



大会

Distr.: General
9 February 2016
Chinese
Original: English

第七十届会议

议程项目 125

全球卫生与外交政策

保护人类免受未来卫生危机之祸

全球应对卫生危机高级别小组的报告



目录

	页次
缩略语	4
前言	5
摘要	7
建议	11
一. 导言	21
A. 2014 年西非埃博拉疫情—— 一场可以防止的悲剧.....	22
B. 传染病给全球带来的负担	25
C. 卫生危机造成更广泛的社会经济影响	26
D. 传染病——贫穷病	28
E. 没有作好准备的世界	28
二. 国家一级	30
A. 落实《国际卫生条例》的核心能力和加强卫生系统	31
B. 建立一支有效的卫生工作人员队伍	35
C. 应对治理挑战	36
D. 加强社区参与	37
E. 对军队进行卫生和人道主义任务方面的培训	38
F. 确保维持基本的卫生服务	39
G. 解决卫生危机的性别层面问题	39
三. 区域和次区域一级	40
四. 国际一级	42
A. 加强世界卫生组织对条例核心能力达标情况的定期审评机制.....	42
B. 加强世卫组织的业务能力	44
C. 加强全球应对卫生危机时的联合国全系统协调	49
五. 贯穿各领域的问题	52
A. 发展与卫生	52

B. 研究与开发	55
C. 财政和经济措施	60
六. 后续行动和落实	65
附件	
一. 词汇表	68
二. 危机发生的主要日期及采取的应对行动.....	76
三. 高级别小组人员组成	79
四. 举行的会议	81
五. 委托开展的研究	83
六. 简要文献书目	84
七. 鸣谢	89

缩略语

西非经共体	西非国家经济共同体
粮农组织	联合国粮食及农业组织
免疫联盟	全球疫苗和免疫联盟
国内总产值	国内生产总值
全球基金	全球抗击艾滋病、结核病和疟疾基金
机构间常委会	机构间常设委员会
条例	国际卫生条例
流感框架	大流行性流感防范框架
非典	传染性非典型肺炎
水卫项目	人人享有饮水、环境卫生和个人卫生项目
世卫组织	世界卫生组织
粮食署	世界粮食计划署
世贸组织	世界贸易组织
开发署	联合国开发计划署
儿基会	联合国儿童基金会
埃博拉特派团	联合国埃博拉应急特派团

前言

2013 年 12 月 28 日几内亚两岁的艾米勒·瓦穆诺感染埃博拉病毒而死亡，当时人们丝毫不知，孩子的死将引发一连串事件，导致 11 000 多人丧生，造成世界范围的恐慌，需要调动数十亿美元进行全球应对。

西非埃博拉疫情只是二十一世纪迄今为止发生的几次流行病之一。还爆发过四次大流行病，分别是发生在沙特阿拉伯和大韩民国的中东呼吸综合征、H1N1 病毒、H5N1 病毒和传染性非典型肺炎(非典)。这些大流行病的爆发强有力地告诫我们，人类面临新发传染病的威胁。

在这种背景下，2015 年 4 月联合国秘书长设立了应对全球卫生危机高级别小组，以期吸取埃博拉应对过程中的经验教训，为加强国家和国际系统提出建议，预防和有效应对未来的卫生危机。

高级别小组重点关注可能在国际上流行的新发或重发严重传染病造成的卫生危机。小组的任务是以前瞻性视角拟议关键性措施，更有效地预防和应对未来的卫生危机。本报告不是对埃博拉应对行动的分析评判。其他审评报告更具进行分析评判的技术资质。尽管如此，小组仔细研读了这些审评报告，把全球应对埃博拉疫情的经历作为其审议工作的始点。

高级别小组经过广泛协商后认为，发生大规模卫生危机的风险很高，而各国对此普遍估计不足，应对准备和应对能力远远不够。今后发生的流行病很可能大大超过西非埃博拉疫情的规模和破坏程度。小组极为关切地获悉，出现高致病性禽流感病毒，迅速导致数百万人死亡，造成重大的社会、经济和政治混乱，这种情形并非是不可能的。

高级别小组因此建议采取一系列措施，加强全球卫生架构，以期更有效地应对大流行病的威胁。

高级别小组深信，没有什么可以取代一个拥有充足资源的负责确定和执行世界卫生优先事项的全球性卫生领头机构。世界卫生组织(世卫组织)应成为这个领头机构。小组注意到，迄今为止世卫组织应急能力不足，其改革努力基本上没有成功。实施改革诚然是世卫组织秘书处的责任，但是世卫组织会员国没有坚强地支持世卫组织。2011 年世卫组织总干事提交世界卫生大会的报告指出：“世卫组织发现自己不堪重负，业务延伸过长，需要实施具体改革。确定优先次序时既没有充分的选择性，也缺少战略重点。”如果世卫组织不能成功进行改革，下一次大流行病将会造成数以千计的人无谓死亡。赋予世卫组织权能，使其具备必要的政治领导力，建立有效的应急准备和反应能力，这也许是最后的机会了。如果世卫组织再不能履行职责，就可能需要考虑另立联合国应对机构。

全球流行病恐慌过后人们常常沾沾自喜而无所事事。例如 2009 年流感大流行后对全球应对准备作过类似的审评报告，但报告提出的建议大都未获实施。如获实施，西非成千人的生命或许不会丧失。

为了死者，我们有责任防止这一悲剧重演。这将需要采取持续的政治后续行动，建立应对卫生危机的坚强结构。高级别小组因此提议设立一个全球公共卫生危机高级别理事会，并提议举行一次全球公共卫生危机峰会，以期保持势头，监测必要改革的进展情况。

高级别小组感谢秘书长为使世界做好应对卫生危机的准备而表现出的远见卓识，希望本报告提出的建议能够使未来无数生命免于死亡。

主席

坦桑尼亚联合共和国

贾卡亚·姆里绍·基奎特(签名)

摘要

埃博拉疫情是一次警钟

2014 年的埃博拉疫情是一场人类悲剧，导致几内亚、塞拉利昂和利比里亚上万人丧命，在社区造成巨大痛苦，留下深深的创伤。然而它本是可以预防的。本可以采取更多措施及早阻止它的流行。这场危机为我们敲响了警钟，提醒我们必须为防止今后的卫生危机加强全球行动。

埃博拉应对过程中出现的多次失误表明，世界仍然没有作好应对流行病威胁的准备。西非缺少基本的监测能力，致使疫情发生三个月后才被发现。疫情确认之后，专家低估了其规模，当局忽视了其严重性。尽管无国界医生组织等团体多次提出警告，但受灾最严重的三国政府和世界卫生组织(世卫组织)坚持认为疫情将很快被控制。直到 1 600 多人感染了病毒，疫情失控，世卫组织才宣布埃博拉疫情是一个国际关注的突发公共卫生事件，从而引发世界的关注。

埃博拉病毒被确认为全球性威胁后，全世界进行了前所未有的资源和能力调动，包括部署外国军事资产。秘书长还作出决定，设立联合国第一个卫生应急特派团。然而由于缺乏愿意前往疫区救援的训练有素和经验丰富的工作人员，财务资源不足，不了解什么应对方法最有效，社区没有有效参与，协调工作不力，国际反应未能充分发挥效用。这些拖延和失误导致数千人丧生。

埃博拉病毒首例死亡两年多之后，11 316 人死于此病毒，28 638 人受感染。^{*} 这场流行病还给受影响最严重的国家造成约 22 亿美元的经济损失，使来之不易的千年发展目标的成绩损失殆尽。

传染病给全球造成的负担

过去的几个世纪中，世界爆发多次流行病，常常造成破坏性后果。1918 年 H1N1 流感大流行，导致约 5 000 万人丧生。今天有些传染病继续造成数百万人死亡。最近爆发的流感(H1N1 和 H5N1 病毒)、传染性非典型肺炎(非典)和中东呼吸综合征表明，即便发达国家的先进卫生系统也面临新病原体的挑战。

尽管埃博拉在西非造成巨大破坏，但是埃博拉病毒并非人类所知的最厉害的病原体。比尔·盖茨和梅林达·盖茨基金会的数学模型表明，一种空气传播流感病毒的毒株可在 60 天内蔓延到全球所有主要国家的首都，在 250 天内造成超过 3 300 万人丧生。

人类面临的威胁如此巨大，而世界各国的应对努力却少得可怜。《国际卫生条例(2005)》是为预警和应对大流行病而谈判制定的具有约束力的国际法律文书，但

^{*} 2016 年 1 月 17 日的数据。2016 年 1 月 22 日查自 www.who.int/csr/disease/ebola/en/。

196 个缔约国中只有三分之一充分落实了条例。同样，全球为研发疫苗、治疗药物和诊断方法投入的资金，只有一小部分用于研究主要影响发展中国家的新发传染病。

行动呼吁

今后将出现大流行病威胁，可能造成严重的破坏性后果。我们必须立即采取行动，确保未来的威胁得到遏制，人类得到保护，否则有可能令数百万人丧失生命，使社会、政治和经济遭受巨大破坏。

高级别小组提出了 27 项在国家、区域和国际三级采取行动的建議，其中许多措施贯穿不同治理领域，需要社会所有部门共同参与。需要采取的措施虽然错综复杂，但各国政府、国际机构、民间社会和私营部门等伙伴可以携起手来，怀着新添的紧迫感，在一些具体方面立即采用行动。这些优先行动将为建设未来卫生危机管理所需的全球能力奠定基础，加快高级别小组建议的执行速度。

第一，世卫组织必须建立一个新的应急准备和反应中心，确保世界有常设能力，迅速查明和应对新发传染病的威胁。这个中心必须有真正指挥和控制能力，有权调动专项人力和行动资源进行卫生应急，有能力在第一时间预见事态发展，发布经过核证的监测数据。这个中心应利用现有的最先进技术，确保国际社会能够查明、追踪和有效应对新出现的任何威胁。

第二，所有国家都必须充分履行条例义务。应向能力不足的国家提供支持，使其迅速采取部分核心措施。政府首脑应直接领导这些措施，包括建立具有明确指挥和控制系统的大流行病准备和应急机制；招聘和培训卫生专业人员和社区卫生工作者；建立一个设有国家实验室的全面监测系统。

第三，需要适当的资助。应向为落实条例而申请援助的国家提供援助，同时必须为世卫组织的新应急准备和反应中心提供资源，使其能够满足全球的需要。此外应设立一项基金，为被忽视传染病研发疫苗、治疗药物和诊断方法。

为确保关键措施获得实施，高级别小组提出一项核心建议，即在大会设立一个全球公共卫生危机高级别理事会，为全球应急准备提供政治领导，监测改革的实施，帮助筹划 2018 年的全球公共卫生危机峰会。

埃博拉疫情是一次警钟。全球领导人现在应采取行动落实本报告所载建议。

本报告各个章节

国家一级(建议 1 至 4)

地方社区处于疫情爆发的前沿，而国家扮演主要行为者的角色，负责发布适当警告，启动危机反应。需要在全局卫生架构的地方和国家两级建设基本能力，进行有效准备和反应。

埃博拉应对经历显示，国家未充分履行条例的义务，卫生系统薄弱，治理遇到挑战，社区动员不力，所有这些情况使国家当局无力制止病毒的传播。

需要在国家一级采取以下关键措施：落实条例规定的核心能力，建设一支有效的卫生人员队伍，解决治理中面临的困难，加强社区参与，解决卫生危机中的性别层面问题。

区域和分区域一级(建议 5)

各区域和分区域组织以创新方式和实用经验为应对埃博拉危机作出了贡献。然而由于缺乏准备和事先安排，反应过程中出现了延误，协调方面也遇到了困难。

各区域组织应建立或加强常设能力，协助预防和应对卫生危机，尤其是在能为国家应对工作作出重要贡献的领域。

国际一级(建议 6 至 9)

埃博拉危机也显示，国际系统在应对卫生危机方面存在严重差距。应特别提到的是，条例核心能力要求达标情况的监测机制十分薄弱。由于没有独立评估，国际社会未能有效帮助脆弱国家建立准备、监测、检验和应对能力。此外由于世卫组织未能作出强有力的反应，各机构不清楚在卫生危机中谁出头领导和如何进行协调，结果拖延了作出有效反应的时机。这一拖延导致联合国秘书长作出史无前例的决定，设立了联合国第一个卫生应急特派团。

迫切需要采取措施弥补这些差距，加强迅速发现和应对卫生危机的全球能力。这些措施包括建立更有力的制度定期审评条例核心能力要求的达标情况，加强世卫组织的业务能力，加强机构间常设委员会(机构间常委会)的协调机制，以更好地应对卫生危机。

贯穿各领域的问题(建议 10 至 25)

发展与卫生

新的危险病原体可能出现在世界的任何国家，而发展中国家生活条件差，更容易爆发传染病。环卫设施简陋可能加速疾病传播，保健系统薄弱可能妨碍反应能力。

高级别小组敦促所有会员国实现可持续发展目标，特别是卫生领域的目标。小组注意到目标 3.3 确认传染病可能构成卫生危机，敦促会员国监测可持续发展目标和采取目标后续落实行动时，把条例要求的核心能力的达标情况作为防止传染病爆发的关键因素来考虑。小组还建议世卫组织与各发展行为体密切合作，确保卫生系统和公共卫生领域的发展方案和发展努力互为补充。

研究与开发

提供有效的医疗对策，包括疫苗、治疗药物和诊断方法，对于预防和应对传染病的突发至关重要。然而针对穷人易患疾病的医疗研发投入严重不足。2010 年

全球卫生研发投入 2 140 亿美元，其中用于被忽略疾病的还占不到 2%。即使有疫苗或治疗药物，弱势群体往往也无法获得或负担不起。

必须从公共政策上进行干预，包括加强政府供资力度，投入更多资源用于被忽略疾病和其他危险病原体的专项研发，在发展中国家尤其如此。高级别小组因此建议由世卫组织监督设立一个基金，用于研发被忽视传染病的疫苗、治疗药物和诊断方法。研发工作应按世卫组织拟定的重点病原体清单循序展开。此外小组还指出，应采取其他措施，使所有人都能获得并买得起药品。

财政与经济措施

为了更好地应对卫生危机而建设一个更有效的全球卫生架构，这将需要投入更多的财政资源。高级别小组认为需要在三个关键领域投资。第一，需要调动国内外资金建立条例要求的核心能力。在这一方面最不发达国家和其他脆弱国家应得到合作伙伴的援助。第二，需要将世卫组织的摊款提高 10%，并为应付突发事件提供足够的应急基金，使世卫组织切实有能力做好业务准备，应对突发事件。第三，每年至少需要 10 亿美元的研发资金，用于研发可能引起卫生危机的病原体的防治办法。为了执行这些优先事项，应加强对现有资源的战略协调并提供更多资金，这将有助于提高成效，实现一个更安全的世界。

高级别小组注意到，传染病爆发期间实施的贸易和旅行限制往往给疫区国家和全球带来重大经济损失，还可能致使有些国家政府不愿及时报告疫情而妨碍疫情的应对工作。小组因此建议应认定那些应尽可能少用的措施。

后续行动与落实(建议 26 和 27)

国家、区域和国际三级在防备和应对卫生危机中如缺少坚强的政治领导，将不利于进行有效和及时的应对。高级别小组认为国家元首和政府首脑必须及早启动果断行动应对流行病。

此外，以前改革全球卫生架构的努力均因缺乏政治支持而停滞不前或失败。

高级别小组深信，需要建立一个高级别政治机制，以保持目前的势头，确保实施关键改革，为举行一次全球公共危机峰会提供支持。因此小组提议设立一个全球公共卫生危机高级别理事会。

结论

高级别小组认为，其建议如果得到实施，将有助于加强世卫组织领导下的全球卫生架构。小组建议以现有机制为基础，加强全球能力，以监测风险，及早发现疫情，快速部署资源充足的有效反应。此外小组建议投入专项资源用于病原体的循序研发，保证在最需要的时候有关键疫苗和治疗方法可用。

建议

国家一级

评论：《国际卫生条例(2005)》核心能力要求达标不足影响了对西非埃博拉危机的准备和应对，把世界置于传染病突发危险之下。

建议 1

到 2020 年条例缔约国通过适当国际合作充分落实条例的核心能力要求。

在实施条例的核心能力要求过程中，缔约国应在国家元首和政府首脑的领导下：

准备与应对

- 将卫生危机的应对规划纳入国家减少灾害风险准备和响应机制和计划。
- 发动所有相关利益攸关方确定应对能力和资源。
- 制定大流行病应对计划，开展所有响应机构包括公安部队参加的模拟演练。

监测

- 建立一个“一体化卫生”监测机制，在第一时间或接近第一时间收集和分析公共卫生信息，汇总来自社会各界的数据。
- 确保立即向世卫组织区域主任和世卫组织突发和紧急事件管理方案(世卫组织应急准备和反应中心——见建议 7)通报所有非常卫生事件。

实验室

- 至少建立一个具有生物样本分析能力的国家公共卫生实验室，或确保能够使用区域共用实验室。
- 建立向相关实验室快速而安全运送样本包括跨界运送样本的国家系统。

人力资源

- 制定应急人员队伍规程，确保应急人员的适当保护、培训、装备、薪酬和职业安全。
- 对所有公共和私营部门的卫生工作者进行应急规程培训，建立一支应急人员队伍。

评论：在社区一级建立可行的突发事件监测和反应系统面临一个主要障碍，即缺乏训练有素的卫生工作者。

建议 2

各国政府增加投资，培训卫生专业人员，建立符合本国国情的社区卫生工作者系统。

- 各国政府和合作伙伴为培训社区卫生工作者充分供资。

- 实施奖励计划，确保卫生工作者战略性地部署到贫穷和边远地区。
- 承认社区卫生工作者在疾病预防、监测和应对方面的重要作用，将他们列为一个劳工类别。

评论：不充分了解文化背景，文告设计不当，阻碍了社区一级的反应。

建议 3

政府和响应机构加强和简化社区互动工作，促进地方自主和信任。

- 国家当局和合作伙伴支持建设和使用国家社会科学研究能力，并支持建立一个发生危机时可以调动的国际社会科学工作者网络。
- 将有效社区参与原则列为所有国家和国际响应机构培训项目的内容。
- 国家当局和合作伙伴挖掘在这一领域进行南南合作的潜力。
- 制定宣传战略时适当考虑到文化背景。

评论：传染病往往对妇女造成不成比例的影响，因为妇女大多是家庭的主要照顾者，还因为她们大多在非正规部门就业，特别容易受到疾病爆发造成的负面经济影响。此外虽然在国家和国际应对埃博拉危机的过程中活跃着一些女性领导人的身影，但是妇女的代表性不足。

建议 4

突发事件准备和应对工作应考虑并处理性别层面的问题。

- 妇女往往是家庭的主要照顾者，应当特别重视她们的需要。
- 解决大流行病造成的经济和生计影响时应特别注意妇女的处境。
- 必须让妇女参与各级规划和行动，确保应对活动的有效性和适宜性。

区域和次区域一级

评论：各区域和次区域组织为应对埃博拉提供的支持大大加强了行动能力，不过它们的援助姗姗来迟，且有时缺乏协调。

建议 5

区域和次区域组织在世卫组织支持下，建立或加强监测、预防和应对卫生危机的常设能力，包括：

- 加强区域卫生危机应急和准备计划，预先安排紧急后勤和相关医疗特许协议，出现卫生危机时迅速启动。
- 管理和运行区域共用防灾和应急能力，包括先进的生物安全实验室。
- 加强区域研究能力和协作。

- 维持一个可在区域迅速部署的医疗专家和工作人员名册。
- 协助区域合作伙伴交流经验教训。
- 在世卫组织支持下维持一个对区域构成卫生危机风险的病原体的共同商定清单。
- 建立条例区域更新和支持机制，提高区域内的达标水平。
- 在区域和次区域特别是边境地区促进应对卫生危机的模拟演练。

国际一级

评论：条例要求的核心能力原定达标期限已过去三年多(中间经过两次延期)，但只有三分之一的缔约国宣布达到条例要求的核心能力。

建议 6

世卫组织加强对条例核心能力要求达标情况的定期审评。

- 缔约国与非国家行为体协商，向世卫组织秘书处提交条例核心能力落实情况年度书面评估。
- 轮流对各国进行定期审评，在 4 年内将所有缔约国审评一遍。
- 对接受审评的国家，世卫组织将安排对条例核心能力要求达标情况进行独立实地评估，并酌情与其他审评进行协调。
- 国家的自我评估和世卫组织安排的评估都将提交卫生大会(或卫生大会所设委员会)审议。
- 进行审评时，将邀请一名国家高级代表就两项评估报告发表意见。卫生大会其他成员也有机会表示意见。
- 世卫组织秘书处将在审评之后三个月内根据讨论情况，使用世卫组织的成本计算工具，为各国制定列出费用的行动计划。
- 世卫组织秘书处将在审评基础上编写条例核心能力全球落实情况综合公共报告，并提出落实战略，包括所需国际援助。
- 一旦缔约国充分达到条例的核心能力要求，定期审评进程将扩大范围，根据世卫组织即将制定的导则对缔约国的卫生系统进行更广泛的评估。这一评估包括重新检查条例核心能力的达标情况。

评论：世卫组织是一个制定标准的技术性组织。该组织的技术专长帮助遏制了上次的埃博拉疫情，但该组织目前缺乏领导大规模突发事件应对行动的经验、能力和判断力。世卫组织若不能及早对初次报告的突发事件作出反应，有可能导致数以千计的男女和儿童无谓死亡。

建议 7

世卫组织立即加强领导能力，建立统一而有效的运作能力。

- 高级别小组注意到世卫组织设立了突发和紧急情况管理方案，但鉴于需要统一指挥，小组建议将方案改为一个具有指挥和控制权的应急准备和反应中心。
- 一旦发生卫生突发事件，这个中心将发挥中央指挥和控制作用。中心应配备充足的人力物力，在组织内具有明确的上下级权限。
- 设立一个常设咨询委员会指导中心的活动。委员会应包括来自联合国机构、各国政府、非政府组织和机构伙伴合作的代表，鼓励采取多部门办法。
- 发生卫生危机时，中心行使全权，指挥卫生群组的反应，同时与各国政府和所有行为方保持密切联系。
- 中心将设人力部署管理股，负责管理全球疫情警报和反应网络以及外国医疗队方案，协调全球应急卫生人力，根据需要部署专家和外国医疗队。
- 中心将制定透明规程，发生突发事件时立即启动响应，国际行动受到阻碍和拖延时要求采取政治行动。
- 中心还将设立一个开放数据平台，收集、管理和分析全球流行病事件的公共数据。中心将负责实时发布这些数据。
- 中心将管理拟议的世卫组织应急基金，并可动用大流行病应急筹资机制。
- 中心将与世卫组织卫生系统和创新部密切协作开展卫生危机的研发工作。
- 中心将与机构间常委会合作制定卫生危机领域人道主义行为方标准作业程序。

评论：卫生危机的有效管理超出卫生部委的职权范围，也超出世卫组织本身的能力，需要政治领导和联合国全系统的反应。西非埃博拉危机进一步表明，需要在世卫组织内部建立有效的统属关系，改进对全系统反应的协调。

建议 8

发生尚未列为人道主义紧急情况的 2 级或 3 级突发事件时，在整个联合国系统启动明确的指挥系统。

- 世卫组织总干事向联合国秘书长报告应对事宜。
- 世卫组织区域主任直接向世卫组织中心执行主任报告，确保整个系统的一致性。

- 中心执行主任将由联合国秘书长的紧急情况协调员兼任，负责在必要时领导机构间的应对活动。
- 鉴于世卫组织被指定为应对卫生危机的牵头业务机构，秘书长应确保机构间常委会群组制度处于充分运作状态，支持紧急情况协调员在必要时领导机构间的应对活动。
- 检查机构间常委会的职权范围，包括群组制度，加强其稳定性、及时性、协调能力和应对卫生危机的能力。

评论：埃博拉疫情暴露了一个问题，即卫生领域和人道主义危机领域所用的分类缺乏一致性，结果影响了应对的效力。

建议 9

秘书长牵头整合卫生和人道主义危机触发系统。

- 按照世卫组织应急响应框架列为 2 级或 3 级的每一卫生危机，自现在起自动触发机构间多部门评估。

发展与卫生

评论：可持续发展目标 3.3 确认传染病可能造成卫生危机。然而目前可持续发展目标监测和后续落实进程没有把条例核心能力要求的达标情况列为防止传染病爆发的关键要素。

建议 10

国际社会必须履行对可持续发展目标特别是对卫生部门目标的承诺。

- 统计委员会审议可持续发展目标的指标时，应考虑把条例核心能力要求的达标情况和总体卫生系统的加强情况作为衡量实现卫生领域可持续发展目标的指标。

意见：卫生部门的官方发展援助大多投给了侧重个别卫生指标的纵向方案。虽然这种做法为实现具体目标作出了重要贡献，但未能加强总体卫生系统。应将大部资金直接提供各国，可能时通过预算支助提供资金，使各国政府能够弥补这些薄弱环节。

建议 11

合作伙伴保持对卫生领域的官方发展援助，并根据一个商定的政府主导计划，将援助的更多部分用于加强卫生系统。

- 把官方发展援助战略性地投向一个旨在加强卫生系统的渐进性、列入预算的五年计划。
- 财政管理透明度和善治的基准要明确且前后一致。
- 非政府组织在运作中要有同国家政府一样的透明度和善治程度。

