



Target 3.8: Achieve universal
health coverage

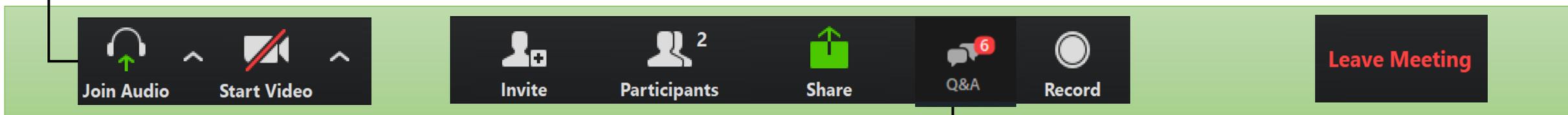


监测全民健康覆盖 (SDG 3.8) 会员国情况通报：修订SDG指标 3.8.1 和 3.8.2

世卫组织数据、分析和影响司；数据和分析处
世卫组织全民健康覆盖、生命历程司；卫生筹资和经济学处

互动与问题：虚拟参与者

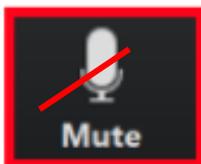
*加入音频：选择加入通话的方式：通过电话或电脑。



与会者：点击此处查看与会者名单。

问与答：点击这里提问，但请不要犹豫使用自己的母语口头提问！

离开会议：单击此处离开会议。



不通话时点击此处静音，再次点击恢复通话状态。

会场信息

- ✓我们将首先进行讲座发言
- ✓发言结束后，将进行问答。
 - ✓我们将首先回答使用英语的口头提问--请举手，我们会打开你的麦克风
 - ✓然后，我们将宣读问答中的问题
- ✓如果你不在发言，请关闭相机

议程

- 开幕词：在SDG和SDG目标修订框架内跟踪全民健康覆盖目标
- 对SDG目标 3.8.1 的拟议修订
- 对SDG目标 3.8.2 的拟议修订
- 结束：时间表和未来进程

全民健康覆盖（UHC）

全民健康覆盖意味着每个人、在每个地方都能在一生中获得所需的优质医疗服务，而不会面临经济困难。

要在2030年之前实现全民健康覆盖目标，就必须以强有力的数据和证据为基础，积极主动、有的放矢、加快努力

为了用最相关的衡量标准跟踪实现全民健康覆盖目标的进展，世卫组织建议修订SDG全民健康覆盖指标

在SDG框架内进行跟踪

全民健康覆盖（UHC）



SDG目标 3.8

实现全民健康覆盖，包括财务风险保护、获得优质基本保健服务以及获得安全、有效、优质和负担得起的基本药物和疫苗

指标

3.8.1

基本卫生服务覆盖范围

3.8.2

家庭大额卫生支出占家庭总支出或总收入的比例



在可持续发展目标范围内进行跟踪

- 联合国承认**世卫组织是SDG 3.8.1 和 3.8.2 的监管机构**，**世界银行是 3.8.2 的共同监管机构**。
- **修订 3.8.2 的提案是与世界银行合作制定的**
- **世界卫生大会决议* 72.4 授权世卫组织监测全民健康覆盖。**

* 包括若干区域决议

SDG修订过程：谁来修订，如何修订？

- 由可持续发展目标指标机构间专家组（IAEG-SDGs）牵头对全球指标框架进行全面审查
- 在 2024 年 4 月的提案征集期间，共提交了 68 份提案。
 - IAEG-SDGs 决定将 15 项建议纳入全球公开磋商（2024 年 7 月/8 月）。
 - 其中包括关于 3.8.1 和 3.8.2 的建议
- 2024 年 12 月：小组将为 2025 年的审查编制最终提案，并提交给 2025 年 3 月举行的联合国统计署第五十六届会议审议



World Health
Organization

全民健康覆盖服务覆盖指数 (SDG 3.8.1) : 2025 修订提案

数据、分析和影响司
2024年8月21日

全民健康覆盖服务覆盖指数

- 分为四个追踪领域或**主要健康领域**
- 由于数据覆盖率低，灰色部分为目前未纳入计算的指标

主要卫生领域	目前使用的示踪指标
生殖、孕产妇、新生儿和儿童保健 (RMNCH)	15-49 岁已婚或同居妇女对现代避孕方法的需求满意度 (%)
	产前护理，四次或四次以上就诊 (ANC4) (%)
	接种过 3 剂白喉、破伤风和百日咳 (DTP3) 疫苗的一岁儿童 (%)
	患疑似肺炎儿童的就医行为 (%)
传染病	结核病治疗覆盖率 (%)
	接受抗逆转录病毒疗法的艾滋病毒感染者 (%)
	在经过驱虫处理蚊帐中睡觉的高危人口 (%)
	至少可获得基本卫生设施的家庭 (%)
非传染性疾病 (NCDs)	30-79 岁成人高血压患者接受高血压治疗 (服药) 的比例 (年龄标准化)
	平均空腹血浆葡萄糖 (FPG)， (毫摩尔/升) (18 岁成人)
	30-49 岁妇女的宫颈癌筛查率 (%)
	年龄≥15 岁的成年人在过去 30 天内不吸烟的比例 (百分比)
服务能力和获取途径	人均医院床位数 (带阈值)
	人均保健专业人员 (带阈值)：内科医生、精神病医生和外科医生
	拥有世界卫生组织推荐的基本药物核心清单的医疗机构比例
	《国际卫生条例》核心能力指数

| 审查框架

- 利用全民健康覆盖定义，将指标归类为三大支柱：
 - 生命历程
 - 服务类型
 - 主要卫生领域（当前）
- 世卫组织对“全民健康覆盖”的定义是，确保每个人在每个地方都能获得所需的全套优质医疗服务，而不会陷入经济困境。它涵盖了从促进健康到预防、治疗、康复和姑息治疗等一整套基本卫生服务。

| 指标审查总结

- GH0 指标和 GPW 提案与三大支柱中的类别相对应
- 减少衡量时间趋势和国家覆盖面所需的指标
- 经过测试的支柱仍存在差距
 - 服务类型：康复和姑息治疗
 - 主要健康领域：精神健康、伤害
 - 生命历程：老年人口特定指标
- 数据可得性有待提高
 - 18% 的 GH0 指标符合所需的 5 项量化标准
 - 由于资料有限，未采用分类原则/标准
- 提交反馈意见于3 月底通过世卫总部的“Hub & Spoke”提交

比较GPW UHC Billion 和 SDG UHC SCI（服务覆盖指数）

指标差异

示踪指标	GPW UHC Billion	SDG UHC SCI
医务人员队伍	医生和护士/助产士	内科医生、外科医生和精神病医生
糖尿病	空腹血糖升高 (≥ 7.0 mmol/L) (年龄标准化估计值)	平均空腹血糖 (毫摩尔/升) (年龄标准化估计值)
计划生育	育龄妇女	已婚或同居女性

计算差异

- 烟草流行率：
 - SCI：根据 50%吸烟率的最小界限重新校准，以提供更精细的分辨率
 - Billion：未重新校准
- Billion计算的是算术平均数（SCI计算使用几何平均数）以便转换为人口数量

