第七次全体会议——乙委员会第二份报告)

WHA72.11 任命外审计员

第七十二届世界卫生大会，

审议了总干事关于任命外审计员的报告¹，

¹ 文件 A72/42。

1. **决定**将任命印度主计审计长为世界卫生组织账目的外审计员,从2020年至2023年为期四年,根据《财务条例》第十四条和《财务条例》附则中包含的原则开展他/她的审计工作,如有必要,他/她可指定一名代表在他/她缺席时代理;
2. **感谢**菲律宾共和国审计委员会从2012至2019年八年期间为本组织财务期账目审计所做的工作。

(2019年5月28日第七次全体会议——乙委员会第二份报告)

WHA72.12 2020-2021年摊款比额表

第七十二届世界卫生大会,

审议了总干事关于2020-2021年摊款比额表的报告¹,

通过以下所列2020-2021双年度会员国和准会员摊款比额。

会员国和准会员	2020-2021年 世界卫生组织比额 %
阿富汗	0.0070
阿尔巴尼亚	0.0080
阿尔及利亚	0.1380
安道尔	0.0050
安哥拉	0.0100
安提瓜和巴布达	0.0020
阿根廷	0.9151
亚美尼亚	0.0070
澳大利亚	2.2101
奥地利	0.6770
阿塞拜疆	0.0490
巴哈马	0.0180
巴林	0.0500
孟加拉国	0.0100
巴巴多斯	0.0070
白俄罗斯	0.0490
比利时	0.8211
伯利兹	0.0010

¹ 文件 A72/38。

会员国和准会员	2020-2021 年 世界卫生组织比额 %
贝宁	0.0030
不丹	0.0010
多民族玻利维亚国	0.0160
波斯尼亚和黑塞哥维那	0.0120
博茨瓦纳	0.0140
巴西	2.9482
文莱达鲁萨兰国	0.0250
保加利亚	0.0460
布基纳法索	0.0030
布隆迪	0.0010
佛得角	0.0010
柬埔寨	0.0060
喀麦隆	0.0130
加拿大	2.7342
中非共和国	0.0010
乍得	0.0040
智利	0.4070
中国	12.0058
哥伦比亚	0.2880
科摩罗	0.0010
刚果	0.0060
库克群岛（不是联合国会员国）	0.0010
哥斯达黎加	0.0620
科特迪瓦	0.0130
克罗地亚	0.0770
古巴	0.0800
塞浦路斯	0.0360
捷克	0.3110
朝鲜民主主义人民共和国	0.0060
刚果民主共和国	0.0100
丹麦	0.5540
吉布提	0.0010
多米尼克	0.0010
多米尼加共和国	0.0530
厄瓜多尔	0.0800
埃及	0.1860
萨尔瓦多	0.0120
赤道几内亚	0.0160

会员国和准会员	2020-2021 年 世界卫生组织比额 %
厄立特里亚	0.0010
爱沙尼亚	0.0390
斯威士兰	0.0020
埃塞俄比亚	0.0100
斐济	0.0030
芬兰	0.4210
法国	4.4273
加蓬	0.0150
冈比亚	0.0010
格鲁吉亚	0.0080
德国	6.0904
加纳	0.0150
希腊	0.3660
格林纳达	0.0010
危地马拉	0.0360
几内亚	0.0030
几内亚比绍	0.0010
圭亚那	0.0020
海地	0.0030
洪都拉斯	0.0090
匈牙利	0.2060
冰岛	0.0280
印度	0.8341
印度尼西亚	0.5430
伊朗（伊斯兰共和国）	0.3980
伊拉克	0.1290
爱尔兰	0.3710
以色列	0.4900
意大利	3.3072
牙买加	0.0080
日本	8.5645
约旦	0.0210
哈萨克斯坦	0.1780
肯尼亚	0.0240
基里巴斯	0.0010
科威特	0.2520
吉尔吉斯斯坦	0.0020
老挝人民民主共和国	0.0050

会员国和准会员	2020-2021 年 世界卫生组织比额 %
拉脱维亚	0.0470
黎巴嫩	0.0470
莱索托	0.0010
利比里亚	0.0010
利比亚	0.0300
立陶宛	0.0710
卢森堡	0.0670
马达加斯加	0.0040
马拉维	0.0020
马来西亚	0.3410
马尔代夫	0.0040
马里	0.0040
马耳他	0.0170
马绍尔群岛	0.0010
毛里塔尼亚	0.0020
毛里求斯	0.0110
墨西哥	1.2921
密克罗尼西亚（联邦）	0.0010
摩纳哥	0.0110
蒙古	0.0050
黑山	0.0040
摩洛哥	0.0550
莫桑比克	0.0040
缅甸	0.0100
纳米比亚	0.0090
瑙鲁	0.0010
尼泊尔	0.0070
荷兰	1.3561
新西兰	0.2910
尼加拉瓜	0.0050
尼日尔	0.0020
尼日利亚	0.2500
纽埃（不是联合国会员国）	0.0010
北马其顿	0.0070
挪威	0.7540
阿曼	0.1150
巴基斯坦	0.1150
帕劳	0.0010

会员国和准会员	2020-2021年 世界卫生组织比额 %
巴拿马	0.0450
巴布亚新几内亚	0.0100
巴拉圭	0.0160
秘鲁	0.1520
菲律宾	0.2050
波兰	0.8021
葡萄牙	0.3500
波多黎各（不是联合国会员国）	0.0010
卡塔尔	0.2820
大韩民国	2.2671
摩尔多瓦共和国	0.0030
罗马尼亚	0.1980
俄罗斯联邦	2.4052
卢旺达	0.0030
圣基茨和尼维斯	0.0010
圣卢西亚	0.0010
圣文森特和格林纳丁斯	0.0010
萨摩亚	0.0010
圣马力诺	0.0020
圣多美和普林西比	0.0010
沙特阿拉伯	1.1721
塞内加尔	0.0070
塞尔维亚	0.0280
塞舌尔	0.0020
塞拉利昂	0.0010
新加坡	0.4850
斯洛伐克	0.1530
斯洛文尼亚	0.0760
所罗门群岛	0.0010
索马里	0.0010
南非	0.2720
南苏丹	0.0060
西班牙	2.1461
斯里兰卡	0.0440
苏丹	0.0100
苏里南	0.0050
瑞典	0.9061
瑞士	1.1511

会员国和准会员	2020-2021 年 世界卫生组织比额 %
阿拉伯叙利亚共和国	0.0110
塔吉克斯坦	0.0040
泰国	0.3070
东帝汶	0.0020
多哥	0.0020
托克劳（不是联合国会员国）	0.0010
汤加	0.0010
特立尼达和多巴哥	0.0400
突尼斯	0.0250
土耳其	1.3711
土库曼斯坦	0.0330
图瓦卢	0.0010
乌干达	0.0080
乌克兰	0.0570
阿拉伯联合酋长国	0.6160
大不列颠及北爱尔兰联合王国	4.5673
坦桑尼亚联合共和国	0.0100
美利坚合众国	22.0000
乌拉圭	0.0870
乌兹别克斯坦	0.0320
瓦努阿图	0.0010
委内瑞拉（玻利瓦尔共和国）	0.7280
越南	0.0770
也门	0.0100
赞比亚	0.0090
津巴布韦	0.0050
总计	100.0000

（2019 年 5 月 28 日第七次全体会议——乙委员会第二份报告）

WHA72.13 不叙级职位职员和总干事的薪酬¹

第七十二届世界卫生大会，

注意到执行委员会关于不叙级职位职员和总干事薪酬的建议¹，

¹ 该决议对秘书处的财政和行政影响，见附件 9。

1. **确定**助理总干事和区域主任的年薪毛额为 179 948 美元,相应的薪金净额为 134 266 美元;
2. **确定**副总干事的年薪毛额为 198 315 美元,相应的薪金净额为 146 388 美元;
3. **确定**总干事的年薪毛额为 244 571 美元,相应的薪金净额为 176 917 美元;
4. **决定**这些薪酬调整应于 2019 年 1 月 1 日起生效。

(2019 年 5 月 28 日第七次全体会议——乙委员会第三份报告)

WHA72.14 解决欠费的特别安排：委内瑞拉玻利瓦尔共和国

第七十二届世界卫生大会，

审议了委内瑞拉玻利瓦尔共和国就其直至 2019 年（含 2019 年）尚未结清的 13 219 535 美元会费提出的要求；还审议了委内瑞拉玻利瓦尔共和国希望在 2019-2038 年期间重新安排交纳这笔欠费的要求²；

注意到执行委员会规划、预算和行政委员会提交第七十二届世界卫生大会的报告³；

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**恢复委内瑞拉玻利瓦尔共和国在第七十二届世界卫生大会上的表决权，但须满足以下条件：

在从 2019 年至 2038 年的 20 年内，委内瑞拉玻利瓦尔共和国除支付其年度会费外，应按下述所列偿付其总额为 13 219 535 美元的评定会费欠缴款；

¹ 见文件 A72/45。

² 文件 A72/60 Rev.1。

³ 文件 A72/66。

年	美元
2019	660 977
2020	660 977
2021	660 977
2022	660 977
2023	660 977
2024	660 977
2025	660 977
2026	660 977
2027	660 977
2028	660 977
2029	660 977
2030	660 977
2031	660 977
2032	660 977
2033	660 977
2034	660 977
2035	660 977
2036	660 977
2037	660 977
2038	660 972
合计	13 219 535

2. **进一步决定**根据《组织法》第七条，如果委内瑞拉玻利瓦尔共和国不遵守上述第 1 段所述要求，其表决权将自动中止；
3. **要求**总干事酌情向未来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委内瑞拉玻利瓦尔共和国政府。

(2019 年 5 月 28 日第七次全体会议——乙委员会第三份报告)

WHA72.15 《国际疾病分类》第十一次修订本¹

第七十二届世界卫生大会，

审议了总干事关于《国际疾病分类》第十一次修订本的报告²；

回顾第二十届世界卫生大会于1967年5月22日通过的《世卫组织命名规则》³；

回顾第四十三届世界卫生大会1990年5月17日的决议，该决议通过了《国际疾病分类》第十次修订本，该修订本自1993年1月1日起生效⁴；

认识到制定和保持《国际疾病分类》是世卫组织的一项核心规范职能，

1. **通过**《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十一次修订本（ICD-11），于2022年1月1日生效，并须服从过渡安排，其组成部分如下：

- (1) 四位数编码类目的和备选五位数和六位数编码亚目详细清单⁵，以及死亡和发病短类目表；
- (2) 与孕产妇、胎儿、围产儿、新生儿和婴儿死亡有关的定义、标准和报告要求⁶；
- (3) 死亡根本原因编码和发病主要状况编码的规则和说明；

2. **要求**总干事：

- (1) 调拨本组织内足够资源，用于定期更新和保持《国际疾病分类》第十一次修订本及其最终修订本；
- (2) 以本组织六种正式语文出版《国际疾病分类》第十一次修订本，并为其保持、传播和使用提供数字工具和支持机制，包括促进与现有临床术语的联系；
- (3) 应会员国请求向其提供支持，以实施《国际疾病分类》第十一次修订本，包括建设系统和能力，并为此搭建《国际疾病分类》第十一次修订本翻译平台；

¹ 该决议对秘书处的财政和行政影响，见附件9。

² 文件A72/29和A72/29 Add.1。

³ WHA20.18号决议。

⁴ WHA43.24号决议。

⁵ 见《国际疾病分类》第十一次修订本浏览器 <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>（2019年3月28日访问）。

⁶ 见 <https://icd.who.int/docs/norms-cb2019.pdf>（第14页，2019年3月28日访问）。

- (4) 提供自 2022 年 1 月 1 日起至少五年的必要时间内的过渡安排，以便会员国能够使用《国际疾病分类》先前修订本汇编并报告统计数据；
- (5) 实施《国际疾病分类》第十一次修订本的定期更新程序¹，并进一步发展和实施疾病和健康相关分类家族，将《疾病和有关健康问题的国际统计分类》作为与其它有关分类、专业版本和术语相关联的核心分类；
- (6) 向 2023 年第七十六届世界卫生大会，2027 年第八十届世界卫生大会和 2032 年第八十五届世界卫生大会报告本决议的执行进展情况，并在 2032 年报告中列入对《国际疾病分类》第十一次修订本的修订需要的评估意见。

(2019 年 5 月 28 日第七次全体会议——乙委员会第四份报告)

WHA72.16 支持全民健康覆盖的急救系统：确保急病患者和伤者得到及时护理²

第七十二届世界卫生大会，

审议了关于支持全民健康覆盖的急救系统：确保急病患者和伤者得到及时护理的报告³；

注意到必须将卫生系统作为一个整体来对待，包括应区分选择性服务和医护、非选择性服务和医护以及急救服务和医护，以便以可持续、有效和适当的方式满足人群的健康需求；

认识到许多行之有效的卫生干预措施都依赖时间，急救是一个综合平台，可为整个生命过程中的急病和伤害提供可及且对时间敏感的优质卫生保健服务；

强调及时性是质量的一个重要组成部分，如果有急救服务且患者能够及时获得，则每年可防止数百万人因受伤、感染、精神障碍和其他精神卫生问题、非传染性疾病急剧加重、急性妊娠并发症和其他紧急病症而死亡和长期残疾；

注意到仅伤害每年就造成近 500 万人死亡，道路交通伤害是所有 5-29 岁人群的头号杀手⁴；

¹ 如《国际疾病分类》第十一次修订本参考指南附件 3.8 所述（见 <https://icd.who.int/icd11refguide/en/index.html>，2019 年 3 月 28 日访问）。

² 该决议对秘书处的财政和行政影响，见附件 9。

³ 文件 A72/31。

⁴ 2016 年全球卫生估计：按原因、年龄、性别、国家和区域估算的死亡数据（2000-2016 年）。日内瓦：世界卫生组织；2018 年。

还注意到急救是卫生系统提供卫生服务的基本组成部分，精心设计的急救服务有助于及时识别、治疗管理，并在需要在卫生系统的适当级别继续治疗急性疾病；

承认可持续发展目标 3（确保健康的生活方式，促进各年龄段人群的福祉），并认识到组织良好的安全和高质量急救服务是实现一系列相关具体目标，包括关于全民健康覆盖、道路安全、孕产妇和儿童健康、非传染性疾病、精神健康和传染病的具体目标的关键机制；

还承认可持续发展目标 11（建设包容、安全、有抵御灾害能力和可持续的城市和人类住区）和目标 16（创建和平、包容的社会以促进可持续发展，让所有人都能诉诸司法，在各级建立有效、负责和包容的机构），并注意到一个强大和准备充分的日常急救系统对于减轻灾害和大规模伤亡事件的影响以及在脆弱局势和受冲突影响地区维持卫生服务的提供至关重要；

忆及关于实施《世界暴力与健康报告》建议的 WHA56.24 号决议（2003 年）、关于道路安全与健康的 WHA57.10 号决议（2004 年）（与联合国大会关于改善全球道路安全的 72/271 号决议（2018 年）相呼应）、关于卫生系统：急救系统的 WHA60.22 号决议（2007 年）、关于增强国家卫生突发事件和灾害的管理能力以及卫生系统的应变能力的 WHA64.10 号决议（2011 年）、关于 2013-2020 年全球精神卫生综合行动计划的 WHA66.8 号决议（2013 年）、将急救和基本外科治疗和麻醉作为全民健康覆盖内容予以加强的 WHA68.15 号决议（2015 年）和关于为支持实现全民健康覆盖加强基本公共卫生职能的 WHA69.1 号决议（2016 年）——在这些决议中卫生大会重点关注综合服务提供模式，并将无法及时获得急救服务确定为广泛和严重公共卫生问题的导因；

还忆及世卫组织《2019-2023 年第十三个工作总规划》的任务是要改善综合服务提供，并特别要为最弱势、最边缘化和最难以覆盖的人群服务，以确保不让任何人掉队¹；

注意到无歧视地向所有需要及时护理的人提供组织良好、安全和高质量的急救服务，可有助于减少健康不平等。

还注意到在许多国家，急救系统是主要的卫生系统安全网和获得卫生服务的主要途径，特别是对边缘人群而言，但这不是卫生系统资源的最佳使用方式；

认识到许多国家缺乏有组织的急救，导致全球各种紧急情况下的结果存在很大差异；

注意到许多急救干预措施既有效又具有成本效益，并且综合急救服务的提供可以拯救生命，在整个卫生系统最大限度扩大影响；

¹ 《2019-2023 年第十三个工作总规划》（载于文件 A71/4 并以 WHA71.1 号决议（2018 年）获得通过）。

关切对一线急救缺乏投资损害了有效性，限制了影响，并增加了卫生系统其他部分的费用；

承认一线卫生工作者，特别是护士，要为紧急病患和伤员提供救治，但他们往往没有经过专门的紧急情况管理培训，且进行咨询；

注意到改善结果需要了解急救的潜力和实际利用情况，现有数据不能充分支持对急救进行有效的计划和资源分配；

考虑到世卫组织有一系列指导方针，使决策者、计划者和行政人员能够制定最适合本国情况的行动计划，此外还有培训资源以及适用于卫生系统各级基本急救服务和资源的标准，

1 **呼吁**近期进一步作出全球努力，以在全民健康覆盖框架下，加强急救服务，确保及时有效地向需要的人提供救命的医护服务¹；

2 **敦促**会员国²：

(1) 制定政策，促进可持续供资和有效管理，在不考虑社会文化因素且不要求在医疗服务前付费的情况下，促进所有人普遍获得安全、高质量并符合需要的急救服务，由广泛的卫生系统在全民健康覆盖框架下提供高质量基本医疗和服务以及金融风险保护；

(2) 酌情采用世卫组织急诊系统评估工具进行自愿评估，以查明差距和确定符合当地情况的行动重点；

(3) 在适当管理级别推动或促进将常规院前和院内急诊服务纳入卫生战略以及其他相关规划文件，例如纳入应急计划以及产科和外科计划；

(4) 根据本国国情，建立适当的管理机制，协调常规院前和院内急救服务，包括与其他相关行为者合作开展灾害和疫情防范和应对工作，包括增强其他部门人员的能力；

(5) 促进以更一致和更包容的方式，按照人道主义原则，作为全民健康覆盖的一大支柱，在脆弱局势中和在受冲突影响地区保障急救系统有效运作，确保连续提供基本卫生服务和履行公共卫生职能；

¹ 见“急救和创伤护理”[网站]。日内瓦：世界卫生组织；2019年（<https://www.who.int/emergencycare/en/>，2019年5月20日访问）。

² 适用时，还包括区域经济一体化组织。

- (6) 在一级及以上级别，酌情促进根据卫生保健服务水平设置配有适当诊疗设备并能提供急救服务和医护的专区或专门科室；
- (7) 促进在资源允许的情况下，通过使用非正式或正式系统，使所有人都能及时获得院前医疗服务，包括在没有免费普遍接入电话号码的情况下，设置符合国际标准的免费普遍接入号码；
- (8) 采用世卫组织急救系统指南中确定的关键流程和规程，例如酌情进行分流和核对¹；
- (9) 为各类有关卫生人员提供急救管理专业培训，包括通过制定医生和护士进修规划，为一线卫生人员提供基本急救培训，将专业急救培训纳入护理和医学本科课程，并建立符合国情的院前急救人员认证路径；
- (10) 通过开展宣传活动和在各种教育和职业环境中讲解适用于有关目标人群的标准做法等，提高社区对紧急情况的认识和应对能力，使其能够识别和缓解潜在的紧急情况并提供转介服务；
- (11) 采用标准化数据收集机制，查明当地急性疾病负担的特点，并确定高效机制，从而改善急救服务的协调、安全和质量；
- (12) 支持作出努力，确保基于当地风险情况制定院前和院内急救科室计划，保护卫生人员、患者和基础设施免遭暴力，卫生人员和患者不受歧视，同时，它们还制定明确的预防和管理危险因素的方案；

3 要求总干事：

- (1) 提高世卫组织各级的能力，为会员国和其他相关行为者提供必要的技术指导和支 持，加强急救系统，包括努力确保为应对所有相关情况做好准备；
- (2) 推动建立多部门网络、伙伴关系和行动计划，促进会员国之间开展合作，以支持有效传播和采取最佳急救方法；
- (3) 作为全民健康覆盖的一部分，促进所有人都能公平地和在不受歧视的情况下获得安全和高质量的急救服务；

¹ 见“急救和创伤护理”[网站]。日内瓦：世界卫生组织；2019年（<https://www.who.int/emergencycare/en/>，2019年5月20日访问）。

- (4) 根据 WHA60.22 号决议，继续做出努力，应会员国要求，支持会员国评估需求、检查设施、实行质量和安全改进规划、审查法规以及开展其他相关工作，加强急救服务；
- (5) 通过提供政策选择和技术指导以及为卫生人员和规划人员提供教育战略和材料，支持会员国扩大急救领域的决策、行政管理和临床能力；
- (6) 通过鼓励对急性疾病和提供急救服务的负担进行研究，并通过提供工具、规程、指标和其他所需标准支持数据收集和分析工作（包括开展成本效益分析），强化急救服务的证据基础；
- (7) 根据第三次发展筹资问题国际会议通过的《亚的斯亚贝巴行动议程》¹，通过为宣传工作提供资源，促进提高认识以及调动国际和国内资源；
- (8) 向 2021 年第七十四届世界卫生大会报告本决议的实施进展情况。

（2019 年 5 月 28 日第七次全体会议——乙委员会第四份报告）

¹ 联合国大会第 69/313 号决议（2015 年）。

决 定

WHA72(1) 证书委员会的组成

第七十二届世界卫生大会任命由下述会员国代表组成证书委员会：巴林、柬埔寨、多米尼加共和国、厄立特里亚、印度尼西亚、利比里亚、马绍尔群岛、黑山、波兰、塞舌尔、斯洛伐克、苏里南。

(2019年5月20日第一次全体会议)

WHA72(2) 选举第七十二届世界卫生大会官员

第七十二届世界卫生大会选举出下列官员：

主席： Bounkong Syhavong 博士（老挝人民民主共和国）

副主席： Socorro Flores Liera 女士阁下（墨西哥）
Abdoulaye Diouf Sarr 先生（塞内加尔）
Hussain Abdul Rahman Al Rand 博士（阿拉伯联合酋长国）
Alisher Shadmanov 博士（乌兹别克斯坦）
Dechen Wangmo 女士（不丹）

(2019年5月20日第一次全体会议)

WHA72(3) 选举主要委员会官员

第七十二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 Silvia Paula Valentim Lutucuta 博士（安哥拉）
乙委员会： 主席 Herbert Barnard 先生（荷兰）

(2019年5月20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 Yasuhiro Suzuki 博士（日本）
Mohammad Assai Ardakani（伊朗伊斯兰共和国）

报告员 Laura Bordón 女士（巴拉圭）

乙委员会： 副主席 Karen Gordon-Campbell 博士（圭亚那）
Abdulla Ameen 先生（马尔代夫）

报告员 Ahmad Jan Naeem 博士（阿富汗）

（分别于 2019 年 5 月 20 日和 22 日举行的
甲委员会和乙委员会第一次会议）

WHA72(4) 成立会务委员会

第七十一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：巴哈马、中国、刚果、古巴、刚果民主共和国、吉布提、法国、洪都拉斯、蒙古、缅甸、尼日尔、罗马尼亚、俄罗斯联邦、索马里、南非、大不列颠及北爱尔兰联合王国、美利坚合众国。

（2019 年 5 月 20 日第一次全体会议）

WHA75(5) 通过议程

第七十二届世界卫生大会通过了执行委员会在其第 144 届会议上拟定的临时议程，其中删去五个项目，并拒绝列入一个补充项目。

（2019 年 5 月 20 日第二次全体会议）

WHA72(6) 审核证书

第七十二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、朝鲜民主主义人民共和国、刚果民主共和国、丹麦、吉布提、多米尼加共和国、厄瓜多尔、埃及、萨尔瓦多、赤道几内亚、厄立特里亚、爱沙尼亚、斯威士兰、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、密克罗尼西亚（联邦）、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、北马其顿、挪威、阿曼、巴基斯坦、帕劳、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、圣卢西亚、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、瑞典、瑞士、阿拉伯叙利亚共和国、塔吉克斯坦、泰国、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、赞比亚和津巴布韦。

（2019年5月22日第五次全体会议）

WHA72(7) 选举有权指派一人供职于执行委员会的会员国

第七十二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：阿根廷、奥地利、孟加拉国、布基纳法索、格林纳达、圭亚那、肯尼亚、新加坡、塔吉克斯坦、汤加、突尼斯、阿拉伯联合酋长国。

（2019年5月24日第六次全体会议）

WHA72(8) 巴勒斯坦被占领土（包括东耶路撒冷）和叙利亚被占戈兰的卫生状况¹

第七十二届世界卫生大会，注意到总干事按照 WHA71(10)号决定（2018年）的要求提交的报告²，决定要求总干事：

- (1) 在现场监测基础上，向第七十三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) 确保遵循国际人道主义法和世卫组织的规范和标准，为巴勒斯坦被占领土可持续地采购经世卫组织资格预审的疫苗、药物和医疗设备；
- (4) 向叙利亚被占戈兰的叙利亚人口提供卫生相关技术援助；

¹ 该决定对秘书处的财政和行政影响，见附件9。

² 文件A72/33。

- (5) 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；
- (6) 支持在巴勒斯坦被占领土（包括东耶路撒冷）发展卫生系统，采取的方法是：重点是开发人力资源，使卫生服务当地化，减少转诊，降低费用；加强精神健康服务的提供；以及维持强有力的初级卫生保健，提供统一和全面的适当卫生服务；
- (7) 确保为实现这些目标划拨人力和财力资源。

（2019年5月24日第六次全体会议——乙委员会第一份报告）

WHA72(9) 世卫组织卫生、环境与气候变化全球战略：通过健康环境以可持续方式改善生活和福祉所需做出的改变

第七十二届世界卫生大会，审议了题为“卫生、环境与气候变化：世卫组织卫生、环境与气候变化全球战略草案：通过健康环境以可持续方式改善生活和福祉所需做出的改变”的报告¹，决定：

- (1) 注意到世卫组织卫生、环境与气候变化全球战略²；
- (2) 要求总干事向第七十四届世界卫生大会报告实施世卫组织卫生、环境与气候变化全球战略的进展情况。

（2019年5月28日第七次全体会议——甲委员会第三份报告）

WHA72(10) 小岛屿发展中国家气候变化与健康问题行动计划

第七十二届世界卫生大会，审议了《小岛屿发展中国家气候变化与健康问题行动计划》草案³，决定：

- (1) 注意到《小岛屿发展中国家气候变化与健康问题行动计划》⁴；
- (2) 要求总干事向第七十四届世界卫生大会报告实施《小岛屿发展中国家气候变化与健康问题行动计划》的进展情况。

