



经济及社会理事会

Distr.: General
15 May 2014
Chinese
Original: English

2014 年届会

临时议程* 项目 5(c)

高级别部分：年度部长级审查

2014 年 5 月 8 日格鲁吉亚常驻联合国代表给经济及社会理事会主席的信

谨随函转递格鲁吉亚关于达成包括千年发展目标在内的国际商定目标方面进展情况的国家报告(见附件)，供经济及社会理事会 2014 年实质性会议高级别部分举行年度部长级审查时审议。

谨请协助将本函及其附件作为理事会临时议程项目 5(c)下的文件分发为荷。

常驻代表

大使

卡哈·伊姆纳泽(签名)

* E/2014/1/Rev.1,附件二。



2014 年 5 月 8 日格鲁吉亚常驻联合国代表给经济及社会理事会主席的信的附件

目录

	页次
一. 审查格鲁吉亚执行千年发展目标的情况.....	3
二. 千年发展目标的执行情况以及相关政策.....	4
三. 在与健康有关的千年发展目标方面的进展和尚存挑战.....	16
四. 执行健康方面的千年发展目标方面的经验总结.....	23

一. 审查格鲁吉亚执行千年发展目标的情况

基本国情

1. 格鲁吉亚的面积约为 70 000 平方公里，位于大高加索山脉南麓的山丘地带、黑海的东南海岸。它分别在北面与俄罗斯、西南面与土耳其、南面与亚美尼亚以及东南面与阿塞拜疆接壤。格鲁吉亚人口为 450 万(截止 2013 年，另见表 1)，长期以来一直是个多族裔国家，54%的人口生活在城市地区。
2. 根据世界银行的分类，格鲁吉亚是一个中低收入国家。过去 20 年来该国取得了显著的经济增长，人均国内生产总值(国内总产值)从 2000 年的 690 美元上升至 2013 年的 3 597 美元。经济进步的同时贫穷指标也随之降低，但失业率仍然较高，在 2012 年为 15%。

表 1

基本人口数据

	2013	
	数量	千分比
活产数量	57 878	12.9
人口自然增长数	9 325	2.1
死亡人数	48 553	10.8
移民动态	-2 606	-0.6

资料来源：格鲁吉亚国家统计局(国家统计局)。

国家对人类发展的承诺

3. 格鲁吉亚自 1991 年独立以来已经批准多项核心人权国际文书，包括《儿童权利公约》、《消除对妇女一切形式歧视国际公约》、《公民权利和政治权利国际公约》和《经济、社会、文化权利国际盟约》以及《世界人权宣言》。
4. 格鲁吉亚于 2000 年通过《千年宣言》(大会第 55/2 号决议)并作出承诺，将千年发展目标纳入其国家发展战略和计划，并定期报告千年发展目标的执行情况。
5. 2014 年，国家制定了一项综合、多部门人权战略，就如何加强保护和促进人权，包括千年发展目标所设想的各项规定，为政府和主要利益攸关方确定了总的行动框架。
6. 2013 年，格鲁吉亚政府启动了全民医疗保健旗舰方案，确保格鲁吉亚所有公民得到一套基本的门诊、住院和紧急医疗服务。该方案源于 2012 年联合国关于全民医疗保健的决议和到 2030 年时实现全民医疗保健的愿景，它从另一方面显

示了格鲁吉亚对保健方面的千年发展目标和更广泛的人类发展议程的承诺。多个国际伙伴，包括世界卫生组织(世卫组织)、世界银行和美国国际开发署(美援署)一直在积极支助我国成功落实全民医疗保健工作。

7. 第二节介绍截至 2013 年 4 月格鲁吉亚执行千年发展目标的情况以及制定相关的政策。

二. 千年发展目标的执行情况以及相关政策

目标 1：消除极端贫穷和饥饿

具体目标

1. 1990 年至 2015 年期间，将每日收入低于每天 1 美元的人数减少一半，以相对和极端贫穷率趋势作为衡量手段。
 2. 使所有人包括妇女和青年人都享有充分的生产就业和体面工作。
 3. 在 1990 年至 2015 年期间将挨饿的人口比例减少一半，以 5 岁以下儿童体重不足发生率为衡量手段。
8. 很大程度上由于广泛的改革，格鲁吉亚从走向独立过渡的早期开始就已取得令人印象深刻的经济增长。人均国内生产总值已从 2000 年的 690 美元增至 2013 年 3 597 美元。经济发展方面的积极趋势受到 2008 年 8 月与俄罗斯战争和世界经济危机的挑战，但 2010 年消极趋势已开始扭转。2013 年，格鲁吉亚的经济增长为 3.2%。
9. 与经济增长同步的是减贫方面的进展。极端贫穷(达到家庭收入中位数 40% 的收入水平)比例从 2004 年的 10.9 下降到 2012 年的 9.3，而相对贫穷(达到家庭收入中位数 60% 的收入水平)从 2012 年的 24% 下降到在 2004 年的 22.4%。
10. 社会保护计划的颁布和不断扩大，为社会上最弱势群体，包括生活贫困的家庭、老年养恤金领取人和残疾者，提供了社会安全网。2013 年，养老金和社会津贴在 2012 年基础上分别增加了 50% 和 100%。老年养恤金领取者总的社会津贴增至原先的 10.7 倍，从 2000 年的 14 拉里增至 2013 年的 150 拉里。
11. 然而尽管取得了这些进展，但贫穷率并没有显著减少，国家对贫穷发生率和严重程度仍深感关切。根据联合国儿童基金会(儿童基金会)的 2012 年福利监测调查，77 000 名 16 岁以下儿童的生活水准低于每天 1.25 美元，20 多万(儿童人口总数的四分之一)消费水平不到中位消费水平的 60%，即每天约 2 美元。2013 年儿基会支持的调查数据显示，极端贫困儿童数量呈下降趋势，从 2011 年的 9.4% 降至 2013 年的 6%。社会津贴翻倍和养老金的增加使儿童间接受益；但 27% 的儿童的生活水平仍然不到家庭收入中位数的 60%。

12. 失业率仍然居高，截至 2012 年为 15%，青年失业率估计超过 30%(表 2)。国家民主研究所(民主研究所)2012 年的民意调查显示，超过 70%的人口认为自己失业。此外，根据联合国开发计划署(开发署)2012 年研究报告，70%的人口仍然在经济上和社会状况方面处境脆弱。

13. 格鲁吉亚政府正在制订新战略和展开经济改革，以在 2014-2020 年周期促进可持续经济增长。社会和经济发展的重点是鼓励私营部门发展，并促进专业教育和地方自治改革。

表 2
就业趋势，格鲁吉亚，2000-2012 年

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
15 至 24 岁男女青年失业率	21.2	20.1	27.9	24.6	28.3	28.3	29.3	31.5	35.5	38.7	36.3	35.6	—
人口就业百分率 (包括男女)	60.11	58.8	56.8	58.4	56.6	55.2	53.8	54.9	52.3	52.9	53.8	55.4	56.8
人口就业百分率 (男性)	67.3	67.1	65.1	67.4	64.2	62.6	61.2	63.1	61.1	61.1	61.2	637	65.6
人口就业百分率 (女性)	54	520	49.9	50.9	50.2	48.8	47.7	48.1	44.9	45.9	47.5	48.5	49.5

资料来源：格鲁吉亚国家统计局。

14. 儿童体重不足情况发生率仍然不高。根据多指标类集调查(2005 年)，2.1%的 5 岁以下儿童体重略为不足，体重极为不足儿童的比例是 0.3%(见表 3)。2009 年全国营养调查确认了类似的结果。尽管体重不足的发生率较低，但儿童基金会 2012 年的调查显示，微营养素缺乏症在孕妇和儿童中的发生率很高，对此政府已于 2014 年开始通过有针对性的微营养素补充剂方案和有关规定来加以解决。

