

世界卫生组织  
2004-2005年  
**规划预算**

**执行情况评估报告**

本文件中采用的名称和提供的资料并不反映世界卫生组织秘书处对任何国家、领地、城市或地区或其主管当局的法律地位，或对其国境或边界划定的观点。

2006 年于日内瓦印刷

# 目 录

## 总干事的前言 v

## 概要 1

### 按工作领域分列的执行情况评估

传染病监测	13
传染病预防、根除和控制	18
传染病研究和产品开发	23
疟疾	27
结核	33
非传染病监测、预防和管理	38
烟草	45
健康促进	50
损伤和残疾	55
精神卫生和物质滥用	60
儿童和青少年卫生	65
生殖卫生研究和规划发展	69
确保母婴平安	73
妇女卫生	76
艾滋病毒/艾滋病	80
可持续发展	85
营养	91
卫生与环境	95
食品安全	100
紧急情况防备和反应	104
基本药物：获取、质量及合理使用	110
免疫和疫苗开发	115
血液安全和临床技术	122
卫生政策依据	129
卫生信息管理和传播	136
研究政策与促进	142
卫生服务的组织	147
理事机构	153
资源筹集以及对外合作和伙伴关系	156
规划的计划、监测和评价	160
人力资源开发	163
预算和财务管理	167
基础设施和信息服务	171
总干事、区域主任和独立职能	176
世界卫生组织驻国家办事处	179
杂项	183
汇率保值措施	183
不动产基金	183
信息技术基金	183
安全基金	184





## 前 言

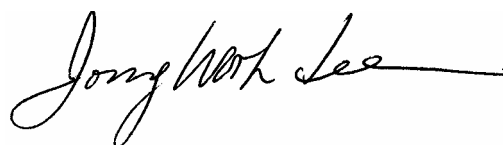
执行情况评估对于集中关注和准确判断进展至关重要。《2004-2005 年规划预算：执行情况评估报告》就双年度中取得的成就提供了宝贵的观点。该报告还指出下一个双年度及以后需要作出的改进。

为使成就或失败得到量化，每个工作领域都预先确定了其预期成果。这些预期成果的实现程度是绩效的主要指标。如果评价表明结果未达到期望水平，该评估报告则明确理由，阐明吸取的教训并提出 2006-2007 年中可采取的不同措施。

秘书处继续严格遵守其对会员国采取的透明度和问责制原则。规划预算优先重视建设能力改善卫生结果；应对疾病暴发和紧急情况；处理健康决定因素；和加强卫生系统。双年度期间发生的诸多事件使这些问题更有理由得到重视。

世卫组织应对了一系列自然灾害和危机，包括 2004 年 12 月的印度洋海啸和地震以及苏丹达尔富尔地区的人道主义危机。当高致病性 H5N1 禽流感病毒在全世界野生和家养禽鸟中迅速蔓延开来后，我们与国际社会共同努力，动员人们认识并支持控制流感大流行威胁的防范计划。2005 年 10 月，我们推出了关于预防慢性病的第一份全球报告<sup>1</sup>，提请关注心脏病、中风、癌症和糖尿病给人类生命造成的代价，以及健康的社会决定因素在预防这些疾病方面的作用。源于尼日利亚的野生脊髓灰质炎再度传入若干曾经已根除脊髓灰质炎的国家促使在整个非洲采取了紧急控制措施，包括推动在 23 个非洲国家对 1 亿儿童进行免疫接种。我们的国家和区域办事处竭尽全力应对这些事件。

这份报告对本组织的工作提出了一种看法。其他补充性的重要观点载于一些年度出版物中，如《世界卫生报告》、《总干事报告》<sup>2</sup>和《世界卫生统计》<sup>3</sup>等。所有这些综合起来对本组织的工作以及世界卫生方面的进展提供了全面看法。



总干事  
李钟郁

2006 年 4 月，日内瓦

---

<sup>1</sup> 《预防慢性病：一项重要投资：世卫组织全球报告》。日内瓦，世界卫生组织，2005 年。

<sup>2</sup> 2004 年：世界卫生组织一年回顾：总干事的报告。日内瓦，世界卫生组织，2004 年。

<sup>3</sup> 《2005 年世界卫生统计》。日内瓦，世界卫生组织，2005 年



## 概要

这份概要概述了 2004-2005 双年度期间取得的成果，以及主要限制因素和挑战。2004-2005 年规划预算执行情况评估报告是世卫组织以成果为基础的管理和问责制框架的一部分。规划预算是在与各国合作和建立国家能力的总原则下，本着“以适当的方式在适当的地方做适当的事情”的理念实施的。

2004-2005 双年度的特点是，对会员国、秘书处以及致力于全球卫生的伙伴提出了更多的要求。需要面对的诸多挑战包括：加强卫生系统；向日益增多的艾滋病毒/艾滋病感染者、结核患者和疟疾患者提供药物；针对新的、正出现的和现有传染病造成的新威胁和紧急情况作出反应；朝着实现《千年发展目标》加速进展 - 包括改善妇女和儿童卫生；应对日益加重的非传染病和精神障碍负担；认识到贫穷与健康不佳之间联系；并了解环境和社会决定因素对卫生发展的影响。

双年度期间，世卫组织在支持会员国努力应付上述若干挑战方面取得了重大进展。有关措施包括通过“三五”行动增加提供治疗艾滋病毒/艾滋病的抗逆转录病毒药物；进一步努力根除脊髓灰质炎；通过《国际卫生条例》(2005 年)；以及实施《世界卫生组织烟草控制框架公约》。双年度期间，世界经历了一些重大危机，如印度洋地震和海啸、南亚地震、苏丹达尔富尔地区的危机以及新出现的禽流感威胁。

为努力实现卫生目标，本组织继续与其他伙伴，包括民间社会和私立部门的伙伴联系，并努力在联合国系统内发挥有效作用：世卫组织继续与人类发展和健康保障领域中各种重要参与者之间建立富有创造性和创新性的伙伴关系。

情况日益要求本组织在工作中尽量扩大其影响，使国家小组、区域办事处以及总部各个司之间更加团结。这便要求世卫组织提高效率和效力、加强问责制、提高透明度并努力适应不断变化的世界。就秘书处而言，2004-2005 双年度以提高其效率和效力的改革为特点。

本组织在双年度中取得的成就在五个标题下作了介绍：改善卫生结果；应对疾病暴发和紧急情况；处理健康决定因素；加强卫生系统，着重以成果为基础的管理。

## 改善卫生结果

世卫组织/联合国艾滋病规划署的“三五”行动 - 目标是到 2005 年底使 300 万艾滋病毒/艾滋病感染者接受抗逆转录病毒治疗 - 已经提供清楚证据表明在资源有限环境下有可能提供这种治疗并且可以在一些最贫困和受影响最严重的国家以公共卫生原则为基础大大推广治疗。低收入和中等收入国家获得抗逆转录病毒治疗的人数增加了 - 由 2003 年 12 月的 40 万增加到 2005 年 12 月的 130 万以上。世卫组织继续致力于实现普遍获得目标。

2004-2005 年中, 24 个国家报告了约 3205 例脊髓灰质炎病例(相比之下, 2002-2003 年 16 个国家中有 2401 例)。仍受脊髓灰质炎影响的国家的卫生部于 2004 年 1 月签署了《根除脊髓灰质炎日内瓦宣言》, 承诺在全球加强和完成根除活动。非洲、中东和亚洲 25 个以上国家重新开始大规模脊髓灰质炎免疫运动, 制止或预防这种源于尼日利亚北部的多国流行病在国家和国际进一步传播。全世界麻疹死亡人数估计由 1999 年的 87.1 万人减少到 2004 年 45.4 万人, 减少了 48%。这一进展可部分归因于受影响最严重国家实施世卫组织/联合国儿童基金会《可持续降低麻疹死亡率综合战略》, 特别是非洲国家, 其麻疹死亡率降低了 60%。

2004 年 5 月卫生大会在 WHA57.12 号决议中批准了《朝着实现关于生殖卫生的国际发展目标和具体目标加速进展的战略》。已经公布并向各区域和国家传播关于生殖卫生的以证据为基础的规范性工具和准则。性和生殖卫生与艾滋病毒/艾滋病之间的临床联系已成为世卫组织在生殖卫生领域的一个重要焦点。

向各国提供了技术支持以加强提高护理质量的能力, 并推动公平享有和利用孕产妇和新生儿卫生保健。为支持妊娠和分娩综合管理制定了指导方针, 并修订了关于更好获得计划生育优质护理的文件以便纳入最新的科学发展。

32 个国家在将联合国儿童权利委员会的建议化为行动方面获得了支助。在世卫组织支持下, 越来越多的国家正在采用儿童生存方面的重要干预措施; 67 个国家扩大了《儿童期疾病综合管理战略》的地域覆盖范围; 39 个国家正在实施《婴幼儿喂养全球战略》, 7 个国家正在应用世卫组织艾滋病毒与年轻人战略措施。

2005 年, 围绕直接督导下的短程化疗制定了新的控制结核战略, 控制结核伙伴关系的全球药物基金向 65 个国家 240 多万患者提供了治疗药物。第一批候选结核疫苗已由临床前研制转入人体临床评价, 而且初步科学结果表明有望在今后 10 年内推出有效的新结核疫苗。

世卫组织采购并分发了 130 万经杀虫剂处理的蚊帐, 为大约 250 万脆弱人群免遭传播疟疾的蚊子叮咬提供了保护。其他伙伴和国家采购并分发了上千万蚊帐。双年度期间, 又有 29 个流行国家转而使用以青蒿素为基础的联合治疗方法, 总数增至 52 个国家。2005 年, 流行国家购买了 3000 万剂药, 相比之下, 2004 年中购买了 400 万剂。

麦地那龙线虫病流行国家数量由 2003 年的 13 个减少到 2005 年的 9 个。与制造商签署了一份谅解备忘录保证到 2010 年底之前在全世界免费供应麻风病多种药物治疗。制定了促进公共卫生的媒介控制综合战略并在达尔富尔地区南部和印度尼西亚遭受海啸袭击的亚齐省第一次将口服霍乱疫苗用作一种人道主义干预措施。已经开始在成人志愿者身上进行 A 型脑膜炎球菌共轭疫苗的临床研制, 可能有望消灭非洲脑膜炎地带的流行性脑膜炎。

## 应对疾病暴发和紧急情况

卫生大会以 WHA58.3 号决议通过了《国际卫生条例》(2005 年), 为引起国际关注的公共卫生突发事件全球预警和应对以及加强国家核心能力提供了一个框架。世卫组织流行病预警和应对行动增加了, 全球疾病暴发预警和应对网络得到扩大而且世卫组织战略卫生行动中心已全面运作。世卫组织在监测、风险评估、科学研究、能力加强以及业务应对新出现的禽流感威胁并系统防范可能的流感大流行方面发挥了有效的领导作用。

双年度期间发生了一系列自然灾害, 其中以 2004 年 12 月 26 日印度洋地震和海啸最突出, 引起了前所未有的国际反响并给世卫组织及其伙伴提出了非同寻常的后勤挑战。世卫组织在毁灭性的南亚地震后的一段时期内还向巴基斯坦政府迅速提供支持。除了针对这些紧急情况支持当下的救灾工作外, 世卫组织还为恢复孕产妇和新生儿卫生服务提供了支持。其他成就包括 2004 年 8 月世卫组织在苏丹进行的卫生调查, 促使达尔富尔危机成为国际关注的焦点。

## 处理健康决定因素

2005 年 2 月 27 日《世界卫生组织烟草控制框架公约》生效, 开创了新的历史。2005 年 11 月公约获得第 100 份批准书, 标志着国际卫生界的一个里程碑。

世卫组织和联合国欧洲经济委员会联合制定和支持的 1992 年《保护与使用越境水道和国际湖泊公约水与健康议定书》, 是防治与水相关疾病方面世界第一份具有法律约束力的国际文书。议定书于 2005 年 8 月 4 日生效, 截至 2005 年 12 月 31 日已有 17 个缔约方。为推动实现《千年发展目标》关于安全饮水和基本卫生设施的具体目标, 世卫组织和联合国儿童基金会发表了一份报告, 标志着 2005-2015 年“生命之水”国际行动十年的开始。这份报告指出, 国际社会认为, 有待开展的工作是一项重大贡献, 将促使面临水相关疾病高度风险的数十亿人获得安全饮水和卫生设施。

建立世卫组织国际食品安全当局网络是为了尽量减轻食源性疾病暴发的后果; 该网络包括一个应急网, 现已有 145 个会员国参加。为促进发展中国家更多地参加世卫组织/粮农组织食品法典委员会, 世卫组织和粮农组织建立了法典信托基金, 到 2005 年底已调动 400 万美元基金。

卫生大会以 WHA57.17 号决议通过了世卫组织《饮食、身体活动与健康全球战略》。世卫组织发表关于预防慢性病的报告标志开始一项重要行动, 对慢性病在全球的日益流行加强认识<sup>1</sup>。

2005 年完成了一项世卫组织关于妇女卫生和对妇女家庭暴力的多国研究, 表明针对妇女的暴力普遍存在, 具有深远的健康后果。这项研究利用了 10 个国家采访 24000 多名妇女所获得的数据。

在第五十七届世界卫生大会上, 总干事宣布成立一个健康问题社会决定因素委员会, 旨在处理影响健康的社会因素。世卫组织还协调了一份前所未有的国际报告的技术投入和编写, 该报告涉及

<sup>1</sup> 《预防慢性病: 一项重要投资》。日内瓦, 世界卫生组织, 2005 年。

到保护健康的和生物多样化的自然生态系统与人类健康之间的复杂关系<sup>1</sup>。这份报告有助于更广泛的千年生态系统评估，这项评估为期四年，涉及一系列研究和报告，有 1300 多名科学家参与，审议对过去、现在和未来人类安康的影响。

## 加强卫生系统

在由世卫组织主持的“蒙特勒挑战：促使卫生系统有效运转”会议上，所有重要的卫生系统全球规划和行动的代表、筹资机构、卫生系统专家以及政府决策者力求就加强卫生系统的因素达成一致意见并确定如何使针对具体疾病的措施与更一般的卫生系统发展措施协调一致。他们还勾勒了一个路线图以便推进这一议程彼此不相关联的要素从而解除对卫生系统最具约束力的限制并朝着实现全球卫生目标加速进展。

卫生人力资源危机是第三届卫生千年发展目标高级别论坛议程上的重点问题，该论坛由世卫组织和世界银行协调，出席者有发展中国家的部长和高级官员、双边和多边机构负责人，以及其他伙伴。与会者们一致同意有必要建立一个正式的全球联盟，由世卫组织发挥主要作用，致力于处理卫生人力资源危机。

2004 年 11 月在墨西哥城举行的卫生研究部长级高层会议上，世卫组织的研究政策与促进议程取得了进展，会议期间来自 58 个国家的卫生部长及其他代表呼吁所有国家在更大程度上致力于卫生研究。

双年度其间建立了一个由世卫组织主持的新伙伴关系，即卫生计量系统网络。该网络力求通过资助和在发展中国家发展核心卫生信息系统来加强获得和使用及时可靠的卫生信息。2005 年还启动了国际临床试验注册平台，将全世界的临床试验注册汇入一个全球网络并制定了一套可遵循的国际注册标准。

在医疗器械管理的国际协调方面加强了与全球协调专题小组的合作，使公众能更好地获得进入市场后的监测信息，从而改善了患者安全。就血液制品、有关生物物质以及体外诊断程序制定并促进了新的世卫组织生物制品规范和标准。

为从全球角度出发处理细胞、组织和器官移植方面令人关注的问题，建立了一个全球利益相关方网络，制定了包括异种移植指导在内的第一批全球指导文件，并启动了一个全球移植知识库。世卫组织对治疗艾滋病毒/艾滋病、结核和疟疾方面供应商和产品的资格预审已成为一项重要的全球规划。经过资格预审的产品清单被联合国各组织、抗艾滋病、结核和疟疾全球基金以及世界银行用来指导采购决定，而且正日益得到各会员国、国家治疗规划和非政府组织的使用。这项规划已得到扩大，涵盖对活性药物成分和质量控制实验室的资格预审。

---

<sup>1</sup> 《生态系统与人类安康：健康问题综合报告》。日内瓦，世界卫生组织，2005 年。

向各国提供了直接支持活动，包括知识产权与贸易协定方面的技术援助和建议。世卫组织继续其与世贸组织的合作并在联合国儿童基金会、联合国开发计划署、联合国艾滋病规划署和全球基金之间发起了一项持续合作努力，确保与知识产权和药物采购有关的活动和培训协调一致。世卫组织还支持参加世贸组织在非洲和拉丁美洲就这些议题组织的区域会议和培训讲习班。

### **着重以成果为基础的管理**

双年度中进一步努力提高世卫组织的效率和效力以支持实施规划和改善卫生结果。一项重要成就是加强了世卫组织以成果为基础的管理框架，包括第十一个总规划方面的重要工作以及拟定中期战略计划。这促使改进了实施计划，加强了绩效监测并更加注重成果。

财政资源管理通过对本组织整个资源情况的定期监测和报告得到改善，注重提高透明度，并加强与内部所有技术规划以及与外部伙伴的联系以确保资源与规划预算更加一致。

宏大的人力资源改革的实施取得了进展，包括通过了一个针对所有职员的全局能力模式并使之内部化；成立了一个职员发展基金并展开了一项针对所有高层管理人员的领导能力规划。

双年度期间的一个重点是确保更积极有效地响应国家需要：例如，非洲区域所有世卫组织国家办事处目前都与世卫组织的全球专用网络链接而且国家合作战略的数目已达到 130 个。全球管理系统的落实支持了现行的许多改革；这项全组织范围的努力在选定了软件和系统集成商后得到加强。

### **限制和挑战**

虽然取得了很多成就 - 事实上，在某些领域超过了最初的计划- 但仍有一些限制因素妨碍了实施工作并限制了改善卫生结果方面的成就。许多国家卫生系统薄弱，包括管理和供应药物及诊断法方面现有系统的差距、实验室基础设施差和各级人力资源能力有限，继续在许多地区妨碍卫生条件的改善。在这些限制因素中，关键是各方面利益相关者对加强卫生系统的最恰当战略普遍缺乏共识，国家加强其卫生系统的能力有限以及为开展这些活动向他们提供的技术和财政支持有限。

性和生殖卫生的某些方面需要延长计划制定、建立共识和系统调整拟议方针的过程，所有这些都延长了有关活动的时间框架。

虽然双年度期间取得了重大进展，但秘书处在各项规划以及国家、区域办事处和总部之间开展工作方面仍面临挑战。为实现必要的成果，必须改进人力资源计划，确保在适当的地方有拥有适当技能的适当人员。在一些领域，区域或国家一级的技术专门知识有限。世卫组织职员的品质和能力水平仍然不均衡，需要给予更多的关注。尽管本组织提高了速度并改进了方法从而能够应对诸如东南亚海啸或南亚地震等紧急情况，但行政程序有时仍然笨重而繁琐，减缓了业务速度。应将学习问题更好地纳入程序以便改进工作方法。必须进一步努力按照规划预算中概述的成果更加切实有效地利用资源。

## 2004-2005 年规划预算—执行情况评估报告

秘书处改革努力的一个重大挑战是一些改革因素相互交差。例如，拖延执行调动和轮换政策即可归因于整个组织范围人力资源计划仍待改进。世卫组织一些计划改革与联合国系统在全球和当地各级的更广泛改革相联系。世卫组织 2006-2007 双年度一些特定的重点领域将包括加强人力资源绩效管理；进一步改进资源协调，例如在全组织范围调动和管理自愿捐款；与主要伙伴保持更积极接触；执行加强世卫组织在国家一级能力的计划；加强内部联络；确保全球管理系统的顺利开展。

### 2004-2005 年财政绩效概要

2004-2005 年开支总额为 27.29 亿美元，比 2002-2003 年高 33%，占核准预算的 97%。

**表 1: 总支出**  
(以百万美元计)

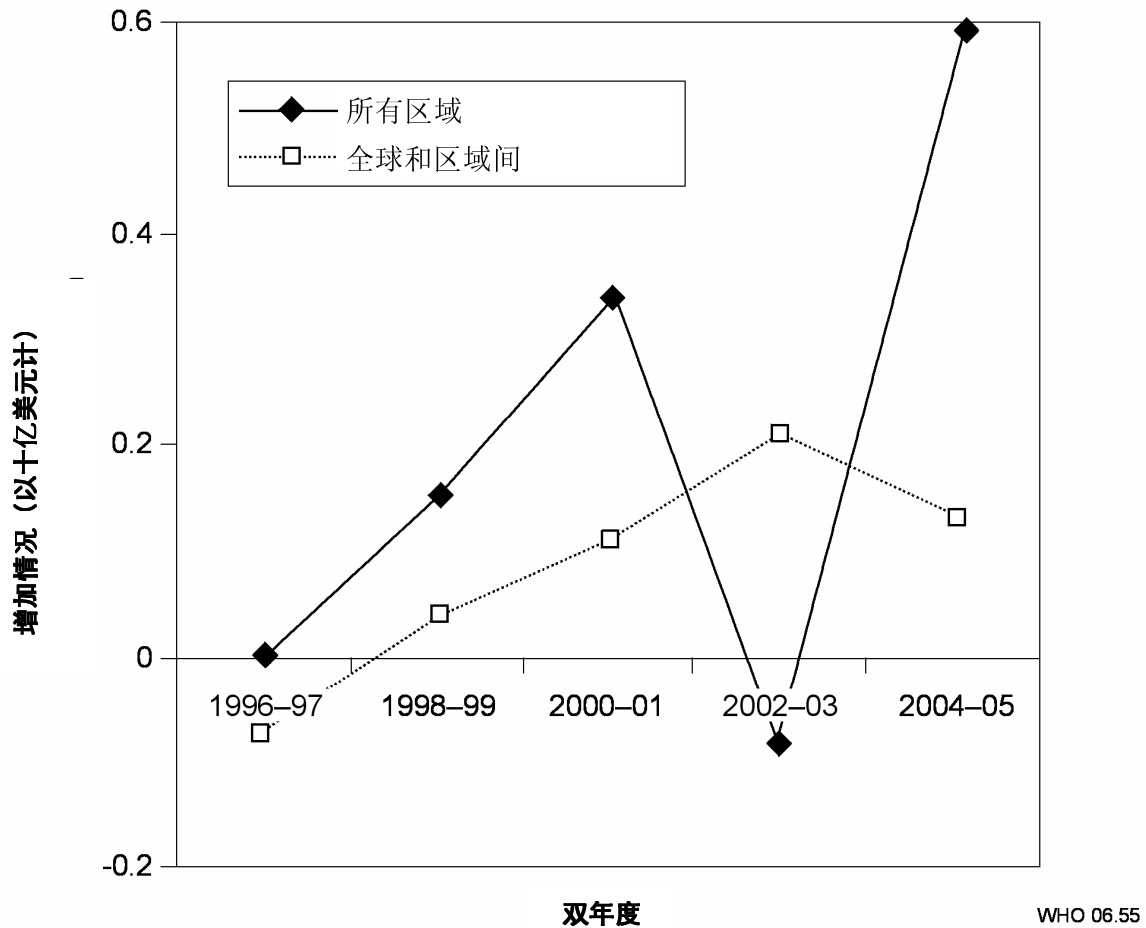
<b>正常预算</b>				
	<b>2002-2003</b>	<b>%</b>	<b>2004-2005</b>	<b>%</b>
国家	318	38	330	38
区域	235	28	234	27
全球	277	34	307	35
<b>总计</b>	<b>830</b>	<b>100</b>	<b>871</b>	<b>100</b>
<b>其它来源</b>				
	<b>2002-2003</b>	<b>%</b>	<b>2004-2005</b>	<b>%</b>
国家	369	25	731	34
区域	374	25	585	27
全球	744	50	845	39
<b>总计</b>	<b>1 487</b>	<b>100</b>	<b>2 161</b>	<b>100</b>
<b>所有来源</b>				
	<b>2002-2003</b>	<b>%</b>	<b>2004-2005</b>	<b>%</b>
国家	687	30	1 061	35
区域	609	26	819	27
全球	1 021	44	1 152	38
<b>总计<sup>1</sup></b>	<b>2 317</b>	<b>100</b>	<b>3 032</b>	<b>100</b>
<b>扣除抵消款</b>	<b>267</b>		<b>303</b>	
<b>扣除抵消款后总计</b>	<b>2 050</b>		<b>2 729</b>	

2004-2005 双年度中，本组织的工作重点转向国家和区域。图 1 显示，相对于 2002-2003 年，2004-2005 年区域和总部支出中的明显变化。总部的急遽上升趋势第一次被打破，从而进一步接近实现国家/区域与总部之间 70-30 的资源分配比例目标。

<sup>1</sup> 资金由正常预算转拨给信息技术基金、安全基金和不动产基金并由服务费用特别账户转拨给信息技术基金和安全基金。转拨的款额在正常预算和服务费用特别账户下被当作支出处理。但在信息技术基金、安全基金和不动产基金中转拨的款额被作为收入，并最终作为这些领域内所开展活动的支出。这种会计处理尽管确实导致总计栏目中的支出发生重复，但却能保持单个基金的完整。



图 1: 与上一个双年度相比, “所有区域”以及“全球和区域间活动”支出的增加情况



总开支约占核准的规划预算总额的 97%。但是, 如表 2 所显示的, 合计数字掩盖了各工作领域之间的巨大差异。35 个实质性工作领域中 9 个的支出达到或少于其核准预算的 75%。在多数情况下, 这归因于本组织资金不灵活, 难以直接资助最有需要的领域。出于同样的理由, 每个工作领域内部也出现差异。

2004-2005 年规划预算—执行情况评估报告

表 2: 按工作领域分列的预算和支出汇总表 - 所有办事处

2004-2005 年财务期

工作领域	合计 (以千美元计)		
	规划 预算	支出	%
传染病监测	94 600	100 961	107
传染病预防、根除和控制	134 286	100 769	75
传染病研究和产品开发	114 468	74 186	65
疟疾	126 140	156 669	124
结核	124 531	152 492	123
非传染病监测、预防和管理	37 480	41 355	110
烟草	20 483	17 715	87
健康促进	48 164	39 933	83
损伤和残疾	17 633	13 227	75
精神卫生和物质滥用	23 856	20 675	87
儿童和青少年卫生	67 349	54 032	80
生殖卫生研究和规划发展	67 070	62 299	93
确保母婴平安	38 711	22 873	59
妇女卫生	15 094	8 583	57
艾滋病毒/艾滋病	218 116	126 106	58
可持续发展	28 840	31 008	108
营养	20 526	17 407	85
卫生与环境	86 946	77 625	89
食品安全	22 453	14 059	63
紧急情况防备和反应	119 037	247 375	208
基本药物: 获取、质量及合理使用	51 447	49 956	97
免疫和疫苗开发	437 146	688 255	157
血液安全和临床技术	24 635	22 228	90
卫生政策依据	80 606	59 167	73
卫生信息管理和传播	46 162	49 302	107
研究政策与促进	20 217	13 943	69
卫生服务的组织	159 966	145 935	91
理事机构	27 791	28 362	102
资源筹集以及对外合作和伙伴关系	38 264	28 736	75
规划的计划、监测和评价	11 326	10 431	92
人力资源开发	34 912	37 881	109
预算和财务管理	43 841	43 659	100
基础设施和信息服务	174 715	190 147	109
总干事、区域主任和独立职能	28 670	35 613	124
世界卫生组织驻国家办事处	148 630	161 434	109
<b>实质性工作领域 - 合计</b>	<b>2 754 111</b>	<b>2 944 397</b>	
<b>杂项</b>			
汇率保值措施	20 000	14 550	

2004-2005 年规划预算 — 执行情况评估报告

工作领域	合计 (以千美元计)		
	规划 预算	支出	%
不动产基金	6 000	11 851	<sup>1</sup>
信息技术基金	35 000	41 943	<sup>1</sup>
安全基金	9 000	19 215	<sup>1</sup>
<b>杂项 - 合计</b>	<b>70 000</b>	<b>87 559</b>	
<b>总计 - 所有办事处</b>	<b>2 824 111</b>	<b>3 031 956</b>	
增加联合国人口基金规划支助金		79	
扣除抵消款		303 365	
<b>总计 世卫组织规划活动</b>	<b>2 824 111</b>	<b>2 728 670</b>	<b>97</b>

### 筹资

支出的 70% 由 21 亿美元自愿捐款(比 2002-2003 年增加了 61%)以及评定会费结存额、杂项收入、利息收入和上一个双年度的冲转额资助。2004-2005 年正常预算收入为 8.6 亿美元, 其中 8.03 亿(7.81 亿摊款和 220 万杂项收入)是在双年度中获得的。到 2005 年 12 月 31 日用于垫补未缴摊款的内部借支和周转金减少额总共达 4400 万美元。

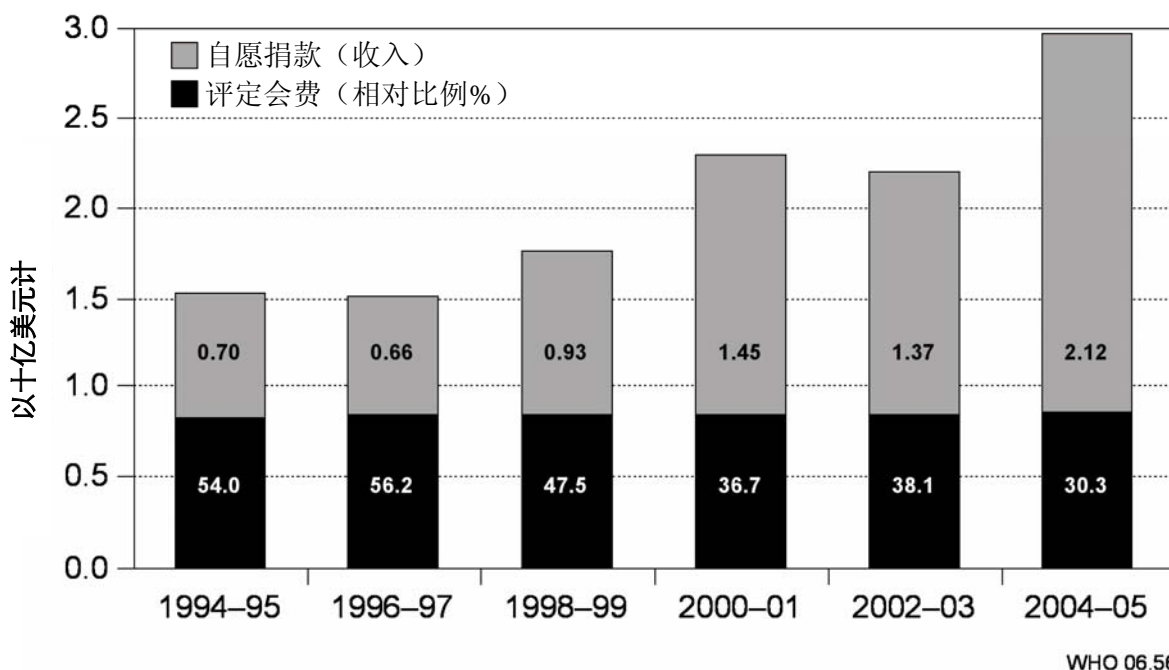
**表 3: 总收入**  
(以百万美元计)

	2002-2003	2004-2005	变化%
正常预算	856	860	1%
其它来源	1 320	2 124	61%
<b>总计</b>	<b>2 176</b>	<b>2 984</b>	<b>37%</b>

自愿捐款总共提供的资金比例达到 70%(相比之下 2002-2003 年约为 61%); 其中 2/3 来自 10 个会员国。图 2 中显示的 12 年趋势表明世卫组织已逐步由主要靠正常预算资助转变为主要靠自愿捐款资助。

<sup>1</sup> 资金由正常预算转拨给信息技术基金、安全基金和不动产基金并由服务费用特别账户转拨给信息技术基金和安全基金。转拨的款额在正常预算和服务费用特别账户下被当作支出处理。但在信息技术基金、安全基金和不动产基金中转拨的款额被作为收入, 并最终作为这些领域内所开展活动的支出。这种会计处理尽管确实导致总计栏目中的支出发生重复, 但却能保持单个基金的完整。

图 2：过去 10 年中自愿捐款和正常预算的发展情况



这一变化使资源有了全面增加，使本组织能够扩大其业务范围和规模以满足会员国的需要和发展伙伴的要求。但是，这也提出了某些挑战，因为多数自愿捐款附带有不同程度的限制。最灵活的捐款是不附加任何限制条件提供给本组织的核心自愿捐款，只占自愿捐款总额的 2%。接下来一种灵活的类型是提供给本组织工作领域一级的自愿捐款，约占 11%。最不灵活的是专门拨给获核准的工作计划内特定项目或活动的自愿捐款，占剩余的 87%(图 3)。

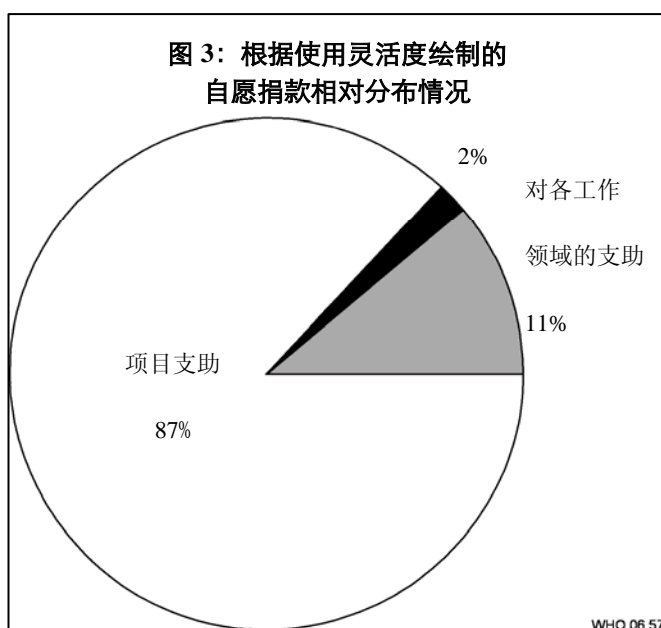


图 3 所描绘的收入被记录在健康促进自愿基金的 4297 个捐款名目下，而且为捐款者分别编写了约 1500 份财务报告。为履行协议并提供财务报告，世卫组织运转了一个拥有 9349 项拨款的复杂系统以保管来自不同来源分别用于不同目的的资金，这需要大量行政资源来管理，同时还对技术绩效具有不利影响，因为开展活动通常有赖于是否或何时能够获得充足的资源。即使，大体上，规划预算似乎得到充分资助，但若干工作领域仍然供资不足，资金只限于工作计划的特定部分，或在双年度中很迟才到位以致无法实现预期成果。

---

---

## 2004-2005 年规划预算 — 执行情况评估报告

---

---

今后几年的挑战将是维持并可能进一步提高收入水平，同时与捐款者共同努力使其资金更灵活，从而为实施规划预算和下一个中期战略计划提供更有效的支持。目前这份执行情况评估报告作为世卫组织以成果为基础的管理和问责制框架的一部分，对于努力加强本组织的筹资效力至关重要。



## 传染病监测

### 世界卫生组织目标

确保会员国和国际社会有更充分的准备，以便迅速发现、确定已知和未知病因的具流行倾向和新出现的传染病对国家、区域和全球健康保障造成的威胁，并作出反应，将这些活动与加强各国传染病监测和反应系统，国家卫生信息系统，以及公共卫生规划和服务相结合。

### 指标与成就

及时发现与国家/国际利益相关的流行病和新出现的疾病威胁并作出反应。总共查明了 654 起可能对国际卫生具有重要意义的事件。收到信息与核实事件中间的间隔为两天。

### 主要成就

- 2005 年 5 月 23 日第五十八届世界卫生大会以鼓掌方式通过了《国际卫生条例》(2005 年)<sup>1</sup>。
- 每个区域都审查和/或更新了其监测和应对战略，而且东南亚区域办事处和西太平洋区域办事处共同拟定了《亚太地区新发疾病应对战略》。这项战略后来得到西太平洋区域委员会的支持，东南亚区域委员会则通过了一项决议敦促会员国考虑实施该战略。
- 通过使用创新的信息技术，标准的操作程序和动员全球疾病暴发预警和应对网络的伙伴落实了流行病情报、核实(核对了 654 起事件)、风险评估、信息管理和迅速现场应对方面的系统机制。
- 在控制禽流感 and 防范人类流感大流行方面向会员国提供了支持。与粮农组织一起拟定了一项旨在控制动物中禽流感并同时限制人类流感大流行威胁的全球行动计划的重要组成部分。明确了保护人类健康的四项主要目标：减少与人类感染有关的高风险行为；更好地发现、调查和报告人间病例并由此加强预警系统；控制新出现的大流行病毒；以及加强流感大流行防范。关注的另一个焦点是有无能力足够迅速地生产足量的流感大流行疫苗和抗病毒药物并让所有国家都能广泛获得这些干预措施。

### 举例说明部分成就

- 政府间修订《国际卫生条例》工作小组在 2004 年 11 月和 2005 年 2 月举行的两次会议上拟定了条例修正案，圆满完成了其工作，该修正案随后于 2005 年 5 月由第五十八届世界卫生大会通过。经扩大的目的和范围旨在“以针对公共卫生危害、同时又避免对国际交通造成不必要干扰的适当方式预防、抵御和控制疾病的国际传播，并提供公共卫生应对措施”。会员国和世卫组织的职权得到更新，扩大了其各自的作用和责任。具体说，要求会员国发展、加强和维持核心监测和应对能力以便发现、评估和向世卫组织报告公共卫生事件，并应对引起国际关注的公共卫生危害和突发事件。世卫组织则要与会员国合作，评价其公共卫生能力、促进技术合作和后勤支持，并为建设监测和应对能力筹集财政资源。

<sup>1</sup> WHA58.3 号决议。

## 全组织范围预期成果的实现情况

### 为确保对全球健康保障提供政治、技术和财政支持，已进行宣传并建立伙伴关系

指标	基线	目标	成就
在国际大众传媒中出现的全球健康保障活动的数目	未确定	更多地出现在媒体中	大量增加但确切数目不明
向全球健康保障提供财政、政治或技术支持的新伙伴数目	-	5	8

总部和区域采取了宣传行动确保为全球健康保障提供政治、技术和财政支持。总部网站上总共发表了 281 份疾病暴发报告(2004 年 121 份, 2005 年 160 份)。西太平洋区域办事处网站上公布了 22 份以禽流感 and 防范大流行行为为主题的报告。每次禽流感暴发都得到媒体的广泛报道并举行了虚拟记者招待会提供更多信息。在 2005 年最后 6 个月期间, 主要由于禽流感, 有意支持全球健康保障的潜在伙伴数量大幅度增加, 并汇集于 2006 年 1 月在北京举行的禽流感和人类大流行性流感国际认捐会议, 为支持各国认捐了 19 亿美元。在欧洲区域, 与欧洲疾病预防控制中心建立了牢固的关系。

### 已与世界卫生组织合作中心密切合作制定和/或更新战略并对监测和控制已知流行病和新出现的疾病威胁提供支持, 尤其在穷人中, 这些威胁包括流感、霍乱、脑膜炎、抗药性, 以及与故意扩散生物物质有关的疾病

指标	基线	目标	成就
以正式和其它相关语言提供监测和控制已知流行病和新出现疾病威胁的战略和辅助材料(例如标准)的数目	1 项全球战略	所有 6 个区域都变通应用该战略	所有 6 个区域已变通应用该战略而且东南亚区域办事处和西太平洋区域办事处制定了一项联合《亚太地区新发疾病应对战略》
为监测和控制已知流行病和新出现疾病威胁而获得技术合作的低收入和中等收入国家比例	60%	80%	80%

东南亚区域办事处和西太平洋区域办事处同心协力制定并实施了《亚太地区新发疾病应对战略》。在起草过程中两个区域举行了一系列会议, 有助于圆满完成该文件。西太平洋区域几乎所有低收入和中等收入会员国都在监测和控制已知流行病和新出现疾病威胁方面获得了一定程度的技术合作。东地中海区域办事处向各会员国提供了技术援助, 通过实施东地中海区域办事处、美国海军第三医学研究分队以及六个会员国: 埃及、摩洛哥、阿曼、巴基斯坦、沙特阿拉伯和阿拉伯叙利亚共和国之间的一项谅解备忘录加强国家公共卫生实验室的流感监测能力。东南亚区域办事处为一项针对不丹、马尔代夫和东帝汶卫生人员的实地流行病学培训规划提供了技术支持。非洲区域 20 个国家使其至少 60% 区县的卫生工作人员接受了综合疾病监测和应对培训。在肯尼亚和马里、在马拉维、马里、纳米比亚和乌干达的中级卫生培训机构以及在埃塞俄比亚、乌干达和津巴布韦的公共卫生研究生培训规划中将综合疾病监测和应对作为针对高级卫生人员的实用流行病学培训的一部分。在欧洲区域, 阿尔巴尼亚、波斯尼亚和黑塞哥维那、前南斯拉夫马其顿共和国以及塞尔维亚和黑山加强了国家预警系统。



2004-2005 年规划预算 — 执行情况评估报告

**与受影响的会员国和所有会员国、世界卫生组织合作中心以及全球疾病暴发预警和应对网络合作伙伴合作，已协调对公共卫生紧急情况的警报和反应**

指标	基线	目标	成就
已作出反应的核实事件数目	95%	100%	100%
与世界卫生组织在国际警报和反应方面开展合作的技术伙伴数目	125	140	141

2004 年 1 月 1 日到 2005 年 12 月 31 日期间，世卫组织负责核实引起国际关注的公共卫生突发事件系统确认了 654 起可能对国际公共卫生具有重大意义的事件。其中 478 起(73%)得到核实，55 起(8%)无法核实，84 起(13%)被确定为“经核实无暴发”，37 起(6%)仅供参考。收到信息与核实事件中间的间隔为两天。大多数报告在几天内得到核实，重要事件通常不到 24 小时便得到核实。2004 年中，全球疾病暴发预警和应对网络支持了下述外地特派团：派往中国、泰国和越南的禽流感特派团(与东南亚区域办事处和西太平洋区域办事处一起)、派往苏丹南部的埃博拉出血热特派团(与东地中海区域办事处一起)以及派往孟加拉国的类立百病毒特派团(与东南亚区域办事处一起)。作为世卫组织危机中卫生行动的一部分，还在乍得和苏丹达尔富尔地区的人道主义危机中提供了技术投入和人力资源。2005 年中，通过全球疾病暴发预警和应对网络协调了安哥拉、刚果、刚果民主共和国、几内亚、印度尼西亚、利比里亚、马里、菲律宾、斯里兰卡、苏丹、泰国和东帝汶的 16 个外地特派团以便在控制黄热病、登革热和疑似登革出血热、埃博拉出血热、拉萨出血热、马尔堡出血热、心肌炎、鼠疫和脑膜炎球菌疾病暴发方面，以及在印度洋地震海啸后的一段时期内提供支持。2004 年 1 月 1 日到 2005 年 12 月 31 日期间，参加全球疾病暴发预警和应对网络的机构数由 126 个增加到 141 个。

**与会员国和世界卫生组织合作中心密切合作，已对加强协调的国家传染病监测系统提供支持，其中包括对流行病和新出现的传染病威胁的早期发现、调查和作出反应的能力**

指标	基线	目标	成就
世界卫生组织对国家为实施国家监测计划提出技术合作的要求作出的反应数目，这些计划包括拟定防范计划、流行病情报、交流、实验室能力，现场流行病学和公共卫生情况勘测	20%的低收入和中等收入国家在实施国家计划方面获得支持	30%	40%
以正式和其它相关语言提供的加强监测系统辅助材料（例如准则和评价手段）的数目	未确定	未确定	各区域与总部合作制定了关于感染控制、流感监测、禽流感应对、流感大流行防范、预警职能评估的准则并已翻译成世卫组织正式语言

2005 年中，所有区域均向会员国派出了特派团支持拟定国家大流行防范计划。为改善和加强国家在早期发现、调查和应对包括禽流感在内的流行性和新出现传染病威胁方面的能力举行了会议、讲习班和培训。老挝人民民主共和国、马来西亚、库克岛和蒙古对预警和应对系统进行了评估。非洲区域办事处、总部以及世卫组织在瓦加杜古的多种疾病监测中心开展合作加强了在非洲脑膜炎地带的监测。由世卫组织/传染病监测与反应司驻里昂办事处组织在瓦加杜古为来自非洲法语国家(贝宁、布基纳法索、吉布提、马里、毛里塔尼亚、尼日尔和塞内加尔)的第四批高级公共卫生实验室人员进行了培训。总部与各区域办事处合作制定了关于感染控制、流感监测、禽流感应对、流感大流行防范、预警职能评估的准则并已翻译成世卫组织正式语言。为帮助拟定行

## 2004-2005 年规划预算 — 执行情况评估报告

动计划，制定并在欧洲区域和西太平洋区域一些会员国现场检验了一项指南以便在各国评估传染病风险并在既定标准基础上为它们确定优先次序。世卫组织/传染病监测与反应司驻里昂办事处启动了一个互联网门户以便就针对实验室专家的培训规划远距离采取后续行动。

### 完成对《国际卫生条例》的修订并已向所有会员国提供了供实施的新增加部分和指南

指标	基线	目标	成就
2004 年向理事机构提交修订的《国际卫生条例》完稿	-	2004 年提交修正案	2005 年通过了卫生条例
制定根据“条例”进行评估所需核心能力的机制，在每个区域至少两个国家进行现场测试和实施	-	每个区域两个国家	0

在修订过程中，六个区域办事处就《国际卫生条例》修正案总共举行了 11 次区域和分区域协商会议。这些协商会议的报告以及 46 个会员国的书面意见，连同—个区域经济—体化组织、—个政府间机构和三个运输业协会提交的文件公布在世卫组织网站上。在 2004 年 11 月和 2005 年 2 月举行了政府间修订《国际卫生条例》工作小组会议之后，提交了修正案文本供第五十八届世界卫生大会审议并于 2005 年 5 月 23 日以鼓掌方式获得通过。但是，由于批准卫生条例方面的延误妨碍了其实施。

### 成功的因素和障碍

#### 成功因素

- 各会员国作出了高级别的政治承诺并提高了对及时评估和管理风险的重要性的认识。
- 由于能够更好地发现疾病暴发并迅速向世卫组织通报，所以促进了及时提供技术支持。
- 双年度期间开展的活动以及与防范严重急性呼吸道综合征方面国家能力建设有关的活动对于其他传染病威胁，特别是禽流感很有助益。

#### 障碍

- 诸如重大暴发等重点之间相互冲突，转移了工作人员对实施计划活动的注意力。
- 要在各级卫生和农业部门之间建立密切合作以控制家禽和人间 H5N1 流感任务艰巨。
- 与目前受影响国家和易发生暴发的国家之间的联络仍需要得到改进。
- 难以在发生复杂突发事件的国家开展工作。
- 财政和人力资源不足而且卫生基础设施差。

### 2004-2005 年中汲取的教训以及如何在 2006-2007 年中应用这些教训

- 为落实遵守《国际卫生条例》(2005 年)所需的核心能力将需要重大投资。因此，在下一个双年度中，建设国家暴发预警和应对核心能力、注重加强国家预警和应对系统，以及在重要学科，如现场流行病学和实验室科学方面建设人力资源能力将至关重要。各国已开始向政府和双边机制筹集自己的资源，有必要通过努力提高认识和提供补充资源来支持它们。高级别的政治承诺应当通过目标明确的积极宣传和—提高敏感度活动得到维持和—进一步加强。建立区域传染病监测处可以促进对各国的—进一步支持。

## 2004-2005 年规划预算 — 执行情况评估报告

- 经证明，使用创新的信息技术和标准的操作程序落实流行病情报、核实、风险评估、信息管理和迅速现场应对方面的系统机制以及动员全球疾病暴发预警和应对网络的伙伴具有极高的效率，应当予以继续。
- 需要制定针对具体疾病和主题的有力规划从而确保以系统的方式处理重要威胁并确保世卫组织在流感、天花、生物多样性、故意的流行病、脑膜炎和黄热病等重要领域维持必要的全球性专门知识。
- 新出现的与应对禽流感 and 防范流感大流行有关的问题将需要额外的资源和支持。紧急储备、后勤以及国家迅速应对小组方面的好防范曾有助于控制诸如 2005 年刚果民主共和国埃博拉出血热等暴发的蔓延，在防范流感大流行方面应采取类似的措施。
- 2006-2007 年中应加强防备和应对易发生重大流行的疾病(如脑膜炎、黄热病和鼠疫等)的标准化措施。

### 批准的预算和实际支出

		批准的预算	实际支出		
			正常预算	其他来源	所有资金
2004-2005 年总计 (以千美元计)		94 600	36 311	64 650	100 961
百分比	国家	26	33	22	26
	区域	37	27	19	22
	全球	37	40	59	52

## 传染病预防、根除和控制

### 世界卫生组织目标

形成环境，使会员国及其国际和国家伙伴在技术和制度方面有更充分的准备，通过控制减少发病、死亡和残疾，并在适当情况下根除或消灭选定的传染病。

### 指标与成就

以目标疾病为重点并能大幅度减少因这些疾病造成的发病、死亡和残疾的起作用的国家规划数目。发起了若干国家规划，着重于被忽视的目标疾病。这大大有助于减少源于这些疾病的发病率、死亡率和残疾率(见下面的成就介绍)。

### 主要成就

- 引进了“使考虑超越除虫范围”的概念并从战略角度进一步加强了对被忽视的热带病的控制。综合媒介管理全球战略框架<sup>1</sup>中包含的原则可适用于各种媒介传播疾病。在乌干达举办的一个讲习班概述了区县级热带病综合控制行动计划。
- 人类非洲锥虫病方面的公-私伙伴关系得到加强并使 28 个流行该疾病的会员国能够采取特定的治疗。在非洲区域流行该疾病的大约 30 个国家中，有 20 个获得了支持能够在重点地区进行情况研究和/或开始进行或增加病例检出和治疗；所有这些国家都获得了用于病例管理的特定药物供应。双年度期间 450 万有危险的人接受了检查，从中检出了 24000 例新病例并进行了治疗。
- 在东南亚区域，在印度班加罗尔举行了一次高级别伙伴和利益相关方会议，批准了一项宣言建议国家政府以及国家和国际机构高度重视消除被忽视的疾病并将这些疾病纳入其国家发展计划以确保对这方面工作给予充足的政策支持。
- 2005 年中，通过一项新协定重新确认了对消灭麻风病规划的药物供应。
- 2004 年 5 月在日内瓦举行的一次部长级圆桌会议通过了关于到 2009 年消灭麦地那龙线虫的日内瓦宣言。
- 在非洲区域流行有布鲁里溃疡的所有 10 个国家中通过联合疗法(利福平-链霉素)开展病例管理。
- 在西太平洋区域，为消灭淋巴丝虫病完成了第一轮大规模药物治疗工作，在所有 Mekong-Plus 国家实现高覆盖率。
- 美洲区域在登革热控制方面取得了积极成果，该区域 10 个国家采用了与区域登革热控制战略一致的国家规划。
- 为 7 个国家拟定了可用于人道主义紧急情况的传染病技术准则和工具。
- 东地中海区域拟定了用于诊断和治疗利什曼病的标准化准则，以及关于预防的社区教育单元以便提高认识和增加早期治疗机会并鼓励使用蚊帐。
- 欧洲区域改进了人畜共患病数据库。

<sup>1</sup> 综合媒介管理全球战略框架。日内瓦，世界卫生组织，2004 年。

### 举例说明部分成就

三个湄公河国家(柬埔寨、老挝人民民主共和国和越南) 在增加其学校除虫规划方面取得了显著进展。柬埔寨由于与儿童基金会和世界粮食计划署建立了积极的伙伴关系, 得以成为世界第一个实现为 86%以上小学儿童定期除虫这一全球目标的国家。世卫组织通过其以国家为基础的脑膜炎疫苗项目方面的工作为除虫运动提供了技术支持, 此外本组织还提供了财政和后勤援助。这一成功的关键要素是卫生部与教育部之间建立了积极的工作关系, 而且世界粮食计划署表明了承诺要使除虫与其学校供膳规划挂钩。各省份能否用自己的资金购买并分发药物从而自己维持除虫工作还需拭目以待。鉴于当前规划的力量, 这很有可能实现。老挝人民民主共和国在卢森堡的支持下将成为第二个实现全球目标的国家。在越南, 政府划拨了 30 万美元扩大其除虫规划的范围, 旨在覆盖所有小学校。

### 全组织范围预期成果的实现情况

**为预防、控制和根除目标疾病已制定以依据为基础的政策及全球和区域战略; 各国获得充分支持, 在国家和社区级采用和实施这类政策和战略**

指标	基线	目标	成就
制定了全球和区域战略计划	淋巴丝虫病: 1	淋巴丝虫病: 5	淋巴丝虫病: 5
采纳和调整世界卫生组织政策和战略(包括社会动员)为地方所用的目标国家数	淋巴丝虫病: 36 血吸虫病和肠寄生虫病: 54 利什曼病: 63	淋巴丝虫病: 40 血吸虫病和肠寄生虫病: 60 利什曼病: 88	淋巴丝虫病: 42 血吸虫病和肠寄生虫病: 60 利什曼病: 78
为在所有各级对目标疾病实施干预措施得到支持的国家数	淋巴丝虫病: 36 人类非洲锥虫病: 13	淋巴丝虫病: 40 人类非洲锥虫病: 36	淋巴丝虫病: 42 人类非洲锥虫病: 36

到 2010 年, 近 6.5 亿学龄儿童应获得定期抗蠕虫治疗从而达到 2001 年 5 月卫生大会敦促各会员国实现的 75% 的覆盖目标<sup>1</sup>。尽管学龄前儿童的覆盖率方面取得了良好进展, 但仍应加强活动实现目标。目前已从 73 个该目标疾病流行国家获得了数据; 其中 30 个国家(41%)在增加蠕虫控制活动方面取得了进展。在开展寄生虫控制的 54 个国家, 世卫组织的政策和战略正在得到应用。已向表明有意进行寄生虫控制的所有国家提供了技术支持。54 个国家已完成淋巴丝虫病的地域分布图, 另有 15 个国家也即将完成。在流行有淋巴丝虫病的 45 个国家大规模药物治疗运动覆盖了 1 亿多人。综合媒介管理全球战略框架中所载的原则适用于所有媒介传播疾病。东地中海区域所有 22 个国家均具备关于媒介控制干预措施的必要准则。登革热规划审查准则已制作完毕。柬埔寨、加勒比、印度尼西亚和斯里兰卡在国家审评以及实施全球和区域登革热预防及控制战略的技术指导方面获得了支持。已对供公共卫生使用的六项杀虫产品进行了评价并提出了建议。世卫组织狂犬病专家协商会议第一次报告中制定了以证据为基础的政策以及预防和控制人类及动物狂犬病的全球和区域战略<sup>2</sup>。非洲区域约有 39 个国家

<sup>1</sup> WHA54.19 号决议。

<sup>2</sup> 世卫组织狂犬病专家协商会议: 第一次报告。日内瓦, 世界卫生组织技术报告丛刊: 931, 2004 年。

## 2004-2005 年规划预算 — 执行情况评估报告

流行有麻风病，占该区域 46 个会员国的 85%，这些国家已实现了使发病率低于每万人 1 例的区域目标。双年度开始时基线比率为 76%(35/46)，目标比率为 100%(46/46)。

### 为促进获得和实施针对传染病的主要公共卫生干预措施已向流行国家提供充分的技术和政策支持

指标	基线	目标	成就
为实施预防、控制和根除活动而获得支持的疾病流行国家数	淋巴丝虫病: 10 血吸虫病和肠寄生虫病: 39 利什曼病: 63	淋巴丝虫病: 15 血吸虫病和肠寄生虫病: 45 利什曼病: 88	淋巴丝虫病: 19 血吸虫病和肠寄生虫病: 45 利什曼病: 68
为强化对被忽视的疾病的控制而获得支持的低收入和中等收入国家数	利什曼病: 17 血吸虫病和肠寄生虫病: 39 人类非洲锥虫病: 13	利什曼病: 23 血吸虫病和肠寄生虫病: 45 人类非洲锥虫病: 36	利什曼病: 22 血吸虫病和肠寄生虫病: 45 人类非洲锥虫病: 36

30 个流行有人类非洲锥虫病的国家中 21 个 (67%) 获得了世卫组织的支持，相比之下，上一个双年度中 30 个国家中只有 12 个(40%)获得了支持。为加强这个领域的控制活动已制定了若干信息和技术材料。这些包括针对普通大众和社区卫生工作者的录像、海报和手册。一份关于预防布鲁里溃疡致残的手册<sup>1</sup>也已制订完成并将用于在各国培训卫生工作者。在苏丹达尔富尔地区南部第一次使用口服霍乱疫苗进行了一次大规模免疫，作为保护霍乱高危人群的一项紧急人道主义干预措施。在莫桑比克贝拉一个高度流行环境中利用口服霍乱疫苗进行的第一个示范项目的结果已公布，表明接种疫苗后六个月保护效力为 77%。世卫组织通过与负责动物卫生和动物产品的主要国际组织，如粮农组织和国际兽医局等保持有效的工作关系以及通过在兽医公共卫生领域建立世卫组织与其各区域办事处之间的联系加强了对人畜共患病威胁，特别是对亚洲空前的禽流感动物流行病等新的和正在出现的威胁的应对。在已知或怀疑流行有布鲁里溃疡病的国家中，30%(6/20)获益于为控制该疾病提供的支持；而基线本为 25%(5/20)，目标为 45%(9/20)。所有 19 个淋巴丝虫病流行国家均获得支持开展了消灭丝虫病活动。六个国家在除虫活动中得到积极支持。四个国家在血吸虫病控制活动方面获得支持。现只剩下六个国家仍流行有麻风病，所有其它国家均已消灭了该疾病。盘尾丝虫病控制活动的主要重点在于，在可能情况下，利用非洲盘尾丝虫病控制规划的由社区指导的伊维菌素治疗措施作为手段，将该疾病纳入关于其它能相容的被忽视热带病的控制规划。在这方面已经与非洲盘尾丝虫病控制规划确立了更密切的合作。

### 通过新的全球、区域和地方伙伴关系为国家级活动建立了更多联盟并进行了更多动员

指标	基线	目标	成就
由于现有和新伙伴的参与在资助和支持方面全面提高的幅度	-	10%	2%(250 万美元)

世卫组织为建立狂犬病控制联盟这一慈善组织做了贡献。建立该联盟是要通过对狗进行免疫来控制狂犬病。在亚洲，已经在区域和国家引起捐助者对预防和控制狂犬病问题的关注并已为此动员了支持。2004-2005 年中，非洲区域血吸虫病控制行动和两个国际寄生虫中心(东部和南部非洲国际寄生虫控制中心和西非国际寄生虫控制中心)积极支持了血吸虫病和土壤传播的蠕虫病控制活动。布基纳法索、几内亚比绍、马里、莫桑比克、尼

<sup>1</sup> 布鲁里溃疡：预防残疾。日内瓦，世界卫生组织，2006 年。

## 2004-2005 年规划预算 — 执行情况评估报告

日尔、乌干达、坦桑尼亚联合共和国和赞比亚都建立了能发挥作用的血吸虫病和土壤传播蠕虫病控制伙伴关系。在西太平洋区域，老挝人民民主共和国获得了资助得以增加除虫活动。在越南，政府为除虫提供了大量资助。三个国家将从亚洲开发银行获得新资助以便在 2006 年中开始登革热控制活动。西太平洋区域除 11 个会员国外，可以说所提供资金不足以支持消灭淋巴丝虫病。在美洲区域，尽管普遍缺乏关注，但为某些被忽视疾病，包括为恰加斯病提供的资金略有增加。

### 控制面临复杂紧急情况国家中的传染病

指标	基线	目标	成就
为预防和控制传染病而获得支持的处于复杂紧急情况的国家数	7	10	12

通过世卫组织紧急情况传染病工作小组执行了外地任务以便为在苏丹达尔富尔地区危机、印度洋的地震和海啸、南亚地震等严重紧急情况中以及在受冲突和冲突后影响的国家和地区(布隆迪、乍得、刚果民主共和国、塞拉利昂和乌干达北部地区)预防、控制、监测和应对传染病提供技术支持。已为世卫组织国家和区域办事处、其它联合国机构、非政府组织、国际组织和捐助者机构举办了 12 次紧急情况中传染病控制培训讲习班。

### 已开发新药物、疫苗、诊断法或经济有效干预措施以便预防和控制那些仍缺乏这类手段的疾病

指标	基线	目标	成就
为至少两种仍缺乏防治手段的疾病而开发的预防和控制新药以及改良药物、疫苗和/或诊断方法	0	2	1

在世卫组织合作中心网络的配合下，开发了一个生产用于预防狂犬病的单克隆抗体合成物项目。2000-2005 年消灭麻风病战略计划支持了各项国家规划，帮助它们加强努力进行诊断并通过免费多药物治疗所有新发现的麻风病例。该计划还促进将麻风病服务纳入一般卫生保健系统，特别是在该疾病高度流行的国家。双年度期间还继续协调了关于食源性疾病负担的现有前哨研究。此外，系统评价了公共卫生影响，对沙门氏菌和弯曲杆菌等食源性病原体进行了收获前控制并制定了关于暴发调查的建议。全球调查及相关实验室监测活动也得到协调并继续努力建立食源性疾病网络的网络。

### 根据各自的全球或区域目标已根除了作为主要公共卫生问题的疾病

指标	基线	目标	成就
在国家、区域或全球级实现根除目标的国家数	麻风病: 122 淋巴丝虫病: 0	麻风病: 134 淋巴丝虫病: 1	麻风病: 128 淋巴丝虫病: 1

