



供作决定

联合国儿童基金会

执行局

2018 年第二届常会

2018 年 9 月 12-14 日

临时议程项目 8\*

## 对儿基会对也门霍乱疫情的三级响应的评价：危机中的危机

## 执行摘要\*\*

## 摘要

2016-2017 年，也门复杂的人道主义危机导致了霍乱/急性水样腹泻的大规模爆发，该危机的特征是武装冲突、严峻的粮食安全和营养状况以及濒临崩溃的健康和水系统。爆发分为两波：第一波从 2016 年 10 月开始，规模相对有限，但 2017 年 4 月底开始的第二波以惊人的速度蔓延到全国各地并达到灾难性的比例，约有 100 万疑似霍乱病例，至少有 2000 人死亡。

儿基会对也门霍乱/急性水样腹泻疫情的响应评价是对更广泛的人道主义响应中的紧急响应的评价。影响霍乱响应的许多因素也是更广泛的危机所共有的；除其他外，评价考虑了霍乱响应是否对更广泛的响应产生了积极或消极的影响。

必须从对疫情更广泛的系统响应角度看待儿基会对 2017 年也门霍乱疫情的响应，更广泛地说是也对也门正在发生的危机的响应。2015 年以来，当前的武装冲突在安全、经济和人道主义方面给普通也门人带来了破坏性的后果。到 2017 年初，存在（目前仍然存在）多个对人道主义系统的竞争性需求。

\* E/ICEF/2018/19。

\*\* 评价报告的执行摘要正在以联合国所有官方语言分发。可从儿基会评价办公室网站获得英文版完整报告（见附录）。

说明：本文件全文由儿基会负责处理



评价表明扩大 2017 年疫情总体响应规模的速度较慢，无法跟上疫情发展的规模和速度，对其进程的影响非常有限。尽管如此，鉴于全系统都未能预测到 2017 年疫情，儿基会对此负有一定责任，当疫情的规模变得明显后，儿基会在自身及合作伙伴的能力范围内作出了相对迅速的响应。它采取了基本正确的方法，虽然这些方法需要时间才能显现出效果，并且直到疫情已经很严重时才达到全面业务能力。

尽管儿基会及其合作伙伴在加强必要的预防和准备措施方面面临严峻挑战，但它现在肯定能够更好地应对未来可能出现的疫情。需要采取包括关键的口服霍乱疫苗接种活动在内的短期预防措施，同时需要加强社区一级的监测和能力并巩固供应链和伙伴关系安排。其他建议包括采取紧急行动供应口服霍乱疫苗，同时加强儿基会在流行病学分析方面的区域能力；改善国家和社区监督；加强方案监测和质量控制；并加强该组织对霍乱的全球准备和组织学习。

## 一. 导言和背景

1. 也门处于多重人道主义危机之中，目前认为这场危机是全世界最严重的危机之一。<sup>1</sup>即使在 2015 年武装冲突爆发之前，较高的贫困程度、公共服务不足、摇摇欲坠的经济、粮食严重不安全也在困扰着也门人——所有这一切都随着总统在 2011 年“阿拉伯之春”期间离任后出现的政治不稳定而加剧。目前的冲突已加剧了人道主义局势，使饥荒真的有可能爆发，致命的疾病（尤其是霍乱和最近爆发的白喉病）已经开始蔓延。卫生系统濒临崩溃，损坏或不充足的供水和污水系统已破坏了获得清洁水和安全环境的机会。与此同时，840 万也门人依赖于粮食援助，严重急性营养不良正影响着 40 多万名儿童。<sup>2</sup>

2. 也门 2016-2017 年的霍乱疫情有两波。虽然第一波（从 2016 年 10 月起）的规模相对有限，但第二波（从 2017 年 4 月底开始）波及全国，数量级完全不同。在第二波中，共报告了大约 100 万例疑似霍乱/急性水样腹泻的病例<sup>3</sup>，尽管这一数字由于病例定义的不当应用以及包含相对轻微的腹泻病例，几乎肯定被夸大了。虽然由于检测有限，实际霍乱病例的比例仍然不确定，但这无论如何都是灾难性的爆发——而且它在全国大部分地区以惊人的速度蔓延。据报道，自 2017 年 4 月以来总共有 2000 多人死于这种疾病。对于这种规模的疫情而言，死亡人数和病死率低于预期数字，报告的病例中的包含错误对解释这一点可能大有帮助。

3. 必须从对疫情更广泛的系统响应角度看待儿基会对 2017 年也门霍乱疫情的响应，更广泛地说是对也门正在发生的危机的响应。到 2017 年初，人道主义系统存在多种竞争性需求（并且目前仍然存在），尤其是粮食不安全和营养不良的水平，这种情况已经十分危急并且增加了饥荒的风险。公共服务，特别是健康、供水和废物处理系统的急剧下降使该国高度暴露于可能的疫情并且使它缺乏有效应对疫情的能力。

