

Getting Health Reform Right 通向正确的卫生改革之路

——提高卫生改革绩效和公平性的指南

A Guide to Improving
Performance and Equity

原著 Marc J. Roberts
William Hsiao
Peter Berman
Michael R. Reich

主译 任明辉
主校 郭岩



北京大学医学出版社

Creating Healthier Markets, Higher

迈向正确的卫生改革之路

——从卫生改革到全民健康保障

A Guide to Improving
Performance and Equity

著者 Alan J. Auerbach
William H. Shewchuk
David Jameton
Michael B. Marston

译者 王健

译者 王健

人民卫生出版社

通向正确的卫生改革之路

——提高卫生改革绩效和公平性的指南

原著 Marc J. Roberts
William Hsiao
Peter Berman
Michael R. Reich

主译 任明辉

主校 郭 岩

翻译人员名单(按姓氏笔画排序)

石 岩	任明辉	刘继同
邹 岩	春 董 鹏	
简 伟		

北京大学医学出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

通向正确的卫生改革之路: 提高卫生改革绩效和公平性的指南/(美) 罗伯逊 (Roberts, M. J.) 等著; 任明辉主译. —北京: 北京大学医学出版社, 2009

书名原文: Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity

ISBN 978-7-81116-729-0

I. 通… II. ①罗…②任… III. 医疗保健事业—体制改革—研究 IV. R197

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2009) 第 127552 号

北京市版权局著作权合同登记号: 图字: 01-2009-3678

Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity by Marc J. Roberts, William Hsiao, Peter Berman, and Michael R. Reich Copyright © 2008 by Oxford University Press, Inc. All rights reserved. Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity was originally published in English in 2008. This translation is published by arrangement with Oxford University Press. Simplified Chinese translation copyright © 2010 by Peking University Medical Press. All rights reserved.

This book is in copyright. No reproduction of any part may take place without the written permission of Oxford University Press, Inc. or Peking University Medical Press.

通向正确的卫生改革之路——提高卫生改革绩效和公平性的指南

主 译: 任明辉

出版发行: 北京大学医学出版社 (电话: 010-82802230)

地 址: (100191) 北京市海淀区学院路 38 号 北京大学医学部院内

网 址: <http://www.pumppress.com.cn>

E - mail: booksale@bjmu.edu.cn

印 刷: 北京朝阳新艺印刷有限公司

经 销: 新华书店

责任编辑: 董采萱 刘燕 责任校对: 杜 悦 责任印制: 郭桂兰

开 本: 880mm×1230mm 1/32 印张: 12.375 字数: 350 千字

版 次: 2010 年 1 月第 1 版 2010 年 1 月第 1 次印刷

书 号: ISBN 978-7-81116-729-0

定 价: 76.00 元

版权所有, 违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

著者前言

近数十年来，许多国家政府致力于改革和重组其卫生保健体系。这些改革包括新的保险体系、改变初级卫生保健服务提供方式、重新构建医院管理体系、下放政府卫生服务体系，所有这些都是为了更好的绩效和公平性。但是，许多改革的努力结果却不尽如人意。患者依旧抱怨糟糕的服务，医生依旧抱怨低工资，预算部门依旧抱怨卫生部门的费用上涨。一些国家已经颁布了连续数年的改革法案，而一些国家还在苦苦推行所采纳的改革计划。还有一些国家尚不知道下一步该怎么办。

本书试图帮助那些对卫生系统改革有兴趣的人们。正如我们书名所提示的那样，这是一本指南手册，力图提供具有可操作性的建议，从而帮助改革者改进卫生体系的绩效，并特别关注改革的公平性。尽管我们广泛收集了学术文献，但是我们并不认为这是个学术界已经终结的话题。相反，这本书的出现来自多年全球卫生部门决策者的培训班和研讨会，来自于我们同各种各样的政府之间广泛深入的咨询和顾问关系。

我们认为卫生系统改革有四个重要的特点。第一，我们视卫生部门为达到目的的一个手段。我们劝告改革者以结果判断体系，以绩效状况确定问题，以是否承诺解决这些不足来评价所提出的解决办法。这种做法导出了确定问题、诊断原因和制定政策的一个严格的分析方法。这种方法在卫生改革中常常缺乏，并且这种缺乏导致了令人失望的卫生改革结果。

我们认为第二个主要特点是，将国际经验同极其敏感的当地情况相结合的义务。本书中，我们没有告诉改革者我们认为什么是“正确的答案”。相反，我们提供了他们可以利用的方法和工具，以得出适合本国经济资源、政治环境和管理能力的答案。基于全球改

