



世卫组织对大规模严重突发事件的应对

总干事的报告

1. 根据执行委员会埃博拉问题特别会议通过的 EBSS3.R1 号决议（2015 年）要求总干事提交本报告，内容是 2015 年 1 月 1 日至 10 月 17 日期间所有世卫组织应对的世卫组织定为 3 级和联合国机构间常设委员会定为 3 级的突发事件。本文件旨在补充文件 A68/23 提供的信息。
2. 在所审查期间，世卫组织应对了 42 个国家的主要突发事件，其中包括 27 个紧急突发事件和 19 个长期突发事件（有 4 个国家发生了两种类型的突发事件；见附件）。所有紧急突发事件都根据《世卫组织紧急情况应对管理框架》确定为 1 级、2 级或 3 级，其中包括 7 起同时发生的最严重水平的 3 级突发事件¹。2015 年 1 月至 10 月，世卫组织共宣布 2 个新的 3 级突发事件：尼泊尔地震（4 月定级）和也门人道主义危机升级（7 月提高定级）。其它 5 个仍在持续的 3 级突发事件是伊拉克的复杂人道主义危机（2014 年 8 月定级）、西非埃博拉病毒病疫情（2014 年 7 月定级）以及发生在中非共和国（2013 年 12 月定级）、南苏丹（2014 年 2 月定级）和阿拉伯叙利亚共和国（2013 年 1 月定级）的冲突。这 7 个 3 级突发事件直接涉及 11 个国家（西非埃博拉疫情涉及几内亚、利比里亚和塞拉利昂；阿拉伯叙利亚共和国的危机还涉及约旦、黎巴嫩和土耳其）。自向第六十八届世界卫生大会报告以来，1 个 3 级突发事件已被降级，即中非共和国的冲突/内乱。
3. 2015 年，除西非埃博拉病毒病疫情和尼泊尔地震外，世卫组织的定级均与机构间常设委员会系统的定级一致。2015 年 5 月 13 日，常设委员会解除对中非共和国 3 级突发事件的定级，随后世卫组织将其降级为 2 级突发事件。报告期内世卫组织启动 3 级突发事件应对活动情况摘要见下表（按字母顺序排列）：

¹ 《紧急情况应对管理框架》列出三种不同级别的突发事件，相应涉及不同程度的针对突发事件应对工作的组织支持，即 1 级、2 级和 3 级突发事件。1 级突发事件要求的世卫组织应对努力最少；2 级要求世卫组织做出中等程度的应对；3 级要求世卫组织做出重大应对努力。本组织全球突发事件管理团队相关成员根据事件规模、紧迫性、复杂性和背景确定突发事件的级别。一旦突发事件定级，世卫组织的应对工作均按有时间限制的明确绩效标准进行监测。

表. 世卫组织启动 3 级突发事件应对工作摘要

国家	启动 3 级日期	解除 3 级日期
中非共和国	2013 年 12 月 13 日	2015 年 6 月 3 日 (降为 2 级)
伊拉克	2014 年 8 月 12 日	仍在持续
尼泊尔	2015 年 4 月 27 日	2015 年 6 月 23 日 (降为 1 级)
南苏丹	2014 年 2 月 12 日	仍在持续
阿拉伯叙利亚共和国	2013 年 1 月 3 日	仍在持续
西非埃博拉疫情	2014 年 7 月 26 日	仍在持续
也门	2015 年 7 月 1 日	仍在持续

4. 除深受瞩目的 3 级突发事件外，世卫组织还在其它 16 场各种级别的紧急突发事件中对受影响人口的卫生需求做出了响应，其中包括 9 个 2 级突发事件和 7 个 1 级突发事件。这些包括马拉维、莫桑比克、马达加斯加和缅甸的洪水，瓦努阿图和图瓦卢的飓风帕姆，密克罗尼西亚联邦的飓风美莎克以及布隆迪、喀麦隆、利比亚、尼日尔、尼日利亚、菲律宾、乌克兰、坦桑尼亚联合共和国和也门的冲突和/或与此有关的人口流离失所。在报告期内，一些国家受到不止 1 个突发事件的影响，这些可能与最初世卫组织宣布突发事件的缘由有关或无关，例如导致缅甸长期危机和塞拉利昂埃博拉疫情应对工作复杂化的洪水以及尼泊尔最初被定为 3 级事件的地震后再次发生导致救灾工作复杂化的第二次地震。