评论：高级别小组亲眼目睹，只加强卫生系统还不够，还必须支持补充性发展方案，解决饮水、环卫、电力、基本保健和其他有关需求。

建议 12

世卫组织与各发展行为体密切合作，通过发展规划支持卫生系统，促进实现普遍和公平享有优质保健服务。

研究与开发

评论：虽然一些缺乏研究的病原体会对人类构成威胁，但并不清楚哪种病原体会引发下一次疫情，因此应作为研究的优先事项。

建议 13

由世卫组织进行协调，排定最有可能导致卫生危机的被忽视疾病的全球研发优先次序。

- 世卫组织秘书处在免疫接种与研究问题咨询小组的指导下，建立并维持最可能导致卫生危机的重点传染病清单，优先为这些传染病研发疫苗、治疗药物和快速诊断方法。前后次序应按照明确界定的标准排列。
- 世卫组织协助确定有能力加速生产疫苗和治疗药物的技术平台，以应对新病原体或菌株引发的疫情。

评论：即使疫苗和治疗药物存在，高价格往往使最需要的人负担不起或无法获得。尤其需要确保受传染病爆发影响国家的公民获得充分的疫苗。

建议 14

采取紧急措施确保人们能普遍获得并负担得起的药品、疫苗和其他挽救生命的产品。

- 由于收回投资和研究融资的需要与提供负担得起药品的需要之间存在差距，应另外提供公共资金，帮助人们普遍获得负担得起的药品、疫苗和其他挽救生命的产品。
- 加强努力，通过全球疫苗和免疫联盟(免疫联盟)、全球基金、国际药品采购机制等举措，确保人们能获得并负担得起医疗产品。
- 增加使用非专利产品，使药品更加便宜。
- 各国和合作伙伴根据《关于与贸易有关的知识产权协议与公共健康的多哈宣言》的规定，提供负担得起的基本药品和疫苗。在这方面，应始终利用《与贸易有关的知识产权协议》所述的灵活办法。

评论：在疫情爆发的情况下，为了针对新病原体建立医疗对策，要求将样品迅速提供给世界各地的研发实验室。然而近年来人们越来越关切研发样品所产生惠益的公平分配，包括疫苗和治疗方法。尽管存在有关生物材料共享的两份法律文书

(《生物多样性公约关于获取遗传资源以及公正公平分享利用遗传资源所产生惠益的名古屋议定书》和《大流行性流感防范框架》),但在以何种条件共享未来新出现的病原体样本方面,仍然存在相当大的法律不确定性。

建议 15

世卫组织召集其会员国重新谈判《大流行性流感防范框架》,以增列纳入其他的新病原体,使其具有法律约束力,并按照 2010 年《生物多样性公约名古屋议定书》规定的原则,适当兼顾义务和利益。

评论:发达国家、新兴经济体和最不发达国家的研发能力存在重大差距。

建议 16

由世卫组织牵头,通过南南合作等途径,协助发展中国家建设疫苗、治疗药物和诊断方法的研究和生产能力。

- 世卫组织及其伙伴为发展中国家疫苗生产网络等举措加速提供技术和财政支持。
- 努力利用现有的南南合作专门知识。
- 发展和支持生物和社会科学、兽医服务、工程及相关领域的重要研究方案。

筹资

评论:筹资是落实条例核心能力的关键制约因素。高级别小组呼吁所有国家为卫生部门分配更大比例的国家预算,包括建立条例要求的核心能力,但小组认识到,许多国家将需要大量国际援助,特别是最不发达国家。

建议 17

世卫组织总干事牵头作出紧急努力,协同世界银行、区域开发银行、其他国际组织、合作伙伴、基金会和私营部门,为建设条例要求的核心能力调动财政和技术支持。

评论:目前世卫组织所有应急活动都依靠自愿捐款,因为没有即时可用的常备资源。紧急援助的自愿性质常会导致应急活动延误和缺乏协调。因此世卫组织的核心应急活动应由摊款供资。

建议 18

世卫组织会员国将对世卫组织预算的摊款至少增加 10%。

评论:加强世卫组织的应急能力将需要大量额外的财政支持。

建议 19

在方案支助费用之外硬性收取世卫组织所有自愿捐款的 10%,用于资助应急准备和反应中心。

评论：世卫组织最近设立了一个 1 亿美元的应急基金，以满足紧急情况下的迫切需要。鉴于早期、有力的应急反应最有可能抑制疫情爆发，这一数额是不够的。

建议 20

各会员国到 2016 年年底为世卫组织应急基金提供至少 3 亿美元的资金。

- 各卫生群组的成员可在世卫组织的协调下使用应急基金。
- 为确保供资的可预测性，应急基金应完全由会员国按照目前的摊款比例提供。应急基金到 2016 年底得到充分供资，并在用完后立即得到补充。

评论：由于缺乏可预测和可靠的资金来迅速应对重大卫生危机，影响了有关当局防止疾病蔓延的能力。世界银行的大流行病应急筹资机制可以为确保资金的可预测性和及时性发挥关键作用。

建议 21

世界银行迅速运行大流行病应急筹资机制。

- 最不发达国家应向大流行病应急筹资机制缴纳的年度保险费由合作伙伴提供的额外资源支付。
- 付给筹资机制的款项由疫区国家当局按照国家应急计划进行优先分配，并由适当的组织为其提供技术支持。

评论：没有采取多少财政激励政策鼓励产业为严重影响发展中国家的传染病开发疫苗。

建议 22

世卫组织负责建立和管理一个每年至少 10 亿美元的国际基金，资助研发被忽视传染病的疫苗、治疗药物和快速诊断方法。

- 该基金的目标是建立保护机制应对未来的卫生危机，并补充现有机制以促进研发活动，为疟疾、肺结核和艾滋病毒/艾滋病等地方传染病研发疫苗、治疗药物和诊断办法。
- 该基金用于激励研发活动，为世界卫生大会咨询委员会确定的重点病原体研发疫苗、治疗药物和快速诊断办法。
- 针对每种病原体的情况，采用有针对性的方法来激励研发活动，以最低成本迅速取得成果。

评论：单方面关闭边界和实施贸易与旅行限制造成了重大经济损失，阻碍响应人员和物资流往受埃博拉影响的国家。一些商业航空公司暂停航班，迫使动用特别人道主义后勤网络。

建议 23

条例审查委员会考虑建立有关机制，迅速处理国家和其他行为体违反世卫组织宣布国际关注的突发公共卫生事件时发布的临时建议而采取的单方面行动。

评论：即使传染病仅发生在一个地方，给国内造成的影响常因国际反应而加剧。近期经验表明，当一个国家发生疫情时，其他国家经常不顾世卫组织根据条例提供的指导而关闭边界或实施旅行限制。可根据条例和世界贸易组织(世贸组织)争端解决程序处理此类限制。

建议 24

世贸组织和世卫组织召集一个非正式联合专家委员会，研究可能的措施，加强条例和世贸组织法律框架之间就公共卫生事件而实施贸易限制的一致性。

评论：高级别小组听取了各方表达的关切，即支持发展中世界卫生系统的国际努力过于分散，导致重叠工作和重叠报告，协调不力，援助实效大幅降低。与此同时，许多合作伙伴对很多发展中国家缺乏财务管理能力表示关切。

建议 25

各国和合作伙伴遵守《援助实效问题巴黎宣言》、《阿克拉行动议程》和《釜山伙伴关系协定》，特别是在协调支持、统一各方努力和相互问责方面。

- 所有国际行为体向当事国政府系统通报它们提供的援助，并与相关职能部门协调其方案。
- 在应急反应情况下，紧急情况协调员负责协助政府有效协调国际援助。

后续行动和实施

评论：2009 年，H1N1 大流行性流感造成约 30 万人丧生。在应急行动后，世卫组织对条例的运作情况进行了审评。审评建议实施的许多改革措施与高级别小组的建议相同，但建议一个都未被采纳。由于缺乏优先推行改革的政治领导力，加上资源不足，导致改革裹足不前。需要建立高级别政治机制，以监督实施新批准的改革措施，包括高级别小组的各项建议。

建议 26

联合国大会立即设立全球公共卫生危机高级别理事会，确保世界有能力应对公共卫生危机并做好准备。

- 高级别理事会负责监测与预防和防范可能对经济、人口流动、稳定、恢复工作造成前所未有影响的全球规模的潜在流行病有关的政治和非卫生问题。高级别理事会将在卫生危机期间重申有关的指导意见，并在卫生领域之外的受影响领域进行干预。

- 高级别理事会负责监测全球应对卫生危机高级别小组被采纳的建议在国家、区域和国际各级的落实情况并定期向大会报告。
- 高级别理事会负责确保高级别小组被采纳的建议及时得到落实。
- 高级别理事会由大会选出的 45 至 50 个会员国的政治代表组成。
- 高级别理事会支持全球公共卫生危机首脑会议的实质性筹备工作。

建议 27

在 2018 年举行一次全球公共卫生危机首脑会议，集中审议卫生危机的准备和反应工作。

一. 导言

1. 2014 年西非埃博拉病毒爆发造成了惨痛损失，超过 11 000 人丧生，给该区域的各个社区造成了无法估量的痛苦。
2. 这场悲剧为国际社会敲响了流行病威胁的警钟。传染病在整个历史中困扰着人类，夺去数亿人的生命。尽管医疗诊断方法、治疗药物和疫苗接种等科学进步减少或消除了部分疾病，但不能控制新发病原体或重发病原体造成的流行病威胁。
3. 许多病原体继续蔓延，新病原体时有出现。气候变化、人口增长、生物多样性的丧失、贸易全球化和旅行使人类越来越容易受到流行病的威胁。对埃博拉病毒、中东呼吸综合征等近期疫情的反应工作表明，世界在应对流行病威胁方面仍然严重缺乏准备。这些疾病的迅速蔓延突出说明迫切需要加强全球卫生架构，以应对今后的疫情爆发。
4. 为此，2015 年 4 月联合国秘书长设立了全球应对卫生危机高级别小组，负责提出加强国家、区域和国际系统的建议，以防止和更好地应对未来的卫生紧急情况。
5. 高级别小组主要关注构成国际传播威胁的新传染病、急性传染病或复发传染病引起的卫生危机。这并不是要弱化非传染性疾病引起的卫生紧急情况的规模，非传染性疾病每年导致 3 800 万人死亡。小组还认识到，疟疾、霍乱、结核病、艾滋病毒/艾滋病等许多地方性传染病每年导致数百万人丧生，因此也有理由被视为严重的卫生危机。但是，由于这些疾病已经在全球蔓延，遏制此类疾病所需的战略与早期发现和应对新发或复发疾病所需的战略有重大差异。小组只关注这样的疫情，即传染病爆发是导致危机的根源，而不是更大范围的紧急情况(如冲突导致的人道主义紧急情况或自然灾害)造成的后果。尽管如此，小组的许多结论也适用于处理更大规模的人道主义紧急情况下的卫生危机。同样，小组没有具体研究生物恐怖主义行为，即蓄意采用传染病物剂的行为，但小组的多项建议将有助于遏制这种行为造成的后果。
6. 高级别小组分析了埃博拉病毒和先前传染病爆发的应对工作，并审议了加强卫生危机的准备、监测、预警和反应工作所需的各种行动和系统。
7. 2015 年 5 月以来，高级别小组与各类行为体进行了广泛磋商，包括受影响最严重国家的国家元首、支持应对工作的国家和其他会员国的代表、联合国系统的代表、多边金融机构和区域开发银行、非政府组织、保健服务提供者、学术和研究机构、私营部门和其他专家。小组还前往几内亚、利比里亚和塞拉利昂这三个受埃博拉病毒爆发影响最严重的国家，与 100 多名专家进行了磋商，包括政府代表、一线响应人员、传统领导人和地方社区成员。此外，小组审阅了参与应急工作的会员国提供的书面意见以及大量文件、研究和报告。小组还举行了几次专题圆桌会议，委托学术机构和从业人员撰写一系列背景研究论文。小组还与开展其他主要研究的专家作了密切沟通。

8. 流行病对人类的影响造成了难以言表的苦难，数百万人因此丧生。高级别小组希望其建议能够有助于加强全球卫生架构，更好地应对今后的突发事件，使西非埃博拉疫情这样的悲剧不再重演。

A. 2014 年西非埃博拉疫情—— 一场可以防止的悲剧

9. 几内亚梅连杜村的艾米勒·瓦穆诺出现短时间的剧烈发烧，于 2013 年 12 月 28 日死亡，年仅两岁。导致艾米勒死亡的病毒可能因与一只受感染果蝠的接触而传播，而后迅速蔓延，最终导致艾米勒的姐姐菲洛梅娜、他怀有身孕的母亲希亚和祖母孔巴死亡。孔巴在附近格科杜镇的医院寻求治疗时，将病毒传播给了卫生工作者，而卫生工作者在不知情的情况下将病毒带到了其他村庄。

10. 2014 年 1 月底，几内亚当局派出一个由当地卫生工作者组成的小组，前往梅连杜村调查这些神秘死亡事件，但该小组未能诊断出这一疾病。直到 2014 年 3 月底才发现了埃博拉病毒并报告给日内瓦的世卫组织。当时，已登记了 49 起病案和 29 起死亡，疾病已经蔓延到邻国塞拉利昂。

1. 埃博拉病毒

11. 埃博拉病毒自 1976 年在刚果民主共和国北部的热带森林被发现以来，只要一出现就会给人们带来恐惧。首次发现该病毒的研究人员深刻意识到病毒的强度和高度传染性，决定违反惯例，不以发现该病毒的村庄为其命名，而是以附近的埃博拉河命名。他们希望这能帮助扬布库村的村民免于污名和报复。

12. 尽管该病原体具有致命性，且首先出现的地区缺乏公共卫生和医疗设施，但早期埃博拉爆发的范围相对有限，只影响到一两个城镇或村庄，随后即被遏制。1976 年至 2012 年，在非洲出现了 24 次此类疫情，主要发生在刚果民主共和国、加蓬、南苏丹和乌干达。其中三次规模最大的疫情，两次发生在刚果民主共和国：第一次发生在扬布库，造成 318 起感染和 280 人死亡，第二次 1995 年发生在基奎特，导致 315 个感染病例和 250 人死亡。第三次大规模疫情 2000 年发生在乌干达北部的古卢镇，造成 425 人感染，224 人死亡。

13. 在此背景下，当几内亚在 2014 年 3 月 22 日宣布发现埃博拉病毒新疫情时，世卫组织认为疫情会像往次一样迅速平息。这种反应也不足为奇。但这次的情况并不相同。

2. 低估挑战

14. 在受影响的国家，国家和地方当局最初因政治原因，对埃博拉病毒爆发的报告进行了淡化处理。高级别小组还了解到，虽然非政府组织和第一响应人员被获准开展工作，但并非总能得到他们需要的支持。

15. 与此同时，世卫组织和其他机构误判了威胁的规模，所作出的初步反应十分不足。在确认了埃博拉疫情后，世卫组织在 2014 年 3 月期间向几内亚派出了 38 人。相比之下，在 2014 年 12 月时，世卫组织在西非的人员共计 338 人。

16. 又历时四个半月，世卫组织才将埃博拉疫情确认为国际关注的突发公共卫生事件。与此同时，病毒继续蔓延。2014 年 3 月至 6 月期间，疾病传播到利比里亚和塞拉利昂，疑似和确诊病例的数量增加了两倍多，从 112 起增加到 389 起。

17. 由于人们的认识不足，卫生专业人员的认识也不足，病毒的传播加速。结果医院常常成为感染的中心。另一方面，由于对疾病的传染性缺乏了解，一些家庭在家里治疗他们的病人，因此使自己面临受感染的重大风险。需要使民众了解安全安葬，但这常遇到阻力，因为文化习俗要求举行繁复的埋葬仪式，包括触摸和清洗逝者的遗体。在一个案例中，一次传统的葬礼导致 365 起新埃博拉感染病例。

18. 遏制埃博拉疫情是对所有卫生系统的挑战。如果连美利坚合众国和西班牙这两个世界上卫生系统最发达的国家都未能阻止埃博拉病毒在其医院里传播，那么三个西非国家面临的挑战程度可想而知。

19. 即使在埃博拉爆发之前，这三个受灾最严重的西非国家的医疗保健系统和基础设施就极为不足，按人类发展指数排在世界最末尾的 15 个国家中。在几内亚，每 10 万人有 10 名医生，相比之下，美国每 10 万公民有 242 名医生。在利比里亚和塞拉利昂，这一比例更低。2012 年，这三个国家中没有一个国家的人均保健支出在 13 美元以上。

3. 失控

20. 2014 年 7 月和 8 月，埃博拉疫情已蔓延到几内亚、利比里亚和塞拉利昂的首都。传染速度加快，病例总数量每月翻番。在 6 月底有 779 起病例，7 月底有 1 609 起病例，8 月底有 3 707 起病例。

21. 在蒙罗维亚和弗里敦的街道上，在农村地区的治疗中心，上演着一幕幕悲惨情景。治疗中心人满为患，有人死在治疗中心的门口。卫生工作者面临受感染的巨大风险并深受其苦，在危机期间有近 500 人死亡。

22. 7 月底，局势达到了临界点，地方政府和国际社会受到激励而开始采取行动。7 月 23 日，宣布埃博拉蔓延到尼日利亚，并分别在 8 月和 10 月蔓延到塞内加尔和马里。

23. 2014 年 8 月 2 日和 5 日，感染埃博拉的首批美国和西班牙患者被医疗后送回本国。埃博拉抵达发达世界，引发了全球媒体对这一疾病越来越多的关注。

24. 8 月 8 日，在发现疫情的四个半月后，世卫组织宣布埃博拉疫情为国际关注的突发公共卫生事件。

4. 做出反应

25. 世卫组织宣布埃博拉为国际关注的突发公共卫生事件，多个合作伙伴随之作出承诺，为应对埃博拉提供大量援助。在联合国大会和安全理事会通过决议之后，9 月 19 日秘书长设立了联合国埃博拉应急特派团(埃博拉特派团)。

26. 在随后的几个月里，国际社会动员了有史以来最大规模的流行病应急努力。三个受影响国家的政府在各自总统领导下，建立了危机协调机制，监督数千名国家应急工作者的工作，包括医疗支援人员、接触者追踪人员和社区宣传员。大量国际合作伙伴提供了逾 60 亿美元的财政支持和物资捐助，包括个人防护设备、氯消毒剂、汽车、摩托车、帐篷、移动计算和通信设备。各国政府、基金会和私营部门机构加大努力，研发埃博拉病毒疫苗。

27. 数以百计的国际医务人员被派往该区域。法国、大不列颠和北爱尔兰联合王国、美国动用了军事后勤和医疗能力。多个非政府组织领导了第一线的应急工作，包括为埃博拉治疗中心配备人员，培训和领导安全埋葬工作队和接触者追踪人员，以及提高当地社区的认识。无国界医生组织、国家红十字会和红新月会在这方面所作的努力尤其值得称道。

28. 在危机之初，由于对问题缺乏了解，加上协调工作临时抱佛脚，应急工作并非总是行之有效。例如，在危机早期，埃博拉被描绘为宣判死刑的疾病，这使疑似病人选择躲藏起来，而不是接受检测。

29. 尽管存在这些挑战，国际应急努力与受影响社区的行为改变最终遏制住了埃博拉病毒可能会出现的指数式扩散。每周新病例数量在 9 月和 10 月达到峰值，约为 900 起，之后开始下降。到 2015 年 1 月底，每周新病例数量已经下降到 120 起左右。在这一水平保持了 3 个月后，在 3 月降至平均每周约 30 起，6 月份每周降至 10 起以下，2015 年 8 月降至每周不到 5 起。

30. 经过几个月的临床试验，几内亚的研究人员在 2015 年 7 月 31 日报了埃博拉实验疫苗取得的积极成果。自那时起，该实验疫苗开始被用来支持应急工作。

31. 当新感染人数连续 42 天(潜伏期的两倍)为零时，世卫组织就宣布有关国家“埃博拉疫情结束”。2015 年 5 月 9 日世卫组织首次宣布利比里亚埃博拉疫情结束，但后来因幸存者的传播出现了两次疫情复发的情况。2016 年 1 月 14 日世卫组织再次宣布利比里亚埃博拉疫情结束。同日，塞拉利昂报告了一起新的埃博拉死亡事件，尽管 2015 年 11 月 7 日已宣布该国埃博拉疫情结束。这凸显了疫情复发带来的持续威胁。在编写本报告时，2015 年 12 月 29 日宣布几内亚埃博拉疫情结束。

32. 埃博拉疫情导致 28 638 人感染，11 316 人死亡。¹ 虽然疫情最严重的阶段可能已经结束，但埃博拉病毒继续对该区域构成致命威胁。

5. 广泛影响

33. 埃博拉疫情还对公共卫生系统、生计、教育、就业、贸易和经济等领域造成了更广泛的社会经济影响，可能夺去更多人的生命。仅三个国家的经济损失估计就达到 22 亿美元，占三国国内生产总值之和的 16%。

¹ 2016 年 1 月 17 日的数据。2016 年 1 月 22 日查自 www.who.int/csr/disease/ebola/en。

6. 可以避免的悲剧

34. 2014 年西非埃博拉疫情是一场可以避免的悲剧。如果能更快地发现疫情，更迅速地动员步调一致的国际行动，那么疾病的传播是可以得到遏制的，成千上万的生命将获得拯救。撰写本报告，是为了那些今天本该仍与我们在一起的人。

B. 传染病给全球带来的负担

35. 数百年来流行病频发，往往给世界造成灾难性的后果。14 世纪爆发最大规模的黑死病，使非洲、亚洲和欧洲人口估计减少了 5 000 万。在现代历史上还记录了多次规模较小的黑死病爆发，夺去成千上万人的生命。天花、霍乱、伤寒、麻疹等其他传染病也造成了数百万人死亡。天花被欧洲殖民者带到美洲，据信在十六世纪导致数百万美洲土著人死亡。1918 年，H1N1 流感大流行估计造成 5 000 万人丧生。在过去一个世纪里，传染病造成的死亡人数与冲突和自然灾害造成的死亡人数相当，而后者得到了远远更多的关注。

36. 今天，多种其他传染病继续夺走数百万人的生命。例如，作为全球最普遍的靠媒介传播的疾病，疟疾每年造成近 50 万人死亡。结核病继续影响着低收入和中等收入国家的数百万人口，在 2014 年导致 960 万人感染，150 万人死亡。1965 年以来，发生了 7 次霍乱流行和 1 次严重的急性细菌性腹泻。据估计，每年 140 万至 430 万起霍乱病例造成全球多达 143 000 人死亡。此外，艾滋病毒/艾滋病继续影响着全世界 3 600 多万人的生活。

37. 此外，由于遗传变异和人类对生态系统的影响，每年出现新的病原体。据报仅在 1940 年至 2004 年之间就出现了 300 多种新传染病。约 75% 的新发传染病是动物传染病。虽然并非所有这些疾病目前都证明对人类有害，但包括炭疽和狂犬病在内的一小部分疾病可能会造成破坏性后果。迅速城市化和毁林、基础设施欠发达与环境卫生之间的相互作用、牲畜的高密度都造成了动物疾病传播的高风险环境。冲突、人口流动和获得卫生服务的机会有限也为各种新旧疾病提供了温床。

38. 突变也可以使现有疾病出现抗药性。非洲的艾滋病毒菌株，中国、印度和俄罗斯的结核病，东南亚的疟疾都出现了此类突变的案例。

39. 新发疾病尤其具有威胁性。在 2003 年，传染性非典型肺炎(非典)冠状病毒在若干国家导致 8 000 多病例和 750 人死亡(病例死亡率达 9.6%)。造成 1918 年流感大流行的 H1N1 流感病毒在 2009 年以略为不同的形式出现，造成严重的呼吸道疾病。据估计，该疫情在一年内造成全球近 30 万人死亡。流感病毒的另一个菌株 H5N1(又称禽流感)仅在 2006 年至 2008 年期间就突发 130 多次，涉及国家包括中国、埃及、印度尼西亚、巴基斯坦和越南。2012 年至 2015 年，中东呼吸综合征造成 500 多人死亡，该疾病和非典一样，也是由冠状病毒引起的。2015 年年中大韩民国经历了中东呼吸综合征大爆发，导致 186 人感染，36 人死亡。为防止疾病的大范围传播，16 000 多人被隔离检疫。

40. 传染病素来对人类构成威胁。然而旅行、贸易和运输带来的日益紧密的相互联系导致传染病以前所未有的速度在全世界传播。蓬勃发展的国际商业和休闲旅行使人口和产品以空前的数量移动，增加了将病原体传播到新人口和偏远地区的机会。在 2003 年非典流行期间，一名受感染者在中国香港某国际酒店住宿一晚，即造成多位客人受感染，这些客人随后在 24 小时内将病毒携带至三个其他国家。

41. 尽管 2014 年埃博拉爆发造成了破坏性后果，但埃博拉病毒并非人类所知的最致命的病原体。埃博拉疫情的病例死亡率在 25%到 90%之间，平均为 50%。但在已知病原体中，还有多种病原体造成了更高的平均病例死亡率，如鼠疫和天花。此外，埃博拉病毒只会通过接触有症状患者的体液传播。² 因此，埃博拉比通过空气传播的疾病更容易控制，特别是比病毒在病人出现症状前就可以传播的情况更容易控制。西非埃博拉疫情的经验表明，在采取成功控制措施之前，每起埃博拉病例平均造成 2 起感染。非典的这一“复制”数量估计为 2 至 5 起，麻疹为 12 至 18 起。

42. 虽然下一个新发病原体的来源和毒性难以预测，但下一次大爆发很有可能会比埃博拉病毒爆发严重的多。最大的问题是出现具有高度传染性的毒株，如流感病毒，可导致数百万人死亡。如果出现这种情况，其影响可能远远超过 1918 年的流感大流行。病原体传播的数学模型表明，这种疾病可能会在 60 天内蔓延到全球所有主要国家的首都，在 250 天内造成 3 300 多万人死亡。

