

草案

实现西太平洋区域全民健康覆盖 和 可持续发展的卫生筹资 行动框架

目 录

缩略语	8
词汇表	9
执行摘要	11
1. 引言	14
2. 区域背景概述	17
2.1 区域多元化、充满活力，有不断变化的卫生需求.....	17
2.2 全民健康覆盖的进展成果显著，好坏参半.....	21
3. 剖析全民健康覆盖 (UHC) 表现：揭示瓶颈.....	26
3.1 尽管许多地方的公共医疗支出有所增加，但仍然处于较低水平.....	26
3.2 现有资源尚未优化使用方式	34
3.3 治理薄弱阻碍卫生筹资改革	39
3.4 全民健康议程进展缓慢	43
4. 卫生筹资面临的新挑战	44
4.1 即将面临的财政挑战	44
4.2 人口老龄化和非传染性疾病对筹资的影响.....	47
4.3 卫生系统容易遭受卫生安全威胁和气候变化等冲击.....	47
5. 为全民健康覆盖和可持续发展筹资的行动框架	49
5.1 行动领域 1.更依赖公共医疗卫生资金	50
5.2 行动领域 2. 更加公平、高效的医疗支出.....	53
5.3 行动领域 3. 为当前与未来的初级卫生保健筹资.....	56
5.4 行动领域 4. 加强卫生筹资治理	59
5.5 行动领域 5. 在经济和社会政策中促进全民健康.....	63
6. 继续前进	67
6.1 会员国在实施战略行动时应考虑的事项.....	67
6.2 世界卫生组织在与会员国合作中发挥的作用.....	70
参考文献	71

缩略语

DALY	伤残调整寿命年
GDP	国内生产总值
HIC	高收入国家
IMF	国际货币基金组织
MIC	中等收入国家
NCD	非传染性疾病
OOPS	自付费用
PFM	公共财政管理
PHC	初级卫生保健
PPP	购买力平价
SCI	服务覆盖指数
SDG	可持续发展目标
SHI	社会医疗保险
UHC	全民健康覆盖
VHI	自愿健康保险
WHO	世界卫生组织

词汇表

医疗福利/服务包	全部或部分由公共资金资助的卫生服务和产品和获取这些服务和产品的条件（1）。
灾难性卫生支出	自付医疗费用占家庭收入或支出的很大一部分的情况（最常见的界定阈值为 10% 和 25%）（2）。
气候变化	世界气温和天气模式的长期变化。这些变化直接或间接地造成人道主义紧急情况、流行病学变化以及破坏粮食系统和生计的破。它会影响自然环境以及包括卫生体系在内的自然系统和人类系统的所有方面（4）。
经济困难	自付医疗费用对人民福祉产生负面影响的情况，最常见的衡量标准是灾难性卫生支出或致贫性卫生支出（2）。
财务保障	全民健康覆盖维度之一，即在获取所需的卫生服务和物品时不存在财务障碍，并且自付医疗费用不会造成经济困难（2）。
财政空间	政府预算中有足够的空间在不危害政府财政可持续性的情况下，为预期目的提供资源（4）。
资金池/资金汇集	为了分摊整个区域人口的财务风险积累预付收入，以避免有人需要承担全部卫生保健费用，负担太重（5）。
治理	监督和管理一个国家医疗卫生系统的流程、组织结构和机构。包括协调卫生保健领域不同参与者和利益攸关方之间的关系，如政府机构、医疗服务提供者、患者及其家属、个人和社区、民间社会组织和私营部门实体（6）。
致贫性卫生支出	因自付医疗费用使人们掉入贫困线以下的情况（2）。
政治经济学	结合政治因素和经济学的学说，聚焦于在不同国家和部门背景下权力和资源如何被分配和争夺，和对发展结果的影响（7）。
初级卫生保健	一个卫生方面的全社会方法。旨在通过及时关注人们在健康促进、疾病预防、治疗、康复和姑息治疗整个过程当中的需求，确保让人们拥有最高水平的卫生保健服务和福祉，并保证分配公平，尽可能贴近人们的日常生活（8）。
健康优先	财政年度内政府卫生支出占政府各部门总支出的比例。

公共财政管理（PFM）	管理如何收集、分配、使用和核算公共资源的一套规则和流程（9）。
公共医疗卫生支出	使用国内公共收入来源的卫生支出——政府预算和/或社会医疗保险缴款（10）。
采购	将汇集的资金分配给医疗服务提供者，为特定群体或全体人口提供医疗服务（1）。
战略性采购	若购买服务时分配给医疗服务提供者的资金或多或少与对方的绩效信息和服务人群的健康需求挂钩，这种购买服务就是战略性采购，目的是保证卫生资源可以有效使用并更公平地进行分配和控制支出增长（11）。
全民健康覆盖（UHC）	所有人都可以随时随地按需获得全方位的优质卫生服务，而不会遇到经济困难（12）。

执行摘要

全民健康覆盖的目标是确保所有人在不陷入经济困境的情况下公平地获得优质卫生服务。这是改善卫生健康状况和推动人类发展的关键所在。为了实现这些目标，充足、公平、高效和可持续的筹资，特别是来自公共来源的资金有至关重要的作用。

在世界卫生组织西太平洋区域，经济增长与为增加公共收入付出的努力让公共医疗支出迅速增加。然而，许多国家的支出水平仍然不足以满足其民众日益增长的医疗需求，导致人们无法获得充足的医疗服务，并加剧了自付医疗支出造成的经济困难。从未来的宏观经济前景来看，许多国家的医疗财政空间增长将会放缓，为维持或提高公共医疗支出水平带来了挑战。

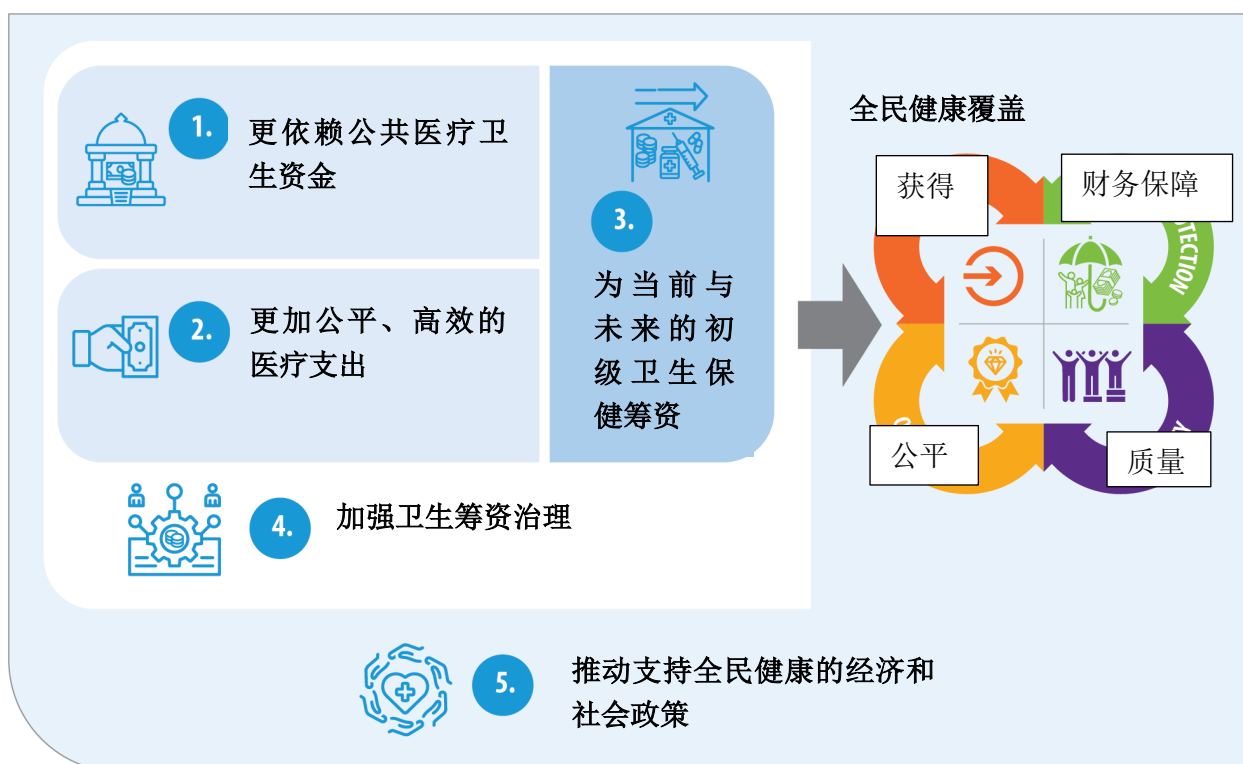
与此同时，医疗卫生资金在应用方面缺乏优化升级，导致支出分配不公平和应用效率低下。许多国家在合并和协调卫生资金池方面取得了进展，但资金预算内部、不同计划之间和各种资金流之间仍然广泛存在分散的情况。许多私营医疗机构与公共资助的卫生服务系统之间缺乏整合，加剧了这种情况。此外，给医疗机构分配资源，往往并不是激励公平、效率和医疗质量的角度出发。也需要强调一点，对初级卫生保健重视不足，也让全民健康覆盖的效果不如人意。

西太平洋区域的卫生健康现状有很多影响卫生部门的问题，例如人口老龄化、非传染性疾病负担加重、新出现的卫生安全威胁以及气候变化和其他环境问题带来的健康风险。如果不加以解决，这些变化可能会对卫生行业的财政可持续性构成挑战，并有可能让现有人口健康状况的改善付诸东流。

卫生筹资系统需要重新提起对初级卫生保健的重视，强调预防工作以应对上述挑战。有越来越多的证据表明卫生健康、经济和人民福祉之间是互相关联的。卫生行业需要将全民健康视为一个超越卫生领域的可持续发展规划政策目标，采取更佳积极的态度推动全民健康发展。

这些在卫生体系和社会上持续存在和新出现的挑战，需要各国根据各自的优先事项和具体情况采取行动，优化卫生筹资系统的设计并提升表现。《西太平洋实现全民健康覆盖和可持续发展的卫生筹资区域行动框架》提出了五大战略行动领域（如下图所示），确保卫生筹资可以攻克影响全民健康覆盖进程的瓶颈，加强卫生行业应对新挑战的韧性，推动整体、多部门的协同合作，解决健康问题更为根本的决定性因素。

区域卫生筹资行动框架的行动领域



1. 更偏重用于卫生的公共资金：卫生行业的公共资金，尤其是来自政府预算的部分，对推动全民健康覆盖至关重要。本区域很多国家都需要提高税收效率、加强对卫生健康的拨款的重视，提高人均公共医疗支出。自愿医疗保险和自付医疗支出等私人资金来源在全民健康覆盖筹资中应仅限于辅助作用。严重依赖外部援助的国家应携手发展伙伴，推动外部援助的落实，让援助更可预测，防止国内基本服务资金出现意外减少的情况。

2. 让卫生支出更加公平有效：在卫生支出方面不仅要偏重公共资金，也要在应用时更加理性、高效，例如减少现有资源的分散、合并和协调公共资金池和在向卫生服务提供者分配资金时激励其提高服务的效率、公平和质量；以现状和价值为依据设计服务包（包括获取条件和共同支付政策（如适用）），尽可能减少人们财务困难的情况和获取保健服务的障碍；提高采购、物流和资产管理的效率，降低服务的投入成本。

3. 为当前和未来的初级卫生保健提供资金：初级卫生保健是应对本区域当前和新出现的卫生挑战的关键，也是保证卫生体系公平高效的关键。在公共医疗支出中，应优先考虑个体和基于人群的初级卫生保健服务。此外，筹资机制需要激励服务提供转变方向，关注综合、以人为本的初级卫生保健。应用初级卫生保健资金的干预措施，应当成本效益高，并且最能满足当前和新出现的人口需求，特别是基本公共卫生职能、健康预防和促进活动。

4. 加强治理卫生筹资：治理系统包括公共财政管理和数据管理两个方面，是合理设计与有效实施卫生筹资政策的重要保障。因此，各国需要强化治理职能，加强机构能力，构建更加透明、负责和普惠的卫生筹资系统。公共财政管理当中妨碍提供服务的瓶颈和僵化问题，需要与财政部门等其他相关部门一起系统解决。最后，卫生筹资政策的发展与实施，需要更高质量和更及时的数据支撑，并增加公共资金用于卫生的参考与依据。

5. 利用经济和社会政策促进全民健康：卫生体系与经济、环境和社会因素联系紧密，错综复杂，推动了全民健康覆盖和可持续发展目标在卫生与其他部门之间的推行，有产生协同效益的巨大潜力。各国应尝试设计和采用全政府方法为全民健康和福祉提供资金，如使用跨部门筹资的方法解决健康的社会决定因素，探索如何应用金融工具促进人们健康生活等。最后，由于气候变化在健康和卫生体系方面的影响，未来卫生行业减缓和适应气候变化影响的投资与激励措施也必不可少。

无论收入水平、规模、人口背景和卫生体系成熟度如何，任何国家都可以采取行动，改善卫生筹资系统。卫生筹资特别需要具体问题具体分析，所以各国需要根据本国优先事项和需求的特点来规划实施这些战略行动。需要注意，各国应仔细规划卫生筹资改革，基于更广泛的卫生行业改革发展设计、实施和监测，在整个过程中时时关注政治动态，与社区和其他主要利益相关者对话，这些都是成功的关键因素。

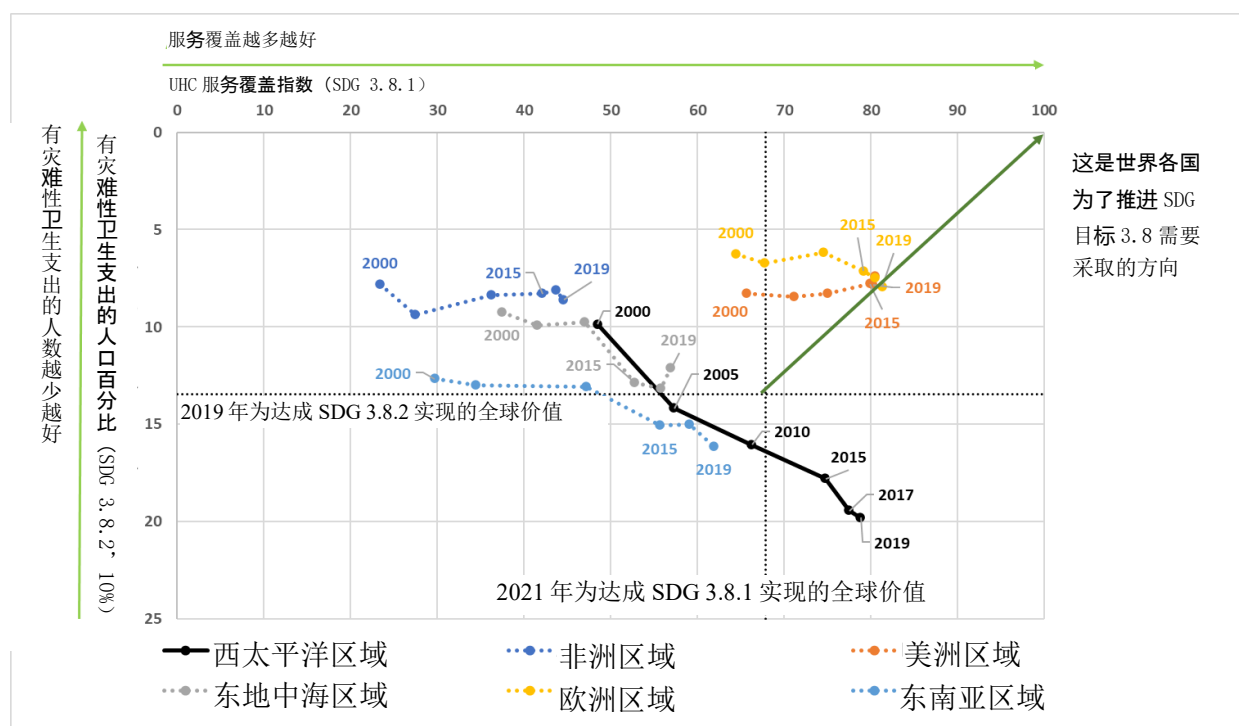
强化初级卫生保健，实现全民健康覆盖；确保卫生体系能力，应对未来挑战是世卫组织西太平洋区域工作愿景的核心。因此，世界卫生组织的关键优先事项是确保和加强对卫生筹资的政治承诺，将筹资应用于实现全民健康覆盖和全民健康，推动卫生行业与其他部门之间的对话，提供高水平的技术指导和资源，提供有针对性的国家支持，促进同行学习和知识交流，并在卫生筹资优先事项方面鼓励发展伙伴与国内保持一致。

1. 引言

改善世界卫生组织西太平洋区域卫生和人类发展的关键在于实现全民健康覆盖的目标，确保所有人都能公平地获得优质卫生服务，而不会陷入经济困境。为了实现这一目标，需要保证卫生筹资充足、公平、高效和可持续。在过去二十年里，得益于强劲的经济增长和政策选择，西太平洋区域的许多国家能够增加公共卫生支出，加强卫生筹资系统，相比于世卫组织的其他五个区域，快速提高了西太平洋区域的服务覆盖率（以可持续发展目标指标 3.8.1（全民健康覆盖服务覆盖指数）的区域平均值来衡量）（图 1）（13）。

尽管取得了这些成就，本地区仍面临重大挑战。根据可持续发展目标指标 3.8.2（家庭卫生支出占家庭总支出或收入的 10% 以上的人口）（14），本地区平均灾难性卫生支出发生率大幅上升，达到了世界最高水平（图 1）。卫生体系在满足本区域人口需求方面存在较大缺口。此外，在经济疲软的情况下，人口、社会经济、气候和其他方面的转变，可能会影响政府分配给卫生方面的资源数量，改变所需的卫生支出类型。除非各国采取坚实有力的政策行动来应对这些突出的新挑战，卫生行业的财政可持续性、人群健康结果和更广泛的全民健康覆盖将受到负面影响。

图 1. 世卫组织各区域在可持续发展目标 3.8.1 和可持续发展目标 3.8.2 方面的共同进展（2000-2019 年）



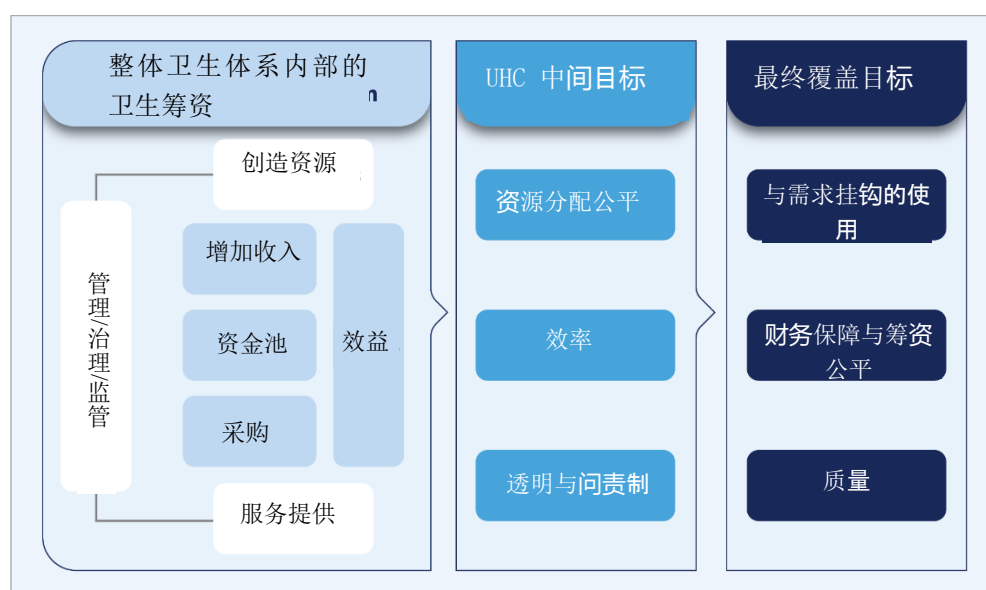
SDG: 可持续发展目标; UHC: 全民健康覆盖。

来源: 世卫组织和国际复兴开发银行, 2023 年 (2)。

在此背景下，为了应对新旧挑战，我们制定了《西太平洋区域实现全民健康覆盖和可持续发展的卫生筹资区域行动框架》，提出了本区域成员国应考虑列为优先的一系列领域和应实施的战略行动。

该框架还以世卫组织现有的卫生筹资分析框架（1）（图 2）为基础，提供了本区域核心卫生筹资功能安排的进展和挑战的最新分析，整合了过去几十年积累的全球证据和经验，并针对本区域各国的需求和优先事项提供了最新的技术指导。

图. 2. 世界卫生组织卫生筹资和全民健康覆盖分析框架



UHC：全民健康覆盖

来源：改编自 Kutzin 等人，2017 年（1）。

为此，该框架重点关注关键的促成系统，包括政府系统内部和跨政府系统的重要制度促成因素。最近的“全民健康经济学”范式（15）希望将健康提升为经济政策和可持续发展的核心目标。该框架也强调要采用系统的方法为全民健康覆盖提供卫生筹资，采用超越卫生行业的新方法为人群健康结果和福祉筹资。为此该框架强调，要关注关键促进系统，关注其中政府系统内部和跨政府系统的重要制度促成因素，以及卫生体系与经济、筹资社会和环境之间的联系。

最后，该框架依托于世界卫生组织西太平洋区域主任更广括的愿景——详见《共建西太平洋区域家庭、社区和社会的健康（2025-2029）：共同努力改善健康、福祉并挽救生命》（*Weaving Health for Families, Communities and Societies of the Western Pacific Region (2025–2029): Working together to improve health and well-being and save lives*）（16），借鉴了初级卫生保健（PHC）（17）、卫生人力（18）、非传染性疾病（NCD）预防和控制（19）、健康老龄化（20）、卫生安全（21）和向公共卫生服务综合筹资过渡（22）等方面的现有区域行动框架和战略。

总而言之，本区域行动框架旨在为会员国考虑如何调整或改革卫生筹资安排提供参考，在健康、福祉和可持续发展目标方面取得更大进展。本文件提议的战略行动主要面向卫生行业内部与外部参与卫生筹资政策设计和实施的领导人与决策者。

2. 区域背景概述

2.1 区域多元化、充满活力，有不断变化的卫生需求

差异极大是西太平洋区域的特点之一。本区域人口总数约为 19.2 亿，几乎占世界人口的四分之一，分布在 37 个地理和人口结构差异很大的国家和地区。在极大差异的一端是亚洲大陆上的人口大国，如中国，拥有超过 10 亿人口；另一端是分布在西太平洋各地的小岛国，各国人口只有几千或更少（图 3）。

图. 3. 世界卫生组织西太平洋区域地图



本区域有 27 个主权国家可提供卫生支出数据，根据世界银行标准，有 9 个属于高收入国家（HIC），其余国家属于中等收入类，包括 7 个中上收入国家和 11 个中下收入国家。除了收入水平不同，本区域社会政治制度也存在很大差异，影响了各国的经济结构、政府创收能力、卫生支出模式以及政府在卫生筹资中的作用。西太平洋区域的国家各有特点，差异较大，因此不可能采用单一指标安排卫生筹资，而是需要将区域内卫生筹资制度特征相似的国家分成不同类别，这样才更加直观（方框 1）。

方框 1. 西太平洋区域国家分组

本区域行动框架在分析过程中把国家按照经济和地理特征分为三类：14 个太平洋岛国、6 个非太平洋高收入国家 和 7 个亚洲中等收入国家（表 1）。不考虑收入因素，将太平洋岛国分成一类，是因为这些国家地理和人口条件独特，且各国大同小异。相对较小的经济规模和偏远的地理位置影响了这些国家提供卫生服务和筹资的方式，所它们往往面临着相似的挑战。其余国家则是根据撰写本文时的收入状况进行分组，高收入国际（HIC）组包括大洋洲和亚洲的非太平洋岛国国家，中等收入国家（MIC）组包括位于亚洲大陆及其周边的中等偏下收入和中等偏上收入国家。

表 1. 西太平洋区域形势分析中 27 个国家的分组——国际标准化组织国家代码显示在括号中*

太平洋岛国	高收入国家 (非太平洋岛国)	中等收入国家 (非太平洋岛国)
库克群岛 (COK)	澳大利亚 (AUS)	柬埔寨 (KHM)
斐济 (FJI)	文莱达鲁萨兰国 (BRN)	中国 (CHN)
基里巴斯 (KIR)	日本 (JPN)	老挝人民民主共和国 (LAO)
马绍尔群岛 (MHL)	新西兰 (NEZ)	马来西亚 (MYS)
密克罗尼西亚联邦 (FSM)	大韩民国 (KOR)	蒙古 (MNG)
瑙鲁 (NRU)	新加坡 (SGP)	菲律宾 (PHL)
纽埃 (NIU)		越南 (VNM)
帕劳 (PLW)		
巴布亚新几内亚 (PNG)		
萨摩亚 (WSM)		
所罗门群岛 (SLB)		
汤加 (TON)		
图瓦卢 (TUV)		
瓦努阿图 (VUT)		

