

从反思迈向改革： 全球卫生治理的 未来方向

五场区域对话的全球综合报告

免责声明

本报告记录了由 Wellcome 信托支持、区域合作伙伴牵头的五场全球卫生改革区域对话的成果。对话过程中表达的观点与意见均为与会者的个人观点，不一定代表 Wellcome 或区域合作伙伴组织的官方政策或立场。

致谢：

首先，本报告感谢参与五场区域对话的所有利益相关方和个人，以及牵头组织这几场对话的机构，感谢他们的时间与贡献。本报告由 Fabian Moser 撰写，Clare Battle 和 Beck Smith 提供支持。以下牵头区域对话的机构成员为本报告提供了关键评审与意见：Yousef Khader（中东与中亚区域对话）、Angkana Lekagul 和 Afifah Rahman-Shepherd（亚太对话）、Pablo Villalobos Dintrans（拉丁美洲与加勒比地区对话）、Julia Roper 和 Sanne Wendes（欧洲与北美对话）、Rispah Walumbe 和 Frida Ngalesoni（非洲对话）。

缩略语表

AfCFTA：	非洲大陆自由贸易区	M&E：	监测与评估
Africa CDC：	非洲疾病预防控制中心	OIC：	伊斯兰合作组织
AMA：	非洲药品管理局	ODA：	官方发展援助
APRM：	非洲同行审议机制	PAHO：	泛美卫生组织
ASEAN：	东南亚国家联盟	PFM：	公共财政管理
AU：	非洲联盟	PHC：	初级卫生保健
DPIs：	数字公共基础设施	PDPs：	产品开发伙伴关系
GAVI：	全球疫苗免疫联盟	PPPs：	公私合作伙伴关系
GHIs：	全球卫生倡议	REC(s)：	区域经济共同体
HEAR CSO：	重塑卫生架构民间社会组织	RPGs：	区域公共品
HTA：	卫生技术评估	SIDS：	小岛屿发展中国家
ICRC：	红十字国际委员会	UN：	联合国
IDA/IBRD：	国际开发协会 / 国际复兴开发银行	UNGA：	联合国大会
IMF：	国际货币基金组织	UN80：	联合国 80 周年改革倡议
LAC：	拉丁美洲和加勒比区域	WHA：	世界卫生大会
LACHCP：	拉丁美洲与加勒比健康促进平台	WHO：	世界卫生组织
MDBs：	多边开发银行		

目录

前言	4
执行摘要	6
背景	9
当前体系评估	12
1. 优势	12
2. 弱点	13
未来生态系统的愿景、原则与职能	15
1. 愿景	15
2. 原则	15
3. 职能	16
关键改革领域	17
1. 治理	17
2. 融资	24
3. 数据、知识和产品	33
前进之路	37
1. 驱动因素	37
2. 行动呼吁	39
3. 前进的关键问题	41
4. 结语	41
尾注	42
合作伙伴	43

前言

2025 年是全球卫生黯淡之年。国际援助预算大幅削减 - 最引人瞩目的是美国国际开发署关闭，随后欧洲各国也纷纷减资 - 这削弱了全球卫生努力，未来几年将导致数百万人丧生。

这些削减削弱了一个长期需要改革、但此前一直抗拒变革的体系。过去二十年，全球卫生推动了巨大进步，拯救了生命，改善了全球健康。但我们也最终形成了一个将不公平与低效常态化的体系。全球卫生往往沦为施加于国家的事情，而非由国家或与国家共同完成。如今，随着各国要求变革，我们迎来解决这一问题的历史性机遇。

作为全球最大的、致力于改善人类健康的独立慈善组织之一，Wellcome 既有责任也有机会响应这些呼吁。过去十年，我们支持新的全球合作模式，推动了大流行病防范与筹资领域的重大改革，同时持续召集多元声音，凝聚共识，并应对紧迫的卫生挑战。

许多难题有待解答。在体系资金减少的情况下，如何确保所有国家都能建设并维持强大、国家主导的卫生体系？如何打造一个与所有国家（无论其收入水平或卫生需求如何）相关且能响应该等需求的全球卫生架构？又如何将这些理念转化为现实？

过去一年，Wellcome 与全球合作伙伴携手，汇聚来自政府、多边及全球卫生组织、私营部门和民间社会组织的领袖与专家，开始探讨这些问题并寻找前进之路。首先，我们委托五位思想领袖阐述其改革愿景 - 以证明真正重塑全球卫生的可能性。这是一个需要雄心而非小打小闹的时刻。



图片来源: Vicki Couchman / Wellcome

随后，由当地合作伙伴设计和主导，我们在五个区域（拉丁美洲与加勒比地区、非洲、亚太、欧洲与北美、中东与中亚）举办了关于全球卫生未来的区域对话。来自 114 个国家的利益相关方 - 通过访谈、线上磋商和线下会议汇聚一堂 - 探讨了变革的优先领域及改革实现的路径。这些对话中提出的见解已形成五份区域报告，为区域和全球的审议提供参考。

“
如果我们做对了，历史将把 2026 年铭记
为全球卫生积极新时代的开端。

”
John-Arne Røttingen

“
接下来会发生什么，取决于我们是否愿意携手前行
”

John-Arne Røttingen

本报告汇集了所有这些反思与建议。从中可以清晰看到各方对实质性改革的强烈意愿。各区域观点多元，但传递出共同信息：当前的全球卫生体系捉襟见肘、过度中心化，无法满足世界需求。若要建立一个更公平、更连贯、真正由服务对象塑造的全球卫生体系，深层次变革势在必行。必须赋予区域推动全球卫生的力量。

五个区域一致认同三大改革优先领域：

- **治理**：厘清并精简各组织的职能范围，将权力向区域和中低收入国家（LMICs）转移。
- **融资**：确保国际融资契合各国需求，增加国家和地区对卫生的投资。
- **数据、知识、产品**：建设更强大的区域数据体系，塑造市场，确保人人都能获得所需的卫生产品。

接下来，在四月的全球会议上，我们将汇聚五区域利益相关方，共同探讨改革中浮现的共识领域，以及最关键的 - 将其转化为行动的路径。我们希望此项工作能为他人提供平台，确保好的理念能转化为真正的变革。

此项工作与其他重要改革倡议并行（并希望为其提供支持），包括阿克拉重置、欧盟捐助方反思进程、卢萨卡议程后续行动、重塑卫生架构民间社会组织、塞维利亚行动平台，以及正在推进的世卫组织相关进程和更广泛的联合国 80 周年改革。今年，我们大家面临的挑战是如何将这些分散的线索汇聚成一股连贯而有力的变革推力。

如果我们做对了，历史将把 2026 年铭记为全球卫生积极新时代的开端。一个重塑而非衰落的时刻。一个集体行动将危机转化为雄心勃勃的协同应对的时刻。一个由公平、效力与效率驱动，为所有人带来更好健康成果的时刻。

接下来会发生什么，取决于我们是否愿意携手前行 - 并抓住这一机遇，为所有人建设更健康的未来。

John-Arne Røttingen
首席执行官，Wellcome

执行摘要

2025 年，Wellcome 支持了五场由合作伙伴组织牵头的区域对话，汇集了来自 114 多个国家的利益相关方，共同探讨以下问题：

- 当前全球卫生架构面临哪些关键挑战?哪些方面运行良好？
- 未来全球卫生架构应具备何种职能与形态?需要哪些改革来实现这一目标？
- 为实施这些改革，下一步需要采取哪些行动?如何以集体方式推进？

本报告汇集了这些区域对话的成果，审视了观点共识与分歧，及其对改革的意义。

各区域利益相关方一致认为，当前全球卫生生态系统带来了明显益处，但长期存在的缺陷阻碍了进步。

当前生态系统中被认为有价值的要素包括：世卫组织的规范职能；利用国际专业知识的技术合作；推动融资、创新和特定疾病进展的多边伙伴关系；以及支持卫生的持续人道主义存在。

然而，所有区域均认为当前全球卫生生态系统已不适应目标需求。所有对话都指出了关键缺陷，包括：架构缺乏连贯性与效率低下；决策、议程设定和叙事定义中的权力失衡；问责与实施方面的差距；外部融资依赖；碎片化的国际卫生融资扭曲了体系、侵蚀了效率；数据主权与知识交流方面的差距；以及关键商品生产与供应能力的脆弱。

为应对这些瓶颈，五个区域对话的与会者共同展望了一个去中心化的全球卫生生态系统：由国家驱动、以区域枢纽为锚点、并由更精简、更流畅的全球架构提供支持。

这一新的全球卫生生态系统应致力于改善健康成果，为所有人创造集体价值，其路径包括：支持区域和全球公共品的提供、提供响应性国际协调，以及在必要时确保有效援助与国家主导的路径对齐。该生态系统还应能响应疾病负担及其决定因素的变化，并支持基于不同情境与需求采取差异化方法。

实现这一愿景需遵循关键原则：主权、辅助原则、公平与连贯性。同时还需厘清区域和全球层面所需的关键职能。对话强调了在国家层面设定优先事项的重要性，以确保地方相关性与主导权。区域层面应以区域优先事项设定作为补充，以协调国家需求、应对共同挑战，并提供技术合作与协调、区域公共品及资源动员。全球层面的角色则相应转变为：制定技术规范与标准、承担全球引导与协调职能、以及动员协调一致的融资。

在这一基础愿景之上，五个区域的对话共同确定了围绕治理、融资以及数据、知识与产品的关键改革。

每场区域对话都就改革的具体面貌提出了独特见解与视角。综合来看，这些对话还勾勒了关键后续步骤，并提出了推进这些共同改革优先事项（横跨治理、融资、数据、知识与产品）所需解决的新问题。

治理

为应对重复、竞争以及全球 - 区域角色模糊的问题，区域对话就职能范围改革的两大优先事项达成共识：

- 厘清并重新平衡全球与区域间的分工。
- 精简职能范围，尤其在全球层面。

赋能区域卫生能力也被视为使全球卫生架构更具响应性、公平性、有效性与韧性的关键。在实践中，这意味着要利用近端优势与本地专业知识，确保区域组织能以连贯、统一的声音发言。深化区域建立、拥有和领导的组织的职能范围与决策权，也被视为有赖于加强区域和次区域卫生协调、扩大共享运营能力以及开发区域公共品。

与此同时，区域对话普遍认同，改进全球卫生决策需要重新平衡理事会代表性，提升中低收入国家和区域的声音与权威。对话还强调将民间社会及其他非国家行为体制度化地纳入各级治理。各方还就使问责机制更具互惠性、增强其公信力与后果达成共识。

