



中国-世界卫生组织 国家合作战略 2013-2015

继往开来，迈向合作新时代



中华人民共和国
卫生部



世界卫生组织
西太平洋区域

中国-世界卫生组织
国家合作战略
2013 - 2015

继往开来，迈向合作新时代

2013年2月

© 世界卫生组织 2013

版权所有。

本出版物采用的名称和陈述的材料并不代表世界卫生组织对任何国家、领地、城市或地区或其当局的合法地位，或关于边界或分界线的规定有任何意见。地图上的虚线表示可能尚未完全达成一致的大致边界线。

凡提及某些公司或某些制造商的产品时，并不意味着它们已为世界卫生组织所认可或推荐，或比其它未提及的同类公司或产品更好。除差错和疏忽外，凡专利产品名称均冠以大写字母，以示区别。

世界卫生组织不能保证本出版物所含信息的完整性和正确性。对于因使用这些信息造成的损失一概不承担责任。

世界卫生组织出版物可从世界卫生组织营销分发处 (Marketing and Dissemination, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland, 电话: +41227912476; 传真: +41227914857; 电子邮件: bookorders@who.int) 获取。欲获得复制或翻译世界卫生组织出版物的许可 – 无论是为了出售或非商业性分发, 应向世界卫生组织出版办公室提出申请, 地址同上 (传真: +41 22 791 4806; 电子邮件: permissions@who.int)。欲获得复制世卫组织西太平洋区域出版物的许可, 应向世卫组织西太平洋区域办事处出版办公室 (Publications Office, World Health Organization, Regional Office for the Western Pacific, P.O. Box 2932, 1000, Manila, Philippines; 传真: (632) 521-1036; 电子邮件: publications@wpro.who.int) 提出申请。

目录

前言	iii
缩略语	iv
摘要	v
第一节 导言	1
第二节 卫生与发展挑战以及中国的应对	3
一、国家概况	3
二、人口健康状况	4
三、主要健康决定因素	6
四、卫生体系	10
五、国家应对卫生挑战	13
六、中国对全球卫生工作的贡献和作用	14
第三节 发展合作与伙伴关系	16
一、国内的援助环境	16
二、驻华联合国系统	16
第四节 回顾上一个《国家合作战略》期间世卫组织的合作活动	18
一、世卫组织在华工作简要历史	18
二、回顾上一个《国家合作战略》	19

三、世卫组织在华环境不断改变	19
第五节 世卫组织合作战略议程	20
一、中国—世卫组织合作的战略重点	20
二、主要重点领域和战略方法	21
三、整体战略方法	25
第六节 实施战略议程：对秘书处的意义	26
一、战略议程所描述的世卫组织的角色和存在	26
二、《国家合作战略》的使用	27
三、监督与评价《国家合作战略》的战略议程	27
附录	
一、卫生部和世界卫生组织的磋商单位名录	28
二、各省基本人口和卫生指标	29
尾注	30

前言

中华人民共和国政府和世界卫生组织（世卫组织）数十年来共同致力于改善全中国人民的健康。上一个中国—世卫组织《国家合作战略》中的卫生合作重点是共同商定的，双方以及外部世界都从中受益。

为应对中国社会经济和卫生方面的快速变化，结合中国的国家规划和卫生挑战，世卫组织与卫生部 2012 年制定了本版新的《中国—世卫组织国家合作战略》，时间涵盖 2013—2015 年，从而与中国的《国民经济和社会发展第十二个五年规划纲要》、《联合国对华发展援助框架（2011—2015）》及世卫组织的政策与框架相一致。

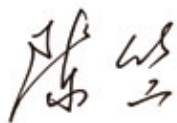
卫生部和世卫组织牵头组织了多次磋商，最终确定本《国家合作战略》。这些磋商以总结既往合作和当前挑战为基础。参与磋商的各方包括卫生部和其他政府部门、联合国系统驻华机构、其他多边和双边卫生合作伙伴以及世卫组织的三级机构。

《中国—世卫组织国家合作战略（2013—2015）》有四个战略合作重点：

- 加强卫生系统，推进全民健康覆盖；
- 降低影响公众健康的主要疾病以及卫生安全危险因素引起的发病和死亡；
- 通过开展省级公共卫生行动，减少中国西部地区的卫生不公平；
- 通过支持中国参与全球卫生合作，为加强全球卫生工作做出贡献。

通过本《国家合作战略》所明确的战略重点、重点领域和战略方法，世卫组织与中国的合作将进一步加强国家卫生系统来满足中国人民的需要，并确保卫生服务的公平性和质量。我们还将运用所总结的经验和专业知识，改善全中国和全世界人民的健康。

本着合作与团结的精神，本《国家合作战略》将成为指导中国政府与世界卫生组织合作的重要工具。我们坚信，本文件的实施将有助于改善中国人民的健康。



中华人民共和国卫生部部长
陈竺博士



世界卫生组织西太平洋区域主任
申英秀博士

缩略语

AIDS	获得性免疫缺陷综合征
APSED	亚太地区新发疾病防治战略
CCS	国家合作战略
CDC	疾病预防控制中心
FCTC	烟草控制框架公约
GDP	国内生产总值
GII	性别不平等指数
GNI	国民总收入
HDI	人类发展指数
HIV	人类免疫缺陷病毒
IHR	国际卫生条例
IMR	婴儿死亡率
MDR-TB	耐多药结核
MDG	千年发展目标
MHRSS	人力资源和社会保障部
MoH	卫生部
MOU	谅解备忘录
MMR	孕产妇死亡率
NCD	慢性非传染性疾病
NRCMS	新型农村合作医疗
NTD	被忽视的热带病
RMB	人民币元
SAR	特别行政区
SARS	严重急性呼吸道综合征
SFDA	国家食品药品监督管理局
TCM	中医药
THE	卫生总费用
UEBMI	城镇职工基本医疗保险
UNDAF	联合国发展援助框架
URBMI	城镇居民基本医疗保险
US\$	美元
XDR-TB	广泛耐药结核
WAHI	西部卫生行动
WHO	世界卫生组织

摘要

世界卫生组织《国家合作战略》是为支持某会员国的国家卫生政策、战略及规划而与该国合作的中期战略愿景。第一期中国《国家合作战略》涵盖 2004–2008 年，第二期《国家合作战略》涵盖 2008–2013 年。

本文件为涵盖 2008–2013 年的第二期中国《国家合作战略》的更新版，旨在对世界卫生组织在快速变化国家中的作用进行调整，并与中国《卫生事业发展“十二五”规划》及《联合国对华发展援助框架（2011–2015）》的时间周期保持一致。本《国家合作战略》涵盖 2013–2015 年这一相对较短的时期。

中国现有 13 亿多人口。过去 50 年，中国人口发生了重大变化，如生育率下降、人口老龄化、流动人口日益增多等。自 1949 年中华人民共和国成立以来，中国在改善人民健康方面取得了巨大进展。尽管成绩斐然，但城乡之间、不同人群之间和不同地区之间仍存在差别。中国的卫生总费用在最近 20 年内增长了 30 多倍。2011 年中国卫生总费用占国内生产总值的 5.1%。人均卫生支出在城乡之间存在差距。

《国民经济和社会发展第十二个五年规划纲要》要求深化医药卫生体制改革以满足人民的基本医疗卫生需求。2009 年医药卫生体制改革全面启动。国务院于 2012 年印发了《卫生事业发展“十二五”规划》和《“十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨实施方案》。

随着经济顺利发展，中国作为发展受援国的地位正在转变。随着中国在援助环境中地位的变化，世界卫生组织驻华代表处可供自由支配的资金有限。这种情况令世界卫生组织面临艰难选择，必须把世界卫生组织在华工作战略重点和人员安排得更紧凑。然而，世界卫生组织的相对优势在于有丰富的全球技术网络，包括世界卫生组织总部、各区域办事处、国家办事处和世界卫生组织合作中心。中国和世界卫生组织仍须进一步加强互利合作。世界卫生组织将利用新的《国家合作战略》议程，重整资源，继续提供中国需要的支持。

中国与世界卫生组织 2013–2015 年合作重点的确定是基于对中国当前国情及合作发展趋势的分析、中国政府在《卫生事业发展“十二五”规划》中明确的卫生工作重点、世界卫生组织的相对优势和《国家合作战略（2008–2013）》实施过程中取得的经验教训，同时也考虑了中国作为世界卫生组织会员国的承诺以及世界卫生组织和中国协商签订的现行协议。2013–2015 年中国—世界卫生组织合作的四个战略重点如下：

1. 加强卫生系统，推进全民健康覆盖。

世卫组织将支持政府推动卫生系统发展，逐步实现全民健康覆盖，以保证所有需要健康促进、预防、治疗、康复服务的人都能获得高质有效的服务，同时，不因医疗费用而陷入经济困难。

2. 降低影响公众健康的主要疾病以及卫生安全危险因素引起的发病和死亡。

中国管理传染病的能力已有长足进展，未来中国与世卫组织的合作将集中在具体领域。针对非传染性疾病，世卫组织根据《中国慢性病防治工作规划（2012—2015）》来开展合作。世卫组织还将按照《国际卫生条例（2005）》和《亚太地区新发疾病防治战略》中的要求来帮助加强突发事件风险评估、防范、监测和应对工作，提高卫生安全保障能力。

3. 通过开展省级公共卫生行动，减少中国西部地区的卫生不公平。

世卫组织将通过“西部卫生行动”项目，在省级层面支持国家卫生重点工作的实施和推动千年发展目标的实现。第一阶段选定了广西壮族自治区、重庆市和陕西省作为试点。世卫组织将对试点省份的经验和教训进行整理和记录，并与西部其他省份分享。

