



第六十八届会议

议程项目 127

全球卫生与外交政策

全球卫生与外交政策

秘书长的说明

秘书长谨转递世界卫生组织总干事根据大会第67/81号决议编写的关于会员国在努力接近于全民医保方面的经验的报告。



世界卫生组织总干事关于全球卫生与外交政策的报告

摘要

本报告说明了努力执行大会关于全球卫生与外交政策的第67/81号决议所提建议的情况。

本报告汇编和分析会员国如何努力接近于并保持全民医保的今昔经验。报告论述了与国家确定的社会保护最低标准的各种关联，同时还陈述了如何采取行动，共用、建立、增强机构能力，以利于根据全民医保制度设计方面的最佳信息作出决策，包括采用标准会计框架跟踪保健开支的流动情况。

本报告还初步论述了伙伴关系对于改善保健成果、应对保健部门和保健行动者所面临挑战包括实现全民医保的重要性。

报告的结论确认卫生与外交政策之间存在重要的相互关系。结论着重指出普及优质保健服务和金融风险保护是全民医保的两个组成部分，都具有重要意义，有助于增进人民的健康和经济福利。结论强调必须及时准确提供信息，帮助各国制订和执行有关政策，以进一步实现和保持全民医保，包括各国有必要交流经验，共享能力发展。

一. 引言

1. 大会第 67/81 号决议特别关切地注意到，对于千千万万的人来说，享有能达到的最高标准身心健康的权利仍是一个遥远的目标，部分原因是他们无法获得服务时支付保健费用，另一部分原因是如果要求当时付费，他们便不太愿意继续寻求或继续获得所需服务。决议着重指出，必须确保人们能普遍获得优质保健服务，其基础是初级保健，使人们能获得基本药物和其他医疗服务。决议同时强调，需要建立保健筹资和社会保护制度，确保人们不因为需自付高额费用而倾家荡产或陷入贫穷。
2. 大会注意到，必须将保健服务作为一个重要组成部分，纳入落实千年发展目标的工作，范围涵盖预防、治疗、康复、缓和医疗、推广保健最佳做法。
3. 大会欢迎关于健康、可持续发展与全民医保等主题的几次高级别会议的成果及其产生的决议，包括其第 65/277、66/2 和 66/288 号决议，其中强调了全民医保与可持续发展的重要性。
4. 决议邀请会员国确认促进全民医保与其他外交政策问题之间的联系。这些问题包括全球化的社会层面、凝聚力和稳定性、包容和公平的增长、可持续发展和国家筹资机制的可持续性。决议强调了全民医保与国家确定的社会保护最低标准等社会保护机制之间的联系。决议又邀请各国采纳各种战略，减少卫生方面的不平等状况，确保通过多部门办法实现可持续发展，其中将重点置于健康问题的决定因素，包括酌情将卫生问题纳入所有政策。
5. 决议吁请会员国重视全民医保对实现所有相互联系的千年发展目标的贡献，最终成果是使民众尤其是妇女和儿童生活得更健康；并确保保健筹资系统不断发展，避免在提供服务时直接支付大笔资金，包括为此采用预付费、随后进行保健集合供资的方式。同时，决议还鼓励会员国继续投资于并加强提供保健服务的系统，增加服务品种，保障服务质量，切实满足民众的保健需要。
6. 大会然后请秘书长在题为“全球卫生与外交政策”的项目下，向大会第六十八届会议提交报告，其中汇编和分析会员国以往和现在如何成功实施各种战略，使保健制度更接近于全民医保，包括与国家确定的社会保护最低标准的关系。报告还应介绍各国如何交流经验并努力建设和加强机构能力，以便获得必要信息和证据，用以作出决策，使保健和保健筹资制度的设计更接近于全民医保。在这方面，决议还具体提到应跟踪保健开支，包括为此采用标准会计框架。

二. 全民医保和社会保护

7. 全民医保意味着所有人均能获得所需保健服务而不因支付服务费用而面临倾家荡产的危险。全民医保涉及两个相互关联的医保概念，即：获得所需的(优质)保健干预措施；获得财务风险防护，确保无人因自付费用而陷入贫穷。

