



REGIONAL OFFICE FOR THE WESTERN PACIFIC
西太平洋区域办事处

区域委员会

WPR/RC60/6

第六十届会议
香港（中国）
2009年9月21-25日

2009年7月23日

原文：英文

临时议程项目 11

亚太地区卫生筹资战略（2010-2015）

全民覆盖和普遍获得质量合格的卫生服务，从而取得更好的健康结果，是亚太地区的重要政策目标。本区域的大多数国家在迈向全民覆盖的过程中都处于早期阶段。许多会员国现在考虑将全民覆盖作为一项国家政策目标，并承诺不断努力，确保全体人民能够获得更多的质量可靠、可负担的卫生服务。国际公共卫生界对初级卫生保健日益加强的承诺，以及将全民覆盖和加强卫生系统作为优先工作，都为修订国家卫生筹资政策提供了更多的机会，以建设更公平、高效和有效的卫生系统。由此，世卫组织正在更新其《区域卫生筹资战略》，以在社会经济状况发生快速变化的背景下，为全民覆盖工作争取到更多的支持。

《亚太地区卫生筹资战略（2010-2015）》草案由世卫组织东南亚及西太平洋区域办事处联合制定，是《西太平洋和东南亚区域国家卫生服务筹资战略（2006-2010）》的更新版。新文件保留了当前战略的大部分内容，但增加了三个新的行动领域，即援助的效果、资源的高效利用和供方支付方法。《战略》草案（附件1）以2008年14国中期评估结果为基础，并于2009年3月接受了卫生筹资专家的咨询和评议，于2009年4月接受了利益相关方的评议。《战略》草案倡导对卫生持续投入，呼吁进一步降低自费部分，作为实现全民覆盖的必要条件。

提请区域委员会讨论并考虑批准《亚太地区卫生筹资战略（2010-2015）》。

1. 现况

改善人群的健康结果，包括降低儿童和孕产妇死亡率以及延长期望寿命，是全亚太地区的主要卫生政策目标。本区域的卫生状况已经有了很大改善，尤其是在卫生系统保持了有效的初级卫生保健服务的国家。总体目标是全体人民都能够获得质量可靠的卫生服务，并且不会因医疗费用而面临过高的经济负担。

亚太地区的快速发展已使数百万人脱贫，但仍有 9 亿人每天仅靠不足 2 美元生存。如果卫生系统不能提供全民覆盖的服务，则将有大量家庭因疾病和医疗自费支出而沦于贫困，或在贫困的基础上进一步加重他们的负担。亚洲目前的医疗自费水平远高于世界其他地区。在西太平洋区域，自费支出占卫生总支出的 40%以上；在许多发展中国家甚至高达 50%以上。来自政府税收和社会健康保险等其他融资渠道的卫生筹资相应较低。

全球衰退已经消耗了部分既往取得的社会经济财富，使亚太地区数百万人重新面临贫困的风险。政府面临着维持并增加卫生筹资水平、确保全体人民获得卫生服务的挑战。许多卫生系统对使城市和富裕阶层受益的治疗性服务大量投入，而对贫困及脆弱人群能够利用的各级卫生系统的预防性、促进健康的质量可靠的服务投入甚微。但是，人们对全民覆盖、初级卫生保健和加强卫生系统的重新重视，为改善卫生筹资和卫生系统绩效从而改善健康结果，提供了机会。

2008 年，世卫组织西太平洋区域办事处在 14 个国家开展了《西太平洋和东南亚区域国家卫生服务筹资战略（2006-2010）》实施情况的中期评估。《亚太地区卫生筹资战略（2010-2015）》草案正是以此次中期评估结果为基础。它为各国根据初级卫生保健的价值观和原则加强卫生系统、从而实现全民覆盖及获得质量可靠之卫生服务的国家级行动提供了支持。现有的证据和其他全球、区域和国家级的研究，为更新后的《战略》提供了支持。它为分析国家卫生筹资状况、明确旨在实现全民覆盖的国家具体行动领域，提供了实用性方法。

2. 问题

(1) 亚太地区健康结果的巨大差异反映了各国在卫生系统绩效方面的差异，以及社会发展水平的差异。有些国家具有资金充足、有效的卫生系统，并已实现了全民覆盖；而大多数中低收入国家仍处在这一过程的早期阶段。全民覆盖已成为本区域许多国家为卫生系统筹资的主要政策目标。全民覆盖意味着全体人民都能获得各种必要的、质量可靠的个人及预防性卫

生服务，同时针对大病高额医疗费用有着资金保障。

(2) 国家起着重要作用的卫生系统显得最为公平，并达到了较好的总体健康结果。通过一般性税收、社会健康和外部援助实现的公共筹资，尚需完善。全球证据表明，如果公共卫生支出很低，则很难实现全民覆盖和足够的资金保障。如果大部分支出源于自费，或用于无效治疗及不必要的诊断服务和药品的话，甚至卫生支出相对较高的国家也不一定取得良好的健康结果。

(3) 通过增加国内税收、扩大税源、发展社会健康和增加卫生的外部援助，有可能增加用于卫生的财政空间。国家要增加资源，同时提高现有资源使用的效率和效果。要通过更好地整合协调国家的工作重点，进一步提高援助效果。同样重要的是，要确保公共支出主要用于具有成本效益性的干预措施以及满足贫困和脆弱人群的需要。要更好地监管和监督各种服务费用，因为按服务付费的方法刺激供方通过增加服务量和服务产品来提高收入。2008 年的中期评估发现，用于补偿卫生专业人员的预算支出水平低，会刺激公职人员私人开业，从而增加了公共卫生机构的病人费用。

(4) 如果自费支出比例高于卫生总支出的 30%，则很难实现全民覆盖。在许多国家，自费支出是卫生服务筹资的最主要来源，尤其是在政府卫生支出水平较低的国家。当卫生筹资以自费支出为主时，贫困及脆弱人群常常被排除在卫生覆盖范围之外，不能获得质量可靠的卫生服务。即使提供了卫生服务，贫困人群也面临着相当大的经济障碍。当自费支出超过卫生总支出的 30-40%时，自费支出就成为大病高额支出高发和家庭贫困的主要原因。2005 年，亚太地区约有 8000 万人面临大病高额支出；约 5000 万人因生病和使用卫生服务的自费支出而致贫。

(5) 目前的经济衰退增加了社会支出及社会安全网机制相对薄弱的亚太地区的脆弱性。但经济危机为提高卫生系统绩效既带来了挑战，也带来了机遇。如果卫生系统不能提供全民覆盖和足够的资金保护，大量家庭就会因疾病和卫生服务自费支出而沦于贫困。

(6) 大多数国家的卫生部在制定及管理卫生部门预算方面能力薄弱。在监督各级资金的分配、支付和利用方面，存在着困难。中央政府在国家卫生规划方面承担着首要责任，却很少掌握省级卫生预算的信息；反过来，地方政府为满足本地需要而动员足够资金的手段有限。

(7) 全球和本区域对全民覆盖、初级卫生保健和加强卫生系统的重新重视，为修订国家卫生筹资政策、建立更公平、高效和有效卫生系统从而改善健康结果，提供了机会。各国开展了根据初级卫生保健的价值观和原则来加强卫生系统、从而实现全民覆盖的倡议及行动；制定

《亚太地区卫生筹资战略（2010-2015）》草案，正是支持各国行动之努力的一部分。《战略》保留了现有战略的五个行动领域，增加了三个新的行动领域，旨在改善援助的效果、加强资源的高效利用和改善供方支付方法。《战略》草案包括以下行动领域：

- (a) 增加卫生投入和公共支出；
- (b) 改善卫生救助效果；
- (c) 通过使卫生支出更加合理而提高效率；
- (d) 增加对预付制和风险共摊的利用；
- (e) 改进供方支付方法；
- (f) 加强针对贫困及脆弱人群的安全网机制；
- (g) 改善制定政策的依据信息；和
- (h) 改善对政策改变的监测和评价。

八个领域中的每个领域都包含有核心战略行动，可供各国按国家情况及需要进行调整。《战略》鼓励各国对本国的卫生筹资政策进行审查，设定有着明确战略行动过程的本国目标，从而通过增加公共筹资、扩大社会安全网和减少自费卫生支出来实现全民覆盖。

3. 建议采取的行动

提请区域委员会讨论并考虑批准《亚太地区卫生筹资战略（2010-2015）》。

亚太地区卫生筹资战略 (2010 - 2015)



世界卫生组织

东南亚区域

西太平洋区域

目 录

	页码
摘要.....	9
1. 导言.....	11
1.1 九亿人是因病致贫的脆弱人群.....	11
1.2 全球经济衰退与健康.....	11
1.3 更新卫生筹资战略的背景.....	12
2. 亚太地区卫生筹资问题.....	12
2.1 筹资来源和自费支出.....	13
2.2 本区域的效率问题.....	17
3. 全民覆盖的卫生筹资.....	21
3.1 证据：如果自费支出比例高于 30%，则难以实现全民覆盖.....	21
3.2 如果公共筹资不足 5%，则难以实现全民覆盖.....	22
3.3 财政空间、援助效果和效率收益.....	24
3.4 加强卫生系统和卫生筹资.....	25
4. 《亚太地区卫生筹资战略（2010-2015）》.....	27
4.1 迈向全民覆盖.....	27
4.2 目的和目标.....	28
4.3 卫生筹资改革的支持性环境.....	29
4.4 全民覆盖卫生筹资的战略行动领域.....	30
5. 结论.....	34
卫生筹资战略术语表.....	36

附件 1

页码

插图

图 1 各区域卫生支出来源	13
图 2 世卫组织各区域医疗费用导致贫困和高额支出的情况	14
图 3 亚太地区政府、个人卫生支出和卫生总支出占 GDP 的百分比	14
图 4 东南亚和西太平洋区域国家个人卫生支出与政府卫生支出（2007）	15
图 5 社会健康保险覆盖与社会健康保险支出（2006 年）	17
图 6 分配给初级卫生保健的资金（2005 年的估计）	18
图 7 卫生支出的组成（2005）	20
图 8 卫生支出的组成（2005）	20
图 9 发生大病高额支出的家庭百分比与自费支出占卫生总支出的比例	22
图 10 发生大病高额支出家庭的百分比与政府卫生支出占 GDP 的比例	23
图 11 有六个组成部分的卫生系统框架	25
图 12 全民覆盖的实现	27
图 13 迈向全民覆盖的步骤	28
图 14 卫生筹资战略与健康结果之间的联系	29

表格

表 1 亚太地区国家按卫生总支出水平分组（2007）	16
表 2 西太平洋区域的主要供方支付方法	19

摘 要

通过全民覆盖和获得质量可靠的卫生服务来实现更好的健康结果，是包括世卫组织西太平洋区域 37 个国家和地区以及东南亚区域 11 个国家的亚太地区广为认可的目标。本区域的会员国在实现此目标的道路上处于不同的阶段。为应对社会经济条件以及全球卫生环境的变化，世卫组织正在更新其区域卫生筹资战略，以更好地支持全民覆盖工作。