4. 通过支持中国参与全球卫生合作，为加强全球卫生工作做出贡献。

世卫组织随时准备着，在中国对全球卫生最有贡献的领域，支持中国提高在重点规划领域的能力建设。

中国和世卫组织双方的重点领域均有调整，各自所处的环境也有所变化，这影响到世卫组织在中国的角色和存在，包括世卫组织驻华代表处的人员结构、世卫组织区域和总部层面的支持以及为驻华代表处的运转和工作而调拨的资源等。

世卫组织秘书处还将与中国政府和地方行政部门合作，在本期《国家合作战略》的执行末期进行评估。



国家主席习近平（右二）和原卫生部长陈竺（右一）在北京会见世卫组织总干事陈冯富珍（左二）和世卫组织西太平洋区域主任申英秀。

第一节 导言

世卫组织《国家合作战略》是为支持某会员国的国家卫生政策、战略及规划而与该国合作的中期战略愿景。第一期中国《国家合作战略》涵盖 2004–2008 年，第二期《国家合作战略》涵盖 2008–2013 年。

本文件为涵盖 2008–2013 年的中国《国家合作战略》的更新版，旨在对世卫组织在快速变化国家中的作用进行调整，并在此期间与中国《卫生事业发展“十二五”规划》及《联合国发展援助框架（2011–2015）》保持一致。本过渡期《国家合作战略》涵盖 2013–2015 年相对较短的时期。在此基础上将制定涵盖 2016–2020 年的新版《国家合作战略》，更新工作重点，并与中国下一个卫生事业发展规划的周期保持一致。

《中国—世界卫生组织国家合作战略（2013–2015）》是根据世卫组织的政策、国际及国内框架、中国的国家规划及卫生挑战而制定的。它将为世卫组织各级机构的工作提供指导，包括 2014–2015 年规划预算的制定。世卫组织目前的改革正在对《国家合作战略》的制定过程进行提炼，以实现两个主要目标：对各会员国的需求进行评估；为整个秘书处支持该国的工作提供指导。

为制定过渡期《国家合作战略》，首先进行了国家自我评估，举办了世卫组织驻华代表处与西太平洋区域办事处之间的战略讨论，此后对《国家合作战略（2008–2013）》前四年的工作进行了总结。评估活动根据各报告以及世卫组织支持的各综述文献所提供的数据，对中国在卫生发展方面的优势和劣势进行了总结，明确了需要改进之处以及中国可能为本区域和国际社会做出贡献的优势。这些活动和分析为制定战略重点议程提供了循证信息。过渡期《国家合作战略》考虑了世卫组织支持中国的机遇，以及中国和世卫组织在本区域和全球活动中开展互利合作的机遇。

之后，利用明确的指标，并充分考虑了中国及世卫组织的兴趣与能力、以及其他卫生合作伙伴可提供的资源和贡献，通过确定一系列的战略重点活动，对过渡期《国家合作战略》所包括的重点活动做了进一步细化提炼。2012年6月至2013年2月，世卫组织还与中国政府的一些主要部门、联合国系统驻华机构、卫生合作伙伴和主要的学术机构开展了咨询活动（见附录1）。

过渡期《国家合作战略》尽可能切合实际。鉴于预期资源有限，过渡期《国家合作战略》将战略重点放在了数量有限、便于管理的一些活动及规划领域上。这将有助于减少面对大量的需求而应对不暇的风险，进而扩大在最重点领域的影响。



第二节 卫生与发展挑战 以及中国的应对

一、国家概况

人口

中国现有 13 亿多人口，每年新增约 700 万人。过去 50 年，中国人口有了重大变化，如生育率下降，人口老龄化，流动工人人数日益增加等。离开户籍所在地到异地生活和工作的“流动人口”约有 2.3 亿人。¹为控制人口增长，中国实行了计划生育政策，使得生育率下降，从 1970 年平均每位女性生育 5.5 个孩子降至 2010 年的 1.6 个孩子。²2011 年，男女出生性别比为 117.8:100。2010 年，60 岁及以上人口占总人口的 13%。³预计到 2015 年，这一比例将达到 15%，2030 年达到 24%。

社会经济

过去三十年中，中国进行了重大经济改革。上世纪 70 年代高度集权的计划经济已转变为活跃的市场经济。按不变价值计算，1978–2011 年的国内生产总值（GDP）平均增长率为 9.6%。按 GDP 计算，中国于 2010 年成为全球第二大经济体，⁴进入中高收入国家行列*，但是，人均 GDP 为 4433 美元，仍是发展中国家。

* 世界银行收入组：低收入，1025 美元及以下；中低收入，1026–4035 美元；中高收入，4036–12475 美元；高收入，12476 美元及以上。

政治与治理结构

中国的最高立法机构是全国人民代表大会，每年均召开会议。国务院为主要行政机构，由总理、副总理、国务委员、各部部长、各委员会主任、审计长、秘书长组成。中国的行政区划级别主要由三级地方政府组成：省级（自治区和直辖市）、地市级（县、自治县和/或市）、乡级（民族乡和/或乡镇）。

自然灾害和突发事件的风险

因气候变化、地理和环境的原因，中国是世界上最易发生自然灾害的十个国家之一。20世纪，中国地震造成的死亡占全球地震死亡的40%。⁵ 中央政府高度重视通过提高防范能力来预防灾害和控制疫情。

二、人口健康状况

总体成绩斐然但存在差异

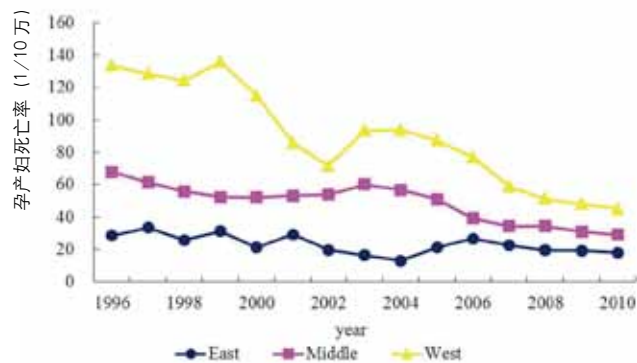
自1949年中华人民共和国成立以来，中国在改善人民健康方面取得了巨大进展。出生期望寿命从1949年前的35岁⁶升至2010年的75岁⁷。与此同时，孕产妇死亡率和婴儿死亡率分别从1949年前的1500/10万和200‰⁸下降至2010年的30/10万和13.1‰。⁹



然而，尽管总体成绩斐然，但在城乡之间、不同人群（如流动人口和居民，还有少数民族）之间和不同地区（如东部和西部）之间仍存在差别。

如图1所示，尽管中国西部地区的孕产妇死亡率在过去15年中有了显著下降，但仍高于中、东部地区。据报告，2011年，农村地区的婴儿死亡率为14.7‰，而城镇地区为5.8‰（见表1）。图2显示了各省在期望寿命方面的显著差别以及与人均GDP的关系（见附录2）。¹⁰

图1 1996–2010年各地区的孕产妇死亡率



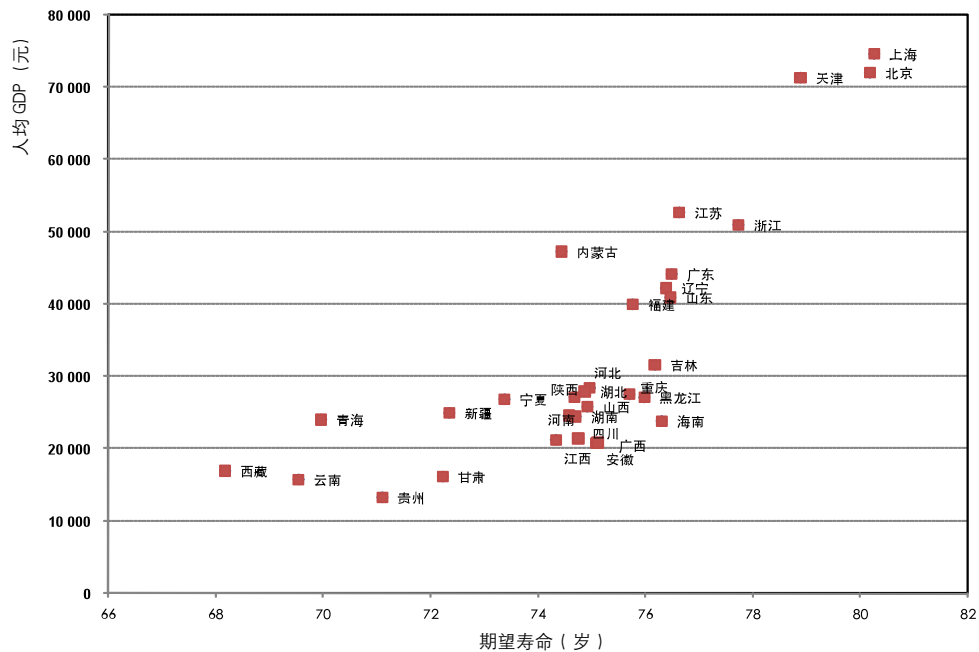
来源：《中国妇幼卫生事业发展报告（2011）》

表 1 1991–2011 年婴儿死亡率的比较

指标	1991	1995	2000	2005	2008	2009	2010	2011
婴儿死亡率 (‰)	50.2	36.4	32.2	19.0	14.9	13.8	13.1	12.1
城镇	17.3	14.2	11.8	9.1	6.5	6.2	5.8	5.8
农村	58.0	41.6	37.0	21.6	18.4	17.0	16.1	14.7
农村 / 城镇	3.35	2.93	3.14	2.37	2.83	2.74	2.78	2.53

