



经济及社会理事会

Distr.: General
25 March 2019
Chinese
Original: English

方案和协调委员会

第五十九届会议

2019 年 4 月 18 日，组织会议

2019 年 6 月 3 日至 28 日，* 实质性会议

临时议程** 项目 3(b)

方案问题：评价

对联合国难民事务高级专员公署的评价

内部监督事务厅的报告

摘要

联合国难民事务高级专员公署(难民署)执行公共卫生方案的愿景是确保所有难民都能实现获得公共卫生下列分项服务的权利：(a) 初级和二级保健；(b) 艾滋病毒预防、保护、护理和治疗以及生殖健康服务；(c) 粮食安全与营养；以及(d) 水、环境卫生和个人卫生服务。难民署与包括东道国政府在内的各伙伴方合作，确保直接提供服务和利用国家保健系统。

《2014-2018 年期间全球公共卫生战略》为相关业务规划提供了一个良好的总体框架，但在将难民融入国家保健系统方面仍然存在差距。众所周知，难民也有健康需求，但资金缺口迫使各业务在确定公共卫生干预措施的优先次序或目标时各自为政，通常无法充分规划紧急阶段以外的日常工作。

大多数利益攸关方将难民署的公共卫生干预措施评定为有效，但实际结果表明，成绩参差不齐，在初级保健方面取得的成绩更多。大多数难民能够利用国家保健系统，但面临严重障碍，特别是费用问题。

* 实质性会议日期为暂定日期。

** E/AC.51/2019/1。



服务提供和执行伙伴管理之间的协调大多是有效的，但在推迟签署协议、伙伴方能力差异和与联合国机构协调方面面临各种挑战。由于采取融合办法，¹ 因此，必须加强与各国政府和发展行为体的伙伴关系，以加强保健系统。

公共卫生各分项之间以及公共卫生与保护、教育和住房各项的融合不足，对卫生成果的全球监测也不足，这些都对切实有效地开展公共卫生方案构成了挑战。公共卫生工作人员认为，难民署并未将卫生工作视为该机构内部难民署核心保护职能的一部分。

内部监督事务厅向难民署提出了五项重要建议：

(a) 在下一个公共卫生战略中更加强调转为向卫生系统提供更可持续的包容性支持；

(b) 在业务层面进行前瞻性、战略性规划，将公共卫生纳入整个业务规划的主流；

(c) 加强监测营地外的保健成果，包括利用数据作出战略决定；

(d) 加强针对具体伙伴方的具体后续机制，解决与联合国和其他业务伙伴的潜在重叠和(或)差距，并落实在多年期多伙伴试点中吸取的经验教训；

(e) 通过在下一个公共卫生战略中更多地反映这些联系，并通过展示和记录综合方案编制的成功模式，加强多部门联系。

¹ 在本报告中，“融合”和“融入”可相互替换，指的都是利用国家保健系统。

目录

	页次
一. 引言和目标	4
二. 背景	4
三. 方法	7
四. 评价结果	9
A. 《2014-2018 年期间全球公共卫生战略》为相关业务方案拟订提供了一个良好的总体框架，但在融合和长期规划方面仍存在重大不足.....	9
B. 虽然大多数利益攸关方认为难民署在公共卫生方面的干预措施是有效的，但实际的公共卫生结果表明取得的绩效参差不齐，难民在利用国家卫生系统方面面临严重障碍	13
C. 伙伴关系和协调对切实有效的执行至关重要，在一些情况下用来消除差距和制约因素	21
D. 公共卫生分项之间以及与保护、教育和收容所部门之间整合不足，对保健成果的全球监测不足，都对切实有效实施公共卫生方案提出了挑战.....	23
五. 结论	25
六. 建议	26
附件	
联合国难民事务高级专员公署正式答复.....	28

一. 导言和目标

1. 内部监督事务厅检查和评价司根据为确定秘书处方案评价优先事项而设计的风险评估，将联合国难民事务高级专员公署(难民署)列为评价对象。方案和协调委员会选择在 2019 年 6 月第五十九届会议上审议对难民署的评价(A/72/16, 第 95 段)。大会第 72/9 号决议认可了这一选择。
2. 监督厅总的工作范围载于大会第 48/218 B 号、第 54/244 号、第 59/272 号决议以及秘书长关于设立监督厅的公报(ST/SGB/273)。监督厅的评价工作按照《方案规划、预算内方案部分、执行情况监测和评价方法条例和细则》(ST/SGB/2018/3, 条例 7.1)进行。
3. 评价的总体目标是尽可能系统客观地确定 2014 至 2018 年期间难民署针对难民和寻求庇护者采取的公共卫生干预措施的相关性、实效和效率。评价主题来自评价启动文件(2018 年 7 月 24 日的 IED-18-009)所述的方案级风险评估。此次评价工作根据联合国评价小组印发的联合国系统评价规范和标准开展。
4. 报告初稿征求了难民署管理层的意见，报告定稿参考了这些意见。难民署的正式回复见本报告附件。

二. 背景

授权任务

5. 难民署的主要目标是确保向难民和其他受关注的人提供国际保护。并与各国和其他组织合作，通过提供人道主义援助等途径，寻求永久解决他们的问题。指导难民权利和难民署工作法律框架的主要文书包括《高级专员公署规程》、分别有 146 个和 147 个缔约国的 1951 年《关于难民地位的公约》及其《1967 年议定书》以及相关区域文书。
6. 到 2018 年年中，难民署授权任务管理的难民人数为 2 020 万人。² 约 69% 的难民生活在难民营以外地点。³

资源

7. 难民署综合预算(业务计划)是指充分执行各项方案，以满足根据年度全球需求评估确定的受关注人口需求所需的资金数额。截至 2018 年 6 月 30 日，2018 年综合预算为 83 亿美元(见 A/AC.96/1180)。2018 年，经常预算捐款占难民署所需资金总额的 0.5%，其余由自愿捐款供资。

² 联合国难民事务高级专员公署(难民署)，“2018 年年中趋势”，2019 年 2 月 21 日。

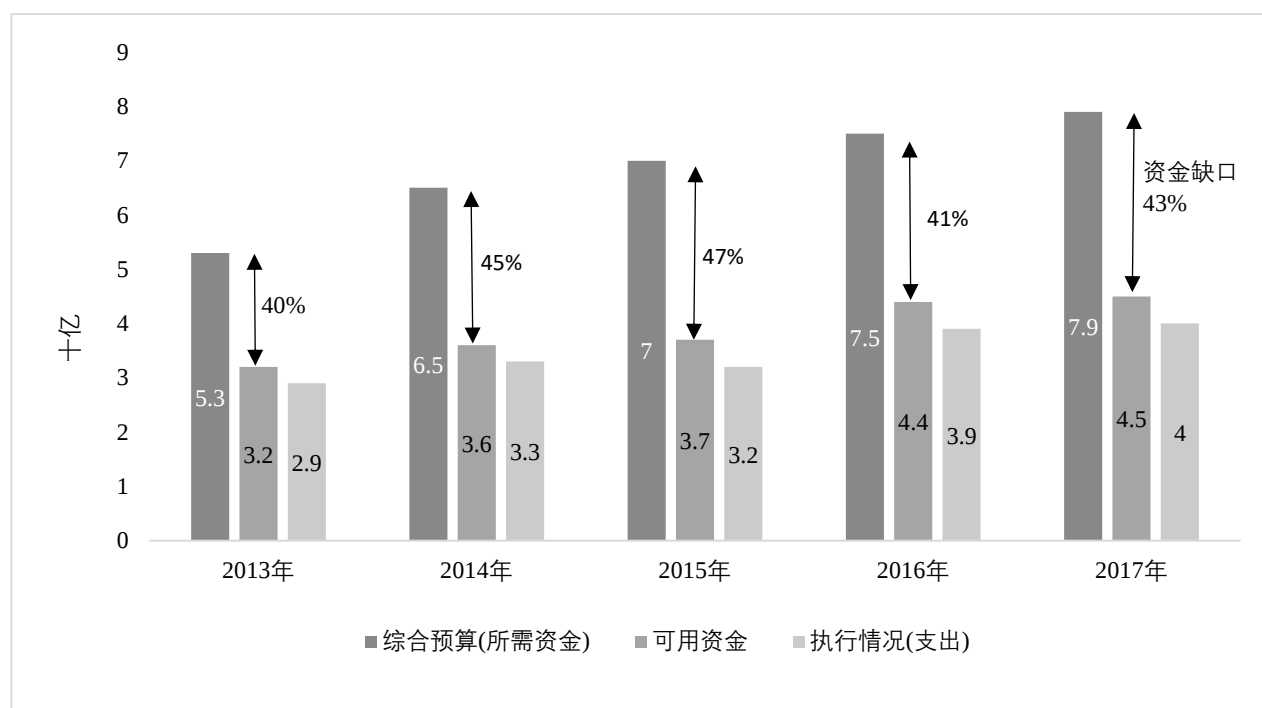
³ 难民署，“难民署营地替代办法诊断工具，2017 年全球成果”。

8. 所需资金(业务计划)通常只部分到位。2017 年,业务计划和可用资金之间的差额为 43%。2013 至 2017 年期间,可用资金执行率一直保持在 90%左右(见图一)。

图一

2013-2017 年综合预算、可用资金和支出

(十亿美元)



资料来源: [A/AC.96/1180](#)。

领导

9. 难民署由高级专员领导,下设 1 名副高级专员和 2 名助理高级专员,由大会和经济及社会理事会管理。执行委员会由 101 个国家组成,每年开会核准难民署的方案和预算。

10. 难民署总部设在日内瓦。执行办公室和八个司为难民署的主要办公室和司局。五个区域局是外地办事处和总部之间的桥梁。难民署在 130 个国家的 478 个地点设有办事处。⁴

难民署的公共卫生方案

11. 2014 年,难民署启动了《2014-2018 年期间全球公共卫生战略》,其愿景是确保所有难民都能够实现获得公共卫生四个广泛的分项服务的权利:(a) 初级和二

