



大会
经济及社会理事会

Distr.
GENERAL

A/50/213
E/1995/87
8 June 1995
CHINESE
ORIGINAL: ENGLISH

大会
第五十届会议
临时议程暂定项目表* 项目12
经济及社会理事会的报告

经济及社会理事会
1995年实质性会议
临时议程** 项目6(m)
经济和环境问题:各附
属机关、专题会议及
有关问题的报告:
国际饮水供应和卫生十年

1990年代前半期期间为人人提供
安全供水和卫生方面的进展

秘书长的报告

目录

	段 次	页 次
一、 导言	1 - 9	2
A. 报告的范围	1 - 3	2
B. 有关资料库的问题	4 - 9	2
二、 服务覆盖面	10 - 25	3
A. 城市环境	12 - 14	7
B. 农村环境	15 - 17	8
C. 到本世纪末的前景	18 - 25	8
三、 结论和建议	26 - 54	10

* A/50/50/Rev.1。

** E/1995/100。

一、 导言

A. 报告的范围

1. 秘书长提交1990年大会第四十五届会议的上一份报告(A/45/327)概述了国际饮水供应和卫生十年,1981-1990年期间在全世界范围提供安全供水和适当的卫生方面所取得的进展。当时指出按十年期间取得进展的速度,不足以达到在本世纪末为人人提供服务的最终目标。

2. 1990年年12月21日大会第45/181号决议表示深深关切“尽管在十年期间获得一些成就,但目前的进展速度依然缓慢,到2000年仍将有相当多的城乡地区贫民在饮水和卫生方面不能享有适当的服务”。大会决议还向各国政府和国际社会提出了若干建议,以便加紧努力,实现10年的最终目标。

3. 大会同一决议还决定在其第五十届常会上通过经济及社会理事会审查1990年代前5年取得的进展。根据该项决议,本报告评价了实现为人人提供安全供水和卫生的最终目标方面的进展,并提供了今后行动的建议。

B. 有关资料库的问题

4. 大会上一份报告曾说,尽管数据的水平和质量有所提高,但是国家一级缺乏关于水供应和卫生方面的充足资料仍然严重制约了部门规划和管理。尽管在这方面仍在取得进展,在许多情况下数据的质量不能满足国家评价和规划以及准确进行国际监测的目的。

5. 服务覆盖面的数量比较分析的是依据世界卫生组织(卫生组织)1990年根据当时正在进行的监测方案提供的数据,以及各国政府在1992至1994年间通过卫生组织/联合国儿童基金会(儿童基金会)联合监测方案提供的资料。人口数据的依据是联合国出版物《世界人口前景:1994年订正本》。联合监测方案没有提供关于经济转型国家的情况的资料。

6. 至于本报告,和过去一样,安全供水和适当卫生服务的标准是由报告国家确定的。一般说来,报告国比过去采用更具限制性的定义。一些人口众多的亚洲国家有关卫生的标准更是如此。虽然从提供一个更切合实际的供水和卫生覆盖情况来说这样做是必要的,但是这种变化造成难以为趋势分析确定标准。由于数据可靠性有所改善以及定义方面的变化,本报告期内所载的1990年覆盖订正数字同1990年提交大会报告中所载的数字不同,有些还有很大的不同。除此而外,将这些数据同该报告中提供的1980年数据进行比较是不恰当的。鉴于安全供水和适当卫生服务的定义发生了变化,1990年报告的服务水平可能过高的估计了当时普遍存在的形势。

7. 凡政府提供的覆盖数据是准确的,大家认为非洲、亚洲和太平洋以及拉丁美洲和加勒比的抽样确实代表了这些区域当前的情况。人口抽样从占非洲总人口的68%到占亚洲和太平洋总人口的90%不等。至于西亚,根据各国政府对卫生组织/儿童基金会联合监测方案作出的回应不足以做出任何推断。提供的该区域1994年数据是由卫生组织根据前几年的报告所做的趋势估计得出的。因此,应当认为该数据具有多猜测的性质,但是或许可以表明现有的覆盖水平。

8. 本报告所载覆盖数字意在表明自1990年以来发生了什么变化,以及这种趋势到本世纪末可能产生什么后果。大家感到本报告所提供的资料恰当的说明了已取得的进展和面临的问题的规模。

