



亚洲及太平洋经济社会委员会

第六十三届会议

2007年5月17-23日

哈萨克斯坦阿拉木图

亚太经社会区域的政策问题：

(临时议程项目 3(b))

在加强经济增长以在亚洲及太平洋实现
《千年发展目标》的过程中发展卫生系统

秘书处的说明

内容提要

经济增长与卫生相互促进，卫生的改善不仅仅是经济增长的结果，也是与贫困作斗争的一个重要武器。亚洲及太平洋区域在最近几十年里取得了巨大的经济和社会进步；然而，本区域仍然面临惊人的绝对贫困，而且区域的平均值掩盖了国家间和国家内增长、发展和卫生水平的巨大差异。因此必须建立强大的资金充裕的卫生系统，为社会的各阶层提供高效、公平和高质量的医疗卫生服务。

在这一背景下，本文件概要介绍为经社会第六十三届会议编写的专题研究“在加强经济增长以在亚洲及太平洋实现《千年发展目标》的过程中发展卫生系统”。研究报告探讨了卫生与经济增长之间的关系，以及如何通过对卫生进行投资有效地实现扶贫。本文对实现《千年发展目标》取得的进展进行了审评，并探讨了人口动态和流行病学变化、投资需求、实现全民医保的途径，以及贸易政策对获取药品以及卫生系统业绩的影响。本文件指出，本区域具有发展和加强卫生系统的财政和政策空间，并提出，区域合作可在处理有关问题方面发挥重要作用，例如：有效应对新出现的疾病，创建筹资机制和开展协作研究，以及交流经验，以发展卫生和相关部门等。经社会不妨就这些提议以及研究报告中提出的其它建议进行审议。

目 录

	页 次
一、 导言	1
二、 卫生与经济增长之间的关系	2
三、 医疗卫生系统与《千年发展目标》	4
四、 在亚洲及太平洋区域实现全民医保	7
五、 实现与卫生有关的《千年发展目标》所需的投资	8
四、 卫生与贸易的联系 区域观点	10
七、 结论和建议	14

一、 导言

1. 最近几十年亚太区域发生了巨大的经济和社会变化，这体现于 1988-2005 年间，发展中国家年均增长率是世界平均值的两倍这一事实。然而，区域的平均值掩盖了国家间和国家内在增长、发展和卫生方面的巨大差异。本区域面临惊人的绝对贫困，本区域营养不良的儿童，每天生活费不足 1 美元的人，缺乏清洁饮用水或环卫设施的人以及罹患肺结核的人占了全世界的一大部分。

2. 一些妨碍改善医疗卫生和实现与医疗卫生有关的《千年发展目标》的障碍在于医疗卫生部门内部。这些障碍包括在医疗卫生上的支出水平很低，提供医疗卫生服务的物质基础设施薄弱，以及缺乏医务工作者。在医疗卫生部门直接范围之外的其它社会因素也对医疗卫生产生深刻影响。其中一些主要因素包括贫困、饥饿、教育和卫生知识程度、对性别的态度以及缺乏清洁饮用水和环卫设施。

3. 本区域在卫生方面也面临着近期出现的新挑战。预期寿命的增加导致本区域一些国家人口迅速老龄化，而且这一趋势似乎肯定要加速发展。这对规划者和政策制订者产生深刻的影响，因为疾病负担会增加对昂贵的卫生服务的需求。同样，伴随着经济增长带来的生活方式的改变在现有传染病负担的基础上，又增添了日益严重的非传染性疾病。同时，艾滋病毒/艾滋病、肺结核和疟疾以及新出现的疾病，例如严重急性呼吸系统综合症和禽流感等都有带来灾难性倒退的威胁。

4. 有证据表明，需要优先重视强化全面的医疗卫生服务以及提供这些服务的国家卫生系统的能力。全面的卫生系统能帮助各国实现大多数具体目标，但也是提供可持续的全民医保的关键，这不仅有利于《千年发展目标》的实现，也有利于对付老龄社会不断变化的需求和新出现的疾病。

5. 本区域也需要采取行动处理众多与卫生有关的其它问题，特别是获取药品以及卫生服务的贸易问题。同样，亚太区域的医务工作者迁徙到本区域以外的高收入国家虽然带来了大量汇款，并为移民提高其技能提供了机会，但这也会导致熟练医务工作者的严重短缺。

6. 加强区域合作是迎接这些和其它重大挑战的合乎逻辑的必要做法。亚太国家需要利用其资源(也许可通过一个新的区域筹资机制)，以筹集大量所需的资本来发展其

卫生和其它部门。同样，一个研究和审议卫生系统和进行政策宣传的区域机制将提供强有力的以事实为依据的研究和分析，有利于了解本区域卫生系统面临的问题。区域合作也可发挥作用，有利于处理影响获取药品的问题以及管理卫生服务方面的国际贸易流动问题；这些区域合作的目的是保护公共卫生，同时使经济效益最大化。

二、卫生与经济增长之间的关系

7. 亚太区域内外的经验表明，卫生与经济增长之间的关系是相互促进的。因此，卫生方面的投资具有经济意义，因为这些投资能减少发病率和死亡率负担，并促进卫生和经济两方面的福利。

8. 提高收入水平有利于改善营养状况，而健康的改善也会带来红利。为提高受教育程度提供更大的潜力。健康的改善也有利于提高工人的生产力，并相应增加劳动力供应。此外，由于上述原因而提高的收入可提高投资水平，并扩大资本形成。