5. 世卫组织也在应对 19 个国家、地区和领土的长期危机，包括阿富汗、刚果民主共和国、非洲之角各国（吉布提、厄立特里亚和埃塞俄比亚）、缅甸、萨赫勒地区（布纳法索、喀麦隆、乍得、冈比亚、马里、毛里塔尼亚、尼日尔、尼日利亚和塞内加尔）、巴基斯坦、索马里、苏丹以及西岸和加沙地带。

6. 在所有案例中，世卫组织的突发事件应对工作均根据《紧急情况应对管理框架》开展，围绕四个关键职能实现绩效标准：领导/协调、信息管理、技术专长和核心服务（即后勤、采购、人力资源和财务管理）。在 3 级突发事件中，世卫组织实施三项基本政策：确保适当调整世卫组织国家办事处职员工作并部署有经验的应急人员的扩增政策；部署资深工作人员支持世卫组织国家办事处代表领导并协调工作的卫生应急领导者政策；在所有突发事件刚发生时提供可预测的人员配备和资金的不留遗憾政策，包括动用世卫组织快速反应账户和世卫组织非洲、美洲和东地中海区域办事处管理的区域应急资金。2015 年，世卫组织几次动用应急资金启动相关行动并提供过渡性贷款以确保莫桑比克、尼日利亚、苏丹和瓦努阿图的行动继续下去。

7. 世卫组织在 24 个国家支持国家政府并领导、共同领导或支持卫生部门的协调工作，以确保突发事件卫生服务充分覆盖交通便利地点并确保质量。世卫组织支持初级卫生保健和医院诊疗服务，包括运作移动团队和移动诊所、采购药物和物资、培训卫生保健工作者以及支持伙伴提供移动诊所服务。此外还加强了疫情监测、防范和应对工作。

8. 据联合国人道主义事务协调厅评估，目前全球人道主义需求规模比以往任何时候都高。截至 2015 年 10 月，共需要 195 亿美元资金，以满足 37 个国家 8250 万弱势人群的需求。截至 2015 年中，只有 26% 人道主义资金得到满足，为过去十年来最低。具体卫生需求资金只有 47% 得到满足。虽然若干捐助方已增加了人道主义资金，但需求和实际获得资金之间的缺口仍在扩大，严重影响着行动。例如，伊拉克是首个由于资金短缺世卫组织及其伙伴不得不关闭卫生保健服务的 3 级突发事件，此举影响到约 300 万人。

世卫组织在 3 级突发事件中的行动

中非共和国

9. 自 2013 年 12 月以来，中非共和国的危机已经使 100 余万人流离失所。截至 2015 年 12 月 4 日，该国有 230 万人需要人道主义援助，其中大部分人需要获得卫生保健。该国约三分之二卫生保健机构的运转依赖外部支持。

10. 世卫组织扩大了在该国的存在，分阶段派出 55 名职员前往该国，并将 31 名国家办事处职员的职责调整为应对危机。目前班吉和三个分办事处（班巴里、班多罗和布阿尔）共有 69 名职员。一旦安全条件允许，世卫组织计划再建立两个现场办事处。

11. 世卫组织牵头由 64 个伙伴组成的卫生部门，努力向最需要的人提供紧急卫生保健服务。向约 120 万最脆弱者提供了免费卫生保健服务。在班吉、宾博、贝古阿、卡加班多罗、班巴里和姆波科等国内流离失所人员集中地点建立了疾病早期预警和应对系统。该早期预警和应对系统目前覆盖 60% 接纳流离失所者的地点。2015 年，至少 53 585 名 6 个月至 15 岁儿童在巴坦加福、布里亚、巴库马和比劳的大规模接种行动中接种了麻疹疫苗。虽然做出这些努力，但常规免疫覆盖仍然薄弱。目前只有约 43% 的 0-11 个月婴儿接种了五价疫苗。提供紧急和基本卫生服务面对的主要挑战仍然是安全问题以及与此有关的缺乏服务和运作费用高、缺乏资源、开展活动的伙伴数量有限以及国家基本药物供应体系崩溃等。有四个卫生分区¹的接种婴儿比例还不到 15%。提供紧急和基本卫生服务面临的主要挑战仍然是由于不安全、运营费用高、缺乏资金和人力资源、卫生伙伴数量有限以及国家基本药物供应系统崩溃造成的缺乏服务。

¹ 第 5 区的瓦卡加以及第 6 区的上姆博穆、肯贝和莫巴伊。

12. 虽然多个地区的安全形势仍然动荡，但已经有一些国内流离失所者开始返回家园。秘书处最近支持卫生部制定了 2015-2015 年卫生部门过渡计划。

13. 2015 年，中非共和国卫生部门需要 6300 万美元，截至 2015 年 10 月 1 日，卫生部门供资缺口为 63%。世卫组织已收到资金还不到所需资金总额的 13%。