2004-2005 年期间，一项旨在将麻风病作为公共卫生问题予以消灭的更有力战略帮助各国减少了该疾病负担。全球新病例检出数继续每年减少约 30%。自 1985 年以来，全球通过多药物治疗获得治愈的患者超过 1400 万人。在东地中海区域，除埃及外，所有国家已在区县级消灭了麻风病。西太平洋区域 37 个会员国中 35 个已消灭了麻风病。

## 2004-2005 年规划预算—执行情况评估报告

### 在全球或区域级已证实阻断了作为根除目标疾病的传播，并已证实根除了麦地那龙线虫病

指标	基线	目标	成就
已证实阻断根除目标疾病传播的疾病流行国家数	4	12	7
已证实根除麦地那龙线虫病流行的国家数	150	165	168

根除麦地那龙线虫病规划成功地将全球病例数由 2003 年的 32193 例减少到 2004-2005 年的 10491 例，流行有该疾病的国家数则由 2003 年的 13 个减少到 2005 年的 9 个。现已开始在卫生测绘系统方面培训数据管理员以便监测三个流行国家(布基纳法索、马里和尼日尔)的游牧者。在非洲区域，经证实，曾流行麦地那龙线虫病的 18 个国家已不再传播该疾病。在东地中海区域，总共 21 个国家中 8 个被证实不再有该疾病传播。在西太平洋区域，已在 7 个流行国家中止了疾病的传播。

### 成功的因素和障碍

#### 成功因素

- 总部、区域和国家办事处之间密切合作。
- 向国家规划提供免费药物促进了控制活动，并促使在努力控制、消灭或根除目标疾病方面取得巨大进展。
- 政府、社区和家庭的高度参与保证了对世卫组织规划支持的极大需要。

#### 障碍

- 供资周期短，只限于 1 年，使得难以在此时期之外计划活动和为职员提供职业保障。
- 某些国家在规划管理和监测方面国家能力不足。
- 不能为实地活动提供充足资金以及武装冲突造成的不安全状况是某些国家的主要制约因素。
- 就某些被忽视疾病而言，由于少报妨碍了计划、实施、监测和评价工作。
- 提供指定用途的资金使得难以将资金划拨给最有需要的领域，特别是在重要的应对和紧急情况中。

### 2004-2005 年中汲取的教训以及如何在 2006-2007 年中应用这些教训

- 但凡可行便要促进融入被忽视的热带病，以便改善成本效益和提供。因此，在 2006-2007 年中将发起具有综合干预措施的试点项目。
- 发挥规划之间的协同作用可有助于减少费用。因此，在下一个双年度中将进一步利用协同作用。
- 跨界协调和难民问题对于维持成就和预防难民流动后出现疾病暴发至关重要。2006-2007 年中计划加强这些活动。

### 批准的预算和实际支出

		批准的预算	实际支出		
			正常预算	其他来源	所有资金
2004-2005 年总计 (以千美元计)		134 286	20 573	80 196	100 769
百分比	国家	30	34	14	18
	区域	38	29	63	56
	全球	32	37	23	26



## 传染病研究和产品开发

### 世界卫生组织目标

发展新知识和手段（包括疫苗、药物和诊断方法、干预措施和实施战略），这些手段的应用在预防和控制传染病方面具有性别针对性，以减贫为目标，并能纳入疾病流行国家的卫生系统；建设地方卫生研究能力，以便更好地处理这些国家中的复杂卫生问题。

### 指标与成就：

通过疾病流行国的研究和开发工作提高其有关公共卫生问题的知识水平，增加解决这些问题的新办法的数量。数据不详。

提高了疾病流行国家研究人员参与国际努力的程度，以就受影响国家的公共卫生问题寻求新知识和解决办法。数据不详。

### 主要成就

- 在跨越从基础研究到实施研究的整个研究领域的传染病研究中，并在研究能力建设方面，取得了巨大进展。每项指标的中位实现值为目标值的 67%，与现有预算的中位实现值相当，后者同样也是目标值的 67%。
- 正在进行的研究活动取得巨大进展。这方面的例子包括使用氯丙胍-氨苯砒加青蒿琥酯的固定剂量复合制剂疟疾治疗进入第三个试验阶段，含加替沙星的复合制剂肺结核治疗进入第三个试验阶段，治疗盘尾丝虫病的莫斯达丁进入第二个试验阶段，开展了新的研究，评价蒿甲醚-苯茛醇对患疟疾的孕妇的治疗效果。
- 正在进行的实施研究的初步结果表明，在社区一级使用以青蒿素为基础的联合治疗药物是可行的、可接受的、依从性很高，在印度，当地伙伴可在城市环境中有效发放药物，在非洲，社区乐于采用由社区指导的策略，统一采取多种疾病干预措施。
- 成功开展了能力建设活动，包括在社会科学研究方法、生物信息和应用基因组学、流行病学、项目管理和临床监测等方面进行专门培训。

### 举例说明部分成就

在 2005 年 5 月第 58 届世界卫生大会上，印度、尼泊尔和孟加拉国卫生部签署了一份正式的谅解备忘录，保证协同努力，到 2015 年在其各自国家消除内脏利什曼病。这一决定背后的巨大驱动力是研制出口服药米替福新(2002 年由 Zentaris 制药公司、印度医学研究委员会和儿童基金会/开发计划署/世界银行/世卫组织热带病研究和培训特别规划共同注册)，该种药物，配合若干诊疗手段(正在特别规划下进行比较评估)和其它仍在开发的手段，例如与同一世界卫生研究所合作开发的巴龙霉素，开辟了门诊治疗的可能性。除了这些现有手段外，消除疾病还要求许多行动者在国家一级协调行动，并需要实施研究支持、通报和帮助整合不断加强的控制活动。在东南亚区域办事处一委员会指导下，正通过国家规划推动这项活动，该委员会的任务是协助管理多国跨国界问题。

### 全组织范围预期成果的实现情况

已产生和获得关于生物医学、社会、经济、卫生系统、行为和性别决定因素，以及其它对有效预防和控制传染病至关重要的其它因素的新基本知识

## 2004-2005 年规划预算—执行情况评估报告

指标	基线	目标	成就
新的和重大的科学进展数量	500	300	446
由热带病研究和培训特别规划资助的研究与开发所产生的专利数量	4	5	1
科学知识方面重大进展数量	12	5	15

在同行审查科学杂志上，总共发表了 446 篇由热带病研究和培训特别规划支持的研究项目产生的科学论文。曼氏血吸虫抗原 Sm 14 在 7 个国家注册专利，用于疫苗研制。科学知识方面的重大进展包括加深了对利什曼病感染临床表现的遗传基础的理解；采采蝇基因组项目发展到排序阶段；发现治疗热带病的新药先导物，主要用于治疗盘尾丝虫病和疟疾；同时使用单一剂量的吡喹酮、伊维菌素和阿苯达唑的安全性的证据；发表热带病的性别因素审查报告。

### 已发展预防和控制传染病的新型和改进的手段，包括药物、疫苗和诊断方法

指标	基线	目标	成就
获得管制批准和/或标签延伸或就诊断学而言正推荐用于控制被忽视的热带病的新的和改进的手段（如药物和疫苗）数量	3	5	3
正推荐用于控制被忽视的热带病的新的和改进的流行病学和环境手段数量	0	2	0

蒿甲醚-苯茛醇的标签延伸获得管制批准，目前允许“在标签上”建议药物用于体重 5 公斤以上幼儿，而非最初的包装说明书所述 15 公斤以上幼儿。若干现有的梅毒试剂经证明具有充分的敏感度、特异度，便于使用，现在已列入世卫组织的采购清单。这就降低了价格，激发了人们使用此类试剂发现先天性梅毒的兴趣。目前在巴西、中国、海地和坦桑尼亚联合共和国正在作为公共卫生问题制定消除先天性梅毒的计划。在埃塞俄比亚、印度、肯尼亚、尼泊尔和苏丹测试了三种试剂，用于内脏利什曼病的病例管理。一种试剂，rK39，具有可接受的敏感性和特异性，可用于印度次大陆的内脏利什曼病的病例管理，但由于敏感度较低，建议不用于非洲。

### 已发展并验证在临床和人口方面应用现有和新手段的新型和改进的干预方法

指标	基线	目标	成就
已为接触传染病或受传染病影响的人群的预防、诊断、治疗或康复验证的新的和改进的干预方法数量	0	5	2

对 19 种上市肺结核血清诊断试剂的评估表明，这些试剂均缺乏对肺结核的令人满意的检测效果，不能推荐取代涂片显微镜查验，或用于没有实验室服务的环境。针对登革热监测的昆虫学取样方法的多中心研究表明，有可能查明最具产出性的水容器类型，70%以上的昆蛹都由此类水容器产生。使用这一工具，可确定最具产出性的水容器，更好地预测流行性登革热传播风险，从而进行更具成本效益的传病媒介控制。

**已为全面实施现有和新的预防和控制战略形成和验证新的和改进的公共卫生政策并已获得指导在国家控制环境中运用这些政策**

指标	基线	目标	成就
效率已得到确认且有关证据已提供给决策者的新的和改进的公共卫生战略数量	2	2	3
已为增进获得公共卫生干预而制定、验证和推荐使用的新的和改进的政策和战略数量	2	3	0

在南非的大规模研究表明，引进以青蒿素为基础的联合治疗药物导致大大减少了疟疾病例和疟疾造成的死亡。采用此类药物每拯救一条生命的成本估计为 18 美元，而常规药物则为 158 美元。在非洲 41 个疟疾流行国家对抗疟疾药物疗效的活体监测数据为在 25 个国家修订对以青蒿素为基础的联合治疗药物的疟疾治疗政策提供了进一步证据。使用双氧除虫菌素进行盘尾丝虫控制，可导致罗阿丝虫重度感染的个人出现严重的不良反应。在 4 个非洲国家制定了一项非创伤性的以调查表为基础的战略，以确定罗阿丝虫病的流行程度以及不良反应带来的风险。该项战略经非洲盘尾丝虫病控制规划通过，其大规模试用促使在非洲许多地区重新分发双氧除虫菌素。对淋巴丝虫病传播和感染的药物集中管理影响的纵向研究表明，在执行该规划的所有地点，感染均大幅度下降。然而，感染的影响各有不同，据认为，在许多地方为消除感染，需要比目前建议的 6 年药物集中管理更长的时间。

**为加强疾病流行国的研究、产品开发和应用能力已建立伙伴关系并提供了充分支持**

指标	基线	目标	成就
已接受培训的人数	716	859	547
在低收入的疾病流行国家已得到加强的研究机构数量	4	6	4
疾病流行国家的伙伴占伙伴总数的比例	72%	65%	77%
疾病流行国家的科学家产生的新的和重大的科学进展占总数的百分比	49%	45%	57%

研究生的数量满足了目标，但接受短期培训班培训的人员数量(492)未达到目标(800)，这主要是由于预算短缺(见下文)。疾病流行国家的科学家在研究工作中参与程度很高，大大超过了本双年度规定的目标。

**合作伙伴和使用者可获得充足的技术信息和研究准则**

指标	基线	目标	成就
已发表的为被忽视的传染病确定全球研究重点的报告和研究指南的数量	15	12	20
世界卫生组织网站特别规划页面月平均综合浏览量	133 968	200 00	296 061

## 2004-2005 年规划预算 — 执行情况评估报告

发表了两个科学工作小组的报告，报告分别审查了疟疾和利什曼病的全球研究需要和重点。热带病研究和培训特别规划就热带病研究发表了另外 18 份研究指南和文件。

### 已有效地筹集和管理研究、产品开发和能力建设资源

指标	基线	目标	成就
用于研究、产品开发和能力建设重点的资源	7130 万美元	1 亿美元	6720 万美元

2004-2005 年的目标预算只筹措到三分之二的资金。对热带病研究与培训特别规划的非专项捐款继续下降，现有资金的 42% 指明用于特定研究活动。非专项资金比例的减少限制了热带病研究与培训特别规划针对重点需要和研究机会作出反应的能力。

### 成功的因素和障碍

#### 成功因素:

- 建立了有效的伙伴关系，尤其是与疾病控制规划和有关行业。
- 疾病流行国家的研究人员发挥了更大作用，加强了研究成果的相关性。
- 改进全球确定重点工作，提高了侧重于疾病控制的重点需要的各项努力的成本效益。

#### 障碍:

- 资金短缺：预算资金只筹措到三分之二。
- 对研究和建立伙伴关系的需要大大超过了现有的财力和人力资源。
- 疾病流行国家的研究能力仍然非常有限。

### 2004-2005 年中汲取的教训以及如何在 2006-2007 年中应用这些教训

- 研究环境迅速变化，许多新的行动者参与到这一领域中来，例如产品开发方面的公立 — 私营伙伴关系。热带病研究与培训特别规划制定了一项新的总体战略，以应付这些挑战，在特定研究领域，能力建设、确定重点和知识管理等方面加强特别规划的相对优势。
- 热带病研究与培训特别规划要做的事情太多，资源又太少。新的战略将确保更加注重少数重点问题，同时加强热带病研究的资金筹措。
- 尽管取得了巨大成就，但世卫组织在热带病研究活动方面的整体状况仍然没有受到广泛注意。因此，需要在 2006 和 2007 年展开新的联络和宣传行动。

### 批准的预算和实际支出

		批准的预算	实际支出		
			正常预算	其他来源	所有资金
2004-2005 年总计 (以千美元计)		114 468	3 350	70 836	74 186
百分比	国家	3	1	0	0
	区域	7	10	1	2
	全球	90	89	99	98

## 疟疾

### 世界卫生组织目标

鼓励和支持增加遏制疟疾的有效行动和促进遏制疟疾伙伴关系。

### 指标与成就

*5 岁以下儿童疟疾发病率和与疟疾有关的死亡率。* 2004 年一年疟疾发作数量估计为 3.5 亿到 5 亿次。2000 年非洲 5 岁以下儿童与疾病有关的死亡估计为 710 000 到 896 000 人。

*在疟疾风险地区 5 岁以下儿童采用有效的疾病预防（主要是经杀虫剂处理的蚊帐）的比例和获得适宜治疗的比例。* 1999 年和 2004 年间进行的调查表明，撒哈拉南部非洲 5 岁以下儿童使用经杀虫剂处理蚊帐的平均值约为 3%（从 0.1%到 63%）。

*可用于支持加强疟疾控制和预防战略的财政资源水平。* 国民卫生开支的平均 8%用于疟疾。在全球范围，2004 年通过国际转让，有大约 2.05 亿美元用于疟疾控制。

### 主要成就

- 在本两年期，有 43 个国家采用了以青蒿素为基础的联合治疗药物，治疗恶性疟疾，使总数达到 56 个国家，其中 26 个国家在非洲。在 29 个国家，包括 10 个非洲国家开始实施以青蒿素为基础的联合治疗药物政策。2004 年发生的供应危机一年之后得到克服，2005 年，疟疾流行国家采购了大约 3000 万剂联合治疗药物，2004 年则为 400 万剂。建立了疟疾药物和供应处，最初处理以青蒿素为基础的联合治疗药物，随后又接管效果长久的经杀虫剂处理的蚊帐。在世卫组织支持下，在非洲东部扩大了黄花蒿的种植，满足了世界市场需求的大约 20%。
- 2005 年 8 月，根据在 60 多个国家进行的合作监测，发表了关于抗疟疾药物抗药性的全球报告。
- 对疟疾显微镜检查的指导意见和质量保证方法进行了审查，阿曼的疟疾诊断中央实验室被确定为东地中海区域潜在的区域杰出中心。在西太平洋区域，建立了快速诊断测试质量保证实验室网络，并得到总部的支持；在科学研究机构网络的支持下，制定了快速诊断说明、培训材料和方法。在东南亚区域，所有会员国都配合显微镜检查采取了快速诊断测试。
- 2005 年在非洲开始推广经杀虫剂处理的蚊帐，由于付款大幅度增加，总计向疟疾流行国家分发了 2500 万顶帐篷。有关的成就包括世卫组织 - 儿童基金会倡导向脆弱群体免费或高额补贴分发帐篷，若干非洲国家采取联合行动，以及提供两种经世卫组织杀虫剂评价方案核准的品牌的长效杀虫剂蚊帐。在荷兰的财政支持下，世卫组织，儿童基金会和红十字会与红新月会国际联合会支持布基纳法索、乍得、马达加斯加和马里卫生部提供长效杀虫剂蚊帐，配合在扩大免疫方案下和全国免疫日进行例行免疫接种：向 5 岁以下儿童分发了大约 383 000 顶此类帐篷；在布基纳法索、冈比亚、几内亚比绍和马达加斯加，孕妇的疟疾预防受到支持，通过产前保健服务，提供了 87 000 顶长效杀虫剂蚊帐，和 600 000 片周效磺胺 - 乙胺嘧啶，用于间歇性预防治疗；在上述 6 个国家，进行了大规模的蚊帐处理和再处理，目标是 200 多万顶蚊帐。为迅速实现经杀虫剂处理的蚊帐在非洲的普遍覆盖，开展了“速赢”行动，促成了高级别国际讨论，并由世卫组织通报了对财政、供应和系统建设要求的分析。
- 有关东地中海区域病媒控制需要评估的战略计划、指导意见和工具已经完成。其它区域正在制定综合性病媒管理项目，以便为部门内和部门间协作和资源调动提供平台。
- 世卫组织就证明工作与阿拉伯联合酋长国进行合作，消除疟疾规划在沙特阿拉伯、伊朗伊斯兰共和国和伊拉克得到支持。在欧洲区域，本两年期报告的疟疾病例的数目几乎减少了一半，2005 年，受疟疾影响的国家批准了关于“从控制疟疾走向消除疟疾”区域宣言。在美洲区域，据报告疟疾病例减少了 50%以上（与 2000 年相比），在本双年度，21 个疟疾流行国家中有 8 个国家仍然维持在这一水平上，另有 7 个国家报告减少的病例不足 50%。此外，在整个双年度期间，经证明成功消除了疟疾的国家，没有再度发生疟疾传播。

## 2004-2005 年规划预算—执行情况评估报告

- 2005 年 12 月，发表了关于“复杂紧急情况中的疟疾控制”的机构间手册<sup>1</sup>，在世卫组织领导下启动了关于这一主题的技术网，发表了关于疟疾流行病的技术磋商报告<sup>2</sup>。
- 2004 年在全球防治艾滋病、肺结核和疟疾基金第四轮的 26 项成功执行的疟疾提案中，世卫组织支持了制定其中的 15 项（14 项在非洲）。在 2005 年第五轮中，世卫组织支持 35 个国家制定了提案；有 14 项取得成功，在前四轮总计 9.95 亿美元的基础上又增加了 2.08 亿美元。世卫组织国家办事处工作人员继续向该全球基金实际上所有疟疾赠款受援国提供支持，2005 年还建立了以网络为基础的信息系统，以追踪国家绩效。
- 2005 年 5 月 3 日发表的第一份世界疟疾报告，列入了对世界疟疾负担的新的估计数字。非洲区域办事处公布了执行《阿布贾宣言行动纲领》的第一份进展报告，有关资料截止到 2005 年。全球疟疾数据库得到扩大，纳入了关于实施控制的主要指示性数据。对非洲区域 9 个会员国，东地中海区域两个会员国（索马里和苏丹）和西太平洋区域 3 个会员国（柬埔寨、中国、老挝人民民主共和国）的疟疾控制调查给予了支持。世卫组织还在 2005 年缅甸和菲律宾的规划调查中发挥了主导作用。
- 2005 年第五十八届世界卫生大会通过了 WHA58.2 号决议，要求到 2010 年确保主要的疟疾控制干预措施覆盖范围至少达到 80%。联合国大会 2005 年 12 月通过的关于发展中国家特别是非洲减少疟疾十年的决议以及 2005-2015 年遏制疟疾伙伴关系全球战略计划都呼应了这一要求，后一战略计划是 2005 年 11 月在雅温德作为第五次遏制疟疾伙伴关系论坛的《雅温德行动呼吁》的一部分通过的。
- 2005 年，两次遏制疟疾协调会议引起了世界媒体的关注，这两次会议分别是 3 月份在达喀尔和 10 月在日内瓦举行的。

### 举例说明部分成就

2004 年，在流行季节性疟疾的苏丹的达尔富尔地区有 160 万国内流离失所者。在疟疾季节之前的 5 月份，世卫组织向国家主管机构、国际伙伴和非政府组织分发了关于在达尔富尔预防和控制疟疾的指导意见。在世卫组织的指导下，配合快速诊断测试和家访使用了以青蒿素为基础的联合治疗药物，在传播季节来临之前，营地喷洒药物的覆盖范围达到 85%，分发了经杀虫剂处理的蚊帐，抽干了池塘，建立了每周一次的监测制度。从 2004 年 5 月到 10 月，总计有 118 348 例疟疾病例（罹患率为 7.4/100）和 215 例疟疾死亡记录在案。0.2% 的死亡率低于目前大多数疟疾流行国家的死亡率。

### 全组织范围预期成果的实现情况

#### 国家当局能够增加经济有效和持久的疟疾控制措施，将其作为卫生系统发展的组成部分或与之密切相关

指标	基线	目标	成就
使用杀虫剂处理过蚊帐的疟疾流行国比例，这些国家中至少 60% 的目标人群受到经杀虫剂处理过蚊帐的保护	10%	30%	61%（非洲 49 个疟疾流行国家中的 30 个）制定了有关战略，覆盖目标至少为 60%。5 个国家已经达到这一目标，即厄立特里亚、冈比亚、马拉维、尼日尔和多哥。

<sup>1</sup> 复杂紧急情况中的疟疾控制：机构间手册。日内瓦，世界卫生组织，2005 年。

<sup>2</sup> 疟疾流行病：预测、预防、早期诊断和控制：非正式磋商报告。莱辛，瑞士，2003 年 12 月 8-10 日。日内瓦，世界卫生组织，2004。

2004-2005 年规划预算 — 执行情况评估报告

指标	基线	目标	成就
采用以青蒿素为基础的联合疗法作为对恶性疟疾的一线和/或二线治疗的国家数量	13	40	56 个采用以青蒿素为基础的联合疗法的国家，有 29 个已经安排了此类药物。另有 27 个国家，虽然采纳了以青蒿素为基础的联合疗法政策，但尚未实施。

**已建立授权社区、特别是最贫穷者采取适当行动增强和维持疟疾控制的机制**

指标	基线	目标	成就
实施得到支持实现《关于非洲遏制疟疾的阿布贾宣言》所规定目标的所有伙伴认可的交流战略的国家数量	0	14	40 个疟疾负担沉重的非洲国家从基于疟疾控制的“战略和政策”的交流战略转向基于“加强影响”的交流战略。

在本双年度，在针对各项疟疾干预措施并在某种程度上在执行方面取得了前所未有的进展，尤其是在非洲地区提供经杀虫剂处理的蚊帐上。此外，在大湄公河分区 15 个国家目前实施了家庭管理，为此开展了系统活动，加强各项规划的社区交流。但总的来说，在加速执行疟疾控制干预措施的同时，没有相应采取任何措施，加强创造需求或社区参与。

**所有疟疾流行国均已建立常规监测疟疾和控制措施的系统**

指标	基线	目标	成就
具有监测疟疾病例和死亡并每年向世卫组织报告的有效系统的疟疾流行国比例	2001 年 80/105 (75%)	2004 年 90/105 (85%)	到 2005 年底，46% (105 个国家中的 48 个) 提供了 2004 年的疟疾病例和/或死亡人数。
为监测杀虫剂处理过的蚊帐的覆盖情况以及能否在 24 小时内获得有效治疗而进行具有国家代表性的家庭调查的疟疾流行国比例	43% (45/105)	60% (63/105)	48% (105 个国家的 32 个)；2004 年在 5 个国家，2005 年在 27 个国家进行了人口卫生调查/多指标群调查。
根据世卫组织准则具备有资源供应的疟疾流行防范计划的疟疾流行危险国数量	5	25 个疟疾流行危险国中的 15 个	25 个疟疾流行危险国，有 15 个制定了疟疾流行防范计划。

在这一领域取得了具体进展，发表了《世界疟疾报告》和关于实现阿布贾目标的报告。监测和评估工作也得到了加强，在各区域会员国中进行了更多和更完善的调查。然而，报告工作仍然不完善，大多数国家拖延时间很长，只有少数国家建立了职能完备，有质量控制的疟疾监测系统。25 个非洲国家中有 15 个制定了疟疾流行防范计划，但大多数计划仍然部分或完全没有资金。

**已向全球有关疟疾的重要性和努力对其控制增加可得资源方面的宣传提供了支持**

指标	基线	目标	成就
商定了国家遏制疟疾宣传战略的受疟疾影响国家的数量	35	44	43 个疟疾负担沉重的合格非洲国家通过抗艾滋病、结核和疟疾全球基金调动了追加资源。不合格的国家包括阿尔及利亚、博茨瓦纳、埃及和南非。

## 2004-2005 年规划预算 — 执行情况评估报告

在世界范围，全球疟疾问题或许比以往任何时候都获得了更多的媒体注意，美国总统和世界银行采取了新的重大行动。然而，新闻报道大部分是负面的，指责世卫组织和遏制疟疾伙伴关系没有取得足够进展。

### 已制定疟疾控制技术标准并确保对国家提供技术支持

指标	基线	目标	成就
根据世卫组织准则实施疟疾控制方面的综合病媒管理的疟疾流行国数量	36	54	24 个国家意识到需要进行政策调整，并正式推行试点实施工作，其中有 15 个国家就综合病媒管理举行了国内协商会议

大多数疟疾流行国家得到了世卫组织的一些技术支持，然而，由于在国家级缺乏高素质的世卫组织技术人员，其效果是有限的。2005 年完成了关于病例管理和病媒控制的迫切需要的技术指导文件，于 2006 年初发表。

### 已支持优先重点的研究和发展领域，包括联合疗法、诊断测试、以长效杀虫剂活性处理的蚊帐，及间隔预防治疗，并将结果纳入国家计划

指标	基线	目标	成就
已制定以证据为基础的遏制疟疾战略的国家数量	9	20	35 个国家实现了这一指标，它们代表了不受复杂紧急情况影响的所有非洲国家

在快速诊断测试的质量保证和长效杀虫蚊帐的评估方面取得了明显进展，但总的说来，缺乏基金严重限制了评估新药物安全性、实施情况和实施性研究情况。

### 已发展国家内决策、规划管理和社会动员的能力

指标	基线	目标	成就
人力资源需要方面的数据已得到收集和分析的流行国家数量	0	5	3 (马拉维、卢旺达和索马里)
通过加强国家级卫生工作人员能力发展技能(培训技术的转让)而获益的流行国家数量	3	17	1 (埃塞俄比亚)
在艾滋病毒/艾滋病、结核和疟疾方面受到培训的国家顾问/国家专业人员数量并为国家控制规划/遏制疟疾伙伴关系提供协调的技术和规划支持	0	17	2004 年培训了 25 名来自非洲国家的国家专业人员和国际规划人员
已为国家和地区能力发展活动加强了地方培训机构的国家数量	2	18	没有在国家一级提供培训。然而，举办了地区疟疾控制讲习班，并撰写了地区疟疾控制手册

在所有区域支持了注重成果的国际培训活动。在制备地区培训包方面取得了进展。世卫组织对能力建设，特别是国家专业人员的能力建设给予了注意。埃塞俄比亚的拿撒勒疟疾培训中心借助体制加强工作，在 2005 年为讲英语国家的参加者举办了疟疾及控制计划国际课程。



## 成功的因素和障碍

### 成功因素:

- 非洲区域的国家支助结构得到加强, 在这方面, 人员配备有所改善, 国家间、国家内和区域各个层面上责任和联络渠道作了明显划分, 并在区域办事处指定了小组协调人; 结构完善的区域机构并配有强有力的国家工作人员, 也被视为西太平洋区域办事处的一个基本成功因素。
- 电视会议有助于即时讨论, 改善了国家间小组、非洲区域办事处与总部之间的协调。
- 一些国家的高度政治承诺促成了国家资源的调拨。
- 世卫组织的外地工作人员在一些疟疾流行国家保持了强大的存在。
- 在某些重点区域活动和国家间行动中, 筹措到充足的预算外资金, 尤其是在非洲、欧洲和西太平洋区域。
- 一些国家规划获得充足的资金。
- 一些国家之间进行了双边合作(例如也门和沙特阿拉伯)。
- 申请第四轮和第五轮抗艾滋病、结核和疟疾全球基金要求采取以青蒿素为基础的联合治疗药物治疗政策, 这就促进了一些国家决策。
- 一些国家充分协调了具有明显配合能力的伙伴的参与。

### 障碍:

- 采购的前置时间和以青蒿素为基础的综合治疗药物的短缺拖延了在一些国家实施新的政策。同样, 长效杀虫蚊帐供应有限, 也妨碍了实施。
- 世卫组织疟疾控制预算整体不足, 无法满足在各国促进加强工作所需的水平。削减预算也在各级产生了影响。
- 缺乏资金, 聘用或挽留国际征聘世界卫生组织工作人员, 而疟疾局势的复杂性和国家规划的薄弱使这一点成为必须。对一些区域来说, 这就意味着来自总部的预算大大减少。
- 工作人员国家配额制度给一些工作人员的连续性带来问题。在非洲区域, 伙伴松散的和不协调的技术支持导致一些国家当局的职能重叠和工作负担加重。
- 在东地中海区域和东南亚区域, 就抗艾滋病、结核和疟疾全球基金第五轮提出的大多数提议遭到否决, 虽然其质量往往至少与前几轮获得接受的提议的质量相当。这就在有关国家中造成了沮丧情绪。
- 资金从全球基金向各国的转移有时过于缓慢, 官僚主义盛行。
- 就数量和质量而言, 各国的人力资源不足, 尤其是在计划和管理、执行病媒控制干预措施和疟疾显微镜检查方面。
- 许多国家监测和评估系统薄弱, 缺乏关于覆盖指数的基准数据, 没有足够的资金进行必要的调查。
- 复杂的紧急状态, 尤其是在非洲和东地中海地区的一些会员国, 妨碍了有关人员, 尤其是外部顾问进入疟疾流行区域。
- 在一些面临巨大实施和绩效压力的国家, 缺乏全球基金的支持, 影响了一些活动的质量, 世卫组织重点活动的实施很有可能拖延或取消。

## 2004-2005 年规划预算 — 执行情况评估报告

### 2004-2005 年中汲取的教训以及如何 在 2006-2007 年中应用这些教训

- 需要开展广泛和重点突出的宣传，以促进在国家一级采取有效政策。
- 与具备补充性相对优势的机构建立伙伴关系，对确保实现有关目标至关重要。
- 应严密管理伙伴关系，以确保所有人都有共同的明确目标。
- 尤其是对热带非洲之外的国家而言，需要世卫组织公布明确的方法，以使用数量有限的清晰指标，估计疟疾负担，进行监督、监测和评估。
- 在国家一级由控制疟疾转向消除疟疾的意愿，以及行之有效的手段，可能促使在欧洲区域和东地中海区域作出新的努力消除疟疾。
- 需要在有关国家确保世卫组织国际支援的连续性。
- 从强有力的大湄公河分区国家网络汲取的经验教训，应当更好地与东南亚区域和西太平洋区域其它会员国分享，尤其是后者，因为在西太平洋区域，疟疾发病率最高。
- 世卫组织应当更加重视私人部门，因为私人部门发展很快，而在许多国家，大部分疟疾治疗又是在私人部门发生的。在此过程中，应作出努力，与其它世卫组织规划合作，制定适当方针。

### 批准的预算和实际支出

		批准的预算	实际支出		
			正常预算	其他来源	所有资金
2004-2005 年总计 (以千美元计)		126 140	19 464	137 200	156 669
百分比	国家	26	39	24	26
	区域	45	32	22	23
	全球	29	29	54	51

## 结核

### 世界卫生组织目标

在全球直接督导下的短程化疗扩大计划的基础上加强向各国提供技术和财政支持；通过全球结核药物基金加强获得优质药物；促进控制结核伙伴关系工作；加速制定扩大直接督导下的短程化疗、结核/艾滋病毒双向感染、对多种药物产生抗药性的结核，以及加强社区、地方非政府组织、私人开业医生和初级卫生保健工作者参与的具体干预措施、战略和政策；领导全球的监督、监测和评价；并在推动有关新诊断方法、药物和疫苗的研究工作中发挥促进作用。

### 指标与成就

*直接督导下的短程化疗实施率和全球覆盖率。*到 2004 年底，直接督导下的短程化疗始终是控制结核新战略的核心，并正在 183 个国家得到应用；22 个高负担国家中 9 个实现了全民覆盖，另外 5 个国家几乎做到完全覆盖。

*全球病例检出率和治愈率。*2004 年全球病例检出率为 53%，2005 年可能超过 60%。对 2003 年 170 万患者的治疗成功率达 82%，已接近 2005 年 85% 的目标。

*结核控制活动可获得的全球财政资源。*国内和国际供资的增加意味着在 22 个疾病负担最高的国家中，为结核控制筹措的资金从 2004 年将超过 9 亿美元增加到 2005 年的 12 亿美元。

### 主要成就

- 为加速推广直接督导下的短程化疗加强了对各区域的支持，而且 2005 年中，世卫组织结核战略和技术咨询小组围绕直接督导下的短程化疗制定并批准了控制结核新战略以及国际结核护理标准。<sup>1</sup>
- 在伙伴组织的密切合作下，制定了 2006-2015 年全球控制结核计划，而且 2001-2005 年第一个全球控制结核计划中的大部分目标已经实现。
- 世卫组织 2004 年和 2005 年的年度报告《全球结核控制：监测、计划和筹资》继续监测和概述全球病例检出率和治愈率。
- 控制结核伙伴关系得到扩大，现有 400 多个伙伴，并建立了一个控制结核信托基金，与若干捐助者签署了长期供资协议。
- 控制结核伙伴关系的全球结核药物基金为 70 个国家 600 多万患者提供了治疗药物。

### 举例说明部分成就

东南亚和西太平洋区域在实现全球结核控制目标方面取得了重大进展。在东南亚区域，病例检出率到 2004 年底时增加到 59%，2005 年底时超过了 60%。治疗成功率已经超过了 85% 的全球目标。在西太平洋区域，预计已实现为 2005 年制定的病例检出和治疗目标。与私立部门和非政府组织的合作促使将直接督导下的短程化疗扩大到公共卫生服务范围以外，使病例检出率平均增加了 24%。目前正在确立结核/艾滋病毒联合活动以及多药物抗药性结核治疗项目。东南亚区域办事处制定了一项 10 年区域战略计划，指导国家制定计划实现关于结核的《千年发展目标》。西太平洋区域正在最后确定 2006-2010 年区域战略计划，旨在到 2010 年时将结核患病率和死亡率减半，从而符合西太平洋区域委员会制定的目标以及《千年发展目标》。

<sup>1</sup> 国际结核护理标准。海牙，促进技术援助结核联盟，2005 年。

## 全组织范围预期成果的实现情况

### 以全球控制结核计划为基础并结合共同目标和标准，已维持和扩大全球直接督导下的短程化疗的推广计划

指标	基线	目标	成就
直接督导下的短程化疗规划中新的涂片阳性病例全球检出率	45%	70%	53%(2004年) <sup>1</sup>
直接督导下的短程化疗规划中新的涂片阳性病例全球治愈率	82%	85%	82%(2003年的患者)

预计美洲区域、东南亚区域和西太平洋区域已实现 2005 年的两项目标。《千年发展目标》关于结核的具体目标 8 旨在到 2015 年时遏制并开始扭转结核发病率。控制结核伙伴关系支持为 2015 年制定的其他目标，即要将结核患病率和死亡率减至 1990 年水平的一半。实施 2006-2015 年全球控制结核计划预计将能够实现这些目标(非洲和东欧除外)。

### 以国家协调机构为形式的国家伙伴关系已发挥作用，支持了实施国家扩大直接督导下的短程化疗长期计划

指标	基线	目标	成就
22 个高负担国家中具有起作用的国家伙伴关系和计划的国家数	15/22	22/22	21/22

国家机构间协调机制和计划已到位，而且在双年度期间已开展工作争取建立国家级控制结核伙伴关系。双年度末时，世卫组织各区域办事处还在与 87 个目标国家(除高负担国家之外)就其国家卫生计划框架内的计划和协调机制共同开展工作。

### 维持了全球结核药物基金，扩大了提供治疗和治愈的途径

指标	基线	目标	成就
在全球结核药物基金支持下，通过拨款和直接采购服务而获得治疗的患者增加数	未确定	向 400 万患者提供抗结核药物	通过该基金向 429 万患者提供了治疗药物

全球结核药物基金大大扩展了其直接采购服务，自该基金建立以来，已向 70 个国家 600 多万患者提供了治疗。

### 通过培育控制结核伙伴关系和有效地交流全球控制结核计划的概念、战略和进展已保持政治承诺并确保筹集充足的资源

指标	基线	目标	成就
具有协商一致的控制结核国家战略并带有支持性宣传的国家比例	22 个国家	39 个国家	39 个国家
在 22 个高负担国家可用于结核控制活动的国际财政资源	1.41 亿美元(2003 年)	未制定目标	1.48 亿美元(2004 年) 1.94 亿美元(2005 年)
结核控制伙伴增加数	330 个伙伴	400 个伙伴	438 个伙伴

国内和国际供资的增加意味着在 22 个结核负担最高的国家中，为结核控制筹措的资金从 2004 年将超过 9 亿美元增加到 2005 年的 12 亿美元，预计 2006 年将达到 14 亿美元。根基稳固的控制结核伙伴关系，尤其通过其

<sup>1</sup> 已具备最新数据。2007 年全球结核控制报告将汇报 2005 年目标实现情况。

## 2004-2005 年规划预算 — 执行情况评估报告

2001-2005 年第一个全球控制结核计划，2004 年在新德里举行的伙伴论坛，7 个工作小组以及 2006-2015 年第二个全球控制结核计划的制定，促使世界范围的宣传与筹资之间更加协调一致。

### 为监测全球指标的进展、结核控制特别资源拨款，以及控制工作的影响已维持和扩大全球监督评价系统

指标	基线	目标	成就
提交列入全球结核控制年度报告的年度监测、计划和财务报告的国家比例	提交监测报告的国家比例为 94% 提交财务数据的目标国家比例为 64%	未确定	提交监测报告的国家比例为 95% 提交财务数据的国家比例为 66%

现具备连续 11 年(1994-2004 年)的数据可以评估实现全球结核控制目标的进展。2005 年中，占全球结核负担 91%的那些国家提交了财务报告。财务数据的数量和质量继续得到改善。

### 已制定艾滋病毒高度流行国家解决对多种药物的抗药性和促进结核控制工作的新政策和战略

指标	基线	目标	成就
实施国家结核和艾滋病控制规划联合干预措施的目标国比例	8	15	19 个国家具有向结核患者提供艾滋病毒检测和咨询服务的国家政策，23 个国家具有对艾滋病毒/艾滋病感染者进行结核检查的政策
实施修订的直接督导下的短程化疗以应对对多种药物产生抗药性疾病的国家比例	15	30	绿灯委员会批准了 30 个国家中为几乎 13000 名多药物抗药性结核患者制定的合理的多药物抗药性结核控制规划
所有调查抗药性国家的比例	77	90	90 个国家提供有药物抗药性监测数据，26 个国家提供有趋势信息

能够获得联合服务的艾滋病毒/结核共染患者数量大幅度增加；接受结核检查的艾滋病毒/艾滋病感染者数量增加了 10 倍，而获得艾滋病毒咨询和检测的结核患者数量增加了 4 倍。资金增加后现在可以增加结核/艾滋病毒联合活动。双年度期间资源有限国家大大加强了对多药物抗药性结核的监测和控制努力。制定了关于对药物具有抗药性结核的规划管理准则；修订了关于药物抗药性监测准则；已将多药物抗药性结核控制纳入新的控制结核战略；扩大了多药物抗药性结核管理和技术支持方面的能力建设；为国家级努力提供了更多的财政资源；并且积极评价了多药物抗药性结核控制的可行性和成本效益。已制定实施计划，包括为占全球多药物抗药性结核负担 68%的三个国家，即中国、印度和俄罗斯联邦制定了实施计划；此外，还制定了一项 10 年战略计划。

### 已制定通过所有政府保健提供者、地方非政府组织、社区保健工作者和私人开业医生的参与并通过基层综合呼吸系统保健提高病例检出率和治愈率的新政策和战略

指标	基线	目标	成就
能在所有政府服务机构中并能通过活动在最贫穷地区的地方非政府组织扩大结核护理的目标国家比例	20 个国家	40 个国家	100%(40 个国家)
实施公私混合和社区保健干预措施的目标国家比例	9 个国家	20 个国家	100%(20 个国家)
在基层实施综合呼吸系统保健的目标国家（具有充足的卫生系统）比例	12 个国家	增加 10 个国家	20 个国家 80%(增加了 8 个国家)

2004-2005 年期间，直接在国家结核规划范围内，大大加速，增强了卫生设施提供直接督导下的短程化疗服务的能力。但是，除了这类服务，还需要覆盖更多的患者，于是采取了创新的战略提高病例检出率。非洲着重于扩大社区结核护理服务，而亚洲则主要努力让各种公共和私人护理提供者，包括地方非政府组织参与。抗艾滋病、结核和疟疾全球基金提供了资金，从而促进了有关活动。中国、印度、印度尼西亚、肯尼亚、缅甸和菲律宾在推广“公共-公共”和“公共-私人”混合行动方面取得了显著进展。20 个国家目前正通过肺部健康实用方法战略在初级保健层次上着手实行并推广综合呼吸道保健，其中 5 个国家已将该战略用作国家政策并正在全国卫生服务机构实施。

### 成功的因素和障碍

#### 成功因素

- 结核方面的全球宣传和兴趣增强了。
- 有朝着全球目标积极进取的势头和热情，有明确的战略和计划以支持在国家范围加速实施，同时还有更多的资源。
- 通过世卫组织和控制结核伙伴关系使国家、区域和全球各级的技术和金融伙伴之间协调一致。
- 世卫组织各办事处进行联合计划，在计划、监测和评价方面加强对各国的支持。

#### 障碍

- 未指定用途的自愿资源有限，因而限制了世卫组织对会员国和捐助者关于迅速制定政策、开展技术合作和进行监测/评价的要求迅速作出反应的能力。
- 卫生系统在实施方面的弱点和障碍源于下述因素：各级人力资源有限，实施方面供资不足，缺乏实验室能力，未实践关于迅速增加结核/艾滋病病毒联合努力的国家承诺，缺乏能力满足国家对提供技术援助或监测与评价的要求。

### 2004-2005 年中汲取的教训以及如何 2006-2007 年中应用这些教训

- 投资于技术援助方面的能力建设以便促进将新资源用于疾病控制，这对于确保制定计划、加强实施能力、解决问题、进行当地革新和影响分析至关重要。
- 2006-2007 年中，世卫组织必须在一个结构严谨的网络中更密切地与技术伙伴连接在一起，确保最大限度地响应会员国及其他方面的需要；因此，本组织正在通过 2006-2015 年控制结核全球计划与捐助方密切合作以便弥补技术援助筹资方面的差距。
- 在新的控制结核战略下加强有效的措施应能促进更迅速一致地增加所有措施，鼓励伙伴参与，特别是受影响的人和社区，以及为扩大提供结核治疗所需的全体卫生服务提供者，以便确保安全有效地护理并实现全球目标。
- 2006-2007 年该工作领域的工作规划全面着重于扩大这项以世卫组织政策和会员国经验及革新为基础的综合新战略。对于 2006-2015 年全球控制结核计划、区域计划以及高负担国家的探索性计划来说也将如此。此外，这项战略将贯穿与其他工作领域的合作以及中期计划制定工作。
- 积极与其他伙伴和伙伴关系接触以便加强卫生系统、筹集资源、将各种措施纳入更广泛的发展框架并协调对实施工作的支持，而且还要分享最佳做法，这些对于实现 2015 年目标都将至关重要。
- 2006-2007 年中，可以通过世卫组织全球、区域和国家网络及工作队，控制结核伙伴关系工作小组，以及致力于实现其他卫生相关《千年发展目标》的论坛及伙伴关系，并通过应用最佳做法原则来取得进一步进展。

2004-2005 年规划预算 — 执行情况评估报告

批准的预算和实际支出

		批准的预算	实际支出		
			正常预算	其他来源	所有资金
2004-2005 年总计 (以千美元计)		124 531	13 027	139 465	152 492
百分比	国家	64	52	40	41
	区域	14	30	12	14
	全球	22	18	48	45

## 非传染病监测、预防和管理

### 世界卫生组织目标

确保政府在技术上和机构方面有更充分的准备以减少人们接触主要高危因素以及确保卫生系统有准备处理不断增长的慢性疾病负担并促进非传染病患者卫生保健的标准。

### 指标与成就

采用非传染病预防和控制政策的国家数。

非传染病预防和控制演示点的数量。

支持规划实施的全球和区域网络数。76 个国家参加了六个区域网络并或者具有国家综合非传染病预防规划或者具有地方示范项目。2004 年 11 月 3-6 日来自六个区域网络的 14 名代表出席了在渥太华举行了第四届预防和控制慢性病全球论坛。每个区域网络都支持实施国家非传染病预防和控制规划。

### 主要成就

- 2005 年 10 月发表的一份世卫组织报告<sup>1</sup>中提出了紧急采取行动制止并扭转慢性病日益严重的威胁的理由。
- 为应付非传染病造成的越来越多的死亡并认识到有证据确定可预防的风险因素，卫生大会于 2004 年通过了《饮食、身体活动与健康全球战略》<sup>2</sup>。
- 上一个双年度期间发起的糖尿病认识运动“糖尿病：现在就开始行动”为支持在低收入和中等收入国家制定国家政策提供了基础。
- 越来越多的发展中国家正在建立慢性病风险因素监测系统。2001 年以来，47 个目标国家中 23 个已实施针对这种监测明确制定的阶梯式措施，而且 71 个国家已在使用该工具方面获得培训。在开发的其他重要监测系统中，有中风监测阶梯式方法和年轻人危险行为监测系统。
- 2005 年 5 月卫生大会通过了关于预防和控制癌症的 WHA58.22 号决议，促使加强了癌症方面的行动。为制定一项癌症控制战略建立了世卫组织总干事的癌症咨询委员会和癌症技术小组。关于预防和控制癌症的指导方针也正在制定当中，而且正在建立一个癌症控制有关方面的联盟。
- 2005 年成立了一个由以抗慢性呼吸道疾病为共同目标的国际组织、机构以及来自发达国家和发展中国家的机构组成的抗慢性呼吸道疾病全球联盟。
- 在东地中海区域办事处大力支持下，已开始确立管理慢性病全球行动的工作。
- 全球视力损伤方面的负担第一次出现大幅度减少(由 4500 万残疾调整生命年减至 3700 万残疾调整生命年)，这主要是因为沙眼和盘尾丝虫病等传染病正趋于减少而且全世界开展的预防盲症规划越来越多。
- 各区域在调整和实施以证据为基础的慢性病准则方面取得了巨大进展。西太平洋区域成功实施了一项阶梯式非传染病干预计划框架，为在其他区域实施提供了一个最佳做法范例。这个框架已经得到修订并以一份报告<sup>1</sup>形式和通过《柳叶刀》中的相关系列得到传播。

<sup>1</sup> 《预防慢性病：一项重要投资》。日内瓦，世界卫生组织，2005 年。

<sup>2</sup> WHA57.17 号决议。



**举例说明部分成就**

越南成功实施了非传染病干预框架，提供了一个其他国家可照用的预防和控制模式，而且还实际演示了全球报告<sup>1</sup>中建议的阶梯式框架。目前正在向各国卫生部建议这个框架作为一种政策和管制环境的基础，使其他部门在此环境中能够成功运作。提供的指导和建议可供所有利益相关方、国家和亚国家级决策者和计划者以及个人使用。

**全组织范围预期成果的实现情况**

**在国家和区域已广泛采用世界卫生组织用于非传染病简便监测系统的监测框架、标准方法和材料，以便为政策和规划提供信息**

指标	基线	目标	成就
每个区域中已举办世界卫生组织监测高危因素阶梯式措施培训讲习班的国家百分比	5%(非洲区域、东南亚区域、东地中海区域和西太平洋区域)	在四个目标区域达到 30%	67%(四个目标区域 71 个国家参加了计划与协调和/或数据管理讲习班)
每个区域中已成功实施阶梯式措施的国家百分比	0%(非洲区域、东南亚区域、东地中海区域和西太平洋区域)	20%(四个目标区域有 21 个国家)	22%(23 个国家处于实施阶梯式措施的不同阶段)

在四个区域培训讲习班上就监测的计划和数据管理方面对 71 个国家进行了能力建设，而且在各个区域举办了不止八个关于世卫组织阶梯式措施的国家培训讲习班。在双年度期间，23 个国家或者已全面实施了监测慢性病高危因素阶梯式措施，或者已达到实施的最后阶段。已更新并向五个区域传播了一份手册，为希望实施监测慢性病高危因素阶梯式措施的地区提供全面综述和指导。另外还开发并向这些地区传播了数据输入和数据分析工具，支持它们加强监测活动并实施健康促进政策。为响应改善中风方面数据收集、预防和治疗需要，制定了另一份关于监测中风阶梯式措施的手册，旨在向会员国提供数据并将构成监测和数据收集方面的框架。双年度末期完成了可行性研究，国家和地区现可以参加该项目。监测高危因素报告丛刊第二版于 2005 年 5 月发行，介绍了国家方面慢性非传染病高危因素状况及这些因素在人口中造成的慢性病负担，并为在各国计划和实施卫生政策提供了基本统计资料。它以一个在线工具，即世卫组织全球信息数据库为基础，该数据库提供关于慢性病高危因素和国家一级慢性病死亡率方面可查阅、可追踪和透明的信息。

<sup>1</sup> 《预防慢性病：一项重要投资》。日内瓦，世界卫生组织，2005 年。

2004-2005 年规划预算 — 执行情况评估报告

**已建立国家非传染病预防和控制综合规划，包括以社区为基础的演示项目、健康促进、卫生服务和国家政策发展，并通过加强的区域网络以及预防和控制此类疾病的全球论坛进行联系**

指标	基线	目标	成就
参加各区域网络的国家数	45 个国家参加了区域网络：国家范围综合非传染病干预措施网络：27；采取多种因素减少非传染病网络：5；东地中海非传染病措施网络：6；非洲非传染病干预措施网络：7	增加参加区域网络的国家数	76 个国家参加了区域网络：国家范围综合非传染病干预措施网络：31；采取多种因素减少非传染病网络：14；东地中海非传染病措施网络：6；非洲非传染病干预措施网络：9；东南亚非传染病预防网络：8；西太平洋区域非传染病网络：8
网络中具有特定国家演示规划的国家数	27 个国家具有国家演示规划	增加世界范围具有国家演示规划的国家数	40 多个国家具有国家演示项目
发起样板项目的目标国家比例	没有特定的目标国家	增加由参与网络的国家发起的样板项目数量	参与区域网络的国家 45% 发起了样板项目：34 个国家制定了样板项目。参与网络的国家或者已具有国家综合非传染病预防规划，或者具有地方演示项目。

所有世卫组织区域均已建立网络。参与这些网络的国家数在双年度期间由 45 个增加到 76 个。31 个国家参加了欧洲区域国家范围综合非传染病干预措施网络，14 个国家参加了美洲区域采取多种因素减少非传染病网络，6 个国家参加了东地中海非传染病措施网络，9 个国家参加了非洲非传染病干预措施网络，8 个国家参加了东南亚非传染病预防网络，8 个国家参加了西太平洋区域非传染病网络。各个区域的国家演示项目都增加了。第四届预防和控制慢性病全球论坛于 2004 年 11 月 3-6 日在渥太华举行，出席的有来自六个区域网络的 14 名代表，以及来自国际非政府组织、世界银行、粮农组织和世卫组织的代表。

**已采用关于饮食和身体活动的多部门战略和行动计划**

指标	基线	目标	成就
具有关于饮食和身体活动的多部门战略和计划的目标区域和国家比例	未确定	未确定	在欧洲区域，44 个会员国(84%)或者已通过、或者已制定但尚未通过，再或者具有一项拟定中的营养文件。29 个会员国(55%)已通过其国家营养政策文件。在东南亚区域，4 个会员国(35%)已制定或正在制定关于饮食和身体活动的多部门战略和计划

虽然西太平洋区域没有国家具备关于饮食和身体活动的多部门战略和计划，但正在以各种不同形式开展这方面工作：西太平洋区域会员国 80% 以上至少具备下述计划之一：综合非传染病计划、营养行动计划或身体活动政策。实施《饮食、身体活动与健康全球战略》的进展一直缓慢，主要是因为资源有限。尽管如此，所有区域仍

## 2004-2005 年规划预算 — 执行情况评估报告

然取得了进展并制定了若干会员国计划。在非洲区域办事处和东南亚区域办事处举办了区域讲习班讨论区域实施措施并计划 2006 年中在世卫组织美洲区域办事处/泛美卫生组织和西太平洋区域办事处举办类似的讲习班。欧洲区域办事处的重点是制定欧洲非传染病战略并为定于 2006 年 11 月 15-17 日在土耳其伊斯坦布尔举行的关于抵制肥胖症部长级会议作筹备。东地中海区域办事处的讨论持续不断。在应对由于不健康饮食和缺乏身体活动造成的公共卫生问题方面，食品和非酒精饮料工业也取得了巨大进展。

### 区域和国家已采用综合政策和战略，以便加强卫生系统处理慢性疾病的能力，加强遵从疗法和行为并加强长期护理

指标	基线	目标	成就
采用关于改进慢性疾病护理政策的目标国家比例	0%	6	8 个会员国(133%)采用了改进慢性病护理政策：4 个在东南亚区域，4 个在西太平洋区域
采用加强遵从长期疗法战略的目标国家比例	0%	6	西太平洋区域 4 个会员国(67%) 由于总部暂定了此项目，所以没有进一步信息
卫生保健系统能更加适应预防工作的国家数	0	6	14 个会员国(5 个在东南亚区域，9 个在西太平洋区域)

发展卫生系统促进慢性病管理主要涉及针对若干不同干预级别制定和实施全面战略。东地中海区域办事处向 12 个国家提供了支持，为在初级卫生保健中预防和控制非传染病制定一个综合全面的政策和战略框架。2 个国家还启动了国家宫颈癌检查规划。在东南亚区域，印度、印度尼西亚、马尔代夫和泰国采用了改进慢性病护理政策。3 个国家还对针对重要慢性病的基本药物的价格承受力和可得性进行了评估。在西太平洋区域，库克岛、蒙古、菲律宾和越南主要在制定纵跨三项指标的临床管理准则方面取得了进展。在总部，就处理心血管疾病二级预防和治疗障碍的政策对 12 个国家进行了评估并在 5 个区域的 8 个会员国(巴西、印度尼西亚、伊朗伊斯兰共和国、巴基斯坦、俄罗斯联邦、斯里兰卡、突尼斯和土耳其)中实施了战略以弥补差距。在世卫组织鼓励下，5 个区域 12 个会员国(即孟加拉国、智利、中国、印度、印度尼西亚、肯尼亚、马拉维、莫桑比克、尼日利亚、巴基斯坦、斯里兰卡和突尼斯的演示地点)采用了世卫组织心血管疾病风险管理一揽子措施以加强卫生系统处理心血管疾病及其危险因素的能力。

### 已确认二级预防和临床预防与治疗干预措施；已传播以依据为基础管理癌症、糖尿病、心血管病和慢性呼吸道病的准则；并已有把遗传服务纳入卫生保健的指导原则

指标	基线	目标	成就
实施建议的世界卫生组织主要非传染病准则的国家数	未确定	未确定	所有区域均报告实施了世卫组织关于非传染病的国家级准则
为更大量临床预防服务提供资金的国家数	未确定	未确定	1 个会员国(马尔代夫)在资助地中海贫血方面的临床预防服务。佛得角、俄罗斯联邦和突尼斯在资助慢性呼吸道疾病方面的临床预防服务
把遗传服务纳入卫生保健的目标国家比例	11	20	100%(所有 20 个目标国家)将遗传服务纳入卫生保健

实施世卫组织关于慢性呼吸道疾病准则的会员国是：哥斯达黎加、古巴、萨尔瓦多、危地马拉、洪都拉斯、墨西哥、尼加拉瓜和巴拿马。6 个会员国：印度尼西亚、伊朗伊斯兰共和国、巴基斯坦、斯里兰卡、突尼斯和土

## 2004-2005 年规划预算 — 执行情况评估报告

耳其实施了世卫组织关于心血管疾病二级预防准则。东地中海区域 15 个国家实施了世卫组织关于主要非传染病准则。在非洲区域，在世卫组织/国际糖尿病联合会举行的一次非洲法语国家会议上审议了糖尿病控制准则。在东地中海区域，国家继续在初级卫生保健一级实施新制定的六项非传染病干预准则(分别是关于预防和护理高血压、糖尿病、血脂异常、乳腺癌和肺癌以及风湿热的准则)，但经证明由于缺乏培训资源而难以实施。在欧洲区域，编写了关于二级预防和改善心血管疾病患者的生活质量的指导文件。此外，还制定了关于急性中风护理和通过治疗减少冠心病患者数量的准则。关于评估国家预防和控制慢性病进展的全球调查初步报告草稿表明，自上一个双年度以来，具有管理慢性病国家准则的会员国比例增加了约 17%。在东南亚区域，所有会员国都在应用现有的世卫组织准则，印度正在制定关于糖尿病、哮喘和慢性阻塞性肺病管理的新准则。在西太平洋区域，库克岛、蒙古、菲律宾和越南制定了关于糖尿病和/或高血压的新准则。在总部，以预防心血管疾病的绝对风险方针和风险预测图为基础为所有区域制定了综合准则。2005 年中，以互联网为基础的基因组资源中心接受了 100 个国家 10 万次访问。一个关于先天畸形和血红蛋白异常的监测数据库已启动。部分选定国家已开始实施试点项目评估先天和遗传疾病的卫生负担以及在初级卫生保健中对它们的控制。目前，仍在与各区域办事处一起制定关于国家慢性病综合规划的实用准则。

### 已制定预防和控制盲症、耳聋和听力损伤的战略，并已在实施方面支持各国；已定期监测视力和听力损伤负担及规划实施

指标	基线	目标	成就
充分记录视力和听力损伤负担的目标国家比例	未确定	未确定	50%的会员国(96个国家)充分记录了视力损伤。5%的会员国(9个国家)充分记录了听力损伤
采用和实施世界卫生组织盲症和耳聋战略的国家数	33个国家采用了世界卫生组织盲症战略  没有国家采用世界卫生组织耳聋战略	根据 WHA56.26 号决议规定，到 2006 年底，120 个低收入和中等收入国家采用世界卫生组织盲症战略  5个国家采用世界卫生组织耳聋战略	65个国家采用世界卫生组织盲症战略  3个国家采用世界卫生组织耳聋战略

在 131 个具有国家计划的国家(其中 65 个国家已实施了这些计划)举办了视力 2020 全球行动国家讲习班。36 个具有各种覆盖率的国家实施了沙眼控制战略。向 4500 万人提供了由社区指导进行的盘尾丝虫病治疗。30 个国家建立了有益于儿童的眼保健中心，在巴西、中国、印度和南非进行的实用研究得到各种捐助者的支持。马达加斯加进行了听力损伤流行率和原因调查，中国四个省份也已开始这项调查。在印度和尼日利亚试行了初级耳朵和听力保健培训资料，而且世卫组织关于发展中国家助听器及服务的准则已经公布。总部举办了关于提供能负担得起的助听器讲习班并建立了一个独立的新伙伴关系，即发展中国家世界范围听力保健，旨在为发展中国家提供能负担得起的助听器及服务。已在巴西、中国和南非进行了关于提供能负担得起的助听器及服务的试点研究，目前正在印度着手这方面研究。

## 成功的因素和障碍

### 成功因素

- 在项目开始时对提供充足财政资源作出政治承诺。
- 在卫生部和国家联盟中确定尽职的规划联络点。
- 通过与世卫组织代表在联合计划和实施规划预算方面频繁互动和良好合作，并通过与合作中心和卓越中心进行互动与合作就重点达成了共识。
- 根据明确的标准挑选重点国家。
- 由于确定了阶梯式干预模式并向国家对应机构提供了更有力的支持，因而能够相互信任，采取一致的方针并加强统一和效率。
- 为开展联合计划和实施工作与所有参与者，包括民间社会建立良好的联盟；还有强大的网络和卫生部的支持。
- 就监测慢性病高危因素阶梯式措施、数据管理和分析提供培训，从而加强了国家一级的能力。
- 存在利用阶梯式/模块措施的灵活工具和框架。

### 障碍

- 没有充足的资源(包括人力资源)来处理迅速增加的疾病负担，许多政府、国际组织和捐助者不太重视非传染病。这妨碍了实施非传染病准则而且结果往往是无能力超越演示项目。
- 所有区域为预防盲症和耳聋规划划的预算均有限；在总部，高数额的自愿捐款(占非传染病预算拨款中自愿捐款总额的 1/3)让人觉得总部的非传染病预算拨款数额充足。
- 即使一些新模式，如西太平洋区域关于监测非传染病阶梯式措施的以证据为基础的概念框架等显示了可望适应其他环境的令人鼓舞的结果，但仍然难以制定有效的程序以便在国家卫生服务内机构内综合并使用以证据为基础的准则。

## 2004-2005 年中汲取的教训以及如何在 2006-2007 年中应用这些教训

- 加强宣传和筹资以便提高非传染病的地位需要进一步努力。关于非传染病和危险因素的社会经济影响数据特别重要，必须在宣传工作中给与更高度的关注。
- 在西太平洋区域，根据区域规划审查，建议采用关于监测非传染病阶梯式措施的以证据为基础的概念框架，作为值得广泛传播的一种正规概念框架的实例。因此，正在将此概念纳入 2006-2007 年的所有慢性病和健康促进计划以及对会员国的技术建议。
- 支持各国在制定预防和控制非传染病规划方面产生和使用其自己的证据对于成功至关重要。
- 重点是与各区域办事处一起进一步拟定一项战略计划并使区域顾问进一步参与非传染病活动以便建设区域办事处的能力并推动过去不曾能够直接与国家一起开展的工作。本组织三个级别之间应当每年举行协商会议以加强联系并协调行动。
- 虽然已具备针对具体疾病的准则，但仍需制定关于所有非传染病的综合准则。因此，2006-2007 年的重点应是加强非传染病的卫生系统而不应将注意力集中于特定疾病的准则。