9. 经济增长得以使更多资源流向卫生以及卫生系统发展方面。这就可以将覆盖面扩大到社会的所有阶层，特别是疾病负担最重的穷人和弱势群体。公共和私营部门的投资都有利于促进卫生系统的发展。这些投资也有利于确保提供医疗卫生服务的可持续性和质量。

10. 对与传染性疾病和非传染性疾病相关的风险因素的认识水平在很大程度上取决于为发展卫生而划拨的资源水平以及教育水平。在这方面，有利的经济状况可创造积极的环境，生活方式方面的因素也一样，其中包括对平衡饮食和体育锻炼好处的认识，以及对吸烟、酗酒和吸毒害处的认识。

11. 在过去的—个世纪，技术进步，包括卫生和相关方面的知识以及体制和管理能力的进步，在改善卫生成果方面发挥了重大作用，而且今后肯定会继续如此。对研究与开发的投资通常产生很高的回报率，从而使这些投资对私营部门很有吸引力。公共和私营部门的战略伙伴关系可以使研究与开发的成果造福公共利益，例如生产和提供价格低廉的药品。

12. 尽管亚太经社会区域在经济增长和卫生成就的总体水平方面取得了巨大的进展，但在国家间和国家内却存在着相当大的差异。尽管某些国家，特别是一些东亚国家，近年来取得了令人瞩目的经济增长，但本区域三分之一国家的年人均收入却不到 1000

美元，而其中有近一半国家的年人均收入不足 500 美元。此外，世界上有近三分之二的穷人生活在亚太区域，其中大多数在南亚，而这一次区域的卫生成就最薄弱。

13. 卫生趋势，例如与预期寿命和婴儿死亡率有关的趋势，在总体水平上也显示了重大进步。例如，现在亚太区域的人们比 45 年前可多活将近 30 年。然而，区域各国和国家内部也存在着巨大的差异。经济危机、收入不平等、战争和其它破坏对预期寿命和婴儿死亡率产生了负面影响，但施政不当和缺乏适当的卫生政策也在其中起了作用。

14. 确实，虽然提高收入水平可产生积极的卫生成果，但如果没有适当的政策环境或不重视服务的公平性和质量，投资就可能会被浪费掉。印度喀拉拉邦以及斯里兰卡和越南的经验表明，有利于穷人的政策以及高效利用现有卫生基础设施以及培训医疗卫生人才可带来重大进展，即使资源相对匮乏。

15. 亚太经社会区域的证据表明，收入与健康之间的关系并不是线性关系。在低收入水平阶段，健康会随着收入的增加迅速改善，但当收入增加超过某一点时，这种改善就变弱，尽管这种关系仍然是正比关系。目标明确的社会政策，包括为卫生部门划拨更多的资源，可大大促进卫生成果随着收入的增加而改善。

16. 为对付传染性疾病和非传染性疾病而投资制订全面的应对措施所挽回的潜在损失不仅会带来巨大的经济效益，也可大幅度降低发病率和死亡率。例如，预计 2005-2015 年期间，中国、印度和俄罗斯联邦由于非传染性疾病造成的国民收入损失共计 10970 亿美元。在柬埔寨、印度、泰国和越南，从 2003 年至 2015 年期间每年艾滋病毒/艾滋病很可能使约 560 万人陷入贫困。

17. 在制订和执行国家宏观经济政策时，应使这些政策有利于高效率卫生部门的发展。为了推动卫生的发展和促进增长，腐败和资源划配不当问题可通过改善各级的施政来解决。此外，人力资本的不足可通过筹集资金和创造机制以培训医疗卫生人才来解决，这有利于更好地提供医疗卫生服务，特别是为那些最贫困的人提供服务。

18. 可通过对目标明确的公共社会保障机制进行投资来保护最脆弱和最贫困的群体，包括妇女和穷人。在自掏腰包的开支中，这些群体承受的负担最重，在为卫生服务筹集资源的方式中，这种开支形式既不公平，效率也很低。为了成功保护这些群体，并确保他们能够享用到医疗卫生服务，需要在国家、区域和全球各级更加重视医疗卫生部门的改善。

三、医疗卫生系统与《千年发展目标》

19. 作为一个区域，亚洲及太平洋在实现至 2015 年的《千年发展目标》的大多数目标方面取得了良好进展；然而，在区域平均数后面人们看到的却是不那么乐观的一种景象。亚洲及太平洋区域贫困规模的绝对数是惊人的。亚太区域生活在农村地区没有环卫设施，儿童体重不足，营养不良，每天生活费不足 1 美元以及罹患肺结核的人数占全球的一大部分。

20. 在《千年发展目标》目标 4 的具体目标 5 方面，过去十年里整个亚太经社会区域在减少五岁以下幼儿死亡率方面的进展是稳定的。然而，这一具体目标对许多国家来说仍然难以实现，因为整个区域每年仍有将近 500 万的儿童在其五周岁生日前夭折。在目标 5 的具体目标 6 方面，每年世界上有 50 万的妇女由于妊娠和分娩并发症而死亡，其中一半在亚太经社会区域。

21. 关于《千年发展目标》目标 6 的具体目标 7，根据最新估计，2005 年亚太经社会区域有超过 900 万人感染了艾滋病毒/艾滋病，而本区域在这一全球疫病中所占的比例很可能继续上升。据估计，如果预防和护理的方案维持在目前的水平，本区域感染艾滋病毒/艾滋病的人数到 2010 年可能达到 1800 万人。本区域的疫情趋势表明，艾滋病毒/艾滋病在较年轻的年龄组中迅速蔓延，年龄为 15-24 岁的年轻女子比同年龄组的男子流行率更高。关于目标 6 的具体目标 8，疟疾在农村地区仍然根深蒂固。在绝对数方面，亚太经社会区域在全球肺结核病负担中也占有最大的比例：在 2004 年新发病例数最多的 22 个国家中，有 12 个国家在亚太经社会区域。