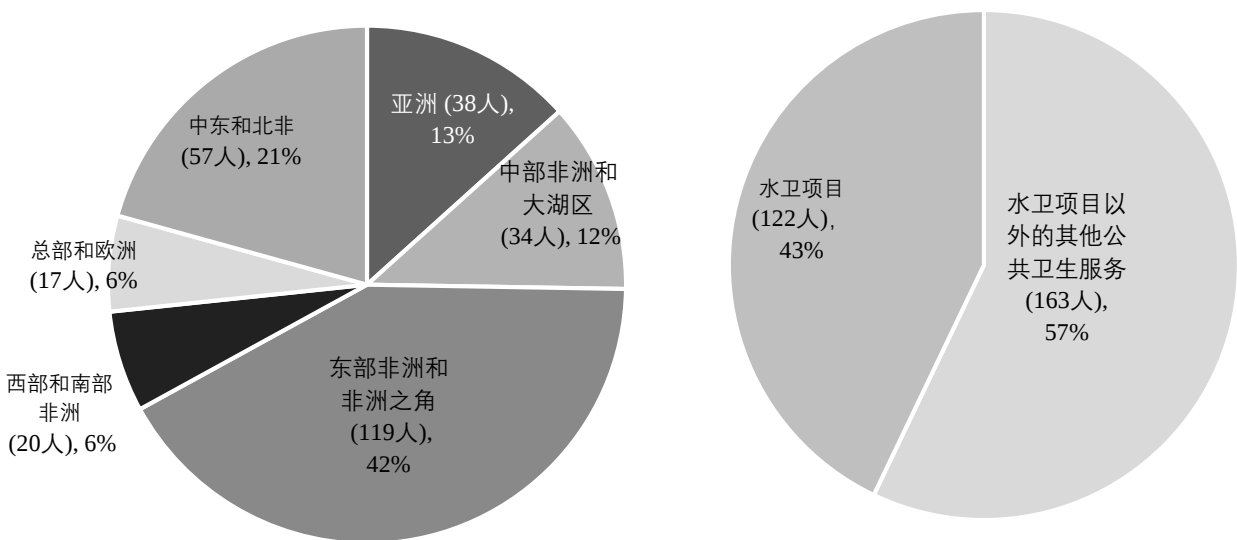
⁴ 难民署,《2017 年全球报告》(2017 年,日内瓦)。

级保健；⁵ (b) 艾滋病毒预防、保护、护理和治疗以及生殖健康服务；(c) 粮食安全与营养以及(d) 水、环境卫生和个人卫生服务。⁶

12. 这一《全球战略》由各区域局和外地行动执行，由公共卫生科持续提供支助。公共卫生科由 1 名科长领导，隶属于方案支助和管理司。2018 年，全球公共卫生方案共有 285 名工作人员，占难民署全体工作人员的 2.5%，其中包括总部公共卫生科的 10 名工作人员、各区域局和办事处 9 名工作人员，其余是 36 个国家业务中的 266 人(见图二)。

图二

难民署按区域和分项分列的公共卫生工作人员(285 名工作人员)



资料来源：2018 年 10 月收到的难民署工作人员名单。

13. 2017 年，公共卫生所需资金(业务计划)总额为 8.98 亿美元。2014 年，公共卫生方案占难民署年度支出总额的 21%，2015 年占 19%，2016 年占 17%，2017 年占 20%。2017 年，共有 62 个国家业务中有公共卫生预算。图三列出了按分项分列的支出情况。

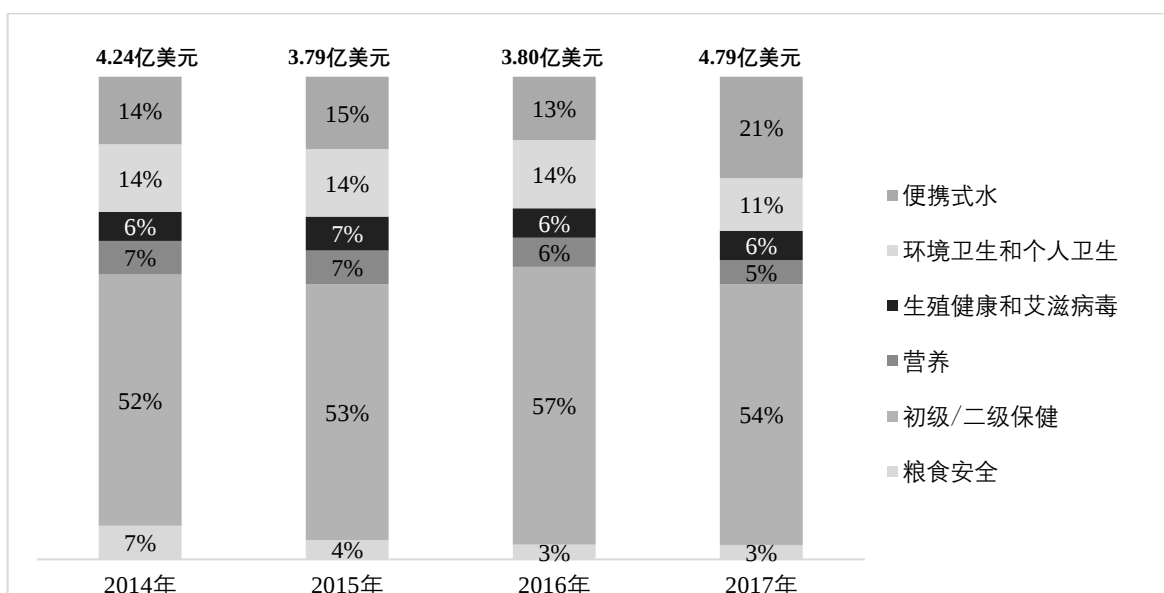
⁵ 《全球公共卫生战略》中将之称为“拯救生命和基本卫生保健”。本报告将“初级和二级保健”而不是“公共卫生”作为一个分项，用“公共卫生”一词涵盖所有分项。

⁶ 难民署，《2014-2018 年期间全球公共卫生战略：公共卫生-艾滋病毒和生殖健康-粮食安全和营养-水、环境卫生和个人卫生》，(2014 年，日内瓦)。

图三

2014-2017 年按分项分列的难民和寻求庇护者公共卫生支出

(百万美元)



资料来源：难民署全球焦点洞察/管理系统，资源与人。

注：数字不反映与业务伙伴的粮食安全方面的全部预算。营养方案的一些费用归于初级/二级保健。

14. 如表 1 所示，大多数国家业务开展了初级/二级保健活动，其次是水、环境卫生和个人卫生以及防治艾滋病毒和生殖健康活动。

表 1

2017 年国家业务中的分项覆盖范围

	分项					
	初级/ 二级保健	水	环境卫生和 个人卫生	艾滋病毒/ 生殖健康	营养	粮食安全
含分项预算的国家业务数	62	35	34	31	27	26
含公共卫生预算的所有国家 业务所占百分比	100	57	56	51	44	43

资料来源：难民署全球焦点洞察，2017 年难民事务方案拟订业务层面的预算。

注：国家业务包括比勒陀利亚区域办事处，该办事处报告了 2017 年在南非开展的国家活动。

三. 方法

15. 评价采用了多种方法，数据来源如下：

(a) 访谈：对外地和总部的 108 名难民署工作人员和伙伴进行 87 次半结构化访谈；

(b) 专题小组讨论: 与 4 个业务的 142 名难民社区成员(69 名妇女和 73 名男子)进行 14 次专题小组讨论;

(c) 调查: 对难民署所有公共卫生工作人员和非公共卫生工作人员抽样进行网上调查(答复率为 51%, 192 人), ⁷ 对执行伙伴和业务伙伴进行网上调查(答复率为 26%, 187 人);

(d) 案例研究: 4 项深入的国家案例研究, 包括现场采集数据(喀麦隆、约旦、马来西亚和乌干达)和 2 项轻度案例研究, 主要包括桌面审查和有限的访谈(乍得和巴基斯坦)。所有 6 个国家业务都开展了初级和中级保健服务以及防治艾滋病毒和生殖健康活动, 4 个国家业务实施了水、环境卫生和个人卫生和营养方案, 2 个国家业务实施了粮食安全方案;

(e) 直接观察营地、定居点、11 个保健设施、5 个水、环境卫生和个人卫生设施、1 个工作人员培训讲习班和多次协调会议;

(f) 文件审查: 国家和区域战略、全球政策、公共卫生年度报告、“全球焦点洞察系统”的说明报告和审计;

(g) 对难民署监测数据的二级分析: 保健信息系统、保健获取和利用调查、全球焦点洞察系统和管理系统、资源和人员系统。

16. 评价工作遇到了下列限制:

(a) 缺乏公共卫生结果方面的全球可比数据集, 特别是缺乏难民营外难民健康情况的数据;

(b) 抽样规模小, 非公共卫生工作人员的调查答复率低; 因此, 评价结果中只使用了公共卫生工作人员的答复;

(c) 现场数据收集有限, 无法进行归纳总结, 考虑到全球范围广泛的业务背景和相关公共卫生干预措施就更是如此。

监督厅检查和评价司通过利用文件审查、现有的数据集和调查获得的全球一级的证据, 加上附上解释性实例的案例研究, 减少了限制。

17. 监督厅检查和评价司谨感谢难民署, 特别是其公共卫生科协调人在整个评价过程中给予的合作。

⁷ 公共卫生工作人员的答复率为 62%, 非公共卫生工作人员的答复率为 12%。

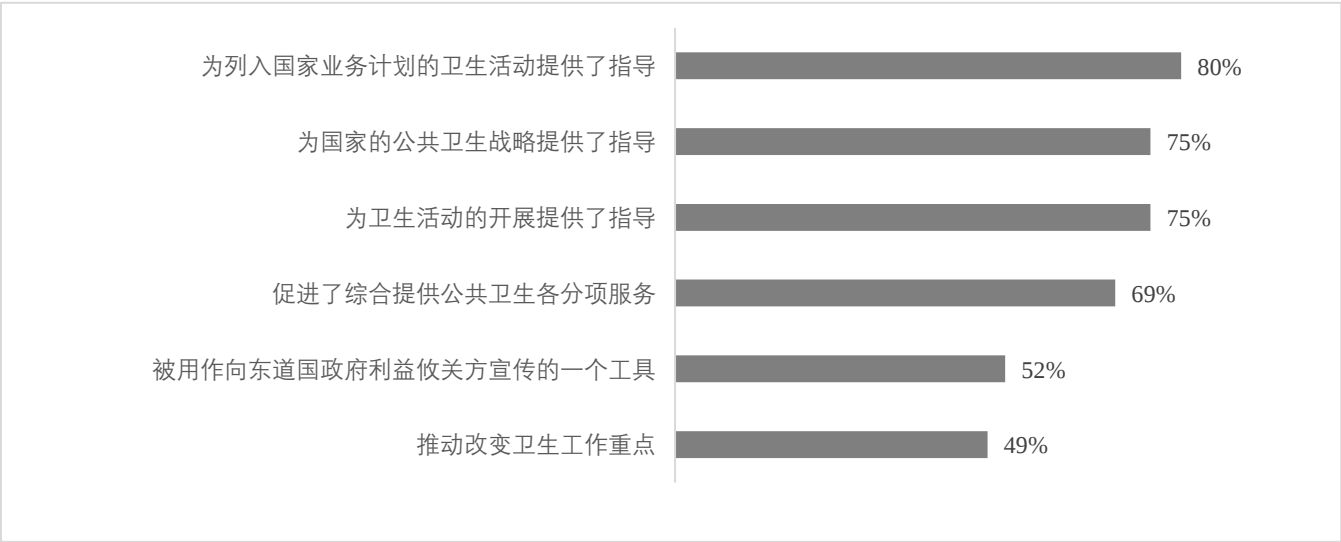
四. 评价结果

A. 《2014-2018 年期间全球公共卫生战略》为相关业务方案拟订提供了一个良好的总体框架，但在融合和长期规划方面仍存在重大不足

公共卫生工作人员认为该《战略》是一个有用的指南，具有足够的灵活性，能够适应实际情况，但该《战略》存在一些不足，与融入国家卫生系统的方案拟订不太相关

18. 几乎所有接受调查的公共卫生工作人员(97%)都强烈认为或在某种程度上强烈认为《全球公共卫生战略》反映了对全球难民公共卫生需求的准确了解。大多数人(82%)还报告说，其办事处利用该《战略》来指导或指示其保健方案拟订工作。其中大多数人指出，该《战略》为国家业务计划中所列的卫生活动、国家公共卫生战略和卫生活动的开展提供了指导。但约一半的答复者报告称，它们将该《战略》作为一种向东道国政府、利益攸关方宣传的工具，或该《战略》为改变卫生工作重点做出了贡献(见图四)。