革的经验，我们仅仅为这些选择提供了指南，但是这个指南应该总是以当地情况为条件的。再者，我们认为，最近的许多失望可以追溯到某些国际专家或机构所推崇的政策方案中某些尚未受到批评的倡议——他们缺乏对当地情况的足够理解。

我们认为第三个主要特点是，卫生系统的改革采取了多学科的方法。应当承认，相关概念和方法的广泛程度令人畏惧。但是，忽视情形中的重要特征的狭隘分析只会带来失败，包括未能预见的结果或者未能想到的困难。在认识任何卫生体系时，资金流动和动机都是非常重要的，所以我们广泛采用了经济学分析方法。但是，我们也认为动机本身不能解释一切，因此，我们在很大程度上依靠组织学理论和社会心理学来解释医生、医院、患者和其他角色的行为。此外，我们认为，仅仅关注技术问题将永远不会使得一个改革者能够完全认识现实并且发挥作用。因此，我们将很大的精力用于理解卫生系统改革的政治环境，并且制订出能够推进改革的政治策略。最后，我们认为，卫生部门政策不可避免地涉及伦理学的选择，因此，一些基本政治和道德哲学的基础对于改革者理解和作出理性的选择是必需的。

关于伦理这一点是我们方法学最后的重要特点。卫生系统改革的公平性问题是本书一个持续性的主题，这反映了我们自己的个人价值观，以及对国际社会采纳的千年发展目标的关心。我们清楚地认识并讨论了全球公平性观点的不同。同时，我们提供了我们自己的伦理观，并指出卫生体系绩效的公平性受各种各样的改革措施的影响。

尽管我们相信更加系统的分析对卫生系统改革很重要，但是我们还没有天真到忽视了其困难。卫生系统改革相当复杂，常常以出人意料的方式反映在政策上。现状的受益人群将继续反对变革。改革的倡议常常忽视当地的现实，而国际组织往往只关注内部动力和外部激励。然而，我们相信，增加改革思考的深度和广度可以产生更好的效果，这正是我们在本书中所希望达到的目的。

致力于上述目标的这个作品，其产生已经历了六年的广泛合

作，是无数的会议、纪要、对话和辩论的结果。这些章节已多次起草、评论、编辑和修改。一些章节被重写数次，一些则还有不同意见。一些侧重我们的概念，另外一些来自于多年来很难获得的经验的智慧。我们中的二人或三人不可能完成这部我们四人共同的成果。

这项工作的发起要归功于世界银行研究所的 Paul Shaw。他于 1996 年开始组织了一个重大教学项目，即“卫生系统改革和可持续筹资的旗舰课程”。Shaw 要求 Hsiao 负责一个关于卫生系统评估和诊断的介绍性课程。之后，Hsiao 邀请 Berman、Reich 和 Roberts 加入，我们的合作从此开始。

在 1997 年夏季，我们为这个课程首次完成了一个七章的背景材料和教学资料，这次课程在华盛顿特区的秋季举行，有来自许多国家的 90 名人员参加。这些背景资料成为本书的第一稿。在 1998 年夏季，世界银行为第二年的课程邀请 Roberts 重写并补充了这些材料。之后，我们四人同意合作将这些背景材料变成一本书。我们采用了随后每年各种旗舰课程的手稿，包括在华盛顿特区以及在国内外的课程。在 2002 年下半年和 2003 年冬季，Roberts 和 Reich 在 Hsiao 和 Berman 的指点下修改了原稿，强调了主要内容，整合了不同部分，确保了一致性，并统一了文字风格。

正如在第一章中所指出的，本书依靠六个主要概念。这里，我们注明了每一个概念的起初来源。

政策环的陈述来自 Roberts 和一位同事——Christian Koeck 所教授的卫生政策课程。

伦理学框架由 Roberts 和 Reich 以及一位同事 Karl Lauterbach 的研究，他们已教授公共卫生伦理课程长达十年。

我们所用的政治学分析是 Reich 研究的内容，并且包括他完成的软件，称为决策者（同 David Cooper 合作）。

卫生系统是实现目标的一个手段的概念以及绩效目标公式来自于 Hsiao 的多国研究和顾问工作。Roberts 和 Berman 对此及其与伦理学框架的相关关系进行了详细阐述。

