



## 全民健康覆盖

### 筹备联大全民健康覆盖高级别会议

#### 总干事的报告

1. 执行委员会在其 2019 年 1 月第 144 届会议上注意到本报告的前一版本<sup>1</sup>并通过了 EB144.R10 号决议。
2. 在 2017 年通过的第 72/139 号决议第 24 段中<sup>2</sup>，联合国大会决定举行全民健康覆盖问题高级别会议<sup>3</sup>。根据该决议的要求提交本报告供世界卫生大会审议。

#### 全民健康覆盖：世界各地至关重要的卫生议程

3. 进入 21 世纪十多年后，卫生界正在努力应对流行病学的变迁、改变游戏规则的数据和技术趋势。最近的统计数据<sup>4</sup>显示：
  - (a) 至少有一半的世界人口仍无法获得基本卫生服务；
  - (b) 约有 8 亿人将其家庭预算的 10% 以上用于卫生保健；
  - (c) 每年有近 1 亿人因自付医药费用而陷入极端贫困；
  - (d) 平均而言，自付的费用约占每个国家卫生支出的 32%。

<sup>1</sup> 见文件 EB144/14 和执行委员会第 144 届会议第十六次会议摘要记录第 3 节。

<sup>2</sup> 见 <https://undocs.org/A/RES/72/139> (2019 年 2 月 21 日访问)。

<sup>3</sup> 全民健康覆盖意味着所有人都能获得他们所需的卫生服务，包括旨在促进更好的健康、预防疾病以及提供质量足以有效的治疗、康复和姑息治疗的公共卫生服务，并同时确保这些服务的使用不会使用户面临经济困难。

<sup>4</sup> 本报告提供的卫生统计数据来自世界银行集团/世卫组织。跟踪全民健康覆盖：2017 年全球监测报告。华盛顿特区和日内瓦；2017 年。

4. 这些事实引发了传统发展思想的转变，这种思想长期以来一直关注抗击疾病的挑战。世卫组织继续支持这种以疾病为导向的关注，但指出需要为其它挑战腾出空间，特别是实现全民健康覆盖和加强卫生系统。

## 可持续发展目标背景下的全民健康覆盖

5. 在 2015 年 9 月联合国大会通过的《2030 年可持续发展议程》中，各成员国再次承诺促进其人民的健康和福祉。2030 年议程的 17 个可持续发展目标中的若干目标具有与卫生相关的具体目标，如目标 3（确保健康的生活方式，促进各年龄段所有人的福祉）。具体目标 3.8（实现全民健康保障，包括提供金融风险保护，人人享有优质的基本保健服务，人人获得安全、有效、优质和负担得起的基本药物和疫苗）是实现整个目标 3 以及其它可持续发展目标的卫生相关具体目标的关键。

6. 全民健康覆盖本身既是目标，也是实现其它目标的手段。这对解决公共卫生问题至关重要，特别是确保卫生系统的应对措施。实现全民健康覆盖也有预防疾病和促进健康的潜力。因此，加强公共卫生干预措施的实施显然是实现全民健康覆盖的关键。

7. 实现全民健康覆盖的进展是一个持续的过程。具体目标 3.8 有两个指标：关于基本卫生服务覆盖率的 3.8.1，以及关于家庭卫生支出较大的人口比例的 3.8.2。这些指标代表了为监测世界全民健康覆盖道路做出的最新努力。

## 服务范围

8. 各国的服务覆盖水平差异很大。根据按全民健康覆盖服务覆盖指数进行衡量的结果，东亚（77）及北美和欧洲（77）最高，而撒哈拉以南非洲的指数最低（42），其次是南亚（53）。该指数与五岁以下儿童死亡率、预期寿命和人类发展指数相关。

9. 自 2000 年以来，基本服务的覆盖范围有所扩大。目前尚未提供全民健康覆盖服务覆盖指数的时间趋势，但现有时间序列指数中使用的 9 个追踪指标的平均覆盖率每年增加 1.3%，从 2000 年到 2015 年大致增加了 20%，其中增长率最快的是艾滋病毒抗逆转录病毒治疗的覆盖率（2000 年为 2%，2016 年为 53%），以及预防疟疾的药浸蚊帐的使用率（2000 年为 1%，2016 年为 54%）。虽然因数据有限，无法准确衡量获得充分服务覆盖的人数，但显然世界上至少有一半人口得不到充分的基本服务覆盖。