指标修订总结

保留目前的四大领域

主要卫生领域	指标	建议	原因
生殖、孕产妇、新生儿和儿童保健 (RMNCH)	15-49 岁已婚或同居妇女对现代避孕方法的需求满意度 (%)	15-49 岁妇女对现代方法的需求满意度 (%)	与 GPW 保持一致
	产前护理, 四次或四次以上就诊 (ANC4) (%)		
	接种过 3 剂白喉、破伤风和百日咳 (DTP3) 疫苗的一岁儿童 (%)		
	患疑似肺炎儿童的就医行为 (%)		
传染病 (ID)	结核病治疗覆盖率 (%)		
	接受抗逆转录病毒疗法的艾滋病毒感染者 (%)		
	在驱虫蚊帐中睡觉的高危人口 (%)		
	至少可获得基本卫生设施的家庭 (%)		
非传染病 (NCD)	30-79 岁成人高血压患者接受高血压治疗 (服药) 的比例, 年龄标准化		
	平均空腹血浆葡萄糖 (FPG), (毫摩尔/升) (18 岁成人)	30 岁及以上成人糖尿病患者接受糖尿病治疗 (服药) 的覆盖率 (按年龄标准化估算) (百分比)	建议以治疗代替代理。
	30-49 岁妇女的宫颈癌筛查率 (%)		
	年龄 ≥15 岁的成年人在过去 30 天内不吸烟的比例 (百分比)		
服务能力和获取途径 (Capacity)	人均医院床位数 (带阈值)		
	人均卫生工作者人数 (阈值) : 内科医生、精神病医生和外科医生	人均卫生工作者人数 (阈值) : 内科医生、护士/助产士	与 GPW 保持一致
	拥有世界卫生组织推荐的基本药物核心清单的医疗机构比例		
	《国际卫生条例》核心能力指数		

| 方法：人口加权

服务覆盖指数（SCI）的定义是四个次级指标的几何平均数：

$$SCI = (RMNCH \cdot ID \cdot NCD \cdot Capacity)^{1/4}$$

其中每个次级指标都是示踪指标的几何平均数。就 *RMNCH* 而言

$$RMNCH = (FP \cdot ANC \cdot DTP3 \cdot ARI)^{1/4}$$

对于每个次级指标，我们都用**加权几何平均数**取代几何平均数，并以指标的特定人口数作为权重。对于 *RMNCH*

$$RMNCH^* = (FP^{Pop_{FP}} \cdot ANC^{Pop_{ANC}} \cdot DTP3^{Pop_{DTP3}} \cdot ARI^{Pop_{ARI}})^{1/4}$$

方法：人口加权

- 使用指标分母来加权几何平均数
- 所有结果将根据最新数据进行修订

主要卫生领域	指标	元数据分母	可选 (如无数据)
生殖、孕产妇、新生儿和儿童保健 (RMNCH)	15-49岁妇女对现代方法的需求满意度 (%)	有计划生育需求的15-49岁妇女人数	15-49岁妇女
	产前护理，四次或四次以上就诊 (ANC4) (%)	同期活产的15-49岁妇女总人数。	
	接种过3剂白喉、破伤风和百日咳 (DTP3) 疫苗的一岁儿童 (%)	所有1岁儿童	
	疑似肺炎儿童的就医行为 (%)	调查前两周内出现急性呼吸道感染症状 (因胸部问题而非仅因鼻塞引起的咳嗽、呼吸急促或困难) 的5岁以下儿童人数	5岁以下儿童
传染病 (ID)	结核病治疗覆盖率 (%)	同年新发和复发病例数	
	接受抗逆转录病毒疗法的艾滋病感染者 (%)	同期感染艾滋病毒的成人和儿童人数	
	在驱虫蚊帐中睡觉的高危人口 (%)	疟疾流行地区的总人数。	地方病流行国家的总人口
非传染性疾病 (NCD)	至少可获得基本卫生设施的家庭 (%)	总人口	
	30-79岁成人高血压患者接受高血压治疗 (服药) 的比例, 年龄标准化	30-79岁成人中患有高血压 (定义为收缩压 \geq 140 mmHg, 舒张压 \geq 90 mmHg, 或正在服用高血压药物) 的人数	
	30岁及以上成人糖尿病患者接受糖尿病治疗 (服药) 的覆盖率 (按年龄标准化估算) (百分比)	30岁及以上接受糖尿病药物治疗, 或 FPG \geq 7.0 mmol/l, 或 HbA1c \geq 6.5% 的成年人人数	30岁以上人口总数
服务能力和获取途径 (Capacity)	年龄 \geq 15岁的成年人在过去30天内不吸烟的比例 (百分比)	\geq 15岁人口	
	人均医院床位数 (带阈值)	总人口	
	人均保健专业人员 (带阈值) : 医生、护士/助产士	总人口	
	《国际卫生条例》核心能力指数	总人口	