* 请注意，有关医疗支出数据表格和图表仅关乎这 27 个国家。

近几十年来，西太平洋区域各国经济一直颇有活力，世界闻名，产生了深远的社会影响。2021 年，国内生产总值（GDP）数据显示，本区域的实际经济产出几乎是 2000 年的三倍（23）。¹ 收入大幅增加，数百万人摆脱了贫困，大幅提高了政府和家庭的消费能力，在本区域的中等收入国家尤其如此（24）。经济增长强劲，加快了城市化速度，增加了正规就业岗位，改变了人们的日常生活。到 2021 年，该区域有 63% 的人口居住在城市，高于 2000 年的 42%。随着经济增长和城市化的发展，减少艾滋病毒、疟疾和结核病等传染病以及降低婴儿和产妇死亡

¹ 除非另有说明，本文所用卫生支出数据均来自世卫组织全球卫生支出数据库（GHED）——见参考文献 23。

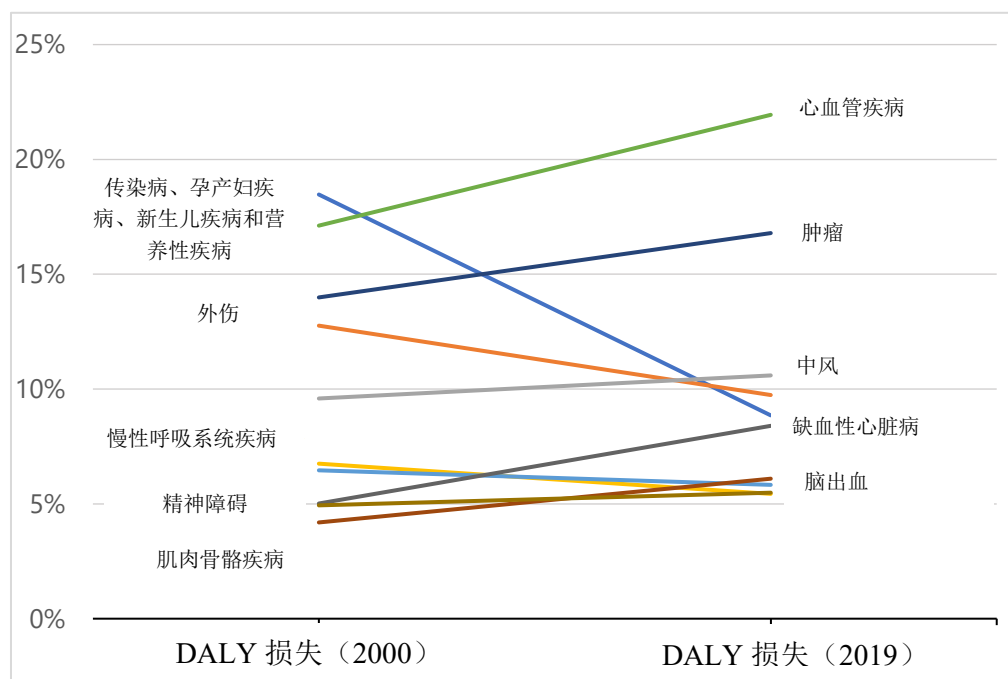
率方面也取得了显著成就。因此，该地区居民现在比本世纪初寿命更长、更健康，死于可避免疾病的妇女、男子、女孩和男孩数量都有所减少。

但是，未解决的健康挑战还有很多。居民寿命长度差异很大，最长和最短之间的差距高达 21 岁（25）；各国内部的健康结果也存在巨大差异，较贫穷、受教育程度较低的农村社区和弱势群体的发病率和死亡率通常较高（26）；卫生工作者的数量、技能组合和地理分布也是如此，限制了卫生系统的能力（18）。经济增长和城市化有很多好处，本区域也建设了几个世界上最大的特大城市，但社区和住房也因此过度拥挤，社会和环境上的不平等成为了健康不平等的主要推手（27）。工业化速度加快，基础工业和制造业向亚洲中等收入国家的转移，造成了严重的环境空气污染问题，导致 2019 年本区域每 100,000 人口中有 73 人死，远高于全球平均水平的 54 人（28）。人们也因为空气污染问题面临职业伤害和疾病；危险的物理、化学和生物暴露；长时间工作；不平等；和心理压力（29）。由于女性在劳动力市场和社会中处于弱势地位，她们往往比男性更容易受到这些挑战的影响。

经济增长带来的挑战也加剧了一系列影响健康的环境问题，本区域四分之一以上的疾病负担由此产生，每年约有 350 万人因此死亡（30）过度消费和不可持续的粮食生产模式导致生态系统退化，并增加了抗生素耐药性累积的风险。据估计，改善饮用水源之后，仍有约 8600 万人无法获得更好的饮用水源；改善卫生设施后，仍有超过 3 亿人无法覆盖，疾病负担直接增加，阻碍了人力资本的发展。

人口快速老龄化、城市化和生活方式的改变正在改变各国的流行病学情况。64 岁以上人口占劳动年龄人口的比例急剧上升，从 2000 年的 8.5% 上升到 2022 年的 13.3%（25），持续下去，预计到 2030 年该地区一半的国家将步入老龄化社会（20）。从死亡率和发病率来看，心血管疾病、糖尿病、慢性呼吸道疾病和癌症等可预防的非传染性疾病已迅速成为关键的公共卫生挑战，糖尿病在太平洋岛屿国家和地区成为了一个突出的难题（31，32）。在较低年龄组中也越来越常看到可预防的非传染性疾病发生，表明除老龄化之外，其他风险因素（如生活方式和环境）也在发挥作用。目前，本区域死亡人数中的 87% 都是死于非传染性疾病，远高于全球平均水平（73.6%），非传染性疾病已经成为本区域的最大杀手（19）。需要强调，如果不减缓非传染性疾病带来的负担，预计未来几年里，几乎所有国家都会遭受更严重的非传染性疾病负担（图 5）。

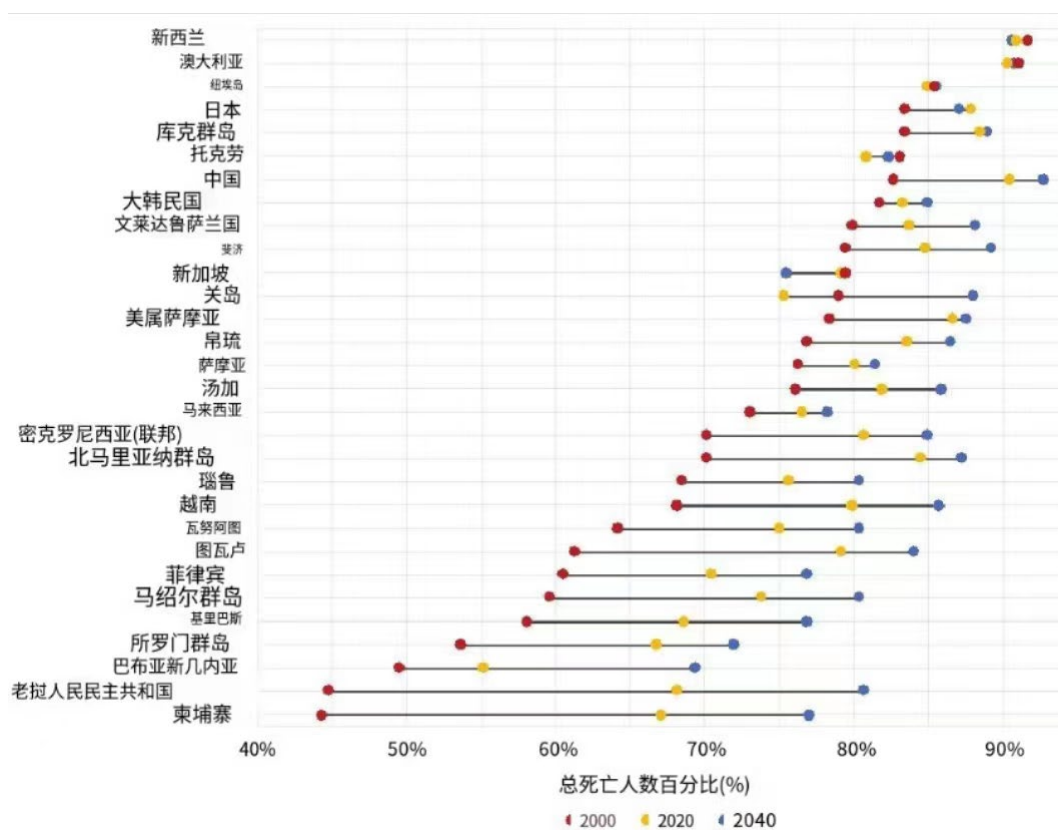
图 4. 2000 年至 2019 年西太平洋区域十大疾病造成的伤残调整寿命年（DALY）损失



伤残调整寿命年

来源: 改编自西太平洋区域办事处, 2023 年 (17), 并根据世卫组织全球卫生观察站的最新数据进行更新 (2024 年 3 月 4 日访问)。

图. 5. 西太平洋地区部分国家和地区 NCD 负担百分比

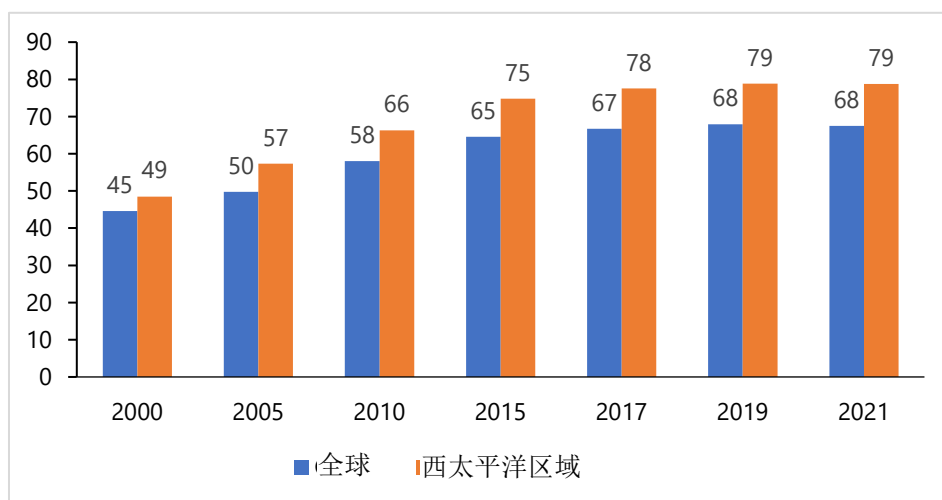


来源：西太平洋区域办事处，2023 年（18）。

2.2 全民健康覆盖的进展成果显著，好坏参半

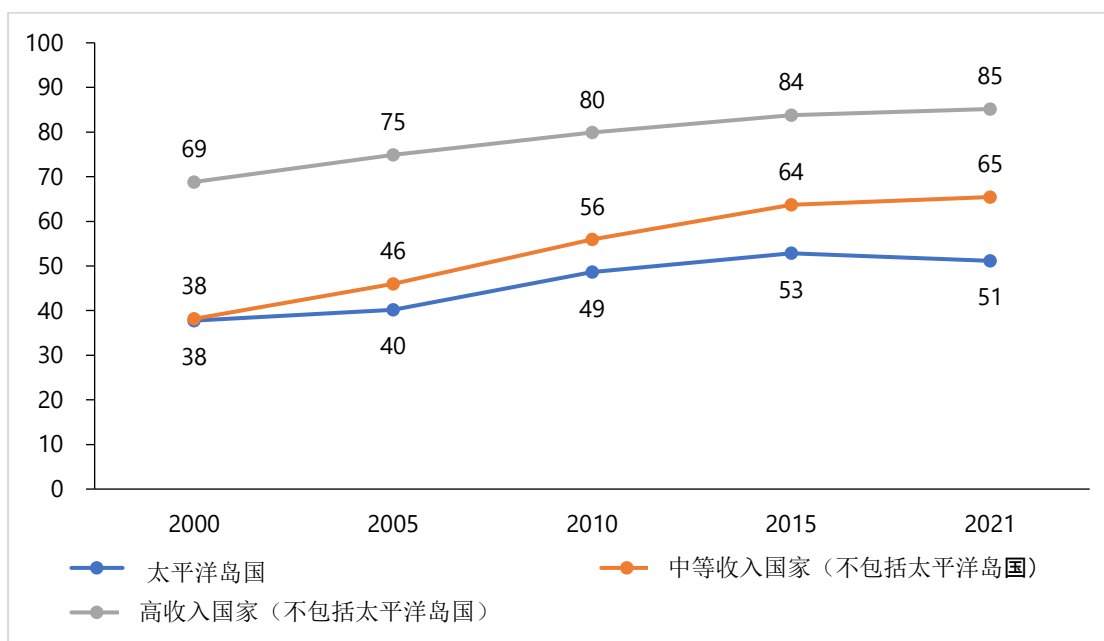
全民健康覆盖的目标是确保所有人都能按需获得卫生服务，不会因医疗费用面临经济困难。这两个方面通常用两个指标跟踪。第一个指标（可持续发展目标 3.8.1）是用服务覆盖指数（SCI）衡量获得医疗保健的情况。服务覆盖指数是 14 个追踪指标的平均得分，分为四个领域：（1）生殖、孕产妇、新生儿和儿童健康；（2）传染病；（3）非传染性疾病；（4）服务能力和可及性。第二个指标（可持续发展目标 3.8.2）是用自付医疗支出较大的人口比例来评估灾难性卫生支出的发生率。在本区域行动框架中，家庭自付医疗费用占家庭总支出或收入的 10% 以上就是灾难性卫生支出（可持续发展目标指标 3.8.2 的 10% 界定阈值）（*Error! Bookmark not defined.*）。

总体上，本区域在努力提高服务覆盖率（可持续发展目标 3.8.1），但近年来进度停滞不前（图 6）。不仅如此，进展也并不均衡，太平洋岛国服务覆盖率水平（2021 年 SCI 平均得分为 51）远不及非太平洋岛国（高收入国家和中等收入国家分别为 85 和 65）（图 7）。

图.6. 2000–2021 年西太平洋地区和全球的 UHC SCI（可持续发展目标 3.8.1）²

来源：全球卫生观察站（13）。

图. 6. 2000 年至 2021 年西太平洋区域国家组 UHC SCI 平均值（未加权）



HIC：高收入国家；MIC：中等收入国家。

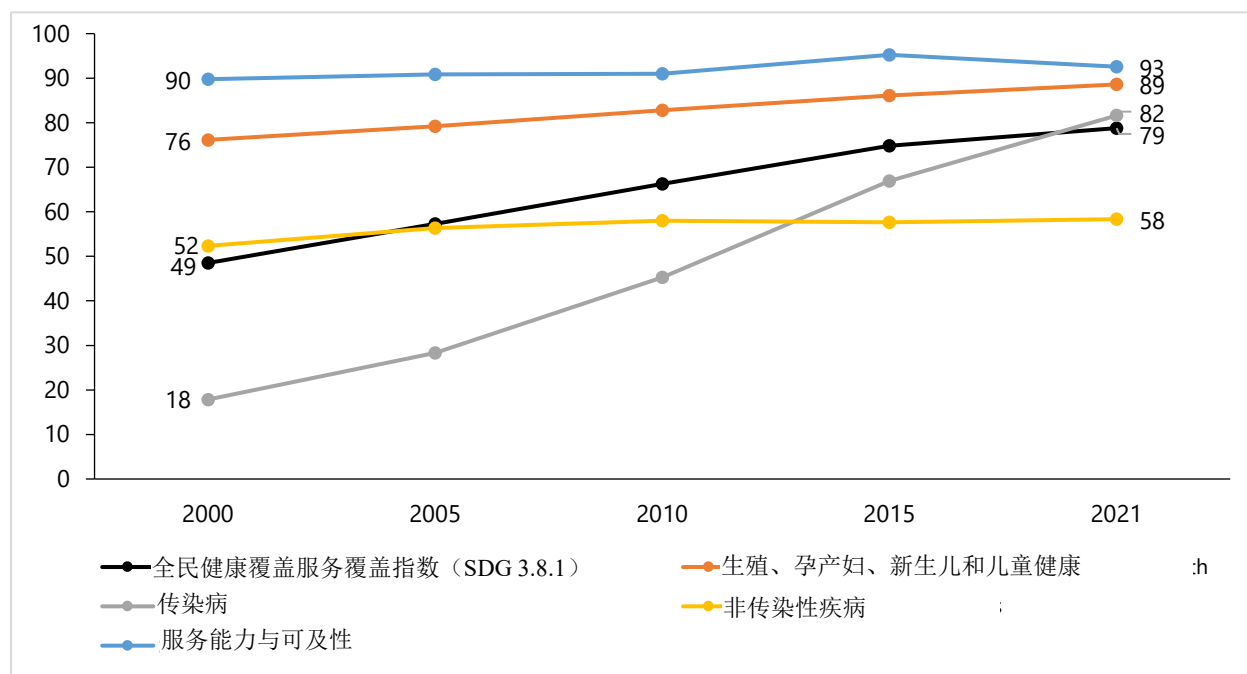
来源：作者根据全球卫生观察站（13）的计算。

提高服务覆盖率主要依靠改善传染病服务和生殖健康、孕产妇、新生儿和儿童健康服务的可及性，2000 年至 2021 年间，这两个领域的分项指数得分分别从 18 上升至 82，从 76 上升至 89（图 8）。然而这两个领域的分项指数得分主要是在 2000 年至 2015 年间上升，过去六年进

²UHC 绩效指标的平均值按人口加权，除非另有说明。

展趋于平稳，仅略有改善。非传染性疾病分项指数在此期间仅略有增加，仍处于 58 的较低水平。

图. 7. 2000 年至 2021 年本区域 UHC SCI 及其分项指数的平均得分

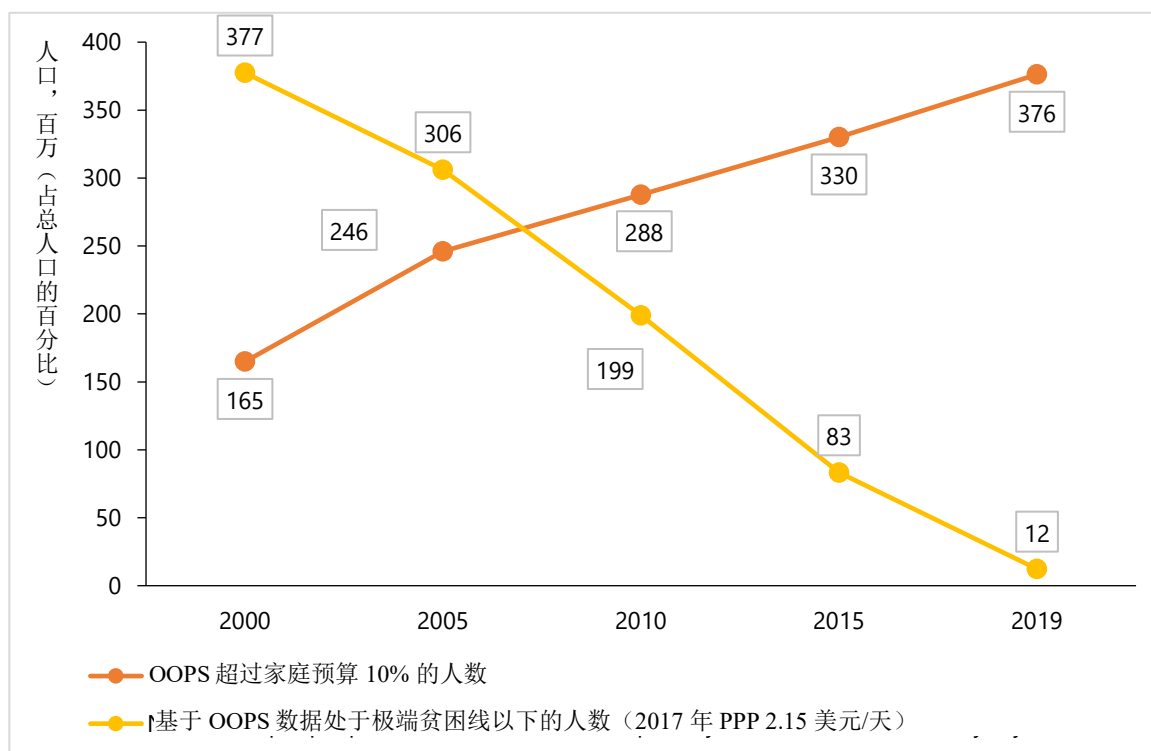


SDG: 可持续发展目标; UHC: 全民健康覆盖。

来源: 全球卫生观察站 (13)。

相比于服务覆盖率，财务保障状况出现了退步。得益于各国的减贫行动，本区域在一定程度上减少了极端贫困医疗支出发生率（以购买力平价每天 2.15 美元的极端贫困线计算），但灾难性卫生支出却出现了增加的趋势，尤其是在亚洲中等收入国家（图 9）。本区域遭受灾难性医疗支出的人口比例从 2000 年的十分之一增加到了 2019 年的五分之一，约有 3.76 亿人在 2019 年遭受了灾难性医疗支出，大多数发生在非太平洋岛国的国家群体中。不仅如此，太平洋区域目前尚无财务保护的证据。

图. 8. 2000-2021 年西太平洋区域的财务困难情况。

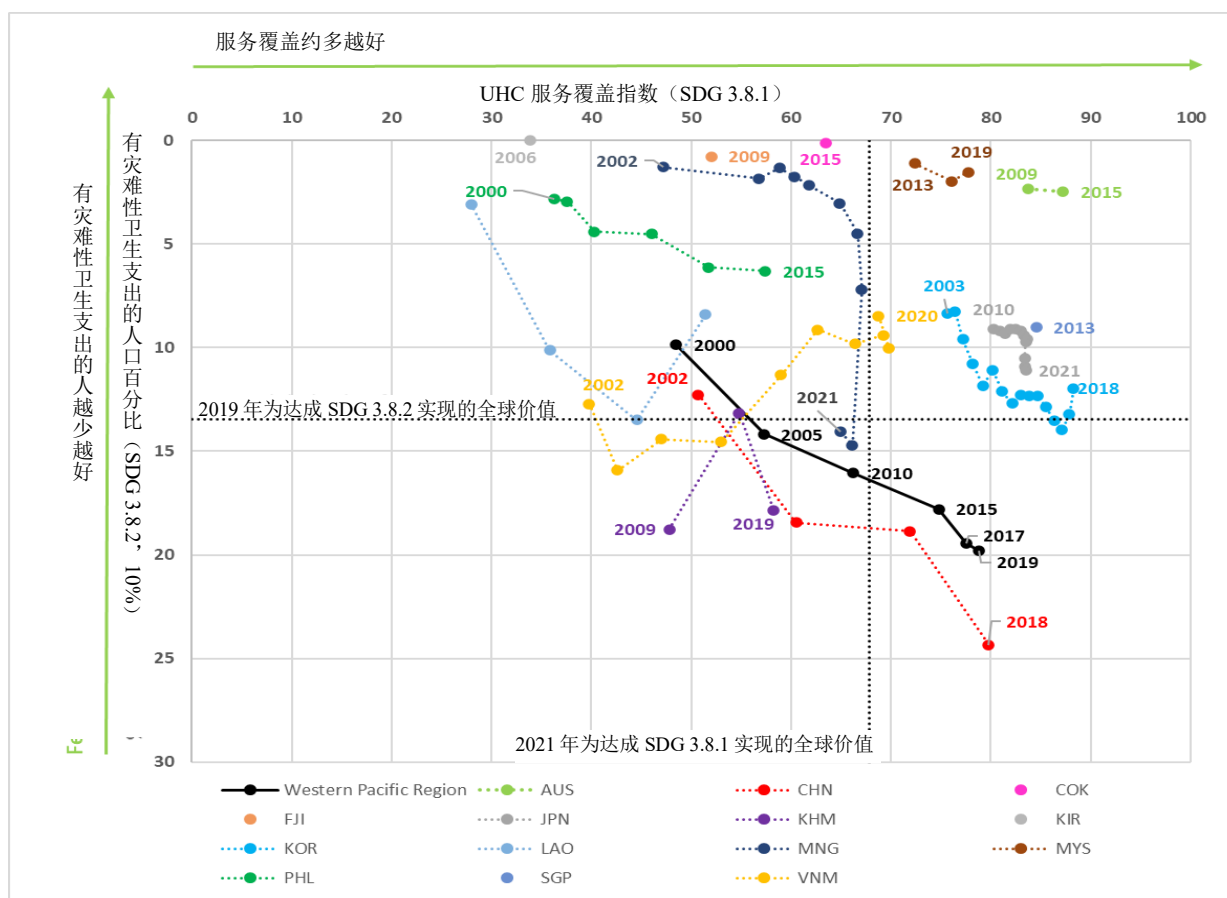


OOPS: 自付费用; PPP: 购买力平价。

来源: 全球卫生观察站 (14)。

各国内部全民健康覆盖的进展也参差不齐。图 10 横轴表现全民健康覆盖服务覆盖率（可持续发展目标 3.8.1，横轴右侧覆盖率增加）和纵轴表现灾难性卫生支出发生率（可持续发展目标 3.8.2，纵轴上移减少），结合图中数据就不难看出全民健康覆盖进展参差不齐这一特点。对于大多数同时提供可持续发展目标 3.8.1 和 3.8.2 数据的国家而言，随着时间的推移，似乎存在向右下象限发展的趋势——即覆盖率提高但财务保障恶化。

