



2012-2013 年规划预算实施情况：中期报告

秘书处的报告

1. 在本组织各个层面对截至 2012 年 12 月 31 日时《2012-2013 年规划预算》实施情况进行了中期审查。在此过程中审查了实现预期成果方面取得的进展并概述了各国以及秘书处工作中的主要成就、风险和问题。此外，这项审查还着重于汲取的经验教训和为推动进展所需的行动。对预算执行情况也作了审查，以便能够同时考虑规划和财务执行情况¹。
2. 中期审查的结果使本组织能够依靠所取得的成就，例如，扩大具体举措方面的成就，并采取纠正行动，包括调整规划和向特定重点领域调配或重新调配资源。中期审查是一项自我评估程序，各主要办事处可通过“正常”、“有风险”和“有困难”来表明在努力实现各项预期成果方面的情况。进展评级可反映规划在多大程度上实现了其预期产出以及在多大程度上正朝指标目标进展。各个级别都记录了汲取的经验教训和需要采取的行动。同行审评和质量保证是此程序内在的一部分，以便确保以客观和一致的方式评估进展。
3. 中期审查确认了应当优先重视的全组织范围预期成果以及双年度结束时可能无法实现目标的领域。

全组织范围预期成果概况

4. 表 1 按战略目标显示实现全组织范围预期成果方面的进展²。评级为“正常”指进展速度符合到中期时预期的情况且在双年度剩余时间内不大可能有显著改变。通常，七个主要办事处中至少要有六个报告取得适当进展，方可将一项预期成果评级为“正常”。评级为“有风险”指实现有关的全组织范围预期成果方面的进展受到障碍和风险的影响，并需要采取纠正行动。如果七个主要办事处中两个以上的评级结果都是“有风险”，则可能需要对双年度结束时整个组织能否实现有关预期成果表示质疑。评级为“有困难”表示进展严重受阻，将可能无法实现有关的全组织范围预期成果。

¹ 见文件 A66/29，2012 年 1 月 1 日至 2012 年 12 月 31 日财务期的财务报告和经审计的财务报表。

² 现已具备并可应要求提供按战略目标编写的详细中期进展报告。

5. 在 2012-2013 双年度总共 80 项全组织范围预期成果中,65 项评级为“正常”(81%),15 项为“有风险”(19%)。这与 2010-2011 双年度在此阶段时的绩效(30%全组织范围预期成果被评为“有风险”)相比有所提高。
6. 对所有“有风险”的预期成果进行了审议,以决定后续行动。注意力尤其集中于不能如期取得进展的原因以及必须采取的行动,以便尽量减少风险,争取到 2013 年底时全面实现预期成果。技术和管理后续行动包括确定重点成果,以便向其划拨或重新分配现有或未来资金,确定双年度期间将无法实现或将被延期的具体成果,确定具体计划以提高效率和削减费用。按照会员国要求,在报告主体的每项战略目标摘要中提供了这方面信息。更多详细信息载于题为“2012-2013 年规划预算实施情况,中期审查”的文件全文¹。
7. 2012 年中,秘书处处理了会员国就评估预期成果实现情况的方法提出的问题。例如,对指标定义、基线和目标进行了审查和完善,并对结果(指会员国和秘书处的共同可交付结果)和产出(指秘书处的可交付结果)之间的区别作了澄清。
8. 虽然审查工作已作出改进,但是在界定和监测适当的绩效考核标准、审查的自我评估性质以及需要进一步明确技术和财务绩效之间的关系等方面继续提出重大挑战。关于其中许多问题已经与会员国进行了讨论,目前正在《2014-2015 年规划预算草案》中努力通过更明确地界定秘书处的产出和相关指标以及监测和评估框架来解决这些问题。

¹ 文件 HQ/PRP/13.1 只有英文本,可应要求提供。

表 1. 按战略目标显示进展评级情况

	战略目标	全组织范围预期成果			
		正常	有风险	有困难	合计
战略目标 1	减轻传染病的卫生、社会和经济负担	7	2	0	9
战略目标 2	与艾滋病毒/艾滋病、结核病和疟疾作斗争	4	2	0	6
战略目标 3	预防和减少由慢性非传染性疾病、精神障碍、暴力和伤害以及视力损害造成的疾病、残疾和过早死亡	6	0	0	6
战略目标 4	在生命的主要阶段，包括妊娠、分娩、新生儿期、儿童期和青少年期，降低发病率和死亡率以及改善健康，同时为所有个人改善性和生殖健康以及促进积极健康老龄化	5	3	0	8
战略目标 5	减轻突发事件、灾害、危机和冲突的健康后果以及最大限度减少其社会和经济影响	0	2	0	2
战略目标 6	促进卫生与发展，并预防或减少与使用烟草、酒精、药物和其它精神活性物质、不健康饮食、缺乏身体活动和不安全性行为有关疾病的危险因素	4	2	0	6
战略目标 7	通过可增进卫生公平和融合有利于穷人、对性别问题有敏感认识和以人权为基础措施的政策和规划，处理健康的根本社会和经济决定因素	4	1	0	5
战略目标 8	在所有部门促进更健康环境，强化一级预防和影响公共政策，以便处理环境对健康威胁的根本原因	6	0	0	6
战略目标 9	在生命全程改善营养、食品安全和食品保障以及支持公共卫生和可持续发展	5	1	0	6
战略目标 10	通过了解可靠和可获得的证据和研究提供信息，加强治理、筹资、员额配置和管理，从而改进卫生服务	13	0	0	13
战略目标 11	确保改进医疗产品和技术的可及性、质量和利用	3	0	0	3
战略目标 12	提供领导，加强管理并促进与各国、联合国系统及其它利益攸关方的伙伴关系和合作，履行世卫组织在推进第十一个工作总规划中制定的全球卫生议程方面的使命	4	0	0	4
战略目标 13	将世卫组织发展和保持为一个灵活、学习型的组织，使它能够更好地切实有效地履行其使命	4	2	0	6
合计		65	15	0	80

战略目标 1：减轻传染病的卫生、社会和经济负担

9. 在采用新疫苗和促进使用未得到充分利用的疫苗方面取得了进展。根据获得的最新数据¹，又有 9 个国家采用乙型流感嗜血杆菌疫苗，17 个国家采用肺炎球菌疫苗，3 个国家采用轮状病毒疫苗，10 个国家采用人类乳头状瘤病毒疫苗。2011 年中全世界五分之四的儿童（在总共约 1.07 亿儿童中占 83%）在婴儿期接种了推荐的白喉-破伤风-百日咳三联疫苗，表明两年来在持续取得进展。到 2011 年底时，全球麻疹疫苗覆盖率已达到 84%。2012 年举办了第一个世界免疫周活动，参与国家超过 180 个，批准了《全球疫苗行动计划》。国家提交了载有国家免疫规划绩效方面主要信息的报告，其中数据已得到验证和公布，每年都通过世卫组织/联合国儿童基金会的联合报告表收集这方面信息。关于 2000-2010 年麻疹死亡率的估计数字已得到确定并公布在《柳叶刀》中。负责进行轮状病毒诊断的所有 10 个区域参考实验室都通过了标准水平测试（实验室外部质量评估）。参加侵袭性细菌性疫苗可预防疾病监测网络的总共 73 个实验室接受了外部质量评估，其中 47 个通过了测试，（比 2011 年多 13 个）。2012 年扩大了在实验室支持下以病例为基础的皮疹和发烧监测工作，现能覆盖 184 个会员国。

10. 到 2012 年末，无脊髓灰质炎国家自 2011 年以来暴发的所有脊灰疫情已得到遏制并在剩余的三个仍流行脊灰的国家（阿富汗、尼日利亚和巴基斯坦）制定了国家紧急行动计划。2012 年中，全球报告了约 223 起脊髓灰质炎病例，比 2011 年减少了 66%²。

11. 控制被忽视热带病的势头在 2012 年中继续加强。世卫组织编制了一份“实施行动路线图”，目的是加速开展工作以克服被忽视热带病的全球影响。2012 年 1 月，发表了《关于被忽视的热带病的伦敦宣言》，使合作伙伴进一步承诺通过更大量捐赠药品来扩大药物获取。在治疗盘尾丝虫病，血吸虫病和内脏利什曼病方面，以及在非洲脑膜炎流行地带开发 A 群脑膜炎球菌结合疫苗和制定轮状病毒免疫时间表方面都取得了进展。针对登革热和非洲人类锥虫病的病媒控制方法得到了加强，同时在制定干预措施以加强登革热预防、南美锥虫病研究和一般病媒控制研究方面也有所进展。《全球传染性贫穷疾病报告》已经公布，并随后在欧洲委员会组办的无国界卫生保健创新会议上被推出。该报告注重于卫生领域的创新并探索新途径，通过研究来改善低收入和中等收入国家的公共卫生状况。报告强调了 10 条促进开展研究的理由，以及一项五要点行动计划，其中建议在“同一个世界，同一个健康”战略框架内制定传染性贫穷疾病索引和开展多学科研究。

¹ 由于通过世卫组织/儿童基金会联合报告表收集国家报告的时间安排以及与数据有关的汇总和验证程序，所以要延迟一年才能获得正式数据。

² 见文件 A66/18。

12. 已经开发并传播了通用和特定工具以便支持国家评估《国际卫生条例（2005）》所要求的最低核心能力的落实状况。这些工具包括深入评估方案、特定评估工具（涉及入境口岸、实验室、风险通报和立法）、监测核对表以及缔约国调查问卷。世卫组织在筹备监测系统和实验室联网，以及分享数据和实验室能力方面提供了支持。此外，还支持加强能力以发现、调查和应对事件，包括在行为影响、减少风险和实验室生物安全管理等领域进行通讯联络培训。

13. 针对具体疾病的工作着重于流感、登革热、埃博拉热、新型冠状病毒、黄热病、基孔肯亚热、点头综合征（乌干达）、肝炎、霍乱和脑膜炎。向暴发疫情的国家提供了技术支持，包括工具、指南以及协助调查和控制的专家资源，2012年中通过世卫组织事件管理系统总共管理了292起事件。全球和区域采取的防范举措包括储备干预材料、制定和完善针对具体威胁的防范计划和一般防范计划，以及发布业务指南协助发现、监测和应对。2012年中，世卫组织开始与外部专家合作，共同制定策略以控制卫生保健中的抗菌素耐药性问题并促进全球抗菌素耐药性监测工作。许多国家继续修订大流行性流感防范计划。实现《国际卫生条例（2005）》规定的最低核心能力要求对于许多国家而言始终是一项挑战：110个会员国已要求将2012年6月这一最后期限延长两年¹。为了加快实施《条例》，合作伙伴、捐助方和缔约国之间举行了四次区域会议，确认了未满足的需求并在会员国和捐助方中建立了一个合作和支持网络以便帮助有需要的国家建设《条例》要求的核心能力。会员国实施了区域战略并利用《条例》来发现、报告和评估疫情风险。世卫组织和国际卫生条例国家归口单位加强了对事件信息网站的使用，以分享或获取关于严重公共卫生事件的公共卫生信息。

14. 九项全组织范围预期成果中七项被评定为“正常”，两项被评为“有风险”。全组织范围预期成果1.2（消灭脊髓灰质炎）由于东地中海区域和非洲区域疫苗接种队的安全遭到威胁而受到不利影响。全组织范围预期成果1.6（国际卫生条例核心能力）由于许多国家难以实现最低核心能力要求而受阻。目前计划在各个层面加强筹资努力，以便支持充分实施全组织范围预期成果1.6（最低核心能力）和1.7（发现、评估和应对易流行和大流行的重大疾病）。

15. 2013年中，在疫苗领域，世卫组织将提供高级别领导，倡导更有力的政治和财政承诺并确保与各利益攸关方开展有效合作，维持成果并实现《全球疫苗行动计划》中载明的目标²。世卫组织将继续确认和解决常规免疫覆盖率低下、具有大量未免疫人群和存在公平差距问题的国家在安全免疫和服务提供方面面临的各种限制。消灭脊髓灰质炎工作的进展由于不安全环境而受阻：巴基斯坦和尼日利亚最近发生的袭击事件导致脊髓灰

¹ 见文件 A66/16。

² 见文件 A66/19。

质炎免疫工作人员死亡，给免疫规划实施工作带来了前所未有的安全挑战。为应对这一不断演变的局势，正在为每个脊灰流行地区制定安全进入计划。在国际层面，该规划正在扩大其参与范围，寻求来自伊斯兰合作组织、伊斯兰开发银行和其它伊斯兰机构的更有力支持，在财务、技术和通信方面提供援助，以加强穆斯林社区和群体的信任同时使规划在社区中获得更广泛的接受。目前计划重新启动一项热带病研究区域拨款规划，促进建设地方研究能力并帮助加强区域能力，以便协调重点并促进在各国开展有针对性的研究。本组织将继续建设和加强秘书处的能力以便充分有效地履行《国际卫生条例（2005）》为其规定的职能。世卫组织一方面将加强其努力，帮助有需要的国家，争取使其到 2014 年 6 月时能够实现《国际卫生条例（2005）》的最低核心能力要求，另一方面将继续支持改进对事件的发现、报告和评估并监测全球对《条例》的遵守情况。世卫组织要及时和有针对性地支持各国应对突发公共卫生事件，必须具备合格的职员以及最先进的全球系统，这不断给本组织提出要求。在资源有限环境中开展业务面临越来越多的挑战，很可能限制世卫组织未来的有效应对能力。

战略目标 2：与艾滋病毒/艾滋病、结核病和疟疾作斗争

16. 2012 年中，会员国继续扩大提供艾滋病毒、结核病和疟疾预防、诊断、治疗和护理服务。接受抗逆转录病毒治疗的艾滋病毒感染者数量继续增加，到 2011 年底时已达到 800 万人¹。自 1990 年以来，结核病死亡率下降了 41%，2000 年至 2010 年期间，疟疾死亡率降低了 25% 以上。世卫组织为促进实现该战略目标所作的努力包括政策指导、技术支持、能力建设以及监测和评价。《2011-2015 年全球卫生部门艾滋病毒/艾滋病战略》已在各区域根据具体情况得到调整，并且就将抗逆转录病毒治疗用于预防艾滋病毒和艾滋病毒母婴传播问题提供了指导。在与结核病有关的规范和政策领域，世卫组织的工作包括：接触者调查和筛查；艾滋病毒相关结核病；将防治结核病行动纳入非政府组织及其它民间社会组织的工作；儿童期结核病；以及实验室生物安全。全球疟疾规划针对非洲萨赫勒次区域疟疾高度季节性传播问题发布了季节性疟疾化学预防指导，并更新了关于在妊娠期间进行疟疾间歇性预防治疗以及使用单剂量伯氨喹的政策²。

17. 世卫组织同其伙伴一起努力扩大提供新的诊断试剂和药品以及其它产品，例如，在 77 个国家提供对结核病和耐药性结核病的快速诊断。《2012 年世界疟疾报告》和《2012 年全球结核病报告》提出了关于疟疾和结核病流行状况的最新数据。未来的挑战包括：在捐助方资助可能减少的情况下为推进进展筹措资金，以及对用于结核病和疟疾治疗的多种药物出现耐药性。2013 年的重点包括：在艾滋病毒领域：出版关于抗逆转录病毒治疗使用的综合指南并为实施这些指南提供支持；在结核病领域：制定 2015 年后战略和

¹ 现有最新数据是 2011 年的数据。

² 见文件 A66/21。

目标，以及关于 40 年中首次采用新药物的政策指导；在疟疾领域：落实紧急情况应对框架以便在大湄公河次区域规划内控制青蒿素耐药性问题并保持经杀虫剂处理的长效蚊帐的覆盖率。

18. 六项全组织范围预期成果中四项被评定为“正常”，两项，即全组织范围预期成果 2.1（艾滋病毒/艾滋病、结核病和疟疾的预防、治疗和护理）和全组织范围预期成果 2.6（已发展新的知识、干预工具和战略）被评为“有风险”。世卫组织支持采纳和实施政策的能力“有风险”，因为各国存在资源和能力限制，例如，美洲区域和西太平洋区域为诊断和治疗性传播感染划拨的资源不足。关于全组织范围预期成果 2.6（新的知识、干预工具和战略），非洲区域和东地中海区域表示由于秘书处能力欠缺以及财政支持不足，妨碍了在促进具体研究方面取得进展。

19. 2013 年中，为了在全组织范围预期成果 2.1 方面取得进展，世卫组织将继续努力进行宣传、提供技术支持并为防治艾滋病毒、结核病和疟疾的行动调集资源。为这三种疾病筹资是个日益令人关注的问题，因为全球抗击艾滋病、结核病和疟疾基金以及双边捐助者面临着种种不确定因素。关于全组织范围预期成果 2.6，世卫组织将更加注重为研究议程确定优先次序并与外部组织开展合作从而支持研究工作。

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

20. 2012 年中，会员国就全球非传染性疾病监测框架（含指标）以及九项自愿性全球目标达成了共识。西太平洋区域委员会第六十三届会议通过了关于暴力和伤害预防的 WPR/RC63.R3 号决议。重点注重支持各国扩大国家规划并加强会员国在预防和控制非传染性疾病以及制定相关政策、战略和法规方面的政治、财政和技术承诺。一些国家已加强了其风险因素监测工作，扩大了干预措施以减少风险因素的影响，并采纳了初级卫生保健方针来预防和管理非传染性疾病。

21. 精神卫生差距行动规划目前正在各区域扩大实施，而且推出了旨在改善精神卫生设施中的条件和人权状况的世卫组织有质量的权利项目和工具包并在各国予以实施。此外，还支持会员国在精神卫生和物质滥用领域采纳基于证据的政策、战略和法规。发表了一些文件，包括：《痴呆症：一项公共卫生重点》。该报告揭示全世界目前痴呆症患者估计达 3560 万人，到 2030 年时将增加一倍，到 2050 年时将增至三倍以上。该报告还阐述了痴呆症对个人及社会的影响，以及各国对付痴呆症的不同方法，审议了与护理和护理人员有关的问题并讨论了加强对痴呆症的认识与宣传的途径¹。

¹ 见文件 A66/10。

22. 在改善道路交通安全方面也取得了进展，安全带和头盔的使用有所增加便是例证。在创伤救治、暴力预防和道路交通安全方面举办了一些国家和区域能力建设讲习班及培训课程。总共 60 个国家迄今主办了关于《2011 年世界残疾报告》的政策讨论。2012 年 11 月，举行了首届关于以社区为基础的康复问题世界大会，汇集了 1500 名专家和从业者，共同分享最佳做法并筹划这方面工作的未来步骤¹。

23. 在秘书处支持下，又有两个国家在实施世卫组织烟草控制框架公约的同时，通过初级卫生保健服务提供完全免费或部分免费的戒烟支持。

24. 所有六项全组织范围预期成果全部得到正常实施。一些活动被延迟，诸如《2013 年全球道路安全状况报告》因需要进一步分析数据而被延迟发表。

25. 世卫组织及其伙伴的宣传工作产生了显著影响。大体说，世卫组织正在逐步从宣传和规范性指导走向支持 2013 年的实施工作。由于目前资源将被用于其它重点，某些活动将不在 2013 年中开展，包括：暴力和伤害预防问题全球卫生部归口单位会议，以及物质使用障碍的预防和治疗系统评估。其它一些活动，诸如加强世卫组织合作中心对精神卫生项目实施工作的参与，以及创建儿童伤害预防网络等，将以不同方式，例如借助外部资源和伙伴的力量来开展。

战略目标 4：在生命的主要阶段，包括妊娠、分娩、新生儿期、儿童期和青少年期，降低发病率和死亡率以及改善健康，同时为所有个人改善性和生殖健康以及促进积极健康老龄化

26. 在政治领域，继续朝实现千年发展目标 4（降低儿童死亡率）和 5（改善产妇保健）大力推进²。在联合国秘书长《促进妇女儿童健康全球战略》的指导下，成立了联合国拯救妇女和儿童生命产品委员会并就加强部分拯救生命产品的可得性、可负担性、可及性和合理使用提出了建议。到 2012 年底时，总共 72 个国家制定或更新了关于普及有效干预措施以增进孕产妇、新生儿和儿童健康的战略，而且提供了技术支持以协助各国制定或修订相关政策和战略³。此外，63 个国家现具备关于普及性和生殖卫生服务的政策。

27. 作为实施妇幼健康问题信息和问责制委员会建议的一部分，在一些领域，尤其是孕产妇死亡监测和应对方面举办了能力建设讲习班，有 70 多个国家参与。旨在跟踪千年发展目标 4 和 5 的实现进展的“2015 年倒计时行动”发表了其 2012 年报告。世卫组织在其协调委员会中具有席位。各区域国家都获得了支持以便为加速降低孕产妇、新生儿

¹ 见文件 A66/12。

² 见文件 A66/13。

³ 见文件 A66/14。

和儿童死亡率修订或更新其路线图和计划，并在战略规划方面建设能力，包括使用“统一卫生行动”工具来进行成本和影响分析。在建设国内专家的业务研究能力方面取得了进展。已经编制或更新并在各国传播了关于提高母亲、新生儿和儿童护理质量的指南。起草青少年卫生政策的工作得到 15 个国家的支持，并正在探索诸如学校等新环境。2012 年世界卫生日的主题是健康的老年生活；通过新网页、实况报道和指南提供关于老龄问题的信息，在约 20 个国家激发了人们的兴趣。

28. 八项全组织范围预期成果中五项得到正常实施，三项被评为“有风险”。全组织范围预期成果 4.2（已加强国家研究能力）是一个重点领域，尽管目前存在资金缺口，但非洲区域办事处、东地中海区域办事处、欧洲区域办事处和总部仍努力保持以往的承诺并资助某些研究。全组织范围预期成果 4.6（青少年健康）方面财政和人力资源短缺，使向各国提供系统支持的工作，包括提供有益于青少年的卫生服务尤其受到影响。关于全组织范围预期成果 4.7（生殖卫生），世卫组织在计划生育方面的规范性工作正在进展之中，但另一些领域，如性传播感染等，没有吸引到专项捐款。

29. 为了向前推进，争取在 2015 年最后期限之前实现千年发展目标 4 和 5，世卫组织将有必要加强与 H4+伙伴关系（联合国艾滋病规划署、联合国人口基金、联合国儿童基金会、联合国妇女署和世界银行）的共同工作。此外，2013 年中将为供资不足的领域，如健康老年生活和性传播感染等筹集资源。世卫组织将加强其国家办事处的技术能力并通过借助合作中心和顾问等其它资源来解决妨碍实现上述三项全组织范围预期成果，尤其是妨碍实施青少年健康规划的财政和人力资源制约因素。

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

30. 在建设会员国的防备和应对能力，提高世卫组织的准备就绪程度，以及协调人道主义紧急情况中卫生部门的应对和恢复工作几方面取得了进展¹。在全组织范围预期成果 5.1（加强国家突发事件防备计划）方面，秘书处向各个区域会员国提供了支持以制定灾害和突发事件风险管理规划，建设其紧急情况应对能力，并使卫生设施更有耐力和复原力。提供的支持涉及下述方面：化学、放射和环境危害；安全医院；防备，包括为 2012 年 8 月伦敦奥运会进行防备；马尔代夫和缅甸的城市突发事件管理；以及在老挝人民民主共和国和蒙古设立突发事件行动中心。世卫组织还为加强防范和评估风险管理能力提供了培训材料、指导和工具，并为评估卫生系统能力提供了医院防范培训工具包。为了加强其机构准备就绪状况，本组织成立了全球突发事件管理团队，开展了全组织范围突发事件模拟演练，制定了紧急情况应对框架（载明了世卫组织的承诺，包括可用以衡量

¹ 见文件 A66/27，D 部分。

绩效的标准以及可完善及时有效应对行动的政策)并为组建季度性待召应急增援小组创立了机制。

31. 关于全组织范围预期成果 5.7 (针对突发事件和灾害的活动和应对措施), 在突发事件应对方面, 会员国正日益带头协调各种国际人道主义行为者, 监督基本卫生服务的交付和提供。世卫组织集中努力在以下领域向会员国和伙伴提供更及时和有效的支持: 领导和协调卫生部门; 需求评估; 战略规划; 信息简报; 社会沟通; 监测和早期预警系统; 技术援助; 以及紧急情况应对框架中列明的其它一些承诺。2012 年期间, 世卫组织总共应对了 36 起紧急突发事件和 22 起长期持续的突发事件, 显示了更强有力的绩效, 特别是在阿拉伯叙利亚共和国, 世卫组织在那里部署了应急工作人员, 编制了卫生部门战略, 组织了呼吁程序并在安曼建立了紧急支援团队。

32. 尽管取得了进展, 但这两项全组织范围预期成果仍被视为有风险。就全组织范围预期成果 5.1 (国家突发事件防备计划和规划) 而言, 在这一双年度中对全组织范围预期成果作了改动, 但某些区域办事处的重点却没有相应变化, 这减缓了一些指标的实现进展, 具体涉及国家层面的风险管理评估以及国家和国家办事处的突发事件模拟演练。最近在总部开展的结构调整和重新定向活动妨碍了全球风险管理工具等全球规范性产品的完成。此外, 考虑到最近世卫组织应急工作发生的根本性转变, 这些指标目标高得不切实际, 而且在核心人员和活动方面, 人力及财政资源均不足以实现这些目标指标。

33. 全组织范围预期成果 5.7 (针对突发事件和灾害的活动和应对措施) 被视为“有风险”, 因为对非洲萨赫勒地区危机的应对行动缓慢, 并且世卫组织在中非共和国、缅甸以及直接遭受阿拉伯叙利亚共和国危机影响的国家中的绩效不佳。这些不足至少在部分上是因为危机应对活动方面的供资水平低下所导致(不到应对行动所呼吁的资金水平的 30%, 也即所需要的资金量为 7.44 亿美元, 但实际供资仅有 2.27 亿美元)。

34. 2013 年中, 世卫组织将支持突发事件风险管理活动, 为此将与重点国家和伙伴共同开展工作, 以便: 将卫生置于国家突发事件和灾害管理计划以及部门间规划的核心地位; 通过建立国家紧急行动中心、成立增援团队、制定应对计划和培训国家应对人员来加强国家自立更生能力和应变能力; 完成全球突发事件和灾害风险管理框架及相关指导的制定工作。为了加强对会员国的支持以便提高其突发事件应对能力, 世卫组织将: 制定卫生指标以衡量跨部门应对人道主义紧急情况的影响; 完成并在本组织所有三个层面应用准备就绪状况核对表; 完成紧急支援团队手册并更新标准运作程序; 在所有主要办事处成立季度性待召增援团队; 开展年度模拟演练; 以及跟踪紧急情况应对行动的绩效。同时, 世卫组织一方面将优先重视这方面工作所涉及的职员、活动和地点, 并相应从其有限的核心资源中为此划拨资金, 另一方面将调动更多捐助方和伙伴的支持。各项努力将着重于涉及国家风险管理能力评估和世卫组织准备就绪状况的两项指标。在紧急情况期

间，世卫组织将继续实施其紧急情况应对框架，促进建立伙伴关系，优先发挥其作为卫生部门牵头机构的作用，并规范项目设计、管理和报告工作，同时提高相关质量。

战略目标 6：促进卫生与发展，并预防或减少与使用烟草、酒精、药物和其它精神活性物质、不健康饮食、缺乏身体活动和不安全性行为有关病症的危险因素

35. 2012 年中，拟订了全球非传染性疾病预防控制综合监测框架（含指标）和一套自愿性全球目标并就加强非传染性疾病监测向会员国提供了指导。具体涉及有害使用酒精、不健康饮食、缺乏身体活动和烟草使用，以及血压和血糖水平升高和身体测量¹。非传染性疾病负担的其它方面，如死亡率、发病率等以及会员国的应对能力在战略目标 3 下进行报告。

36. 到 2012 年底时，53 个会员国报告正在制定书面国家酒精政策，39 个会员国报告正在修订关于减少有害使用酒精的现行政策。2012 年 2 月，世卫组织联合主办了全球酒精政策会议，主题是“从全球酒精战略到国家和地方行动”。世卫组织与会员国配合进行了关于酒精与健康的全球调查，从 178 个国家（覆盖世界人口的 98%）收集了关于酒精消费、酒精相关伤害以及政策反应方面的数据。这些数据的分析工作始于 2012 年并将在 2013 年完成。分析结果将列入下一份世卫组织《酒精与健康全球状况报告》。此外，进一步开发和更新了两个全球信息系统及其区域版本，并已纳入全球卫生观察站，这两个系统是全球酒精与健康信息系统和全球用于预防和治疗物质使用障碍的资源信息系统²。

37. 在世卫组织烟草控制框架公约的技术实施方面继续取得重大进展，该公约现拥有 176 个缔约国。世卫组织与全体会员国共同努力实施选定的有效减少烟草需求措施。194 个世卫组织会员国中 51 个（仅占世界人口 7%）尚无可靠的烟草使用估算数字。29 个国家征收的烟草税超过每盒价格的 75%；42 个国家制定了涵盖所有公共场所的 100% 无烟法律；30 个国家要求图形健康警句至少占包装表面的 50%，62 个国家要求至少占 30%。

38. 双年度第一年中，在预防儿童期肥胖、降低人群盐/钠摄入量和促进身体活动方面取得了进展。具体措施的例子包括：开展多部门能力建设以协助会员国在儿童肥胖政策、对儿童的食品营销政策和促进身体活动政策方面确定重点。美洲区域、非洲区域、欧洲区域和西太平洋区域通过举办讲习班在区域和国家层面开展了能力建设，农业、体育和娱乐以及教育等相关部委的代表参加了这些讲习班。

39. 国家使用数据（包括性行为数据）收集工具和系统的能力得到加强。世卫组织同伙伴们共同努力支持举办 2012 年计划生育峰会，此次会议的目的是满足在避孕方面差距最大国家的相关需求，并促进更安全的性行为。

¹ 见文件 A66/8。

² 见文件 A66/27，B 部分。

40. 总体说，六项全组织范围预期成果中四项在正常实施，两项，即全组织范围预期成果 6.5（不健康饮食和缺乏身体活动）和 6.6（新的知识干预工具和战略）有风险。美洲区域办事处和总部表示，在会员国采纳促进健康饮食和身体活动的多部门战略和计划方面，相关指标的实现有风险，因为某些国家的政治承诺软弱无力。全组织范围预期成果 6.6 有风险是因为东南亚和欧洲区域分别由于重点确定发生变化和财政资源有限而实施缓慢。

41. 2013 年的重点是充分实施《2013-2020 年预防和控制非传染性疾病全球行动计划》和全球监测框架。针对四个非传染性疾病风险因素，即酒精、不健康饮食、缺乏身体活动和烟草使用的行动将着重于在国家层面实施减少风险因素的具体措施并与多部门行为者（整个政府）和多种利益攸关方（非政府组织）进行合作。

战略目标 7: 通过可增进卫生公平和融合有利于穷人、对性别问题有敏感认识和以人权为基础措施的政策和规划，处理健康的根本社会和经济决定因素

42. 2011 年 10 月举行了健康问题社会决定因素世界会议，随后在 WHA65.8 号决议中批准了《健康问题社会决定因素里约政治宣言》，这都有助于提高健康问题社会决定因素在政治议程中的地位并增加了会员国对技术支持的需求。2012 年 5 月的数据显示 84 项国家合作战略列入了为促进实施“将卫生问题纳入所有政策”方针而提出的技术支持要求¹。当前的需求超出了秘书处的响应能力。会员国现愈发担心不能解决全球关注的伦理问题，因此提出了一些期望，但超出了目前预算拨款和资源范畴。此外，监测卫生不公平方面分类数据的工作在各国内部和之间也面临一系列挑战。

43. 一些国家，尤其是智利、哥斯达黎加、匈牙利、印度、伊朗伊斯兰共和国、墨西哥和挪威已经制定了处理健康问题社会决定因素和卫生不公平问题的国家战略。关于 2015 年后发展议程的国家磋商进程明确将健康问题社会决定因素确认为卫生部门与其它部门之间的主要桥梁。

44. 在关于世卫组织改革的讨论中，将健康问题的社会、经济和环境决定因素确认为《2014-2019 年第十二个工作总规划草案》的六项主导重点之一。欧洲区域委员会在其第六十二届会议上通过了“卫生 2020”政策框架。其目的在于大幅度增进人群的健康与福祉并减少卫生不公平现象。

45. 在伦理方面，欧洲临床试验注册系统被认可为主要的世卫组织注册系统并得到扩大，国际临床试验注册平台数据库现包含关于 220 000 多项试验的信息。2012 年中，总

¹ 见文件 A66/15。

共 90 个国家伦理委员会参加了第九次国家伦理委员会全球峰会，讨论了各种伦理问题，包括先进的科研、生物库以及器官、组织和细胞移植。

46. 目前正在努力将性别问题、公平问题和人权纳入本组织所有三个层面工作的主流，并已在世卫组织所有六个区域建立了全球联络点网络，该网络以现有的性别、公平和人权网络为基础¹。

47. 五项全组织范围预期成果中四项为“正常”，一项，即全组织范围预期成果 7.3（与卫生有关的社会和经济数据）“有风险”，因为东地中海区域办事处和东南亚区域办事处报告在数据生成、分类、分析和转换方面遇到困难。但是，通过一致努力，应当能够在双年度期间再公布四份含有分类数据和卫生公平性分析的国家报告。

48. 秘书处正在探索途径与多边和双边伙伴共同努力，争取在 2013 年中及以后满足对能力建设支持的需求。

战略目标 8：在所有部门促进更健康环境，强化一级预防和影响公共政策，以便处理环境对健康威胁的根本原因

49. 全球和区域继续努力对付健康问题的环境和职业决定因素，同样关于公共卫生所面临的环境威胁的规范性工作也在继续。疾病全球负担方面的数据得到各国和国际组织，包括世卫组织的广泛使用，支持制定政策和确定重点，旨在通过有针对性的行动来增进健康。千年发展目标下关于水和卫生设施的具体目标已得到实现；自 1990 年以来，20 多亿人获得了改良的饮用水源。《世卫组织饮用水水质准则》第四版继续被用作制定政策和法规的国际参照点。2011 年进行的一项调查表明，42 个作出答复的会员国中 73% 使用水质准则。2012 年进行的另一项调查显示，46 个作出答复国家（主要在撒哈拉以南非洲地区）中 72% 具有关于家庭用水处理和安全储存的国家政策²。

50. 世卫组织已成为一项涉及能源获取、短效空气污染物和清洁炉灶的新全球倡议的伙伴。2012 年 9 月国际化学品管理大会通过了由世卫组织编制的一项战略，该战略的目的是加强卫生部门对《国际化学品管理战略方针》实施工作的参与。

51. 工人健康：全球行动计划（WHA60.26 号决议）继续在世卫组织职业卫生合作中心全球网络的支持下，在全球范围得到实施³。

¹ 见文件 A66/27，K 部分。

² 见文件 A66/27，I 部分。

³ 见文件 A66/27，J 部分。

52. 2011年3月福岛核事故之后,世卫组织发起了一项正式健康风险评估以审查事故的后果,从对一般人群进行初步辐射剂量估算开始,2012年5月公布了评估结果。世卫组织参与了联合国能源机制的活动以及联合国秘书长的“人人享有可持续能源倡议行动”。本组织为各国提供了技术支持以促进采取干预措施解决与空气质量有关的卫生问题,同时还支持会员国适应气候变化,特别强调加强卫生系统。

53. 2012-2013年所有六项全组织范围预期成果均得到“正常”实施。不过,40%以上国家表示在化学品领域没有能力实现《国际卫生条例(2005)》规定的最低核心能力要求(该比率在非洲区域和东地中海区域要更高)。为了在能力建设方面提供必要支持,2013年将扩大寻求额外的资金来源。事实上,自2012年10月以来,资源方面的限制使世卫组织无法向《国际化学品管理战略方针》秘书处提供一名工作人员。在双年度剩余时间里,世卫组织将加强其努力,动员新伙伴加入这一领域,具体途径包括参加世卫组织-联合国全球消除含铅涂料联盟、开展活动支持实施《关于汞的水俣公约》以及确立世卫组织化学品风险评估网络。

54. 2013年中,关于在公共卫生和环境领域收集疾病负担数据,目前只提供了有限的资金,将寻求新的资源来促进更新数据。为响应各国对技术支持日益增加的需求,世卫组织将继续结合能源获取、短效空气污染物和清洁炉灶方面的倡议来制定活动。它还将继续寻求必要的财政资源。

战略目标 9: 在生命全程改善营养、食品安全和食品保障以及支持公共卫生和可持续发展

55. 世卫组织估计食源性和水源性腹泻病合起来每年导致约220万人死亡,其中190万是儿童。在非洲区域,每年每名儿童因辅食和水遭受污染可发生多达五次腹泻。食品污染还会加重非传染性疾病负担,特别是癌症和心血管病,并可能影响生殖健康和免疫系统。

56. 第六十五届世界卫生大会批准了《孕产妇和婴幼儿营养全面实施计划》,其中为秘书处、会员国和发展伙伴提出了一套明确的行动重点。该计划确定了2015年要实现的六项全球营养重点,可大致概述如下:降低五岁以下儿童发育迟缓和消瘦比率同时阻止儿童期超重现象的流行;降低育龄妇女的贫血率以及低出生体重流行率;提高纯母乳喂养比率¹。西太平洋区域委员会在其第六十三届会议上审议了如何能最有效地加快进展以便在该区域实现全球营养目标,包括可制定国家行动计划。

57. 健康饮食的重要性也是第六十六届世界卫生大会将讨论的新非传染性疾病行动计划的核心内容。已经为欧洲区域制定了2013-2020年营养行动计划草案。许多国家都更

¹ 见 WHA65.6 号决议和附件 3。

新了其各自的国家营养战略和行动计划以解决营养不足和超重问题。关于维生素和矿物质补充剂以及营养不良管理问题，已经制定了新的指南。根据粮农组织和世卫组织联合提供的科学建议，食品法典委员会制定了 400 多项国际食品安全标准，以及指导，这些是粮农组织/世卫组织食品标准联合规划的核心内容。

58. 世卫组织儿童生长标准已在不止 115 个国家得到采用（2012 年增加了五个国家）。非洲区域在 11 个国家发起了加强营养监测行动，并采取举措扩大以妇女和儿童为目标的干预措施。欧洲区域延展了儿童期肥胖症监测计划并与欧洲委员会建立了伙伴关系以便提供一个覆盖营养、身体活动和肥胖症问题信息系统。若干区域一直在对付可能导致非传染性疾病的风险因素：东地中海区域努力降低盐和脂肪摄入量；欧洲区域努力改善学校膳食，控制对儿童的食品销售并降低盐摄入量；在美洲区域，五个国家一直在监测对《国际母乳代用品销售守则》的遵守情况，墨西哥现已制定了母乳喂养政策。在审查食品安全立法以及按照《国际卫生条例（2005）》要求建设和维持食品安全事件管理能力方面，已向会员国提供了支持。国际食品安全当局网络现包括 178 个会员国。各区域集团和利益集团目前通过一个网络平台与会员国连接起来，就最佳做法和各种问题交换信息。

59. 全球饮食模式发生了转变，趋向于更大量和不健康地消费饱和脂肪、盐和糖，而另一方面世界一大部分人口由于价格波动和环境因素仍面临粮食无保障的风险。日益加重的营养和食品安全相关疾病负担，以及许多国家同时存在的营养不足和超重问题，引起了全球关注。然而，不总是能够提供充足的资源。六项全组织范围预期成果中，五项“正常”，一项，即全组织范围预期成果 9.5（预防和控制食源性疾病和食品危害）“有风险”。非洲区域办事处和美洲区域办事处报告可能无法为制定食品安全政策和规划提供技术支持。

60. 在双年度第二年中，世卫组织将着重于《孕产妇和婴幼儿营养全面实施计划》，支持会员国制定自己的规划以降低发育迟缓率、消瘦率和妇女贫血率，并且要降低儿童中的超重比率，该比率已达到了流行病的程度。此外，世卫组织将通过制定国际统一标准和增加跨部门合作来加强国家食品安全系统。

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

61. 该战略目标涉及各国在力求实现全民健康覆盖方面面临的制约因素，例如，长期经济衰退对国家财政造成影响，卫生基础设施投资不足，以及拥挤而散乱的全球公共卫生领域不总能够与国家各自的重点协调一致。世卫组织的工作集中于支持各国对付与以下

方面有关的问题：卫生服务的可得性、质量和监管；卫生人力的可得性、分布、质量和绩效；有助于在证据基础上及时决策的信息和研究，包括电子卫生保健；促进全民健康覆盖的卫生筹资战略；整个卫生部门的治理和监管；围绕国家卫生计划和战略的政策对话（这可将所有部分汇集起来）；捐助方的协调与国际卫生伙伴关系（IHP+）相结合。2012年中，在43个国家审查或更新了国家卫生战略和计划，并为在整个卫生系统中支持国家做出了重大努力。总共31个国家建立了捐助方协调机制，以便加强国家计划和战略；29个国家更新了其立法和管制框架；80个国家在全民健康覆盖范围内获得了卫生筹资方面的技术和政策支持；43个国家在落实以初级卫生保健方针为基础的服务提供模式方面取得了进展；55个国家在报告卫生数据以及国家统计概况方面有了改善，证明其加强了卫生信息系统的完整性、及时性和质量；56个国家制定了问责制框架和路线图，作为对妇幼健康问题信息和问责制委员会建议的后续行动。

62. 在培训和保留卫生工作者以及在处理人员分布和技能组合问题方面取得了进展。各区域总共22个国家扩大了其卫生人力队伍，进行报告的52个国家中32个已开始实施《世界卫生组织全球卫生人员国际招聘行为守则》。但是，仍有必要通过将《守则》纳入诸如区域和国家卫生人力观察站¹等信息平台来扩大其实施工作。各国正在其卫生系统内推广使用信息和通信技术，尤其注重电子卫生保健的各个方面，包括电子病历、远程医学和电子学习等。各国在移动卫生保健、远程医学和将因特网用于卫生目的等方面取得了重要发展。2012年中，启动了一个知识门户，列出了80个已经制定电子卫生保健政策、战略和管制框架以及知识管理战略的国家。通过卫生互联网利用研究行动获取生物医学和卫生文献的渠道被扩大，纳入了41个非洲国家。此外，与一个出版伙伴达成了协议，准备在具备能正常运作的卫生互联网利用研究行动规划的国家在线提供12000多册书籍。第二次全球电子卫生保健调查已经完成，114个国家参与了调查，并公布了六份报告。世卫组织和国际电信联盟联合完成并推出了一个电子卫生保健策略工具包。另外，建立了全球卫生数据标准化和互用性论坛并且将卫生互联网利用研究行动公私合作伙伴关系延期至2020年²。

63. 该目标下所有全组织范围预期成果在世卫组织各级都得到“正常”实施。2013年中，秘书处将响应会员国对技术和政策支持提出的越来越多的需求，这方面需求增加部分上是因为《2010年世界卫生报告》得到公布并创造了努力实现全民健康覆盖的势头。收到了更多的指定用途资金，主要用于发展关于国家卫生战略和计划的政策对话，资助全民健康覆盖行动，以及开展与妇幼健康问题信息和问责制委员会有关的后续活动，包括信息系统、国家契约和支出跟踪方面的工作。但是，世卫组织目前正在审查该战略目标下供资情况欠佳的一些领域，如患者安全等。

¹ 见文件 A66/25。

² 见文件 A66/26。

64. 2013 年中，将更加突出重视与患者安全研究、小额赠款规划以及第一和第二项世卫组织全球患者安全挑战有关的活动。在总部，对卫生系统的各个组成部分进行了调整以便能够在 2013 年中进一步确定优先次序并实现成本效益。

战略目标 11：确保改进医疗产品和技术的可及性、质量和利用

65. 会员国总支出中近半数用于医疗产品，然而，每天仍有人因为价格高昂、无力支付、缺乏社会保障、供应管理无效，以及监管和执法系统薄弱致使难以获取有质量保证的卫生产品而死亡。许多国家在研究、发展和创新方面能力有限，这进一步阻碍了在防治疾病方面取得进展。世卫组织正在协调各方努力以加强研发方面的筹资与协调，目的是满足发展中国家的卫生需求。它正在探讨磋商性专家工作小组 2012 年提出的建议，即确立一个观察站以便更好地监测和分析卫生研究与发展方面的信息。

66. 增加获取可负担且有质量保证的基本药物和医疗产品是实现全民健康覆盖的一项先决条件，全民健康覆盖日益被视为实现更好健康结果的关键并且是促进卫生系统发展的一个统一目标。世卫组织继续支持各国制定或更新关于药品及其它医疗产品的政策并根据国家重点和具体情况，结合全球政策和研究趋势对这些政策加以灵活应用。关于改善整个供应链中国家药品定价政策的指导即将公布，同时《世卫组织标准处方集》作为有效使用《世卫组织基本药物标准清单》中药物的权威性指南，现已推出，希望各国能根据各自需要加以应用。印度将其国家处方集输入了移动电话应用程序，并已为印度之外的 50 个国家下载。各区域对以证据为基础选择和使用药物的关注也日益增加，世卫组织的药品安全规划数据库每年收到 800 多万起不良药物反应报告。制药部门概况得到 130 个国家认可，世卫组织在提高药品透明度和良好治理方面的工作不断扩大，对约 20 个国家产生了影响。药物依赖性专家委员举行了会议，审查了可能列入《各项国际毒品管制条约》的物质 – 这是各项条约中为世卫组织规定的一项重要职能。由于缺乏资金，该委员会六年未举行会议。

67. 2012 年 11 月关于劣质、假造、标签不当、伪造、假冒医疗产品问题的会员国机制举行了第一次会议，世卫组织充当其秘书处¹。世卫组织还促进各监管机构之间的合作并统一各区域的监管标准，协调对草药的管制。一项国家监管机构疫苗战略计划即将推出，目的是支持各国加强其疫苗监管能力（35 个国家被评定为能正常运作）。2012 年，世卫组织对九种诊断试剂、六种疫苗、47 种药品、21 种活性药物成分和 4 个质量控制实验室进行了资格预审。它还对一些药品提供了 34 项书面标准和实际标准，包括 18 份准备列入《国际药典》的新全球专著和文本，以及 10 项新的国际化学品参考标准。公布了世卫组织药物制剂规格专家委员会通过的六项新质量保证指南。生物标准化专家委

¹ 见文件 A/MSM/1/4。

员会提供了 19 种新的或替代用国际生物参照物质，以及六项新的或替代用书面标准以确保疫苗的质量、安全性和效力。此外，公布了建议的 163 项和推荐的 115 项国际非专利药品名称。

68. 世卫组织组办了关于改善获取安全血液制品和减少当前人类血浆浪费问题的第一次全球会议。为了在器官移植方面提高可追溯性并加强警惕和监测，启动了两项工具：一个题为“全球器官命名标准化”的项目以及 Notifylibrary 数据库。在安全注射全球网络的领导下，加强注射安全方面取得了进展；注射次数以及注射器械重复使用现象都有所减少，由此 2000-2010 年期间，不安全注射次数降低了 88%¹。

69. 所有三项全组织范围预期成果都“正常”。东地中海区域办事处将进一步加强努力以便在全组织范围预期成果 11.1（基本医疗产品和技术政策）和 11.3（使用医疗产品和技术）方面取得进展。由于资金被专门指定用于一些具体活动以及该区域多数国家持续存在政治不稳定局面，减缓了进展并妨碍在双年度第一年中作出预期的必要改变。为加强获取有质量保证的医疗产品和为激励研究与创新所开展的工作对世卫组织所有其它战略卫生结果都具有直接影响，因此，将继续与其它战略目标密切合作。

70. 2013 年中，将优先注重：加强全球宣传，促进核心职能及与各国的合作；加强与各监管机构的合作以促进获取安全、高质量和监管良好的医疗产品；以及简化资格预审规划。还将优先注重加强对医疗产品的获取以便实现全民健康覆盖；调集资源促进世卫组织在药品、血液和血液制品质量规范以及细胞、组织和器官移植方面的工作；鼓励通过卫生技术评估方法来合理选择和使用药品；以及防治抗菌素耐药性。此外，世卫组织将继续促进会员国的讨论，并在劣质、假造、标签不当、假冒医疗产品方面以及在关于研究与开发方面筹资和协调问题的磋商性专家工作小组的报告方面进一步开展工作²。

战略目标 12：提供领导，加强管理并促进与各国、联合国系统及其它利益攸关方的伙伴关系和合作，履行世卫组织在推进第十一个工作总规划中制定的全球卫生议程方面的使命

71. 2012 年期间，继续进行规划、治理和管理改革工作。2014-2019 年全球卫生方面的规划重点确定工作通过由会员国主导的程序于 2012 年 2 月进行，围绕世卫组织的主要工作领域达成了共识。在改革治理程序方面取得了进一步进展，会员国批准了对规划、预算和行政委员会职权范围的修订³。统一区域主任任命和选拔程序的标准也获得批准。加强理事机构的战略决策职能以及同伙伴及其它利益攸关方有效交往方面的工作继续

¹ 最新可得数据。

² 见文件 A66/23。

³ EB131.R2 号决议。

取得进展。2012年12月，规划、预算和行政委员会举行了特别会议，讨论了世卫组织的筹资前景¹。世界卫生大会在WHA64.2号决议中通过了评估政策，关于内部治理工作的第一阶段独立评估已经完成并提交了相关报告²。

72. 全球政策小组³继续指导本组织的内部治理工作。各区域办事处促进会员国积极参与筹备各区域委员会会议及其它高级别会议并出席这些会议。战略伙伴关系方面的工作在继续，以便加强与各种伙伴的合作，有些伙伴由世卫组织代管，其它伙伴主要包括全球抗击艾滋病、结核病和疟疾基金，全球疫苗和免疫联盟，欧洲联盟以及联合国各组织和机构。

73. 战略沟通方面的工作继续开展，进行了第一次全球利益攸关方观点调查。此次调查的建议将推动沟通战略，促进各办事处之间加强合作并制定衡量未来进展的基线和目标。通过开发多语言网站和及时公布消息和信息产品进一步加强了战略沟通。在提供卫生文献以及改善在线获取各区域最新信息资源方面取得了进展。为进一步建设区域和国家人员的卫生通信技能举办了培训课程。

74. 对世卫组织在国家、领地和地区的办事处负责人实行竞争选拔程序和全球名册后加强了招聘程序。国家合作战略的质量逐步改善，其使用也所有增加。2012年进行的全球国家合作战略分析表明，更多的世卫组织办事处在制定计划，开展宣传和调集资源方面使用这些战略：2012年总共有90%的办事处这样做，相比之下，2010年为80%。在巴西、俄罗斯联邦、印度、中国和南非组成的金砖国家的世卫组织办事处之间启用了创新联网办法，以便有效响应和支持对国家卫生部所提建议的实施工作。东南亚和西太平洋区域世卫组织国家办事处负责人的湄公河双区网络定期举行会议，最近一次于2012年2月召开，来自柬埔寨，中国，老挝人民民主共和国，泰国和越南的代表出席了会议。各国家办事处在联合国国家工作队中也发挥了积极作用。根据2012年对派驻各国人员的调查报告，在116个国家、领地和地区的90%当中，世卫组织是联合国国家工作队卫生专题小组的主持和联合主持机构。同一报告还显示三分之二联合国发展援助框架规划文件现将卫生纳入为一项具体结果。

75. 所有四项全组织范围预期成果均被评为“正常”。定期监测区域和预算中心的技术及财务状况将可确保资金得到最佳使用。目前在为此项战略目标寻求补充资源，主要是因为与实施改革议程有关的许多活动和政府间程序导致了额外费用。

¹ 见文件EB132/3。

² 文件A65/5 Add.2。

³ 全球政策小组由总干事、副总干事和六名区域主任组成。

76. 2013年中，将必须在监测、管理和使用现有资源方面开展更多工作。通过充分实施联合检查组的建议，将对以国家为重点的职能提供必要支持。为了确保新的全组织范围国家合作战略框架得到充分实施和应用，各区域将组织对其各自国家合作战略进行一次系统和及时审查及更新，并促进其使用。

战略目标 13：将世卫组织发展和保持为一个灵活、学习型的组织，使它能够更加切实有效地履行其使命

77. 2012年中，世卫组织改革各项要素，包括规划、人力资源和筹资方面的工作都得到扩大，纳入了未来筹资方案和经修订的以结果为基础管理框架，这有助于制定《2014-2019年第十二个工作总规划草案》和《2014-2015年规划预算草案》。为能够更加灵活地管理世卫组织的工作队伍，对人力资源政策作了修改。

78. 按期进行了法定财务报告并全面实行了《国际公共部门会计准则》。在监管与职员旅行、财务和采购有关活动的内部控制措施方面，为确保其有效性作出了一些改进，并保证职员能够知情。在这方面，2013年期间将继续就标准运作程序和实施内部控制措施问题进行沟通 and 培训。将部分职能转到吉隆坡全球服务中心后提高了秘书处行政职能的成本效益；一些额外活动，包括采购、养恤金和授奖程序等已被并入全球服务中心。在总部，通过更加注重寻求来源（例如在安全和建筑管理方面）和行政管理体制改革实现了成本效益，各个区域也是如此。2012年中，按计划对全球管理系统进行了技术升级，使执行日期仍是2013年5月1日。秘书处随后将采取步骤确认今后调整全球管理系统的时机以满足任何新的需求。此外，还在开展一系列全球信息技术行动以减少重复并加强本组织及其职员的安全及生产率，这些行动包括全球协同（一个标准管理的工作站）；统一的通信方式；单一的全球电子邮件系统；适用于各办事处的一个标准管理的防火墙方案以及一个集中应用程序清单。

79. 2012年期间各国日益增多的紧急情况，特别是在非洲区域和东地中海区域，给业务活动带来了挑战。一些国家办事处资金有限、职员人数削减并且行政工作不力，也阻碍了该战略目标下的工作。

80. 六项全组织范围预期成果中四项“正常”，两项“有风险”。全组织范围预期成果指标13.2.2（定为充分和高度灵活的自愿捐款额）在2012年底时被评为“有风险”。因此，核心自愿捐款必须继续被明确记录为充分和高度灵活的资金。尽管如此，若干国家的经济衰退以及关于世卫组织改革的讨论，特别是关于世卫组织未来筹资前景的讨论，已经影响到总捐款额。第六十六届世界卫生大会之后，秘书处将审查核心自愿捐款账户的状况。东地中海区域办事处对资源有限和紧急情况给该区域一些国家的信息技术基础

设施造成的影响表示关切。由此，全组织范围预期成果 13.2（世卫组织资源管理）和全组织范围预期成果 13.4（世卫组织信息技术和系统）被评为“有风险”。

81. 2013 年中，主要重点将继续是与世卫组织改革议程管理部分有关的行动，即基于结果的管理和问责制；企业风险管理框架的制度化；本组织的筹资；以及人力资源政策和管理。《2014-2015 年规划预算》将采用新的成果分级。与会员国和捐助方进行筹资对话的建议，如果得到世界卫生大会批准，将改进对资金缺口的管理并确保资源与预算需求协调一致。在人力资源领域，行动将着重于：加强工作队伍的灵活性和流动性；改进世卫组织绩效管理框架；以及通过全球在线学习管理系统促进职员的发展。

2012 年底时预算执行情况概述

82. 2011 年 5 月，第六十四届世界卫生大会批准了 2012-2013 年规划预算，数额为 39.59 亿美元，比 2010-2011 年的水平降低了约 13%。

83. 这项中期审查确认 2012-2013 年规划预算具有务实性质，以对该财务期的收入和支出预测为基础。总体上，预计 2012-2013 年规划预算能获得充分资助，不过世卫组织各个层面的资金供应由于指定用途资金水平高仍然存在不协调状况。秘书处已采取一系列措施，希望在双年度剩余时间里减少这种不协调现象，这些措施包括成立了筹资专题小组并计划在 2013 年中实行一项资源管理政策。

84. 2012-2013 年规划预算目前的执行情况略显不足，因为 2010-2011 双年度期间采取的节省费用措施一直延续到当前双年度（包括裁减人员导致薪金支出减少以及提高效率等）并且管理人员在当前金融环境下采取保守消费办法。此外，执行率通常会在双年度第二年中加快速度。

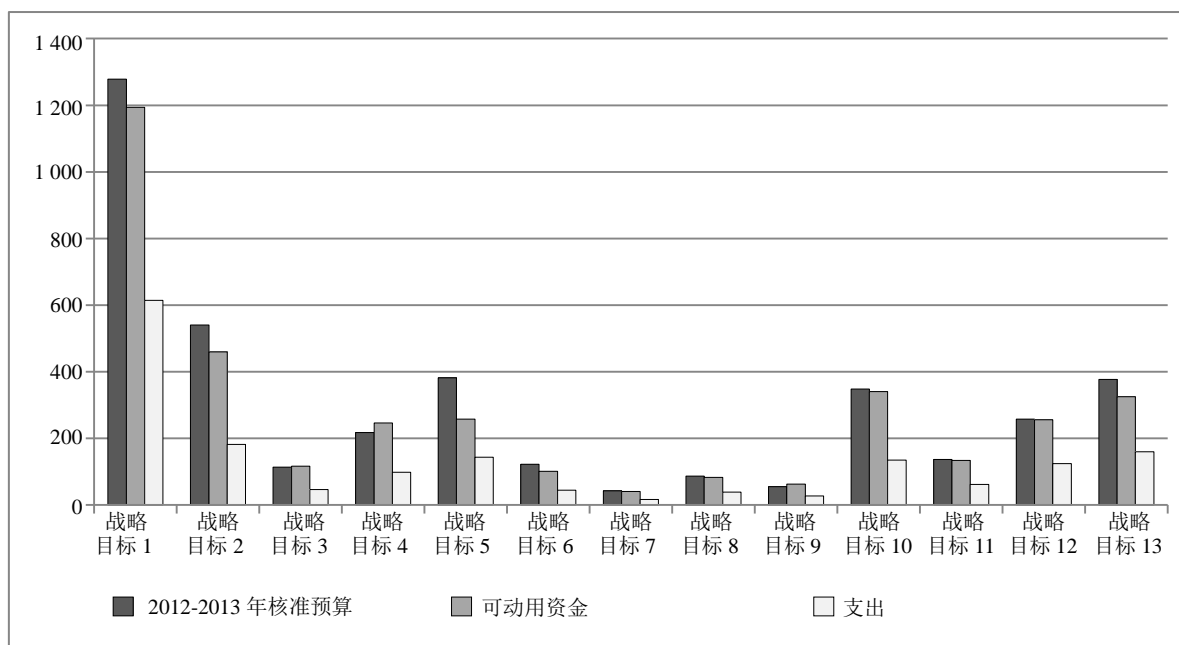
85. 下面各图表分别按战略目标、预算部分和主要办事处显示截至 2012 年 12 月 31 日时，《2012-2013 年规划预算》的实施情况。

表 2. 按战略目标显示财务执行情况
(截至 2012 年 12 月 31 日, 百万美元)

战略目标	2012-2013 年核准预算	可动用资金			可动用资金占核准预算的 %	支出	支出占核准预算的 %	支出占可动用资金的 %
		评定会费	自愿捐款	合计				
战略目标 1	1 278	74	1 120	1 194	93	614	48	51
战略目标 2	540	41	419	460	85	182	34	39
战略目标 3	114	43	74	117	103	47	42	40
战略目标 4	218	53	193	246	113	98	45	40
战略目标 5	382	16	242	258	68	144	38	56
战略目标 6	122	34	67	101	83	45	37	44
战略目标 7	43	20	21	41	96	17	39	41
战略目标 8	87	30	53	83	95	39	45	47
战略目标 9	55	21	42	63	114	27	49	43
战略目标 10	348	139	202	341	98	135	39	40
战略目标 11	137	29	105	134	98	62	45	46
战略目标 12	258	198	58	256	99	124	48	49
战略目标 13 ^a	377	201	124	325	86	160	42	49
尚未分配给战略目标		16	193	209				
总计	3 959	915	2 913	3 828	97	1 694	43	44

^a 除表 2 中战略目标 13 下显示的核准规划预算数额外, 还有一笔数额为 1.38 亿美元的相关费用, 由战略目标 13 之二下一个单独成本回收机制资助 (见《2012-2013 年规划预算方案》附件 1, 进一步详情见《2012-2013 年规划预算实施情况, 中期审查》报告全文 (文件 HQ/PRP/13.1, 只有英文本, 可应要求提供))。在表 2 中对应的各项战略目标下纳入了这些费用, 它们可协助提供资金。这些费用来自收取的员额占用费, 目的是收回为这些战略目标提供直接行政服务的费用。

图 1. 按战略目标显示财务执行情况
(截至 2012 年 12 月 31 日, 百万美元)



86. 世卫组织 2012-2013 年核准规划预算总额为 39.59 亿美元。2012 年底时, 已分配用于双年度实施工作的可动用资金¹为 38.28 亿美元, 其中包括从 2010-2011 年财务期结转的资金、评定会费和自愿捐款。2012 年中总共使用了 16.94 亿美元 (占核准预算的 43%)²。

87. 战略目标 2、5 和 6 的供资情况不如其它战略目标, 但有些战略目标 (战略目标 3、4 和 9) 的资金供应超出了核准的规划预算水平。就战略目标 3 的情况来看, 是因为非传染性疾病作为本组织的一项战略重点获得了更多的资金。在战略目标 4 下, 特别规划与合作安排这部分预算中的生殖卫生和孕产妇保健领域获得了更多资金。战略目标 9 下的可动用资金包括为食品法典委员会提供的额外资金。