融资

区域对话一致认为，各国必须在增加国内卫生融资的数量和质量方面发挥主导作用，并管理好可持续的过渡进程。与此同时，还必须应对宏观金融制约。

所有区域均认同应提高国际卫生融资的质量。遵循“卢萨卡议程”，各区域呼吁实现更协调、更简化、更可预测的外部融资，同时推动多边开发银行角色的演变。各区域还提议加强区域融资机制，以支持区域公共品。

数据、知识和产品

各区域利益相关方一致认为，需加强可互操作、区域治理的健康数据与知识体系 - 以强大的数字基础设施、清晰的数据治理和结构化的知识交流为支撑 - 以实现可信证据与更强合作。

各区域还一致认同，必须主动塑造健康市场，以确保公平可及、增强韧性，并在新冠疫情期间的不公之后提升区域主权。这应包括集中采购以及分散化、监管更完善的卫生产品制造。

这也被视为创造经济效益的机遇，可在共同框架内协调卫生与经济目标。

改革的实施将需应对快速变化的全球经济与政治背景。

尽管区域对话力求达成共识并确定具体后续步骤，但阐明改革的“如何做”（尤其在全球层面）仍是挑战。此外，对话中确定的若干改革将依赖于政治敏感的权力转移，可能会遭遇阻力。

因此，实现更公平、更有效、更高效的全球卫生生态系统将依赖几个关键驱动因素：中低收入国家与区域的积极领导；志向远大的技术改革方案与高层政治权威的对接；利益相关方组成的动态联盟倡导并实施改革；以及能够快速取胜并维持更大变革的迭代进程。此外还需合作伙伴共同努力，解决关键的未决问题，利用即将举行的区域和全球卫生改革讨论，确保形成清晰、统一的推进路径。

全球卫生的实质性变革不可避免。但全球卫生生态系统的成功改革取决于各方共同努力，所有区域作为共同设计者切实参与其中。

各国政府必须确立并执行共同的改革方向。它们还必须加强融资并将其统一到一个计划之下，并在能增加价值的地方推动权力下放。区域组织必须建设共享体系，承担明晰职能，并协调市场。全球组织必须变得更精简、更流畅。它们还必须支持区域行为体，与国家计划对齐，并修复融资工具。民间社会组织、智库和学术界必须加强声音、证据与问责。通过跨区域、跨利益相关方群体的协调一致努力，我们能够抓住当前的机遇窗口，打造一个能够匹配当今和未来健康需求的全球卫生生态系统。

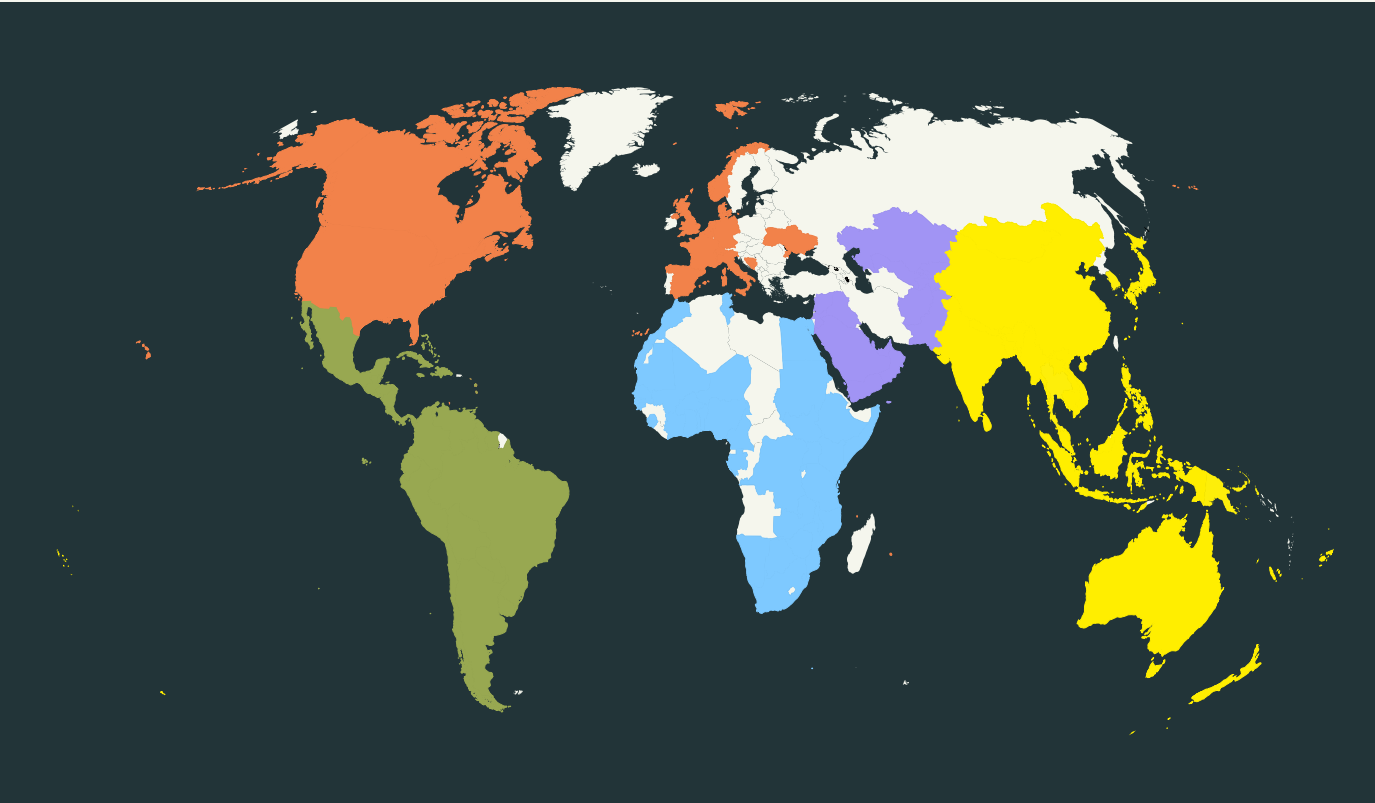
背景

毫无疑问，过去 12 个月的政治与金融变动给全球卫生带来了前所未有的挑战。值得注意的是，这些变动已导致捐助方援助大幅削减，造成生命损失，并有加剧全球不公平的风险。但即便在这些变动之前，仍有 46 亿人无法获得基本卫生服务¹，世界也未对未来大流行病做好充分准备。虽然没有简单的解决方案，进展前景仍高度不确定，但当前的危机时刻可被视为开启了变革的窗口。如今，我们迎来了期待已久且亟需的变革性改革机遇，以建设一个更美好、更公平的未来全球卫生体系。

过去十年，《卢萨卡议程》等倡议一直在推动全球卫生架构²的演进。然而，在这一新背景下，所需的变革与可能的变革已截然不同。

就其性质而言，全球卫生改革需要全球响应。这不能由单一组织、国家或区域决定；需要来自世界各地的集体智慧与决策。2025 年，为补充其他改革倡议，Wellcome 在拉丁美洲与加勒比地区、非洲、亚太、欧洲与北美、中东与中亚³支持举办了五场关于全球卫生改革的区域对话。这些对话由各区域的合作伙

参与五场全球卫生改革区域对话的国家



五场对话汲取了来自 114 多个国家的经验与专长，与会者包括国家政府、区域组织、世卫组织及更广泛联合国系统、多边开发银行、非政府组织、民间社会组织、慈善基金会、私营部门、社区组织等的代表（参见图示）。虽然每场对话各具特色，但都包括一个磋商阶段和一个线下会议阶段，已于 2025 年 8 月至 11 月间举行（详见框 1）。

框1

概述：全球卫生改革区域对话

设计、领导和推动各区域对话的组织：

- **拉丁美洲和加勒比地区**蒙特雷科技大学（墨西哥）与临床疗效与卫生政策研究所（阿根廷）、马约尔大学（智利）、西印度群岛大学（牙买加）。
- **非洲**：非洲医疗与研究基金会（肯尼亚）。
- **亚太**：PMAC 战略研究所与卫生政策项目基金会（泰国）、苏瑞福公共卫生学院、新加坡国立大学（新加坡）、万科公共卫生学院、清华大学（中国）。
- **中东和中亚**：东地中海公共卫生网络（约旦）与中东全球事务理事会（卡塔尔）、纳扎尔巴耶夫大学医学院（哈萨克斯坦）。
- **欧洲和北美**：Panorama Strategy（美国）与 SEEK Development（德国）。

磋商阶段：发掘国家和区域行为体的观点与优先事项，开始识别共识与分歧领域。跨区域情况：

- 通过线上调查，共接触了 1790 名与会者，收集见解、验证假设并征集改革方案。
- 共访谈了 204 名关键知情人，探讨当前体系面临的挑战与改革优先事项。
- 许多区域还举办了次区域层面的线上焦点小组讨论或研讨会。
- 磋商活动辅以牵头组织进行的迭代政策分析与综合。

会议阶段：形成并巩固共识领域，解析和辩论争议领域，推动在优先事项和具体改革步骤上形成区域共识。

- 权威且富有建设性的与会者群体汇聚一堂，进行坦诚包容的审议。
- 五场会议分别在柏林、安曼、新加坡、基加利和墨西哥城举行，共汇聚 273 名利益相关方。

虽然对话始于对当前全球卫生架构的评估，但其重点在于前瞻，探讨以下核心问题：

- 当前全球卫生架构面临哪些关键挑战？哪些方面运行良好？
- 未来全球卫生架构应具备何种职能与形态？需要哪些改革来实现这一目标？
- 为实施这些改革，下一步需要采取哪些行动？如何以集体方式推进？

基于磋商与会议，各区域对话产出了一份成果报告，记录了与会者的反思与建议^{4 5 6 7 8}。五份报告提供了独特的区域见解，以及区域和全球层面的具体改革方案。

本综合报告汇集了这些区域对话，审视了观点共识与分歧，及其对改革的意义。旨在使这些经验与优先事项能够补充其他分析（如欧盟及志同道合捐助方反思进程），并为正在进行的改革努力（包括“卢萨卡议程”、阿克拉重置、塞维利亚行动平台、重塑卫生架构民间社会组织以及正在形成的世卫组织召集进程，以及更广泛的联合国 80 周年进程）做出贡献。

本报告组织结构如下：第 II 部分评估当前体系；第 III 部分概述未来生态系统的愿景、原则与职能；第 IV 部分阐述关键改革领域、建议的后续步骤及未决问题；第 V 部分探讨集体前进之路并作结。

