



大会

Distr.: General
13 August 2012
Chinese
Original: English

第六十七届会议

临时议程* 项目 70(b)

促进和保护人权：人权问题，
包括增进人权和基本自由
切实享受的各种途径

人人有权享有能达到的最高标准身心健康

秘书长的说明

秘书长谨向大会会员国转递人人有权享有能达到的最高标准身心健康问题
特别报告员的中期报告。

* A/67/150。



人人有权享有能达到的最高标准身心健康问题特别报告员的中期报告

摘要

本报告审议了在健康权方面的卫生筹资问题。充分实现健康权取决于在国家 and 国际级别上是否有充足、公平、可持续的卫生资金。因此本报告讨论了国家确保为卫生事业提供充足、公平、可持续的国家资金的义务。本报告研究了卫生筹资问题的三个关键领域：国家如何确保为卫生事业提供充足的资金以及这些资金的筹措来源；如何集中共用这些资金；如何在卫生系统内分配资金和资源，以确保普及优质的卫生设施、物资和服务。特别报告员还探讨了这方面的若干实质问题，包括：卫生税收和国际资助的问题；集中共用机制，包括社会健康保险；分配方面的关切问题，例如卫生资金和资源在初级、二级和三级卫生保健之间的分配以及农村、偏远和城市地区之间的资源差距。特别报告员在报告最后提出一系列建议，以确保为卫生事业提供充足资源、集中共用资金以及公平分配卫生资金。

目录

	页次
一. 导言	4
二. 概念框架	5
A. 确保充足的资金并且优先保证卫生筹资	5
B. 集中共用和分配卫生资金和资源	6
C. 国际援助	7
三. 卫生筹资中的实质问题	8
A. 确保卫生事业获得充足资金	8
B. 为卫生事业集中共用国内资金	13
C. 卫生资金和资源的分配	17
四. 结论和建议	20

一. 导言

1. 充分实现人人有权享有能达到的最高标准身心健康取决于在国家和国际级别上是否有充足、公平、可持续的卫生资金可用。因此本报告审议了在健康权方面的卫生筹资问题。本报告讨论了国家确保提供充足、公平、可持续的国家卫生资金的义务，并为对卫生筹资问题采取注重健康权的做法提供一个概念框架。本报告特别研究了国家的如下义务：确保有足够的卫生资金，以及在国家预算中优先保证卫生资金；确保公平分配卫生资金和资源；开展国际合作，确保获得可持续的国际上对卫生事业的资助。本报告还探讨了这方面的若干实质问题，包括：卫生税收和国际资助的问题；集中共用机制，包括社会健康保险；分配方面的关切问题，例如卫生资金和资源在初级、二级和三级卫生保健间的分配以及农村、偏远和城市地区间的资源差距。

2. 当代卫生筹资问题的特点是全世界的卫生系统资金长期出现赤字和不断面临挑战。在许多国家，由于卫生事业在预算中不占优先地位，因此对卫生事业的公共开支过低，在某些情况下，对卫生事业的公共资金绝对数额不足。治理方面的不足也是许多国家未能提供充足的卫生资金的关键原因。腐败现象普遍、税收漏洞和以逃税率高为特征的薄弱的税务行政管理，往往削弱了国家提高收入和为卫生事业分配充足的公共资金的能力。许多国家卫生系统的资金过于依赖用户自付费和国际资助。但是，近期的金融危机已经表明，国际上对卫生事业的资助并不可靠，也不可持续，并且为卫生物资和服务的自付费对穷人的影响尤为严重，因为他们为卫生保健支付的费用占其收入的比例大大高于富裕的病人。因此，贫穷的家庭往往因自付费而陷入财务困境和贫穷，造成寒蝉效应，许多这样的家庭从一开始就不愿意寻求卫生保健服务。

3. 对卫生筹资问题采取的注重健康权的做法考虑到了必须在对卫生事业的公共和私人筹资之间，以及在对卫生设施、物资和服务的公共和私人管理之间取得恰当的平衡。但是，卫生系统的全球私有化趋势对公平获得和使用，特别是对穷人和其他弱势群体或边缘群体获得和使用卫生设施、物资和服务，带来了严重的风险。在许多情况下，私有化造成卫生物资和服务的自付费增加，对二级和三级保健部门的投资比例过大而牺牲了初级卫生保健，以及农村、偏远和城市地区间的卫生设施、物资和服务不公平现象加剧。

4. 鉴于卫生筹资方面的这些全球趋势和挑战，对卫生筹资问题采取注重健康权的做法尤为关键。这种做法提供了一个框架，在国家预算中优先保证卫生事业，并进一步地使受影响的个人和社区能够积极和知情地参与制订、执行、监测和评价卫生预算。这种做法要求公平分配卫生资金和资源，并且认识到国际援助在确保向全球，特别是向低收入国家提供充足资金和技术资源的方面具有关键作用。这种做法强调了优先保证初级保健资金对于在初级、二级和三级保健部门间取得

平衡非常重要。最后，注重健康权的做法认识到在农村、偏远和城市地区间的资源差距，并且要求国家向农村和偏远地区公平分配卫生资金和资源，确保在不歧视原则的基础上，这些地区能够使用并易于获得优质的卫生设施、物资和服务。

二. 概念框架

5. 卫生筹资是健康权的核心内容，对于经济、社会及文化权利委员会第 14 号一般性意见所阐述的《经济、社会及文化权利国际公约》第 12 条明确定义的健康权能否充分实现至关重要。其他各种国际和区域文书，如 1978 年国际初级保健会议通过的《阿拉木图宣言》和 2001 年非洲联盟通过的《关于艾滋病毒/艾滋病、肺结核和其他相关传染病的阿布贾宣言》也认识到卫生筹资对于卫生系统的稳定和成效以及对于实现国际发展目标都非常重要。因此国家有义务确保为卫生事业提供充足、公平和可持续的资金。在卫生筹资方面的主要关切问题是：国家如何确保为卫生事业提供充足的资金以及这些资金的筹措来源；如何集中共用这些资金；如何在卫生系统内分配资金和资源，以确保普及优质的保健设施、物资和服务。注重健康权的做法提供了一个概念框架，这些主要的关切问题可以通过这个框架一一加以解决。

A. 确保充足的资金并且优先保证卫生筹资

6. 国家在健康权的范畴内有义务确保向卫生事业提供充足的资金，并且在预算中优先保证卫生筹资。这项义务是实现健康权几乎每个方面的必要先决条件，并且是关于在最大程度上利用可用资源确保充分实现该权利的国家义务所要求的（第 14 号一般性意见第 33 段）。如第 14 号一般性意见所阐述，健康权包括各种应享权利，如有优质的卫生设施可用并且可获得关键药品，这要求国家提供主动经费。为了实现这些主动的应享权利，必需有充足的公共资金。支出不足或者公共资源分配不当可能会造成个人或群体，特别是脆弱或边缘群体无法享有健康权，这违反了国家实现健康权的义务（第 14 号一般性意见，第 52 段）。