图. 9. 2000 年至 2019 年西太平洋区域各国全民健康覆盖服务覆盖率和灾难性卫生支出趋势



图中展现的是提供数据的国家全民健康覆盖两个主要维度：服务可及性（SDG 3.8.1）和家庭健康支出占家庭总支出或收入超过 10% 的发生率（“灾难性支出”）(SDG 3.8.2) 随时间的变化，以及这两个数据的本区域人口加权平均值。

SDG：可持续发展目标；UHC：全民健康覆盖。（本图中国家缩写的全称见表 1。）

来源：世卫组织，全球卫生观察站（13、14）。

尽管在国家层面上为扩大人口覆盖面做出了不少努力，全民健康覆盖的结果却好坏参半。许多国家制定了国家级的筹资计划，建立社会健康保险（SHI）制度，通过强制或自动参保和使用政府预算补贴贫困人口和非正规工人等弱势群体（33）。虽然明显扩大了服务覆盖面，但财务保障却逐渐恶化，证明扩大人口覆盖的成果并不会直接转化成全民健康覆盖的进程；实际上，真正重要的是“有效覆盖”，也就是在不陷入经济困难的情况下，让人们可以获得合格的卫生服务并产生预期的健康效益，应该提高的是这一人口比例。不仅卫生服务的可用性、可负担性和可及性（包括财务可及性）十分关键，这些服务的质量和有效性也需要得到重视（34）。由于资金障碍而无法满足卫生健康需求和放弃护理的情况，目前的全民健康覆盖监测无法捕捉，这对全面了解本区域全民健康覆盖的进展构成了挑战。

3. 剖析全民健康覆盖 (UHC) 表现：揭示瓶颈

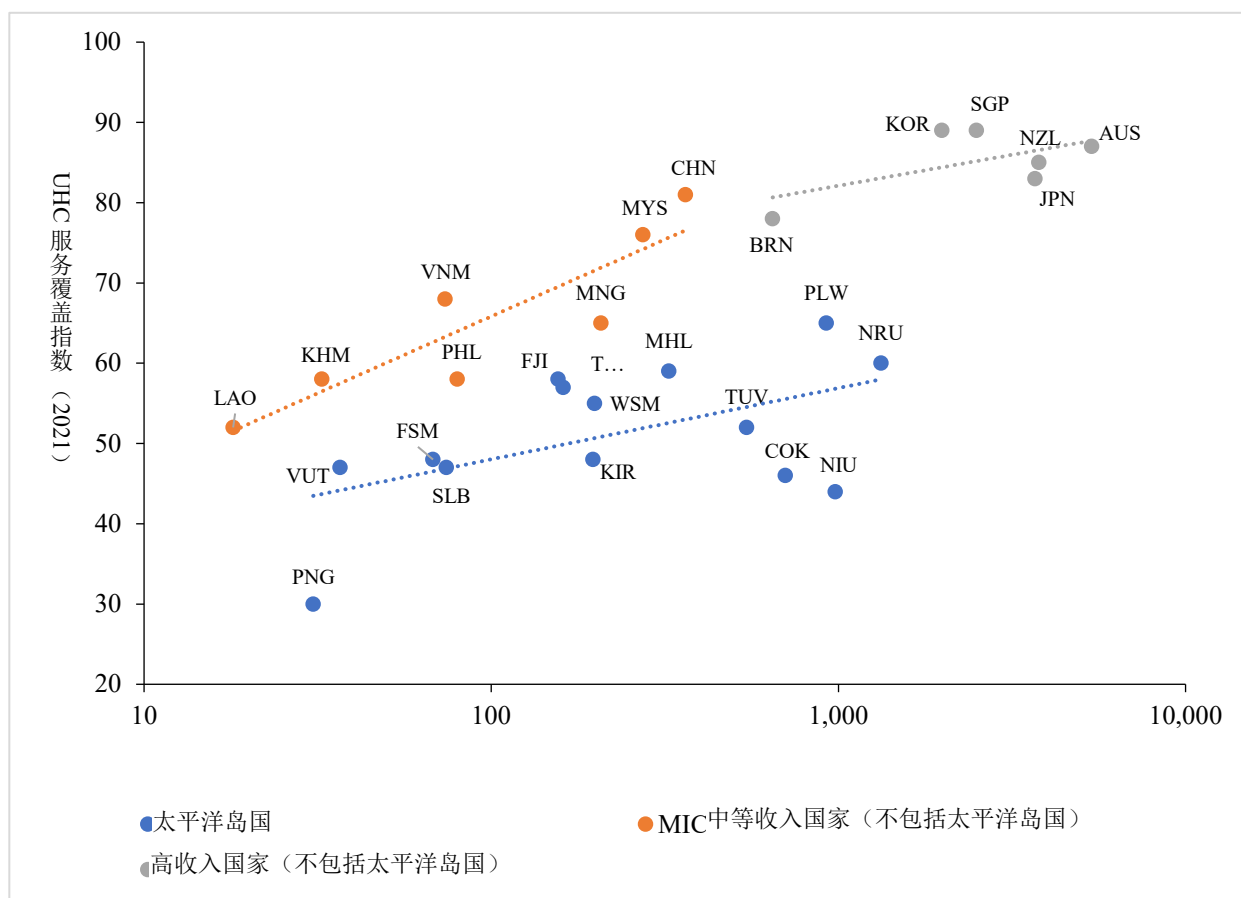
本章将深入探讨阻碍本区域全民健康覆盖进展的根本原因，重点关注以下四个瓶颈问题：

- 许多国家的公共医疗卫生支出较低；
- 现有资源利用不充分；
- 治理薄弱；
- 全民健康议程进展缓慢。

3.1 尽管许多地方的公共医疗支出有所增加，但仍然处于较低水平

公共医疗卫生支出³在推进全民健康覆盖议程中至关重要的。来自世界各地的科学研究和证据可以证明，服务覆盖率与人均公共医疗支出呈正相关关系，在本区域的每个国家组中都可以看到（图 11）。然而公共卫生支出水平并不是全民健康覆盖表现的唯一决定因素。就像太平洋岛国，这些国家作为一个群体，即使有相似的公共医疗支出水平，服务覆盖率在结构上也低于亚洲中等收入国家。一定程度上说明在偏远和人口稀少的国家提供全面医疗服务要更加困难，公共支出的压力也更多（方框 2）。

³本区域行动框架的公共卫生支出是指政府预算和社会医疗保险缴款的总和。

图 10. 公共医疗支出与医疗服务覆盖率相关⁴

HICs: 高收入国家; MICs: 中等收入国家; UHC: 全民健康覆盖。(本图中国家缩写的说明见表 1。)

来源: 全球卫生支出数据库 (23) 和全球卫生观察站 (13)。

方框 2. 太平洋岛国和地区在服务提供方面面临独特的挑战

在大多数太平洋岛国和地区, 政府(通常由捐助方支持)在筹资和向公众提供卫生服务方面通常发挥主导作用。通过这种模式, 近年来有效扩大了向居民提供基本卫生服务的范围, 取得了瞩目进展。

然而, 小岛屿发展中国家面临着影响卫生行业发展的独特挑战。这些国家人口较少, 通常分散在大洋彼岸的大型群岛中, 面临规模小和地处偏远的双重挑战。

距离远, 成本高, 太平洋岛国和地区发展空间分布不均, 基本公共服务、基础设施和就业向首都城市汇集, 在偏远地区却由于建筑不足、工作人员缺位、缺乏必要的材料和设备等挑战, 人们获得优质卫生保健服务存在更多的障碍(35)。因此城乡有效覆盖率与健康结果存在差异。

⁴本区域行动框架中提出的卫生支出指标的平均值均未加权, 除非另有说明。

此外，太平洋岛国和地区面积较小，缺乏专门的临床服务、临床能力有限，训练有素的医疗专家也很少，海外医疗转诊成为了这些国家的出路。海外医疗转诊常由政府计划资助，有时也来自于私人保险和自付医疗支出，但是费用昂贵，2017 年太平洋岛国和地区平均每例转诊费用为 9000 美元，占用了许多国家很大一部分政府卫生支出。不仅如此，海外医疗转诊的价格似乎正在上涨。需求增加，成本上升，海外医疗转诊侵占了越来越多公共资源中用于卫生的支出。虽然如此，海外医疗转诊的费用并不全都十分昂贵，从高到低差异很大，2017 年瓦努阿图每例约 34,000 美元，然而纽埃每例仅 885 美元⁽³⁶⁾，说明还是存在提高效率的可能。

进一步阅读：

Utz, 2021。群岛经济体：太平洋区域的空间经济发展（35）。

Boudville 等人，2020。海外医疗转诊：太平洋岛国面临的卫生体系挑战（36）。

近几十年来西太平洋区域经济快速增长，带动公共医疗支出强劲增长。2021 年，西太平洋区域（所有筹资来源）的医疗支出总额为 19600 亿美元，按实际价值计算，这一数字是 2000 年医疗支出（5920 亿美元）的三倍多，相当于医疗支出年化实际增长率为 5.9%。公共医疗支出增长速度更快，年化增长率为 6.1%。收入增加和政府征收税收的能力普遍提高是推动这一增长的主要因素，在近几十年来推动了政府总体支出规模的扩大。

在亚洲中等收入国家当中就有几个国家，通过调整社会健康保险计划来增加公共医疗支出，如中国老挝人民民主共和国，蒙古国、菲律宾和越南。这几个国家改革了社会健康保险制度，增加政府补贴和医疗保险缴费，扩大了人口覆盖面（33）。需要注意，为覆盖非正规部门的社会健康保险计划收集个人缴费存在固有挑战，它们会依赖于政府预算（方框 3）。

方框 3. 缴费型社会健康保险制度作为卫生收入来源的局限性

各国经常希望引入缴费型社会健康保险能为卫生行业带来新的资源。然而全球证据表明，社会健康保险缴费为卫生创造更多财政空间的潜力充其量也只是中等，几乎没有任何迹象可以证明仅靠缴费型医疗保险计划就能让发展中国家实现全民健康覆盖（37,38）。社会健康保险一般靠与工资挂钩的保费维持。但是低收入和中等收入国家的劳动力非正规性、失业和贫困程度往往很高，收取医疗保险缴费也就更加困难，面临着尤其突出的挑战。因此，社会健康保险计划通常靠政府预算拨款补贴维持，以支付某些人口群体的保费。

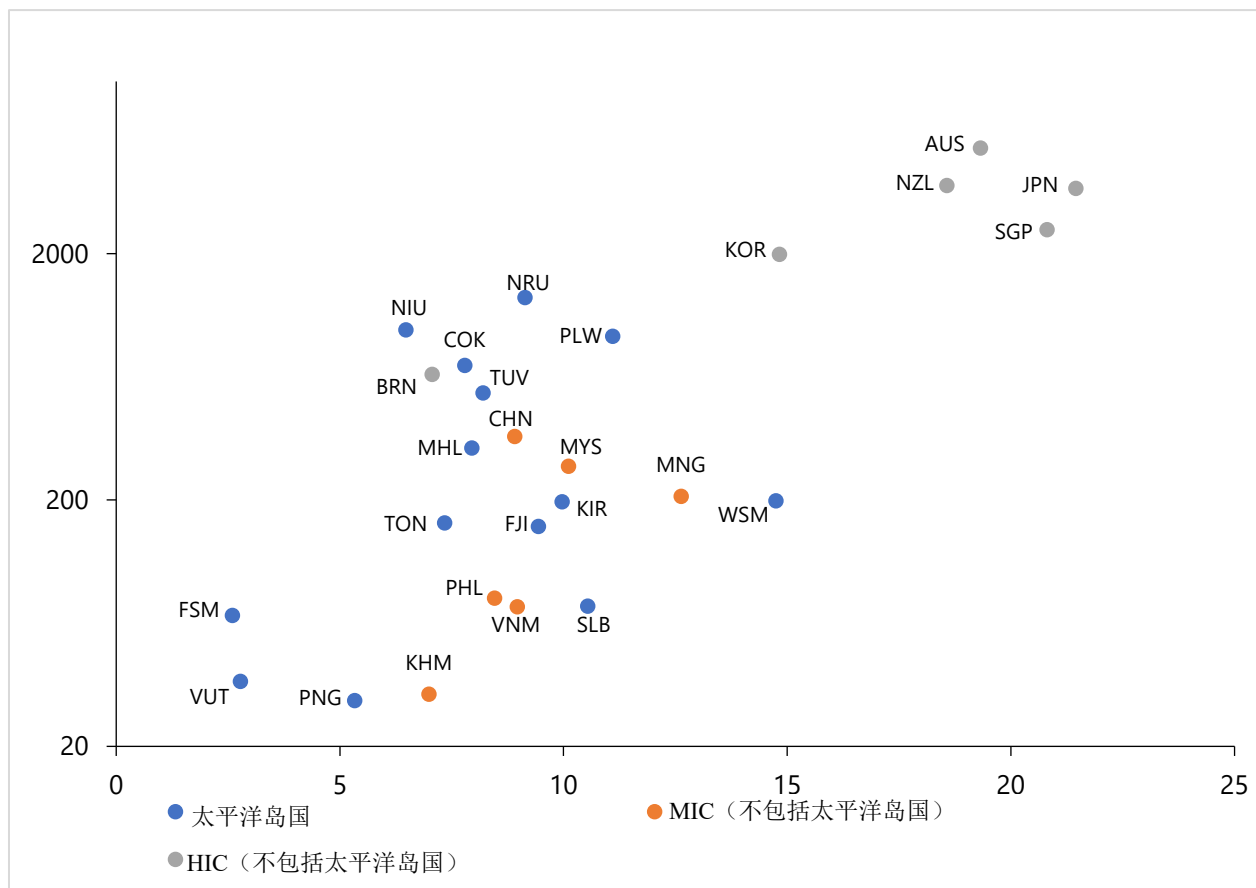
进一步阅读：Yazbeck AS 等，2023。对坏主意上瘾，尤其是在低收入和中等收入国家：缴费型医疗保险（38）。

本区域许多国家的人均公共卫生支出水平尽管有所增加，但按国际标准来看仍然很低。虽然没有一个确切的“神奇数字”规定实现全民健康覆盖需要多高的公共支出水平，增加公共支出也并不一定会带来全民健康覆盖的进展（39），但许多地方目前的公共支出水平往往不足以满足人口健康需求。太平洋岛国以外的中等收入国家尤其如此，人均支出（2021 年为 150 美元）远低于全球中等收入国家的平均水平（193 美元）。事实上，本区域有八个国家（四个太平洋岛国和四个亚洲中等收入国家）2021 年的人均政府医疗支出甚至不到 100 美元。公共支出水平这么低，想要有效运行卫生体系可能是一项重大挑战。

卫生支出的优先程度在政府总体支出中往往较低，是公共支出水平低的原因之一。“优先程度”是指政府每年在卫生方面的支出占政府各部门总支出的百分比。本区域内，公共卫生支出水平与各国的卫生支出优先程度呈正相关，支出最高的国家卫生支出的优先程度也最高（图 12）。在过去二十年里，只有高收入国家组政府支出中卫生支出的优先程度显著提高，从 2000 年的平均 11% 上升到 2021 年的平均 17%。⁵相比之下，太平洋岛国的平均卫生支出优先程度大幅下降，亚洲中等收入国家的平均卫生支出优先程度停滞不前并处于相对较低的水平（图 13）。然而，还必须注意，平均水平掩盖了各个国家之间的显著差异，收入水平和支出水平相似的国家之间优先程度也存在很大差异。

⁵全球范围内，高收入国家政府医疗支出的增长速度超过了根据人口结构、发病率和收入变化计算的预期增长速度。因此，高收入国家卫生支出优先程度增长，部分原因可能是由于医疗技术的进步导致了卫生保健成本的过度增长。

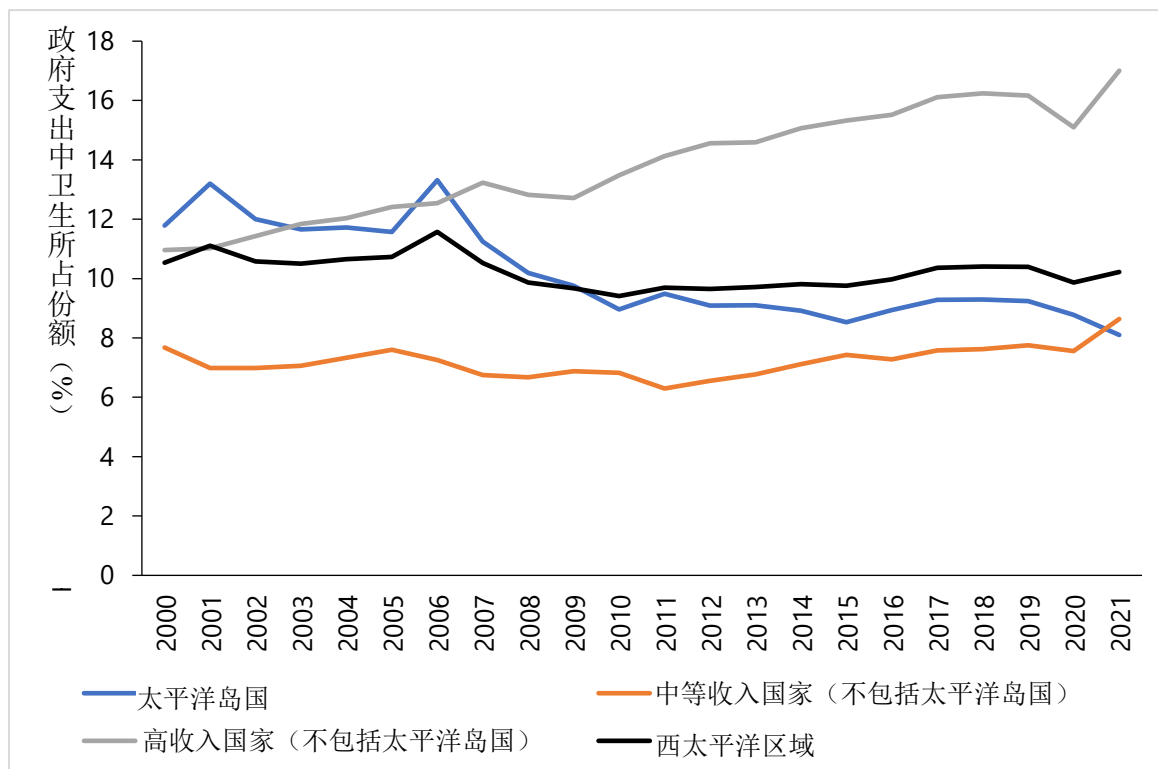
图. 11. 卫生公共支出低与优先程度低相关



HIC: 高收入国家; MIC: 中等收入国家。(本图中国家缩写的说明见表 1。)

来源: 世界卫生组织全球卫生支出数据库 (23)。

图. 12 过去二十年，只有高收入国家提升了卫生优先程度



HIC: 高收入国家; MIC: 中等收入国家

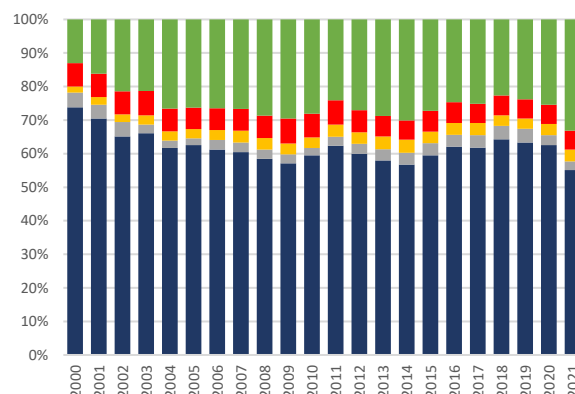
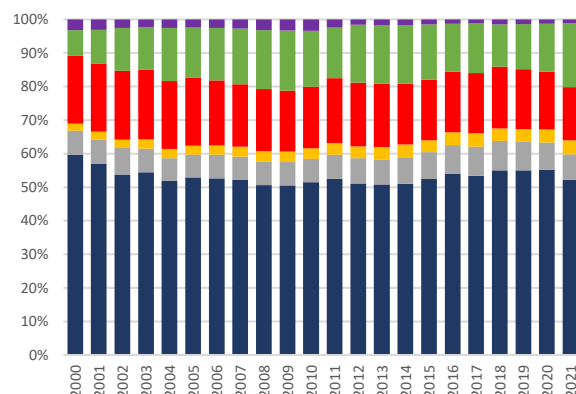
来源: 世界卫生组织全球卫生支出数据库 (23)。

尽管一些国家转向增加公共支出，但自付医疗支出（OOPS）仍然是本区域卫生收入的主要来源（图 14）。截至 2021 年，本区域 27 个国家中有 17 个国家卫生收入的一半以上是政府预算。在实施社会健康保险计划的国家，这些计划的所得款项通常是政府预算的补充，但在中国、日本和韩国，社会健康保险计划的收入接近，甚至超过了政府预算。尽管如此，至关重要的是，许多地方的人均政府支出水平较低，家庭仍然需要通过自付医疗支出负担大量保健费用，在非太平洋岛国的中等收入国家尤其如此。在这些国家，自付医疗支出仍占近 40% 的卫生支出，大大高于全球中等收入国家的平均水平（2021 年为 32%）。虽然太平洋岛国在医疗卫生方面的人均自付医疗支出保持在低水平，但这或许并不是因为有效的财务保障，而是由于太平洋区域的服务覆盖范围受到限制，导致居民需求未得到满足或放弃护理（见方框 2）。

图. 13. 卫生收入来源构成在各群体间存在明显差异

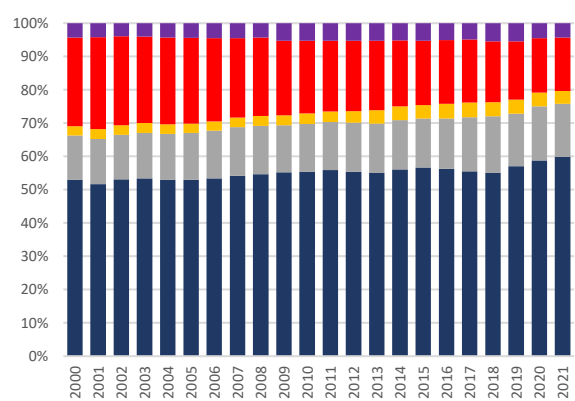
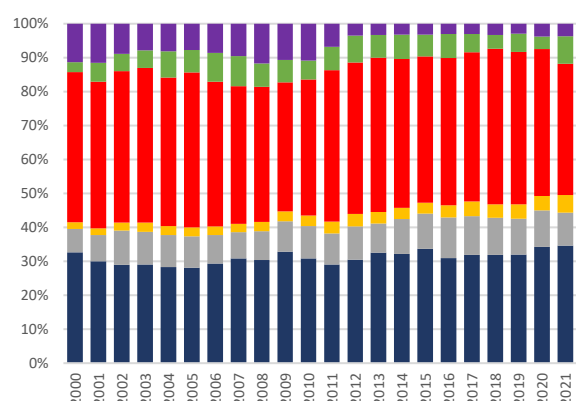
西太平洋区域总计

