



经济及社会理事会

Distr.: General
1 June 2009
Chinese
Original: English

2009 年实质性会议

2009 年 7 月 6 日至 31 日，日内瓦

临时议程*项目 2(b)

高级别部分：年度部长级审查

2009 年 5 月 28 日斯里兰卡常驻联合国代表团给经济及社会理事会主席的普通照会

斯里兰卡民主社会主义共和国常驻联合国代表团谨向经济及社会理事会主席致意，并请将 2009 年 3 月 16 日至 18 日在科伦坡举行的经济及社会理事会年度部长级审查关于“医疗筹资战略”主题的南亚区域筹备会议的报告（见附文）作为理事会临时议程项目 2(b) 的文件分发，供 2009 年实质性会议审查。

本次区域筹备会议审议了各国——尤其是低收入国家——在为其保健系统筹资以实现国际商定的全球公共卫生目标时所面临的关键挑战。与会者就国际社会如何帮助各国实现全民保健进行了讨论，措施包括：(a) 增加对卫生保健的供资；(b) 提高其可预测性；同时 (c) 以加强国家筹资系统和地方能力的方式向受援国输送资金以及确保改善危机状况下的保健筹资。会议还为交流医疗保健筹资中的最佳做法和创新举措实例提供了机会。斯里兰卡政府相信，该报告将为 2009 年年度部长级审查会议上关于该主题的讨论做出宝贵的贡献。

* E/2009/100。



2009年5月28日斯里兰卡常驻联合国代表团给经社理事会主席的普通照会的附件

提交经社理事会年度部长级审查的关于医疗筹资战略问题南亚区域筹备会议的报告

摘要

作为经济及社会理事会年度部长级审查进程的一部分，2009年3月16日至18日在科伦坡举行了关于“医疗筹资战略”主题的南亚区域筹备会议。该次会议由斯里兰卡民主社会主义共和国同联合国经济和社会事务部以及世界卫生组织联合主办。作为一次有高级别代表出席的多重利益攸关方磋商，会议分为全体会议和小组讨论，有121名代表出席。

包括几位部长在内的与会者审议了各国——尤其是低收入国家——在为其卫生保健系统筹资以实现国际商定的全球公共卫生目标时所面临的关键挑战。他们就国际社会如何能够通过如下各项措施帮助支助各国实现全民保健进行了讨论，措施包括：(a) 增加对卫生保健的供资；(b) 提高其可预测性；同时(c) 以加强国家筹资系统和地方能力的方式向受援国输送资金以及确保改善危机状况下的保健卫生筹资。会议还为交流最佳做法和创新举措实例提供了机会。本次讨论是在国际经济和金融危机日趋正在恶化的背景下进行的。

关键政策信息

讨论得出如下重要信息：

保健筹资的国内来源

- 为实现全民保健，必须找到增加国内供资的途径，并提高资源的利用效率；
- 为确保公平享受医疗服务，必须摆脱对自费支付办法的依赖，转向预付和共同分担的制度；
- 在亚洲许多国家，由于政府总支出中分配给卫生保健的比例依然较低，而收入却不断增加，因此有机会扩大国内的保健筹资，虽然一些国家预期增长率有所下降；

保健筹资的外部来源

- 必须增加外部供资，并使其更加可预测，且符合各国的国家优先事项，而且应以加强国家筹资系统的方式向受援国输送资源；

- 应当欢迎创新的保健筹资来源，但它们必须是补充性的；
- 必须克服捐助方倾向于重点关注个别国家而忽视其他需求的现象。

冲突局势中的医疗保健

- 医疗保健的改善是有可能的，甚至是在国家面临危机的时候；
- 保证保健系统——尤其是初级保健——资金充足，使各国能够预防次生灾害，例如在危机情况下的疾病流行和爆发等；
- 在恢复和重建期间，与其他方面相比，卫生保健领域依然资金不足。

一. 引言

国家元首和政府首脑们在 2005 年世界首脑会议上，授权经济及社会理事会举行年度部长级实质审查，作为其高级别会议的一部分，以审查在执行联合国会议和首脑会议各项成果方面取得的进展，并评估其对实现这些会议和首脑会议的各项目标和指标产生的影响。2009 年第三次年度部长级审查审议的主题是“落实全球公共卫生方面的国际商定目标和承诺”。

3 月 16 日至 18 日，斯里兰卡民主社会主义共和国政府在联合国经济和社会事务部及世界卫生组织（世卫组织）的支助下，主办了主题为“医疗筹资战略”的南亚区域筹备会议，以便为 2009 年审查¹提供信息。

这次会议为亚洲各国提供了参与审查的机会，包括分享有关保健筹资的最佳做法和经验教训，这将有助于推进和扩大实现国际商定发展目标的活动（见附件）。

会议汇聚了 121 名代表，包括多位部长、其他来自亚洲和其他地区国家政府的高级代表以及来自联合国系统和其他国际组织、非政府组织、学术界和私营部门的专家。代表们审议了在国内和国际医疗保健供资领域新出现的趋势、挑战和可能的解决办法、冲突中或危机后国家的保健系统面临的挑战、资助医疗事业的最佳做法和创新举措以及该区域在实现千年发展目标方面所取得的进展和面临的挑战。

二. 区域筹备会议的会议纪录

A. 会议开幕和主题发言

斯里兰卡民主社会主义共和国外交部部长罗希塔·博戈拉加马阁下宣布会议开幕。外长在欢迎致辞中说，在全球金融、经济、粮食、能源和环境均陷入危机的时刻，保健筹资问题以及更广泛的实现千年发展目标问题所面临的挑战日益严峻。他强调了为实现千年发展目标建立全球伙伴关系的重要性，即便对像斯里兰卡这样正在实现千年发展目标各项指标的国家来说也是如此。他深信，这次会议将使来自各方、知识广博的与会者能够参与宝贵的经验交流。

斯里兰卡保健和营养部部长尼玛尔·希里帕拉·德·席尔瓦阁下在致辞中强调了金融和经济危机可给卫生部门造成负面影响的各种方式。然后，他确定了一些可以帮助预防或缓解这些消极影响的行动。他呼吁尽最大可能保护社会部门。他指出，斯里兰卡实行免费医疗，其预算仅次于国防和教育。斯里兰卡把卫生方面的支出视为国家对未来的投资，虽然受到了危机的严重影响，但并未削减这方面的支出。为降低保健成本，政府正在支助预防疾病和促进健康行动。虽然

¹ 关于背景说明、方案、发言、介绍和与会者名单，请见 <http://www.un.org/ecosoc/newfunct/amrregional2009.shtml>。

斯里兰卡的卫生支出大部分来自国内资源，但是部长强调，世界银行、国际货币基金组织和亚洲开发银行等主要的全球性金融机构也有责任填补由全球金融和经济危机导致的财政缺口。

