



全民健康覆盖

秘书处的报告

1. 执行委员会在其第 132 届会议上注意到本报告的前一版本¹。本版报告吸收了会员国对该文件的评论，并介绍了有关各国实现全民健康覆盖进展情况的卫生和财政部长级会议（日内瓦，2013 年 2 月 18-19 日）的结果。
2. 全民健康覆盖日益被视为实现更好健康结果的关键并且是促进卫生系统发展的一个统一目标。仅 2012 年一年就举行了四次重要的高级别国际活动，着重强调实现全民健康覆盖的重要性。这四次活动产生了《曼谷声明》、《基加利部长声明》、《墨西哥城政治宣言》和《突尼斯宣言》。
3. 这些宣言和声明的依据包括：《2008 年世界卫生报告》，其中将全民覆盖视为初级卫生保健的四项指导原则之一；《2010 年世界卫生报告》，其中阐明了各国为实现全民健康覆盖可如何调整其卫生筹资系统；以及关于全民健康覆盖筹资问题的柏林部长级会议，此次会议发布了 2010 年报告。
4. 全民健康覆盖对可持续发展具有促进作用，也可从中得益，同时还提供了衡量可持续发展方面进展的途径。联合国可持续发展会议（里约+20）²以及关于全球卫生与外交政策的一项新的联合国大会决议³都注意到了全民健康覆盖在这方面的作用。
5. 其它一些国际进程加强基本卫生服务覆盖与财务风险保护之间的联系，其中包括联合国“每个妇女每个儿童”倡议（2010 年 9 月）以及联合国关于预防和控制非传染性疾病问题高级别会议（2011 年 9 月）。
6. 近来一些国际论坛的决定将全民健康覆盖作为卫生和发展政策的一项目标，这反映了国家层面的现状。巴西、中国、厄瓜多尔、加纳、印度尼西亚、摩洛哥、卢旺达、塞

¹ 见文件 EB132/22 和执委会第 132 届会议第 13 次会议摘要记录第 4 节。

² 见联合国大会 66/288 号决议，我们希望的未來。

³ 见联合国大会 67/81 号决议。

拉利昂、泰国和土耳其等各种低收入和中等收入国家已经采取步骤调整其卫生系统，以便向全民覆盖目标靠拢。同时，面临持续金融和经济危机影响的一些高收入国家正努力设法保持其过去的成就。

7. 在实施这些战略方面，各国认为全民健康覆盖包含两个相互关联的组成部分：向全民普及必要卫生服务（预防、促进、治疗、康复和姑息治疗）和财务风险保护¹。全民健康覆盖旨在确保人人都能获得所需的卫生服务而不会有破产的危险。向全民普及高质量的必要的卫生服务也包含诸多不同组成部分，包括：普及基本药物和卫生产品及技术；使人们能就近找到拥有各种适当技能、数量充足且积极进取的卫生工作者；以及能够为决策等工作提供及时信息的信息系统。

8. 例如，最近对泰国全民覆盖方案进行的审查表明，为穷人和非正规部门提供健康保险（完全从政府一般收入中支付）增加了这些人群对所需服务的获取并加强了财务风险保护。不过，为了使该方案能够运转，在卫生系统的各个部分采取了一系列其它行动，包括确保提供基本药物，确保卫生工作者能够留在农村地区，确保重点卫生规划在卫生系统的适当级别得到处理，以及确保为健康促进和预防工作提供充足资金。

9. 实现全民健康覆盖的过程需要在若干方面取得进展，包括：人们可以获得的服务范围（包括药物、医疗产品、卫生工作者、基础设施和确保良好质量所必需的信息）；服务费用被覆盖的比例；以及得到覆盖的人口比例。在金融或经济下行期间必须保护这些成果。全民健康覆盖并不是要落实一套固定的最低限度措施。

10. 提供必要服务可以增进或保持健康，使人们能够赚取收入，儿童能够上学，由此使他们有办法摆脱贫困。与此同时，财务风险保护可以防止人们因自付卫生保健费用而陷入贫困。因此，全民健康覆盖可促进减贫，并且显然具体体现了对卫生公平和健康权的关注。

