

世界卫生组织工作

1992-1993

总干事双年度报告



世界卫生组织

02-73

世界卫生组织工作 1992—1993

总干事向世界卫生大会
及联合国提交的
双年度报告



世界卫生组织

日内瓦

1994



序 言

1992~1993 年度最显著的表现是自第二次世界大战以来最严重的经济和社会方面的紧张空气, 以及道德、信仰、地域间的冲突。在这一艰苦的环境下, 世界卫生组织 (WHO) 仍继续提供其工作规划, 以帮助所有国家维持其卫生方面所取得的成就、加强其人力资源的素质、增强其预防和控制疾病的能力。同时, WHO 对其政策、管理和机构方面进行了检查, 以适应这一不断变化的全球环境所带来的挑战、紧张关系和机遇。

1993 年, 执委会及其工作小组进行了全面的改革以使 WHO 适应全球变化。在这一情况下, 我引进了一系列机制以加强 WHO 全球工作网间的相互协调。全球政策委员会的成员包括地区主任。它同控制发展委员会一起将确保总部和各地区参与决策的所有过程, 从产生政策和当前的策略, 到协调和加强规划预算控制的整个过程, 尤其是通过信息过程的发展和协调。

在此双年度中, WHO 通过初级卫生保健来达到其人人享有卫生保健的目标, 增加对其他国家的直接技术支援、协调国际间的卫生工作, 以减少卫生保健设施在各国间的分布不均。WHO 所起草的第 9 届工作总规划 (1996~2001) 采取了同样的措施、鼓励部门间的合作、提出了一项新的“一连串”规划和活动, 以达到四项相关的政策方针, 即: 在所有公共政策中将卫生发展与人类发展相统一; 获得卫生服务的机会均等; 促进和保护健康; 预防和控制特殊健康问题。

1992~1993 年间, 世界卫生组织努力为各国提供实用的方针和指标, 帮助它们制定合适的目标和任务, 以便在制定、完成和评价他们的全国卫生政策和活动时更加有说服力。建立和维持良好的数据库十分有必要, 它有助于确认卫生发展的问题、优先重点以及重大战略, 并有助于对其资源和影响加以监测。WHO 为世界银行 1993 年所作的“关于健康调查”的报告做出了很大贡献, 并以此为契机进一步强调了卫生、社会、经济发展间的紧密相互作用。

把权利下放到地区一级是 WHO 与其他国家合作时的最大信任。WHO 通过着重加强地区识别和解决问题的能力以及执行流行病监测方面的能力而对国家卫生系统和卫生信息的发展予以支持。初级卫生保健方面的培训也将其重点放在地区一级保健和设施方面的质量保证。

健康教育以社区为目标, 尤其以家庭为目标, 教给他们简单的技术, 以便使他们在家里能处理问题并能对危害性加以评价, 以降低因腹泻和急性呼吸系统感染面造成的死亡率。同时, 社区将有能力担负更大的责任来负责康复保健, 并通过对环境 (包括水和卫生) 的综合治理, 预防诸如霍乱、登革热和麦地那龙线虫病等公共健康问题。

健康与环境、疟疾和营养是本双年度 WHO 议事日程中的核心。对综合方法加以明确定义, 并对全球策略加以修订, 将重点放在研究和社区参与上。这些方法也对预防非传染性疾病有效, 在这方面生活方式能起到非常重要的作用, 它既可做为危险因素, 又可作为预防和控制工具。

在 WHO 的领导下, 在对抗艾滋病方面部门间的合作应加以强调, 无论是在国家一级还是在联合国系统内。1992 年 5 月卫生大会签署了一项全球艾滋病扩大战略, 更加强调保健、性传播疾病、妇女社会危险因素、大流行的经济影响, 以及歧视的道德和公共卫生方面的危害。WHO 为全世界结核病发病率的增长敲响了警钟, 并且强调它可加强 AIDS 作为机会性感染所带

来的危害。在本双年度末应动员其他国家和外部资源，以加强国家规划和研究工作。

尽管在计划免疫方面存在严重的经济短缺，WHO 仍为儿童健康提供高度的优先权。通过同联合国体系及组织间的共同合作以形成协同作用，WHO 能够在儿童计划免疫促进活动中争取到企业的赞助。在消除脊髓灰质炎方面已取得了很大的进展，尤其是在美洲，现在需要在保持所取得的成就的同时，努力为那些未得到保护的人群提供帮助。这同样适用于麻风和麦地那龙线虫病的消除。过去两年中在这些方面已取得了很大的进展。

作为所有这些规划的一个重要部分，WHO 制定了一套经证实适用于不同阶层使用者的科学和技术信息并将之广泛加以传播。同时强调要使所有国家尽可能广泛地接触到这一信息。

通过团结奋战和共同的卫生发展而实现和平，为 WHO 所有的规划和活动注入了活力。这包括在本双年度内 WHO 更加广泛地参与了对阿富汗、柬埔寨、莫桑比克、卢旺达、中东、前南斯拉夫以及世界许多地方的人道主义援助。