4. 当前对儿基会对也门霍乱/急性水样腹泻爆发的响应的评价是对更广泛的人道主义响应中的紧急响应的评价。影响霍乱响应的许多因素也是对更广泛危机的响应所共有的。

<sup>1</sup> “联合国领导人呼吁立即解除对也门的人道主义封锁——数百万人面临迫在眉睫的危险”，世界卫生组织、世界粮食计划署（粮食计划署）和儿基会等三家组织的执行主任 2017 年 11 月 16 日发表的联合声明。可在以下网址查看：[www.unicef.org/media/media\\_101496.html](http://www.unicef.org/media/media_101496.html)。

<sup>2</sup> 世界粮食计划署，“世界粮食计划署扩大在也门的响应，以防止饥荒”，2018 年 4 月 2 日，可在以下网址查看：[www.wfp.org/news/news-release/wfp-scales-response-yemen-prevent-famine](http://www.wfp.org/news/news-release/wfp-scales-response-yemen-prevent-famine)。

<sup>3</sup> 联合国新闻，“联合国卫生机构报告也门的疑似霍乱病例超过 100 万”，2017 年 12 月 22 日。可在以下网址查看：<https://news.un.org/en/story/2017/12/640331-suspected-cholera-cases-yemen-surpass-one-million-reports-un-health-agency>。

## 二. 评价范围、目的和方法

### A. 评价范围

5. 评价审查了以下关于儿基会对 2017 年疫情爆发响应的广泛问题：

(a) 在 2017 年疫情爆发之前开展了哪些预防性（降低风险）工作，目前正在开展哪些预防性工作以努力预防或减轻这种疫情？

(b) 儿基会响应 2017 年疫情的准备有多么充分，特别是在 2016 年末爆发较小规模的疫情之后？

(c) 2017 年 4 月爆发的疫情规模变得明朗后，儿基会的响应速度和效果如何？

(d) 儿基会现在对未来疫情进行响应的准备有多么充分？

6. 在每个案例中，评价都审查了所涉及的（内部和外部）制约因素，并询问是否以及如何解决这些因素。除了儿基会的响应外，评价还考虑了组织通过其群组领导和其他方式在协调、领导或促进更广泛系统的响应方面发挥的作用。

### B. 评价目的

7. 目前的评价有三个目的：

(a) 通过对儿基会在也门冲突、2017 年疫情爆发以及对此次爆发的更广泛的系统响应背景下对 2017 年霍乱/急性水样腹泻疫情的响应进行评价性分析，为儿基会目前和今后在也门的响应提供依据；

(b) 为 2017 年儿基会的响应提供一定的问责基础：儿基会在何时何地做了什么；响应是否及时、适当和有效；关键的内部和外部支持和制约因素分别是什么；

(c) 从儿基会对霍乱和其他近期传染病爆发的响应增加更广泛的机构学习。

### C. 评价方法

8. 本评价是儿基会人道主义评价的新方法，根据该方法加快了标准评价过程，以期产生可直接为方案决策提供意见的实时结果。评价使用的主要方法是主要知情人面谈，特别是与直接参与霍乱响应人员的面谈；以及以规划、监测和决策为重点的文件审查。对比在也门以外进行的主要知情人面谈的调查结果，三名常驻也门的顾问在国内与合作伙伴面谈及其与受益人和当地志愿者进行的焦点小组讨论的结果。评价总共咨询了 95 名受访者。

### 三. 实施战略：评价的主要结果

#### A. 儿基会应对也门霍乱的战略和方法

9. 2016年10月10日，在卫生当局宣布霍乱疫情首次爆发的四天后，儿基会与水卫项目（WASH）群组合作伙伴商定了为期三个月的综合霍乱响应计划并把该计划提交给人道主义国家工作队。最初的2016年计划包含了大部分通常被认为对霍乱应对和控制必不可少的内容，尽管它在某些领域缺乏特异性，包括加强监测、实现快速响应和根据当地环境量身定制响应。

10. 尽管响应的设计分三个阶段逐步形成，并于2017年7月初形成了最终的形式，但同一个基本战略为第二波疫情爆发的响应提供了依据。由于现有的能力，初期阶段的响应（4月底至5月中）非常迅速，但由于疫情的地理传播以及病例数量的指数增长，响应难以跟上疫情发展的速度。在响应的第二阶段（5月底至6月底），采用经修订的流行病学预测扩大了响应，并制定了经修订的响应计划，它区分了以下情况：（a）在受影响地区控制疫情传播的“响应/控制”活动；（b）在尚未受到影响的高风险地区开展的一系列“即时预防”活动。在响应的第三阶段（6月底至7月初），根据最新预测设计了一种修订后的方法，通过加强目标战略在已确定的热点地区提供快速和有针对性的干预措施来减少传播。在第三阶段，“交流促进发展”（C4D）活动得到大幅度扩大。