10. 关于特定的卫生服务，超过 10 亿人的高血压未得到控制；超过 2 亿妇女得不到充分的计划生育服务；近 2000 万婴儿未能开始或完成白喉、破伤风、百日咳（DTP）联合疫苗的初级系列，因此更有可能未能接种推荐的其它疫苗。

## 灾难性的卫生支出

11. 该领域的全民健康覆盖工作侧重于两个问题：“灾难性的卫生支出”，即超出家庭支付能力的自付费用（第三方不予报销）；以及“致贫的卫生支出”，即一个家庭因不利健康事件被迫挪用本应用于非医疗预算项目（如食物、居所和衣服）的资金，以至于被视为生活在贫困线之下。

12. 根据两个阈值报告发生了灾害性卫生支出：自付费用超过家庭总收入或消费的 10% 和 25%。这是可持续发展目标监测框架采用的方法。在全球级，2010 年估计有 8.08 亿人（约占世界人口的 11.7%）自付的卫生费用超过了 10% 的门槛，而 1.79 亿人（占世界人口的 2.6%）自付的卫生费用超过了 25% 的门槛。

13. 2010 年，西太平洋区域超过 10% 门槛的比率最高（14.8%），而东南亚区域超过 10% 门槛的比率为第二高（12.8%），而且超过 10% 和 25% 门槛的比率最高。自 2000 年以来，面临灾难性卫生支出的全球人口百分比和规模在两个门槛方面都有所增加：关于 10% 的门槛，增长率最快的区域是非洲和东地中海地区（平均每年+4.9%），其次是西太平洋区域（每年+3.6%）。美洲区域是遭受灾难性卫生支出的人口百分比和规模在 2005 年至 2010 年期间均下降的唯一区域（平均每年-2.05%）。

## 致贫的卫生支出

14. 致贫卫生支出的指标不是正式的可持续发展目标全民健康覆盖指标的一部分，但这些指标将全民健康覆盖与可持续发展目标 1（在全世界消除一切形式的贫困）直接联系起来。这些指标以国际美元计算并以国际贫困线为基础，具体地说，2011 年按购买力平价衡量的极端贫困为每天 1.90 国际美元，2011 年按购买力平价衡量的中等贫困为每天 3.10 国际美元。这两条贫困线太低，不能体现中高收入和高收入国家的贫困状况。因此，贫困发生率的衡量标准是家庭总消费或收入中包括自付费用的贫困人口数与家庭总消费或收入中没有自付费用的贫困人口数之间的差异。

15. 据估计，2010 年在每天 1.90 国际美元的贫困线上，有 9700 万人因卫生保健致贫（占世界人口的 1.4%）；在每天 3.10 国际美元的贫困线上，人数达到 1.22 亿（1.8%）。

按这两条国际贫困线，中高收入国家和高收入国家的贫困率接近或等于零。按 2010 年每天 1.90 国际美元的贫困线，2000 年至 2010 年全球贫困人口的数量和百分比从 1.3 亿（2.1%）降至 9700 万（1.4%）；相比之下，按每天 3.1 国际美元的贫困线，全球贫困人口的百分比和人数从 1.06 亿（1.7%）增加到 1.22 亿（1.8%）。

16. 2010 年，按每天 1.90 国际美元的贫困线，东南亚和非洲区域的贫困率最高（分别为 3.12%和 1.65%）；按每天 3.1 国际美元的贫困线，东南亚和西太平洋区域的贫困率最高。2000 年至 2010 年期间，按每天 1.90 国际美元和 3.10 国际美元的贫困线，非洲和西太平洋区域致贫卫生支出发生率有所下降，而在东南亚区域的发生率按每天 1.90 国际美元的贫困线下降了（-2.5%），按每天 3.10 国际美元的贫困线则上升了（+2.8%）。

17. 需要有力、持续的政治承诺和支持，专门用于卫生的更多政府财政空间，对卫生服务系统、初级卫生保健和具有奉献精神卫生人力的更多投资，以及更强的实施能力。所有这些因素对实现全民健康覆盖同样重要。

18. 作为世卫组织对实现《2030 年可持续发展议程》和促进协调的多部门方法以实施可持续发展目标的一部分贡献，秘书处与会员国和各伙伴合作实施世卫组织《2019-2023 年第十三个工作总规划》。本组织还正在与其它国际组织合作制定“人人享有健康生活和福祉的全球行动计划”，目的是要在会员国努力实现与卫生相关的可持续发展目标（包括关于全民健康覆盖的具体目标 3.8）时提供更充分的支持。

