



世界卫生组织

执行委员会
第一三十八届会议
临时议程项目 4

EB138/4
2016 年 1 月 15 日

各区域委员会 向执行委员会提交的报告

1. 总干事谨向执行委员会转交各区域委员会提交的报告（见附件），报告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编写的¹。

执行委员会的行动

2. 请执委会注意本报告。

¹ 见 WHA65(9)号决定(2012 年)，第(4)(d)分段。

附件

世卫组织非洲区域委员会第六十五届会议（2015年11月23日至27日，乍得共和国，恩贾梅纳）

主席（Assane Nguéadoum 先生，卫生部长兼国务秘书，乍得）的摘要报告

1. 世卫组织非洲区域办事处第六十五届会议于2015年11月23日至27日在乍得共和国的恩贾梅纳召开。47个会员国中有43个会员国出席了会议。坦桑尼亚联合共和国、圣多美和普林西比、塞舌尔和南苏丹缺席。会议由乍得共和国卫生部长兼国务秘书 Assane Nguéadoum 先生主持。本报告概述了会议成果。

第一部分：全球讨论议题

世卫组织的改革

2. 与世卫组织改革相关的议程项目的成果如下：

2016-2017 年规划预算方案

3. 区域委员会审查了世卫组织 2016-2017 年双年度规划预算，这是将在 2014-2019 年第 12 个工作总规划中编制的三个双年度预算中的第二个。世界卫生大会在 WHA68.1 号决议(2015 年)中通过的 2016-2017 年世卫组织总规划预算为 43.849 亿美元，分配给非洲区域 11.623 亿美元(26.5%)，相对于 2014-2015 年双年度，增加了 4230 万美元(3.8%)。区域委员会注意到，针对各项重点的预算拨款，由于在很大程度上集中于突发事件和脊灰规划，仍然是一个不平衡的预算。委员会赞赏采用自下而上的方针来编制预算，呼吁继续坚持这一方针。人们感到关切的是，相对于各国沉重的非传染性疾病负担，预算拨款份额较少；对受埃博拉影响的国家的拨款没有考虑到疫情期间进行的投资，以及重建卫生系统的未来前景。向会员国提出了下列建议：参与资金对话，以对筹措资源促进本地区卫生重点施加影响；积极采用自下而上的规划方针；缴纳评定会费；确保及时执行 2016-2017 年规划预算。

2015-2020 年世卫组织秘书处在非洲区域的变革议程

4. 区域委员会讨论了世卫组织秘书处在非洲区域的变革议程。变革议程是一项加速在非洲区域执行全球范围世卫组织改革的战略。它侧重于四个领域——关注结果的价值

观、明智的技术重点、反应敏捷的战略运作以及有效的交流和伙伴关系。会员国赞赏这一举措，同意各项建议，承诺加速执行变革议程。向会员国提出的建议包括：支持执行变革议程；通过加强监测和报告资金使用情况的机制，改进直接财政捐款报告工作；就职员配备的多样化向世卫组织秘书处提供指导，以及改进伙伴关系和资源筹措。已请世卫组织定期向区域委员会报告变革议程的执行进展情况。

关于以人为本提供综合服务的全球战略

5. 区域委员会认识到，通过种种改进，从民众及其需要出发来提供服务，而不仅仅是关注疾病，将可以实现全民健康覆盖目标。区域委员会意识到，非洲区域已经为目前世卫组织以人为本提供综合服务的全球战略草案作出了贡献。区域委员会同意各项建议，但强调需要采取更多行动，应对与非洲有关的挑战。这些包括日益加重的非传染性疾病负担，尤其是流行病的频繁暴发及其对各国卫生系统和社会经济结构的毁灭性影响；在促进提供服务的基本投入方面投资不足；必须强调增进健康以及风险预防和管理是减轻疾病负担的一个途径。

卫生人力资源全球战略：非洲区域的角度

6. 区域委员会确认，非洲区域已经为目前的卫生人力资源全球战略作出了贡献。区域委员会同意，卫生人力资源的可得性、可及性、可接受性和质量对提供基本卫生服务，包括应急准备和反应至关重要。因此，该战略即是为此而提出，希望它将成为世卫组织全民健康覆盖战略的一个重要组成部分。区域委员会强调，培训投资偏低、移民增加、工作条件恶劣以及卫生人力的配置不成比例是非洲区域面临的重大挑战。

2014 年埃博拉病毒病疫情

7. 2014 年的埃博拉病毒病疫情，截至 2015 年 10 月 18 日，记录了 28 476 例病例，11 298 例死亡，包括卫生工作者的 1 045 例病例和 535 例死亡。所遇到的问题和挑战包括社区自主权很少，领导力低下；文化信仰和习俗的负面作用；各类大众传媒传播的信息不适当和相互矛盾；卫生系统薄弱。其它问题包括综合性疾病监测和应对系统和《国际卫生条例（2005）》执行不力；缺少应急行动中心；资源、国际承诺和参与程度有限；没有充分落实预防措施。建议的行动包括加强伙伴关系和多部门合作，加强社区自主权和领导力，进一步努力实现零病例，以及建立具有应变能力的卫生系统和服务。区域委员会还建议开展更多研究工作，以深入了解埃博拉病毒病的起源和发病机理，同时强调需要做出充分准备和切实执行《国际卫生条例（2005）》。

第二部分：区域重要议题

8. 关于区域重要议题的成果如下：

卫生相关千年发展目标和 2015 年后卫生发展议程的进展情况

9. 在 47 个国家中，10 个国家实现了具体目标 4，4 个国家实现了具体目标 5.A，没有哪个国家实现具体目标 5.B。37 个国家实现了具体目标 6.A，没有哪个国家实现或正在实现具体目标 6.B。就具体目标 6C 而言，12 个国家遏制并开始扭转疟疾的发病，29 个国家遏制并开始扭转结核病的发病。未能实现千年发展目标的主要原因包括：国家资源不足，外部资源难以预测和不可持续；卫生系统薄弱，尤其是卫生服务的提供不充分和质量低劣；人力和体制能力有限；在得到行之有效的干预措施方面的不平等；国家经济和发展政策中对卫生的重视不足；多部门反应不力。

10. 区域委员会注意到，世界就 2030 年后可持续发展议程达成了共识，其中包括 17 个可持续发展目标和 169 个伴随的具体目标。目标 3（确保健康生活和增进各个年龄段的所有人的福祉）特别涉及到卫生。人们对可持续发展目标的关键指标数目众多及其选择，以及如何在全球和国家各级资助实现这些目标表示了关切。建议各国采取的行动包括规划如何适应和执行 2015 年后议程；改进卫生部门筹资；加强卫生系统包括信息系统；确保可持续发展目标各项指标考虑到尚未完成的千年发展目标工作；采纳多部门方针。

非洲公共卫生应急基金：评估

11. 会员国重申了非洲区域的非洲公共卫生应急基金的重要性，但感到关切的是，一些重大挑战，尤其是捐款持续处于低水平妨碍了该基金的顺利运作。人们强调了导致各国低水平捐款的一些因素，提出了应当采取的缓解行动。该基金监督委员会成员的续任情况如下：(a)卫生部长：佛得角、乍得和津巴布韦；(b)财政部长：贝宁、刚果和斯威士兰。

12. 区域委员会通过了一项决议，敦促会员国信守其向非洲公共卫生应急基金捐款的承诺，并为修订该基金框架提供投入。区域委员会请世卫组织设立一个多学科专家组，审查目前的基金框架，包括捐款公式和资格标准；着手评估工作，以了解各国何以不愿捐款；促进卫生和财政部长与其它相关部门之间的协商。

建立非洲疾病控制中心的进展情况

13. 2013年，非洲各国的国家元首和政府首脑呼吁建立非洲疾病控制中心，任务是处理非洲重大的公共卫生关切。会员国赞赏迄今为止在建立该中心方面取得的进展，强调需要：明确规定世卫组织和非洲疾病控制中心的作用和责任；就选择哪些非洲国家和机构作为非洲疾病控制中心区域协作中心达成一致；为加速该中心的建立筹措资金；调动必要的人力资源。

14. 区域委员会建议，会员国支持建立非洲疾病控制中心，同时考虑到世卫组织与非洲联盟委员会之间的拟议合作框架；调动必要资源，支持非洲疾病控制中心的落实和运作；审查并批准非洲联盟委员会建议的非洲疾病控制中心章程。区域委员会请世卫组织向各国卫生部长介绍世卫组织与非洲联盟委员会之间的合作框架，以在批准之前征求意见。

