

中东欧

国家卫生体制研究

主编 任明辉 王 颖



人民卫生出版社

中东欧

国家卫生体制研究

主 编 任明辉 王 颖

副主编 季 煦 卢国萍

编 者 方律颖 杨 光 万 瑾
张东奇 宋涵超

人民卫生出版社

图书在版编目(CIP)数据

中东欧国家卫生体制研究 / 任明辉, 王颖主编. —北京: 人民卫生出版社, 2015

ISBN 978-7-117-20894-9

I. ①中… II. ①任…②王… III. ①医疗保健制度—研究—中欧、东欧 IV. ①R199.51

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2015)第 114179 号

人卫社官网	www.pmph.com	出版物查询, 在线购书
人卫医学网	www.ipmph.com	医学考试辅导, 医学数据库服务, 医学教育资源, 大众健康资讯

版权所有, 侵权必究!

中东欧国家卫生体制研究

主 编: 任明辉 王 颖

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-59787592 010-59787584 010-65264830

印 刷: 北京铭成印刷有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 710 × 1000 1/16 印张: 9

字 数: 157 千字

版 次: 2015 年 6 月第 1 版 2015 年 6 月第 1 版第 1 次印刷

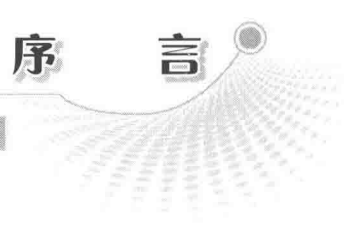
标准书号: ISBN 978-7-117-20894-9/R · 20895

定 价: 32.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换)

序 言



2013年,习近平总书记提出了建设“一带一路”的战略构想,为未来十年中国开展外交、政治、经济合作描绘了一幅宏伟的蓝图。中东欧国家地处新丝绸之路经济带沿线,对我国实施“一带一路”战略具有至关重要的意义。针对这些国家开展研究,将对未来的务实合作奠定坚实的基础。

卫生合作是我国与中东欧国家开展人文交流活动的重要内容。由于历史原因,在新中国成立之后,我国与中东欧国家开展了不同形式、不同层次的卫生交流与合作。在卫生体制、卫生政策等方面,双方有许多相似之处。20世纪90年代以来,中东欧国家的政治、经济体制变革,社会逐步转型,卫生体制和卫生政策也不断调整。中东欧国家经历了不同的历史发展阶段、不同程度的卫生体制转型,其经验与教训对于我国当前深化医药卫生体制改革具有重要的借鉴意义。

此外,健康无国界。在当前新发传染病不断出现,慢性非传染性疾病负担日益加重的形势下,加强对中东欧国家健康状况、卫生体制、卫生资源等方面的了解,对推动与中东欧国家开展全面的卫生合作,支持“一带一路”战略的贯彻实施十分必要。

经过近一年的精心筹备,首届中国—中东欧国家卫生部长论坛将于2015年6月在捷克首都布拉格举行,这将开启中国与中东欧国家卫生合作的新篇章。值此之际,我非常高兴地看到,国家卫生计生委国际合作司和复旦大学组织、编纂出版了《中东欧国家卫生体制研究》一书。此书是国家卫生计生委贯彻“一带一路”战略的一项基础性研究工作,为我国各地、各单位未来与中东欧国家开展合作提供了有益的分析 and 信息,有助于系统了解中东欧国家的基本卫生情况,填补这一领域的空白。因此,此书具有重要的学术价值和现实意义。

我衷心希望此书的出版能够为从事卫生外交、卫生体制改革的同事们提供具有重要价值的参考,为推动中国全球卫生战略布局发挥其应有的作用。

国家卫生计生委副主任

马晓伟

2015年5月

前言

当前,中国经济发展进入新常态,医改步入攻坚期。尽管深化医药卫生体制改革业已取得重大阶段性成效,但体制性矛盾和深层次问题仍不断显现:老龄化给医疗、医保和护理服务带来巨大压力,城镇化对卫生资源配置产生综合影响,传统和新发传染性疾病的威胁尚未全面消除,慢性病又逐渐成为居民主要经济负担,公共卫生和医疗服务能力还不能完全适应这些新情况、新变化,医改之路任重而道远。