太平洋岛国



中等收入国家（不包括太平洋岛国）

高收入国家（不包括太平洋岛国）



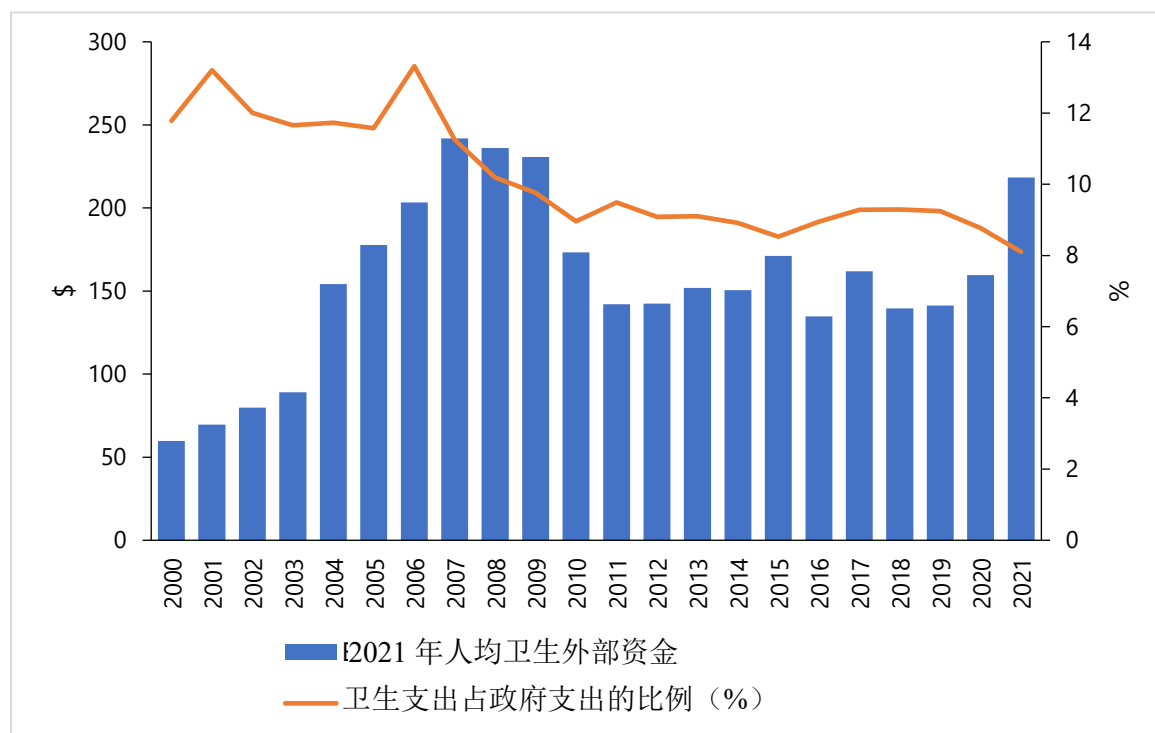
■ 政府预算 ■ 社会卫生保险缴款 ■ 自愿保险缴款
■ 自付医疗卫生支出 ■ 外部援助 ■ 其他

来源：世界卫生组织全球卫生支出数据库（23）。

人均政府卫生支出水平低意味着各国仍然依赖外部援助，尤其是在太平洋岛国。此外，外部援助金额与政府对卫生的优先考虑程度呈负相关关系（图 15）。随着太平洋岛国实际人均外部援助资金从 2000 年的 60 美元（占卫生支出的 13%）增加到 2021 年的 141 美元（占卫生支出的 24%），太平洋岛国政府预算中对卫生的平均优先考虑程度有所下降，从 2000 年的平均 11.8% 下降到 2021 年的 8.1%。然而，二者之间的因果关系方向尚不清楚，或许因国家而异。在某些情况下，捐助方增加提供资金可能导致政府降低优先考虑程度，而在其他情况下，捐助方介入可能是为了弥补经济衰退或国内政府资金减少产生的影响，就像 2019 冠状病毒病

带来紧急情况的时候一样。鉴于太平洋岛国面临的结构性挑战，在可预见的未来，发展援助很可能仍是太平洋区域卫生筹资的重要组成部分。

图. 14. 太平洋岛国的发展援助与卫生优先次序之间的负相关关系



来源：世界卫生组织全球卫生支出数据库（23）。

私人自愿健康保险（VHI）是一个规模虽小却在不断增长的筹资来源，由于存在对全民健康覆盖的潜在风险，需要谨慎对待。在本区域几乎所有实行了VHI的国家中，2000年至2021年间，私人自愿健康保险在总医疗支出中所占的比例都有所上升。⁶亚洲中等收入国家来自私人自愿健康保险的支出增长尤为强劲，这些国家的私人自愿健康保险实际年均增长率为16%，其次是太平洋岛国的8.5%和高收入国家的5.7%。根据私人自愿健康保险在卫生体系中的具体作用，它可能会为公平合理地实现全民健康覆盖带来机遇与风险；但值得注意的是，世界上还没有一个国家以私人自愿健康保险为支柱，实现公平合理的全民健康覆盖⁽⁴⁰⁾。

⁶这与报告私人自愿健康保险支出数据的国家有关；尽管本区域大多数高收入国家和中等收入国家都报告了私人自愿健康保险计划的支出，但太平洋岛国中只有一半报告了这一支出。一些太平洋岛国可能拥有私人自愿健康保险计划，但没有报告支出情况。

3.2 现有资源尚未优化使用方式

资金分散损害公平和效率

卫生筹资碎片化有多种表现。在卫生预算中，当卫生体系的预算分散得过于复杂或者不连续的话，就会出现碎片化。卫生体系对于不同的投入（例如在工资、药品与其他商品之间）、不同的疾病（例如垂直疾病项目之间）、不同的服务提供者（例如在医院与初级保健提供者之间）、不同的筹资计划（例如在社会健康保险计划、公共计划和捐助计划等计划之间）和/或不同的人口群体（例如在正规部门雇员、自营职业者、认定贫困人口等群体之间），如果预算分配分散，不灵活，就会出现碎片化的情况。中央各级政府的预算分配也可能与地方各级政府分开。

在资金流管理不善的国家，预算碎片化会危及其通过有效地规划、分配和调整预算来满足人口需求的能力。预算缺乏一致性也会为有效追踪公共卫生支出造成困难。此外，公共资金池规模较小会限制规模经济，对购买服务的价格、条件和质量产生战略性影响，进而降低效率；还会限制在会员国之间重新分配风险的能力，进而破坏公平。它还会在资助机构内部以及支出单位（如医疗机构）之间造成行政重复。

在依赖援助的国家中，这些问题可能会更加严重，因为捐助方管理的用于卫生优先事项的独立垂直资金池通常与卫生规划和预算分开，单独拨款或完全不在预算范围内。这种缺乏协调的情况加剧了支出错位的风险，政府支出和外部支出之间可能有重叠和竞争，或者出现严重的支出缺口。

资源没有以激励公平、质量和效率的方式分配给服务提供者

西太平洋区域许多国家的服务提供者付费机制仍然十分被动，例如按照历史投入计算的预算和按服务收费的付费模式（33）。这些付费机制往往会加剧长期存在的不公平和低效率，并且往往会忽视不断变化的人口需求和全民健康覆盖目标。例如，严格地按照投入计划预算往往会降低产出率，而不加控制地按服务收费报销则提高产出量，而且往往会导致产出量过高。事实上，当按服务收费这种不正当激励，赋予服务提供者自主权和无限制的收入最大化同时出现，可能会导致成本迅速上升和对高成本服务的过度投资，却对提高服务质量影响甚微（方框 4）。

方框 4. 医疗服务提供者自主权和全民健康覆盖

服务提供者在医院和其他环境中拥有自主权有可能提高服务提供的响应能力和质量。因此，西太平洋区域出现了一种趋势：病房赋予医院更多的财务和行政自主权以提高整体效率（41）。

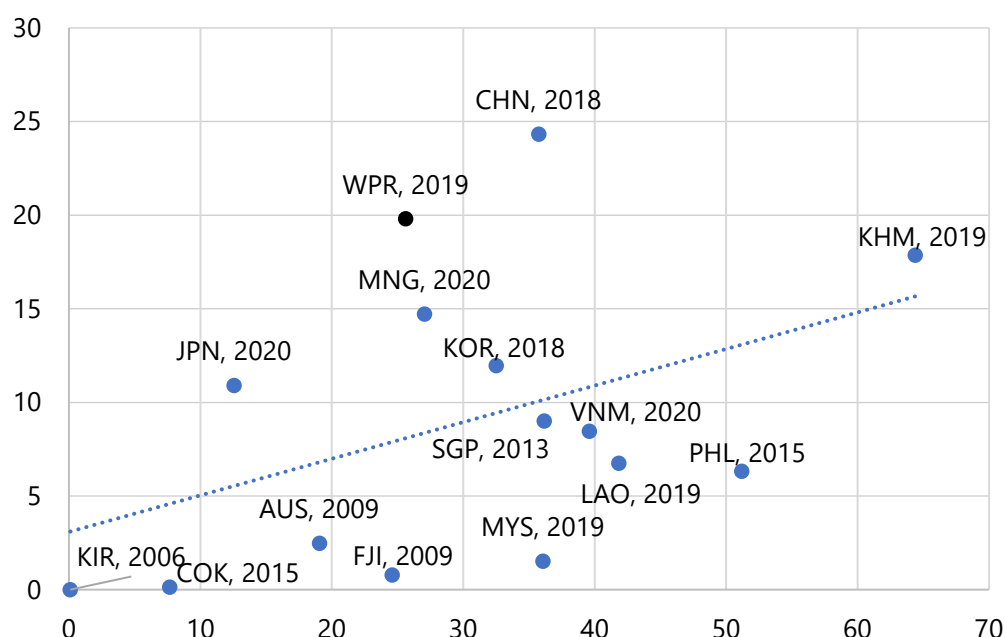
然而，赋予自主权可能会在某些情况下对全民健康覆盖产生意想不到的不良后果。在无限制的按服务收费支付模式下，拥有自主权的服务提供商及其管理团队，有强烈的动机去收取更高的服务费和过度提供最有利可图但有时不必要的服务，特别是昂贵和高科技的程序，来增加利润。如果服务提供商同时面临着政府转移支付减少的情况，他们只会越来越转向逐利的服务模式，偏离提供公平、优质、以人为本的保健服务这一公共目标。

进一步阅读：Cowley 和 Chu，2019 年。西太平洋区域私立医院参与全民健康覆盖程度的对比（41）。

严重的福利覆盖缺口导致财务困难

在系统层面，家庭自付医疗支出占卫生总支出的比例是本区域灾难性支出的重要指标（图 16）。然而，在自付医疗支出占比相似的国家中，灾难性卫生支出的在国与国之间仍存在相当大的差异，这表明有其他因素也影响了家庭层面的灾难性卫生支出。因此，了解自付医疗支出在健康方面的驱动因素和确定获取医疗保健时遭受最大经济困难的群体，对于确定各国之间确切的政策差距至关重要。

图. 15. 自付医疗支出占当前卫生支出的比例与灾难性卫生支出比例



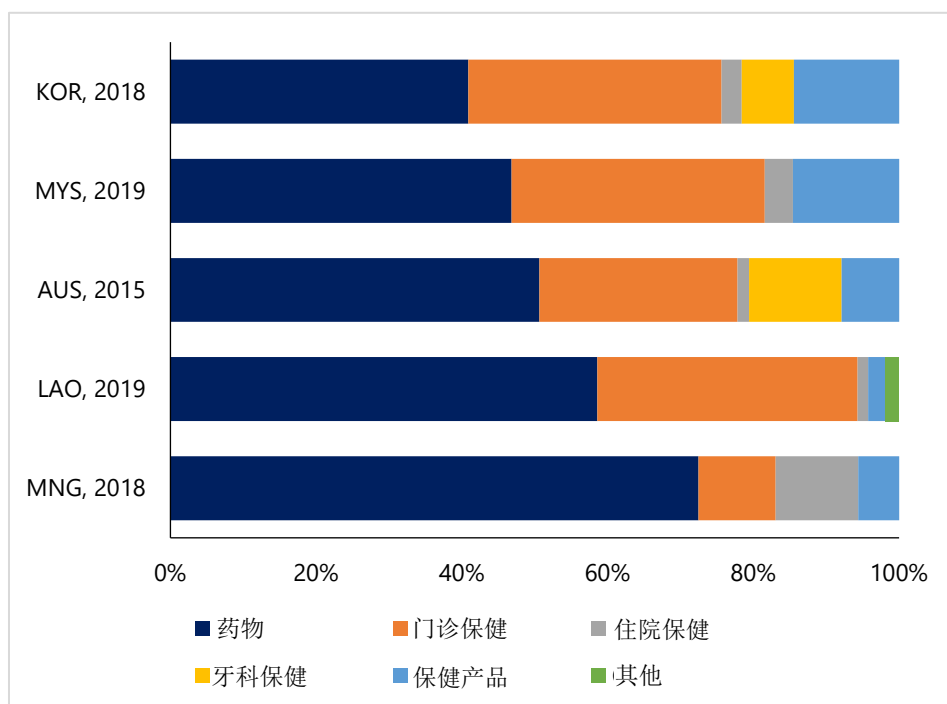
OOPS: 自付医疗支出。（该图中国家缩写的解释可参考表 1。）

来源: 全球卫生观察站 (14) 和全球卫生支出数据库 (23)。

根据最新的区域财务保障报告，在本区域已提供数据的国家当中，家庭自付医疗支出主要由药品驱动，其次是门诊治疗（图 17）。此外，文献表明，在本区域的部分国家，药品方面的自付医疗支出负担在最贫困群体中最为严重（42）。这或许也解释了为什么收入最低的五分之一人往往会遭受最严重的财务困难（图 18）。

以往影响基本药物和门诊治疗财务负担的一个重要原因是没有得到国家福利计划的充分覆盖。然而本区域的许多国家却都优先将公共资源用于将住院治疗纳入福利待遇中。而药品和门诊治疗即使包含在内，也常常需要按照服务成本的一定百分比或达到年度福利上限时共同支付。尽管部分国家为贫苦人口免除了此类共同付费，但并非所有国家都是如此。获取医疗服务的间接成本（例如交通费用）虽然没有包括在自付医疗支出中，但也可能对获取医疗服务造成重大障碍并导致家庭医疗预算减少。

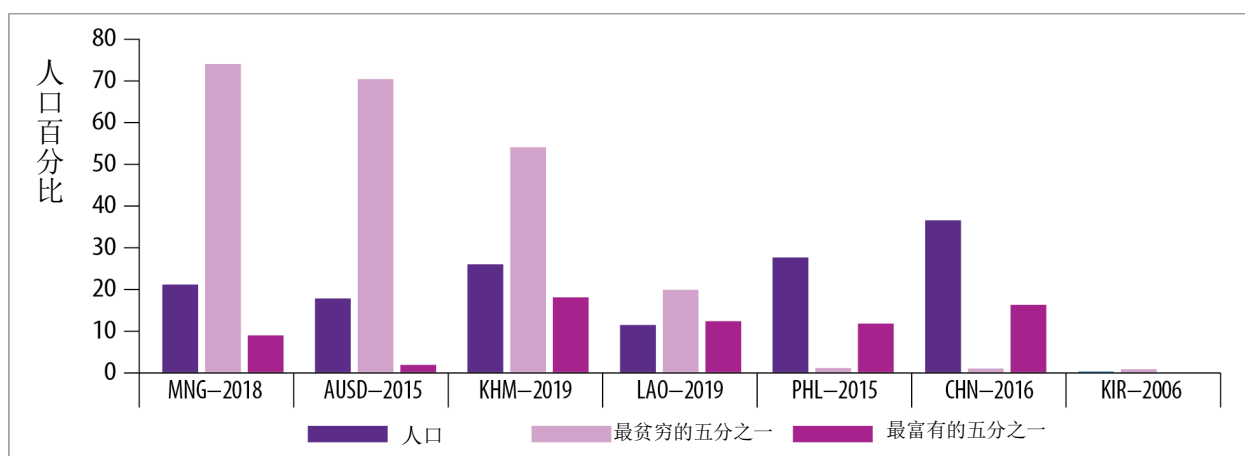
图. 16. 西太平洋地区五国自付医疗支出构成



该图中国家缩写的说明参见表 1。

来源：西太平洋区域办事处，2023 年（42）。

图. 17. 西太平洋区域部分国家人均消费水平分位数间财务困难发生率



该图中国家缩写的说明参见表 1。

来源：西太平洋区域办事处，2023 年（42）。

采购和资产管理效率低下浪费了宝贵的卫生资源

支出浪费仍然普遍存在于卫生体系中，全球因效率低下损失了多达 20-40% 的卫生支出（43）。卫生体系的所有投入要素中都存在浪费，但商品采购系统和供应链管理中的弱点愈发凸显，也是整个西太平洋区域的系统性问题（44）。货物和服务的采购通常在国家以下或仅仅以设施为单位独立进行，而不是利用潜在的规模经济在国家层面集中或协调。全球证据表明，从入境口岸到患者消费的端到端供应链中产生的成本累积起来可占患者支付价格的 60%（45）。因此，采购和分配中的低效现象可能会迅速恶化，影响资源的利用以及居民获得基本药物和疫苗。此外，卫生行业资产的管理（包括基础设施维护）往往不足，增加了原本可以避免的资本投资需求。

初级卫生保健虽然是全民健康覆盖的关键，但长期得不到重视且缺乏资金支持。

面向初级卫生保健（PHC）的保健模式将初级保健和基本公共卫生职能放在了提供全面、综合的服务提供中的核心位置。它是增进民众健康和实现全民健康覆盖最公平、最具成本效益的战略之一。

正如《柳叶刀》全球卫生委员会（Lancet Global Health Commission）指出，虽然加强初级卫生保健体系的必要性显而易见，也有大量全球证据和政治承诺支持重新针对初级卫生保健调整卫生体系设计和筹资，但长期资金不足对初级卫生保健提供者提供优质服务的能力产生了不利影响（46）。并且由于数十年来的投资和政治选择，本区域许多卫生体系倾向于采用医院级别的专科保健，按服务收费报销等资金分配模式（见方框 4）也进一步巩固了这种导向。结果在初级保健层面，首次接触的初级卫生保健服务在政府卫生预算中仅获得了有限的优先考虑。

进一步的挑战产生于去中心化的系统当中——初级卫生保健的责任通常分配给国家以下各级机构，并且有多种筹资来源（例如，中央政府的转移支付、地方收入和社会健康保险计划）和支付方式。结果，监督对初级卫生保健的资源分配特别复杂，而且由于缺乏明确界定的职责，初级卫生保健往往资金不足，且未得到优先重视。这加剧了在初级保健层面面临的关键人员的缺失、基本药品和设备缺货以及保健质量低下等运营困难。患者总是需要绕过基层医疗直接到医院就诊，导致他们对初级保健的不满也十分突出（17）。

此外，本区域面临的一个系统性挑战是，公共卫生监测与监控、公共卫生应急管理以及疾病预防和早期发现等基本公共卫生职能往往缺乏资金。由于这些公共职能是对社会具有广泛积极溢出效应的公共产品，因此通常由政府负责使用预算（有时在捐助方的支持下）为基本公共卫生职能拨款，而不是由社会健康保险计划拨款。社会健康保险计划应当侧重于支付成员的个人服务费用（方框 5）（47）。然而，卫生筹资以医院为中心并且规划不充分，往往意味着政府卫生预算优先考虑临床治疗，预防和公共卫生活动也就因此资金不足（22）。结果增加了额外的临床治疗，削弱了抵御健康威胁的能力，给卫生体系（包括服务购买者和家庭）带来了额外的成本。

方框 5. 为基本公共卫生职能提供资金

虽然对基本公共卫生职能的定义存在差异，但它们包括以下主要公共卫生职责（22）：

- **监测**，包括监测和分析健康状况；并监测和调查疾病流行、风险和威胁。
- **健康保护和促进**，包括环境危害、职业危害和其他公共卫生危害以及健康的社会决定因素。
- **疾病预防和管理**，包括减少风险因素、筛查和免疫以及诊断、治疗和保健。
- **紧急响应**，包括应对疾病暴发、自然灾害和其他紧急情况。

在平时，公共卫生职能需要稳定、可预见的筹资来源。因此，全球卫生筹资专家越来越提倡由一般政府预算拨款，特别是在社会健康保险不能覆盖全体人口的情况下（38，48）。

政府预算是提前规划与分配决策的结果，体现在至少一年的资金承诺中——通常更多体现在中期预算中。此外，如果发生了疫情等突发公共卫生事件，需要迅速的响应。在有适当机制的情况下，政府可以迅速调动和重新分配预算资源，应对新出现的威胁。

相比之下，社会健康保险计划通常依赖基于产出的支付，仅限于预先确定的福利，并且由于结构更为严格和固定以及需要立法或监管才能改变，可能缺乏快速适应此类危机的灵活性。

因此，在同时存在社会健康保险和税收筹资计划的国家，明确划分两种计划在人口覆盖和提供福利方面的职责至关重要，以确保人们在获取基本公共卫生服务时不存在重大差距。

3.3 治理薄弱阻碍卫生筹资改革

多重治理挑战阻碍战略采购进展

为了实施战略采购（方框 6），政府和保险机构需要机构权威和相应的能力来采取战略行动。然而，如果这些机构没有推动战略采购的特定能力，就会产生政策惯性，导致实际进展不大（49）。此外，对资源进行战略分配需要能够获取和分析有关服务交付关键特征（尤其是索赔）的高质量数据。然而这些数据并不总是可得，而且采购机构应用数据的能力低下削弱了监督和实施改革的能力。此外，战略采购需要机构协调。在去中心化的环境中，地方政府作为卫生服务的战略购买者，自由裁量权和能力可能有限。与此同时，在实行社会健康保险计划的国家，卫生部和社会健康保险基金之间可能存在不协调的情况。例如，如果单个部门没有经过有效的协商和协调流程，就对福利组合、支付标准和供应商选择做出高层政策决策，可能会限制社会健康保险计划作为战略购买者的能力（例如坚持质量标准和控制成本）。资金池碎片化也会削弱购买者影响价格和质量的能力。

方框 6. 什么是战略采购？

战略采购是指从被动的支付服务提供者费用的方式转变为主动的方式，依据相关人口的健康需求（“购买什么服务和商品？”）、哪些服务提供者将提供这些服务（“从谁那里购买？”）、以及如何和支付多少费用给服务提供者来获得服务（“如何购买？”）的证据和信息来推动变革。包括寻找正确的服务

提供者支付机制组合，适合服务提供架构，并让服务提供者的激励措施与卫生体系保证公平效率、可持续性和质量的目标保持一致。

进一步阅读：Mathauer 等人，2019。采购全民健康覆盖的卫生服务：如何使其更具战略性？（50）。

私营医疗机构未能有效实现全民健康覆盖目标

西太平洋区域的许多国家都经历了私营服务提供者数量的快速增长。这种增长在一定程度上受到经济发展、可支配收入增加、消费者对技术、便利性和质量不断变化的需求以及公共部门无法提供公共服务（或被认为无法提供公共服务）的推动。在许多国家，政府的支持性政策也促进了私营部门的崛起，因为这些政策有助于改善卫生行业的运作和提高效率（41）。随着时间的推移，在许多国家私营部门已经成长为服务提供架构的重要组成部分，是包括流动药品销售者、独立执业者和药房（无照和有照都有）以及连锁医院在内的有机组合。在一些国家，私营服务提供者全面参与国家公共筹资体系，大多数医院也都是私营的（51）。然而，发展中经济体往往并非如此，西太平洋区域（41）和其他区域（52）对私立医院投资影响的研究发现，所谓私营部门参与的好处并未实现，相反如果管理不善，私营部门参与还可能会阻碍全民健康覆盖的进程。

在许多国家，监管和执法薄弱是私营服务提供者有效融入公共卫生筹资体系的主要障碍。如果不受监管，私营服务提供者就会以利润最大化的方式设定价格并提供服务，让通过公共资助承包服务的成本过高，从而限制战略采购的范围（41，51）。当私营服务提供者主导服务提供市场（在公共设施不可用的偏远地区更常见），公共筹资系统又无法充分覆盖时，对私人服务提供者收取的费用，家庭就会被迫支付很大一部分甚至全部，归入自付医疗支出（41）。

对卫生筹资政治因素的关注不够

卫生筹资以及更广泛的卫生政策本质上是政治议程。强有力的政治承诺对于推进全民健康覆盖议程和增加本区域许多国家的政府卫生资金至关重要（33）。然而，卫生筹资改革的政治因素也阻碍了关键领域的进展。初级卫生保健就是一个明显的例子。虽然初级卫生保健有充分的证据和广泛的政治支持，但没有充分转化为实际行动，部分是因为受到医院集团和专科医生等强势利益相关者的影响。战略采购缺乏进展是另一个例子。缺乏进展往往是不愿对抗强势医疗保健服务提供者的既得利益，并且优先考虑服务购买者的机构利益而不是服务受益人的健康需求造成的。

此外，政治动态和既得利益可能会妨碍为了提高质量、效率和公平实施更具战略性的服务提供者支付方式的努力。服务提供者支付方式决定了谁在何时获得什么资源，本质上是政治性的。这或许就解释了为什么一些卫生体系高度发达、具有实施战略采购能力的国家仍然采用按服务收费和其他被动的支付机制来偿付医疗服务提供者。

某些情况下，政治不稳定也会破坏卫生筹资改革的长期可行性和一致性（54，55）。政府频繁变动或卫生部部长和高级官员随意更换，会为政策连续性带来重大风险。

居民也是政治进程中的重要利益相关者。本区域部分国家的证据表明，目前缺乏一个让现行计划的成员和居民参与，以确保他们的需求和优先事项在健康福利权益中得到体现的流程（56），增加了采购选择可能无法反映人口健康需求、偏好和价值观，并且可能无法获得社区认同的风险。

公共财政管理瓶颈阻碍有效卫生筹资

无论一个国家的具体筹资结构如何，在大多数地方政府预算仍然是卫生公共支出的基石。因此，公共财政管理（PFM）系统在卫生筹资中十分关键，通过影响卫生体系内公共资金分配和使用方式的有效性，确保政府预算与国家卫生优先事项保持一致。公共财政管理还会影响筹资改革的可行性。例如，公共财政管理规则要求规划、支付和报告必须遵循严格的、基于投入的项目预算，这样会削弱按病例付费的战略采购优势（57）。