控制柄的概念由 Hsiao 研究——其中三个特殊的“柄”（组织、规制和行为）来自我们广泛深入的讨论。

诊断树方法来自 Roberts。

现在简单介绍一下各章节的原始作者。第 1 章（概述）和第 2 章（政策循环）由 Roberts 撰写，Reich 给予了帮助。第 3 章（伦理）由 Roberts 和 Reich 撰写。第 4 章（政治学）由 Reich 撰写。第 5 章（目标）和第 6 章（绩效）由 Roberts 撰写。第 7 章（诊断和政策制定）由 Berman 和 Roberts 撰写。第 8 章（筹资）由 Hsiao 和 Roberts 撰写。第 9 章（支付）由 Hsiao 撰写。第 10 章（组织）由 Roberts 和 Berman 撰写。第 11 章（规制）由 Hsiao 和 Roberts 撰写。第 12 章（行为）由 Reich 撰写。第 13 章（结论）由 Roberts 汇总我们所有的想法撰写。当然，我们中的每一位都对所有章节贡献了重要的思想，这里就不再列举介绍了。

这样一个复杂和长期的工作需要众多人的支持。我们最感激的是世界银行的 Anne Johansen。作为许多旗舰课程的组织者和合作教师，她不断地推动我们理清思路，并在数年中贡献了诸多真知灼见。发起这项工作的 Paul Shaw 和同样是世界银行研究所的 Hadia Karam 一直是富有价值的批评家、评论家和伙伴。其他参与各种旗舰课程教学的人们也对我们的想法给予了很大贡献，他们包括 Richardo Bitran、Alex Preker、Melitta Jakab、Alan Maynard、George Schieber、April Harding 和 Jurgen Wassam。我们感谢在哈佛的同事 Tom Bossert，我们大量摘引了他关于分权方面的研究，他也对部分章节提供了深思熟虑的评论。Pat Stout、Ted Green 和 Lisa Bates 为第 12 章（行为）提供了非常有帮助的意见。我们也要感谢在地区性培训班上与我们一起授课的同事们的支持，特别是在匈牙利布达佩斯的 Miklós Szócska 和 Tamás Evetovits。

这个多年努力的部分支持来自于 Hsiao 获得的世界银行起初教学方案开发资金，以及 Reich 通过 Joe Cook 领导的项目所获得的来自 Edna McConnell Clark 基金会的资金。不论是华盛顿的旗舰课程，还是在世界各地伙伴机构中开设的课程，世界银行都给予我们

每一个人极大的支持。我们也非常感谢从哈佛公共卫生学院获得的绝对支持，特别是人口和发展研究中心的主任 Barry Bloom 以及来自我们系（人口和国际卫生、卫生政策与管理）的支持。

许多个人支持我们对本书的写作。感谢 Donald Halstead，他帮助改进了 2001 年草稿的格式和连贯性。我们感谢 Karin Lockwood、Iris Boutros 和 Andrew Mitchell 所做的研究助理和书目摘要工作。Carol Malgitta 同我们一起设计和完成了全书的表格。帮助打字和校对的有 Katrina Meyer、Betsy Barker、Vanessa Bingham、Margaret Ou、Terri Saint-Amour 和 Stephanie Baldock。对于最后一次校对，Arthur Stokes 对我们冗长而潦草的手稿提供了高超的文字解密和输入服务。我们也特别希望感谢我们的一位共同作者（Reich），他帮助我们这个小组顺利通过关键节点，并推动这个工作（和他的共同作者）稳步、坚定地向前。没有他的努力，没有人知道何时甚至是否这本书能够完成。

最后，我们要逐一感谢参加华盛顿、哈佛和世界各地旗舰班的数百名学员。他们帮助我们不断改进本书的版本，他们的活力、思想、建议和反馈是无价的。我们希望，我们的努力将有助于他们每天的重要工作——改进全球卫生保健系统的绩效和公平性。

Marc J. Roberts 于波士顿

William Hsiao 于剑桥

Peter Berman 于波士顿

Michael R. Reich 于剑桥

（任明辉译，郭岩校）

目 录

I	卫生系统分析.....	1
1	绪论	3
2	卫生改革循环.....	25
3	判断卫生部门的表现：伦理理论.....	47
4	政治分析与策略.....	73
5	评价卫生系统的目标	105
6	卫生系统绩效评价	128
7	从诊断到卫生系统改革	147
II	控制柄.....	177
8	筹资	179
9	支付	224
10	组织.....	253
11	规制.....	294
12	行为.....	334
13	结论.....	364
	索引.....	378

I

卫生系统分析

绪 论

背景 (Setting the scene)

