

技术评审小组和秘书处对第 8 轮申请的报告

概述：

此报告向理事会提供了：

1. 技术评审小组（Technical Review Panel, TRP）对第 8 轮申请的资助推荐；
2. 对自第 8 轮起引入到全球基金申请程序中的许多关键政策措施的分析；以及
3. 在第 8 轮申请评审过程中所产生的技术评审小组的推荐。

¹ 修订 1 引入了：

i. 在 2008 年 11 月 1 日提交以欧元货币形式说明的第 8 轮申请时，欧元与美元兑换率变化的影响；以及

ii. 在附录 5 中新增的第 3 部分，增加了由 45 名申请者在他们疾病特定的第 8 轮申请中所提交的对跨学科卫生系统强化的详细分析（「卫生系统加强（health systems strengthening, HSS）要求」）。

对此报告的原始版本（于 2008 年 10 月 10 日发布）的修改，通过与上一轮次相同的带灰色底的斜体字进行识别。

² 修订 2 引入了对第 2 类申请的优先权

第 1 部分：概述

1. 技术评审小组从 2008 年 8 月 25 日到 2009 年 9 月 5 日之间，对第 8 轮申请的技术水平进行评审。此报告与其它信息可一起提供有关技术评审小组对第 8 轮疾病申请的资助推荐。自第 7 轮起，技术评审小组会议的主席是 Peter Godfrey-Faussett（彼得·戈弗雷-弗赛特）教授，副主席是 Indrani Gupta（印达尼·古普塔）教授。
2. 技术评审小组（不同的组成）联合评审在滚动延续渠道（Rolling Continuation Channel, RCC）第 4 波中所提交的申请的技术水平。随同当前提交的这份报告，技术评审小组向理事会报告对滚动延续渠道第 4 波申请的资助推荐。在此报告中包括了所学到的通用经验。
3. 此报告确定了以下主题：

理事会决议条目：

- i. 技术评审小组对第 8 轮具资格申请的资助推荐（第 2 部分）。

信息条目：

- i. 秘书处对第 8 轮资格决议的报告（第 3 部分）；
- ii. 关于申请评审方法的第 8 轮技术评审小组会议（第 4 部分）；以及
- iii. 第 8 轮和第 9 轮中的技术评审小组成员（第 6 部分）。

理事会信息条目：

- i. 理事会讨论并批准的问题以及获得的经验，包括从技术评审小组在对第 4 波滚动延续渠道申请评审中所学习到的通用经验（第 5 部分）。

附录索引

4. 此报告应包括以下附录（**粗体字型**用于强调这些附录是以文本形式附带的）：

附录 1： 列出所有由技术评审小组评审过的具有资格的申请，按照申请者的字母顺序进行排列。

附录 2： 列出所有由技术评审小组评审过的有资格的疾病申请，并根据技术评审小组向理事会的推荐进行分类。

附录 3： 列出在第 8 轮中被确认为无资格的所有申请者，以及秘书处的筛选评审小组对该决议的证明。

附录 4： 所有由技术评审小组评审的疾病申请之第 8 轮「技术评审专家组评审表（TRP 评审表，TRP Review Form）」，以及每个有资格申请者的资助申请之所有内容。

附录 5： 对第 8 轮疾病申请的技术评审小组资助推荐之详细分析，并与前期轮次进行比较（在前期轮次中，包含在技术评审小组对理事会报告中的「第 4 部分」）。

附录 6： 第 8 轮技术评审小组成员

5. 此报告提供附录 2、5 和 6。由于材料数量众多，与技术评审小组和秘书处对申请评审推荐的早期报告一样，其它电子表格形式的附录也会通过 CD-Rom 光盘提供给理事会代表团，以便于审议。在 2008 年 11 月 7 日到 8 日的第 18 届理事会会议上，附录 2 和 4 或许是理事会代表团在审议以下第 2 部分中的议题时最需要的资料。

6. 为了与理事会的决议一致，以确保申请者接受有关技术评审小组的第 8 轮资助推荐（GF/B17/DP23）的初步信息，秘书处将在 2008 年 10 月 17 日之前，向每位申请者提供相关的通知信函。信函将明确说明通知仅包含初步通知，并不是理事会有关资助的最终决议，该决议只能由理事会决定。初步通知将包括每种疾病申请的「TRP 评审表」，以便：促进对第 9 轮中可能重新提交的申请的早期计划（未获得资助推荐的特定疾病申请）；提供有关否决原因的信息（「第 4 类」）；或符合理事会的批准和资助、拨款项目协商和签字的有效性（对于「第 1 类」，「第 2 类」和「第 2B 类」申请）。

7. 根据第 18 届理事会会议的结果，在理事会对资助做出决议的同时，在全球基金网站上将会公布所有具资格的申请（无论是否获得资助推荐）²。

8. 为便于参考，此报告的每个新部分都从独立页开始。具体见以下索引：

i.	第 2 部分：技术评审小组提供给理事会的资助推荐	第 4 页
ii.	第 3 部分：秘书处对资格决议的报告	第 9 页
iii.	第 4 部分：关于申请评审方法的技术评审小组会议	第 12 页
iv.	第 5 部分：学到的经验和技术评审小组推荐	第 16 页
v.	第 6 部分：第 8 轮和第 9 轮的技术评审小组成员	第 26 页

² 这来自于全球基金文件政策的运作（GF/B16/2）。根据此政策，TRP 评审表不是「公开文件」，不会由全球基金公布，评审表将直接发给申请者。希望获得特定国家 TRP 评审表的基金保管者应该直接与国家协调委员会联系。

第 2 部分：技术评审小组提供给理事会的资助推荐

决议

1. 附录 2 列出技术评审小组向理事会提供的 174 个经过技术评审小组评审、符合资格的第 8 轮疾病推荐。这些推荐都分出了类别，技术评审小组将根据这些类别向理事会进行推荐，参见名为「技术评审小组职权范围 (TRP TORs)」的文件 (TRP TORs, GF/B17/DP5)³。根据秘书处在第 8 轮申请评审会议上的要求，许多技术评审小组评估为技术水平良好的「第 2 类」申请被作为「第 2B 类」申请，包含一份「第 2 类」申请的次级申请。

2. 在第 8 轮中，技术评审小组对 174 个符合资格的疾病申请中的 54% (94 个) 申请推荐进行资助。表 1 概述了所有由技术评审小组推荐的资助申请，这些申请按照疾病分类。

表 1 – 第 8 轮由技术评审小组推荐的资助申请概述

Disease Proposal	Number recommended for funding	Within disease success rate	2 Year Upper Ceiling all Recommended (US\$ millions)	Percent of 2 Year Upper Ceiling Budget	5 Year Upper Ceiling all Recommended (US\$ millions)	Percent of 5 Year Upper Ceiling Budget
HIV (including s.4B HSS)	37 of 76	49%	1,164	38%	3,334	46%
Tuberculosis (including s.4B HSS)	29 of 57	51%	327	11%	914	13%
Malaria (including s.4B HSS)	28 of 41	68%	1,568	51%	2,927	41%
TOTAL	94 of 174	54%	3,059	100%	7,175	100%

3. 向理事会推荐批准的最多两年的上限总额是 \$30 亿 5,900 万美元，比第 7 轮中的资助推荐总额 (\$11 亿 1,900 万美元) 高很多。获得资助推荐的申请的比例也超过任何前期轮次中的推荐比例 (第 7 轮中获得资助推荐的比例是总申请的 49%，位居第二；第 6 轮是 43%，第 5 轮是 31%)。

4. 表 1 介绍了作为完整部分的每种疾病申请，包括根据相关疾病特定部分提交的跨学科卫生系统的强化要求 (HSS 要求)。在此报告的第 4 和第 5 部分，分别说明了技术评审小组如何处理 HSS 要求的评审、所学到的经验以及向全球基金提供的推荐。

5. 作为总结，技术评审小组评审了在第 8 轮中提交的、作为疾病特定申请一部分的 45 个不同的 HSS 要求，根据技术评审小组的职权范围进行评审，技术评审小组可以进行资助推荐⁴：

- i. 整个疾病申请，包括 HSS 要求；或者
- ii. 不包括 HSS 要求的疾病特定部分；或者
- iii. 如果申请中的干预措施可以克服卫生系统对改善艾滋病、肺结核和/或疟疾的结果的限制，则只推荐 HSS 要求。

6. 在八种情况下，技术评审小组仅推荐了 HSS 要求，而不是申请的疾病特定部分。对于其它的 37 种情况：

- i. 疾病特定部分和 HSS 要求一起被推荐的有 17 种情况；
- ii. 仅推荐疾病特定部分的有七种情况；以及
- iii. 在 13 种情况下，疾病部分或 HSS 要求都没有获得资助推荐。

³ 正如在第 15 届理事会会议上批准的一样 (GF/B15/DP36)。参考技术评审小组职权范围第 35 段和附件 1。

⁴ 请参考理事会名为「增强卫生系统的战略方法」的决议 (GF/B16/DP10)，以及技术评审小组职权范围第 32 段。

7. 在所有情况下，只有在 HSS 部分是在滚动延续渠道（RCC）申请程序中「挑选出」时，包含 HSS 要求的每个申请才可以获得一个技术评审小组推荐。本报告的第 4 部分会进一步讨论这个方法。

8. 与 174 个有资格的疾病申请的所有资助要求相比，HSS 要求的两年上限总额比较适中，每个 HSS 要求平均为\$1,340 万美元（尽管在资助要求中有较大的变化）。

9. 表 2 概述了 HSS 要求的所有资助推荐。在很多疾病申请以及包括 HSS 要求的申请疾病特定部分中，还需要许多卫生系统支持。下表并没有概述这些要求。

表 2 – 作为所有申请和推荐要求一部分的 HSS 要求的概述

	Requested	Recommended	Percent
2 Year Upper Ceiling	US\$ 603 million	US\$ 283 million	46%
Number of HSS requests	45	25	56%

10. 与技术评审小组推荐为第 1 类和第 2 类（包括第 2B 类）的两年资助上限有关，表 3 确定了在向理事会发布此报告时⁵，根据名为「全面资助政策」⁶的文件中所列出的资助优先原则，推荐给理事会的资助累计总额。

表 3 – 技术评审小组根据类别和申请优先度所推荐的两年资助上限概述

Funding Category	Number of Proposals	2 Year Upper Ceiling US\$ (millions)	Cumulative 2 Year Upper Ceiling (US\$ millions)	EURO amount as part of US\$ ** (millions)
1	16	452	452	49
2	51	1,854	2,306	433
2B Total	27			
Composite index 8	6	443	2,749	15
Composite index 6	6	99	2,848	60
Composite index 5	8	125	2,974	48
Composite index 3	7	85	3,059	4
	2B Sub-total	753		127
All recommended	94	3,059	3,059	609

11. 技术评审小组向理事会的推荐中，建议批准 68 个独立国家中的 94 个第 8 轮疾病申请。这些国家中的大部分（69%；n=48）都有一个获得技术评审小组资助推荐的疾病申请。在 25%的情况下

⁵ 此报告在 2008 年 10 月 10 日首次向理事会公布（GF/B18/10）。版本 1 于 2008 年 11 月 3 日发布，对包含有关技术评审小组资助推荐财务数据的每张表格和图表都有影响。全球基金使用联合国的汇率率，将以欧元表达的资助要求转换为美元形式。需要注意的是在技术评审小组评审日期和 2008 年 11 月 1 日发布汇率率之间的变化（下降）大约是\$1 亿美元。

⁶ 正如在第 15 届理事会会议上修订的一样（GF/B15/DP27）。

(n=17)，技术评审小组推荐两个疾病申请，在其余的 6%的情况下 (n=4)，技术评审小组推荐资助所有三种疾病申请。

12. 正如在附录 2 中所列，根据技术评审小组在这些申请中各自的「TRP 评审表」中所列的原因，5 个符合资格的多国家申请中，没有一个获得资助推荐。这个报告确定了以下第 5 部分的结果。

13. 在第 8 轮中，技术评审小组向理事会推荐的疾病申请的大部分 (93%) 已经接受了全球基金的支持 (对于相同或另一个疾病)。在以下第 5 部分中确定了技术评审小组如何考虑现有相同疾病拨款项目 (或国家中的其它疾病拨款项目，如果推荐了相同的主要收受人并且在支持文件中报告存在较大的执行问题) 的过去绩效。

14. 根据理事会的批准，第 8 轮将新增加五个国家，作为全球基金财务支持的单一国家受益者⁷。这些国家和在第 8 轮中获得资助推荐的疾病申请已经从附录 2 中挑选出来，便于参考：

- i. 佛得角共和国 (艾滋病)；
- ii. 朝鲜民主主义人民共和国 (肺结核和疟疾)；
- iii. 斐济 (肺结核，包括 HSS 要求)；
- iv. 毛里求斯 (艾滋病)；以及
- v. 所罗门岛 (艾滋病 HSS 要求，和肺结核)。

15. 此报告的附录 5 提供技术评审小组疾病推荐的更多详细信息，以及有关趋势和资助推荐的地区细分等信息。在附录的第 3 部分中列出了对 HSS 要求的范围和类型的特定分析。

议题 1:

1. 根据下列第3至5段的规定，理事会同意在初期两年中，对技术评审小组 (TPR) 推荐作为「第1类」[和「第2类」(不包括「第2B类」申请)]、且已在技术评审小组及秘书处关于第 8 轮报告 (GF/B18/10) 的附录2中列出的资助申请进行资助：
2. 根据下列第 4 和第 5 段，在附录2中，由技术评审小组推荐进行资助的第 8 轮中剩余的「第2B类」申请，应批准在初始两年内进行资助：
 - i. 根据全面资助政策条款规定，若资助有效，则理事会通过电子邮件确认 (或在第十九届理事会会议上确认，若适用的话)；
 - ii. 根据符合理事会名为「资源受限环境下的优先性」(GF/B8/2,P,13) 决议的此类申请的组合排列，以及理事会从第 8 轮起的决议，即对收入级别在两个连续年中有变化的国家引入一年宽限期，以便确定资助资格 (GF/B16/DP18)；
 - iii. 不迟于2009年7月31日。

过渡期内，理事会要求秘书处继续对这些申请进行技术评审小组澄清和地区基金代理 (LFA) 评估。

⁷ 这些国家中的一些直接或间接从执行干预措施中获益，这些干预措施从相关地区中的多国家全球基金拨款项目中获得支持。

3. 被推荐进行资助的‘第 1 类’申请的申请者，应根据技术评审小组主席和/或副主席的书面批准，在收到秘书处以书面形式发送的理事会决议后不迟于 8 周的时间内对技术评审小组 (TRP) 澄清程序加以总结。
4. 推荐作为「第2类」（包括确定为「第2B类」的申请）资助申请的申请者应：
 - i. 在收到秘书处以书面形式发送的理事会决议后，在不迟于6周时间内，对技术评审小组澄清和调整做出详细的初步书面回应；以及
 - ii. 在秘书处收到申请者对该澄清和/或调整所提事项进行的初步详细回应后的 3 个月时间内，对技术评审小组主席和/或副主席出具的书面批准文件中规定的技术评审小组澄清内容加以总结。
5. 根据第 1 段或第 2 段规定、并由理事会批准的所有申请都是根据（或将根据）这些申请中所要求的资助数额进行批准，如附录2中名为「第1阶段上限（2年）」的栏目所说明的，即在技术评审小组澄清和项目协商过程中符合修订版的最高上限，而不是第 1 阶段拨款项目的最终批准总额。
6. 理事会拒绝对GF/B18/10的附录2中所列出的、由技术评审小组推荐为「第3类」的申请提供资助。理事会鼓励这些申请者在第 9 轮中重新提交相同申请的修订版本。
7. 对GF/B18/10附件2规定的被技术评审小组推荐为「第4类」申请的资助申请，理事会不予批准。

本决议不具有实质预算意义。

背景事件

1. 在第 9 届会议上⁸，资格审查委员会批准秘书处的第 8 轮申请表和申请指南。资格审查委员会批准了关注以下新事项的推荐：鼓励申请者增加对性别问题的关注；改善国家协调委员会的能力，以便能考虑卫生系统强化的限制；将对社区系统强化的关注作为可以包含在卫生系统强化要求申请中的一部分。资格审查委员会还批准新的、独立的「多国家」申请表和指南。

2. 第 8 轮申请征集开始于 2008 年 3 月 1 日，结束于 2008 年 7 月 1 日。

3. 在第 7 轮中，在四个月的申请开展时间内，秘书处为申请者提供了重要的指南。秘书处确定与申请者共享的信息主要关注的是如何完成表格、在哪里找到附加指南、以及如何联系合作伙伴以获得技术援助。在申请准备阶段，根据当前全球基金的支持政策，秘书处的个人不会通知国家有关申请的内容。

4. 总的来说，秘书处的支持包括以下事项：

- i. 对六个新政策措施发布了「**第 8 轮情况表**」的单一主题。申请者和合作伙伴的反馈是以六种联合国语言编写的「情况表」，该情况表是促进对以下主题进行讨论的有用和目标工具：社区系统强化；为什么扩大性别敏感响应很重要，尤其是在艾滋病环境下；以及，如何确保在相关的疾病特定申请中的 HSS 要求中，只包含跨学科的卫生系统强化干预措施；
- ii. 通过使用 MyGlobalFund.org 网站上的多语音在线指南，**提高秘书处对申请开展问题的响应速度**；以及
- iii. **参与数量增多的合作伙伴之第 8 轮「说明会」**中，这些包括关注性别的特别会议，社区系统强化，以及将艾滋病/生殖卫生策略融入第 8 轮申请中。通过第 7 轮，合作伙伴将这些会议以一种可以促进中期申请开展和评审过程的方式进行安排。全球基金赞扬其合作伙伴为了资助国家出席这些会议所做的承诺，以及举办会议的协作方式。

接受申请

5. 全球基金在 2008 年 7 月 1 日前收到了 125 个资助申请。正如上述所说，作为一种疾病独立部分的这些疾病申请当中的 45 个包括了对卫生系统强化跨学科干预措施（HSS 要求）的支持要求。

⁸ 请参考在第 17 届理事会会议上提到的文件，标题为《资格审查委员会的报告》（GF/B17/5，第 4 部分）。

6. 作为疾病申请「独立部分」的额外 HSS 要求主要增加了：

- i. 完成申请筛选的时间：第 8 轮筛选小组（包括 18 个人）通常是处理两个独立的预算，两个独立的「绩效框架」（*绩效测量指标*）；两个独立的工作计划；两个独立的预算概述表；以及在一种疾病申请两个「部分」之间的计算精确率的变化；
- ii. 国家对澄清的响应时间：根据第 4B 节的要求，对三种疾病的一种或多种疾病以及卫生系统强化的跨学科干预措施进行资助的申请者来说，同样需要处理这些文件的附加版本；以及
- iii. 在技术评审小组会议之前的申请校对时间。

7. 在第 8 轮中，全球基金发现以非英语提交的申请的数量有所增加。尤其是以法语和西班牙语提交的申请。没有收到以阿拉伯语或中文提交的申请。还有一种情况是，尽管申请者所在的国家是以西班牙语或法语为主，但申请者提交的申请是英文的。技术评审小组发现一些自己翻译的申请质量很差，不过这种情况非常少。

8. 秘书处持续与其翻译公司合作，以改善其质量。鼓励申请者以他们常用的联合国官方语言中的一种提交申请，而不必用英语提交。只要有可能，秘书处会鼓励地区办公室的合作伙伴通过提供翻译服务，为申请者的申请提供高品质翻译支持（若需要这样做）。

资格和完整性的筛选

9. 在 2008 年 8 月，秘书处对第 8 轮申请进行了筛选。

10. 全球基金的筛选评审小组与秘书处的高级执行成员对疾病申请资格进行评审。为确保采取目标决策，国家申请小组的成员没有人对申请者资格是否符合最低要求的决议具有决策权。

11. 采用第 6 轮和第 7 轮中资格筛选结果中所报告的相同原则，秘书处根据全球基金对拨款项目资格的最低要求采取其决策，如表 4。

表 4 – 秘书处筛选评审小组对资格进行决议的结果：第 5 轮到第 8 轮

Applicant Type	Total Applicants Round 8	Eligible Applicants Round 8	Total Applicants Round 7	Eligible Applicants Round 7	Total Applicants Round 6	Eligible Applicants Round 6	Total Applicants Round 5	Eligible Applicants Round 5
	CCM	88	88	80	77	96	93	90
Sub-CCM	3	3	3	2	1	1	1	1
RO	8	3	5	5	10	9	9	2
RCM	3	2	1	1	1	1	3	3
Non-CCM	23	2	21	3	36	4	64	3
Total	125	98 (84%)	110	88 (80%)	144	108 (75%)	167	98 (59%)

12. 当筛选评估小组决定申请者是否符合最低资格要求时，国家背景日益变得重要。在第 7 轮中，大量的申请者要求澄清。尤其是关于申请者如何处理以下情况：

- i. 为每种疾病申请公开选择技术型主要收受人或主要收受人；以及
- ii. 公开征求并评估（最好参考已经公之于众的标准），对一个国家/地区申请内容的建议。

13. 在前期被确定为不符合国家协调委员会最低要求的国家，要详细证明其符合第 8 轮的要求。这也适用于申请者首次申请资助的情况。

14. 对于第 7 轮⁹，秘书处的国家协调委员会小组将发布有关秘书处筛选评审小组工作和结果的详细报告。这个报告将描述申请者所关注的领域，尤其是对国家协调委员会（Country Coordinating Mechanisms, CCM）的关注。还可为国家在开展申请时提供更多有关**最佳实践**案例的指南。

15. 在个别情况下，不执行双重筹资追踪的原因是国家协调委员会决定继续保留「表现良好」的主要收受人的职责。但是，并没有定期提供「选举」的标准。**秘书处强烈鼓励申请者和合作伙伴与他们合作开发一套与国家情况相关的标准，该标准可使所有主要收受人都获得良好的选举基础，无论是在相同部门的不同实体中进行选举，还是在不同部门之间进行选举。**

第 9 轮重新提交

16. 正如第 1 部分所述，在第 9 轮中，理事会鼓励申请者重新提交与未获得资助推荐的第 8 轮申请（并为划分为「第 3 类」）相同的修订版本。为方便申请的重新提交，全球基金将在 2008 年 10 月 17 日之前，特别开辟发布重新提交申请的「常见问题」。这个常见问题意在说明，对相同的第 8 轮申请经过修订后重新提交的申请，将由全球基金根据更标准的滚动延续渠道申请筛选方式进行筛选。也就是说，将主要关注对第 8 轮申请的变更，以及如何使基金保管者参与其中，而不是要求公开征求申请。

17. 强烈鼓励第 9 轮的所有潜在申请者（包括重新提交与第 8 轮相同的疾病申请的修订版）与合作伙伴、全球基金秘书处、尤其是全球基金在该地区的工作组一起合作，以便完全理解资格的最低要求，包括证明符合这些要求所需要的最少的文件。