全球经济衰退既带来了挑战，也为改善本区域的卫生系统筹资带来了机遇。当前的经济困难进一步加重了业已沉重的卫生服务预算的负担，让数百万人因医疗费用或缺医少药导致生病而面临更加贫困的风险。亚太地区目前的自费卫生支出水平大大高于世界上的其他地区。在卫生系统的服务提供、监管和筹资方面，政府要在掌握信息的基础上发挥更有力的作用。减少自费支出是迈向全民覆盖的必要前提。全球的证据表明，如果自费支出比例高于卫生总支出的 30%，则很难实现全民覆盖和较高的资金保障。

在本区域的许多国家，政府的卫生支出水平过低而无法支持全民覆盖。鼓励各国政府制定出增加投入和公共卫生支出的战略；同时，还要采取行动提高现有卫生公共资金的利用效率。

全球和本区域重新开始重视建立在初级卫生保健的原则及价值观（特别是公平性）之上的卫生系统。许多卫生系统对治疗性服务大量投入，而对预防性、促进健康的初级卫生保健服务投入相对较少。在初级卫生保健原则的基础上实现全民覆盖的要求，推动了有关国家卫生筹资政策和计划建立更公平、高效和有效卫生系统的政策对话。

《亚太地区卫生筹资战略（2010 - 2015）》将有助于政府分析其卫生筹资状况，确定实现全民覆盖的具体行动。其制定是区域卫生筹资评估及磋商的成果，并以日益增加的全球研究及证据为基础。

卫生的公共筹资占国内生产总值（GDP）5%的国家通常可以实现全民覆盖。这是亚太地区所有想实现全民覆盖的国家所要考虑的一个重要目标，但各国情况各有不同。更新后的战略鼓励各国制定符合本国实际的目标，同时有清晰的增加公共支出和政府卫生总支出中比例的战略行动进程。这将扩大从预付和风险共摊资金的筹资，从而减少自费支出，还将会对人口覆盖和可以惠及贫困及脆弱人群的社会健康保障机制产生影响。

我们提出以下目的指标来监督及评价本国和亚太地区实现全民覆盖工作的总体进展：

附件 1

- (1) 自费支出不应超过卫生总支出的 30%-40%；
- (2) 卫生总支出至少应占国内生产总值的 4%-5%；
- (3) 预付和风险共摊机制覆盖 90% 以上的人口；和
- (4) 社会援助与安全网规划覆盖近 100% 的脆弱人群。

更新后的战略保留了现有《西太平洋及东南亚区域国家卫生筹资战略（2006-2010）》的五个战略领域；此外，还增加了三个新的领域：改善援助效果；更有效地利用资源；改进供方支付方法。八个战略领域是：

- (1) 增加卫生投入和公共卫生支出
- (2) 改善卫生援助效果
- (3) 通过使卫生支出更加合理而提高效率
- (4) 增加对预付制和风险共摊的利用
- (5) 改进供方支付方法
- (6) 加强针对贫困及脆弱人群的安全网机制
- (7) 改善制定政策的依据信息，和
- (8) 改善对政策改变的监测和评价。

八个领域中的每个领域都包含有核心战略行动，可供各国按本国情况及需要进行调整。以上都有助于实现质量可靠的卫生服务的全民覆盖。实施本战略可能需要改革卫生筹资机制，而这种改革需要达成一致的承诺，更强的国家能力，更好的透明及负责任的决策，以及对全民覆盖政策与法规的监督与评价。世卫组织致力于支持各会员国的全民覆盖工作，协助其建立更公平、高效和有效的卫生系统，从而使亚太地区人民享受最高而能获致之健康水平。

1. 引言

改善健康是整个亚太地区的公共卫生政策总目标。许多国家的健康状况都有了极大改善，尤其是在那些政府致力于根据初级卫生保健的价值观及原则来实现卫生服务全民覆盖的国家，但仍有许多工作要做。通过全民覆盖促进健康公平性是卫生系统改革的四个领域之一，是对以人为本卫生服务和初级卫生保健复兴的支持¹。改革卫生服务、公共政策和领导力，是促进和保护社区人群健康所必需的，也是初级卫生保健获得重新重视的一部分。

世卫组织加强卫生系统的框架文件《人人有责：加强卫生系统，改善健康结果》，提供了一个利用卫生系统的六个基本元素来设计一体化行动、改善健康结果的分析平台。² 世卫组织东南亚区域委员会第 61 届会议和西太平洋区域委员会第 59 届会议，批准了按照初级卫生保健的价值观及原则加强卫生系统的独立决议。^{3,4} 其总体目标是质量可靠的卫生服务的全民可及或覆盖，同时不给家庭造成过重的经济负担。

1.1 九亿人是因病致贫的脆弱人群

亚太地区经济的发展已使数百万人脱贫。然而，仍有 9 亿人每天仅靠不足 2 美元生存。健康和经济发展之间的关系早已为人所知。联合国千年发展目标十分重视提高健康水平和减轻贫困。覆盖全民而且贫困及弱势群体也能享受的卫生系统，既能改善健康，又能减轻贫困。缺乏针对医疗费用的资金风险保障，使得数百万人在挣扎着支付医疗费用的过程中陷入贫困，还使数百万人因无支付能力和害怕大病高额支出而放弃寻求所需的医疗服务。

1.2 全球经济衰退与健康

当前的全球经济衰退带来了新的挑战，但结果将有所差别。高度依赖原材料或制造业产品出口的国家将出现失业和国内人口流动，其他国家则可能出现海外工人汇款减少的情况。社会需要可能会增加，而由于收入减少，政府对卫生的承诺可能会减弱。失业也将使各类社会保险的资金减少；国家可能试图削减社会安全网和预防性卫生规划。随着健康资金保障的减少，以及人们由于经济的不确定性而开始更多地存钱，国内消费可能减少，从而妨碍了经济复苏。捐

¹ *The World Health Report 2008. Primary Health Care, Now More Than Ever.*

² *Everybody's business. Strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action. WHO 2007.*

³ 区域委员会决议 SEAR/RC61/R3。

⁴ 区域委员会决议 WPR/RC59.R4。

附件 1

资国家可能也会减少海外发展援助资金。

1.3 更新卫生筹资战略的背景

现有的《西太平洋和东南亚区域国家卫生筹资战略（2006–2010）》于 2005 年 9 月经区域委员会第 56 届会议批准。对该战略的中期评估表明，要在本区域进一步迈向全民覆盖、实现质量可靠卫生服务的可及，还需加强支持和倡导。近来对加强卫生系统的强调和初级卫生保健的复兴，都凸显了卫生服务筹资在建设公平、高效卫生系统方面的关键作用。国际社会已经增加了对卫生的援助，而当捐资方的援助成为全面卫生筹资框架的组成部分之一时，援助的利用才是最有成效的。此外，当前的经济危机增加了对公共干预措施、基本卫生服务筹资和社会安全网的需求，对贫困和脆弱人群尤其如此。这些变化都提示有必要更新这一卫生筹资战略。

《亚太地区卫生筹资战略（2010–2015）》草案依据的是西太平洋区域国家和地区中期评估的结果⁵、东南亚区域国家的经验及看法、以及全球日益增多的证据。更新后的战略保留了 2006–2010 年文件 7 个战略领域中的 5 个，同时增加了 3 个新的战略领域，以便与不断变化的区域重点和经济情况相适应。

主要目标是全民覆盖。有大量证据表明，当政府在掌握充分信息的基础上，在卫生服务的提供、监管和筹资方面发挥有力作用并时刻重视初级卫生保健时，全民覆盖是可以实现的。世卫组织致力于支持各会员国向上述目标迈进。

2. 亚太地区卫生筹资问题

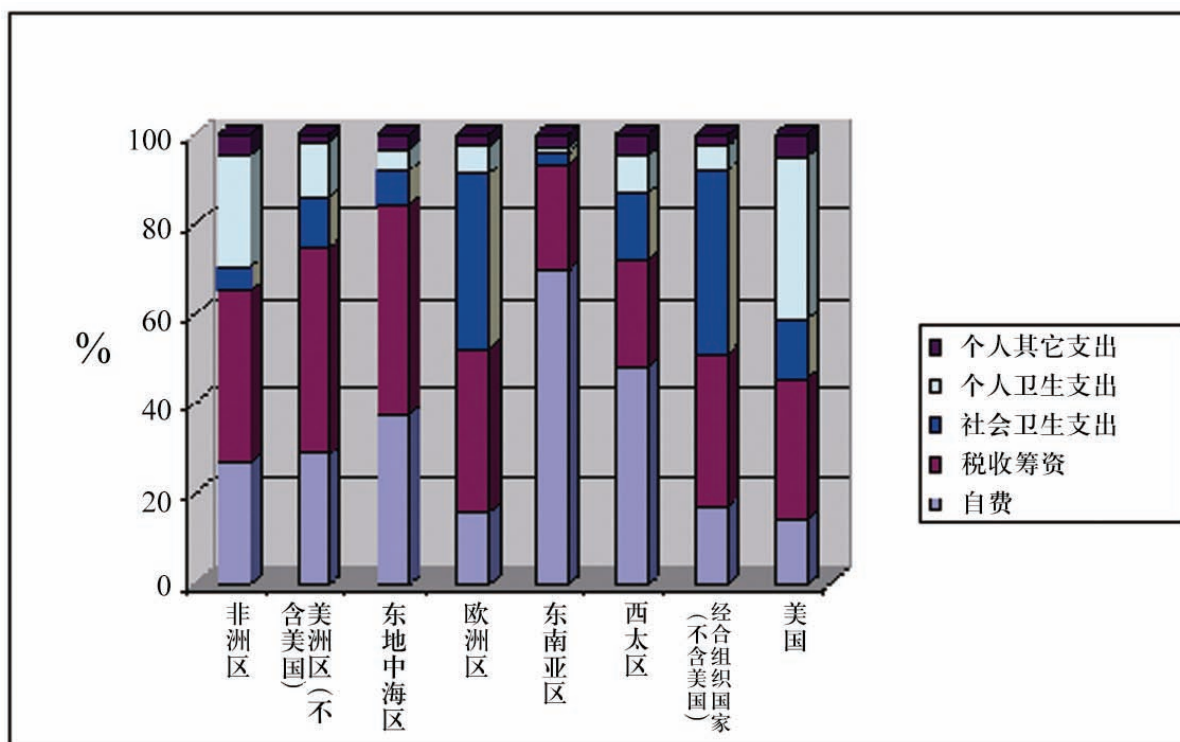
2008 年，世卫组织西太平洋区域办事处委托对 14 个国家实施《西太平洋和东南亚区域国家卫生筹资战略（2006 - 2010）》的情况进行了一次中期评估。¹ 2009 年初，世卫组织东南亚区域办事处在一次卫生筹资会议上总结了该区域各国的经验。此后对卫生筹资战略作了初步更新；2009 年 3 月，由世卫组织各区域专家组成的专家组和大多数主要捐资机构审议了该战略草案并提出修改意见。2009 年 4 月，在马尼拉召开了有东南亚及西太平洋区域 13 个会员国出席的第 2 次会议；会上对修订后的草案作了进一步审议。他们的意见都已反映在目前的世卫组织加强卫生系统行动框架中。讨论的主要卫生服务筹资事项如下：