卫生研究：2016-2025年非洲区域战略

15. 该战略确认卫生研究是提供以证据为基础的解决办法，用以处理该区域传染性、非传染性疾病带来的沉重的双重负担的重要手段。它指出，非洲区域的研究工作投入水平很低，而这很可能是国家卫生研究系统薄弱导致的结果。该战略概述了会员国应采取哪些干预措施，促进发展功能性的国家卫生研究系统，这对生成和利用科学知识，以得出以证据为基础的解决办法来应对该区域面临的卫生挑战至关重要。该战略意在通过向会员国提供政策和规划指导，弥合各国卫生研究系统之间确认的差距，进而推动全民健康覆盖的进展。

16. 区域委员会通过了一项决议，敦促会员国加强治理，创建和加强基础设施，建设和维持人力资源能力，建立/加强知识转化平台，监测所有卫生研究活动和投资，确保为卫生研究筹措足够资金。该决议还建议世卫组织：开发跟踪投资的工具供各国使用；支持各国制定适当的协议，开展研究工作；倡导补充性和创新性的研究筹资办法；每两年一次向区域委员会报告各国的国家卫生研究系统的状况。

泛美卫生组织指导委员会第 54 次会议，世界卫生组织美洲区域委员会第 67 届会议
(2015 年 9 月 28 日至 10 月 2 日，美利坚合众国，哥伦比亚特区华盛顿)

主席 (Violeta Menjívar 博士，萨尔瓦多卫生部长) 的摘要报告¹

第一部分：全球讨论议题

关于卫生人力资源全球战略草案：卫生人力 2030 的区域磋商

17. 区域委员会审查了关于泛美卫生组织 2007-2015 年卫生人力资源区域目标的最后报告 (文件 CD54/INF/1)，以及卫生人力资源全球战略零草案：卫生人力 2030。

18. 会员国强调，确保适当数量的卫生专业人员对全球卫生安全以及实现全民健康覆盖至关重要。它们还强调了需要制定政策，以确保卫生专业人员的的发展和留用，并需要采取有效的经济和非经济激励措施，吸引卫生专业人员前往缺医少药地区工作。据认为尤其重要的是，应当设法说服更多的医生投入农村环境中初级卫生保健一级的工作。会员国还认为，妥善的卫生人力规划，以及为此类规划提供资料的研究工作是非常重要的，特别是旨在确认人力资源差距的研究工作。

世卫组织的改革

19. 区域委员会审查了一份文件 (文件 CD54/6)，该文件概述了第六十八届世界卫生大会审议的关于世卫组织改革情况的报告²。报告附件 B 显示了世卫组织在全球一级以及泛美卫生组织在区域一级进行的规划、管理和治理改革之间的密切联系。

20. 会员国欢迎世卫组织改革取得的整体进展，但对治理改革进展缓慢表示关切。强调了需要加倍努力，以完成关于悬而未决问题的谈判，尤其是与非国家行为者交往的框架和战略性预算空间分配方法问题，促请会员国就在这些问题上的区域立场达成共识，以促进谈判，加速进展。对战略性预算空间分配工作组为分配世卫组织规划预算的业务部分 1 而制定的模式表示了支持。

¹ 该届会议报告全文 (文件 CD54/FR) 以及报告中提及的所有工作文件和决议，见：http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11087&Itemid=41537&lang=en。

² 文件 A68/4。

21. 关于与非国家行为者交往的框架，人们强调，磋商进程必须以透明和尊重世卫组织的非政府间性质和独立性原则为指导。强调了需要制定清晰和客观的准则，以避免利益冲突。据认为尤其重要的是，世卫组织在与私人部门相互作用时应保持审慎，以最大限度地降低有可能损害其价值观和廉正的风险。
22. 代表们欢迎在通过筹资对话增进世卫组织筹资工作的可预测性和透明度方面取得的进展，但注意到仍然存在一些挑战，包括继续指定自愿捐款的用途，这可能会导致在紧急情况应对等重大领域缺乏资金。强调了需要确保自愿资金与本组织的政策和重点保持一致。还强调了自下而上的规划和确定国家一级重点的重要性。
23. 代表们承认泛美卫生组织的许多改革举措先于世卫组织的改革举措，因而对后者作出贡献，赞扬了泛美卫生组织持续努力使区域改革与全球改革保持一致。人们认为，来自美洲区域的会员国在与来自其它区域的会员国互动时，应当继续表明泛美卫生组织与世卫组织关系的性质，申明其对世卫组织的承诺及其与世卫组织的整合。

关于 2016 年后《国际卫生条例》监测和评估方案的区域磋商

24. 区域委员会审查了世卫组织秘书处编写的关于发展、监测和评估执行《国际卫生条例（2005）》的功能性核心能力的概念文件，以及关于该区域的《国际卫生条例》执行情况和埃博拉病毒病应对情况的报告（文件 CD54/INF/4 和 CD54/INF/4, Add. 1）。
25. 委员会意识到，需要继续努力，确保充分执行《国际卫生条例（2005）》，表示基本上支持概念文件中提出的监测和评估方针，但它指出，该文件只涉及监测核心能力，未涉及全面执行《条例》，而 2014 年 4 月在布宜诺斯艾利斯举行区域会议时曾提出这一要求。
26. 对开发以证据为基础的自我评估工具表示了支持；然而，人们建议，虽然应适用标准化的工具，但需要照顾到各国的具体特点。关于事件后审查，人们建议，制定应对方案可为评估公共事件发生后最初 48 小时采取的行动，以及此后更为全面的评估提供依据。关于模拟演练，人们建议应进行部门间和跨边界演练，以加强国家之内和国家之间的协调。
27. 大多数代表团支持推行外部评估，但强调此类评估必须是自愿的，必须应要求进行，有当事国家的参与，必须尊重缔约国的主权和自主权，必须考虑到每个国家的具体情况，包括是否有用以处理所查明的欠缺或薄弱环节的资源。一代表团认为，考虑到早些时候的评估结果并将核心能力执行情况看作一个持续过程的自我评估，要比按照僵硬的标准

在一特定时间点进行的外部评估更加有效。另一代表团强调，需要清楚地了解独立的外部评估导致的结果，它相对于自我评估有哪些特殊的优势，以及世卫组织将如何来利用外部评估的结果。人们还指出，各国自我评估透露的显然缺乏进展，或许是由于测量方法存在缺陷。

第二部分：区域重要议题

泛美卫生组织 2016-2017 年规划和预算

28. 区域委员会作为泛美卫生组织的指导委员会，通过了泛美卫生组织 2016-2017 年规划和预算（正式文件 350），在 2014-2015 年规划和预算基础上增加了 8.8%，但会员国对泛美卫生组织的评定会费没有任何增加。已促请泛美卫生局加强其资源筹措活动，扩大其捐助者基础，以为这一增加筹措资金，并提高效率，以控制成本。

免疫行动计划

29. 委员会批准了一项区域行动计划，旨在保持高水平的疫苗接种覆盖率，增加获取新的和昂贵疫苗的机会（CD54/7, Rev.2，以及 CD54.R8 号决议）。该计划涵盖 2016-2020 年一段时期，与全球疫苗行动计划保持了一致。在讨论该计划时，人们对计划从三价口服脊髓灰质炎病毒疫苗转向双价口服疫苗，配合灭活疫苗表示了关切，因为目前灭活疫苗的储存量不足以满足该地区所有国家维持三剂的剂量。委员会决定设立一个工作组来研究这一问题。

老年痴呆症战略和行动计划

30. 委员会批准了促进对痴呆症患者或有此风险者的全民健康覆盖的区域行动战略和计划，以帮助他们恢复或维持其功能性能力，预防或避免依赖性，提高他们的生活质量以及其家人和照护者的福利（见 CD54.8, Rev.1，以及 CD54.R11 号决议）。该战略和计划补充了各项其它区域举措，包括 2009 年通过的《老年人健康行动计划，包括积极和健康老龄化》（文件 CD49/8）。