⁹ 名为《**国家协调委员会要求：学到的经验：第 7 轮**》的第 7 轮报告，该报告在第 7 轮筛选评审小组的结果中，报告中包括国家应学到的经验，可以在全球基金的网站上找到该报告：http://www.theglobalfund.org/documents/ccm/Report_on_the_Screening_Review_Panel-Round7.pdf

1. 与第 6 轮和第 7 轮所报告的一样，在第 8 轮中，技术评审小组对 174 个疾病申请进行评审的主要特点包括：

- i. 保持技术评审小组划分工作量的结构，在评审申请的每九天中，大约评审 20 个疾病申请；
- ii. 技术评审小组成员分为小组（两位疾病专家和两个跨学科人员，可进行全天的申请评审）来评审疾病申请，拨款项目绩效报告数据和其它支持文件；
- iii. 在每日的技术评审小组会议上，小组提供最初的推荐；
- iv. 通过每日的技术评审小组会议决定技术评审小组的资助推荐，在该会议上，技术评审小组应同意 TRP 评审表（附录 4）中所描述的所有内容；以及
- v. 此外，在最终的技术评审小组申请评审会议上（2008 年 9 月 4 日，星期四），技术评审小组讨论所有评审过程，并确认同意所有疾病申请评审中所做出的推荐。

2. 如果大部分人员未能参加评审申请的日常会议。在之前的轮次中发生过这种情况，比例是 3%（n=5）。在这种情况下，应至少有两名额外的技术评审小组成员（一名疾病专家和一名跨学科人员）评审申请，并关注在首次会议上提到的特殊问题。然后进一步讨论申请，并在技术评审小组成员都有足够时间的情况下来评审支持文件（例如，秘书处对当前拨款项目的拨款项目绩效报告）。与在前期轮次中一样，评审的难度越大，这一额外的专家评审过程越有效。

3. 整个评审过程未考虑轮次资金的有效性。技术评审小组的评审是基于实用性、技术水平、可行性以及有效执行的可能性。在下列第 4 和第 5 部分中，列出了技术评审小组对所学到的经验和推荐的分析。

4. 为了帮助管理日益增加的工作量和复杂性，在要求技术评审小组提供有关资助推荐的更多细节的同时，在第 8 轮中还要求技术评审小组在评审 174 个疾病申请中使用许多新方法。包括：

- i. **与前期轮次相比，增加了跨学科人员的数量：**此报告的附录 6 说明与前期轮次相比，跨学科人员的数量有所增加。这促进了跨学科人员作为「主要评审人」的职责，尤其是在具有 HSS 要求的疾病申请中。在通常由四名技术评审小组成员组成小组中，疾病专家总是作为主要的责任人；以及

- ii. **指导同行审议的会议：**在受指导的两天中，技术评审小组的次级单位在技术评审小组主席的领导下，对申请者提交的有关肺结核和疟疾申请中一种或两种疾病（不是艾滋病）申请进行评审和资助推荐。另一个次级单位在副主席的领导下，对仅包含艾滋病疾病申请的资助申请进行评审和做出资助推荐。在大部分人员未能参加资助推荐会议的少数情况下，应延迟相关的疾病申请，以便在随后的日期内由所有技术评审小组人员对其进行讨论，正如上述第 4 部分第 2 段中所讨论的。

在「第 2B 类」和「第 3 类」推荐之间进行决定

5. 技术评审小组的职权范围使用三个「题目」，确定技术评审小组评审每个疾病申请¹⁰时需要考虑的 18 个标准。不可避免地（以及在适当情况下），全球基金的国家主导焦点意味着不是所有的级别申请都包含可促使考虑每个标准的干预措施。同样，不要求理事会使用特定的「比例方法」，该方法需要以某种方式进行定额范围分配。此外，技术评审小组还描述了在判断申请的技术水平时所用的经验。这是一个复杂的过程，但在申请中可确保与所介绍的国家情况相关。

6. 与所有对理事会在推荐资助（「第 2B 类」）或不资助（「第 3 类」）之间进行决定造成影响的指南一样，以下包括资助推荐的最低基本要求：

- i. 以当前有文件证明的流行病情况为基础并对其直接响应的疾病申请；
- ii. 贯穿整个申请并以一致顺序排列的连贯策略 – 具有在预算、工作计划和「绩效框架」中声明的干预措施/活动，计划领域（「服务交付领域」）和相同目标的执行计划（第 4.5.1 节）；
- iii. 在计划上和财务上的完善的差距分析，可说明当前资源的整个范围（包括根据过去的实际，已计划和/或合理参与的），而不仅仅是用于签字的协议；
- iv. 对与国内社会、环境和其它背景有直接关系的执行和吸收能力限制（无论是疾病特定或是更广泛的卫生系统）的明确和现实的分析；
- v. 确定能力限制的本地策略，无论是通过现有的资助申请，还是通过其它受国内或合作伙伴支持的措施（也符合绩效评估和调整）；
- vi. 执行可承认和响应将服务交付渠道拓宽为多部门的需求安排，以便实现对预防、治疗、和护理以及对受感染人群的支持服务的普遍享用；
- vii. 可确定更多挑战的证明性工作，尤其是与对进一步预防艾滋病流行感染有深远影响有关的工作。
- viii. 关于如何监测行动和评估干预措施影响的明确计划；
- ix. 可评估活动成本的详细预算；
- x. 可明确确定时间和活动顺序以及每项活动的责任的工作计划；以及

¹⁰ 此外，这些标准还列在申请指南中，便于每一轮的申请者进行参考。

- xi. 可确定并响应当前流行病数据，并证明附加全球基金资源的增加投资将改善疾病特性并扩大危险人群卫生结果的计划结果（在「绩效框架」中作为指标）。

7. 同时还向技术评审小组证明了申请者对附加资源的明确需求，并以一种可以补充和强化响应这些疾病的方式而对其资助要求进行计划。无论申请是否获得资助推荐，确定初期的「第 3 类」申请的劣势也很重要，但不是决定因素。

8. 另外，第 8 轮中很多呈送给技术评审小组的申请并没有对国家最近的流行病情况进行评估。例如，在第 4 轮或第 4 轮之前已经申请过相同疾病的国家。这时，他们往往以为第 8 轮申请即作为前期拨款项目要求的「延续」，无需对前期策略的适当性进行重新评估。其实不然。

9. 通过滚动延续渠道提供给技术评审小组的申请中也说明了相同的问题。在对第 4 波滚动延续渠道申请的评审中，技术评审小组收到很多希望延续资助的申请，这些申请没有对早期策略的适当性进行证明。根据为几年前的拨款项目制定的指标，执行高品质拨款项目的绩效或许会被订得很高。但是，在最近几年的疾病策略和合理响应构成中有很大的进展，从而使国家有必要重新考虑延续相同的、不变的策略是否具有技术合理性。如果前期「绩效」成为要求延续资助的拨款项目的限制基础，则更应该考虑。

合作伙伴介绍和秘书处的支持

10. 第 8 轮技术评审小组会议在日内瓦城外的地点举行。这就需要提前通过其门户网站向技术评审小组提供合作伙伴的介绍（尤其关注对技术推荐或新开发的变更）。这种发展很受大家欢迎。技术评审小组分四个组举行会议（一个是针对每种疾病，一个是针对跨学科的），来讨论通过门户网站提供的文件，并根据他们前期会议和其它情况所积累的经验提出任何讨论题目。这使大部分人可以位于争论的范围内，并确保第一天与技术合作伙伴的讨论（通过电话会议）将关注技术评审小组成员未解决的问题。

11. 从会议地点到日内瓦，秘书处继续提供高品质的支持，并对在其它城市举办的技术评审小组会议提供相同级别舒适度（甚至更强大、更具有连续性）的支持。考虑到技术评审小组评审会议高强度的工作量，第 8 轮会议地点安排在郊外，有益于放松身心，显然是个不错的选择。

每项申请的资助推荐 – 包括具有 HSS 要求的申请¹¹

12. 在第 8 轮申请中，「只要可能」就会要求申请者在特定疾病申请中包含卫生系统强化支持的要求。在一种疾病申请中，或许可将 HSS 要求作为特定部分进行提交，而不是作为独立的「组成部分」。¹²

13. 为了符合理事会的决议，技术评审小组决定（不是理事会的要求）评审包括作为两种不同资助申请的 HSS 要求的申请，这两种资助申请的其中一个是疾病「组成部分」，另一个是「HSS 组成部分」。

14. 因此，当评审 45 个将不同 HSS 要求作为全面疾病申请一部分的申请时，技术评审小组会将其作为滚动延续渠道申请进行评审。对于这些申请，理事会委托技术评审小组会挑选出申请中最弱的「元素」，并推荐可获得资助的申请。¹³通过这种方式，技术评审小组可以有效使用列于上述第 2 部分第 5

¹¹ 在这份报告的修订 1 中包括从第 12 到第 14 的所有段落。

¹² GF/B17/DP10，第 2 和第 3 段。

¹³ 参考技术评审小组职权范围的第 39 段（参考上述脚注 3）

段中的理事会的指示。若所有疾病申请中只有一个「部分」获得资助推荐，则使用这种方法会给申请者带来麻烦。在此报告中第 5 部分的第 53 段的技术评审小组推荐中将会做进一步的解释。

疾病申请推荐的问题

1. 第 8 轮是迄今为止技术评审小组所做的资助推荐数量最多的一次。这是因为提交的申请数量较多并且申请的质量也较高，从而获得批准的比例也较高。
2. 所有三种疾病的资助推荐都比前期轮次中获得资助推荐的申请多很多。推荐的疟疾和肺结核申请的两年上限预算是第 7 轮的三倍，艾滋病的预算则是第 7 轮的两倍。
3. 这种增加不能用申请中包含跨学科 HSS 要求的原因进行解释，在所有要求并推荐的 HSS 要求的预算总额少于 10%。
4. 自第 5 轮起，就有技术评审小组推荐资助的申请比例日益增加的趋势，这种趋势在第 8 轮中仍然在继续（推荐率为 54%）。
5. 对于艾滋病，在过去四轮中的批准率呈稳定增长状态。但是，在疾病申请批准率达到 49% 的第 8 轮，作为疾病组成的艾滋病申请所获得的技术评审小组的资助推荐是最少的。可以肯定的是，在第 8 轮中，旨在改善高负担国家对服务的普遍享用范围的大型计划仍在继续和扩大。还可以看到预防的创新方式，例如在一份申请中提到了扩大对男性的包皮环切手术的重要性，以及在更广泛环境下而不是在临床上了解该手术的效力和可接受性的工作。但是，让技术评审小组感到失望的是，很多申请对当前的流行病情况了解的并不充分，甚至提交一些在流行病集中区域不受关注的活动计划。
6. 对于肺结核，获得推荐的申请比例比第 7 轮高，但没有第 6 轮高。技术评审小组担心合作伙伴对计划工具的过度依赖造成申请的前后不一致。技术评审小组尤其提到了一些申请，在这些申请中，对肺结核控制所面临的挑战和情况的分析很合理，但却与一系列未能确定已识别差距的目标和活动有关联。在这些情况中，似乎所说明的目标和活动列表是从计划工具中选择出来的，而不能充分反映不同肺结核控制干预措施的优先性和顺序。
7. 技术评审小组建议秘书处和抗击肺结核合作组织一起就有关提供给申请者的预算和计划工具上进行合作。技术评审小组以更灵活的方式（例如，更少的「约束」）向合作伙伴推荐展示给申请者的工具。这个修订版鼓励申请者选择与国家所关注的特定流行病情况关联最密切的优先干预措施，以及国家的优先权。
8. 在艾滋病和肺结核疾病的特定申请中，技术评审小组发现其中遗漏了很多整合机会。技术评审小组完全批准的全球基金的观点是，由于没有明确说明潜在的艾滋病/肺结核的合作，因此不足以提出肺结核或艾滋病申请。在很多技术指南、推荐和政策中已经讨论过这一基础原理。同样的，越来越多的技术指导机构可以提供对预防服务的享用，尤其是通过生殖卫生护理对妇女和青少年所提供的服务。
9. 技术评审小组建议抗击肺结核合作组织、联合国艾滋病规划署（UNAIDS）和世界卫生组织（WHO）的艾滋病和抗击肺结核小组在提供技术支持的同时，应强调艾滋病/肺结核双重感染、生殖卫生护理和其它在申请中讨论的合作和协作的潜在机会等的重要需求，并确定相关事项。
10. 第 8 轮中的疟疾申请特别多，超过资助推荐的三分之二。与相对刻板的肺结核申请相比，技术评审小组认为在疟疾申请中做过一些协调工作，可识别在不同的流行病和昆虫学环境下所需要的优先干预措施。这些申请中的一部分申请的预算大部分是日用品的花费。推荐资助的 28 个疟疾申请中，超过一

半的上限累计预算是用于购买产品和服务，其中主要是用于购买耐用型杀虫剂处理蚊帐。

11. 根据抗击疟疾的技术评审小组会议上所展示的材料，技术评审小组相信合作伙伴对目标申请开展支持的规定有助于介绍日益增加的申请。但是，这样使得通过国家和本地基金保管者确定申请所反映的所有权范围越来越困难。问题是一旦协商了拨款项目，在执行计划时可以显示出特殊的背景限制和运作问题，在申请准备过程中并不能预计到这些限制和问题。

12. 因此，当技术评审小组强烈鼓励国家在需要时寻找合适的技术援助，**技术评审小组建议应将重点放在建设与提交强大、可资助申请有关的本地能力上**。这种能力不仅包含公共卫生专家和顾问，还有获得有关申请开展框架、计划和预算等培训的个体。

当前全球基金拨款项目的影响

13. 第 8 轮的大部分申请反映了申请者申请拨款项目的信心日益增加，这是国家对于相关疾病策略的完整部分。技术评审小组很支持这种趋势。

14. 在这种情况下，附录 5 的分析证明了大部分在第 8 轮介绍申请的申请者至少具有一个延续同一种疾病的全球基金拨款项目。当提交新的资助申请时，几乎所有的申请者都确定了当前拨款项目的所有范围和领域，强调了连接和附属性。根据理事会在技术评审小组的职权范围中的规定，与正在进行的项目执行相比，这是与技术评审小组评估新资助请求的互补性和附加性有关的重要信息。

15. 但是，一些申请者在前期轮次中获得理事会资助批准后不久，在下一轮次中继续介绍相同疾病的申请。在这些情况下，将新申请作为当前一个或多个拨款项目的补充材料而进行评估和推荐非常难。当新申请的主要收受人与当前受全球基金支持的所有主要收受人相同时，就更是如此了。在第 8 轮有一些情况是，在技术评审小组开始考虑第 8 轮申请时，第 7 轮中较大的相同疾病的申请还没有转为已签字的拨款项目。

16. 在这种情况下，技术评审小组的职权范围仅需要关注具有可持续性和影响的推荐申请。为了履行这项指令，在对相同计划进行进一步的资助批准推荐之前，技术评审小组需要当前相同疾病拨款项目所有的，或潜在所有的疾病影响。因此，技术评审小组不可能推荐一个对几个月都没有报告进展的当前计划进行延续、扩展或修订的申请。

17. 此外，技术评审小组继续要求和访问全球基金的拨款项目积分卡以及拨款项目绩效报告¹⁴，将其作为拨款项目绩效数据的主要来源。尽管在个体拨款项目级别上有用，但还是很难将这些文件用于获得对国家目标全面实现的整体观点。尤其是，相关的问题（例如变更主要收受人的原因，或一个拨款项目对另一个项目的附属性）还没有被确定。

18. 技术评审小组的推荐：

- i. **秘书处修改拨款项目绩效报告**，以便包含依赖性的数据，该报告包括以表格形式表达的其它相同疾病拨款项目从开始和结束日期的概述，以及最新的拨款项目绩效等级；以及
- ii. **在任何增加资助的申请中**（包括根据新政策进行的申请），**申请者在数量上和符合前期拨款项目的质量上，明确描述了他们相信能实现的目标，从而促进技术评审小组对后期**

¹⁴ **拨款项目积分卡**有固定的日期（在第 2 阶段中理事会决定对拨款项目进行资助的时间），**拨款项目绩效报告**是实时文件（由国家计划的资金审查人员准备，为了能在拨款项目生命周期中进行升级和保留，无论是在第 1 阶段还是第 2 阶段）。

申请的附加价值进行评估。

19. 在申请者将全球基金的投资与国家策略结合在一起，并且全球基金对此表示支持时，技术评审小组认为不应该提交可提供包含差距和优先权的多种申请，即使后期的申请并没有与前期申请重合。

20. 技术评审小组推荐一个更合理的方法，可以与国家计划周期紧密结合并与随后几年的优先权有关联。技术评审小组建议国家不定期考虑申请的准备情况，并在提交时，利用国家策略来描述（并要求资助）国家策略的缺口，以确保对疾病的全面响应。用于新资助的提交申请还应根据指标明确证明过去的绩效，该指标与新申请的范围有关，无论任命的主要收受人是否是一样的，或是其它情况。

绩效框架

21. 技术评审小组还发现很多当前的拨款项目绩效框架并不令人满意，在评审新申请时很难作为工具使用。很多指标在提供有用的拨款项目进程概述时，并不具有充足的优先性。时间期限、目标和结果也不容易被理解，无论是否对改善情况做出了努力，拨款项目绩效报告仍不完整。同样的，拨款项目积分卡（用于阶段 2 的评审），或资格积分卡（用于滚动延续渠道评审过程）中所报告的数据并不能一直说明技术评审小组相信有问题的拨款项目可以证明来自前期资助的影响。

22. 因为这是评估新申请所依据的另一个关键标准¹⁵，技术评审小组建议理事会可以要求秘书处制定额外的中立方式，来验证全球基金拨款项目管理周期中的关键阶段的进程。例如，技术评审小组或许有兴趣了解在提交用于扩大或延续资助的新申请之前在国内对前期拨款项目的进程进行中立评估。同样的，目前处于讨论中的新单一资助模式流中，阶段 2 的评审或重复进行的评审¹⁶将从中立的国家评估中获得收益。在完成对公众卫生的重新竞争过程和项目执行鉴定后，这种评估或许包括地区基金代理（LFA）。或许还包括本地机构（这些机构并不是直接包含在项目中）或来自地区内或地区外的国外代表团；或包括上述所有机构。

扩大和延续问题

23. 在第 8 轮中，以下情况日益增加：提交的申请实际上是对例如第 2，3 或 4 轮拨款项目的「延续」或「扩大」对相同疾病的申请。

24. 貌似提出「延续」申请的申请者主要有两种：或者不符合滚动延续渠道申请渠道资格，或者是要赶在滚动延续渠道（RCC）资格决议之前继续要求资助。执行计划活动是基于早期技术评审小组的推荐和理事会批准的申请。

25. 技术评审小组了解滚动延续渠道申请渠道的明确用处在于：允许受让人改变自身策略，以确保对他们国家环境下的相关疾病进行有效响应。这可通过滚动延续渠道的「范围变更」特点来实现。以相同的方式，如果基于轮次渠道的资助在实际上要求对不符合滚动延续渠道资格的前期拨款项目进行「延续资助」时，则这些资助要求应该明确说明对流行病数据的任何变更。如果数据未完成或不能使用，技术评审小组建议申请者延迟他们的资助要求，直到有证据可以证明资助要求。

26. 技术评审小组还提到了要求「扩大」当前全球基金拨款项目的计划活动的申请。也就是扩大接受服

¹⁵ 技术评审小组的职权范围需要（作为「灵活」评估的一部分）技术评审小组考虑申请者是否可以：「说明以前受国际捐赠人（包括全球基金）资助过的计划的成功执行情况，包括——如果适当的话——基金的支出和使用。（鉴于这一目的，技术评审小组将利用基金积分卡，基金实施报告，和全球基金资助计划的前期基金相关文件）。」

¹⁶ 参考第 18 届理事会会议上的政策和策略委员会的文件，以便描述这一可能的行动（GF/B18/4）。

务的人群数量，扩大接受服务的范围，以及/或扩大服务交付的地理范围。技术评审小组发现，很多申请者都知道提交这些明确与干预措施有关联的资助申请，却没有将资助和相关拨款项目的工作计划「结合」在一起。技术评审小组相信相同的主要收受人所使用的拨款项目方法可以对执行绩效产生影响，包括从执行中获得经验的能力，以及加强计划以实现改善的结果和成果的能力。

27. 技术评审小组建议申请者在可能的情况下，应要求将新申请中的活动与当前相同的疾病拨款项目进行正式的合并。这有利于申请者将全球基金资源作为单一资助流进行管理。也可以提高计划管理的效率，增进对于这一资助项目改善国家情况的了解和把握（包括在预防、治疗和护理方面，支持成果和影响目标）。

在申请中强化研究能力

28. 技术评审小组认为在相关申请中与运作/执行研究组成有关联的部分相对较弱，这是错失机会的主要原因。第 8 轮申请的水平和第 7 轮相比，并没有什么改善。在对三种疾病进行扩大成本效益的特别响应中，很多具有高效克服瓶颈好方法的领域还不被了解；一些申请包含运营研究活动，但是，这些通常被认为是没必要的附件，甚至并没有被作为计划的完整组成，这些计划可提高执行效率并产生可用于扩充的证据。

29. 技术评审小组预期能将运营/执行研究用于帮助国家强化他们对三种疾病的响应，而不是监测和评估受全球基金资助支持的干预措施。还应该对当前的瓶颈寻找系统的解决方案，并让国家了解不同于干预措施的效力，包括如何将不同的干预措施用于实现计划的结果和影响。

30. 正如在前期报告中所述，技术评审小组鼓励申请者提交注重现实的申请，这些申请旨在强化本地机构执行运营的能力，加强与他们计划中的所有目标紧密联系的卫生系统和公众卫生研究。

完成申请表、工作计划和预算材料

31. 第 8 轮向申请者提供的申请表经过了修订，与第 7 轮相比，使用的术语更加准确并降低了复杂程度。技术评审小组认为对于第 9 轮，理事会已经确定对申请表或申请指南不做任何变更，除非为使之更明晰对「第 9 轮重新提交」进行修订。技术评审小组对当前的申请材料非常支持。技术评审小组尤其支持秘书处的措施，该措施提供备选的预算模板，可供申请者使用。**技术评审小组建议在最大可能的情况下，将对申请材料进一步的修订应降到最低，从而减少申请者的复杂性。**

32. 正如上述第 4 部分的第 6 段所描述的（区别第 2B 类申请和第 3 类申请），很多申请者似乎仍在提交大量不合格的申请，其实这些失误都是可以避免的。对于第 9 轮，技术评审小组建议秘书处可以通过附加的「情况表」或其它合适的方法与潜在的申请者进行沟通：