8. 能够获得所需的预防、治疗、康复、缓和医疗以及推广保健最佳做法有助于人们保持和改善健康。这种能力还保护人们的生计，使儿童能学习，使成年人能工作和谋生。全民医保的财务风险防护部分可防止人们因自付保健费用而陷入贫穷。同时人们也重视全民医保本身的价值，因为它能保证人们一生都能获得并负担得起可能需要的保健服务，从而感到放心。

9. 全民医保有助于衡量可持续发展的进度，并为此提供一种测量途径，同时也从中受益。联合国可持续发展大会指出实现全民医保意义重大(见大会第 66/288 号决议)。另一些国际进程也强调了实现全民医保的必要性。这些进程包括 2010 年 9 月发起的“每个妇女，每个儿童”倡议，还包括 2011 年 9 月举行的预防和控制非传染性疾病问题大会高级别会议。

10. 社会保护的目標是“确保所有人享有收入保障和获得基本社会服务的机会，特别关注弱势群体”。¹ 收入保障意味着人们知道自己一生不论就业状况如何，都会有足够收入支付生活费用。为保证这一点，途径通常是进行现金转移，例如提供母婴津贴、失业补助金、养老金。人们应能至少获得所有基本服务，包括获得供水、环境卫生、教育、粮食保障、住房、保健。

11. 社会保健一词普遍指具体与保健相关的社会保护，其中既包括与疾病和残疾有关的现金转移，也包括保健费用支付方面的财务风险防护以及获得基本保健干预措施的能力。

12. 全民医保与社会保健的两个要素都是密不可分的。全民医保的财务风险防护部分可促进收入保障，使人们免于因自付保健费用而陷入贫穷或财务困境。使人们能获得所需的医疗保健服务可促进社会保护的基本服务部分。

13. 社会保护最低标准联合倡议由国际劳工组织和世界卫生组织(世卫组织)担任牵头机构。该倡议是联合国系统行政首长协调理事会为应对最近这次金融危机所发起的 9 项联合危机处理倡议之一。该倡议呼吁各国执行社会保护最低标准，确保人民即使在发生经济和金融危机的情况下仍然收入有保障，并能获得关键服务。

14. 采取行动发展国家保健制度，从而进一步实现全民医保，这是社会保护最低标准保健部分的一个重要组成部分，可确保涵盖必要的保健服务和医疗费方面的财务风险防护。全民医保的远大目标是提高此种保护的标准，随着时间的推移逐步扩大所需优质保健服务的覆盖面，同时提高财务风险防护的覆盖面。全民医保和社会保健包含各国共有的一系列重要政策目标，但这两者并不意味着要在保健系统内采纳任何特定的体制安排。各国经验表明许多办法都能成功，但从这些经验中可提炼出某些关键的原则和共性。

¹ 国际劳工组织：《为实现公平和包容的全球化而执行社会保护最低标准》(日内瓦，2011 年)。

三. 各国经验

15. 在进一步实现全民医保并保持已有成就方面存在种种挑战，而且并不局限于任何特定国家集团。虽然高收入国家人口通常容易获得优质保健服务，并具备有效的财务风险防护机制，但这些国家仍面临增加服务和保持财务风险防护的持续压力，因为其人口日益老龄化，整个人口的需求也不断增长，同时还要采用通常较昂贵的新技术。这次金融危机的长期影响也带来了额外的财政压力，使各国难以保持以往的成就。

16. 尽管如此，巴西、中国、厄瓜多尔、加纳、印度尼西亚、摩洛哥、卢旺达、塞拉利昂、泰国和土耳其等各种低收入和中等收入国家已采取步骤修改保健制度，以进一步实现全民医保。仅在卫生筹资方面，自世界卫生组织发表题为“卫生系统筹资实现全民医保之路”的《2010年世界卫生报告》以来，就有80多个国家请求其提供技术咨询意见，介绍如何修改保健筹资制度。

17. 这些国家的经验表明，要加快实现全民医保的步伐，就需要以具体行动加强保健系统，创造有利环境，使保健系统能为改善卫生成果以及社会和经济福祉发挥有效作用。这方面有许多障碍，涉及财政、行政、政治等层面，且大多数国家都面临多种挑战。因此，不存在普遍适用的办法。每个国家都必须设法解决本国国情所决定的具体需求和问题，并利用本国国情所带来的机会。