加强卫生制度，应对侵害妇女的暴力的战略和行动计划

31. 委员会批准了一项战略和行动计划，总体目标是消除侵害妇女的暴力。该行动计划试图加强卫生系统防范和应对此类暴力的能力。该战略与关于加强卫生系统在应对尤其针对妇女、少女和儿童的暴力问题方面的作用的 WHA67.15 号决议保持了一致（见 CD54/9, Rev. 2，以及 CD54.R12 号决议）。

工人健康问题行动计划

32. 委员会批准了 2015-2025 年期工人健康行动计划，目标是与其它部门协调，加强卫生部门的对策，以提供全面的工人健康服务，改善工作环境，加强增进健康的努力，减少卫生不公平现象（见文件 CD54/10, Rev.1，以及 CD54.R6 号决议）。该计划修订了 1991 年通过的《区域工人健康行动计划》，与世卫组织《2008-2017 年工人健康全球行动计划》保持了一致。

预防和控制结核病行动计划

33. 委员会批准了一项行动计划，旨在加速降低该地区的结核病发病率和死亡率，实现泛美卫生组织《2014-2019 年战略计划》中载明的降减指标，以及《2006-2015 年遏制结核病全球计划》中规定的指标和根据世卫组织《终结结核病战略》确定的新的 2015 年后预防、治疗和控制指标（见文件 CD54/11, Rev.1，以及 CD54.R10 号决议）。

抗微生物药物耐药性行动计划

34. 委员会批准了一项关于抗微生物药物耐药性的行动计划，该计划是应会员国要求制订的。该计划与世卫组织的抗微生物药物耐药性全球行动计划保持了一致，旨在提高对抗微生物药物耐药性的认识和了解，优化抗微生物药物的使用，增进人类和动物健康（见文件 CD54/12, Rev.1，以及 CD54.R15 号决议）。

预防病毒性肝炎行动计划

35. 委员会批准了一项行动计划，旨在到 2020 年扭转目前该地区的病毒性肝炎趋势，到 2030 年作为一项公共卫生问题消除这一疾病（见文件 CD54/13, Rev.1，以及 CD54.R7 号决议）。该计划尤其侧重于乙型和丙型肝炎，与关于这一问题的 2014 年世界卫生大会决议保持了一致（WHA67.6 号决议）。

关于卫生相关法律的战略

36. 委员会批准了一项战略，指导与会员国的技术合作，以协助它们改进其法律和监管框架，加强其国家体制，支持其努力实现全民健康覆盖（见文件 CD54/14, Rev.1，以及 CD54.R9 号决议）。

2015-2016 年在美洲区域的厄尔尼诺现象

37. 应会员国要求，在委员会议程中列入了这一项目，提请关注 2015-2016 年厄尔尼诺现象对美洲区域的严重和潜在的卫生和经济影响，并提出了一项拟议的决议，旨在加强会员国的防范和应对能力，增进其卫生系统的应变能力（见文件 CD54/22）。委员会决定不需要一项决议，因为呼吁采取的许多行动已经包含在以往通过的计划和战略中。委员会转而通过了 CD54(6)号决定，促请会员国修订其针对灾害的减轻、防范、应对和复苏计划，要求区域主任加强为此与会员国的合作。

估测 1990-2015 年期孕产妇死亡率的方法

38. 本项目也是应会员国要求列入议程的，它就联合国孕产妇死亡率估测机构间小组改变估测孕产妇死亡率使用的方法提出了一些关切。据指出，在作出这一改变时，没有与会员国进行磋商，新的方法可能给数据的可跟踪性和可比较性制造严重困难，妨碍为监测实现千年发展目标取得的进展作出的努力（见文件 CD54/23）。委员会通过了 CD54.R18 号决议，除其它外，要求世卫组织就修订的孕产妇死亡率估测方法与会员国一道举办研讨会，将估测数字推迟到研讨会之后公布，并编写文件，说明这些方法之间的不同之处，以及修订的原因。

世卫组织东南亚区域委员会第六十八届会议，2015年9月7日至11日，东帝汶，帝力主席（东帝汶卫生部长 Maria Do Céu Sarmento Pina da Costa 博士）的摘要报告

39. 区域委员会获知在委员会会议期间就以下问题举行的部长级圆桌讨论情况：

(a) 加速在东南亚区域执行世卫组织《烟草控制公约》：委员会建议加速批准关于非法贸易问题的议定书，并制定烟草控制区域战略。委员会呼吁加速采取统一行动，与烟草威胁作斗争，一致批准了《关于烟草控制问题的帝力宣言》。

(b) 加强东南亚的卫生人力，以扩展有效服务的交付：委员会注意到，卫生人力资源是实现全民健康覆盖和整体性卫生部门发展的关键所在。

(c) 2015年后发展议程中的卫生：委员会注意到，将在2016年3月完成2030年可持续发展议程的可持续发展目标监测框架，目标3（确保健康生活，增进各个年龄段所有人的福祉）的各项指标领先于其它许多目标。全民健康覆盖的进展将处于实现卫生目标的中心位置。在卫生和跨部门合作方面加大投资将是至关重要的。

第一部分：全球讨论议题

规划预算事宜

2014-2015年规划预算——执行和中期审查

40. 委员会注意到2014-2015年规划预算的财务执行情况，以及政策和规划制订和管理分委员会2015年7月3日在区域办事处第八届会议上提出的行动建议。委员会强调，应当加强在世卫组织代表主导下的各国卫生部与世卫组织国家办事处之间的协调机制。

2016-2017年规划预算

41. 委员会认可扩大的世卫组织2016-2017年规划预算，强调需要为国家和区域的重点需要分配充足的预算和资源。委员会赞赏世卫组织在国家一级与各国卫生部开展的深入合作，这促成了2016-2017年自下而上的规划进程，表明了对国家重点的确认以及国家重点与区域重点的协调。

战略性预算空间分配

42. 委员会赞扬 2014 年设立的战略性预算空间分配工作小组针对方法问题采用了新的一整套指标。委员会赞扬印度、马尔代夫和泰国积极努力，向工作小组转达东南亚区域的种种关切和重点。

世卫组织的改革

规划改革

43. 委员会促请世卫组织通过世卫组织代表更经常地与会员国卫生部进行磋商，以确定国家重点。委员会敦促试用从 2014-2015 年埃博拉病毒病疫情中得出的经验教训，并优先考虑加强当地能力建设和卫生系统。

管理改革——内部控制框架

44. 委员会赞赏推出一般管理审计网站，在该网站上可以看到内部和外部审计建议，并确认所作出的反应。委员会注意到，落实了关于对印度尼西亚、尼泊尔和缅甸的行政审查任务的建议。

治理改革

45. 委员会注意到，在全球一级设立了不限成员名额的治理改革问题工作小组，重点是落实和加速全组织的治理改革。印度和泰国在该工作小组中代表了东南亚区域。委员会要求更多地关注在各国聘用经验丰富、知识渊博的世卫组织工作人员，传播知识，帮助进行能力建设。

与非国家行为者交往的框架

46. 委员会注意到，需要会员国之间对经修订的框架文件中一些争议性问题作出进一步讨论，例如“保持一定距离”原则，就应更加明确如何在真实境况中加以实际应用。委员会同意不应与烟草和军火业及其附属公司有任何形式的接触，但需要一个机制，筛查并确认此类附属公司。

突发事件和疫情应对

47. 委员会注意到尼泊尔政府开展的一系列活动以及世卫组织和伙伴组织作出的反应。委员会赞赏区域办事处在所有近来的突发事件和疫情期间提供的支持。委员会支持高级别筹备会议就第六十八届会议提出的建议。

抗微生物药物耐药性

48. 委员会注意到，按照世界卫生大会 WHA68.7 号决议，该区域几乎所有国家都开始着手制定抗微生物药物耐药性国家行动计划，并就抗微生物药物耐药性协调员作了提名。委员会还注意到，需要在最高层面进行宣传，以执行抗微生物药物耐药性国家计划。

第二部分：区域重要议题

经选定作为消除目标的被忽视的热带病：黑热病、麻风病、雅司病、淋巴丝虫病和血吸虫病

49. 委员会提及登革热问题，由于环境变化，它成为世界上传播最迅速的病毒性病媒传播疾病。该疾病没有疫苗，也没有治疗药物，唯一可能的办法是通过适当的水管理减少病媒。委员会还提及毒蛇咬伤问题，得知在尼泊尔地震后，区域办事处迅速组织了运送抗蛇毒血清。