7. 为了在最大程度上利用可用资源，国家必须采取一切必要措施，为卫生事业筹集充足的收入和资源，并且确保国家预算和国家以下各级预算中相应地优先保证卫生筹资。预算优先保证需要国家拿出相当一部分一般性政府支出，用于卫生事业，并且将卫生事业与教育、社会保障和国防支出等核心资金承诺一道作为优先事项加以保证。国家在此方面有一个主动的义务，即推动受影响的个人和社区积极和知情地参与制订、执行、监测和评估卫生预算。国家还应确保在制订、执行、监测和评估卫生预算时透明。为了确保执行国家和国家以下各级卫生预算以及相关法律和政策中的问责制，国家还应发展和落实允许或能够对这些文书开展独立审计和监督的机制。

8. 在国家预算中优先保证卫生资金的义务与逐步实现的原则密切相关。这项原则为国家确定了一个具体而持续的义务，即在考虑因可用资源有限而产生的制约因素的基础上，尽可能快速而有效地无歧视全面实现所有人的健康权(第 14 号一般性意见第 30-31 段和第 3 号一般性意见第 9 段)。为了推动逐步实现所有人的健康权，国家应在最大程度上利用可用资金和资源实现健康权，这需要成功筹集资金并确保在预算中优先保证这些资金分配给卫生事业。国家如果不愿意在最大程度上利用可用资源实现健康权则违反了健康权所规定的义务(第 14 号一般性意见第 47 段)。

9. 关于确保卫生事业有充足的资金和优先保证卫生筹资的义务应以健康权的核心义务为指导(第 14 号一般性意见第 43-45 段)。核心义务不得减损，是国家为满足健康权所需达到的最低关键水平。核心义务包括主动和被动应享权利，处理的是分配和公平方面的关切问题。主动应享权利，如确保获得基本庇护所、住房和环境卫生以及充分供应安全饮用水，通常要求国家动用大量资金和资源才能实现。关于确定被动应享权利并处理分配关切问题的核心义务，如确保公平分配和无歧视获得优质卫生设施、物资和服务的义务，其假定是此类设施、物资和服务存在，因此也需要国家投入大量的经费。因此国家应确保为卫生事业提供充足的资金并优先保证卫生筹资，以便至少满足健康权的这些核心义务。在这个意义上，核心义务确定了一个资金基线，低于这个基线的国家将被视为违反健康权规定的义务。

B. 集中共用和分配卫生资金和资源

10. 确保无歧视为所有人公平分配卫生设施、物资和服务的义务是健康权规定的一个核心义务。无歧视获得优质卫生设施、物资和服务的权利，特别是对于脆弱或边缘群体，包括除其他外族裔、种族、宗教和少数群体、妇女、儿童和穷人，构成了国家应承担的一个新增核心义务。为了满足健康权规定的这些核心义务，国家必须按照无歧视原则并特别关注脆弱或边缘群体的需求，确保公平分配卫生资金和资源，以期普及优质的卫生设施、物资和服务。不公平地分配卫生资金和资源可能会导致卫生系统中出现间接歧视，特别是对于脆弱或边缘群体，他们通常缺乏社会和政治手段来质疑公共资源的不公平分配问题(第 14 号一般性意见第 19 段)。

11. 可以通过预付费方案集中共用卫生资金，来公平分配用于卫生事业的资金和资源。通过集中共用资金，可以对大型人群中不同群体的卫生保健相关财务风险进行交叉补贴，并且可以将卫生资金从富人向穷人、从健康人向病人转移。对财务风险的交叉补贴保护穷人等脆弱或边缘群体不受灾难性卫生支出的打击，并且确保这些群体可获得本来没有资金获得的优质的卫生设施、物资和服务。为卫生事业集中共用资金来推动卫生 and 财务风险的交叉补贴是国家可以采取的一个关键办法，可以此确保公平分配健康权所需的卫生资金和资源。

12. 经济、社会及文化权利委员会第 14 号一般性意见认识到对卫生的投资不应过分倾向往往只有少数人可获得的昂贵的医疗保健服务，而不注重能够惠益于更多得多的人的初级和预防卫生保健。初级卫生保健服务一般来说比二级和三级保健费用低，二级和三级保健按照规定，要求有经过专业培训的卫生保健工作人员、复杂的诊断设备以及重要的实际卫生设施。因此长期而言对初级卫生保健的投资更具成本效益，因为能够预防疾病、加强基本卫生，从而减少了对更为昂贵的二级和三级保健的需求。¹ 这样节省的资金可以以对穷人的补充保健补贴的形式重新投入卫生系统。健康权因此要求在初级、二级和三级保健部门间高效分配卫生资金和资源，并注重初级卫生保健。

13. 国家应为确保农村和偏远人群可用并易于获得优质的卫生设施、物资和服务来分配卫生资金和资源。有文件充分记录了在许多国家，农村和偏远人群与城市人群相比在所获卫生结果方面差异悬殊。² 这有几方面的原因，如对卫生基础设施的投入不够，以及在农村和偏远地区缺乏合格的卫生工作人员。使这个问题更加严重的是农村和偏远人群经常包含脆弱或边缘人群，如穷人、族裔和种族少数群体以及土著人群，这些人往往比城市地区的人更穷。³ 因此按照注重健康权的做法，国家必须确保在农村、偏远和城市地区公平分配卫生资金和资源。

C. 国际援助

14. 注重健康权的做法认识到国际援助在确保全球，特别是发展中国家的卫生事业有充足的资金和资源可用方面具有关键作用。本着《联合国宪章》第 56 条、《经济、社会及文化权利国际公约》第 2(1)12、第 22 和 23 条以及《阿拉木图宣言》的精神，缔约国应承认国际合作的重要作用，履行它们的承诺，共同和单独采取行动，在全球充分实现健康权。在此方面，《阿拉木图宣言》宣称，不同群体之间，特别是发达国家和发展中国家之间，以及在国家内部，在卫生方面的悬殊差距，在政治、社会和经济上都是不可接受的，这必须成为所有国家共同关切的问题。注重健康权的做法要求国家开展国际合作，以便确保卫生事业得到可持续的国际资金，其中包括在国际上集中共用各国按照支付能力的强制性缴费，并按照各国的需求分配这些资金，以此实现全球卫生资源的交叉补贴。

¹ Rifat Atun, What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?(哥本哈根, 世卫组织, 2004 年), 第 6-8 页。

² Juan Antonio Casas 等, “Health Disparities in Latin America and the Caribbean: The Role of Social and Economic Determinants” (泛美卫生组织, 2008 年) 第 37、42 页。