9. 本报告所载覆盖数据是指城乡居民可以使用的服务设施。没有提到有效使用服务或者服务中断的频繁度和时间,因为没有关于这些问题的资料。这样,没有推断这两个问题对健康的后果。

二、 服务覆盖面

10. 表一叙述了1990年和1994年非洲、亚洲和太平洋、拉丁美洲和加勒比以及西亚的水供应和卫生服务覆盖情况,以及如果1990-1994年的服务提供趋势继续下去,到2000年能达到怎样的服务水平。表二表明1990年和1994年间取得进展的速度

以及到2000年或者是维持得不到服务的现有人数或者达到全面覆盖所需的进展。1994年约有32.7亿人可以得到安全水供应,15.1亿人可以得到适当的卫生。约11.1亿人得不到安全水,28.7亿人得不到卫生服务。另有7.83亿的人在这四年期间得到了安全用水机会,得不到清洁水的总人数减少了4.72亿。关于这个阶段卫生服务增长的情况无法做出可靠的全球推断,因为对什么构成安全的卫生随着时间的推移适用了更为严格的标准。

11. 尽管有前面提到的困难,凡在可以同上一份报告所载的1980-1990年趋势进行比较时,可以看到过去四年水供应的年增长速度比前十年看到的速度是加快了。

表1. 按区域分列的1990-1994年水供应和卫生
覆盖和按目前进展速度到2000年时的覆盖面
(人口以百万计)

区域/ 部 1	1990				1994				2000			
	人口	覆盖面 %	有服务 人数	无服务 人数	人口	覆盖面 %	有服务 人数	无服务 人数	人口	覆盖面 %	有服务 人数	无服务 人数
<u>非洲</u>												
城市供水	201	67	135	66	239	64	153	85	310	58	181	129
农村供水	432	35	153	279	468	37	173	295	521	39	203	318
城市卫生	201	65	130	71	239	55	131	107	310	43	133	177
农村卫生	432	23	99	333	468	24	112	355	521	25	132	389
<u>拉丁美洲和加勒比</u>												
城市供水	314	90	283	32	348	88	306	42	401	85	342	58
农村供水	126	51	84	61	125	56	70	55	123	64	78	45
城市卫生	314	83	262	52	348	73	254	94	401	60	242	159
农村卫生	126	33	42	84	125	34	42	82	123	35	43	79
<u>亚洲和太平洋</u>												
城市供水	829	83	689	140	955	84	805	149	1 178	83	981	197
农村供水	2 097	53	1 108	989	2 167	78	1 690	477	2 250	100	2 250	0
城市卫生	829	62	513	316	955	61	584	371	1 178	59	689	489
农村卫生	2 097	18	379	1 718	2 167	15	332	1 834	2 250	12	262	1 988
<u>西亚</u>												
城市供水	45	86	39	6	52	98	51	1	65	100	65	0
农村供水	27	62	17	10	29	69	20	9	32	77	25	8
城市卫生	45	70	31	14	52	70	36	16	65	66	43	22
农村卫生	27	60	16	11	29	64	19	10	32	69	22	10
<u>全球合计</u>												
城市供水	1 389	82	1 144	245	1 593	83	1 316	277	1 955	80	1 570	386
农村供水	2 681	50	1 342	1 339	2 788	70	1 953	835	2 926	87	2 596	370
城市卫生	1 389	67	937	452	1 593	63	1 006	588	1 955	57	1 109	846
农村卫生	2 681	20	536	2 145	2 788	18	506	2 282	2 926	16	459	2 467