在更好地理解全球相互依存和对我们社区的健康问题加以重新评价的基础上，WHO 所赞同的“新的卫生伙伴关系”强调所有的国家、部门、社区和个人共同享有资源和义务，因而使得团结一致无论在国家一级，还是在国际范围内都成为经过慎重考虑的和合理的政策。WHO 将要着手开展的改革过程将有助于联盟间的伙伴关系，以 WHO 各个不同地区和共同目的为基础，以公正和相互鼓励的态度实现人人享有卫生保健的目标。

总干事 中岛宏

本报告内所提及的世界卫生大会和执行委员会的决议案,见《世界卫生大会及执行委员会决议及决定手册》,卷1(1948~1972年),卷2(1973~1984年)和卷3,第三版(1985~1992年)。

本册报告中使用的\$符号指美元。

本报告引用的缩写词有以下各条:

ACC	协调管理委员会	OAU	非洲统一组织
ACHR	卫生研究咨询委员会	OECD	经济合作与发展组织
AGFUND	联合国开发组织阿拉伯海湾规划	PAHO	泛美卫生组织
ASEAN	东南亚国家联盟(东盟)	SAREC	瑞典同发展中国家合作研究机构
CIDA	加拿大国际开发署	SIDA	瑞典国际开发署
CIOMS	国际医学科学组织理事会	UNCTAD	联合国贸易与发展会议
DANIDA	丹麦国际开发署	UNDCP	联合国国际药品控制规划署
ECA	非洲经济委员会	UNDP	联合国开发计划署
ECE	欧洲经济委员会	UNDRCO	联合国救灾协调专员办事处
ECLAC	拉丁美洲和加勒比经济委员会	UNEP	联合国环境规划署
ESCAP	亚洲和太平洋经济与社会理事会	UNESCO	联合国教科文组织
ESCWA	西亚经济与社会委员会	UNFPA	联合国人口活动基金会
FAO	联合国粮农组织	UNHCR	联合国难民事务高级专员办事处
FINNIDA	芬兰国际开发署	UNICEF	联合国儿童基金会
GTZ	德意志联邦共和国技术合作局	UNIDO	联合国工业发展组织
IAEA	国际原子能机构	UNRWA	联合国近东巴勒斯坦难民救济 与工程处
IARC	国际癌症研究机构	USAID	美国国际开发署
ICAO	国际民用航空组织	WFP	世界粮食规划署
IFAD	国际农业发展基金会	WHO	世界卫生组织
ILO	国际劳工组织	WIPO	世界知识产权组织
IMO	国际海事组织	WMO	世界气象组织
ITU	国际电讯联盟		
NORAD	挪威国际开发署		

世界卫生组织欢迎部分或全部复制或翻译本组织出版物的请求。其中请和要求可向设在瑞士日内瓦的世界卫生组织出版办公室提出,它们将高兴地提供有关对出版物作出任何更改、计划出版新版本、重印以及现有译本的最新信息。

ISBN 92 4 156165 3

© 世界卫生组织 1994年

根据《世界版权公约》第二号协议书规定,世界卫生组织出版物享有版权保护。保留版权。

本书中所用的名称和资料,特别是涉及任何国家、领土、城市或地区或其当局的合法地位,或涉及国境线或边界线的划分的内容,均不代表世界卫生组织秘书处的任何观点。

文中如提到一些公司或一些工厂的产品,并不意味着比其他未提及的同类公司或产品优先得到世界卫生组织的承认或推荐。除了错误和遗漏外,所有专利产品名称的字头均大写,以示区别。

ISSN 0509 2558

中国北京印刷

目 录

序言

第一章 管理机构	(1)
第二章 世界卫生组织总规划的制订和管理	(3)
章程和法律事项	(3)
世界卫生组织规划的制订	(3)
信息管理	(4)
卫生与社会发展的外部协调	(4)
紧急救援行动	(7)
第三章 人人享有卫生保健战略	(8)
监测与评价	(8)
地区及国家的活动和政策	(8)
领导的加强	(9)
人人享有卫生保健及经济开发	(9)
第四章 卫生系统的发展	(10)
全球卫生形势及今后趋势的估测	(10)
国家卫生信息活动的发展	(10)
流行病学监测及统计服务	(11)
国际疾病分类及其他有关卫生问题的分类	(11)
发展中国家的技术合作	(13)
卫生体制研究及发展	(13)
卫生立法	(14)
第五章 建设以初级卫生保健为基础的卫生系统	(16)
国家卫生系统和政策	(16)
区级卫生系统	(17)
第六章 卫生人力资源的开发	(21)
政策分析、计划及管理	(21)
计划工具	(21)
卫生人力资源的最佳使用	(22)
管理	(22)
持续教育	(23)
护理	(23)
教学工作的发展	(24)

