

宏观经济与卫生

投资卫生领域 促进经济发展

宏观经济与卫生委员会报告



人民卫生出版社



世界卫生组织

图书在版编目(CIP)数据

宏观经济与卫生/世界卫生组织编著. - 北京:
人民卫生出版社, 2002
ISBN 7-117-05113-2

I. 宏… II. 世… III. 宏观经济-关系-卫生
工作-研究 IV. R1-05

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2002) 第 064731 号

宏观经济与卫生

世界卫生组织 2001 年出版

世界卫生组织总干事授权人民卫生出版社出版本书中文版。

世界卫生组织欢迎申请将其出版物部分或全文复制或翻译。应向瑞士日内瓦世界卫生组织出版办公室提出申请和咨询。该办公室还可提供关于文本修订、新版本计划及已有再版本和译本的最新信息。

©世界卫生组织 2001 年

根据《世界版权公约》第二条规定, 世界卫生组织出版物享有版权保护。所有权利保留。

本刊物采用的名称和陈述的材料并不代表世界卫生组织秘书处对任何国家、领地、城市、地区或其当局的合法地位或关于边界、分界线的规定有任何意见。

凡提及某些公司或某些制造商的产品时, 并不意味着它们已为世界卫生组织所认可、推荐或比其他未提及的同类公司或产品更好。

本报告为宏观经济与卫生委员会的集体观点, 并不一定代表世界卫生组织的决定或既定政策。

宏观经济与卫生

编 著: 世界卫生组织

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 67616688)

地 址: (100078) 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

网 址: <http://www.pmph.com>

E - mail: pmph@pmph.com

印 刷: 北京人卫印刷厂

经 销: 新华书店

开 本: 880 × 1230 1/32 印张: 5.125

字 数: 176 千字

版 次: 2002 年 9 月第 1 版 2002 年 9 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 7-117-05113-2/R · 5114

定 价: 12.50 元

著作权所有, 请勿擅自用本书制作各类出版物, 违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

前 言

宏观经济与卫生委员会（CMH）由世界卫生组织总干事格罗·哈莱姆·布伦特兰于2000年1月成立，其宗旨是评估卫生在全球经济发展中的地位。虽然人们普遍认为健康既是发展的中心目标又是发展的重要结果，但投资健康对促进经济发展和减轻贫困的重要性还未受到应有的重视。我们发现，向世界贫困人口扩大关键卫生服务的覆盖面，包括相对为数较少的特殊干预，每年可以挽救千百万人的生命，减轻贫困，刺激经济发展并促进全球的安全。

本报告提出了一个新战略，即在发展中国家和发达国家新的全球合作伙伴关系基础上，投资卫生领域，促进经济发展，特别在世界最贫困国家。及时而果敢的行动能在本十年末每年至少挽救800万人生命，并延长贫困人口的寿命，提高其生产力和经济状况。这样的努力要求两方面的重大举措：显著增加目前贫困国家和捐助者用于卫生部门的资源；以及克服限制贫困国家提供卫生服务能力的非财政障碍。我们认为，增加对卫生的投资——这要求捐助国拿出国民收入百分之一的大约十分之一——可以每年挽救数百万生命，加速经济的发展和加强全球安全，从而得到数倍的回报。确实，没有这样协同一致的努力，千年发展目标中改善贫困人口生活的世界承诺就无法实现。

在许多方面，加强投资努力的程度正是反映了有关国家极低的收入水平，由此产生的这些国家可怜的卫生开支，以及哪怕最起码卫生开支所需的费用的短缺。由于这样雄心勃勃的事业是卫生部门无法单独承担的，本报告强调了对世界最贫困国家更加普遍地扩大援助的重要性。在人们更多认识到有必要解决全球化带来的紧张和不公问题之际，我们认为这一工作尤为重要。

我们呼吁世界大家庭在未来的一年中把握住行动的机遇，开始大力加强向世界贫困人口提供基本卫生保健服务的进程。有了2002年的果敢决定，世界就可以开始具有无比崇高意义的贫富合作，将生命的赐予本身奉献给世界千百万无依无靠的人民，并且向所有持怀疑态度者证明，全球化