表2. 1990-1994年期间取得的进展
 和到2000年实现全面覆盖须取得的进展

	1990-1994年增加的覆盖面 (百万/年)	覆盖面增长的 %	无服务者的增长 %	为将无服务人数保持在 1994年水平,到2000年 时需要的增长 (百万/年)	到2000年时实现 全面覆盖所需的 增长 (百万/年)
<u>非洲</u>					
城市供水	4.64	14	29	12.00	26.11
农村供水	5.06	13	6	8.83	58.06
城市卫生	0.37	1	51	12.00	29.82
农村卫生	3.30	13	7	9.00	68.20
<u>拉丁美洲和加勒比</u>					
城市供水	6.12	9	29	8.83	15.83
农村供水	1.35	8	-10	0	8.79
城市卫生	-	-	-	8.83	24.54
农村卫生	0.12	1	2	0	13.36
<u>亚洲和太平洋</u>					
城市供水	29.19	17	6	37.33	62.09
农村供水	145.48	53	-52	13.83	93.35
城市卫生	17.59	14	18	37.17	99.05
农村卫生	-	-	-	14.00	319.61
<u>西亚</u>					
城市供水	3.01	31	-84	2.16	2.34
农村供水	0.80	19	-10	0.50	2.01
城市卫生	1.20	15	14	2.83	3.76
农村卫生	0.62	16	-3	0.50	2.24
<u>全球合计</u>					
城市供水	42.96	15	13	60.67	106.38
农村供水	152.69	46	-38	23.83	162.22
城市卫生	-	-	-	60.67	158.16
农村卫生	-	-	-	23.83	403.41

注: 一个破折号(-)表示由于关于服务的适当性的定义发生变化,因而数据缺乏可比性。

A. 城市环境

12 向发展中国家城市地区全面提供水供应和卫生覆盖的任务仍然十分艰巨,尤其因为人口和城市化均高速增长。发展中国家可得到安全水的城市居民为13.2亿人。虽然在1990至1994年间又向1.72亿人口提供了安全水,但得不到这种服务的城市居民人数可能增加3.32亿。比较而言,可得到安全水供应的人口百分比略有增加。至于卫生,目前可以得到适当服务的城市人口估计有10亿,余下约5.88亿人没有这种服务。

13 在1990-1995年期间,城市人口年增长率估计为4.38%,在这种情况下,非洲又有1900万人口获得了安全饮水供应,结果是同城市总人口相比,获得清洁水的人口的百分比下降了。得不到安全水的城市居民的总人数也增加了约1900万。在亚洲和太平洋的发展中国家里,1990-1995年期间年人口平均增长率估计为3.71%,又有1.17亿人获得了安全水供应。然而,得不到安全水的城市居民总数增加了900万。比较而言,城市覆盖面百分比几乎没有变化。在拉丁美洲和加勒比,城市人口年平均增长率估计为2.6%,这个地区可能勉强赶上城市化。由于定义的变化,实际增加的可获得安全水的人数可能比估计数要高。对西亚的初步估计表明在提供服务方面已取得了重大进展,几乎达到全面覆盖。

14 在非洲忽视城市卫生的情况特别严重,据报告说新增加的可以得到安全卫生的人口仅100万。而得不到这种服务的人数却增加了3600万。比较覆盖面则由65%降为55%。在亚洲和太平洋,城市人口中又有约7000万可以得到适当的卫生,另一方面则是得不到这种服务的人数又增加了约5500万。比较覆盖面基本上停滞不变。在西亚,尽管可以得到服务的人口增加了500万,但可能又有200万人口可以得到这种设施。在拉丁美洲,据报称有9400万人缺乏合适的卫生条件。在所有四个区域,同供水相比,可以得到安全卫生的人口的比例要低得多。

B. 农村环境

15. 向农村地区提供清洁水方面取得了很大进展。可以得到安全水的人数增加了约6.11亿人。没有这种服务的人数下降了5.04亿。但农村卫生却彻底被忽视,与此形成鲜明对比。即使考虑到因为适当卫生设施标准发生的变化,造成统计方面的差异,在整个发展中国家里覆盖面水平仍然或者毫无变化,或者变化甚微。

16. 在向农村地区提供安全水供应方面,亚洲和太平洋的进展特别显著,据报告说又有5.82亿人获得了取得安全水的机会,将得不到服务的人口减少5.13亿。在拉丁美洲和加勒比,没有安全水的人数降低了600万。在西亚,又有300万人得到了安全水,使得得不到适当服务的居民人数下降了100万。在非洲农村地区,又有约2 000万人有机会获得安全水。但是,鉴于在1990和1995年间人口增长率高,估计为年2.03%,没有安全水的总人数增加了1600万。

