



亚洲及太平洋经济社会委员会

卫生与发展小组委员会

第一届会议
2004 年 12 月 1-3 日
曼谷

亚太经社会区域关于促进卫生与发展的选定问题： 在发展过程中增加对卫生的投资

(临时议程项目 5(b))

秘书处的说明

内容提要

必须改善卫生投资，因为它能够提高为改善生活质量必须具备的能力。卫生也是实现智慧、物质和精神发展的基础。从经济角度看，卫生是人力资本的基石、经济增长的重要内容。原先普遍认为有了经济发展卫生目标便可自然而然的实现的想法已受到强烈质疑。

本区域许多国家在卫生领域投资不足。此外，卫生投资常常不能充分发挥效果或是推动实现平等。由此导致大批人死亡或生病，而这本来是可以避免的。

本文件重点介绍努力将卫生置于发展总体范围方面的新近动态：《千年宣言》所载国际商定目标；宏观经济与卫生委员会的调查结果；以及扶贫战略文件。本文讨论上述三项举措相关进程之间的联系。

本文件强调需要更多开展卫生投资以作为总体发展的一部分工作。发展战略若不能有系统的处理卫生问题就无法充分发挥潜力。

本文件还讨论了增加卫生投资以及提高开支效益的选择办法。文件认为仅仅增加投资数量并不会在卫生领域获得充分的成果。投资应用于解决卫生系统对应能力的相关问题并处理卫生领域的决定因素。本文件强调需要扩大发展融资、协调工作并提高国家吸收能力。

本文件与秘书处另外三份文件相辅相成，它们涉及到卫生领域的发展决定因素、公共卫生能力建设以及促进卫生与可持续发展战略行动框架草案。

目 录

	页 次
导 言	1
一、卫生与社会和经济健康：不可分割的联系	1
A. 为何增加卫生投资？	1
B. 本区域各国在卫生投资方面的情况如何？	3
C. 卫生部门的投资能否导致改善民众健康？	5
二、进展与联系	5
A. 增加卫生投资：实现发展的必要条件之一	5
B. 对穷人投资	8
C. 投资于卫生的决定因素	9
D. 投资卫生系统	11
三、确保充足的卫生资源	13
A. 国内资源	13
B. 发展援助	13
C. 部门通盘做法	15
D. 风险汇集	15
结论	16
参考材料	17

导 言

1. 卫生工作可提高为改善生活质量所必须的能力。男女不分贫富都将身体健康作为头等大事。失去健康意味着“真正的贫穷”，而这种贫困在很大程度上也许比收入贫困更为深刻（Sen,1999 年）。诺贝尔奖获得者 Amartya Sen 的观点突出强调健康作为一种基本人权的重要性。

2. 卫生是实现智慧、物质、情感和精神发展的基础。从经济角度看，卫生与教育是人力资本的两块基石。人民健康是实现扶贫、经济增长和长期经济发展的重要内容（世界卫生组织，2001 年）。卫生与社会稳定也紧密相关；一头情况恶化会破坏另一头的进展，反过来也是如此，最终会影响经济发展。

3. 以往普遍认为经济增长将自然而然地实现卫生目标的看法已受到强烈质疑。亚太经社会区域的经济增长经验已打破原先认为扩大医疗保健、教育以及改善其它人类生活条件是只有富国才能承担得起的奢侈品的偏见。本区域比较成功的经济体在挣脱贫困的枷锁之前就走上了大规模扩大教育和健康保健的道路（Sen,1999 年）。卫生工作现在已被视为极大地有助于实现经济和社会进步。

4. 本文件说明为何迫切需要增加卫生投资才能确保亚太区域实现《千年宣言》所载国际商定发展目标。

一、卫生与社会和经济健康：不可分割的联系

A. 为何增加卫生投资？

5. 儿童死亡、腹泻、肺炎和疟疾占本区域死亡人数半数以上。对上述任何一种威胁到生命的问题，都有一种业经证实、成本效益好的而且可以在低收入环境实施的干预行为。资源丰富或资源贫乏的环境之间干预行为的覆盖面有天壤之别。

6. 在中等和高收入国家，90%的儿童接受防疫以免感染白喉、百日咳和破伤风。90%以上的孕妇至少有一次产前门诊，90%以上的婴儿在经培训的医务人员协助下出生。

7. 相比之下，南亚和东南亚部分地区不到 50%的孕妇接受一次产前检查，而由受过医务训练的人员接生的情况只有 20%。

8. 在低收入和中收入国家，在预计 600 万目前需要抗逆转录病毒治疗的病人中，实际接受治疗的只有 30 万。亚太区域 800 多万艾滋病毒/艾滋病患者中，在任何国家接受反逆转录病毒治疗的人都不超过 5%（世界银行，2003 年）。

9. 宏观经济与卫生委员会（CMH）的报告强调指出，通过针对规模相对较小的一组疾病和状况而采取现有的成本效益好的干预行为（表 1），主要生活在亚太经社会区域的数十亿最贫穷人口的健康可得到极大的改善。

