



世 界 卫 生 组 织

第六十二届 世界卫生大会

2009年5月18-22日于日内瓦

决 议 和 决 定

附 件

日 内 瓦
二 〇 〇 九 年

缩 写

世界卫生组织文件中使用的缩写如下:

ACHR	— 卫生研究咨询委员会	UNAIDS	— 联合国艾滋病规划署
ASEAN	— 东南亚国家联盟	UNCTAD	— 联合国贸易和发展会议
CEB	— 联合国系统行政首长协调委员会[前行政协调委员会]	UNDCP	— 联合国国际药物管制规划署
CIOMS	— 国际医学科学组织理事会	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	UNRWA	— 联合国近东巴勒斯坦难民救济及工程处
IMO	— 国际海事组织	WFP	— 世界粮食规划署
INCB	— 国际麻醉品管制局	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	— 国际兽疫局		
PAHO	— 泛美卫生组织		

本卷采用的地名和提供的资料,并不反映世界卫生组织秘书处对任何国家、领地、城市或地区或其主管当局的法律地位,或对其国境或边界划定的观点。凡报表标题中冠以“国家或地区”字样,系指国家、领地、城市或地区。

序 言

根据执行委员会第一二三届会议的决定，第六十二届世界卫生大会于 2009 年 5 月 18 日至 22 日在日内瓦万国宫举行。会议记录分三卷出版。除刊载其它有关材料外，还刊载：

决议和决定，附件 — 文件 WHA62/2009/REC/1

全体会议逐字记录，与会人员名单 — 文件 WHA62/2009/REC/2

各委员会摘要记录，委员会报告 — 文件 WHA62/2009/REC/3

目 录

	页 次
序言	iii
议程	vii
文件清单	xi
卫生大会官员及其各委员会成员	xvi

决议和决定

决议

WHA62.1	预防可避免的盲症和视力损害.....	1
WHA62.2	巴勒斯坦被占领土（包括东耶路撒冷）和叙利亚被占戈兰的卫生状况.....	2
WHA62.3	关于世卫组织 2008 年账目未经审计的中期财务报告.....	5
WHA62.4	征收评定会费的情况，包括欠交会费程度达到可援引《组织法》第七条规定的会员国.....	5
WHA62.5	2010-2011 年摊款比额表	6
WHA62.6	《财务条例》和《财务细则》修订款.....	13
WHA62.7	《人事条例》修订款.....	13
WHA62.8	不叙级职位职员和总干事的薪金.....	14
WHA62.9	2010-2011 年财务期拨款决议	14
WHA62.10	大流行性流感的防范：共享流感病毒以及获得疫苗和其它利益.....	17
WHA62.11	2008-2013 年中期战略性计划，包括 2010-2011 年规划预算	17
WHA62.12	初级卫生保健，包括加强卫生系统.....	18
WHA62.13	传统医学.....	21
WHA62.14	针对健康问题社会决定因素采取行动以减少卫生不公平.....	23

页次

WHA62.15	预防和控制耐多药结核病和广泛耐药结核病	27
WHA62.16	公共卫生、创新和知识产权全球战略和行动计划	31
决定		
WHA62(1)	证书委员会的组成	33
WHA62(2)	选举第六十二届世界卫生大会官员	33
WHA62(3)	选举主要委员会官员	33
WHA62(4)	成立会务委员会	34
WHA62(5)	通过议程	34
WHA62(6)	审核证书	34
WHA62(7)	选举有权指派一人供职于执行委员会的会员国	35
WHA62(8)	联合国合办工作人员养恤基金：任命参加世卫组织工作人员 养恤金委员会的代表	35
WHA62(9)	选择召开第六十三届世界卫生大会的国家	36

附件

1.	预防可避免的盲症和视力损害行动计划	39
2.	世界卫生组织财务条例	53
3.	《人事条例》修订款	59
4.	公共卫生、创新和知识产权行动计划	60
5.	卫生大会通过的决议对秘书处的财政和行政影响	83

议 程¹

全体会议

1. 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 123 届和 124 届会议的报告
3. 总干事陈冯富珍博士的讲话
4. 特邀发言人
5. [删除]
6. 执行委员会：选举
7. 授奖
8. 主要委员会的报告
9. 大会闭幕

甲委员会

10. 委员会会议开幕²
11. 中期战略性计划，包括 2010-2011 年规划预算方案
12. 技术和卫生事项
 - 12.1 大流行性流感的防范：共享流感病毒以及获得疫苗和其它利益
 - 12.2 实施《国际卫生条例（2005）》

¹ 在第二次全体会议上通过。

² 包括选举副主席和报告员。

- 12.3 预防可避免的盲症和视力损害
- 12.4 初级卫生保健，包括加强卫生系统
- 12.5 健康问题社会决定因素委员会
- 12.6 监测与卫生相关的千年发展目标的实现情况
- 12.7 气候变化和卫生
- 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. 规划和预算事项
 - 15.1 2006-2007 年规划预算：执行情况评估
 - 15.2 2008-2009 年规划预算实施情况：中期报告
- 16. 审计和监督事项
 - 内审计员的报告
- 17. 财务事项
 - 17.1 关于世卫组织 2008 年账目未经审计的中期财务报告以及执行委员会规划、预算和行政委员会对此所做的评论

¹ 包括选举副主席和报告员。

- 17.2 外审计员的中期报告
- 17.3 征收评定会费的情况，包括欠交会费程度达到可援引《组织法》第七条规定的会员国
- 17.4 [删除]
- 17.5 2010-2011 年摊款比额表
- 17.6 [删除]
- 17.7 《财务条例》和《财务细则》修订款
- 18. 职工配备事项
 - 18.1 人力资源：年度报告
 - 18.2 国际公务员制度委员会的报告
 - 18.3 《人事条例》和《职员细则》修订款
 - 18.4 联合国工作人员养恤金联合委员会的报告
 - 18.5 任命参加世卫组织工作人员养恤金委员会的代表
- 12. 技术和卫生事项
 - 12.8 公共卫生、创新和知识产权：全球战略和行动计划
 - 12.9 预防和控制耐多药结核和广泛耐药结核
 - 12.10 技术和卫生事项进展报告
 - A 脊髓灰质炎：管理根除潜在风险的机制（WHA61.1 号决议）
 - B. 根除天花：销毁储存的天花病毒（WHA60.1 号决议）
 - C. 疟疾，包括建议设立世界防治疟疾日（WHA60.18 号决议）
 - D. 世卫组织实施改进多边机构和国际捐助者防治艾滋病工作协调问题全球工作队的建议（WHA59.12 号决议）

- E. 预防和控制性传播感染 (WHA59.19 号决议)
- F. 加强卫生信息系统 (WHA60.27 号决议)
- G. 实现孕产妇、新生儿和儿童卫生干预的普遍覆盖 (WHA58.31 号决议)
- H. 把性别分析和行动纳入世卫组织工作的战略 (WHA60.25 号决议)
- I. 药物的合理使用 (WHA60.16 号决议)
- J. 更合适的儿童药物 (WHA60.20 号决议)
- K. 卫生技术 (WHA60.29 号决议)
- L. 多种语言：实施行动计划 (WHA61.12 号决议)

文件清单

A62/1 Rev.1	议程 ¹
A62/2	执行委员会第 123 届和 124 届会议的报告
A62/3	总干事陈冯富珍博士在第六十二届世界卫生大会上的讲话
A62/4	2008-2013 年中期战略性计划，包括 2010-2011 年规划预算方案
A62/4 Add.1	中期战略性计划，包括 2010 - 2011 年规划预算方案：工作人员和房舍的安全和保障以及基本建设总计划
A62/4 Add.2	中期战略性计划，包括 2010-2011 年规划预算方案：2010-2011 年的效率成果
A62/5	大流行性流感的防范：共享流感病毒以及获得疫苗和其它利益
A62/5 Add.1	大流行性流感的防范：共享流感病毒以及获得疫苗和其它利益：政府间会议续会的结果
A62/6	实施《国际卫生条例（2005）》
A62/7	预防可避免的盲症和视力损害 ²
A62/7 Add.1	关于建议供执行委员会或卫生大会通过的决议对秘书处的财政和行政影响的报告
A62/8	初级卫生保健，包括加强卫生系统 ³
A62/9	健康问题社会决定因素委员会
A62/10	监测与卫生相关的千年发展目标的实现情况
A62/11	气候变化和卫生
A62/12	世卫组织在卫生研究中的作用和责任：世卫组织面向卫生的研究战略草案
A62/13	假冒医疗产品

¹ 见第 ix 页。

² 见附件 1 和 5。

³ 见附件 5。

A62/14	假冒医疗产品：国际医疗产品打假专题小组
A62/15	人体器官和组织移植
A62/16	公共卫生、创新和知识产权：全球战略和行动计划 ¹
A62/16 Add.1	公共卫生、创新和知识产权：全球战略和行动计划时间安排建议和资金需求估算 ¹
A62/16 Add.2	公共卫生、创新和知识产权：全球战略和行动计划建议的进展指标 ¹
A62/16 Add.3	公共卫生、创新和知识产权：全球战略和行动计划有关利益攸关者的未定段落 ¹
A62/17	南美锥虫病：控制和消灭
A62/18	加强政府促使私立部门有建设性地参与基本卫生保健服务的能力
A62/18 Add.1	关于建议供执行委员会或卫生大会通过的决议对秘书处的财政和行政影响的报告
A62/19	国际化学品管理战略方针
A62/20	预防和控制耐多药结核病和广泛耐药结核病 ²
A62/20 Add.1	预防和控制耐多药结核病和广泛耐药结核病：耐多药/广泛耐药结核病高负担国家部长级会议以及关于结核病控制和患者治疗的北京“行动倡议”
A62/21	食品安全
A62/22	病毒性肝炎
A62/23	进展报告
A62/24 和 A62/24 Corr.1	巴勒斯坦被占领土（包括东耶路撒冷）和叙利亚被占戈兰的卫生状况 ²
A62/24 Add.1	加沙地带卫生特派团的报告 ²
A62/25	2006 - 2007 年规划预算：执行情况评估

¹ 见附件 4 和 5。

² 见附件 5。

文件清单

A62/26 和 A62/26 Corr.1	2008-2009 年规划预算实施情况：中期报告
A62/27	内审计员的报告
A62/28	2008 年未经审计的中期财务报告
A62/29	外审计员的中期报告
A62/30	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
A62/31	2010-2011 年摊款比额表
A62/32	《财务条例》和《财务细则》修订款 ¹
A62/33	选举世界卫生组织总干事
A62/34	人力资源：年度报告
A62/35	国际公务员制度委员会的报告
A62/36	《人事条例》和《职员细则》修订款 ²
A62/37	联合国工作人员养恤金联合委员会的报告
A62/38	任命参加世卫组织工作人员养恤金委员会的代表
A62/39	伙伴关系
A62/40	联合国系统内及与其它政府间组织的合作
A62/41	授奖
A62/42	证书委员会
A62/43	2008-2009 年规划预算实施情况：中期报告。执行委员会规划、预算和行政委员会向第六十二届世界卫生大会提交的第一份报告
A62/44	关于世卫组织 2008 年账目未经审计的中期财务报告。执行委员会规划、预算和行政委员会向第六十二届世界卫生大会提交的第三份报告
A62/45	内审计员的报告。执行委员会规划、预算和行政委员会向第六十二

¹见附件 2。

²见附件 3。

	届世界卫生大会提交的第二份报告
A62/46	外审计员的中期报告。执行委员会规划、预算和行政委员会向第六十二届世界卫生大会提交的第四份报告
A62/47	征收评定会费的状况，包括欠交会费程度达到可援引《组织法》第七条规定的会员国。执行委员会规划、预算和行政委员会向第六十二届世界卫生大会提交的第五份报告
A62/48 (Draft)	甲委员会第一份报告
A62/49	选举有权指派一人供职于执行委员会的会员国
A62/50 (Draft)	乙委员会第一份报告
A62/51 (Draft)	甲委员会第二份报告
A62/52 (Draft)	甲委员会第三份报告
A62/53 (Draft)	甲委员会第四份报告
A62/54	乙委员会第二份报告
MTSP/2008-2013 (Draft)	2008-2013 年中期战略性计划（修订本（草案））
PPB/2010-2011	2010-2011 年规划预算方案

参阅文件

A62/INF.DOC./1	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
A62/INF.DOC./2	巴勒斯坦被占领土（包括东耶路撒冷）和叙利亚被占戈兰的卫生状况
A62/INF.DOC./3	巴勒斯坦被占领土（包括东耶路撒冷）和叙利亚被占戈兰的卫生状况
A62/INF.DOC./4	2008 年财政期各基金和捐助方的自愿捐款情况

杂项

A62/DIV/1 Rev.1	代表和其它与会人员名单
-----------------	-------------

文 件 清 单

A62/DIV/2	世界卫生大会代表指南
A62/DIV/3	决定和决议清单
A62/DIV/5	联合国秘书长潘基文在世界卫生大会的致词
A62/DIV/6	安全母婴白丝带联盟特邀嘉宾莎拉·布朗夫人的讲话

卫生大会官员及其各委员会成员

主席

N.S. DE SILVA 先生 (斯里兰卡)

大不列颠及北爱尔兰联合王国、美利坚合众国。

副主席

O. UGARTE UBILLUZ 博士 (秘鲁)

A.M. FOU DA 先生 (喀麦隆)

L.-E. HOLM 博士 (瑞典)

A.Y. RASA'A 博士 (也门)

A. MATTHEW 博士 (马绍尔群岛)

主席： N.S. DE SILVA 先生(斯里兰卡)

秘书： 总干事陈冯富珍博士

各主要委员会

根据世界卫生大会《议事规则》第三十五条，各代表团均有权派一名团员出席主要委员会的会议。

秘书

总干事陈冯富珍博士

甲委员会

证书委员会

证书委员会由下列会员国代表组成：
阿尔巴尼亚、安道尔、伯利兹、文莱达鲁萨兰国、佛得角、乍得、希腊、老挝人民民主共和国、马尔代夫、莫桑比克、阿曼、委内瑞拉（玻利瓦尔共和国）

主席： J.M.CASALS ALIS 先生 (安道尔)

副主席： I.A.S. DE CARVALHO 先生
(佛得角)

秘书： F. MOURAIN-SCHUT 女士，
高级法律官员

主席： F. MENESES GONZALEZ 博士
(墨西哥)

副主席： M. RAMATALAPENG 博士(莱索托)和 M. BIN HAMAD BIN JABER AL-THANI 博士
(卡塔尔)

报告员： S.T. AYDIN 女士(土耳其)

秘书： Q.M. ISLAM 博士，确保母婴
平安司司长

乙委员会

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：阿富汗、亚美尼亚、孟加拉国、中国、哥斯达黎加、科特迪瓦、古巴、捷克共和国、吉布提、法国、几内亚比绍、肯尼亚、俄罗斯联邦、卢旺达、斯威士兰、

主席： S. MCKERNAN 先生 (新西兰)

副主席： U.S. SUTARJO 博士(印度尼西亚)
和 V. JAKSONS 先生
(拉脱维亚)

报告员： E.G. ALLEN YOUNG 博士
(牙买加)

秘书： M. DAYRIT 博士，卫生人力资源
司司长

决 议

WHA62.1 预防可避免的盲症和视力损害¹

第六十二届世界卫生大会，

审议了关于预防可避免的盲症和视力损害报告和行动计划草案²。

忆及关于消除可避免的盲症的 WHA56.26 号决议和关于预防可避免的盲症和视力损害的 WHA56.25 号决议；

认识到预防可避免的盲症和视力损害行动计划是对卫生大会以 WHA61.14 号决议通过的预防和控制非传染病全球战略行动计划作出的补充，

1. **批准**预防可避免的盲症和视力损害行动计划³；
2. **敦促**会员国根据卫生政策、计划和规划中的国家重点实施预防可避免的盲症和视力损害行动计划；
3. **要求**总干事：
 - (1) 为会员国根据国家重点实施预防可避免的盲症和视力损害行动计划提供支持；
 - (2) 为加强会员国能力及提高秘书处的技术能力，在 2008 - 2013 年中期战略性计划框架和规划预算范围内，继续把预防可避免的盲症和视力损害作为优先领域；
 - (3) 通过执行委员会向第六十五届和第六十七届世界卫生大会报告预防可避免的盲症和视力损害行动计划的实施进展情况。

(第六次全体会议，2009 年 5 月 21 日 - 甲委员会第一份报告)

¹ 本决议对秘书处的财政和行政影响见附件 5。

² 文件 62/7。

³ 见附件 1。

WHA62.2 巴勒斯坦被占领土（包括东耶路撒冷）和叙利亚被占戈兰的卫生状况¹

第六十二届世界卫生大会，

牢记世界卫生组织《组织法》确定的基本原则，该原则确认各民族的健康是实现和平和安全的基础；

忆及以往关于阿拉伯被占领土卫生状况的所有决议；

还忆及执行委员会第 124 届会议就以色列在巴勒斯坦被占领土（特别是在被占加沙地带）的军事行动造成的严重卫生状况通过的 EB124.R4 号决议；

注意到总干事关于巴勒斯坦被占领土（包括东耶路撒冷）和叙利亚被占戈兰的卫生状况的报告²；

深切关注总干事在加沙地带紧急卫生特派团报告中陈述的调查结果³；

强调联合国近东巴勒斯坦难民救济和工程处在向巴勒斯坦被占领土提供关键性的卫生和教育服务，尤其是解决加沙地带紧急需求方面发挥的至关重要作用；

对由占领国以色列的持续占领和施加的严重限制导致的经济和卫生状况的恶化以及人道主义危机表示关切；

同时，对巴勒斯坦被占领土（特别是加沙地带）的卫生危机和不断加剧的缺乏粮食保障的状况表示关切；

确认有必要确保卫生服务的普遍覆盖，及保护巴勒斯坦被占领土内公共卫生服务设施的运转；

认识到负责管理和资助公共卫生服务的巴勒斯坦卫生部严重缺乏财务和医疗资源，由此对巴勒斯坦人口获取治疗和预防服务带来了损害；

确认巴勒斯坦患者和医务人员有权利进出被占东耶路撒冷的巴勒斯坦卫生机构；

¹ 本决议对秘书处的财政和行政影响见附件 5。

² 文件 A62/24 和 A26/24 Corr.1。

³ 文件 A/62/24 Add.1。

对以色列军队没有尊重和保护巴勒斯坦救护车和医务人员而造成的巴勒斯坦医务人员的伤亡事件以及占领国以色列违背国际人道主义法律对医务人员的行动施加种种限制表示遗憾；

表示深切关注隔离墙对被占巴勒斯坦领土（包括东耶路撒冷）巴勒斯坦人口接受的医疗服务的可及性和质量造成严重影响；

还表示深切关注以色列限制巴勒斯坦救护车和医务人员的行动对孕妇和患者的严重影响，

1. 要求以色列占领国：

- (1) 立刻解除对巴勒斯坦被占领土的封锁，特别是对被占加沙地带过境点的封锁，由此造成那里药品和医疗用品的严重短缺，并在这方面遵守以色列-巴勒斯坦 2005 年 11 月通行进出协定的规定；
- (2) 纠正导致加沙地带当前卫生条件恶劣以及食品和燃料严重短缺的政策和措施；
- (3) 遵守国际法院 2004 年 7 月 9 日提供的关于隔离墙的咨询意见，隔离墙特别对巴勒斯坦被占领土（包括东耶路撒冷）巴勒斯坦人口接受的医疗服务可及性和质量产生严重影响；
- (4) 便利巴勒斯坦患者和医务人员进出被占东耶路撒冷和境外的巴勒斯坦卫生机构；
- (5) 确保巴勒斯坦救护车无障碍和安全通行以及遵照国际人道主义法尊重和保护医务人员；
- (6) 改善巴勒斯坦被拘留者，特别是儿童、妇女和患者的生活和医疗条件；
- (7) 便利药品和医疗设备过境和进入巴勒斯坦被占领土；
- (8) 遵照国际人道主义法律承担起对巴勒斯坦民众人道主义需要及其每天获得包括食品和药品在内的人道主义援助的责任；
- (9) 立即停止其严重影响被占领下平民健康状况的所有行径、政策和计划，包括其封锁政策；

(10) 便利联合国近东巴勒斯坦难民救济和工程处及其它国际组织的工作，并确保其人员和援助物资的自由行动；

2. **敦促**会员国以及政府间和非政府组织：

- (1) 通过向巴勒斯坦民众提供援助，帮助巴勒斯坦被占领土克服卫生危机；
- (2) 帮助满足总干事在加沙地带紧急卫生特派团的报告中所确定的紧急卫生和人道主义需求以及与卫生相关的中、长期重大需求¹；
- (3) 帮助解除在巴勒斯坦被占领土对巴勒斯坦民众实行的限制和障碍；
- (4) 提醒以色列占领国遵守 1949 年关于战时保护平民的日内瓦第四公约；
- (5) 支持和协助巴勒斯坦卫生部履行其职责，包括管理和资助公共卫生服务；
- (6) 向巴勒斯坦公共卫生和兽医服务部门提供财政和技术支持；