18. 尽管存在不同之处，但也出现了一些有共性的问题。实现全民医保是一个动态过程。它不是一个固定的最低限度保健服务组合，而是要在几方面取得进展，包括：人们可获得哪些服务，质量如何；保险支付的服务费用占多大比例；拥有健康保险的人口占多大比例。要确保服务的供应和质量，同时确保能使用所需的保健服务，就需要许多不同组成部分，包括：民众普遍能获得基本药品、保健产品和技术；有人数充足、工作积极、从事各种必要医疗专业、与服务对象靠近的保健工作者；有信息系统及时提供信息，促进决策。

19. 要建立这样一个卫生筹资系统，使之能确保提供优质保健服务，靠近服务对象，且让人们不必担心获得服务会带来财务困难，就必须在以下一个或所有方面采取行动：筹款支付保健费用；确保人们担负得起保健服务费用，包括采用预付费和集合供资等机制（集合供资来源包括政府总收入、保险或混合来源）；积极确保现有资金的使用尽可能高效和公平。

20. 这方面有许多可能的例子。本世纪头十年中期，智利开始了一项改革进程，在保健服务的供应、服务质量、财务风险防护这几方面实行公平原则。智利启动改革的途径是小幅增加指定用途的增值税，将增收的资金用于一个机制，保障人人都能在若干明确条件下获得保健服务（服务随时间的推移已有增加），规定了治疗质量标准，并对等候时间和自付费用设定了明确限制。

21. 加纳 10 年来在强有力的政治支持下扩大了国家医疗保险计划，使该国在脱离服务时直接付费式保健筹资制度方面取得重大进展。这也是加纳全国性保健社会保护制度首次将农村和贫穷人口纳入与正规部门工作人员相同的保险公摊方案，而后者须缴纳强制性社会保险费。

22. 泰国长期开展保健系统改革。1990 年代泰国主要依靠缴费制健康保险计划，但 2002 年实施一项重大改革，确保所有未参加正规社会保障计划的人均有健康保险。普遍医疗保险计划的经费全部来自政府的一般收入，将全国资金集合到一个独立公共机构，由它与公共和私营服务提供者签约，确保人们能获得规定的服务组合及财政保护。最近一次审查显示，这一改革已大大提高服务使用和财务风险防护的平等程度，同时签约方式和支付方法还使实现该成果的成本低于大多数其他国家。

23. 这只是最近的一些例子。各国使全民医保取得重大进展的保健筹资体制在细节上互有差异，但也有若干共性，包括：(a) 大多数保健系统均主要依靠公共/强制性预付资金来源提供收入，这一点对于确保穷人和弱势群体获得保健特别重要；(b) 用公摊方式最大限度发挥上述收入的风险分担能力，包括减少分散化或减轻分散化的后果；(c) 转向战略性服务采购，即根据人口保健需求信息和保健服务提供者业绩信息向服务提供者分配收入。

24. 一些国家将修改保健筹资战略与修改全民社会保护机制紧密结合。例如，布基纳法索 2009 年启动了多利益攸关方政策对话，目的是执行国家社会保护最低标准。在这一进程中，保健是一个关键构成部分。该国出台了一项全民医保计划，旨在融合各种不同医保形式，使之更接近于全民医保。该计划被视为整个社会保障和安全网机制的一部分。

25. 许多国家都注重制定全国性社会保护最低标准，从而扩大社会保护范围。35 个以上发展中国家在这方面拥有具体经验，包括 10 年来扩大了社会保障系统的覆盖范围。此外，自 2012 年 6 月国际劳工大会通过有关国家最低社会保护标准的第 202 号建议以来，扩大社会保护范围的行动也日益受到重视。最近对 15 个发展中国家的研究表明，这些行动减少了贫穷、脆弱性和不平等。²