2004-2005 年规划预算 — 执行情况评估报告

批准的预算和实际支出

		批准的预算	实际支出		
			正常预算	其他来源	所有资金
2004-2005 年总计(以千美元计)		37 480	22 802	18 553	41 355
百分比	国家	30	41	3	24
	区域	26	24	26	25
	全球	44	35	71	51

## 烟草

### 世界卫生组织目标

确保政府、国际机构及其它伙伴能有效地实施国家和跨国烟草控制措施。

### 指标与成就

*批准烟草控制框架公约的国家数。*截至 2005 年 12 月 31 日，总共有 115 个会员国成为该公约缔约国。

*具备考虑到公约规定的有效烟草控制计划和政策的国家数。*据估计，有 40 个会员国具备考虑到公约规定的有效烟草控制计划和政策。

### 主要成就

- 世卫组织烟草控制框架公约于 2005 年 2 月 27 日生效。
- 2004-2005 双年度举办了 17 次加强认识和能力建设讲习班，至少有 110 个国家参加了讲习班。这些讲习班推动了批准公约的势头，该公约已成为加入最广泛的联合国条约。
- 世卫组织履行临时条约秘书处的职能，召开了 WHA56.1 号决议授权的两次政府间工作组会议。工作组审议和编写了公约所确定问题的提案，供 2006 年 2 月缔约方会议第一届会议审议和通过。编写了关于实质性问题的文件。
- 截至 2005 年 12 月，作为其“成功的故事和汲取的教训”系列的一部分，公布和传播了 30 份最佳做法报告，大多数可在世卫组织网站上查阅。
- 一份重要的能力建设出版物得到广泛传播，并用于国家能力建设讲习班，翻译为其它联合国正式语言和日文。<sup>1</sup>
- 在各地地区举办了 2004 年世界无烟日活动，加深了对烟草使用对个人、家庭和国民经济的消极经济影响的认识。2005 年世界无烟日成功调动了世界范围卫生专业组织的积极参与，这项活动还受益于宣传卫生专业组织在烟草控制中的行为准则一类行动的后续行动以及完成第一次全球卫生专业人员调查。
- 发表了关于《千年发展目标》与烟草控制的研究报告，<sup>2</sup> 勾勒了烟草与 8 项千年发展目标之间的关系，确定烟草控制是一个发展问题。
- 世界卫生组织烟草制品管制研究小组 2004 年 10 月在加拿大蒙蒂贝罗举行的第一次会议通过了关于发展烟草制品研究和检测能力的指导原则和启动烟草制品检测的规程草案的建议。2005 年，研究小组发表了关于水烟筒烟草使用的咨询说明，<sup>3</sup> 以及关于在加拿大管制烟草制品的最佳做法报告。<sup>4</sup>
- 2005 年初建立了世界卫生组织烟草实验室网络。这是一个全球性的政府、大学和独立实验室网络，目的是按照公约就烟草的含量和排放进行检测和研究。世卫组织协调该网络，并履行网络秘书处的职能。
- 2005 年 11 月 30 日至 12 月 1 日在日内瓦的劳工组织总部召开了联合国烟草管制特设机构间工作组第六届会议。

<sup>1</sup> 《烟草控制的组成部分：手册》。日内瓦，世界卫生组织，2004 年。

<sup>2</sup> 《千年发展目标与烟草控制：建立全球伙伴关系的机会》。日内瓦，世界卫生组织，2004 年。

<sup>3</sup> 水烟筒烟草使用：健康后果，研究需要和管理者的建议行动。日内瓦，世界卫生组织，2005 年。

<sup>4</sup> 烟草控制最佳做法：管制烟草制品：加拿大报告。日内瓦，世界卫生组织，2005 年。

**举例说明部分成就**

在西太平洋区域，所有会员国都签署或加入了公约，27 个会员国中有 25 个成为缔约方。中国在烟草管制方面取得了迅速进展。通过对有限资源的战略性使用，世卫组织各级都在争取政府的关注和行动。

**全组织范围预期成果的实现情况****具有全面烟草控制政策和国家行动计划的会员国数已增多**

指标	基线	目标	成就
已在下述领域通过法律或与之相当规定的国家数：1.禁止在卫生保健和教育设施中吸烟(烟草控制框架公约第 8 条) 2.禁止在国家媒体(电视、广播、报纸)中直接作烟草制品广告(烟草控制框架公约第 13 条) 3.在烟草制品上标明符合烟草控制框架公约第 11 条所规定标准的健康警句	16	30	40

欧洲区域烟草控制综合数据库中关于国家立法的新的部分鼓励审查和修订现行法律。在美洲区域，泛美烟草信息在线系统数据库也载有关于烟草控制和国家政策。在各个地区，能力建设更被看作是加强或制定新的烟草控制法律的决定性因素。

**联合国系统有关机构、非政府组织以及区域和全球级私立部门团体支持烟草控制的多部门战略数量已增加**

指标	基线	目标	成就
世卫组织公布的以教育、立法、经济和环境问题以及管制机制为重点的烟草控制最佳措施数量	15	35	29
在联合国烟草控制特设机构间工作组之下发起的新项目数量	6	9	9
每个区域 Globalink 成员数	4,000	4,500	5,117

为进一步有效实施公约，必须就烟草控制进行多部门协作，重点是制定处理其社会和经济影响的战略。为此目的，2005 年召开了联合国烟草控制特设机构间工作组第六次会议，所讨论的议题包括无烟工作场所、烟草制品的非法贸易、烟草控制与经济发展之间的联系，以及与准备在会员国实施公约有关的问题。会议的决定概述了联合国经济及社会理事会第四次报告的主题。机构间工作组由若干联合国机构和外部组织组成，包括劳工组织、粮农组织、世界银行、难民高专办、世界海关组织、欧洲执法组织、欧洲委员会、欧洲反诈骗局、儿童基金会和教科文组织，以世卫组织作为秘书处。



**已改进卫生、经济、立法、环境和行为等领域内的监测以支持烟草控制**

指标	基线	目标	成就
至少已完成一次全球青少年烟草调查的国家数	112	160	164
至少已完成两次全球青少年烟草调查的国家数	11	30	50
全球烟草控制信息系统所覆盖的国家数	0	74	154

截至 2005 年 12 月，在 164 个国家完成了第一次全球青年烟草调查。第二次调查在 50 多个国家进行。正在组织区域规划和政策讲习班，已将从这次调查搜集的数据与会员国的行动结合起来。在本双年度，进行了全球卫生专业人员调查，并在 10 个国家进行了试点研究。到 2005 年 12 月，在大约 30 个国家推广调查工作的计划取得了进展。

所有区域数据库和调查都有助于在国家和区域各级搜集与烟草有关的许多不同问题的资料。在许多情况下，此类信息说明了新的行动计划的发展情况，或现有计划的调整情况。

**已加快把烟草控制战略纳入公共卫生规划**

指标	基线	目标	成就
与无烟草行动合作开展的世卫组织烟草相关问题规划数量	6	10	10

在本双年度，加强了世卫组织各部门之间的合作，以加速将控制战略纳入公共卫生规划。本双年度的目标是在结核、癌症控制和预防、卫生统计数字和证据以及环境卫生方面开展四项新的合作行动。各区域办事处也报告了此类整合行动。系统和持续地将烟草控制战略纳入本组织各级的其它工作领域始终是一项艰巨的任务。各国政府的承诺对将烟草控制纳入国家公共卫生规划是至关重要的。

**通过更强有力的传媒报道和信息系统已加强全球对烟草使用增多及其后果的认识和了解，并已减少社会上对烟草使用的认可**

指标	基线	目标	成就
有地方非政府组织和/或民间社会机构开展关于烟草使用有害影响的传媒/教育运动的国家数	25	40	112
能每天散发烟草控制消息的通讯社平均数量	3	5	5

对公约和世界无烟日的媒体报道在许多国家加深了对烟草控制的认知。事实证明，关于贫穷以及卫生专业人员作用的世界无烟日主题是有效的。

**已加强与烟草业活动相关的透明度、公众了解和管制**

指标	基线	目标	成就
已发表的关于烟草业活动的国别研究结果数量	12	18	26

世卫组织继续履行其监督烟草业活动的任务。还就世界范围的烟草业活动开展了研究工作。不在每月报告中提供信息，供总部和区域工作人员参考，并与有关的烟草控制伙伴交流。严密监测烟草业很重要，因为烟草业通过可疑会员国加强院外游说、赞助和广告活动，继续破坏烟草控制努力。

**世界卫生组织烟草控制框架公约生效，并通过最初的议定书**

指标	基线	目标	成就
批准公约的国家数	5	40	115

本双年度结束时，公约有 115 个缔约方，再加上欧洲共同体。其中 110 个会员国(加上欧洲共同体)批准了公约，这一成果部分是由于总部与区域和国家办事处联合举行了提高认识和能力建设讲习班。政府间工作组在 2004 年 6 月和 12 月的两次会议上，制定了大量建议，提交 2006 年 2 月缔约方会议第一次会议。

**成功的因素和障碍***成功因素:*

- 加强了总部、区域办事处和国家办事处之间的合作，以更好地支持烟草控制活动。
- 公约迅速生效，批准公约的国家数量稳步增加。
- 增加了用于烟草控制和国家办事处的资源。
- 会员国政府与非政府组织之间就烟草控制议程进行了稳妥协调。

*障碍:*

- 需要政府的政治意愿和捐助者的供资承诺，以支持在会员国实施烟草控制。
- 各国法律机制之间的重大差异。
- 公众和决策者对烟草业策略认识不足，在许多情况下，有关部门之间的协调不能令人满意。
- 尽管财政和人力资源增加了，但仍不足以有效处理各项目标。
- 许多会员国卫生部制定和实施有效烟草控制政策的能力有限。

**2004-2005 年中汲取的教训以及如何在 2006-2007 年中应用这些教训**

- 需要通过宣传和媒体活动，在缔约和未缔约的会员国中加深对烟草使用和接触烟草烟雾的危害的认识。
- 需要在各级进一步支持制定国家烟草控制法。
- 必须继续在各级向尚未成为公约缔约方的会员国提供援助，以维持势头。
- 发展中国家持续要求技术和财政援助，以实施公约。因此，应当在全球、区域和国家各级寻求和部署资源。
- 公约缔约方在其第一次会议上，重申对世卫组织技术能力和领导能力的信任，并决定在世卫组织内设立公约秘书处。会议还建议世界卫生大会继续支持和加强公约的实施。

2004-2005 年规划预算 — 执行情况评估报告

批准的预算和实际支出

		批准的预算	实际支出		
			正常预算	其他来源	所有资金
2004-2005 年总计 (以千美元计)		20 483	8 812	8 903	17 715
百分比	国家	28	22	8	15
	区域	39	37	47	42
	全球	33	41	45	43

## 健康促进

### 世界卫生组织目标

创造一个使各国政府及其在国际社会的伙伴能更好地做好准备制定和实施多部门公共卫生政策及对性别和年龄敏感的综合措施的环境，以促进社区授权并在整个生命周期促进改善健康、自我保健和健康保护的行动。

### 指标与成就

- *产生和宣传有效健康促进的依据。* 已开始实施并在技术会议、国际会议和刊物上宣传 25 个项目，这些项目显示了健康促进的有效性，特别是在低收入和中等收入国家。
- *加强在会员国促进健康的机构能力。* 从 140 个国家收集了数据以便确定行动领域并监测加强卫生部机构能力的进展。所有六个区域都证明在提供健康促进的效力依据和将依据化为实践方面取得了进展。
- *制定健全的公共政策。* 2005 年 8 月最后确定了《关于全球化世界中健康促进的曼谷宪章》，表明了全球的承诺，要通过处理健康不佳的根本社会决定因素来解决全世界卫生不平等间题。
- *改善边缘人群的健康。* 2004 年中监狱卫生项目网络由 18 个增加到 28 个。美洲区域 7 个低收入国家开展了健康城市和社区行动。

## 主要成就

- 《关于全球化世界中健康促进的曼谷宪章》证明了处理卫生不平等现象的全球承诺。第六届全球健康促进会议于 2005 年 8 月 7-11 日在曼谷召开，来自 100 多个国家约 650 名与会者出席了会议。
- 140 多个国家为能力概况图绘制项目第一阶段作了贡献。该阶段的结果将用于进一步开展健康能力建设工作和确定行动领域和汇报进展。
- 所有区域的会员国在制定健康促进政策和行动计划方面均获得了支持，包括关于口腔卫生的数据。
- 在收集学校的卫生数据，包括口腔卫生数据方面取得了巨大进展。
- 进一步加强了世卫组织内部以及世卫组织与其他重要利益相关方，包括非政府组织、世卫组织合作中心、国际健康促进和教育联合会以及联合国组织之间的合作。

### 举例说明部分成就

非洲区域办事处通过带领多部门小组开展和管理健康促进活动及规划，为建设国家健康促进能力作贡献。利用参与性办法培训各小组，然后再由这些小组培训更多的人员以便将健康促进纳入国家以及国家以下级别的规划。喀麦隆、肯尼亚、莱索托、尼日尔和卢旺达运用所获得的技能改进了国家和地方规划中的健康促进部分。在莱索托，面向年轻人的综合性艾滋病毒预防和艾滋病支助活动受益于多部门规划，运用了增强能力、调解和宣传等健康促进措施。包括卫生、教育、社会服务和农业在内的一些部门正在开展合作以确保阻止艾滋病毒传播并支持受感染者。

## 全组织范围预期成果的实现情况

### 已收集和传播通过关于健康促进有效性的全球检查获得的证据

指标	基线	目标	成就
显示健康促进有效性的项目数增加	10	25	已开始实施或完成了至少 15 个显示健康促进有效性的项目。 国家或国际刊物上已公布了一些项目结果。
宣传了从第六届全球健康促进会议及其它渠道获得的结果和教训	6 个区域	6 个区域	在所有 6 个区域宣传了 29 份技术文件以及 8 份主导原则介绍的结果

非洲区域已开始实施 5 个显示健康促进有效性的项目。在全球健康促进效益规划下，在第十八届世界健康促进和健康教育会议上介绍了 10 个项目。在一次有 18 个发展中国家参与的讲习班中分享了促进身体活动的最佳做法的措施。2003 年末确立的全球健康促进效益规划旨在审查和建立有效性证据，将之化为实践并鼓励就证据和有效性的性质进行讨论。该规划由国际健康促进和教育联合会在世卫组织合作下进行协调，同时得到非洲区域、东南亚区域、欧洲区域、西太平洋区域以及美洲区域 10 个主要公共卫生/健康促进机构的支持。在宣传第六届全球健康促进会议的结果和教训方面，大大加强了非洲区域和东地中海区域健康促进者作为文件主要撰写人和与会者的参与。

### 在国家和区域级已加强能力以计划和实施整个生命过程中及人口老化时健康促进的多部门政策和规划

指标	基线	目标	成就
已把健康促进战略纳入区域和国家卫生与发展计划的区域和国家数，以及各级网络实施这些战略的有效性	2 个区域	4 个区域	4 个区域(非洲区域、美洲区域、东地中海区域和西太平洋区域)中至少 30 个国家
已建立的健康促进培训班和会员国中受培训人员数量的增加	未确定	未确定	至少建立了 64 个培训班
具有健康老龄化政策和规划及监测这些政策影响的机制的国家数	未确定	未确定	5 个区域(非洲区域、美洲区域、东南亚区域、东地中海区域和西太平洋区域)中 12 个国家在改善为老年人提供的初级卫生保健方面取得了进展

非洲区域、东地中海区域、西太平洋区域和美洲区域已制定了区域健康促进战略或框架。东南亚区域和欧洲区域也正在加紧行动。在制定和最后确定区域战略和框架的整个过程中，所有区域的会员国在制定国家级健康促进政策和行动计划方面，包括在口腔卫生方面都获得了支持。东南亚区域制定了健康促进框架草案，预计将于 2006 年最后定稿。欧洲区域委员会 2005 年通过了欧洲儿童和青少年健康与发育战略。欧洲第四阶段网络中制定的 51 个城市显示了制定和实施以伙伴关系为基础并注重健康与公平的决策因素的健康-发育计划方面的进展，以及推行关于健康老龄化、健康影响评估和健康城市计划的原则和规划方面的进展。非洲和东地中海区域正在开展工作，根据曼谷宪章的建议更新区域战略和框架。双年度期间开设的健康促进培训班包括：非洲区域和美洲区域的 52 个培训班以及东南亚国家的 12 个口腔卫生促进培训班。在非洲、美洲、东地中海、东南亚和西太平洋各区域办事处合作下，由老龄化与生活培训班并由世卫组织卫生发展中心(日本神户)通过发展中国家

## 2004-2005 年规划预算 — 执行情况评估报告

卫生系统综合应对人口迅速老龄化项目为 12 个国家(玻利维亚、中国、加纳、印度、牙买加、肯尼亚、马来西亚、巴基斯坦、秘鲁、斯里兰卡、阿拉伯叙利亚共和国和特立尼达和多巴哥)提供了支持。西太平洋区域完成了关于老龄化与健康的 35 个国家概况。东南亚区域开展了健康老龄化活动。在西太平洋区域，一份关于健康老龄化的新出版物<sup>1</sup>旨在协助发展中国家卫生工作者努力使老年人更健康

### 已确定机遇和机制，以便使卫生服务转向健康促进和口腔卫生

指标	基线	目标	成就
已把健康促进和口腔卫生纳入其卫生系统并特别重视减少已知健康风险因素的国家数	16	39	已制定口腔卫生系统重新定向政策并在所有 6 个区域 52 个国家中开始实施

140 个会员国已完成健康促进能力概况图绘制工作，从而能够更好地衡量将健康促进纳入卫生系统方面的成绩。在第二阶段，将验证衡量工具并开展具体活动加强卫生部促进健康的机构能力。

### 在各级已加强《2002 年世界卫生报告》中确定的与健康促进和主要风险因素相关的宣传和卫生信息

指标	基线	目标	成就
收集和传播与主要风险因素和健康生活方式相关的精确和最新的信息以加强健康促进和传媒宣传	未确定	未确定	通过世卫组织阶梯式监测系统在东地中海区域 5 个国家进行了生活方式相关风险因素调查并在另外 15 个国家收集了非传染病数据

收集并传播了大量口腔卫生数据和信息，包括制定口腔卫生信息系统，验证口腔卫生工具和更新全球数据库。西太平洋区域 10 个国家商定了一项交流计划，通过行为榜样促进健康的生活方式，而且制作了大量宣传材料。

### 已加强涉及学校内外青少年的健康促进措施

指标	基线	目标	成就
制定影响所有青少年并与以社区为基础的国家和国际规划相联系的健康促进措施	1 项措施	2 项措施	1 项措施(校内健康促进)得到加强。仍需努力制定一项针对校外儿童和年轻人的措施
监测学生中与健康相关的主要行为风险因素并具有网络和联盟促进共同努力以改进学校卫生规划的国家数	33 个国家监测风险因素。 4 个区域具有网络	46 个国家监测风险因素。 所有 6 个区域都具有网络	至少 53 个国家完成了学龄儿童健康行为国际调查或全球在校学生健康调查 5 个区域(非洲区域、美洲区域、欧洲区域、东地中海区域和西太平洋区域)建立了网络和联盟

2002 年到 2005 年第二季度末期间，17 个国家(非洲区域 15 个国家，美洲区域 2 个国家)13.5 万名教师接受了培训以便利用现代参与性学习经验帮助成年人和年轻人掌握避免艾滋病毒感染的技能。这项由世卫组织、国际教

<sup>1</sup> 健康老龄化：保持健康实用指南。马尼拉，世界卫生组织，2005 年。

## 2004-2005 年规划预算 — 执行情况评估报告

育协会和教育发展中心联盟共同开展的工作将在今后五年中继续并推广以纳入更多的国家(如果资金允许)。在美洲区域, 据报告, 几乎所有国家都对大学生的健康风险行为进行了监测。在东地中海区域, 注册了 6514 所健康促进学校。双年度期间, 尽管财政和人力资源方面的限制, 但仍继续进行了学龄儿童健康行为调查和欧洲健康促进学校网络活动。在西太平洋区域, 建立了一个健康促进学校的万维网络和登记处。非洲区域、东地中海区域和西太平洋区域 16 个国家在双年度中完成了全球在校学生健康调查, 参与学龄儿童健康行为调查的国家数量也有所增加。关于同心协力改善学校卫生规划, 东地中海区域 15 个国家报告已具备学校卫生国家战略。目前正在努力将网络扩大到国家范围之外。

### 在地方和社区级、工作场所及其它环境中已实施健康促进能力建设和供资的规划, 重点尤其为改善下层人群的健康

指标	基线	目标	成就
健全的公共政策以及边缘人群的健康促进	未确定	未确定	第六届全球健康促进会议制定并通过了《关于全球化世界中健康促进的曼谷宪章》
为健康促进提供资金的健康促进基金会或其它机制数量	6	6	7: 双年度期间, 蒙古成立了一个新的健康促进基金会

曼谷宪章呼吁建立世界范围的伙伴关系以处理健康决定因素, 使促进健康成为全球发展议程的核心, 成为各国政府的一项责任, 成为社区和民间社会的一项重点以及良好公司规范的要求。美洲区域办事处结合在秘鲁和萨尔瓦多举行的地方发展首脑会议, 为玻利维亚、危地马拉、圭亚那、海地、洪都拉斯、尼加拉瓜和秘鲁的健康城市和社区行动提供了支持以改善下层人群的健康。欧洲区域也为促进边缘人群的健康提供了支持, 实施了一个监狱卫生项目, 引起各国极大兴趣, 该项目的网络在 2004 年中由 18 个国家扩大到 28 个国家。健康促进领导人试点项目证明是成功的并已得到推广。西太平洋区域办事处和世卫组织卫生发展中心(日本神户)在中国、斐济、马来西亚、蒙古、菲律宾和汤加为 13 名健康促进管理人员试行了健康促进领导人项目。制定了政策和规划以改善健康促进基础设施。在为健康促进筹资方面, 在澳大利亚、瑞士和泰国四个健康促进基金会的支持下, 6 个国家建立了成对项目。由此, 2005 年蒙古成立了一个新的健康促进基金会。

### 成功的因素和障碍

#### 成功因素

- 健康促进与人和经济发展之间的联系日益得到承认。
- 各国加强了对将健康促进纳入总体卫生战略问题的认识和承诺。
- 国家办事处、区域办事处和总部的同事之间实现了更好的协调和有效的合作。
- 注重健康的社会决定因素为地方、国家和区域的许多重要利益相关者之间进行合作创造了机会。
- 许多国家、非政府组织和世卫组织合作中心提供了有力的支持。

#### 障碍

- 秘书处和会员国为这个工作领域划拨的人力资源较有限。
- 健康促进人员处理健康不良根本决定因素的专门知识较有限; 在不同制度和环境中实行并管理变革所必需的知识技能尤其不足。
- 许多低收入和中等收入国家促进健康的机构能力, 包括为健康促进提供的政策和财政支持有限。
- 不同部委以及政府各个级别之间缺乏政策一致性。

### 2004-2005 年中汲取的教训以及如何 在 2006-2007 年中应用这些教训

- 健康促进与其他规划之间的合作需要得到加强以便产生协同作用和资源开展有效的健康促进。与学术机构、非政府组织、世卫组织健康促进合作中心以及联合国各组织的伙伴关系对于诸如促进校内健康和身体活动等许多领域的成功极其重要。2006-2007 年期间将在这方面更进一步。世卫组织内部的合作将继续并得到进一步加强。
- 减少卫生不平等是项复杂的任务，从根源入手可能更容易。为制定一个全球健康促进战略框架需要世界范围的伙伴关系，这个框架将详细阐述处理健康问题社会决定因素以及实施曼谷宪章提出的四项承诺所需的模式和方法。
- 不只与各卫生部而且与其他政府部门进行有效协调对于成功减少卫生不平等现象至关重要，而且将需要全面的政府措施。2006 和 2007 年中，将在这方面努力支持各会员国。
- 已承认制定适当方法评估会员国拟定、实施和评价人口健康促进政策的能力十分重要。2006-2007 年期间将需要进一步关注这方面的努力。
- 许多低收入和中等收入国家中有成功的实例但尚未得到适当的记录和传播。这些实例应在国家和国际刊物中予以公布。有必要努力支持健康问题社会决定因素委员会的工作，建立并使用关于健康促进干预措施有效性的证据，这些措施旨在处理健康良好和不良的根源，特别是处理健康不良的社会和经济决定因素。
- 机构能力与采纳以证据为基础的健康促进措施之间有着牢固的联系。没有个别从业者的专门知识、政策支持或信息系统，就不能推广以证据为基础的措施而且很难将证据化为实践。因此，要促进以证据为基础的健康促进，就必须建设机构能力，特别是在低收入和中等收入国家。
- 必须持续努力扩大健康促进的财政基础。要不断努力争取让社会保险和私立基金会为健康促进提供资金。
- 迄今，年轻人健康方面的工作一直着重于学龄学生。必须制定一项能顾及到校外年轻人的措施。
- 在一个全球化的世界和一个数字时代中，迫切需要研究如何能最佳利用信息和通信技术来传播准确和最新信息并促进健康，包括要研究有效性和获取渠道有限的问题。

### 批准的预算和实际支出

		批准的预算	实际支出		
			正常预算	其他来源	所有资金
2004-2005 年总计 (以千美元计)		48 164	17 110	22 823	39 933
百分比	国家	32	59	2	26
	区域	16	24	9	15
	全球	52	17	89	59



## 损伤和残疾

### 世界卫生组织目标

使各国政府及其在国际社会中的伙伴能够制定和实施经济有效和有性别针对性的战略，以预防和减轻暴力和非故意损伤的后果。

### 指标与成就

- 已制定关于残疾或暴力和损伤预防政策的国家数。若干国家已开始制定关于残疾或预防暴力和损伤的政策。
- 实施规划以预防暴力和损伤的国家数。实施规划预防暴力和损伤的国家数目大幅度增加。100 多个国家指定卫生部为预防暴力和损伤的联络点以便协调努力。

### 主要成就

- “道路安全，防患未然”是 2004 年世界卫生日的口号。这一全球宣传活动起了有力的促进作用，使国际上关注道路安全并为发表世卫组织/世界银行《预防道路交通伤害世界报告》<sup>1</sup>提供了理想的机会。
- 世界卫生大会接受联合国大会的请求，协调整个联合国系统的道路安全工作<sup>2</sup>。在世卫组织主持下，并与联合国各区域委员会合作，联合国道路安全协作机制协调了为各国实施《预防道路交通伤害世界报告》建议提供的支持并采取了后续行动。协作机制着重于提高认识和制定详细的预防指导。
- 世卫组织于 2004 年 1 月启动了全球人与人之间暴力预防联盟。该联盟的成员着重于实施《世界暴力与健康报告》<sup>3</sup>的建议。第二届全球预防暴力运动里程碑会议通过对许多国家的个案研究证明取得了巨大进展。
- 世卫组织推出了关于暴力和损伤预防培训、教育和进一步卫生合作课程的光盘以及一份使用者手册，提供 60 小时关于预防暴力和损伤的培训。
- 重要的区域活动包括非洲法语国家卫生部官员关于预防暴力和损伤的第一次会议；东地中海区域关于预防道路交通伤害国家行动计划以及关于建设暴力预防能力的各次会议；美洲区域关于道路安全问题的协商会议以及欧洲负责损伤和暴力预防问题的卫生部联络点第一次区域会议。
- 世界卫生大会 2005 年 5 月通过的关于残疾，包括管理和康复的 WHA58.23 号决议为世卫组织在该领域的工作提供了动力，并被作为一项 6 年行动计划的基础，该计划包括数据收集、政策制定、康复和辅助装置等领域的活动。

<sup>1</sup> Penden M 及其他人，《预防道路交通伤害世界报告》。日内瓦，世界卫生组织，2004 年。

<sup>2</sup> WHA57.10 号决议。

<sup>3</sup> Krug E 及其他人(编辑人)，《世界暴力与健康报告》。日内瓦，世界卫生组织，2002 年。

**举例说明部分成就**

欧洲区域办事处加倍努力预防暴力和损伤。2004 年 4 月该办事处在该区域协调了 2004 年世界卫生日的庆祝活动并支持在白俄罗斯、捷克共和国、法国、丹麦、意大利、罗马尼亚、俄罗斯联邦、瑞典、土耳其和土库曼斯坦等国出版《预防道路交通伤害世界报告》。该区域办事处还出版了关于预防道路交通伤害的报告<sup>1</sup>，其中分析了该区域的道路交通伤害负担并介绍了欧洲一些会员国的成功经验。2005 年 7 月，斯洛文尼亚政府主办了一次关于欧洲和中亚暴力侵害儿童问题区域协商会议(2005 年 7 月 5-7 日，卢布尔雅那)以便促进联合国秘书长关于暴力侵害儿童问题的研究报告。此次协商会议由欧洲区域办事处、儿童基金会、联合国人权事务高级专员办事处、欧洲理事会以及研究报告的非政府组织顾问小组共同组办，其最后声明明确了 9 项重点行动。欧洲区域委员会第五十五届会议通过了关于在世卫组织欧洲区域预防伤害的 EUR/RC55/R9 号决议，为行动提供了一个战略框架并敦促制定国家行动计划、改善损伤监测、加强国家能力、促进有效的损伤预防、鼓励良好做法、确定初级预防和创伤护理研究重点以及加强所有部门和利益相关方之间的伙伴关系。此外，还出版了《欧洲损伤与暴力》这份出版物<sup>2</sup>的摘要。荷兰(Noordwykerhout, 2005 年 11 月 17-18 日)主办了欧洲国家预防暴力与损伤联络点第一次会议，使欧洲 35 个国家的国家联络点有机会分享经验并商定了一个非正式网络的目标和战略以及今后的步骤。

**全组织范围预期成果的实现情况****已向优先重点国家提供支持以实施和评价用于非故意损伤和暴力主要决定因素、原因和后果的监测系统**

指标	基线	目标	成就
使用世界卫生组织准则收集关于非故意损伤和暴力决定因素、原因和后果数据的目标国家比例	3	29	82%(26 个国家)

一些国家翻译了《损伤监测准则》<sup>3</sup>并利用获得世卫组织技术，有时还有财政支持的事故和紧急情况部门报告的损伤数据建立了监测系统。经过短期试验后，这些系统大多数目前正处于评价阶段，其中绝大多数已向有关国家提供了重要信息，从而能够制定预防暴力和损伤的政策和规划。进行社区调查的指导方针<sup>4</sup>已经公布并正在 6 个国家使用。这些指导方针提供了收集数据的标准化工具以及一组示范调查表，并且还着重于挑选和培训实地工作人员、道德问题、数据分析以及利用信息进行宣传。阿根廷、白俄罗斯、巴西、加拿大、中国、捷克和共和国、印度、墨西哥、莫桑比克、新西兰、南非和瑞典已开展世卫组织酒精与伤害协作研究。《损伤的外部原因国际分类》已被列入世卫组织的国际分类体系，并于 2004 年 7 月出版了其版本 1.2。许多国家将这种分类学作为其损伤监测系统的一部分。目前正被翻译成法语和西班牙语。

<sup>1</sup> Racioppi F 及其他人，*预防道路交通伤害：从公共卫生角度分析欧洲情况*。世卫组织欧洲区域办事处，2004 年。

<sup>2</sup> Sethi D 及其他人，*欧洲损伤与暴力：为什么重要，该做些什么*。哥本哈根，世卫组织欧洲区域办事处，2005 年。

<sup>3</sup> Holder Y 及其他人(编辑人)，*损伤监测准则*。日内瓦，世界卫生组织，2001 年

<sup>4</sup> Sethi D 及其他人，*进行社区损伤和暴力调查指导方针*。日内瓦，世界卫生组织，2004 年。

**已向选定国家提供研究方面的支持已确认预防暴力和损伤的有效规划和政策**

指标	基线	目标	成就
目标国家中已评价的干预措施	2	19	26

世卫组织预防暴力活动着重于通过直接技术支持或制作指导方针来支持各国实施《世界暴力与健康报告》(2002 年)的建议。双年度中的出版物包括: *预防暴力: 实施《世界暴力与健康报告》建议指南*(2004 年)、*人与人之间暴力预防规划文件手册*(2004 年)以及*人与人之间暴力的经济层面*(2004 年), 另外还有全球预防暴力运动头两届会议的报告。应具体要求, 世卫组织与一些政府共同开展了活动, 如编写国家报告和/或制定国家预防暴力行动计划、制定预防规划, 以及加强面向暴力受害者的服务。2004 年世界卫生日的主题是道路安全, 世界各地举办了庆祝活动, 口号是“道路安全, 防患未然”, 提醒人们为确保道路安全决不能心存侥幸。法国总统、总干事以及政府、非政府组织和私立部门代表参加了这一天在巴黎举行的活动。

**可获得对预防暴力和非故意损伤的多部门干预措施的指导**

指标	基线	目标	成就
具有预防非故意损伤和暴力的国家计划和实施机制的目标国家比例	4	28	85%(24 个国家)

《预防道路交通伤害世界报告》于 2004 年世界卫生日这天在巴黎推出, 该报告从流行病学和预防角度作了全面概述。作为后续行动, 世卫组织正与各伙伴合作制作一系列手册, 就实施报告中提出的建议提供指导。目前已起草了 6 份手册: 4 份涉及头盔、安全带和儿童安全带、速度, 以及饮酒与开车问题, 另外 2 份着重于建立一个关于道路安全的领导机构以及收集交通和伤害数据。这些文件大部分将于 2006 年公布。

继 2004 年举行的一次磋商后, 国际专家起草并随后审议了面向决策者和计划者的指导方针。此外, 还为制定国家计划向若干国家提供了技术支持

**已提供支持在选定国家制定政策用于非故意损伤和暴力受害者住院前、住院和综合性长期护理**

指标	基线	目标	成就
已加强卫生系统对非故意损伤和暴力反应的目标国家比例	0	20	100%(20 个国家)

2004 年世卫组织和国际外科学学会在第七届世界伤害预防与安全促进大会(2004 年 6 月 6-9 日, 维也纳)上推出了《基本创伤护理指导方针<sup>1</sup>》, 主要目的是制定在所有环境中均可达到的基本创伤护理标准, 并明确必要的人力和物力资源。在世卫组织为促进实施指导方针而组织的一次协商会议上, 与会者们拟定了实施工具。该指导方针目前在包括加纳、印度、墨西哥、莫桑比克和越南等若干国家中得到使用。指导方针的阿拉伯译文已完成并被用于为东地中海区域制定区域急救医疗服务战略框架。一份手册 - 《院前创伤救护系统》(2005 年) - 着重于建立这类系统, 特别是那些需要最低限度培训、设备和供应的系统。涉及的主要领域包括系统的组织、能力发展、数据收集、交通和通信以及道德和法律问题。这份手册在莫桑比克、波兰和越南等国得到使用。为确保遭受性虐待的妇女和儿童获得适当护理, 世卫组织就 2001 年发起的一项行动采取了进一步措施, 加强卫生部门对性暴力的应对。该项目的第一部分旨在加强针对稳定, 非紧急环境中性暴力受害者的服务。世卫组织利用

<sup>1</sup> Mock C 及其他人, 《基本创伤护理指导方针》。日内瓦, 世界卫生组织, 2004 年。

## 2004-2005 年规划预算 — 执行情况评估报告

《性暴力受害者医疗法律护理准则》<sup>1</sup>支持约旦、尼加拉瓜和菲律宾政府及学术机构。该准则已被译成阿拉伯文和西班牙文，法文本正在翻译之中。

### 已向优先重点国家提供支持以发展损伤和暴力预防、研究及政策制定的能力

指标	基线	目标	成就
具有非故意损伤和暴力预防与管理方面经过培训的专业人员的目标国家比例	0	29	106%(31个国家)

2005 年 10 月，世卫组织推出了关于暴力和损伤预防培训、教育和进一步卫生合作(TEACH-VIP)课程的光盘以及一份使用者手册，提供关于预防暴力和损伤的培训。参与拟定工作的有来自 19 个国家的 60 多位预防暴力和损伤专家，该课程已在世界各地 20 多种环境中得到试行。开办 TEACH-VIP 是为了满足各国政府和专业群体对损伤和暴力领域专门知识的要求，因此涵盖了范围广泛的专题，包括数据收集、暴力和损伤预防、政策制定，以及对干预措施的评价。目前对 TEACH-VIP 的需求极大。

### 已采取全球、区域和国家行动以加强卫生部门与其它部门之间的合作，其中涉及联合国系统各组织、会员国和非政府组织

指标	基线	目标	成就
现有预防暴力和损伤的全球、区域和国家多部门行动数量	1	8	8

2004 年 1 月创建了预防暴力联盟。其成员包括政府、非政府组织和基金会，它们拥有一个共同的预防暴力方针，并着重于实施《世界暴力与健康报告》的建议。由世卫组织和加利福尼亚健康基金会主办的第二届全球预防暴力运动里程碑会议通过对许多国家的个案研究证明政府、非政府组织和学术界在数据收集、暴力预防和为受害者提供服务方面取得了巨大进展。联合国道路安全协作机制(一个由 11 个联合国机构和 30 多个全球、区域和国家道路安全组织构成的网络)在世卫组织领导下协调了为各国实施世界报告建议提供的支持并采取了后续行动。协作机制的三次会议着重于为各国制定详细的预防和认识提高指导。劳工组织、教科文组织和世卫组织是制定关于以社区为基础的康复战略<sup>2</sup>的共同立场文件的三个重要伙伴，它们与一些非政府组织和其他机构一起建立了一个以社区为基础的康复网络。与世卫组织具有伙伴关系的其他群体包括意大利 Raoul Follereau 之友协会、Christoffel Blindenmission、残疾人国际、国际残疾协会、国际残疾和发展联合会议及国际保护视力协会等等。这些群体总共为全世界 400 多项以社区为基础的康复项目提供了资金。

### 各国把康复服务纳入初级卫生保健用于早期发现和管理残疾的能力

指标	基线	目标	成就
实施战略把康复服务纳入初级卫生保健的目标国家比例	7	15	80%(12个国家)

世卫组织在残疾与康复领域的工作以世界卫生大会 2005 年 5 月通过的关于残疾，包括管理和康复的 WHA58.23 号决议为指导，该决议呼吁加强实施联合国《残疾人机会均等标准规则》，支持以社区为基础的康

<sup>1</sup> 《性暴力受害者医疗法律护理准则》。日内瓦，世界卫生组织，2003 年。

<sup>2</sup> 以社区为基础的康复：残疾人康复、机会均等、减贫和社会包容战略。日内瓦，世界卫生组织，2004 年。

## 2004-2005 年规划预算 — 执行情况评估报告

复，将残疾内容纳入国家卫生政策和规划，并促进残疾人的权利和尊严。作为后续行动，世卫组织拟定了 2006-2011 年残疾和康复行动计划，着重于编制一份关于残疾和康复的世界报告，提高认识，便利数据收集与分析，支持、促进和加强卫生和康复服务，促进以社区为基础的康复，促进辅助技术的开发、创造、传播和利用，支持制定、实施、衡量和监督政策，建设能力并促进多部门网络和伙伴关系。协商之后已开始实施计划，编写了一些规范性文件，涉及到加强医护和康复服务、提供并维持轮椅、以社区为基础的康复以及残疾人的自我管理活动。

### 成功的因素和障碍

#### 成功因素

- 在总部和区域办事处建立一支具有互补技能、强大能力和高度积极性的有力队伍。
- 总部、区域办事处和国家办事处之间良好合作。
- 对加强规划有明确的认识。
- 稳定提供高度醒目的产品和开展引人注目的活动，从而使规划及其问题具有重要地位。

#### 障碍

- 资金极不稳定，影响到长期计划并限制了充足资源的分配。
- 在许多国家办事处职员配备以及实地技术知识水平不足。
- 某些国家对该工作领域不够重视。

### 2004-2005 年中汲取的教训以及如何在 2006-2007 年中应用这些教训

- 向数量有限的若干国家提供持续支持十分必要。为此，某些国家办事处需要全职职员。
- 资源限制影响了该工作领域，必须作出进一步努力确保若干年中资源的连续性。
- 一致和目标明确的要点是成功的关键。因此，这个工作领域将继续主要着重于实施《世界暴力与健康报告》和《预防道路交通伤害世界报告》的建议。
- 本组织各级必须继续努力改进联合计划。为此，可以举行年度计划会议和定期进行远距离通信。
- 需要高度醒目的产品并要坚持不懈地努力实施它们。为此，需要加强某些领域的的能力。

### 批准的预算和实际支出

		批准的预算	实际支出		
			正常预算	其他来源	所有资金
2004-2005 年总计 (以千美元计)		17 633	4 354	8 874	13 227
百分比	国家	30	26	13	17
	区域	18	24	18	20
	全球	52	50	69	63

## 精神卫生和物质滥用

### 世界卫生组织目标

确保各国政府及其在国际社会中的伙伴将精神卫生和物质滥用问题列入卫生和发展议程，以便制定和实施对精神障碍和物质滥用作出的经济有效的反应。

### 指标与成就

- 在精神卫生领域已实施改革的目标国家比例。18 个国家已在世卫组织的直接支持下着手实施政策改革。
- 已增加精神卫生预算的国家数。由于从国家卫生预算中获取精神卫生预算数字的程序的性质，无法确定已增加精神卫生预算的国家数。

### 主要成就

- 按照卫生大会 2002 年批准的精神卫生全球行动规划作出的承诺，世卫组织提高了对精神卫生和物质滥用的意识和政治支持。世卫组织与欧洲联盟和欧洲理事会一道，组织了欧洲精神卫生问题部长级会议（赫尔辛基，2005 年 1 月），并与泛美卫生组织一道，组织了精神卫生服务改革区域会议（巴西，2005 年 11 月 7-9 日）。
- 制定了精神卫生政策、立法和人权倡议。该倡议得到一个专家网络的支持，并获得全面的规范性物质支持和持续的国家支持。
- 世卫组织欧洲精神卫生问题部长级会议批准一项行动计划和宣言，对各国具体的政策决定给予了政治承诺。
- 世卫组织对若干失调症，包括癫痫发起了公共卫生行动，并在初级保健层面预防自杀和治疗物质滥用。这些问题构成了巨大的负担，在大多数低收入和中等收入国家，缺乏治疗。
- 世卫组织在紧急情况 and 灾害发生期间和之后就精神卫生援助提供新的动力和明确方向，包括 2005 年的海啸和地震以及冲突和战争。这项工作是在总部、区域和国家办事处以及其它联合国机构之间密切协调下进行的，对受影响社区作出了更为有效和基于证据的反应。
- 世卫组织在精神卫生和研究的培训方面取得了重大进展。这对在这两个领域能力欠缺的低收入和中等收入国家尤为重要。

### 举例说明部分成就

《2005 年精神卫生地图集》<sup>1</sup>是总部以及区域和国家办事处的联合产品，它满足了对精神卫生基本信息的长期需求。它提供了关于精神卫生资源和服务的基本信息，包括所有低收入和中等收入国家的流行病学信息。编写了专门针对青少年精神卫生、神经病学、癫痫和精神病学教育和培训的文本。这些地图集得到各国政府、非政府组织和国内研究人员的广泛使用。

<sup>1</sup> 《2005 年精神卫生地图集》。日内瓦，世界卫生组织，2005 年。可在下列网站检索数据库：  
[http://www.who.int/mental\\_health/evidence/atlas/](http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/)。

## 全组织范围预期成果的实现情况

在减少与精神和神经障碍及物质滥用相关的污辱和侵犯人权的情况方面，已制定适当的战略并向国家提供了支持

指标	基线	目标	成就
与世界卫生组织协商形成战略以制定精神卫生法规、促进人权和通过社会传播规划减少耻辱的目标国家比例	0	20	110% (22 个国家)

通过总部、区域和国家办事处之间的密切协作，精神卫生立法和人权领域的规范性和国家工作顺利推行。借助世卫组织的精神卫生、人权和立法框架培训了 50 多名专家，增强了在这一领域的国际能力。精神卫生、人权与立法资源手册<sup>1</sup>已翻译为 5 种语言，吸引媒体大量报道。正在起草或修订其精神卫生立法的国家包括中国、加纳、印度、印度尼西亚、伊拉克、马尔代夫、毛里求斯、巴布亚新几内亚、卢旺达、萨摩亚、斯里兰卡和泰国。开展活动，促进精神病方面人权的国家包括布隆迪、喀麦隆、佛得角、刚果、埃塞俄比亚、印度尼西亚、肯尼亚、马拉维、莫桑比克、纳米比亚、尼日尔、摩尔多瓦共和国、塞内加尔、塞尔维亚和黑山、斯里兰卡、斯威士兰、泰国、前南斯拉夫的马其顿共和国和赞比亚。在一些国家还开展了社会交流活动，消除对精神病的侮辱和歧视。还向一些国家提供了支持，以建立或加强人权宣传小组。

在制定和实施关于精神卫生和物质使用的政策与计划方面，已向国家提供信息和支持

指标	基线	目标	成就
已翻译并根据国家需要调整信息或资料的目标国家数量和比例	0	12	110% (12 个国家)
在制定和实施政策与计划方面接受世界卫生组织技术援助的目标国家数量和比例	0	24	125% (30 个国家)

世卫组织的精神卫生政策和服务一揽子指导意见已经最终完稿、印刷并广泛传播。许多单元已经翻译为世卫组织正式语文和若干其它语文。世卫组织预防自杀资源材料已经翻译为 9 种语言。向许多国家和领土提供了精神卫生政策和计划技术援助，包括阿富汗、巴林、埃及、埃塞俄比亚、冈比亚、几内亚比绍、伊朗伊斯兰共和国、科威特、拉脱维亚、莱索托、摩洛哥、莫桑比克、纳米比亚、阿曼、萨摩亚、沙特阿拉伯、斯里兰卡、突尼斯、阿拉伯联合酋长国、西岸和加沙地带、津巴布韦。改进对阿片肽者治疗政策的一个重大步骤是在世卫组织《基本药物范例目录》中列入了美沙酮和丁丙诺啡。向一些国家提供了对物质滥用政策和计划的援助，包括印度尼西亚、伊朗伊斯兰共和国、立陶宛和乌克兰。发表了世卫组织关于物质滥用和依赖性的神经科学专家报告<sup>2</sup>并翻译为 10 种语言在世界各地传播。欧洲地区的 33 个会员国在监狱中物质滥用问题管理计划方面得到了援助。

<sup>1</sup> 世卫组织《精神卫生、人权与立法资源手册》。日内瓦，世界卫生组织，2005 年。

<sup>2</sup> 《关于精神物质使用和依赖的神经科学》。日内瓦，世界卫生组织，2004 年。

**已建立和实施全球和区域酒精研究与政策行动**

指标	基线	目标	成就
根据其需要调整酒精政策准则的目标国家比例	0	4	100% (4个国家)
按照世界卫生组织促进的与酒精相关主题开展研究的目标国家比例	0	9	166% (15个国家)

向一些国家提供酒精政策技术咨询和援助，包括不丹、印度、印度尼西亚、马拉维、莫桑比克、缅甸、纳米比亚、尼泊尔、斯里兰卡和泰国。支持一些国家开办了初级保健中早期查明和管理酒精问题的培训班，包括巴西、斐济、蒙古和南非。以各种方式支持与酒精有关主题的研究，包括在阿根廷、哥斯达黎加、印度、哈萨克斯坦、尼日利亚和斯里兰卡支持开展性别、酒精和文化问题国际研究；蒙古的国家酒精问题流行病学研究；在中国评估与酒精有关问题的社会和经济成本；在不丹、印度、印度尼西亚、缅甸、尼泊尔、斯里兰卡和泰国的其它专题项目。这些活动为计划扩大世卫组织 2006-2007 双年度在酒精的有害后果领域的活动奠定了坚实的基础。

**各国已有管理精神和神经障碍及物质滥用的措施、准则和成套培训方案；已向各国的实施工作提供充分支持，并考虑到脆弱人群（例如穷人、注射毒品者及艾滋病毒/艾滋病患者）的需求以及具有性别针对性的需求**

指标	基线	目标	成就
获得世界卫生组织支持以便纳入世界卫生组织的临床情况和需求评估与管理工具和材料以及职工发展的工具和材料的目标国家比例	6	24	100% (24个国家)
由世界卫生组织促进或帮助协调支持最脆弱人群精神卫生需求的国家比例	6	18	100% (18个国家)

世卫组织与两个国际非政府组织协作发起的全球抗癫痫运动，推动在各地区和各国开展了一系列活动。编写了非洲、东南亚和西太平洋区域报告。在中国完成了一个示范项目，在中国、格鲁吉亚、印度、马尔代夫、缅甸和越南开展了新的示范项目和试点项目。还制定了儿童和青少年癫痫管理指导方针草案。向一些国家提供了制定国家预防自杀规划的直接技术援助，包括贝宁、巴西、中国、日本、巴拉圭、新加坡、乌拉圭和越南。编写了关于精神卫生和艾滋病毒/艾滋病疗法的参考材料。向非洲区域 26 个国家和东南地区 8 个国家的专业人员提供了管理儿童和青少年、尤其是脆弱人口精神障碍的培训和援助。发起了全球减少头痛负担运动。在东地中海区域所有国家举办了管理精神障碍的国家培训课程，在中国、印度尼西亚、伊朗伊斯兰共和国、立陶宛、波兰和泰国举办了关于药物替代疗法的国家培训班。向阿富汗、刚果、吉布提、伊拉克和索马里等国家提供了基本药物。还向受紧急情况和灾害影响的国家和领土提供了精神卫生全面援助，包括受 2004 年 12 月海啸影响者（印度尼西亚、马尔代夫和斯里兰卡）和受冲突和战争影响者（阿富汗、伊拉克、苏丹以及西岸和加沙地带）。这一援助的目标是这些国家中的最脆弱群体。



**可获得更有效和可靠的学术、流行病学和资源数据用于计划和开发精神卫生和物质滥用领域内经济有效的干预措施；各国可利用衡量此类障碍所造成负担的方法**

指标	基线	目标	成就
把数据纳入流行病学数据库的国家数 (和区域比例)	0	为低收入和中等收入国家修订数据库	纳入 192 个国家，并修订数据库以纳入低收入和中等收入国家
在制定经济有效的干预措施方案方面接受世界卫生组织技术援助的目标国家数量和比例	0	6	133% (8 个国家)

除修订和更新《2005 年精神卫生地图集》外，还发表了关于神经学、癫痫以及儿童和青少年精神卫生的地图集<sup>1</sup>。开发了世卫组织精神卫生系统评估工具，并在 12 个国家实施，包括阿尔巴尼亚、巴巴多斯、厄瓜多尔、印度、拉脱维亚、肯尼亚、巴基斯坦、摩尔多瓦共和国、塞内加尔、斯里兰卡、突尼斯和越南，同时还在更多国家推行。订正了全球自杀数据，并在一系列国家，包括巴西、中国、爱沙尼亚、印度、伊朗伊斯兰共和国、南非、斯里兰卡和越南收集了流行病学数据。汇编了关于精神卫生干预措施成本效益的信息，提供给各地区以及爱沙尼亚、尼日利亚和斯里兰卡等国。向东南亚区域 6 个国家和欧洲区域 8 个国家提供了这一领域的技术援助。

**已提供适当支持，在发展中国家为关于精神和神经障碍及物质滥用的政策制定和研究发展能力**

指标	基线	目标	成就
已建立的向发展中国家研究人员提供精神卫生和物质依赖的公共卫生方面培训的奖学金规划数量	两名研究人员	12 名研究人员	17 名研究人员

在各国国内开展或支持了建立研究能力领域的若干活动。在 5 个地点扩大了世卫组织精神卫生奖学金规划，培训了来自低收入和中等收入国家的 7 名研究人员。在埃塞俄比亚执行了一项培训规划，培训了非洲地区的 12 名研究人员，在东南亚地区举办了 3 次会议，已建立能力，并确定精神卫生研究重点。在物质滥用领域，世卫组织向 10 名研究人员提供了旅行奖学金。还在伊拉克开展了建立研究能力的活动。在 6 个国家全面评估了研究基础设施，包括巴西、匈牙利、墨西哥、巴基斯坦、波兰和土耳其，与全球卫生研究论坛合作，在 3 个区域筹划了精神卫生研究。

**成功的因素和障碍**

*成功因素：*

- 世卫组织在精神卫生和物质滥用领域继续制定规范性材料是有效开展各项活动的一个主要成功因素。鉴于从公共卫生角度来看，这些领域尚属初期发展阶段，因此，需要这些材料来指导所有国家规划。
- 总部、区域办事处和国家办事处之间的密切工作关系推动了方案的有效实施。指定分区域专业人员对维持在有关国家内的有效存在极为有用。

<sup>1</sup> 《神经障碍国家资源地图集》。日内瓦，世界卫生组织，2004 年；《世界癫痫护理地图集》。日内瓦，世界卫生组织，2005 年；《儿童和青少年精神卫生资源：全球考虑：对未来的影响》日内瓦，世界卫生组织，2005 年。

## 2004-2005 年规划预算 — 执行情况评估报告

- 鉴于世卫组织精神卫生和物质滥用小组规模很小，与其它组织的伙伴关系对推进世卫组织在这些领域的方针至关重要。

障碍:

- 资源限制是这些领域内的最严重障碍。此外，70%的资源下放进一步限制了一些国家要求的开展全球规范性工作的规模。
- 国家办事处缺乏精神卫生方面的能力严重限制了在各国国内实施精神卫生和物质滥用领域的活动。
- 卫生部对精神卫生和物质滥用缺乏重视继续妨碍在这些领域扩展活动。

### 2004-2005 年中汲取的教训以及如何 在 2006-2007 年中应用这些教训

- 2006-2007 年需要进一步加强并开展基本的规范性活动，以推动成功实施国家规划。
- 2006-2007 年必须提高世卫组织国家办事处提供当地技术专门知识和监督国家规划的能力。
- 将寻求通过更具创新性的资源调动，减少这一工作领域的资源缺乏。在地区和国家各级，潜在的资源筹措途径在很大程度上尚未涉及，必须矫正这种局面。

### 批准的预算和实际支出

		批准的预算	实际支出		
			正常预算	其他来源	所有资金
2004-2005 年总计 (以千美元计)		23 856	11 893	8 782	20 675
百分比	国家	38	29	9	21
	区域	32	33	48	39
	全球	30	38	43	40

## 儿童和青少年卫生

### 世界卫生组织目标

使国家能推行有依据的战略，以便在生命进程中减少健康危害、发病和死亡，促进新生儿、儿童和青少年的健康和发育，以及建立机制衡量这些战略的影响。

### 指标与成就

获得世界卫生组织技术支持以加强能力实施干预和应用衡量手段的国家数。总共 121 个国家通过国别访问或技术协商会议获得世卫组织的技术支持。

### 主要成就

- 制定区域和国家战略方面取得了重大进展。西太平洋区域的《世界卫生组织/联合国儿童基金会区域儿童生存战略》得到该区域委员会的支持；欧洲区域委员会通过了《欧洲儿童和青少年健康与发育战略》；东地中海区域发起了儿童卫生政策倡议，制定了促进青少年健康与发育的区域战略方针，并支持制定国家青少年卫生战略。非洲区域已开始制定儿童生存战略，美洲区域和东南亚区域的会员国制定了国家新生儿卫生战略。
- 母亲-新生儿-儿童连续护理方面的各个环节得到加强。非洲区域、东南亚区域和欧洲区域已开始孕产妇卫生和儿童卫生方面的联合规划以促进新生儿健康。非洲区域扩大了区域生殖卫生工作组并重新命名为孕产妇、新生儿和儿童卫生区域工作组。美洲区域开始实施一项区域机构间新生儿战略，促进母亲-新生儿-儿童连续护理。
- 非洲区域 27 个会员国、美洲区域 7 个会员国、东南亚区域 5 个会员国、欧洲区域 14 个会员国、东地中海区域 11 个会员国以及西太平洋区域 13 个会员国扩大实施了儿童期疾病综合管理战略。对这项战略的效力、成本和影响进行的一项多国评价表明，坦桑尼亚联合共和国两年来在没有额外代价的情况下死亡率降低了 13%，而在孟加拉国，对处理严重儿童疾病的公共设施的使用率增加了三倍。
- 宣传努力产生了良好效果。《柳叶刀》中关于新生儿的系列(世卫组织是联合撰写者)以及《2005 年世界卫生报告》<sup>1</sup>促使进一步将重点放在非洲区域、美洲区域和东南亚区域新生儿健康方面。东南亚区域(推出 2005 年世界卫生报告的区域)更加重视孕产妇、新生儿和儿童健康。在东地中海区域，国家公共卫生日吸引了高级别参与，并启动了一个儿童和青少年卫生网站。
- 有利于青少年的卫生服务获得了更大重视。在东南亚区域，8 个会员国对这类服务给与了重视，2 个会员国将青少年健康与发育问题纳入了部门间规划。在非洲区域，向 32 个会员国的工作人员介绍了这类服务的概念。美洲区域除 29 个会员国具备国家青少年卫生规划外，另有 6 个会员国制定了年轻人发育和预防暴力计划。在欧洲区域，17 个会员国对有利于青少年的卫生服务作了详细安排。
- 伙伴关系得到加强。世卫组织各区域办事处和儿童基金会签署了一份关于非洲区域儿童生存干预措施的联合公告，而且非洲联盟赞成关于增加儿童生存干预措施的决定。欧洲区域强有力的伙伴关系促使筹资工作圆满成功。东南亚区域的伙伴关系加强了减少年轻人中艾滋病毒的国家行动。西太平洋区域与儿童基金会东亚和太平洋区域办事处合作制定了一项区域儿童生存战略。美洲区域发展了与新生儿急救专业协会的伙伴关系，并在儿童与青少年卫生方面加强了与联合国各机构、非政府组织、私立部门和民间社会的伙伴关系。世卫组织和伙伴们发起了孕产妇、新生儿和儿童健康全球伙伴关系，一些国家已着手开展国家伙伴关系活动。东南亚区域办事处与儿童基金会商定开展合作制定关于儿科艾滋病毒和抗逆转录病毒疗法的区域指导方针。

<sup>1</sup> 《2005 年世界卫生报告：珍爱每一个母亲和儿童》。日内瓦，世界卫生组织，2005 年。

**举例说明部分成就**

通过在《柳叶刀》中发表关于儿童生存和新生儿生存的系列，并通过 2005 年《世界卫生报告》和 2005 年世界卫生日加强了对改善儿童和新生儿生存的宣传，由此，3 个国家(埃塞俄比亚、马达加斯加和赞比亚)已制定完成国家儿童卫生战略或政策，并另有 4 个国家(肯尼亚、莫桑比克、尼日利亚和坦桑尼亚联合共和国)已开始制定工作。所有这 7 个国家都得到了非洲区域办事处的支持。这些战略或政策强调综合实施选定的高成本效益干预措施以便降低该区域的高儿童死亡率。为将对各国的支持纳入主流，非洲区域办事处和儿童基金会签署了一份公告，明确了需要共同支持的干预措施。在非洲区域办事处和儿童基金会作出投入的情况下，非洲联盟通过了《黎波里宣言》，强调为实现千年发展目标 4，需要增加选定的高成本效益干预措施。由于目标 4 和 5 是彼此相联的，不可能单独充分实现其中任何一个，所以区域主任将区域生殖卫生工作组扩充为孕产妇、新生儿和儿童卫生区域工作组以便在从妊娠经分娩和新生儿期到儿童期整个过程的连续护理框架内促进对各国的支持。

**全组织范围预期成果的实现情况****已向更多国家提供适当的技术和政策支持以实施《儿童权利公约》与卫生有关的条款**

指标	基线	目标	成就
按照世卫组织对《儿童权利公约》的报告过程的支持已开始实施儿童和青少年卫生相关建议的国家数	3	8	14

总部在儿童和青少年权利领域的活动主要着重于与伙伴们一起探讨如何将《儿童权利公约》及其他法律文书切实适用于针对儿童和青少年卫生的计划和规划。已为一些国家向联合国儿童权利委员会提供了直接支持，并与各区域办事处、儿童基金会和联合国人权事务高级专员办事处合作组织了分区域和国家儿童权利讲习班。但是，一些区域办事处报告缺乏就这项预期成果采取后续行动的能力。目前正在进一步建设能力以便使区域能够在今后更好地支持各国实施《儿童权利公约》和儿童权利委员会的建议。

**通过研究、技术和政策支持，已制定改进的政策、战略、规范和标准，以保护青少年免患疾病及免受健康危险行为和状况的影响**

指标	基线	目标	成就
在世卫组织支持的研究项目影响下，已制定关于保护青少年免患严重疾病及免受健康危险行为和状况影响的政策建议和指导方针的国家数	20	30	32
已制定国家青少年卫生政策和规划的国家数	20	30	49

这方面工作着重于推行和开展有利于青少年的卫生服务，采取父母、青少年和社区联盟办法以及旨在详细制定和评价针对青少年的规划的框架。一些区域办事处由于工作人员短缺没能就这项预期成果提供信息，而另一些区域办事处没能提供数量方面的数据。

**已验证和促进准则、措施和手段以更有效地扩大实施儿童期疾病综合管理和监测进展**

指标	基线	目标	成就
实施与儿童期疾病综合管理有关活动并且目标地区的地域覆盖率已扩大至 50% 以上的国家数	20	25	25
世卫组织支持的研究项目数量。这些项目旨在影响改善儿童生存方面战略规范、标准和准则的制定	40	50	80
已根据世卫组织标准和准则制定国家儿童卫生政策和行动计划的国家数	8	16	至少 44