3. **表示**深切感谢总干事努力向巴勒斯坦被占领土（包括东耶路撒冷）的巴勒斯坦民众和叙利亚被占戈兰的叙利亚民众提供必要的援助；

4. **要求**总干事：

- (1) 向巴勒斯坦卫生和兽医服务部门提供支持，包括能力建设；
- (2) 提交一份关于巴勒斯坦被占领土（包括东耶路撒冷）和叙利亚被占戈兰卫生和状况的实情调查报告；
- (3) 支持为叙利亚被占戈兰的叙利亚人口建立医疗设施并向其提供与卫生有关的技术援助；
- (4) 继续提供必要的技术援助，以满足巴勒斯坦民众（包括残疾人和受伤者）的卫生需求；
- (5) 还支持巴勒斯坦卫生和兽医服务部门为防范甲型 H1N1 流感大流行做好准备；

¹ 文件 A62/24 Add.1。

- (6) 支持在巴勒斯坦发展卫生系统，包括开发人力资源；
- (7) 公布加沙地带紧急卫生特派团编写的详细报告；
- (8) 向第六十三届世界卫生大会报告本决议的实施情况。

(第七次全体会议，2009年5月21日 - 乙委员会第一份报告)

WHA63.3 关于世卫组织 2008 年账目未经审计的中期财务报告

第六十二届世界卫生大会，

审议了 2008 年未经审计的中期财务报告¹；

注意到执行委员会规划、预算和行政委员会提交给第六十二届世界卫生大会的第三份报告²，

接受总干事 2008 年未经审计的中期财务报告。

(第七次全体会议，2009年5月21日 - 乙委员会第一份报告)

WHA62.4 征收评定会费的状况，包括欠交会费程度达到可援引《组织法》第七条规定的会员国

第六十二届世界卫生大会，

审议了执行委员会规划、预算和行政委员会就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向第六十二届世界卫生大会提交的第五份报告³；

注意到在第六十二届世界卫生大会开幕时，仍将中止阿根廷、中非共和国、科摩罗、刚果民主共和国、多米尼克、冈比亚、几内亚比绍、所罗门群岛、索马里和塔吉克斯坦的表决权，这类中止将持续至这些会员国的欠费在本届或以后各届卫生大会召开时减至可援引《组织法》第七条规定的数额以下的水平时；

¹ 文件 A62/28 和 A62/28 Add.1。

² 文件 A62/44。

³ 文件 A62/47。

注意到佛得角、科特迪瓦、马绍尔群岛、帕劳和赞比亚的欠费在第六十二届世界卫生大会开幕时已达到一定程度，使卫生大会有必要考虑根据《组织法》第七条，在第六十三届世界卫生大会开幕时是否应该中止这些国家的表决权；

决定：

- (1) 根据 WHA41.7 号决议确定的原则，如果到第六十三届世界卫生大会开幕之时，佛得角、科特迪瓦、马绍尔群岛、帕劳和赞比亚的欠交会费仍处于可援引《组织法》第七条规定的程度，将自前述大会开幕之时中止其表决权；
- (2) 按第(1)段规定实行的任何中止将持续至以后各届卫生大会，直至佛得角、科特迪瓦、马绍尔群岛、帕劳和赞比亚的欠费减至可援引《组织法》第七条规定的数额以下的水平之时；
- (3) 根据《组织法》第七条，这项决定将不损害任何会员国要求恢复其表决权的权利。

(第七次全体会议，2009 年 5 月 21 日 - 乙委员会第一份报告)

WHA62.5 2010-2011 年摊款比额表

第六十二届世界卫生大会，

考虑到最新的联合国比额仍然与 2008-2009 年财务期的比额相同，

通过下述所列 2010-2011 双年度会员国的摊款比额：

会员国和准会员	2010-2011 年 世界卫生组织比额
阿富汗	0.0010
阿尔巴尼亚	0.0060
阿尔及利亚	0.0850
安道尔	0.0080
安哥拉	0.0030
安提瓜和巴布达	0.0020

会员国和准会员	2010-2011 年 世界卫生组织比额
阿根廷	0.3250
亚美尼亚	0.0020
澳大利亚	1.7871
奥地利	0.8871
阿塞拜疆	0.0050
巴哈马	0.0160
巴林	0.0330
孟加拉国	0.0100
巴巴多斯	0.0090
白俄罗斯	0.0200
比利时	1.1021
伯利兹	0.0010
贝宁	0.0010
不丹	0.0010
玻利维亚 (多民族国)	0.0060
波斯尼亚和黑塞哥维那	0.0060
博茨瓦纳	0.0140
巴西	0.8761
文莱达鲁萨兰国	0.0260
保加利亚	0.0200
布基纳法索	0.0020
布隆迪	0.0010
柬埔寨	0.0010
喀麦隆	0.0090
加拿大	2.9772
佛得角	0.0010
中非共和国	0.0010
乍得	0.0010
智利	0.1610
中国	2.6672
哥伦比亚	0.1050
科摩罗	0.0010
刚果	0.0010

会员国和准会员	2010-2011 年 世界卫生组织比额
库克群岛	0.0010
哥斯达黎加	0.0320
科特迪瓦	0.0090
克罗地亚	0.0500
古巴	0.0540
塞浦路斯	0.0440
捷克共和国	0.2810
朝鲜民主主义人民共和国	0.0070
刚果民主共和国	0.0030
丹麦	0.7391
吉布提	0.0010
多米尼克	0.0010
多米尼加共和国	0.0240
厄瓜多尔	0.0210
埃及	0.0880
萨尔瓦多	0.0200
赤道几内亚	0.0020
厄立特里亚	0.0010
爱沙尼亚	0.0160
埃塞俄比亚	0.0030
斐济	0.0030
芬兰	0.5640
法国	6.3015
加蓬	0.0080
冈比亚	0.0010
格鲁吉亚	0.0030
德国	8.5777
加纳	0.0040
希腊	0.5960
格林纳达	0.0010
危地马拉	0.0320
几内亚	0.0010
几内亚比绍	0.0010

会员国和准会员	2010-2011 年 世界卫生组织比额
圭亚那	0.0010
海地	0.0020
洪都拉斯	0.0050
匈牙利	0.2440
冰岛	0.0370
印度	0.4500
印度尼西亚	0.1610
伊朗(伊斯兰共和国)	0.1800
伊拉克	0.0150
爱尔兰	0.4450
以色列	0.4190
意大利	5.0794
牙买加	0.0100
日本	16.6253
约旦	0.0120
哈萨克斯坦	0.0290
肯尼亚	0.0100
基里巴斯	0.0010
科威特	0.1820
吉尔吉斯斯坦	0.0010
老挝人民民主共和国	0.0010
拉脱维亚	0.0180
黎巴嫩	0.0340
莱索托	0.0010
利比里亚	0.0010
阿拉伯利比亚民众国	0.0620
立陶宛	0.0310
卢森堡	0.0850
马达加斯加	0.0020
马拉维	0.0010
马来西亚	0.1900
马尔代夫	0.0010
马里	0.0010

会员国和准会员	2010-2011 年 世界卫生组织比额
马耳他	0.0170
马绍尔群岛	0.0010
毛里塔尼亚	0.0010
毛里求斯	0.0110
墨西哥	2.2572
密克罗尼西亚 (联邦)	0.0010
摩纳哥	0.0030
蒙古	0.0010
黑山	0.0010
摩洛哥	0.0420
莫桑比克	0.0010
缅甸	0.0050
纳米比亚	0.0060
瑙鲁	0.0010
尼泊尔	0.0030
荷兰	1.8731
新西兰	0.2560
尼加拉瓜	0.0020
尼日尔	0.0010
尼日利亚	0.0480
纽埃	0.0010
挪威	0.7821
阿曼	0.0730
巴基斯坦	0.0590
帕劳	0.0010
巴拿马	0.0230
巴布亚新几内亚	0.0020
巴拉圭	0.0050
秘鲁	0.0780
菲律宾	0.0780
波兰	0.5010
葡萄牙	0.5270
波多黎各	0.0010

会员国和准会员	2010-2011 年 世界卫生组织比额
卡塔尔	0.0850
大韩民国	2.1732
摩尔多瓦共和国	0.0010
罗马尼亚	0.0700
俄罗斯联邦	1.2001
卢旺达	0.0010
圣基茨和尼维斯	0.0010
圣卢西亚	0.0010
圣文森特和格林纳丁斯	0.0010
萨摩亚	0.0010
圣马力诺	0.0030
圣多美和普林西比	0.0010
沙特阿拉伯	0.7481
塞内加尔	0.0040
塞尔维亚	0.0210
塞舌尔	0.0020
塞拉利昂	0.0010
新加坡	0.3470
斯洛伐克	0.0630
斯洛文尼亚	0.0960
所罗门群岛	0.0010
索马里	0.0010
南非	0.2900
西班牙	2.9682
斯里兰卡	0.0160
苏丹	0.0100
苏里南	0.0010
斯威士兰	0.0020
瑞典	1.0711
瑞士	1.2161
阿拉伯叙利亚共和国	0.0160
塔吉克斯坦	0.0010
泰国	0.1860

会员国和准会员	2010-2011 年 世界卫生组织比额
前南斯拉夫的马其顿共和国	0.0050
东帝汶	0.0010
多哥	0.0010
托克劳	0.0010
汤加	0.0010
特立尼达和多巴哥	0.0270
突尼斯	0.0310
土耳其	0.3810
土库曼斯坦	0.0060
图瓦卢	0.0010
乌干达	0.0030
乌克兰	0.0450
阿拉伯联合酋长国	0.3020
大不列颠及北爱尔兰联合王国	6.6425
坦桑尼亚联合共和国	0.0060
美利坚合众国	22.0000
乌拉圭	0.0270
乌兹别克斯坦	0.0080
瓦努阿图	0.0010
委内瑞拉玻利瓦尔共和国	0.2000
越南	0.0240
也门	0.0070
赞比亚	0.0010
津巴布韦	0.0080
总计	100.0000

(第七次全体会议, 2009 年 5 月 21 日—乙委员会第一份报告)

WHA62.6 《财务条例》和《财务细则》修订款¹

第六十二届世界卫生大会，

审议了关于《财务条例》和《财务细则》修订款的报告²，

忆及 WHA60.9 号决议，《财务条例》和《财务细则》修订款：采用《国际公共部门会计准则》³，

1. **通过**对《财务条例》的修订，从 2010 年 1 月 1 日起生效；
2. **注意**到执行委员会在其第 124 届会议上确认的对《财务细则》的修订³将在第 1 段中对《财务条例》的修订通过的同时生效；
3. **授权**总干事对修订后的《财务条例》和《财务细则》适当编号。

(第七次全体会议，2009 年 5 月 21 日 - 乙委员会第一份报告)

WHA62.7 《人事条例》修订款⁴

第六十二届世界卫生大会，

注意到执行委员会对重新派任工作人员，包括那些不涉及晋升问题的工作人员所提出的建议⁵，

通过对《人事条例》第 4.2 条的拟议修订款；

通过对《人事条例》第 4.3 条的拟议修订款；

决定这两项修订将于 2009 年 6 月 1 日生效。

(第七次全体会议，2009 年 5 月 21 日 - 乙委员会第一份报告)

¹ 见附件 2。

² 文件 A62/32。

³ EB124.R10 号决议

⁴ 见附件 3。

⁵ 文件 A62/36。

WHA62.8 不叙级职位职员和总干事的薪金

第六十二届世界卫生大会，

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. **确定**助理总干事和区域主任在扣除薪金税以前的年薪为 177 032 美元，因而修订的薪金净额为 128 071 美元（有受抚养者）或 115 973 美元（单身者）；
2. **确定**副总干事在扣除薪金税以前的年薪为 194 820 美元，因而修订的薪金净额为 139 633 美元（有受抚养者）或 125 663 美元（单身者）；
3. **确定**总干事在扣除薪金税以前的年薪为 239 632 美元，因而修订的薪金净额为 168 761 美元（有受抚养者）或 150 079 美元（单身者）；
4. **决定**这些薪金调整将于 2009 年 1 月 1 日起生效。

（第七次全体会议，2009 年 5 月 21 日 - 乙委员会第一份报告）

WHA62.9 2010-2011 年财务期拨款决议

第六十二届世界卫生大会，

1. **注意到**所有资金来源有效预算(即评定会费和自愿捐款)总额为 4 539 914 000 美元，分成三个部分；

规划预算部分	美元
基本规划	3 367 907 000
特别规划与合作安排	822 007 000
疫情和危机应对	350 000 000
有效预算总额	4 539 914 000

¹ 文件 A62/36。

2. **决定** 2010-2011 年财务期拨款 1 023 840 000 美元，由会员国净摊款额 928 840 000 美元、估计杂项收入¹15 000 000 美元和向税收均分基金转拨款 80 000 000 美元资助，具体如下：

拨款项	拨款用途	由净摊款额和 杂项收入资助的 拨款额 (美元)
1	减轻传染病的卫生、社会和经济负担	74 035 000
2	与艾滋病毒/艾滋病、结核和疟疾作斗争	40 762 000
3	预防和减少由慢性非传染性病症、精神障碍、暴力、伤害和视力损害造成的疾病、残疾和过早死亡	38 038 000
4	在生命的主要阶段，包括妊娠、分娩、新生儿期、儿童期和青少年期，降低发病率和死亡率以及改善健康，同时为所有个人改善性和生殖健康以及促进积极健康老龄化	46 497 000
5	减轻突发事件、灾害、危机和冲突的健康后果以及最大限度减少其社会和经济影响	16 090 000
6	促进卫生与发展，并预防或减少与使用烟草、酒精、药物和其它精神物质、不健康饮食、缺乏身体活动和不安全性行为有关病症的危险因素	31 368 000
7	通过可增进卫生公平和融合有利于穷人、对性别问题有敏感认识和以人权为基础措施的政策和规划，处理健康的根本社会和经济决定因素	15 456 000
8	在所有部门促进更健康环境，强化一级预防和影响公共政策，以便处理环境对健康威胁的根本原因	30 198 000
9	在生命全程改善营养、食品安全和食品保障以及支持公共卫生和可持续发展	18 748 000
10	通过了解可靠和可获得的证据和研究提供信息，加强治理、筹资、员额配置和管理，从而改进卫生服务	130 799 000
11	确保改进医疗产品和技术的可及性、质量和利用	27 631 000

¹ 由于通过了 WHA62.6 号决议，杂项收入在《财务条例》的修订款中由“其它来源”取代，自 2010 年 1 月 1 日起生效。

拨款项	拨款用途	由净摊款额和 杂项收入资助的 拨款额 (美元)
12	提供领导, 加强管理并促进与各国、联合国系统及其它利益攸关方的伙伴关系和合作, 履行世卫组织在推进第十一个工作总规划中制定的全球卫生议程方面的使命	179 551 000
13	将世卫组织发展和保持为一个灵活、学习型的组织, 使它能够更好地切实有效地履行其使命	294 667 000
	小计	943 840 000
	向税收均分基金转拨	80 000 000
	总计	1 023 840 000

3. 进一步决定:

(1) 虽然有《财务条例》第 4.3 条规定, 总干事仍然有权在拨款项之间进行转拨, 所拨金额不得超过拨出项拨款额的 10%; 所有此类转拨均应在 2010-2011 年财务期财务报告中进行报告; 任何所需的其它转拨应根据《财务条例》第 4.3 条规定进行并提交报告;

(2) 第 2 段中投票通过的拨款数额以内的金额应用于支付按《财务条例》规定在 2010 年 1 月 1 日至 2011 年 12 月 31 日财务期内承付的款项; 虽然有本段规定, 总干事仍将限制 2010-2011 年财务期内 1 至 13 拨款项的承付;

(3) 每个会员国应交会费额应扣除其在税收均分基金中的所得份额; 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, 则应对扣除额进行调整; 这些税款偿还额估计为 16 274 400 美元, 由此会员国的总摊款额为 945 114 400 美元;

4. **决定**周转金应继续保持在 31 000 000 美元的现有水平。

5. **注意到**为不通过会员国净摊款资助的有效工作预算部分所需的自愿捐款为 3 596 074 000 美元。

(第八次全体会议, 2009 年 5 月 22 日—甲委员会第一份报告)

WHA62.10 大流行性流感的防范：共享流感病毒以及获得疫苗和其它利益

第六十二届世界卫生大会，

审议了关于大流行性流感的防范：共享流感病毒以及获得疫苗和其它利益的报告¹；

忆及关于大流行性流感的防范：共享流感病毒以及获得疫苗和其它利益的 WHA60.28 号决议要求总干事召开一次政府间会议；

认识到政府间会议已就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的大部分内容达成协议²；

重申需要找到防范和应对大流行性流感的长期解决办法；

还认识到需要就大流行性流感防范框架的一些主要剩余内容开展进一步工作，

要求总干事：

- (1) 与各会员国一道推进政府间会议成果报告中所载的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的议定内容³；
- (2) 促进采纳一种透明程序，就包括标准材料转让协议及其附件在内的剩余内容做出最后决定，并向执委会 2010 年 1 月第 126 届会议报告谈判结果。

(第八次全体会议，2009 年 5 月 22 日 - 甲委员会第二份报告)

WHA62.11 2008-2013 年中期战略性计划，包括 2010-2011 年规划预算

第六十二届世界卫生大会，

忆及关于 2008 - 2013 年中期战略性计划的 WHA60.11 号决议；

审议了关于 2008 - 2013 年中期战略性计划，包括 2010-2011 年规划预算方案的报告⁴；

¹ 文件 A62/5 和 A62/5 Add.1。

² 文件 A62/5 Add.1，附件。

³ 文件 A62/5 Add.1，附录。

⁴ 文件 A62/4。

审议了 2008-2013 年中期战略性计划修订草案¹；

认可经修订的 2008-2013 年中期战略性计划，包括其中修订的指标和目标。

(第八次全体会议，2009 年 5 月 22 日 - 甲委员会第三份报告)

WHA62.12 初级卫生保健，包括加强卫生系统²

第六十二届世界卫生大会，

欢迎总干事作出的努力并认识到世卫组织在全球促进初级卫生保健方面发挥的关键作用；

审议了关于初级卫生保健，包括加强卫生系统问题的报告³；

重申《阿拉木图宣言》(1978 年)和《联合国千年宣言》(2000 年)；

忆及《渥太华健康促进宪章》(1986 年)以及世卫组织各区域委员会和卫生大会随后通过的有关决议⁴；

还忆及一系列首脑会议以及国际、区域和国家会议上的讨论，其中重申了会员国对初级卫生保健和加强卫生系统的承诺⁵；

注意到全球卫生界正日益达成共识，认为针对具体疾病的防治规划等纵向措施和综合卫生系统措施既可相互增进，又有助于实现与卫生相关的千年发展目标；

认识到需要吸取自通过《阿拉木图宣言》和《千年宣言》以来在初级卫生保健领域的正面经验和反面教训；

¹ 见文件 MTSP/2008-2013 (修订本(草案))和 PPB/2010-2011。

² 本决议对秘书处的财政和行政影响见附件 5。

³ 文件 A62/8。

⁴ WHA54.13、WHA56.6、WHA57.19、WHA58.17、WHA58.33、WHA60.22、WHA60.24、WHA60.27、WHA61.17 和 WHA61.18 号决议。

⁵ 其中包括与加强卫生系统问题有关的首脑会议，例如日本北海道 8 国集团首脑会议(2008 年)、全球加强卫生系统行动国际会议(东京，2008 年)、纪念世卫组织/儿童基金会关于初级卫生保健的《阿拉木图宣言》发表 30 周年国际会议(阿拉木图，2008 年)、拉丁美洲社会首脑会议(2006 年)和 15 国首脑会议(2004 年)；世卫组织初级卫生保健区域会议，例如在布宜诺斯艾利斯(2007 年)、北京(2007 年)、曼谷(2008 年)、塔林(2008 年)、瓦加杜古(2008 年)、雅加达(2008 年)和多哈(2008 年)举行的区域会议；以及卫生促进会议，例如在渥太华(1986 年)、阿德莱德(1988 年)、松滋瓦尔(1991 年)、雅加达(1997 年)、墨西哥城(2000 年)、曼谷(2005 年)举行的会议和南锥体共同市场卫生工作队自 1995 年以来举行的会议。

欢迎阿拉木图国际会议 30 周年之际发表的《2008 年世界卫生报告》¹，其中明确了减少卫生不公平和增进人人享有卫生保健的四个主要政策方向：通过促进普遍覆盖处理卫生不公平现象；以人为本提供服务；将卫生工作纳入各部门的公共政策；在卫生管理领域发挥领导作用，并兼顾各利益攸关方的利益，此外还欢迎健康问题社会决定因素委员会的最后报告²；

重申有必要建立可持续的国家卫生系统，加强国家能力，并在适当情况下充分履行国家政府及其发展伙伴所做的供资承诺，以便更好地弥合卫生部门的资源差距；

还重申，尤其鉴于目前的国际金融和粮食危机以及气候变化对健康和卫生系统的潜在影响，有必要采取具体、有效和及时的行动，实施就援助实效达成的所有承诺，加强援助的可预测性，同时尊重接受国在加强其卫生系统方面的主控权；

