



世界卫生组织

第六十五届世界卫生大会
临时议程项目 16.1

A65/28

2012年5月11日

2010-2011 年规划预算： 执行情况评估

摘要报告

总干事的前言

1. 本文件全面评估了世卫组织 2010-2011 年期间对本组织规划预算中 13 项战略目标中每一项的执行情况。我本人致力于加强以成果为基础的管理方式和确立资源使用问责制，并以此改进世卫组织的绩效，本文件的编写与此努力是一致的。

2. 正如我经常所说的，每个国家卫生结果的改善，尤其是妇女和非洲人民卫生结果的改善，是衡量世卫组织整体绩效的最重要标准。本文件记录这方面的成果，同时也报告各国在建设能力和适用世卫组织制定的规范与标准方面的进展。这种规范性工作的影响对于涉及改进医疗产品和技术的可及性、质量和利用的战略目标 11 而言尤其明显，不过对许多其它世卫组织规划和活动也具有影响。规范和标准能够促进公平。世界上每个人都应当获得同样的保证，即他们呼吸的空气、喝的水、吃的食品、服用的药物以及遇到的化学物质不会损害其健康。大多数卫生专业人员都知道本世纪开始以来全世界婴幼儿死亡率有了大幅下降，但可能很少有人知道全球婴儿 64% 现能够通过经世卫组织资格预审的疫苗得到免疫。

3. 这份评估报告发表之时正值世卫组织在开展全面的规划、管理和行政改革，从评估中汲取的经验教训可以指导改革进程。实现与卫生有关的千年发展目标方面的进展继续证明集中就少数有时限的目标开展国际卫生合作的重要意义。本文件记录的一些成就特别引人注目。2010 年，婴幼儿死亡率降至史无前例的低点而且这一下降趋势在继续。孕产妇死亡人数尽管依然过高，但这个顽固的数字也已开始下降。由于进行适当的抗逆转录病毒治疗，近 50% 感染艾滋病毒的孕妇得以生下不带病毒的婴儿。结核病患者的人数自 2006 年第一次出现下降后继续稳步减少。在防治疟疾方面，43 个国家的病例数和死亡人数比 2000 年时减少了至少 50%。本双年度期间，一年估计有 8 亿人获得针对至少一种被忽视的热带病的预防性化疗。投资于卫生发展是有效的，但我们决不能忘记其脆弱性，尤其是在普遍财政紧缩时期。

4. 这一双年度期间的最大变化是从高级政治层面对慢性非传染性疾病增加带来的多重威胁，包括经济威胁给予了确认。同时认识到有必要在卫生部门以外的各政府部门和各种机构之间开展合作。为实施世卫组织烟草控制框架公约条款制定议定书方面的进展表明，与财政部、贸易部、劳动部和农业部以及执法机构为健康目的而充分合作是完全可行且卓有成效的。

5. 在全球金融动荡之时，要维持本世纪初在增进健康方面呈现的突出势头，就要转向节约。不论是国家还是国际卫生规划都必须竭力提高效率，杜绝浪费行为。鉴于当前对

改善卫生系统绩效给予极大的关注，关于卫生系统筹资问题的《2010 年世界卫生报告》的出版正合时宜，适时强调了走向全民覆盖的重要性。世界最近清楚认识到社会不平等造成的破坏性影响。全民覆盖能够有力地促进平等，维护社会团结与稳定。令我深感鼓舞的是一些国家已经走上实现全民覆盖的道路。许多国家在从《世界卫生报告》中寻找理念和实用的指导。

6. 我认为，应当通过创新来设法提高效率。这一双年度期间，国家和国际层面的卫生工作从若干创新中获益，包括新医疗产品和有助于改进全球卫生治理的新工具。2010 年通过一个由世卫组织和适宜卫生技术规划（PATH）协调的项目开发并推出了新的脑膜炎球菌结合疫苗，使 3300 万人得到免疫，并由此使非洲脑膜炎地带在流行季节记录的 A 型脑膜炎确诊病例数降到最低水平。在世卫组织支持下，25 个非洲国家对这一新疫苗采取了“快速”注册和许可证颁发程序。此外，在世卫组织指导下，推出了新的分子检测法，可对结核病进行更准确的快速诊断，这种检测法在得到世卫组织认可后价格大大降低。采用新的肺炎球菌疫苗和轮状病毒疫苗来抵御幼儿的两个最大杀手的国家数量继续增加。

7. 妇幼健康问题信息和问责制委员会在全球卫生治理方面取得了新突破。其战略是加强国家内部的基本信息能力作为问责制的基石，这为制定具体目标和指标以监测防治非传染性疾病的进展提供了范例。经过多年紧张谈判，会员国通过了一个框架，载明了在流感大流行期间共享流感病毒以及疫苗和药品等利益的义务。根据《国际卫生条例（2005）》成立的审查委员会评估了 2009 年流感大流行期间世卫组织的绩效并发表了建议，旨在改进未来全球对这类事件的应对。改善绩效和问责制方面迄今采取的另一手段是，设立了一个独立监测委员会以监督消灭脊灰的进展。该委员会进行的六次月评估十分坦率严谨，并受到各国以及世卫组织及其消灭脊灰行动的伙伴们的高度重视。

8. 我常喜欢说，能衡量，始能执行。随着改革进程的继续，会员国在寻找办法更准确地衡量世卫组织的工作成果，同时力求使确定重点的程序更加简单、高效和合理。对世卫组织绩效的进一步评估无疑会继续推进这些最受欢迎的改革。

执行情况评估程序

9. 2010-2011 年规划预算执行情况评估是在 2008-2013 年中期战略性计划框架内进行的第二次评估。这份评估报告就第六十二届世界卫生大会批准的《2008-2013 年中期战略性计划修订本》中载明的全组织范围预期成果和绩效指标的实现情况进行分析。其目的是评价秘书处在促进会员国实现全组织范围预期成果方面的贡献。

10. 同以往双年度一样，评估工作是一个自我评估过程。各个办事处（国家办事处、区域办事处和总部）对通过提供计划产品和服务实现各自特定预期成果和指标方面的绩效进行了评估。同时就取得的成就、汲取的经验教训和未来方向作了陈述。各主要办事处还就区域和总部在促进实现全组织范围预期成果方面的贡献提交了一项评估。之后将来自本组织各级的评估结果汇总起来编制全组织范围的评估报告。这项工作由各战略目标小组负责协调。一项主要要求是提供与商定的绩效指标有关的证据。各国的成就尤其受到关注。

11. 为了加强评估报告的一致性和可靠性，确立了质量保证机制。全组织范围评估报告草稿由区域小组和各战略目标小组以及一个由技术单位代表组成的同行审评小组和计划与绩效评估小组进行审查。对关于战略目标的报告进行了仔细检查以确保准确体现了秘书处的贡献和会员国实现全组织范围预期成果的总体情况。对审查工作的反馈被纳入最终的全组织范围评估报告，本摘要报告以及可应要求提供的详尽报告均以此为基础。

全组织范围预期成果概述

12. 表 1 按战略目标显示全组织范围预期成果的实现情况。在 2010-2011 双年度总共 85 项全组织范围预期成果中，46 项被视为“全面实现”，39 项为“部分实现”。

13. 对全组织范围预期成果实现情况的评估主要以指标实现情况为依据。在进行评估时，对基线和具体目标的数值作了调整以反映 2008-2009 年规划预算执行情况评估中报告的实际成就。在某些情况下，还对基线和具体目标进行了更新以体现对每项指标的定义和衡量标准所作的进一步澄清。

14. 根据更新后的基线和具体目标，对全组织范围预期成果作如下评估：

- 全面实现 – 实现或超过了全组织范围预期成果的所有指标目标。
- 部分实现 – 全组织范围预期成果有一项或多项指标目标未能实现。
- 未实现 – 全组织范围预期成果各项指标目标均未实现。

15. 此外，考虑了各主要办事处的评估。对于一项预期成果而言，七个主要办事处中至少有六个报告“全面实现”，方可将该预期成果评定为“全面实现”。如果七个主要办事处中有两个以上表示由于报告所涉时期遇到某些障碍而只能部分实现其预期成果，则将有关预期成果整体评定为“部分实现”。

表 1. 2010-2011 年规划预算，按战略目标显示全组织范围预期成果实现情况

战略目标	全组织范围预期成果		
	全面实现	部分实现	合计
1. 传染病	4	5	9
2. 艾滋病毒/艾滋病、结核病和疟疾	1	5	6
3. 慢性非传染性疾病	3	3	6
4. 儿童、青少年、孕产妇、性和生殖卫生及老龄化	6	2	8
5. 突发事件和灾害	3	4	7
6. 健康风险因素	5	1	6
7. 健康的社会和经济决定因素	2	3	5
8. 更健康环境	4	2	6
9. 营养和食品安全	3	3	6
10. 卫生系统与服务	7	6	13
11. 医疗产品和技术	2	1	3
12. 世卫组织的领导、治理和伙伴关系	4	0	4
13. 扶持和支持职能	2	4	6
合计	46	39	85

财务执行情况一览

16. 2010-2011 双年度的挑战是自愿捐款水平低于预期，特别是预算的基本规划部分，同时，由于汇率变动大，某些办事的费用出现意外增加。这两方面因素综合起来造成财政拮据状况，这意味着不能按计划为各预算领域提供充足的资金，尤其是在区域，因此，也就不能够实现其各自的具体目标，而同时总部的费用过度增加。

17. 汇率在瑞士造成的影响特别严重，2011 年最高时，瑞郎价值比 2009 年平均费用高出 40% 以上，致使当月总部的薪金费用以及某些规划和业务费用也相应增加。尽管共同努力削减费用并裁减了人员，但总部的总体支出与其它办事处相比仍然高于计划。

18. 秘书处通过各种途径应对财政状况方面的变化：根据对收入和支出的预测编制务实的 2012-2013 年规划预算；对总部进行战略性规划和筹资审查并削减了职工配备水平；将日内瓦一些高容量行政职能转派到吉隆坡；对其它办事处，尤其是非洲区域办事处的职员数量也进行了裁减；大力削减费用，包括改变旅行政策；集中关注改革议程，包括

管理和筹资改革。此外，如许多战略目标概要所述，2011年中，在规划层面确定了优先次序并有选择地开展活动。下列各表分别按预算部分、战略目标和主要办事处显示截至2011年12月31日时2010-2011年规划预算的资金供应和执行情况。

表 2. 2010-2011 年规划预算，按预算部分显示财务执行情况（百万美元，截至 2011 年 12 月 31 日）

预算部分	2010-2011 年 核准规划 预算	可用资金 截至 2011 年 12 月 31 日			可用资金 占核准规划 预算的 %	支出截至 2011 年 12 月 31 日	支出占 核准规划 预算的 %	支出占 可用 资金的 %
		评定会费	自愿捐款	合计				
基本规划	3 368	934	1 537	2 472	73%	2 221	66%	90%
特别规划与 合作安排	822	4	1 312	1 315	160%	1 108	135%	84%
疫情和危机 应对	350	1	456	457	131%	388	111%	85%
合计*	4 540	939	3 305	4 244	93%	3 717	82%	88%
保留额						149		
预算使用额						3 866		

* 注意：在截至 2011 年 12 月 31 日的支出栏目下的总额 37.17 亿美元不包括与 2010-2011 年规划预算的实物和服务捐赠有关的 4.83 亿美元支出。如果将这些捐赠包括在内，则支出总额达 41.99 亿美元（与经审计的财务报告附表 2 中所显示的数据一样）。除了上面列出的支出外，还有一笔数额为 1.49 亿美元的保留额，是与供应商的明确约定款。将这笔保留额计算在内，预算使用总额达 38.66 亿美元（尚未加入实物和服务方面的支出）。

19. 世卫组织 2010-2011 年核准规划预算为 45.40 亿美元，其中 9.44 亿美元来自评定会费，剩余的 36 亿美元则需由自愿捐款资助。

20. 计划用于这一双年度的可用资金总额为 42.40 亿美元，占核准预算的 93%。这笔资金包括 2010-2011 年从评定会费和自愿捐款获得的 28 亿美元收入（不包括实物捐赠），以及 2008-2009 年获得的计划用于 2010-2011 年的 4.57 亿美元收入，和从 2008-2009 年结转的 9.43 亿美元资金。

表 3. 2010-2011 年核准规划预算和 2012-2013 年规划预算的供资情况（百万美元）

	2010-2011 年规划预算	2012-2013 年规划预算
2008-2009 年未使用的收入	943	
2008-2009 年获得并计划用于 2010-2011 年的收入	457	
2010-2011 年获得的收入（38 亿美元）	2 844	1 000
合计	4 244	

21. 支出总额为 37.2 亿美元，占核准规划预算的 82%（不包括实物捐赠），占可用资金的 88%。此外，有一笔数额为 1.49 亿美元的保留额，系对货物和服务供应商的明确约定款。若将保留额计算在内，预算使用总额达 38.6 亿美元。

22. 虽然总预算的供资水平几乎达到了预算目标，但资金在预算各个部分之间未得到均衡分配，影响了各主要办事处、战略目标和预算部分的执行水平。

23. 2010-2011 年期间发生的实物（包括服务）支出为 4.83 亿美元。实物支出中 80% 以上用于接收和分发 H1N1 疫苗，并记入预算的疫情和危机应对部分，几乎完全归于总部。这一异常高水平的实物捐赠人为地增加了（主要是）战略目标 1 下总部疫情和危机应对的资金供应。考虑到自愿实物捐赠按等量金额同时被记为收入和支出，本分析主要审议不含实物捐赠的供资情况¹。

24. 世卫组织 2010-2011 年核准规划预算总额为 45.40 亿美元，分为三部分：基本规划 33.68 亿美元（占规划预算的 74%），特别规划与合作安排 8.22 亿美元（占规划预算的 18%），疫情和危机应对 3.50 亿美元（占规划预算的 8%）。

25. 2010-2011 年中，世卫组织加强了根据三个预算部分跟踪筹资和支出情况的能力。本文件中的表格从这个角度提供了对预算的管理分析。三个预算部分为审视预算提供了清晰的视角，尤其是便于理解核准预算各个领域供资水平不同的缘由。此外，各预算部分之间还进行了大量合作，特别规划与合作安排偶尔提供资金资助基本规划下的活动，而疫情和危机应对部分的资金有时用于资助与危机应对和防范都有关的活动。

¹ 另见文件 A65/29，第 10 段。

26. 基本规划部分的可用资金为 25 亿美元，占预算需求的 73%。特别规划与合作安排部分的供资水平达到核准预算的 160%，疫情和危机应对部分的供资水平达到核准预算的 131%。由于三个预算部分的资金来源和驱动因素不同，因此导致了供资水平的差异。

27. 对于符合世卫组织目标但可能由不受本组织直接控制的因素驱动的活动，须通过各种合作安排与伙伴们共同开展，这经常会影响到特别规划与合作安排部分的资金供应。特别规划与合作安排部分资金供应水平超出核准预算的两个主要领域是：战略目标 1 下的消灭脊髓灰质炎工作，和在较小程度上得到疫苗和免疫全球联盟资助的活动；以及战略目标 2，继 2011 年初抗击艾滋病、结核病和疟疾全球基金被确认为合作安排后，获得了资助。此外，在战略目标 11 下，2010-2011 年期间将世卫组织关于药品和疫苗的资格预审工作确认为合作安排，不仅提高了供资水平，而且为预算吸引到了新的资金。

28. 疫情和危机应对部分的资金供应主要受突发事件和疫情驱动，具有不可预测性。双年度初始时为这些领域核准了最低水平的预算，之后为应对出现的具体情况提供了资金。疫情和危机应对方面超出核准预算的供资主要与战略目标 1 下的大流行性流感（H1N1）有关，不过，在东地中海区域，战略目标 5 下也出现资金显著增加情况，主要用于与埃及、利比亚、阿拉伯叙利亚共和国和也门发生的所谓“阿拉伯之春”内乱有关的活动以及与巴基斯坦洪水有关的活动。在美洲区域，战略目标 5 下的疫情和危机应对资金增加主要与世卫组织应对海地地震，以及应对西太平洋区域的菲律宾洪水有关。

表 4. 2010-2011 年规划预算，按战略目标分列所有预算部分的财务执行情况（百万美元，截至 2011 年 12 月 31 日）

战略目标	2010-2011 年 核准 规划预算	可用资金 截至 2011 年 12 月 31 日			可用资金 占核准规划 预算的 %	支出 截至 2011 年 12 月 31 日	支出 占核准规划 预算的 %	支出 占可用 资金的 %
		评定会费	自愿捐款	合计				
战略目标 1	1 268	72	1 400	1 472	116%	1 290	102%	88%
战略目标 2	634	42	494	535	84%	446	70%	83%
战略目标 3	146	38	74	112	77%	98	67%	87%
战略目标 4	333	50	172	222	67%	190	57%	86%
战略目标 5	364	16	377	393	108%	312	86%	80%
战略目标 6	162	31	78	109	67%	94	58%	86%
战略目标 7	63	16	26	42	67%	37	59%	88%
战略目标 8	114	31	63	94	82%	83	73%	88%
战略目标 9	120	18	51	70	58%	62	52%	89%
战略目标 10	474	125	223	348	73%	298	63%	86%
战略目标 11	115	27	131	158	137%	137	119%	87%
战略目标 12	223	198	71	269	121%	264	119%	98%
战略目标 13	524	276	144	420	80%	405	77%	97%
合计	4 540	939	3 305	4 244	93%	3 717	82%	88%

表 5. 2010-2011 年规划预算，按战略目标分列基本规划部分财务执行情况（百万美元，截至 2011 年 12 月 31 日）

战略目标	2010-2011 年 核准 规划预算	可用资金 截至 2011 年 12 月 31 日			可用资金占 核准规划 预算的 %	支出截至 2011 年 12 月 31 日	支出 占核准规划 预算的 %	支出占 可用 资金的 %
		评定会费	自愿捐款	合计				
战略目标 1	542	70	310	380	70%	355	66%	93%
战略目标 2	556	40	314	354	64%	294	53%	83%
战略目标 3	146	38	73	111	76%	96	66%	86%
战略目标 4	292	49	124	172	59%	149	51%	86%
战略目标 5	109	15	50	65	59%	47	43%	72%
战略目标 6	149	31	63	94	63%	81	54%	86%
战略目标 7	63	16	26	42	66%	37	58%	88%
战略目标 8	113	31	62	93	82%	82	73%	88%
战略目标 9	116	18	46	64	55%	58	49%	90%
战略目标 10	420	125	161	286	68%	250	59%	87%
战略目标 11	115	27	94	121	105%	103	90%	86%
战略目标 12	223	198	71	269	121%	264	119%	98%
战略目标 13	524	276	144	420	80%	405	77%	97%
合计	3 368	934	1 537	2 472	73%	2 221	66%	90%

29. 基本规划部分资金供应水平低于核准预算水平的情况主要见于各项技术战略目标，尤其是战略目标 2、4、5、9 和 10。这些战略目标多数在区域规划预算中也是具有战略抱负的领域，但在大多数情况下得不到与其抱负程度相当的资金。这些领域的支出占核准预算的比例较低，但占可用资金的比例则高得多，一般在 85%-90% 之间。

30. 战略目标 11 的执行水平相对于核准预算而言最高，达到 120%，这是因为批准预算后将药品资格预审工作确认为特别规划与合作安排部分中的一项合作安排，从而使这方面活动增加所导致。

31. 2010-2011 年期间，在战略目标 12 和 13 下作了一些调整，以便使各国家办事处的支出计划与两项战略目标更加协调一致。由此，战略目标 13 的执行水平相对于初始核准预算而言不足，而战略目标 12 的执行水平则过高。但是，两者合起来执行水平为核

准预算的 91%。执行水平不足部分上是因为对战略目标 13 进行了预算削减，以便将通过员额占用费获得的资金（见 2010-2011 年规划预算第 84 页汇总表 6）移出规划预算。通过员额占用费机制，向规划预算中各战略目标收取直接规划行政费用。这是一笔用于合同、安全、信息技术基础设施和职员发展的额外行政管理费用，数额达 1.39 亿美元，不包括在规划预算所显示的战略目标 13 的费用内。

32. 在战略目标 1 下，由于疫情和危机应对以及特别规划与合作安排部分中的某些活动（前者主要涉及 H1N1 疫苗，后者主要涉及消灭脊髓灰质炎以及疫苗和免疫全球联盟提供的支持）的实施水平升高，因此相对于核准预算的执行水平达到 102%。在基本规划部分，战略目标 1 的执行水平为核准预算的 68%，或可用资金的 91%。此外，在总部，大部分实物支出记在战略目标 1 下，主要涉及 H1N1 疫苗，数额超过 4 亿美元。

33. 就所有预算部分来看，战略目标 4、6、7 和 9 由于供资水平低于预算水平，执行率最低，仅占或不到核准预算的 60%，就这四项战略目标而言，2010-2011 年期间基本规划部分的预算有所增加，以体现这些领域的重要程度。但是，为其提供的资金却不能满足增长的预算水平，而且只有战略目标 9 的执行率明显高于 2008-2009 年。

表 6. 2010-2011 年规划预算，各主要办事处所有预算部分的财务执行情况（百万美元，截至 2011 年 12 月 31 日）

地点	2010-2011 年 核准 规划预算	可用资金 截至 2011 年 12 月 31 日			可用资金 占核准规划 预算的 %	支出 截至 2011 年 12 月 31 日	支出 占核准规划 预算的 %	支出 占可用 资金的 %
		评定会费	自愿捐款	合计				
非洲区域	1 263	209	931	1 139	90%	1 026	81%	90%
美洲区域	256	80	78	158	62%	154	60%	97%
东南亚区域	545	102	267	369	68%	314	58%	85%
欧洲区域	262	62	161	223	85%	199	76%	89%
东地中海区域	515	90	477	567	110%	449	87%	79%
西太平洋区域	310	78	194	272	88%	251	81%	92%
总部	1 389	318	1 179	1 498	108%	1 324	95%	88%
合计	4 540	939	3 305	4 244*	93%	3 717	82%	88%

* 包括尚未分配给各主要办事处的 1900 万美元自愿捐款。

表 7. 2010-2011 年规划预算，各主要办事处基本规划部分的财务执行情况（百万美元，截至 2011 年 12 月 31 日）

地点	2010-2011 年 核准规划预 算	可用资金 截至 2011 年 12 月 31 日			可用资金 占核准规划 预算的 %	支出截至 2011 年 12 月 31 日	支出 占核准规划 预算的 %	支出 占可用 资金的 %
		评定会费	自愿捐款	合计				
非洲区域	926	209	316	524	57%	478	52%	91%
美洲区域	245	80	40	121	49%	118	48%	98%
东南亚区域	394	101	143	244	62%	210	53%	86%
欧洲区域	239	62	128	190	80%	170	71%	90%
东地中海区域	391	90	139	229	58%	176	45%	77%
西太平洋区域	293	78	166	244	83%	224	77%	92%
总部	881	315	604	919	104%	844	96%	92%
合计	3 368	934	1 537	2 471*	73%	2 221	66%	90%

* 包括尚未分配给各主要办事处的 100 万美元自愿捐款。

34. 各主要办事处的供资水平按预算部分有所不同，并且因美元贬值给各办事处造成的冲击而受到影响。总部由于瑞郎升值，费用增加最多。这可见于基本规划部分，其中包括大笔薪金费用。在基本规划方面，总部由于薪金费用增加，执行水平为核准预算的 96%，而在其它区域，执行率从 45% 到 77% 不等，主要取决于供资水平。2010-2011 年规划预算曾期望各区域的执行率实现高水平增长，尤其是非洲区域和美洲区域。但实际供资水平与这些期望不相符。