表 1. 疾病与状况以及成本效益高的干预行为

疾病/状况的锁定目标	成本效益好的干预行为
艾滋病毒/艾滋病	• 扩大使用避孕套 • 采取预防措施
肺结核	• 短期直接观察治疗
疟疾	• 使用经过杀虫剂处理的蚊帐 • 改善病例管理
儿童疾病	• 口服再水化治疗 • 治疗呼吸道感染 • 接种防疫 • 学校开展驱除体内寄生虫 • 立足社区的方案
产妇和产前状况	• 技术娴熟的助产士接生 • 开展反逆转录病毒治疗以减少母亲向婴儿传染艾滋病毒/艾滋病 • 破伤风类毒素防疫
烟草引发的疾病	• 增税 • 全面禁止广告

资料来源：世界卫生组织《宏观经济与卫生：投资卫生促进经济发展》（日内瓦，卫生组织，2001 年）。

10. 估计如果能有效执行这一小组干预行为将能大幅度降低可避免的死亡率。而且估计 5 岁以下儿童中所有死亡发生的 87% 可以因此避免。可避免死亡的情况不一样，男孩（5 岁以上）在 43%-60% 之间，女孩（5 岁以上）在 51%-83% 之间。

11. 采取有效干预行为以治理造成大多数本来可以避免的死亡的种种健康问题，这是最贫穷国家力所能及的事情——只要它们加大投资量并提高投资效益。这种自上而下的办法简单易行，在需要短期收效的特定情况下看起来比实行全面医疗控制更能发挥影响。从长远来看，必须确保采取多部门行为和社区参与办法解决处境不利群体健康不良的根本原因，这样社会干预可以在公平、照顾到全体人民需求的环境中指导开展干预工作。

12. 上述种种干预行为旨在处理威胁健康的、并构成疾病主要负担的疾病，然而花费并不昂贵（反逆转录病毒治疗除外，但其费用也在降低）。这就突出表明需要更加有效地利用现有资金。

B. 本区域各国在卫生投资方面的情况如何？

13. 对本区域 27 个最不发达国家和发展中国家的数据（世界卫生组织，2004a）作出分析后表明，人均公共卫生开支从 2 美元到 40 美元不等，而人均总体卫生开支在 8 美元到 54 美元之间。针对这种开支状况，CMH 报告估计，针对造成最多发病和死亡的几种疾病采取最为基本的干预行为（而且对此的确有可以采用的成本效益高的干预行为），按保守的估计至少将花费 36 美元。采取行之有效的基本干预行为需要本区域的最不发达国家和其它低收入国家大幅度增加卫生投资。

14. 表 2 列出了亚太经社会区域 14 个国家卫生保健开支情况，涉及以下 4 项具体指标：

- (a) 卫生开支总额占国内生产总值的百分比；
- (b) 政府开支占卫生开支总额的百分比；
- (c) 私营部门开支占卫生开支总额的百分比；
- (d) 自费开支占卫生开支总额的百分比。

15. 上述各项指标有助于研究列举的 14 个国家中自费开支的程度以及私营保险公司和其它风险保护机制的服务范围。自费开支显示病人动用自己的资源直接付费的数额。私营卫生开支包括私营社会保险制度、商业和非赢利制度、健保组织以及其它管理预先付费医疗制度的机构的开支。

16. 表 2 显示本区域国家间存在的差距。卫生开支总额占国内生产总值百分比的

数字从 11.8%（柬埔寨）、8.3%和 9.2%（新西兰和澳大利亚）到 5.5%（中国）、2.4%（印度尼西亚）以及 1.6%（阿塞拜疆）不等。

17. 表 2 还说明，私营开支占卫生开支总额的百分比超出 45%的在所列举的 11 个发展中国家和最不发达国家中有 7 个。例外情况有阿塞拜疆、不丹、斐济和巴布亚新几内亚，其私营开支占卫生开支总额不到 33%，而不丹甚至低到 9.4%。

18. 在发展和最不发达国家，自费开支占私营卫生开支总额的百分比在不丹、斐济、印度和巴基斯坦为 100%，在阿塞拜疆、孟加拉国、中国、印度尼西亚和伊朗为 90%以上。

表 2. 亚太经社会区域卫生开支状况说明（百分比）

亚太经社会成员	卫生开支总额占国内生产总值的百分比	政府开支占卫生开支总额的百分比	私营开支占卫生开支总额的百分比	自费开支占私营卫生开支的百分比
阿塞拜疆	1.6	66.9	33.1	97.7
孟加拉国	3.5	44.2	55.8	93.2
不丹	3.9	90.6	9.4	100
柬埔寨	11.8	14.9	85.1	84.6
中国	5.5	37.2	62.8	95.4
斐济	4	67.1	32.9	100
印度	5.1	17.9	82.1	100
印度尼西亚	2.4	25.1	74.9	91.8
伊朗	6.3	43.5	56.5	94.2
巴基斯坦	3.9	24.4	75.6	100
巴布亚新几内亚	4.4	89	11	83.3
澳大利亚	9.2	67.9	32.1	59.6
日本	8	77.9	22.1	74.9
新西兰	8.3	76.8	23.2	72