确实能够有益于整个人类。

2001 年 11 月

Jeffrey D. Sachs 主席

Isher Judge Ahluwalia

K. Y. Amoako

Eduardo Aninat

Daniel Cohen

Zephirin Diabre

Eduardo Doryan

Richard G. A. Feachem

Robert Fogel

Dean Jamison

Takatoshi Kato

Nora Lustig

Anne Mills

Thorvald Moe

Manmohan Singh

Supachai Panitchpakdi

Laura Tyson

Harold Varmus

致 谢

委员们感谢世界卫生组织总干事格罗·哈莱姆·布伦特兰博士在创建委员会并积极支持其工作中所表现的远见卓识。所有工作组的主席都给予了重要的支持，因此委员们要感谢他们杰出的工作，这些主席是：Isher Judge Alhuwalia, George Alleyne, Kwesi Botchwey, Daniel Cohen, Zephirin Diabre, Richard Feachem, Prabhat Jha, Chris Lovelace, Anne Mills, Carin Norberg 和 Alan Tait。卫生组织执行主任和总干事高级政策顾问也作出了宝贵的贡献。委员们还感谢工作组成员和指定论文的作者，他们的名字列入了鸣谢名单。Dyna Arhin-Tenkorang 熟练地担当了主席的高级经济师兼特别顾问。全世界数百名具有敬业精神的人们也对报告的起草提供了技术帮助和支持。在特别长时间致力于报告起草的许多人中间，我们要特别感谢 Peter Heller, Paul Isenman, Inge Kaul 和 Susan Stout。

由 Sergio Spinaci 领导的世界卫生组织秘书处在 Eveline Coveney, Aquilina John-Mutaboyerwa 和 Elisa Pepe 的得力帮助下，熟练地对项目给予了各方面支持。委员们还非常感谢 Hope Steele 和 Marc Kaufman 在报告撰写中给予的编辑帮助。

委员会非常感谢比尔和美林达·盖茨基金会、英国国际开发署、卢森堡大公国、爱尔兰政府、挪威政府、洛克菲勒基金会、瑞典政府和联合国基金会提供的财政支持。

目 录

报告内容	1
委员会的报告	16
关于健康与发展的事实依据	16
疾病影响经济发展的途径	22
低收入国家的疾病流行病学	30
解决疾病的负担问题	32
AIDS 流行	36
低收入国家卫生支出的水平	40
为卫生动员更多国内资源	43
克服对卫生服务的非财政制约	48
将卫生部门置于更广泛的健康促进环境	54
提供全球知识与疾病作斗争	56
提供基本药物	63
加强卫生干预对宏观经济的好处	76
今后的步骤	81
附件 1 宏观经济与卫生委员会参加者、报告和工作文件	96
参加者	96
第一工作组：卫生、经济增长与扶贫	98
第二工作组：全球卫生公共产品	99
第三工作组：动员国内用于卫生的资源	101
第四工作组：卫生和国际经济	102
第五工作组：改善贫困人口卫生状况	102
第六工作组：发展援助与卫生	103
委员会成员生平简介	105
报告和工作文件	113

宏观经济与卫生委员会工作组报告标题.....	113
工作文件系列.....	113
附件 2 在低收入和部分中等收入国家加强重点卫生干预的 费用分析	119
目的.....	119
发展援助委员会的分析—根据收入分类和疾病分类.....	119
对按区域分类的费用估算分析.....	127
参考文献.....	137
数据来源.....	143
政策备忘录.....	143
词汇.....	144

报告内容

科技和政治将世界比以往更紧密地连接在一起。理念、文化、拯救生命技术和高效生产过程相互交流的增加，使全球化具有巨大的潜在利益。然而全球化正经受考验，一部分原因是数以亿计的贫困人口还未受益于全球化，还有一部分原因是全球化带来了各种新的国际挑战，因为世界上一个地区的混乱很快会通过恐怖主义、军事冲突、环境恶化或疾病（如在全球范围内迅速传播的 AIDS）在一代人之中蔓延到其他地区。

世界政治领导人庄严承诺到 2015 年改善世界贫困人口的生活，说明他们已意识到全球的相互依赖关系。在 2000 年 9 月联合国千年首脑会议上通过的千年发展目标（MDGs）要求大幅度减轻贫困，大大改善贫困人口的健康状况。这些目标是可以实现的，但不可能自动实现。的确，按照现今的模式，以上目标将无法在世界上大部分贫困人口中实现。成功实现千年发展目标需要有严肃的目的，政治决心，以及资源由高收入国家向低收入国家持续而有目的充分流动。