- i. **目标、计划范围（服务交付领域，SDAs）、预算、单独的详细工作计划和「绩效框架」之间的一致性和逻辑性的基本要求。**技术评审小组已经确定了秘书处的「显着例证」，可为案例研究提供材料以便有助于沟通；以及
- ii. **对独立预算和工作计划的需求，**这样可确保活动无成本，并且重要的预执行事件（例如，为关键采购事件所做的计划）非常详细并与预计的结果、成果和影响时间有关联。

改善较弱的申请

33. 技术评审小组尤其关注十三个国家，这些国家在连续的轮次中未获得对相同疾病申请的资助推荐¹⁷。技术评审小组建议全球基金的合作伙伴制定一些特定国家策略，为这些国家提供技术援助，通过特殊的努力以确保未来提交申请以响应技术评审小组详细的第 8 轮反馈。技术评审小组还建议秘书处与这些国家共享「有效申请的案例」，正如在第 8 轮技术评审小组会议上支持技术评审小组的秘书处小组所确定的。这可以帮助申请者了解申请的所有方法，以及预算、工作计划和申请内容之中的目标、目的和计划范围（服务交付领域，SDAs）之间的一致性。

34. 还有一小部分国家的情况特别困难，这为拨款项目申请程序带来了日益增加的挑战。一些国家目前还存在冲突，还有一些国家面临着紧急人道主义情况，这些情况会动摇卫生护理交付系统，其中包括准备可强化他们国内艾滋病、肺结核和疟疾计划的申请的能力。技术评审小组还根据可加强全球基金模式的、以绩效为基础的资助框架，考虑了这些国家按时执行拨款项目的的能力。技术评审小组建议理事会考虑在紧急情况下获得资助的国家的职责，包括在全球基金的要求下，资助紧急人道主义响应是否失败，如果是，是否有备选的资助申请程序。

评估较大申请中的货币价值

35. 在第 8 轮中，两年上限的资助要求超过\$10,000 万美元的申请有十个。关于五年上限，有 27 种疾病申请的资助要求超过\$10,000 万美元。由于申请的评审日益复杂，技术评审小组主要关注对申请全面适当性的评审。理事会所确定的申请评审形式（一个技术评审小组会议包括 35 个技术评审小组成员，评审 170 多个申请需要两个多星期）所造成的时间限制不允许技术评审小组继续通过对详细预算的合理性进行逐条评审而支持预先批准的商议。技术评审小组建议在筛选过程中应保留独立财务专家的服务，以便进行预算评审，并作为所有在申请周期内超过\$10,000 万美元的疾病申请的技术评审小组会议上的投入。

36. 在一些情况下，技术评审小组发现评估包含在详细申请预算中的直接成本的适当性还存在着问题。这种评估的一个方面是需要对预算进行详细的分析，以了解哪些要素已经包含在直接成本条目中（例如，会计和行政管理的职位），这些条目还可以（或是）作为间接成本。技术评审小组预计到这一部分的挑战可以通过推荐进行确定。

37. 关于哪种类型的组织花费可以作为间接成本，技术评审小组从全球基金的理事会处所获得的有效指导较少。尤其是，技术评审小组或许可以发现这将有助于全球基金阐明来自政府的主要收受人其预算是否能包含对间接成本的支持，以及是否有用于相对富裕的国际盈利或非盈利组织进行运作的合理最高上限。

在防止艾滋病病毒母婴传播（PMTCT）服务的公共卫生护理交付环境下的婴儿喂养

38. 在第 8 轮中有很多艾滋病的资助要求对携带艾滋病病毒的母亲提供更多的免费母乳替代配方。在相关的情况下，建议通过公共卫生护理中心进行分配，尤其是在城区。在第 8 轮的会议上，技术评审小组获得了一系列有据可依的研究与合作伙伴指南。总的来说，这个材料证实此种策略在很多国家背景下都是不适合的。因此，第 8 轮申请中出现了很多情况：技术评审小组向理事会进行申请资助推荐的一部分要求是删除食品构成部分。此活动的资助部分不可能如此重要，以至于使整个艾滋病申请遭否决。

¹⁷ 一些国家在前期轮次中已经申请了五次以上，但还没有获得资助推荐。有些国家在进行了三或四次连续申请提交后还没有获得推荐。

39. 技术评审小组建议合作伙伴提供艾滋病计划管理者，并在适用替代配方情况下提供简短、明确的推荐。建议这个指南包括制定一个策略，该策略是关于在何种情况下能合理选择艾滋病呈阳性的母亲作为替代配方受益人。

多国申请

40. 在第 8 轮，技术评审小组并没有将已经评审过的五个有资格的多国申请向理事会进行资助推荐。技术评审小组发现，「地区组织」申请中的问题比「地区协辨机构」申请中的问题还多。在第 8 轮中再次出现的一个特殊问题是，国家申请内容似乎是因为其符合全球基金的资格要求而分为一组，而不是因为常见的流行病情况或基于地域的需求。这种作为不同于自然地域分组或次级地域分组而对特殊国家的选择会弱化提交申请的基本原理。

41. 技术评审小组建议理事会考虑修订其对多国家申请资格的要求，以确定当前的地区组织框架资格是否会对开展更多适当的跨国界和地区申请产生消极影响。

次国家级申请

42. 在第 8 轮，技术评审小组并没有将已经评审过的三个次国家级申请向理事会进行资助推荐。技术评审小组认为在合适的情况下，以次国家级提交申请有助于国家全面管理其对艾滋病、肺结核和/或疟疾的响应。若是这样，全球基金的申请指南可以确定这种情况。在第 8 轮中提交的三分之二的次国家级申请中，没有关于为何申请没有包含在国家协调委员会的全面国家申请中的可靠证据。此外，全球基金所需要的「CCM 批准」似乎没有对次国家级申请者所提交申请的价值进行分析，或是对潜在的响应进行分析。

43. 技术评审小组建议秘书处为未来轮次制定有关次国家级申请者与相关的国家协调委员会应该遵循的程序和标准的附加指导，并在申请筛选时提供明确证明。

在联营资助机制内所提交的申请

44. 技术评审小组认可全球基金对一致性的关注观点。从当前对资助架构的评审中，可以预计，在国家如何将其国家策略提供给全球基金将会有重要的变更。在全球基金有关采用何种形式的新架构中尤其重要的是，全球基金有可能会需要有关[如何分配到公共筹资机构](#)的介绍。

申请中的性别问题

45. 在第 8 轮的申请指南中，秘书处附加了很多信息以鼓励申请者开展他们关于男性和女性、男孩和女孩、以及同性恋者的不同需求¹⁸。通过此报告的前面部分的新「情况表」系列，可提供更多明晰的信息。

46. 技术评审小组很欣慰在有限的环境下可以看到在普通（例如，根据年龄和性别划分风险人群以获得肺结核计划）和集中的流行病环境下（例如，包括作为目标人群的商业性工作者的客户和性伙伴）中的完善的性别分析。

¹⁸ 此处的「同性恋者」包括将自己作为同性恋者、双性人、换性者或女性同性恋者的人群。

47. 但是，与第 7 轮一样，技术评审小组失望地发现提交给全球基金以获得支持（尤其是艾滋病申请）的大部分申请都没有包含对于所介绍的特殊群体是否获得和/或接受预防、治疗和/或护理服务以及与特定国家背景有关的支持服务等讨论。可以肯定的是，在第 8 轮中申请的艾滋病干预措施类别比第 7 轮要多。

48. 理事会决定在第 9 轮中仍然采用第 8 轮的申请表和指南时，技术评审小组建议秘书处多准备一些第 8 轮中所介绍关注性别的申请之案例研究，并将这些案例研究分配给合作伙伴，这些合作伙伴为准备第 9 轮申请的申请者提供技术支持。

强化卫生系统

49. 总的来说，技术评审小组希望包括「HSS 要求」部分，以便能确定与国家工作有关的更多的卫生部门，从而实现艾滋病、肺结核和/或疟疾以及更多卫生系统的结果。在此报告附录 5 的第 3 部分列出了 45 个 HSS 要求中申请者对提议的干预措施之范围、类型和数量的详细分析。

50. 根据第 8 轮申请评审经验：

i. 从程序观点

- a. 在申请表中用于描述卫生部门的需求和挑战，以及说明合理一致性响应的可用空间不够；以及
- b. 作为相同申请的特定部分的 HSS 要求需要花费技术评审小组更多的时间进行评审。这就造成技术评审小组要有效评审「219」（不是 174）个资助要求。这对于技术评审小组在使用很少的、但有助于技术评审小组考虑要求的全面适当性的「工具」情况下，时间压力会非常大；以及

ii. 更重要的：

- a. 尽管已经收到邀请，但很少有国家通过参考最近对卫生系统的限制和差距所进行的国家评审而确定他们的 HSS 需求，这些限制和差距是实现结果的瓶颈；
- b. 最近 WHO 和全球基金引入了涉及到申请指南的 WHO 「构建模块」框架，并将其作为解释 HSS 需求的可能框架；以及
- c. 很少有国家提到的干预措施是关注通过综合响应而改善卫生系统的公平性和效率。

51. 将这些因素结合在一起，申请表或许不能为国家开展响应复杂卫生系统限制所需要的跨学科干预措施提供支持，申请表关注的是作为全部框架的「构建模块」。增加申请表的长度和复杂性并不是打动技术评审小组的合适的解决方案。随着时间的过去，这样会造成申请质量和计划执行之间有差距变大的危险。也没有建议将 WHO 的「构建模块」框架作为参考而进行完全的分配。相反地，在附录 5 的第 3 部分中也指出，作为国际级别分析框架的「构建模块」为资助合作伙伴提供公平的机会。而技术评审小组建议理事会反映出在全球基金拨款项目申请和评审过程中如何获得日益复杂的计划、他们的可行性报告、他们的系统限制和绩效，并在其它的新政策活动引入合适的修订版本。尤其是，技术评审小组建议全球基金考虑继续与 WHO 和其它强化卫生系统工作的组织（例如，世界银行，其它多边

或双边机构和/或大学)保持对话,对话内容是关于对框架提供更多实际的关注,以便帮助国家为特定疾病计划限制制定跨学科的响应。建议这种框架对国家优先响应有更多的关注,这个优先响应注重的是更多结果和影响而不是关注投资和产出。相信这个注重全球基金支持影响/结果的框架可以为实现这些措施而交付更有利的绩效,并改善公平性和效率。

52. 在第 8 轮(以及在前期轮次)中提交的很多申请都寻求对每个人和/或每个卫生专家的薪水支持,这在国家人力资源开发策略或其它财务计划框架中并不是以薪水框架为基础。国家以及资助资源之间所存在的潜在偏差的情况很多。作为上述推荐评审的一部分,或通过前期的程序,技术评审小组建议理事会考虑对国家和技术评审小组有关薪水支持框架的指导规定,全球基金对此可提供足够的支持。建议这个框架应关注可激励卫生工作人员保持创新工作方式,而不是关注在特定国家环境下已经超出很多的薪资水平。

53. 若 HSS 要求未获得资助推荐,但「疾病特定部分」获得资助推荐,则技术评审小组建议国家检查 TRP 评审表(在「宿主病」表格中包含的对 HSS 要求的注释)并确定是否(如果是,则何时)在随后的轮次中提交修订的支持请求,这需要符合全球基金当前对 HSS 跨学科干预措施的资助情况,从而改善三种疾病的结果。

技术评审小组的问题

54. 利用此报告后面第 6 部分所列出的材料,技术评审小组建议:

- i. 理事会批准技术评审小组选择第二位副主席的决定,这样可促进更广泛地共享技术评审小组的领导职责,并改变技术评审小组的职权范围;
- ii. 在 2008 年 12 月底之前,技术评审小组将对秘书处关于每年对大约 190 个独立申请进行两次评审的建议进行考虑。策略或许包括更长的技术评审小组会议;举行研讨会的间隔更有规律,参加技术评审小组会议的一部分成员停留的时间更长,或结合这些和其它因素。技术评审小组认为这对于秘书处和技术评审小组具有预算意义,尽管已经申明这种变更是必要的;以及
- iii. 自 2009 年开始,秘书处评审和调整技术评审小组的酬金结构,并考虑自第 4 轮起的附加工作范围以及这四年中一直没有变化的酬金兑换率的损失(也作为潜在计划外的预算)。

1. 附录 6 提供了作为第 8 轮技术评审小组成员的人员的详细信息（在全球基金外部网站上有所有成员的简历）。
2. 其中注明：
 - i. 34%（n=12）的人员都是首次担任全球基金技术评审小组的成员。
 - ii. 这些人员中的三位曾经（并继续）作为 GAVI 卫生系统强化独立评审委员会（GAVI HSS IRC）的成员。全球基金利用这一专业技术以提高与 GAVI 在卫生系统问题上的合作。技术评审小组认可这种方式并向理事会推荐全球基金技术评审小组与 GAVI 的共同成员。
 - iii. 2008 年 5 月，理事会决定为了第 9 轮，延长相关人员的任职期限。目前，技术评审小组成员的最大任职期限为五个轮次，主席或副主席的最大任职期限为七个轮次¹⁹。若没有这项决议，技术评审小组中的六名成员将不能再为第 9 轮服务，因为他们的「技术评审小组常任成员」（在技术评审小组的职权范围里有定义）的期限已经到期。
 - iv. 在第 9 轮的申请评审过程，将最少有 8 位（最多可能为 12 位）候选人可以填补空缺。在下列第 5 段中列出了有关此问题的更多讨论；以及
 - v. 由于技术评审小组在申请评审会议上的任务日益增加：参加理事会和委员会的会议；以及在新政策启动时参加讨论以及临时工作小组和/或委员会的会议，技术评审小组认为应该选择第二位副主席，Bola Oyeledun（伯拉·奥叶里杜）（跨学科专家，擅长卫生系统）。在以下第 9 段中将进一步进行讨论。

管理潜在的利益冲突

3. 技术评审小组在未忽略国家背景的情况下，通过应用全球基金有关管理潜在利益冲突的政策²⁰，保持合理的客观性标准。技术评审小组内部使用的原则包括：
 - i. 处于评审中的国家或国家公民不得评审或参与该国家申请的小组或全体讨论；
 - ii. 与国家有很多私人或专业方面联系的评审者也不能参与评审；以及
 - iii. 如果评审者的组织被任命为主要收受人（Principal Recipient, PR）或重要的次级收受人，则评审者不能参与该国家疾病申请的评审或全体讨论。
4. 这项政策可避免技术评审小组成员有机会对自己国家的申请进行资助推荐，或将他们个人的观点加入到申请评审过程中。

第 9 轮技术评审小组成员

¹⁹ 请参考理事会名为「启动第 9 轮」的决议，GF/EDP/08/07（2008 年 6 月 2 日）

²⁰ 请参考名为「利益冲突和道德规范」的文件（GF/B5/2）

5. 与前期轮次相同，技术评审小组的管理层（主席和副主席）将在理事会在即将到来的第十八届会议上做出决议后，讨论第 9 轮所需要的所有技巧。

6. 在过渡期，技术评审小组了解到在第 8 轮技术评审小组会议结束后的第 10 届会议上，资格审查委员会要求秘书处发布额外的征求技术评审小组成员的公告以填补第 9 轮中五个跨学科成员的职业。技术评审小组将在技术评审小组成员的过渡期向资格审查委员会推荐成员和技术差距。

技术评审小组评审的复杂性日益增加

7. 对于所有技术评审小组成员，都保留有为全球基金服务以提供更多额外资源的特权，从而为国家有效响应三种疾病的出现和威胁而提供支持。为了支持这个目标，技术评审小组的职责在近年来有所增加。鉴于已对包括全球基金在国际卫生合作组织中的职责等进行了政策讨论，简化了对国家策略进行资助的程序，以及有望推出用于治疗疟疾的廉价医疗设备，预计技术评审小组和秘书处还会在更多方面加强合作。

8. 技术评审小组已经考虑（并重新考虑）了每个小组中所需要的技术评审小组成员的最佳人数，这样可确保在技术评审小组全体会议上陈述之前已经进行了深入、有力的讨论。通过经验可证明最佳人数应是两位疾病专家和两个跨学科人员。根据目前的机制和酬金结构，在滚动延续渠道申请的评审过程、作为基于轮次申请一部分的 HSS 要求、以及对阶段 2 和修订申请的其它临时评审过程中，技术评审小组将尽可能花费更多时间进行评审。这样做的同时，不必引入多种年度资助介绍。

9. 理事会在其决议中鼓励在第 9 轮重新进行提交，技术评审小组做了大量工作，对其发送给每位申请者的「TRP 评审表」中的资助推荐的原因作出了明确的解释。若技术评审小组将申请推荐为「第 3 类」（不推荐资助），将会在第 8 轮申请中提供详细的实例。

10. 重要的是，技术评审小组提出在第 9 轮中将会评审任何第 8 轮中获得「第 3 类」推荐的疾病申请的**全部内容**，而不是对疾病申请的修订部分。这是因为技术评审小组相信评审疾病申请的全面策略和逻辑性是合理的，而不是以目标为基础进行评审。



Investing in our future

The Global Fund

To Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria

第十八届理事会会议
印度，新德里，2008年11月7日至8日**Annex 2**
Revision 2
GF/B18/10**List of Round 8 eligible Per-Disease Proposals reviewed by the Technical Review Panel
(Classified by the 'Category' in which they are recommended to the Board)**

No.	Source	Country	WB Income classification	WHO Region	Global Fund cluster	Disease	Phase 1 Upper ceiling (2 Years)	Lifetime Upper ceiling (Up to 5 years)
CATEGORY 1 PROPOSALS								
1	CCM	Afghanistan	Low	EMRO	SWA	Tuberculosis	€ 7,394,272	€ 22,669,094
2	CCM	Armenia	Lower-middle	EURO	EECA	Tuberculosis	€ 2,006,371	€ 6,205,708
3	CCM	Belarus	Lower-middle	EURO	EECA	HIV, incl. CCHSS	€ 11,120,812	€ 25,389,385
4	CCM	Gabon	Upper-middle	AFRO	WCA	HIV	€ 6,879,029	€ 17,006,207
5	CCM	Mauritius	Upper-middle	AFRO	EA	HIV	€ 4,052,662	€ 7,890,632
6	CCM	Moldova	Lower-middle	EURO	EECA	Tuberculosis	€ 5,281,042	€ 13,322,904
7	Non-CCM	West Bank and Gaza	Lower-middle	EMRO	MENA	Tuberculosis	€ 972,386	€ 2,152,074
8	CCM	Peru	Lower-middle	AMRO	LAC	Tuberculosis	€ 11,484,622	€ 22,229,143
Sub-Total: Category 1 Proposals in EURO							€ 49,191,196	€ 116,865,147
9	CCM	Ethiopia	Low	AFRO	EA	Malaria, incl. CCHSS	\$148,412,502	\$291,064,713
10	CCM	Indonesia	Lower-middle	SEARO	EAP	HIV	\$45,384,545	\$130,653,560
11	CCM	Indonesia	Lower-middle	SEARO	EAP	Tuberculosis	\$28,106,251	\$93,001,059
12	CCM	Mauritania	Low	AFRO	MENA	HIV, CCHSS only	\$2,772,376	\$3,942,505
13	CCM	Sao Tome and Principe	Low	AFRO	WCA	Tuberculosis	\$1,132,914	\$2,608,818
14	CCM	Swaziland	Lower-middle	AFRO	SA	Malaria	\$5,637,713	\$13,880,938
15	CCM	Thailand	Lower-middle	SEARO	EAP	Tuberculosis	\$12,420,804	\$30,547,583
16	CCM	Zambia	Low	AFRO	SA	HIV, incl. CCHSS	\$144,079,863	\$307,273,164
Sub-Total: Category 1 Proposals in USD							\$387,946,968	\$872,972,340
Total: Category 1 Proposals in USD Equivalent							\$451,583,703	\$1,024,156,230

* Proposals are grouped by the category in which they are recommended for funding by the TRP and by the original currency in which they have applied for fund (first – applications in EURO, second – applications in USD). Category 2B proposals are also ranked by composite index in line with the policy on prioritization in resource constrained environments (GF/B8/2).