22. 有多种障碍阻碍实现与卫生有关的《千年发展目标》方面的进展。卫生设施方面存在着物质基础设施的不足，要么可能没有这些设施，要么这些设施短缺，或者在不卫生和不安全的状态下运作。例如，许多农村地区没有或很难获得产科急诊服务和产前保健设施，这是本区域许多国家在实现目标 4 和目标 5 方面进展缓慢的主要原因。诊所和医院可能过于拥挤，就医者必须等很长时间才能接受诊断和治疗，一些国家医院的病床数量很少。在一些情况下，虽然有产科急诊服务，但是分娩期和产后保健服务很差，导致新生儿感染风险增加。

23. 人力资源的短缺反映于以下一个事实：尽管本区域拥有世界上 60%的人口，但是其医务工作者中只占全球的 30%。本区域每一万人平均只有 20 名医务工作者，而在北

美和欧洲每 1000 人中就有 110 名医务工作者。本区域由熟练的医务工作人员接生的比例也是世界上最底的之一：在南亚和西南亚次区域仅有 37%。在艾滋病毒/艾滋病、非传染性疾病和精神保健方面，人力的不足尤其严重。在艾滋病毒/艾滋病方面，本区域许多国家，除其它外，在治疗方法、监测程序和抗药性方面接受过专门培训的卫生专业人员严重缺乏。

24. 缺乏获取必要和可靠的医药和疫苗的途径是人们关切的主要问题。世界上约有三分之一人口无法获取可挽救或延长其生命的必要药品。国内的结构性问题，例如许多卫生系统的容量小、药品和疫苗的质量控制很差或缺乏，和(或)药品的配送和发药方面存在瓶颈等，这一切都使获取有效药品的途径受到限制。

25. 必须处理卫生公共开支和其它投资不足的问题。本区域许多国家卫生开支的资金不足 GDP 的 5% 或者人均不到 30-40 美元，而这是宏观经济学和卫生委员会估计为确保提供必要的一揽子干预措施所必不可少的数字。社会、环境和经济决定因素在实现与卫生有关的《千年发展目标》方面发挥作用。在这方面，贫困是健康状况的一个主要决定因素。例如，目标 6 中的儿童和产妇死亡率以及疾病的流行率与贫困密切相关。

26. 掌握足够卫生基本知识非常重要，它使人们能够作出卫生风险方面的知情决定，并更好地了解预防疾病和改善健康的必要卫生推广措施。亚太经社会区域在提高入学率和完成教育比例方面取得了巨大的进展。本区域大多数国家的小学入学率超过 80%。然而，本区域有 13 个国家，特别是在南亚和西南亚以及北亚和中亚次区域的国家，报告说如与 1990 年的基准水平比较，在实现目标 2 方面出现了退步。

27. 性别不平等是许多《千年发展目标》缺乏进展的主要基本因素之一。在本区域许多社会中，社会和文化准则给予妇女及其福利和利益较低的地位。这些准则影响着社会、社区、家庭和妇女本身应对其医疗卫生需求的方式。实现教育方面的两性平等非常重要，可提高妇女的地位并向她们提供获取医疗卫生服务的信息渠道。

28. 不安全的饮用水和环境卫生差是传染性负担的主要成因，特别是影响到婴儿和儿童。尽管自然界赋予亚太区域丰富的水资源，在世界上缺乏净化饮用水的 11 亿人口中，将近三分之二生活在本区域。在亚洲及太平洋，没有得到清洁的环境卫生服务覆盖的人数也比世界上任何其它区域的要高，尽管在过去十年里取得了显著的进步。

29. 迁徙已成为传播传染性疾病的一个关键因素，而且仍然是影响实现《千年发展目标》方面进展的重要决定因素。迁徙者和流动人口在传播艾滋病毒/艾滋病方面的

作用已较好地记录在案。人员迁徙也导致了某些地区肺结核的传播和疟疾的再流行。在许多接收国，移民被排除在公共卫生服务之外，在一些情况下甚至合法移民的遭遇也一样。

30. 许多社会群体遭遇到系统性的耻辱和歧视，严重影响了他们的健康及其获取医疗卫生和其它公共服务的能力。亚太经社会区域最早感染艾滋病毒的人群包括静脉注射吸毒者、性工作者以及与男性发生性关系的男子。在本区域大多数社会，他们的生计来源、性身份和性行为性质上属非法，阻碍了他们获取医疗卫生的信息和服务。

31. 精神障碍者和身体伤残者通常受到包括其自己家庭在内的其他人的歧视和排斥，通常会在外流浪或被遗弃在社会机构。据估计在亚太经社会区域有 4 亿残疾人。其中绝大多数都是穷人或者被社会排斥的人，与非残疾人相比，他们在获取包括医疗保健服务在内的公共服务方面面临着更高的障碍。

32. 亚太区域的卫生系统需要作好迎接挑战的准备，以应对人口迅速老龄化以及导致非传染性疾病增加的流行病学变化方面的问题。在亚太经社会区域，在过去的 50 年里老年人(超过 65 岁)的人数增加了将近 3.5 倍：从 1950 年的 6400 万增加到 2000 年 2.34 亿。预计到 2050 年，这一数字将达到 9.18 亿，几乎增加 4 倍。这一人口变化深刻影响着本区域的疾病负担，从而影响着对卫生系统需求的性质。