坚定重申初级卫生保健的公平、团结、社会正义、普遍获取服务、部门间行动、权力下放以及社区参与的价值观和原则是加强卫生系统的基础，

1. 敦促会员国：

- (1) 确保各级对《阿拉木图宣言》的价值观和原则的政治承诺，在国际政治议程上高度重视加强以初级卫生保健为基础的卫生系统，酌情利用与卫生相关的伙伴关系以及有关倡议行动提供的机遇，促进实现与卫生相关的千年发展目标；
- (2) 加快行动，通过发展全面的卫生服务和国家公平、高效率和可持续的筹资机制，促进普遍获得初级卫生保健，同时认识到需要确保在当前国际金融危机的环境下提供社会保护和维持卫生预算；
- (3) 将人民置于卫生保健的核心，酌情采用注重在地方或地区级提供包括健康促进、疾病预防、治疗和姑息治疗并根据需求与其它各级治疗进行综合和协调的服务模式，同时确保有效地转院接受二级和三级治疗；
- (4) 促进所有人积极参与制定和实施政策以及增进健康和卫生保健工作，并重新强调授权于社区，尤其是妇女，以便协助重振初级卫生保健；

¹ 《2008 年世界卫生报告：初级卫生保健——过去重要，现在更重要》。日内瓦，世界卫生组织，2008 年。

² 健康问题社会决定因素委员会。《针对健康问题社会决定因素采取行动以实现卫生公平：用一代人时间弥合差距》。日内瓦，世界卫生组织，2008 年。

- (5) 培训和留住足够数目的能够开展跨学科工作的卫生工作人员，包括基本保健护士、助产师、相关卫生专业人员和家庭医生，并与非专业社区卫生工作者合作，以便有效满足人们的卫生需求；
- (6) 鼓励在实行综合初级卫生保健时，制订、纳入和实施包括针对具体疾病的规划在内的纵向规划；
- (7) 改善人们获得适当药物、卫生产品和技术的机会，以支持初级卫生保健；
- (8) 发展并加强与初级卫生保健有关的卫生信息和监测系统，促进实行以证据为基础的政策和规划并对其进行评估；
- (9) 加强各国卫生部，使其能够发挥兼顾各方、透明和负责任的卫生部门领导作用，并能够促进采取多部门初级卫生保健行动；

2. 要求总干事：

- (1) 确保世卫组织根据健康问题社会决定因素委员会的调查结果，在其工作中体现《阿拉木图宣言》的价值观和原则，并在世卫组织各级全面促进重振和加强初级卫生保健；
- (2) 加强秘书处的能力，包括区域和国家办事处的能力，支持会员国努力沿着《2008年世界卫生报告》确定的重振和加强初级卫生保健的四个主要政策方向开展工作；
- (3) 收集和分析会员国过去和目前在实施初级卫生保健方面的经验，促进交流经验、证据和关于在实现全面普及和加强卫生系统方面良好做法的信息；
- (4) 与各会员国、有关国际组织、国际卫生计划以及其它利益攸关方合作，促进全球加强卫生系统干预措施的调整和协调，使之立足于初级卫生保健，加强国际重点与国家重点之间的协同作用；
- (5) 确保在 2010-2011 年规划预算中为加强卫生系统和重振初级卫生保健提供充分的资金；
- (6) 为四项主要政策方向制定实施计划：(1)通过走向全面普及处理不公平现象；(2)在提供服务时以人为本；(3)在所有政策中纳入多部门行动和卫生；(4)包容性的

卫生领导和有效的管理；确保这些计划涵盖整个组织的工作，并通过执行委员会向第六十三届世界卫生大会报告这些计划，随后每两年报告进展情况。

(第八次全体会议，2009年5月22日 - 甲委员会第三份报告)

WHA62.13 传统医学

第六十二届世界卫生大会，

审议了关于初级卫生保健，包括加强卫生系统问题的报告¹；

忆及 WHA22.54、WHA29.72、WHA30.49、WHA31.33、WHA40.33、WHA41.19、WHA42.43、WHA54.11、WHA56.31 和 WHA61.21 号决议；

忆及《阿拉木图宣言》宣称，除其它外，“人民有权利和有义务以个人和集体方式参与卫生保健的规划和实施，”并认为“初级卫生保健在当地和转诊医疗机构中依靠卫生工作人员，包括医师、护士、助产士、助理人员、适当的社区卫生人员以及所需的传统医学从业人员，经过适当的社会及业务培训后以医疗队的形式开展工作，以满足社区的卫生需求”；

注意到“传统医学”一词涵盖范围广泛的各种治疗方法和实践，这些方法和实践在国与国和区域与区域之间可能存有很大差异；

确认传统医学为初级卫生保健服务的一项资源，可以有助于改进卫生保健结果，包括千年发展目标中提及的结果；

认识到各会员国关于初级卫生保健的国内立法、方针、监管责任和提供模式有所不同；

注意到许多国家政府在把传统医学纳入其国家卫生系统方面取得的进展；

注意到若干会员国通过实施世卫组织 2002-2005 年传统医学战略²在传统医学领域已取得了进展；

认为国际社会、各国政府以及卫生专业人员和工作者的需要根据国家能力、工作重点和相关立法采取行动并开展合作，确保传统医学的适当使用，将其作为推动实现人人健康的一项重要内容；

¹ 文件 A62/8。

² 文件 WHO/EDM/TRM/2002.1。

注意到 2008 年 11 月 7 日至 9 日在中国北京举行的世卫组织传统医学大会以及通过的《传统医学北京宣言》；

注意到为提高对非洲地区传统医学的认识并提升其形象以及促进将其纳入国家卫生系统，每年于 8 月 31 日庆祝非洲传统医学日，

1. **敦促**会员国根据国家能力、工作重点、相关立法和具体情况：

(1) 根据国家能力、工作重点、相关立法和具体情况，考虑通过和实施《传统医学北京宣言》；

(2) 适当地根据每个国家的具体情况，在有安全性、有效性和质量方面证据的情况下，尊重、保护以及酌情广泛传播传统医学、治疗和实践的知识；

(3) 制定国家政策、法规和标准，作为国家综合卫生体系的一部分，以促进传统医学的适当、安全和有效使用；

(4) 根据国家能力、工作重点、相关立法和具体情况，在有安全性、有效性和质量方面证据的情况下，酌情考虑将传统医学纳入国家卫生系统；

(5) 在研究与创新基础上进一步发展传统医学，在实施公共卫生、创新和知识产权全球战略和行动计划时，适当考虑采取与传统医学有关的具体行动；

(6) 酌情考虑建立传统医学从业人员的资格审核、认证或许可制度，并在有关卫生提供者合作下，以各民族和社区的传统与习俗为基础，协助传统医学从业人员提高知识和技能水平；

(7) 考虑加强现代医学与传统医学提供者之间的交流，并酌情为卫生专业人员、医学院学生和有关研究人员制定内容上与传统医学有关的适当培训规划；

(8) 根据本国立法和有关国际义务，相互进行合作，分享传统医学知识和实践，并交流传统医学培训规划；

2. **要求**总干事：

(1) 在收到请求后酌情支持会员国实施《传统医学北京宣言》；

- (2) 根据各国在传统医学领域的进展和目前的新挑战，更新世卫组织 2002-2005 年传统医学战略；
- (3) 在实施公共卫生、创新和知识产权全球战略和行动计划，以及世卫组织预防和控制非传染性疾病全球战略时，适当考虑采取与传统医学有关的具体行动；
- (4) 在有安全性、有效性和质量方面证据并考虑到各民族和社区的与传统与习俗的情况下，就如何将传统医学纳入卫生系统，尤其是酌情促进将传统/土著医学用于初级卫生保健，包括疾病预防和健康促进，继续向各国提供政策指导；
- (5) 继续提供技术指导，以便支持各国确保传统医学的安全性、有效性和质量，考虑到人民和社区的参与并考虑到他们的传统和习俗；
- (6) 加强与世卫组织合作中心、研究机构和非政府组织的合作，以便在考虑到土著民族和社区的与传统与习俗的情况下交流以证据为基础的信息并支持传统医学领域国家能力建设的培训规划。

(第八次全体会议，2009 年 5 月 22 日 - 甲委员会第三份报告)

WHA62.14 针对健康问题社会决定因素采取行动以减少卫生不公平

第六十二届世界卫生大会，

审议了健康问题社会决定因素委员会的报告¹；

注意到健康问题社会决定因素委员会关于改善日常生活环境，解决权力、金钱和资源分配不公平问题以及衡量并理解问题和评估行动的作用的三项主要建议；

注意到 1948 年建立世界卫生组织迄今 60 周年纪念，及其《组织法》确认享受最高而能获致之健康标准，为人人基本权利之一，不因种族，宗教，政治信仰，经济或社会情境各异，而分轩轻；

注意到 1978 年阿拉木图国际初级卫生保健会议 30 周年纪念，会议重申了卫生平等的基本价值，并制定了通过初级卫生保健实现人人享有健康的全球战略；

¹ 文件 A62/9。

忆及“人人享有健康”各项原则，尤其是需要采取部门间行动（WHA30.43号决议）；

确认解决众多健康决定因素的重要性，考虑到国际健康促进会议一系列文献中载明的行动和建议，从《渥太华健康促进宪章》到《关于全球世界中健康促进的曼谷宪章》，均认为促进健康作为各国政府的责任在全球发展议程中处于中心位置（WHA60.24号决议）；

注意到联合国《千年宣言》中关于到2015年实现千年发展目标的全球共识，以及人们对时间过半但许多此类目标在一些地区缺乏充分进展的忧虑；

就此方面欢迎WHA61.18号决议，其中发起由世界卫生大会每年监测与卫生相关的千年发展目标的实现情况；

注意到关于初级卫生保健的《2008年世界卫生报告》¹，及其侧重于如何通过改革卫生和其它社会系统来增进卫生平等；

考虑到对环境恶化和气候变化的反应包括卫生平等问题，并注意到气候变化的影响预期将对弱势和处境不利人口的健康产生负面效应（WHA61.19号决议）；

考虑到有关事实表明世界范围预期寿命的差距日益扩大；

极其重视消除与性别有关的卫生不公平；

意识到全球成千上万的儿童尚未充分实现其潜力，投资于全面支持所有儿童的早期发展是实现整个生命过程中卫生平等的一个基本步骤；

承认改善不利的社会条件主要是一个社会政策问题；

注意到需要改进全球、国家和次国家层面各项努力之间的协调，以通过跨部门的工作处理社会决定因素，同时促进社会 and 经济发展，并认识到此类行动需要众多伙伴的合作，包括民间社会和私人部门；

考虑到现有全球管理机制²的重要作用，支持会员国提供对健康至关重要的基本服务，管制对健康有重大影响的商品和服务，同时需要建立公司责任制，

¹ 《2008年世界卫生报告：初级卫生保健——过去重要，现在更重要》。日内瓦，世界卫生组织，2008年。

² 见世界卫生组织网站：<http://www.who.int/trade/glossary/story038/en>（于2009年6月18日读取）。

1. **表示**赞赏健康问题社会决定因素委员会所做的工作；
2. **呼吁**国际社会，包括联合国各机构、政府间机构、民间社会和私立部门：
 - (1) 注意健康问题社会决定因素委员会的最后报告及其各项建议¹；
 - (2) 与世卫组织会员国和世卫组织秘书处合作采取行动，评估关于卫生不公平问题的政策和规划的影响，处理健康问题社会决定因素；
 - (3) 与世卫组织会员国和世卫组织秘书处密切合作，采取措施在所有政策中加强卫生公平性，以便增进全体人口的健康和减少不公平现象；
 - (4) 在努力实现核心全球发展目标时考虑到卫生平等，制定指标以监测进展，并考虑在处理健康问题社会决定因素和减少卫生不公平现象方面加强国际合作；
3. **敦促**会员国：
 - (1) 酌情通过对作为国家关注问题的“用一代人时间弥合差距”主要原则的政治承诺，解决国内和国家间的卫生不公平问题，协调和管理部门间卫生行动，以将卫生平等性纳入各项政策主流，并酌情采用卫生和卫生平等影响评估工具；
 - (2) 制定和实施改善公共卫生的目标和战略，重点在于卫生不公平问题；
 - (3) 在所有涉及健康问题社会决定因素的国家政策中考虑到卫生公平性，并考虑制定和加强普遍和全面的社会保护政策，包括健康促进、疾病预防和卫生保健，以及促进对关乎健康和福利的商品和服务的可得性和可及性；
 - (4) 确保有关部门之间的对话与合作，目的是将卫生考虑纳入有关公共政策和加强部门间行动；
 - (5) 在向病人提供医疗时如何考虑社会决定因素方面，提高公立和私立卫生保健提供者的认识；
 - (6) 调动所有有关伙伴，包括民间社会和私立部门，推动改善有助于整个生命过程中健康和社会福利的日常生活条件；

¹ 健康问题社会决定因素委员会。《用一代人时间弥合差距：针对健康社会决定因素采取行动以实现健康公平。健康问题决定因素委员会的最后报告》。日内瓦，世界卫生组织，2008年。

(7) 推动赋予个人和群体，尤其是边缘化个人和群体以权力，并采取措施改善影响其健康的社会条件；

(8) 根据本国情况，产生新的或运用现有方法和证据，处理健康和卫生不公平的社会决定因素和社会梯度；

(9) 发展、运用并在必要时改进卫生信息系统和研究能力，以监测和衡量各国人口的健康状况，并在本国法律和国情允许的情况下，根据年龄、性别、种族、民族、种姓、职业、教育、收入和就业等方面来汇集数据，以查明卫生不公平现象并衡量政策对卫生不公平的影响；

4. 要求总干事：

(1) 与多边系统中的伙伴机构密切合作，采取适当措施，处理健康问题社会决定因素和促进政策一致性以尽量减少不公平现象，并倡导在全球发展和研究议程中优先考虑这一主题；

(2) 提高本组织内的能力，以对与处理健康问题社会决定因素有关的任务给予充分重视，减少卫生不公平现象；

(3) 将健康问题决定因素作为指导原则，用于在各个有关工作领域采取措施，包括制定监测健康问题社会决定因素的目标指标，同时促进处理健康问题社会决定因素，以作为本组织工作各个领域，尤其是重点公共卫生规划中的一个目标减少卫生不公平现象；

(4) 支持会员国在促进获得对健康至关重要的基本服务以及酌情管制对健康有重大影响的商品和服务方面的基本作用；

(5) 确保目前振兴初级卫生保健的工作按照《2008年世界卫生报告》的建议，符合涉及健康问题社会决定因素的工作；

(6) 支持会员国奉行人人享有健康政策，解决卫生不公平现象；

(7) 应会员国请求支持其采取措施，在各个有关部门纳入健康问题社会决定因素的焦点，并设计或在必要时再设计其部门，以适当解决这一问题；

- (8) 应会员国请求支持其加强关于衡量和评估健康问题社会决定因素和造成健康不公平现象原因的现有努力，制定并监测关于卫生公平性的目标；
- (9) 支持关于有效政策和干预措施的研究，以通过处理健康问题社会决定因素来增进健康，而这同时也有助于加强研究能力与合作；
- (10) 支持区域主任根据各自地区的条件和挑战在与健康的社会决定因素有关的问题上确定区域焦点，并在这一问题上广泛调动各国参与；
- (11) 在会员国协助下，于第六十五届世界卫生大会之前举行一次全球活动，讨论通过处理健康的社会决定因素解决令人担忧的卫生不公平趋势的最新计划；
- (12) 评估处理健康问题决定因素和减少卫生不公平现象的现有全球管理机制的绩效；
- (13) 通过执行委员会向第六十五届世界卫生大会报告实施本决议的进展情况。

(第八次全体会议，2009年5月22日 - 甲委员会第三份报告)

WHA62.15 预防和控制耐多药结核病和广泛耐药结核病¹

第六十二届世界卫生大会，

审议了关于预防和控制耐多药和广泛耐药结核病的报告²；

注意到自 1991 年以来在实现 2005 年国际目标上所取得的进展、依据建立遏制结核病伙伴关系的 WHA51.13 号决议和最近的鼓励会员国保证到 2015 年实现获得国际认同的联合国千年宣言中关于结核病的目标具有充足的可用资源的 WHA58.14 号决议而采取的加速行动；

意识到遏制结核病策略的发展是预防和控制结核病的综合性策略，并代表着作为加强卫生系统的一部分的结核病控制活动在不同背景初级卫生保健中尺度和范围上的显著扩大，并强调健康的社会决定因素；

¹ 本决议对秘书处的财政和行政影响见附件 5。

² 文件 A62/20 和 A62/20 Add.1。

注意到遏制结核病伙伴关系制定的《全球遏制结核病计划 2006-2015》¹设计了针对实施遏制结核病策略和实现遏制结核病伙伴关系设定的结核病控制国际目标的活动，遏制结核病伙伴关系设定的目标是到 2015 年结核病患病和死亡率与 1990 年相比下降一半，与获得国际认同的联合国千年宣言中关于结核病的目标即“到 2015 年制止并开始扭转主要疾病的发病率”相一致；

注意到结核病的治疗和控制已经在过去十年间取得显著进展，并且据估计新病例的发病率自 2003 年以来已经逐年有所下降；

意识到全世界估计有 37% 的结核病患者还没有被发现，并且未接受治疗或者接受不恰当的治疗；

认识到结核病发病率在高危人群（包括土著人群）中尤其过高；

认识到结核病患者发现不充分和未对其提供以 DOTS 为基础的恰当治疗助长了耐药和广泛耐药结核病的发生和传播；

关注世界卫生组织第四个《全球抗击结核病耐药报告》²中提及的最高耐药水平 — 估计全球有 50 万耐多药结核病病例，其中 5 万广泛耐药结核病病例 — 对全球公共卫生安全构成威胁；

认识到迫切需要投资于研制新诊断制剂、药物和疫苗的研究以及预防和管理结核病（包括耐多药和广泛耐药结核病）的业务研究，并探索和酌情促进一系列研究和开发奖励计划，包括酌情使研究和开发费用与卫生产品价格脱钩；

注意到全部估算耐多药和广泛耐药结核病病例数中不到 3% 的病例接受世界卫生组织推荐的标准化治疗；

关注到疾病传播主要发生在缺乏适当感染控制的社区中；

关注各国对于有质量保证的抗结核药品的需求不足而导致的通过绿灯委员会机制的供应不足已经成为一个治疗耐多药和广泛耐药结核病的主要瓶颈，并且为了防止耐药发生而开发的有质量保证的固定剂量复合制剂并没有得到广泛使用；

¹ 文件 WHO/HTM/STB/2006.35。

² 文件 WHO/HTM/TB/2008.394。

意识到延迟实施《全球遏制结核病计划 2006-2015》将会导致包括耐多药和广泛耐药结核病以及艾滋病毒感染者和患者在内的结核病病例和死亡人数的上升，因此造成实现 2015 年结核病控制国际目标和获得国际认同的联合国千年宣言中关于结核病的目标的延迟；

忆及卫生大会在关于控制结核病的 WHA60.19 号决议中，敦促各会员国依据《全球遏制结核病计划 2006-2015》，在综合性健康发展计划中制定并实施包括耐多药和广泛耐药结核病在内的结核病预防控制长期计划，以及实现全球覆盖的 WHA58.33 号决议；

欢迎由 27 个耐多药和广泛耐药结核病高负担会员国代表、民间社会代表、私立部门代表和其他代表共同提出的关于结核病控制和患者治疗的北京行动倡议，商讨如何应对耐多药和广泛耐药结核病带来的严重威胁¹，

4. 敦促所有会员国：

(1) 作为向全面覆盖卫生保健服务转变的一部分，通过以下手段普及耐多药和广泛耐药结核病的诊疗服务，从而挽救生命和保障公众健康：

(a) 制定包括直接督导下的治疗、以社区为基础和以患者为中心的医疗在内的管理和治疗耐多药和广泛耐药结核病的综合框架，发现并关注艾滋病毒感染者和患者、贫困人群以及其他弱势群体，例如囚犯、矿工、移民、毒品使用者和酒精依赖患者的需求，同时关注结核病以及耐多药和广泛耐药结核病潜在的社会决定因素；

(b) 加强卫生信息和监测系统以确保发现和监测耐多药和广泛耐药结核病的流行病学概况并监测预防和控制该病方面的成就；

(c) 以确保消除资金障碍，使所有结核病患者享有公平的结核病治疗，依据地方法律确保患者的权利得到保护，确保患者受到尊重和不失尊严的待遇为目标；

(d) 作为努力解决整体卫生人力资源危机的一部分，确保具备足够的训练有素和目标明确的医务人员提供结核病、耐多药和广泛耐药结核病的诊断、治疗和关怀服务；

(e) 通过提高人员能力、增加人力资源并加速扩大获得有质量保证的快速诊断试验方法的途径来强化实验室系统；

¹ 文件 A62/20 Add.1，附件。

(f) 确保所有相关的公立和私立卫生机构均遵循国家政策，参与管理结核病，包括耐多药和广泛耐药结核病，以及结核病/艾滋病毒合并感染，并且在早期发现、有效治疗和支持患者方面加强初级卫生保健；

(g) 确保制定国家级空气传播疾病的感染控制政策（作为预防和控制感染总体规划的一部分）并在所有卫生机构和其它高危环境执行，同时确保社区充分了解结核病感染控制知识；

(h) 确保结核病治疗所用一线和二线抗结核药品的不间断供应，药品符合世卫组织资格预审标准或严格的国家监管机构的标准，并确保在促进治疗依从性的系统内优先应用有质量保证且生物可得性已得到证实的固定剂量复合制剂；