（2019年5月28日第七次全体会议——甲委员会第三份报告）

¹ 文件 A72/15。

² 见附件 2。

³ 见文件 A72/16。

⁴ 见附件 3。

WHA72(11) 联大预防和控制非传染性疾病问题第三次高级别会议政治宣言的后续行动¹

第七十二届世界卫生大会，审议了关于联合国大会卫生相关问题高级别会议后续行动的报告：预防和控制非传染性疾病²，其中介绍了联大预防和控制非传染性疾病问题第三次高级别会议的成果，决定：

- (1) 欢迎联大第 73/2 号决议通过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政治宣言（2018 年），并要求总干事支持会员国实施该宣言；
- (2) 确认世卫组织 2013-2020 年预防和控制非传染性疾病全球行动计划和世卫组织 2013-2020 年精神卫生综合行动计划的目标，作为对实现可持续发展目标具体目标 3.4（到 2030 年，通过预防、治疗及促进身心健康，将非传染性疾病导致的过早死亡减少三分之一）及其它与非传染性疾病相关的目标和具体目标的贡献，并将行动计划的期限延长至 2030 年，以确保与 2030 年可持续发展议程保持一致；
- (3) 要求总干事：
 - (a) 与会员国协商并考虑到其它利益攸关方的意见³，建议酌情更新世卫组织 2013-2020 年预防和控制非传染性疾病全球行动计划和世卫组织 2013-2020 年精神卫生综合行动计划的附录，确保行动计划保持基于实现预防和控制非传染性疾病以往承诺的科学证据，包括可持续发展目标 3.4（到 2030 年，通过预防、治疗及促进身心健康，将非传染性疾病导致的过早死亡减少三分之一）及其它相关目标和具体目标；
 - (b) 在已开展的工作的基础上，酌情编制和更新一系列政策方案和具有成本效益的干预措施，以支持会员国履行联大预防和控制非传染性疾病问题第三次高级别会议政治宣言（2018 年）所载促进身心健康的承诺，并在 2020 年通过执行委员会提交第七十三届世界卫生大会审议；
 - (c) 在已开展的工作的基础上，编制一系列政策方案和具有成本效益的干预措施，以支持会员国履行联大预防和控制非传染性疾病问题第三次高级别会议政治宣言（2018 年）所载减少因空气污染引起的非传染性疾病所致过早死亡人数的承诺，同时认识到应对所有环境决定因素的重要性，并在 2020 年通过执行委员会提交卫生大会审议；

¹ 该决定对秘书处的财政和行政影响，见附件 9。

² 文件 A72/19。

³ 根据世卫组织《与非国家行为者交往的框架》。

- (d) 通过执行委员会向 2020 年第七十三届世界卫生大会报告世卫组织减少有害使用酒精全球战略在获得认可后第一个十年期间的实施情况以及前进的方向；
- (e) 从 2021 年至 2031 年，通过执行委员会向卫生大会提交年度报告，合并关于预防和控制非传染性疾病以及促进精神卫生方面所取得进展的报告，并根据现有的报告任务和时间表，附上关于实施相关决议、行动计划和战略的报告^{1,2}；
- (f) 向会员国提供进一步的具体指导，并于 2021 年提交第七十四届世界卫生大会，以便通过教育规划和全人口范围有针对性的群众和社会媒体宣传运动加强健康素养，减少非传染性疾病的所有风险因素和决定因素的影响；
- (g) 在 2021 年向第七十四届世界卫生大会提交综合报告，根据对国际经验的回顾，分析预防和控制非传染性疾病多部门行动的成功做法，包括应对此类非传染性疾病的 社会、经济和环境决定因素的做法；
- (h) 收集和分享预防超重和肥胖的最佳做法，特别是分析如何使学校和其它相关机构的食品采购能够支持健康的饮食和生活方式，从而应对儿童超重和肥胖流行的问题并减少所有形式的营养不良，以便根据第 3(e)段列入将于 2021 年提交的综合报告；
- (i) 向会员国提供必要的技术支持，将预防和控制非传染性疾病以及促进精神卫生纳入初级卫生保健服务，并改进非传染性疾病监测；
- (j) 提供足够的财力和人力资源，满足会员国对技术支持的需求，以便以持续的相关工作为基础，加强国家预防和控制非传染性疾病的努力，包括确定创新性自愿筹资机制，例如多方捐助者信托基金。

(2019 年 5 月 28 日第七次全体会议——甲委员会第四份报告)

¹ 包括关于预防和控制非传染性疾病的 WHA53.17 号决议 (2000 年)；关于饮食、身体活动与健康全球战略的 WHA57.17 号决议 (2004 年)；关于减少有害使用酒精全球战略的 WHA63.13 号决议 (2010 年)；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)；关于 2013-2020 年精神卫生综合行动计划的 WHA66.8 号决议 (2013 年)；关于联大预防和控制非传染性疾病问题高级别会议政治宣言后续行动的 WHA66.10 号决议 (2013 年)；关于第二次国际营养大会成果的 WHA68.19 号决议 (2015 年)；关于结合综合性方法审视癌症预防 and 控制的 WHA70.12 号决议 (2017 年)；关于公共卫生领域应对痴呆症全球行动计划的 WHA70(17)号决定 (2017 年)；关于终止儿童肥胖委员会的报告：实施计划的 WHA70(19)号决定 (2017 年)；关于世卫组织 2018-2030 年促进身体活动全球行动计划的 WHA71.6 号决议 (2018 年)；关于婴幼儿喂养的 WHA71.9 号决议 (2018 年)。

² 根据世卫组织 2013-2020 年预防和控制非传染性疾病全球行动计划第 60 段开展的中期和最终评价结果以及根据世卫组织预防和控制非传染性疾病全球协调机制职权范围第 19 段开展的初步和最终评价结果。

WHA72(12) 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¹

第七十二届世界卫生大会，审议了关于 WHA71(11)号决定（2018 年）实施情况的报告²，并注意到大流行性流感防范框架咨询小组向总干事提出的建议³，决定：

(1) 要求总干事：

(a) 与全球流感监测和应对系统和其它伙伴，如其它获批准的实验室和相关机构合作，收集、分析和提交流感病毒共享数据，以能够更深入地了解在全球流感监测和应对系统下共享病毒所面临的挑战、机遇和对公共卫生的影响，包括查明共享流感病毒受到阻碍的具体事例以及如何加以缓解；

(b) 经与《生物多样性公约》秘书处协商，根据会员国⁴和利益攸关方的意见，酌情编写一份报告，说明现有相关立法和监管措施，包括执行《名古屋议定书》的立法和监管措施对共享流感病毒的处理和在这方面的公共卫生考虑；

(c) 提供更多关于原型搜索引擎的功能、效用和局限性的信息；

(d) 探讨可能的下一步措施，包括通过征求会员国的意见，提高相关数据库和倡议、数据提供者和数据用户对《大流行性流感防范框架》的认识，并促进对数据提供者的认可以及数据提供者和数据用户之间的合作；

(e) 继续提供信息，说明在《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》背景下新技术带来的新挑战和机遇，以及面对这些挑战和机遇的可能方针；

(2) 如附件 4，B 部分所载，修订《大流行性流感防范框架》附件 2《标准材料转让协议 2》的脚注 1，自第七十二届世界卫生大会闭幕之日起生效；

(3) 进一步要求总干事通过执行委员会第 146 届会议向 2020 年第七十三届世界卫生大会报告上述规定的实施情况。

（2019 年 5 月 28 日第七次全体会议——甲委员会第四份报告）

¹ 该决定对秘书处的财政和行政影响，见附件 9。

² 文件 A72/21 和 A72/21 Add.1。

³ 见附件 4，A 部分。

⁴ 适用时，还包括区域经济一体化组织。

WHA72(13) 实施《名古屋议定书》对公共卫生的影响¹

第七十二届世界卫生大会，忆及《生物多样性公约》及其目标和原则，以及《生物多样性公约关于获取遗传资源和公正和公平分享其利用所产生惠益的名古屋议定书》及其目标；重申世卫组织《组织法》和《国际卫生条例（2005）》；并审议了总干事关于实施《名古屋议定书》对公共卫生的影响的报告²，决定为扩大与会员国、《生物多样性公约》秘书处、相关国际组织和相关利益攸关方的接触，要求总干事：

- (1) 提供信息说明当前病原体共享做法和安排、获取和惠益分享措施的实施情况以及潜在的公共卫生结果和其他影响；
- (2) 通过执行委员会第 148 届会议向第七十四届世界卫生大会提交报告，并向执行委员会第 146 届会议提交中期报告。

（2019 年 5 月 28 日第七次全体会议——甲委员会第六份报告）

WHA72(14) 促进难民和移民健康

第七十二届世界卫生大会，审议了关于促进难民和移民健康的报告³，决定：

- (1) 注意到世卫组织促进难民和移民健康的 2019-2023 年全球行动计划⁴；
- (2) 要求总干事向第七十四届和七十六届世界卫生大会报告世卫组织 2019-2023 年促进难民和移民健康全球行动计划的执行进展情况，包括报告由会员国自愿提供和联合国机构酌情提供的相关信息。

（2019 年 5 月 28 日第七次全体会议——甲委员会第六份报告）

WHA72(15) 外审计员的报告

第七十二届世界卫生大会，审议了外审计员提交卫生大会的报告⁵，并注意到执行委员会规划、预算和行政委员会提交第七十二届世界卫生大会的报告⁶，决定接受外审计员提交卫生大会的报告。

（2019 年 5 月 28 日第七次全体会议——乙委员会第二份报告）

¹ 该决议对秘书处的财政和行政影响，见附件 9。

² 文件 A72/32。

³ 文件 A72/25/Rev.1。

⁴ 见附件 5。

⁵ 文件 A72/39。

⁶ 文件 A72/67。

WHA72(16) 2018-2019 年世卫组织规划和财务报告，包括 2018 年经审计的财务报表

第七十二届世界卫生大会，审议了“世卫组织 2018-2019 年规划预算执行结果报告：中期审查”¹和 2018 年经审计的财务报表²；并注意到执行委员会规划、预算和行政委员会向第七十二届世界卫生大会提交的报告³，决定接受“世卫组织 2018-2019 年规划预算执行结果报告：中期审查”和 2018 年经审计的财务报表。

(2019 年 5 月 28 日第七次全体会议——乙委员会第二份报告)

WHA72(17) 人力资源：年度报告

第七十二届世界卫生大会，审议了秘书处报告（“人力资源：年度报告”）⁴第 27 段，并注意到执行委员会规划、预算和行政委员会向第七十二届世界卫生大会提交的报告⁵，决定按照附件 6 所示，修改总干事合同第 II (3)段，准许总干事从 2017 年 7 月 1 日起追溯参与联合国合办工作人员养恤基金。

(2019 年 5 月 28 日第七次全体会议——乙委员会第三份报告)

WHA72(18) 任命参加世卫组织工作人员养恤金委员会的代表

第七十二届卫生大会任命哥伦比亚代表团的 Gerardo Lubin Burgos Bernal 博士为世卫组织工作人员养恤金委员会委员，任期为三年，到 2022 年 5 月第七十五届世界卫生大会闭幕时届满。

卫生大会任命塞拉利昂代表团的 Arthur Williams 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 2022 年 5 月第七十五届世界卫生大会闭幕时届满。

(2019 年 5 月 28 日第七次全体会议——乙委员会第三份报告)

WHA72(19) 2020 年：国际护士和助产士年⁶

第七十二届世界卫生大会，审议了文件 A72/54 Rev.1，决定将 2020 年定为国际护士和助产士年。

(2019 年 5 月 28 日第七次全体会议——乙委员会第三份报告)

¹ 文件 A72/35。

² 文件 A72/36 和 A72/INF./5。

³ 文件 A72/62。

⁴ 文件 A72/43。

⁵ 文件 A72/65。

⁶ 该决定对秘书处的财政和行政影响，见附件 9。

WHA72(20) 世界防治恰加斯病日¹

第七十二届世界卫生大会，审议了文件 A72/55 Rev.1，决定将 4 月 14 日定为世界防治恰加斯病日。

(2019 年 5 月 28 日第七次全体会议——乙委员会第三份报告)

WHA72(21) 世卫组织改革：《世界卫生大会议事规则》修订款（取代或补充具有性别色彩的措辞）¹

第七十二届世界卫生大会，审议了总干事关于世卫组织改革的报告²，决定：

(1) 参照文件 A72/50 附件中的示例，根据《世界卫生大会议事规则》第一一九条修订其议事规则，用涵盖两性的措辞取代或补充英文本中具有性别色彩的措辞，而世卫组织理事机构其他五种正式工作语言仍沿用联合国现行做法³；

(2) 修订款应在总干事根据 WHA72(23)号决定（2019 年）对《世界卫生大会议事规则》重新编号时生效。

(2019 年 5 月 28 日第七次全体会议——乙委员会第三份报告)

WHA72(22) 世卫组织改革：《世界卫生大会议事规则》修订款（执行委员会主席关于治理改革问题非正式磋商会议结果的报告）¹

第七十二届世界卫生大会，审议了总干事就执行委员会主席关于治理改革问题非正式磋商会议结果的报告而编写的报告⁴，决定：

(1) 根据《世界卫生大会议事规则》第一一九条，按附件8所载提案，修订《世界卫生大会议事规则》第五条、第十一条和第十二条，并自卫生大会第七十二届会议闭幕起生效；同时建议将修正后的《世界卫生大会议事规则》第五条第三款所述的解释性备忘录限制在500字以内；

(2) 根据《世界卫生大会议事规则》第一一九条，按附件8所载提案，修订《世界卫生大会议事规则》第四十八条，并自卫生大会第七十二届会议闭幕起生效；

¹ 该决定对秘书处的财政和行政影响，见附件 9。

² 文件 A72/50。

³ 见附件 7。

⁴ 文件 A72/51。

(3) 根据《世界卫生大会议事规则》第一一九条，按附件8所载提案，修订《世界卫生大会议事规则》第三条、第十四条、第十九条、第二十二、第四十三和第四十四条之间的标题以及第四十七条，并自卫生大会第七十二届会议闭幕起生效；

(4) 除非总干事另提建议，否则决议和决定应规定明确的报告要求，包括规定报告周期最长为六年，应每两年报告一次。

(2019年5月28日第七次全体会议——乙委员会第三份报告)

WHA72(23) 世卫组织改革：《世界卫生大会议事规则》修订款（解决在增补、补充、紧急议程项目程序方面存在的模糊之处和漏洞，并处理《世界卫生大会议事规则》的其它模糊之处、漏洞和其它缺陷）

第七十二届世界卫生大会，审议了总干事关于世卫组织改革：治理问题的报告¹，决定：

(1) 根据《世界卫生大会议事规则》第一一九条，通过附件8所载的《世界卫生大会议事规则》修订款，修订款自第七十二届世界卫生大会闭幕后生效；

(2) 要求总干事考虑到本决定通过的修订款，适当时对《世界卫生大会议事规则》重新编号。

(2019年5月28日第七次全体会议——乙委员会第三份报告)

WHA72(24) 选择召开第七十三届世界卫生大会的国家

第七十二届世界卫生大会根据《组织法》第十四条决定第七十三届世界卫生大会在瑞士召开。

(2019年5月28日第七次全体会议)

¹ 文件 A72/52。

附 件

附件 1

阿斯塔纳宣言¹

我们是参加 2018 年 10 月 25 日和 26 日于阿斯塔纳举行的全球初级卫生保健会议(从阿拉木图向全民健康覆盖和可持续发展目标迈进)的国家元首、政府首脑、部长以及国家和政府代表²。我们重申在宏伟的和有远见的 1978 年《阿拉木图宣言》和《2030 年可持续发展议程》中就人人享有卫生保健服务作出的承诺，特此发表以下宣言。

我们期望：

政府和社会通过强大的卫生系统重视、促进和保护个人及全民健康与福祉；

各地训练有素的、有技术和有热情并勤勉负责的卫生专业人员以同情、尊重和体面的方式为所有人提供高质量、安全、全面、综合、便利、可获得的和负担得起的**初级卫生保健和卫生服务**；

建立有利和益于健康的环境，增强个人和社区的能力，使个人和社区参与维护和改善其健康与福祉；

合作伙伴和利益攸关方协调一致，有效支持国家卫生政策、战略和计划。

I

我们强烈承诺，每个人都毫无区别地享有可达到的最高健康标准的基本权利。我们在《阿拉木图宣言》四十周年之际会聚，再度承诺遵循《阿拉木图宣言》所列的各项价值观和原则，特别是追求正义和团结互助，并强调健康对和平、安全和社会经济发展的重要性以及相互依存关系。

II

我们相信，加强初级卫生保健服务是增强人民身心健康和社会福祉的最包容、最有力和最有效的方法，并认为初级卫生保健是可持续卫生系统的基石，有助于实现全民健康覆盖和与卫生相关的可持续发展目标。我们欢迎联合国大会将于 2019 年召开全民健康覆盖高级别会议。本《宣言》将对该次高级别会议作出贡献。我们各自将沿着自己的

¹ 见 WHA72.2 号决议；另见《阿斯塔纳宣言》。日内瓦：世界卫生组织/联合国儿童基金会；2018 年 (<https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>)。

² 以及区域经济一体化组织的代表。

道路追求实现全民健康覆盖，使所有人都能公平获得所需的高质量 and 有效的卫生保健服务，并确保人们不因使用这些服务而陷入经济困境。

III

我们承认，尽管在过去 40 年取得了显著进展，但在世界各地，人们的卫生需求仍未得到满足。对许多人而言，尤其对穷人和弱势群体而言，保持健康仍有难度。我们认为，从道德、政治、社会和经济角度来看，持续存在的卫生不公平现象和健康悬殊状况是不可接受的。

我们将继续处理日益沉重的非传染性疾病负担问题，克服烟草使用、有害使用酒精、不健康的生活方式和行为以及身体活动不足和不健康饮食造成的健康不良和过早死亡现象。我们必须立即采取行动，否则，战争、暴力、流行病、自然灾害、气候变化和极端天气事件对健康的影响以及其他环境因素将继续导致过早死亡。我们绝不能失去遏制疫情以及抗微生物药物耐药性等超越国界的全球健康危害的机会。

所有人都必须能够获得预防、促进、治疗和康复服务以及姑息治疗。我们必须防止过多直接支付医疗费用造成数以百万计的人贫困、特别是极端贫困问题。我们不能再低估健康促进和疾病预防的极端重要性，也不能再容忍零散的、不安全的或低劣的卫生保健服务。我们必须解决卫生工作者短缺和分布不均问题。我们必须采取行动，处理卫生保健服务、药品和疫苗费用持续升高问题。我们不能允许低效卫生保健支出造成的浪费。

我们承诺：

IV

在所有部门为增进健康做出大胆的政治选择

我们重申各级政府在促进和保护人人享有可达到的最高健康标准的权利方面的主要作用和责任。我们将推动开展多部门行动和提供全民健康覆盖，动员各利益攸关方并增强当地社区的能力，以加强初级卫生保健服务。我们将重视落实将健康融入所有政策的方针，处理健康问题的经济、社会和环境决定因素，努力减少风险因素。我们将促进更多的利益攸关方参与推动人人享有卫生保健服务，不让任何人掉队，同时还将解决和管理利益冲突，增强透明度，实行参与性治理。我们将努力避免或减缓有损卫生系统和遏制健康收益的冲突。我们必须采用连贯一致的包容性方法扩展初级卫生保健服务，将初级卫生保健作为紧急情况下实行全民健康覆盖的一个支柱，确保按照人道主义原则提供持续的卫生保健和基本卫生服务。我们将为加强初级卫生保健服务适当提供和配置人力及其他资源。我们对大力支持初级卫生保健服务的政府所发挥的领导作用和树立的榜样表示赞扬。

V

建立可持续的初级卫生保健服务

我们将依据国家法律、国情和优先事项提供初级卫生保健服务。我们将通过投资于初级卫生保健服务来加强卫生系统。我们将增强初级卫生保健的能力和基础设施，因为这是人们与卫生服务机构联系的第一个环节，同时我们要优先考虑基本公共卫生职能。我们将首先重视疾病预防和健康促进，目的是通过全面的预防、促进、治疗、康复服务和姑息治疗，满足所有人在生命全程中的健康需求。初级卫生保健将提供一整套全面服务和护理，包括（但不限于）：疫苗接种；筛查；预防、控制和管理非传染性和传染性疾病；为促进、维持和改善孕产妇、新生儿、儿童和青少年健康提供护理和服务；以及提供精神卫生和性与生殖卫生服务¹。初级卫生保健还将做到可及、公平、安全、优质、全面、高效、可接受、可获得和可负担，并将提供以人为本和注重性别的连续综合服务。我们将努力避免分散状态，确保在初级和其他卫生保健级别之间建立有效的转诊系统。可持续的初级卫生保健服务能增强卫生系统预防、发现和应对传染病及疫情的抵御能力，使我们从中受益。

推动初级卫生保健取得的成功因素将包括：

知识和能力建设。我们将运用知识，包括科学知识和传统知识，来加强初级卫生保健，改善健康结果，并确保所有人能够适时在最适当的卫生保健级别获得适当的卫生服务，同时尊重他们的权利、需求、尊严和自主性。我们将继续研究和分享知识与经验，建设能力并改善卫生保健服务的提供。

卫生人力资源。我们将为在初级卫生保健层面工作的卫生专业人员和其他卫生人员创造体面的工作和适当的报酬，以便从多学科角度有效满足人们的卫生需求。我们将继续投资于初级卫生保健人力资源的教育、培训、招聘、发展、激励和留用措施，使这支队伍具备适当的技能组合。我们将努力在农村、偏远和欠发达地区保留和提供初级卫生保健人力。我们坚决主张，卫生人员的国际移徙不得破坏各国，特别是发展中国家满足其人口卫生需求的能力。

技术。我们支持使用优质、安全、有效和负担得起的药物（适当时包括传统药物）、疫苗、诊断法和其他技术，从而推广和扩大对一系列卫生保健服务的获取。我们将促进其可及性以及其安全合理的使用，同时保护个人数据。随着信息系统的进步，我们将能够更好地收集经过适当分类的高质量数据，改进信息连续性，加强疾病监测、透明度、问责制和卫生系统绩效监测。我们将使用各种技术来改善卫生保健的可及性，丰富卫生服务提供方法，加强服务质量和患者安全，并提高卫生保健的效率和协调性。我们将通过数字和其他技术使个人和社区能够确定其健康需求，参与制定计划和提供服务，在维护自身健康与福祉方面发挥积极作用。

¹ 在加入共识时，美国代表团希望提请注意国际人口与发展会议报告所载《行动纲领》中的目标 8.25，其中阐明“在任何情况下都不应鼓励将流产作为一种计划生育方法”。

融资。我们呼吁所有国家继续投资于初级卫生保健以改善健康结果。我们将解决导致人们因使用卫生服务而面临经济困难的低效率和不公平现象，为此我们要确保更好地分配卫生资源，为初级卫生保健提供充足的资金，并通过适当的报销制度来改善获取和实现更好的健康结果。我们将努力使国家卫生系统具备可持续的资金、效率和抵御能力，根据具体国情适当为初级卫生保健分配资源。我们将在整个连续护理过程中提供优质的初级卫生保健服务，不让任何人，包括身处脆弱局势和受冲突影响地区的人群掉队。

VI

增强个人和社区权能

我们支持个人、家庭、社区和民间社会的参与，鼓励其参与制定和实施对健康有影响的政策和计划。我们将促进提高健康素养，努力满足个人和社区对可靠健康信息的期望。我们将支持人们在卫生专业人员指导下获取为维持自身健康或其所关心的人的健康所需的知识、技能和资源。我们将维护和促进团结、道德和人权。我们将加强社区的自主权，并促进公共和私营部门的问责制，使更多的人能够在有利和有益于健康的环境中过上更健康的生活。

VII

使利益攸关方的支持与国家政策、战略和计划保持一致

我们呼吁所有利益攸关方，包括卫生专业人员、学术界、患者、民间社会、地方和国际合作伙伴、机构和基金、私营部门、宗教组织和其他方面，通过以人为本和注重性别的方法等途径与所有部门的国家政策、战略和计划保持一致，并采取联合行动，建立更强大和可持续的初级卫生保健服务，以实现全民健康覆盖。利益攸关方的支持可以帮助各国向初级卫生保健提供充足的人力、技术、财政和信息资源。在实施本《宣言》过程中，各国和利益攸关方将本着伙伴和有效发展合作的精神共同努力，分享知识和良好做法，同时充分尊重国家主权和人权。

- 我们将推动各国政府、世界卫生组织、联合国儿童基金会以及所有其他利益攸关方团结起来，协调实施本《宣言》。
- 所有人，所有国家和组织都应支持这一运动。
- 各国将与利益攸关方合作，定期审查本《宣言》的实施情况。
- 同心协力，我们定将能够增进所有人的健康与福祉，不让任何人掉队。

附件 2

世卫组织卫生、环境与气候变化全球战略： 通过健康环境以可持续方式改善生活和 福祉所需做出的改变¹

[A72/15 – 2019 年 4 月 18 日]

[1–2 段描述该战略的背景，包括其制定过程。]

范围

3. 本战略旨在就全世界及卫生界在 2030 年前需如何应对环境卫生风险和挑战提出愿景和前进方向，并确保改变我们的生活、工作、生产、消费和治理方式，从而确保创造有利于健康的安全、公平和促进性环境。

4. 在该战略的框架内，健康所面临的环境风险被定义为除人身以外的所有环境、物理、化学、生物和工作相关因素，以及所有相关行为。本战略着重关注可以合理改变的环境部分。

挑战

5. 面对当前局势和未来挑战，我们需要从健康和福祉角度改变管理环境的方式。当前的各种方法已经奠定基础，但还不足以可持续且高效地减少健康面临的环境风险并建设支持和促进健康的环境，因此呼吁制定关于卫生、环境和气候变化的新战略。

6. 全世界死亡和疾病负担的四分之一由已知且可避免的环境风险因素导致，每年至少涉及 1300 万例死亡²。健康的环境对于人类健康和发展至关重要。每年仅空气污染就导致 700 万人死亡，是最大的健康风险因素之一。全世界 90% 以上的人呼吸着被污染的空气，约 30 亿人仍依赖污染性燃料为生，例如用固体燃料或煤油照明、烹饪和取暖³。全

¹ 见 WHA72(9)号决定。

² 以下述评估为依据：Prüss-Üstün A, Corvalán C. 通过健康的环境预防疾病：努力估计环境疾病负担。日内瓦：世界卫生组织；2006 年，和 Prüss-Üstün A, Wolf J, Cornavalán CF, Bos R, Neira MP. 通过健康的环境预防疾病：全面评估环境风险引起的疾病负担。日内瓦：世界卫生组织；2016 年（<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43457> 和 https://www.who.int/quantifying_chimpacts/publications/preventing-disease/en/，两个网站均于 2019 年 3 月 26 日访问）。