西非埃博拉病毒病疫情

14. 埃博拉疫情最严重时出现过每周 950 个以上确诊病例的峰值，当前西非的病例数字是一年多以来最低的。疫情的地理范围已经大大缩小，2015 年 7 月以来几内亚、塞拉利昂和利比里亚发生的绝大部分病例都可以在流行病学上和已知的传播链联系起来。该阶段还没有哪周出现过 5 个以上病例。存在有力证据表明迄今所采取的战略和策略奏效了。到 2015 年 12 月 4 日时，塞拉利昂已宣布疾病传播终结且进入 90 天加强监测期的第 27 天；几内亚是最近两次检测阴性病例之后第 18 天；利比里亚此前曾在 9 月 3 日宣布传播结束，然后在 11 月 19 日和 20 日又记录了可能通过幸存者重新带来病毒导致的三个新病例。应对工作预计将于 2016 年底结束，届时将会阻断疫情最初开始时的全部传播链。

15. 虽然埃博拉发病率已大幅度下降，但病毒持续存在导致疾病卷土重来的风险对于该地区实现并保持无埃博拉在近期仍然是一个实质性的威胁。利比里亚 2015 年 7 月发生的疫情可能就是由于病毒在一位数月前康复的男性幸存者体内持续存在导致的，这证实传播确实可能重新出现。虽然某些幸存者体内持续存在的病毒导致重新传播的风险会随着时间推移而下降，由于受疫情影响者的数量巨大，该风险也是巨大的。

16. 随着联合国埃博拉应急特派团于 2015 年 7 月底结束其使命，开展应对工作的伙伴机构建立了后继的埃博拉问题机构间协作实体，世卫组织是其牵头技术和协调机构。考虑到该地区流行病学形势的变化，该实体已制定并正在实施应对工作第三阶段计划。

17. 第三阶段以第一阶段（2014 年 8 月至 12 月）的快速增加治疗床位、以安全和有尊严的方式埋葬死者的团队以及促进行为变化的能力以及第二阶段（2015 年 1 月至 7 月）的强化病例发现、接触者追踪和社区参与的能力¹为基础。为实现并保持“有恢复力的零病例状态”，第三阶段将新知识和工具纳入各领域持续进行的埃博拉应对和恢复工作，从疫苗、诊断制剂和应对行动到幸存者咨询和护理。许多业务进展体现在各国最新的埃

¹ 对第一阶段和第二阶段活动和能力的全面描述见：世卫组织《埃博拉疫情应对路线图》，可由 <http://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/response-roadmap/en/> 获取，2015 年 12 月 3 日访问；《埃博拉疫情：需求和要求概述》，可由 <https://ebolaresponse.un.org/sites/default/files/omr2015.pdf> 获取，2015 年 12 月 3 日访问；《2015 年世卫组织战略应对计划：西非埃博拉疫情》，可由 <http://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/ebola-strategic-plan/en/> 获取，2015 年 12 月 3 日访问。

博拉应对行动中，包括塞拉利昂的北方推进行动、几内亚的“包围”策略和利比里亚的快速响应行动。第三阶段还认识到有必要在应对、早期恢复和国家卫生系统恢复计划中提出的更长期的加强卫生系统工作之间建立强有力的联系。和在应对工作之前阶段一样，所有伙伴都强调使受影响社区、家庭和个人全面参与实施并充分理解其关切的至关重要性。

18. 疫情期间，世卫组织与广泛的政府、地方和国际伙伴开展了密切合作。重要业务伙伴包括联合国专门机构、基金和方案（如联合国开发计划署、联合国人口基金、联合国儿童基金会和世界粮食计划署）、非政府组织（如国际医疗团、国际救援委员会、无国界医生组织和救助儿童会）、非洲联盟、古巴政府及其医疗队、国际红十字会和红新月会联合会、国际移民组织以及西非卫生组织。

19. 为应对西非埃博拉病毒病疫情，世卫组织开展了其历史上规模最大的应急行动。截至 2015 年 10 月 1 日，已有 1013 余名职员被部署到几内亚、利比里亚和塞拉利昂这三个主要受影响国的 60 多个现场工作点。在经历埃博拉活跃传播的所有西非国家，世卫组织总计部署 2200 多名技术专家，其中包括 962 名专家来自全球疫情警报和反应网络伙伴机构。此外，美国疾控中心也直接部署了监测、接触者追踪、数据管理、实验室检测和卫生教育专家，并支持未受影响邻国开展埃博拉防范水平评估。