³ 世卫组织, 2008 年世界卫生统计, 卫生保健和卫生结果方面的不平等现象, 第 92-95 页。

三. 卫生筹资中的实质问题

A. 确保卫生事业获得充足资金

1. 税收

15. 税收是国家通过预付费为卫生事业筹集公共资金的一种共同办法，与之相对的是在交付服务时的自付费。若干国家已经通过利用税收资助卫生事业实现了普及(或接近普及)卫生设施、物资和服务。⁴ 税收为国家提供了若干卫生保健资金的来源，包括个人所得税、财产税、工资税、制造税、销售税、贸易税、资本收益税和金融交易税。通过税收，国家能够集中共用资金并在整个人口中分散与卫生保健有关的财务风险。因此税收是国家的一种工具，可以按照健康权的要求，通过累进筹资，确保卫生事业有充足的资金。

16. 注重健康权的卫生筹资做法要求累进征收用于资助卫生事业的税款，以确保公平创收。累进税收要求纳税人按照支付能力缴税。例如，累进收入税收要求富裕的纳税人缴纳的税款与较为贫穷的纳税人相比占收入的百分比更高。与此相反，累退税收是财务资源较少的纳税人缴纳的税款比例高于较富裕的纳税人。累退税收因此是不平等的卫生筹资机制，不符合健康权。

17. 许多国家利用消费税，如国内货物税和增值税，来增加总收入并为卫生事业提供资金。增值税已经被近 140 个国家采用，目前在许多国家，特别是发展中国家，在税收中占相当大的比例。⁵ 有些国家成功地将一部分增值税收入专门用于卫生事业的开支。⁶ 所谓的“原罪”税——对酒精、垃圾食品或烟草等对社会有害的物品征收的货物税——也用于为卫生事业筹资，并且可以专门指定为卫生开支用途。“原罪”税还具有另一种作用，即通过提高消费成本，使人们放弃不健康的行为，从而可以在某些情况下推动总体公共卫生。⁷

18. 根据健康权，消费税不应给穷人带来过分的负担。但是，增值税可能出现累退，即穷人增值税开销占收入比例高于富人。⁸ 实践表明，提高利润门限，使门限

⁴ 世卫组织，世界卫生报告，卫生系统筹资，实现全民覆盖的道路(日内瓦，2010 年)，第 6 页。

⁵ Michael Keen, “What Do (and Don’t) We Know about the Value Added Tax? A Review of Richard M. Bird and Pierre-Pascal Gendron’s *The VAT in Developing and Transitional Countries*,” 经济文献期刊第 47 卷第 1 期(2009)，第 159 页。

⁶ 加纳和智利分别拿出增值税收入的 2.5%和 1%用于资助卫生事业：世卫组织，卫生系统筹资，实现全民覆盖的道路(日内瓦，2010 年)，第 27 页。

⁷ 见世卫组织，东南亚区域办事处报告，烟草税收和创新卫生保健筹资(新德里，2012 年)。

⁸ Nahida Faridy 和 Tapan Sarker, “Who really pays Value Added Tax(VAT) in developing countries? Empirical evidence from Bangladesh,” *International Journal of Modeling and Optimization*, 第 11 卷(2011); L. Sekwati 和 Brothers W. Malema, “Potential Impact of the Increase in Vat on Poor Households In Botswana,” *International Journal of Economic and Research*, 第 2 卷, 第 1 期(2011)。

下的企业免交增值税，并且区分奢侈品和必需品，都能提高增值税的累进性。⁹ “原罪”税也可能出现累退，¹⁰ 应按比例适用，这样穷人使用的较低廉的产品比富人使用的较昂贵的产品收税少。还应该关注“原罪”税对贫穷社区的财务影响，这些社区可能更频繁地购买被征税的产品。增值税、“原罪”税以及其他形式的主要是累退的消费税不符合国家尊重健康权的义务。

19. 由于全球化以及资本不断增加的流动性和对税收反应的相应弹性，国际税收竞争激增。税收竞争引发触底竞争，即国家试图通过对外国投资者的税收激励和其他减税以及低收或免收贸易和资本增益税，来吸引外国直接投资。¹¹ 税收竞争减少了发展中国家的税收，削弱了这些国家为卫生事业筹集充足资金的能力。¹² 在一些发展中国家，因税收激励损失的收入几乎相当于卫生预算的两倍。¹³ 高收入国家也因为发展中国家税收自由化而造成资本收益税收减少。¹⁴ 多国公司已经将资产转移到离岸避税地并进行定价转让，以便在低税收管辖区获取利润，同时避免在原籍国缴纳较高的税款。¹⁵

20. 国家应确保因国际税收竞争引起的税收自由化政策不至于造成卫生公共资金减少。但是，因对外国投资者减税以及低收或免收贸易和资本收益税而造成的低税收和税收基础缩水，都可能削弱国家按照健康权的要求为卫生事业筹集充足资金的能力。因此国家和国际金融机构应避免通过自由贸易协定、投资条约和有条件借贷这些可能会减少发展中国家为卫生事业提供税收资金的文书和政策来开展税收竞争。

21. 国际税收竞争在许多国家将税收负担放在消费、收入或工资税上，而非商业利润和资本收益上。¹⁶ 但是在非正规经济部门规模大的国家，包括多数发展中国家

⁹ Nahida Faridy 和 Tapan Sarker, 第 194 页。

¹⁰ Christopher Snowden, “The Wages of Sin Taxes,” Adam Smith Institute (伦敦, 2012 年), 第 51-54 页。

¹¹ 国际自由工会联合会, Having their cake and eating it too: the Big Corporate Tax Break (布鲁塞尔, 2006 年), 第 16-17 页。

¹² Marta Ruiz, Rachel Sharpe 和 María José Romero, Approaches and Impacts IFI tax policy in developing countries, 见: <http://eurodad.org/?p=4564>。

¹³ 非洲税收正义网和国际援助行动社, Tax competition in East Africa: A race to the bottom? (2012 年 4 月), 第 12 页。

¹⁴ 见 Howard Wachtel, “Tax Distortion in the Global Economy,” Paper presented at the Global Crisis Seminar, TNI (阿姆斯特丹, 2002 年)。

¹⁵ 同上。

¹⁶ Allison Christians, “Fair Taxation as a Basic Human Right”, International Review of Constitutionalism, University of Wisconsin Legal Studies Research Paper No. 1066 (2009 年 11 月), 第 20 页。

家，难以征收收入和工资税。这些国家在非正规经济部门征税方面产生大量的行政费用，出现严重的避税现象，并且在最大化收入税基础方面面临困难。¹⁷ 据估计，在某些国家，对非正规经济部门征税可提高 35-55% 的税收。向非正规经济部门进行创新性征税的办法，包括国家与非正规部门工人协会合作，在某些情况下取得了成功，为具有大规模非正规经济部门的国家扩大税收基础提供了希望。¹⁸ 为确保按照健康权的要求卫生事业有充足、公平和可持续的资金，国家不应因税收自由化政策而不得不主要依赖向难以监管的部门征税。但是，为了加强在通过税收为卫生事业提供资金方面的公平性，并且鉴于可能产生的税收规模，国家应设法在提供国家服务和其他与征税实体有关的福利的前提条件下，向非正规经济部门的商家征税。