⁵ 实施情况中期评估：2006-2010 年世卫组织西太平洋区域卫生服务筹资战略。2008 年 8 月 31 日。

2.1 筹资来源和自费支出

亚太地区的自费卫生支出水平远高于其他区域；在西太平洋区域占卫生总支出的 40% 以上，在东南亚区域占 60% 以上（图 1）。

图 1. 各区域卫生支出（2005）

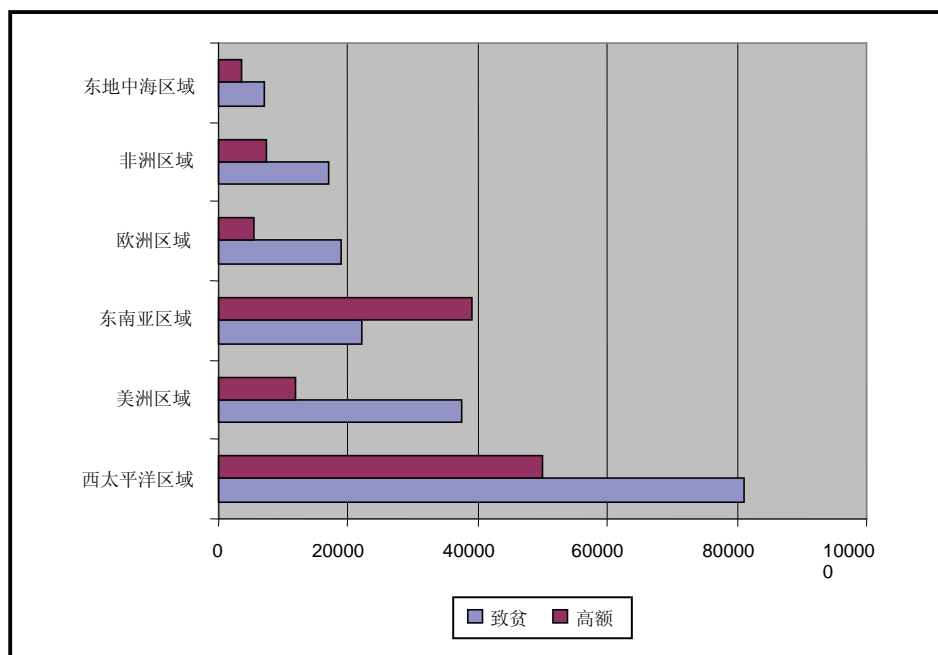


来源：WHO/EIP/HSF/CEP

本区域的大病高额医疗费用和因医致贫的绝对水平在全世界最高（图 2）。2005 年，约 8 千万人面临大病高额医疗费用；5 千万人因生病就医导致的自费支出而致贫。中国和越南的因病就医致贫率在世界上最高；大病高额医疗费用一年内让 3950 万印度人落入贫困线之下。⁶ 除非各国政府保护社会支出和加强社会健康保障措施，否则，当前的经济危机会使这种脆弱性进一步恶化。

⁶ Bonu, S. I. Bhushan, and D. Peters. 2007. Incidence, Intensity, and Correlates of Catastrophic Out-of-Pocket Health Payments in India. Economics and Research Department Working Papers Series 102. ADB Manila.

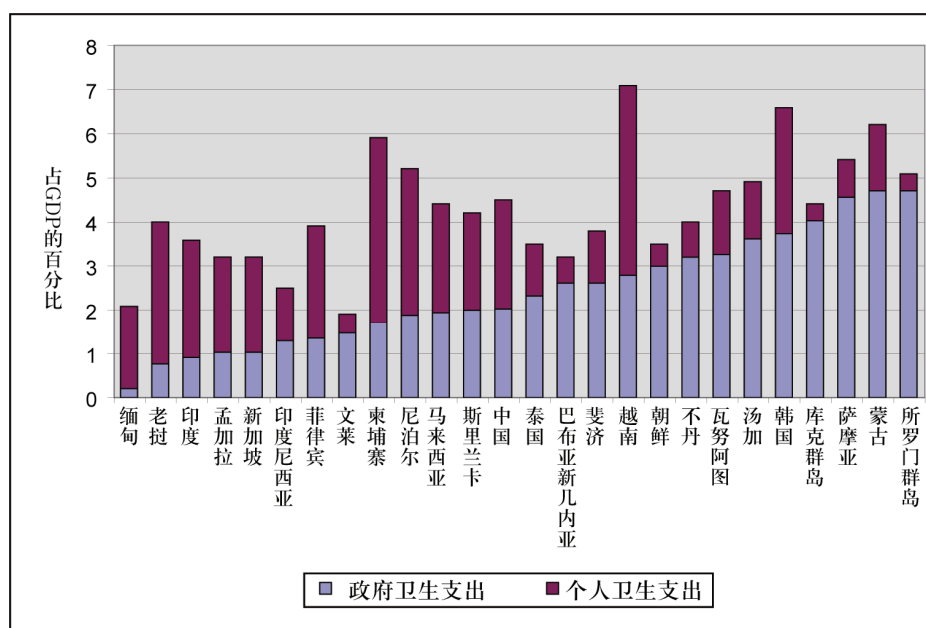
图 2. 世卫组织各区域医疗费用导致贫困和高额支出的情况



来源: K Xu, et. al. Protecting households from catastrophic health spending. Health Affairs, 26. No. 4 (2007): 972-983

2007 年的国家卫生账户数据显示, 亚太地区大多数发展中国家的政府卫生支出不足 GDP 的 5%, 近半数甚至不足 2% (图 3)。

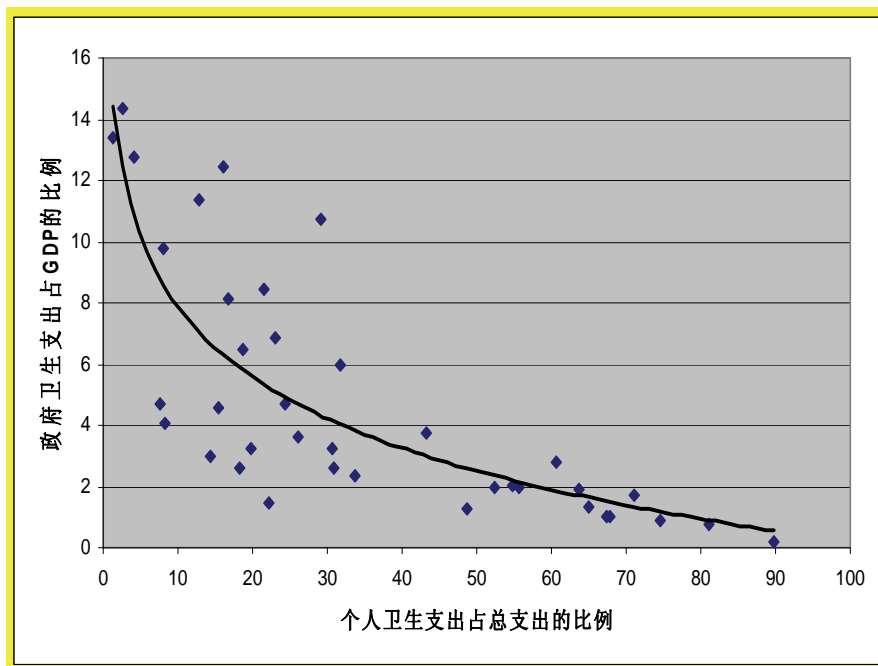
图 3. 亚太地区政府、个人卫生支出和卫生总支出占 GDP 的百分比



来源: WHO Provisional 2007 NHA data

在大多数国家，自费支出是卫生服务筹资的最主要来源，尤其是在政府卫生支出水平很低的国家。政府支出不足 2% 的国家个人卫生支出尤其高（图 4）。本区域大多数政府卫生支出超过 GDP5% 的国家自费卫生支出低于 30%。这种关系也能在全球观察到。

图 4. 东南亚和西太平洋区域国家个人卫生支出与政府卫生支出，2007



来源：WHO Provisional 2007 NHA data

政府卫生支出占卫生总支出的比例，是政府卫生承诺的重要指标之一。尽管多个国家在 2005-2007 年期间有所增加（图 5），亚太地区 48 个国家和地区中的 16 个国家的政府支出不足卫生总支出的一半；这包括几乎所有的人口众多的国家，而孟加拉、柬埔寨、印度、老挝人民民主共和国、缅甸和菲律宾甚至不到 40%。

本区域的政府卫生支出很低，即使加上个人支出，在世卫组织两个区域中组成亚太地区的 48 个国家及地区中也有 19 个卫生总支出不足 GDP 的 5%（表 1）。由于人均 GDP 较高，文莱达鲁萨兰、马来西亚和新加坡等较富裕国家提供全民可及的、质量可靠的全面服务，人均卫生总支出接近或高于 500 美元。马来西亚还提供有效的社会安全网。

附件 1

表 1 亚太地区国家按卫生总支出水平分组（2007）

亚太地区国家卫生总支出占 GDP 的%		
低于 5%	5% - 7%	高于 7%
孟加拉	柬埔寨	澳大利亚
不丹	蒙古	日本
文莱达鲁萨兰	尼泊尔	基里巴斯
中国	大韩民国	马绍尔群岛
库克群岛	萨摩亚	密克罗尼西亚联邦
朝鲜民主主义人民共和国	所罗门群岛	马尔代夫
斐济		瑙鲁
印度		新西兰
印度尼西亚		纽埃
老挝人民民主共和国		帕劳
马来西亚		东帝汶
缅甸		图瓦卢
巴布亚新几内亚		越南
菲律宾		
大韩民国		
斯里兰卡		
泰国		
新加坡		
汤加		
瓦努阿图		

来源：NHA data estimates, WHO, 2007。

在亚太地区的 48 个国家和地区中，有 5 个国家的人均卫生支出（根据平均汇率）仍低于世卫组织宏观经济与卫生委员会的 35 美元标准，有 15 个不足 100 美元。

2005-2007 年期间，有些国家的政府减少了自费支出。以自费支出占卫生总支出的百分比为例，中国从 54% 降至 49%；蒙古从 37% 降至 28%；越南从 67% 降至 62%。其主要原因是中国扩大了农村和城镇保险方案的覆盖面；蒙古增加了政府卫生预算拨款，越南为贫困人群提供了社会健康保险费的公共补贴。

中国的健康保险覆盖率从 2005 年的 23% 增加到 2007 年的 80%；仅政府资助的农村合作医疗系统就覆盖了 8.42 亿人。⁷ 同期，菲律宾的健康保险覆盖率从 55% 增至 77%；越南从 34% 增至 42%。老挝人民民主共和国政府资助的社区健康保险方案的人口覆盖也在增加。非正规和生存农业部门就业人数较高的一些国家正开始使社会健康保险（SHI）覆盖全人口，而蒙古