来源：《2012 年中国卫生统计年鉴》

图 2 2010 年中国期望寿命与人均 GDP 的关系



来源：《2012 年中国统计年鉴》

疾病模式的转变

中国的疾病流行情况正在发生快速变化。在过去 20 年，传染病造成的死亡迅速减少，而主要非传染性疾病造成的死亡快速增加。农村地区这些变化快于城市地区。

传染病

中国国家级传染病控制工作取得了长足进展，正在按计划逐步消除疟疾、麻疹以及血吸虫病等各种被忽视的热带病。然而，传染病在某些西部省份仍是一个问题。病毒性肝炎、结核病和艾滋病的控制工作仍是中国的重要事项。中国有 9300 万乙肝病毒携带者，乙肝表面抗原携带率为 7.2%。¹¹ 中国每年报告近 100 万例结核，结核病是法定报告传染病中的第二大死因。耐多药结核及广泛耐药结核也是公共卫生问题。¹² 中国艾滋病病毒感染者约为 78 万人，感染率为 5.8/ 万，总体处于低流行水平，但是局部地区疫情较高，特定人群疫情上升迅速。¹³ 中国报告的狂犬病死亡人数位居世界第二。¹⁴ 像中国这样的大国，总是面临着主要传染病暴发和脊髓灰质炎等严重非本土疾病输入的风险。

非传染病

恶性肿瘤、心脏病、脑血管病和慢性呼吸系统疾病是中国居民的重要死因。¹⁵ 根据全国卫生调查数据，非传染性疾病的患病率正在迅速增加（见表 2）。

表 2 1993–2008 年主要非传染性疾病的患病率（‰）

	1993	1998	2003	2008
心脏病	13.1	14.2	14.3	17.6
高血压	11.9	15.8	26.2	54.9
糖尿病	1.9	3.2	5.6	10.7

来源：《2012 年中国卫生统计年鉴》

伤害和事故

伤害是儿童、青年和劳动力人群的最主要死因；2011 年，城市的伤害死亡率为 33.93/10 万，农村的伤害死亡率为 56.50/10 万。¹⁶ 伤害和事故中前 5 位死因为交通事故、自杀、跌落、溺死和中毒。¹⁷

中国的快速增长同时伴随着私人交通需求的增长和汽车及摩托车等机动车数量的增加。车辆数量的增加，群众道路交通安全观念和遵守法规意识薄弱，导致大量的道路交通死亡。据卫生部估计，每年道路交通死亡人数超过 20 万。¹⁸

三、主要健康决定因素

社会不公平引起的健康差异给中国带来了挑战。世卫组织健康的社会决定因素委员会在其最终报告中强调，社会阶层和日常生活条件是疾病的原因。¹⁹

社会环境的决定因素

快速工业化、城市化和全球化

据中国社会科学院估计，中国将于 2015–2018 年期间成为工业化社会。工业化和经济快速发展明显提高了人们的生活水平；同时，快速工业化和自然资源的开发也带来了空气污染、水污染、土壤污染及诸多健康问题，这些可直接导致某些疾病患病率的增加。

中国的城市化水平已从 1949 年的 7% 升至 2011 年的 51%。²⁰ 因此，中国人的生活方式、生活条件、职业选择、消费行为和价值观都发生着深刻变化。城市化带来了新的健康挑战。例如，流动工人的健康状况和有待满足的卫生服务需求给卫生发展带来了新的挑战。

随着经济显著增长，中国深度参与了贸易全球化。传染病可以穿越任何国界传播。从“非典”性疫情获得的经验教训证明，疾病预防和控制已成为一项全球工作。生活方式及其他非传染性疾病的决定因素也已成为全球问题。

未富先老

中国人口正在迅速老龄化。2010年第6次全国人口普查数据显示，中国有1.78亿60岁及以上人口，占总人口的13.3%，²¹并以每年500万人的速度增加。据估计，到2020年，中国老龄人口将达2.48亿，占总人口的17.1%。与此同时，社会保险仍存在巨大的资金缺口，导致人们在尚未获得足够养老资金之前就已经变老，从而出现了所谓的“未富先老”现象。应对快速老龄化的社会保障体系、医疗保险和社会福利体制尚需进一步完善。



社会地位的决定因素

收入分配和贫困

在过去三十年，中国生活贫困的人数已经显著减少。中国农村特别贫困的人数已经从1978年的2.5亿降低到2009年的3597万人。每日生活费不足1美元的人群比例已经从1990年的46%降低至2005年的10.4%。²²

中国的人类发展指数（HDI）*从1980年的0.404（在106个国家中列第77位）升至2011年的0.687（在187个国家中列第101位）。在人类发展指数的三个方面中，收入指数和人均国民总收入的增长最为明显（见表3）

表3 1980—2011年中国的人类发展指数和排位

	1980	1990	2000	2011
人类发展指数	0.404 (77/106)	0.490 (84/123)	0.588 (91/153)	0.687 (101/187)
健康指数	0.742 (80/194)	0.780 (78/194)	0.808 (79/194)	0.843 (86/194)
教育指标	0.372 (86/141)	0.437 (91/141)	0.535 (93/157)	0.623 (116/188)
收入指数	0.239 (123/125)	0.345 (125/155)	0.469 (118/183)	0.618 (94/187)

来源：<http://hdrstats.undp.org/en/countries/profiles/CHN.html>

* 人类发展指数（HDI）是对卫生、教育和收入指数的综合统计，将国家分为四个人类发展阶层。该指数由经济学家 Mahbub ul Haq 创建，随后由经济学家 Amartya Sen 于 1990 年提出，并由联合国开发计划署发表。

然而，不同地区和不同社会阶层的进展情况并不均衡，存在着不公平现象。对不公平现象进行调整后，2011年 HDI 和收入指数分别从 0.687 和 0.618 降低至 0.534 和 0.436（见表 4）。

表 4 2011 年中国人类发展指数、不公平性调整后数据

	总体数据		不公平的调整数据	
	分值	排位	分值	排位
人类发展指数	0.687	101/187	0.534	70/134
健康指数	0.843	86/194	0.730	82/181
教育指标	0.623	116/188	0.478	
收入指数	0.618	94/187	0.436	65/135

来源：<http://hdrstats.undp.org/en/countries/profiles/CHN.html>

性别

在联合国开发计划署人类发展指数的性别不平等指数（GII）方面，中国表现良好。2005 年的性别不平等指数为 0.223，在 187 个国家中列第 34 位。但女性在教育、就业和参政方面的发展机会仍少于男性。性别暴力给女性健康带来严重后果，并极大限制了女性全面参与社会的能力。女性自杀率高于男性。

教育

中国的入学率很高，男女的识字率也都很高。²³ 然而，在义务教育入学率、保留率和教育质量方面，城乡、地区和不同社会阶层之间仍存在差别。中国人口的计算机普及率很高，随着社会媒体的普及，有关食品和药品安全的信息现在也能在全国快速传播。这导致公众对政府在某些方面的公信力产生质疑，增加了更透明的信息交流的必要性。

营养

1990–2010 年期间，中国将体重不足儿童的数量成功地减少了 74% 以上。²⁴ 谷物消费量有所下降，而水果、肉类（尤其是家畜肉）、奶和蛋的日均摄入量，无论在质量还是营养方面都呈上升趋势。但贫困人群的肉、禽、蛋消费和农村学生的营养仍令人相当担心。²⁵ 与此同时，城市儿童的肥胖问题令人担忧。

人口流动

随着快速工业化和城市化，大量人口涌入城市。由于跨地域、跨制度的保险转移接续制度尚未普遍建立，因此可能会影响流动工人对医疗服务的使用。此外，流动工人还面临更高的职业病风险。

另一方面，流动工人在家乡的留守子女也出现了营养不良、伤害和事故等问题。2009 年，农村地区留守儿童的生长迟缓和低出生体重率约为非留守儿童的 1.5 倍。2010 年，中国农村地区 5 岁以下儿童的数目超过 1500 万。²⁶ 留守老人身体及精神疾病的患病率也高于其他人群。

日常生活环境

食品安全

近年来，非法使用杀虫剂、兽药以及欺诈、违法添加或滥用化学物质等问题引起了公众更多的关注。人们相信这些做法带来了相当重的食源性疾病负担。2010–2012年，通过突发公共卫生事件网络直报系统每年报告近200起食物中毒事件（即有30人以上中毒或死亡的事件），报告事件的中毒人数每年超过6000人，死亡人数约为130人。²⁷



职业安全

2010至2011年每年报告职业病2万多例。自上世纪50年代至2010年共累计报告职业病75万余例，其中尘肺病为主要职业病。²⁸

环境卫生

在中国，空气污染、水短缺和污染、道路交通伤害、噪音污染产生的身体及心理影响，都给人类的急慢性疾病和健康可持续性带来不良后果，人们因而担心中国城市会面临环境卫生的重要挑战。对于生活和工作环境更恶劣的人，情况尤其堪忧。

饮水安全

根据世卫组织和联合国儿基会水供应及卫生设施联合监测规划报告，中国使用自来水的农村人口比例已达72%，69%的农村人口用上了改造后的厕所。²⁹ 农村地区的自来水覆盖面不断增大，使用不安全饮用水的人口比例日益减少，但仍存在一定问题。中国城镇和农村地区的水都常常受到化学物质和水源性病原体的影响。媒体经常报道水污染事件。³⁰

生活方式

由于社会经济发展导致生活方式发生改变，烟草使用、酗酒、高盐、高脂饮食和缺乏锻炼等非传染性疾病行为危险因素变得十分普遍。中国有3亿多人吸烟，7.4亿人被动吸烟。³¹ 2010年中国慢性病及其危险因素监测结果显示，8.1%的18岁以上的人酗酒，农村地区的这一比例（8.5%）高于城市（7.4%）。调查还显示，中国家庭的食盐日均摄入量为每人10.6克，而推荐用量为少于5.0克；83.8%的18岁以上的人闲暇时间不锻炼身体。母乳喂养对健康有很多好处，包括预防非传染性疾病。目前，仅有28%的产妇在产后6个月内实行纯母乳喂养。³²