资料来源：世界卫生组织，2004 年世界卫生报告（日内瓦，世界卫生组织，2004 年）。

说明：各个数字经世界卫生组织计算以确保可比性；它们并不一定反映成员国可能使用另类精确办法获得的统计数字。

19. 相比之下，私营开支占卫生开支总额的百分比在新西兰略为 23%、日本为 22%、澳大利亚为 32%。自费开支占私营卫生开支总额的百分比，在澳大利亚几乎达到 60%、日本接近于 75%、新西兰为 72%。

20. 表格显示本区域发展中国家和最不发达国家私营或非赢利医疗保险制度的覆

覆盖面很小而自费开支比例很高，与此同时，拥有大量公共卫生资金的发达国家其私营保险提供的风险保护范围也十分广泛。

C. 卫生部门的投资能否导致改善民众健康？

21. 卫生投资是总体发展战略的一项重要内容。到处强调经济生产力会削弱其本身是值得投资的重要性。单单从金钱的角度来看待发病率和死亡率，将人的健康当成一种商品而在投资时必须先考虑经济利益的做法，损害和破坏公共卫生。这种做法的失败在严重急性呼吸道综合征（非典）爆发之后而显露出来。现在应该对于深刻影响公共卫生的投资与开支领域以及对于普遍社会保护系统迅速采取行动。

22. 最重要的是，需要重新理解卫生投资。卫生投资必须有所超越，不能仅仅限于增加对医疗服务系统的资金拨款数额以及自上而下的卫生干预行为。卫生投资必须包括以下投资内容：

- 扩大人力资源、提高其技能并改进态度：将处境不利群体平等获得高质量健康服务的权利作为一项基本权利加以保护；
- 开展宣传教育、多部门行动并缔结伙伴关系：打破传统障碍、建立一个新型、以相互信任和共识为核心的千年基础，以期实现人人享有健康的共同目标；
- 开发各种工具以珍惜对卫生具有重大影响的卫生决定因素，例如干净的水和空气以及完备的环卫。

23. 本区域最不发达国家和低收入国家不能指望单纯增加现有方案的开支而在实现卫生目标方面取得进展。政府额外开支是一个行动领域，但必须伴之以良好的政策和体制以便提高对卫生开支的总体问责制及其功效。

二、进展与联系

A. 增加卫生投资：实现发展的必要条件之一

(a) 振兴初级卫生保健

24. 初级保健作为实现人人享有健康目标的核心战略的做法再次引起人们的注意（《阿拉木图宣言》，1978年）过去几年将卫生重新放置到各个级别发展议程中心这一理所当然的位置所作出的努力已取得成果，政府开始努力增加投资以实现人人享有健康。

阿拉木图会议 26 年之后，国际上对初级卫生保健原则的支持仍然坚定有力。全球、国家以及地方提供初级卫生保健的环境已发生根本性变化。平等、普遍享有、社区参与以及部门间联合处理卫生问题的原则构成有效实施初级卫生保健的基础。

25. 初级卫生保健系统应顾及更为广泛的公共卫生问题并创造条件切实有效地向穷人和边缘化群体提供卫生服务。

(b) 千年发展目标

26. 联合国千年首脑会议（2000 年 9 月）《千年发展目标》达成国际协议是在同一方向迈出的重大一步。联合国成员国作出承诺到 2015 年时实现千年发展目标。

27. 8 项千年发展目标中有 3 项直接涉及到卫生问题。鉴于卫生所包含的社会、经济和环境确定因素，《千年发展目标》的其它所有内容也会影响到卫生问题。《千年发展目标》进程对于确保实现良好健康非常重要。它为衡量进展规定了商定的指标并为通盘制订可持续的政策和战略提供指导。

28. 《千年发展目标》被描述为“不光是各种指标、而且是坚定承诺开展更为广泛的、更具包容性的人类发展进程。”考虑到它们与卫生问题密切相关，本区域众多国家要实现千年发展目标，就必须大幅度增加卫生投资并且改变卫生部门的政策方向以迎接挑战（世界卫生组织，2004b）。

(c) 宏观经济与卫生委员会

29. 第三个进展是 2001 年 12 月发表了宏观经济与卫生委员会报告。该委员会由世界卫生组织总干事于 2000 年 1 月成立，以便评估卫生在全球经济发展中的位置。委员会报告呼吁将卫生投资置于国家发展议程的中心位置，采取目光长远的宏观经济政策同时注重卫生投资与扶贫之间的联系。鉴于卫生问题受到包括经济、社会和环境等决定因素的多方影响，卫生投资必须涵盖其它非卫生部门与卫生相关的开支。

