



世界卫生组织

执行委员会
第一三二届会议
临时议程项目 4

EB132/4

2013年1月18日

区域委员会向执行委员会提交的报告

总干事谨向执行委员会转交各区域委员会提交的报告，报告的编写是根据关于增强区域委员会与执行委员会一致性的建议，以及大会关于区域委员会主席向执委会提交关于委员会讨论情况的摘要报告的决定（见附件）¹。

¹ 见 WHA65(9)号决定，(4)(d)分段。

附件

世卫组织非洲区域委员会第六十二届会议（罗安达，安哥拉共和国，2012年11月19–23日）**主席向执行委员会提交的摘要报告，由卫生部长 José Vieira Van-Dúnem 博士编写，罗安达，安哥拉共和国（2012年11月28日）**

1. 世卫组织非洲区域委员会第六十二届会议于2012年11月19日至23日在安哥拉的罗安达召开。会议由安哥拉卫生部长 José Vieira Van-Dúnem 博士主持，46个会员国中有44个会员国出席了会议。讨论的议程项目包括区域主任关于2010–2011年世卫组织在非洲区域的工作的双年度报告；关于灾害风险管理、促进健康以及艾滋病毒/艾滋病的区域战略；加强卫生人力资源；关于非传染性疾病的《布拉柴维尔宣言》；卫生信息系统，卫生与人权，非洲公共卫生应急基金，以及执行《国际卫生条例（2005）》。非洲区域委员会还讨论了《第十二个工作总规划》草案中阐述的世卫组织改革，《2014-2015年规划预算》方案，以及《2012-2013年规划预算》的执行情况。对将南苏丹再度划入世卫组织非洲区域问题也进行了审议。
2. 区域委员会通过了区域主任的2010–2011年双年度报告，请秘书处记载和传播降低了孕产妇、儿童和婴儿死亡率的八个国家的经验，同时支持协调在整个区域培养卫生工作者的管理框架。
3. 根据世界卫生大会 WHA49.6号决议，区域委员会审查了南苏丹共和国的请求，同意将该国重新划入世卫组织非洲区域。区域委员会请区域主任通过世卫组织总干事向第六十六届世界卫生大会转达其意见供审议。
4. 区域委员会在通过关于灾害风险管理的战略和决议时，请会员国发挥领导作用，调动伙伴和资源，制定实施该战略的国家路径图，并在卫生部门建立灾害风险管理制
5. 区域委员会讨论并通过了2012–2025年期间的《路径图》和在非洲区域加强卫生人力资源，改进卫生服务的决议。委员会请会员国加强卫生人力资源的治理、领导和管理能力，以改进政策对话，建立卫生、财政、公共服务和教育各部以及私人部门和其它利益攸关者之间的有效协调机制。

6. 区域委员会还审议并批准了《关于在世卫组织非洲区域预防和控制非传染性疾病的布拉柴维尔宣言》。呼吁会员国采取适当行动，根据该《宣言》修订其卫生政策和国家卫生战略规划，加强国家卫生系统和体制能力，以落实该《宣言》。
7. 通过了关于在非洲区域促进健康的战略和决议，目的是加强多部门健康促进干预措施，以在非洲区域减少可预防死亡、残疾和重大疾病/症状的主要诱因。敦促会员国加强健康促进单位管理和协调部门内和部门间行动的资源、能力、权威和效率。
8. 区域委员会讨论并通过了非洲区域艾滋病毒/艾滋病战略和决议，为执行《2011-2015 年全球卫生部门艾滋病毒/艾滋病战略》指明了方向。委员会重申一体化，权利下放和加强卫生系统是成功落实艾滋病毒/艾滋病干预措施的关键支柱，要求会员国加强和扩展艾滋病毒干预措施，将性别和人权考虑纳入卫生服务的设计中。
9. 区域委员会首次讨论了在非洲区域的卫生与人权问题，承认健康权是一项基本人权。委员会在其关于卫生与人权的决议中，除其它外，敦促会员国在其法律框架中认可健康权，并建立适当机制加以落实、监测和报告。委员会请区域主任在卫生发展中倡导人权方针，支持会员国制定卫生政策和战略。
10. 在讨论《国际卫生条例（2005）》在非洲区域的执行情况时，委员会表示关注《国际卫生条例》在本区域的执行进展缓慢。敦促会员国正式申请将《国际卫生条例》的最后期限延长两年，着手对《国际卫生条例》最低核心能力的落实状况进行全国范围的评估，确认妨碍顺利执行的差距，并相应修订其《国际卫生条例》国家执行计划。
11. 区域委员会在讨论关于国家卫生观察站的问题时，强调了观察站在支持加强国家卫生信息系统的努力时的重要性。它敦促会员国建立国家卫生观察站，并为此除其它外，设立国家范围的多部门和多学科的小组，协调其努力，并设立具备足够能力的秘书处。
12. 要求区域主任加强宣传通过的所有战略和决议，向会员国提供技术支持，尤其应加强指导，协调伙伴的捐助和行动，调动资源并监测和评估进展。
13. 区域委员会讨论了最有效实施《全球卫生倡议》，以加强国家卫生体系的途径，据认为，《全球卫生倡议》筹措和分配额外资金，以支持疾病控制和加强卫生系统的能力是一次独特的机会，有助于各国弥合其处理卫生发展优先考虑面临的重大资金缺口。人们建议，会员国应加强政府的指导作用，增进国家卫生发展计划与《全球卫生

倡议》捐款之间的协调，同时加强《全球卫生倡议》支持的项目的问责、监测和评估。

14. 关于在非洲区域执行世卫组织《2012-2013 年规划预算》，区域委员会表示关注自 2010-2011 年以来，整体预算减少了大约 13.4%，而此时正需要加强支持。委员会还表示关注评定会费也相应地保持在 19% 的低水平上，各战略目标之间，资金的筹供也各有差异。要求各会员国通过提高效率和有效性，应对现状，加强对全球以及世卫组织适当筹资的宣传，探讨增加地方资源以资助规划实施的新机制。

15. 在讨论《第十二个工作总规划》草案和《2014 – 2015 年规划预算》方案时，区域委员会表示需要：体现健康促进是适用于各类而非仅限于第三类的一项战略；减少重点与成果的数目；明确世卫组织作为全球卫生领导者和协调人的作用。应重新审查各个门类的优先顺序，特别强调卫生系统类，以体现通过加强卫生系统来支持改进卫生成果的大多数行动的重要性。人们建议，会员国应在即将召开的理事机构会议期间，宣传为世卫组织适当筹资，以维持其在全球卫生议程中的领导和协调作用。

16. 区域委员会讨论了在设立非洲公共卫生应急基金方面的进展。它祝贺区域主任为设立该基金作出的努力，但表示关注其充分实施，包括由非洲开发银行设立信托基金账户遭到拖延。委员会建议，各位卫生部长应与其各自的财政部接触，争取非洲开发银行对设立基金账户的支持。要求区域主任作为临时措施，利用世卫组织的财务管理和会计系统，继续调动、管理和分配会员国向非洲公共卫生应急基金的捐款，同时继续与非洲开发银行谈判，促使其承担非洲公共卫生应急基金信托人的作用。