³ 世卫组织新闻稿。全球十分之九的人呼吸被污染的空气，但更多国家已行动起来。日内瓦：世界卫生组织；2018 年

（<https://www.who.int/zh/news-room/detail/02-05-2018-9-out-of-10-people-worldwide-breathe-polluted-air-but-more-countries-are-taking-action>，2019 年 3 月 26 日访问）。

世界仍有半数以上人口使用没有得到安全管理的水，缺乏充分的环境卫生设施并且个人卫生欠佳，这种原因每年导致的可预防死亡数量超过 80 万¹。很高比例的疟疾和其他媒介传播疾病病例与环境管理和操控，如排水、灌溉计划或水坝设计等有关。每年 100 多万人由于工作场所不安全而死亡，超过 100 万人由于接触化学品而死亡。

7. 气候变化与其他全球性环境变化（例如丧失生物多样性）一样在日益影响人们的健康与福祉。气候变化促使许多地区的热浪、干旱、极端降雨和强飓风日益频繁和强烈，也改变了食源性、水源性和人畜共患传染病的传播方式，对健康产生很大影响。本身脆弱或处境脆弱的人群（例如生活在小岛屿、北极地区、水资源紧张和低洼地区的人们以及最不发达国家和地区的人群）面临更高的风险。更广泛的潜在后果还包括缺水、被迫迁徙以及与此有关的政治紧张状态。这些现象是全球环境变化的广泛后果的一部分，例如生物多样性和生态系统稳定性的迅速丧失等，这些破坏了粮食和水的安全，不利于防止极端天气的影响以及新药物的发现。

8. 虽然各国已作出大量努力减少健康面临的环境风险因素，但传统公共卫生风险（例如饮用水不安全和卫生设施欠佳等）依然存在，使卫生公平面临挑战。通过制定规范和指南、实施解决方案（包括采取监管行动）以及监督相关工作，已在保护人们免受已知环境风险因素的影响方面取得了重要进展。这些为环境卫生保护奠定了基础，需要扩大实施。但是，由于发展不均衡，全世界很多人口被落在后面，仍然无法享受到基本的环境服务，例如环境卫生设施、安全的饮用水、清洁的空气和可靠的食物来源等。此外，通过立法、化学品和其他危害管理以及应急反应来保护健康的机构能力也存在差距。人类行动对环境的影响也提出了伦理和人权问题，因为未来世代会感受到这种影响，并且它将继续对各个年龄和性别的弱势人群，以及通常对环境变化作用最小的社会经济群体产生特别严重的影响。

9. 新的环境、气候和卫生问题涌现，需要迅速识别和应对。最近的例子包括管理电子废物、某些纳米粒子、塑料微粒和内分泌干扰素。全世界正在迅速变化，技术发展速度加快，新的工作组织方式（诸如数字平台、分包和远程办公等）出现，迁徙增加，气候变化，水资源稀缺现象加重。世界需要能够及时辨识并应对此类变化及新出现的问题。

10. 利益攸关方、卫生当局和社区应当更积极地制定能源转型计划、指导城市化并改善其他主要发展趋势的负面影响从而保护和促进健康。社会在继续经历大规模变化，包括：能源、交通和技术创新需求不断增加，满足此类需求的可用方案范围也随之扩大；城市化，全世界半数以上人口现在生活在城市里（到 2050 年该比例将增加到近 70%）²；人

¹ 世卫组织。全球卫生观察站：数据库。日内瓦：世界卫生组织；2018 年（2018 年 9 月 11 日从 <http://apps.who.int/gho/data/view.main.INADEQUATEWSHV?lang=en> 检索到的 2016 年数据）。

² 联合国。世界城市化前景：2018 年修订—重要事实。纽约：联合国；2018 年（<https://population.un.org/wup/Publications/Files/WUP2018-KeyFacts.pdf>，2019 年 3 月 26 日访问）。

员、商品和服务的流动也在增加。在做出影响这些趋势的决定时，健康很少是核心考虑因素，这就导致我们错失保护和促进健康的机会。城市环境的规划和管理较差，交通出行系统不可持续，而且公共区域和绿色空间缺乏。这些都会增加空气污染、噪音和“热岛”效应，减少进行身体活动及获得体面工作和教育的机会，对社区生活和人们的精神卫生也有负面影响。由于空气污染和气候变化之间存在密切联系，如果不能处理空气污染问题并减轻气候变化，就会导致我们无法享受到更高效交通和能源系统，低碳经济，或对环境影响较小的更健康食品系统可能带来的卫生、经济和环境多重效益。需要采用考虑整体行动后果、更有长远观点和公平角度的新方法。最后，各种团体和利益攸关方均应参与制定循证方法，以公众健康为至高利益。

11. 如果不认真处理造成疾病的上游决定因素¹，卫生系统的可持续发展就有危险。全球国内生产总值的约10%用在卫生保健上，但花在预防上的资金极少²。环境造成的腹泻病、呼吸道感染还有非传染性疾病发病率高且反复发生，给卫生服务和家庭预算造成沉重负担。分配给健康促进和初级预防工作的财力和人力资源还不足以减少环境风险因素造成的重大疾病负担。如果不能在定价结构中反映由政策、技术和产品的所有后果导致的费用，只会继续将这些费用转嫁给卫生部门和公民。

12. 注重治疗各种疾病而不是减少健康问题决定因素的不良影响的方法也不足以应对现代环境给卫生带来的挑战。鉴于国际、社会乃至个人层面的多种因素之间存在复杂互动，针对单个决定因素的方法不大可能改善卫生公平和福祉。需要采取更具有综合性的方法处理造成疾病的上游决定因素，这些原因往往取决于卫生以外一些重要部门的政策。不能处理疾病的上游决定因素，并过度依赖药物和杀虫剂，还会导致抗微生物药物耐药性和杀虫剂耐药性问题日益严重，对公共卫生可能产生重大影响。

13. 知识上的空白仍在阻碍我们高效实施保护健康的策略，同时，我们也需要更多高效的循证沟通。有关一些健康风险的证据仍不完整或缺失，例如关于气候变化、电子废物及无数化学品及其混合物的证据。还需要更好地评估就业条件及工作相关风险（例如化学品、工作场所危害、静态工作、长时间工作、轮班工作和劳动力流动）的健康影响。同样，需要更多有关高效解决方案和策略及其财政成本的证据，以及有关其有效实施的证据。对这些证据和公共卫生信息的沟通越来越多地发生在新平台上：需要充分利用这些平台的潜力。

14. 目前的治理机制（包括地方上的治理机制）未能有效处理环境卫生问题的跨领域特征。制定各项政策时仍然未认识到其对健康和卫生系统的影响，部分原因是缺乏总体性的治理机制造成制定政策时对其整体效益考虑不够。

¹ 在这里，根本原因指直接导致威胁健康的环境风险增加的政策或活动。例如在能源生产，农业实践，工业生产或商业和土地使用计划方面选择的方案导致排放增加，有害暴露或脆弱性升高，并助长不健康的行为，或加速气候变化。

² 初级预防的目的是在疾病或伤害发生前加以预防。

15. 《2030 年可持续发展议程》呼吁采用新方法处理卫生、环境和公平问题。该议程把社会经济发展与环境保护、卫生和福祉联系起来，从整体上支持在制定相关政策或作出关键选择时以预防和可持续方式处理健康问题的决定因素，而不是反复处理各项政策的不良影响和不平等现象。各国承诺采取可持续的消费和生产方式并处理滥用自然资源 and 大规模产生废物等问题。这些应有助于开展更可持续的经济活动并在有益健康的跨境全球产品，如清洁的空气和稳定的气候等方面取得进展。

愿景

16. 世卫组织全球战略的愿景是：全世界实现了可持续发展，通过健康保护和健康促进行动、良好的公共卫生标准、在相关部门采取预防性行动以及做出健康的生活选择消除了因不健康环境造成的近四分之一疾病负担，并对健康面临的环境风险进行管理。重要部门应将健康全面纳入其决策过程并尽量扩大社会福祉。

必要转变的战略目标

17. 为处理卫生、环境和气候变化方面的挑战，政府、社会和个人都需要继续重新思考自己生活、工作、生产、消费和治理的方式。要实现转变，就要利用一个符合具体国情且得到适当治理机制和高级别政治意愿的促进和支持的公共卫生框架，通过涵括所有部门的综合主流化方法，着重针对健康的上游决定因素、环境和气候变化的决定因素采取行动。卫生部门需要发挥新作用，采用可持续和公平的方法推动这种转变并促使社会更加公正。

战略目标 1. 初级预防：扩大《2030 年可持续发展议程》中针对健康问题决定因素的行动，以保护和增进健康

将针对有害健康的环境风险驱动因素采取有效、公平的行动。

18. 《2030 年可持续发展议程》呼吁处理产生环境风险因素的根源，做法是转向初级预防行动和促进健康选择。要减少每年由环境风险造成的 1300 万例死亡，就要有效扩大跨所有部门的所有重要利益攸关方都参与的初级预防行动，具体活动如下。

(i) **积极参与，大幅度增加初级预防活动。**扩大初级预防，需要现在和未来能大量且持续地将资源用于处理威胁健康和健康行为的主要风险因素，创造安全、健康的环境以及改善人民的生活。跨部门行动的资源可以通过定价、税收和补贴政策改革来资助，这些改革旨在反映产品、技术和政策对社会造成的真实成本。

(ii) **将初级预防行动纳入疾病防治规划。**重要的是，将预防性环境卫生行动作为一项核心组成部分纳入全民健康覆盖，例如通过针对具体疾病（非传染性疾病和传染性疾病）和风险（例如抗微生物药物耐药性）的战略和规划这样做。根据预防非传染性疾病的全球战略¹，健康的环境（如清洁的空气），健康和安全的工作环境以及化学品安全是预防非传染性疾病的的关键要素，目前正呼吁采取相关行动。适当时，应寻求采用一种综合、跨部门和多学科的“一体化卫生”方法，以应对抗微生物药物耐药性等问题。

战略目标 2. 跨部门行动：在所有政策和所有部门中采取行动解决健康问题的决定因素

各部门的政策均应系统考虑健康因素及相关证据，并确保保护环境可以同时产生健康效益。例如确保能源和交通转型有益健康。

19. 对许多健康问题环境决定因素的责任和处理这些因素的工具在个人或卫生部门的直接控制之外（见图 1）。能源、交通和其他主要系统正在发生重大转型，应能对人群健康产生深远影响。因此，需要采用针对更广泛社会、跨部门、更具有整体性和基于人群的公共卫生方法。现在已经有一些良好实践的例子，但这种综合方法尚未得到普遍采用，而且也很少直接针对健康问题的上游环境和社会决定因素。

(i) **在卫生部门以外制定卫生相关政策时系统考虑健康问题。**在能源、交通、住房、劳动、工业、食品系统²和农业、水和环境卫生设施以及城市规划等关键部门，就健康风险驱动因素做出的决定应以实现和保护良好健康为明确目的。这种将健康融入所有政策的方法包括社区参与、在环境和劳动法规和保障措施中涵盖健康问题以及评估发展项目和政策的健康影响，从而在单一环境、社区或系统中同时处理若干影响健康的环境问题。

(ii) **获得更可持续政策选择的健康效益。**需要全面评估相关政策行动的健康危害和效益及其财政和环境影响。可以在一开始制定政策时就考虑使政策也产生健康效益并且将健康问题考虑在内，从而获得更多有益于健康的好处。

¹ 联合国大会。第 73/2 号决议。大会第三次预防和控制非传染性疾病问题高级别会议政治宣言。行动起来，兑现承诺：加快应对非传染性疾病问题，促进后世后代的健康和福祉。2018 年（https://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/73/2&Lang=C，2019 年 3 月 26 日访问）。

² 食品安全问题包含在《世卫组织全球食品安全战略：增进健康需要更加安全的食品》中。日内瓦：世界卫生组织，2002 年。（<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42559/9241545747.pdf>，2019 年 3 月 26 日访问）。

图 1. 与卫生、环境和气候变化有关的重要部门（未穷尽所有部门）



战略目标 3. 加强卫生部门：强化卫生部门的领导、治理和协调作用

卫生部门将发挥领导和协调作用，同其他与卫生、环境和气候变化有关的部门一道改善人民生活。

20. 卫生部门直接参与其中，它必须治疗由环境风险导致的急性和慢性疾病，而且治疗往往需要重复进行，因为治疗之后，人们通常会继续暴露于相同的风险因素。为减少疾病和相关费用，卫生部门（以及其他负责卫生和环境的行为者）需要装备起来并得到加强，以承担起塑造健康、可持续未来的义务。处理单个环境风险的增量变化还不够多。加强卫生部和其他相关卫生人力在以下方面的能力是关键：通过发挥领导、伙伴、宣传和调解作用联系其他政府部门，实现更好的健康结果；建设机构能力和技能，以落实将健康融入所有政策的思路；提供有关健康和不平等问题决定因素及有效应对措施和解决方案的证据。这种方法反过来也有助于避免当前或未来因治疗环境相关疾病及其后果所造成的经济成本，使节省下来的经费可以再投资于卫生和可持续发展事业。

(i) **发展卫生部门与其他部门联系协调相关政策的能力。**卫生部门的工作人员需要具备参与跨部门对话并监督其他经济领域投资及其后果以及监督整体经济战略和贸易的能力，还要有能力参与传播调查结果。能力得到提高后，可促进能够同时保护健康和环境的互利措施。各国卫生部通过发挥领导和跨部门治理作用，开展循证

宣传倡导、业务规划以及监测监督，可以推动在处理环境、社会和气候风险方面取得进展，进而获得短期和长期效益。卫生部门的政策协调能力也包括落实将健康融入所有政策的思路所需要的能力。在全民健康覆盖和突发卫生事件方面，对相关卫生人员进行关于卫生、环境和气候变化问题的能力建设也很重要。

(ii) 加强卫生部门的努力，联系其他部门一道推动保护和促进健康。由于议题广泛且涉及众多行动者，卫生部门应就评估卫生风险和影响、实施适当解决方案并监测各部门进展情况提供指导并建立监管框架。

(iii) 在卫生保健设施中确保基本的环境服务和健康工作场所，实现“绿色”卫生部门。在低收入和中等收入国家，有必要弥补卫生保健设施在配备安全管理的水、卫生设施和个人卫生措施以及可靠能源供应方面的主要缺陷，并确保这些设施经得住极端天气事件和其他紧急情况的考验。卫生部门也需要在采购政策和服务、废物管理及能源相关选择方面发挥榜样带头作用，以限制对卫生、环境和气候变化的任何负面影响。

战略目标 4. 加强支持：建设促进治理以及政治和社会支持的机制

高级别治理机制和政治支持将促进跨部门工作并维护有益健康的公共产品。公民对更健康环境的需求将塑造政策选择。多边和其他高级别协议将处理健康风险的主要驱动力量和全球性健康威胁。

21. 治理机制、协议和政治意愿将需要以更具整体性的思路为基础，包括开展跨司局和跨部门合作，以便在所有受影响的部门取得积极成果。这可促使根据其整体影响，包括对卫生和社会的影响做出政策选择。目前，各部门主要受其各自特定目标的驱动。

(i) 加强治理机制，推动可持续的健康保护行动。高效的整体治理机制可明确促进跨部门工作，并全面考虑成本和效益。目标是与卫生部门协调采取更具整体性的方法并保护有益健康的产品，如清洁的空气或稳定的气候等。鉴于环境卫生行动的成果还很少与政治时间表结合起来，应确保此类机制也接纳能带来长期健康效益和回报的环境行动。与反复开展卫生保健行动相比，此类机制通常更具可持续性。

(ii) 扩大对卫生的需求和领导。需要卫生部门，其他部门的利益攸关方以及社区广泛参与和行动，以实施促进健康的政策，以及有益健康的环境设计和管理。环境风险对健康的影响是重大的：仅靠传统卫生保健系统无法可持续地处理这些风险。社会越来越不愿意容忍可避免的健康影响。在这个进程中，将健康融入所有政策和整个政府参与的方法会很有用。

(iii) **发展高级别政治运动并促进共识。**长期以来，处理健康面临的环境风险因素的全球努力已经产生了重要证据和工具。有关大幅减少不安全环境造成的疾病负担的方案证据已经逐步积累起来：这些显著成绩显示，相关投资可以带来高额回报，例如减少空气污染的好处以及减轻温室气体排放影响的策略带来的相关健康收益，或投资于水和环卫设施带来的 5.5:1 回报等¹。近年来的高级别政治论坛、承诺及会议都强调了这方面证据。

战略目标 5. 加强证据和沟通：产生有关风险和解决方案的证据基础，并高效传播这一信息以指导选择和投资

所有关键领域都将有充足循证信息，支持根据解决方案的卫生影响、经济影响、有效性和协同效益选择保护健康的行动。

22. 加强跨部门行动、强化高层支持和扩大初级预防都需要有关于各项解决方案的卫生影响、成本、有效性和更广泛社会效益的坚实、广泛证据基础，同时也需要得到定期监测的支持。扩大网络和加强伙伴关系以及强化有关卫生、环境和气候变化行动的健康效益的宣传倡导、广泛沟通和意识提升活动，对于触发和维持相关行动必不可少。

(i) **将环境监测和卫生监测结合起来，以便评估环境风险和服务的健康影响。**环境质量指标和健康影响的全球和本地趋势将继续提供证据，说明环境如何影响人类健康和发展，并指出在哪些领域采取行动最重要。

(ii) **编写循证指导文件，支持在国家和次国家级采取有效行动。**卫生和其他相关部门有责任与政策制定者就相关干预措施（包括法律文书）的健康影响和经济评价进行合作，从而处理环境对疾病的影响。例如，对处理环境相关卫生重点事项政策的成本效益进行更系统的审查对于决策将至关重要。有必要与实施者开展互动，以优化其后的实施行动。将需要为重要利益攸关方提供有针对性的工具，以指导促进健康的行动。

(iii) **对证据的解读和有针对性的沟通。**应提供有关证据和趋势、信息、宣传倡导活动和行动的循证公共卫生信息，供各级利益攸关方参考，支持政策决定，并触发高级别政治行动和支持。在卫生工作者支持下，向公民中广泛传播基于证据的信息，例如人类暴露于消费品中化学物质的情况或生活在受污染地区人群所面临的源自空气污染的健康风险以及可能的解决方案等，可以提高人们对更健康环境的认识、参与和追求。而公民的要求和行动反过来应触发决策者的行动。卫生专业人员在促

¹ 世卫组织。饮用水供应和环境卫生干预措施在实现千年发展目标的具体目标和全民覆盖方面的全球成本和效益。日内瓦：世界卫生组织；2012年（https://www.who.int/water_sanitation_health/publications/global_costs/en/，2019年3月26日访问）。

进改变行为以实现健康和更可持续的生活方式方面可发挥重要作用。增加对健康风险和保护行动的了解也有助于公民为采取适应行动和减少污染行为做出努力。

(iv) 及早识别并应对可能出现的健康威胁的机制和能力。必须建设与新技术、工作组织方式或全球环境变化有关的能力并建立相应机制，以处理可能快速出现的威胁健康的环境问题。其中一些潜在威胁的范围和危险程度尚不确定；这些包括与气候变化、持久存在于环境中的药物、内分泌干扰物、塑料微粒、某些纳米粒子和电子废物等有关的威胁。建设能力和发展机制将需要对证据进行权威审查，并评估控制措施的有效性，同时结合公共卫生监测有针对性地开展环境监测。此外，还包括采用更多跨部门解决方案，例如保护生物多样性和生态系统服务以及将野生动植物和人类病原体监测相结合，以降低风险并加强因人类对自然生态系统的影响所造成的健康威胁的防范。

(v) 影响研究和推动创新。研究是进行对加快实现可持续发展目标必不可少的战略转型的基础。为推进《2030年可持续发展议程》，必须相互协调地促进研究，明确研究需求并转化知识，以填补关键知识空白。环境卫生领域的这种研究长期以来资金不足，特别是与生物医学研究相比。与卫生相关领域政策和实施科学有关的研究关系到所有区域，对于通过更安全、更健康的环境改善健康具有特殊意义。为能更好地监测、预防和应对现有和新出现的健康环境风险需要进行创新。科学、社会、财务和政策领域的创新可以成为加速从健康环境获取健康效益的决定性因素。

(vi) 积累支持充足分配资金和影响投资的理由。要扩大保护健康的行动和促进环境更安全，就要提供充足资金和重新调整投资。应考虑所有成本和所有伴随效益，利用循证评估（例如关于对气候变化的脆弱性和适应性的评估）指导资金分配以及定价结构和补贴。需要充分、系统地考虑短期和长期不采取行动造成的全部社会成本以及所有部门卫生相关政策的影响，以便防止隐性成本转移给卫生部门和削弱环境可持续性。

战略目标 6. 监测：通过监测实现可持续发展目标的进展情况指导行动

将监测通过更健康、更安全环境实施初级预防的进展情况，以指导行动。

23. 监测的目标是使用和分析现有数据并密切跟踪健康问题的决定因素及其影响的变化以及在各个人群之间及群体内部的分布，从而提供有关进展速度的信息，以便调整政策，包括关于环境正义的政策。

(i) **监测实现可持续发展目标及其指标以及其他指标的进展。**各国将酌情与世卫组织和其他相关组织合作，继续监测卫生、环境和气候变化领域卫生相关可持续发展目标和其他相关指标的进展情况，以便全面处理产生疾病的上游决定因素。从战略上分解相关数据，将确保发现卫生不平等现象及其驱动因素。从战略上汇编有关健康问题的社会和环境决定因素数据，以理解卫生不平等现象的驱动因素，将有助于促进各级政府政策的连贯性。

(ii) **监测区域和国家层面的变化和相关策略的实施情况。**需要监测相关影响和产出指标，以测量国家层面的变化情况，从而评估进展和指导政策。

实施平台

将利用具体切入点扩大开展行动，采用综合方法处理疾病的上游决定因素。

24. 应对持续和新出现健康风险挑战的努力不仅限于正式卫生部门。要想应对规模巨大的挑战，相关工作必须由卫生界领导，并参与关键的战略和计划，同时要与其他部门合作在关键部门和领域实施促进健康的多部门政策。这种应对需要得到公众支持，需要有由最佳可获得证据支持的促进性政策环境，并利用最佳可获得证据进行跟踪。要实现这一愿景，就需要建立一系列实施机制和平台。下面概述有关情况。

得到赋权的卫生部门

25. 正式卫生部门是全球经济重要且日益增长的一部分，是全世界最大雇主之一，在赢得信任和融入社区方面具有独特的优势。因此，卫生部门最适合：在社区一级实施促进健康的环境干预措施（直接或与民间社会组织结成伙伴）；率先垂范，减少卫生保健实践的环境影响，示范可持续发展的良好实践；为促进卫生和可持续发展发挥领导和宣传作用。这就需要：重新调整卫生部门的支出分配，更侧重长期初级预防；通过取消有害补贴和重新设置税收以反映政策的所有后果并减少不平等来增加资金；在全球重振和扩大环境卫生学科，以应对庞大而复杂的现代环境卫生挑战，包括适当培训卫生专业人员；卫生部门发挥领导作用，从注重健康决定因素的更长远角度促进健康愿景；卫生专业人员促进行为改变，以实现更可持续和更健康的生活方式。

促进跨部门决策的更强大国家和次国家级平台

26. 少数国家已经建立正式机构组织，就卫生和环境调整提供直接政策指导，或授权对其他部门决策的卫生影响进行跨部门评估。需要更广泛采取这种将健康融入所有政策的思路处理上游政策问题，包括战略评估而不是个别项目，并产生更直接的政策影响（例

如应具有法律地位而不仅仅是咨询地位)。高级别区域论坛也为促进卫生和环境议程做出了巨大贡献。

落实干预措施的关键场所

27. 一些关键场所存在处理环境健康风险和减少卫生不平等现象的机会，同时也可以应对人口结构、社会、经济、技术和生活方式的变化。下面列出主要场所和干预措施的目的。

- **家庭。**确保居所：结构坚固；室内温度适当；提供适当的水、卫生设施和照明，并有充足空间；配备烹饪、取暖和照明所用清洁、可负担和可靠能源，以及通风设施；针对受伤隐患、噪音、霉菌、害虫和室内污染物提供防护，包括防止有害接触家用和消费产品。
- **学校。**确保教育环境安全并能促进健康；使学校成为人们意识到健康和环境(包括化学品风险)之间存在相互关联并教授更健康 and 更可持续方法的场所，并促进更广泛社区采用最佳实践。
- **工作场所。**确保职业卫生服务覆盖，处理工作场所存在的全部物理、化学、生物、心理和人体工程学风险，并促进预防控制可改变的风险因素，特别是非传染性疾病预防因素。职业卫生服务还应适应新的工作、移徙和工作场所组织方式，包括非正规经济和不稳定的工作场所。
- **企业。**倡导减缓和适应气候变化；企业可以在这一领域发挥积极作用。
- **医疗机构。**确保：提供并可持续管理基本的环境卫生服务，包括提供清洁、可靠的能源及安全用水、卫生设施和卫生做法；具备抵御极端天气事件和气候变化影响的能力；通过化学品安全、感染控制和废物管理保护卫生保健工作者和更广泛社区。
- **城市。**在城市里，人们集中暴露于对健康有影响的环境风险之下，包括大气污染、城市热岛、有害化学物质、噪音、媒介传播疾病¹、环境卫生设施差、废物和职业风险。我们必须应对这些特殊挑战，并利用市长作为统一领导有权就城市规划、采购、能源供应、水和环境卫生设施以及废物管理等问题作出跨部

¹ 另见联合国儿童基金会/联合国开发计划署/世界银行/世卫组织热带病研究和培训特别规划。2017-2030 年全球媒介控制对策。日内瓦：世界卫生组织；2017 年 (<https://www.who.int/vector-control/publications/global-control-response/en/>，2019 年 3 月 26 日访问)。

门决定的优势。快速城市化是一项特殊挑战。战略性城市规划将是创造有益健康环境的关键。

28. 以上所列并非详尽无遗：其他相关场所可能还包括农业发展区、集中经济区、难民营（包括临时安置点和移民收容中心）、市场、村庄和小岛。

结成伙伴关系，开展促进更健康环境的社会运动

29. 开展行动的一个基本前提是政治意愿。只有更广泛社会都意识到环境风险和气候变化带来的根本卫生威胁及其潜在解决方案，才会产生必要政治意愿。个体倡导者、卫生专业人员协会和民间社会组织可以在动员公众支持更可持续且促进健康的发展选择方面发挥关键作用。