30. 包括本区域 15 个国家在内的至少 34 个国家以发起宏观经济与卫生委员会进程的后续行动。它们包括开展局势分析并制订多部门战略方针以加强所有伙伴的承诺，扩大卫生资源。

31. 宏观经济与卫生委员会是一种进程而本身不是目的。它需要自我调整以满足

本区域各国的具体需求。可以视其作为一种思想哲理，以此设想卫生保健被置于总体发展议程之上、并通盘考虑可持续地提供充足的资金。本区域一些国家已设立自身的国家委员会。另外一些国家则采取宏观经济与卫生委员会的原则并开始制订自身的宏观经济政策。

(d) 扶贫战略文件

32. 扶贫战略文件是世界银行和国际货币基金提供援助的基础，可以作为将卫生工作纳入发展主流的手段。战略文件涵盖 5 项与卫生直接相关的核心原则：

1. 制订扶贫战略文件必须以国家为主导。
2. 这一工作的核心在于帮助穷人并立足成果。
3. 必须注重采取多部门处理办法。
4. 必须采取参与性的做法并且注重政府、民间社会和私营部门之间的伙伴关系。
5. 整体工作应能促进可持续的行动。

(e) 内在联系

33. 振兴初级卫生保健的进程、争取实现《千年发展目标》的行动以及宏观经济与卫生委员会进程的后续行动，都是相互联系并具有协同效应。在很大程度上，它们拥有一个共同目标并遵守类似的原则和战略。然而，在国家执行一级的这种连接却常常不易发现。

34. 一些国家在努力实现《千年发展目标》的过程中已开始遵循或调整适用宏观经济与卫生委员会的研究结果，同时又制订自身增长与发展议程。遵循宏观经济与卫生委员会进程开展工作的国家都感到它为各国实现《千年发展目标》开辟了一条途径，从而发挥辅助作用。该进程查明并促进卫生优先事项以及与卫生相关的《千年发展目标》，并帮助建立树立卫生相关优先事项的部门交叉机制。该进程还提供机会透彻评估现有医疗保健供资模式以及保健服务系统的平等问题。

35. 因此，《千年发展目标》与宏观经济与卫生委员会之间有着明显联系——一个提出目标、另一个安排进程。这种进程有助于重新确定和更换现行的狭隘部门处理办法，并以真正多部门框架内的综合战略取而代之。

36. 卫生包括众多的经济、社会和环境决定因素，然而传统上在狭小的卫生部门领域处理开支的办法并未使卫生工作受益。卫生必须作为一项重要内容包括在所有瞄准贫困、水和环卫、教育与就业等决定因素的所有发展方案中。

37. 反过来看,过去几十年的经验表明,忽视将卫生相关问题列为方案组成部分的发展方案均未取得预期成果。

38. 扶贫战略文件与宏观经济与卫生委员会进程还能产生协同效应。战略文件可以作为实现《千年发展目标》的工具。宏观经济与卫生委员会进程通过将卫生置于发展中心并查明和处理阻碍实现平等机会的制约因素而强化扶贫战略文件进程。宏观经济与卫生委员会进程还可用于确保通过分配资源和确立优先顺序而增加针对穷人的卫生投资。因此,两个进程之间存在着必然的联系。宏观经济与卫生委员会进程与扶贫战略文件进程结合起来可以提供投入和分析以加强卫生工作、从而大幅度提高其价值。必须整体开展这两项进程,同时牢记初级卫生保健的各项原则和战略。

B. 对穷人投资

39. 帮助穷人的卫生战略对于确保平等获得健康服务并缩小贫富之间在承受疾病负担方面的差距十分重要。世界上 1 亿多人因赤贫而被排斥在基本医疗保健之外,无法享受卫生与医疗技术发展带来的好处。这种被排斥影响到经济上贫困的家庭和社区以及受社会排斥的人。

40. 住院的费用能使人一贫如洗。在印度,人民每年总开销的 58%用于卫生保健,40%的住院病人借钱或变卖资产以交纳医疗费用。约有 1/4 的印度病人刚住院时并不贫穷,但由于住院费用而陷入贫困(世界银行 2002 年)。中国有大约 18%的农村家庭接受医疗服务后承受的医疗开支超出其家庭总收入(Liu,Rao 和 Hsiao, 2003 年)。柬埔寨拥有土地的人当中有 44.6%为支付 1 名家庭成员患重病费用而丧失了自己的土地。世界卫生组织对柬埔寨进行的研究还表明,医疗保健占总家庭收入约 30%,无法应付疾病是造成柬埔寨穷人陷于脆弱境地的最重要原因(Bloom,River Path Associates 和 sevilla,2002 年)。

41. 向所有人、尤其是最贫穷和最脆弱人口提供廉价、高质量保健服务对实现扶贫具有至重要意义。有针对性的帮穷干预行为可包括以下措施:

(a) 瞄准地区

42. 本区域许多国家的医疗保健开支都明显偏重城市。向更贫穷地区提供专项资金并同时努力提高当地决策的能力和加强问责制,都有助于取得更多卫生成果。

43. 权力下放带来了不同程度的成果。在一些国家因此而扩大了初级卫生保健服务的机会并提高其效率。从权力下放得到的经验教训表明，要想使其发挥作用，必须投资开展地方政府能力建设、实现社区参与以及帮助建立机制以监督核心公共卫生职能的运作。

(b) 改变各级保健的拨款

44. 发展中国的卫生开支往往集中于第 2 级和第 3 级服务，卫生预防工作以及促进提高活动因此受到不利影响。然而单单是预算重新拨款用于初级卫生保健并不一定能坐收红利效果，必须采取步骤改善公共设施的质量和应对能力、并对保健用户开展宣传教育。

(c) 有针对性地采取具体干预行动

45. 一些类似短期直接观察治疗和综合管理儿童疾病的方案以及对有害健康的产品提高税率并禁止广告这类产品的措施，对疾病控制都有很高的回报。宏观经济与健康委员会的报告还列举出 10 到 12 个切实有效的干预办法，可以解决造成发病和死亡的主要原因。但不能因此而忽视了实现普及卫生保健的总体目标。

(d) 针对具体的人群

46. 本区域许多国家作出努力对政府为所有人提供的所有医疗服务实行补贴，结果确实造成服务质量低下，而富人们从中获得大部分好处。因此非常需要针对穷人投资并采取干预行为，因为他们过分承受着营养不良和母婴死亡的负担。

(e) 针对降低健康风险政策和战略

47. 由于忽视而造成的费用开支节节上升，“预防胜于治疗”的说法在今天更有说服力。开展投资的一个关键领域在于实行切实有效的政策和战略降低健康风险，已被证明为解决健康相关问题成本效益最好的办法。投入为数不多的费用以降低风险可以获得大量的健康收获。所采取的战略可包括增加对酒类的税收以便赞助反对酒后驾车的宣传运动。

C. 投资于卫生的决定因素

48. 对卫生的一些决定因素开展重点投资将对卫生产生巨大的、长远的影响，对此以下开展探讨。还有其它很多经济、社会和环境方面的决定因素，也需要增加资源以

便充分地处理它们对卫生的影响。

(a) 对儿童早期发育、增强妇女权力和教育投资

49. 人一生的健康状况如何在很大程度上取决于其生命是否始于优良的起点，首先是胚胎生长环境的好坏以及是否享受新生儿保健。尽管人具有恢复力、能消除先天不足造成的影响（如果能够采取适当干预行为的话），然而婴儿和儿童时期在智力、身体和情感发育方面受到的阻碍可能会造成久远的后果，限制发挥能力以摆脱贫困并走出世代相传的劣势处境。甚至孩提时代的饮食习惯和体育活动都会影响到是否会出现肥胖症或是患心血管疾病。摹仿大人沉溺于滥用药物可促成过早染上吸烟习惯，并因此招致癌症和其他健康问题相关风险。

50. 投资于高质量的早期儿童保健、发育和教育活动对于推动改善健康状况特别重要，并对人民健康产生积极影响。众多的积极影响包括：改善儿童健康和营养，提高识字率，以及往往可获得更为安全和条件更好的工作。资助女童接受教育尤其有助于国家的经济和社会发展。1920年代日本婴儿死亡率下降，与1900年代初期男女儿童都有机会获得免费的普及初级教育是分不开的（Carr, 2004）。

51. 本区域众多妇女对于家庭资源以及直接影响到自身健康的问题上没有什么发言权。这些妇女更不容易获得产前保健服务和在第一孕期做产前门诊，而这种服务已证明可减低母婴死亡率。

(b) 投资提高卫生知识

52. 缺乏知识是健康不良的一个主要因素。它使人无法在最需要的时候寻求获得卫生保健服务。穷人对健康问题了解不深、花了钱还求医不当。在一些国家，大批儿童在没有经过训练的助产士协助下出生，尽管母婴保健制度提供免费护理。卫生部门的信息传播和咨询辅导可增加并改进对健康具体问题的了解。关于利用生殖健康服务的信息可帮助妇女提高能力。因此，行之有效的投资在于帮助利用公共卫生服务设施和开展社区“走出去”服务，以便传播信息并鼓励在健康问题方面的行为转变。

(c) 对个人卫生、环境卫生以及安全饮用水进行投资

53. 投资用于改善个人卫生和环境卫生以及获得安全饮用水的工作可以帮助避免占儿童发病和死亡70%各种疾病。它有助于减轻水生疾病以及水受到细菌、化学和金属污染而滋生疾病所造成的沉重负担。投资建设供水和环境卫生设施还必须包括投资促进可持续的行为改变以维护并使用设施。

