

债券，而法定绝对多数持有人予以接受时，一个解决性方案通常会达成。

一个可在必要时邀请所有债权人同时全面地应对债务国的困难的永久债务重组机制能消除现有系统的多个缺点。该机制应由评估债务人支付能力时所使用的原则予以指导，如以往支付记录、未来的收入流量、承受冲击的能力和最重要的社会职责，尤其是实现千年发展目标。如果非正式谈判失败，可赋权一个国际机制裁定争议。其可处理的其他困难与寻找解决方案时的延迟和随之产生的高成本以及在处理所有负债时缺少综合性相关。该系统在解决债务问题时需要更公平、更及时和更有效。

政策建议

为了加强全球金融稳定，减少高额债务负担对发展中国家穷人的影响，国际社会应当继续努力防止和管理债务危机。应当考虑通过以下政策备选方案来加强这方面努力：

- 建立一个债务可持续性跨机构技术工作小组，其目的是加强当前生效的措施前框架的分析和有效性
- 通过切实增加以赠款形式提供给低收入国家的援助份额来确保债务可持续性
- 考虑使《重债穷国倡议》覆盖所有受债务困扰的低收入国家
- 债权人通过不参加国际安排债务解决性方案来妨碍诉讼
- 考虑债务重组和减免方式已改善的效力，包括可能利用债务冻结的标准，以期制定一个强化框架，提供任何国家潜在需要的有序主权债务解决性方案
- 除债务可持续性技术小组外，召集一个跨机构工作组，应对紧迫的债务困扰局面，直至制定一个综合的国际框架
- 通过加大技术合作努力，特别是在有效债务管理薄弱的国家加大努力，加强债务管理能力

获得负担得起的基本药物

我们致力于……改善获得医药的途径……
[和]生产负担得起的安全有效的优质药品
——联合国大会第65/1号决议

基本药物是抗击疾病的重要组成部分；因此，获得负担得起的基本药物对实现与健康相关的千年发展目标和应对发展中国家其他健康需求至关重要，尽管对其本身的要求尚不充分。本章的分析强调获得基本药物对慢性病和传染病至关重要。药物必须以可接受的数量、剂量和质量并以负担得起的价格提供给人们。遗憾的是，在大多数发展中国家情况并非如此，过去十年来在这方面只取得了不大的进展。

可获得基本药物的情况和价格

病人必须能购买或以其他方式获得所需的基本药物。对于发展中国家依赖公共部门分发药物的人们来说，情况并非通常如此。2001–2009年期间，平均而言，只有42%公共部门机构可以获得基本药物，私营部门机构可以获得基本药物的比例为64%（图1）。¹平均价格分别较公共部门和私营部门的国际参考价格高2.7倍和6.1倍。