多边环境、卫生和发展协议

30. 大部分全球环境协议（例如《联合国气候变化框架公约》、《巴黎协定》、《生物多样性公约》、《关于汞的水俣公约》以及关于危险化学品和废物的《斯德哥尔摩公约》、《巴塞尔公约》和《鹿特丹公约》），区域环境协议（包括《远距离越境空气污染公约》）和关于职业健康与安全的国际劳工公约都提及对健康的威胁，并将此视为一项重大关切。但是，实施这些协议的机制并不总是充分考虑到这些健康威胁或反映国家、区域或国际层面的健康关切。卫生部门更为强有力的参与将有助于促进协调作用、减少意料之外的负面后果并优化卫生、环境和经济目标三者之间任何必要的妥协。同样，确保国家在实施《国际卫生条例（2005）》等国际卫生文书时能充分考虑环境风险并支持采取行动加以抵制，将特别有助于提高和增强预防、防范和应对环境突发事件的能力。这种整合将促进《2030年可持续发展议程》中阐述的整体性方法。

促进可持续发展目标的平台

31. 《2030年可持续发展议程》获得通过后，已经建立起多个高级别政治论坛。这些论坛正在加强落实和跟进各项承诺的手段。许多可持续发展目标都完全支持营造健康环境所需采取的行动。因此，这些论坛也是推动采取行动解决疾病的上游环境导因并公平促进健康的重要平台。除可持续发展目标3（确保健康的生活方式，促进各年龄段人群的福祉）之外，还包括目标1（在全世界消除一切形式的贫困）、目标2（消除饥饿，实现粮食安全，改善营养状况和促进可持续农业）、目标6（为所有人提供水 and 环境卫生并对其进行可持续管理）、目标7（确保人人获得负担得起的、可靠和可持续的现代能源）、目标8（促进持久、包容和可持续的经济增长，促进充分的生产性就业和人人获得体面工作）、目标11（建设包容、安全、有抵御灾害能力和可持续的城市和人类住区）、

目标 12（采用可持续的消费和生产模式）以及目标 13（采取紧急行动应对气候变化及其影响），并要以目标 10（减少国家内部和国家之间的不平等）为背景。

证据和监测

32. 少数国家已经建立咨询机构，并具备相应授权和能力，可以制定国家研究议程，合成已有证据，跟踪本国在卫生和环境方面的进展并直接向决策者提供此类信息。在国际层面上，由政府间气候变化专门委员会履行这一职能，负责处理气候变化对卫生的影响问题，但应对其他环境挑战的类似机构职能则更加分散，未得到充分统一掌管。世卫组织/《远距离越境空气污染公约》关于泛欧区域空气污染的健康问题联合工作队的《公约》效应问题工作组是另一个例子。国家和国际机构，如研究机构、大学和同行评审期刊等来源也可在决定国家战略中发挥重要作用。需要更多国家建立此类机制，也需要各国单独或一道扩大所处理的环境风险范围，这将极大地促进循证决策。所有这些努力均应与国家和国际层面对可持续发展目标的监测保持一致，并直接促进相关监测。

世卫组织在全球卫生中的职能和领导作用

33. 秘书处根据《卫生、环境与气候变化全球战略》采取的行动以世卫组织《2019-2023 年第十三个工作总规划》的三个战略重点（见框 1）为基础。基本的卫生、环境和气候变化活动属于“促进人群健康”这一战略重点，但事实证明对“应对突发卫生事件”也有巨大促进作用。世卫组织“实现全民健康覆盖”的战略重点应当是提供基本环境卫生服务（例如提供安全的饮用水和清洁燃料）的机制的基础。

框 1. 卫生、环境与气候变化战略和世卫组织《2019-2023 年第十三个工作总规划》

1. 世卫组织根据其全组织战略中的三项战略重点，为确保健康的生活方式和促进各年龄段人群的福祉做贡献。这三项战略重点（每一项下都说明了健康与环境的具体促进作用）是：

- (i) 实现全民健康覆盖。基本环境卫生服务、知识和能力将构成全民健康覆盖的必要组成部分。
- (ii) 应对突发卫生事件。使卫生部门和社区在气候变化面前更有应变和恢复能力，减少漏洞并加强对突发卫生事件的防范、监测和应对，将促进预防并减轻环境突发事件的卫生影响。
- (iii) 促进人群健康。实现人群更健康的条件包括：城市更健康；可持续地提供安全的水、环境卫生和个人卫生设施；有益健康的交通解决方案；清洁能源政策；可持续的食品；安全和可持续的产品、住房和工作场所以及可持续的农业。

34. 世卫组织在全球卫生领域的任务源自其《组织法》，并在其《2019-2023 年第十三个工作总规划》中作了进一步详细说明：“需要作出广泛和持续的努力，推动构建人类命运共同体，增强人们改善健康状况、处理健康问题各项决定因素和应对健康挑战的能力¹。”为努力实现这一愿景，战略目标涵盖卫生部门在初级预防，针对健康问题决定因素的跨部门行动，涉及健康问题决定因素的健康事务领导工作以及健康相关监测方面的行动或关键投入。为了支持这些战略目标，秘书处的重点是协助卫生部门并针对健康问题决定因素采取多部门行动。世卫组织核心职能充分涵括了该战略中的活动²。因此，世卫组织的任务、能力和召集力使其有实力和相对优势，可在该战略所涉及的问题上发挥带头作用。世卫组织在该战略中的活动可分为(a)领导和政策支持；(b)证据合成和宣传倡导；(c)向各国直接提供支持。虽然世卫组织的核心职能继续为其工作奠定基础（见图 2 对世卫组织职能的描述），但为应对不断变化的需求必须做出重要转变，详情如下。将通过各种机制³确保与联合国系统有关组织的密切合作，并且已经在就各种活动积极开展合作⁴。

¹ 《第十三个工作总规划》还阐明“世卫组织将在最高政治层面倡导增进健康”，“对于任何部门（包括行业在内）所采取的经证据表明有害健康的做法，世卫组织将大力予以谴责”，“实行联合国改革议程将有助于世卫组织在国家一级更有效地与非卫生部门共同开展工作，处理气候变化和环境的健康影响以及对健康产生重大影响的其他因素”，以及“在缓解空气污染（即室外、家庭和工作场所空气污染）和气候变化方面，世卫组织将扩大其与国家和地方层面不同部门（包括交通运输、能源、住房、废物管理、劳动和城市规划等）的合作，监测空气质量，制定战略以便向更健康的技术和燃料过渡，从而确保所有人呼吸的空气都符合世卫组织空气质量指南的标准，并确保将科学证据转化为有效的政策。”

² 在对卫生至关重要的问题上发挥领导作用，在需要采取联合行动的领域建立和参与伙伴关系；塑造研究议程并激励宝贵知识的产生、转化和传播；制定准则和标准，并促进和监测其实施；阐述清楚合乎伦理的循证政策方案；提供技术支持，催化变化并建立可持续的机构能力；监测卫生行动，评估卫生趋势（世卫组织《第十三个工作总规划》，见 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71_4-ch.pdf?ua=1，2019 年 3 月 27 日访问）。

³ 例如卫生、环境和气候变化联盟，负责协调相关联合国机构之间的工作（见 <https://www.who.int/globalchange/coalition/en/>，2019 年 3 月 27 日访问）。

⁴ 例如旨在促进清洁空气的世卫组织、联合国环境规划署和气候与清洁空气联盟的“生命呼吸”运动（<http://breathelife2030.org/>，2019 年 3 月 27 日访问）以及世卫组织/联合国儿童基金会的联合监测项目（<https://washdata.org/>，2019 年 3 月 27 日访问）。

图 2. 世卫组织在卫生、环境和气候变化领域的职能和领导作用概要

影响

通过大幅度减少环境造成的疾病负担并采取行动处理气候变化和其他环境健康威胁，使所有人都能达到可获得最高健康水平。

结果

卫生部门促进跨部门行动和将健康融入所有政策的治理机制和能力得到加强	拟定和执行准则、标准和法律文书，通过初级预防保护人民健康	利用监测、得到证据支持的解决方案和相互协调的研究落实和定期调整政策	以公平方式保护本身脆弱或处于脆弱形势下的人群免受环境和气候变化风险影响，包括在突发事件中的保护
-----------------------------------	------------------------------	-----------------------------------	---

产出

已在政策、策略和计划方面支持适当治理机制和发挥领导作用	拟定和传播循证准则和信息，并监测变化情况	相关行动者对风险完全知情，充分参与到解决方案中来，并且能够用上相关工具和技术合作	通过有效沟通和战略伙伴关系实现产出和实施工作的倍增
-----------------------------	----------------------	--	---------------------------

重要活动

领导和政策	证据合成和宣传倡导	直接支持各国
在卫生、环境和气候变化领域发挥领导作用	塑造研究议程	催化行动，影响部门选择并为重要利益攸关方提供平台
支持促进综合跨部门行动的治理机制	发现、评估和应对新出现的威胁健康的环境因素	建设国家机构和其他实施伙伴的能力
建设推进全球议程的全球性联盟	合成现有证据，制定有关干预措施的规范和指导文件	为实施规范和解决方案提供援助
与伙伴合作，积极参与跨部门政策对话	为估算政策行动的成本和效益提供工具	实施针对本身脆弱或处于脆弱形势下的人群的专门行动
促进制定和实施法律文书	监测卫生风险、影响和解决方案的实施情况，沟通进展情况，以调整相关战略	通过基本环境卫生服务支持扩大全民健康覆盖
为高级别全球和区域论坛提供平台	扩大沟通，提升对卫生影响、社会总成本和解决方案的意识	在突发事件中提供环境和职业卫生应对
		在国家层面发展实现多种效果的战略伙伴关系

重要实施平台

多边区域和全球政策平台	促进社会运动的伙伴关系	证据和监测平台	卫生部门支持	城市、工作场所和家庭等环境	突发事件平台
-------------	-------------	---------	--------	---------------	--------

干预的领域

水、环境卫生设施、废物和个人卫生	媒介控制	化学品安全	职业风险和工作环境
气候和生态系统变化	空气污染	建成环境	辐射噪音

促进人群健康

35. 在这一战略重点下，世卫组织将采取下述行动。

发挥领导作用

(a) 发挥领导作用，将世卫组织的循证指导文件与强化宣传倡导结合起来，指导有益健康的能源转型、有益健康的交通出行和城市设计解决方案、安全健康的循环经济以及其他正在发生的转型。与会员国和民间社会保持互动，促进高级别政治支持。

(b) 协调区域政策进程，把重要部门和利益攸关方组织起来，为环境和卫生治理提供和扩大区域平台。

(c) 激励良好治理，以发展健康和可持续的城市。

(d) 确保“卫生的声音”被听到。重要的是，卫生部门要积极参与随后的文书实施工作，例如可参与实施世卫组织制定的加强卫生部门参与《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¹，这将有助于在全球实现可持续发展目标，还可参与实施关于气候变化的《巴黎协定》等。

合成证据并倡导发展有益健康的全球产品

(e) 催化和协调扩大有关规范、创新性高效解决方案、有政策意义的研究以及新出现的环境健康威胁的证据基础，从而确保产生知识。有关政策影响的循证信息对支持跨部门行动至关重要，并可为寻求协同效应提供有说服力的论点。随后将把产生的知识合成为具有规范意义的指导文件，以确保提供促进健康的产品，例如安全的水和清洁的空气，或安全的产品和技术，如消费品等。秘书处将帮助开发并可持续地扩展创新解决方案，以加速减少环境健康风险。

(f) 传播循证信息，促进在决策中最大限度考虑健康因素。信息可以提高对健康风险和可用解决方案的认识，并激发对更健康环境的需求。

(g) 在健康风险和解决方案实施（包括实施率、影响、费用成本和成本效益）两方面监测变化情况。需要在各国持续进行监测，以相应调整重点和实施策略。世卫组

¹ 世卫组织。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。日内瓦：世界卫生组织；2017 年（<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/273137/WHO-FWC-PHE-EPE-17.03-eng.pdf?ua=1>，2019 年 3 月 27 日访问）。

织将继续扩大召集伙伴发展数据平台的工作(该平台将综合多种数据以监测进展)。世卫组织也在报告(可持续发展目标 3、6、7、11 项下)有关卫生和环境的若干指标。

加强世卫组织在各国的直接影响

(h) 催化促进更安全环境和影响部门选择的行动,例如通过参与政策对话,就有益健康的政策和治理机制提供指导,协助实施标准以及进行监测。多部门和卫生部门联系的方式应适合本国需求,上游行动(政策相关、战略性)和下游行动(例如技术合作)的焦点可能也不一样。各项活动将与联合国系统其他有关组织(“联合国一体化”方法)和伙伴的工作密切协调。

(i) 加强卫生部门能力,以便在跨部门卫生事项上履行其越来越重要的管理、领导和协调职能。协助制定计划以促进在国家和区域一级实施世卫组织关于卫生、环境和气候变化的策略。支持相关的资源筹集工作。支持监测威胁健康的主要环境风险以及解决方案的实施进展。此外,要发挥领导示范作用,限制卫生部门对卫生、环境和气候变化的影响,也即要构建绿色卫生部门。

(j) 为重要利益攸关方提供平台,塑造与环境 and 气候变化有关的有益健康的选择。向民间社会提供数据、信息和宣传材料(如“生命呼吸”运动)¹,以便支持其参与选择有益于健康的政策。通过提供工具和健康选择信息支持市长和其他重要地方行动者塑造有益健康的环境。开发平台以促进在主要利益攸关方和国家之间共享数据、解决方案和经验。

(k) 针对处于脆弱形势下人群采取特别行动。强化对本身脆弱或处于脆弱形势下人群(例如发育,特别是在生命早期,可能受到环境风险和长期后果影响的儿童、非正式经济参与者、处于紧急形势下的人群、贫困社区、小岛发展中国家和最不发达国家的人民、生活在北极地区、水资源紧张和低洼地区的人们以及处于其他特定环境中的脆弱人群)的支持。为此,必须加强卫生系统对气候风险的应变和恢复能力,帮助努力适应气候变化和促进全世界采取措施减缓气候变化的影响,以确保最弱势人群的长期未来。

(l) 应对突发事件。支持各国发展相关系统,为应对环境灾害和突发事件做好准备,并提供规范性和技术指导。加强全球和区域专家网络以便支持各国应对环境突发事件。应对环境卫生突发事件和提供环境卫生服务也是在各国开展的重要活动。

应对环境卫生突发事件

¹ 见前面第 34 段。

36. 人为冲突、技术事件和自然灾害给全世界人民生命和健康造成损失，而气候变化和强迫移徙可能会进一步激化这种紧急形势。逃离突发事件的流离失所者数量正在增加，而受影响最大的国家也正是环境卫生条件最差、应对突发环境卫生事件能力最低的国家。预防和管理此类突发事件对于卫生安全至关重要以保障人们安然无恙。

37. 以系统性方法应对化学品或核释放等环境突发事件以及各种类型突发事件和灾难中影响健康的环境因素需要秘书处与所有会员国一道投资于对弱点和风险的评估以及为防范、应对和恢复做出规划。《国际卫生条例（2005）》是一份现成工具，可以协助建设国家和区域与发现、防范和应对化学、人畜共患病、放射性和核事件有关的核心能力。

38. 突发事件中环境卫生管理的目标是：

(a) 发现和评估易发生危机国家的环境和职业卫生风险和漏洞并绘制地图

(b) 通过加强卫生系统和医疗卫生机构的抵御能力等途径，提高有效防范和管理突发事件中环境和职业卫生问题的能力

(c) 确保医疗卫生机构能够获得基本的环境卫生服务，例如安全的水、适当的卫生设施和个人卫生服务以及清洁、可靠的能源；还要确保卫生保健设施远离洪水等风险区域并且有管理职业卫生和安全的制度

(d) 在灾害或突发事件管理周期各阶段保护人民健康免受环境风险影响。

39. 表 1 列出突发事件中进行环境卫生管理建议采取的重点行动。

表 1：突发事件中环境卫生管理工作建议的重点行动

战略应对	会员国的行动	秘书处的行动
发展卫生部门在整个突发事件周期内管理环境和职业卫生风险的能力	1. 编写环境卫生突发事件概况文件（例如说明资源分布和安排情况），制定或更新针对突发事件的环境卫生计划 2. 在卫生保健设施内落实与环境卫生服务有关的政策、规划和管理制度，包括服务的评估、提供和恢复 3. 将保护职业卫生和安全纳入国家卫生安全计划	4. 发展预测、预警和防范环境灾害和人为突发事件的系统 5. 建立全球和区域合格环境和职业卫生专家和保健专家网络，以便及时动员和部署，为有需要的国家提供支持 6. 建设各个在突发公共卫生事件中保护职业卫生和安全的能力
突发事件中在卫生保健设施中提供充足的环境卫生服务	7. 加强卫生部门制定和落实与卫生保健设施、难民营和其他国内流离失所者收容机构内环境和职业卫生服务有关的政策、规划和管理制度的能力	8. 提供规范性和技术性指导
发展各国实施《国际卫生条例（2005）》应对化学、放射性和核事件的能力	9. 加强各国应对化学、放射性和核事件的能力。充分利用各国根据《国际卫生条例（2005）》开展的核心能力建设	10. 提供规范性和技术性指导 11. 加强全球和区域专题性专家网络，支持各国监测和应对化学事件和核事件

提供环境卫生服务，实现全民健康覆盖

40. 世卫组织的战略重点之一是支持各国朝实现全民健康覆盖取得进展。全民健康覆盖包括确保所有人都获得并能够使用符合自己需求的促进性和预防性卫生服务而且不会因此遭受财政困难。以改善健康为主要目的的基本环境服务是全民健康覆盖的必要组成部分。此类服务包括在卫生保健设施和社区内提供安全的饮用水、得到安全管理的环境卫生设施、清洁能源和技术以及保护人力队伍。

41. 基本卫生服务是减少传染病疫情（例如，改善水和环境卫生服务后腹泻病患者数量发生下降）和非传染性疾病疫情（例如，通过家庭使用清洁能源和技术减少心血管疾病和慢性呼吸道疾病）的关键。

要实现的目标

42. 在全球战略范围内，变革方法要实现的目标见框 2。

框 2. 变革方法要实现的目标

通过健康的环境可持续地改善生命质量和福祉

1. **人。**人们会因为环境相关疾病的减少而活得更长、活得更健康。人们了解危害其生命的环境风险以及避免这些风险的方式，同时也知道更可持续的选择会带来好处，因而向决策者发出自己的声音。最终，这会带来**更好的健康和福祉**。
2. **全民健康覆盖。**人们从作为全民健康覆盖有机组成部分的**初级预防措施**（例如基本环境和职业卫生服务及健康促进）中获益。
3. **空气污染。**各国和各主要城市从健康出发制定**空气质量目标**，并制定促进**相关部门参与**进来实现目标的政策。不再使用造成污染的**燃料**和低效**技术**。显著减少排放。
4. **气候变化。**全世界卫生系统和同仁面对气候变化有**应变能力**，并努力降低气候敏感传染病的发病率。减少碳排放以兑现国际承诺。建成更清洁的**能源系统**和有利于**积极运动**的高效**公交系统**，妥善控制疾病媒介，促进并实施更可持续的饮食和更具抵御力的食品系统，还应建造能适应不断变化的气候的住宅和工作场所。
5. **水、环境卫生和个人卫生。**所有国家将《**水和环境卫生设施安全规划**》几大支柱纳入本国战略，并将充分的个人卫生规定纳入水安全计划。所有医疗卫生机构都应提供安全用水、环境卫生和个人卫生服务。**针对抗微生物药物耐药性问题**设置环境卫生设施和废水拦截坝。
6. **化学品安全。**人们**更了解**接触化学品及其混合物的**健康影响**，化学品使用得到更好管理，国家机构具备处理化学品威胁（包括事件和**紧急情况**）的**能力**并参与化学品**管理活动**，从而降低接触化学品的**健康影响**。
7. **辐射安全。**通过提高风险意识和加强个人防护**降低紫外辐射**造成的健康影响。消除对**医学成像技术**的不必要暴露。通过采取高效预防措施减少接触**氡**造成的肺癌。充分应对和管理**核事件**。
8. **卫生保健环境。**所有卫生保健设施和服务在环境上可持续：使用**得到安全管理的水和环境卫生设施服务及清洁的能源**；可持续地管理自身废物及以可持续方式采购商品；对极端天气事件具有**应变能力**；能够保护**卫生人力队伍**的健康和安全。
9. **工作场所。**所有工作场所都有管理**职业卫生和安全**及**促进**职工健康的制度。所有劳动者均能获得预防控制职业和工作相关疾病和伤害的基本干预措施。
10. **全球和区域环境。**酌情制定高效处理**全球和区域卫生驱动因素**（例如气候和生态系统变化）的国际协议和政策。
11. **突发事件。**所有国家都有能力在整个突发事件过程中有效**管理环境卫生服务**。各国有能力**应对**化学、放射性和核事件，并**保护**应急响应人员的职业健康和安全。
12. **治理。**国家和地方政府（例如城市）建立机制，促进**跨部门合作**和**将健康融入所有相关政策**，并确保履行为公民提供安全环境的义务。

43. 世卫组织网站提供关于秘书处重点干预措施领域的支持性文件和活动详情（包括翻译文本）¹。

测量实现可持续发展目标的进展

44. 以下列出用于度量 2019-2023 年进展情况的主要具体目标，它们与世卫组织《第十三个工作总规划》是一致的：

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）范围内

- 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

可持续发展目标 6（为所有人提供水 and 环境卫生并对其进行可持续管理）范围内

- 为 10 亿人提供得到安全管理的饮用水服务
- 为 8 亿人提供得到安全管理的环境卫生设施服务
- 将低收入和中等收入国家中在无可靠电力及基本的水和环境卫生服务的医院接受服务的人员数量降低 40-50%。

可持续发展目标 13（采取紧急行动应对气候变化及其影响）范围内

- 使低收入和中等收入国家用于健康保护工作的气候融资额翻一番
- 将气候敏感疾病死亡率降低 10%（通过气候变化应对行动而不是其他驱动因素）。

45. 每个环境卫生领域内都在监测更多、更详细指标。主要卫生相关可持续发展目标和指标见框 3。

¹ 见公共卫生、健康问题环境和社会决定因素司（<http://www.who.int/phe/publications/global-strategy/en/>，2019 年 3 月 27 日访问）。

框 3. 与卫生和环境有关的主要可持续发展目标及其具体目标和指标^a

可持续发展目标 1（消除一切形式的贫困）

具体目标 1.5 到 2030 年，增强穷人和弱势群体的抵御灾害能力，降低其遭受极端天气事件和其他经济、社会、环境冲击和灾害的概率和易受影响程度

可持续发展目标 2（消除饥饿，实现粮食安全，改善营养状况和促进可持续农业）

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）

指标 3.9.1 归因于家庭和环境空气污染的死亡率^b

指标 3.9.2 归因于不安全水源、不干净的卫生设备以及缺乏卫生环境（接触不安全的供水、环境卫生和个人卫生）的死亡率^b

指标 3.9.3 归因于意外中毒的死亡率^b

可持续发展目标 6（为所有人提供水和环境卫生并对其进行可持续管理）

指标 6.1.1 使用得到安全管理的饮用水服务的人口比例^b

指标 6.2.1 使用(a)得到安全管理的环境卫生设施服务，和(b)提供肥皂和水的洗手设施的人口比例^b

指标 6.3.1 安全处理废水的比例

指标 6.a.1 作为政府协调开支计划组成部分的与水 and 环境卫生有关的官方发展援助数额

指标 6.b.1 已经制定业务政策和流程以促进当地社区参与水和环境卫生管理的地方行政单位的比例

可持续发展目标 7（确保人人获得负担得起的、可靠和可持续的现代能源）

指标 7.1.2 主要依靠清洁能源和技术的人口比例^b

可持续发展目标 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）

指标 8.8.1 致命和非致命工伤事故频率，按性别和移民身份分列

可持续发展目标 9（建造具备抵御灾害能力的基础设施，促进具有包容性的可持续工业化，推动创新）

可持续发展目标 11（建设包容、安全、有抵御灾害能力和可持续的城市和人类住区）

指标 11.6.2 按人口权重计算的城市细颗粒物（例如 PM2.5 和 PM10）的年度均值^b

可持续发展目标 12（采用可持续的消费和生产模式）

可持续发展目标 13（采取紧急行动应对气候变化及其影响）

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）

系统性问题：政策和机构一贯性

指标 17.14.1 制定有可持续发展协调政策机制的国家数目

^a斜体指标是世卫组织主责的。请注意本清单并未穷尽所有相关内容：还有许多可持续发展目标及其指标与卫生有关。

^b指标被列入世卫组织《影响框架》。

卫生大会的行动

46. [本段载有一份决定草案，卫生大会以 WHA72(9)号决定通过。]

附件 3

小岛屿发展中国家气候变化与健康问题行动计划¹

[A72/16-2019 年 4 月 25 日]

背景

[1-7 段描述行动计划背景，包括制定过程。]

愿景

8. 本《行动计划》的愿景是：到 2030 年，小岛屿发展中国家的所有卫生系统都能适应气候变异和变化。

9. 这一愿景的实现必须伴随着世界各国为减少碳排放采取的步骤，以保护最弱势群体免受气候风险的威胁，并使减缓气候变化的政策产生健康协同效益。

范围

10. 《行动计划》旨在向小岛屿发展中国家的国家卫生当局提供政策、技术、能力建设和财政支持以及所需的证据以便：

(a) 更好地理解 and 应对气候变化对健康的影响，包括由气候变化促成的对健康的主要决定因素，例如食物、空气、水和卫生设施的影响；

(b) 提高卫生服务的气候适应能力和环境上的可持续性；以及

(c) 在小岛屿发展中国家内外，促进污染最严重的行业（例如运输、能源、食品和农业）实施使得健康协同效益最大化的减缓气候变化的行动。

11. 《行动计划》还旨在引导小岛屿发展中国家的卫生服务从费用不断攀升的治疗模式转向一种基于疾病预防、气候适应能力、可持续性和社区参与的模式。该草案的其它目标是：促进不同卫生规划（例如环境卫生、工人健康、粮食安全和营养）之间以更加综

¹ 见 WHA72(10)号决定。

合的方式开展工作；促进实现全民健康覆盖、卫生安全以及突发事件防范和应对等相互重叠的目标；并与其他国际和部门间伙伴按照各自的比较优势进行合作。

12. 《行动计划》旨在支持世卫组织关于小岛屿发展中国家气候变化与健康问题的特别行动，这里所说的小岛屿发展中国家是一个自愿分类，其中包括小岛屿，无论其宪法地位如何，就是说，也包括独立国家、海外省、附属地和领土¹。