33. 本区域的发展中国家和最不发达国家传统上面临着更重的传染病负担，例如疟疾、肺结核、水传染疾病和其它传染性疾病。迄今为止，人们还普遍地认为所谓“生活方式疾病”，例如糖尿病和心血管病和其它非传染性疾病(例如癌症)，在发达国家更流行。然而，由于老年人人口的增加，以及生活方式的改变，本区域许多国家现在面临着非传染性疾病和伤害的高流行率。当然，这是在传染性负担继续存在的情况下新增加的疾病负担。

34. 新技术的进步，例如与信息、通信和空间技术有关的技术，为更好享用卫生系统和提高卫生系统的质量提供了巨大的机会。信通空技术为各国政府和公民提供了一个手段，有利于通过大大提高生产率、改善获取渠道和提高服务质量，应对不断增加的对医疗保健服务的需求。信通空技术也有利于重塑提供医疗保健服务的未来方式，使其更加以民为本。

35. 要实现在实现与卫生有关的《千年发展目标》方面取得可持续的进展成为可能，就必须采取将重点放在加强卫生系统的全面做法，以平等和高效的方式提供必要的一揽

子卫生服务。这包括处理基础设施和必要药物供应的不足。这也意味着需要有效地处理与性别、教育、贫困和环境有关的卫生决定因素，以及更大范围的与贸易和经济政策有关的决定因素。

四、在亚洲及太平洋区域实现全民医保

36. 在运作良好的卫生系统的基础上提供全民医保非常重要，有利于保护亚太经社会区域的人口，使他们不会因为灾难性的医疗卫生开支而陷入贫困。本区域的发展水平以及各国卫生系统的状况格外千差万别。没有任何单一的答案或任何一套问题是对所有国家都适用的。然而，有几个在发展的各个阶段实现全民医保的成功案例，其重要经验教训可供借鉴。

37. 本区域的大多数国家已经制定了支持全民医保原则的医疗卫生政策；然而，在实践中，人们明白存在这样一个原则不一定会变为在提供医疗卫生服务方面的全民覆盖或公平，而且大多数政府的确在其政策中承认这一点。

38. 本区域的卫生系统在确保有效和公平提供医疗卫生服务方面的业绩十分参差不齐。尽管一般来说，本区域收入较高的经济体表明较好，但一些低中收入的经济体的确也做得不错，这突出表明了卫生政策和卫生系统设计的重要性。本区域的实证证据表明，在各种收入水平阶段的发展中国家中，那些在实现医疗卫生服务的普遍覆盖方面最成功的国家在实现与卫生有关的《千年发展目标》指标的各个方面表现也最好。

39. 本区域已实现全民医保的国家大体上可分成两个不同的群组：

(a) 主要是由税收资助的全民保障制度，如文莱达鲁萨兰国、马来西亚、新西兰、斯里兰卡、泰国和中国香港实行的就是这一制度；

(b) 覆盖全民的社会保险制度，这种制度在澳大利亚、日本、蒙古和大韩民国等国家实行。

40. 本区域在实现全民覆盖方面取得良好进展的国家的主要经验教训如下：

(a) 尽管本区域大多数国家表示它们已经制定了支持全民医保原则的卫生政策，实际上它们正在努力寻找落实这一原则的方法；

(b) 最贫困的国家可能缺乏成功落实社会保险制度的行政和管理技能，在这种情况下只有税收资助的做法经实践检验能够获得成功；

(c) 不管采取哪种方法，覆盖贫困人口需要政府投入大量税收资助，要么是以直接预算支助的形式提供免费的政府医疗卫生设施，要么是将税收投入到社会保险基金，代替由穷人交纳保险费；

(d) 实行全民医保涉及巨大的财政和行政问题，没有将其置于政治和政策议程前沿的政治承诺无法实现。本区域各国卫生与平等领域的学术界人士和研究人员需要寻找一种方法，以确保其研究结果被用作制订政策的依据；

(e) 在成功实现了全民医保的国家中，没有一个国家采用了明显有针对性的机制，所有这些国家都强调人人有权以及能够享用服务或保险覆盖。在一些的确采取了有针对性做法的国家，例如在马来西亚和斯里兰卡，这些措施倾向于是非正规和不明说的；

(f) 实行全民医保既要减少穷人面临的价格障碍，不管这些价格是公定的价格还是共同付费，也要提供实实在在的服务，以确保穷人不会享用不到这些服务；

(g) 经济发展，尤其是其能够扩大正规部门就业和提高政府能力的趋势，是一个重要的先决条件，决定着能否成功地执行社会保险战略，以实现全民医保；

(h) 已实现全民医保的国家在采取这些措施的过程中没有试图将其提供的一揽子服务局限于低收费和具有成本效益的非常基本的服务；

(i) 这些成功的国家在设计和建立其制度时经常向国际的先进经验学习，尽管它们最终总是选择适合当地情况的解决方法 and 战略；

(j) 区域合作可在帮助本区域各国方面发挥重要作用，有利于它们就实现全民医保的不同做法以及加强卫生系统的各种机制交流经验。这也有利于更好地了解现有的成功案例。

五、实现与卫生有关的《千年发展目标》所需的投资

41. 在亚太经社会区域的许多国家，社会部门支出的水平较低，加上对优化卫生投资的政策执行不力，导致在实现与卫生有关的《千年发展目标》方面进展缓慢。鉴于这些国家自掏腰包的支出水平较高以及其私营部门能力有限，政府应确保加强卫生制度所需的投资能够到位。此外，应充分利用现有的政策空间，执行有利于穷人的政策，以确保增加投资的效益能够不断地惠及社会中最贫困的群体。在亚洲及太平洋的某些国