四、卫生体系

卫生服务的提供

截至 2011 年，中国共有 954,389 家医疗机构，包括医院、基层医疗机构、公共卫生机构和其他机构。^{*} 除医院外，部分基层医疗机构（区级卫生中心和县医院）以及公共卫生机构（妇幼保健院）也提供住院服务。在 516 万住院床位中，约 30% 的病床属于此类（见表 5）。

城乡区域的住院病床密集度之间存在显著差距，城市地区每千人口病床数为 6.24 张，而农村仅 2.80 张。不同区域之间同样存在服务差异（见表 5）。



表 5 2011 年中国不同地区住院病床密集度（每千人口的病床数）

	总计	城市	农村
总计	3.81	6.24	2.80
东部	4.21	6.45	2.95
中部	3.52	6.53	2.53
西部	3.62	5.55	2.96

来源：《2012 年中国卫生统计年鉴》

卫生筹资

卫生费用

中国的卫生总费用在最近 20 年内增长了 30 多倍，从 1990 年的 747.4 亿元人民币增至 2011 年的 24268.8 亿元人民币（按现行汇率折算，约合 3895 亿美元），2011 年占 GDP 的 5.1%。个人卫生支出占卫生总费用的比例从 1990 年的 35.7% 升至 2000 年的 59.0%，但 2011 年降至 34.9%。2011 年人均卫生支出为 1801.2 元人民币（约合 289.1 美元）。人均卫生支出在城乡之间存在巨大差距。³³

医疗保险系统

城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗是中国基本医疗保

^{*} 医院包括综合医院、中医医院、口腔医院等，基层医疗机构包括社区卫生服务中心、县医院、乡镇卫生院、村卫生室等。公共卫生机构包括疾病预防控制中心、妇幼保健中心等。其他机构包括老年病院等。

险体系的最重要组成部分。2011年，参保人数超过13亿，占人口的95%以上。如前所述，流动人口在工作地往往没有医疗保险。此外，还建立了城乡医疗救助系统，为低收入的重病患者、重残者、低收入家庭老人和有特殊困难的其他群体提供援助。³⁴

卫生人力

卫生人力总数从1990年的614万人逐渐增至2011年的862万人。每千人口医师（包括助理医师）数从1990年的1.56人增至2011年的1.82人。³⁵然而，卫生人力仍制约着质量可靠卫生服务的公平提供。首先，不同地区在人力资源方面存在巨大差距（见表6）；其次，公共卫生人力的数量和质量难以满足人民群众日益增加的预防卫生服务需求。培养和留住全科医生仍是一个大问题。

表6 2011年每千人口卫生技术人员数

	医生			护士		
	总计	城市	农村	总计	城市	农村
总计	1.82	3.00	1.33	1.66	3.29	0.98
东部	2.18	3.36	1.51	2.03	3.63	1.13
中部	1.61	2.79	1.23	1.46	3.19	0.89
西部	1.60	2.60	1.25	1.40	2.79	0.93

来源：《2012年中国卫生统计年鉴》

基本药物和技术

基本药物制度

国家基本药物制度被视为卫生改革的重要创举。2009年8月，确定了《国家基本药物目录（基层部分）》（2009版），并对基本药物的遴选、生产、流通、使用、定价、报销、监测、评价等环节实施有效管理，药品供应保障体系得到加强。自2011年7月起，政府办基层医疗卫生机构全部配备使用基本药物并实现零差率销售。

药品安全

在中国，药品安全和监管十分重要，滥用抗生素、激素、维生素和葡萄糖静脉输液等药物不合理使用是重要问题。药品安全还包括药品质量保证相关问题。近年来，劣质药品导致了为数不少的死亡，增加了人们对国内药品安全的疑虑。在法律法规不断完善的同时，中国药品安全监督工作仍显不足，亟待加强。强有力的国家药品监管部门是保证药品质量及安全的关键。多年来，中国国家药品监管部门——国家食品药品监督管理局在药品监管各领域的的能力已得到加强。

中国传统医学

中医药是中国卫生服务系统必不可少的组成部分。中医服务体系由中医综合医院、中医专科医院、综合医院中医科、社区卫生服务中心、乡镇卫生院、村卫生室、中医门诊部和中医诊所组成。中国政府将促进“中西医结合”作为国家卫生发展战略之一。为满足公众日益增长的需求，提升中医药在实现卫生服务普遍覆盖方面的作用，就必须确保中医药的质量、安全性和效果。

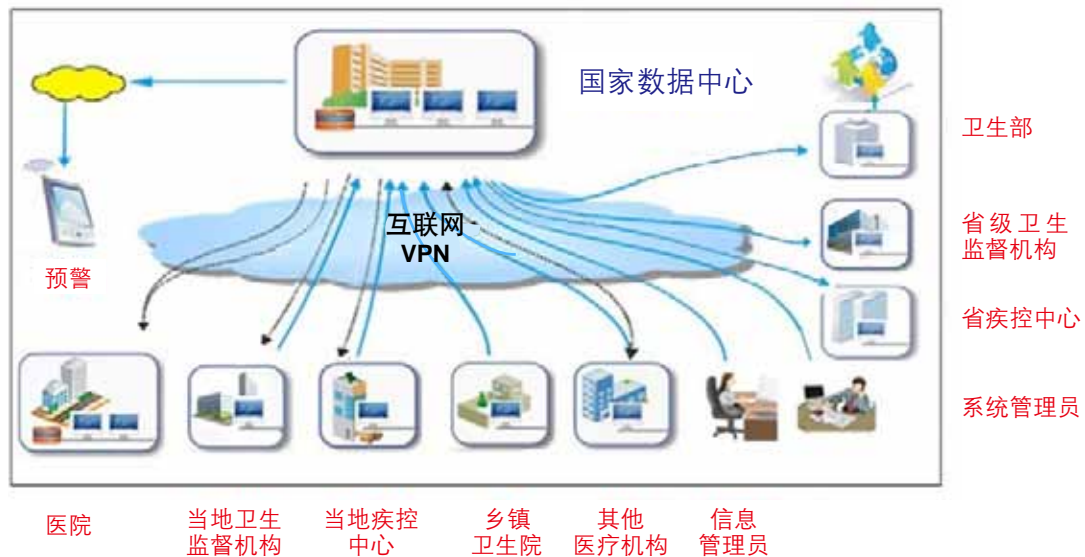


卫生信息系统

中国已建立了全国传染病及突发公共卫生事件网络直报系统（见图3）。截至2011年底，100%的疾病预防控制中心、98%的县级以上医院、94%的乡镇卫生院实现了传染病疫情与突发公共卫生事件网络直报。³⁶该系统提高了对疫情和突发公共卫生事件的发现及应对能力，也有助于国内主要传染病的管理和监测。

截至2011年6月，中国已制定卫生信息化发展框架，旨在建设国家、省、地市县三级卫生信息平台，其中包括公共卫生、医疗服务、医疗保障、药物管理和综合管理五项业务应用，以及居民电子健康档案和医院电子病历两个数据库。但由于缺乏资源整合和信息共享，区域卫生信息系统的发展一直较缓慢。³⁷

图3 全国传染病及突发公共卫生事件网络直报系统



卫生领导和治理

卫生部是总体负责卫生事务的政府部门，但卫生工作的不同方面目前分在多个部门，由

不同部委分管。就社会医疗保险而言，城镇居民基本医疗保险、城镇职工基本医疗保险由卫生部和人力资源及社会保障部管理，而新型农村合作医疗由卫生部管理。边境卫生检查与检疫职能由国家质量监督检验检疫总局负责。药品的注册、生产、流通、定价、招标采购、保险报销分别由食品药品监督管理局、工信部、商务部、国家发改委、卫生部和人力资源及社会保障部负责。

五、国家应对卫生挑战

国家发展进程与政策

2011年3月，中国发布了《国民经济和社会发展第十二个五年规划纲要》³⁸。它将不断提高人民生活水平作为七大目标之一。在卫生发展范畴内，《“十二五”规划纲要》敦促深化医改以满足人民的基本医疗卫生需求。

国家卫生政策、战略和规划

国家医药卫生体制改革

2009年，中共中央、国务院印发了《关于深化医药卫生体制改革的意见》，医药卫生体制改革全面铺开。之后，国务院印发了《深化医药卫生体制改革近期重点实施方案（2009—2011）》。医药卫生体制改革的总体目标是要建立健全覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度，为群众提供安全、有效、方便、价廉的医疗卫生服务。

政府确定了医改五项重点工作，同时，成立了一个多部委组成的医改委员会，协调政策制定和实施。这五项重点工作：一是加快推进基本医疗保障制度建设，二是初步建立国家基本药物制度，三是健全基层医疗卫生服务体系，四是促进基本公共卫生服务逐步均等化，五是推进公立医院改革试点。

卫生事业发展“十二五”规划

国务院印发了《卫生事业发展“十二五”规划》³⁹和《“十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨实施方案》⁴⁰，制定了到2015年的卫生事业发展目标：初步建立覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度，使全体居民人人享有基本医疗保障，人人享有基本公共卫生服务，医疗卫生服务可及性、服务质量、服务效率和群众满意度显著提高，个人就医费用负担明显减轻，地区间卫生资源配置和人群间健康状况差异不断缩小，人均预期寿命在2010年基础上提高1岁。

为实现这些卫生事业发展目标，确定了卫生系统需要加强的四大领域和七大卫生重点。卫生系统需要加强的四大领域是公共卫生服务体系、医疗服务体系、医疗保障体系和药品供应体系。七大卫生重点是公共卫生服务、食品安全和卫生监督、医疗服务管理、中医药、卫生人力资源和医学科学技术、卫生信息系统及健康产业。