(i) 加强药品监管机制，以确保抗结核药品只凭处方才可获得，并且由具有执业资格的公立和私立机构开具处方和发放药品；

(j) 确保有效的倡导、传播和社会动员行动，避免污名和歧视，并且提高关于预防和控制包括耐多药和广泛耐药结核病在内的结核病政策和计划的知晓程度；

(k) 确立国家目标以便使耐多药和广泛耐药结核病患者能根据世卫组织准则更快地获得治疗；

(l) 加强 DOTS 的质量和覆盖面，实现 70% 的检出率和 85% 的结核治疗成功率，从而预防继发性的耐多药结核病；

(2) 为了实现 WHA58.14 号决议和 WHA60.19 号决议中提出的承诺，运用现有的各种筹资机制，包括承诺保证可持续性的内部和外部筹资，从而填补《全球遏制结核病计划 2006-2015》中明确的资金缺口；

(3) 各国政府和所有的合作伙伴为实施性研究和预防和管理结核病以及耐多药和广泛耐药结核病在研发新诊断方法、新药和新型疫苗方面大幅增加投入；

5. 要求总干事：

(1) 为各会员国在综合性治疗管理框架的基础上制定并实施包括耐多药和广泛耐药结核病在内的结核病防治应对计划提供技术支持；

- (2) 支持各会员国制定并实施各项策略，促使所有相关公立机构、志愿机构、公司和私立卫生机构参与包括耐多药和广泛耐药结核病在内的结核病防治以及结核病/艾滋病毒合并感染所有方面问题的培训和扩展活动；
- (3) 建议并支持各会员国国家药品监管机构采纳国际标准，从而提高国内药厂能力，保证生产有质量保证的药品供应国内和国际市场；
- (4) 支持各会员国提升实验室网络，使其能够开展耐多药和广泛耐药结核病的诊断和检测并推动更新、更快的诊断技术的系统评估；
- (5) 加强绿灯委员会机制，通过在高负担国家鼓励并帮助当地生产的药品通过世卫组织资格预审，帮助扩大获取价格优惠且有质量保证的一线 and 二线药品的途径；
- (6) 探索和酌情促进一系列研究和开发奖励计划，包括酌情使研究和开发费用与卫生产品价格脱钩；
- (7) 与各国合作制定国家指标并支持监控和评价本决议所陈述的各项措施的执行情况；
- (8) 通过执行委员会向第六十三届和六十五届世界卫生大会汇报取得的总体进展。

(第八次全体会议，2009年5月22日 - 甲委员会第四份报告)

WHA62.16 公共卫生、创新和知识产权全球战略和行动计划¹

第六十二届世界卫生大会，

忆及关于公共卫生、创新和知识产权全球战略和行动计划的 WHA61.21 号决议，并注意到秘书处提供的信息²，

欢迎秘书处在报告中提及非洲药物和诊断制剂创新网络的实施情况，其中支持和促进非洲为发现、开发和提供用于被忽视的热带病的药物和诊断制剂领导开展的卫生产品创新，并重申需要快速开展活动，为患有被忽视的热带病并正在遭受苦难的被忽视人群提供服务[肯尼亚]，

¹ 本决议对秘书处的财政和行政影响见附件 5。

² 文件 A/62/16、A62/16 Add.1、A62/16 Add.2 和 A62/16 Add.3。

1. 决定

(1) 将文件 A62/16 Add.3 所列的经议定的更多利益攸关方纳入行动计划；对具体行动 2.3(c)，在“政府”之前删除“有关”；

(2) 将文件 A62/16 Add.1 中所列的拟议时间安排纳入行动计划；

2. **通过**按第 1 段修订后的关于具体行动、利益攸关方和时间安排的最终行动计划¹；

3. **注意到**与行动计划有关的资金需求估算²；

4. **接受**提出的进展指标³，并注意到需要定期检查和修订；在具有定量指标的地方，秘书处应就具体行动的实施提供补充信息；

5. **要求**总干事为在实施公共卫生、创新和知识产权全球战略和行动计划方面提高效率 and 效益，显著地加强支持并把能力建设和获得服务领域内的具体行动作为优先重点；

6. **进一步要求**总干事，除继续进行监测之外，在 2014 年对全球战略和行动计划的成绩、剩余挑战和通过执行委员会于 2015 年向卫生大会提交的关于前进方向的建议开展一次全面的规划审评。

(第八次全体会议，2009 年 5 月 22 日 - 乙委员会第二份报告)

¹ 见附件 4。

² 文件 A62/16 Add.1。

³ 文件 A62/16 Add.2。

决 定

WHA62(1) 证书委员会的组成

第六十二届世界卫生大会任命由下述会员国代表组成证书委员会：阿尔巴尼亚、安道尔、伯利兹、文莱达鲁萨兰国、佛得角、乍得、希腊、老挝人民民主共和国、马尔代夫、莫桑比克、阿曼、委内瑞拉（玻利瓦尔共和国）。

（第一次全体会议，2009年5月18日）

WHA62(2) 选举第六十二届世界卫生大会官员

第六十二届世界卫生大会选举出下列官员：

主席： N.S. de Silva 先生（斯里兰卡）

副主席： O.Ugarte Ubilluz 博士（秘鲁）
A.M. Fouda 先生（喀麦隆）
L.-E. Holm 博士（瑞典）
A.Y. Rasa'a 博士（也门）
A. Matthew 博士（马绍尔群岛）

（第一次全体会议，2009年5月18日）

WHA62(3) 选举主要委员会官员

第六十二届世界卫生大会选举出主要委员会的下列官员：

甲委员会： 主席 F. Meneses González 博士（墨西哥）

乙委员会： 主席 S. McKernan 先生（新西兰）

（第一次全体会议，2009年5月18日）

随后，主要委员会选举出下列官员：

甲委员会： 副主席 M. Ramatlapeng 博士（莱索托）
M. bin Hamad bin Jaber Al-Thani 博士（卡塔尔）

报告员 S.T. Aydin 女士 (土耳其)

乙委员会：副主席 U.S. Sutarjo 博士 (印度尼西亚)
V. Jaksons 先生 (拉脱维亚)

报告员 E.G. Allen Young 博士 (牙买加)

(甲委员会第一次会议, 2009年5月18日;
乙委员会第一次会议, 2009年5月20日)

WHA62(4) 成立会务委员会

第六十二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：阿富汗、亚美尼亚、孟加拉国、中国、哥斯达黎加、科特迪瓦、古巴、捷克共和国、吉布提、法国、几内亚比绍、肯尼亚、俄罗斯联邦、卢旺达、斯威士兰、大不列颠及北爱尔兰联合王国、美利坚合众国。

(第一次全体会议, 2009年5月18日)

WHA62(5) 通过议程

第六十二届世界卫生大会在作出修订后通过了执行委员会在其第 124 届会议上拟定的临时议程。

(第二次全体会议, 2009年5月18日)

WHA62(6) 审核证书

第六十二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、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、柬埔寨、喀麦隆、加拿大、佛得角、中非共和国、乍得、智利、中国、哥伦比亚、科摩罗、刚果、库克群岛、哥斯达黎加、科特迪瓦、克罗地亚、古巴、塞浦路斯、捷克共和国、朝鲜民主主义人民共和国、刚果民主共和国、丹麦、吉布提、多米尼加共和国、厄瓜多尔、埃及、萨尔瓦多、赤道几内亚、厄立特里亚、爱沙尼亚、埃塞俄比亚、斐济、芬兰、法国、加蓬、冈比亚、格鲁吉亚、德国、加

纳、希腊、格林纳达、危地马拉、几内亚、几内亚比绍、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、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、阿拉伯利比亚民众国、立陶宛、卢森堡、马达加斯加、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、挪威、阿曼、巴基斯坦、巴拿马、巴布亚新几内亚、巴拉圭、秘鲁、菲律宾、波兰、葡萄牙、卡塔尔、大韩民国、摩尔多瓦共和国、罗马尼亚、俄罗斯联邦、卢旺达、圣基茨和尼维斯、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、西班牙、斯里兰卡、苏丹、苏里南、斯威士兰、瑞典、瑞士、阿拉伯叙利亚共和国、塔吉克斯坦、泰国、前南斯拉夫的马其顿共和国、东帝汶、多哥、汤加、特立尼达和多巴哥、突尼斯、土耳其、土库曼斯坦、图瓦卢、乌干达、乌克兰、阿拉伯联合酋长国、大不列颠及北爱尔兰联合王国、坦桑尼亚联合共和国、美利坚合众国、乌拉圭、乌兹别克斯坦、瓦努阿图、委内瑞拉(玻利瓦尔共和国)、越南、也门、赞比亚、津巴布韦。

(第六次全体会议, 2009年5月21日)

WHA62(7) 选举有权指派一人供职于执行委员会的会员国

第六十二届世界卫生大会在审议了总务委员会的建议后选举出下列国家为有权指派一人供职于执行委员会的会员国: 文莱达鲁萨兰国、布隆迪、加拿大、智利、爱沙尼亚、法国、德国、印度、日本、塞尔维亚、索马里、阿拉伯叙利亚共和国。

(第七次全体会议, 2009年5月21日)

WHA62(8) 联合国合办工作人员养恤基金: 任命参加世卫组织工作人员养恤金委员会的代表

第六十二届世界卫生大会任命阿曼代表团 A.J. Mohamad 博士为世卫组织工作人员养恤金委员会委员和挪威代表团 H. Siem 博士为候补委员, 他们的任期均为三年, 到2012年5月届满。

(第七次全体会议, 2009年5月21日)

WHA62(9) 选择召开第六十三届世界卫生大会的国家

第六十二届世界卫生大会根据《组织法》第十四条决定第六十三届世界卫生大会在瑞士召开。

(第八次全体会议, 2009年5月22日)

附 件

附件 1

预防可避免的盲症和视力损害行动计划¹

[A62/7—2009 年 4 月 2 日]

1. 根据世卫组织最新估计,世界范围内约有 3.14 亿人患有由于眼睛疾病或者未经矫正的屈光不正造成的视力损害。其中有 4500 万盲人,他们中的 90%生活在低收入国家。造成盲症的主要原因是白内障(39%)、未经矫正的屈光不正(18%)、青光眼(10%)、年龄相关性黄斑变性(7%)、角膜混浊(4%)、糖尿病性视网膜病变(4%)、沙眼(3%)、儿童眼疾(3%)以及盘尾丝虫病(0.7%)。由于仍然缺少某些致病原因(如老视)方面的流行病学详细情况,盲症和视力损害的实际严重程度可能会比估计数字更高。
2. 利用当今的知识和技术,高达 80%的全球盲症可以得到预防或治疗。已经具有符合成本效益的干预措施来对付可避免盲症的主要病因。近些年来,已经设立了一些重要的国际伙伴关系,包括非洲盘尾丝虫病控制规划、美洲盘尾丝虫病消灭规划、世卫组织全球消灭致盲性沙眼联盟以及视觉 2020: 享有看见的权利。
3. 最近通过的两项卫生大会决议(WHA56.26 和 WHA59.25)重点涉及到可避免的盲症和视力损害问题,决议敦促会员国主要通过制定专门的计划以及将这一主题纳入到国家卫生计划和规划之中,在预防疾病方面开展工作。尽管在眼健康领域已经取得了很大进展,但是许多国家和社区的可避免盲症流行率仍然很高,令人不可接受。

目的

4. 该计划旨在通过在国家和次国家层面制定综合性眼健康规划,扩展会员国、秘书处和国际合作伙伴在预防盲症和视力损害方面所作出的努力。
5. 为加强和协调现有的活动,特别是针对低收入和中等收入国家,本计划试图:
 - (a) 加强对消灭可避免盲症的政治和财政承诺;
 - (b) 促进起草符合成本效益且基于证据的干预措施的标准和指南,并促进使用现有此类标准和指南;
 - (c) 审查在实施预防盲症和视力损害的政策、计划和规划方面所取得的国际经验并且分享吸取的教训以及最佳实践;

¹ 见 WHA62.1 号决议。

- (d) 强化与预防可避免盲症相关的利益攸关者之间的伙伴关系与合作并加强协调；
- (e) 系统地收集、分析并传播在全球、区域和国家预防可避免盲症方面的趋势和取得进展的信息。

范围

6. 如疾病和有关健康问题的国际统计分类第十一次修订本草案所定义的那样¹，该计划的重点放在可避免盲症和视力损害的主要病因方面。该计划不涉及那些缺乏以证据为基础的预防和/或治疗干预措施的较轻类型视力损害或眼疾；这些病例需要采取有效并且适当的康复措施，使身患残疾的病人能够获得并尽最大的可能维持其独立性，同时完全融入并参与到生活的各个方面。

7. 由于致盲疾患属于慢性病并且大多数情况下由非传染病造成，这份计划是对卫生大会以 WHA61.14 号决议批准的预防和控制非传染病全球战略行动计划作出的补充。但是由于多数致盲计划并不具有同样的危险因素，预防战略存在很大差异，而不象非传染性疾病计划中所涉及的烟草使用那样。像非传染病一样，尽管初级卫生保健和基于社区的干预措施对于预防盲症和视力损害是必不可少的，但是要提供高质量的眼保健服务需要具备特定的技能、技术以及基础设施。

8. 有证据表明，像是由沙眼和盘尾丝虫病以及与麻疹有关的眼科并发症造成的可避免盲症的严重程度正在逐步减轻，但是由非传染性、与年龄相关的眼科疾病（如白内障、青光眼和糖尿病性视网膜病变）造成的盲症在不断上升。需要继续作出努力，开展针对盘尾丝虫病和沙眼的规划活动，以控制疾病并且避免复发。需要对传染性和非传染性疾病采取一种部门间协调一致的策略。

9. 鉴于全球经济环境不景气，必须最大限度地发挥整个世卫组织现有的资源和技术规划的作用，这类资源和技术规划既有助于预防盲症又可对易于给人群带来视力损害的状况产生影响。如在脆弱人群中利用免疫和维生素 A 补充规划来减少由于角膜混浊导致盲症的危险。

¹ “盲症”定义为利用现有矫正方法之后，较好眼睛的视敏度低于 3/60，或相应的视野丧失达到 10 度以下的情况。“严重视力损害”定义为视敏度在低于 6/60 到 3/60 之间的情况，“中度视力损害”定义为视敏度低于 6/18 到 6/60 之间的情况。本文件中，“视力损害”包含了严重视力损害和中等视力损害两种情况。

与现有战略和计划的关系

10. 预防可避免盲症和视力损害是卫生大会通过的数项决议的主题内容¹，其中鼓励该领域全球层面的数个国际伙伴关系和联盟开展协作。该行动计划对世卫组织 2008 - 2013 年第十一个工作总规划以及 2008 - 2013 年中期战略性计划的实施发挥支持作用，特别是对包含预防和控制可避免的盲症和视力损害工作内容的战略目标 3 带来支持。也会支持现有区域决议和计划的实施²。

资源

11. 2008 - 2009 年规划预算对秘书处实现战略性目标 3 要作工作的所需财务资源进行了描述。在未来的双年度内，还需要获得更多资源。全球、区域和国家层面要在预防可避免的盲症和视力损害方面取得进一步进展，取决于所获得的额外资源的数量。包括政府间和非政府组织、学术团体和研究机构以及私立部门在内的所有合作伙伴，都需要在所有层面为动员资金进一步作工作。

时限

12. 这份行动计划旨在涵盖 2009 - 2013 年这个时段、也就是中期战略性计划的剩余五年。

形势分析

盲症和视力损害的严重程度、病因和影响

13. 为确定重点、设计有针对性的战略以及建立国际防盲合作与联盟，有必要确定盲症病因和盲症的严重程度。近几年，全球盲症和视力损害病因和严重程度的可得信息已增加很多。过去，病因调查使用了种类繁多的方法和定义，而世卫组织制定的标准化和可行方法，促进了从会员国收集具有可比性的流行病学和卫生体系数据，例如快速评估白内障外科服务和可避免盲症的情况。儿童盲症治疗方案也是这类进展的又一个例证。

¹ 有关消灭可避免盲症的 WHA22.29、WHA25.55、WHA28.54、WHA47.32、WHA51.11 和 WHA56.26 号决议，以及有关预防可避免的盲症和视力损害的 WHA59.25 号决议。

² 见有关视觉 2020：享有看见的权利 - 消灭可避免的盲症的 EM/RC49/R.6 号决议、有关预防可避免的盲症和视力损害的 EM/RC52/R.3 号决议、文件 AFR/RC57/6（加快消灭可避免的盲症 - 世卫组织非洲区的一项战略）以及泛美卫生组织：2008 - 2012 年眼部健康战略和行动计划草案。

14. 迄今为止，已在 65 个国家开展了流行病学调查。然而，在其他国家没有进行调查和缺少数据的状况，严重阻碍了干预措施详细计划的制定以及监测和评价工作。此外，缺少人口视力健康状况的流行病学数据，对于进一步分析视力损害的趋势以及及时制定适当的公共卫生干预措施带来了限制。

15. 收集可靠、标准化的流行病学数据，是那些缺少这些数据国家的一项重点工作。同时，需要采取行动，开发出模式作法，以明确趋势、制定具体目标，从而使预防可避免盲症和视力损害的计划更能突出重点并以证据作为基础。同时，还需要改进系统地收集有关人力资源、基础设施和现有技术的标准化信息的机制；各国必须准备好应对这些已知的需求。

把预防盲症和视力损害作为国家卫生发展计划和世卫组织与会员国技术合作的组成部分

16. 尽管世卫组织掌握盲症严重程度、病因以及预防战略的信息，但是部分国家的决策者和卫生保健提供者显然并没有完全意识到现已存在的眼保健干预措施、具备的成本效益，以及可预防或治疗全球 80% 的可避免盲症的潜力。国家合作战略反映出各国卫生部与世卫组织共同商定的联合议程。到目前为止，尽管卫生大会通过了七个有关预防可避免盲症和视力损害的决议，并且世卫组织已经存在预防盲症方面的长期性重要国际伙伴关系，以及在减少可避免盲症方面取得了重要成功，例如世卫组织的盘尾丝虫病控制规划，但却很少把预防盲症纳入这类议程文件内。在国家层面，尚缺乏用来预防盲症的足够资源，这是一个主要障碍。此外，由于资源限制状况不断加剧，捐助国和受援国通常把重点放在与死亡相关的疾病控制规划上，而不是放在解决残疾问题的规划方面。同时，缺少有经验的工作人员协调区域和国家层面的防盲活动。

17. 在卫生发展计划和国家合作战略中应更为重视防盲工作。同时需要采取行动，对那些盲症和视力损害属于一个主要卫生问题的会员国，加强技术支持，并提出更多专家建议。

国家眼健康和防盲委员会

18. 成立眼健康和防盲国家委员会和规划十分重要。其作用是与所有国内和国际的主要合作伙伴沟通，分享信息并执行国家眼健康和防盲等方面的协调工作。国家委员会可发挥作用是制定国家防盲计划及其执行、监测和定期评估的前提。有些国家，特别是那些分权管理或联邦制的国家，在次国家层面设有类似的委员会。

19. 到 2008 年底，有 118 个会员国报告称成立了国家委员会。然而，并非所有国家的委员会在发挥作用；可惜的是，在很多情况下这些委员会还没有成功地采取行之有效的

行动。某些情况下，通常挑选一些具有奉献精神的眼保健专业人员，靠他们发挥领导作用，担当防盲计划和规划的推动力量。委员会的成员构成通常不够统一，从所有主要合作伙伴都有代表性（包括国家卫生保健当局）的最理想状况，到只有一组具有奉献精神的眼保健专业人员为成员的情况。

国家眼健康和防盲规划

20. 经验表明，在低收入和中等收入国家，一个包含明确具体目标和指标、有时间限定、可被衡量的综合性国家计划，可以极大地改善眼科卫生保健服务的提供。

21. 大多数低收入和中等收入国家（截至 2008 年底为 104 个会员国）报告称制定了国家眼健康和防盲计划，但是对计划执行和产生的影响所作出的报告和评估尚不够充分。一些国家的计划不包含可衡量的具体目标、执行时间表和适当的监测和评价工具。一些国家的计划只是得到部分执行。此外，由于缺少资源和领导力，一些国家仅取得了缓慢进展或取得的进展零七八碎，其眼健康和国家防盲计划没有对眼保健服务的提供带来切实改善。有必要确保国家计划在执行阶段得到良好管理，同时必须采取标准化方法，监测和评价国家和次国家层面的眼健康和防盲规划。

世界卫生组织预防盲症和视力损害战略和技术支持的提供

22. 世界卫生组织预防盲症和视力损害战略基于三个核心内容：加强疾病控制、人力资源开发和基础设施与技术。这一方针自 1999 年“视觉 2020：享有看见的权利”全球行动以来一直在加以提倡，该行动是作为世界卫生组织与国际防盲机构之间建立伙伴关系而设立的。过去十年里，在制定和执行世界卫生组织有关控制盲症和视力损害的传染性病因方面取得了重要进展。盘尾丝虫病和沙眼控制方面的成绩，分别是在会员国和国际合作伙伴接受和执行了世界卫生组织利用伊维菌素并由社区对治疗进行指导的战略，以及沙眼控制方面的 SAFE 战略为基础而取得的。这种统一的方式促进了针对数百万处在丧失视力危险中人口的预防工作，同时说服了主要捐助者，需要作出长期的承诺。