#### B. 霍乱预防和减缓措施

11. 2017年的霍乱疫情是否本来能够预防？任何答案都不可避免地属于推测性的，但考虑到行动空间和所涉及的根深蒂固的结构因素，短期内可能无法大幅度降低重大疫情的风险。如果第一波疫情被完全控制，那么疫情重大升级的可能性就会降低。但是，通过确保充分获得清洁水、有效的污水处理和废物处理来预防霍乱所需的更基本的预防工作本质上是一项中长期的事业。鉴于现有系统处于非常脆弱和被损坏的状态，以及冲突、不安全、缺乏能力和不稳定治理的持续影响，这一点尤其如此。即使本来有可能在2016年底霍乱爆发后共同努力修复或维持这些系统，但在2017年4月第二波霍乱爆发时，也只能期待对水传播疾病的传播产生有限的影响。尽管如此，儿基会在确保燃料、氯和备件供应以保持现有的水和废物处理系统运行方面所发挥的作用仍是必不可少的，没有这一点，风险因素将更高，而且公共卫生结果可能更差。

12. 或许比预防问题本身更相关的问题是是否本可以减小任何疫情的规模，并通过较短期的预防性干预措施减轻其影响。评价小组在这里发现，更加协调一致的预防措施，包括预防性口服霍乱疫苗活动，本来至少可以在一定程度上限制疫情的范围。在2016年疫情爆发后，一系列因素似乎已共同阻碍了建议的口服霍乱疫苗活动继续进行下去。那些接受评价面谈的人对活动未能继续的原因有不同的说法。无论如何，疫苗接种在某些地方（包括也门的一些相关卫生官员）的接受程度不高，随着第一波疫情爆发期间的病例数量下降，进行口服霍乱疫苗活动的压力也减少了，尽管现在看来当时仍然有充分的理由进行这种预防性活动。当第

二波疫情于 2017 年 4 月底爆发时，口服霍乱疫苗活动又回到了议程上，并向日内瓦的国际协调小组提出了请求。但全球供应短缺和竞争性需求意味着国际协调小组只能提供数量有限的疫苗。这反过来又提出了如何在也门的不同地区分配有限供应这个政治问题。几周后，拟议的活动于 7 月被取消了。当时疫情已变得很严重，而且响应性活动可能产生的效果也令人怀疑，因为大多数地区当时都受到了影响。

13. 在本评价的有限范围内，评价小组无法就预防问题得出确切的结论。然而，可以合理地得出结论认为更加协调一致的预防工作，包括 2017 年初的预防性口服霍乱疫苗活动，可能会严重限制后续的疫情规模。

14. 截至编写本报告时，2016–2017 年期间存在的相同的结构性风险因素仍然存在，同样，解决这些因素需付出中长期的努力。在短期内，其他干预措施的预防效果具有更好的前景。儿基会提供的燃料、氯和备件仍然至关重要，应采取措施确保相关的供应链。家庭和社区一级的预防工作，特别是旨在改变卫生和水储存做法的宣传也很重要，尽管不能期待人们的行为会突然发生改变，但它的确取决于有效的社会宣传。

### C. 响应准备

15. 受访者普遍认为儿基会没有做好应对 2017 年疫情的准备，整个响应系统也没有做好准备。第一波疫情末期的病例减少显然造成了一种虚假的安全感，并使人们认为也门的霍乱得到了控制。在 2016 年的应急规划演习中已经预见到了疫情的可能性，但没有明确预见到霍乱，而且也没有预见到任何这种规模的疫情。<sup>4</sup>简而言之，儿基会未曾为这种可能发生的事情制定过计划，它与人道主义系统的其他机构一样在发生这种情况时措手不及。

16. 这并不是说儿基会在 2017 年 4 月完全没有准备。它持续的霍乱响应意味着它拥有扩大响应的基础，尽管基础是有限的。现有的伙伴关系和方案协定，与供应商签订的长期协定以及在应对 2016 年疫情爆发期间签订的业务协议确实有助于为应对 2017 年疫情提供基础。但 2017 年疫情爆发的规模和性质是人们未曾预料到的，爆发的速度和地理分布意味着准备措施和现有的安排不足以完成任务。一些受访的儿基会工作人员认为，回想起来，本应该采取更多措施来组织供应商，预先储备库存并与合作伙伴制定应急方案合作协定。

17. 资金不是儿基会的重大制约因素。捐助者普遍支持 2017 年的响应，并且是对响应施加压力的主要来源之一，他们提供了灵活的基金和方案之间的基金互换性。世界银行为儿基会和世卫组织提供了大量系统支持资金，就儿基会而言，这些资金允许其扩大其健康、“交流促进发展”和水卫项目工作的规模，以应对 2017 年的疫情。

18. 与之相比，合作伙伴能力是儿基会响应规模和速度的主要制约因素。在儿基会传统上与之合作的国际非政府组织（INGO）合作伙伴中，几乎都没有提供大规

<sup>4</sup> 在早期预警/早期行动风险评估过程中。

模交付能力。这在一定程度上是由于业务环境的限制以及为国际工作人员获得签证的困难。

19. 关于儿基会目前应对潜在的第三波疫情或新疫情的准备情况，意见不尽相同。其中一些受访者在这方面相对有信心，而有些人则认为，如果再次出现 2017 年的情况，儿基会和其他机构将再次措手不及，尤其是因为响应能力不足。<sup>5</sup>评价小组发现儿基会现在的准备工作肯定比 2017 年更充分，但仍然存在相当大的挑战。