43. 出现这种毒性病原体是完全可能的。近期研究表明，H5N1 这一高致病病毒只需要 5 处基因突变，就可以在空气中传播。这 5 处基因突变，两处存在于自然界中常见，而第三处已经被观察到。

C. 卫生危机造成更广泛的社会经济影响

44. 流行病引起的卫生危机，其全球影响远远超出发病率和死亡率。它们还会产生重大的社会经济后果，往往比疾病本身影响多得更多的人。2003 年非典疫情的全球经济影响估计为 400 亿美元。这些社会经济影响导致脆弱性愈加严重，因为复原力和应付能力受到收入损失的侵蚀。

45. 遏制疫情蔓延的努力往往包括实施限制性措施，如取消重大活动，关闭学校和市场以及单方面实施旅行限制和检疫，这可能造成不利的经济影响。即使在没有正式实施这些措施的地方，恐惧和恐慌可能导致民众避免拥挤的空间。市场被弃用，生产骤然下跌，造成经济体收缩。几内亚爆发埃博拉病毒之后，2014 年水

² 在 2014 年西非爆发的埃博拉疫情中，有男性埃博拉幸存者通过性传播埃博拉病毒的个别病例，但尚未得到证实。需要就性传播风险获得更多的监测数据和开展更多的研究，特别是关于有活力和传染性的病毒在精液中随时间传播的情况。见世卫组织埃博拉问题问答，<http://www.who.int/csr/disease/ebola/faq-ebola/en/>。(2015 年 11 月 24 日查阅)

稻产量比 2013 年下降了 20%，咖啡产量下降了 50%，可可产量下降了 33%。自营职业和有薪就业都有所减少。在塞拉利昂，疫情导致估计 18 万个工作岗位流失。联合国促进性别平等和增强妇女权能署(妇女署)2015 年 7 月的一份报告指出，在利比里亚评估参与人中，“自埃博拉病毒爆发以来，失业从爆发之前的 18.8% 激增至 56.2%，导致家庭出现巨额收入赤字。小企业崩溃，市场关闭，农耕活动停止。” 妇女受到的影响尤甚，因为绝大多数就业妇女是在包括小型贸易和食物制作在内的非正规部门就业。

46. 地方传染病爆发给国内造成的影响因国际反应而扩大。最近的经验表明，当一个国家发生疫情时，旅游业和国际贸易会崩溃。其他国家往往不顾世卫组织提供的指导而关闭边界或实施旅行限制。几内亚的渔业出口下降了 40%，而利比里亚的橡胶出口出现了类似的下降。在所有三个受埃博拉病毒影响的国家，国际投资者推迟新项目或完全撤出。由于航空公司暂停航班和潜在访问者改变其计划，酒店入住率大幅下降。多个国家完全禁止来自受埃博拉病毒影响的国家的人入境，大约 70 个国家实施了 500 多项不同措施，如对来自受影响国家的旅行者实施限制，这超出了卫生组织建议的措施。这些反应验证了受影响最严重国家政府的担心，即一旦证实疫情并宣布为国际关注的突发公共卫生事件，国际社会可能会过度反应。正是这些担心导致最初未能及时报告疫情。

47. 据世界银行 2015 年 4 月的估计，埃博拉疫情在三个受影响国家的全部经济成本为 22 亿美元，约占三国国内生产总值之和的 16%。

48. 但是，流行病的经济影响通常远远超出疫区国家本身。由于不知所措和恐惧，国际上会作出不当反应，致使未发生疫情的国家也受到惩罚。在非典爆发时，东亚几个未出现疫情的国家的旅行订单减少了 15%至 35%。未出现埃博拉疫情的西非国家 2014 年发生了类似减少情况。在从未出现埃博拉病毒病例的冈比亚，旅游部门收入减少了 65%，而该部门占该国经济的 16%。更广泛的西非区域的总体损失约为 10 亿美元。大韩民国爆发中东呼吸综合征后消费者开销减少，游客减少 40%至 60%，促使政府启动了 190 亿美元的财政刺激计划。

49. 流行病的经济成本可能会影响综合贫穷水平，并导致粮食不安全。正如美国国家科学院最近一份报告指出的，“在低收入和中等收入国家每年有 1.5 亿人因为保健费用陷入贫穷；数百万更多的人因为病情严重无法工作而持续贫穷。” 健康不良指数与贫穷和较低国内生产总值密不可分，并使有限的资源捉襟见肘。在西非，埃博拉病毒爆发使最近取得的成果化为乌有，主食价格上涨再加上失业造成的收入冲击，导致粮食不安全加剧。2014 年 11 月世界粮食计划署(粮食署)估计，20 万人因埃博拉疫情而失去粮食保障。

50. 疾病的爆发也常常侵蚀教育方面的进展和儿童一代的长期发展前景。学校长期关闭对人类发展指标——包括健康、技能发展和经济增长——造成长期不利影响。

响。在三个爆发埃博拉疫情的西非国家，学校持续关闭五个多月，使得约 500 万儿童失去受教育的机会。

51. 如果埃博拉病毒爆发证明对西非疫区国家是毁灭性的，可以想象爆发一场更大规模的传染病会造成什么样的影响。相比之下，世界银行估计，一场严重的流感可能导致 3 万亿美元的全球经济损失，相当于全球国内生产总值的 4.8%。这些损失大多不会由疾病直接造成，而是由消费者的反应、劳动力短缺以及经济和金融部门的一连串失效造成。

D. 传染病——贫穷病

52. 传染病蔓延对所有人构成威胁。中东呼吸综合征和非典表明，即使高收入国家都不能幸免。然而，最弱和最易受伤害的人口将几乎总是受到最长和最大的影响。

53. 贫穷仍然是防止和应对传染病爆发和流行病的全球努力的最大障碍。虽然传染病可能出现在世界任何地方，但在发展水平较低和基本服务不足的地区病原体更不容易被发现，疾病更容易传播。环境卫生和个人卫生标准低、卫生基础设施不足和缺乏获得饮用水的途径为感染提供条件。营养不良削弱免疫系统，而卫生教育水平低有助于疾病的出现和蔓延。因此，在这些环境中生活的人比在较发达的环境中的人更容易生病，因为在后一种环境中疾病得到更好地控制。2009 年 H1N1 流感大流行估计在美国造成 12 469 人死亡，但在非洲和东南亚造成的死亡人数估计比这一数字高 10 倍。

54. 有近 10 亿人每天生活费不到 2 美元，与较高收入等级的人相比，他们不仅更容易患传染病，而且更容易受到传染病的影响。最高危人群拥有的反应手段最少。大多数发展中国家卫生系统薄弱。医院可能缺电和自来水，也往往没有足够的医生、护士或助产士。医务人员缺乏训练和基本设备，药品常常缺少或必须由患者购买。这些不足意味着多数人无法获得紧急和长期保健服务，特别是那些经济条件不好的人。

55. 埃博拉病毒爆发清晰地表明这一流行病对具有强大卫生系统的国家与卫生系统相对薄弱的国家的影响差异。埃博拉病毒在三个受灾最严重的国家造成超过 11 000 人死亡，而传入具有更强大的公共卫生系统和能力的国家后未形成什么传播即被制止。尽管如此，马里、尼日利亚和塞内加尔成功遏制疫情的经验表明，即使在相对薄弱的卫生系统中，良好的准备和积极主动的反应也有助于制止流行病。

E. 没有作好准备的世界

56. 鉴于流行病对全球的威胁，国际社会已作出重大努力，以更好地保护自己，减少脆弱性。然而，这些努力尚不足以应对当前和未来的威胁。

57. 在防治传染性疾病方面加强合作的努力可追溯到 1851 年，在那一年第一次国际卫生会议在法国巴黎举行，会议商定了一系列措施，以控制霍乱的跨界传播。谈判的最终结果是在 1892 年通过了一套《国际公共卫生条例》，条例要求签署国通报所有主要传染病(包括鼠疫、霍乱、黄热病)的疫情，从而使其他国家可以采取保护措施。条例同时规定，检疫等任何保护性措施应避免对国际贸易和旅行造成不必要的干扰。《国际公共卫生条例》进行了数次修订，以更新应报告的疾病清单，并在 1969 年改称《国际卫生条例》。

58. 今天，条例仍然是国际社会应对传染病爆发引起的卫生危机的关键制度。虽然条例不能保证流行病和大流行病不再爆发，但规定了预防和应对疾病爆发的结构和工具。

59. 目前的条例是 1995 年埃博拉病毒在刚果民主共和国基奎特爆发之后开始的重大修订进程的结果。2005 年商定的条例修订本与之前的版本相比有四项重大变化。第一，条例的范围扩大了，从一组固定的应通报疾病扩展到非固定的所有卫生“事件”，只要它们符合以下四个标准中至少两个标准：(a) 可能造成严重的公共卫生影响；(b) 属于异常或意外性质；(c) 可能在国际上传播；(d) 很可能导致国际贸易和旅行限制。第二，条例的重点从采取边界措施保护未受影响的国家转向在病源地发现和控制疾病。条例规定了一系列措施来援助受影响的国家而不是只侧重于限制跨界传播。第三，条例承认国家需要提高进行有效监督和监测的能力，并规定了一个 2012 年前所有缔约国应落实的必要核心能力清单。第四，根据一个应急委员会的意见，条例授权世卫组织总干事通过宣布国际关注的突发公共卫生事件警告全世界发生了全球关切的卫生事件。

60. 然而，未能迅速发现和应对包括埃博拉病毒在内的传染性疾病的爆发，这说明现有的系统没有提供足够的保护和充分准备。很少国家建立了条例要求的监督和警报核心能力。同样，宣布突发事件之后，许多国家不顾条例规定继续实施贸易和旅行限制。履约上的差距突出表明与国际协定有关的困难，这些协定规定繁重的履约要求而没有提供激励或资助来推动协定的落实。

61. 防范大流行病威胁的全球努力也依赖研发抗击多种病原体的治疗方法和疫苗。世卫组织赞助的为期 14 年的疫苗接种方案使世界在 1980 年成功根除天花，确保数百万人没有被历史上最大恶疾夺去性命。同样，小儿麻痹症病例数量减少了 99%。然而，疫苗和治疗研发资金只有很小一部分用于主要影响最不发达国家的埃博拉病毒病等疾病。结果 2014 年埃博拉病毒爆发之初——这一疾病首次发现整整 40 年之后——仍然没有用于埃博拉病毒的疫苗或治疗手段。

62. 2014 年西非埃博拉病毒的爆发暴露了应对卫生危机的现有机制存在重大差距。在磋商中，高级别小组查明在各个层面——地方社区、国家、区域和国际——和一系列共同问题上存在的不足。最严重的差距是缺乏条例规定的公共卫生监督

和反应的核心能力；许多国家的卫生系统普遍薄弱；区域和国际一级的治理机制和准备、检测和反应能力不足。

63. 根据埃博拉病毒和其他传染病爆发的经验教训，以下各节概述了现有制度在应对传染病威胁方面的主要不足。每一节还包括相关建议。第二节述及在地方和国家两级确定的挑战。第三节讨论在区域一级确定的差距，第四节概述在国际一级确定的问题。第五节讨论贯穿各领域的一些问题。然而，成功消除这些差距并不意味着不需要迅速和适当的领导和政治决策。埃博拉病毒危机暴露了各级领导没有负责任和及时行动，造成了悲剧性的局面。在此背景下，第六节概述拟议的高级别政治监测机制，旨在实施必要的改革，建立一个可以更好地应对未来卫生危机的全球卫生架构。

二. 国家一级

64. 地方社区处于爆发的前线，而国家是负责发出适当警报并应对危机的主要行为体。正是这些层面需要预防和准备能力，以确定新的突发事件，作出协调一致的强有力的反应。

65. 建立应对卫生危机的国家综合预警和反应系统是一项复杂任务，涉及不同层面和多个行为体。

66. 一个有效的预警系统需要在所有社区部署至少接受过基本培训的工作人员，以监测公共卫生数据，通过国家卫生信息系统向卫生部通报任何不寻常的卫生事件。该系统还需配备充足的具有流行病学专门知识的工作人员，以分析不寻常卫生事件的有关资料，并与包括动物医学行为体在内的其他来源提供的投入进行核对。如有必要，必须部署诊断小组，对不寻常的案件进行调查。还必须允许这些小组使用实验室，以测试样本，提供快速测试结果。如有必要，必须向卫生部和世卫组织通报不寻常的测试结果，并启动事先确定并经过精心演练的应对流行病的国家防范计划。所有参加紧急反应的工作人员必须了解其职能，并按明确和事先确定的统属关系运作。任何应急计划还应应对医疗用品的预先安置作出规定。

67. 遏制爆发后期的埃博拉病毒等传染病需要迅速查明所有感染者，把他们转移到隔离和治疗中心——这些中心已经制订严格的感染预防和控制措施。此外，每个感染病人的所有接触者都必须查明，如果没有疫苗可供快速使用，必须对这些人定期监测。如是埃博拉病毒，需要持续 21 天每天监测接触者。如果病人死亡，尸体必须以不构成感染危险的方式埋葬。此外，所有民众都必须了解感染的风险以及可以采取的预防措施。执行这些措施需要调动大量财力、物力和人力，需要一些政府部委、地方当局、合作伙伴、国际机构、非政府组织、私营部门和民间社会组织间的密切协调。

68. 建立一个有效的早期预警和警报系统，对传染病的爆发作出协调一致和有力的反应，这在世界任何国家都是一个挑战。中国 2003 年应对非典爆发和大韩民国 2015 年处理中东呼吸综合征时所面临的困难说明了这一点。这项任务在几内亚、利比里亚和塞拉利昂这样的最不发达国家尤为艰巨。

69. 高级别小组认为，在国家一级，建立一个监测、发现和应对卫生危机的更有效系统所需的重要措施是：(a) 落实条例要求的核心能力和加强卫生系统；(b) 建立一个有效的卫生人员队伍；(c) 应对治理挑战；(d) 加强社区参与；(e) 培训军事人员执行卫生和人道主义任务；(f) 确保维持基本卫生服务；(g) 解决卫生危机的性别层面问题。

A. 落实《国际卫生条例》的核心能力和加强卫生系统

70. 西非埃博拉病毒爆发后的反应延迟暴露了许多发展中国家在准备、监测和反应方面仍然存在严重差距。

71. 《国际卫生条例》是开展国际合作控制传染病的法律框架。条例要求其 196 个缔约国都建立对新的危险病原体爆发进行监测和反应并将其报告给世卫组织的核心能力。这些核心能力包括国家立法、政策和供资、协调和国家联络中心通报、监测、反应能力、防范、国家风险通报、人力资源和实验室服务。

72. 埃博拉病毒爆发表明，在西非落实《国际卫生条例》的核心能力方面仍然存在重大差距。然而，不止西非区域缺乏核心能力。

73. 迄今为止，条例的 196 个缔约国中仅有三分之一的国家报告称它们充分达到条例要求的核心能力。这是在两次延长最初的落实截止日期的情况下的结果。条例 2007 年生效时，为各国确定的初步期限是在 2012 年 6 月之前达到核心能力要求。到了 2012 年 6 月，193 个缔约国中只有 42 个宣布已达到了要求，因此 118 个缔约国请求将期限延长两年至 2014 年，这一请求获得批准。目前，65 个缔约国(33%)表示已达到了最低核心能力标准；84 个缔约国(43%)要求再延长两年；44 个缔约国(22%)没有向世卫组织通报落实情况。2015 年 5 月，世界卫生大会准许所有提出请求的国家将期限再延长两年，将充分达到条例要求的最后期限延至 2016 年。

74. 落实条例核心能力的所有组成部分——并确保覆盖范围超出一个国家的首都——是确保具有应对卫生危机的有效准备和能力的一个关键步骤。高级别小组敦促所有国家优先建设所需能力，并提出一些办法，帮助发展中国家进行能力建设。然而小组认识到，即使有大量的国际援助，128 个未达标国家中许多国家仍难以在 2016 年之前达到条例的核心能力要求。小组建议，2020 年是一个更加现实和可行的目标，前提是建立支助机制。

建议 1

到 2020 年《国际卫生条例》缔约国通过国际合作充分落实条例的核心能力要求。

75. 为实现这一目标，需要分享技术专门知识，在资源方面加强国际合作。许多国家，特别是最不发达国家，需要财政和技术援助。在这方面，高级别小组建议设立一个关于落实条例核心能力要求的定期审评机制，以找出差距(见建议 6)，分配更多资源消除这些差距(见建议 23)。

76. 与此同时，国家当局也必须履行其责任，致力于采取一个渐进的长期国内资源分配战略来落实核心能力，终极目标是为能够对突发事件进行有效监测、早期发现和应对的有效公共卫生系统提供充分的国内资金。国内供资将加强当地的自主权和确保长期可持续性。实现阿布贾目标将使政府增加的卫生支出部分用于建立核心能力。2001 年 4 月，非洲联盟国家元首在尼日利亚阿布贾会晤，承诺将至少 15% 的国家预算用于卫生。³ 十多年过去了，很少非盟国家实现了阿布贾目标。这反映了一个事实，即许多低收入和中等收入国家的政府没有将卫生支出列为优先事项。在 12 个低收入国家，政府的卫生支出仅达阿布贾目标的一半多一点(8%)，相当于每年人均 12 美元，数额太小，无法提供甚至是最基本的服务。2012 年，几内亚、利比里亚和塞拉利昂在卫生方面的公共开支分别为每人 9 美元、12 美元和 13 美元。远远低于查塔姆大厦全球卫生安全问题工作组设定的目标，该工作组建议政府的卫生开支至少为人均 86 美元(2012 年的美元)。但是，鉴于其大量的供资需求，高级别小组认为，只有最不发达国家的合作伙伴也为落实核心能力提供新的额外资金的情况下才要求最不发达国家为此目的提供更多的国内资源。在这方面，应发展共同供资机制。

77. 高级别小组还注意到，在许多国家，落实条例要求的核心能力在过去一直被视为卫生当局的任务，并不总是得到国家元首和政府首脑足够的重视。鉴于条例的核心能力在建设重大卫生威胁防范能力方面发挥关键作用，其落实情况应由国家元首或政府首脑监督。

78. 落实条例要求的所有核心能力固然重要，但埃博拉病毒的爆发表明，在准备、监测、实验室和人力资源(工作人员队伍)方面，应特别重视下列领域的落实工作。

1. 准备与应对

79. 在许多国家，对疾病爆发的准备程度极低。面临的挑战包括：国家没有应急计划，缺少指定的卫生紧急情况协调结构和为流行病反应作准备的定期演习。医疗设备和后勤支助工具的储备往往不足。没有发生突发事件时可以征召的接受过适当培训的医务和反应人员名单，如果有也往往已经过时。

³ 2001 年 4 月 27 在阿布贾举行的艾滋病毒/艾滋病、结核病和其他有关传染病问题非洲首脑会议通过的《阿布贾宣言》。

80. 为了提高准备水平，各国政府应在国家元首和政府首脑的领导下：

- 将卫生危机的应对规划纳入国家减少灾害风险准备和响应机制和计划
- 发动所有相关利益攸关方确定应对能力和资源
- 制定大流行病应对计划，开展所有响应机构包括公安部队参加的模拟演练

2. 监测

81. 疾病监测和发现能力在几个国家也非常有限。最近西非的埃博拉病毒爆发三个多月后才确认，而在早些时候的疾病爆发中平均需要 44 天确认病毒。至于最近西非的爆发，一些卫生专业人员怀疑是一种特殊疾病，但不是很多人都抱有此种怀疑，因为人们不认为在该次区域会出现埃博拉病毒，并且埃博拉病毒与其他常见疾病有许多相同症状。⁴ 延迟确认病毒突显了许多最不发达国家所面临的挑战，它们缺乏足够的传染病专门知识。

82. 在西非，实时监测系统的质量以及整个人口的流行病数据收集管理和报告情况有好有坏。该区域国家通常指定医疗卫生单位或使用世卫组织的综合疾病监测和反应框架的日常监测站点。综合疾病监测和反应框架侧重于监测数量有限的重点疾病和(或)症状，以确定在特定时间和地点的趋势。虽然综合疾病监测和反应框架强调数据的整合，还有一些交错于非洲大陆的纵向监测网络，包括小儿麻痹症、流感、脑膜炎、小儿肠胃炎和麻疹等接种疫苗可以预防的疾病的监测网络。因为这些网络纵向报告，它们报告的信息不例行纳入国家一级或区域一级的综合疾病监测和反应框架。尽管这种纵向和综合监测的混合情况造成了分散，一半以上的非洲国家定期编制一个国家反馈公报，其中载有从所有监测系统得到的病例和死亡总数。还载有业绩指标的结果，如报告的及时性。公报提供新发生的卫生事件和疾病爆发、实验室报告以及反应行动现状的最新情况，但报告的信息质量、完整性和及时性往往参差不齐且往往可能不可靠。例如在几内亚，由于当局没有足够的能力定期收集关于出生和死亡的信息，估计在 4 名儿童中有 1 名没有出生证明，而出生证明是监测国家公共卫生的一个关键机制。

83. 高级别小组还指出，有必要按照“一体化卫生”原则，改善人、畜卫生监测系统之间的联系，因为据估计，超过一半的人类传染病是动物传染的。

84. 在此背景下，各国政府必须加强本国监测网络，并与伙伴合作，确保现有的监测网络更好的整合。鉴于许多国家现有的能力限制因素，各国政府还应向世卫

⁴ 然而，以前至少有一项研究确定在受影响国家的民众中存在埃博拉病毒抗体，但这些结果不是该区域或专家的共识。Dahnetal, New York Times, 7 April 2015: http://www.nytimes.com/2015/04/08/opinion/yes-we-were-warned-about-ebola.html?_r=0。(2016 年 1 月 22 日查阅)。

组织区域主任和世卫组织突发和紧急事件管理方案(世卫组织应急准备和反应中心——见建议 7)提供有关异常卫生事件的所有数据,该方案反过来又可以在需要时通过合格的工作人员提供专家咨询意见。

85. 为了提高疾病的有效监测,各国政府应在国家元首和政府首脑的领导下:

- 建立一个“一体化卫生”监测机制,在第一时间或接近第一时间收集和
分析公共卫生信息,汇总来自社会各界的数据
- 确保立即向世卫组织区域主任和世卫组织突发和紧急事件管理方案(世
卫组织应急准备和反应中心——见建议 7)通报所有非常卫生事件

3. 实验室能力

86. 虽然初步调查可以发现不寻常的卫生事件,为获得确定的诊断需要进行实验室检测。但是,很多国家的实验室能力极为有限。最近埃博拉病毒爆发期间,首批样本送往法国里昂和德国汉堡的 4 个生物安全级别实验室验证。2014 年 3 月底达喀尔巴斯德研究所和欧洲移动实验室小组部署之后,才为几内亚提供了埃博拉病毒的实验室诊断。获得实验室服务的途径有限,不能迅速得到检测结果,这些都限制了反应的有效性,因为难以分析传播链和进行接触者追踪。高级别小组还得知,缺乏向实验室运送样本特别是跨越边界运送样本的事先商定的系统和规程,往往可能构成快速检测的障碍。

87. 为了加强实验室能力,各国政府应:

- 建立至少一个具有生物样本分析能力的国家公共保健实验室。或确保能够使用共用的区域实验室
- 制定一个快速和安全的向适当的实验室、包括跨越边界运送样本的国家制度

4. 人力资源

88. 在受埃博拉影响最严重的三个国家,卫生工作人员和其他合格反应人员极为短缺(另见建议 2)。埃博拉疫情加剧时,设法雇用了一批人员增援反应行动——例如担任接触者跟踪人或安全埋葬小组——并分别对他们进行任务培训。还设立了机制,筹措这部分人员的薪酬。

89. 虽然以创纪录的速度完成了任务,但是为增援人员提供培训以及建立支持他们的行政架构耗费了宝贵的反应时间。今后,各国应当事先确定核心增援能力,作为其国家准备计划的一部分,并确保工作人员接受感染预防和控制以及通用疾病爆发反应职能方面的培训。私营保健系统的能力应纳入国家卫生紧急反应的增援能力。

90. 为了加强应急卫生工作人员队伍，各国政府应在国家元首和政府首脑的领导下：

- 制定应急人员队伍规程，确保应急人员的适当保护、培训、装备、薪酬和职业安全
- 对所有公共和私营部门的卫生工作者进行应急规程培训，建立一支应急人员队伍

B. 建立一支有效的卫生工作人员队伍

91. 高级别小组注意到，在许多发展中国家，缺乏训练有素的卫生工作人员是在社区一级建立有效监测和爆发反应系统的主要障碍之一。

92. 2013 年，根据几内亚公共保健系统的计算，几内亚全国每 10 000 名居民拥有一名医生。在利比里亚和塞拉利昂，这一医生/居民比率更低，分别为 10 000 人拥有 0.2 和 0.1 名医生。应当指出，这些医生许多集中在首都和城市，较小的社区和农村地区不能充分获得保健服务。这三个国家的比率远远低于世卫组织建议的最低标准，即每 10 000 人至少有 23 名医生、护士或助产士。⁵

93. 要改善对新疾病爆发的有效监测和监视，必须有一支能够履行这些职能的公共卫生工作人员队伍。为了实现监视网络的广泛地域覆盖范围，疾病的基本监测必须在社区一级，包括在农村地区进行。在这方面，高级别小组认为，部署更多的社区卫生工作者将大大有助于加强监测。尽管社区卫生工作者通常没有正式的医疗资格，但可以对他们进行基本监测培训，使他们能够在社区发现不寻常的卫生事件，并向最近的医疗中心报告。合格的医务人员可以随后调查报告的病例。在此背景下，小组强烈支持采取扩大部署社区卫生工作者的举措。为每个社区配备社区卫生工作者还有助于加强总体卫生系统，加强预防保健，促进实现全民医保。