35. 就特别规划与合作安排部分而言，各区域的支出占核准预算的比例在 86%-382% 之间不等，主要是因为加强了消灭脊髓灰质炎的努力，相比之下，总部在特别规划与合作安排方面的执行水平仅占预算的 108%。超出核准预算的资金增加部分 94% 归区域，6% 归总部。特别规划与合作安排方面超出预期预算水平的大部分资金是为了支持在战略目标 1 下消灭脊髓灰质炎并与疫苗和免疫全球联盟一起开展疫苗接种活动，此外还包括抗击艾滋病、结核病和疟疾全球基金为战略目标 2 提供的资助。

36. 在疫情和危机应对部分下，增加的资金也可主要用于各区域的实施活动，即将超出规划预算水平的资金的 64% 归给区域。

战略目标和全组织范围预期成果的实现情况

37. 本报告其余部分概述对每项战略目标的评估情况，涵盖：

- 会员国实现每项战略目标下预期成果的总体进展；
- 世卫组织秘书处的主要成就；
- 关于全组织范围预期成果的评估，包括“部分实现”成果的理由。

38. 这些概述是在 13 个战略目标小组提交的全面报告基础上编写的。另外还编写了一份详尽的报告，提供更多的详细情况，特别是国家层面实现的成果、主要可交付产品，以及本双年度指定的技术援助重点领域。最重要的，它说明了有关工作与 2008-2013 年中期战略性计划规定的指标之间的关联。

战略目标 1

减轻传染病的卫生、社会和经济负担

39. 传染病是全球卫生的最大潜在障碍之一。不包括艾滋病毒/艾滋病、结核和疟疾，它们占有所有年龄组死亡人数的 20%，儿童死亡人数的 50%和最不发达国家死亡人数的 33%。虽然对传染病的预防、监测和控制继续取得进展，但在开展监测和应对，加强研究能力以及发展、验证并提供新的知识、干预工具和战略方面，面临一些重大挑战。

全组织范围预期成果 1.1

已向会员国提供政策和技术支持，以便最大限度加强所有人公平获得有质量保证的疫苗，包括新的免疫产品和技术，并将其与其它基本儿童卫生干预与免疫相结合。

部分实现

指标		基线	具体目标	实现情况
1.1.1	国家预防接种（白喉-破伤风-百日咳三联疫苗）覆盖率至少达到 90% 的会员国数。	126	135	130
1.1.2	已将乙型流感嗜血杆菌疫苗列入国家免疫程序表的会员国数。	136	160	169

40. 在本双年度，将免疫覆盖范围扩展到更多的儿童是一个重要成就。估计有 1.094 亿一岁以下儿童接种了白喉-破伤风-百日咳三联疫苗，2008 年则为 1.06 亿。白喉-破伤风-百日咳疫苗免疫覆盖率达到 90% 或更高的国家数上升到 130 个，上一个双年度则为 120 个。增加了对新的和未充分利用的疫苗的吸收。肺炎球菌和轮状病毒疫苗，分别在 55 个和 28 个国家推出。肺炎球菌和轮状病毒导致了 5 岁以下儿童可预防疾病死亡的一半，当前和未来的进展预计将有助于大大减少儿童的整体死亡率。到 2010 年年底，已在 169 个国家推出乙型流感嗜血杆菌（Hib）疫苗，2008 年为 136 个国家。

41. 2011 年，推出了专为非洲“脑膜炎带”国家开发的第一种 A 群脑膜炎球菌结合疫苗。运动期间，超过 5400 万人接种了疫苗。推出新疫苗六个月后，各国报告了流行季节确诊的 A 群脑膜炎的新低数字。

42. 世卫组织秘书处继续支持会员国召集卫生部免疫专家和其他合作伙伴，探讨创新方法，以通过多种平台，包括每年一次的全球麻疹管理和新疫苗全球会议，加强各国的免疫服务。

43. 尽管取得了良好成果，但本项全组织范围预期成果被评定为部分实现，因为在 135 个目标会员国中，只有 130 个国家报告全国的白喉-破伤风-百日咳疫苗免疫覆盖率至少达到 90%。这一结果反映了卫生基础设施薄弱；缺乏社区免疫规划自主权；在大国难以提高常规免疫接种覆盖率，以及一些国家的安全局势，特别是在非洲、东地中海和东南亚等区域。

全组织范围预期成果 1.2

有效协调提供的支持以实现证实根除脊髓灰质炎和销毁或适当控制脊髓灰质炎病毒，导致全球同时停止口服脊髓灰质炎疫苗接种。

部分实现

指标		基线	具体目标	实现情况
1.2.1	由有关区域证实根除脊髓灰质炎委员会接受的显示已阻断野生脊髓灰质炎传播和控制野生脊髓灰质炎病毒贮备的最后国家报告百分比	阻断传播为 87%； 控制为 81%	90%	80%
1.2.2	目前使用三价口服脊髓灰质炎疫苗、现已订出在正常免疫规划中最终停止使用此疫苗时间表和战略的会员国百分比	0%	50%	0%

44. 本双年度的全球根除脊髓灰质炎行动特别具有挑战性。到 2011 年年底，地方性传播野生脊髓灰质炎的四个国家，即阿富汗、印度、尼日利亚和巴基斯坦，只有印度实现了到 2011 年年底阻断病毒传播这一重大目标。2011 年，尼日利亚的小儿麻痹症病例与 2010 年相比增加了三倍。2010 年至 2011 年间，阿富汗和巴基斯坦的病例分别增加了 135% 和 22%。同一时期，在根除脊髓灰质炎方面取得了进展。2011 年印度报告的病例数减少了 98%（只有一例），2010 年则为 41 例，全球病例数减少了 52% 以上。

45. 世卫组织协调了在全球推出和扩展新的双价口服脊髓灰质炎疫苗，从而导致在印度成功阻止病毒传播。作为全球根除脊髓灰质炎行动的主要参与者之一，世卫组织还支持一项关于加速根除行动的全面的研究议程，以撤销疫苗衍生脊髓灰质炎疫苗，并研究确保根除。秘书处履行了其处理全球脊髓灰质炎形势分析和传播有关信息的职责。

46. 本全组织范围预期成果只得到部分实现，尽管印度取得了重大进展，2011 年减少了全球病例，并迅速和有效地应对了新的疫情。目前在重点国家尤其是尼日利亚和巴基斯坦的传播，继续威胁全球根除。只有 80%（而不是目标中的 90%）的最后国家报告显示已阻断野生脊髓灰质炎传播和有关区域证实根除脊髓灰质炎委员会接受了控制野生脊髓灰质炎病毒贮备。

全组织范围预期成果 1.3

已向会员国提供有效协调和支持，使全体人口能利用干预措施预防、控制、消灭和根除被忽视的热带病，包括人畜共患疾病。

部分实现

指标		基线	具体目标	实现情况
1.3.1	已证实根除麦地那龙线虫病的会员国数。	175	179	180
1.3.2	已在次国家级消灭麻风的会员国数。	78	95	无数据
1.3.3	所有流行国家中报告非洲人类锥虫病病例数。	9 503	8 500	8 000
1.3.4	通过定期提供抗蠕虫预防化疗达到患淋巴丝虫病、血吸虫病和土壤传播的蠕虫病危险的目标人口覆盖率推荐指标的会员国数。	15	20	23

47. 近几年来，控制、消灭和根除被忽视的热带病的愿景势头甚猛。世卫组织出示的证据显示，影响全球 10 多亿人口的 17 种疾病中，有多种疾病造成的负担可以得到有效控制，在许多情况下，还可消灭甚至根除。

48. 2010 年，世界卫生组织发表了其关于被忽视的热带疾病的第一份报告，即《努力消除被忽视的热带病的全球影响》。这是一个重要的宣传和战略文件，促进了对加强预防性化疗覆盖率以在目标国家防治被忽视的热带病的外部支持和区域行动，激发了对改善获得药品途径，包括为此增加药品捐赠的更大承诺。大多数目标国家制定了被忽视的热带病总体规划，这将提高它们的能力，以调动和整合必要资源，并加强它们控制被忽视的热带病规划的能力。到 2011 年底，180 个会员国已证实根除了麦地那龙线虫病，23 个会员国达到了通过定期提供抗蠕虫预防化疗对可能患淋巴丝虫病、血吸虫病和土壤传播的蠕虫病的风险人口的覆盖率推荐指标。

49. 尽管取得了巨大进展，本项全组织范围预期成果被认为是部分实现，因为在报告时间，次国家一级对消灭麻风的报告不完全。

全组织范围预期成果 1.4

向会员国提供政策和技术支持以加强其能力，对具公共卫生重要性的所有传染病开展监测和监控。

全面实现

指标		基线	具体目标	实现情况
1.4.1	已针对本国具公共卫生重要性的所有传染病建立监测系统并开展培训的会员国数。	85	150	150
1.4.2	按照确定的时间表在全球级及时收到世卫组织/联合国儿童基金会免疫监测和监控联合报告表格的会员国数。	148	150	151

50. 传染病的监测和监控得到改善，有 150 个会员国报告了具有公共卫生重要性的传染病。还可以看到年度免疫报告的改进，有 190 个会员国（99%）在 2011 年报告了数据。世卫组织和儿童基金会联合审查了所有现有信息，为所有 193 个会员国编制了免疫覆盖率估计。这项分析包括使用精确方法编制覆盖率估计，使之更加透明，具有可重复性。此外，本组织各级通过开发工具、指南和培训规划，促进建设国家监测网络。

全组织范围预期成果 1.5

已发展和验证符合预防和控制传染病重点需求的新的知识、干预工具和战略，并且来自发展中国家的科学家越来越多地在这一研究中发挥带头作用。

全面实现

指标		基线	具体目标	实现情况
1.5.1	至少一个发展中国家内公共部门在世卫组织大力协助下开发新的和改良的工具数或制定的实施战略数。	6	9	17
1.5.2	以世卫组织支持的研究为基础、其主要作者的机构在发展中国家的经同行审评的出版物比例。	>55%	55%	71%

51. 在各个国家和地区，各种新的干预工具和战略已经取得了进展，在世卫组织秘书处的持续支持下，发展中国家机构传播了新知识。例如，在各国编写、支持和测试了最佳做法指导框架文件，以支持各国在试验和使用转基因蚊子问题上的决策；作为南美锥虫病的治愈生物标志的 qPCR 等工具得到规范和验证；在 18 个国家开发和评估了简化的登革热病例分类系统，然后在拉丁美洲并越来越多地在亚洲推开和广泛使用。旨在控制

非洲流行性脑膜炎的 A 群脑膜炎球菌结合疫苗获得特许和世界卫生组织的资格预审。该疫苗是由世卫组织和卫生适宜技术组织 (PATH) 之间的伙伴关系——脑膜炎疫苗项目开发，并已成功引入脑膜炎带的几个国家（布基纳法索，马里，尼日尔），达到非常高的覆盖水平。与伙伴合作，制定了伤寒疫苗引进战略。

52. 通过加强发展中国家在防止被忽视的与贫穷相关的疾病和在疫苗研制方面的领导作用，进行能力建设。2010 年到 2011 年，一些小额赠款支持在国内的研究，一些研究成果在同行审评期刊上发表。出版物第一作者的机构，大部分来自发展中国家。在国家能力建设方面取得的进展，包括建立疫苗佐剂和技术转让培训中心，向两个发展中国家提供培训和技术。在世卫组织总部的支持下，在四个世卫组织区域机构中就良好的科研做法培训本地科研人员和科研管理人员。建立了非洲药品和诊断法创新网络 (ANDI)，并于 2010 年 10 月成为法人实体，标志着在药品和诊断方法方面的创新方针。

全组织范围预期成果 1.6

已为建立和加强在国际关注的流行病和其它突发公共卫生事件中使用的预警和反应系统向会员国提供支持，以便实现《国际卫生条例 (2005)》规定的最低核心能力。

部分实现

指标		基线	具体目标	实现情况
1.6.1	已根据《国际卫生条例 (2005)》规定的义务完成评估和制定监测和应对核心能力国家行动计划的会员国数。	至少 95	115 ^a	129
1.6.2	其国家实验室系统至少参与一项外部易流传染病质量控制规划的会员国数。	140	120 ^b	121

^a 修订了指标 1.6.1 的 2011 年具体目标，以参照 2010 年启用的新的监测系统，反映最新估计数字。

^b 修订了指标 1.6.2 的 2011 年具体目标，以参照 2010 年启用的新的监测系统，反映最新估计数字。

53. 本双年度面临的主要挑战之一，是实现《国际卫生条例 (2005)》要求的核心能力，以建立和加强对流行病和其他国际关注的突发公共卫生事件的预警和反应系统。比较 2010 年和 2011 年国家报告中的《国际卫生条例 (2005)》核心能力的状况，显示了所有核心能力的整体进步。最引人注目的进步是在监测和防范上。还有证据表明，各国利用 2009 年 H1N1 流感大流行的不同阶段，评估《国际卫生条例》的运作，并加强它们的技术能力，包括实验室能力。在指定的入境点和化学事件的检测和响应方面，人力资源能力仍然很低。

54. 2010 年启用了一个新的监测系统，会员国目前正在使用。该系统显示，2010 年的基准数字被高估。对 2011 年的目标作了修订，以反映全球的实际情况。通过该系统提交的具体国家的数据是保密的。

55. 就本项全组织范围预期成果而言，虽然这两个指标已经实现，但美洲、欧洲和东南亚区域，由于根据《国际卫生条例（2005）》评估和发展国家核心能力有困难，预期成果仅部分实现。

全组织范围预期成果 1.7

通过为预防、发现、准备和干预发展和实施工具、方法、规范、网络和伙伴关系，使会员国和国际社会做好准备以发现、评估、应对和处理易流行和大流行的重大疾病（例如流感、脑膜炎、黄热病、出血热、鼠疫和天花）。

部分实现

指标		基线	具体目标	实现情况
1.7.1	已为易流行的重大疾病制定国家准备计划和标准操作程序的会员国数。	139	165	158
1.7.2	供应用于大规模干预易流行的和易大流行的重大疾病的基本疫苗、药品和设备的国际协调机制数。	8	8	8
1.7.3	已制定了预防、监测和控制战略加以应对的新出现或重新出现的严重疾病数。	8	8	8

56. 世卫组织支持了根据流感大流行的经验教训进行的对准备计划和标准操作程序的审查和修订。世卫组织还继续支持国际和区域专家网络，包括全球流感监测网络、感染控制网络和新生和危险的病原体实验室网络。此外，在国家和次区域层面建立了应急小组。世卫组织发布了新的技术指南，包括监测和应对呼吸道疾病、流感监测、登革热病例的临床管理。

57. 虽然本项全组织范围预期成果在本双年度中点运作良好，但在双年度结束时只是部分实现，因为 165 个目标会员国只有 158 国家制订了准备计划和标准操作程序，以防备和应对重大的易流行疾病。对实现成果的障碍，包括成员国及时开展国际或跨部门合作的能力有限，在一些情况下政治承诺不足，以及缺乏执行战略，特别是执行综合矢量控制战略的人力、财力和后勤资源。

全组织范围预期成果 1.8

针对国际关注的流行病和其它突发公共卫生事件的发现、核实、风险评估和应对，协调并可迅速供会员国利用区域和全球能力。

全面实现

指标	基线	具体目标	实现情况
1.8.1 世卫组织总部、区域和国家办事处已有全球事件管理系统以支持协调风险评估、信息交流和现场活动的地点数。	74	90	129

58. 世卫组织所有六个区域办事处在 129 个地理位置，并有 169 个小组和 597 名用户参与的情况下，正在使用世卫组织事件管理系统（EMS）¹。世卫组织根据《国际卫生条例（2005）》，利用总部的技术资源、各类专家网络和全球疫情警报和反应网络，回应所有会员国的应急支援请求。世卫组织对重大的事件和疫情的现场应对包括在海地和巴基斯坦的霍乱疫情，在巴基斯坦洪灾导致克里米亚刚果出血热和登革热一类虫媒疾病暴发后派遣现场特派团。针对巴基斯坦的登革热疫情和在海地的霍乱事件，完成了对全球疫情警报和反应网络任务的业务审查。

全组织范围预期成果 1.9

会员国和国际社会就已宣布的由易流行和易大流行疾病导致的突发事件采取有效行动和对应措施。

全面实现

指标	基线	具体目标	实现情况
1.9.1 已导致世卫组织使用全球工作组的方法及时采取有效干预措施以预防、遏制和控制流行病及其它公共卫生突发事件的会员国援助要求的比例。	无数据	99%	99%

¹ 世卫组织开发了综合“事件管理系统”，管理关于疫情的重大信息，确保在主要的公共卫生专业人员，包括世卫组织区域办事处、国家办事处、协作中心和全球疫情警报和反应网络之间的准确和及时联络。

59. 世卫组织继续向应急委员会提供支持，直到 2009 年 (H1N1) 流感大流行宣布结束。它还提供了材料和证据，供审查委员会针对 2009 年的 (H1N1) 流感大流行 (2005) 评估《国际卫生条例 (2005)》的运作。委员会的最后报告已提交第六十四届世界卫生大会¹。其结论之一是，国家应加大实施《国际卫生条例 (2005)》的力度。

战略目标 2

与艾滋病毒/艾滋病、结核病和疟疾作斗争

60. 防治艾滋病毒/艾滋病、结核病和疟疾的进展对实现千年发展目标 4、5 和 6 至关重要。本双年度期间，在采纳有效的政策和扩大干预措施的获取方面取得了进展，但在所有疾病问题上，都存在重大挑战，包括要求提供技术支持以通过新的政策，并安全和有效地加强这些政策。

61. 在推广与艾滋病毒相关的服务方面继续取得进展。全球艾滋病毒感染的发病率已经稳定，并在许多广泛流行艾滋病的国家开始下降，1995 年以来，据估计有 250 万人的生命得到拯救。2006 年以来，肺结核患者的人数下降，1990 年以来肺结核的死亡率下降了 40%，据估计，1995 年以来，有额外的 700 万人的生命得以保全。加强疟疾控制措施已有显著成果。2010 年和 2011 年在非洲区域，分发了 2.2 亿顶经杀虫剂处理的蚊帐，有 7800 万人通过室内滞留杀虫剂喷洒得到保护。

62. 尽管取得了重大进展，全球艾滋病、结核病和疟疾的预防、治疗、护理目标的实现正处于危险之中。本双年度期间的特别关注是东欧和中亚的艾滋病毒感染率的增加，以及在世界范围扩大耐多药结核病治疗和在非洲降低结核病死亡率进展缓慢。关键的疟疾预防和治疗措施的覆盖率在大部分负担最重的国家仍达不到具体目标，对杀虫剂和抗疟药物的耐药性是一个重大问题。

全组织范围预期成果 2.1

已为艾滋病毒/艾滋病、结核病和疟疾患者的预防、治疗和护理制定准则、政策、战略和其它工具，包括在穷人、难以接触到和脆弱的人群中提高干预覆盖率的创新方针。

¹ 文件 A64/10。

部分实现

指标	基线	具体目标	实现情况	
2.1.1	(a)抗逆转录病毒治疗覆盖率和(b)预防母婴传播服务覆盖率已达 80%的低收入和中等收入国家数。	无数据	(a) 15 和 (b) 20	(a) 8 和 (b) 13
2.1.2	已实现国家疟疾干预具体目标的流行国家比例。	35%	60%	50%
2.1.3	实现结核病病例发现率 70%以上和治疗成功率 85%目标的会员国数。	42	46	45
2.1.4	27 个耐多药结核病高负担重点国家中在世卫组织建议的规划管理措施下已检出并开始治疗至少 70%的耐多药结核病估计病例的国家数。	2	4	5
2.1.5	实现 70%性传播感染患者在初级卫生保健设施中获得诊断、治疗和咨询的高负担会员国比例。	无数据	70%	无数据

63. 本双年度期间, 10 个国家达到普遍获得抗逆转录病毒治疗(即有需要人口至少 80% 的覆盖率), 13 个国家达到普遍获得预防母婴传播的干预措施。接受抗逆转录病毒治疗的人数已增至 665 万人, 占 1420 万有资格接受治疗者的 47%。近 50% 的感染艾滋病毒的孕妇得到有效的逆转录病毒治疗, 以预防母婴传播, 17 个国家报告对超过 90% 的孕妇进行了梅毒检测。

64. 第六十四届世界卫生大会批准了《2011-2015 年关于艾滋病毒/艾滋病的全球卫生部门战略》, 并在本双年度传播。随后通过了区域战略。此外, 编写了新的指南, 包括成人和儿童的抗逆转录病毒治疗、预防母婴传播、婴儿喂养指南, 以及更新的结核病/艾滋病毒指南。三个区域的会员国推出或批准了双向消除母婴艾滋病毒和梅毒传播的区域战略。

65. 1995 年以来, 通过 DOTS 规划和《遏制结核战略》, 总计已有 4600 万人成功地治疗结核病。此外, 2006 年至 2010 年, 通过世界卫生组织推荐的结核/艾滋病毒联合干预措施, 估计有 91 万人的生命得到拯救。

66. 本组织就结核病和耐多药结核病快速分子检测提供了政策指导。2011 年底, 47 个国家采用这种技术。本双年度期间, 世卫组织领导了制订更新的《2011 至 2015 年遏制

结核全球计划》以及区域战略；颁布了新的耐多药结核病治疗指南、多项耐多药结核病对策特别报告，以及大部分受影响最严重的国家所在的欧洲耐多药结核病区域计划，并指导了结核病高负担国家的人口患病率调查。

67. 关于疟疾，共有 43 个国家报告 2000 年以来病例和死亡人数减少 50% 或更高，亚美尼亚、摩洛哥和土库曼斯坦三国被证实在 2010 年和 2011 年无疟疾发生。

68. 世卫组织全球疟疾规划在其四大核心功能的基础上确定五年战略，并就以青蒿素为基础的联合疗法和快速诊断检测发布了关于疟疾治疗和良好采购做法的新的指导方针。世卫组织还与 100 个利益攸关者一道，制订了控制青蒿素耐药性的全球计划，并编写了关于耐药性状况的重要报告。2010 年，提出了一项关于在治疗之前使用高质量显微镜或快速诊断检测法，对疑似疟疾进行普遍诊断检测的新的政策建议。

69. 全组织范围预期成果 2.1 涉及到世卫组织政策的实施，而不仅仅是它们的制定和通过。总体来说，世卫组织在全球一级和大多数地区实现了其规范性和战略性工作的目标，但一些国家由于资源和能力限制，依据建议政策加强实施工作仍然存在困难，如对耐多药结核病的治疗、及时启动抗逆转录病毒治疗，在高负担国家通过一些疟疾预防措施，以及性传播感染的测量等。

70. 非洲区域、东地中海区域、东南亚区域和美洲区域报告它们的贡献部分实现。此外，仅欧洲区域、东南亚区域和西太平洋区域拿出了关于“高负担会员国实现在初级保健网站的诊断、治疗和辅导性病感染者的 70% 的具体目标的比例”的数据，其他地区，由于国家和地区在性传播感染监测方面的限制，则没有这方面的数据。将在 2012-2013 年进一步讨论指标的衡量标准、定义和能力。