2. 国际资助

22. 根据健康权，国家有义务开展国际合作，确保卫生事业有可持续的国际资金。国际援助是许多发展中国家卫生事业的主要资金来源。这些国家很多都缺乏充足的卫生资金和资源，无法满足国内卫生需求，因此严重依赖国际援助。另外，鉴于某些低收入国家的发展水平和速度，它们近期无法在国内筹集充足的资金来满足国内卫生需求。在发展中世界中实现健康权也取决于卫生事业是否有可持续的国际资金，而这最终要通过在全球团结原则的基础上建立一个强制性、基于条约的体制来实现。

23. 现有的国际资金做法有若干问题。捐助国、多国捐助机构、国际金融机构以及其他资助者继续采取破坏充分实现健康权的做法。在许多情况下，资助者未能将活动重点放在接受国的卫生需求和直接援助卫生系统发展上，在活动中没有充分吸纳受影响社区的投入，并且对接受卫生资金设置条件。

24. 国际资助者应确保其活动尊重健康权。因此资助者的活动应用于满足国内卫生需求和推动发展自我维持的干预和卫生系统。为此目的，捐助者应让民间社会和受影响社区参与其活动，以便确保卫生干预反应迅速并可持续，而且符合健康权。捐助者还应该不要对接受国际援助设置不利条件。

25. 国际捐助者往往着重于短期干预，处理具体的卫生问题，而未能充分地注重加强卫生系统。¹⁹ 在某些国家，这造成过于依赖国际资金并且国内卫生系统发展不足，其中许多卫生系统在没有国际援助的情况下甚至无法满足基本的卫生需求。另外，卫生事业过于依赖国际资金的国家不太可能在预算中优先保证卫生事业，而这对国内卫生系统的长期可持续性至关重要。

¹⁷ 国际税务契约，Addressing tax evasion and tax avoidance in developing countries，（德国埃施博恩，2010 年 12 月）。

¹⁸ 同上。

¹⁹ P. Prakongsai 等，“Can earmarking mobilize and sustain resources to the health sector?”，世界卫生组织通告，第 86 卷，第 11 号（日内瓦，2008 年 11 月），第 898 页。

26. 许多低收入国家缺乏绝对意义上的充足的卫生资金和资源。其他国家可能时常面临严重的资源短缺，需要国际资金解决。但是在许多情况下，甚至低收入国家都可能会调动目前通过预算优先保证为卫生事业分配的资金之外的资金。另外，有些国家拥有充足的资源，但是未能为卫生事业公平地调动和分配充足的资金。一方面注重健康权的做法要求国家开展国际合作，确保卫生事业有可持续的国际资金，另一方面国家还应采取一切可能措施，确保国内资源自给自足，以避免避免过于依赖国际资助。

27. 国际援助的前提条件是接受国采取符合捐助者社会、政治或经济利益和思想意识的政策。有条件的援助可能要求接受国实行捐助者所倾向的具体卫生战略才能获得资金。但是由捐助者主导的战略可能不符合接受国的卫生需求，反而会扭曲其国内卫生优先事项安排。²⁰ 例如，在受艾滋病影响的国家，专用于仅限禁欲的方案捐助者资金，既被用于宣传婚前不进行性行为的好处，但是也被要求隐瞒关于避孕套和避孕药具保健好处的有用信息，因为此类信息与禁欲信息有冲突。²¹ 研究发现，仅限禁欲的方案在预防艾滋病毒方面没有效果，并且隐瞒关于避孕药具的信息会增加青年人怀孕和感染性传播疾病的风险。²²

28. 另一个用于防治艾滋病毒艾滋病的双边援助资金不向未采用明确反对性工作的政策的组织提供资金。²³ 但是，性工作者是艾滋病毒最高风险群体，在防止艾滋病毒传播方面具有关键作用。因此，必须将这些充分纳入所有艾滋病毒的防治努力，以便确保干预反应迅速、可持续，并且符合健康权。因此在设计和执行卫生干预时，捐助国不应以社会、政治或经济思想意识为准。根据健康权，捐助者应确保针对当地利益攸关方所表达的接受国的需求，执行最有效的卫生战略。

29. 在许多情况下，由于国际金融机构贷款所附加的宏观经济条件，对卫生事业的国际援助并未增加卫生公共开支，而是被国家用于加强准备金。²⁴ 研究表明，卫生援助每增加 1 美元只为接受国的卫生预算大约增加 0.37 美元，而在国际货币基金组织建议下的国家只增加 0.01 美元。²⁵ 例如，为了实现与卫生有关的千

²⁰ Gorik Ooms 等，“Financing the Millennium Development Goals for health and beyond: sustaining the ‘Big Push’,” *Globalization and Health*, 第 6 卷, 第 17 期(2010 年 10 月), 第 3 页。

²¹ Elaine Murphy 等, “Was the ‘ABC’ Approach (Abstinence, Being Faithful, Using Condoms) Responsible for Uganda’s Decline in HIV?,” *Plos Medicine*, 第 3 卷, 第 9 号(2006 年 9 月), 第 1445 页。

²² Heather Boonstra, “Advancing Sexuality Education in Developing Countries: Evidence and Implications,” *Guttmacher Policy Review*, 2011 年夏季, 第 14 卷, 第 3 号, 第 19 页。

²³ 见脚注 21。

²⁴ 见脚注 20。

²⁵ David Stuckler 等, “International Monetary Fund and Aid Displacement,” *International Journal of Health Services*, 第 41 卷, 第 1 号(2011), 第 67、70 页。

年发展目标，某个国家需要提高收入 20%并将所提高收入的 15%用于卫生事业。²⁶ 但是，宏观经济贷款所附加的条件要求卫生部冻结卫生预算。对国家卫生开支的这种性质的限制侵犯了健康权，因为这些限制过度影响了比其他群体更加严重依赖公共卫生设施、物资和服务的穷人。

为卫生事业集中共用国际资金

30. 国际上为卫生事业提供的资金不一致并且缺乏保障。捐助者的干预通常不成系统、协调不力。近期全球金融危机部分导致全球防治艾滋病、结核病和疟疾基金第 11 轮的取消，这尤其表明了国际资金缺乏保障的情况。国际上为卫生事业提供的资金不一致，造成国家过于依赖国际援助，在全球经济下滑期间面临严重资金短缺的风险。某个国家的局势反映了捐助者干预不成系统的情况，有 50 个捐助者在该国开展业务，其中 19 个捐助者直接通过预算支助向政府提供援助，31 个捐助者通过各自为政的单独机制或协议提供援助。²⁷ 协调不力的捐助者干预导致重复开支、卫生资金和资源的高效分配，以及各种举措未能有效处理国内卫生需求。

31. 为了开展合作，确保按照健康权的要求卫生事业有可持续的国际资金，国家应卫生事业集中共用国际资金。以全球单一资金池或彼此协调的多资金池为形式开展的国际合作将有助于对发展中国家卫生系统的交叉补贴，并能够协调捐助者在接受国开展的活动。目前非常需要以全球集中共用卫生资金为形式的国际合作，以承担全球疾病负担和推动发展可持续的国内卫生系统。