54. 水污染是造成本区域上千万人健康不良的主要原因之一。然而公共资金长期忽视了定期检测水质量的工作。在资源不足的情况下研发测水措施必须得到资金支助。社区和政府都需要有办法定期测试水质并且在发生污染时动用补救办法。

(d) 投资改善交通运输

55. 公路、水路和运输基础设施都是确保有效、及时、亲身获得卫生服务的不可或缺的手段。有这点便利往往可以救人性命。穷人常常无法承受交通费用前往卫生设施求诊。印度尼西亚开展的“帮助母亲运动”协助社区设立分娩妇女紧急运送系统。马来西亚和斯里兰卡为急诊提供免费和有补贴的运送。投资帮助缔结非政府组织-社区伙伴关系从而为转院到最近的中心提供交通，是帮助穷人利用卫生服务的一种重要选择办法。

(e) 对清洁室内空气的投资

56. 由于使用生物质燃料造成的室内空气污染是导致肺炎、呼吸道疾病和肺癌的主要风险因素之一，负责做饭的妇女尤其深受其害。在她们周围转悠的幼儿也面临风险。需要有更多的资金研究寻找低成本、省燃料、廉价和环境可持续的燃料技术及非污染性炊事用具。中国的卫生部门提供资金赞助一个根据上述原则在社区范围开展的项目，因为室内空气污染造成的儿童死亡率随着室内空气的改善而减低。

(f) 投资于社区

57. 本区域许多政府都支持社区组织和社区举措实施卫生方案，但是仍然需要开展投资以提高基层组织的管理能力以及社区代表参加管理公共卫生服务机构的能力。有必要鼓励社区参与公共卫生问题，并且更为积极主动地开展卫生预防和宣传教育活动。社区可以为自身提供宝贵的资源，与当地政府合作确保大范围改善卫生工作。最近在印度开展的实验就是通过社区参与实现成功管理的例子。在印度的泰米尔那德邦综合营养方案中，社区营养工作人员责任明确、指标具体。这使得它们服务的社区能够监督服务工作的开展，同时又帮助工作人员自身更好地了解他们的责任所在（世界银行，2003年）。

D.投资卫生系统

58. 衡量卫生系统的运行状况的一个标准在于其应对能力。应对能力主要包括及

时关心用户，保持服务项目质量可靠以及尊重病人的尊严和个人资料的保密。

59. 本区域许多公共部门卫生服务机构并不具备充足的应对能力。这些机构如果薪水不高、缺乏动力、也许培训不足而且在等级森严的卫生系统中运作，这就决定了这些系统不关心人民痛痒的态度。病员常常得不到所需要的适当服务。这就导致人们躲避或许实际存在的公共卫生服务而转向私营部门，从而增加了自费开支。受此影响最大的是穷人，他们最没有能力支付享受卫生服务的额外开支（世界卫生组织 2000 年）。

60. 公共部门主要由一种发号施令的结构所管理，实施举措和作出决定只能来自最高层次。由公共部门的基层单位主动采取举措、作出管理决定并充分体现对用户负责的活动空间通常有限或是根本不存在。卫生部门各个层面建立良好的领导机制，确定注重改善卫生工作的透明政策方向及其明确无误的实施办法，这是实现切实有效的卫生投资的一个先决条件。

a) 人力资源投资促进卫生

61. 本区域许多发展中和最不发达国家由于卫生部门跳槽现象严重而深受其害。一些国家可利用的人力资源常常有限并且持续下降。

62. 本区域部分地区低技能劳工代替训练有素的卫生人员的现象很普遍。即使实施了正确的治疗，依然不能保证治疗会取得成功。缺勤和缺乏动力是公共部门卫生机构面临的严重问题。

63. 部分解决办法在于增加投资以改善工作条件和报酬，并缩小公私营部门之间的工资差异，同时加强管理部门的监督工作。

64. 有关人力资源投资促进卫生的决定，需要考虑到数目众多的初级卫生保健中心由于缺乏医护人员和设备而痛苦不堪。效仿西方做法培训出的卫生工作者更容易走向市场，更容易离开公共部门转向私营部门或是迁移到其他国家。迫切需要解决这一危机，途经在于适当挑选有可能履行卫生服务承诺的人选，同时围绕初级卫生保健的原则和实践开展培训工作。

(b) 投资促进公私营伙伴关系以开展卫生服务

65. 亚太经社会区域众多国家中私营医疗保健公司在卫生服务方面正逐渐占上风。在缺乏公共基础设施、或是公共设施即使存在也无法让人利用或是不关心其痛痒的地区，这种情况尤其严重。私营公司提供初级救护服务以及先进尖端的二级、三级医疗

服务。

66. 可通过承包或伙伴关系安排将私营机构纳入公家资助的系统中，以改善基础保健服务工作。在这种安排中，政府可以按人头付款。私营机构纳入国资系统将减少自费开支，同时利用现有保健资源为公众服务。然而这种系统必须得到有系统的监督以防止不当利用，并确保私营机构不至于另外从病人索取费用。这种伙伴关系的对象可以是私人诊所也可以是私营公司。