所有区域的目标国家均已扩大实施了儿童期疾病综合管理，现在普遍覆盖成为主要挑战。对医务人员和准医务人员的服务前培训以及对这种培训的重视程度都在不断加强，同样社区儿童卫生干预措施(提供社区级服务和促进家庭措施)也日益加强。为弥补技术知识和以最有效方式实施干预措施方面的差距制定了研究项目，并已迅速将研究结果化为行动。

**已对研究及制定准则、措施和手段提供支持以更好实施干预，从而减少新生儿死亡和改进新生儿健康**

指标	基线	目标	成就
世卫组织支持的研究项目数量。这些项目旨在影响改善新生儿健康方面战略规范、标准和准则的制定	3	6	10
已通过准则的国家数	0	8	通过准则的国家超过 18 个

新生儿卫生和儿童卫生显然是不可分的(如 2006-2007 年全组织范围预期成果中所体现的)，而且新生儿和孕产妇卫生干预措施显然是相互关联的，因此必须在儿童卫生规划与孕产妇卫生规划之间建立牢固的联系。区域顾问在新生儿卫生框架方面获得了指导以便建设能力在这方面支持各国。

**已就在抚育健康儿童和自信而有能力的青少年方面确定全球目标以及促进其实现的进展达成共识**

指标	基线	目标	成就
已建立儿童生存伙伴关系机制支持采取协调行动实施儿童卫生干预措施的国家数	0	15	8
实施世卫组织艾滋病毒与年轻人战略措施的国家数	3	10	20(其中 10 个在美洲区域)

除了儿童生存伙伴关系机制和艾滋病毒与年轻人战略措施外，40 个国家还实施了婴幼儿喂养全球战略，其中包括结合艾滋病毒制定婴幼儿喂养政策、战略并发展这方面能力。某些区域的重点已由儿童生存转向孕产妇、新生儿和儿童生存。伙伴关系的一个好例子是西太平洋区域办事处与儿童基金会的东亚和太平洋区域办事处合作制定了一项以结果为目标区域儿童生存战略，旨在减少儿童生存方面的不公平并通过改善对一揽子以证据为基础的儿童生存基本干预措施的获得和利用来支持实现千年发展目标 4 的国家具体目标。

## 成功的因素和障碍

### 成功因素

- 世卫组织规划与各工作领域之间，特别是儿童和青少年卫生与确保母婴平安、艾滋病毒/艾滋病以及营养之间相互关联。
- 加强了与联合国各组织(儿童基金会、人口基金和艾滋病规划署)、双边机构、专业协会以及区域和国家非政府组织之间的伙伴关系与机构间合作以便扩充干预措施。
- 开展宣传并提供高级别政治支持，包括区域主任和区域理事机构的支持。
- 本组织各级之间大力合作以及各工作领域之间进行联合计划。
- 区域队伍实力雄厚并在某些国家设有儿童卫生和青少年卫生联络点以及世卫组织工作人员。

### 障碍

- 普遍缺乏资金，而且难以获得可自由支配和用于支持国家的未指定用途资金。
- 区域和国家对正常预算资金的分配不能反映世卫组织对儿童和青少年卫生给予的高度重视。
- 本组织各级，特别是青少年卫生领域工作人员的数量和能力均不足。在一些区域，有些职位空缺了相当一段时间。
- 缺乏关于青少年相关干预措施及其实施效力的技术证据。

## 2004-2005 年中汲取的教训以及如何在 2006-2007 年中应用这些教训

- 伙伴关系曾有效地加速了在国家一级实施儿童和青少年卫生战略，必须继续加强合作，确保努力的共同性(或互补性)、共同的协调结构、联合计划以及更好地筹集资源。
- 如果工作能够着重于数量有限的一些切实可行的活动，就更有可能实现预期成果。全面实施已得到证实的现有干预措施应成为推动力。
- 世卫组织必须注重建设各级的能力以及加强区域和国家小组。
- 对伙伴和会员国持续进行宣传对于增加各级的儿童和青少年卫生干预措施至关重要。2006-2007 年将更加注重宣传。
- 儿童的健康和生存取决于母亲的健康和生存。2006-2007 年期间，将在各级促进从妊娠经分娩到儿童期整个过程，以及从家庭到初级卫生保健并直至转诊设施期间的连续护理。需要与确保母婴平安和营养两个工作领域加强合作。

## 批准的预算和实际支出

		批准的预算	实际支出		
			正常预算	其他来源	所有资金
2004-2005 年总计 (以千美元计)		67 349	15 355	38 676	54 032
百分比	国家	31	49	10	21
	区域	33	20	40	34
	全球	36	31	50	45

## 生殖卫生研究和规划发展

### 世界卫生组织目标

通过研究和支持制定政策和规划，促进与性和生殖卫生有关的发病率和死亡率下降以及在各国实施可利用、公平、对性别敏感和优质的生殖卫生服务。

### 指标与成就

对性和生殖方面发病和死亡的原因、决定因素、预防和管理已完成的研究数目。40 项研究目标中完成了 19 项。

已向其提供技术支持以评估其目前生殖卫生保健服务的范围和质量及对改进服务，包括将 HIV 预防和保健活动相结合，查明可能的措施的国家数。已向不止 25 个国家提供了有力的支持，远远超过了目标所确定的 20 个国家。

### 主要成就

- 在伙伴，特别是联合国人口基金的合作下，为在世卫组织各区域 60 多个国家制定性与生殖卫生国家规划提供了技术和政策支持。2004 年开始的世卫组织/人口基金战略伙伴关系规划对这方面努力至关重要。该规划由各国卫生部领导并获得来自世卫组织、人口基金以及其他合作机构的技术顾问的支持，主张在各国采取协调的引进、修订和实施准则程序。
- 2004 年，卫生大会通过了 WHA57.12 号决议，支持加速生殖卫生方面进展的战略，这有助于推动制定国家规划。这项战略阐明了全球目标与全球现实之间的重大差距并陈述了进展的主要障碍，特别指出与性别和贫困相关的不公平以及青少年所面临的风险。为了加速实现关于生殖卫生的国际发展目标和具体目标，制定了一项行动战略，以基于国际人权的原则为指导。世卫组织与各会员国共同努力在国家一级实施这项战略。
- 双年度期间总共完成了由联合国开发计划署/联合国人口基金/世卫组织/世界银行的人类生殖研究、发展和研究培训特别规划支持的 19 项全球和国家研究项目。
- 性和生殖卫生与艾滋病毒/艾滋病相互之间的重要连系已成为本组织在这个工作领域的一个重要焦点。
- 在东南亚区域，孟加拉国、印度、印度尼西亚和缅甸已对评估妊娠期间疟疾病情的工具成功进行了调整和现场测试。东帝汶制定了一项国家计划生育战略。孟加拉国、马尔代夫和东帝汶变通应用了计划生育指导方针；孟加拉国、尼泊尔和泰国开展了防止不安全流产的活动。
- 在西太平洋区域，制定了加速关于青少年和年轻人性与生殖卫生行动的区域框架，承认并特别处理年轻人的性和生殖卫生需要。此外，有步骤地进行了规划审查以便提高对青少年性和生殖卫生的认识并进行改善。
- 在欧洲区域，由于通过了世卫组织加速生殖卫生方面进展战略，吉尔吉斯斯坦、摩尔多瓦共和国和塔吉克斯坦制定并批准了国家战略；爱尔兰、哈萨克斯坦、科索沃(塞尔维亚和黑山)和乌兹别克斯坦正处于制定或批准阶段。
- 在美洲区域，哥斯达黎加、萨尔瓦多、洪都拉斯、尼加拉瓜和巴拿马拟定和设计了促使男人参与性和生殖卫生规划的个别临床和社区初步模式。
- 非洲区域和东地中海区域对残割妇女外阴造成的产科恶果进行了一项研究，结果表明遭受残割的妇女在分娩时明显更容易出现并发症，而且残割面积越大风险也越大。
- 2005 年 6 月举行了一次协商会议，就激素避孕法与骨骼健康之间的联系证据进行评估，结论公布在《疫情周报》上并得到广泛传播<sup>1</sup>。专家们一致认为这类避孕方法(包括只用孕激素的方法)的好处通常超过骨质损失的危险。

<sup>1</sup> 世卫组织关于激素避孕与骨骼健康的说明。《疫情周报》，2005 年；80：297-304。

## 2004-2005 年规划预算 — 执行情况评估报告

- 非洲区域和美洲区域已完成世卫组织孕产妇和产前健康全球调查的第一部分，包括约 250 所医院以及 18 万起分娩。

### 举例说明部分成就

非洲区域各国卫生部长在 2004 年 9 月的区域委员会会议上制定并通过了为计划生育重新定位的 10 年框架，使加强非洲区域计划生育的工作出现新的转机。2004 年 6 月在非洲区域发起了实施最佳做法行动，目的是要分享性与生殖卫生方面的经验并实施这方面的最佳做法。参与国家有 12 个，5 个现正在开展活动。

### 全组织范围预期成果的实现情况

**已拥有关于整个生命周期性和生殖卫生优先重点问题的新知识，包括交叉主题如男人的作用、将艾滋病毒/艾滋病预防和治疗纳入生殖卫生服务、青少年性和生殖卫生以及卫生保健改革对生殖卫生保健的影响**

指标	基线	目标	成就
已就生殖卫生方面重点问题完成的研究数量	现有的证据基础	40 项研究	完成了 19 项研究
关于最佳保健规范、政策和标准的新的和更新过的系统审评数量	现有的系统审评组合	15 项新的或更新过的系统审评	19 项审评

全球和国家研究得到联合国开发计划署/联合国人口基金/世卫组织/世界银行的人类生殖研究、发展和研究培训特别规划的支持。已完成关于下述专题的项目：激素避孕法与骨骼健康之间的关联、两种宫内避孕器的安全性和效力、补充钙以防先兆子痫、盆腔炎症性疾病的发病率和风险因素以及由训练有素的助产士提供的手工清除式流产服务。除这项具有全球意义的研究外，在加强研究能力方面获得特别规划支持的中心进行了远远不止 100 项研究调查。此外，利用“持续鉴定研究证据”程序确定并决定性地评价了关系到世卫组织关于若干疾病的计划生育指导的新证据，由此已更新了六项系统审评。另外还明确了与 7 种避孕措施建议有关的新证据，从而更新了 5 项系统审评。还完成了一项关于孕产妇死亡率和发病率的系统审评，涵盖孕产妇死亡的原因、子宫破裂的发生率以及其他议题。

**已通过业务研究，制定、应用和验证具成本效益的干预，促进以患者为中心、对性别敏感的优质生殖卫生保健**

指标	基线	目标	成就
已为评价提供优质生殖卫生保健的办法完成业务研究调查的国家数	现有的国家证据基础	15 个国家	11 个国家

一些国家开展了业务研究。肯尼亚进行了一项研究，评价采用关于性传播感染和其他生殖道感染指南<sup>1</sup>将对应对这类感染纳入生殖卫生和初级卫生保健机构的影响。在世卫组织改善生殖卫生服务护理质量战略方针指导下，罗马尼亚开始了一项业务研究调查以便为工厂女工提供生殖卫生服务。此外，还与利用业务研究技术更好提供生殖卫生服务的人口理事会的“生殖卫生规划新领域”合作，开展了一系列业务研究项目。

<sup>1</sup> 《性传播感染和其他生殖道感染：基本实践指南》。日内瓦，世界卫生组织，2005 年。



**已制定、验证和传播一系列适宜的有依据的优质生殖卫生保健标准和相关政策、技术和管理准则**

指标	基线	目标	成就
已能提供新的或更新过的材料支持国家改善生殖卫生的努力	现有的指导材料组合	传播 8 项新的指南	传播了 5 项新指南
已获得技术支持以变通应用有依据的生殖卫生基本保健规范方面标准的国家数	20 个国家	增加 20 个国家	不止 25 个国家获得了有力的技术支持

世卫组织继续支持制定有依据的规范、标准和临床准则：一项 *计划生育顾客和提供者决策工具* 已得到公布<sup>1</sup>；*避孕药具的医学适用标准* 第 3 版(2004 年)和 *避孕药具使用的主要实践建议* 第 2 版(2004 年)已分别被译成 6 种和 7 种语言，并通过 6 个区域讲习班被引入 60 个国家；性传播感染和其他生殖道感染指南已被译成中文和法文；*性传播感染管理准则*(2003 年)已被译成法文、西班牙文和葡萄牙文；此外，就药物流产经常提出的问题为服务提供者制定完成了一份实用指南。

**已向选定国家提供适当的政策和技术支持以实施加强利用和获得优质生殖卫生保健、人力资源以及监测和评价的综合计划**

指标	基线	目标	成就
已为加强利用和获得优质生殖卫生保健获得支持的国家数	20 个国家	增加 20 个国家	超过 20 个国家

主要通过区域和国家办事处向大量国家提供了技术和/或政策支持。许多国家使用了加速生殖卫生方面进展全球战略，以便将性与生殖卫生问题进一步纳入其国家发展政策并明确问题、确定重点和监测实现性与生殖卫生目标的进展。

**已向选定国家提供技术支持以审查其国家法规和政策，使之符合现有法律文书、公约和国际共识文件与性和生殖卫生和权利有关的条款**

指标	基线	目标	成就
已为审查其与生殖卫生和权利有关的现行国家法规和政策获得支持的国家数	无	3 个国家	3 个国家

各国获得了支持，通过一个新产品 - “用人权促进孕产妇和新生儿卫生：加强法律、政策和护理标准的工具” - 来审查其生殖卫生与权利方面的现有国家法规和政策。该工具已在巴西、印度尼西亚和莫桑比克得到实施。

<sup>1</sup> 可在线获得，网址是：[http://www.who.int/reproductive-health/family\\_planning/counselling.html](http://www.who.int/reproductive-health/family_planning/counselling.html)。

## 成功的因素和障碍

### 成功因素

- 世卫组织加速生殖卫生方面进展全球战略起了重要的推动作用并提供了有力的授权促使国家和区域办事处以及总部加强行动。
- 与人口基金密切协调，特别是在国家一级，促进了世卫组织与各国之间的技术和政策合作以支持性与生殖卫生。

### 障碍

- 资金严重短缺明显妨碍了实现生殖卫生领域的预期成果，特别是联合国开发计划署/联合国人口基金/世卫组织/世界银行的人类生殖研究、发展和研究培训特别规划下的那些成果。例如，2005 年中没能为任何新的研究能力建设活动拨款。此外，一些国家报告，在实现性与生殖卫生预期成果方面缺乏人力和财政资源。
- 围绕性与生殖卫生议程的某些方面，如青少年的性行为以及关于防止不安全流产的问题等存在文化、政治以及其他一些敏感点，往往需要作更广泛的计划，建立共识并从方法上变通应用建议的措施，所有这些都可能延长活动的时限。

## 2004-2005 年中汲取的教训以及如何 2006-2007 年中应用这些教训

- 现已普遍承认需要有效的结构以便鼓励社区组织和男人群体积极参与。因此，2006-2007 年的全组织范围预期成果明确包括鼓励个人、家庭和社区就性与生殖卫生采取行动。
- 供应不足以及生殖卫生方面商品价格高不可攀仍是重要挑战。2006-2007 年中将通过关于生殖卫生方面商品保障的机构间工作来处理这个问题。
- 为了监测实现与性和生殖卫生有关的《千年发展目标》以及其他国际发展目标的进展，有必要加强和扩大现有信息系统。

## 批准的预算和实际支出

		批准的预算	实际支出		
			正常预算	其他来源	所有资金
2004-2005 年总计 (以千美元计)		67 070	7 218	55 081	62 299
百分比	国家	19	27	8	10
	区域	7	28	5	8
	全球	74	45	87	82

## 确保母婴平安

### 世界卫生组织目标

向会员国和国际社会提供支持，以制定和实施具成本效益的干预，从而确保母婴平安。

### 指标与成就

已为审查或制定降低孕产妇和围产期死亡率和发病率的综合政策和规划获得技术和政策支持的国家数：39

### 主要成就

- 为孕产妇和新生儿卫生确定了以证据为基础的规范和手段，包括计划和规划指导方针。
- 在全球、区域和国家各级已着手开展信息和宣传活动以加强政府关于投资并制定战略改善孕产妇和新生儿卫生的承诺。
- 通过能力建设、讲习班和向各国直接提供技术支持加强了重点国家卫生系统在社区、基层和转诊方面的管理和服务提供能力。
- 加强了信息系统以监测提高护理质量方面的进展并支持实现关于改善产妇保健的联合国《千年发展目标》。
- 通过开发相关工具和向国家提供技术支持进一步加强了妇女、家庭和社区的能力以改善孕产妇和新生儿卫生。
- 特别结合重点国家规划加强了国际社会内部以及与全球和区域发展伙伴的伙伴关系。
- 在遭受海啸和地震影响的国家(印度、印度尼西亚、马尔代夫、巴基斯坦和斯里兰卡)，在紧急和恢复阶段期间提供了技术支持以改善孕产妇和新生儿的卫生保健。
- 加强了与各工作领域和相关规划的合作，包括艾滋病/艾滋病、疟疾、营养、卫生系统、儿童和青少年卫生以及生殖卫生的其它方面<sup>1</sup>。

### 举例说明部分成就

总部制定了支持孕产妇和新生儿卫生保健的准则和工具，并已由区域和重点国家进行翻译或变通应用。若干重点国家和其他国家的国家培训人员就使用这些准则和工具接受了培训。蒙古将其中一项工具进一步发展为运距离培训课程以增加训练有素的基本产科保健人员数量。朝鲜人民民主共和国、印度、缅甸、泰国和东帝汶也对孕产妇和新生儿卫生服务方面以证据为基础的规范、标准和工具进行了适当调整和实施。孟加拉国、印度、印度尼西亚、缅甸和尼泊尔审查了孕期/产前死亡率。非洲区域 24 个国家已采取或推广了防止艾滋病毒母婴传播的干预措施，包括扩大提供儿科艾滋病毒护理和治疗。四个国家(喀麦隆、科特迪瓦、马拉维和卢旺达)审查了防止母婴传播规划以便增加这方面干预措施。摩尔多瓦共和国通过一个有重要利益相关方和伙伴参与的国家讲习班实施了一项以证据为基础的确保母婴平安战略并随后在各种领域定期提供技术支持。东地中海区域与联合国儿童基金会和联合国人口基金合作提供技术支持并在贝鲁特举办了一次关于促进阿拉伯国家以证据为基础的孕产妇和新生儿卫生规范及准则的国家间讲习班。

<sup>1</sup> 《妊娠、分娩、产后和新生儿护理：基本实践指南》。日内瓦，世界卫生组织，2003 年。

## 全组织范围预期成果的实现情况

已向国家提供技术和政策支持以制定和实施具成本效益并对性别敏感的确保母婴平安国家行动计划，这些计划包括有依据和优质的孕产妇和新生儿保健信息和服务并尊重妇女权利

指标	基线	目标	成就
在孕产妇和新生儿卫生方面获得技术和政策支持的国家数	10	20	39

39 个国家从总部和各区域办事处获得了多方协同提供的技术支持，包括按具体情况制定以证据为基础的战略和路线图以降低孕产妇和新生儿死亡率，由此促进实现《千年发展目标》。在发展伙伴、儿童基金会、人口基金、世界银行、其它双边捐助者、非政府组织以及专业机构的合作下，协调并向各国提供了支持。

已修订适宜而有依据的准则并在孕产妇和新生儿保健、计划生育和流产后保健的国家政策、战略、规划和标准中应用

指标	基线	目标	成就
获得支持修订并采纳世界卫生组织建议的标准、准则和/或手段的国家数	15	30	52

总部制定的大多数规范和准则已被译成联合国正式语言和其他一些语言。除了广泛传播准则和举办区域讲习班外，总部和各区域办事处还为修订和使用准则提供了专门持续的技术支持以便改进以证据为基础的做法。在人口基金合作下，世卫组织在区域和国家层面上努力支持修订和使用这些以证据为基础的准则和工具。

已向国家提供适当支持，以加强卫生系统干预和管理，以便使孕产妇和新生儿卫生信息和服务为所有人、尤其是贫穷和条件较差社区的人所获得、利用和接受

指标	基线	目标	成就
已为制定、实施和评价卫生系统干预措施以改进孕产妇和新生儿卫生获得适当支持的国家数	5	15	20

总部和各区域办事处向各国提供了技术支持以评估孕产妇和新生儿卫生领域中的人力资源要求和计划。为区县级计算增加降低孕产妇和新生儿死亡率的干预措施的成本提供了技术支持。在非洲，24 个国家通过并变通应用了降低孕产妇和新生儿死亡率的区域路线图，这主要是一项卫生系统措施。在监测规划以及通过审查孕产妇死亡率改善护理质量方面已向几乎所有区域提供了支持。

## 成功的因素和障碍

### 成功因素

- 及时制定和提供相关规范和准则。
- 建立有效机制以便向各国提供协调和及时的支持。
- 工作人员的奉献精神。

## 2004-2005 年规划预算 — 执行情况评估报告

### 障碍

- 国家和国际以及捐助者对孕产妇和新生儿卫生的承诺与支持日益减少。
- 区域和国家方面技术能力不足。
- 卫生系统能力差，其人力资源的技能越来越低而且供应和后勤不充分。

### 2004-2005 年中汲取的教训以及如何在 2006-2007 年中应用这些教训

- 至少必须在重点国家加强世卫组织区域和国家技术能力以便及时提供迫切需要的支持。因此 2006-2007 年期间将在 10 到 15 个重点国家安置训练有素的国家规划官员。
- 必须加强本组织各级的联合计划工作以便增强和维持与会员国之间的协调及对它们的支持。因此，2006-2007 年期间必须及时向各国提供规划实施和技术支持，同时必须早日开始 2008-2009 年的实施计划以确保全组织范围计划协调一致。
- 宣传对于确保母婴平安行动的成功至关重要。2006-2007 年必须在各级开展有效的宣传运动，包括直接与媒体联系并举行媒体新闻发布会以鼓励作出更多的承诺和投资。
- 部门间的合作和协调情况不尽人意。为了弥补这一不足，2006-2007 年期间将成立一些工作小组审议与疟疾、儿童和青少年卫生、艾滋病毒/艾滋病、营养等其他工作领域合作，并结合卫生系统的发展以及生殖卫生的其他方面可能取得哪些成果，同时适当考虑要避免重复努力。

### 批准的预算和实际支出

		批准的预算	实际支出		
			正常预算	其他来源	所有资金
2004-2005 年总计 (以千美元计)		38 711	12 370	10 503	22 873
百分比	国家	51	59	2	33
	区域	16	31	26	29
	全球	33	10	72	38

## 妇女卫生

### 世界卫生组织目标

支持会员国制定政策、战略和干预，以有效处理妇女在整个生命期极为优先而受到忽视的卫生问题以及就性别对健康的影响产生大量证据和制定手段、规范和标准以改进性别对卫生干预的反应和在卫生工作中促进性别公平。

### 指标与成就

增加专用于妇女卫生问题的财政和人力资源并将性别考虑纳入整个世界卫生组织的工作。艾滋病毒/艾滋病方面获得了指定用途的资金，促使总部划拨的财政资源增加，但在各区域办事处，财政和人力资源仍然不足。尽管世卫组织的性别政策促使加强了与性别有关的工作，但将性别问题纳入主流似乎仍未被系统地融入本组织的工作。

### 主要成就

- 发表了一份关于妇女卫生和对妇女家庭暴力问题的具有里程碑意义的报告，并完成了一份相关的培训材料<sup>1</sup>。这项研究包括从 10 个国家 24000 多名妇女那里获得的数据。
- 总部发起了一项新行动记录并强调男人在促进卫生中两性平等方面的作用，这是通过促进男女平等来实现卫生公平的努力的一部分。
- 总部主持了性暴力研究行动以便促进面向行动的研究从而减少和应对性暴力。
- 双年度期间，该工作领域以及本司的范围和命名都有了变化，从只注重妇女卫生发展为包括更广泛的两性平等措施。在泛美卫生组织，有关部门也被重新命名并直接置于助理总干事办公室之下，大大提高了其在本组织的战略地位。2005 年 9 月泛美卫生组织指导理事会第 46 届会议通过了泛美卫生组织性别平等政策<sup>2</sup>。
- 2005 年 5 月执行委员会要求向执委会第 117 届会议提交一份将性别观纳入世卫组织工作的战略草案和行动计划<sup>3</sup>。

### 举例说明部分成就

双年度期间，各区域办事处对妇女卫生问题给予了关注，因此取得了若干实际成果，包括在非洲区域评价了一项关于消除残割女性外阴现象的区域计划，以及预防和管理方面的一系列后续活动；汇编了在欧洲区域 7 个国家进行的性别与卫生政策个案研究；在东南亚区域，印度、尼泊尔和泰国已将性别问题纳入医学教育；东地中海区域举行了一次关于性别、卫生和宗教的协商会议。

<sup>1</sup> 世卫组织关于妇女卫生和暴力的多国研究。日内瓦，世界卫生组织，2005 年。

<sup>2</sup> CD46.R16 号决议。

<sup>3</sup> 文件 EB116/2005/REC/1，第二次会议摘要记录。

## 全组织范围预期成果的实现情况

**已修订或编制和应用关于特定妇女卫生问题的标准、培训课程、信息手段和准则，以支持各区域和国家制定和实施政策和规划并监测进展**

指标	基线	目标	成就
已编制或修订的相关文件（标准、培训课程、信息手段和准则）数量	0	12	24
已应用或修改这些文书以制定或实施政策或规划的区域和目标国家比例	0	未确定	10%
系统监测妇女卫生的国家数	0	24	25

双年度期间就特定妇女卫生问题制定了各种标准、培训单元、信息工具和指导材料，包括关于下述问题的材料：性和基于性别的暴力，女性外阴残割，性和生殖卫生与权利，危机中的妇女，卫生部门改革，卫生专业人员的教育，卫生指标，以及将性别问题纳入注重精神卫生、肺癌和结核的卫生研究。据各区域报告，各国正在积极和明显地使用上述许多材料为制定政策和规划提供资料。尽管有些国家报告了按性别分类的核心卫生指标，但系统监测妇女卫生的国家即使有也很少。

**由世界卫生组织就性别对健康的影响以及特定妇女卫生问题开展以证据为基础的审查和收集新数据，并传播及在宣传和政策中应用以此产生的信息**

指标	基线	目标	成就
已开始实施就性别对健康各个方面影响提供证据的项目数量	0	5	14
已向区域和国家以及专业人员和一般受众传播结果而开发的产品和开展的活动数量	0	40	47

提出关于性别对健康各方面影响的证据是妇女卫生方面的一项核心职能，特别是在总部一级。这种证据的目的是说服对象，性别不平等影响到风险、健康状况、寻求健康的行为和对护理的获得。关于妇女卫生和暴力的多国研究，与一些国家汇编的性别与健康概况一样是这方面的一项重要成就。开展的其他行动和活动包括：泛美卫生组织编写了一份双年度统计手册<sup>1</sup>；西太平洋区域办事处组织了一次生殖和孕产妇卫生方面性别与权利问题区域讲习班；总部编写了一套与结核、肺癌和精神卫生有关的性别和卫生研究丛刊。这套丛刊旨在处理将性别问题纳入卫生研究所涉及的主要问题。

<sup>1</sup> 美洲的性别、卫生与发展：2005 年基本指标。华盛顿，泛美卫生组织，2005 年。

**已制定手段和准则并确立程序以促进将性别考虑纳入世界卫生组织的技术工作**

指标	基线	目标	成就
为性别分析和将性别考虑置于技术工作的中心而制定、试行和正在应用的手段数量	0	未确定	4
已应用所开发手段的世界卫生组织优先重点规划比例	0	未确定	比例未知

在为世卫组织职员和国家工作人员制定性别分析和计划手段方面取得了进展。在东地中海区域，修订了支持实施计划的以成果为基础的管理培训材料以便纳入注重性别分析与计划的内容，并反映与其他区域共享这些材料的期望。性别方面的考虑还被纳入全球和区域其他技术领域的各种文件。

**开展将性别观点纳入技术规划的新的行动，并记录和传播结果和分析**

指标	基线	目标	成就
已定期发起行动将性别观点纳入其工作的技术规划、区域和国家数	0	未确定	38
在区域、国家和全球各级产生的记录这些行动的报告、折页印刷品和其它材料数量	0	40	36
与不同受众交流调查结果的讲习班和其它会议数量	0	15	19

性别方面的考虑，特别是与暴力和纳入主流有关的考虑现正被纳入其他技术规划工作以及世卫组织和各国政府的交叉职能，如卫生统计等。区域报告表明，性别联络点已积极作出响应，通过会议、讲习班、出版物和国家活动帮助将性别观纳入世卫组织的工作。

**成功的因素和障碍***成功因素*

- 各会员国作出了政治承诺，体现于：承认性别平等和赋予妇女权力对于实现与卫生相关《千年发展目标》的重要性；在 2005 年联合国大会高级别全体会议上给予支持，请联合国秘书长要求联合国各机构负责人协助制定一项战略将性别方面的考虑纳入整个联合国系统；卫生大会关于加快实现与卫生有关的千年发展目标的 WHA58.30 号决议要求会员国确保卫生和发展政策通过性别分析得到加强并努力争取实现两性平等和赋予妇女权力。
- 各区域都拥有伙伴关系和网络，它们具有共同的价值观和目标，将来自政府、民间社会、发展伙伴和其他联合国实体的参与者团结起来。这方面有记载的实例包括：六个非洲联盟区域机构拟定了一项联合工作计划；与重要区域组织、非政府组织、其他联合国机构以及美洲区域中的泛美系统建立了战略联盟；以及与范围广泛的其他联合国机构和总部参与者开展合作。



## 2004-2005 年规划预算 — 执行情况评估报告

### 障碍

- 将性别问题融入世卫组织方面的承诺和支持仍未得到充分实现。本组织最高级别仍缺少关于问责制的共同责任。性别仍经常被当作一种学科或一种纵向规划而不是一种能提高效率并必须被融入本组织整体的措施。
- 世卫组织职员之间在性别分析和计划方面存在交流差距而且这方面的认识和技能有限。此外，各级的人力和财政资源也不充足。

### 2004-2005 年中汲取的教训以及如何在 2006-2007 年中应用这些教训

- 没有问责制便不可能促进来自技术规划方面的承诺。把性别融入方面的责任移交给世卫组织各级部门的高层管理人员将是这方面成功的关键。因此，目标将是为性别融入建立机构问责机制。
- 为确保本组织各级能获得充足的人力和财政资源，必须作出筹资努力。将在各区域办事处，特别是在欧洲区域办事处、东地中海区域办事处和西太平洋区域办事处开展工作加强职员的能力。

### 批准的预算和实际支出

		批准的预算	实际支出		
			正常预算	其他来源	所有资金
2004-2005 年总计 (以千美元计)		15 094	3 301	5 283	8 583
百分比	国家	23	26	5	13
	区域	20	30	13	20
	全球	57	44	82	67

## 艾滋病毒/艾滋病

### 世界卫生组织目标

支持在国家和社区实施、纳入和强化针对艾滋病毒/艾滋病的基本卫生部门干预。

### 指标与成就

已显示在整个卫生部门处理 HIV/艾滋病的权限和能力的目标国家数增加。由于向 120 多个国家提供了技术支持，明显使更多的国家能够显示其在整个卫生部门处理艾滋病毒/艾滋病的权限和能力水平。

## 主要成就

- 世卫组织和联合国艾滋病规划署于 2003 年 12 月发起的“三五”战略受到 2004 年 5 月卫生大会的欢迎<sup>1</sup>。“三五”行动大大加强了扩大获得拯救生命的抗逆转录病毒治疗的全球努力，世界各区域接受治疗的人数大幅度增加。2003 年 12 月时，低收入和中等收入国家接受抗逆转录病毒治疗的人数约为 40 万，到 2005 年 12 月时接受治疗的人数达到近 130 万。
- 作为实现“三五”目标全球努力的一部分，世卫组织向 100 多个国家提供了技术支持，帮助加强国家应对措施，包括制定国家扩大计划，培训卫生人员，增加对艾滋病毒咨询和检测服务的提供与利用，加强药物及诊断法的采购和供应系统，以及实施与公共卫生方针一致的简化的治疗准则和方案。
- “三五”行动要求动员全球伙伴关系扩大治疗并加速艾滋病毒预防。到 2005 年底，200 多个伙伴组织在与世卫组织共同开展工作，或者在为实现“三五”目标做贡献。这些组织中包括艾滋病药物和诊断制剂服务，这是一个由 15 个组织组成的重要伙伴关系，协助各国政府和非政府组织建设地方在基本药物，包括抗逆转录病毒药物方面的采购和供应管理能力。
- 为确保药物符合国际制造和安全标准，世卫组织加强了其资格预审项目，并维持和更新其基本药物清单。世卫组织还接纳了艾滋病毒抗药性网络的秘书处，这是一个监测艾滋病毒药物抗药性的全球实验室网络。
- 世卫组织在至少 29 个国家开展了工作，支持采用成人和青少年疾病综合管理措施对卫生和社区工作人员进行培训。这项措施提供高效短期培训班，向卫生保健工作人员教授基本技能和知识以便提供抗逆转录病毒治疗并支持必要的任务转变，不只是为了增加抗逆转录病毒治疗，而且要进行一般的长期护理。
- “三五”努力有助于确证抗逆转录病毒治疗在资源有限环境中是可行和可负担得起的，并为进一步扩大以便到 2010 年实现普遍获得治疗目标铺垫了道路。增加抗逆转录病毒治疗还强调要同时加速艾滋病毒预防工作，特别是在卫生部门，并要确保由扩大艾滋病毒/艾滋病干预措施带来的机会能够有助于全面加强卫生系统。

### 举例说明部分成就

双年度期间的重要成就之一是加强了世卫组织各国家办事处的能力。这包括在国际上招聘了 39 名“三五”艾滋病毒国家官员：22 名在非洲区域，3 名在美洲区域，4 名在东南亚区域，3 名在欧洲区域，4 名在东地中海区域，3 名在西太平洋区域。此外，国家和其他专业工作人员的数目增加到至少 80 名。通过与各种伙伴合作举办计划讲习班在 56 个国家加强了采购和供应管理。这方面的实例有，泛美卫生组织巩固了区域战略性公共卫生物资周转基金。在这一基金促进下，购买了价值 500 多万美元的抗逆转录病毒制剂并在 7 个国家制定了采购计划。

<sup>1</sup> WHA57.14 号决议。

## 全组织范围预期成果的实现情况

### 已制定和向国家提供规范性指导以增进基本的艾滋病病毒预防、治疗、照护和支助服务及干预

指标	基线	目标	成就
已利用和/或变通应用世界卫生组织关于管理艾滋病病毒和相关状况，包括结核和性传播感染，以及关于艾滋病病毒相关药物和诊断物质的采购、生产、管制和适宜使用等手段的目标国家数	26	50	95

在非洲区域内，25 个会员国变通应用或应用了世卫组织治疗准则和工具箱，16 个国家充分实施了艾滋病/艾滋病一揽子基本干预措施。美洲区域办事处支持制定和变通应用范围广泛的准则和工具箱，如制定了加勒比艾滋病病毒自愿咨询和检测准则，以及支持通过公共卫生措施护理和治疗艾滋病病毒准则。至少 4 个会员国遵照世卫组织准则实施了干预措施分散抗逆转录病毒治疗。7 个会员国在制定购买计划和改善供应及分发设施方面获得了支持。在 14 个会员国完成了对以非专利药物管制为重点的药物政策的评估，并在 2 个会员国评估了抗逆转录病毒供应系统。9 个会员国在审查其关于性传播感染控制的国家规范和方案方面获得了支持，并根据区域情况修订了世卫组织艾滋病病毒检测准则。一个以年轻人为中心的咨询模式已经过试用并正在 7 个会员国予以实施。4 个国家正从区域办事处获得支持为扩大预防艾滋病病毒母婴传播制定国家计划和/或实施计划。在东南亚区域办事处，为各国制定和修订了范围广泛的培训一揽子计划，例如，咨询和检测、减少伤害以及实验室诊断艾滋病病毒和机会性感染方面的培训计划。在欧洲区域办事处，为独联体国家制定、更新和扩充了治疗和护理方案(包括针对注射毒品使用者的抗逆转录病毒治疗)，这对整个欧洲区域关系重大。区域办事处与国家对应机构合作，拟定了战略文件，为独联体国家制定削减抗逆转录病毒药物价格的方案。东地中海区域办事处修订了成人和青少年疾病综合管理材料以供苏丹使用，还修订了抗逆转录病毒治疗准则以便在吉布提使用。西太平洋办事处在 3 个会员国推广了对成人和青少年疾病综合管理准则的使用，并在 6 个会员国推广了世卫组织示范治疗和护理准则。总部除综合能力建设材料外，还产生了 55 项规范性准则和传播工具从而向各区域办事处提供了支持。

### 已制定或实施更为综合和可靠的国家和全球艾滋病病毒监测、监督和评价机制

指标	基线	目标	成就
已在确定的重点人群中开展监测研究，包括行为和抗逆转录病毒剂抗药性模式监测的目标国家数	88	130	143
为支持战略开展有依据的审查数量	132	220	246

在非洲区域内，适当应用第二代艾滋病病毒监测准则的会员国数目由 2 个增加到 20 个。美洲区域办事处集中努力建设国家监测和评价能力。在其他伙伴的合作下，至少在 4 个会员国举办了区域和国家讲习班并支持对监测和评价进行视察。另外，同样在其他伙伴合作下，为中美洲制定了监测计划，而且 5 个国家制定了国家监测计划。一个流行病学网络在监督和评价，包括监测领域提供了横向技术合作。泛美卫生组织协调了至少 7 项国家间交流。欧洲区域办事处在所有 52 个会员国进行了定期区域范围性传播感染，艾滋病病毒和艾滋病监测，并更新了所有 52 个会员国的流行病实况报道以及对区域和国家特定抗逆转录病毒药物需求和覆盖率的估计值。在克罗地亚成立了一个第二代监测知识中心，提供了一系列区域培训规划。东地中海区域办事处集中关注为该区

## 2004-2005 年规划预算 — 执行情况评估报告

域各国提供关于第二代艾滋病毒/艾滋病监测的区域培训。该区域办事处还在第二代艾滋病毒/艾滋病监测方面向伊朗伊斯兰共和国、巴基斯坦和也门提供了技术支持，并在家庭健康国际的合作下，开始在该区域的会员国中培训国家小组。东南亚区域办事处建立了第二代监测系统，包括在几乎所有国家进行综合的艾滋病毒/艾滋病、性传播感染和行为监测。该区域办事处还能够在正在扩大抗逆转录病毒规划的国家发起艾滋病毒药物抗药性研究计划。在西太平洋区域内，大量会员国参与了艾滋病毒/艾滋病、性传播感染和行为调查。总部集中努力制定艾滋病毒药物抗药性框架和方案，处理全球抗逆转录病毒药物定价问题，在国家一级进行采购和供应管理评估，以及编写关于各国增加治疗的监督报告。

### 已为研究，包括疫苗和杀微生物剂开发及业务研究促进强有力的相关全球议程和新颖伙伴关系

指标	基线	目标	成就
已通过世界卫生组织机制加强的研究活动数量	7	17	24

非洲区域办事处通过非洲艾滋病疫苗规划加强了一项研究活动。美洲区域办事处支持在中美洲和加勒比进行高危人群性行为多中心研究调查。东南亚区域办事处组织了一次关于增加护理和治疗方面实用研究的非正式区域协商会议，促使世卫组织支持该区域的两项研究调查。东地中海区域办事处得以支持了 12 项研究调查。西太平洋区域办事处促使进行了一项关于人类疱疹病毒 2 型和艾滋病毒的研究。总部的艾滋病毒/艾滋病司与联合国儿童基金会/联合国开发计划署/世界银行/世卫组织热带病研究和培训特别规划合作，得以在非洲区域 3 个国家发起了一系列实用研究调查。

### 已通过促进和发展多部门伙伴关系增强艾滋病毒/艾滋病宣传和战略性计划工作

指标	基线	目标	成就
把全球卫生部门战略的建议纳入国家计划的国家数	40	60	80
世界卫生组织支持的合作和伙伴关系数量	10	200	210

非洲区域办事处支持为 9 个国家制定了卫生部门应对艾滋病毒/艾滋病国家计划，并为东部和南部非洲以及西部和中部非洲建立了两个分区域伙伴关系论坛。美洲区域办事处于 2005 年 11 月发起了一项 2006-2015 年卫生部门艾滋病毒和性传播感染区域计划，包括一项卫生部门战略旨在实现普遍获得预防、护理和治疗。与范围广泛的伙伴，包括国家艾滋病规划协调员、国际伙伴、青年代表和民间社会代表、艾滋病毒感染者以及泛美卫生组织/世卫组织职员一起举行了两次技术咨询委员会区域会议。进行汇报的几乎所有 24 个拉丁美洲和加勒比国家都制定了关于获得抗逆转录病毒治疗和采取国家级行动努力改善该区域服务的国家政策。2005 年，在“三五”行动支持下，两个国家(危地马拉和圭亚那)制定了 2006-2010 年国家战略计划。在东地中海区域，15 个国家作为重点制定了国家艾滋病规划，而且该区域所有国家都利用大众媒体和其他交流渠道加强了关于艾滋病毒/艾滋病的公共信息和健康促进活动。欧洲区域办事处加强、发展和维持了与至少五个实体的积极伙伴关系，并与援助机构和若干欧洲政府发展和维持了技术和筹资伙伴关系。在东南亚区域，所有国家都将全球卫生部门战略的建议纳入其国家计划，3 个国家在制定国家计划方面获得了直接技术支持。在西太平洋区域，5 个国家将全球卫生部门战略的内容以及与各种援助机构之间的国家级伙伴关系纳入了其国家计划。总部的贡献在于协调、制定和支持了一项围绕“三五”的全球宣传和交流战略，确保世卫组织在重要活动中引人注目，并找到资金资助几乎无基金的艾滋病毒/艾滋病工作领域。

### 已支持各国加强国家能力和技术专长以改进卫生系统对艾滋病毒/艾滋病和性传播感染的反应，包括计划、资源分配、服务和干预的提供和评价

指标	基线	目标	成就
已加强卫生部门在艾滋病毒/艾滋病方面的能力，包括利用世界卫生组织规范性手段和资源的目标国家数	30	60	73
在世界卫生组织技术援助下利用抗艾滋病、结核和疟疾全球基金和/或其它捐助者支助的国家数	20	50	55

在非洲区域办事处和总部艾滋病毒/艾滋病司的合作下，在 19 个非洲国家实行了成人和青少年疾病综合管理。双年度期间，向 15 个国家提供了技术援助以促进获得和利用抗艾滋病、结核和疟疾全球基金在非洲区域的供资机会。美洲区域办事处为抗艾滋病、结核和疟疾全球基金的项目制定和解决问题程序向许多国家提供了支持，包括针对 2005 年中获得新拨款的五个国家的讲习班。人力资源开发获得了高度重视，18 个国家进行了卫生人员培训。为拉丁美洲和加勒比修订成人和青少年疾病综合管理的程序已开始。海地举办了一次国家讲习班以变通应用该工具。若干国家还得益于泛美卫生组织/世卫组织的支持，发展了现有服务作为预防、护理和治疗艾滋病毒的切入点。伯利兹、洪都拉斯和尼加拉瓜实施了项目促进艾滋病毒与家庭暴力服务之间的联系。东地中海区域约半数会员国现为艾滋病毒/艾滋病感染者提供有标准化的抗逆转录病毒治疗方案，该区域 21 个会员国中有 19 个已确立了 100% 的安全血液和感染控制。欧洲区域办事处集中努力制定国家扩大治疗计划和预防、治疗和护理准则，制定和实施抗艾滋病、结核和疟疾全球基金项目以及加强各国卫生部门能力。这通过世卫组织在该区域各国加强直接技术援助得到实现。通过东南亚区域办事处开发的培训工具，得以在该区域所有 11 个会员国建设卫生部门的能力。该工具涵盖广泛的专题，例如，自愿咨询和检测、临床管理、抗逆转录病毒治疗、成人和青少年疾病综合管理、结核/艾滋病毒、护理、助产学、实验室支持和监测。在向全球基金提交拨款申请方面为 3 个国家提供了技术援助。西太平洋区域办事处也协助各国向全球基金提交申请，其中 7 个国家含有艾滋病毒内容的方案获准得到资金。总部集中努力在区域和国家应要求迅速提供技术援助，并促进和加速在国家一级招聘“三五”官员。

### 成功的因素和障碍

#### 成功因素

- 世卫组织区域和国家办事处得到加强，从而改善了技术援助。
- 为加强区域和国家级的技术支持提供了充足的资源。
- 广泛利用了与范围广泛的有关伙伴方面之间的伙伴关系、协调与合作。
- 通过公共卫生措施，明确注重世卫组织关于艾滋病毒/艾滋病治疗和护理的预期成果。
- 政治承诺和国家努力得以在世卫组织、国家卫生当局以及国家利益相关方之间产生协同作用。
- 秘书处的最高管理层优先重视和支持艾滋病毒/艾滋病。
- 采取规划间措施而且各级(国家、分区域、区域和全球)之间协调一致。

## 2004-2005 年规划预算 — 执行情况评估报告

### 障碍

- 急需加强国家卫生系统和人力资源。
- 各级以及社区的卫生规划和服务中普遍存在侮辱和歧视，严重阻碍了普遍获得艾滋病毒服务。
- 尤其是 2005 年中，在使招聘和适当分阶段推行世卫组织专门知识与迅速增加的财政资源相一致方面缺乏协调，特别是在国家一级。
- 存在与艾滋病毒药物有关的采购和供应管理问题。

### 2004-2005 年中汲取的教训以及如何在 2006-2007 年中应用这些教训

- “三五”目标在全球具有重要的促进作用，据承认是全球为实现与卫生有关的《千年发展目标》中确定的具体目标所作的长期努力中的一个重要举措。它证明即使在资源最匮乏的环境中也可能提供治疗，但至关重要的是要有合理的计划和得到大力支持的基础设施。或许最重要的是，“三五”目标表明更广泛的国际财政支持、更好的国际协调和交流、清楚的指标和目标、有力的监测和评价、更坚固的伙伴关系结构、更好地实施汲取的教训和更注重加强卫生系统都是力争到 2010 年实现普遍获得目标的基本要素。“三五”目标突出了利用现有机会和卫生基础设施在资源有限环境中提供抗逆转录病毒治疗和增加艾滋病毒预防的重要性，主要是在结核、性和生殖卫生、预防艾滋病毒母婴传播和管理物质依赖等领域。
- 世卫组织区域和国家级的专门技术知识带来的好处有必要得到维持并在某些区域进一步予以加强，以便保持 2004-2005 年中所取得成果的势头。
- 通过筹资在中长期内维持和进一步加强世卫组织艾滋病毒/艾滋病工作规划仍是一项重大挑战。2004-2005 年中，“三五”行动从一笔 1 亿加元的赠款中获得了巨大收益，这是世卫组织曾获得的唯一最大一笔赠款。2006-2007 年期间能否维持所产生的势头，争取提高世卫组织在治疗、预防和护理艾滋病毒/艾滋病方面的高效应对能力，这将取决于该双年度期间能否获得充足的新财政资源。

### 批准的预算和实际支出

		批准的预算	实际支出		
			正常预算	其他来源	所有资金
2004-2005 年总计 (以千美元计)		218 116	15 462	110 644	126 106
百分比	国家	65	34	42	41
	区域	22	34	22	24
	全球	13	32	36	35

## 可持续发展

### 世界卫生组织目标

确保卫生在国际和国家减少贫困以及发展政策和做法（包括它们的经济、社会、环境和贸易组成部分）中发挥中心作用。

### 指标与成就

从绝对数和作为用于发展援助的资助比例方面增加对卫生的拨款。2005 年作出了增加用于发展的资金总额的重大承诺。在本双年度，作为援助总额一部分的卫生发展援助增加了；本组织的建议、咨询和分析对促成这一点发挥了重大作用。

在发展中国家全面增加国家的卫生拨款。在通过制定减贫战略文件和中期开支框架，建立全球卫生伙伴关系和实施宏观经济与卫生委员会报告中所载建议增加卫生投资的过程中，对发展中国家给予了积极支持。

### 主要成就

- 卫生千年发展目标高级别论坛推动就如何克服妨碍国家一级在卫生援助的数量和质量方面提高能力的障碍，卫生系统和人力资源，全球卫生伙伴关系的作用和脆弱国家的特殊情况达成的共识。目前的挑战是如何在国家一级将这一共识化为行动。
- 世卫组织制定了关于全部门方针的全联合国范围政策，在第二次援助效率高级别论坛上(巴黎，2005 年 2 月 28 日至 3 月 2 日)领导了联合国小组，全球卫生伙伴关系在该次论坛上受到了特别关注。继续开展工作，监测卫生如何体现在国家减贫战略中，新近开展的关于卫生、人权和减贫作用的工作受到了充分肯定。此项工作大部分纳入了在线培训课程。
- 卫生问题在联合国大会审查履行《联合国千年宣言》所载承诺进展情况的千年首脑会议的成果中非常突出。
- 开展了广泛的国家工作，推进《千年发展目标》。世卫组织与区域机构，例如非洲发展新伙伴关系之间的关系对宣传卫生在国家政策和计划中的显著地位也是很有帮助的。

### 举例说明部分成就

非洲区域委员会通过了一项关于如何在非洲区域实现卫生千年发展目标的决议<sup>1</sup>；与区域委员会会议同时召开的小组讨论的参加者还审议了如何处理卫生方面的社会决定因素和卫生不平等的问题。成立了一个有可持续发展部分的小组，协调世卫组织三级之间的计划工作。目的是向最初的一组 13 个国家提供支持，以实现卫生保健的普遍享有和覆盖，作为世卫组织 2006-2007 年支持该地区会员国实现《千年发展目标》战略的主要因素。还作出了努力，调整支持这些目标的工作流程；确保卫生发展计划的协调一致，涉及下列领域：卫生的社会决定因素、人权、贫穷与卫生以及编制卫生发展计划(通过全部门方针、中期开支框架、减贫战略文件以及与《千年发展目标》有关的计划等进程)。尤其是，在肯尼亚开展的关于卫生社会决定因素的工作保证提供一种手段，向其它国家显示可如何通过处理卫生上游的决定因素更有效地实现卫生成果，以及如何将此类方针纳入计划框架和周期。

<sup>1</sup> AFR/RC55/R2 号决议。

## 全组织范围预期成果的实现情况

### 已增强世界卫生组织在国家、区域和全球各级以及会员国尤其是最不发达国家的能力，以形成国家减贫战略的卫生内容，包括减贫战略文件

指标	基线	目标	成就
已独立评价和批准减贫战略文件的卫生内容	审查了 23 份减贫战略文件	审查另外 20 份减贫战略文件	进行了 15 次减贫战略文件审查
已在建设世界卫生组织及国家和发展机构伙伴的能力方面应用培训和交流手段、机制和规划	很少应用有关手段、机制和规划	增加有关手段的获得和应用	来自世卫组织、国家机构和开发机构的 150 多名工作人员顺利完成了世界银行/世卫组织培训课程

在本双年度，世卫组织关于监测卫生在减贫战略文件中位置的工作规划继续得到执行，世卫组织减贫战略文件卫生数据库作了更新。尤其是，2001-2002 年，世卫组织为货币基金组织/世界银行审查减贫战略文件方针贡献了卫生视点。改进向各国提供支持的主要发现包括：强化减贫战略文件的中期方向；加强减贫战略文件、中期开支框架和预算之间的联系；扩大和深化参与；使用战略减贫文件作为各国和捐助国的相互问责制框架；针对受冲突影响国家和脆弱国家的需要，调整减贫战略文件。区域办事处向会员国提供了支持，帮助它们或者修订自己的减贫战略，包括估算资源，以制定卫生部门的中期开支框架，或者建立国家宏观经济与卫生工作队，编写并发表国家关于为改善卫生状况加大卫生投资力度的报告。建立了捐助者 - 政府机制，促进为实现社会经济发展对卫生作出政府和财政承诺。此外，构成培训材料基础的主要文件已委托有关方面编写，并正在进展中。为世卫组织和国家伙伴的工作人员推行了培训规划和讲习班，以确保增加对有关手段的应用<sup>1</sup>。

### 已在会员国实施能力建设规划，以在多边贸易协定的环境中保护和促进公共卫生

指标	基线	目标	成就
已在世界卫生组织各区域就选定国家加入世界贸易组织和多边贸易协定的公共卫生影响分析和制定战略性对策和政策反应	举办了关于卫生服务中贸易和服务贸易总协定的专家讲习班。针对其成果采取了后续行动	发表讲习班的成果，并向世卫组织各地区和各国传播，跟踪目前工作的进展	在国家特派团支持下，举行了有区域参与的区域间讲习班。由于财政限制，对国家特派团的更多请求待定
已就全球化与卫生之间联系的证据和指标建立和更新世界卫生组织以网络为基础的数据库	存在词汇表和数据库	词汇和数据库反映最新信息	定期更新词汇和数据库，以反映现状

在本两年期，举办了关于贸易、卫生与全球化的专家讲习班，讲习班成果已发表并提交不同论坛。在传染病司合作下，完成了关于快速评估全球疾病大暴发经济影响的报告。2004 年 10 月在新德里，东南亚、东地中海和西太平洋区域办事处合作举办了关于加强加入世贸组织国家政策连贯性和贸易与卫生能力的区域间讲习班。来自 19 个国家卫生和贸易部的 60 名与会者讨论了各国如何在加入世贸组织的谈判时更好地保护和促进卫生。各国编写了国家贸易和卫生行动计划草案，以供包括主要政府和非政府利益相关者的现有或新近成立的国家贸易和卫生工作组讨论和制定。世贸组织全球化、贸易与卫生工作组编写了一份秘书处报告，由执行委员会在其关于国际贸易和卫生的第 11 届会议上作了审议。<sup>1</sup> 在总部举办了关于贸易协定与公共卫生和全球化世界

<sup>1</sup> 《为改善卫生，促进经济增长和加速减贫而增加卫生投资：加纳宏观经济与卫生行动最后报告草稿》，日内瓦，世界卫生组织(印刷中)。



## 2004-2005 年规划预算 — 执行情况评估报告

中的卫生政策的两次培训课程。针对会员国的请求，2004 年向马来西亚和越南派出了贸易和卫生国别特派团。

**在伙伴机构包括联合国系统各组织的合作下，已在世界卫生组织所有区域与各会员国共享由部门间政策和实践产生的健康增益方面的知识和良好做法；合作领域包括：就业、教育、宏观经济政策、环境、交通运输、营养、食品保障和住房**

指标	基线	目标	成就
已在选定国家应用卫生影响评估手段	少数卫生政策，附有投资计划，将战略与财政、监测和评估联系起来	建立国家跨部门卫生和发展机制，以制定卫生投资计划，对制定部门战略进行投入	大约 13 个国家建立了国家跨部门机制，推动了国家主导的卫生和发展分析，在一些情况下，制定了列明具体目标和成本的投资计划，并与其它发展进程相联系
已在一个或多个合作领域在应用跨部门分析、计划和决策程序方面接受培训的国家、区域和全球各级世界卫生组织工作人员数量	国家和区域各级受过培训的人员数量非常有限	每一区域办事处至少有 1 名工作人员受到培训	区域办事处的能力开发得到专家网络的支持。在每一地区至少认定了一个网络以支持区域办事处的宏观经济与卫生归口单位

在大约 40 个国家开展了宣传活动和形势评估。为地方政府开发的卫生影响评估工具包已经完成，分发并得到广泛应用。对涉及健康城镇计划、体育活动和城镇设计的批判性审查或案例研究已经完成。完成了对整个欧洲城市卫生状况的批判性审查。完成并提交了关于健康老龄的案例研究和健康影响评估。制定了一系列指标并与实施宏观经济与卫生委员会建议的国家分享。根据各国实施宏观经济与卫生委员会建议的进展情况，编写了区域报告。东地中海区域所有国家都在努力确定在以社区为基础的行动中的潜在伙伴，成功的例子包括阿富汗、吉布提、约旦、伊朗伊斯兰共和国、摩洛哥、阿曼、巴基斯坦、沙特阿拉伯、苏丹、阿拉伯叙利亚共和国和也门。在所有 6 个区域办事处和许多国家，世卫组织的归口单位都在支持国家宏观经济和卫生机制以及其它跨部门进程。

已在世界卫生组织所有区域确定由世界卫生组织系统监测和评估减贫战略的过程、影响和健康结果，包括实现千年发展目标方面的进展

### 已为卫生利用新的资助机遇

指标	基线	目标	成就
可确定的世界卫生组织对伙伴机构制定和实施卫生和减贫战略的影响	世卫组织影响非常有限	加强世卫组织对伙伴机构战略的影响	世界银行和欧洲委员会在卫生问题高级别论坛以及为实现千年发展目标而监测有关目标和发展伙伴关系方面进行合作
由于世界卫生组织对国家的技术支持，已改进向抗艾滋病、结核和疟疾全球基金提交申请赠款的质量	高质量的赠款申请数量有限，难以获得抗艾滋病、结核和疟疾全球基金的资金	向至少 5 个国家提供技术支持	向 3 个国家提供了技术支持

<sup>1</sup> 文件 EB116/4。

世卫组织与世界银行合作，召开了一系列卫生问题高级别论坛会议，其中第三和最后一次会议是 2005 年 11 月在巴黎召开的。就需要调动长期和可持续的资金用于卫生部门，以及增加卫生发展援助的可预测性的极大重要性达成了协议。关于动用更适当的手段以提供预测性更强的资源的讨论将在 2006 年继续下去。欧洲委员会顺利地在 8 个国家成为监测千年发展目标和发展伙伴关系的主要伙伴，以促进加速实现千年发展目标。第五十八届世界卫生大会通过了一项关于加快实现国际商定的与卫生有关的发展目标包括《千年宣言》所含发展目标的决议<sup>1</sup>。在尼日尔作出了努力，支持针对卫生发展和基于千年发展目标的国家卫生发展计划转向全部门方针。2004 年 11 月，在巴黎举办了第一次贫穷和卫生不平等问题国际知识论坛。确定了一系列案例研究，探讨卫生系统如何应对贫困，随后将在 2006 年刊行一份出版物。世卫组织还向埃塞俄比亚、肯尼亚和莫桑比克提供支持，以申请抗艾滋病、结核和疟疾全球基金的资金。

### 已在世界卫生组织所有区域制定世界卫生组织卫生与人权战略并建设能力以向会员国提供技术支持，将人权纳入国家卫生和减贫战略

指标	基线	目标	成就
已在选定国家将人权纳入卫生和减贫战略和计划	国家一级的现有手段和能力有限	在世卫组织内和国家伙伴之间进行能力建设，以将人权纳入卫生和减贫战略和计划	通过开发有关工具，在与卫生有关的减贫战略文件中纳入以权利为基础的方针，向各国提供技术援助，在 3 个会员国部署了工作人员，并向 17 项世卫组织国家合作战略提供了技术投入
在世界卫生组织所有区域已在选定国家就人权评估采纳世界卫生组织的卫生技术咨询	采纳的卫生技术咨询非常有限	向 6 个国家进行的与卫生有关的人权评估提供技术援助	2 个国家接受了技术援助。仅在少数国家部署了全职技术人员，支持采纳技术咨询

2004-2005 年，一个指导制定世卫组织卫生与人权战略的全系统范围的工作队举行了 7 次会议，起草了一份附有说明的战略大纲。东南亚和西太平洋区域办事处为世卫组织卫生和人权代表举办了情况介绍会。东地中海区域办事处就卫生与人权战略草案主办了一次国家间咨询。欧洲区域办事处发表了其修订的人人享有健康政策框架，纳入了以人权为基础的方针。然而，制定世卫组织卫生与人权战略的全系统范围的进程尚未完成，鉴于资源和其它限制，还不清楚这一进程是否和如何开展下去。

为建设卫生与人权方面的体制能力，建立了归口单位，在所有区域办事处展开工作。此外，区域办事处建立了跨部门技术工作组。在莫桑比克，乌干达和越南部署了 3 名协理专业人员，已在国家一级展开卫生与人权工作。在国家一级举办了 5 次培训班，地区一级举办了 2 次培训班，在总部或与伙伴机构一道举办了若干次培训班。向 17 项国家合伙战略提供了卫生与人权投入。还开发了培训模式和工具，包括关于卫生与人权的以网络为基础的远程学习工具。在此情况下，广泛分发了一份关于在减贫战略基础上推行以人权为基础的人权方针的指导文件，开展了咨询工作，以进一步促进其实际应用。进一步翻译并分发了世卫组织卫生与人权系列出版物，例如在 4 个非洲撒哈拉以南国家上演了关于艾滋病毒歧视的动画片，并以 10 种文字发表了一份出版物。<sup>2</sup> 与区域和国家办事处一道制定了一项全球工作计划，以加强世卫组织关于土著卫生与人权的工作。与联合国人

<sup>1</sup> WHA58.30 号决议。

<sup>2</sup> 《关于卫生与人权的 25 个问题和答案》，日内瓦，世界卫生组织，2002 年。

权系统，尤其是人权条约机构和人权委员会人人有权享有最高可实现的身心健康标准特别报告员的有效合作继续发展，包括在卫生指标权和条约机构报告方面。

## 成功的因素和障碍

### 成功因素

- 加深了对卫生与贫穷以及卫生与经济增长之间内在联系的认识，造成了有利于可持续发展和卫生环境的氛围。
- 日益增加的全球资源以及对卫生发展的兴趣和重视促使或吸引各国转向可持续发展中的卫生，（例如，抗艾滋病、结核和疟疾全球基金，疫苗和免疫全球联盟，总统救助艾滋病应急计划（美利坚合众国），比尔和梅林·盖茨基金会，非洲委员会和《千年发展目标》。
- 妥善制定的区域战略，其目的是加强以社区为基础的行动的卫生部分，以确保穷人能够享有基本的卫生保健服务。
- 一些国家的政府对减贫和可持续发展的政治承诺，这类承诺将卫生摆在发展的中心位置，拨出追加资金，改善穷人的社会经济地位。
- 发展伙伴关系，调动潜在伙伴，以支持规划扩展。
- 持续的后续行动和与世卫组织代表办事处的直接联系。
- 承认各国交流经验的重要性。
- 在与卫生系统抗击贫穷有关的工作中，推广了经证实的方法。