32. 全球基金和国际药品采购机制是全球集中共用的两个成功例子，它们都对全球防治艾滋病毒/艾滋病、结核病和疟疾发挥了积极影响。全球基金和国际药品采购机制都从捐助国并通过创新筹资机制集中起来大量的资源，并且按照需求分配资金和资源。²⁸ 在全球基金资助的方案内，单在 2011 年一年，有 330 万艾滋病毒感染者接受了抗逆转录病毒治疗。²⁹ 2010 至 2012 年查出并治疗了 930 万个抹片阳性结核病病例。³⁰ 国际药品采购机制向 400 000 名感染艾滋病毒的儿童提供了方便儿童的治疗，并向疟疾药品一线购买者提供了 4 600 万青蒿素类复方疗法。³¹ 另外，与国际金融机构的双边援助相比，全球基金和国际药品采购机制按

²⁶ Gorik Ooms 等，第 4 页。

²⁷ Karen McColl, "Europe Told to Deliver More Aid for Health," *The Lancet*, 第 371 卷, 第 9630 号(2008), 第 2073 页。

²⁸ 见联合国，创新发展筹资，I-8 小组牵头创新性公平筹资(纽约，2009 年)。

²⁹ 全球抗击艾滋病、结核病和疟疾基金，2011 年底结果一览表(2011)，第 1 页。

³⁰ 全球抗击艾滋病、结核病和疟疾基金，新闻发布：全球基金结果显示防治艾滋病取得广泛收益，2012 年 7 月 23 日，见：<http://www.theglobalfund.org/en/mediacenter/newsreleases/>。

³¹ 国际药品采购机制，2011 年年度报告，(世卫组织，2011 年 12 月)。见 http://www.unitaid.eu/images/Annual_Report_2011/UNITAID_AR2011_EN.pdf。

照注重健康权的卫生筹资做法，取消了条件、提高了供资进程和方案活动的透明度，并加强了利益攸关方的参与。³²

33. 为了将国际卫生援助的全球模式从基于捐助者的慈善体制向基于团结原则的义务系统转变，全球集中共用机制应建立在国际或区域条约的基础上，国家有法律义务按照自己的支付能力向资金池缴费，并且按照需求进行资金分配。为确保按照健康权的要求有可持续的国际资金可用，这种转变是必要的。为了推动机制内的自主权和问责制，每个国家无论收入水平均向基金缴费，并且所有资助和方案进程均需透明，并有民间社会和受影响社区的积极和知情参与。为了在全球实现健康权，国家应采取一切必要措施，发展基于条约的全球集中共用机制，其中包括强制性的累进缴费，按照需求进行分配，并由透明、参与性的进程主导。

B. 为卫生事业集中共用国内资金

34. 健康权要求国家确保所有人都可以无歧视地获得优质的卫生设施、物资和服务。为尊重和实现健康权，国家应取消限制获取卫生保健服务的财务障碍。因此，健康权要求国家确保支付能力不会影响到个人关于是否使用必要卫生物资和服务的决定。由税和强制保险系统等预付费资助的卫生系统，通过集中共用在服务交付前收缴费用，减少了财务障碍。通过集中共用这种办法，卫生资金得到积累和管理，以此在资金池所有成员之间，在一定时期内，分散了疾病的财务风险。³³ 集中共用有助于资金池中从健康人向不健康人、从富裕成员向贫穷成员，并在个人成员整个生命周期内进行交叉补贴，从而推动公平的卫生筹资。集中共用的做法还能够推动卫生事业在各人群间的公平改善，³⁴ 并避免今后卫生和财务能力不确定性所带来的风险，³⁵ 从而提高效率。

35. 在多数国家使用卫生保健服务的主要财务障碍是自付费。自付费指用户在服务交付时为卫生物资和服务支付的费用。2007年，在33个多数是低收入的国家，自付费占卫生支出总额的50%以上。³⁶ 自付费还可能带来灾难性的卫生支出。³⁷

³² Gian Luca Burci, "Public/Private Partnerships in the Public Health Sector," *International Organizations Law Review*, 第6卷(2009), 第359-382页。

³³ 世卫组织, 2000年世界卫生报告: 卫生系统: 改善执行情况(日内瓦, 2000年), 第99页。

³⁴ Peter Smith 和 Sophie Witter, *Risk Pooling in Health Care Financing: The Implications for Health System Performance*, Health, Nutrition and Population Discussion Paper, (华盛顿特区, 世界银行, 2004), 第4页。

³⁵ Chris James 和 William Savedoff, *Risk pooling and redistribution in health care: an empirical analysis of attitudes toward solidarity*, 世界卫生报告背景文件(2010), 第5号, 见 <http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/>。

³⁶ 世卫组织, 世界卫生报告, 卫生系统筹资, 实现全民覆盖的道路(日内瓦, 2010年), 第12页。

³⁷ Ke Xu 等, "Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis," *The Lancet*, 第362卷, 第9378期(2003年7月), 第111-117页。

每年在多数是低收入的国家，大约有 1 亿人因在卫生保健方面的过度或灾难性开支而被迫陷入贫困。³⁸ 健康权对国家的最低要求是，减少卫生自付费，并取消那些过度影响穷人的费用。集中共用卫生物资和服务预付费能够减少所有用户的自付费，并可以取消穷人的自付费。³⁹ 集中共用的做法通过交叉补贴与卫生支出有关的财务风险，使用户避免灾难性卫生支出。

36. 按照注重健康权的做法的要求，具备单风险资金池的单支付者系统或具备多风险资金池的多支付者系统能够减少使用卫生设施、物资和服务的财务障碍。在单支付者系统中，由一个组织收缴和集中资金并为整个群体购买服务。多数情况下，系统内向资金池所有成员提供同样的卫生物资和服务。⁴⁰ 在单支付者系统中，政府由于有能力通过税收等机制创造并筹集资金以及使大量的人强制性入保，因此多数情况下，负责管理资金池并购买卫生物资和服务。按照注重健康权的做法，单风险资金池比那些资金池较小并分散的系统能够实现更大的交叉补贴，能够推动对卫生设施、物资和服务的公平使用。因此单支付者系统能够有效地推动普及卫生设施、物资和服务，减少自付费，并使用户避免灾难性的卫生支出。

37. 私人卫生保健提供者也可能与单支付者系统同时开展业务。私人医院和医生可能被允许选择退出公共资助的系统，并向病人收取私人费用。这样的结果是，如果用户在退出公共系统后免于缴费，则公共系统可能会资金不足；如果大量的卫生工作人员为私人部门的高薪退出公共系统，则公共系统可能会人手不足。这可能继而降低公共卫生设施、物资和服务的总体质量。在这些情况下，穷人和其他因不能负担私人保健而无法退出公共系统的群体受到的负面影响最大。因此一个并行的私人卫生系统可能会侵犯健康权，因为这种私人卫生系统可能降低对公共部门卫生设施、物资和服务的总体可用性和质量。