建议 2

各国政府增加投资，培训卫生专业人员，建立符合本国国情的社区卫生工作者系统

- 各国政府和合作伙伴为培训社区卫生工作者充分供资
- 实施奖励计划，确保卫生工作者战略性地部署到贫穷和边远地区
- 承认社区卫生工作者在疾病预防、监测和应对方面的重要作用，将他们列为一个劳工类别

⁵ 世卫组织《2006 年世界卫生报告》发现，卫生保健人员密度低于 2.28(±0.26)名医生、护士和内科医生的国家未能达到 80%熟练助产护理的目标。

94. 归根结底，每一个公共卫生监测和反应系统依赖于总体卫生系统。在西非，在埃博拉病毒危机期间，仅有的少量医务人员不得不在没有经过传染病和流行病学的充分培训、几乎没有任何医疗设备的情况下工作。感染预防和控制工作因缺乏塑料桶和消毒剂等基本设备受到影响。在农村地区，基本药物通常很难找到，并且往往成本太高，病人无法负担。这一挑战因更广泛的卫生基础设施问题而加剧。例如，利比里亚只有数量有限的救护车，其中大部分位于首都蒙罗维亚。在疫情爆发之初，许多有症状的患者由出租车运送或由家庭成员搬运，构成感染蔓延的重大危险。缺少实验室和隔离设施，意味着患者和健康人往往被安置在同一个收容中心，进一步增加了疾病传播。各地尤其是农村地区公共基础设施薄弱，也阻碍了有效的国家反应。因此高级别小组认为，发展中国家要建立更有力的预防和应对卫生危机系统，必须加强总体卫生系统。

C. 应对治理挑战

95. 埃博拉危机表明，各国政府监测到疫情后，往往不愿意公之于众。政府担心公布疫情会造成政治和经济代价，因此有强烈的动机淡化威胁的严重性。一些非政府组织代表向高级别小组报告说，在埃博拉疫情的最初几个月，曾有政府官员称其危言耸听，认为非政府组织在夸大威胁，以使捐助者提供更多的资金。有一个国家决定只报告实验室确诊的病例，尽管当时有迹象表明，疑似感染病例远远大于这一数字，这导致人们低估了病情的蔓延速度。与此相反，另一些国家则对疑似和确诊病例都作了报告。延迟通报和淡化该病严重程度的做法表明，困惑和恐惧常常会影响政治决策。小组还获悉，一些受影响国家的政府最初请世卫组织在提供援助时不要公开宣布这是国际关注的突发公共卫生事件。与此相反，尼日利亚、塞内加尔和马里在确诊病例后，立即采取了行动，宣布进入紧急状态，并采取了有效的控制措施。有力而积极的政治行动可推动防备和应对措施，从而防止疫情升级并拯救生命(即使卫生系统的能力有限)。

96. 治理和协调方面的挑战也影响到应对埃博拉疫情的关键领域。高级别小组与国家和国际响应人员的磋商表明，在危机初期，他们并不清楚国家行政机关中的哪些实体应负责协调对策，哪些组织应出席有关会议。个别情况下，部门间争斗以及卫生部、国家埃博拉协调员和国际伙伴建立的结构之间统属关系不明确，导致决策过程缓慢。有些情况下，现有国家应对机构没有得到利用，却设计了新的机构。所有3个受影响国家都至少重新安排了一次整体应对协调工作。此外，耗时数月才将首都一级的协调结构推广到全国。

97. 但是，高级别小组也一再从有关各方获悉，各受影响国家的元首作出有力的政治承诺并进行直接领导后，应对的协调性和成效立即得到大大改善。

98. 有必要按照条例的准则，确保在发现疫情后迅速通知世卫组织而不受政治干预。迅速建立有效的危机管理结构来应对危机同样重要。为确保更高的透明度和增加隐瞒疫情信息的难度，高级别小组建议听取各部委和非政府组织代表的意见，

进行卫生危机规划和定期监测，将其作为国家减少灾害风险、准备和应急机制的一部分。

D. 加强社区参与

99. 社区参与对于应对卫生危机至关重要。高级别小组发现，对埃博拉疫情的初步反应没有充分考虑到各个受影响国家的当地文化背景，向社区进行宣传的早期努力大都无效。虽然世卫组织和其他应对机构在疫情伊始就部署了社区参与专家和社会科学工作者，但由于最初低估了疫情规模，因此早期对社区的了解以及与当地民众和社区领袖的接触并不充分。

100. 此外，社区宣传工作往往是单向的，向社区传达了信息，却没有肯定当地的合理关切或与当地民众协作以解决这些关切。响应人员通常只与少数当地人员特别是地方政府官员互动，而忽略了与整个当地社会的接触，包括与传统领导人、宗教领袖、妇女、青年和社区其他成员互动。当地社区与中央政府和外国人之间相互缺乏信任，阻碍了政府代表或国际行为体执行改变行为方案，从而加剧了上述挑战。这一情况引起了所谓的社区抵制，一些社区被动或主动避免与卫生工作人员合作，有时甚至出现了暴力行为。

101. 公共宣传最初也收效甚微，很多情况下甚至适得其反。例如，早期的公共宣传试图通过强调埃博拉的病死率高和无法治愈来促进人们改变行为。这一信息不但不能鼓励感染者现身，还导致许多疑似病例躲避检测，家人则将患者藏匿起来。关于预防和应对机制的谣言及错误信息铺天盖地，公共宣传机制虽发布了准确信息作为回应，但仍疲于应对。

102. 随着 2014 年 7 月至 10 月间病例骤然增加，响应人员将重点放在疫情的医学和流行病学要素，而非加强社区参与。一些社区性组织报告说，在应对初期，不涉及建造治疗中心的项目很难筹到资金。此外，现有社会科学研究和能力不足以协助制定敏感的应对办法。对社区参与努力的监测和评价工作没有受到重视，因此很难在必要时对工作进行调整。

103. 与 H1N1 和 H5N1 疫情一样，在受影响最严重的国家，社区参与是最终的成败关键。高级别小组一再获悉，直到在社区宣传活动中专门安排与传统领导人和当地民间社会团体进行接触，应对工作才开始出现进展。由于进一步认识到社区抵制的挑战，各组织的侧重点变为深入了解危机的文化背景，联系社区，获得社区接受和实现社区自主，并鼓励社区确定各自的优先事项和关切。通过若干正式和非正式网络，加强了与社会科学工作者，特别是人类学者、区域专家和统计人员的互动协作，帮助响应人员更好地了解助长疫情蔓延的当地文化习俗和社会动态，包括埋葬做法、当地人口的高度流动性以及冲突历史——历史上冲突导致人们对包括国际社会在内的外来者极不信任，有时还对政府代表极度怀疑。

104. 公共文告也得到了改进。例如，新的文告不再强调埃博拉的高病死率，而是鼓励患者及早治疗，增加康复的机会。然而，由于参与后期救灾工作的组织为数众多，因此很难协调公共宣传的文告、技术和做法。这又导致文告繁杂，文告的有效性参差不齐。

105. 因此，小组认为，国家和国际响应人员应制定机制，今后与当地社区更系统地开展危机准备和应对措施方面的协作。

建议 3

政府和响应机构加强和简化社区互动工作，促进地方自主和信任。

- 国家当局和合作伙伴支持建设和使用国家社会科学研究能力，并支持建立一个发生危机时可以调动的国际社会科学工作者网络。
- 将有效社区参与原则列为所有国家和国际响应机构培训项目的内容。
- 国家当局和合作伙伴挖掘在这一领域进行南南合作的潜力。
- 制定宣传战略时适当考虑到文化背景。

E. 对军队进行卫生和人道主义任务方面的培训

106. 如在埃博拉疫情中所见，军队和其他公安部队有机会发挥重要作用，成为应对卫生危机的最后手段。除了派出的大批美国武装部队和小批英国及法国部队以外，利比里亚和塞拉利昂的国内军队在应对中也发挥了关键作用。鉴于其卫生部所面临的挑战，两国政府命令其军队支助卫生和人道主义救助人员。塞拉利昂国防部长 2014 年 8 月被任命为国家埃博拉应急协调员后，武装部队还协助领导了应对卫生危机的行动。利比里亚和塞拉利昂军队参与应灾的经验为应对今后的卫生危机提供了明确的经验教训。为了尽可能提高安全部队在卫生和人道主义行动方面的成效，必须对其进行培训，宣传人权标准并定期开展模拟演练。此外，军事和民事行为体必须共同努力，加强军民之间的相互理解并提高准备能力。

107. 军队和其他治安部队的一个关键作用是执行检疫。根据感染疾病的风险、潜在疾病和传染性的假设来隔离人口是一项重要的公共卫生工具，尤其是在缺乏预防性疫苗和治疗药物的情况下。然而，这种对自由的限制必须透明、公平，并辅以适当的医疗和社会支助机制。但高级别小组发现，在缺乏适当人权培训的情况下，在 2014 年埃博拉危机期间采取的军事化对策(包括军队执行的检疫)有时难以建立信任，有些情况下甚至会破坏应对行动，特别是利比里亚军队和平民在蒙罗维亚的西点地区因检疫发生冲突，导致一人死亡，严重破坏了应对行动。此外，在受影响最严重的国家，冲突历史使人们对治安部队怀有深深的恐惧，这有时削弱了部队的成效。

F. 确保维持基本的卫生服务

108. 一些响应人员注意到，由于完全侧重于应对埃博拉疫情，免疫接种运动等许多基本社会服务出现中断。例如在利比里亚，例行的麻疹疫苗接种在埃博拉疫情期间中断，如果爆发新的麻疹疫情，数以千计的儿童将面临生命危险。大多数卫生资源被用于抗击埃博拉，这也影响到其他卫生服务的提供，特别是对疟疾和腹泻疾病的治疗。几内亚的一项研究发现，由于埃博拉疫情，2014 年全国约有 70 000 例疟疾没有得到治疗。此外，为妇女提供的产前和产后服务大多被中断，出现了许多孕妇被保健单位拒之门外的报告。一些报告指出，埃博拉造成的其他卫生影响的致死人数可能大于该病本身的致死人数。为此，必须确保民众在疫情期间能继续获得安全的基本卫生服务。

G. 解决卫生危机的性别层面问题

109. 各项经验(包括 2014 年应对埃博拉疫情)一致表明，卫生危机对两性具有不同的重要的影响，会大大影响准备和应对工作。了解和重视疫情对两性的潜在影响对有效应对至关重要。

110. 在整个危机期间，妇女更有可能因提供护理和丧葬习俗而感染病毒，男性则更有可能由于在应对中履行正式职责而受到感染。此外，感染埃博拉病毒的孕妇的更可能因感染而死亡，即便得以幸存，也往往无法保住胎儿。主要响应人员在当地收集了关于性别、年龄和其他重要人口特征的数据，但是这些关键信息通常没有上报到国家或国际一级，即使上报也总是滞后很久。因此，响应人员难以确定感染模式或制定应对战略。这些缺陷再次凸显了建立数据技术平台以便实时跟踪统计数据和交流信息的必要性。

111. 妇女也更有可能受到埃博拉造成的更广泛社会经济影响。在受影响最严重的国家，妇女更有可能在非正规经济部门就业，市场和其他公共场所的关闭对该部门造成严重打击。2014 年埃博拉危机期间，学校被关闭，因此妇女还不得不承担照顾孩子的额外责任。此外，危机带来的负面经济影响破坏了妇女过去的创收战略，使其更容易受到性剥削。如前所述，原本就很少的卫生资源多被用于抗击埃博拉，影响到其他重要卫生优先领域的卫生服务，包括产前和产后护理、分娩和儿童免疫接种。

112. 在国家和国际各级应对行动中任职的妇女人数不足，在决策过程中提供的意见较少，因此在 2014 年埃博拉危机期间，克服上述挑战变得更加困难。在地方一级，被雇为接触者追踪人或社区参与专家的妇女人数很少，参与更高层应对行动的妇女更是少之又少。社区参与小组与妇女的接触也少于同男子的联系，因为小组主要与正式把关人对话，如传统领导人和地方政府官员，他们很可能是男性。两性平等参与地方应对小组(包括接触者追踪人或社区参与干事)有助于确保妇女更好地了解情况和加强参与。

建议 4

突发事件准备和应对工作应考虑并处理性别层面的问题。

- 妇女往往是家庭的主要照顾者，应当特别重视她们的需要。
- 解决大流行病造成的经济和生计影响时应特别注意妇女的处境。
- 必须让妇女参与各级规划和行动，确保应对活动的有效性和适宜性。

三. 区域和次区域一级

113. 一些区域和次区域组织采取了行动，以支持应对 2014 年埃博拉疫情。最突出的例子是，非洲联盟和平与安全理事会 2014 年 8 月 19 日授权部署了非洲联盟领导的军民人道主义特派团，由医生、护士及其他医务和医务辅助人员组成。2014 年 12 月至 2015 年 5 月期间，非洲联盟应对西非埃博拉疫情援助团支持部署了来自 12 个非洲联盟成员国的 720 名合格志愿者。曾经参与应对前几次埃博拉疫情的医生和响应人员带来了宝贵的经验。非洲联盟还召集了一系列政治会议，强调必须提供援助，主张取消旅行禁令和限制，并要求非洲联盟委员会建立非洲疾病控制和预防中心。非洲联盟还与私营部门举行了非洲企业圆桌会议，在会上从私营部门和非洲开发银行筹得 3 200 万美元，并与移动电话运营商合作，通过短信收集私人捐款。非洲开发银行还在 2014 年 12 月前提供了超过 2.23 亿美元，支助 3 个受埃博拉影响的国家开展紧急行动。

114. 西非国家经济共同体(西非经共体)增派了 115 名医务人员和其他响应人员前去协助受影响的国家。西非经共体还召开了埃博拉问题特别峰会，并设立了西非经共体埃博拉团结基金，筹集到 700 多万美元捐款。此外，西非卫生组织和西非经共体委员会对卫生官员进行了感染防控方面的培训和宣传。

115. 马诺河联盟定期举行由 4 个成员国(几内亚、利比里亚、塞拉利昂和科特迪瓦)国家元首出席的首脑会议，讨论就应对埃博拉疫情加强合作。马诺河联盟还为 3 个受影响国家提供了区域复苏计划的框架，并于 2015 年 7 月初在纽约举行的埃博拉疫区恢复国际会议上介绍了该框架。

116. 尽管区域和次区域组织提供的支持大大加强了其在卫生部门的参与和业务能力，但是这些援助姗姗来迟，有时缺乏充分的协调。因此，埃博拉疫情凸显了在公共卫生领域加强区域合作的必要性。虽然监控疾病及监测和应对疫情主要是国家的责任，但区域或次区域一级的合作可在数个领域提供很高的附加值。

117. 从区域视角出发可以更全面地分析区域动态，包括人口流动模式、疫区的趋势和应对需求。这一视角有助于决定如何最高效地在各国分配应对资产。例如，建立埃博拉特派团这一区域特派团使跨界分配资金和应对资产成为可能。

118. 区域合作有助于确保邻国的公共卫生官员定期交换信息，从而维持强化的跨界监控、病例监测和接触者追踪。高级别小组获悉，在埃博拉疫情初期，跨界信息的分享并不充分。区域合作还能通过制定区域边界的监测规程和标准，降低边界监测措施的成本，或减少这类措施的必要性。

119. 区域或次区域国家还可以分享重要的准备或应对资产，如实验室、医学研发工作或危机响应人员的医疗后送设施。尽管单个国家可能难以承担这些资产的高昂费用，但在区域或次区域一级以费用分担的方式设置这些资产对所有参与国都是可行的。

120. 此外，区域组织还可以在提供符合当地条件的应对专门知识和工具方面发挥重要作用。

121. 区域组织在其他情况下也利用了这些优势。在亚洲，东南亚国家联盟在针对艾滋病毒/艾滋病、非典和 H5N1 流感的区域对策中发挥了重要作用，包括联手与制药公司谈判，以降低艾滋病毒药物的价格。欧洲的工作则侧重于共享资产的价值，欧洲联盟成立了欧洲疾病预防控制中心，负责分析监测数据，提出建议，提供培训，支持准备工作，在爆发疫情时派遣专家实地特派团。埃博拉疫情爆发后，欧洲联盟及其成员国还建立了联合反应能力，为此召集了一批具有应对危机经验的医疗和后勤专家。在拉丁美洲，南美洲国家联盟和南方共同市场的成员国都表明，在应对公共卫生威胁时，区域组织能向其成员国提供宝贵的技术和业务援助。

122. 在此背景下，高级别小组认为，区域组织应建立或加强常备能力，协助预防和应对卫生危机，尤其要重视它们能为国家应对疫情提供重要附加值的领域。

建议 5

区域和次区域组织在世卫组织支持下，建立或加强监测、预防和应对卫生危机的常设能力，包括：

- 加强区域卫生危机应急和准备计划，预先安排紧急后勤和相关医疗特许协议，出现卫生危机时迅速启动。
- 管理和运行区域共用防灾和应急能力，包括先进的生物安全实验室。
- 加强区域研究能力和协作。
- 维持一个可在区域迅速部署的医疗专家和工作人员名册。
- 协助区域合作伙伴交流经验教训。
- 在世卫组织支持下维持一个对区域构成卫生危机风险的病原体的共同商定清单。

- 建立条例区域更新和支持机制，提高区域内的落实水平。
- 在区域和次区域特别是边境地区促进应对卫生危机的模拟演练。

四. 国际一级

123. 2014 年的埃博拉疫情凸显了国际系统在发现和应对传染病造成的卫生危机方面的缺陷。迄今为止，只有少数国家建立了条例规定的核心能力，这些能力可确保对新的疫情进行监测和预警。条例的审评机制并不充分，支持建立核心能力的国际资源也不充足。这一能力缺陷使全球更容易爆发疫情。然而，即使发现并公布埃博拉疫情后，全球的反应速度仍然过于缓慢，并在财务和人力资源及协调领域面临重大挑战。

124. 在此背景下，高级别小组指出需要采取紧急措施，提高全球迅速发现和应对卫生危机的能力。措施包括建立新机制审评条例核心能力要求的达标情况，加强世卫组织的业务能力，并提高联合国应对卫生危机的全系统一致性。

A. 加强世界卫生组织对条例核心能力达标情况的定期审评机制

125. 条例框架规定了有效预防、防备、监控和检测传染病疫情所需的核心能力。尽管许多缔约国核心能力不达标有很多原因，包括缺乏财务和技术能力，需要优先处理其他卫生问题，然而条例达标情况监测和监督机制薄弱是一个重要原因。机制薄弱主要表现在 3 个方面：首先，达标情况报告完全基于缔约国的自我评估，条例目前缺乏审评达标情况报告的适当机制。其次，条例没有为落实核心能力提供财务援助或其他支助。第三，不达标也没有处罚。

126. 许多卫生和发展官员对条例并不了解，这进一步削弱了该法律协定。高级别小组在审议中得知，数位国家元首或政府首脑完全不知道条例的存在及其规定的义务。同样，各国政府、合作伙伴甚至世卫组织有时并未将条例的要求纳入卫生规划。

127. 在这方面值得注意的是，世界动物卫生组织规定的兽医工作质量标准，其达标情况受到独立外部评价的监测。因此，相比人类卫生，针对兽医工作的达标审评标准要严格得多。这令人无法接受。

128. 高级别小组认为，达到条例的核心能力要求极为重要，不能完全依赖自我报告制度。需要更加客观的审评进程。因此，小组建议在卫生大会(或卫生大会特设委员会)下建立条例核心能力要求达标情况定期审评机制。对于接受审评的国家，除了每年自行开展达标评估外，世卫组织秘书处也将安排评估。卫生大会(或其指定的委员会)随后将讨论这两份评估报告，其他缔约国则将有机会发表意见。由此，将制定包含所需费用的行动计划，以解决查明的任何不达标之处。

129. 审评机制的目的不应是进行处罚，而是促进提高认识和加强达标水平。鉴于世界上最贫穷的国家最可能爆发疫情，因此在这些国家建立有效的监测能力应成为特别优先事项。但高级别小组认为，要求资源极为有限的国家在缺乏财政和(或)技术援助的情况下执行严格而昂贵的监测和早期检测制度并不合理，过去采用这种做法也都以失败告终。

130. 为了更好地激励所有缔约国参与定期审评，应将审评与财政和技术援助保障挂钩，在必要时解决在行动计划(包含所需费用)中查明的差距(见建议 23)。

131. 国家政府及其合作伙伴若能为加强条例核心能力而开展协同努力，并辅以审评机制，那么到 2020 年就能充分建立条例的核心能力。

132. 达到条例的核心能力要求与更全面地改进卫生系统密切相关。高级别小组建议，国家具备条例核心能力后，应立即在世卫组织的指导下，将审评重点扩大到加强整个卫生系统的职能。

建议 6

世卫组织加强对条例核心能力要求达标情况的定期审评。

- 缔约国与非国家行为体协商，向世卫组织秘书处提交条例核心能力落实情况的年度书面评估。
- 轮流对各国进行定期审评，在 4 年内将所有缔约国审评一遍。
- 对接受审评的国家，世卫组织将安排对条例核心能力要求达标情况进行独立实地评估，并酌情与其他审评进行协调。
- 国家的自我评估和世卫组织安排的评估都将提交卫生大会(或卫生大会所设委员会)审议。
- 进行审评时，将邀请一名国家高级代表就两项评估报告发表意见。卫生大会其他成员也有机会表示意见。
- 世卫组织秘书处将在审评之后三个月内根据讨论情况，使用世卫组织的成本计算工具，为各国制定列出费用的行动计划。
- 世卫组织秘书处将在审评基础上编写条例核心能力全球落实情况综合公共报告，并提出落实战略，包括所需国际援助。
- 一旦缔约国充分达到条例的核心能力要求，定期审评进程将扩大范围，根据世卫组织即将制定的导则对缔约国的卫生系统进行更广泛的评估。这一评估包括重新检查条例核心能力的达标情况。

B. 加强世卫组织的业务能力

133. 高级别小组、埃博拉临时评估小组和其他审查单位所作的调查发现，对埃博拉疫情的反应很不及时，拖了很久才宣布国际关注的突发公共卫生事件。世卫组织最初对疫情的规模和由此带来的进一步蔓延风险认识不足。尽管无国界医生组织等方面多次提醒，但世卫组织仍淡化威胁，很晚才宣布国际关注的突发公共卫生事件。高级别小组认为，迫切需要大力加强世卫组织的应急能力。

134. 高级别小组的听证会显示，下文所述各种因素相互叠加，造成世卫组织在埃博拉疫情爆发早期应对不足，迟迟未宣布国际关注的突发公共卫生事件。

135. 第一，缺乏可靠的数据，导致世卫组织和其他方面低估了疫情的规模。世卫组织未能充分考虑到，最初感染埃博拉病毒的大量病例没有报告，早期应对很不充分。例如，在 2014 年 4 月中旬，当时已知几内亚有 390 人与埃博拉病毒感染者有接触，但该国当局据报只监测了其中 67 人。此外，“接触”的定义当时过于严格，涵盖范围往往仅限于近亲属，排除了一系列其他可能的接触。推动社区参与应急的努力受到广泛排斥，某个受影响国甚至决定只报告实验室确诊的病例，进一步阻碍了准确摸清紧急情况的真实规模。响应机构错误地假定疫情会在几周内“自行燃尽”，因为根据过去的经验，病毒顶多感染 400 人就会得到控制。这一看法在某种程度上造成了世卫组织和其他响应机构的自满心态。

136. 第二，最近的预算削减进一步限制了世卫组织的应急能力。该组织应急活动完全依赖自愿供资。全球金融危机之后，它得到的自愿捐款减少了 5 亿美元。汇率的影响更加剧了这一窘境，因为该组织的主要资源以美元计价，其购买力自 2006 年以来已丧失了三分之一。这些削减尤其影响了该组织的应急准备、监测和疫情应对能力，造成支出下降 50% 以上(从 2012/2013 年的 4.69 亿美元降至 2014/2015 年的 2.28 亿美元)，在总部和业务范围涵盖受埃博拉影响国家的非洲区域办事处，人员编制被大幅裁减。世卫组织非洲区域主任告知高级别小组，非洲区域办事处的总体预算拨款从 2010/2011 年的 2 600 万美元减至 2014/2015 年的 1 100 万美元。因此，该办事处不得不将训练有素的应急专家人数从 12 人减至 3 人。

137. 第三，世卫组织长期奉行的文化决定了它是一个奉命确立国际标准并协助执行标准的技术组织，并没有应对紧急情况的传统。即便在埃博拉爆发期间，其工作仍如常地侧重于监测流行病学数据和为各卫生部提供咨询意见。

138. 第四，世卫组织的治理结构复杂，造成无人知晓应急行动由哪个部门牵头。按照世卫组织《应急响应框架》列为 2 级或 2 级以上紧急情况的疫情，由该组织的有关区域办事处负责采取应急行动，总部派遣专家和采取其他措施从旁提供支助。在应对埃博拉疫情的早期阶段，有时无从清楚由何方负责决定团队的领导和人员的部署模式。更广泛地说，高级别小组听说世卫组织区域主任不由总干事直

接任命，这种管理结构会削弱总干事统领战略、管控世卫秘书处全体员工行动的能力。高级别小组还获悉，没有适用于区域主任的一般性职权范围。因此，很有必要以其他国际机构为模板对世卫组织进行精简，确保行政首长在整个组织中按照明确的上下级关系实行直接领导。要有效地完成这样的精简，总干事就必须对世卫组织秘书处的预算和人员有直接控制权。