六、中国对全球卫生工作的贡献和作用

中国通过改善本国人口的健康状况、与其他发展中国家开展卫生合作、兑现国际承诺、参与国际卫生技术工作和治理等举措，对全球卫生做出了巨大贡献。

中国的卫生事业发展对于全球卫生的贡献

中国在改善人民健康方面取得了巨大成绩，也在主要疾病控制方面成绩显著。中国已经建立了覆盖城乡、结构良好的卫生系统。随着农村县乡村三级医疗网和新型农村合作医疗制度的建立，通过近几年的医改，中国卫生服务的覆盖范围迅速扩大，患者自费所占卫生总费用的比例降低。中国人口众多，因此，中国在卫生方面取得的任何重大进步，都不仅是全球卫生工作的实例，也是对改善全球卫生的贡献。



中国履行国际承诺

中国认真地履行其国际承诺。2005年5月，第58届世界卫生大会讨论并通过了修订后的《国际卫生条例（2005）》。中国积极推动该条例在中国的实施。中国还积极响应国际组织行动，政府高层承诺要实现千年发展目标；目前，部分目标已经实现，其余目标将按计划于2015年实现。中国于2005年签署了世卫组织《烟草控制框架公约》，并致力于公约的实施。

中国与其他国家开展卫生合作

中国积极参与同其他国家的卫生合作。几十年来，中国以派遣援外医疗队、捐赠医疗设备和药品、建设医院和其他卫生机构、培训卫生人员等形式，为发展中国家，尤其是非洲的发展中国家，提供资金和技术支持。近年来，这种合作拓展到了疟疾控制等疾病防控项目方面。卫生国际合作也呈现多主体的趋势，非政府组织的参与日益增加。中国还参与跨国合作，尤其是在共同应对卫生安全威胁方面。中非合作已经广受国际好评，联合国秘书长评价中非合作是“南南合作”的最佳典范。

中国在全球卫生工作和治理中的作用

中国作为最大的发展中国家，在国际卫生机构中发挥着重要作用。中国多次成为世卫组织执行委员会成员，并自“全球抗击艾滋病、结核和疟疾基金”创建伊始，就是其成员。中国同时还是联合国艾滋病规划署项目协调委员会的成员。中国积极参加世界卫生大会中

重大全球卫生事项的讨论和相关政策的制定。中国香港特别行政区的陈冯富珍博士是世界卫生大会选举出的首位来自中国的世卫总干事。2012年，中国缴纳的世卫组织核定会费为1481万美元，⁴¹成为世卫组织核定会费的第8大缴费国。⁴²2006–2012年，中国政府向世界卫生组织的自愿捐款达1466万美元。此外，中国每年向联合国艾滋病规划署捐款10万美元（2012年增至15万美元）；向全球抗击艾滋病、结核和疟疾基金共计捐款2500万美元。⁴³在华世卫组织合作中心也通过各项合作活动以及中国专家参与世卫组织会议，为全球卫生工作做出了贡献。



世卫组织总干事陈冯富珍（右）给原卫生部长陈竺颁发世卫组织奖，以表彰其对控烟的贡献。

第三节 发展合作与伙伴关系

一、国内的援助环境

随着经济顺利发展，中国作为发展受援国的地位正在转换。经济合作与发展组织的数据表明，中国接受的官方发展援助净额占国民总收入的比例由 2001 年的 0.12% 下降至 2010 年的 0.01%。⁴⁴ 卫生领域也有类似趋势，很多卫生发展伙伴近年来已减少或撤消了对华的双边支持。

二、驻华联合国系统

目前在中国设立办事机构的联合国机构有 21 家，包括世卫组织。他们在联合国驻华协调员系统内携手合作，支持中国的发展。

联合国驻华系统设有 6 个专题组支持中国的发展，即贫困和不平等专题组、卫生专题组、气候变化和环境专题组、性别平等专题组、艾滋病专题组、中国与世界特别工作组。世卫组织是卫生专题组的主席，同时是艾滋病专题组的联席主席。卫生专题组涵盖了所有卫生合作伙伴及联合国系统组织，由卫生部任联席主席，下设 5 个工作组：非传染性疾病、妇幼卫生、医改、人畜共患病、南南合作。

驻华联合国系统及中国政府共同商定并发布了《联合国对华发展援助框架（2011—2015）》⁴⁵，明确了以下三个重点领域，即《框架》的三个成果：

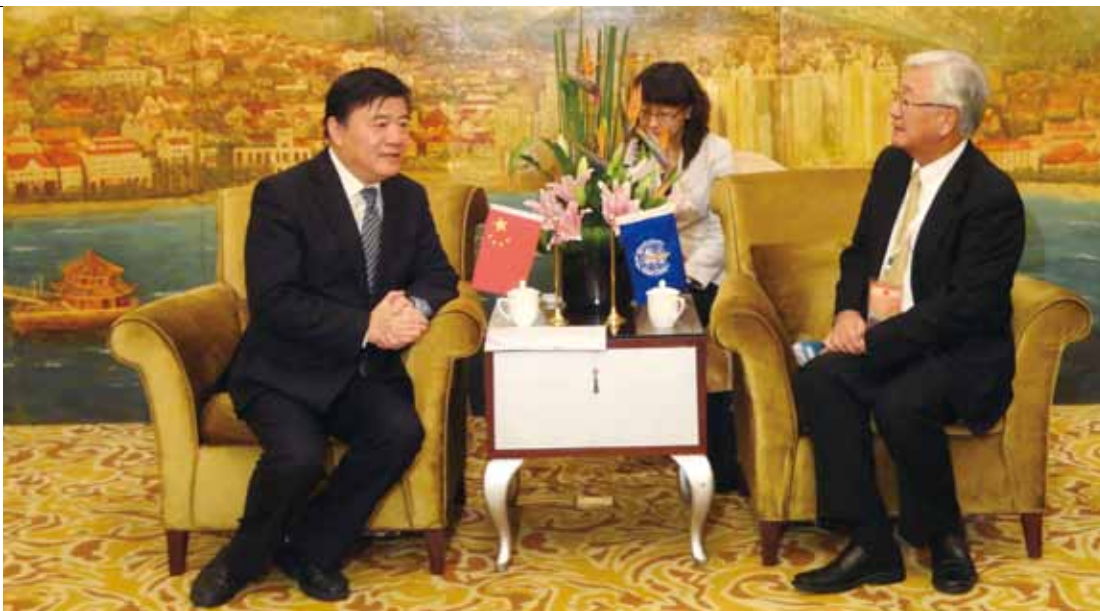
成果 1：政府与其他利益相关方确保环境的可持续发展，应对气候变化，推进绿色和低碳经济；

成果 2：最贫困和脆弱群体更多地参与中国的社会 and 经济发展，并从中受益；

成果 3：中国更广泛参与国际社会以带来更多互利。

世卫组织积极参与《框架》制定过程，并承诺将在实现《框架》成果的过程中发挥积极作用。





原卫生部长陈竺（左）与世卫组织西太平洋区域主任申英秀探讨中国与世卫组织的合作。

第四节 回顾上一个《国家合作战略》期间世卫组织的合作活动

一、世卫组织在华工作简要历史

世卫组织驻华代表处成立于1981年。多年来，世卫组织与中国开展了互惠互利的合作。近30年来，中国的社会经济情况发生着变化，世卫组织调整了对华援助的性质，以满足患者的卫生需求。近些年，世卫组织将工作重心转到由于中国经济转型期的快速发展而出现的快速工业化和城镇化带来的卫生问题以及在卫生服务可及性和健康结果差距日益加大的方面。

2004年，中国卫生部和世卫组织签署了加强卫生合作与交流的谅解备忘录，确定了重点合作领域，包括：（1）公共卫生重点（农村卫生、重大疾病预防与治疗、突发公共卫生事件响应机制）；（2）控制主要传染病（艾滋病、结核、乙肝、血吸虫病、疟疾和其他新发疾病）；（3）非传染性疾病（包括环境、烟草控制、食品安全等健康决定因素）；（4）传统医学（包括标准制定、质量控制、按照世界卫生大会政策安全应用中医药等）；（5）卫生人力资源。在这个谅解备忘录的基础上，世卫组织制定了《世界卫生组织—中国国家合作战略（2004—2008）》。

2008年，卫生部和世卫组织签署了《世界卫生组织—中国国家合作战略（2008—2013）》，以适应中国国情的迅速变化，应对新发问题。世卫组织在华《国家合作战略（2008—2013）》确定了四个战略优先领域，并应用七个主要方法来实现这些重点目标。四个战略重点是：

(1) 通过卫生改革逐步实现基本医疗卫生服务的普遍可及和卫生体系发展；(2) 实现卫生相关的千年发展目标；(3) 减少非传染性疾病的高负担，包括控烟；(4) 应对新发公共卫生威胁。七个主要方法是：(1) 支持与国际标准和规范接轨的有关国家卫生框架及政策的制定和实施；(2) 根据国家合作战略议程所选定的公共卫生议题，促进中国与其他国家开展国际合作，支持研究和信息交流；(3) 提供循证的政策建议和技术支持；(4) 推动预防、治疗、关怀和支持等基本卫生干预措施的开展并提高其普遍可及性；(5) 支持加强卫生人力资源的管理和开发体系；(6) 加强社区卫生服务，提高服务能力；(7) 加强监督、评价和监测体系。