最近对西太平洋区域卫生行业预算有效性进行的内部审查证实了其他数据集（58）和利益相关者协商的结果：本区域的卫生体系面临许多公共财政管理瓶颈（方框 7）。资金分配并不总是与人口卫生需求一致，卫生行业响应社区需求的能力有限。此外，预算与支出之间的较大差异可能会让财政部愈发认为卫生行业无力支出其分配的预算，增加预算削减的风险。

方框 7. 西太平洋区域公共财政管理面临的常见挑战

- 规划流程中的薄弱环节可能导致最初的卫生预算提案不切实际，以及计划与预算上限之间的脱节。预算委员会缺乏评估卫生支出计划的有效框架，导致卫生预算容易为了适应收入上限受到随意和政治化的调整。
- 预算碎片化程度很高（不同投入、服务提供者、中央和地方各级以及政府和捐助者之间），削弱了预算的整体一致性，使得有效追踪重点领域的卫生支出变得困难，损害了透明度和问责制。
- 基于投入的预算结构得到广泛使用，即使在已采用名义项目分类结构的国家也是如此。虽然这种对投入的关注可能在控制成本和确保合规方面有效，但这意味着医疗服务提供者，特别是一线的初级卫生保健服务提供者，在使用资源方面的自主性和灵活性有限，从而导致通过配给和收费获得的服务减少、质量和响应能力降低，以及持续改进停滞。
- 系统性预算执行薄弱也是一个挑战，最主要的原因是向医疗服务提供者和其他执行者，特别是非工资业务，发放预算资金出现延迟。出现这种延迟有现金流限制和批准延迟等多种原因。7系统性预算执行薄弱进一步削弱了规划和预算之间的联系，并导致资源配给，增加费用和产生欠款。
- 预算很少与可评估支出的预期绩效指标一起分配。

⁷支付延迟不仅限于政府预算；本区域的医疗服务提供商也会因为社会健康保险和其他共同筹资计划（如股权基金）延迟偿付而经历这种支付延迟。

来源：McDonald L。流向西太平洋区域选定国家初级卫生保健的资金。（未发表的手稿；2022。）

在更加去中心化的环境中，中央和地方各级之间的错位可能会加剧规划和预算问题（方框8）。错位通常由预算结构和计划周期不协调造成，会削弱卫生预算的整体一致性，增加全面跟踪和分析卫生支出的困难。国家以下各级工作人员改变资源分配和支付方式的权力也通常有限，削弱了他们实施更具战略性的采购方式的能力——特别是对于初级卫生保健服务（59）。财政转移支付制度的薄弱环节还可能导致各级政府之间出现错位。由于地方筹集资源的能力有限，地方政府和行政部门通常依赖中央政府的转移支付。转移支付本身也是要解决不同地点之间的横向不平衡问题，因此转移支付会优先考虑地方财政能力最低、需求最大的地区。但若是财政能力较强的地方政府在医疗卫生方面投入的资金不足，那么当地居民实际上就会错过两次政府的转移支付。

方框 8. 权力去中心化对菲律宾卫生筹资的影响

菲律宾的治理模式高度去中心化，将重要的政治、行政和财政权力分配给地方直至村级的（该国最小的政治单位）政府单位。地方政府部门管理包括医疗卫生在内的基本服务，资金主要来自中央政府的转移支付、菲律宾健康保险公司（PhilHealth）的报销和地方收入。这就产生了众多有自主权的地方卫生体系和复杂而分散的卫生筹资体系，将卫生服务采购、资金分配和卫生服务提供质量的决策权下放到地方各级。如何协调国家政策与地方实施，和缩小各地方政府部门在优先考虑卫生问题的行政能力和政治意愿方面的差异是两个主要挑战，造成了支出、卫生结果和绩效方面的差异（60）。

为了减少碎片化，2019年的《全民医疗保健法》（Universal Health Care Act）要求建立由专项卫生资金支持的省级和市级综合卫生体系，汇集和管理省级和/或市级资金，从而让多个付款人合理化，特别是在初级卫生保健方面（61）。

进一步阅读：Nuevo 等人，2022。三十年来菲律宾的权力下放：如何影响卫生筹资和公共财政管理改革（60）。

对于公共财政管理和卫生筹资需要考虑的关键因素之一是，管理公共财政管理体系的大部分权力掌握在财政部手中。因此，为了进行改革，让卫生预算更可预测和可信，必须与财政部和卫生以外的其他政府机构进行对话。为了保障公共财政管理在卫生领域的有效性以及实现成功的改革，同样至关重要的一点是，卫生体系内的工作人员必须具备参与公共财政管理体系以及管理和发放资金所需的能力和技能。

缺乏及时、高质量的信息和数据来指导资源分配决策和监测绩效

高质量的卫生活动和支出报告是有效管理卫生体系的基础。然而，本区域各国仍然难以追踪及时的、高质量的服务使用和支出数据，尤其是无法提供进行分类的数据，以支撑有意义的政策分析。公共财政、卫生筹资和卫生信息系统及数据往往不相容，无法将支出与服务提供和绩效挂钩。数据可能缺失、不完整或未以符合目的的方式呈现。某些地方的机构仍然采用纸质和人工报告，降低了信息传输的速度，出错的可能性也相当大。至关重要的是，在缺乏监管的国家，从私营部门收集有用的卫生服务和支出信息非常困难。除了数据收集和生产的挑战之外，生成的信息也不一定得到有效的利用或传播。

这些数据挑战让卫生部无法在预算谈判期间提出有力的卫生投资理由或证明干预措施成本效益，从而对资金和优先事项产生了不利影响。这些挑战在确定支出分配的证据基础（如索赔）缺失或不完整的时候，还会对采购产生不利影响。此外，数据方面的限制和延迟也会阻碍有效监控关键政策重点，例如财务保障这一可持续发展目标指标。

3.4 全民健康议程进展缓慢

世卫组织的全民健康愿景旨在确保每个人都能享受最高标准的健康和福祉。这一愿景明确指出，由于受到医疗保健以外的社会、经济和环境因素影响，健康结果与更广泛的可持续发展密切相关。事实上，这些更广泛的健康的社会决定因素——人们出生、成长、生活、工作和衰老的条件与环境——估计对全球总体健康结果的贡献率为 40-60%（62）。

因此，全民健康关注影响人口健康和健康差距的根本原因。解决这些根本原因——例如更好的城市规划、提高学校的健康素养、采取措施缓解和适应气候变化——可以有效、高效地改善整体健康结果。全民健康愿景还可以帮助各国实现全民健康覆盖并确保更可持续的卫生筹资。

至关重要的是，全民健康议程还涉及政策和筹资。大约十年前，《关于将健康融入所有政策的赫尔辛基宣言》（*Helsinki Statement on Health in All Policies*）呼吁各国政府将全民健康视为一项重要社会目标和可持续发展的基石。然而迄今为止，本区域及世界各国普遍尚未对减轻经济发展对健康造成的非预期风险因素给予足够重视。正如世界卫生组织全民健康经济委员会最近在最终报告中指出的那样，“经济体在设计上正在产生不良的健康结果”（15）。

亚太区域在实现可持续发展目标方面的进展仍然不均衡且不足，这证明区域和国家层面的努力未能充分解决健康的社会、经济和环境决定因素。尤其是太平洋岛国，在实现几乎所有可持续发展目标方面进展最为缓慢（26）。2019 冠状病毒病也引发了大幅倒退。调动足够的筹资仍然是实现可持续发展目标的一大挑战（63）。

4. 卫生筹资面临的新挑战

除了第2章中强调的瓶颈之外，预计近期和未来的一些挑战将对本区域全民健康覆盖的卫生筹资构成越来越大的挑战，即：

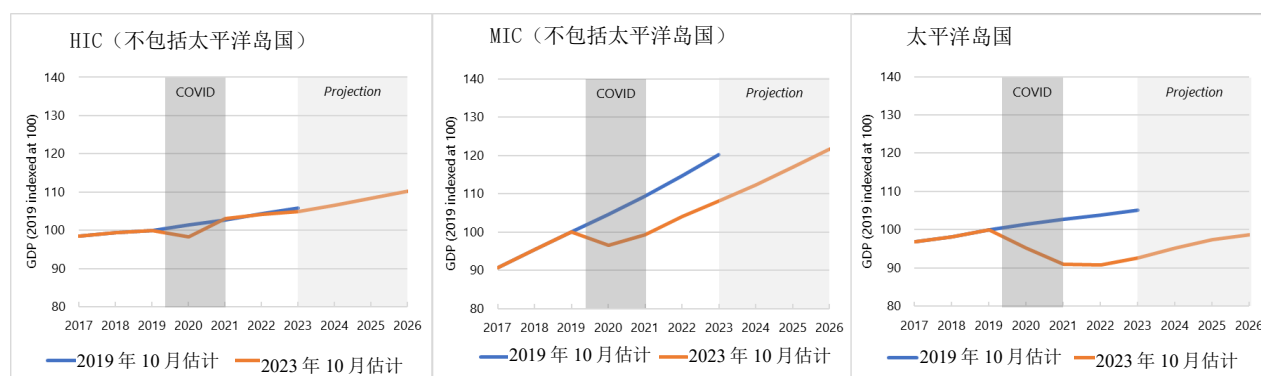
- 2019 冠状病毒病后财政前景恶化；
- 人口老龄化和非传染性疾病负担加重的影响；
- 易受卫生安全威胁和气候变化造成的外部冲击影响。

4.1 即将面临的财政挑战

经济环境变得更加严峻

2019 年末暴发的 2019 冠状病毒病导致 2020 年开始西太平洋区域几乎所有国家的经济急剧萎缩。这场新型冠状病毒大流行还凸显了公共卫生与经济表现之间的相互依赖关系（64）。2019 冠状病毒病造成的经济创伤在本区域的中等收入国家和太平洋岛国中仍然存在，而且相当严重；2023 年的实际人均收入水平比 2019 冠状病毒病流行前的预期平均低 10% 左右（图 19）。此外，对于本区域大多数国家而言，中期增长前景预计将弱于 2019 冠状病毒病暴发前的五年（图 20）。这表明大多数国家不能依靠收入和政府收入的历史增长来进一步增加卫生公共支出。

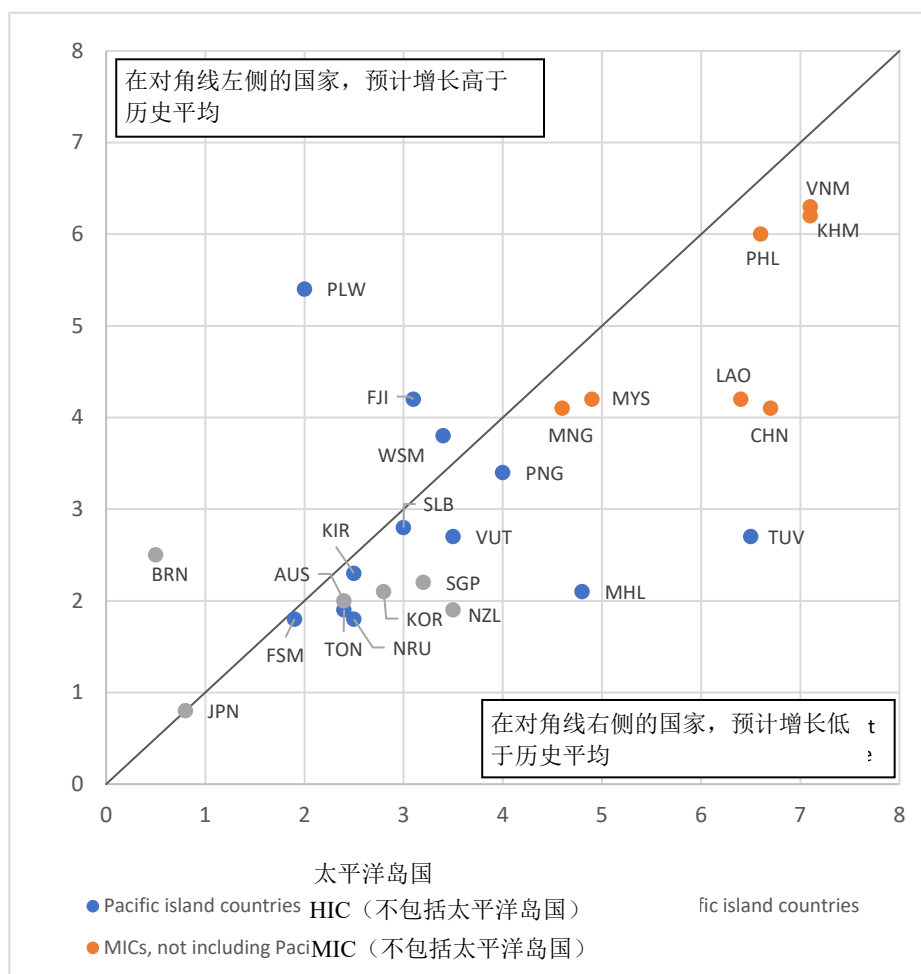
图. 18. 2019 冠状病毒病前后经济增长轨迹对比



HICs: 高收入国家；IMF: 国际货币基金组织；MICs: 中等收入国家；PICs: 太平洋岛国；.

来源: 国际货币基金组织《世界经济展望》，2019 年 10 月（65）和 2023 年 10 月（66）。

图. 19. 2019 冠状病毒病前后西太平洋区域各国 GDP 年增长率



HICs: 高收入国家; MICs: 中等收入国家。(该图中国家缩写的解释可参见表 1。)

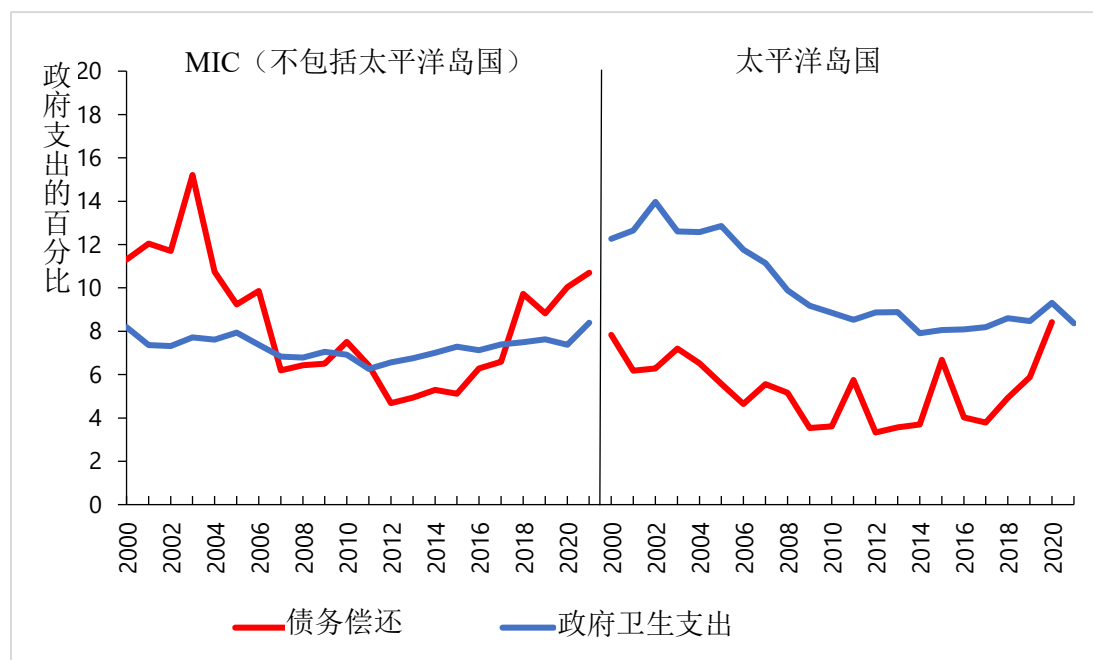
来源: 国际货币基金组织《世界经济展望》, 2023 年 10 月 (66)。

在预算中优先考虑健康问题面临相当大的压力

世界各国政府为应对 2019 冠状病毒病, 增加了政府卫生支出, 并用财政手段刺激经济, 这些额外支出大部分由债务提供资金。然而, 在新型冠状病毒并大流行进入紧急阶段之后, 政府预算中继续加大卫生领域额外支出的动力和财政能力可能会减弱。事实上, 早期就有迹象表明, 许多国家的实际人均政府卫生支出可能在 2021 年达到峰值 (67)。此外, 债务偿还义务的增加, 加上减少债务的需要, 可能会缩小政府在医疗和其他社会部门的预算空间。在 2019 冠状病毒病暴发之前, 债务偿还额已经达到或超过了政府的医疗支出 (图 21), 而且考虑到 2019 冠状病毒病期间积累的额外债务, 情况可能会进一步恶化。根据国际货币基金组织 (68) 的数据, 截至 2024 年 6 月, 本区域至少有 12 个国家 (九个太平洋岛国和一个亚洲中等收入国家) 面临中度或高度债务困扰风险。

在此背景下，西太平洋区域的许多国家可能面临巨大挑战，难以维持并提高政府预算对卫生工作的优先重视程度。世界银行的模型表明，一些国家（那些债务水平高、增长前景较差的国家）可能会受到更严重的影响（69）。

图. 20. 政府在医疗卫生和债务偿还方面的支出占政府一般支出的比例



MICs: 中等收入国家。

来源: 全球卫生支出数据库 (23) 和世界发展指标 (25)。

未来不确定的情况下高度依赖援助的固有挑战

太平洋岛国和一些亚洲中等收入国家（如柬埔寨和老挝人民民主共和国）对援助的依赖程度很高，进一步加剧了以下风险：如果捐助方在 2019 冠状病毒病后取消捐助承诺，除非国内公共筹资能够吸收这些资金，否则基本卫生职能和服务可能会出现资金不足的情况。此外，本区域的一些国家已经或正在脱离全球基金和全球疫苗免疫联盟（22）等长期捐助者。这些经验教训对于本区域的其他国家来说应该很有价值（方框 9）。

方框 9. 在捐助者过渡的背景下维持老挝人民民主共和国的基本卫生服务

随着本区域近几十年来收入的增长，一些国家已经或正在从渐渐脱离大量捐助者对其卫生体系的支持。无论从财务还是计划角度而言，这些转变都可能非常复杂，因此，借鉴各国的经验教训至关重要。

老挝人民民主共和国目前仍严重依赖发展援助来资助其卫生体系，该国预计将于 2026 年摆脱最不发达国家地位，并在未来几年内经历捐助者转型。因此，老挝人民民主共和国政府正在采取积极措施做好准备，包括增加国内政府资金、通过综合服务提供模式提高效率，并引导捐助者和发展援助用

于加强卫生体系而不是支持垂直规划。老挝还大力推动将初级卫生保健作为国家全民健康覆盖工作的基础。

这些经验凸显了提前启动过渡规划、将疾病防治规划纳入总体服务提供、通过集中和战略性分配资金减少筹资安排碎片化以及优先考虑最具成本效益的干预措施（特别是初级卫生保健）以便利用国内筹资的重要性。

进一步阅读：Kim 等人，2024。在捐助者转型和 2019 冠状病毒病背景下维持老挝人民民主共和国的基本卫生服务（70）。

4.2 人口老龄化和非传染性疾病对筹资的影响

虽然人们寿命延长是件好事，但人口快速老龄化可能会给卫生筹资系统和全民健康覆盖带来新的挑战。虽然老龄化不一定对人均 GDP 增长产生不利影响，但这取决于人们是否能保持活跃和健康(20)。因此，老年人口可能会对促进健康老龄化的服务产生新的需求，例如长期保健、多重慢性病的管理以及医疗和社会保健的整合，可能会影响医疗和社会支出的数量和类型。

可预防的非传染性疾病发病率上升也在重新调整人口的健康需求，转向能够有效协调医疗保健和长期保健的保健模式。其中包括过去 30 年来稳步增长的精神健康负担，据估计，本区域有超过 2.15 亿人患有精神健康疾病（71）。除非卫生体系和服务提供架构适应这些新的需求（通过健康促进、预防、有效和早期发现、治疗，和加强初级卫生保健），否则可能会对医疗保健成本产生重大影响，进而影响服务的可及性和财务保障。需要重新配置卫生筹资系统，以充分应对不断变化的卫生需求，包括确保为非传染性疾病（包括精神卫生状况）拨出足够的预算，并将其纳入公共计划覆盖的服务组合中。由于非传染性疾病的长期经济负担往往远远超过预防和早期治疗的成本，因此需要特别关注预防、筛查和早期治疗的筹资，并通过服务提供者支付机制提供激励（72）。控制非传染性疾病负担也需要卫生行业以外的干预措施来促进更健康的生活方式。

此外，老年抚养比上升可能会对卫生收入的可持续性产生重大影响，特别是对那些依赖社会健康保险缴款收入的国家而言，这些缴款与劳动力市场挂钩。社会健康保险覆盖范围的扩大确保了更大、更可预测的收入来源，让这一计划在财务上更具可持续性。然而，随着越来越多的人口超过退休年龄，保险计划的收入基础逐渐减少（73）。

4.3 卫生系统容易遭受卫生安全威胁和气候变化等冲击

健康风险不断增加，未来 2019 冠状病毒病和其他卫生紧急事件的威胁从未减弱。2019 冠状病毒病的一个重要教训是，世界上许多国家没有做好有效应对严重卫生紧急情况准备，导致灾难性的健康和经济影响（74）。除了西太平洋区域及全球范围内与 2019 冠状病毒病相关的死亡率和发病率大幅上升之外，因为 2019 冠状病毒病的迫切需求消耗了大量可用的卫生资源、财政资源和其他资源，并严重扰乱了常规基本服务的提供和获取 2019 冠状病毒病紧急应对措施还严重扰乱了卫生系统。此外，资金障碍、供应限制和与 2019 冠状病毒病相关的限制

导致大量患者放弃保健（2）。结果太平洋区域地区的公共卫生结果出现显著逆转，出现儿童和产妇健康状况恶化，传染病死亡人数上升等现象（75）。

此外，本区域各国极易受到气候变化的影响，这也对卫生系统构成了重大挑战。世界上因自然灾害受灾风险最高的十大国家中，有六个位于西太平洋区域，这种风险随着时间的推移只会逐渐上升（76）。除了日益频繁的极端天气事件造成的死亡和伤害之外，气候变化还会破坏粮食系统，增加和改变人畜共患病、食源性、水源性和媒介传播疾病的地理分布，并引发心理健康问题，从而威胁人类健康。虽然这些风险会对卫生服务提出额外的要求，但与气候变化相关的极端天气事件也会破坏和降低资产质量，扰乱供应链，从而改变卫生系统提供优质服务的能力并严重破坏经济。

气候变化也正在破坏许多影响健康的社会决定因素，例如稳定的生计、平等以及获得医疗保健和社会支持体系的机会。这些易受气候影响的健康风险对最脆弱和最弱势的群体影响尤为严重，其中包括妇女、儿童、少数民族、贫困社区、移民或流离失所者、老年人口和已有不良健康状况的人（77）。

不仅如此，气候导致的人口流离失所（特别是但不限于太平洋区域小岛（方框 10）和其他人道主义紧急情况将增加对医疗保健的需求，并对未登记或无证人口的识别和覆盖构成挑战，进一步威胁全民健康覆盖的进展。

方框 10. 太平洋区域易受与气候相关的威胁影响

太平洋岛屿国家由于面积小、地理位置偏僻以及易受气候相关风险影响，有面对气候变化的独特脆弱性。海平面上升有可能淹没低洼地区并污染淡水水源，而飓风和海啸等极端天气事件则对基础设施构成重大风险，扰乱包括医疗设施在内的基本服务。有限的可用土地限制了重新安置或扩大医疗基础设施的选择，加剧了为岛上居民提供充足医疗保健的挑战。此外，太平洋区域生计往往依赖于渔业、农业和旅游业等一个或几个行业，其中许多行业严重依赖自然资源，而这些自然资源可能因气候变化而被破坏。因为资源和应对突发卫生事件的能力有限，发展中国家尤其脆弱，进一步削弱了它们应对气候相关健康威胁的抵御能力。世界卫生组织于 2017 年启动了《小岛屿发展中国家气候变化与健康特别倡议》（A WHO Special Initiative on Climate Change and Health in Small Island Developing States），愿景是到 2030 年所有小岛屿发展中国家都能够抵御气候变化。这将需要将国内努力和国际气候筹资举措相结合，大幅增加投资，帮助卫生系统适应气候变化。《小岛屿发展中国家气候变化与健康特别倡议》（78）提供了大量国际和双边的资助机会。

进一步阅读：西太平洋区域办事处，2018 年。小岛屿发展中国家的气候变化与健康：世界卫生组织针对太平洋岛屿国家和地区的一项特别倡议（78）。

5. 为全民健康覆盖和可持续发展筹资的行动框架

第三章和第四章中所指出的当前和新出现的卫生体系挑战提出了对改善卫生筹资绩效以推进全民健康覆盖的需要。然而西太平洋区域存在相当大的多样性，没有一个统一的，放之四海皆准的方法。因此，本区域行动框架旨在达成平衡，通过提供切实可行的战略行动来引发有意义的变革，同时也要足够适用于整个区域。本行动框架规定了卫生筹资系统应采取的原则和方向，朝着全民健康覆盖的目标迈进，但也承认每个国家的战略都应本土化，根据该国的需求和优先事项具体制定。