在东南亚区域调整适用和执行《终结结核病战略》

50. 委员会同意，要想终结这一流行病，尤其是耐药性结核病（耐多药结核病和广泛耐药结核病），必须将结核病问题摆放在国家议程的重要位置。委员会意识到结核病导致的财政负担。应当编写一份投资案例，如同对其它疾病一样。再度设立了结核病问题技术专家工作小组作为一个咨询小组。各国应共同努力，在区和分区各级制定应对结核病的配备电子监测的业务计划，确保在公共和私人部门的质量。

促进可持续全民健康覆盖的患者安全

51. 委员会注意到高级别筹备会议的建议概况了增进患者安全以推动东南亚区域可持续全民健康覆盖的行动。委员会批准了新的《2016-2025 年患者安全区域战略》，赞同需要对患者安全体系进行结构性自我评估，提高患者安全数据质量，改进文件编录和跨国经验交流。

预防和控制癌症——前进的方向

52. 会员国诊断和治疗癌症的技术和人力资源有限，需要世卫组织提供支持，以提高医务工作者各类骨干的能力，进而交付癌症预防、诊断、治疗和姑息治疗服务。委员会请求世卫组织提供技术支持，以加强癌症登记，培训在癌症的预防、早期发现、治疗和姑息治疗方面的医务工作者。

到 2020 年在东南亚区域消灭麻疹并实现风疹/先天性风疹综合征控制

53. 委员会认为，必须通过保持疫苗接种高覆盖率和加强在会员国边境区的监督，防止麻疹和风疹的跨境传播。

消灭脊髓灰质炎方面的挑战

54. 委员会赞赏地注意到会员国对消灭脊灰的高度政治承诺，提醒不可因此而自满，并强调需要保持警惕。它促请世卫组织继续向会员国提供支持，以确保有足够的疫苗实现在所有国家的转变。

支持全民健康覆盖的卫生干预和技术评估

55. 委员会收到了关于这一领域国家举措的最新资料。

东南亚区域卫生应急基金

56. 委员会意识到卫生应急基金有助于在突发事件期间提高卫生服务绩效，虽然所提供的支持应延续到早期恢复阶段。因此，应根据各国的标准和报告情况调整世卫组织的供资。

有效的药物管理

57. 委员会收到了关于有效药物管理进展情况的最新资料，涉及药物政策、药物管理、有关条例、采购和定价。委员会确认，多国集中采购是谈判降低药物价格的可能途径。

区域卫生信息系统战略

58. 委员会意识到在本区域作出了许多努力，以按照《区域战略》加强卫生信息系统。

委员会请世卫组织继续向会员国提供卫生信息系统方面的技术支持，包括《国际疾病分类》第十版简编本（ICD-10）、民事登记和生命统计系统以及电子卫生保健的强化。

审议关于加强以社区为基础的卫生保健服务的建议

59. 委员会审议了 2015 年 6 月关于就加强以社区为基础的卫生保健服务举行的技术讨论会的报告。委员会批准了技术讨论会提出的建议以及高级别筹备会议的补充评论意见（SEA/RC68/R6 号建议）。

第三部分：选定先于区域委员会第六十九届会议举行的技术讨论会的主题

60. 委员会一致认为，应终止技术讨论会，转而在区域委员会届会期间的两次部长级圆桌会议上讨论有关主题。委员会同意，区域委员会每届会议应连续举行两次部长级圆桌会议。委员会建议“取消”关于技术讨论会的两项决议（SEA/RC5/R3 和 SEA/RC7/R11）。

第四部分：第六十八届世界卫生大会和世卫组织执行委员会第 136 和 137 届会议引出的重大问题

61. 委员会注意到第六十八届世界卫生大会和世卫组织执行委员会第 136 和 137 届会议通过对东南亚区域而言的重大和相关决议。委员会被告知，需要在世卫组织协助下制定 2016-2030 年区域营养战略，以在区域委员会第六十九届会议上讨论这一问题。

第五部分：审查世卫组织执行委员会第一三八届会议临时议程草案

62. 区域委员会批准了印度关于将“磋商性专家工作小组的后续行动”列为世卫组织执行委员会第一三八届会议议程项目的建议。印度请求秘书处代表区域委员会向总干事通报这一提议。

第六部分：审查区域委员会各项决议

63. 区域委员会得知，高级别筹备会议审查了工作文件 SEA/RC68/21，以探讨采取何种方式逐步取消过去十年来通过的一些决议，便利区域委员会在今后的届会上有效利用时间。委员会注意到，一个由孟加拉国、印度和泰国组成的非正式工作小组将研究东地中海区域和欧洲区域在这一方面采取的行动。将在下一次高级别筹备会议之前组织由会员国参加的技术磋商，决定逐步取消已经无关紧要的一些决议的一整套标准和时限。这次磋商的建议将提交区域委员会第六十九届会议供审议。

第七部分：世卫组织理事机构（世界卫生大会、执行委员会以及执行委员会规划、预算和行政委员会）届会的选任职位

64. 委员会一致同意关于东南亚区域在 2016 年 5 月第六十九届世界卫生大会、执行委员会第 139 届会议和规划、预算和行政委员会第二十四次会议期间的选任职位的提议：
65. 关于第六十九届世界卫生大会，委员会建议东帝汶担任副主席职位；泰国担任乙委员会主席职位；马尔代夫担任甲委员会报告员，印度担任全权证书委员会成员。
66. 关于执行委员会第 139 届会议，委员会建议提名不丹担任执行委员会成员，接替 2016 年 5 月任期届满的朝鲜民主主义人民共和国，并提议尼泊尔担任 2016 年 5 月执行委员会第 139 届会议副主席。
67. 两个会员国，即尼泊尔和泰国目前为规划、预算和行政委员会成员，其任期将分别于 2016 年 5 月和 2017 年 5 月期满。建议提名不丹担任规划、预算和行政委员会成员，任期两年，替代 2016 年 5 月期满的尼泊尔。

第八部分：特别规划

68. 委员会注意到，东南亚区域的两个会员国（印度和泰国）担任了儿童基金会/开发计划署/世界银行/世卫组织热带病研究和关培训特别规划联合协调委员会的成员，任期至 2017 年 12 月 31 日结束。委员会注意到关于联合协调委员会成员在第三十八届会议（2015 年 6 月 23 日至 24 日，瑞士，日内瓦）上的出席情况的报告。
69. 委员会注意到高级别筹备会议 2015 年 7 月审查的关于人类生殖研究、开发和研究培训特别规划政策和协调委员会第二十八次会议（2015 年 6 月 25 日至 26 日，日内瓦）的报告。委员会提名缅甸替代 2015 年 12 月 31 日任期届满的马尔代夫担任政策和协调委员会成员，任期三年，始于 2016 年 1 月 1 日，并请区域主任向世卫组织总部作出相应通报。

通过的决议

70. 区域委员会通过了 8 项决议，即：2016-2017 年规划预算（SEA/RC68/R1）、应对突发事件和疫情（SEA/RC68/R2）、抗微生物药物耐药性（SEA/RC68/R3）、促进可持续全面健康覆盖的患者安全（SEA/RC68/R4）、癌症预防和控制——前进的方向（SEA/RC68/R5）、以社区为基础的卫生服务及其对全民健康覆盖的贡献（SEA/RC68/R6）、关于烟草控制问题的帝力宣言（SEA/RC68/R7），以及鸣谢决议（SEA/RC68/R8）。

世卫组织欧洲区域委员会第六十五届会议（2015年9月14日至17日，立陶宛，维尔纽斯）

主席（立陶宛卫生部长 Rimantė Šalaševičiūtė 女士）的摘要报告¹

第一部分：全球讨论议题

全球卫生部门艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染战略

71. 秘书处介绍了艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染战略的定稿进展情况。指导行动的五个战略方向是：信息和问责制；产生影响的干预措施；实现质量与公平；促成可持续性的筹资；开展创新，加快进展。讨论侧重于为到2030年终结艾滋病而需要采取的对策的规模和速度，同时考虑到疫情在欧洲区域的加剧。已请秘书处继续积极参与监测，搜集以证据为基础的信息，确保艾滋病患者获得服务，以及消除污名化和歧视等工作。