世界各国的政府都在忙于卫生领域的改革 (Mills 等, 2001; OECD, 1996; Berman, 1995)。东欧在经济转型的过程中涌现出形形色色的社会保障计划。南美国家试图把健康保险的覆盖面扩展到城市和农村的贫民。亚洲地区实行分级财政, 确实增加了一些医院的收入, 但同时也加重了富裕地区和贫困地区的不公平性。很多国家一方面采用新的支付制度, 另一方面采用新的方式组织卫生服务, 以期提高卫生系统的效率。

出于政治斗争的需要或是由于经济纠葛, 以及出于伦理道德层面的各种考虑, 卫生改革的问题已经激起了全国范围内的广泛而热烈的争论: 怎样应对医生们提高薪水的要求? 在扩大社会保险覆盖面以覆盖到穷人的同时, 有什么办法能降低医疗保健的成本? 是应

该扩大公立卫生系统，还是应该更多地利用私人家庭医生？是应该提高个人负担的比例，还是应该更多地利用公共税收？需要利用更多新技术吗？增加医生还是减少医学院校？建更多的医院还是把更多的钱花在控烟运动上？

我们对这些问题的回答是基于把卫生保健系统看作一个实现某种目标的手段（a means to an end）来考虑。要判断卫生系统运作得好坏，区分出可能奏效的改革措施，我们就必须牢记这一条。明确的目标、系统的分析判断以及注重实效，这是我们方法的核心。我们就“改革必须是战略层面的”观点展开讨论，并在国家宏观背景下运用可靠的途径——目标分析法进行分析。某项改革是否被推行，理论上需要通过评估认定，而非改革者的个人意愿；然而，对许多改革的出台与实施起实质性推动作用的确是后者。

特定卫生部门改革意见的倡导者一直没有就此标准提出相应的意见，而常敦促采纳对他们有利的建议，诸如地方分权或者家庭医疗、私人保健或者私人保险，却缺乏批判性的分析和反思（Sen 和 Koivusalo, 1998；Hearst 和 Blas, 2001）。改革的支持者通常不认为他们需要提高绩效，或者他们会说，他们所策划的改革将会使绩效提高。

经验告诉我们，卫生系统改革是一个艰难的过程（Berman, 1995；Wilsford, 1995）。正如我们在下面的讨论（第4章）中谈及的，现存的机构和既得利益集团反对改革，而且他们拥有资源，这使他们成为改革的严重障碍。于是，一些政治和经济的动荡事件，比如财政危机、政府改革、丑闻事件、罢工等，便成为卫生系统改革的开端。可见，促使国家卫生部门重大改革的机会很少。改革者们必须做好准备，把握机会，在时机到来之际启动重大的变革。

当然，我们并没有幼稚到认为危机之后总会有所作为。不同的价值观、利益、政治主张以及制度责任，所有这些都在发挥作用。财政部长很可能不会同意卫生部长的主张，医生往往不需要完全按医院管理者的意图行事，地方政府也不会完全同意医药公司执行官的观点。因此，理清（不同利益集团）潜在的价值取向，充分认识

这些价值取向对于选择改革目标及优先领域所起的作用及其作用方式，这对改革者来说极为重要。只有准确区分不同的改革目标和价值取向，才有可能设计出一套有望实现改革者意图的政策体系。

经验还告诉我们，卫生系统很复杂，其行为也难以把握。付费方式一旦发生改变，医生和医院的行为也会随之作出反应，以维护自身收入不受损失（Gilman, 2000; Dowling, 1997）。如果对医院实行某些强制性的制度，调查报告上可能会突出医院对这些制度的依从性好，但往往是言过其实。如果增加新的收入所得税，发生一些设法避税的行为也是难免的（Ron 等，1990）。而且，这个系统内的因果联系很复杂。如果想通过改变医院的激励机制去提高医院效率，却不考虑医院的核心管理者，这样的改革将收效甚微。在缺少竞争者的领域，希望通过竞争降低价格、压缩成本，这只是良好的愿望而已，很难实现。

卫生系统的特点——复杂性、抵触改变、系统内观点不统一——使得卫生系统改革具有片段式和循环式的特征。当内外部的动荡使得全国上下把注意力都集中在卫生系统改革时，系统的某一方面被认为存在严重问题，成为改革的重点对象，而这些先行的改革步骤通常又会引发更深层次的、始料不及的问题。为了应对这些新的问题，又需要启动一系列附加的改革举措（通常并不那么引人注目）。结果，先前的改革被这些继发的举措调整、修正和更改。我们将在第2章中详细讨论卫生改革周期。