表 3
5 岁以下的儿童体重不足发生率(%)，格鲁吉亚，2009 年

	严重体重不足	略为体重不足	无(正常)
共计	14(0.5%)	25(0.6%)	2981(98.8%)
男	7(0.4%)	19(0.9%)	1599(98.7%)
女	7(0.6%)	6(0.4%)	1382(99%)
地区			
第比利斯	3(0.8%)	1(0.3%)	360(98.8%)
阿贾拉和古里亚	2(0.6%)	1(0.3%)	337(99.1%)

	严重体重不足	略为体重不足	无(正常)
伊梅列季和拉恰-列其呼米	1(0.5%)	2(1.0%)	204(98.6%)
卡赫季	2(0.7%)	1(0.3%)	304(99.0%)
克维莫-卡尔特里	2(0.3%)	8(1.1%)	751(98.7%)
萨梅格列罗	1(0.4%)	3(1.1%)	272(98.6%)
萨姆茨赫-扎瓦赫季	3(0.6%)	8(1.6%)	490(97.8%)
什达-卡尔特里和姆茨赫塔-姆季阿涅季	0	1(0.4%)	263(99.6%)

资料来源：全国营养调查，2009 年。

目标 2：普及初等教育

具体目标

确保到 2015 年各地儿童不论男童或女童都能完成全部初等教育课程。

15. 格鲁吉亚具有牢固的教育传统，全国各地基本上已实现百分之百的小学入学率。自 2000 年以来全国一直保持着很高的小学入学率(96%-100%)截至 2011 年两性均等指数为 1.03。

16. 教育和科学部于 2005 年采用了全纳教育和包容性学校的概念。到撰写本报告时，格鲁吉亚所有学校均提供包容性教育，并特别注重个性化方式，强调课程的个性化并以学生为中心。包容性教育的概念提高了普通教育系统所有阶段的开放性。该系统正在改进格鲁吉亚包容性教育的质量。

17. 然而，教育系统的质量一直令人关注。根据国际数学和科学研究的趋势调研(2011 年)，格鲁吉亚八年级学生在参加数学和科学竞赛的 28 个欧洲国家中名列第 26。此外，根据教育和科学部数据，在 2009-2010 年学年，有 2 388 名学生辍学，还需要有关于失学儿童和可能会辍学儿童的更多和更好的数据。

18. 正在进行的教育改革工作主要是着重于改善教育质量，确保各级教育可及而且可负担。格鲁吉亚在 2005 年卑尔根首脑会议上加入了博洛尼亚进程，格鲁吉亚教育和科学部着手修订了规章制度，以便在高等教育系统引进博洛尼亚原则。

19. 格鲁吉亚目前正积极致力于职业教育和培训的全面改革。联合国的有关实体，包括开发署和国际劳工组织(劳工组织)，以及欧盟一直协助我国在 2013-2020 年期间设计和执行体制改革，以消除目前教育系统供应与劳动力市场需求之间存在的不平衡。

目标 3：促进两性平等并赋予妇女权力

具体目标

最好到 2005 年在初等教育和中等教育中消除两性差距，到 2015 年在各级教育中消除此种差距。

20. 我国甚至在 1990 年代初关键的社会经济过渡时期就已大大推进两性平等议程，并逐步执行了《消除对妇女一切形式歧视公约》所规定的各项承诺。

21. 如上所述，教育方面的两性平等在我国不在发展挑战之列。格鲁吉亚男孩和女孩小学入学率一直接近百分之百，最新数据显示，小学、中学和高等教育性别均等指数分别为 1.03、0.95 和 1.20。据教育资源中心全国情况报告，公立学校校长男女比值为 1.4，并且格鲁吉亚学校每 5 名教师中 4 人为妇女。

22. 我国在确保社会处境不利家庭的儿童受教育权利方面取得了重要进展。但是，少数族裔群体中的女生辍学风险仍然较高。千年挑战公司的一项最新研究也发现，女孩在平等参与科学、技术、工程和数学(STEM)教育方案方面仍然面临障碍。政府计划在这方面加紧工作，以保护和促进妇女在教育 and 科学领域的权利。该部正在与美国的民用研究与开发基金会(CRDF Global)和本国科学基金会共同努力，以帮助有才干的女博士生，并促进妇女参与科学研究。

23. 2010 年 3 月，格鲁吉亚通过了“男女平等法”，并在议会设立了一个两性平等委员会。自 2010 年以来，该委员会已完成两个将性别观点纳入主流的两年期战略规划工作。在 2010-2013 年国家行动计划的框架内，教育部与民间社会进行伙伴合作，为全国各地学校教师提供两性平等培训。2014-2016 年国家行动计划作了如下规划：提高公众对两性平等问题的认识，将性别观点纳入教育法规，促进科学、技术、工程和数学教育方案和职业培训机构中的两性平等。

24. 2012 年格鲁吉亚妇女在议会中的代表比例在 2000 年 5% 的基础上跨过了 10% 的门槛。妇女在司法、教育、外交和环境保护等部委担任重要的部长级职务，并领导国家安全委员会和中央选举委员会。自 1990 年代以来，妇女获得经济权力也显而易见，30% 的妇女成为家庭收入的主要挣得者，20% 成为企业领导人。

25. 尽管取得了这些进展，但妇女在决策一级的代表人数仍然不足，她们的经济权力必须得到进一步增强。根据两性不平等指数，格鲁吉亚在 137 个国家中排名第 71。2012 年，所有经济领域各行各业妇女的平均名义月薪是男性的 60%。

26. 只有经过所有利益攸关方，包括政府、民间社会和发展伙伴强有力和协调一致的努力，两性平等方面的突破才有可能。

目标 4：降低儿童死亡率

具体目标

在 1990 年至 2015 年期间，将 5 岁以下儿童的死亡率降低三分之二。

27. 根据官方的生命统计(国家统计局)，格鲁吉亚已大大降低 5 岁以下儿童死亡率，从 2000 年的 24.9 降至 2013 年的 13.0。国家疾病控制和公共卫生中心行政卫生统计股也报告了类似的下降趋势：5 岁以下儿童每 1 000 例活产的死亡数从 2000 年的 27.2 降至 2012 年的 12.4。

28. 尽管例行统计数据与格鲁吉亚生殖健康调查结果之间的差异很大，但 5 岁以下儿童死亡率减少，这一重大进展是显而易见的，所有来源的数据都证实儿童死亡率下降的趋势(见表 4)。

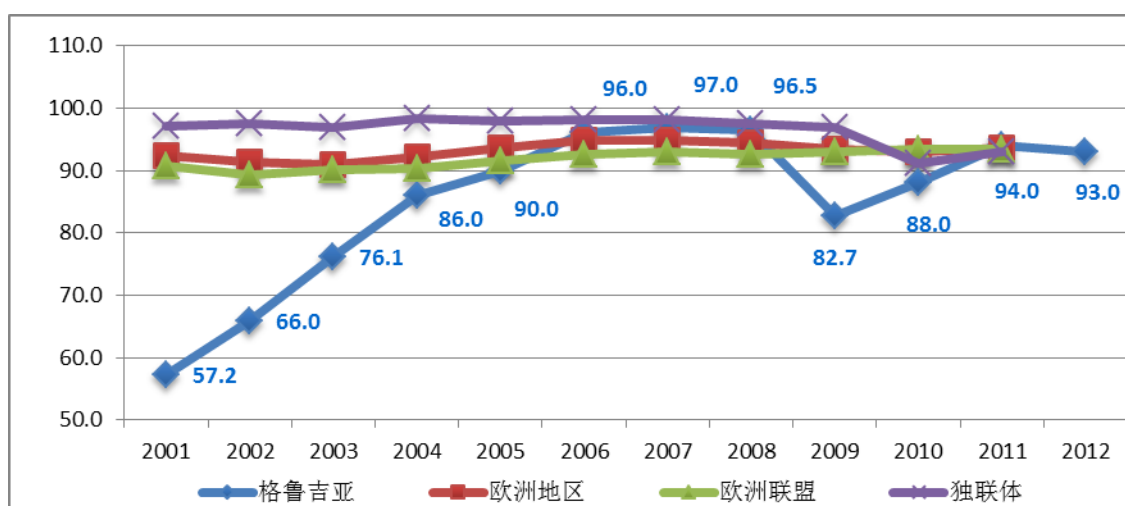
表 4

5 岁以下儿童死亡率，官方统计、卫生统计和户口调查数据比较(每 1 000 例活产)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
健康统计	27.2	26.7	22.1	20.3	20.1	19.4	19.7	15.6	16	15.4	13.4	12	12.4	—
官方统计数	24.9	25.5	26	27.6	26.4	21.1	16.9	14.4	18	16	13	13.8	14.4	13
格鲁吉亚生殖健康调查	45.8	—	—	—	—	25.1	—	—	—	—	16.4	—	—	—