关于以人为本的和综合性的卫生服务和卫生人力资源的全球战略

72. 会员国欢迎在起草两项战略中取得的进展，强调了欧洲区域在卫生人力资源和起草这些文件方面的作用。人们表示关切的是，具体目标没有统一，需要从健康覆盖的角度出发，制定一整套综合和平衡的指标。应对今后的卫生人力情况给予更多考虑，以满足人口不断变化的需要。应更加强调与从事卫生信息工作的其它组织的协调。

《国际卫生条例（2005）》

73. 《国际卫生条例》审查委员会得出结论认为，通过现有《国际卫生条例》监测框架得出的数据仅提供了关于国家一级卫生系统功能性的有限信息，因此提出了一系列建议。它建议的各种方针包括加强自我评估制度，对重大疫情进行深入审查，将自我评估、同行审查和自愿外部审查结合在一起。秘书处介绍了将进一步发展的《国际卫生条例》监测和评估框架，连同有关工具和协议，供在2016年执行委员会和第六十九届世界卫生大会批准。

74. 会员国欢迎加强《国际卫生条例》执行工作的提议，支持独立监测和评估《国际卫生条例》的执行情况，建议欧洲区域试行一项外部评估方案。一些国家表示，它们乐于参与开发或试验标准化的、透明的和可靠的《国际卫生条例》评估工具，也赞成在区域一级进行实时演练。它们强调，各区域办事处应支持各国查明差距和加强能力，包括卫生系统的差距和能力。

¹ 会议报告全文（文件EUR/RC65/REP）和报告中提及的所有工作文件和决议见：<http://www.euro.who.int/en/about-us/governance/regional-committee-for-europe/65th-session/documentation>.

世卫组织的改革：对欧洲区域办事处的影响

75. 秘书处综述了世卫组织改革的进展以及改革对区域办事处的影响（文件 EUR/RC65/15）。

76. 治理改革仍是欧洲区域办事处的重点，就此在区域委员会召开会议前一天进行了非正式讨论。与会者列举本区域 2016-2017 年规划预算执行计划，认为一致性和议程制定对本组织所有三个层级的强化和凝聚至关重要。与会者建议，总干事每年给区域主任的委托函和区域主任向总干事汇报其工作的行政报告可成为一个问责制契约。欧洲区域委员会常务委员会治理问题分小组进一步修订了执行委员会和欧洲区域委员会常务委员会成员的提名程序，包括纳入提供了宝贵补充信息的意向书。在区域委员会《议事规则》中，列入了区域评估委员会就区域主任提名问题提出的建议。澄清各理事机构批准会议成果文件的程序的工作也正在进行中。

77. 关于问责制，对不合规行为将持零容忍态度，规划预算则是监督和问责的主要手段。成果包括审计和定期审查国家和地理上分散的各办事处，以及推行更具竞争性的采购。代表们欢迎由区域委员会审查审计建议的提议，但强调需要有效和合理地使用资源。向欧洲区域委员会常务委员会提交监督报告不仅将提高透明度，促进合规，还将促进分担责任。风险管理和国别办事处的行政能力将得到进一步加强，将推出国别办事处和区域办事处的新的责任矩阵。

78. 将参照全球重点推出执行 2016-2017 年规划预算的区域计划，并加强区域办事处在落实这些重点方面的问责制。这也确保了与 2014-2015 年规划预算的密切联系，作为区域办事处对会员国持续承担的规划和预算责任。新的“契约”详细显示了欧洲在成果和产出方面对全球成果链和全球指标的贡献。加强国家对 2016-2017 年双年度战略性自下而上规划进程的参与受到欢迎。代表们还欢迎在 2016-2017 年规划预算中载入更为详尽的成本核算并与以绩效为基础的管理建立更密切的联系。

79. 人们希望在 2016 年完成与非国家行为者交往的框架草案，并在进一步的政府间谈判之后供卫生大会通过。

世卫组织处理具有健康和人道主义后果的疫情和突发事件的工作

80. 秘书处针对埃博拉疫情概述了目前的审查进程，此次埃博拉疫情凸显了需要加强世卫组织和会员国的能力，以做好准备，应对具有卫生后果的大规模疫情和突发事件。应急工作改革进展的预期成果是制定世卫组织应对卫生和人文主义突发事件的统一规划

并附有明确的绩效指标，建立一支卫生突发事件全球人力队伍，制定促进迅速和有效应对的新的业务程序，建立应急基金，加速开展研发活动，而所有这些，都将建立在有助于世卫组织在所有三个层级并在与伙伴协调的情况下采取干预措施的强大的业务支持平台之上。

81. 讨论期间，代表们表示关切的是，应急工作改革进程的进展不够迅速，难以在执行委员会 2016 年 1 月的会议上展示，而在得出最终结论之前，应当考虑到正在进行的评估的结果。他们还强调，本组织应发展其自身的评估能力，而加强卫生系统也是至关重要的。代表们要求澄清各区域在新的统一结构中的位置和作用。

第二部分：区域重要议题

促进在欧洲区域的部门间和机构间卫生与福祉行动

82. “卫生 2020”是一个调动必要的部门间行动、资源和政治选择来减轻欧洲区域内的疾病负担和卫生不平等的框架。它的执行要求各国致力于整个政府参与的方针，以及可以问责、负责和衡量的国家卫生管理。与“卫生 2020”一致的 2030 年可持续发展议程强调了这一综合方针的极大重要性。“卫生 2020”是确认跨部门行动关键领域，包括教育、劳工、移民等等，以及社会、经济和财政政策的重要工具。作为接下来的步骤，“卫生 2020”将聚焦于主要在地方一级推行的社会政策，例如就业、教育、住房、体面收入以及有尊严的退休。

83. 部门间行动有其全球层面，在这个层面上，卫生问题体现在外交政策中，且在全球政治议程中更趋明显。在小组讨论期间，参加者讨论了各部在处理全球卫生问题时的合作。第二次小组讨论侧重于社会决定因素和卫生知识普及：卫生、教育和社会政策之间的联系和统一。交流了欧洲环境与卫生进程 26 年来的经验教训，作为促成今后卫生与其他部门之间合作的例子。

84. 讨论期间，许多国家举例说明了在国家和国际各级与教育和环境部门合作的情况。它们强调“卫生 2020”和 2030 年可持续发展议程是促进部门间合作的独特机会，呼吁采取全球性的综合方针。它们强调继续支持“卫生 2020”的执行工作，因为许多国家发展计划是参照该框架制定的。它们强调公共卫生立法和卫生促进战略是跨部门合作的可持续机制，同时指出，推动经济和金融部门参与可能会有困难。欧洲环境与卫生进程是一个范例性的部门间工具；然而，需要一个更为合理的治理结构和更为清晰的利益攸关者自主权。发言者表示，需要建立一个可供分享专门知识和交流经验教训的论坛。欧洲区域委员会通过了 EUR/RC65(1)号决定。

2015 年欧洲卫生报告：具体目标和展望——进入新的证据领域

85. 报告概述欧洲区域“卫生 2020”具体目标的进展，情况是参差不齐的，在不平等问题上有所改进，但各国之间仍然存在极大差异。报告描述了探讨卫生的文化背景的举措，以及文化信仰和习俗如何推动或妨碍卫生改进。报告表明，欧洲区域许多国家参照“卫生 2020”制定其国家政策，确定了国家的具体目标。报告还强调需要应对卫生信息方面的挑战。

2015-2020 年欧洲区域加强卫生系统的重点：践行以人为本

86. 题为：“2015-2020 年欧洲区域加强卫生系统的重点：践行以人为本”的工作文件(文件 EUR/RC65/13)强调了在预防疾病、增进健康、治疗和管理疾病以及康复方面向民众赋权和调动民众参与的重要性，所有这些，都有赖于拥有强大的初级卫生保健设施和公平提供卫生保健的卫生系统，并以强大的公共卫生系统作为关键支柱。重点关注确保卫生系统的公正、公平、包容性和以人为本，并受到财政保护，意味着通过合格的卫生人力、创新性的药物和技术以及确凿的卫生信息全面改变卫生服务的交付，实现全民健康覆盖。