* For the disease proposals which included the cross-cutting Health Systems Strengthening (CCHSS) interventions as a distinct part of that proposal (s.4B), in the disease column it is indicated whether the recommended category applies to the both parts, disease specific and CCHSS or only one part of the proposal in line with the Board Decision (GF/B16/DP10)

No.	Source	Country	WB Income classification	WHO Region	Global Fund cluster	Disease	Phase 1 Upper ceiling (2 Years)	Lifetime Upper ceiling (Up to 5 years)	Poverty	Disease burden	Composite Index
CATEGORY 2 PROPOSALS											
Proposals with Composite Index 8											
17	CCM	Burkina Faso	Low	AFRO	WCA	Malaria	€ 53,120,303	€ 63,203,438	4	4	8
18	CCM	Central African Republic	Low	AFRO	WCA	Malaria	€ 10,871,833	€ 30,971,995	4	4	8
19	CCM	Chad	Low	AFRO	MENA	HIV	€ 29,702,927	€ 63,244,477	4	4	8
20	CCM	Côte d'Ivoire	Low	AFRO	WCA	Malaria	€ 139,365,869	€ 180,298,316	4	4	8
21	CCM	Mali	Low	AFRO	MENA	HIV, disease part only	€ 40,526,846	€ 126,634,447	4	4	8
22	CCM	Tajikistan	Low	EURO	EECA	HIV	€ 13,264,761	€ 34,578,129	4	4	8
23	CCM	Togo	Low	AFRO	WCA	HIV	€ 31,775,839	€ 81,340,190	4	4	8
Proposals with Composite Index 8 in EURO							€ 318,628,378	€ 580,270,992			
24	CCM	Bangladesh	Low	SEARO	SWA	TB, incl. CCHSS	\$ 5,627,763	\$ 77,430,875	4	4	8
25	CCM	Democratic Republic of Congo	Low	AFRO	EA	HIV	\$ 79,225,696	\$ 262,911,091	4	4	8
26	CCM	Democratic Republic of Congo	Low	AFRO	EA	Malaria	\$ 153,997,553	\$ 393,102,357	4	4	8
27	CCM	Eritrea	Low	AFRO	EA	HIV, disease part only	\$ 17,071,740	\$ 45,135,676	4	4	8
28	CCM	Ghana	Low	AFRO	WCA	HIV	\$ 51,498,200	\$ 99,858,800	4	4	8
29	CCM	Ghana	Low	AFRO	WCA	Malaria, disease part only	\$ 39,639,118	\$ 158,030,372	4	4	8
30	CCM	Lao People's Democratic Republic	Low	WPRO	EAP	HIV, incl. CCHSS	\$ 9,114,326	\$ 24,569,609	4	4	8
31	CCM	Liberia	Low	AFRO	WCA	HIV, incl. CCHSS	\$ 20,199,587	\$ 78,235,151	4	4	8
32	CCM	Mozambique	Low	AFRO	SA	HIV, CCHSS only	\$ 13,177,452	\$ 34,874,346	4	4	8
33	CCM	Nigeria	Low	AFRO	WCA	HIV, CCHSS only	\$ 75,055,363	\$ 178,030,052	4	4	8
34	CCM	Pakistan	Low	EMRO	SWA	Tuberculosis	\$ 9,810,559	\$ 26,682,133	4	4	8
35	CCM	United Republic of Tanzania	Low	AFRO	EA	HIV, disease part only	\$ 145,848,085	\$ 598,106,619	4	4	8
36	CCM	Vietnam	Low	WPRO	EAP	HIV	\$ 14,577,204	\$ 48,693,061	4	4	8
37	CCM	Zimbabwe	Low	AFRO	SA	HIV	\$ 86,821,730	\$ 296,752,070	4	4	8
Proposals with Composite Index 8 in USD							\$ 721,664,376	\$ 2,322,412,212			
Sub-Total: Proposals with Composite Index 8 in USD Equivalent							\$ 1,133,861,501	\$ 3,073,086,199			
Sub-Total Category 1 and 2 Proposals with Composite Index 8 in USD Equivalent							\$ 1,585,445,204	\$ 4,097,242,429			
Proposals with Composite Index 6											
38	CCM	Armenia	Lower-middle	EURO	EECA	HIV, CCHSS only	€ 1,466,930	€ 2,062,995	2	4	6
39	CCM	China	Lower-middle	WPRO	EAP	HIV	€ 15,747,191	€ 44,128,188	2	4	6
40	CCM	Paraguay	Lower-middle	AMRO	LAC	HIV, disease part only	€ 4,765,763	€ 13,314,074	2	4	6
Proposals with Composite Index 6 in EURO							€ 21,979,884	€ 59,505,257			
41	CCM	Guyana	Lower-middle	AMRO	LAC	HIV, CCHSS only	\$ 4,637,491	\$ 10,094,303	2	4	6
42	CCM	Lesotho	Lower-middle	AFRO	SA	HIV, incl. CCHSS	\$ 39,773,696	\$ 103,429,628	2	4	6
43	CCM	Swaziland	Lower-middle	AFRO	SA	HIV, CCHSS only	\$ 8,180,726	\$ 15,136,442	2	4	6
44	CCM	Swaziland	Lower-middle	AFRO	SA	Tuberculosis	\$ 4,785,540	\$ 11,839,346	2	4	6
45	CCM	Thailand	Lower-middle	SEARO	EAP	HIV	\$ 38,254,259	\$ 106,123,200	2	4	6
Proposals with Composite Index 6 in USD							\$ 95,631,712	\$ 246,622,919			
Sub-Total: Proposals with Composite Index 6 in USD Equivalent							\$ 124,066,232	\$ 323,602,552.89			
Sub-Total Category 1 and 2 Proposals with Composite Indexes 8 and 6 in USD Equivalent							\$ 1,709,511,436	\$ 4,420,844,982			

No.	Source	Country	WB Income classification	WHO Region	Global Fund cluster	Disease	Phase 1 Upper ceiling (2 Years)	Lifetime Upper ceiling (Up to 5 years)	Poverty	Disease burden	Composite Index
Proposals with Composite Index 5											
46	CCM	Comoros	Low	AFRO	EA	Malaria, disease part only	€ 5,280,932	€ 11,788,954	4	1	5
47	CCM	Democratic People's Republic of Korea	Low	SEARO	EAP	Malaria	€ 9,542,511	€ 18,348,551	4	1	5
48	CCM	Gambia	Low	AFRO	WCA	HIV, incl. CCHSS	€ 15,250,763	€ 36,582,801	4	1	5
49	CCM	Guinea-Bissau	Low	AFRO	WCA	Tuberculosis, CCHSS only	€ 595,684	€ 1,286,514	4	1	5
50	CCM	Tajikistan	Low	EURO	EECA	Malaria	€ 5,224,796	€ 9,615,246	4	1	5
51	CCM	Tajikistan	Low	EURO	EECA	Tuberculosis, incl. CCHSS	€ 9,840,404	€ 17,534,572	4	1	5
52	CCM	Zanzibar	Low	AFRO	EA	Malaria, incl. CCHSS	€ 5,648,340	€ 12,355,905	4	1	5
Proposals with Composite Index 5 in EURO							€51,383,430	€107,512,543			
53	CCM	Kyrgyz Republic	Low	EURO	EECA	Malaria	\$4,530,888	\$8,788,180	4	1	5
54	CCM	Madagascar	Low	AFRO	EA	HIV	\$11,768,300	\$36,037,600	4	1	5
55	CCM	Papua New Guinea	Low	WPRO	EAP	Malaria	\$70,139,822	\$152,252,244	4	1	5
56	CCM	Rwanda	Low	AFRO	EA	Malaria, disease part only	\$58,567,001	\$138,469,243	4	1	5
57	Non-CCM	Somalia	Low	EMRO	MENA	HIV, incl. CCHSS	\$25,669,049	\$60,261,684	4	1	5
58	CCM	United Republic of Tanzania	Low	AFRO	EA	Malaria	\$111,586,404	\$113,335,025	4	1	5
59	CCM	Zimbabwe	Low	AFRO	SA	Malaria, incl. CCHSS	\$70,994,472	\$141,316,927	4	1	5
Proposals with Composite Index 5 in USD							\$353,255,936	\$650,460,903			
Sub-Total: Proposals with Composite Index 5 in USD Equivalent							\$419,728,679	\$789,545,693			
Sub-Total Category 1 and 2 Proposals with Composite Indexes 8, 6 and 5 in USD Equivalent							\$2,129,240,115	\$5,210,390,675			
Proposals with Composite Index 3											
60	CCM	Brazil	Lower-middle	AMRO	LAC	Malaria	€ 20,659,117	€ 42,023,909	2	1	3
61	CCM	Colombia	Lower-middle	AMRO	LAC	Malaria	€ 16,997,092	€ 32,262,166	2	1	3
62	CCM	Serbia	Lower-middle	EURO	EECA	HIV	€ 3,766,988	€ 12,406,231	2	1	3
Proposals with Composite Index 3 in EURO							€41,423,197	€86,692,306			
63	CCM	Cape Verde	Lower-middle	AFRO	WCA	HIV	\$5,321,184	\$12,578,727	2	1	3
64	CCM	Dominican Republic	Lower-middle	AMRO	LAC	Malaria	\$4,492,517	\$8,703,257	2	1	3
65	CCM	Ecuador	Lower-middle	AMRO	LAC	Malaria	\$8,374,965	\$15,108,812	2	1	3
66	CCM	Indonesia	Lower-middle	SEARO	EAP	Malaria	\$73,453,889	\$120,092,536	2	1	3
67	CCM	Nicaragua	Lower-middle	AMRO	LAC	HIV	\$31,385,337	\$65,390,510	2	1	3
Proposals with Composite Index 3 in USD							\$123,027,892	\$221,873,842			
Sub-Total: Proposals with Composite Index 3 in USD Equivalent							\$176,615,469	\$334,024,303			
Total Category 2 Proposals in USD Equivalent							\$1,854,271,881	\$4,520,258,748			
Sub-Total: Category 1 and 2 Proposals Recommended for Funding in USD Equivalent							\$2,305,855,584	\$5,544,414,978			

No.	Source	Country	WB Income classification	WHO Region	Global Fund cluster	Disease	Phase 1 Upper ceiling (2 Years)	Lifetime Upper ceiling (Up to 5 years)	Prioritization Criteria		
CATEGORY 2B PROPOSALS									Poverty	Disease burden	Composite Index
Proposals with Composite Index 8											
68	CCM	Burkina Faso	Low	AFRO	WCA	Tuberculosis, incl. CCHSS	€ 12,045,997	€ 27,167,685	4	4	8
69	CCM	Chad	Low	AFRO	MENA	Tuberculosis	€ 3,427,453	€ 5,385,007	4	4	8
Proposals with Composite Index 8 in EURO							€ 15,473,450	€ 32,552,692			
70	CCM	Burundi	Low	AFRO	EA	HIV	\$41,315,145	\$159,105,087	4	4	8
71	CCM	Nigeria	Low	AFRO	WCA	Malaria	\$334,351,033	\$599,810,494	4	4	8
72	CCM	Sudan, Northern Sector	Low	EMRO	MENA	Tuberculosis, incl CCHSS	\$17,979,663	\$58,048,795	4	4	8
73	CCM	Zimbabwe	Low	AFRO	SA	Tuberculosis	\$29,538,652	\$58,298,297	4	4	8
Proposals with Composite Index 8 in USD							\$423,184,493	\$875,262,673			
Sub-Total:Proposals with Composite Index 8 in USD Equivalent							\$443,201,893	\$917,374,823			
Sub-Total Category 1, 2 and 2B with Composite Index 8 Proposals in USD Equivalent							\$2,749,057,477	\$6,461,789,801			
Proposals with Composite Index 6									Poverty	Disease burden	Composite Index
74	CCM	China	Lower-middle	WPRO	EAP	Tuberculosis	€ 24,012,517	€ 87,664,363	2	4	6
75	CCM	Congo (Republic of)	Lower-middle	AFRO	WCA	Malaria	€ 25,465,537	€ 54,135,175	2	4	6
76	CCM	Congo (Republic of)	Lower-middle	AFRO	WCA	Tuberculosis	€ 2,303,089	€ 5,005,041	2	4	6
77	CCM	Moldova	Lower-middle	EURO	EECA	HIV	€ 8,606,392	€ 16,723,816	2	4	6
Proposals with Composite Index 6 in EURO							€ 60,387,535	€ 163,528,395			
78	CCM	Iran	Lower-middle	EMRO	SWA	HIV	\$10,328,021	\$32,354,404	2	4	6
79	CCM	Lesotho	Lower-middle	AFRO	SA	Tuberculosis	\$10,967,381	\$28,083,618	2	4	6
Proposals with Composite Index 6 in USD							\$21,295,402	\$60,438,022			
Sub-Total:Proposals with Composite Index 6 in USD Equivalent							\$99,416,405	\$271,988,339			
Sub-Total Category 1, 2 and 2B with Composite Indexes 8 and 6 Proposals in USD Equivalent							\$2,848,473,881	\$6,733,778,140			
Proposals with Composite Index 5									Poverty	Disease burden	Composite Index
80	CCM	Afghanistan	Low	EMRO	SWA	Malaria, incl CCHSS	€ 30,075,545	€ 55,397,259	4	1	5
81	CCM	Democratic People's Republic of Korea	Low	SEARO	EAP	Tuberculosis	€ 17,686,423	€ 47,102,407	4	1	5
Proposals with Composite Index 5 in EURO							€ 47,761,968	€ 102,499,666			
82	CCM	Haiti	Low	AMRO	LAC	Malaria	\$33,402,457	\$50,046,179	4	1	5
83	CCM	Madagascar	Low	AFRO	EA	Tuberculosis	\$8,987,239	\$22,797,620	4	1	5
84	CCM	Solomon Islands	Low	WPRO	EAP	HIV CCHSS only	\$845,725	\$1,686,884	4	1	5
85	CCM	Solomon Islands	Low	WPRO	EAP	Tuberculosis	\$3,608,714	\$7,334,716	4	1	5
86	CCM	Uzbekistan	Low	EURO	EECA	Malaria	\$2,789,923	\$6,144,821	4	1	5
87	CCM	Uzbekistan	Low	EURO	EECA	Tuberculosis	\$13,881,631	\$56,124,183	4	1	5
Proposals with Composite Index 5 in USD							\$63,515,689	\$144,134,403			
Sub-Total:Proposals with Composite Index 5 in USD Equivalent							\$125,303,487	\$276,734,230			
Sub-Total Category 1, 2 and 2B with Composite Indexes 8, 6 and 5 Proposals in USD Equivalent							\$2,973,777,368	\$7,010,512,370			

No.	Source	Country	WB Income classification	WHO Region	Global Fund cluster	Disease	Phase 1 Upper ceiling (2 Years)	Lifetime Upper ceiling (Up to 5 years)	Poverty	Disease burden	Composite Index
Proposals with Composite Index 3											
88	CCM	Bulgaria	Lower-middle	EURO	EECA	Tuberculosis	€ 3,661,435	€ 10,527,766	2	1	3
Proposals with Composite Index 3 in EURO							€ 3,661,435	€ 10,527,766			
89	CCM	Bolivia	Lower-middle	AMRO	LAC	Malaria	\$6,744,407	\$15,578,630	2	1	3
90	CCM	Fiji	Lower-middle	WPRO	EAP	Tuberculosis, incl CCHSS	\$4,789,119	\$9,929,474	2	1	3
91	CCM	Guyana	Lower-middle	AMRO	LAC	Tuberculosis	\$3,087,615	\$7,125,899	2	1	3
92	CCM	Kazakhstan	Lower-middle	EURO	EECA	Tuberculosis	\$37,557,518	\$69,880,919	2	1	3
93	CCM	Sri Lanka	Lower-middle	SEARO	SWA	Malaria	\$24,040,444	\$40,915,151	2	1	3
94	CCM	Tunisia	Lower-middle	EMRO	MENA	Tuberculosis	\$4,400,014	\$7,560,548	2	1	3
Proposals with Composite Index 3 in USD							\$80,619,117	\$150,990,621			
Sub-Total: Proposals with Composite Index 3 in USD Equivalent							\$85,355,773	\$164,609,982			
Total Category 2B Proposals in USD Equivalent							\$753,277,557	\$1,630,707,374			
Grand Total: Proposals Recommended for Funding in USD Equivalent							\$3,059,133,141	\$7,175,122,352			

Prioritization among the proposals recommended by the TRP in category 2B is done in accordance with the Board approved policy on Prioritization in Resource Constrained Environments (GF/B8/2). In line with this policy the composite index (poverty and disease burden) is calculated on the following basis:

Criteria	Indicator	Value	Score
Disease burden	Eligibility criteria for proposals from Upper-Middle Income countries (applied to all proposals)	"Very high"	4
		Not "very high"	1
Poverty	World Bank classification	Low Income	4
		Lower-Middle Income	2
		Upper-Middle Income	0

According with Guidelines for Round 8 Proposals a high national disease burden is defined for each disease on the following basis:

- * HIV/AIDS: HIV prevalence in 15-49 years = to or > 1% and HIV prevalence is equal or more than 5 % in at least one identified vulnerable population (Source: 2008 Report on Global AIDS epidemic)
- * TB: WHO list of 22 high burden countries (Source: Global Tuberculosis control: surveillance, planning, financing, WHO Report 2008) and WHO list of the 41 countries that account for 97% of estimated burden of new tuberculosis cases attributable to HIV/AIDS
- * More than 1 death per 1000 people per year due to malaria - estimates (Source: World Malaria Report 2008)

Round 8 Income level classification is based on World Bank income classification, taking into account 'one year grace period' as decided at the 16th Board meeting

No.	Source	Country	WB Income classification	WHO Region	Global Fund cluster	Disease	Phase 1 Upper ceiling (2 Years)	Lifetime Upper ceiling (Up to 5 years)
PARTS OF CATEGORY 1, 2 OR 2B PROPOSALS NOT RECOMMENDED FOR FUNDING (Refer to Part 4 of the covering report to this Annex, at paragraphs 12 - 14)								
Ref.17	CCM	Armenia	Lower-middle	EURO	EECA	HIV part	€ 2,394,212	€ 6,257,962
Ref.24	CCM	Comoros	Low	AFRO	WCA	Malaria, CCHSS part	€ 1,061,171	€ 2,834,024
Ref.28	CCM	Guinea Bissau	Low	AFRO	WCA	Tuberculosis part	€ 7,818,909	€ 21,213,426
Ref.29	CCM	Mali	Low	AFRO	MENA	HIV, CCHSS part	€ 21,852,585	€ 49,979,708
Ref.30	CCM	Paraguay	Lower-middle	AMRO	LAC	HIV, CCHSS part	€ 1,514,597	€ 3,267,216
Sub-Total: Parts of Category 1, 2 or 2B Proposals not recommended for funding in EURO							€34,641,474	€83,552,336
Ref.43	CCM	Eritrea	Low	AFRO	EA	HIV, CCHSS part	\$6,087,808	\$14,939,526
Ref.45	CCM	Ghana	Low	AFRO	WCA	Malaria, CCHSS part	\$4,462,500	\$13,420,570
Ref.46	CCM	Guyana	Lower-middle	AMRO	LAC	HIV part	\$6,005,402	\$18,370,517
Ref.12	CCM	Mauritania	Low	AFRO	MENA	HIV part	\$9,367,617	\$22,266,256
Ref.53	CCM	Mozambique	Low	AFRO	SA	HIV part	\$39,073,131	\$170,770,762
Ref.55	CCM	Nigeria	Low	AFRO	WCA	HIV part	\$293,867,577	\$831,612,641
Ref.58	CCM	Rwanda	Low	AFRO	EA	Malaria, CCHSS part	\$33,702,875	\$48,541,601
Ref.87	CCM	Solomon Islands	Low	WPRO	EAP	HIV part	\$4,570,062	\$10,472,323
Ref.60	CCM	Swaziland	Lower-middle	AFRO	SA	HIV part	\$49,055,285	\$90,214,010
Ref.63	CCM	United Republic of Tanzania	Low	AFRO	EA	HIV, CCHSS part	\$65,422,207	\$96,794,019
Sub-Total: Parts of Category 1, 2 or 2B Proposals not recommended for funding in USD							\$511,614,464	\$1,317,402,225
Total: Parts of Category 1, 2 or 2B Proposals not recommended for funding in USD Equivalent							\$556,428,790	\$1,425,490,629

在第 8 轮中未获得资助推荐的申请:

No.	Source	Country	WB Income classification	WHO Region	Global Fund cluster	Disease	Phase 1 Upper ceiling (2 Years)	Lifetime Upper ceiling (Up to 5 years)
CATEGORY 3 PROPOSALS								
95	CCM	Belarus	Lower-middle	EURO	EECA	Tuberculosis	€ 14,254,281	€ 31,226,265
96	CCM	Benin	Low	AFRO	WCA	Malaria	€ 26,909,499	€ 26,909,499
97	CCM	Benin	Low	AFRO	WCA	Tuberculosis	€ 3,556,947	€ 6,658,804
98	CCM	Bosnia Herzegovia	Lower-middle	EURO	EECA	HIV	€ 12,336,077	€ 29,441,571
99	CCM	Bosnia Herzegovia	Lower-middle	EURO	EECA	Tuberculosis	€ 5,722,028	€ 9,796,973
100	CCM	Brazil	Lower-middle	AMRO	LAC	HIV	€ 9,372,000	€ 30,000,000
101	CCM	Brazil	Lower-middle	AMRO	LAC	Tuberculosis	€ 40,191,174	€ 80,560,970
102	CCM	Burkina Faso	Low	AFRO	WCA	HIV	€ 24,844,539	€ 48,473,676
103	CCM	Cameroon	Lower-middle	AFRO	WCA	HIV	€ 28,961,003	€ 66,797,527
104	CCM	Cameroon	Lower-middle	AFRO	WCA	Tuberculosis	€ 7,015,400	€ 13,782,656
105	CCM	Central African Republic	Low	AFRO	WCA	Tuberculosis	€ 9,742,228	€ 22,482,120
106	CCM	China	Lower-middle	WPRO	EAP	Malaria	€ 29,681,060	€ 61,332,628
107	CCM	Colombia	Lower-middle	AMRO	LAC	HIV	€ 12,254,560	€ 32,867,073
108	CCM	Colombia	Lower-middle	AMRO	LAC	Tuberculosis	€ 11,968,726	€ 22,919,271
109	CCM	Côte d'Ivoire	Low	AFRO	WCA	HIV, incl. CCHSS	€ 55,758,904	€ 142,745,182
110	CCM	Côte d'Ivoire	Low	AFRO	WCA	Tuberculosis	€ 7,152,767	€ 17,886,903
111	CCM	Democratic People's Republic of Korea	Low	SEARO	EAP	HIV	€ 15,119,159	€ 28,699,056
112	CCM	Djibouti	Lower-middle	EMRO	MENA	Malaria	€ 4,335,600	€ 10,391,353
113	CCM	Gabon	Upper-middle	AFRO	WCA	Malaria	€ 5,030,319	€ 13,851,883
114	CCM	Guatemala	Lower-middle	AMRO	LAC	Malaria	€ 21,586,329	€ 41,174,990
115	CCM	India	Low	SEARO	SWA	HIV	€ 21,263,481	€ 75,212,496
116	CCM	India	Low	SEARO	SWA	Malaria	€ 39,883,180	€ 100,310,326
117	CCM	India	Low	SEARO	SWA	Tuberculosis	€ 32,420,155	€ 79,915,954
118	CCM	Paraguay	Lower-middle	AMRO	LAC	Malaria	€ 4,403,483	€ 8,558,518
119	CCM	Paraguay	Lower-middle	AMRO	LAC	Tuberculosis	€ 8,277,793	€ 18,576,825
120	CCM	Peru	Lower-middle	AMRO	LAC	HIV, incl. CCHSS	€ 30,545,347	€ 50,546,403
121	CCM	Philippines	Lower-middle	WPRO	EAP	HIV, incl. CCHSS	€ 25,581,667	€ 42,391,843
122	CCM	Russian Federation	Upper-middle	EURO	EECA	Tuberculosis	€ 65,687,022	€ 139,199,580
123	CCM	Senegal	Low	AFRO	WCA	HIV, incl. CCHSS	€ 54,507,488	€ 136,440,454
124	CCM	Senegal	Low	AFRO	WCA	Tuberculosis	€ 6,930,243	€ 17,791,333
Sub-Total: Category 3 Proposals in EURO							€ 635,292,459	€ 1,406,942,132