26. 由于各国努力发展国家卫生筹资和服务交付系统，使之更接近全民医保，扩大了关键干预措施的覆盖范围，并增强了财务风险防护。例如，实现千年发展目标进展情况年度报告表明，自 2000 年以来，大多数改善妇幼保健的干预措施以及防治艾滋病毒/艾滋病、结核病、疟疾的干预措施所覆盖的人口比例已大幅上升。从 2000 年到 2011 年，发展中国家由熟练保健人员接生的新生儿比例从 59% 增加到 66%。同期，撒哈拉以南非洲睡在驱虫蚊帐下的儿童所占比例从 2% 增至

² 联合国开发计划署/国际劳工组织/全球南南发展研究所：《社会保护最低标准的成功经验》(纽约，2011 年)。

39%。此外，2009 至 2010 年，针对艾滋病毒或艾滋病接受抗逆转录病毒疗法的人数增幅创历史新高。

27. 到 2007 年，130 多个国家已发布基本药品清单，其中 81% 的低收入国家在之前 5 年更新了该清单。

28. 巴西、智利、哥斯达黎加、古巴、德国和荷兰等国正在发展综合性保健服务网络，以保证人民能获得公平、全面、综合、持续不断的保健服务。另有许多国家目前正在解决初级保健服务的组织、融资和人员配备问题。

29. 自 2000 年以来，世界大部分地区的儿童和产妇死亡率均有下降，而上述加强保健系统和社会保健的努力就是主要原因之一。部分改进也可归功于整个社会经济状况的改善。2005 至 2011 年的人类发展指数显示，世界所有地区在健康、教育和国民收入方面均有改善，其中最不发达国家的改善速度最快。世界贫穷人口比例也有所下降。

30. 财务风险防护程度也有显著提高。2005 至 2011 年，所有区域自费占保健系统融资的平均比例均有下降，而预付和集合供资(提供财务风险防护)所占比例则有上升。一些国家的进展尤其明显。在收入水平和所在区域不同的 29 个国家，自费占保健开支的比例自 2005 年以来至少下降 25%。

31. 尽管如此，仍有许多工作要做。世界上估计有 10 亿穷人仍无法获得所需的保健服务。例如，2000 至 2011 年撒哈拉沙漠以南非洲地区由熟练保健人员接生的新生儿比例从 44% 增加到 48%，但与 100% 的目标仍相去甚远。据认为，世界许多地区预防或治疗非传染性疾病的多种保健服务的覆盖率很低(不过很难获得准确的数据)。各国国内在保健服务覆盖率和财务风险防护程度方面，仍存在严重的不平等现象。

32. 许多国家仍严重缺乏保健工作者，且难以使其留在得不到充分服务的地区。2007 至 2011 年可获得负担得起的基本药品的人数多于之前的 5 年，但一些中低收入国家的基本(通用)药品提供率仅达约 50%(公共卫生设施)和 67%(私营设施)。³ 大多数情况下，信息系统仍无法以数据显示大多数预防和治疗非传染性疾病的干预措施的覆盖率。

33. 尽管许多国家的保健开支有所增加，但仍不足以确保普及甚至最低限度的保健服务组合(即能支付预防、治疗、康复、缓和医疗、推广保健最佳做法的费用)。国际卫生系统创新性筹资高级别工作队估计，2009 年各国人均需要大约 44 美元，2015 年预计将升至 60 美元，才能确保普及即使是最低限度的服务组合。⁴ 2010

³ 联合国：《全球发展伙伴关系：使言论变成现实，千年发展目标工作队 2012 年报告》(纽约，2012 年 9 月)。

⁴ 除非另有说明，所有均值均未加权。

年，低收入国家的人均保健支出为 38 美元；世界卫生组织有 22 个会员国的所有来源(包括捐助者捐款)人均保健开支仍少于 44 美元。

34. 许多国家的自费比例仍然很高。估计有 1.5 亿人因没有充分获得某种形式的财务风险防护而倾家荡产，1 亿人出于同样的原因降至贫穷线以下。

四. 建立和加强国家实现全民医保的能力

35. 可以在若干重要平台的指导下增强必要的机构能力和个人能力，作为进一步实现全民医保的基础。第一个是保健服务平台，能在广大地域范围内提供所需的优质保健服务，包括预防、治疗、康复、缓和医疗、推广保健最佳做法。必须有这样的平台，才能确保民众平等获得必要的保健服务，包括为此加强初级保健服务，使之接近客户，具备适当的转诊系统，拥有足够数量的熟练保健人员，涵盖一系列必要的医疗专业，并能提供基本药品和其他保健技术。必须增强能力，做到能规划和提供必要的优质保健服务，同时做到能制定和实施有助于提供服务的卫生筹资系统。