38. 与单支付者系统相比，多支付者系统通常由相互竞争的私人保险公司运营多个保险资金池，但并不排除政府运营保险方案的可能性。由于有多个资金池，保险公司可以针对不同群体的具体需求提供卫生物资和服务成套方案。多支付者系统中的保险公司通过保险费等缴费机制筹集资金。但是，保险费如果不是按照个人的支付能力，而是只与个人卫生风险有关，则可能出现累退，因此不公平。这种按风险定级的保险费还会造成不利选择，即保险公司通过筛选申请者，将高风险个人排除在受保范围之外。⁴¹ 不利选择将穷人和原有疾病的个人排除在保险资

³⁸ 世卫组织，世界卫生报告，卫生系统筹资，实现全民覆盖的道路，第 8 页。

³⁹ Margaret Kruk 等，“Borrowing And Selling To Pay For Health Care In Low-And Middle-Income Countries,” *Health Affairs*, 第 28 卷，第 4 号(2009)，第 1056、1063 页。

⁴⁰ Gerald Anderson 和 Peter Hussey, *Special Issues with Single Payer Health Insurance Systems*, *Health Nutrition and Population Discussion Paper*, (世界银行, 2004 年)，第 28 页。

⁴¹ Elias Mossialos 和 Sarah Thomson, *Voluntary health insurance in the European Union*, ” *European Observatory on Health Systems and Policies*, (比利时，世卫组织，2004)，第 107、108 页。

金池之外，使资金池更小、更缺乏多样性，因而削弱了交叉补贴的效果。⁴² 导致不利选择的累退保险金和做法侵犯了健康权，因为歧视脆弱或边缘群体，并降低了优质卫生设施、物资和服务的总体可用性。

39. 为了减少多支付者系统内累退保险金和不利选择的负面影响，对健康保险资金池的参与应为强制性。强制性参与能够确保普遍参保，并能够使用衡平机制或风险调节工具，来帮助不同的资金池之间进行交叉补贴。例如，法律可能要求在特别情况下，低风险资金池中一定百分比的资金转移到高风险资金池。⁴³ 国家也可以直接监管私人保险公司，具体做法是：限制它们被允许对资金池潜在成员收集的信息、限制保险费计算的方式，以及禁止将原有健康问题的个人排除在保险资金池外。政府保险方案还应为因无力支付、原有健康问题或出现健康不佳状况的风险高而被排除在私人资金池之外的穷人或者其他脆弱或边缘群体提供保险。例如，从事危险工作的个人可能因健康风险增加而被拒绝加入健康保险，而从事低收入工作的工人可能无法负担私人保险公司收取的高昂保险。根据健康权，国家有义务确保这些工人能够通过健康保险获取卫生服务。为满足这项义务，可以对私人健康保险公司进行恰当的监管、补贴私人保险费，或者提供由政府运营的保险方案。

40. 在更有针对性的层面上，社区健康保险资金池从小社区成员收缴资金，并包含各种筹资机制，如社区卫生基金、互助卫生组织以及农村健康保险。社区健康保险方案可以与单支付者系统或多支付者系统互补，或者作为后者的补充。这些方案通常存在于贫穷和其他脆弱或边缘社区，可以提高脆弱或边缘群体对卫生设施、物资和服务的使用，并有助于社区参与影响其健康的决策进程。⁴⁴

41. 但是，社区健康保险可能因为社区资金池的规模和组成而无法实现有效的交叉补贴。在多数情况下，社区资金池规模非常小，其组成也是发病风险高的贫穷个人；因此财务和卫生风险可能无法在资金池所有成员间进行有效地补贴。在某些情况下，对社区健康保险的缴费也呈现累退的现象，因为缴费金额固定，以及在确定家庭收入方面有挑战，难以按收入缴费和为穷人免除费用。⁴⁵ 另外，向农村地区和非正式城市地区人口收取缴费的相关费用与缴费所得收入高度对应。因

⁴² Robert Carroll 和 Phillip Swagel, "The Intersection of Tax and Health Care Policy," National Tax Journal, 第 62 卷, 第 3 号 (华盛顿特区, 2009 年), 第 568 页。

⁴³ Naoki Ikegami 和 John Campbell, "Medical Care in Japan," New England Journal of Medicine, 第 333 卷第 19 号 (1995), 第 1295-1299 页。

⁴⁴ 见 Werner Soors 等, Community health insurance and Universal coverage: Multiple paths many rivers to cross, 世界卫生报告第 48 号背景文件 (2010) (日内瓦, 2010 年)。

⁴⁵ 见 Anne Mills 等, "Equity in financing and use of health care in Ghana, South Africa, and Tanzania: implications for paths to universal coverage", The Lancet, vol. 380, issue 9837 (2012), 第 126-133 页。

此，在某些情况下，社区保险方案可用于提高脆弱或边缘群体对卫生设施、物资和服务的使用，并有助于社区参与卫生相关决策进程，但是这些方案无法取代更大、更为中央化的集中共用机制。

社会健康保险

42. 社会健康保险是通过个人和组织缴费收取强制性预付费的集中共用机制，由税收加以补充。社会健康保险方案一般由国家管理，国家利用通过强制性缴费和税收筹集的资金，为无保险者购买卫生物资和服务。与由较小、不成系统的资金池组成的集中共用机制相比，社会健康保险方案通过强制性缴费设立了足够大的资金池，有助于在各大类型人群中交叉补贴。⁴⁶ 社会健康保险因此提高了对卫生设施、物资和服务的使用并加强了公平，能够为穷人提供更高的财务保护。⁴⁷ 社会健康保险方案可以采取单支付者系统的形式，鼓励高效的卫生开支并降低行政费用，或者采取多支付者系统的形式，鼓励竞争并允许其他实体购买卫生服务。因此社会健康保险方案是一个推动实现健康权的集中共用机制例子。

43. 社会健康保险方案必须通过以预付费形式的强制性缴费来供资，以此普及优质卫生设施、物资和服务，并对财务和卫生风险进行有力的交叉补贴。自愿缴费方案在没有普遍支付和集中共用的情况下可以有助于筹集资金，使个人熟悉保险的好处，并且可以作为中间性的供资机制，帮助向包容面更广的强制缴费方案过渡，但是由于入保并非强制性，因此保险覆盖率不一定增加。与自愿缴费系统相比，强制性缴费方案能够防止富裕和健康的成员选择退出方案，并因此削弱资金池的规模而有利于较贫穷和患病的成员。强制性方案还能够禁止个人只在有医疗需求的时候购买保险。⁴⁸ 自愿缴费方案在没有普遍支付和集中共用的情况下可以有助于筹集资金，使个人熟悉保险的好处，并且可以作为中间性的供资机制，帮助向包容面更广的强制缴费方案过渡，但是由于入保并非强制性，因此保险覆盖率不一定增加。自愿方案因此无法提高穷人对卫生设施、物资和服务的使用，因为这种方案并不能产生足够大的资金池，来帮助进行有力的交叉补贴。

