

国际医疗卫生 体制改革与中国



饶克勤 刘新明 主编

GUOJI
YILIAO WEISHENG
TIZHI GAIGE YU ZHONGGUO

中国协和医科大学出版社

国际医疗卫生 体制改革与中国

饶克勤 刘新明 主 编

编者名单 (以姓氏笔画排序)

于世利	王东升	石 光	刘运国
刘远立	刘新明	吴 静	吴 凡
辛 英	张成玉	胡建平	胡琳琳
钟东波	饶克勤	顾 涛	梁铭会
雷海潮			

中国协和医科大学出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

国际医疗卫生体制改革与中国 / 饶克勤, 刘新明. —北京: 中国协和医科大学出版社, 2007.1
ISBN 978-7-81072-867-6

I. 国… II. 饶… III. 医疗保健制度-体制改革-研究-世界 IV. R199.1

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2006) 第 153488 号

国际医疗卫生体制改革与中国

主 编: 饶克勤 刘新明

责任编辑: 吴桂梅 王 伟

出版发行: 中国协和医科大学出版社

(北京东单三条九号 邮编 100730 电话 65260378)

网 址: www.pumcp.com

经 销: 新华书店总店北京发行所

印 刷: 北京丽源印刷厂

开 本: 889×1194 毫米 1/16

印 张: 19.5

字 数: 580 千字

版 次: 2007 年 1 月第一版 2007 年 1 月第一次印刷

印 数: 1—2000

定 价: 100.00 元

ISBN 978-7-81072-867-6 / R·860

(凡购本书, 如有缺页、倒页、脱页及其他质量问题, 由本社发行部调换)

序 言

2003 年, 卫生部统计信息中心完成了国家第三次卫生服务调查。调查结果客观地反映了过去 10 年我国城乡居民卫生服务需要、需求及其利用的变化趋势和特点。城乡居民卫生服务的需要不断增加, 但卫生服务需求受到抑制, 医疗卫生机构服务利用下降。“看病难、看病贵”的问题日益突出。2005 年 6 月, 卫生部高强部长要求对我国“看病难、看病贵”的成因进行认真、深入细致地研究, 并结合世界各国卫生改革发展成功经验对解决这一问题提出政策性建议。

同年 8 月, 卫生部政策法规司组织课题邀标, 受政策法规司委托, 我们开展《不同类型国家卫生体制比较及对我国卫生改革的经验借鉴》的课题设计。设计要点包括: ①我国卫生改革与发展面临的问题与挑战是什么, 研究解决这些问题和挑战需要借鉴哪些领域和方面的国际经验; ②深入分析和了解世界不同类型国家卫生体制的特点、驱动力, 以及经济和社会对卫生体制改革的影响; ③吸收各国的经验和教训对我国的卫生体制改革提出借鉴。

本研究报告实际包括 3 个部分。第一部分是总报告, 是在总结世界各国卫生体制经验的基础上对我国卫生改革与发展提出的经验借鉴和政策思考; 第二部分以专题研究形式 (1~9 章), 即从世界各国卫生改革趋势、健康保障制度、卫生筹资机制、卫生总费用与支付制度、卫生服务流程与费用控制、慢性病防治、卫生行业政府管制、公立医院体制改革和药品政策等方面, 系统深入探索世界各国具有规律性的做法和国际经验; 第三部分是以国别研究形式, 我们选择了 10 个有代表性发达国家和多个发展中国家, 系统回答了以下几个方面的问题:

- 谁是受益人群, 受益内容是什么?
- 谁付费, 付多少?
- 谁负责筹资, 资金如何分配?
- 花费多少, 资金流向如何?
- 患者如何获取服务?
- 医疗费用如何控制?
- 卫生保健系统面临的主要挑战是什么?

由于世界各国可获得文献和数据的局限, 概念、术语和报告的实际情况的差异, 我们没有展现不同国家卫生保健系统详细的定量信息。这些国家案例研究突出了健康保障制度、卫生系统筹资、卫生服务组织和提供存在显著差异, 以及各国面对一些相同的挑战: 包括确保获得卫生服务的公平性、提升质量、改善健康结果、可持续性筹资、提高效率、良好反应性、居民参与政策制订以及减少健康和社会照顾之间的障碍。然而, 每个国家都在针对其特定的历史、政治、社会和文化背景采用最合适的方法面对这些挑战。