23. 随后，盲症病因类型的主要变化被记载下来，传染性病因呈下降趋势，而年龄相关性慢性眼科疾患则不断上升。对诸如白内障和糖尿病性视网膜病变等一些主要病患的公共卫生干预措施进行了系统审查，世界卫生组织已提出了相应建议。需要制定控制其它病患的战略，如青光眼。

24. 到 2008 年底，有 150 个会员国组织了国家级或次国家级“视觉 2020”研讨班，介绍世界卫生组织眼健康战略。这些讲习班是共享社区眼健康专门知识的平台，促进了需求评估和随后制定国家级和次国家级防盲计划的进程。

把预防可避免盲症和视力损害作为一个全球卫生问题

25. 为控制大多数可避免盲症的主要病因，需要可靠的流行病学数据及成本效益良好的干预措施，这表明了在保护眼健康问题上加强国家行动的重要性。卫生大会在其第WHA56.26号和第WHA59.25号决议中，建议在防盲活动中使用统一的方法，督促会员国成立国家委员会、制定国家防盲计划，以及确立计划执行的监测和评价机制。此外，已经认识到，对预防视觉损失的宣传需覆盖更大范围的受众，在公共卫生领域和社区还需进一步促进提高眼健康保护的重要性。

26. 在一些国家，卫生大会的决议对于划拨新资源，用来制定和执行防盲计划所带来的影响，与期望值相比相距甚远。大多数国家采取的行动十分缓慢，执行适当的防盲活动方面所取得的进展十分有限。

27. 在全球层面以及有时在区域和国家层面，均有防盲计划和规划。但是现在要求采取的行动是为仍未制订此类规划的会员国提供支持，使它们运用国际经验和科学证据，以制定和执行其自身的防盲措施。并要求采取行动，把眼健康议程及其对减贫的影响纳入到总体发展议程之中。

国际伙伴关系

28. 在过去十年里，主要国际伙伴关系得以形成，以协助世卫组织为会员国的防盲工作提供支持，例如“视觉 2020：享有看见的权利”。这种伙伴关系取得了相当大的进展，主要是在盲症的传染性病因控制方面。它们还鼓励和支持长期性资源筹集工作，包括捐助规划（比如默沙东用于控制盘尾丝虫病的伊维菌素捐助项目和辉瑞的一项控制沙眼用阿奇霉素发放捐助项目）。全球伙伴关系极大地联合和加强了主要国际利益攸关者使用世卫组织疾病控制战略所采取的防盲行动。

29. 需要对国际合作伙伴的工作进行协调并及时作出评价，以使其所采用的方法与防盲领域的其它活动保持一致。尽管国家和次国家级收集防盲活动的的数据工作取得了相当大的进展，但是综合性报告仍然有限。一个原因是许多国家的监测系统不够完善，另一个原因是各国与它们国际伙伴之间的信息共享和交换存在局限性。

30. 现在需要采取的行动，是改善所有利益攸关者之间的协调和信息交换。

人力资源和基础设施

31. 尽管为加强眼健康人力资源做出了努力，但是眼健康人员短缺这一严重问题在许多低收入国家始终存在。比如非洲区域许多国家每 100 万居民中只有一名眼科医生。此外，现有的人力资源通常集中在大型城区，而农村地区得到的服务很差，甚至根本没有服务。另外，许多公立和大学所属卫生保健机构中受过良好培训的人员脱离收入低的岗位，寻求到国内私立卫生保健部门工作，甚至到国外寻找工作机会。因此，正是低收入国家最贫穷的地区处境最为不利，这是由于数量短缺、生产力低下和不公平配置导致的未达到最佳标准的工作队伍而造成的。

32. 尽管眼保健最新技术发展为诊断和治疗带来先进的方法，但是装备一个适宜的二级和/或三级眼保健中心的成本对于许多低收入国家来说仍过于高昂。

33. 要求各国在国内采取紧急行动，培训更多眼保健人员，并调整城市和农村地区现有工作队伍的配置。

资源筹集

34. 强有力的国际伙伴关系一直为说服国际和国内捐助人支持防盲活动起到推动作用（比如非洲盘尾丝虫病控制规划、美洲盘尾丝虫病消灭规划、世卫组织全球消灭致盲性沙眼联盟以及视觉 2020：享有看见的权利）。尽管这些针对特定疾病的活动取得了成绩，但是国家眼健康和防盲规划现有资源严重短缺问题一直存在。此外，还没有充分挖掘获得额外国际和国内资源的潜力。预防盲症和视力损害活动缺乏足够资源会严重阻碍眼科卫生保健的进步。

35. 现在要求采取的行动是，审查眼健康体系的现有筹资方法、强调盲症带来的社会经济影响、眼健康干预措施的成本效益，以及盲症和视力损害早期干预在财政方面带来的益处。

把眼健康纳入广泛的发展计划之中

36. 把眼健康纳入更广泛的部门间发展计划，将有助于形成全面、综合性卫生服务，以及资源和基础设施共享。那些把防盲工作纳入更广泛卫生发展规划和/或社会经济发展规划中的国家，就获得了一个附加价值。

37. 尽管有报告说明视力损害与受影响个体的社会经济机遇减少之间存在关联，但是许多国际和国内主要发展议程上并没有对防盲工作给以足够重视。关于盲症在各种社会经济环境下所产生影响的研究尚不够充分，有关低收入人群获得眼保健的限制因素方面的研究也是同样。现在需要采取的行动是进一步促进这些领域的研究。

目标和行动

目标一：加强宣传，提高会员国的政治、财政和技术承诺，消灭可避免盲症和视力损害

38. 为保护视力健康而进行的国际宣传，目的是提高对当前防盲计划的认识，特别是对具有成本效益的现有干预措施及其执行时的国际经验的认识。这项宣传工作的对象应是卫生保健专业人员和决策者，以鼓励采取针对眼科卫生保健体系的改善、将眼科卫生保健体系纳入国家卫生体系以及把眼健康纳入更广泛卫生保健和发展计划所需要的部门间行动。还应针对潜在捐助者和那些确定研究优先顺序和资助水平的人，以便积累有关预防盲症和视力损害及其影响方面的证据。

39. 需进一步开展危险因素影响方面的研究，例如吸烟、紫外线辐射和缺乏个人卫生。同时，还需要进一步研究眼保健服务获得性的不公平问题。

40. 应特别重视提高公众认识，并寻找有关预防视觉损失和治疗眼疾方法的适当信息沟通途径。

会员国的行动建议

41. 建议在卫生部和其他主要机构酌情设立眼健康和防盲的国家协调机制，如设立国家协调员一职，并提供支持。

42. 考虑划拨用于眼健康和防盲工作的预算经费。

43. 促进并将眼健康融入各层面的卫生保健服务。

44. 重视世界爱眼日。

45. 将保持眼健康纳入健康促进议程中。

秘书处的行动

46. 在政治方面做出分析，以确定得到高层决策者的支持和对促进眼健康作出承诺的最佳方式，并探索将预防盲症纳入社会经济政策和规划的潜在影响及方法。[2009-2011]

47. 通过以证据为基础的信息和流行病学数据，使决策者了解眼部疾病、性别、贫困和发展之间的关系，并推进与眼健康问题有关的健康问题社会决定因素方面的工作。[2009-2010]

48. 协调国际合作伙伴在各种健康与发展论坛上使用的宣传信息。[2009-2010]
49. 促进世卫组织内部各规划及各组别的合作，以致力于解决视力损害的主要危险因素。

国际合作伙伴的行动建议

50. 支持世卫组织在倡导方面让所有利益攸关者都参加进来，提高对盲症和视力损害严重程度的认识，增加具有成本效益的干预措施的可及性及实施这些干预措施的国际经验。
51. 支持会员国成立论坛，使关键利益攸关者（包括非政府组织、专业协会、学术团体、研究机构和私立部门）可以针对可避免的盲症和视力损害共同采取行动。

目标二：制定并加强眼健康以及预防盲症和视力损害的国家政策、计划和规划

52. 针对眼健康以及预防可避免的盲症和视力损害的国家政策、计划和规划，是采取协调一致、基于证据、符合成本效益并且可持续性的干预措施必不可少的工具。将眼健康纳入相关的国家卫生政策(包括与学校卫生和职业卫生相关的政策)，促进采取协调一致的多学科方法并形成以初级眼科保健为重点的综合眼保健服务。
53. 设计了以证据为基础、解决可避免的盲症和视力损害几个主要病因的世卫组织战略，以支持政策和规划的制定。已经制定了控制沙眼、盘尾丝虫病、维生素 A 缺乏、糖尿病性视网膜病变及白内障相关失明的一些战略，但仍需针对造成失明的新出现主要病因制定战略。

会员国的行动建议

54. 如有足够的能力，制定预防盲症和视力损害国家战略及相应指南；否则，可考虑使用世卫组织推荐的战略和指南。
55. 审查与视力健康有关的现行政策，找出差距并制定有利于形成全面眼保健体系的新政策。
56. 将预防盲症和视力损害纳入减贫战略及相关的社会经济政策中。

57. 使相关的政府部门参与政策、计划及规划的设计和 implementation，以预防盲症和视力损害。
58. 通过包含社区眼健康内容的培训规划，发展一支包含辅助医务人员和社区卫生工作者的眼健康人员队伍。

秘书处的行动

59. 审查旨在控制未矫正的屈光不正的公共卫生战略经验，这些未矫正的屈光不正包括老视、青光眼、年龄相关性黄斑变性、角膜混浊、遗传性眼疾及包括维生素 A 缺乏后遗症在内儿童的特定眼疾。[2009-2011]
60. 促进眼健康和国家防盲委员会的建立及活动开展，并就上述委员会的成员、角色及作用问题向会员国提供指导，为国家计划的制订、实施及评估提供直接技术支持。
61. 制定一个协调一致的标准化方法，收集、分析并传播关于实施国家眼健康相关政策的信息及公共卫生方面的防盲最佳实践，包括现有的健康保险制度及其对各方面眼保健的提供带来影响方面的信息。[2009-2011]
62. 促进与其它重要规划及伙伴关系(例如世卫组织全球卫生人力联盟)的合作，以促进人力资源的发展，在一级、二级和三级层面提供眼保健。[2009-2010]
63. 审查用于教育和培训眼科卫生保健专业人员的课程设置和最佳实践。[2010-2011]
64. 加强区域和国家办事处为眼健康和防盲提供技术支持的能力。

国际合作伙伴的行动建议

65. 推动世卫组织推荐的防盲和视力损害战略和指南的实施，并在会员国的协助下，致力于收集实施方面的国家信息。
66. 为国家防盲计划进行集资并支持实施工作，以便避免工作重复。
67. 为控制造成盲症的营养学及可传播病因方面的规划持续提供支持。

目标三：加强并扩展针对预防盲症和视力损害的研究

68. 为预防盲症和视力损害所采取的公共卫生行动需要以证据为基础且具有成本效益。在促进多方位及多部门研究方面进行国际合作，对发展全面、综合、平等、高质量及可持续性的眼保健体系必不可少。需要对利用现有证据的方法进一步进行研究。特别要把重点放在评估为在不同人群中（包括儿童）早期发现和筛查盲症及视力损害的原因而采取的干预措施及不同战略上。

会员国的行动建议

69. 促进国家研究机构对社会经济决定因素、性别作用、干预措施的成本效益及高危人群的确切进行研究。

70. 评估盲症及视力损害的经济成本及其对社会经济发展带来的影响。

71. 决定贫困及其他决定因素对人们获取眼保健服务中的社会经济差距梯度的影响。

72. 将流行病学、行为学、卫生体系和卫生人力研究纳入眼健康及预防盲症和视力损害的国家规划中。

秘书处的行动

73. 与其它合作伙伴协作，对危险因素的现有数据进行整理，这些危险因素包括吸烟、不健康饮食、缺乏身体活动、紫外线辐射及缺乏个人卫生等，并协调制定与盲症的病因及预防相关的重点研究议程，特别将重点放在低收入和中等收入国家上。[2009-2011]

74. 支持会员国评估公共卫生政策及战略对眼健康现状带来的影响，并分享其成果。

75. 促进制定盲症及视力损害病因及严重程度的发展趋势的预测模型，并将优先考虑眼保健体系的发展及其目标的确立。[2010-2011]

国际合作伙伴的行动建议

76. 支持低收入和中等收入国家建设其在流行病学和卫生系统研究方面的能力，包括眼科疾病方面的规划实施和评价所需的分析和运作研究。

77. 支持低收入和中等收入国家的机构与高收入国家的机构之间展开合作。
78. 与会员国协调，支持并优先考虑全球、区域及次区域层面上的眼科疾病研究。
79. 加强并支持世卫组织的合作中心及国家研究机构与预防盲症及视力损害相关的研究。

目标四：国家和国际层面上的各伙伴关系和利益攸关者为预防盲症和视力损害加强协调

80. 为预防盲症和视力损害，大型的国际伙伴关系和联盟对形成有效的公共卫生应对措施非常重要。在此过程中，会员国、联合国机构、其它的国际机构、学术团体、研究中心、专业性卫生保健组织、非政府组织、服务性组织、民间社会和企业部门都是关键利益攸关者。所面临的挑战是，加强全球及区域伙伴关系并将预防盲症纳入更广泛的发展行动中，这些行动包括了为建立新的跨部门合作及联盟形式所作出的努力。

会员国的行动建议

81. 促进参与并积极支持现有的旨在预防可避免的盲症和视力损害的国际伙伴关系和联盟，包括与非传染病控制规划及被忽视的热带病防控活动的协调。
82. 促进公共、私立及志愿部门在国家及次国家层面上形成伙伴关系。

秘书处的行动

83. 根据 WHA56.26 号决议，召集成立世卫组织消灭可避免盲症监测委员会。[2009]
84. 将世卫组织合作中心的工作计划与此行动计划的实施结合起来，支持并加强世卫组织合作中心的作用。[2009-2010]

国际合作伙伴的行动建议

85. 为实施此行动计划的各项内容，与会员国和秘书处紧密合作并提供支持。
86. 与其它具有更广泛发展议程的国际组织和机构联络，发现合作机会。
87. 继续支持现有的控制盘尾丝虫病及沙眼的伙伴关系，直至这些作为公共卫生问题的疾病得到消灭。

目标五：监测国家、地区及全球层面上消灭可避免盲症取得的进展

88. 有关盲症及视力损害病因、严重程度、地域分布及发展趋势的信息，对以证据为基础的宣传和计划活动非常重要。同样，了解目前服务提供的限制因素和差距，并监测会员国如何对此加以解决，对行动计划的的成功实施至关重要。只有对防盲行动进行持续性监测并定期评估才能对行动计划作出必要及时调整。

会员国的行动建议

89. 定期提供关于盲症和视力损害的流行率及病因的最新数据和信息，这些数据和信息按年龄、性别和社会经济地位分列。

90. 运用世卫组织现有的工具(比如在白内障、沙眼及盘尾丝虫病工作中所使用的工具)，加强标准化的数据收集并建立监测体系。

91. 运用世卫组织标准化的报告系统，就国家防盲战略和计划的实施情况定期提供进展报告。

秘书处的行动

92. 与主要的利益攸关者合作，审查并更新用于监测及定期评估预防盲症及视力损害行动的指标清单，并确定目标和时间表。[2009-2011]

93. 审查数据输入，以确定国家层面上采取的预防可避免盲症及视力损害行动带来的影响，目的是根据 WHA56.26 号决议，展现出可避免盲症的严重程度已有所下降。[2009-2011]

94. 根据 WHA56.26 号决议，记录有成功防盲规划的国家的良好做法和防盲系统或典型，以便可加以调整或在其它发展中国家运用。[2009-2010]

95. 着手对预防盲症及视力损害工作(包括国际伙伴关系的工作)定期进行独立评估，评估情况由世卫组织消灭可避免盲症监测委员会进行审查。[2009-2010]

96. 促进开展《全球疾病负担：2005 年研究》¹。[2009-2010]

¹ <http://www.globalburden.org>

国际合作伙伴的行动建议

97. 为会员国及秘书处监测和评估地区及全球层面防控盲症及视力损害的进展，提供协作支持。

98. 与世卫组织合作建立一个网络，审查地区及全球在预防盲症及视力损害方面的进展监测与评估情况。

指标

99. 为了评估盲症及视力损害病因的发展趋势，衡量会员国在预防盲症和视力损害方面的进展以及监测本行动计划的实施情况，需要确定并界定一套核心程序及结果指标。这些指标的主要侧重点放在秘书处和会员国已采取的行动上。每个国家可依据重点和资源自行制定一套指标；然而，为了追踪全球及地区进展，需要将数据及信息收集进行标准化。需要对世卫组织目前用于监测及报告预防盲症和视力损害全球现状的一套指标¹进行审查并加以更新。许多指标的基线值可以从世卫组织获得；对于现在无法获得的基线值，将建立收集相关数据的机制。

¹ 文件 WHO/PBL/03.92。

附件 2

世界卫生组织财务条例¹

[A62/32—2009 年 3 月 26 日]

第一条 — 适用范围和授权

- 1.1 本条例适用于世界卫生组织的财务管理。
- 1.2 总干事负责按照本条例确保本组织的有效财务管理。
- 1.3 为本条例的有效实施，总干事可在不损害第 1.2 条的情况下将其视为需要的权力和相关责任授予本组织的其他官员。
- 1.4 为本条例的实施，总干事应制定《财务细则》，包括有关指导原则和限制，以确保有效财务管理、厉行节约和保护本组织资产。

第二条 — 财务期

- 2.1 规划预算的财务期是从偶数年份开始的两个相继历年。

第三条 — 预算

- 3.1 《组织法》第五十五条所提及的财务期概算（以下称为“预算方案”）由总干事编制。预算方案将以美元表示。
- 3.2 预算方案分为编、款、项，并附有卫生大会可能要求的或以卫生大会名义要求的资料、附件和解释性说明，以及总干事认为需要的或有用的其它附件或说明。
- 3.3 总干事应在卫生大会例会开幕至少 12 个星期以前并在执行委员会对其审议的应届会议开幕前，提交预算方案。同时，总干事应将该方案送交各会员国（包括准会员）。
- 3.4 执行委员会应将该方案连同其可能就此提出的任何建议一并提交卫生大会审议。
- 3.5 下一财务期的预算在预算方案相关双年度的前一年经由卫生大会相应的主要委员会审议并就此提出报告后，由卫生大会批准。
- 3.6 在向卫生大会提交预算方案及其建议的执行委员会会议期间，如总干事获悉由于情况发展表明在应届卫生大会前可能需要更改方案时，应向执行委员会提出报告，供其考虑在提交给卫生大会的建议中列入相应条款。

¹ 根据 WHA62.6 号决议修订的文本。

3.7 在审议预算方案的执行委员会会议后或在执行委员会提出任何建议后，如情况发展可能需要或总干事认为可取时更改预算方案，总干事应就此向卫生大会报告。

3.8 凡需要增加卫生大会业已批准的拨款时，总干事可向执委会提出追加方案。所述方案的提出应符合应届财务期预算方案的格式和程序。

第四条 — 正常预算拨款

4.1 拨款一经卫生大会批准，即赋予总干事有权按批准的拨款用途及数额，承担合同义务及支付用款。

4.2 对相应财务期内的承诺，应具备有拨款，以便用于在本财务期内或下一年内支付。

4.3 事先经执行委员会或其可能授予相应权力的任何委员会同意，总干事有权在各拨款项之间进行转拨。如果执行委员会或其可能授予相应权力的任何委员会不在开会，事先经执行委员会或此类委员会多数成员书面同意，总干事有权在各拨款项之间进行转拨。总干事应向执行委员会下届会议报告这些转拨。

4.4 在批准预算方案的同时，卫生大会应确定一项汇率补贴措施，规定可用以弥补外汇损失的最高水平。该补贴措施的目的应是使有可能保持预算水平，以便不管各种货币对美元的联合国正式汇率的任何波动影响如何，经卫生大会批准、由预算所反映的所有活动可予执行。

第五条 — 正常预算资金的提供

5.1 拨款由会员国按卫生大会确定的会费比额交纳的评定会费及正常预算的预计利息收入、上期收到的欠款和划归正常预算的任何其它收入提供。

5.2 由会员国会费提供的数额应在调整卫生大会拨款总额后计算，以反映由以上第 5.1 条所列的资金来源提供资金的那部分正常预算。

5.3 如果总拨款少于在正常预算方案下卫生大会批准的数额，总干事应审查正常预算实施计划，以便作出可能必要的任何调整。

第六条 — 评定会费

6.1 以会费比额为基础的会员国评定会费，应分为两份相等的年度付款。在财务期的第一年，卫生大会可决定修改财务期第二年实行的会费比额。

6.2 卫生大会通过预算后，总干事应通知各会员国在财务期内各自应承担的会费并要求它们交纳第一年和第二年的年度会费。

- 6.3 如卫生大会决定修订财务期第二年施行的会费比额，或调整用会员国会费支付的拨款数额时，总干事应通知各会员国其会费的修订数额，要求它们交付经修订的第二年的年度会费。
- 6.4 年度会费应在会费有关年度的 1 月 1 日以前全部交清。
- 6.5 如会费的未交部分迟于下一年度的 1 月 1 日，作拖欠一年论。
- 6.6 会费按美元评定，用美元、欧元或瑞士法郎交付，或用总干事确定的其它一种或多种货币交付。
- 6.7 总干事接受不可自由兑换的任何货币应由总干事每年在个案基础上明确批准。这类批准应包括总干事认为保护世界卫生组织所必要的任何条款和条件。
- 6.8 各会员国的付款记入其帐户，并首先用以抵付最早的欠额。
- 6.9 用美元以外的货币付款应按世界卫生组织收到日期采用的联合国汇率贷入会员国帐号。
- 6.10 总干事应向卫生大会例会提交一份会费征收情况的报告。
- 6.11 新会员国在它成为会员国的应届财务期内，即应按卫生大会确定的比额交纳会费。这些会费将计入应缴纳此会费的那一年的收入中。