20. 虽然对于任何特定紧急情况（尽管是风险和潜在危害程度如此之高的紧急情况），准备工作的程度存在实际限制，但与 2017 年相比，儿基会肯定做好了更充分的准备，特别是因为它已从这次经历中汲取了教训。已有的防备措施包括多项紧急方案合作协定、与地方当局的业务计划、在战略地点增加库存以及综合霍乱计划。伙伴关系（包括与当局的快速响应小组模式）现已颇具规模，尽管交付能力仍然不确定。

## D. 儿基会对 2017 年疫情的响应

### 覆盖范围和比例

21. 随着疫情的整体规模变得显而易见，儿基会在 2017 年 5 月至 7 月间显著加强了响应决心。综合霍乱响应计划目标的增加证明了这一点。例如，正常运转的腹泻治疗中心（DTC）的目标数量增加了三倍，从 25 个增加到了 75 个；家庭水处理和消毒的目标受益人数从 50 万增加到 1200 万；霍乱关键行为改变做法信息惠及的目标人数从 200 万增加到了 1200 万。<sup>6</sup>

22. 这种扩大规模给儿基会也门办事处带来了巨大压力，因为当时它已完全处于三级应急响应模式，特别是在处理营养危机方面。它还受到了可用的合作伙伴能力的局限。但是，评价小组认为儿基会在所有三个部门（卫生、水卫项目和“交流促进发展”/社区动员）中把响应扩大到这一程度是正确的。没有任何其他组织能够做到这一点，并且通过把响应扩大到这种程度，儿基会的响应变得至少与该疫情的规模成比例（虽然并不是十分相当）。

### 时效性

23. 2017 年 4 月底/5 月初报告的病例数量升级之后，儿基会也门办事处需要时间进行调整，认识到挑战的规模，并请求更广泛的组织提供所需的帮助。除了缺乏准备外，其他一些国家一级的因素也对儿基会的响应速度产生了影响。其中一个因素是世卫组织未能明确儿基会在卫生响应中的角色，尤其是腹泻治疗中心的建立和运行相关事宜。

24. 在任何快速扩大方案的过程中，特别是在这种规模和这种充满挑战的业务环境中，都不可避免地存在一些滞后（例如安全、供应、人力资源、财务和合作伙伴关系）。但是，响应中的其他一些延迟并非不可避免，而且应该被避免。方案的

<sup>5</sup> 如儿基会面谈（i13）所记录的。

<sup>6</sup> 初始计划的目标于 2017 年 5 月初制定。于 2017 年 7 月 4 日确定了新计划的修订后的目标。

某些要素（特别是“交流促进发展”部分）的提供落后于其他要素，而且并不总是与它们很好地协调。在疫情达到顶峰之后，家庭宣传活动直到 8 月才增加，这就是一个最明显的例子。在许多受影响的区域缺乏先前存在的伙伴关系也是一个重大制约因素：不得不在有限伙伴关系的背景下确定新的合作伙伴，培训和部署志愿人员。

25. 一些行为者认为响应的水卫项目部分的交付尤其缓慢。在一次评价面谈中，也门的人道主义协调员评论说，到 2017 年 7 月，卫生和水卫项目部门正疲于应对疫情，他只能通过动员所有部门的合作伙伴呼吁全系统进行响应。<sup>7</sup>他认为农村地区尤其缺乏服务。

### 一致性

26. 尽管响应的三个主要组成部分——健康、水卫项目和“交流促进发展”——是一起规划的，但它们在实践中并不总是统一的。正如儿基会外地办事处的一位负责人所指出的，“有时两个组成部分一起实施，但一般不是三个。”<sup>8</sup>营养最初没有与其他组成部分协调，但这种情况随着时间的推移而发生了变化。在儿基会方案和整个响应系统内，更加统一的响应有可能提高疫情控制效力。健康和水卫项目快速响应小组之间更加统一的规划也有助于取得更好的结果。

### 有效性

27. 在向受影响或面临风险的人口提供服务取得的成绩方面，儿基会的业绩总体上令人印象深刻，特别是考虑到该方案加强的决心。截至 2017 年 11 月，也门的霍乱目标进展如下：使 64 个目标腹泻治疗中心发挥了作用（占 75 个目标的 85%）；使 632 个口服补液角发挥了作用（占 800 个目标的 79%）；生活在霍乱高风险地区 的 570 万人获得了安全饮用水（占 600 万目标人群的 96%）；霍乱高风险地区的 920 万人受益于家庭水处理和消毒（占 1200 万目标人群的 77%）；（在 100% 的目标中有）85% 的腹泻治疗中心得到了水卫项目服务；人际社区参与工作惠及了 1780 万受影响人口，促进了四种预防霍乱的做法（超过了 1750 万人的目标）；部署了近 39000 名社会动员者，以在霍乱高风险地区实现关键行为变化（占 4 万名目标人群的 97%）<sup>9</sup>

28. 最大的缺陷是家庭水卫项目干预措施，它表明该领域的目标过高，并反映出合作伙伴的执行能力不足。然而，成就的规模令人印象深刻，尽管它提出了关于如何在整体响应中优先考虑干预的问题。知情人面谈表明缺陷主要出现在农村地区。腹泻治疗中心和口服补液缺陷也出现了同样问题。