71. 由于上述原因，本组织范围预期成果的总体评价是部分实现。

全组织范围预期成果 2.2

已向国家提供政策和技术支持，以便有助于扩大提供对性别问题敏感的艾滋病毒/艾滋病、结核病和疟疾预防、治疗和护理干预措施；包括综合培训和服务提供；更广泛的服务提供者网络；以及强化的实验室能力及与其它卫生服务更好的联系，例如性和生殖卫生保健，孕产妇、新生儿和儿童卫生，性传播感染，营养，药物依赖性治疗服务，呼吸道疾病医疗，被忽视的疾病以及环境卫生。

部分实现

指标	基线	具体目标	实现情况	
2.2.1	已有针对艾滋病毒、结核病和疟疾的综合政策和中期计划的目标会员国数。	艾滋病毒： 103/131 结核： 90/95 疟疾： 70/70	艾滋病毒： 115/131 结核： 118/118 疟疾： 70/70	艾滋病毒： 158 结核： 119 疟疾： 92
2.2.2	监测卫生保健提供者主动开展的艾滋病毒检测以及性传播感染和计划生育服务咨询的高负担国家数。	55%	60%	无数据
2.2.3	63 个艾滋病毒/艾滋病和结核病高负担国家中正在实施世卫组织艾滋病毒/艾滋病和结核病合作活动 12 点一揽子政策的国家数。	18	30	43

72. 制定了关于三种疾病的中期计划的会员国数量不断增长，但它们将需要进行更新，以体现世卫组织新的诊断和治疗政策，虽然通过政策指导的速度一直较快。世卫组织与其他机构，包括抗击艾滋病、结核和疟疾全球基金，艾滋病规划署，遏制疟疾，遏制结核病伙伴关系和双边机构密切合作，支持制定针对特定疾病的计划，并将其纳入国家卫生战略和计划中，同时，协调向会员国提供技术支持的工作。在此期间，许多国家着手通过 2010-2015 年期间的计划，同时针对这三种疾病利用全球计划和战略。

73. 全组织范围预期的成果显示了在技术支持与合作方面的重大进展，这方面的工作根据融资机制的要求，并为加快实现和衡量影响，得到了加强。不过，全组织范围的预期成果被评为部分实现，这是由于只能从美洲区域、欧洲区域、东南亚区域和西太平洋区域得到关于指标 2.2.2 的数据，即“监测卫生保健提供者主动开展的性传播感染和计划生育服务咨询的高负担国家数”，原因在于全球、区域和国家各级性传播感染监测资源不足。此外，这段期间的后半期，东地中海区域由于安全状况和其他挑战，受到种种限制。

全组织范围预期成果 2.3

已为预防和治疗艾滋病毒/艾滋病、结核病和疟疾，就促进公平获得质量得到保证的基本药物、诊断工具和卫生技术及其由开处方者和消费者合理使用和不间断供应诊断制剂、安全血液和血液制品、注射剂以及其它基本卫生技术和用品的政策和规划，提供全球指导和技术支持。

部分实现

指标		基线	具体目标	实现情况
2.3.1	艾滋病毒/艾滋病、结核病和疟疾药物和诊断工具新的或更新的全球规范和质量标准数。	25	40	41
2.3.2	已为联合国采购进行评估和资格预审的艾滋病毒/艾滋病、结核病和疟疾重点药物和诊断工具数。	226	300	300
2.3.3	得到支持以增加获得可负担得起的艾滋病毒/艾滋病、结核病和疟疾基本药物、其供应纳入国家药物系统的目标国家数（以6年期确定目标国家数）。	艾滋病毒： 35 结核：107 疟疾：43	艾滋病毒： 38 结核：107 疟疾：77	艾滋病毒： 73 结核：111 疟疾：64
2.3.4	对所有捐献血液实施有质量保证的艾滋病毒/艾滋病筛检的会员国数。	93	105	109
2.3.5	用一次性无菌注射器注射所有医用注射剂的会员国数。	183	180	180

74. 鉴于应对艾滋病毒、结核和疟疾的新药物和诊断法层出不穷，世卫组织制定了一系列新的准则，以推动安全和迅速采纳这些重要的新工具，促成早期诊断和更有效的治疗。世卫组织与艾滋病药物和诊断服务机构，遏制结核病伙伴关系的全球药物基金，全球实验室倡议（秘书处设在世卫组织），疟疾药物开发项目，遏制疟疾，创新诊断方法基金会和全球防治艾滋病、结核病和疟疾基金合作，继续积极响应在评估、资格预审和获得药物和诊断方面越来越多的支持要求。

75. 全组织预期成果部分实现，虽然在艾滋病毒、结核病和疟疾药物和诊断的批准和资格预审上仍然是高效率，大部分地区的供应系统得到切实支持，并大力采用一次性注射器，但非洲区域和西太平洋区域由于目前的能力限制了这些工具的获取和必要的支持系统，据报告为部分实现。

全组织范围预期成果 2.4

已加强和扩大全球、区域和国家监测、评价和监控系统，以便了解艾滋病毒/艾滋病、结核病和疟疾控制具体目标和资源分配方面的进展并确定控制努力的影响和耐药性的演变。

部分实现

指标		基线	具体目标	实现情况
2.4.1	向世卫组织提供年度监测、监控或财政拨款数据列入关于艾滋病毒/艾滋病、结核病或疟疾控制和具体目标实现情况的年度全球报告的会员国数。	艾滋病毒: 109 结核:198 疟疾: 107	艾滋病毒: 120 结核:198 疟疾: 107	艾滋病毒: 157 结核: 08 ^a 疟疾: 105
2.4.2	向世卫组织报告艾滋病毒、结核病或疟疾耐药性监测数据的会员国数。	艾滋病毒: 54 结核: 114 疟疾: 81	艾滋病毒: 65 结核: 125 疟疾: 107	艾滋病毒: 61 结核: 127 疟疾: 73

^a 自衡量关于会员国以及其它国家和领土的结核病指标以来，开始提及关于结核病的这一数字成果。

76. 除了 2010 年关于艾滋病毒/艾滋病、结核病和疟疾的全球报告外，2011 年发表了《2011 年进展报告：全球艾滋病毒/艾滋病应对》，审查了到 2010 年底，在低收入和中等收入国家艾滋病毒的预防、治疗、护理和支持方面加强对卫生部门干预措施的享有上取得的进展；2011 年进展报告，《世卫组织 2011 年全球结核病控制报告》，这是世卫组织于 1997 年开始的一系列关于结核病的全球报告的第 16 份报告。它提供了关于全球、区域和国家各级结核病流行以及结核病预防、护理和控制的实施和筹资情况的全面和最新评估，所使用数据来自 198 个国家，占世界结核病例的 99% 以上；《2011 年世界疟疾报告》，它概述了来自 106 个疟疾流行国家和一系列其他来源的信息。报告根据一套全面的指标，分析了预防和控制措施，凸显了实现全球疟疾目标取得的持续进展。

77. 总体说来，全组织范围预期成果在报告流行病学和规划执行措施的会员国的覆盖面上，可以看到改善。然而，由于在耐药性监测的一些领域，扩大覆盖面的速率低于预期，包括东地中海区域和东南亚区域报告的情况，预期成果仅部分实现。

全组织范围预期成果 2.5

通过在国家、区域和全球各级倡导和培育艾滋病毒/艾滋病、结核病和疟疾伙伴关系已维持政治承诺和确保筹集资源；已酌情向国家提供支持，制定或加强和实施资源筹集和利用机制及提高现有资源的吸收能力；以及加强社区和受影响者参与以便最大限度扩大艾滋病毒/艾滋病、结核病和疟疾控制规划范围和提高其绩效。

全面实现

指标		基线	具体目标	实现情况
2.5.1	有支持艾滋病毒/艾滋病、结核病和疟疾控制的功能性协调机制的会员国数。	艾滋病毒: 108 结核病: 95 疟疾: 77	艾滋病 毒:118 结核病: 110 疟疾: 70	艾滋病毒: 152 结核病:122 疟疾: 72
2.5.2	使社区、受这些疾病影响者、民间社会组织和私立部门参与计划、设计、实施和评价艾滋病毒/艾滋病、结核病和疟疾规划的会员国数。	艾滋病毒: 至少 99 结核病: 87 疟疾: 77	艾滋病毒: 120 结核病: 87 疟疾: 70	艾滋病毒: 147 结核病: 100 疟疾: 76

78. 世卫组织主持了遏制结核病伙伴关系、国际药品采购机制（艾滋病规划署）和遏制疟疾伙伴关系，也是艾滋病规划署的共同发起者和抗击艾滋病全球基金理事会成员。它还加强了其在其他合作安排中的作用，进而增进了对会员国的支持，帮助它们实现2008-2013年中期战略计划中所载目标，以及卫生相关千年发展目标。世卫组织继续致力于建立全球基金赠款申请者，包括各国家疾病控制规划的能力。因此，为普遍获得服务，以及监督、监测、评估和衡量工作提供了资金。本双年度后半期财政和人力资源的减少，意味着世卫组织必须调整其在伙伴关系方面的重点。会员国和世卫组织在国家一级的机构继续与不断扩大的受影响人员、社区、民间社会和私人部门伙伴保持接触。

79. 全组织范围预期成果全部实现，因为在国家、区域和全球各级建立伙伴关系和资源筹集能力的工作均符合预期，且在国家和全球层面出现新的重大机遇时有所拓展。

全组织范围预期成果 2.6

已发展和验证新的知识、干预工具和战略以满足预防和控制艾滋病毒/艾滋病、结核病和疟疾重点需求，并且来自发展中国家的科学家越来越多地在这一研究中发挥带头作用。

部分实现

指标		基线	具体目标	实现情况
2.6.1	至少一个发展中国家的公共部门已用于预防和控制艾滋病毒/艾滋病、结核病和疟疾的新的和改良的工具数和实施战略数。	1	6	17
2.6.2	由世卫组织支持的艾滋病毒/艾滋病、结核病或疟疾研究产生的并且其主要作者的机构设在发展中国家的经同行审评的出版物比例。	71%	55%	61%

80. 总的说来，增加对研究工作和知识管理的支持，促使制定和通过了新的疾病防控战略，新的和改进的工具数目超过了最初的具体目标。世卫组织和热带病研究和培训特别规划与众多的合作伙伴，公布了以证据为基础的国别临床、流行病学和业务研究结果。

81. 本项全组织范围预期成果推动在本双年度通过了新的政策和战略，然而，非洲区域和东南亚区域报告，国家的研究能力明显受限。

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

82. 非传染性疾病，主要是心血管疾病、癌症、慢性呼吸道疾病和糖尿病，是全球最主要的死亡原因。每年有 3600 多万人死亡因此死亡（全球死亡人数的 63%），包括 900 万人在 60 岁之前过早死亡。连同精神障碍、暴力和伤害，这些死因交织在一起，导致所有死亡人数的 75%，而这个数字预计在未来 10 年还将增加。此外，全球人口的 15% 患有残疾，可能妨碍他们充分融入社会。不断加重的负担将主要由低收入和中等收入国家承担。

全组织预期成果 3.1

已为在会员国增加政治、财政和技术承诺提供倡导和支持，以处理慢性非传染性疾病，精神和行为障碍、暴力、伤害和残疾以及视力损害（包括盲症）。

全面实现

指标		基线	具体目标	实现情况
3.1.1	卫生部已有伤害和暴力预防联络点或联络单位并有其单独预算的会员国数。	156	162	164
3.1.2	为响应 WHA58.23 号决议已出版和发行《世界残疾与康复问题报告》。	编写了报告草稿	以六种语文发表了报告	以六种语文发表了报告
3.1.3	精神卫生预算占卫生总预算 1% 以上的会员国数。	90	100	100
3.1.4	卫生部或国家相应卫生部门已有预防和控制慢性非传染性疾病预防单位并有专职人员和专门预算的会员国数。	75	122	165

83. 在多个合作伙伴的支持下，世卫组织提倡扩大在非传染性疾病预防方面的承诺和行动。这导致了在本双年度的若干全球性协议，包括《预防和控制非传染性疾病问题联合国大会高级别会议的政治宣言》（联合国大会第 66/2 号决议）。其他几个高级别的决议也显示了会员国的承诺，包括关于减少有害使用酒精的全球战略的 WHA63.13 号决议，以及联合国大会宣布 2011-2020 年全球道路安全行动十年的第 64/255 号决议。国家一级的认识提高也很明显，设立了侧重预防和控制非传染性疾病预防单位的会员国数量从 122 个增加到 165 个。

全组织范围预期成果 3.2

已就制定和实施慢性非传染性疾病、精神和神经障碍、暴力、伤害和残疾以及视力损害（包括盲症）的政策、战略和规章向会员国提供指导和支持。

部分实现

指标		基线	具体目标	实现情况
3.2.1	已有国家预防意外伤害和暴力计划的会员国数。	83	88	133
3.2.2	已着手制订精神卫生政策或法律的会员国数。	51	56	56
3.2.3	已采用国家多部门慢性非传染性疾病政策的会员国数。	75	90	121
3.2.4	正在实施国家听力和视力损害预防综合计划的会员国数。	88	100	59

84. 世卫组织继续发挥举足轻重的作用，在非传染性疾病、精神和行为障碍、暴力、伤害和残疾的预防、管理和康复政策和规划的制定、执行和监测方面提供指导。在所有技术领域，许多国家有关政策、法规、行动计划和预算的数量大幅增加，为随后实施和加强有效的干预措施奠定了基础。已有预防意外伤害或暴力的国家计划的会员国数目从 83 个增加至 133。在非传染性疾病领域继续取得进展，已采用国家多部门慢性非传染性疾病政策的会员国数目从 75 个上升到 121 个。制定了关于精神卫生的政策、计划和法律的国家的数目从 51 个增加到 56 个。人们还注意到，在所有技术领域，行动计划的质量显著提高。一个明显的挑战是，由于这些技术领域的性质，需要各个部门作出广泛响应。

85. 在区域一级，区域和国家办事处加强了它们向会员国提供直接的技术支持的能力，帮助会员国适应和采纳政策指南和以证据为基础的最佳做法。然而，本组织范围预期成果被评定为“部分实现”，这是由于实施国家预防听力和视力损害综合计划的会员国数目未能达到预期的具体目标。这主要是由于加强了用于评估这个指标的衡量标准。

全组织范围预期成果 3.3

已在会员国提高能力以收集、分析、传播和使用关于慢性非传染性疾病、精神和神经障碍、暴力、伤害和残疾以及视力损害（包括盲症）严重程度、原因和后果的数据。

部分实现

指标	基线	具体目标	实现情况
3.3.1 已在双年度期间向世卫组织提交本国交通事故伤害预防情况全面评估的会员国数。	175	175	175
3.3.2 已出版文件，其中包含残疾的流行率和发生率国家数据的会员国数。	158	163	193
3.3.3 每年报告基本精神卫生指标的低收入和中等收入国家数。	98	110	110
3.3.4 已有国家卫生报告系统和每年报告四种主要非传染性疾病指标等信息的会员国数。	116	136	101
3.3.5 根据人口调查结果记录听力和视力损害负担的会员国数。	34	38	47

86. 会员国继续增进它们收集和分析精神卫生、预防交通事故伤害和听力或视力损害负担等方面信息的能力。特别是发布的文件，包含残疾的流行率和发生率国家数据的会员

国数已由 158 个增至 193 个。这是现有国家残疾流行率估计数字的一份最全面的清单，为本双年度发表了一系列重大报告作出了贡献，包括《世界残疾问题报告》和《精神卫生与发展报告：将有精神卫生问题者视为脆弱群体》。此外，还发表了监测世界各地进展的若干重要报告，如第一份《2010 年全球非传染性疾病现状报告》、《2011 年精神卫生地图集》和《全球道路安全状况报告》。

87. 虽然在大多数领域取得了重大进展，本项全组织范围预期成果被评估为“部分实现”，已有国家卫生报告系统和每年报告四种主要非传染性疾病指标等信息的会员国数没有达到 136 个这一预期目标数。这主要是由于用来衡量这个指标的标准和方法进一步完善，要求会员国报告过去五年来的这些指标。而实际上，一些国家将要求指标纳入了它们的常规报告系统，少于五年的追溯性报告不一定是现成的，因而导致被评估为满足了更严格标准的会员国的数目减少，最初的具体目标没有实现。

全组织预期成果 3.4

世卫组织已就处理慢性非传染性疾病、精神和神经以及物质使用障碍、暴力、伤害和残疾以及视力损害（包括盲症）的干预的成本效益汇编改进的证据。

全面实现

指标		基线	具体目标	实现情况
3.4.1	已在证据基础上就采取有效干预措施管理某些精神障碍、行为障碍或神经疾病（包括由精神活性物质使用引起的疾病）提供指导。	8 发表并传播了干预措施	12 发表并传播了干预措施	12 发表并传播了干预措施
3.4.2	已在证据基础上就采取干预措施预防和管理慢性非传染性疾病的效益和成本效益提供指导或方针。	4 发表并传播了干预措施	5 发表并传播了干预措施	6 发表并传播了干预措施

88. 本双年度推出了《针对非专科卫生设施中精神障碍、神经障碍和药物使用引起的疾患的精神卫生差距行动干预指南》。该指南在对现有证据的全面审查基础上提出了建议，以促进非专科的卫生保健提供者在第一级和第二级设施提供高品质的护理。该指南很快成为一个著名的和频繁使用的资源。迄今为止，它已在 8 个国家实施，包括印度和泰国等人口众多的国家。相当数量的非政府组织和私人机构在该指南基础上制定它们的干预措施。它已有世卫组织 6 种官方语文的文本，还有印地语、葡萄牙语和泰语文本。

89. 针对特定的重大非传染性疾病的干预措施，编写了以证据为基础的指南，促进资源有限的环境中的初级卫生保健。根据早些时就适用和可行的干预措施编写的指南，本双年度的重点放在成本效益的干预上，即所谓的“物有所值”，这有可能产生很大影响，同时在低资源环境中对迅速扩大规模也是可行的。

全组织范围预期成果 3.5

已为制定和实施多部门、全人群范围促进精神卫生与预防精神和行为障碍、暴力和伤害以及听力和视力损害（包括盲症）规划向会员国提供指导和支持。

部分实现

指标		基线	具体目标	实现情况
3.5.1	已发表和广泛传播预防暴力和意外伤害的多部门干预准则数。	10	14	15
3.5.2	在双年度期间发起社区减少自杀率项目的会员国数。	17	21	21
3.5.3	实施世卫组织建议的听力和视力损害预防战略的会员国数。	88	100	78

90. 发表和广泛传播 14 项预防暴力和伤害指南的具体目标全部实现。秘书处发表了 15 项指南，其中六项涉及预防交通伤害；五项涉及预防暴力；两项涉及贯穿性主题；一项涉及预防儿童伤害；一项涉及预防烧伤。发表和广泛传播了几项新的指南。这些包括：《预防危害妇女的亲密伴侣暴力和性暴力：采取行动和产生证据》；《预防烧伤：经验和教训》，以及《手机使用：日益严重的司机分心问题》。除了直接的国家支持，促进预防暴力和伤害的能力建设包括了推出一系列互动网络研讨会和 TEACH-VIP 电子学习，这是一个全面的自定进程，自我管理的在线培训综合课程。以社区为基础的预防自杀项目，已在 21 个会员国启动。

91. 虽然在大多数领域已经取得进展，本项全组织范围预期成果被评定为“部分实现”，因为实施世卫组织建议的听力和视力损害预防战略的会员国数没有达到预期的具体目标。2011 年的深入审查表明，最初的目标过于宏大，所以基线和具体目标都减少了约 30%。这主要是由于用来衡量这个指标的标准和方法进一步完善，因而导致被评估为满足了更严格标准的会员国的数目减少，最初的具体目标没有实现。

全组织范围预期成果 3.6

已为预防和管理慢性非传染性疾病、精神和行为障碍、暴力、伤害和残疾以及视力损害（包括盲症）向会员国提供指导和支持，以提高其卫生和社会系统的能力。

全面实现

指标		基线	具体目标	实现情况
3.6.1	使用世卫组织创伤救护准则将向受伤和暴力受害者提供创伤救护服务纳入本国卫生保健系统的会员国数。	22	27	70
3.6.2	实施社区康复规划的会员国数。	29	34	34
3.6.3	使用世卫组织精神卫生系统评估文书已完成对其精神卫生系统评估的低收入和中等收入会员国数。	72	80	80
3.6.4	在使用世卫组织准则筛检心血管疾病风险和综合管理非传染病方面实施初级卫生保健战略的低收入和中等收入会员国数。	51	26 ^a	36
3.6.5	将支持戒烟工作纳入初级卫生保健的会员国数。	55	40	65

^a 在获得调查数据之前制定了 51 这一最初的基线。根据提供了更可靠数据的全球能力评估调查，具体目标修订为 26。

92. 入院前和医院伤者护理服务已被纳入 70 个会员国，这在很大程度上是由于世卫组织努力制订创伤护理准则。作出此类努力是为了解决伤者在该国的负担，也常常作为一个更广泛的卫生系统加强计划的一部分。在众多会员国合作下，世卫组织编写了《以社区为基础的康复指南》，并已在 29 个国家现场测试，随后在亚洲、欧洲和拉丁美洲区域推出。秘书处在 34 个国家为社区康复规划提供了具体支持，建立了区域社区康复网络，覆盖三个区域的 86 个国家。另外八个国家在上一个双年度完成了对其精神卫生系统的评估，产生了 78 份国家报告，目前可在世卫组织网站上查阅，用于精神卫生方面的证据和研究。

93. 在所有区域有 36 个国家正在使用世卫组织准则，采纳初级卫生保健战略筛检心血管疾病风险和综合管理非传染病。一些国家制定了国家强化计划。一些国家已经开始将必不可少的非传染性疾病干预措施纳入基本卫生保健一揽子办法，并探索创新的筹资机

制。在本双年度期间，在各国国家初级卫生保健中提供戒烟支持已取得重大进展。据世卫组织《全球烟草流行报告》称，2011年，有65个会员国在初级卫生保健中提供了戒烟支持，并至少负担了治疗烟草依赖的一部分费用。

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

94. 加速了政治行动，推动实现千年发展目标 4（降低儿童死亡率）和 5（改善产妇保健）。联合国秘书长发布的《2010 年妇女和儿童保健全球战略》和 2011 年设立相关的信息和问责委员会，显示了高级别的政治承诺，为实现这些目标造成更大势头。2015 年倒计时行动还跟踪了实现这两个千年发展目标的进展，世卫组织在其协调委员会中提供了服务。

95. 虽然孕产妇死亡率一直在显著下降，但始终低于实现千年发展目标 5 所要求的速率。儿童死亡的近 50% 发生在非洲地区，这里还有世界上最高的孕产妇死亡率。从全球来看，大多数五岁以下儿童死亡的原因仍然是肺炎、腹泻、疟疾、营养不良和新生儿疾病。新生儿死亡率的下降速度比儿童死亡率更缓慢，各区域之间的进展很不平衡。

96. 整个双年度期间，对伙伴关系日益重视。2010 年在加拿大的马斯科卡召开的八国集团会议作出的承诺，促成了重大的资金承诺，将世卫组织、儿童基金会、人口基金、世界银行、艾滋病规划署和联合国妇女署等联合国合作伙伴的工作整合在一起。

全组织范围预期成果 4.1

向会员国提供支持，为在其它规划合作下朝着普遍获得有效干预加大努力制定综合政策、计划和战略，注意减少性别不平等和卫生不公平，在生命全程提供持续照护，在卫生系统的不同层次整合服务提供，以及加强与民间社会和私立部门的协调。