20. 世卫组织利用其自身的专业知识以及与各国政府、全球疫情警报和反应网络、新发和危险病原体实验室网络、全球感染预防和控制网络、外国医疗队以及待命伙伴机构的强有力联系，在扩大三个主要受影响国家的临床、公共卫生、感染控制和实验室服务等关键能力方面发挥了主要作用。世卫组织还发挥规范制定作用，提供或编订了 50 多份技术指导文件，涉及广泛公共卫生和临床主题。总计 8600 余人通过世卫组织及其伙伴的规划、使用世卫组织开发的材料和课程接受过有关埃博拉病毒病面对面培训或在线培训。

21. 世卫组织还促进审查、审议用于治疗 and 发现埃博拉病毒病的多种疫苗、药物、疗法和诊断工具。加快了审查程序，使若干种疫苗和诊断制剂进入快车道，从而在几内亚和塞拉利昂成功进行疫苗和诊断制剂试验。截至 10 月 17 日，一项世卫组织支持的使用 rVSV-ZEBOV 疫苗的试验取得的进展最大。该试验根据消灭天花所用方法使用“环围接种”策略。试验有两个主要目标：评估疫苗向接种者提供的保护，评估接种疫苗是否影响埃博拉病毒病在环围内的总体传播。7 月下旬，试验的中期结果在《柳叶刀》杂志上发表¹。试验结果显示，该 rVSV 疫苗的有效性可能高达 100%。预计将在 2015 年最后一个季度得到确定性疗效结果和有关传播的数据。世卫组织还支持了一种自动聚合酶链反应诊断检测法的成功开发，并正在评估若干种快速诊断检测试剂盒。

¹ [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)61117-5/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)61117-5/abstract)（2015 年 12 月 23 日访问）。

22. 世卫组织在所有区域开展了广泛工作，支持会员国为应对可能的埃博拉病毒病例做好准备，包括向非洲区域 15 个重点国家派出技术支持团队，协助这些国家制定业务计划，监测防范能力并传播技术指导信息。

23. 世卫组织支持三个主要受影响国家拟定国家恢复和发展恢复力计划，为安全重启基本卫生服务和更长期的卫生系统功能拟定战略。这三个国家的计划均将感染预防和控制确定为早期恢复的重点领域。这些计划也是 2015 年 7 月 9-10 日在纽约举行的秘书长国际埃博拉恢复会议的基础性文件。世卫组织和国际社会继续支持有关国家当局实施这些恢复计划。

24. 虽然最近几个月已经取得重大进展，但疫情表明，在许多方面，世卫组织的应急组织结构、能力和文化需要进行改革，才能胜任其目标。在这方面，并为进一步落实执委会埃博拉问题特别会议通过的 EBSS3.R1 号决议和 WHA68(10)号决定（2015 年），世卫组织正对其突发事件风险管理能力和应对有卫生和人道主义后果的突发事件的能力进行经过深思熟虑的彻底审查和改革。该改革由 2015 年 7 月 9 日成立的总干事改革世卫组织在有卫生和人道主义后果的疫情和突发事件中的工作问题咨询小组指导，小组主席是秘书长埃博拉问题特使 David Nabarro 博士。同时，改革也依据 EBSS3.R1 号决议要求并于 2015 年 7 月 7 日发布的埃博拉中期评估小组报告进行。

伊拉克

25. 过去一年半，伊拉克的人道主义危机已经引起四波大规模人口流离失所，使 860 余万人需要人道主义援助，其中包括 300 万国内流离失所者。约 780 万人需要卫生援助。卫生设施超负荷运转，药品和物资短缺。在该国受影响最严重的四个地区，14 家医院和 170 余所卫生设施被破坏或被毁。鉴于整个国家的悲惨人道主义局势仍在因暴力和流离失所而恶化，卫生、保护、食品和水以及基本卫生设施是最重要的需求。

26. 世卫组织及其卫生部门伙伴支持伊拉克卫生部应对全国范围的霍乱疫情。世卫组织带来了来自总部和区域办事处的霍乱专家、流行病学家还有水、卫生设施和卫生、病例管理和实验室领域的专家以及全球疫情警报和反应网络的伙伴（美国疾病控制中心和孟加拉国际腹泻病研究中心），为卫生部提供支持。建立了一个霍乱业务工作队协调相关活动。世卫组织提供 15 份机构间腹泻病工具包和 600 000 份氯片，并支持在受影响省区的卫生设施内进行早期预警监测和病例管理。广泛传播了霍乱预防信息。为防止霍乱在该区域进一步蔓延，秘书处和世卫组织伙伴支持伊拉克卫生部实施大规模口服霍乱疫苗接种行动。提供了足以保护 255 000 名高风险人员（内部流离失所者和难民）的 500 000 余剂疫苗。到 10 月底，疫情开始减弱。