36. 第二个是证据平台。它要求加强和保持获得证据的机构能力，并有效地按照证据作出决策，以设计、执行和在执行中修改实现全民医保的政策和战略。在这方面，必须注意发展、保持和最大限度加强对日常保健信息系统、进程和研究所产生数据的使用，以开展监测和政策评估。这个平台的一个关键组成部分是使程序制度化，确保定期跟踪保健开支情况(支出了多少资金、由何人支付、用于何处、取得了何种成果)。

37. 发展证据平台的一个重要组成部分是开展各种类型的研究。《2013 年世界卫生报告》的专题是全民医保研究，其中强调国家必须增强开展临床和实用政策研究的能力。国家必须有能力获取、分析、利用决策所依据的信息，才能设计协调一致的组合措施，以推动全民医保，监测进展情况，预测和适应不断变化的情况。虽然各国可借鉴其他国家的经验，但各国国情互异，必须具备分析能力，才能根据本国国情酌情采纳其他国家的经验。

38. 例如，吉尔吉斯斯坦于 2000 年开始努力增强实用卫生政策研究能力。该国在此后 10 年利用这项研究的结果设计和实施了保健改革。例如，根据卫生部长的要求研究了第一阶段改革，目标是减少医院病人的非正规支付。该研究提供了急需的证据，说服政府和外部伙伴支持在全国推出这些改革。

39. 第三个平台涉及业务能力和善政。例如在卫生筹资领域，要通过战略性服务采购提高资源使用的效率和公平性，就需要有能力分析服务使用数据和提供者业绩数据，并把该数据与资源分配决定联系起来。必须建立监管能力，以执行与保健服务提供者商定的合同，并在其不履行对病人的责任时实施制裁。同样，要确

保这些行动符合保健系统的总体目标，并确保资金获得最佳利用，也需要有机制来保障公共问责，例如设立监管委员会来监督负责此类采购决策的机构。

40. 例如，爱沙尼亚健康保险基金通过年度报告促进问责。该报告不仅以透明方式报告收入使用情况，还根据一系列指标报告业绩情况，衡量服务获取能力、服务质量、国民卫生行为改进情况、高效利用资源情况、内部业务程序。该基金定期报告国民满意度调查结果，并曾多次荣获公共部门透明度领先奖，其年度报告在爱沙尼亚政府机构中被确认为最透明、最有实质内容。⁵

41. 开展应用保健政策和社会政策研究培训对于增强能力是必要的，但仅增加具备此类技能的人员还不足以建立基于证据的决策。在提供符合政策需要的研究和监测的同时，主要决策者也必须有这样的需求。此外，各国还需要确定适当的体制安排，做到能保留其培训的人员，以确保其工作符合公共政策重点，同时确保其工作具有独立性和客观性。这项工作须保持平衡，解决方案须适应本国国情。

42. 为按照证据作出全民医保决策，需要就许多专题获取可靠资料。这些专题包括：供应和分配保健服务的所有要素，例如财政资源和人力资源、药品及其他保健技术、基础设施；目前国民普及及必要保健服务和财务风险防护的程度；对人民健康和经济福祉的影响；上述各领域的不平等问题。

43. 大会第 67/81 号决议请秘书长在报告中提供资料，说明采用标准会计框架跟踪保健开支流动情况的问题。经济合作与发展组织(经合发组织)2000 年公布了跟踪保健支出的标准框架，称为保健账户系统。该系统在各种收入水平的国家实行 10 年后，编制了订正版，称为 2011 年保健账户系统。合作编制者包括经合组织、欧统局和世卫组织，同时采纳了许多其他组织、机构和国家专家的意见。