全面实现

指标		基线	具体目标	实现情况
4.1.1	已就普遍获得改善孕产妇、新生儿和儿童健康的有效干预制定综合政策的目标会员国数。	20	40	72
4.1.2	在世卫组织支持下已制定普遍享有性和生殖健康政策的会员国数。	30	40	63

97. 普遍获得生殖、孕产妇、儿童和青少年健康服务，以及促进和支持健康老龄化的服务，仍然是一个重大挑战，制定综合政策是至关重要的一步。综合政策的重要性日益受到承认，因为有关证据越来越强烈支持母亲、新生儿、儿童以及即将为人父母的青少年健康的相互关系。从规划制订和资源利用的角度来看，这种整合也具有无可争辩的重要性。

98. 虽然国家卫生政策和战略，正在世卫组织应要求提供的技术支持下走向整合，但将这一整合转化为提供服务的工作却是复杂和艰巨的。世卫组织根据联合国秘书长的《2010年妇女和儿童保健全球战略》，将重点特别放在支持生命全过程综合服务交付的政策，消除获得这些服务的障碍的办法，以及保持或提高所提供保健的质量的方法上。72个会员国报告制定了享有孕产妇、新生儿和儿童保健的综合政策，63个国家制定了享有性与生殖健康的综合政策。这些政策的制定，大都得到了世卫组织的投入和支持。

全组织预期成果 4.2

已加强必要的国家研究能力并已有全球和/或国家适用的新的证据、产品、技术、干预和提供措施，以改善孕产妇、新生儿、儿童和青少年健康，促进积极健康老龄化，以及改善性和生殖健康。

全面实现

指标		基线	具体目标	实现情况
4.2.1	获得用于综合的机构发展和支持工作的最初赠款的研究中心数。	8	8	12
4.2.2	已就世卫组织支持的重点问题完成的研究数。	16	28	60

指标	基线	具体目标	实现情况
4.2.3 关于改善孕产妇、新生儿、儿童和青少年健康，促进积极健康老龄化，以及改善性和生殖健康的最佳做法、政策和照护标准的新的或更新的系统审评数。	20	40	89

99. 综合的机构发展和支持，包括通过赠款，促进了加强研究中心。在本双年度结束时，12 个研究中心获得了此类赠款。

100. 为确定孕产妇、新生儿和儿童保健的重点，世卫组织和卫生政策和制度研究联盟在非洲区域、西太平洋区域和东南亚区域举办了 11 次研讨会。一个重要成果是将重点从临床研究转移到业务研究，以在获得有效干预措施方面，改进交付机制，消除有关障碍。

101. 世卫组织还支持解决区域和国家生殖健康重点的研究项目。研究项目集中于暴力侵害妇女、药物流产和贫血在妊娠期间的后果，以及在性和生殖健康、科研道德和数据分析等方面的研究方法。

102. 总体说来，关于改善孕产妇、新生儿、儿童和青少年健康，促进积极和健康老龄化或改善性和生殖健康的最佳做法、政策和照护标准的新的或更新的系统审评数，从本双年度开始时的 20 个增加到 2011 年年底的 89 个。

全组织预期成果 4.3

已在国家级应用改善孕产妇保健的准则、方针和工具，包括已为强化行动向会员国提供技术支持，以确保每一个孕妇和每一个新生儿的熟练照护，直至分娩和产后期以及出生后时期，尤其为贫穷和条件较差的人群，并监测进展。

全面实现

指标	基线	具体目标	实现情况
4.3.1 实施战略以扩大分娩熟练照护覆盖率的会员国数。	25	50	66

103. 总的说来，从 1990 年到 2008 年，全世界每年孕产妇估计死亡人数下降了 34%。过去二十年来（1990-2008 年）估计孕产妇死亡率每年下降 2.3%，仍远低于达到千年发展目标 5 相关具体目标所要求的 5.5% 这一比率。

104. 响应联合国秘书长的《促进妇女儿童健康全球战略》，60 多个会员国已作出承诺，努力改善妇女和儿童的健康。实施扩大分娩的熟练照护覆盖率战略的会员国数，从 2010 年的 25 个增加到本双年度结束时的 66 个。在全球范围内，1990 年到 2008 年之间由熟练保健人员接生的比例从 58% 提高到 68%。在一些国家，持续的武装冲突继续妨碍降低孕产妇死亡率和发病率的努力。

105. 美洲区域办事处与总部和合作伙伴一起，制定了行动计划，以加速降低孕产妇死亡率和重症发病率，它侧重于提高卫生保健服务的质量，获得了该地区所有卫生部长的一致赞同。

106. 提供了针对特定国家的支持，以改善孕产妇保健，包括采取“超越数字”的方法来分析孕产妇死亡率和发病率，根据世卫组织《妊娠和分娩的综合管理》临床准则来制定和修订国家准则，培训，用以估计资源需求的孕产妇死亡率审查，以及规划审查。34 个非洲国家发起了加速降低孕产妇死亡率的运动。

107. 虽然全组织范围预期成果 4.3 是一个重点领域，并有有效的工具可用，但缺乏资源，包括合格的工作人员和翻译工具，限制了世卫组织可以提供的技术支持，尤其是在非洲区域和东南亚区域提高分娩和产后期的护理质量方面。

全组织范围预期成果 4.4

已在国家级应用改善新生儿生存和健康的准则、方针和工具，并已向会员国提供技术支持，以强化朝普遍覆盖方向前进的行动，并开展有效干预和监测进展。

全面实现

指标	基线	具体目标	实现情况
4.4.1 实施战略以扩大新生儿生存和健康干预措施覆盖率的会员国数。	40	50	56

108. 在所有区域，新生儿死亡率都下降了，世界范围新生儿的死亡人数比以往任何时候都少，但也有重大的地区性差异，欧洲、东南亚和西太平洋区域的比例相对增加最明显。

在所有地区，除非洲以外，新生儿死亡占有所有早期儿童死亡的40%以上。由于新生儿死亡率和发病率与母亲的健康和分娩前后提供给她的照护密切相关，扩大分娩熟练照护覆盖率需要在此背景下加以考虑。

109. 秘书处向各国提供技术支持，以改进关于新生儿保健的政策、计划和规划的制订工作。重点放在四个方面：(1)在孕产妇和儿童保健规划内，加强新生儿保健部分的综合方针；(2)作为妊娠和分娩综合管理准则的一部分，实施基本的新生儿护理；(3)宣传儿童疾病综合管理及其新生儿部分；(4)推广新生儿家庭照护。

110. 在世卫组织支持下，实施战略以扩大新生儿生存和健康干预措施覆盖率的会员国数从2010年的40个增加到本双年度结束时的56个。

全组织范围预期成果 4.5

已在国家级应用改善儿童健康与发育的准则、方针和工具，并已为朝着有效干预的全人口普遍覆盖强化行动和监测进展向会员国提供技术支持，同时考虑到国际和人权规范和标准，特别是《儿童权利公约》中规定的规范和标准。

全面实现

指标	基线	具体目标	实现情况
4.5.1 实施战略以提高儿童健康与发育干预措施覆盖率的会员国数。	40	40	79
4.5.2 已将儿童期疾病综合管理的地域覆盖面扩大至75%以上目标区县的会员国数。	30	45	54

111. 《儿童疾病综合管理》战略，扩大到包括新生儿，并在一些地区，还包括健康的孩子。它在所有地区仍然是新生儿和儿童保健的主要战略，得到了合作伙伴的广泛采纳。儿童死亡率在本双年度期间达到760万人的历史新低。非洲地区5岁以下儿童年平均死亡的下降率翻了一番，由1990至2000年的每年2.4%，达到2000年至2010年的每年1.2%。向所有地区各国提供了支持，帮助它们制定或修订国家战略，以提高卫生保健提供者在新生儿护理和新生儿家庭照护方面的技能（使用世卫组织的《新生儿护理基本教程》）。

112. 该战略已在非洲区域、东南亚区域和西太平洋区域推开。此外，这些区域以及东地中海区域，纷纷推出通过培训非专业性社区卫生工作者的评估能力，在社区对患病儿童进行综合护理，并在可能情况下提供治疗，进行转诊。欧洲区域总共有 14 个国家着手全面改进医院儿科护理。

全组织范围预期成果 4.6

已为实施以证据为基础的青少年健康与发育政策和战略以及按照既定标准扩大一揽子预防、治疗和护理干预向会员国提供技术支持。

部分实现

指标	基线	具体目标	实现情况
4.6.1 有正常运行的青少年健康与发育规划的会员国数。	40	50	74

113. 世卫组织支持会员国开展国情分析和国家规划审查，并制定战略计划。如此一来，有正常运行的青少年健康与发育规划的会员国数已由本双年度开始时的 40 个增加到 2011 年年底的 74 个。

114. 对防止早孕的系统审查已经完成，制订了在发展中国家防止青少年早孕和不利生殖结果的准则。在国家多部门规划背景下，世卫组织支持通过以下方式确定和加强对青少年提供卫生服务：制订国家体恤青少年的卫生服务质量标准；修改适用培训和监测工具；支持旨在实现国家质量标准的基于能力的培训和活动。美洲区域办事处已在区域和国家各级对这一年龄组给予特别重视。

115. 全组织范围预期结果 4.6 属于部分实现，如非洲区域、东地中海区域和东南亚区域以及总部所报告的，这特别是受到所有主要办事处财政和人力资源匮乏的影响，导致难以向各国提供系统的技术支持，尤其是在战略计划和体恤青少年的卫生服务方面。

全组织范围预期成果 4.7

已有准则、方针和工具，并已为实施朝着实现与生殖卫生有关的国际发展目标和具体目标加速进展的战略加快行动向会员国提供技术支持，特别强调确保公平获得优质性和生殖卫生服务，特别在需求未得到满足的领域以及在与性和生殖健康有关的人权方面。

全面实现

指标		基线	具体目标	实现情况
4.7.1	实施朝着实现在 1994 年国际人口与发展大会及其 5 年审查会议、千年首脑会议以及 2007 年联合国大会上议定的与生殖卫生有关的国际发展目标和具体目标加速进展的世卫组织生殖卫生战略的会员国数。	30	40	60
4.7.2	已审查其与性和生殖健康有关的现有国家法律、条例或政策的目标会员国数。	8	12	20

116. 加强国家专家在生殖健康方面的业务研究能力已经取得进展，从而促进了生殖健康战略的全面实施。计划生育的覆盖是关键，通过业务研究将现有的或新的有效的干预措施导入实践也是如此。

117. 实施世卫组织生殖卫生战略以加快实现国际发展目标和具体目标的进展的会员国数，已由本双年度开始时的 30 个增加到 2011 年年底的 60 个。秘书处支持各国将新的证据纳入政策和规划中，并实施以证据为基础的干预措施。还通过修订的规范和准则在性与生殖健康各个方面提供了支持，包括计划生育、（计划生育四基石），孕产妇和围产期保健（出血和先兆子痫指南）、预防子宫颈癌和防止不安全的人工流产。

全组织范围预期成果 4.8

已为加强倡导将老龄化看作是一个公共卫生问题向会员国提供准则、方针、工具和技术援助，以制定和实施政策和规划，目的在于在生命全程保持最大的功能能力，并在确保健康老龄化的措施方面对卫生保健提供者进行培训。

部分实现

指标		基线	具体目标	实现情况
4.8.1	已有符合 WHA58.16 号决议（“加强积极和健康的老龄化”）的运行良好的积极老龄化规划的会员国数。	15	20	33

118. 人们日益认识到健康老龄化是一个重要的全球性挑战，制订了运行良好的规划的国家数稳步增加，即是一个证明。然而，由于在这方面的资源有限，与其他利益攸关方，例如欧洲委员会的合作是至关重要的。在有现成的自下而上的倡议的地方，本组织的规范性工作，如评估准则和框架，影响力最大。这方面的一个例子是老年友好型城市网络，通过提高卫生人员的能力来促进健康老龄化。

119. 尽管取得了逐步进展，老龄化领域在非洲区域和东南亚区域被评估为部分实现，因为那里的财政和技术资源不足。

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

120. 双年度期间，许多会员国面临日益恶化的人道主义紧急情况，从 2010 年 1 月导致 20 多万人死亡并使 300 多万人遭受影响的海地地震开始，随后接连发生了智利的霍乱疫情和地震；影响 2000 多万人的巴基斯坦洪水；菲律宾洪水；日本地震及核事故；土耳其地震；埃及、利比亚、也门、叙利亚和科特迪瓦的内乱；影响约 1000 万人的非洲之角饥荒及其卫生后果；以及众多规模较小和不太突出的自然灾害和公共卫生事件。

121. 鉴于世界各地的紧急情况日益频繁并导致越来越多威胁生命的后果，同时考虑到工作变得复杂，以及会员国的需求不断增加，世卫组织与包括国家当局、民间社会、联合国机构、现有和新的捐助者以及私营部门在内的众多伙伴密切合作，以加强卫生部门的突发事件防范和应对能力。会员国也将突发事件防范和应对确认为与世卫组织合作的一个主要领域；119 个会员国已将这一领域纳入其国家合作战略。

122. 双年度期间，战略目标 5 下有四项全组织范围预期成果被视为全面实现，三项被视为部分实现。这些总体评定以各主要办事处衡量和报告的指标目标实现情况为依据，所用方法与以往双年度执行情况报告一样。但是，对突发事件防范、应对和恢复方面世卫组织工作进行定性分析后表明，需要一套更健全的全组织范围绩效标准以准确衡量成就。没有这样一套标准，这些全组织范围预期成果中多数都应被视为部分实现，尤其是考虑到当前的挑战。

123. 为对付秘书处和会员国在紧急风险管理和人道主义应对中所面临的挑战，并为与世卫组织改革进程和机构间常设委员会 2011 年变革议程的发展协调一致，世卫组织在双年度第二年中与内部和外部利益攸关方进行了广泛磋商，目的是完善和调整其在紧急情况中的工作，这促使(1)制定了一个新的全组织范围紧急情况应对框架，包括可衡量的绩

效标准；(2)对总部紧急情况司进行改组，重新定向并裁减了 50% 人员；(3)将战略目标 5 下的预期成果由 7 个精简至 2 个：一个关于防范，另一个关于应对；(4)2012-2013 年规划预算中战略目标 5 这一部分更加切合实际，注重加强区域和国家能力。步入 2012 年后，执委会和卫生大会将讨论世卫组织在紧急情况中的作用及其建议的紧急情况应对框架，同时为世卫组织在该领域的工作进一步确定方向。

全组织范围预期成果 5.1

已为发展和加强国家突发事件防备计划和规划制定规范和标准，建设能力和向会员国提供技术支持。

部分实现

指标	基线	具体目标	实现情况
5.1.1 有适用多种危害的国家突发事件防备计划的会员国比例。	60%	65%	72%
5.1.2 为减少卫生设施受自然灾害影响的脆弱性实施规划的会员国数。	46	50	91

124. 世卫组织支持会员国减少卫生系统和社区的实体和功能脆弱性，以便确保事件发生后能持续提供卫生服务并加强会员国卫生部门的防备。

125. 世卫组织参与了减少灾害风险全球平台的建立工作，目的是通过加强利益攸关方之间的沟通与协调进一步减少灾害风险。各区域办事处制定了减少灾害风险指南以及评价卫生系统危机管理能力的工具包。此外，提供了技术支持以协助实施国家层面的紧急情况风险管理规划并针对关于增强国家卫生突发事件和灾害的管理能力以及卫生系统的应变能力的 WHA64.10 号决议采取行动。由此，双年度期间，实施安全医院规划的会员国百分比从 23% 上升到 46%，具有国家突发事件防备计划的会员国百分比从 60% 上升到 72%。

126. 虽然这项全组织范围预期成果的指标目标都得到实现，但非洲区域办事处、东南亚区域办事处和西太平洋区域办事处以及总部对这项全组织范围预期成果的评估结果为部分实现。主要理由是缺乏一个全组织框架来阐明和指导世卫组织在突发事件防范方面对会员国的支持，而且还缺乏清楚的绩效标准和可持续的资金供应。

全组织范围预期成果 5.2

已制定规范和标准并已建立能力，使会员国能及时应对与自然危害有关的灾害和与冲突有关的危机。

全面实现

指标		基线	具体目标	实现情况
5.2.1	在区域和总部设置紧急突发事件时可启用的迅速扩增活动能力的平台。	80%	100%	100%
5.2.2	关于紧急应对方面公共卫生行动的全球和区域培训规划数。	22	35	44

127. 双年度期间，在世卫组织支持下，会员国继续在卫生部门建设应对突发事件的国家能力。世卫组织领导全球卫生部门的合作活动。全球卫生部门由 30 多个国际人道主义卫生组织组成，目的是建设应对和恢复能力。世卫组织还为加强国家对应机构、世卫组织职员和国际伙伴的应对和恢复能力举办了 44 次培训课程；加强了其行动平台以便能在区域和总部迅速部署专家、资金和用品；开发了与儿童卫生、精神卫生和灾害后需求评估有关的重要工具；并通过积极参与机构间常设委员会的工作，影响全球人道主义范畴的决策程序。

128. 尽管这项全组织范围预期成果被评估为全面实现，但仍需开展更多工作以制定机构准备就绪状况的最低标准以及全组织范围的应对系统和程序。虽然已确立了机制，但不能满足迅速扩增活动的需求。这在 2011 年中尤其明显，在重大人道主义紧急情况期间，本组织及合作伙伴无法满足会员国和伙伴对迅速扩增人力资源的需求。2012-2013 双年度期间，将特别注重应对这一持续存在的挑战。

全组织范围预期成果 5.3

已制定规范和标准并建立了能力，使会员国能在冲突后和灾后过渡和复苏阶段评估需求和计划干预。

部分实现

指标		基线	具体目标	实现情况
5.3.1	已就当前突发事件制订含有卫生内容的人道主义行动计划数。	26	在所有具备人道主义协调员的国家(39)	在所有具备人道主义协调员的国家(39)
5.3.2	已制订卫生复苏计划的转轨国家数。	12	18	33

129. 许多面临持久紧急情况的会员国在将卫生纳入人道主义行动计划方面取得了进展。具有人道主义协调员的 39 个国家全部在人道主义行动计划中增加了卫生内容。33 个国家在双年度期间制定了卫生部门复苏战略。

130. 世卫组织与有关的联合国机构、世界银行和欧洲联盟合作，为灾害后和冲突后需求评估制定了方法。一些区域办事处参与了为制定恢复计划开发的冲突后和灾害后需求评估工具的最后确定工作。西太平洋区域办事处制定了灾害后卫生需求和风险评估工具，用以指导确定受灾人群的卫生需求。

131. 虽然这项全组织范围预期成果的指标目标已得到实现，但非洲区域和东地中海区域以及总部报告的结果是部分实现，主要因为缺乏针对受影响国家的一致的全组织方法和指导，而且危机后的捐助方支持不足。

全组织范围预期成果 5.4

已就自然灾害和冲突局势中的传染病控制向会员国提供协调的技术支持。

全面实现

指标		基线	具体目标	实现情况
5.4.1	已实施包括启动突发事件早期警报系统和疾病监测在内的传染病控制干预措施的重大自然灾害或冲突局势比例。	100%	100%	100%

132. 在世卫组织各区域，会员国正带头努力在冲突和自然灾害期间进行监测，并预防和控制传染病。

133. 成立了一个紧急情况传染病工作小组，为在人道主义紧急情况中控制传染病向会员国、区域和国家办事处以及合作伙伴提供技术支持。在海地地震、吉尔吉斯斯坦和乌兹别克斯坦危机、巴基斯坦洪水、利比亚动乱、非洲之角饥荒和土耳其地震之后，制作了六份公共卫生风险评估文件。另外为阿富汗、中非共和国、乍得、科特迪瓦、斯里兰卡和津巴布韦编制了六份传染病流行病学概况。

134. 已实施包括启动突发事件早期警报系统和疾病监测在内的传染病控制干预措施的所有重大自然灾害或冲突局势都得到了有效控制。世卫组织将进一步努力确保在应急计划中纳入流行病的危机管理并强调与国家传染病监测规划、卫生部门内外的实验室和药房开展更有力的合作。灾害和冲突情况中的卫生需求和风险评估必须包括传染病风险评估并应从《国际卫生条例(2005)》的风险评估能力中获得更大益处。

全组织范围预期成果 5.5

已为加强国家对食品安全和环境卫生紧急事故的防备以及建立预警和反应机制向会员国提供支持。

部分实现

指标		基线	具体目标	实现情况
5.5.1	有国家化学、放射和环境卫生紧急事故防备、预警和应对活动计划的会员国比例。	60%	65%	70%
5.5.2	有国际食品安全当局网络和环境卫生紧急事故网络联络点的会员国数。	173	在所有会员国	177

135. 双年度期间会员国面临诸多危机，从海地地震、巴基斯坦洪水到尼日利亚的大规模铅中毒，其中环境卫生是一个关键要素。

136. 已为加强化学、辐射和环境卫生方面的国家防备、预警和应对机制向会员国提供了技术支持。由此，具有特定的化学、辐射和环境卫生紧急事故防备计划的会员国比例由60%增加到70%。此外，91%的会员国拥有国际食品安全当局网络的国家联络点，两年前该比例为89%。

137. 尽管这项全组织范围预期成果的指标目标已得到实现，但非洲区域、东地中海区域、东南亚区域和西太平洋区域报告的结果均为部分实现，主要是由于缺乏这一领域的专家造成了限制。

全组织范围预期成果 5.6

已与联合国系统其它组织、政府、地方和国际非政府组织、学术机构以及国家、区域和全球各级专业协会发布有效信息、组成伙伴关系和发展协调。

部分实现

指标	基线	具体目标	实现情况
5.6.1	60%	80%	>80%
5.6.2	60%	75%	>75%

138. 在全球和国家层面伙伴关系的基础上，世卫组织在实施部门方法的所有国家充当卫生部门的牵头机构。在所有这些国家中，世卫组织根据卫生部门计划协调人道主义卫生团体的工作，由此为会员国提供支持。但是，在某些国家，伙伴和利益攸关方对未能充分履行卫生部门领导职能表示极大关注。由于没有统一标准来衡量该领域的绩效，这些指标被评为未得到全面实现，因此这项预期成果仅得到部分实现。实现这项预期成果的挑战包括缺乏统一的全组织方法，缺乏协调、信息收集和管理以及战略规划方面的技能，缺乏能够在海地地震等大危机中协调大量合作伙伴的战略，以及缺乏资金来履行卫生部门领导职能。

全组织范围预期成果 5.7

及时、有效地开展紧急、持续性的活动和复苏活动。

全面实现

指标		基线	具体目标	实现情况
5.7.1	世卫组织为之调动协调一致的国家和国际行动的紧急突发事件的比例。	80%	90%	90%
5.7.2	根据人道主义行动计划的卫生内容就长期紧急情况采取干预措施的比例。	100%	100%	100%

139. 鉴于两项指标的实现情况，这项全组织范围预期成果得到全面实现，但仍存在重大挑战，包括缺乏含有可衡量的绩效标准的总体应对框架，缺乏应对能力和程序以及缺乏强有力的监测和评价系统。