No.	Source	Country	WB Income classification	WHO Region	Global Fund cluster	Disease	Phase 1 Upper ceiling (2 Years)	Lifetime Upper ceiling (Up to 5 years)
CATEGORY 3 PROPOSALS								
125	CCM	Bangladesh	Low	SEARO	SWA	HIV	\$14,964,866	\$48,892,309
126	CCM	Bangladesh	Low	SEARO	SWA	Malaria	\$22,729,707	\$68,436,372
127	CCM	Bolivia	Lower-middle	AMRO	LAC	HIV	\$7,763,930	\$23,802,395
128	CCM	Cambodia	Low	WPRO	EAP	HIV	\$38,283,888	\$134,514,948
129	CCM	Cambodia	Low	WPRO	EAP	Tuberculosis, incl. CCHSS	\$11,449,113	\$34,686,505
130	CCM	Democratic Republic of Congo	Low	AFRO	EA	Tuberculosis, incl. CCHSS	\$71,422,674	\$199,682,709
131	RO	COPRECOS LAC	Mixed	AMRO	LAC	HIV	\$23,122,297	\$68,666,796
132	CCM	Ecuador	Lower-middle	AMRO	LAC	HIV	\$14,389,246	\$35,615,171
133	CCM	Ecuador	Lower-middle	AMRO	LAC	Tuberculosis	\$14,066,522	\$32,819,024
134	CCM	Guyana	Lower-middle	AMRO	LAC	Malaria	\$2,993,178	\$5,573,355
135	CCM	Haiti	Low	AMRO	LAC	Tuberculosis, incl. CCHSS	\$31,167,222	\$59,742,348
136	CCM	Honduras	Lower-middle	AMRO	LAC	HIV	\$5,334,334	\$13,389,159
137	CCM	Honduras	Lower-middle	AMRO	LAC	Tuberculosis, incl. CCHSS	\$8,031,166	\$16,170,525
138	CCM	Kazakhstan	Lower-middle	EURO	EECA	HIV	\$13,880,664	\$35,851,200
139	CCM	Kenya	Low	AFRO	EA	Malaria	\$89,634,705	\$200,581,638
140	CCM	Kenya	Low	AFRO	EA	Tuberculosis, incl. CCHSS	\$41,216,118	\$137,406,953
141	CCM	Kyrgyz Republic	Low	EURO	EECA	Tuberculosis	\$7,507,988	\$24,622,765
142	CCM	Mozambique	Low	AFRO	SA	Malaria	\$78,152,630	\$210,466,897
143	CCM	Namibia	Lower-middle	AFRO	SA	HIV	\$64,688,284	\$160,505,034
144	CCM	Nepal	Low	SEARO	SWA	HIV, incl CCHSS	\$35,249,649	\$90,220,063
145	CCM	Nigeria	Low	AFRO	WCA	Tuberculosis	\$42,169,586	\$181,584,855
146	CCM	Pakistan	Low	EMRO	SWA	HIV	\$18,636,708	\$66,219,051
147	CCM	Panama	Upper-middle	AMRO	LAC	HIV	\$4,949,840	\$13,592,440
148	CCM	Rwanda	Low	AFRO	EA	HIV	\$15,591,988	\$38,979,970
149	RCM	SADC	Mixed	AFRO	SA	Malaria, incl.CCHSS	\$36,018,686	\$86,985,372
150	CCM	Sao Tome and Principe	Low	AFRO	WCA	HIV	\$568,464	\$1,529,157
151	CCM	South Africa	Upper-middle	AFRO	SA	HIV	\$91,680,358	\$259,056,796
152	Sub-CCM	Sudan, Southern Sector	Low	EMRO	MENA	HIV, incl CCHSS	\$28,482,979	\$124,015,542
153	CCM	Turkmenistan	Lower-middle	EURO	EECA	Tuberculosis	\$10,649,147	\$20,279,651
154	CCM	Ukraine	Lower-middle	EURO	EECA	Tuberculosis	\$36,251,905	\$94,715,697
155	CCM	Uruguay	Upper-middle	AMRO	LAC	HIV	\$8,951,242	\$21,393,157
156	CCM	Uzbekistan	Low	EURO	EECA	HIV	\$26,428,887	\$79,669,868
157	CCM	Yemen	Low	EMRO	MENA	HIV	\$6,495,225	\$25,735,775
Sub-Total: Category 3 Proposals in USD							\$922,923,196	\$2,615,403,497
Total: Category 3 Proposals in USD Equivalent							\$1,744,776,312	\$4,435,509,748

No.	Source	Country	WB Income classification	WHO Region	Global Fund cluster	Disease	Phase 1 Upper ceiling (2 Years)	Lifetime Upper ceiling (Up to 5 years)
CATEGORY 4 PROPOSALS								
158	RO	CARE	Low	SEARO	SWA	HIV	€ 14,145,331	€ 40,817,080
159	CCM	Comoros	Low	AFRO	EA	HIV	€ 1,235,586	€ 2,229,001
160	CCM	Djibouti	Lower-middle	EMRO	MENA	Tuberculosis	€ 3,912,029	€ 8,688,954
161	CCM	Guatemala	Lower-middle	AMRO	LAC	HIV, incl. CCHSS	€ 37,104,756	€ 115,595,987
162	Sub-CCM	Russian Federation	Upper-middle	EURO	EECA	Tuberculosis, incl. CCHSS	€ 18,808,972	€ 33,180,557
163	CCM	Zanzibar	Low	AFRO	EA	HIV	€ 4,127,078	€ 7,274,018
Sub-Total: Category 4 Proposals in EURO							€79,333,752	€207,785,597
164	CCM	Algeria	Lower-middle	AFRO	MENA	HIV	\$15,252,168	\$32,720,961
165	CCM	Angola	Lower-middle	AFRO	SA	HIV	\$75,142,046	\$235,955,998
166	CCM	Angola	Lower-middle	AFRO	SA	Tuberculosis	\$11,756,766	\$25,098,444
167	CCM	Bolivia	Lower-middle	AMRO	LAC	Tuberculosis	\$9,191,385	\$16,777,841
168	RCM	CCLAB	Mixed	AMRO	LAC	HIV	\$20,292,270	\$46,811,258
169	RO	GLIA	Low	AFRO	EA	HIV	\$10,824,037	\$27,044,765
170	CCM	Kazakhstan	Lower-middle	EURO	EECA	Malaria	\$897,612	\$1,376,877
171	CCM	Kenya	Low	AFRO	EA	HIV	\$105,743,946	\$129,929,146
172	Sub-CCM	Kyrgyz Republic	Low	EURO	EECA	HIV	\$3,560,042	\$6,770,643
173	CCM	South Africa	Upper-middle	AFRO	SA	Tuberculosis	\$68,229,369	\$194,670,986
174	CCM	Yemen	Low	EMRO	MENA	Tuberculosis	\$6,767,022	\$19,880,527
Sub-Total: Category 4 Proposals in USD							\$327,656,663	\$737,037,446
Total: Category 4 Proposals in USD Equivalent							\$430,287,649	\$1,005,841,582
Grand Total: Proposals Not Recommended for Funding in USD Equivalent *							\$2,731,492,751	\$6,866,841,958

* Including the parts of category 1, 2 and 2B proposals not recommended for funding

Key for multi-country proposals

- 1 - RO COPRECOS - Colombia, El Salvador, Nicaragua, Panama, Paraguay, Dom.Rep., Uruguay, Argentina, Belize, Brazil, Ecuador, Guatemala, Haiti, Honduras, Peru, Chile, Costa Rica, Venezuela
- 2 - RCM CCLAB - Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Dom.Rep., Panama, Costa Rica, Belize
- 3 - RCM SADC (TZM) - Angola, Botswana, Namibia, Zambia, Zimbabwe
- 4 - RO CARE - India Nepal, Bangladesh
- 5 - RO GLIA - Burundi, DRC, Kenya, Rwanda, Tanzania, Uganda

The Global Fund Clusters

- EAP East Asia and Pacific
- EA East Africa & Indian Ocean
- EECA Eastern Europe & Central Asia
- LAC Latin America & The Caribbean
- MENA Middle East & North Africa
- SA Southern Africa
- SWA South West Asia
- WCA West and Central Africa

This document is part of an internal deliberative process of the Global Fund and as such cannot be made public. Please refer to the Global Fund's documents policy for further guidance.

** Proposals in EURO - the UN official exchange rate effective at 1 November 2008 - 1 USD = 0,773 EURO

This revision has been issued to apply the UN official exchange rate effective at 1 November 2008 for EURO denominated proposals.

Also, the prioritization category has changed for Iran HIV and Moldova HIV proposals (2B), because of the HIV prevalence rate in at least one vulnerable population

技术评审小组对第8轮申请的资助推荐之详细分析

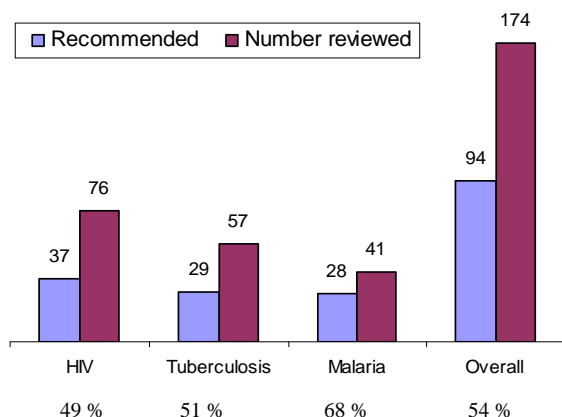
第1部分：介绍

1. 附录5的第2部分概述了技术评审小组对在第8轮评审的174个疾病申请的所有推荐。这些推荐确定了那些申请是因为技术上的合理性而获得推荐的（「第1类」和「第2类」，包括作为「第2类」申请次级申请的「第2B类」申请）。
2. 此外，报告概述了技术评审小组向全球基金理事会所提供的关于174个申请的最多两年上限的资助推荐。全球基金理事会将在2008年11月召开的第18届会议上考虑这些推荐。
3. 认可有关技术评审小组资助推荐的更详细分析的利害关系，这一附录提供如下信息：
 - i. 接收的174个疾病申请（第2部分）；以及
 - ii. 这些申请的次级申请，即 **45 和 HSS 资助要求（第3部分）**。
4. 与此报告不同的是，这一附录还提供与前期轮次相对比的五年资助上限的预算请求的信息和分析。一旦签署了拨款项目，在第2阶段评估中，获取三到五年（第2阶段）的资助应符合资金的有效性和绩效。
5. 在报告第5部分中列出了从分析中所获得的经验以及对全球基金的推荐。

第 2 部分：接受的第 8 轮疾病申请和技术评审小组推荐的概述

1. 第 8 轮是迄今为止技术评审小组推荐资助数量最多的一次。下图 1 说明了根据疾病分类和所有申请数，在第 8 轮中获得资助推荐的申请比例。

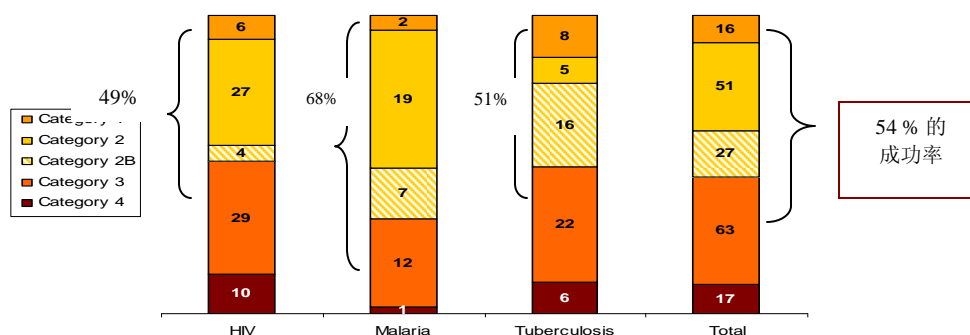
图 1 – 根据疾病分类，获得资助推荐的疾病申请数与所有评审的有资格申请数的比较



2. 根据理事会在第 18 届理事会会议上对技术评审小组对第 8 轮申请的资助推荐的考虑，全球基金将出版有关收到的其它申请情况的分析。这将包括对性别、社区系统强化、和拨款项目合并可能性等的分析。

3. 图 2 表示在申请的四种可能种类中获得资助推荐的申请比例。除了第 8 轮是申请者获得资助推荐最多的轮次之外，这一轮中被推荐为「第 1 类」(n=16, 与第 7 轮中五种疾病申请比较)的申请数也是最多的。出现这种情况的主要原因是理事会的决议²¹，该决议增加了「第 1 类」申请必须完成澄清的时间。时间从一个月延长至两个月，这为技术评审小组提供了方便，在这一时限内申请者可以对其它技术合理的申请所存在的问题进行答复。

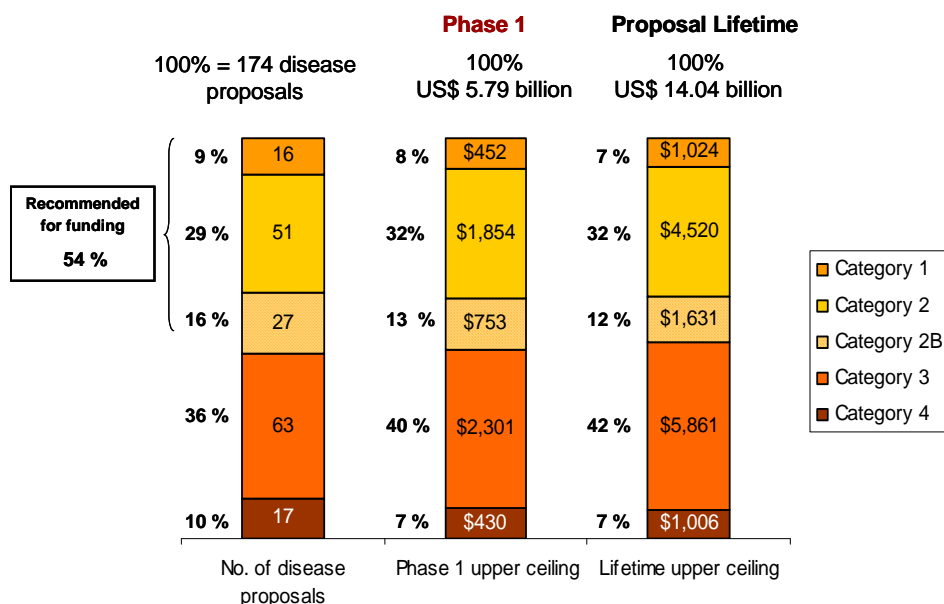
图 2 – 根据疾病类型和「种类」，获得资助推荐的疾病申请所占的比例



²¹ 请参考名为「第 7 轮的批准」的决策 (GF/B16/DP4)

4. 图 3 说明了四种类型中两年（累积五年）的所有最高上限，这四种类型是可以被技术评审小组推荐为资助的类型，利用了上述图 2 的「所有」栏。

图 3 – 根据推荐种类的两年和五年上限预算请求概述



5. 表 1 列出了在最近轮次中获得成功的各种疾病申请的比例。这个表格显示了三种疾病的申请成功率呈显著上升趋势。从第 5 轮起，疟疾申请的成功率有明显改善。在标题为「第 8 轮与前期轮次的比较」小段中有所有前期轮次的成功比例，以及每个轮次中每种疾病的美元数值。

表 1 – 从第 5 轮到第 8 轮，各个疾病的成功率比较

	HIV	Tuberculosis	Malaria	Overall
Round 5	37%	46%	23%	31%
Round 6	39%	62%	32%	43%
Round 7	41%	46%	62%	49%
Round 8	49%	51%	68%	54%

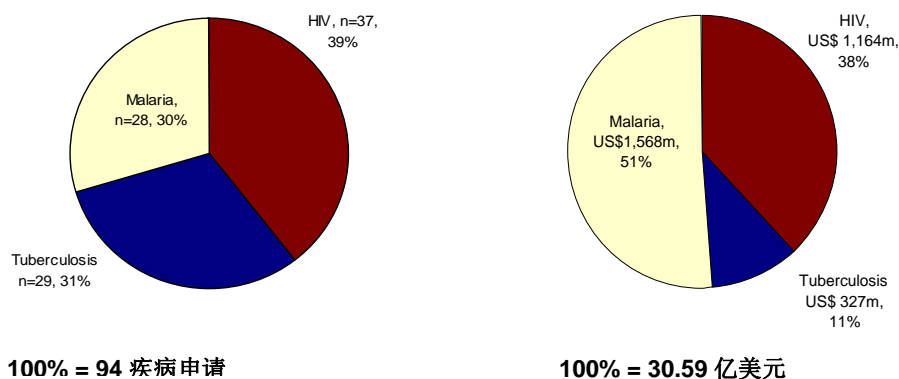
6. 图 1 和图 2 以及表 1 和整个第 2 部分（除非另有说明）中，用于获得跨学科卫生系统支持的 HSS 要求都结合到宿主病的申请中。这是因为理事会有明确规定，卫生系统的强化不是资助的一个独立「组成部分」（与第 5 轮相比）。例如，一个「肺结核」申请将在以下任何情况下获得资助推荐：

- i. 「疾病部分」和 HSS 要求的技术水平都被评为合理技术；或
- ii. 只有「疾病部分」的技术水平被评为合理技术；或
- iii. 只有 HSS 要求的技术水平被评为合理技术。

财务和疾病申请结果比较 – 两年资助上限

7. 下列的图 4 显示了按照疾病推荐的货币总额（美元价值）比例，对于技术评审小组推荐批准资助的两年最高上限，和在第 8 轮中按照疾病获得推荐的所有疾病申请的总数的比较。

图 4 – 获得推荐的疾病申请比较和两年资助推荐上限所占比例的比较

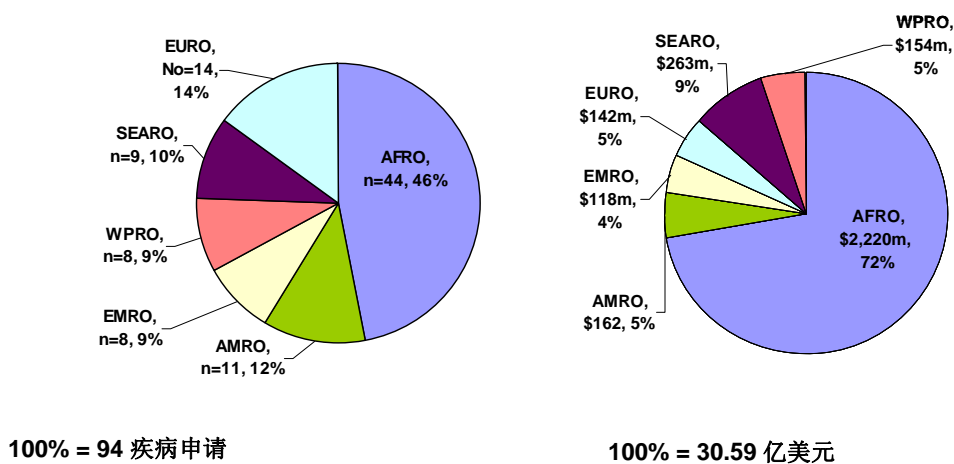


8. 正如在前期轮次中所看到的，与推荐的两年所有的资助上限（\$3 亿 2,700 万美元）比例相对比，获得资助推荐的肺结核申请的总数（n=29）的差异可直接降低药品及其它卫生产品的成本。

9. 与之相反，推荐资助的第 8 轮疟疾申请计划采购并分配 1 亿 2,000 多万顶防虫蚊帐，以及 8,000 多万次青蒿素的联合治疗（Artemisinin-based combination therapy, ACT）。在上面的图 2 中，显示了这些具有较大成本和财务差异的干预措施。

10. 图 5 证明了与 94 个获得资助推荐的疾病申请的最高上限相比，根据 WHO 地区分类而获得资助推荐的疾病申请的相对比例。

图 5 – 获得推荐的疾病申请根据地区的比较和获得资助推荐的两年上限的比较



11. 与前期轮次一样，与国家有关的最大比例的推荐申请和预算都在 **WHO 非洲地区办事处（AFRO）地区**。在所有获得资助推荐的疾病申请中，**46%**是由非洲地区办事处（AFRO）申请者提交的（在第 7 轮中是 **43%**）。在财务周期中，非洲地区办事处（AFRO）的申请者占受推荐的两年上限预算的 **72%**（**\$22 亿 2,000 万美元**，第 7 轮是**\$7 亿 3,300 万美元**，非洲地区办事处（AFRO）申请者占 **66%**）。对于非洲地区办事处（AFRO）地区，资助规模的较大增长来自于非洲地区办事处（AFRO）疟疾申请的成功（非洲地区办事处（AFRO）疟疾申请的成功率是 **78%**，**18** 个疟疾申请中有 **14** 个都来自该地区）。

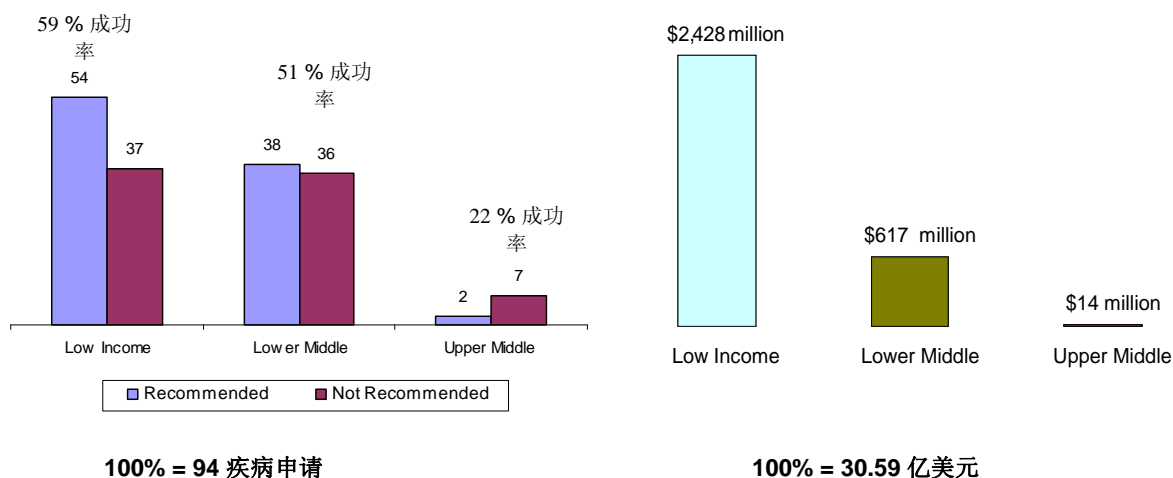
12. 非洲地区办事处（AFRO）、EMOR 和 SEARO 的 WHO 地区在疾病申请中都获得了较高的成功率，如下列表 2 所示。在以下标题为「第 8 轮与前期轮次的比较」段落中提供额外的历史数据趋势。

表 2 – WHO 地区办公室的疾病申请成功率概述

	AFRO	AMRO	EMRO	EURO	SEARO	WPRO
Round 5	30%	38%	15%	43%	16%	59%
Round 6	38%	24%	28%	65%	52%	77%
Round 7	51%	45%	59%	36%	35%	59%
Round 8	60%	34%	57%	67%	53%	54%

13. 图 6 说明了根据申请者的**世界银行收入水平**分类，获得资助推荐的疾病申请的相对数量，以及相应的推荐批准的两年资助上限。根据理事会的批准，技术评审小组的第 8 轮资助推荐将造成大部分的第 8 轮额外资助将支付给被世界银行划分为「低收入」²²的国家。