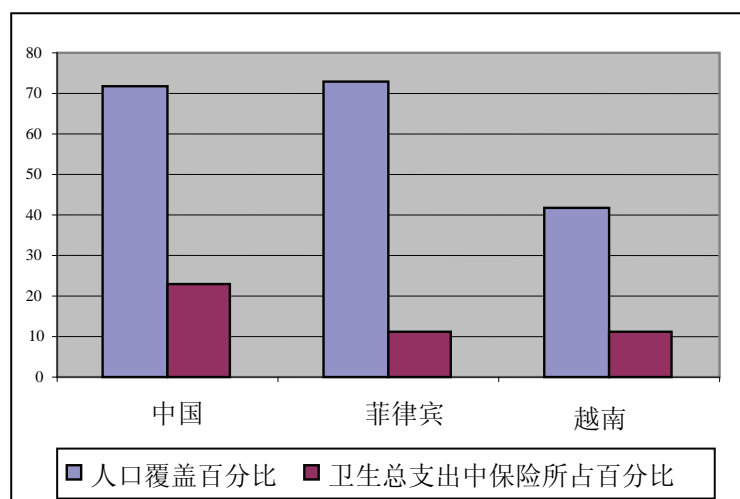
⁷Shanlian Hu, Universal coverage and health financing from China's perspective. Bull. of the WHO, November 2008, 86 (11)

正在努力覆盖未登记保费补贴的剩余的 20% 的人口。

中国、菲律宾和越南的资金保护覆盖面相当广泛，但覆盖深度较低（图 5）。某些社会健康保险（SHI）方案提供的资金保护有限，原因是有一笔“额外费用”或“起付线”以及报销总额的上限。据估计，中国的 SHI 平均报销比例仅为病人医院费用的 30%-40%，只有负担得起共付部分的较富裕的被保险者，才能享受。

除可及性效果不佳之外，某些社会健康保险方案所用的追溯性报销支付方法效率低下并且昂贵，因此妨碍了保险福利的利用和服务的有效购买。由不同的共付和福利包组成的多重保险方案，也不利于保险的利用。

图 5. 社会健康保险覆盖与社会健康保险支出，2006 年



来源：2006 NHA 数据 THE – 卫生总支出

有些国家将重点放在改善安全网机制的效果上。中国的新型农村合作医疗现在可以利用民政部的资金为无力负担者支付保费。柬埔寨的“健康公平基金”利用国外资金补贴贫困人群的医院费用，也很有效。越南的补贴方案使社会健康保险能够覆盖大多数贫困人群。

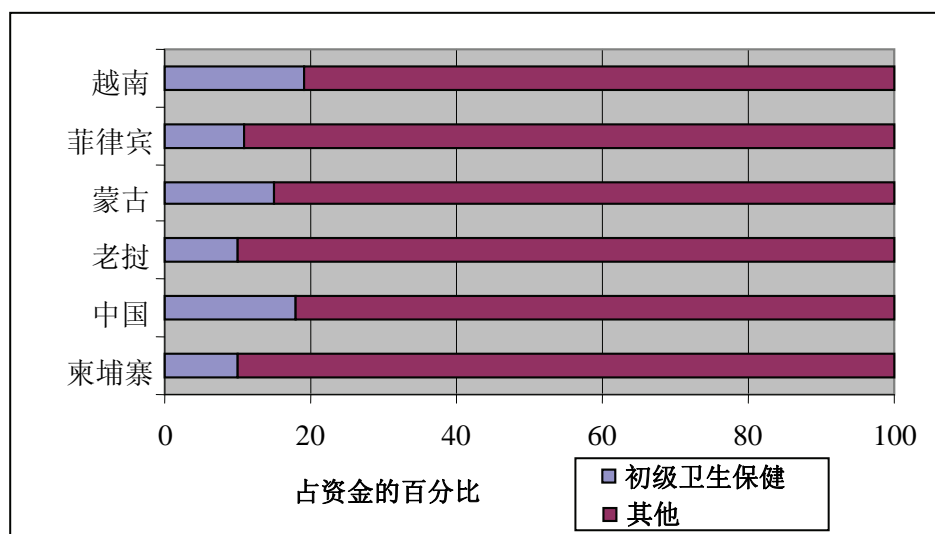
2.2 亚太地区的效率问题

中期评估发现，要提高当地的技术水平和分配效率，这也是可行的。或许基层可以提供 80% 的基本医疗和 70% 所需的卫生干预措施，但在亚洲，平均仅有 10% 的卫生资源用于基层医疗。⁸ 中期评估发现，亚太地区 6 个国家初级卫生保健的支出不足 20%（图 6）；比较而言，11 个经合组织国家的门诊费用平均占卫生总支出的 28%。

⁸ Health Sector reform in Asia and the Pacific: Options for Developing Countries. ADB, 1999

附件 1

图 6. 分配给初级卫生保健的资金（2005 年的估计）



来源：Midterm review of implementation: Regional Strategy on Health Care Financing in the WHO Western Pacific Region 2006-2010, P. Annear, 31 August 2008

柬埔寨计划增加政府预算支出，并将其与捐款协调一致，以提高服务的效率和效果。柬埔寨和中国已采用分析工具对妇幼保健干预措施做了优先排序。菲律宾的卫生改革议程将目标定为到 2010 年，公共卫生拨款从 11% 增至 20%，医院的个人医疗费用从 79% 降至 62%。⁹ 蒙古的卫生系统战略总计划重点为加强政府对预防及促进活动的参与和财政支持。¹⁰

将慢性病预防服务重新作为重点可以节省很多资金，但政府必须采取行动。多个太平洋岛国 90% 以上的糖尿病相关费用是用于管理和治疗并发症，而非更具成本效益性的早期发现和二级预防。¹¹

亚太区的主要供方支付方式有预算分配、员工工资和病人付费（表 2）。中期评估研究的所有国家均采用按服务付费方式，一般而言都有监管、监督不足的问题。按服务付费的供方支付方式为供方提供了通过增加盈利性服务及产品（如先进的诊断方法和药品）数量来增加收入的激励机制。¹² 泰国和许多 OECD 国家则采用按人头付费等更高效的供方支付模式。¹³

⁹ 卫生系统改革议程，菲律宾，2006

¹⁰ 2006-2015 年卫生系统战略总计划。蒙古政府，2005

¹¹ Diabetes and the Care Continuum in the Pacific Island Countries. Health Care Decision-making in the Western Pacific Region, WHO/WPRO 2003.

¹² 《世卫组织在西太平洋区域的工作》，地区主任报告（2001 年 7 月 1 日-2002 年 6 月 30 日）。世卫组织，马尼拉，2002。

¹³ Provider Payments and cost-containment – Lessons from OECD countries. Technical Briefs for Policy-Makers Number 2 2007. WHO/HSF/HFP

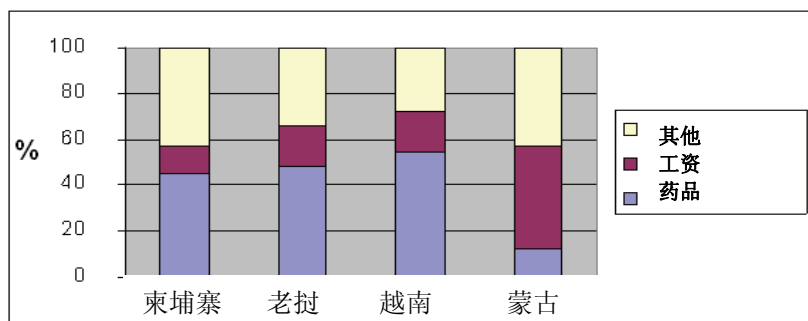
表 2 西太平洋区域的主要供方支付方式

预算/工资	按服务付费	按人头付费/按病例付费/ 诊断相关组	混合
不丹 文莱达鲁萨兰 库克群岛 朝鲜民主主义人民共和国 斐济 基里巴斯 马尔代夫 马绍尔群岛 密克罗尼西亚联邦 瑙鲁 纽埃 帕劳 巴布亚新几内亚 萨摩亚 所罗门群岛 东帝汶 图瓦卢 汤加 瓦努阿图	孟加拉 柬埔寨 中国 印度 老挝人民民主共和国 缅甸 尼泊尔 越南	澳大利亚 新西兰	印度尼西亚 日本 马来西亚 蒙古 菲律宾 大韩民国 新加坡 斯里兰卡 泰国

在内陆国家研究中，用于医务人员的公共支出相对较低。卫生总支出中工资比例柬埔寨为 15%，越南为 17%，老挝人民民主共和国为 18%（图 7），但医务人员通过服务付费获得的报酬未计在内。评估发现，当工资水平难以满足医务人员基本需求时，自费支出的问题最严重。用于补偿卫生专业人员的预算支出过低，使得政府工作人员私人开业，导致公共医疗机构缺乏监管的病人付费。

附件 1

图 7. 卫生支出的组成 (2005)

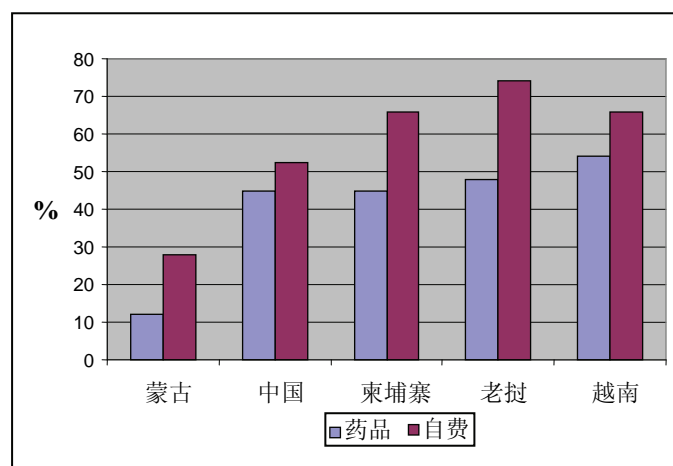


来源: Midterm review of implementation: Regional Strategy on Health Care Financing in the WHO Western Pacific Region 2006-2010, P. Annear, 31 August 2008

据报告, 中国有些公立医院仅从政府获得全部收入的 30%, 其余则不得不通过其他来源赚取, 包括病人付费、药品和诊断检查等。¹⁴ 虽然有人愿意为这些产品付费, 但它们会构成卫生总支出的很大一部分, 成为病人及贫困人群的主要自费负担。

在柬埔寨、中国、老挝人民民主共和国和越南, 药品和诊断支出约占卫生总支出的一半。这些国家的自费支出也很高 (图 8), 反映出药品及诊断检查的收费构成供方工资的主要部分。蒙古的情况相反, 药品仅占总支出的 12%, 自费支出占 28%。

图 8. 卫生支出的组成 (2005)



来源: Midterm review of implementation: Regional Strategy on Health Care Financing in the WHO Western Pacific Region 2006-2010, P. Annear, 31 August 2008

亚太地区许多国家卫生部的资金管理能力薄弱, 在决定卫生部门的总体预算拨款方面起

¹⁴ Qingyue Meng et al. The impact of China's retail drug price control policy on hospital expenditure. Health Policy and Planning 20(3):185-196 2005; Oxford University Press.