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

140. 非传染性疾病是世界各地的主要死亡原因，导致全球死亡的 63%。四种行为风险因素 — 使用烟草、不健康饮食、缺乏身体活动和有害使用酒精 — 促使非传染性疾病，特别是心脏病和中风、糖尿病、癌症和慢性肺病的风险增加。全球死亡率的主要风险因素是高血压（导致全球死亡的 13%）、烟草使用（9%）、高血糖（6%）、缺乏身体活动（6%）以及体重超重和肥胖（5%）。不安全的性行为和酒精使用也是按残疾调整生命年计算的疾病负担的主要风险因素 — 合起来占全球残疾调整生命年的 10%。非传染性疾病给低收入和中等收入国家造成的累计经济损失每年估计达 5000 亿美元，相当于其当前年产生的 4%。

141. 对付行为风险因素的关键在于要集结政治、财政和技术承诺将非传染性疾病作为卫生和发展问题来处理。会员国在对付非传染性疾病的方法，特别是解决主要风险因素的方法方面取得了重要进展，通过联合国大会关于预防和控制非传染性疾病问题高级别会议的《政治宣言》（联合国大会 66/2 号决议）达成了共识。能够进一步证明这方面承诺的是，世卫组织烟草控制框架公约和其它一些决议的持续支持，这些决议包括关于饮食、身体活动与健康全球战略的 WHA57.17 号决议、关于向儿童推销食品和非酒精饮料的 WHA63.14 号决议以及关于生殖卫生：朝着实现国际发展目标和具体目标加速进展的战略的 WHA57.12 号决议。多部门卫生行动是所有这些战略的核心。

全组织范围预期成果 6.1

已向会员国提供建议和支持，以便在所有相关规划建设其健康促进能力，并建立有效的多部门和多学科合作，以促进健康以及预防或减少重大危险因素。

全面实现

指标		基线	具体目标	实现情况
6.1.1	已就全球健康促进会议确定的至少一个行动领域和承诺事项进行评估和报告的会员国数。	31	40	120
6.1.2	已实施旨在减少卫生不公平的健康城市化规划的城市数。	17	22	34

142. 到 2011 年底时，120 个会员国已就全球健康促进会议确定的至少一个行动领域和承诺事项进行了评估和报告。城市卫生公平问题评估和应对工具（Urban HEART）已在 23 个国家的 34 个城市得到应用，以便减少卫生不公平现象。

143. 尽管这项全组织范围预期成果得到“全面实现”，但经证明，已就全球健康促进会议确定的至少一个行动领域和承诺事项进行了评估和报告的一些会员国的衡量过于宽泛。它们衡量了范围广泛的健康促进行动，如制定战略、计划和建立伙伴关系等，这些应当作为成就的一部分加以评估，但不一定对其有效实施情况给予关注。2012-2013 年中将审查和加强这项指标的衡量标准。

全组织范围预期成果 6.2

已提供指导和支持，以便通过制定、验证和向可归因于重大危险因素的死亡和残疾负担高或不断增加的会员国传播框架、工具和操作程序加强国家重大危险因素监测系统。

全面实现

指标		基线	具体目标	实现情况
6.2.1	根据世卫组织阶梯式监测方法已建立有效运转的成人中重大健康危险因素国家监测系统的会员国数。	80	85	94

指标	基线	具体目标	实现情况
6.2.2	52	58	72

144. 在国家层面收集、分析和使用关于风险因素暴露情况的数据对于瞄准、预防和评价暴露程度的发展至关重要。会员国在该领域取得了进展，总共 94 个会员国目前在使用世卫组织阶梯式方法监测其成年人口对主要非传染性疾病风险因素的暴露情况，72 个会员国在使用世卫组织以学校为基础的全球学生健康调查方法(GSHS)监测青年人的危险行为和保护性因素。

145. 开展全球成人烟草调查等具体风险因素调查的会员国数量也有所增加。双年度期间，世卫组织公布了《全球非传染性疾病现状报告》，对这一战略目标中主要风险因素的现状进行了全面评估，并提供了一套指南，促进通过综合的跨部门干预措施对付非传染性疾病。

全组织范围预期成果 6.3

已制定以证据为基础和合乎伦理的政策、战略、建议、标准和准则，并已向烟草使用相关疾病和死亡负担高或不断增加的会员国提供技术支持，使它们能加强机构，以便处理或预防有关公共卫生问题；还已为实施公约条款以及制定和实施议定书和准则向《世界卫生组织烟草控制框架公约》缔约方会议提供支持。

全面实现

指标	基线	具体目标	实现情况
6.3.1	56	78	78
6.3.2	20	29	31
6.3.3	26	20	20

146. 世卫组织烟草控制框架公约于 2005 年生效。2008 年，世卫组织实行了关于减少需求措施的 MPOWER 系列政策，帮助各国履行其在框架公约下具有的某些义务。2011 年底时，在应用减少需求的措施方面取得了巨大进展：31 个国家颁布了全国无烟法律，将所有公共场所和工作场所涵盖在内；26 个国家的烟草总税收超过建议的最低标准，即零售价的 75%；19 个国家现强制要求在卷烟包装上采取最佳健康警语标签做法；20 个国家已全面禁止所有烟草广告、促销和赞助。世卫组织进行了能力评估，制定了培训包并在实施减少需求的措施方面向 20 个国家提供了技术支持。世卫组织通过直接与财政部就税收问题进行合作并提供专科培训，在 12 个会员国直接促进加强烟草税收系统的效率和效益。

147. 对已禁止烟草广告、促销和赞助的会员国数量的衡量进行了完善。对应禁止的烟草广告、促销和赞助活动采用了更严格的定义以符合最后批准的世卫组织烟草控制框架公约实施准则中载明的定义。因此，对 2010 年基线，2011 年要实现的具体目标以及 2011 年实现的数值重新进行了计算。

全组织范围预期成果 6.4

已制定以证据为基础和合乎伦理的政策、战略、建议、标准和准则，并已向酒精、药物和其它精神活性物质使用相关疾病或死亡负担高或不断增加的会员国提供技术支持，使它们能加强机构，以便解决或预防有关公共卫生问题。

全面实现

指标	基线	具体目标	实现情况
6.4.1 得到世卫组织支持的为解决或预防由酒精、药物和其它精神活性物质使用造成的公共卫生问题制定战略、计划和规划的会员国数。	38	50	57
6.4.2 为支持会员国预防和减少由酒精、药物和其它精神活性物质使用造成的公共卫生问题制定的世卫组织战略、准则和标准数以及开发的技术工具数。	11	14	16

148. 世卫组织《减少有害使用酒精全球战略》获得第六十三届世界卫生大会批准，促使根据该战略制定或修订国家酒精政策和行动计划的国家数日益增加。总共 57 个国家现具有国家酒精政策，另有 10 个国家具有次国家级酒精政策。世卫组织为支持实施有效

的酒精控制政策方案，开发了若干技术工具，包括关于酒精控制法规以及卫生保健机构中确认和管理酒精使用导致的障碍的指南。

全组织范围预期成果 6.5

已制定以证据为基础和合乎伦理的政策、战略、建议、标准和准则，并已向不健康饮食和缺乏身体活动相关疾病或死亡负担高或不断增加的会员国提供技术支持，使它们能加强机构，以便解决或预防有关公共卫生问题。

全面实现

指标		基线	具体目标	实现情况
6.5.1	根据世卫组织饮食、身体活动与健康全球战略已通过促进健康饮食或身体活动多部门战略和计划的会员国数。	61	65	79
6.5.2	为支持会员国促进健康饮食或身体活动开发的世卫组织技术工具数。	16	20	22

149. 到 2011 年底时，79 个会员国根据世卫组织《饮食、身体活动与健康全球战略》已通过促进健康饮食或身体活动多部门战略和计划。双年度期间，世卫组织制定了一份实施指南，支持会员国实施 WHA63.14 号决议中批准的关于推销食品和非酒精饮料的建议。世卫组织还公布了一套关于身体活动促进健康的全球建议，并一直在与会员国共同努力在国家层面实施这套建议。

全组织范围预期成果 6.6

已制定以证据为基础和合乎伦理的政策、战略、干预、建议、标准和准则，并已为促进安全性行为和加强机构向各国提供技术支持，以便处理和管理不安全性行为的社会和个人后果。

部分实现

指标		基线	具体目标	实现情况
6.6.1	提供关于不安全性行为决定因素和/或后果证据的会员国数。	8	10	22

指标		基线	具体目标	实现情况
6.6.2	使用世卫组织慢性病危险因素阶梯式监测（STEPS）工具就不安全性行为指标提供可比较数据的会员国数。	2	5	5

150. 根据世卫组织全球生殖卫生战略，22 个会员国提供了关于不安全性行为决定因素和/或后果的证据，若干国家实施了新的和改良的干预措施以促进更安全的性行为。但是，各区域实现指标的情况不均衡。

151. 这项全组织范围预期成果被评估为“部分实现”，因为某些区域，特别是非洲区域和东地中海区域，由于供资和确定优先次序方面的局限性而进展有限。

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

152. 尽管加强了全球政治关注，但国家内部和国家之间的卫生不公平问题继续增加，并因迅速城市化、人为和自然灾害、经济衰退以及失业问题而加剧。处理卫生不公平问题是公共卫生的一个首要重点。

153. 会员国日益寻找创新途径来促进就健康问题的社会和经济决定因素开展跨部门合作，并发现有必要将公平加强、有利于穷人、对性别问题敏感和符合道德的方法纳入其卫生部门和社会政策与规划。在 2011 年 10 月于巴西里约热内卢举行的健康问题社会决定因素世界大会¹上，会员国对此加强了政治承诺。由此，会员国对世卫组织支持的需求急剧增加，84 个会员国在这一双年度期间要求获得技术支持。这些方法也被纳入本组织各级针对具体疾病的一系列规划。

全组织范围预期成果 7.1

健康问题社会和经济决定因素的重要性已在整个组织得到确认并已纳入规范工作及与会员国和其它伙伴的技术合作。

¹ 此次世界大会的结果，即《健康问题社会决定因素里约政治宣言》在 EB130.R11 号决议(健康问题社会决定因素世界大会的结果)中获得批准。该决议，除其它外，呼吁加强全球、区域、国家和地方层面的治理。要求世卫组织确保使不同联合国机构针对健康问题社会决定因素开展的工作更加协调一致。

全面实现

指标		基线	具体目标	实现情况
7.1.1	针对总干事核准的健康问题社会决定因素委员会报告所确定的各项健康问题社会和经济决定因素已制订区域战略的世卫组织区域数。	4	5	5

154. 健康问题社会决定因素世界大会提供了一个论坛，旨在提高跨部门治理的政治能见度以促进卫生公平并就可行措施进行技术交流。作为会议筹备工作的一部分，记录了 40 多个国家个案研究，收集了国家方面在处理健康问题社会决定因素方面的良好做法。

155. 通过使用健康问题社会决定因素委员会知识网络的框架和结果，支持在 9 个国家将健康问题社会决定因素和卫生公平问题纳入国家卫生计划和公共卫生战略。6 个国家获得支持，得以建设卫生部的领导能力以协调和管理干预措施，力求通过处理健康问题社会决定因素来缩小公平方面的差距。

全组织范围预期成果 7.2

世卫组织已在国家和国际级为部门间合作提供机会和手段方面采取主动行动以处理健康问题社会和经济决定因素，其中包括理解和处理贸易及贸易协定对公共卫生的影响，并鼓励减贫和可持续发展。

全面实现

指标		基线	具体目标	实现情况
7.2.1	已公布在处理健康问题社会决定因素方面经验的国家数。	10	14	28
7.2.2	用于支持国家分析贸易和贸易协定对卫生影响的工具数。	8	9	9

156. 各国正着手改变其跨部门治理做法，以便在国家和国际层面加强对卫生公平的影响。一些国家已就卫生公平和“将卫生纳入所有政策”问题实行新的公共卫生立法。在全球和区域层面，世卫组织通过关于“将卫生纳入所有政策”的阿德莱德声明和《健康

问题社会决定因素里约政治宣言》，促进就“将卫生纳入所有政策”方针的关键要素达成国际共识。

157. 全球化和贸易对卫生结果具有重要影响。双年度期间，世卫组织继续支持会员国进行能力建设以评估贸易及其对卫生结果的影响。双年度期间制作了若干出版物，包括书籍、简报文件和实况报道。在全球层面，世卫组织现已与知识产权组织和世贸组织建立了积极的三方合作关系，三个组织已开始举办一系列联合技术研讨会，研究《公共卫生、创新和知识产权全球战略和行动计划》所涉及的问题。

全组织范围预期成果 7.3

已收集、比较和分析与卫生有关的社会和经济分类数据（按性别、年龄、种族、收入以及疾病或残疾等病症分类）。

部分实现

指标	基线	具体目标	实现情况
7.3.1 在双年度期间已发表内含分类数据并进行卫生公平性分析的国家报告数。	35	40	46

158. 各区域在使用分类数据衡量卫生不公平及其决定因素方面取得了一定进展。双年度期间已发表的内含分类数据和关于卫生公平性分析的国家报告数由 35 份增加到 46 份。要求获得支持、工具和能力建设以改进衡量工作的国家数量日益增加。为响应这方面需求，秘书处向各区域传播了一个模板以协助编写关于卫生不公平问题的国家报告，同时提供了技术支持，促进使用现有的卫生信息系统来确定健康问题社会决定因素方面的重点行动领域，并且编制了一份出版物，论及将性别观点纳入新出现传染病方面规划的主流问题。

159. 尽管关于双年度期间已发表的内含分类数据并进行卫生公平性分析的国家报告数的具体目标总体得到实现，但这项全组织范围预期成果仍被评定为部分实现。这主要是因为东地中海区域只部分实现了该成果，该区域许多国家尚未对收集分类数据的工作进行制度化。另外，总部尚未将关于卫生不公平以及分类数据的收集和使用方面的监测工作充分纳入世卫组织规划的主流，也未通过全球卫生观察站加以巩固。

全组织范围预期成果 7.4

已在世卫组织内以及在国家和全球级促进对健康采取以伦理和人权为基础的方针。

部分实现

指标		基线	具体目标	实现情况
7.4.1	已就指导如何利用人权增进健康为会员国或秘书处开发的工具数。	28	37	37
7.4.2	已就指导如何利用伦理分析改进卫生政策为会员国或秘书处开发的工具数。	12	16	16

160. 世卫组织有确保将伦理分析纳入卫生政策与规划的特定任务。必须对临床试验和卫生研究应用伦理标准。世卫组织与国家伦理委员会密切合作，促进生物伦理学合作中心的工作以及积极支持加强不同全球行动之间协同作用的其它国际组织的工作。在通过关于人体器官和组织移植的 WHA63.22 号决议后，成立了一个国家伦理委员会工作组，致力于在各国实施该决议。已经制定并在各国传播了关于结核病控制的伦理问题指导，同时向会员国提供了技术支持，使其能够加强伦理审查系统，包括临床试验注册系统。国际临床试验注册平台数据库登记的临床试验数量由 50 557 次增加到 2011 年底总共 153 092 次¹。为了加强对研究人员和用户的透明度，必须注册所有临床试验。

161. 世卫组织支持各国根据其与健康有关的人权义务和承诺，包括获得可及和可负担的卫生服务的权利、参与决策程序的权利和通过问责机制获得纠正的权利，审查国家卫生部门的战略计划。

162. 这项全组织范围预期成果得到部分实现，因为欧洲区域和东南亚区域报告的评估结果为部分实现。实现这项全组织范围预期成果的主要障碍是缺乏确认和处理新出现的重点问题的能力，以及缺乏应对各国紧急要求的能力。此外，报告程序严重受阻，因为关于某些区域国家开展的伦理活动的信息不足。

¹ 国际临床试验注册平台的搜索门户 (<http://www.who.int/trialsearch>) 每月平均点击次数由 2009 年的 14 万次增加到 2011 年 210 万次。这使国际临床试验注册平台在世卫组织排行榜中位居第三，仅次于分类网页和世卫组织媒体中心。

全组织范围预期成果 7.5

已将性别问题分析和对性别问题作出反应的行动纳入世卫组织的规范工作和向会员国提供的支持，以便制定对性别问题敏感的政策和规划。

部分实现

指标	基线	具体目标	实现情况
7.5.1 为促进在世卫组织工作中采取对性别问题作出反应的行动而制订或更新的世卫组织工具或文件数和与世卫组织技术部门开展的活动数。	63	85	98
7.5.2 在世卫组织支持下已在会员国中开展性别问题主流化活动数。	142	170	189

163. 在性别与卫生领域，非洲区域和美洲区域在将性别问题纳入国家政策和卫生干预措施主流方面取得了重要进展。美洲区域 10 个国家制定了关于性别主流化的合作计划。秘书处编制了 98 份指导文件和工具并与不同技术领域开展了联合活动，包括性别问题与重振初级卫生保健和性别问题与人权工具，此外还就性别和基于性别的暴力与艾滋病毒之间的联系问题制作了各种出版物。性别、妇女和卫生网络在世卫组织各区域的性别问题联络点¹数量已增加到 112 个。

164. 这项全组织范围预期成果下的目标虽然总体得到实现，但非洲区域和欧洲区域各自的评估结果是部分实现。双年度末期，由于总部和某些区域的职员短缺，使执行工作受阻，直接影响到对会员国的支持。

¹ 联络点系统是联合国行政首长协调委员会促进性别平等和增强妇女权能的全系统政策所认可的主要战略，为在区域和国家层面将性别问题纳入世卫组织规划提供技术支持，并监测关于将性别分析和行动纳入世卫组织工作战略的实施情况。

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

165. 健康问题环境和职业决定因素导致约四分之一全球疾病负担，每年估计造成 1300 万人死亡。最受影响的是生活和工作在世界污染最严重和生态系统最脆弱环境中的贫困妇女和儿童。全球和区域为解决健康问题环境和职业决定因素所做的努力主要包括：采取行动确认和处理具体的风险因素（如化学品、辐射、空气污染和气候变化等）；预防和管理各种环境（如家庭、工作场所和卫生保健设施等）中的风险；以及将一级预防干预措施纳入具有高度环境和职业风险的部门的政策、计划和项目制定程序。

全组织范围预期成果 8.1

已开展以证据为基础的评估并就环境对健康的重大危害（例如，空气质量差、化学物质、电磁场、氡、劣质饮用水以及废水的再利用）制定和更新了规范和标准。

全面实现

指标		基线	具体目标	实现情况
8.1.1	在世卫组织技术支持下在双年度就环境对健康的具体威胁进行评估或对环境造成的疾病负担进行量化的会员国数。	42	44	67
8.1.2	在双年度发表的世卫组织关于职业或环境卫生问题新的或更新的规范、标准或准则数。	18	20	21

166. 总体说，世卫组织各区域的国家都加强了关于影响人类健康的环境风险因素的知识。67 个国家报告使用世卫组织关于风险评估的工具和指导对具体的环境威胁进行了评估，相比之下，上一个双年度的国家数为 42 个。在许多情况下，这些行动是跨部门政治承诺的结果。例如，在非洲区域，在《利伯维尔宣言》及后续程序范围内，15 个国家在世卫组织的财政和技术支持下，进行了国家环境和卫生状况分析及需求评估。欧洲区域通过 2010 年 3 月举行的第五届环境与卫生问题部长级会议，东南亚区域通过 2010 年 7 月举行的第二届环境与卫生问题部长级区域论坛，西太平洋区域通过 2010 年 1 月的第二届东亚环境卫生与个人卫生部长级会议也都产生了类似的势头。

全组织范围预期成果 8.2

已为实施可减少环境对健康的危害、加强安全性和促进公共卫生，包括在特定环境（例如工作场所、家庭或城市）中和在脆弱群体（例如儿童）中的一级预防干预措施向会员国提供技术支持和指导。

部分实现

指标	基线	具体目标	实现情况
8.2.1 在世卫组织技术支持下为了减少环境对健康危害而在至少以下一个环境（工作场所、家庭或城市）中实施一级预防干预措施的会员国数。	48	52	92

167. 总共 92 个国家报告已为解决健康问题环境和职业决定因素扩大了对一级预防干预措施的使用。例如，许多国家加强了家庭用水处理和安全储存干预措施以确保饮用水的安全。国家层面的活动以 2010 年更新的《世卫组织饮用水水质准则》的应用以及 2010 年 4 月修订的关于安全使用废水、排泄物和灰水的世卫组织信息材料为指导。另外，与疫苗和免疫全球联盟合作，向 27 个非洲区域国家和 6 个东地中海区域国家提供了技术支持，协助其制定和实施国家卫生保健废物管理计划。

168. 2010 年 9 月，启动了全球清洁炉灶联盟（世卫组织是创始成员之一），目的是拯救 190 万人的生命，这些人由于暴露于固体燃料导致的空气污染，尤其可能因儿童期肺炎、心血管疾病，慢性阻塞性肺病和低出生体重等疾病和病症而过早死亡。通过这个全球联盟，低收入和中等收入国家将有 1 亿家庭能够获得清洁的炉灶。2011 年 9 月，世卫组织启用了全球室外空气污染数据库，载有来自 91 个国家近 1100 个城市的数据。

169. 尽管该指标的具体目标已得到实现，但这项全组织范围预期成果仍被评定为部分实现，主要是因为某些风险通报活动，例如在卫生保健机构的辐射防护和家中的氡辐射等方面，由于资源限制和现有职员必须应对福岛核事故而被推迟至下一个双年度。东地中海区域在开展这项全组织范围预期成果下的计划活动方面也遇到类似的人力资源限制。

全组织范围预期成果 8.3

已为加强国家职业和环境卫生风险管理系统、职能和服务向会员国提供技术援助和支持。

全面实现

指标		基线	具体目标	实现情况
8.3.1	在世卫组织支持下根据工人健康全球行动计划（2008-2017 年）等已实施国家管理职业健康风险行动计划/政策的会员国数。	67	72	88

170. 89 个会员国已制定国家政策框架、战略或行动计划以支持管理环境和职业风险。

171. 在东地中海区域，海湾合作委员会国家于 2010 年 1 月在开罗正式通过了健康工作场所倡议。世卫组织为一项区域行动计划提供了技术支持，以便促进健康的工作场所并使相关活动制度化，行动从埃及和阿曼开始。

172. 东南亚区域报告了类似的进展，11 个国家中有 9 个开展了国家活动，旨在实现《工人健康全球行动计划（2008-2017 年）》中的目标。2010 年世卫组织 / 劳工组织用以改善卫生部门工作条件的工具 HealthWISE 公布后，国家层面为促进和保护卫生保健工作者健康的活动也得到加强。

全组织范围预期成果 8.4

已产生指导、工具和行动，以便支持卫生部门影响其它部门政策，使其它部门能够确定和通过可改善健康、环境和安全的政策。

部分实现

指标		基线	具体目标	实现情况
8.4.1	正在实施世卫组织支持的计划以确定和应对农业、能源和交通等一个或多个部门的活动对健康影响的会员国数。	67	72	无数据

173. 双年度期间，对环境卫生影响评估等工具的系统使用有所增加。在第二届非洲卫生与环境问题部际会议（罗安达，2010 年 11 月）上介绍了加纳石油部门进行的一项成功试点项目。在这类成功的试点项目基础上，对卫生影响评估方面技术支持的需求越来越多，尤其是在石油、天然气和采矿业。在其它区域，对卫生影响评估的使用给予了更多

关注，特别是因为这种评估被视为一项工具，可用以解决卫生不公平问题，尽可能加强健康效益以响应减缓和适应气候变化的行动，并支持绿色增长。

174. 在运输部门，发起了有利于环境持续发展的运输倡议和有利于环境持续发展和健康的城市运输倡议。还向 6 个国家提供了技术支持以促进在农业部门加强对杀虫剂的公共卫生管理，从而减少杀虫剂给公众健康造成的风险。