当前体系评估

五场区域对话均揭示了当前全球卫生生态系统的运行状况，指出了其带来明显益处的方面，以及长期存在的缺陷如何阻碍进步。

1. 优势

各区域一致认为，当前形式的全球卫生生态系统为关键进展做出了贡献。被认为特别有益的生态系统要素包括：

1.1. 世卫组织的规范职能

强调在提供全球技术标准与指导方面的作用至关重要，是一项关键的全球公共事业。尽管有人呼吁让指导更能响应国家和区域现实，但世卫组织的规范职能仍被视为日益复杂生态系统中重要且合法的锚点。

1.2. 利用国际专业知识的技术合作

国际技术合作与知识共享机制使各国能够获取其可能无力独立发展的专长与标准。尤其是，合作与学习平台为较小或资源较少国家从全球知识中获益创造了优势。

1.3. 推动融资、创新和特定疾病进展的多边伙伴关系

创新多边合作帮助若干国家在艾滋病毒、结核病、疟疾和免疫接种等重点卫生领域，以及孕产妇和儿童健康方面，取得了可衡量的成果。这些成果得到了多边伙伴关系的支持，如全球疫苗免疫联盟、全球基金、全球融资机制等，因动员和集合广泛的国际资源、运用市场塑造机制降低价格和改善卫生产品可及性、以及采用多利益相关方治理而受到认可。

1.4. 存在支持卫生的持续人道主义

中东与中亚对话强调，在脆弱和受冲突影响的环境中，红十字国际委员会和人道主义非政府组织等中立行为体在维持基本卫生服务可及性、补充更广泛卫生体系努力方面持续发挥的关键作用。

尽管获得了这些成功，所有区域均认为当前全球卫生生态系统已不适应目标需求。具体而言，治理、融资、知识交流和产品供应方面的缺陷被强调为削弱了效力、效率和可持续发展。

2. 弱点

2.1. 过时叙述

全球卫生仍运行在一种塑造着体系的“援助优先”叙述之下，将国家和区域（尤其是全球南方）视为接收者，而非共同设计者。这种过时方法中，决策和技术权威掌握在外部组织手中，从外部塑造优先事项，强化了依赖。成功被框定为遵守捐助方要求和实施垂直项目，而非共同贡献于公共品、建设国内领导力以及在国家、区域和全球层面实现长期的体系强化。

2.2. 缺乏连贯性且效率低下

全球卫生架构规模庞大但缺乏连贯性，加之缺乏共同的成功愿景，使问题更加恶化。全球组织之间，以及全球与区域组织之间的角色模糊。职能范围重叠，行为体之间经常相互竞争而非互补。机构职责不清，平行倡议围绕国家优先事项层出不穷 - 而非协调一致。这种碎片化和缺乏全系统决策阻碍了生态系统的效力。

2.3. 权力失衡

卫生治理仍由高收入行为体和区域主导，且在全球层面过度集中。五个区域中的四个（非洲、拉丁美洲与加勒比地区、亚太、以及中东与中亚）在对话中强调，其区域在全球卫生决策结构中（例如在全球卫生组织的理事会和治理进程中）没有足够的权威。这加剧了依赖与不公平，中低收入国家政府和民间社会组织在优先事项设定、项目设计和监督中代表性不足、影响力微弱。这也导致一些行为体感到身处一个由全球北方构想、资助和治理的体系的“边缘”，该体系未能充分吸纳国家和区域的需求、专长与主导权。

2.4. 问责缺位

全球卫生领域缺乏有效的问责机制，导致承诺落实存在持续差距。没有更具约束力的机制或激励体系，提供全球公共品的集体承诺只会被视为空谈。若干对话还指出全球卫生监测的单向性，即追踪国家绩效是否符合捐助方目标。相比之下，追踪捐助方是否与国家优先事项对齐的等效机制要么薄弱，要么缺失 - 这延续了权力失衡，破坏了信任。

2.5. 持续依赖外部融资

国内卫生投资不足，以及部分国家过度依赖外部资金，不仅在国家层面制约了国家主导权与卫生主权，也削弱了这些国家在全球卫生生态系统中的能动性。当前生态系统的一个关键缺口是，缺乏足够机制来建设国内融资能力，并规划从外部融资负责责任的过渡。宏观金融制约，特别是不可持续的债务负担、不公平的借贷成本和非法的资金流动，限制了各国的财政空间，使问题进一步恶化。

“
现行架构无法促进全球、区域与国家层级之间的协同。许多国际行为体并非补充现有能力，而是平行运作，造成重复，挤占了本可由地方或区域机构更有效履行的职能。

”
《拉丁美洲与加勒比地区对话成果报告》

2.6. 碎片化的国际卫生融资

各自为政、针对特定疾病的融资渠道泛滥，破坏了连贯性，并给各国带来了不必要的行政负担。此类资金往往绕过国家规划和预算进程，忽视了发展可持续的国家自主体系的需要，削弱了公共财政管理，并与初级卫生保健的综合交付相悖。

2.7. 数据主权与知识交流的差距

许多国家向全球研究工作贡献了大量数据，但缺乏对数据、知识和卫生产品的主导权与互惠访问权。缺乏可互操作的数据体系，加上区域知识交流与技术合作有限，也制约了利用数据和专业知识进行循证决策和快速卫生应急响应。

2.8. 脆弱且不公平的保健商品生产与供应

新冠疫情大流行凸显了集中化的全球生产与供应体系的脆弱性，以及在获取重要保健产品方面持续存在的不公平。地方和区域制造、供应链和协调监管进程的机会往往未被充分利用，延续了对外部市场的依赖，而非在全球卫生生态系统内培养自主性与韧性。

这项评估表明，尽管各区域利益相关方承认当今全球卫生生态系统的成就与资产，但他们清楚这些优势与阻碍进步的深层缺陷并存。当今的全球卫生生态系统已变得碎片化、头重脚轻，且与区域和国家的优先事项错位。这种诊断构成了一个共同观点的基础：有意义的改革必须具备变革性，并由清晰的共同愿景指导。

未来生态系统的愿景、原则与职能

1. 愿景

综合五场区域对话，它们共同展望了一个能够改善健康成果，为所有人创造集体价值的全球卫生生态系统，其路径包括：支持区域和全球公共品的提供、提供响应性国际协调，以及在必要时确保有效援助与国家主导的路径对齐。这一体系能响应疾病负担及其决定因素的变化，并能基于不同情境与需求采取差异化方法。这是一个由各国驱动、以区域枢纽为锚点、并由更精简、更流畅的全球架构支撑的去中心化体系。

实现这一愿景需遵循关键原则：

2. 原则

- **主权** - 国家对其卫生优先事项和体系行使权威，增强自力更生。全球卫生生态系统由国家主权行为体与区域机构和非国家行为体合作塑造，推动以自主、信任和合法为基础的多边协作。
- **辅助原则** - 决策与执行尽可能在受其影响最直接的层面进行，支持采取差异化的灵活方法，以响应多样且不断变化的国家和区域事实，并以权力下放为锚点。在关键时刻提供国际协调及外部资金和技术支持，以强化国家和区域在一个共同全球框架内的能动性。

- **公平** - 全球卫生生态系统可催化在国家内部和国家之间实现公平健康结果的进展。公平的程序、伙伴关系、治理和融资机制，积极重新平衡国家、区域和全球层面行为体之间的权力不对称与差距。
- **连贯性** - 体系各层面的职能清晰且互补，并有明晰的组织角色与之匹配。通过确保现有结构和体系得到强化和利用，而非创建新的或平行结构，实现效率最大化。拥有更清晰（更少重叠）职能范围和职责的精简全球组织，尊重、补充和支持地方和区域现有的体系，将这些体系连接成一个由网络化合作（而非竞争）塑造的协调一致的全球生态系统。

3. 职能

国家层面无疑仍是提供和保护健康的首要场所。但朝着转型后的全球卫生生态系统迈进，也要求更清晰地阐明区域和全球层面（本文重点）所需的职能。

大多数对话确定了区域层面的以下职能：

- 根据各国不同的卫生需求和共同优先事项，设定区域卫生优先事项、议程和战略，并加强区域、跨国问责机制。
- 领导区域内各国的技术卫生合作与协调，并在有要求时，为国家实施项目提供因地制宜的支持。
- 提供卫生领域的区域公共品，如疫情监测和应对能力、共享数据与知识架构、监管协调标准等。
- 根据国家和区域卫生优先事项，为区域公共品及其他形式的合作与支持，动员和整合资金与技术资源。

全球层面则需辅以下列职能：

- 制定全球技术规范与标准，支持并协调提供卫生领域的全球公共品 - 如研发、监管指导、临床与政策指导、全球疾病监测体系等。
- 提供全球引导与协调，以管理全球威胁与外部效应（如全球卫生紧急事件），并在一个共同全球框架内促进信息共享和跨区域行为体的协调。
- 为全球公共品以及为正在向国内卫生筹资过渡的国家和人道主义环境提供支持，协调动员资金。

此职能列表并非详尽无遗，但基于对话中最常被强调的内容，为未来卫生生态系统不同层面的分工提供了轮廓。这将需要进一步的集体审议，以确保职能的全面梳理（认识到所需的支持和参与类型会因国家背景而异），并考虑那些能力、结构和准备状态差异巨大的区域实现这些职能的适当路径。关于实现这一职能分工所需步骤的反思详见下节。

关键改革领域

每场区域对话就推进上述转型后的全球卫生生态系统所需改革，提出了独特的见解与视角。

各区域在讨论的重点、强调程度和深度上存在差异。尽管如此，五个区域的对话均已汇聚到共同的改革领域，以回应当前评估中确定的普遍弱点。综合来看，这些对话提出了治理、融资以及数据、知识与产品方面的关键改革。其中许多呼应了《卢萨卡议程》⁹ 中设定的现有优先事项和转变，强调在前行过程中需借鉴既有原则和联合行动的承诺。推进改革所建议的后续步骤和未决问题，直接基于所有对话的提议以及共享优先事项的综合。

1. 治理

1.1. 区分与精简职能范围，以提高连贯性与效率

为应对第 II 部分所述的重复、竞争及全球 - 区域角色模糊问题，区域对话就职能范围改革的两大优先事项达成共识：区分与重新平衡全球 - 区域分工，以及在同层内精简职能范围。

1.1.1. 区分与重新平衡全球与区域之间的职能与职能范围

将更多职能从全球层面转移至区域层面，是拉丁美洲与加勒比地区、亚太、非洲以及中东与中亚对话共同的关键改革优先事项。其驱动因素是一个共同的愿景：建立可信的区域枢纽，直接响应本区域各国的独特需求，同时连接并塑造全球体系。

尽管关注点在全球体系，来自欧洲与北美的利益相关方也表示大力支持重新校准全球与区域层面的角色与职责，让区域在卫生领域拥有更大主导权，同时明确哪些职能应保留在全球层面。