公共卫生培训与研究	(26)
卫生学习材料	(26)
职工的发展	(27)
第七章 公共信息和健康教育	(28)
公共信息	(28)
健康教育	(28)
第八章 研究的促进和发展	(31)
第九章 一般卫生的保护和促进	(33)
妇女、卫生和发展	(33)
食品援助计划	(34)
食品安全	(34)
营养	(35)
口腔卫生	(36)
意外事故的预防	(37)
烟草或卫生	(38)
第十章 保护和增进特殊人群的健康	(40)
妇幼卫生与计划生育	(40)
计划生育与人口	(40)
母亲健康及孕产期安全	(41)
儿童健康与发育	(42)
地区行动	(42)
青少年卫生	(43)
人类生殖研究	(44)
安全避孕	(44)
新型每月注射用避孕药的制备	(44)
宫内节育器	(45)
Mifepristone 应急避孕	(45)
调节男性生殖能力的方法	(45)
控制生育疫苗	(46)
自然控制受孕的方法	(46)
防治不孕	(46)
技术引进与转让	(46)
社会科学研究	(46)
研究资源	(47)
职业卫生	(47)
老龄卫生	(48)
第十一章 保护和增进精神卫生	(50)
精神卫生政策、对国家规划的支持	(50)
社会心理及行为问题及其相应的对策	(51)
预防及控制酗酒及药物滥用	(51)
精神及神经保健服务及治疗	(52)

第十二章 改进环境卫生	(55)
群众供水及环境卫生	(55)
城乡发展及住房中的环境卫生	(57)
国际化学品安全规划	(57)
环境卫生公害的控制	(58)
第十三章 诊断、治疗和康复技术	(60)
临床技术	(60)
卫生实验室技术及血液安全	(60)
放射医学	(61)
技术的开发、评估及转让	(61)
药物管理及政策	(61)
化学药品	(61)
生物制品	(62)
传统药物	(63)
基本药物行动规划	(63)
康复	(64)
第十四章 疾病的预防与控制	(67)
免疫	(67)
病媒的控制	(77)
麻风	(78)
热带病研究	(80)
腹泻	(81)
急性呼吸道感染	(84)
结核	(85)
人畜共患病	(86)
艾滋病及其他性传播疾病	(89)
其他传染病的预防和控制	(93)
疫苗的研究与开发	(96)
癌症	(97)
心血管疾病	(98)
其他非传染性疾病的预防和控制活动	(99)
第十五章 卫生信息支持	(102)
卫生文献服务	(102)
世界卫生组织出版物	(103)
技术术语	(103)
发行和销售	(103)
第十六章 辅助性服务	(105)
人事	(105)
办公设备	(105)
预算和财政	(105)
会员国的设备及供应	(106)

第十七章 非洲地区	(108)
第十八章 美洲地区	(111)
第十九章 东南亚地区	(114)
第二十章 欧洲地区	(118)
第二十一章 东地中海地区	(120)
第二十二章 西太平洋地区	(123)
附件一 世界卫生组织会员和非正式会员	(125)
附件二 世界卫生组织会员和非正式会员按地区分布的情况	(128)
附件三 组织性及有关会议	(130)
附件四 经世界卫生大会批准, 1993年12月31日止已与世界卫生组织正式达成协议的 政府间组织和与世界卫生组织建立了正式关系的非政府性组织	(131)
附件五 1993年12月31日时的世界卫生组织组织机构图	(134)

第一章

管理机构

1.1 在席卷全球的深刻变化进程中,本组织认真地审议了其任务及战略。作为这项活动的一项重要措施的便是于1992年1月成立了一个对本组织针对全球变化作出反应的工作组(EB89(19)号决议),其职责是就有关本组织的任务、领导作用、应变优先重点以及组织机构问题提出建议;加强本组织在联合国系统内的协调作用;而向第9个工作总规划作好各项准备工作;以及进一步完善本组织规划活动的技术质量。在本双年度期间,此工作组结束了他们的活动,并就上述问题提交了详尽的建议。有些建议涉及到执委会自身的工作,其中一项建议要求指定一个小组或委员会,以便能在执行委员会常会期间,对专项规划活动进行审议。执行委员会的规划委员会于1993年11月召开会议,以便在执委会讨论前,先行对工作组建议实施的计划方案予以审议。

1.2 1992年5月召开的卫生大会发言中,突出强调了环境、卫生与发展之间的相互关系。葡萄牙总统 Mario Soares 先生谈到,在冷战结束后,有必要再次努力,“以便在法制及全人类享有更大限度的机会均等的基础上去实现一个世界新秩序”。玻利维亚总统 Jaime Paz Zamora 博士谈到地球是一个大的生态系统,而生命则是一种全球相互依存的现象。召开了以“妇女、健康与发展”为题的技术讨论。