斯里兰卡民主社会主义共和国总理拉特纳西里·维克勒马纳亚克阁下在其主旨发言中回顾，斯里兰卡在两千多年前就已经开始实行公共保健筹资，当时奉行佛教的国王建立了公共医院并由王室拨款维持。尽管斯里兰卡绝非富国，但其卫生保健被国际观察员视为最佳之一。尽管受到恐怖主义和自然灾害——2004年海啸的影响，但斯里兰卡仍然取得了这样的成绩。

总理指出，斯里兰卡历届政府均承诺并致力于全民保健事业。尽管平均增长率一般，但斯里兰卡一直有系统地将相当一部分国民收入投入到旨在减少贫穷和发病率的社会福利方案中。总理还指出，虽然全民免费医疗和免费教育一直是斯里兰卡的一项国策，但马欣达·拉贾帕克萨总统将包括减缓贫穷在内的发展问题作为了其政策议程的核心，即“Mahinda Chintana”。政府的设想是，通过实行扶持穷人和促进增长的战略，实现年度增长率7%至8%的中期目标。

总理说，斯里兰卡为其在实现千年发展目标方面的成就感到自豪。他说，斯里兰卡赞赏包括联合国系统在内的各捐助机构为帮助其实现发展目标提供的支助。

经济及社会理事会副主席哈密顿·阿里大使阁下说明了经社理事会年度部长级审查的任务和目的。他强调了2009年全球公共卫生主题和区域会议议题之间的联系，并称这将有助于了解亚洲地区在保健筹资方面面临的挑战，尤其是在全球经济动荡之时。

哈密顿大使回顾说，虽然斯里兰卡在卫生领域取得了巨大的进步，但许多国家却尚未步入实现与卫生问题有关的千年发展目标的轨道，而且不得不在卫生预算缩减的情况下尽力保证收支相抵。他警告说，金融危机使最近取得的成果面临被逆转的威胁，从而危及进程。同时他指出，经济危机也提供了重新审视保健筹资方向和性质的机会。过去的经验表明，简单地削减卫生预算解决不了问题。重要的是维持基本的安全网络，以从而在千年发展目标方面取得进展，在经济危机之时尤其如此。

经济和社会事务部主管政策协调和机构间事务的助理秘书长托马斯·施特尔特泽先生在发言中说，在这次会议举行之时，世界正在经受自1929年大萧条以来最严重的金融危机和经济衰退。同时，国际社会正在开展历史性努力，以便将贫穷减半、与疾病斗争和改善数百万人的福祉。在这种情况下，人人都要学会少花钱多办事。

他提请各位注意在实现与卫生问题有关的千年发展目标上取得的进展。这是在持续经济增长（2000年至2006年期间来自公共和私营资源的保健援助几乎翻

了一番)以及世界领导人和私人慈善家坚定的个人承诺的支持下取得的。但是,他指出,只有坚定承诺和更多的资金还不够。他强调了国际社会总结出来的五大经验教训。它们是:必须完善医疗保健制度;必须通过实行捐助方协调和援助可预测性的原则使援助更加有效;鉴于22个与千年发展目标相去甚远的国家均为处于或刚刚摆脱冲突,必须更加关注危机中国家;必须更加关注新出现的挑战,如全球保健工作人员危机和非传染性疾病的激增;最后,必须重视健康的社会决定因素,以实现保健和发展目标。他回顾说,让不同的支持者和部门汇聚一堂进行磋商是经济及社会理事会一贯的传统。这一标志性特征在关于保健问题的2009年年度部长级审查中也将得到体现。

世界卫生组织(世卫组织)副总干事 Anarfi Asamoah-Baah 博士强调了保健服务方面的五个主题。首先,预防亚健康状况是一项重大而长期的投资,而人口老龄化正在增加其成本。第二,在保健筹资方面依赖外部力量是不可能的,必须在国内筹资范畴内找到解决问题的办法。第三,在保健筹资方面不存在普适性政策,但普遍的经验似乎是,应避免过度依赖自费支出等错误,这一点非常重要。第四,保健筹资有一项双重议程:增加供资和通过卫生部门改革提高效率。因此,保健筹资议程不仅意味着要将更多的资金用于保健,而且要让这些资金的使用更加健康。必须解决卫生部门的低效问题,让更广泛的行动者群体参与到政策对话中。最后,金融危机使过去几年所取得的进展面临巨大的破坏性风险,但这也是一次改革保健系统使之更具活力的机会。

B. 第一次会议: 保健筹资战略

第1讨论小组: 国内保健筹资

斯里兰卡科伦坡大学经济学教授 Weligamage D. Lakshman 教授主持该小组讨论。他在介绍性评论中重点谈到了斯里兰卡的特殊经验。他说,尽管自1970年代末以来,斯里兰卡的收入水平相对较低,但其卫生保健水平较高,并且在其他社会部门也取得了一些成就,这在统计学上是个奇迹。这些成就要特别归功于社会民主框架内的国家干预和国家支出。他指出,与世界其他地方一样,斯里兰卡的保健筹资来自三方面:公共部门、私营部门和自费支出。他说,虽然自2004年以来,保健方面的公共支出大幅增加,但在斯里兰卡,仍有一些地方需要增加投入,比如最近刚摆脱武装冲突的东部和北部地区。除了政府、私营部门以及可能的捐助机构和捐助国增加对保健部门的资源投入之外,为确保公平和公正,还必须提高可用资源的使用效率。

蒙古卫生部副部长 Tsolman Jadamba 阁下介绍了蒙古在寻找合适的保健筹资模式时遇到的挑战。她解释说,1990年之前卫生保健服务的经费来自预算,后来通过社会保健系统筹措。现在,保健事业通过医疗保险基金和自费支付供资。越来越多的私营部门参与其中。她说,蒙古需要一种能提供适当激励以确保保健服务优质、公平和透明的保健筹资系统。

她说，根据 1997 年亚洲金融危机的经验，人们非常担心保健系统可能受到金融危机的冲击。当时没有开展研究以评估金融危机对儿童健康状况的影响，然而十年后，在对参军的青年人进行体检时发现，29%的青年发育不良。为防止当前的危机产生类似影响，蒙古已经采取措施调集国内外保健经费资源来应对金融危机。

巴基斯坦卫生部部长 Rashid Jooma 博士报告了巴基斯坦保健筹资的趋势。Jooma 博士指出，目前人均保健支出约为 17 美元，按物价上涨和人口增长因素进行调整后仅比 15 年前增长了 15%。巴基斯坦提高国内供资的主要制约因素是省政府或区政府财政收入有限以及拨款未得到充分利用。

Jooma 博士提请大家注意保健成果并不总是与保健支出呈正比。重要的是对供资重点进行排序，设计出技术上合理的干预措施，并监测成果，以确保每个单位（即诊所、地区）都能对其预算加以说明并负有责任。他强调，供资应与成果挂钩，应探讨各种筹措资金的机会，包括税收、使用者付费、专款和外部援助。

在社会保护方面，他指出，巴基斯坦目前通过农村支助网络提供大病医疗保险。此外，政府正在根据家庭收入扩大住院治疗等昂贵保健服务的覆盖范围和付款额，并实行有条件的现金转移，从而把客户吸引到预防服务上来。