87. 代表们同意建立在团结和平等价值观基础上的方针，以及两项战略重点，即改革卫生服务和实现全民健康覆盖。以人为本的方针需要赋予社区权能，调动患者及其家人参与治疗和管理慢性病。一个主要挑战是确保卫生系统应是全面性的，可对民众的需要和期望作出集体反应，这就强调了社会和社区的作用，包括在卫生倡导、监督和反应方面。药物和技术成本影响到财政上的可持续性，强调了通过增加公共筹资和强制性健康保险来实现全民健康覆盖。发言者建议在住院系统和门诊系统之间采取平衡方针，倡导以家庭为基础的护理和社区福利，以及多专业方针和灵活的卫生人员教育，以协助留用这些人员。会员国指出，需要加强作为卫生系统基础的国家卫生信息系统，支持欧洲卫生信息倡议的活动，它们还欢迎区域办事处新近启动数据门户网站，加强决策工作，进而实现以证据为基础的决策。区域办事处通过了 EUR/RC65/R5 号决议。

2016-2025 年世卫组织欧洲区域的¹身体活动战略

88. 秘书处介绍了身体活动战略（文件 EUR/RC65/9），该战略是为应对伴随懒散的生活方式而来的日益加重的非传染性²疾病负担。该战略支持为所有人生命全程的身体活动提供有利的环境和平等机会，强调采用以证据为基础的政策³的以人为本、多部门和可持续发展的方针。该战略还重点考虑儿童和青少年的发育、领导和协调，通过监督加以支持，以及加强寻求证据的研究工作。关于增加身体活动和减少久坐不动的行为的国家实况报道将协助交流国家经验和最佳做法。

89. 会员国表示坚决支持这项战略，强调其与其它指导性区域和全球承诺一道，对处理与非传染性疾病，包括肥胖症有关的风险因素的重要性。许多发言者欢迎该战略的全面性质，它载有明确的指导方针，与目标群体息息相关，为制定国家政策奠定了坚实的基础。发言者强调了部门间行动的重要性，必须通过交通政策和娱乐活动在学校和工作场所推行。重点则在于儿童、青少年和老年人。他们还支持监测其积极效应，并利用证据来提高认识。区域委员会通过了 EUR/RC65/R3 号决议。

2015-2025 年在欧洲区域加强执行世卫组织《烟草控制框架公约》行动路线图：让烟草成为过去

90. 秘书处介绍了通过全面协商制定的《路线图》（文件 EUR/RC65/10）。《路线图》的目的是加速在整个区域执行《烟草控制框架公约》，以达到世卫组织的自愿目标，即在 2025 年之前将 15 岁以上的使用烟草者减少 30%，将源于非传染性疾病的过早死亡人数减少 25%。《路线图》旨在支持各项行动，以尤其是为保护儿童而颁布禁烟法，推行对所有烟草广告、促销和赞助活动的全面禁令，以及提高公众对防止青年人开始使用烟草的认识。2030 年可持续发展议程将为应对烟草使用带来的挑战提供必要的激励，充分执行《烟草控制框架公约》将加速各项禁烟举措。

91. 代表们对作为决策指导和增进健康的手段的《路线图》表示欢迎。许多人强调了烟草控制政策在国家卫生议程中的优先地位，描述了在欧洲区域执行《烟草控制框架公约》的成功行动，包括在定价和税收、保护免于接触烟草烟雾、烟草制品包装和烟草的广告、促销和赞助方面。对烟草依赖和烟草制品的非法贸易也作了处理，以减少需求和供应。政治承诺、部门间行动和得到区域办事处支持的国家合作也是必要的。他们强调需要就使用无烟或电子烟草或烟卷制品制定明确的世卫组织准则。区域委员会通过了 EUR/RC65/R4 号决议。

关于 2011-2015 年在世卫组织欧洲区域执行预防和消除耐多药结核病和广泛耐药结核病综合行动计划以及 2016-2020 年世卫组织欧洲区域结核病行动计划的最后报告

92. 自从 2011 年通过综合行动计划以来，据估计由于该行动计划，治愈了 100 万名结核病患者，避免了 20 万例耐多药结核病病例，挽救了 260 万人的生命，节省了 110 亿美元。虽然结核病发病率每年降低 6%，治疗覆盖面扩大，但仍然存在一些重大挑战，包括耐多药结核病继续传播、耐药性加剧，以及艾滋病毒 — 结核病合并症。

93. 秘书处介绍了继综合行动计划之后的《世卫组织欧洲区域 2016-2020 年结核病行动计划》（文件 EUR/RC65/17 Rev.1），该计划的目的是保持已有势头，应对重大的现有

挑战。它与《全球终结结核病战略》的三大支柱保持了一致：以患者为中心的综合治疗和预防；大胆的政策和支持性系统；强化研究和创新。有助于有效执行和合理使用新药物的具有应变能力的卫生系统的重要性也得到强调。到该行动计划在 2020 年的结束日期，预期将拯救 310 万人的生命，治愈 140 万名患者，防止 170 万例新病例，节省 480 亿美元。

94. 代表们支持拟议的行动计划，赞赏其强调以证据为基础和具有成本效益的诊断和治疗模式，并强调结核病规划的管理和适当筹资。据认为，确保普遍获得有效和可负担的预防、诊断和治疗对取得成功是至关重要的。要求采取多部门行动和全面、政府整体参与和人人享有健康的政策。许多发言者强调，需要进行跨界合作，以发现病例和治疗患者，尤其是在当前人员流动日益扩大的背景下。一些欧洲区域委员会常务委员会成员建议，应更多地重视综合治疗、合并症和对有毒瘾或被拘留的结核病患者给予社会支持的问题。区域委员会通过了 EUR/RC65/R6 号决议。

世卫组织东地中海区域委员会第六十二届会议（2015 年 10 月 5 日至 8 日，科威特，科威特城）

主席（科威特卫生部长 Ali Saad Al-Obaidi 博士）的摘要报告

95. 东地中海区域委员会第六十二届会议于 2015 年 10 月 5 日至 8 日在科威特的科威特城召开。委员会的 20 名成员出席了会议。阿拉伯叙利亚共和国和也门没有出席会议。来自联合国系统其它组织、政府间机构和非政府组织的观察员也参加了会议。

第一部分：全球讨论议题

96. 下列项目没有列入议程：暴力问题全球行动计划草案；全球卫生部门战略——艾滋病毒，2016-2021 年；通过生命全程方法促进健康老龄化的多部门行动——关于老龄化和健康问题的全球战略和行动计划草案；《累西腓卫生人力资源政治宣言》的后续事宜。

世卫组织的改革

97. 委员会讨论了世卫组织的筹资对话，表示需要向各国，尤其是长期处于危机状态的国家分配更多资源。委员会重申增加评定会费是确保可持续和可预测的世卫组织预算的主要途径。强调了联合国各机构之间的密切协调至关重要，如此才能避免各项努力和资源的重叠。

2014 年埃博拉病毒病疫情：执行委员会特别会议的后续行动

见下文第二部分。

第二部分：区域重要议题

全球卫生安全，特别强调中东呼吸综合征冠状病毒和甲型禽流感病毒（H5N1）

98. 委员会提请注意在关于中东呼吸综合征和 H5N1 流感知识方面的差距，若干会员国表示乐于与世卫组织合作，开展联合研究。委员会建议应当交流经验和专门知识，同时一揽子改进对季节性流感，包括禽流感和中东呼吸综合征的流行病学和实验室监测。人们意识到，需要进行实验室升级和实验室人员能力建设，并在现有证据基础上迅速通报风险。

评估和监测《国际卫生条例（2005）》的执行情况：实现 2016 年指标

99. 委员会认识到，对监测《国际卫生条例（2005）》核心能力执行进展情况的国家评估是确保更好地准备应对突发健康威胁的重要手段。委员会承认，到 2014 年底和 2015 年初在该地区进行的埃博拉病毒病准备情况评估，暴露了各国在有效监测、发现和应对新出现的健康威胁方面能力的巨大差异。委员们强调，需要更多的财政资源，同时，在一些国家，需要制定法律，以实现对落实核心能力的基本要求，尤其是在入境口岸方面。委员会决心建立由该区域缔约国和秘书处专家组成的独立的区域评估委员会，评估《国际卫生条例（2005）》在该区域的执行情况，同时就落实国家核心能力问题向会员国提供咨询意见¹。委员会促请会员国在秘书处支持下，就《国际卫生条例（2005）》的执行情况进行客观评估，并采用一致的工具和标准化方法，每年向区域评估委员会报告该条例的执行进展情况。