另外，评估政策的成败需要看政策效果。因此，纵贯全书，我们始终强调读者应该牢牢把握实用性和可行性的原则。国际经验很宝贵，作为指南能给我们很多启发；不过，我们需要向读者强调，很多在其他国家和地区收效良好的政策措施，当你要把它们应用在自己所在的特殊环境时，就必须重新进行评估。每个国家都有特殊的国情，简单地生搬硬套他国的东西，很少能够奏效。改革者必须把很多问题弄清楚：我们的数据系统怎么样？我们的法律约束力怎么样？我们管理者的魄力如何？正如我们前面所述，政策规划的过程必须是从实际出发的，而且政策系统应该能够自我批判。这种质

疑和自我检测将有助于改革者依据国情制定出有望成功的改革计划。

转变中的卫生系统改革的背景

几年前在我们开始写这本书的时候，关于怎样解决国家的卫生问题，争论的分歧很大；改革作为解决问题的办法之一而被推动。在此过程中，国际上关于发展的讨论已经把健康放在更为重要的位置上——既作为发展的目标，也作为增加其他福利产出的工具（Commission on Macroeconomics and Health, 2001）。从哲学观点上看，Amartya Sen 认为健康是人类谋求发展的基本要素之一。从经济观点上看，群体健康已经被认定为在国家水平上实现经济增长的一个因素（Bloom 和 Canning, 2000）。另外，健康状况差与生活贫困相关联。研究表明，生活陷入贫困与不幸之中是导致疾病急性发作的主要原因之一（Liu 等，2003）。总之，我们可以得出一个被普遍认同的观点，即卫生保健的重要性既体现在其改善健康状况，同时也体现在其他广泛的发展目标之中。

公共卫生学前辈的研究遍及影响人群健康的各大主要领域，如增加营养、改善卫生条件、改善居住环境以及通过教育引导健康行为等诸多方面（Preston, 1975）。最近有证据显示，在贫穷的国家，卫生保健是提高健康水平的因素之一（WHO, 1999），而且提供整套恰当的基本保健服务能够有效降低发病率和死亡率（World Bank, 1993；Gwatkin 等，1980）。这些因果关联表明，卫生系统改革在健康和发展当中扮演着至关重要的角色。

2003 年，当本书付诸印刷的时候，国际发展政策争论的焦点集中于“千年发展目标（Millennium Development Goals, MDG）”。MDG 特别把减少贫困作为努力的方向，并十分关注健康产出，诸如传染病的控制和儿童疾病管理等都是其指标（IMF 等，2000）。在国际机构的推动下，各国纷纷制订“减少贫困计划书（Poverty Reduction Strategy Papers, PRSP）”，用于全面指导发展投资，包括

对卫生部门的投入 (World Bank, 2001)。另外, 全球基金 (Global Fund) 中抗击艾滋病、结核和疟疾的专项基金也已经建立起来, 以动员新的财力资源应对这三种疾病。然而, 由于这些新的国际运动把焦点集中于减少贫困和疾病控制, 关于卫生系统改革和卫生系统分析的声音就不那么受关注了, 这并不是一个好的发展势头。

政策争论过了, 但根本性的问题依然存在。解决国际普遍关注的紧迫的卫生问题通常需要有有效的卫生系统 (这种系统在很多国家却还没有建立起来)。举个例子, 预防和治疗艾滋病, 或者疾病保健及营养不良儿童的统一管理, 都需要能够提供可及、高效的卫生服务的健康保健系统, 特别是在贫困和不发达地区。众所周知, 很多发展中国家的卫生部门如果不进行切实有效的改革, 将无法承担这样艰巨的任务。资金再多也是不够的, 只有到国家的制度和基础设施建设发展到一定程度、能够有效运用这些资金的时候, 改革才能有效开展。总之, 本书的主题是当前的紧迫问题, 这也是本书的时效性所在。

内容和目标 (Perspectives)

本书关于卫生系统改革的途径和方法包括六部分的基本内容, 我们将在以下各章中系统阐述。前五部分我们将在第 2 章至第 7 章中讨论, 重点是方法学。第六部分勾画出卫生保健系统分析和改革措施选择的一个基本框架, 这是第 8 章至第 12 章的内容。这六部分基本内容如下:

- 政策流程描述, 并理清一个改革者在改革过程的每一个阶段应该准备把握的关键任务 (第 2 章)。
- 伦理理论的指南, 有助于改革者在决定改革议程时, 运用基本的伦理观点进行政策目标和优先领域的选择 (第 3 章)。
- 对系统的政策分析作一个介绍, 因为在卫生改革循环的每一个步骤都要考虑政治问题。政策分析应该尽早进行, 并且往往贯穿政策循环的始终 (第 4 章)。