世界卫生组织保健系统筹资部部长 David B. Evans 博士回顾说，保健筹资的三项核心功能是：税收、共享和购买。他强调，保健系统还包括许多其他构成部分，比如服务提供、保健工作人员、医疗产品、疫苗和各种技术，以便高效、公平、优质地覆盖到所有人。

他指出，有人担心各国政府，尤其是亚洲国家的政府可能会面临削减保健支出的压力。反对这种做法是有理由的，尤其是当世界已经从过去的危机中认识到，在经济衰退的时候必须保证保健支出，以保护穷人和最弱势群体。

为减少对自费支付的依赖，重要的是推行预付和集中资金的办法，以此作为实现全民保健的措施。由于各国不得不少花钱多办事，因此危机提供了一个提升保健服务效率的机会，方法就是更加注重基于成果的供资。Evans 博士说，衰退和危机提供了一个推出大胆想法的机会，我们必须抓住这个机会。在金融和经济衰退期间，通过确保穷人和弱势人口能够获得所需要的保健服务来强化社会保护是极其重要的。对陷于衰退的国家来说，保健支出是一揽子刺激方案的重要部分。

最后，Weligamage D. Lakshman 教授指出，许多国家可用于保健的资源极其有限。此外，国内资源不可能满足生活在许多世界最贫穷国家的人们的保健需求。在此经济动荡之时，必须需要评估国内筹资系统面临的挑战，以改善全民初级保健。有人指出，除增加国内资金之外，还应强调提高国内支出的实效。建议更多关注人员技能、技术能力建设、培训和管理。此外，公共部门可学习私营部门的

创收和资源管理办法。可向私营部门学习的具体经验包括通过高效的供应链、分配系统和质量控制提高服务水平，以及如何将想法付诸行动同时强调速效。

第 2 讨论小组：外部保健筹资

该小组讨论了两个问题：一是南亚外部保健援助在资源、数量和质量方面的趋势；二是各国政府确保外部资金支持国内筹资系统和机构的发展途径。此外，还讨论了当前金融危机对全球保健供资的影响以及解决危机的办法。

主持人世界卫生组织（世卫组织）保健系统筹资部部长 David B. Evans 博士解释说，自 2000 年以来各国获得的外部支助呈明显增长趋势，尤其是在卫生领域。虽然南亚国家总体来说并没有严重依赖外部保健筹资，但在一些国家，外部资源占国家保健支出的 30% 以上。

日本外务省全球问题合作司高级协调员 Shinichi Asazuma 先生强调，有关全球卫生的综合方法应具有参与性和包容性。在当前的金融危机中，各国必须坚持其对卫生部门的承诺，继续探讨创新性筹资机制并努力改善发展中国家内部投入的分配和使用。他向与会代表们通报说，第四次非洲发展问题东京国际会议（第四次东京会议）通过了《横滨行动计划》，并承诺对全球卫生问题给予支持。

2008 年由日本主办的北海道洞爷湖八国集团首脑会议核准了《全球卫生洞爷湖行动框架》，并商定建立一个后续机制，以监测该进程。《框架》计划在以下几方面采取行动：加强卫生系统；产妇、新生儿和儿童保健；传染病；采用跨部门方法；以及增加资源。特别强调加强卫生系统，方法是通过强化保健工作人员队伍、卫生筹资和卫生信息，在垂直的疾病导向型卫生系统干预和水平的卫生系统干预之间寻求适度平衡，以及推广参与性做法。在八国集团首脑会议的后续行动中，日本介绍了世卫组织关于初级保健的决议，该决议将提交世界卫生大会。日本期待在意大利拉马达莱娜八国集团首脑会议上以及在那之后，能够将有关加强卫生系统的政策行动转化为实际行动。

科伦坡卫生政策研究所所长兼研究员 Ravindra P. Rannan-Eliya 博士重点谈到了 Takemi 工作组向八国集团提出的建议。鉴于在与保健相关的千年发展目标方面进展缓慢以及对贫穷和禽流感等跨国风险的影响，全球卫生问题对八国集团来说很重要。全球卫生支出的增加尚未充分转化为实现与卫生问题有关的千年发展目标方面的进展。每年，对自费支付的高度依赖继续将 1 亿多人口推向贫穷。Rannan-Eliya 博士强调，虽然人均 30 美元保健支出的全球指标不可能实现，但即使援助达不到当前承诺的水平，千年发展目标和普及保健服务也可以通过提高医疗保健效率得以实现。他指出，一些更贫穷的亚洲国家已经以人均不足 10 美元的公共支出实现了与保健有关的千年发展目标。

Rannan-Eliya 博士强调，为提高保健成果，各国应确保风险保护、穷人获得服务的机会和服务效率。根据一项全球调查，只有公共筹资——包括税收融资或

社会医疗保险与税收融资相结合——成功地成为了保健供资的核心途径。在贫穷国家，事实证明只有税收融资与公共服务相结合才是有效的，而在中等收入或高收入国家，社会医疗保险可以获得成功。他呼吁八国集团国家增加对某些国家的支助，这些国家拥有专门的旨在免除自费的公共卫生系统。此外，他们应支助发展中国家的决策和技术能力发展。他认为金融危机是一次完善社会保护和改革公共卫生服务结构的机会。

亚洲开发银行副行长乌苏拉·谢菲尔·普罗伊斯女士称，亚洲已经取得了显著的卫生保健成果。然而，虽然最近经济持续增长，财政空间不断扩大，但是其卫生保健支出总额是处于世界上最低的水平，政府支出非常低，而自费卫生保健支出相当高。由于这些因素，涉及针对穷人的卫生保健成果通常滞后，并且公共卫生筹资还不够有效、高效或公平。随着人口的增长和老龄化以及全球金融和经济危机造成预算紧张，未来的卫生保健筹资的前途甚至还要面临更多挑战。在经济衰退期间，将保健支出列为高度优先事项并着眼于战略上的大赢比以往更加重要。

乌苏拉·谢菲尔·普罗伊斯女士提出了四项公共卫生政策建议，尤其针对南亚地区。一是保护穷人以及促进国家生产率、社会包容和社会稳定的基本保健支出。二是在有效衡量、监测和评价保健支出和成果方面进行投资。三是提供营养资助，尽管许多干预措施既负担得起也具有成本效益，但南亚 45% 的五岁以下儿童仍然有轻微或严重的体重过低现象。此外，根据《哥本哈根共识》，专家们将儿童的微量营养素补充视为在援助贫困人口方面最具成本效益的干预措施。四是征收烟草消费税并运用税款增加——而不是取代——现有的公共卫生支出。她说，通过投资这四项政策，各国可提高其保健的实效而不必大幅增加成本。