17. 显然,除了西亚之外,农村地区的卫生服务水平仍然低得可怜。非洲报告说取得了一些进展,得到服务的人数增加了2300万。然而,得不到服务的人数增加了2300万。拉丁美洲毫无进展。亚洲及太平洋覆盖面明显下降,据说是由于该地区各大国的标准发生了重大变化。

C. 到本世纪末的前景

18. 如果西亚目前覆盖增长率保持下去的话,到2000年可向全体城市居民提供水供应,除此而外,如果1990和1994年间的提供服务的趋势继续下去,则不足以阻止得不到安全水的人数的增加,更谈不上到2000年实现全面覆盖。至于非洲,目前提供服务增长的速度必须提高两倍以上才能赶上城市的增长。而增长速度须提高5倍以上才能实现全面覆盖。为了在2000年实现全面覆盖,拉丁美洲增长速度可能需要高出2.6倍,亚洲和太平洋则需要高出2.12倍。

19. 从一个更长的时限看,拉丁美洲和加勒比当前的进展速度如果继续下去,到

2000年可以出现全面覆盖。但是非洲当前速度需要提高3倍,亚洲和太平洋则需要提高2倍。

20 城市的卫生情况令人忧虑,至于非洲则令人十分震惊。所有区域目前服务增长的速度都不足以阻止得不到起码的卫生条件的居民人数增加。为了将得不到服务的人数保持在现有水平,亚洲和太平洋以及西亚都需要将目前服务增长迅速提高一倍以上。为了达到这一目标,非洲地区需要几乎高出33倍的增长速度。

21 在亚洲和太平洋为了实现2000年全面覆盖,每年必须向9900万人扩大服务覆盖,比现有速度增加5.6倍。为了到2020年时达到同一目标,则需要提高4倍。拉丁美洲和加勒比每年需再向2450万人提供服务,西亚为实现全面覆盖则需要增加四倍。在非洲,到本世纪末扩大的速度需要提高80.6倍。该地区每年需扩大向2980万人提供服务。

22 为了到2020年实现全面覆盖,亚洲和太平洋进展的速度需要比现在的迅速提高3倍多,非洲需提高46倍。拉丁美洲和加勒比地区为了达到全面覆盖,每年必须使约900万人也得到服务。

23 根据目前关于水的质量和到水供应源的距离的适当标准,报告所说的亚洲和太平洋向农村居民提供安全用水的进展迅速如果继续下去,该区域将在本世纪末之前出现全面覆盖。而其他各区域的情况并非如此。在非洲,如果向农村居民提供安全水的当前速度继续下去,则不足以将无服务的人数保持在1994年水平上。为了向每一个人供应安全水,则每年需要增加向580万人的供应。这就需要当前的进展速度提高近12倍。

24. 按照到2020年提供全面服务覆盖的长期目标,该地区需每年另向190万人提供安全水。拉丁美洲和加勒比的生长速度需要提高6.5倍,每年需要另有近900万人加入到可以得到安全水的行列。尽管预测农村人口减少,当前服务扩大的速度不足以在2020年实现全面覆盖。西亚的进展速度需比当前速度提高2.6倍,以便到本十年末实现全面服务覆盖。

25 鉴于在向农村人口提供卫生服务方面停滞不前,估计在最近的将来不可能立即有解决问题的方法。在非洲,仅仅为了赶上农村人口增长的速度,需要比现有趋势高出近3倍的进展速度。为了在本世纪末达到全面服务覆盖则将需要比现有趋势高出近21倍的进展速度。按照预测的人口增长迅速,将时间延长到2020年也不会更容易解决问题。西亚则需要比当前速度提高近4倍。拉丁美洲和加勒比地区到本世纪末之前每年需再向1340万农村居民提供卫生。为了到2000年实现全面覆盖,亚洲和太平洋每年需再额外向3.2亿农村居民提供卫生。每年增加向7550万人口提供则可在2020年实现这一目标。

三、结论和建议

26. 向所有的人供应水和卫生服务的目标,与郊区和农村地区的贫穷缠绕一起。全世界缺少适当设施的人数以百万计,要解决他们的问题,只能在消除贫穷的构架内寻找。

27 虽然自1977年联合国水事会议通过《马德普拉塔行动计划》以来,曾发出种种要求行动的呼吁,但是关于城市供水和卫生状况,至今仍然趋于逐步恶化的道路上。关于忽视卫生和对城市废料污染重视不足,情况特别令人担忧。