29. 这些干预措施在帮助控制疫情和降低死亡率和发病率方面的效果尚不明确。许多因素影响了这一点。如上所述，一个是相对于疫情传播的干预时机。考虑到

<sup>7</sup> 面谈 (i20)。这一呼吁是 2017 年 7 月 3 日发出的。

<sup>8</sup> 面谈 (i16)。

<sup>9</sup> 儿基会，《也门人道主义情况报告》，2017 年 11 月。可在以下网址查看：[www.unicef.org/appeals/files/UNICEF\\_Yemen\\_Humanitarian\\_Sitrep\\_November\\_2017.pdf](http://www.unicef.org/appeals/files/UNICEF_Yemen_Humanitarian_Sitrep_November_2017.pdf)。

推出水卫项目方案所需的时间，它是否对疫情的整个过程有实质性的控制作用值得怀疑，尽管它很可能为家庭提供重要保护，使它们免受霍乱和其他水传播疾病的侵害。

30. 影响成果的第二个因素是干预措施的质量——例如，病例识别和管理的质量以及腹泻治疗中心中的感染预防和控制，这似乎对健康成果产生了影响。低病死率表明腹泻治疗中心中的治疗通常是成功的，尽管数据的不确定性意味着必须谨慎解释该现象。显然未能为所有腹泻治疗中心提供水卫项目服务（15%的缺口）引发了对这些中心的感染预防和控制的质量的质疑。<sup>10</sup>

31. “交流促进发展”工作的范围——行为改变信息惠及的 1800 万也门人——令人印象深刻，但其影响在很大程度上是未知的。治疗中心接诊人数的飙升似乎表明在寻求健康的行为方面取得了一些成功。然而，若干评价受访者提出了关于方法有效性的问题，该方法基于基本上未经检验的假设，即花费几分钟传递信息就会导致人们改变他们的正常行为。<sup>11</sup>

32. 关于水卫项目，按照儿基会控制战略的逻辑可以很好地解释通过解决水传播疾病的主要已知风险因素，组织的水卫项目干预在实施了这些项目的地区大幅降低了风险和脆弱性。另一方面，除了时机和覆盖问题以及可用数据的质量差外，必须要说的是已知的风险是基于一般原则而不是基于对特定环境的风险因素、行为和传播环境的调查。更明智的响应将可以更好地瞄准目标，并可能产生更大的疫情控制效果。

33. 儿基会干预措施的更广泛影响甚至更难确定。儿基会的决心不仅仅在于对霍乱的响应，而是帮助加强系统，包括健康和监测系统。有充分的理由认为，儿基会与世卫组织和其他行动者一起成功地防止了系统的进一步衰退。一系列实际干预措施（从为泵提供燃料到为尚未得到工资的卫生工作者提供奖励）的影响表明如果没有这些干预措施，公共服务的下降将更具破坏性。然而，需要更多时间来判断这些收益在高度不稳定的环境中的可持续性。

### 干预的质量

34. 在这一领域，儿基会承认其面临困难。受访者建议在扩大覆盖范围和方案的质量之间进行权衡。<sup>12</sup>缺乏对合作伙伴方案的充分监督加剧了这种情况。第三方监测报告引起了对腹泻治疗中心服务质量的担忧。

35. 质量取决于一系列因素，特别是议定书和预期标准以及相关的培训和良好的管理和监督，以及相关的绩效问责制的清晰度。在也门的背景下，存在关于腹泻治疗中心协定和标准操作程序的机构间协定（尽管需要时间制定它们）；但培训、

<sup>10</sup> 其他组织可能填补了这个缺口，但报告中没有说明这一点。

<sup>11</sup> 如面谈（i13）和（i15）中所述。

<sup>12</sup> 儿基会面谈（i17）、（i31）；外部面谈（i30）。

对合作伙伴的监督和问责制因素显然很薄弱或缺失。这显然是儿基会在未来任何的霍乱响应中需要加强的领域。

## E. 方案监测和质量控制

36. 在非常不安全和快速变化的环境中开展业务时，方案监控和质量保证通常很困难。大规模扩大方案、富有决心的交付目标和缺乏足够的合作伙伴交付能力结合在一起意味着儿基会在确保充分的方案监督方面面临着挑战。其外地官员、规划、监测和评价小组在这方面工作很努力，他们的覆盖面也证明了他们的努力。<sup>1314</sup> 但由于在获取支持方面所面临挑战，导致工作人员人数有限，他们的覆盖范围不可避免地受到了限制。很好地利用了第三方监测，但它虽然有效地追溯了问题，但却不能代替方案监督。尽管方案具有综合性，但却很少实现联合实地监测（即水卫项目、健康和“交流促进发展”），尽管使用联合编制的清单有助于确保涵盖所有部门。<sup>15</sup>

37. 也许更大的问题涉及编制数据的有效使用。这不是评价小组能够详细分析的问题，但是一些受访者提出了这个问题，显然需要进一步关注。将监测数据纳入方案决策的挑战是一个值得注意改进的领域。