图 6 – 根据世界银行收入级别和第 1 阶段的资助上限，获得资助推荐的疾病申请



14. 如下列表 3 所示，与前期轮次相比，将在第 8 轮中对被世界银行划分为「低收入」和「中低收入」的国家加大资助。

表 3 – 第 5 轮到第 8 轮获得 TRP 推荐的申请者的收入疾病比较

²² 数据来自世界银行在 2007 年 7 月 1 日发布的收入级别分类列表，依据此列表，全球基金根据收入级别判断 2008 年申请的资格。

Proposals Recommended for funding	Low Income		Lower Middle Income		Upper Middle Income	
	Disease proposal	2 Year Upper Ceiling	Disease proposal	2 Year Upper Ceiling	Disease proposal	2 Year Upper Ceiling
Round 5	41	\$ 557 m	21	\$ 163.5 m	1	\$ 5.5 m
Round 6	48	\$ 513.4 m	36	\$ 277.9 m	1	\$ 55.7 m
Round 7	49	\$ 908 m	24	\$ 209 m	0	\$0
Round 8	54	\$ 2,428 m	38	\$ 617 m	2	\$ 14 m

还未获得资助推荐的申请者

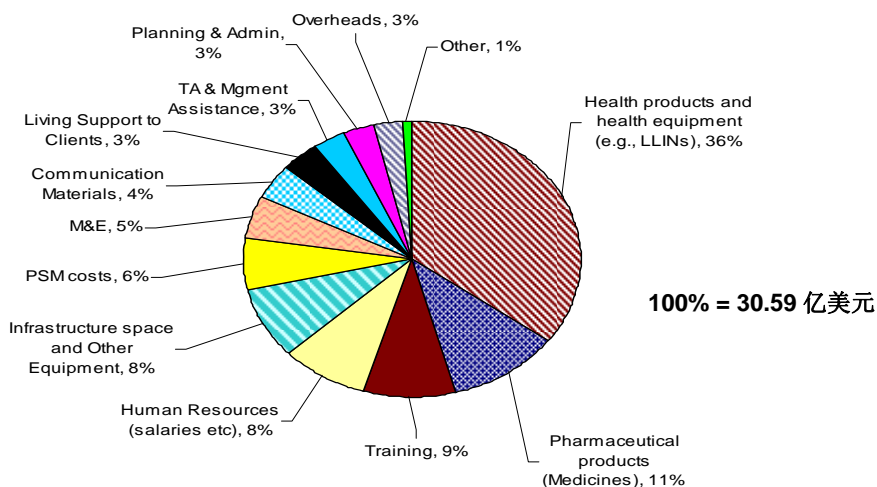
15. 在第 8 轮中，还有很少一部分的申请者是首次申请资助（或重新提交作为他们首次申请的第 7 轮资助申请），但没有获得资助推荐（n=22）²³。

16. 秘书处的数据分析显示有 14 位申请者申请相同疾病，并在多个连续轮次中（三轮，n=6；四轮，n=4；以及五个连续轮次，n=4）没有获得资助推荐。这些国家中的大部分是受世界卫生组织的美洲区域办事处（AMRO）和非洲地区办事处（AFRO）的管理。这些国家中的一小部分具有非常高的疾病负担，因此有问题的申请反复提交这一问题正倍受关注。

根据支出条目对第 1 阶段的计划支出

17. 图 7 列出了在 94 个受资助推荐的疾病申请的最初两年，按成本类别而计划的支出。

图 7 – 获得推荐的疾病申请的两年限预算的成本类别所占比例（美元）



²³ 所罗门群岛和土库曼斯坦

18. 表 4 概述了申请者如何在疾病申请中分配他们的成本。与该第 2 部分中的所有其它图表不同，表 4 包括的信息仅用于申请的特定疾病部分。这就可以对诸如疾病部分中卫生产品的计划采购、疾病特定申请的相对总价值等条目进行比较。

表 4 – 申请者根据疾病（不包括 HSS 要求 4B 节）对两年预算上限的分配

Cost Category from Round 8 Proposals	HIV Upper Ceiling Phase 1 (USD equiv)	% of Total Phase 1 Upper Ceiling	Tuberculosis Upper Ceiling Phase 1	% of Total Phase 1 Upper Ceiling	Malaria Upper Ceiling Phase 1	% of Total Phase 1 Upper Ceiling	Total Upper Ceiling Phase 1 (Disease only)
Communication Materials	52,870,178	5.4%	14,962,679	4.8%	50,570,621	3.4%	118,403,478
Health products and health equipment	162,433,586	16.5%	56,806,048	18.4%	836,926,177	56.4%	1,056,165,811
Human Resources	82,263,848	8.4%	24,915,607	8.1%	81,097,529	5.5%	188,276,985
Infrastructure space and Other Equipment	73,223,745	7.5%	39,823,737	12.9%	66,597,589	4.5%	179,645,071
Living Support to Clients/Target Populations	82,943,664	8.4%	23,057,847	7.5%	542,339	0.04%	106,543,850
Monitoring and Evaluation	52,596,892	5.4%	26,881,132	8.7%	55,819,076	3.8%	135,297,099
Other	7,174,586	0.7%	975,731	0.3%	14,770,522	1.0%	22,920,839
Overheads	37,809,687	3.9%	9,853,629	3.2%	35,774,410	2.4%	83,437,726
Pharmaceutical products (Medicines)	195,537,816	19.9%	45,693,251	14.8%	91,595,935	6.2%	332,827,001
Planning and administration	39,351,782	4.0%	13,857,402	4.5%	36,311,024	2.4%	89,520,207
Procurement and supply management costs	30,658,003	3.1%	12,412,512	4.0%	129,189,985	8.7%	172,260,500
Technical and Management Assistance	43,223,964	4.4%	12,238,558	4.0%	19,415,538	1.3%	74,878,060
Training	121,857,919	12.4%	27,396,305	8.9%	66,540,589	4.5%	215,794,814
Total	\$981,945,670	100%	\$308,874,437	100%	\$1,485,151,334	100%	\$2,775,971,441

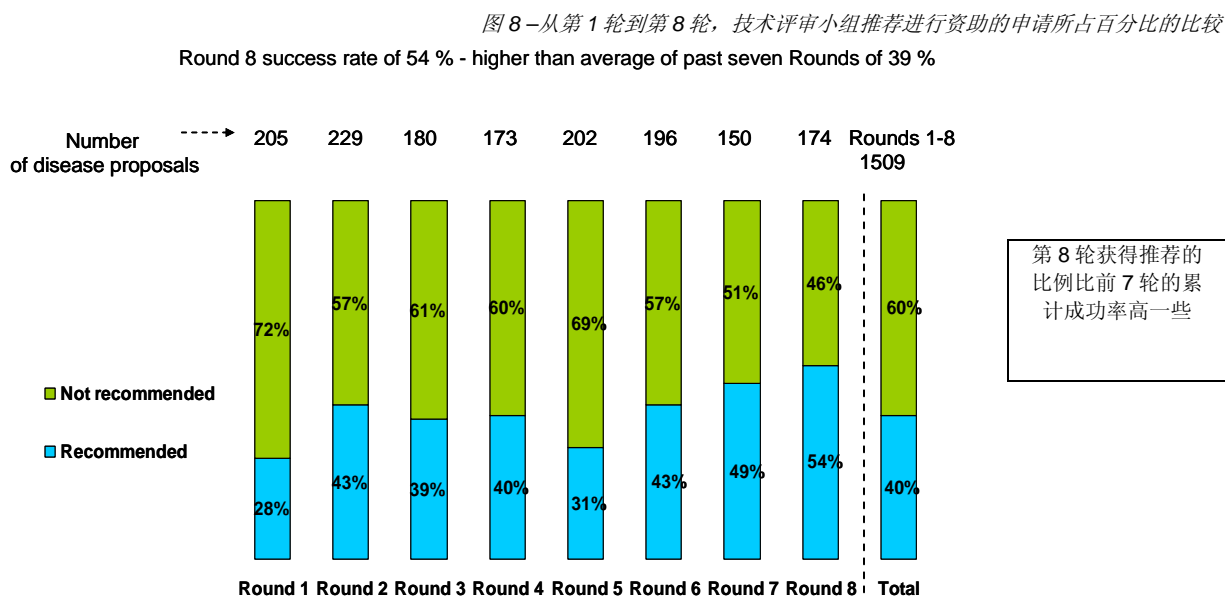
19. 与第 7 轮相比，最主要的变化是对「卫生产品和卫生设备」资助要求数额的显著增加（第 7 轮总额是 \$2 亿 7,200 万美元，或者是已批准的两年资助上限的 25%，两年资助上限是 \$11 亿 1,900 万美元）。正如在报告和此附录 5 中所介绍的，成本类别出现增加的主要原因是及早在非洲撒哈拉以南地区对采购和分布杀虫剂处理蚊帐进行了计划。

20. 利用上述图 7 和表 4，对第 7 轮的其它对比包括：

- i. 对「人力资源」（包括薪资）的资助要求增加，第 7 轮是 \$1 亿 1,500 万美元，占两年上限预算要求的 10%；
- ii. 对「药物产品」（药品）的资助要求是第 7 轮的两倍，第 7 轮的两年上限是 \$1 亿 4,900 万美元；以及
- iii. 在保持两年上限资助要求相同比例的情况下（分别是 3% 和 5%），在资助申请中增加的费用主要是用于：
 - 在执行拨款项目期间的技术和管理援助（在第 7 轮中是 \$3,500 万美元）；以及
 - 监督和评估（在第 7 轮中是 \$5,900 万美元）。

第 8 轮与前期轮次的比较

21. 图 8 说明了在第 8 轮中所提交申请的成功率比第 7 轮和所有前期轮次要高。



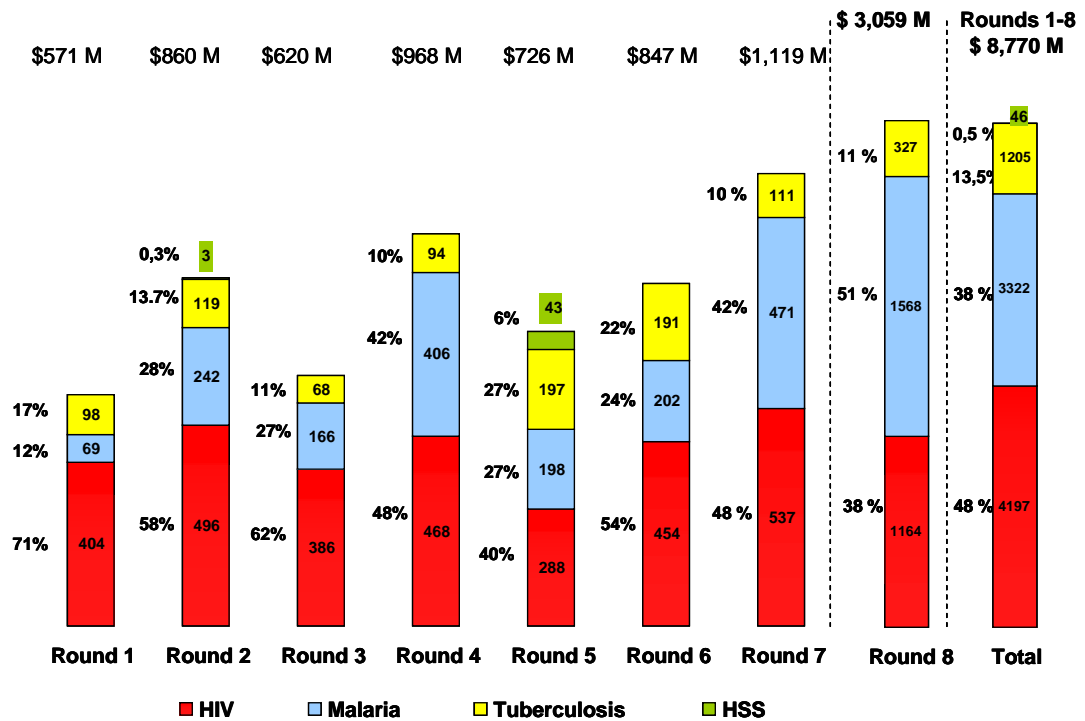
22. 技术评审小组已经采用了一致性的标准和方法来评估所有轮次的申请，这个轮次中较高的申请成功率不能反映对严密性的要求有所降低。而是因为这次获得资助推荐的申请的技术水平和整体质量都有显著的改善。

前期轮次中最高上限的对比

23. 技术评审小组对理事会关于最初两年申请（第 1 阶段）的推荐中包括至今为止获得技术评审小组资助推荐的最大上限。更重要的是，这一数额表示第 1 阶段资助总额占推荐给全球基金理事会而获得批准（包括第 8 轮）的总额的 55%。

24. 图 9 对此进行了说明，还说明了每种疾病申请第 1 阶段上限预算的比例和/或从第 1 到第 8 轮次获得技术评审小组推荐的其它组成的比例。

图9- 从第1轮到第8轮，技术评审小组所推荐申请的2年预算上限总额的比较



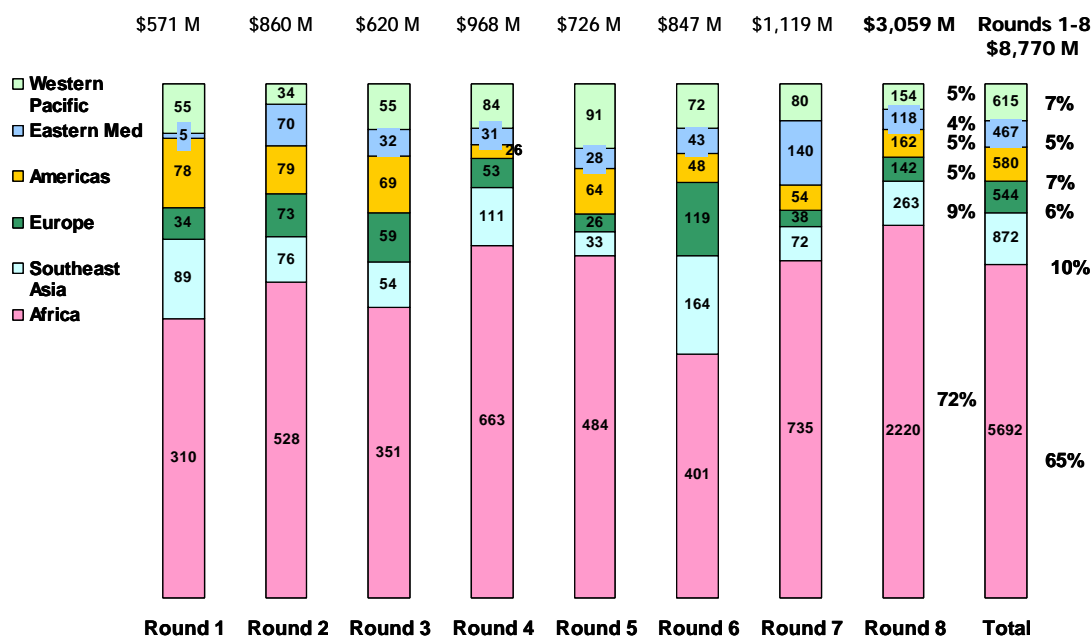
25. 在第8轮中，技术评审小组推荐的艾滋病申请的两年上限总和首次不是\$30,590亿美元总资助推荐的最大份额。

26. 在第8轮，获得资助推荐的疟疾申请的两年上限大约是\$4亿美元，超过了所有的艾滋病资助总额。此外，第8轮两年上限仅仅是\$1亿4600万美元（或8%），少于从第1轮到第7轮中获得资助推荐的所有疟疾申请的总和。

27. 除在疟疾申请的资助推荐有显著增加外，在所有轮次中，艾滋病申请持续占申请评审会议上由技术评审小组推荐资助的两年上限总额的近50%。

28. 图10显示了第8轮所推荐的第1阶段资助要求上限的地理分布（根据WHO的六个区域群），以及从第1轮到第8轮的对比。

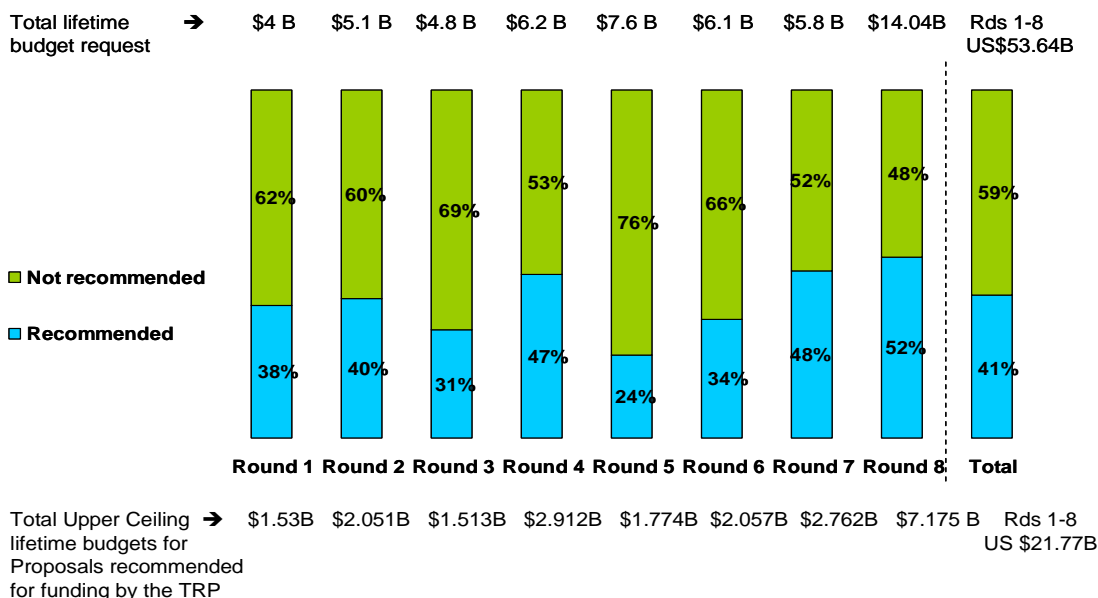
图 10 – 根据 WHO 地理区域²⁴，技术评审小组所推荐申请的 2 年预算上限要求的比较



65% of cumulative budgets target Africa

29. 图 11 显示了第 8 轮获得资助推荐的申请周期预算上限总额（大约是\$71,750 亿美元）与前期轮次的比较。

图 11 – 从第 1 轮到第 8 轮，技术评审小组所推荐申请的 5 年预算上限总额的比较



²⁴ 每个两年上限的预算总额表示这些申请在技术评审小组会议上获得技术评审小组的资助推荐，而不是在随后通过成功上诉而获得批准（从第 2 轮到第 7 轮中总共有 16 个成功申请）。这可与第 8 轮中未决的技术评审小组推荐比较，在向理事会汇报此报告以考虑资助推荐时，这些未决推荐还处于理事会的考虑中（2008 年 11 月）

30. 尽管第 8 轮中所提交的少量疾病申请的预算超过计划周期 (n=3) 的 \$50,000 万美元, 在第 8 轮中提交的大部分申请所要求的资助总额比当前轮次要高。这是因为推荐资助的两年上限总额以及所有申请生命周期总数都有所增加。

第三部份:对第 8 轮申请中所提交的 HSS 要求的分析²⁵

1. 为促进和激励更多合适和成功的申请用于强化卫生系统, 全球基金在第 8 轮中为申请者引入了申请 HSS 要求的机会。通过利用 WHO 的「强化卫生系统模块」的经验²⁶, 进行申请。邀请申请者为最多五个 HSS 跨学科干预措施 (例如, HSS 要求, 如上述所定义) 完成第 8 轮申请表上特定部分 (第 4B.1 节)。在指导中, 要求申请者只包括对至少两种符合全球基金主要要求的疾病结果有改善的干预措施。对于每个 HSS 要求, 要求申请者提供标题、从干预措施中获得收益的疾病、以及最具干预措施特性的主要 WHO 构建模块。

HSS 要求概述

2. 在第 8 轮疾病申请的跨学科「HSS 要求」中所包含的申请者的总数是 45。下列表 5 展示了超过一半的这些申请者将此要求作为艾滋病特定疾病申请的附件。

表 5 – 根据 WHO 区域划分, 与疾病相联的 HSS 跨学科干预措施

WHO 区域	作为艾滋病附件的 HSS	作为肺结核附件的 HSS	作为疟疾附件的 HSS	总计	百分比
AFRO	13	4	7	24	53%
AMRO	4	2	-	6	13%
EMRO	2	1	1	4	9%
EURO	2	2	-	4	9%
SEARO	1	1	-	2	4%
WPRO	3	2	-	5	11%
总计	25 (55%)	12 (27%)	8 (18%)	45	100%

3. 如技术评审小组报告中附录 5 的第 2 部分所概述, HSS 要求并不是在第 8 轮申请中所包含的用于支持改善的服务交付和疾病结果的所有 HSS 干预措施。这是因为, 与 HSS 要求不同的是, 并没有要求申请者将所有包含在疾病特定申请中的 HSS 干预措施归于任何特定的框架中 (无论是否是 WHO 构建模块, 或是其它特定的 HSS「指标」)。因此, 一些申请者已经在关注改善抗逆转录 (Antiretroviral, ARV) 覆盖面的计划中包含「培训」, 同时在 HSS 要求中可以被确定。

HSS 要求的成功率

4. 在第 8 轮, HSS 要求的所有「成功率」 (例如, 技术评审小组向全球基金理事会进行资助推荐的申请²⁷) 是 56%。

5. 在提交的 45 个 HSS 要求中:

²⁵ 此附录 5 的第 3 部分与本报告的修订 1 版本一起发布。

²⁶ http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf

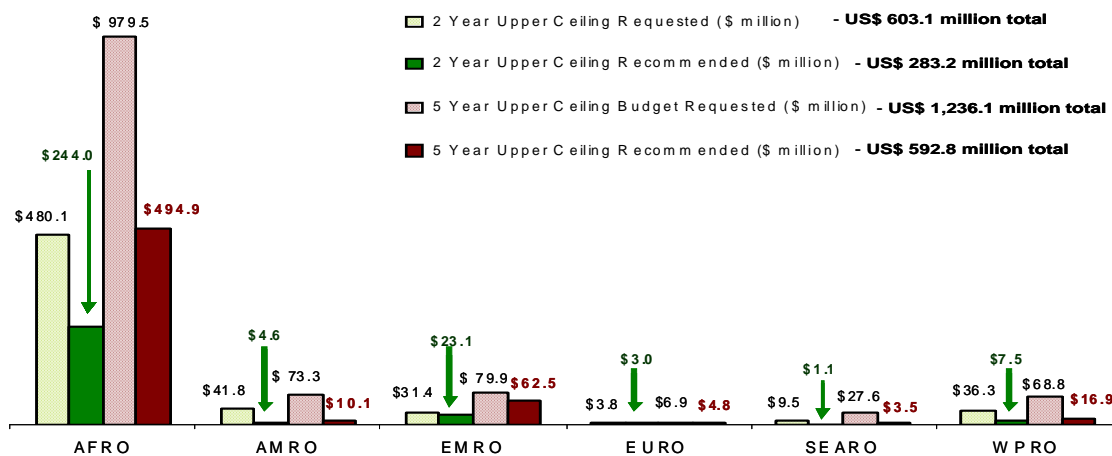
²⁷ 全球基金理事会是唯一获得授权可以交付新基金的政府机构。

- i. 疾病特定部分和 HSS 要求一起被推荐的有 17 种情况（38%）；
- ii. 仅推荐疾病特定部分的有七种情况（16%）；
- iii. 在八种情况中（18%），技术评审小组仅推荐了 HSS 要求，而不是申请的疾病特定部分；以及
- iv. 在 13 种情况下（29%），疾病部分或 HSS 要求都没有获得资助推荐。