28 向农村地区提供服务的问题,与农村大多数人口生活在绝对贫穷水平以下的事实密切相关,因此,除了亚洲和太平洋以外,在提供安全饮水方面的进展很少,而卫生的优先程度也远低于供水,这是不足为奇的。

29 关于服务的筹资、供应、操作和维修,特别是需要把这些活动的责任转交给社区成员的概念办法,已取得长足进展。这种概念办法演进的结果,已在越来越多的发展中国家内获得成功实施。但是,除非一般来说水资源和具体来说农村供水被看成是农村地区发展、就业和创造收入的刺激因素,否则这些办法的效果很可能受到限制。

30. 显然,供水和卫生问题,如果不能在这个部门投入资金数倍于目前投入的数

额,即使是利用低成本的适当技术,也无法真正解决问题。关于城市供水,由于需要在基本建设上大量增加资本投资,而由于迅速扩大的城市对水的需求日益增加,因此费用日益上涨,问题非常复杂。

31 传统上,供水和污水系统一向是由公营部门筹资和大量津贴的公用事业所提供的。一份世界银行的报告²指出,水与卫生部门的公共资金占国内生产总值的比重,在1960年至1980年间上升很多,1980年代基本上保持不变,虽然总的公共投资占国内生产总值的比重有所下降。现在越来越明显地看到,这种格局本身无法形成必要的资金,以实现即使是最基本水平的充分服务。最终来说,问题的解决取决于人民支付服务的能力,以及公私营公用事业以有效而环境方面可持续的方式提供服务的能力。

32 同一份世界银行报告又说,水与卫生服务的业绩和可持续性不仅取决于这些服务的筹资水平,而且也取决于这种资金的来源。经验清楚显示,服务的效率和负责任程度,同用户积极参加这个部门的筹资活动成正比。³

33. 任何旨在收回成本的定价政策都必须考虑到城市和农村的地区穷人支付供应服务的能力。由于城市和农村地区穷人没有支付基本质量标准服务的能力,因此需要采取津贴或赠款方式的收入转移。但是,这种转移不能损害到提供这种服务的公私营公用事业的财政自主性和负责任性。同时,必须注意到,正如世界银行报告所指出的,城市和乡村地区很多人支付的由非正式部门所提供的水的价格,高于可能由正式部门的组织良好的公私营公用事业的价格。穷人的付款意愿与向他们提供的服务的性质密切有关。经验证实,很多情况下贫穷社区的成员更愿意支付比最基本的服务质量较高的服务。社区参加实施系统的设计,应被认为是为这个部门创造财政资源的努力的重要组成部分。

34. 越来越多的经验显示,私营部门能够在吸引财政资源和提供服务方面起到重要作用。另一方面又越来越清楚地了解到,郊区和农村社区在吸收财政资源和操作与管理当地供水和卫生系统方面能起到重要作用。

35. 关于在城市和乡村地区提供卫生以及治理河流和地下水流域废水污染方面,特别需要投入大量资金。关于很多城市中心和乡村社区由于忽视卫生而对肮脏与疾病造成影响,例子很多。未处理污水的排放,对很多河流和地下水流域长期可持续发展的发展,构成非常严重的威胁。除非采取紧急而有效的行动,否则忽视卫生和废水处理可能导致有害的健康和环境后果,并引起全球性影响。

36. 对卫生服务的有效需求跟不上对供水的需求,因为向郊区和农村穷人提供卫生服务的需要被认为不及供水一样具有生死关键性。基于上述种种情况,因此需要紧急注意公共卫生教育,设计在方便和费用方面可被群众广泛接受的系统,吸引财政资源并制定污水和废水处理设施的有效的税捐政策。