千年发展目标在卫生方面的重要性在某种意义上是无需证明的。提高贫困人口的健康水平，延长他们的寿命是千年发展目标本身的目的，是经济发展的基本目标，但它也是实现与扶贫有关的其他发展目标的途径。卫生与扶贫，与长期经济增长有着极为密切的关系，比人们普遍理解的要密切得多。在一些低收入地区，特别是南撒哈拉非洲，疾病负担一直是经济发展的严重障碍，因此在任何全面的发展战略中这一点都必须首先得到解决。AIDS 大流行使人类面临史无前例紧急而严峻的挑战。就是这一个疾病的流行能够破坏非洲下一代的发展，除非付出巨大努力，否则可能导致印度、中国和其他发展中国家上千万人的死亡。

我们的报告主要关注低收入国家和中等收入国家的贫困人口¹。如表 1 所示，在拥有 25 亿人口的低收入国家，特别是有 6.5 亿人口的南撒哈拉非洲国家，期望寿命远远低于而年龄调整死亡率却远远高于世界其他国家。中等收入国家（如中国）的贫困人口，具有同样的状况。降低日趋升高的死亡率，控制传染性疾病和提高母婴健康水平一直是公共卫生的最

优先领域。在低收入国家，可避免的死因主要有：AIDS、疟疾、结核、儿童传染病、孕产期和围产期疾病、微量元素缺乏和与吸烟有关的疾病。如果以上疾病能与加强的计划生育项目结合起来一起加以控制，那么贫困家庭不仅能更长久、更健康、更有价值地享受生活，而且可以选择要更少的孩子，确信他们的子女能够存活，从而可以为每个孩子的教育和健康作出更多投入。由于以上一些疾病所造成的特殊重负主要由妇女承担，因此如果负担减轻，妇女的健康状况将特别得到改善。健康的改善可以带来更高的收入，更高的经济增长和人口增长率的下降。

表 1 不同国家发展类别的期望寿命与死亡率（1995 ~ 2000 年）

发展类别	人口数 (1999 年, 百万)	年人均 收入 (美元)	期望寿命 (岁)	1 岁以内 婴儿死亡 率(每 1000 活产儿)	5 岁以内 儿童死亡 率(每 1000 活产儿)
最不发达国家	643	296	51	100	159
其他低收入国家	1 777	538	59	80	120
中低收入国家	2 094	1 200	70	35	39
中高收入国家	573	4 900	71	26	35
高收入国家	891	28 730	78	6	6
备忘录：南撒哈拉 非洲	642	500	51	92	151

尽管我们主要关注传染性疾病和孕产期和围产期保健，但非传染性疾病（NCDs）对所有发展中国家同样重要；对许多中等收入国家来说，传染性疾病所导致的死亡已有明显下降，以至于非传染性疾病趋于成为最优先领域。许多非传染性疾病，包括心血管疾病、糖尿病、精神病和癌症能通过低成本的干预，特别是通过与饮食、吸烟和生活方式等有关的预防行为有效地得到解决²。我们关于优先领域的全球观点需要加以补充，为此要求每个国家根据翔实而不断充实的流行病学资料对本国的优先领域进行分析。我们主张建立“以结果为导向”的卫生系统，这也表明我们拥有对付不在本报告中详细讨论的各种疾病的巨大能力，例如对精神病、糖尿病和心脏病发作的低成本病例管理。以上事实还表明，加强为传染性疾病和生殖健康提供干预的卫生系统将同时提高非传染性疾病的保健水平³。

在低收入国家实现千年发展目标的可行性被广泛地错误估计。争论的一方是那些乐观主义者，认为健康目标作为经济增长的自然副产品，会水到渠成，迎刃而解。同高收入国家 5 岁以下儿童死亡率为 6‰ 相比，最不

发达国家5岁以下儿童死亡率为159‰⁴，面对这一现实，这些乐观主义者以为世界上低收入国家的死亡率降到发达国家水平只不过是时间问题。这一观点之所以错误有两个原因。首先，疾病负担本身将减缓经济增长，而后者被认定有助于消除卫生问题；其次，经济增长确实重要，但是远远不够。相同收入水平的健康指数差别悬殊。资料表明73个国家远远落后于千年发展目标中婴儿死亡率的指标，66个国家远远落后于千年发展目标中儿童死亡率的指标⁵。只有在协同一致的全球战略下增加世界贫困人口基本卫生服务的可及性，才能减轻疾病负担，实现千年发展目标。