大多数对话强调，世卫组织需重新聚焦于其制定全球规范与标准的核心职能，区域组织则在情境化适应、技术合作与实施支持方面承担更明确的角色。亚太和拉丁美洲与加勒比地区还强调，需对国际货币基金组织、世界银行和区域开发银行等国际金融机构进行职能范围改革，以更好地协调全球与区域公共品的融资（参见 2.2 小节）。

然而，各方也一致认为，不应低估这种将职能从全球重新平衡至区域层面的复杂性。要帮助区域卫生组织吸收和履行额外的职能，考虑到各区域能力和成熟度的差异，将需要大量支持（参见 1.2 小节）。确保区域组织之间清晰的治理与问责安排，对于避免此类转移加剧碎片化也至关重要。所有区域还一致认为，通过联合和共享框架实现的更大程度区域化，必须确保全球层面的协调一致。

1.1.2. 厘清并精简同层内的职能范围，尤其在全球层面

除了重新平衡全球与区域间的职能与职能范围外，对话中还形成了强烈共识，即当前全球卫生组织的职能范围也应厘清和精简，以减少碎片化和低效率。

建议的后续步骤：

- 全球与区域卫生组织引入或改进问责与协调规程，由成员国政府监督，包括建立联合规划与信息共享的正式机制，以促进集体行动和激励结构，优先考虑合作与协同而非竞争。
- 政府授权对全球和区域卫生组织的各自职能范围及差异化职能进行一次全系统范围的独立审查，识别重新校准的机会，以解决重复、缺口和低效问题，并确保履行第 III 部分所述的关键职能。此类进程应包容透明，涉及全球行为体（如世界卫生组织、联合国儿童基金会、联合国人口活动基金会等，以及全球疫苗免疫联盟、全球基金、全球融资机制、药品专利池、流行病防范创新联盟和大流行病基金等全球卫生倡议及不同伙伴关系）以及区域行为体（如非洲疾控中心等）。
- 根据审查结果，政府与合作伙伴共同推动全球卫生组织逐步下放商定的角色与职责，同时支持和赋能区域卫生组织承接这些职责。此权力下放应分阶段、可预测地进行，以增强对改革进程的信心并巩固治理公信力。
- 各国政府与合作伙伴共同推动全球卫生组织（包括联合国系统内外）通过适当的治理机制精简其职能范围，同时避免创建新组织。

尽管原则上达成广泛共识，但在抱负水平、实现路径的看法以及对不同选项的支持程度上，仍不够明确。提议包括：更好地协调全球卫生组织（包括世卫组织、全球疫苗免疫联盟和全球基金，由中东与中亚、欧洲与北美强调）之间的职能范围；让组织重新聚焦于其拥有比较优势的核心职能和职责（拉丁美洲与加勒比地区、欧洲与北美、亚太）；以及积极统一职能范围以减少组织间的重复（非洲）。

未决问题与权衡：

- 鉴于区域能力和一体化程度差异巨大，如何最好地推进区域化改革，同时保持全球层面的协调与连贯？
- 集体审议如何能更精确地确定全球与区域层面的职能平衡，同时考虑相关的权衡？
- 哪些行为体具备权威和公正性来领导全球层面的角色、重复职能与职能范围的全系统审查？其建议又如何能在各治理机构中被采纳？
- 此类审议如何确保充分考虑不同国家（考虑收入状况、脆弱性等因素）的不同需求？
- 如何建设性地应对机构对实质性职能范围转移的阻力？
- 在职能转移期间，如何避免全球卫生职能的真空，尤其是如果角色转移速度超过资金或技术能力？

1.2. 赋能区域卫生架构

在各次对话中，赋能区域卫生能力被视为通过利用近端优势与本地专业知识，使全球卫生架构更具响应性、公平性、有效性与韧性的关键。拉丁美洲与加勒比地区、中东与中亚、非洲和亚太区域强烈共识认为，其各自的全球影响力取决于可信、连贯并能以统一声音发言的区域组织。

深化区域组织的职能范围与决策权，将需要加强区域和次区域卫生协调、扩大共享运营能力并加强对区域公共品提供的支持。由于各区域的异质性，实现这一目标没有一刀切的方法。尽管如此，浮现出两种共同机制。

1.2.1. 加强区域政策协调平台

应加强多边、多利益相关方的区域和次区域平台，使其成为制定和批准共享卫生优先事项、议程和区域战略以及协调行动的枢纽。这将使各国能够动员集体资源，协调努力，以影响全球层面的决策与政策。这些平台应由国家、次区域和区域行为体驱动并向其负责，以解决区域卫生问题，同时保持与全球机制的联系。

已有区域自主的行为体可以行使或为此类协调与领导提供基础，尽管在大多数情况下，现有配置并不完美。中东与中亚对话的与会强调，诸如东地中海公共卫生网络、海湾疾控中心、阿拉伯联盟和伊斯兰合作组织等组织可以充当协调与领导枢纽。区域化将需要对现有安排进行批判性审视（参见第 III 部分），随后协同努力加强关键能力，认识到这可能需要的不是单一的、边界清晰的区域枢纽，而是具有可变几何结构和跨不同职能参与度的灵活、网络化模式。要在区域层面有效推进卫生工作，不仅需要与专注于卫生的组织合作（与全球层面一样），还需要与职能范围涵盖其他部门的行为体合作，这反映了卫生挑战固有的跨领域性质。

1.2.2. 提供区域公共品与集合职能

与增强区域层面提供公共品和集合职能的愿望一致（参见第 III 部分），开发或加强联合采购、区域制造、监管协调和应急响应能力的机制 - 以利用规模经济并减少对外部体系的依赖 - 也成为各区域的共同优先事项（参见框 2）。

框2

例如：关于拉丁美洲和加勒比地区健康促进平台（LAC-HCP）的提案

拉丁美洲与加勒比对话提议创建一个拉丁美洲与加勒比地区健康促进平台（LAC-HCP），以重塑和加强该区域，方法是在两个不同但又相互关联的领域促进合作并推动协调投资：

- 1) 开发区域公共品，如健康数据架构、卫生技术评估方法、用于人工智能驱动的数据驱动解决方案的共享生成与分析能力、区域知识库。
- 2) 南南合作，促进共享生产与服务，如联合 / 协调采购、区域制造和共享监管强化。该平台将作为一个统一、非重复的机制运行，完全补充泛美卫生组织、次区域机制和多边开发银行的职能范围。

建议的后续步骤：

- 基于 1.1 小节提议的全球审查，各区域的政府和组织需确定并商定由哪些区域组织（或组合）牵头履行区域层面的关键职能，并共同努力确保具备相应的职能范围和资金。实现这一目标的具体路径将因区域而异，应由各区域自行决定并商定。
- 全球组织及其区域办事处应尊重区域主导组织的核心角色，遵循辅助原则，并与之建立平等伙伴关系。
- 捐助方应使资金和技术援助与区域优先事项和战略对齐。

未决问题与权衡：

- 考虑到重叠的成员资格和不同的一体化水平，区域应如何界定 - 例如，按政治地理、经济集团还是功能性卫生网络？
- 区域组织如何与其成员国在议程设定、监督和融资方面合作，同时避免重复全球或国家职能？因为操作边界可能仍有争议，全球组织可能不愿让出空间。
- 通过哪些实际步骤，区域可以制定并商定一种提供区域卫生公共品的方法，包括确定能最有效加强提供的机制？
- 处于不同制度发展和一体化水平的区域卫生组织，如何连接到一个连贯的全球卫生架构中并对其负责？
- 从全球卫生组织（包括其区域办事处）有效下放职能将涉及哪些内容？对世卫组织区域办事处的管理和汇报线有何影响？
- 如何在寻求加强能力的过程中，有效地促进区域卫生组织和网络之间的同行学习？



非洲在全球基金（Global Fund）和全球疫苗免疫联盟（Gavi）等全球倡议中的角色，需从象征性参与转变为在治理中拥有实质性影响力和共建权。这将确保非洲的能动性和真正代表性，将象征性存在转变为真正的平等。



《非洲对话
成果报告》

1.3. 重新平衡决策结构与实践

在所有区域，改善全球卫生决策有两个突出优先事项：即：

- 重新平衡理事会代表性与治理实践，提升中低收入国家的声音与权威。
- 将民间社会组织及其他非国家行为体制度化地纳入各级治理。

1.3.1. 重新平衡全球卫生理事会的构成与实践，以提高效力

各对话普遍同意，全球卫生组织应确保其理事机构对中低收入国家更具代表性，以使决策权能更好地反映这些组织旨在服务的国家。

非洲和亚太对话呼吁进行实质性变革，以实现全球卫生治理和融资中决策权与实践的平等，超越资金贡献，更好地反映在全球卫生中的负担、利益与责任。

欧洲与北美对话支持在全球卫生理事会中更好地代表中低收入国家。报告强调，需要通过明确理事会决策流程、加强理事会会议准备与后续跟进，同时确保各组织在不同全球卫生理事会中立场一致，来提高理事会实践的有效性和连贯性。

1.3.2. 将包容性治理在各级实现制度化

所有区域一致建议，让非国家行为体（尤其是民间社会组织和社区行为体）在各级和各组织的卫生治理中实现系统性和有意义的参与制度化，包括决策与监督。非洲对话特别呼吁在治理中实现性别平等。

两个及以上对话强调需要：

- 以正式参与机制取代非正式安排，以增加透明度和合法影响力。
- 以持续性和反馈循环取代临时性咨询，以防止象征主义。
- 让参与贯穿政策全过程，而非孤立参与，以确保决策响应生活经验。
- 在国家、区域和全球卫生治理层面实现这些机制的制度化。

对话中最常提及的是民间社会群体、青年、学术界以及社区和患者团体。中东与中亚及欧洲与北美对话明确提到了私营部门。中东与中亚利益相关方进一步强调了难民参与的必要性。

“
与会者强调，需要在全球论坛中加强中东与中亚的代表性，才能使区域优先事项影响全球决策。
”
《中东和中亚对话成果报告》

建议的后续步骤：

- 独立智库和民间社会群体分析关键组织当前理事会构成的差距，然后与政府和合作伙伴协商，为中低收入国家、区域组织和民间社会群体提出新的代表性目标。此分析将创建一个共享的证据基础，以推进集体改革讨论。
- 各国政府授权成立一个全球卫生理事会改革工作组，由来自政府、民间社会群体、资助方及其他理事会席位持有者的跨区域代表组成。工作组将共同考虑改革选项、权衡、章程中的法律限制以及关键全球卫生理事会之间的相互依存关系，提出一条提高透明度、行政可行性和连贯性的前进路径。
- 各国政府和区域组织识别并支持来自中低收入国家和小岛屿国家的全球卫生倡导者，在全球论坛上发声和倡导。
- 全球和区域组织在各级治理中纳入或加强民间社会组织的正式参与机制。
- 全球合作伙伴（包括基金会和其他资助方）和政府为民间社会组织提供资源，使其能够有意义地参与全球和区域卫生治理。