的作用很小。财政部、经济计划和投入部主导这一过程。中央和地方政府在卫生服务筹资中的作用已发生根本改变，尤其在公共部门改革也包括分权化的国家。在监督各级拨款、支付和资金利用方面，产生了很多困难。中央政府担负着国家卫生规划的主要责任，但常常对省级卫生预算了解很少。

发展中国家的地方政府动员足够资金以满足本地需求的手段经常有限。资源贫乏的地区在确保资源（包括中央政府补贴）的公平分配和利用方面面临着挑战。由于财政拨款迟缓，巴布亚新几内亚的实际卫生支出与计划支出有差别，也有预算支付迟缓、延期的报告。此类支出影响到计划及预算周期，使得提供高质量的卫生服务难上加难，同时也会增加家庭卫生支出。

3. 全民覆盖的卫生筹资

全民覆盖是卫生系统筹资的最重要目标。其实现意味着全体人民能够获得各种所需的、质量可靠的个人及预防卫生服务，同时不承担过重的经济负担。在亚太地区，所有政府都致力于确保以可负担的成本、为其人民提供质量良好的卫生服务。

3.1 如果自费支出比例高于 30%，则难以实现全民覆盖

全球各种卫生筹资系统的现有经验，使得我们能够比较最好地实现全民覆盖（尤其是针对贫困及脆弱人群）的不同方法。证据提示，让公共筹资在卫生筹资中发挥强有力的作用（无论是通过工资渠道还是一般性税收），是卫生系统保护贫困人群所必需的。¹⁵ 证据还显示，国家作用最强的卫生系统可能最公平，最能实现更好的综合健康结果。^{16, 17}

政府卫生支出较低的中低收入国家，倾向于自费支出（如病人付费及其他不能报销的直接个人支出）比例较高。如自费支出比例高于卫生总支出的 30%，似乎很难实现全民覆盖。自费支出给获得卫生服务制造了极大的经济障碍；当自费支出占卫生总支出的 30%以上时，低收入家庭常常面临大病高额费用。图 9 中的全球数据显示了这种关系；人们还发现家庭贫困率与个人卫生支出比例之间也有类似关系。

¹⁵ Gilson L, et al. Challenging inequity through health systems. Final report. Knowledge Network on Health Systems. 2007. WHO Commission on the Social determinants of Health.

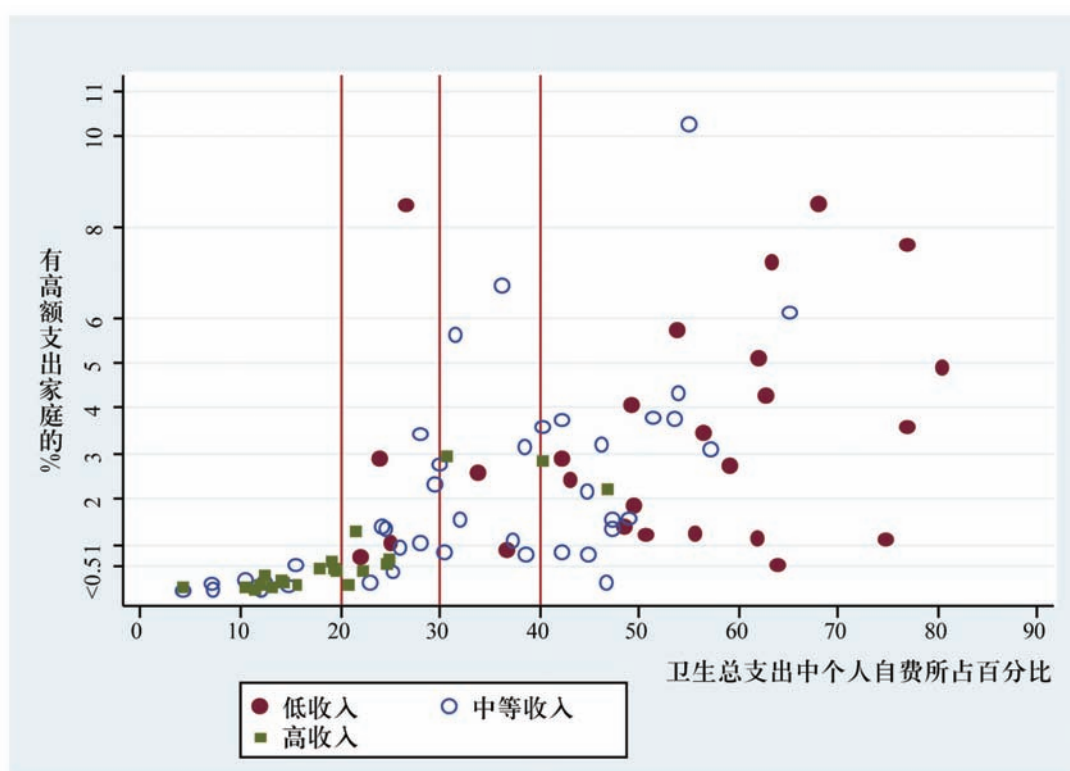
¹⁶ Rannan-Eliya R, Somanathan A. Equity in health and health care systems in Asia. In: The Elgar companion to health economics. Jones AM, editor. Cheltenham: Edward Elgar; 2006.

¹⁷ Mackintosh M, Koivusalo M. Health systems and commercialisation: In search of good sense. Commercialisation of health care: Global and local dynamics and policy responses. In: Mackintosh M, Koivusalo M, . Basingstoke: Palgrave; 2005.

附件 1

大多数经合组织国家实现了全民覆盖，并将自费支出限制在卫生总支出的 20%-30% 之间。¹⁸ 然而，自费支出并非全民覆盖的绝对卫生筹资指标。有些经合组织国家（如墨西哥、大韩民国和瑞士）的自费支出较高；马来西亚和泰国等发展中国家已接近实现全民覆盖。这些国家的自费支出主要是由于保险政策要求的共付支出，或高收入人群有能力支付私营机构的服务。¹⁹ 因此，在政府制定减少自费支出的卫生筹资战略时，一定要研究高自费支出的主要成分和原因及其对低收入和脆弱人群覆盖率和可及性的影响。

图 9. 发生大病高额支出的家庭百分比与自费支出占卫生总支出的比例



来源: K Xu, et. al. Protecting households from catastrophic health spending. Health Affairs, 26. No. 4 (2007): 972-983

3.2 如果公共筹资不足 5%，则难以实现全民覆盖

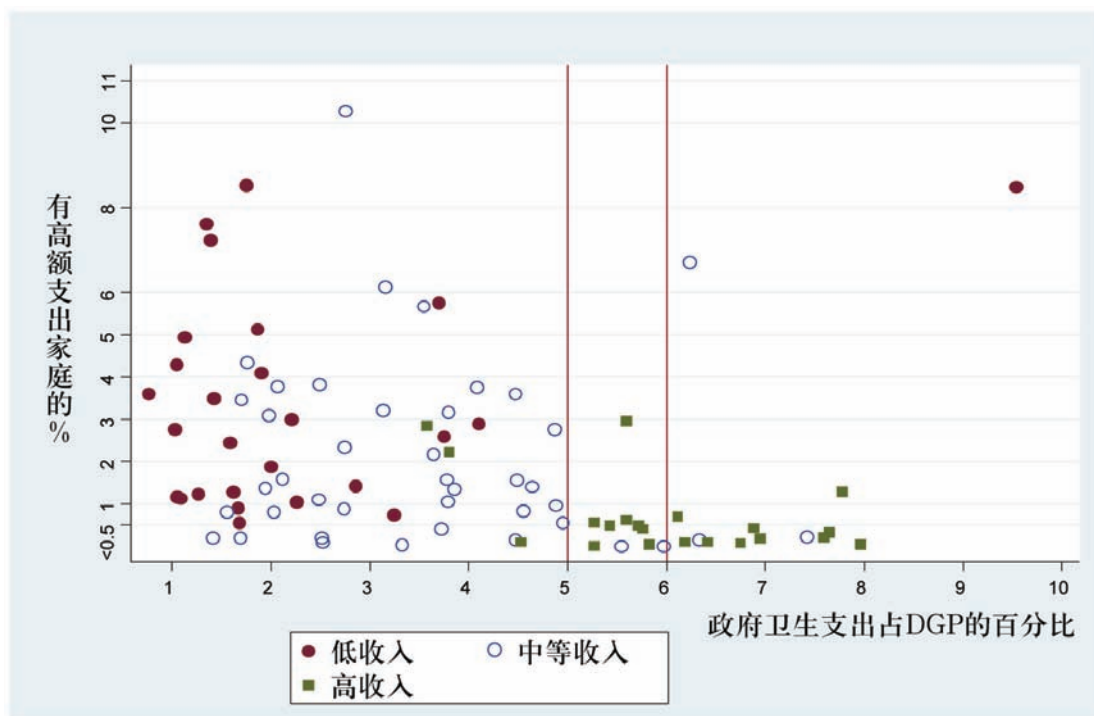
全球数据提示，当政府卫生支出占 GDP 的 5%-6% 时，大病高额支出的水平较低（图 10）。政府支出较高通常会提供充足的公共基础设施和有补贴的卫生服务。因此，人们会更少地需要使用通常在提供服务时就需个人付费的私营部门的卫生服务。如果政府卫生支出较低的话则恰

¹⁸ Elizabeth Docteur and Howard Oxley. Health-Care Systems: Lessons from the Reform Experience. OECD Working Papers, 2003.

¹⁹ Bonu, S. I. Bhushan, and D. Peters. 2007. Incidence, Intensity, and Correlates of Catastrophic Out-of-Pocket Health Payments in India. Economics and Research Department Working Papers Series 102. ADB Manila.

好相反。在自费支出为主时，可及性和公平性成为极端重要的问题。

图 10. 发生大病高额支出家庭的百分比与政府卫生支出占 GDP 的比例



来源：K Xu, DB Evans, K Kawabata, et al. (2003): Household catastrophic health expenditure: a multi-country analysis. The Lancet. Vol (362):111-117

主要通过征税或社会健康保险或两者结合而实现公共筹资，是已接近实现全民覆盖国家的预付筹资的主要形式。以税收为基础的筹资和社会健康保险筹资各有利弊，但两者都具有全民覆盖、可及和资金保障所必需的风险共摊和交叉补助的特点。²⁰ 混合型卫生筹资加上某种形式的税收、预付缴费、共付、病人付费、有目标性的补贴和其他安全网措施，可以提供良好的覆盖和公平可及。最为重要的是，发展中国家的卫生筹资不能影响到贫困及脆弱人群对卫生服务的获得和利用。卫生筹资一定不能使低收入家庭陷于贫困。公共筹资的水平一定要足以提供至少一种基本卫生服务包，并保护低收入家庭不会出现大病高额卫生支出。^{21, 22, 23}

²⁰ Technical Briefs for Policy-Makers. Achieving Universal Health Coverage: Developing Health Financing Systems.

²¹ Investing in Health WHO Commission on Macroeconomics and Health Final Report. 2003.