图四
《2014-2018 年期间全球公共卫生战略》对国家和国家以下各级公共卫生方案拟订的贡献(115 名工作人员)



资料来源：监督厅对难民署公共卫生工作人员的调查。

19. 案例研究国家中接受访谈的公共卫生工作人员认为，该《战略》为国家业务提供了一个良好框架和灵活性，使得可以根据当地情况进行必要的调整。这些行动中的公共卫生方案拟订总体上以该《战略》的战略目标为指导，同时也反映了具体的难民需求和情况，并尽可能与更广泛的国家战略的战略方向保持一致。

20. 但《全球公共卫生战略》在指导将难民融入国家系统的卫生方案拟订方面存在重大差距。虽然该《战略》将融合作为其目标之一，但由于监测难民的能力有限，许多其他目标和指标与难民获得当地保健服务的环境没有多大关系。在包括

所有案例研究国家在内的许多业务中，国家卫生机构没有难民分类健康数据。此外，该《战略》没有明确难民署公共卫生方案相对于世界卫生组织和发展机构等其他行为体在支持东道国政府制定融合方案方面的作用。在国际援助的支持下，通过国家系统向难民提供基本服务，以加强向收容社区和难民提供的服务，已日益被视为是难民应对措施的核心要素，2016 年《纽约难民和移民宣言》通过了《全面的难民应对框架》，又加快了这一进程。迄今为止，该《框架》已在乌干达等 15 个国家推出。乌干达工作人员指出，该《框架》是指导卫生方案拟订的主要工具。喀麦隆和约旦等其他业务国也支持加强国家卫生系统，在没有正式框架或全球战略的情况下，将其作为卫生方案拟订的一部分。此外，受访工作人员指出，该战略除重视粮食安全之外，还应更加重视心理健康和现金干预。

21. 国家和区域两级正式公共卫生战略的形式和全面性存在重大差异，表明在业务层面缺乏系统的战略规划方法。在开展公共卫生活动的 62 个业务国中，10 个业务国在 2017 年制定了国家一级的战略，3 项区域战略覆盖了另外 12 个国家和欧洲，覆盖了全部难民人口的 36%。各战略提供的指导程度和覆盖的分项各不相同。

通过多部门参与性评估和其他机制和工具，各方对需求有了充分理解

22. 难民署国家业务定期开展多部门参与性需求评估。在接受调查的公共卫生工作人员中，93%的人报告称，他们的业务在过去两三年中进行了需求评估，88%的人说，评估期间征求了难民的意见。受访的工作人员和合作伙伴指出这些活动有用而且相关利益攸关方也参与了评估。对评估报告的审查证实使用了难民署年龄、性别和多样性框架。但评估在多大程度上覆盖了营地外难民的公共卫生需求，各国家业务差异很大。在报告其业务已进行需求评估的工作人员中，56%的人认为，其所在地点的公共卫生规划在很大程度上依据了评估结果，42%的人认为在一定程度上依据了评估结果。

23. 难民署还通过伙伴报告以及与难民营内外的难民代表、合作伙伴和其他部门的工作人员定期举行会议更经常地监测难民的公共卫生需求。工作人员着重指出分别从 26 个和 12 个国家业务的标准化扩大营养调查和水、环境卫生和个人卫生知识、态度和做法调查中获得的数据，将其作为获取需求信息的主要来源。

24. 此外，7 个国家业务开展了获取和利用保健情况调查，作为对难民营外难民信息的补充。在约旦和马来西亚，此类调查的结果为公共卫生规划提供了依据。例如，《2017-2018 年约旦卫生部门人道主义应对战略》明确提到了这一调查结果。依托社区的保护股牵头的社区外联也支持案例研究国家对难民营外难民的需求进行评估。受访工作人员认为，与难民社区领导人的定期互动对于接受反馈和接触居住在难民营外的难民尤为重要。然而，这种方法在很大程度上取决于是否存在难民社区结构。例如，马来西亚就几乎没有此类结构，国家业务就难以接触到罗辛亚难民。在喀麦隆约谈的合作伙伴和工作人员还着重指出，在确定分布在广大农村地区的人口需求方面面临着重重挑战。

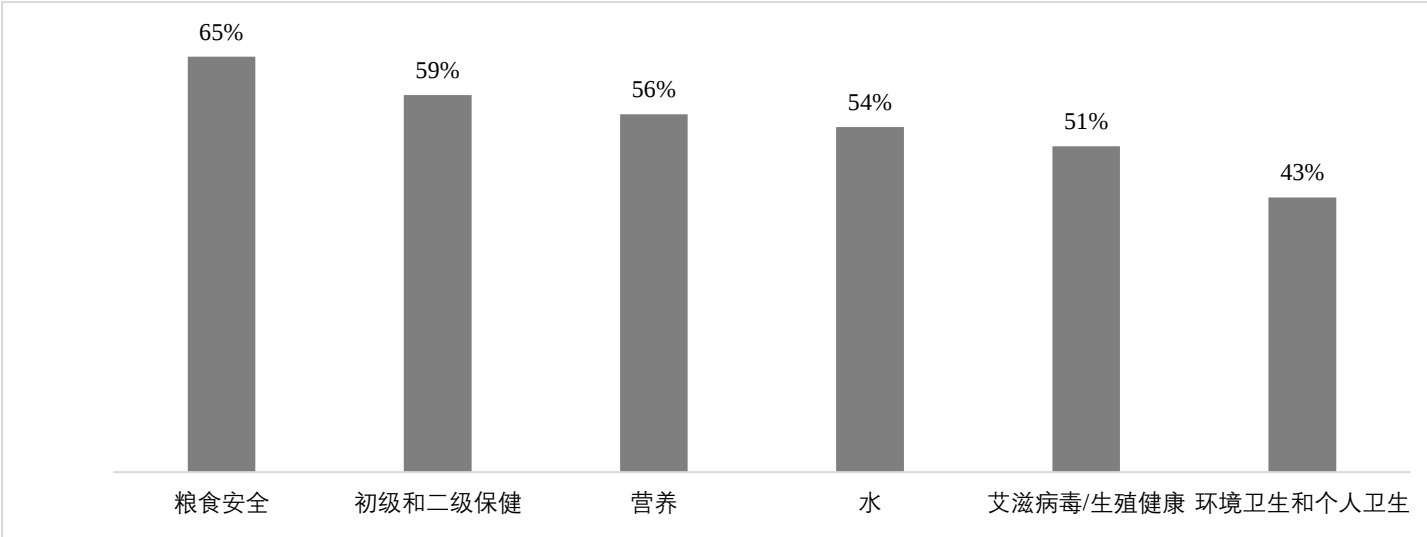
难民署根据需求拟订了所需资金，但所需资金和可用资金之间的缺口迫使国家业务自行制订标准来确定公共卫生干预措施的优先次序或目标

25. 如第二节所述，难民署根据确定的需求制订年度综合所需资金(业务计划)。随后，根据实际可用资金情况制订优先预算(业务预算)(见 [A/AC.96/1180](#))。

26. 就 2017 年难民公共卫生方案拟订而言，业务层面预算仅占全球所需资金的 55%。就分项而言，所需资金年初到位资金百分比最高的是粮食安全(65%)，其次是初级和二级卫生(59%)(见图五)。环境卫生和个人卫生最低(43%)。然而，由于粮食安全仅占总体业务计划预算总额的 2.4%(见图六)，因此，相对于其他分项而言，粮食安全的优先预算仍然很少。

图五

2017 年难民公共卫生方案拟订各分项优先预算 (业务层面预算) 在综合所需资金中所占百分比

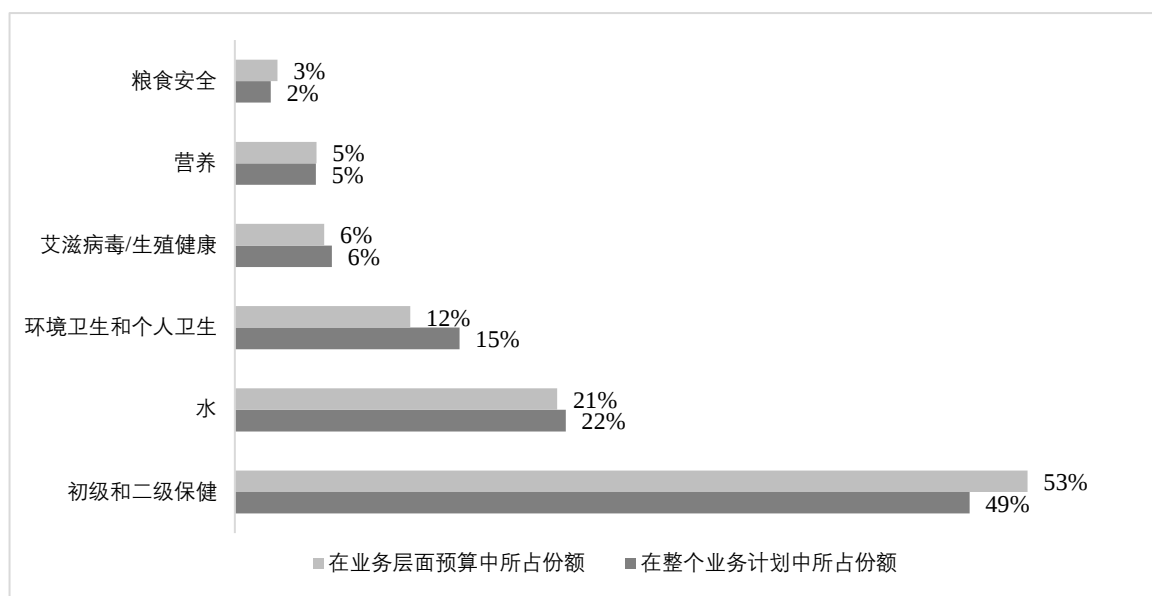


资料来源：难民署 2017 年全球焦点洞察，业务层面预算和业务计划预算。

27. 如下图六所示，初级和二级保健占业务计划总预算的 49%，其份额在业务层面预算中增长最快，达到 53%。相反，环境卫生和个人卫生下降最多，份额从业务计划总预算的 15%降至业务层面预算的 12%。因此，在分配可用资金时，相对于所确定的需求，难民署可能会优先考虑初级和二级保健，而不是其他分项，特别是环境卫生和个人卫生。受访的工作人员还指出，在业务层面，管理层面的优先事项往往会影响到对每个分项的重视程度。