第七条 — 周转金和内部借支

- 7.1 在收到评定会费前，正常预算的实施可由作为卫生大会批准的正常预算一部分而建立的周转金和其后通过向本组织除信托基金外可动用的现金储备金内部借支提供资金。
- 7.2 周转金水平应以预测的资金需要并考虑到预计收入和支出为基础。总干事为改变以前批准的周转金水平而可能向卫生大会提出的任何建议应附有证明有必要作出改变的说明。
- 7.3 第 7.1 条下借支的任何偿还款应由征收的评定会费欠额提供，并首先用以偿还内部借支款欠额，其次偿还从周转金借支的任何欠额。

第八条 — 收入：其它来源

- 8.1 根据《组织法》第五十七条，总干事有权接受现金或实物赠与，只要他或她确定这些捐赠可由本组织利用，并且所附条件与本组织的宗旨和政策相一致。

8.2 总干事有权根据卫生大会任何适用的决议就预算外捐款征收费用。这一费用，连同预算外捐款的利息收入或投资收入，应记入服务费用特别帐户的贷方，并用以补偿本组织在产生和管理这些资源方面所发生的全部或部分间接费用。实施预算外资源资助规划的所有直接费用应向有关预算收取。

第九条 — 基金

9.1 应设立基金，以使本组织能记录收入和支出。这些基金应包括所有收入来源：正常预算，预算外资源，信托基金，以及可能适宜的任何其它收入来源。

9.2 对从预算外捐款的捐赠者收到的款额和对任何信托基金均应设立帐号，以便可对有关收入和支出进行记录和报告。

9.3 必要时应设立其它帐号，作为储备金或满足本组织行政管理的需要，包括资本支出。

9.4 总干事得建立周转基金，以便可在自筹资金的基础上开展活动。这些帐号的用途，包括详细收入来源和由这些基金承担的支出以及财务期结束时任何盈余结余的分配，均应向卫生大会报告。

9.5 在第 9.3 和 9.4 条下设立的任何帐号，其目的应予明确规定，并受制于《财务条例》和按第 12.1 条由总干事制定的《财务细则》、审慎财务管理及与相应主管部门商定的任何特定条件。

第十条 — 现金及现金等值物的保管

10.1 总干事应指定一家或数家银行或金融机构存放本组织保管的现金及现金等值物。

10.2 总干事得指定本组织为管理其保管的现金及现金等值物拟可任命的任何投资（或资产）经理人员和/或保管人。

第十一条 — 现金及现金等值物的投资

11.1 可将暂时不用的任何现金进行投资，只要有利于产生收益，则可集中使用。

11.2 除有关某个特定基金或帐号的条例、章程或决议另有规定者外，投资所得的收入，均应作为收入记入第 8.2 条中服务费用特别帐户的贷方。

11.3 应按照最佳行业规范制定投资政策和准则，并对保护本组织的资本和收益需要给予应有的注意。

第十二条 — 内部监督

12.1 总干事应：

- (1) 制订经营政策与程序，以确保有效地管理财务，厉行节约并保护本组织的资产。
- (2) 指定可以本组织名义接收资金、承付和支付款项的官员。
- (3) 维持有效内部监督结构以确保实现业务的既定宗旨和目标；经济有效地利用资源；信息的可靠性和完整性；遵守政策、计划、程序、规章和条例；以及保护资产。
- (4) 维持内部审计职能，负责审查、评价和监测本组织总体内部监督制度的适当性和有效性。为此目的，对本组织内所有系统、程序、业务、职能和活动均须进行这种审查、评价和监测。

第十三条 — 帐务及财务报表

13.1 总干事应建立必要的会计帐目，并根据《国际公共部门会计准则》的要求保存这些帐目。

13.2 根据《国际公共部门会计准则》要求，应准备年度财务报表，以及表明本组织当前财政状况的其它必要资料。

13.3 财务报表应以美元计算。但会计记录可用总干事认为必要的一种或数种货币记载。

13.4 财务报表应在有关年度结束后第一年的 3 月 31 日前提交外审计员。

13.5 总干事可支付其认为符合本组织利益的捐赠，上述支付说明应连同期终决算一并列入。

13.6 总干事经充分调查后，有权对除欠交会费外的任何资产的损失，予以销帐。上述损失的销帐说明，应连同期终决算一并列入。

第十四条 — 外审计

14.1 外审计员应按卫生大会既定办法任命。外审计员须是会员国政府的审计长（或具同等职衔或地位的官员）。外审计员的撤换只能由大会决定。

14.2 除卫生大会另有专门指示外，外审计员应按公认的通用审计标准及本条例所附职权范围补充条款进行各项审计。

14.3 外审计员可对财务手续、会计制度、内部财务控制及本组织总的行政管理效率提出意见。

14.4 外审计员应是完全独立的，仅对审计工作负责，除非如第 14.7 条中所述，进行局部或专项审查时。

14.5 卫生大会可要求外审计员进行专题审核，并专项报告其结果。

14.6 总干事应向外审计员提供开展审计所需的方便。

14.7 为进行局部或专项审查，或为了节约审计费用，外审计员可聘请任何国家审计长（或具同等职衔者）、或有名望的商业审计师、或外审计员认为技术合格的其他人士和公司进行审计。

14.8 外审计员应就总干事按第 13 条编制的双年度财务报告提出审计报告。报告应包括他/她/他们按第 14.3 条和职权范围补充条款认为必要的情况。

14.9 外审计员的报告连同经审计的财务报告，应在决算有关的财务期结束后第一年的 5 月 1 日前，通过执行委员会提交卫生大会。执行委员会应审查中期及双年度财务报告和审计报告，并附必要的意见，一并提交卫生大会。

第十五条 — 涉及支出的决议

15.1 如果总干事没有就提案所涉及的行政与财务问题提出报告，卫生大会和执行委员会均不得作出涉及支出的决定。

15.2 如总干事认为某项拟议中的支出不能从现有拨款中支付，在卫生大会作出必要的拨款前，不得承诺这项支出。

第十六条 — 一般条款

16.1 除卫生大会另有具体规定外，本条例自卫生大会批准之日起生效。本条例仅可由卫生大会修订。

16.2 如对前述任一条例的解释和适用发生置疑，总干事有权裁决，但须经执行委员会下届会议确认。

16.3 总干事按上面第 1.4 条所述拟定的财务细则或对这些细则的修订款，经执行委员会确认后生效，并应向卫生大会报告，供其参阅。

附件 3

《人事条例》修订款¹

[A62/36 - 2009 年 4 月 9 日]

(四) 任职与晋升

-

4.2 职员之任命、调任、重新派任或晋升之决定，应以求达效率、才干及忠诚之最高标准为首要考虑。征聘和留用职员时，应于可能范围内充分注意地域上之普及。

4.3 职员之选用应不论种族、信念或性别。应在具有最大程度实际操作性的竞争基础上选用；然而，上述情况不应适于为了本组织利益在没有晋升时而通过调任或重新派任的任职情况。

-

-

¹ WHA62.7 号决议。

附件 4

公共卫生、创新和知识产权：全球战略和行动计划¹

[A62/16 Add.1 - 2009 年 3 月 26 日]

1. 第六十一届世界卫生大会在 WHA61.21 号决议中，通过了公共卫生、创新和知识产权全球战略²及行动计划中商定的部分。该决议要求总干事除其它外，最后确定行动计划中悬而未决的内容，其中包括时间安排和资金需求估算，并通过执委会将最后计划提交第六十二届世界卫生大会审议。执委会第 124 届会议注意到秘书处关于全球战略和行动计划的报告³。

2. 秘书处为拟订行动计划中各项具体行动的时间安排开展了进一步工作。

•

[A62/16 Add.2 - 2009 年 5 月 7 日]

1. WHA61.21 号决议要求总干事除其它外，确定行动计划中悬而未决的内容，其中包括进展指标，并提交第六十二届世界卫生大会审议。向执行委员会第 124 届会议提交了一整套进展指标，并根据收到的意见⁴，在文件 A62/16 Add.2 中提交了一套经修订的进展指标。

•

[A62/16 Add.3 - 2009 年 5 月 18 日]

经过会员国之间非正式磋商，为就行动计划中有关利益攸关方的未定段落⁵达成一致意见，[在文件 A62/16 Add.3 中提交了其余具体行动的最后建议方案]。

[进展指标按要点分别如下。时限和关于利益攸关方的最终各段已纳入最后确定的行动计划，也刊载如下。]

¹ 见 WHA62.16 号决议。

² 见 WHA62.21 号决议，附件。

³ 文件 EB124/2009/2，第十次会议摘要记录。

⁴ 文件 EB124/2009/REC/2，第十次会议摘要记录。

⁵ 文件 A62/16，第 12 段。

进展指标

按要点分列的指标

要点 1. 将研究与开发需要作为重点

指标

- 完成关于研究与开发空白，包括这些空白在发展中国家的公共卫生后果的分析，并编写、发表和传播分析报告
- 制定了国家卫生相关研究与开发能力建设计划的发展中国家的数目，这些计划应在经确认的公共卫生需要以及研究与开发空白基础上将研究与开发列为重点
- 关于疾病或干预类型的全球研究需要和重点的共识报告的发表数量。

要点 2. 促进研究与开发

指标

- 国家卫生人力和相关专业人员战略计划中包含研究与开发部分的国家数目
- 新的或加强的关于卫生相关研究与开发的国家、区域和全球协调举措，包括公共实体与私人实体之间协调举措的数目
- 旨在提供切实有效和负担得起的机会，以获取出版物和信息，例如研究知识、成果和技术的新的或加强的举措的数目
- 旨在增强临床试验数据分析和能力的新的或加强的举措的数目
- 主要作者所属机构位于发展中国家的同行评议出版物的比例。

要点 3. 建设和提高创新能力

指标

- 发展中国家通过全面体制建设和支持措施加强的新的和现有研究中心的数目
- 国家卫生研究体系符合国际标准的发展中国家的比例

- 国家监管机构得到评估、支持和认证的国家数目
- 用于促进卫生产品¹和技术质量及有效监管的新或经更新的全球质量和论理标准、参考制品、准则和工具的数目
- 制定了包括研究与开发的国家传统医药政策的国家数目。

要点 4. 技术转让

指标

- 旨在增进和便利卫生相关技术转让，包括公共实体与私人实体之间转让的国家、区域和全球协调与合作举措数目
- 制定了包括卫生相关技术和有关能力建设部分的技术转让战略的国家数目。

要点 5. 应用和管理知识产权，推动创新，促进公共卫生

指标

- 参与加强能力以管理和应用知识产权来推动创新和促进公共卫生的举措的国家数目，包括与制定和应用国际协定有关的能力的举措的国家数目
- 促进和支持加强能力建设，以注重发展中国家公共卫生需求和重点的方式管理和应用知识产权的国家数目
- 已将世贸组织《与贸易有关的知识产权协议》中保护公共卫生的灵活性纳入国家法规的国家数目
- 秘书处与有关区域和国际组织理事机构旨在协调与知识产权和公共卫生有关的工作的举措数目和类型。

要点 6. 改进提供和获取

指标

- 制定和实施了关于基本药物产品和技术的获取、质量和使用的正式国家政策的国家数目

¹ 下文中“卫生产品”一词应根据 WHA59.24 号决议理解为包括疫苗、诊断法和药物。

- 设计或加强了全面的国家采购和供应制度的国家数目
- 已经联合国评估并通过采购资格预审的重点卫生产品和诊断工具的数目
- 制定和实施国家或区域卫生人力和相关专业人员战略计划，包括关于激励措施、管理和留用的政策和管理做法的国家数目
- 拥有数量充分的合格或训练有素的卫生相关专业管理人员的国家数目，以及存在差距的特定专业领域

要点 7. 促进可持续供资机制

指标

- 提交研究与开发和筹资问题专家工作小组的报告
- 新的或加强的可持续供资举措，包括公共 - 私人举措的数目
- 增加与报告期战略¹有关的可持续卫生相关研究与开发供资。

要点 8. 建立监测和报告系统

指标

- 定期报告战略的实施进展情况²
- 在国家、区域和全球各级为促进战略实施所采取的新的或加强的可持续举措，包括非政府组织利益攸关者实施的有关举措数目
- 提交关于战略要点 8 中所涉各个问题的报告。

其它主要战略指标

- 获得国际承认的使用许可，包括有关这些产品性质和新颖性的信息的新的和经改进的卫生产品数目
- 有效性得到确认，有关证据可供主管机构作出政策决定的新的和经改进的干预措施和实施战略的数目。

¹ 基准/准则将由根据 WHA61.21 号决议设立的研究与开发和供资问题专家工作组提供。

² 衡量战略目标进展的定性评估，将作为一个主要部分列入《全球战略》第 41 段所要求的四年综合性评价。

行动计划

解释性说明

*利益攸关方

主导利益攸关方用黑体字表示。

提到**政府**系指敦促会员国¹采取行动

世卫组织系指要求总干事采取行动

其它国际政府间组织，包括全球的和区域的，系指会员国，或者会员国通过本行动计划授权世卫组织，邀请这些组织采取行动。敦促会员国把有关问题提交给各组织的理事机构。要求总干事请所有相关国际组织注意全球战略和行动计划，并邀请它们考虑本全球战略和行动计划的相关规定。

其他相关利益攸关方系指会员国，或者会员国通过本行动计划授权世卫组织，邀请这些相关行动者采取行动。这些相关行动者酌情特别包括国际和国家研究机构；学术界；国家和地区管制机构；包括公立和私立企业在内的有关卫生相关行业；公立-私立伙伴关系；公立-私立和产品开发伙伴关系；非政府组织；有关各界；发展伙伴；慈善基金会；出版商；研究与开发单位；区域机构；以及区域组织。

¹ 在适用时，也包括区域经济一体化组织。

要点和分要点	具体行动	利益攸关方*	时限
要点 1. 把研究和开发需要作为重点			
(1.1) 筹划全球研究与开发活动以便确认对过多影响发展中国家疾病的研究和开发空白	(a) 确定方法和机制以确认对二类和三类疾病以及对发展中国家与一类疾病相关特定研究和开发需要方面的研究空白	世卫组织；政府；其它相关利益攸关方	2008-2015
	(b) 传播关于已确认空白的信息，并评价其对公共卫生的后果	世卫组织；政府；其它相关利益攸关方	2008-2015
	(c) 在国家、区域和国际各级提供对已确认空白的评估，以便指导旨在开发负担得起和疗效好的产品研究，从而满足公共卫生需求	世卫组织；政府；其它相关利益攸关方	2008-2015
(1.2) 为国家、区域和区域间各级的研究和开发制定有重点的明确战略	(a) 确定研究重点以便解决公共卫生需求并实施以适当和定期的需求评估为基础的公共卫生政策	政府；区域组织	2008-2015
	(b) 开展适合资源贫乏环境的研究和对技术适当的产品的研究以便满足公共卫生需求，抵御发展中国家的疾病	政府；世卫组织；其它相关利益攸关方(包括学术界，有关卫生相关工业，国家研究机构和公立-私立伙伴关系)	2008-2015
	(c) 把卫生系统方面的研究和开发需求列入有重点的战略	政府；世卫组织；其它相关利益攸关方(包括学术界、国家研究机构和公立-私立伙伴关系)	2008-2015

	(d) 敦促政府、区域和国际组织以及私立部门在为解决公共卫生需求确定研究和开发重点时的领导作用和承诺	世卫组织 ；政府；其它国际政府间组织；其它相关利益攸关方(包括私立部门)	2008-2015
	(e) 在严重影响发展中国家的疾病方面加强总体研究和开发努力，促使开发针对公共卫生需求、便于用户使用(就使用、处方和管理而言)和容易获得(就可得性和可负担性而言)的优质产品	政府 ； 世卫组织 ；其它相关利益攸关方(包括学术界、有关卫生相关工业、国家研究机构及公立-私立伙伴关系)	2008-2015
(1.3) 根据国家重点和立法并考虑到相关的国际文书，酌情包括涉及传统知识和土著人民权利的相关条款，鼓励传统医学的研究和开发	(a) 制定传统医学的研究重点	政府 ； 世卫组织 ；其它国际政府间组织；其它相关利益攸关方(包括学术界、国家研究机构；公立-私立伙伴关系；及相关各界)	2008-2015
	(b) 支持发展中国家加强其传统医学方面的研究和开发能力	政府 ； 世卫组织 ；其它国际政府间的组织；其它相关利益攸关方(包括学术界、有关卫生相关工业、国家研究机构、公立-私立伙伴关系)	2008-2015
	(c) 促进研究方面的国际合作和伦理行为	政府 ； 世卫组织 ；其它国际政府间组织；其它相关利益攸关方	2008-2015
	(d) 在信息交换和研究活动方面支持南南合作	政府 ； 世卫组织 ；其它国际政府间组织；区域组织；其它相关利益攸关方	2008-2015

	(e) 支持发展中国家传统医学系统的早期药物研究和开发	政府；世卫组织；其它国际政府间组织；其它相关利益攸关方	2008-2015
要点和分要点	具体行动	利益攸关方*	时限
要点 2. 促进研究和开发			
(2.1) 支持各国政府制定或改进国家卫生研究规划并酌情建立战略研究网络以便在这一领域内促进各利益攸关者的更充分协调	(a) 在研究和开发方面，促进私立部门与公立部门之间的合作	政府；世卫组织；其它国际政府间组织；其它相关利益攸关方	2008-2015
	(b) 通过政治行动，并酌情在可行时通过长期供资，为发展中国家的国家卫生研究规划提供支持	政府；区域组织；世卫组织（技术支持）；其它相关利益攸关方	2008-2015
	(c) 支持政府在发展中国家确立卫生相关创新	政府；区域组织；世卫组织（技术支持）；其它相关利益攸关方	2008-2015
(2.2) 在发展中国家促进上游研究和产品开发	(a) 支持发现科学，包括酌情可行时自愿公开来源的方法，以便形成一组可持续的新产品	政府；世卫组织；其它国际政府间组织；其它相关利益攸关方	2008-2015
	(b) 通过自愿办法，促进和改进化合物数据库的利用率，向发展中国家提供技术支持并促进获取通过筛检化合物数据库确认的药物先导物	政府；世卫组织；其它国际政府间组织；其它相关利益攸关方	2008-2015
	(c) 在国家、区域和国际各级确认各种激励措施和障碍，包括可能影响加强公共卫生研究的知识产权相关规定，并建议办法以促进获取研究结果和研究工具	政府；世卫组织；其它国际政府间组织（包括知识产权组织和世贸组织）；其它相关利益攸关方	2008-2015

	(d) 支持针对二类和三类疾病以及发展中国家与一类疾病相关的特定研究和开发需求的基础和应用科学研究	政府；世卫组织 ；其它国际政府间组织；其它相关利益攸关方	2008-2015
	(e) 支持发展中国家的早期药物研究和开发	政府 ；世卫组织；其它国际政府间组织；其它相关利益攸关方（包括有关卫生相关工业、学术界、国际和国家研究机构；捐助机构；发展伙伴；非政府组织）	2008-2015
	(f) 加强开展临床试验的能力并促进为临床试验提供政府资助和其它来源的资助，还应促进激发当地创新的其它机制，同时要考虑国际伦理道德标准和发展中国家的需求	政府 ；世卫组织；其它国际政府间组织；其它相关利益攸关方（包括有关卫生相关工业；学术界；发展伙伴；慈善基金会；公立-私立伙伴关系；非政府组织）	2008 - 2015
	(g) 按照国家法律和国际协议，促使产生、转让、根据商定条款获得以及自愿分享新知识和技术以促进开发新卫生产品和医疗装置，从而处理发展中国家的卫生问题	政府 ；世卫组织；其它国际政府间组织；其它相关利益攸关方；（包括学术界；国际和国家研究机构；有关卫生相关工业和发展伙伴）	2008 - 2015
(2.3) 改善卫生和生物医学研究与开发方面的合作、参与和协调	(a) 促进和改善在研究与开发方面的全球合作与协调，以便最佳利用资源	政府；世卫组织 ；其它国际政府间组织；其它相关利益攸关方	2008-2015
	(b) 加强现有论坛并审查对新机制的需求，以便改进研究和开发活动的协调以及信息共享	政府；世卫组织 ；其它相关利益攸关方	2008-2015