1.3 1992年卫生大会的决议中,包括成立一个有关妇女健康的全球性委员会(WHA45.25

号决议),委员会即将召开首次会议。1993年卫生大会要求对预算进行改革(WHA46.35号决议),并决定在单数年度中,不讨论规划预算的卫生大会会期应予缩短(WHA46.11号决议)。中岛宏博士再次当选为世界卫生组织总干事(WHA46.2号决议),他号召在卫生保健中应形成“新的合作共事关系”去面对全球范围内日益深刻的变革所带来的挑战。

1.4 1992年间,各地区委员会以与执行委员会通过其规划委员会、并根据EB79.R9号决议审议拟议中的全球及区域间的活动相同的方式,审议了本组织各区域中将于1994~1995年双年度期间将开展的各项拟议中的活动。这些建议,为起草1993年5月卫生大会通过的1994~1995年本组织规划预算提供了基础。同时,根据执行委员会的要求,各地区委员会还于1993年间,研究了执委会的一个有关世界卫生组织对全球性变革作出反应工作小组提出的、在地区及国家活动中予以实施的建议可能产生的影响,以期向1994年1月份的执委会会议报告。

1.5 第46届世界卫生大会通过的1994~1995年的有效工作预算为822,101,000美元。就其实际价值方面说来,较之1992~1993年所通过的规划预算降低了3.5%。较之1992~1993年说来,1994~1995年规划预算增添了105,523,000美元,即增添了14.46%。这是由于考虑了几乎高达11%的通货膨胀费用开

¹ 参见附件2有关本组织的非洲、美洲、东南亚、欧洲、东地中海、西太平洋等6个区域中的会员国及准会员的分布情况。

支、以及明文规定的工资费用、以及一些近年来虽未作出相应预算但却无法避免的费用增添开支。根据 WHA41.12 号决议，卫生大会还

按现有拨款（12,741,000 美元）中，个别会员国所得拨付数量份额，削减了他们应缴会费的份额。

第二章

世界卫生组织总规划的制订和管理

章程和法律事项

2.1 在双年度期间本组织的会员国成员有了一些变化（见附件 1），其结果是到 1993 年 12 月 31 日共有 187 个会员国和 2 个非正式会员国。乌克兰通知卫生组织它将重新履行其会员国的资格。

2.2 在双年度期间对章程第 24 条和第 25 条的修正案，即把执行委员会成员从 31 位增加到 32 位（WHA 39.6 号决议）提出了 34 份组织认可的文件。这就使认可文件数达 118 个，需要为本组织 2/3 会员国同意才能通过修正案。章程的第 7 条修正案，即中止会员国表决权 and 受益权（WHA 18.48 号决议）没有提出组织认可的文件，所以认可文件数仍为 53。同样对章程第 74 条的修正案，即把章程的阿拉伯文本列入正式文件（WHA 31.18 号决议）没有收到认可文件，认可文件数仍为 34。

2.3 喀麦隆和巴哈马分别于 1993 年 4 月 30 日和 9 月 17 日加入了与世界卫生组织有关的专门机构豁免权公约。乌克兰和白俄罗斯以前曾加入了与其它国际机构有关的公约已提交申请与世界卫生组织有关的公约。波斯尼亚、黑泽戈维那，捷克共和国，克罗地亚，斯洛伐克和斯洛文尼亚都提出继承参加公约的要求，这使得本双年度未加入与世界卫生组织有关的公约的会员国总数达 102 个。

世界卫生组织规划的制订

第九个工作总规划

2.4 1996~2001 年期间的世界卫生组织（WHO）的第九个工作总规划是从 1992 年 1 月在执行委员会（EB）开始的，并在本双年度整个期间内先后经执委会规划委员会，各地区委员会以及本组织各级水平的职员进行了准备，最终的草案于 1994 年 1 月提交 EB 审议。该总规划强调了在支持国家和国际间卫生工作，以及减少卫生部门中不合理现象中 WHO 的作用。它通过确定总目标和指标的办法提供了卫生政策的全球框架。指标包括：特别有关健康的改善，享有高质量的保健与服务，政策的设计和执行，以及表达了到 2001 年时要取得的最低限度的成就。为了达到这一总目标，4 个有关方面的工作要进行调整。

规划的制订与管理

2.5 为了加强 WHO 的制订政策能力和保证规划的作效执行以及应用 WHO EB 对全球变化的反应工作小组的建议（见 1.1 段），总干事建立了全球政策委员会，其成员包括总干事，各地区主任，助理总干事和国际癌症研究机构（IARC）的主任。该委员会的任务是根据世界变化来重新表述 WHO 的任务；审议全球性和地区性的人人享有卫生保健战略；保证对人人享有卫生保健指标的监测和其内容周期性的更新；保证通过必要的协调作用使总