健康不分国界。中国与中东欧国家虽然远隔万里、国情不同,但却面临着在经济、社会转型过程中相似的健康挑战。在全球经济复苏乏力的背景下,如何改革和完善医药卫生体制,使之更有效率和效益;如何进一步提高筹资能力,为居民提供更可靠的医疗保障;如何增强卫生系统应变能力,有效应对传染性疾病的严重威胁等,均是中国和中东欧国家希望彼此学习、交流互鉴的重要内容。本书撰写的目的,便是为中国的读者介绍中东欧国家在健康指标、卫生体系和资源配置等方面的主要情况,并与中国现状进行横向对比,以期为今后的交流合作奠定基础。

本书的数据主要来源于中东欧各国卫生部网站、世界卫生组织官网、世界银行官网、Gapminder,同时从中国知网、中国外交部官网进行数据补充。在书稿的编撰过程中,编者首先对16个国家的英文素材进行了检索、汇总、整理及编译;进而对全部译稿进行了删减和修订,重点集中在整体架构的梳理和完善,题材内容的更新、充实、调整和补缺;最后,对书稿文辞进行了全面的修饰、匡正和校勘。

本书的写作是一次全新的尝试,旨在抛砖引玉,希望能引起更多专家学者对于中东欧国家卫生体制的关注。限于时间及编者水平有限,本书尚有一些不足之处。由于资料来源等诸多条件限制,16个国家中缺少波黑、黑山、拉

脱维亚三国有关卫生体制的资料,且各章节在篇幅上不完全均衡,希望将来能够进一步增补完善。对于书稿中存在的纰缪或疏漏之处,编者祈望专家学者、读者不吝指正。

编 者

2015年5月



第一章 总论	1
第二章 阿尔巴尼亚	6
第一节 国家基本情况	6
第二节 国民健康状况	7
第三节 卫生体系概况	9
第四节 卫生资源配置	10
第五节 小结	12
第三章 波黑	13
第一节 国家基本情况	13
第二节 国民健康状况	14
第三节 卫生资源配置	16
第四节 小结	17
第四章 保加利亚	19
第一节 国家基本情况	19
第二节 国民健康状况	20
第三节 卫生体系概况	22
第四节 卫生资源配置	24
第五节 小结	25
第五章 克罗地亚	27
第一节 国家基本情况	27
第二节 国民健康状况	28
第三节 卫生体系概况	30

第四节	卫生资源配置	32
第五节	小结	34
第六章	捷克	35
第一节	国家基本情况	35
第二节	国民健康状况	36
第三节	卫生体系概况	37
第四节	卫生资源配置	39
第五节	小结	41
第七章	爱沙尼亚	42
第一节	国家基本情况	42
第二节	国民健康状况	43
第三节	卫生体系概况	45
第四节	卫生资源配置	47
第五节	小结	49
第八章	匈牙利	50
第一节	国家基本情况	50
第二节	国民健康状况	51
第三节	卫生体系概况	53
第四节	卫生资源配置	56
第五节	小结	57
第九章	拉脱维亚	59
第一节	国家基本情况	59
第二节	国民健康状况	60
第三节	卫生资源配置	62
第四节	小结	63
第十章	立陶宛	65
第一节	国家基本情况	65
第二节	国民健康状况	66
第三节	卫生体系概况	68
第四节	卫生资源配置	70

第五节	小结	72
第十一章	马其顿	73
第一节	国家基本情况	73
第二节	国民健康状况	74
第三节	卫生体系概况	76
第四节	卫生资源配置	78
第五节	小结	79
第十二章	黑山	80
第一节	国家基本情况	80
第二节	国民健康状况	81
第三节	卫生资源配置	83
第四节	小结	84
第十三章	波兰	85
第一节	国家基本情况	85
第二节	国民健康状况	86
第三节	卫生体系概述	88
第四节	卫生资源配置	91
第五节	小结	93
第十四章	罗马尼亚	94
第一节	国家基本情况	94
第二节	国民健康状况	95
第三节	卫生体系概况	97
第四节	卫生资源配置	100
第五节	小结	101
第十五章	塞尔维亚	103
第一节	国家基本情况	103
第二节	国民健康状况	104
第三节	卫生体系概况	106
第四节	卫生资源配置	107
第五节	小结	108