战略行动方针

13. 《行动计划》有四个相互关联、相辅相成的战略行动方针；这些行动方针各有两项相关行动以及两个用于监测进展情况的指标。

战略行动方针 1——增强权能：支持小岛屿发展中国家的卫生领导层参与国家和国际事务

14. 在关于气候的讨论中越来越多地意识到健康问题。然而，健康问题通常仍未被正式认定为一个优先事项，导致错失作为气候行动的一个理由以及成功与否的衡量标准保护和促进健康的机会。有必要确保向会员国提供关于健康与气候变化之间关联的必要信息，以便在《联合国气候变化框架公约》以及其他相关的可持续发展进程中确定相关小岛屿发展中国家组的正式立场时能够加以考虑。小岛屿发展中国家约占联合国和世卫组织会员国的五分之一，可以利用其数量优势来更加有效地倡导全球行动。关于增强权能的战略行动方针旨在促进代表最弱势群体的卫生领导人的声音，支持小岛屿发展中国家适应气候变化，同时支持世界各国减缓气候变化。

行动 1.1——在世卫组织设立一个小岛屿发展中国家中心或者关于小岛屿发展中国家的其他协调机制以支持采取行动解决气候变化、环境及其他优先的卫生问题

15. 这一行动将针对各国对确定和促进支持小岛屿发展中国家与世卫组织之间以及小岛屿发展中国家与其他发展伙伴之间公开的接触过程的机制提出的要求。该行动将支持政策制定者在气候变化和卫生方面的能力建设。该中心还将与其他合作伙伴一起努力，将气候变化问题与其他优先的健康和发展问题相联系，例如旅游业、环境、废物管理、农业、渔业和工业。将根据下述指标监测进展情况：

指标 1.1——在世卫组织中建立针对气候变化、环境以及其他优先的卫生问题的小岛屿发展中国家协调机制

¹ 本报告其他地方对国家适应计划和国家信息通报的提及意在包括独立国家以及海外省、属地和领土以自己的名义或相关管理国的名义提交的呈件。

行动 1.2——向《联合国气候变化框架公约》和引导相关的国家气候变化进程的利益攸关方提供卫生部门的投入（例如国家适应气候变化计划、国家信息通报、国家自主贡献）

16. 为了实施这项行动，世卫组织将致力于在国际环境公约和协定框架内加强对健康问题的监测，并建立区域风险评估和风险通报机制。通过应对小岛屿发展中国家中气候变化对健康之影响的平台，世卫组织将努力确保小岛屿发展中国家的卫生领导人充分了解关于气候变化与健康之间的关系的最新证据并且能够强调在国家和国际范围内采取行动的风险和机会。秘书处还将致力于促进高层接触，具体办法是与会员国合作，以便将小岛屿发展中国家行动纳入当前的全球和区域议程，包括《联合国气候变化框架公约》，《2030 年可持续发展议程》的实施以及区域卫生与环境部长级论坛。将根据下述指标监测进展情况：

指标 1.2——将健康作为一个优先事项纳入其最近的国家信息通报、国家适应气候变化计划或者《联合国气候变化框架公约》下国家自主贡献的小岛屿发展中国家的数量

战略行动方针 2——证据：为投资进行商业论证

17. 关于气候变化对健康的影响的全球证据基础可与关于任何其他对气候敏感的结果（例如农业和水资源）的全球证据基础相比。然而，在作出大多数决定的国家或地方层面，这一信息常常不以易于获取的形式提供。此类信息通常还缺乏说服国际气候融资机构、开发银行和国家财政部等国际潜在投资者所需的系统的经济证据基础。最后，缺乏关于小岛屿发展中国家及其他地方气候变化与卫生规划实施情况的业务研究。

18. 此外，大多数小岛屿发展中国家的人力资源和研究能力有限，这给与当地相关的新的研究成果的产生带来了挑战。因此，有必要确保现有证据与政策尽可能直接相关，进行能力建设，并加强小岛屿发展中国家的国家研究机构之间的联系，以及与这些国家之外的研究机构的联系和与政策制定者之间的联系。因此，这项战略行动方针旨在确保各国的卫生部拥有必要的健康、环境和经济证据以支持在气候变化与健康方面扩大投资、确定投资重点以及监测投资影响。

行动 2.1——通过与《联合国气候变化框架公约》合作，为每一个小岛屿发展中国家编写或更新国家气候和卫生问题国家概况

19. 通过与《联合国气候变化框架公约》合作，世卫组织已经为 45 个国家编写了国家概况，其中包括六个小岛屿发展中国家。应对小岛屿发展中国家中气候变化对健康之影

响的平台将与合作伙伴开展合作，对气候变化及健康脆弱性以及适应情况开展新的评估或更新以前的评估。将根据下述指标监测进展情况：

指标 2.1——在世卫组织和《联合国气候变化框架公约》支持下完成了气候和卫生问题国家概况的小岛屿发展中国家数量

行动 2.2——确定、支持和依靠增强能力、开展评估、数据分析、研究和实施行动方面的现有示范中心，包括承担区域任务的组织和大学的示范中心

20. 这一行动将包括估算在小岛屿发展中国家气候变化对健康的影响成本；以对成本和差距进行的可靠经济分析为依据，与伙伴们一道制定详细的投资计划，以便提高包括卫生保健设施在内的卫生保健系统的适应能力；在制定和实施研究议程的同时开展业务研究，包括通过向各国的研究能力建设提供支持。该行动还将进一步利用关于小岛屿发展中国家的信息，协助全球为减少排放做出努力。将根据下述指标监测进展情况：

指标 2.2——积极参与支持应对小岛屿发展中国家中气候变化对健康之影响的平台的合作中心的数量

战略行动方针 3——实施：气候风险防备、适应以及促进健康的减缓气候变化政策

21. 《行动计划》将借鉴在全球气候和卫生适应项目中获得的经验，目的是以世卫组织打造气候适应型卫生系统的行动框架为基础，采取一种综合方法来扩大循证干预的范围。在小岛屿发展中国家内外，该草案还旨在加强卫生部门在促进那些对全球变暖负有更大责任的部门实施的减缓气候变化行动产生健康协同效益方面发挥的作用。

22. 这一战略行动方针旨在通过促进和支持疾病预防文化、加强卫生系统适应气候变化的能力以及使减缓气候变化政策产生最大的健康协同效益来实现卫生系统的根本性变革。

行动 3.1——通过旨在打造气候适应型卫生系统的区域框架来支持小岛屿发展中国家

23. 该行动包括预防措施，例如将保护决定健康的环境因素（例如水和食品安全）纳入全民健康覆盖的落实中，以及加强对气候敏感性疾病的监测和控制。该行动还包括一项注重在环境上可持续的气候适应型卫生保健设施的具体工作（即建造或改造卫生基础设施以便能够应对极端天气事件以及持续的气候变化）；确保可靠地获得和有效地利用能源和水资源；以及减少温室气体排放。该行动还将涉及基线评估，以及为卫生部门制定

和实施减缓气候变化计划，以减少来自能源、食品、运输和采购的温室气体排放。将根据下述指标监测进展情况：

指标 3.1——为环境上可持续的气候适应型卫生保健设施发起行动的小岛屿发展中国家数量

行动 3.2——制定和实施规划以提高意识和增强人们和卫生系统适应气候变化和预防疾病的能力

24. 为了实施这项行动，世卫组织将支持小岛屿发展中国家在更广泛的跨部门气候变化行动计划内实施国家和国家以下各级卫生适应计划，同时还将促进信息分享、总结和研究，并且将对卫生领导人、政策制定者、关键利益攸关方以及一般公众开展宣传和提高认识活动。该行动还需要加强环境卫生规划，以便对预防性卫生服务和初级卫生保健（包括灾害风险管理）以及控制传染性和非传染性疾病（包括精神卫生）作出充分贡献。将根据下述指标监测进展情况：

指标 3.2——开始实施气候变化和健康问题国家和国家以下各级适应计划或行动以实现其在《联合国气候变化框架公约》下的国家自主贡献所述健康协同效益的小岛屿发展中国家数量

战略行动方针 4——资源：促进气候和卫生融资

25. 如果不能获得充足的财政资源，那么显著改变小岛屿发展中国家民众目前在健康方面的脆弱性就无从谈起。可用于增强卫生系统适应气候变化能力的资金流的扩大化和多样化的必要性得到了卫生部长们的优先考虑。他们查明了具体的挑战，其中包括：主要的气候融资机制目前仅将约 0.5% 的资源用于卫生；获取这些资金的复杂性；目前没有卫生机构被授权代表此种机制实施项目的事实；各国获得某些资金流的资格与经济发展的总体程度有关而没有适当考虑小岛屿发展中国家面临的特殊挑战，例如提供卫生保健服务的人均成本高以及经济极易受到极端天气事件的影响。

26. 这一战略行动方针旨在帮助获得气候融资、发展援助以及国内资源，理想目标是使 2019–2023 年期间小岛屿发展中国家在气候变化和健康方面的投资水平增至目前的三倍。

行动 4.1——引导一个进程以确定新的和创新的筹资形式以及资源筹集机制

27. 这一行动将需要满足会员国提出的请求，一方面请世卫组织协助确定用于解决气候相关健康问题的资源，另一方面请求提高资金获取的透明度，包括简化筹资机制。秘书处将在现有气候和卫生筹资流程（包括世卫组织自己的规划预算）内跟踪和报告小岛屿发展中国家气候变化和健康领域的供资情况。如果现有资金不能满足小岛屿发展中国家应对气候和卫生变化的需要，世卫组织将根据现有任务酌情探讨为此目的设立新基金的可能性。将根据下述指标监测进展情况：

指标 4.1——小岛屿发展中国家在气候变化与健康方面获得财政支持的数量

行动 4.2——世卫组织将为争取成为绿色气候基金的一个认证机构继续开展工作并促进对小岛屿发展中国家的支持

28. 小岛屿发展中国家主张世卫组织在获得用于卫生部门适应和减缓气候变化的资金方面简化相关机制并克服当前的复杂性。秘书处还将通过加强国家领导力、宣传和工具继续支持各国，以便为获得气候变化和卫生融资建立一个明确的流程。将根据下述指标监测进展情况：

指标 4.2——小岛屿发展中国家气候变化和卫生部门获得的资金总额

监测和报告进展

29. 将根据上述指标监测《行动计划》的实施进展，监测主要依据通过与各国磋商收集的调查信息，此种信息也是在世卫组织和《联合国气候变化框架公约》支持下编写的气候和卫生问题国家概况的基础。建议 2019–2025 年期间每两年向卫生大会报告一次进展情况¹。

卫生大会的行动

30. [本段载有一份决定草案，卫生大会以 WHA72(10)号决定通过。]

¹ 世卫组织各区域委员会不妨审议各区域行动计划单独的监测安排。

附件 4

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：咨询小组提出的建议 及对大流行性流感防范框架附件 2 脚注做出的修订¹

A. 2018 年 10 月 17-19 日在瑞士日内瓦召开的大流行性流感防范框架咨询小组会议报告和建议²

Organization and process of the meeting

1. The Pandemic Influenza Preparedness (PIP) Framework Advisory Group (AG) met at the WHO headquarters in Geneva, Switzerland, 17–19 October 2018.
2. Of the 18 members of the AG, 17 were present. The list of AG participants in the meeting is available at Annex 1.
3. On behalf of the Director-General, the Director, Infectious Hazard Management welcomed the AG members and thanked them for their diligent work. The Deputy Director-General of Emergency Preparedness and Response conveyed his thanks and appreciation to the AG on the second day of the meeting.
4. The Chair thanked outgoing AG member, Dr Olav Hungnes, for his dedicated service and many contributions. The Chair also thanked the Secretariat for its good work.
5. Declarations of Interest were reviewed by the Secretariat and relevant interests were disclosed. The Statement of Declarations of Interests is available at Annex 2.
6. The agenda of the AG meeting was adopted and is available at Annex 3.
7. Two representatives from the WHO Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS) Collaborating Centres (CCs) attended relevant technical meeting sessions in line with the arrangement for representation of GISRS at PIP Framework meetings.³ A third GISRS representative from a National Influenza Centre (NIC) was prepared to attend but travel arrangements were not completed in time. The list of participants from GISRS, manufacturers and industry associations, civil society organizations and WHO is available at Annex 4.

Actions taken since April 2018 Advisory Group meeting

¹ 见 WHA72(12)号决定。

² 转载但无附件。带有附件的报告可自以下获得：https://www.who.int/influenza/pip/AGMR_Oct2018.pdf（2019 年 11 月 20 日访问）。

³ See http://www.who.int/influenza/gisrs_laboratory/GISRS_representation_20171010.pdf (accessed 20 November 2019).

8. The Secretariat updated the AG on two specific actions taken in response to the AG's April 2018 recommendations to the Director-General. Updates on other actions taken are included in relevant technical sections (e.g. virus sharing).
9. The Secretariat reported on a meeting held by the Director-General and Deputy Director-General with CEOs of large vaccine and antiviral companies and the International Federation of Pharmaceutical Manufacturers & Associations (IFPMA) to discuss implementation of the PIP Framework. The Deputy Director-General followed up with two additional meetings.
10. In response to the 2016 PIP Review Group's recommendation to develop a Comprehensive Evaluation Model,¹ a 6-monthly PIP Framework Progress Report has been developed. Inclusion of the PIP Framework in the WHO Programme Budget Web Portal and the addition of an interim financial statement to the yearly version of the Progress Report addressed recommendations of the 2017 External PC Audit.

Recommendations to the Director-General on the Comprehensive Evaluation Model

11. *The AG recommends that the Director-General accept the 6-monthly Progress Report and the inclusion of the PIP Framework in the WHO Programme Budget Web Portal as meeting the 2016 PIP Review Group's recommendation to develop a Comprehensive Evaluation Model (Recommendation 1).*
12. *To maintain the visibility of the PIP Framework and its implementation, as requested by stakeholders, the AG recommends that the PIP Framework remain on the Programme Budget Web Portal as a distinct Special Project and not be aggregated into the WHO Health Emergencies Programme.*

Update on implementation of the Partnership Contribution

13. The Final Report on the PC High Level Implementation Plan (HLIP) I, which summarizes 2014–2017 achievements, will be published in October 2018. Overall, 81% of 21 HLIP I target indicators were met (i.e. >85% achieved) or exceeded.
14. The first Progress Report presented information on technical and financial implementation for HLIP II and the PIP Secretariat for January–June 2018. Progress for financial implementation is reported against the WHO biennial allocation. Information in the Progress Report is largely conveyed through infographics.
15. The AG noted that the Progress Report was an excellent and well-designed mechanism to convey detailed information on technical and financial aspects of PC implementation and outcomes.

¹ See PIP 2016 Review Group Report, Recommendation 1 at http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB140/B140_16-en.pdf?ua=1 (accessed 20 November 2019).

Update on collection of Partnership Contribution

16. The AG was briefed on the PC received from 2012–2018. Invoices for 2018 were sent in August. As of mid-September 2018, approximately 30% of the 2018 annual US\$ 28M contribution had been received.
17. Challenges persist in the collection of PC. Although most of the larger manufacturers have paid, a few are not paying their full invoiced amount. Several smaller companies have unpaid contributions. As a result, the annual PC (US\$ 28M) has had a 2%–4% shortfall each year through 2017.
18. The Secretariat continues to engage with industry on this issue and follows up with all companies that have outstanding PC amounts due.
19. The AG noted that it has made previous recommendations regarding PC collection, most recently at its April 2018 meeting.¹ The AG plans to continue monitoring this situation and, in future discussions, consideration will be given to appropriate steps, including with respect to access to PIP Biological Materials (PIPBM), to address concerns in this area.

Consultation with stakeholders on PIP Framework implementation

20. Headquarters and regional offices updated industry and other stakeholders on PC implementation activities since the last AG meeting and demonstrated the WHO Programme Budget Web Portal.
21. The Chair opened the Consultation by thanking stakeholders for their contributions to implementation of the PIP Framework.
22. The AG received the following comments from industry representatives:
 - a. Provided very positive feedback about the new 6-monthly Progress Report in terms of its readability, infographic format, linkage of activities to budget implementation and inclusion of an interim certified financial statement on an annual basis. The regional Impact Stories were particularly well-received.
 - b. Noted that the level and visibility of detailed information and Impact Stories are useful for them when communicating with their leadership about the importance of the Framework and the impact of PC.
 - c. Requested that the Secretariat share regional Impact Stories in advance of the AG stakeholder consultations and make them more widely available.

¹ See April 2018 AG meeting report at https://www.who.int/influenza/pip/advisory_group/PIPAG_MR_Apr2018.pdf?ua=1 (accessed 20 November 2019).

-
- d. Suggested emphasizing “new” activities/accomplishments/advances as they provide evidence of PC-facilitated capacity improvement.
 - e. Noted the importance of providing information on the sustainability of PC-funded achievements in future Reports.
 - f. Requested information on how the interest accumulated in the PC Response Fund account would be reported.
23. The AG received the following comments from the Third World Network (TWN):
- a. Provided very positive feedback on the Progress Report.
 - b. Sought clarifications on how regions approach PC-related staffing and on the plan for PIP Framework Secretariat staffing at headquarters.
24. Industry provided the following comments regarding implementation of decision WHA70(10)8(b):
- a. Re-iterated their views that i) the PIP Framework should not be expanded to include seasonal influenza; and ii) there should be no restrictions on the sharing of genetic sequence data (GSD), as “loopholes” are theoretical at this point and use of PIPBM is still necessary for bringing products to market.
 - b. Stressed that an urgent solution is needed to address the challenges and uncertainties for sharing of seasonal influenza viruses that have emerged as countries implement the Nagoya Protocol.
 - c. Noted that some Member States are exempting seasonal influenza viruses from the Nagoya Protocol and suggested that WHO work with States to facilitate sharing of information on how they are approaching seasonal influenza virus sharing under the Nagoya Protocol.
 - d. Requested clarification about the next steps for the document prepared for the 15–16 October 2018 Consultation on Implementation of Decision WHA70(10)8(b), *Approaches to Seasonal Influenza and Genetic Sequence Data Under the PIP: Draft Analysis* (the “draft *Analysis*”), including the process for transmittal to the Executive Board and World Health Assembly (WHA).
25. TWN provided the following comments regarding implementation of decision WHA70(10)8(b):
- a. Re-iterated their views that i) seasonal influenza should not be included in the scope of the PIP Framework; ii) there is little distinction between GSD and PIPBM; and iii) amending the definition of PIPBM to include GSD is their favoured approach.

- b. With respect to the discussions between WHO and Member States about how they are approaching sharing of seasonal influenza viruses under the Nagoya Protocol, TWN reminded WHO of the sovereign rights that Member States have over their genetic resources.
 - c. Asked for clarifications about the process to finalize the draft *Analysis*.
26. GISAID noted its concern about paragraph 69 in the draft *Analysis* that relates to “Legal notice” and use of GSD.
27. Industry reported on progress to develop a revised formula for calculating the distribution of the PC among companies. They are waiting for information from one company before the formula can be finalized and shared with WHO and the AG. Industry indicated that they aim to provide this revised formula by the Spring 2019 PIP AG meeting.

Virus sharing

28. The Global Influenza Programme (GIP) provided an update on virus sharing.
29. In response to the AG’s April 2018 recommendations for improving virus sharing, GIP intensified several actions including development of communication and outreach materials for health and non-health sectors and case-by-case engagement with countries jointly with the WHO CCs of GISRS, and WHO regional and country offices.
30. GIP presented an interim review of sharing of influenza viruses with human pandemic potential (IVPPs) from the adoption of the PIP Framework in May 2011 to 30 June 2017 and country-specific IVPP sharing from 1 July 2017 to 31 August 2018, according to the operational guidance which came into effect from 1 July 2017.¹
31. The AG discussed that IVPP sharing with and within GISRS occurs at two levels. Initially, IVPP is shared by a country, through its NIC or another influenza laboratory, with GISRS (often to a WHO CC) and then upon request with other GISRS laboratories. In addition, there is sharing with other laboratories. The AG emphasized that it is important to be able to assess the completeness and timeliness of sharing at all levels.
32. The AG observed that there are ongoing challenges with PIPBM sharing related to different, evolving, and sometimes conflicting, national regulations addressing import, export and security concerns. This sometimes hampers timely receipt and sharing of PIPBM.
33. The AG noted that some countries with human cases of IVPP infection continue not to share these viruses according to the virus sharing operational guidance. The AG plans to continue

¹ See Operational Guidance on Sharing Influenza Viruses with Human Pandemic Potential at <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259402/WHO-WHE-IHM-GIP-2017.3-eng.pdf;jsessionid=309A7D7464BA8B47D02B8ED251757D9A?sequence=1> (accessed 20 November 2019).

monitoring this situation and, in future discussions, consideration will be given to appropriate steps, including with respect to benefit sharing, to address concerns in this area.

Recommendation to the Director-General on virus sharing

34. *The AG requests that the Secretariat collect, analyse and present data on virus sharing in a way that enables a deeper understanding of potential problems that exist with virus sharing under the Framework.*

Indirect use of PIPBM

35. The PIP Secretariat sought the AG's advice about applying the Standard Material Transfer Agreement 2 (SMTA 2) benefit sharing process to influenza product manufacturers who may be indirectly using PIPBM in their product development/testing without being recorded as doing so, i.e. without an Influenza Virus Tracking Mechanism (IVTM) number which would track the use of the PIPBM.
36. This has occurred, and may continue to occur, where manufacturers of influenza products work with PIPBM recipients outside their organization to support development, testing or regulatory processing of their products. Such manufacturers would not appear in the IVTM, and therefore would not be contacted to sign an SMTA 2. This is considered an "indirect" use of PIPBM.
37. The AG noted that this scenario represents a loophole regarding access and benefit sharing and needs to be addressed.
38. The AG proposed a language modification in Footnote 1 of Annex 2 of the PIP Framework. The footnote language could be expanded to include the following bolded text:

“Recipients are all entities that receive ‘PIP Biological Materials’ from the WHO global influenza surveillance and response system (GISRS), such as influenza vaccine, diagnostic and pharmaceutical manufacturers, as well as biotechnology firms, research institutions and academic institutions and **entities that engage with recipients of PIPBM for the purpose of supporting development, testing or regulatory processing of an influenza-related product.** Each recipient shall select options based on its nature and capacities.”

Recommendation to the Director-General on addressing indirect use of PIPBM

39. *The AG recommends that the Director-General take the proposed revision in paragraph 38 of this meeting Report forward through the necessary steps to modify Footnote 1 in Annex 2 of the PIP Framework to address the loophole described above.*

WHO Consultation on Implementation of Decision WHA70(10)8(b)

40. Sixteen of the eighteen Members of the AG attended the Consultation on 15–16 October 2018.¹
41. The AG noted the high-quality and comprehensive draft *Analysis* prepared by the Secretariat and the Consultation that occurred over the course of the two days.
42. The AG also noted that, while discussions were robust, the number of Member States that participated was somewhat limited.² The Secretariat plans to continue consultations.

Seasonal influenza under the PIP Framework

43. The PIP AG was reminded that as per Annex 3 of the PIP Framework, it is mandated to provide guidance to the Director-General on strengthening the function of the Framework and the operational functioning of GISRS. WHO works to implement the Framework in the best interest of public health and with particular focus on Member States most in need.
44. The PIP AG noted that it is important to recall that:
 - a. Pandemic influenza preparedness and response are closely connected to seasonal influenza surveillance and control, and
 - b. GISRS is an essential component of influenza preparedness and response – both seasonal and pandemic – and the PIP Framework is the mechanism for IVPP access and benefit sharing.
45. There are variations in how countries are implementing the Nagoya Protocol. In some instances, implementation of the Nagoya Protocol has delayed and restricted seasonal influenza virus sharing.
46. There is a general lack of awareness of, and action on, the Nagoya Protocol's potentially serious impacts on public health, not only for influenza, but for a broader set of pathogens. Minimizing these potential impacts requires a whole-of-government engagement, i.e. not restricted solely to Ministries of Health or Ministries of the Environment.
47. At this stage, including seasonal influenza in the PIP Framework could pose risks to the integrity and good functioning of both the PIP Framework and GISRS. At the same time, issues have arisen with seasonal influenza virus sharing.

¹ See <http://www.who.int/influenza/pip/ConsultWHA70108b-Oct18/en/> (accessed 20 November 2019).

² A total of 37 Member States registered to attend the Consultation.

Recommendations to the Director-General on seasonal influenza under the PIP Framework

48. *The AG considers that, at this stage, it is not advisable to include seasonal influenza in the scope of the PIP Framework. The AG recognizes that there are ongoing discussions with Member States on this issue.*
49. *The AG recommends that a solution be developed urgently to address the challenges and uncertainties related to sharing of seasonal influenza viruses that have emerged as countries implement the Nagoya Protocol. In addition, the AG advises that the Secretariat closely monitor instances where implementation of the Nagoya Protocol is affecting the sharing of seasonal influenza viruses.*
50. *The AG encourages WHO to increase substantially and effectively its engagement with the Secretariat of the Convention on Biological Diversity (CBD) and Member States in the interest of promoting and advancing public health.*
51. *The AG encourages WHO to seek ways to mobilize a comprehensive approach to increase Ministries of Health's awareness of Nagoya Protocol-related issues and to promote their engagement with the CBD processes, such as using the Regional Committees.*
52. *The AG encourages the Director-General to: i) communicate with Ministers of Health and Ministers of Foreign Affairs to promote cabinet-level attention to Nagoya Protocol public health-related issues; and ii) invite the 144th Executive Board to consider including an item on "the public health implications of implementation of the Nagoya Protocol" on the provisional agenda of the Seventy-Second World Health Assembly.*

Genetic sequence data under the PIP Framework

53. The AG recalled the four key principles developed over the course of its work on GSD, which included the formation of multiple working groups and discussions. These principles, grounded in the Framework's foundational principle that access and benefits should be pursued on equal footing, are:
 - a. There should be rapid sharing of high-quality GSD for timely risk assessment and response
 - b. There should be sustainable, public access to IVPP GSD
 - c. There should be fair and equitable sharing of benefits arising from the sharing of GSD
 - d. There should be acknowledgement of data providers and active collaboration between data providers and users.