17. 区域委员会通过了其第六十三届会议的议程，确定该届会议将于 2013 年 9 月 2 日至 6 日在刚果共和国的布拉柴维尔召开。区域委员会还决定，其第六十四届会议将在贝宁共和国召开。

第二十八届泛美卫生大会，世界卫生组织美洲区域委员会第六十四届会议主席向世卫组织执行委员会提交的报告

18. 第二十八届泛美卫生大会，世界卫生组织美洲区域委员会第六十四届会议于 2012 年 9 月 17 日至 21 日在泛美卫生组织（世界卫生组织美洲区域办事处）在哥伦比亚特区华盛顿的总部召开。格兰纳达（由 Hon. Ann Peters 代表）当选为会议主席，阿根廷和危地马拉分别（由 Eduardo Bustos Villar 博士和 Jorge Alejandro Villavicencio Alvarez 博士代表）当选为副主席，墨西哥（由 Hon. Salomón Chertorivsky Woldenberg 代表）当选为报告员。区域委员会通过了 20 项决议和 5 项决定，连同各项目审议情况的摘要，载于会议最后报告，文件 CSP28/FR 中。

19. 按照世卫组织理事机构的要求，就世卫组织《2014–2019 年第十二个工作总规划》、《2014–2015 年规划预算》草案以及研究与开发方面筹资和协调问题的磋商性专家小组的工作报告举行了区域磋商。关于这些磋商的报告可见文件 CSP28/FR、CSP28/18/Rev.2 和 CSP28/INF/1 Add.1，以及题为“关于研究与开发方面筹资和协调问题的磋商性专家工作小组的报告的非洲区域磋商摘要”中，作为对总干事 2012 年 11 月召开的不限成员名额的会议的区域投入提交世卫组织总部。

20. 此外，区域委员会在其关于区域《预防和控制非传染性疾病战略》的讨论背景下，讨论了世卫组织全球非传染性疾病预防和控制综合监测框架的修订草案。讨论过后，于 2012 年 8 月特别针对全球监测框架草案举行了区域磋商。对会员国在磋商期间表明看法的陈述，载于文件 CSP28/DIV/1。关于区域委员会对区域战略以及第六十五届世界卫生大会后修订的监测框架草案讨论的信息可见下文。

21. 区域委员会还审查了据认为世卫组织执行委员会可能感兴趣的下列问题：

规划政策事项

预防和控制非传染性疾病战略（文件 CSP28/9，Rev.1 以及 CSP28/DIV/1 和 CSP28.R13 号决议）

22. 区域委员会通过的区域战略与世卫组织《2008–2013 年预防和控制非传染性疾病全球战略行动计划》、修订该战略的当前工作，以及世卫组织全球综合监测框架草案是一致的。它侧重于四种疾病——心血管疾病、癌症、糖尿病和慢性呼吸道疾病，以及四个风险因素——烟草、不健康饮食、缺乏身体活动和有害使用酒精。它还包括一个涉及糖尿病以及因为接触环境和职业风险而产生的慢性肾疾病的焦点，美洲区域对此给

予了特别关注。该战略的整体指标与到 2025 年将非传染性疾病导致的过早死亡减少 25% 的全球指标是一致的。该战略最初是由泛美卫生组织执行委员会于 2012 年 6 月提出，随后在就此问题进行区域磋商后，由泛美卫生局/美洲区域办事处进行了修订，有关的区域磋商审查了拟议的区域战略和全球监测框架草案。泛美卫生组织理事机构在 2013 年讨论了执行这一战略的行动计划。

23. 在讨论这一问题时，会员国表示欢迎世卫组织和泛美卫生组织采取行动，处理非传染性疾病日益加剧的大流行，并针对联合国高级别会议采取具体的后续行动。人们指出，非传染性疾病不仅是卫生问题，也是经济和发展问题，并强调了关注此类疾病的社会、经济和环境决定因素的重要性。

24. 对与血压、吸烟、食盐摄入和缺乏身体活动有关的监测框架指标表示了明确支持。一些代表赞成列入与其它风险，尤其是糖尿病、脂肪和糖摄入以及酒精消费有关的新的指标。强调了需要对接触环境风险因素导致的慢性肾病问题给予明确关注。其他代表提醒注意风险指标监测清单的不断扩大，这样将延长关于框架的讨论，拖延达成协议。对关于胆固醇水平、脂肪摄入和糖尿病的拟议全球指标的恰当与否、可测量性和能否实现表示了特别关注。人们强调，有关指标必须是可测量、可实现和充分灵活的，这样才能适应具体国家的具体情况。

25. 对预防非传染性疾病的生命全程方针表示了坚决支持。代表们强调，需要从儿童抓起，进行卫生教育，促进健康的生活方式。还强调了需要采取创新性方针，消除儿童肥胖症。据认为，为应对加剧非传染性疾病的各种风险因素，社区参与和多部门伙伴关系是至关重要的。会议还强调了政府总动员、社会总动员和卫生贯穿于各项政策中的方针的重要性。

26. 人们还认为，需要制定明确的政策，指导世卫组织和泛美卫生组织与各个伙伴，包括私营部门的关系，确保关注公共卫生成为此类伙伴关系追求的主要目标。代表们认为，世卫组织应发挥关键作用，支持国家卫生当局，加强其主导国家努力，消除非传染性疾病的能力。

综合儿童健康战略和行动计划（文件 CSP28/10 和 CSP28.R20 号决议）

27. 区域委员会通过的战略和计划提供了一个行动框架，这一框架与会员国根据联合国《儿童权利公约》以及其它国际人权文书及其宗旨作出的承诺是一致的，符合泛美卫生组织、世卫组织和其它国际组织有关妇女和儿童健康和福祉的各项决议和倡议，

包括《联合国千年宣言》和《千年发展目标》、《联合国妇女和儿童健康全球战略（2010年）》、《关于健康问题决定因素的里约政治宣言（2011年）》、《美洲卫生议程（2008–2017年）》、《泛美卫生组织战略计划（2008–2012年）》、《泛美卫生组织两性平等政策》，以及泛美营养与发展联盟的各项活动。行动计划中的各项具体目标和指标是根据妇幼健康问题信息和问责制委员会提出的问责框架和指标拟定的。

28. 战略和计划的总体愿景是确保幼儿的生存、发育和过上健康和幸福生活，而为此，应采取行动，促进儿童健康和确保高质量生活；防止疾病、残疾、性暴力、忽视、伤害和夭折、消除不平等，以与《儿童权利公约》一致的方式消除不平等，加强卫生平等。

29. 在讨论该战略和计划时，会员国强调了投资对儿童健康以及横向合作对实现《千年发展目标》的影响，对南南方针表示了支持，这一方针将建立在拉丁美洲和加勒比地区国家的经验基础上，承认调动现有伙伴关系实现《千年发展目标》和促进儿童健康和发育的重要性。代表们尤其支持该战略强调能力建设和加强综合卫生系统。该战略承认土壤传播蠕虫病给儿童带来的健康风险也受到欢迎。