44. 2011 年保健账户系统提供了一个用于决策的资金流动情况确定方式，可测定保健系统内从收入到供资机制的情况。国家决策者有了良好的保健支出跟踪方法，便能适应迅速变化的情况，就其执行的战略和政策获得反馈。这样能使决策进程更具针对性，并从总体上加强对保健系统资金流动的问责。

45. 许多国家目前正在执行这个经订正的制度。自该制度发布以来，50 多个国家获得来自国际和双边组织的支助，协助其培训工作人员和增强能力，以实施这一标准核算框架。直到最近，主要是高收入国家定期跟踪和报告保健开支，并利用此信息进行决策。但是，越来越多的低收入和中等收入国家，包括贝宁、老挝人民民主共和国、利比里亚、多哥和坦桑尼亚联合共和国，目前也在采取这方面的步骤。

⁵ Triin Habicht, "Governing a single-payer mandatory health insurance system: the case of Estonia", William D. Savedoff and Pablo Gottret, eds. *Governing Mandatory Health Insurance: learning from experience* (Washington, D.C., World Bank, 2008)。

46. 为支持世卫组织妇女儿童健康信息和问责委员会的建议所开展的工作，也在这方面发挥了作用。到 2015 年，将有 60 个国家已开展活动，跟踪总体保健支出、妇女儿童健康开支、各种疾病及病症防治开支，并将其与成果联系起来。

五. 通过伙伴关系创造有利环境

47. 《联合国千年宣言》以及《千年发展目标》的目标 8 为建立新发展伙伴关系提供了巨大动力。发达国家可根据其设定的框架订约，共同向发展中国家提供援助，帮助它们努力减少贫穷和实现其他发展目标。

48. 然而，保健部门长期以来一直在为改善保健成果开展伙伴合作。世界卫生组织《宪章》第二条规定的任务是“充任国际卫生工作之指导及调整机关”。世卫组织管理 800 多个机构组成的网络，作为世卫组织协作中心的一部分。世卫组织还设有 7 个伙伴关系，例如杜绝结核病伙伴关系和卫生政策与制度研究联盟。此外，它还与其他机构共同主办非洲盘尾丝虫病防治方案等方案。

49. 10 年来，全球性卫生伙伴关系、倡议和其他形式合作的数量稳步增加。联合国艾滋病毒/艾滋病联合规划署(艾滋病署)顾名思义就是一个创新性的伙伴关系。

50. 2005 年《援助实效问题巴黎宣言》和 2008 年《阿克拉行动议程》规定了提高援助质量和协调所有发展伙伴工作以增强援助实效的原则。130 多个国家和 28 个国际组织加入了这两个文件。在巴黎进程和阿克拉进程范围内改善健康的做法表明，尽管参与保健部门的行动者多种多样，但通过国际卫生伙伴关系等倡议可以改善各国保健战略的协调工作。

51. 2011 年的有效发展合作釜山伙伴关系显示，传统援助实效概念已向更广泛、更具包容性的发展合作方式转变，即更强调综合考虑国内外资源，且更注重成果。对相互问责概念作出了深化，增加了国内问责，由公民和民间社会组织对各国政府保障公共健康的工作进行问责。

52. 在大韩民国釜山所采纳的方法试图应对不断变化的发展挑战，因为目前世界上大多数穷人所在的国家按照经济增长水平被视为中等收入国家。官方发展援助不再是发展援助的唯一供资途径，而且这种援助已因全球金融和经济危机而减少。

53. 富国对穷国一次性援助供资的方案取得了一些成就。为了维持这些成就，需要采用新做法，在这些援助之外辅以长期可预测的供资协定，并纳入各国的国家金融和行政制度。国内来源、税收、侨汇、基金会优惠融资、外国直接投资和全球团结税提供的资金都在为发展筹资发挥作用。

54. 保健发展援助经过 10 多年的快速增长后，现已趋于平缓。保健领域的国家、区域、国际行为体数量持续增加，日益面临分散、重复、高成本的挑战。鉴于出

现的新趋势和新挑战，必须重新审视伙伴关系的地位、作用和主要特征，使之有助于落实富有变革性、以人为本、对地球问题有敏感认识的发展议程。

55. 同时，全世界领导人也通过若干高级别政治进程不断确认健康对发展的核心作用。联合国可持续发展大会重申，健康是可持续发展所有三个层面的先决条件、成果和指标。持发大会还确认，加强保健系统，努力提供公平的全民医保，是增进健康、促进社会融合、实现可持续人类发展和经济发展的先决条件。