27. 世卫组织已派出现场工作人员，在巴格达、埃尔比勒和巴士拉建立了中心，在杜胡克和苏莱曼尼亚建立了分中心，还部署了 81 名扩增人员。在 15 个省建立并运行国家归口单位网络。世卫组织领导并协调由 48 个伙伴组成的卫生部门。

28. 世卫组织和卫生部门伙伴与伊拉克卫生部一道支持为 320 万人提供挽救生命的卫生服务。具体措施包括部署 27 个移动诊所和 30 辆救护车，向 1250 名当地卫生保健工作者提供有关突发公共卫生事件不同方面的培训，采购并分发价值逾 1750 万美元的药品、疫苗和物资为全国约 1400 家卫生保健机构补充了应急物资储备，以及在国内流离失所者营地和其它地点监测水质。2015 年 1 月至 6 月，高达 340 万人接受了卫生保健服务，特别是在大量国内流离失所者涌入的北部和中部省份以及受冲突影响的安巴尔省。300 000 余患者被转诊至二级和三级医疗机构。此外，还有 340 万 9 个月至 59 个月的儿童接种了麻疹疫苗，530 万儿童接种了脊灰疫苗。疾病疫情监测得到大大加强：报告点数量从 2014 年 5 月的 18 个增加两倍到 2015 年 8 月的 54 个。

29. 供资缺口和交通仍是重要挑战。向伊拉克大部分地区提供基本医疗物资仍很困难，因为形势仍然极为动荡。严重资金短缺导致 2015 年 8 月关闭了 84% 由人道主义伙伴支持的卫生规划，其中大部分在北部省份，使约 300 万人无法获得急需的卫生保健服务。加快资源筹措和宣传的努力带来了一些捐助方承诺，挽救了约 100 个卫生项目。但是，资金缺口仍然巨大。2015 年伊拉克人道主义应对计划提出卫生部门需要 6090 万美元，但截至 2015 年 10 月 1 日仅收到 1660 万美元（27%）。世卫组织需要 2250 万美元，但截至 2015 年 10 月仅得到 1400 万美元（62%）。

尼泊尔

30. 2015 年 4 月 25 日，尼泊尔发生 7.8 级地震，震中在加德满都西北 140 公里的郭尔喀县。随后又发生几十次强余震，包括 2015 年 5 月 12 日震中在加德满都东北约 72 公里新图巴尔恰克县的 7.3 级强余震，余震造成更多伤亡和破坏。根据尼泊尔政府提供的信息，地震造成 8960 人死亡、22 322 人受伤¹，超过 560 万人受灾。尼全国有 75 个县，半数以上受到影响，其中 14 个重灾区需要重点援助。26 家医院和 1100 多个卫生设施受损，主要城市以外 90% 的卫生设施无法维持运转。加德满都的五家医院均遭到一些破坏，但由于此前在实施世卫组织支持的国家防范计划和安全医院规划过程中进行了翻修，这次都还能维持运转。最紧迫的重点是管理伤者，确保为其它重点情况提供急诊、产科和外科诊疗，为出院者提供康复支持以及为受影响人群提供社会心理支持。

¹ 信息可由 <http://drrportal.gov.np/> 获取（2015 年 12 月 3 日访问）。

31. 卫生部门能够迅速动员起来，很大程度上是由于过去十年间尼泊尔政府在世卫组织支持下开展了广泛的防范工作。政府的灾害风险管理战略，包括卫生相关内容和防范计划，是由卫生和人口部在世卫组织支持下制定的。

32. 尼泊尔政府请求获得紧急国际医疗援助并启动了突发卫生事件行动中心。世卫组织部署工作人员协助卫生和人口部进行快速评估。世卫组织协调了 150 个外国医疗队（主要是提供急诊和外科诊疗的政府实体）的国际接待和部署。世卫组织是由 148 个伙伴组成的卫生部门的联合主席，该卫生部门提供初级卫生保健和其它重点公共卫生干预措施。世卫组织动用 675 000 美元内部资金以扩大行动，并立即筹措了满足 100 000 人三个月需求的基本药物和物资以及 539 顶帐篷、供 1200 位患者使用的外科物资、供 500 名患者使用的外伤包、可用于 2100 个病例的机构间腹泻病工具包和 9 个医疗帐篷。截至 2015 年 9 月，世卫组织已部署总计 50 个医疗营地工具包和 48 吨物资和药品，在 85% 卫生设施受损的 14 个重灾县为 4 百余万人提供治疗。