卫生技术的评估和纳入卫生系统（文件 CSP28/11 和 CSP28.R9 号决议）

30. 区域委员会讨论和批准了对卫生技术进行以证据为基础的评估的拟议方针，建议在 2014 年考虑制定一项区域战略和行动计划，评估卫生技术，并将之纳入卫生系统。拟议方针符合一系列泛美卫生组织和世卫组织决议，包括获得和合理使用药物和关于公共卫生、创新和知识产权的那些决议。

31. 在讨论本项目时，会员国请求区域办事处对评估卫生技术给予支持，以尽可能扩大现有技术的影响，确保卫生服务实现具有成本效益的现代化。还请区域办事处促进交流在卫生技术评估方面的最佳做法。

32. 一些代表强调了确保平等获得卫生技术的重要性。确保医疗供应和设备质量的需要也得到强调。代表们建议，应当设立一个机制，提供对药品、生物制品和高技术设备质量的区域认证，以对在国家一级缺乏质量审评能力的国家给予援助。据认为，美洲卫生技术评估网是一种手段，可用以提高国家能力，抵消合格人力资源、尤其是在生物药品领域的合格人力资源的欠缺。

知识管理和通讯战略和行动计划（文件 CSP28/12, Rev. 1 和 CSP28.R2 号决议）

33. 区域委员会通过的区域战略和行动计划是建立在世卫组织《知识管理战略》和支持东地中海区域的公共卫生的知识管理区域战略（第 EM/RC53/R.10 号决议）的基础上，借鉴了其它各组织的决议、文件和建议，包括题为“联合国系统的知识管理”的报告（JIU/REP/2007/6），以及泛美卫生组织《电子卫生战略和行动计划》、《所有泛美卫生组织/世卫组织实体的知识管理和通讯战略》和在信息和知识管理领域的其它早期倡议。

34. 该战略和计划的目的是指导会员国通过关于知识管理和通讯的标准、政策和程序，弥合本区域内卫生知识与决策之间的脱节，促成鼓励生产、交流、通讯、获取和有效适用知识造福健康的环境。该战略和计划还试图确保更平等地获取相关信息。

35. 在关于该战略和行动计划的讨论中，人们指出，在社会、经济、技术和法律资源方面的不平等将削弱一些国家确保建立必要的基础设施，以支撑知识管理和通讯平台的能力，尤其是在缺乏广泛和可靠的互联网渠道的地方。强调了需要改善联接状况，扩大和加强电子通讯基础设施。代表们建议，需要制定与知识管理有关的术语汇编，术语的定义或许应扩大，超出世卫组织《知识管理战略》所载定义的范围。便利会员国接触信息和数据库，制定战略改进获取信息的机会被确定为区域办事处的关键责任。

协调灾害情况下卫生领域的国际人道主义援助（文件 CSP28/13 和 CSP28.R19 号决议）

36. 区域委员会审查了一份背景情况报告，说明联合国、泛美卫生组织和世卫组织确立本地区人道主义反应行动框架的各项决议，包括最近关于为满足人道主义紧急情况下不断增长的卫生需求，世卫组织的应对和作为卫生部门牵头机构的作用的 WHA65.20 决议。该报告还评估了本地区的现状以及在本地区以往灾害和人道主义危机的应对中得出的教训，并提出了一项建议，以加强国际援助的协调和管理，同时，应对此类援助日益增加带来的挑战。区域委员会通过的决议除其它外，要求会员国建立有关制度，确定在不同领域应对灾害和公共卫生紧急情况经验丰富的专业人员名单，并提供给泛美卫生组织/世卫组织主管的区域灾害应对小组。

37. 在讨论该报告和建议时，人们确认需要建立多学科的灾害应对小组，并强调了将灾害情况下的人道主义援助与会员国已经存在的制度相协调，并与更广阔的国际制度

相协调的重要性。尤其是，与全球疫情警报和反应网络密切协调开展工作的重要性受到强调。代表们强调了联合国人道主义事务协调厅在协调人道主义方面的独特作用。

38. 代表们强调，在人道主义危机情况中，受影响国家是主要的利益攸关者和决策者，必须尊重国家灾害管理机构的作用，应对行动协调系统必须保持灵活，以满足该国的需要。代表们请区域办事处协助会员国提高本国卫生人员管理人道主义援助的能力，尤其是在最需要作出及时和适当应对行动的当地一级。人们指出，需要制定明确和客观的标准，以遴选进入灾害和紧急情况应对小组的本国专家。

生物伦理：在卫生领域纳入伦理考虑（文件 CSP28/14, Rev. 1 和 CSP28.R18 号决议）

39. 区域委员会批准了概念文件，其中提供了关于泛美卫生组织在生物伦理领域的工作的信息，强调了将伦理考虑纳入卫生政策、卫生保健、涉及人的卫生相关研究中，以及开发和采纳影响卫生的新技术的重要性。该文件还建议了采取何种办法来加强生物伦理领域的的能力，将生物伦理纳入不同卫生领域的政策、计划、规划和条例的制定和执行中。为实现这些目标，区域办事处建议加强区域生物伦理规划，世卫组织伦理和卫生股、泛美卫生组织/世卫组织区域生物伦理协作中心，以及教科文组织生物伦理规划之间的协调。

40. 在讨论概念文件时，人们指出，医学进步和新的卫生技术的开发带来了复杂的伦理难题，需要制定解决这些难题的公共政策。人们强调，此类政策的目的是确保尊重人的尊严和人权。强调了需要培训和将生物伦理原则全面纳入卫生保健各个领域，并强调了建立生物伦理文化的重要性。

41. 人们建议，会员国应按照教科文组织《生物伦理与人权世界宣言》，建立独立、多学科和多元的国家生物伦理委员会。人们还建议，在概念文件中提及世界医学协会的《赫尔辛基宣言》即《涉及人体的医学研究伦理原则》后，提及源于教科文组织、拉丁美洲和加勒比地区生物伦理网络 2008 年 11 月在阿根廷组织的生物伦理大会的《科多巴宣言》，其中就安慰剂的使用和研究工作结束后研究赞助者的义务对《赫尔辛基宣言》提出了若干修正。

42. 区域委员会注意到，墨西哥将担任 2014 年第十二次世界卫生伦理大会的东道国。

在美洲地区坚持消灭麻疹、风疹和先天性风疹综合症行动计划（文件 CSP28/16 和 CSP28.R14 号决议）

43. 区域委员会通过了紧急行动计划，旨在加强麻疹和风疹免疫，并监测和减轻输入病例风险，以保持本区域没有这两种疾病的流行性传播的状态。

44. 在讨论应急行动计划时，会员国确认需要继续努力加强监测；保持高水平的人口免疫；查明监测系统的缺欠和免疫接种覆盖方面的差距，尤其是在高风险人口中，包括土著社区；确保及时检测和应对疫情。人们指出，加强麻疹和风疹监测系统也将加强对其它疾病的监测，进而发展《国际卫生条例(2005)》要求的重大核心能力。