部、地区和国家各级水平的规划执行情况要符合全球政策,并要充分尊重各国的重点;根据 WHO 对全球变化的反应进行 WHO 管理结构的调整改革。该委员会于 1993 年 11 月举行了首次会议。他们的工作受到管理发展委员会的支持,特别是在整个组织中的管理协调等方面的工作。



可运往世界各受灾区的 WHO 保健急救箱

WHO 保健急救箱是一种工具箱,它安全、标准、造价低廉,可在遭受灾难时适当和快捷地提供急需的药品(不含注射制剂)、可更新的医疗设备(棉签、手套等等)、以及卫生器械(包括完整的消毒工具)。它专为仅接受过有限的专业培训、只会对症治疗而不是诊治疾病的初级卫生工作者而设计。每一个急救箱可用于 10000 次门诊病人的治疗、可为 10000 人提供大约 3 个月的服务。

规划预算

2.6 连续 6 个双年度预算为零增长,这就使本组织正规预算的实际下降和更多地依赖预算外资源;这就需要在制订各种 WHO 规划中选出重点。总干事继续把某些资源转到前双年度已有的某些重要性高的领域的活动中去。

2.7 WHA46.35 号决议要求从 1996~1997 双年度开始在制订本组织规划预算的方法要有个较大的改变,决议强调了要提出切实可行的指标和说明“可测量的结果”,以及保证负责的和透明度高的标准的重要性。决议对现有的预算文件的复杂性及不够清晰表示关注,特别看不到财的拨款和人员费用与某些重点工作间的联系。因此,要求以简化的方式来制订 1996

~1997 年财政期间的规划预算。这将表明在符合全球目标的情况下如何确定战略和财政重点;依据卫生工作的每个重点如何制订现实和可测量的指标;以及如何定期进行经常性的评价以对已完指标的进展进行追踪检查。在正规和计划外预算中,应减少表格,而提供更多的财政来源的信息。

2.8 在地区水平上采取了一些措施以加强 WHO 规划的制订与管理。在美洲泛美卫生组织/世界卫生组织已开始评估对会员国政策制订和卫生发展,以及技术合作的“战略调整和规划重点”。在东地中海地区安排了一些访问,使高级官员可以研究 WHO 的政策和战略和交换各种方法的意见以保证将资源拨给优先项目的使用。

信息管理

2.9 在全球范围内保证了更多 WHO 职员使用与地区性网络联接的微机。1992 年 9 月在东南亚地区可以使用一个新的网络。WHO 总部已成为“通讯网络中的网络”的一个节点(node),而作为建立本组织内外经济而有效通讯的第一步。利用新的软件更新了行政管理 and 卫生资源库的中央管理。泛美卫生组织/世界卫生组织开始替换他们的计算机管理系统;欧洲地区办事处的系统也进行了更新。一般说,地区办事处和其他某些国家办事处继续有效地使用他们的行政和规划管理系统。利用这些系统已采取了一些步骤加强地区间更为密切的合作。WHO 支持一些会员国发展他们的卫生信息系统,也改善了他们的报告系统,包括墨西哥、阿曼、塞舌尔、阿拉伯叙利亚共和国、阿拉伯联合酋长国以及西太地区的 6 个国家。本组织也在国际卫生卡会议(1993 年 9 月于法国的巴黎)和非洲的信息会议上(1993 年 4 月于尼日利亚的意列~意番)起了积极的作用。

卫生与社会发展的外部协调

2.10 本双年度的工作特点是继续关注着联合国系统内所有组织的结构精简,以及将发展

规划和人道主义援助、维持和平活动结合起来。这一系统的财政资源空前紧张,致使接受委托的任务与所需资金之间的差距很大。

2.11 联合国系统的社会经济部门的重组工作有了进展。行政协调委员会(ACC)对其作用和功能进行了审议,以便对新的国际形势可能作出更有效的反应。WHO 始终参与了这一审议过程。在 1992 年 4 月在日内瓦 WHO 总部举行了首次会议,并于 1993 年 4 月在罗马的粮农组织(FAO)总部结束。WHO 作为二个咨询组织成员之一向 ACC——“行政问题咨询委员会(CCAQ)”和“规划及运行问题咨询委员会(CCPOQ)”作了汇报。WHO 是“ACC 持久发展机构委员会”9 个核心成员之一,该委员会的建立是与 1992 年“联合国环境与发展会议”和监测第 21 项议程执行情况有关,以便考虑后使行动有关的政策(见 12.1 段)。

2.12 在联合国(47/191 号决议)的要求下,由经社理事会(1993/207 号决议)建立了拥有 5 个政府间组织参加的“持久发展委员会”。在 1993 年 6 月该机构的首次会议上同意了 1993-1996 年间的工作规划。WHO 被委派负责第 21 项议程的执行。