第十六章 斯洛伐克	109
第一节 国家基本情况.....	109
第二节 国民健康状况.....	110
第三节 卫生体系概况.....	112
第四节 卫生资源配置.....	114
第五节 小结.....	115
第十七章 斯洛文尼亚	117
第一节 国家基本情况.....	117
第二节 国民健康状况.....	118
第三节 卫生体系概况.....	120
第四节 卫生资源配置.....	121
第五节 小结.....	123
附表 1 中东欧 16 国主要健康指标及其序位	125
附表 2 中东欧 16 国经济发展、卫生筹资总量与构成及其序位	126
参考文献	128

中东欧是一个地缘政治概念,泛指欧洲大陆地区受前苏联控制的前社会主义国家、冷战时期的东欧国家,再加上波罗的海三小国(立陶宛、拉脱维亚、爱沙尼亚)和除俄罗斯外苏联的欧洲部分成员国。东起高加索山脉和乌拉尔山,西至欧洲东部。东欧地区在地理上包括爱沙尼亚、拉脱维亚、立陶宛等国家,中欧地区包括波兰、捷克、斯洛伐克、匈牙利等国家。本书中所指的中东欧国家,则包括了阿尔巴尼亚、波黑、保加利亚、克罗地亚、捷克、爱沙尼亚、匈牙利、拉脱维亚、立陶宛、马其顿、黑山、波兰、罗马尼亚、塞尔维亚、斯洛伐克和斯洛文尼亚在内的 16 个国家。

中东欧地区可谓是全球经济最活跃的地区之一。截至 2013 年,中东欧 16 国中有 11 个国家成为欧盟会员国。从加入欧盟或申请加入欧盟以来,大部分国家实现了经济的快速增长。据世界卫生组织(World Health Organization, WHO)全球统计数据显示,2013 年中东欧 16 国中,人均国内生产总值超过全世界 224 个国家(地区)上四分位数(22 886 美元, P75)的有 6 个国家,10 个国家位于 P75 和 P50(9275.6 美元)之间。其中,人均国内生产总值最高的是捷克,达到了 27 840.5 美元,最低的波黑也达到了 9275.6 美元,在全球 P60 左右。与中国相比,除了阿尔巴尼亚和波黑之外,有 14 个国家人均国内生产总值超越中国(11 523.5 美元)。

从人口构成来看,中东欧 16 国整体呈现出不断加重的老龄化趋势。2013 年,全球 60 岁以上人口比例达到了 19.5%,全球人口呈现老龄化趋势。中东欧地区 16 个国家中,60 岁以上人口比例从 15.3%(阿尔巴尼亚)到 26.4%(保加利亚)不等。可以看出,16 个国家老龄化程度超出了欧洲地区平均水平 12.3%,以及中国 14.9% 的平均水平,更有 11 个国家远远超出了全球的平均水平。

从期望寿命指标来看,2013 年中东欧 16 国均具有较高的健康水平。其中,最高的是斯洛文尼亚,达到了 79.6 岁,最低的是立陶宛,也达到了 72.1 岁。

16个国家全部都高于全球 P50(72.1岁)值,包括斯洛文尼亚、捷克、克罗地亚和阿尔巴尼亚在内的4个国家甚至高于全球 P75(76.8岁)值;有7个国家的期望寿命大于中国(75.3岁)。