33. 世卫组织对来自国家和区域办事处以及总部的 34 名工作人员快速进行了重新部署，以支持应对工作。世卫组织工作人员进入 14 个重灾县，支持当地卫生当局协调伙伴，并就大量伤员管理、精神卫生和产科护理以及加强疾病监测等公共卫生问题提供技术支持。

34. 地震后启动了机构间呼吁。截至 2015 年 10 月，卫生部门收到的资金还不到其要求的 4180 万美元的一半（47%）。世卫组织也只得到其所要求金额的一半多一点。

南苏丹

35. 自 2013 年 12 月冲突升级以来，总体人道主义形势继续恶化。截至 2015 年 12 月，超过 230 万人流离失所，另有 460 万人急需人道主义援助。由于设施、卫生工作者和患者受到攻击，且存在药品和人员短缺，卫生保健服务遭到极大破坏。由于卫生设施和卫生条件差，传染病暴发和营养不良状况快速恶化的风险仍然很高，特别是在班提乌和马拉卡尔的平民保护所。据估计，自 2015 年初以来，面临严重粮食不安全的人数几乎翻了一番，达到 460 万人，其中包括 250 000 严重营养不良儿童——该数字是战争开始以来最高的。

36. 世卫组织继续保持在团结州班提乌、琼莱州波尔、和上尼罗河州明卡曼的存在。世卫组织共有 121 名职员在南苏丹工作，在十个州都有联系人。虽然过去九个月期间扩增轮换已经减少，但仍需要进行短期轮换。世卫组织领导卫生部门并支持 60 个卫生部门伙伴的协调工作。

37. 秘书处支持南苏丹中央和各州卫生部门加强卫生服务，以便向有需要者提供有效、安全、高质量的干预措施。秘书处和世卫组织的卫生伙伴帮助卫生部更新班提乌、马拉卡尔和迈卢特的大规模人员伤亡应对计划，并培训各州县的快速反应团队如何调查并应对新出现的疾病疫情。南苏丹共有 47 支国家快速反应团队，队员总数 298 人。

38. 虽然卫生部门增加了应对疟疾、急性呼吸道感染和急性水性腹泻的努力，但还需要开展更多工作才能阻止病例增加并挽救感染者的生命。2015 年 1 月至 8 月，世卫组织和卫生伙伴为 950 000 余人提供了救命药物和物资，提供的额外物资可支持 11 个设施开展外科干预，为七个稳定州的 240 余万五岁以下儿童接种了口服脊灰疫苗，还为 37 000 名国内流离失所者接种了口服霍乱疫苗。

39. 卫生部门 2015 年的突发事件应对工作需要约 9300 万美元，其中世卫组织需要 1670 万美元。截至 2015 年 10 月，世卫组织仅收到所需资金的 41%。

阿拉伯叙利亚共和国

40. 自 2011 年 3 月冲突开始以来，需要人道主义援助的人口数量已经从 100 万上升到令人震惊的 1220 万。超过 100 万人受伤，约 760 万人流离失所。五个邻国（埃及、伊拉克、约旦、黎巴嫩和土耳其）吸收了大量难民，这给有关国家的社会服务和当地社区带来巨大负担。登记难民数量已达 400 万，这是四分之一世纪以来单次冲突导致难民数量最多的一次。这包括联合国难民署为在埃及、伊拉克、约旦和黎巴嫩的难民登记的 220 万叙利亚人，以及土耳其政府登记的 170 万叙利亚人。黎巴嫩现有 1 百多万叙利亚难民，占人口的 30%，是全世界难民最集中的地点。过去两年间，生活在援助机构难以或无法到达地区的人数几乎翻了一番（从 2013 年的 250 万增加到 2015 年的 480 万）。目前，联合国机构和伙伴仅能为难以到达地区和被围困地区有需要者中的三分之一提供服务。该国半数人口无法经常获得清洁水源。

41. 在阿拉伯叙利亚共和国内部，冲突已经对卫生保健服务的获得产生重大影响，主要是该国卫生系统状况恶化，而且整个公共卫生形势也发生了重大变化（外伤患者增加、脊髓灰质炎和麻疹疫情、精神卫生问题以及未得到治理的非传染性疾病的并发症）。

42. 世卫组织已经将其在阿拉伯叙利亚共和国的业务人员增加到 80 余位职员（其中 90% 是叙利亚人），并在全国 14 个省建立了 57 位医学联系人组成的分散网络对职员的工作加以补充，包括在偏远地区和反对派控制的地区。世卫组织在阿勒颇、哈塞克和霍姆斯开设了分办事处，并计划在拉塔基亚建立存在。世卫组织与 60 余个非政府组织建立了活跃的伙伴关系，以改善服务获取并建立可持续的卫生服务提供模式。此外，世卫组织