139. 第五，世卫组织敏感地顾及了相关政府对宣布疫情可能带来不利经济影响的担心。尽管条例要求世卫组织在宣布国际关注的突发公共卫生事件之前与受影响国协商，却并未要求受影响国同意作出这样的宣布。受影响国政府不愿意承认埃博拉疫情构成国际关注的突发公共卫生事件，这是世卫组织决定推迟设立应急委员会和推迟宣布国际关注的突发公共卫生事件的一个重要原因。多份报告显示，世卫组织高级官员在为总干事编写的内部通信中警告说，援引条例宣布国际关注的突发公共卫生事件在目前情况下“会被视为敌意行为，可能妨碍世卫组织与受影响国的协作”。

140. 其他一些政治考量可能也促使世卫组织决定延迟行动。2009年，基于早期的致病性信息，该组织宣布当时的大流行性流感构成国际关注的突发公共卫生事件，但为此受到尖锐批评，因为事后证明病毒对多数人口群组而言致病性并不高。此外，2014年初，该组织正在忙于应对诸如沙特阿拉伯爆发的中东呼吸综合征、中国的新型甲流、饱受战争摧残的阿拉伯叙利亚共和国的脊灰炎、中非共和国和南苏丹的一系列与冲突有关的医疗卫生问题等多处疫情和紧急情况，其财政和人力资源都处于透支状态。鉴于埃博拉应急行动受延误造成的后果，世卫组织有必要在敏感地顾及其会员国的担忧与履行作为全球公共卫生机构的义务之间保持更好的平衡。总干事如能发挥更有力的领导作用，可能更早就宣布了国际关注的突发公共卫生事件。

141. 由于上述各种因素，造成初期应对不力，延迟到2014年8月8日才宣布国际关注的突发公共卫生事件，而届时已有1 600多人感染。

142. 然而，即便在宣布了国际关注的突发公共卫生事件、疫情严重性得到了全世界更深刻的认识之后，国际社会的应对行动仍因种种协调和运作问题而受阻。

143. 第一，在宣布国际关注的突发公共卫生事件并由此引起全球媒体关注之后，尽管各方作出了重大承诺，但国际援助迟迟不见到来。同时，尽管各方认捐了可观的资金支助，但资金往往要苦等数周才承付和支取。国别需求、责任和统属关系不明确是造成延误的原因之一。

144. 第二，缺乏合格的医务响应人员。多位一线响应人员指出，应急行动中的最大制约因素不是资金，而是人员。有防治埃博拉经验的医生人数太少，无法为三个受影响国配备足够多的埃博拉治疗中心。来自非洲大陆等地的外国医疗队发

挥重要作用，提供了合格的医生，但这些医生大多仍需接受运行治疗中心方面的培训。非政府组织和联合国机构报称，甚至非医务人员都不愿前往受埃博拉影响的国家工作，其中一些人谢绝了派任机会。许多响应人员指出，医疗后送没有保障是阻止工作人员前往受影响国参与应急工作的主要原因。同样，组成全球疫情警报和反应网的各公共卫生机构尽管拥有经验丰富的流行病学家和其他疫情应对人员，可在发生疫情时短期部署，但这些伙伴机构的能力不足，难以满足部署需求。甚至世卫组织秘书处部署足够数量的官员前往西非都有困难。埃博拉疫情爆发时，世卫组织正在应对三场不同的 3 级人道主义紧急情况和其他疫情，各方面早已捉襟见肘。世卫组织大幅度扩充人员配置花了数月的时间，而由于许多国际员工只作短期部署，更替率极高。

145. 第三，埃博拉疫情暴露了世卫组织业务能力的不足。该组织即便认识到应急需求正在不断升级，但其人力资源、采购和财务方面的内部行政规则也未能为快速部署应急人员或物资提供便利。财务方面，该组织应对单一疫情的活动完全由自愿捐款供资，这意味着所有重大应急活动都要求迅速发出筹资呼吁。设在世卫组织的全球疫情警报和反应网的小型业务支助小组也面临缺少人手处理快速部署需求的问题。

146. 第四，迫切需要的医疗物资——防护服和手套等个人防护装备，汽车、摩托车(用于路况不佳时)、帐篷和床等其他物资——并非总那么易于获取。此外，单方面关闭边界、实行贸易和旅行限制等问题阻碍了应急用品进入受影响国。由于数个商业航空公司暂停航班，不得不使用特别人道主义后勤网络。在受影响国境内，由于缺乏可行的道路，往往要依赖直升机，交通运输问题更加严重。实验室样本的运输则格外艰难，因为这些货品有高度传染性。

147. 第五，应急努力中缺乏可用以指导有效控制埃博拉这样的大规模疫情的相关专门技术和知识。具有埃博拉疫情专门知识的人员有限，医疗中心和响应人员的分布也缺乏标准和准则。即便是拥有先进医疗系统的国家，也没有现成的正确预防和控制感染的规程可用以防止感染埃博拉。此外，疫情规模大也带来了更多挑战。对于一场已经蔓延到三个国家而且仍在继续蔓延的疫情，人们不清楚如何最好地规划行动对策。由于治疗中心和实验室的建立或采购需要花费数周的时间，必须根据疾病未来蔓延趋势预测来制定计划，并根据新的事态发展定期调整计划。2014 年 9 月下旬，美国疾病控制和预防中心进行的一项研究预测，到 2015 年 1 月，三个受影响国将出现 140 多万埃博拉病例。不过，社区民众的行为改变加上有效的救治措施遏制了疾病的蔓延，使其没有达到最初预测的规模。

148. 在这一背景下，高级别小组建议大幅加强世卫组织的业务应急能力。世卫组织秘书处必须得到授权和资源来发挥会员国赋予它的领导作用。正如《世界卫生组织组织法》所述，该组织的宗旨是：

“充任国际卫生工作之指导及调整机关；……与联合国、各专门机关、各政府卫生署、各专业团体及其他适当组织成立并维持有效之合作；遇有各政府请求，协助其加强卫生机构；遇有各政府请求，或愿接受援助时，予以适当之技术协助，并于紧急状况下，予以必需之援助。”

149. 在爆发传染病疫情时，人们期待世卫组织领导全球的应急努力。然而，该组织至今尚未建立满足这一期望必备的业务能力。如前文所述，这部分归因于其历史上作为一个规范性组织的组织文化。此外，会员国也未对其提供充分支持。

150. 高级别小组注意到，自世卫组织执行委员会 2015 年 1 月届会以来，该组织总干事努力进行了改革，包括设立了由一名副总干事级的执行主任领导的突发和紧急事件管理方案。高级别小组对此表示欢迎，但强调该组织需要实行统一的报告、指挥和控制架构来整合业务能力。因此，世卫组织埃博拉临时评估小组提议设立的“中心”比上述方案更符合目前的需要。为此，高级别小组建议设立“应急准备和反应中心”。

151. 世卫组织应急准备和反应中心应包括一个全球监督机制和一个开放数据平台，借助正式的通报程序和其他来源收集非寻常卫生事件信息，并公开提供此类信息。

152. 该中心应建立强大的业务能力，其中必须包括可迅速部署的医务人员和其他响应人员等人力资产，以应对卫生危机。全球疫情警报和反应网、外国医疗队等现有机制也应予以扩大和加强。在这方面，高级别小组欢迎总干事倡议建立“全球卫生工作者队伍”，并敦促迅速执行该倡议。已认定的工作人员应接受应急及预防和控制感染方面的基本培训，以便日后针对具体疾病稍加培训即可迅速部署。为推动迅速部署，该中心应制定机制来保障所有已部署人员的医疗后送，并应进一步精简行政手续，使应急行动得以展开。

153. 同样，该中心应确定并(酌情)在战略地点储存核心应急物资，并与后勤提供者建立伙伴关系，以便有能力支持迅速部署响应人员和迫切需要的物资。

154. 该中心还应制定针对卫生危机的应急业务计划和规程，并通过卫生群组领导总体应急努力。如卫生危机直接引发了更广泛的人道主义紧急情况，该中心则应发挥主导作用，协调包容各方的机构间应急行动(见建议 8)。

155. 该中心的核心工作应是及早发现传染病疫情，并与受影响国政府合作，领导迅速作出业务反应，防止疫情升级为国际关注的突发公共卫生事件。世卫组织会员国和伙伴应对此予以协助，在疫情升级为国际关注的突发公共卫生事件之前就支持该组织的应急行动。该中心必须配备充足的人员和资源，并应由摊款供资。为保证迅速获得资源以支持应急行动，该中心应可动用并有能力管理世卫组织新

设立的应急基金。当然，其他卫生响应机构同样应有机会获得该基金的资金。世界银行大流行病应急筹资机制一经触发启动，该中心也应可从中获得供资。

156. 该中心的工作还应包括根据疫情判定是否必须加快研发诊断方法、治疗药物或疫苗等医疗反措施，并应与世卫组织相关各部密切合作，采取协调措施支持此类研究。

157. 该中心应受一个独立咨询委员会指导，委员会由联合国其他应急组织、各国政府、卫生领域的非政府组织和其他机构伙伴的代表组成，以便确保中心的局势评估得到广泛参与，减少判断错误或政治干预。委员会成员应可使用世卫组织的监测数据，并应为中心的评估和对策提供投入。

158. 虽然高级别小组的工作重点是卫生危机引发的紧急情况，但许多对话者呼吁加强世卫组织在发生人道主义紧急情况时对卫生群组的领导，包括提高协调工作的包容性和独立性。因此，中心的设立必须能使对卫生群组的领导更有力、更独立并更具包容性。

建议 7

世卫组织立即加强领导能力，建立统一而有效的运作能力。

- 高级别小组注意到世卫组织设立了突发和紧急情况管理方案，但鉴于需要统一指挥，小组建议将方案改为一个具有指挥和控制权的应急准备和反应中心
- 一旦发生卫生突发事件，这个中心将发挥中央指挥和控制作用。中心应配备充足的人力物力，在组织内部具有明确的上下级权限
- 设立一个常设咨询委员会指导中心的活动。委员会应包括来自联合国机构、各国政府、非政府组织和机构伙伴的代表，鼓励采取多部门办法
- 发生卫生危机时，中心行使全权，指挥卫生群组的反应，同时与相关国家和所有行为方保持密切联系
- 中心将设人力部署管理股，负责管理全球疫情警报和反应网以及外国医疗队方案，协调全球应急卫生人力，根据需要部署专家和外国医疗队
- 中心将制定透明规程，发生突发事件时立即启动响应，国际行动受到阻碍和拖延时要求采取政治行动
- 中心还将设有一个开放数据平台，收集、管理和分析全球流行病事件的公共数据。中心将负责实时发布这些数据
- 中心将管理拟议的世卫组织应急基金，并可动用大流行病应急筹资机制
- 中心将与世卫组织卫生系统和创新部密切协作开展卫生危机的研发工作

- 中心将与机构间常委会合作制定卫生危机领域人道主义行为方标准作业程序

C. 加强全球应对卫生危机时的联合国全系统协调

159. 除世卫组织的应急行动之外，埃博拉危机还暴露了更广泛的联合国系统缺乏协调和一致性的问题。

160. 第一，没有既定的机构间机制来应对会产生多层面影响的卫生危机。机构间常委会群组制度由联合国人道主义事务协调厅协调，启动该制度通常是为了应对大规模的人道主义危机。2014 年埃博拉危机爆发时，机构间常委会机制曾被考虑过但最终未被选中，原因是埃博拉疫情最初被视为一场卫生危机而非人道主义危机，而更糟的是世卫组织更早阶段决定不对机构间常委会负责人(各机构首长)提起这个问题。此外，与其他人道主义危机的影响规模相比，埃博拉危机早期的感染人数相对较少。

161. 世卫组织总干事首次向机构间常委会通报埃博拉危机是在 2014 年 8 月的一次会议上。常委会负责人认为，世卫组织这个卫生领域的牵头机构应当牵头应对危机，因此未决定启动更广泛的人道主义应急行动。然而，世卫组织反应迟缓，包括人员部署迟缓，引发人们质疑它是否有能力发挥必要的领导作用。此外，随着危机的发展，人们逐渐明白危机带来的不仅有医疗问题，还有诸如人人享有饮水、环境卫生和个人卫生(水卫)及教育和粮食安全问题，因此卫生组织单靠自己没有能力协调整体应急行动。常委会成员和其他方面还得出结论认为，鉴于此次流行病传染速度极快，应当设立一个线性应急系统，其领导层要有实行直接指挥和控制的权力。这与机构间常委会群组制度大不一样。

162. 随着应急行动一再延误，而疫情转眼间冲破遏制防线快速蔓延，人们认识到必须迅速加大应急力度。经与世卫组织总干事协商，秘书长于 2014 年 9 月 17 日宣布准备立即设立联合国埃博拉应急特派团(埃博拉特派团)，这是联合国历史上首次设立卫生应急特派团。大会 2014 年 9 月 19 日第 69/1 号决议对设立埃博拉特派团的提议表示欢迎。

163. 在磋商中，高级别小组了解到，设立由秘书长亲自领导的埃博拉特派团在推动全世界更多地关注埃博拉危机方面发挥了重要作用，为各国政府、联合国机构和其他行为方启动应急措施提供了支持。虽然联合国应急行动大多继续由红十字会与红新月会国际联合会、联合国开发计划署(开发署)、联合国儿童基金会(儿基会)、粮食署和世卫组织等牵头机构实施，但埃博拉特派团帮助建立了一个共同的应急行动平台。在受影响国，特派团的埃博拉危机管理人员将国家一级的行为方及合作伙伴汇集在一起，促进了政治参与，确保了应急活动的国家自主性和包容性，为此广受称赞。特派团还为应急行动提供了人们急需并为之呼吁的区域

视角，并因此得以支持跨国界调拨应急资产。此外，特派团协调粮食署提供的后勤支助被视为一个让应急行动效益倍增的关键因素。

164. 然而，高级别小组也耳闻了一些对埃博拉特派团的批评。数位响应人员指出，特派团花了很长时间才开始充分运作和进入协调角色。特别是在及时部署足够多拥有必备专门技能的人员方面，特派团勉为其难。他们还指出，特派团用一个新架构去统管正在进行之中的应急行动，期间没有充分利用联合国和各国现有的机制、架构和专门知识。如特派团像授权充分的人道主义协调员那样，能做到兼容并蓄、推动合作协调，它的贡献就最有效。此外，一些响应人员指出，特派团总部设在加纳，最初在受影响国缺乏实地存在，损害了它协调有效应急行动的能力。数位外地应急人员表示他们与特派团没有联系。不过，考虑到最初的疾病进展预测和该区域实行飞行限制的情况，决定将总部设在受影响国之外是可以理解的。

165. 高级别小组还认为，秘书长设立埃博拉特派团协助加强了埃博拉危机最严重时的全球反应，贡献巨大。然而，特派团的经历也凸显了在危机期间设立新协调机制带来的挑战，并突出强调需要依靠诸如机构间常委会群组制度等现有或预先商定的协调机制来处理危机，并在必要时根据危机的性质对机制加以调整。

166. 在设立埃博拉特派团的同时，秘书长还任命了埃博拉问题特使，以便为埃博拉应急行动提供战略和政策指导，并动员国际捐助者提供支助。高级别小组在磋商中获悉，特使在确定埃博拉应急行动所需经费、筹集资金和推动世界各地的国际响应机构定期相互协调方面发挥了重要作用。任命特使进一步帮助保持了对这场危机的政治关注。

167. 为确保对未来的卫生危机作出有力和协调良好的全系统反应，高级别小组建议设定明确的统属关系和规程，以指导联合国机构相互协作。具体而言，高级别小组认为下文所述措施可确保增强连贯性。

168. 应在一切可能的情况下利用机构间常委会群组制度，以确保各机构协调应对紧急情况，包括传染病疫情造成的危机。如果像过去常常发生的那样，传染病疫情的爆发只是更广泛的自然灾害或冲突造成的紧急情况的一个方面，则应由卫生群组在世卫组织的领导下牵头开展卫生应急行动，同时向秘书长任命的一名人道主义协调员报告。

169. 然而，与可能出现的大流行性流感疫情一样，可能在有些情况下卫生危机是人道主义紧急情况的根源。在这种情况下，有必要通过卫生反应充实总体危机反应。为此，机构间常委会不妨通过群组制度将机构间反应的总体领导权交由世卫组织。发生此类情况时，秘书长应任命世卫组织中心的执行主任担任其紧急情况协调员，从而让世卫组织中心作为卫生群组首长直接监督卫生反应，并充任更广泛的人道主义反应的总协调员。

170. 高级别小组还建议，机构间常委会应审查群组制度，以加强该制度特别是在面临卫生危机时作为应急协调机制的效力和能力。

171. 为确保全球政治参与和承诺超越卫生部门，高级别小组还建议，如出现埃博拉这样的卫生危机，世卫组织总干事应定期向联合国秘书长正式报告危机反应情况。这将有助于秘书长利用其斡旋活动支持全球应急努力。

建议 8

发生尚未被列为人道主义紧急情况的 2 级或 3 级突发事件时，在整个联合国系统启动明确的指挥系统。

- 世卫组织总干事向联合国秘书长报告应对事宜
- 世卫组织区域主任直接向世卫组织中心执行主任报告，确保整个系统的一致性
- 中心执行主任将由联合国秘书长的紧急情况协调员兼任，负责在必要时领导机构间的应对活动
- 鉴于世卫组织被指定为应对卫生危机的牵头业务机构，秘书长应确保机构间常委会群组制度处于充分运作状态，支持紧急情况协调员在必要时领导机构间的应对活动
- 检查机构间常委会的职权范围，包括群组制度，加强其稳定性、及时性、协调能力应对卫生危机的能力

172. 埃博拉疫情还暴露了一个问题，即卫生和人道主义领域的现有紧急情况分类缺乏一致性，会引起误解。例如，世卫组织大流行病等级制根据疾病传播的范围和方式将疫情区分为六个等级。与此类似，世卫组织应急响应框架确认卫生紧急情况分为三个等级，并详述了达到每个等级时世卫组织的责任分配。此外，世卫组织《国际卫生条例》规定可宣布国际关注的突发公共卫生事件。在更广泛的人道主义系统，机构间常委会的人道主义紧急情况分类框架也包括三个等级，各自对反应动员产生不同影响。由于不知道这四套系统的存在，加上术语造成了混乱，人们在埃博拉应对行动初期对卫生和人道主义部门的定位产生了误解。因此，高级别小组认为应作出努力把不同的紧急情况分类系统统一起来。特别说来，任何按照世卫组织应急响应框架被列为 2 级或 3 级的紧急情况都应自动触发对潜在人道主义后果的机构间评估。

建议 9

秘书长牵头整合卫生和人道主义危机触发系统。

- 按照世卫组织应急响应框架列为 2 级或 3 级的每一卫生危机，自现在起自动触发机构间多部门评估

五. 贯穿各领域的问题

173. 除国家、区域和国际层面的准备和应对问题外，高级别小组还确定了为加强全球应对卫生危机需要解决的若干贯穿各领域的重大问题。

A. 发展与卫生

174. 本报告一个反复出现的主题是，受传染病影响最大的国家存在各种超出卫生范围的能力挑战。2014 年，受埃博拉影响最大的 3 个国家刚刚摆脱冲突。利比里亚和塞拉利昂经过十几年的内战仍然脆弱不堪，而几内亚在 2008 年经受了重大政治紧张局势和内乱。此外，这 3 个受埃博拉影响最大的国家与另外 31 个非洲国家、9 个亚洲国家、4 个大洋洲国家和 1 个美洲国家位列世界 48 个最不发达国家。以前经历过埃博拉危机的刚果民主共和国和乌干达也属最不发达国家。2014 年，几内亚、利比里亚和塞拉利昂的年人均国内生产总值分别为 540 美元、458 美元和 766 美元，使这三个国家位列有数据可查的 20 个最贫穷国家之中。这些平均数掩盖了巨大的收入差距。在几内亚，35% 的人口生活在绝对贫困⁶之中(2012)。在利比里亚和塞拉利昂，这一比例分别为 69%(2007)和 52%(2011)。

175. 除经济指标低外，其中许多国家的基础设施和社会服务也不足。30% 以上的农村人口缺少饮用水，五分之四的人口缺少基本的环卫设施。5 岁以下儿童有三分之一因营养不足而发育迟缓。30% 以上儿童完不成小学教育，成年人中不到一半识字。如先前所述，在这三个国家中，获得优质保健的机会极为有限。由于存在这些问题，利比里亚和塞拉利昂当前同期出生群的平均预期寿命分别为 60 岁和 50 岁。

176. 虽然新的危险病原体可能出现在世界上任何国家，但生活条件差意味着发展中国家往往特别有可能爆发新传染病。城市化和农业生产常常会深深侵入动物的自然生境，使民众有可能感染人畜共通传染病。

177. 一旦出现了一种疾病，由于缺乏基本环卫设施，卫生系统薄弱，民众贫弱交加，疾病会迅速蔓延。许多人口特别是农村地区的人口无法获得儿童免疫接种、定期看医生和卫生教育等基本预防保健。同样，由于缺少合格的医务人员、基本设备和药品，许多本可以治疗的疾病成为致命疾病。如 2014 年埃博拉病毒爆发所示，这些情况也增加了在医疗卫生单位感染疾病的风险，妨碍有效应对疫情。

178. 贫穷所涉问题一方面使最不发达国家更容易受到传染病的影响，另一方面，还破坏了这些国家建立有效的、反应迅速的卫生系统的能力。高级别小组获悉，在这 3 个受埃博拉影响最大的国家，卫生支出远低于《阿布贾宣言》建议的水平，即政府支出的 15%。同样，年人均卫生公共支出不到所建议的初级保健最低水平

⁶ 绝对贫穷指按 2011 年价格(购买力平价)计算生活费不到 1.90 美元。

的五分之一。虽然许多国家一再对卫生开支承诺了各种宏伟目标，但迄今为止只有少数几个国家的支出超过建议的人均最低水平。小组敦促各国审查其支出优先事项，增加国家卫生预算拨款，达到所建议的最低水平，这也将有助于实现条例要求的核心能力。与此同时，许多发展中国家将需要合作伙伴提供实质性援助以加强其卫生系统。

1. 实现可持续发展目标

179. 在关于通过 2015 年后发展议程的联合国首脑会议上，国际社会承诺实现 17 个可持续发展目标和 169 个具体目标，其中包括卫生领域的几个目标(见大会第 70/1 号决议)。具体而言，国家和政府元首承诺：

- “到 2030 年，消除艾滋病、结核病、疟疾和被忽视的热带疾病等流行病，抗击肝炎、水传播疾病和其他传染病” (目标 3.3)
- “加强各国，特别是发展中国家早期预警、减少风险，以及管理国家和全球健康风险的能力” (目标 3.d)
- “支持研发主要影响发展中国家的传染和非传染性疾病的疫苗和药品，根据《关于与贸易有关的知识产权协议与公共健康的多哈宣言》的规定，提供负担得起的基本药品和疫苗，《多哈宣言》确认发展中国家有权充分利用《与贸易有关的知识产权协议》中关于采用变通办法保护公众健康，尤其是让所有人获得药品的条款” (目标 3.b)

为了支持建设卫生系统，可持续发展目标的承诺是：

- “实现全民健康保障，包括提供金融风险保护，人人享有优质的基本保健服务，人人获得安全、有效、优质和负担得起的基本药品和疫苗” (目标 3.8)
- “大幅加强发展中国家，尤其是最不发达国家和小岛屿发展中国家的卫生筹资，增加其卫生工作者的招聘、培养、培训和留用” (目标 3.c)

180. 在此背景下，高级别小组促请所有会员国实现可持续发展目标，特别是卫生领域的目标。小组注意到目标 3.3 确认传染病可能造成卫生危机，敦促会员国确保在可持续发展目标的监测和后续落实进程中把条例核心能力要求的达标情况作为防止传染病爆发的一个关键要素。

建议 10

国际社会必须履行对可持续发展目标特别是对卫生部门目标的承诺。

- 统计委员会审议可持续发展目标的指标时，应考虑把条例核心能力要求的达标情况和总体卫生系统的加强情况作为衡量实现卫生领域可持续发展目标的指标

2. 加强卫生系统

181. 过去四年来,对卫生的国际发展援助一直停滞在一年大约 350 亿美元左右。然而,这些资金大部分用于专事特定卫生指标的纵向方案。这些方案往往与公共卫生系统并行运作,有时则耗费大量资金建设单独的保健基础设施。虽然这种方案在实现具体目标方面能取得良好结果(如减少妇幼死亡率或为艾滋病毒感染者提供抗逆转录病毒治疗),但其工作限于一个领域,向总体卫生系统的外溢效应往往有限。此外,纵向保健方案有更好的薪水和福利,会吸引在公共部门任职的训练有素的工作人员,这往往会削弱总体公共卫生系统。

182. 在这方面,将更多国内和国际资金用于加强卫生系统可带来范围更广的附带效益,包括收集重要的卫生统计数字(包括出生和死亡登记),加强疫苗接种运动,确保更全面的病人随访。在此背景下,高级别小组认为,合作伙伴应将更大比例的官方发展援助用于加强卫生系统。

183. 为了有效加强卫生系统,合作伙伴应通过各国政府提供更多卫生援助,因为各国政府是最适合协调建立国家卫生系统的实体。预算支助方面的数据难以获得,但现有数据显示,迄今为止,用于卫生规划的发展援助约三分之二划拨给纵向方案,结果政府几乎没有什么资源可用于国家优先事项。据报只有 6%用来加强卫生系统和促进全面跨部门办法。通过预算支助向各国提供更多资金可以让各国政府把资金用于最需要的地方,并加强保健系统所赖以存在的机制。然而,许多合作伙伴向高级别小组报告说它们不愿意增加预算支助,因为经济欠发达和脆弱国家的治理和财务管理系统存在问题。与此同时受援国则称,治理和财务管理的基准不明确且频繁变动。