## 高级别会议的范围、方法、形式和组织

19. 在由 71 个有类似想法的成员共同提出的第 72/139 号决议中，联大以协商一致方式决定于 2019 年举行关于全民健康覆盖的高级别会议，并要求联大主席和世卫组织总干事与成员国协商，密切合作筹备该次会议，以确保取得最富有成效和效率的成果，包括可能交付的成果。

20. 联大在其第七十三届会议上通过了关于全民健康覆盖问题高级别会议的范围、方法、形式和组织的第 73/131 号决议，其中载有下列关键条款：

- (a) 高级别会议总的主题将是“全民健康覆盖：共同建设一个更健康的世界”；

(b) 为期一天的高级别会议将于联大第七十四届会议开始进行一般性辩论的前一天在纽约举行，时间从上午 9 时至下午 1 时以及下午 3 时至 6 时，包括开幕式、一般性辩论的全体会议、两个多利益攸关方小组会和简短的闭幕式；

(c) 多利益攸关方小组会的主题将考虑到正在开展的其它卫生进程和行动以及多利益攸关方互动听证会的方向和结果，以便确保取得最富有成效和效率的成果和可能交付的成果，并分享吸取的经验和教训以应对剩余的实施缺陷；

(d) 高级别会议将通过政府间谈判事先达成共识，批准一份简明扼要和注重行动的政治宣言；

(e) 作为筹备进程的一部分，要求联大主席在世卫组织和其它有关伙伴的支持下，于 2019 年 7 月底之前组织和主持一次多利益攸关方互动听证会，由成员国有高级别代表、联大观察员、议员们、地方政府代表、联合国有关实体、具有经社理事会咨商地位的非政府组织、特邀民间社会组织、慈善基金会、学术界、医学协会、私立部门和更广泛社区积极参与，并确保妇女、儿童、青少年和土著领导人的参与和话语权；

(f) 联大强调高级别会议需要补充和加强先前和正在进行的卫生进程和举措，包括：关于艾滋病毒/艾滋病、抗微生物药物耐药性、结核病和非传染性疾病的高级别会议，并欢迎召开全球初级卫生保健会议（哈萨克斯坦阿斯塔纳，2018 年 10 月），该次会议可能有助于在联大全民健康覆盖问题高级别会议上开展辩论。

## 高级别会议成果文件的编写

21. 根据第 72/139 号决议第 24 段的要求，世卫组织理事机构、高级别全球/区域政策论坛以及在编写实现全民健康覆盖的政治宣言草案方面的伙伴将指导世卫组织为筹备高级别会议成果所提供支持的性质。

22. 筹备过程的主要目标包括：

(a) 使会员国能够参与讨论并支持编写实现全民健康覆盖的政治宣言草案，供高级别会议通过；

(b) 将已经作出的政治承诺转化为具体的行动承诺，包括提高全民健康覆盖的实施能力；

(c) 呼吁所有利益攸关方向会员国提供协调的支持，逐步实现全民健康覆盖。

23. 政治宣言草案涉及的问题可能包括对全民健康覆盖实施工作停滞不前的担忧以及全球积极实施该项工作的必要性。可以确定各项挑战，并向秘书处、会员国和发展伙伴建议具体的行动。宣言草案还可以包括一个问责框架，使所有行为者，特别是各国政府，对全民健康覆盖的承诺负责。可以包括一个监测和评价机制，以审查国家级在人口、服务和成本覆盖面等三个方面实现全民健康覆盖的进展情况，查明瓶颈并确定直至可持续发展目标在 2030 年结束时的后续行动基准。

24. 作为筹备过程的一部分，世卫组织将支持联大主席按照大会 73/131 号决议的建议，在 2019 年 7 月底之前组织和主持一次多利益攸关方互动听证会，由所有伙伴积极参与。此外，世卫组织将积极支持和参与相关的全球和区域政策论坛，并汇总所有伙伴（包括更广泛的社区、民间社会组织和私立部门）对筹备过程的投入。

25. 世界卫生大会和执行委员会将为所需具体行动的知情讨论作出重要贡献，从而为高级别会议上的实质性决定铺平道路。

## 卫生大会的行动

26. 请卫生大会注意本报告。还请执委会着重讨论提供战略方向，使全球社会能够为实现全民健康覆盖做出协调的努力。

27. 请卫生大会进一步通过执行委员会在 EB144.R10 号决议中建议的决议草案。

= = =