设在土耳其加济安泰普和约旦安曼的中心也派出团队根据“整个叙利亚”思路支持跨境行动，以扩大在难以到达地区和被围困地区提供卫生保健服务¹。

43. 2015年1月至8月，世卫组织在阿拉伯叙利亚共和国发放1430万份药品，之前2014年1月至12月发放了1380万份。自2013年以来，世卫组织已支持总计13轮全国性脊灰疫苗接种行动以及2项次国家级行动。首次国家行动为290万五岁以下儿童进行了接种，但最近两次行动仅接种了227万五岁以下儿童，因为暴力升级造成无法在两个省开展活动。2015年4月，共160万儿童接种了麻疹疫苗。向疾病早期预警和反应系统报告的哨点数量从2012年的104个增加到了2015年的948个；其中39%位于难以到达地区。世卫组织制定了“整个叙利亚”应急计划并考虑伊拉克的霍乱疫情与伙伴一道在叙进行了提前部署。

44. 危机造成接受难民的邻国的卫生系统严重超负荷。世卫组织正与东道国政府和卫生部门伙伴一道评估、监测并处理与门诊患者和医院工作量大大增加及对药物特别是治疗非传染性疾病的药物需求增加有关的重要公共卫生风险和卫生部门负担。其它挑战包括需要培训工作人员和处理精神卫生、结核病、利什曼病和其它难民面临的具体公共卫生问题。世卫组织向所有叙利亚邻国都派出团队，还在安曼设有协调团队，负责支持所有受危机影响的国家。

45. 虽然已经取得不少成绩，但人道主义需求仍在持续增加。由于卫生需求增加、获取服务存在困难以及伙伴的行动能力和资金有限，工作仍然存在缺口。2015年，阿拉伯叙利亚共和国和邻国的卫生部门呼吁获得6.872亿美元，其中世卫组织驻叙办事处需要1.316亿，以便继续向日益增加且愈发脆弱的人群提供救命的药物、医疗物资和设备，加强创伤管理，扩大提供免疫服务，提供精神卫生和身体康复服务，加强对邻国卫生服务的总体支持，并支持以区域方法进行传染病监测和应对。截至2015年10月，世卫组织驻阿拉伯叙利亚共和国办事处仅收到所需资金的39%。

也门

46. 自2015年3月起义以来，也门的暴力活动急剧升级，导致人道主义需求骤然增加。民用基础设施大部分遭到破坏或毁坏。对商业进口的限制导致燃料、食品和药品等基本商品严重短缺和价格暴涨。安全遭到破坏省份的大部分卫生设施或者已经停止运转或者只能部分运转。全国至少有160家卫生设施由于缺乏药品、物资、设备和发电机燃料而关闭，而电力供应也越来越不稳定。面对暴力，卫生专业人员纷纷逃离，导致合格卫生工作者短缺，进而造成暴力持续地区在提供初级卫生保健以及创伤、外科和产科诊疗方

¹ 根据联合国安理会2139（2014年）、2165（2014年）和2191（2014年）号决议。

面出现缺口。共有 260 万 15 岁以下儿童面临麻疹风险；另有 250 万五岁以下儿童面临腹泻病风险，130 万面临急性呼吸道感染风险。

47. 除目前还生活在国内的 250 000 流离失所者外，已有 140 余万人被迫离开家园。随着冲突持续，这些数字仍在增加。结果造成 1520 万人急需人道主义援助，其中 1030 万人需要卫生干预措施。仍在继续的战斗使得提供救命援助极为困难和危险。

48. 世卫组织在萨那设有主要办事处，在亚丁和荷台达有两个分办事处，另外在约旦安曼有联络办公室，在吉布提有后勤基地，共有 75 位国家职员和 17 位国际职员（其中 10 位国际职员在也门工作）。所有联合国国际职员均在萨那办公，或者从安曼和吉布提的基地提供远程支持。由于仍然存在激烈的战斗，联合国已经推迟实施将其在也门的存在扩大为六个人道主义中心（萨那、亚丁、荷台达、萨达、塔伊兹和哈德拉毛）的计划。

49. 世卫组织与公共卫生和人口部共同领导由 20 个伙伴组成的卫生部门。虽然安全局势恶化、人道主义行动受限和难以获得外部资金，但世卫组织和伙伴一直在对人口越来越多的卫生需求做出响应。具体措施包括确保主要卫生保健设施继续运行，重开关闭的卫生设施以及保持药品供应链和疫苗用冷链。