世界银行南亚区人类发展部门科首席经济学家 Pablo Gottret 先生指出，虽然捐助方供资在南亚保健支出总额中的比例正在增加，并且与某些政府方案相关，但捐助方供资在该区域的保健支出中所占比例并不大。他还指出，大部分双边卫生援助流向了撒哈拉以南非洲和垂直方案，主要是为了抗击艾滋病毒/艾滋病。此外，他还指出，南亚国家的公共卫生支出往往较低，许多国家严重依赖自费支付。财政空间的局限表示额外资源主要来自国内税收和支出效率。

Gottret 先生认为，在该区域捐助方供资遇到一些困难，尤其在当前金融和经济陷入危机之时。这些挑战包括：资源不足、供资不稳定（从而难以为经常性支出筹资）以及援助的可替代性。在没有充分调动国内资源的情况下，捐助方供资产生的失真和方案的可持续性仍然令人关切。在汇款减少的同时，当前的金融和经济危机将对政府增加和维持目前国内保健支出水平的能力产生不利影响。货币贬值也会使进口药品变得难以负担。在这样的环境下，家庭对公费保健服务的需求会增加。决策者应将重点放在确保获得基本服务方面，尤其是对 20%

的最贫穷人口，有针对性的方案往往对他们的卫生和营养状况产生最大影响。保护政府保健支出本身不是目标，而是必须确保获得基本服务。

全球卫生行动（全球卫生行动是一个跨欧洲的非政府组织和慈善团体网络，呼吁欧洲行动起来，帮助发展中国家在 2015 年以前实现与卫生问题有关的千年发展目标）项目经理 Simon Wright 先生介绍了欧洲对全球卫生议程的承诺。在全球金融和经济危机迅速恶化的背景下，他呼吁发达国家采取紧急行动履行官方发展援助的卫生承诺，以提高官方发展援助的质量，并对其他的创新性卫生筹资机制进行投资。他们还应考虑增加部门预算支助，并将国际卫生伙伴计划及相关倡议 IHP+ 作为增加捐助方保健供资的工具加以利用。发展中国家应让公民们参与其中，以确定卫生问题优先事项、减少不平等和确保全民享受医疗保健。

国际药品采购机制（国际药品采购机制是一个创新性机制，其目的是扩大获得有关艾滋病毒/艾滋病、肺结核和疟疾的药品和诊断的机会）执行秘书 Jorge Bermudez 博士说，国际药品采购机制旨在采取一种不同的措施，利用对在捐助国购买的机票征收的团结税税款来资助受益国的药品和诊断。他们的目的还包括与世卫组织和全球抗击艾滋病毒/艾滋病、结核病和疟疾基金等执行组织建立牢固的伙伴关系。自 2006 年以来，国际药品采购机制的成员从五个创始国——巴西、智利、法国、挪威和联合王国——发展到 29 个国家，该倡议资助的项目遍布 90 个国家。这样，国际药品采购机制通过利用其资金降低市场价格，提高质量，使用符合患者需要的药品以及响应药品运送的紧急需要而取得了增值效果。

以下讨论会议论及通过公共行政或非政府机构提供保健服务的问题以及水平或垂直供资的问题。政府代表们强调，外部供资应当用于强化水平方案，并由卫生部进行分配。据称，由多方行动者提供保健服务以及着重于特定疾病而不是加强保健系统的垂直方案歪曲了总体保健成果。在当前的金融危机中，由捐助方供资的垂直方案的可持续性也受到了质疑。非政府组织的代表们特别强调，有些公共行政部门不如其他机构有效，在一些国家，非政府组织可更有效地提供卫生服务。非政府组织还可能具有比国家机构更大的灵活性和创新性，但是它们应在国家计划的范围内与国家政府展开合作。还建议各国政府发挥监测和咨询作用，以确保提供服务的组织适当地引导和利用资金。因此，通过政府或非政府组织引导资金的问题被认为是非常具体化的。

一名与会者提请注意世界保健系统的多样化问题。为有效输送资金，需要采用符合特定国情的模式。为此，第一步应就以下几方面制订标准化准则：公共筹资应考虑哪些因素；因确定怎样的税收基准；指定用途税收的可能性；以及关于社会医疗保险的集资规范。第二步是发展国家能力，以分析何种途径最适合。第三步是积极支助各国改善和积极扩大现有机会。

Evans 博士对讨论进行了总结。他说，全球金融危机将只会加重当前由于缺少获得保健服务的机会而引发的危机以及由自费支付导致的经济灾难。国际社会必须确保不会减少外部保健供资。他还指出，虽然让八国集团负责履行其承诺会有所帮助，但最好记住这些承诺是与处在下降趋势中的国内生产总值相关联的，所以官方发展援助仍会减少。他还指出，讨论说明，发展中国家应在国际社会的支持下主导援助谈判，质疑提出的某些附加条件，确保援助对人民负责。应继续关注保护人民，而不是维持官方发展援助的数额。

C. 第二次会议：危机情况下的保健系统

第 3 讨论小组：危机中或危机后国家的保健系统面临的挑战

世卫组织东南亚区域办事处副区域主任 Poonam Singh 博士主持了第 3 小组讨论。他首先承认，当前的危机以及气候变化的影响对穷人和弱势群体影响最大。这些危机对保健服务的可负担性、可获得性和质量造成了负面影响。Singh 博士指出，《世界灾害报告》表明，在 1996 年至 2005 年这十年间，占世界 25% 人口的亚太地区承受了世界灾害的 44% 和灾害相关死亡率的 58%。

该小组重点讨论了保健系统有可能在危机期间受到影响的各个部分和政府可以采取的准备、应对和恢复行动。此外，还讨论了紧急援助在满足保健需要和支助保健系统方面的有效性以及在金融危机情况下有可能取得的进步。

在重点提到阿富汗的保健筹资时，阿富汗卫生政策和规划部代理总干事 Ahmad Jan Naeem 博士介绍了 2008 年一次调查研究得出的一些重要结果。这次研究发现，很难估计保健支出总额，因为阿富汗的主要筹资来源是自费支出。

虽然自 2003 年以来，阿富汗卫生部门的公共筹资总额增加了 54%，但与该区域其他低收入国家相比，其公共卫生支出依然较低。估计外部供资总额仍占 90% 以上。根据阿富汗承受的疾病压力，这些外部援助大部分分配给初级保健和传染病。相反，分配给药品和医疗用品的预算远远不足，导致了大量的家庭自费支出。给穷人获取服务造成了严重的资金障碍。虽然初级保健的优先事项被认为对穷人有利，但保健筹资的公平程度很低。与医疗保健提供者之间的距离遥远也是一大障碍。

Ahmad Jan Naeem 博士强调，需要提供更多信息供决策参考，以改善服务提供的效率，最大限度地提高人口的健康水平，从而实现千年发展目标。为解决这一挑战，卫生部正在制订一项由四个主要部分构成的保健筹资战略。第一部分是在卫生部内部建立卫生经济学和筹资能力，包括成本效益研究、公共和私营卫生服务单位的成本计算、援助协调以及建立阿富汗国家卫生账户。第二部分是加强与保健筹资有关的治理方法，包括水平方案预算编制、省级规划和预算编制以及非政府组织保健服务提供合同的管理。第三部分是，该战略旨在加强卫生设施资金和资源管理，包括高效使用卫生设施、支持公共和私营部门自治以及财务决策。