### 障碍

- 不同的卫生相关规划之间缺乏充分的部门间合作。
- 在国家一级缺少足够的政治支持，将以社区为基础的行动政治化，使之成为国家卫生和发展政策和计划的一部分。
- 低收入国家贫穷程度很严重，同时，一些国家存在复杂的紧急状况、不安全和政治冲突。
- 相对于实际的贫穷程度而言，用于减贫的资金很少。
- 卫生保健提供系统薄弱，低收入国家缺乏关于贫穷和卫生的可靠信息。
- 资金拨付不足，影响了人力资源计划，进而影响了实施计划活动。

## 2004-2005 年中汲取的教训以及如何在 2006-2007 年中应用这些教训

- 拨付额外资源，改善穷人的卫生状况，是对发展的一笔投资。在这一方面，政府在规划所有权中的作用至关重要。因此，在这个问题上与各国政府积极合作是下一个两年期的目标之一。与财政、预算和计划部门的代表的密切合作以及他们的积极参与是实现规划的可持续性和扩展的关键因素。国家合作战略在这一合作进程中占据中心位置，在这一进程中的积极参与预期在今后将见到好处。
- 世卫组织国家办事处，在其他联合国机构、非政府组织以及潜在的卫生和发展伙伴的合作下发挥主导作用，对加强国家的减贫能力和实现《千年发展目标》至关重要。事实表明，与欧洲联盟各机构和欧洲理事会的良好伙伴关系是成功的。世卫组织与欧洲理事会联合建立的卫生网络产生了巨大影响，这项工作将在下一个两年期继续进行。

## 2004-2005 年规划预算 — 执行情况评估报告

- 必须建立一个整体框架，促进例如区域委员会关于贫穷与卫生的建议以及与《千年发展目标》有关的工作。与卫生和发展有关的不同行动和规划，例如减贫战略文件、全部门方针和国家合作战略之间的联系，将防止工作重叠，促成一种协同方针。2006-2007 年，应在其它全球伙伴合作下进一步加强这些联系。
- 以证据为基础的信息和对成功事例的描述是很重要的手段，有助于获取决策者和高层管理者对规划扩充的进一步支持。必须建立一个稳定的网络，例如卫生城市网络，因为在卫生、环境和发展领域中与政策实施有关的许多问题已经成为国家以下各级的责任。将在下一个两年期积极推进此类网络。

### 批准的预算和实际支出

		批准的预算	实际支出		
			正常预算	其他来源	所有资金
2004-2005 年总计 (以千美元计)		28 840	15 144	15 864	31 008
百分比	国家	46	43	20	32
	区域	22	26	32	29
	全球	32	31	48	39

## 营养

### 世界卫生组织目标

向会员国和国际社会提供有权威性的技术指导和合作支持，从而改善其查明、预防、监测和减少营养不良和饮食相关卫生问题以及促进健康饮食和营养的有效性。

### 指标与成就

为预防、管理和监测营养不良以及促进健康饮食和营养而起草和传播的有权威性的技术指导的数量、性质和范围。已起草和传播了五套关于管理和监测营养不良的技术指导方针。已编写并传播了关于紧急情况中管理婴儿喂养的培训材料。

已与世界卫生组织合作防治营养不良及促进健康饮食和营养的会员国和国际组织数量。180 个会员国和许多国际组织与世卫组织合作制定战略和监测规划以防治营养不良并促进健康饮食和营养。

### 主要成就

- 双年度期间加强了婴幼儿营养方面的工作。已经制定和现场检验了第一套儿童生长标准并准备于 2006 年初向各会员国传播。新的标准表明来自各个不同地理区域的儿童在健康需要得到满足时，具有非常类似的生长模式。这便为所有儿童，不论其背景确定了一个的单一的生长规范。
- 在微量营养素方面，专家协商会议建议拟定关于预防孕妇和幼儿碘缺乏症以及控制叶酸和维生素 B12 缺乏症的指导方针。此外，还确定了评估锌和铁状况的指标。世界卫生大会于 2005 年 5 月通过了关于维持消灭碘缺乏症的决议<sup>1</sup>。
- 儿童期肥胖症现被确认为一个重要的公共卫生问题。一次专家会议拟定了关于预防这种病症的建议，促使为学龄儿童和青少年制定了一项国际生长参照基准以及以学校为基础的营养干预规划。
- 营养对于实现几乎所有千年发展目标的重要作用以得到明确确认。营养不足影响到儿童的死亡率、孕产妇健康以及诸如艾滋病毒/艾滋病和疟疾等疾病，而且对教育和性别也具有影响。
- 双年度期间，营养还被确认为是艾滋病毒/艾滋病综合措施以及世卫组织对紧急情况和危机所作应对方面的一个关键要素。
- 该司进行了结构调整以便处理营养不足问题以及由营养问题造成的日益沉重的双重负担。重点在于加强规划领域之间的联系以便建立一个综合全面的营养议程处理整个生命当中由于营养不足和营养过剩引起的营养不良问题。加强与各区域办事处以及它们彼此之间的合作也被视作一个重点。

### 举例说明部分成就

2005 年 4 月在南非德班举行了一次关于营养与艾滋病毒/艾滋病的技术协商会议。艾滋病毒/艾滋病与营养方面的专家、来自最受影响的非洲国家的代表、有关非政府组织和国际组织一直认为现已具备充足的科学依据和实地经验，可以让国家和国际社会将营养战略纳入世界范围的艾滋病毒/艾滋病治疗和护理规划。应各会员国要求，将把一份关于营养与艾滋病毒/艾滋病的决议草案提交给第五十九届世界卫生大会审议。

<sup>1</sup> WHA58.24 号决议。

## 全组织范围预期成果的实现情况

已特别与粮农组织合作和通过食品法典委员会，为持续减少各种形式的营养不良、改进婴幼儿喂养及促进健康的饮食摄入，制定适宜战略并提供支持

指标	基线	目标	成就
已制定旨在减少主要形式营养不良和促进适宜饮食摄入的战略和规划的目标国家数量和比例	0	20	44个国家(220%)

世卫组织及其伙伴，特别是联合国儿童基金会鼓励在 10 个非洲会员国将关于促进单独母乳喂养六个月以及适当的补充喂养和继续母乳喂养的全球建议化为地方行动。世卫组织还为这些国家的行动计划提供了技术和财政支持。爱婴医院行动重又活跃起来。除了广泛传播一份全面的监测和评估指南外，还修订和精简了培训材料。在西班牙和博茨瓦纳举行了区域会议，更新了全球标准及有关的评估和培训工具，使有机会联网并获得关于婴幼儿喂养全球战略以及艾滋病毒所提出挑战的反馈信息。2004-2005 年期间，就建设国家能力以管理严重营养不良问题在非洲区域、东南亚区域、东地中海区域和美洲区域为 44 个会员国举办了 9 个区域、国家和机构培训班。由此，现具有一个由 81 名训练有素的主持者组成的网络在国家一级开展工作；总共有 118 名从业者获得了培训。

## 已通过制定和实施世界卫生组织营养数据库和有关营养监测活动加强全球、区域和国家营养监测

指标	基线	目标	成就
拥有具国家代表性的主要形式营养不良监测数据的国家数，以及全球营养数据库覆盖国家和区域的程度	50 个国家	100 个国家	儿童人体测量学方面 (95%五岁以下儿童) 180 个国家 体重指数方面 (85%成年人，体重超重/肥胖) 97 个国家 贫血方面 130 个国家 食品和营养政策方面 161 个国家 单独母乳喂养和母乳喂养期限方面 168 个国家

双年度期间，继续维持和加强数据库。该工作的一个重要方面是汇编一个综合营养数据库以产生国家营养概况。

## 已向选定会员国提供适当支持，以加强和实施可持续的国家营养计划、政策和规划

指标	基线	目标	成就
已获得技术支持成功加强其国家营养计划、政策和规划的目标国家数量和比例（区域和全球）	40 个国家	30 个国家	34 个国家(113%)

举办了四个培训班加强国家能力以便制定和实施有效的部门间食品和营养计划及政策，处理新出现和重现的营养相关健康问题，特别是由这些问题造成的日益加重的双重负担。世卫组织向非洲区域、东南亚区域和西太平洋区域 26 个国家提供了能力建设支持。此外，欧洲区域 44 个会员国拟定或通过了营养行动计划。在非洲区域，贝宁、博茨瓦纳、布基纳法索、布隆迪、喀麦隆、刚果民主共和国、加纳、几内亚、纳米比亚、尼日尔、

## 2004-2005 年规划预算 — 执行情况评估报告

尼日利亚、南非和多哥在两次区域协商会议后审查了各自的国家营养战略和规划。东南亚区域 7 个会员国，即孟加拉国、不丹、印度、印度尼西亚、缅甸、尼泊尔和斯里兰卡，以及西太平洋区域 5 个会员国，即库克岛、斐济、萨摩亚、图瓦卢和瓦努阿图，正在修订其国家营养计划和政策。2005 年 1 月，与所有有关伙伴机构，包括粮农组织和儿童基金会一起审查了这些能力建设活动的成就和挑战，以便确定今后工作的方向。据估计，获得培训的 1/3 国家已成功加强了其营养计划和规划。

**已为评估、预防、管理和减少全球主要形式的营养不良（营养不足和营养过度）及促进健康的营养编制并向国家和国际社会传播营养规范，包括参考标准、要求、指导原则、培训手册和标准**

指标	基线	目标	成就
已产生并向国家和国际社会传播的营养标准、指导原则和培训手册的数量和性质	0	5	5(100%)

就下述问题制作了 5 份出版物：严重营养不良<sup>1</sup>；人类营养中的维生素和矿物要求<sup>2</sup>；紧急情况中的婴儿喂养<sup>3</sup>；紧急情况期间婴幼儿喂养指导原则<sup>4</sup>；以及非母乳喂养儿童的喂养<sup>5</sup>。

**已特别通过与世界粮食规划署及其它国际机构的食品援助紧急情况和发展项目合作，向国家提供技术支持，以满足营养脆弱、食品无保障群体的需要**

指标	基线	目标	成就
世界卫生组织对世界粮食规划署、其它国际组织和优先重点国家就营养紧急情况 and 食品援助发展工作所提技术支持要求作出的反应的适当性	相对应技术支持要求的能力有限	改善世卫组织对重大紧急情况的应对	在机构间常设委员会营养组内与联合国伙伴就世卫组织的作用和责任达成一致意见

世卫组织通过参加以营养和危机中卫生行动为重点的评估特派团，参与应对了 2004-2005 年期间所有重大的紧急情况，特别是印度洋的地震和海啸、吉布提的洪灾和尼日尔的饥荒。它还参与为机构间常设委员会营养组拟定了一项工作计划，其中商定了联合国各机构在应对紧急情况时各自的作用和责任。继紧急情况中的营养得到调整后，已几乎完成新职员招聘工作。

### 成功的因素和障碍

#### 成功因素

- 为巩固营养这个工作领域而与各区域办事处进行的联网工作通过联合计划会议得到加强。
- 由于进行了结构调整，使措施的重点更加明确并加强了规划领域之间的内部联系。

<sup>1</sup> 严重营养不良：2004 年 9 月 6-7 日审查当前文献协商会议报告。日内瓦，世界卫生组织，2005 年。

<sup>2</sup> 人类营养中的维生素和矿物要求。日内瓦，世界卫生组织，2005 年。

<sup>3</sup> 紧急情况中的婴儿喂养：模式 1- 面向紧急救援人员。世卫组织、儿童基金会、LINKAGES、国际婴儿食品行动网络、环境新闻网及其他，2001 年；和模式 2 - 面向紧急情况中的卫生和营养工作者。环境新闻网、国际婴儿食品行动网络、地球社、儿童基金会、联合国难民事务高级专员、世卫组织和世界粮食计划署，2004 年。

<sup>4</sup> 紧急情况期间婴幼儿喂养指导原则。日内瓦，世界卫生组织，2004 年。

<sup>5</sup> 喂养 6-24 个月非母乳喂养儿童：日内瓦，2004 年 3 月 8-10 日：会议报告。日内瓦，世界卫生组织，2004 年。

## 2004-2005 年规划预算 — 执行情况评估报告

### 障碍

- 尽管总体筹资是成功的，但该公司筹集到的相当大一部分资金是专项拨款，致使可用于某些活动的资源减少了。
- 某些区域办事处，如非洲区域办事处由于面临重大挑战，业务能力薄弱。

### 2004-2005 年中汲取的教训以及如何在 2006-2007 年中应用这些教训

- 2006-2007 年中将继续进行联合计划以便进一步加强与区域办事处之间的联网。
- 预算结构妨碍实现全组织范围的所有预期成果。2006-2007 年中将有必要为供资不足的重要领域提供更多的不指定用途资金，而且将不开展没有可持续长期供资的活动。

### 批准的预算和实际支出

		批准的预算	实际支出		
			正常预算	其他来源	所有资金
2004-2005 年总计 (以千美元计)		20 526	8 134	9 272	17 407
百分比	国家	27	23	7	14
	区域	24	39	21	29
	全球	49	38	72	57



## 卫生与环境

### 世界卫生组织目标

促进将有效卫生工作纳入影响卫生与环境的区域和全球政策以及国家环境与卫生政策和行动计划，包括指导人类环境管理的法律和管制框架。

### 指标与成就

加强将环境卫生工作纳入国际和国家政策宣言和发展规划。在全球、区域和国家各级，加强将环境卫生工作纳入国际和国家政策宣言和发展规划的努力是成功的。这方面的例子包括可持续发展委员会第十二届和第十三届会议；第四次美洲首脑会议；第四次环境与卫生部长级会议（布达佩斯，2004年6月23-25日）；2004年《关于持久性有机污染物的斯德哥尔摩公约》和《关于在国际贸易中对某些危险化学品和农药采用事先知情同意程序的鹿特丹公约》的生效；2005年《水与健康议定书》的生效；2005年12月东盟和东亚国家关于健康与环境问题的高级别会议。

除卫生部门之外负责环境管理和社会经济发展的部门增加利用世界卫生组织的政策指导。卫生和卫生部门，尤其是负责环境管理和社会经济发展的那些部门加强利用世卫组织的政策指导。在特定地区追踪了会员国对世卫组织准则的试用情况，显示了广泛利用和快速推行。

### 主要成就

- 在本组织各级，侧重点转向了国家一级的行动。例如，在非洲区域，区域委员会分析了职业健康活动，并得出成果，导致与劳工组织加强合作，同时伴随开展国家合作。总部对网络和工具开发提供的支持促进了这一活动以及其它区域的类似行动。
- 加强了对有效传播，尤其是扩大利用电子媒介的关注。在美洲区域，目标机构和国家80%的职业卫生和安全专家都可以进入劳动安全和健康网络，在38个国家有1600多个用户。涉及保护人类环境司的网站是总部所有网站中检索人数最多的网站之一，世卫组织每年免费分发的关于这一主题的只读光盘超过10万张。
- 适用以环境为基础的方针对多种危害产生了影响；在本两年期，对儿童和卫生保健环境给予了特别关注，在所有区域和总部都采取了重大行动。
- 公共卫生和环境问题如上所述吸引了部级和政府间进程越来越多的关注。
- 本两年期发生的一系列灾害使系统和资源经受了超出正常限度的考验。尤其是，针对印度洋地震和海啸，在东南亚区域办事处协调下作出反应，从总部和很多区域调动了资源。一个主要行动领域是重建基本服务，例如水和卫生服务，以防止疾病暴发，并对重建努力给予支持。这方面的成果还导致加强了对紧急情况防备和应对的总体关注。
- 第三版《饮用水质量准则》<sup>1</sup>在下载最多的世卫组织出版物中位居第二。在这一文件基础上，各区域的一个主要活动领域是传播和能力建设，以支持会员国处理与水有关的危害。

<sup>1</sup> 《饮用水质量准则》，第一卷，第三版。可查阅：[http://www.who.int/water\\_sanitation\\_health/dwq/gdwq3/en](http://www.who.int/water_sanitation_health/dwq/gdwq3/en)。

## 全组织范围预期成果的实现情况

### 已为加强优先重点国家目标机构的能力向卫生部门提供适当支持，以便管理环境和卫生信息及实施行动计划

指标	基线	目标	成就
各区域目标国家中获得支持以交流国家或地方信息及实施卫生与环境行动计划的机构比例	未制订	未制订	在大约 75% 的世卫组织会员国中，目标机构获得支持。

制定这一预期成果，是为了侧重于加强对目标机构给予支持的活动。虽然在大约 75% 的会员国中，目标机构获得了支持，但在许多情况下，获得支持的是处理环境和卫生不同方面问题的一系列不同机构，因此，这一统计数字不能充分体现整体活动。本双年度标志着向国家重点的重大转移，这体现在大多数国家和所有区域对目标机构的支持上。例如，在西太平洋区域，有关活动包括与 5 个国家合作，发展环境和卫生能力，举办关于环境与卫生的国家论坛；9 个国家得到协助，以查明重大和普遍的环境和卫生问题，加强卫生与环境部门之间的协作，在太平洋岛屿社区举办的关于饮用水质量的国家间讲习班提供了新的信息，促成了供所有太平洋岛屿国家实施的行动框架。

### 已为化学事故和中毒、辐射事故和其它技术或环境紧急情况的预防、防备和应对提供适宜技术和后勤支持

指标	基线	目标	成就
世界卫生组织办事处就防备和应对自然或人为环境紧急情况提出的技术指导和合作要求作出的有效反应	与环境有关的查询增加，事件和受影响者数目增加。相关活动的内部合作有限	改进协调，更为及时和适当的应对	大大加强区域办事处之间、总部内和总部与区域办事处之间针对预防、防备、应对和重建工作的合作。

在本双年度，区域办事处之间、总部内以及总部与区域办事处之间大大加强了合作。这是针对预防、防备、应对和重建工作。与此同时，支持行动的资源材料也增加了，并进行了深入的实地评估。正在制订和测试程序，以进一步加强应对措施，并更加强调防备工作。本双年度发生了两次重大的与环境有关的紧急情况（印度洋的地震和海啸以及南亚地震）。在这两次紧急情况中，调动了国家、多区域和总部资源。从这两次紧急情况和其它事件中获得的经验表明，在增加辅助支持资源（网络、工具和指导）的情况下，应对更加迅速。仅东地中海区域一处，就向 8 个会员国提供了支持，以加强国家的防备；巩固了世卫组织内的特别应对能力；针对化学紧急情况开展了三项行动，对 285 项技术指导要求作出了回应。

### 已为处理脆弱人群组、特别是儿童、工人和城市贫民关注的环境卫生问题发起社区参与和其它行动

指标	基线	目标	成就
世界卫生组织办事处对高度优先的目标群体的需求，包括交流和教育活动作出的有效反应	在环境和卫生方面针对脆弱群体的有限和特定活动	在确定和应对全组织范围优先群体并在整体的执行活动方面寻求改进	在本组织各级大大加强了活动，尤其是对儿童和卫生保健给予关注。通过在各项行动中系统开发网络并增加使用电子媒介，提高了效率

确定了针对高度优先群体的行动，作为提高全组织行动整体影响的途径。在全组织范围大大加强的活动包括增加了伙伴关系和网络以及相关工具和推广活动的数量和参与程度。针对儿童和卫生保健作了特殊努力（安全的

## 2004-2005 年规划预算 — 执行情况评估报告

自然环境以及充足的卫生保健工作者)。在欧洲区域,针对高度优先群体开展了活动,这在一定程度上是通过区域范围的“培训培训者”网络,并在 18 个国家以卫生保健提供者为主要目标群体,目的是提高对儿童健康和环境的认识。其它目标脆弱群体包括农村和城镇贫民以及没有清洁燃料水或卫生设施的工人和住区。

### 已对社会经济和技术发展以及气候、生物多样性、水资源、疾病媒介生境和其它生态系统的全球变化开展以科学为基础的卫生影响评估

指标	基线	目标	成就
综合评估方法的可得性;全球卫生与环境问题的处理程度以及疾病的相关环境负担的量化程度	在过去 36 个月进行或修订了 39 项评估	47	在过去 36 个月制订或修订了 58 项评估和评估工具

卫生影响评估活动在很大程度上为卫生和环境政策建议和决策奠定了基础。制定指标侧重于总部和区域办事处方法和特定评估的可得性。然而,它并没有反映为加强国家能力而作出的努力,尤其是在区域和国家级作出的努力。欧洲、东地中海和西太平洋区域都在一系列国家开展了实质性活动,所有区域都加强了外联活动。

### 已评估职业和环境卫生危害并通过国家和国际伙伴关系、联盟和杰出中心网络传播

指标	基线	目标	成就
就卫生与环境问题与世界卫生组织开展合作的政府间机构、非政府组织、专业协会和学术机构增加数	14 个实质性机构间网络;另加多国行动	18 个实质性机构间网络;另加多国行动	27 项实质性机构间和多国行动

为扩大影响而发展伙伴关系在这一时期政府间论坛提出的政策建议中占有重要地位,并体现在与本预期成果有关的活动中,尤其是在区域一级。伙伴关系活动侧重于有可能提供巨大增值的那些伙伴关系。在美洲区域,四个部门(卫生、劳工、环境和教育)的北半球战略联盟推动实施第四次美洲首脑会议关于职业卫生与安全的任务。在本两年期新建立的其它重要伙伴关系涉及儿童卫生与环境、劳动卫生、饮用水、气候变化、健康与环境的联系以及室内空气污染。

### 已在主要环境卫生领域(空气和水的质量、工作场所危害、辐射防护)制定有依据的规范性指导原则,目的是制定政策及确定国家和国际标准

指标	基线	目标	成就
利用世界卫生组织环境卫生基准和指导原则的国家和国际法律和管制文书数量	13 项修订的指导原则	16 项修订的指导原则,并附有证据,表明在国家和国际管制文书中广泛使用了这些原则	19 项修订指导原则。有定性证据表明广泛适用

略微超过了 16 项经修订的规范指导原则的目标,在与化学、辐射和水有关的指导原则方面取得了长足进展。在这一时期,区域活动主要针对最近发表的第三版《饮用水质量准则》,同时在大多数区域,尤其是东南亚区域,欧洲区域,东地中海区域和西太平洋区域,对国家的援助要求给予了巨大支持。

**已就具成本效益的干预制定良好做法手段和指导原则，以减少接触有害环境物质、工作场所危害、新的技术发展和全球气候变化产生的健康风险**

指标	基线	目标	成就
国家和地方卫生主管部门和环境机构为计划和实施健康和环境保护对世界卫生组织电子和印刷形式的指导原则的利用情况	8 项最新工具和评估	16 项最新工具和评估，附有关于使用的证据	24 项最新工具和评估。审查了关于通过常规和电子手段加以使用的的数据，证明了广泛和日益加强的使用

就具有成本效益的干预措施提供最新工具和指导原则大大超过了目标。这主要是由于在会员国需要强烈的领域加快了行动，例如估计干预措施的成本和影响，并估计疾病负担。在总部和区域各级作出了巨大努力，进行翻译，并通过常规和电子手段加强整体传播。在本两年期制定的 16 项新的指导原则特别涉及疾病总负担估计，以及成本效益/成本利得分析；职业卫生；预防中毒；针对具体危害的指导（例如噪音、氡、氟化物、紫外线辐射）和立足干预的评估（例如家庭水管理影响）。

**成功的因素和障碍**

*成功因素*

- 政府间和部际活动、公约和议定书给予正式政策授权的作用。
- 利用电子手段加强整体信息传播。
- 世卫组织在其建立声誉以及就实际关注问题不断提供的科学证据基础上，在工作领域的主题方面对参与者和会员国具有公信力。
- 在一些领域改善了机构间合作（例如通过联合国水机制，紧急情况应对）。
- 伙伴之间的合作行动。

*障碍*

- 财政资源限制。
- 一些会员国的卫生和环境机构作用薄弱。
- 在一些领域，机构间合作不充分。
- 各级卫生和环境人力资源有限，这一问题因对人员的特殊需要（例如海啸应对）进一步加剧。

**2004-2005 年中汲取的教训以及如何 2006-2007 年中应用这些教训**

- 随着重点日益放在国家一级，本组织各级（国家办事处、区域办事处和总部）协调行动的价值越来越明显。一个例子是澳大利亚国际开发署对东南亚区域和西太平洋区域、特定国家和总部的支持。应当进一步探讨此类机会，以增加用于协调行动的资源总额和能力，并加强在重点领域的行动。
- 经验强调了在本组织各级，尤其是国家办事处一级采取有效行动，对确保全系统范围的整体影响具有极大作用。将采取行动，制定协调的全球公共卫生和环境战略，确保不断对国家计划工作作出响应。
- 资源的多语种可能性的重要性越来越明显，并体现在区域办事处和总部大量翻译活动中。这方面将更为系统地加以落实，尤其是通过使用电子媒介。
- 多部门行动和协作行动对整体卫生影响的好处非常明显。这方面在 2006-2007 年将进一步加强，为此将采取网络和以伙伴关系为基础的行动，并通过使用支持工具，例如，评估干预措施的成本和影响。

## 2004-2005 年规划预算 — 执行情况评估报告

- 为充分利用多部门卫生行动的好处，必须加强卫生部门在国际范围和体制安排可能进一步推动有关进程的会员国中对部门间进程的投入。这将包括提供工具，促进与管理卫生的环境决定因素的部门的协调与接触。因此，将作出努力，为卫生和环境“重新定位”，以援助卫生部门之外其它部门的卫生支持行动。

### 批准的预算和实际支出

		批准的预算	实际支出		
			正常预算	其他来源	所有资金
2004-2005 年总计 (以千美元计)		86 946	35 133	42 492	77 625
百分比	国家	35	37	5	20
	区域	32	34	37	35
	全球	33	29	58	45

## 食品安全

### 世界卫生组织目标

创建一个环境，使卫生部门与其它部门和伙伴合作，能有效及时评估、传播和管理食源性风险。

### 指标与成就

提出或提供食源性疾病和食品危害数据以发起和评价以风险为基础的干预战略的国家数。94 个国家提供了食源性疾病监测数据。

### 主要成就

- 法典信托基金支持来自 104 个发展中国家的 393 名专家参加了 30 次法典会议和一次有关的培训课程。
- 根据“加强食品安全五要素”，在世卫组织区域的两或三个国家开展了关于培训手册草案的试点项目。最初的标语已被翻译为 40 多种文字。
- 2004 年，启动了食品安全当局国际网络及其应急部分，以向管理者提供关于食品安全和管理的最新信息。到 2005 年 12 月，有 145 个国家加入了这一网络。
- 制定了有关准则，以减少水产品/活禽市场上的禽流感病毒风险，并在东南亚区域和西太平洋区域建立了健康食品市场。2005 年 7 月在科伦坡举行了粮农组织/国际兽疫局/世卫组织关于禽流感与人类健康：在动物的生产与销售和与其共存方面的减少风险措施的联合磋商，随之产生了一份宣传性文件。已在世卫组织网站上贴有对会员国的食品供应链生物安全指导，并分发给有关国家。
- 继关于当代食品、生物技术、人类健康与发展的报告<sup>1</sup>发表之后，2005 年 9 月在日本的千叶召开了食品法典委员会由生物技术产生的食品特设政府间工作队第五届会议。
- 全球环境监测系统 - 食品污染物监测评估规划得到加强，目前已纳入了大约 42 个国家的信息。
- 就婴儿配方奶粉中沙氏肠杆菌和其它微生物<sup>2</sup>和即食食品中的单核细胞增多性李斯特氏菌进行了风险评估，并公布了有关结果。

### 举例说明部分成就

世卫组织和粮农组织联合召开了非洲食品安全第一次泛非会议，有来自 45 个非洲会员国的 185 名与会者和观察员。除了其它建议外，代表们一致通过了一项决议，提出了九点非洲食品安全五年战略计划，供食品和保健机构和非洲联盟采纳。

<sup>1</sup> 当代食品、生物技术、人类健康与发展：以证据为基础的研究报告。日内瓦，世界卫生组织，2005 年。

<sup>2</sup> 婴儿配方奶粉中沙氏肠杆菌和其它微生物：会议报告。日内瓦，世界卫生组织，2004。

## 全组织范围预期成果的实现情况

### 已加强食源性疾病监测以及食品危害监测和反应规划

指标	基线	目标	成就
报告危害监测（微生物和化学）系统所获结果的国家数	微生物：2004 年初，4 个国家以全球沙门菌监测数据为依据 化学：42 个国家列入全球环境监测系统 - 食品污染物监测评估规划的数据库	14 个国家  47 个国家	11 个国家  35 个国家
有一或多种食源性疾病监测数据的国家数	2004 年初 22 个国家向全球沙门菌监测调查提供了数据	27 个国家	66 个国家

全球沙门菌监测调查增强了评估风险和管理沙门菌和其它食源性致病菌，例如弯曲杆菌的能力。11 个国家报告了关于微生物监测的数据。在区域和国家各级有关流行病学和实验室标准技术的培训成为能力建设重点，结果有 66 个国家报告了监测数据。关于全球环境监测系统 - 食品污染物监测评估规划，在全球卫生趋势数据库的简要信息中，有关于接触和摄入的欧洲数据。35 个国家报告了它们的化学监测结果。其它成就包括 2004 年 5 月在巴黎关于总膳食调查的第三次国际讲习班，并与世界卫生组织/环境规划署合作，进行了关于人奶中持续性有机污染的第四次全球调查。

### 已加强国际危险性评估和科学咨询以及国家评估风险能力

指标	基线	目标	成就
由世界卫生组织和粮农组织确定的风险评估数量	微生物：3 个 化学：杀虫剂 26，食品添加剂 27，污染物 5 和兽药 7	微生物：3 个以上 化学：同等产出	微生物：2 个以上 化学：118，构成如下：杀虫剂 52，食品添加剂 54，污染物 5 和兽药 7
记录风险评估活动的国家数（微生物和化学）	不适用	增加 30%	43

在欧洲区域，25 个欧洲联盟国家采纳了有关方法，管理转基因食品一类新技术的相关风险。在东地中海区域，22 个会员国中 4 个国家通过了评估和估价方法。在非洲区域，正在印制并将传播关于食品的微生物监测和制定和起草食品法的区域准则。

## 2004-2005 年规划预算 — 执行情况评估报告

### 已发展和传播评估和管理食品方面新技术产品相关风险和益处的手段

指标	基线	目标	成就
世界卫生组织开发和传播的手段数量	4 份关于风险评估的粮农组织/世卫组织专家咨询报告和 3 份关于进行风险分析的食品法典委员会指南	两次关于风险评估的额外咨询和一份关于更广泛评估转基因食品的报告	1

发表了一份关于更广泛评估转基因食品的报告。

### 已加强国家和国际级多部门食品安全活动方面的卫生考虑因素

指标	基线	目标	成就
积极参与国际标准确定工作（食品法典委员会）的国家数	89 个发展中国家参加了食品法典委员会的会议	参与的国家数增加 25%	122（增加 37%）
已制定或修订食品安全政策、法规和实施战略的国家数	不适用	20 个国家	43

法典信托基金支持总共 104 个国家参加了各类法典专家会议。东地中海区域编写了关于食品法的区域指南，若干会员国起草了国家行动计划、食品安全政策和法律，并协调了它们的食品制度。在美洲区域，2005 年 4 月第十四届美洲健康与农业问题部长级会议通过了美洲卫生组织/世卫组织 2006-2007 年食品安全技术合作行动计划<sup>1</sup>，随后又经泛美卫生组织指导委员会第四十六届会议通过<sup>2</sup>。在本双年度期间，2004 年 10 月在曼谷举办了第二届粮农组织/世卫组织全球食品安全人员论坛，在哥斯达黎加、约旦、马来西亚和津巴布韦召开了四次关于食品安全的联合区域会议。还采取了行动，支持世卫组织对东南亚和西太平洋区域的禽流感作出反应。全球食品安全管理人员论坛和区域食品安全会议加强了人们的意识和政治意愿，尤其是在非洲区域、东地中海区域和美洲区域。在欧洲区域，本双年度期间制定了部门间食品安全战略指导方针，并根据具体国家的需要作了修改适应。

### 已加强风险通报和食品安全教育方面的能力

指标	基线	目标	成就
根据世卫组织“食品安全五要素”使用和评估食品安全材料的国家数	不适用	增加 10 个国家	55

针对各国的强烈兴趣，本双年度扩大了国际食品安全机构网络。使用“食品安全五要素”作为范本，制定了简易食品处理准则，并译为当地语言，已在东南亚区域和西太平洋区域传播。9 个会员国参加了关于“五要素”手册的试点研究，55 个会员国使用了该手册和有关的学习/教学辅助工具，最初的招贴已译为 40 多种语言。在美洲

<sup>1</sup> RIMSAR.7 号决议。

<sup>2</sup> CD42.R3 号决议。



## 2004-2005 年规划预算 — 执行情况评估报告

区域，加强国家食品安全规划的指导方针，即一份基于“食品安全五要素”和国际食品安全机构网络就新出现的食品安全问题，例如丙烯酰胺和禽流感发表的技术简报编写的手册报得到了广泛传播。在东地中海区域，向学校和家庭分发了“食品安全五要素”材料，作为卫生教育手段，以加强村镇中的社区能力，密切配合立足社区的行动和妇女健康发展机构。

### 成功的因素和障碍

#### 成功因素

- 由于禽流感危机，国际媒体更多地关注食品安全和肉食动物生产问题。
- 一些会员国，尤其是发展中国家加强了对从生产到食用政策和综合食品安全机构的政治支持。

#### 障碍

- 一些区域食品安全资金配置不充分，这对确定和调动充分的预算外资源，产生了消极影响，同时，也妨碍了及时和充分调动资金，开展风险评估和食品法典工作。
- 由于疾病暴发和突发事件，一些国家的工作负担加重。

### 2004-2005 年中汲取的教训以及如何在 2006-2007 年中应用这些教训

- 需要所有利益相关者，尤其是卫生、食品和环境机构之间开展合作与协作，以避免工作的重叠。因此，2006-2007 年，将作出努力，就有关的食品生产和环境问题与粮农组织、环境规划署和国际兽疫局合作。
- 2006-2007 年，将在健康的食品市场和适用世界卫生组织“食品安全五要素”等项目制定期间，加强资源调动。
- 能力建设努力的目的将是在各国推动以风险为依据的战略性计划，而不是资助实验室设备和培训。

### 批准的预算和实际支出

		批准的预算	实际支出		
			正常预算	其他来源	所有资金
2004-2005 年总计 (以千美元计)		22 453	8 565	5 494	14 059
百分比	国家	43	29	3	19
	区域	26	28	12	22
	全球	31	43	85	59

## 紧急情况防备和反应

### 世界卫生组织目标

确保会员国和国际社会能作好更充分的准备以预防灾害和减轻其对健康的影响，通过适宜的协调机制和紧急反应，对救济与可持续卫生发展进行权衡。

### 指标与成就

处理防备和救灾并考虑到较长期发展前景的国家减灾政策和计划的证据。78 个会员国在国家合作战略文件中列入了紧急情况防备和反应部分。2005 年 1 月 18 日至 22 日在日本兵库县神戸市召开的世界减灾大会上，164 个国家通过了《2005-2015 年兵库行动框架》。该框架载明了战略性减灾目标和优先考虑，以及实现这些目标和优先考虑的主要活动。在会议通过的一项决议中，各方都同意制定有关指标和目标，以监测该框架所载战略目标的实现情况。

## 主要成就

- 世卫组织通过各级的特殊努力，对 2004 年 12 月 26 日的地震和海啸作出了迅速反应，区域和总部工作人员会同东南亚地区的同事计划和实施了世卫组织的反应行动。在灾害发生后的头几个星期，有 200 多名工作人员部署在受灾国家。
- 2005 年，世卫组织被指定为机构间常设委员会卫生部门的主要机构，以发挥强有力的技术领导作用，协调该部门的工作。本组织目前已成为宣传紧急情况中卫生的核心重要性的强大平台。
- 世卫组织在 2005 年 10 月 8 日南亚地震后，成功实施了卫生的部门方针。在其他联合国伙伴和人道主义伙伴的密切合作下，在全球和国家各级启动了协调机制。
- 用于世卫组织紧急情况反应和复苏工作的预算外捐款增加了，表明捐助国很重视世卫组织不断加强的作用及其在紧急情况中采取更多行动的努力。
- 世卫组织使用三年期规划收到的预算外资金加强了其在这一领域的实地存在，以提高世卫组织危机中的卫生行动的绩效。目的是建立紧急情况防备、反应和恢复方面的体制能力。聘用了 60 名左右工作人员，派往外地的关键地点。
- 人们日益承认世卫组织是管理紧急情况方面卫生信息的权威机构。最新出版物，例如分析卫生部门紊乱和关于管理灾害情况中死尸的手册都已收入其网站。其卫生需要评估和死亡率调查都有助于强调正在发生的危机，推动制定适当的反应策略。其制定有关标准和基准以追踪健康状况的倡议已成为卫生部门的优先考虑。
- 制定了稳妥的紧急情况防备规划的美洲地区的许多国家能够在没有外部援助的情况下对自然灾害作出反应。
- 世卫组织设立了 16 个实地办事处，开展紧急情况反应活动，在各受援国或当下的危机中改进对不断变化的卫生状况的监测。
- 在南亚地震后，世卫组织与巴基斯坦国家各当局密切合作，评估需要，确定卫生重点，恢复初级卫生保健服务，协调卫生行动，建立早期疾病预警和反应系统。
- 世卫组织在复杂的紧急情况中的恢复工作促使人们日益清楚地看到和承认其在危机中的工作。此外，其对其它紧急情况迅速而有效的反应，包括 2005 年秋季尼日尔的粮食危机，美洲的若干次重大飓风以及刚果民主共和国不断加剧的危机，受到了捐助者和人道主义伙伴的广泛承认。

**举例说明部分成就**

- 世卫组织在苏丹的达尔富尔的粗死亡率调查促使危机受到国际关注，其在乌干达北部的粗死亡率和 5 岁以下儿童死亡率调查表明死亡率已经大大超出紧急情况临界点，这些工作都加强了卫生信息作为危机可靠指标的重要性。总的来说，世卫组织在紧急情况中的工作有目共睹，得到了越来越多的承认，例如在战后伊拉克，它支持重建卫生系统；在达尔富尔，它支持向国内流离失所人口提供紧急服务；在干旱和蝗虫肆虐的尼日尔，它定期发布关于疾病和营养不良的模式和趋势的最新简报；在巴基斯坦，它在 2005 年 10 月地震后有效协调了卫生部门的反应；在其它许多国家，也作出了各种努力。

**全组织范围预期成果的实现情况****已实施在紧急情况中作为首要问题促进健康的政策和宣传立场**

指标	基线	目标	成就
采纳政策确认卫生为在紧急情况下需要注意的一个重要因素的国家机构和机构数(即包含有紧急情况防备和反应部分的国家合作战略文件数量)	18	78	详见正文

预期成果基本上实现。随着机构间常设委员会卫生部门的建立，联合国和其他人道主义组织明确承认了卫生在紧急情况中的关键重要性。在常设委员会内，世卫组织大力宣传了危机中的卫生问题，确保将卫生视为灾害防备和反应的关键部分。2005 年，世卫组织被指定为常设委员会卫生部门的主要机构。此外，非洲区域 17 个会员国，美洲区域全体会员国，欧洲区域 12 个会员国和西太平洋区域的 3 个会员国在国家合作战略文件中纳入了紧急情况防备和反应部分。2005 年 11 月，东南亚区域 11 个会员国与世卫组织合作，制定了监测和加强国家紧急情况防备和反应计划的基准和指标。东地中海区域的 6 个会员国目前承认卫生是紧急情况反应战略的关键部分。

**已为国家 and 国际级紧急情况防备和反应的决策和资源分配产生和促进可靠、独立和及时的公共卫生信息**

指标	基线	目标	成就
在会员国中已制定的手段和实施的系统数量，包括用于紧急情况反应、防备和减少脆弱性的卫生信息数量	未制定	已制定	制定了 30 种新的或订正的工具，涉及紧急情况应对和反应中卫生信息管理的各个方面

在本双年度，世卫组织在管理危机中的卫生信息方面的作用和权威大大增加。制定了 30 种新的或订正的工具，涉及紧急情况应对和反应中卫生信息管理的各个方面，包括快速评估卫生需要的模板。世卫组织 2005 年末发表的题为《分析紊乱的卫生部门》的手册，涉及与紊乱的卫生部门研究有关的主要领域，为进一步开展研究提供了切实的意见、实际经验、工具、参考和建议。世卫组织在苏丹达尔富尔和乌干达南部的粗死亡率调查强化了卫生信息作为危机可靠指标的重要性。这一领域产生了具体成果和一条战略性服务线。伙伴日益期待世卫组织在不同情况下在需求评估和跟踪绩效和结果(死亡率和生存率)方面发挥主导作用。

2004-2005 年规划预算 — 执行情况评估报告

**已通过向会员国的卫生部门提供有效支持，使减少人和卫生设施脆弱性及防备紧急情况和采取行动的地方能力制度化**

指标	基线	目标	成就
将减轻灾害纳入技术合作政策的国家数目	未确定	未确定	未确定
在危机/紧急情况中训练有素的卫生行动的数量以及区域办事处和国家办事处各级存在的人道主义行动联络点的数目	73	300	400

提高世卫组织在危机中的卫生行动效益的三年期规划推动了能力建设，以支持会员国努力在实地防备和应对危机。该规划侧重于世卫组织在紧急情况中的四种关键职能(评估卫生重点；协调卫生行动；查明和弥补差距；支持加强当地能力和系统)。在该项目开始时，聘用了 60 名左右工作人员，深入介绍了该方案的目标，并将他们派往具有战略重要性的国家，主要是非洲区域。由于世卫组织加强了实地存在，紧急工作日益密切地纳入国家计划，其对联合呼吁进程的贡献质量也大大提高。在本双年度期间，总共在日内瓦、刚果、刚果民主共和国、埃及、埃塞俄比亚、肯尼亚和乌兹别克斯坦举办了 11 次活动，培训了 400 名左右世卫组织工作人员和伙伴。培训课包括简介班、关于管理危机中卫生信息的讲习班、项目管理课程和培训培训师课程。

**已形成有卫生系统、联合国机构、非政府组织和其它实体参加的以透明和负责任的方式减少脆弱性、提供有效卫生援助的联盟**

指标	基线	目标	成就
联合呼吁中卫生部分资助覆盖率	30%	50%	69%
为在国家级减少灾害与伙伴的联合项目和谅解备忘录数量	未确定	未确定	若干项目(见下文)

2005 年 5 月，世卫组织与红十字会与红新月会国际联合会签署联合谅解备忘录，标志着它们加强了合作。在非洲区域，在国家一级开展了 13 个联合项目。在东地中海地区，世卫组织在伊朗伊斯兰共和国、约旦、索马里和苏丹与包括儿童基金会、开发计划署和红十字会与红新月会国际联合会在内的主要伙伴一道实施了项目。欧洲区域办事处继续与开发计划署、儿童基金会、难民专员办事处和其他伙伴密切合作，开展紧急计划和其它活动。美洲区域办事处与红十字会与红新月会国际联合会和儿童基金会一道，制定了联合紧急情况防备工作计划。世卫组织东南亚和西太平洋区域办事处与亚洲防灾中心签署了联合谅解备忘录，以开展紧急情况防备培训，并为总计将近 300 人开办了 3 次区域间培训班和至少 6 次国家培训班。西太平洋区域办事处继续与欧洲委员会人道主义援助部、日本国际合作署、东盟灾害管理委员会和其他机构密切合作。就通过联合呼吁筹措的资金而言，50%的指标已经超过，但所筹措的资金分布不均匀，一些呼吁(尤其是海啸灾害)资金超额，另一些呼吁则完全没有筹措到资金。

**已加强世界卫生组织在协调国际卫生灾害减少和反应工作方面的领导作用**

指标	基线	目标	成就
满足行动的最低限度要求的区域和国家办事处数量	未确定	未确定	未确定
确认在紧急工作中世界卫生组织技术援助相关性的外部评价数量	1	2	7

在这一领域取得了良好进展。2004 年 12 月地震和海啸之后两个月，世卫组织开展了一项外部促进内部审查工作，总结其业务，确认应当汲取的经验教训。2005 年 11 月，世卫组织在巴基斯坦地震过后的第一个月，进行了其在巴基斯坦的反应工作的内部审查。此外，世卫组织与捐助者联合审查了 2004-2005 年在紧急情况领域开展的工作。世卫组织与英国国际开发署、瑞典国际开发署和欧洲委员会人道主义援助部一道，审查了其在乍得、刚果民主共和国、印度尼西亚、利比里亚、斯里兰卡和苏丹的人道主义活动。审查表明，在一些国家，世卫组织充分履行了其核心任务和职能，但在另一些国家，其加强紧急工作的努力尚未见到效果。审查者还强调了应变能力、标准业务程序、授权程序、紧急反应基金和妥善的后勤和行政系统对在紧急情况下快速部署人员、供应和设备的极大重要性。2004 年，世卫组织和难民专员办事处开展了评估卫生营养的联合行动。还进行了世卫组织在遭受洪灾的圭亚那的紧急工作的内部评估。2004 年在尼泊尔、巴基斯坦和赞比亚进行了 3 次试点评估，涉及这些国家的卫生和营养状况以及对难民人口的反应。2005 年，在布隆迪和利比里亚进行了整个卫生部门评估。总体来说，建议包括指导如何增进各个利益相关者项目之后的协调性，以及非政府组织向当地卫生部门转让知识和移交责任。这些评估的结果目前已经纳入了卫生部门和营养部门的工作中，将用于制定卫生部门战略和技术指导。

### 已可为减少灾害和人道主义援助获得关于最佳卫生做法和政策的权威性最新科学信息

指标	基线	目标	成就
共同汲取的经验以及已记录在案并得到传播和推广的活动数量	2	4	4
反映世卫组织减灾最佳做法和政策的出版物数量	未确定	未确定	下述若干出版物

2005 年 5 月，世卫组织在泰国的普吉召开了一次重要会议，重点是从 2004 年 12 月海啸灾害之后和最初恢复阶段汲取的卫生教训。会议的报告全文发表于《院前和灾害医学》<sup>1</sup>。世卫组织还是海啸评估联盟的成员，该联盟是一个学习和问责行动，有 50 多名成员机构，其目的是促进全部部门的海啸反应评估方针，以提升全部部门的认知。第一份报告预期将在 2006 年 2 月发表。其它联合举行的汲取经验教训的活动包括世卫组织、伊朗伊斯兰共和国卫生部和其他伙伴在 2003 年巴姆地震过后组织的讲习班。以各种语言分发了 5 000 多份防灾卫生图书馆只读存储器光盘和 29 000 多份死尸管理手册。新的出版物包括关于疟疾控制、营养、精神卫生和紧急情况下的艾滋病毒/艾滋病问题的指导方针，以及关于强奸幸存者医护管理和许多其它问题的指导方针。区域出版物包括西太平洋区域办事处编写的紧急反应手册和国民袖珍急救手册，以及美洲区域办事处编写的精神卫生手册。

## 成功的因素和障碍

### 成功因素

- 世卫组织改进了在近来危机中的绩效进而加强了其作为紧急情况卫生管理领导者的公信力。它还获得了捐助者的信任以及政府、私人部门和公众的慷慨捐助。捐助者还越来越看重世卫组织在紧急情况中的工作及其为发挥更大实际作用作出的努力。
- 许多捐助者以及联合国和人道主义组织目前承认卫生是紧急情况中的一个核心问题。卫生部日益意识到灾害防备和管理是卫生计划的关键因素。

<sup>1</sup> Plianbangchang S. 世卫组织特别报告：前言。《院前和灾害医学》，2005：20 (6)。可在以下网站检索：<http://pdm.medicine.wisc.edu>。

- 本组织通力合作，通过紧急情况防备和反应领域的工作，汇集了有关的技术知识，对紧急情况中的卫生方面作出全面反应(例如精神卫生、孕妇和儿童卫生和许多其它部门)。
- 来自加强世卫组织在危机中卫生行动绩效的三年期规划的资金流入使世卫组织得以在各国扩大其存在，加强在实地一级对会员国的支持。
- 世卫组织对机构间常设委员会卫生部门的领导使其得以承担更为明显的灾害管理作用，并掌握有关手段。增进卫生部门紧急情况反应活动的协调。
- 世卫组织的人道主义卫生伙伴日益认识到利用卫生信息提请对危机的关注的重要性以及世卫组织在这一领域的权威性。

### 障碍

- 本工作领域正常预算数额很小，严重依赖预算外捐款。然而，捐助者往往在重大紧急情况中捐款，但忽略了未能吸引公众注意的较小的危机。此外，大部分预算外捐款严格限定用于直接救灾，不承担世卫组织履行一般职能，包括紧急情况防备和计划的开支。这就导致了资金短缺，造成其应急工作内在的不平衡。
- 会员国的紧急情况防备和能力建设规划和应变计划仍然很有限，尽管它们日益意识到需要针对重大危机制定计划。
- 为条件艰苦的工作站聘用和留用合格和有经验的工作人员是一个重大限制因素。
- 过时的行政程序严重妨碍了优化反应机制。经验一再表明，世卫组织的正常行政程序不足以对大规模紧急情况作出快速和灵活的反应。
- 缺乏应急循环基金，妨碍了世卫组织对重大紧急情况作出迅速反应。

### 2004-2005 年中汲取的教训以及在 2006-2007 年中应用这些教训

- 2004-2005 年的大量重大灾害强调了紧急情况防备的重要性。越来越需要会员国加强能力，以防备灾害，减轻风险。世卫组织必须努力确保其紧急情况防备活动稳定的资金供应(上文已叙述了在这一领域吸引资金的困难)。一旦三年期规划在 2007 年 4 月结束，为确保世卫组织可巩固该规划的成就，维持其实地存在，确保稳定的资金供应也是至关重要的。
- 缺少合格的实地人员以供快速部署往往是一个重大限制因素。针对这一欠缺，世卫组织计划发起卫生紧急情况行动反应网络。该网络试图建立一个合格、有经验和训练有素的国际卫生工作者人才库，以在危机和灾害情况下快速部署。捐助者对这一概念很感兴趣，世卫组织希望筹措足够的资金，将之发展为一个全方位的、可自我维持的规划。
- 世卫组织承担了卫生部门领导机构的作用，因此面临双重挑战：它必须对其人道主义伙伴进行强有力的领导和权威性的指导，同时表明它自身乐于进行必要的内部改革，以对危机作出有效反应。世卫组织必须有能力继续率先协调反应努力，进行卫生需要评估，制定标准和跟踪卫生绩效和结果。
- 世卫组织为表明其拥有提高其危机中绩效的知识、能力和热情，大力开展了宣传工作，因此获得了捐助者的信任以及政府、私人部门和公众的慷慨捐助。它必须密切监测规划结果，表明它言而有信，从而维持这一信任。行政和项目管理能力薄弱仍然是一个重大限制因素。向捐助者报告的质量往往不稳定，许多项目继续拖期，或实施过度或实施不力。这是 2006-2007 年一个主要的投资和改进领域。
- 世卫组织必须继续推动制定全球紧急情况标准行动程序的进程。这是世卫组织反应机制及其自身体制性紧急情况防备措施的一个关键部分。2005 年设立了一个工作组，提出了改进世卫组织应对危机的工作的若干建议，包括制定全组织范围的标准业务程序，建立紧急情况基金，预先安排储备，明确授权以及在本组织三个层次上划清责任。该工作组将在 2006 年继续其工作。

## 2004-2005 年规划预算 — 执行情况评估报告

- 正如联合国紧急救济协调员 2005 年委托的人道主义反应审查反复强调的，国际社会要想改进其在灾害和紧急情况过后的集体反应，必须在人道主义伙伴之间建立密切合作和联盟。世卫组织必须继续建立强大伙伴关系，以确保在整个卫生部门改进紧急情况反应的计划和协调。世卫组织自身的反应能力取决于其在多大程度上预先投资于帮助其卫生部门伙伴作了准备。
- 捐助者日益强调，应当由一个独立的小组来评估预算外项目。在此过程中，他们帮助确保了评估工作成为世卫组织工作的一个有机组织部分。下一个两年期的挑战将是对世卫组织在危机中的工作作出制度化的全面评估。普遍认识到此类评估将提供学习机会，进而提高绩效，对确保在这一领域取得良好成果是至关重要的，还将有助于加强世卫组织与其主要捐助者的关系。

### 批准的预算和实际支出

		批准的预算	实际支出		
			正常预算	其他来源	所有资金
2004-2005 年总计 (以千美元计)		119 037	8 574	238 800	247 375
百分比	国家	82	44	75	74
	区域	11	29	10	11
	全球	7	27	15	15

## 基本药物：获取、质量及合理使用

### 世界卫生组织目标

与各国一起开展工作，制定、实施和监测国家药物政策；促进基本药物的公平获取，尤其是用于重点卫生问题的基本药物；通过有效的药物管制，确保药物的质量、安全性和有效性；改进卫生专业人员和消费者对药物的合理使用。

### 指标与成就

*能获取基本药物的全球人口百分比。* 根据 2005 年的估计数字，在 18 个国家中(13 个低收入国家、5 个中等收入国家)，不足一半的人口能定期获得基本药物；在 46 个国家(24 个低收入国家，19 个中等收入国家，3 个高收入国家)，50%到 80%的人口能定期获得基本药物。按照 2003 年的估计数字，世界人口的三分之二左右不能定期获得基本药物。因此，每天有大约 27 000 人出现不必要的死亡。

*具有国家药物政策(无论是新的或是在过去 10 年内更新的)的国家数。* 到 2005 年底，在过去 10 年内，有 65 个国家或者颁布了新的或者修订了现有的国家药物政策。

## 主要成就

- 伴随透明的和标准化的技术发展和全球咨询程序，制定了医药领域若干全球政策、规范和标准。
- 资格预审规划目前得到广泛承认。在所审议期间，对 70 多种抗艾滋病病毒/艾滋病、结核和疟疾的重点医药产品进行了评估和资格预审。
- 在至少 40 个低收入和中等收入国家采用了标准的世卫组织/卫生行动国际方法，进行医药价格调查。大多数结果都已公布。制定了在各国的宣传和政策干预建议和计划。
- 加强和扩充了世卫组织在非洲的国家医药专家网络。向会员国提供了技术支持，以制定、实施和监测国家药物政策。对区域行动给予了支持，以加强药物采购和供应系统，例如，在东地中海区域，同时，通过在西太平洋区域和东南亚区域建立快速预警系统，打击假冒活动。在非洲加强了在药物管制和协调领域与分区域经济体，例如南部非洲发展共同体、西非经济和货币联盟和东非共同体的协作。
- 世卫组织发表了关于传统医药政策，包括涉及草药管制的主要政策文件和指导方针。
- 与联合国机构和国际组织的合作加强了就有关技术咨询和政策指导开展的外联活动，这些技术咨询和政策指导涉及面向公共卫生的知识产权规则的制订和实施。此外，世卫组织还特别与儿童基金会、人口基金、艾滋病方案、世界银行和抗艾滋病、结核和疟疾全球基金密切合作，促进其在与药物有关的质量、采购和知识产权方面政策的协调性。这一协调工作由世卫组织管理。

### 举例说明部分成就

尽管各国和伙伴作出了持续努力，但对非洲区域的结核负担没有明显影响。对 1993-2003 年的结核发病率的审查表明，在结核发病率继续增加的 3 个区域，非洲区域再度名列第一。劣质药物的流通是对治疗结核的常用药物产生抗菌素抗药性的主要原因之一。为确保获得有质量保证的药物，在 7 个国家搜集了抗结核药物的样本，包括利福霉素、异烟肼和复方利福霉素/异烟肼，以进行质量控制。结果显示了一些样本活性成份和溶解状况的缺陷。与有关国家当局进行了讨论，讨论将继续下去，以制定适当的管理措施，解决抗结核药物质量低下的问题。



## 全组织范围预期成果的实现情况

**已向国家提供适当支持以制定和实施国家药物政策并监测其影响，包括监测获取药物方面有关贸易协定和全球化的影响并提供咨询意见**

指标	基线	目标	成就
具有实施国家药物政策新计划或在过去 5 年内更新的计划的目标国家百分比	49/105 (48%)	未确定	66/103 (68%)
在监测关于获取基本药物的有关贸易协定的影响方面已加强能力的国家数	32/105 (30%)	未确定	增加 13 个国家

审查了世卫组织调查包，开发和使用了新的工具，以衡量家庭一级获取药物的情况。本双年度第一次进行这类分析，提交了综合最初成果的报告。提供了技术支持，已在西太平洋区域 16 个国家、中欧和东欧 15 个国家、东地中海区域 15 个国家和非洲区域 23 个国家制定、实施和监测国家药物政策。制定国家药物政策通常需要若干年，这一努力的积极成果可望在下一个双年度显示出来。在亚洲/太平洋区域，世卫组织与开发计划署和民间社会伙伴合作，并与来自该区域 18 个国家的贸易、专利和卫生官员一道，提高对有关公共卫生和知识产权问题的国际法发展状况的理解和认识，就在国家专利法中灵活实施《与贸易有关的知识产权协议》提供技术援助。在非洲，世卫组织与非洲联盟、开发计划署和民间社会伙伴合作，按照《与贸易有关的知识产权协议》和《多哈宣言》，就制定和实施对公共卫生敏感的知识产权法组织了讲习班，培训来自非洲联盟 34 个国家的贸易、卫生和专利官员。配合培训和能力加强活动，世卫组织发表了与实施《多哈宣言》和《与贸易有关的知识产权协议》有关的问题的技术和政策指导。世卫组织还通过世贸组织就《与贸易有关的知识产权协议》组织的区域讲习班提供了技术援助，以表明世卫组织在与实施贸易协定、知识产权和获取药物有关的减贫问题上的看法。

**已向国家提供适当支持以促进传统医药及补充和替代医药的安全性、有效性与合理使用**

指标	基线	目标	成就
建立关于传统医药及补充和替代医药安全性和有效性的全球依据网络与监测系统	不存在此类网络	到 2005 年底建立了网络	2005 年 11 月开展了关于草药网络的国家管制合作
具有草药方面法律和规定的目标国家百分比	82/127 (65%)	未确定	98/127 (77%)

进行了关于传统医药政策和草药管制的全球调查，以确定各国管制传统医药以及补充和替代医药的状况、困难和需要，并确定世卫组织可能的合作和支持领域。关于各国传统医药的信息很有限，仍然缺乏研究数据和适当的质量保证机制。有 120 多个国家已要求世卫组织支持它们加强信息系统管制和研究工作。2005 年 11 月在渥太华建立了国际草药管制合作网络，成员包括下列区域机构，例如西太平洋区域协调草药论坛、泛美药物管制协调网络、欧洲草药委员会、东盟传统药物和卫生辅助手段产品工作组和拉丁美洲议会。该网络将帮助解决与管制和安全使用草药有关的问题，并促进其成员间就管制和安全使用草药进行对话。世卫组织举办了一次关于种植、采集和炮制草药的良好做法的区域间培训讲习班，参加者有来自 23 个国家的 46 人，包括国家药物当局、研究机构和制药业的代表。世卫组织发表了关于传统医学的主要政策文件和指导方针，包括两个系列：关于草药产品的良好管理做法和根据污染物和残留物评估草药的安全性和质量的指导方针，关于栽种和采集青蒿素良好做法的专论，世卫组织关于特定药用植物的专论第四卷，关于新近独立国家常用药用植物的专论，还有两套指导方针，分别涉及按摩疗法的基本培训和安全以及植物药物的基本培训和安全。

**对公立和私立部门中资助提供基本药物及加强价格承受能力已提供指导**

指标	基线	目标	成就
传播涵盖药物的公众健康保险准则	没有制定准则	制定和传播了准则	由于缺乏资金尚未开始工作
允许私营药房以非专利药物进行替代的国家数	99/132 (75%)	没有制定	85/132 (64%)

至少在 40 个低收入和中等收入国家目前使用了世卫组织/卫生行动国际进行医药价格调查的标准方法，已记录 30 个非商标产品和商标产品的价格和可得性。通过以医药费用与公立部门最低工资相比较，衡量了价格承受能力。对大多数国家的研究成果都已作了分析，并公开发表。制定了在各国的宣传和政策干预建议和计划。开发和测试了监测药物价格的新的工具，准备在各国投入使用。西太平洋区域委员会第 55 届会议批准了 2005-2010 年在西太平洋区域改善获取基本药物状况的区域战略，该战略将作为各国实施获取药物政策的框架 1。在 15 个非洲国家评估了地方药物生产状况。对有关成果将作出分析，并用于制定加强国家能力的区域框架。由于缺乏资金，无法制定全球指导并将工作扩充到所有区域。在欧洲区域，继续开展工作，支持会员国加强医药报销制度。

**已促进公立和私立部门中的有效药物供应管理系统，以便确保持续提供药物并对改进药物获取作出贡献**

指标	基线	目标	成就
具有以国家基本药物清单为基础的公立部门采购的目标国家百分比	84/127 (66%)	未制定	85/127 (66%)
至少有 75% 的公立部门采购经过竞争性投标的目标国家百分比	58/78 (83%)	未制定	60/70 (85%)

在所有区域，许多国家都得到了技术支持，以加强其医药供应系统，包括制定抗艾滋病、结核和疟疾全球基金采购计划。在非洲区域进行的调查表明，许多国家需要更新其国家基础药物清单，以作为公共战略的依据。完成了关于宗教组织团体供应效率的大型跨国研究。在东地中海区域，向海湾合作理事会成员国提供了支持，以改善其医药采购做法。