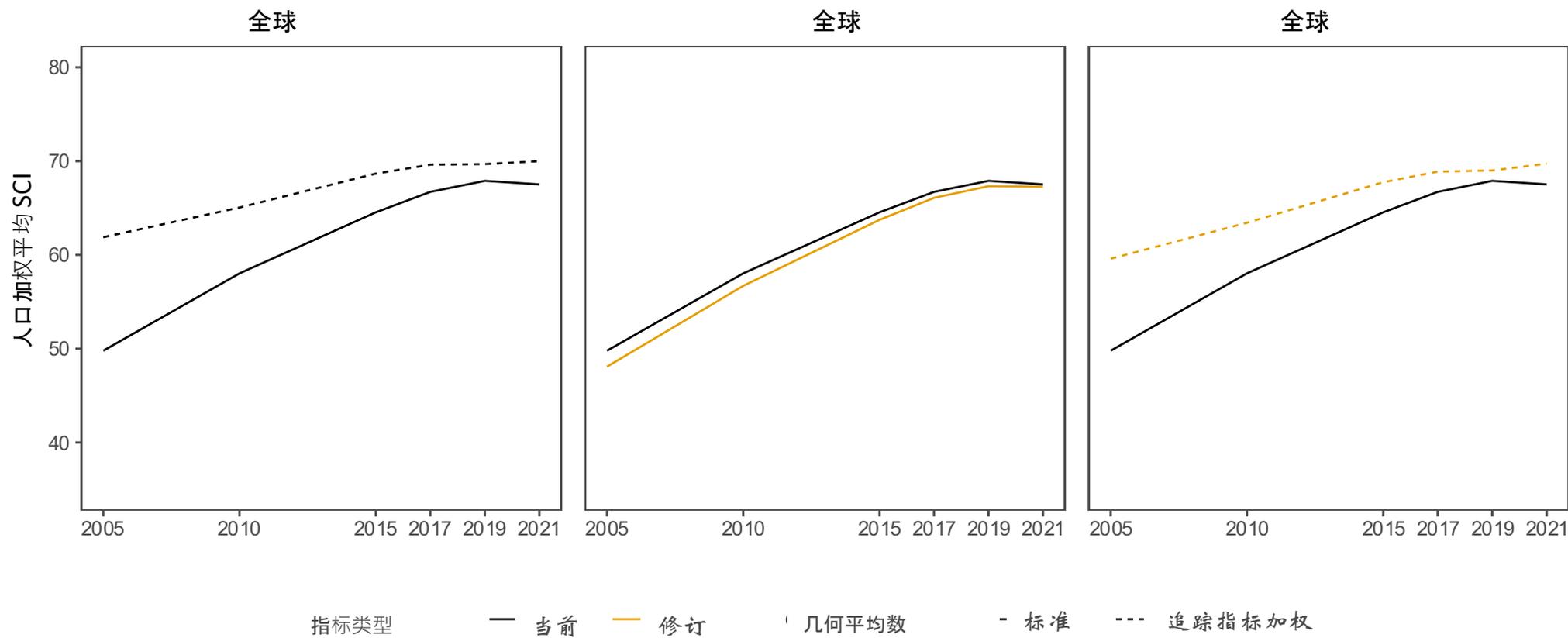
结果：人口加权（全球）

- 指标更新：全球趋势降低
- 指标更新 + 加权：降低和拉平指标，使不同时期的变化更加一致

加权效应

指标修订效果

加权 + 指标修订效果

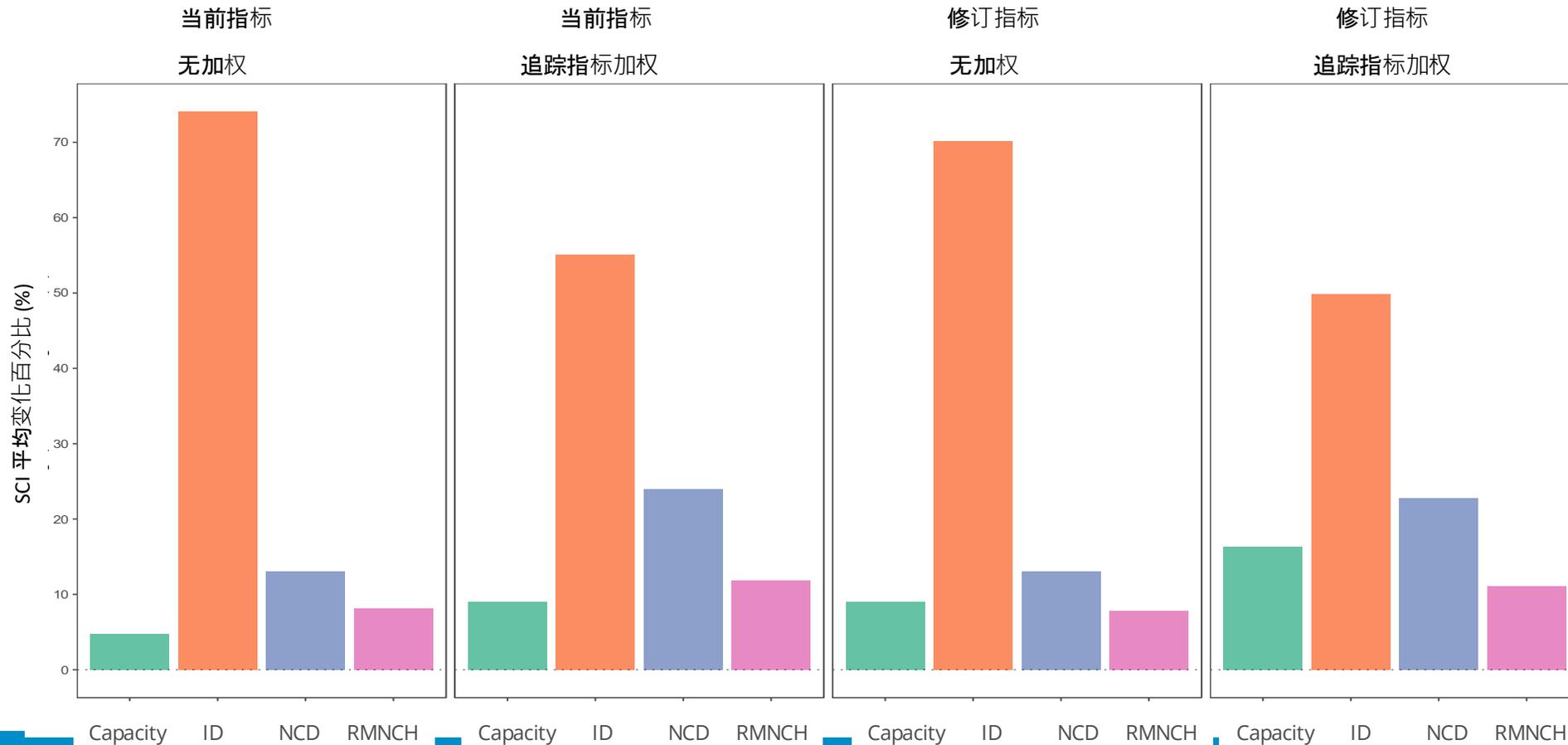


结果：人口加权（卫生领域）

- 由于指标的变化和加权平均值的使用，传染病示踪指标对于对于 SCI指数的贡献比例也随之下降。

SCI百分比变动 (2000-2021)