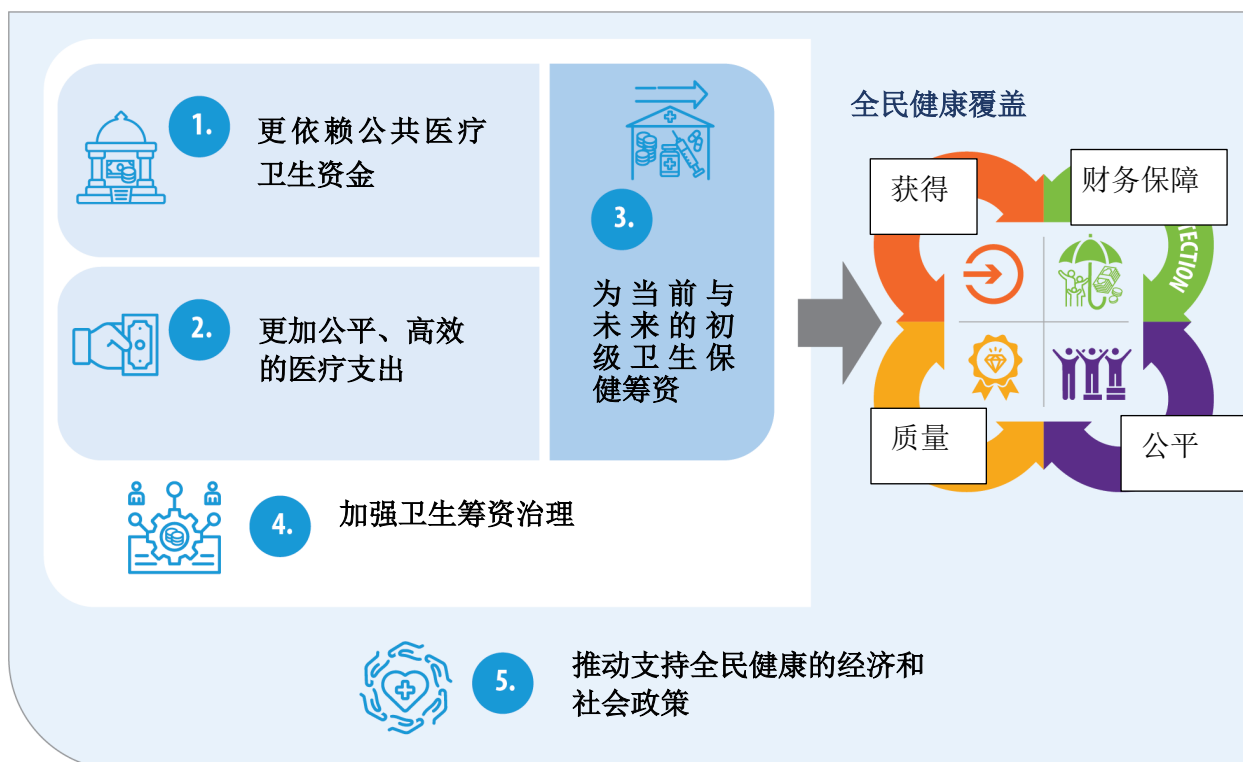
本区域行动框架提出了五个战略行动领域：

1. 更依赖公共医疗卫生资金
2. 更公平、高效的医疗支出
3. 为当前与未来的初级卫生保健筹资
4. 加强卫生筹资治理
5. 在经济和社会政策中促进全民健康

图 22 说明了这些行动领域的内容以及它们之间和与实现全民健康覆盖目标的关系。第一个和第二个行动领域：在卫生方面更依靠公共资金并使支出更加公平和高效，主要涉及世界卫生组织概念性卫生筹资框架的核心卫生筹资职能，即筹集资金、简历资金池和采购（见第一章中的图 2）。这些行动领域下的大多数战略行动并不是新提出的，而是基于最佳国际证据和实践，重申了适应西太平洋区域的现有全球最佳实践和建议。倡导更多资金的前提是现有资金得到充分利用，因此也将这两个行动领域结合考虑也至关重要。

行动领域 3 重点关注为了实现初级卫生保健，变革卫生系统所需要的筹资安排。强健的系统与流程可以帮助做出良好决策，提升透明度，推动问责制发展。由于实现全民健康覆盖目标的进度取决于这种强健的系统与流程，统筹前三个行动领域就需要卫生筹资治理（行动领域 4）。行动领域 5 将筹资行动的重点扩展到卫生行业之外，并考虑影响获得优质卫生服务和财务保障的更广泛社会经济情况，以及让健康与可持续发展目标更协调的机会。

图. 21. 区域卫生筹资行动框架中的行动领域



PHC：初级卫生保健

以下小节将深入探讨这五个行动领域，概述会员国可能考虑的具体战略行动。

5.1 行动领域 1. 更依赖公共医疗卫生资金

战略行动

- 提高来自公共资金的人均卫生支出水平。
- 引导私人资金在全民健康覆盖的筹资中发挥辅助和补充作用。
- 提高发展援助的有效性和可预见性。

卫生行业的公共资金，特别是政府预算的资金，对于实现全民健康覆盖至关重要，本区域的许多国家都需要提高在卫生方面的公共支出水平。整体经济增长可以实现这一目的。为了实现增长，可以增加政府收入在经济中的份额，也就是通过税收政策决定和提高筹集资金的能力，或者在政府预算中增加对健康的优先考虑。由于这三个变量的起点不同，每个国家需要各自制定策略，增加卫生公共支出。此外，由于通常不是由卫生行业做出这些决定，因此基于证据向财政部等主要利益相关者提出倡导至关重要。可以通过在由成本计划与当前的资金分配之间进行比较，确定差距或者提高分配效率或影响力的机会，并确保为卫生部门提供充足的资金。在去中心化的环境中，可用资源状况还取决于各级政府之间的有效参与以及促进协调和透明度的

措施。增加公共筹资应采取可持续的方式，能够在人口老龄化的背景下维持下去，并且不危及长期财政可持续性。

私人资金来源不应阻碍实现全民健康覆盖的进程。卫生方面的自付医疗支出会增加财务困难的风险，因此应加以限制。私人自愿健康保险可以对公共筹资计划起到补充作用，但不应损害公共筹资计划的目标。

许多太平洋岛国和一些中低收入国家情况特殊，发展援助可能在可预见的未来继续作为一项重要的筹资来源。但至关重要，捐助方筹资转型过渡不应导致国内基本卫生功能和服务的筹资水平不足。

会员国以及相关发展伙伴可以考虑采取以下战略行动：

提高来自公共资金的人均卫生支出水平。

- 根据定期更新的国家卫生计划，制定明确、成本合理且切合实际的计划，并对资助核心服务和公共卫生职能所需的资本和经常性资源进行中期估算。
- 实践这些计划并收集有关医疗支出的健康、社会和经济回报的证据，以便在与财政部和立法者的沟通中协商和捍卫医疗预算。
- 在去中心化的环境中，使用立法和/或政策工具确保国家以下各级的卫生工作获得充足的资金。
- 在已经确立缴费型社会健康保险计划的国家，应逐步通过持续的政府预算转移支付覆盖贫困和弱势群体。
- 各国应探索新的机制，在社会健康保险体系内部或使用政府预算，抵消因老龄化导致的社会健康保险收入下降。

引导私人资金在全民健康覆盖的筹资中发挥辅助和补充作用。

- 尽量减少卫生服务的自付医疗支出，确保人们能够获得医疗服务与财务保障，特别是对于贫困人群。
- 规范私人自愿健康保险市场，确保不会阻碍公共筹资计划的扩张和降低有效性。
- 使私人资本对卫生领域的投资（包括公私合作伙伴关系）与国家卫生计划和公共卫生重点保持一致。

提高发展援助的有效性和可预见性。

- 通过受援国和发展伙伴之间的密切合作和联合中期规划，使发展援助与国家优先事项保持一致。
- 避免出现外部资金增加被国内预算分配优先次序降低所抵消的情况。
- 外部援助的转型过渡应经过周密规划，进行严格的评估，考虑各国的准备情况和能力分阶段实施，确保为基本服务和公共卫生职能提供持续的筹资和运营安排（方框11）。

方框 11. 为从公共筹资从外部转向国内的可持续转型过渡做好准备

西太平洋区域的几个国家正面临或将面临卫生系统外部资金减少的情况。虽然这带来了严峻的可持续性挑战，但各国可以采取关键措施来缓解资金减少带来的负面影响，并将转型过渡作为加强卫生体系效率和推进全民健康覆盖目标的切入点。

世界卫生组织《西太平洋区域过渡到重点公共卫生服务综合筹资行动框架》（*Regional Framework for Action on Transitioning to Integrated Financing of Priority Public Health Services in the Western Pacific*）建议采取四项优先行动，确保转型过渡过程中的基本公共卫生职能正常，即：（1）确认核心项目元素和服务提供安排；（2）加强机构建设，以便于更有效地管理财务和利用现有资源；（3）在有需要的地方增加国内筹资；（4）管理转型过渡进程（22）。

此外，在设计发展援助项目的一开始就考虑可持续性至关重要，包括在可行的情况下利用政府系统，确保国内和外部资金与国家主导的统一计划、预算以及监测与评价框架保持一致（79）。

进一步阅读：

世界卫生组织，2017。西太平洋区域过渡到重点公共卫生服务综合筹资行动框架（22）。

卢萨卡议程：全球卫生倡议未来进程的总结（79）。

5.2 行动领域 2. 更加公平、高效的医疗支出

战略行动

- 降低可用卫生资源的碎片化程度，提高公平和效率。
- 以激励公平、质量和效率的方式向医疗保健服务提供者采购服务或分配资源。
- 设计服务组合来推动践行服务获取和财务保障。
- 提高采购、物流和资产管理的效率。

与全民健康覆盖公共支出水平同样重要的是这些资金如何使用、谁可以从中受益以及各国面临哪些系统性制约因素。这些考虑对于医疗支出的公平和效率有很大影响。

更大、更分散的资金池可以提高不同人口群体之间的再分配能力，简化资金流，提高影响服务价格和质量议价能力，从而让卫生支出更加公平和有效。政府预算就可以分散在不同的投入、服务提供者、活动、中央和地方各级以及政府和捐助者之间，社会健康保险计划也可以按受益群体分散。

此外，服务提供还有可能实现更高的性价比。越来越多的人认为，对服务提供者的资源分配应该以公平、效率和质量为目标。资源分配需要采取更具战略性的方法制定采购决策；也需要供应方的预算分配注重结果或绩效，不能纯粹基于刚性投入分配，不然会限制服务提供者灵活性和自主性。

在采购、物流和资产管理等方面改进管理实践，也可以减少浪费和控制投入，从而改善卫生支出。

会员国可以考虑采取以下战略行动：

降低可用卫生资源的碎片化程度，提高公平和效率。

- 整合分散的公共资金池，最大限度地实现风险再分配，加强通过采购影响价格和服务质量的能力，创造规模经济，简化资金流向（方框 12）。
- 在保留多个公共资金池的地方，协调福利组合、采购安排和支付方式和费率，并使用共同的管理和信息系统。

方框 12. 合并和协调资金池，提高效率 and 公平

许多国家已采取措施合并或协调公共卫生筹资体系，提高卫生筹资的公平性和效率。中国于 2018 年将三大社会健康保险系统集中纳入国家医疗保障局管理⁽³³⁾。蒙古于 2021 年修改了卫生立法，对政府资助服务和社会健康保险资助服务进行了统一管理，由医疗保险总局作为代表进行采购，并统一了服务组合、资金流向和支付方式⁽⁸⁰⁾。越南在 2008 年颁布的《健康保险法》（Health Insurance Law of 2008）中，将现有的几项健康保险基金合并为一项越南社会保障计划，旨在覆盖全体人口⁽⁸¹⁾。

以提高公平性、质量和效率的方式向医疗服务提供者分配资源或购买服务。

- 向服务提供者分配预算时不应只基于前几年的预算，而应考虑到人口需求。
- 转向战略性服务提供者支付机制，若提供服务的公平性、质量和效率提高则进行奖励，避免无限制的按服务收费和严格基于投入计算预算。
- 在仍然基于投入计算预算的地方，要考虑进行改革，提高服务提供者的自主权和灵活性，并将绩效纳入预算分配当中。
- 若服务提供者有多个获得资金的来源，要确保激励措施连贯且与全民健康覆盖目标相一致。

设计服务组合，让服务获取更加便利，提供财务保障。

- 利用卫生技术评估⁸和/或其他政策措施这类基于证据和价值的流程和系统，促进决策，确定应由公共资金覆盖的服务和商品（包括药品）种类，以及如何覆盖。这些流程和系统可以应用于制定国家基本服务包、推行仿制药替代政策等决策，并定期审查和更新此类服务包。
- 改进共同支付政策的设计，最大限度地减少获取基本医疗服务的经济困难——例如，尽可能规定较低的固定费用而不是采用无上限的共同支付。
- 通过公共预算或社会健康保险，确保基本卫生服务的可及性和可负担性，社保护妇女和儿童等弱势群体。例如在某些情况下，免除基本医疗服务和商品的自付医疗支出（方框 13）并补贴保健的间接费用（例如交通费用）。

方框 13. 柬埔寨、斐济和马来西亚为弱势群体提供平等的医疗保健

⁸卫生技术评估是对卫生技术和干预措施的特性（包括成本效益）进行的系统、多学科的评估，内容包括直接和间接后果。

过去二十年来，柬埔寨建立了健康公平基金（Health Equity Fund），旨在减轻经济困难，消除贫困人口获得医疗保健的经济障碍。健康公平基金覆盖最贫困的人口，并为一系列住院和门诊医疗服务、用户费用减免以及与保健相关的交通提供资金。实施健康公平基金减少了灾难性卫生支出，改善了贫困人口获得医疗保健的机会，缩小了贫困家庭和富裕家庭之间的使用医疗保健服务的差距（82）。

斐济免费药物计划（Free Medicine Scheme）于 2015 年推出，是一种在保证公平性的基础上，确保主要药物可及性和可用性的机制，计划包括让经过认证的贫困家庭，可以在参与计划的私人药店中，免费获得部分受到价格管制的基本药物（包括非传染性疾病药物）。随着时间的推移，该计划的药品清单从 2015 年的 72 种增加到 2022 年的 140 种。这些改革也包括允许私人药店从库存中提供药品，并从卫生和医疗服务部（83）兑换货币报销。

针对 B40 群体（40%的最低收入家庭）的医疗保健计划（Skim Peduli Kesihatan）是马来西亚政府于 2019 年推出的一项举措。该计划旨在确保 40 岁及以上、收入最低的五分之一或 B40 群体的个人及其配偶能够获得优质医疗服务，而无需承受经济压力。该项目也特别注重非传染性疾病的早期发现。符合条件的受益人可享受四种福利：在私人诊所或卫生部诊所进行免费健康检查、以采购医疗设备的形式提供健康援助、激励并支持患者完成癌症治疗以及为到卫生部医院治疗的患者提供交通补贴。该项目关注非传染性疾病的早期发现以及加强预防和健康促进，逐步减轻慢性病负担并改善总体健康状况（84）。

提高采购、物流和资产管理的效率。

- 确定国内和国家间价格比较的基准，进行批量采购、公开招标和与供应商谈判，促进基本药物和医疗用品的有效采购。
- 在适当的时候集中采购职能，或考虑以国家以下各级的集中采购量为基础，进行全国药品价格谈判（方框 14）。小国可以考虑针对基本药物和医疗用品采用跨国集中采购机制。
- 系统探索使用新技术等提高物流和资产管理效率的机会，以减少浪费。

方框 14. 集中采购提高中国药品的可负担性和可及性

通过政府采购程序实现的药品价格会直接影响全民健康覆盖的绩效，包括获得基本药物的机会以及共同支付对患者造成的经济负担。

自 2018 年起，中国通过全国带量采购的方式，逐步在全国范围内集中采购药品。这样药品支付仍在医疗机构层面，但采购是在国家层面基于整个国家所需的估计数量进行，实现了政府采购能力的最大化，同时药品供应商的订单更有可预测性，也获得了更低的交易成本。

全国带量采购举措让 2018 年至 2022 年间 294 种药品价格平均降低了 53%。这一举措还具有提高透明度和问责制、促进供应商之间的公平竞争，以及将质量保证药品的使用比例从总量的 50% 提高到 90% 等其他好处。

进一步阅读：Zhu 等人，2023。改善药品可及性等方面：中国的国家带量采购政策（85）。

5.3 行动领域 3. 为当前与未来的初级卫生保健筹资**战略行动**

- 在卫生预算内优先考虑个人和以人群为基础的初级卫生保健服务。
- 重新调整筹资安排，激励服务提供向综合、以人为本的初级卫生保健方向转变。
- 将初级卫生保健资金直接用于最能满足当前和新出现需求的干预措施。

初级卫生保健对于解决该地区当前和新出现的卫生挑战（如人口老龄化和非传染性疾病）以及加强卫生系统应对气候变化和卫生安全风险的恢复能力至关重要。强有力的初级卫生保健导向对于建立公平、高效的卫生体系也至关重要。为此，在推进实现卫生资金投入充足和可持续发展的背景下，应优先考虑初级卫生保健资金。再次强调，由于在许多地方接触的个人初级卫生保健服务的支出责任已经下放到了国家以下各级，关键利益攸关方，尤其是各级政府之间的参与和协调至关重要。

此外，应在正确的环境下采用正确的投入组合，以适当的成本，高效、公平地提供优质的初级卫生保健服务。例如，目前以医院为中心的非传染性疾病治疗模式表明，多采用初级卫生保健可以节省大量资金。在太平洋区域群岛等偏远和人口稀少的地区，将远程医疗初级卫生保健咨询纳入支付计划是改善服务获取和降低成本的一种途径。

政府预算在资助重要的预防和促进活动以及帮助弱势群体方面发挥着关键作用，包括作为公共产品的监测功能，以及开展鼓励人口健康生活的活动，可以减轻未来的疾病负担。

会员国可以考虑采取以下战略行动：

在卫生预算内优先考虑个人和以人群为基础的初级卫生保健服务。

- 明确规定中央政府、地方政府以及（如适用）社会健康保险机构在筹集和分配初级卫生保健资金方面的责任。
- 必要时考虑调整预算结构和财务系统，以便更好地确定初级卫生保健支出。
- 尽可能将公共资金从非初级卫生保健服务转向初级卫生保健服务，并让捐助方资金与国家初级卫生保健优先事项保持一致。
- 在有额外的公共资源或捐助资金时，优先考虑用于初级卫生保健（方框 15）。

方框 15. 蒙古在增加初级保健资金方面的经验

2020 年以来，蒙古为了建设强有力的初级卫生保健体系，加大力度，增加资金投入，建立制度支持单一购买者，修订支付机制，促进治疗级联向下至初级水平。在此期间，2019 冠状病毒病应对措施对卫生体系产生了重大影响，包括对卫生行业，来自政府和外部的资金分配大幅增加。资金被重新定向，从对二级和三级保健的资金分配中转移，应对 2019 冠状病毒病资金的涌入也支持了对初级卫生保健系统的投资。结果按人头支付费率翻了一番。按人头支付费率的年龄和性别调整因素进行了审查，并且增加了地理调整因素，以确保最需要的初级卫生保健中心获得更多的资金。在资金增加的同时也实施了基于绩效的筹资，其中一部分资金将被扣留，直到初级保健机构达到服务合同中概述的质量指标为止。由于健康保险总局是管理大部分初级保健设施筹资的唯一采购者，因此在初级卫生保健服务的提供、获取和质量改善方面具有巨大的潜力。

由于这些政策变化仍处于早期实施阶段，对健康、财务和公平结果的全面影响可能需要一些时间才能显现，因此持续的监测与评价至关重要。

进一步阅读：西太平洋区域办事处，2022。监测蒙古卫生服务的财务保障和利用情况：2009-2018 年（86）。

重新调整筹资安排，激励服务提供向综合、以人为本的初级卫生保健方向转变

- 确定和分析/审查基础设施、卫生工作者、药品和医疗用品方面的现有投资水平和投资组合，并确定优化初级卫生保健资源利用所需的调整。
- 使用服务提供者支付机制，以适当的成本、适当的医务人员组合来鼓励使用和提供适当的水平的初级卫生保健服务。通常建议以采用按风险调整的按人头支付模式为核心的混合支付模式（方框 16）。

方框 16. 在初级卫生保健服务提供者支付机制中引入正确的激励机制

《柳叶刀》基层卫生筹资委员会认为，虽然初级卫生保健服务提供者的支付机制因地制宜，但以人口为基础的机制（如按人头付费）应成为以人为本的初级卫生保健筹资的基石。按人头付费是

一种预付制，即服务提供者预先获得一笔总付款，覆盖在规定时间内向登记的个人提供规定的初级卫生保健服务的费用。这种支付方式将资金与服务使用脱钩，并激励服务提供者吸引更多的患者并控制花费在每个患者上的成本 - 例如，通过预防和健康促进来保持患者的健康。

然而与其他支付机制一样，按人头付费也有一些缺点：它也会促使服务提供者减少提供的服务（或在不必要的情况下转诊患者）以及推拒高风险患者，从而控制成本。这可能就需要加入补充支付机制和调整风险，实行混合支付模式来维持平衡。例如，某些高优先级服务仍可能采用按服务收费或基于绩效的支付方式，会需要通过固定预算转移支付不可避免的固定成本。

混合支付模式应最大限度地发挥激励作用，尽可能减少每种支付方式的不良激励，同时确保满足服务获取和财务保障等其他的服务提供目标。

进一步阅读：Hanson 等人，2022 年。《柳叶刀》全球卫生委员会关于为初级卫生保健筹资：以人为本（46）。

- 调整医院筹资安排，逐步摆脱以医院为中心的保健模式，确保为不同层级的服务提供者提供一致的筹资激励。例如，利用金融工具和其他政策措施促进基层医疗机构和医院之间的双向转诊，利用远程医疗提高服务的可及性，提供综合服务（方框 17）。
- 在合适的情况下，通过适当的支付安排和承包方式，将私营服务提供者纳入国家服务提供体系，提供优质的初级卫生保健服务。

方框 17. 综合初级卫生保健服务提供者网络

西太平洋区域某些国家正在尝试建立综合服务提供者网络，摆脱以个体医疗专业人员或医疗服务提供者为中心的初级卫生保健服务。例如，柬埔寨通过引入联动响应方法，在地区医院中心、卫生中心和卫星站点之间建立强有力的转诊联系，让艾滋病毒阳性孕妇能更及时的获得抗逆转录病毒疗法治疗（87）。中国正在推行医联体，建立综合分级诊疗体系，促进医院和初级卫生保健机构紧密合作，提供预防、治疗和康复服务（88）。菲律宾健康保险公司与该国地方政府部门和私营部门团体合作，建立了初级保健服务提供者网络（89）。在澳大利亚，远程医疗技术得到充分利用，患者可以线上预约中在多位医疗保健服务提供者进行选择（90）。在许多情况下，向综合多服务提供者网络的转变需要调整服务提供者的支付机制，例如在网络上进行全球支付，而不是单独与每个供应商进行实现安排（17）。

进一步阅读：西太平洋区域办事处，2023。西太平洋区域未来初级卫生保健区域框架（17）。

将初级卫生保健资金直接用于最能满足当前和新出现需求的干预措施

- 为基本公共卫生职能提供充足和持续的资金，包括预防和促进活动、疾病监测和卫生应急响应及准备机制。建议由政府一般预算负责此类资金，特别是在社会健康保险未能覆盖全体人口的情况下。
- 根据国家优先事项和国际最佳实践，确定并资助最具成本效益的干预措施，以预防、发现和治疗非传染性疾病并促进健康老龄化。
- 取消或降低预防和宣传活动的共同支付额，和/或在适当情况下提供补贴，激励人们参与和坚持。

5.4 行动领域 4. 加强卫生筹资治理

战略行动

- 加强治理职能和机构能力，推动实施更加透明、负责和包容的卫生筹资政策。
- 完善卫生筹资公共财政管理。
- 生成更高质量、更及时的数据，为卫生筹资政策的制定和实施提供信息，为公共卫生支出提供依据，并监测绩效。

各国需要根据其政治背景、需求和优先事项确定最佳的治理结构。然而，原则上治理体系应有助于使卫生筹资与民众的需求保持一致，听取社区和私营部门的呼声，并要求卫生部和其他管理部门对公共资金的使用负责。卫生筹资政策和决策的政治可接受性是改革的关键推动因素，在做决策时与技术考虑同样重要。要建立有效的治理模式也要求参与卫生筹资的利益相关者具备履行其基本职责所需的能力。