29. 1990 年代初，例行免疫接种服务一度中断，此后，格鲁吉亚成功恢复了全国免疫方案并扩大了其覆盖率。自 2000 年以来，全国麻疹疫苗接种一直保持在 90% 的覆盖率，2012 年年底报告的覆盖率为 93%(见图一)覆盖范围，并在 2013 年进一步改善为 96.5%。这些数据接近欧洲联盟和欧洲区域的平均水平，但还需要进一步投资，以保持 95% 以上的麻疹第一剂疫苗接种覆盖率以及第二剂疫苗的高覆盖率。鉴于世界卫生组织欧洲区域会员国确定的于 2015 年消除麻疹和风疹的目标，实现上述第二项就特别重要。

图一
已接受麻疹疫苗接种的 1 岁儿童百分比，2001–2012 年



资料来源：格鲁吉亚国家疾病控制和公共卫生中心和世界卫生组织全民保健数据库。

30. 尽管取得了所记录的这些进展，但格鲁吉亚的儿童死亡率在欧洲仍然高居第二位。婴儿死亡率(87.5%)仍在儿童死亡率中占最大份额，这一情况自 2000 年以来没有多大变化，该年婴儿死亡率在 5 岁以下儿童死亡率中占 90%。此外，2010 年生殖健康调查显示了城市和农村地区儿童死亡率的很大差异。儿基会 2013 年对格鲁吉亚婴儿死亡率过高所作的衡平法分析显示：(a) 第比利斯境外的婴儿死亡可能性是第比利斯婴儿的 1.4 倍，(b) 第比利斯境外出生的体重为 1 500 克或以上的婴儿在出产院之前的死亡可能性是第比利斯婴儿的 1.9 倍，出产院之后的死亡可能性则是后者的 1.5 倍。

目标 5：改善孕产妇健康

具体目标

1. 在 1990 年至 2015 年间将孕产妇死亡率降低四分之三。
2. 到 2015 年普遍获得生殖健康服务。

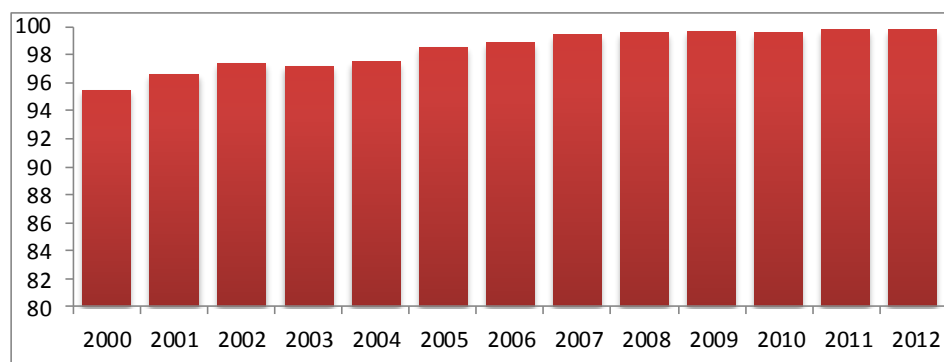
31. 格鲁吉亚已将孕产妇死亡率降低一半以上，每 100 000 例活产中产妇死亡数从 2000 年的 49.2 降至 2012 年的 22.9(见表 5)。孕产妇死亡率 54% 的下降十分显著，但很可能无法到 2015 年实现《千年宣言》确定的将孕产妇死亡率降低四分之三的具体目标。

表 5
产妇死亡率，格鲁吉亚，2000–2012 年(每 100 000 例活产)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
官方统计数字(格鲁吉亚国家统计局)	49.2	58.7	42.2	49.9	43.1	23.4	23.0	20.2	14.3	52.1	19.4	27.6	22.9
育龄死亡率调查	—	—	—	—	—	—	44.0	—	—	—	—	—	—
孕产妇死亡率调查，2011	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	20.6	—	—

32. 由技能娴熟的医务人员接生的比例在采用千年发展目标平台时已经很高，这一比例从 2002 年的 97.4%进一步增至 2012 年的 99.8%(见图二和表 6)。

图二
由技能娴熟的保健人员接生的比例(%），格鲁吉亚



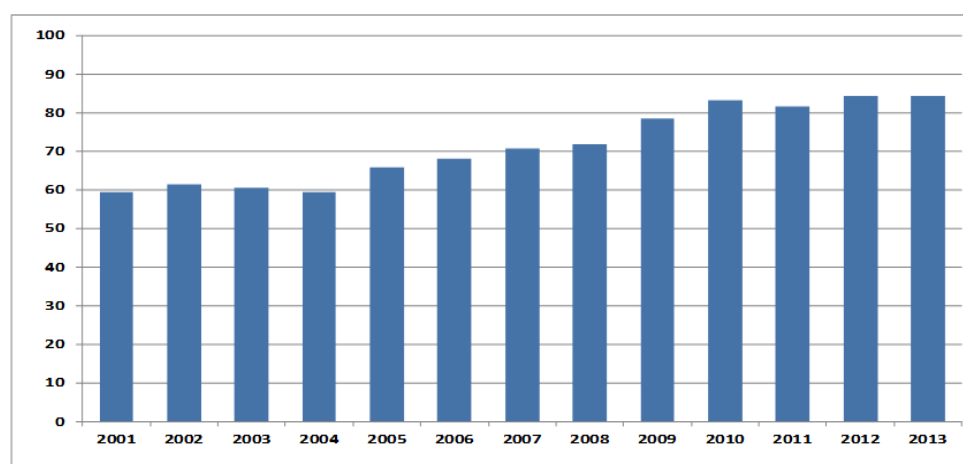
来源：国家疾病控制和公共卫生中心。

表 6
由技能娴熟的保健人员接生的比例(%)

	1995–1999	2000–2004	2005–2009	2012
卫生统计数字	95.8	96.9	99.2	99.8
格鲁吉亚生殖健康调查	92.2	92.5	98.8	—
多指标类集调查	—	—	93.8	—

33. 孕妇中获得建议的四次产前护理访问的人数比例也在增加，从 2001 年低于 60%的基线增至 2013 年的 84.2%(见图三)。2005 年多指标类集调查报告，97.4% 的孕妇至少访问一次产前护理机构，接受四次产前保健的高比例得到了格鲁吉亚生殖健康调查的证实(2005–2009 年为 98.8%)。改善获得生殖健康服务情况自 1999 年以来一直使特别是生活在农村地区的妇女以及来受教育较少的群体的妇女受益。这两个群体中没有接受产前护理的孕妇分别从 14%和 30%降至 3%和 6%。