争论的另一方是那些过低估计了低收入国家在卫生方面取得的重要成就（AIDS除外）的悲观主义者，他们认为沉重的疾病负担是管理落后的低收入国家腐败、崩溃而无法克服的卫生系统的副产品。这种观点同样是充满误解和夸大的成分。流行病学资料传递了这样一个关键信息：绝大部分过高的疾病负担是由相对少量的相同疾病所造成的，每种疾病都有一系列能提高健康水平、减少与这些疾病相关死亡的卫生干预措施。问题在于这些干预措施无法对世界贫困人口起作用。造成这一现象的部分原因是腐败、管理失误和公共部门无能，但绝大多数国家有着更基本且可纠正的问题。贫困人口缺乏能享受基本卫生干预的财政资源，政府也面临同样的问题。在很多情况下，公共卫生项目并未着眼于这里所强调的疾病和干预措施。

委员会的主要建议是，世界上与高收入国家建立起伙伴关系的低收入和中等收入国家应提高贫困人口对基本卫生服务的可及性，包括关注特殊干预措施。低收入和中等收入国家通过承诺国内额外的资金、政治领导、透明度和建立有社区参与和层层负责的体制来确保资金充足的卫生系统高效运行并致力于解决重要的卫生问题。高收入国家同时承诺大幅度提高赠款形式的财政援助，特别是向急需帮助的国家，如南撒哈拉非洲国家。这些国家将保证，捐款的缺乏不应成为向世界上最贫困人民提供卫生服务的限制因素。

合作伙伴关系需要随低收入国家为捐款创造条件所采取的行动而逐步发展。同时大量的捐款为大为加强，因而更有效的卫生系统创造了财政现实性，并可对共同的项目课题进行经常性的审议、评估、论证和及时改进。如同鸡与蛋的问题一样，是决定先改革还是先接受捐款的问题，捐款国和受援国都可暂时搁置一边，并坦率承认资金和改革在每一阶段都是需要的，而且二者都必须密切合作，相辅相成。对于贫困人口大量集中的中低收入国家来说，国家政府的基本任务是动员额外的财政资源首先支持重点干预措施，以保证社会中的贫困人口受惠。

国内外大量额外资金投入卫生领域的承诺，可以是加强卫生干预的必要条件，但委员会认为仅有这种承诺是不够的。过去的经验充分证明，在捐款国和受援国方面的政治和行政承诺才是成功的关键。建立满足病人需要，特别是贫困且卫生服务难以达到的人群需要的卫生系统，必须作出政治上困难、管理上苛求的选择。一些情况，例如对贫富两极人们健康需求的相应承诺与卫生部门有一定关联。其他情况，例如，公共部门预算和采购系统是否正常运行或对公共服务的提供是否建立了高效的监督和地方责任制，这属于公共管理事务。出现这些情况的根本原因是管理、冲突，以及在国家优先领域方面发展和扶贫何者更重要等较广泛的问题。

委员会认为，以上种种问题十分重要，并在本报告的许多章节中加以详尽阐述。为了取得成功，就要求提供资源的国家和发展中国家，以及公共和私营部门和民间社会强有力的政治领导和承诺。这要求在捐款国和受援国的相互关系中营造诚信和尊重的气氛。在卫生条件非常差和公共部门薄弱的背景条件下要取得成功，就必须作出特殊的努力，捐款国应该在有所需要时毫不迟疑地提供支持，以帮助克服这些问题。当国家不愿付出努力或资金被误用时，出于审慎和稳妥，对这些国家就不应提供大规模的捐款。尽管这样，资料仍表明，捐款国通过地方能力建设、民间社会和非政府组织的参与所提供的帮助发挥了很大作用。这是一个严峻的挑战，而且它所涉及的不仅是战略性目标。政府和领导人将通过鼓励和开展这些行动来化解贫困可能滋生的绝望和仇恨。

委员会努力研究了这种情况：如果低收入国家消除了他们存在于卫生和其他领域的浪费，这些国家是否能用自身的资源支持卫生系统的经费。研究结果很清晰：虽然浪费问题确实存在，而且需要解决，但贫困本身加深了基本的资金困难。贫困国家确实应提高卫生部门的管理水平，审查卫生部门项目之间是否保持平衡，并在有限的资源范围内筹措国内资金，以支持卫生事业。对低收入和中等收入国家的卫生预算经费来说，到2007年在现有国民生产总值水平上平均增加1%，到2015年在现有国民生产总值水平上平均增加2%，尽管由于公共资源短缺而各方竞相要求拨款这一目标不免有些乐观，但我们仍认为是可行的。低收入和中等收入国家也可大有作为，使现有的支出（公共和私人支出）更公平、更有效。随着根据流行病学和经济学依据优先领域的确立，公共支出理应更好地针对贫困人口。在某些情况下有可能用统筹预付筹资计划来取代私人现金支付。然而对于低收入国家来说，如果希望成功实现千年发展目标，仍存在只有捐款国才能填平的资金手段和资金需求之间的鸿沟。