## F. 霍乱响应的效率：内部和外部因素

### 伙伴关系、合作与协调

38. 如前所述，充足的交付伙伴关系是儿基会响应 2017 年疫情的主要限制因素之一。缺乏具有水卫项目能力的国际非政府组织尤其是一个主要制约因素，尽管在 2017 年 7 月国际呼吁提供额外支持后，这种情况有所改善。<sup>16</sup> 在这种情况下，与公共水管理部门和卫生当局建立的业务伙伴关系强大而有效，特别是在快速响应小组和社区卫生志愿者的部署方面。受访者表示，尽管评价小组无法对此进行调查，但“交流促进发展”伙伴关系可能更有效率。

39. 与捐助者的关系似乎很牢固，这体现在捐助者灵活地重新分配资金用于霍乱响应优先事项。实地面谈的合作伙伴指出儿基会具有类似的灵活性，尽管有时资金分配给他们比较慢。对合作伙伴方案交付缺乏足够的支持和监督（例如，在建立和支持腹泻治疗中心方面）对方案质量有影响。这可能是儿基会和其他行为者最重要的有待改进的领域，包括增强当地合作伙伴的交付能力。

40. 儿基会与一些政府合作伙伴的合作有时具有挑战性，部分原因是政治局势、有效治理方面的差距以及相关部委严重的资源不足。与卫生系统合作对于实现规模至关重要，特别是在某些更传统的国际合作伙伴缺乏能力的情况下。据说这对

<sup>13</sup> 部署了约 16 名人道主义方案监测员，以及专门针对霍乱方案的额外监测员。面谈 (i16)。

<sup>14</sup> 规划、监测和评价小组有四名国际工作人员和四名本国工作人员 (i16)。

<sup>15</sup> 面谈 (i24)。

<sup>16</sup> 儿基会在这一领域的一些传统合作伙伴，如乐施会，只能在有限的范围内开展工作。

可持续性和建设系统能力也很重要。<sup>17</sup>评价小组同意这一评估，并发现为解决所有并发症而与政府实体开展的合作既适当又有效。快速响应小组提供了最积极的例子。

41. 与世卫组织的合作质量更加参差不齐。据报告，与世卫组织的关系涉及经常性的技术谈判，谈判的问题本应该更快地得到解决。两个组织在全球一级达成的协定与当地现实情况之间似乎存在差距。

42. 虽然评价的范围不包括对有关协调机制的全面审查，但根据在主要与儿基金会工作人员进行的面谈中对评价小组报告的内容，总体协调似乎有多种重叠机制。特别是对群组（健康/水卫项目）相对于紧急行动中心的作用定义不明确。紧急行动中心模式没有按计划在全国范围内推出，而且似乎效果不佳。

#### 儿基金会的管理和支持职能

43. 虽然管理问题不是本评价专门的关注点，但评价小组发现，儿基金会响应的总体管理相对较强，在国家和区域两级都有强有力的领导。主要知情人报告的内容没有否定此观点。虽然如上所述，在扩大其响应规模时，儿基金会作为一个整体的速度本应更快，但与其他组织相比，它的响应相对迅速，并在随后的响应中发挥了主导作用。三级简化标准作业程序，特别是紧急方案合作协定程序，似乎在这方面有所帮助。尽管拥有霍乱响应经验的（内部和外部）工作人员的有限可用性是一个重大障碍，但事实证明激增机制至关重要。

44. 也门的高级工作人员承认霍乱响应对方案的其余部分产生了一些间接影响，特别是对营养和国内流离失所者的响应，至少从管理层的注意力角度是这样。营养服务仍在继续，达到目标的约 70%，虽然据说有许多因素造成了这一缺陷。很难量化对组织的更广泛的间接影响，但正如儿基金会紧急方案办公室的一位受访者所指出的那样，在响应时，儿基金会正在处理若干三级紧急情况。<sup>18</sup><sup>19</sup>因此，可用于支助和监督的资源过于紧张，而且许多关键工作人员已经有任务，无法在短时间内重新部署。

## 四. 结论

45. 很难不得出这样的结论：全系统对 2017 年疫情的响应过慢，无法扩大规模，无法跟上疫情发展的规模和速度，对其进程的影响非常有限。疫情在 2017 年 5 月升级后，显然超出了现有响应系统的控制能力。

46. 必须通过承认极具挑战性的背景来限定这一点。对人道主义系统提出了多项竞争性需求，尤其是粮食安全和营养状况，这已经非常紧急，而且可能导致饥荒。

<sup>17</sup>面谈（i25）。

<sup>18</sup>面谈（i36）。

<sup>19</sup>据报道，这个问题以及二级和三级紧急情况的标准作业程序正在儿基金会内部，并作为机构间进程的一部分进行审查。

自 2015 年以来公共服务的急剧下降，尤其是卫生和供水/污水处理系统的下降，使该国高度暴露于可能的疫情并且使它无法有效应对疫情。数以百万计的也门人暴露于水传播疾病并极易受到影响。即使在更有利的业务条件下，控制霍乱流行也是极具挑战性的工作。在也门，缺乏系统能力（地方、国家和国际）和响应准备，加上极其困难的业务条件，意味着在 2017 年 5 月之后的一段时期，响应无法控制疾病的传播。