45. 人们强调，只要麻疹和风疹病毒继续在其它区域传播，美洲区域就将持续处于危险中。对新方针的需要得到强调，包括利用社会媒体和动员学术界和未来医学从业者的支持，以实现在全球消除这些疾病的必要承诺。区域委员会通过的决议请区域主任继续与世卫组织其它区域及其发展合作伙伴一道，宣传加强努力，扩大麻疹和风疹免疫覆盖面，以实现其在全球范围内的消除。

辐射防护和辐射源的安全(文件 CSP28/17, Rev. 1 和 CSP.R15 号决议)

46. 区域委员会审查和批准了经修订的《电离辐射保护和辐射源安全国际基本安全标准》。世卫组织执行委员会 2012 年 5 月曾提及该一标准(EB131(3)号决定)。

47. 在讨论本项目时，人们强调了需要利用经修订的标准，据指出，在为诊断和治疗目的增加利用辐射的同时，这也带来了有害接触辐射的更大风险。人们强调需要进行培训和能力建设，以最大限度减少此类风险，请区域办事处继续与其它机构合作，促进此类培训，加强在卫生服务中应用电离辐射的能力。人们建议，区域办事处应制定新的文件，规定采取专门措施，处理在核辐射安全和安保领域为消除当前在技术能力方面的欠缺需要采取的专门措施。一些代表指出，建立在国家一级执行这些标准的能力将有助于各国执行《国际卫生条例（2005）》在核辐射事件方面的核心能力要求，人们还要求区域办事处为此目的继续提供援助。

其它事项

48. 区域委员会还审查了对本区域两份主要战略性政策和计划文件的中期评估，即《2008–2017 年美洲卫生议程》和泛美卫生组织《2008–2012 年战略计划》，并通过了

新的区域预算政策，指导泛美卫生组织和世卫组织资源在区域、分区域和国家各级的拨付。此外，委员会审查了区域卫生研究咨询委员会的报告，欢迎最近通过了本区域长期研究政策，该政策与世卫组织卫生研究战略是协调的，也是世卫组织任一区域第一个此类政策。

49. 在关于技术事项的进展报告中，区域委员会审查了关于卫生的社会决定因素的报告，会员国强调需要在世卫组织第十二次工作总规划中关注卫生的决定因素，人们表示担心，在第六十五届卫生大会期间，关于世卫组织改革的讨论中提议的交叉方针可能导致此类决定因素重点的消失或淡化。

50. 区域委员会还审查了关于在本区域执行《国际卫生条例（2005）》的报告，注意到许多国家要求将在 2012 年 6 月实现核心能力要求的目标日期延长。人们强调，必须加强努力，以确保在两年延长期内核心能力到位，并全力运作，同时，人们指出，如果不能在新的 2014 年最后期限前达成目标，将损害泛美卫生组织和世卫组织的公信力。

51. 关于前述事项的更多信息，见本届会议的最后报告，文件 CSP28/FR。

东南亚区域委员会第六十五届会议，印度尼西亚，日惹，2012 年 9 月 5–7 日

主席和副主席的摘要报告，由主席，印度尼西亚共和国尊敬的卫生部长 Nafsiah Mboi 女士博士阁下和副主席，马尔代夫共和国尊敬的卫生部长 Ahmed Jamsheed Mohamed 博士阁下提交

52. 世卫组织东南亚区域委员会第六十五届会议于 2012 年 9 月 5 日至 7 日在印度尼西亚的日惹召开。会议由印度尼西亚共和国副总统 Boediono 教授阁下主持开幕，来自所有 11 个本区域会员国、联合国和其它机构、与世卫组织有正式关系的非政府组织的代表，以及观察员出席了会议。委员会选举印度尼西亚共和国卫生部长 Nafsiah Mboi 女士（博士）阁下为会议主席，马尔代夫共和国卫生部长 Ahmed Jamsheed Mohamed 博士阁下为会议副主席。会员国审议了本区域面临的重大卫生挑战，相应通过了一系列决定和决议。会议审查和批准了区域主任关于 2010 年 1 月 1 日至 2011 年 12 月 31 日期间的报告。它决定于 2013 年在新德里召开世卫组织东南亚区域办事处第六十六届会议，并赞赏地注意到孟加拉国邀请 2014 年在该国召开第六十七届会议。委员会决定修改其在区域主任提名程序方面的议事规则（规则 49 修正案）。修订程序纳入了候选人评估标准以及候选人在委员会非公开会议上的陈述。这两项改动立即生效。

53. 世卫组织总干事在其向委员会以及本区域全体会员国的致辞中，赞扬印度实现了消灭脊髓灰质炎，这表明消灭脊髓灰质炎是可行的。这是整个东南亚区域的成就，这使该区域有可能在 2014 年 1 月获得认证，只要监测和应对行动保持强大。委员会强调了普遍健康覆盖作为一项关键的发展目标，对 2015 年之后的卫生以及减贫的重要性。会员国决心保持普遍健康覆盖在预防和治疗两方面的平衡，这已体现在所通过的区域战略中。区域战略将初级卫生保健摆放在普遍健康覆盖的中心位置，旨在提高服务提供的效率，通过社会保护扩大平等，在世卫组织的技术支持下，就普遍健康覆盖进行能力建设，以及加强卫生系统的各个方面，因此成为区域战略的基石。此外，委员会决定在其 2013 年第六十六届会议之前，就普遍健康覆盖问题举行技术讨论。

54. 委员会注意到，《2014-2019 年第十二次工作总规划》和《2014-2015 年规划预算》的制定，作为当前世卫组织改革进程的组成部分，正在齐头并进，它强调了会员国自主权，包括国家一级参与的重要性。委员会还强调，应调动本组织各级参与其定稿和资源划拨。会员国审查并赞赏《2010-2011 年规划预算》绩效评估，认为这是本组织以及国家卫生计划的一个有用工具。委员会决心加强在本区域，包括社区一级的卫生人力的培训和教育，在此背景下，它请世卫组织向会员国提供技术支持，以评估目前的卫生人力培训和教育状况，并制定这一领域的区域战略，准备在第六十六届会议上加以审议。会员国讨论了非传染性疾病、精神卫生和神经障碍带来的挑战，并通过了一项决议，其中强调了处理风险因素、能力建设、宣传、监测、制定国家政策的重要性。进一步的讨论强调了所通过的指标应当是现实的，适应国家具体情况。就管理泛自闭症的和发育障碍的综合协调工作通过了另一项决议，注重制定战略，促进研究和加强能力。

55. 委员会在审查研究与发展（筹资和协调）问题资源专家工作组的建议时，促请会员特别针对发展中国家的需要加强卫生研究与发展能力。可持续筹资是这方面的一个关键问题。应探讨在全球一级汇聚不同来源的资金的可能性，以支持与本区域有关的卫生研究与发展工作。要求世卫组织提供支持，以促进会员国的能力发展，包括国家卫生研究与发展观测站，并配合促进区域和全球卫生研究与发展观测站。委员会注意并批准了在重大全球倡议方面的有关工作，即大流行性流感的防范，劣质、假造、标签不当、仿造、假冒医疗产品和加强国家药物主管机构。

56. 委员会在世卫组织管理紧急情况作用的背景下，确认东南亚区域卫生应急基金应继续侧重于支持应急反应，确认其工作组的监督作用，并就资金充实、资源调动和宣传提出了建议。会员国注意并讨论了关于以往特定决议的进展报告，即消灭脊髓灰质