相对多数中东欧国家,中国期望寿命指标略有优势。但是,在婴幼儿保健方面,中国与中东欧国家的差距依然较大。2012年婴儿死亡率指标的全球从低到高排序中,中东欧16国中婴儿死亡率较低的前三位国家分别是斯洛文尼亚、爱沙尼亚和捷克,均位列世界前20位。其中,13个国家低于全球的 P25(8.2%),16个国家均低于全球 P50(19.8%)。仅有一个国家——阿尔巴尼亚的婴儿死亡率(15.0%)高于中国(12.1%)。同样,2013年的5岁以下儿童死亡率指标的排序也揭示了中国与中东欧多国之间的明显差距。全世界的排序中,斯洛文尼亚、爱沙尼亚和捷克5岁以下儿童死亡率较低,位列全球前15位,有13个国家排序在前 P25(9.5%)以内;16国均低于 P50(23.6%)。与中国相比,仅有阿尔巴尼亚(14.9%)高于中国(12.7%)以外,其余15国均低于中国。

中东欧孕产妇保健工作同样明显优于中国。2011年全球孕产妇死亡率指标的排序显示,中东欧16国孕产妇死亡率无一例外地均低于中国(26.5/10万)。在从小到大的序位中,死亡率较低的是爱沙尼亚(6.2/10万),最高的是保加利亚(25.6/10万),16国中14个国家低于全球 P25(24.6/10万)值。可见,孕产妇死亡率高达26.5/10万的中国,孕产妇保健工作任重而道远。

虽然部分国家反映高移民率等问题导致医护人员配置的严重不足,但是大多数中东欧国家具有较好的人力资源配置。2010年全世界高收入国家和中等收入国家的每千人口医生数分别为2.8和1.2人。2009年中东欧16国的数据显示,每千人口拥有的医生数在1.2至3.7人之间,均达到了中等收入国家的标准,其中有7个国家达到了高收入国家标准。

中东欧国家卫生总体筹资水平较高。塞尔维亚、波黑、黑山和斯洛文尼亚是卫生总费用占 GDP 比例最高的中东欧国家,分别达到了10.4%、9.9%、9.1%和8.8%。16个中东欧国家中,有4个国家卫生总费用占 GDP 比例高于全球 P75 值(8.1%),除了罗马尼亚(5.1%)外,剩下11个国家均高于全球 P50(5.8%)值。即使是最低的罗马尼亚,其比例与中国(5.4%)的差距也近0.3个百分点。

中东欧国家政府卫生筹资力度较高。政府卫生支出占政府总支出比例指标显示,有9个中东欧国家位列中国(12.5%)之前,其中比例最高的是波黑(16.6%),其次是克罗地亚(15.1%)和斯洛伐克(14.7%)。在比例低于中国

的7个中东欧国家中,位列最末的是拉脱维亚(8.9%)与阿尔巴尼亚(9.9%)。16国中,5个国家的指标大于全球P75(13.9%)的数值,15个国家超出了P50(9.8%)。

广义政府支出和个人支出为卫生总费用的两大来源。卫生总费用中政府支出比例普遍不低,16个国家从47.6%~84.8%不等,最高的是捷克(84.8%),最低的是阿尔巴尼亚(47.6%)。其中,除了阿尔巴尼亚外,其他15个中东欧国家均高于全球P50的数值(55.5%),以及中国56.0%的比例。相应地,卫生总费用中个人支出压力并不大。卫生总费用中个人支出比例指标中,低于全球P25(27.2%)的有捷克、克罗地亚、爱沙尼亚等5个国家;除阿尔巴尼亚(52.4%)外的15个国家的数值均小于全世界P50(44.5%)的数值,同时这15个国家也均低于中国44.0%的比例。可以看出,中东欧16国的政府支出比例普遍较高,个人支出比例较低,这对确保居民医疗服务的可及性,提高人群的健康水平起着积极的作用。但是,在卫生总费用的不断增长下,过高的政府卫生筹资压力必然会成为政府的经济压力,尤其是经济发展不景气氛围之下,如何在不大幅度增加居民负担的情况下,通过改革支付方式,提高医疗服务效率,降低医疗卫生成本成为了多数中东欧国家面临的一大难题。