184. 高级别小组还指出,在发展中国家开展工作的地方和国际非政府组织应使其活动与国家总体计划保持一致,运作应充分透明。一些国家政府向小组反映,他们不晓得非政府组织在其国家正在开展的一些活动。为了确保有效分配资源,合作伙伴还应让非政府组织恪守善治和财务管理方面的最高标准。

建议 11

合作伙伴保持对卫生领域的官方发展援助,并根据一个商定的政府主导计划,将援助的更多部分用于加强卫生系统。

- 把官方发展援助战略性地投向一个旨在加强卫生系统的渐进性、列入预算的五年计划
- 财政管理透明度和善治的基准要明确且前后一致
- 非政府组织在运作中要有同国家政府一样的透明度和善治程度

3. 卫生系统辅以发展规划

185. 即使强有力的卫生系统也可能被大环境中的发展挑战所削弱。一些对话者指出缺乏水和环卫设施、能源、通信、交通运输和道路网络是阻碍改善卫生服务的主要障碍。

186. 在这方面，高级别小组建议增加发展工作的互补性，为发展中国家有所加强的卫生系统提供支持，特别是在获得保健机会最受限的农村社区。例如，建立和维继农村保健中心的方案应辅以相辅相成的电气化、水和环卫项目，或者是扩大基础设施，确保更多人获得保健服务。

建议 12

世卫组织同发展行为体密切合作，通过发展规划支持卫生系统，促进普遍和公平享有优质保健服务。

B. 研究与开发

187. 发现和生产新疫苗、治疗药物和诊断方法对防止和应对传染病危机至关重要。过去一个世纪来，医学研究发现大幅减少了狂犬病、脊髓灰质炎、麻疹和风疹等许多疾病的发病率和死亡率，根除了天花等其他疾病。最近，免疫联盟、全球抗击艾滋病、结核病和疟疾基金、世卫组织和儿基会等机构的举措大大提高了发展中国家获得救命疫苗的机会。

188. 然而，专事应对主要影响发展中国家且可能引发卫生危机的各种传染病的研发太少。世卫组织有一个 18 种被忽视的热带疾病清单，这些疾病在 149 个国家是地方性疾病，影响了 14 多亿人。2014 年在西非爆发的埃博拉就是研发支出不足的一个后果实例。埃博拉病毒为人所知有 40 年了，自发现埃博拉病毒以来已爆发了 20 多次。然而，2014 年仍没有埃博拉病毒疫苗可用于遏制这一流行病。

189. 对主要影响穷人的疾病的研发不足是市场机制造成的。开发新药品需要大量投资，不成功的试验数不胜数。制药公司在很大程度上以收回研究成本和商业获益机会为准则，所侧重的疾病是主要影响所在社会的保健系统和公民愿意且有能力支付新产品的社会的疾病。因此，2010 年投资于卫生研发的 2 140 亿美元中，不到 2% 用于被忽视的疾病，此后这个百分比进一步下降。

190. 当埃博拉病毒在西非爆发受到国际关注时，向研究机构提供了大量资金以期加紧研发疫苗。⁷ 如果在爆发前就能提供疫苗，则会拯救更多生命。

⁷ 由于这些努力，据报告 2015 年 7 月 31 日一个实验疫苗在几内亚临床试验中取得了积极结果。另外几个疫苗也在临床试验中进行了测试。

191. 亟需采取措施，扩大用于被忽视疾病的救命医疗产品的研发和生产，特别是将重点放在很有可能造成卫生危机的传染病。如有可能，应制定医疗对策(包括疫苗、治疗药物和诊断方法)，以便一爆发疾病就能快速测试和生产产品。为了实现这一目标，必须解决以下问题。

1. 制定更好的激励办法促进被忽视疾病的研发

192. 首先，有必要更好地激励对被忽视的传染病和其他危险病原体进行研发。由于市场不会提供适足的激励措施，必须进行公共政策干预，以确保将更多资源集中用于这些病原体。各种经济政策工具有助于做到这一点，但其效率和效力不同。这些工具包括直接公共或私人赠款，对开展研发的机构减税，对成功实现研究目标的予以奖励，预先市场承诺或补贴基础研究工作。

193. 还有若干规章性激励机制可以考虑。例如 2014 年 12 月，美国国会通过了《埃博拉病毒治疗法案》，将埃博拉病毒列入美国食品药品监督管理局的优先审评计划。该计划向开发合乎要求的被忽视热带疾病疫苗的厂家提供一个凭证，由美国食品药品监督管理局优先审评正在开发的产品。

194. 财政或监管激励措施的最佳组合视病原体以及若干其他因素而定。然而，这一切最终都需要公共资金。因此，高级别小组强烈支持设立一个由世卫组织监管的专门研发基金(见财政和经济措施一节建议 22)。

2. 将传染性病原体的研究工作放在优先地位

195. 若干病原体对人类构成威胁，都应进行研究，但不清楚哪些病原体会导致下一次爆发，因而应优先研究。迄今为止，不同国家和机构制定了自己的优先清单，但尚不存在一个统一的根据风险调整的优先清单。然而国家清单侧重于国家优先事项，可能不会将最有可能造成重大国际威胁的疾病排在优先地位。此外要开展疫苗研究则要做出重大取舍。高级别小组听制药业一名代表说，为了生产足够数量的实验性埃博拉病毒疫苗进行临床试验，该公司不得不停止生产小儿肠胃炎病毒疫苗，而这种病毒平均每年夺去 450 000 名儿童生命。由于没有优先次序清单，私营部门行为体根据各自确定的标准挪用资源。这种取舍应根据合法政治机构而非私营部门制定的一套优先事项来决定。

196. 高级别小组认为有必要为获得公共研发支助的传染病排列前后次序。此外小组认为，世卫组织即是为可能引发卫生危机的、研究不足的病原体确定研发次序的适当机构。世卫组织还应帮助确定哪些技术平台最适合研究医疗对策。这一努力旨在对可能造成今后卫生危机的头 20 个重点传染性病原体进行第一阶段试验，研发诊断方法并酌情研制疫苗或治疗药物。

建议 13

由世卫组织进行协调，排定最有可能导致卫生危机的被忽视疾病的全球研发优先次序。

- 世卫组织秘书处在免疫接种与研究问题咨询小组的指导下，建立并维持最可能导致卫生危机的重点传染病清单，优先为这些传染病研发疫苗、治疗药物和快速诊断方法。前后次序应按照明确界定的标准排列
- 世卫组织协助确定有能力加速生产疫苗和治疗药物的技术平台，以应对新病原体或菌株引发的疫情

3. 确保人人能获得并负担得起药品

197. 即使有疫苗和治疗药物，但最需要的人往往负担不起或无法获得。高级别小组尤其认为必须确保受传染病爆发影响的民众充分获得疫苗。有些项目，例如免疫联盟，向发展中国家低成本提供现有疫苗和药品。同样，各国可以根据可持续发展目标 3(b)的要求，利用世界贸易组织(世贸组织)《与贸易有关的知识产权协议》中的现有灵活办法，保护公众健康，让人人都能获得药品。⁸ 小组呼吁采取其他措施，使人人能获得并负担得起药品。

198. 获得药品不仅仅需要在国际市场上搞到负担得起的药品，还需要一个在社区一级包括农村地区有效分发和管理药品的系统。过去，为发展中国家提供负担得起的药品和疫苗的努力有时因缺乏有效的卫生系统而受到削弱，因为这些药物无法交付给病人或者是因为无法保证定期随访病人。在这种情况下，免疫联盟和全球基金等机构将一定比例的资源专用于加强卫生系统和供应链。

建议 14

采取紧急措施确保人们能普遍获得并负担得起的药品、疫苗和其他挽救生命的产品。

- 由于收回投资和研究融资的需要与提供负担得起药品的需要之间存在差距，应另外提供公共资金，帮助人们普遍获得负担得起的药品、疫苗和其他挽救生命的产品
- 加强努力，通过免疫联盟、全球基金、国际药品采购机制等举措，确保人们能获得并负担得起医疗产品
- 增加使用非专利产品，使药品更加便宜

⁸ 可持续发展目标 3(b)规定：“支持研发主要影响发展中国家的传染和非传染病的疫苗和药品，根据《关于与贸易有关的知识产权协议与公共健康的多哈宣言》的规定，提供负担得起的基本药品和疫苗，《多哈宣言》确认发展中国家有权充分利用《与贸易有关的知识产权协议》中关于采用灵活办法保护公众健康，尤其是让所有人获得药品的条款。”

- 各国和合作伙伴根据《关于与贸易有关的知识产权协议与公共健康的多哈宣言》的规定，提供负担得起的基本药品和疫苗。在这方面，应始终利用《与贸易有关的知识产权协议》所述的灵活办法

4. 确保及时分享生物材料

199. 爆发疾病时，为了制定针对新病原体的医疗对策，需要将样本迅速送交世界各地的研发实验室。虽然没有正式法律义务这样做，但受疾病爆发影响的大多数国家都与世卫组织和国际研究实验室欣然分享了有关生物材料和样本，以便加快制定应对措施。然而近年来人们越来越关切从这些样本获取的包括疫苗或治疗方法等惠益的公平分配问题。在 2006 年一个广为人知的案件中，印度尼西亚外交部长宣布，印度尼西亚不会与外国实验室分享正在影响该国的 H5N1(禽流感)病毒菌株。印度尼西亚政府在其决定作出解释时明确指出，外国科学家研究疫情却无印度尼西亚的参与。此外有人指出，一家多国公司正在开发一项针对该病毒的疫苗，但不清楚受该病毒影响最大的印度尼西亚人民能否从该疫苗获益。印度尼西亚政府解释其决定的理由时也援引了《生物多样性公约》，该公约规定各国对自己的生物资源拥有主权权利，并载入了获取和惠益分享原则。此事引发了对提供生物材料要求公平补偿和分享惠益的辩论，为谈判关于该问题的两个法律文书提供了参考。

200. 第一个文书是《关于获取遗传资源以及公正公平分享利用遗传资源所产生惠益的名古屋议定书》。《名古屋议定书》于 2010 年通过，是《生物多样性公约》的一个补充协定，为公正和公平分享利用遗传资源所产生的惠益提供了一个法律框架。议定书于 2014 年生效。尽管议定书规定了如何在紧急情况下分享生物材料，但一些观察家认为其程序过于繁琐，无法确保作出快速应对，还有一些专家不确定议定书是否适用于新病原体。

201. 第二个文书是世卫组织的《大流行性流感防范框架》，这是世卫组织会员国根据印度尼西亚 2006 年决定谈判的结果。《大流行性流感防范框架》提出了一个分享可能引发流行病的流感病毒的简化流程，还制定了机制来确保公正和公平获取分享此种样本产生的惠益，特别是就流行病疫苗而言。然而，《大流行性流感防范框架》只适用于有可能引发流行病的范围很小的一组流感病毒，并不涉及分享埃博拉和中东呼吸综合征等其他病原体。此外，该框架根据国际法不具有法律约束力，其自愿分享惠益规定一直得不到有力实施。

202. 尽管有两个关于分享生物材料的法律文书，但在何种情况下可以或必须分享今后新出现的病原体在法律上仍有相当大的不确定性。高级别小组认为，应制定发生卫生危机时分享生物材料的有法律约束力的明确准则，包括关于公正和公平分享惠益的规定。小组建议，世卫组织请其会员国商谈将《大流行性流感防范框架》的覆盖范围扩大到流感病毒之外，同时考虑到《名古屋议定书》的各项原则。

建议 15

世卫组织召集其会员国重新谈判《大流行性流感防范框架》，以增列其他的新病原体，使其具有法律约束力，并按照 2010 年《生物多样性公约名古屋议定书》规定的原则，适当兼顾义务和利益。

5. 促进非药品的医学研究

203. 除了需要增加疫苗、治疗药物和诊断方法的研发外，还须促进对应对卫生危机必不可少的非药品工具、设备和方法的创新研究。实施移动保健，让社区卫生工作者利用移动电话输入、跟踪和分享数据是实地监测方面的一项重要创新，应予推广。世卫组织应协调和鼓励研究创新性卫生防备、监测和应对措施。发展国家科技工程研究能力也能让国家反应机制在应对卫生危机中更具灵活性和变通性。

6. 发展中国家的研发能力建设

204. 发达国家、新兴经济体和最不发达国家之间在研究、开发和生产药品的能力上存在很大差距。建设最不发达国家的基本研究、开发和生产能力将有助于建设流行病学能力，并为当地医生提供培训机会。这还将有利于利用疾病流行地区对疾病的当地知识，帮助建设实验室能力，确保爆发疾病时国内拿出更多医疗对策。

建议 16

由世卫组织牵头，通过南南合作等途径，协助发展中国家建设疫苗、治疗药物和诊断方法的研究和生产能力。

- 世卫组织及其伙伴为发展中国家疫苗生产网络等举措加速提供技术和财政支持
- 努力利用现有的南南合作专门知识
- 发展和支持生物和社会科学、兽医服务、工程及相关领域的重要研究方案

7. 制定疾病爆发时的医学研究规程

205. 有必要为疾病爆发时开展临床试验制定更好的规程。西非埃博拉病毒爆发表明，在发生重大卫生危机时适用测试新药品的标准规程，包括随机对照试验，提出了若干伦理问题。人们特别关切的是，若爆发的是高死亡率疾病，是否应该根据随机对照试验的标准做法不让一些“对照组”患者获得试验药品。还有人担心并非参加试验的所有患者都充分了解所涉风险。这些问题应该由世卫组织制定相关标准予以解决。

8. 制定发生国际关注的突发公共卫生事件期间的应急措施条约

206. 高级别小组认为，为解决发生国际关注的突发公共卫生事件时的监管需要和其他挑战以便加快作出国际应对，应当谈判缔结一项国际协定，拟定有时限的特别措施，为全球做出快速应对提供便利。这些“紧急措施”可包括关于分享生物材料的特别规定；在疾病爆发时测试实验疫苗的规程；获取医疗对策和疫苗；为预先筛选的救急工作人员自动发放签证并提供体检合格证明；医疗后送至预先确定的治疗地点；飞越权利以及对相关救急物资免征关税。

C. 财政和经济措施

207. 建立一个更有效的系统来防止和应对卫生危机将需要强有力的持续投资。确保做出充分准备及早发现传染病疫情，出台一个全面的早期反应系统，并开展有针对性的研发来支持这些努力，这都离不开大量资金。然而，相较于流行病对生命和经济增长造成的损失，所需投资很少。

208. 在磋商中高级别小组观察到，在资金方面有六个不同问题需要得到解决。

1. 为落实《国际卫生条例(2005)》核心能力调动财力资源

209. 筹资是阻碍落实条例核心能力的一个主要制约因素。高级别小组呼吁所有国家将更大比例的国家预算用于卫生部门，包括建设条例核心能力，但小组认识到，许多国家，特别是最不发达国家，也需要大量国际援助。

210. 正在采取一些举措，协助各国落实条例，这些承诺应予履行。例如，2014年，美国与几个伙伴国家以及世卫组织、世界动物卫生组织和粮食及农业组织(粮农组织)发起了全球卫生安全议程。该议程承诺在今后5年协助30个国家落实条例核心能力。仅美国就认捐了10亿美元支持这一工作。虽然该议程的职权范围超出了条例核心能力，但还是提供了一个宝贵的资金和专门知识源泉来支助在发展中国家落实条例。2015年10月，7国集团卫生部长同意“通过全球卫生安全议程及其共同目标和其他多边倡议等，在今后5年至少协助包括西非国家在内的60个国家落实条例。”这种举措应予扩大，并视作财政支助源泉之一，资助拟议的条例核心能力合规情况定期审评工作。

211. 正在作出双边和多边努力，支持条例核心能力的建设。为了补充这些努力，高级别小组建议由世卫组织牵头寻求其他来源的财政和技术支助，确保参加条例核心能力合规情况定期审评的所有国家得到财政支助，以便弥补审评中查找出的差距。

建议 17

世卫组织总干事牵头作出紧急努力，协同世界银行、区域开发银行、其他国际组织、合作伙伴、基金会和私营部门，为建设条例要求的核心能力调动财政和技术支持。

2. 确保对世卫组织应急准备和反应中心的可持续供资

212. 即使所有国家都达到条例的核心能力要求，仍然需要有强有力的中央业务能力，以便在爆发单凭一国无法控制的重大疾病时迅速做出反应。世卫组织是卫生方面的联合国牵头机构，应当采用建议 7 所述的应急准备和反应中心的形式建设这种能力。由于该拟议中心将履行核心监测和应对活动，其经费应由世卫组织的摊款提供。

213. 在这方面，高级别小组注意到，虽然专用资金大幅增加，但世卫组织的分摊预算几年来一直未变。世卫组织这一全球卫生牵头组织本年度分摊预算为 4.65 亿美元。世卫组织的应急工作完全由自愿捐款供资。这导致这些核心活动的供资不可预测，而且往往不敷使用。在有些情况下，世卫组织的准备、监测和反应能力所得资金不到所需经费的一半。

214. 有鉴于此，高级别小组强烈鼓励会员国将对世卫组织的摊款至少增加 10%。新增资金将用于执行分派给世卫组织的一些新职能，包括加强对条例核心能力的定期审评和运行世卫组织应急准备和反应中心。

建议 18

世卫组织会员国将对世卫组织预算的摊款至少增加 10%。

215. 鉴于加强世卫组织的应急能力——这属于全球公益物——需要大量资金，高级别小组还建议，硬性收取世卫组织所有自愿捐款的 10%(在方案支助费用之外)用于支持世卫组织的应急能力。

建议 19

在方案支助费用之外硬性收取世卫组织所有自愿捐款的 10%，用于资助应急准备和反应中心。

3. 为强有力的应急反应筹资

216. 迄今为止，遏制疾病爆发的大多数应急活动依赖自愿供资。没有大量现成资源可及时动用。当宣布发生国际关注的突发公共卫生事件时，若有更多合作伙伴承诺提供支持，则资金供应情况通常会有所改善。然而，认捐资金的交付过程会耗费宝贵时间，从而延误初始反应。有必要填补收到自愿认捐资金前的这一缺口。因此，虽然自愿基金至关重要，但不能替代及时和可预测的供资。

217. 世卫组织认识到这一必要性，最近设立了一个 1 亿美元的紧急情况应急基金。高级别小组支持设立这样一个基金。鉴于早期做出有力对策最有可能遏制疾病大爆发，因此小组认为，把该基金扩充至 3 亿美元将大大提高其效力。应急基金应当完全由摊款供资(根据现行分摊比额表计算)并按同样办法补充。

218. 此外，很多自愿援助是在双边层面提供给具体组织或团体的，使得世卫组织没有必要手段来有效协调应对方案。因此，新设立的应急基金不仅应让世卫组织使用，也应让其他卫生事件响应机构使用。

建议 20

各会员国到 2016 年年底为世卫组织应急基金提供至少 3 亿美元的资金。

- 各卫生群组的成员可在世卫组织的协调下使用应急基金。
- 为确保供资的可预测性，应急基金应完全由会员国按照目前的摊款比额提供。应急基金到 2016 年底得到充分供资，并在用完后立即得到补充。

219. 同样，由世界银行提出的流行病紧急融资机制可为资助早期应急工作发挥关键作用。该机制将以减让性融资工具与创新保险机制相结合，在有关疫情爆发的预设条件一旦满足时，即向受影响国提供资金。这能为受影响国家提供危机初期所亟需的资金援助。

建议 21

世界银行迅速运行大流行病应急筹资机制。

- 最不发达国家应向大流行病应急筹资机制缴纳的年度保险费由合作伙伴提供的额外资源支付。
- 付给筹资机制的款项由疫区国家当局按照国家应急计划进行优先分配，并由适当的组织为其提供技术支持。

4. 为被忽视但有可能构成卫生危机的疾病研究与开发融资

220. 鉴于疫苗开发成本高，加强被忽视疾病的研发工作需要大量资金。2013 年，20 多种被忽视的热带疾病的研发只支出 32 亿美元，而在埃博拉疫情暴发阶段，研发埃博拉疫苗就耗资至少 5 亿美元。必须提供充足资金，针对最有可能引发卫生危机的病原体先后次序清单，研发疫苗或防治措施(见建议 13)，目的是保证提供候选疫苗和已通过第一阶段临床试验的药物，以便在一旦出现疫情的情况下，能迅速进行测试并扩大生产。

221. 高级别小组建议专门创设一个 10 亿美元的基金，用于支持世卫组织列为重点的被忽视传染病的疫苗、治疗和诊断的研发。必要时，该基金也应用于支持和鼓励危机期间的研发。该基金每年都应得到补充，并应被视为全球卫生危机预备系统的组成部分。

222. 为了最有效地激励研发，应为每种查明的病原体制定特定的激励机制，并全面借鉴现有经济和监管机制。

建议 22

世卫组织负责建立和管理一个每年至少 10 亿美元的国际基金，资助研发被忽视传染病的疫苗、治疗药物和快速诊断方法。

- 该基金的目标是建立保护机制应对未来的卫生危机，并补充现有机制以促进研发活动，为疟疾、肺结核和艾滋病毒/艾滋病等地方传染病研发疫苗、治疗药物和诊断办法。
- 该基金用于激励研发活动，为世界卫生大会咨询委员会确定的重点病原体研发疫苗、治疗药物和快速诊断办法。
- 针对每种病原体的情况，采用有针对性的方法来激励研发活动，以最低成本迅速取得成果。

5. 缓解卫生危机造成的经济后果

223. 应对非典、H1N1 和埃博拉疫情的经验表明，传染病往往造成严重的经济后果，其影响远远超出最初受影响国家。例如西非暴发埃博拉疫情，大约 70 个国家对来自受影响国的旅客或货物实施了 500 多项旅行或贸易限制，超出了世卫组织紧急委员会建议的临时措施。这些限制(其中许多仍未取消)给受影响国家乃至全球带来了巨大的经济损失。

224. 必须采取措施防止这类经济后果，原因有三。首先，疾病引发的经济萎缩的后果往往比疫情本身的影响更深远，也更具毁灭性，因此这个问题本身就应当得到认真对待。其次，对公布疫情会产生不利经济影响的畏惧往往会妨碍向世卫组织及早通报疫情。第三，旅游和贸易限制可能会妨碍应急人员的旅行或重要应急物资的进口，从而妨碍国际应急工作。因此，建立更好的机制，预防和应对卫生危机带来的经济后果是所有全球卫生危机应对系统的组成部分。

225. 鉴于平衡处理公共卫生关切与旅行和贸易的自由流通是条例的明确目标，高级别小组认为条例审查委员会最有资格研究采取什么办法防止或应对卫生危机造成的不利经济后果，尤其是在宣布国际关注的突发公共卫生事件之后。不过小组要指出，为做到这一点，可探索多种途径。

226. 首先，可以开发金融机制，帮助国际关注的突发公共卫生事件的受影响国弥补因其他国家实施贸易和旅行限制和/或因个人决定所造成的经济损失。在这方面，不妨摸索采用类似流行病紧急融资机制那样的保险类机制，也可采用赠款或贷款等非保险补偿机制。

227. 其次，可以考虑加强条例的合规审查机制。迄今为止，世卫组织总干事宣布国际关注的突发公共卫生事件时提出的临时建议对会员国不具法律约束力。条例明确承认缔约国有权实施比世卫组织建议的措施具有更高保护水平的卫生措施。然而条例要求这些措施不应贸易和旅行构成超出必要的限制，必须以科学

原理、现有科学证据和/或世卫组织的指导意见为依据。这些措施需通报给世卫组织，世卫组织可要求会员国审查其实施情况。不过，如果某个国家采用了一项得不到科学原理或证据支持的措施，现行条例却并未交代应采取什么进一步行动。因此，不妨考虑加强世卫组织的审查权限，并在确定某些贸易和旅行限制超出世卫组织临时建议而又无充分理由的情况下给予赔偿。

228. 第三，必须找到机制，解决出现国际关注的突发公共卫生事件的情况下过度限制旅行和禁发签证的问题。鉴于应对卫生危机需要充足数量的医务工作者和人道主义救援人员，应特别注意那些妨碍这些工作者旅行的限制措施。

229. 最后，必须解决大众普遍的恐惧心理造成的影响。国际关注的突发公共卫生事件所造成的不利经济影响很大程度上是由游客等个体消费者的规避行为所导致的。由于公众恐惧心理不属于监管范畴，就需要帮助个体消费者提高认识，在到受影响国家旅行、从那里购买物品的风险问题上做出知情的决定。

建议 23

条例审查委员会考虑建立有关机制，迅速处理国家和其他行为体违反世卫组织宣布国际关注的突发公共卫生事件时发布的临时建议而采取的单方面行动。

230. 高级别小组指出，在贸易限制方面，条例与世贸组织协定之间还有加强协调一致的余地。

231. 为应对疫情暴发所实施的贸易限制可能同时属于条例和世贸组织法律框架的范畴。如果根据条例通知采取的贸易限制措施引发了争端，受影响国可根据两个法律协议中的任何一个提出质疑，因为哪个法律协议都不具有明确的优先性。

232. 不过，预设的争端解决程序存在显著不同。条例敦促缔约国“通过谈判或其自行选择的任何其他和平方式寻求解决此争端”。如果未能解决争端，有关缔约国可将争端提交世卫组织总干事。相比之下，世贸组织则有较强的制度化争端解决机制，可依法迫使政府撤销违反世贸组织法律的贸易措施，或授权受害方撤回贸易让步。