在大多数中等收入国家，人均卫生经费足以确保基本干预措施的普遍

覆盖，但未能深入覆盖到许多贫困人口。另外这种情况经常集中出现在部分地区（如中国西部农村和巴西东北部农村）和少数民族地区。无论出于什么原因，公共部门的卫生经费都未满足贫困人口的需要。而且，因为许多中等收入国家对大多数人提供的资金保障不足，许多家庭会因突然降临的大病支出而陷于贫困。鉴于疾病给整个经济发展和扶贫工作带来的不利结果，我们极力主张中等收入国家开展财政和体制改革，以保证重点卫生干预措施的广泛覆盖⁶。我们也相信世界银行和地区开发银行能通过非优惠贷款帮助这些国家度过几年过渡期，以最终达到基本卫生服务的普遍覆盖。

委员会审议了为加强干预在组织机构方面需要作出的安排和一些不得不克服的主要困难。幸运的是，这里强调的基本干预在技术上要求并不苛刻。很少需要医院参与。大多数干预能通过健康中心、小型医疗机构即我们所指的卫生站或这些机构的外延服务提供。我们把这种情况统称为“接近患者系统”（close-to-client, CTC），而且为了使干预措施广泛覆盖人群，应重视这种系统。但建立高效的接近患者系统并非易事。在地方能力建设和责任制的配合下的国家领导十分重要，这要求有新的政治承诺，要求同时加强地方和更高级别组织和监督的能力，要求提高公共服务和预算的透明度，所有这些都需要更多资金的支持。然而，为了向贫困人口的需求作出反应，为了建立地方服务的责任制，为了帮助家庭充分利用所提供的服务，以上要求的实现必须依靠强有力的社区一级的监督和行动。

近期进行的有关疾病控制的某些全球行动，包括对结核、AIDS、麻风病、几内亚线虫病和南美锥虫病的高质量干预已取得重大成功，而且在波及地区广阔、某些非常困难的情况下，在一些地区改变了人们的态度和行为。这些干预行动的一个重要特点是，建立了严格的监测、评估、报告和经费控制制度，有了这种机制就可确保目标能实现，问题被查明和纠正，资金能完全合理的使用。其结果是取得了大量资料，用以说明所取得的进展和促使取得成功的实施和管理战略。总结得出的经验教训有益于指导实践，特别是在接近患者系统中提供干预措施方面。

在大多数国家中，接近患者系统既包括国营也包括非国营卫生服务提供者，但必须有国家资金作为保证。政府可以直接拥有并经营服务单位，或与营利及非营利机构签订服务合同。由于近年来贫困国家的公共卫生系统非常薄弱，资金不足，因此出现了相当多建立在私人开业、教会医院和非政府组织基础上的非政府卫生机构。如果公共系统不得力，提供者的多样化有利于营造竞争环境，而且可以起到安全阀的作用。在几乎所有贫困国家中这也是既成的事实。

完善的全球卫生战略也应投资于新知识领域。知识投资的一个关键领域就是对低收入国家中的治疗方案进行实施性研究⁷。在许多低收入背景情况下，特别是干预措施迄今还未被应用或被认可的地区，仍有许多值得研究的问题，如哪些措施切实可行，为何可行或为何行不通。即使当疾病控制的基本技术十分清楚并且可广泛应用时，每个地区仍会存在后勤、是否坚持治疗、剂量、给药方式和药物配置等特殊问题，这些问题必须通过在当地进行实施性研究及时发现和解决。我们建议在一般情况下，国家项目应配备至少全部资金的5%作为对项目相关内容进行实施性研究的经费，以检验效果，优化治疗方案、不同干预措施的经济效益、服务提供模式以及人群/患者的选择。