从千年发展目标到 2030 年可持续发展议程的可持续发展目标

100. 委员会讨论了新的可持续发展目标，注意到它们为针对健康的社会决定因素采取多部门行动以及将卫生纳入各项政策提供了机会。委员会指出，需要对每个国家以及有关结构和机制，尤其是多部门协调和监测机制进行情况分析，以制定区域和国家行动计划，并监督其执行情况。委员会意识到，现有与可持续发展目标 3（确保健康生活和增进不同年龄段的所有人的福祉）的具体目标相关的战略和行动计划仍然很重要，需要与该目标的新的具体目标保持协调一致。

执行联合国大会关于预防和控制非传染性疾病的政治宣言

101. 委员会讨论了大会高级别会议关于预防和控制非传染性疾病和相关监测问题的政治宣言的执行情况。委员会认识到，需要采取一种多部门方针，除卫生部外还要调动其它各部和机构的参与，同时，还需要秘书处在传统上不属于卫生部门的领域，例如烟草税收领域，加强对参与和能力建设的技术支持。它提出了针对难民和国内流离失所者的非传染性疾病控制给该区域带来的挑战问题，建议在监测各项指标的进展时，需要考虑到这些因素。委员会促请会员国充分关注可持续发展目标 3 涉及非传染性疾病的的具体目标，继续在 2015 和 2016 年优先考虑履行在 2014 年成果文件中列入的针对会员国的四项有时限的承诺，以及区域行动框架中列入的措施。它请总干事在最新科学知识、现有证据和对国际经验的审查的基础上，在 2016 年底之前完成秘书处关于修订“最合算”措施的工作，并请区域主任除其它外，在第六十九届世界卫生大会期间举行技术介绍会，向会员国介绍东地中海区域会员国在履行 2011 年政治宣言中列入的国家承诺方面的进展情况²。

¹ EM/RC62/R.3 号决议。

² EM/RC62/R.2 号决议。

应急准备和反应

102. 委员会提请注意自然灾害给该区域带来的挑战，这些挑战要求所有部门，包括安全部队的参与。它强调了在应急准备和反应中采取针对所有危害的方针的重要性，以及提高公共卫生实验室的能力的必要性。委员会审查了区域应急准备和反应职能的调整工作。它意识到并赞赏世卫组织近来作出积极努力，加强其应对该区域日益加剧的紧急情况和人道主义危机的能力¹。委员会指出，必须汲取经验教训，以改进紧急情况应对，同时该区域仍需要更多地关注应急准备工作。

审查医疗教育：挑战、重点和行动框架

103. 委员会强调，缺乏与其它部门，尤其是高等教育部的交流，是加强该区域医疗教育面临的主要问题。它强调了认证的重要性，这是一个漫长和花费很大的过程，需要世卫组织继续给予支持。它还强调，如果不对课程作出重大改变，体现对目前需要的侧重，就无从实现医疗教育的改革。还指出了医疗教育需要稳妥的管理和有效的业务模式。代表们要求世卫组织在医学院的规范和标准、发展医学进修教育制度、课程改革和医务人员留用等领域提供支持和指导。委员会批准了一项区域医学教育行动框架，促请会员国利用该区域框架，指导执行改革医学教育的国家路线图²。它还请区域主任在各国卫生部和高等教育部之间组织高级别区域会议，以实现必要的更高水平的协调和协作，促进有效执行区域医学教育框架。

加强精神卫生保健：行动框架

104. 委员会意识到投资于促进精神卫生以及预防和管理精神疾患对实现可持续发展目标的重要性，注意到本区域的状况导致了精神疾患率的上升。它表示支持制订国家精神卫生计划，并将精神卫生纳入初级卫生保健之中。它强调需要解决紧急情况中的精神卫生问题，包括对难民和国内流离失所者的服务、儿童精神卫生和对精神疾患患者的污名化，同时需要加强针对物质滥用问题的行动。委员会批准了加强东地中海区域精神卫生行动的区域框架，促请会员国在该区域框架的四个领域（治理、预防、卫生保健和监督）推行战略性干预措施³。

¹ EM/RC62/R.1 号决议。

² EM/RC62/R.4 号决议。

³ EM/RC62/R.5 号决议。

预防和控制病毒性肝炎

105. 委员会提出了与病毒性肝炎有关的若干问题，包括治疗的可负担性和有关的伦理关切。它请世卫组织向各国提供技术支持，以进行发病率评估工作，并制定实现 2030 年具体目标的国家计划。

该区域消灭脊灰的最新情况

106. 委员会审查了该区域的现状，以及在阿富汗和巴基斯坦执行国家应急行动计划的情况。它指出，尽管在 2015 年取得了令人鼓舞的进展，但要想在 2016 年阻止传播，仍存在有待克服的挑战。委员会对由于从三价口服脊灰疫苗转向双价口服脊灰疫苗，能否获得此类优质疫苗以满足需求表示了关切。它还对若干国家中的紧急情况给消灭脊灰努力带来的挑战表示了关切，并建议可以在省界之内复制为阻止脊灰传播而在边界作出的努力。

世卫组织西太平洋区域委员会第六十六届会议（2015年10月12日至16日，美利坚合众国，关岛）

主席的摘要报告（公共卫生和社会服务局局长 James Gillan 先生，美利坚合众国，关岛）

第一部分：全球讨论议题

关于加强卫生系统在处理人际暴力，尤其是侵害妇女和少女以及儿童的人际暴力中的作用问题全球行动计划草案

107. 在西太平洋区域，人际暴力、儿童伤害和道路交通伤害问题长期以来始终受到优先考虑。2012年区域委员会通过了一项决议（WPR/RC63.R3），呼吁加强行动，处理暴力和伤害问题，从那以来，在制定区域行动计划时，一向会考虑到会员国之内和会员国之间的经验和磋商情况。在本届会议上，委员会批准了《西太平洋区域防止暴力和伤害行动计划（2016-2020）》（WPR/RC66.R4号决议）。

108. 代表们欢迎该区域计划将重点放在弱势群体，例如妇女、儿童和残疾人身上。秘书处强调，它决心贯彻一些代表的建议，强化案文，以加强对暴力和伤害问题的性别相关风险因素的强调。

109. 该区域行动计划尤其涉及本区域的具体关切，补充了对《2011-2020年道路安全行动十年全球计划》和加强卫生系统在处理人际暴力特别是针对妇女、少女和儿童的暴力方面的作用问题全球行动计划草案的执行。

110. 该区域计划还将有助于指导会员国努力实现2030年可持续发展议程的各项目标，尤其是目标3（确保健康生活和增进各个年龄段的所有人的福祉）和目标16（促进公正、和平和包容性的社会）。

关于病毒性肝炎的全球卫生部门战略

111. 西太平洋区域占病毒性肝炎全球负担的一半，以及全球死亡率的40%，因此，区域委员会理解病毒性肝炎所带来的挑战的严重性。2003年以来，它批准了三项关于乙型肝炎疫苗的决议，随后作出的努力是成功的。该区域整体而言实现了5岁儿童中慢性乙型肝炎发病率低于2%的目标，正在逐步实现到2017年发病率为1%这一更为雄心勃勃的目标。随着新药的出现以及更好的定价可能，该区域计划意在救治该区域千百万慢性肝炎感染患者，并处理肝硬化风险。

112. 会员国感谢区域办事处作出的反应，区域委员会批准了《2016-2020 年西太平洋区域病毒性肝炎行动计划》（WPR/RC66.R1 号决议）。

113. 《2016-2020 年西太平洋区域病毒性肝炎行动计划》与将在执行委员会此次第 138 届会议上讨论的全球计划草案是一致的。秘书处向会员国保证，一旦完成该全球计划，任何补充的重点都将纳入区域努力中，同时强调简化报告制度。

通过生命全程方法促进健康老龄化的多部门行动：老龄化与健康全球战略和行动计划草案

114. 人口老龄化迅速重塑了该区域的人口，借鉴各国的经验，制定了《西太平洋区域老龄化与健康行动框架(2014-2019)》，由区域委员会在 2013 年 10 月批准(WPR/RC64.R3 号决议)。在委员会本届会议上，秘书处报告了健康老龄化的进展情况，代表们提供了国家的最新资料。《区域框架》突出表现为四个行动支柱，重点是调整卫生系统以适应老年人的需要，这是全球范围在走向全民健康覆盖过程中面临的一个基本问题。