综上所述,不论从经济发展,还是从健康水平,或是卫生筹资水平和构成,相对中国而言,中东欧16国均普遍具有优势。细数16国的卫生体系,可以发现:社会强制性医疗保险是中东欧多数国家的选择,且在人群中有着较高的覆盖率,保证着全体居民对基本医疗卫生服务的可及性。社会医疗保险的筹资主要来自于政府、雇主和个人。卫生服务多数由公立或私营医疗机构提供,多以公立医疗机构为主。人们可以获取的卫生服务分为初级卫生保健、二级和三级卫生保健。目前,初级卫生保健越来越受到各国的普遍关注与重视。医疗保险对医疗服务的购买多实施按病种付费、按服务项目付费、按床日付费以及按人头支付等多种支付方式,针对不同的服务采取不同的支付方式。以捷克为例,医院门诊服务实行基于总额预算的按服务项目付费,住院则实行总额预算下的按病种付费;私人开业中的全科医师则采取按人头付费和服务项目付费相结合的方式。其中,如何提高支付方式的绩效,基于绩效的支付成为当前多数国家改革的方向。

借鉴中东欧国家的成功经验,结合国情,取其精华,弃其弊端,积极采取措施完善我国医疗卫生体系,如在社会医疗保障日趋完善,基本医疗保障、医疗服务公平可及之下,如何进一步改善支付方式,引入基于绩效的支付方式,

降低医疗服务中的浪费，成为当前的重要任务之一。同时，如何完善并稳定医疗保障的筹资来源，有效降低居民个人支出比例，继续提高居民就医的可及性，提升人群健康水平，亦不容忽视。

中东欧 16 国、中国的健康指标见表 1-1。

中东欧 16 国、中国的经济和卫生费用相关指标见表 1-2。

表 1-1 中东欧 16 国、中国的健康指标

国家	2013 年 人均 GDP (美元)	2013 年 期望寿命 (岁)	2012 年 婴儿死亡率 (‰)	2013 年五岁以 下儿童死亡率 (‰)	2011 年孕 产妇产死亡率 (/10 万)
阿尔巴尼亚	10 296.3	77.4	15.0	14.9	7.3
波黑	9 275.6	76.4	5.8	6.6	15.8
保加利亚	15 690.8	73.5	10.5	11.6	25.6
克罗地亚	19 984.1	77.0	4.0	4.5	13.9
捷克	27 840.5	77.7	3.1	3.6	10.3
爱沙尼亚	25 743.9	74.4	2.9	3.4	6.2
匈牙利	22 852.4	74.6	5.3	6.1	15.5
拉脱维亚	21 786.9	72.2	7.6	8.4	12.6
立陶宛	24 343.0	72.1	4.4	4.9	9.7
马其顿	11 577.6	75.2	6.5	6.6	13.9
黑山	14 115.8	74.8	5.5	5.3	15.7
波兰	22 886.4	76.4	4.3	5.2	10.7
罗马尼亚	18 175.2	73.8	10.7	12.0	24.9
塞尔维亚	12 746.3	74.1	5.7	6.6	10.7
斯洛伐克	26 176.3	75.4	6.3	7.2	10.7
斯洛文尼亚	27 559.5	79.6	2.5	2.9	8.5
中国	11 523.5	75.3	12.1	12.7	26.5
全球 P75 (P25) 水平 *	22 886.4	76.8	8.2	9.5	24.6
全球 P50 水平 *	9 275.6	72.1	19.8	23.6	74.7

* 注：人均 GDP 和期望寿命属于高优指标，中东欧 16 国指标较优，这里列出了 WHO 统计的全球 224 个国家和地区的上四分位数，即 P75 值作为比较；而婴儿死亡率、5 岁以下儿童死亡率和孕产妇死亡率属于低优指标，中东欧 16 国指标较优，这里计算了 WHO 统计的全球 224 个国家和地区的下四分位数，即 P25 值作为比较。