175. 世卫组织共同主办了 2011 年 5 月在哥本哈根举行的第一届紫外线与皮肤癌国际会议，将世界各地的利益攸关方聚集在一起。此外，已着手编制手册，汇集关于日光浴床的政策干预措施，并建立一个关于日光浴床政策的补充数据库。

176. 虽然取得了显著进展，但双年度期间，为确保能更准确地评估成就，对用以衡量正在实施世卫组织支持的计划以确定和应对农业、能源和交通等一个或多个部门的活动对健康影响的会员国数量的标准和方法进行了修订。目前正在相应地修订基线和具体目标数值。因此，无法提供数据反映这一双年度的实现情况。在缺乏关于指标成果数据的情况下，根据区域和总部的技术评估，将这项全组织范围预期成果评定为部分实现。

全组织范围预期成果 8.5

加强卫生部门领导以创建更健康的环境和在所有部门改变政策，通过应对正在出现和重新出现的发展对环境卫生产生的后果、消费和生产模式变化产生的后果以及新兴技术的破坏性影响等手段，处理环境对健康威胁的根本原因。

全面实现

指标	基线	具体目标	实现情况
8.5.1 世卫组织发表的或联合发表的关于新的和重新出现的职业和环境卫生问题的报告或研究报告数。	15	17	21
8.5.2 世卫组织就实现主要国际发展框架（如千年发展目标）的用水和环境目标方面取得的进展发表的或联合发表的报告数。	8	10	10
8.5.3 世卫组织每双年度主办的或提供技术支持的高级别区域环境与卫生问题论坛数。	9	10	11

177. 总体说，由于世卫组织开展的规范工作和风险评估活动，包括出版关于主要化学品的报告，例如关于室内残留喷洒滴滴涕的报告以及关于引起重要公共卫生关注的十种化学品的丛刊等，加强了对化学品相关健康风险的认识。

178. 关于高级别论坛和活动中，包括国际环境协定和相关程序中优先关注的环境和职业卫生问题，世卫组织通过，例如，2011年3月就利用环境和职业干预措施进行一级癌症预防问题举行的第一届国际会议以及《阿斯图里亚斯宣言》，倡导加强现有环境和卫生发展目标及具体目标之间的联系。

全组织范围预期成果 8.6

为确定、预防和处理气候变化造成的公共卫生问题制定的以证据为基础的政策、战略和建议以及向会员国提供的技术支持。

全面实现

指标		基线	具体目标	实现情况
8.6.1	世卫组织发表的或联合发表的关于气候变化对公共卫生影响的报告或研究报告数。	无数据	30	35
8.6.2	已实施计划协助卫生部门适应气候变化对健康影响的国家数。	无数据	30	48

179. 世卫组织各区域总共 30 个国家报告对气候变化导致的卫生脆弱性以及适应气候变化的情况进行了评估，目前 14 个国家的 18 个重要试点项目正在使用这些评估的结果。世卫组织继续发挥其宣传和领导作用，以便鼓励区域和国家层面的环境、气候变化和可持续发展工作更多地考虑到卫生问题。

180. 已在五个部门（住房、运输、农业、卫生和家庭能源）对减缓气候变化政策带来的卫生共同利益进行了系统审查。审查结果连同一份由美洲区域办事处编写的报告（《健康问题的环境和社会决定因素》）在 2011 年 10 月举行的健康问题社会决定因素世界大会上得到发布，而且还先后在《联合国气候变化框架公约》缔约方会议第十六届会议（2010 年）和第十七届会议（2011 年）上得到发布。

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。

181. 营养不足、缺乏维生素和矿物质以及肥胖问题影响全球大部分人口。据估计，儿童期营养不良是导致 35% 五岁以下儿童死亡的根本原因。饮食，包括不安全的食品摄入，是糖尿病、心血管病和癌症的主要风险因素。由食品和水中的病原体导致的腹泻病与营养不良交互作用，形成一个不利于发展的恶性循环。2008 年中，20 岁以上的肥胖症患者男性有 2.05 亿人，女性有 2.97 亿人。

182. 世卫组织一直在与负责营养和食品安全问题的国家卫生当局，以及其它政府部门，特别是农业部门的代表共同开展工作。世卫组织的主要伙伴包括联合国，特别是粮农组织、儿童基金会和世界粮食计划署，以及各种国际机构、双边和多边筹资机构、科学界和非政府组织。还与一些区域机构，如太平洋共同体秘书处、西非卫生组织、非洲联盟、非洲发展新伙伴关系、萨赫勒地区抗干旱国家间常设委员会(CILSS)以及欧洲委员会等建立了联系。

全组织范围预期成果 9.1

在国家、区域和全球各级已组成伙伴关系和联盟，建设领导能力以及与所有利益攸关者强化协调和联网，以促进宣传和交流，激励部门间行动，在营养、食品安全和食品保障干预方面增加投资，以及制定和支持研究议程。

部分实现

指标		基线	具体目标	实现情况
9.1.1	已有制度化和起作用的协调机制在食品安全、食品保障或营养领域促进部门间措施和行动的会员国数。	89	125	128
9.1.2	已将营养、食品安全和食品保障活动及其供资机制列入其全部门办法或减贫战略文件的会员国数。	28	35	117

183. 在大多数国家，决策者对食品安全和营养的重要性、对加强卫生、农业和兽医部门之间合作的重要性，以及对加强各利益攸关方之间协调的重要性都提高了认识。这方面

的证据是，已有制度化和起作用的协调机制在食品安全、食品保障或营养领域促进部门间措施和行动的会员国数由 2010 年的 89 个增加至双年度末的 128 个。若干会员国在食品安全和营养领域建立了促进部门间措施和行动的协调机制。但是，在一些区域，国家食品安全规划仍然各自为阵，不同部门之间的协作与合作有限。

184. 世卫组织在国家层面参与了联合国改革和消除儿童饥饿和营养不良的新努力(UN REACH)，在全球层面参加了联合国系统营养问题常设委员会，同时促进开展加强营养运动，领导负责监督和监测的专题小组并制定孕产妇和婴幼儿营养全面实施计划。

185. 世卫组织还协调与全球食源性感染网络(GFN)和国际食品安全当局网络(INFOSAN)有关的工作。这两个网络分别通过在世界各地开展培训课程和活动，以及迅速交流信息和应对食源性疾病疫情，促进以实验室为基础进行综合监测。

186. 此外，世卫组织加强了与注重粮食安全问题的国际行动者的合作，以便促进跨部门合作并将食品安全问题纳入关于食品危机的国际讨论。总部秘书处针对“农业促进改善营养和健康”研究规划，加强了与国际家畜研究所(ILRI)和国际粮食政策研究所(IFPRI)之间的伙伴关系，并支持联合国食物权问题特别报告员编写提交联合国人权理事会的报告。

187. 这项全组织范围预期成果得到部分实现，因为在非洲区域和美洲区域，仍需加强国家层面的治理机制。

全组织范围预期成果 9.2

已产生和向会员国传播规范，包括参考资料、要求、研究重点、准则、培训手册和标准，提高其能力以评估和应对各种形式的营养不良、食源性人畜共患和非人畜共患疾病，以及促进健康的饮食习惯。

全面实施

指标		基线	具体目标	实现情况
9.2.1	已产生并向会员国和国际社会传播的新的营养和食品安全标准、准则或培训手册数。	23	43 ^a	88 ^b
9.2.2	用于预防和管理食源性人畜共患和非人畜共患疾病的新的规范、标准、准则、工具和培训材料数。	14	19	20

^a 此外，秘书处委托制定了 200 项新食典标准。

^b 此外，由于简化了审批程序，制定了大量新食典标准(557 项)。

188. 一项重大进展是遵循世卫组织的指南程序建立了一个提供营养方面科学建议的机制，促使改善了对营养不良和微量营养素缺乏症的管理。同样，在食品安全领域，主要成就是加强了对基于科学的食品安全标准，即食典标准重要性的认识，并将这些标准适用于出口食品和本地食品供应。

189. 总体上，世卫组织制定了 65 项营养和食品安全标准、指南或培训手册以及 557 项食典标准，并已传播给各会员国和国际社会。值得注意的是，制定了关于食源性抗菌素耐药性风险分析食典指南。秘书处还召集了大量科学专家会议以评估食品添加剂、污染物、食品中兽药残留物、微生物危害和新出现问题的潜在健康风险，由此为国际标准提供了证据基础。世卫组织为培训食品处理者和教育消费者而向全球发出的“食品安全的五大要素”讯息也得到广泛传播。

190. 为就营养问题提供科学建议建立了营养指导专家咨询小组。通过世卫组织指南制定程序制定或更新了 14 份营养指南。还通过营养行动证据电子图书馆对指南进行翻译和传播。由于更加努力提供科学建议并提高食典标准制定程序的效率，这一具体目标被超越，制定了更多的国际食品安全标准，包括关于限制婴儿配方奶粉、其它食品和动物饲料中三聚氰胺污染的标准。

191. 在《食品中的化学品风险评估原则和方法》等综合指导文件中公布了风险评估方法。发展中国家和经济转轨国家对食典程序的有效参与得到进一步加强，这可以通过从法典信托基金毕业但仍继续参与食品法典工作的国家数量来证明。

全组织范围预期成果 9.3

已加强在稳定局势和紧急局势中营养和与饮食有关的慢性病领域需求监控和监测以及应对措施评估和评价并已提高能力以确定最佳政策方案。

全面实现

指标		基线	具体目标	实现情况
9.3.1	已采纳和实施世卫组织儿童生长标准的会员国数。	63	85	115
9.3.2	已有关于主要形式的营养不良具全国代表性的监测数据的会员国数。	104	125	142

192. 在监测营养状况、食源性疾病和实施食品及营养政策方面取得了进展。已采纳世卫组织儿童生长标准的会员国数由 2010 年的 63 个增加到双年度末的 115 个，而已有关于主要形式的营养不良且具全国代表性的监测数据的会员国数则由 104 个增加到 142 个。

193. 欧洲区域确立了儿童期肥胖症监测，并且一项覆盖 119 个会员国和四个领土的全球营养政策审查已得到实施。此外，在 28 个国家评估了食品安全规划。全球食源性感染网络现包括来自 181 个会员国的成员，国际食品安全当局网络则连接了 177 个会员国，补充在《国际卫生条例(2005)》下开展的工作。

194. 世卫组织维持并扩大了其数据库，包括关于儿童体位、身体质量指数 (BMI) 数据、维生素和矿物质状况的数据库。这些数据库通过营养状况信息系统连接起来。全球营养政策审查的结果是新建立的营养行动实施情况全球数据库的基础。其它信息资源，包括指标定义和指标选择逻辑框架、调查方法工具以及实验室能力绘图等可以补充这些数据库。此外，还对儿童营养不良、维生素和矿物质状况进行了国家、区域和全球估算并为实施生长标准提供了支持。

全组织范围预期成果 9.4

已为制定、加强和实施在稳定和紧急局势中改善生命全程营养的营养计划、政策和规划建设能力和向目标会员国提供支持。

部分实现

指标	基线	具体目标	实现情况
9.4.1 已实施至少三项婴幼儿喂养全球战略建议的极为优先行动的会员国数。	52	97	117
9.4.2 已实施预防和控制微量营养素营养不良战略的会员国数。	44	77	119
9.4.3 已实施促进健康饮食习惯战略以预防与饮食有关的慢性病的会员国数。	至少 44	80	138
9.4.4 已将营养列入其艾滋病毒/艾滋病应对措施中的会员国数。	14	59	25
9.4.5 已加强国家防备和应对营养紧急情况的会员国数。	23	47	41

195. 第六十三届世界卫生大会通过了关于婴幼儿营养的 WHA63.23 号决议，促使制定了一份孕产妇和婴幼儿营养全面实施计划。制定该计划之前进行了一系列区域磋商，参与方包括来自 92 个会员国的不同政府部门、联合国系统各组织、开发银行、捐助者和民间社会。已实施至少三项婴幼儿喂养全球战略建议的极为优先行动的会员国数由 2010 年的 52 个增加到双年度末的 117 个。

196. 美洲区域、东地中海区域和东南亚区域还制定了区域营养战略(分别是《减少慢性营养不良的战略和行动计划》、《2010-2019 年区域营养战略》和《区域营养战略》)。世卫组织在制定和实施政策与计划方面向会员国提供了支持，由此使已实施预防和控制微量营养素营养不良战略的会员国数由双年度开始时的 44 个增加到 2011 年底的 119 个。

197. 涉及婴儿、儿童期和孕产妇营养问题以及预防慢性病问题的若干全球文件和会议强调了生命全程方法。会员国意识到所牵涉的各种问题，而且决策者和规划管理人员对此有高度的认识。由于这方面的工作，已实施促进健康饮食习惯战略以预防与饮食有关的慢性病的会员国数由 2010 年的 44 个增加到双年度末的 138 个。

198. 尽管取得了一些重要成就，但这项全组织范围预期成果被评定为部分实现，因为美洲区域和东南亚区域在实施营养政策和计划方面进展不足。此外，相当数量的国家在将营养干预措施纳入艾滋病毒规划方面滞后。

全组织范围预期成果 9.5

已加强食源性人畜共患和非人畜共患疾病监测、预防和控制系统；已建立食品危害监控和评价规划并将其纳入现有国家监测系统，以及向所有主要行动者传播结果。

部分实现

指标	基线	具体目标	实现情况
9.5.1 已为预防、控制和监测食源性人畜共患疾病建立或加强部门间合作的会员国数。	66	75	105
9.5.2 已为减少至少一种主要食源性人畜共患疾病的发病率发起计划的会员国数。	68	80	85

199. 开展了若干活动支持在会员国加强针对食源性疾病和食品污染问题的食品安全机构和监测系统。活动目标是促进食品和公共卫生实验室与流行病学机构之间的跨部门合

作。由于这方面开展的工作，已为预防、控制和监测食源性人畜共患疾病建立或加强部门间合作的会员国数由 2010 年的 66 个增加到双年度末的 105 个。第六十三届世界卫生大会通过了关于推进食品安全行动的 WHA63.3 号决议。

200. 世卫组织向各国提供了支持，以加强食品安全机构和食源性疾病监测，促进关于食源性疾病病因、污染源和风险因素的研究项目，并启动国家试点研究以评估食源性疾病的负担。

201. 此外，世卫组织为监测食品控制实验室的分析能力提供了支持并通过组织关于食源性疾病监测的培训课程和促进食品和公共卫生实验室与流行病学机构之间的跨部门合作，加强了实验室能力。就后者而言，已通过世卫组织全球食源性感染网络（在 181 个会员国拥有成员）组织的培训课程和讲习班，向世卫组织所有区域的国家提供了支持。

202. 尽管双年度期间取得了成就，但这项全组织范围预期成果仍被评定为部分实现，因为东地中海区域办事处、东南亚区域办事处和西太平洋区域办事处报告的各自评估结果均为部分实现。主要障碍是多数国家只有限地将食源性疾病纳入监测系统；利益攸关方之间的协调与合作问题复杂，影响了对食品安全的有效监督和监测；各国用以支持开展全面饮食研究的资源有限；以及食源性疾病负担方面规程的制定程序漫长。

全组织范围预期成果 9.6

已建设能力和向会员国提供支持，包括他们参与国际标准制定工作以加强其在食源性人畜共患和非人畜共患疾病以及食品安全领域评估风险的能力，以及制定和实施国家食品控制系统，并与国际应急系统相联系。

全面实现

指标		基线	具体目标	实现情况
9.6.1	获得支持以参与与食品有关的国际标准制定活动，例如食品法典委员会的国际标准制定活动的选定会员国数。	97	85	85
9.6.2	已为食品安全建设与国际应急系统相联系的国家系统的选定会员国数。	59	70	177

203. 在全球层面，法典信托基金的资源发生了战略转移，将更多的资源用于提高对食典培训和能力建设活动的参与质量，并加强食典审议工作中来自发展中国家的科学和技术投入。

204. 在东南亚区域，出席各种食典会议和国际食品安全当局网络会议的会员国代表数量有所增加。在欧洲区域的许多国家中，官员们的知识水平提高了，而且食品安全紧急情况期间的部门间合作得到加强。在美洲区域，40个国家通过了关于食品法典的决议。在东地中海区域，除了遭遇复杂紧急情况的国家外，绝大多数国家已具有能够检测食品中传统化学品危害的实验室。各国继续参与食品法典委员会及其下设各规范委员会的会议，以及其它国际标准制定机构的工作。食典近东协调委员会于2011年5月在突尼斯举行会议，评估了食品风险并为该区域的传统食品制定了标准。迄今为止，已具有关于13种传统食品的危害分析和临界控制点的通用模式。各国继续加强其微生物和化学实验室以使它们能够参与国际食品安全当局网络。结合《国际卫生条例(2005)》的实施工作，许多国家已将食源性疾病预防纳入国家疾病监测工作。但是，就食源性疾病预防和监测情况提供的数据仍然有限。在美洲区域，若干国家获得了支持以便起草或完成其国家食品安全政策并评价其食品控制系统。在南非筹备和举行2010年世界杯足球赛期间，曾利用世卫组织的“食品安全的五大要素”概念来处理食品安全方面的各种安排。

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

205. 双年度期间遇到全球金融困难，使寻求发展其卫生系统的国家所面临的挑战更加严峻。这一危机加剧了财政拮据状况，影响到目前在实现卫生相关千年发展目标方面遇到的各种问题，如服务提供分散且质量低，不利于患者安全；缺乏及时信息和足够的信息系统(包括生命登记系统)，以及产生数据的通信技术和研究能力；卫生保健提供者短缺或士气低落；不能公平获得服务并严重依赖直接现金支付来资助卫生服务。

全组织范围预期成果 10.1

通过公立和非公立提供者和网络改进管理和组织以人群为基础的综合卫生服务提供，体现初级卫生保健战略，扩大以个人和人群为基础的卫生服务的覆盖范围并增强其公平性、质量和安全，以及增进卫生结果。

全面实现

指标		基线	具体目标	实现情况
10.1.1	经常更新卫生设施和卫生干预措施的数目和分布情况数据库的会员国数。	30	35	73

206. 国家层面和秘书处内部越来越关注在综合初级卫生保健基础上促进和发展服务提供。中等收入和高收入国家的情况尤其如此。在一些国家中，初级卫生保健开始发挥作用，包括加强协调。将非传染性疾病与其共同风险因素更紧密和持续地结合起来能创造跨领域平台，减少纵向方法的缺点，并加强以初级卫生保健为基础的卫生系统。

207. 双年度期间，对载有卫生设施和卫生干预措施数目及分布情况的数据库经常进行更新的会员国数量由 2010 年的 30 个增加至 2011 年底的 73 个。21 个国家在实施和监测改革以加强初级卫生保健方面取得了进展。

208. 制定服务提供指导方面的规范性工作有所进展，涉及的领域包括以人为本的保健服务、区县级筹划、医院服务、卫生服务商业化的调控、传统和补充医学的管理以及参与问题。

209. 医院改革议程对国家卫生当局的重要意义与该议程在全球卫生和援助领域受到的关注依然脱节。这不利于发展协调一致的服务提供方法。

全组织范围预期成果 10.2

通过以证据为基础的政策对话，政策分析和制定方面的机构能力建设，以战略为基础的卫生系统绩效评估，加强绩效方面的透明度和问责制，以及部门间更有效的合作，使国家治理和领导能力得到加强。

全面实现

指标		基线	具体目标	实现情况
10.2.1	过去 5 年中与各利益攸关方协商后制定了国家全面卫生计划制定进程的会员国数。	92	107	108
10.2.2	定期或周期性地对进展进行评价的会员国数，包括以共同商定的卫生系统绩效评估为基础对其国家卫生计划实施情况的评价。	54	65	69

210. 各国在制定和实施其国家卫生政策、战略和计划方面取得了进展。在全球，108个国家制定了全面的国家计划，同时利益攸关方在不同程度上参与了国家政策对话。69个会员国根据商定的卫生系统绩效评估标准开展了参与式卫生部门审查和进展评价。10个国家成功地进行了国家战略联合评估。在美洲区域，11个国家的管制框架和立法得到修订和更新。在欧洲区域，6个国家完成了卫生系统绩效评估工作。在东地中海区域，13个国家就规范私营部门的问题进行了评估研究。信息和问责制委员会为至少6个国家制定了信息和问责方面的路线图。

全组织范围预期成果 10.3

支持会员国努力实现国家卫生系统发展具体目标和全球卫生目标的各种机制(包括捐助者的援助)的协调得到改善。

部分实现

指标	基线	具体目标	实现情况
10.3.1 通过根据《援助实效问题巴黎宣言》进行的衡量，使重要利益相关方的投入与国家政策协调一致的会员国数。	25	30	52

211. 国际卫生伙伴关系(IHP+)旨在通过加强各伙伴与国家卫生战略之间的协调更迅速地改善卫生结果。世卫组织与世界银行共同充当国际卫生伙伴关系(IHP+)的秘书处。审查所涉双年度期间，国际卫生伙伴关系(IHP+)全球契约签署方的数量由25个增加到52个，其中30个是发展中国家。双年度期间，10个发展中国家和15个发展机构参与了“**IHP+ Results**”的第二轮工作。与此同时，各卫生部在发展和组织更加全面的利益攸关方/捐助方协调机制，如全部门办法和国家战略联合评估等。秘书处继续在支持会员国开展协调工作方面发挥重要作用。

212. 全组织范围预期成果 10.3 得到“部分实现”，因为美洲区域和东南亚区域报告的评估结果为部分实现。全面实现这一成果的主要挑战是，各机构需要时间进行调整以便使自己的政策与国家政策和伙伴机构的政策协调一致。

全组织范围预期成果 10.4

提供并使用优质和及时信息进行卫生计划和监测实现国家及重要国际目标方面进展的国家卫生信息系统已得到加强。

全面实现

指标		基线	具体目标	实现情况
10.4.1	具有符合商定标准的充足卫生统计并监测与卫生有关的千年发展目标的低收入和中等收入国家比例。	40%	45%	48%

213. 许多国家日益致力于加强卫生信息系统。这包括完成卫生剂量系统网络/世卫组织评估，制定战略计划，逐步加强分析能力和提高数据的可得性。后者主要通过家庭调查来实现，但是也在努力改进基于设施的报告系统。这一双年度期间，具有符合商定标准的充足卫生统计并监测与卫生有关的千年发展目标的低收入和中等收入国家比例由 40% 增加到 48%。

214. 世卫组织通过制定和推广标准和工具，建设能力和为区域网络提供支持，促进加强国家卫生信息系统。为支持国家而开展的规范性工作涉及共同开发工具促进更好地收集数据，具体可通过使用《服务可得性和准备情况评估》进行设施调查，对数据质量进行评估，监测卫生信息系统绩效，建立监测和评价框架促进开展信息和问责制/卫生审查(世卫组织和国际卫生伙伴关系(IHP+) “监测、评价和更新国家卫生战略：由国家主导的信息和问责平台”)。

215. 世卫组织支持在卫生部门审查和年度卫生统计报告框架内加强国家分析能力。这包括共同开发工具、举办多国讲习班以加强分析能力(2010-2011 年期间在非洲区域、东地中海区域、东南亚区域和西太平洋区域举办了 4 次讲习班，覆盖总共 30 多个国家)。