还迫切需要投资于防治疾病杀手的改良新技术。例如，近来在基因组学方面的进展使我们长期探索的疟疾和 AIDS 疫苗以及终身预防结核的方法初显曙光。科学依然扑朔迷离，而其成果无法预测。资料表明，对研究的投资所产生的很高的社会效益远远超过了现有水平。无论有效的疫苗是否能生产出来，新药肯定是需要的，其原因是由于病原体耐药菌株的迅速增加。因此，针对贫困人口沉重的疾病负担，委员会号召大幅度增加全球研究与开发的资金。我们应特别关注主要发生在贫困国家的疾病。对这些疾病，富裕国家的市场很少能刺激研发来解决在本国的少数病例⁸。我们还强调需要加强生殖健康研究，例如，能阻断 AIDS 毒/AIDS 传播的新抗病毒制剂以及改进危及生命的产科疾患的管理。

我们也需要在其他知识领域增加投资。在低收入国家进行的有关生物医学和卫生科学的基础研究和应用研究，结合针对特殊疾病的研究与开发，都理应有所增加。疾病疫情的报告（谁患病死亡，死于哪种疾病）必须通过改进监测和报告系统得以加强⁹。在公共卫生领域，这些知识成为成功控制疾病的最重要的手段之一。对许多非传染性疾病（包括精神卫生问题、暴力和意外伤害的后果以及与吸烟、饮食和营养有关的疾病），监测也极需加强。最后，我们需要在低收入国家中大力加强咨询和培训系统建设，以便一个国家的经验教训能被介绍到其他地区。新知识和“实施规范”的国际传播是加强干预的重要力量，是各组织（如世界卫生组织和世界银行）的中心责任，也是当前借助互联网应用低成本方法更易实现的目标。

与疾病的斗争不仅需要财政资源、丰富的技术和政治承诺，而且还需要战略、实施的责任制和不断学习的能力。因此，委员会进行了大量工作，分析低收入国家中通过捐款支持大力加强卫生干预在组织方面的可行性。我们从国家内部需要的变革开始分析。毕竟，基本卫生干预措施是在

贫困人口居住的社区提供的。因此，加强卫生干预首先必须在当地建立起接近患者系统。社区参与的作用，以及对开展公共、私营、和民间社会之间合作的广泛宣传，在这里至关重要。一些重要疾病（如疟疾、AIDS、结核）的国家项目也应该支持“接近患者计划”。这些重点干预项目如与社区卫生服务有机结合，则会发挥重要的优势，它能够动员社区一级所没有的专业团体，吸引公众关注及资金，发挥政治力量以及加强公众对特定结果的责任感。

加强干预要求国际资金的增加，因此捐款国和受援国建立在相互信任和协调基础上的高效合作关系十分重要。在这方面，捐款机制必须改变，在过去的3年中，通过创造性地构建扶贫新框架，即《扶贫战略文件(Poverty Reduction Strategy Paper, PRSP) 框架》，这个观点已得到国际系统的承认¹⁰。迄今为止，扶贫战略文件实施过程的初步结果是令人鼓舞的，委员会也认可了这一新进程¹¹。按照我们提出的建议对疾病进行协同干预将有助于确保捐款国-受援国关系的顺利建立。扶贫战略文件框架的优点在于：(1) 增加减债力度，(2) 准备国家级战略过程中国家的领导作用，(3) 在过程的每一步，都明确吸收民间社会团体参与，(4) 对扶贫采取综合性措施，(5) 为支持国家目标，与捐款国进行更多协调。以上所有内容对这里提出的卫生倡议行动的成功都是适用且重要的。为实现扶贫战略文件框架的潜在效益，捐款国与受援国必须具体确定对卫生部门的实质性筹资方案和投资计划，并列为卫生领域扶贫战略文件框架的组成部分。

尽管我们提倡大幅度增加对卫生部门本身的投资，但我们也强调必须增加对扶贫有着重要影响（包括对健康有影响）的其他领域的补充投资。其中包括教育、饮水和环境卫生设施、提高农业水平。例如，教育是决定健康状况的关键因素，而卫生又是教育状况的决定因素。扶贫战略文件框架强调一点：当各个部门的投资互相结合时，效果最好。但我们还未进行卫生部门以外的成本估算¹²。

根据扶贫战略文件，委员会建议每个发展中国家都建立临时性国家宏观经济与卫生委员会(National Commission on Macroeconomics and Health, NCMH) 或同等机构，由卫生部长和财政部长担任主席，吸收民间社会的重要代表参加。其职责是组织、领导扩大投资的任务¹³。每个国家宏观经济与卫生委员会将评价国家卫生优先领域，制定多年战略以扩大基本卫生服务的覆盖面，并考虑与其他卫生相关部门的相互配合，以保证与全面的宏观经济政策框架保持一致。具体计划将视大幅度增加的国际赠款援助而定。该委员会将同世界卫生组织、世界银行一起，准备流行病学基线资