全球: 根据人口加权后指标平均值

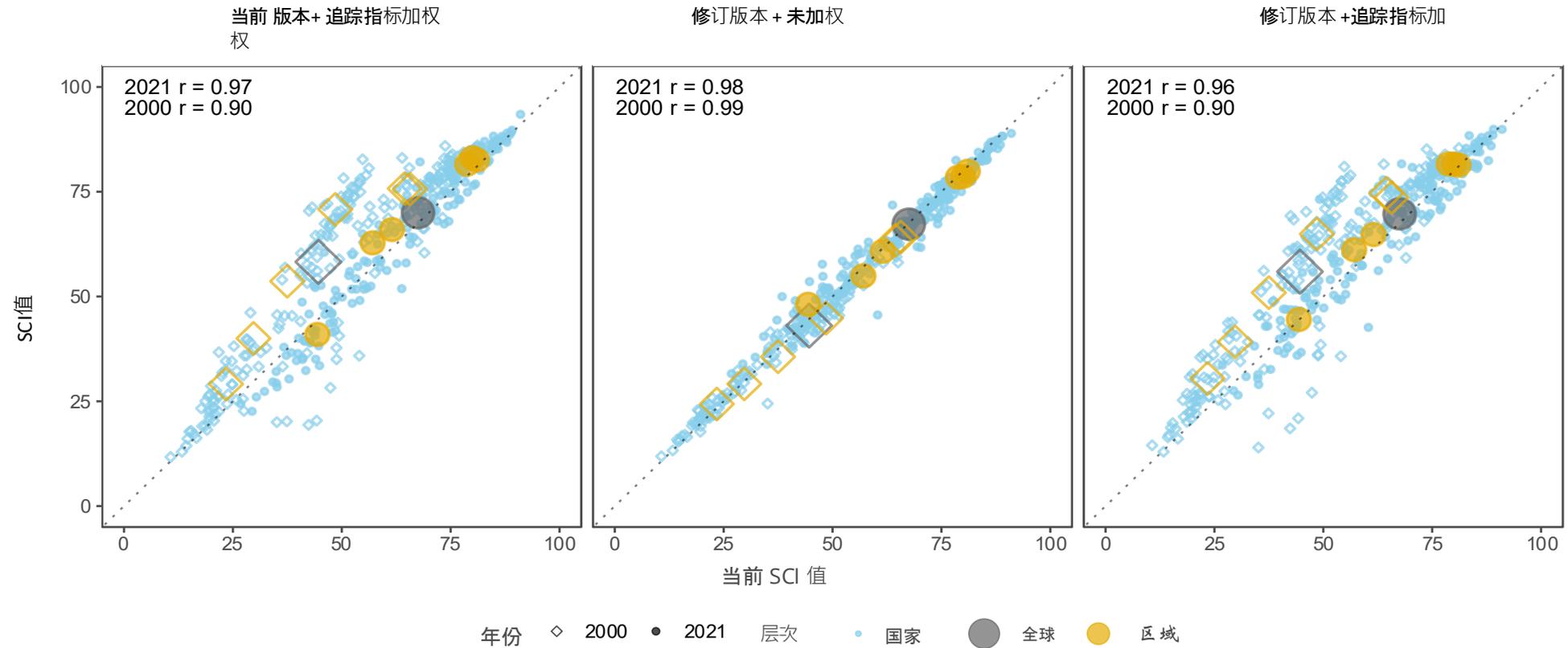


结果：人口加权（国家）

- 指标更新：大多数国家-年份下调。
- 指标更新 + 加权：国家差异较大

服务覆盖指数（SCI）不同版本比较

所有国家, 年份 2000, 2021



| 3.8.1 修订建议摘要

- 同一健康主题领域的三项指标修改，提高数据可用性
- 不增加报告负担
- 用人口加权几何平均数取代几何平均数，使其他示踪指标的贡献更为均衡



World Health
Organization

SDG 3.8.2 指标：2025修订提案

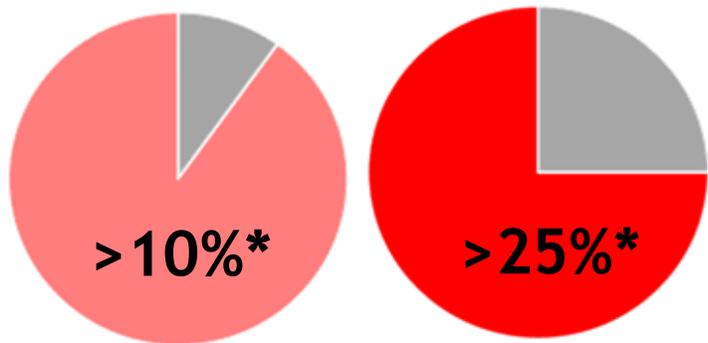
全民健康覆盖，生命历程司
2024年8月21日

SDG 3.8.2 修订：概述

2个指标着重于
大额
自费卫生支出



1个指标着重于
大额以及致贫性
自费卫生支出



* 家庭预算



>40%**

** 家庭可支配预算



| SDG 3.8.2 概念



- **SDG 3.8.2** 旨在反映自费（OOP）卫生支出造成的经济困难
- **自费（OOP）卫生支出**为所有国家、所有收入水平的医疗系统提供资金。
- **健康方面的财务困难是财务风险保护机制不足的主要后果**，阻碍了在全民健康覆盖目标 3.8 方面取得进展。
- **当自费卫生费用（OOP）威胁到人们的生活水平或影响到其他基本需求（如食物、住所、衣服或教育）的获取时，就会出现经济困难。**

SDG 3.8.2 的定义、解释和发展

- **SDG 3.8.2 的定义是：**

- 有家庭医疗支出的人口比例

- 超过家庭总支出或总收入的 10 %
 - 超过家庭总支出或总收入的 25 %

- **解释**

家庭卫生支出相对较大的人口比率，又称灾难性自费（OOP）健康支出超过家庭预算 10% 或 25% 的人口比率。

- **提议和制定者：**

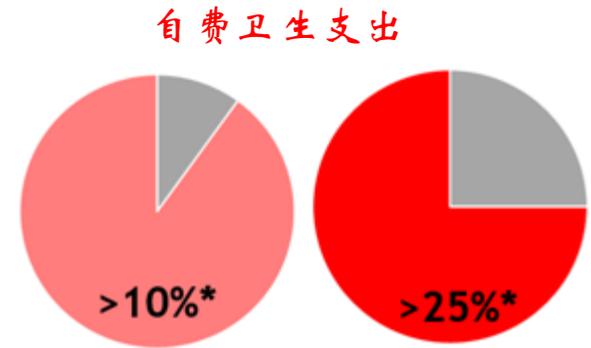
- 世卫组织和世界银行根据 20 世纪 90 年代以来与学术界合作制定的方法

- **2017 年通过，首选：**

- 每 1 000 人中有医疗保险或被公共卫生系统覆盖的人数

- **辅以**

- 世卫组织和世界银行监测框架中的致贫性自费卫生支出指标



| SDG 3.8.2 的拟议修订定义是什么？

家庭自费卫生支出超过家庭可支配预算 40%的人口比例

- 家庭可支配预算被定义为扣除社会贫困线 (SPL) 后的家庭总消费或收入。
- 使用 2017 年购买力平价 (PPPs) ， SPL 为以下二者的最大值：2.15 美元 (国际贫困线) ， 或 1.15 美元+家庭消费支出或收入中位数的 50%。

非住院医疗支出

>40%**

**家庭自由支配预算



| 提案是如何解释的？

- 解释

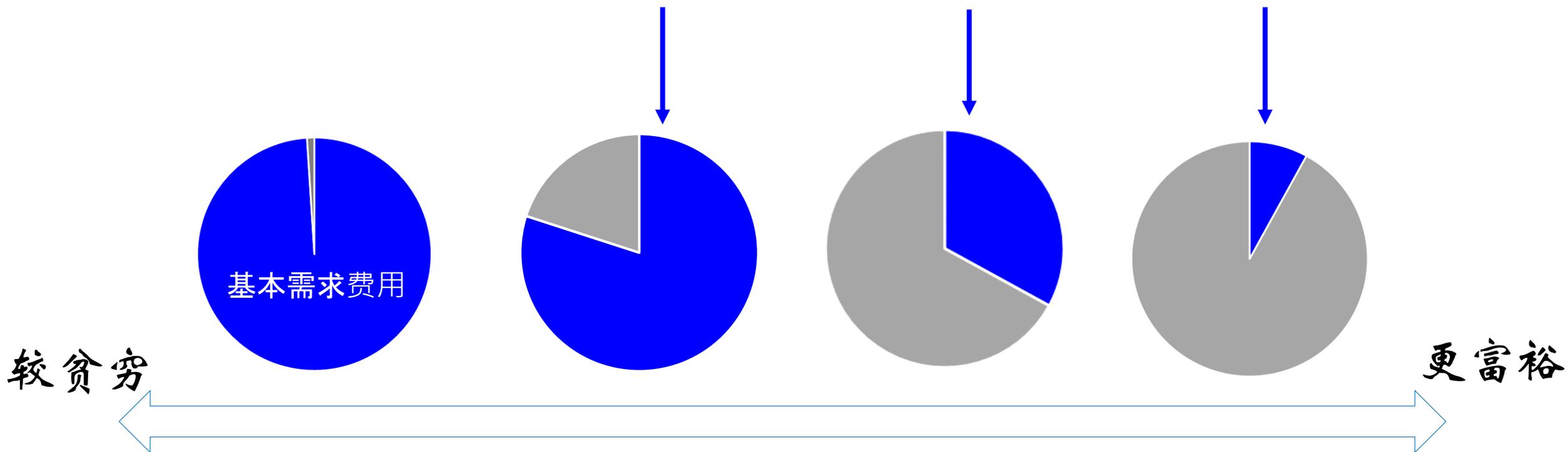
- 由于大额和致贫性自费卫生支出造成经济困难的人口比率。
- 可将人口比率分解为仅有大额自费卫生支出但并非致贫性自费卫生支出的人口比率和有致贫性自费卫生支出的人口比率
- SDG监测框架不要求进行此项分解

- 开发者：

- 世卫组织和世界银行以世界银行 2014 年制定的方法和世卫组织欧洲区域办事处 2015 年制定的方法为基础，借鉴了世卫组织和世界银行与学术界合作制定的可支配预算（有时称为卫生支付能力）。
- 社会贫困线是世界银行根据阿特金森全球贫困问题委员会的建议于 2017 年制定的，该委员会建议采用一种 "社会" 人头计算方法来衡量全球消费贫困，将固定要素和相对要素结合起来。