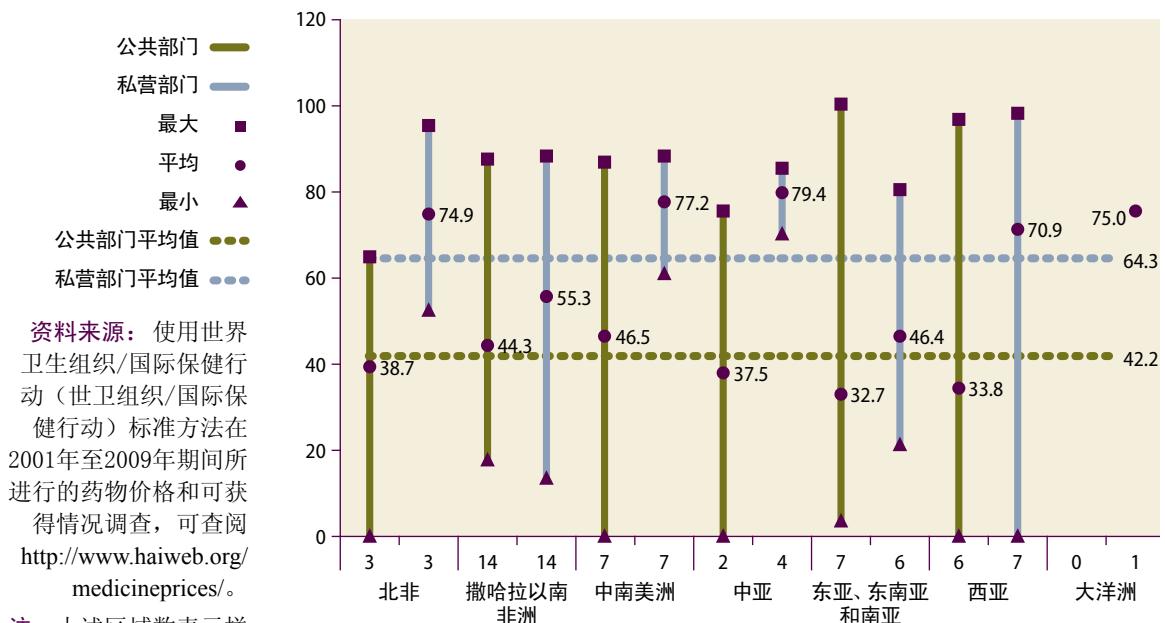
可有限获得基本药物且
价格高昂的局面依然
存在

公共部门获得基本药物用途有限，这常常是由于资源缺少、预算不足、需求预测不准确或采购和销售的效率低下。患者不得不向私营提供商购买（非专利）药物，价格常常要高出两至三倍。²对私营部门研发厂家品牌产品的青睐进一步提高了价格，使治疗越发不可负担。因为制造商价格、税负和关税较高，供应链的加价高，所以私营部门的价格趋于较高。

¹ 可获得情况作为数据收集当日产品所在机构所占百分比进行报告。

² 世界卫生组织（世卫组织），《世界卫生报告——卫生系统融资：通向普遍覆盖之路》（2010年，日内瓦）。

图1
2001–2009年期间选定非专利药物在公私保健机构的平均可获得情况
(百分比)



资料来源：使用世界卫生组织/国际保健行动（世卫组织/国际保健行动）标准方法在2001年至2009年期间所进行的药物价格和可获得情况调查，可查阅<http://www.haiweb.org/medicineprices/>。

注：上述区域数表示样本国家数。进行了多个国家级或省级调查（中国、印度、苏丹），单个调查的结果已进行平均但未进行加权。

治疗慢性病的药物

治疗慢性病的药物特别有限

一般而言，尽管非专利基本药物的可获得情况有限，特别是在公共部门的可获得情况有限，但是治疗慢性病的药物的可获得情况却尤其糟糕。考虑到不低于40%的低收入国家的所有死亡是由慢性病导致的，这种情况很令人忧虑。³实际上，一份近期的研究表明，用于慢性病治疗的非专利药物仅在36%的公共部门机构和55%的私营部门机构可以获得。⁴此外，在需要治疗慢性病的、来自低收入国家贫困家庭的答卷者中，仅有27%的家庭报告已接受治疗。⁵

³ 《千年发展目标差距问题工作组2010年报告：全球发展伙伴关系处在面临抉择的重要关头》（联合国出版物，出售品编号：C.10.I.12）。

⁴ 以对比40个发展中国家用于治疗急性和慢性疾病的30种常用药物的可获得情况的结果为基础。Alexandra Cameron等，“发展中国家公私部门用于慢性和急性疾病药物的可获得情况的差异”，《世界卫生组织公告》第89卷，第6号（6月），英文第412–421页。

⁵ Anita K. Wagner等，“获得看护和药物、保健开支负担和风险保护：世界卫生调查成果”，《卫生政策》，第100卷，第1期（2011年5月），英文第151–158页。

尽管过去十年来发展中国家的非传染病基本药物的捐助供资发展很快，但是仍仅占2008年全球卫生发展援助总额的不到3%。⁶多边组织仍是最大的捐助方，但是近年来私人非营利捐助方的捐助增幅最大。卫生援助很重要，在约15%的卫生支出由外部来源供给的低收入国家尤其如此。

在许多发展中国家，慢性病治疗药物的获得受到限制，这也是因为一些政策决定妨碍了在公共部门进行广泛提供（由于这些疾病被认为不太严重）以及技术和资源相关障碍使卫生系统不适应其人口不断变化的流行病状况。药物质量也常常是个问题。例如，近期在卢旺达做的一份调查表明，在市场上购买的20%的治疗高血压的药物是劣质产品，80%的产品稳定性不足。⁷慢性病假药的售假案例也日益增加，例如通过未受规范的互联网进行销售。

最后，在制定非传染性疾病循证临床准则方面仍面临着挑战，其中包括诊断标准和关于何时开始药物治疗的标准的国际协定。在编制这些准则时，必须慎重查明和管理行业、患者组织、职业协会、医疗保险和公共部门组织间的潜在利益冲突。

儿科药物

儿童所需药物的获得是另一个关切领域。对14个非洲国家的主要儿科药物的研究发现，这些药物在主要保健诊所内的可获得情况很低（幅度为从28%至48%）。⁸零售或私营药房内的可获得情况虽然通常较高（幅度在38%和63%之间），但仍然不足。