全组织范围预期成果 10.5

通过汇总和公布现有证据，促进重点领域知识的产生，以及卫生研究政策和协调方面(包括在道德行为方面)的全球领导，确保为卫生决策提供更好的知识和证据。

部分实现

指标		基线	具体目标	实现情况
10.5.1	可以从其开放利用数据库中获得高质量核心卫生统计概况的国家比例。	85%	90%	98%

指标		基线	具体目标	实现情况
10.5.2	世卫组织能够为政策和规划用途在支持产生和使用信息及知识(包括通过调查、民事登记或改进或分析及汇总卫生设施数据等收集初步数据)方面发挥重要作用的国家数。	30	35	36
10.5.3	在全球和区域级确立并维持有效的卫生研究协调和领导机制。	进行中，全球和区域处于不同的阶段	在全球和所有区域层面运转的机制	世卫组织总部已制定全球卫生研究战略。4个区域办事处 ^a 制定了区域战略。

^a 非洲区域、美洲区域、东地中海区域和东南亚区域制定了区域战略。西太平洋区域和东南亚区域建立了亚太卫生系统和政策观察站，被确认为以证据为基础制定政策的领导机制。

216. 各国提供和报告优质卫生数据的工作在逐步改善。国家统计概况在日益改进，但仍存在重大差距，如过去十年中许多国家在死亡原因方面几乎没有进展。

217. 世卫组织区域办事处和总部开展合作，进一步发展世卫组织观察站以便针对重点公共卫生议题监测卫生状况和趋势。在各办事处之间以及与公众分享关于国家的数据和统计资料方面取得了进展。在世卫组织数据库中具有统计概况的国家比例已由双年度开始时的 85% 上升到双年度结束时的 98%，但是仍过多依靠建模方式来弥补数据空白，特别是低收入国家的空白。

218. 世卫组织继续与国家合作，对成人健康状况和老龄化问题进行调查，加强生命统计系统并开展全面分析以协助卫生部门的改革和审查。由此，世卫组织能够为政策和规划用途在支持产生和使用信息及知识(包括通过调查、民事登记或改进或分析及汇总卫生设施数据等收集初步数据)方面发挥重要作用的国家数从 2010 年的 30 个增加到双年度末的 36 个。

219. 虽然取得了良好进展，但非洲区域和东南亚区域报告的各自评估结果为“部分实现”，因为它们在为涉及卫生研究政策和协调，包括涉及道德行为的卫生决策工作收集证据方面缺乏统筹能力，这始终是一项重大挑战。

全组织范围预期成果 10.6

结合区域和国际研究并在有民间社会参与的情况下，加强国家卫生研究以发展卫生系统。

部分实现

指标		基线	具体目标	实现情况
10.6.1	国家卫生研究系统符合国际商定的最低标准的低收入和中等收入国家比例。	10%	15%	40%
10.6.2	遵循 1990 年卫生研究促进发展委员会建议，将其卫生预算至少 2% 用于研究的会员国数。	15%	比 2009 年的具体目标增加 8%	无数据 ^a

^a 指标 10.6.2 不能确切衡量国家对研究和支持，因此 2012-2013 年期间将停止使用该指标。在国家能够自我报告这一指标的情况下，世卫组织以其现有资源无法核实有关数字。

220. 世卫组织的卫生研究战略为组织世卫组织对会员国的支持提供了一个共同框架。六个区域办事处中五个报告在国家内部开展了加强研究促进发展的活动。

221. 在越来越多的国家实施“有实证依据的政策网络”倡议，加强了基于证据的决策工作。欧洲区域最近为政策方面的重要优先成果进行了研究并提供了证据。这促使正式重新组建欧洲卫生研究咨询委员会，着手努力制定一项区域卫生研究战略并建立一个区域“有实证依据的政策网络”。

222. 在总部，实施研究战略的活动与实施《公共卫生、创新和知识产权全球战略和行动计划》的工作协调一致。卫生研究战略被用于指导一些技术领域研究议程的制定工作，包括：流感、食源性疾病、辐射危险、疫苗、健康问题社会决定因素等，世卫组织《妇女和健康》报告也使用该战略为基于性别的研究方法制定了六点议程。

223. 这项全组织范围预期成果总体说得到部分实现，非洲区域、欧洲区域、东南亚区域和西太平洋区域以及总部各自的评估结果都是部分实现。由于缺乏对这些数据进行分类和报告的全球标准，仍然很难获得关于研究和发展资源流动及分布情况的可靠和高水平数据。

全组织范围预期成果 10.7

已为加强卫生系统制定和实施知识管理和电子卫生保健政策与战略。

部分实现

指标	基线	具体目标	实现情况
10.7.1 采用知识管理政策以弥补专业技能差距尤其是缩小数字鸿沟的会员国数。	87	100	无数据 ^a
10.7.2 全球电子卫生保健观测站每年两次的调查结果显示能够获得国际卫生科学电子版刊物和知识档案的会员国数。	159	170	162
10.7.3 全球电子卫生保健观测站每年两次的调查结果显示具备电子卫生保健政策、战略和监管框架的会员国比例。	53	75	75

^a 指标10.7.1被停止使用，因为会员国在反馈中表示该指标含糊不清，难以衡量。在2012-2013双年度的评估中，该指标将被替换。

224. 电子卫生保健应用程序，特别是移动卫生保健¹的使用得到推广，同时开发了虚拟知识共享平台，对科学文献的获取也稳步增加。非洲区域和美洲区域在决议中已注意到对电子卫生保健的支持有所加强。在欧洲区域，世卫组织借欧洲联盟部长级会议等机会，就电子战略与发展提出了建议。东南亚区域和西太平洋区域已具备活跃的区域电子卫生保健网络，各国都建立了战略和管制框架。

225. 全球电子卫生保健观测站的报告涉及移动电子卫生保健、法律问题、在线安全、患者信息系统和远程医学各方面问题。114个国家协助了全球电子卫生保健观测站的调查工作。所有国家均可通过公布的报告获得调查结果。已制定电子卫生保健政策的国家数由双年度开始时的53个增加到2011年底的75个。

226. 卫生互联网利用研究行动(HINARI)的利用卫生研究规划在各区域已注册的机构中仍是一个快速增长的领域，从合作出版商那里获得越来越多的内容。电子学习和虚拟图书馆已成为本组织工作及其向会员国推广服务的一个必要组成部分。世卫组织技术单位已编制并在线公布了一个现有电子学习单元的汇编。

¹ 移动卫生保健指使用移动和无线技术支持实现卫生目标。

227. 尽管取得了更大进展，但全组织范围预期成果 10.7 被评估为“部分实现”，因为各国和区域的努力程度不同，特别是在欧洲区域和东南亚区域，缺乏国家政策，而且各组织内部和组织之间缺乏合作。在对 2010-2011 年规划预算执行情况进行中期审查期间，对指标 10.7.1 的报告是，截至 2010 年底时为“正常”，因为 2011 年期间在努力按照当前定义寻找替代的衡量方法。但是，经过与各区域和国家办事处磋商后，决定将停止使用该指标，因此没有为 2010-2011 年提供数据。

全组织范围预期成果 10.8

卫生人力信息和知识基础得到加强，并且政策分析、计划、实施、信息分享和研究方面的国家能力得到增强。

全面实现

指标		基线	具体目标	实现情况
10.8.1	全球卫生人力图谱报告显示过去 5 年期间通报已有两个或两个以上国家卫生人力资源数据点的国家数。	85	96	127
10.8.2	设有国家卫生人力资源政策和规划单位的会员国数。	41	50	90

228. 各国在收集和分析卫生人力数据方面取得了进展。设有国家卫生人力资源政策和规划单位的会员国数由 2010 年 41 个增加到双年度末的 90 个。此外，过去 5 年期间通报已有两个或两个以上国家卫生人力资源数据点的会员国数由双年度开始时的 85 个增加到双年度结束时的 127 个。

229. 各区域办事处与总部合作，在卫生人力资源治理和产生证据所涉及的各个领域，如政策和计划制定、建立国家卫生人力资源观察站以及加强计划方面的信息系统和能力建设等领域，向各国提供了技术支持。

230. 世卫组织继续与卫生人力信息参考小组中的伙伴合作，以制定关于产生卫生人力信息的全球指南；并建立了一系列卫生人力观察站以解决当前的不足。2010 年底对《全球卫生人力图谱》进行了最近一次更新。该图谱收集了来自国家各种渠道的信息，是一个全球卫生人力统计资料库。

全组织范围预期成果 10.9

已向会员国提供技术支持，重点是那些面临严重卫生人力困难的国家，以便改善其卫生人力的培养、分布、技能组合和保留。

全面实现

指标		基线	具体目标	实现情况
10.9.1	在《2006年世界卫生报告》中确定的面临严重卫生人力困难的57个国家中已有多年期卫生人力资源计划的比例。	42%	30%	61%
10.9.2	在《2006年世界卫生报告》中确定的面临严重卫生人力困难的57个国家中已有多年期卫生人力资源计划的比例。	16%	25%	35%

231. 世卫组织及其伙伴，包括全球卫生人力联盟、欧洲委员会和美国国际开发署，向至少41个遭遇卫生人力危机的国家提供了技术支持和投资，以支持制定卫生人力计划、改进信息系统，包括建立卫生人力观察站、开展专业人员教育规划、实行任务转变以及制定留用战略。

232. 面临严重卫生人力困难的57个国家中35个(61%)已具有多年期卫生人力资源计划，与2010年的基线(42%)相比，有显著增加。此外，20个国家已具有用于增强卫生人员培训和教育的投资计划，比例由2010年的16%增加到双年度末的35%。在许多国家，对加强卫生人力的生产力和提高卫生人员教育的质量及相关性给予了特别关注。

233. 在全球层面，经过三年国际磋商，第六十三届世界卫生大会通过了《世界卫生组织全球卫生人员国际招聘行为守则》¹。目前已经完成实施战略并正在制定与实施行为守则有关的国家活动报告指南草案。此外，世卫组织在与美国总统防治艾滋病紧急救援计划合作，设法给卫生职业教育带来变革性发展，争取到2012年能够制定教育指南。

全组织范围预期成果 10.10

已向会员国提供以证据为基础的政策和技术支持以便在获得资金、社会和经济风险保护、公平获得服务以及资源使用效率方面改善卫生系统的筹资。

¹ WHA63.16号决议。

全面实现

指标		基线	具体目标	实现情况
10.10.1	已获得技术和政策支持从而能够为卫生筹集补充资金；减少获取方面的资金障碍；降低与卫生保健支付有关的经济灾难和贫穷现象发生率；或加强社会保护和资源使用效率及公平性的会员国数。	66	45	77
10.10.2	已编写和传播，而且使用已得到支持的重要政策简报的数量，这些简报载有关于提高收入、集资和购买，包括订立合同，提供干预措施和服务，以及处理与纵向规划和国际资金流入有关的系统分散问题方面的最佳做法。	增加 7 份简报	17 份技术简报	24 份技术简报，其它类型信息产品超过 75 项

234. 为审查或制定其卫生筹资系统以便实现或维持全民覆盖状况而寻求技术支持的国家数大大增加。2011 年底时，77 个会员国获得了技术和政策支持，涉及的领域包括为卫生筹集更多资金；减少获取方面的资金障碍；以及加强金融风险保障和资源分配决定的效率及公平性。

235. 世卫组织向各区域 67 个会员国提供了技术支持，协助评估其全民覆盖状况以及当前卫生筹资系统的运转情况，并支持制定和实施战略以努力实现全民覆盖目标。

236. 《2010 年世界卫生报告》的主题是卫生系统筹资：实现全民覆盖的道路。该报告旨在使全球和各国集中关注卫生筹资的重要作用，它可确保全民获取所需卫生服务而不必担心破产。报告支持各国共享关于有效和无效措施的经验。2011 年第六十四届世界卫生大会通过了关于可持续的卫生筹资结构和全民覆盖的 WHA64.9 号决议，其中敦促总干事，除其它外，制定关于卫生筹资和全民覆盖的行动计划。因此，在各区域、国家办事处和其它伙伴作出投入后，制定了行动计划。世卫组织在包括民间社会在内的伙伴配合下，大力主张要减少获取卫生服务方面的资金障碍，并确保将全民覆盖不仅视为卫生政策的一项基本目标，而且要视为发展战略的目标。

全组织范围预期成果 10.11

已为追踪资源，估算疾病的经济后果，以及干预措施、经济灾难、贫穷和社会排斥的代价与后果制定了规范、标准和衡量工具，而且已对它们的使用给予支持和监督。

全面实现

指标		基线	具体目标	实现情况
10.11.1	已根据明确需要，为指导政策制定与实施制定和传播了重要工具、规范和标准，而且它们的使用已得到支持，其中包括资源追踪和分配、预算编制、财务管理、疾病和社会排斥的经济后果、服务提供(包括合同订立)的组织和效率或经济灾难和贫穷的发生率。	关于经济负担的指南已完成；联合国成本计算和影响工具以及对国家卫生账户系统的修订在进行当中	按需对工具和框架进行修改、更新和传播	已按需要对工具和框架进行修改、更新和传播 ^a
10.11.2	已获得技术支持，以便使用世卫组织的工具追踪和评价资金的充足和使用情况，估算未来资金需要，管理和监督现有资金或追踪筹资政策对家庭的影响的会员国数。	34	50	70

a 统一卫生行动成本和影响工具，卫生账户系统2011，RMNCH-GET工具，EPIC经济影响工具，宏观经济学和卫生工具以及中期支出框架和公共卫生支出及财务管理指南。

237. 越来越多的国家对用于卫生的资源进行跟踪并力求使资源与成果挂钩。更多的会员国还对自己的全民覆盖状况进行了审查（特别是卫生资金水平和分布情况，以及与自付卫生费用有关的经济灾难和贫穷的发生率）；评估了其卫生筹资系统；制定/修改了战略；并研究了与特定卫生筹资战略和卫生计划有关的成本和资源限制。

238. 已开始为希望使用下述新工具和指南的国家提供技术支持。对希望跟踪支出情况，包括特定疾病方面支出情况，评估与自费支付有关的经济灾难和贫困程度，评价不同战略和卫生干预措施的成本和影响以及评估其总体卫生筹资系统的国家继续提供技术支持。与五个其它国际机构共同开发的统一卫生行动成本和影响工具已经完成可用于与千年发展目标有关的疾病/病症和相关的加强卫生系统行动，该工具已在国家得到检测。所有参与机构都将使用该工具来支持各国评估国家卫生计划和战略的成本及影响。

239. 卫生账户系统 2011 — 经修订的卫生账户系统 — 已经与经合组织和欧洲共同体统计局共同完成，并由世卫组织翻译成法文、俄文和西班牙文。秘书处制定和传播了关于衡量疾病经济影响的指南和工具(EPIC)。西太平洋区域办事处编制了一项宏观经济学和卫生工具；非洲区域办事处编制了《制定中期支出框架指南》并收集了关于公共支出

和财政管理方面的信息。最后，与三个会员国一起进行了世卫组织选择具有成本效益的干预措施（WHO-CHOICE）项目下的背景研究：在其中两个会员国的研究涉及乳腺癌，在第三个会员国的研究涉及酒精和烟草控制。

全组织范围预期成果 10.12

必要时采取措施提倡追加卫生资金；建设制定卫生筹资政策以及解释和使用财政信息的能力；并刺激知识的产生和转化以支持政策发展。

部分实现

指标		基线	具体目标	实现情况
10.12.1	世界卫生组织参与并领导国际、区域和国家伙伴关系并使用其证据，以便增加低收入国家的卫生筹资，或在制定和监督《减贫战略文件》、全部门办法、中期支出框架以及能够提供符合基本卫生保健需求的社会卫生保护的其他长期筹资机制方面向各国提供支持。	参与 6 个伙伴关系。向 27 个国家提供长期筹资方案方面的支持	世卫组织参与 4 个伙伴关系	世卫组织参与了 5 个伙伴关系并向 46 个国家提供了长期筹资方案方面的支持
10.12.2	已获得支持来建设制定卫生筹资政策和战略以及解释财政数据的能力，或具备关于卫生支出、筹资、效率和公平性的重要信息以指导进程的会员国数。	57 个国家在卫生支出方面获得支持；每年向各会员国提供最新报告	每年向会员国提供关于卫生支出的最新信息并在 60 个国家开展能力建设活动	经与会员国协商后每年提出卫生支出最新信息。向 67 个会员国提供了关于一或多项世卫组织工具的能力建设。

240. 会员国对能力建设活动的需求越来越多，主要涉及与卫生筹资各个方面有关的领域：评估经济灾难和贫困状况；跟踪资源并使之与成果挂钩，包括跟踪具体疾病的资源情况；成本计划和战略；以及评估有助于实现全民覆盖的筹资方案。

241. 此外，关于世卫组织国家支持、能力建设以及编制和传播信息产品方面的大部分具体目标都已得到实现，包括能够在全球卫生支出数据库中每年更新国家卫生支出信息，在这方面，截至 2011 年底时，世卫组织向 67 个国家提供了支持。

242. 世卫组织参与了“提供卫生保健(PH4)”和“非洲卫生协调”伙伴关系并为制定统一卫生行动成本工具、卫生账户系统 2011 和使支出跟踪工作制度化参与了一些正式伙伴关系。它与非洲联盟、联合国非洲经济委员会和拉丁美洲和加勒比经济委员会以及亚洲及太平洋经济社会委员会等区域机构合作探讨卫生筹资问题，并与双边和多边伙伴一起探讨全部门办法。已为非洲区域 46 个国家制定了提供卫生支出数据的“非洲卫生筹资状况”图集，并公布在世卫组织网站上供各国使用。

243. 这项全组织范围预期成果得到部分实现，因为非洲区域和东南亚区域报告的各自评估结果为部分实现。主要挑战是需要提供关于全民覆盖方面各项要素的更多数据，特别是关于因经济理由不能使用服务的人群的数据。

全组织范围预期成果 10.13

为支持会员国量化和降低所提供的不安全的卫生保健水平制定以证据为基础的规范、标准和衡量工具。

部分实现

指标		基线	具体目标	实现情况
10.13.1	为指导政策制定、衡量和实施而传播和支持使用的重要工具、规范和标准。	1 项全球安全标准和 10 项主要支持工具	2 项全球安全标准和 20 项主要支持工具	6 项标准和 15 项工具
10.13.2	参与全球患者安全挑战以及其它全球安全计划（包括研究与衡量）的会员国数。	30	45	69

244. 会员国大力参与了患者安全领域的工作。参加全球患者安全挑战和其它全球安全计划（包括研究与衡量）的会员国数已由 2010 年的 30 个增加至双年度末的 69 个。

245. 这一双年度中的主要成就包括在创建、传播和支持世卫组织安全手术核对表的基础上，在世卫组织所有六个区域 4100 多所医院加强了手术安全规范；在开展 5 月 5 日“全

球手部卫生日：“拯救生命：清洁你的手”活动基础上，在各国改善手部卫生习惯；参与美洲区域和东地中海区域的患者安全研究项目；在非洲 14 个国家的医院中加强患者安全规范；在参与世卫组织“5 防(High 5s)”活动下医院改善项目的九个国家的医院中加强了安全用药和安全手术规范。

246. 秘书处向每个区域提供了具体的技术支持。例如，在非洲区域，通过举办有八个国家参与的“患者为患者安全”讲习班，加强了患者的参与。在东地中海区域，促进患者安全医院倡议开发了一个改善患者安全工具包，就下述方面提供了指导：预防和控制感染、制定患者安全规划、提交报告、实施安全手术、采取安全的临床做法、保证输血和注射安全以及创造安全的环境。

247. 尽管取得了这些重大成就，但对这项全组织范围预期成果的评定仍是部分实现，因为非洲区域和东南亚区域报告的各自评估结果为部分实现。由于卫生保健系统采用新的质量概念，妨碍了在这项全组织范围预期成果方面取得更大进展，致使尚未能够对质量措施、用于改善的工具和全球负担进行评估。

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

248. 世卫组织旨在通过支持各国实施有效政策，包括促进可持续供资、有效的供应管理和合理使用来改进对有质量保证的医疗产品的获取。世卫组织还支持加强会员国的监管和执法系统以抵制可能出现的劣质和假冒医疗产品。此外，世卫组织致力于建设能力、提供技术指导并加强承诺以对付日益增加的抗菌素耐药性风险。

249. 世卫组织为确保改进医疗产品和技术的可及性、质量和利用所作的努力以下述目标和战略为指导：千年发展目标 4（降低儿童死亡率）、5（改善产妇保健）、6（与艾滋病毒/艾滋病、疟疾和其他疾病作斗争）和具体目标 8E（提供负担得起的基本药物）；《2008-2013 年世卫组织药物战略》第三版；《公共卫生、创新和知识产权全球战略和行动计划》；《全球免疫远景与战略》；以及若干决议。此外，还制定了一些区域战略。

全组织范围预期成果 11.1

已就基本医疗产品和技术的可及性、质量和使用的倡导和支持制定和监测国家综合政策。

全面实现

指标		基线	具体目标	实现情况
11.1.1	得到支持以便就基本医疗产品或技术的可及性、质量和使用制定和实施正式国家政策的会员国数。	88	90	118
11.1.2	得到支持以便制定或加强国家采购或供应综合系统的会员国数。	48	40	68
11.1.3	得到支持以便制定和/或实施血液与血液制品或感染控制方面的国家战略和管制机制的会员国数。	26	25	68
11.1.4	已在现有全部区域和国家报告基础上出版关于药品价格、可得性和可负担性的双年度全球报告。	2008 年和 2009 年出版了 2 份联合国报告	出版报告	出版了 1 份报告 (2011 年)

250. 会员国在制定国家药物政策方面显示了坚定的政治承诺，秘书处为 118 个国家提供了技术支持，超过了原定具体目标(90 个国家)。一些国家着重于实施改革以促进公平获取有质量保证的基本药物，另一些国家则注重实施规划以加强制药系统的透明度和良好治理(31 个国家)。

251. 此外，向 68 个会员国提供了技术建议、指导材料和支持，协助其制定或加强国家采购或供应综合系统。

252. 世卫组织支持欧洲区域 15 个会员国制定和实施政策，并与欧洲联盟所有国家开展合作确定最佳实践方法和交流信息。六个国家在采购和供应管理方面获得了直接支持。对采购和供应系统进行了评估并与抗击艾滋病、结核病和疟疾全球基金资助的项目合作，提供支持以扩大获取艾滋病毒/艾滋病和结核病药物。

253. 对制药部门进行评估、绘制采购和供应图以及开展药物价格调查等都有助于加强各国制药部门的知识、政策和能力，而且促进了透明度，因为向公众披露了更多的信息。世卫组织网站现提供有 1000 多份关于国家药物政策的出版物，其中包括 200 多项国家调查，同时还有一个能将重要药物数据上传到全球卫生观察站的系统。

254. 《2011 年世界药物状况报告》第三版已经出版，汇集了与药物生产和消费、创新、管制和安全性有关的 24 个重要议题方面的新数据。这些议题包括挑选、采购、供应管理、合理使用、筹资和定价等方面。跨领域的章节涉及家庭药物使用、获取和人权、良好治理、人力资源和国家药物政策。

255. 此外，世卫组织与抗击艾滋病、结核病和疟疾全球基金开展了合作，目的是制定协调的制药部门国家概况，以便提供重要信息促进加强卫生用品采购和供应方面的核心监管职能。已在 120 个国家完成了概况制定工作。