54. The AG noted that various views on the relationship of GSD to the PIP Framework were expressed during the 15–16 October Consultation on Implementation of Decision WHA70(10)8(b), i.e. maintaining the current definition of PIPBM; modifying the definition of PIPBM through various approaches; or using other mechanisms for addressing GSD under the Framework.
55. At this time the AG advises that the current PIPBM definition should be maintained. However, the AG recognizes that further exploration is needed to understand the other approaches outlined in the draft *Analysis* related to this dynamic, technical area and their impact overall.
56. The AG noted that sharing of IVPP GSD is currently taking place, is functioning well, and that benefits include those derived from the PC and the ability to compare an IVPP sequence with a larger collection of IVPP GSD which can facilitate R&D.
57. The AG believes it is important to continue to strengthen access and benefit sharing related to IVPP GSD as Member States continue to discuss the larger policy issues and to promote the principles of fairness and equity. The AG also noted the increasing complexity of this topic which is closely interconnected with the way that science and medical research are conducted. It is therefore important to work transparently to address concerns.
58. At the current time there is a loophole related to the indirect use of PIPBM which is discussed in the section of this Report on “The Indirect Use of PIPBM”. Some of these products could be derived solely from IVPP GSD. The recommendation made in paragraph 38 would close this loophole, including indirect uses involving IVPP GSD.
59. In the future it may be possible to bring to market influenza-related products using IVPP GSD independent of PIPBM. As a result, the obligation to sign an SMTA 2 would not be triggered. The AG recognizes that this is a concern.
60. To address this concern and to continue to strengthen IVPP access and benefit sharing, the AG wishes to revisit earlier work.
61. The AG previously had requested the Secretariat to investigate and develop a prototype search engine that would be able to track products developed using IVPP GSD. This search engine searches databases of patents, clinical trials and regulatory filings.
62. Based on the initial pilot of the prototype search engine, the AG now requests that the Secretariat expand this work to further assess the utility of this approach and report back. The AG requests that the Secretariat begin to use this search engine on an experimental basis to identify products and ascertain the frequency and nature of those products that have not been subject to the benefit-sharing system, but potentially have made use of IVPP GSD. The AG hopes in this way to be able to make evidence-based recommendations that would contribute to strengthening approaches on benefit sharing with respect to IVPP GSD under the PIP Framework.

63. The AG's previous work highlighted the importance of the principle of the acknowledgment of data providers and active collaboration between data providers and users.

Recommendations to the Director-General on GSD under the PIP Framework

64. *The AG recommends that the Secretariat assess the utility of its prototype search engine to identify products which potentially have made use of IVPP GSD and have not been subject to the benefit-sharing system; determine the frequency and nature of such products; and report these findings to the AG.*
65. *The AG recommends that the Secretariat explore next steps to implement the principle of the acknowledgment of data providers and active collaboration between data providers and users. In particular, the AG recommends the development of appropriate language to be considered by relevant databases to inform potential users of IVPP GSD of the PIP Framework.*

Technical discussions

66. The Secretariat provided updates on the following:
- a. Implementation of 2016 Review Group recommendations: The Secretariat reviewed the implementation status and actions taken or planned to implement the recommendations.
 - b. WHO finance briefing: The WHO Comptroller and two associates from the Finance Department provided an overview of WHO financial governance procedures to the AG. The Secretariat will develop a detailed biennial budget and activity plan for discussion by the AG at its Spring 2019 meeting. The discussion also touched on the topic of the interest accrued on the PC response funds.
 - c. University of Siena Training Workshop: The Secretariat provided an overview of a WHO training workshop on laboratory quality management and biosafety for NICs held at the University of Siena, Italy. The workshop originated from SMTAs 2 Category C training offers. Participants' knowledge of the training subject-matter, as measured by a written evaluation, increased by approximately threefold.

Next steps

67. The AG agreed that its next meeting will take place in the week of 11 March 2019.

The AG requested that certain technical matters not discussed at this meeting be included on the agenda for the next meeting.

B. 对《大流行性流感防范框架》框架附件 2 脚注 1 的修订文本¹

接受由世卫组织全球流感监测和应对系统提供的“PIP 生物材料”，即为接受者，如流感疫苗、诊断试剂、药品和其它大流行防范和应对产品的生产商，以及生物技术公司、研究机构和学术机构。接受者应根据其性质和能力，从《标准材料转让协议 2》第 4.1.1 (a)至(c)条确定的承诺中作出选择；非生产商应只须考虑对《标准材料转让协议 2》第 4.1.1 (c)条中规定的措施作出贡献。

任何生产商与接受者或全球流感监测和应对系统的实验室签订任何合同或正式协议，由其代表该生产商使用 PIP 生物材料，以便该生产商的疫苗、诊断试剂或药品得到商业化、公共使用或监管批准，则该生产商也应签订《标准材料转让协议 2》，并根据其性质和能力从第 4.1.1 (a)至(c)条确定的承诺中作出选择。

¹ 见文件 A72/21 Add.1，另见文件 WHA72/2019/REC/3，甲委员会第九次会议摘要记录，第 2 节。

附件 5

2019-2023 年促进难民和移民健康全球行动计划¹

[A72/25 Rev.1 – 2019 年 5 月 23 日]

[1-9 段阐述全球行动计划的背景，包括其制定过程。]

全球情况概述

10. 国际移民的数目²占全球人口的比例随时间而增长。2017 年，国际移民占全球人口的 3.4%，而 2000 年为 2.8%。2000 至 2017 年期间，国际移民的总人数从 1.73 亿增加到 2.58 亿，增长了 49%³。

11. 据联合国难民事务高级专员公署的报告，全球范围内被迫流离失所者的人数为 6850 万，创人类流离失所的最高水平⁴，其中包括 2540 万难民。另外还有 1000 万无国籍者，他们没有国籍，无法享有基本权利，例如教育、卫生保健、就业以及迁徙自由。

健康后果和挑战

12. 很多难民和移民无法获得卫生保健服务，包括健康促进、精神健康服务（尤其是那些患有创伤后障碍的人，许多难民和移民都受到此种障碍的困扰）、疾病预防、治疗和护理，以及资金保障。

13. 国籍决不应用作依据来确定谁有权获得卫生保健服务。法律地位（往往）决定了酌情按国家保险计划和卫生制度获取卫生保健的水平，但罔顾国际文书中载明的全民健康覆盖原则。在某些情况下难民和移民可能害怕被发现、拘留和驱逐出境，并且有可能遭到贩运或奴役。无人陪伴儿童尤其脆弱，需要予以特别关照。

14. 获得卫生保健服务的障碍因国家而异，可能包括语言和文化差异、高费用、歧视、行政障碍、无法受益于当地的卫生筹资方案、恶劣的生活条件、占领和领土封锁、缺乏

¹ 见 WHA72(14)号决定。

² 联合国，经济和社会事务部，人口司。《2017 年国际移民报告》。纽约，联合国；2017 年（http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/migrationreport/docs/MigrationReport2017_Highlights.pdf，2019 年 3 月 21 日访问）。

³ 联合国，经济和社会事务部，人口司。《人口事实》，2017 年 12 月（http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/popfacts/PopFacts_2017-5.pdf，2019 年 3 月 27 日访问）。

⁴ 难民署。数字概览（<http://www.unhcr.org/uk/figures-at-a-glance.html>，2019 年 3 月 21 日访问）。

关于健康权的信息。所有这些情况使求医变得困难。此外，这些经历有可能导致消极的精神健康后果。

15. 难民和移民有可能来自传染病流行地区。不过，这并不一定意味着他们会感染接纳国或过境国人口。由于旅途中的种种危险和接纳国中与恶劣的生活和工作条件有关的因素以及缺乏获得基本的卫生保健服务的机会，他们有可能罹患传染病以及食源性疾病和水传播疾病。人们在流动时，获得免疫接种和持续护理较为困难。难以获得药物以及药物管理不善有可能助长抗微生物药物耐药性的发展。难民和移民面对艾滋病毒和结核病的特殊脆弱性使得有必要为他们提供特殊的综合卫生保健服务。

16. 影响难民和移民的公共卫生状况和障碍可能是这些人口以及移徙和流离失所周期的各个阶段（即离开前和离开时、旅途中、到达目的地以及可能的回返）所特有的。患有慢性疾病的难民和移民可能会遇到治疗中断或者不定期治疗的情况，他们也许没有带上药物或病历就上路了。

17. 移徙和流离失所的过程有可能导致食物无保障以及营养问题，包括营养不良（营养不足和微量营养素缺乏）。这一过程还可能导致婴幼儿喂养和护理的中断，并且妇女和儿童在获得基本的卫生保健服务方面可能面临种种限制¹，原因是不安全、性别不平等、文化歧视以及行动受限。在食物短缺时，处于弱势地位的难民和移民妇女和女童更有可能遭遇营养不良的情况。孕妇和哺乳期妇女由于生理需求增加，患营养不良的风险尤其大。

18. 移民妇女和流离失所妇女获得性和生殖卫生保健服务的机会可能有限²，并且其相应权利可能受到特殊威胁³。许多移民和难民妇女不做产前保健或者拖延做产前保健的原因是在缴纳医院费用方面遇到障碍、缺乏被转介给妇科医生的机会以及种种担心，包括担心引起当局的注意以及羞耻感⁴。国际移徙可能导致移民妇女与出生在接纳国的妇女之间以及移民群体之间围产期结局的不同⁵。妇女特别容易遭受性暴力和其它形式的性别暴力、虐待以及贩运。无人陪伴儿童尤其容易受到伤害，需要提供特别的服务和关照。

¹ 可持续发展目标 3，具体目标 3.8（实现全民健康覆盖，包括提供金融风险保护，人人享有优质的基本保健服务，人人获得安全、有效、优质和负担得起的基本药品和疫苗）。

² 可持续发展目标 3，具体目标 3.7：到 2030 年，确保普及性健康和生殖健康保健服务，包括计划生育、信息获取和教育，将生殖健康纳入国家战略和方案。可持续发展目标 5，具体目标 5.6：根据《国际人口与发展会议行动纲领》、《北京行动纲领》及其历次审查会议的成果文件，确保普遍享有性和生殖健康以及生殖权利。

³ 根据《国际人口与发展会议行动纲领》、《北京行动纲领》及其历次审查会议的成果文件。

⁴ 例见世卫组织。《流动女性：移徙、护理工作与健康》。日内瓦：世界卫生组织；2017 年（<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259463/9789241513142-eng.pdf;jsessionid=74E54C79BA2766B73CF7DEE615602CF7?sequence=1>，2019 年 3 月 21 日访问）。

⁵ 《欧洲围产期健康报告：2010 年欧洲孕妇和婴儿的健康和护理》。巴黎：EURO-PERISTAT；2013 年（http://europelistat.com/images/doc/EPHR2010_w_disclaimer.pdf，2019 年 3 月 21 日访问）。

19. 许多移民（一些情况下，包括难民），尤其是低技能或半熟练的移民，从事着肮脏、危险和繁重的低收入工作。他们的工作时间往往比东道国工人长，而且工作环境不安全，但他们不太愿意抱怨，因此导致了他们与工作有关的不良健康结果。在非正式经济中就业情况不稳定的移民和难民尤其如此。

20. 有几个因素将人道主义危机与卫生保健服务中断联系在一起。卫生基础设施有可能遭到损害或破坏。卫生工作者可能被杀、受伤、因为情绪消沉而无法工作、流离失所或者可能已经逃离。在受危机影响的环境中，卫生设施有可能遭受直接攻击或间接损害，卫生工作者有可能受到人身攻击、威胁以及性和性别暴力的伤害¹。

国际组织及非国家行为者的作用和责任²

21. 在联合国内，世卫组织拥有其《组织法》规定的充任“国际卫生工作之指导及调整机关”的职能³。世卫组织的首要职责是在《2030年可持续发展议程》及其相关目标的背景下促进并实现人人享有卫生保健以及全民健康覆盖，不让任何人掉队。此外，世卫组织是联合国系统内的卫生规范机构；《2019-2023年第十三个工作总规划》确定了其战略性工作，本全球行动计划则与之保持一致。

22. 实施全球行动计划需要通过世卫组织所有层级紧密协调的工作以及与会员国、国际移民组织、联合国难民事务高级专员公署以及其它联合国机构和网络，连同其它国际组织和相关利益攸关方的密切合作来处理和管理难民和移民的健康问题。

23. 世卫组织在促进难民和移民健康的若干进程上与移民组织和联合国难民事务高级专员公署开展了合作⁴。为支持联合国系统各组织之间的合作，世卫组织还是最近成立的联合国难民事务网络的成员，国际移民组织则是该组织的协调员和秘书处，任务是针对会员国的需要，确保对执行工作，包括能力建设机制的有效的全系统支持。

24. 按照其《章程》，国际移民组织的任务是促进人道和有序的移徙管理，同时确保按照国际法切实尊重移民的人权。它还负责协助应对移徙在操作层面遇到的挑战，增进对

¹ 《欧洲围产期健康报告：2010年欧洲孕妇和婴儿的健康和护理》。巴黎：EURO-PERISTAT；2013年（http://europeristat.com/images/doc/EPHR2010_w_disclaimer.pdf，2019年3月21日访问）。

² 世卫组织的《与非国家行为者交往的框架》涵盖非政府组织、私人部门实体、慈善基金会和学术机构。

³ 世界卫生组织《组织法》，第二条第(一)款。另外，《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，不得有例如种族、肤色、性别、语言、宗教、政见或其他见解、国籍或社会出身、财产、出生或其他身份等任何区分。

⁴ 例见2010年和2017年关于移民健康的第一次和第二次全球磋商；第二次磋商（全球移民健康磋商高级别会议，科伦坡，2017年2月23日）的结果是与会国批准的《科伦坡》声明，以及泛美卫生组织移民健康指导委员会 CD55.R13 (2016)号决议。此外，2019年1月31日，国际移民组织和世卫组织签署了一份谅解备忘录，以提供合作和理解的框架，并促进双方的合作。

移徙问题的认识，鼓励通过移徙实现社会和经济的发展，维护移民的人格尊严和福祉。它把健康看作是所有移徙或人口流动问题、主题或工作的一个核心组成部分。

25. 联合国大会委派联合国难民事务高级专员公署向难民提供国际保护，并寻求难民问题持久解决方案（包括通过自愿遣返、就地安置以及自愿安置在第三国）。流离失所期间，难民署还提供紧急援助，包括卫生保健，以及洁净水、卫生设施、避难所、非食品类物资，有时也提供食品。大会各项决议进一步扩大了难民署的任务，赋予它对无国籍者和回返者的责任。在特定情况下，应秘书长或一个联合国主管机构的要求，难民署向境内流离失所者提供保护和援助。它认为健康是难民保护的一个核心组成部分。

范围

26. 全球行动计划旨在主张健康是难民援助以及良好移徙治理的一个重要组成部分。该计划的目的是：作为在任何特定环境下对全体人口的健康需要作出回应的整体工作的一部分，以包容、全面的方式解决难民和移民的健康和福祉问题，包括协调国际努力，将促进难民和移民的卫生保健与人道主义规划相联系，从而实现全球健康状况的改善。它认识到，难民和移民对卫生服务的享有和获取情况因国而异，取决于各国的法律。该计划一旦通过，将参照具体国情，并根据各国的法律、优先事项、环境以及关于获取公共卫生保健服务的国际文书加以执行。

27. 计划还反映了迫切需要卫生部门更加有效地应对移徙和流离失所（无论人们在哪里得到安置）对健康的影响。它完全符合世卫组织《2019-2023 年第十三个工作总规划》中的各项原则和具体提及。

指导原则

28. 执行全球行动计划的指导原则载于促进难民和移民健康的优先事项和指导原则框架内，并以现有文书和决议为基础¹，例如《关于难民和移民的纽约宣言》和关于促进难民和移民健康的 WHA70.15 号决议，卫生大会在该决议中特别忆及需要开展国际合作以支持接纳难民的国家和，并承认收容和接纳大量难民和移民人口的国家所作出的努力。

29. 针对难民和移民流动的现实，该计划建议秘书处与国际移民组织、联合国难民事务高级专员公署和其它有关伙伴协调和合作，采取以下优先事项和行动选择。这些优先事项和行动选择与《2019-2023 年第十三个工作总规划》的周期相一致，其实施符合国家

¹ 为便于参考，原则如下：享有可达到的最高标准身心健康权利；平等和不歧视；公平获取卫生服务；以人为本，注重难民和移民并对性别问题敏感的卫生系统；基于健康状况的非限制性卫生措施；整个政府和全社会参与的方针；难民和移民的参与和社会融合，以及伙伴关系与合作。

表明的需要、国情、优先事项、法律框架和财政状况，对具体会员国则没有任何约束性影响。

全球行动计划的优先事项

优先事项 1. 通过短期和长期公共卫生干预措施的配合，促进难民和移民的健康

目标

30. 基于国情和财政状况，并根据国家优先事项、法律框架和能力，在可接受的情况下，酌情加强卫生保健服务，促进难民和移民的身心健康，确保落实卫生保健服务的基本部分，例如儿童和成年人的免疫接种，健康促进的开展，疾病的预防、及时诊断和治疗，对急性、慢性和传染性疾病以及伤害、精神和行为障碍的康复和姑息治疗，妇女的性和生殖卫生保健和权利等。

秘书处应会员国请求作出的选择包括：

- (a) 支持加强协调与合作，以在人道主义原则和《2015-2030 年仙台减少灾害风险框架》基础上实现全民健康覆盖的目标和“不让任何人掉队”的原则，并制定突发事件和人道主义卫生应对措施，同时增强世卫组织作为机构间常设委员会全球卫生部门牵头机构的作用；
- (b) 支持针对难民和移民入境者制定公共卫生应对措施，同时继续满足现有移民和难民人口以及接纳国人口的卫生需要，为此应确保通过现有卫生系统在最大可能程度上为难民和移民提供服务；
- (c) 支持：发现和应对传染病疫情的诊断能力，例如通过加强监测、战略防范和基本疫苗管理；获得紧急卫生服务，以及向所有人提供安全、有效和可负担的高质量药物和医疗产品。所有这些活动都应纳入与《国际卫生条例（2005）》有关的国际法律责任和承诺相一致的国家卫生政策和战略，同时关注抗生素的适当使用和预防抗微生物药物耐药性问题；
- (d) 支持拟定国家指导意见、模式和标准，以加强对传染性和非传染性疾病和精神健康问题的预防和管理，为此应特别关注特殊群体，例如妇女和女童；无人和有人陪伴儿童；少年和青年；老年人；残疾人；慢性病患者，如结核病和艾滋病毒感染；人口贩运、酷刑、创伤或者包括性暴力和性别暴力在内的暴力行为的幸存者，为此应开展或加强各个领域的工作，包括身体状况评估，筛查、诊断、治疗和预防性别暴力，并处理烟草和酒精使用和营养不良等风险因素。

优先事项 2. 提高基本卫生保健的连续性和质量，同时制定、加强和实施职业卫生和安全措施

目标

31. 提高所提供的卫生保健服务的质量、可接受性、可得性和可及性，例如，消除物理、经济、信息、语言和其他文化障碍，特别注意在移徙和流离失所过程中往往得不到适当处理或跟踪的慢性病和精神健康服务，此外，根据会员国的国情、优先事项和法律框架，通过扩大职业和初级卫生保健服务以及社会保障系统的覆盖面、可及性和质量，在难民和移徙工人及其家庭成员中努力预防职业病和与工作有关的疾病和伤害¹。

秘书处应会员国请求作出的选择包括：

- (a) 支持持续和长期地发展优质基本卫生保健服务，这些服务的基础是将需要卫生保健服务的难民和移民转入适当的二级和三级保健服务以及服务提供网络（包括持续获得必要的社会和心理照护服务）的有效转诊流程；
- (b) 与国际劳工组织、国际移民组织，联合国难民事务高级专员公署和其它相关伙伴合作，支持跨界对话与合作，以提高难民和移民卫生保健的连续性和质量，并制定统一的协议，以确保对患者的护理和追踪的连续性，减少人员流动导致的追踪损失；
- (c) 支持制定国家行动计划和政策，加强机构能力，以在国际论坛以及合作文书和社会保护机制中促进难民和移徙工人及其家庭成员的健康，包括按照关于工人健康：全球行动计划的 WHA60.26 号决议（2007 年）开发工具，拟定政策选择，制定指标和编写信息资料。

优先事项 3. 倡导将难民和移民健康纳入全球、区域和国家议程的主流，并促进以下方面：注重难民和移民的卫生政策以及法律及社会保护；处于难民和移民妇女、儿童和青少年的健康和福祉；性别平等和赋予难民和移民妇女和女童权能；伙伴关系和部门间、国家间及机构间的协调和合作机制

¹ 促进改善工作条件是本组织《组织法》第二条第（九）款规定的职能之一。在关于工人健康：全球行动计划的 WHA60.26 号决议（2007 年）中，卫生大会敦促会员国制定关于工人健康的国家政策和行动计划，并努力全面覆盖所有工人，特别包括移民和合同工人，提供基本干预措施和基本职业卫生服务，以促进职业病和与工作相关的疾病的初级预防。

目标

32. 协助在整个移徙和流离失所过程中，通过防止和减少性别不平等对健康状况和获取卫生服务的影响，满足难民和移民的健康需求，为此应按照国家人权义务以及相关的国际和区域文书倡导难民和移民享有能达到的最高标准身心健康权利，并与包括非国家行为者在内的世卫组织伙伴形成合力，努力降低或消除获得卫生保健服务方面的物理、资金、信息和歧视障碍。

秘书处应会员国请求作出的选择包括：

- (a) 支持会员国制定战略、计划和行动，加强满足难民和移民健康需要和权利的能力，为此应采取各种方法，包括执行与关键利益攸关方的多部门方针以及促进技术援助、战略伙伴关系和沟通；
- (b) 支持循证公共卫生方针的制定和实施以及卫生保健能力的提高，以便提供服务，促进可负担且不具歧视性的服务获取，减少沟通障碍，在以文化敏感的方式提供服务以及服务于残疾人方面对卫生保健提供者进行培训；
- (c) 支持采取措施，确保按照国家立法提供卫生保健服务，包括在妇女的性和生殖健康和生殖权利、孕产妇和儿童卫生保健、产前和产后护理、计划生育以及向各种境况下的儿童提供特殊的和专门的照护和心理支持等领域；
- (d) 支持在难民和移民卫生工作者的参与下，针对流行病学因素、文化和语言能力以及获取服务的法律、行政和资金障碍，为卫生保健服务的治理、管理和提供拟定建议并开发工具；
- (e) 支持根据国家立法、标准和评估，通过培训和认证，在难民和移民人口中确认和加强保健技能；
- (f) 支持与会员国、联合国、国际劳工组织、国际移民组织、联合国难民事务高级专员公署、联合国移民网络、联合国系统内的其它实体和联合国系统以外的组织，包括国际红十字与红新月运动，以及其它人道主义和发展行为者、民间社会和宗教组织的现有的和适当情况下新的全球难民和移民协调安排；
- (g) 支持为多年期灵活供资加强资源调动，以使各个国家和社区能够满足难民和移民当前、中期和长期的健康需要，这项行动应与改善接纳国人口和社区的健康和福

社的行动相结合，并在现有的和新的区域和全球筹资机制中纳入难民和移民的卫生需要¹；

(h) 支持建立国家间协调机制或依托现有机制，鼓励和便利交流信息和实施联合行动，以确保卫生保健的连续性；

(i) 支持发展国家间监测工具和机制，以交流关于难民和移民健康的数据，并交流有关信息，显示采取哪些步骤和方法，收集和分析按性别分列的数据，以便为对性别问题敏感的规划和服务提供依据；

(j) 支持会员国倡导最佳健康，促成改善健康和实现良好健康结果的机会，特别是对青年人和妇女而言；

(k) 支持加强卫生保健提供者的能力和作用，以对性暴力和其它形式的性别暴力作出性别适当的识别、管理和转介，例如基于性别的歧视、贩运、酷刑和基于性别的虐待，并针对性暴力和切割女性生殖器官加强保护和防范，同时为预防和治疗性传播感染和急性营养不良提供护理和支持；

(l) 支持落实联合国卫生领域就业和经济增长问题高级别委员会的 10 项建议²，其中一项建议明确要求在卫生改革进程和卫生人力市场中处理性别平等问题，同时确保卫生人力分布中的性别均等，消除卫生人力中的性别歧视。

优先事项 4. 增强能力以解决影响健康的社会决定因素，加快实现包括全民健康覆盖在内的可持续发展目标的进程

目标

33. 在所有可持续发展目标，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）、目标 10（减少国家内部和国家之间的不平等）和具体目标 10.7（促进有序、安全、正常和负责的移民和人口流动，包括执行合理规划和管理完善的移民政策）的基础上，通过在公共卫生政策应对上的协调一致的多部门联合行动，确保解决影响难民和移民健康的社会决定因素³。

秘书处应会员国请求作出的选择包括：

¹ 联合国难民网络秘书处正在建立一个联合国网络信托基金，将很快启动。

² 见世卫组织。努力促进健康与增长：投资于卫生人力。日内瓦：世界卫生组织；2016 年（<http://www.who.int/iiris/handle/10665/250047>，2019 年 3 月 22 日访问）。

³ 同样关涉目标 2（消除饥饿，实现粮食安全，改善营养状况和促进可持续农业）。

- (a) 与国际劳工组织、国际移民组织、联合国难民事务高级专员公署和其它有关伙伴合作，支持在全民健康覆盖和可持续发展目标背景下，并基于伙伴关系和最佳做法，实施指导意见、应用评估工具以及拟定国家概况和标准；
- (b) 支持会员国确认哪些相关部门和利益攸关方有助于解决影响难民和移民健康的主要社会决定因素，并确定应在哪些具体领域开展关于实现全民健康覆盖问题的对话和联合行动；
- (c) 支持在解决健康的社会决定因素以及必要的政策反应方面培训所有那些与移民共事的人，并且确保对卫生规划者和卫生工作者的支持以及知识共享，以实施适当的卫生干预措施，这些措施将对难民和移民保持敏感，同时为所有人提供经济上可负担的公平机会；
- (d) 加强世卫组织《全球卫生人员国际招聘行为守则》的实施及报告。

优先事项 5. 强化卫生监测和卫生信息系统

目标

34. 确保生成全球、区域和国家各级的信息和分列数据以及提供关于难民和移民健康的充足的、标准化的和可比较的记录，以支持政策制定者和决策者制定更多循证政策、计划和干预措施。

秘书处应会员国请求作出的选择包括：

- (a) 与国际劳工组织、国际移民组织、联合国难民事务高级专员公署合作和协调，支持在可持续发展目标背景下，与会员国一道制定和实施对难民和移民健康状况的监测，作为全面国家卫生监测的一部分，并发布进度报告，其中包括有关难民和移民健康、疾病风险分布和降低风险的数据；
- (b) 支持与会员国合作，在国家 and 地方层面编制关于难民和移民健康的分列数据，包括关于求医行为以及获得和利用卫生保健服务的数据；
- (c) 支持根据国家环境和法律框架，拟定跨界方法，以生成数据和数据库，分享关于原籍国、过境国和目的地国健康风险的信息，并制作可携带的健康档案和健康卡，包括可能适用于流动群体的健康卡，从而提高卫生保健的连续性。

优先事项 6. 支持采取措施，改善卫生领域的循证沟通，消除对移民和难民的错觉**目标**

35. 提供准确信息，消除难民、移民和东道国人口中对于移徙和流离失所以对流动人口的健康及当地社群的健康以及卫生系统的影响的担忧和错觉。

秘书处应会员国请求作出的选择包括：

(a) 支持提供关于人权以及难民和移民健康需要的恰当、准确、及时、对文化敏感和方便使用的信息，以反对排外行为，例如污名化和仇外心理；

(b) 支持卫生部门的宣传、媒体和公众教育工作，以寻求支持，促进公众、政府和其它利益攸关方的广泛参与；

(c) 支持与国际劳工组织、国际移民组织、联合国难民事务高级专员公署合作，编写关于难民和移民健康状况的全球报告；

(d) 支持与国际劳工组织、国际移民组织、联合国难民事务高级专员公署和其它关键利益攸关方合作，组织一次关于难民和移民健康问题，包括全球行动计划的作用的会议，补充现有论坛，但不与之发生重叠。

卫生大会的行动

36. [本段载有一份决定草案，卫生大会以 WHA72(14)号决定通过。]

附件 6

经修订的总干事合同¹

[A72/43, 附件 – 2019 年 5 月 10 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。

¹ 见 WHA72(17)号决定，WHA70.3 号决议和文件 WHA70/2017/REC/1, 附件 1。

(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) 总干事应按照其任用条件并根据《联合国合办工作人员养恤基金条例和细则》的规定参加联合国合办工作人员养恤基金和向该基金缴款。

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 7

《世界卫生大会议事规则》英文本中具有性别色彩的措辞和修订款示例¹

[A72/50, 附件 – 2019 年 5 月 1 日]

具有性别色彩的措辞示例	《世界卫生大会议事规则》英文本示例
	修订案文
“He” (masculine singular pronoun)	The Director-General shall be ex officio Secretary of the Health Assembly and of any subdivision thereof. He or she may delegate these functions. (Rule 16)
“His” (masculine singular possessive pronoun)	In plenary meetings the chief delegate may designate another delegate who shall have the right to speak and vote in the name of her or his delegation on any question. (Rule 19)
“Him” (masculine singular objective pronoun)	Moreover, upon the request of the chief delegate or any delegate so designated by her or him the President may allow an adviser to speak on any particular point. (Rule 19)
“Chairman” and “vice-chairman” (masculine singular nouns)	The chair of a main committee shall, in the case of absence, designate a vice-chair of the committee as her or his substitute, provided that this vice-chair shall not have the right to vote if he or she is of the same delegation as another member of the General Committee. ... (Rule 29)
“Chairmen” (masculine plural noun)	The Chairs of these main committees shall be elected by the Health Assembly. (Rule 32)
“Vice-Chairmen” (masculine plural noun)	Each main committee shall elect two Vice-Chairs and a Rapporteur. (Rule 34)
“Himself” (masculine singular reflexive pronoun)	Thus, within the scope of the Rules of Procedure, delegates or representatives are enabled to direct the attention of the presiding officer to violations or misapplications of the Rules by other delegates or representatives or by the presiding officer herself or himself. (Description of the Concept of a Point of Order) ^a

a Adopted as a supplement to the Rules of Procedure of the World Health Assembly through resolution WHA29.37 (1976).