为什么在修订SDG 3.8.2 时，可支配的预算比家庭总预算更受青睐？

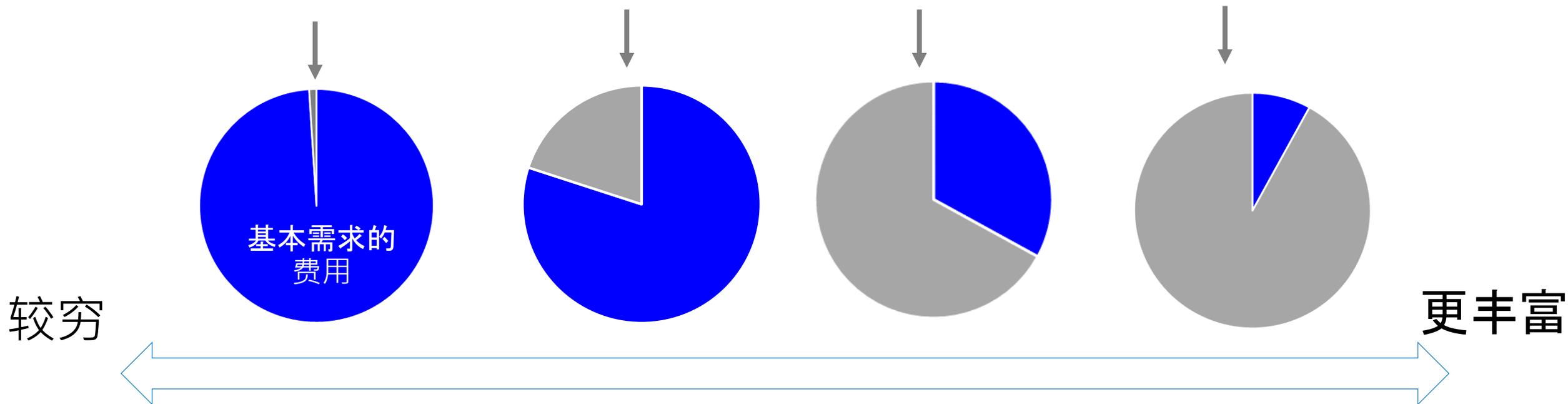
随着人们变得越来越富裕，基本需求费用在家庭预算中所占的份额也越来越小



为什么修订SDG 3.8.2 时，可支配预算比家庭总预算更受青睐？

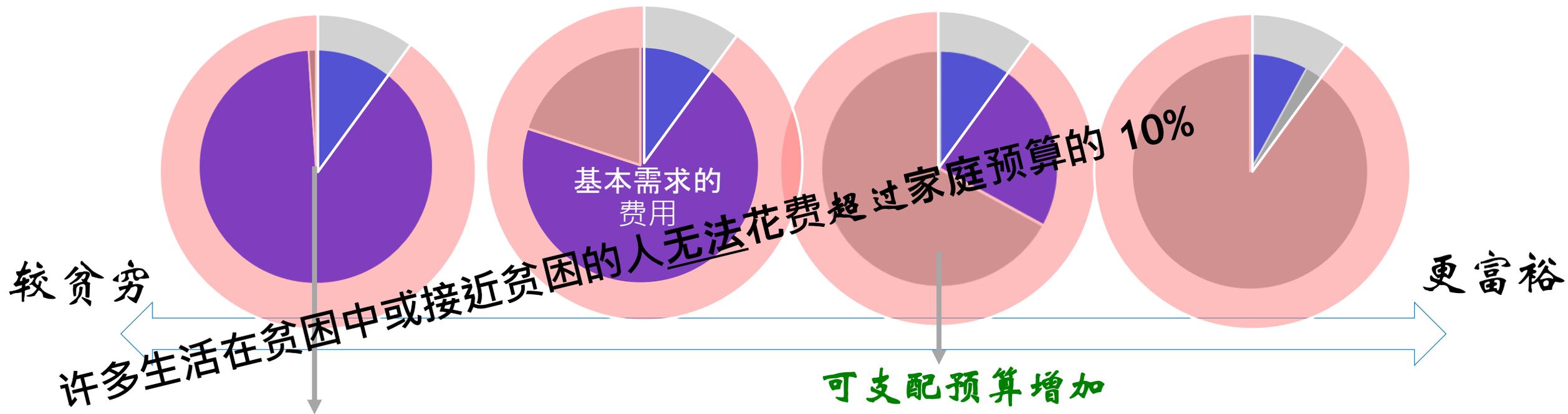
贫困家庭的
可支配预算
为负数或零

可支配预算随财富增加而增加



为什么在修订SDG 3.8.2 时，可支配的预算比家庭总预算更受青睐？

随着人们越来越富裕，生活必需品在家庭预算中所占份额越来越小

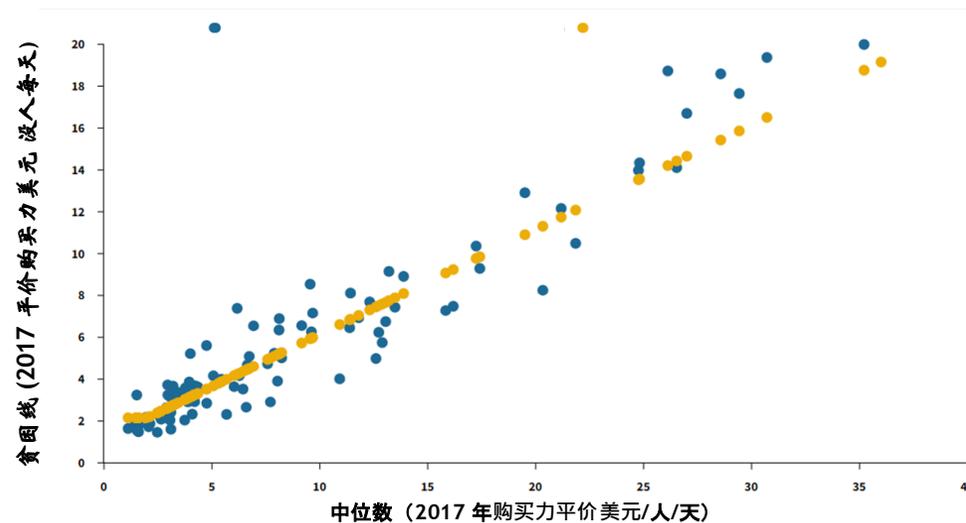


贫困家庭的支配预算为负数或零

为什么在SDG定义中使用社会贫困线 (SPL) ?

- SPL 认识到，各国的需求和社会参与最低成本估计值随着时间的推移而变化，这取决于经济发展的总体水平。
- SPL 定义包括对一些国家使用国际贫困线（如SDG指标 1.1.1 所用），但它允许使用一个包含固定要素以及和消费或收入水平相关的相对梯度公司所计算而来的更高的数值，这与随着国家变得更加富裕而采用的相对贫困概念更加一致。

贫困线和中位数
来源：全球贫困和不平等数据组 (DEC DG)，2023年11月27日



来源：PIP, Jolliffe | al. (2022). 为便于说明，显示的数据为最高达 40 美元的日人均中位值。社会贫困线为 1.15 美元加消费或收入中位数的 50% (以 2.15 美元的国际贫困线为下限)。关于国家贫困线的数据并不容易获得，现有的数据是以不同的方法得出的 (如绝对贫困线与相对贫困线)，并以不同的单位表示 (如人均或成人当量)。相比之下，世界发展指数 (WDI) 提供了现成国家贫困率数据，系列代码 SI.POV.NAHC。统一的国家贫困线以百分位数的形式得出，均以人均每日购买力平价美元表示，与报告的国家贫困率相对应。