115. 西太平洋区域的经验可供在制定全球政策和计划时借鉴。该区域会员国和利益攸关者正在分享他们的经验，一些使用了在线磋商机制，帮助形成总部秘书处正在制定的老龄化与健康全球战略和行动计划草案。

世卫组织的改革

116. 代表们讨论了各种世卫组织改革问题，包括与非国家行为者的交往，战略性预算空间分配、治理、特别是区域委员会的议程制定。

117. **非国家行为者**。与非国家行为者的交往框架引起所有会员国的关注。一些代表表示坚决支持该框架，同时对其制定工作进展缓慢感到关切。考虑到很大比例的卫生资金花费在私人部门、食品业以及药品上，这一问题尤其重要。代表们指出，世卫组织应在个案基础上指定适当的非国家行为者，在借调来自任何社会部门的专家时应保持程序透明。

118. **战略性预算空间分配**。一位代表详尽介绍了选择有关程序来决定战略性预算分配的情况。一些代表表示赞赏中国和马来西亚在战略性预算空间分配工作小组中代表该区域。代表们认为，战略性预算空间分配的一般原则是可以接受的，新的分配方法也是如此。鉴于该区域的分配比例将在 6-8 年时间内降低 30%，应在此期间不断评估预算空间消减的影响。

119. **治理。**一位代表向区域委员会报告了世卫组织治理改革工作小组的工作，包括理事机构的工作方法及其在全组织范围的协调。另一位代表建议，秘书处应更清晰地描述其国家、区域和总部所有三个层级上的工作方式，并重新传阅一份关于分工的行为守则，这将有助于改进组织内的交流，尤其是在国家一级。

120. 有人建议制定代表们在理事机构会议上的行为守则，该行为守则可以最佳做法为依据，例如 3 分钟发言时间的采用（如总部的情况）。

121. **议程制定。**目前区域委员会制定议程的过程是遵循《西太平洋区域委员会会议事规则》，与其它区域相类似。不过，针对会员国对加强透明度、问责制和敏感性的要求，代表们提出了修订区域委员会议程制定程序的提议，并达成了一致意见。

122. 该提议包含两个因素。第一，在每年的届会上，区域委员会将审议哪些项目将列入下一年届会的临时议程。第二，区域主任将在执行委员会每年 1 月份的届会会外就临时议程与该区域的执行委员会成员进行非正式意见交流。

123. 代表们还建议，例如：设立关于临时议程的非正式“虚拟委员会”，可通过视频会议或电话会议召集；在世界卫生大会之后继续与会员国交流意见的机制；时间框架较长的滚动议程，以加强战略性规划。代表们同意将进一步研究这一问题，同时研究最新的国家支持情况以及可能在关于协调世界卫生大会、执行委员会和区域委员会工作的固定议程项目下审议的项目。

埃博拉病毒病疫情（2014 年）：执行委员会埃博拉问题特别会议的后续行动

124. 全体会议涉及区域主任的报告、关于《国际卫生条例（2005）》的进展报告和《亚太地区新发疾病战略》，在全体会议期间以及世卫组织、美利坚合众国和大韩民国组织的关于卫生安全的会外活动中，在新发疾病疫情和公共卫生突发事件的更广阔背景下，对埃博拉病毒病问题进行了深入讨论。

125. 对《亚太地区新发疾病战略》执行情况的评估得出结论认为，虽然通过该战略，在执行《条例》方面取得了巨大成功，但挑战依然存在。西太平洋区域致力于建立更强有力的机制，监测和评估《条例》的执行情况。该区域会员国此前是通过《条例》要求的关于核心能力的“是或否”核对表进行自我评估，目前正在转向侧重于国家卫生安全系统的功能性的更为新颖和有效的机制。这些机制可能包括疫情审查以及会员国/秘书处的核心能力联合评估，并有外部专家的参与。该区域还支持和参与了全球努力，包括国际卫生条例审查委员会的工作以及对本组织在疫情和突发事件中作用的改革。

126. 在卫生安全问题会外活动中，交流了防备和应对埃博拉病毒病和中东呼吸道综合征疫情的经验教训，讨论侧重于如何加强该区域和全球的卫生安全。一位代表还说明了全球卫生安全议程的最新情况。这一举措为该地区提供了进一步加强《条例》所载核心能力的新的机会。代表们还讨论了如何更好地协调该地区的卫生安全活动。

第二部分：区域重要议题

病毒性肝炎

127. 西太平洋区域在加强乙型肝炎免疫接种方面取得了巨大进展，因此实现了 5 岁儿童中慢性乙型肝炎发病率低于 2% 的目标，正在争取到 2017 年实现更为雄心勃勃的 1% 的目标。

128. 然而，委员会确认仍然存在的慢性肝炎病毒感染患者负担，以及肝硬化和乙型和丙型肝炎风险。它还进一步确认特别区域计划的重要意义，以及该计划需要与全球计划草案保持一致。

129. 经审议，区域委员会批准了《2016-2020 年西太平洋区域病毒性肝炎行动计划》（WPR/RC66.R1 号决议）。

全民健康覆盖

130. 过去十年来，区域委员会批准了 6 项与卫生系统有关的战略，其中大部分到 2015 年年底期满。与此同时，2013 年进行的全面审查表明，促进卫生部门发展的“整个政府参与”的方针对建立全民健康覆盖至关重要。铭记这一点，展开了区域磋商进程，进而制定了区域行动框架草案。

131. 继专家的小组讨论和全体会议对框架草案的审议之后，区域委员会批准了《全民健康覆盖：努力增进健康的区域行动框架》（WPR/RC66.R2 号决议）。促请会员国利用该框架制定适应本国具体情况的路线图，以实现全民健康覆盖，并投入足够的资金，落实推动全民健康覆盖的国家政策和计划，以支持实现 2030 年可持续发展议程的各项目标。

结核病

132. 在西太平洋区域，过去 25 年来，结核病死亡率降低了三分之二。不过，每年仍有 10 万人死于该疾病。《西太平洋区域终结结核病战略（2011-2015）》指导了结核病控制努力。此外，西太平洋区域防止结核病的经验为制定 2015 年后预防、治疗和控制结

核病的全球战略和具体目标（卫生大会在 WHA67.1 号决议中批准），又称为《终结结核病战略》作出了贡献。

133. 为便于各国调整适用新的全球战略，区域办事处经与会员国磋商，制定了《2016-2020 年执行终结结核病战略行动框架》，区域委员会经审议后批准了该框架（WPR/RC66.R3 号决议）。

预防暴力和伤害

134. 在西太平洋区域，每年有 100 多万人死于暴力和伤害，有鉴于此，区域委员会在 2012 年批准了关于防止暴力和伤害问题的 WPR/RC63.R3 号决议，该决议有助于指导如何加强在这一问题上的行动。它还促成了 2013 年至 2015 年期间的深入磋商，目的是制定 2016-2020 年期间的区域行动计划草案。经审议后，委员会在 WPR/RC66.R4 号决议中批准了《西太平洋区域防止暴力和伤害行动计划（2016-2020）》。

135. 该区域计划与秘书处制定的加强卫生系统在应对人际暴力，尤其是针对妇女和少女以及儿童的人际暴力的作用的全球行动计划草案保持了一致。其目的是指导会员国实现 2030 年可持续发展议程的目标 3（确保健康生活和增进各个年龄段所有人的福祉）和目标 16（促进公正、和平和包容性社会）。

城市卫生

136. 相对于其它世卫组织区域，西太平洋区域或许经历了更为迅速的发展和经济增长。然而，这一现象也有其意想不到的后果，因为许多城镇地区的发展超出了其提供基础设施，以实现安全住房、清洁用水和良好环境卫生的能力。其中一些问题通过《健康城市和健康岛屿》一类倡议得到了解决，但目前时机已经成熟，应当从适应环境的方针转向全系统的方针，以实现 2030 年可持续发展议程的目标 3（确保健康生活和增进各个年龄段的所有人的福祉）和目标 11（实现城市的包容、安全、应变能力和可持续性）。

137. 为应对这些挑战，区域办事处与会员国进行了深入磋商，以制定《2016-2020 年西太平洋区域城市卫生框架：健康和具有应变能力的城市》，区域委员会经审议后，批准了该框架（WPR/RC66.R5 号决议）。

= = =