



世界卫生组织的改革

世界卫生组织国家办事处：以需求为基础划分国家的标准

总干事的报告

1998年1月向执行委员会提交了一份重点在于制定建立世界卫生组织国家办事处标准的关于世界卫生组织国家办事处的报告（文件EB101/5），该报告强调将重点置于最有需求的国家⁽¹⁾。报告根据会员国的经济发展和卫生状况提出了世界卫生组织在国家级代表和协调的相应机制，同时讨论了如何能改进职能并将世界卫生组织更多的稀有资源集中于最有需求的国家。

执行委员会EB101(6)号决定特别要求总干事按照向区域正常预算拨款的EB101. R10号决议中的规定，根据需求进一步制定划分国家的标准，并向执行委员会第102届会议报告结果。

序言

1. 世界卫生组织在国家级的一项重点目标是根据要求支持政府加强卫生服务机构，提供卫生领域的信息，咨询和援助，并保持与联合国，专门机构，政府卫生行政部门和专业团体的有效合作。EB101/5号文件提出了从世界卫生组织大型国家办事处（在最有需求的国家）至没有实际代表（如在发达国家）的情况下可在国家级对本组织活动予以协调的各种方法，以及各种代表形式的标准。

(1) 文件EB101/5。

2. 由于卫生和经济情况的改进，对技术合作的需要也应该发生变化，这也就意味着在国家级对世界卫生组织资源的分配及世界卫生组织代表性两方面的变化。
3. 为调整世界卫生组织在国家级资源分配的现行方法而提出了各种措施，同时考虑到人口的规模，并利用人类发展指数和免疫复盖率作为世界卫生组织国家贡献的指标。
4. 本报告审议了这些标准在灵活调整世界卫生组织在国家级协调方面的实用性。

人口组成

5. 世界卫生组织会员国和准会员的人口从1 600（托克劳）至12.43738亿（中国）不等。这些国家的分类是根据其人口规模而确定：人口少于30万的国家（31个国家）；人口在30万至5000万的国家（146个国家）；以及人口多于5000万的国家（22个国家）。
6. 对于那些获得有限正常预算分配人口少于30万的国家以及通常没有人类发展指数的国家而言，建议作费用较低的安排，不设立世界卫生组织国家办事处，而设立如联络办事处或共用国家办事处。目前，这些国家除了5个以外已经采用联络办事处或共用办事处。
7. 在17个人口超过5000万的发展中国家（孟加拉国，巴西，中国，埃及，埃塞俄比亚，印度，印度尼西亚，伊朗（伊斯兰共和国），墨西哥，尼日利亚，巴基斯坦，菲律宾，俄罗斯联邦，泰国，土耳其，乌克兰和越南），由于其卫生问题的幅度，卫生部通常由包括联合国系统其它组织在内的援助社会通过重要的技术现场参与予以支持。在这些国家中，由于宣传世界卫生组织政策，向政府和捐助者提供高级政策咨询，及帮助政府协调外部援助等项任务，要求一个加强的世界卫生组织国家办事处。这些国家中的一些国家还为联合国系统或开发银行的各种组织安置区域办事处，这需要世界卫生组织的参与，以确保在它们的活动中对卫生方面给予应有的重视。在其中的一些国家中，世界卫生组织国家办事处还管理周围较小国家的分区域活动。

8. 审议了代表大多数世界卫生组织会员国的所有其它国家使用提出的世界卫生组织正常预算分配指标的适用性问题。

在人口规模处于30万到5000万之间的国家建立世界卫生组织国家办事处的人类发展指数和免疫标准

9. 人类发展指数是一个与其它卫生指标紧密关联的综合指数，这些卫生指标如产妇死亡率，婴儿死亡率和5岁以下儿童死亡率。然而，它的发展趋势是更加重视社会经济发展并逐渐对卫生服务方面的变化作出反应。因而，卫生服务方面的迅速进展未必需要对指数作相应的迅速改变。

10. 白喉，百日咳和破伤风的免疫覆盖率是唯一能广泛获得的反映卫生服务政绩的指数。由于与人类发展指数的相互关系不太密切，因此它可作为一个很好的辅助指数。然而，用免疫覆盖率替代卫生服务政绩时应谨慎，由于它可产生迅速变化，例如在一次强化免疫运动之后。此外，由于各国目前的免疫复盖率正在迅速地向理想实现的免疫覆盖率靠近，因此，需要其它广泛可得的卫生服务政绩指标。

全球预算分配和其它指数

11. 由于本报告撰写之时正值对预算分配模式进行审查之际，因此不可能使用世界卫生组织国家分配相似的规模作为确定国家级代表级别的标准。然而，世界卫生组织国家预算分配，预算外资金以及其它由世界卫生组织在国家级管理的捐款的规模显然是确定世界卫生组织国家办事处的规模及其人员数额和类型的一个重要因素。

12. 为作进一步的调整，应使用更多定性情报，例如，发生紧急情况的可能性，公平性，实施规划和活动的的能力以及与其它具有大型国家或区域办事处的机构进行有效协调的必要性，现有分区域（国家间）或区域间规划等方面的信息。

对人口规模在30万到5000万之间的会员国所建议的分类

13. 可用已建议作为对国家级资源分配指标的人类发展指数和免疫复盖率并根据会员国的经济卫生状况和卫生服务机构的工作政绩对会员国进行分类，特别是在绝大

多数人口为30万至5000万之间的国家中。下列表格表示列于文件EB101/5中提出的对4类国家所建议的指数范围。

表1. 对人口为30万至5000万的国家进行分类所建议的指数范围

| 国 家 | 人类发展 指 数 | 免疫覆盖率 (%) | 建议的世界卫生组织代表级别 |
|-----|-------------|--------------|------------------|
| 1类 | 0.000-0.699 | 和 <60 | 强化的世界卫生组织国家办事处 |
| 2类 | 0.000-0.699 | 或 <60 | 规模有限的世界卫生组织国家办事处 |
| 3类 | 0.700-0.899 | 和 60-80 | 联络办事处 |
| 4类 | >0.900 | 和 >80 | 由国家当局支持的国家级对口单位 |

14. 应该强调，应灵活使用这些指数范围并仅作为在对国家进行分类时的指南。这些指数有助于建立一个世界卫生组织所有区域的共同评价框架。有必要制定一份固定的时间表，以重新评估形势并制定鼓励使用国家级其它协调机制的指导方针。

15. 世界卫生组织国家代表的准确规模和组成应由政府和世界卫生组织共同作出决定，在作决定时，除了上述标准外还应同时考虑国家卫生重点和世界卫生组织重点，国家卫生系统的能力和双边及多边合作的目的。

执行委员会的行动

16. 执委会拟可作出下述建议：

-
- (1) 区域主任应与各国协商，将人类发展指数和免疫覆盖率作为指标，确定每个国家的世界卫生组织代表形式是否适宜，并保留修正一些国家中代表形式的可能性；
 - (2) 区域主任应向总干事报告其根据各国的具体需求和情况重新评价和确定世界卫生组织代表形式方面的进展；
 - (3) 总干事应根据国家能力为会员国制定指导方针，以使他们在与本组织的协调中承担更大的职责。

= = =