总之，支持国家自身对卫生的投入和能力建设，是所有战略方法的内在本质，从长远看可以保证卫生事业的可持续发展。

二、回顾上一个《国家合作战略》

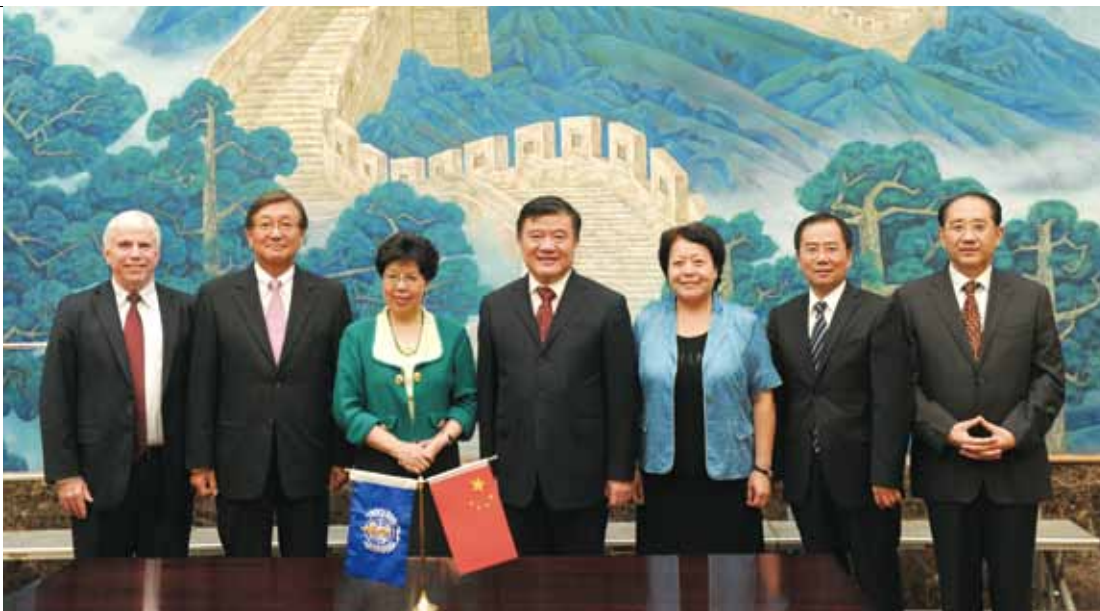
世卫组织驻华代表处人员与世卫组织合作伙伴经过集体磋商，确定了世卫组织的优势和劣势。顺利合作的领域有：卫生服务提供和筹资；基本药物和药品的监管；食品安全；环境卫生；新发传染病，包括《国际卫生条例（2005）》所要求的核心能力建设；消灭脊灰；减少儿童慢性乙肝感染；持续减少麻疹发病等。

集体磋商还强调应提高世卫组织在华合作的效率和效果，包括逐渐减少原来大量的核定会费支持的小额项目，缩短各项目行政手续的耗费时间。其他不足还有：世卫组织驻华代表处的沟通能力有限，世卫组织内部工作程序缓慢；商定的《国家合作战略（2008–2013）》领域并非都能得到世卫组织总部和区域办事处技术规划的支持，因此应尽早更新《国家合作战略（2008–2013）》，使之更好地反映国家需求的变化，保证世卫组织全球和区域层面的规划合作都能与中国的需求协调一致。最后，集体磋商还认为世卫组织的筹资机制没有多少创新。

三、世卫组织在华环境不断改变

世卫组织在中国面临一个转折点。在过去几十年中，世卫组织驻华代表处的人力、财力资源均有了迅速增长，主要来自自愿捐款，但来自核定会费的资金基本未变。随着中国在援助环境中地位的变化，世卫组织驻华代表处可供自由支配的资金有限。这种情况令世卫组织面临艰难选择，必须把世卫组织在华工作战略重点和人员安排得更紧凑。

然而，世卫组织的相对优势在于丰富的全球技术网络，包括世卫组织总部、区域办事处和世卫组织合作中心。中国和世卫组织仍须进一步巩固合作，互惠互利。世卫组织将利用新的国家合作战略议程，重整资源，不断提供中国需要的支持。



2012年7月原卫生部长陈竺（中）、西部卫生行动省的省级领导、世卫组织总干事陈冯富珍（左三）、世卫组织西太平洋区域主任申英秀（左二）和世卫组织驻华代表蓝睿明（左一）出席在京举行的西部卫生行动的启动仪式。

第五节 世卫组织合作战略议程

一、中国—世卫组织合作的战略重点

为反映中国社会经济的迅猛发展及世卫组织对华合作重点的变迁，并与中国政府的规划周期保持一致，本过渡期《国家合作战略》对由2008—2013年《国家合作战略》向2016—2020年《国家合作战略》过渡的三年进行了规划。因此，它制订的议程将持续到2016年以后，但某些领域的工作将在2016年前逐步结束。

世卫组织对华合作应集中在最能体现世卫组织贡献的内容上，同时还要保留一定的灵活性以满足中国政府的具体要求。总体而言，世卫组织对华合作应围绕世卫组织的六个核心功能展开：（1）发挥全球卫生领导作用，（2）制订规范和标准，（3）确定政策及研究的重点议题，（4）阐述可用的政策，（5）提供技术支持，（6）监测卫生趋势。

本节阐述了中国与世卫组织2013—2015年的合作重点，其基础是对中国当前国情及其发展趋势的分析、中国政府在《卫生事业发展“十二五”规划》中明确的卫生工作重点、世卫组织的相对优势、《国家合作战略（2008—2013）》实施过程中取得的经验教训，同时也考虑了中国作为世卫组织成员国、根据世卫大会决议和世卫组织西太平洋区域委员会决议以及世卫组织和中国协商签订的现行协议（如“西部卫生行动”）所作出的承诺。

因此，我们必须通过选择来确定未来三年中世卫组织的优先支持事项。仅仅找到中国突出的卫生问题是不够的，必须考虑中国和世卫组织双方的能力，才能确定哪些问题应入选战略计划。我们采取了三个入选标准，来确定战略重点或重要领域：（1）中国政府和世卫组织确定的具体重点干预领域；（2）世卫组织提供上述支持更具有成效，或比其他的支持方更有优势；（3）确定世卫组织三级机构内有充足的人力及财力资源，确保世卫组织能卓有成效地参与。

下面描述了 2013–2015 年世卫组织在华合作的四个战略重点，以及每个战略重点的重点领域和战略方法。战略重点是：

1. 加强卫生系统，推进全民健康覆盖；
2. 降低影响公众健康的主要疾病以及卫生安全危险因素引起的发病和死亡；
3. 通过开展省级公共卫生行动，减少中国西部地区的卫生不公平；
4. 通过支持中国参与全球卫生合作，为加强全球卫生工作做出贡献。

二、主要重点领域和战略方法

加强卫生系统，推进全民健康覆盖

世卫组织将支持政府推动卫生系统发展，逐步实现全民健康覆盖，以保证所有需要健康促进、预防、治疗、康复服务的人都能获得高质有效的服务，同时，不因医疗费用而陷入经济困难。中国政府与世卫组织的合作主要围绕以下方面展开：医药卫生体制改革的实施；加强医疗卫生机构提供全面优质中西医综合服务的能力；政府的治理和组织能力。

主要重点领域

按照《“十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨实施方案》和《卫生事业发展“十二五”规划》，支持中国政府实施医改。

战略方法

为推进医改各项重点领域工作并建设整合的卫生体系提供技术和政策支持。

战略方法

对医改各项重点领域的监测与评价以及实现预期结果和影响的关键障碍提供技术和政策支持。

主要重点领域

支持政府机构的能力建设，以提供全面、优质的医药卫生服务。

战略方法

为循证干预措施和建立综合卫生服务质量标准及人力队伍提供技术和政策支持。

战略方法

根据功效、安全性和质量证据，支持发展中医药作为综合卫生系统的组成部分。

主要重点领域

加强政府对医疗卫生的治理和组织能力，重点加强基本医疗卫生服务。

战略方法

为卫生规划、卫生筹资、卫生信息系统和问责制的能力建设提供技术和政策支持。

战略方法

为药物、疫苗和卫生技术的监管、质量保证和管理提供技术和政策支持。

降低影响公众健康的主要疾病以及卫生安全危险因素引起的发病和死亡

中国管理传染病的能力已有长足进展，未来中国与世卫组织的合作将集中在具体领域，包括支持、监测并评价疾病消除 / 消灭战略，以及世卫组织支持的针对具体传染病的跨国、跨区和全球行动。针对非传染性疾病，世卫组织根据《中国慢性病防治工作规划（2012–2015年）》开展合作。世卫组织还将按照《国际卫生条例（2005）》和《亚太地区新发疾病防治战略》的要求，帮助加强突发事件风险评估、防范、监测和应对工作，提高卫生安全保障能力。

主要重点领域

支持政府预防、控制、消除目标传染病；支持针对特殊传染病的地区和全球行动。

战略方法

为特定疾病消除战略的循证政策制定和法律框架提供政策与技术支持。

战略方法

为完善相关疾病监测系统提供技术与政策支持。

主要重点领域

支持中国政府通过全生命周期合作降低非传染性疾病造成的过早的疾病负担和应对老龄化挑战。

战略方法

针对健康的社会决定因素、营养、烟草使用及其他非传染性疾病危险因素，推动并倡导多部门合作，让卫生融入方方面面。

战略方法

为非传染性疾病防控“一揽子”卫生服务提供技术与政策支持。

主要重点领域

在卫生安全和食品安全风险的防范、监测、预警、评估、风险沟通、流行病学调查和应对方面，为政府提供支持。

战略方法

为《国际卫生条例（2005）》和《亚太地区新发疾病防治战略》的实施、包括减少疾病跨境传播的能力建设，提供技术和政策支持。

战略方法

在应对食品安全和环境健康风险、防范和应对自然灾害方面，提供技术与政策支持。

通过开展省级公共卫生行动， 减少中国西部地区的卫生不公平

世卫组织将通过“西部卫生行动”项目，在省级层面支持国家卫生重点工作的实施和推动实现千年发展目标。第一阶段选定了广西壮族自治区、重庆市和陕西省作为试点。卫生部、省级主管部门和世卫组织将通过一个合作框架来确定各省的重点卫生问题，共同制定实施国家卫生政策及规划的战略议程。这一过程将以循证规划为基础，在政府、学术机构和卫生部门领导的支持下，依托现有的卫生（健康）城市、卫生（健康）村的平台，通过多部门行动来实施，最终实现增加期望寿命和改善生活质量的目标。将对试点省份的经验和教训进行整理和记录，并与西部其他省份分享。