11. 卫生大会认识到这一点，在 2011 年 WHA64.9 号决议中要求总干事，除其它外，为秘书处制定一份行动计划以支持会员国实现全民覆盖。WHA64.9 号决议以 2005 年的 WHA58.33 号决议²为基础，还要求编写关于实现全民健康覆盖的进展报告，特别要述及会员国以公平和可持续的方式开展卫生筹资以及卫生领域的社会保障情况。2005 年以来，世界卫生大会或区域委员会通过了 80 多项与卫生筹资或卫生系统发展有关的决议。这体现了对加强卫生系统以及全民健康覆盖原则的集体承诺。

¹ 卫生系统筹资：实现全民覆盖的道路。《2010 年世界卫生报告》。日内瓦，世界卫生组织，2010 年。

² 另见文件 A65/26，进展报告 A 部分，加强卫生系统。

实现全民健康覆盖方面的进展

12. 全球在实现全民健康覆盖方面取得了稳步进展，具体表现为：卫生服务（特别是那些与千年发展目标有关的服务）覆盖范围日益扩大，财务风险保护水平不断提高，以及卫生系统更广泛地得到加强。

13. 这是 2000 年以来促使世界多数地区儿童和孕产妇死亡率大幅下降的原因之一。

14. 整体社会和经济条件的改善也起了助推作用。人类发展指数包括三个重要组成部分，即健康、教育和收入。从 2005 年到 2011 年，该指数显示世界各地都取得了进展，其中最不发达国家的进展最迅速。世界贫困人口的比例也有所下降，不过有迹象表明，同一时期内许多国家内部的收入不平等现象却反常地增多了。由于这些领域以及其它社会决定因素方面出现改善，更容易为卫生筹集资金，更容易扩大必要卫生服务的范围并提高其质量和覆盖率，同时也更容易将之转化为更好的健康结果。

15. 尽管如此，仍有许多工作要做。据估计，全世界有 10 亿穷人仍无法获得所需的卫生服务。例如，在撒哈拉以南非洲地区，2000 年至 2010 年期间由熟练卫生工作者接生的比例从 44% 仅增加到 45%，而且据认为，用于预防或治疗非传染性疾病的许多必要卫生服务在世界许多地区覆盖率低下。就国家内部的卫生服务覆盖范围和财务风险保护水平来看，依然存在大量不平等现象。

16. 许多国家仍然存在卫生工作者严重短缺问题，并发现很难使他们留在缺医少药的地区。2007-2011 年期间对可负担的基本药物的获取情况好于之前五年，但在一些低收入和中低收入国家，基本（非专利）药物的获取率在公共卫生机构只达到 50.1%，在私营卫生机构达到 67%。10 亿多人无法获得基本药物。信息系统依然不能提供数据说明在大部分环境下预防和治疗非传染性疾病的多数干预措施的覆盖范围。

17. 尽管增加了卫生开支，但许多国家这方面资金仍不足以确保实现全民覆盖，甚至无法普及一套最低限度的卫生服务（即支持预防、促进、治疗、康复和姑息治疗的服务）。据卫生系统创新国际筹资高级别专题小组估计，为确保能普及哪怕一套最低限度的卫生服务，各国到 2015 年时必须将 2009 年的平均人均 44 美元提高到平均人均 60 美元¹。2010 年，低收入国家平均人均卫生支出为 32 美元；26 个会员国从包括捐助方资助在内的各种资金来源提供的人均卫生支出仍不到 44 美元。

¹ 除非另行说明，所有平均值都是未加权平均值。

18. 世界许多地区自付费用比例依然很高。据估计，1.5 亿人因未得到某种形式财务风险保护措施的充分覆盖而陷入经济灾难，并且 1 亿人出于相同原因陷入贫困。

19. 2013 年，联合国开始正式讨论，反思实现当前千年发展目标的进展情况并确定 2015 年以后的新目标。必须加快当前卫生相关千年发展目标方面的工作，同时也必须采取行动解决未列入千年宣言的疾病所导致的日益沉重的负担，包括非传染性疾病。实现全民覆盖需要通过加强卫生系统将关于每项重点卫生问题的工作结合起来。

20. 全民健康覆盖这一目标为整合上述各类工作提供了框架，并为国家卫生政策和战略工作指出了明确方向。

秘书处的应对

21. 支持会员国为实现全民健康覆盖目标制订供资战略的行动计划已经定稿¹。该计划系按卫生大会在 WHA64.9 号决议中的要求制定，重点在于向各国提供技术和政策支持，同时整理、分析和传播各国需要的证据。该计划还鼓励和促进各国分享经验，并认识到各国将必须根据自己的需要制定解决方案。