该战略的最后部分是研究与建立可持续的保健筹资工具，以便在全体居民中管理和分担风险并在阿富汗提供更公平、更可持续的保健筹资。

联合国开发计划署（开发署）泰国曼谷办事处副区域主任 Nicholas Rosellini 先生指出，亚太区域必须应对三方面的挑战，包括：频繁和严重的自然灾害；一些最新的和持续时间最长的冲突发生在该区域，有 16 个国家正在应对内部和外部冲突；除全球危机外，该区域还必须应对金融、粮食和石油危机，而且还是禽流感肆虐的中心地区。

Rosellini 先生强调，这些危机对实现千年发展目标有直接和间接的影响。比如，当住房、服务设施和生产性资产被毁，就难以消除极端贫穷和饥饿，生命的损失会降低生计的可持续性。许多脆弱家庭在危机刚结束就被迫卖掉生产性资产，这会将他们推向长期贫穷并产生更多不公平。同样，当灾后健康和营养状况不佳使免疫力下降，抗击艾滋病毒/艾滋病、疟疾和其他疾病的重要目标就难以实现。Rosellini 先生称，全球三分之二的艾滋病毒感染病例出现在复杂的危机情况下，因此，在人道主义应急阶段就应加以解决。此外，他说，在危机管理计划中建立艾滋病毒应对机制至关重要，以便制订出有关危机后恢复的康复方法。

Rosellini 先生说，在灾后和冲突环境下，对早期恢复规划和方案的供资必须是快速、灵活和可预测的。此外，为稳定和广泛的获得各项服务提供早期支助也是至关重要，它为和平建设奠定了务实的道路。然而，对早期恢复筹资的一项分析显示，经济恢复和基础设施部门所获供资数额最大，占总供资额的 30%，而医疗卫生方面仅占 2%，水和卫生设施占 4%。开发署副区域主任指出，资金缺口使得任何可持续恢复言论都成为空谈。

援救社印度分社小额保险科技支助协调员 Chinnaswamy Kumar 先生重点谈到了印度针对海啸受害者的卫生干预措施。海啸初期应急机构之一，援救社制订了《海啸应急方案》，以期在应对危机局势的过程中查明漏洞并加以解决。Kumar 先生解释说，按其项目设计，援救社的目标是将救济、恢复和重建方案与备灾和减少风险措施结合起来。

他着重谈到了援救社作为风险处理机制在海啸后引进的小额保险方案。它对生计恢复举措进行分级，以应对反复出现的不同程度的灾害。这种独特的小额医疗保险方案最初是在一个地区作为社区互助办法试行，由私营保险公司提供共同保险支助，现在已经被推广到其他地区。

为确保针对危机采取有效的卫生干预，干预措施应明确社区的需要和优先事项；对其他举措进行补充；有坚决不能妥协的标准和方案拟订原则；以及即使在灾害环境下，也必须使系统和程序制度化，并建设当地可持续性、管理和治理方面的能力。关键信息是可以将灾害变成社区的机遇。

世卫组织新德里区域办事处紧急卫生行动区域顾问 Roderico Ofrin 博士说，贫穷和健康状况不佳总是相伴而生，而灾害和贫穷更是如影随形。灾害破坏卫生设施和相关基础设施，使得肺结核治疗和接种疫苗等常规方案难以继续，导致疾病爆发。

必须为减少灾害风险制订综合跨部门方案。这样的战略有助于确保卫生设施在结构和非结构方面都能够抵御危险，并持续不断地提供基本保健。战略包含了使卫生场所能够抵御灾害的具体措施，确保各机构清楚如何在灾害中开展合作，并明确如何保护数据。

在随后的讨论中，有人指出，2005 年的人道主义改革就是为了解决与会者们提出的一些问题，比如缺乏问责制以及协调和专项资金问题。在改革中，人道主义协调员的作用是为了确保有效领导，引入中央应急基金是为了提高对人道主义应急的供资水平，而引入聚类方法则是为了加强不同行动者之间的协调。在缅甸试行时，新机构被证明有助于确保有效的人道主义应急。

所采取的措施帮助增加了人道主义灾害供资，却未能成功解决备灾工作的供资不足问题。目前，气候变化灾害已经造成 1 000 万生态移民，而这一数字有可能还要增加，因此，备灾工作的紧迫性显而易见。

强调了必须支助以社区为基础的办法，以实现参与性做法并以最弱势群体为对象。社区工作应利用现有的传统卫生设施和当地的应对系统，并应尊重传统价值观。与会者强调，社区备灾对于确保对灾害做出适当反应十分重要。

主持人 Poonam 博士补充说，该区域的大多数国家认为备灾问题主要是政府的责任。他们将这次海啸危机当作一次发展各项举措和与其他国家伙伴关系的机会。鉴于大多数伤亡发生在灾害最初的数小时内，那时其他人还正在赶赴救援的途中，因此，社区的应急能力建设十分必要。

D. 第三次会议：在实现千年发展目标方面取得的进展和面临的挑战

关于实现千年发展目标的进展和挑战的讨论小组旨在强调以下几点：各国政府为促进千年发展目标已经采取的行动；他们已经取得的进展；以及在实现目标过程中的障碍和挑战。该小组一致承认，虽然南亚区域在与保健有关的千年发展目标上已经有所进展，但有必要加大努力，以期到 2015 年预计日期前实现各项目标，尤其是在产妇保健和儿童营养不良方面。

主持人马尔代夫卫生和家庭事务部部长 Aminath Jameel 博士鼓励与会者在考虑面临的挑战之外，也要考虑到已经取得的进展，并牢记，实现目标的时间只剩六年了。

第一个小组成员财政和规划部国家规划司司长 Gunasekera 先生报告了斯里兰卡在千年发展目标方面的进展。斯里兰卡在过去几年里取得了巨大的进步，正

在实现或已经实现以下方面的目标：贫穷和饥饿；普及教育；儿童保健；产妇保健；以及消除艾滋病毒/艾滋病、疟疾和肺结核。该国在实现两性平等指标上也取得了进展，但在妇女参与政治方面尚需进一步努力。

关于其他千年发展目标，斯里兰卡正在稳步向前推进。在环境可持续性方面，森林覆盖面积的比例自本世纪以来有所减少。为实现千年发展目标 7，议会议计划通过限制伐木来保护森林资源。他还说，斯里兰卡与各捐助方和其他国家紧密合作，以实现千年发展目标 8，并已成功采用了信息和通信技术。Gunasekera 先生认为区域间差异是实现千年发展目标的主要挑战。斯里兰卡在其 2008—2015 年发展计划中提及了这一问题，并相信能够在 2015 年之前实现所有千年发展目标。