44. 按照注重健康权的做法，社会健康保险方案的设计和范围应依据目标人群的卫生需求、财务能力和就业状况。因此社会健康保险方案应确保具备最低成套的卫生物资和服务，并可以按照需求获得。福利安排必须针对人群的疾病负担和卫生需求，由有效的和以社区为中心的初级卫生保健服务组成，能够处理每个社区

⁴⁶ Pablo Gottret 和 George Schieber, "Health Financing Revisited: A Practitioner's Guide," The International Bank for Reconstruction and Development (世界银行, 华盛顿特区, 2006 年) 第 58-59 页。

⁴⁷ 东地中海区域委员会, 技术文件: The impact of health expenditure on households and options for alternative financing (世卫组织, 2004 年), 第 9 页。

⁴⁸ 世卫组织, 世界卫生报告 (2010): 卫生系统筹资: 实现全民覆盖的道路, 第 88-89 页。

的具体需求，并且其中包含关键药品和通用名药，以此确保按照健康权的要求，有安全、有效和可负担的药品可用。缴费方案的设计必须能够确保普及优质的卫生设施、物资和服务。因控制方案成本而限制入保的机制，如对允许享有完全免除保费的个人所占百分比设置上限，必须符合实际的贫穷情况和支付能力。⁴⁹ 因此注重健康权的做法要求最低限度是按照个人的支付能力，确定累进式缴费结构，并且方案可以为穷人完全免除保费。

45. 社会健康保险方案通常依赖强制性按工资计缴费，而这可能无法确定并包括那些没有正式报告的或不容易了解的收入，如非正规工人、自营职业者以及在农村和偏远地区的工人。例如，非正规工人可能符合完全免除或减少保费的资格，但是强制性按工资计的社会健康保险方案难以或无法确定他们，因而他们可能无法加入这些方案。这些工人可能因为无法承担自付费，而不能使用优质的卫生设施、物资和服务。按照注重健康权的做法，国家应采用创新战略，在社会健康保险方案中包括非正规经济部门。例如，实践表明，协会税(代表某特定工人群体的协会收缴费用，然后向税收系统支付)能够增加非正规经济部门雇员对正规福利方案的参与。⁵⁰

C. 卫生资金和资源的分配

46. 注重健康权的做法要求按照无歧视的原则，为实现普及优质的卫生设施、物资和服务，公平分配卫生资金和资源。在所有的分配决策中，必须特别关注脆弱或边缘群体的需求，包括除其他外族裔、种族、宗教和性少数群体、妇女、儿童和穷人。通过消除卫生设施、物资和服务使用方面的不平等现象，可获得更好的基本卫生结果和建立更有效的卫生系统。⁵¹ 因此国家应通过分配卫生资金和资源，确保穷人财务上可以负担并且农村和偏远人群可以就近获得优质的卫生设施、物资和服务，而且这些卫生设施、物资和服务要针对所有人的初级卫生保健需求，而非少数人的专门保健。

初级、二级和三级保健部门

47. 按照注重健康权的做法，为了无歧视地向所有人提供卫生物资、服务和设施，国家应确保在初级、二级和三级卫生保健之间公平和高效地分配卫生资金和资

⁴⁹ 见 Patrick Apoya 和 Anna Marriot, *Achieving a Shared Goal: Free Universal Health Care in Ghana*(国际乐施会, 2011 年 3 月)。

⁵⁰ Anuradha Joshi 和 Joseph Ayee, “Associational taxation: a pathway into the informal sector?”, in *Taxation and State-Building in Developing Countries: Capacity and Consent*, eds. Deborah Brautigam, Odd-Helge Fjeldstad and Mick Moore, (剑桥大学出版社, 2008 年), 第 186 页。

⁵¹ 世卫组织, *Primary health care as a strategy for achieving equitable care: a literature review commissioned by the Health Systems Knowledge Network*, (日内瓦, 2007 年), 第 21 页。

源，尤其要注重初级保健。根据定义，初级卫生保健是关键的预防性卫生保健，以社区能够负担的费用在社区普及。⁵² 与初级卫生保健相比，二级和三级卫生保健服务通常处理的疾病是社区无法管理的，一般由医院等设施的专科医生和卫生工作者提供，费用相对较高，使用的是专门设备，有时需要住院护理。

48. 初级卫生保健的物资和服务包括常规卫生检查、预防性筛查、免疫和接种疫苗、慢性病的管理服务、计划生育服务、营养服务、孕产妇护理和生育服务，以及心理健康辅导，所有这些项目都能够满足基本的卫生需求，费用低廉，并且能够减少对二级和三级卫生保健的需求。初级卫生保健还包括提高卫生认识和教育服务，如环境卫生和公共卫生运动，既能起到预防性，又能起到宣传性的效果，同时增强社区成员自我改善和保持健康的能力。

49. 初级卫生保健物资和服务不要求对卫生保健工作者进行专门培训，也不需要复杂的诊断设备或大量的实际基础设施。初级卫生保健在社区的环境中，在小型诊所或家庭由医生、护士和其他卫生保健工作者提供，因此可以以社会和文化上更可接受的方式经营。因此初级卫生保健可以灵活地就近提供，在经营和使用上的费用更为低廉，提高了农村和偏远社区以及穷人对卫生物资和服务的使用。

50. 除了实现更公平的卫生结果，注重初级卫生保健的卫生资金和资源分配还能提高卫生系内部的效率。⁵³ 实践证明，初级卫生保健长期而言更具成本效益，因为能够预防疾病和推动基本卫生，从而减少了对更为昂贵的高级治疗护理的需求。⁵⁴ 对初级卫生保健投资产生的节约可重新投入到卫生系统中，并用于提高穷人对卫生保健的使用，从而形成良性循环，进一步改善卫生结果。虽然综合而均衡的卫生系统必须包括可用并易于获得的二级和三级保健服务，但是国家应在卫生资金和资源分配中优先保证初级卫生保健。

农村、偏远和城市地区

51. 为了取得公平的卫生结果和充分实现健康权，国家分配卫生资金和资源必须确保农村和偏远人群可以使用并易于获得优质的卫生设施、物资和服务。从全球来看，农村和偏远地区的人群比城市人群的健康状况差。⁵⁵ 许多本可预防和治疗疾病在农村和偏远地区流行，婴儿和孕产妇死亡率比城市地区的高，并且儿童营养不良程度高。⁵⁶ 另外，由于农村和偏远地区实际卫生基础设施缺乏投资，当