家，公共资金可能达不到所需的投资水平；因此，私营部门和外部资金是必不可少的。

42. 为了更清楚地了解总体投资需求以及国内现有资金与所需资金之间的缺口，需要对这些研究进行分析。这就提出了将从一种环境获取的调研结果移植到另一种环境以及采取不同的方法的有效性。最重要的是改善可靠数据的收集和处理，并认识到，尽管数量能够达到一定目的，但增加投资不能确保产生出色的卫生成果，因为效率、公平和质量等问题也很重要。

43. 据各种最新研究估计，为实现与卫生有关的《千年发展目标》，所有区域的发展中国家至 2015 年将需要 200 亿至 940 亿美元的额外资金。这些研究也指出，捐助国和捐助机构每年需提供 150 亿至 330 亿美元的捐助。

44. 亚太区域卫生投资总需求的数字因所使用的估计数不同而不同。宏观经济学和卫生委员会的人均卫生支出超过 30 美元的数字使这些挑战看起来相当惊人。然而，根据联合国千年项目的估计数以及根据斯里兰卡和蒙古的经验得出的人均接近 20 美元的数字更加容易实现。事实上，如果为卫生部门划拨更多资源，高效利用这些资源和有利于穷人的政策，对所有国家来说实现与卫生有关的《千年发展目标》都是可能的。经济增长将使人均 20 美元的数字更容易实现，但是必须控制传染性疾病，例如艾滋病毒/艾滋病和禽流感。在一些国家，例如最不发达国家，需要外部资金来补充国内资源。对亚太经社会区域的最不发达国家来说，实现人均卫生开支 20 美元将意味着每年的投资需求为适度的 36 亿美元，或 2007-2015 年需要 324 亿美元，以补充国内筹集的资金。

45. 在增加支出时不仅要考虑到实现与卫生有关的《千年发展目标》，也要考虑到人口变化和不断变化的疾病形态。这些因素可对医疗卫生支出产生重大影响。据估计，仅仅这些因素就会迫使亚太区域的国家每年增加两个百分点的支出。老龄化可能造成高额的费用，主要是因为老年人更可能罹患慢性病以及需要昂贵的现代技术和药品治疗的疾病。

46. 预防和卫生推广工作支出是减轻从目前的趋势看来将会比较猖獗的发病率和死亡率负担的一种途径。社会医疗卫生保险制度需要更有效地纳入预防和卫生推广工作。使用已设立国家卫生账户的 15 个选定中高收入国家的占其卫生总支出 3.82% 的平均预防支出水平，以及宏观经济学和卫生委员会的估算数，将意味着平均每年人均 3 美元至 4 美元的投资。根据其它一些经验和上述的估算数算出了一些比较低的数字，低至上述数字的一半。

47. 这一性质的投资，以及防治诸如疟疾、肺结核、艾滋病毒/艾滋病以及禽流感等传染性疾病所需的投资可能看起来很大，但是其好处不仅在于能够减少死亡率和发病率，也在于能够挽回大量的经济损失，或者在增加出勤率、提高生产率和收入方面增加收益。然而，提高政府卫生支出需要卫生部门内外的其它服务进行补充，例如到医院的交通连接和容易享用饮用水和环境卫生设施。此外，通过有利于促进增长的政策和体制能力，例如刺激贸易，发展基础设施和吸引投资等，可加速与卫生有关的《千年发展目标》的实现。政府也需要通过组织安排或者法规和法律框架，创造促进各种机构投资于或提供社会服务的有利环境。

48. 为了填补投资缺口，必须更有效地利用国内外资源。这对最不发达国家而言尤其如此，其中许多国家在实现《千年发展目标》方面还有很长的路要走。捐助国仍然没有达到将其国民生产总值的 0.7% 作为援助的目标。它们不仅需要增加承诺，也需要通过允许发展中国家更多地进入其市场对发展中国家进行协助。另一方面，援助接受国需要制订设计周全、连贯一致的政策，以确保在利用资源时最大程度地实现成本效益和公平。

49. 总之，应强调采取一种连贯一致的整个部门一盘棋的做法，来规划和执行旨在实现与卫生有关的《千年发展目标》的干预措施，以改善卫生部门的协作，强化国家领导能力和主人翁精神，并加强全国范围的管理和提供系统。有关计划应该防治兼顾，以处理不断变化的人口和流行病学形态以及其它变化情况。此外，应利用立法推动增加对疾病防治的投资，并促使减少艾滋病毒/艾滋病等病患者面临的耻辱。

四、卫生与贸易的联系 区域观点

50. 卫生受到包括与贸易和经济有关的部门在内的其它部门的影响。除了具体涉及卫生部门的国内政策和法规之外，各种各样的国际承诺、规则和惯例对一个国家有效提供全民医保服务的能力会产生影响。除其它外，这些因素涉及医疗卫生服务和产品(包括药品)的贸易和投资。它们对卫生系统作出重大贡献，不受卫生部门范围内政策的规范或影响。因此它们是卫生的外部决定因素。

51. 为了在提供廉价的药品方面取得可持续的进展，本区域需要制订有利于克服一些供应方和需求方制约因素的连贯一致的政策和措施。其中包括有利于药品的生产性

研究和开发以及在与本区域有关的领域实行创新、平衡执行知识产权制度、公平竞争、以及公私营伙伴关系的政策。

52. 在没有基本医疗渠道的人中，亚太区域的人数最多。据估计世界上没有基本医疗渠道的 17 亿人中间，有 60%生活在亚太经社会区域¹。亚太区域拥有世界上五分之三的人口，但其在世界药品市场所占的份额仅为 18.1%左右。日本在其中占了 11.4%，亚太经社会区域的其它国家仅占 6.6%。世界药品贸易由工业化国家主宰。亚太区域是药品的净进口区域，其区域间和区域内的药品贸易水平也相当低。据世界卫生组织估计，在接受调查的 188 个国家中仅有 10 个国家拥有尖端制药业，具备较强的研究能力。高收入国家占全球医疗卫生研究支出的 96%。药品研究和开发的投资和能力集中在高收入国家，结果忽略了热带病和发展中国家的常见病，在过去的 30 年，开发的针对热带病的药品少之又少。