图三
获得至少四次产前护理访问的妇女的百分比，格鲁吉亚



来源：国家疾病控制和公共卫生中心。

34. 有关生殖保健服务的数据(除了孕产妇和儿童健康统计数字)主要来自家庭调查。根据2000-2010期间进行的三次生殖健康调查,总人工流产率从3.7降至1.6(每一妇女),同时所有生育年龄妇女的避孕普及率(所有方法)从25%增至32%(已婚妇女的避孕普及率从41%增至54%)。避孕普及率增长的原因主要是使用现代避孕方法(在已婚妇女中从2000年的20%增至2010年的35%)。格鲁吉亚生殖健康调查数据还记录了未满足的计划生育需求的减少——对现代计划生育方法的未满足的需求从27%降至18%(见表7)。这可能是由于美援署和联合国人口基金(人口基金)支持的确保获得免费现代计划生育方法以及社会销售的计划生育产品的供应、扩大私营部门的伙伴关系以及在全国对生殖保健服务提供者进行培训的伙伴关系举措。

表7
现代计划生育方法的未满足需求(%), 格鲁吉亚生殖健康调查

	2000	2005	2010
15-44 岁的妇女	27	22	18

来源：生殖健康调查。

35. 为进一步促进妇女更多获得优质生殖健康服务和消除育龄妇女死亡率和发病率的一个主要原因,政府与人口基金合作,启动了乳腺癌和宫颈癌筛查方案,这些方案在格鲁吉亚所有地区向目标年龄妇女提供免费服务。目前正在开展联合努力计划和试点实行有组织的宫颈癌筛查方案,以确保提高筛查方案的参与率和

质量。此外，在人口基金和美援署支持计划生育和妇幼保健项目的支助下，1 400 多个初级保健服务提供者接受了乳腺癌和宫颈癌预防和早期发现方面的培训。

36. 尽管取得明显进展，根据格鲁吉亚国家统计局与国家疾病控制和公共卫生中心的经核对数据，2013 年仍有 16 名母亲死于因妊娠相关原因。劳动、卫生及社会事务部已加紧工作，与联合国机构(儿童基金会、人口基金)、美援署和其他国际伙伴合作，加强生殖健康统计数据工作，并特别注重及时提出报告和确认与妊娠有关的死亡。在美援署支持计划生育和妇幼保健项目的技术援助下，约翰·斯诺公司研究和培训学院(JSI)与国家疾病控制和公共卫生中心协作开展“2014 年格鲁吉亚育龄妇女死亡率研究”，目的是研究育龄妇女死亡率和调查在格鲁吉亚的产妇死亡的严重程度和起因。

目标 6：与艾滋病毒/艾滋病、疟疾和其他疾病作斗争

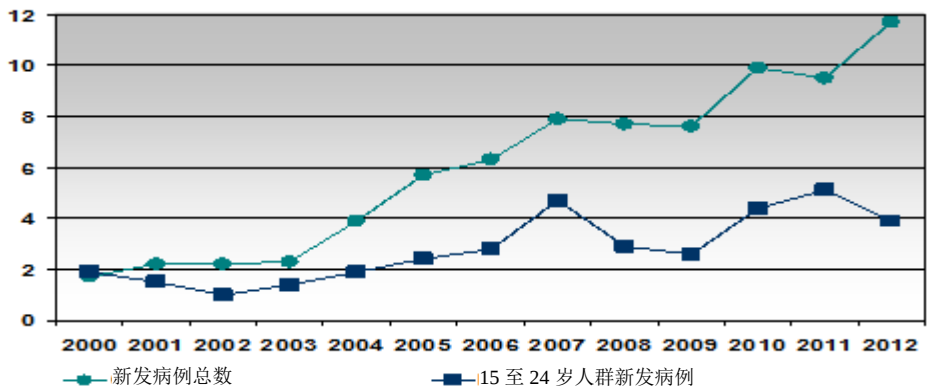
具体目标

1. 到 2015 年遏止并开始扭转艾滋病毒/艾滋病的蔓延。
2. 实现对所有有需要者普及艾滋病毒/艾滋病治疗。
3. 到 2015 年遏制并开始扭转疟疾和其他主要疾病的发病率。

37. 格鲁吉亚是中欧和东欧/独立国家联合体区域在 2004 年实现普遍获得抗逆转录病毒疗法的首批国家之一，并且在过去 10 年中一直维持这一状况。这已转化为我国艾滋病毒感染者生存和生活质量的显著改善。

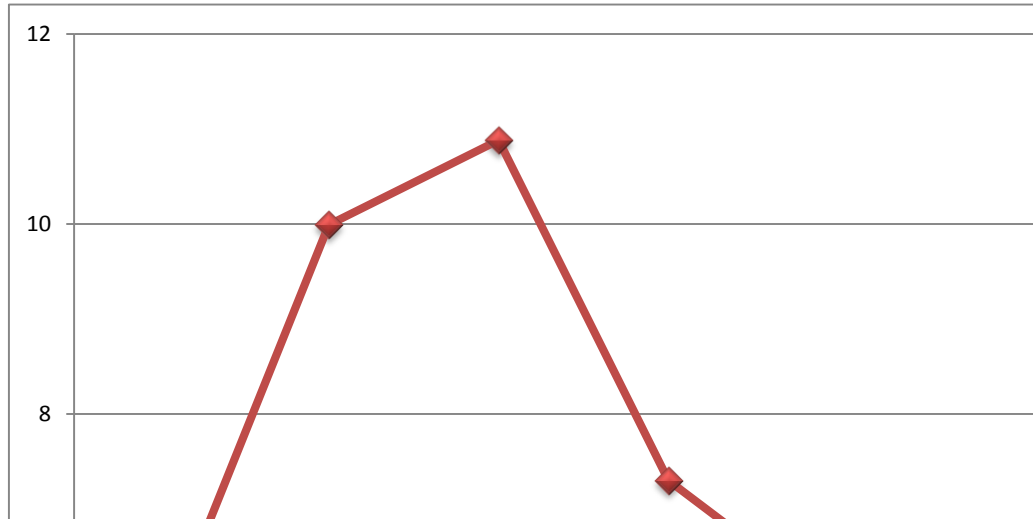
38. 但我国仍面临高危行为群体聚集流行的挑战，在一些格鲁吉亚西部城市，男男性行为者中艾滋病毒流行率提高(从 3%增至 13%)，注射毒品者的感染率超过 5%。在 2009 年到 2012 年期间，15 至 24 岁的年轻人中新感染艾滋病毒的人数也在增加(见图四)。

图四
每 10 万人中艾滋病毒新发病例



39. 全国在消除疟疾方面已取得重大进展。格鲁吉亚记录了疟疾发病率的下降，每 100 000 人中新发病例从 2002 年的 5.5 降至 2013 年的 0.02 例(见图五)，并且在 2013 年没有报告本地疟疾病例。作为题为“从控制疟疾转向消除疟疾”的《塔什干宣言》的签署国，格鲁吉亚在 2005 年处于预防疟疾疫情再次发生的阶段。2011 年，我国要求世卫组织认证为无疟疾。

图五
每 10 万人中疟疾新发病例



来源：国家疾病控制和公共卫生中心。

40. 格鲁吉亚在防治肺结核流行病方面也取得了重大进展。我国自 2003 年以来，已实现普遍获得治疗结核病的诊断和治疗，包括 2008 年以来实行了耐多药结核病控制干预措施。根据世卫组织的估计，自 2000 年以来，格鲁吉亚总的结核病

发病率、与此相关的死亡率和流行率已经下降。每 100 000 人口中新的结核病病例从 2000 年的 96.5 例降至 2012 年的 84.1 例，同期的感染人数从 133.4 例降至 110.7 例(见表 8)。

表 8

格鲁吉亚每 100 000 人口中结核病新发病例、总病例和死亡病例

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
新发病例	96.5	86.4	96.5	92.8	94.8	98.1	96.9	95	94.7	101.4	98.6	101.4	84.1
总病例	133.4	128.8	145.2	143.4	149.7	153.2	143.1	147.0	133.0	135.9	130.4	123.4	110.7
死亡病例	—	—	3.1	3.5	4.3	5.3	5.4	5.9	5.2	4.6	4.1	3.5	3.9