接受任务后, 我们组织了部内有关司局、哈佛大学、北京大学、清华大学的专家和同志参加了研究工作。由于时间比较仓促, 报告有许多不足之处, 我们将继续完善和改进。

刘新明 饶克勤

2006 年 10 月

目 录

第一部分 总报告	(1)
➤ 国外医疗卫生体制的比较研究对我国卫生改革发展的经验借鉴	(1)
★ 问题的提出	(1)
★ 当前我国“看病难、看病贵”成因分析	(1)
★ 国外医疗卫生体制的比较及其经验借鉴	(4)
★ 改革与创新我国卫生保健体制的政策建议	(9)
第二部分 专题研究	(20)
➤ 第一章 世界各国医疗卫生体制改革的趋势	(20)
➤ 第二章 健康保障制度的国际经验	(43)
➤ 第三章 理解不同医疗卫生体制的差异	(50)
➤ 第四章 卫生筹资机制的国际经验	(61)
➤ 第五章 卫生总费用与支付制度的国际趋势	(71)
➤ 第六章 卫生服务流程与费用控制	(87)
➤ 第七章 慢性疾病控制的国际经验	(95)
➤ 第八章 公立医院体制改革的国际经验	(107)
➤ 第九章 药品政策的国际比较	(127)
第三部分 国别研究	(150)
➤ 第十章 英国卫生保健体制：趋势与挑战	(150)
➤ 第十一章 瑞典卫生保健体制：趋势与挑战	(159)

- 第十二章 丹麦卫生保健体制：趋势与挑战 (167)
- 第十三章 德国卫生保健体制：趋势与挑战 (177)
- 第十四章 荷兰卫生保健体制：趋势与挑战 (188)
- 第十五章 法国卫生保健体制：趋势与挑战 (197)
- 第十六章 澳大利亚卫生保健体制：趋势与挑战 (209)
- 第十七章 新西兰卫生保健体制：趋势与挑战 (220)
- 第十八章 美国卫生保健体制：趋势与挑战 (231)
- 第十九章 日本医疗卫生体制：改革与发展 (242)
- 第二十章 东欧国家卫生保健体制：改革与发展 (246)
- 第二十一章 巴西、阿根廷卫生体制改革与发展 (255)
- 第二十二章 墨西哥卫生保健体制：改革与发展 (261)
- 第二十三章 越南卫生保健体制：改革与发展 (275)
- 第二十四章 印度卫生保健体制：现状与发展 (283)
- 第二十五章 泰国医疗卫生体制：改革与发展 (291)
- 第二十六章 马来西亚医疗卫生体制：改革与发展 (299)

第一部分 总报告

国外医疗卫生体制的比较研究 对我国卫生改革发展的经验借鉴

饶克勤

raokq@moh.gov.cn

一、问题的提出

卫生部“2003年第三次国家卫生服务调查”结果显示,我国城乡48.9%的群众有病不去就诊,29.6%应住院而没有住院。“看病难、看病贵”成为了当前人民群众反应强烈的社会热点问题之一。查询互联网,近年来有77万多篇关于“看病难、看病贵”文章报道;2004年国家六部委抽样调查结果显示,“看病难、看病贵”仅次于“收入问题”,列为城乡居民关注重点问题的第二位;2005年,新华网调查,解决“看病难、看病贵”的问题列为城乡居民关注的重点问题的第一位。认真研究、妥善解决好这个问题,事关人民群众的切身利益,事关党和政府的形象,事关和谐社会的建设。

“看病难、看病贵”的理论解释就是人民群众医疗卫生服务的可及性差。医疗卫生服务的可及性包括两个方面的内涵:一是物理上的可及性,即人民群众就医的方便程度,常用离最近医疗机构的距离或时间表示;二是经济上的可及性,即人民群众就医的支付能力,通常从人民群众个人的现金支付能力和享受医疗保险覆盖水平两个方面来考察。我们认为,目前城乡居民普遍反映的问题,主要包括两个方面:一是缺医少药,就医困难,城乡居民尤其是低收入人群的基本医疗服务需求难以得到满足;二是看病费用过高,难以承受,昂贵的医药费用影响他们获得基本医疗服务。

建国以来,我国在较短的时间内建立了世界上最为庞大的卫生服务供给体系,形成了遍布城乡的医疗服务网络。城市82%、农村61%的住户,1公里之内(或10分钟内)就可到达最近的医疗机构。按照世界卫生组织标准,我国城乡居民医疗服务可及性在就医距离上还是相当不错。“看病贵、看病难”问题主要集中在经济上的可及性,从某种意义上讲,“看病贵”是更深层次的“看病难”。如果医疗费用过高、缺乏风险分担机制、医疗服务连续性或协调性差,就必然会出现可及性差的局面。

二、当前我国“看病难、看病贵”成因分析

1. 疾病模式转变与慢性疾病的迅速上升

进入21世纪,人口老龄化、疾病模式转变、非传染性疾病的迅速上升成为全球发展的主要卫生挑战。这种持续增加的挑战威胁着经济和社会发展,也威胁数以亿万人的生命与健康。仅2000年,全球62%的死亡和45%的疾病负担(伤残调整生命年)归因于非传染性疾病,如果按照目前的趋势,2020年将分别上升到73%和60%。中、低收入国家遭受非传染性疾病的影

病的迅速增加对于贫穷的人群来说是不相称的,而且将拉大国家间和国家内不同人群的健康差别。例如,1998年,发展中国家占了非传染性疾病死亡总数的77%,85%的疾病负担由中、低收入国家承担。

在发达国家,65岁以上老年人的人均医疗费用是此年龄段以下人口人均医疗费用的5倍。过去十年,我国65岁以上老年人数增加27%,占人口的比例从6.2%增加到7.6%;65岁以上老年人2周患病人次增加1.6倍,慢性病病例数增加1.1倍。老年人的门诊和住院医疗费用(不扣除物价上涨因素),由1993年164亿增加到2003年的1487亿,占医疗费用的比重由12%上升到26%。也就是说,过去的十年,我国门诊和住院费用由1363亿增加到5838亿,其中30%归因于老年人医疗费用的增长。

在我国,医疗费用的不断增长,不仅与人口老年化密切相关,也与疾病模式转变和非传染性疾病迅速上升有直接关系。过去十年,经医师诊断的慢性病病例总数增加了14.3%,其中糖尿病增加305%、高血压增加176%、脑血管疾病增加106%、损伤中毒增加77%、冠心病增加63%、恶性肿瘤增加60%、精神分裂症增加29%、除冠心病以外的心脏病增加24%。全国营养和健康调查估计,我国现有高血压病人1.6亿、糖尿病病人4000万。目前有许多慢性病人并不知道自己患有慢性疾病,如全国1.6亿高血压患者,仅有1/4病人有明确诊断。2005年天津市对320万农民进行健康体检,发现血糖升高者占8%,仅有1/3的人在体检前发现有糖尿病。2004年我国城乡居民直接用于门诊、住院、购药等费用超过了7000多亿人民币,约占当年GDP的6%。其中,慢性疾病的直接费用超过了80%。同时,疾病所带来误工、休学、卧床,甚至早死,必然造成劳动力的损失。研究表明,我国疾病造成劳动力损失,所带来的间接经济损失近6000亿。就是说,2004年我国疾病的经济损失近1.4万亿,占我国GDP的11%左右。应该看到的是,疾病对我国的经济损失呈明显的加速趋势,1993年疾病经济损失占当年GDP的9.3%,2004年达到11%。

2. 科学技术的进步与医疗卫生成本上升

科技进步和普及均是促使医疗费用上涨的重大独立因素。医疗费用上涨与科技进步的关系不同于其他领域。在一般产业领域,科技进步将促使成本和费用的降低,计算机、通讯和信息技术就是这方面的典型。然而,科技进步,尤其是延长生命和减少残疾的治疗技术,如起搏器、器官移植、人工脏器、旁路移植技术、CCU、ICU、介入疗法、基因治疗等应用越来越广泛,却带来医疗费用数倍增加。既然是经济发展、科技进步了,从公平和人道角度没有理由回避提供这一时期所能够达到治疗水准。

科技进步反映在我国医院发展上的另一个趋势就是诊断设备的大型化、自动化和信息化。它们种类繁多、更新快捷、价格昂贵。改革开放以来,我国医院彩超、CT、磁共振、PET等先进设备或超大型设备数十倍增加。同治疗相比,诊断技术的可替代性强,即便没有MRI,CT也可以替代。我国现行按项目收费的经济政策,很大程度刺激了医疗机构竞相购买医疗设备。2004年底,全国医疗机构万元以上设备台数达到132万,其中50~100万元设备数达46959、百万元以上设备数达23951。

我国医疗机构收入中,药品收入的比重一般超过50%,越到基层比重越大。药品与诊断治疗技术不同,最大优势是新药一旦上市,很容易得到运用。药品是科技进步中最容易普及的技术。医师或患者从杂志或广告上了解到某种药品疗效,只要订购或通过其他途径很容易得到。相比之下,学习掌握新的诊断治疗技术既需要花费时间,又需要必要投资,新的手术方法普及起来更慢。因而,药品很容易出现管理方面的问题,加上定价机制不合理,药品成为医疗费用上涨各主要因素中影响最大的因素。

3. 医疗保障覆盖与政府卫生支出比例下降

过去十年,我国医疗保险覆盖率大幅度下降。到目前为止,城镇职工基本医疗保险制度改革覆盖人口仅 1.45 亿。与 1993 年相比,社会医疗保险人口覆盖率下降了 60%。同时,过高的筹资水平(许多城市筹资比例超过工资总额 10%)、过高的节余率(每年节余超过 30%)、过高的自付比例使得新制度难于发挥应有的医疗保障作用。原来享有劳保的职工家属没有被纳入新的制度中,约 23% 的城镇人口失掉了社会医疗保险,下岗和失业人员、待业人员、老年人、儿童等脆弱人群游离在社会医保之外。

在农村,原有的合作医疗制度随着集体经济的解体基本垮台,农村合作医疗人口由 90% 下降到 10%。绝大多数群众自费看病,承受着生理、心理和经济三重负担。农民看不上病、看不起病问题十分突出,因病返贫、因病致贫(占贫困户的 30%)也相当严重。新型农村合作医疗制度正在进行试点。到 2004 年底,只有 8040 万农民参加,约占农村人口的 10%。由于没有比较完善的、能够覆盖绝大多数人口的基本医疗保障体系和医疗救助体系,城乡群众对医药费上涨十分敏感,难以承受。

表 1 我国城乡居民各种医疗保险覆盖率及其变化 (%)

	1993	1998	2003	十年变化 (%)
城市地区	72.7	55.9	55.2	- 24.07
其中:社会医疗保险	70.9	49.8	43.0	- 39.35
农村地区合计	15.9	12.7	21.0	32.08
其中:社会医疗保险	5.8	4.7	3.1	- 46.55

注:城市医保覆盖 30.4%; 1998 年农村 CMS6.6%、2003 年为 9.5%; 农村商业保险(主要为学购买)占 8.3%

政府卫生支出比例大幅度下降,医疗机构生存和发展过度依赖市场。2001 年我国卫生总费用 5150 亿元,占国内生产总值 5.4%;与 1991 年相比,卫生总费用增加了 4.8 倍。从卫生总费用的构成中发现,政府卫生预算支出所占总费用的比重由 1991 年的 22.8% 下降到 15.5%;社会卫生支出(如劳保等)由 38.4% 下降到 24.0%;居民个人卫生支出由 38.8% 上升到 60.5%。可以看出卫生费用的增加主要来源于居民个人。政府和社会卫生投入比例的大幅度下降,逐步失去了对卫生事业公益性的引导作用。

4. 医疗卫生服务领域的政府调控不力

现行卫生经济政策促使不合理医疗费用上涨。医疗机构收入中来自财政补助比例逐年减少(比重 80 年代 30% 下降到 7%),主要通过服务收费来维持运行和发展。现行“药品加成”、“检查按成本收费”和“项目收费”等经济政策和补偿机制客观上滋长了医疗机构逐利化倾向。当医务人员的劳动补偿与医疗行为挂钩,按科室核算、按收费提成,这些经济政策就成为了诱导需求的手段,使得医疗单位在机会成本利益的驱动下,利用大处方、高价位、高精尖设备,以期获得超额收益,加大市场失灵。

药品价格虚高,普遍存在回扣促销,诱发腐败,推动医药费用过快增长。成本仅几元或几十元钱的药品,到患者手中却到了几十元或几百元,患者花冤枉钱填补药品价格“黑洞”。虽然采取诸如药品降价、医药分开核算、药品招标采购等多种政策措施,但效果不明显。药品生产供大于求、普遍存在低水平重复和“多、小、散、低、乱”现象。全国化学制药企业 6000 多家(美国不过 200

家), 药品批发企业 16000 家 (美国、澳大利亚均为 7 家)。老百姓也存在用药误区, 看病必开药, 越贵药品越好, 带动药品超前消费。

我国医疗服务价格体系有待于完善。医疗服务价格过低, 医药比价不合理, 严重扭曲广大医务人员的劳动价值观, 制约着我国医疗卫生事业发展。湖南省价格成本调查队对省内 53 家医院调查发现, 绝大部分医疗服务项目的价格平均只有实际成本的 41.7%, 特别是技术劳务性项目的价格严重偏低, 如静脉注射标准定价 0.8 元, 实际成本 6.7 元, 为价格的 7.4 倍; 又如冠状动脉旁路移植术, 收费标准为 800 元, 实际成本高达 5252 元, 为价格的 7.6 倍。这种价格和成本背离是全国医疗机构所共有的现象。

政府对公立医院放权却缺乏监管。在经济转型过程中, 医疗机构获得了一定的自主权, 已经成为相对独立的“市场主体”。同时也产生了自身的利益诉求, 利用各种途径谋求自身利益最大化, 出现了各种不规范行为, 损害了消费者的利益, 也违背了公立医院的初衷。尽管政府力图纠正, 但由于始终没有建立一套合理补偿机制来弥补公立医院承担的社会政策和公益性, 而使一些监管措施, 如医药收支两条线、药品集中招标、医疗服务价格管理等政策流于形式。该放的没有放开, 该管的没有监管好。

5. 我国医疗卫生服务缺乏连续性和协调性

我国医疗服务缺乏连续性和协调性。医疗机构的能级分工不清, 没有建立从基层向二级、三级医疗机构的转诊制度, 医疗服务缺乏连续性。加上医疗保险定点医疗的因素, 因而导致一些常见病、多发病集中到二、三级医院; 基层医疗机构门庭冷落, 大医院人满为患, 不仅带来看病难, 也带来费用昂贵。调查发现, 城市大中型医院中 60% ~ 70% 的门诊完全可以在基层医疗机构得到解决。

医疗机构之间相互竞争病源, 没有协调机制。上下级、同级医院相互独立, 互不买账, 检查和诊断结果不能共享, 重复检查, 造成不必要的浪费, 加重病人负担。

医疗卫生服务与人的生老病死每一个环节密切相关, 涉及每一个人和家庭。当今世界, 普及基本医疗卫生服务, 控制医疗费用过快上涨, 是各国政府共同面临的难题之一。妥善处理和解决好看病难、看病贵, 是对我们党和国家执政能力的一个考验。这项工作事关人民群众的切身利益, 事关和谐社会构建, 需要认真研究。一方面要认真总结和借鉴世界各国在妥善处理和解决这一问题的经验和教训, 另一方面从我国的基本国情和医疗卫生服务的规律出发, 深入分析, 抓住关键, 标本兼治, 务求实效。

三、国外医疗卫生体制的比较及其经验借鉴

卫生保健体制通常由健康保障制度、卫生服务体系和卫生管理体系组成。一个国家卫生保健体制的形成和发展, 主要取决于这个国家经济发展水平、政治意愿和社会价值取向。在人类历史上, 治疗疾病和增进健康的技术方法已经存在了几千年, 而有组织的卫生保健体制的出现才有 100 多年。1883 年德国俾斯麦政府为了在政治上削弱社会主义运动对工人的吸引力, 巩固新生的普鲁士共和国, 通过了强制性疾病基金法, 成为世界上第一个建立社会医疗保险的国家。随后, 英国、俄罗斯等欧洲国家纷纷仿照德国立法, 建立了社会医疗保险制度。1917 年十月革命胜利以后, 苏联政府颁布法令, 建立了国家统一的卫生服务体系, 向全民免费提供医疗服务。1946 年, 英国立法将社会医疗保险制度转变为国家卫生保健体系, 免费向全民提供卫生保健服务, 强化了全民对国家的认同。正如布莱尔首相所说的那样, 国家卫生保健体系已经成为大不列颠和北爱尔兰联合王国的一个重要标志。

目前,世界卫生组织 192 个成员国中,约 90 个国家建立了覆盖全体人群的卫生保健体制。按照经济发展水平划分:所有高收入国家(人均 GDP 超过 9386 美元)、60%的中高收入国家(3036 ~ 9385 美元)、40%的中低收入国家(766 ~ 3035 美元)、10%的低收入国家(人均 GDP 低于 765 美元)建立了覆盖全民的健康保障制度。

(一) 发达国家的卫生保健体制

在发达国家中,只有美国的各类健康保障制度覆盖 85%的人口,其他发达国家健康保障制度均覆盖了城乡所有家庭与人口。2002 年,发达国家人均 GDP 为 28858 美元,人均卫生费用为 1897 美元,占人均 GDP 的 7.8%。由于人口老龄化、慢性病增加及疾病结构的变化,发达国家的医疗费用负担不断上升,政府负担沉重,有些国家正在改革和完善卫生保健体制。发达国家的卫生保健体制可分为三种类型,即国家卫生保健体系、社会健康保险体系、商业健康保险体系。

国家卫生保健体制:由国家立法,通过税收筹集资金,政府直接举办公立医疗机构或购买私人医疗服务,向全体公民免费提供公平、可及的医疗、预防、保健、康复服务。实行这种模式的国家有英国、瑞典、挪威、丹麦、芬兰、意大利、西班牙、葡萄牙、希腊、澳大利亚和新西兰等。这种体制的管理,有些是中央集权化管理(如英国),有些是分权化管理(如北欧国家)。

社会健康保险体制:由国家立法,强制性要求雇主和雇员按照工资的一定比例向疾病保险基金缴纳保费(或社会保险税)。这种“强制性、互济性和补偿性”的健康保险体系覆盖雇员及其家属。同时,政府酌情补贴弱势群体加入健康保险,使这一体系覆盖到所有人。实行这种模式的国家有德国、法国、奥地利、匈牙利、卢森堡、荷兰等,日本和中东欧的一些国家基本上也属于这个类型。健康保险基金实行社会统筹、互助共济、以收定支、收支平衡。承办健康保险的机构有些是分散社会自治的非营利性的疾病基金(如德国),有些是政府集中管理的机构(如法国)。

商业健康保险体制:包括商业医疗保险和私人医疗保险,几乎所有国家都建立了市场健康保险制度,但都是国家卫生保健体系和社会健康保险体系的补充性。只有美国将商业健康保险体系作为卫生保健的基本制度。美国政府只保证老人、儿童、低收入者等弱势人群的卫生保健,大部分人的卫生保健都是通过市场提供。由保险方、投保方和医疗服务供给方签订合同,明确各自的权利和义务。资金筹集由私营机构负责,缴费由个人承担,医疗服务主要由私营机构提供,医疗费用由保险机构和医疗机构结算。政府通过制订法律,规范监督保险合同各方履约。

评价发达国家上述三类卫生保健体制的优劣利弊,可以看出:

实行国家卫生保健制度的国家,资金筹集、支付以及服务提供都由政府负责,政府通过总额预付制对医疗机构进行预算管理,对居民的就诊实行严格限定。患者只能在规定的社区选择自己的全科医师或诊所,如患大病需要通过转诊才能到医院获得专科服务。社区全科医师具有“守门员”作用,医院和医师几乎没有通过医疗服务谋私的动机。这一体系的特点是全民覆盖、公平获得、费用控制较好。2003 年英国和丹麦人均卫生费用分别为 2231 美元、2673 美元,卫生费用分别占 GDP 的 7.7%、9.2%,平均寿命达到 78.5 和 78.0 岁。问题是政府负担太重,患者选择性较差,服务效率不高,候诊时间过长。

实行社会健康保险制度的国家,以政府为主导,通过医疗保险和政府补贴筹措资金,调动社会力量,促进健康公平和风险分担。公共部门和私营部门都承担资金筹集、支付和服务提供者互为补充。病人的选择性强,服务提供比较充足,服务质量较高,卫生费用较高。2003 年,德国和法国的人均卫生费用分别为 2996 美元和 2903 美元,卫生费用分别占 GDP 的 11.1%和 10.1%,平均寿命为 78.4 和 79.4 岁。

美国实行以市场为主导的卫生保健体制,从技术角度讲效率很高,有钱人能够得到最好的医疗

保健。但存在的矛盾也很突出。一是健康和卫生服务不公平的现象比较严重。虽然美国政府针对低收入人群实行医疗救助 (medicaid), 对老年人实行医疗照顾 (medicare)。但从整体来看, 全国约 15% 的居民没有任何医疗保障; 二是医疗费用支出巨大。2003 年美国人均卫生费用为 5635 美元, 占 GDP 的 15%; 三是健康绩效相对较差, 国民平均寿命 77.2 岁, 在发达国家中处于较低水平。

发达国家卫生保健体制总体上比较成熟, 都是以强大的经济实力为基础, 但也都存在各自的问题。从 20 世纪 80 年代开始, 不同卫生保健体制的国家都在围绕: ①增进成本效率; ②确保医疗服务质量; ③促进竞争; ④公平的可及性; ⑤分权化管理; ⑥对应人口老龄化, 开展改革。各国卫生改革的动因主要来自两个方面: 一是政府不堪财政压力, 希望通过改革控制成本攀升, 维持卫生系统可持续发展; 二是居民对医疗服务需求和服务质量要求越来越高, 政府希望通过改革改善资源使用效率, 增加服务产出, 提高患者满意度。英国实行筹资者和提供者分离 (也称内部市场改革), 试图通过竞争机制提高卫生服务产出, 缩短患者就诊等待时间。许多欧洲国家也借鉴英国的做法。美国卫生费用最高, 一直通过管理式竞争来约束医疗费用的上涨, 但在宏观层面上, 虽然 20 世纪 90 年代有接近 40 份卫生改革计划在国会讨论, 但没有实质性进展。日本针对人口老龄化和医疗费用上涨的趋势, 在原有的全民健康保险基础上, 将《老人福祉法》和《老人保健法》中有关高龄老人介护 (即照料、护理的意思) 的制度重新修订, 形成“介护保险制度”专门应对高龄老人的健康保障问题。同时, 加强药品价格控制, 实现全部药品政府定价; 改革支付方式, 将大部分卫生服务与强制性健康保险融合在一起, 将按项目收费与按病种收费有机结合, 控制医疗费用的不断上涨。

国际社会认为, 过去 20 年卫生改革最大的问题是对健康和卫生服务利用公平性关注不够。1998 年 5 月世界卫生组织大会宣言明确提出, 健康是一项基本人权, 改善所有居民的健康是社会经济发展的终极目标之一, 并且强调促进卫生领域的公平性和公正性是实现这一目标最重要的措施。进入 21 世纪以来, 减困、扶贫、医疗救助和社会健康保险成为国际社会倡导和支持的主要领域。卫生改革已经从效率和质量为主导向公平-效率-质量为核心的方向转变。

(二) 发展中国家的卫生保健体制

从世界范围来看, 大多数发展中国家都在根据本国国情, 借鉴发达国家的经验, 探索和完善本国的卫生保健体制。总体上看, 发展中国家健康保障制度的覆盖范围、受益人群和保障程度与经济发展、人均收入水平和农业劳动力占总劳动力比例密切相关。

57 个低收入国家: 人均 GDP 低于 765 美元, 农业人口约 70%。除了国家公务员、大中型企业雇员外, 没有建立社会健康保障制度。2002 年, 这些国家人均卫生费用不足 20 美元, 75% 由居民自费就医, 疾病风险很大, 健康状况低下。

60 个中低收入国家: 人均 GDP 在 766 ~ 3 035 美元, 农业人口约 50%。在这些国家中, 包括国家公务员、企业雇员及其家属和其他劳动者 (包括农民) 的健康保障制度逐步建立, 覆盖人口不断扩大。2002 年, 这些国家人均卫生费用 107 美元, 政府公共财政支付占 56%。

37 个中高收入国家: 人均 GDP 在 3 036 ~ 9 385 美元, 农业人口低于 1/3。健康保障制度逐步建立起来, 城乡居民的健康保障制度逐步并轨, 人口覆盖率逐步扩大到所有家庭。2002 年, 这些国家人均卫生费用为 339 美元, 政府公共财政支出占 63%。

在研究发展中国家发现, 有一些发展中国家尽管经济发展水平较低, 由于政府强烈的政治意愿, 也建立了覆盖全民、保障水平不高的健康保健制度, 为全体居民提供低水平、广覆盖的基本医疗卫生保健服务。我们系统研究了经济发展水平、人口结构与我国相似的墨西哥、巴西、泰国、印度等发展中国家, 发现这些国家的卫生保健体制有一些共同特点:

(1) 通过国家立法, 保证全体国民免费享有一定水平的医疗卫生服务的权利, 着眼于建立公平

的基本卫生保健制度。1949年印度在第一部宪法中明确规定,所有国民都享受免费医疗。1983年,墨西哥通过了“宪法修正案”和“卫生基本法”,赋予每个公民获得健康保护的基本权利。2003年,墨西哥修改了卫生基本法,提出建立卫生社会保障制度,规定“所有墨西哥人都有权利加入卫生社会保障制度。在公民有需要的时候,国家向公民无歧视地提供免费、有效、快速、优质的卫生服务以完全满足其卫生需要”。1986年,巴西政府把保障所有公民的健康权益作为各级政府的责任,将建立国家“统一医疗体系”写入了新宪法。新宪法规定:“健康是所有公民的权利和国家的责任,不论种族、宗教信仰和社会经济状况如何,每一个巴西公民都有权利得到政府各级医疗机构的免费治疗。”

2. 着眼于绝大多数公民,尤其是弱势人群的基本卫生服务。墨西哥政府一方面通过直接筹资,为居民提供公共卫生服务,一方面通过大众健康保险筹资,为居民提供个人卫生服务(包括医疗、保健和康复等);泰国政府从2001年起,扩大全民健康保险(称为30铢医疗保险计划),现已覆盖了80%以上的人群,特别是没有任何健康保险和福利制度的人群。居民到公立医院就医,每次只要支付30铢,超出部分由政府筹资和补充基金解决。在这些国家中,政府卫生支出占政府总支出的比例达到10%~15%。

3. 不照搬发达国家的模式,着眼于本国实际,针对不同收入人群设计不同卫生保健制度,同时鼓励私立医疗机构和商业医疗保险发展。巴西实行全民统一免费医疗制度,由政府举办公立医院和卫生所向持有巴西身份证的公民提供免费的基本医疗,覆盖所有低收入人群和农民(约占全国人口的70%)。由于免费医疗提供的条件和水平不高,与全民统一免费医疗制度并存的还有私人医疗保险,由公民根据经济收入水平自愿购买,收入较高的人群大都参加私人医疗保险(约占人口的30%);印度的免费医疗是由政府举办的公立医院提供最基本的医疗服务,公立医院的条件和水平比私立医院要差得多,而经济条件较好的患者往往到私立医院,居民个人承担的医疗费用比较高。