53. 有迹象表明，中国和印度等国家的能力正在崛起，已成为拥有巨大的创新能力和在区域市场原料药的生产大国。他们也被确认为争夺全球市场份额的竞争者。药品研究能力现在可能会得到提高，因为亚太区域许多国家正日益重视生物技术。认识到生物技术的增长潜力和战略意义，本区域许多国家已将其确定为一个优先重点领域。

54. 知识产权保护的状况可对本区域药品的价格和供应情况产生影响。中国和印度出口中的很大一部分是通过逆向工程开发的非专利药，这一来源可能会受到专利法变动的影响，其影响涉及消费者以及生产厂家。来自发展中国家的非专利药的竞争推动了治疗艾滋病毒/艾滋病的抗逆转录病毒药物的公开供应。同时，《与贸易有关的知识产权协定》² 实际上的确提供了一些灵活性，但各国在制定国家立法的进程中往往没有充分利用这些灵活性。《与贸易有关的知识产权协定》允许各国政府在国家紧急状况，或在已采取反竞争行为，或专利持有者不提供发明，并满足某些条件等情况下，对专利持有者的权利采取例外做法。关于药品专利的灵活性，2001 年的《关于〈与贸易有关的知识产权协定〉和公共卫生的多哈宣言》已加以澄清和强化。³ 在宣言中，世贸组织成员国一致认为，《与贸易有关的知识产权协定》不阻碍而且不应该阻碍成员国采取措施保护公

¹ 世界卫生组织，“世界医药状况” (WHO/EDM/PAR/2004.5) (日内瓦，世界卫生组织，2004 年)，第 7 章。

² 见“体现乌拉圭回合多边贸易谈判成果的法律文书”，1994 年 4 月 15 日在马拉喀什编写（关贸总协定秘书处出版物，销售号 GATT/1994-7）。

³ 世界贸易组织，文件 WT/MIN(01)/DEC/2。从可 <http://docsonline.wto.org> 查阅。

共卫生。他们强调各国有能力利用《与贸易有关的知识产权协定》内含的灵活性，包括强制性许可证制度和平行进口。本区域各国以及发达国家之间签署的越来越多的双边自由贸易协定也对本区域发展中国家和发达国家产生影响，因为其中一些双边和区域协定中与药品有关的承诺超出了《与贸易有关的知识产权协定》要求的范围。

55. 亚太经社会成员国为保护廉价药品供应的渠道需要采取的行动涉及落实和执行有关供应方和需求方的强有力的法规，以确保全民能获得基本药品。今后需要在鼓励创新的需求与廉价药品供应的必须之间保持微妙的平衡。本区域各国需要制定和执行由长期资金支持的卫生研究国家方案。应该关注掌握有利于推动这些研究的新知识和新技术。其他重要的供应方行动包括：利用《与贸易有关的知识产权协定》提供的所有灵活性，执行有关保护措施，例如平行进口和强制性许可证制度，以及消除引进非专利药的障碍。需求方的干预措施包括有利于促进药品合理使用以及非专利药处方的政策。采用区域做法来处理诸如利用贸易协定灵活性等问题是一个合乎逻辑的进展，可通过合作和协作提供创造性的解决方法。

56. 卫生服务的跨界贸易是一个不断发展的现象，对卫生系统的运作产生重要影响。卫生和经济部委的政策制订者需要更好了解其潜在影响。卫生服务贸易以四种模式进行，即：

- (a) 模式 1：跨界供应；
- (b) 模式 2：国外消费；
- (c) 模式 3：商业存在；
- (d) 模式 4：自然人的流动。

57. 本区域卫生服务国际贸易有了显著增加。模式 1 与跨界贸易有关，它在本区域仍在发展中，但是电信和信息技术的迅速扩展导致了跨界远程医疗的更普遍使用。远程医疗需要大力发展才能成为提供跨界卫生医疗服务的可行手段，因为与许可证、赔偿责任和质量有关的问题仍然悬而未决。模式 2 涉及在一个成员的领土为另一个成员的消费者提供服务。这涉及消费者为医学教育或治疗的移动。患者出国治疗正成为一些目的地国的一宗大买卖，例如印度、马来西亚、新加坡、泰国以及本区域的其他一些国家。

58. 模式 3 包括对医院、医院管理或医疗卫生保险进行投资。根据业界流传的消息，外国对亚太经社会成员国医疗卫生保健部门的参与仍然有限。在印度尼西亚，外国投资仅占医院病床的百分之一，在泰国，其所占比例为私立医院总投资的百分之三。印

度、马来西亚、新加坡和泰国的企业家对海外的卫生部门也进行了外向投资。模式 4 涉及自然人的临时流动。在亚太经社会的一些成员国医务工作者的迁徙是一种常见的现象。南亚和东南亚次区域的国家成为医务工作者的来源国，这些人员流向一些目的地国，例如澳大利亚、加拿大和美利坚合众国以及大不列颠及北爱尔兰联合王国以及其他一些欧洲国家。本区域一些国家也成为经合组织和一些中东国家护士的来源国。医务工作者的迁徙虽然以汇款的形式带来了巨大的好处，然而，它也带来了负面影响，例如人力资源的流失以及损失了发展中国家对人力资本所作的重要投资。