料，制定量化的实施目标以及中期筹资计划。每个委员会应在2年内即2003年底完成工作。

我们建议每个国家应制定“基本干预措施”的总体计划，以确保通过公共（加上捐款者）筹资干预措施的全面覆盖。我们建议，在选择基本干预措施时应考虑4个主要标准：（1）干预措施应当在技术上有效，并且能够成功实施（2）目标疾病应对社会构成沉重负担，既考虑个体的病症，也考虑社会影响（如疾病流行和对经济的不利影响），（3）社会效益应大于干预成本（包括延长的生命年以及孤儿数减少或经济更快增长等连带效应），（4）需要重视贫困人口的需求。

我们估计，到2010年，在低收入国家，通过本报告所建议的针对传染病和营养缺乏症的基本干预措施，每年基本上可救治大约800万生命¹⁴。宏观经济与卫生委员会（CMH）估计了扩大干预项目覆盖面的成本¹⁵（包括相关的体制扩展与监督的总体成本），这是针对于那些1999年人均国民生产总值（GNP）低于1200美元的国家，加之少数人均收入高于1200美元的南撒哈拉非洲国家而言的（所列国家详见表A2.B）¹⁶。在这些国家中，至2007年，年卫生总费用将上升至570亿美元，到2015年将达到940亿美元（表A2.3）。至2007年，这些国家每年累计要承诺额外的350亿美元，至2015年，承诺数额则达到每年630亿美元¹⁷。（表A2.6）。另外，到2007年，捐赠机构每年将给予额外220亿美元的援助，到2015年，将达到310亿美元（表A2.6）¹⁸。当前官方发展援助（ODA）机构约拥有60亿美元¹⁹。全部捐赠费用，包括国家级项目和全球公共产品的支持，将在2007年达到270亿美元，至2015年达到380亿美元。不断增加的卫生捐赠筹资将汇集到当前的整体援助经费内，因为在卫生部门之外的许多领域，援助也应增加。

大多部捐赠援助将用于最不发达国家，这些国家需要大量的赠款援助，以扩大其卫生服务的覆盖面。到2007年，这些国家的年度卫生总费用将增加170亿美元，到2015年，达到290亿美元，均高于2002年的水平。但是，考虑到在这些国家收入极低，国内资源的调动将远不能满足需要，到2007年，这些国家的卫生费用将增加40亿美元，到2015年，卫生费用将增加90亿美元。（卫生费用不足的）差距将由捐赠者填补，到2007年，获得的赠款援助每年相当于140亿美元，到2015年，达到210亿美元。我们也同时注意到，按地区划分，非洲将接受最大部分的捐赠援助，这反映了非洲国家的贫困和疾病的高流行率。AIDS预防和治疗项目将占加强干预总费用的一半左右²⁰。

为了理解这些数字，考虑人均卫生干预费用是有益的。我们发现，按

平均水平计算，基本卫生干预的费用每人每年大约为 34 美元左右，这的确是非常低的，特别是与高收入国家平均每人每年卫生费用超过 2000 美元相比。到 2007 年，最不发达国家每年每人可以筹措大约 15 美元（占人均收入的 5%）。因此，与平均水平相比较，每人/年的卫生费用有 19 美元的差距。在 2007 年，最不发达国家的 7.5 亿人口中，卫生费用大约为 140 亿美元。而其他低收入国家能筹措平均每人 32 美元（大约占人均收入的 5%）。一些国家将需要得到捐赠援助以达到人均 34 美元的水平，而另外一些国家则不需要。在 2007 年，其他低收入国家将大约有 20 亿人口，在按每个国家进行计算时，则需要每人大约 3 美元才能弥补财政缺口，因此总共需要约为 60 亿美元的捐助。低、中等收入国家将需要额外的 15 亿美元，主要用于支持 AIDS 防治的高额费用。