未决问题与权衡：

- 应该用哪些指标来定义平等、公平代表性和“有意义”的参与？如何取得适当平衡？
- 如何在更广泛的参与与高效决策的需求之间取得平衡？
- 如何更好地理解和驾驭捐助方在更具包容性和效力的治理模式中对控制和监督的持续期望？
- 全球卫生组织如何应对既得利益和可能的法律限制（例如，在创始章程中），以重新分配理事会席位或投票权，实现更公平的代表性？
- 理事会主席、秘书处和席位持有者可采取哪些实际步骤和流程（例如，在决策和机构治理的其他方面），以提升理事会个人及集体效力？

1.4. 提升问责互惠性与后果性

尽管各区域关于改革问责机制的提议在重点和深度上有所不同，但在提升问责机制互惠性和增强其公信力方面形成了共识。

1.4.1. 提升问责机制互惠性

非洲和亚太对话强调，需要超越对“受援助”国的单向监测，确保也追踪捐助方在商定优先事项上的绩效。应通过引入或加强机制，积极抵消这种不对称性，确保所有行为体 - 捐助方、资助组织、政府、实施者等 - 就商定的承诺相互问责。其他区域原则上同意，但未具体讨论。

1.4.2. 增强问责机制的公信力与后果

为取代现有不足的机制，对话一致认为，需要更明确的规则、更高的透明度、更强健的激励体系，以及对违规行为的有意义后果，来加强问责。尽管对话同意，在没有全球政府的情况下，正式执行往往在政治上不现实，但这些措施对于令全球卫生承诺更具公信力和约束力至关重要。中东与中亚特别强调，需要将全球、区域和国家行为体之间清晰阐述的相互承诺，与能在复杂政治背景下运作的实际机制挂钩 - 扩展公共评分卡或仪表板、独立审计和绩效挂钩融资等工具。

建议的后续步骤：

- 政府、区域组织、民间社会、学术界等采取针对区域的步骤，加强相互问责，例如：
 - 非洲：i) 利用非洲同行审议机制，扩大国与国之间的审议；ii) 制定并运作“外部”审议机制，以监测全球利益相关方对商定优先事项的承诺与实施情况（例如《卢萨卡议程》监测与问责框架）。
 - 亚太：i) 在国家和区域层面建立强健的资源图谱和支出追踪机制，以准确、动态地追踪所有来源（例如，来自政府、慈善机构和援助）的财政资源分配与拨付；ii) 制定并领导平行的监测与评估机制，例如，结合自我评估、同行审议、独立外部评估和社区参与，并设定植根于实现健康公平的明确指标。
- 政府、全球和区域组织探索制定更具约束力的规则和结构性激励措施，作为未来区域和全球合作伙伴关系的先决条件，例如，为那些表现出与商定优先事项对齐并进行透明报告的行为体，提供集合融资、技术合作或治理角色的优先准入。

未决问题与权衡：

- 应追踪哪些外部承诺 - 例如，融资、代表性和改革进展？指标如何在可比性与本地相关性之间取得平衡？
- 主要行为体，特别是主权捐助方，会接受更具约束力的限制吗？如果不能，什么样的激励结构可以有效替代？
- 在当前的地缘政治气候下，哪些问责机制（约束性规则、激励措施、透明度）能真正改变行为？可以在何处有效锚定？
- 现有工具（如公共评分卡、仪表板或独立审计）的使用经验如何为未来更有效的使用提供信息？

除了关键的治理改革外，若干融资改革也已确定为全球卫生生态系统有效演进的关键。

2. 融资

2.1. 推进国内融资

区域对话一致认为，各国必须在增加国内卫生融资的数量和质量方面发挥主导作用，并管理好可持续的过渡进程。与此同时，还必须应对宏观金融制约。

2.1.1 增加国内卫生融资的数量和质量，将卫生体系重新定位至初级卫生保健

为增加卫生融资数量，两个及以上对话建议政府扩大预算拨款、拓宽公共收入基础，并利用私人融资（同时保障公共利益）。

为提高卫生融资质量，所有对话均强调需将融资改革锚定在初级卫生保健，以减少卫生体系交付中的碎片化，加强有效和公平分配资源的机构能力，并在此框架内增加对预防和健康促进的支出。

建议的后续步骤：

- 各国政府将实现资金流动检测的制度化，以便及时透明地报告国内资源动员与分配情况，并加强国家问责机制。
- 区域组织追踪国内融资承诺的实施情况，并鼓励成员国之间的同行问责（例如，通过人均指标和区域同行审议机制追踪“阿布贾宣言”承诺）。
- 政府将国家融资改革重新聚焦于初级卫生保健，将垂直项目整合到统一平台中，并将国内投资导向初级卫生保健的基石，包括基础设施、人力、服务和药物。
- 政府在合作伙伴适当支持下，加强公共财政管理、战略性购买和卫生技术评估能力，以提高效率和公平性。

未决问题与权衡：

- 在整体财政空间有限、重新分配资源可能挤占其他部门的情况下，各国如何保护或扩大卫生领域的财政空间？
- 需要哪些能力和政治激励，才能确保追踪国内融资承诺的机制（如评分卡和同行审议机制）得到有效实施？如何最小化博弈或表面合规的风险？

2.1.2. 管理可持续的过渡，合作伙伴发挥互补、对齐的作用

所有对话均强调了向国内融资和综合卫生体系负责的过渡的重要性，尤其突出了以下提议：

- 扩大卫生合作中的国内联合融资要求（来自若干对话）。
- 利用国家协调平台 - 嵌入现有卫生部门协调委员会 - 制定国家卫生投资计划。这些计划应与“单一国家计划”对齐（参见下方小节 2.2），绘制当前资源图谱，并利用明确的外部融资过渡计划，规划走向国内融资的路径。可能需要扩大委员会职能范围，以确保所有相关行为体（包括财政部、气候部门和边缘群体）的参与（来自亚太对话）。

更广泛地说，若干对话¹⁰强调，计划需反映各国处于不同的过渡阶段；特别是，许多弱势和受冲突影响的国家远未实现完全国内融资，需要持续的外部支持。此外，包括捐助方在内的合作伙伴必须确保发挥补充性作用，强化自力更生，并努力克服维持依赖的激励。

建议的后续步骤：

- 各国政府加强国家卫生投资与过渡计划，并将其整合到现有卫生部门战略规划和协调机制中，以构建从捐助方驱动体系向国内融资体系的有序过渡。
- 合作伙伴确保外部融资与国家定义的过渡路径对齐，确保支持以渐进、协调的方式退出，合作伙伴的角色随时间调整，以强化向国内融资的有序过渡。
- 规范性组织，如世卫组织、世界银行、国际货币基金组织、智库、学术界等，与各国政府和融资伙伴密切合作，就如何适当使用来自国内和合作伙伴来源的不同类型和工具的资金提供指导，以支持过渡计划。

未决问题与权衡：

- 可以从现有的过渡政策中吸取哪些经验教训？具体而言，各国如何确保过渡计划的设计和 实施能避免因外部资金减少而增加自付费用、服务缺口或财政冲击？
- 如何让具有不同职能范围和退出压力的合作伙伴对遵循国家定义的过渡路径负责，以确保其退出循序渐进且可预测，不会扰乱服务或造成资金冲击？

2.1.3. 应对宏观金融制约以释放财政空间

几乎所有对话都明确强调，需要应对不可持续的债务负担和不公平的借贷成本，以催化增加国内卫生投资。非洲侧重于债务互换，而拉丁美洲与加勒比地区则强调信用增强工具（以降低贷款成本）和毕业标准变更，指出当前标准将一些国家（如小岛屿发展中国家）归类为高收入，却忽视了其特定脆弱性。亚太承认气候相关的财政压力也影响着国内卫生融资的可行性。总体而言，对话呼吁对资格标准采取更细致的方法，以人道和环境脆弱性、疾病负担和部门绩效等因素为指导。



一个经过改革的全球卫生架构应（通过债务减免、公平借贷和公平的财政治理）将金融正义作为健康公平的基础。



《非洲对话成果报告》

建议的后续步骤：

- 财政部和卫生部共同努力，并与相关政府间组织（如联合国非洲经济委员会）和世界银行合作，联合评估、调整并在有用时实施符合国家和区域卫生优先事项的债务互换安排。经验教训和最佳实践应记录在案、交流分享，并在即将举行的春季会议上提出讨论。
- 全球和区域合作伙伴（如世界银行等）重新评估将收入水平作为优惠融资或赠款式卫生援助主要标准的使用。
- 全球和区域合作伙伴（例如，美洲开发银行、慈善机构等）合作扩大信用增强工具（如贷款担保¹³），以降低国家借贷成本，动员额外的卫生投资。

未决问题与权衡：

- 需要什么样的治理安排，才能确保为卫生进行的债务互换承诺转化为实际、持续的预算增长，而非象征性或短期拨款？
- 信用增强工具能否被设计为支持长期国内投资，同时又不会强化对外部融资的依赖或增加财政风险？

2.2. 提高国际融资质量

遵循“卢萨卡议程”，各区域均呼吁实现更协调、更简化、更可预测的外部融资，同时推动多边开发银行角色的演变。

2.2.1. 让支持工作与国家优先事项对齐，实现“单一计划、单一预算、单一监测与评估”，并强化综合的初级卫生保健体系

所有对话都将落实国家主导权视为全球卫生支持的核心组织原则 - 确保所有外部援助都符合国家定义的优先事项、战略和计划。遵循《卢萨卡议程》，这意味着将支持从供应驱动的垂直疾病特定项目，转向国家主导的初级卫生保健和体系¹²。各国应主导设计、协调和监督单一计划、单一预算和单一监测与评估框架，确保这些框架可信且由卫生部和财政部共同主导。相应地，捐助方必须使支持围绕单一国家计划、单一预算和单一监测与评估框架达成一致，而不是导致国家卫生规划和行政碎片化。

欧洲与北美的利益相关方指出，当国家计划缺乏细节或证据时，对齐努力往往会停滞。他们也认识到，双边捐助方的政治周期、问责压力和行政限制常常制约其在实践中达成一致的能力，而全球卫生倡议则受制于自身的规划和补充周期。