37. 不过,仅仅增加可用的财政资源并不是进展的充分条件。各级政府和社区涉及供水和卫生的机构的吸收能力,一般都很低。因此紧急需要能力建设。

38. 1994年3月由荷兰政府召开了一次饮水供应和环境卫生问题部长级会议,以便提供投入给可持续发展委员会第二届会议审查《21世纪议程》第18章(保护淡水资源的质量和供应:水资源的发展、管理和利用采用综合办法)。⁴这次会议的《行动纲领》(参看E/CN.17/1994/12)内载有一系列建议,并已经提交可持续发展委员会第二届会议审议而获得赞同。

39. 这项《行动纲领》是1977年联合国水事会议、1990年在新德里召开的1990年代安全用水和卫生问题全球协商会议以及1992年联合国环境与发展会议以来,各项概念演变的最新阶段。在这18年期间,关于利益攸关者的参加、各级政府和民营部门的作用以及调动财政资源等新概念,都已经被接受。

40. 水资源管理的改革问题是《21世纪议程》第18章内所载建议所要解决的一项基本问题。这一章要求采取整体的办法,把淡水当作有限而又容易受到损害的资源管理,以及在最低的合适级别上管理水。

41. 鉴于水资源越来越不能满足不同用途的需求,部长级会议重申需要在整体的淡水管理范围内解决饮水供应和卫生问题。部长级会议除其他外,建议各国政府

从事一次水资源评价,以便对当前状况作一次清查,找出供水和环境卫生服务方面的问题与限制。会议所要求各国政府在符合《21世纪议程》的国家可持续发展战略范围内,拟订、审查和修订水资源管理措施,包括饮水和环境卫生的措施,并在1997年以前拟订、审查或修订以及执行旨在实现合理有效的供应和使用饮水和环境卫生的措施。

42. 秘书长提交可持续发展委员会第二届会议的关于《21世纪议程》第18章内所载建议执行情况的报告(E/C.19/1994/4)内,指出实现综合水资源管理所取得的进展缓慢。很多国家关于供水和卫生服务供应情况的数据至今仍然零碎不全而又不可靠,这项事实证实迄今为止总的来说为执行上述会议的各项建议所作的努力不足的看法。

43. 各国政府需要采取主动或加紧努力从事水资源的管理,监测水和卫生服务以及制订旨在提供全面涵盖范围的政策。鉴于农村地区服务涵盖范围所实现的水平很低,因此需要考察城市与乡村部门之间以及供水和提供卫生设施之间的优先次序,以审查旨在实现全面涵盖范围的各种措施。

44. 鉴于一般的水资源管理和发展以及特别是饮水供应和卫生的现有状况,还没有这样做的各国政府需要尽快对他们的情况从事一次评价,并按照《21世纪议程》第18章和《部长级会议行动纲领》所建议的方针进行一次政策审查。

45. 城市和农村社区有效参加供水和卫生设施的政策制订与规划、发展和管理是十分重要的。妇女在各自社区内水资源的管理以及供水和卫生设施的操作与维修方面都起到重要作用。对利害关系者参加的重要性的确认,是自1977年联合国水司会议以后,与集中系统相背离的一项主要发展,也是“国际饮水供应和卫生十年”期间吸取的一项主要教训。

46. 部长级会议行动纲领强调指出,一般的水资源发展和具体的饮水供应和环境卫生都需要采取缔结伙伴的办法。会议吁请注意,需要就乡村和城市社区人民的态度和要求以及什么是他们能够管理、维持和支付的,进行对话。关于这方面向各

国政府所提的行动建议,部长级会议要求按照所有有关当局各级负责饮水管理、卫生和废水处理的人员的法定标准,提供符合新办法和原则的培训方案。他们同意,需要鼓励供水和环境卫生系统的决策人、所有人、承包商和操作人让当地社区、用户组织、妇女和非政府组织参加规划和决策程序。强调需要通过社区一级培训和教育,设立能力建设方案,以便赋予社区、特别是赋予妇女以权力。

47 会议又建议各国政府研订详细的投资准则,以促使资源的生成与利用合理化。这种准则需要在制订以向所有人提供水和卫生服务的目标的政策和措施范围内加以研订。这种准则需要考虑下列有关问题:税捐,津贴、公用事业的财政自主和责任的需要、民营部门有效参加向富有和贫穷社区提供水和安全服务的条件,以及促进社区组织发展郊区和农村区域系统的操作和管理的措施的性质。会议又建议各国政府探讨和发展新的、创新的筹资机制,包括民间筹资和尽最大可能范围调动当地资源。关于社区参加服务的筹资和管理,会议建议各国政府通过取得信贷机制、土地分配和保有权安全,刺激这类办法。