来源：国家疾病控制和公共卫生中心，格鲁吉亚。

41. 然而，尽管取得了进展，我国面临耐多药结核病高负担的挑战。这使得格鲁吉亚结核病流行情况大大复杂化，因为这类结核病的治疗需要近两年的治疗时间，需要使用更昂贵、毒性更大和疗效更小的药品。格鲁吉亚是世界上耐多药结核病负担最重的 27 个国家之一。

42. 格鲁吉亚在世卫组织的支助下，在 2004-2006 年进行了一线抗结核病药品耐药情况调查。调查显示，耐多药结核病占抹片阳性新病例的 6.8%和复治病例的 27.4%。在 2011 年，耐多药结核病占新病例的 10.9%，占复治病例的 31.7%。结核病仍是教养所/监狱中的一个特别严重的问题。

目标 7：确保环境的可持续能力

具体目标

1. 将可持续发展原则纳入国家政策和方案，并扭转环境资源的损失。
2. 减少生物多样性的丧失，到 2010 年明显降低丧失率。
3. 到 2015 年将无法持续获得安全饮用水和基本卫生设施的人口比例减半。

43. 格鲁吉亚政府通过 2004 年 2 月 19 日的第 27 号决议，采纳了生物多样性养护战略和行动计划，该战略涵盖十年期间的生物多样性养护工作，但行动计划是按五年制订的。森林政策和战略的制定于 2005 年开始。

44. 根据 2005 年多指标类集调查，94.2%的人口使用经改善的饮用水源，78.9%的家庭在住所中接入了饮用水管，17.3%的人口将水取到家中所需的时间少于 30 分钟。根据格鲁吉亚生殖健康调查，获得适当遵循卫生规则的自来水供应的人口比例在 2000-2009 年期间基本没有发生变化。至于城市人口，相对于农村人口，这一指标增加了 30%(见表 9)。根据多指标类集调查(2005 年)，绝大部分格鲁吉

亚人口(96.8%)住在有改善卫生设施的家中,并且向 56.3%的 2 岁以下的儿童提供了符合适当卫生规则的厕所。此外,格鲁吉亚生殖健康调查显示,在 1995-2009 年期间,家庭中使用的抽水马桶数量增加了 3.7%。

表 9
自来水供应 (%)

	2000-2004	2005-2009
生殖健康调查		
城市	96.1	96.8
农村	66.2	65.8
多指标类集调查		
共计		94.2

45. 尽管水储量丰富,格鲁吉亚在向农村地区居民提供安全饮用水方面仍面临困难。地下水储量仍然是主要的饮用水源,为供水系统提供 90%的水。目前,向 84%的城市人口和 15.7%的农村人口集中供应饮用水。

46. 格鲁吉亚最近几年日益受到气候变化的影响。在给联合国气候变化框架公约的第三次国家通报中将包括更新的温室气体清单,并将讨论如何最大限度地减少格鲁吉亚主要城市的排放量。这还将协助政府能够更好地分析气候变化风险,并制定切合实际的情景假设,以减少其负面影响。

47. 格鲁吉亚正在制定战略和行动计划,以提高国家有效执行《气候变化全球公约》要求的潜力,包括:生物多样性养护、防治荒漠化、制定一项执行《持久性有机污染物斯德哥尔摩公约》的国家计划以及库拉河流域保护和综合管理计划。

目标 8: 促进全球伙伴关系

具体目标

1. 进一步发展开放、有章可循、可预测、非歧视性的贸易和金融体制。
2. 与制药公司合作,在发展中国家提供负担得起的基本药物。
3. 与私营部门合作,提供新技术、特别是信息和通信技术的惠益。

48. 格鲁吉亚有世界上最自由和具有竞争力的贸易体制。在格鲁吉亚的法律中没有非关税壁垒(禁止、限制、关税配额、许可证),除非在涉及健康、安保、安全和环境问题的情况下。自 2006 年以来,格鲁吉亚取消了将近 85%的货物的进口税,并将进口税从 16 档减至 3 档(0%、5%和 12%)。

49. 格鲁吉亚在 2000 年 6 月加入世界贸易组织(世贸组织)后,开始根据与世贸组织谈判的承诺协调其海关制度。格鲁吉亚加入世贸组织后,美国取消了《杰克逊-瓦尼克修正案》,而且给予我国最惠国地位。后来,我国获得了普遍优惠制(GSP)受益资格。格鲁吉亚还是加拿大、日本、挪威、瑞士和美国普惠制计划的受益国。

50. 欧盟将 1995 年给予格鲁吉亚的普遍优惠制(GSP)的受益资格扩大为 GSP+,使得进入欧盟市场的原产地为格鲁吉亚的 7 200 多类产品免关税。2013 年,在俄罗斯联邦解除对农业产品禁运后,葡萄酒、矿泉水、柑橘等出口产品重新进入了俄罗斯市场。

51. 格鲁吉亚与独联体国家和土耳其有自由贸易协定。2013 年 11 月,草签了《欧盟-格鲁吉亚结盟协定》,包括深入和全面的自由贸易协定。预计在 2014 年 6 月之前签署该协定。

52. 2011 年 4 月,格鲁吉亚成为正式加入《援助实效问题巴黎宣言》和《阿克拉行动议程》的第 135 个国家。

53. 关于基本药品的可负担性,格鲁吉亚一直通过与儿基会、免疫联盟和全球基金合作,使用疫苗和生物制剂以及艾滋病毒和结核病药物全球采购机制。我国正致力于在 2016 年之后格鲁吉亚脱离免疫联盟和全球基金支助后维持获得负担得起的价格的途径。此外,在 2014 年,格鲁吉亚在负担得起的丙型肝炎治疗方面取得了重大进展,在当地市场价格为 11 000 名受益人将长效干扰素价格减少了 60%。

54. 公共资助的保健方案(如糖尿病、透析、免疫接种)普遍涵盖病人的有关药物和生物制剂。普及保健以及国家健康保险方案也涵盖特定受益群体的重点药物以及急诊护理、选择性外科手术和癌症治疗所需的药物。劳动、卫生及社会事务部认识到我国高血压发病率较高,致力于在美援署的保健改进项目内制订政策备选方案,以支持改善获得慢性疾病药物的承付能力。

55. 根据我国的记录,在获得和采用现代信息和通信技术方面取得了实质性进展。2012 年,在移动电话使用方面,每 100 名居民使用手机数量从 2002 年的 10.90 部手机增至 107.81 部。截止 2012 年,100 名居民中使用因特网的居民从 2002 年的 1.59 名增至 45.5 名。

三. 在与健康有关的千年发展目标方面的进展和尚存挑战

56. 在与健康有关的千年发展目标方面,我国取得了一些历史性成绩,包括将孕产妇死亡率从 2000 年的 49.2%降至 2012 年的 22.9%(每 100 000 例活产);2000 年至 2013 年,将儿童死亡率从 22.5%降至为 11.1%(每 1 000 例活产)(根据格鲁吉亚国家统计局的统计),将 5 岁以下儿童死亡率从 24.9%降至 13.0%(每 1,000 例活

产)。堕胎率也有所降低,从2000年的3.7%降至2010年的1.6%(每一妇女),同时避孕药具普及率提高(已婚妇女避孕药具普及率从20%升至53%)。最后,自2003年以来,抗逆转录病毒艾滋病毒治疗和结核病治疗的普及得以保持,格鲁吉亚正在取得消灭疟疾认证。

57. 本国家报告综述了一些主要政策措施,这些措施帮助我国推进在与健康有关的千年发展目标方面取得进展,应对尚存挑战,吸取经验教训和展望未来的措施和伙伴关系。

目标4和5:孕产妇和儿童健康

哪些措施行之有效?