图六

2017 年按分项分列的综合所需资金(业务计划)和优先预算(业务层面预算)细目



资料来源：难民署 2017 年全球焦点洞察，业务层面预算和行动计划预算。

28. 巨大的资金缺口和捐助方指定资金用途迫使国家业务以亚群为目标或者依照自行制订的标准来确定干预措施的优先次序。例如，在喀麦隆，获得资助的需求百分比从 2014 年的 72% 急剧下降到 2017 年的 53%，业务国转向采用针对性方法，将公共卫生干预措施限定于五类：五岁以下儿童、孕妇、紧急情况、慢性病和老年人。难民在专门小组讨论时对这一方法普遍表示不满，一些工作人员和合作伙伴指出，针对性方法未考虑社会经济因素。在约旦，优先预算涵盖了 79% 的综合所需资金，但资金缺口接近 740 万美元；通过业务国的现有多部门脆弱性评估框架评估难民的脆弱性，依据难民的脆弱性和干预措施的重要性将针对叙利亚城市难民采取干预措施列为优先事项。

紧急阶段以外各阶段的规划通常不够

29. 案例研究表明，对紧急阶段之后的过渡，包括将向难民提供公共卫生服务和支持国家卫生系统的主要责任最终移交方面没有充分的早期规划。往往是在业务资金削减之后才开始进行过渡规划。难民署巴基斯坦办事处制订战略，缓慢脱离提供保健服务并侧重于融入国家系统，主要是由捐助方削减资金触发，由巴基斯坦政府在为难民村庄实行平行保健系统 30 多年后于 2009 年启动受难民影响和收容地区方案推动。⁸ 资金削减也推动马来西亚不再直接提供保健服务。内部审计司 2016 年审计发现，12 个业务国中只有 2 个业务国在规划时计算了水、环境卫生和个人卫生活动的费用。⁹ 在乌干达，一些利益攸关方表示，从资源密集型运

⁸ 难民署，《2014-2018 巴基斯坦的难民保健战略》。

⁹ 内部监督事务厅(监督厅)，内部审计司“2016/027 号报告：对联合国难民事务高级专员公署对水、环境卫生和个人卫生方案安排的审计”，2016 年 3 月 28 日。

水到管道系统的过渡被推迟。年度供资周期被认为是长期规划的一个明显制约因素，但《难民问题全面响应框架》等长期方法在一定程度上缓解了这一问题。喀麦隆于 2018 年开始实施多年期多伙伴战略，但其对卫生问题的关注有限。

30. 案例研究还发现，对应急阶段后业务往往不可避免的资金减少和伙伴方离开准备不足。约旦业务未制订一个应急计划来应对难民营中主导水、环境卫生和个人卫生方案的业务伙伴即将离开这一情况。在乌干达，水、环境卫生和个人卫生方案也受到一系列伙伴离开的阻碍，因为资金开始减少，责任有时却未适当移交，营地协调会议得出的结论也证实了这一点。此外，虽然世界银行已参与加强喀麦隆、约旦和乌干达的公共卫生系统，使难民署的卫生方案拟订正转向支持这两个国家的融合，但几乎没有证据表明制订了全面规划，可以让发展伙伴参与全球分阶段过渡进程。

B. 虽然大多数利益攸关方认为难民署在公共卫生方面的干预措施是有效的，但实际的公共卫生结果表明取得的绩效参差不齐，难民在利用国家卫生系统方面面临严重障碍

从行动、分项和人群来看公共卫生的绩效成果差异很大，初级保健取得的成绩更大

31. 利益攸关方对难民署的公共卫生绩效大多给出了积极的评价，92%合作伙伴和 90%接受调查的工作人员指出，他们认为，在本报告所述期间，难民的健康状况有了显著或某种程度的改善。在三个案例研究中，受访的工作人员和合作伙伴均报告称，居住在非城市环境中的难民获得了比东道国国民更好的保健服务，喀麦隆和乌干达的政府代表赞扬了难民署的紧急保健应对措施。然而，参与 4 个国家案例研究专题小组讨论的大多数难民对城市和难民营中获得的医疗保健的质量和可获得性表示不满，称由于资源减少、缺乏专科服务、药品和食品短缺以及一些人员的歧视导致获得的保健服务减少。

32. 初级保健的结果最好，在难民署公共卫生支出中所占比例最大(见表 2)。88%的工作人员将初级保健评为良好或优秀(见图七)，工作人员和合作伙伴认为初级保健是最符合难民需求的分项(见图八)。案例研究说明了这一期间初级保健服务取得的几项成功。在喀麦隆，根据卫生信息系统的数据，随着几个保健设施的建设和修复，保健设施利用率从 2013 年的 0.34%提高到 2015 年的 1.04%。在乌干达，死亡率降低，受访的工作人员和合作伙伴对结果给予积极评价。对来自 18 个业务的营地卫生信息系统数据的分析显示，2017 年 0.25 的平均粗略死亡率明显低于同一样本中东道国国民 8.2 的比率。¹⁰ 2017 年，难民署及其合作伙伴成功地帮助管理了多个非洲国家和孟加拉国难民中的多个疫情，包括霍乱、疟疾、麻疹和伤寒。¹¹

¹⁰ 世界银行，“粗略死亡率(每 1 000 人)”，世界银行公开数据，2016 年的数据。

¹¹ 难民署《2017 年公共卫生年度报告》，2018 年。

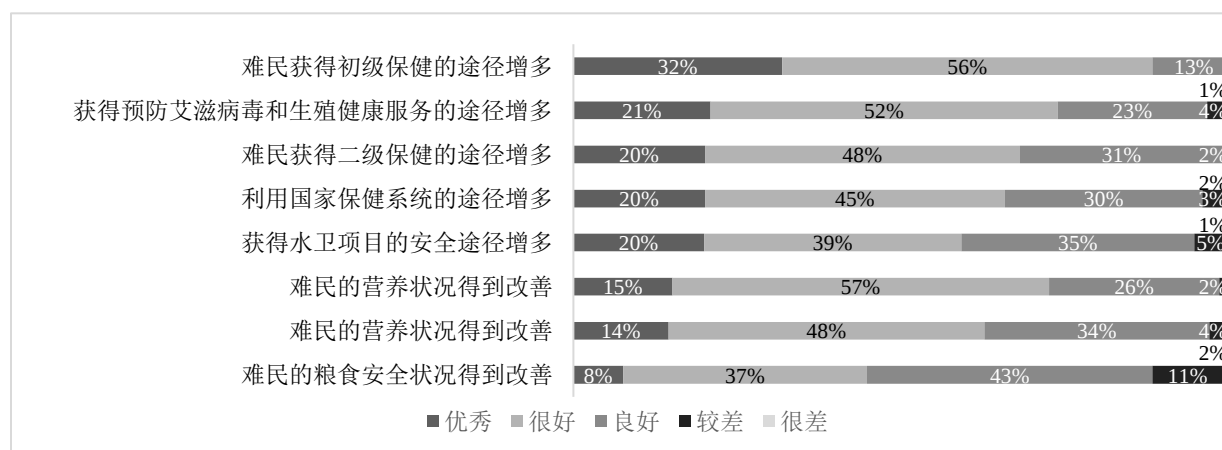
表 2
难民和寻求庇护者的公共卫生费用的构成

(百分比)

分项	2014 年	2015 年	2016 年	2017 年
初级/二级保健	52	53	57	54
供水	14	15	13	21
环境卫生和个人卫生	14	14	14	11
营养	7	7	6	5
艾滋病毒/生殖健康	6	7	6	6
粮食安全	7	4	3	3

资料来源：难民署全球焦点洞察/管理系统，资源与人。

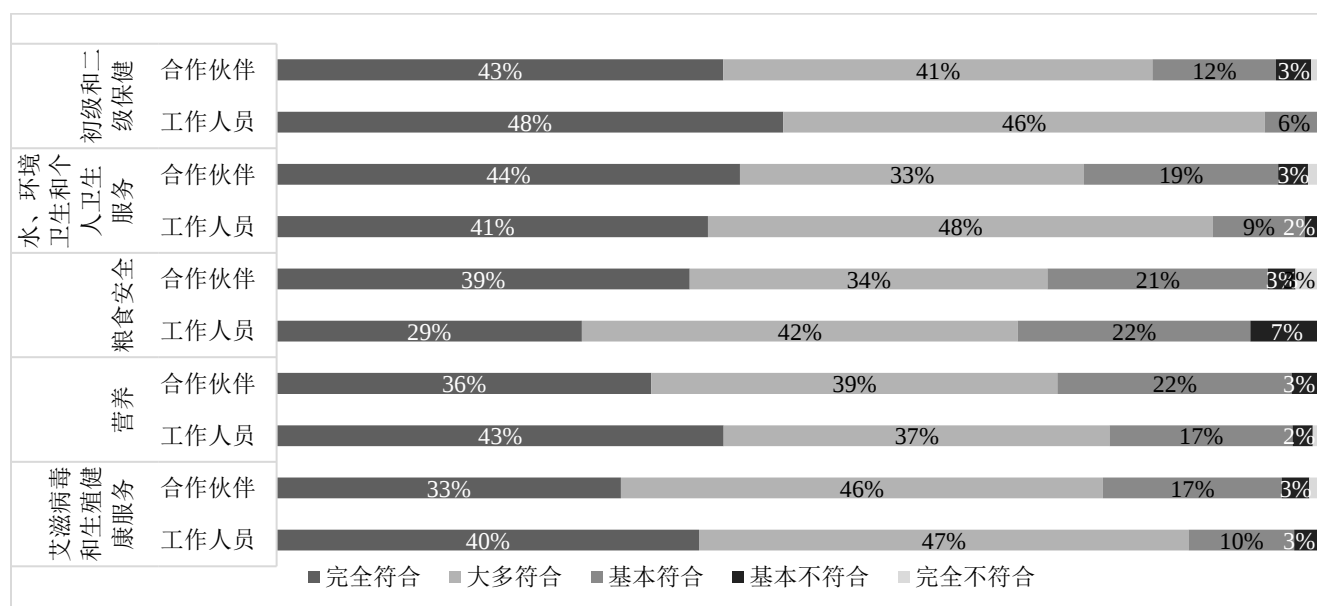
图七
2014-2018 年期间工作人员对难民署公共卫生成果绩效的看法(157 名工作人员)



资料来源：监督厅对难民署公共卫生工作人员的调查。

图八

合作伙伴和工作人员对公共卫生活动是否符合难民需求的看法(126 名工作人员, 102 个合作伙伴)