炎的挑战，努力实现扩大和维持免疫覆盖框架中通过的免疫指标的进展，以及会员国在全球卫生工作中的能力建设。

57. 委员会提名马尔代夫为联合国开发计划署/联合国人口基金/世卫组织/世界银行人类生殖研究、发展和研究培训特别规划政策和协调委员会成员，任期三年，始于 2013 年 1 月 1 日。

58. 委员会同意副主席关于本报告应与主席协调编写并提交世卫组织执行委员会的建议。委员会感谢印度尼西亚共和国副总统阁下、日惹特别区行政长官 **Sultan** 阁下、世卫组织总干事、印度尼西亚共和国国家当局、东南亚区域各位尊敬的卫生部长和区域主任。担任委员会秘书的区域主任，以及主席和副主席赞赏本届会议显示了推动东南亚区域卫生发展的团结精神。

世卫组织欧洲区域委员会第六十二届会议主席的报告¹

导言

59. 世卫组织欧洲区域委员会第六十二届会议于 2012 年 9 月 10 日至 13 日在马耳他举行。来自世卫组织欧洲区域的 51 个会员国的代表团和来自联合国其他机构、政府间组织和非政府组织的观察员出席了会议。丹麦王储妃玛丽殿下作为世卫组织欧洲区域办事处赞助人也出席了会议。欧盟委员会公共卫生和消费者保护专员和经济合作与发展组织（经合组织）副秘书长在区域委员会会议上作了发言。届会期间，世卫组织欧洲区域办事处与经合组织签订了一项联合行动计划，旨在强调公共卫生的重要作用，确立卫生财政的可持续性，并实现可靠数据采集。

60. 总干事在区域委员会上发表讲话，强调了欧洲各国通过坚持其对国内、区域和国际各级卫生工作的承诺，在实现卫生成果方面发挥了重要作用。鉴于会员国与世卫组织在讨论两个重要问题：世卫组织改革和将卫生问题列入 2015 年后的发展议程，她期待会员国提出指导意见。

61. 区域委员会议程上所列主要议题是：欧洲区域主任的报告；健康 2020—支持政府和社会采取行动增进健康和福利的欧洲政策框架；欧洲促进健康老龄化战略和行动计划；促进加强公共卫生能力和服务的欧洲行动计划；以及世卫组织改革，包括区域观点、《第十二个工作总规划》和《2014-2015 年规划预算》方案。

欧洲区域主任的报告

62. 区域主任提供了一份关于区域办事处过去两年工作情况的全面报告（EUR/RC62/5），着重提到世卫组织区域办事处在欧洲区域为增进健康所做的工作，并列举了该区域六个方面的计划：解决欧洲面临的整体挑战和优先事项；加强卫生系统；应对非传染性疾病和增进健康；继续开展传染病防治工作；提高灾害防范、监测和应对能力；加强区域办事处的治理、伙伴关系和战略沟通。这些领域的工作均已完成或进展顺利。

63. 会员国赞扬区域办事处在欧洲区域增进健康方面取得的进展，并欢迎办事处为增进人民的健康在国家一级提供的支持。它们呼吁区域办事处确定其活动的优先次序，

¹ 见 EUR/RC62/Chairs' Report（2012 年 11 月 15 日；122758）。

以避免因财政困难而造成太大压力，它们就世卫组织改革方向和区域办事处今后工作提出了建议。

健康 2020

64. 区域委员会通过了新的增进健康和福利欧洲政策框架——“健康 2020”，该框架历经两年收集证据，分享和记录经验，以及开展利益攸关者和同行评议编制而成。区域委员会与若干政策制定者和公共卫生、经济学以及欧洲区域内不同学术领域的专家积极合作，以收集信息并明确应对当今卫生挑战的有效途径。“健康 2020”涉及全区域需求，即在全社会和整个政府的卫生方针的支持下，建立雄厚的卫生经济基础，并将福利作为发展的晴雨表。值此欧洲福利国家进行改革调整之际，它还提供了倡导和保护社会权利和价值观的平台。该政策旨在支持以下四个重点领域中的整个政府和全社会的行动：在生命全程投资于健康和赋予公民权力；解决欧洲主要的非传染性疾病和传染病疾病负担；加强以人为本的卫生系统和公共卫生能力，包括对突发事件的防范和应对能力；营造支持性环境和具有适应能力的社区。它为制定与欧洲区域所有会员国相关的卫生政策开启了思路并提供了多种方法，欧洲各国情况各异，在不同的起点上推进政策建设。

65. 区域委员会承诺全力支持落实“健康 2020”政策，认为该政策是重要的里程碑，它将使欧洲区域在解决卫生不平等问题上发挥主导作用，其涵盖范围涉及欧洲乃至全世界所关切的所有卫生领域。所有会员国均欢迎这一政策文件，赞同制定政策所采用的程序，称赞了文件本身的质量及实用性，它为国家一级工作提供了依据。许多会员国报告称，它们已在先前版本的政策框架的基础上制定了今后几年的卫生计划。“健康 2020”将对所有部门——部委、社区、学术机构、市政、城市、政府间机构和民间社会——的公共卫生工作具有十分重要的意义。它的通过标志着欧洲公共卫生政策进入了新阶段，欧洲各国将共同致力于相同的目标：显著改善人民的健康与福利，减少卫生不平等现象，加强公共卫生，确保实现普遍的、公平的、可持续的和高质量的以人为本的卫生系统。

政策和技术专题

66. 届会期间，区域委员会通过了一项加强公共卫生能力与服务的欧洲行动计划，其中提出了 10 项基本公共卫生行动，这些行动将作为“健康 2020”政策的组成部分纳入国家卫生战略和系统。将加强公共卫生职能、基础设施和能力，以一种综合方法促进健康保护、疾病预防和健康促进，包括初级卫生保健。会员国表示愿意审查其公共卫生服务状况，并将基础公共卫生行动纳入国家战略。

67. 区域委员会还根据“健康 2020”政策和欧洲委员会行动，通过了 2012–2020 年欧洲健康老龄化战略和行动计划。该战略从生命进程的角度审视了健康老龄化和支持性环境问题，同时也涉及健康和长期照护问题，并强调了证据与研究的重要性。40 多个会员国对与“健康 2020”和欧洲委员会行动相一致的这项行动计划表示欢迎，并表示它们已通过了关于健康老龄化的国家政策。区域办事处将与这些国家开展合作，查明政策漏洞，协助实施，同时还将促进国家之间交流经验和最佳做法。

68. 委员会注意到在制定新的国家战略方面取得的进展，强调需要发展灵活和有效的机制，进一步密切世卫组织与各国之间的合作，同时顾及各个国家的需要和能力，并适当考虑新的国家合作战略模式的持续发展。一些会员国表示国家办事处对于支持其工作很重要，但它们也强调必须界定本组织三个层级的不同职能，使之与世卫组织改革相一致。