56. 《大会关于预防和控制非传染性疾病问题高级别会议政治宣言》（大会第 66/2 号决议）指出，此类疾病是造成发展中国家贫穷和饥饿的一个因素，因此构成了 21 世纪发展面临的主要挑战之一。该政治进程明确显示，人们已认识到只有采取多部门对策应对非传染性疾病，才能防止家庭陷入贫穷，甚至防止世界各地的国家陷入破产。

57. 人们在关于 2015 年后发展进程的讨论中重申，伙伴关系在下一个议程中具有关键作用。2015 年后发展议程高级别知名人士小组的报告提出，在实现可持续发展的道路上有 5 个变革性转变。报告指出，建立新全球伙伴关系就是“使国际合作发生总体性变化，从而为国内变革提供政策空间”。⁶ 报告提议建立新全球伙伴关系，由众多行为体组成，每个行为体均发挥特殊作用。这些行为体包括：各国政府；地方当局；国际机构；企业界；民间社会组织；基金会、其他慈善家和社会影响投资者；科学家和学者；个人。

58. 包容性的伙伴关系标志着，要将传统的捐助国与受援国间关系转变为发展伙伴关系。就某个具体问题结成伙伴关系、联盟、倡议的方式表明很有价值，在防治艾滋病毒、结核病、疟疾等疾病方面带来了快速进展。联合国秘书长发起的“每个妇女、每个儿童”倡议掀起了一场独特的全球运动，动员各国最高级官员，激励各级保健行为者，为增进妇女和女孩的健康采取行动。

59. 这些倡议的另一重要作用是监测成果以及追踪资源认捐和支出情况。妇女儿童健康信息和问责委员会的工作表明，跟踪和监测工作对于查明瓶颈和制定适当应对战略的重要性与日俱增。

60. 10 年来，各种伙伴关系一直以政府、民间社会、私营部门作为平等伙伴，不仅是在供资方面，也是在治理和决策能力方面。各种伙伴网络的影响已遍及地方和社区的政治家及个人。社交媒体等新信息和通信技术已改变了信息传播方式，使新团体获得了发言权和影响力。

61. 高级别知名人士小组收到来自 5 000 多个民间社会组织和 250 位大公司首席执行官的反馈意见。80 多万人参加了“我的世界”调查（可查阅 www.myworld2015.org），评出了自己及家人心目中 2015 年后发展议程各领域应有的优先次序。他们将“改进

⁶ 可查阅 www.un.org/sg/management/pdf/HLP_P2015_Report.pdf。

保健服务”评为所有事项中的第二大优先事项。在按性别、年龄、学历、收入五分位数区分的15个群组中，有11个群组也将此评为第二大优先事项。

62. 为确保大量有针对性的保健干预措施能持续，可将其纳入国家保健系统。世界各地的快速经济增长并未带来社会服务和福利的相应增进。越来越多的国家因预期寿命延长而面临类似挑战。实现全民医保关系到所有国家，不论其处于发展阶段。各国在努力实现保健目标方面也遇到类似的障碍。

63. 为实现与健康有关的千年发展目标，正在筹集新资源，其中很大一笔是通过各种伙伴关系筹集的。这些伙伴关系包括：全球抗击艾滋病、结核病和疟疾基金；免疫联盟；国际药品采购机制。但是，最需要外部援助的国家通常最缺乏管理援助资金的能力。由于资金来自多种渠道，可能会扭曲国家优先事项，使工作偏离最需要的领域。国际卫生伙伴计划致力于使国内和国际来源提供的资金与国家确定的目标和战略相配合。该计划还提供一个工具，可用以就遵守援助实效原则这一问题共同评估国家政策，监测进展情况。