资料来源：监督厅对难民署公共卫生工作人员和合作伙伴的调查。

33. 分析了报告给保健信息系统的 18 个国家的保健指标，发现初级保健结果更加复杂。11 个国家的五岁以下儿童死亡率有所改善，7 个国家有所恶化，但 2014 年至 2018 年期间，总体采样平均数从 0.48 下降到 0.58。¹² 在生殖健康方面，18 个国家中有 14 个国家的熟练保健人员助产比例有所提高。关于五岁以下儿童的发病率，难民署在这一期间设法控制了几次高峰(如埃塞俄比亚 2016 年爆发疟疾，喀麦隆 2015 年爆发水样腹泻)，但在阻止 2016 年以来五岁以下儿童发病率持续上升方面效果不佳，例如，孟加拉国的下呼吸道感染，或刚果共和国的疟疾。无营地外环境的健康结果数据。

34. 二级保健通常由国家机构提供，还有转诊，经许多受访的利益攸关方指出，在几个国家业务中存在问题。转诊费用、到转诊医院的距离和交通以及资源和需求之间的差距，是最具挑战性的因素，尽管 2017 年，86%的保健信息系统覆盖的国家的转诊系统由标准作业程序管理。¹³ 二级保健也是工作人员调查受访者中评级最低的领域，44%的人将业绩评为良好或优秀。

35. 按照 2011 年全球谅解备忘录，难民粮食安全通过与世界粮食计划署(粮食计划署)的联合方法得到支助，其中粮食计划署负责提供粮食援助，同时两个机构进行联合评估、监测和分析。合作伙伴和工作人员都认为，粮食安全分项是最不符

¹² 实际情况和死亡情况报告的改善，可能影响比较结果。

¹³ 《难民署公共卫生年度报告》。

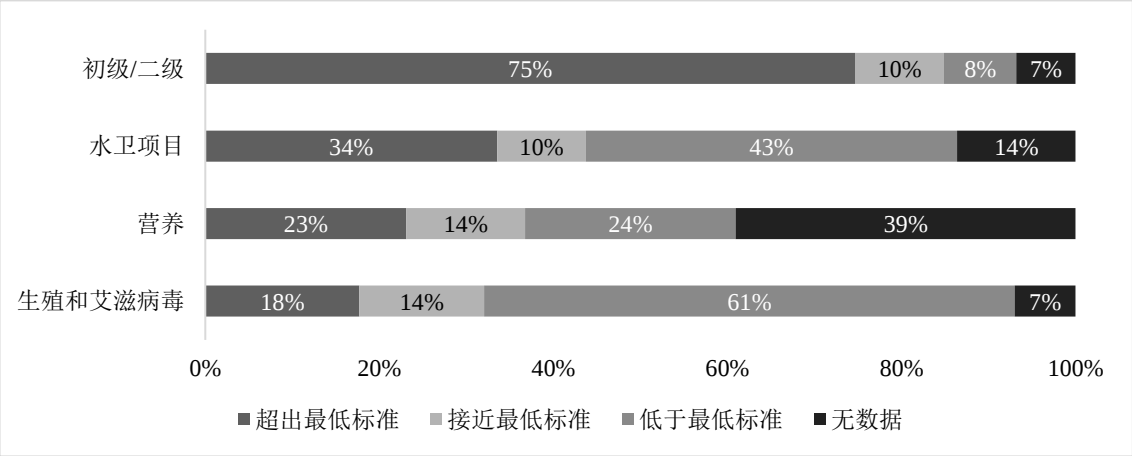
合难民需求的活动，反映出供资减少和资金集中在数量有限的行动上。由此产生的差距，也在专题小组讨论期间难民大量投诉中反映出来。

36. 2017 年，在吉布提、埃塞俄比亚、毛里塔尼亚和南苏丹 36 个地点中的 8 个地点的全球急性营养不良比率有所改善，¹⁴ 这些国家在 2017 年前营养不良比率很高。在 36 个地点中，14%的发育迟缓率有所改善。对难民署数据的二次分析显示，2014 年至 2017 年期间，22 个国家 37%的营养指标高于或接近最低标准(图九)。

37. 水、环境卫生和个人卫生的实施结果不均。2017 年，中东和北非及亚洲地点 100%达到了每人每天升数的标准，非洲只有 58%的地点达到这一标准。在厕所建设方面，2017 年，中东和北非地区 100%的地点符合标准，相比之下，亚洲 92%和非洲 78%符合标准。¹⁵ 实地访问突出了水、环境卫生和个人卫生规划和实施的一些意想不到的后果，例如约旦的公共厕所遭到破坏，喀麦隆的厕所缺乏空间和垃圾坑。

38. 分析了 13 项指标，¹⁶ 见《难民署公共卫生年度报告》，¹⁷ 发现初级卫生保健是在达到最低标准方面最成功的分项，生殖健康最不成功(图九)，而营养方面严重缺乏数据。如图十所示，2014 年至 2017 年期间，符合最低标准和低于最低标准的指标百分比都有所下降。

图九
分项达到公共卫生最低标准的百分比，2014-2017 年，22 个国家



来源：《难民署公共卫生年度报告》，13 项指标采样。

¹⁴ 2015-2017 年营养普查数据基。

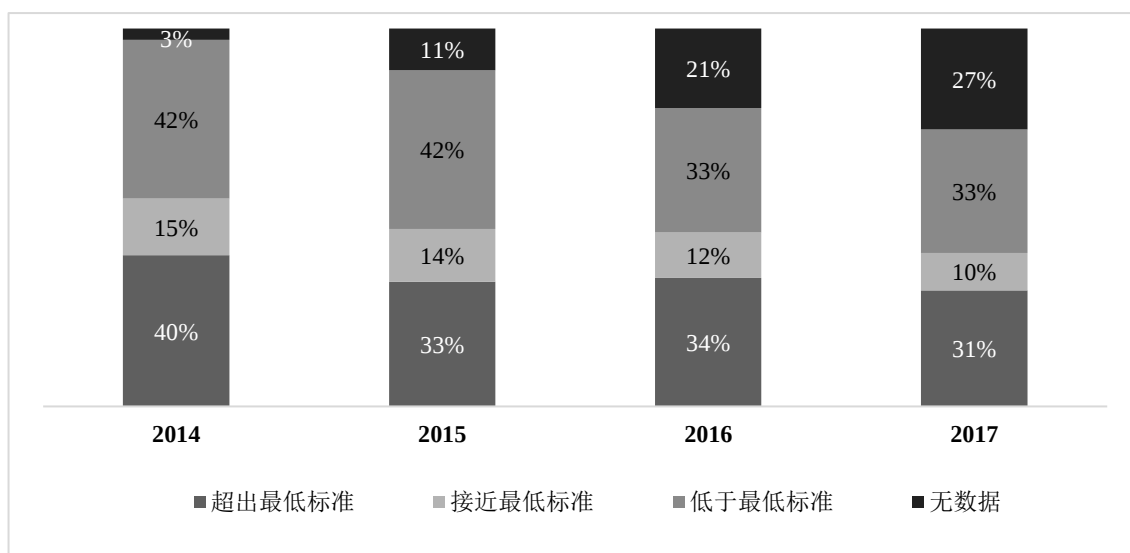
¹⁵ 《难民署公共卫生年度报告》。

¹⁶ 每千人死亡率；五岁以下儿童死亡率；保健利用率；产前护理率；熟练助产护理；产后护理率；避孕普及率；预防母婴传播；全球急性营养不良；重度急性营养不良；发育迟缓；每人每天平均供水升数；每个公共厕所平均使用人数。

¹⁷ 22 个国家有数据。

图十

公共卫生指标与每年最低标准相比较，2014-2017 年，22 个国家



来源：《难民署公共卫生年度报告》，13 项指标采样

39. 难民署的业绩也因不同的难民群体而异。73%的工作人员认为，儿童需求大部分或全部得到满足，只有 33%的人认为，残疾人或男女同性恋、双性恋、跨性别和性别奇异者难民的需求得到满足。受访者和专题讨论小组参与人还指出，在残疾人需求识别和方案编制方面的差距。案例研究还发现，由于政府政策和捐助者指定用途，约旦境内叙利亚难民和非叙利亚难民之间的医疗保健覆盖面存在差异；喀麦隆境内中非难民的医疗保健覆盖面也存在差异，原因是弱势群体受到排挤。

40. 各方来源突出了营地内外环境之间的差异。79%接受调查的工作人员认为，营地内的需求得到了全部或大部分满足，33%的人对非营地环境持同样看法。“获得和利用保健服务调查”发现，营地外难民在获得保健服务方面面临挑战——在伊拉克和埃及，分别有 50%和 42%的难民知道自己有权获得免费或补贴的保健服务；在马来西亚，39%的妇女难以获得产前保健服务，尽管 100%的妇女 2016 年至少接受过一次产前检查。在喀麦隆，通过社区活动筛查的城市营养不良儿童的营养没有包括在内；在乍得，营地外难民使用的国家设施人员和设备不足。

若干内部和外部因素造成难民署公共卫生干预措施的表现好坏参半

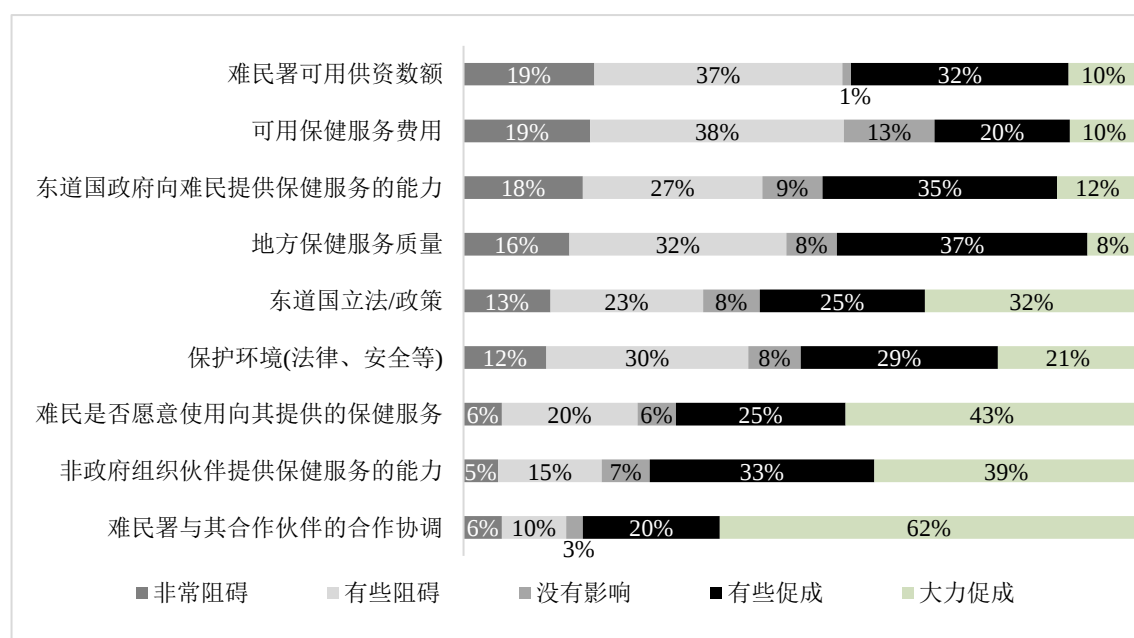
41. 合作伙伴和工作人员认为，难民署与其合作伙伴的合作协调，以及合作伙伴提供保健服务的能力，是两个最重要的有利因素(图十一)。高级管理层支持方案拟订和宣传，是两个受访行动中的显著的成功因素。受访的利益攸关方和工作人员调查受访者认为，资源不足是最大的挑战。资源限制影响了所有案例研究国家的服务提供，影响了设备、用品、人员配置水平和工作人员生活条件；喀麦隆、乌干达和坦桑尼亚联合共和国的情况证实了这一点，¹⁸ 导致工作量大和合作伙