全球支持只有遵循国家优先事项才有效 - 否则它会碎片化我们的体系，分散人们对实际需求的精力。



中东与中亚对话与会者

建议的后续步骤：

- 各国政府建立并执行强有力的“单一计划、单一预算、单一监测与评估”卫生框架，由卫生部和财政部共同主导，包含一套明确的国家卫生优先事项。
- 各国政府加强并整合卫生协调平台以对齐支持，从成功机制中学习（例如，卢旺达的经验）。
- 合作伙伴（包括多边和双边捐助方）遵守“单一计划、单一预算、单一监测与评估”原则，摒弃平行计划或契约。
- 合作伙伴（包括多边和双边捐助方）在资金周期和安排上采取更大灵活性，以减轻国家和项目的行政负担。

未决问题与权衡：

- 从垂直方法向以初级卫生保健为中心的方法转变的最佳路径是什么？如何确保整合与体系强化，同时又不会削弱疾病成果，尤其是在边缘群体中？
- 各国如何加强其卫生主权，并创造强大的政治、操作和声誉激励，促使捐助方对齐，从而令遵守国家主导的优先事项成为默认惯例，而非可选的最佳实践？
- 国家和合作伙伴如何避免捐助方特定契约和附加条件的泛滥，因为这些可能会破坏一致与协调方面的努力？
- 认识到以往协调一致工作的成功有限，如何克服实现“单一计划、单一预算、单一监测与评估”的障碍？

2.2.2. 集合、整合并简化国际融资

各次对话中，利益相关方一致同意需要扩大集合和综合融资机制，以减少碎片化，更好地协调对卫生体系以及区域和全球公共品的多捐助方投资。

偏好因关注点和抱负水平而异。亚太地区的利益相关方强调，需要协调融资，建立清晰的协调结构和进行职能范围改革（跨多边开发银行、双边捐助方、慈善机构和私人行为体），以协调对区域和全球公共品的投资。拉丁美洲与加勒比对话提出了一种由多边开发银行主办的集合区域机制，旨在利用现有区域卫生基金支持公共品和应急响应（参见下节）。欧洲与北美的利益相关方原则上支持扩大集合，但更侧重于操作协调，且存在程度分歧：同意采取“务实”步骤 - 如协调资金周期和国家层面参与、对齐拨款模式、联合过渡路线图以及明确全球疫苗免疫联盟、全球基金、全球融资机制和世界银行之间的分工 - 但对共享理事会、合并或日落条款等结构性改革没有共识。这也适用于大流行病防范融资，对此偏好不一，有的倾向于单一机制，有的倾向于多个工具间更好的协调。



亚太地区的利益相关方强调，需要协调融资，建立清晰的协调结构和进行职能范围改革（跨多边开发银行、双边捐助方、慈善机构和私人行为体），以协调对区域和全球公共品的投资。



建议的后续步骤：

- 各国政府授权对主要区域和全球融资机制（无论是国家支持还是区域 / 全球公共品）的角色和融资模式进行独立审议。此审议将查明融资职能的重叠之处，并确定协调、整合和 / 或集合的机会与步骤。
- 各国政府评估此审议的结果，并根据审议结果实施必要改革。

这些步骤应与治理部分设定的组织职能范围分析（参见 1.1 小节）紧密联系。

未决问题与权衡：

- 集合和综合融资机制应在多大程度上推进效率与连贯性？资金周期和分工的渐进式协调是否足够，还是需要更深的结构性整合（如共享理事会或合并职能）？
- 全球层面机制的整合，与国家层面优先国家主导权和对齐国家优先事项的需求之间是否存在冲突？如果存在，如何缓解？

2.2.3. 构建稳定可预测的融资结构

各区域利益相关方一致认为，需要从短期资金周期转向可预测的多年期国际融资，使各国能够有效规划并加强其体系，并能可靠地为大流行病防范物资等全球和区域公共品提供资金。

例如，非洲对话认为，更长、更协调的捐助方预算周期对于有效的国家规划和维持以初级卫生保健为中心的综合方法至关重要。欧洲与北美呼应了这种需求，并认识到捐助方必须努力克服自身常限制可预测性的政治和行政制约；他们还强调了集体的可靠“和平时期”大流行病防范融资的重要性，而非孤立的应急资金。拉丁美洲与加勒比地区利益相关方强调，需要更长期的融资来支持结构性改革，而非短期的孤立项目。类似地，亚太对话呼吁进行长期导向的全球卫生融资，而中东与中亚的利益相关方则强调多年期承诺和透明度。

建议的后续步骤：

- 主要多边和区域卫生资助方（由其理事会监督和支持）的秘书处以及双边资助方，与国家政府及其他行为体合作，重新设计卫生融资工具，以支持多年期和以体系为中心的承诺，协调周期并延长拨付窗口。

未决问题与权衡：

- 如何应对法律、行政和政治制约，以便全球卫生资助方重塑其工具，提供更稳定、可预测的多年期资金？
- 随着各国逐步过渡、减少对外部支持的依赖，融资模式如何在可预测的多年期外部承诺与稳步增加的国内融资预期之间取得平衡？

2.2.4. 发展并提升多边开发银行的卫生融资作用

随着全球卫生融资从基于赠款的垂直项目转向长期体系强化，各区域利益相关方均强调需要区域和全球多边开发银行发挥更大、更具战略性的作用。尽管存在公认的风险，如债务负担增加和金融化，但多边开发银行日益被视为能够以传统捐助方无法达到的规模，支持多年期国家战略的合适机构。

各区域强调了不同的维度。非洲利益相关方强调，重点是争取更好的多边开发银行投资条款，包括通过国际开发协会 / 国际复兴开发银行增加社会服务投资，并利用多边开发银行支持毕业和日落条款讨论。亚太对话强调多边开发银行在协调全球和区域公共品的融资战略与投资、以及进行常规卫生资源图谱（尤其在区域层面）方面的作用。欧洲与北美的利益相关方将多边开发银行视为可持续发展的关键，强调了加强公共财政管理以及为初级卫生保健和体系提供优惠融资的作用。

建议的后续步骤：

- 多边开发银行与各国政府及其他行为体合作，完善其可持续发展、国家主导的优惠融资机制，以支持公平有效的初级卫生保健和公共品。
- 各国政府、多边开发银行、全球卫生倡议及其他行为体，将探索国家主导的多边开发银行融资方案，将优惠贷款与全球卫生倡议赠款和国内融资相结合，以支持有效过渡。
- 各国政府、多边开发银行及其他行为体，将探讨是否以及如何建立区域性的、由多边开发银行锚定的集合融资机制，用于跨境公共品和防范，以提高融资的可预测性、效率和与区域优先事项的对齐。

未决问题与权衡：

- 各国如何在不过度增加偿债义务的情况下投资于更强的卫生体系？考虑到各国财政能力的差异，优惠借贷与赠款资金的界限应划在哪里？
- 多边开发银行如何在扩大融资的同时，减轻金融化的风险，例如，国家卫生项目为追求可融资项目而重塑，牺牲了基本和公平的公共卫生体系？
- 各国如何以能强化国家主导权并支持长期、综合的卫生体系改革的方式，使用混合融资 - 例如，全球卫生倡议赠款与多边开发银行贷款及国内融资相结合？

2.3. 建设区域融资机制

对话与会者提议加强用于区域公共品和国家支持的区域融资机制。根据辅助原则¹³，将融资职能置于区域层面，有望提高自力更生和主权自主，确保贴近情境需求，并促进及时行动。同时，这也可能保持足够规模以产生效率，促进团结，并支持超出单个国家能力的区域公共品投资。

2.3.1. 集合与协调多样化的区域融资来源

通用方法是将多种资金来源和渠道（国内公共预算、区域多边开发银行、慈善机构、侨汇、双边捐助方以及[适当时]私人资本）集合到能够协调区域卫生投资的集合融资机制中。这有助于创建共享资源库，协调资金流，提高效率，从而实现对区域公共品的连贯投资和基于团结的国家支持。

在此框架内，各区域提供了不同重点：非洲对话强调，将来自国内财政、慈善机构和侨汇的资源汇集到与区域经济共同体或非盟相关的基金中，以减少碎片化，加强防范与应对。亚太对话与会者强调，协调多边开发银行、双边和慈善资金流以支持区域公共品的重要性，同时确保这种协调不会取代优先事项设定或实施职能。欧洲与北美利益相关方支持建立区域融资机制，用于集合采购和预先市场承诺，并与全球标准对齐。拉丁美洲与加勒比对话提议建立区域卫生团结基金；这是一个集合的催化性融资机制，由多边开发银行主办、国家治理，用于协调和利用区域卫生资金。

该基金通过卫生相关税收和多边盈余转用注资，将通过汇集多个捐助方的资源、降低行政成本和分散财务风险来提高效率，并通过将资金分配给最需要的地方来支持区域团结 - 尤其是在许多国家不再符合传统援助资格的情况下。与此同时，中东与中亚的与会者主张建立以区域为锚点的可预测联合投资流，并由共享监测支持，以协调初级卫生保健和区域公共品的资金。

2.3.2. 嵌入有效区域融资的共同原则

两个及以上对话中强调的有效区域卫生融资机制的共同特征包括：

- **政府主导、区域自主**：机制对各国政府负责，将决策权牢牢掌握在区域内国家手中，确保主权控制和政治合法性。
- **透明度**：共享监测框架和常规资源图谱，可以确保对贡献、分配和绩效的清晰、可预测追踪，加强区域内的信任与问责。
- **通过协调集合实现效率**（参见上文）。
- **团结作为指导原则**：随着针对许多国家的传统援助减少或消失，分配应确保资源流向区域需求最迫切的地方。
- **为共同目标联合投资**：机制必须激励国家的集体投资，运用能够激发贡献并建立对区域优先事项承诺的安排。
- **建立在现有组织基础上并整合**：利用现有区域或多边结构，避免重复，最大化机构能力。这可能意味着由多边开发银行主办、加强大陆基金（如非洲流行病基金），或通过次区域组织开展工作。

建议的后续步骤：

- 在非洲，各国政府和区域组织共同努力，通过非洲流行病基金增加用于应急响应的集合资金。
- 在拉丁美洲与加勒比地区，各国政府、智库、学术界及其他次区域和区域行为体，与选定的多边开发银行合作，探讨区域卫生团结基金的设计，包括其治理委员会、注资模式和潜在融资工具。
- 在亚太，智库和学术界与各国政府、合作伙伴及区域组织合作，建立一项与区域卫生战略对齐的常规的跨部门资源图谱职能，为区域集合融资机制的演进提供信息。
- 区域组织和合作伙伴共同努力，建立一个结构化的跨区域知识交流机制，交流关于区域卫生融资机制（包括治理模式和收入组合）的经验，由中立平台或多边开发银行主办。