**已加强和促进药物质量、安全性和有效性的全球规范、标准及准则**

指标	基线	目标	成就
已指定的国际非专利（普通）名称数量	每双年度大约指定 200 个新名称	200	230
为国际控制分类而审查过的精神物质及麻醉物质数量	每双年度大约审查 5 种精神物质和麻醉物质	5	0 专家委员会会议推迟到 2006 年举行

在本双年度，世卫组织在执行委员会 2005 年 1 月通过了修订程序后，指定了 230 种新的国际非专利名称。此外，就生物技术产品制定和批准了新的命名法。鉴于迫切需要新的准则和标准，世卫组织药物制剂规格专家委员会举行了一次特别会议，以敲定和批准一些规范材料，包括联合国机构间药物采购制度质量保证指导方针和用于艾滋病毒/艾滋病的新的基本药物全球质量标准。

<sup>1</sup> WPR/RC55.R.4 号决议。

**已促进有效药物管制手段和质量保证系统，以便加强国家药物管制当局**

指标	基线	目标	成就
实行基本的药物管制系统的目标国家百分比	90/130 (69%)	未确定	104/130 (80%)
具有基本质量保证程序的目标国家百分比	111/137 (81%)	未确定	71/137 (52%)

西太平洋和东南亚区域的 6 个国家，制定和检验了打击假冒药物的方法。2005 年 5 月启动了打击假冒药物的快速预警系统，28 个国家已经加入这一行动。世界卫生组织的资格预审规划，目的是通过确保药物的质量、安全和疗效拯救生命增进健康，该规划在 2005 年期间已在通过资格预审的产品清单中增加了总共 31 种新的抗逆转录病毒药物产品，进一步扩大了获得高质量产品的选择。此外，世卫组织为地方制药商和政府举办了 6 个培训班，帮助建立按照国际质量标准生产和评估药物的能力。在非洲区域，3 个质量控制实验室通过其资格预审评估。2005 年 10 月，在亚的斯亚贝巴举行的药物管制者会议上，制定了一项 5 年期区域战略计划，以加强非洲的管制机构。在这一框架内，各国得到直接技术支持，以评估和加强其药物管制机构，发展人力资源能力。分区域经济集团，例如南部非洲发展共同体、西非经济和货币联盟和其它机构，包括泛美药物管制协调网络之间的合作正取得进展，以促进药物管制的协调。

**已促进提高关于药物成本效益及合理使用的认识和指导，目的是改进卫生专业人员和消费者对药物的使用**

指标	基线	目标	成就
在过去 5 年中更新了国家基本药物清单的目标国家百分比	82/114 (72%)	未确定	68/114 (59%)
在过去 5 年中更新了临床准则的目标国家百分比	47/76 (62%)	未确定	57/76 (75%)
已开始实施关于合理使用药物的大众教育运动的目标国家百分比	72/120 (60%)	未确定	12/120 (10%)

2005 年制定了第 14 份基本药物标准清单。执行委员会讨论了合理用药和改进对抗菌素抗药性的控制问题，起草了一项决议，随后由世界卫生组织大会通过<sup>1</sup>。在 3 个控制对抗菌素抗药性的试点项目中，制定了农村地区的新的监测方法，以研究公立和私立部门规定的抗菌素变化的影响。这些新的方法对监测抗药性的发展情况和测试控制抗药性的干预措施的影响是至关重要的。一些国家实施了规划，促进开处方者和消费者的合理用药。然而，一般来说，仍然有很大的“政策差距”，因此，虽然存在有效的政策和干预措施，接受调查的国家只有不足半数实施了这些政策和措施。这就导致治疗结果不尽如人意，而且浪费了经济资源。

<sup>1</sup> WHA58.27 号决议。

## 成功的因素和障碍

### 成功因素

- 通过专家委员会制定全球规范材料的积极和标准化方法和全球咨询进程，保证了世卫组织与药物有关的工作的独立性、高技术质量和信誉。对资格预审规划的需要增加和政治支持提高了本组织能见度。
- 药物规划继续得到热诚的工作人员的支持，他们中许多人被公认为各自领域的全球专家。因此，这一部门通常能够得到顶尖专家的技术咨询和援助。对国别办事处药物专家的持续支持加强了世卫组织在国家一级的作用和技术能力，促进了与会员国的持续合作。
- 世卫组织汇合卫生、贸易和专利官员的方针促进了在相互关联的公共卫生、贸易和知识产权领域的政策和决策的协调。

### 障碍

- 日益依赖专项资金，甚至是就全球规范性职能而言，以及资金筹措和捐助者报告带来的负担，影响了稳定的人员配备和长期计划，增加了管理费用。今后，有关规划管理、资金筹措和捐助者报告的特别预算项目将纳入各项资助方案，以负担这些基本职能。
- 在所有疾病领域，包括艾滋病/艾滋病、结核和疟疾等重大疾病，与药物有关的工作增加了，但这并没导致各部门之间协调的药物方针，成本效益和技术质量都有所下降。需要作出特殊努力，促进整个世卫组织系统药物政策的协调一致，并侧重于各个部门中统一的质量标准和以证据为基础的临床指导方针。
- 在许多国家，对知识产权问题及其对公共卫生和获取药物的影响的认识和了解仍然不足，当地的专门知识需要进一步加强。

## 2004-2005 年中汲取的教训以及如何 在 2006-2007 年中应用这些教训

- 在药物领域对世卫组织规范性指导和技术支持的需求超出了现有人力和财力资源范围。需要加强筹资工作，包括在区域和国家各级的筹资。因此，在 2006-2007 年，将加强对世卫组织规范性工作的全球效益以及筹资活动的政治宣传。
- 国家开展与药物有关的工作的能力将继续得到加强，还将侧重于支持分区域机构。
- 将加强活动，协调整个世卫组织系统以及联合国各机构之间的药物政策，促进与其他世卫组织规划，例如艾滋病/艾滋病规划、卫生服务组织、结核和疟疾规划，以及在全球和国家各级与其它国际机构的合作。

## 批准的预算和实际支出

		批准的预算	实际支出		
			正常预算	其他来源	所有资金
2004-2005 年总计 (以千美元计)		51 447	16 217	33 739	49 956
百分比	国家	15	34	13	20
	区域	28	24	22	22
	全球	57	42	65	58

## 免疫和疫苗开发

### 世界卫生组织目标

在以下领域内实现大幅度进展：创新-研制并向国家提供新的疫苗、生物制品以及与免疫相关的技术，以便减轻具公共卫生重要意义的疾病负担；免疫系统-加强作为卫生提供系统组成部分的免疫服务的影响；加快疾病控制-以加强卫生基础设施的方式控制、消灭或根除优先重点疾病。

### 指标与成就

- 为不足 1 岁的儿童普遍接种三剂乙肝疫苗：在 192 个会员国中接种率为 48%。
- 为不足 1 岁的儿童普遍接种三剂白百破疫苗：在 192 个会员国中接种率为 78%。
- 全球报道的脊髓灰质炎病例数：2003-2004 年期间报告了 2039 起病例。

### 主要成就

- 2005 年，卫生大会在 WHA58.15 号决议中通过了一种新战略旨在防治疫苗可预防疾病，这类疾病每年使 200 多万人死亡<sup>1</sup>。世卫组织和儿童基金会联合制定的 2006-2015 年全球免疫远景与战略有四大目标：针对更多的疾病为更多的人进行免疫；采用一系列新疫苗和技术；使免疫与其他卫生干预措施和监测结合起来；在全球相互依赖的环境中管理疫苗接种规划和活动。
- 疫苗研究取得了重大进展。新疫苗包括：两种轮状病毒疫苗、两种脑膜炎疫苗、一种九价肺炎球菌共轭疫苗、两种防宫颈癌的人类乳头瘤病毒疫苗、一种疟疾疫苗(在二期临床试验中显示出对严重疾病的抵御力为 58%)、一种口服霍乱疫苗(在资源匮乏环境中显示出的抵御力接近 80%)以及一种日本脑炎疫苗。此外，10 个重点发展中国家在艾滋病毒疫苗准备活动方面取得了显著进展。
- 为应对大流行威胁，世卫组织生物标准化专家委员会为人类流感大流行疫苗的生产 and 质量控制制定了新的世为组织准则。该委员会还核准了人类基因试验的第一套国际标准。
- 疫苗质量和免疫安全性得到改善。使用有质量保证疫苗的会员国数量增加到 179 个(93%)。另有 24 个会员国开始使用自毁式注射器进行常规免疫(总数达 111 个国家(58%))。取得的进展是显著的：使用自毁式注射器的国家比率非洲区域为 85%，东南亚区域为 91%，欧洲区域为 41%，东地中海区域为 45%。
- 实施“遍及每个区县”的方针有助于提高常规免疫的覆盖率。总体说，三剂白百破疫苗接种率维持在 78%。非洲区域的接种率提高了 8%，总接种率达到 66%。到 2004 年底，102 个国家三剂白百破疫苗接种率超过 90%，80 个国家在 50%到 89%之间，只有 10 个国家接种率在 50%以下(2000 年时有 20 个国家)。
- 2002 年中全球麻疹死亡率降低了 23%。非洲和西太平洋区域降低幅度最大，估计这两个区域麻疹死亡率分别降低了 32%和 44%。非洲的结果对全球数字具有重要影响，该区域自 2002 年以来占全球麻疹死亡率 50%以上。东南亚区域的麻疹死亡率也降低了 8%，而东地中海区域则降低了 22%。欧洲区域降低了 52%，死亡人数不到 1000 人。美洲区域麻疹流行病的传播仍处于中止状态，2005 年报告的病例不到 100 例。
- 尽管 2005 年未能实现消灭孕产妇和新生儿破伤风的全球目标，但取得了显著进展。26 个国家在高危领域开展了破伤风类毒素补充免疫活动，以至至少两剂破伤风类毒素为 1700 多万育龄妇女提供保护。经证实，尼泊尔、卢旺达、多哥和越南已消灭了孕产妇和新生儿破伤风。此外，经过一个国际小组审查后证实印度的喀拉拉州也实现了消灭目标。

<sup>1</sup> 以世卫组织/儿童基金会的估算值为基础的三剂白百破疫苗接种数值。

**举例说明部分成就**

- 在剩余的脊髓灰质炎影响地区，在消灭 2 型和 3 型脊髓灰质炎病毒方面取得了巨大进展，研制并采用了两种新疫苗。1 型单价口服脊髓灰质炎疫苗和 3 型单价口服脊髓灰质炎疫苗对特定病毒类型的抵御力高于传统使用的三价口服脊髓灰质炎疫苗。1 型单价口服脊髓灰质炎疫苗以创纪录的时间于 2005 年研制成功，并在埃及和印度由此使用。现在各国均能获得这两种疫苗。单价口服疫苗预期将成为 2006 年全球根除脊髓灰质炎努力最后阶段的“役马”。2 型单价口服脊髓灰质炎疫苗已在安哥拉、埃及、厄立特里亚、埃塞俄比亚、印度、印度尼西亚、巴基斯坦、索马里、苏丹和也门十个国家使用，2006 年中将大幅度增加其使用率，更迅速地中止剩余的野生型脊髓灰质炎毒株的传播。
- 埃及和尼日尔已遏制住本地脊髓灰质炎病毒的传播，使脊髓灰质炎流行国家数目由 6 个减至 4 个(阿富汗、印度、尼日利亚、巴基斯坦)，达到历史最低水平。2003-2005 年多国流行期间重受感染的非洲和亚洲大多数国家再一次消灭了脊髓灰质炎。在尚需遏制外来病毒传播的 8 个国家中，索马里提出了最严峻的挑战。这方面进展归功于新的单价口服脊髓灰质炎病毒疫苗的迅速研制和采用以及脊髓灰质炎根除活动质量的改善，这些活动旨在补充免疫运动期间使更多的儿童受益。

**全组织范围预期成果的实现情况**

**已促进研究和开发并已便利临床前的评价，用于新的抗结核、疟疾、志贺菌病和登革热候选疫苗（与热带病研究和培训特别规划合作）以及艾滋病毒/艾滋病（与联合国艾滋病规划署合作）**

指标	基线	目标	成就
正从临床前评价进入临床评价或已处于临床评价阶段的候选疫苗的数量	6 个中一个都没有	6 个全部	6 个中有 4 个
世界卫生组织针对发展中国家研究人员开展疫苗研究与开发的支持比例	40%	50%	50%

中国已完成一期疟疾疫苗试验，初步分析表明该疫苗是安全和致免疫的。印度对 A 型脑膜炎球菌共轭疫苗进行了一期试验。拉丁美洲对利什曼病疫苗进行了二期试验。澳大利亚目前正在对日本脑炎疫苗进行三期试验。气雾剂麻疹疫苗的两项试验推迟至 2006 年进行以便能够与各区域开展广泛对话并进行协调(活动的区域化)。

**已促进临床实验（安全性、致免疫性和有效性），包括对选定的 HIV/艾滋病、肺炎球菌、脑膜炎球菌、肠毒性结肠内阿米巴、乙型脑炎、轮状病毒和人类乳头瘤病毒新疫苗以及针对其它传染病的疫苗（在适当时）**

指标	基线	目标	成就
在获得有数据支持关于引进肺炎球菌、轮状病毒或人类乳头瘤病毒疫苗的以证据为基础的决定的低收入和中等偏低收入国家中早期引进疫苗的国家数	34 个国家中没有一个	34 个国家中有 6 个	34 个国家中有 6 个
已在艾滋病毒疫苗准备活动(国家计划、培训活动、加强基础设施和/或临床试验)方面取得进展的重点发展中国家数	32 个国家中没有一个	32 个国家中有 10 个	32 个国家中有 10 个

## 2004-2005 年规划预算 — 执行情况评估报告

已完成对肺炎球菌共轭疫苗新生儿剂量安全性的评价。非洲和亚洲已完成对轮状病毒疫苗的临床试验。非洲艾滋病疫苗规划促进在非洲开始艾滋病疫苗的临床试验并继续支持各国为试验作准备。

### 已促进适宜战略并提供支持加速运用未充分使用的疫苗，特别是乙型肝炎和乙型流感嗜血杆菌疫苗

指标	基线	目标	成就
在已引进乙肝疫苗以及已引进乙型流感嗜血杆菌疫苗并存在相当沉重的疾病负担的国家中生活的 1 岁以下人群百分比	192 个会员国中 44% 的婴儿接种了三剂乙肝疫苗 在具有相当沉重疾病负担的 149 个会员国中 32% 的婴儿接种了三剂乙型流感嗜血杆菌疫苗	192 个会员国中 58% 的婴儿接种三剂乙肝疫苗 在具有相当沉重疾病负担的 149 个会员国中 40% 的婴儿接种三剂乙型流感嗜血杆菌疫苗	192 个会员国中 48% 的婴儿接种了三剂乙肝疫苗 在具有相当沉重疾病负担的 149 个会员国中 43% 的婴儿接种了三剂乙型流感嗜血杆菌疫苗

西太平洋区域(占全球乙肝死亡率的 40%)是最先制定乙肝控制达标日期的区域之一。除一个国家外，该区域所有国家都将乙肝疫苗引进常规免疫。另有 12 个(6%)会员国将乙肝疫苗完全或部分纳入常规免疫计划。总共有 153 个(80%)会员国引进了该疫苗。此外，又有 8 个(4%)会员国将乙型流感嗜血杆菌疫苗引进常规免疫，使总数达到 92 个(48%)会员国。各区域继续努力评估疾病负担以及引进乙肝疫苗和乙型流感嗜血杆菌疫苗的成本效益。乙型流感嗜血杆菌行动已启动，世卫组织参加了疫苗和免疫全球联盟批准的联合会。

### 已最后确定和促进有关生物制品标准化和控制的修订（或新的）指南

指标	基线	目标	成就
正在进行必要的管制研究或已有符合最新科学发展的生产和控制建议的重点生物药品的百分比	对 14 项生物制品中的 4 项进行了管制研究 为 16 项生物制品中的 6 项制定了建议	对 14 项生物制品进行管制研究 为 16 项生物制品制定建议	正在对 14 项生物制品中的 13 项进行管制研究 正在为 16 项生物制品中的 15 项制定建议

已完成并已由生物标准化委员会通过了关于脱氧核糖核酸疫苗、轮状病毒减毒活疫苗(口服)、狂犬病灭活疫苗、全细胞百日咳疫苗的准则和建议以及关于日本脑炎抗体参考试剂的材料。对卡介苗疫苗的管制研究已开始。关于登革热疫苗和国际参考物质的准则已完成。目前正在就以下几方面开展工作：关于质量控制的分子方法、疫苗和细胞培养基稳定性评价的准则、关于人乳头瘤病毒、日本脑炎和肺炎球菌疫苗的标准。关于结合和艾滋病疫苗的管制研究也在进行中。

### 对政策实施和能力建设已提供充分支持，以便确保国家免疫服务机构提供的所有疫苗的持续供应和质量

指标	基线	目标	成就
国家免疫系统只使用具有质量保证的疫苗（按照世界卫生组织的标准）的国家百分比	192 个会员国中有 174 个(91%)	192 个会员国中有 179 个(93%)	179 个(93%)会员国
具有疫苗和注射器预算项目的国家百分比	192 个会员国中有 98 个(51%)	192 个会员国中有 115 个(60%)	105 个(55%)会员国既有疫苗也有注射器预算项目

## 2004-2005 年规划预算 — 执行情况评估报告

已制定和加强疫苗资格预审的修订程序。建立了发展中国家疫苗管制机构网络，为讨论与新疫苗评价有关的政策和程序并提高这方面认识提供了一个平台。拉脱维亚、摩洛哥和斯里兰卡成立了疫苗采购培训中心。另外在 8 个国家开办了 19 种关于国际疫苗管理、质量和管制的课程。中国、印度、印度尼西亚、伊朗伊斯兰共和国、泰国和越南举办了国内培训讲习班。对世界范围疫苗生产能力的审查已完成，有助于制定疫苗和免疫全球联盟的新疫苗供应战略(就 12 种不同疫苗对 9 个国家中 18 个生产商以及 5 个多国公司进行了调查)。

### 对重点国家的能力建设已提供充分支持，以实施一项综合系统确保安全免疫注射措施

指标	基线	目标	成就
确保无菌免疫注射措施（按照世界卫生组织的算法）的国家百分比	165 个发展中会员国中有 37 个 (22%)	165 个发展中会员国中有 132 个 (80%)	165 个发展中会员国中有 62 个(38%)

疫苗安全全球咨询委员会举行了四次会议讨论疫苗和注射安全问题。2001 年以来，80 多个国家使用了标准化工具来衡量注射的安全性。儿童基金会购买的自毁式注射器由 2003 年的 4.42 亿增加到 2005 年的 7 亿。在就注射器性能、质量和安全性向各国提供意见方面取得了显著进展。审查了对注射器提出的 72 份申请，其中 39 份有资格通过联合国系统各组织和专门机构获得供应。另有 23 个会员国(12%) - 总共有 131 个(68%) - 报告说在监测免疫后的不良事件。

### 已向重点国家提供充分的技术和政策支持，以加强各级的重要免疫职能和管理能力

指标	基线	目标	成就
监测区县级免疫覆盖率（所有常规抗原）的国家百分比	192 个会员国中有 150 个(78%)监测区县级白百破疫苗接种率	192 个会员国中有 163 个(85%)监测区县级白百破疫苗接种率	152 个(79%)各会员国监测区县级白百破疫苗接种率

除一个外，所有会员国都通过世卫组织/儿童基金会联合报告形式汇报了 2004 年的免疫数据。在 51 个(27%)会员国中，所有区县的白百破疫苗接种率都超过 80%。美洲区域举办了两个“免疫周”，有 36 个国家参加，覆盖了 8200 万人。欧洲区域中有 8 个国家也试验性地开展了“免疫周”活动。在儿童基金会和其他重要伙伴合作下制定了综合多年计划以巩固所有免疫相关计划。在各区域和选定国家颁布了准则并组织了培训规划。东地中海区域建立了监测儿科细菌性脑膜炎的网络，非洲和东地中海区域建立了监测轮状病毒网络。建立了国际免疫筹资机制以便实施一种创新的筹资办法。筹集的 40 亿到 80 亿美元将用于扩大提供现有疫苗并加速引进新疫苗。

### 已为世界卫生组织所有区域根除脊髓灰质炎及证实无脊髓灰质炎的工作提供了有效的协调和支持

指标	基线	目标	成就
已证实无脊髓灰质炎的世界卫生组织区域数	世卫组织 6 个区域中有 3 个	世卫组织 6 个区域中有 3 个	世卫组织 6 个区域中有 3 个

剩余的受脊髓灰质炎影响国家的卫生部长于 2004 年 1 月签署了《根除脊髓灰质炎日内瓦宣言》，承诺要加强并完成全球根除活动。2004-2008 年全球根除脊髓灰质炎行动战略计划已启动。非洲、中东和亚洲不止 25 个国家重新开始了大规模脊髓灰质炎免疫活动，遏制或预防源于尼日利亚北部的多国流行在国内和国际上进一步蔓延。



## 2004-2005 年规划预算 — 执行情况评估报告

尽管费用明显增加，但 2004-2005 年活动的供资差距已得到弥补。欧洲区域率先完成了实验室控制脊髓灰质炎病毒的第一阶段。在使用常规口服脊髓灰质炎疫苗的国家为国家决策者颁布了一个框架<sup>1</sup>。为指导根除的“最后阶段”成立了根除脊髓灰质炎咨询委员会。

根除脊髓灰质炎的基础设施被用于应对世界范围的卫生和人道主义紧急情况，包括南亚海啸、巴基斯坦地震以及禽流感和马耳堡出血热暴发。

### 已对能力建设提供充分支持，以实施控制和消灭主要疫苗可预防疾病的战略

指标	基线	目标	成就
坚持实施战略消灭孕产妇和新生儿破伤风的目标国家百分比	57 个重点会员国中有 29 个(51%)	58 个重点会员国中有 45 个(76%)	58 个没有实现消灭目标的会员国中有 43 个(74%)在实施战略努力实现目标(分母中包括东帝汶民主共和国)
把黄热病疫苗纳入常规麻疹免疫的疾病流行国家百分比	39 个目标国中有 29 个(74%)	39 个目标国中有 33 个(85%)	39 个目标国中有 33 个(85%)将黄热病疫苗纳入常规麻疹免疫

另有 4 个会员国实现了消灭孕产妇和新生儿破伤风目标(58 个重点国家中总共有 9 个实现了此目标)。阿富汗进行了调查以评估新生儿破伤风的发病率基线。计划进行的一些新生儿破伤风评估由于外部因素或规划实施进展比预期缓慢而延迟。疫苗和免疫全球联盟为孕产妇和新生儿破伤风方面的投资总共核准了 6200 万美元。全球联盟还为控制西非黄热病的再度出现拨款 5800 万美元。

### 已对战略实施提供充分支持，以实现麻疹死亡率持续的减少并在已确定消灭麻疹目标的地区阻断传播

指标	基线	目标	成就
居住在实施持续减少麻疹死亡率或消灭麻疹战略的国家中的 1 岁以下人口百分比	1 岁以下人口中 59%生活在 163 个提供有第二次麻疹免疫机会的会员国中	1 岁以下人口中 72%生活在 187 个提供有第二次麻疹免疫机会的会员国中	1 岁以下人口中 64%生活在 168 个提供有第二次麻疹免疫机会的会员国中

168 个(88%)会员国能提供第二次麻疹免疫机会。另有 10 个会员国已开始实施世界卫生组织/儿童基金会关于可持续降低麻疹死亡率的综合战略(总共有 145 个会员国(76%)实施此战略)。印度、尼日利亚和巴基斯坦继续提出重大挑战。麻疹和风疹实验室网络的扩展以及与其他疾病网络的融合取得了进展(161 个国家中总共有 700 个麻疹实验室)。2005 年中 116 个参与实验室中 93%通过了水平测试。欧洲区域将消灭风疹的目标纳入其区域战略规划。118 个(61%)会员国将风疹疫苗纳入常规免疫(一个国家只作了部分纳入)。

<sup>1</sup> 口服脊髓灰质炎疫苗使用国国家决策者框架：全球根除脊髓灰质炎后即停止使用常规口服脊髓灰质炎疫苗。日内瓦，世界卫生组织，2005 年。

## 成功的因素和障碍

### 成功因素

- 如果要在建设区域和国家能力方面取得进展，必须保证始终向它们提供技术一流的支持。
- 世卫组织各办事处之间的密切合作以及国家相应机构的有效参与至关重要。国家规划、实验室和所有利益相关方之间的协调对于早期诊断和控制脊髓灰质炎的输入和暴发及其重要。
- 许多会员国加强了政治承诺有助于朝免疫目标前进。
- 各级伙伴为主要行动提供持续的支持始终是实现根除和消灭目标的一个关键因素。
- 由于加强了合作和伙伴的支持，行动外的免疫活动获得了显著改善。

### 障碍

- 在各级，所需资源与可获得资源之间的差距继续加大，特别是在引进新疫苗、疫苗质量和管制活动、加强监测以及控制和消灭新疾病等方面。
- 在资源有限环境中，不同卫生规划之间重点的相互竞争使免疫和疫苗开发活动很容易受到影响。
- 某些国家缺乏人力资源，人员更替率高，而且国家和区县级技术和管理能力较差继续是重大问题。
- 政府对某些职能的支持水平需要得到改善。
- 某些会员国公共卫生方面人均支出低加上对外高度依赖，始终是个障碍。
- 疫苗短缺和新疫苗价格较高不利于提高疫苗接种率的努力。
- 某些国家和地区局势不安全，在关键时刻中止活动并限制免疫渠道和覆盖范围。

## 2004-2005 年中汲取的教训以及如何在 2006-2007 年中应用这些教训

- 提供清楚有效的战略和政策极其重要。推行全球免疫远景和战略以及制定区域战略计划和国家综合多年计划应能带来全面改善。
- 总部与区域办事处之间联合计划并密切协调曾便于开展活动应当予以维持。
- “遍及每个区县”方针有助于提高常规免疫覆盖率。应当继续这一努力。
- 应使监测质量和敏感度维持在尽可能最高的水平以便能够作出合理的决策，早期发现并及时应对有问题的情况。
- 好的筹资战略十分必要，可以确保充足和可持续的财政资源。应探讨与当前伙伴和捐助者开展更广泛合作的可能性，以及新伙伴和捐助者，包括国家级的新伙伴和捐助者积极参与的可能性。
- 有效的宣传和交流对于全球免疫目标至关重要。应当改善这方面的战略并增加资源。
- 国家和区县级缺乏资源，技术和管理能力仍是个问题。只要可能，应通过培训和定期监督与指导来加强对各国能力建设的支持。
- 可以更有效地运用在根除脊髓灰质炎行动下建立的基础设施以支持其他疾病控制和消灭行动。参与并与其他卫生提供系统结合将是有益的。
- 为引进新的和未充分使用的疫苗打基础，以及将免疫与其他干预措施结合需要尽早制定计划并持续监测以便利进一步开展活动。
- 应确保疫苗的可得性从而继续提高免疫覆盖率。

2004-2005 年规划预算 — 执行情况评估报告

批准的预算和实际支出

		批准的预算	实际支出		
			正常预算	其他来源	所有资金
2004-2005 年总计 (以千美元计)		437 146	16 431	671 824	688 255
百分比	国家	63	27	49	49
	区域	21	26	38	38
	全球	16	47	13	13

## 血液安全和临床技术

### 世界卫生组织目标

确保会员国有充分能力制定、实施和监测国家政策，改进获取安全的血液、血液制品以及安全的、质量保证的和适当使用的卫生保健技术。

### 指标与成就

实施有效政策、规划和计划提供安全血液制品、注射和医疗器械与程序并在临床适当使用的国家数。162 个国家报告为提供安全的血液制品制定或实施了有效政策、规划和计划。

### 主要成就

- 加强了与涉及全球血液安全问题的组织的合作及伙伴关系并通过全球血液安全协作论坛扩大了网络。世卫组织举办了一次高层次高级卫生决策者论坛，其间就血液安全和可得性的良好政策过程起草了一份合意声明。
- 向不丹、文莱达鲁萨兰国、柬埔寨、中国、埃塞俄比亚、斐济、海地、印度尼西亚、老挝人民民主共和国、莱索托、马里、纳米比亚、菲律宾、卢旺达、斯里兰卡、坦桑尼亚联合共和国和越南提供了技术支持以便在清楚明确的国家血液政策和计划基础上制定国家血液规划。2001-2002 年全球血液数据库产生的信息被用于确认国家需要以便加强输血服务。
- 世卫组织在为孟加拉国、柬埔寨、朝鲜人民民主共和国、埃塞俄比亚、海地、印度尼西亚、纳米比亚、斯里兰卡和东帝汶筹资方面发挥了促进作用，以便通过卢森堡政府、欧洲联盟、世界银行、抗艾滋病、结核和疟疾全球基金、日本国际合作银行以及总统艾滋病紧急救援计划(美利坚合众国)加强国家输血服务。还特别向刚走出复杂灾难局势的国家，如阿富汗和伊拉克等提供了技术援助以加强输血服务。
- 与红十字会和红新月会国际联合会共同通过在 60 多个国家对 180 余名参与者进行一连串培训就招募自愿献血者问题进行了能力建设；在卢森堡政府支持下对来自 40 个国家的 90 多名参加者进行了血液冷链保持方面的培训；通过 8 个区域和/或国家培训班提供了关于持续质量管理方面的培训；对来自 15 个国家的 20 名质量审计员进行了培训；在 25 个国家进行了后续访问并加强了输血规划的质量系统；组织了关于输血服务的高级区域质量管理培训班，吸引了来自 11 个国家的 24 名参加者；此外，还就建立适当和安全的临床输血系统对来自 14 个国家的 178 名参加者进行了培训。
- 新建立的临床程序小组加强了基层转诊医院的急救和基本外科护理工作，为决策者和护理人员制定了一揽子综合管理措施。该小组还确定了一种经济有效的标准化办法，通过卫生当局与非政府组织之间的合作在各国进行能力建设。由于越来越认识到急救和基本外科护理对《千年发展目标》4、5 和 6 的影响，已开始有关急救和基本外科护理全球行动的工作。
- 通过在加强对卫生服务提供者的急救和基本外科技能培训方面开展合作，合理使用血液以及制定适合当地需要的准则改善了灾难应对工作。2004 年 12 月的地震海啸之后，与世界银行合作，在斯里兰卡发起了一个统一的信息和通信技术项目。
- 根据关于人体器官和组织移植的 WHA57.18 号决议，已开始开展工作确保进行适当、安全和有效的移植，同时适当考虑捐献者和接受者的尊严。
- 已提供支持评估注射安全情况，制定政策并采纳各种干预规划改善注射安全和相关的注射控制。已在柬埔寨、中国、斐济、基里巴斯、老挝人民民主共和国、蒙古和越南进行了评估。世卫组织与工业和伙伴们合作，在已使用 25 年之久的免疫设备和器械产品信息介绍系统地成功经验基础之上，设计了一种对注射器材进行资格预审的更好系统。世卫组织/儿童基金会关于免疫用自毁式注射器以及治疗器械防范反复使用特性

## 2004-2005 年规划预算 — 执行情况评估报告

资格预审的绩效、质量和安全标准已于 2005 年 6 月投入使用。到 2005 年 7 月 30 日(恰好能赶上儿童基金会供应公司的投标日期)时审查了 70 多项产品注射安全方面的档案并核准了 39 项产品。该系统从收到档案审查费开始便自行资助。

### 举例说明部分成就

- WHA58.13 号决议确定 6 月 14 日为一年一度的世界献血日。2004 年庆祝这一天的国家超过 75 个，2005 年超过 90 个。
- 已为移植用基本人体细胞和组织产品的安全性确定了最低要求。通过在埃塞俄比亚、加纳、吉尔吉斯斯坦、马尔代夫、蒙古、莫桑比克、巴基斯坦和越南举办培训讲习班加强了基层转诊卫生保健设施中卫生服务提供者的急救和基本外科护理能力。
- 在诊断法和实验室技术方面提供了技术指导以加强国家管理和监测特别是艾滋病毒测试中诊断法的质量的能力。鉴于中国存在大量本地生产测试箱，这方面指导十分重要。代表世卫组织、儿童基金会、联合国艾滋病规划署和克林顿基金会艾滋病行动的一个多伙伴特派团与一名中国卫生部代表一起为旨在增加针对成年人和婴儿的艾滋病毒预防、治疗和护理的国家方针作出了技术投入。世卫组织在制定诊断法和实验室要求方面提供了后勤支持。

### 全组织范围预期成果的实现情况

**已向国家提供支持，以制定、实施血液和血液制品安全、注射和医疗器械安全以及实验金和诊断服务方面的国有政策并监测其影响**

**已加强全球合作和伙伴关系以改进获取安全血液和临床技术**

指标	基线	目标	成就
已有有效政策和必要立法框架确保安全和适宜使用血液、血液制品、注射和医疗器械以及实验室和诊断服务的目标国家百分比	2002 年数据表明 145 个国家已制定或实施国家血液政策	又有 24 个国家报告制定完成国家血液政策	又有 17 个国家
改进血液和血液制品、注射以及医疗器械和程序安全的有效全球合作和伙伴关系数量	举行了 10 次会议，培训活动并编制了材料  急救和基本外科护理程序方面没有全球合作	新开展 20 项合作活动  为急救和基本外科护理全球行动举行一次会议，在各国进行培训并开发工具	新开展了 20 项合作活动  为急救和基本外科护理全球行动举行了一次会议

在诊断法和实验室技术方面，加强了与重要伙伴的合作，这些伙伴包括艾滋病规划署、儿童基金会、世界银行、人口基金、无国界医生组织、抗艾滋病、结核和疟疾全球基金、克林顿基金会艾滋病行动、疾病控制与预防中心(美国，佐治亚州，亚特兰大)、国际抗结核联盟以及世界病理学会和实验室医学会协会。与这些伙伴中的大多数至少举行了 5 次会议。

## 2004-2005 年规划预算 — 执行情况评估报告

世卫组织在成立国际安全注射技术协会以及在建立国际标准化组织安全注射器材新标准工作小组方面起了促进作用。

在越南，建立了项目管理单位并配备了人员，而且为实施区域输血中心项目提供了各种技术支持。此外，还提供支持以便：加强不丹、印度尼西亚、老挝人民民主共和国和斯里兰卡的国家血液服务；为改革血液服务拟定一个框架(用来自各种来源的资金)；并制定和实施政策以便在文莱达鲁萨兰国、中国、斐济和菲律宾提供全国协调一致的输血服务。欧洲区域 9 个会员国进行了国家政策分析。3 个会员国制定了血液政策草案。孟加拉国、印度、尼泊尔和泰国已经具备政策。

### 已就采购管理以及改进基本设备、诊断技术与注射和医疗器械的可负担性提供指导

#### 支持和改进获取适合于资源有限环境的新技术

#### 已就征聘捐血者和库存管理提供指导

指标	基线	目标	成就
采购管理准则的传播	5 个国家已获得	将向 8 个国家提供	已经通过在线方式向所有会员国提供注射器材资格预审标准
通过批量采购所得节余百分比	30%至 50%	50%	50%到 77%之间
获得支持的新技术数量	1 项 - 血红蛋白色度  所有区域均具备急救外科护理和区县医院服务  没有能负担得起的数字 X 光设备	至少在 6 个区域的 1 个国家中宣传 1 项新技术 - 血液冷链箱  提供新的综合工具箱  使所有会员国能够获得 1 种系统	在 3 个国家举办了关于安全使用血液冷链的讲习班  4 个国家实施了世卫组织关于急救和基本外科护理综合管理新工具箱并将之纳入教育和培训规划  已向所有会员国提供 1 种系统
已记录捐血者征聘和具有库存管理系统的目标国家百分比	39 个国家	45 个国家	45 个国家

注射器材资格预审标准已可在线获得，并通过区域联络人得到传播，东南亚区域将这些标准用于支持印度政府的投标，世卫组织/泛美卫生组织也在投标规定中使用这些标准。国际标准化组织标准的确立以及世卫组织的器械资格预审都支持使用具有防范反复使用特性的器械。

通过联合国批量采购计划可以削减后价格更多地获得资格预审情况良好的诊断法。2004 年中在世卫组织和儿童基金会的促进下，购买了约 260 万艾滋病毒测试箱。世卫组织在这方面向所有联合国机构提供了技术指导和反馈。

WHA58.13 号决议获得通过，将 6 月 14 日定为一年一度的“世界献血日”。2004 年庆祝世界献血日的国家超过 75 个，2005 年则超过 90 个。为庆祝世界献血日向柬埔寨、老挝人民民主共和国和菲律宾提供了支持；就招募献血者问题为培训者举办了一次区域和三次国家培训讲习班。在中国也组织了省级培训。此外，向瓦努阿图提供了支持以制定其自愿献血者招募规划。

**已制定和促进用于血液制品和相关生物物质以及体外诊断程序的国际规范、标准、程序和生物参照制剂****支持国家管理当局的能力建设**

指标	基线	目标	成就
具备能够控制血液制品和相关生物物质、体外诊断程序、医疗器械和程序的主管部门的目标国家比例	已确立 85 项全球衡量标准  临床和外科程序方面为 0	确定 8 项新的或替代标准以及 2 份新的指导文件  能力建设方面有 1 份标准指导文件	为在中欧和东欧 8 个国家实施已成立或考虑成立国家方法学机构  8 个国家成立了国家机构实施急救和基本外科护理方面的最佳做法以便使培训方法标准化
已产生和促进的世界卫生组织国际生物参照制剂数量	0	至少支持 10 个国家管理当局	已向 52 个会员国中的国家对应当局宣传了世卫组织准则

血液制品及相关体外诊断程序的安全性和效力取决于经验证的质量保证系统。会员国中的国家管理当局和制造商在确保这些产品质量和安全性方面面临两个挑战：通过血源性病原体污染的危险以及由于生物制品固有的易变性而难以验证质量保证系统。

**已为验证血液安全、诊断支持、注射和医疗器械安全方面的新手段和战略提供充分的技术和政策支持**

指标	基线	目标	成就
已验证的新手段和战略数量	0	12	12
利用技术信息和准则的国家和伙伴数量	0	16	22 个国家。一系列宣传活动使各国得以了解新的准则、建议和技术信息

已制定并正在审查关于艾滋病毒/艾滋病技术，包括艾滋病毒测试以及 CD4 和病毒量技术的资格预审准则草案；还拟写了关于早期诊断受暴露婴儿身上艾滋病毒感染的声明。

已编写并向各区域散发了一份挑选和采购指南以及一份关于管理、维修和使用血冷链设备的手册。世卫组织与红十字会和红新月会国际联合会共同为培训者制定了结构严谨的培训单元以便对负责招募献血者的人进行一连串培训，中国和新加坡对该培训单元进行了评价。世卫组织关于制定血型血清学外部质量评估计划的指导方针<sup>1</sup>已公布，目前已具备法文本，中文本正在译制中。

**已加强质量管理体系；已为实验室和输血服务促进外部质量评估计划**

指标	基线	目标	成就
已实施实验室和输血服务质量管理制度的目标国家比例	40 个国家参考实验室和输血服务机构	60	60
参与外部质量评估计划的实验室和输血服务机构的绩效和数量	可接受的绩效达 60%	可接受的绩效达 65%	75%

<sup>1</sup> 输血实验室操作规范的外部质量评估：制定血型血清学外部质量评估计划指导方针。日内瓦，世界卫生组织，2004 年。

由于 100 多名高级管理人员接受了专业培训，国家参考实验室和输血服务机构已实行更好的质量管理体系。各国在建设质量管理能力方面获得了培训和技术支持以便为输血服务确立质量系统。已制定质量管理培训主持者工具箱(也可以互动式光盘形式提供)，并确立了有效的质量网络和质量网络通讯。关于输血服务的一个高级质量管理培训班吸引了来自 11 国家的 24 名参与者。欧洲区域举办了四次质量管理培训班，80 多名专业人员接受了质量管理培训。在组织国家质量管理培训班方面向 6 个国家提供了支持。18 个国家已开始输血服务方面的质量管理工作。质量管理专家对老挝人民民主共和国、蒙古和巴布亚新几内亚进行了后续访问。向 17 个国家提供了支持以改进其国家外部质量评估计划规划，而且还为血型血清学质量评估计划提供了技术支持。来自 13 个国家的 21 人参加了在西太平洋区域举办的关于加强血液安全和实验室服务的讲习班。

已为各种实验室标记物提供了外部质量评估计划，包括关于艾滋病毒以及乙肝和丙肝病毒感染、CD4 免疫表型、血液学、寄生虫学、临床化学和凝固的评估计划。一般说来，在参与三次连续分发外部质量评估材料后实验室的绩效提高了。区域卓越中心已在世卫组织多数区域投入运转并向绩效不佳者提供了支持。在区县一级已经分发确保良好实验室操作规范的准则、技术信息介绍以及维持基本实验室测试的准则，目前正在准备译成世卫组织的其他正式语言。

#### **已为能力建设提供技术支持，以改进输血疗法、注射、诊断成像与放射疗法、实验室和诊断服务以及医疗器械和程序的适宜、安全和经济有效利用**

指标	基线	目标	成就
已为能力建设采用世界卫生组织在诊断成像和放射疗法措施、设备维修和废弃物管理、输血以及实验室和诊断服务方面的培训材料、准则和建议的国家数	0	12	35 个国家
已记录安全和适宜使用血液和血液制品的目标国家比例	10	15	15 个国家
实行安全和适宜使用注射的目标国家比例	0	2	19 个国家

已为建设血液临床使用能力提供了技术支持以确保适宜、安全和经济有效地使用输血疗法。来自 10 个国家的 28 名参与者出席了一次国家间讲习班，目的是建立机制以确保安全和适宜使用血液。向巴布亚新几内亚提供了支持以便制定国家血液临床使用准则并评价全国范围的诊断成像服务；另外向朝鲜人民民主共和国提供了支持以评价诊断成像服务并确定改进措施。在喀麦隆建立了一个负责诊断成像方面教育和培训的新卓越中心。

所有区域都举办了区域讲习班以试用和审查关于艾滋病毒快速测试和 CD4+细胞计数技术的培训材料。若干国家现正在制定自己的实施计划。培训材料和手册正在被译成其他语言。

#### **成功的因素和障碍**

##### *成功因素*

- 国家当局对改善血液安全表明了更大的兴趣和承诺。
- 在这样一个政治意愿强烈的时刻，世卫组织驻国家办事处将有助于世卫组织发挥更有力的政策指导作用。



- 实地、全球、国家间和国家专业人员与机构之间加强了信息交流和联网，以及国家当局和全球伙伴增强了认识、兴趣和支持，这些促使确立了一些全球行动(例如关于外科护理程序的行动)和卓越中心(关于诊断成像的中心)。
- 世界献血日等活动使献血、行动的必要性以及世卫组织的作用更加突出并提高了对它们的认识。
- 与各政府和其他伙伴持续进行宣传、交流和联网并继续与科学和专业机构合作，促使加强了全球规范基准；例如，与器官移植学会的合作促使就活体肝脏捐献者护理问题达成全球共识。
- 制作了实用的培训手册。
- 第一个低成本计算机射线照相系统得到成功检验。
- 国家承诺要提供使用非专利药物的抗逆转录病毒疗法，这便突出了加强实验室基础设施的必要性。

#### 障碍

- 尽管全球继续关注血液安全问题，这个领域仍然由于人力资源严重短缺和缺乏稳定供资以便在全球、区域和国家各级实现目标和预期成果并确保适当的后续活动而受到影响。
- 在国家一级，基础设施薄弱严重阻碍了实施输血服务质量系统。
- 改革当前的血液系统在政治和法律上很复杂，因而延误了某些国家的进展。
- 某些国家新出现了一种有利可图的以器官移植为目的的旅游业，因而延误了颁布关于器官移植的法律。
- 决策机制不稳定直接影响到对国家一级血液安全机构的承认。
- 国家一级在血液安全方面缺乏经验验证的数据收集和管理(数据库和记录)系统。
- 卫生实验室中实施质量系统的基础设施薄弱。以实验室为基础监测抗逆转录病毒疗法是个新领域，要求具备精密设备和熟练的人力。此外，实验室的各方面问题由世卫组织的不同规划处理。

#### 2004-2005 年中汲取的教训以及如何在 2006-2007 年中应用这些教训

- 发展与国际利益相关方之间的协同作用将有助于开展联合活动并避免重复努力和浪费资源。因此，2006-2007 年中将努力发展和实施与非政府组织的联合活动。
- 世界献血日等全球运动是提高对血液安全规划的认识并维持其势头的经济有效战略。在诸如世界献血日、世界患者安全联盟日等世卫组织重大活动期间有建设性地利用媒体机会将推进世卫组织的工作。
- 器官移植活动的透明度可促进信任并鼓励安全捐献，同时阻止通过以器官移植为目的的旅游剥削贫穷和脆弱人群以及为移植而贩卖人体物质。2006-2007 年中，将鼓励会员国确保器官移植活动的透明度，作为安全性、效力和伦理方面的关键要求之一。
- 必须更好地监督并支持国家对应机构以确保地方和国家级产品交付的一致性。因此在下一个双年度中将进行有效的监测和评价以支持国家对应机构。
- 进一步突出血液安全规划是为实施工作计划提供稳定资金的一个先决条件。因此，要通过国际伙伴关系、联网和合作来加强宣传努力。
- 世卫组织关于血液安全、实验室、注射安全以及临床程序的各项规划应与艾滋病毒/艾滋病等疾病控制规划挂钩。但是，在制定和实施规划时始终要记住必须有能够确保持续改进的系统。

2004-2005 年规划预算 — 执行情况评估报告

批准的预算和实际支出

		批准的预算	实际支出		
			正常预算	其他来源	所有资金
2004-2005 年总计 (以千美元计)		24 635	12 980	9 248	22 228
百分比	国家	30	35	20	29
	区域	19	25	21	23
	全球	51	40	59	48

## 卫生政策依据

### 世界卫生组织目标

通过产生和传播证据改进卫生系统的绩效，发展使用这种证据的能力，并对国家和国际有关如何改进卫生系统绩效的对话提供支持。

### 指标与成就

- 可获得实用方法以帮助决策者和卫生专业人员分析卫生形势和系统并制定改进卫生系统绩效的国家政策。已确定实用方法并正将之用于对卫生系统发展至关重要的领域。
- 已加强国家根据本国情况调整和使用这些方法的能力。许多国家现有更强的能力为政策目的使用这些方法以及它们提供的信息。
- 已有正常运转的区域和国家机构网络以及与国际机构活跃的伙伴关系，支持分析和发展各国更有效的领导、供资以及资源筹集和提供。现已具备针对不同活动的区域和全球网络，而且加强了与多边和双边伙伴的合作。

## 主要成就

- 加强了数据分享：已编制世界卫生调查数据并提供给各国进行分析，这些数据也可在线获得；关于卫生开支、死亡率和人力资源可得性的数据库已得到更新并在网上和世界卫生报告中予以公布；世卫组织 CHOICE(选择具成本效益的干预措施)项目现提供有针对具体区域的 800 多种干预措施的成本和效力估计数值。
- 国家卫生信息系统得到加强，其中有些是通过与卫生计量系统网络进行互动而得到加强。各国和发展伙伴正在运用卫生计量系统网络框架将与产生、分析和使用卫生统计数据有关的活动联系起来。该网络向 41 个国家提供了资金促使它们开始加强其国家卫生信息系统。
- 2005 年 5 月卫生大会通过了一项关于可持续卫生筹资、全民保险和社会健康保险的决议<sup>1</sup>，在帮助各国实现普遍提供基本卫生服务的目标方面取得了更大进展。西太平洋区域委员会通过了一项针对西太平洋区域和东南亚区域国家的卫生保健卫生筹资战略<sup>2</sup>。所有区域已向希望更改其筹资系统的国家提供了技术支持。
- 世界卫生报告和欧洲卫生报告以及科学文献方面的出版物，包括一套关于实现《千年发展目标》的干预措施成本效益的丛刊，关于非洲灾难性开支、非洲卫生设施效率以及非洲区域生物伦理委员会的出版物支持了信息宣传工作。

### 举例说明部分成就

随着为卫生提供更多的资源(部分上是为了帮助各国实现其与卫生有关的《千年发展目标》)，越来越有必要以有条理和系统的方式追踪资金以便制定政策和确保透明度及问责制。世卫组织鼓励各国建立国家卫生帐户并提供规范性指导。《制作国家卫生帐户指南：附带有低收入和中等收入国家特别应用办法》(由世界银行和美国国际开发署共同制作)已被译成世卫组织六种正式语言。100 多个会员国现已至少完成了一次全面追踪卫生开支活动。一些国家获得了技术援助以便对卫生开支进行第一次或反复追踪。此外，还就与卫生相关的《千年发展目标》开始具体疾病的资源追踪工作，一些国家编制了关于儿童卫生和生殖卫生、疟疾、结核以及艾滋病毒的帐户。伙伴包括：联合国艾滋病规划署、美国国际开发署、世界银行、瑞典国际发展合作署以及经济合作与发展组织。

<sup>1</sup> WHA58.33 号决议。

<sup>2</sup> WPR/RC56.R6 号决议。

## 全组织范围预期成果的实现情况

**已使用经验证的框架和实用政策手段以支持扩大国家卫生系统获取、分析和使用关键信息的能力，包括关于卫生、应对能力、供资公平性、高危因素以及重要干预措施费用和有效性的信息**

指标	基线	目标	成就
可利用并定期更新数据库及其它实用手段帮助决策者和卫生专业人员分析卫生形势、重大健康后果、系统以及干预措施的潜力	具备关于卫生帐户、死亡、残疾调整生命年和卫生人力资源的数据库	更新已有的数据库并开发关于成本效益、灾难性开支和服务可得性的新数据库	更新了数据库，并建立了关于成本效益和灾难性开支的数据库。 已开始绘制关于服务可得性的地域分布图
在选定国家中已加强使框架和方法适应本国环境的能力	衡量死亡、开支以及卫生工作者数目和组合的能力有限	在 20 个国家加强能力	在 50 多个国家加强了能力

国家卫生帐户和死亡率数据库得到维持，每年被更新并在世界卫生报告和网上予以公布，而且现在已能提供趋势数据。在伙伴合作下，对五岁以下儿童死亡率及死亡原因提出了新估算值。世卫组织美洲区域的死亡率和人口数据库以及区域核心卫生数据库每年得到更新。这促使在至少 21 个会员国采取了国家行动并准备进行多种卫生环境分析，包括为关于实现《千年发展目标》的进展报告进行分析，以及为中美洲分区域卫生概况进行分析。针对东南亚区域所有国家的国家卫生系统概况已得到更新而且关于使用数据方面的培训获得了支持。10 个国家的图书馆服务也得到改进。西太平洋区域办事处的国家卫生系统概况和区域数据库得到了更新并在使用信息进行政策分析方面对省级卫生领导人进行了培训。该区域办事处还出版了指南供国家用于促进最佳做法和一种设计国家卫生信息系统的符合逻辑的方法。此外，还可在线查阅一个关于卫生干预措施成本效益的广泛数据库，以及关于全球卫生人力的图集。

卫生计量系统网络框架描述了国家卫生信息系统的标准和程序并且是一种核心的支助结构，使各国和发展伙伴可以围绕它来合并和配置其资源。这个框架与一个能使国家评价卫生统计数据质量并明确要处理的重大差距和缺陷的评估工具挂钩。这个框架在正探索道路的国家得到检验，其初步版本已用于在六个国家产生国家卫生系统概况。一系列技术协商会议促使就改善尸检记录结果可比较性的调查表和工具的标准化达成了共识。

**国家和国际网络及伙伴关系已投入运行，用于流行病学评价和方法、卫生系统重大结果的监测、经济分析、卫生系统效率的衡量以及国际分类**

指标	基线	目标	成就
已有运行良好的区域和国家机构网络，用于制定方法获取关于关键性卫生政策参数的估计数据以及在国家和亚国家各级予以使用的方法	有一个全球和 2 个区域卫生帐户网络 全球分类网络	在非洲区域发展一个新的卫生经济学和筹资网络 发展全球卫生计量系统网络	现有网络得到支持并建立了非洲卫生经济学咨询委员会网络和卫生计量系统网络。 世卫组织国际分类家族网络在非洲、亚洲和拉丁美洲得到扩展
由国家和世界卫生组织制定和使用机制促进获取和交换关于卫生系统的可比数据	国家在有限的某种程度上能通过世卫组织统计信息系统门户和全球卫生人力图集进入世卫组织数据库	通过更新网站和宣传改善入径 改进国家卫生帐户、成本效益、国际分类和世界卫生调查网站	现有网站得到更新并按目标准备了便于用户的新网站。 已开始将世界卫生调查数据和报告放到网上 编写并传阅了国家报告

## 2004-2005 年规划预算 — 执行情况评估报告

对现有网络继续给予支持并编写了关于灾难性支付、卫生开支和世界卫生调查的国家报告。除了以印刷形式出版世界卫生报告中的重要信息以及《2005 年世界卫生统计》<sup>1</sup>和《2005 年欧洲卫生报告》<sup>2</sup>等出版物外，已开始以网络为基础出版现有分类的最新版、国际疾病分类修订初版、干预措施分类检验样本。在欧洲区域办事处为实施《国际疾病分类》第十修订版提供了支持并在 8 个会员国提供了相关培训。世卫组织国际分类家族合作中心网络得到加强并在非洲、亚洲和拉丁美洲指定了新中心。汇编了一个《国际疾病分类》实施数据库以指导各国的能力建设。这也将为《国际疾病分类》第十一修订版提供资料。一项关于比较出院数据的标准已被确定并随后得到若干国家以及经济合作与发展组织和欧洲共同体统计局的通过。已为儿童和年轻人完成了《国际功能、残疾和健康分类》第一修订版并已译成 30 多种语言予以发行，而且在各种同行审评刊物上发表了文章。目前正在为国际卫生干预措施分类在约 70 个国家进行现场检验。

对 10 个国家的国家卫生信息系统进行了一项全面评估，为进一步改进提供了背景资料。目前正在结合卫生分析和信息系统方面的工作开发更好的分析工具和培训活动。非洲卫生经济学咨询委员会已建成并于 2004 年 11 月举行第一次会议，其间提出了 2006-2015 年非洲区域战略卫生经济学计划。西太平洋区域办事处与卫生计量系统网络和各国卫生部合作制定了加强国家卫生信息系统的方法。东南亚区域和西太平洋区域已具备国家卫生帐户网络，同时世卫组织、经济合作与发展组织、世界银行以及一些双边机构之间也在这方面开展广泛合作。世卫组织就卫生系统筹资的各个方面与许多机构合作，特别是与劳工组织、德国技术合作公司、瑞典国际发展合作署、美国国际开发署、世界银行以及经济合作与发展组织合作。

**已就主要问题制定和验证了供国家决策者使用的准则、标准、术语和方法，这些问题包括人口健康、应对能力和筹资公平性及其衡量、国际分类、经济效益、费用开支、资源分配的伦理影响以及选择高效率干预措施搭配方面的成本效益分析**

指标	基线	目标	成就
已具备选定的准则、标准、术语和方法以满足国家和区域产生卫生政策所依据的证据方面的优先重点需要	已具备关于国家卫生帐户、国际疾病分类和国际功能、残疾和健康分类的准则和标准  功能性工作分析准则	关于成本效益、灾难性开支和卫生人力资源的规范、方法和准则  一个经检验的国际卫生干预措施分类样本	进行成本效益研究的准则；衡量因卫生开支以及相关贫困而遭受经济不幸的家庭比例的方法；制定了关于迅速评估卫生人力资源以及关于冲突后局势中卫生人力发展的准则  一个经检验的国际卫生干预措施分类样本。
已加强目标国家的能力，以便以补充现有常规统计信息系统的方式获取和使用这种信息	许多国家应用现有准则和标准的能力有限	在至少 20 个国家提供技术支持并建设能力	向 30 多个国家提供了支持

<sup>1</sup> 《2005 年世界卫生统计》。日内瓦，世界卫生组织，2005 年。

<sup>2</sup> 《2005 年欧洲卫生报告：采取公共卫生行动使儿童和人民更健康》。哥本哈根，世卫组织欧洲区域办事处，2005 年。

## 2004-2005 年规划预算 — 执行情况评估报告

正在制定并传播卫生分析和信息系统方面的方法学准则以便进行公共卫生监测和卫生状况分析并支持卫生信息系统的发展。关于《国际疾病分类》第十修订版提供了培训。世卫组织协助为欧洲标准委员会和国际标准化组织所作分类的保存、维持和表现形式制定了新标准。低收入国家编制国家卫生帐户指南<sup>1</sup>中以六种正式语言公布了追踪开支情况的方法。此外，还制定了进行成本研究的方法并正在拟定估算疾病经济后果的战略。

### 已有指导关键领域政策建议的依据基础，包括卫生保健筹资、管理、资源筹集和服务提供

指标	基线	目标	成就
最后确定世界卫生组织关于卫生系统筹资的政策	没有世卫组织政策	制定政策	最后确定了政策(WHA58.33 号决议以及 WPR/RC56.R6 号决议中为西太平洋区域和东南亚区域国家通过的卫生筹资战略)
已具备在管理、资源筹集和服务提供的措施方面收集的依据	世卫组织只具备有限的这种依据	改善关于服务提供创新措施的知识库	开展了研究以便在缺乏的地方开发和传播知识，例如，在 12 个低收入国家完成了关于改善卫生服务和加强卫生系统的创新战略研究；还完成了关于卫生系统管理效力的国家个案研究
已加强选定国家的能力，以便在制定国家政策时分析和运用这些依据	一些国家在这方面具备有限的能 力	在至少 10 个国家 加强能力	在所有区域 30 个国家加强了能力

在 12 个低收入国家完成了一项关于改善卫生服务和加强卫生系统的创新战略影响研究并举办了宣传讲习班。完成了三项卫生系统管理效力国家个案研究。关于追踪资源可得性和部署的准则已得到传播并在选定国家组织了关于使用信息将依据纳入政策制定的培训班。在世界银行学院合作下，就卫生部门改革和可持续筹资以及贫困、公平和卫生系统问题在欧洲区域举办了 7 个最佳培训班，其中有 4 个区域培训班，2 个分区域培训班和 1 个国家培训班。非洲区域编写了关于肯尼亚和尼日利亚社会健康保险规划的报告，以及关于加纳和尼日利亚母亲安全规划成本的报告。东南亚区域和西太平洋区域制定了一项卫生保健筹资联合战略并在一些国家进行了卫生筹资系统评估。2005 年卫生大会通过了一项关于可持续卫生筹资、全民保险和社会健康保险的决议，为世卫组织在该领域的工作提供了依据。在卫生筹资政策方面向 30 多个国家提供了技术支持，同时在东非和东地中海区域法语国家举办了讲习班或研讨会。欧洲卫生系统和政策观测站出版了两本书，论述欧洲卫生筹资和管理并附有政策概要。

<sup>1</sup> 《国家卫生帐户编制指南：附带有低收入和中等收入国家特别应用办法》。日内瓦，世界卫生组织，2003 年。

2004-2005 年规划预算 — 执行情况评估报告

**已有实施机制和经验证的方法用于定期更新信息和促进对国家及亚国家卫生系统绩效的常规分析；已制定和实施在不同情况中改进卫生信息系统绩效的战略，用以支持和补充常规的统计系统**

指标	基线	目标	成就
已具备和使用在国家及亚国家级评估卫生系统绩效的实用方法，并特别注意资源贫乏的环境	现有的成本计算方法有限 制定了审查扩大财务风险保护的财政影响的第二种模拟方法	制定成本计算方法以便增加干预措施并针对具体疾病和规划计算成本 制定追踪针对具体疾病的资源的方法 最后确定模拟方法	制定了成本计算方法和疾病追踪方法。 模拟方法得到检验，并在各国制定、传播和使用一种新的模拟方法。
已制定加强卫生信息系统的商定战略，以便为国家决策者获取更及时和相关的信息	现有战略主要随以个别疾病为重点的规划而变化，缺乏总体整合	普遍通过卫生计量系统网络框架作为卫生信息系统发展的全球标准	制定了卫生计量系统网络的评估工具并在低收入和中等收入国家使用
在各国和国际专家的参与下，继续发展世界卫生调查这一手段	在 70 个国家进行了世界卫生调查	对世界卫生调查进行分析、政策使用并予以继续发展	世界卫生调查手段得到改进并被用于国家卫生调查
将世界卫生调查的数据作为公益物向国家和国际社会提供	没有国家数据	与各国共同努力以便最后完成分析并纳入公共领域	已编制世界卫生调查数据并提供给各国进行分析。调查结果可从网上获得。2006 年 4 月开始将逐步公布成套数据

在开展卫生分析和信息系统方面的工作时与一些区域和全球行动，如卫生计量系统网络协调一致，以便通过例如制定基准框架、评估方法和手段等来加强国家卫生信息系统。印度尼西亚公布了对亚国家级卫生系统绩效的评估并将传播给东南亚区域各国以供审议。亚洲和太平洋制定了一项加强卫生信息系统的双区域战略框架而且该区域 5 个国家进行了世界卫生调查。在印度尼西亚，修订了 2004 年国家卫生调查以纳入世界卫生调查所用的方法。在非洲、亚洲/太平洋、东地中海、拉丁美洲和欧洲举办的一系列国家间讲习班使有机会在国家以及发展伙伴之间广泛分享卫生计量系统网络框架。在 70 个国家进行的世界卫生调查的数据已得到处理并提供给各国进行分析。为帮助 18 个非洲区域国家分析数据和编写报告举办了两个讲习班。网站上现提供有世界卫生调查的表格。世界卫生调查手段得到改进并被用于包括也门在内的海湾合作委员会成员国的国家卫生调查。该手段还被变通应用于世卫组织全球老龄化和成年人健康调查并在由欧洲委员会资助的欧洲健康、老龄化和退休问题调查中使用了模块。世卫组织正在与欧洲共同体统计局和联合国欧洲经济委员会共同开展工作为根据世界卫生调查衡量卫生状况制定共同手段。