2.13 在与联合国系统的经社理事会和其他组织讨论了 HIV/艾滋病的预防和控制中,WHO 提供了文件,技术信息和指导方针,使这一问题的重要性和政府应承担的责任得到了更好的理解。经社理事会认识到迫切需要在预防措施中进行投资,并使 HIV 感染者或艾滋病人不受歧视,确认了人权委员会在这方面的活动,通过了修订的艾滋病战略,并且完全支持 WHA46.37 号决议有关建立一个由联合国共同主办的 HIV/艾滋病联合规划的可行性和实用性的决议。此外,ACC 在 1993 年 10 月赞同不主办国际 HIV/艾滋病旅行限制国家的艾滋病会议(WHA45.35 号决议)政策,并建议联合国系统所有组织都能采用这一政策。

2.14 理事会在 1994~1993 中在其工作中对卫生和社会发展给予更多的关注。WHO 与联

合国其他 11 个组织合作,准备了 1993 年理事会主会中的秘书长报告,该报告涉及对疟疾、腹泻病,特别是霍乱的预防行动,以及加强对这些疾病的斗争;在 1994 年联合国秘书长将提交一份关于改进理事会协调工作的报告,明确规定总目标,工作计划,时间安排以及与这些灾祸作斗争所需的资源。理事会也通过了一项题为烟草或健康的决议(见 9.15 段)。

2.15 WHO 在理事会中参加了下列诸问题的讨论:加强国际发展合作、包括联合国系统的作用,帮助消除贫困和支持易损人群,协调人道主义援助,紧急援助以及从救援到重建和发展的“连续统一体”等问题。WHO 也参与了理事会对国际家庭年(1994)、麻醉药和嗜神经物质的控制,加强国际合作和协调尽可能减少切尔诺贝利灾难引起的后果。

2.16 WHO 和其他机构一起向理事会报告了关于联合国系统活动的联大决议(47/199 号),此决议要求为发展提供的多边资源要大幅度的增加。WHO 强调,特别通过 CCPOQ 使联合国系统的行动更多地反映国家目标和更为有效是很重要的。例如,WHO 支持联合国建立驻在国办事处,并确认对在莫斯科共同使用正在建设中的房屋感到兴趣。

2.17 WHO 与联合国的 5 个地区委员会进行讨论和交换了信息:非洲,欧洲,和拉丁美洲及加勒比委员会;亚太,西亚经社委员会。

2.18 联合国儿童基金会(UNICEF)/世界卫生组织(WHO)卫生政策联合委员会于 1992 年和 1993 年在 WHO 总部举行了二次会议,特别讨论了为达到 1990 年世界儿童最高会议所制订的总目标的方法和途径,以及作为基础结构要素的地区卫生系统管理的改进。

2.19 从 1992 年初开始 WHO 联合了世界银行在准备和着手进行 1993 年的世界银行报告^①,这一报告检查了卫生、卫生改革和经济发展间相互作用。除了参加世界银行和国际货币基金会的董事会会议外,WHO 参加了非洲发展银行,亚洲发展银行,欧洲重建和发展银行及美洲间发展银行的董事会年会,所有这些银行在卫生投资等社会部门的工作中日趋活跃。

^①世界银行、世界发展报告,1993,纽约,牛津大学出版社,1993。

根据执委会 EB92.R4 号决议,制订了一份在 1994 年 5 月向世界卫生大会 (WHA) 提交这份合作协议草案文件之前,就被作为 WHO 与非洲发展银行和非洲发展基金建立关系的框架。1992 和 1993 年在一些场合里和这些多边资助机构讨论了加强协调框架以及继续原有和开展新领域的机会。

2.20 联合国开发计划署 (UNDP) / WHO 的联合行动得到了巩固,特别是确定了新的在国家级的协调领域。

2.21 WHO 通过本身的技术支持服务方面的活动和联合国人口活动基金 (UNFPA) 进行了协调,包括在全世界的 8 个地方的多学科、机构间的国家支持小组的活动。技术支持服务的行政助手是 UNFPA 的机构间工作小组,这小组每年召开一、二次会议,开会时召集了包括 WHO 在内的各个组织的代表。在人口和发展专家会议上以及由 UNFPA 召开的筹备 1994 年国际人口和发展会议上 WHO 都有代表参加。

2.22 WHO 通过非洲统一组织 (OAU) 和非洲经济委员会 (ECA) 办事处扩大了与该两组织在一些项目中的协作,包括疟疾,艾滋病,营养,人道主义行动和紧急援助以及协调非洲经济区条约中卫生草案的制订工作。

2.23 1992 年初和欧洲共同体委员会 (CEC) 签署了意向书后,任命了一位总干事代表以促进与欧洲一些机构的合作。这些合作集中在提供该委员会的管理活动和促进欧共体发展工作中卫生方面的技术经验。1993 年 5 月部长委员会呼吁欧共体委员会加强与 WHO 的合作。在联合国系统以外的经济合作发展组织 (OECD) 及其他政府间组织的协调工作也得到了加强。