⁵² 见阿拉木图宣言，国际初级保健会议通过，1978 年。

⁵³ 世卫组织，Primary health care as a strategy for achieving equitable care，第 32 页。

⁵⁴ 世卫组织，Primary care: Now more than ever before，(日内瓦，2008 年)，第十七页、第 42-51 页。

⁵⁵ 世卫组织，Inequities in health care and health outcome(2008 年)，第 92-95 页。

⁵⁶ 泛美洲卫生组织，“Health in the Americas,” 第 1 卷(华盛顿特区，2007 年)，第 58、60、62 页。

地社区没有卫生保健，因此为获得卫生保健这些地区的人经常要走很远和很难走的路并花费很多的钱。⁵⁷

52. 例如，健康权要求国家采取措施，改善孕产妇保健并减少孕产妇死亡。但是，由于向农村和偏远地区的卫生资金和资源分配不足，当地往往缺乏孕产妇卫生保健服务、受过培训的孕产妇卫生保健工作人员和优质的卫生设施。⁵⁸ 因此妇女无法在当地社区获得孕产妇卫生保健服务，为获得保健不得不走很远的路并花费很多的钱。结果，与城市地区相比，农村和偏远地区的妇女由熟练保健工作人员接生的活产率较低，孕产妇死亡率和孕产妇发病率高很多。⁵⁹

53. 健康权还要求国家确保无歧视地使人能够使用和易于获得优质的卫生设施、物资和服务。在许多国家，农村和偏远人群基本上由脆弱或边缘群体组成，如穷人、族裔和种族少数群体以及土著人群。⁶⁰ 这些群体经常难以使用卫生保健，因为它们缺乏社会和政治手段来质疑公共资源的不公平分配。⁶¹ 因此，卫生资金和资源在农村、偏远地区和城市地区之间不公平的分配可能导致卫生系统内对脆弱或边缘群体的结构性歧视。这些群体与城市群体不同，其社区中缺乏优质的卫生设施、物资和服务。

54. 世界上土著人群的情况表明了这个问题。在许多国家，土著社区由于持续贫穷、历史上边缘化、政治上丧失权力，作为一个群体非常脆弱。⁶² 使这些挑战更加恶化的是，土著人群传统上居住在经常缺乏公共设施，包括卫生设施的农村和偏远地区。⁶³ 因此，世界各地土著居民的卫生结果比非土著人群差。⁶⁴ 例如，在三个不同国家，土著人群与非土著人群相比，婴儿死亡率高两倍、自杀率高十倍，卫生环境差的普遍率高六倍。⁶⁵ 注重健康权的做法要求国家在农村、偏远地

⁵⁷ Mandy Leveratt, "Rural and Remote Australia-Equity of access to health care services," *The Australian Health Consumer*, 第二号(2006-2007), 第16-17页。

⁵⁸ 世卫组织, *Maternal Health: Investing in the Lifeline of Healthy Societies & Economies* (2010年9月), 第10页。

⁵⁹ 世卫组织, *Making Pregnancy Safer, Maternal Mortality Factsheet*, (日内瓦, 2008年)。

⁶⁰ 联合国人权理事会, 人权理事会咨询委员会关于提高农民和其他在农村地区工作的人地位的最终研究报告(A/HRC/19/75), 第三部分。

⁶¹ 世卫组织/欧洲联盟委员会, *How health systems can address health inequities through improved use of Structural Funds*, (哥本哈根, 2010年), 第9-10页。

⁶² Robyn Eversole 等(eds.), *Indigenous Peoples & Poverty: An International Perspective*, (Bergen, Comparative Research Programme on Poverty, 2005), 第69、128页。

⁶³ 世界银行, *Indigenous Peoples: Still among the poorest of the poor*(2010), 第5页。

⁶⁴ 世卫组织, *The Health and human; Rights of Indigenous Peoples*, 卫生和人权小组, (2011)。

⁶⁵ 世卫组织, *Health of indigenous peoples*, 第326号情况报道(2007), 见 www.who.int/mediacentre/factsheets/fs326/en/index.html。

区和城市地区之间公平分配卫生资金和资源，以便尊重和实现居住在这些地区的脆弱和边缘群体的健康权。

四. 结论和建议

55. 注重健康权的卫生筹资做法为确保充足、公平和可持续卫生筹资提供了一个框架。本报告研究了卫生筹资问题的三个关键领域：各国如何确保为卫生事业提供充足的资金以及这些资金的筹措来源；如何集中共用这些资金；如何在卫生系统内分配资金和资源，以确保普及优质的卫生设施、物资和服务。

56. 特别报告员吁请各国采取如下措施，以确保卫生事业有充足的资金：

(a) 设立累进式结构的一般税收系统来资助卫生事业，或者改进现有此类系统的累进性；

(b) 确保消费税，如货物税和增值税，不出现累退。这可以包括设定恰当的门限，不对低于门限的小型企业征税，以及减免必要物资的消费税；

(c) 考虑专门指定“原罪”税和增值税等特种税收入的一部分用于卫生开支；

(d) 确保因国际税收竞争产生的税收自由化政策，包括对外国投资者的减税以及低收或免收贸易和资本收益税，不会减少对卫生事业的公共资金；

(e) 设法在提供国家服务和其他与征税实体有关的福利的前提条件下，向非正规经济部门的商家征税。

57. 特别报告员吁请各国采取如下措施，开展国际合作，确保卫生事业有可持续的国际资金：

(a) 协调接受国所有捐助者活动，并使民间社会和受影响社区参与，以此满足国内卫生需求并推动发展自我维持的卫生系统；

(b) 发展一个基于条约的全球集中共用机制，其中包括对国家强制要求的累进缴费，按照以此从需求进行分配，并由透明、参与性的进程主导，以此从以捐助者为导向的系统向国际筹资义务系统转变。

58. 特别报告员吁请各国在国家和国家以下各级预算中优先保证卫生筹资，以此降低对国际筹资的过分依赖，并确保国内卫生资源自给自足。

59. 特别报告员吁请各国采取如下措施，以便为卫生事业集中共用资金：

(a) 设立一个集中共用系统，由税收和保险缴费等强制性、累进预付费组成，以减少或取消卫生自付费，并确保穷人可使用优质的卫生设施、物资和服务；

(b) 制定由强制性累进缴费供资的社会健康保险方案，并由一般税收补充，其中包含一个足够大的缴费人群，以推动有效的交叉补贴，并为穷人完全免除保费；

(c) 确保所有必要人口部分，特别是脆弱或边缘群体都加入社会健康保险方案，并特别关注非正规工人；

(d) 确保社会健康保险方案应具备最低成套的卫生物资和服务，使人可以按照需求使用并能够普遍获得这些物资和服务。福利安排必须：

(一) 针对人群疾病负担和卫生需求；

(二) 包括有效和以社区为中心的初级卫生保健服务；

(三) 包括关键药品和通用名药，以便确保人群能够使用安全、有效和可负担的药品。

60. 特别报告员吁请各国采取如下措施，以便为卫生事业公平分配资金：

(a) 确保在初级、二级和三级卫生保健之间公平而高效地分配卫生资金和资源，并特别着重于初级保健；

(b) 确保无歧视地使农村和偏远人群能够使用和易于获得优质的卫生设施、物资和服务。这要求：

(一) 增加对农村和偏远社区的实际卫生基础设施投资；

(二) 为卫生工作者在农村和偏远地区工作提供激励措施，如有竞争力的工资、减税、轮岗和加速职业提升。