三、确保充足的卫生资源

67. 必须动员充足的资源以满足许多国家为实现卫生目标而需付出的额外卫生开支。

A. 国内资源

68. 政府资源和开支是卫生投资的最重要方面。动用国内资金的卫生开支来自于总体国库收入或交纳的社会保险费或是两者兼备。

69. 国库收入投入卫生部门的资金数量取决于税收总额的多少以及对卫生部门的实际拨款。卫生开支水平较低也许两方面的原因都有。例如，大多数最不发达国家和低收入国家卫生开支较低是因为总体国库收入少、卫生拨款也低。

70. 动员国内资源促进卫生工作需要花费时间，对此宣传工作至关重要。参加开展宏观经济与卫生委员会和《千年发展目标》进程的国家都已呈现出提拉卫生部门投资的迹象。对烟草和酒类等非益商品的专项征税，为大韩民国和泰国的卫生宣传工作提供了大量资金。印度最近实施一项税收以便筹集更多的教育基金，为此中央政府征收的直接或间接的税收将上缴 2% 的附加费。为此得到的资金专用于一项改善教育部门的全面方案。类似的措施还可用于为卫生部门创造更多的国内资源。

B. 发展援助

71. 发展机构可提供技术支助帮助改革税收，同时向政府施加影响以便对卫生作出承诺并增加拨款。发展机构还可提供资金援助以弥补卫生开支的差距。

72. 爱滋病毒/爱滋病特别联大（2001 年 6 月）召开之后启动了爱滋病、肺结核和

疟疾全球基金（全球基金）。其宗旨在于“动员、管理并分发新的和更多的资源处理肺结核和疟疾严重传播造成的挑战及其爱滋病毒/爱滋病带来的严峻威胁。”基金对反映国家主导的方案提供支助。2001年以来，全球基金已吸资 47 亿美元用于直到 2008 年的资助活动，并已承诺 15 亿美元资助 93 个国家的 154 项方案。其活动限于针对三项疾病开展干预行动（全球基金 2004 年）。

73. 需要继续向全球基金提供支持。在晚些时候也许有必要扩大其范围，支持有针对性地采取基本干预行为，解决造成发病和死亡的主要原因。尽管全球基金面临一些实施和分发方面的初期问题，但它为倡导和协调捐助方资助实现卫生目标成果铺就了道路。

74. 世界卫生组织与联合国爱滋病署和全球基金缔结伙伴关系，于 2003 年 9 月发起“3 x 5”举措，目标是到 2005 年使 300 万爱滋病毒/爱滋病患者接受抗反转录病毒治疗（世界卫生组织 2003 年）。“3 x 5”框架有以下五根支柱：

- 全球领导、坚强伙伴关系和宣传教育；
- 紧迫、持续的国别支助；
- 简便、标准的抗反转录病毒治疗手段；
- 有效、可靠地提供药品和诊断；
- 迅速查明并应用新知识和成功经验。

75. 捐助方提供资金有其缺陷。捐助方供资交易费用在一些情况依然居高不下。项目管理单位有时与当地结构并驾齐驱，给人造成项目工作人员只对捐助方、而不是对政府负责的感觉。同时会出现将发展援助（计划用于卫生部门）替代国内资金的倾向，导致卫生部门获得很小数额而国内资源被挪用于非卫生部门开支。如果要从长远增加卫生部门资金总额，就必须抵制这一倾向。

76. 宏观经济与卫生委员会的报告（世界卫生组织 2001 年）估计，从全球范围看，对国家一级的方案、研究与开发以及全球一级公共善举和国际组织的工作而言，净筹资差额 2007 年约为 220 亿美元，2015 年为 380 亿美元。必须得到从绝对值讲数额更多的捐助资金，而且不应牺牲了教育等其他领域的利益。

77. 双边流动总额平均为 25.5 亿美元，约占捐助方国内生产总值的 0.01%，或者

说每 100 美元占一分。提高捐助方资金的一些先决条件包括，为开展卫生干预行为和取得卫生成果制定明确、可量化的资金指标；向努力扩大国内资源的国家提供支助；以及政府如果未能履行承诺则切断援助。然而，捐助社会迫切需要作出积极姿态，明确无误地反映它们加强承诺以可持续和可以预见的方式大大提高卫生投资。

78. 接受国应提高能力吸收更多的捐助方资金流动并提高公共行政和管理的质量。此外，各国必须扩大实施能力，包括管理系统和地方管理专业知识。更为重要的是，必须加强建立下至社区、上至中央政府的崭新问责制度。