¹⁸ 内部监督事务厅内部审计司观察到的坦桑尼亚联合共和国的情况。

伴人员更替。两个国家的利益攸关方以及伙伴调查受访者对药物短缺和国际采购延误表示严重关切。

图十一

难民署工作人员对不利和有力因素的看法(159 名工作人员)

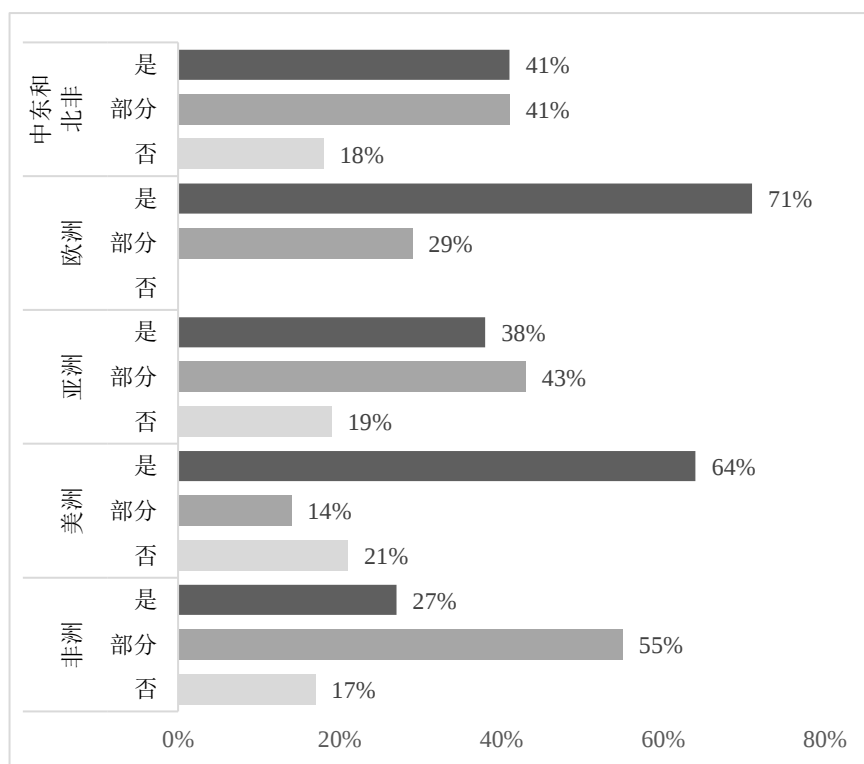


来源：内部监督事务厅对难民署公共卫生工作人员的调查。

总体而言，难民可以利用国家保健系统，但仍然面临严重障碍

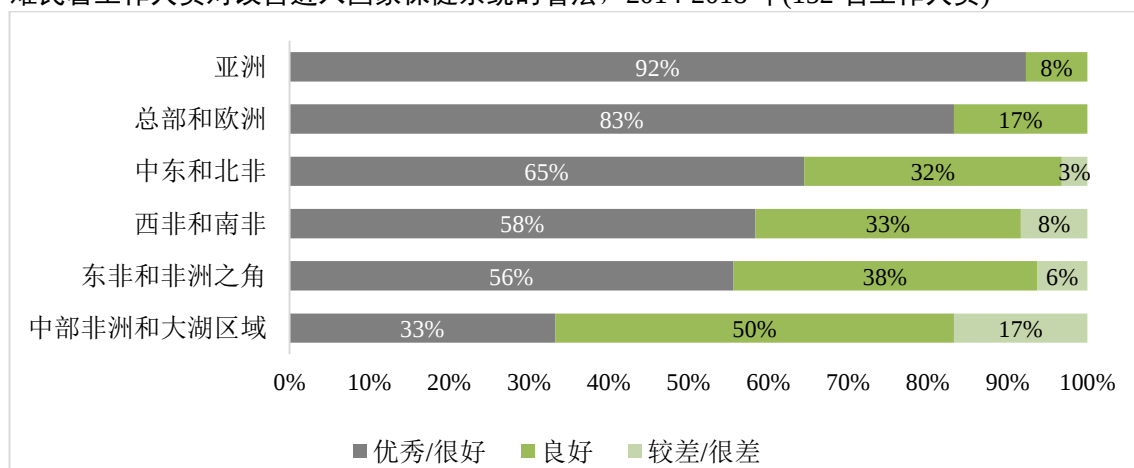
42. 根据难民署的包容性评估工具，在 94%接受评估国家中，难民有权利用国民保健系统，但准入障碍依然存在。2017 年一项涵盖 79 个国家的内部活动显示，不同区域的整合程度不同(图十二)。难民署采用不同方法来减少这些障碍。在喀麦隆，难民署与卫生部签署了一项协议，正式承认政府有责任允许利用国家设施，为难民提供 30% 的费用折扣。2018 年，难民署与马来西亚卫生部谈判成功，将公共设施外国人折扣 50% 的优惠提供给寻求庇护者。在乌干达，与国家和地区当局以及难民问题全面响应框架密切合作，确保难民平等进入国家系统，并将收容社区纳入难民安置设施。在约旦，基本保健服务现金是一个符合成本效益的方案，是为了应对 2015 年政府覆盖政策的变化而制定的。在巴基斯坦，难民平等享有国家保健系统，难民署实施了一项过渡战略，提高可持续性，重点是妇幼保健。在全球范围内，59% 的难民署公共卫生工作人员对“改善获得国家保健系统”给予积极评价(图十三)。

图十二
难民已纳入国家保健系统的业务行动



来源：难民署：“难民署关于营地之外方法分析工具：2017 年全球结果”

图十三
难民署工作人员对改善进入国家保健系统的看法，2014-2018 年(152 名工作人员)



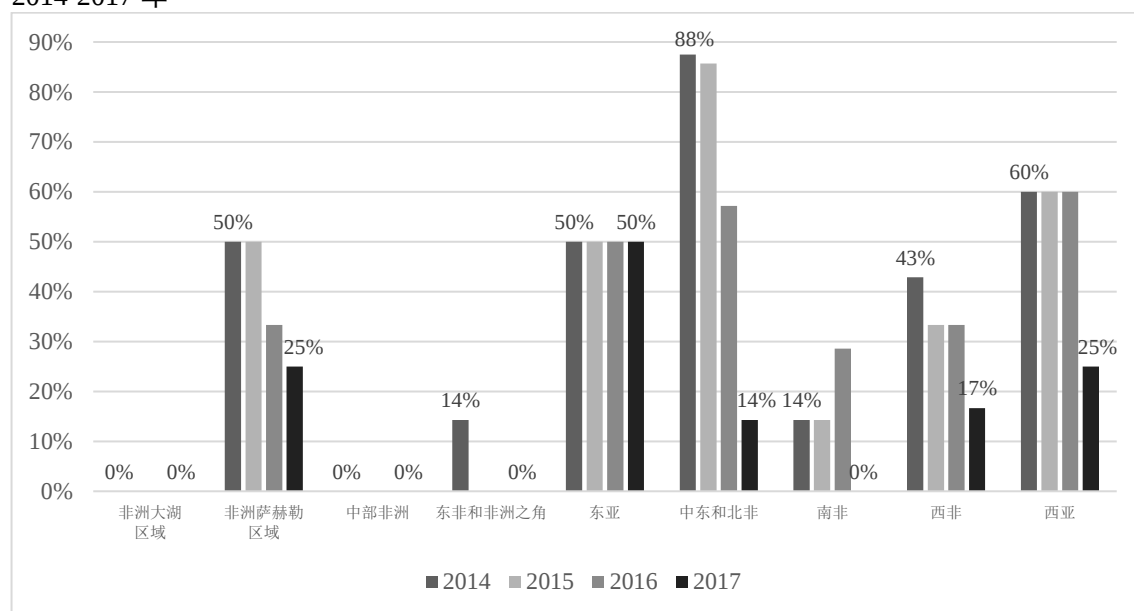
来源：内部监督事务厅对难民署公共卫生工作人员的调查

43. 难民署收容工作继续面临外部局限，主要原因是东道国政府政策、国家保健系统状况、国家业务中现有国家保健服务费用。在工作人员调查中，61%的中东和北非公共卫生工作人员认为，东道国政府立法和政策是阻碍因素，但 83%的西非工作人员认为是促成因素。在马来西亚，利益攸关方指出，保护环境艰难，缺

少法律文件，主要妨碍准入。¹⁹ 在约旦，受访者表示，2018 年，政府不再发放难民保健补贴，因此难民署得调整其资格标准。整合进入较弱的国家系统，如乍得，²⁰ 又是一个困局，因为收容政策意味着降低服务质量，除非向难民所在地区的国家系统提供大量支助。难民自己也表示，不同国家也都有同样的障碍：因无权工作而无法支付保健费用，保健设施遥远，文化偏见。图十四说明其中一些障碍给获得生殖健康服务带来的影响。

图十四

每个区域内“确保与东道国民一样平等获得产妇和新生儿服务”的国家比例，
2014-2017 年



来源：《难民署公共卫生年度报告》

44. 为了消除费用障碍，难民署在 14 个国家推行了难民保健保险计划，其中在 10 个国家设有多年计划。一些关于低收入国家社区保健保险的研究显示了保健保险覆盖面的积极影响，²¹ 但案例研究国家的利益攸关方提到，难民从免费医疗过渡到支付保健费用方面，面临挑战。在马来西亚，曾试点保险计划，但却无以为继，原因是宣传不够，没有加入计划的宽限期，而且难民在预计收到账单之前才加入。²² 在 2018 年 12 月，难民署和国际劳工组织参照前 10 年的经验教训，联合审查了《保健保险计划指导说明》。

¹⁹ 详见 Fionna Leh Hoon Chuah 等，“马来西亚境内难民和申请避难者的保健需求和面临的障碍：质量研究”，《国际卫生平等期刊》(17 卷 120 期)(2018 年)。

²⁰ 联合国人道主义事务协调厅，“乍得人道主义局势概览”(2018 年 8 月)，2018 年 8 月 9 日。

²¹ Paul Spiegel、Rebecca Chainis 和 Antonio Trujillo，“难民保健筹资新方法”，BMC Medicine, 16 卷 90 期(2018 年)。