²² 柬埔寨所做的实现卫生相关 MDG 的成本测算和其他低收入国家的研究已经证实了 35-100 美元测算值的效度。

²³ Out-of-pocket health expenditure and debt in poor households: evidence from Cambodia. van Damme, W. Leemput, L. van, Por, I., Hardeman, W., Meessen, B. *Tropical Medicine & International Health* Volume 9 Issue 2, Pages 273 – 280 Published Online: 3 Feb 2004

附件 1

3.3 财政空间、援助效果和效率收益

较低政府卫生支出妨碍了全民覆盖的实现。世卫组织宏观经济与健康委员会估算，2001 年推广一套基本干预措施（包括为贫困人群）的最低支出约为人均 34 美元。但若考虑到卫生系统的效率低下，这一数字可高达 100 美元。^{24,25} 在增加公共卫生资源和提高资源利用效率方面都存在着挑战。

区域数据提示，除某些太平洋岛国外，亚太地区的税收是世界各区域中最低的（GDP 的 13.2%，政府收入占 GDP 的 16.6 %²⁶）。这说明仍有提高税收的空间，使筹资水平能够保证支出占 GDP 的百分比更高；对经济正在增长的国家尤其如此。

卫生筹资工作的关键是，既增加卫生预算空间同时又不损害政府的财政状况。本区域增加卫生支出的各种财政方法包括：增加国内税收，扩大计税基数，发展社会健康保险，海外贷款或寻求偿债援助。

援助效果，包括将海外发展援助（ODA）与国家重点协调一致，是本区域的一项重要事项。本区域的平均 ODA 水平仅占卫生支出的 11%，但在某些低收入国家要高很多。

因此，国家应努力增加卫生领域的 ODA，同时提高援助效果。²⁷

提高政府现有各种资源的有效利用是可行的。公共支出应着重于国家卫生目标，尤其是贫困人群的需要和改善各级公共部门的绩效。资源的更好、更技术性的分配和流通，加上以结果为基础的管理，可以提高效率。

对于私营部门在服务提供方面发挥重要作用的国家，通过私营部门的参与将政府筹资与卫生服务提供分离开，可能是选择之一。如果非公有的私营部门能够达到监管及质量标准，国家卫生工作也可将其作为有用的卫生资源。

²⁴ Investing in Health WHO Commission on Macroeconomics and Health Final Report. 2003.

²⁵ 柬埔寨所做的实现卫生相关 MDG 的成本测算和其他低收入国家的研究已经证实了 35-100 美元测算值的效度。

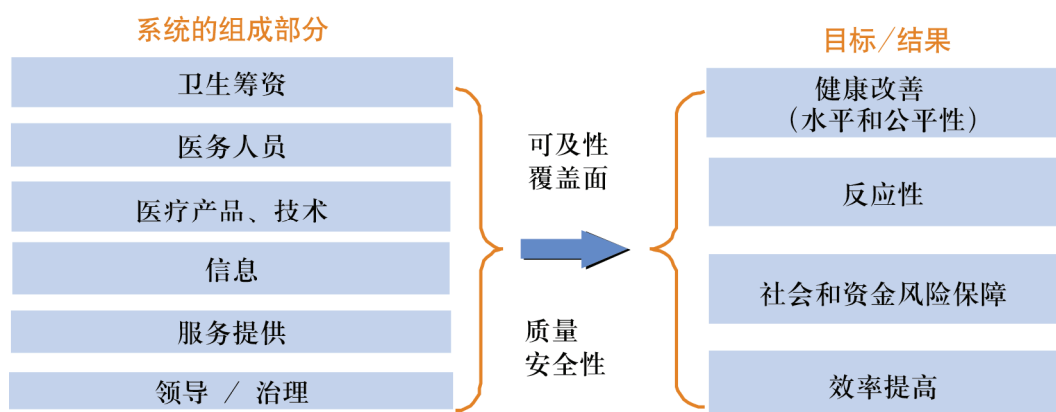
²⁶ Global Health Disparities: the role of health financing, donor assistance, and human resources. CGFNS Symposium Philadelphia, December 2007 Marko Vujicic The World Bank

²⁷ Fiscal Space for Health: Use of Donor Assistance. Dr. P Gottret, South Asia Region The World Bank, Colombo, March 18, 2009

3.4 加强卫生系统和卫生筹资

卫生筹资工作要在加强卫生系统、最终实现全民覆盖的总体背景下进行。旨在改善健康结果的世卫组织加强卫生系统行动框架，明确了卫生系统的 6 个组成部分，其中一个就是卫生筹资，如图 11 所示。

图 11. 有六个组成部分的卫生系统框架



卫生筹资在过程结果以及实现卫生系统总目标（提高公平性、风险保障和效率）方面起着核心作用。卫生筹资和其他系统组成部分之间存在着重要联系和相互作用。包括：

3.4.1 服务提供

卫生筹资政策要确保提供能满足国家（尤其是贫困人群）卫生需要的、商定好的一揽子服务，包括各类卫生服务：预防、促进、治疗和康复。通过更好的结构、组织和管理以及服务提供的成本效益性，卫生筹资在分配、技术和流通方面的高效率可以大大提高系统的收益。卫生筹资必须为提高服务质量提供激励机制。

3.4.2 卫生人力

卫生系统是人员密集型部门；在大多数国家，卫生工作者的报酬占了卫生支出的很大部分。应有效地利用筹资机制中的各种供方支付方法，以发挥医务人员的积极性。这可以影响缺医少药地区卫生人力提供重点卫生服务的技能搭配、部署、扎根和绩效，还可以有效地鼓励私营部门参与国家卫生议程。

附件 1

3.4.3 卫生信息

经过可靠分层的卫生筹资及支出信息，以及流行病学和健康结果数据，是支持政策和技术评估所必需的。所需的数据包括资金来源、不同人群中受益者对卫生服务供方的利用、卫生资金保障的程度（如人口卫生覆盖、大额费用的发生和贫困的影响）等。

3.4.4 医疗产品和技术

药品及医疗产品的支出是亚太地区自费支出的最大部分。证据提示，半数以上的医疗产品使用不合理。卫生筹资政策加上药品政策，可以大大减少这种不合理使用。

3.4.5 领导和治理

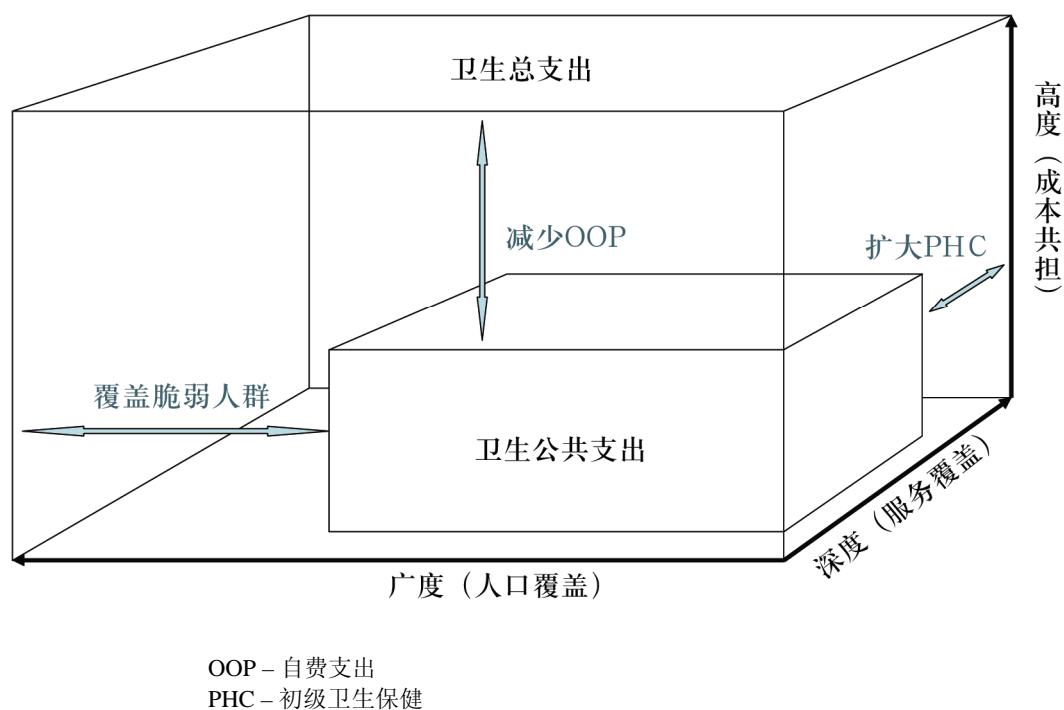
增加卫生的公共支出、保持将重点放在全民覆盖的实现上，需要有良好的治理和领导。领导和治理职能需要有支持预付制和风险共摊机制的法律及监管框架，让公共及私营部门的卫生支出合理化。要让卫生服务筹资更好地承担对公众的义务（尤其是非法付费），需要有领导力。

4. 《亚太地区卫生筹资战略（2010-2015）》

4.1 迈向全民覆盖

本战略旨在协助会员国通过有效的卫生筹资来实现全民覆盖。下图是本战略的示意图。

图 12. 全民覆盖的实现



增加资金和更高效地利用所有资源可以扩大服务，特别是初级卫生保健服务。更多的预付制、风险共摊和有效的社会保障，可以使服务能够扩展到未覆盖及其他脆弱人群，同时减少自费支出。这些都需要各国在以下八个战略领域内采取适合国情、有目标的干预措施：

- (1) 增加卫生投入和公共支出
- (2) 改善卫生援助效果
- (3) 通过使卫生支出更加合理而提高效率
- (4) 增加对预付制和风险共摊的利用
- (5) 改进供方支付方法
- (6) 加强针对贫困及脆弱人群的安全网机制

附件 1

(7) 改善制定政策的依据信息

(8) 改善对政策改变的监测和评价。

战略草案增加了现有的《西太平洋和东南亚区域国家卫生筹资战略（2006 - 2010）》所没有的三个领域，即，（1）改善援助效果；（2）通过使卫生支出更加合理而提高效率；和（3）改进供方支付方法。