**已制定和验证供决策者使用的实用计划方法，以便支持实施改进卫生系统绩效的替代政策和战略**

指标	基线	目标	成就
已具备选定的实用方法，供决策者在世界卫生组织框架内用于国家政策和计划制定	为国家决策者提供的实用方法有限	制定或变通应用国家方法促进区县和国家级决定	世卫组织 CHOICE(选择具成本效益的干预措施)项目结合国情的重点确定方法 非洲区域区县计划制定指导方针 从全球方法变通而来的国家成本计算方法
已在选定国家将这些方法纳入政策过程	各国对方法的使用有限	在 10 个国家应用这些方法	在 18 个国家应用了这些方法

在非洲区域，纳米比亚国家办事处制定了卫生经济学准则以便用于在区县制定计划，这些准则随后得到运用。在东南亚区域，建立了一个卫生系统概况模版以协助各国制定国家政策和计划。该区域六个国家在国家或亚国家级确立了数据库或基本卫生指标。在德国技术合作公司的合作下，进一步改进并在一些环境中检验了模拟方法以便估算卫生筹资系统中变化带来的财政影响。越来越多的国家定期报告卫生开支情况并将这些开支用于政策目的。世卫组织 CHOICE(选择具成本效益的干预措施)项目的区域数据库得到调整以便提供结合具体国情的重点确定方法。成本计算方法已得到确定、改进并被用于估算增加重要干预措施的成本和增加人力资源的资金要求，并制定申请表以便向抗艾滋病、结核和疟疾全球基金申请资金。与卫生计量系统网络的伙伴合作，制定了一些方法支持以证据为基础的决策工作，包括卫生计量系统网络框架和评估方法，支持加强综合、分析和使用国家证据的方法以及卫生计量系统网络的计划制定方法。此外，还制定了方法使区县卫生管理人员能够产生关于卫生干预措施、服务和投入，包括人力资源、基础设施和设备空间分布的更好数据。

**已有政策依据，用于指导制定和实施与减贫战略和《千年发展目标》相一致的有利于穷人的卫生政策以及与卫生相关的干预措施**

指标	基线	目标	成就
减贫战略过程中的所有国家： <ul style="list-style-type: none"> <li>已具备关于有益于穷人健康的政策和干预措施各组成部分的科学依据</li> <li>有能力从以依据为基础的有益于穷人健康的观点出发在目标国家分析国家政策</li> </ul>	世卫组织参与与《千年发展目标》/减贫战略文件有关的国家进程提供的支持有限	支持减贫战略文件进程中的 6 个国家	支持了减贫战略文件/《千年发展目标》/中期开支框架进程中的 7 个国家

健康问题社会决定因素委员会已开始其工作。世卫组织为联合国经济及社会理事会开展的工作，布鲁塞尔 2001-2010 年最不发达国家十年行动规划和世界银行/国际货币基金组织减贫战略文件的审查以及制定支持国家进程的框架作了极大贡献。东南亚区域在 5 个国家举办了与卫生有关发展目标方面的讲习班。该区域 11 个国家中 10 个提交了关于实现这些目标的进展报告。西太平洋区域国家已根据建议按性别以及空间和社会经济层次来分列数据以显示特别是与卫生有关《千年发展目标》指标中的不平等。在联合国国家工作队的支持下，多数国家已编写了关于《千年发展目标》的报告以便对照这些具体目标追踪进展情况。



## 成功的因素和障碍

### 成功因素

- 政府作出了承诺，例如通过关于可持续卫生筹资、全民保险和社会健康保险的决议便是证据。
- 工具、方法和数据库得到改善，为国家决策工作提供了依据，同时就它们的使用开展了能力建设和技术支持。
- 加强了本组织各级之间以及与国际伙伴的合作。

### 障碍

- 财政限制阻碍了所有活动，而且对国家技术支持的要求超过了提供能力。
- 在某些国家，由于各种需要和重点之间相互竞争，致使产生、传播和使用卫生证据方面的投资较低。

## 2004-2005 年中汲取的教训以及如何在 2006-2007 年中应用这些教训

- 有必要更加注重国家对各种方法和信息的变通应用。
- 由于许多捐助者认为该领域的活动是世卫组织的一项核心活动，因此很难为之吸引到指定用途的预算外捐款。有必要鼓励捐助者们更多地投资于这个有利于国际公益的领域。
- 尽管国际上为各国的重点规划提供了更多的资金，但许多规划仍由于卫生系统的种种限制，包括缺乏信息和卫生筹资系统不够健全等而难以增加。因此，将更加注重在重点规划活动与卫生系统活动之间发展协同作用。

## 批准的预算和实际支出

		批准的预算	实际支出		
			正常预算	其他来源	所有资金
2004-2005 年总计 (以千美元计)		80 606	29 252	29 915	59 167
百分比	国家	37	27	3	15
	区域	27	33	34	34
	全球	36	40	63	51

## 卫生信息管理和传播

### 世界卫生组织目标

促进各国政府、世界卫生组织在卫生和发展方面的伙伴及其工作人员获得最新的可靠卫生信息，这种信息以证据为基础并为制定国家和国际卫生政策与实践提供指南。

### 指标与成就

世界卫生组织信息在所有传媒中的使用量有相当程度的增加。据记录所有媒体都增加了对世卫组织信息的使用，特别是在以六种正式语言推出世卫组织网站的表层内容之后。

在卫生信息贮存、管理和获取方面运用最佳措施。在管理并向会员国和世卫组织各级工作人员提供卫生信息方面能够更好地运用最佳措施。在采取了新的知识管理战略情况下，各国在电子卫生保健方面取得了更多的成就。

### 主要成就

- 2004 年成立了知识管理司。双年度期间，通过一个有总部和区域联络点参与的全球领导小组程序改善了协调。
- 知识管理战略经过一年的计划和区域协商并在各种利益相关方作出投入之后，于 2005 年 9 月公布<sup>1</sup>，旨在更好地提供卫生信息；将知识化为政策和行动；分享和再应用经验知识；加强各国的电子卫生保健并促进有利于知识管理的环境，从而弥补全球卫生中“知道与做”之间的差距。
- 由于扩大了卫生互联网利用研究行动(现涵盖 105 个国家)并且全球卫生图书馆得到 2005 年 9 月 20-23 日举行的第九届卫生信息和图书馆世界会议(巴西，巴伊亚州，萨尔瓦多城)的支持，所以改善了对卫生信息的获得。
- 知识分享得到改善，因为世卫组织各级职员现能够在线获得科学文献，而且总部组织知识管理系列研讨会。在世卫组织美洲区域，进行了网播并第一次使用 OpenLink 软件分享关于本组织各级会议、任务和磋商的信息。
- 2005 年 1 月与前世卫组织总干事哈夫丹·马勒博士举行了一次研讨会，标志着发起了全球卫生历史行动。
- 根据 WHA58.28 号决议建立了全球电子卫生保健观察站从而在各国加强了电子卫生保健。信息社会世界首脑会议上(突尼斯，2005 年 11 月 16-18 日)讨论了世卫组织的电子卫生保健战略。另外还制定了一项关于艾滋病护理的电子卫生档案战略。
- 在非洲区域和泛美卫生组织合作下，在讲葡萄牙语国家建立了一个卫生方面信息和通信技术平台。欧洲区域发起了俄语翻译项目。继续提供成千上万的现有多种语言出版物和图书馆服务。
- 制作了若干世卫组织王牌出版物，包括《世界卫生报告》、《世界卫生组织简报》、《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十修订本第二版，以及《2005 年欧洲卫生报告》<sup>2</sup>。
- 双年度期间加强了知识转化工作。例如，在其他区域复制欧洲区域办事处的卫生证据网络，并在日内瓦组织了一次关于全球卫生中知识转化问题的会议。此外，还启动了一个公共卫生伙伴登记和全球网络。

<sup>1</sup> 文件 WHO/EIP/KMS/2005.1。

<sup>2</sup> 《2005 年欧洲卫生报告》：采取公共卫生行动使儿童和人民更健康。世界卫生组织欧洲区域办事处，哥本哈根，2005 年。

**举例说明部分成就**

电子卫生保健处促进了两项知识管理战略目标，即获得卫生信息和加强各国电子卫生保健。这些成就中引人注目的是：2005 年建立了全球电子卫生观察站，这是一个国家群体网络，分析电子卫生保健方面的发展和趋势以便提供证据并为政策和实践提供信息。第一次全球电子卫生保健调查在全组织范围的密切合作下产生了来自 100 多个国家的数据。卫生互联网利用研究行动继续扩大。2005 年 12 月以来，105 个国家 1800 个机构曾获益于该规划，而且 2005 年中用户全文下载的科学文章数量几乎增加了 1 倍，达到 330 万。2005 年中为满足世卫组织讲葡萄牙语会员国的信息需要而建立的网络取得了初步成绩，包括以葡萄牙语发表了《2005 年世界卫生报告》和补充文件。此外，还开展了关于艾滋病护理电子卫生档案方面的规范性工作。世卫组织更积极地参与了信息社会世界首脑会议第二期会议(突尼斯，2005 年 11 月 16-18 日)。成功的会议和非正式磋商强调了各种电子卫生保健行动；一份题为“为健康联网：全球远景，地方透视”的特别报告由世卫组织和欧洲委员会联合发表。

**全组织范围预期成果的实现情况****已实施并定期评价和更新全组织范围的卫生信息管理战略与政策**

指标	基线	目标	成就
符合组织战略和政策的信息产品数量	2002-2003 年中销售了 352848 份有定价产品。 没有针对出版物的全组织范围政策框架	2004-2005 年中销售 286375 份有定价产品  制定新的世卫组织出版政策	随着免费上网增多，销售的产品数量减少了。审查了现有世卫组织出版战略和政策；制定了新的世卫组织出版政策。区域出版物遵照区域办事处的政策(例如，欧洲区域办事处的 200 份出版物)
战略和政策评价与更新频率	无	两年一次	修订了关于世卫组织信息产品最低标准的政策

双年度期间，由各区域以及总部各部门各出两名代表组成了出版政策审查小组。该小组举行了四次会议并建立了一些工作小组处理公平传播、出版政策、多种语言、质量保证和追踪等问题。制定了著作权和版权政策草案以及卫生信息最低标准政策修正案。此外，某些区域制定了关于设计、制作、翻译和传播出版物的具体政策，符合这些政策的出版物数量正在不断增加。

**通过优化制作/传播程序、政策和服务，已改进在适当传媒（印刷品、万维网、多媒体和 CD-ROM）中并以适当语言（包括对选定的高度优先的全球相关产品以所有世界卫生组织正式语言）计划、制作和传播卫生信息产品**

指标	基线	目标	成就
已具备关于卫生信息产品销售和分发趋势的数据	2002-2003 年中 558.2 万美元	2004-2005 年中 635 万美元	收入增加了 14%
已具备关于进入世界卫生组织网站的统计数据	没有例行监测网站点击率	坚持追踪网站使用情况	在总部和区域持续收集关于网站使用的数据

2004-2005 年规划预算—执行情况评估报告

指标	基线	目标	成就
在世界卫生组织网站以一种以上语言提供全球信息产品的比例	按惯例以英文、法文和西班牙文公布世卫组织网站顶端导航层中的所有产品以及新闻稿	照例以所有六种正式语言公布世卫组织网站顶端导航层中的所有产品以及新闻稿	照例以所有六种正式语言公布了世卫组织网站顶端导航层中的所有产品、新闻稿以及疾病暴发最新简报
通过办理内容许可证扩大传播	35 份许可证和销售合同	50 份许可证和销售合同	世卫组织具有与 5 个主要在线书商和图书馆的许可证和销售合同，外加版权和复制销售权

总部重新组织了各种出版活动由此成立了世卫组织出版社。已发起若干新行动而且销售收入和新传播渠道的数量都有所增加。以六种正式语言重新启动了世卫组织网站，新内容管理系统的资料量持续增加。多数区域网站也得到更新而且总部和一些区域建立了新系统监测网络使用统计数据。2005 年中，每月有 260 多万人访问世卫组织网站，平均查阅 3200 万页。多语网站和帖子继续增加。为确保使用多种语言，这段时期内翻译合同数量由 381 份增加到 401 份以便以英文以外的其他语言出版书籍。

**出版选定的优先重点卫生信息产品，包括《世界卫生报告》、《世界卫生组织简报》、世界卫生组织网站内容和区域信息产品**

指标	基线	目标	成就
整个世界卫生组织网站中遵循关于可用性、可获得性和商标准则的内容所占的比例	利用世卫组织网络内容管理系统维持和公布 120 个网站	增加通过世卫组织内容管理系统管理和公布的网站数	利用世卫组织内容管理系统维持和公布了 150 个网站

利用世卫组织内容管理系统可以确保根据关于可用性、可获得性和公司商标的最新产业标准公布网络内容。双年度期间，继续以印刷和电子两种形式每月发表《世界卫生组织简报》，在引用率和影响方面都达到了高水平。《2004 年世界卫生报告：改变历史》专门针对艾滋病毒/艾滋病问题；《2005 年世界卫生报告：珍爱每一个母亲和儿童》与这一年世界卫生日的主题相同并以所有六种正式语言出版。双年度期间出版的区域信息产品包括期刊、区域卫生报告和各种手册、准则以及培训和宣传材料。这些资料通常也被翻译成适当的语言。

**已引进用于世界卫生组织卫生信息产品的评价框架，包括：关于学术和编辑质量标准等最佳做法的政策；定期评估目标对象的需求；以及评估产品并向编写单位和行政管理部门提供关于经验教训的反馈信息**

指标	基线	目标	成就
经评价的卫生信息产品数量	未确定	要评价卫生信息产品样本	由于本司结构和预算发生变化所以没有在总部进行评价。计划将审查作为新的出版政策审查小组工作一部分。区域办事处进行了定期审查(例如对欧洲区域所有 10 项首要共同信息产品每六个月进行一次评价)

2004-2005 年规划预算 — 执行情况评估报告

指标	基线	目标	成就
关于经验教训的案例研究和报告的数量	未确定	未确定	由于重组世卫组织出版社而延期
关于修改卫生信息产品以符合评价框架的计划数量	未确定	未确定	由于重组世卫组织出版社而延期

双年度期间，实施了一些培训规划，旨在改进本组织的撰写、编辑和校对标准。还通过网站提供了工具协助内部职员以及自由撰写人和编辑提高世卫组织信息产品的科学和编辑质量。信息产品链项目由于延误和费用而终止并正在探索更简单的系统。至少一个区域办事处已开始定期评价最重要的共同信息产品并能够获得关于在各国使用这些产品情况的报告。

**已建立世界卫生组织卫生知识框架，包括：确认和组织必不可少的知识资产（例如文件和结构严密的成套数据）并确保世界卫生组织所有职员能更好地获取他们所需的信息；对世界卫生组织内的通用做法提供信息和通讯技术支持；促进和便利世界卫生组织卫生数据管理方面的最佳做法（例如数据保存、决策支持成套工具）；以及加强国家获得和使用框架并对之作出贡献的能力**

指标	基线	目标	成就
已确认的卫生知识资产数量以及关于使用情况的统计数据	未确定	在世卫组织图书馆收集全部印刷品 收集关于使用在线和印刷材料的统计数据	查阅了 23000 册印刷期刊；查阅了 12000 册书籍；世卫组织图书馆数据库中有 40000 份世卫组织信息全文；25000 项研究申请和一般申请；整个世卫组织下载了 75 万份在线文章
处在不同地域的职员对他们工作中所需的信息支持的满意程度	反馈意见表示肯定但希望获得更多有定价资料	在获得电子资料方面增加了 10%	订阅以职员的明确需要为基础。由于预算限制已不再以电子方式提供低需求资料
得到支持的通用做法数量	世卫组织中很少有自然而然产生的通用做法	增加通用做法数量	19 种明确性的通用做法
遵循信息管理方面最佳做法标准的世界卫生组织成套卫生数据所占的比例	未确定	未确定	未进行系统评估

世卫组织图书馆综合数据库提供了在线全文服务，如提供全球信息全文数据库和复印件收藏、培训、深入搜索和信息咨询，以及世卫组织内部和全球的通用做法网络。该数据库被视为联合国系统内和国际图书馆界的权威和创新者，得到世卫组织合作中心的广泛使用并被用来建立新的通用做法平台促进知识网络从而有助于让人人享有卫生保健。

## 成功的因素和障碍

### 成功因素

- 职员富有创造力和献身精神。
- 决心要建立一个全球小组领导制定和实施知识管理战略。
- 有效地制定了一项得到全组织清楚认识的战略。
- 尽管缺乏人力和财政资源，但职员在实现预期成果过程中仍然尽职尽责并发挥职业精神。

- 有能力在共同利益基础上寻求与其他方面建立联盟。
- 尽管预算限制，仍持续支持出版和图书馆服务方面的核心职能。
- 寻找具有广泛利益的新机会并确定世卫组织在其中的作用。
- 有效地加强了技术。
- 确定了国家一级的新工作重点。

### 障碍

- 本组织各级关于知识管理战略的交流不充分并没有将之充分传播给重要的伙伴和支持者。
- 职员缺乏必要的技能在迅速变化的时期实施新战略，不过 2006-2007 双年度期间将在某种程度上处理这个问题。
- 难以迅速使各区域办事处和总部的共同目标及措施一致。
- 必须注重太多不同的目标，多数资源仍然用于提供内部服务。
- 制作卫生信息产品取决于上游计划工作。世卫组织出版社需要更好地推销关于出版趋势、需求和影响的信息。
- 一个区域缺乏专门的预算，而在其他区域，知识管理活动遍及若干部门。
- 缺乏关于系统改善卫生结果方面有效知识管理措施的明确证据。
- 知识管理仍是一个新领域，需要加强整个公共卫生界的支持。
- 各国缺乏明确的知识管理计量系统。

### 2004-2005 年中汲取的教训以及如何 在 2006-2007 年中应用这些教训

- 下一个双年度期间重要的是注意国家需求并着重于使不断发展的能力与这些需求相一致。
- 知识管理的好处需要得到更有效的传播。2006-2007 年中，将汇编并传播一份关于卫生部门相关成功经验的目录。目前正在招聘人员领导这一工作。
- 目前还在招聘人员为内部对象和国家级卫生部门工作者制定一项知识管理培训规划和工具箱。
- 工作重点正在转向国家一级。因此，必须筹集新资源以便在各国加强卫生系统并改善卫生结果。
- 各国在知识管理方面需要更有效地援助。正在招聘职员以便制定一个 2006-2007 年中向重点国家提供有效技术援助的模式。
- 尽管困难重重，但仍必须评价对世卫组织出版物的需求以及这些出版物的影响。应当优先重视这方面的新措施以便最大限度提高效率并援助目标对象。
- 应当继续积极朝现代化方向前进。在线传播外部信息改善了对区域和全球用户的服务。为支持这项工作将开发更好的内部知识企业平台。
- 在实施知识管理计划方面有必要建立区域的主人翁意识。因此，2006-2007 年中将探索途径鼓励区域领导重要活动和项目并继续在重要行动中开展全球合作和提供支持。
- 需要制定措施评估知识管理工具、技术和措施在改善卫生结果方面的效力。实施计划以及适当的国家计量系统中建议了一些措施。
- 有必要建立一个有效措施的证据基础。将努力与公共卫生界共同开展工作研究卫生政策和社区企业方面的知识管理。

2004-2005 年规划预算 — 执行情况评估报告

批准的预算和实际支出

		批准的预算	实际支出		
			正常预算	其他来源	所有资金
2004-2005 年总计 (以千美元计)		46 162	30 554	18 758	49 302
百分比	国家	9	5	4	4
	区域	37	52	10	36
	全球	54	43	86	60

## 研究政策与促进

### 世界卫生组织目标

通过判明有可能增进健康的科学知识方面出现的趋势与发展中国家共同促进研究；鼓励全球研究界解决优先重点卫生问题；并发起加强发展中国家研究能力的活动，以便使卫生政策立足于来自研究的坚实依据。

### 指标与成就

各国具备强有力的卫生研究系统。13 个低收入和中等收入国家通过参与卫生研究系统分析行动加强了其卫生研究系统，该行动的目的是在会员国尤其是发展中国家加强国家卫生研究能力和卫生研究系统。

全球更加重视对发展中国家卫生问题的研究。日益强调对发展中国家卫生问题的研究。2004 年 11 月在墨西哥城召开了卫生研究部长级高层会议，侧重于开展必要研究，以实现与卫生相关的千年发展目标。这也是卫生部长第一次讨论卫生研究工作。

### 主要成就

- 在本双年度，与区域办事处进行了更为频繁的合作，例如，合作涉及组织卫生研究部长级高层会议筹备会议，以及卫生研究系统分析行动。
- 在部长级高层会议后，在西太平洋区域启动有实证依据的政策网络，以在卫生部门弥合研究政策与实践之间的差距，2006 年将在非洲启动该网络。
- 自部长级高层会议以来，卫生研究在世卫组织理事机构得到了更大重视。高层会议上发表的报告也加深了人们对卫生研究以及卫生组织作用和责任的认识。<sup>1</sup>
- 世卫组织通过有实证依据的政策网络、卫生研究系统分析行动和国际临床实验注册平台向各国和国际社会提供了支持。

### 举例说明部分成就

第五十八届世界卫生大会通过 WHA58.34 号决议，确认了 2001 年 11 月在墨西哥城召开的卫生研究部长级高层会议的成果。<sup>2</sup> 在高层会议 400 名与会者中，有 21 位卫生部长，3 位副部长和 28 位代表团团长，相形之下，2000 年召开的卫生研究促进发展国际会议只有一位卫生部长参加。下一次国际会议的主要目标是说服卫生部长出席会议，以确保会议成果得到全体会员国的认可。

<sup>1</sup> 《有关促进健康知识的世界报告：加强卫生系统》。日内瓦，世界卫生组织，2004 年。

<sup>2</sup> WHA58.34 号决议。



### 全组织范围预期成果的实现情况

已更新世界卫生组织的研究政策以体现新出现的趋势、当前与卫生相关的科学进展、知识空白以及研究的伦理问题，以便加强就研究重点作出合理决策的能力

指标	基线	目标	成就
在世界卫生组织研究政策立场中反映目前趋势、知识发展以及良好伦理标准的程度	有关趋势、发展和伦理标准没有全面反映在世卫组织研究政策立场中	在世卫组织研究政策立场中明确反映有关趋势、发展和标准	2006 年 1 月执行委员会讨论的关于世卫组织在卫生研究中的作用和责任的立场文件预期将导致世卫组织内研究政策的变化
世界卫生组织研究政策在全球卫生研究议程中存在和突出的程度	存在和突出程度有限	将世卫组织研究政策摆在全球议程中心位置	在卫生研究部长级高层会议上，通过发表报告 <sup>1</sup> 明确加强了存在和突出程度

在立场文件中，澄清了世卫组织目前和今后在本组织内外卫生研究方面的作用和责任。

建立网络和伙伴关系的机制已经运作，以期改进卫生研究国际合作，其中包括全球和区域卫生研究咨询委员会之间的切实和持续联系

指标	基线	目标	成就
与全球卫生研究咨询委员会有明确业务和程序联系的区域卫生研究咨询委员会的数目	6	6	6
为改进世界卫生组织和参与卫生研究的其它组织之间国际合作而建立的伙伴关系和网络数	3	5	5

所有区域卫生研究咨询委员会的主席目前均为卫生研究咨询委员会的正式成员。除了在 2005 年启动以实证为依据的政策网络和国际临床实验注册平台外，世卫组织继续与全球卫生研究论坛和卫生研究促进发展理事会合作和联络。卫生政策和系统研究联盟成为世卫组织的一部分，因为二者的工作日益相互联系。西太平洋区域办事处加强了与西太平洋区域伦理审查委员会论坛和新西兰卫生研究理事会的长期伙伴关系，并与卫生政策和系统研究联盟和加拿大伙伴合作，筹备以实证为依据的政策网络。它还与卫生研究促进发展理事会和太平洋卫生研究理事会建立了特殊协作安排。

<sup>1</sup> 《有关增进健康知识的世界报告：加强卫生系统》。日内瓦，世界卫生组织，2004 年。

**提供政策和技术支持的框架已发挥作用，以期加强发展中国家的卫生研究和开展此类研究的能力，包括评估卫生研究系统绩效的方法和战略**

指标	基线	目标	成就
能实时网上访问与卫生研究相关的主要全球科学和政策信息数据库以及与世界卫生组织研究活动、专家咨询团和世界卫生组织合作中心有关的其它数据库的区域办事处、国家办事处和世界卫生组织合作中心数目	未确定	未确定	数据不详
与卫生研究系统绩效评估相关的分析工作和方法	10	最初邀请 15 个国家参与卫生研究系统分析试点项目	13 个低收入和中等收入国家参与了试点项目
加强选定领域内卫生研究能力的行动数量	3	5	5

在 13 个国家进行的卫生系统研究试点研究项目几乎都已完成。向各国提供了卫生系统研究的工具和方法，供它们针对当地情况加以调整。以实证为依据的政策网络已在西太平洋区域 5 个国家建立。并将在 2006 年扩展到非洲区域。西太平洋区域办事处也参与了有关非传染性疾病的研究，包括阶梯式监测方法调查和在热带病研究和培训特殊规划赞助下的小额赠款研究规划。

**世界卫生组织内部已对与研究有关的活动提供了支持和咨询**

指标	基线	目标	成就
在世界卫生组织报告、文件和新闻稿中对卫生研究事项给予重视的证据	世卫组织内对卫生研究重视不够	在世卫组织内更加重视卫生研究	执行委员会 2006 年 1 月讨论的关于世卫组织在卫生研究中的作用和责任的立场文件。  总部 8 个其它部门在报告中提及卫生研究部长级高层会议。在各区域，通过区域卫生研究咨询委员会和 4 个部门的区域对应部门支持了研究活动。

第五十八届世界卫生大会通过了 WHA58.34 号决议，要求总干事对世卫组织在卫生研究领域的内部资源、技术专长和活动进行评估，以便编写关于世卫组织在该领域内作用和责任的立场文件，并通过执行委员会向第十九届世界卫生大会报告。<sup>1</sup>

<sup>1</sup> WHA58.34 号决议。

**已有机制加强世界卫生组织合作中心参与优先重点领域研究的能力**

指标	基线	目标	成就
已加强世界卫生组织合作中心作为国家或区域中心的网络一部分在优先重点领域研究领域的活动	未确定	未确定	在本双年度，对合作中心做了调整，大大减少了不活跃的中心的数目
就优先重点领域与研究相关的活动已向世界卫生组织合作中心提供的技术支持和筹资支持的程度	未确定	未确定	由于资金限制，进展不大

西太平洋区域办事处支持在泰国建立了合作中心和技术专长中心网络。组成了网络秘书处，每月在泰国并向其他会员国分发通讯。

**已就伦理与健康相关问题向会员国并在世界卫生组织内提供支持和咨询**

指标	基线	目标	成就
就伦理与健康相关问题获得咨询的会员国和世界卫生组织规划数量	未确定	未确定	2004-2005 年，审查了 2004 年来自 75 个会员国和 2005 年来自 53 个成员国的 359 项提议。 2004-2005 年，伦理研究审查委员会审议了来自世卫组织各部门的 357 项提议

研究伦理审查委员会的职工代表是申请东地中海区域办事处公共卫生重点领域研究特别赠款资金的提议的评选委员会成员。2005 年 3 月在马拉维的布兰岱为非洲区域举行了卫生研究生物伦理全球论坛卫星会议，西太平洋区域办事处资助大约 10 个国家的与会者参加了研究伦理培训会议或有关会议，例如 2005 年 12 月在泰国的芭堤雅召开的西太平洋区域伦理审查委员会论坛年度会议。

**成功的因素和障碍***成功因素*

- 支持稳妥研究工作的机构文化。
- 世卫组织内突出了研究行动的重要性。

*障碍*

- 财政和人力资源有限，妨碍了对卫生研究部长级高层会议得到的预期目标作出反映。
- 一些区域办事处工作人员的职责相互冲突，限制了他们参与卫生研究活动。
- 缺乏政治意愿和承诺，卫生研究部长级高层会议是卫生部长们第一次讨论这一问题的场合。
- 由于制药公司维护既得利益，拖延了建立国际临床试验注册平台。

## 2004-2005 年规划预算 — 执行情况评估报告

### 2004-2005 年中汲取的教训以及如何在 2006-2007 年中应用这些教训

- 需要更妥善地计划各项重大行动。因此，已经举行了关于 2008 年部长级高层会议的筹备会议。
- 2006-2007 年的筹资要求将考虑到捐助者的优先考虑、议程和活动。
- 与区域办事处联合计划卫生研究工作必须考虑到各区域的重点不同，认识 and 能力的水平也有不同。

### 批准的预算和实际支出

		批准的预算	实际支出		
			正常预算	其他来源	所有资金
2004-2005 年总计 (以千美元计)		20 217	8 024	5 919	13 943
百分比	国家	37	15	1	9
	区域	23	42	42	42
	全球	40	43	57	49

## 卫生服务的组织

### 世界卫生组织目标

与会员国合作，通过发展和加强卫生服务计划和提供的系统，增强其能力，以便以支付得起、有效和公平的方式向其所有人口，特别是最贫穷和最脆弱人口提供优质卫生服务，并收集证据以及设计有助于知情和参与政策制定与实施的手段。

### 指标与成就

已具备实用手段以帮助决策者和卫生专业人员分析卫生系统对穷人获取服务及其健康后果的影响，并提高卫生服务的质量和绩效。就卫生发展人力资源的下列方面制定了指导方针：冲突后局势、快速评估、政策和计划、基本公共卫生职能、国家卫生账目和卫生部门分析。

已加强国家在本国环境中调整和使用这些手段的能力。46 个国家通过区域培训讲习班、国家活动、试点研究和建立技术工作组，提高了实施这些手段和指导方针的能力。

运行良好的区域和国家机构网络以及与国际机构的积极伙伴关系，用以支持在各国分析和发展更有效的管理、供资以及资源产生和提供。在各个地区，伙伴关系得到加强，区域网络或已建立或得到加强。

### 主要成就

- 最近卫生千年发展目标高级别论坛、奥斯陆咨询会议、联合学习行动和非洲区域咨询会议对卫生人力的关注推动了制定共同战略，以便主要伙伴更加步调一致地作出努力。一个过渡时期工作小组正在着手更好地界定卫生人力全球联盟，以提高国家战略的效率，加强卫生人力。《2006 年世界卫生报告》和 2006 年世界卫生日都触发了一系列活动，两者都强调了卫生人力资源问题。
- 世卫组织启动了世界患者安全联盟，以推动对在所有国家通过加强现有国家努力和行动，改善患者安全的认识和政治承诺。预期这将大大增进长期安全，导致减少不良后果，降低费用。
- 建立了卫生的社会决定因素委员会，由来自政府、民间社会和学术界的 20 名委员组成，代表了所有区域，目的是促进关于卫生的社会决定因素的政策变革和行动。

### 举例说明部分成就

2004 年在阿布贾和 2005 年在巴黎举办的高级别论坛和 2005 年在奥斯陆举行的协商会议，推动使人力资源成为卫生发展的一个高度优先考虑。《2006 年世界卫生报告》触发了各区域数据收集和核查方面的改进，关于东南亚和东地中海区域卫生工作者管理和资格认证和有关西太平洋区域保健人员移徙问题的研究，以及欧洲区域的高级别政策对话。2005 年 7 月非洲区域办事处的利益相关者协商，为实施阿布贾、巴黎和奥斯陆商定的卫生人力资源议程铺平了道路。西太平洋区域在国家和区域各级进行的情况分析和审查导致制定了 2006-2015 年区域战略草案。在太平洋岛屿各国招聘卫生人员的行为守则草案也正在拟定。在东地中海区域 14 个会员国为促进卫生发展绘制了全面的人力资源图。在东南亚区域，重点是加强公共卫生机构。在欧洲区域，2004 年应用一项研究报告的成果引起了移民政策问题，巴尔干各国 2005 年就这一主题组织了政策对话。在美洲区域，人力资源观察站正常运转，正在继续努力，在非洲区域建立类似机构。

## 全组织范围预期成果的实现情况

### 已验证供各国使用的框架，以便收集和分析卫生系统组织方面的改革及其对穷人获取服务和健康后果的影响

指标	基线	目标	成就
已具备实用手段（例如国家卫生报告），以帮助决策者分析卫生系统改革及其对穷人获取服务和健康后果的影响	发展中国家不具备此类手段	在目标国家开发和验证有关手段	开发了若干手段，包括后冲突局势中的卫生人力资源指南。

在一些会员国为改善卫生服务的提供和后果，设计和实施了若干机制和指标，即国家概况指标、卫生部门分析工具、国家卫生账目和在美洲区域的基本公共卫生职能工具。在欧洲区域，在 3 个会员国制定或实施了适应国家需要的国家卫生账目，制定或正在开发进行质量评估、业绩衡量、资格认证和颁发许可的手段。

### 已制定战略以加强国家制定和实施政策改善穷人健康的能力，其中注重于优先重点卫生情况和更好的管理（包括立法、管制和认证）

指标	基线	目标	成就
已加强国家制定和实施政策的能力，以便在世界卫生组织所有区域的选定国家中改善穷人的健康	能力有限	加强能力，包括有关手段和政策文件	设计了处理社会排斥问题的手段，并在 9 个国家实施。

在欧洲区域，在 4 个国家制定或修订了卫生政策文件，在两个会员国编写了专门的卫生和贫困问题文件，在 10 个会员国实施程度令人满意，或开展了初步工作。

### 已维持和扩大知识库、网络和伙伴关系，以便发展国家能力，支持各国经改进的卫生系统管理、供资及资源产生和提供，以及加强国家和亚国家级的管理程序

指标	基线	目标	成就
运行良好的区域和国家机构网络以及与其它国际机构的积极伙伴关系支持在国家发展更有效的管理、供资以及资源产生和提供	一些区域有初级网络	在所有区域发展和加强网络	在所有区域建立或加强了区域网络
公众可利用的关于组织卫生系统职能的信息库	数据库的建立和使用存在差距	改善卫生系统信息资源的获得和利用	在欧洲和东地中海区域，大多数国家都可以查阅国家卫生系统状况。在总部启动了一个专门网站，对象是资源有限的那些卫生服务管理人员。

在全球一级，卫生人力发展方面的专家和医生网络有 600 多个订户。该网络由世卫组织主持，是一项合作事业。2006 年，建立了一个卫生人力资源联盟。在区域一级，美洲区域卫生人力资源观察站继续开展工作，在东南亚区域，建立了功能性网络，进行公共卫生和医疗教育。在欧洲区域，开展了卫生促进医院项目，与欧洲理事会、欧洲委员会和世界银行的伙伴关系得到加强，与世界银行一道组织了关于卫生部门改革和可持续筹资的联合示范课程。在西太平洋区域，区域办事处及其伙伴创办了一个电子学习行动 — 太平洋开放学习卫生网络，支持小岛屿国家的卫生工作者获取信息和培训。在东地中海区域，区域卫生系统观察站为 18 个会员国在

## 2004-2005 年规划预算 — 执行情况评估报告

一块标准模板上展示了卫生系统概况。公众获取信息的其它例子包括总部的卫生人力全球图册和国家卫生账目数据库，美洲地区的卫生部门改革交流中心，以及在欧洲区域为会员国编写的关于转型期卫生系统的出版物<sup>1</sup>。

### 已验证证据和最佳做法并已支持国家确定和实施其关于提供卫生服务及开发和利用人力资源的政策方案（包括调动积极性和迁移问题）

指标	基线	目标	成就
世界卫生组织所有区域的选定国家中已具备和实施了以经验证的依据和最佳做法为基础的关于改进卫生服务覆盖面以及人力资源招聘和利用的政策方案	6 个国家对卫生人力资源进行了深入分析；4 个国家制定了国家计划	20 个国家采用了政策方案和手段	26 个国家制定和实施了卫生人力资源政策方案，包括卫生工作者的保留和迁移

16 个太平洋岛屿国家制定了招聘卫生人员业务守则草案。东地中海区域 14 个会员国采用了世卫组织关于人力资源开发的政策方案和手段。在非洲区域，12 个国家制定了卫生人力政策和计划，4 个国家采用了卫生人员保留战略。

### 已制定战略、方法、准则和手段，以便使各国能评估覆盖情况和服务提供者绩效并改进针对个人和人群的卫生服务提供及质量

指标	基线	目标	成就
已具备战略、方法和手段以及在选定国家使用的能力，以便评估覆盖情况和服务提供者绩效并改进卫生服务的提供及质量	6 个国家采用了基本卫生技术一揽子计划，已以划拨资源改进服务	10 个国家采用基本卫生技术一揽子计划	10 个国家采用基本卫生技术一揽子计划划拨资源，改进服务，尤其是确保母婴平安
世界卫生组织所有区域的选定国家中在亚国家级应用手段的证据	手段的采用或试用不明确	25 个国家采用有关手段	在 21 个国家采用了涉及质量保证规划和医院质量和业绩评估的手段。2005 年，在 3 个非洲国家适用了低收入国家管理发展方针评估框架

2005 年在瑞士的蒙特勒召开会议，编写了《蒙特勒挑战：改进卫生系统》，其中制定了有关技术框架，涉及卫生筹资，卫生人力，卫生信息系统，地方管理和非国家部门在低收入国家实现《千年发展目标》中的作用等问题。对全球卫生行动促进加强卫生系统特定部分的方式和可能困难作了阐述。15 个东地中海区域会员国试用了国家质量保证规划。在欧洲区域，6 个会员国的 40 家医院试行了医院质量和绩效评估手段。在国家一级，孟加拉国修订并再度采用了一项成套计划工具，供当地使用。正在各区域制定新的手段和指导方针，用于区域一级，在欧洲区域，修订了 29 个国家的卫生需要评估，提出了关于覆盖范围和人力资源的建议。还继续通过国家和区域磋商，制定振兴初级保健的区域战略。

<sup>1</sup> 《转型期卫生系统：从经验中学习》。哥本哈根，世界卫生组织，2004 年。

## 2004-2005 年规划预算 — 执行情况评估报告

### 已制定方法、准则和手段，以计划、教育、管理和改进卫生人力的绩效，协调私立部门对实现国家目标的参与

指标	基线	目标	成就
在世界卫生组织所有区域的目标国家中已具备和使用改进卫生人力布局、质量和绩效的方法及手段	0	10 个国家测试了有关手段	9 个国家制定和测试了有关手段

在西太平洋区域 5 个会员国采用了卫生人力应用方面的若干手段：一估计/项目模式，工作人员业绩评估手段和适应人员配备需要的工作量指标。在欧洲区域，与世界医学教育联合会等伙伴一道，制定了教育和资格认证手段，开展了与《2006 年世界卫生报告》有关的研究。

### 已向各国提供以证据和最佳做法为基础的技术和政策咨询，以便改进卫生服务的提供以及对人力、物力和财力资源的投资和使用

指标	基线	目标	成就
与 2002-2003 年确立的基线相比，已改进机制、方法和能力以支持国家关于获取政策和系统改进意见的要求	支持国家要求的方针不全面	改进支持国家要求的机制	有关改进包括在权力下放、卫生保健筹资和加强人力资源方面就支持要求采取更为全面的方针

在南非、多哥和乌干达，与总部一道进行了区一级提供卫生服务的快速评估。从中得到的经验教训将促成建立国家和国家间数据库，并体现在《2006 年世界卫生报告》中。在欧洲区域，组织了 5 次政策性对话和两次高级别国际讲习班。在西太平洋区域，向印度尼西亚提供支持，以改进其卫生部门权力下放工作，加强了区域和国家就宏观经济和卫生提供咨询意见的能力，举办了卫生保健筹资讲习班。在总部，就重点卫生规划，例如遏制结核、艾滋病毒/艾滋病和疟疾规划提供了关于人力资源开发问题的技术咨询。此外，编写了一份出版物，以艾滋病毒/艾滋病治疗和护理为例，就如何快速改善卫生服务向决策者、卫生保健管理人员、主管者和卫生保健供应者提供了一般指导。

### 已制定战略、准则、手段和伙伴关系以加强世界卫生组织和各国能力，统一制定和实施公平的卫生政策以支持国家减贫战略和《千年发展目标》

指标	基线	目标	成就
已加强世界卫生组织和具有减贫战略国家的机构能力，以便在国家减贫规划的范围内制定有益于穷人健康的政策和干预措施	对世卫组织和会员国有益于穷人的政策了解有限	加深对《千年发展目标》和减贫战略文件的认识	总部和世卫组织美洲、欧洲和西太平洋区域办事处发表了关于《千年发展目标》的报告和减贫战略文件分析

编写了关于《千年发展目标》的报告，提交世卫组织欧洲区域委员会第五十五届会议，还设立了千年发展目标特别工作小组。在西太平洋区域，制定了将贫穷和性别问题纳入卫生专业人员培训和教育的手段。在孟加拉国，就提供有益于穷人的服务对初级和中级卫生人员进行了培训。在美洲区域，在 7 个会员国提供了关于全部范围方针的培训。



**已制定战略、方法、准则和手段，使国家能确立和加强改进病人安全所必要的、以证据为基础的政策和制度，作为卫生保健质量的一个基本组成部分**

指标	基线	目标	成就
在 40 个国家已具备战略、方法、准则和手段、应用能力及其利用的证据，以制定和加强改进患者安全所必要的、以证据为基础的政策和制度	0 国家	40 个国家具备改进患者安全的战略、方法和手段	46 个国家通过区域培训讲习班、国家活动、能力建设、试点研究和技术工作小组提高了应用有关手段和指导方针的能力
已具备政策框架和机制以促进安全文化和支持面向改进病人安全的系统变革	开始就支持患者安全努力的机制进行讨论	在所有区域就患者安全开展活动	在 5 个区域包括 100 多个国家举办区域患者安全讲习班和活动。在世界患者安全联盟前瞻规划的 6 个患者安全行动领域开展工作

2004 年 10 月，建立了世界患者安全联盟并开展工作，作为患者安全方面国际合作和行动的手段。制定了关于手部卫生、报告和学习 and 患者安全研究的手段和指导方针。在东地中海区域，在 5 个会员国就转诊服务，14 个会员国就急诊服务开展了研究和调查，并编写了指导方针。在欧洲区域，为世卫组织欧洲区域委员会第五十五届会议编写了关于卫生系统的一份文件。在美洲区域，建立了一个区域网络，编写门诊业务指南，3 个会员国制定了关于患者护理和安全质量的研究项目。

## 成功的因素和障碍

### 成功因素

- 再度关注加强卫生系统，承认需要采取更为协调的行动，期待世卫组织将提供必要的领导。
- 加强了全球和区域伙伴关系，就卫生系统和卫生人力资源，尤其是在非洲作出了进一步承诺。
- 通过国际筹资机制增加了国家一级的可用资金，以及有必要采取协调一致的方针。
- 会员国强烈要求对改进或提升其卫生服务和卫生系统给予支持。

### 障碍

- 用于回应日益增加的需求的财政和人力资源有限。
- 工作总规划的结构和有关报告义务妨碍了全球一级的协调和团队工作。
- 主要伙伴缺乏承诺，或与国家对应伙伴的承诺有冲突。
- 在重点领域的主要资金分配上的偏向不利于更为持续地改进卫生系统。

## 2004-2005 年中汲取的教训以及如何在 2006-2007 年中应用这些教训

- 增加国家卫生系统工作人员与其它国家的接触有助于拓展知识和专长，促进了能力建设和加强信任。在下一个双年度应鼓励这一做法。
- 建立伙伴关系和达成共识以加强卫生系统，要求世卫组织各级及其伙伴采取更为协调的方针并作出持续承诺。
- 需要就人力资源和卫生系统采取协调一致的长期方针，2006-2015 年区域人力资源战略草案和正由西太平洋区域办事处和总部分别编写的加强卫生系统战略应在一定程度上满足这一需要。

2004-2005 年规划预算 — 执行情况评估报告

批准的预算和实际支出

		批准的预算	实际支出		
			正常预算	其他来源	所有资金
2004-2005 年总计 (以千美元计)		159 966	101 440	44 494	145 935
百分比	国家	61	65	39	57
	区域	22	25	24	25
	全球	17	10	37	18

## 理事机构

### 世界卫生组织目标

以使其能有效准备和举行会议的形式向区域和全球理事机构提供支持，包括及时传播容易获取、可读性强和质量高的文件以及会后的记录和决议用于决策。

### 指标与成就

在卫生大会的讨论中更多地达成一致。2004-2005 年期间，决议商讨中达成一致的程度明显高于前几年，例如，10 年中第一次一致同意增加经常预算就是证据。

## 主要成就

- 在双年度期间，每个区域委员会举行了两次会议，通常由一或多个常设委员会或小组委员会进行筹备工作。
- 根据世界卫生组织目标中提及的易获取、可读性强和质量高等要求按计划举行了理事机构会议。
- 成立了执行委员会规划、预算和行政委员会，取代了以前的三个委员会，即规划发展委员会、行政、预算和财务委员会以及审计委员会。
- 通过了《国际卫生条例》(2005 年)。
- 《世界卫生组织烟草控制框架公约》政府间不限成员名额工作小组完成了缔约方会议第一届会议的筹备工作。
- 以适当的正式语言举行了会议并以各理事机构或，在附属委员会情况下，以母体理事机构议事规则所规定的语言提供了文件。
- 据各区域报告，区域理事机构会议进展顺利，取得了适当且实用的结果，表明会员国与秘书处之间加强了合作、交流和政策协调，而且在某些情况下还改进了文件编制工作。

### 举例说明部分成就

尽管在某些地区连通受到限制而且要求向 40 多个国家提供文件，但是非洲区域有史以来第一次在第五十五届区域委员会会议之前在因特网上公布了所有相关文件并在会议结束后四周内公布了区域报告。所有与会国家和组织还收到刻录有所有相关文件的光盘。

## 全组织范围预期成果的实现情况

### 已通过重点为政策和战略问题并就其实施向会员国和世界卫生组织秘书处提供明确方向的决议

指标	基线	目标	成就
已通过的以政策为重点并可在全球、区域和国家级实施的决议比例	决议与规划预算之间没有直接联系	根据商定规划预算通过的决议数量增多	就执行委员会第 117 届会议而言，对秘书处准备的所有决议(100%)都估计了成本价格并将它们与 2006-2007 年规划预算挂钩

大力强调关于报告会员国和秘书处执行决议情况的一些切实要求。在双年度期间，33 项技术方面决议中 25 项具有可以说是切实可行的报告框架(两年或两年以上)。根据《财务条例》第十五条，2005 年中开始为提交给执

## 2004-2005 年规划预算 — 执行情况评估报告

行委员会的所有决议编写一份关于所涉资源问题的附带说明。2006 年中将进一步开发关于估计所有决议成本价格并将它们与规划预算挂钩的办法。

### 已改进会员国、执行委员会委员和世界卫生组织秘书处之间的交流

指标	基线	目标	成就
在全球、区域和国家级有效利用会员国与理事机构之间涉及世界卫生组织工作的交流渠道的频率	任务情况介绍会，虚拟执行委员会，网站，电子咨询	增添机制	2005 年 7 月创办了执行委员会通讯双月刊

2004 年中，从世卫组织网站理事机构分网站上下载的页数超过 650 万。2005 年中，该数字达 1000 万，使理事机构的网页成为世卫组织网站中第八个被访问最多的网页。2005 年中，按语言进行的分类表明，下载的文件中大约 24% 为英文，阿拉伯文、中文、法文、俄文和西班牙文各自所占比率在 13% 到 18% 之间。2004 年中，虚拟执行委员会得到改进，成为一个以所有六种正式语言运转的网站，而且 2005 年中，通过该网站主办了关于《千年发展目标》和卫生研究的磋商。

### 在全球级以世界卫生组织所有正式语言举行理事机构会议和以商定的正式语言举行区域委员会会议

指标	基线	目标	成就
以适当正式语言举行的理事机构会议比例	100%	100%	100%

提交给卫生大会、执行委员会、区域委员会和其他政府间会议的所有文件都被翻译成适当的语言。但是，有些很长的背景文件没能以所有六种语言提供给执行委员会或卫生大会，还有些长文件未能及时编写出来。据各区域报告，没有发生任何这种问题。

### 已改进制定区域和全球理事机构工作规划方面的交流和协调

指标	基线	目标	成就
区域和全球理事机构议程和决议的一致程度	组织方面很少协调	明显更加协调	区域和全球机构之间有更加协调的证据

2005 年中，两个区域委员会明确要求总干事将项目列入执行委员会会议议程。2004 年中，所有区域委员会均审查了 2006-2007 年规划预算。2005 年中审查了工作总规划、战略资源分配和中期战略计划。

### 成功的因素和障碍

#### 成功因素

- 在区域和总部改善了与各会员国的协调。

#### 障碍

- 在总部，会议往往一个接一个举行，所需文件量很大。事实上，“四页原则”通常不适宜或得不到遵守，这便加重了这种限制的影响。
- 财政和人力资源不足以克服上面提到的问题。
- 据一个区域办事处报告，距离是妨碍及时提交文件的一个因素。

## 2004-2005 年规划预算 — 执行情况评估报告

### 2004-2005 年中汲取的教训以及如何在 2006-2007 年中应用这些教训

- 与会员国进行深入广泛的磋商对于准备各次会议非常重要，在 2006-2007 年中将尽可能扩大这种磋商。
- 简明且编写良好的文件对于会员国和秘书处都有益。因此，特别考虑到对文件产量的需求日益增加，2006-2007 年期间必须确保有充足的人力资源编制文件。
- 多数理事机构会议由于议程项目过多而受到限制。2006-2007 年期间，议程的筛选程序必须更严格。

### 批准的预算和实际支出

		批准的预算	实际支出		
			正常预算	其他来源	所有资金
2004-2005 年总计 (以千美元计)		27 791	23 794	4 568	28 362
百分比	国家	0	0	0	0
	区域	12	17	11	16
	全球	88	83	89	84

## 资源筹集以及对外合作和伙伴关系

### 世界卫生组织目标

在全球范围内洽谈、维持和扩大卫生伙伴关系；加强世界卫生组织与政府间和政府机构、民间社会组织、私立部门及各基金会的合作；以及确保本组织的资源基础。

### 指标与成就

与联合国系统各机构、私立部门和民间社会建立的运行良好伙伴关系数量。与联合国各机构、私立部门和民间社会已建立了至少 300 个伙伴关系。

## 主要成就

- 联合国系统内部以及与政府间组织开展了有效的磋商和协调。
- 世卫组织秘书处内建立了网络以加强与外部卫生伙伴一起开展的工作的一致性。
- 卫生发展在诸如联合国大会、8 国集团、欧洲联盟、世界经济论坛以及联合国亚洲及太平洋经济和社会委员会等国际论坛中的地位更加突出。
- 国际社会被积极调动起来就烟草、禽流感、《国际卫生条例》(2005 年)、卫生研究、精神和环境卫生以及免疫等全球卫生问题采取行动。
- 双年度期间，私立部门更多地参与处理公共卫生问题并寻找解决办法。
- 通过联合国驻地协调员制度和世卫组织积极参与重点人道主义和发展问题使国家级活动更加一致。
- 与欧洲委员会、东南亚国家联盟、红十字会和红新月会国际联合会、伊斯兰会议组织以及联合国志愿人员等进行了新的战略合作。
- 创立了若干重要的新伙伴关系和联盟，例如，卫生计量系统、新生儿、孕产妇和儿童卫生、家庭水处理和安全储存、慢性病以及预防暴力等。
- 总共 184 个非政府组织现与世卫组织有正式关系。

### 举例说明部分成就

2004-2005 年中，自愿捐款相对于 2002-2003 年水平增加了约 30%。此外，各个工作领域和办事处的资源分配情况得到了改善。22 个工作领域获得的资源超过了批准的规划预算要求而且所有领域获得了至少 70% 的资金。这相对于前一个双年度来说是个重大改善并证明在确保使捐款与规划预算所确定的机构重点之间适当一致方面取得了进展。

## 全组织范围预期成果的实现情况

**已在全球维持和扩大卫生伙伴关系；已加强与政府间和政府机构、民间社会组织、私立部门及各基金会的合作；并且已确保世界卫生组织的资源基础**

指标	基线	目标	成就
与世界卫生组织姐妹机构、其它组织以及卫生部门各有关方面举行的协商会和情况介绍会数量	年度政策协商会； 定期技术互动	年度政策协商会； 定期技术互动	由于伙伴关系数量增加所以这方面的活动也显著增加

2004-2005 年规划预算 — 执行情况评估报告

指标	基线	目标	成就
与其它利害相关方面达成一致的政策领域数量	27 个工作领域确定了世卫组织技术规划, 但合作往往不以此为基础	以工作领域为基础与伙伴们开展合作	与工作领域更加一致, 但伙伴关系通常仍以特定的卫生干预措施为基础

抗艾滋病、结核和疟疾全球基金以及疫苗和免疫全球联盟等全球卫生伙伴关系的增加证明了世卫组织全球和国家战略和技术指导的重要性以及世卫组织有必要系统参与咨询和提供机制。

**已有有效机制以协调对包括联合国主要会议和各首脑会议在内的重要国际论坛作出贡献并获得反馈**

指标	基线	目标	成就
体现世界卫生组织卫生目标和重点的全球、区域和国家会议最后宣言与行动计划, 以及发展议程	关于发展和人道主义援助方面的国际论坛没有充分体现卫生利益	在处理会员国需要的国际活动以及世卫组织目标和重点中将卫生发展系统地纳入实现《千年发展目标》活动	世卫组织及即参与联合国和其他国际发展论坛以便将卫生作为发展、社会安乐和实现《千年发展目标》的重要决定因素来予以促进。WHA58.25 号决议要求秘书处坚持国际协调和同步议程并与联合国其他组织协调一致。卫生问题已被切实纳入诸如非洲发展新伙伴关系等区域战略

世卫组织分别于 2004 年 12 月在阿布贾和 2005 年 11 月在巴黎作为联合组织者就实现与卫生有关《千年发展目标》问题组织了两次高级别论坛, 其间为联合国系统制定了关于国家发展机制中部门范围措施的指导战略。非洲区域办事处开展了跨组织计划以加强对基本公共卫生干预措施の利用。目前正在根据巴黎高级别论坛上拟定的协调议程实施国家合作战略以便为实施卫生合作规划加强国家主人翁意识、能力建设和对国家系统的利用。世卫组织应邀充当联合国系统内道路安全问题协调机构。联合国大会第五十九届会议通过的五项决议特别关系到世卫组织(“发展中国家特别是非洲减少疟疾十年” - 59/256 号决议; “加强全球公共卫生能力建设” - 59/27 号决议; 涉及协调问题以及驻地协调员制度的“联合国系统发展方面的业务活动三年期全面政策审查” - 59/250 号决议; “印度洋海啸灾难后加强紧急救援、恢复、重建和预防工作” - 59/279 号决议和“联合国关于人的克隆的宣言”59/280 号决议)。

根据关于实现与卫生有关《千年发展目标》高级别论坛提出的目标, 非洲区域办事处正在通过非洲发展新伙伴关系与非洲联盟密切合作实施新伙伴关系的卫生战略; 世卫组织美洲区域办事处正在与拉丁美洲和加勒比经济委员会合作编写该区域的特别报告; 东地中海区域办事处正在与联合国各机构合作确保其所有会员国都进行卫生报告工作; 西太平洋区域办事处正在与亚洲开发银行就实现《千年发展目标》开展合作。东南亚区域办事处和欧洲区域办事处在应对印度洋地震和海啸中进行了合作。为加强实地卫生行动, 与红十字会和红新月会国际联合会以及联合国志愿人员制定了合作安排。

**正在与目前和潜在捐助者开展具活力和协调的筹资工作, 重点为规划预算的综合资源基础以及按工作领域开展的非专门性筹资**

指标	基线	目标	成就
预算外资源水平	技术规划方面留存资金 5 亿美元	自愿捐款 140 万美元	收到 190 万美元自愿捐款

## 2004-2005 年规划预算—执行情况评估报告

指标	基线	目标	成就
对世界卫生组织非专门性供资支持的增加程度	2002-2003 年收到的自愿捐款中 19.6% 作为未指定用途资金	未确定	2004-2005 年收到的自愿捐款中 20.4% 被作为未指定用途资金(增加了 8%)

世卫组织 2004-2005 年中的筹资活动为实现规划预算目标筹集到了充足的资源。资源协调方面的重大改善促使各个工作领域之间比 2002-2003 年双年度期间更加一致，资源也由此与批准的规划预算重点更加一致。虽然未指定用途的捐款只增加了 8%，但事实上 2004-2005 年获得的自愿捐款总额比 2002-2003 年多达近 6 亿美元，意味着未指定用途资金的实际数额也大大增加了。尽管筹集的近半数资源是为了脊髓灰质炎和紧急情况应对方面的工作，但本组织为所有其他工作领域总共筹集到略多于收入目标 100% 的资源。

### 已为世界卫生组织动员新的伙伴，尤其是通过全球联盟和改进与私立部门的相互作用

#### 已制定和运用关于与商业企业相互作用的准则

#### 已提高职员对关于与私立部门合作问题的认识，包括利益冲突

指标	基线	目标	成就
与世界卫生组织开展工作以实现公共卫生成果的私立部门伙伴数量	74	100	114
关于管理利益冲突的指导和培训班数量	0	1	2

这个双年度中突出的是，在运用一致办法与私立部门合作以及在为实现世卫组织目标挑选合适伙伴方面取得了显著进展。职员对鼓励私立部门参与实现全球公共卫生目标的方法有了更好的认识并将这种认识转化为与制药、健康保险、运输、环境卫生、信息技术以及化学等部门的积极合作。

### 已修订世界卫生组织与民间社会组织相互作用的政策和战略

#### 已具备有效机制，包括知识基础，用于开展共同受益的合作以及加强世界卫生组织与民间社会组织之间的交流 and 政策对话

指标	基线	目标	成就
已使用关于与民间社会组织相互作用的政策文件、手段和准则	WHA40.25 号决议中规定的关于与非政府组织关系的世卫组织政策以及各种内部指导文件	修订世卫组织关于非政府组织的政策以及实施该政策的准则	向第五十七届世界卫生大会提交了提案；起草了准则和有效的机制 卫生大会要求进一步协商
关于与民间社会组织相互作用的培训班和讲习班数量	负责与非政府组织关系的联合国协调中心的年度会议 理事机构会议期间为非政府组织举行情况介绍会	负责与非政府组织关系的联合国协调中心的年度会议 理事机构会议期间为非政府组织举行情况介绍会	参与联合国协调中心会议并参加制定指导方针以便与联合国发展小组一起加强驻地协调员制度的能力 在世卫组织理事机构会议前为非政府组织举行情况介绍会



## 2004-2005 年规划预算 — 执行情况评估报告

执行委员会第 113 届会议和第五十七届世界卫生大会审议了所提议的关于与非政府组织关系的新政策，之后决定留出充足时间与所有相关方面进行协商以求达成共识。然后，在今后一届卫生大会上处理这一事项<sup>1</sup>。与此同时，继续实施现有政策，由执行委员会审议关于合作或关于世卫组织与 152 个与之有正式关系的非政府组织的关系状况的三年期报告以及审查关于获准与世卫组织建立正式关系的申请。据各区域办事处报告，民间社会组织大力参与了部长级会议，在国家一级加强了与民间社会的合作，而且美洲区域制定了与私立部门合作的指导方针。

### 成功的因素和障碍

#### 成功因素

- 国际和国家决策者越来越认识到卫生发展在减贫方面的重要性。
- 世卫组织与国家卫生当局之间的关系享有特权。
- 伙伴们更加认识到世卫组织在国际卫生中的技术和协调作用。
- 各国家办事处积极参与联合国发展援助框架和共同国家评估进程。
- 重组资源筹集和资源协调结构，为更好地配置财政资源和更有效地实施规划预算创造了机会。

#### 障碍

- 由于实行专项拨款导致自愿资源分配不均衡。
- 由于所涉及的参与者和互动类型繁多以及世卫组织分散化的机构，与私立部门的合作情况复杂。
- 缺乏明确的准则协助世卫组织代表与联合国国家工作队有效开展合作。
- 缺乏标准界定世卫组织的作用，其参与伙伴关系的性质以及在由它主持的伙伴关系中的责任范围。

### 2004-2005 年中汲取的教训以及如何在 2006-2007 年中应用这些教训

- 规划预算的供资和资源的配置可以通过对世卫组织伙伴采取协调、简化及和谐方针得到改善。为努力改善协调和同步性，一个由来自自愿捐款会员国的代表组成的工作小组将继续其工作。
- 必需确保进行充分的政治协商并在采取进一步行动前就政策达成一致意见，如经修订的关于与非政府组织的合作政策一样。因此，应当加强对非正式磋商机制的利用。
- 必须结合公-私伙伴关系更有力地执行卫生大会通过的卫生干预措施政策、规范和标准；因此，今后将提供更正规的指导以便界定在与私立部门一起开展的公共卫生活活动中的作用。

### 批准的预算和实际支出

		批准的预算	实际支出		
			正常预算	其他来源	所有资金
2004-2005 年总计 (以千美元计)		38 264	19 016	9 720	28 736
百分比	国家	8	0	1	1
	区域	46	45	57	49
	全球	46	55	42	50

<sup>1</sup> 见文件 WHA57/2004/REC/3，第四次会议摘要记录，第 7 部分。

## 规划的计划、监测和评价

### 世界卫生组织目标

确保充分运用世界卫生组织共同战略所确定的全组织范围以结果为基础的管理和有效行政工作的机制。

### 指标与成就

- 增加充分实现的预期成果比例。据认为已充分实现的预期成果比例由 2002-2003 年的 53% 增加到 2004-2005 年的 24%。
- 减少利益相关方面要求的特定规划评价的数目，作为对本组织评价框架的信任。世卫组织评价框架外进行的评价数目由 2002-2003 年的 14 项减少到 2004-2005 年的 12 项。