²² 2017 年和 2018 年，索赔支付数高于收费。

C. 伙伴关系和协调对切实有效的执行至关重要，在一些情况下用来消除差距和制约因素

对执行伙伴的管理和监测大多是积极的，但在签署协定延迟和伙伴能力参差不齐方面面临挑战

45. 难民署通过接收难民署资金的执行伙伴提供公共卫生服务。“强化执行伙伴框架”规范与合作伙伴的交往，详细说明物色过程，签署《项目伙伴关系协定》和执行情况监测。利益攸关方总体上对难民署管理和监测保健执行伙伴工作给予积极评价，接受调查的执行伙伴中，77%认为其与难民署的伙伴关系良好或优秀；在喀麦隆和乌干达等业务中接受访谈的伙伴对其与难民署的合作给予非常积极的评价。合作伙伴和工作人员一致认为，报告程序为难民署提供了高质量的执行伙伴业务数据(分别为 84%和 90%)。

46. 然而，审查了 2017 年和 2018 年 24 份关于总体伙伴管理的审计报告，结果显示，67%的业务在业绩监测方面存在不足。一些受访合作伙伴对《项目伙伴关系协定》签署延迟，影响执行表示失望。2017-2018 年审计的业务中，有 42%出现过《项目伙伴关系协定》延迟，接受调查的合作伙伴中有 27%指出，合作伙伴甄选和入职流程的时间过长，影响到服务交付。在乌干达，政府参与执行伙伴的甄选，损害了这一进程，尽管后来采取了纠正措施。²³

47. 合作伙伴和工作人员访谈和实地访问突出了合作伙伴能力与到位之间的巨大差异。除成果 B 中提到的人员和设备限制之外，在约旦和马来西亚也注意到组织能力不足，尽管难民署提供了培训。接受调查的执行伙伴中，有 35%对难民署提供的培训机会刚刚满意或不满意；工作人员更替率高，以及紧急阶段后在实地的组织减少，削弱了能力。国际非政府组织的存在在某些情况下受到东道国政府法律的影响。

48. 案例研究突出了合作伙伴合并和多样化之间的利弊。在三个业务中，合并减轻了管理负担，根据《全球公共卫生战略》，让执行伙伴对服务交付承担更大责任；另一个方面，多样化减少了只有一个合作伙伴的风险，能够物色专业能力更强的执行伙伴。在所有案例研究中，都根据 2016 年大交换，努力让地方和国家伙伴参与进来，以提高可持续性。

案例研究显示与联合国机构协调中的一些弱点

49. 难民署的业务伙伴关系，特别是与联合国机构的业务伙伴关系，出现更多挑战，部分原因是授权不同和方法有异。多数工作人员和合作伙伴(分别为 91%和 83%)认为，难民署和合作伙伴之间的作用和责任界定明确，但认为联合国合作伙伴也界定明确的人略少(分别为 86%和 80%)。难民署与世界卫生组织有一项全球谅解备忘录，其发挥着较为规范的作用，在国家一级是谅解备忘录的主要对应方，但案例研究没有发现几个联合宣传或加强保健系统明确责任的范例。外地受访者

²³ 内部监督事务厅内部审计司，“2018/2019 年报告：联合国难民事务高级专员公署乌干达业务审计”，2018 年 10 月 17 日。

注意到粮食署面临的挑战。难民署与粮食署也有一项全球谅解备忘录，并开展联合评估访问、监测和规划——然而，这种关系在国家一级不尽相同，在一个案例研究中很差，影响到在适当水平上提供粮食援助以满足需求。

50. 联合国儿童基金会(儿童基金会)在五岁以下儿童营养、学校卫生和水、环境卫生和个人卫生工作中发挥全球作用，但参与情况在各个业务中大不相同，妨碍了系统方法和参与。在约旦，儿童基金会开展了水、环境卫生和个人卫生工作，由难民署发挥监测作用。虽然业务伙伴关系提供了更多能力和资源，但鉴于难民署的最后补台作用，方法、管理结构和捐助者关系各不相同，也给其带来挑战。接受采访的合作伙伴和工作人员提到，争夺资金是这些关系面临的挑战。

包容方法要求与政府和发展行为体建立更多伙伴关系

51. 国家和地方两级政府伙伴关系在不同程度上，协助了所有案例研究中的准入工作(见成果 B)，并在不同程度上解决了难民大量涌入期间给收容服务造成的压力。乌干达实施的“难民问题全面响应框架”提供了一个有力的包容框架。在喀麦隆，升级国家设施和允许收容社区准入，有助于改善以前服务不足地区东道居民和难民人口的保健服务。

52. 为了促进整合和加强保健系统，并解决资源紧缺，一些业务与世界银行等发展行为体建立了联系。乌干达通过“难民和东道国居民权能战略”举措，从世界银行获得了 5 000 万美元资金，改善服务和消除发展差距。在喀麦隆和乍得，世界银行于 2018 年批准了一揽子供资计划，分别提供 2.74 亿美元和 6 000 万美元，改善难民服务，包括保健服务。喀麦隆还实施了多年期、多伙伴战略，巴基斯坦采取了面向发展的办法，把难民保健责任移交给东道政府。2017 年，发展筹资总额约为人道主义筹资的 9 倍，这是缓解资金减少的一次良机。²⁴

难民署利用其召集能力，提供协调的公共卫生服务

53. 难民署促进工作层面的协调，避免服务交付中的重复。受访的 89%合作伙伴和 96%工作人员都认为，协调确保服务是互补的，而不重复；95%受访工作人员报告，协调确保了差距和需求得到注重。案例研究和合作伙伴访谈提供了范例，作为证明；在乌干达，难民署与区政府共同牵头协调了 30 多个水、环境卫生和个人卫生伙伴，利益攸关方报告，这些合作非常成功。在马来西亚，保健工作组将执行伙伴和政府伙伴聚集一起，解决共同问题。

54. 与难民社区的伙伴关系为社区参与提供了更多机会，更有效地传播信息，更能持之以恒。这在中东和北非尤其有效，80%的工作人员把这种参与评为良好或优秀；相比之下，其他区域 62%至 68%的工作人员将这种参与评为良好或优秀。在喀麦隆和乌干达，社区成员负责维护水、环境卫生和个人卫生点，包括测井。在巴基斯坦，难民委员会保管社区资金，对保健设施进行监督。然而，在专题讨论组，难民抱怨与难民署的沟通不足。

²⁴ 1 470 亿美元对 165 亿美元(经济合作与发展组织)。

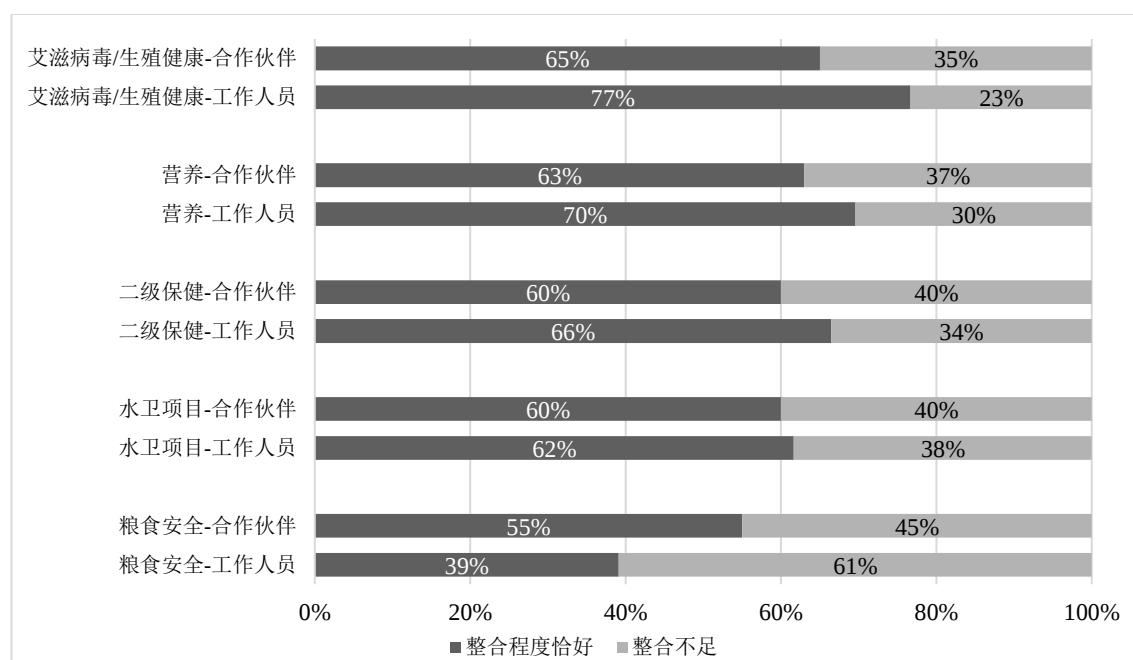
D. 公共卫生分项之间以及与保护、教育和收容所部门之间整合不足，对保健成果的全球监测不足，都对切实有效实施公共卫生方案提出了挑战

初级保健和其他分项之间的整合程度因国家而异，但大致局限于粮食安全方面

55. 在全球，受访公共卫生伙伴和工作人员认为，艾滋病毒和生殖健康是与初级保健结合最紧密的分项，其次是营养、二级保健和水、环境卫生和个人卫生(图十五)。粮食安全被认为是整合程度最低的。

图十五

合作伙伴和工作人员对初级保健和其他分项之间整合的看法(113 个合作伙伴；152 名工作人员)



来源：内部监督事务厅对难民署公共卫生工作人员和合作伙伴的调查

56. 工作人员普遍认为水、环境卫生和个人卫生恰当地纳入了公共卫生。不过，在开展水、环境卫生和个人卫生的四个案例研究国家中，有三个国家的工作人员表示，水、环境卫生和个人卫生纳入总体公共卫生方案不够。这包括乌干达，虽然该国公共卫生战略包括水、环境卫生和个人卫生，但合作伙伴和工作人员指出，公共卫生和水、环境卫生和个人卫生合作伙伴开展的讲卫生宣传方案之间缺乏协调。2016 年内部审计司对全球水、环境卫生和个人卫生的审计也建议，方案支助和管理司确保两个分项在卫生意识方面更好地协作。