59. 对本区域患者跨界就医的情况进行了一项案例研究。促使发达国家患者出国接受医疗服务的因素包括整容手术日益受欢迎，医疗保险计划不包括某些医疗程序，在现行的国家卫生计划下做手术要排很长的队以及互联网上提供了全面的信息。其他因素包括本区域出现了一批高质量、最先进的医疗设备，特别是在私营部门，以及发达国家与发展中国家同一医疗程序和康复期护理的价格差别很大，服务质量却没有差别。接收国家获得的累积效益包括增加了旅游人数，医疗保健技术得到提升以及改善了医疗卫生服务的质量。一些缺点包括创造了一种提供医疗卫生服务的双层系统，从公共部门流向私营部门高收入岗位的“境内人才外流”，以及可能助长在提供医疗卫生服务时采取一种以技术为中心的做法，这意味着采用一种昂贵的医疗技术来治疗那些本可以通过比较便宜和同样有效的其他治疗方法进行治疗的疾病，从而推高了治疗费用。

60. 本区域各国可采取的政策备选方案包括：采取保护政策，以确保医疗卫生服务贸易不会影响公共医疗卫生服务的提供，以及采取促进政策，优化这些服务的经济效益，同时保护公共医疗卫生。保护政策包括：(a) 通过鼓励为贫困患者进行治疗的政策，确保民营医院可能通过外国投资或医疗旅游获得的现代技术和其他资源能够向所有人提供；(b) 通过处理与劳动和工资政策有关的问题，以及奖励医务工作者留在国内，采取政策留住医疗工作者，并减缓技术高超的专业人员迁徙的速度；(c) 收集和交换医疗卫生服务贸易的可靠信息。这有助于量化效益，并查明潜在的负面影响，从而有利于采取及时的政策干预措施。促进措施包括成立多部门工作队，接收国对医院进行核证，采取充分的护理标准，保存好医疗记录和为患者保密以及确保医疗保险的可转移性。区域合作对上述所有领域也非常重要。

七、结论和建议

61. 对区域和全球两级的证据进行的分析确认卫生与增长之间存在着明确的双向联系。然而,虽然经济增长可能在过去的一百年里为显著改善医疗卫生成果作出了贡献,但是本区域也有例子表明医疗卫生成果的显著改善在没有大幅度提高收入的情况下也可以实现。本区域的证据也表明健康的改善是劳动生产力和经济增长的强有力的推动因素。医疗卫生可用作减少贫困和饥饿的一个基本工具。然而,改善卫生对经济增长的重要性被低估了,这些改善可为更可持续的经济增长打下基础。

62. 亚太区域国家在实现与卫生有关的《千年发展目标》方面的进展参差不齐明显反映了这一情况。国家之间的医疗卫生水平千差万别,同一国家内不同地方之间的差异也同样巨大。隐藏在国家平均值后面的一个事实是,在许多国家,有大片区域和人群,包括最脆弱的处于最不利地位的群体,他们没有从经济增长和已取得的进展中受益。许多亚太区域国家在实现与卫生有关的目标方面进展缓慢,而且反复不定,主要是因为医疗卫生系统的资金不足,导致基础设施、人力资源以及必需药品的供应严重缺乏。亚太区域实现与卫生有关的目标的关键在于采取一种全面的医疗卫生制度的做法,通过运作良好的强大的医疗卫生系统,落实各种干预措施。

63. 各国也必须将眼光放到《千年发展目标》之后。本区域一些国家正在迅速老龄化,非传染性疾病的流行率也在上升。这些人口动态和流行病学变化对医疗卫生系统产生严重影响,因为它们将加重三级医疗设施的负担,并增加对康复和保健服务的需求。要满足这些需求必须建立高效率、平等和资金充裕的医疗卫生系统,使这些系统能够为各阶层的人提供最低标准的一揽子高质量的卫生服务。要提高卫生水平也要求采取行动处理卫生的主要决定因素,例如教育、两性平等、环境、环境卫生和安全饮用水等,其中一些决定因素也包括在具体的《千年发展目标》中。这些问题要取得进展就必须采取主要是在卫生系统范围之外的行动。与经济 and 贸易制度有关的外部决定因素对卫生系统的业绩产生重大影响,其影响涉及提供廉价药品以及卫生专业人员的迁徙等领域。管理这些外部的决定因素与处理卫生部门范围内的问题同等重要。处理这些问题的行动可归类为国家一级的行动以及那些在区域合作的总体框架下开展的行动。

64. 在国家一级采取的重大行动包括:

(a) *全面加强卫生系统*: 其重点应放在以下主要领域:

- (i) *加强基础设施*：不同国家拥有不同的提供医疗卫生服务的结构，这取决于其医疗卫生系统的历史演变以及为提供医疗卫生服务采取的模式。本区域许多国家迫切需要升级改造这些基础设施；
- (ii) *提升人力资源的供应情况和素质*：本区域医疗卫生系统训练有素的人力资源短缺是一个重大制约因素，不利于实现《千年发展目标》，迫切需要予以处理；
- (iii) *提供价廉物美的必需药品*：确保物美价廉的必需药品的供应需在卫生部门内外采取行动，而且对实现《千年发展目标》很重要。亚太区域各国采取的应对措施必须包括涉及供需双方的强有力的法规及执法。关键是要在鼓励创新以促进新药的开发与保护药品供应的保障之间找到一个平衡点；