未决问题与权衡：

- 哪些激励措施能说服各国政府加入区域卫生融资机制？如果短期利益看似不确定，各区域如何管理国家踟躇不前的风险？
- 如何平衡区域自主权和强主权控制与全球基金和多边开发银行的互操作性需求，以及外部合作伙伴的参与？

除了卫生治理和融资演进的共同优先事项外，对话还触及了数据、知识以及产品开发与供应的关键改革。

3. 数据、知识和产品

3.1. 增强区域数据与知识体系

各区域一致认为，迫切 need 加强可互操作、区域治理的健康数据与知识体系 - 以强大的数字基础设施、清晰的数据治理和结构化的知识交流为支撑 - 以实现可信证据与更强合作。

3.1.2. 建立或加强区域数字数据系统与枢纽，实现广泛互操作性

共同优先事项包括建立区域治理的数据体系，保障国家数据主权，确保各国仍是数据收集、存储和共享的首要权威。非洲对话特别强调，需要通过病原体获取与利益共享（PABS）系统，确保利益分享的条件和利益（如技术转让等多种）。

对话还强调，需要为人类健康结果、卫生融资和项目绩效以及疾病监测数据，建立可互操作的统一数字基础设施。这些应锚定在可信的区域组织中，支持聚合来自不同系统的数据，并创建区域数据枢纽，执行统一标准，实现跨国的实时分析。后者应得到数字仪表板的支持，以提高透明度和高效决策。非洲对话的与会者探讨了人工智能可能发挥的作用，视其为新数字健康基础设施的“支柱”，以提高运营效率、降低成本并提高生产力。

具体示例包括：

- 非洲健康数据与治理框架，以加强数据共享与体系。该框架将确保非洲健康数据在非洲大陆内存储、管理和使用，以保护国家主权，并通过增值（如临床试验）实现货币化。
- 东盟健康数据存储库，让东南亚国家能够对标卫生体系投资，识别可持续融资模式中的最佳实践。存储库将由国家拥有，由国家多利益相关方论坛促成次区域托管，从而分散行政负担，并强化次区域协调服务国家优先事项的作用。

3.1.3. 实现结构化知识交流机制的制度化

为进一步释放区域内同行间知识交流与技术合作，对话提出了更系统的交流机制，锚定在区域治理中，并得到数字工具的支持。

例如，通过拉丁美洲与加勒比对话提出的拉丁美洲与加勒比创新中心，将建立在该区域各国已有的庞大能力之上；这些能力往往未被充分利用或未得到其他国家的充分认可。通过年度征集提案、确立区域优先事项以及通过结构化的国家间交流来利用和扩大现有能力，该中心将解决当前阻碍南南技术合作的障碍。在亚太，这可以通过区域和次区域知识中心实现，这些中心汇集跨部门和跨国学习的最佳实践证据，并利用世卫组织、全球基金、世界银行、亚行、东盟和学术组织等现有组织。

建议的后续步骤：

- 在拉丁美洲与加勒比地区，感兴趣的各国政府将启动与泛美卫生组织及其他合作伙伴的初步讨论，共同设计拉丁美洲与加勒比创新中心，并设立区域委员会和特设工作组以确定优先事项。
- 在非洲，各国政府和区域合作伙伴将开发一个锚定在非洲疾控中心的非洲数据信息系统，作为非洲国家的数字公共基础设施（DPI）。
- 在中东与中亚，各国政府和区域合作伙伴将建立一个区域健康数据枢纽，以实现跨境数据共享和高级分析；加强现有区域机构以协调监测、实验室网络和跨境防范；建立区域知识共享平台，支持联合研究、监测和能力建设。

未决问题与权衡：

- 如何协调国家对健康数据的严格控制与紧急情况下快速跨境数据交换的需求？
- 如何确保区域内及区域间的连贯性，以确保强大的区域体系也能在全球层面保持一致？
- 数字工具和开放获取政策如何在不妨碍数据保护和知识产权的情况下增强知识利用？

3.2. 塑造市场、集合采购与分散制造

各区域一致认为，必须主动塑造健康市场，以确保公平可及、增强韧性并提升区域主权。这应包括集合采购以及监管更好、更分散的制造协调监管流程。这也被视为创造经济效益的机遇（刺激创新、增长、工业发展和生产力），从而在共同框架内协调卫生与经济目标。

3.2.2. 通过集合采购和渐进式附加条件塑造市场

对话一致指出，集合采购、价格谈判和标准化产品要求是降低价格、确保供应可靠和扩大可及性的基本工具 - 尤其是对于议价能力有限的国家而言。

各区域在区域和全球层面推进此事有不同的起点和看法。拉丁美洲与加勒比地区利益相关方强调了泛美卫生组织循环基金在整个区域的积极影响，但呼吁对其进行现代化改造和扩大。非洲对话建议，通过绘制现有能力图谱，并在全非盟范围内试行可预测需求的全非盟授权方法，来运作大陆范围的集合采购。

亚太对话建议将集合采购（首先在次区域层面，如太平洋或东盟）与融资改革和过渡计划对齐。中东与中亚的利益相关方提议，在区域内协调采购、储存和物流，以实现采购标准化，并确保各国（包括脆弱环境）能快速获得关键物资。欧洲与北美对话强调，需保持全球互操作性和共享标准，以避免市场碎片化和可及性问题；与会者建议，在加强全球机制（包括集合采购、预先市场承诺和研发伙伴关系中的早期公平获取条款）的同时，协调不断发展的区域机制。

“
欧洲与北美对话强调，需保持全球互操作性和共享标准，以避免市场碎片化和可及性问题。
”

3.2.3. 利用区域框架加强分散的制造能力

各区域一致认为，需要增加本地和区域制造能力，加强供应链，并协调监管流程。许多趋于认为，扩大生产对于确保危机期间及时获取和减少对外部市场的依赖至关重要。

在此框架内，浮现出不同的动机和方向。中东与中亚的利益相关方侧重于建设区域制造和物流中心，并辅以公私合作伙伴关系和数字供应链现代化。非洲的与会者强调了最全面的议程：投资本地制造和研发；在非洲药品管理局下进行监管协调；在非洲大陆自由贸易区下加强供应链；建设强制许可能力；培育能够服务区域和全球市场的自力更生的产业。

拉丁美洲与加勒比对话提议深化联合生产模式、区域供应链整合，并利用风险机制资助健康创新。欧洲与北美对话强调，将制造倡议与全球框架对齐，完善全球研发流程以更好地反映国家优先事项。



谈到：我们不只是想让疫苗送到我们这里，我们希望有自主生产的能力 世界必须适应这一新现实。



非洲对话与会者

建议的后续步骤：

- 各国政府和区域组织推进针对区域的扩大集合采购计划。
- 区域组织在区域间分享集合采购的经验教训和最佳实践，例如借鉴泛美卫生组织循环基金及其他成功模式，并探索联合机会。
- 各国政府和区域组织推进监管协调，以支持可扩展的区域生产。这可能包括加速推进各自组织（例如，非洲药品管理局的实施）、建立互认安排，以及协调产品标准和许可路径，使区域制造的产品能高效跨境流动。

未决问题与权衡：

- 如何平衡全球与区域的采购角色，以便区域能更快行动，同时又不会分割标准或丧失全球机制的规模优势？
- 哪些市场塑造工具可以更系统地加以应用（包括在公私合作伙伴关系设计中），以最大化公共卫生回报？
- 区域制造框架如何通过协调监管和供应链整合来释放共同的健康与经济价值，同时确保所有国家（包括较小或弱势国家），都能公平受益？
- 国家和区域组织如何与制造商及其他（私营部门）行为体合作，克服当前产业格局中的障碍，建立有效的生产体系？

前进之路

1. 驱动因素

推进这些改革并非易事。

尽管区域对话力求达成共识并确定具体后续步骤，但阐明改革的“如何做”（尤其在全球层面）仍是挑战。

各方也广泛认识到，所确定的许多改革，包括实施新的工作方式、重新分配权力以及改变关于全球卫生是什么以及谁有权决策的基本叙述，将遭遇阻力，改革努力有可能被现有结构阻挠或收编。事实上，向区域化的转向本身也反映了在全球层面推行改革的难度。

此外，快速变化的全球经济与政治背景中的若干趋势也可能制约改革的实施。正如拉丁美洲与加勒比对话所指出的，“全球卫生危机反映了更广泛的地缘政治与国际合作崩溃。”改革努力如今面临一个碎片化的格局，权力分散到更多行为体手中，意识形态极化加深，相互竞争的秩序模式和日益高涨的民族主义民粹主义削弱了共识与联合行动。国际卫生融资削减短期内不太可能逆转，多边安排也常常让位于交易性的双边方式。

此类评估应被理解为现实，而非悲观。为了在此背景下取得成功，改革必须主动在快速变化的地缘政治环境中航行。真正的转型将需要外部压力和更有效的新方法，根本性的长期变革不可避免。

各次对话确定了以下驱动因素可能发挥关键作用：

1. 中低收入国家与区域的领导作用

最接近实施层面的国家和地区必须处于改革的中心，高收入国家和全球组织应发挥赋能作用，支持国家主导和区域自主的改革议程。全球卫生生态系统的改革需要与推动区域和国家层面合作的联合行动齐头并进，而这只有当世界各区域的国家和利益相关方群体积极参与并领导改革对话时才有可能。

2. 政治与技术的协同

实施改革需要由专家知情且志向远大的改革方案与政治决策机制之间的有效接口。此类机制应涉及来自卫生和发展部门内外部的有影响力的部长，确保来自财政部和国家元首 / 政府首脑的高层政治权威，同时与其他区域和全球领导人协同。联盟应动员政治倡导者，利用区域和全球政治时刻与进程（如非盟峰会、美洲峰会、东盟会议、阿盟峰会、二十国集团、联合国大会和世界卫生大会），围绕技术合理的方案推进决策和高层问责。全球和区域卫生组织的主席和理事会成员也需要积极参与，以确保高层声明与战略和运营决策之间的连贯性。

3. 动态改革联盟

有影响力且敏捷的联盟对于进展至关重要。区域联盟，如亚太区域对话提议的亚太全球卫生改革联盟，有潜力为区域层面的联合优先事项设定和改革试点提供重要的多利益相关方召集平台。此外，跨区域集团之间的联盟（例如，在二十国集团等全球论坛中行使联合影响力）将是推进改革议程的关键。还应探索将中低收入国家元首与传统捐助国元首汇聚一堂的政治机会。在整个过程中，所有行为体必须共同努力，确保持续和新兴的改革倡议之间的协调一致，如《卢萨卡议程》、阿克拉重置、塞维利亚行动平台、重塑卫生架构民间社会组织以及正在形成的世卫组织召集进程，以及更广泛的联合国 80 周年进程，以确保改革的技术和政治势头不被分散。