	(c) 鼓励进一步探讨基本卫生和生物医学研究与开发方面可能制定的文书或机制,尤其是一项基本卫生和生物医学研究与开发条约的效用	有关政府; 其它相关利益攸关方 (包括非政府组织)	2008-2010
	(d) 支持发展中国家积极参与加强技术能力	政府; 世卫组织; 其它相关利益攸关方	2008-2015
	(e) 鼓励发展中国家积极参与创新进程	政府; 世卫组织; 其它相关利益攸关方	2008-2015
(2.4) 促进更多地获取相关知识和技术以满足发展中国家的公共卫生需求	(a) 促进创建和发展易于使用的公共卫生图书馆,以便使特别是发展中国家的大学、研究机构和技术中心能够更好地获得并使用相关出版物	政府; 世卫组织; 其它国际政府间组织; 其它相关利益攸关方 (包括学术界、研究机构、有关卫生相关工业; 非政府组织; 出版商)	2008-2015
	(b) 大力鼓励政府资助的所有研究人员向一个开放利用数据库提交其经过同行评审的终稿电子版,以便于公众了解政府资助研究的结果	政府; 世卫组织; 其它国际政府间组织; 其它相关利益攸关方 (包括学术界和研究机构)	2008-2015
	(c) 支持创建自愿开放式数据库和化合物数据库,包括自愿提供通过筛检此类化合物数据库确认的药物先导物	政府; 世卫组织; 其它国际政府间组织 (包括知识产权组织); 其它相关利益攸关方 (包括有关卫生相关工业)	2008-2015
	(d) 鼓励通过适当的许可政策,进一步开发和提供由政府或捐助方资助的医疗发明和技术,包括但不局限于开放式使用许可,从而加强利用创新,在合理、承担得起和无歧视性的情况下开发与发展中国家公共卫生需求相关的产品	政府; 世卫组织; 其它国际政府间组织; 其它相关利益攸关方 (包括学术界和国家研究机构)	2008-2015

	(e) 根据《与贸易有关的知识产权协定》，酌情考虑使用“研究例外”来解决发展中国家的公共卫生需求	政府	2008-2015
2.5 确立和加强国家和区域研究与开发协调机构	(a) 制定和协调一项研究和开发议程	政府；区域组织；世卫组织；其它相关利益攸关方	2008-2015
	(b) 促进传播和使用研究和开发结果	政府；区域组织；世卫组织；其它相关利益攸关方	2008-2015
要点和分要点	具体行动	利益攸关方*	时限
要点 3. 建设和提高创新能力			
(3.1) 建设发展中国家满足对卫生产品的研究与开发需求的能力	(a) 支持发展中国家投资于人力资源和知识库，尤其是对包括公共卫生在内的教育和培训进行投资	政府 ；其它国际政府间组织；其它相关利益攸关方 (包括发展伙伴)	2008-2015
	(b) 支持发展中国家现有和新建的研究与开发单位和机构，包括区域杰出中心	政府 ；其它国际政府间组织；其它相关利益攸关方(包括研究和开发单位、有关卫生相关工业和发展伙伴)	2008-2015
	(c) 加强卫生监测和信息系統	政府 ； 世卫组织 ；其它国际政府间组织；其它相关利益攸关方(包括非政府组织、研究机构、学术界)	2008-2015
(3.2) 设计、制定和支持促进发展卫生创新能力的有效政策	(a) 建立和加强发展中国家的管制能力	政府 ； 世卫组织 ；其它相关利益攸关方(包括国家和区域管制机构)	2008-2015

	(b) 通过长期国家能力建设计划, 加强发展中国家在研究与开发方面的人力资源	政府 ; 其它国际政府间组织; 其它相关利益攸关方 (包括发展伙伴; 国际和国家研究机构)	2008 - 2015
	(c) 鼓励开展国际合作, 制定有效政策, 在发展中国家留住卫生专业人员, 包括研究人员	政府 ; 世卫组织 ; 其它国际政府间组织 (包括国际移徙组织和国际劳工组织); 其它相关利益攸关方;	2008-2015
	(d) 敦促会员国建立机制以减轻在发展中国家通过移徙损失卫生专业人员 (尤其是研究人员) 的不利影响, 包括由接受国和原籍国双方支持加强国家卫生和研究系统、特别是人力资源开发的手段, 并考虑到世卫组织及其它组织的工作	政府	2008-2015
(3.3) 根据发展中国家的需要提供支持, 以增强创新能力	(a) 在建设创新能力方面发展成功的卫生创新模式	政府 ; 世卫组织; 其它国际政府间组织 (包括知识产权组织、经合组织和联合国贸发会议); 其它相关利益攸关方 (包括学术界; 研究机构; 卫生相关工业和发展伙伴)	2008-2015
	(b) 加强支持能力建设的南北和南南伙伴关系和网络	政府; 世卫组织; 其它国际政府间组织; 其它相关利益攸关方 (包括学术界、研究机构、有关卫生相关工业)	2008-2015
	(c) 建立和加强对研究与开发过程的伦理审查机制, 包括临床试验, 尤其是在发展中国家	政府 ; 世卫组织; 其它相关利益攸关方; (包括学术界和研究机构)	2008-2015

(3.4) 支持相关政策, 按照国家优先事项并虑及相关国际文书的有关规定, 在基于证据的框架范围内促进以传统医学为基础的创新	(a) 制定和加强国家和区域政策, 以发展、支持、促进传统医学	政府 ; 世卫组织; 其它国际政府间组织; 其它相关利益攸关方 (包括有关各界)	2008-2015
	(b) 鼓励和促进传统医学领域关于创新的政策	政府 ; 世卫组织; 其它国际政府间组织; 其它相关利益攸关方 (包括国际和国家研究机构, 有关各界)	2008-2015
	(c) 促进制定标准, 确保传统医学的质量、安全性和功效, 包括通过资助为建立此类标准所必要的研究	政府 ; 世卫组织 ; 其它国际政府间组织; 其它相关利益攸关方 (包括国家和区域管制机构; 国际和国家研究机构; 发展伙伴, 有关各界)	2008-2015
	(d) 鼓励开展有关传统医学作用机制和药物动力学机制的研究	政府 ; 世卫组织 ; 其它国际政府间组织; 其它相关利益攸关方 (包括学术界; 国际和国家研究机构; 有关卫生相关工业, 有关各界)	2008-2015
	(e) 促进在传统医学方面开展南南合作	政府 ; 世卫组织; 其它国际政府间组织; 其它相关利益攸关方 (包括研究机构、区域机构、学术界)	2008-2015
	(f) 拟定和分发有关传统医学良好生产规范的准则, 并规定用于开展质量与安全评价的基于证据的标准	政府 ; 世卫组织 ; 其它国际政府间组织; 其它相关利益攸关方 (包括国家和区域管制机构、有关卫生相关工业)	2008-2015
	(3.5) 在适当时, 制定和实施卫生相关创新的可能激励措施	(a) 鼓励建立卫生相关创新奖励计划	政府 ; 世卫组织; 其它国际政府间组织 (包括世界知识产权组织); 其它相关利益攸关方 (包括学术界; 国际和国家研究机构; 发展伙伴; 慈善基金会)

	(b) 为卫生研究人员晋升的目的, 鼓励承认创新	政府 ; 世卫组织; 其它国际政府间组织; 其它相关利益攸关方 (包括学术界; 国际和国家研究机构; 发展伙伴; 慈善基金会)	2008-2015
要点和分要点	具体行动	利益攸关方*	时限
要点 4. 技术转让			
(4.1) 促进发展中国家的技术转让和卫生产品的生产	(a) 探讨可能的新机制并更好地利用现有机制, 促进技术转让和技术支持, 建设和提高卫生相关研究和开发方面的创新能力, 特别是在发展中国家	政府 ; 世卫组织; 其它国际政府间组织(包括知识产权组织、世贸组织、联合国贸发会议、工发组织); 其它相关利益攸关方(包括; 国际和国家研究机构; 有关卫生相关工业)	2008-2015
	(b) 通过投资和能力建设, 促进发展中国家的技术转让和卫生产品的生产	政府 ; 世卫组织 ; 其它国际组织和国际政府间组织; 其它相关利益攸关方(包括 卫生相关工业)	2008-2015
	(c) 通过确定最佳做法, 并酌情通过发达国家和发展中国家的投资和能力建设, 促进发展中国家的技术转让和卫生产品的生产	政府 ; 世卫组织; 其它国际政府间组织; 其它相关利益攸关方(包括 有关卫生相关工业 、学术界、非政府组织、发展伙伴、慈善基金会)	2008-2015
(4.2) 支持改善卫生产品技术转让方面的合作与协调, 同时铭记不同的发展水平	(a) 鼓励南北和南南技术转让合作, 以及发展中国家的机构与制药业之间的合作	政府 ; 世卫组织; 其它国际政府间组织(包括知识产权组织); 其它利益攸关方 (包括有关卫生相关工业; 国际和国家研究机构; 学术界; 非政府组织; 发展伙伴)	2008-2015

	(b) 促进地方和区域的研究和开发以及技术转让合作网络	政府 ；世卫组织；其它国际政府间组织；其它相关利益攸关方(包括有关卫生相关工业、国家研究机构、学术界；非政府组织)	2008–2015
	(c) 根据《与贸易有关的知识产权协定》第 66.2 条规定，继续促进和鼓励向世贸组织最不发达国家成员转让技术	政府	2008–2015
	(d) 促进必要的培训以加强技术转让方面的吸收能力	政府 ； 世卫组织 ；其它国际政府间组织；其它相关利益攸关方(包括研究机构)	2008–2015
(4.3) 制定可能的卫生相关新机制以促进转让和获取重要技术	(a) 审查上游和下游技术自愿专利联营的可行性，以便促进卫生产品和医疗装置的创新和获取	政府；世卫组织；其它国际政府间组织(包括知识产权组织)；其它有关利益攸关方(包括国际和国家研究机构；有关卫生相关工业,非政府组织;学术界)	2008–2015
	(b) 探讨并在可行时建立可能的新机制以便促进转让和获取与发展中国家公共卫生需求有关的重要卫生相关技术，特别是二类和三类疾病以及发展中国家与一类疾病相关的特定研究和开发需要方面的技术，这些机制须符合能够为采取措施保护公共卫生提供灵活度的《与贸易有关的知识产权协定》及与此协定相关的文书的条款	政府 ；世卫组织；其它国际政府间组织(包括知识产权组织、世贸组织)；其它相关利益攸关方(包括卫生相关工业)	2008–2015

要点和分要点	具体行动	利益攸关方*	时限
要点 5. 应用和管理知识产权以促进创新和公共卫生			
(5.1) 在发展中国家的卫生相关创新和公共卫生促进方面, 支持知识产权应用和管理方面的信息共享和能力建设	(a) 鼓励和支持应用和管理知识产权以便最大限度利用卫生相关创新并促进获取卫生产品, 而且要遵从《与贸易有关的知识产权协定》以及与该协定相关的世贸组织文书中的条款, 并满足发展中国家的特定研究和开发需求	政府; 世卫组织; 其它国际政府间组织; (包括知识产权组织、世贸组织、联合国贸发会议); 其它相关利益攸关方(包括国际和国家研究机构和发展伙伴)	2008-2015
	(b) 促进和支持(包括通过国际合作)国家、区域机构框架努力建设和加强能力, 以注重发展中国家公共卫生需求和重点的方式管理和应用知识产权	政府; 世卫组织; 其它国际政府间组织; (包括知识产权组织、世贸组织、联合国贸发会议); 其它相关利益攸关方(包括国际和国家研究机构和发展伙伴)	2008-2015
	(c) 促进广泛利用并鼓励进一步开发, 包括在必要时编制、维持和更新便于用户使用并包含卫生相关专利管理状况方面公开信息的全球数据库, 包括支持目前为确定卫生产品专利状况所作的努力, 以便加强国家分析这些数据库所载信息的能力, 并提高专利的质量	政府; 世卫组织; 其它国际政府间组织; (包括知识产权组织、世贸组织、联合国贸发会议); 其它相关利益攸关方(包括国际和国家研究机构和发展伙伴)	2008-2015
	(d) 激励有关国家机构和相关政府部门之间, 以及国家、区域和国际机构之间的合作, 以便促进与公共卫生需求有关的信息共享	政府; 世卫组织; 其它国际政府间组织; 其它相关利益攸关方(包括学术界; 国际和国家研究机构; 发展机构; 非政府组织; 有关卫生相关工业)	2008-2015

	(e) 加强从公共卫生角度使用和管理知识产权的教育和培训，同时考虑到《与贸易有关的知识产权协定》中载明的条款，包括《关于与贸易有关的知识产权协定和公共卫生的多哈部长级宣言》以及其它同《与贸易有关的知识产权协定》有关的世贸组织文书所认可的灵活性	政府；世卫组织；其它国际政府间组织（包括知识产权组织、世贸组织、联合国贸发会议）；其它相关利益攸关方（包括国际和国家研究机构和发展伙伴）	2008–2015
	(f) 如可行和适当，促进传统医学知识信息的可能获得，在专利审查中作为现有技术加以运用，酌情包括将传统医学知识信息纳入数字图书馆	政府；有关各界	2008–2015
	(g) 促进卫生部门的代表在适当时积极有效地参加与知识产权有关的谈判，以便使此类谈判也反映公共卫生需求	政府	2008–2015
	(h) 增强努力在秘书处与有关区域和国际组织的理事机构之间有效协调与知识产权和公共卫生有关的工作，促进与国家进行的对话和传播信息	政府； 世卫组织；其它国际政府间组织（包括知识产权组织、世贸组织和联合国贸发会议）	2008–2015
(5.2) 应要求与其他相关国际组织合作，向有意利用《与贸易有关的知识产权协定》和其他国际协定中所包含灵活措施的国家提供适宜的技术和政策支持，以促使它们获取制药产品	(a) 在必要时，考虑调整国家法规以便充分利用《与贸易有关的知识产权协定》中包含的灵活性，包括关于《与贸易有关的知识产权协定和公共卫生的多哈宣言》以及世贸组织 2003 年 8 月 30 日的决定所承认的灵活性	政府； 世卫组织；其它国际政府间组织；（包括知识产权组织、世贸组织和联合国贸发会议）	2008–2015

	(b) 当在不损害会员国主权的情况下,考虑采取或实施超出《与贸易有关的知识产权协定》要求的更广泛知识产权保护时,应酌情考虑对公共卫生的影响	政府 ; 世界卫生组织; 其它国际政府间组织; (包括知识产权组织、世贸组织和联合国贸发会议)	2008-2015
	(c) 在贸易协定中考虑到《与贸易有关的知识产权协定》中包含的灵活性,包括关于《与贸易有关的知识产权协定》和公共卫生的多哈宣言以及世贸组织 2003 年 8 月 30 日决定所认可的灵活性	政府	2008-2015
	(d) 酌情在有生产能力的国家考虑采取必要的步骤,通过出口促进制药业生产能力薄弱或空白的国家,根据《与贸易有关的知识产权协定》及《与贸易有关的知识产权协定和公共卫生多哈宣言》以及世贸组织 2003 年 8 月 30 日决定获取制药产品	政府	2008-2015
	(e) 在正在进行的讨论中鼓励设法防止滥用与卫生相关的传统知识,并酌情考虑支持防止滥用此类传统知识的有关立法及其它措施	政府 ; 世界卫生组织; 其它国际政府间组织 (包括知识产权组织、世贸组织、联合国环境规划署/生物多样性公约秘书处); 其它相关利益攸关方 (包括 有关各界)	2008-2015
(5.3) 探索和酌情促进可能的奖励制度,用于二类和三类疾病以及发展中国家与一类疾病相关具体研究和开发需求的研究与开发	(a) 探索和酌情促进用于研究与开发的一系列奖励制度,包括酌情处理研究开发成本与卫生产品的价格分开,如通过颁奖等,目的在于解决严重影响发展中国家的疾病	政府 ; 世界卫生组织 ; 其他国际政府间组织; 其它相关利益攸关方 (包括国际和国家研究机构; 发展伙伴; 慈善基金会; 有关卫生相关工业; 非政府组织)	2008-2015

要点和分要点	具体行动	利益攸关方*	时限
要点 6. 改进提供和获取			
(6.1) 鼓励对卫生服务的基础设施增加投资和卫生产品的筹资，以加强卫生系统	(a) 投资建设卫生服务的基础设施并鼓励资助卫生产品	政府 ；世卫组织；其它国际政府间组织；其它相关利益攸关方（包括发展伙伴、慈善基金会、私立部门和有关卫生相关工业）	2008–2015
	(b) 在最不发达国家建立有效和可持久的机制以增加获取现有药物的渠道，同时确认 2016 年之前的过渡期 ¹	政府 ；世卫组织；其它国际政府间组织（包括世贸组织）；其它相关利益攸关方	2008–2015
	(c) 国家议程中优先重视卫生保健	政府	2008–2015
	(d) 鼓励卫生当局提高国内管理能力，以便改进提供和获取质量好、有效、安全和可负担得起的药品和其他卫生产品，并酌情制定促进合理使用药品的战略	政府 ； 世卫组织	2008–2015
	(e) 增加卫生部门人力资源开发的投资	政府 ；世卫组织；其它国际政府间组织；其它相关利益攸关方（包括发展伙伴；非政府组织；慈善基金会）	2008–2015
	(f) 制定含有明确卫生目标的有效国家减贫战略	政府 ；其它相关利益攸关方（包括发展伙伴）	2008–2015
	(g) 必要时，鼓励就卫生产品和医疗装置建立集中采购机制	政府 ； 世卫组织 ；其它国际政府间组织；其它相关利益攸关方	2008–2015
(6.2) 建立和加强机制，以改进伦理审查，并管理卫生产品和医疗设备的质量、安全和疗效	(a) 发展和/或加强国家管制当局监测卫生产品质量、安全性和疗效的能力，并同时维持伦理审查标准	政府 ； 世卫组织 ；其它相关利益攸关方（包括国家和区域管制机构和发展伙伴）	2008–2015

¹ 根据《与贸易有关的知识产权协定和公共卫生多哈宣言》第 7 条对最不发达国家提供的延期条款。

	(b) 促进业务研究，以便在疾病负担沉重的环境中尽量加强新产品和现有产品（包括经济有效和承担得起的产品）的适当使用	政府；世卫组织； 其它国际政府间组织；其它相关利益攸关方（包括国际和国家研究机构；非政府组织、发展伙伴和慈善基金会）	2008–2015
	(c) 遵循良好的生产规范，以保证卫生产品的安全标准、疗效和质量	政府；世卫组织； 其它相关利益攸关方（包括国家管制机构；有关卫生相关工业；发展伙伴）	2008–2015
	(d) 加强世卫组织资格预审规划	政府； 世卫组织 、其它国际政府间组织；其它相关利益攸关方（包括发展伙伴）	2008–2015
	(f) 适当时在区域和分区域层面上开始规划行动，最终目标是协调管制当局为批准药品上市所使用的程序	政府；世卫组织； 其它相关利益攸关方（包括国家和区域管制机构、区域机构和发展伙伴）	2008–2015
	(g) 就关于良好临床行为准则等涉及人体医学研究伦理标准的《赫尔辛基宣言》及其它适当文本，促进涉及人类的临床试验伦理原则，并将之作为注册药品和卫生相关技术的一项要求	政府；世卫组织； 其它国际政府间组织；其它相关利益攸关方（包括国家和区域管制机构）	2008–2015
	(h) 支持区域网络及合作努力，通过使用适宜的药物评价和审批标准加强对临床试验的管理和实施	政府；世卫组织； 其它相关利益攸关方（包括国家和区域管制机构、国际和国家研究机构、区域机构和发展伙伴）	2008–2015

<p>(6.3) 支持区域网络及合作努力，通过使用适宜的 药物评价和审批标准加强对临床试验的管理和实 施</p>	<p>(a) 支持在发展中国家生产和引进非专利版本 药品，尤其是基本药物，为此须制定鼓励非专 利药品生产和上市的国家立法和/或政策，包括 “管制例外”或“波拉”类型条款，并且这要符合 《与贸易有关的知识产权协定》以及与该协定 相关的国际文书</p>	<p>政府</p>	<p>2008–2015</p>
	<p>(b) 根据国际协定，制定和实施政策以便能以 可负担得起的价格更好地获取安全和有效的 卫生产品，特别是基本药物</p>	<p>政府；世卫组织；其它国际政 府间组织（包括世贸组织和知 识产权组织）；其它相关利益攸 关方</p>	<p>2008–2015</p>
	<p>(c) 尤其要酌情考虑减少或免除对卫生产品和 医疗装置的进口税，并监测供应和销售链以及 采购做法从而尽量减少费用并增加获取</p>	<p>政府</p>	<p>2008–2015</p>
	<p>(d) 鼓励制药公司及其它卫生相关工业根据国 家法律制定政策，包括差别定价政策，以有助 于在发展中国家促进获取高质量、安全、有效 和可负担得起的卫生产品</p>	<p>政府；世卫组织；其它国际政 府间组织；其它相关利益攸关 方（包括有关卫生相关工业）</p>	<p>2008–2015</p>
	<p>(e) 酌情考虑制定政策，以监督定价并改进卫 生产品的可负担性；进一步支持世卫组织正在 进行的药品定价工作</p>	<p>政府</p>	<p>2008–2015</p>
	<p>(f) 在必要时，并如符合《与贸易有关的知识 产权协定》的规定，考虑采取适当措施防止产 权持有者滥用知识产权或者采用不合理地限 制贸易或对卫生产品领域内技术的国际转让 造成不利影响的作法</p>	<p>政府</p>	<p>2008–2015</p>
		<p>(g) 提高决策者、使用者、医生和药剂师对非 专利产品的认识</p>	<p>政府；世卫组织；其它相关利 益攸关方（包括非政府组织和 有关卫生相关工业）</p>