64. 要以有系统的方法取得更好的保健成果，就必须应对健康问题的社会决定因素。通过多个部门协调一致的行动，促进全政府、全社会方式，有助于提高整个人口的健康状况。可采取积极主动的决策方式，监测风险，吸取保健部门和环境部门的经验教训。为预防与环境有关的疾病，可将健康与环境问题纳入国家发展计划和各级能力建设工作中。实施《利伯维尔宣言》健康与环境战略联盟为非洲采取联合行动提供了基础，并为非洲开展部门间对话提供了区域平台。

65. 采取基于人权的方式，可有助于提高保健服务和设施的可负担性、可获取性、可接受性以及质量，确保将受益人纳入所有讨论，并使其参与相关决策进程。在获得保健服务方面，仍存在不平等和歧视情况，对于人们能否过上健康的生活起着决定作用。

66. 传统式技术援助正让位于在上游提供政策咨询。后者注重实际经验。这种经验可通过三方合作、南南合作、公私伙伴关系获取。在釜山举行的第四次援助实效问题高级别论坛发表《宣言》指出，南南合作在性质、方式、责任上不同于南北合作。

67. 这三个类型的伙伴关系展示了团结与合作相结合、共同应对全球挑战的办法。为使人民健康免遭新的和新出现的传染性疾病侵害，需要在全球级别采取各种监测和应对措施。鉴于当前保健队伍的状况及其流动性的增强，需要采取全球性解决办法，涉及到培训、分配、保留、奖励政策。这些领域是许多发展中国家共同关切的问题。世界许多地区的妇女仍很难公平获得基本保健、性保健、生殖保健和产科服务。

六. 结论

68. 人们日益要求获得优质保健服务，且要求价格负担得起。这正是全民医保的基本要素。全民医保向人们保证，他们在因紧急情况而有需要时能获得保健服务，而且是优质服务，从而使其安心。获得所需的保健服务还有助于人们增进并维护健康，从而有机会学习、工作、赚取收入。全民健康保险是可持续发展的重要组成部分。

69. 获得保健服务还与社会保护概念密切相关，因为保健是社会保护最低标准的重要组成部分。实现全民医保的努力有助于尽快提高社会保护标准，使人人都能在没有财政障碍的情况下获得所需的保健服务，且不因需要获得保健服务而陷入财务困境。

70. 全民医保对任何收入水平的国家都有意义，因为各国均由于国民需要和要求日益增长而面临这样或那样的资源匮乏问题。但是，各国实现全民医保的道路各有不同。同时各国经验还表明，任何办法都不仅须注重保健筹资战略，还须注重保健服务提供系统的所有组成部分，并须注重健康问题的社会决定因素。

71. 各国增强相互交流经验的能力是向前迈进的重要方法之一。另一重要方法是各国增强自身能力，做到能根据最佳证据制定政策，将政策付诸实施，然后监测和评价其影响，以便根据需要加以修正。

72. 为了迈向全民医保，需要依靠强大的信息系统及时提供与决策有关的数据。采用标准会计框架跟踪保健支出流动情况是一个重要元素。通过推出 2011 年保健账户系统框架，就可运用哪些办法为各国提出了国际商定的准则。

73. 国际卫生伙伴计划及相关倡议确定，需要通过 7 个具体行为来提高援助的协调一致性，其重点明确放在健康成果上。这些行为注重的方面包括：将商定的优先事项纳入国家保健战略，对其进行联合评估和联合监测，减少各自为政情况；资源列入预算并符合国家优先事项和国家承诺；实施统筹一致的财务管理和采购制度，同时开展能力建设，增强国家系统及其使用；开展有系统的学习；根据战略规划提供协调一致的技术支助。

74. 改进现有工具将可促进伙伴关系，推动技术创新，开发新医疗服务和医疗设备。同时还应确保对使用设备的保健工作人员进行教育和培训，以提高其专业能力。开展研发工作，致力开发新疫苗和新药品，将有助于改善其供应，使价格更可负担。同时还应打击低于标准、虚假、假标签、伪造和假冒的药品。

75. 伙伴关系必须是加强而不是拖累现有国家能力。伙伴关系须将援助质量置于数量之先。有必要作出以整体卫生办法为目标的体制安排，而不是一味增加报告

要求和指标。具有自主意识和共同利益的多个行为体，围绕共同目标建立伙伴关系，将有助于创立持久解决办法，也有助于解决当前问题。