58. 通过一系列促进因素,包括政治承诺、(国内和国际)资源投资,投资于高质量的数据和对在产前、产中和产后保健服务全面实行循证政策,在降低孕产妇、新生儿和儿童死亡率方面取得了进展。

政治承诺

59. 自1999年以来,加强孕产妇、新生儿和儿童保健成果一直是国家发展计划和保健部门战略的战略性保健优先事项。最近的国家保健系统绩效评估和题为“普及保健和保护患者权利实行质量管理”的2014-2020年战略框架也将孕产妇、新生儿和儿童保健列于九大战略优先事项之中。最后,促进孕产妇和儿童健康在“社会经济发展战略,格鲁吉亚2020年”核心优先事项之中也占有突出地位。劳动、卫生和社会事务部还设有孕产妇和儿童保健协调委员会,汇集了所有主要利益攸关方,以进行一致的分析 and 行动,改进孕产妇、新生儿和儿童保健政策和相关的健康成果。

资源投资

60. 孕产妇和儿童保健服务被纳入国家改善对全国各地18岁以下儿童的产前、产中和产后护理以及儿科服务方案。

61. 国家方案设想提供4次产前检查、孕期乙型和丙型肝炎、梅毒和艾滋病毒筛查和预防母婴传播感染措施。2013年7月以来,每位孕妇都获得了国家妇产服务资助,包括生理和剖腹产分娩服务。

62. 在每位新生儿出生时和在出生后几天里及时提供优质护理可以发挥至关重要的作用。有针对性的新生儿措施包括新生儿基本护理,这在全国孕产妇护理中得到有效利用(95%的实例)。国家新生儿方案包括筛查甲状腺机能减退、苯丙酮尿、高苯丙胺酸血症、囊性纤维变性和失聪。

63. 此外,18岁以下的所有儿童都保证获得一套基本的初级保健服务(包括免疫)、紧急住院和门诊治疗、非急需外科手术和癌症治疗。

64. 除国内资源拨付外，国际上对促进有效的围产期护理的支持也是一个重要的促变因素。美援署支持、通过约翰·斯诺公司研究和培训学院和支持计划生育和妇幼保健项目实施的方案有助于在全国各地加强循证围产期护理措施，确保对围产期护理人员进行培训。美援署和儿童基金会的支持对于 2013 年在全国各地进行围产期保健设施评估和拟订产科服务和新生儿围产期护理区域化计划至关重要。

65. 恢复和扩大例行免疫接种是过去 20 年来的另一项重大成就。目前的全国疫苗接种计划包括卡介苗、乙型肝炎、白喉、百日咳和破伤风和乙型流感嗜血杆菌、白喉/百日咳/破伤风三联疫苗、白喉(三联疫苗)口服小儿麻痹症疫苗/非活性脊灰炎疫苗、麻疹/流行性腮腺炎/风疹和白喉/破伤风疫苗。儿童基金会和美援署的支持对于资助 1993 年至 2006 年免疫方案非常重要。疫苗独立倡议是一个重要步骤，自 2006 年以来，格鲁吉亚成功地逐步脱离了儿童基金会的支持，自行提供传统疫苗抗原，在疫苗和注射供应采购方面维持自给自足。全球疫苗和免疫联盟(免疫联盟)和 Vishnevskaya-Rostropovich 基金会的支持使我国得以于 2003 年开始接种孕产妇死亡预防疫苗。免疫联盟在世卫组织的技术支持下也在支持格鲁吉亚使用新疫苗，例如从 2013 年开始接种小儿肠胃炎病毒疫苗，从 2014 年开始接种肺炎球菌疫苗。

66. 人口基金的支持举足轻重，有利于建设国家提供生殖健康/计划生育服务的能力，包括发展初级和围产期护理设施的人力资源以及在过去 15 年向健康部门免费提供现代计划生育方法。这些努力有助于大幅减少人工流产的总比例(从 1999 年的 3.7%降至 2010 年的 1.6%(每一妇女))，同时现代计划生育方法普及率提高(见格鲁吉亚生殖健康调查 1999 年、2005 年和 2010 年的记录)。

投资于数据质量，为决策服务

67. 孕产妇和儿童死亡率呈下降之势，令人鼓舞，但行政统计和调查数据之间的差异依然令人关切。政府已调动资源，解决妇幼保健服务不成体系的问题，为实行新的孕产妇和儿童保健管理信息系统做背景准备。该系统将(一)能够在整个生命周期(怀孕、分娩和围产期护理、儿童护理，直到孩子满 6 岁)全程跟踪母亲和儿童的情况；(二)深思熟虑，以确保获得尚缺数据；(三)足以将原始数据转化为有用的信息，作为一个强有力的妇幼保健质量管理工具，这有利于做出循证决定和决策。儿童基金会一直支持政府开展这项工作，为此开发了数据收集和数据分析工具。

68. 此外，根据在世卫组织的支持下进行的死亡登记完整性和质量调查的结果，就重要行为体(国家疾病控制和公共卫生中心、格鲁吉亚公共服务发展署和国家统计局)统一人口动态登记系统提出建议。

69. 为更好地监测孕产妇和儿童死亡情况，劳动、卫生和社会事务部于 2013 年 2 月启动了紧急状况通知系统。该系统确保在发生孕产妇和 5 岁以下儿童死亡或死产情况时劳动、卫生和社会事务部立即得到通知。有关信息储存在数据库中、进行分析和每月提交给劳动、卫生和社会事务部妇幼保健委员会。妇幼保健委员会根据分析结果讨论实时数据并就如何改善围产期护理系统绩效提出建议。例如，2013 年审查显示，在 2/3 的孕产妇死亡案例中，孕妇根本没有利用产前护理或仅仅是部分利用。妇幼保健委员会审查还发现，在孕产妇死亡案例中剖腹产所占比例较高，为此实施了有关条例。

推动循证政策

70. 为改善生殖保健服务的质量，政府与国际组织(儿童基金会、人口基金、美援署、世卫组织)合作，已开始制订、改编和从制度上固定临床实践国家导则和规程。在过去几年中，在几乎所有主要生殖健康和妇幼保健领域改编并实行了临床实践导则和规程。

71. 对研究结果、调查(如生殖健康调查、多指标类集调查、育龄期死亡率调查研究)结论以及例行监测数据进行了分析并循证政策制定中加以应用。例如，通过每月监测普及保健方案发现，剖腹产手术比例较高(30-35%)，对此，2013 年在人口基金、美援署、支持计划生育和妇幼保健和专业协会的支持下，拟订了国家临床导则和剖腹产规程。劳动、卫生和社会事务部还与世卫组织和人口基金合作，对人工流产率仍然很高的状况做出了反应，制订了循证人工流产规程。根据“格鲁吉亚男性和两性关系”调查结果(人口基金、开发署、联合国促进性别平等和增强妇女权能署(妇女署)、瑞典国际开发合作署(瑞开发署)，9%的性活跃妇女称，曾进行性别选择性堕胎。目前正在人口基金的支持下开展一项全面研究，以了解选择性堕胎的实际普遍状态和基本因素，这将为设计相关政策和宣传活动提供信息。

72. 此外，劳动、卫生和社会事务部与美援署支持计划生育和妇幼保健方案和儿童基金会合作，致力于产科和新生儿护理区域化及从职能上整合已证明对于加强妇幼保健措施成效十分重要的不同层次的护理。

73. 还通过促进质量改进倡议提高了妇幼保健措施的成效。美援署支持计划生育和妇幼保健方案与国际联合委员会合作，制订了围产期保健认证方案，其目的是确保继续推动保健设施，改善围产期保健服务的质量，帮助减少孕产妇和婴儿的发病率和死亡率。

74. 在为儿童提供循证护理方面取得国际支持的另一个良好例证是，大学研究公司在美援署的支持下实施的格鲁吉亚保健改善项目。肺炎和其他呼吸道感染是格鲁吉亚 5 岁以下儿童发病率最高的疾病。美援署格鲁吉亚保健改善项目基线评价发现了在各个层次儿童护理中在诊断和管理生殖道感染方面存在的质量差距：