47. 至少在理论上，该疫情是能够在发生时得到预防的，或者至少能显著减轻。在实践中，鉴于目前的供水和废物处理基础设施状况以及极高的政治不稳定性，可能需要数年才能实现必要的系统一级预防工作。减缓是更为合理的期望。但是，2016 年 10 月开始的疫情尚未得到控制，并且没有开展预防性疫苗接种活动。当疫情于 2017 年 4 月下旬开始第二波爆发时，更加协调一致和及时的控制措施本来可能会限制其蔓延。然而，疫情的到来让人道主义系统措手不及，因而没有做好应对如此规模疫情的准备。即使考虑到多重挑战和准备的实际限制，这种对重大疫情的预期和准备的系统性缺失也必须被视为重大失败。

48. 上文所列的总体响应的一般结论必定是暂时的。在评价的范围和限度内，评价团队无法得出更加确定的结论。但鉴于 2018 年可能会再次爆发疫情，这些结论对整个系统提出了紧急问题。现在已经采取了所有合理的措施防止疫情再次爆发吗？系统和社区本身现在是否已为应对此类爆发做了更充分的准备？我们对做出比 2017 年更加及时、成熟和有效的响应有多大信心？我们能否对系统和当地社区现在有能力通过早期干预有效地识别、控制和限制这种爆发充满信心（考虑环境的不断变化）？

49. 关于儿基会业绩的总体结论是，鉴于未能预见到 2017 年疫情（儿基会必须至少为此承担部分责任），疫情规模变得明显后，儿基会就在它和合作伙伴的能力范围内，相对迅速地做出了响应。它采取了基本正确的方法，虽然这些方法需要时间才能显现出效果，并且直到疫情已经发展得很严重时才达到全面业务能力。与世卫组织的工作关系并不像应有的那样牢固，需要时间来解决两者在各自角色和优先事项方面的分歧。实际上，一些分歧现在似乎仍然没有得到解决。儿基会与政府当局和相关部委合作良好，并在围绕与霍乱有关的必要的水卫项目工作领导和动员他人方面表现出色，尽管它在社区参与方面的表现要逊色一些。鉴于总体响应能力存在的重大差距，它正确地决定在其卫生干预范围内超越预期的业务范围。水卫项目群组领导有力，并且似乎与健康群组进行了有效协调，即使在响应的总体协调出现混乱的时候也是如此。

50. 与其他行动者一样，儿基会自己正在追踪疫情，它还是追踪的领导者之一，并在敦促采取进一步集体行动。在争取最大覆盖范围方面，儿基会努力通过合作伙伴（特别是在建立和运行腹泻治疗中心方面）确保其干预质量，尽管在此过程中它并不是唯一的组织。儿基会的一些干预措施，特别是其社区参与和宣传工作的有效性仍不确定，一定程度上是由于监测工作有限。但儿基会的工作人员、合作伙伴和志愿者在极其困难的业务条件下所取得的成就理应得到高度赞扬。他们极端辛勤的工作和奉献精神挽救了许多人的生命并保护了更多人。

## 五. 建议

51. **建议 1: 保障下一步疫苗接种活动的疫苗供应。**鉴于另一次霍乱爆发的风险很高、人群的脆弱性和人道主义响应的局限性,在 2018 年初开展预防性口服疫苗接种活动迫在眉睫。在与也门有关当局就政治协定合作的同时,建议在无悔的基础上,通过国际协调小组向供应商提出紧急请求,以便在风险最高的地区开展有针对性的活动。

52. **建议 2: 建设区域流行病学/霍乱专业能力。**评价小组认为,内部流行病学能力是儿基会防治霍乱和其他疫情的重要组成部分。2017 年在也门依赖内部激增能力实现这一职能依然过于缓慢。中东和北非(MENA)地区各国的脆弱性也证明了中东和北非地区办事处的专业职位是合理的,而且应该被视为区域获能方法的一部分。这将使区域办事处能够与国家办事处合作,例如,帮助开展风险评估和制定应急计划;定期评估各国的准备能力;分析新出现的关于霍乱或其他流行病的数据;支持跨国课程学习。

53. **建议 3: 建立区域霍乱响应能力。**儿基会应通过建立由具有应对霍乱经验的工作人员组成的网络,开展分享来自其他区域的最新知识和全球专门技能的区域培训,以及分享其他国家的霍乱经验,在中东和北非地区建设区域响应能力。应支持各国制定准则、响应计划、标准操作程序和培训资料包,以便随时做出响应。

54. **建议 4: 在区域办事处一级建立霍乱工作队。**儿基会不同部门及儿基会方案不同组成部分之间的霍乱咨询意见缺乏一致性。在咨询意见方面,建议中东和北非地区办事处各个负责这一领域的部门(水卫项目、卫生、交流促进发展和营养)在疫情期间自己组成霍乱工作组,以促进更加协调一致的规划、支持和方案实施。

55. **建议 5: 统一儿基会/世卫组织的做法并明确各自角色。**在霍乱响应期间,需要时间解决对儿基会和世卫组织的角色的不同理解。因此,儿基会和世卫组织之间关于 2017 年经验教训的管理层讨论以及如何确保两个机构更好地统一未来的响应应是下一步疫情或第三波爆发准备工作的核心组成部分。