- 社会贫困线根据与现有国家贫困线定义最接近的经验校准。

在跟踪经济困难情况时，为什么要记录小额自费卫生支出？

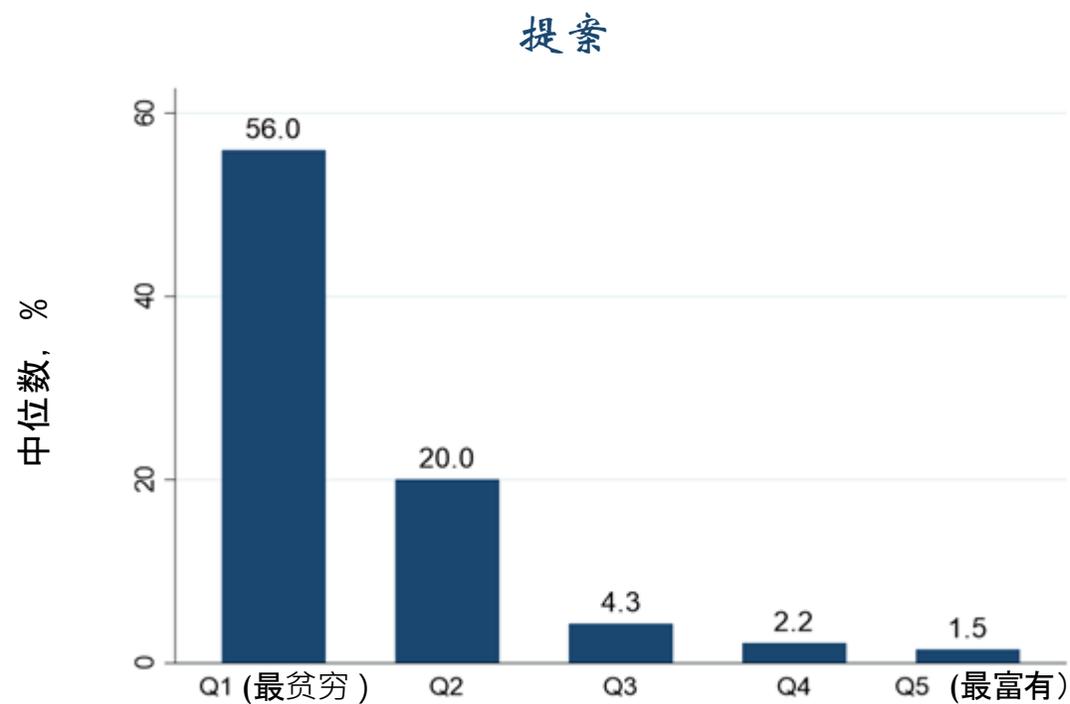
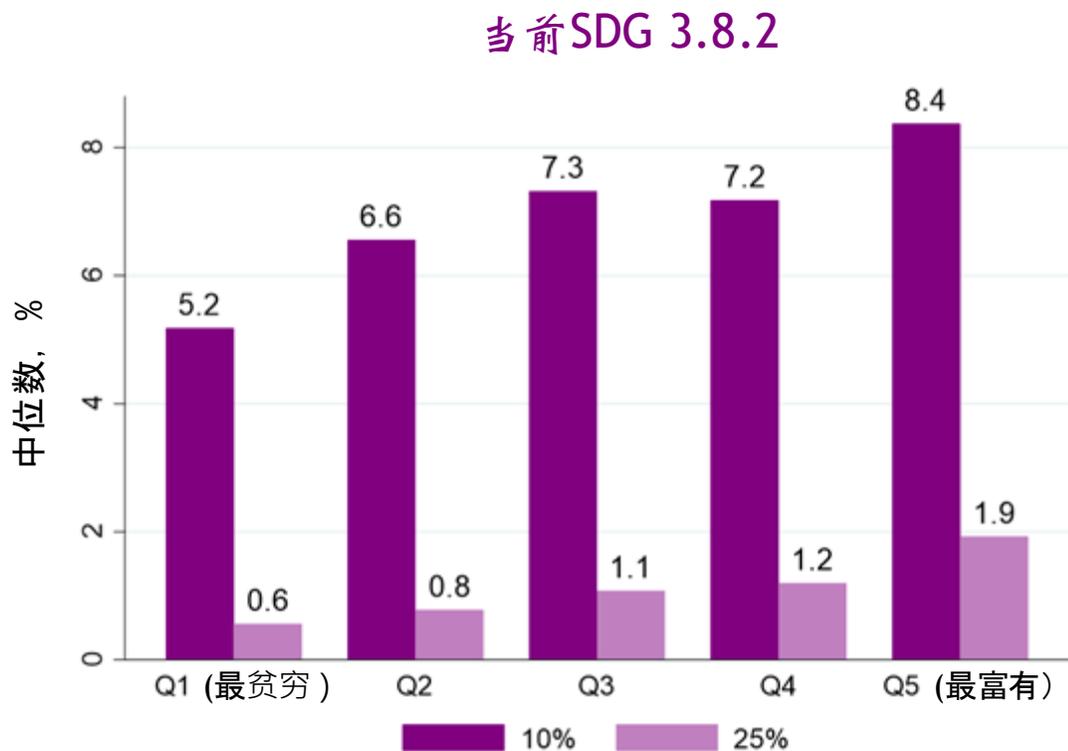
- 即使自付的医疗费用非常少，也会进一步缩减贫困或接近贫困人口的生活必需品支出
- 将人们推向或进一步推向贫困的自费支出被称为致贫性自费卫生支出
- **SDG 3.8.2 并未涵盖面临致贫性自费卫生支出的人群，但这一数字却很可观！**
 - 2019 年，3.44 亿人因自费卫生支出而陷入或进一步陷入赤贫，65.3% 的人的自费卫生支出低于家庭总预算的 10%。
 - 2019 年，13 亿人因自费卫生支出而陷入或进一步陷入相对贫困，77.3% 的人的自费卫生支出低于家庭总预算的 10%



提案在国家级别的影响：初步分析

基于当前SDG 3.8.2以及修订提案
发生率五分位数的中位数分析 (153国数据)