不合理和过度的抗生素治疗，无理利用非基于证据的药物、诊断检测和专家服务。例如，因肺炎住院的儿童只有 36.15% 得到基于证据的一线抗生素治疗。为改善对儿童生殖道感染的诊断和管理，从 2012 年起，美援署保健改善项目通过建立质量改进小组对 Imereti 地区门诊所和医院提供了支持，提供强化临床/质量改进培训，编制和分发工作辅助工具和关于生殖道感染管理的其他循证工具。在实行 18 个月质量管理措施后，与控制设施相比，抗生素合理使用率提高了 68% ($p < 0.001$)，医院第一选择抗生素使用率提高了 33% ($p < 0.001$)，门诊所情况改善了 71%。这些结果表明，在全国范围内已经得到证明的质量改进方法/工具的推广和制度化很有可能将导致对抗生素的抗药性减少，儿童死亡和疾病负担降低，纳税人费用减少。

尚存挑战以及经验教训有哪些？

75. 虽然在孕产妇和儿童健康方面取得的进展令人印象深刻，但格鲁吉亚我国需要进一步投资，以实现千年发展目标。在更多地提供和加强服务的同时，还需要全面解决护理质量问题。在美援署支持下实施的格鲁吉亚保健改善项目研究结果表明，质量改进措施可以提高预防、诊断和治疗服务标准，以保持、恢复和改善患者健康成果。应该考虑将质量改进纳入常规临床实践。围产期保健设施区域化必须完成，孕产妇和儿童保健人员连续医疗教育系统必须落实，还需要进一步投资于提高公众认识活动。

76. 为保持所取得的进展和采取进一步步骤，以普及生殖健康服务，包括计划生育，从而减少人工流产率，帮助降低孕产妇死亡率和发病率，需要做出更多的努力并进行可持续的国家投资。

77. 此外，还没有完成围绕孕产妇和儿童保健方案的全面战略规划工作，不然就可以制定一项强有力的基于成果的计划，统一和协调国际援助。如若不然，就可能没有充分发挥现有的政府投资以及合作伙伴提供的技术和财政支持的潜力，因而没有扩大对孕产妇和儿童保健成果的影响。

目标 6：与艾滋病毒/艾滋病、疟疾和结核病作斗争

78. 如第 1 节所述，格鲁吉亚在防治艾滋病毒、结核病和疟疾方面取得了历史性的进展。格鲁吉亚自 2004 年以来普及并维持了抗逆转录病毒疗法，还普及了结核病诊断和治疗(包括耐多药结核病和极耐药结核病)，正在逐步实现无疟疾认证。

哪些措施行之有效？

79. 艾滋病毒、结核病和疟疾防治方面的进展情况类似于孕产妇、新生儿和儿童保健领域的进展，审查结果表明，政治承诺、(国内和国际)资源投资和吸纳国际伙伴和民间社会组织参与宣传和技术支持发挥了关键作用。此外，所有三个疾病组成部分都始终遵循一项全面的战略规划和有协调的资源调动，这在很大程度上保证了方案的成功。

政治承诺

80. 自 1990 年代末以来，对成功防治艾滋病毒、结核病和疟疾的政治承诺一直昭示于国家发展计划和健康部门战略中。全球和区域政治平台，包括大会第二十六届特别会议通过的《关于艾滋病毒/艾滋病问题的承诺宣言》(S-26/2 号决议)、世卫组织的杜绝结核病伙伴关系和减少疟疾伙伴关系提供了强有力的总体行动框架。最近的国家保健系统绩效评估和题为“普及保健和为保护患者权利实行质量管理”的 2014-2020 年战略框架都将这三种疾病列于九大战略优先事项之中。

81. 除政治承诺外，自 2002 年以来，已经成立国家协调机构，以便集中主要利益攸关方的力量，指导制定基于成果的国家艾滋病毒、结核病和疟疾战略计划。联合国国家工作队(儿童基金会、人口基金、世卫组织和联合国艾滋病毒/艾滋病联合规划署(艾滋病署)支持的综合规划工作为艾滋病毒/艾滋病战略规划作出了重大贡献。儿童基金会和世卫组织的支持也在疟疾方案的制订过程中发挥了显著作用，在世卫组织、医师无国界协会和美援署的支持下针对结核病开展了类似的活动。

资源投资

82. 艾滋病毒/艾滋病防控措施是通过艾滋病毒/艾滋病防治方案安全血血液和产前护理方案实施的，其中包括采取措施预防母婴传播艾滋病毒。国家艾滋病毒/艾滋病方案的目标是，通过向肺结核患者、性传染感染患者、囚犯、乙型和丙型肝炎患者、具有艾滋病毒/艾滋病临床症状的患者等高危群体提供自愿咨询和检测，以早期发现艾滋病毒。国家艾滋病毒/艾滋病治疗方案涵盖门诊和住院治疗，包括抗逆转录病毒疗法。政府大大增加了对阿片类药物替代疗法的拨款。最后，安全血液方案设想对所有献血者进行艾滋病毒、乙型和丙型肝炎和梅毒强制性检测。

83. 政府将防治艾滋病毒的拨款从 2001 年的 39 718 美元增加到 2013 年的 4 918 619 美元，但格鲁吉亚艾滋病毒/艾滋病防治工作仍在很大程度上依赖于全球防治艾滋病、结核病和疟疾基金的财政支持。艾滋病毒预防工作，特别是在青年人中间开展的预防工作，在很大程度上是由国际组织(人口基金、儿童基金会、美援署)支持的。抗逆转录病毒疗法药物完全是通过全球基金的支持提供的。总体来讲，根据国家战略向全球基金提出的申请以及美援署和联合国的支持对于格鲁吉亚扩大循证艾滋病毒预防和治疗措施至关重要。

84. 格鲁吉亚在控制结核病方面取得的进展要求政府和捐助者进行重大投资。自 2008 年以来，政府对结核病预算的拨款翻了一番。2012 年，国家 1 050 万拉里的出资占结核病总预算的 65%。但是，尽管国家供资增加，但直到今天，结核病控制的一些基本职能(能力建设，保健产品和诊断设备的采购和管理，抗肺结核和二线副作用治疗药物，中央和区域监督结核病服务点，直接观察下的治疗奖励措施

和手段)仍然主要或完全依赖全球基金项目。全球基金赠款和美国国际开发署(美援署)结核病预防项目都将在 2016 年终结,从而使 2013-2015 年成为重要的窗口,必须确定哪些投资最物有所值和如何利用国内资源予以维持。

投资改进数据质量,为决策服务

85. 在全球基金结核病项目的支持下,国家肺结核方案建立了一个辅助性监督系统,以便地方结核病服务提供者监测与结核病有关的报告和记录。通过现有的结核病数据管理系统可以生成关于所有关键指标的高质量数据,供国家和国际报告之用。目前获得美援署支持的结核病电子数据管理系统开发倡议将大大加强结核病监测系统,快速进行实时数据交换,以便于方案和政策决策。

推动循证护理

86. 国际专家认为格鲁吉亚艾滋病病毒/艾滋病治疗和护理模式在前苏维埃社会主义共和国的各国中属于先进经验。艾滋病病毒/艾滋病治疗和护理方案是由传染病、艾滋病和临床免疫研究中心(国家艾滋病中心)实施的,与 4 个区域(库塔伊西、巴统、祖格迪迪和苏呼米)的附属机构一起,通过国家艾滋病方案和全球基金支持的项目提供免费医疗服务。

87. 特别注意将坚持治疗作为治疗成功的一个重要决定因素。促进和维护坚持抗逆转录病毒疗法方案已经制定,其中包括患者教育、坚持治疗情况监测和咨询。自 2008 年以来,以家庭为基础的坚持治疗支持和监测方案已经在全国范围内通过流动单位开始运作。

88. 格鲁吉亚正在通过普及预防艾滋病病毒母婴传播服务,逐步消除艾滋病病毒的垂直传播。这些服务包括对艾滋病病毒抗体呈阳性的母亲及其新生儿实行艾滋病病毒检测和抗逆转录病毒疗法预防或治疗。自 2005 年以来,在接受抗逆转录病毒疗法治疗或预防的艾滋病病毒呈阳性的妇女所生婴儿中没有发生垂直传播。

89. 格鲁吉亚采用了新的结核病和抗药性快速检测实验室技术,这样国家就能够确定 2011 年通知中所列的耐多药结核病估计病例的 63%。

尚存挑战以及经验教训有哪些?