儿童药物的获得障碍源于供需两方面的因素。在供应方面，存在抑制制造商生产儿科制剂的因素。儿童药物的临床研究常常很难，成本高昂，而儿科药物市场由于特定体重强度的需要常常是小而零散。对需求方面的问题的了解不是非常充分，但是据指出，国家层面使用儿科制剂的障碍包括：机构工作人员缺少这些药物存在的意识、监管障碍和不愿意使用分散性片剂等新的剂型以及标准治疗准则不足和保健工作人员和护理人员的再训练。⁹

⁶ Rachel Nugent和Andrea B. Feigl，“所有捐助方都去了哪里？非传染性疾病的捐助供资稀少”，全球发展中心第228号工作文件（哥伦比亚特区华盛顿：全球发展中心，2010年11月）。

⁷ Marc Twagirumukiza等，“热带气候条件对卢旺达药房的抗高血压药的质量的影响”，《美国热带医学与卫生杂志》，第81卷，第5号（11月），英文第776–781页。

⁸ Jane Robertson等，“哪些基本儿童药物在销售？”，《世界卫生组织公告》，第87卷，第3号（3月），英文第231–237页。

⁹ Brenda Waning等，“全球儿科抗逆转录病毒市场：产品可获得情况和使用分析揭示儿科制剂发展和儿童艾滋病毒/艾滋病治疗面临的挑战”，《BMC

基本药物的可负担性

低收入国家和中等收入国家用现款购买大多数药物，这使药物可负担性成为一个决定获得性的关键因素。单种药物的可负担性通过对比其成本和国际确定的贫困线予以评估。在下文所述评估中，评估结果以假定购买必要药物后处于每天1.25美元和2美元（购买力平价）的收入贫困线以下人口的份额表示。

购买基本药物可使贫困人口的比例增加

一份进行此类评估的近期研究发现，在16个中低收入国家中，有很大比例的人口将会由于购买药物被“推至”贫困线以下，如果使用研发厂家品牌产品的话尤其如此（表1）。¹⁰例如，在菲律宾发现，购买研发厂家品牌制剂治疗高血压（Atenolol）将额外22%的人口“推至”每天1.25美元的贫困线之下，相比之下，如果提供最低价的非专利同等药物以供购买则这个数字为7%。¹¹

评估可负担性的另一个方法是观察购买药物所需的家庭资源的比例，以及家庭支付该款项的能力。一般而言，如果保健支出占非食品支出的比例超过40%，则有时会被认为“灾难性的”。据假定，在此临界点，家庭可能被迫放弃购买其他基本必需品、变卖资产、招致债务或被推进贫穷的境地。¹²对家庭调查数据的分析发现，在22个低收入国家，每5个家庭中就有1个多家庭负担了“潜在灾难性”级别的医疗花费，40%多的家庭不得不依赖额外的资源来支付这些支出。¹³

推动使用非专利药物

从研发厂家品牌药物转到非专利同等药物可节省60%的费用

一般而言，研发厂家品牌药物较其非专利同等药物要昂贵得多。发展中国家在私营部门购买研发厂家品牌的患者平均比购买其最低价非专利同等药物的患者多2.6倍。¹⁴因此非专利同等药物有以较低成本实现同等保健成果的潜力，前提是这些药物的质量得到保证。一份研究发现，如果私营提供商从研发厂家品牌转至最低价非专利同等药物，那

儿科学》，第10卷，第74号（10月）。

¹⁰ Laurens M. Niëns等，“量化购买药物对贫穷的影响：对发展中国家药物可负担性的国家研究”，《公共科学图书馆-医学》，第7卷，第8期（8月），英文第1-8页。

¹¹ 该研究使用流行率估计数，并假定流行率在收入分配间平均分配。此外，该研究假定支付药物的负担是基本家庭必需品以外的负担，这反映在贫困线上。

¹² Owen O'Donnell等，《利用家庭调查数据分析医疗公平：技术及其执行的指南》（哥伦比亚特区华盛顿：世界银行，2008年）。

¹³ Anita K. Wagner等，同前文引书。

¹⁴ Alexandra Cameron等，“36个发展中国家和中等收入国家的药物价格、可获得情况和可负担性：第二次分析”，《The Lancet》，第373卷，第9659期（1月），英文第240-249页。

表1

如果家庭购买必需药物则被“推至”国际贫困线以下的人口的平均比例

健康状况	治疗	每天1.25美元贫困线以下人口的附加百分比		每天2美元贫困线以下人口的附加百分比	
		研发厂家品牌药物	最低价非专利同等药物	研发厂家品牌药物	最低价非专利同等药物
哮喘	沙丁胺醇100微克吸入器(30天供应量)	10	2	13	4
糖尿病	格列本脲5毫克片剂(每天2片, 共30天)	11	6	20	6
高血压	阿替洛尔50毫克片剂(每天1片, 共30天)	12	3	23	9
成人呼吸感染	阿莫西林250毫克片剂(每天3片, 共7天)	17	7	25	13