强有力的公共财政管理是一项关键的治理职能，它可以确保公共资金分配和使用的透明度、问责制和效率。当公共财政管理系统有效运作，确保计划切合实际且可信、资金及时流向需要的地方并且支出得到良好的跟踪时，政府在卫生方面的支出就会得到优化，支出不足的情况就会减少到最低限度。由于大多数国家的财政部主要负责公共财政管理，因此卫生部、财政部和审计机关之间的沟通对于克服瓶颈至关重要。

卫生筹资治理的基础是高质量的信息。无论是主张优先增加公共医疗卫生支出、制定政策，还是实施战略采购和建立有效转诊系统等举措，证据生成、监测、评价和决策之间都应该建立明确的联系。为了实现这一目标，信息系统必须定期生成相关、可靠且及时的数据，以数字形式存储并供决策者使用。当公共财政/卫生筹资信息系统和数据兼容一致时，最有利于监测活动、产出和结果。全面监测和解读服务覆盖与财务保障的范围对于全民健康覆盖的相关政策制定至关重要。

会员国可以考虑采取以下战略行动：

加强治理职能和机构能力，推动实施更加透明、负责和包容的卫生筹资政策。

- 建立清晰、连续的法律框架、法规和体制安排，确保卫生筹资政策有效实施。例如，可以在国家和地方各级明确角色、职责和任务，以有效地管理公共和私人医疗保健服务提供者，确保他们以服务对象的最大利益而不是他们自己的机构目标行事。世界卫生组织发布了战略采购治理分析框架，确定了采购机构层面的治理要求（方框18）。

方框 18. 有效战略采购的治理安排

实施战略采购需要整个卫生体系有强有力的治理安排，特别是采购机构方面的治理安排。世界卫生组织发布了一个分析框架，帮助各国审查现有治理安排是否有利于战略采购，找出差距并采取措施弥补差距。针对开展有效战略采购，确定了九项治理要求：

1. 为卫生部、监督机构和采购方制定明确、一致的采购决策规则。
2. 确定公共利益授权和明确的目标为采购者提供战略方向并采取战略行动。
3. 给予采购者足够的自主权和权力，以便采取与其能力相称的战略行动来达到目标。
4. 有效监督。
5. 包容且有意义的利益相关者参与。
6. 实施连贯的多重问责制，提高透明度。
7. 坚定可信的预算约束。
8. 根据适当的技能和绩效激励选择采购机构负责人来指导运营。
9. 确定与购买者资金管理和控制有关的合规规则。

进一步阅读：世界卫生组织，2019。战略采购治理：指导国家评估的分析框架（91）。

- 在合适的时候，为医疗保健服务提供者建立管理委员会和委员会等治理结构。这些机构应配备必要的资源和权力，提供符合卫生体系目标的，负责任且透明的战略方向。
- 建立有效的利益相关者和社区参与机制，确定和考虑关键利益相关者的立场，在社区之间就卫生筹资战略达成共识，并促进政治认同，例如让社区也加入参与式预算并让社区在采购机构和服务提供者的治理结构中的获得代表权。

- 通过将发展援助“纳入体制”，即将依赖援助国家的政府发展援助纳入政府规划、预算和监督体系，提高发展援助的治理有效性，增强国家自主权、完善问责制和提高可持续性。
- 通过培训和其他学习机会，加强卫生筹资各个领域重要参与者的能力，以履行他们在卫生筹资系统中的职能，参与者包括议员、政策制定者、社会健康保险计划/预算机构的管理者、地方当局、服务提供者等。

完善卫生筹资公共财政管理。

- 加强各部委与卫生和财政部门以及（必要时）审计机关之间就共同负责领域的公共财政管理瓶颈分析的沟通与协调，识别和应对影响卫生服务提供的预算制定（方框 19）、预算执行、预算监测和报告中存在的挑战。

方框 19. 改进卫生预算制定和管理

西太平洋区域的许多国家在公共部门，包括在卫生体系中仍然实行基于投入的项目预算。这样往往会让资金碎片化，管理人员也会缺乏优化可用预算应用方式的灵活性，并难以将预算分配与政府的优先事项和规划挂钩。世界上越来越多国家选择改革预算制度，让预算与产出或目标之间的联系更紧密，增强预算管理的灵活性，同时保持明确的结果问责制。实现这一目标的方法之一是对标项目的预算，即根据预先定义的预算项目结构来制定和管理预算。在预算制定阶段，该项目结构有助于明确和加强预算分配决策与卫生行业目标之间的逻辑联系框架。在预算执行阶段，规划预算可以明确预算管理者的职责，使他们能够更灵活地管理和调整各自项目内的分配。最后，在预算评估阶段，通过将绩效指标与每个项目挂钩，规划预算有助于推动预算经理对结果负责。

进一步阅读：

Barroy 等人，2022。如何让预算为健康服务？设计、实施和监测卫生项目预算的实用指南（92）。

Barroy 等人，2018。全民健康覆盖的预算问题：关键制定和分类问题（93）。

- 确保去中心化环境下的政府间财政框架为国家以下各级政府提供履行各自职责所需的资源、权力和自主权。
- 在卫生预算中，确保不同投入、服务提供者、活动、中央和地方各级以及政府和捐助者之间的分配不会过于分散。
- 确保公共财政管理系统能够灵活、迅速地支出，同时保留透明度和问责制机制，在 2019 冠状病毒病流行和卫生紧急情况下也应如此。

生成更高质量、更及时的数据，为卫生筹资政策的制定和实施提供信息，增加卫生公共资金，并监测绩效。

- 提高卫生系统中信息流的及时性和准确性，实现战略性采购、改进绩效管理、实行更灵敏的预算和有效的转诊系统。包括投资以患者为基础的、可互操作的数字健康信息系统，该系统可以跟踪患者在公共和私人设施与计划中的流动情况，从而实现以患者为中心的连续保健服务。
- 确保卫生和财务信息系统能够生成数据和证据，使决策者和管理者能够分析支出和服务提供结果之间的联系。
- 将关键卫生支出信息的定期产出和使用制度化，这些信息应包括国家卫生账户数据、财务保障数据（可持续发展目标 3.8.3）和放弃保健的信息。
- 向决策者和公众提供易于理解的数据，并建立适当的机制，支持民间社会和其他相关团体参与卫生筹资政策并传递此类信息。

5.5 行动领域 5. 在经济和社会政策中促进全民健康

战略行动

- 采取全政府方式为全民医疗卫生和福祉筹资。
- 使用金融工具来解决健康的社会和商业决定因素。
- 为提高卫生行业的气候适应力和减缓气候影响投资。

卫生系统并不是孤立的实体；它们与经济、环境和社会领域紧密交织在一起，与更广泛的可持续发展道路密切相关。强大且运作良好的卫生系统是对经济生产力和社会发展的投资，而社会和环境因素则影响个人和人口的健康，进而影响对卫生系统的需求。

认识到这种相互联系，就有创造出双赢的解决方案的巨大潜力，支持卫生部门的全民健康覆盖目标并为其他部门提供共同利益。为了实现这一目标，卫生政策制定者必须超越卫生体系思考问题，寻找将全民健康筹资概念纳入更广泛的经济和发展议程的方法。“同一健康”方法（94）打破了部门之间的壁垒，让各部门共同应对复杂的健康和环境挑战。

卫生部应明确说明，由更广泛的社会和环境挑战产生的对卫生系统的下游需求会如何影响全民健康覆盖的服务可及性和财务保障等方面。应对挑战的措施可能在卫生行业内部，也可能虽然在卫生部门之外但具有更长期的协同效益（95）。例如健康与教育之间的潜在协同效益，以及可持续、包容和有韧性的城市与人口健康之间的联系。鉴于这些考虑中跨部门的内容，卫生部必须与其他部委以及相关的国际机构密切合作。

医疗税和补贴等金融工具也可以成为解决风险因素的重要公共卫生措施，同时还能政府创造收入。若有国家考虑将卫生税收收入专门用于卫生行业，需要思考评估一下这样做的利弊。在某些情况下，可以采取“软”专款专用的做法，它可以使医疗卫生税收收入的使用情况透明化，同时可以避免硬性专款专用的僵化特点（96、97）。

会员国可以考虑采取以下战略行动：

采取全政府方式为全民医疗卫生和福祉筹资。

- 与其他部委和地方各级部门合作，展示健康、社会经济发展和环境可持续性的共同效益，推进全民健康覆盖和全民健康议程。方框 20 提供了使卫生和其他部门共同受益的投资和干预措施的例子。

方框 20. 可以共同实现卫生和其他部门目标的政策、干预措施和投资示例

- 通过营养和健康促进等方式在学校促进身体健康，可以对健康和教育成果产生积极影响。
- 在城市规划促进健康，开展体育活动，减少交通拥堵和污染，限制噪音水平，减少交通伤害，可以改善健康和社会福祉并产生经济收益。
- 在决定新医疗设施的设计、位置、就业条件和运营时考虑更广泛的社会和环境目标，可以对社区福祉产生积极影响。
- 如果投资可以确保人们能够获得安全的饮用水和经过改善的卫生设施，将带来可观的健康效益。
- 改善儿童和成人的健康状况可减少缺课和缺勤，提高教育成果和劳动生产率
- 社会处方，即将初级保健患者与社会和社区服务联系起来，可以改善健康、福祉和社会联系。
- 完善卫生体系的财务保障可以降低贫困风险，减少许多与贫困相关的问题。
- 卫生行业可以采取气候行动，通过宣传和限制自身的气候足迹，减轻更广泛的气候相关风险。

进一步阅读：Greer 等人，2024。全民健康政策——跨部门行动的共同效益（98）。

- 考虑采用跨部门筹资方式（方框 21）解决导致健康不平等（包括性别不平等）的社会和经济决定因素，这些因素对难以触及的人群或处于弱势和边缘化境况的人群产生了不成比例的影响。
- 探索更新可以确保在重大政府投资和政策获得批准与实施之前，可以评估健康影响的流程。这些流程还应考虑人类健康与动物、植物和环境健康之间的联系，例如使用“同一健康”方法（94）。

方框 21. 新西兰、蒙古和菲律宾用于健康与福祉的整体政府预算

新西兰政府于 2019 年推出的“福祉预算”（Well-being Budget）是一种政府预算的新方法，将健康和福祉置于预算过程的核心。基于这一认识，人们的生活质量不能仅由传统的经济指标来确定，因此新西兰政府制定了生活水平框架（Living Standards Framework），将心理健康、减贫和环境可持续性等指标与传统的经济和财政指标一起纳入预算。这种福祉方法增加了对心理健康、解决儿童贫困和应对气候变化措施的投资（99）。

与此同时，蒙古在联合国机构和其他合作伙伴的支持下，已开始计算可持续发展目标预算。将可持续发展目标优先事项纳入预算流程，蒙古希望可以由此解决贫困、不平等和环境可持续性等相关发展挑战，同时促进经济增长和社会包容。这一预算流程涉及为直接有助于实现可持续发展目标的规划和举措分配资金，并已在财政部和卫生部试行。蒙古的目标是在这些试点的基础上，作为预算制定过程的一部分，制定并让以可持续发展目标为基础的预算指南制度化（100）。

菲律宾也采取了类似的方法，即“项目融合预算”战略（Program Convergence Budgeting strategy），希望可以为多个政府部门和机构为实现共同目标而努力的规划预算中进行协调。每例项目融合预算都有一个指定的牵头机构，负责协调和分配其他参与机构的预算（101）。包括儿童早期发展、计划生育和适应气候变化等规划。

使用金融工具解决健康的社会和商业决定因素

- 审查现有卫生税措施的设计、实施和有效性，并在必要时与相关部委、国际机构和其他利益相关者协商，进行修改，以符合国际最佳实践（102-104）和政策目标。
- 根据国际和当地证据，考虑采取额外的税收措施去阻止除酒精和烟草之外的不健康商品消费，如含糖饮料（105）；并与相关部委和国际机构合作，探索收集证据，利用税收和补贴来促进更健康的行为，如消费健康食品（104）和体育锻炼（106）（方框 22）。

方框 22. 在西太平洋区域推行健康税

健康税是对被认为有害健康的特定产品（例如烟草、酒精和含糖饮料）征收的税。对这些产品征税的主要目的是通过提高价格来减少消费，降低这些产品的可负担性，从而改善健康状况。世界各国普遍都在征收健康税，西太平洋区域也在稳步引入。目前，本区域所有 27 个国家都以某种形式对酒精（107）征收特定税，绝大多数国家（24 个国家）还对烟草征收消费税。本区域三分之一的国家还对不健康食品征税（108），超过一半的国家对含糖饮料征税（109）。

健康税的设计和税率对于其有效性至关重要。例如，对于烟草税，世界卫生组织建议各国采用从量税（基于目标物的数量征收的税率），而不是从价税（ad valorem taxes）（根据价格确定），但消费税应至少占零售价的 70%（102）。

除了对健康结果产生影响之外，健康税还是政府的一种收入形式，所以还可以用于资助医疗卫生。许多国家选择将健康税收入专门用于医疗卫生支出；例如，菲律宾从对烟草、酒精制品和含糖

饮料征收的所谓罪恶税中拨出一部分收入用于医疗服务（110）。需要注意，划拨健康税税收的力度应根据具体情况而定。国际证据表明，专项拨款可用于提高人们对健康税的接受度以及在短期内增加启动或扩展国家健康项目的资金。然而专项拨款收入不仅不会持续增加医疗支出，而且会导致预算灵活性降低。

认识到通过强有力的健康税措施解决日益增加的非传染性疾病负担的紧迫性，政策制定者可以建立更健康的社会，减轻这些疾病对社会和经济的长期影响，预防伤害并促进健康公平。

为提高卫生行业的气候适应力和减缓气候影响投资。

- 投资卫生系统的气候适应力，并尽可能通过政府直接投资以及对医疗服务服务提供者和用户/患者的监管和激励，减少气候足迹等对环境的影响（方框 23）（111）。
- 产生气候变化影响健康和卫生体系成本的证据，并与相关部委和机构合作，推广适当减缓气候变化的金融工具和监管措施。

方框 23. 世界卫生组织建设气候适应型和低碳卫生系统的业务框架

为响应会员国和合作伙伴的要求，指导卫生行业如何系统地应对气候变化带来的挑战并减少自身对气候变化的影响，世界卫生组织于 2023 年发布了《建设气候适应型和低碳卫生系统的业务框架》（*Operational framework for building climate resilient and low carbon health systems*）。该操作框架旨在设计能够在气候条件不断变化的情况下提供安全和优质保健的变革性卫生系统。该框架由 10 个组成部分，涵盖了卫生体系构成的整个范围，其中一个是可持续的气候与卫生筹资。

筹资部分强调了要确定资源需求、现有资金可用性以及必须寻求额外筹资来弥补因此出现的缺口。资源需求可以根据脆弱性和适应性评估以及国家健康适应计划确定。该框架还提出了一些可持续气候和卫生筹资的产出与指标，并强调了卫生专用资金和筹资机制、气候变化资金流以及健康决定部门的资金和筹资这几个问题。

进一步阅读：世界卫生组织，2023。建立气候适应型和低碳卫生系统的业务框架（77）。

6. 继续前进

6.1 会员国在实施战略行动时应考虑的事项

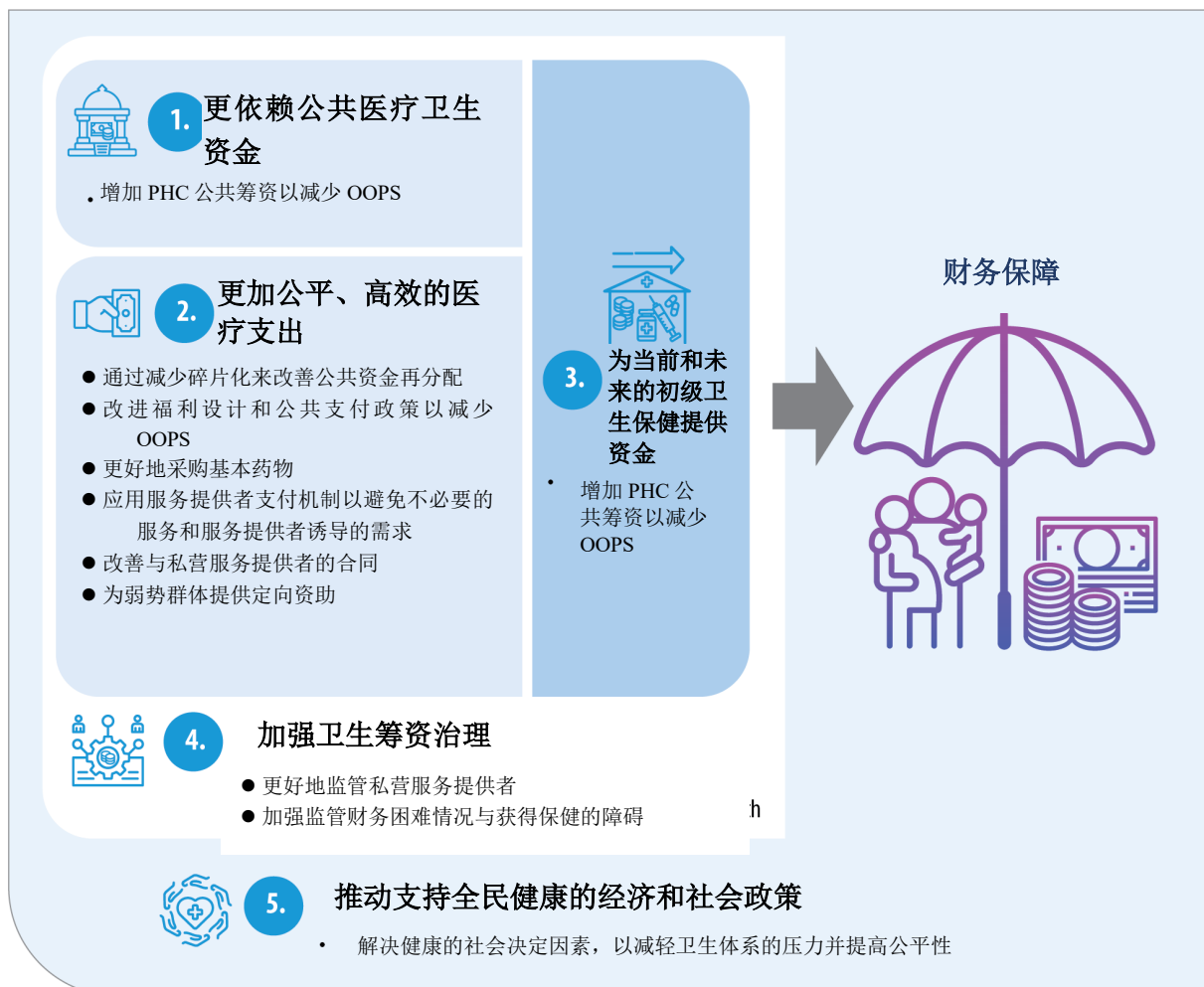
所有国家，无论收入水平、规模、人口状况和卫生体系成熟度如何，都可以改善卫生筹资系统。要扭转财务保障恶化和服务覆盖范围扩大停滞的局面，必须采取果断的行动，并且需要会员国整个政府和社会的坚定承诺，而不仅仅是卫生部的坚定承诺。

由于卫生筹资高度依赖具体情况，各国需要根据当地的优先事项和需求制定战略行动的**实施方案**。虽然本区域行动框架提出的战略行动为改善卫生筹资提供了方向，但由于各国国情不同，它绝不是一份详细的卫生筹资改革蓝图。每项战略行动的相对重要性需要在国家层面确定，但在实施时需要注意，许多行动是相互依存的，不应孤立实施。相反，阻碍全民健康覆盖进展的问题往往是多方面的，需要在卫生筹资职能整体范围及其他方面进行干预。例如，遏制和扭转本区域财务保障恶化趋势，以及确立实现这一目标的政策措施，可能包括五个行动领域的联合行动（方框 24）。

方框 24. 通过综合卫生筹资政策行动改善财务保障

当获取所需的医疗服务不存在财务障碍，且获取医疗服务所需的自付费用不会造成财务困难时，就实现了财务保障。组织卫生筹资系统有多种方式，以减少灾难性的、使家庭陷入贫困的卫生自付医疗支出以及放弃保健的财务障碍。说明了五个行动领域中的各项行动如何有助于改善财务保障。

图. 22. 改善财务保障需要采取五大行动领域的整体行动



OOPS: 自付医疗支出; PHC: 初级卫生保健

卫生筹资改革需要周密的规划，并应在更广泛的卫生行业改革和发展的背景下设计、实施和监督。对于正在制定卫生筹资战略和改革的国家来说，整个过程必须以证据为基础并具有参与性——从定义总体卫生体系愿景和目标，进行技术诊断分析，制定具体目标，确定政策和行动，到建立必要的治理安排以及评估和调整实施情况（1）。与学术界和其他主要卫生系统专家合作建立国内“智库”（think tanks），可以成为定期生成和分析国内证据的重要资源，为卫生筹资政策的制定和实施提供信息和支持（方框 25）。在整个过程中与社区和其他主要利益相关者的沟通至关重要，要确保没有忽略并仔细考虑所有相关呼声，并最终达成共识。此外，也需要让卫生筹资政策与服务提供改革保持一致，保证整体卫生行业政策在所有关键卫生体系组成部分（卫生人力、治理、药品等）内协调一致，以实现预期目标。

方框 25. 西太平洋区域智库范例

柬埔寨：卫生体系研究中心（The Health System Research Center）是国家公共卫生研究所（National Institute of Public Health）的下属项目，拥有一支多学科团队，在卫生筹资、保健质量和抗菌素耐药性等领域开展研究并向政策制定者传授知识。

中国：中国国家卫生发展研究中心（The China National Health Development Research Center），前身是中国卫生经济研究所（China Health Economics Institute），是一家位于北京的研究机构。该中心成立于1991年，是在国家卫生健康委员会（the National Health Commission）领导下，为卫生政策制定者提供技术咨询的智库。

马来西亚：卫生系统研究所（The Institute for Health Systems Research）是卫生部国立卫生研究院（National Institutes of Health at the Ministry of Health）下属六个国家研究机构之一。卫生系统研究所致力于通过卫生政策和系统研究来促进国民健康，并通过研究、培训和咨询实现基于证据的决策，特别是针对与卫生经济相关的主题。

蒙古：国家卫生发展中心（The National Center for Health Development）是隶属于卫生部（the Ministry of Health）的组织，支持卫生管理和卫生信息、继续医学教育、远程医疗和紧急保健等领域的政策制定和技术能力建设。

越南：卫生战略与政策研究所（The Health Strategy and Policy Institute）是卫生部（Ministry of Health）下属的一个政策和研究机构，主要负责为卫生部开展卫生战略和政策制定方面的进行研究和提供建议，并在卫生系统政策领域与国际伙伴进行合作。

在设计、规划和实施卫生筹资政策时考虑政治动态可以提高实现预期结果的机率。使用政治经济分析来考察主要利益相关者（特别是政治领导人、政府官员、捐助者、医疗保健服务提供者和社区）的利益、动机和偏好，可以发现改革实施的潜在障碍和机会（112, 113）。⁹它可在整个改革过程中用于指导利益相关者沟通协商、为关键政策目标设计技术解决方案、为改革的具体部分确定优先次序和顺序以及解决争议领域。此外，也要战略性地思考实施顺序，并通过纠正过程管理阻力或障碍。这可能需要通过小规模试点来验证改革顺序，然后通过有效和定期的监测与评价逐步扩大支持。当政治机遇出现时，做好技术准备至关重要。

鼓励负责卫生筹资改革的政策制定者参与旨在分享最佳做法和经验教训的全球和区域举措。这种协作方式有利于复制成功战略，积极的政策讨论和同行学习机会也有助于避免错误。包括与区域和全球伙伴密切合作，应对气候变化和2019冠状病毒病预防、准备和应对，充分利用外部资金和技术资源，填补资金缺口和培养机构能力。例如，最近成立了大流行基金（Pandemic Fund），为中低收入国家和地区提供筹资，增强能力。在气候与健康方面，有各种各样的国际资助机构，主要的资助机构收录在世界卫生组织的气候变化业务框架中（77）。

⁹有关政治经济分析的指导，请参阅世界卫生组织的“操作指南”（“how-to” guide）；见参考文献113。

6.2 世界卫生组织在与会员国合作中发挥的作用

通过变革性的初级卫生保健实现全民健康覆盖并确保卫生系统为应对未来挑战做好准备是世界卫生组织西太平洋区域工作愿景的核心。世界卫生组织区域和国家办事处一致致力于与各国合作并支持各国改善卫生筹资，包括实施本区域行动框架的相关行动。以下是世界卫生组织与会员国在这方面开展合作的关键优先事项：

- 确保并加强对全本区域全民健康覆盖和全民健康议程的卫生筹资的政治承诺。
- 促进卫生部和财政部以及其他相关部委和机构之间的沟通对话，为投资全民健康覆盖和全民健康建立依据，并与全球和区域合作伙伴密切合作，优化卫生支出的有效性。
- 通过提供全球公共产品，如卫生筹资和卫生支出跟踪的技术指导、全球卫生支出数据库和年度全球卫生支出报告，在技术层面制定规范和标准。
- 提供依据具体情况在国家层面的技术支持，以改善卫生筹资安排和实践，如增加收入、建立资金池、采购以及公共财政管理。这需要判断卫生筹资政策的差距所在，并定位可以利用的切入点和机会。
- 为支持会员国推动卫生筹资政策方面的同行学习和知识交流，建立和强化区域专家、技术伙伴和合作中心网络。
- 推动发展伙伴与国内筹资优先事项保持一致，并在必要时发挥协调作用。

参考文献

1. Kutzin J, Witter S, Jowett M, Bayarsaikhan D. Developing a national health financing strategy: a reference guide. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241512107>, accessed 5 June 2024).
2. Tracking universal health coverage: 2023 global monitoring report. Geneva: World Health Organization and International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank; 2023 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240080379>, accessed 1 November 2023).
3. Climate change. In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/climate-change-and-health>, accessed 10 June 2024).
4. Heller MP. Understanding fiscal space. Washington (DC): International Monetary Fund; 2005 (<https://www.imf.org/external/pubs/ft/pdp/2005/pdp04.pdf>, accessed 10 June 2024).
5. Health financing for universal coverage: Pooling. In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://www.who.int/teams/health-financing-and-economics/health-financing/pooling>, accessed 10 June 2024).
6. Health system governance. In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://www.who.int/health-topics/health-systems-governance>, accessed 10 June 2024).
7. Reich MR. Political economy analysis for health. Bull World Health Organ. 2019;97(8):514. doi:10.2471/BLT.19.238311.
8. Primary health care. In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>, accessed 11 June 2024).
9. Public financial management. In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://www.who.int/teams/health-systems-governance-and-financing/health-financing/policy/public-financial-management>, accessed 11 June 2024).
10. Global expenditure on health: Public spending on the rise? Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240041219>, accessed 5 June 2024).
11. Promoting strategic purchasing. In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://www.who.int/activities/promoting-strategic-purchasing>, accessed 10 June 2024).
12. Universal health coverage (UHC). In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization; 2024 ([https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)), accessed 10 June 2024).
13. The Global Health Observatory: Coverage of essential health services (SDG 3.8.1) [online database]. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/service-coverage>, accessed 4 April 2024).
14. The Global Health Observatory: SDG 3.8.2 Catastrophic health spending (and related indicators) [online database]. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/financial-protection>, accessed 4 April 2024).
15. WHO Council on the Economics of Health for All. Health for All – transforming economies to deliver what matters: final report of the WHO Council on the Economics of Health for All.