主要重点领域

支持“西部卫生行动”项目地区深化医改。

战略方法

支持“西部卫生行动”项目地区，在省级层面总结现有医改经验，进一步细化行动计划。

战略方法

支持基层医疗卫生机构，提高其人员提供综合优质卫生服务，包括中医药服务的能力。

主要重点领域

支持“西部卫生行动”项目地区解决本省具体的重点卫生问题。

战略方法

推动利用卫生（健康）城市和卫生（健康）村平台开展有效的多部门卫生行动。

战略方法

支持技术机构加强重点公共卫生项目，包括非传染性疾病和妇幼保健等。

主要重点领域

支持“西部卫生行动”项目省政府提高地方项目管理和协调能力，提升“西部卫生行动”项目省份对全国和全球卫生的贡献。

战略方法

支持技术机构提高对公共卫生项目干预措施的监测与评价能力。

战略方法

促进“西部卫生行动”项目省政府及技术机构与其他省份和其他国家的合作。

通过支持中国参与全球卫生合作， 为加强全球卫生工作做出贡献

中国在发展卫生系统、提高人民健康水平的过程中积累了丰富的经验，可以与面临类似挑战的国家分享。中国有能力通过提供卫生援助或联合控制跨境卫生威胁等方式，与其他发展中国家开展更有效的卫生合作。中国作为最大的发展中国家，在全球卫生治理和筹资方面发挥着重要作用。中国还能以可接受的价格，提供更多的医疗技术和产品，促进全球卫生事业发展。

世卫组织随时准备着，支持中国对全球卫生最有贡献的重点领域的能力建设。这些领域包括梳理总结中国卫生事业发展的经验教训并进行传播，加强与其他国家的卫生合作，更加积极地参与全球卫生工作和全球治理，提供卫生技术和产品以促进全球卫生工作。

主要重点领域

帮助中国提炼、记录和传播在加强卫生系统和提高健康水平方面的经验教训，供其他国家借鉴。

战略方法

帮助中国确定可供其它国家、特别是发展中国家借鉴的经验教训的领域。

战略方法

提供技术支持，帮助提炼和记录中国经验教训，并向全世界传播。

主要重点领域

支持中国加强双边卫生合作，更多地参与全球卫生工作和全球治理。

战略方法

通过开展新型合作和与其他国际组织合作等方式，支持中国政府提高对外卫生合作（尤其是跨境合作和对非合作）的成效。

战略方法

支持中国在全球卫生领域发挥更大的作用，包括积极参与制定全球规范和标准以及制定后千年发展目标议程等。

主要的重点领域

支持中国提供卫生技术和合格产品，为全球卫生做贡献。

战略方法

支持中国的能力建设，将世卫组织的预认证和其他国际公认的标准用于本国的药品和生物制品。

战略方法

支持中国向其他国家转让适宜卫生技术，提高全球健康水平。

未来其他卫生合作

世卫组织在中国其他的众多卫生重点领域也会发挥有效作用。任何符合以下条件的工作领域都有可能成为世卫组织在此战略计划期间的核心工作并得到来自世卫组织三级机构（驻华代表处、区域办事处及总部）的支持：

- 向世卫组织要求进一步的支持的政府提出的具体重点干预领域；
- 世卫组织提供上述支持更具有成效，或比其他支持方更有优势；
- 确定在世卫组织三级机构内有充足的人力及财力资源，确保世卫组织能卓有成效地参与。

三、 整体战略方法

在过渡期《国家合作战略》周期内，世卫组织对华合作的整体战略方法有如下特点：

- 世卫组织与中央层面的合作和世卫组织通过中央与省级层面的合作紧密结合；
- 世卫组织与卫生部门的合作和世卫组织与非卫生部门的合作紧密结合；
- 世卫组织与中国政府的合作和其他伙伴与中国政府的合作紧密结合。

世卫组织将同时在中央层面和省级层面与中国政府展开合作。世卫组织在中央层面的投入主要是支持政府制定卫生政策和为政策实施提供指导。世卫组织与省级合作主要体现为支持“西部卫生行动”项目，通过循证规划和多部门合作，更好地执行国家政策。试点的经验一来可为中央决策提供参考，二来将被推广到其他省份。中央层面和省级层面合作的紧密结合将使合作更有成效。

要应对导致不健康的社会决定因素和危险因素，需要相关非卫生部门的参与。如何有效地推动“让卫生贯穿于所有政策”的概念，是卫生部面临的主要挑战之一。凭借擅长与其他部门开展全球合作的优势，世卫组织在应对健康的社会决定因素方面一直起着带头作用。在中国的国家层面，世卫组织将把自己与卫生部的合作同世卫组织与非卫生部门的合作相联系，支持政府提高多部门合作的能力，并促进“让卫生贯穿于所有政策”的概念。非传染性疾病预防工作可作为此种方法的切入点。

世卫组织应把自己的合作项目与其他伙伴和中国的合作关联起来，尽量使世卫组织的行动和其他伙伴的努力协调一致。世卫组织更应利用自身的技术优势和影响力来促使其他伙伴的行动与政府的工作重点保持一致，从而创造有利环境，使其他伙伴能更好地发挥优势。



世卫组织驻华代表处的团队。

第六节 实施战略议程： 对秘书处的意义

一、战略议程所描述的世卫组织的角色和存在

中国和世卫组织双方的重点均有调整，各自所处的环境也有所变化，这影响到世卫组织在中国的角色和存在，包括世卫组织驻华代表处的人员结构、世卫组织区域和总部层面的支持、为驻华代表处运转和开展工作而调拨的资源等。

世卫组织的角色

2013–2015 年间，世卫组织在对华工作和合作中的角色将发生如下转变：（1）更加重视在中央和省级就目标干预活动开展的高层政治对话和技术支持；（2）有重点地支持“西部卫生行动”；（3）支持中国参与全球卫生事务。

世卫组织的存在

世卫组织角色的转变使得世卫组织在华存在也发生重大改变。

世卫组织驻华代表处人员重组，与《国家合作战略》相吻合

代表处的核心人员应包括数量有限、经验丰富、拥有广泛的技术与管理技能的资深国际雇员，他们与经验丰富的资深国内专业官员紧密合作。这些人员负责的领域与过渡期《国家合作战略》中的战略重点相呼应。此外，针对某些具体技术重点，还会根据双方共同确定的需求和可用的资源，聘请一些国际国内专业人员，依据需求和资源多少，这些人员将以短期形式聘请。

世卫组织核心预算的使用发生变化，将逐步增加用于支持世卫组织核心人员和办事处运转的资金比例

多、双边捐助机构提供给中国的外部资金支持（包括之前用于世卫组织人员和活动的经费）不断下降，世卫组织必须改变核心预算的使用方法。新的双年度预算中，将逐步按照双方的共同决定，增加用于支持世卫组织核心人员和在中国办事处运转的资金比例。

聘请短期技术人员的资金来源主要为以下三种：（1）世卫组织核心预算，但核心预算优先用于聘请核心人员；（2）外部捐资方的捐款（自愿捐款）；（3）由中国政府或原单位出资（尤其是借调人员）。

最后一种筹资模式，此前并未在中国采用过，但在很多国家已很普遍。将来这一模式有可能进一步拓展，使世卫组织在直接支持政府重点工作的同时，可为中方人员提供能力建设和积累国际组织工作经验的机会。

二、《国家合作战略》的使用

修订后的过渡期《国家合作战略》将为世卫组织秘书处 2013–2015 年的在华工作提供指导，尤其是：为世卫组织各级机构的工作提供指导，包括 2014–2015 年规划预算的制定；确立世卫组织支持中国的机遇，以及世卫组织和中国在本区域和全球活动中开展互利合作的机遇。

三、监督与评价《国家合作战略》的战略议程

整个世卫组织秘书处，尤其是世卫组织驻华代表处，将监督自己在伙伴合作环境下的工作，确保与合作伙伴的工作优势互补。

世卫组织秘书处还将与中国政府和地方行政部门合作，在《国家合作战略》的执行末期进行评估。

附录 1

卫生部和世界卫生组织的磋商单位名录

国家发展和改革委员会
财政部
国家人口和计划生育委员会
国家质量监督检验检疫局
国家食品药品监督管理局
国家中医药管理局
北京市卫生局
广西壮族自治区卫生厅
重庆市卫生局
陕西省卫生厅
中国医学科学院
中国疾病预防控制中心
中国健康教育中心
卫生部统计信息中心
卫生部卫生发展研究中心
卫生部项目资金监管服务中心
卫生部医院管理研究所
卫生部国际交流与合作中心
卫生部人才交流服务中心
国家食品药品检定研究院
北京大学医学部公共卫生学院