资料来源：Laurens M. Niëns等，“量化购买药物对贫穷的影响：对发展中国家药物可负担性的国家研究”，《公共科学图书馆-医学》，第7卷，第8期（8月），英文第1-8页。

么平均而言可节省60%费用。¹⁵同样的效益也可能在公共保健提供商间取得。例如，在中国，在2008年公共医药只提供四种药物的情况下，通过转而使用非专利药物本可节省8 600多万美元。这将使患者平均节省65%的实际费用。

不过，有证据表明，非专利药物的使用未达最佳状态。在没有专利保护的制药市场，医生和药剂师缺少开具或分配非专利药物的动力。¹⁶患者和医疗专业人员也常常不信任非专利药物的质量。更多使用非专利药物会带来增效，这表明有必要对促进非专利药物的可获得情况和使用以及确保其质量进行投资。

公共卫生系统

人口中最贫穷群体可能不能负担即使是最低价的非专利产品。因此，通过公共卫生系统确保免费或以极少费用获得药物对确保向所有人提供药物至关重要。充分发挥作用的公共卫生系统被认为与必需药物获得性提高和使用存款或借款或变卖资产以支付保健费用的需要降低相

¹⁵ Alexandra Cameron和Richard Laing，“私营部门消费从研发厂家品牌药物转至非专利同等药物所实现的费用节省”，《世界卫生报告背景文件》，第35号（日内瓦：世界卫生组织，2010年）。

¹⁶ Panos Kanavos、Joan Costa-Font和Elizabeth Seeley，“无专利药物市场的竞争：问题、监管和证据”，《经济政策》，第23卷，第7号，英文第499-544页。

关联。此外，确保医疗保险系统就基本药物提供广泛的承保范围有助于减少药物购买对贫穷的影响。¹⁷ 公共医疗保险还可阻止不适当的自行服药行为，例如，使用过期或劣质药物或服用部分剂量。¹⁸

改善基本药物可获得情况的全球举措

除了上述广泛的战略措施以外，还采取了多个步骤减少基本药物的费用，改善其可获得情况。更多步骤可在2011年9月联合国大会首次非传染性疾病高级别会议上建议。该首脑会议将汇聚国家元首、政府首脑和公共卫生专家应对非传染性疾病（慢性病）对中低收入国家大量人口造成的威胁。在讨论衡量、预防和健康促进等多方面内容的同时，该首脑会议的一个重要内容将是如果改进药物发挥关键作用的医疗护理。该首脑会议还应使给予传染病和慢性病的政策关注度更加平衡。

改善儿科药物的可获得情况

一个改善儿科药物可获得情况的国际努力是国际药品采购机制在儿科抗逆转录病毒领域开展的活动。具体来说，国际药品采购机制正在推动扩大儿科抗逆转录病毒治疗范围，努力降低价格。国际药品采购机制与克林顿基金会艾滋病毒/艾滋病行动合作，已为大规模购买儿科抗逆转录病毒药物提供可预测的融资。通过确保可靠融资来源的最小订货量，激励生产商进入儿科抗逆转录病毒药物的利基市场。¹⁹ 成果非常显著：每个儿科产品供应商的平均数量翻了一番，²⁰ 对有需要儿童的治疗覆盖范围从2005年的10%增加到2008年的38%，²¹ 自2006年起儿童高质艾滋病药物的价格已下降了60%。²²

¹⁷ Anita K. Wagner等，同前文引书。

¹⁸ Lucy Gilson和Di McIntyre，“在非洲消除使用者初级保健费用：采取慎重行动的需要”。《英国医学杂志》，第331卷，第7519号，英文第762–765页。

¹⁹ Brenda Waning等，同前文引书。

²⁰ 见“国际药品采购便利机制和克林顿基金会艾滋病毒/艾滋病行动宣布主要药物的新减价”，可查阅<http://www.unitaid.eu/en/resources/news/198.html>（2011年6月23日上网发布）。

²¹ 世卫组织、联合和共同赞助的联合国艾滋病毒/艾滋病联合规划署（艾滋病规划署）、联合国儿童基金会（儿童基金会），《迈向普遍获得：相应增加卫生部门内艾滋病毒/艾滋病干预措施的优先性——2009年进展报告》（2009年，日内瓦：世卫组织）。

²² 见“儿科艾滋病毒/艾滋病采购项目”，可查阅<http://unitaid.eu/en/paediatrics.html>（2011年6月23日上网发布）。