4. 快速务实的进展

改革是一个迭代过程，而非单次飞跃。速赢对于建立势头和信任至关重要。尽管存在未决问题，改革应逐步启动，而非等待完全清晰和共识再行动。治理、融资及其他关键领域的优先改革，应通过不同行为体之间基于清晰且共享的合作利益的务实协议付诸实践。应利用区域和全球卫生会议分享早期改革成果、建立联盟并维持承诺。

“
改革是一个迭代过程，而非单次飞跃。速赢对于建立势头和信任至关重要。
”

2. 行动呼吁

第 IV 部分强调了在关键主题领域确保全球卫生生态系统改革所需的关键后续步骤。落实这些步骤需要集体努力，因此本部分总结了区域对话所强调的各利益相关方群体的关键行动。此列表并非详尽无遗，其他行为体，如慈善机构和私营部门，也将发挥关键作用。

1. 政府：确立并执行共同的改革方向，加强融资并将其统一到一个计划之下，并在能增加价值的地方推动权力下放。

- 持续推进“卢萨卡议程”承诺的进展，包括：
 - [中低收入国家政府] 为向国内卫生体系融资的过渡动员新资金，并将服务交付重新导向初级卫生保健。
 - [中低收入国家政府] 实现“单一计划、单一预算、单一监测与评估”的制度化，由卫生部和财政部共同主导；加强捐助方协调平台。
 - [捐助方政府] 落实“单一计划、单一预算、单一监测与评估”。重新设计双边资助工具，采用更灵活的周期和安排，以减轻国家和项目的行政负担，并支持多年期、以体系为中心的承诺，配合协调的周期和更长的拨付窗口。
- [各国政府] 承认不同行为体（包括民间社会组织和社区）在卫生治理中的重要作用，并在国家、区域和全球层面提供有效的参与机制。
 - [各国政府] 授权进行独立审查，并建立有时限、基于证据的决策机制，以便：
 - 就精简全球组织之间以及全球与区域组织之间（包括区域和全球融资机构）的职能、职能范围和融资模式达成一致步骤。

- 就可预测、分阶段向区域组织下放适当职能范围、决策权和资源达成路线图。
- 考虑改革选项、法律限制和权衡，以改进关键全球卫生理事会的理事会代表性和实践，并提出前进路径。

2. 区域组织：承担明晰职能，建设共享体系，协调市场。

- 共同努力，并与各国政府合作，以：
 - 确定并商定由哪些区域机构领导哪些关键卫生职能，并确保其获得履行职能所需的决策权和稳定资金（包括来自区域融资机制的资源，如多边开发银行等）。
 - 建立区域数据和证据平台，实现跨境共享和分析，服务于区域战略。
 - 扩大集合采购，借鉴成熟模式（例如泛美卫生组织循环基金），并在区域间分享经验教训，以提高可预测性和资金效益。
 - 通过推进监管协调等措施，增加卫生用品的联合生产。

3. 全球组织：精简、支持区域行为体，与国家计划对齐，并修复融资工具。

- [所有组织] 尊重区域组织，主动促进辅助原则：平等合作，使技术援助与融资与区域战略对齐，为下放职能让出空间；加强与区域组织的问责与协调。
- [全球卫生组织] 遵循“卢萨卡议程”，采用更灵活的长期融资周期和集合安排，以减轻国家的行政负担，并落实“单一计划、单一预算、单一监测与评估”。

- [全球卫生组织] 与各国政府共同努力，精简组织的职能范围和安排（参见上文）。
- [多边开发银行] 与各国政府和合作伙伴合作，审议和精简融资模式，完善和扩大长期、以体系为中心的优惠融资工具，在明确的国家领导下，补充国内及其他资源（包括全球卫生倡议赠款），同时避免加剧金融化或不可持续的债务负担。
- [国际金融机构] 应对不公平的财政空间制约，包括重新考虑基于收入水平（例如小岛屿发展中国家的情况）而忽略关键脆弱性的资格标准，并与各国政府、慈善机构和区域多边开发银行合作，扩大催化性信用增强工具（如贷款担保）以降低借贷成本。

4. 民间社会组织、智库和学术界：加强声音、证据与问责。

- [民间社会组织] 在各级卫生治理中倡导并行行使有意义的参与，促进面向公平结果和过程的透明度与问责。
- [所有群体] 与各国政府及其他方合作，提出基于证据的中低收入国家 / 区域代表性目标以及全球卫生理事会的公平参与机制。
- [智库和学术界] 提供分析和思考，为各国政府和全球卫生组织提供信息，共同制定关于过渡期融资工具的明确指导，以匹配国内 / 伙伴来源（包括多边开发银行和慈善机构）与融资需求。
- [所有群体] 利用卫生资金流动图谱，追究各行为体的责任，并塑造国家、区域和全球层面有效且公平的融资安排的演进。

3. 前进的关键问题

如上所述，推动全球卫生改革的联合工作必须立即开始。但虽然我们不应让未决问题阻碍我们采取行动，我们也必须清楚在哪些方面需要进一步分析和审议，以确保清晰、统一的推进路径。

第 IV 部分已针对每个改革领域强调了具体的未决问题。综合来看，这些也指向一组更广泛的基础性问题，亟需进一步考虑：

1. 对于全球卫生生态系统的愿景（包括国际协调、外部援助以及区域和全球公共品的提供，以改善健康结果并为所有人创造集体价值），是否存在共识？
2. 第 III 部分列出的职能是否充分囊括了重塑后的全球卫生生态系统的关键职能？对于所提议的区域与全球层面的职能平衡，是否达成一致？
3. 在各自层面内，这些不同职能的责任应归于何处？如何厘清组织职能范围，并在需要时加强机构能力，以确保一个精简、连贯且有效的生态系统？
4. 还需要哪些进一步信息（例如，关于不同改革方案的机会成本或权衡）来为改革的优先排序和顺序安排提供信息？
5. 需要在何处、由谁做出哪些决定，以实现关键改革？如何利用不同层面的不同进程和论坛来推动变革？
6. 需要不同利益相关方群体采取哪些行动来推动进展？如何完善、加强并将上述行动呼吁付诸实践？

至关重要的是，即将举行的区域和全球卫生改革讨论必须专注于逐步解决这些问题。

4. 结语

全球卫生的实质性变革不可避免。问题不在于体系是否会变。而在于何时变、朝哪个方向变、以及由谁来塑造这个未来的体系。这需要集体思考与行动。作为对区域和全球层面其他倡议的补充，本报告为回答这些问题提供了一份贡献。

来自 114 多个国家的政府和非政府组织通过深入、系统的审议，发出了自己的声音。他们探讨了未来的体系应该是什么样子，以及如何实现。为了受益于世界各地的集体智慧，并确保所有国家和地区（特别是中低收入国家）在塑造前进道路上有强大的发言权，这些讨论同时在拉丁美洲与加勒比地区、非洲、欧洲与北美、中东与中亚以及亚太进行。来自这些区域的多元且专业的与会者仔细评估了改革优先事项并凝聚了共识。

这些对话共同设定了清晰的后续步骤，核心是将权力和决策从全球层面转向国家和地区，以建立一个更响应、更公平、去中心化却又相互连接的全球卫生生态系统。这也突显出若干关键的未决问题。这些问题的解决，以及更广泛的持续全球卫生改革倡议的成功，现在取决于各方共同努力，汲取共享知识，所有区域作为共同设计者切实参与其中。全球卫生生态系统的改革需要跨区域、跨利益相关方群体的协调一致努力，以抓住当前的机遇窗口，打造一个能够匹配当今和未来健康需求的全球卫生生态系统。

“

问题不在于体系是否会变。而在于何时变、朝哪个方向变、以及由谁来塑造这个未来的体系。

”

尾注

1. [《追踪全民医保：2025年全球监测报告》](#)。
2. 全球卫生架构通常被理解为共同引导、协调、资助和实施全球健康改善努力（包括多边与诸边全球和区域机构与机制、双边伙伴关系等）的体系、架构、机构、规则和过程。
3. 这些对话之前，五位思想领袖分别提出了五份大胆的全球卫生架构重塑方案，作为诸多输入之一，用于启动讨论。
4. [拉丁美洲与加勒比地区全球卫生架构改革对话：对话成果文件](#)
5. [重塑亚太全球卫生改革：Nationally Designed, Regionally Coordinated, and Globally Aligned.最终报告](#)。
6. [全球卫生架构改革非洲区域对话。成果文件](#)
7. [全球卫生治理架构改革。欧洲与北美区域对话的优先事项与观点](#)
8. [中东与中亚全球卫生改革区域对话](#)
9. <https://futureofghis.org/final-outputs/lusaka-agenda/>
10. 中东与中亚以及欧洲与北美对话特别提出了这一点。
11. 贷款担保是指催化性或优惠资本，用于分担债务投资的风险并吸引更多资本。
(<https://thedocs.worldbank.org/en/doc/164f0203d738919baef24f0a1a2fb788-0140022024/original/Development-Bank-Working-Group-Joint-Roadmap-JUNE-12-2024-FINAL.pdf>)
12. 这一点在非洲、欧洲与北美以及中东与中亚对话中尤其强调。
13. 欧洲与北美对话普遍支持辅助原则，对更大程度区域化持开放态度，并支持利用区域开发银行和其他融资机制。然而，该区域未详细讨论具体的区域融资机制。
14. 关于重塑卫生架构民间社会组织项目的更多信息可在此查阅：<https://hearcso.org/>

合作伙伴

非洲：



亚太：



Saw Swee Hock
School of Public Health



欧洲和北美：



SEEK DEVELOPMENT

拉丁美洲和加勒比地区：



THE UNIVERSITY OF THE WEST INDIES

中东和中亚：



Wellcome supports science to solve the urgent health challenges facing everyone. We support discovery research into life, health and wellbeing, and we're taking on three worldwide health challenges: mental health, infectious disease, and climate and health.

**Wellcome Trust, 215 Euston Road, London NW1 2BE, United Kingdom
T +44 (0)20 7611 8888, E contact@wellcome.org, [wellcome.org](https://www.wellcome.org)**

The Wellcome Trust is a charity registered in England and Wales, no. 210183.
Its sole trustee is The Wellcome Trust Limited, a company registered in England and Wales, no. 2711000
(whose registered office is at 215 Euston Road, London NW1 2BE, UK). SP-7725.4/03-2026/RK