69. 最后，关于加强地理上分散的办事处的作用问题，区域委员会承认现有的几个办事处所做工作十分出色，认识到它们额外提供的技术能力的价值和由此给会员国带来的好处。委员会决定继续开展工作，按照对秘书处的授权，设立新的地理上分散的办事处，专门负责非传染性疾病工作，并且秘书处应与区域委员会常务委员会磋商，发展可在初级卫生保健和应对人道主义危机领域为潜在的新的地理上分散的办事处提供指导的业务模式。

70. 届会期间，作为会外活动，秘书处还举办了有关以下专题的技术介绍会：研究与发展问题磋商性专家工作小组；卫生人力资源；世卫组织预算及其筹资；“健康 2020”具体目标、指数与监测；以及健康促进和预防与年龄有关的慢性病。

世卫组织改革

71. 区域委员会同意，总体上看，《第十二个工作总规划》在增强世卫组织的效率、效力和问责制方面迈出了积极的一步，但它未能提出明确的战略方向。会员国要求澄清不被列为重点的工作，它们对工作重点之多表示关切。委员会要求提供更多信息，说明世卫组织三个层级将如何分担任务和工作，并说明围绕各项重点工作所开展的具体任务所需预算。

72. 区域委员会许多成员对于审查预算却不提供任何具体资金情况的这种逻辑表示关切。委员会认为，列出新的工作重点很可能需要“冷落”其他重点，但通过提高效率和效力，集中力量实施现有准则和决议，完善资源动员组织工作，仍将有助于实现总干事的目标，即确保本组织在现有财力基础上运作。两个工作组举行了有关世卫组织改革的深入讨论，有关讨论情况的报告全文见文件 EUR/RC62/WG/1。

73. 会议认可世卫组织改革的各项原则，呼吁本组织明确界定其在国家、区域和全球三个层级上的作用，与会员国和其他利益攸关方保持透明的战略对话关系，并如《2014–2019 年第十二个工作总规划》和《2014–2015 年预算规划》方案所体现的那样，确保问责制。力求做到组织精简，在这方面世卫组织总部明确了通用方法，各区域办事处根据本区域实际情况采用了这些方法，同时应对世卫组织的国家存在作出评价，以实现合理化。

74. 世卫组织欧洲区域办事处对于《2014–2015 年预算规划》方案（EUR/RC62/16 Add.1）的观点明确了欧洲区域的具体目标和产出，考虑到区域办事处的业务运作模式，侧重于区域办事处的比较优势。区域办事处已明确了 2012–2013 年 27 项重要优先成果，以及 57 项其他优先成果。目前正在进行成果组合审查，预计 2014–2015 年的变化幅度为 20%。

75. 许多代表称赞该文件，并表示，他们认为文件中所提出的两项预算方案尤其有用。一些会员国强调不仅有必要将权力下放各区域，还应当加强世卫组织的国家存在。

世界卫生大会和执行委员会的决议和决定所涉事项

76. 区域委员会获悉世界卫生大会和执行委员会的决议和决定，它支持区域办事处的实施建议。

77. 委员会同意，制定一个非传染性疾病全球监测框架至关重要，认为所提出的具体目标必须是相关的、现实的和可实现的。应当尽可能地利用现有知识库，将额外的报告负担降到最低限度，包括避免制定难以实现或数据量度成本过高的具体目标。委员会原则上同意，主要非传染性疾病风险各有一项指标和与卫生系统绩效有关的一项政策指标。区域委员会获悉，将以全球精神卫生行动计划为依据，起草一项欧洲精神卫生行动计划。在研发问题上，会员国意见有分歧。一些会员国承认研究与发展问题磋商性专家工作小组为探讨和评估将研发成本与药品价格脱钩的模式所作出的努力，其他一些会员国则告诫说，磋商性专家工作小组报告中提出的建议在可实施之前，还需要作进一步讨论。有必要取得有关卫生研究的更为可靠的统计数字。虽然对于严重影响发展中国家的疾病显然研发工作不足，但制定一项具有约束力的公约并非是实现平衡的最佳途径。区域委员会同意，目前与欧洲各会员国开展的网上磋商的范围应当扩大，让各国有进一步的机会发表意见。在将网上磋商摘要提交世卫组织总部之前，将与世卫组织欧洲区域常务委员会进行讨论。

78. 委员会同意，下届会议将于 2013 年 9 月 16 日至 19 日在葡萄牙举行。

东地中海区域委员会第五十九届会议主席向执行委员会提交的报告摘要

东地中海区域委员会第五十九届会议主席 Bahar Idris Abu Garda 先生（苏丹联邦卫生部长）

79. 东地中海区域委员会第五十九届会议于 2012 年 10 月 1 日至 4 日在埃及开罗世卫组织东地中海区域办事处举行。委员会二十二名委员出席了会议。来自土耳其、联合国其他组织和机构以及政府间组织和非政府组织的观察员也列席了会议。主要议程项目包括 2011 年区域主任的报告，其中包括在消灭脊髓灰质炎方面的进展情况，世卫组织改革现状和区域观点，修订区域委员会《议事规则》，《第十二个工作总规划》和《2012-2015 年规划预算》。讨论的主要技术领域是加强卫生系统、实施联合国大会关于预防和控制非传染性疾病的政治宣言，以及《国际卫生条例（2005）》要求的国家核心能力。

80. 关于世界卫生大会关于世卫组织改革的 WHA65(9)号决定中所要求的各区域委员会协调一致问题，委员会决定修订区域委员会《议事规则》，包括区域主任的选拔和评估标准，将审查证书的任务委托给区域委员会官员，以及非会员国参与委员会工作，并决定修正案立即生效并予以实施。委员会还决定，最近采取的在区域委员会届会召开之前举办技术会议的做法将继续保持下去，并且应当对委员会所有成员国代表开放。

81. 委员会还决定接受南苏丹政府关于重新划入世卫组织非洲区域的请求，并请区域主任将其意见提交第六十六届世界卫生大会供审议。区域委员会决定于 2013 年 10 月 26 日至 31 日在突尼斯举行第六十届会议，确切日期仍需与突尼斯政府达成最后协议。

82. 委员会讨论并核可了 2011 年区域主任的年度报告，请区域主任就关于应急准备和反应及区域团结基金的 EM/RC57/R.2 号决议的执行采取后续行动，并尽快实施区域集中疫苗采购机制第二阶段工作。委员会承认阿富汗和巴基斯坦在将消灭脊髓灰质炎作为国家卫生突发事件处理方面所做出的努力，重申其在这方面对它们的支持。委员会对阿拉伯叙利亚共和国局势和影响难民和国内流离失所者的人道主义状况以及对周边国家的影响表示关切，要求各会员国提供支持，减轻阿拉伯叙利亚共和国和周边国家境内难民和国内流离失所者的痛苦。

83. 委员会对区域主任提出的今后五年战略方向表示欢迎，请他采取必要步骤予以落实。这些战略方向是：加强卫生系统，孕产妇、生殖和儿童健康和营养、非传染性疾病，传染病以及应急准备和反应。在这些重点工作中，委员会深入讨论了其中的三项：加强卫生系统、非传染性疾病和传染病，特别是《国际卫生条例（2005）》实施工作。