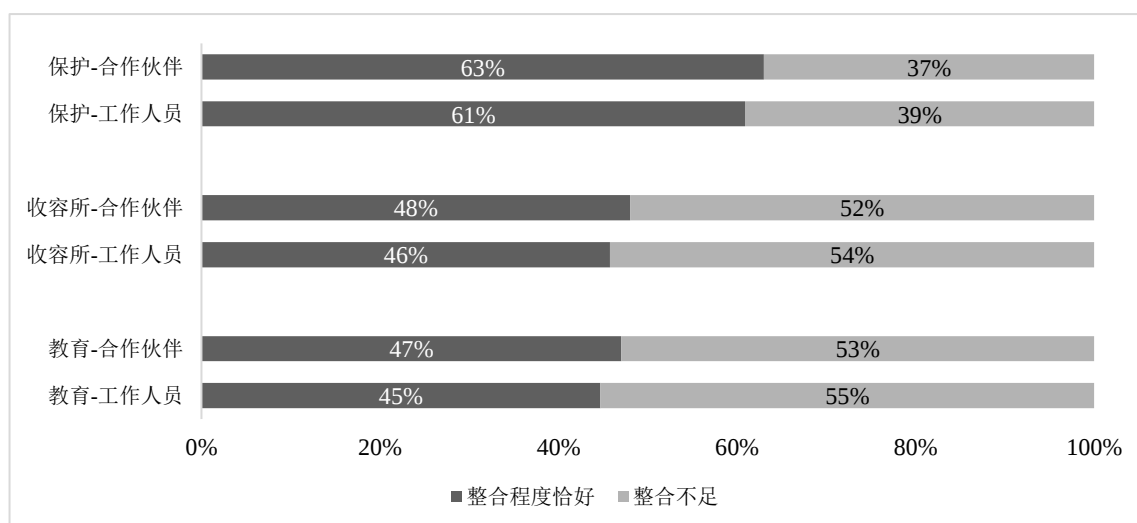
57. 总部和国家业务的一些工作人员认为，各分项单列预算，阻碍了综合交付。一些人提到，专用资金导致某些专门保健领域方法分散，影响了综合规划和实施。

公共卫生工作人员认为，健康未作为难民署机构内核心保护任务的一环。与教育和收容所两个部门的整合被认为是不足的

58. 尽管《全球公共卫生战略》突出表明公共卫生和保护之间的密切联系，但公共卫生工作人员受访者认为，确保获得保健服务并没有被普遍视为一个保护问题，因此难民署内部也没有给予足够的重视。总部几名从事和非从事公共卫生的工作人员进一步指出，机构内部就提供卫生在内的基本服务是否是其保护任务的一个组成部分展开了更广泛的辩论。在全球，63%的合作伙伴和61%的工作人员认为，公共卫生和保护之间整合恰当(图十六)，案例研究显示了一些应对性暴力和性别暴力方面开展合作的范例。

图十六

合作伙伴和工作人员对公共卫生部门和其他部门之间整合的看法(113 个合作伙伴；156 名工作人员)



来源：内部监督事务厅对难民署公共卫生工作人员和合作伙伴的调查

59. 在案例研究国家接受采访的合作伙伴和工作人员通常认为，公共卫生和其他部门，包括保护，之间的协调在营地内很有效；在营地内，部门之间定期互动，所有部门都向营地管理人员报告。但在总部和国家办事处一级，工作人员指出，基本没有多部门方案编制，包括结构性联系，保护工作人员只是零星参与公共卫生方案，而且基本上视个人喜好和人员关系。

60. 受访的公共卫生合作伙伴和工作人员中，不到一半的人认为，与庇护所或教育部门的整合恰好，如图十六所示。一些人指出，儿童基金会主导许多国家的教育和难民学校保健方案，这说明与教育部门脱节。接受调查和访谈的工作人员提到增进跨部门协调将有利于难民保健结果的其他领域，如精神健康和心理社会支持(带有保护)，以及社区外联和动员(社区保护)。工作人员和合作伙伴还强调了现金援助十分重要，加强公共卫生与生计整合也很重要，既有利于粮食安全，也有利于解决保健服务费用问题。

监测了难民保健成果，用于为国家一级方案编制提供信息，但全球监测仍存在差距

61. 保健信息系统是难民署收集难民标准化临床和流行病学数据的工具，内分 22 个类别和 2 513 个指标。2017 年，保健信息系统被用于 18 个国家的营地/场所。²⁵ 还利用执行伙伴报告，以及在一些国家利用成果 A 中提到的“获得和利用保健服务调查”、“知识、态度和实践调查”及“标准化强化营养调查”收集难民保健成果数据。平衡计分卡评估了 7 个国家 80 所保健设施。在国家 and 次国家一级，大多数接受调查的公共卫生伙伴和工作人员认为，难民署的数据收集系统足以监测公共卫生活动和成果(78%的伙伴和 89%的工作人员)，难民署方案管理人员利用现有数据就公共卫生方案编制做出决定(83%的伙伴和 91%的工作人员)。

62. 在全球一级，总部公共卫生科每年从国家业务部门收集数据，编写全球和国家别报告。这包括：通过保健信息系统收集的营地和国家一级难民保健指标；公共卫生预算 50 万美元或 50 万美元以上的国家业务部门每年通过 Twine 平台报告的一套关键公共卫生指标；以及 2018 年试行的关于将难民纳入国家保健系统的问卷。2018 年末，开发了新的保健信息系统，取代 Twine。

63. 然而，没有在全球一级全面监测成果，特别是对于营地外的难民，没有关于他们的保健成果数据。2017 年，18 个国家业务的保健信息系统数据包含 430 万名²⁶ 营地或场地内的难民；但他们仅占这 18 个业务中 58%的难民人数，占全球难民人口的 27%。在有公共卫生预算的 62 个业务中，只有 40 个业务有公共卫生指标数据。未报告年度数据的 21 项业务包括当年公共卫生预算超过 50 万美元的 8 项业务。此外，即使是报告年度数据的 40 个国家业务，也缺乏全面的公共卫生指标，因为在每个国家业务中，只收集难民署覆盖的分项的数据。缺乏全面和可比较的国家数据以及营地外保健成果数据，对总部和区域办事处发挥作用、监测和确保所有分项达到《全球公共卫生战略》制定的标准、以及确保做出可预测决策调动各个分项提出了挑战。

五. 结论

64. 为履行授权，让难民享有获得保健、粮食安全和水、环境卫生和个人卫生的权利，难民署在更多流离失所、资源有限和保护环境复杂的环境中，实施了广泛复杂的公共卫生方案。与此同时，《关于难民和移民的纽约宣言》以及各国政府和发展行为体的更多参与，为应对这些挑战提供了机会。重视难民公共卫生目标和成果，就要将这些干预措施作为保护问题充分纳入全球和国家一级的规划和实施，但情况并非总是如此。此外，一旦供资和合作伙伴参与减少，转向长期战略方法对于确保连续提供服务至关重要。难民署及其兢兢业业、勤奋工作的工作人员在处处受限的条件下提供了高质量的初级保健，特别是在难民营环境中，并努力减少进入国家保健系统的障碍，可佩可敬。不过，还需更加努力，解决营地外的现实问题，特别是在较持久的危机中，并确保联合国伙伴关系得到优化。近期发展

²⁵ 难民署，《难民署：2017 年公共保健年度全球概览》。

²⁶ 约旦和伊拉克也采用保健信息系统，又纳入 40 万名难民，但未列入给内部监督事务厅的数据。

以及转向可持续解决办法的思维变化，包括多年期、多伙伴供资，以及调动各国政府和发展伙伴，是朝正确方向迈出的一步，但难民署管理层也需要确保战略规划系统化，将保健充分纳入内部进程、方案编制和决策。

六. 建议

65. 内部监督事务厅检查和评价司向难民署提出五项重要建议。

建议 1: (全球公共卫生战略)(成果 A 和 B)

66. 在下份公共卫生战略中，难民署应更加强调向转向更可持续、注重包容的保健系统支助，为国家行动业务提供指导，编制衡量包容进展的指标，界定和发展难民署在加强保健系统和协助调动其他各方参与解决难民公共卫生问题方面的作用。

指标：注意到纳入包容性要素的 2018 年后全球公共卫生战略。

建议 2: 规划(成果 A)

67. 难民署的业务规划应力行前瞻，注重战略，确保系统地参与，满足需求，制定应对紧急情况后和过渡情况的早期备选方案，将公共卫生纳入整个业务规划的主流。

指标：制定跟踪国家一级参与公共卫生的系统循证决策指南；各个业务分享过渡规划的经验教训；作为成果管理制更新项目的一部分，新的成果框架纳入整个业务范围规划参数。

建议 3: 数据(成果 A、B 和 D)

68. 难民署应改进营地外保健成果监测，包括将数据用于战略决策。

指标：2018 年后公共卫生战略纳入改善营地外人口保健监测的不同方法；继续促使东道国政府在保护环境允许的情况下收集、分门别类和报告关键难民数据，包括保健数据；提供指导和培训，加强难民署工作人员和执行伙伴收集、分析和使用方案数据的能力；在可行的情况下扩大“获得和利用保健服务调查”的数量和(或)范围。

建议 4: 伙伴关系(成果 C)

69. 为改善业务伙伴关系，难民署应加强针对具体伙伴的具体后续行动机制，消除与联合国和其他业务伙伴之间潜在的重叠和(或)差距，落实从多年期、多伙伴试点中吸取的经验教训。

指标：多年期、多伙伴方案编制制度化，通过成果管理制更新项目吸取多年期、多伙伴的经验教训；将长期成果纳入新的“成果框架”，使成果的多年规划和监测更符合潜在业务伙伴的规划进程。

建议 5：整合(成果 D)

70. 难民署应加强多部门联系，在下次公共卫生战略中强调这些联系，支持内部学习和联系，并展示和记录综合方案编制的成功模式，以支持内部宣传和向捐助方开展宣传，争取资金。

指标：记录和分享内部宣传和向捐助方宣传的整合模式；2018 年后公共卫生战略更加强调跨部门联系，包括如何在国家一级优化联系。

主管内部监督事务副秘书长

海迪·门多萨(签名)

2019 年 3 月

附件

联合国难民事务高级专员公署正式答复

在本附件中，内部监督事务厅全文列出从联合国难民事务高级专员公署收到的关于对其评价的答复。这一做法是在独立审计咨询委员会提出建议后，根据大会第 64/263 号决议建立的。

难民署对监督厅对联合国难民事务高级专员公署评价的答复

1. 难民署感谢内部监督事务厅检查和评价司，让管理层有机会对难民署公共卫生方案，特别是对 2014-2018 年期间《全球公共卫生战略》做出的评价给予答复。难民署饶有兴趣地阅读了评价报告，注意到其中评价结果，接受其中建议。
2. 自 2014-2018 年期间《公共卫生战略》启动以来，内部和外部环境都发生了重大变化，从而使人们更加关注许多难民状况的长期性质，及其对往往资源不足的收容社区和国家(或)地方保健系统的影响。因此，显然需要发展行为体的更多参与，包括早期难民应对措施，向国家保健系统提供更多战略支持。过去 15 年来，难民署通过让难民和其他受关注者更多纳入国家保健系统的政策和实践，在这一领域取得了稳步进展。的确，难民署高兴地注意到，我们在这一领域的许多成就已经在评价报告中受到注意。
3. 我们相信，这一重要评价及其建议将进一步充实我们的努力，扩大和加强其他行为者的参与，解决紧急情况中和紧急情况以及营地内外难民的公共卫生问题。因此，我们在管理层答复表格中提供了难民署的行动计划，概述了我们打算在未来几年针对这些建议而重点关注的战略领域。
4. 最后，我们感谢监督厅检查和评价司对我们的公共卫生工作做出评价，特别鸣谢在这方面与我们密切合作的团队。