以下的示意图显示了如何逐步实现全民覆盖。筹资形式从个人自费支出过渡到预付和风险共摊机制，直至最终融合的资金足以为全民覆盖提供筹资。

图 13. 迈向全民覆盖的步骤

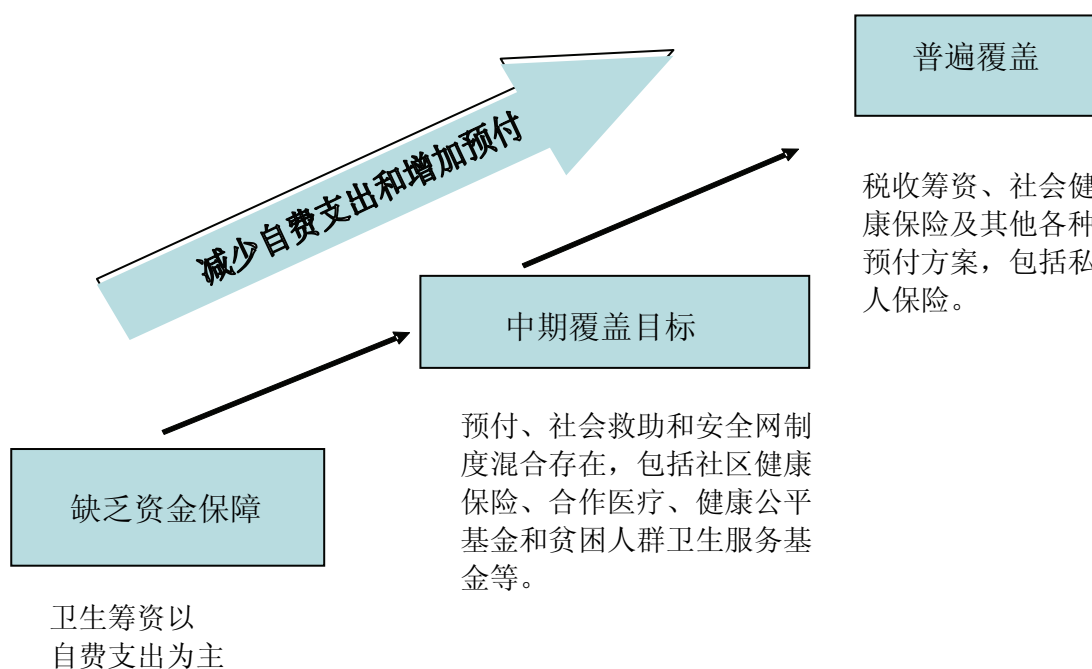


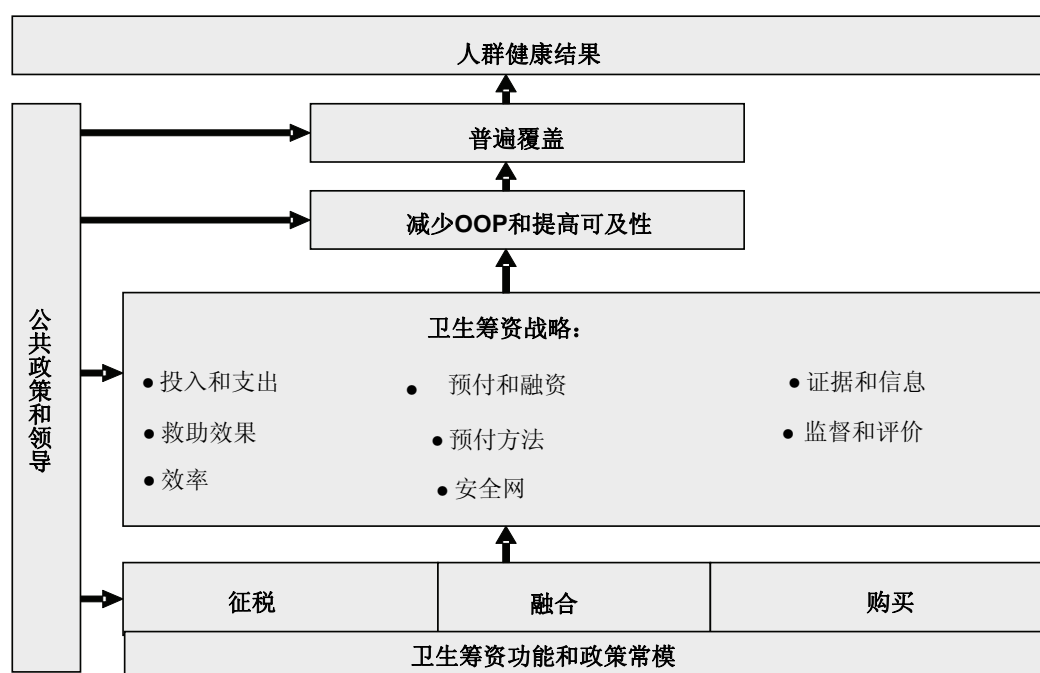
图 14 显示了各战略领域的行动、加强卫生系统的中期目标、实现全民覆盖与改善人群健康结果之间的关系。

4.2 目的和目标

本战略的目的是协助各国实现能确保获得质量可靠的卫生服务、从而获得更好的健康结果的全民覆盖。证据提示，在包括税收筹资和社会健康保险在内的卫生公共筹资约占 GDP 的 5% 的国家，全民覆盖更易实现。这是亚太地区所有国家的一个重要目的，旨在最终实现全民覆盖。

有些国家是例外情况，以较低的公共卫生支出水平接近实现了全民覆盖；其他国家则仍处在迈向全民覆盖的早期阶段，尽管其卫生支出水平相对较高。因此，本战略鼓励各国为本国设定符合现实、有着明确战略行动过程的目标，从而增加公共支出和提高其在卫生总支出中的比例。

图 14. 卫生筹资战略与健康结果之间的联系



建议用以下目标监督和评价进展情况：

- 自费支出不应超过卫生总支出的 30-40%
- 卫生总支出应至少占 GDP 的 4%-5%
- 90% 以上的人口有预付及风险共担保险覆盖
- 几乎 100% 的脆弱人群有社会援助和安全网规划覆盖。

4.3 卫生筹资改革的支持性环境

本战略的实施需要强有力的承诺和卫生部门内、外各利益相关方的积极参与。一种支持性的有利环境应包括：

- (1) 对全民覆盖的一致认同和承诺，包括：

附件 1

- (a) 多部门和多利益相关方对目标达成共识；
 - (b) 对在实现全民覆盖中的任务与责任的承诺；
 - (c) 提供关于卫生公共投入之影响的证据；
 - (d) 向高层（尤其是卫生部和财政部）宣传政策分析的论坛；
 - (e) 做出计划，解决可能持反对意见的利益相关方关心的问题。
- (2) 制定并执行政策，包括：
- (a) 产生信息和形成政策的技术能力；
 - (b) 审查和执行法律法规的能力；
 - (c) 国家和省级的行政及管理能力。
- (3) 各过程的透明度和问责制，包括
- (a) 资源管理；
 - (b) 政策的监督与评价；
 - (c) 执行所担负的任务和职责。

本战略中的行动应受与卫生筹资的三项主要职能（征收资金、融合及购买服务）有关的卫生筹资政策规范的指导。

4.4 全民覆盖卫生筹资的战略行动领域

4.4.1 战略领域 1：增加投入和卫生的公共支出

领域 1 针对的是适当卫生支出水平的重要性，特别是在经济和金融危机时期。人们推崇充足的公共筹资是促进公平性的最有效卫生筹资机制。有关战略行动包括：

- (1) 加强政府承诺，表现为制定适当的政策、目标和中长期行动计划。
- (2) 分析、测算和计划实现全民覆盖卫生系统所需的投入。
- (3) 通过卫生相关部门、非国有部门和各种全球规划的一体化计划，实现多部门协作。
- (4) 加强国家和省级动员国内及国际资源的能力。
- (5) 收集并传播卫生的公共投入对健康结果、社会及总体发展之影响的证据，尤其是在卫生部、财政和计划部之间。

4.4.2 战略领域 2: 改善卫生援助的效果

依赖国内资金融合和高度公共投入的卫生筹资来源，是最佳的筹资选择，但外部援助仍会发挥重要的补充作用，尤其是在低收入国家。领域 2 提倡以有助于可持续的全民覆盖的方式高效、有效地利用援助资金。这与《巴黎援助宣言》的五大支柱相一致。战略行动包括：

- (1) 按照以结果为导向的战略资源计划争取国外发展援助资金（ODA），强调努力增加国内筹资，特别是政府的卫生预算。
- (2) 利用国家计划来减少相互割裂，并使国外发展援助资金与国家卫生议程和国家协调过程相一致。
- (3) 通过尽量减少交易成本，以及按照政府总预算增加支持卫生的比例，来改善国外发展援助资金的效果。
- (4) 与各方合作，提高援助资金的可预测性，减少援助资金的不确定性。
- (5) 实行能够增加信息的透明度和及时性的简单、共同的监督机制。

4.4.3 战略领域 3: 通过使卫生支出更加合理来提高效率

领域 3 鼓励通过使卫生支出更加合理来实现资金的更大价值。国内和国外资金都应重点放在健康结果上，同时解决不公平、效率及质量低下的问题。核心战略行动包括：

- (1) 通过平衡一级、二级和三级医疗之间的拨款来改善健康结果和实现全民覆盖是工作重点；国家和省级计划过程应以此重点为指导。
- (2) 将采用成本测算和成本效果分析、中期支出框架（MTEF）、公共卫生支出评估（PER）、以结果为基础的预算测算（RFB）和其他适当工具，来提高公共支出的效率。
- (3) 提升实现资源有效利用的关键技能，包括卫生人员及服务的管理、筹资和卫生部门的监管。阻止非法收费和其他资金泄漏行为。倡导居家保健等具有成本效益性的做法。
- (4) 确保及时、高效和公平地将资源分配给初级卫生保健及其他基本服务，确保覆盖贫困和脆弱人群以及缺医少药的偏远地区。

附件 1

- (5) 通过执行合理使用基本药物的政策、建立正确处方的激励机制、削弱增加成本的垄断行为、改善社会营销策略来减少对药物及诊断检查的不合理需求等手段，降低药品供应及流通成本，尤其是在私营部门。
- (6) 让非国有部门参与卫生支出合理化的工作，以实现全民覆盖和加强初级卫生保健。

4.4.4 战略领域 4: 更多采用预付和风险共摊的方法

领域 4 旨在更多地采用预付和风险共摊机制来提高公平性、可及性以及避免生病带来的资金风险。通过采用风险共摊的预付制来扩大人群覆盖面的战略行动包括：

- (1) 确定包括社会健康保险在内的正确的预付方案，有公平的缴费和福利，并制定可行的政策、目标和行动计划。
- (2) 在所有利益相关方、政策制定者和决策者、服务供方及卫生人力队伍以及消费者中宣传、加强通过多渠道筹资系统实现全民可及的意识，并逐渐形成共识。
- (3) 加强政府对有效的预付及融资机制的承诺。
- (4) 实施行动计划，通过税收、社会健康保险和其他预付机制相结合的方法扩大人群覆盖和可及性。
- (5) 采取措施提高效率及绩效，同时有公共及私营部门的标准、规范、法律法规和认证手段作为支持。

4.4.5 战略领域 5: 改进供方支付方法

领域 5 强调将供方支付方法作为一种重要的购买机制来影响供方及需方行为和改善卫生系统绩效。可用供方支付来指导所提供服务的构成，控制供方的成本，调整消费者的需求。这有助于提高效率，并按照初级卫生保健的思路将重点放在所需的服务水平及种类上。供方支付可为私营部门的有效参与提供激励机制。可将供方支付与恰当的合同方式相结合，用来改善公立和私营部门的绩效。战略行动包括：

- (1) 评价目前的供方支付方法及其对卫生系统和筹资的影响。
- (2) 针对每种支付方法在能否更好地让服务与政策目标相匹配、控制成本、降低大病高额费用、减少对供方的不当激励机制等方面的证据，进行仔细研究。

- (3) 对供方支付下的激励机制进行审查，以有效地让私营部门参与进来。
- (4) 实施支持性的政策并有必要的立法监管部门，包括保护穷人的利益。
- (5) 将供方支付纳入收集、监督和评价服务中。