表 1-2 中东欧 16 国、中国的经济和卫生费用相关指标

国家	2012 年卫生 总费用占 GDP 比例 (%)	2012 年政府 卫生支出占政府 总支出比例 (%)	2012 年卫生 总费用中个人 支出比例 (%)	2012 年卫生 总费用中政府 支出比例 (%)
阿尔巴尼亚	6.0	9.9	52.4	47.6
波黑	9.9	16.6	28.9	71.2
保加利亚	7.4	11.8	43.7	56.3
克罗地亚	6.8	15.1	17.7	82.3
捷克	7.7	14.6	15.2	84.8
爱沙尼亚	5.9	11.7	20.1	79.9
匈牙利	7.8	10.3	36.4	63.6
拉脱维亚	6.0	8.9	43.3	56.7
立陶宛	6.7	12.7	29.2	70.8
马其顿	7.1	13.6	35.9	64.1
黑山	9.1	13.6	32.8	67.2
	(2010)	(2010)	(2010)	(2010)
波兰	6.7	11.1	29.9	70.1
罗马尼亚	5.1	11.3	22.3	77.7
塞尔维亚	10.4	14.1	38.1	61.9
	(2010)	(2010)	(2010)	(2010)
斯洛伐克	7.8	14.7	29.5	70.5
斯洛文尼亚	8.8	13.1	26.7	73.3
中国	5.4	12.5	44.0	56.0
全球 P75 (P25)	8.1	13.9	27.2	72.8
水平	(2010)	(2010)	(2010)	(2010)
全球 P50 水平	5.8	9.8	44.5	55.5
	(2010)	(2010)	(2010)	(2010)

* 注：1. 研究中，将卫生总费用占 GDP 比例、政府卫生支出占政府总支出比例、卫生总费用中政府支出比例三类指标均作为高优指标，即越高越好，中东欧 16 国指标较优，这里列出了全球上四分位数，即 P75 值作为比较；而卫生总费用中个人支出比例作为了低优指标，即越低越好。中东欧 16 国指标较低，这里计算了全球下四分位数，即 P25 值作为比较。

2. 由于数据来源有限，中东欧部分国家以及全球 P50、P25、P75 的计算采用的是 2010 年的数据，已经在表格中标出。未标出地方均为 2012 年的统计数据。

第二章

阿尔巴尼亚

第一节 国家基本情况

阿尔巴尼亚人民共和国成立于 1946 年 1 月 11 日, 1976 年改称阿尔巴尼亚社会主义人民共和国。1991 年改国名为阿尔巴尼亚共和国。

位于东南欧巴尔干半岛西部的阿尔巴尼亚, 北部和东北部分别与塞尔维亚和黑山及马其顿接壤, 南部与希腊为邻, 西临亚得里亚海, 隔奥特朗托海峡与意大利相望。国土面积约 2.87 万平方公里(2014 年 8 月), 全国划分 12 个州, 下辖 36 个区。

阿尔巴尼亚为议会制共和国, 实行自由、平等、普遍和定期的选举。议会作为国家最高权力机关和立法机构, 实行一院制, 任期 4 年。总统为国家元首, 每届任期 5 年, 可连任一届。总统任命总理, 并根据总理提名任命政府成员。政府亦称部长会议, 任期 4 年。

2013 年, 阿尔巴尼亚总人口达 317.3 万人, 其中 20.6% 的人口年龄低于 15 岁, 60 岁以上人口占 15.3%, 人口呈现老龄化趋势。2002~2010 年, 人口总数逐年下降, 年人口增长率连续 9 年呈现负数, 2011 年起人口逐渐回涨, 2013 年的年度人口增长率达到了 3.1%。

阿尔巴尼亚曾是欧洲最贫穷的国家之一。近年来, 该国的经济持续平稳增长, 人民生活水平不断提高, 2013 年在世界银行收入分类中跻身中高层次。2013 年阿尔巴尼亚的国内生产总值达 133 亿美元, 增长率为 0.7%; 同期人均国内生产总值为 4716 美元。作为衡量一国的经济发展程度的另一个重要指标, 2013 年其人均国民生产总值达 10 520 美元, 2002~2013 年的年增长率 of 8.47%。然而, 在 16 个中东欧国家中仍处于经济发展相对较为落后的地位。2013 年人均国民生产总值水平仅位列 16 国中第十五的位置。