¹ 见 WHA72(21)号决定。

附件 8

《世界卫生大会议事规则》修订文本¹

[A72/51, 附件 – 2019 年 5 月 13 日
A72/52, 附件 – 2019 年 5 月 16 日]

执行委员会拟定卫生大会的议程 (WHA72(22)号决定)

第五条

执委会应将以下项目列入卫生大会每届例会的临时议程，特别是：

- (1) 总干事关于本组织工作的年度报告；
- (2) 上届卫生大会会议决定列入的全部项目；
- (3) 与下一财务期的预算及上一年度或上一财务期账务报告有关的任何项目；
- (4) 会员或准会员提出的任何项目；
- (5) 经总干事与联合国秘书长进行必要的初步磋商后，由联合国提出的任何项目；
- (6) 与本组织建立有效关系的联合国系统任何其它组织提出的任何项目。

执委会可建议世界卫生大会推迟上述(4)、(5)和(6)项下的任何项目。

关于将上述(4)、(5)和(6)项下的任何项目列入临时议程的任何提案均应附有一份解释性备忘录，并最迟应在拟定卫生大会临时议程的执委会届会开幕之前四周送达总干事。

第十一条

有关本组织将承担新活动项目的提案，只有在会前六周收到、或该提案应交由本组

¹ 见 WHA72(22)和 WHA72(23)号决定。

织另一部门审查决定是否宜于采取行动时，方得列入会议补充议程。在紧急情况下，由卫生大会另行议定。任何这类提案均应附有一份解释性备忘录。

第十二条

按第十一条有关新活动项目的条款及第九十六条条款，要求列入补充项目需最迟在例会开幕前六天、特别会议开幕前两天送交本组织，而会务委员会应就此提出的报告经大会决定后，方得在会议期间列入议程。任何这类要求均应附有一份解释性备忘录。

卫生大会提交决议和/或决定草案的时限（WHA72(22)号决定）

第四十八条

议程项目各有关的正式提案，应在卫生大会例会开幕之前至少 15 天提交，无论如何，最迟可在卫生大会例会第一日和特别会议开幕之前两天提交。所有此类提案应转呈分配处理议程项目的委员会，除非该项目直接在全体会议上审议。

使《世界卫生大会议事规则》中使用的术语同《与非国家行为者交往的框架》中使用的术语协调一致（WHA72(22)号决定）

通过电子方式递交全权证书（WHA72(23)号决定）

说明：不论何时本议事规则中出现的任何下列名词，其意系指：

“组织法” — 指世界卫生组织组织法

“本组织” — 指世界卫生组织；

“卫生大会” — 指世界卫生大会；

“执委会” — 指执行委员会；

“会员国” — 指世界卫生组织会员国；

“准会员” — 指世界卫生组织准会员；

“财务期” — 指从偶数年开始的两个相继历年。

“正式关系”为一特权，执行委员会可根据《与非国家行为者交往的框架》授予曾为并继续为本组织利益进行了持续和系统交往的非政府组织、国际商会和慈善基金会。

第三条

召集卫生大会的通知，应由总干事在例会确定的会期六十天前、或特别会议会期三十天前，送交各会员国及准会员、执行委员会代表，以及所有参会的政府间组织和受邀请的与本组织建立正式关系的非政府组织、国际商会和慈善基金会^a。总干事可邀请已提出会籍申请的国家、已代为申请为准会员的领地、以及虽经签署但尚未接受组织法的国家，派观察员出席卫生大会的会议。

第十四条

与每届会议临时议程有关的所有报告及其它文件，应由总干事与临时议程同时或在卫生大会每届例会开幕前至少六星期在因特网上提供并发送各会员国和准会员以及参加会议的政府间组织；适当的报告和文件还应以相同的方式发送与本组织建立正式关系的非政府组织、国际商会和慈善基金会。

第十九条

卫生大会全体会议按组织法第十至十二条由各会员国任命的代表、副代表及顾问参加；按组织法第八条以及有关准会员地位的决议而由准会员任命的代表参加；执委会的代表参加；应邀的非会员国及已代为申请准会员会籍的领地的观察员等参加；以及应邀的联合国代表及其他参会政府间组织和具有正式关系的非政府组织、国际商会和慈善基金会的代表参加。卫生大会如另作决议，则不在此限。

在全体会议上，各首席代表得指定另一代表有权以代表团名义就任何问题发言并投票。此外，主席应在首席代表或由他指定的任何代表的要求下，允许顾问就任何具体问题发言，但顾问不得以代表团名义就任何问题投票。

第二十二條

各會員國、准會員、參會政府間組織及具有正式關係的非政府組織、國際商會和慈善基金會應盡可能在衛生大會開幕十五日前，將其代表，包括所有副代表、顧問及秘書等的名單通知總幹事。會員國和准會員代表團應送交全權證書，其中應列明其代表、副代表和顧問的姓名。全權證書應由國家元首，政府首腦，外交部長，衛生部長，或其他相應的部門領導頒發。可通過電子方式或親手向總幹事遞交這些全權證書。

第二十三條

每屆衛生大會開始時，根據大會主席提議，任命十二個會員國的代表組成證書審查委員會。委員會自行選舉官員。它應及時評估會員國和准會員的全權證書是否符合本議事規則的規定，並報告衛生大會。在衛生大會就全權證書作出決定前，會員國和准會員代表將暫時出席，並享有與參加衛生大會有關的一切權利。主席有權建議衛生大會接受在證書審查委員會會議之後收到的全權證書。

證書審查委員會會議應秘密舉行。

第四十三條和第四十四條之間的標題

准會員及政府間組織、具有正式關係的非國家行為者的
代表、非會員國與領地的觀察員參加

第四十七條

可邀請具有正式關係的非政府組織、國際商會和慈善基金會代表出席全體會議及主要委員會會議，根據《與非國家行為者交往的框架》、並分別經衛生大會主席或主要委員會主席邀請，得參加會議，但無表決權。

暂停辩论的动议 (WHA72(23)号决定)**第五十九条**

当讨论任何事项时，会员国或准会员的代表可提议暂停或休会或暂停辩论。所述动议无需辩论，立即付诸表决。

就本规则而言，“暂停会议”是指临时推迟会议进程，“休会”是指中止一切事务直至另一次会议召开时为止，“暂停辩论”是指推迟到同一届会议晚些时候进一步讨论所议事项。

通过电子方式进行的记录表决 (WHA72(23)号决定)**第七十二条**

卫生大会通常用举手方式进行表决，除有代表要求进行记录表决。如果有可用的适当电子系统，卫生大会可以决定通过电子方式进行本条下的任何表决。

第七十二条之二

如果卫生大会的记录表决不以电子方式进行，则应按会员国国名的英文或法文字母顺序唱名表决。唱名起始的会员国国名应由抽签决定。

第七十三条

参加记录表决的每一会员国表决情况列入会议记录。

附件 9

卫生大会通过的决议和决定对秘书处的财政和行政影响

WHA72.2 号决议：初级卫生保健	
A. 与已批准的《2018-2019 年规划预算》之间的联系	
1. 该决议将促进已批准的《2018-2019 年规划预算》中哪些产出：	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
2. 如果与已批准的《2018-2019 年规划预算》所列结果之间没有联系，请扼要说明审议该决议的理由：	不适用。
3. 请阐述在已批准的《2018-2019 年规划预算》中未编入的 2018-2019 双年度秘书处其他可交付成果：	不适用。
4. 估计实施该决议需要的时间（年数或月数）：	11 年：2019 年为期一年的准备阶段，另加 10 年（2019-2029 年期间的五个双年度）。
B. 实施该决议对秘书处的资金影响	
1. 实施该决议所需的资金总额（百万美元）：	3.765 亿美元 (2018-2019 年在地区和国家的扩展情况只能在以后作出确认)。
2.a. 在批准的《2018-2019 年规划预算》中已编入的估计资金需求（百万美元）：	180 万美元。
2.b. 除在批准的《2018-2019 年规划预算》中已编入的资金需求外，估算仍要获得的资金（百万美元）：	不适用。
3. 《2020-2021 年规划预算》的估计资金需求（百万美元）：	5400 万美元。

<p>4. 今后规划预算的估计资金需求（百万美元）：</p> <p>3.207 亿美元。</p>
<p>5. 当前双年度可用于实施该决议的资金（百万美元）</p> <ul style="list-style-type: none"> - 当前双年度可用于实施该决议的资金： 160 万美元。 - 当前双年度的资金缺口： 20 万美元。 - 估计有可能获得的有助于填补当前双年度缺口的资金： 不适用。

表：估计资金需求细目（百万美元）

双年度	费用	区域						总部	总计
		非洲	美洲	东南亚	欧洲	东地中海	西太平洋		
2018-2019 年 已编入预算的 资金	职员	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.2
	活动	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.6	1.6
	合计	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.8	1.8
2018-2019 年 所需额外资金	职员	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	活动	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	合计	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
2020-2021 年 需编入预算的 资金	职员	10.6	3.0	2.3	2.1	4.4	2.0	2.2	26.6
	活动	8.0	3.0	3.0	3.0	4.0	3.2	3.2	27.4
	合计	18.6	6.0	5.3	5.1	8.4	5.2	5.4	54.0
今后双年度 需编入预算的 资金	职员	62.4	20.5	23.0	13.5	25.6	18.6	10.0	173.6
	活动	40.1	16.1	20.1	16.1	20.1	20.1	14.5	147.1
	合计	102.5	36.6	43.1	29.6	45.7	38.7	24.5	320.7

WHA72.3 号决议：提供初级卫生保健服务的社区卫生工作者：机遇和挑战
A. 与已批准的《2018-2019 年规划预算》之间的联系
<p>1. 该决议将促进已批准的《2018-2019 年规划预算》中哪些产出：</p> <p>4.2.2. 各国实施面向全民健康覆盖的卫生人力战略</p>
<p>2. 如果与已批准的《2018-2019 年规划预算》所列结果之间没有联系，请扼要说明审议该决议的理由：</p> <p>不适用。</p>

<p>3. 请阐述在已批准的《2018-2019 年规划预算》中未编入的 2018-2019 双年度秘书处其他可交付成果：</p> <p>不适用。</p>
<p>4. 估计实施该决议需要的时间（年数或月数）：</p> <p>60 个月。</p>
<p>B. 实施该决议对秘书处的资金影响</p>
<p>1. 实施该决议所需的资金总额（百万美元）：</p> <p>作为提供卫生规划综合人力资源的一部分，需要 1162 万美元。</p>
<p>2.a. 在批准的《2018-2019 年规划预算》中已编入的估计资金需求（百万美元）：</p> <p>228 万美元。</p> <p>2.b. 除在批准的《2018-2019 年规划预算》中已编入的资金需求外，估算仍要获得的资金（百万美元）：</p> <p>不适用。</p>
<p>3. 《2020-2021 年规划预算》的估计资金需求（百万美元）：</p> <p>458 万美元。</p>
<p>4. 估算需编入今后规划预算的资金（百万美元）：</p> <p>476 万美元。</p>
<p>5. 当前双年度可用于实施该决议的资金（百万美元）</p> <ul style="list-style-type: none">– 当前双年度可用于实施该决议的资金： 228 万美元。– 当前双年度的资金缺口： 不适用。– 估计有可能获得的有助于填补当前双年度缺口的资金： 不适用。

表：估计资金需求细目（百万美元）

双年度	费用	区域						总部	总计
		非洲	美洲	东南亚	欧洲	东地中海	西太平洋		
2018-2019 年 已编入预算的 资金	职员	0.20	0.10	0.11	0.03	0.12	0.13	0.24	0.93
	活动	0.39	0.14	0.17	0.05	0.11	0.21	0.28	1.35
	合计	0.59	0.24	0.28	0.08	0.23	0.34	0.52	2.28
2018-2019 年 所需额外资金	职员	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	活动	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	合计	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
2020-2021 年 需编入预算的 资金	职员	0.39	0.21	0.22	0.06	0.25	0.26	0.47	1.86
	活动	0.78	0.29	0.34	0.10	0.23	0.43	0.55	2.72
	合计	1.17	0.50	0.56	0.16	0.48	0.69	1.02	4.58
今后双年度 需编入预算的 资金	职员	0.41	0.22	0.23	0.06	0.26	0.27	0.49	1.94
	活动	0.81	0.30	0.36	0.10	0.24	0.44	0.57	2.82
	合计	1.22	0.52	0.59	0.16	0.50	0.71	1.06	4.76

WHA72.4 号决议：筹备联大全民健康覆盖问题高级别会议**A. 与已批准的《2018-2019 年规划预算》之间的联系****1. 该决议将促进已批准的《2018-2019 年规划预算》中哪些产出：**

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

4.3.1. 提供全球指导文件及制定实施国家政策、战略和工具，促进改善基本药物和其它卫生技术的获得和使用

4.4.1. 利用全球标准对全球、区域和国家卫生形势、趋势、不平等现象和决定因素进行全面监测，包括收集并分析数据以缩小数据差距并进行系统绩效评估

2. 如果与已批准的《2018-2019 年规划预算》所列结果之间没有联系，请扼要说明审议该决议的理由：

不适用。

3. 请阐述在已批准的《2018-2019 年规划预算》中未编入的 2018-2019 双年度秘书处其他可交付成果：

不适用。

4. 估计实施该决议需要的时间（年数或月数）：

12 年（涵盖 2019-2030 周期）

B. 实施该决议对秘书处的资金影响**1. 实施该决议所需的资金总额（百万美元）：**

4.359 亿美元

<p>2.a. 在批准的《2018-2019年规划预算》中已编入的估计资金需求（百万美元）： 2600 万美元</p> <p>2.b. 除在批准的《2018-2019年规划预算》中已编入的资金需求外，估算仍要获得的资金（百万美元）： 零。</p>
<p>3. 《2020-2021年规划预算》的估计资金需求（百万美元）： 5960 万美元</p>
<p>4. 估算需编入今后规划预算的资金（百万美元）： 3.503 亿美元。</p>
<p>5. 当前双年度可用于实施该决议的资金（百万美元）</p> <ul style="list-style-type: none"> - 当前双年度可用于实施该决议的资金： 100 万美元。 - 当前双年度的资金缺口： 2500 万美元。 - 估计有可能获得的有助于填补当前双年度缺口的资金： 零。

表：估计的资金需求细目（百万美元）

双年度	费用	区域						总部	总计
		非洲	美洲	东南亚	欧洲	东地中海	西太平洋		
2018-2019年 已编入预算的 资金	职员	1.7	0.8	1.3	1.0	1.5	1.2	5.8	13.3
	活动	2.7	0.9	1.6	1.5	1.3	1.4	3.3	12.7
	合计	4.4	1.7	2.9	2.5	2.8	2.6	9.1	26.0
2018-2019年 所需额外资金	职员	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	活动	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	合计	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
2020-2021年 需编入预算的 资金	职员	3.8	1.9	2.9	2.3	3.3	2.8	13.3	30.3
	活动	6.3	2.2	3.7	3.3	3.1	3.2	7.5	29.3
	合计	10.1	4.1	6.6	5.6	6.4	6.0	20.8	59.6
今后双年度 需编入预算的 资金	职员	22.6	11.2	17.1	13.6	19.6	16.6	78.0	178.7
	活动	36.8	12.7	21.7	19.6	18.1	18.8	43.9	171.6
	合计	59.4	23.9	38.8	33.2	37.7	35.4	121.9	350.3

WHA72.5 号决议：抗微生物药物耐药性
A. 与已批准的《2018-2019 年规划预算》之间的联系
<p>1. 该决议将促进已批准的《2018-2019 年规划预算》中哪些产出：</p> <p>1.6.1. 所有国家都具备实施国家行动计划的基本能力以监测、预防和减少抗微生物药物耐药性导致的感染</p> <p>1.6.2. 在人类卫生领域和粮食生产环境中妥善使用和提供抗微生物药物，以此促进提高治疗的可及性同时维持治疗的有效性</p> <p>1.6.3. 维持高级别政治承诺并在全球一级进行有效协调，以遏制抗微生物药物耐药性，支持可持续发展目标</p>
<p>2. 如果与已批准的《2018-2019 年规划预算》所列结果之间没有联系，请扼要说明审议该决议的理由：</p> <p>不适用。</p>
<p>3. 请阐述在已批准的《2018-2019 年规划预算》中未编入的 2018-2019 双年度秘书处其他可交付成果：</p> <p>该决议草案要求总干事在世卫组织各级加快实施抗微生物药物耐药性全球行动计划，并大力加强对各国的支持和技术援助，以实施其抗微生物药物耐药性多部门国家行动计划。</p>
<p>4. 估计实施该决议需要的时间（年数或月数）：</p> <p>三年：2019-2021 年。</p>
B. 实施该决议对秘书处的资金影响
<p>1. 实施该决议所需的资金总额（百万美元）：</p> <p>1.244 亿美元。</p>
<p>2.a. 在批准的《2018-2019 年规划预算》中已编入的估计资金需求（百万美元）：</p> <p>4170 万美元。</p>
<p>2.b. 除在批准的《2018-2019 年规划预算》中已编入的资金需求外，估算仍要获得的资金（百万美元）：</p> <p>2019 年另需 1000 万美元。</p>
<p>3. 《2020-2021 年规划预算》的估计资金需求（百万美元）：</p> <p>7270 万美元。</p> <p>所需资源估计数是根据该双年度编入的国家费用、区域费用和总部费用计算的，</p>

包括为落实该决议逐步扩大提供技术援助的能力。

4. 估算需编入今后规划预算的资金（百万美元）：

不适用。

5. 当前双年度可用于实施该决议的资金（百万美元）

— **当前双年度可用于实施该决议的资金：**

3800 万美元。

— **当前双年度的资金缺口：**

1370 万美元。

— **估计有可能获得的有助于填补当前双年度缺口的资金：**

根据目前预测，2019 年可获得 800 万美元。

表：估计资金需求细目（百万美元）

双年度	费用	区域						总部	总计
		非洲	美洲	东南亚	欧洲	东地中海	西太平洋		
2018-2019 年 已编入预算的 资金	职员	2.3	0.0	4.5	2.5	1.8	2.7	12.9	26.7
	活动	4.5	1.6	1.0	2.2	0.8	0.8	4.1	15.0
	合计	6.8	1.6	5.5	4.7	2.6	3.5	17.0	41.7
2018-2019 年 所需额外资金	职员	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	2.0	5.0
	活动	0.5	1.0	0.5	0.5	0.5	0.5	1.5	5.0
	合计	1.0	1.5	1.0	1.0	1.0	1.0	3.5	10.0
2020-2021 年 需编入预算的 资金	职员	2.5	4.2	3.3	1.8	1.5	2.2	16.0	31.5
	活动	8.4	6.0	5.6	2.3	4.0	3.2	11.7	41.2
	合计	10.9	10.2	8.9	4.1	5.5	5.4	27.7	72.7
今后双年度 需编入预算的 资金	职员	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	活动	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	合计	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

WHA72.6 号决议：全球患者安全行动

A. 与已批准的《2018-2019 年规划预算》之间的联系

1. 该决议将促进已批准的《2018-2019 年规划预算》中哪些产出：

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

2. 如果与已批准的《2018-2019 年规划预算》所列结果之间没有联系，请扼要说明审议该决议的理由：

不适用。

<p>3. 请阐述在已批准的《2018-2019年规划预算》中未编入的2018-2019双年度秘书处其他可交付成果：</p> <p>不适用。</p>
<p>4. 估计实施该决议需要的时间（年数或月数）：</p> <p>7年（涵盖2019-2025周期）（2019年+另外3个双年度）。</p>
<p>B. 实施该决议对秘书处的资金影响</p>
<p>1. 实施该决议所需的资金总额（百万美元）：</p> <p>3937万美元（6年）。</p>
<p>2.a. 在批准的《2018-2019年规划预算》中已编入的估计资金需求（百万美元）：</p> <p>386万美元。</p>
<p>2.b. 除在批准的《2018-2019年规划预算》中已编入的资金需求外，估算仍要获得的资金（百万美元）：</p> <p>零。</p>
<p>3. 《2020-2021年规划预算》的估计资金需求（百万美元）：</p> <p>1216万美元。</p>
<p>4. 估算需编入今后规划预算的资金（百万美元）：</p> <p>2335万美元（2022-2025年）。</p>
<p>5. 当前双年度可用于实施该决议的资金（百万美元）</p> <ul style="list-style-type: none"> - 当前双年度可用于实施该决议的资金： 148万美元。 - 当前双年度的资金缺口： 238万美元。 - 估计有可能获得的有助于填补当前双年度缺口的资金： 正在筹款。

表：估计资金需求细目（百万美元）

双年度	费用	区域						总部	总计
		非洲	美洲	东南亚	欧洲	东地中海	西太平洋		
2018-2019年 已编入预算的 资金	职员	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1.00	1.00
	活动	0.42	0.08	0.22	0.21	0.26	0.21	1.46	2.86
	合计	0.42	0.08	0.22	0.21	0.26	0.21	2.46	3.86

2018-2019 年 所需额外资金	职员	-	-	-	-	-	-	-	-
	活动	-	-	-	-	-	-	-	-
	合计	-	-	-	-	-	-	-	-
2020-2021 年 需编入预算的 资金	职员	1.01	0.20	0.52	0.52	0.62	0.51	2.21	5.59
	活动	1.52	0.29	0.79	0.78	0.94	0.77	1.48	6.57
	合计	2.53	0.49	1.31	1.30	1.56	1.28	3.69	12.16
今后双年度 (2022-2025 年) 需编入预算的 资金	职员	1.95	0.38	1.01	0.99	1.20	0.98	4.25	10.76
	活动	2.92	0.57	1.51	1.49	1.80	1.47	2.83	12.59
	合计	4.87	0.95	2.52	2.48	3.00	2.45	7.08	23.35

WHA72.7 号决议：医疗卫生机构中的供水、环境卫生和个人卫生

A. 与已批准的《2018-2019 年规划预算》之间的联系

1. 该决议将促进已批准的《2018-2019 年规划预算》中哪些产出：

3.5.1. 加强各国评估卫生风险及制定并实施政策、战略或法规的能力，以预防、减轻和管理环境和职业风险对卫生的影响

3.1.1. 使各国能够进一步扩大获得有效干预措施并提高质量，以终结从怀孕前到产后的可预防的孕产妇死亡和围产期死亡（死产和早期新生儿死亡），其中特别关注分娩前后 24 小时，从而改善孕产妇健康

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

2. 如果与已批准的《2018-2019 年规划预算》所列结果之间没有联系，请扼要说明审议该决议的理由：

不适用。

3. 请阐述在已批准的《2018-2019 年规划预算》中未编入的 2018-2019 双年度秘书处其他可交付成果：

不适用。

4. 估计实施该决议需要的时间（年数或月数）：

共六年。在一个国家实施大约需要两年时间；可在若干国家同时实施。

B. 实施该决议对秘书处的资金影响

1. 实施该决议所需的资金总额（百万美元）：

六年需要 983 万美元（截至 2025 年中）。

2.a. 在批准的《2018-2019 年规划预算》中已编入的估计资金需求（百万美元）：

271 万美元。

2.b. 除在批准的《2018-2019 年规划预算》中已编入的资金需求外，估算仍要获得的

资金（百万美元）： 不适用。
3. 《2020-2021 年规划预算》的估计资金需求（百万美元）： 356 万美元。
4. 估算需编入今后规划预算的资金（百万美元）： 356 万美元。
5. 当前双年度可用于实施该决议的资金（百万美元） <ul style="list-style-type: none"> - 当前双年度可用于实施该决议的资金： 271 万美元。 - 当前双年度的资金缺口： 不适用。 - 估计有可能获得的有助于填补当前双年度缺口的资金： 不适用。