233. 假如某项按条例通知采取的贸易措施在世贸组织受到质疑，应确保充分考虑世卫组织发布的国际标准和相关指导意见(包括总干事宣布国际关注的突发公共卫生事件时发布的临时建议)，还应考虑加强世卫组织相关指导意见在世贸组织法律框架中的法律地位，正如另外三个组织的标准、准则或建议在世贸组织《实施卫生与植物卫生措施协定》中所取得的地位。

234. 因此高级别小组建议，世贸和世卫两组织的秘书处召集一个联席专家委员会，专门研究这两个法律框架，就如何在处理因公共卫生原因实施贸易限制措施的问题上加强协调一致提出建议。

建议 24

世贸组织和世卫组织召集一个非正式联合专家委员会，研究可能的措施，加强条例和世贸组织法律框架之间就公共卫生事件而实施贸易限制的一致性。

6. 加强援助的有效性和问责制

235. 一些国家的对话者对国际方案在本国实施时的支零破碎以及与本国有关当局缺乏协调的现象表示关切。这种情况往往导致国际努力的杂乱无章和方案重叠，降低了援助的成效。在此背景下，高级别小组重申，必须遵守该领域的现有国际承诺。

建议 25

各国和合作伙伴遵守《援助实效问题巴黎宣言》、《阿克拉行动议程》和《釜山伙伴关系协定》，特别是在协调支持、统一各方努力和相互问责方面。

- 所有国际行为体向当事国政府系统通报它们提供的援助，并与相关职能部门协调其方案。
- 在应急反应情况下，紧急情况协调员负责协助政府有效协调国际援助。

六. 后续行动和落实

236. 2014 年在西非爆发的埃博拉疫情只是本可更迅速地得以遏制的一系列传染病疫情中最新的一种。假如一套有效的全球卫生架构已经到位，疫情的范围本可大大缩小，成千上万的病例和死亡本可避免。本报告概述了为建立这样一套系统、让世界能更安全地免遭流行病威胁而需要落实的各项关键改革措施。

237. 但是，高级别小组严重关切的是，不要像以往很多次那样，推动重要变革的政治势头消失殆尽，急需的投资又没有着落。近来的往事令人缺乏信心。

238. 过去 20 年中，为更好地保护世界免受传染病之害，曾多次做过类似的努力。每次都是因刚刚发生的灾害而发起，最后又都是无果而终。

239. 颇具讽刺意味的是，1995 年，刚果民主共和国的基奎特暴发了埃博拉疫情，同时还有两起其它疫情，正是对这些疫情的迟缓应对，助成了为加强全球应对能力而修订条例的全球决心。然而，这一决心化为乌有，谈判陷入僵局。

240. 正是 2003 年的非典流行提供了必要的动力，完成了条例的谈判，使之于 2007 年生效。

241. 2009 年，造成估计约 30 万人死亡的 H1N1 疫情使条例得到一次审查。审查报告建议推行的多项改革与高级别小组的建议相同，包括为应对流行病建立一

个应急基金，建立全球卫生工作队伍，加强世卫组织疫情应对能力。这些建议多数未被采纳。

242. 相反，会员国将世卫组织 2009/10 两年期总预算削减了 5 亿美元，还大大缩小了该组织应急部门的工作人员编制。2015 年 5 月，埃博拉疫情刚过高峰期，一项仅仅要求世卫组织分摊预算增加 5% 的提案也在世界卫生大会上遭遇阻力。本报告撰写之际，世卫组织新建的突发事件应急基金的捐款总额只有 1 430 万美元，与设想的 1 亿美元相去太远。

243. 如今，移民和冲突等新问题使流行病威胁不再成为头版头条，预示着应对卫生危机的决心和可能的资助都将进一步丧失。

244. 据高级别小组了解，在预备和应对卫生危机方面，国家、区域和国际各级政治领导的缺失是削弱有效行动的关键因素。与流行病相关的优先行动必须由国家元首和政府首脑亲自挂帅。

245. 在此背景下，高级别小组深信，需要一个机制来保持现有势头，确保重要改革措施的落实。因此，小组敦促大会设立一个“全球公共卫生危机高级别理事会”。

246. 高级别理事会将负责监督落实高级别小组的建议，监督落实加强全球公共卫生架构的相关改革。高级别理事会将向大会定期提交进展报告。

247. 为确保卫生危机问题在全球议程中的重要地位，高级别理事会还应监督成立一个筹备委员会，负责筹办将于 2018 年举行的全球公共卫生危机峰会。

建议 26

联合国大会立即设立全球公共卫生危机高级别理事会，确保世界有能力应对公共卫生危机并做好准备。

- 高级别理事会负责监测与预防和防范可能对经济、人口流动、稳定、恢复工作造成前所未有影响的全球规模的潜在流行病有关的政治和非卫生问题。高级别理事会将在卫生危机期间重申有关的指导意见，并在卫生领域之外的受影响领域进行干预。
- 高级别理事会负责监测全球应对卫生危机高级别小组被采纳的建议在国家、区域和国际各级的落实情况并定期向大会报告。
- 高级别理事会负责确保高级别小组被采纳的建议及时得到落实。
- 高级别理事会由大会选出的 45 至 50 个会员国的政治代表组成。
- 高级别理事会支持全球公共卫生危机首脑会议的实质性筹备工作。

建议 27

在 2018 年举行一次全球公共卫生危机首脑会议，集中审议卫生危机的准备和反应工作。

248. 高级别小组希望高级别理事会将能提升全球公共卫生危机问题的地位，使其在国际议程上占据应有的一席之地。

附件一

词汇表

1. **分摊会费**——世界卫生组织会员国为成为该组织会员而必须缴纳的会费。会费计算依据的是各国的经济产值和人口。^a

2. **生物安全级别**——用于指导实验室恰当操作、抑制寄生虫和病原体的四个生物安全级别。级别的划分取决于疾病的感染性、严重性、传播性、开展工作的性质等等。

生物安全一级——据已知情况，病原体不会一贯地使健康成年人致病，对实验室人员和环境可能造成的伤害微乎其微(例如大肠杆菌)。

生物安全二级——病原体对实验室人员和环境构成中等危害(例如金黄色葡萄球菌)。^b

生物安全三级——病原体会经呼吸系统传播造成严重或可能致命的疾病(例如结核分枝杆菌)。^c

生物安全四级——最高生物安全级别。全世界只有少数生物安全四级的实验室。这些病原体有很大可能造成空气传播的感染，这种感染往往是致命的，没有治疗办法，也没有疫苗。(生物安全四级实验室中研究的微生物包括埃博拉病毒和马尔堡病毒。)^d

3. **传染病**——能在人与人之间或由动物向人扩散的疾病。^e

4. **社区卫生工作者**——社区卫生工作者指的是公共卫生劳动队伍中技能较低的基本成员。^f 他们执行的任务可能包括：家访、环卫、对简单常见疾病进行急救和救治、卫生教育、营养与监测、母婴保健和计划生育活动、结核病及艾滋病毒/艾滋病保健、疟疾防控、急性呼吸系统疾病的治疗、传染病防控、社区发展活动、向较高级别保健单位转诊、保存记录。^g

5. **冠状病毒**——冠状病毒是一种常见病毒，通常只会引起轻度至中度上呼吸道疾病。例外情况是 2003 年发现的严重急性呼吸系统综合症(非典)和 2012 年发现

^a www.who.int/about/funding/assessed/en/。

^b www.cdc.gov/training/QuickLearns/biosafety/。

^c www.cdc.gov/training/QuickLearns/biosafety/。

^d www.cdc.gov/training/QuickLearns/biosafety/。

^e www.globalhealth.gov/global-health-topics/communicable-diseases/。

^f www.who.int/hrh/statistics/TechnicalNotes.pdf。

^g www.who.int/hrh/documents/community_health_workers_brief.pdf。

的中东呼吸系统综合症冠状病毒(中东呼吸综合征)。过去 15 年中,这两种病毒造成了程度和严重性各异的流行病。^h

6. 药品开发过程——门诊分级药品测试过程:

第一阶段测试:在第一阶段研究中,研究人员测试新药,评价其安全性。

第二阶段测试:在第二阶段研究中,研究人员让患有该开发药物所针对的疾病或状况的一组病人服用该药物,测试其疗效,并同时再次测试其安全性。

第三阶段测试:在第三阶段研究中,研究人员扩大人类测试对象组的规模(几百到几千人),进一步验证药物的疗效和安全性,并将这种治疗方法与已有的其他方法进行比较。ⁱ

7. 应急框架——应急框架的目的是阐明世卫组织的作用和责任,为其应急工作提供一个统一办法。从根本上说,该框架要求世卫组织采取可预期的紧急行动,对处于紧急状况的人群负起责任,为之提供最佳服务。^j

8. 地方病——指在某一地域的人群中长期存在和/或通常普遍存在的疾病或传染源。^k

9. 流行病——某种疾病、卫生方面的特定行为或其他卫生方面的事件以显然超出常规预期的事例数目出现于一个社区或地区。标志流行病出现的病例数各不相同,取决于传染源、暴露于传染源的人数和类型、此前曾暴露或未暴露于该疾病、疾病发生的时间地点等因素。^l

10. 外国医疗队——由某个机构或国家提供、由世卫组织部署的小组,为染上流行病、受到创伤或处于其他有生命危险的状况的人提供紧急救治。^m

11. H1N1 流感——源于猪的流感病毒,2009 年引发流行病,目前在世界范围仅季节性流行。ⁿ

12. H5N1 流感——禽流感病毒,致死率约 60%,迄今显示几乎不存在人际传染。^o

^h www.cdc.gov/coronavirus/。

ⁱ www.who.int/ictpr/glossary/en/#TrialPhase。

^j www.who.int/hac/about/erf/en/。

^k www.cdc.gov/ophs/csels/dsepd/ss1978/lesson1/section11.html。

^l www.who.int/hac/about/definitions/en/。

^m www.who.int/hac/global_health_cluster/fmt/en/。

ⁿ www.cdc.gov/h1n1flu/updates/042609.htm。

^o www.cdc.gov/h1n1flu/updates/042609.htm。

13. **卫生保健**——提供维持和增进身心健康的服务。^p

14. **卫生群组**——群组是应急安排中某一特定部门内协力实现某些共同目标的一组机构。^q 世卫组织是全球卫生群组的牵头机构。该群组目前包含 30 多个人道主义伙伴机构、组织和单位。^r

15. **卫生危机**——就本报告目的而言，小组关注的重点是新出现或再次出现、有可能造成国际流行的急性传染病爆发所带来的卫生危机。一般来说，卫生危机指的是卫生体系已不足以遏制传播、避免超常发病率和死亡率，其原因可能是疾病爆发、自然灾害或其他事件。

16. **卫生工作者**——技能由低到高、帮助提供卫生保健和公共卫生服务的广谱人群。^s

17. **卫生系统**——为改善、恢复和/或维护个人和人群健康而设立的协调所有必要活动的体系。^t

18. **机构间常设委员会人道主义应急级别**——机构间常设委员会是由紧急救济协调员领导的、就复杂重大紧急状况提供人道主义协助的首要机构间协调机制。^u 委员会将人道主义紧急状况分为三个级别：一级紧急状况由机构的国家办事处处理；二级紧急状况需要调动国家办事处以外的资源，例如区域层面的紧急状况；三级紧急状况需要启动全系统人道主义机制。

三级紧急状况指自然灾害或冲突引发的重大突发人道主义危机，要求全系统动员，以更为有效地应对受影响人群的人道主义需求。这种超常措施只适用于其严重程度需要作出超乎常规的动员的超常情况，同时也肯定人道主义系统之间的互补性。三级紧急状况由紧急救济协调员经与机构间常设委员会负责人协商、在对下列五项标准进行分析的基础上发布：规模、复杂性、紧迫性、能力和名誉风险。^v

19. **感染防控**——用于防止将感染传播给其他人、特别是在保健设施和公共场所传播给其他人的一系列基本原则。^w

^p www.oxforddictionaries.com/us/definition/american_english/healthcare。

^q www.who.int/hac/techguidance/tools/manuals/who_field_handbook/annex_7/en/。

^r www.who.int/hac/about/faqs/en/index3.html。

^s www.who.int/whr/2006/06_chap1_en.pdf。

^t www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index5.html。

^u interagencystandingcommittee.org/iasc/membership-and-structure。

^v <https://interagencystandingcommittee.org/node/2564>。

^w www.who.int/topics/infection_control/en/。

20. 《国际卫生条例(2005)》——一项国际法律文书，前身是《国际公共卫生条例》，对全球 196 个缔约国(包括世卫组织会员国)具有约束力。条例的目的是预防、控制和应对疾病的国际传播，保护民众免受感染，同时避免对国际交通和贸易造成不必要的干扰。条例规定的责任和义务中包括要求各国向世卫组织报告某些疾病爆发和公共卫生事件。条例的最新修订本于 2005 年得到一致赞同，2007 年 6 月 15 日生效。^x

21. 条例核心能力——《国际卫生条例(2005)》规定了条例 196 个缔约国应达到的核心能力，以便使所有国家都有能力发现并恰当应对可能的国际关注的突发公共卫生事件。^y

22. 条例审查委员会——《国际卫生条例(2005)》要求在每次被指定为国际关注的突发公共卫生事件的卫生危机化解之后成立一个审查委员会。审查委员会负责评估条例在预防、准备和应对危机方面的有效性。2015 年 8 月任命了一个条例审查委员会，评估条例在西非埃博拉疫情中的作用。

23. 最不发达国家——最不发达国家指的是可持续发展面临严重结构性障碍的低收入国家。目前，有 48 个国家被联合国指定为最不发达国家。收入标准依据人均国民总收入，并提供有关国家收入状况的信息。列入的门槛值是人均国民总收入的三年平均值，世界银行据此确定低收入国家。2015 年审查报告中列入最不发达国家类别的门槛值为 1 035 美元。^z

24. 中东呼吸系统综合症冠状病毒(中东呼吸综合征)——一种动物传染病(从动物传播到人类)，最早于 2012 年在沙特阿拉伯发现。中东呼吸综合症是由一种新的冠状病毒造成的呼吸系统疾病。^{aa}

25. 移动保健——电子保健的一部分，通过移动电话、平板电脑和个人数字助理等移动技术提供医疗服务和信息。^{bb}

26. 《生物多样性公约名古屋议定书》——《关于遗传资源的获取以及对遗传资源的利用所产生惠益公平公正分享问题名古屋议定书》是《生物多样性公约》的补充协议，于 2014 年生效，为公平公正分享利用遗传资源的惠益提供了一个透明的法律框架。《名古屋议定书》旨在为获取遗传资源确立更可预测的条件，帮助确保遗传资源离开提供国后也能分享利益，从而为遗传资源的提供者和使用创造更大的法律确定性和透明度。^{cc}

^x www.who.int/ihr/about/faq/en/。

^y www.phe.gov/Preparedness/international/ihr/Documents/Cor%20Capacity%205_12.pdf。

^z www.un.org/en/development/desa/policy/cdp/ldc/ldc_criteria.shtml。

^{aa} www.who.int/mediacentre/factsheets/mers-cov/en/。

^{bb} www.who.int/tb/areas-of-work/digital-health/definitions/en/。

^{cc} www.cbd.int/abs/about/。

27. **国际卫生条例国家归口单位**——归口单位在与世卫组织及其它负责落实条例的国家机关沟通方面发挥着至关重要的作用，它负责本国的协调工作并向世卫组织报告和通知卫生事件。^{dd}

28. **被忽视的疾病**——被忽视的疾病指给世界上最贫穷人群造成严重卫生负担的状况，往往被药物开发者、决策者、公共卫生方案和新闻媒体忽视。许多被忽视的疾病属热带气候下最常见的传染性疾病，不过也可见于全世界各种环境中。^{ee}

29. **被忽视的热带病**——包括 18 种不同的传染病，常见于 149 个国家的热带和亚热带地区，受影响人口超过 10 亿，每年耗费发展中经济体数十亿美元。这些病主要影响生活在贫困中、没有足够的环卫设施、常与传染病载体及家禽家畜近距离接触的人群。^{ff}

30. **非传染性疾病**——又称慢性病，不具有传染性，也即不会在人际传染。这类疾病病程较长，普遍进展缓慢，包括心血管疾病(如心脏病发作和中风)、癌症、慢性呼吸系统疾病(如慢性阻塞性肺病和哮喘)、糖尿病等。^{gg}

31. **官方发展援助**——官方发展援助包括流往国家和领地及流往多边机构的资金：(a) 由官方机构包括国家和地方政府提供，或由其执行机构提供；(b) 每笔资金转移都：(一) 以促进发展中国家经济发展和福利为主要目的；(二) 有减让性质，有至少 25% 的赠款成分(按 10% 的折扣率计算)。^{hh}

32. **一体化卫生**——“一体化卫生”办法寻求预防产生于人、畜及其各自环境的交接面上的风险，缓解危机后果，以此增进健康和福祉。ⁱⁱ

33. **疫情爆发**——与流行病定义相同，但通常用于更有限的地理区域。^{jj}

34. **大流行病**——指蔓延到几个国家或几大洲，通常影响到大量人口的流行病。^{kk}

35. **大流行性流感防范框架**——这个框架将会员国、工业界、其他利益相关方和世卫组织汇聚一道，共同落实大流行性流感全球防备应对办法。其主要目标包括

^{dd} www.who.int/ihr/nfp/en/。

^{ee} https://rarediseases.info.nih.gov/files/neglected_diseases_faqs.pdf。

^{ff} www.who.int/neglected_diseases/diseases/en/。

^{gg} www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/。

^{hh} www.oecd.org/dac/stats/officialdevelopmentassistancedefinitionandcoverage.htm。

ⁱⁱ www.onehealthglobal.net/what-is-one-health/。

^{jj} www.cdc.gov/opphss/csels/dsepd/ss1978/lesson1/section11.html。

^{kk} www.cdc.gov/opphss/csels/dsepd/ss1978/lesson1/section11.html。

改善和加强有可能引起人类大流行病的流感病毒共享；增加发展中国家疫苗和其它大流行病相关药物的供应。¹¹

36. **病原体**——导致人类疾病的微生物，如细菌、病毒、寄生虫或真菌。^{mm}

37. **个人防护装备**——用以保护工人免于因接触化学、放射性、实体、电气、机械、或其他工作场所危险品而造成严重工伤或疾病的装备。除面罩、安全眼镜、安全帽、安全鞋外，防护装备还包括各种装置和服装，如封闭护目镜、连身服、手套、背心、耳塞和口罩。需要就如何使用、拆卸和处置这些设备进行充分培训，否则这些个人防护装备无法提供有效的保护。ⁿⁿ

38. **公共卫生**——通过社会有组织的努力促进健康、预防疾病、延长生命的科学和艺术。^{oo}

39. **突发公共卫生事件**——发生或可能立即发生的疾病或卫生状况，由流行病或大流行病等事件引发，很有可能造成人类大批伤亡或永久或长期残疾。^{pp}

40. **国际关注的突发公共卫生事件**——根据《国际卫生条例(2005)》的界定，确定具有以下性质的非常事件：

- (a) 通过疾病的国际传播对其他国家构成公共卫生风险；
- (b) 可能需要采取协调一致的国际反应。^{qq}

总干事与有关缔约国以及受命制定应急临时建议的紧急委员会协商后宣布国际关注的突发公共卫生事件的存在。在确定某一事件是否构成国际关注的突发公共卫生事件时，总干事应考虑：

- (a) 缔约国提供的信息；
- (b) 载于《国际卫生条例(2005)》附件二中的决定文书；
- (c) 突发事件委员会的建议；
- (d) 科学原理及现有科学证据和其他相关资料；
- (e) 对人类健康风险、国际疾病传播风险和干扰国际交通风险的评估。^{rr}

¹¹ www.who.int/influenza/pip/en/。

^{mm} www.cdc.gov/vaccines/about/terms/glossary.htm。

ⁿⁿ www.osha.gov/OshDoc/data_General_Facts/ppe-factsheet.pdf。

^{oo} www.who.int/rpc/meetings/wr2004/en/index8.html。

^{pp} www.who.int/hac/about/definitions/en/。

^{qq} www.who.int/ihr/procedures/pheic/en/。

^{rr} www.who.int/ihr/publications/9789241596664/en/。

41. 《实施卫生与植物卫生措施协定》——《实施卫生与植物卫生措施协定》力求兼顾世贸组织成员保护健康的权利和允许货物跨越国际边界顺利流通的需要。协定确认世贸组织成员有权采取合法措施，保护食物安全和动植物健康，同时确保不为保护主义目的不必要地实施这些措施。^{ss}

42. **全民健康保险**——全民健康保险的目标是确保全体人民都能获得他们需要的保健服务，且不会承受财务困难。为此需要有高效和运作良好的卫生系统、保健服务融资、获得基本药物和技术的机会以及训练有素的保健人员队伍。^{tt}

43. **媒介传播的疾病**——经由媒介(不是其他人或动物)如蚊子和扁虱传染给人的疾病。^{uu}

44. **世界卫生大会**——世界卫生大会是世卫组织的决策机构，负责确定该组织的政策，任命总干事，监督财务政策，审查和核准拟议方案预算。^{vv}

45. **世卫组织驻国家代表**——世卫组织驻派任国的代表，负责指导和管理方案举措的执行工作。该代表与东道国政府卫生部等部委和其他非政府组织密切协作。^{ww}

46. **世卫组织紧急状况等级**——世卫组织按照具体标准，将紧急状况分为4个等级：

(a) 不分级：该事件正由世卫组织进行评估、跟踪或监测，但此时不要求世卫组织做出任何反应；

(b) 一级：该事件在单个国家或多个国家造成的公共卫生影响很小，要求世卫组织国家办事处做出最低程度的反应，或者要求世卫组织在国际上做出最低程度的反应。国家办事处要求提供的组织和/或外部支助极少。对国家办事处的支持由区域办事处归口人员进行协调；

(c) 二级：该事件在单个国家或多个国家造成了中等程度公共卫生影响，要求世卫组织国家办事处做出中等程度的反应和/或要求世卫组织在国际上做出中等程度的反应。国家办事处要求提供的组织和/或外部支助适中。由区域办事处指派的紧急状况支持小组(只有在多个地区受到影响时该紧急状况支持小组才由总部指派)协调对国家办事处提供的支持；

^{ss} www.wto.org/english/thewto_e/20y_e/sps_brochure20y_e.pdf。

^{tt} http://www.who.int/universal_health_coverage/en/。

^{uu} http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/emerging_and_vector-borne_diseases/vector-borne_diseases/pages/index.aspx。

^{vv} <http://www.who.int/mediacentre/events/governance/wha/en/>。

^{ww} <http://apps.hr.emory.edu/JobDescriptions/class.jsp?code=XA29>。

(d) 三级：该事件在单个国家或多个国家造成的公共卫生影响很大，要求世卫组织国家办事处做出重大反应和/或要求世卫组织在国际上做出重大反应。由区域办事处指派的紧急状况支持小组协调对国家办事处提供的支持。^{xx}

47. **动物传染疾病**——可在动物和人之间传播的疾病。动物传染疾病可因病毒、细菌、寄生虫和真菌引起。^{yy}

^{xx} www.who.int/hac/donorinfo/g3_contributions/en/。

^{yy} www.cdc.gov/onehealth/zoonotic-diseases.html。

附件二

危机发生的主要日期及采取的应对行动

2013 年

12 月 28 日——零号病人(一名两岁儿童)死亡。

2014 年

3 月 18 日——几内亚卫生官员宣布该国爆发了出血热，报告发现 35 个病例，至少 23 人死亡。3 月 22 日，几内亚宣布出血热已被确认为是埃博拉。

2014 年 3 月底——世卫组织宣布几内亚出现 112 个埃博拉疑似或确诊病例，70 人死亡。利比里亚卫生部证实该国洛法州和宁巴州出现第一批两起埃博拉病毒病病例。塞拉利昂也报告发现三个疑似病例。

4 月底——世卫组织宣布几内亚、利比里亚和塞拉利昂共出现 239 个病例，160 人死亡。

5 月 19 日——几内亚卫生部长向世界卫生大会介绍该国埃博拉疫情，指出取得了令人鼓舞的成果。

5 月底——世卫组织宣布几内亚、利比里亚和塞拉利昂共出现 383 个病例，211 人死亡。

6 月 17 日——利比里亚报告埃博拉病毒已传播至该国首都蒙罗维亚。

6 月 21 日——无国界医生组织宣布，第二波病毒爆发已经失控，呼吁投入大量资源抗击疫情。

6 月底——世卫组织宣布，几内亚、利比里亚和塞拉利昂共出现 779 个病例，481 人死亡。

7 月 12 日——塞拉利昂首都弗里敦记录了第一个病例。

7 月 20 日——利比里亚财政部高级政府官员 Patrick Sawyer 乘坐飞机，将病毒从利比里亚带入尼日利亚拉各斯。这是埃博拉病毒第一次通过国际航空旅行传入一个新的国家。这一事件引发制定紧急计划，根据《国际卫生条例》的规定组建一个紧急委员会，以评估埃博拉疫情。7 月 25 日，Sawyer 在尼日利亚一家医院去世。

7 月 29 日——塞拉利昂顶尖出血热专家谢赫·奥马尔·汗博士因感染埃博拉病毒去世。汗博士是迄今死于这种疾病的最著名的卫生工作人员。在疫情蔓延期间，近 500 名卫生工作者将死于这一疾病。