2.24 在双年度期间 WHO 和不同国家进行了政策和技术审议以加强已有的协作,设计新型的合作,以及寻求在全球、地区和国家级的计划外的支持。参加审议的政府官员代表着有关各部的多边和双边合作机关,从而保证有一个综合性的符合卫生需要的措施。一些国家的代表^①特别积极保证对 WHO 协调的卫生规

划的支持。尽管全球性的经济衰退影响了官方发展援助水平,但仍保持了对本组织工作的预算外的支持。在 1993 年组织了追加的政策咨询会议,结果形成了一个对 WHO 提供财政和其他支持的一份长期的协议,使本组织能完成由会员国批准的工作。

2.25 WHO 的工作继续受到非政府组织,主要是 177 个有正式关系的非政府团体的支持,近两年来又有 12 个非政府组织与 WHO 建立了正式关系。这种广范围合作的例子很多,诸如:国际红十字会、红新月会和红十字国际委员会提供的人道主义援助;国际修复整形外科会和 La Leche 语言国际举办的培训班;扶轮国际推行的全社会免疫规划;国际妇女同盟和国际妇女俱乐部对妇女和女童的特殊需要提供援助等。

2.26 除了与有迫切需求的国家和人民加强合作的策略措施外,国际卫生组织还促进了各国政府间和各机构间伙伴关系的发展,包括联合国系统的、多边的、双边的及非政府团体间的合作关系的发展。因此,在促进全球健康事业的工作中,所有的外来资源得以发挥最大效益。WHO 还参予检查了某些双边援助计划的实施情况,如荷兰和瑞典对赞比亚的援助。国际合作的另一事例是在孟加拉国开展的第四号人口健康项目 (1992~1996),此项目耗资六亿美元,是世界银行向多个财团筹资的,WHO 对该银行具有巨大影响力,并承担了该项目 65 项任务中的 21 项任务。另一事例是检查了在乍得执行的与非洲发展银行合作的规划与由 FINNIDA 提供援助的在莫桑鼻给执行的 12 年合作发展规划的完成情况。

2.27 国际社会对前苏联的卫生状况恶化表示关切,召开了一次部长级协调会议以帮助新独立的一些共和国 (1992 年 1 月于华盛顿)。在会议期间成立了一个定期举行会议的医学工作小组,以便在这些共和国里执行任务。这个小组同意其任务是成立一个对各共和国进行卫生援助的信息交换所;在第二次会议上委托 WHO 负责管理交换所 (1992 年 5 月于里斯本)。信息交换所的任务在于:收集、分析和

①澳大利亚,加拿大,法国,德国,爱尔兰,意大利,日本,荷兰,挪威,瑞典,瑞士,英国,美国。

传播这些国家所需的信息、并引起国际社会的注意；建立资料库；监测每个共和国的卫生状况；以及保存各国的信息简介。迄今，WHO 收藏的信息源已被用作各共和国的行动信息库；发行了一份分别用英、法、俄文出版的卫生消息简报以交换；卫生情况的信息；已获得的援助以及已建立的合作的情况。

紧急救援行动

2.28 近年来在许多国家中除了包括传染病在内的长期影响健康的问题外，生态改变，农村—城市人口移居和严重的天灾人祸威胁着某些国家现有的卫生服务工作。所以，WHO 在战争冲突的情况下加强了他的紧急应变，人道主义援助和救援和重建的工作机制。WHO 在这一领域里通过了许多 WHA 决议增加他的活动^①。

2.29 由于救援活动的增强，使 20 多个非洲国家受益。在伊黎塔利埃 (Eritrea) WHO 和联合国难民事务高级专员办事处 (UNHCR) 合作努力安置了约 50 万难民。在下一时期中要加强省级卫生服务工作以满足遣返难民和移民的需要，从而保证从救援行动到恢复正常生活的连续性。在埃塞俄比亚紧急性卫生规划中的一个，就是使大约 40 个省级医院，保健中心和保健站得到恢复。在莫桑比克 WHO 帮助执行了约为 10 万退役士兵提供的初级卫生保健规划，包括就地治病，卫生教育，收集流行病资料以及提供供应品和器材。

2.30 WHO 参加了 UNHCR 协调的机构间工作小组的工作，建立这一小组是为了确定前苏联各共和国的人道主义援助（见 2.27 段），和根据亚美尼亚，阿塞拜疆，乔治亚和塔吉克

要求制订一个卫生部门的综合行动计划。在前南斯拉夫受战祸影响地区的活动，包括建立一个卫生监测规划，营养调查，战争受害者康复，提供医药供应和度冬的额外帮助。

2.31 WHO 参与了联合国在东地中海地区许多国家的人道主义援助规划，在阿富汗战争破坏地区提供了紧急医药供应品和器材；向伊拉克分发了大量药物及医疗供应品，以减轻因海湾冲突造成的极度短缺；向索马里提供紧急医学援助，对建立一个中心药房和一个参考实验室提供了支持。WHO 也和地方卫生机构和专家以及被占领阿拉伯领土的巴勒斯坦人参与了制订把卫生服务的权责转移到总计划中去，也参与促进地区性的更为广泛的卫生合作。在埃及制订了一个国家紧急计划，并与每年一度的“国际减灾十年促进日”相结合组织了一次会议（1993 年 1 月于开罗）。其他干预措施，包括对伊朗伊斯兰共和国和也门的支持。