90. 由于在预防,特别是艾滋病病毒检测方面对高风险重点人群的覆盖率较低,导致大量艾滋病病毒病例未确诊或在稍后阶段被诊断出来。这对控制该流行病具有重大影响。不知道自己携带艾滋病病毒的人继续从事高风险行为,因此在不知情的情况下传播了这一病毒。诊断过晚造成死亡风险大大增加。因此,扩大预防和减少伤害举措是至关重要的。

91. 艾滋病耻辱印记和对艾滋病病毒感染者的歧视仍然是有效预防艾滋病病毒和利用相关服务的一个主要障碍。消极的社会态度和低度的公众认识也仍然是一个障

碍。除社会态度外，涉及注射毒品使用者和囚犯吸毒和预防工作的国家刑事法律、规章和政策也是部分限制因素。

92. 关于毒瘾预防和控制的法律与公共和刑事部门执行有效的措施不相符合。因此，旨在改善法律环境的以问题为重点和有针对性的宣传对格鲁吉亚艾滋病毒政策和对策的成功是至关重要的。

93. 最近对国家结核病对策进行的分析(2012 年 5 月)认定，未及时发现及缺乏确保坚持治疗和容易在药房获得抗结核病药品(促进自我治疗)的患者支持系统是主要挑战。正在进行的基础保健改革改变了结核病控制环境。2012 年，结核病诊所被吸收进私人医疗设施，结核病控制责任被分配给具有不同程度的结核病专门知识和经验的公共和私营机构。

94. 真正将结核病服务职能纳入私营网络，如果成功，应有利于改进结核病例的早期发现、转诊和患者跟踪的规律性，而且最重要的是，提高治疗质量。与此同时，有些潜在的漏洞需要加以解决，这样才能取得成功，包括加强感染控制措施，在空间和空气流动方面使结核病服务有形基础设施达到国际公认标准。将结核病服务纳入一般保健设施有可能减少结核病的耻辱印记问题。此外，在减少耻辱问题的同时必须兼顾适当的传染控制，以确保不会反而意外地带来更多的耻辱问题。

95. 还需要了解耻辱印记的驱动因素，制作宣传和社会动员材料，应对在特定社区和人群中存在的与结核病有关的耻辱问题。

四. 执行健康方面的千年发展目标方面的经验总结

96. 在分析格鲁吉亚与健康有关的千年发展目标成就时，可看到若干共同促进因素。在规划和支持执行 2015 年后千年发展目标议程时，必须考虑到同样的推动因素。

有效的政策和方案协调

97. 在国家协调委员会或有关机构间协调机制开展工作的领域记录了积极成果和趋势。这些机制确保协调一致地通过一个国家协调机制宣传和成功推进提高艾滋病毒/艾滋病、结核病和疟疾防治议程。机构间免疫接种协调理事会自 2000 年以来一直运作，并确保所有关键利益攸关方拥有一个国家疫苗接种方案政策和行动的共识平台。妇幼保健委员会开始运作以来，在妇幼保健方面也取得了显著进展。然而，妇幼保健委员会的经验相对有限，需要进一步观察和分析。

强有力的国家政策和计划

98. 健全的国家政策和方案规划在制定循证和以结果为导向的战略及有效地协调和统一特定疾病方案中的国际援助(如免疫接种、艾滋病、结核病和疟疾全国防

治方案)方面发挥了关键作用。但是,随着越来越多地在全球宣传综合性普及保健议程和健康系统强化平台,国际社会必须更多地进行投资,全面指导中低收入国家制订国家健康战略规划。后者的作用至关重要,可以促进基于成果和证据的政策,有效分配和利用有限的国内资源以及统一和协调用于加强国家政策和计划的国际援助。

民间社会的参与

99. 民间社会伙伴及受影响群体、学术界和媒体代表的参与也在围绕艾滋病毒/艾滋病、结核病和生殖健康建立共识和协调的行动方面发挥了关键作用。患者的参与也在实现抗逆转录病毒疗法的成果方面发挥了极其重要的作用,帮助落实了格鲁吉亚将丙型肝炎治疗费用减少 60%的这方面的最新倡议。

国际合作

100. 国际发展援助,包括财政和技术援助,确保了及时启动拯救生命的措施,在儿童中防治传染性疾病,如艾滋病毒,结核病和接种疫苗可以预防的疾病。联合国机构,特别是人口基金以及美援署为加强国家性健康和生殖健康措施和通过 3 轮生殖健康调查为决策提供数据提供了大量支持。直到今天,格鲁吉亚仍非常依赖全球基金抗逆转录病毒疗法和抗肺结核药物支持基金以及最高危群体减少危害措施。儿童基金会、美援署、免疫联盟和 Vishnevskaya-Rostropovich 基金会的支持是无比宝贵的,用新疫苗和未得到充分利用的疫苗支持在早期过渡阶段恢复免疫接种方案和不断扩大全国疫苗接种计划。

政府致力于财政可持续性

101. 捐助者所支持的方案的可持续性对于维持来之不易的公共健康成果至关重要。各国政府需要更多的指导和支持,以确保疫苗独立倡议成功过渡或主要全球公私合作伙伴关系艾滋病毒/艾滋病、结核病和疟疾基金逐步退出。后者对中欧和东欧/独立国家联合体区域的中等收入国家而言尤为重要,这些国家将按计划逐步脱离免疫联盟和全球基金,并越来越没有资格获得国际发展援助。

需要有一个更广泛的 2015 年全球保健愿景

102. 自 2012 年的重点关于普及保健服务的联合国大会第 67/81 号决议获得通过以来,国际社会商定了新的 2030 年全球健康愿景。最近,由世界银行会同联合国秘书处和健康组织主办的高级别会议加强了普及保健服务愿景。因此,普及保健服务在 2015 年后发展议程中的地位必须更加突出,因为该方案为确保人权,以实现最佳保健标准提供了一个重要平台,同时,为在国家一级加强综合保健系统提供了一个平台。

103. 与千年发展目标 6 和 8 有关的 2015 年后发展议程必须注重更好地提供对丙型肝炎负担得起和有效的抗病毒治疗,因为这一疾病成为一种重大的疾病负担,

在中等收入国家中尤为如此。新出现的直接抗病毒药物是受丙肝病毒影响的千百万人的重大希望，以全球基金和国际药品采购机制的经验为基础的全球健康伙伴关系必须注重建立一个可持续的机制，以确保相关治疗的价格符合人们的承受能力。

104. 最后，在中低收入国家中，非传染性疾病(心血管疾病、肿瘤、保健需求等)占成人发病和过早死亡的多数，必须将其置于今后人类发展的核心。大会在 2011 年通过的《关于艾滋病毒/艾滋病问题的政治宣言：加大行动力度，消灭艾滋病毒/艾滋病》(第 65/277 号决议)和世卫组织《健康 2020》议程提供了强有力的基础平台。通过捐助和技术支持(包括来自美援署、世卫组织)，格鲁吉亚取得了重要成果，以规划和执行人口和设施一级的措施，更好地提供高质量的非传染性疾病预防和控制手段，但一致的技术支持和国际援助对于在全国各地推广非传染性疾病防控最佳做法至关重要。