84. 加强卫生系统是技术讨论的主题。一份有关卫生系统所面临挑战的深入分析报告以及关于会员国和世卫组织所需采取行动的重点工作建议已一并提交委员会。委员会要求各会员国，除其他外，将国家战略卫生计划作为所有卫生发展规划和活动的依据，并确保给予合理实施和监测；审查和更新公共卫生法律并制定规范和标准，以确保公共部门和私人部门提供优质和安全的保健服务；加强初级卫生保健设施网络并实现一体化，同时考虑将家庭做法作为提供服务的一种有效途径。委员会要求区域主任，除其他外，支持会员国在加强卫生系统方面的能力建设；建立有关机制，便于国家之间分享在加强卫生系统方面的经验和支持次区域合作；建立卫生系统专家网络，以支持本区域加强卫生系统工作；向其第六十届会议提交一份关于卫生系统绩效的进展报告。

85. 委员会讨论并批准了关于会员国承诺执行联合国关于非传染性疾病问题的《政治宣言》的区域行动框架，敦促会员国落实区域框架中所提出的一系列核心行动。委员会还敦促会员国，除其他外，建立/加强有关机制，以动员非卫生部门参与实施区域行动框架，并将预防和管理非传染性疾病的基本干预措施逐步纳入初级卫生保健。委员会请区域主任，除其他外，与联合国其他机构和相关国际伙伴合作，制定一套相关指标，以监测非卫生部门在执行联合国《政治宣言》所列重点行动方面的参与情况；制定法律文书范本，以指导制定国家法规，促进落实联合国《政治宣言》中的承诺；进一步制定一揽子初级卫生保健非传染性疾病基本干预措施，以及为实施“最合算”干预措施提供必要的指导；并就会员国在区域行动框架的基础上，对联合国《政治宣言》的实施情况，每年向区域委员会提交一份进展报告。

86. 委员会关切地注意到，在技术方面，一些缔约国可能到 2014 年 6 月 15 日仍无法履行义务，实施《国际卫生条例（2005）》。为此，委员会敦促缔约国基于已查明的差距来审查和实施国家计划，采取一切必要步骤促进实施国家计划，包括制定支持性法规和调动足够的人力和财力资源。委员会还请缔约国每年向世卫组织提交报告，说明在加强和保持《国际卫生条例（2005）》第五条第二款和第十三条第二款规定的国

家核心能力和符合国家实施计划方面的进展情况，并请区域主任，除其他外，就缔约国在实施《国际卫生条例（2005）》方面的进展情况每年向区域委员会提出报告。

87. 关于执行委员会关于预防可避免的盲症和视力损害行动计划的实施情况的EB130(1)号决定，区域委员会请总干事考虑将盲症预防工作列为世卫组织改革的一个优先工作领域。

88. 委员会批准了区域主任就职员调动和轮换、绩效管理和人力资源计划与管理所采取的与世卫组织改革进程相关的管理行动。委员会还批准了区域治理改革方案，包括设立一个区域主任技术咨询委员会。这将涉及重新命名目前的区域咨询委员会为区域主任咨询委员会及调整职权范围，以反映当前本组织的需要。委员会支持《第十二个工作总规划》在类别和优先事项方面的结构，它们符合所商定的东地中海区域的战略优先考虑。委员会强调需要针对会员国的需求制定以国家为基础的（自下而上）预算规划程序。

89. 委员会重申世卫组织在其《组织法》中所规定的本组织的分散性至关重要，欢迎区域办事处最近为进一步加强与总部和其他区域办事处的协同努力所采取的举措。

90. 会议未就理事机构会议的顺序提出任何建议，财政年度亦无任何变化。

91. 委员会请我以主席身份向执行委员会转达委员会的关切，即过去几年的评定会费的实际价值下降，需要考虑提高评定会费水平。委员会着重指出本组织过度依赖指定用途的资源捐款的不利影响。委员会请会员国考虑可否通过理事机构采取集体行动提高评定会费水平，并请能够负担得起的国家在区域一级增加对商定重点领域的自愿捐款数额。委员会还请会员国继续积极参与世卫组织改革进程，包括最后审定《第十二个工作总规划》和《2014–2015年规划预算》。

西太平洋区域委员会第六十三届会议摘要¹

第六十三届会议主席 Nguyen Thi Kim Tien 博士（越南）提交的报告

92. 来自委员会 28 个成员国以及法国、美利坚合众国及联合国系统其他组织和非政府组织的代表出席了西太平洋区域委员会第六十三届会议（2012 年 9 月 24 日至 28 日，河内）。

议程和行动概述

93. 议程主要项目包括预算事项（2010–2011 年规划预算执行情况 and 2014–2015 年规划预算方案草案）；区域主任提名行为守则；世界卫生大会、执行委员会和区域委员会工作的协调；人类生殖研究、发展和研究培训特别规划政策和协调委员会的组成。所涉主要技术问题是：预防暴力和伤害；被忽视的热带病；《国际卫生条例（2005）》；技术规划进展情况；

94. 委员会通过了 10 项决议。WPR/RC63.R7 号决议中通过了区域主任提名行为守则，由此使西太平洋区域成为世卫组织乃至整个联合国系统内率先制定此类指导提名和选拔其高级官员的守则的机构。

区域主任的报告

95. 区域主任承认本区域面临种种严重的卫生挑战，概述了在以下领域取得的重大成就：营养和粮食安全、预防暴力和伤害、非传染性疾病、可避免的盲症、突发事件和灾害的防范和应对、疟疾、耐多药结核病、被忽视的热带病、全民卫生保健和加强卫生系统。他还从区域和针对特定国家的支持的角度讨论了世卫组织改革问题。

技术议程项目

营养

96. 委员会注意到会员国所面临的种种挑战：饮食不均衡和加工食品易于获取，从而导致肥胖症、糖尿病和蛀牙高发；气候变化对粮食作物种植的影响；婴幼儿配方奶粉

¹ 另见 http://www.wpro.who.int/about/regional_committee/63/reports/en/。

的积极营销；蠕虫感染；贫血；微量营养素缺乏症；很难确保鼓励健康生活方式的法规和准则在实践中得到遵守。

97. 代表们列举了在营养问题上取得进展的实例，如母乳喂养率提高；颁布法规，以遵守《国际母乳代用品销售守则》；延长带薪产假，给予在职母亲更大的灵活性；禁止某些食品的广告宣传；对不健康食品和饮料有选择地征税；鼓励人们自种水果和蔬菜；针对儿童、学生和农村人口的营养补充剂；食品营养强化；以学校为基础的规划，以教育青年人懂得饮食和身体锻炼的重要性。许多代表指出，其本国政府已直接就非传染性疾病或结合非传染性疾病问题通过了改善营养行动计划和战略。在某些情况下，已将营养指标纳入了国家社会和发展议程。在 WPR/RC63.R2 号决议中，委员会批准了“西太平洋区域呼吁加强营养行动”倡议。

预防暴力和伤害

98. 代表们欢迎将该议题列入议程。根据一些发言者援引的统计数字，暴力和伤害（尤其是一般针对妇女的暴力行为和家庭暴力，以及道路交通伤害，此种伤害往往因酒精的有害使用而加剧）在可预防的死亡和发病原因中居于前列，在年轻人当中尤其如此。许多代表呼吁提供可靠数据，以便可以优先考虑干预措施。此外，一些代表还讨论了可以最佳方式采取行动的体制环境，即受某些文书的支配，如《消除对妇女一切形式歧视公约》和《儿童权利公约》。