6. 整个 HSS 要求的「成功率」很大程度上等于所有获得资助推荐的「疾病申请」（54%）数。但是，如果将推荐比例与 49%（n=86）的特定疾病申请推荐比例相比，HSS 要求的结果更可观²⁸。

7. 下图 12 显示了所要求的两年到五年的资助上限，以及 WHO 地区对 HSS 要求的资助推荐。大部分的资助要求（占 HSS 要求的两年和五年资助上限的 79%）和推荐的资助（占两年上限的 86%，占五年上限的 83%）都旨在强化非洲大陆的卫生系统。使用基本的划分原则，推荐进行资助的 HSS 要求的平均两年资助上限是\$1,130 万美元。第 8 轮获得资助推荐的申请中所有疾病特定部分则平均是\$4,020 万美元（n=69）。

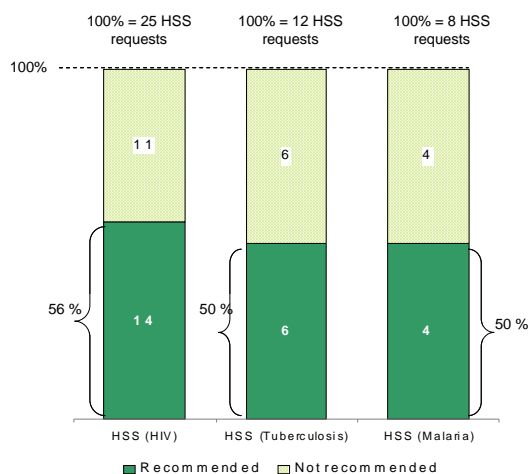
图 12: 两年和五年上限要求和推荐



²⁸ 结果是通过排除八个没有申请疾病特定部分而获得资助的 HSS 要求而得。这一结果使第 8 轮疾病特定申请的「成功率」与第 7 轮相同。

8. 下图 13 展示了根据 HSS 要求所依附的疾病申请，推荐的和未推荐的 HSS 要求的细分。

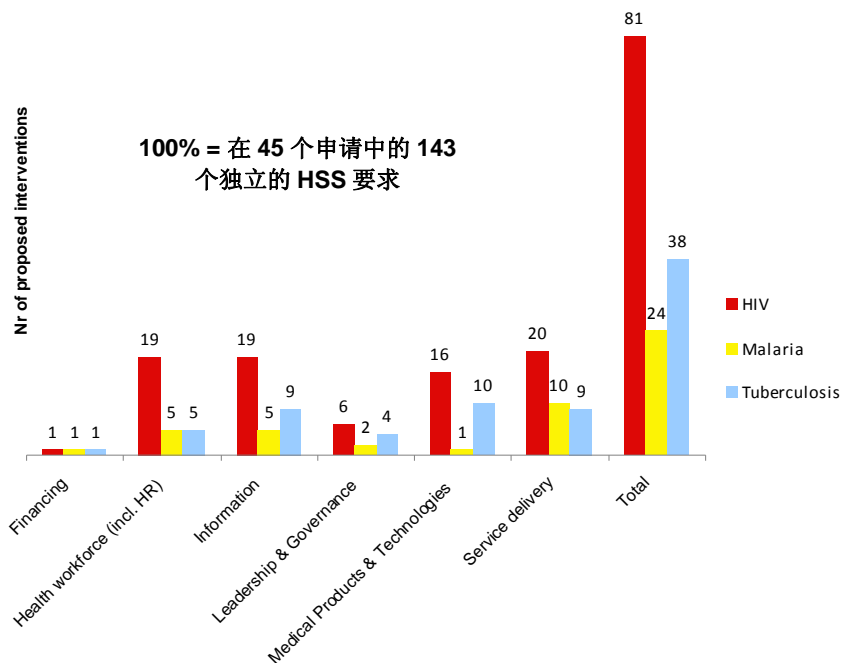
图 13: 根据提交的疾病申请，每种疾病的 HSS 要求的成功率



特定「宿主」病申请和世界银行收入级别分类的影响

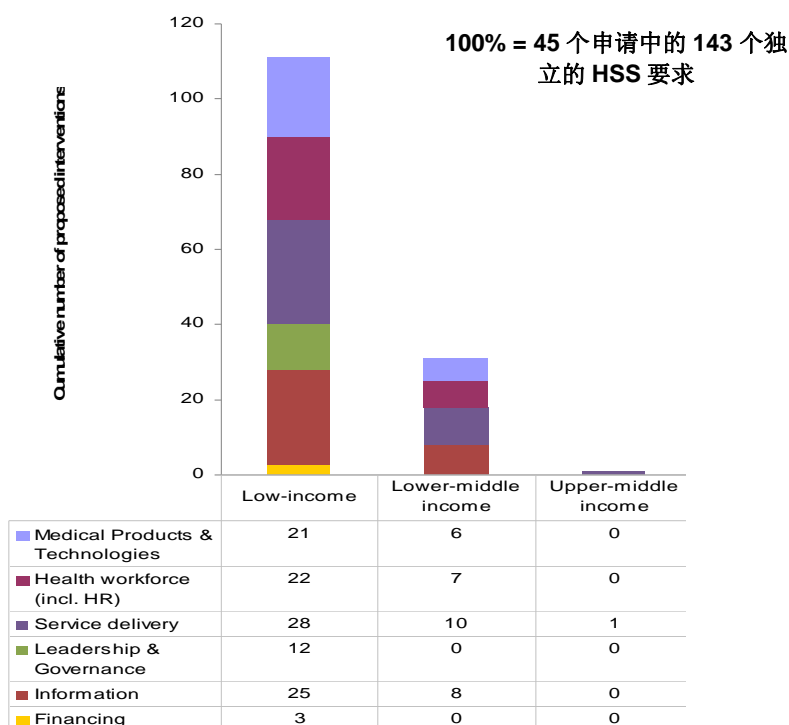
9. 如图 14 所示，国家所选择的特定疾病申请包括 HSS 要求（宿主病），对构建模块的使用有一定的影响。值得注意的是「医疗产品和技术」，在疟疾申请中干预措施很少。

图 14: 根据包含 HSS 要求的疾病特定申请，对申请的 HSS 干预措施的分配



10. 图 15 提供了根据世界银行对每位申请者收入级别的划分，而对构建模块使用所进行的分析。在第 8 轮，低收入和中低收入国家旨在为提到的干预措施而使用构建模块。但是，只有低收入国家在「财务」和「领导和管理」模块中提出了干预措施。在第 8 轮中由更低收入和中高收入国家提到的 HSS 干预措施数量相对较少，由此可推断只有低收入国家需要这种支持。但是，这需要通过进一步的研究进行确认，例如，在第 9 轮的 HSS 要求中也出现这种情况。

图 15 – 根据申请者所在国家的收入级别，而使用卫生系统强化的构建模块



为有效和公平的卫生系统确定「构建模块」

11. 第 8 轮是全球基金首次使用 WHO 的「构建模块」框架，旨在提高公众对卫生系统的了解以及强化卫生系统的构成是什么。在 2007 年 7 月 WHO 对全球基金的 HSS 方法²⁹所进行的讨论以及在与 WHO 的独立讨论上强调了协调卫生系统组成元素的定义之重要性。

²⁹ 若需要更详细的资料，请参考名为《强化卫生系统的全球基金策略方法》的报告。该报告来自 WHO 和全球基金秘书处，2007 年 9 月发布，可在以下网址找到：http://www.who.int/healthsystems/GF_strategic_approach_%20HS.pdf

12. 图 6 提供了对构建模块的概述³⁰，以及在此附录 5 的附件 1 中所列的每个构建模块中所包含的更全面的干预措施类型列表。

表 6 - WHO 构建模块

WHO Building block	Possible interventions (non-exhaustive list)
Service delivery	Packages; delivery models; infrastructure; management; safety & quality; demand for care
Health workforce	National workforce policies and investment plans; advocacy; norms, standards and data
Information	Facility and population based information & surveillance systems; global standards, tools
Medical products, vaccines & technologies	Norms, standards, policies; reliable procurement; equitable access; quality
Financing	National health financing policies; tools and data on health expenditures; costing
Leadership and governance	Health sector policies; harmonization and alignment; oversight and regulation

13. 构建模块通常与在全球基金拨款项目执行期间所确定的主要卫生系统的瓶颈有关，在与全球基金和技术评审小组在 2006 年年底进行详细商议之后，在逻辑上可以包含被引入第 7 轮申请指南中的所有 15 个「HSS 策略行动」。采用构建模块的方法可以避免在第 8 轮申请中 HSS 需求与在第 8 轮 HSS 要求中提供给国家的 WHO 推荐和技术要求之间的矛盾。然而，正如下面所列，WHO 在其框架文件「每个人的业务」中认为这是 HSS 的完整方法，关注的是独立模块所需要的相互依赖性。

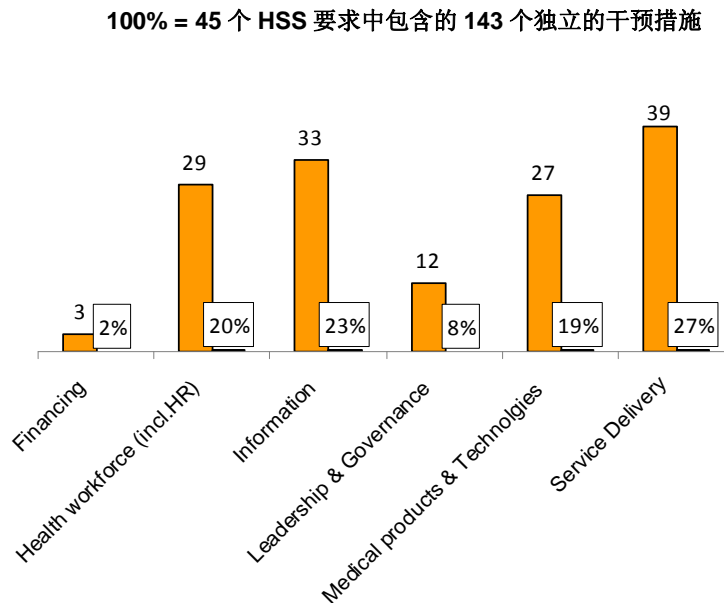
「当构建模块提供可澄清关键功能的有用方式时，国家所面临的挑战很少能以这种方式对其进行证明。此外，他们需要更完善的响应，从而确定卫生系统每个部分之间的相互依赖性」。

在第 8 轮的 HSS 要求中使用 WHO 构建模块

14. 如图 16 所示，申请者所在国家对构建模块使用率的定量分析反映了申请者自己设计的干预措施通常包含在「服务交付」、「信息」、「卫生系统劳动力」和「医疗产品和技术」等构建模块中。

³⁰ 若需要更多信息，请参考：http://www.who.int/healthsystems/round9_2.pdf

图 16 - 在每个构建模块下，申请者所早国家提到的 HSS 干预措施的数量



15. 在「财务」领域中有限的申请者数量或许意味着全球基金的资源目前只能通过一流的机制方法对服务交付提供支持。或许需要更多的投资来确定这种优先选择是否由于：

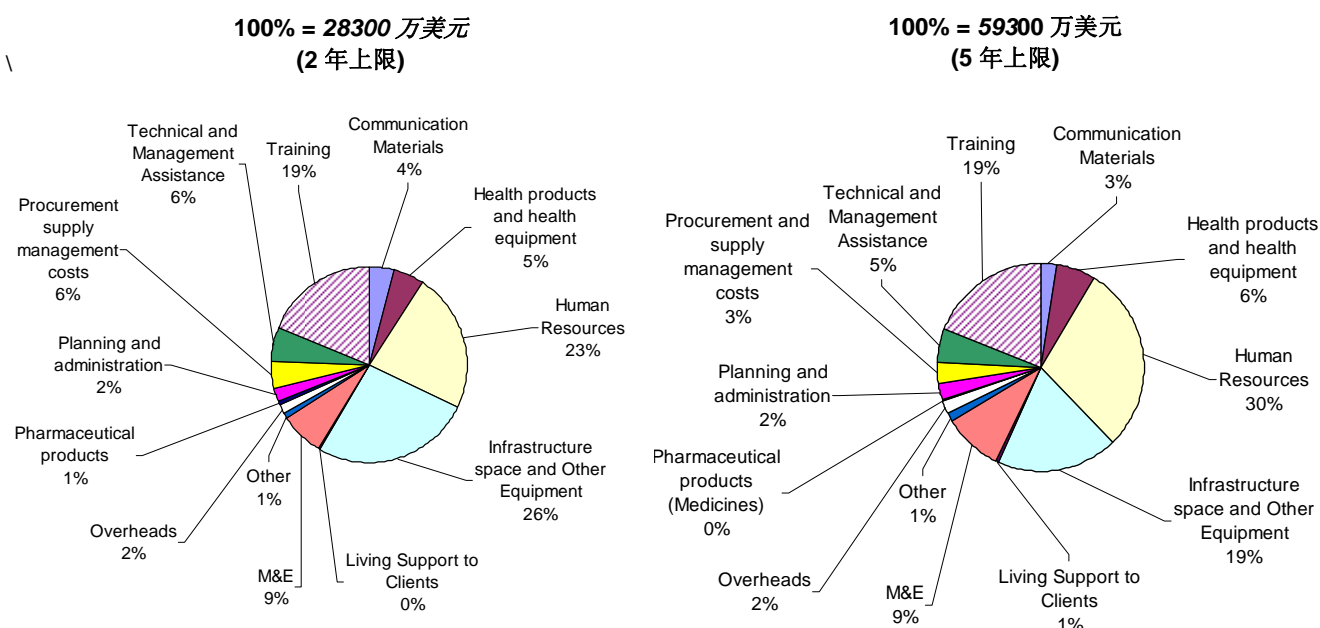
- i. 基于申请的系统所带来的偏见（国家更有信心提交一流的解决方案）；
- ii. 不愿意参与创新方法，例如补充资助需求或引入第三方财务系统；和/或
- iii. 不愿意使用全球基金对该方法的支持。

16. 包含符合「领导和管理」的干预措施相对较少。

17. 但是，技术评审小组认为在卫生部门，「财务」和「领导和管理」对于绩效都非常重要，因为他们包括两个关键的功能：公正性和效率。需要进一步的调查以确定这种使用情况的可能因素并说明确定这些原因的策略。

18. 图 17 中列出了对所有获得资助推荐的 HSS 要求的预算成本类型细目的早期分析，申请者先根据两年上限再根据五年上限对这些成本进行描述。

图 17 – 获得资助推荐的 HSS 要求的预算成本类型分配



19. 表 7 提供了上述图 17 的最高财务上限数据。

表 7 – 根据获得资助推荐的 HSS 要求的成本类型而定的上限

Component / Cost category	Total Phase 1(USD equiv)	Percentage of Phase 1	Five Year Total (USD equiv)	Percentage of full life cycle
Communication Materials	11,838,006	4.2%	15,030,250	2.5%
Health products and health	13,917,159	4.9%	36,584,065	6.2%
Human Resources	65,723,252	23.2%	171,732,960	29.0%
Infrastructure space and Other	73,560,125	26.0%	112,614,162	19.0%
Living Support to Clients	1,003,606	0.4%	3,930,065	0.7%
Monitoring and Evaluation	20,513,274	7.2%	54,022,076	9.1%
Other	2,224,456	0.8%	7,491,309	1.3%
Overheads	4,502,761	1.6%	11,113,378	1.9%
Pharmaceutical products	2,136,657	0.8%	2,184,657	0.4%
Planning and administration	5,597,555	2.0%	14,607,185	2.5%
Procurement and supply	12,634,741	4.5%	20,081,659	3.4%
Technical and Management	15,635,072	5.5%	31,845,710	5.4%
Training	53,875,083	19.0%	111,499,566	18.8%
Total	283,161,747	100%	592,737,043	100%

HSS 要求的分类

20. 为能更加地理解 WHO 构建模块是否被申请者在第 8 轮申请中充分使用, 技术评审小组成员和全球基金各自对提到的干预措施进行了分类, 并与在第 8 轮申请表内容中由国家进行的分类进行比较。在下列表 8 中列出了这一比较。

表 8 – HSS 跨学科干预措施 – 根据国家、技术评审小组和全球基金分类进行比较

	Financing	Health workforce (incl.HR)	Information	Leadership & Governance	Medical products and technologies	Service Delivery	Disease specific	Blended
Country classification	3	29	33	12	27	39		
TRP classification	4	28	33	8	19	37	4	10
Secretariat classification	4	28	33	9	19	36	4	10

- ‘疾病特定’是指包含在 HSS 要求中、但确定只受益于宿主疾病的干预措施。
- ‘混合’是指干预措施综合体, 没有明确的 WHO 构建模块可以对这些干预措施进行划分。

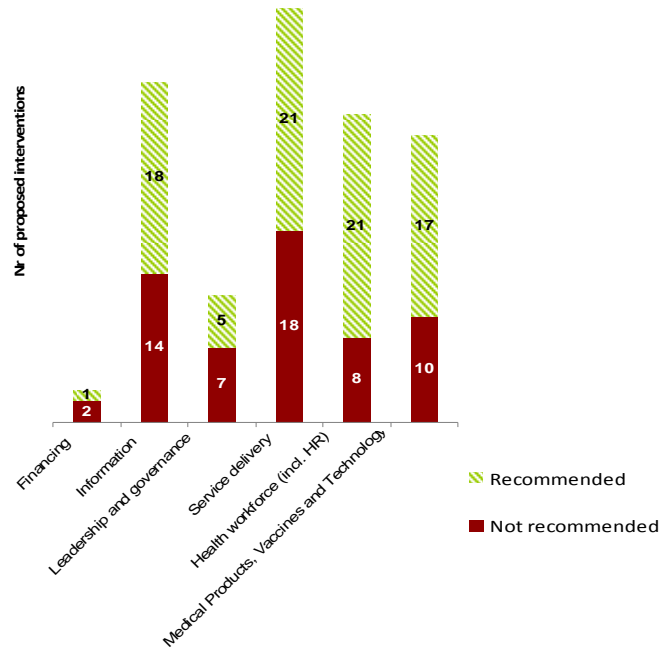
21. 技术评审小组和全球基金的分类大致匹配, 他们仅在「信息」、「财务」、「卫生系统劳动力」和「服务交付」这几个构建模块中与国家分类大致相符。如表 8 所示, 在「领导和管理」以及「医疗产品和技术」模块中存在较大的差异。这种分类差异或许与分析师有关, 差异存在于计划中, 或者更简单地说, 申请者了解 WHO 和全球基金在其申请表和指南中以不同的方式所表达的观念。

22. 申请中没有将此与特定构建模块的干预措施有关的困难表示出来。在第 8 轮的申请指南中还可以发现对构建模块的不同评价。例如, 在申请指南中所提供的「医疗产品和技术」干预措施的范围包括强化政策、标准和指南, 这些或许也在「领导和管理」的范围内。此外, 「财务」的范围包括强化财务追踪系统, 这或许也是「信息」系统的一部分。

23. 在第 8 轮特定疾病申请的 HSS 要求中, 或许可以看到与干预措施的「绩效框架」(包括促进绩效资助的指标) 有关的额外的问题。申请者所包含的指标通常投入和产出数量有限(例如, 地区药品商店恢复数量, 管理数据的计算机的安装数)。很少有指标关注性质方面(例如, 到期药品数量、卫生设备报告的精确度、或增加服务的公平享有)。或许需要对国家在基于绩效的资助框架下计划跨学科干预措施提供更多指南, 这样可确保从全球基金获得的对 HSS 的额外投资可以转换为(或至少投入到)卫生系统中改善的公平性和效率, 并确定实现疾病计划结果的限制。此外, 申请者可以从更多适用的指标中获益, 这些指标用于公平性和效率并结合在「绩效框架」指南中。

24. 如图 18 所示，除了「财务」和「领导和管理」，每个构建模块中的大部分干预措施都获得了资助推荐。

图 18: 根据申请者对于干预措施所确定的构建模块，技术评审小组的评审结果



根据 WHO 构建模块评审特定国家的资助请求的案例

25. 对于第 8 轮中国家特定的 HSS 要求，或许可以评审一个作为 HSS 详细需求的更完善的案例。考虑到（尽最大可能）地理和「宿主病」差异，表 9 给出了作为「更完善案例」的 HSS 要求。在此附录 5 的附件 2 中列出了为评审而选择的特定构建模块的详细概述。正如上述第 15 段所示，与根据「服务交付」、「信息」和「卫生系统劳动力」所提到的要求相比，用于解说的案例对于 WHO 框架中的「领导和管理」以及「财务」组成来说比较有限。在所有情况下，国家可以根据一个或多个其它「构建模块」而确定其它的 HSS 需求。但是，最能描述清楚的是经过选择的案例。

表 9 – WHO 构建模块案例研究概述（请参考附件 2）

国家	疾病	构建模块	计划干预措施概述
尼日利亚	艾滋病病毒	领导和管理	强化处理社区网络的核心能力，确保对服务质量和增加范围的规定可以扩大艾滋病、肺结核和疟疾干预措施。活动包括：改善政府和非政府供应商所提供的服务规定和监督；进行定期的绩效评审；以及支持政策和系统的研究。
苏丹—北部地区	肺结核	财务	强化卫生系统的财务功能，确保公平享受卫生服务，通过以下方式：支持次国家级和国家级卫生账户的发展，以提高对资源的公平分配；为扩大卫生保险而在统计和研究节省成本上进行投资，以便增加对卫生护理的公平访问；以及，开展基于社区的卫生保险计划。
白俄罗斯	艾滋病病毒	卫生系统劳动力	为卫生系统而强化人力资源的国家策略，包括，确定对医生到护士、非临床人员的选择，为非货币和货币激励而改善政策框架和管理系统，以便吸引、激励和保留卫生护理提供商。
斯威士兰	艾滋病病毒	信息	从各个水平改善对卫生综合指标的及时报告和分析，并关注开发国家级性别分类指标设置，开发在社区和私营部门进行监测和评估的能力，并对国家卫生部门的信息完整性做出贡献。
老挝人民民主共和国	艾滋病病毒	医疗产品	开发更合理、更经济的法规系统，以便管理三种疾病的采购和供应，替换当前的垂直系统。关注注册过程的完成效率并改善药物的质量、安全性和功效以及对这些药物的使用。
津巴布韦	疟疾	服务交付	强化社区卫生系统，有效交付艾滋病、肺结核和疟疾的干预措施。活动包括：强化公共部门的服务需求；在公共卫生服务交付中包括民间组织和私营部门；以及与易受攻击儿童和贫困儿童公平享受服务有关的活动。