77 国集团加中国主席、苏丹常驻联合国代表阿卜杜勒马哈穆德·阿卜杜勒哈利姆·穆罕默德先生阁下称，在实现千年发展目标方面的进展很不均衡。需要进一步努力实现普及初等教育，尤其是对女孩，并将依然无法获得安全饮用水和适当卫生条件的人口数量减半。他还强调，为了达到环境可持续目标，解决气候变化问题至关重要，期间要考虑到发达和发展中国家的不同责任。在与保健问题有关的千年发展目标方面，减少和消除艾滋病毒/艾滋病、疟疾和肺结核等疾病的进展仍然缓慢，尤其是在最不发达国家。他强调，为建立具备充分的基本科研能力且更为强大的保健系统，需要更多的财政资源。

穆罕默德大使强调，全球金融危机可能会使千年发展目标的实现延迟数年。他警告说，巨大的财富损失将严重影响国内支出，尤其是对社会部门，许多最不发达国家将越来越依赖发展援助。现在，极端贫穷现象正在增加，尤其是在最不发达国家和撒哈拉以南非洲的最贫穷和最弱势群体当中。

穆罕默德大使称，这一严重形势要求必须有效监测全球发展伙伴关系的落实。他呼吁联合国协助编制千年发展目标 8 承诺综合信息库，并指明该目标的具体指标和基准。这将有助于营造一个有利的国际环境，这也是促进落实其他国际商定发展目标所必须的。

欧洲委员会驻斯里兰卡和马尔代夫代表团团长伯纳德·萨瓦吉先生指出，经济增长本身与减缓贫穷和千年发展目标方面的进展并不关联。在医疗保健方面，萨瓦吉大使强调公共卫生供资水平与获得基本保健服务和实现千年发展目标 4、5 和 6 方面的可持续进步之间有着强大的相关性。根据《阿布贾承诺》，非洲联盟成员国致力于使其保健支出增至国家预算的 15%，这将促使处在经济增长过程中的国家更接近宏观经济和卫生委员会的最低要求，即人均 50 美元的保健支出。捐助方团体可通过增加和协调对公共卫生的供资来帮助填补剩余缺口。

萨瓦吉大使称，欧盟更大规模、更可预测和更加协调的援助鼓励合理的政策和充分的供资，从而确保公平享受包括保健在内的基本服务。他建议实行直接预算支助，允许对卫生部门的主要构成部分供资，并将发展援助与保健成果联系起

来。应更加关注人类健康资源、药品提供、保健筹资和分散的参与性管理，而不是关注特定疾病。他指出，根据这些目标，欧洲共同体承诺根据欧盟/非盟非洲行动计划帮助消除基本保健中的自费现象。此外，欧共体还帮助国际卫生伙伴计划并鼓励所有发展伙伴加入这一进程。

联合国人口基金（人口基金）执行副主任波尼玛·马内女士强调，千年发展目标 5——改善产妇保健——的进展最小。按照当前的趋势，千年发展目标 5 的两项指标——将产妇死亡率降低四分之三和到 2015 年实现普遍享有生殖保健——将无法完成。此外，产妇死亡率可以作为衡量保健系统业绩及其应急能力的一个关键指标。

马内女士认为，成功分娩取决于广泛的发展因素以及一套计划周详的干预措施。目前 99% 的产妇死亡发生在发展中国家，其中最严重的区域是撒哈拉以南非洲和南亚。为改善生殖保健，应将三项关键的干预措施作为优先事项：享有计划生育的机会、紧急产科护理以及熟练助产。比如，通过在助产士方面的投资，斯里兰卡将其产妇死亡率从每 100 000 例活产婴儿中死亡 1 500 例降低到死亡 30 例。为加快进程，各国政府和各发展伙伴必须着重加强保健系统，以建立强大的供应链、装备精良的设施和数量充足、训练有素的保健工作人员。因此，据估计，每年仅增加 60 亿美元的供资就可挽救 50 万妇女和 800 万新生儿。

E. 第四次会议：保健筹资方面的最佳做法和创新举措

该次会议包括八个介绍性发言，由世卫组织副总干事阿纳菲·阿萨莫阿·巴阿博士任主席，由世卫组织保健系统筹资部部长 David Evans 博士主持。该次会议着重介绍了一些创新性保健筹资举措，比如全球抗击艾滋病、结核病和疟疾基金、可负担抗疟药采购机制以及 Heartfile 在巴基斯坦实行的保健股权筹资试点项目。最佳做法的国家范例来自斯里兰卡和日本的经验。印度尼西亚分享了其在利用保健改革政治背景的重要性方面的经验教训。自营职业妇女协会以民间社会的视角论述了其在妇女方面的工作以及在医疗保健中的作用。瑞辉公司就私营部门和公共部门之间的伙伴关系如何促进医疗保健取得重大进步列举了具体事例。本摘要附件提供了个别发言的简要内容。

三. 结论和建议

在总结发言中，斯里兰卡民主社会主义共和国外交部部长罗希塔·博戈拉加马阁下对联合国大家庭，尤其是协同努力的经济和社会事务部以及世卫组织和亚太经社会的支持表示感谢。

他说，这次会议表明，当前包括金融危机在内的各种危机将对千年发展目标的实现造成负面影响。他还强调，鉴于显著的区域多样性，不存在“普适性”解

决方案。公共部门必须发挥主导作用，同时民间社会和私营部门的作用（包括通过公私伙伴关系发挥的作用）也很重要，

他明确了会议得出的四条关键信息。首先，保健目标应通过综合的多部门方法来实现。其次，必须分配充足的资源作为国内筹资，这依然是卫生政策的基石。必须努力提高资金的使用效率。再次，充足和可预测的供资对最贫穷国家至关重要。应尝试创造更多筹资机会的创新性方法。最后，应向危机后国家提供特别援助，并学习彼此的经验。

经济和社会事务部主管政策协调和机构间事务的助理秘书长托马斯·施特尔泽先生感谢斯里兰卡的盛情款待以及意大利和日本政府对会议组织工作的慷慨支助。他说，从众多不同角度对保健筹资进行开诚布公的讨论产生了丰富的信息，它们将为理事会在7月份举行的年度会议的讨论打下良好基础。

他说，本次会议的一项关键信息是，当前的危机带来了挑战，但也带来了机会。各国政府有机会根据新形势重新审视其保健系统，它必须能够在新的形势下运转。这就必须要采取多部门方法和多利益攸关方参与的办法，并且有必要探寻特定形势（尤其是危机后形势）下解决保健难题的办法。他强调，在就优先领域达成一致后，本次会议若要有所成就就需要将言论付诸行动了。因此，他鼓励与会者考虑如何能够运用所讨论的创新想法和实际解决办法来解决本国的保健难题。此外，他强调，通过其他区域会议或进行国家自愿情况介绍来保持相互之间的联系以及保持与理事会的联系非常重要性。

结论

许多国家在这次金融危机开始之前就已经存在卫生方面的危机。对自费支付的高度依赖估计每年使1亿多人陷入贫穷，即便是在当前危机爆发之前。中低收入国家以及冲突中或刚刚摆脱冲突的国家中的弱势群体是受影响极其严重的群体。目前，中低收入国家人口占世界人口的84%，而疾病负担却在93%以上，占全球保健支出的不足11%。此外，22个与千年发展目标相去甚远的国家均是冲突中或刚刚摆脱冲突的国家。