澳大利亚国际发展署
英国国际发展署
加拿大驻华使馆
联合国艾滋病规划署
联合国儿童基金会
联合国开发计划署
联合国人口基金
世界银行

附录 2

各省基本人口和卫生指标

地区	人口 (万人) (2011) *	15岁以下 人口(%) (2011) *	农村 人口(%) (2011) *	出生期 望寿命(岁) (2010) *	孕产妇 死亡率 (1/10万) (2011)**	卫生总费 用占GDP% (2010) **	人均地区 生产总值 (美元) (2011) **	15岁以 上人口识 字率(%) (2011) *
全国	134735	16.47	48.73	74.83	26.1	4.98	5627	94.79
北京	2019	8.76	13.80	80.18	9.9	5.76	12894	98.27
天津	1355	10.65	19.50	78.89	6.8	3.90	13526	97.57
河北	7241	17.60	54.40	74.97	9.4	4.42	5384	96.31
山西	3593	16.16	50.32	74.92	16.4	5.04	4968	97.10
内蒙古	2482	13.68	43.38	74.44	16.7	3.74	9224	95.63
辽宁	4383	11.36	35.95	76.38	10.7	4.19	8067	97.72
吉林	2749	12.72	46.60	76.18	16.5	5.24	6146	97.76
黑龙江	3834	11.74	43.50	75.98	16.8	5.84	5231	97.38
上海	2347	8.29	10.70	80.26	3.7	N.A.	13241	97.60
江苏	7899	12.99	38.10	76.63	1.2	2.97	9888	95.14
浙江	5463	12.61	37.70	77.73	6.4	4.12	9409	93.74
安徽	5968	18.02	55.20	75.08	15.7	5.83	4064	91.57
福建	3720	15.76	41.90	75.76	14.2	3.21	7534	95.58
江西	4488	21.47	54.30	74.33	12.6	4.68	4151	96.30
山东	9637	15.53	49.05	76.46	9.7	3.43	7580	93.38
河南	9388	20.74	59.43	74.57	10.2	4.62	4648	94.30
湖北	5758	14.31	48.17	74.87	10.6	4.27	5474	94.14
湖南	6596	17.90	54.90	74.70	18.8	4.61	4784	95.77
广东	10505	17.23	33.50	76.49	11.4	3.28	8066	96.95
广西	4645	21.96	58.20	75.11	18.7	5.38	4060	95.93
海南	877	19.92	49.50	76.30	13.6	N.A.	4619	95.18
重庆	2919	16.04	44.98	75.70	21.6	5.46	5533	95.02
四川	8050	16.20	58.17	74.75	23.1	N.A.	4191	92.79
贵州	3469	24.16	65.04	71.10	24.3	7.16	2632	87.76
云南	4631	19.57	63.20	69.54	34.7	7.05	3040	91.29
西藏	303	23.08	77.29	68.17	180.7	N.A.	3220	70.56
陕西	3743	15.02	52.70	74.68	13.3	N.A.	5315	94.81
甘肃	2564	16.88	62.85	72.23	30.7	7.17	3130	90.23
青海	568	20.56	53.78	69.96	46.1	N.A.	4634	89.40
宁夏	639	20.92	50.18	73.38	22.8	N.A.	5195	91.63
新疆	2209	19.95	56.46	72.35	39.1	6.91	4731	96.42

GDP: 国内生产总值

N.A.: 不详

* 《2012年中国统计年鉴》

** 《2012年中国卫生统计年鉴》

尾注

- ¹ Statistical Communiqué on the 2011 National Economic and Social Development. [cited 6 February 2013]. Available from: http://www.stats.gov.cn/english/newsandcomingevents/t20120222_402786587.htm
- ² UNICEF. Statistics: China. [cited 7 October 2012]. Available from: http://www.unicef.org/infobycountry/china_statistics.html
- ³ Ministry of Civil Affairs, Social Service Development Statistics Report 2010.
- ⁴ The World Bank. China Overview. [cited January 24, 2013]. Available from <http://www.worldbank.org/en/country/china/overview>
- ⁵ Centre for Research on the Epidemiology of Disasters (CRED). Annual Disaster Statistical Review 2010.
- ⁶ Ministry of Health. China Health Statistical Yearbook, 2011. Beijing: China Union Medical University Press. 2011.
- ⁷ China State Council. The 12th Five-year Health Sector Development Plan. 2012. [cited 6 December 2012]. Available from: http://www.gov.cn/zwjk/2012-10/19/content_2246908.htm
- ⁸ Ministry of Health, China Health Statistical Yearbook, 2009. Beijing: China Union Medical University Press. 2009.
- ⁹ National Bureau of Statistics, China Statistical Yearbook, 2011. Beijing: China Statistical Press. 2011.
- ¹⁰ Researching team for China Health 2020 Strategic Research. Report on China Health 2020 Strategic Research. Beijing: People's Health Press. 2012.
- ¹¹ Ministry of Health and China CDC. The Report On National Viral Hepatitis B Sero-Epidemiologic Survey. People's Medical Publishing House. 2011
- ¹² WHO. Global Tuberculosis Control Report 2012. Available from http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/
- ¹³ Ministry of Health, UNAIDS, WHO. 2011 Estimates for the HIV/AIDS Epidemic in China, Beijing, November 2011.
- ¹⁴ WHO. Working to Overcome the Global Impact of Neglected Tropical Diseases: First WHO Report on Neglected Tropical Diseases. 2010.
- ¹⁵ World Bank. Toward a healthy and harmonious life in China: stemming the rising tide of non-communicable diseases. 2011. Available from http://www.worldbank.org/content/dam/Worldbank/document/NCD_report_en.pdf.
- ¹⁶ Ministry of Health. China Health Statistical Yearbook, 2012. Beijing: China Union Medical University Press. 2012.
- ¹⁷ Chinese Center for Disease Control and Prevention. The National Disease Surveillance System: Data of Cause of Death Surveillance 2010. Military Medical Publishing House. 2012.
- ¹⁸ Ministry of Health. Third National Retrospective Sampling on Population Mortality. China Union Medical University Press. 2008.
- ¹⁹ WHO. Closing the gap in a generation. 2008. Available from http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_eng.pdf
- ²⁰ National Bureau of Statistics. China Statistics Yearbook, 2012. Beijing: China Statistical Press. 2012.
- ²¹ National Population Census Office, State Council, China 2010 Population Census. [cited 6 December 2012] Available from <http://www.stats.gov.cn/tjsj/pcsj/rkpc/6rp/indexch.htm>.
- ²² China Ministry of Foreign Affairs. China Millennium Development Goals Report 2010. [cited 6 February 2013] Available from: <http://www.un.org/chinese/millenniumgoals/china08/index.html>.
- ²³ United Nations Development Program. International Human Development Indicators: China. [cited 27 September 2012] Available at: <http://hdrstats.undp.org/en/countries/profiles/CHN.html>

- ²⁴ Ministry of Health, China. China Report of Nutrition and Development of Children at Age 0-6 2012. Available from: <http://www.moh.gov.cn/cmsresources/mohjcg/cmsrsdocument/doc15032.doc>
- ²⁵ China Ministry of Foreign Affairs. China Millennium Development Goals Report 2010. [cited 6 February 2013] Available from: <http://www.un.org/chinese/millenniumgoals/china08/index.html>.
- ²⁶ Ministry of Health, China. China Report of Nutrition and Development of Children at Age 0-6 2012. Available from: <http://www.moh.gov.cn/cmsresources/mohjcg/cmsrsdocument/doc15032.doc>
- ²⁷ Available from <http://www.moh.gov.cn/mohwsyjbgs/pwstj/list.shtml>
- ²⁸ Available from <http://www.moh.gov.cn/mohwsjdj/s5854/201105/51676.shtml>
- ²⁹ WHO/UNICEF Joint Monitoring Programme for Water Supply and Sanitation. Progress on drinking water and sanitation; 2012. [cited 6 February 2013] Available from: http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/2012/jmp_report/en/index.html.
- ³⁰ Zhang J, Mauzerall D, Zhu T, Liang S, et al. Environmental health in China: progress towards clean air and safe water. *The Lancet*; 375: 1110–19, 2010.
- ³¹ China Ministry of Health. China report on the health hazards of smoking. Beijing: People's Medical Publishing House. 2012.
- ³² Center for Health Statistics and Information, Ministry of Health. An Analysis Report of National Health Services Survey in China, 2008. Beijing: China Union Medical University Press. 2009
- ³³ Ministry of Health. China Health Statistical Yearbook, 2012. Beijing: China Union Medical University Press. 2012.
- ³⁴ Information Office of the State Council. Medical and Health Services in China. Foreign Languages Press. 2012.
- ³⁵ Ministry of Health. China Health Statistical Yearbook, 2012. Beijing: China Union Medical University Press. 2012.
- ³⁶ Information Office of the State Council. Medical and Health Services in China. Foreign Languages Press. 2012.
- ³⁷ World Health Organization. Country Health Information Systems: A review of the current situation and trends, 2011. Available from: http://www.who.int/healthmetrics/news/chis_report.pdf.
- ³⁸ The 12th Five-Year Plan for National Economic and Social Development. Available from: http://www.gov.cn/2011lh/content_1825838.htm
- ³⁹ The 12th Five-Year Plan for Health Sector Development (2011-2015). Available from: http://www.gov.cn/zwgk/2012-10/19/content_2246908.htm.
- ⁴⁰ Plan for Further Strengthening Health System Reform from 2012-2015. Available from: http://www.gov.cn/zwgk/2012-03/21/content_2096671.htm
- ⁴¹ WHO. Country Assessed Contribution. [cited 6 February 2013] Available from: http://www.who.int/about/resources_planning/invoices/chn_en.pdf
- ⁴² WHO. Sixty-fourth World Health Assembly Resolutions and Decisions. [cited 6 February 2013]. Available from: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64-REC1/A64_REC1-en.pdf
- ⁴³ More Extensive International Cooperation and Exchanges. Healthcare in China. Beijing: People's Medical Publishing House. 2012.
- ⁴⁴ Available from: <http://www.aidflows.org>
- ⁴⁵ United Nations Development Assistant Framework 2011-2015. Available from: http://www.unece.org/fileadmin/DAM/operact/Technical_Cooperation/Delivering_as_One/UNDAF_country_files/Georgia_UNDAF_2011-2015_ENG.pdf