表：估计资金需求细目（百万美元）

双年度	费用	区域						总部	总计
		非洲	美洲	东南亚	欧洲	东地中海	西太平洋		
2018-2019 年 已编入预算的 资金	职员	0.22	0.05	0.20	0.07	0.05	0.19	1.16	1.94
	活动	0.11	0.01	0.05	0.03	0.01	0.05	0.51	0.77
	合计	0.33	0.06	0.25	0.10	0.06	0.24	1.67	2.71
2018-2019 年 所需额外资金	职员	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	活动	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	合计	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
2020-2021 年 需编入预算的 资金	职员	0.63	0.05	0.16	0.07	0.06	0.19	1.20	2.36
	活动	0.14	0.04	0.08	0.04	0.02	0.10	0.78	1.20
	合计	0.77	0.09	0.24	0.11	0.08	0.29	1.98	3.56
今后双年度 需编入预算的 资金	职员	0.63	0.05	0.16	0.07	0.06	0.19	1.20	2.36
	活动	0.14	0.04	0.08	0.04	0.02	0.10	0.78	1.20
	合计	0.77	0.09	0.24	0.11	0.08	0.29	1.98	3.56

WHA72.8 号决议：提高药物、疫苗以及其他卫生产品的市场透明度**A. 与已批准的《2018-2019 年规划预算》之间的联系****1. 该决议将促进已批准的《2018-2019 年规划预算》中哪些产出：**

4.3.1. 提供全球指导文件及制定实施国家政策、战略和工具，促进改善基本药物和其它卫生技术的获得和使用

2. 如果与已批准的《2018-2019 年规划预算》所列结果之间没有联系，请扼要说明

所需额外资金	活动	-	-	-	-	-	-	-	-
	合计	-	-	-	-	-	-	-	-
2020-2021 年 需编入预算的 资金	职员	-	-	-	-	-	-	1.0	1.0
	活动	-	-	-	-	-	-	0.5	0.5
	合计	-	-	-	-	-	-	1.5	1.5
今后双年度 需编入预算的 资金	职员	-	-	-	-	-	-	0.7	0.7
	活动	-	-	-	-	-	-	0.3	0.3
	合计	-	-	-	-	-	-	1.0	1.0

WHA72.13 号决议：不叙级职位职员和总干事的薪酬
A. 与已批准的《2018-2019 年规划预算》之间的联系
<p>1. 该决议将促进已批准的《2018-2019 年规划预算》中哪些产出：</p> <p>成果 6.4. 在全组织以一致方式提供有效和高效的管理和行政服务</p> <p>产出 6.4.2. 建立有效和高效的人力资源管理和协调</p>
<p>2. 如果与已批准的《2018-2019 年规划预算》所列结果之间没有联系，请扼要说明审议该决议的理由：</p> <p>不适用。</p>
<p>3. 请阐述在已批准的《2018-2019 年规划预算》中未编入的 2018-2019 双年度秘书处其他可交付成果：</p> <p>不适用。</p>
<p>4. 估计实施该决议需要的时间（年数或月数）：</p> <p>相关薪酬调整于 2019 年 1 月 1 日起生效。</p> <p>未确定实施的终止日期。</p>
B. 实施该决议对秘书处的资金影响
<p>1. 实施该决议所需的资金总额（百万美元）：</p> <p>资金需求均已纳入批准的《2018-2019 年规划预算》活动计划。</p> <p>应当注意的是，关于职员薪酬调整，由于工作地点差价调整数、汇率、职员的抚养补助金和教育补助金等因素，薪金费用总会有些波动。因此，这些额外费用将在总体工资预算波动幅度内予以消化。</p>
<p>2.a. 在批准的《2018-2019 年规划预算》中已编入的估计资金需求（百万美元）：</p> <p>不适用。</p>
<p>2.b. 除在批准的《2018-2019 年规划预算》中已编入的资金需求外，估算仍要获得的资金（百万美元）：</p>

不适用。
3. 《2020-2021 年规划预算》的估计资金需求（百万美元）： 不适用。
4. 估算需编入今后规划预算的资金（百万美元）： 不适用。
5. 当前双年度可用于实施该决议的资金（百万美元） - 当前双年度可用于实施该决议的资金： 不适用。 - 当前双年度的资金缺口： 不适用。 - 估计有可能获得的有助于填补当前双年度缺口的资金： 不适用。

WHA72.15 号决议：《国际疾病分类》第十一次修订本

A. 与已批准的《2018-2019 年规划预算》之间的联系

1. 该决议将促进已批准的《2018-2019 年规划预算》中哪些产出：

产出 4.4.1. 利用全球标准对全球、区域和国家卫生形势、趋势、不平等现象和决定因素进行全面监测，包括收集并分析数据以缩小数据差距并进行系统绩效评估。

2. 如果与已批准的《2018-2019 年规划预算》所列结果之间没有联系，请扼要说明审议该决议的理由：

不适用。

3. 请阐述在已批准的《2018-2019 年规划预算》中未编入的 2018-2019 双年度秘书处其他可交付成果：

不适用。

4. 估计实施该决议需要的时间（年数或月数）：

《国际疾病分类》第十一次修订本将于 2019 年 5 月第七十二届世界卫生大会审议通过。

B. 实施该决议对秘书处的资金影响

1. 实施该决议所需的资金总额（百万美元）：

365 万美元。
<p>2.a. 在批准的《2018-2019 年规划预算》中已编入的估计资金需求（百万美元）： 365 万美元。</p> <p>2.b. 除在批准的《2018-2019 年规划预算》中已编入的资金需求外，估算仍要获得的资金（百万美元）： 不适用。由于《国际疾病分类》相关工作已经成为世卫组织核心活动和授权的一部分，并没有额外资金需求。</p>
<p>3. 《2020-2021 年规划预算》的估计资金需求（百万美元）： 不适用。</p>
<p>4. 估算需编入今后规划预算的资金（百万美元）： 不适用。</p>
<p>5. 当前双年度可用于实施该决议的资金（百万美元） 当前双年度可用于实施该决议的资金： 365 万美元。 当前双年度的资金缺口： 不适用。 估计有可能获得的有助于填补当前双年度缺口的资金： 不适用。</p>

表：估计的资金需求细目（百万美元）

双年度	费用	区域						总部	总计
		非洲	美洲	东南亚	欧洲	东地中海	西太平洋		
2018-2019 年 已编入预算的 资金	职员							1.90	1.90
	活动							1.75	1.75
	合计							3.65	3.65

WHA72.16 号决议：支持全民健康覆盖的急救系统：确保急病患者和伤者得到及时护理

A. 与已批准的《2018-2019 年规划预算》之间的联系

1. 该决议将促进已批准的《2018-2019 年规划预算》中哪些产出：

2.3.1. 制定并实施多部门计划和规划以预防伤害，关注点是实现 2011-2020 年道路安全行动十年的目标

2.3.4. 改善院前急救和基于医疗设施的急诊系统，以处理伤害问题

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
<p>2. 如果与已批准的《2018-2019 年规划预算》所列结果之间没有联系，请扼要说明审议该决议的理由：</p> <p>不适用。</p>
<p>3. 请阐述在已批准的《2018-2019 年规划预算》中未编入的 2018-2019 双年度秘书处其他可交付成果：</p> <p>不适用。</p>
<p>4. 估计实施该决议需要的时间（年数或月数）：</p> <p>五年。</p>
B. 实施该决议对秘书处的资金影响
<p>1. 实施该决议所需的资金总额（百万美元）：</p> <p>2569 万美元。</p>
<p>2.a. 在批准的《2018-2019 年规划预算》中已编入的估计资金需求（百万美元）：</p> <p>34 万美元。</p> <p>2.b. 除在批准的《2018-2019 年规划预算》中已编入的资金需求外，估算仍要获得的资金（百万美元）：</p> <p>零。</p>
<p>3. 《2020-2021 年规划预算》的估计资金需求（百万美元）：</p> <p>1267 万美元。</p>
<p>4. 估算需编入今后规划预算的资金（百万美元）：</p> <p>1267 万美元。</p>
<p>5. 当前双年度可用于实施该决议的资金（百万美元）</p> <ul style="list-style-type: none"> - 当前双年度可用于实施该决议的资金： 34 万美元。 - 当前双年度的资金缺口： 零。 - 估计需要但尚未获得的有助于填补当前双年度缺口的资金： 不适用。

表：估计资金需求细目（百万美元）^a

双年度	费用	区域						总部	总计
		非洲	美洲	东南亚	欧洲	东地中海	西太平洋		
2018-2019 年 已编入预算的 资金	职员	-	-	-	-	-	-	0.25	0.25
	活动	-	-	-	-	-	-	0.09	0.09
	合计	-	-	-	-	-	-	0.34	0.34
2018-2019 年 所需额外资金	职员	-	-	-	-	-	-	-	-
	活动	-	-	-	-	-	-	-	-
	合计	-	-	-	-	-	-	-	-
2020-2021 年 需编入预算的 资金	职员	2.86	1.50	0.85	1.19	1.14	1.25	1.39	10.17
	活动	0.36	0.36	0.36	0.36	0.36	0.36	0.36	2.50
	合计	3.21	1.86	1.21	1.55	1.5	1.61	1.74	12.67
今后双年度 需编入预算的 资金	职员	2.86	1.50	0.85	1.19	1.14	1.25	1.39	10.17
	活动	0.36	0.36	0.36	0.36	0.36	0.36	0.36	2.50
	合计	3.21	1.86	1.21	1.55	1.5	1.61	1.74	12.67

^a 因为归整，行列总数可能有出入。

WHA72(8)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
A. 与已批准的《2018-2019 年规划预算》之间的联系
<p>1. 该决定将促进已批准的《2018-2019 年规划预算》中哪些产出：</p> <p>6.1.1. 世卫组织发挥有效的领导和管理作用，同时提高世卫组织秘书处和会员国的能力，为实现可持续发展目标促进、调整、协调和开展努力。</p> <p>6.1.2. 与其它联合国机构和非国家行为者进行有效的联系，以便制定与会员国重点相一致的统一卫生议程</p> <p>6.4.1. 通过适当控制框架妥善管理财务工作</p> <p>6.4.2. 建立有效和高效的人力资源管理和协调</p> <p>6.4.3. 建立有效和高效的计算基础设施、全组织与卫生相关的系统和应用程序</p> <p>6.4.4. 为世卫组织的职员和财产提供业务和后勤支持、采购、基础设施维护和资产管理以及安全的环境</p> <p>疫情和危机应对</p>
<p>2. 如果与已批准的《2018-2019 年规划预算》所列结果之间没有联系，请扼要说明审议该决定的理由：</p> <p>不适用。</p>
<p>3. 请阐述在已批准的《2018-2019 年规划预算》中未编入的 2018-2019 双年度秘书处其他可交付成果：</p> <p>不适用。</p>

4. 估计实施该决定需要的时间（年数或月数）： 一年：2019年6月至2020年5月。
B. 实施该决定对秘书处的资金影响
1. 实施该决定所需的资金总额（百万美元）： 3550 万美元。
2.a. 在批准的《2018-2019年规划预算》中已编入的估计资金需求（百万美元）： 1780 万美元。
2.b. 除在批准的《2018-2019年规划预算》中已编入的资金需求外，估算仍要获得的资金（百万美元）： 不适用。
3. 《2020-2021年规划预算》的估计资金需求（百万美元）： 1770 万美元。
4. 估算需编入今后规划预算的资金（百万美元）： 不适用。
5. 当前双年度可用于实施该决定的资金（百万美元） <ul style="list-style-type: none"> – 当前双年度可用于实施该决定的资金： 1780 万美元。 – 当前双年度的资金缺口： 不适用。 – 估计需要但尚未获得的有助于填补当前双年度缺口的资金： 不适用。

表：估计资金需求细目（百万美元）

双年度	费用	区域						总部	总计
		非洲	美洲	东南亚	欧洲	东地中海	西太平洋		
2018-2019年 已编入预算的 资金	职员	-	-	-	-	3.8	-	-	3.8
	活动	-	-	-	-	14.0	-	-	14.0
	合计	-	-	-	-	17.8	-	-	17.8
2018-2019年 所需额外资金	职员	-	-	-	-	-	-	-	-
	活动	-	-	-	-	-	-	-	-
	合计	-	-	-	-	-	-	-	-
2020-2021年 需编入预算的	职员	-	-	-	-	3.7	-	-	3.7
	活动	-	-	-	-	14.0	-	-	14.0

资金	合计	-	-	-	-	17.7	-	-	17.7
今后双年度 需编入预算的 资金	职员	-	-	-	-	-	-	-	-
	活动	-	-	-	-	-	-	-	-
	合计	-	-	-	-	-	-	-	-

WHA72(11)号决定：联大预防和控制非传染性疾病问题第三次高级别会议政治宣言的后续行动	
A. 与已批准的《2018-2019年规划预算》之间的联系	
1. 该决定将促进已批准的《2018-2019年规划预算》中哪些产出：	
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	
2.1.2. 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	
2.1.3. 促进各国提高卫生保健覆盖率，以管理心血管疾病、癌症、糖尿病和慢性呼吸疾病及其危险因素，包括在危机和突发事件中	
2. 如果与已批准的《2018-2019年规划预算》所列结果之间没有联系，请扼要说明审议该决定的理由：	
不适用。	
3. 请阐述在已批准的《2018-2019年规划预算》中未编入的 2018-2019 双年度秘书处其他可交付成果：	
不适用。	
4. 估计实施该决定需要的时间（年数或月数）：	
七年。决定草案中提到的所有活动将自 2019 年起在 2018-2019、2020-2021、2022-2023 和 2024-2025 双年期执行，直到 2025 年召开联合国大会预防和控制非传染性疾病问题第四次高级别会议。	
B. 实施该决定对秘书处的资金影响	
1. 实施该决定所需的资金总额（百万美元）：	
6.02 亿美元（2019-2025 年）。	
2.a. 在批准的《2018-2019年规划预算》中已编入的估计资金需求（百万美元）：	
8600 万美元。	
2.b. 除在批准的《2018-2019年规划预算》中已编入的资金需求外，估算仍要获得的资金（百万美元）：	
不适用。	

3. 《2020-2021 年规划预算》的估计资金需求（百万美元）： 1.72 亿美元。
4. 估算需编入今后规划预算的资金（百万美元）： 3.44 亿美元。
5. 当前双年度可用于实施该决定的资金（百万美元） <ul style="list-style-type: none"> – 当前双年度可用于实施该决定的资金： 在撰写本文时，1000 万美元（占 8600 万美元的 12%） – 当前双年度的资金缺口： 7600 万美元（占 8600 万美元的 88%）。 – 估计有可能获得的有助于填补当前双年度缺口的资金： 7600 万美元——基于持续作出的资源调动努力，这一数额在整个双年期间会有滚动上升。

表：估计资金需求细目（百万美元）

双年度	费用	区域						总部	总计
		非洲	美洲	东南亚	欧洲	东地中海	西太平洋		
2018-2019 年 已编入预算的 资金	职员	11.5	5.5	5.5	5.5	5.5	5.5	18.0	57.0
	活动	5.5	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	8.5	29.0
	合计	17.0	8.5	8.5	8.5	8.5	8.5	26.5	86.0
2018-2019 年 所需额外资金	职员	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	活动	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	合计	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
2020-2021 年 需编入预算的 资金	职员	23.0	11.0	11.0	11.0	11.0	11.0	36.0	114.0
	活动	11.0	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	17.0	58.0
	合计	34.0	17.0	17.0	17.0	17.0	17.0	53.0	172.0
今后双年度 需编入预算的 资金	职员	46.0	22.0	22.0	22.0	22.0	22.0	72.0	228.0
	活动	22.0	12.0	12.0	12.0	12.0	12.0	34.0	116.0
	合计	68.0	34.0	34.0	34.0	34.0	34.0	106.0	344.0

WHA72(12)号决定：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

A. 与已批准的《2018-2019 年规划预算》之间的联系

1. 该决定将促进已批准的《2018-2019 年规划预算》中哪些产出：

不适用。

2. 如果与已批准的《2018-2019 年规划预算》所列结果之间没有联系，请扼要说明审议该决定的理由：

大流行性流感防范框架的运作与规划预算无关。现决定遵照 WHA71(11)号决定

(2018年)制定。在2020-2021年度,预计大流行性流感防范框架将在规划预算范围内运作。

3. 请阐述在已批准的《2018-2019年规划预算》中未编入的2018-2019双年度秘书处其他可交付成果:

秘书处计划制定一种方法,支持各国颁布获取和共享利益立法并采取有益于公共卫生的其他措施。

4. 估计实施该决定需要的时间(年数或月数):

一年。将通过执行委员会第146届会议向第七十三届世界卫生大会报告进展情况。

B. 实施该决定对秘书处的资金影响

1. 实施该决定所需的资金总额(美元): 722 950 美元

职员费用(622 950 美元)+活动费用(100 000 美元)

2.a. 在批准的《2018-2019年规划预算》中已编入的估计资金需求(美元):

不适用。

2.b. 除在批准的《2018-2019年规划预算》中已编入的资金需求外,估算仍要获得的资金(美元):

722 950 美元

3. 《2020-2021年规划预算》的估计资金需求(美元):

不适用

4. 估算需编入今后规划预算的资金(美元):

不适用

5. 当前双年度可用于实施该决定的资金(美元)

– 当前双年度可用于实施该决定的资金:

502 100 美元

– 当前双年度的资金缺口:

220 850 美元

– 估计有可能获得的有助于填补当前双年度缺口的资金:

尚不知。

WHA72(13)号决定: 实施《名古屋议定书》对公共卫生的影响

A. 与已批准的《2018-2019 年规划预算》之间的联系	
1. 该决定将促进已批准的《2018-2019 年规划预算》中哪些产出：	<p>E.1.1. 拟定霍乱、病毒性出血热、脑膜炎、流感及病媒传播、新发和复发病原体控制策略和计划并发展相关能力</p> <p>E.1.2. 发展全球专家网络和创新机制管理新的和不断演变的高威胁传染危害（例如在临床管理、实验室、社会科学和数据建模领域）</p>
2. 如果与已批准的《2018-2019 年规划预算》所列结果之间没有联系，请扼要说明审议该决定的理由：	不适用。
3. 请阐述在已批准的《2018-2019 年规划预算》中未编入的 2018-2019 双年度秘书处其他可交付成果：	不适用。
4. 估计实施该决定需要的时间（年数或月数）：	30 个月。
B. 实施该决定对秘书处的资金影响	
1. 实施该决定所需的资金总额（百万美元）：	102 万美元。
2.a. 在批准的《2018-2019 年规划预算》中已编入的估计资金需求（百万美元）：	10 万美元。
2.b. 除在批准的《2018-2019 年规划预算》中已编入的资金需求外，估算仍要获得的资金（百万美元）：	零。
3. 估算需编入《2020-2021 年规划预算》方案的资金（百万美元）：	92 万美元。
4. 估算需编入今后规划预算的资金（百万美元）：	零。
5. 当前双年度可用于实施该决定的资金（百万美元）	<p>— 当前双年度可用于实施该决定的资金：</p> <p>零。</p>

WHA72(19)号决定：2020 年：国际护士和助产士年
A. 与已批准的《2018-2019 年规划预算》之间的联系
1. 该决定将促进已批准的《2018-2019 年规划预算》中哪些产出： 4.2.2. 各国实施面向全民健康覆盖的卫生人力战略
2. 如果与已批准的《2018-2019 年规划预算》所列结果之间没有联系，请扼要说明审议该决定的理由： 不适用。
3. 请阐述在已批准的《2018-2019 年规划预算》中未编入的 2018-2019 双年度秘书处其他可交付成果： 不适用。
4. 估计实施该决定需要的时间（年数或月数）： 12 个月。
B. 实施该决定对秘书处的资金影响
1. 实施该决定所需的资金总额（百万美元）： 220 万美元。
2.a. 在批准的《2018-2019 年规划预算》中已编入的估计资金需求（百万美元）： 60 万美元。
2.b. 除在批准的《2018-2019 年规划预算》中已编入的资金需求外，估算仍要获得的资金（百万美元）： 不适用。
3. 《2020-2021 年规划预算》的估计资金需求（百万美元）： 160 万美元。
4. 估算需编入今后规划预算的资金（百万美元）： 不适用。
5. 当前双年度可用于实施该决定的资金（百万美元） — 当前双年度可用于实施该决定的资金： 60 万美元。

- 当前双年度的资金缺口：
不适用。
- 估计需要但尚未获得的有助于填补当前双年度缺口的资金：
不适用。

表：估计资金需求细目（百万美元）

双年度	费用	区域						总部	总计
		非洲	美洲	东南亚	欧洲	东地中海	西太平洋		
2018-2019 年 已编入预算的 资金	职员	-	-	-	-	-	-	0.5	0.5
	活动	-	-	-	-	-	-	0.1	0.1
	合计	-	-	-	-	-	-	0.6	0.6
2018-2019 年 所需额外资金	职员	-	-	-	-	-	-	-	-
	活动	-	-	-	-	-	-	-	-
	合计	-	-	-	-	-	-	-	-
2020-2021 年 需编入预算的 资金	职员	-	-	-	-	-	-	-	-
	活动	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	1.0	1.6
	合计	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	1.0	1.6
今后双年度 需编入预算的 资金	职员	-	-	-	-	-	-	-	-
	活动	-	-	-	-	-	-	-	-
	合计	-	-	-	-	-	-	-	-

WHA72(20)号决定：世界防治恰加斯病日
A. 与已批准的《2018-2019 年规划预算》之间的联系
<p>1. 该决定将促进已批准的《2018-2019 年规划预算》中哪些产出：</p> <p>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；</p> <p>1.4.3. 通过加强研究和培训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。</p>
<p>2. 如果与已批准的《2018-2019 年规划预算》所列结果之间没有联系，请扼要说明审议该决定的理由：</p> <p>不适用。</p>
<p>3. 请阐述在已批准的《2018-2019 年规划预算》中未编入的 2018-2019 双年度秘书处其他可交付成果：</p> <p>不适用。</p>
<p>4. 估计实施该决定需要的时间（年数或月数）：</p> <p>一年。</p>

WHA72(21)号决定： 世卫组织改革：《世界卫生大会议事规则》修订款（取代或补充具有性别色彩的措辞）
A. 与已批准的《2018-2019年规划预算》之间的联系
<p>1. 该决定将促进已批准的《2018-2019年规划预算》中哪些产出：</p> <p>6.1.3. 通过有效监督理事机构会议和制定高效、协调议程加强世卫组织治理</p> <p>6.5.1. 通过能促进有效沟通的平台及相关做法提供准确及时的卫生信息</p>
<p>2. 如果与已批准的《2018-2019年规划预算》所列结果之间没有联系，请扼要说明审议该决定的理由：</p> <p>不适用。</p>
<p>3. 请阐述在已批准的《2018-2019年规划预算》中未编入的2018-2019双年度秘书处其他可交付成果：</p> <p>不适用。</p>
<p>4. 估计实施该决定需要的时间（年数或月数）：</p> <p>方案1：由于不改变现行做法，因此不用任何时间。</p> <p>方案2：在第七十二届世界卫生大会/执行委员会第145届会议闭幕后12个月之内实施（制作下一版《基本文件》）。</p> <p>方案3：三个月（修订理事机构的议事规则供提交执委会第145届会议）。</p>
B. 实施该决定对秘书处的资金影响
<p>1. 实施该决定所需的资金总额（百万美元）：</p> <p>方案1：由于不需要有任何变化，因此不需要任何资金。</p> <p>方案2：6万美元，用于制作下一版《基本文件》。</p> <p>下一版《基本文件》拟议制作费将涵盖《基本文件》中理事机构议事规则案文的修订费用。下一版制作费用见下文B2至B5。</p> <p>方案3：由于将在提交执委会第145届会议的一份文件中更新理事机构的议事规则，而这属于核心工作，因此不需要任何资金。</p>
B2至B5仅与方案2相关
<p>2.a. 在批准的《2018-2019年规划预算》中已编入的估计资金需求（百万美元）：</p> <p>3万美元</p>
<p>2.b. 除在批准的《2018-2019年规划预算》中已编入的资金需求外，估算仍要获得的</p>

<p>资金（百万美元）：</p> <p>不适用。</p>
<p>3. 《2020-2021 年规划预算》的估计资金需求（美元）：</p> <p>3 万美元。</p>
<p>4. 估算需编入今后规划预算的资金（百万美元）：</p> <p>不适用。</p>
<p>5. 当前双年度可用于实施该决定的资金（百万美元）</p> <ul style="list-style-type: none"> - 当前双年度可用于实施该决定的资金： 3 万美元。 - 当前双年度的资金缺口： 不适用。 - 估计有可能获得的有助于填补当前双年度缺口的资金： 不适用。

WHA72(22)号决定： 世卫组织改革：《世界卫生大会议事规则》修订款（执行委员会主席关于治理改革问题非正式磋商会议结果的报告）

A. 与已批准的《2018-2019 年规划预算》之间的联系

1. 该决定将促进已批准的《2018-2019 年规划预算》中哪些产出：

6.1.3. 通过有效监督理事机构会议和制定高效、协调议程加强世卫组织治理。

2. 如果与已批准的《2018-2019 年规划预算》所列结果之间没有联系，请扼要说明审议该决定的理由：

不适用。

3. 请阐述在已批准的《2018-2019 年规划预算》中未编入的 2018-2019 双年度秘书处其他可交付成果：

不适用。

4. 估计实施该决定需要的时间（年数或月数）：

11 个月。

B. 实施该决定对秘书处的资金影响

1. 实施该决定所需的资金总额（百万美元）：

8 万美元。
<p>2.a. 在批准的《2018-2019 年规划预算》中已编入的估计资金需求（百万美元）： 8 万美元。</p> <p>2.b. 除在批准的《2018-2019 年规划预算》中已编入的资金需求外，估算仍要获得的资金（百万美元）： 零。</p>
<p>3. 《2020-2021 年规划预算》的估计资金需求（百万美元）： 零。</p>
<p>4. 估算需编入今后规划预算的资金（百万美元）： 零。</p>
<p>5. 当前双年度可用于实施该决定的资金（百万美元）</p> <ul style="list-style-type: none"> - 当前双年度可用于实施该决定的资金： 8 万美元。 - 当前双年度的资金缺口： 零。 - 估计有可能获得的有助于填补当前双年度缺口的资金： 不适用。

表：估计资金需求细目（百万美元）

双年度	费用	区域						总部	总计
		非洲	美洲	东南亚	欧洲	东地中海	西太平洋		
2018-2019 年 已编入预算的 资金	职员	-	-	-	-	-	-	0.02	0.02
	活动	-	-	-	-	-	-	0.06	0.06
	合计	-	-	-	-	-	-	0.08	0.08