4.4.6 战略领域 6：加强针对贫困和脆弱人群的安全网机制

社会安全网机制旨在通过减少贫困和脆弱人群获得卫生服务的障碍来加强社会保护。这些障碍可能是经济、政治、社会和文化方面的，或是上述各种因素复杂作用的结果。利贫的卫生筹资机制旨在通过减少自费支出和促进资金融合来消除获得卫生服务的经济障碍，让贫困人群能够获得有补贴的服务。加强社会保护及安全网机制的行动包括：

- (1) 产生并分析关于健康的金融及社会决定因素的证据。
- (2) 确保计划好的安全网机制（如费用减免和保险费补贴等）有充分的资金保障。筹资渠道可以包括一般性税收、专项税收、交叉补贴 SHI、ODA、私营部门的自愿捐款（如企业社会责任）等。
- (3) 补贴要明确定位于满足特定脆弱人群或特殊社会目标人群的需要，如针对被忽视的少数民族孕产妇的卫生保健或女性赋权活动。
- (4) 加强法律和监管框架，在建立资金机制中确保满足贫困人群的需要。
- (5) 定期监督和评价针对贫困及脆弱人群的资金和社会保护。

4.4.7 战略领域 7：改善制定政策的依据和信息

领域 7 认为证据和信息是决策和政策的基础。日常的卫生信息系统应采纳正确的高质量数据。加强循证政策应采取的行动包括：

- (1) 总结现有证据，找出数据和质量上的差距。
- (2) 培养研究能力，从而不断提供证据和信息。
- (3) 成立能够主持政策相关依据的产生、分析和传播的国际质量中心。
- (4) 加强将工具及技术用于政策分析的能力，包括利用成本数据、宏观水平的经济评价结果和适当利用流行病学信息进行影响评估。
- (5) 加强通过预算测算、国家卫生账户和中期支出框架等资源追踪工具来改善政策资

附件 1

金管理的能力。

4.4.8 战略领域 8: 加强对政策变化的监督和评价

《亚太地区卫生筹资战略（2010 - 2015）》草案旨在指导亚太地区未来的卫生筹资工作，加强卫生系统。各种政策、干预措施及战略行动要针对每个国家的具体情况。领域 8 要求监督及评价区域和国家级的实施进展情况。监测指标应在政治上相关，技术上可用，数量尽量保持最少。采用统一的指标有便利之处，可以在本区域内比较进展情况。所需的行动包括：

- (1) 明确信息要求、管理和分析技能上的差距、以及用于政策监督及评价的资金来源。
- (2) 用于卫生政策监督及评价的经济原则领域的能力建设。
- (3) 将卫生筹资指标纳入总体卫生监督及评价框架。重点为公平性、效率、覆盖面、可及性和自费支出的减少。
- (4) 鼓励参与性监督和评价，参与的利益相关方多多益善。
- (5) 通过及时向卫生计划制定者提供报告，将监督和评价与政策审查联系起来。

5. 结论

《亚太地区卫生筹资战略（2010-2015）》草案为亚太地区实现全民覆盖和获得质量可靠的卫生服务、从而改善健康结果的工作提供了支持。其依据是各国的国家级倡议和行动、区域卫生筹资评估的结果、不断变化的全球环境、日益增多的证据、以及在通过加强卫生系统来实现全民覆盖的工作中对初级卫生保健思路的强调。

全民覆盖旨在改善贫困和脆弱人群、特别是妇女和儿童的健康状况。实现全民覆盖急需政府的关注和行动。大多数情况下，那些在保护贫困及脆弱人群、利用现有资源取得更大健康效益方面最为成功的国家，都是对初级卫生保健、全民覆盖和社会健康保险做出长期承诺的国家。

世卫组织和各会员国可用《亚太地区卫生筹资战略（2010-2015）》草案作为指导，来加快全民覆盖的进展。它倡导大力降低自费支出——这一导致家庭贫困和因经济困难而无法获得

附件 1

卫生服务的最主要原因。该战略号召各国政府增加卫生的公共支出，加强安全网机制，从而确保更广泛的覆盖和让人们、特别是穷人获得有补助的卫生服务。该战略还强调了资源利用效率低下的问题，为实施提高卫生服务的效率及效果的战略提供了指导。

全民覆盖是一个雄心勃勃的目标，但证据已经表明，在迈向全民覆盖方面取得的进展无论在短期还是长期都是可行的。该战略鼓励各国对其卫生筹资状况进行审查，并采取行动，以实现更广泛的卫生服务覆盖，更高的资金保护水平，更强有力的卫生系统以及最终更健康的人群。本战略将指导各国努力为全体人民提供全面而质量可靠的卫生服务，包括那些目前服务不足的人群。这些努力将提高全亚太地区的生命质量。

附件 1

卫生筹资战略术语表

可及性	无严重障碍或困难就能利用现有卫生服务的能力。
援助效果	用于实现经济或人类发展（或发展目标）的发展援助资金的效果。
配置效率	以使某一特定结果最大化的方式在某一部门或规划内多种活动之间分配资源。
按人头付费	按每个病人每单位时间事先向某卫生服务供方支付的固定金额；金额多少主要取决于所提供服务的范围。通过让供方承担所提供的服务的资金风险来控制卫生服务资源的利用。
大病高额支出	卫生服务的累积支出超过家庭非食品类支出的 40%。
社区健康保险（CBHI）	小规模自愿性的社会保险。典型方式是某一地方卫生中心与 CBHI 方案签约来提供服务。被视为实现更广泛社会健康保险覆盖的步骤之一。
共付	医疗总费用中由被保险病人在获得服务时所支付的部分；主要是作为一种成本控制手段。
覆盖	卫生服务的人口覆盖常常用三个方面表示：宽度或人口覆盖范围；深度或覆盖的服务种类；高度或费用共摊的水平。
诊断相关组	针对每组预计会消耗类似的医院资源的类似的医学干预措施的支付形式。
效果	目标实现的程度和所针对的问题解决的程度。与效率相比，确定效果时无需考虑成本。
证据	可用于制定政策的科学有效、无偏倚的信息。
起付线	报销申请中保险供方不覆盖的部分。它是在保险福利生效之前必须自费支付的费用。
按项目付费	向供方支付的所提供服务的费用，通常是在提供服务的时候。
资金负担	相对于家庭收入或支付能力的家庭支付的医疗费用金额。
资金保障	卫生筹资方案的终极作用，即，消除或大大减少病人必须自费的金额。
财政空间	政府预算空间，能为所需的目的提供资源，同时又不会危及财政状况的可持续性或经济的稳定性。
国内生产总值	一个国家通常是一年内所生产的物品及服务的总价值。
总量控制	通过拨款总额为卫生服务筹资的支付形式，将如何使用资金的决策权下放管理。
全球经济危机或衰退	许多国家同时感受到的经济衰退，并且由于发达国家借贷和购买力下降导致生产国出现失业。

附件 1

政府卫生支出	各级政府对卫生筹资的投入。还可包括社会健康保险和外部援助，此时，最好称为“公共筹资”。
健康公平	不同收入人群的平等健康状况、公平地获得服务、公平地支付卫生服务、公平地得到公共补贴，等等。
健康公平基金	专门针对贫困人群的补贴，用于支付他们的医院及其他医疗费用的一部分。
健康结果	人口健康状况，包括婴儿及儿童死亡率、出生期望寿命、孕产妇死亡率。
保险福利	保险方案的成员有权享受的卫生服务包。
中期支出框架	一种预算计划方式，指的是当前的财政年度和随后两年的支出，它鼓励各部委在比平时更长的时段内合作和制定计划。
千年发展目标	从到 2015 年将极端贫困减少一半、阻止艾滋病蔓延、到普及小学教育的八个目标；其中三个与健康结果直接相关。它们构成了所有国家及世界领先发展机构共同认可的蓝图。
国家卫生账户 (NHA)	一种提供关于卫生资金、其来源和使用方式信息的数据库系统。可用来监督用于公立及私营部门、不同的卫生服务活动、供方、疾病、人群和区域的卫生支出的趋势。
NCMS	新型合作医疗，一种由政府补贴、自愿性的健康保险系统，覆盖中国几乎所有的农村居民。
ODA	“海外发展援助”代表从捐资方到受援国的国外援款和援助。
自费支出	由个人通过病人付费、共付和直接付款（如药品）等方式在治疗时支付的医疗费用。
巴黎援助宣言	2005 年批准的国际协定。在该协定中，100 多位部长、援助机构首脑及其他高层官员承诺其国家和组织要在援助的协调一致和管理方面加强努力，以取得结果，同时有一套可监督的行动及指标。
按绩效支付 (P4P)	依据是否采取了可测量的行动或实现某预定的绩效目标而进行资金或物资的转移。有时也指以结果为基础的筹资。
以人为本的卫生系统	指的是卫生系统支持人们参与有关其医疗服务决策的权利和义务，不仅涉及治疗问题，还涉及卫生服务计划和实施等更广泛的问题。
贫困水平	按照基本营养食品花费定义的收入水平。目前的国际贫困线是每天 1.25 美元。
确定优先	在有限的卫生预算内运作，政府通过增加对其最重视的卫生服务的支出来明确其优先事项。
供方支付	对卫生服务供方所提供卫生服务的支付方式。常见的供方支付方法有按服务付费、按人头付费、工资和总量控制。

附件 1

公共支出审查	公共支出审查对公共支出的分配与管理进行分析。可用于为战略计划和预算的制定提供信息，以及确定提高效率 and 效果的方式。
卫生的公共支出	包括政府卫生预算支付和社会健康保险、外部捐资方援助等其他“公共”来源。
购买服务	卫生筹资和卫生治理机构的职能之一。有两种选择：直接拥有医疗机构和聘用医务人员，或支付某一独立实体来为某特定人群提供一个服务包。
以结果为基础的预算	围绕一系列预定目标及预期成果制定规划的预算过程；预期成果证明了实现成果所必需的产出需要相应的资源。
以结果为基础的筹资	以结果为基础的筹资（RBF）可协助政府通过以不同方式组织其卫生系统来实现国家卫生目标。其重点从资源的分配与利用转变为实现成果。
追溯性报销	在一段时间之后报销给病人的医疗费用。
风险共摊	某一保险方案中的年轻、健康人群和年老、更易患病人群共同分摊健康风险，以降低保险公司的平均资金风险。
社会健康保险	提供一套规定的健康福利的保险方案，通常对所有工作人员是强制性的，保费以工资为依据。
社会营销	借用商业营销的概念，旨在引导社会发生变革的规划的计划及实施。
社会安全网机制	国家提供的福利、失业保险、全民卫生服务及其他补贴等服务，可避免个人陷入超过某种程度的贫困状态。
技术效率	将固定水平的资源用于某项活动，使其某一特定产出最大化；类似于生产力。
卫生总支出	私人卫生支出、政府卫生预算和社会健康保险等其他筹资来源的总和，包括个人卫生保健、群体卫生服务和卫生系统的运行，外加基建投资。
全民覆盖	几乎所有人都能获得质量良好的所需服务并不会面临大病高额费用。