### 主要成就

- 在更新以成果为基础的框架方面取得了显著进展，包括开始制定一项 2008-2013 六年中期战略计划。
- 到 2004 年底，全组织范围采用一种平衡“记分卡”办法对实现预期成果的进展成功进行了一次中期审查。
- 改进了活动管理系统及一些类似系统，所有区域办事处以及总部为设计综合的全球管理系统作了投入。
- 已在非洲区域所有国家办事处成功部署了活动管理系统。
- 所有区域均就第十一个工作总规划进行了磋商。
- 总部和世卫组织某些区域实行的同行审评机制帮助提高了战略计划和实施计划的质量。

### 举例说明部分成就

在东南亚区域，为 11 个国家中的 9 个举办了“国家日”活动。世卫组织代表、国家办事处工作人员以及各国卫生部代表应邀到该区域办事处就预期成果和国家工作计划问题与区域办事处工作人员(有时总部工作人员也到场)进行了三天讨论。这使各国有机会陈述其具体需要并使区域办事处工作人员有机会概述对各国家办事处的承诺。

### 全组织范围预期成果的实现情况

**本组织各级：总部以及区域和国家办事处已将协调一致的规划计划、预算、监测、报告和评价程序纳入日常规划活动**

指标	基线	目标	成就
总部、区域和国家办事处已制定工作计划和定期编写监测报告并遵循既定指导原则的工作领域	遵循既定指导原则所有工作领域都参与了全组织范围双年度末的规划预算执行情况评估	遵循既定指导原则所有工作领域都参与全组织范围双年度末的规划预算执行情况评估以及中期审查	遵循既定指导原则所有工作领域都参与了全组织范围双年度末的规划预算执行情况评估和中期审查。所有区域，尽管程度有所不同(特别是在监测方面)，但均报告已按照既定指导原则编制了预算、拟定了工作计划并编写了监测报告。

## 2004-2005 年规划预算 — 执行情况评估报告

双年度期间协调一致的程度有所改善。但是，各办事处没有对工作计划以及中期实现预期成果的进展统一进行监测，而且美洲区域办事处没有按照全组织范围程序对监测结果进行汇总。区域和总部现已具备中期和双年度末执行情况评估的标准报告格式，但在国家一级尚未得到确立。在工作计划的一致性方面，由于实行了同行审评机制，作出了培训努力并通过一个帮助台直接提供支持，总部已经取得显著改善。在制定“一个国家”计划方面，尽管总部未对计划程序作出充分投入，但也取得了进展，特别是在欧洲和东南亚区域。

### 本组织各级已采取以结果为基础的管理做法文化

指标	基线	目标	成就
本组织各级培训以结果为基础管理原则的职员数	0	500 名职员	至少 600 名职员

据报告，在所有区域和总部对以结果为基础的管理做法和原则的总体认识和接受程度逐步得到改善。某些区域更新和改进了培训材料，东地中海区域修订了培训单元以便纳入对性别敏感的计划要素。

### 支持实现本组织更强的责任性和更好的绩效方面的努力，一个有效的规划管理信息系统已生效

指标	基线	目标	成就
本组织各级规划主任对改良的有益于使用者的管理信息系统的常规使用	无	75%的规划主任	确切的百分数不明

管理信息系统的使用及其便利用户的程度在各区域之间以及在总部仍然存在差异，某些办事处报告说该系统得到广泛接受和使用，而另一些则报告说许多规划主任宁可依赖临时的解决办法而不用世卫组织的信息管理系统来制定计划、编制预算和进行监测。但是，据报告，在总部和东南亚区域，通过改进活动管理系统使管理信息系统得到显著改善。在欧洲区域，没有提供充分的系统支持以满足某些监测和评估要求，从而对报告工作造成不利影响。在采用综合的全球管理系统之前，将活动管理系统指定为保留系统已开始影响到系统是否符合用户的要求。

### 本组织各级涵盖实施连续的规划预算和特定工作或主题领域的评价系统已开始运作

指标	基线	目标	成就
理事机构对各组织级别评价和成果评估范围和报告的深度与广度的满意程度	要求更清楚阐明世卫组织的评价框架	执行委员会和卫生大会明确表明支持所进行的评价和评估	已向规划、预算和行政委员会汇报所进行的评价的结果以及就这些评价采取的后续行动。各区域委员会对进行的评价和评估感到满意，并有证据表明某些区域(例如，美洲区域)的满意程度提高了。
将评价所吸取的教训用于今后规划预算和工作总规划的程度	未确定	未确定	已将从不同类型评价中汲取的教训传达给管理部门以确认明显的共同趋势从而用于预算和计划工作

执行委员会的规划、预算和行政委员会对负责评价和评估工作的各处的能力增强以及双年度期间完成的工作表示欢迎，不过必须开展进一步后续工作，实施提出的建议和汲取的教训。各区域委员会对双年度期间进行的评价和评估感到满意，并有证据表明某些区域(例如美洲区域)的满意程度提高了。

## 2004-2005 年规划预算 — 执行情况评估报告

所有区域现都运转有一个评价系统。但是，非洲区域在双年度期间没有进行任何特定的评价。西太平洋区域就非传染病预防与控制进行了一项区域规划评价，东南亚区域报告说在评价过程中要求更加重视成果和问责制。在欧洲区域，通过内部和外部培训以及成立一个内部评价小组使评价工作得到改进。

### 成功的因素和障碍

#### 成功因素

- 有效的全组织范围计划官员网络使全球能够对设计更新的管理框架，即全球管理系统以及其他重要发展活动作出投入。
- 在这个工作领域内对促进变革的行动一贯给予高级管理支持。
- 连通有所改善从而能够更及时地与各国，尤其是非洲区域各国取得联系。

#### 障碍

- 由于缺乏“实时”工具妨碍及时进行财务监测。
- 某些捐助组织的指拨程序和财务程序复杂，妨碍有效的资源分配并不能确保自愿捐款与规划预算相一致。
- 为各类活动，特别是非洲区域的评价活动提供的资源不充分。
- 全组织范围信息系统的整合情况仍然很差。
- 据报告，在某些区域以及总部感到计划和报告工作负担过重。
- 欧洲区域对评价的重视可以说显著增强并将在 2006-2007 年期间进一步加强，而且可能有外部伙伴固定参与。

### 2004-2005 年中汲取的教训以及如何在 2006-2007 年中应用这些教训

- 进一步加强整个世卫组织以成果为基础的管理需要在本组织各级以及各会员国采取强有力的干预措施。2006-2007 年期间将必须在这方面加倍努力，支持更新管理框架并制定中期战略计划。
- 必须向用户适当说明对信息系统所做的改进，同时必须改善管理文化和做法以便更好地利用信息管理系统。2007 年启动全球管理系统过程中将必须铭记这两条。
- 已承认国家办事处与区域办事处之间开展有效的互动对于有效的实施工作至关重要，应在 2006-2007 年期间予以加强。
- 为支持以成果为基础的管理仍需要持续的培训和复习进修课程并应在下一个双年度中得到扩充。
- 按工作领域制定的全组织范围预期成果和区域预期成果往往与国家一级规划的实际情况不相符。希望自 2008 年起实行战略目标和数量更有限的全组织范围预期成果后将能使国家与业务模式更加一致。

### 批准的预算和实际支出

		批准的预算	实际支出		
			正常预算	其他来源	所有资金
2004-2005 年总计 (以千美元计)		11 326	6 244	4 187	10 431
百分比	国家	3	2	0	1
	区域	48	60	33	49
	全球	49	38	67	50

## 人力资源开发

### 世界卫生组织目标

为支持共同战略，及时提供高效率和高效益的人力资源服务。

### 指标与成就

总部、区域和国家办事处在及时实施高质量人力资源服务方面达到最高水平。通过下述方式高质量和及时提供人力资源服务：增进关于人力资源政策和程序信息的可得性；通过重定任务支持调整战略性工作成果以及职员技能和知识；在人力资源进程中推动管理人员的积极参与，包括计划、业绩管理和职员发展。

### 主要成就

- 能力框架已在全球实施，并纳入了主要人力资源职能。
- 成功启动了全球领导能力规划。
- 在全组织范围学习战略中确保了全球学习委员会协议，向总部以及区域和国家办事处拨付了资金。
- 通过更稳妥的计划政策，合理化的招聘和叙级程序，伴随采取和加强方便用户的电子工具，并将职员服务职能与政策、程序和进程的合理化结合起来，改进了人力资源服务的提供。
- 成功启动了电子指南和试点电子绩效管理发展系统
- 总部、区域和国家办事处的重定任务工作得到了全球范围人力资源工作人员的支持。
- 通过加强应享权利，例如陪产假和临时职员享有改进的职员健康保险，以及由执行委员会批准特别业务办法战略，为职员提供了支助措施<sup>1</sup>。通过讲习班和学习材料，提高了职员对工作场所艾滋病毒/艾滋病的认识。还通过重新安排服务重点，提供了进一步支持。
- 作为全球管理系统的一部分，提供了全球人力资源支持和对流程安排的参与。

### 举例说明部分成就

在欧洲区域作为绩效管理发展系统试点的一部分，并在职员发展中通过高层管理人员参与全球领导人规划，采用了世卫组织能力模式。在本双年度，还在欧洲区域完成了合同审查工作，推动定期任用职员从 40%增加到 60%，并增加了来自无额国和缺额国的国民以及女性职员人数。

### 全组织范围预期成果的实现情况

人力资源战略框架的基本要素已在全球实施并正在有效率和有效地运转，包括人力资源计划、精简招聘和定级程序以及通过监测确定的任何进一步需求

指标	基线	目标	成就
及时提供高质量人力资源服务	分发了战略草案	批准和实施了拟议招聘战略	在质量和多样化方面改进了全球人力资源招聘成果

<sup>1</sup> 文件 EB115/45。

2004-2005 年规划预算 — 执行情况评估报告

指标	基线	目标	成就
有效的人力资源计划，特别是增加聘用妇女及无额国和缺额国国民	妇女占专业人员员额的 38% 没有连贯和全面的人力资源计划方针	促进实现在招聘中女性占 50%，发展中国家国民占 60%的目标 商定概念文件并采纳人力资源计划模板，用于全球方针	特别考虑将女性候选人列入最后候选名单，目前已成为惯例 扩大使用 ePOD（电子员额管理工具）和新的总标准（扩大的电子招聘系统），并得到了用户的积极反馈
使用者对人力资源的满意程度	不认可	通过方便的职员的政策调动职员的积极性 提供支助网络	职员对在临时职员健康保险中增加应享权利和安排陪产表示满意 执行委员会注意到招聘战略 实施了特别业务方针

在本双年度，各区域办事处都采用了电子招聘。提供了就职和培训，将能力评估纳入了选拔制度。执行委员会还制定和强调了招聘战略<sup>1</sup>。2005 年，设立了一个工作小组，审查总部目前的选拔程序。对工作小组对于选拔程序合理化的建议进行了审查，并加以采用。除了对新的总标准进行的培训外，向总部的管理人员和人力资源工作人员提供了电子职位管理工具，以便利职务说明和空缺通知的在线撰写和分类。在总部实施战略方向和能力审核是确保稳妥的组织设计和劳力队伍计划的战略的一部分。这一进程得到了人力资源计划和管理工具的支持。关于工作场所的艾滋病毒/艾滋病，在联合国范围的行动规划和接触后预防工具包行动，以及艾滋病毒/艾滋病学习和定向战略基础上，取得了一些成就。对涉及短期职员及其家庭保险覆盖资格的职员健康保险规章和条例进行了重大变革，在总部举办了一些指导课程，以提高职员认识。2004 年在总部设立了骚扰问题工作小组，以确定采取何种手段，有效处理任何形式的骚扰。该工作小组提交了报告和建议，并得到审议。国际公务员委员会建议的陪产假方面的变化受到执行委员会注意。按照联合国共同制度指导方针，针对所有世卫组织国际职员适用了特别业务方针。职员服务职能得到加强，已向职员和管理部门提供更迅速、更敏感和更注重行动的服务。在总部建立了综合性职员情况介绍服务，简化和调整了人力资源工作和程序。加强了就应享权利提供专家咨询的能力，提高了职员的满意程度。解散了在日内瓦的联合医务处，设立了独立的卫生和医疗处，以将资源用于服务而不是行政管理。世卫组织还牵头制定了联合国预防流感大流行医疗服务人员应急计划指导方针。在本两年度，提供了同行咨询和支持，包括在战略指导和能力审查背景下的压力管理和调职服务。

已制定人力资源信息系统的核心职能并已重新设计相关程序

指标	基线	目标	成就
已在本组织各级验证设计	人力资源信息很难查找，来源过多	可供检索的方便用户的人力资源信息 启动电子系统	2005 年 9 月成功启动电子指南 完成了全球管理系统的人力资源流程图

<sup>1</sup> 文件 EB113/2004/REC/2，第十次会议摘要记录，第 4 节。

## 2004-2005 年规划预算 — 执行情况评估报告

2005 年 9 月启动了人力资源电子指南，将信息汇集到一个可供检索的数据库中。采用电子职位管理系统方便了追踪和报告定级工作。总部和特定区域的工作人员参加了绘制全球管理系统人力资源程序的业绩程序图。

- **已实施、检查和系统评价全组织范围的领导和职员发展战略**
- **全球已实施主要能力框架并已纳入主要人力资源职能（招聘、业绩和职员发展）**

指标	基线	目标	成就
改进工作表现以支持各项组织目标	总部、区域办事处和国家办事处没有系统的数据	2005 年在总部，两个区域办事处和两个国家办事处试行电子业绩管理发展系统 制定与核心能力相联系的全球学习规划 在制定和评估全球领导能力规划时强调管理和领导能力 作为全球领导能力规划的一部分，高层管理人员完成全方位的评估和个人发展计划	电子业绩管理发展系统报告了遵照情况；在总部、两个区域办事处和两个国家办事处进行试点，这就方面了制定基准，以在 2006-2007 年进行改进 成功推行了全球领导能力规划，包括全方位评估 2005 年针对管理、业绩和学习的各方面问题进行了职员调查，将为 2006-2007 年确定基准
主要能力框架和相关应用的有效性，包括业绩管理和发展，以及轮换和流动	未纳入能力	将能力充分纳入人力资源程序	在全球实施主要能力框架，并纳入： <ul style="list-style-type: none"> <li>- 职务设计</li> <li>- 招聘和选拔</li> <li>- 业绩管理</li> <li>- 职员发展规划</li> </ul>

建立了职员发展基金和全球学习委员会，在总部、区域和国家各级划拨了基金。2005 年末，全球学习委员会审查了本组织各部门实施的规划，这是第一次开展此类工作。委员会商定了关于 2006-2007 年世卫组织职员发展、重点领域和受众的全球声明，以及职员发展的问责制框架。

### 成功的因素和障碍

#### 成功因素

- 努力工作的高素质人力资源工作人员。
- 专用于人力资源管理和发展的资源以及来自高层管理部门的支持。
- 联合国系统内对人力资源管理的重视。

## 2004-2005 年规划预算 — 执行情况评估报告

### 障碍

- 战略指导和能力审查工作需要在职员时间和资源方面的强大支持。
- 组织文化需要作出重大变化，以促进支持世卫组织全系统的新的学习方针。得到职员和高层管理人员接受的这一变化，将需要数年时间才能体现在世卫组织的工作方法中。
- 由于资源限制，推迟了实施职员轮换和流动办法。
- 在全球管理系统设计阶段结束之前，无法充分开发职位管理程序。
- 由于系统落后，无法最大限度地提高效率。
- 由于联合国大会决定推迟审查国际公务员委员会建议，全球职工/管理理事会会议推迟召开。

### 2004-2005 年中汲取的教训以及如何在 2006-2007 年中应用这些教训

- 就短期、中期和长期而言，本组织者需要在更大程度上以持续、战略性和注重成果的方式作出努力，同时确保在各级与利益相关者进行对话。这些需要在全局范围与各级主管、管理人员、管理支助单位和人力资源工作人员和职工协会更经常举行会议，以在重大政策问题上征求他们的意见和投入。
- 人力资源状况必须更为清晰，为此，应向职员和管理人员提供建议和指导，同时通过全球领导能力规划以及功能性扫盲和学习规划提高管理人员的管理能力。
- 全球管理系统将是在所有涉及人力资源的工作中确定授权和问责制矩阵的主要动力。
- 分担职员发展责任的框架奠定了良好基础。此外，在整个世卫组织进行的资源发展活动审查表明，2006-2007 年，应针对职员发展活动采取更为持续和更具战略性的方针。全球学习委员会确定了 2006-2007 年的 6 个重点领域和目标受众。它试图改变职员发展资金的分配方式，以激发在这些领域中的学习的积极性。
- 全球领导能力规划已付诸实施，并将在 2006-2007 年继续下去。目前的参加者将有新的活动，2006 年初新的小组也将开始活动。2005 年中期，进行了职员如何看待其管理人员和领导者的调查。针对调查结果作出回应将是下一个双年度的重点工作，并以管理业绩作为主要问题。
- 应继续开展现有工作，同时开发和适应新的系统，并处理资源限制。在这一方面，重要的是确保具备适当能力。

### 批准的预算和实际支出

		批准的预算	实际支出		
			正常预算	其他来源	所有资金
2004-2005 年总计 (以千美元计)		34 912	16 647	21 233	37 881
百分比	国家	3	0	0	0
	区域	38	46	37	41
	全球	59	54	63	59



## 预算和财务管理

### 世界卫生组织目标

与正直廉洁和透明相结合，实行财务管理的最佳做法，在整个组织范围内为所有来源的资金提供高效率和高效益的财务行政支持，包括内部和外部各级的有关的财务报告。

### 指标与成就

- 理事机构接受双年度财务报告、审计财务报表（包括无保留的审计意见）以及中期财务报告和报表。
- 使会员国和其它捐助方能够评价财务绩效的预算执行和监测工作。财务报表包括外部审计意见将于 2006 年 5 月提交卫生大会审议和核准。

### 主要成就

- 双年度期间成功地处理、记录和报告了创纪录水平的收入和开支，包括增加了 40% 的自愿捐款。
- 制定政策方面取得了良好进展，以便为全球管理系统内新的会计和行政综合管理系统奠定基础。
- 引进了企业治理中的改进措施，颁布了防止欺诈政策和责任制框架。
- 为 2006 年的实施工作制定了新的收支财务政策。这些变化促使将收入拿出来用于实施规划和开支，并努力实行交付原则，即支出结算要与取得的成果相一致。
- 一项持续的高效货币保护战略确保使本组织基本上不受美元跌价的影响。
- 根据商定的最后期限成功完成了法定财务报告工作。

### 举例说明部分成就

2004 年 12 月的地震海啸给 2004-2005 年的财务管理工作提出了唯一最大的挑战。总部、东南亚区域办事处和受灾国迅速获得了资金，而且要在不妨碍救援工作的情况下建立起透明的处理程序。最重大的挑战是要找到有经验的工作人员来控制 and 监测资金的流动。东南亚区域的工作人员不惜作出个人牺牲，接到通知便立即前往实地，一次就工作数月。在不损害责任制的情况下采取了简化的手续来进行提款、转移现金以及支付和记录支付等业务。灾难发生数月后，当捐助者开始要求关于其捐款的报告时，早期采取的行动有助于编写捐助者们要求的详细财务报告。

### 全组织范围预期成果的实现情况

已在完善的内部管理框架内以现代商业的原则和惯例为基础，根据世界卫生组织的《财务条例》和《财务细则》、政策和程序开展预算监测、决算帐目和财务报告，使有可能按预算、实施水平和所有来源资金的预期成果评价本组织的产出

指标	基线	目标	成就
提供信息的及时性	95% 的捐助者财务报告按时提交 法定财务报告于 3 月底提交	100% 提前一周	100% 2004 年做到提前一周提交

2004-2005 年规划预算—执行情况评估报告

指标	基线	目标	成就
信息的准确性	100%准确并遵守《财务条例》和《财务细则》	100%准确并遵守《财务条例》和《财务细则》	100%准确并遵守《财务条例》和《财务细则》
捐助方及时准确地收到财务报告	财务报告符合特定捐助方的需要,但对以标准财务报告代替具体指定的报告的接受程度低	更多的捐助方接受标准财务报告	在提高接受程度方面取得良好进展
审计建议的实施程度	100%得到实施	100%得到实施	100%得到实施

双年度期间预算监测、决算账目和财务报告工作是有效的。对捐助方的财务报告工作由于与捐助方代表密切合作并更多使用标准格式而得到改进。及时编制了适当的财务报表,提供关于世卫组织实施情况的透明财务报告。双年度期间出现的内部和外部审计问题得到适当处理。在及时提供财务信息和及时有效报告管理情况方面继续得到改进。虽然所有审计建议都得到实施,但仍有严重延误情况。追踪机制需要得到改善以便能够更好地报告和监测这类延误。

**在可接受的清偿能力风险参数范围内已有效地管理本组织的财务资源,以便尽量扩大其潜力**

指标	基线	目标	成就
与公认的基准相比的流动资金收入水平	相对于基准的2002-2003年实际绩效	超过基准	虽然短期资金比基准低了约0.4%,但长期资金则略高于基准,所以总绩效达到基准
银行业务的效率	2002-2003年中的实际银行手续费向银行账户支付的准确性	减少银行手续费 100%	实现了目标,能够准时正确向受益者支付 100%
通过对冲策略有效地保护美元以外的主要开支货币免遭当前风险	双年度期间的实际联合国汇率	为用于编制预算的标准费用假定的汇率	通过对冲策略获得的收益为3000万美元,很大程度上弥补了实际汇率与预算汇率之间的差距

在管理多余流动资金方面取得了良好绩效。之所以出现多余流动资金,一方面因为收到捐助方资金与使用资金之间存在时间差;另一方面因为存在职员健康保险基金等长期财务储备。通过全球管理员成功地监测了投资绩效、决算账目和报告工作。双年度期间的投资总收入达7000万美元,总回报率符合基准。相对于基准的短期投资绩效(3个月美元伦敦同业拆放利率)受到略微长于基准的投资到期情况的不利影响,后者是出于战略理由,以便保证最低限度的投资收入。2005年中这种较长的到期情况使世卫组织稍后才获得美元短期利率迅速上升带来的收益。外汇保护措施带来了3000万美元现款收益,抵消了美元跌价对正常预算价值的影响。某些区域和国家办事处采用了因特网银行系统,加快了向受益者的支付同时减少了银行手续费。总部实行了一种新的银行支付机制,集中了以前由各国办事处处理的大量支付业务,从而减少了这些办事处的工作量。

**已提供有效和符合需求的有关供应商合同、索赔、职员薪金、津贴、福利和退休人员福利的财务行政管理**

指标	基线	目标	成就
根据职员和退休人员各自的一揽子补偿/报酬，根据供应商和承包商各自的合同以及根据权利规定进行的索赔，向他们付款的及时性和准确性	未确定	未确定	尽管资源受到严重限制，总部仍然采取了政策和程序步骤处理延迟支付职员旅费问题。2006-2007年中仍有一些问题需要解决

向职员和供应商的支付准确无误，但仍可以进一步提高效率和减少积压，特别是在总部的旅费报销方面。

**已在现代商业的原则和惯例的基础上建立新的、综合财务管理和报告系统，使所有地点和各级的职员能够获得便于他们实现其目标所必须的财务信息**

指标	基线	目标	成就
对新系统的测试和批准	现有财务系统	确定并实施专门的改进措施	成功实行了内部会计传票和国家办事处预付款系统
所有基金来源和工作领域服务和信息的一致	区域和总部的财务系统之间存在一些差别  由于系统限制不能连贯提供外地财务信息	消除差别  更及时地提供外地财务信息	制定并最后确定了关于收支的新会计政策和程序。标准成本计算方面的政策工作已开始。这些新情况有助于本组织整个系统和程序的标准化  未能实现

在新的财务政策和程序方面作了良好的准备工作，为全球管理系统项目奠定了基础。

**成功的因素和障碍**

*成功因素*

- 大量手工操作的会计交易和调节已自动化，从而加强了财务业务的效率并提高了其准确性(尤其是国家级使用的预付款会计系统)。
- 区域积极参与关于全球管理系统的审议、评估和协商，为全球管理系统项目打下了良好的基础。
- 内部和外部审计得到有效协调，到双年度末时没有尚未解决的重大审计问题。

*障碍*

- 由于缺乏能力培训职员实施世卫组织财务细则和程序，所以降低了尤其是国家一级的效率和效力。
- 系统缺陷，如会计与财务信息管理之间缺乏一致性，缺乏整合以及不能将外地系统与区域和总部的系统结合起来等，妨碍了及时产生管理信息的能力。
- 某些外地办事处由于连通问题延误了对交易的记录。
- 某些外地办事处没能遵守既定的政策和程序，结果错误发出承付文件。
- 由于汇率浮动使最初计划的职员配备及其他费用与按美元实际承担的费用之间出现显著差异：虽然通过对冲策略从宏观上管理了这种浮动，但在实施规划时，实际资产与编入预算的资产之间仍出现扭曲，由此歪曲了管理报告。

## 2004-2005 年规划预算 — 执行情况评估报告

- 资源限制给一些办事处的某些会计职能(如职员个人账户)造成了压力并妨碍改进关于预算执行情况的报告和监测工作。

### 2004-2005 年中汲取的教训以及如何在 2006-2007 年中应用这些教训

- 制定切实可行的工作计划很重要，有助于加强预算执行工作。因此，在为 2006-2007 年制定工作计划时花了较多时间。
- 全球管理系统项目在 2004-2005 年中进展缓慢但 2006-2007 年中将加速进展。目前正在作出巨大努力澄清和改善授权问题，新系统将为此提供便利。
- 资金和权力将继续由总部下放到区域和国家。因此需要通过增加职员和提高技能来加强能力。
- 必须继续每月提供关于各种来源资金执行情况报告以确保迅速实施由捐助者供资的项目。
- 必须继续与负责处理合同并及时接收和记录自愿资金的所有职员进行协调以便于迅速实施。
- 必须在实施前与所有方面一起认真计划和协调综合的财务管理。因此，要努力继续加强与顾客的联络和协调，确保业务的透明度、效力和效率。
- 就财务细则和程序培训国家和区域办事处工作人员极其重要，必须持续进行。因此，将进一步制定成套培训措施计划，使技术部门以及世卫组织国家和区域办事处的更多职员能够获得基本财务和会计培训。
- 有必要更及时支付职员和供应商，而这将通过就全球管理系统采用更好的系统并改变业务规则来实现。

### 批准的预算和实际支出

		批准的预算	实际支出		
			正常预算	其他来源	所有资金
2004-2005 年总计 (以千美元计)		43 841	21 363	22 296	43 659
百分比	国家	0	0	0	0
	区域	40	45	35	40
	全球	60	55	65	60

## 基础设施和信息服务

### 世界卫生组织目标

确保提供及时和有效的基础设施、采购和后勤支持以促进各组织层次技术规划的实施。

提供一个满足所有使用者需求的妥善管理的信息和通讯技术环境。

### 指标与成就

各组织层次基础设施和后勤支持服务的适宜性、成本效益和可靠性。在整个双年度中提供的服务是可靠的和快捷的，始终在努力作出进一步改进。

在批准的全球战略和业务计划的基础上增加用于世界卫生组织各办事处共同使用的计算机系统的比例。在本双年度，总部和区域各级共用系统的数量增加了，已经安装的此类系统的范围扩大了。这方面的例子包括用于采购、差旅、工作人员绩效、管理和聘用的系统。重点始终放在全球管理系统上，相对于其它领域，向该系统输送了更多资源。

### 主要成就

- 整个组织积极参与了以下方面的工作：全球管理系统，国家连接项目，全球信息技术安全，世卫组织身份证管理系统，世卫组织信息技术应用/产品目录。
- 完成了国家连通战略，正在制定世卫组织全球信息和通讯技术战略，准备提交会员国审议。
- 与全组织范围区域网 — 全球专用网络的连接大大加强。
- 通过电子采购系统和世卫组织产品目录获得了竞争性商品价格。
- 针对职员追踪改进了安全信息系统。
- 大大改进了信息技术系统，例如旅行者对电子邮件和电话的使用，虚拟工作空间，以及工作流程管理应用安全。
- 对紧急情况，例如洪水、地震、海啸以及新的、正在出现的和再度出现的疾病作出迅速而有效的反应。
- 总部在一系列危机，包括 2004 年 12 月 29 日印度洋地震和海啸中，设立、启动和使用了战略卫生行动中心和附设办公区域。

### 举例说明部分成就

作为管理和维持世卫组织不动产的战略方针的第一步，制定了一项全组织范围 10 年基本建设总计划，涉及在今后 10 年为维护本组织建筑的整体可用性、物质条件和安全，需要进行的修缮、改建、营造和翻新。营造工作的第一阶段，涉及在 2005 年完成西太平洋区域办事处的新大楼，对整个西太平洋区域都很重要。第二阶段，涉及翻新原有大楼，更新现有设备和重新划定车道，将在 2006 年期间继续。

## 全组织范围预期成果的实现情况

为保证现有办事处的顺利运转和安全，已维持适当和有成本效益的基础设施、采购与后勤支持

以合理和可持续的方式为规划实施提供持续支持

指标	基线	目标	成就
对可靠有效的基础设施支持服务促进各办事处日常业务的满意程度	没有进行满意程度调查	2005 年底进行了满意程度调查	在大多数办事处继续维持或提高了满意程度
运送货物从提出要求至抵达目标国的最短时间	6 个月	4 个月	平均为 3.5 个月。在所有区域办事处、总部和许多国家办事处部署了电子采购申请系统，大大缩短了采购周期。

通过定期检查和审查应用系统，并借助维修合同，确保了现有办事处的顺利运作和安全。此外，办公场所的适当定期维修和加强安全措施，改善了各区域办事处的整体安全和外观。世卫组织非洲、美洲、东南亚、东地中海和西太平洋区域办事处，仍然缺乏办公用房，同时总部的职员调查确定办公用房管理是一个引人关注和招致不满的领域。根据职员调查中收到的许多意见，评估了客户满意程度。

以有效准备和后勤支持的形式已向全球理事机构和技术会议提供持续支持，包括及时提供世界卫生组织文件

指标	基线	目标	成就
会员国对为会议提供高效率 and 有效服务的满意度	没有进行满意程度调查	进行了调查	没有进行正式的满意程度调查。不过，在各次会议之前、期间和之后收到的意见表明，人们对全球、区域和国家各级会议的筹备和协调工作仍然是满意的。

有效筹备和顺利举办了本组织各级的全球和区域理会机构会议和技术会议。还为其它大型会议提供了设施和服务，例如世卫组织《烟草控制框架公约》会议，修订《国际卫生条例》的会议，禽流感和人禽流感大流行问题会议以及面临的其他卫生问题会议。在一些会议期间，文件未能如期分发，但这主要是由于会议筹备时间短，文件迟迟难以定稿。作出了努力，通过审查所提供服务的合理性，帮助控制了成本。深入审查文件分发做法，将在下一个双年度减少制作成本。

利用促进更自主采购方法的伞形协定和电子商务等机制，已为技术规划和会员国购置最高质量和最佳价格的卫生用品

指标	基线	目标	成就
世界卫生组织各办事处根据集中洽成的合同降低单位成本（规模经济）进行的直接采购量	没有现成设施	30%的采购建立在集中洽成合同基础上	全组织范围采购总额的 40%以上是根据集中洽成全球协定进行的
可报销采购的增长水平	1 600 万美元	可报销采购基准数额强加一倍	以政府、非政府组织和兄弟联合国机构名义进行的可报销采购与上一个双年度相比增加一倍以上

**2004-2005 年规划预算 — 执行情况评估报告**

指标	基线	目标	成就
国家级使用现有机制的频度	各地区和各国 1 2 0 0 0 单订货	各地区和各国订 货增长 25%	在世卫组织在线电子商品目录可供全 球检索后, 各国和区域采购增长 30%

在整个世卫组织系统, 动用各种机制, 促进了努力以最低价格采购高质量的卫生供应品。通过直接和间接成本规避, 大大降低了成本。通过使用世卫组织的电子采购系统, 在许多区域和国家办事处扩大自动采购。使用世卫组织的商品目录增加了从与区域供应商的伞形协定中获得的好处, 进一步提高了世卫组织的购买力。

**已制定和实施信息和通讯技术全球战略和业务计划**

指标	基线	目标	成就
为世界卫生组织的电信和共同系统采纳战略信息和通讯技术计划, 总部和区域办事处具备起作用的实施计划	没有全球信息和 通信技术战略。 所有区域都在制 定区域办事处战 略性信息和通信 技术计划	制定了战略和业 务计划, 以提交 理事机构审议	在所有区域办事处的推动下, 完成了 世卫组织信息和通信技术全球战略方 面的工作。战略草稿已准备提交理事 机构。美洲区域办事处完成了一项区 域范围的进程, 以确定区域信息技术 战略
在整个世界卫生组织已具备经批准的 紧急电信计划和基础设施	没有现成的紧急 电信计划和基础 设施	在总部和所有区 域办事处具备紧 急计划和基础设 施	美洲区域办事处、东南亚区域办事处 和总部具备了紧急计划和基础设施

在本双年度完成了两项信息和通讯技术全球计划。第一项是国家联通战略, 提供了国家联通项目的框架。在该框架下, 本双年度联通了 85 个国家办事处。第二项, 世卫组织信息和通讯技术全球战略仍然是草案形式, 等待由即将设立的全局信息和通讯技术委员会批准。在东南亚区域办事处和总部正在执行信息和通讯技术紧急计划, 以应对印度洋地震和海啸引发的事件。全球禽流感防备计划的制定过程导致了增进国家联通性的计划, 并推动了加强公共网络能力, 以应对大流行。世卫组织美洲区域办事处具备紧急计划和基础设施。

**已具有联接世界卫生组织办事处的通讯网络和行政及技术系统, 以便通过分享信息改进合作与协调**

指标	基线	目标	成就
确保世界卫生组织办事处能够利用共 同数据库	25 个世卫组织地 点与全球专用网 络连接	100 个地点与全 球专用网络连接	在整个世卫组织系统, 有 85 个地点 目前与全球专用网络连接。这就提供 了安全的、有专人管理的通讯渠道, 传播声音、图像和数据。
世界卫生组织办事处之间电子交换财 政、行政和卫生信息	未建立	未建立	国家联通项目对许多国家办事处以安 全可靠的方式检索信息产生重大影响

充实信息技术业务秩序计划的工作取得了进展, 经过谈判, 商定儿童基金会与欧洲区域办事处将在一地点或其它地点发生灾害时提供共同支持。不断开发或获得新的技术和应用, 对世卫组织的全球方针给予了更多关注, 帮助不同地点的工作人员分享在整个组织提供信息的专门知识。全球专用网络提高了通连性, 各国都从中受益, 在此情况下, 建立有关系统以支持国家行动的机会增加。例如, 目前, 在非洲区域办事处, 可通过因特网进入财务和个人帐户。总部以及世卫组织非洲、美洲和东南亚区域办事处正继续通过因特网和内连网提高应用程序的可用性。东南亚区域办事处为区域和国家办事处建立了一系列信息系统, 包括网站, 并改进了活动管理

系统，以满足需要。在总部以及各区域和国家办事处，研究工作侧重于 SharePoint，这是一种协作工具，用于在世卫组织之内和之外一系列使用者之间以各种格式汇集信息。例如，SharePoint 用于控制结核伙伴关系和全球药物基金网站，作为一个单一的平台，在全球范围联合追踪药物订货、采购，托运和认捐。许多与卫生有关的网站，例如关于艾滋病毒的网站，使用 SharePoint 传播材料，并作为数据搜集工具，供总部使用这些材料的小组向各领域有关机构更好地提供指导和最新信息。

### 成功的因素和障碍

#### 成功因素

- 对开发和实施项目和行动的明确指导和管理支持。
- 各办事处之内和之间的同行审查和出色的团队工作。
- 有积极性和奉献精神的工作人员。
- 清醒认识到信息技术对推动向以知识为基础的学习组织进行战略转换，以及在组织体制内横向建立信息技术功能的重要性。

#### 障碍

- 预算削减和资金拖延缩短了用于计划项目实施的时间。
- 责任加重，工作范围扩大，人力资源有限以及缺乏在某些关键领域内的技能给工作人员造成巨大压力。
- 冗长和繁琐的招聘程序。
- 缺乏最新的业务技术限制了提供服务。
- 非洲区域办事处工作人员和责任分布在两个地点；
- 一些区域办事处基础设施不足。
- 建筑老旧，需要进行大规模修缮、翻新和维护。缺乏用于重大工作的资金，迫使人们采取局部和临时措施，一段时间内导致很高费用。

### 2004-2005 年中汲取的教训以及如何在 2006-2007 年中应用这些教训

- 应审查有关服务(包括订约的和未订约的)，以确保在下一个双年度实现成本效益。应考虑外包作为减少和控制业务费用和提高绩效的手段。
- 应在一般行政中确定和推动标准做法，以提高服务水平。为提高效率，还需要促使各级积极参与项目。
- 信息和通讯技术综合计划需要得到信息和通讯技术领域外高层管理人员的积极支持，他们必须推动在每一工作地点对业务系统给予优先考虑。
- 全球信息和通讯技术管理和支持进程将有助于实施信息和通讯技术全球战略，减少工作的重叠，促使世卫组织各信息和通讯技术小组密切合作。
- 必须继续与各大航空公司联合谈判，扩大前往各区域和国家的议定票价的范围。
- 必须在各办事处和单位继续系统记录评估和评价情况，以确保具有效率和效益的记录保存做法，稳妥保存重要信息，并最大限度地利用空间。
- 必须确保项目在开始实施之前得到充分资源。
- 必须改善和简化文件的生产和分发。
- 活动管理系统需要简明扼要的工作计划，附上便于明确理解的资金需要和限制，同时保持足够的灵活性，以适应重点的不断变化。



2004-2005 年规划预算 — 执行情况评估报告

- 必须继续推动简化程序。
- 在灾害应对阶段一开始即应调动支助服务参与。
- 信息和通讯技术必须成为制定综合防备计划的战略要素。
- 应保存基本服务和设备清单。

**批准的预算和实际支出**

		批准的预算	实际支出		
			正常预算	其他来源	所有资金
2004-2005 年总计 (以千美元计)		174 715	90 915	99 232	190 147
百分比	国家	7	0	0	0
	区域	32	42	36	39
	全球	61	58	64	61

## 总干事、区域主任和独立职能

### 世界卫生组织目标

在世界卫生组织《组织法》的总体框架内，按照共同战略的战略方向，指导、激励和领导世界卫生组织所有办事处，以便最大限度地增强其对实现会员国卫生状况重要成果作出的贡献。

### 指标与成就

双年度末绩效评价所反映的对规划预算阐明的所有工作领域的实施程度。根据双年度末的执行情况评估，2004-2005 年中，制定有目标并予以充分实现的全组织范围预期成果的比例为 53%，相比之下，2002-2003 年中该比例为 24%。

## 主要成就

- 《世界卫生组织烟草控制框架公约》于 2005 年 2 月 27 日生效。到 2005 年底时，115 个会员国和欧洲共同体成为公约缔约方。
- 《国际卫生条例》(2005)获得通过<sup>1</sup>并就自愿遵守部分选定条款问题与会员国展开了讨论。
- 自 2005 年中以来，世卫组织一直在警告各会员国，万一禽类病毒突变成人类病毒，禽流感便有可能在人间流行。已经拟定了大流行性流感战略行动计划。
- 成立了战略卫生行动中心，该中心在印度洋地震海啸、南亚地震、禽流感流行、苏丹达尔富尔地区人道主义危机以及马尔堡和埃博拉出血热暴发的救援工作中继续提供重要支持。
- 2003 年 12 月发起的“三五”战略促使低收入和中等收入国家中接受艾滋病毒治疗的人数增加了两倍并创造了势头，努力接近 2010 年普遍获得治疗的目标。这个目标得到 2005 年 7 月在苏格兰格伦伊格尔斯举行的 8 国集团首脑会议以及 2005 年 9 月联合国大会第六十届会议的支持。
- 出版了包括 2004 年和 2005 年《世界卫生报告》在内的众多重要出版物，主要涉及到预防慢性病<sup>2</sup>以及妇女卫生和对妇女的家庭暴力<sup>3</sup>等问题。
- 建立伙伴关系方面有了新发展，包括发起了孕产妇、新生儿和儿童卫生伙伴关系，启动了卫生计量系统网络，创立了国际免疫财政机制，以及成立了世界患者安全联盟。
- 会员国支持若干重要战略，主要是饮食、身体活动与健康全球战略<sup>4</sup>和关于生殖卫生的战略<sup>5</sup>。
- 东南亚区域和西太平洋区域 2004 年选举了区域主任；非洲区域和欧洲区域 2005 年选举了区域主任。2005 年中总干事还任命了两名助理总干事。
- 到 2005 年底时，自愿捐款额达到 19.20 亿美元，比上一个双年度增加了 5.50 亿美元。分配给区域和会员国的资金超过 63%。

### 举例说明部分成就

由于与各会员国和伙伴开展了有效合作而且世卫组织采取了重点明确的措施，所以 2005 年底时，只有四个国家还流行有本地脊髓灰质炎，而在重新感染的 21 个国家中 15 个国家已经成功控制了疾病的流行。

<sup>1</sup> WHA58.3 号决议

<sup>2</sup> 《预防慢性病：一项重要投资：世卫组织全球报告》。日内瓦，世界卫生组织，2005 年。

<sup>3</sup> 世卫组织关于妇女卫生和对妇女家庭暴力的多国研究。日内瓦，世界卫生组织，2005 年。

<sup>4</sup> WHA57.17 号决议。

<sup>5</sup> WHA57.12 号决议。

2004-2005 年规划预算 — 执行情况评估报告

**全组织范围预期成果的实现情况**

**已实施世界卫生组织理事机构的决议和决定**

指标	基线	目标	成就
理事机构通过关于实施决议和决定定期报告的情况	全体通过关于实施决议和决定的所有定期报告	全体通过关于实施决议和决定的所有定期报告	区域主任提交给区域委员会的报告和总干事提交给理事机构的报告获得通过。理事机构的决议和决定得到通过并指导本组织的工作

2006-2007 年规划预算获得通过，其中预算增加了 17%，评定会费水平增加了 4%。双年度期间，作出了一些决定，涉及到秘书处可以如何改进关于以前双年度决议和决定实施进展的报告工作，以及还可将哪些核心要素(包括有关费用)纳入提交给理事机构的决议。

**已在本组织各部门的工作之间建立更强的一致性和协同性以实施规划预算**

指标	基线	目标	成就
在确定预期成果和工作计划及在其实实施过程中使用全组织系统方面的合作程度	世卫组织各级在制定预期成果和开展联合工作计划过程中没有协调一致进行合作	区域和国家协调一致参与确定预期成果并加强联合工作计划方面的合作	开展了合作程度更高的规划预算制定工作，包括进行了有国家和区域参加的同行评审。就许多，但不是全部工作领域而言，所有三个级别都更好地参与了联合工作计划的制定

所有区域办事处都报告在编制规划预算和拟定联合计划方面加强了合作。更有效的程序促使本组织三个级别之间更加协调

**已对规划的实施进行精心管理；并对本组织工作的影响已进行评价**

指标	基线	目标	成就
在战略审评和规划、主题及国家评价的基础上采取行动的度	未确定	与管理层取得联系以接受和实施建议及吸取的教训	管理层接受了在主题和国家评价中吸取的教训和提出的建议并将它们纳入其工作计划

**所有各级已进行最佳组织**

指标	基线	目标	成就
实施内审计和外审计建议的频率	绝大多数建议得到实施	令人满意地处理重要建议	内部监督服务司监测其所有建议的情况以确保管理层有效地采取行动或确保高级管理层承担不采取行动的风险。内部监督服务司对重要审计建议的总体处理情况基本感到满意。据报告，产生于 2004 年及以前工作计划的绝大多数建议已得到实施并由内部监督服务司进行了效力审查，审计工作已结束

2004-2005 年规划预算 — 执行情况评估报告

**已通过及时和准确的法律咨询及义务保护本组织的法律地位和利益**

指标	基线	目标	成就
对法律咨询和服务要求的反应能力及在本组织规划内对这一咨询的实施频率	反应能力由于人力资源不足受到影响。实施法律咨询的频率总体尚可	在咨询的时间和准确性方面提高反应能力	聘用两名法律官员后人力资源情况得到改善，使法律咨询更加迅速和准确并得到各项规划更频繁地实施

《国际卫生条例》的修订工作得到有效促进和支持，并于 2005 年 5 月获得通过。

**批准的预算和实际支出**

		批准的预算	实际支出		
			正常预算	其他来源	所有资金
2004-2005 年总计 (以千美元计)		28 670	24 092	11 521	35 613
百分比	国家	0	2	0	1
	区域	33	46	10	35
	全球	67	52	90	64

## 世界卫生组织驻国家办事处

### 世界卫生组织目标

按照共同战略，在国家级实施世界卫生组织的核心职能，并且特别以《组织法》所表达的本组织在国际卫生工作中的指导和协调作用为重点。

### 指标与成就

国家内调拨给世界卫生组织核心职能的资源 — 人员和资金 — 的百分比。在 2004-2005 年规划预算该工作领域下，世卫组织资金的 5.6% 用于支持世卫组织对国家的核心职能。

与在国家的健康结果相比，利用世界卫生组织人员和资金的效率和效果（通过在本组织各种类型的监测和评价进行衡量）。世卫组织国家办事处 90% 在使用国家合作战略作为在国家一级有效履行世卫组织核心职能的一种机制。对 8 个国家进行了绩效评价，1 个区域试行了关于国家工作的重要绩效指标。

### 主要成就

- 2005 年 5 月执行委员会第 116 届会议提出了国家重点政策。
- 到 2005 年底 130 个国家完成了国家合作战略并用其为 2006-2007 年的实施计划提供依据和制定世卫组织的共同战略。
- 大多数区域加强了对世卫组织代表的授权。
- 世卫组织非洲区域所有 46 个国家办事处都已与全球专用网络链接。
- 实施国家合作战略的进程开始后，所有区域都能够更有效地在国家一级履行世卫组织核心职能：美洲区域瞄准了 5 个重要国家；东南亚区域办事处已准备对各国进行国家审评，并大大加强了对世卫组织代表的授权；在欧洲区域，国家合作战略将技术援助、国家工作和卫生系统工作连结在一起；东地中海区域完成 17 项国家合作战略并用其加强世卫组织国家办事处；西太平洋区域在东南亚区域办事处的密切合作下，制定了第一份多国合作战略。

### 举例说明部分成就

2004 年，非洲区域办事处和总部联合制定了一个加强世卫组织对各国技术支持的框架以便帮助改善非洲区域的卫生结果，这促使制定了“一个世卫组织国家计划和预算”。凭借从这一过程汲取的教训，开始了一项雄心勃勃的规划，旨在建设国家小组的能力以便使世卫组织在非洲区域的所有 46 个国家小组面貌一新。2005 年，在马普托举办的一个讲习班上，决定在本组织所有三个级别加强创新的联合计划以便实现普遍覆盖并使 13 个非洲国家能够获得基本卫生服务。

### 全组织范围预期成果的实现情况

世界卫生组织的战略以及技术和财政资源的分配，包括在国家级的职工配备，与国家合作战略相一致

指标	基线	目标	成就
已存在分析文件说明下一个世界卫生组织共同战略、工作总规划和规划预算方案的制定	进行了 92 项国家合作战略。不具备对战略的全球分析	增加国家合作战略工作并确保进行全球分析	进行了 130 项国家合作战略。进行了一项区域分析。一项全球分析为第十一个工作总规划提供了信息

## 2004-2005 年规划预算—执行情况评估报告

指标	基线	目标	成就
全世界卫生组织范围反映将国家合作战略付诸实施所需技术支持和财政资源的工作计划（2004-2005 年）和规划预算方案（2006-2007 年）	在 2004-2005 年工作计划以及 2006-2007 年规划预算草案中没有系统地运用国家合作战略	确保绝大多数国家在拟定 2004-2005 年工作计划以及 2006-2007 年规划预算时使用国家合作战略	双年度期间运用国家合作战略为制定多数国家办事处工作计划提供了信息，另外在制定 2006-2007 年规划预算过程中也运用了国家合作战略
按照国家合作战略所表述的以世界卫生组织战略议程为基础的国家级世界卫生组织人力计划工作及其对本组织的影响	国家级世卫组织人力计划与国家合作战略不一致	当具备国家合作战略后使国家级世卫组织人力计划与之一致	大多数国家合作战略在促使更新国家小组的面貌。所有区域均已开始实施

双年度的所有工作计划都源于国家合作战略而且本组织三个级别之间已开始联合计划。

### 世界卫生组织国家工作队的有效业绩，特别是涉及国家能力建设方面的有效业绩

指标	基线	目标	成就
将世界卫生组织国家级绩效的评价用于加强国家工作队	双年度中期和末期评估但在评估世卫组织国家级绩效方面仍存在差距	制定评价世卫组织国家级绩效的框架	2005 年为制定估价世卫组织国家级绩效的框架建立了区域间/总部工作小组

双年度期间，内部审计和监督司在所有区域进行了国家绩效评价。

### 促进世界卫生组织在各国工作的有效行政、通信和管理系统

指标	基线	目标	成就
在世界卫生组织有代表处的所有国家已有正式记录的授权和责任框架	世卫组织代表报告说第三次世卫组织代表和联络官员全球会议上授权不充分	加强在所有区域的授权	大多数区域明显将更多的规划和财政权力交给世卫组织代表。已具备一个世卫组织责任框架
已分析国家办事处、特别是负责大量业务活动的国家办事处的管理审评	没有分析	在大多数国家办事处进行审评	在 4 个区域进行了国家审评
能通过世界卫生组织全球专用网络和因特网定期与区域办事处和总部联系的国家办事处数量	4 个国家办事处和 6 个区域办事处能与全球专用网络连通	增加能进入全球专用网络的国家数并充分覆盖非洲区域	6 个区域办事处和 85 个国家办事处能与网络连通。另有 56 个国家办事处正在实施阶段。所有 6 个区域办事处均已具备电视会议设施。大多数国家办事处有自己的网站或在区域办事处网站上设有网页

## 2004-2005 年规划预算 — 执行情况评估报告

在美洲区域，对所有国家办事处和技术规划进行了正式中期评估和双年度末期评价，包括评估管理工作的各个方面。在非洲区域，对安哥拉和尼日利亚进行了与更新面貌有关的管理审查工作。在东地中海区域，已开发并使用一个国家办事处评估数据库。

东南亚区域办事处加强了对世卫组织代表的授权，包括使他们有权在国家办事处招聘长期和短期工作人员并最多能够支配 5 万美元以签发行工作协定。欧洲区域办事处根据能力在若干国家办事处加强了授权。

所有世卫组织代表均被列入世卫组织全球领导能力规划。

### 世界卫生组织职员和参与促进实现国家卫生与发展目标的其它方面在国家内可获得的关于卫生问题的最新可靠信息

指标	基线	目标	成就
在世界卫生组织国家办事处已存在以精心确定的世界卫生组织标准为基础并包括虚拟存取信息的有效文献中心	未确定	未确定	绝大多数国家办事处具备以世卫组织标准为基础的文献中心/图书馆/知识管理库

在非洲区域，几乎所有国家都操作“蓝箱图书馆”。全球专用网络现已覆盖所有国家，加强了获得信息的虚拟渠道。美洲区域多数国家办事处拥有文献中心和网页，通过虚拟卫生图书馆以虚拟方式提供信息。在东地中海区域，所有国家办事处均能通过区域办事处内部网络和规划计划、监测与评价司的门户进入数据库和虚拟图书馆并查阅文献。

### 已通过对世界卫生组织参与协调发展合作的明确业务政策，如共同国家评估和联合国发展援助框架等机制，支持国家发展、减贫、紧急情况救济和反应战略的卫生部分

指标	基线	目标	成就
已存在世界卫生组织对国家级不同类型发展合作协调程序和机制的指导	抗艾滋病、结核和疟疾全球基金 2003 年指导说明；2004 年联合国联合规划指导；没有关于部门范围措施、减贫战略、千年发展目标、联合国的立场文件	向区域传播经修订的世卫组织关于全球基金国家级程序的指导说明。制定并向区域传播世卫组织关于部门范围措施的立场文件	在其他相关技术部门合作下，制定了一套工具和准则旨在改进世卫组织对国家发展战略和其他协调程序的支持，这些工具和准则包括：关于世卫组织内与全球基金相关活动的指导文件、世卫组织协调一致和同步：重要资源、世卫组织在卫生发展部门范围措施中的作用指南
已为与国家和国际卫生工作有关的协调机制和程序在区域间和国家内建立一支支持积极的国家能力建设的训练有素的职工队伍	区域间或国家内没有一支训练有素的职工队伍	在所有区域开始建设国家办事处工作人员的能力	运用国家合作战略使国家卫生重点与战略(例如减贫战略)更加一致并加强与联合国和其他发展伙伴之间的协调。世卫组织积极参与了 71 项减贫战略工作。85% 的国家办事处参加了共同国家评估/联合国发展援助框架进程

世卫组织作为联合国发展小组成员之一全面参与了联合国的改革进程并参加联合国发展小组的各工作组。国家支持单位网络第四次会议商定了一项战略，旨在建设国家小组处理协调一致和同步议程的能力。联合国发展小组关于共同国家评估/联合国发展援助框架进程的信息通过各区域办事处得到广泛分享和传播。

## 成功的因素和障碍

### 成功因素

- 通过改善本组织三个级别之间的联络和协调提供了有利环境。
- 在区域指导方针中制定了明确的方向。
- 向国际支持单位网络提供了财政支持。
- 在支持国家方面具有坚定的承诺。

### 障碍

- 可利用的资金不足，特别是在适当建设世卫组织国家办事处作为加强国家卫生系统的重要机制方面尤其如此。
- 行政程序缓慢而且不十分便于用户使用妨碍了业务的效率。
- 技术和行政领域的授权有限。
- 绩效评估与责任框架一样都很薄弱。

## 2004-2005 年中汲取的教训以及如何在 2006-2007 年中应用这些教训

- 高级管理层必须作出政治承诺加强对国家级技术合作的支持。
- 通过国家合作战略程序得以适当了解和认识每个国家的卫生需要和重点。当该程序得到全组织通过并投入使用后，它将成为与各会员国以及重要卫生发展伙伴开展合作的强有力工具。
- 按照国家合作战略确保为国家办事处和能力建设提供适量资源是一项好投资，由此可以与所有伙伴进行良好的交流与合作，有效协调世卫组织的各项活动并将世卫组织各级团结起来。
- 强调世卫组织国家合作中的卫生系统框架为持续的技术建议提供了有力的平台并有助于更好地认识其他国家和国际卫生行动者的作用。
- 电信得到改善，加强了国家工作的效率。

2006-2007 年中，特别要将从上一个双年度汲取的教训应用于：

- 提倡为加强世卫组织驻国家办事处提供充足的资源；
- 扩大国家合作战略程序；
- 发展和利用国家支持单位网络门户从而加强各区域办事处之间的交流以便分享汲取的经验教训以及良好做法。

## 批准的预算和实际支出

		批准的预算	实际支出		
			正常预算	其他来源	所有资金
2004-2005 年总计 (以千美元计)		148 630	134 267	27 167	161 434
百分比	国家	92	96	60	90
	区域	5	2	29	6
	全球	3	2	11	4



## 杂项

### 汇率保值措施

**目的** 当第五十四届世界卫生大会通过 2002-2003 年拨款决议时也批准了一项新的汇率保值措施，以替代原先的汇率补贴措施<sup>1</sup>。这项新措施符合《财务条例》第 4.4 条的规定。该条规定，.....该补贴措施的目的应是使有可能保持预算水平，以便不管各种货币对美元的联合国正式汇率的任何波动影响如何，经卫生大会批准、由预算所反映的所有活动可予执行.....。建议为 2004 - 2005 年正常预算和其它来源由服务费用特别帐户所反映的这一部分提供类似程序。

预期成果	指标与成就
<p>正常预算和其它来源由服务费用特别帐户所反映的这一部分以此受到保护免于外汇波动的影响，从而不管对美元的波动影响如何，经批准的预算水平可予充分或尽最大可能实施</p>	<p>预算对汇率保值措施拨款的适当性，从而使所有有关的规划方案的实施不因汇率的不利波动而减少。外汇保护措施导致了 3 000 万美元的现金流量，抵消了美元疲软对正常预算的影响。</p>

3 000 万美元的保值收益几乎弥补了实际汇率与预算汇率之间的差异。

### 不动产基金

**目的** 不动产基金由第二十三届世界卫生大会建立<sup>2</sup>，以便提供资金用于支付购置土地和建筑物、本组织办公楼的重大修缮和改建以及选择的职工住房的保养、修缮和改建费用。根据修订的《财务条例》和为了提高关于本组织不动产活动的费用的透明度，正常预算现包括原先由杂项收入（前临时收入）直接提供的不动产基金的资金。

预期成果	指标与成就
<p>在适用的地方，已提供具成本效益和达到可接受的安全水平的办公房舍和职工住房</p>	<p>按照有关计划和时间表完成建筑和维修工作。短期培训计划得到实现，制定一项 10 年基本建议总计划的方针以提交执行委员会第 117 届会议供批准。<sup>3</sup></p>

本期间开展的修建和翻新项目包括扩展其太平洋区域办事处，更新东南亚区域办事处的空调系统。对总部的供暖、通风和空调系统进行了大规模维修，在美洲和欧洲区域办事处进行了一些更新工作。

### 信息技术基金

**目的** 信息技术基金系由总干事根据《财务条例》第 9.3 条于 2001 年建立，以满足本组织全球管理系统的需要。根据《财务条例》第 3.2 条，建议将反映正常预算预期提供的拨款额列入信息技术基金并在 2004-2005 年规划预算方案中予以反映。

<sup>1</sup> WHA54.20 号决议，A 部分。

<sup>2</sup> WHA23.14 号决议。

<sup>3</sup> 文件 EB117/18。

## 2004-2005 年规划预算 — 执行情况评估报告

预期成果	指标与成就
<p>已针对为应对用户需要并根据优化的工作程序拟订的系统需要评估替代解决方案</p>	<p>已在与需要相适应的基础上签订合同。</p> <p>签订了两份符合有关要求的初步合同。一份合同涉及全球管理系统的商用软件，这将使世卫组织的工作人员能够使用该系统，同时价格保护可维持到 2013 年。第二份实施合同，涉及直至并包括在世界范围部署该系统的整个项目周期。</p> <p>已根据查明的需求设置的用户化特性数量。在全球管理系统中，重点放在调整和协调整个世卫组织的程序，以尽量降低用户化程度。将在 2006 年确定所需的用户化程度。</p>
<p>已为实施选择的解决方案制定详细计划并予以落实，明确描述作用、职责和时间安排</p>	<p>持续通过项目里程碑。已通过了持续性里程碑，以确定项目结构、管理、小组和项目计划；绘制了现行程序图并确定了今后的方向；与商用软件供应商和实施伙伴签订了合同。</p>

该项目的意图是促进管理改革，提高行政效率。已制定了今后的方向、主要业绩指标和预期改革，确定了项目和管理结构，组建了项目小组。结构包括一项目委员会和用户委员会，同时还有区域参与，以满足本组织各级的功能和技术需要。制定了项目计划，绘制了现行程序图，以就项目的界定阶段展开工作。经过深入的比较、审查和谈判，签订了购买商用软件的合同。虽然这一过程比计划时间要长，但所签订合同具备了灵活的全企业范围许可结构，允许在世界范围使用，而且将价格保护维持到 2013 年。进行了初步测试，已查明软件可能在哪些方面无法满足今后需要。与实施伙伴进行了谈判，进而签订了固定价格合同，以适应本组织在直至并包括在世界范围部署该系统的项目周期的需要。

## 安全基金

**目的** 根据《财务条例》第 9.3 条，总干事为在 2002 – 2003 年期间资助对联合国系统现场地点安全安排费用的世界卫生组织份额建立了安全基金。根据《财务条例》第 3.2 条所预见的总预算的原则，此项目已列入 2004 – 2005 年规划预算方案。

预期成果	指标与成就
<p>世界卫生组织内已具备可靠系统在人员工作的所有地点监测安全问题</p>	<p>对安全事件作出反应的及时性。由于加强总部和大多数区域的职员安全，反应能力提高了。然而，由于在意外事件发生时不能及时报告，妨碍了作出适当反应。</p>
<p>更多的世界卫生组织职员接受在联合国安全管理系统和个人安全方面的培训</p>	<p>在国家级遵守安全程序的程度。在国家一级世卫组织代表及其工作人员仍然未能充分遵守安全程序。2006-2007 年，将作出更大努力，通过区域会议和国家访问更好地向代表通报情况。采用问责制框架预期将有助于改进。</p>

2004-2005 年规划预算 — 执行情况评估报告

预期成果
已提供有效支持，以确保世界卫生组织在其所有国家办事处符合联合国安全协调员确定的最低业务安全标准

指标与成就
遵守最低业务安全标准的程度。缺乏资源妨碍了遵守安全标准。2006-2007 年准备进行的调查将确认有关需要和所需资源。

世卫组织向联合国安全和保安部门捐助 660 万美元，用于与外地有关的安全费用，参与联合国安全管理系统，以及支持培训项目和政策制定。在总部、区域和国家各级，举办了若干培训课程。在总部调整了安全保障许可程序，世卫组织与联合国安全和保安部门合作，制定了提高各级效率的制度。对部署在外地或在外地开展业务的小组的安全、安全评估任务以及备用安全能力管理给予了优先考虑。

## 汇率保值措施

### 批准的规划预算与支出对照情况 (以千美元计)

批准的预算
20 000

实际支出
14 550

## 不动产基金

### 批准的规划预算与支出对照情况 (以千美元计)

批准的预算
6 000

实际支出
11 851

## 信息技术基金

### 批准的规划预算与支出对照情况 (以千美元计)

批准的预算
35 000

实际支出
41 943

## 安全基金

### 批准的规划预算与支出对照情况 (以千美元计)

批准的预算
9 000

实际支出
19 215

= = =