2.32 WHO 向一些受天灾影响的国家提供了药箱和其他紧急供应品^②。在柬埔寨 WHO 和 UNHCR 合作为遣返难民提供了肺结核药品和技术服务。

2.33 在亚太地区（1993 年 2 月于曼谷）和非洲（1993 年 5 月于摩纳哥的 Tangiers）举办了培训紧急工作管理人员。在东地中海区组织了 WHO 驻会员国代表与职员进行有关紧急援助和人道主义援助的培训。在日内瓦和马拉尼 WHO 和红十字会国际委员会主办了二次紧急事件应变的培训。1992 年 10 月召开了一次咨询会议讨论了移民的卫生和发展规划 (Hedip)。出席这次会议的有 16 个国家的专家和联合国和其他机构的职员。1993 年 4 月创办了季刊“Hedip 论坛”，并且在几个国家里正在开展几个试点规划。

① 紧急和人道主义救援行动 (WHA 46.6)，被占领的阿拉伯土地上阿拉伯居民，包括巴勒斯坦人的卫生条件 (WHA 46.26)，联合国系统内协调：对指定国家的援助—古巴 (WHA 46.28)，联合国系统内协调：对指定国家的援助 (WHA 46.29)，在武装冲突时的卫生和医疗服务 (WHA 43.39)。

② 阿尔巴尼亚，孟加拉，埃及，Eritrea，哥尔哥斯，黎巴嫩，莱索托，马拉维，马达加斯加，纳米比亚，巴基斯坦，菲律宾，卢旺达，塞拉利昂，斯威士兰，坦桑尼亚，也门和赞比亚。

第三章

人人享有卫生保健战略

监测与评价

3.1 1992年的卫生大会批准认可了2000年人人享有卫生保健全球战略第2次实施评价的报告。这份报告也就是在国家及地区评价报告基础上形成的世界卫生形势的第8份报告。拥有52亿人口的151个会员国就有关增进全球健康、并在平等的基础上提供服务中所取得的进展及面临的问题,提交了报告。世界卫生组织6个地区的全球审议及报告,现已出版^①。

3.2 拟订了一份一般性的提纲,供各会员国于1993年底至1994年初对人人享有卫生保健战略实施进度进行第3次监测时使用。它有助于会员国使用统一的标准去审议本国人人享有卫生保健战略的实施情况,并向世界卫生组织报告审议结果。对将资料数据按不同地理区划、性别、年龄及重点人群组分类搜集并提交问题,予以特殊强调。

3.3 世界卫生组织及联合国儿童基金会在监测1990年世界儿童问题最高级会议所确定的卫生目标实施进度的一系列监测指标方面,达成了共识。这项联合行动,应能有助于这两个组织在人人享有卫生保健战略及实现最高级会议目标进度进行监测。在1993年10月召开的一次会议上决定,应发表一份联合国儿童基金会/世界卫生组织的联合声明,表述他们对最高级会议所确定的进程,在监测方面,包括10年中

的成绩进行评估方面的承诺。会议还同意加速草拟有关卫生指标的综合性指导原则。

地区及国家的活动和政策

3.4 美洲地区的第二届伊比利亚-美洲国家及政府首脑会议,泛美卫生组织理事会第36届会议/美洲地区委员会第44届会议于1992年9月,根据人人享有卫生保健地区战略精神,通过了对环境卫生的投资地区计划。这份计划明确了在今后12年中拉丁美洲及加勒比地区所需的投资。这将有助于指导国家及机构去资助开发及合作部门,以便改善饮水供应、废水处理、基本环境卫生设施及其他环境卫生方面措施。

3.5 世界卫生组织根据1991年一次磋商会议的精神,支持了孟加拉国、印度、蒙古、尼泊尔及泰国为改善其底层人民群众的卫生保健工作。这次磋商会议建议通过一项将经济和社会发展措施相结合的战略,以期调动当地群众的能量、首创精神及能力。东南亚地区在其第9届会议上(1993年3~4月于Malé召开),也讨论了改善底层人民群众的健康保健问题。

3.6 欧洲地区尽管有的会员国有着巨大的变化,而情况又互不相同,但地区人人享有卫生保健的实施仍在稳步发展。这地区的多数会员国在欧洲地区政策(1991年间又予以充实更新)的基础上,制定了本国的国家政策,或明

^①“2000年人人享有卫生保健全球战略的实施,第2次评价:世界卫生形势第8份报告”,第1~7卷,日内瓦,世界卫生组织,1993年。