50. 自 2015 年 3 月以来，世卫组织已支持公共卫生和人口部采购并提供超过 181 吨药物、医疗物资和疫苗，在 11 个省培训并部署 50 个移动医疗队和 20 个固定医疗队，为最受影响省份中的 7 个省的 18 家医院配备工作人员并为维持救护车、冷链系统和卫生保健设施（包括 51 家医院、7 个主要中心、6 个疫苗存储库和 8 个肾透析中心）的运转提供了 780 190 升燃料。世卫组织和卫生伙伴一道支持为 24 641 人提供外伤护理和外科手术，还为约 120 万患者提供治疗。世卫组织还向所有受影响省份的国内流离失所者提供了安全饮用水、卫生用品和清洁材料。在高风险地区，为 570 万五岁以下目标儿童中的 540 万人接种了脊灰疫苗，为 180 万 6 个月至 15 岁目标儿童中的 150 万接种了麻疹疫苗。自 2015 年初以来，通过监测系统产生并调查了 2082 条疾病预警信息，支持公共卫生和人口部制定并实施了登革热和霍乱控制计划。

51. 资金短缺和交通限制阻碍了应对工作，使我们难以填补为受影响人口提供卫生保健方面的重要空白。2015 年，为满足包括 140 万国内流离失所者在内的 1 030 万人的卫生需求，卫生部门要求获得 1.52 亿美元，其中包括世卫组织需要的 7000 万。截至 2015 年 10 月 1 日，世卫组织的资金缺口是 56%。

执行委员会的行动

52. 请执委会注意本报告。

附件

**报告期（2015年1月1日-10月1日）发生的紧急/
各种级别和长期突发事件**

国家、领土或地区/ 突发事件	危机类型	最初定级日期	定级更改 日期	当前 级别*
布隆迪	内战/内乱	2015年5月18日		1
喀麦隆	内战/内乱	2015年4月1日		2
中非共和国	内战/内乱	2013年12月13日 (3级)	2015年5月 25日	2
几内亚	埃博拉疫情	2014年7月26日		3
伊拉克	内战/内乱	2014年8月12日		3
约旦	难民流离失所——阿拉 伯叙利亚共和国的冲突	2013年1月3日		3
黎巴嫩	难民流离失所——阿拉 伯叙利亚共和国的冲突	2013年1月3日		3
利比里亚	埃博拉疫情	2014年7月26日		3
利比亚	内战/内乱	2014年8月28日		1
马达加斯加	洪水	2015年3月9日(2 级)	2015年3月 19日	1
马拉维	洪水	2015年1月20日		2
密克罗尼西亚(联邦)	飓风美莎克	2015年4月2日		1
莫桑比克	洪水	2015年1月28日		2
缅甸	洪水	2015年8月10日		2
尼泊尔	地震	2015年4月27日 (3级)	2015年6月 23日	1
尼日尔	内战/内乱	2015年4月7日		2
尼日利亚	内战/内乱	2015年4月7日		2
菲律宾	内战/内乱	2015年3月10日		1
塞拉利昂	埃博拉疫情	2014年7月26日		3
南苏丹	内战/内乱	2014年2月12日		3
阿拉伯叙利亚共和国	内战/内乱	2013年1月3日		3
土耳其	难民流离失所——阿拉 伯叙利亚共和国的冲突	2013年1月3日		3
图瓦卢	飓风帕姆	2015年3月16日		1
乌克兰	内战/内乱	2014年2月20日		2
坦桑尼亚联合共和国	难民流离失所	2015年5月18日		1
瓦努阿图	飓风帕姆	2015年3月16日		2
也门	武装冲突	2015年4月4日 (2级)	2015年7月 1日	3
阿富汗	长期	不适用		不适用
布基纳法索	长期	不适用		不适用
喀麦隆	长期	不适用		不适用
乍得	长期	不适用		不适用

刚果民主共和国	长期	不适用		不适用
吉布提	长期	不适用		不适用
厄立特里亚	长期	不适用		不适用
埃塞俄比亚	长期	不适用		不适用
冈比亚	长期	不适用		不适用
马里	长期	不适用		不适用
毛里塔尼亚	长期	不适用		不适用
缅甸	长期	不适用		不适用
尼日尔	长期	不适用		不适用
尼日利亚	长期	不适用		不适用
巴基斯坦	长期	不适用		不适用
塞内加尔	长期	不适用		不适用
索马里	长期	不适用		不适用
苏丹	长期	不适用		不适用
西岸和加沙地带	长期	不适用		不适用

= = =