金融危机使得这一原来就存在的危机解决起来更具挑战性。它有可能逆转近来取得的成就，危害在千年发展目标方面来之不易的进展。我们必须利用从过去的危机中获得经验教训，并牢记在经济衰退时，必须保持对卫生部门的国内支助，以确保向穷人和最弱势群体提供可负担的、可获得的和优质的保健服务。在发展中国家越来越依赖发展援助之时，捐助方必须坚守其对卫生部门的承诺。虽然危机带来了许多挑战，但也应视之为一个改革保健系统和重新审视保健筹资方向和性质的机会。

国内筹资仍将是卫生政策的基石。高水平的公共卫生供资和基本保健服务的获得以及在与保健问题有关的千年发展目标 4、5 和 6 方面的持续进展之间的密切关联表明，各国政府必须继续主导医疗筹资——包括税收融资或社会医疗保险与税收融资相结合。有人指出，事实证明，在低收入国家国内，只有税收融资与公共服务相结合才是有效的，而在中等收入或高收入国家，社会医疗保险可以获得成功。虽然会上介绍的不同经验表明，在保健筹资方面并不存在普适性政策，但普遍的经验似乎是减少对自费支付的依赖和转向预付和集中资金以避免灾难性卫生支出和作为实现全民保健的措施非常重要。

自《千年宣言》签署以来，官方发展援助数额已经翻了一倍多，卫生方面的官方发展援助已经增加，不只体现在数额上，而且在官方发展援助总额中的份额上。虽然外部资金在亚洲总体保健支出中的比例不高，但是其中五个国家得到了由自外部资源供资的保健支出总额的 30% 以上，而另外八个国家得到了 10% 以上。尤其对这些国家来说，维持援助水平是当务之急，因为他们需要扩大提高国内收入的能力——比如扩大税收基础。然而，有人指出，对仅履行已有承诺恐怕还不够，因为这些承诺与不断减少的国民总收入紧密相关，因此官方发展援助也会减少。然而，也有好的消息，即在过去的全球金融危机中，卫生方面的官方发展援助并非必然减少。重要的是鼓励捐助方确保在这种时候不会发生这样的事情。在这方面，八国集团将全球卫生问题列入其议程——德国、日本，现在是意大利，以及其在 Toyako 所做的加强卫生系统的承诺——被认为是一个令人鼓舞的信号。

根据《全球卫生洞谷湖行动纲领》，与会者强调了垂直的疾病导向型卫生系统干预和水平的医疗卫生系统干预之间寻求适度平衡的重要性。与会者担心着重于特定疾病而不是加强卫生系统的垂直方案会歪曲总体保健成果，并且在当前金融危机的影响下可能无法持续。缺乏可预测性以及反复多变、附带条件、偏重于特定疾病和偶尔忽略政府被认为是一些关键挑战。与会者认为，受援国应发挥主导作用，并在就援助方式进行谈判时更加坚定，拒绝接受提出的某些援助条件。

现有的创新保健筹资机制，如国际药品采购机制、从创新筹资高级别工作队发掘的新型创新性资源、更多的部门预算支助以及利用诸如 IHP+ 等国际卫生伙伴计划相关倡议被认为是增加捐助方保健供资的有效机制。总之，与会者指出重点仍然应当是保护人民，而不是维持官方发展援助的数额。

与会者强调，完善资金的分配和使用与增加资金数额同样重要，因为保健成果与保健支出相关性不强。因此，制订保健筹资议程不仅意味着要将更多的资金用于保健，而且要让这些资金的使用更加健康。鉴于增加供资和提高效率这一双重议程，与会者建议，即使援助低于承诺的水平，即使达不到人均 30 美元保健支出的全球目标，仍然可以通过提高保健效率实现千年发展目标和全民保健。随着人口迅速老龄化以及流行性疾病的压力向非传染性疾病转移，人们更多地运用

以成果为导向的筹资办法，并且更加重视预防保健和卫生知识，这被认为是一些有助于长期节省费用的措施。

与会者指出，危机对于实现千年发展目标既有直接影响也有间接影响。比如，在住房、服务基础设施和生产性资产受到破坏，生命损失削弱了生计可持续性的情况下就很难实现消除极端贫穷和饥饿。强大的保健系统，尤其是初级保健有助于防止疾病流行和爆发等次生灾害。因此，扩大初级保健既是提高可获得性、可负担性和优质服务的有效措施，也是提高危机反应能力以及加快恢复和重建进程的有效措施。

关于灾后和冲突后情况下的保健筹资，与会者强调，为早期恢复规划和方案提供快速、灵活以及可预测的供资非常必要。然而，对早期恢复筹资的分析表明，经济恢复和基础设施方面获得的供资数额最大，达到总额的 30%，而卫生保健只占 2%，水和卫生设施占 4%。

与会者着重讨论了一些风险处理机制，比如引入基于社区的小额保险方案，这些机制使生计恢复举措形成不同层次，有助于应对反复出现的、不同程度的灾害。干预措施应对社区的需要和优先事项，并作为其他举措的补充。鉴于大多数死亡发生在灾后最初数小时内，因此建设社区应对危急情况的能力十分重要。

在整个讨论过程中始终强调更广泛行动者团体参与的重要性。此外，确保保健改革在政治上获得充分支持的重要性是共同的经验之一。

建议

提出了一些建议，供经济及社会理事会以及该区域内的行动者们审议：

- **重新提出全民保健原则，包括振兴初级保健，并重申全民保健的重要性；**
- **强调捐助国政府必须采取更快速的行动兑现其提高官方发展援助的数量和质量承诺，强调在当前经济危机下人们趋向更多依赖公共部门的时候不宜减少外部供资数额，同时希望提高资源的使用效率；**
- **在整体上扩大社会部门一般公共服务的提供，特别是保健方面；**
- **强调必须确保更良好和更公平的保健成果，包括通过风险分担和扶贫社会保险方案；**
- **确保向一段时间内仍将需要可预测的外部保健支助的亚洲部分地区提供外部资金，同时认识到，绝不可能将捐助方援助作为长期解决方案，因此，援助应用于建设国家政府筹集国内资源以及更有效利用现有资源的能力；**
- **继续努力，使外部保健资源与国家系统更好地结合在一起，以便使政府能够建立起保健系统、减少重复并最大限度地发挥协同作用；**