展望总体捐赠援助的工作是非常重要的。尽管当前卫生领域所需的捐赠援助相对较大，但这仅仅占捐赠国国民生产总值（GNP）的 0.1% 左右，这将留有充分的余地，以大量增加其他领域所需的捐赠援助。我们强调增长的卫生援助必须融入当前援助的范围内，因为这些不断增长的援助不仅在卫生领域需要，而且在教育、卫生设施、供水和其他领域也同样需要。尽管当前对卫生费用的捐赠数额似乎很大，尤其是在特别贫困的国家，但这反映了这些国家的卫生费用水平是多么低，同时，也反映了这些国家的低收入水平。扩大对卫生部门的援助需要分阶段进行，以确保有效而切实地使用资源，这样，我们就能够制定扩大干预措施覆盖面的时间计划（表 7），也使我们计算成本有了依据。请注意，要求捐赠援助的项目应具有持续性，也许需要 20 年，但最终要结束援助，因为这些国家将达到较高的人均收入水平，从而日益能够利用本国的资源支持基本卫生服务。

该项目产生的经济效益会远远超出其成本。从传染性疾病和营养不良救治的 800 万生命将转化为所增加的多得多的生命年，并且获得了更高的生活质量。经济学家谈到了残疾调整生命年（DALY）²¹，即增长的生命年，和减少的残疾存活年。我们估计每预防 800 万人的死亡，就可获得大约为 3 亿 3 千万残疾调整生命年。根据保守的估计，增加一个生命年就可以在 2015 年获得大约为 563 美元的年人均收入，3 亿 3 千万残疾调整生命年的直接经济利益将达到每年 1 860 亿美元，并且有可能高出几倍²²。经济增长将加速，由此节省的残疾调整生命年将有助于在高死亡率、低收入国家打破阻碍经济发展的贫困怪圈，通过增长的人均收入，每年要增加数百亿乃至数千亿美元的资金。

2007 年，共计 270 亿美元的援助资金主要用于实现下面三个目标：

(1) 为低收入国家（和为一些中等收入国家的 HIV/AIDS 相关费用）加强基本干预项目的实施和卫生体制的发展提供援助（共计 220 亿美元，详见附录 2）；(2) 主要用于对贫困人群的疾病研究和开发的投资（30 亿美元）；(3) 通过负责协调全球活动的国际机构，如世界卫生组织、世界银行和其他联合国专门机构，增加对全球公共产品的投入（20 亿美元）。另外，还有为中等收入国家增加的非优惠贷款援助²³。我们相信，如果能够按照我们所建议的时间表精心地分步骤管理和实施的话，发展中国家能够吸收这些必需的资金，而不会产生不适当的宏观经济或部门性不稳定。

筹资的目标是计划我们应该做什么，而不是预计会发生什么。我们深知一些尽管拥有巨大财富，却忽视其国际责任的捐款国以及那些置本国人民生命于不顾、放弃管理职责的受援国。也许资金会少量增长；当需要亿美元资金时，捐赠者也许只给几百万，而贫脊国家所要与之斗争是人民，而不是疾病，这样使国际社会爱莫能助。我们不会太天真：成千上万人安于沉默，听天由命，而媒体不问不闻，听凭他们每年无辜地死去，这绝非意外²⁴。

像这样大量的捐赠筹资会要求新的运作方式。委员会强烈支持成立全球防治 AIDS、结核和疟疾基金（Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis, and Malaria, GFATM），其首要任务将为对 AIDS、结核和疟疾做出全球性反应。我们建议，至 2007 年，该全球基金每年增至大约 80 亿美元，作为捐赠国对国家项目援助的全部 220 亿美元的一部分。考虑到面对 AIDS 的特殊挑战，以及数十年来在非洲和其他地区 AIDS 所导致的经济停滞，我们相信，该基金应支持开展大胆的项目，重点放在预防新的感染，以及治疗感染者。预防目标是在高脆弱人群中，包括商业性性工作者和静注毒品者中，广泛开展预防项目，并且扩大性传播感染治疗的覆盖面，开展自愿咨询与检测和阻断母婴传播的干预措施。考虑到扩大治疗的成本和挑战，特别是有效地应用抗逆转录病毒疗法而不产生病毒耐药性，应认真地监测扩大治疗项目，要以科学为依据，并且以深入的实施性研究为前提。我们赞同联合国 AIDS 联合规划署和世界卫生组织对抗逆转录病毒疗法项目的估计，到 2006 年年底，可为低收入国家的 500 万人提供抗逆转录病毒治疗²⁵。

为了有助于开辟增加研究和开发费用的渠道，我们同意建立新的全球卫生研究基金（GHRF），每年支出大约 15 亿美元。该基金将支持基础和应用生物医学和卫生科学研究，其研究课题是影响世界贫困人口卫生问题以及解决这些问题所需的卫生体制和政策。通过现有的渠道，每年另有 15 亿美元用于支持研究和开发的资金，包括热带病研究和培训特别规划、