- Geneva: World Health Organization; 2023
(<https://www.who.int/publications/i/item/9789240080973>, accessed 14 November 2023).
16. Weaving health for families, communities and societies of the Western Pacific Region (2025–2029): working together to improve health and well-being and save lives. Manila: World Health Organization Regional Office for the Western Pacific; (in press).
 17. Regional framework on the future of primary health care in the Western Pacific. Manila: World Health Organization Regional Office for the Western Pacific; 2023
(<https://www.who.int/publications/i/item/9789290620129>, accessed 5 June 2024).
 18. Regional framework to shape a health workforce for the future of the Western Pacific. Manila: World Health Organization Regional Office for the Western Pacific; 2023
(<https://iris.who.int/handle/10665/376704>, accessed 5 June 2024).
 19. Regional action framework for noncommunicable disease prevention and control in the Western Pacific. Manila: World Health Organization Regional Office for the Western Pacific; 2023
(<https://www.who.int/publications/i/item/9789290620044>, accessed 5 June 2024).
 20. Regional action plan on healthy ageing in the Western Pacific. Manila: World Health Organization Regional Office for the Western Pacific; 2020
(<https://www.who.int/publications/i/item/9789290619352>, accessed 5 June 2024).
 21. Asia Pacific Health Security Action Framework. Manila: World Health Organization Regional Office for the Western Pacific; 2023 (<https://cdn.who.int/media/docs/default-source/wpro---documents/regional-committee/session-74/wpr-rc74-agenda-11-health-security-annex.pdf>, accessed 5 June 2024).
 22. Regional framework for action on transitioning to integrated financing of priority public health services in the Western Pacific. Manila: World Health Organization Regional Office for the Western Pacific; 2017 (<https://iris.who.int/handle/10665/274718>, accessed 5 June 2024).
 23. Global Health Expenditure Database [online database]. Geneva: World Health Organization; 2023 (<https://apps.who.int/nha/database>, accessed 7 December 2023).
 24. Health Nutrition and Population Statistics [online database] Washington (DC): The World Bank; 2024 (<https://databank.worldbank.org/source/health-nutrition-and-population-statistics>, accessed, 13 April 2024).
 25. World Development Indicators. In: World Bank Open Data [online database]. Washington (DC): The World Bank; 2024 (<https://databank.worldbank.org/source/world-development-indicators>, accessed 12 February 2024).
 26. The health-related Sustainable Development Goals: progress report of the Western Pacific Region, 2020. Manila: World Health Organization Regional Office for the Western Pacific; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789290619512>, accessed 5 June 2024).
 27. WHO Housing and health guidelines. Geneva: World Health Organization; 2018
(<https://www.who.int/publications/i/item/9789241550376>, accessed 5 June 2024).
 28. The Global Health Observatory: Ambient air pollution attributable death rate (per 100 000 population) [online database]. Geneva: World Health Organization; 2024
([https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/ambient-air-pollution-attributable-death-rate-\(per-100-000-population\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/ambient-air-pollution-attributable-death-rate-(per-100-000-population)), accessed 3 June 2024).
 29. Independent evaluation of the ILO's Decent Work Country Programme Strategies and Actions in the Mekong Subregion 2012–2017. Geneva: International Labour Office; 2017

- (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_mas/---eval/documents/publication/wcms_583706.pdf, accessed 5 June 2024).
30. Western Pacific regional framework for action on health and environment on a changing planet. Manila: World Health Organization Regional Office for the Western Pacific; 2017 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789290618164>, accessed 5 June 2024).
 31. Chand SS, Singh B, Kumar S. The economic burden of non-communicable disease mortality in the South Pacific: evidence from Fiji. *PloS One*. 2020;15(7):e0236068.
 32. Dearie C, Linhart C, Rafai E, Nand D, Morrell S, Taylor R. Trends in mortality and life expectancy in Fiji over 20 years. *BMC public health*. 2021;21(1):1–4.
 33. Chu A, Kwon S, Cowley P. Health financing reforms for moving towards universal health coverage in the western pacific region. *Health Syst Reform*. 2019;5(1):32–47.
 34. Shengelia B, Tandon A, Adams OB, Murray CJ. Access, utilization, quality, and effective coverage: an integrated conceptual framework and measurement strategy. *Soc Sci Med*. 2005;61(1):97–109.
 35. Utz, Robert J. Archipelagic economies: spatial economic development in the Pacific. Washington (DC): World Bank; 2021 (<http://hdl.handle.net/10986/35997>, accessed 6 June 2024).
 36. Boudville A, Irava W, Motofaga S, Gilbert K, Annear P. Overseas medical referral: the health system challenges for Pacific island countries. New Delhi: World Health Organization Regional Office for South-East Asia; 2020 (<https://apo.who.int/publications/i/item/9789290227700>, accessed 6 June 2024).
 37. Barroy H, Sparkes S, Dale E, Mathonnat J. Can low-and middle-income countries increase domestic fiscal space for health: a mixed-methods approach to assess possible sources of expansion. *Health Syst Reform*. 2018;4(3):214–26.
 38. Yazbeck AS, Soucat AL, Tandon A, Cashin C, Kutzin J, Watson J, et al. Addiction to a bad idea, especially in low-and middle-income countries: contributory health insurance. *Soc Sci Med*. 2023;320:115168.
 39. Jowett M, Brunal MP, Flores G, Cylus J. Spending targets for health: no magic number. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/250048/WHO-HIS-HGF-HFWorkingPaper-16.1-eng.pdf>, accessed 5 June 2024).
 40. Mathauer I, Kutzin J. Voluntary health insurance: its potentials and limits in moving towards UHC, Policy Brief, Department of Health Systems Governance and Financing. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-HGF-Health-Financing-Policy-Brief-18.5>, accessed 6 June 2024).
 41. Cowley P, Chu A. Comparison of private sector hospital involvement for UHC in the Western Pacific Region. *Health Syst Reform*. 2019;5(1):59–65.
 42. Progress towards universal health coverage: monitoring financial protection in the Western Pacific Region. Manila: World Health Organization Regional Office for the Western Pacific; 2023 (<https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789290620228>, accessed 5 June 2024).
 43. The World Health Report 2010: Health systems financing: the path to universal coverage. Geneva: World Health Organization; 2010 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241564021>, accessed 5 June 2024).

44. Regional action framework for malaria control and elimination in the Western Pacific: 2016–2020. Manila: World Health Organization Regional Office for the Western Pacific; 2017 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789290618157>, accessed 5 June 2024).
45. Silverman R, Keller L, Glassman A, Chalkidou K. Tackling the triple transition in global health procurement. Final report of CGD’s Working Group on the Future of Global Health Procurement. Washington (DC): Center for Global Development; 2019 (<https://www.cgdev.org/sites/default/files/better-health-procurement-tackling-triple-transition.pdf>, accessed 22 July 2024).
46. Hanson K, Briki N, Erlangga D, Alebachew A, De Allegri M, Balabanova D, et al. The Lancet Global Health Commission on financing primary health care: putting people at the centre. *Lancet Glob Health*. 2022;10(5):e715–72.
47. Application of the essential public health functions: an integrated and comprehensive approach to public health. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240088306>, accessed 5 June 2024).
48. Yazbeck AS, Savedoff WD, Hsiao WC, Kutzin J, Soucat A, Tandon A, et al. The case against labor-tax-financed social health insurance for low-and low-middle-income countries: a summary of recent research into labor-tax financing of social health insurance in low-and low-middle-income countries. *Health Aff*. 2020;39(5):892–7.
49. Barcellona C, Abdul Aziz AF, Sabtu KA, Jithitikulchai T, Nguyen TA, Nugraha RR, et al. Strengthening strategic health purchasing in southeast asia: progress, opportunities and recommendations. Singapore: Saw Swee Hock School of Public Health, National University of Singapore; 2023 (<https://sph.nus.edu.sg/wp-content/uploads/2023/10/Strengthening-Strategic-Purchasing-in-Southeast-Asia.pdf>, accessed 5 June 2024).
50. Mathauer I, Dale E, Jowett M, Kutzin J. Purchasing of health services for universal health coverage: How to make it more strategic? Policy Brief, Department of Health Systems Governance and Financing, Geneva: World Health Organization; 2019; (<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-UCH-HGF-PolicyBrief-19.6>, accessed 5 June 2024).
51. Sakamoto H, Aya I, Tangcharoensathien V, Witthayapipopsakul W, Dayrit MM, Dayrit E at al. The role of the private sector: challenges and opportunities in Asia for achieving universal health coverage. New Delhi: World Health Organization Regional Office for South-East Asia; 2023 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/366642/9789290210290-eng.pdf>, accessed 5 June 2024).
52. Morgan R, Ensor T, Waters H. Performance of private sector health care: implications for universal health coverage. *Lancet*. 2016;388(10044):606–12.
53. Ng RJ, Choo WY, Ng CW, Hairi NN. Effect of supplementary private health insurance on out-of-pocket inpatient medical expenditure: evidence from Malaysia. *Health Policy Plan*. 2024;39(3):268–80.
54. Grundy J, Dakulala P, Wai K, Maalsen A, Whittaker M. Independent State of Papua New Guinea health system review. New Delhi: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia; 2019 (<https://iris.who.int/handle/10665/280088>, accessed 5 June 2024).
55. International Labour Organization. Social protection in action: building social protection floors for all: country brief: Fiji. Geneva: ILO, 2021 (<https://www.social-protection.org/gimi/ShowRessource.action?id=57652>, accessed 5 June 2024).

56. Honda A, McIntyre D, Hanson K, Tangcharoensathien V. Strategic purchasing in China, Indonesia and the Philippines. Manila: World Health Organization Regional Office for the Western Pacific. 2016 (<https://iris.who.int/handle/10665/252763>, accessed 5 June 2024).
57. Cashin C, Bloom D, Sparkes S, Barroy H, Kutzin J, O'Dougherty S. Aligning public financial management and health financing: sustaining progress toward universal health coverage. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://iris.who.int/handle/10665/254680>, accessed 5 June 2024).
58. The World Bank. Government Health Budgets and Spending Database [online database]. Washington (DC): The World Bank; 2023 (<https://datacatalog.worldbank.org/search/dataset/0064552/Government-Health-Budgets-and-Spending-Database>, accessed 27 November 2023).
59. ThinkWell, World Health Organization. A balancing act: health financing in devolved settings. A synthesis based on seven country studies. Washington (DC): ThinkWell; 2022 (<https://thinkwell.global/wp-content/uploads/2022/06/Health-financing-in-devolved-settings-1.pdf>, accessed 5 June 2024).
60. Nuevo CE, Sigua JA, Samson MC, We Co PA, Yap ME. Three decades of devolution in the Philippines: how this has shaped health financing and public financial management reforms. case study series on devolution, health financing, and public financial management. Manila: ThinkWell; 2022 (<https://thinkwell.global/wp-content/uploads/2022/04/Philippines-Case-Study-April-2022.pdf>, accessed 5 June 2024).
61. Lam HY, Zarsuelo MA, Capeding TP, Silva ME, Mendoza MA, Padilla CD. Policy analysis on province-level integration of healthcare system in light of the Universal Health Care Act. *Acta Medica Philippina*. 2020;54(6).
62. Collins TE, Akselrod S, Atun R, Bennett S, Ogbuoji O, Hanson M, et al. Converging global health agendas and universal health coverage: financing whole-of-government action through UHC+. *Lancet Glob Health*. 2023;11(12):e1978–85.
63. United Nations Economic and Social Council. Economic and Social Council forum on financing for development follow-up, 25–28 April 2022 (<https://www.undrr.org/media/79849/>, accessed 5 June 2024).
64. Kurowski C, Evans DB, Tandon A, Eozenou PH, Schmidt M, Irwin A, et al. From double shock to double recovery: implications and options for health financing in the time of COVID-19. Health, Nutrition and Population Discussion Paper. Washington (DC): World Bank; 2021 (<http://hdl.handle.net/10986/35298>, accessed 5 June 2024).
65. World Economic Outlook – October 2019 [online database]. Washington (DC): International Monetary Fund; 2019 (<https://www.imf.org/en/Publications/WEO/Issues/2019/10/01/world-economic-outlook-october-2019>, accessed 5 June 2024).
66. World Economic Outlook – October 2023 [online database]. Washington (DC): International Monetary Fund; 2023 (<https://www.imf.org/en/Publications/WEO/Issues/2023/10/10/world-economic-outlook-october-2023>, accessed 5 June 2024).
67. Global spending on health: coping with the pandemic. Geneva: World Health Organization; 2023 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240086746>, accessed 5 June 2024).
68. List of LIC DSAs for PRGT-Eligible Countries as of April 30, 2024 [online database]. Washington (DC): International Monetary Fund; 2024 (<https://www.imf.org/external/Pubs/ft/dsa/DSAlist.pdf>, accessed 5 June 2024).

69. Old scars, new wounds? Public financing for health in times of COVID-19 in the Asia-Pacific Region. Washington (DC): World Bank Group Publications; 2023 (<https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/099331405112322325/idu0fd1e7cbb0a88e042e108b8e0c7da7a5fbbdb>, accessed 5 June 2024).
70. Kim E, Park YL, Lo YR, Keoprasith B, Panyakeo S. Sustaining essential health services in Lao PDR in the context of donor transition and COVID-19. *Health Pol Plan.* 2024;39(Supplement 1):i131–6.
71. Regional framework for the future of mental health in the Western Pacific 2023–2030. Manila: World Health Organization Regional Office for the Western Pacific; 2023 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789290620075>, accessed 5 June 2024).
72. Dutta A, Ly C. Financing the health systems of the future: a proposed framework for including non-communicable diseases [website]. Washington (DC): World Bank; 2018 (<https://blogs.worldbank.org/en/health/financing-health-systems-future-proposed-framework-including-non-communicable-diseases>, accessed 4 June 2024).
73. Cylus J, Roubal T, Ong P, Barber S. Sustainable health financing with an ageing population: implications of different revenue raising mechanisms and policy options. In: Sagan A, Normand C, Figueras J, North J, White C, editors. *The economics of healthy and active ageing series*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; 2019 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK550584/>, accessed 5 June 2024).
74. Lessons learned from COVID-19 pandemic: virtual regional consultation with informal expert group. New Delhi: World Health Organization Regional Office for South-East Asia; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/sea-whe-6>, accessed 5 June 2024).
75. The Sustainable Development Goals Report 2023 Special edition. New York: United Nations; 2023 (<https://unstats.un.org/sdgs/report/2023/>, accessed 5 June 2024).
76. Regional framework for reaching the unreached in the Western Pacific (2022–2030). Manila: World Health Organization Regional Office for the Western Pacific; 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/372270>, accessed 5 June 2024).
77. Operational framework for building climate resilient and low carbon health systems. Geneva: World Health Organization; 2023 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240081888>, accessed 5 June 2024).
78. Climate change and health in Small Island Developing States: a WHO special initiative, Pacific island countries and areas. Manila: World Health Organization Regional Office for the Western Pacific; 2018 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/276506/9789290618669-eng.pdf>, accessed 4 June 2024).
79. The Lusaka Agenda: Conclusions of the Future of Global Health Initiatives Process. 2023 (<https://d2nhv1us8wflpq.cloudfront.net/prod/uploads/2023/12/Lusaka-Agenda.pdf>, accessed 5 June 2024).
80. Jigjidsuren A, Oyun B. Supporting health-care financing reform in Mongolia: experiences, lessons learned, and future directions. Manila: Asian Development Bank; 2022 (<https://www.adb.org/sites/default/files/publication/850416/eawp-055-health-care-financing-reform-mongolia.pdf>, accessed 4 June 2024).
81. Le QN, Blizzard L, Si L, Giang LT, Neil AL. The evolution of social health insurance in Vietnam and its role towards achieving universal health coverage. *Health Policy OPEN.* 2020;1:100011.

82. Jithitikulchai T, Feldhaus I, Bauhoff S, Nagpal S. Health equity funds as the pathway to universal coverage in Cambodia: care seeking and financial risk protection. *Health Pol and Plan.* 2021;36(1):26–34.
83. Free Medicine Scheme. In: Fiji Ministry of Health & Medical Services [website]. Suva: Ministry of Health & Medical Services; 2024 (<https://www.health.gov.fj/free-medicine-scheme/>, accessed 6 June 2024).
84. Mat Zuki AH, Isa MR, Suddin LS. A review on the cost-utility analysis for the FELDA residents in Malaysia with “Health Care Scheme (Skim Peduli Kesihatan) for the B40 Group” (PeKa B40) Coverage. *J Pub Health Issue Pract.* 2022;6(1):202.
85. Zhu Z, Wang Q, Sun Q, Lexchin J, Yang L. Improving access to medicines and beyond: the national volume-based procurement policy in China. *BMJ Glob Health* 2023;8:e011535.
86. Monitoring financial protection and utilization of health services in Mongolia: 2009-2018; Manila. World Health Organization Regional Office for the Western Pacific. 2022; (<https://www.who.int/publications/i/item/9789290619895>, accessed 18 June 2024).
87. Delvaux T, Samreth S, Barr-DiChiara M, Seguy N, Guerra K et al. Linked response for prevention, care, and treatment of HIV/AIDS, STIs, and reproductive health issues: results after 18 months of implementation in five operational districts in Cambodia. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2011;57(3):e47–55.
88. Wu Y, Zhang Z, Zhao N, Yan Y, Zhao L, Song Q, et al. Primary health care in China: a decade of development after the 2009 health care reform. *Health Care Science.* 2022;1(3):146–59.
89. Ombay G. PhilHealth forms PH’s first 7 primary care networks. *GMA Integrated News.* 19 June 2023 (<https://www.gmanetwork.com/news/topstories/nation/873372/philhealth-forms-phs-first-7-primary-care-networks/story/>, accessed 5 June 2024).
90. Virtual Outpatient Integration for Chronic Disease (VOICeD). In: Queensland: Queensland Health [website]. Brisbane: Government of Australia; 2020 (<https://clinicalexcellence.qld.gov.au/improvement-exchange/virtual-outpatient-integration-chronic-disease-voiced>, accessed 29 March 2024).
91. Governance for strategic purchasing: an analytical framework to guide a country assessment. *Health Financing Guidance, No. 6.* Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240000025>, accessed 20 June 2024).
92. Barroy H, Blecher M, Lakin J, editors. How to make budgets work for health? A practical guide to designing, implementing and monitoring programme budgets in health. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240049666>, accessed 28 June 2024).
93. Barroy H, Dale E, Sparkes S, Kutzin J. Budget matters for universal health coverage: key formulation and classification issues. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://iris.who.int/handle/10665/273000>, accessed 28 June 2024).
94. One Health. In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://www.who.int/health-topics/one-health>, accessed 2 April 2024).
95. Greer SL, Falkenbach M, Vissapragada P, Wismar M. From Health in All Policies to Health for All Policies: the logic of co-benefits. In: Greer SL, Falkenbach M, Figueras J, Wismar M, editors. *Health for All Policies: the co-benefits of intersectoral action.* Cambridge: Cambridge University Press; 2024 (<https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/health-for-all-policies-the-co-benefits-of-intersectoral-action>, accessed 5 June 2024).

96. Ozer C, Bloom D, Martinez Valle A, Banzon E, Mandeville K, Paul J, et al. Health earmarks and health taxes: what do we know? Washington (DC): The World Bank; 2020 (<https://documents1.worldbank.org/curated/en/415911607500858658/pdf/Health-Earmarks-and-Health-Taxes-What-Do-We-Know.pdf>, accessed 5 June 2024).
97. Cashin C, Sparkes S, Bloom D. Earmarking for health: from theory to practice. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://iris.who.int/handle/10665/255004>, accessed 5 June 2024).
98. Greer SL, Falkenbach M, Figueras J, Wismar M. Health for All Policies – the co-benefits of intersectoral action. Cambridge: Cambridge University Press; 2024 (<https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/health-for-all-policies-the-co-benefits-of-intersectoral-action>, accessed 5 June 2024).
99. New Zealand – Implementing the Well-being Budget. In: Well-being Economy Alliance [website]. 2022 (<https://weall.org/resource/new-zealand-implementing-the-well-being-budget>, accessed 5 June 2024).
100. Davaakhuu O. Mongolia: budget credibility and the Sustainable Development Goals. Ulaanbaatar: Open Society Forum; 2023 (<https://internationalbudget.org/publications/mongolia-budget-credibility-and-the-sustainable-development-goals/mongolia-budget-credibility-and-the-sdgs-26-07/>, accessed 5 June 2024).
101. Budget preparation activities and documentary requirements for priority programs under the program convergence budgeting (PCB) approach. National Budget Memorandum No. 150. Manila: Republic of the Philippines; 2024 (<https://www.dbm.gov.ph/wp-content/uploads/Issuances/2024/National-Budget-Memorandum/NATIONAL-BUDGET-MEMORANDUM-NO-150.pdf>, accessed 6 June 2024).
102. WHO technical manual on tobacco tax policy and administration. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240019188>, accessed 18 June 2024).
103. WHO technical manual on alcohol tax policy and administration. Geneva: World Health Organization; 2023 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240082793>, accessed 18 June 2024).
104. Fiscal policies to promote healthy diets: WHO guideline. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240091016>, accessed 18 June 2024).
105. WHO manual on sugar-sweetened beverage taxation policies to promote healthy diets. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240056299>, accessed 11 July 2024).
106. Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241514187>, accessed 11 July 2024).
107. Global Health Observatory data repository [online database]. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://apps.who.int/gho/data/view.main.55680>, accessed 21 February 2024).
108. Global Health Observatory data repository [online database]. Existence of tax on foods high in fat, sugars or salt. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/existence-of-tax-on-foods-high-in-fat-sugars-or-salt>, accessed 11 July 2024).
109. Global Health Observatory data repository [online database]. Existence of tax on sugar-sweetened beverages. Geneva: World Health Organization; 2024

(<https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/existence-of-tax-on-sugar-sweetened-beverages>, accessed 11 July 2024).

110. Sin Tax Annual Report 2023. Manila: Department of Health; 2023 (<https://www.officialgazette.gov.ph/downloads/2023/10oct/2023-DOH-Annual-Sin-Tax-Report-FRM.pdf>, accessed 11 July 2024).
111. Oranje M, Mathauer I. A health financing policy agenda for climate mitigation and adaptation. Bull World Health Organ. 2024;102(5):363–5 (<https://iris.who.int/handle/10665/376679>, accessed 5 June 2024).
112. Sparkes SP, Kutzin J, Soucat A, Bump JB, Reich MR. Introduction to special issue on political economy of health financing reform. Health Syst Reform. 2019;5(3):179–82.
113. Political economy analysis for health financing: a ‘how to’ guide. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240092099>, accessed 16 July 2024).