26. 与上述六个例子相同，计划的干预措施：

- i. 提供用于能力构建的长期方式，包括关注组织开展和改善的信息管理，以便在有效使用资源上获得改良的决策；以及

- ii. 对于国家级别的所有者包含明确的策略，并且通常关注的是通过联系公共和非公共服务提供商而改善地区和社区级别的服务交付。

27. 通过对获得资助推荐的所有其它第 8 轮 HSS 要求的信息评审，与六个 WHO 构建模块环境下详述的 HSS 要求有关的以下（早期）趋势和差距有所增加。

管理

- 在推荐的管理干预措施中，涵盖的范围各不相同。这些范围从强化民间社团到制定授权法规以及预算计划。
- 四分之三受推荐的干预措施都作为确定管理问题的主要策略。

财务

- 在这一类别³¹中包括的唯一一个获得推荐的干预措施说明了卫生系统的财务情况以及总资助（和申请）的管理情况。

卫生系统的劳动力

- 有几个国家（白俄罗斯、毛里塔尼亚、赞比亚、亚美尼亚、圭亚那和莱索托）在支持国家人力资源策略的背景下制定他们所提议的干预措施。
- 尽管提议的干预措施在培训方面有偏差，但他们包含了卫生系统劳动力问题的不同方面：卫生系统劳动力的提供（培训、培训设备、保持力）、卫生系统劳动力的需求（需要评估、计划和激励）以及卫生系统劳动力的利用（任务转换）。
- 在这个范畴中，对各种卫生系统劳动力的培训、培训设备的更新以及货币或非货币激励系统都作为最常提到的干预措施。
- 在提议的干预措施中，以一种或其它方式介绍所有的活动，这些活动在申请表正文中所引入的构建模块的介绍中。

信息

- 大部分申请者提出干预措施是为了建立（亚美尼亚和塔吉克斯坦）或强化（埃塞俄比亚、毛里塔尼亚、赞比亚、冈比亚、圭亚那、莱索托、莫桑比克和斯威士兰）国家卫生系统管理信息系统。
- 在大部分情况下，强化国家卫生信息的策略包括：能力强化活动（包括培训员工）、物流、和管理系统（包括电子系统）。
- 很多确定卫生信息系统问题的申请者（斯威士兰、赞比亚、孟加拉国、圭亚那、莱索托、和尼日利亚）还都处于地区、区域和社区的次国家级水平。
- 只有少部分的国家（冈比亚、赞比亚和莱索托）提到了将作为强化卫生信息系统方式的运营研究和调查。
- 不能直接在提议的干预措施中显示、但在构建模块介绍中提到的活动包括：加强对死亡率统计的精确度以及对该数据的收集；在系统使用证据上进行投资，以便对决策提供指南；以及扩大提供报告的卫生服务供应商。

³¹ 其它四个包括作为「构建模块」之一的「财务」模块的 HSS 要求未获得推荐，因为 HSS 申请在整体上较差。

医疗产品

- 在所有批准的申请中，不到一半的申请包含了此构建模块的干预措施，这对于系统重要性的考虑太少，该系统可确保采购的透明度和成本效益，并能根据全球基金的指示和行动来分配医疗产品并对其提供支持。
- 所有关注此项的申请者都提到了与强化国家供应管理系统有直接或间接关系的干预措施和/或行动，并列出了采购系统。
- 质量评估、控制，和/或基本药品的担保，指南、规定和/或法规的强化，以及能力的开发和培训都是经常被作为干预措施而提到的。
- 申请者在他们的 HSS 要求中包含了在构建模块介绍中提到的大部分活动，除了一个为加强药品、日用品和设备使用比例而制定的强化机制。

服务交付

- 申请所提到的干预措施的范围广而灵活，类型也各不相同。例如，强化社区卫生系统劳动力、制定治疗协议、翻新设备、维护设备、提高实验室服务以及采购和物流系统。
- 有几个国家（津巴布韦、赞比亚、尼日利亚和索马里）的干预措施主要是关注通过在社区卫生系统劳动力上进行投资，并将最低卫生护理包和主要卫生护理结合在一起而对基本卫生服务进行强化。
- 基础架构的改善、汽车和设备的采购以及能力构建都属于干预措施最主要的类型。另外，申请者目前还没有选择特定的领域。

早期学到的经验

28. 当考虑第 8 轮中提交的一少部分范例的限制时，应该从这一最初的分析中列出一些有用的经验。这些经验包括：

- i. 与疾病特定安排（在第 4.5.1 和 4.9 节中有解释）相比，为申请者提供的用于描述他们 HSS 要求和执行安排（在第 4B 节）的空间相对较小。这就造成一些国家对包含整个 HSS 要求的每个干预措施的描述限制了范围，或造成某种程度的重复。例如，科特迪瓦在「医疗产品和技术」构建模块下提出了三种干预措施：地区药房的能力构建；药品监测；以及药品质量担保。其它申请者似乎利用了这一机会来提出具有包含七个构建模块的更广阔范围的干预措施。例如，冈比亚在「领导和管理」下申请了旨在强化卫生服务质量担保的干预措施，其中包括强化道德和实践标准、立法、以及药品监督，改善对药品的使用并监测患者的满意率；
- ii. 国家不能以类似的方式使用某些功能。当马里（Mali）和布基纳法索（Burkina Faso）在「信息系统」的庇护下进行监管时，尼日利亚、孟加拉国和斐济可以获得更多的支持并将其作为与卫生系统劳动力有关的活动进行申请。所罗门群岛在「医疗产品和技术」下申请开展国家实验室服务而不是「服务交付」。
- iii. WHO 和全球基金最近将 WHO 构建模块作为识别 HSS 需求的框架而进行介绍。因此如欲评估申请的框架是否可以简化对国家计划和策略以及国家 HSS 需求的表达，为时尚早。对第 8 轮申请中的 HSS 需求的介绍日益呆板或刻板；以及

- iv. 尽管已经被邀请在第 8 轮申请指南中这样做³²，但很少有国家通过参考最近对卫生系统的限制和差距所进行的国家评审而确定他们的 HSS 需求，这些限制和差距是实现疾病结果的瓶颈。

29. 利用这些早期的经验，或许不能通过关注作为全部框架的「构建模块」而为国家开展响应复杂卫生系统限制所需要的跨学科干预措施而提供支持。这并不是意味着这一框架在国际上不能使用。实际上，为了分析对卫生系统的投资，使用通用的框架有很多好处，该框架可以将投资在各个类别中进行分配。但是，在国家级别上，尤其是全球基金介绍资助请求的财务机制结果和影响时，刻板的「构建模块」方法或许会起到阻碍作用而不是激励作用，从而使国家在改善他们卫生系统的公平性、效率和质量上带来更多复杂性和瓶颈。这为 WHO 研究是否需要相互依赖的干预措施以有效响应卫生部门的限制以及在类别或「模块」中进行证明而提供了一定的基础。

30. 在有效响应卫生系统限制（该限制可以通过全球基金的框架进行资助）的介绍中可以为国家提供问题证明的材料会将重点放在改善艾滋病、肺结核和疟疾的结果上。这一风险来自对全球基金申请材料的介绍，该材料完全采用了理事会在 2006 年 11 月对 HSS 的决议，不能为申请者提供更多的奖励，以促使其申请可影响除了三种疾病之外的卫生结果的干预措施³³。

31. 因此，可以看到这样的例子，例如布基纳法索（Burkina Faso）对「卫生系统劳动力」干预措施的介绍，该干预措施是为了培训和监督「三种疾病」。艾滋病和肺结核服务的规定或许包括通用技术并证明培训是正确的，这与大部分疟疾控制所需要的技术完全不同。此外，用于提高艾滋病和肺结核计划的服务交付的能力构建策略也会对其它（包括患者和卫生系统之间的反复联系）情况有利³⁴。在对「更完善案例」（已经在上述评论过）中的干预措施的解释中，对三种疾病的过度限制类似。

32. 这并不意味着在第 8 轮中申请并获得资助推荐的很多卫生系统干预措施没有机会影响对三种疾病结果的扩大，因为很多已经开始有影响了。但是，申请者认为他们必须限制（若不在范围内，甚至应命令）对三种疾病干预措施的提交，这种观点会造成错失开发强大卫生系统的机会，并因此在无意间对全球基金支持的卫生系统造成了威胁。

HSS 跨学科干预措施 – 第 8 轮的最佳实践

33. 在前面段落中的分析提供了一些申请者可以在特定 HSS 构建模块中有效设计他们 HSS 需求的案例。但是，问题是 WHO 框架是否可以有效运行，从而使申请者通过可以从全球基金获得对这些干预措施进行资助的方式来有效响应卫生系统的限制。

34. 以下段落用四个范例对此问题进行了考虑，可为详细介绍 HSS 需求提供更多的方式。这四个国家分别是：

- 埃塞俄比亚（疟疾）
- 圭亚那（艾滋病）
- 塔吉克斯坦（肺结核）

³² 参考第 8 轮申请指南第 4B.1 节（尤其是第 43 页的 E 部分的介绍）。

³³ 来自申请表第 4B 节：解决这些差距和缺陷的干预是跨学科的，并且会至少使三种疾病中的一种获益（可能同样会使其它健康问题获益）。

³⁴ 哈瑞斯·AD (Harries AD)，詹·A (Jahn A)，撒加亚力·R (Zachariah R) 等等。为肺结核控制采用短程直接督导治疗 (Directly Observed Treatment, Short-course, DOTS) 框架，以便在非洲撒哈拉以南地区管理非传染性疾病。2008 年 6 月，PLoS Medicine 《公共科学图书馆医学》第 124 页，第 6 版，第 5 卷

- 赞比亚（艾滋病）

35. 所有四种 HSS 要求都获得资助推荐，技术评审小组在 HSS 要求和疾病的「TRP 评审表」上确定了这些申请中的优势。重要的是，每一个申请通过对他们特殊国家背景和国家卫生系统决定性因素的考虑，都明确表达出（以及由此造成的结果/影响）对强化卫生系统的额外支持。每个申请还介绍了作为综合干预措施的这些限制的「解决方案」，并以 WHO 的观点认可卫生系统所有部件的相互依赖性，处于这些原因，这些国家被推荐为理想申请的「最佳实践」案例。选择的最佳实践包含三种疾病，介绍了各种（但不是所有）地理区域并包括疾病和跨学科 HSS 干预措施都获得资助推荐的申请者的案例，以及只有跨学科 HSS 干预措施获得资助推荐的申请。

36. 在这些案例中，只列出了作为研究案例的埃塞俄比亚，并对其进行了讨论。在此附录 5 的附件 3 中可以找到其它案例研究。

37. 在此报告中还讨论了国家如何进行他们的需求分析，以及是否有合适的框架可以使人们用于帮助国家更明确的表达需求。

使用以下的「最佳实践」案例研究

38. 与艾滋病、肺结核和/或疟疾等疾病特定计划中存在的差距进行直接响应的干预措施相反的是（以及有最佳实践的标准模式，在不同的背景下已经得到多位参与者的促进并加以执行），卫生系统的情况完全不同。至少在目前，类似的标准模式或最佳实践还很缺乏。在卫生系统强化中没有这种最佳实践的原因有很多，很容易被很多国家收集和使用这些原因。在现实中的主要原因之一是大量的卫生系统，包括其管理构建模块、信息、财务、框架、服务和医疗产品，是由各种政治、文化、社会和经济情况决定的，而每个国家的这些情况都各不相同。因此，在「X 国家」中对卫生系统起作用的工作，例如引入与艾滋病、肺结核和/或疟疾有关的改善结果，在「Z 国家」中却不起作用。此外，在「A 国家」中看起来似乎是（经证实）的最佳实践，但在「B 国家」中却不能使用。

39. 在此报告中，申请者在第 8 轮中提议的卫生系统强化的跨学科干预措施中的「最佳实践」，不能作为符合他们国家情况和特定因素的系列标准方法、模式、或实践，因此应该在申请中加以改善。此外，这份报告通过明确考虑国家卫生系统的特定背景和决定性因素，以及国内申请开展过程的结果，而突出了强化卫生系统的「最佳案例」申请。

40. 卫生系统强化的申请是否在相关疾病特定申请中是完整的，或者是否可以作为一个独立但起互补作用的部分，这些问题暂时先不考虑，应考虑什么标准可以用来判断一个国家具有完善或「最佳案例」。在全球基金和其合作伙伴的下列信息和政策文件中，可以找到一些答案和指南。

41. 在第 8 轮的路标和其它关于卫生系统强化的研讨会上所准备的「技术说明」中，WHO 认为在申请 HSS 干预措施的资助时应提供以下七点：

1. 旨在改善申请中的其它部分所确定的艾滋病病毒和艾滋病、肺结核或疟疾的预防和控制，并明确响应限制的提议活动。
2. 为改善艾滋病病毒和艾滋病、肺结核或疟疾的服务交付，但不属于个体计划的要求范围内，或者若执行一个计划会造成其它优先服务中断的提议活动。
3. 符合国家全面的卫生政策、计划和策略，并能弥补有效资源差距的提议活动。
4. 在与关键的基金保管者协商时已经确定的提议活动。
5. 已明确规定了实际范围和成本的提议活动。

6. 在合理时间框内可能存在的投资回报。
7. 已经被选择用于追踪进程的一些卫生系统指标。³⁵

42. 全球基金在其第 8 轮申请指南中³⁶介绍了一些直接或间接的指导和指南，是关于申请者如何提交卫生系统强化的「最佳实践」或符合技术水平的案例。

- 申请者在跨学科 HSS 节提供的信息必须明确说明干预措施如何确定已经识别的卫生系统限制，从而改善艾滋病、肺结核和/或疟疾结果；
- 对卫生系统劣势和缺陷的响应不能与现有国家策略相分离；
- 应从当前对卫生系统劣势和缺陷的国家特定评估中提出支持请求；
- 申请者在评估策略中的所有劣势和缺陷时，应该考虑更多非政府组织、私营部门和社区的需求；以及
- 鼓励申请者在国家疾病计划和卫生系统改革中包含参与到计划、预算和资源分配过程的基金保管者。

43. 此外，技术评审小组的职权范围³⁷包括一些有价值的标准，这些标准有助于确定第 8 轮中提交的资助申请中的「最佳实践」，技术评审小组需要可证明以下特性的申请：

- *方法的完整性*，包括使用干预措施的标准，这些干预措施符合国际最佳实践、有据可依、可以表示良好的货币价值、还包括各种基金保管者，等等。
- *可行性*，即指在支持国家政策时提供执行、构建、补充、并协调当前计划的可行性和技术证据的标准，使用创新的方式扩大计划，等等。
- *潜在的可持续性和影响*，包括证明全球基金资助将作为当前工作的辅助资金而不是替代原有资金，确定吸收更多资源的能力，反映高水平可持续的参政活动和义务等的标准。

44. 此报告中选择的最佳实践考虑了上述注意事项和标准，以及技术评审小组评估申请的指南。

埃塞俄比亚的案例（包括一个 HSS 要求的疟疾申请）

埃塞俄比亚的申请的主要内容被选为「HSS 最佳实践」是因为该申请确定了两个主要的国家问题 – 将运作职责转移到更多级别上，以及卫生系统劳动力的缺乏。此外，在批准的国家策略和政策中还明确表达了提议的干预措施。

- 卫生系统中影响疟疾结果的缺陷

在申请中确定的、对疟疾成果造成影响的卫生系统的主要缺陷和/或差距：

1. **人力资源问题** FMOH 持续面临人力资源短缺、不适当安置、以及混合型人才缺乏的问题。政府和其合作伙伴广为接受的想法是，由于缺乏关键的人力资源，卫生护理系统已经超荷，并且不能很好地应对艾滋病、肺结核和疟疾服务的快速扩张。

³⁵ 世界卫生组织的文件，文件名为《全球基金和卫生系统强化：如何在第 8 轮申请中制造案例》，工作草案，2008。

³⁶ 全球基金的第 8 轮申请指南，「计划描述」章节和附录 3「全球基金将支持什么」，以及名为《全球基金强化卫生系统的方法，2008》的情况表。

³⁷ 请在以下网址，参考技术评审小组职权范围的附件 1：http://www.theglobalfund.org/en/files/about/technical/技术评审小组_TOR.pdf

2. 卫生信息系统以及监测和评估。有关人群卫生状况的可靠信息以及卫生服务的绩效和适当性并不容易获取，即使有这些信息，也很少在决策制定时使用这些信息。这些劣势限制了患者护理级别和公共卫生服务的效率。

3. 服务交付基础设施。尽管已经开始设计 FMOH Logistics Master Plan（FMOH 物流总体计划），但运输部门的缺乏会阻止该计划的实现。要弥补差距，还需要继续强化并进一步分散当前服务，以及在集水区域帮助与基于社区的服务相联系。

- 申请的干预措施

作为其疟疾申请的一部分，埃塞俄比亚申请了以下四个 HSS 跨学科干预措施：

1. 通过改善培训能力和监督支持，构建社区卫生系统的人力资源强化。埃塞俄比亚的艾滋病、肺结核和疟疾策略，以及活动计划都强调了在扩大和维持计划活动中社区工作人员的重要性。FMOH 的「任务移交」政策旨在将日益增加的计划活动的责任转移到社区疾病，HEW 对执行这些计划承担主要的责任。活动将包括改善 HEW 培训能力（服务前的培训、完整的进修培训、和对培训期的支持）以及提高 HEW 的监督支持（强化培训以及采购摩托车）。

2. 强化卫生信息系统。这三种疾病申请的主要限制是缺乏有关计划进程的可靠的、及时的信息，这些信息可用于支持监督和评估（M&E）并进行管理。这一干预措施将为扩大新 HMIS 和强化 DSS 提供支持。活动将包括加快对 HIO、物流和供应、完整的质量管理以及强化 DSS 提供培训。

3. 增加培训机构的能力以支持改善的质量和结果。埃塞俄比亚正在开发一个完善的 HRH 策略计划。关键的策略是「扩大」劳动力市场，以确保在扩大三种疾病计划时有充足的劳动力。为了加快培训，还需要为培训机构提供充足的理论和实践基础设施。活动包括采购实验室/医疗培训设备、维持对 HEW 的培训和培训管理的教学援助。

4. 提供全面的物流支持，以确保及时监督卫生服务交付，并及时将关键的艾滋病、肺结核和疟疾日用品提供给卫生服务站。经证实，由于运输问题而造成卫生系统劳动力对地区的监督力较差。申请要求资助可以解决连接中央、地区和区域的运输缺陷，尤其是完整的监督活动以及对日用品及时发放的问题。在活动中，包括为在地区进行监督活动而采购敞篷小型载货卡车，为确保将日用品从中心商店运送到主要和次级仓库而采购卡车，以及为方便 HEW 监督而采购摩托车。

- 在申请开展中 HSS 关键基金保管者的参与

申请开展包括 FMOH 里的基金保管者，例如计划和规划部门、人力资源开发部门、疾病预防和控制、卫生教育和普及，以及国际资助，还包括捐赠者和非政府组织。*所有跨学科 HSS 干预措施的有效资源都经过评审，包括作为跨学科 HSS 干预措施主要资助来源的 GAVI/HSS 项目。*

- 资助请求（五年）

培训	\$ 19,097,899 美元
药物产品	\$ 2,100,000 美元
采购与供应管理	\$ 7,724,671 美元
基础架构/设备	\$ 9,405,000 美元
通讯材料	\$ 11,924,000 美元
监测与评估	\$ 733,200 美元
总计	US\$ 50,984,770 美元

- 技术评审小组确定的优势

- 详细描述 HSS 干预措施
- 对所有三种疾病和其它都有益
- 清楚的预算和工作计划
- 其它捐赠者证明的补充性
- 与国家计划和系统结合在一起

- 需要澄清或调整的特定问题

1. 与进修培训 HEW 有关的预算澄清
2. 对实验室设备单位成本的澄清

- 其它观察

1. 第 1 类中，技术评审小组推荐获得 *资助的疾病和跨学科卫生系统强化干预措施*。
2. 主要关注 *强化社区卫生系统*并将对其有较大投入的申请，这是全球基金优先关注的问题之一。
3. 寻找 GAVI/HSS 项目合作伙伴的申请，该项目在埃塞俄比亚已经对强化卫生系统做出了较大的贡献。
4. 在 *国家人力资源计划*框架中，根据实际情况考虑申请的培训活动，并调整和解释对培训的关注。

Round 8 TRP Membership

Category	No.	Surname	First name	Gender	Nationality	Rounds served							
						1	2	3	4	5	6	7	
HIV/AIDS (7+ the Chair) Members	1	Godfrey-Faussett	Peter (Chair)	M	UK								
	2	Sikipa	Godfrey	M	Zimbabwe								
	3	Tregnago Barcellos	Nemora	F	Brazil								
	4	Gupta	Indrani (Vice Chair)	F	India								
	5	Bobrik	Alexey	M	Russia								
	6	Kornfield	Ruth	F	USA								
	7	Lauria	Lilian de Mello	F	Brazil								
	8	Del Castillo	Fernando	M	Spain								
Malaria (5) Members	1	Genton	Blaise	M	Switzerland								
	2	Rojas De Arias	Gladys Antonieta	F	Paraguay								
	3	Burkot	Thomas	M	USA								
	4	Adeel	Ahmed Awad Abdel-Hameed	M	Sudan								
	5	Lyimo	Edith	F	Tanzania								
Tuberculosis (5) Members	1	El Sony	Asma	F	Sudan								
	2	Metzger	Peter	M	Germany								
	3	Bah-Sow	Oumou Younoussa	F	Guinea								
	4	Hamid Salim	Abdul	M	Bangladesh								
	5	Kimerling	Michael	M	USA								
Cross Cutting (17) Members	1	Elo	Kaarle Olavi	M	Finland								
	2	Decosas	Josef	M	Germany								
	3	Allilio	Martin S.	M	Tanzania								
	4	Nuyens	Yvo	M	Belgium								
	5	McKenzie	Andrew	M	South Africa								
	6	Boillot	Francois	M	France								
	7	Brandrup-Lukanow	Assia	F	Germany								
	8	Barron	Peter	M	South Africa								
	9	Okedi	William	M	Kenya								
	10	Baker	Shawn Kaye	M	USA								
	11	Ghandhi	Delna	F	UK								
	12	Ayala-Öström	Beatriz	F	Mexico/UK								
	13	Murindwa	Grace	M	Uganda								
	14	Heywood	Alison	F	Australia								
	15	Le Franc	Elsie	F	Jamaica								
	16	Oyeledun	Bolanle	F	Nigeria								
	17	Huff-Rouselle	Maggie	F	Canada								

Key:

