



世界卫生组织

执行委员会
第一三六届会议
临时议程项目 11.3

EB136/35
2015 年 1 月 9 日

战略性预算空间分配

总干事的报告

总干事谨向执行委员会第 136 届会议转交战略性预算空间分配工作小组主席提交的报告（见附件）¹。

¹ 执行委员会规划、预算和行政委员会关于该工作小组报告的报告，见文件 EB136/3。

附件

战略性预算空间分配工作小组的报告

背景

1. 战略性预算空间分配工作小组是根据执行委员会第 134 届会议期间的决定设立的。在规划、预算和行政委员会第二十次会议上,该工作小组成员介绍了载于文件 EBPBAC20/5 中的报告。
2. 该工作小组介绍了其对新的战略性资源配置方法的范围、原则和标准的初步审议情况。它还介绍了四个业务部分的拟议标准,供委员会讨论和评论。
3. 工作小组承认,制定世卫组织的新的战略性资源配置方法确实很复杂,与世卫组织目前的其它许多改革举措相互关联,例如自下而上的计划工作,产出和可交付成果的成本核算,本组织三个层级清晰的作用和职能,以及行政和管理费用筹措问题的审查。
4. 工作小组成员强调必须确保战略性资源配置方法的制定工作考虑到上述举措,反之亦然。鉴于工作的复杂性及其与世卫组织目前一系列举措相互关联,他们认为这项工作需要继续下去。
5. 会员国对该报告,包括路径图表示欢迎,并对工作小组的努力表示感谢。会员国还同意将此项举措的标题,即“战略性资源配置”修改为“战略性预算空间分配”。
6. 执行委员会审议了规划、行政和预算委员会关于战略性预算空间分配工作小组成员组成保持不变,以利其工作的连续性的建议,
 - (1) 决定作为例外,战略性预算空间分配工作小组的现有成员组成保持不变,即:比利时、喀麦隆、埃及、马来西亚、马尔代夫和墨西哥;
 - (2) 要求规划、预算和行政委员会向执行委员会第136届会议作出报告,包括报告战略性预算空间分配工作小组的审议结果。

7. 会员国在 2014 年 5 月第六十七届世界卫生大会上，同意需要进行更多的分析和深入讨论，并批准了制定拟议战略性预算空间分配方法的路径图，供执行委员会 2015 年 1 月审议¹。

8. 2014 年 11 月 12 和 13 日，工作小组举行了第二次面对面会议，目的是商定达成战略性预算空间分配方法的方针，并提出供执行委员会审议的建议。

9. 近来区域委员会关于战略性预算空间分配的讨论作出的反馈，秘书处就规划、预算和筹资以及行政和管理费用问题进行的介绍，均对工作小组为期两天的会议审议工作有所助益。

10. 本报告概述了工作小组的审议结果，对其建议交执行委员会审议的方法作了说明。

战略性预算空间分配方法

11. 该工作小组的目的是在各项指导原则，经《工作总规划》确认的需要、重点和成果以及自下而上的计划工作基础上，查明决定战略性预算空间分配的客观和透明方针。

12. 工作小组重申它同意目前业务部分的划分，以及此前就这一进程确定的指导原则。它强调新的战略性预算空间分配方法必须考虑到上述举措，反之亦然，而因此，拟议的方法将成为一个原型，须视需要加以评估和改进。

13. 工作小组强调，战略性预算空间分配应保持灵活性，以利预算空间的分配和再分配，并应建立在最精确的现有数据基础上。它还建议，今后应在正在进行的世卫组织改革的背景下，重新审查各个业务部分的预算空间分配比例。

14. 为本项工作之目的，如以下表 1 所示，工作小组使用《2014-2015 年规划预算》的分类作为讨论每一业务部分的背景资料。

¹ 见文件 WHA67/2014/REC/3，第六十七届世界卫生大会甲委员会第三次会议摘要记录，第 2 节。

表 1. 按业务部分和本组织层级分类的《2014-2015 年规划预算》(%)

以计划费用为基础

业务部分	总部	区域办事处	国家办事处	合计
1. 国家一级技术合作	0	0	23	23
2. 提供全球和区域产品	20	13	0	33
3. 管理和行政	11	6	5	22
4. 应对突发事件，如疫情和危机应对	1	1	20	22
总计	32	20	48	100

范围

15. 战略性预算空间分配办法以一种综合方式适用于评定会费和自愿捐款，支持本组织的一项工作计划或一项预算（规划预算）。

指导原则

16. 下列总原则指导制定，并可进而指导实施新的战略性预算空间分配办法：

- **立足需求和证据：**战略性预算空间分配应支持最有需要的国家，应以最精确的现有数据，包括研究结果和经科学验证的数据，以及可客观衡量的基准为依据；
- **基于结果的管理：**战略性预算空间分配应包括自下而上的稳健的计划制定和切实的产出及可交付成果的成本核算，符合《工作总规划》确认的重点，并考虑到如何和在何处可达成资源的最佳配置，以实现投资的重大影响和价值；
- **公正和公平：**应当根据普遍接受和一致应用的客观标准在各个地理分区或职能部分之间分配战略性预算空间；
- **问责制和透明度：**这些应是计划和战略性预算空间分配以及报告资源使用情况的核心；
- **明确的作用和职能：**在本组织的所有三个层级，这应有助于决定任务和预算空间的分配并加强问责制；
- **增进绩效：**在预算空间分配中应考虑到这一点，以鼓励交付结果和取得成果。

各业务部分的标准

17. 战略性预算空间分配方法分为四个业务部分¹。针对每个业务部分确定了战略性预算空间分配的标准和办法，并强调了拟议的方法模型。

第一部分：国家一级技术合作

18. 这一部分涉及国家一级的职能和活动，其中的直接受益者是每个国家。有关活动可包括建设国家能力、提供技术支持、开展政策对话、调整应用指南以及加强有系统以收集、分析和传播数据等。表 2 显示了《2014-2015 年规划预算》中第一部分的活动和职员费用明细。

表 2. 第一部分：《2014-2015 年规划预算》——活动和职员费用明细 (%)

2014-2015 年规划预算	
活动费用	65
职员费用	35

19. 为确定国家一级技术合作的预算空间分配，建议采取两个步骤。步骤一是按照下文第 20-25 段描述的方法确定区域一级的汇总预算空间分配，步骤二是分配预算空间，以在自下而上的计划基础上支持国家一级的技术合作，同时考虑到下文第 28 段载明的主要标准。

20. 采用了四个步骤以确定在区域一级的分配。这一程序包括(i)按比例缩放排列指标；(ii)将国家归入 10 分位组别；(iii)生成国家权重；(iv)生成区域分配额。对此方法的说明见附录。

21. 工作小组考虑了若干模型，附有不同指标组成、每一指标的利弊，以及模型表述：

- 人均国内生产总值 (PPP\$) (购买力平价美元)；
- 预期寿命；
- DPT3 (白喉、百日咳和破伤风三联疫苗) 覆盖率；

¹ 见文件 EB134/10。

- 由熟练接生人员接生；
- 总人均残疾调整生命年；因传染性、孕产、围产和营养状况而导致的人均残疾调整生命年；因非传染性疾病和伤害而导致的人均残疾调整生命年；
- 相对于美元汇率而言的购买力平价美元汇率；
- 城镇人口比例；人口密度；道路密度；
- 面临旱、涝和极端气温的人口比例；
- 《国际卫生条例（2005）》的实施情况；
- 收入不平等的基尼系数。

对此一方法的更详尽说明，包括这些指标和组合模型的利弊，见附录。

22. 以下表 3 概略显示了工作小组考虑的每一组合模型的区域分配比例。

表 3. 第一部分：所考虑的每一组合模型的区域分配比例（%）

世卫组织 区域	2014-2015 年 规划预算	来自 2006 年 验证机制的 平均值	组合 模型 1(B) ¹	组合 模型 2(S) ²	组合 模型 3(T) ³	组合 模型 4(U) ⁴	组合 模型 5(V) ⁵
非洲	43.00	47.67	42.53	45.00	45.70	44.31	44.87
美洲	8.00	10.24	11.15	13.35	12.48	10.78	10.16
东地中海	15.00	10.45	13.96	10.97	10.22	11.67	13.69
欧洲	5.00	11.86	10.81	13.61	14.91	16.67	12.51
东南亚	16.00	10.44	12.74	7.89	7.74	8.61	10.84
西非	14.00	9.34	8.81	9.91	8.95	7.96	7.92

1 所考虑指标：人均国内生产总值（购买力平价美元）；由熟练接生人员接生；白喉、百日咳和破伤风三联疫苗覆盖率
2 所考虑指标：人均国内生产总值（购买力平价美元）；由熟练接生人员接生；白喉、百日咳和破伤风三联疫苗覆盖率；总人均残疾调整生命年；价格水平；人口密度；基尼系数
3 所考虑指标：人均国内生产总值（购买力平价美元）；由熟练接生人员接生；白喉、百日咳和破伤风三联疫苗覆盖率；因传染性、孕产、围产和营养状况而导致的残疾调整生命年；因非传染性疾病和伤害而导致的残疾调整生命年；价格水平；人口密度；基尼系数
4 所考虑指标：人均国内生产总值（购买力平价美元）；由熟练接生人员接生；白喉、百日咳和破伤风三联疫苗覆盖率；总人均残疾调整生命年；价格水平；人口密度
5 所考虑指标：人均国内生产总值（购买力平价美元）；由熟练接生人员接生；白喉、百日咳和破伤风三联疫苗覆盖率；总人均残疾调整生命年；人口密度

23. 工作小组在讨论了每一指标的价值后，审议了一系列由此类若干指标构成的组合模型。它随后确认了一种组合模型，纳入由最具稳定、统计上稳妥和广泛存在特点的数据支撑的指标，作为第一部分的最适当模型。

24. 工作小组成员基于数据的可得性和指标（即人均国内生产总值购买力平价美元；由熟练接生人员接生；白喉、百日咳和破伤风三联疫苗覆盖率；总人均残疾调整生命年；人口密度）的稳定性，倾向组合模型 5。一些成员表示他们赞同其它模型，例如模型 1(B)，该模型数据较少，显示了预算空间分配在各区域之间更合乎比例的分布。

25. 工作小组提出了实施拟议模型的过渡期，为此将以《2014-2015 年规划预算》有关第一部分的区域预算空间分配为出发点，限定每一双年度预算空间分配的变化不超过 2%。这将有助于各区域以一段时间来针对新的方案空间分配水平作出调整。

26. 工作小组在审议战略性预算空间分配时考虑的主要因素是高质量数据的可得性、各国对其各自状况的认识不同、发展水平、资源能力和卫生需要。

27. 工作小组承认需要显示不同时期内利用资源的绩效的改进，但意识到一些区域在显示服务质量方面有其困难，因为它们仍然穷于应付所交付或现有服务的数量。建议各区域交流绩效改进方面的最佳做法，以表明资源的使用是否恰到好处，有关成果和规划是否物有所值。因此，应在全球一级各大办事处之间和各区域之内对战略性预算空间分配作出审议。

28. 为在区域一级进一步分配预算空间，以支持国家一级的技术合作，建议考虑到：

- 作为自下而上的计划制定工作一部分的具体国家的需要和优先考虑；
- 与国家合作战略和国家投资计划保持协调一致；
- 相对优势；
- 与《工作总规划》确定的重点保持协调一致。

第二部分：提供全球和区域公共产品

29. 这一部分涵盖世卫组织总部和各区域办事处如《世界卫生组织组织法》第二条所示，为各会员国的利益并为支持全组织的工作而履行的职能和实行的规划。可交付成果包括世卫组织的规范、标准、政策、指南、分析以及卫生信息的管理和传播等。

30. 以下表 4 提供了《2014-2015 年规划预算》第二部分的活动和职员费用明细。

表 4. 2014-2015 年规划预算——活动和职员费用明细 (%)

2014-2015 年规划预算	
活动费用	38
职员费用	62

31. 工作小组意识到第二部分主要是基于理事机构的决议和国际承诺，以及《工作总规划》勾勒的国际公共卫生重点，与目前正在推行的世卫组织改革举措是一致的。因此，建议战略性预算空间分配遵循目前的做法，建立在对全球和区域卫生需要和重点的评估和确认基础上，同时考虑到下列标准：

- 《工作总规划》确认的重点；
- 各国的需要和重点；
- 世卫组织理事机构通过的决议；
- 世卫组织的相对优势；
- 本组织三个层级的作用和职能（同时考虑到效率和实效）；
- 产出和可交付成果的切实成本核算；
- 项目管理方针。

第三部分：行政和管理

32. 这一部分涉及本组织运作所需的职能。行政和管理成本可分为以下两大类：

- 指导和治理职能：所有全组织服务和促进性职能，包括领导、一般管理和治理；
- 基础设施和行政支持：包括房舍、维修、信息技术、安保以及其它行政支持服务等日常管理费用。这些费用大多归入《2014-2019 年工作总规划》的第 6 类工作，有些费用归入第 1 至第 5 技术类工作。

33. 以下表 5 提供了《2014-2015 年规划预算》中第三部分的活动和职员费用明细。

表 5. 第三部分：《2014-2015 年规划预算》——活动和职员费用明细(%)

2014-2015 年规划预算	
活动费用	25
职员费用	75

34. 工作小组意识到与第三部分相关的高固定成本组成，尤其是在指导和治理方面（例如理事机构会议和治理结构产生的费用，或全组织高级管理人员的费用）。它还承认，有许多工作有待去做，以实现行政和管理职能方面的费用统一和成本效益。

35. 因此，工作小组建议维持目前在行政和管理职能方面的预算空间分配办法，直至完成世卫组织改革进程，同时考虑到将领导和治理，以及行政和管理细分为该部分内的亚类。

36. 此外，应将成本效益措施作为常规做法嵌入系统，并在全组织制度化，以确保世卫组织实现并显示投资回报。

37. 还建议规定向规划、预算和行政委员会定期报告成本效益措施和节省情况。

第四部分：应对突发事件，例如应对疫情和危机

38. 这一部分的业务涵盖疫情和危机应对以及消灭脊髓灰质炎工作。疫情和危机应对活动受制于紧急事件，由于此一性质，这方面的资源需求通常很高，但在编制预算时很难预测。消灭脊灰目前被视为全球公共卫生领域的一项紧急规划，因此，一旦发生疫情，需在短时间内灵活增加预算拨款，以满足规划需要。

39. 以下表 6 提供了《2014-2015 年规划预算》中第四部分的活动和职员费用明细。

表 6. 第四部分：《2014-2015 年规划预算》——活动和职员费用明细 (%)

2014-2015 年规划预算	
活动费用	78
职员费用	22

40. 工作小组同意，由于《2013-2018年新的六年期消灭脊灰尾声战略计划》，消灭脊灰的方法已经存在。因此，工作小组未建议就消灭脊灰采取新的预算空间分配办法。

41. 工作小组建议探讨创设一全球周转基金，应对国际关注的卫生突发事件，同时考虑到联合国系统内现有的其它财政机制。还应设立区域应急基金，以应对每一区域的突发事件。

一般性建议

42. 工作小组在制定战略性预算空间分配方法的背景下，讨论了与世卫组织改革相关的若干问题。据此，工作小组提出了下列建议，供执委会审议。

- 秘书处继续加强以成果为基础的规划和预算编制工作，包括提高透明度、效率和实效，加强问责制。
- 进一步推动治理改革，尤其是在定义本组织三个层级的作用和职能方面，以使预算空间分配与本组织这三个层级的作用与职能更加契合，并更好地对规划预算中确定的重点作出反应。

43. 秘书处应在规划中更清楚地阐明在规划和预算编制过程中考虑到的预算信息，包括各项决议和世卫组织的其它承诺。

附录

第一部分的预算空间分配方法

本附录描述了用于制定第一部分空间预算分配模型的方法和指标。制定有关模型的数学方法遵循下述四个步骤。

步骤 1. 按比例排列指标

为相互比较目的，按比例排列选定指标（见表）。

步骤 2. 确定每一国家的整体绩效

计算每一国家排列指标的平均值，以确定在选定指标方面每一国家的整体绩效。

步骤 3. 生成国家权重

按照缩放排列指标的平均值分列各国，并按照选定指标将之归入十分位组别。

步骤 4. 国家分组和加权

将每一个十分位组别的需要指数（步骤 3 的结果）乘以国家的人口换算系数，确定每一国家的相对权重。需要最迫切的国家处于十分位组别 1，需要最少的国家处于十分位组别 10。需要最少的国家（十分位组别 9 和 10）中，有 20%的需要指数为 0。其余国家的需要指数函数为：需要指数 = $1.3^{8-\text{Decile}}$ 。

每一国家的人口换算系数为 2006 年采用过的同样的调整后登录人口的平方函数。换算系数的目的是与人口较多的国家相比，给予人口较少的国家相对较高的权重，同时考虑到国家人口的整体差异。

步骤 4 的最后部分是合计就世卫组织各个区域各国确定的相对权重，得出区域分配额。

所考虑的主要指标

工作小组请秘书处确定在发病率、卫生服务费用、卫生服务的可及性、面对环境和自然灾害和危害的脆弱程度、对卫生突发事件的防范，以及不平等和不公正等方面的指标。所考虑的指标包括：

- 人均国内生产总值（购买力平价美元）；
- 预期寿命；
- 白喉、百日咳和破伤风三联疫苗覆盖率；
- 由熟练接生人员接生；
- 总人均残疾调整生命年；因传染性、孕产、围产和营养状况而导致的人均残疾调整生命年；因非传染性疾病和伤害而导致的人均残疾调整生命年；
- 相对与美元汇率而言的购买力平价美元汇率；
- 城镇人口比例；人口密度；道路密度；
- 面临旱、涝和极端气温的人口比例；
- 《国际卫生条例（2005）》实施情况；
- 收入不平等的基尼系数。

下表概述了工作小组考虑的各项指标，包括每一指标的利弊。

工作小组考虑的指标，包括每一指标的利弊

发病率		
替代预期寿命的潜在指标	利	弊
总人均残疾调整生命年	<ul style="list-style-type: none"> 理论上稳妥的指标，同时涵盖发病率和死亡率 	<ul style="list-style-type: none"> 在国家一级只有两个数据点：2000年和2012年 各国之间人均残疾调整生命年变化有限
因传染性、孕产、围产和营养状况而导致的人均残疾调整生命年 因非传染性疾病和伤害而导致的人均残疾调整生命年	<ul style="list-style-type: none"> 理论上稳妥的指标，同时涵盖发病率和死亡率 处理因传染性疾病和非传染性疾病而导致的人均残疾调整生命年的费用会有不同 	<ul style="list-style-type: none"> 在国家一级只有两个数据点：2000年和2012年 各国之间人均残疾调整生命年变化有限 因传染性疾病和非传染性疾病而导致的人均残疾调整生命年的国家负担不同
价格水平		
潜在的附加指标	利	弊
相对与美元汇率而言的购买力平价美元	<ul style="list-style-type: none"> 理论上稳妥的指标，如果预算拨款为美元，但开支按当地货币计 183个会员国有2012年或2013年数据可查 	<ul style="list-style-type: none"> 基于仅偶尔搜集的购买力平价因数（2005年，2011年）。目前的购买力平价美元汇率是基于2005年的因数。 基于购买力平价美元，历年之间波动较大
卫生服务的可及性		
潜在的附加指标	利	弊
城镇人口比例	<ul style="list-style-type: none"> 191个会员国有2013年数据可查 	<ul style="list-style-type: none"> 相关性基于城镇地区交通便利的假定
人口密度	<ul style="list-style-type: none"> 190个会员国有2013年数据可查 	<ul style="list-style-type: none"> 相关性基于高人口密度意味着交通便利的假定
道路密度	<ul style="list-style-type: none"> 关于大多数国家地理可及性的理论上稳妥的指标 183个会员国有数据可查 	<ul style="list-style-type: none"> 一些数据较为陈旧，只有50%的数据点始于2010年以来 尤其可能不适用于由众多岛屿构成的国家

面对环境和自然灾害的脆弱程度		
潜在的附加指标	利	弊
面临旱、涝和极端气温的人口比例（1990-2009年平均值）	<ul style="list-style-type: none"> 评估特殊自然事件的理论上稳妥的指标 指标结构有效地消除了数值发生突然变化的可能 	<ul style="list-style-type: none"> 2009年以来,只有165个会员国有数据可查 没有涵盖所有的环境安全风险,例如地震
防范程度		
潜在的附加指标	利	弊
《国际卫生条例(2005)》执行情况	<ul style="list-style-type: none"> 涵盖多个国家防范领域 与世卫组织关键目标相关联 有2012年以来的数据可查 	<ul style="list-style-type: none"> 只有139个会员国有数据可查
不平等和不公正		
潜在的附加指标	利	弊
收入不平等的基尼系数	<ul style="list-style-type: none"> 在普遍不平等和伴随而来的不公正问题上通常使用的理论上稳妥的指标 	<ul style="list-style-type: none"> 只有148个会员国有数据可查 一些数据较为陈旧,只有50%的数据点始于2010年以来

2006年验证机制使用了人均国内生产总值（购买力平价美元），以及预期寿命。在此项工作中，有两个反映基本卫生服务可及性的额外数据，即白喉、百日咳和破伤风三联疫苗覆盖率和由熟练接生人员接生，用来构成了基本模型。对基本模型所使用指标的替代或增加，构成了不同的组合模型。

这些指标来自可靠的国际数据库，例如《世界发展指数》，并经工作小组依据数据的可得性和完整性加以选定。作为结果加以考虑的组合模型是：2(S)、3(T)、4(U)和5(V)¹。

工作小组确认，用于构成组合模型5(V)的指标最适合用于预算空间分配。

还对组合模型5(V)中指标权重作了敏感性分析，以评估该模型的统计稳健性。该敏感性分析在采用排列指标的平均值时，改变了给予模型中每一指标的权重。在上述主要方法中，对所有指标都作了同等加权。在敏感性分析中，给予各项指标的最低相对权重

¹ 见主要报告第22段，表3。

是 10%。这就产生了 930 个迭代次数，其摘要结果见下表。这些结果表明，就指标加权而言，组合模型 5(V)的最初结果是稳健的。

组合模型 5(V)中指标权重的敏感性分析

区域	最初的组合 模型 5(V) 分配额(%)	敏感性分析(%)			
		最低	最高	中值	平均值
非洲	44.87	39.93	46.45	44.83	44.30
美洲	10.16	9.30	11.52	10.15	10.17
东地中海	13.69	12.65	14.10	13.59	13.48
欧洲	12.51	9.94	17.52	13.54	13.25
东南亚	10.84	9.21	12.75	10.69	10.77
西太平洋	7.92	6.42	9.59	7.90	8.03

= = =