C. 部门通盘做法

79. 可围绕部门通盘做法采取步骤，以避免每个双边或多边机构设立并行结构，并协调利用所有捐助方资金和国内资源。就部门通盘做法而言，捐助方援助和卫生部开支汇流并入一项协调的部门方案。卫生部负责实施这一部门整体方案，但事先与其他部委、捐助方伙伴及民间社会等所有利益攸关者开展磋商。然后制定一项共同预算和会计框架，同时建立联合审批程序。当地管理保健系统并提供服务的能力得到加强，政府建立系统以确保更为有效、更负责任地利用资源。

80. 卫生部门改革通常是部门通盘做法的中心环节之一，内容包括建立更好的管理系统，包括地方管理和服务责任制在内的权力下放，加强对服务质量和效率的问责制，以及改善利益攸关者的参与。

D. 风险汇集

81. 在较贫穷的国家，私人医疗开支吞噬了大部分收入。本区域许多国家自费开支超过健康费用总额的 60%。政府可能应发挥更大作用，制订切实有效的风险汇集机制以便控制自费开支。

82. 宏观经济与健康委员会的报告建议，穷人的自费开支应该日益汇入“社区资助制度”，以支付社区当地的医疗服务费用。这种想法在于奖励当地社区筹集基本资金，然后由政府/捐助方联合资助以便提供基本的治疗性服务，而不是那种完全由公共资金资助的基本成套服务。

83. 这点不同于向病人收费，后者的结果是一贫如洗的人被排斥在基本的健康干

预行为之外，而同时只收回实际费用的极小部分。卫生系统的目标必须是采取公摊办法分散风险并补贴穷人。可以利用不涉及风险的公摊资金内部集资，再加上在各个公摊资金之间建立风险平衡中心基金（其任务在于向所有成员提供最低限度福利方案）实现风险分摊。可通过卫生部委或有区别的捐资，采用供方补贴的做法向穷人提供补贴。

结论

84. 良好的健康是实现可持续经济发展的先决条件之一，要说明这点看来已证据确凿：预期寿命延长以及疾病负担下降有助于降低出生率，它导致增加对人力资本的投资，帮助提高劳动生产力并吸引更多投资。社会与宏观经济更大程度的稳定、经济发展加快以及贫困减少都是这一进程所带来的自然成果。

85. 良好的健康与经济增长之间的紧密联系常常得不到政策制定者应有的注意。鉴于目前卫生部门公共开支比重的普遍情况，亚洲及太平洋区域众多国家都非常有必要制定战略，确定如何扩大投资规模、安排轻重缓急并提高开支效率。

86. 公共开支水平与人口健康状况密切相关。捐助方做出更多承诺将产生重大影响，对低收入国家尤其如此。

87. 然而，提高卫生投资规模需要有政治承诺，它不仅仅是向卫生部门作出预算拨款而已。它要求国家确保穷人和处于社会边缘地位的群体能够平等获得卫生服务。这种承诺基本上有两种形式：

(a) 改善提供卫生服务的系统；

(b) 集中投资于重要干预行为以解决造成低收入国家疾病负担过重的那些原因和疾病。

88. 增加投资还要求承诺采取多部门通盘做法并且从全面扶贫和经济发展战略角度认识卫生投资。主要行动应包括管理良好、范围广泛的各种方案，并且得到社区、卫生部门和其他相关部门的参与。最可行的选择办法看来是，将现有致力于提高卫生投资的所有进程相互挂钩形成一个多部门框架，同时逐步制定适当的战略，将切实有效、目标明确的干预行为与围绕解决卫生决定因素的办法相结合。这一战略还应包括将卫生置于扶贫工作的中心，并且使卫生系统针对最贫穷人口的需求开展工作。

参考材料

- Bloom, David. E., River Path Associates and Jaypee Sevilla (2002). “Health, wealth, AIDS and poverty” (Geneva, UNAIDS).
- Carr, Dara (2004). “Improving the health of the world’s poorest people”, *Health Bulletin*, No. 1, 2004.
- Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (2004). <www.theglobalfund.org/en/about/road/history/default.asp>, 26 August 2004.
- Liu, Y., K. Rao and W.C. Hsiao (2003). “Medical expenditure and rural impoverishment in China”, *Journal of Health, Population and Nutrition*, vol. 21, No. 3, September 2003, pp. 216-222.
- Sen, Amartya K. (1999). *Development as Freedom* (New York, Alfred A. Knopf).
- WHO (2000). *World Health Report 2000* (Geneva, WHO).
- (2001). *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health* (Geneva, WHO).
- (2003). *Treating 3 Million by 2005 - Making it Happen: The WHO Strategy* (Geneva, WHO).
- (2004a). *World Health Report 2004* (Geneva, WHO).
- (2004b). *Macro-economics and Health: An Update*, available at <www.who.int/macrohealth/action/en/mh_and_country_update.pdf>, 20 July 2004.
- World Bank (2002). *Better Health Systems for India’s Poor: Findings, Analysis and Options* (Washington, World Bank).
- (2003). “Overview: the Millennium Development Goals – rising to the challenges” (draft) (Washington, World Bank).

.