(b) *最低标准的全民医疗保障一揽子服务*：最低标准的全民医疗保障一揽子服务不仅对向各个阶层的人群提供廉价的医疗卫生服务非常重要，对实现与卫生有关的《千年发展目标》也很重要。一个国家或一个区域内采取以权利为本的卫生做法可为提供全民医保提供一个权威基础。在亚太及其他区域，有两种不同的做法证明可实现全民医保：(i) 税收资助的国家卫生服务，(ii) 社会医疗保险资助的保障系统。这两种战略的关联性和合适性如何取决于一个国家的具体国情，但总体来说，社会保险的做法只在中等收入或富裕国家证明是可行的，而税收资助的国家医疗卫生服务的做法由低收入国家成功地采用。实现全民医保的重大挑战在于确保政府的税收收入能够被用来资助最贫困和最脆弱的群体的医疗服务，不管总体做法是由社会保险构建的模式还是由税收资助的医保模式；

(c) *加大对卫生的投资*：加强医疗卫生系统和提供全民医保的双重战略要求大量增加对卫生部门的投资。这需要所有利益攸关方，包括亚太各国政府、捐助国和援助机构作出大量努力；

(d) *处理卫生的决定因素*：一个国家的医疗卫生状况不仅仅取决于卫生部门内的政策，因此必须将卫生的考量纳入各级的政策决定进程。这些整合将有助于加强促进医疗卫生发展的政策。这也有助于查明由于具体政策带来的潜在卫生风险，并有利于减少或尽可能减少这些风险。其中涉及的政策领域应包括贸易、农业、环境、运输、劳工、规划和教育以及扶贫和社会部门；

(e) *卫生推广工作和健康的环境*：卫生推广工作超越医疗保健，涉及在健康的环境里的健康生活。健康环境的做法强调人与环境关系的重要性，一方面确认可持续发展与健康之间的联系，另一方面也确认人类居住环境的恶化与健康风险之间的关系。开展卫生推广工作要求采取多管齐下的做法，依靠多学科的投入，长时间在多层面对运作。这需要所有利益攸关方采取协调行动，其中包括政府、卫生和其他社会和经济部门、非政府组织和志愿者组织、地方当局、产业界以及媒体等；

(f) *整合新技术，包括信通空技术，以改善医疗卫生系统*：信通空技术可改善获取卫生服务的渠道，促进卫生公平，提高卫生质量和效率。然而，有效使用信通空技术取决于是否存在所需基础设施。基本和可靠的电力基础设施和覆盖整个国家的信通空基础设施是先决条件。应利用电子医疗来推动卫生公平，并改善脆弱群体和偏远地区人们获取服务的渠道，而不是一种仅仅造福社会中富裕阶层的工具。

65. 影响实现《千年发展目标》的许多困难和制约因素跨越各国和各区域的边界。一个国家采取的行动不能解决某些跨越多个国家和多个区域的问题。这些问题需要各方同时采取行动。此外，一个国家现有的资源可能不足以解决某些共同问题。因此，影响本区域一个国家以上的方案、政策和服务应被当作“区域的公益物品”来处理。在区域一级的合作是解决这些问题的切实可行和合乎逻辑的做法，但是这一做法在亚太经社会区域远远没有被好好利用。专题研究已查明区域合作的具体领域，以下对其中一些领域进行说明。

66. *增加卫生投资的区域筹资机制*：许多亚太国家可能没有能力产生足够数量的国内资源，因此难以实现与卫生有关的《千年发展目标》以及为全民提供基本的一揽子卫生服务。它们需要吸引大量外部资源。本区域在卫生部门基础设施、人力资源和医疗用品方面需要大量投资。2007-2015 年间，仅升级改造和维护基础设施的投资估计就超过 1000 亿美元。协调卫生领域官方发展援助和其他形式外部援助的现有机制没有起到理想的效果，因此需要探索新的方案和筹资渠道，为本区域的卫生部门筹集资金。

67. *卫生系统的研究机制*：亚太区域有为开展卫生系统的运作研究制定一个议程的重大需求，具体涉及筹资、提供方式、有效性、公平和质量等领域。到目前为止本区域对卫生系统进行研究的兴趣不大。这也许是由于多种因素综合造成的，其中包括不愿意提供资金，缺少能力以及缺乏对其重要性的了解。必须缩小这一差距，制定审议卫生系统的区域机制，才能收集到针对具体国家的加强卫生系统所需的证据。

68. 可设立这一区域机制，其目的是通过对医疗卫生系统以及影响这些系统的因素进行全面分析，支持和推动以事实为依据的卫生政策。这一机制可围绕与本区域各国有关的各种专题展开工作，并将目的定为创造能力以促进面向政策的研究和分析。这一机制遵守的原则是与各国政府、国际机构和在卫生领域工作的学术机构发展和执行伙伴关系，并就一系列问题交流区域经验，以便找出政策结论。拟议设立的机制将利用各种学术界人士、政策制订者和专家的专门知识来查明与卫生有关的指标的趋势，并提出需要改革的领域。

69. 专题研究里已介绍的经已查明的区域合作的其他领域如下：

- (a) 努力实现全民医保；
- (b) 有效监测传染病；
- (c) 确保廉价药品供应的区域行动；
- (d) 优化卫生服务贸易效益的区域合作；

70. 加强区域协作显然有助于加快实现与卫生有关的《千年发展目标》方面的进展，并减少本区域惊人的贫困水平。开展协作可减少发展水平巨大差异带来的影响。开展协作也能高效利用本区域的力量来制定应对这些挑战的战略，并动员所需资金来执行这些战略。延误合作将失去机会，代价更高。

.