7月30日——利比里亚关闭学校，命令使用军队对疫情最严重的社区进行检疫。塞拉利昂开始部署部队强制执行检疫。

7月底——世卫组织宣布，几内亚、利比里亚和塞拉利昂共出现 1 603 个病例，887 人死亡。

8月6日至7日——以远程会议形式举行世卫组织埃博拉问题《国际卫生条例》突发事件委员会第一次会议。委员会一致认为，根据《国际卫生条例》，埃博拉病毒爆发应是一个国际关注的突发公共卫生事件，并将这一结论连同委员会的临时建议呈报世卫组织总干事。

8月8日——世卫组织总干事宣布，这次疫情是一起国际关注的突发公共卫生事件。

8月12日——世卫组织专家小组核准使用未证实疗效的药品和疫苗。随后开始对几种候选的治疗方法和疫苗进行临床试验。

8月27日——世卫组织发布应对疫情的“路线图”，阐明战略、各国的风险等级类别和有时限的目标。

8月29日——塞内加尔确认发生第一起埃博拉病例，患者是曾前往达喀尔的一名几内亚公民。该名男子后来康复，未再报告其他病例。2014年10月17日宣布塞内加尔埃博拉疫情结束。

8月底——世卫组织统计资料显示，几内亚、利比里亚和塞拉利昂共出现 3 707 个病例，1 808 人死亡。

9月1日至19日——安全理事会召开紧急会议，评估疫情对国际和平与安全的威胁和影响。大会和安全理事会通过决议，核准建立埃博拉特派团，这是联合国第一次为一起卫生突发事件设立特派团。

9月22日——世卫组织报告尼日利亚共出现 20 个病例，8 人死亡。10月20日宣布尼日利亚埃博拉疫情结束。

9月底——世卫组织统计资料显示，几内亚、利比里亚和塞拉利昂共出现 7 157 个病例，3 330 人死亡。

10月24日——一名两岁女童在马里死于埃博拉病毒病，这是该国第一起埃博拉病例。未出现传染病例。

10月27日——一名几内亚教长在马里巴马科的一家诊所去世，这是第二个无关联的传播链。这一病例直到11月11日该诊所一名护士确诊感染埃博拉病毒后才获诊断。在马里两次疫情爆发期间，共报告了 8 个病例，6 人死亡。

10 月底——世卫组织统计资料显示，在西非几内亚、利比里亚和塞拉利昂共出现 13 540 个病例，4 941 人死亡。世卫组织报告说，利比里亚的感染率已经下降，部分是因为改变了文化验葬做法。对病人数据库做了更全面评估后，世卫组织记录的病例总数又增加了 3 792 例，这些病例是在整个疫情期间发生的。

11 月底——世卫组织统计资料显示，几内亚、利比里亚和塞拉利昂共出现 15 901 个病例，5 674 人死亡。

12 月 18 日至 19 日——秘书长潘基文在访问西非区域时承诺，支持受疫情影响的西非国家重建的卫生系统。

12 月底——世卫组织统计资料显示，共出现 20 171 个病例，7 890 人死亡。

2015 年

1 月 18 日——马里政府和世卫组织宣布该国埃博拉疫情结束。

1 月 21 日——几内亚、塞拉利昂和利比里亚均报告，其每周感染率达到 2014 年 8 月以来的最低水平。

3 月 5 日——利比里亚公布最后一个埃博拉确诊病例。5 月 9 日，世卫组织宣布利比里亚埃博拉疫情结束。

6 月 29 日——利比里亚爆发新的埃博拉疫情，出现 6 个病例，2 人死亡。2015 年 11 月，利比里亚再次复发疫情，又出现 3 个病例，1 人死亡。两次爆发都是埃博拉幸存者传染所致。

7 月 31 日——据报一种埃博拉疫苗在几内亚的临床试验中证明有效。

7 月 31 日——埃博拉特派团结束使命，其在应对行动中的领导作用移交给世卫组织和合作伙伴。

11 月 7 日——世卫组织宣布塞拉利昂埃博拉疫情结束。

12 月 29 日——世卫组织宣布几内亚埃博拉疫情结束。

2016 年

1 月 14 日——塞拉利昂确认一起新发埃博拉病例。

附件三

高级别小组人员组成

贾卡亚·姆里绍·基奎特(坦桑尼亚联合共和国)(主席)：2005年12月当选坦桑尼亚联合共和国第四任总统，2010年10月再次当选连任，任期到2015年11月5日结束。最初在1988年被任命为内阁成员，担任几个部长级职位，包括财政部长、水务部长、能源和矿产资源部长及外交与国际合作部长(1995-2005)。曾任非洲联盟主席(2008-2009)和南部非洲发展共同体政治、防务和安全问题“三驾马车”主席(2012-2013)。现任东非共同体首脑会议主席。

米舍利娜·卡尔米-雷伊(瑞士)：曾任日内瓦州政府主席(2001-2002)，后于2002年12月当选瑞士联邦委员会成员，2003年至2011年任联邦外交部长。2007年和2011年曾两次担任瑞士联邦主席，每次为期1年。2012年5月被提名为日内瓦大学客座教授。

塞尔索·阿莫林(巴西)：曾任外交部长(1993-1994 和 2003-2010)和国防部长(2011-2014)。在此之前，担任巴西常驻联合国日内瓦办事处代表(1991-1993)和常驻世界贸易组织代表(1999-2001)、巴西常驻纽约联合国代表(1995-1999)和巴西驻联合王国大使(2002)。1979年至1982年还担任巴西电影公司(Embrafilme)首席执行官，并曾任科学和技术部副秘书长(1985-1988)。撰写了多部关于文化、科学技术政策和国际关系的书籍和其他出版物。最新著作名为“Teerã Ramalãe Doha”(2015)。

马蒂·纳塔莱加瓦(印度尼西亚)：曾任印度尼西亚共和国外交部长(2009-2014)，之前担任印度尼西亚常驻纽约联合国代表(2007-2009)。2005年至2007年担任印度尼西亚驻联合王国大使。1986年加入印度尼西亚外交部，从此开始职业生涯。

乔伊·弗马菲(博茨瓦纳)：非洲领导人防治疟疾联盟执行秘书。她曾任国会议员，在内阁担任多种职责，最初负责土地和住房事务(1995-1999)，之后是卫生事务(1999-2003)。后来加入世界卫生组织，担任家庭和社区保健事务助理总干事(2003-2007)。曾任世界银行主管人类发展事务副行长(2007-2009)。还担任过若干委员会和专家组成员，并是几个全球卫生问题国际非营利组织的理事会成员。

拉吉夫·沙阿(美国)：曾任美国国际开发署署长(2010-2015)，推动开发署履行消除极端贫穷、促进建设具有复原力的民主社会的使命。他开拓了新的公私伙伴关系，推动科技创新，争取私营部门和国会两党领袖一起加入这项事业。他还领导美国政府在世界各地开展应对灾难性人道主义危机的行动，包括应对海地地震、台风“海燕”和西非的埃博拉疫情。

沙阿先生曾担任美国农业部副部长和首席科学家。此前，他在比尔·盖茨和梅林达·盖茨基金会创立伊始就加入其中，并在那里工作八年，领导基金会在全球卫生、农业和金融服务领域开展工作。

附件四

举行的会议

小组全体会议

2015 年 5 月 4 日至 8 日

联合国总部

纽约市和纽约州格林特里庄园

2015 年 7 月 13 日至 17 日

联合国日内瓦办事处和世界卫生组织

日内瓦

2015 年 8 月 2 日至 6 日

几内亚、塞拉利昂和利比里亚

2015 年 9 月 14 日至 18 日

联合国总部

纽约

2015 年 11 月 16 日至 20 日

联合国日内瓦办事处

日内瓦

2015 年 12 月 14-18 日

联合国总部

纽约

圆桌会议

2015 年 7 月 2 日

世卫组织改革问题圆桌会议

联合国总部

纽约

2015 年 7 月 7 日

关于以往和其他卫生危机的圆桌会议

联合国总部

纽约

2015 年 8 月 10 日

与西非各区域办事处举行的圆桌会议

达喀尔

2015 年 9 月 4 日

社会科学与卫生危机应对问题圆桌会议

萨塞克斯大学

英格兰布莱顿

2015 年 11 月 9 日和 10 日

关于小组初步调查结果的专家圆桌会议

联合国总部

纽约

2015 年 11 月 11 日

研究与开发问题专家圆桌会议

联合国总部和远程会议

纽约

附件五

委托开展的研究

Chatham House, “Profiles of successful responses to Ebola – Nigeria, Senegal and Mali,” 3 August 2015.

Didier Wernli, MD, and Antoine Flahault, MD, “Strengthening research and development for and access to health technologies for neglected diseases and global health threats,” 3 July 2015.

David Fidler, “Memorandum on the International Health Regulations,” 9 July 2015.

Awa Coll-Seck, MD, “Ebola’s impact on Senegal,” 16 August 2015.

Chatham House, “Public health surveillance and alert in sub-Saharan Africa,” 29 October 2015.

Alan Capps, PhD, “Military involvement in the Ebola response,” August 2015.

Oyewale Tomori, DVM, PhD, “Nigeria’s health infrastructure and its response to Ebola,” Oyewale Tomori, DVM, PhD, 16 August 2015.

Chatham House, “Comparing Ebola experiences in Guinea, Liberia and Sierra Leone,” 3 August 2015.

Chatham House, “Border issues in the West African Ebola outbreak: Regional dynamics,” 3 August 2015.

附件六

简要文献书目

- Abramowitz, S.A., Bardosh, K.L., et al. (2015, January 24). Social science intelligence in the global Ebola response. *The Lancet*, vol. 385, no. 9965, p. 330.
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60119-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60119-2)
- BBC News. (6 November 2015). Ebola: Mapping the outbreak. Retrieved on 20 November 2015 from <http://www.bbc.com/news/world-africa-28755033>
- Baer, D. (2015, May 27). Bill Gates just described his biggest fear — and it could kill 33 million. *Business Insider UK*. Retrieved on 18 November 2015 from <http://uk.businessinsider.com/bill-gates-biggest-fear-is-a-killer-flu-2015-5?r=US&IR=T>
- Baize, S. (2014, April 16). Emergence of Zaire Ebola Virus Disease in Guinea. *N Engl J Med*, 371, S. 1418-1425. DOI:10.1056/NEJMoa1404505
- Bakari, E., Frumence, G. (2013, August 16). Challenges to the Implementation of the International Health Regulations (2005) on Preventing Infectious Diseases: experience from Julius Nyerere International Airport, Tanzania. *Global Health Action* 2013 6: 20942, <http://dx.doi.org/10.3402/gha.v6i10.20942>
- Chandran, R. (2015, July 8). It's Not There, so Build It: Pandemic Response, the UN, and the World Bank. *United Nations University Centre for Policy Research*. Retrieved on 22 January 2016 from <http://collections.unu.edu/view/UNU:3230>
- Chatham House. (2014). *Shared Responsibilities for Health: A Coherent Global Framework for Health Financing*. Retrieved on 26 November 2015 from https://www.chathamhouse.org/sites/files/chathamhouse/field/field_document/20140521HealthFinancing.pdf
- The Earth Institute, Columbia University. (2013). *One Million Community Health Workers: Technical Task Force Report*. Retrieved on 27 November 2015 from http://www.millenniumvillages.org/uploads/ReportPaper/1mCHW_TechnicalTaskForceReport.pdf
- Commission on Creating a Global Health Risk Framework for the Future. (2016, January 13). *The Neglected Dimension of Global Security: A Framework to Counter Infectious Disease Crises*. Washington, D.C.: Institute of Medicine, National Academies of Science.
- Dawood, F. S., Luliano, A. D., et al. (2012, September). Estimated global mortality associated with the first 12 months of 2009 pandemic influenza A H1N1 virus circulation: a modelling study. *The Lancet*, 12(9), 687-695. Retrieved on 1 December 2015 from [http://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(12\)70121-4/abstract](http://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(12)70121-4/abstract)
- DuBois, M., Wake, C., et al. (2015, October). *The Ebola response in West Africa: Exposing the politics and culture of international aid*. London, United Kingdom: Humanitarian Policy Group, Overseas Development Institute.
- Durrheim, D. N., Crowcroft, N. S., & Strebel, P. M. (2014, December 5). Measles — The epidemiology of elimination. *Vaccine*, 32(51), 6880-6883. DOI:10.1016/j.vaccine.2014.10.061

- Ebola Interim Assessment Panel. (2015, July 7). *Report of the Ebola Interim Assessment Panel*. Geneva: World Health Organization.
- Farmer, P. (2015, July 10). *Building Health Systems and Increasing Resilience to Crises: Lessons from Rwanda*. Office of the Secretary-General's Special Adviser on Community Based Medicine and Lessons from Haiti.
- Gates, B. (2015, March 18). The Next Epidemic — Lessons from Ebola. *N Engl J Med*, 372, p. 1381-1384, DOI: 10.1056/NEJMp1502918
- Gostin, L.O., Friedman, E.A. (2015, May 9). A retrospective and prospective analysis of the west African Ebola virus disease epidemic: robust national health systems at the foundation and an empowered WHO at the apex. *The Lancet* 2015; 385: 1902-09.
- Gostin, L.O., DeBartolo, M.C., et al. (2015, November 22). *The Lancet*, vol. 386, no. 10009, p. 2222-2226. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00948-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00948-4)
- Håkon Angell Bolkan, D. A.-T. (2014, December 19). Ebola and indirect effects on health service function in Sierra Leone. *PLoS Curr*. DOI:10.1371/currents.outbreaks.0307d588df619f9c9447f8ead5b72b2d.
- Ighobor, K. (2014, December). Ebola Threatens Economic Gains in Affected Countries. *African Renewal*. Retrieved on 20 November 2015 from <http://www.un.org/africarenewal/magazine/december-2014/ebola-threatens-economic-gains-affected-countries>
- Independent Expert Group. (2015). *Policy Recommendations for the G7 from the Independent Expert Group (IEG): Preparing for the Next Epidemic — A Global Preparedness and Response System*.
- Institute for Development Studies. (2015, February). *Practice Paper in Brief 16: Ebola and Lessons for Development*. Brighton, United Kingdom: Institute for Development Studies, University of Sussex.
- Institute for Development Studies. (2015, February). *Practice Paper in Brief 24: Local Engagement in Ebola Outbreaks and Beyond in Sierra Leone*. Brighton, United Kingdom: Institute for Development Studies, University of Sussex.
- Institute of Medicine. (2014). Summary. In G. J. Buckely, J. E. Lange, & E. A. Peterson (Hrsg.), *Investing in Global Health Systems: Sustaining Gains, Transforming Lives* (pp. 4). Washington, D.C.: National Academies Press. Retrieved in December 2015 from www.nap.edu/read/18940/chapter/1
- Kamradt-Scott, A., Harman, S., et al. (2015, October). *Saving Lives: The Civil-Military Response to the 2014 Ebola outbreak in West Africa*. Sydney, Australia: The University of Sydney.
- Katz, R., Fischer, J. (2010, Spring). The Revised International Health Regulations: A Framework for Global Pandemic Response. *Global Health Governance*, vol. 3, no. 2. Retrieved on 21 January 2015 from http://ghgj.org/Katz%20and%20Fischer_The%20Revised%20International%20Health%20Regulations.pdf
- Keesing, F., Belden, L. K., et al. (2010, December 1). Impacts of biodiversity on the emergence and transmission of infectious diseases. *Nature*, 468 (7324), 647-652. DOI:10.1038/nature09575

- Klein, E. (2015, May 27). The most predictable disaster in the history of the human race. Vox. Retrieved on 22 January 2016 from <http://www.vox.com/2015/5/27/8660249/gates-flu-pandemic>
- Louise H. Taylor, S. M. (2001, July 9). Risk factors for human disease emergence. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. DOI:10.1098/rstb.2001.0888
- Médecins Sans Frontières. (2015, March 23). *Pushed to the Limit and Beyond: A year into the largest ever Ebola outbreak*. Retrieved on 21 January 2016 from <https://www.doctorswithoutborders.org/sites/usa/files/msf143061.pdf>
- Menéndez, C., Lucas, A., et al. (2015, January 22). Ebola crisis: the unequal impact on women and children's health. *The Lancet*. [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(15\)70009-4](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(15)70009-4)
- Moon, S., Sridhar, D., et al. (2015, November 22). Will Ebola change the game? Ten essential reforms before the next pandemic. The report of the Harvard-LSHTM Independent Panel on the Global Response to Ebola. *The Lancet*, 386: 2204-21. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00946-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00946-0)
- Morrison, J. S. (2014, November 11). The Trajectory of Ebola and Our Response. In *Global Forecast 2015* (pp. 92-95). Washington, D.C: Center for Strategic and International Studies.
- Petherick, A. (2015, February 10). Ebola in West Africa: learning the lessons. *The Lancet*. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60075-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60075-7)
- Plotkin, S.A., Mahmoud, A.A.F., et al. (2015, July 23). Establishing a Global Vaccine-Development Fund. *N Engl J Med*, 373;4. DOI: 10.1056/NEJMp1506820
- Riley, S., Fraser, C., et al. (2003, June 20). Transmission Dynamics of the Etiological Agent of SARS in Hong Kong: Impact of Public Health Interventions. *Science*, 300 (5627), 1961-1966. DOI:10.1126/science.1086478
- Roos, R. (2012, June 18). Fouchier study reveals changes enabling airborne spread of H5N1. *CIDRAP News*. Retrieved on 18 November 2015 from <http://www.cidrap.umn.edu/news-perspective/2012/06/fouchier-study-reveals-changes-enabling-airborne-spread-h5n1>
- Rubin, H. (2011, January 14). Future Global Shocks: Pandemics. *Multi-Disciplinary Issues*, OECD/IFP Project.
- Sack, K. F. (2014, December 29). How Ebola Roared Back. Retrieved on 21 November 2015 from <http://www.nytimes.com/2014/12/30/health/how-ebola-roared-back.html>
- Takahashi, S., Metcalf, C. J. E., et al. (2015, March 13). Reduced vaccination and the risk of measles and other childhood infections post-Ebola. *Science*, Vol. 347 (no. 6227), 1240-1242. DOI:10.1126/science.aaa3438
- Save the Children. (2015). *A Wake-Up Call: Lessons from Ebola for the world's health systems*. London, United Kingdom: Save the Children.
- Serdobova, I., Kieny, M. (2006, September). Assembling a Global Vaccine Development Pipeline for Infectious Diseases in the Developing World. *AJPubHealth*, Vol. 96, No. 9.
- Shiu Hung, L. (2003, August). The SARS epidemic in Hong Kong: what lessons have we learned? *Journal of The Royal Society of Medicine*, 96(8), 374-378. Retrieved on 1 December 2015

from www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC539564/

- Siedner, M.J., Gostin, L.O., et al. (2015, March 24). Strengthening the Detection of and Early Response to Public Health Emergencies: Lessons from the West African Ebola Epidemic. *PLoS Med* 12(3): e1001804. DOI:10.1371/journal.pmed.1001804
- Sifferlin, A. (2014, December 17). 5 Million Kids Aren't in School Because of Ebola. Retrieved on 20 November 2015 from <http://time.com/3637570/5-million-kids-arent-in-school-because-of-ebola/>
- Summers, A. (2014, December 19). Challenges in Responding to the Ebola Epidemic — Four Rural Counties, Liberia, August-November 2014. Atlanta, GA, USA: *CDC Morbidity and Mortality Weekly Report*. Retrieved on 21 January 2016 from <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6350a5.htm>
- Sutherst, R. W. (2004, January). Global Change and Human Vulnerability to Vector-Borne Diseases. *Clinical Microbiology Reviews*, 17(1), 136-173. DOI:10.1128/CMR.17.1.136-173.2004
- Taubenberger, J., & Morens, D. M. (2006, January). 1918 Influenza: the Mother of All Pandemics. *Emerging Infectious Diseases*, 12 (1). DOI:10.3201/eid1201.050979
- Tully, C.M., Lambe, T., et al. (2015, January 14). Emergency Ebola response: a new approach to the rapid design and development of vaccines against emerging diseases. *Lancet Infect Dis* 2015; 15: 356-59. [http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(14\)71071-0](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(14)71071-0)
- United Nations Development Programme. (2014). *Socio-economic impact of the Ebola Virus Disease in Guinea, Liberia and Sierra Leone: Policy Notes Volume 1, Numbers 1-5*. United Nations Development Programme. Retrieved on 1 December 2015 from http://www.africa.undp.org/content/dam/rba/docs/Reports/UNDP_Policy_note_EN_web.pdf
- United Nations Economic Commission for Africa. (2015, January). *Socio-Economic Impacts of Ebola on Africa*. Addis Ababa, Ethiopia: Economic Commission for Africa.
- United Nations General Assembly. (2014, September 19). GA Resolution 69/1: Measures to contain and combat the recent Ebola outbreak in West Africa. Retrieved on 21 January 2016 from http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/69/1
- United Nations Security Council. (2014, September 18). *Resolution 2177 (2014)*. Retrieved on 21 January 2016 from [http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=S/RES/2177%20\(2014\)](http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=S/RES/2177%20(2014))
- World Economic Forum. (2015, June). Managing the Risk and Impact of Future Epidemics: Options for Public-Private Cooperation. Retrieved on 21 January 2016 from http://www3.weforum.org/docs/WEF_Managing_Risk_Epidemics_report_2015.pdf
- WHO. (2015). Factors that contributed to undetected spread of the Ebola virus and impeded rapid containment. Retrieved on 21 November 2015 from <http://www.who.int/csr/disease/ebola/one-year-report/factors/en/>

- WHO. (2015). Implementation of the International Health Regulations (2005): Responding to health emergencies. Retrieved on 19 November 2015 from http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB136/B136_22-en.pdf
- WHO. (2015). *World Health Statistics 2015*. Retrieved on 20 November 2015 from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/170250/1/9789240694439_eng.pdf?ua=1
- World Bank. (2014). *Update on the Economic Impact of the 2014 Ebola Epidemic on Liberia, Sierra Leone, and Guinea*. World Bank Group. Retrieved on 1 December 2015 from <http://www.worldbank.org/content/dam/Worldbank/document/Economic%20Impact%20Ebola%20Update%202%20Dec%202014.pdf>
- Yong Choi, J. (2015, September 1). An Outbreak of Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus Infection in South Korea, 2015. *Yonsei Medical Journal*, 56(5), 1174-1176. DOI:10.3349/ymj.2015.56.5.1174

附件七

鸣谢

小组高度赞赏潘基文秘书长为防止世界各地今后发生卫生危机而表现出的领导力和奉献精神。我们感谢秘书长委托我们执行这一重要任务。

常务副秘书长扬·埃利亚松和秘书长前办公厅主任苏珊娜·马尔科拉女士在整个进程中始终不渝地支持我们，对此我们深表感谢。

埃博拉问题前特使戴维·纳巴罗博士的智慧和真知灼见对我们整个工作起到了特别重要的作用。

我们衷心感谢世界卫生组织总干事陈冯富珍博士付出时间并愿意与小组进行坦率交流。我们还要感谢她的工作人员给予的大力支持与合作。

我们特别感谢疫情最为严重的以下各国的国家元首，小组很荣幸与他们会面：几内亚总统阿尔法·孔戴、利比里亚总统埃伦·约翰逊-瑟利夫和塞拉利昂总统欧内斯特·巴伊·科罗马。小组赞扬他们为抗击埃博拉疫情作出的不懈努力。此外，小组还感谢加纳总统约翰·德拉马尼·马哈马、德意志联邦共和国总理安格拉·默克尔和挪威首相埃尔娜·索尔贝格。小组感谢德国和挪威为整个进程的融资发挥的特别积极的作用。

联合国会员国和政府机构代表分享了与小组工作有关的大量资料，并始终愿意与我们进行磋商。我们感谢他们的参与和贡献。

我们感谢非洲联盟委员会主席恩科萨扎娜·德拉米尼-祖马博士、世界银行集团行长金墉博士、美国疾病控制和备灾中心主任托马斯·弗里登博士、无国界医生组织国际部主席廖满嫦医生以及为审议工作做出贡献的联合国所有机构和伙伴。此外，我们特别感谢近 300 名专家自愿贡献时间，与我们分享信息和提供咨询意见。这也包括三个疫情最严重国家的响应者和幸存者。

Gabrielle Fitzgerald 女士、David Heymann 博士、Ann Marie Kimball 博士、Ilona Kickbusch 教授和 Lars Schaade 博士在短时间内安排并娴熟地主持了与小组工作有关的圆桌会议。我们非常感谢他们付出的精力和提供的支持。

最后，我们要感谢领导并行审查从而提供重要信息和咨询意见的个人，其中包括 Dame Barbara Stocking 和世卫组织埃博拉临时评估小组的同事；Victor Dzau 博士和医学研究所创建未来全球卫生风险框架委员会的同事；Peter Piot 博士和哈佛/伦敦卫生和热带医学学院全球应对埃博拉问题独立小组的同事。

小组的工作是一个协商进程，期间我们得到了数百人的有益合作，其中一些重要人员的名字被无意遗漏，在所难免。我们感谢那些随时随地无条件为我们贡

献时间和意见的专家、响应者、官员、社区成员、埃博拉病毒病幸存者和同事们。他们为建立一个无流行病和大流行病的世界投入的热情激励着我们的工作。

我们感谢我们秘书处的工作，包括秘书处主任 Ramesh Rajasingham 先生、Elin Gursky 博士、Sanjana Quazi 女士、Moritz Meier-Ewert 先生、Sophie Rutenbar 女士和 Karen Williams-Komlani 女士。还要感谢墨卡托研究员 Jonathan Baum 先生及实习生 Mobeen Bhatti 先生、David Mangar 先生和 Kayla Robinson 女士为整个进程提供的协助。