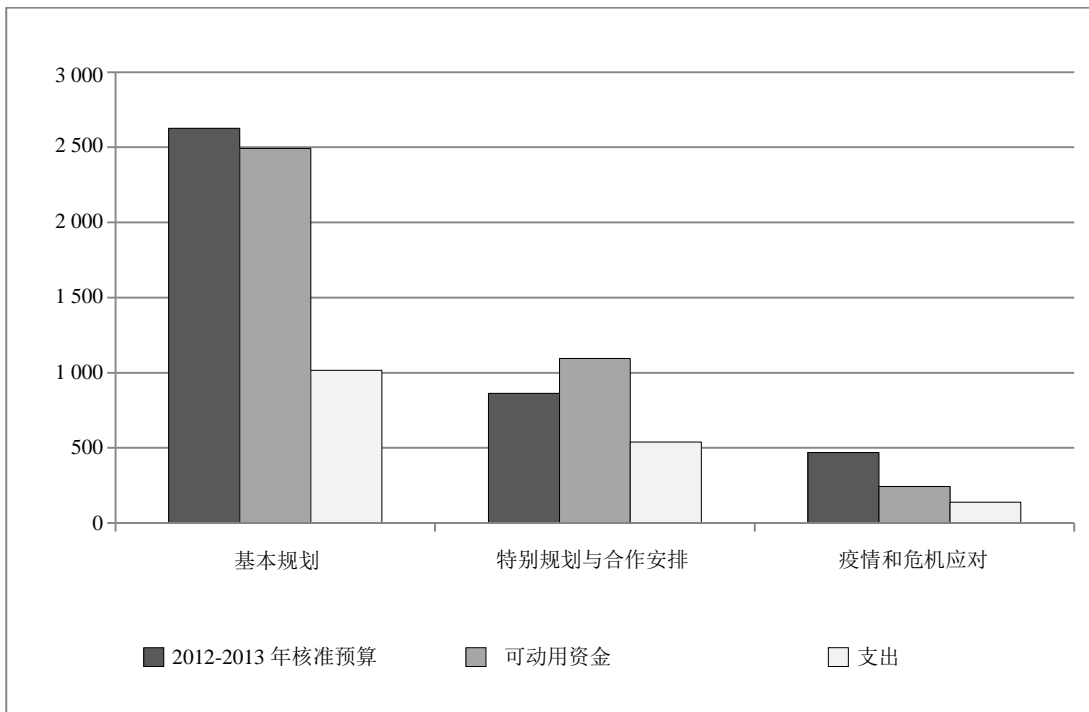
¹ 可动用资金包括来自评定会费(不包括对未交纳会费的应急扣缴)的 9.15 亿美元(占可动用资金的 24%)、2010-2011 年财务期的结转金 5 亿美元(占可动用资金的 13%)以及来自自愿捐款的结余额。这笔资金不同于 2012 年经审计的财务报告中汇报的业务收入, 该报告反映的只是 2012 年记录的收入。

² 预算执行: 该数字只代表与《2012-2013 年规划预算》中预期成果有关的支出额, 不包括这一财务期中支付的与《2010-2011 年规划预算》中预期成果有关的 1.25 亿美元支出额。

表 3. 按预算部分显示财务执行情况
(截至 2012 年 12 月 31 日, 百万美元)

预算部分	2012-2013 年核准预算	可动用资金			可动用资金占核准预算的 %	支出	支出占核准预算的 %	支出占可动用资金的 %
		评定会费	自愿捐款	合计				
基本规划	2 627	910	1 582	2 492	95	1 017	39	41
特别规划与合作安排	863	4	1 090	1 094	126	539	62	49
疫情和危机应对	469	1	241	242	51	138	29	57
合计	3 959	915	2913	3 828	97	1 694	43	44

图 2. 按预算部分显示财务执行情况 (截至 2012 年 12 月 31 日, 百万美元)



88. 世卫组织 2012-2013 年规划预算总额为 39.59 亿美元, 其中包括基本规划 26.27 亿美元(占核准规划预算的 66%)、特别规划与合作安排 8.63 亿美元(占规划预算的 22%) 以及疫情和危机应对 4.69 亿美元(占规划预算的 12%)。

89. 可动用资金¹总额：基本规划 24.92 亿美元（占用于基本规划部分预算的 95%）、特别规划与合作安排 10.94 亿美元（占用于特别规划与合作安排部分的规划预算的 126%）、疫情和危机应对 2.42 亿美元（占用于疫情和危机应对部分的核准预算的 51%）。

90. 基本规划部分目前按核准的规划预算额来看存在 1.35 亿美元资金缺口。但是，特别规划与合作安排部分的供资水平截至 2012 年 12 月 31 日时已经比核准规划预算额多出 2.31 亿美元。特别规划与合作安排部分初始概算中可动用资金的增加仍然主要与消灭脊髓灰质炎工作有关。

91. 危机和疫情应对部分受外部紧急事件的影响。通常情况下，这方面的资源需求很高，并且难以预测，因此编制这部分预算存有不不确定性。估计 2012-2013 双年度需要 4.69 亿美元。目前供资额为 2.42 亿美元。

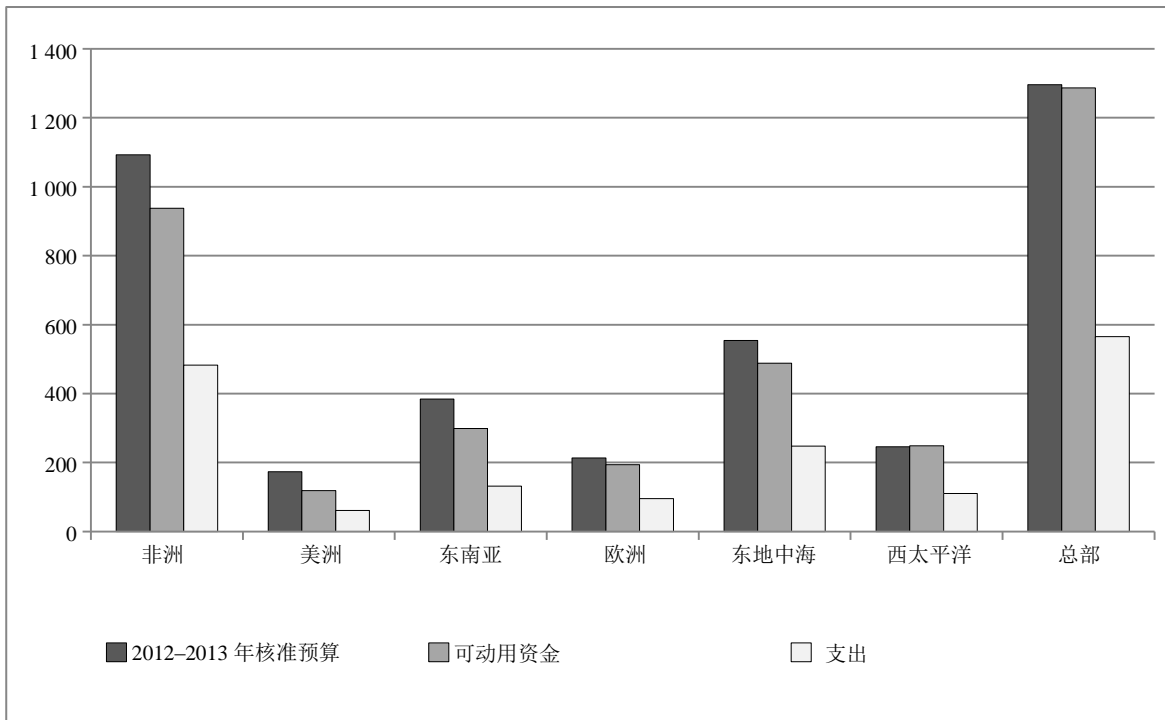
92. 支出占基本规划部分核准预算的 39%，特别规划与合作安排部分预算的 62%，以及疫情和危机应对部分预算的 29%。

表 4. 按主要办事处显示财务执行情况
(截至 2012 年 12 月 31 日, 百万美元)

地点	2012-2013 年核准预算	可动用资金			可动用资金占核准预算%	支出	支出占核准预算%	支出占可动用资金%
		评定会费	自愿捐款	合计				
非洲区域	1 093	203	735	938	86	483	44	51
美洲区域	173	78	41	119	69	61	35	51
东南亚区域	384	97	202	299	78	132	34	44
欧洲区域	213	57	137	194	91	95	45	49
东地中海区域	554	86	402	488	88	248	45	51
西太平洋区域	246	74	175	249	101	110	45	44
总部	1 296	304	983	1 287	99	565	44	44
尚未分配给各主要办事处		16	238	254				
合计	3 959	915	2 913	3 828	97	1 694	43	44

¹ 在将可利用资源分配给世卫组织基本规划及其它部分时以管理信息为依据，并应视为近似值。

图 3. 按区域显示财务执行情况（截至 2012 年 12 月 31 日，百万美元）



93. 在所有办事处，可动用资金占核准预算的比率在 69%（美洲区域办事处）至 101%（西太平洋区域办事处）之间，支出占可动用资金的比率在 44%至 51%之间。一些主要办事处，特别是在非洲区域和东地中海区域，可用资金水平高，这部分上是因为特别规划与合作安排，包括消灭脊髓灰质炎工作获得了大量资金。这也表明本组织目前在努力确保遵照更加务实的《2012-2013 年规划预算》更及时按需分配可用资源方面取得了一定成效。

卫生大会的行动

94. 请卫生大会注意本报告。

= = =