256. 如果不是一些国家，尤其是东地中海区域国家遭遇政治动荡和冲突，2011 年的成就本可以更高。制药和卫生产品部门缺乏人力资源也是一项挑战。

全组织范围预期成果 11.2

已为医疗产品和技术的质量、安全性、效力和具成本效益的使用制定国际规范、标准和准则并已倡导和支持其国家和/或区域实施。

全面实现

指标	基线	具体目标	实现情况	
11.2.1	用于改进医疗产品和技术的管理、使用、质量或有效管制的新的或更新的全球质量标准、参考制品、准则和工具数。	增加 30 以上 ^a	增加 15	增加 61 ^b
11.2.2	已指定的国际医疗产品非专利名称数。	8199	8500	8552
11.2.3	已为联合国采购进行资格预审的重点药品、疫苗、诊断工具和设备数。	239 种药物和 98 种疫苗	300	320 (274 种药物, 35 种 API ^c , 11 项诊断工具, 134 种疫苗)
11.2.4	对其国家管制当局的功能已进行评估或支持的会员国数。	70	75	102

^a 关于药物：67份专著、7项参考标准、30个参照谱和10份质量指南。关于疫苗：3项书面标准和16个参考制品。关于技术：12项书面工具和标准。

^b 关于药物：20多份新的全球专著、一项新的国际化学品参考标准和10份新的质量保证指南。关于疫苗：12项衡量标准、3项新指南和5项经更新的指南。关于技术：4份指南和2项评估工具。

^c 活性药物成分。

257. 秘书处继续制定和更新关于药物、医疗技术和疫苗的规范性指导，并向各国提供技术支持。

258. 世卫组织药品资格预审规划下的工作继续开展并确保对另外 36 种药物优先进行了资格预审，包括防治艾滋病毒/艾滋病、疟疾和结核病药物以及生殖卫生方面的药物，由此使获得资格预审的药物总数量达到 274 种。六个新的国家药物质量控制实验室获得了资格预审，使这类实验室总数达 23 个。世卫组织诊断试剂资格预审规划对 11 项产品进行了资格预审，另有 35 项评估正在进行当中。每年采购 4000 多万艾滋病毒和疟疾快速检测试剂，资格预审可确保将公共资金用于优质产品。此外，采纳了一个新程序以确定接受资格预审疫苗的规划适宜性。为联合国采购目的对总共 134 种疫苗进行了资格预审，全球 64% 婴儿人口通过经世卫组织资格预审的疫苗获得了免疫。

259. 一些国家一直在努力完成关于核心管制职能的评估，这些国家中阿根廷、巴西、哥伦比亚和古巴的国家管制机构已被指定作为区域基准。此外，正在制定旨在加强美洲区域国家管制机构能力的机构发展规划，这些规划将得到作为基准的国家管制机构的支持。

260. 上一个双年度会员国加强其管制能力的活动和承诺越来越多，目的是确保药物质量和打击劣质、假造、标签不当、伪造、假冒医疗产品。

261. 关于劣质、假造、标签不当、伪造、假冒医疗产品问题的会员国工作小组在 2011 年举行了两次会议，参与的会员国超过 90 个。工作小组从公共卫生角度审查了下列事项：(a) 世卫组织在确保获得优质、安全、有效和可负担的医疗产品的措施方面的作用；(b) 从公共卫生角度审议世卫组织在预防和控制劣质、假造、标签不当、伪造、假冒医疗产品等质量、安全和功效受损的医疗产品方面的作用，不考虑贸易和知识产权问题；和 (c) 世卫组织与国际医疗产品打假专题小组的关系。

262. 在免疫、疫苗和生物制品方面，全球通过资格预审疫苗上市后监测网络中的所有 12 个国家获得了财政和技术支持以便加强其能力，监测用于其免疫规划的疫苗的安全性并由此确保提供安全的疫苗。

263. 在非洲区域，25 个国家目前在为新近获得许可和资格预审的 A 群脑膜炎球菌结合疫苗实施“快速”注册程序。44 个疫苗生产国家中 33 个的管制机构被评定为运转良好，对中国、埃及和伊朗的疫苗进行了监督，促使有质量保证的疫苗剂量的全球供应增加了 20%。老挝人民民主共和国、菲律宾和南非正在改进输血服务并制定国家血液政策，而毛里求斯、纳米比亚和坦桑尼亚则正在制定关于人体器官移植的国家政策。

264. 这项全组织范围预期成果得到全面实现，而且在某些情况下，成就远远超出了为 2011 年确定的具体目标。这是因为制定了务实的具体目标，同时各国将药物政策视为其卫生和发展议程的高度优先事项，由此在药物政策投资和请求世卫组织支持方面超出了预期目标。

全组织范围预期成果 11.3

在秘书处及区域和国家规划内已就促进卫生工作者和消费者有科学根据和具成本效益地使用医疗产品和技术制定和支持以证据为基础的政策指导。

部分实现

指标		基线	具体目标	实现情况
11.3.1	已为促进正确和有成本效益地使用医疗产品和技术接受支持的国家或区域规划数。	50	40	78
11.3.2	使用在过去 5 年内更新的国家基本药物、疫苗或技术清单进行公共采购或报销的会员国数。	125 (94% 报告国家)	135	94

265. 世卫组织秘书处修订和出版了第 17 版《世卫组织基本药物标准清单》和第 3 版《儿童基本药物标准清单》。世卫组织支持中非共和国、刚果民主共和国、埃塞俄比亚、马里和卢旺达等国成功地更新了其基本药物清单和标准治疗指南。此外，还通过建立药物和治疗委员会促进药物的合理使用。到双年度结束时，94 个会员国对改编自《世卫组织基本药物标准清单》的国家药物清单进行了更新。

266. 2011 年世界卫生日这天，世卫组织推出了包含六个要点的一揽子政策，旨在控制抗菌素耐药性的蔓延。世卫组织抗菌素耐药性问题工作小组将拟定一份 2012-2013 年全组织范围合作工作计划。2011 年在土耳其召开了第三届改进药物使用国际会议，来自 86 个国家近 600 名代表出席了会议，证明国家和区域层面对促进药物合理使用的关注与日俱增。东南亚区域 11 个国家中有 7 个根据 SEA/RC64/R5 号决议的建议，着重针对促进药物合理使用问题进行了一项情况分析，同时该区域 10 个会员国在如何促进药物合理使用方面获得了技术支持。

267. 在基本卫生技术领域，各国现已增强了能力，能够管理卫生技术，包括需求评估、采购、捐赠、维修和库存物资等方面。世卫组织秘书处正在领导全球开展努力，提请决

策者关注医疗器械问题，同时领导开发了一系列工具以支持各国改进医疗器械的可用性、质量和利用。

268. 这项全组织范围预期成果被视为部分实现，尤其是在制定和更新基本药物清单和治疗指南方面。在制定和审查药物清单方面发生延误，是因为程序复杂，需要对证据进行分析，以及参与这项工作的各方面专家难以就应选定的基本药物达成共识。世卫组织秘书处还遭受资金短缺影响，并因此削减了人力资源能力，限制了规范性工作和国家支持方面的成就。

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

269. 双年度期间应对了四项主要挑战：(a)促进世卫组织通过重点确定、治理、筹资和管理方面的改革在全球卫生领域发挥领导作用；(b)使世卫组织以更有效的方式向各会员国提供支持；(c)利用世卫组织在全球、区域和国家层面的召集力，促进就主要全球卫生问题达成共识，以便加强各发展伙伴之间的一致性(尤其是在国家层面)，并确保卫生问题在重要的全球和区域论坛中得到重视；(d)利用创新技术和合作网络提高卫生相关信息的效率和可及性。

全组织范围预期成果 12.1

通过加强世卫组织工作的管理、一致性、问责制和协同作用，获得本组织有效的领导和指导。

全面实现

指标	基线	具体目标	实现情况
12.1.1 在规定时间内以世卫组织所有六种正式语言向理事机构提交的文件的比例。	90%	95%	95%

270. 世卫组织改革：总干事发起了一个磋商程序，重点在于使世界卫生大会商定的各项目标与可用以实现这些目标的资源之间更加协调一致。从 2010 年初这个起点开始演变出了一个由会员国推动的全面改革规划。第六十四届世界卫生大会批准了改革的总体目

标并筹划了一个分析和磋商程序，为 2011 年 11 月执行委员会特别会议作准备。执委会在这届特别会议上讨论了三个相互关联的改革工作领域，即规划和重点、治理以及管理改革。与会员国磋商后就确定重点的标准问题确立了一个由会员国推动的程序，这将使秘书处能够及时为下一个工作总规划和 2014-2015 年规划预算制定纲要，并提交 2012 年 5 月第六十五届世界卫生大会。

271. 全球卫生治理：世卫组织的成员国遍及全球，使其能够发挥独特的召集作用，促使就重要且往往敏感的全球卫生问题达成共识。2011 年 5 月，经过四年艰难的谈判，世界卫生大会批准了大流行性流感防范框架及其实施工作。其它类似的谈判在继续，例如关于假造、标签不当、伪造、假冒药物的谈判。世卫组织积极参与全球努力以加强卫生和发展伙伴之间的一致性，根据《援助实效问题巴黎宣言》和《阿克拉行动议程》中的指标来监测进展。世卫组织将继续发挥这方面的作用，尤其是在 2011 年 11 月于大韩民国举行的第四届援助实效问题高级别论坛确立釜山有效发展合作伙伴关系之后，并将更加注重南南和其它形式的合作。

272. 世卫组织在重要的全球论坛中突出了卫生重点。2010 年，在加拿大担任主席的八国集团首脑会议上，卫生发挥了关键作用。卫生还是八国集团关于问责制工作的重要焦点。这两个工作领域继 2010 年联合国大会千年发展目标高级别会议之后都得到进一步发展。这次高级别会议上联合国秘书长启动了“造福所有妇女儿童”全球战略。随后要求世卫组织召集信息和问责制委员会，该委员会于 2011 年 5 月提交报告，为监测孕产妇和儿童卫生方面的全球进展建议了方法，目前正在得到实施。2011 年，联合国大会高级别会议制定了一项关于预防和控制非传染性疾病的新国际议程。

全组织范围预期成果 12.2

建立有效的世卫组织国家办事处，以实施与会员国国家卫生和发展议程相一致并与联合国国家工作队和其它发展伙伴相协调的世卫组织国家合作战略。

全面实现

指标		基线	具体目标	实现情况
12.2.1	世卫组织根据国家的重点和发展周期调整其国家合作战略并在有关框架（例如联合国发展援助框架、减贫战略文件和全部部门方针）下协调世卫组织与联合国及其它发展伙伴合作的会员国数。	至少 145	145 项国家合作战略中 33 项得到更新/修订	33 项国家合作战略 ^a

指标		基线	具体目标	实现情况
12.2.2	根据各自国家合作战略审查和调整其核心能力的世卫组织国家办事处比例。	至少 50%	70%	77%

^a 一些国家合作战略得到延展以便与国家计划/战略的周期和联合国发展援助框架的周期协调一致。33项国家合作战略中，10项正在得到更新/修订。

273. 为会员国提供了技术和政策支持。全球政策小组¹除了为世卫组织改革和其它重要政策问题提供战略指导外，还在总干事、区域主任和世卫组织国家办事处负责人之间建立了联系，使世卫组织以更加一致的方式为各会员国提供支持。设有世卫组织办事处的144个国家、领土和地区制定和更新了国家合作战略。国家合作战略被用于以下目的：
(i)调整国家办事处的能力和技术组合以符合国家政策、战略和计划；(ii)协助世卫组织的计划制定程序并更好地协调区域办事处和总部的技术支持。为世卫组织国家办事处负责人的选拔、任命和发展确立了更好的竞争程序，有助于加强世卫组织的领导和能力。国家合作战略的概念今后将被用于确定世卫组织所有会员国，包括不设有本组织办事处的会员国的合作需求。世卫组织国家办事处负责人与总干事和区域主任举行的第六次全球会议就新出现的卫生议程，如世卫组织改革、非传染性疾病和普及卫生保健等向全体职员提供了必要的知识和技能。

全组织范围预期成果 12.3

在一个反映会员国卫生需求和重点的共同卫生议程的基础上，建立全球卫生和发展机制以提供更加持久和可预测的技术和财务资源。

全面实现

指标		基线	具体目标	实现情况
12.3.1	世卫组织参与而且根据全球卫生伙伴关系最佳实践原则开展工作的卫生伙伴关系的数目。	14	30	45
12.3.2	世卫组织管理的符合世卫组织合作伙伴政策指南的卫生合作伙伴的比例。	100%	100%	100% ^a

¹ 该小组成员包括总干事、副总干事和各区域主任。

指标		基线	具体目标	实现情况
12.3.3	世卫组织领导或积极参与包括在联合国系统改革范畴内的卫生和发展伙伴关系（正式和非正式）国家的比例。	71%	80%	80%

^a WHA63.10号决议确保世卫组织代管的所有伙伴关系符合世卫组织的规则和条例。截至2011年底时，世卫组织代管的总共10个伙伴关系具有单独的治理机制。

274. 全球卫生伙伴关系和倡议。在秘书处以往工作和提交执行委员会的报告基础上，世界卫生大会于 2010 年批准了关于世卫组织参与全球卫生伙伴关系和代管安排的政策 (WHA63.10 号决议及其附件)。该政策为世卫组织并最终为各国提供了进一步指导，以促使全球卫生和发展机制的协调统一。实施该政策还包括进一步界定世卫组织关于通过一个业务框架代管伙伴关系的规则和做法。为推进世卫组织与各种部门建立伙伴关系，全球政策小组首次批准了一个鼓励私营部门参与的世卫组织内部政策框架，由此开始了一个进程，旨在增加世卫组织与这一部门之间互动的清晰度。

全组织范围预期成果 12.4

通过有效交换和知识共享，向会员国、卫生伙伴和其它利益相关方提供多语言的基本卫生知识和宣传材料。

全面实现

指标		基线	具体目标	实现情况
12.4.1	每月浏览/访问世卫组织网站的平均页数。	无数据/ 每月访问 635 万次	670 万	700 万
12.4.2	世卫组织国家、地区和总部网站上以英文以外语言提供的页数。	70 495	80000	超过 80000

275. 加强卫生信息的获取。为加强向所有需要者传播及时的卫生信息，世卫组织建立了一个连接世卫组织所有办事处的一致技术据点。通过创建多语言网页取得了进展。与外部伙伴的合作继续开展，将 200 多份世卫组织出版物翻译成 40 种官方和非官方语言。向执行委员会第 129 届会议提交了一份关于实施世卫组织出版政策的报告(文件 EB129/4)。《世界卫生组织简报》每月以多种格式出版，同时具有所有正式语言版本的摘要。对指定世卫组织合作中心的 80 多项建议和重新指定世卫组织合作中心的 200 项

建议进行了审议。准则审查委员会每月举行会议，审查了关于准则出版前制定工作以及最后提交程序的初步建议，以确保各项建议的程序和形式符合世卫组织要求。目前正在试用一个在总部各司和六个区域办事处密切合作下初步制定的国家专门知识汇编，同时对照现有数据库进行评估。

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

276. 切实有效的行政和管理支持服务对于履行本组织的技术工作至关重要。主要挑战是既要提供优质服务，同时又要努力提高效率。这十分必要，以便抵消出于多种因素而日益增加的费用，尤其是强势的瑞郎对总部服务的影响，以及外地职员，特别是非洲区域和东地中海区域一些国家中职员安全费用迅速增加的影响。

全组织范围预期成果 13.1

本组织的工作得到基于吸取的经验教训的战略和业务计划的指导；这些计划反映国家需求并在全组织范围共同制定，它们有效地用于监测绩效和评估成果。

全面实现

指标		基线	具体目标	实现情况
13.1.1	经同行审评技术质量、吸取经验教训和反映国家需求的国家工作计划的比例。	95%	95%	100%
13.1.2	已在定期提交报告的规定期限内更新了进展情况的办事处具体预期成果。	74%	85%	85%

277. 在加强本组织各级成果计划和评估工作的一致性方面取得了进展。特别是，加快了规划预算执行情况评估的进度，以便能在双年度结束后立即于5月向世界卫生大会提交评估报告。此外，评估以国家为基础的绩效指标实现情况的方法现包括对每个国家情况的鉴定与核实。

278. 整个双年度期间，继续努力使每个会员国通过国家合作战略确定的重点与规划预算及业务计划中确定的重点之间更加协调一致。关于本组织的成果链，也作了进一步改进，

目的是更清楚地区分影响、结果和产出。这两方面都是世卫组织改革规划的关键内容，并且对制定下一个工作总规划和 2014-2015 年规划预算至关重要。

全组织范围预期成果 13.2

为确保资源符合规划预算，通过不断监测和筹集资源建立良好的财政做法并有效地管理财政资源，以确保与规划预算资源相一致。

部分实现

指标		基线	具体目标	实现情况
13.2.1	世卫组织符合国际公共部门会计准则的程度。	遵守准则需要在各区域完成全球管理系统的落实工作	系统和开户充分符合准则	系统和开户充分符合准则
13.2.2	定为充分和高度灵活的自愿捐款额。	1.87 亿美元	3 亿美元	2.35 亿美元

279. 在全球管理系统下编制了对第一份双年度财务报表的无保留审计意见；企业风险管理框架在总部得到制度化并已开始向各区域推广。为实施新的《国际公共部门会计准则》而进行的筹备工作已经完成。将为 2012 年编制第一套完全符合该准则的财务报表。

280. 财务控制框架方面也取得了显著进展。其中最重要的是更新了世卫组织的电子政策手册。这构成了一个平台，以便就应于 2012 年完成的标准操作程序和主要控制措施开展进一步工作。此外，设立了独立专家监督咨询委员会，在治理和监督财务和行政职能方面增加了一个具有高度信誉的机制。

281. 这项全组织范围预期成果被视为部分实现，因为被定为充分和高度灵活的自愿捐款方面的具体目标未得到实现。但是，尽管金融危机造成了限制，但筹集的灵活资源总额仍从 2008-2009 年的 1.87 亿美元增加到 2010-2011 年的 2.35 亿美元。这体现了自愿捐款方面的总趋势，即逐步转向多年协议并更加注重灵活性和可预测性。

全组织范围预期成果 13.3

已制定人力资源政策和做法以吸引和留用高级人才，促进学习和专业发展，管理绩效并培养道德行为。

部分实现

指标		基线	具体目标	实现情况
13.3.1	批准了双年度人力资源计划的办事处的比例。	98%	100%	100%
13.3.2	在双年度期间就任新职或移至新地点的职员数（延至 2010-2011 双年度）。	200	200	700
13.3.3	符合绩效管理与发展制度周期的职员比例。	75%	80%	总部和西太平洋区域超过 90%

282. 由于预算削减和职员费用增加，进行了艰难的裁员工作，尤其是在非洲区域和总部。裁员工作通过一个高度包容性的程序进行，以确保其公正，同时与所有有关职员进行充分沟通并为其提供支持。人力资源计划，特别是双年度期间实行了全球管理系统的办事处的人力资源计划得到改善，这有助于裁员工作。

283. 工作地点之间以及各地点内部职员的流动明显增加。这是因为对非洲区域和西太平洋区域的职员流动采取了更系统的方法，采用了世卫组织国家办事处负责人全球名册以及对因规划和财务原因职位被取消的职员进行了重新派任。

284. 全球学习仍是首要重点。双年度期间扩大了全球发展机会的范围，优先重视国家层面的活动。今后几年将继续努力增加对电子学习和在线学习管理系统的使用。

285. 对职员的绩效管理审查有所改进，特别是在总部和西太平洋区域，完成了 90% 以上的绩效评估。这项全组织范围预期成果被评估为部分实现，因为总体目标未能在各区域得到实现。目前正在解决这个问题，办法是 2012 年中在各区域强制实施经更新的绩效管理与发展制度。

全组织范围预期成果 13.4

信息系统具有管理战略、政策和做法，能够确保做出可靠、安全和有成本效益并符合本组织变化着的需求的决定。

全面实现

指标		基线	具体目标	实现情况
13.4.1	根据行业最佳操作基准全组织范围实施信息技术准则的数目。	3	5	5
13.4.2	使用一致的实时管理信息办事处的比例。	总部和西太平洋区域办事处以及相关国家办事处	总部, 5 个区域办事处和相关国家办事处	总部, 5 个区域办事处和相关国家办事处

286. 除美洲区域办事处/泛美卫生组织外, 所有区域办事处和国家办事处均已实施全球管理系统。设立并使用单一的综合系统促进了数据的获取和透明度并能实时管理信息。现已开始为订于 2013 年进行的全球管理系统第一次重要升级做准备。

287. 一个新的“全球协同”平台在本组织各级展开, 将在整个组织提供一个单一的工作站管理共同方法, 促进对用户的支持和信息交流。

288. 提供信息和通信技术服务的职能继续移往吉隆坡的全球服务中心或承包给外部供应商, 由此降低费用并建立更灵活的服务提供模式。

全组织范围预期成果 13.5

根据强调质量和反应的服务级别协定的规定, 具备为本组织有效运作所必需的管理和行政支持服务。

部分实现

指标		基线	具体目标	实现情况
13.5.1	全球服务中心根据服务级别协定标准提供的服务比例。	75%	90%	85%

289. 全球服务中心的业务已开始更平稳地运行, 因为职员对其职责和全球管理系统已经熟悉。按照公布的服务水准指标处理的业务百分比已增加到 85%, 这很不容易, 因为东地中海区域、欧洲区域、东南亚区域和非洲区域在双年度期间开始实行全球管理系统后

使整个业务量增加了 40%。处理业务的单位成本继续降低。总部将另一些财务和采购职能转移到全球服务中心，进一步减少总体行政费用。

290. 这项全组织范围预期成果被评定为“部分实现”，因为某些服务领域综合存在系统和/或程序低效率问题。本组织所有三个层级在继续努力提高服务水准和改善终端到终端行政程序，同时保留一个适当的控制框架。

全组织范围预期成果 13.6

所有工作地点有助于职员健康和安全的工作环境。

部分实现

指标		基线	具体目标	实现情况
13.6.1	对各主要办事处提供有效的基础设施支持服务的质量的满意程度。	无数据	75%	无数据 ^a
13.6.2	定期进行办公楼消防疏散演习的办事处比例。	70%	70%	90%

^a 指标13.6.1目前被停止使用，2012-2013年中将被取代。

291. 通过对脆弱地点的国家办事处设备进行升级和围绕联合国标准遵守情况开展安全评价，在所有国家都加强了安全。在东地中海区域，许多职员不得不从其工作地点疏散，包括离开设在开罗的区域办事处。这些疏散工作在为应对此类紧急情况而设立的安全基金支持下得以成功进行。由于联合国制定的安全标准日益严格，总体安全费用继续增加。

292. 继续努力减轻各办事处对周围环境的影响并实行进一步成本控制措施。例如，总部实行有管理的打印和复印服务后，使 2010-2011 年期间办公室打印和复印费用由 720 万瑞郎降低到 500 万瑞郎，并促使纸张消费降低了 50%。

293. 实行了一个新治理机制用以评价和监督重大资本投资项目。同时，在资本融资方面，采用了一个可持续的供资渠道（通过员额占用费），不过筹集到的数额仍然低于将现有资本价值 1% 进行稳定投资所需的金额。由此，一些基础设施项目被推迟，致使这项全组织范围预期成果被评估为“部分实现”。但是，各办事处都定期进行维修以确保核心基础设施服务保持可接受的标准。

= = =