56. **建议 6: 明确协调过程。**2017 年的也门响应协调杂乱无章,多个机制相互重叠并且并行运行。尤其是群组(健康/水卫项目)与紧急行动中心各自角色的定义不明确。准备的另一个重要组成部分是明确和简化与霍乱有关的协调过程以及明确霍乱工作队、紧急行动中心、卫生/水卫项目群组、人道主义事务协调厅和人道主义国家工作队/群组间协调机制各自的角色。

57. **建议 7: 扩大规模并确保预防性水卫项目工作。**虽然许多基本的预防性水卫项目议程是中长期工作,但一些组成部分对于较短期的预防至关重要。这包括系统维护以及为供水和废物处理系统持续供应燃料、氯和备件。鉴于也门不稳定的局势,儿基会应采取一切必要步骤确保相关供应链并酌情建立应急储备,同时在高风险地区和地方一级开展“交流促进发展”活动和保护水源。

58. **建议 8: 加强也门的国家霍乱监测和报告。**尽管地方——中央监测过程取得了进展并引入了电子线列表,但还需要做更多工作以加强这一过程,提高数据的

准确性和报告速度。建议儿基会与世卫组织和卫生当局合作，对从地方到国家的监测系统进行了审计，以确定加强该系统的必要步骤。

59. **建议 9：加强社区的监测和响应能力。**鉴于安全和接触方面的挑战，儿基会及其合作伙伴应帮助加强高风险地区的社区能力，针对急性腹泻的爆发做好预防、准备和应对工作。这将需要通过社区联络点启动病例的确定和通知，并通过社区一级的口服补液点对疑似病例进行早期治疗。

60. **建议 10：加强快速响应能力。**儿基会应以快速响应小组和快速响应机制模式为基础，并与其合作伙伴一起总结 2017 年的经验教训，以便加强这些机制为今后的响应做准备。这将包括修订快速响应小组标准操作程序和培训模块，在疫情进一步爆发之前进行培训并支持机构间联合规划，包括精确定义作用和职责以及开展模拟练习。应与业务合作伙伴和供应商签订适当的前期协定和合同。

61. **建议 11：采取额外的响应准备措施。**除了上述与准备有关的措施外，儿基会还应采取进一步行动以便：确保水卫项目响应能力（包括通过培训）；确保霍乱工具包的必要供应；在当地和国际一级投资于应急库存或购买安排。

62. **建议 12：加强监测和质量控制。**儿基会的监测和方案后续行动面临着一个挑战，即在资源相对有限和难以获得的情况下覆盖大规模扩大的方案。从问责和质量控制的角度来看，这是一个值得关注的问题，并且是整个系统的问题。儿基会应尽其所能加强直接和间接监测。它的必然结果是，儿基会找到了更好地利用方案监测结果的方法，以不断地为正在进行的响应提供依据并相应地加以调整。

63. **建议 13：对更好地理解行为和传播环境进行投资。**2017 年的响应没有充分了解家庭和社区的作法，或关于人们对霍乱及其响应的知识、态度和信念。目前正在规划关于知识、态度和实践的调查，并应通过不断努力了解家庭在任何疫情应对过程中的看法和挑战对它进行补充。儿基会还应投资于流行病学和社会人类学研究，查明霍乱热点、风险因素和社区风险行为和作法以及社区对活动信息的采用情况。

64. **建议 14：巩固儿基会关于霍乱的全球学习。**儿基会从以下经验中学到很多：也门 2017 年霍乱疫情响应；最近在海地、南苏丹和津巴布韦发生的其他主要霍乱疫情；西非和东部和南部非洲的霍乱区域倡议；以及其他形式的疫情响应（特别是埃博拉病毒）。儿基会应举办一次内部学习活动，将相关工作人员聚集在一起，巩固最近的霍乱经验，将也门作为一项重要案例加以研究。

65. **建议 15：巩固儿基会的全球流行病学能力。**鉴于也门的经验，儿基会应建立一个全球和区域霍乱专家网络（内部/外部），他们将成为全球交流和资金工作的一部分。该网络的成员可能在重大疫情期间提供额外的增援能力，并在区域和全球一级发挥监督和监测作用。与此相关的是，儿基会应在加强全球流行病理解方面发挥更大作用。

66. **建议 16：加强儿基会全球霍乱准备。**儿基会应审查其应对所有高风险地区和国家霍乱疫情的准备。风险评估和应急计划应酌情纳入国家计划。这项工作应该与世卫组织和其他相关合作伙伴合作完成，以确保与其他国际组织的密切协调和合作。

## 附录

### 对儿基会对也门霍乱疫情的三级响应的评价：危机中的危机

由于篇幅所限，本附件未载有题为《对儿基会对也门霍乱疫情的三级响应的评价：危机中的危机》的独立报告的案文。可从儿基会评价办公室网站获得此报告：

[www.unicef.org/evaldatabase/index\\_102910.html](http://www.unicef.org/evaldatabase/index_102910.html).

---