22. 行动计划的目标是确保所有国家在需要时能及时获得技术支持。自《2010 年世界卫生报告》出版以来，70 多个国家已在卫生筹资领域向世卫组织寻求某种形式的支持。为满足不断增加的需求，秘书处与提供卫生保健网络和非洲卫生协调倡议等伙伴开展合作。

23. 行动机会的重点是卫生筹资，这也是 WHA58.33 和 WHA64.9 号决议的主旨。计划所言技术支持的一个方面是各国如何评估其为实现全民健康覆盖供资以及卫生筹资系统的运行情况。技术支持的其它领域包括在必要时筹集更多用于卫生的资金、通过预付和统筹减少自费支出并分散财务风险，以及更加高效、公平地使用资金。

24. 提高卫生服务质量，增加卫生服务可及性，并以可负担价格向非正规部门提供是一项重大挑战。行动计划不包括这方面内容。因此，秘书处正采取措施加强给会员国提供的技术和政策支持，帮助其就整体国家卫生政策、战略和计划以及处理健康问题社会决定因素的思路开展政策对话。

¹ 《卫生系统筹资：实现全民健康覆盖的道路，行动计划》见http://www.who.int/health_financing/en/index.html (2012 年 3 月 12 日检索)。

25. 秘书处正继续努力支持会员国发展有效的卫生信息系统、增加可负担基本药物和技术的获得、发展并维护资格认证制度、保持强有力且积极主动的卫生人员队伍以及改进卫生治理，特别是其与监管和私营部门作用有关的方面。
26. 由于强调了前文所述有关国家卫生政策、战略和计划的政策对话，现已做出更多系统性努力使分散的制度更为协调一致，并且更有效地整合秘书处对卫生系统各个组成部分的支持。这也有助于将疾病控制规划纳入整体加强卫生系统的努力，并且与国际卫生伙伴关系实现援助协调统一、重点关注卫生结果的努力相一致。
27. 区域层面也在开展能力建设活动。例如，欧洲区域 2011 年启动了卫生筹资决策者培训规划，主题是全民健康覆盖。与世界银行合作在日内瓦召开了有关各国在实现全民健康覆盖方面取得进展情况的卫生和财政部长级会议（2013 年 2 月 18-19 日）。与会者强烈支持发展满足全民健康覆盖需求的卫生系统。全民健康覆盖是指：所有人，无论其支付能力如何，都应该获得所需要的高质量卫生服务，而不必使自己的家庭陷入财务风险。
28. 许多国家的代表表示希望将全民健康覆盖纳入 2015 年以后的发展议程。
29. 卫生相关千年发展目标方面未完成的工作被认为是全球关注的焦点，而适当、可及、可负担和高质量的卫生服务覆盖对于实现这些目标至关重要，特别是对弱势人口而言。同时，人们越发意识到非传染性疾病的负担，这使人们更加重视预防和促进工作的重要性，更加重视初级保健服务在提供长期和慢性护理方面发挥的中心作用，更加重视合理利用医院。
30. 会议强调，有必要让各个部门、民间社会、发展伙伴和国际组织的行动者（包括研究人员）参与进来。卫生部在推动和协调这一努力方面可以发挥关键作用，成为政府内外（包括私营部门）的卫生事业倡导者；但是与政府其它部门特别是财政部的互动至关重要。许多发言人提到，最重要的是在政府最高层做出政治承诺，这一点不可或缺。
31. 会议对世卫组织行动计划的大方向表示支持，对加强卫生系统其它方面的重要性表示赞同。会议认识到各国在实现全民健康覆盖方面的进展不同，每个国家实现目标的路径也不一样，因而呼吁世卫组织和世行在全球、区域和国家层面开展合作，共同支持各国。
32. 有些需求是各国的共同需求，如对进展情况进行更有力的监测、对改革进行更有力的评估以及建立更好的机制使各国能够制订循证政策。对实现全民健康覆盖的进展情况

进行监测的重要性是一个重复出现的主题，与会者要求世卫组织和世行确定监测框架，帮助各国跟踪本国的进展情况。

卫生大会的行动

33. 请卫生大会注意本报告。

= = =