48 自从1977年联合国水事会议以来,国家一级关于供水和卫生各方面的可靠资料的重要性,一向受到强调。这方面,部长级重申这个问题的重要性,建议各国政府如果尚未建立全国性的饮水和环境卫生监测系统,应当设立这样的系统。迄今为止,资料管理系统的衰弱,除在少数国家之外,仍然是所有其他国家的一项主要限制。资料的供应和适当管理需要被看成是各国向所有人提供服务的战略、政策和方案的努力的基本组成部分。这方面还需要做出大量工作,例如数据的质量、可靠性、及时性、详细程度和地理范围。又需要努力扩大数据库,以便包括有关性别问题、用途以及供应系统的效率和费用的数据。需要加强社区、县、地区和国家一级收集和管理数据的体制能力。需要注意为此目的分配充足的财政资源。

49 可持续发展委员会第二届会议上,要求各国在国际组织的协助下,在其1997年国家报告内具体列入一节关于为了执行《行动纲领》,在饮水和环境卫生领域的国家指标和战略,并斟酌情况列入指标日期。⁶⁵卫生组织/儿童基金会联合监测方案

在监测国家为国际评价关于供水和卫生进展情况所做的努力,起到核心作用。正如部长级会议所指出,各国政府需要充分利用这项联合监测方案。各国政府与这项方案间的合作需要加强,以提高其取得更多可靠的详细资料,扩大向这项方案数据库贡献的国家数目,包括经济转型期国家在内。

50 国家当局,区域、双边和国际合作组织,以及非政府组织,均需对这个问题增加注意。

51. 部长级会议提出一些关于国际支助的建议。这些建议涉及发展中国家政府所需的关于制订国家战略的能力建设和支助,以及支助各国政府关于社区和利益攸关者的作用。关于后者,会议要求发展交流情报和交流经验方案,特别是关于培训、教育、研究和技术以及关于项目设计和执行的模式。会议又要求外部机构支助公共教育和能力建设方案,因为发展和执行学校关于卫生、安全饮水和卫生的保健益处、以及水资源的有效利用和保养课程的价值,还没有得到充分认识。会议又建议将来的国际会议要讨论有关的水资源发展和管理问题,以及特别是与供水和环境卫生有关的问题。

52. 关于在全世界范围提供适当的水和卫生服务所需财政资源,会议指出,为了防止发生水的危机,紧急需要在《21世纪议程》第33章所建立的框架内,通过利用一切可能掌握的资源 and 机制,调动财政资源,并尽量增加供应更多资源和促进其顺利流通,以执行《行动纲领》。

53 关于需要国际社会注意的问题,显然需要优先注意非洲区域。这方面联合国系统各组织的行动都是由下列各单位所采取的:行政协调委员会非洲水的供应和管理问题工作组,在联合国环境规划署执行秘书的领导下;行政协调委员会水资源小组委员会;卫生组织非洲2000年方案。

54 国际社会还需要紧急注意,以便在城市和农村地区的卫生方面取得长足进展。需要特别注意迅速增长中的大都会集中区所面临的问题。需要制订和执行有效措施,足使财政资源的流动符合问题的严重性,并需要体制的支助和能力建设,才能

在未来避免保健和环境灾难。

注

¹ 《1977年3月14日至25日马德普拉塔联合国水事会议》(联合国出版物,出售品编号:E.77.II.A.12),第一章。

² 伊斯迈尔·塞拉格耳丁《供水、卫生和环境可持续性:筹资问题》(华盛顿哥伦比亚特区,世界银行,1994年11月),第15页。

³ 同上。

⁴ 《1992年6月3日至14日里约热内卢联合国环境与发展会议报告》,第一卷《会议通过的决议》(联合国出版物,出售品编号:E.93.I.8和更正),第1号决议,附件二。

⁵ 《经济及社会理事会正式记录·1994·补编第13号》(E/1994/33/Rev.1),第一章,第145段。