要点和分要点	具体行动	利益攸关方*	时限
要点 7. 促进可持续的供资机制			
(7.1) 努力使研究与开发获得充足和可持续的供资，并在可行和适当时，更加协调地对之加以利用，以便解决发展中国家的卫生需求	(a) 在世卫组织支持下成立一个注重成果和有时限的专家工作小组并与其他相关小组联手审查当前研究和开发方面的供资与协调情况，以及富有创新性的新供资渠道建议以促进与二类 and 三类疾病以及发展中国家与一类疾病相关的特定研究和开发需要有关的研究和开发	政府； 世卫组织 ；其它国际政府间组织；其它相关利益攸关方	2008–2010
	(b) 根据 WHA58.34 号决议建议，考虑酌情向发展中国家私立和公立部门中注重卫生研究的组织调拨额外资金并促进良好的财政管理以尽可能加强其效益	政府 ；世卫组织；其它国际政府间组织；其它相关利益攸关方（包括发展伙伴、慈善基金会、国际和国家研究机构、学术界、私立部门和有关卫生相关工业）	2008–2015
	(c) 创建关于研究与开发资金可能来源的数据库	政府 ； 世卫组织 ；其它相关利益攸关方	2008–2015
(7.2) 促进尽量使用并酌情补充现有资金供应，包括通过公立和私立部门以及产品开发伙伴关系提供的资金，以便开发和提供安全、有效和经济上可负担得起的卫生产品与医疗装置	(a) 记录和传播公私合作伙伴关系以及产品开发伙伴关系的最佳措施	政府； 世卫组织 ；其它相关利益攸关方（包括研究机构、公立-私立和产品开发伙伴关系）	2008–2015
	(b) 制定工具，定期评估公私合作伙伴关系和产品开发伙伴关系的绩效	政府； 世卫组织 ；其它相关利益攸关方（包括研究机构；公立-私立和产品开发伙伴关系；慈善基金会）	2008–2009

	(c) 支持公私合作伙伴关系和产品开发伙伴关系以及发展中国家的其它有关研究与开发行动	政府；世卫组织；其它国际政府间组织；其它相关利益攸关方（包括有关卫生相关机构、慈善基金会、发展伙伴、非政府组织；学术界；研究机构）	2008–2015
要点和分要点	具体行动	利益攸关方*	时限
要点 8. 建立监测和报告系统			
(8.1) 衡量绩效以及战略和行动计划所包含目标的进展情况	(a) 建立系统监测全球战略和行动计划每一要点实施的绩效和进展情况	政府； 世卫组织	2009–2015
	(b) 定期监测并向世卫组织理事机构报告发达国家和发展中国家在卫生产品和医疗装置方面的差距和需求	政府； 世卫组织	2009–2015
	(c) 酌情与其它国际组织协商，继续从公共卫生角度监测知识产权，以及知识产权、创新和公共卫生委员会报告涉及的其它问题对开发和获取卫生保健产品的影响，并就此向卫生大会报告	政府； 世卫组织 ；其它国际政府间组织（包括知识产权组织和世贸组织）；其它相关利益攸关方	2009–2015
	(d) 监测和报告奖励机制对创新及获取卫生产品和医疗装置的影响	政府 ； 世卫组织 ；其它国际政府间组织（包括知识产权组织和世贸组织）；其它相关利益攸关方	2009–2015
	(e) 监测和报告解决发展中国家卫生需求的研究与开发投资	政府； 世卫组织 ；其它相关利益攸关方	2009–2015

附件 5

卫生大会通过的决议 对秘书处的财政和行政影响

1. WHA62.1 号决议：预防可避免的盲症和视力损害

2. 与规划预算的联系

战略目标：

全组织范围预期成果：

3. 预防和减少由慢性非传染性疾病、精神障碍、暴力和伤害以及视力损害造成的疾病、残疾和过早死亡。

3.1 已为在会员国增加政治、财政和技术承诺提供倡导和支持，以处理慢性非传染性疾病，精神和神经障碍、暴力、伤害和残疾以及视力损害（包括盲症）。

3.2 已就制定和实施慢性非传染性疾病、精神和神经障碍、暴力、伤害和残疾以及视力损害（包括盲症）的政策、战略和规章向会员国提供指导和支持。

3.3 已在会员国提高能力以收集、分析、传播和使用关于慢性非传染性疾病、精神和神经障碍、暴力、伤害和残疾以及视力损害（包括盲症）严重程度、原因和后果的数据。

3.4 世卫组织已就处理慢性非传染性疾病、精神和神经以及物质使用障碍、暴力、伤害和残疾以及视力损害（包括盲症）的干预的成本效益汇编改进的证据。

3.5 已为制定和实施多部门、全人群范围促进精神卫生与预防精神和神经障碍、暴力和伤害以及听力和视力损害（包括盲症）规划向会员国提供指导和支持。

3.6 已为预防和管理慢性非传染性疾病、精神和神经障碍、暴力、伤害和残疾以及视力损害（包括盲症）向会员国提供指导和支持，以提高其卫生和社会系统的能力。

(简短表明与预期成果、指标、目标、基线的联系)

该决议和行动计划草案与预期成果相一致。已有三项指标：3.2.5，3.3.5 和 3.5.3。将根据需要制定更多指标。

3. 财政影响

- (a) 在该项决议的“生命周期”内估计实施费用总额（估计至最近的万美元，包括工作人员和活动）**

实施该行动计划需要 1420 万美元。

- (b) 2008-2009 双年度估计费用（估计至最近的万美元，包括工作人员和活动，并表明将发生费用的本组织层次以及在相关时确定具体区域）**

双年度最后六个月的总费用预计为 92.5 万美元。

- (c) 在(b)所表明的估计费用中，哪些可归入 2008-2009 双年度现有已规划的活动？**

归入 2008 - 2009 双年度最后六个月的已有 32 万美元。这表明需要增加提供 60 万美元。

- (d) 对于不可归入现有已规划的活动的金额，如何筹措额外费用（表明可能的资金来源）？**

预计将通过积极筹集资金，从国际伙伴处获得额外资助。

4. 行政影响

- (a) 实施地点（表明将开展工作的本组织层次，并在相关时确定具体区域）**

目前，将由总部以及非洲、美洲和东地中海区域办事处开展大部分活动。欧洲、东南亚和西太平洋区域办事处需要增添员额。

- (b) 额外的员额配置要求（表明本组织各层次额外需要的工作人员（等同专职员工数），并在相关时确定具体区域，说明必要的技能概况）**

在总部，需要增加的等同专职专业类员工数为 1 名，并需要增加 1 名一般事务类员工。欧洲、东南亚和西太平洋区域办事处各需要增加 1 名专职专业类员工和 1 名专职一般事务类员工。

- (c) 时限（表明实施的主要时限）**

中期战略计划的剩余 5 年，即 2009 年至 2013 年。

1. WHA62.2 号决议：巴勒斯坦被占领土（包括东耶路撒冷）和叙利亚被占戈兰的卫生状况

2. 与规划预算的联系

战略目标：

全组织范围预期成果：

5. 减轻突发事件、灾害、危机和冲突的健康后果以及最大限度减少其社会和经济影响

5.3 已制定规范和标准并建立了能力，使会员国能够评估在冲突后和灾后过渡和复苏阶段的需求并计划干预措施。

(简短表明与预期成果、指标、目标、基线的联系)

如得到充分资助和实施，预期该项决议将对预期成果第二项和第三项指标的具体目标产生影响。

3. 财政影响

(a) 在该项决议的“生命周期”内估计实施费用总额（估计至最近的万美元，包括工作人员和活动）

该项决议一年期为 3 970 000 美元，包括工作人员、差旅、培训活动、技术援助、卫生供应、安全和业务设备。

这些资源大部分作为人道主义自愿捐款现已筹集，用以满足人道主义卫生需求、实施拯救生命干预措施、重新恢复中断的卫生服务职能，并推动机构间常设委员会卫生部门的工作。

执行段落 4 估计费用细目分列如下：

分段 (1) 100 000 美元

分段 (2) 70 000 美元

分段 (3) 50 000 美元

分段 (4) 200 000 美元

分段 (5) 500 000 美元

分段 (6) 3 000 000 美元

分段 (7) 50 000 美元

总额 3 970 000 美元

(b) 2006-2007 双年度估计费用（估计至最近的万美元，包括工作人员和活动）
3 970 000 美元（“生命周期”一年）。

(c) 在(b)所表明的估计费用中，哪些可归入 2008-2009 双年度现有已规划的活动？

总额 3 970 000 美元中，75%用于总部、区域和耶路撒冷办事处各级的活动。

(d) 对不可归入现有已规划的活动的金额，如何筹措额外费用（表明可能的资金来源）？

不适用

4. 行政影响

(a) 实施地点（表明将开展工作的本组织层次并在相关时确定具体区域）

将主要通过世卫组织耶路撒冷办事处实施各项活动，该办事处负责落实世卫组织与巴勒斯坦当局的合作规划。世卫组织国家一级努力将获得东地中海区域和总部危机中的卫生行动、卫生安全和环境等领域工作部门的支持。

(b) 额外职工配备要求（表明额外需要的工作人员专职同等资历，说明必要的技能概况）

有必要在 2009 年 5 月之后在国家一级继续保留招聘的国家工作人员和国际工作人员，在巴勒斯坦被占领土落实人道主义卫生活动和干预措施。

(c) 时限（表明实施和评价的主要时限）

一年。

1. WHA62.12 号决议：初级卫生保健，包括加强卫生系统

2. 与规划预算的联系

战略目标：

全组织范围预期成果：

战略目标 1-11（所有技术目标）。

战略目标 1-11 下的所有全组织范围预期成果。

（简短表明与预期成果、指标、目标、基线的联系）

该项决议要求广泛复审世卫组织规划重点，目的是当会员国寻求加强以初级卫生保健方针为基础的卫生系统时，确保本组织做好准备支持会员国。这可能将对 2008-2013 年中期战略性计划中的全组织范围预期成果和指标有影响，将酌情向理事机构提交这些影响，供其审议。

3. 财政影响

(a) 在该项决议的“生命周期”内估计实施费用总额（估计至最近的万美元，包括工作人员和活动）

尽管该项决议属于长期范畴，但在此审议的费用影响只是针对 2008-2013 年期间；今后任何费用将在适当的时候提交会员国审议。鉴于初级卫生保健方针本质上是综合性的，通过没有任何费用地重审每一项战略目标下的工作计划并将这些计划与本决议所定政策方向保持一致，世卫组织执行该项决议产生的费用基本上将予以说明。

但是，应为以下活动划拨专项资金：(i) 组织协调和能力建设；(ii) 横向战略活动和行动（例如审查初级卫生保健政策，磋商，并监测重振初级卫生保健工作的进展）；(iii) 增进对各国的支持以及各国之间的交流。

双年度	任务	估计费用 (千美元)
2008-2009 年	• 组织协调和能力建设	800
	• 横向战略行动	1000
	• 国家支持和交流	100
2010-2011 年	• 组织协调和能力建设	500
	• 横向战略行动	500
	• 国家支持和交流	1000
2012-2013 年	• 组织协调和能力建设	100
	• 横向战略行动	300
	• 国家支持和交流	600

- (b) 2008-2009 双年度估计费用（估计至最近的万美元，包括工作人员和活动，并表明将发生费用的本组织层次以及在相关时确定具体区域）**

190 万美元（见上述说明）。

- (c) 在(b)所表明的估计费用中，哪些可归入 2008-2009 双年度现有已规划的活动？**

50%，或是 950 000 美元。

- (d) 对于不可归入现有已规划的活动的金额，如何筹措额外费用（表明可能的资金来源）？**

需要通过自愿捐款的形式筹集额外金额；已经与资金来源展开初步磋商，前景乐观。

4. 行政影响

- (a) 实施地点（表明将开展工作的本组织层次，并在相关时确定具体区域）**

涉及本组织各个层次

- (b) 额外的员额配置要求（表明本组织各层次额外需要的工作人员（等同专职员工数），并在相关时确定具体区域，说明必要的技能概况）**

在可能范围内，额外工作部分将使用（会员国支持的）借调人员。2010 年及以后对任何额外的世卫组织工作人员的需求将于 2009 年审查。

- (c) 时限（表明实施的主要时限）**

每两年向卫生大会提交进展报告，从 2010 年的第六十三届世界卫生大会开始。

1. WHA62.15 号决议：预防和控制耐多药结核和广泛耐药结核

2. 与规划预算的联系

战略目标：

2. 与艾滋病毒/艾滋病、结核病和疟疾作斗争

全组织范围预期成果：

2.1 已为艾滋病毒/艾滋病、结核病和疟疾患者的预防、治疗和护理制定准则、政策、战略和其它工具，包括在穷人、难以接触到和脆弱的人群中提高干预覆盖率的创新方针。

2.2 已向国家提供政策和技术支持，以便有助于扩大提供对性别问题敏感的艾滋病毒/艾滋病、结核病和疟疾预防、治疗和护理干预措施；包括综合培训和服务提供；更广泛的服务提供者网络；以及强化的实验室能力及与其它卫生服务更好的联系，例如性和生殖卫生保健，孕产妇、新生儿和儿童卫生，性传播感染，营养，药物依赖性治疗服务，呼吸道疾病医疗，被忽视的疾病以及环境卫生。

2.3 已为预防和治疗艾滋病毒/艾滋病、结核病和疟疾，就促进公平获得质量得到保证的基本药物、诊断工具和卫生技术及其由开处方者和消费者合理使用和不间断供应诊断制剂、安全血液和血液制品、注射剂以及其它基本卫生技术和用品的政策和规划，提供全球指导和技术支持。

2.4 已加强和扩大全球、区域和国家监测、评价和监控系统，以便了解艾滋病毒/艾滋病、结核病和疟疾控制具体目标和资源分配方面的进展并确定控制努力的影响和耐药性的演变。

2.5 通过在国家、区域和全球各级倡导和培育艾滋病毒/艾滋病、结核病和疟疾伙伴关系已维持政治承诺和确保筹集资源；已酌情向国家提供支持，制定或加强和实施资

源筹集和利用机制及提高现有资源的吸收能力；以及加强社区和受影响者参与以便最大限度扩大艾滋病毒/艾滋病、结核和疟疾控制规划范围和提高其绩效。

(简短表明与预期成果、指标、目标、基线的联系)

本决议基于遏制结核病策略、遏制结核病伙伴关系《2006-2015 年遏制结核病全球计划》、WHA58.14 和 WHA60.19 号决议，以及关于结核病控制和患者治疗的北京行动倡议。该决议提供了一个框架以促进实现《2008-2013 年中期战略性计划》战略目标 2 提出的有关结核病控制的预期成果、具体目标和基线数值。此外，该决议与 2008-2009 双年度结核病工作计划中包含的预期成果和指标协调一致。

3. 财政影响

(a) 在该项决议的“生命周期”内估计实施费用总额（估计至最近的万美元，包括工作人员和活动）

本决议“生命周期”所涵盖的时期为 2009-2015 年。估计秘书处履行实施方面职责 - 包括在世卫组织总部、各区域办事处及相关国家办事处采取的行动 - 所需费用为 1.75 亿美元。

(b) 2008-2009 双年度估计费用（估计至最近的万美元，包括工作人员和活动，并表明将发生费用的本组织层次以及在相关时确定具体区域）

该双年度剩余时间总共需要 1150 万美元，其中 600 万美元拨给区域办事处和相关国家办事处。为履行本决议中载明的世卫组织职责，2010-2011 双年度总部、各区域办事处以及所有耐多药和广泛耐药结核病高负担国家中的国家办事处将需要 5000 万美元。

(c) 在(b)所表明的估计费用中，哪些可归入 2008-2009 双年度现有已规划的活动？

在总共 1150 万美元中，520 万美元可以归入该双年度现有已规划活动。

(d) 对于不可归入现有已规划的活动的金额，如何筹措额外费用（表明可能的资金来源）？

将依赖现有的强有力伙伴关系，包括与抗艾滋病、结核和疟疾全球基金、国际药品采购机制以及若干双边机构和基金会之间的伙伴关系，通过积极筹资活动，向一系列伙伴寻求额外资助。

4. 行政影响

(a) 实施地点（表明将开展工作的本组织层次，并在相关时确定具体区域）

耐多药和广泛耐药结核病给所有区域造成重大威胁：加强应对措施将需要在总部、各区域办事处以及至少 27 个耐多药和广泛耐药结核病负担最重国家的国家办事处采取行动。

(b) 额外职工配备要求（表明本组织各层次额外需要的工作人员（等同专职员工数），并在相关时确定具体区域，说明必要的技能概况）

将需要在非洲、美洲、东南亚、东地中海和西太平洋等区域办事处增设职位。

(c) 时限（表明实施的主要时限）

2009-2015 年，并就进展情况提交中期年度报告和双年度报告。

1. WHA62.16 号决议：公共卫生、创新和知识产权全球战略和行动计划

2. 与规划预算的联系

战略目标：

全组织范围预期成果：

1. 减轻传染病的卫生、社会和经济负担

1.5 已发展和验证符合预防和控制传染病重点需求的新的知识、干预工具和战略，并且来自发展中国家的科学家越来越多地在这一研究中发挥带头作用。

2. 与艾滋病毒/艾滋病、结核病和疟疾作斗争

2.6 已发展和验证新的知识、干预工具和战略以满足预防和控制艾滋病毒/艾滋病、结核和疟疾重点需求，并且来自发展中国家的科学家越来越多地在这一研究中发挥带头作用。

10. 通过了解可靠和可获得的证据和研究提供信息，加强治理、筹资、员额配置和管理，从而改进卫生服务

10.5 通过汇总和公布现有证据，促进重点领域知识的产生，以及卫生研究政策和协调方面(包括在道德行为方面)的全球领导，确保为卫生决策提供更好的知识和证据。

- 10.6 结合区域和国际研究并在有民间社会参与的情况下，加强国家卫生研究以发展卫生系统。
11. 确保改进医疗产品和技术的可及性、质量和利用
- 11.1 已就基本医疗产品和技术的可及性、质量和使用倡导和支持制定和监测国家综合政策。
- 11.2 已为医疗产品和技术的¹质量、安全性、效力和具成本效益的使用制定国际规范、标准和准则并已倡导和支持其国家和/或区域实施。
12. 提供领导，加强管理并促进与各国、联合国系统及其它利益攸关方的伙伴关系和合作，履行世卫组织在推进第十一个工作总规划中制定的全球卫生议程方面的使命
- 12.3 在一个反映会员国卫生需求和重点的共同卫生议程的基础上，建立全球卫生和发展机制以提供更加持久和可预测的技术和财务资源。

(简短表明与预期成果、指标、目标、基线的联系)

该决议建立在 WHA61.21 号决议的基础上。它与上述战略目标以及 2008-2009 年规划预算的全组织预期成果和 2008-2013 年中期战略性计划相一致。

3. 财政影响

(a) 在该项决议的“生命周期”内估计实施费用总额（估计至最近的万美元，包括工作人员和活动）

世卫组织的作用是在行动计划所列的几乎一半的具体计划（总共有 106 项具体计划）中领导或共同领导利益攸关者和实施实体，它还被确定为其它一些具体行动的²利益攸关者和实施实体。根据文件 A62/16 Add.1 所列的估计资金需求，世卫组织（总部以及区域和国家办事处的有关部门）在 7 年期（2009-2015 年）实施全球战略和行动计划所涉的财政和行政影响估计为 3.5 亿美元，估计其中 40% 的资金需求可以归入现有和今后预算。

(b) 2008-2009 双年度估计费用（估计至最近的万美元，包括工作人员和活动，并表明将发生费用的本组织层次以及在相关时确定具体区域）

费用预计为 1500 万美元。

(c) 在(b)所表明的估计费用中，哪些可归入 2008-2009 双年度现有已规划的活动？

700 万美元。

- (d) 对于不可归入现有已规划的活动的金额，如何筹措额外费用（表明可能的资金来源）？

预计将从有关会员国、发展伙伴、慈善基金会以及其它捐助方那里筹集资金。

4. 行政影响

- (a) 实施地点（表明将开展工作的本组织层次，并在相关时确定具体区域）

在 2008-2009 双年度，将主要在总部和区域办事处开展工作。

- (b) 额外的员额配置要求（表明本组织各层次额外需要的工作人员（等同专职员工数），并在相关时确定具体区域，说明必要的技能概况）

为实施全球战略，总部需要增加 6 名专业类员工和 4 名一般事务类员工。此外，每一区域办事处需增加 2 名专业类员工和 1 名一般事务类员工。

- (c) 时限（表明实施的主要时限）

本报告涵盖在 2008-2009 双年度和今后三个双年度实施行动计划。第六十二届世界卫生大会通过的行动计划确定了整个生命周期内全球战略的实施时限。全球战略要求每两年通过执行委员会向卫生大会提交一份进展报告，并在四年后对战略进行一次全面评估。