99. 委员会通过了一项关于预防暴力和伤害的决议（WPR/RC63.R3）。

被忽视的热带病

100. 委员会在 WPR/RC63.R4 号决议中批准了《被忽视的热带病西太平洋区域行动计划（2012-2016）》。许多发言者报告了本国在这些疾病控制方面取得的进展，指出了所遇到的种种困难。代表们表达了分享经验的意愿，呼吁在计划中对人畜共患疾病给予更大的重视。

101. 会议承认西太平洋区域所拥有的财富——在被忽视的热带病治疗药物生产方面的专长和产业。讨论要点包括区域间合作，譬如中国与非洲各国之间的合作，以及公共和私营部门构建伙伴关系在获取药品捐赠方面的重要性。然而，为实现具体目标，还需在调动资源方面作出重大努力。

消灭麻疹

102. 本区域接近成为第二个消灭麻疹的世卫组织区域；监测数据表明，有 32 个国家和地区阻断了流行性麻疹的传播。2012 年 1 月，设立了独立的区域认证委员会，起草了在本区域完成消灭行动的指导方针。委员会建议，会员国应设立独立的国家认证委员会。

103. 代表们描述了一系列国家状况，既有久已获得消灭认证的会员国，也有仍然存在某种程度的流行或仅发现了输入病例的会员国。即使在大规模免疫运动之后，仍迫切需要坚持进行严格的监测。

104. 一些代表解释了其本国政府如何将消灭麻疹与管理其他疾病结合在一起：首先是风疹和先天性风疹综合征，但也有其他疫苗可预防疾病，然后配合采取低成本措施，例如洗手，驱虫，补充维生素 A，以及分发抗疟疾蚊帐。这些活动与儿童疾病综合管理是契合的。

105. 代表们要求作出进一步努力，包括国际组织更多地参与确保严格的实验室标准，以支持国家认证委员会。这些委员会应对区域认证委员会负责，除非在一些情况下，出于行政原因，通报工作应通过中央政府进行。

106. 区域委员会通过了 WPR/RC63.R5 号决议，重申其对消灭麻疹和加速风疹控制的承诺。

《国际卫生条例（2005）》

107. 会议指出，本区域有 14 个会员国要求延期两年，履行《国际卫生条例（2005）》要求的发展核心能力的义务，这些面临 2014 年 6 月 15 日新的最后期限的会员国，需要有国家投资，以及外部技术和财政支持。

108. 代表们普遍同意，《条例》在确保国际卫生安全方面的重要性，《亚太地区新发疾病战略（2010）》是帮助会员国落实所要求核心能力的宝贵的区域路径图。尤其是，会议满意地指出，该战略适应本区域的需要，倡导了长期的可持续措施。各国需要在一定程度上以协调的方式落实核心能力，但如果没有关于信息分享的承诺，国际监测机制的有效性将受到影响。因此，显然，应向落后的国家提供技术援助；应本着透明精神传播每一会员国落实核心能力的最新状况；同时，应寻求与其他区域尤其是东南亚区域开展合作。

109. 小岛屿国家的代表提出了一些不断发生的问题，即很难指定一个国家协调中心，涵盖大量人烟稀少的区域，这些区域缺乏适当的体制性基础设施。

110. 委员会通过了关于实施《国际卫生条例（2005）》的 WPR/RC63.R6 号决议，其中特别重申了其对《亚太地区新发疾病战略（2010）》的承诺。

技术规划进展报告

111. 基于两次区域会议的成果，编写了一整套预防和控制非传染性疾病的全球具体目标和指标草案，供区域委员会讨论。一些代表表示支持该草案，但一些代表对具体目标和指标数量庞大、收集有关信息的成本，以及某些技术方法问题表示关切。代表们同意，这一套指标应广泛传阅，将四个主要风险因素考虑在内，保持预防、治理和护理之间的平衡。

112. 委员会还注意到：抵制烟草业干预烟草控制努力的工作进展；健康设施规划的多部门方针日益受到关注；实现卫生相关千年发展目标的进展，同时需要加强努力，降低儿童死亡率，增进孕产妇健康。此外，委员会还注意到在卫生筹资，疟疾和青蒿素耐药性背景下的疟疾控制和消灭，扩大免疫规划，以及艾滋病毒/艾滋病防治方面的进展。

与世卫组织改革相关的议程项目

2014–2015 年规划预算方案草案和第十二个工作总规划

113. 代表们赞扬了这两份文件，认为提出的新程序十分明确。人们普遍赞赏新提出的六个类别，它可增强资金的灵活性，但下一版本中必须提出具体预算数字。代表们就个别类别提出了一些建议。发言者告诫说，本组织的工作范围不易过大，建议集中力量于效率、确定重点和其相对实力，包括规范性和制定标准的作用，以及与各国政府接触的特权。

114. 区域委员会通过了一项关于《2014–2015 年规划预算方案》草案和《第十二个工作总规划的决议》（WPR/RC63.R1）。

世界卫生大会、执行委员会和区域委员会工作的协调（《议事规则》）

115. 根据世界卫生大会关于治理改革和在提名区域主任、审查证书和观察员参与方面协调做法的决定（WHA65(9)号决定），委员会注意到，会议主席将向执行委员会提交一份委员会审议报告摘要。委员会还通过了 WPR/RC63.R8 号决议，其中决定修订区域委员会《议事规则》第二和第三条。

区域主任提名：行为守则

116. 发言者就将如何切实实施提出的行为守则，特别是如何确定现任区域主任的旅行与竞选无关，以及披露和确定竞选活动的界限提出了各种问题。另外也必须确保守则草案与区域委员会《议事规则》完全相符。代表们要求以区域委员会所有正式语文提供每个候选人的简历。

117. 出于经费原因并从原则上考虑，委员会有意选择不设立冗余的机制来监督遵守情况；这是一个政治手段，希望会员国能够善意行事。所有内部候选人都应遵守世卫组织《人事条例》和《职员细则》，其中规定候选人应始终将本组织利益摆在首位。可考虑一些可能的解决办法，确保充分披露竞选活动，例如，使用专设的受密码保护的网页。

118. 如第 2 段所指出，委员会通过了《世界卫生组织西太平洋区域区域主任提名行为守则》。

人类生殖研究、发展和研究培训特别规划：政策和协调委员会的组成

119. 世卫组织人类生殖研究、发展和研究培训特别规划政策和协调委员会中三个来自本区域的会员国是马来西亚、菲律宾和越南。鉴于菲律宾的任期将于 2012 年 12 月 31 日届满，区域委员会决定将由老挝人民民主共和国接替菲律宾在委员会中的职位（WPR/RC63(1)号决定）。

区域委员会第六十四届会议的时间和地点

120. 区域委员会决定将于设在马尼拉的区域办事处举行其第六十四届会议，具体日期将通过与会员国进一步磋商来确定。

= = =