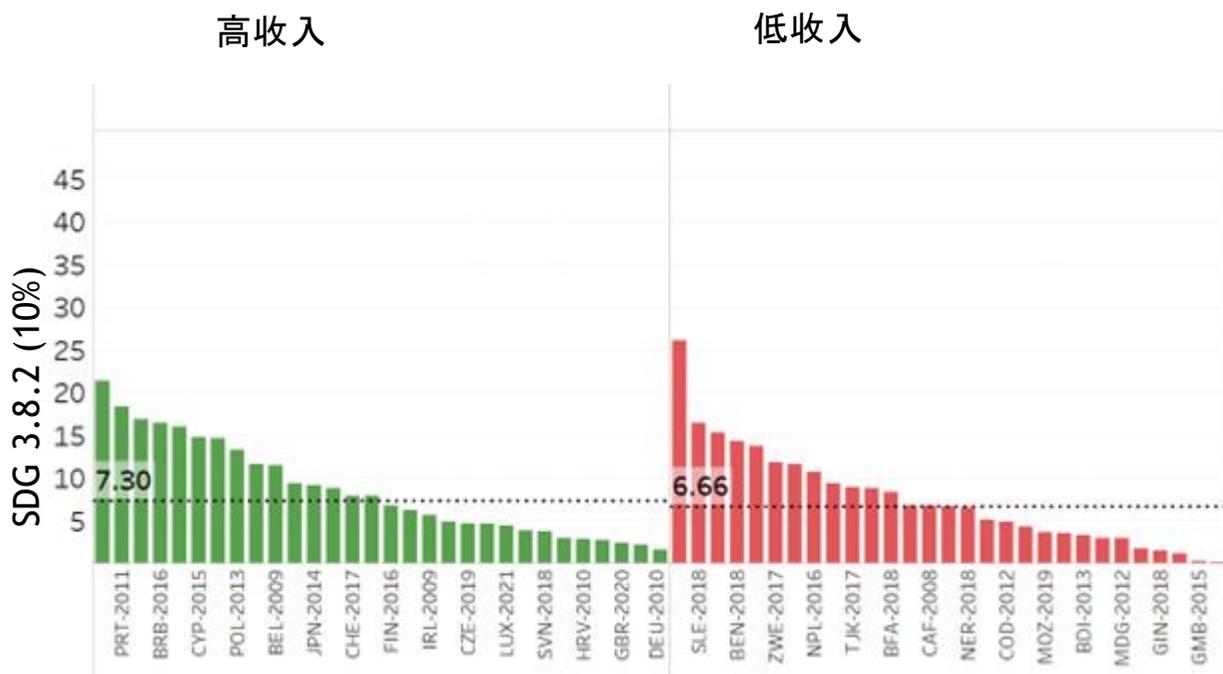
初步分析



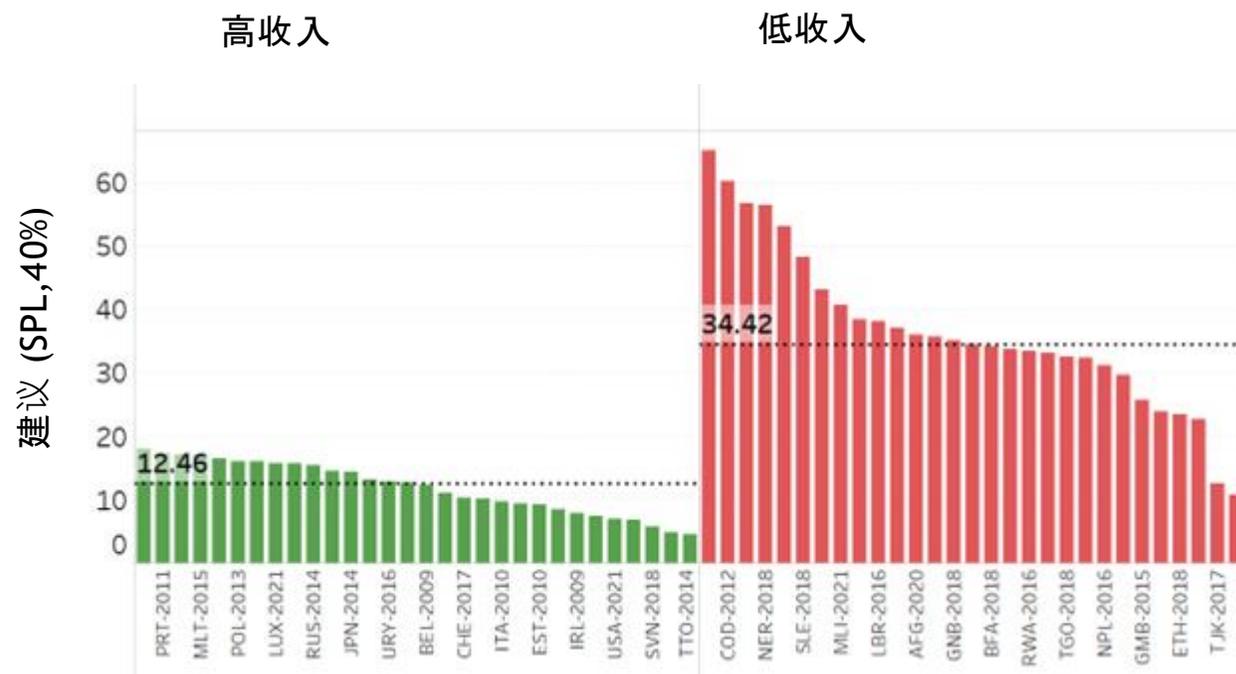
修订对国家间分析的影响：初步分析

- 低收入国家的SDG 3.8.2 估算值基本和高收入国家持平，但在贫穷国家，自费卫生支出占卫生总支出的份额更高，贫困率也较高。
- 这些差异在提案中得到了更好的体现。

根据当前SDG3.8.2



根据提案中的SDG 3.8.2



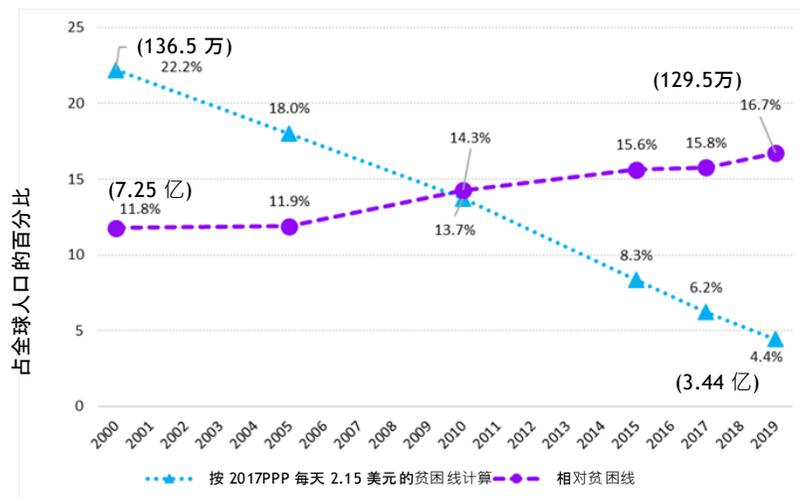
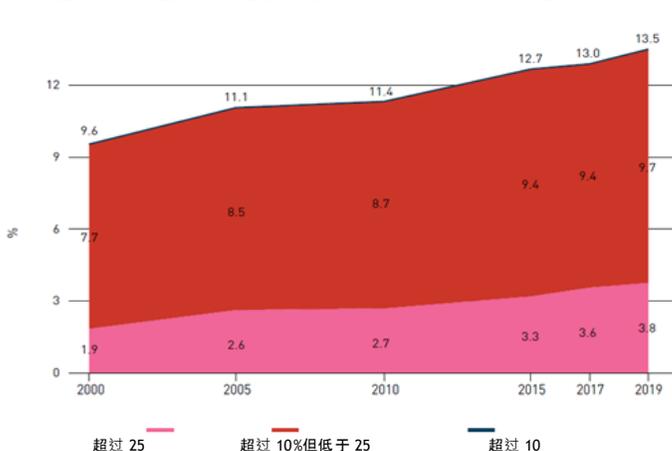
2023 年全民健康覆盖全球监测报告的结论