- 认识到，虽然不存在“普适性”政策，但国际社会应就受援国如何发展其筹资系统提供指导，并帮助其发展平等地与捐助方进行谈判的能力；
- 欢迎促进发展创新性保健系统筹资方法的努力，同时强调创新性保健筹资资源必须是官方发展援助承诺和本地资源的补充；
- 国家所有制要求公民充分参与政策制订以及监测和执行；特别重要的是将妇女和边缘化社区纳入其中；
- 非政府组织和民间社会组织能够在宣传工作中发挥重要作用，对政策施加影响，并能够在提供试行服务和被忽视的服务方面发挥重要作用，因此应予以支持；
- 增加对预防性行动和减少灾害风险的筹资。优先考虑在初级保健方面的投入，以此作为提高服务的可获得性、可负担性和质量以及提高危机反应能力和加快恢复和重建进程的有效措施；
- 通过为早期规划和方案提供更加快速、灵活和可预测的筹资来解决紧急情况下卫生部门的有关筹资不足问题；
- 欢迎将聚类方法作为一个有用的平台，以促进支持政府优先事项的部门间协作以及各种发展机构和不同类型行动者之间的有效协调；
- 加强社区抵抗紧急情况 and 灾害的能力，作为实现可持续的减少灾害风险和备灾的主要战略。

附文

关于保健供资最佳做法和创新举措的发言

1. 全球抗击艾滋病、结核病和疟疾基金主管创新性筹资的罗伯特·菲利普先生介绍了该项基金的成功经历。自 2002 年诞生以来，全球基金已经发展成为一个大型机构，认捐 200 亿美元，供资数额达到所有多边艾滋病毒/艾滋病供资的三分之一，以及所有疟疾和肺结核供资的三分之二。此外，该项基金积极参与这些疾病的预防工作，并有许多额外的筹资举措，比如（RED）产品。他解释说，全球基金只是充当资助机构的角色，响应国家需求，而方案的执行由各国负责。按菲利普先生的说法，方案是以国家为主导、透明、包容并基于一个注重结果和影响的模式。他强调，该项基金也资助加强国家卫生系统的方案和国家保健战略。尽管遭遇全球金融危机，全球基金的供资依然强劲，但是在维持全球公共卫生在国际议程中的首要地位方面仍然存在挑战。

2. Heartfile 的总裁兼首席执行官 Sania Nishtar 博士介绍了巴基斯坦的保健股权筹资试点项目。除了文盲和失业之外，保健费用是导致贫穷的最重要因素。这在亚太国家尤为明显，其在保健方面的主要供资途径为自费支出。她解释说，巴基斯坦的保健股权筹资试点项目是为了发展一种可持续的和可复制的保健筹资模式，保护穷人免遭灾难性支出的影响，并向援助者提供更高的透明度以保证其可持续性。在这一创新模式中，通过一项基金来为保健提供者支付薪水，以提高贫穷人口获得保健的机会。

3. Thomas Teuscher 博士介绍了将于 2009 年 5 月启动的可负担抗疟药采购机制。他强调，控制疟疾有助于实现所有千年发展目标，因此，是第三大成本效益型卫生干预措施。这一新机制将通过降低药品价格来增加获得基本治疗的机会。可负担抗疟药采购机制将利用国际药品采购机制的全球共同支付办法来确保患者在公共和私营部门中以可负担的价格普遍获得治疗。此外，可负担抗疟药采购机制致力于通过就关于低成本抗疟药物和标价问题的条款以及关于国际分销的条款进行谈判，使终端用户能够免费或以低廉的费用获得综合治疗。该机制将会使用以疾病为重点的国际资源，因此不会滥用国家系统，而且会减少自费支出。

4. 卫生政策研究所所长兼研究员 Ravindra P. Rannan-Eliya 博士概述了斯里兰卡的医疗保健状况，并将该国作为第三个医疗保健示范国加以介绍。发展中国家分配给医疗保健的经费只占国内生产总值的 2% 至 3%，无法为国家卫生系统提供足够的经费，需要成功地将公共筹资和私营筹资结合起来。就斯里兰卡而言，公共保健筹资只占保健支出总额的 48%，但这一有限预算的使用非常有效。斯里兰卡将公共资金特别用于资助医院和提供给住院病人，并确保穷人能够获得到公共保健服务。斯里兰卡确保不断完善针对穷人的各项政策，提高保健系统的效率。

5. 印度尼西亚大学社会保障研究所所长 Hasbullah Thabrany 教授着重谈到了印度尼西亚在发展新的国家医疗保健保险中的政治问题和经验教训。2004 年通过的《国家社会保障法》是医疗保健改革的推动力。按计划，新的医疗保健模式将提高保健成果，并取代零散的医疗保健系统。计划通过社会国家保险模式调集资金，其中政府对穷人获取医疗保健予以补贴。该模式面临着来自各地方政府、政治家和外部捐助方的压力，并因其强制性中央政府管控系统和资金管理而受到批评。他说，从印度尼西亚的经验得出的一个重要教训是，在改革保健供资模式时也应考虑到政治因素。

6. 福利和医疗服务机构执行理事 Kiyotaka Segami 博士介绍了日本在预防代谢综合症方面的国家政策。这是一种与生活方式相关的疾病，以腹部肥胖、高血压和胰岛素抵抗等一组代谢危险因素为特征，大大缩短了患者的预期寿命。日本实施了一些战略，并使所有利益攸关方参与控制由于其老龄化人口中的代谢综合症增加造成的医疗支出。治疗强调整体方法，其中主要措施是通过促进和支持改变生活方式来预防和控制危险因素，以药物治疗作为最后手段。该方法的成功在于与各利益攸关方和决策者合作执行长期连续的计划。

7. 瑞辉印度公司的执行董事 Kewal Handa 先生谈到了全球公私伙伴关系的潜力。为道路交通事故提供创新性救援服务的 Sanjeevini 行动、针对经济状况不佳的城乡患者的医疗保险计划 Arogya Raksha Yojana 医疗小额保险方案、由 Devi Shetty 博士创建的旨在提供免费和享受补贴的最先进心脏手术的 Narayana Hrudayalaya 医院网络、由 Novartis 基金会创建的旨在使患者获得治疗的麻疯病综合护理协会以及残疾管理等实例表明，公私伙伴关系能够为提供有效医疗保健做出重要贡献。瑞辉公司也有自己的全球公私伙伴关系项目，如动员防治疟疾方案、Diflucan 伙伴关系方案、全球卫生研究员方案、瑞辉 - Grameen 伙伴关系计划以及瑞辉印度医疗保健倡议，每一项方案或倡议都从治疗（药物和服务）、教授（教育和外联），建设（基础设施）和服务（社会宣传）中受到了启发。

8. 自营行业妇女协会协调员 Rehana Riyauala 女士在报告中说，自营行业妇女协会于 1972 年在印度成立，目前拥有一百多万会员。这是一个在印度非正规经济领域开展工作的贫穷妇女组织，包括三类活动，即工会、劳工和妇女运动。为实现充分就业和自力更生的双重目标，自营行业妇女协会实行一种能力建设、社会保障和资本形成相结合的综合办法。她解释说，自营行业妇女协会除了向其会员提供卫生教育和培训方案之外，还向她们提供预防和保健服务。自营行业妇女协会还实行了一些举措，包括针对穷人的医疗保健（尤其在农村地区）以及加强职业健康和安全。她说，事实证明这些元素合在一起成功地生活在印度的妇女提供了可持续能力。