当前SDG 3.8.2 定义

使用2种贫困线定义得出的致贫性质自费卫生支出

全球 OOP 医疗支出超过家庭预算 10%或 25%的人口比例



资料来源：世卫组织和世界银行汇编的全球财务保护数据库，2023 年。

持续的灾难性自费支出增加

两条贫困线（每天 2.15 美元和中位数的 60%）产生了相反的趋势

有经济困难的总人数
(灾难性、致贫性或同时)**

	2000	2019
相对贫困线	1194.2	2043.0
每天 2.15 美元的赤贫线	1804.8	1267.9

对立趋势

** 在不重复计算的情况下，产生灾难性医疗支出、贫困医疗支出或两者兼有的估计人数。灾难性医疗支出的定义是，OOP 医疗支出超过家庭预算的 10%（可持续发展目标 3.8.2 指标，10% 临界值）。

资料来源：世卫组织和世界银行汇编的全球金融保护数据库，2023 年 (2,3)。

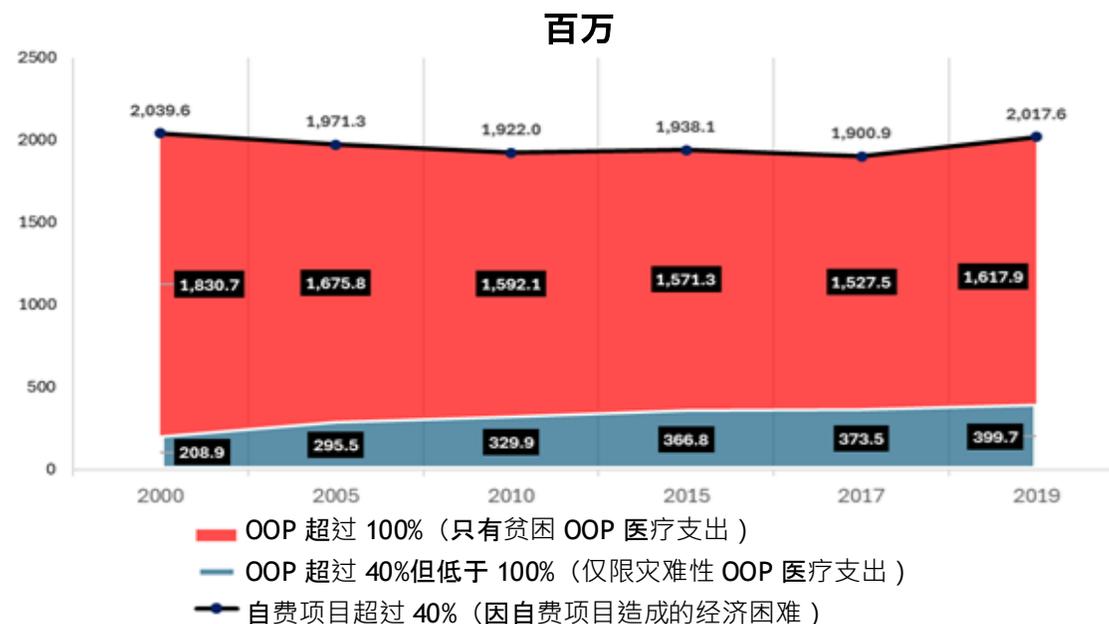
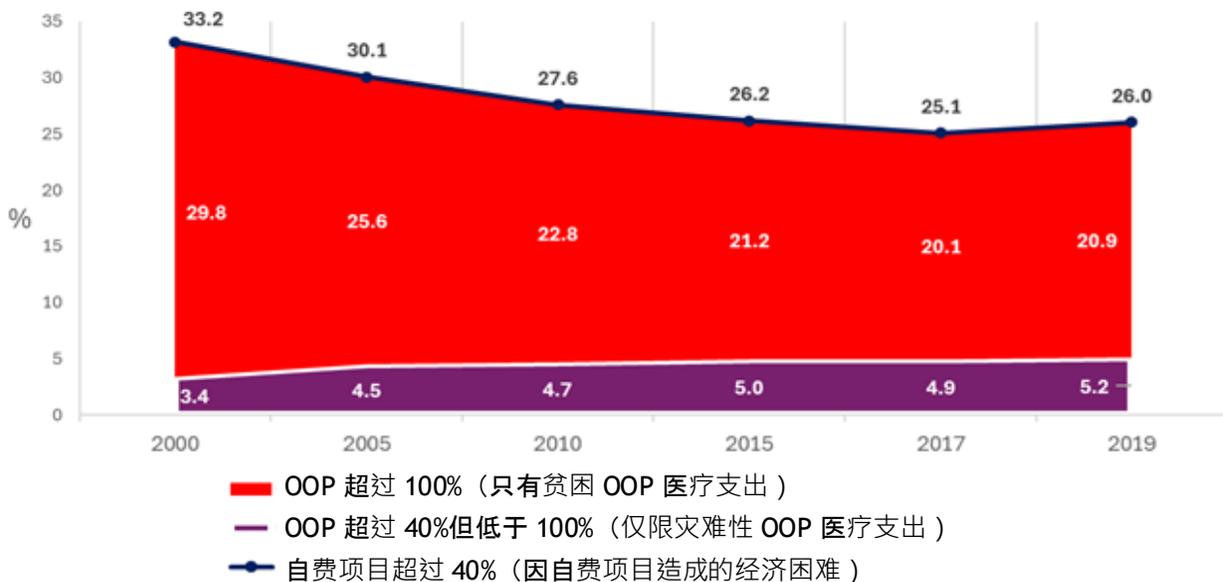


修订对全球分析有何影响？

经济困难（灾难性或贫困性）：初步分析

使用修订定义的全球趋势

自费卫生支出占可支配预算（扣除社会贫困线值后的消费/收入）比例大于 40% 的人口

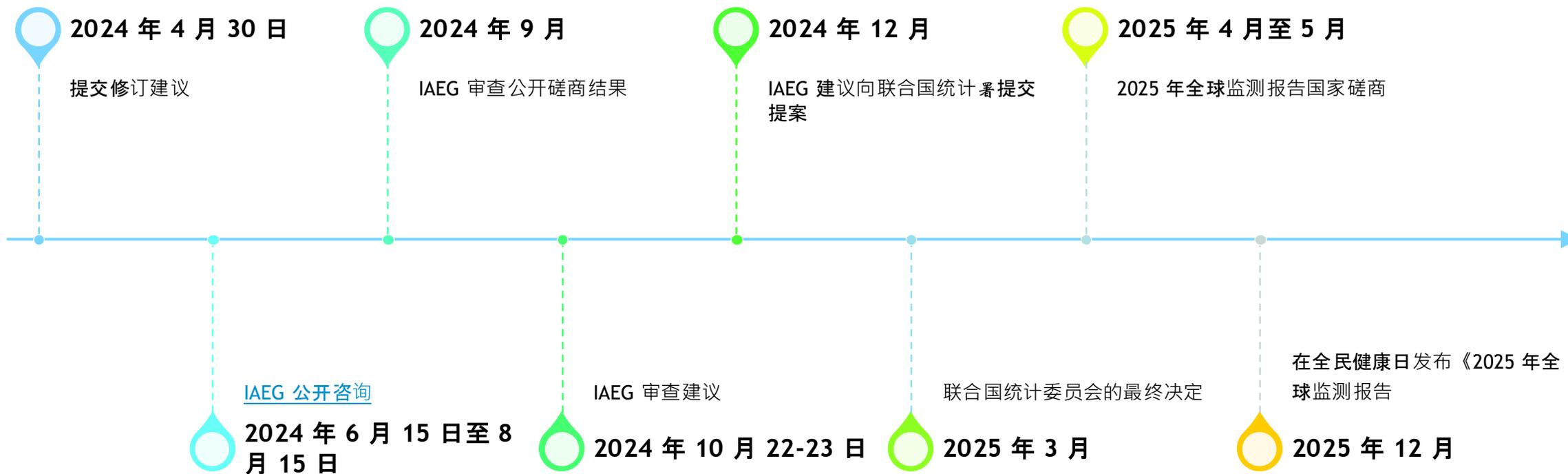


大额的自费支出OOP仍在增加；贫困人口在减少，总体而言，经济困难在减少，但以百分比衡量的减少幅度大于以人口数衡量的减少幅度

有必要对SDG 3.8.2 进行全面修订

- 及时少量的家庭自费卫生支出，也会给生活贫困和接近贫困的人造成经济困难
- 承认有些人能花掉预算总额的很大一部分，而不会遭受财政困难
- 通过一个单一指标来反映一个国家中任何人（从最贫穷到最富有）因自费卫生支出而可能导致的经济困难，可以简化沟通工作。
- 提高国家内部和国家之间监测的相关性
- 与世卫组织和世界银行在监测全民健康覆盖时使用的更广泛的经济困难概念保持一致
- 减轻SDG的报告负担（只报告 1 个系列，而不是 2 个系列）

时间表和今后的步骤



- 我们鼓励会员国代表团广泛积极参与有关这一问题的讨论。
- 世卫组织可提供更多信息

谢谢！