4. 重视基层卫生服务体系建设,建立严格的转诊制度和基本药物制度,控制医疗费用,改善服务效率。巴西建立遍及城乡的卫生服务网络和双向医疗转诊制度,以社区卫生服务为基础,大多数居民特别是老人、妇女和儿童在社区免费获得初级卫生保健服务。建立社区首诊制度,患者病情复杂需要转院治疗时,由社区卫生服务机构直接与转诊办公室联系,由转诊办公室联系并安排到医院就诊,政府按照核定的医疗任务和技术等级,向公立医疗机构提供预算。同时,政府对私立医疗机构承担的免费基本医疗服务也给予定额补助。墨西哥政府建立基本卫生服务包和基本药物制度,基本卫生服务内容包括9大类249项服务内容以及265种基本药物,涵盖了社区卫生100%的服务内容和95%的综合医院服务内容。基本药物目录由政府确立,统一向国内外生产厂家直接公开竞标采购并进行配送,控制药品费用,保证用药安全。

(三) 经济转型国家的卫生保健体制

十月革命后,前苏联建立了世界上第一个全民免费的卫生保健制度。我们所熟知的白求恩大夫在美国、加拿大行医期间,长期为穷人免费享受医疗奔走呼号,但劳而无功。1935年,他了解到前苏联在卫生保健制度建设上取得的成就,为之震撼,感受到社会主义的优越性,回国后即加入共产党,后来受加拿大和美国共产党的派遣,不远万里来到中国支持我国人民的革命和解放事业。社会主义追求目标是公平正义,强调人的自由和全面发展。在卫生保健领域要求建立全民健康保障的理念。苏联实现的全民免费卫生保健制度不仅影响了当时的社会主义国家,也对英国、瑞典等资本主义国家产生了很大影响。但是过分依赖政府,没有调动社会力量和群众的积极性,也带来了卫生事业发展缓慢,政府压力过大,服务效率低、服务质量不高等问题。

20世纪90年代,随着苏联的解体,绝大多数原社会主义国家的政治体制和经济体制发生了深

刻变化,也出现了严重的经济衰退。但是这些国家用于社会服务方面的费用,尤其是卫生保健费用没有大幅度下降,基本卫生保健的覆盖面没有改变。这是这些国家在政治、经济转型过程中为维护社会稳定所采取的重大措施之一。这些国家卫生保健体制改革的方向,由全民免费医疗服务向社会医疗保险制度逐步过渡。

从卫生筹资来看,大多数转型国家政府的作用没有减弱,而且由政府直接提供转变为强制性社会保险筹资。同时,国家预算和各级地方政府在公共卫生筹资、重大医学科学研究、举办公立医疗机构、改善医学教育以及补足社会保险赤字方面,仍然发挥重大作用。波兰、匈牙利、斯洛伐克、捷克、土库曼斯坦、乌克兰、马其顿等国家,政府卫生筹资占卫生总费用的比例仍然超过70%,罗马尼亚为65.9%、俄罗斯为55.8%。而阿塞拜疆、爱沙尼亚、格鲁吉亚等卫生领域的作用逐步下降,政府卫生筹资占卫生总费用的比例下降到35%以下,随之而来的是居民个人支付的比例不断提高,自愿参加商业医疗保险和现金支付的人不断增加。

从提供卫生服务来看,大多数转型国家提供卫生保健服务的机构主要还是公立机构,医师还是国家公务人员,公立医院采用政府预算管理。在俄罗斯,居民基础医疗需要的基本药物是由中央政府提供,其他种类药品由医院向供应商直接购买。同时,在初级保健和牙科领域,私立机构逐步发展,也有一些国家开展了“私有化运动”,医师由国家雇员转变为个体开业者,医师与保险公司和地方政府之间签订合同,地方政府为其提供房屋和设备。

此外,我国台湾地区健康保险制度不断完善和发展,1950年建立了劳工保险(占人口40.1%),1958年建立了公务员和教师保险(占人口8.6%),1985年建立了农民保险(占人口8.2%)。1995年,台湾颁布了《全民健康保险法》,将健康保险从原有的各项保险中分离出来,建立全民健康保险,由台湾“行政院卫生署”主管,“卫生署”下设“中央健康保险局”统一经营。目前覆盖人口98.7%。

(四) 国际卫生保健体制研究的几点体会

我们研究不同国家卫生保健体制的形成、发展、变化的过程,有以下经验启示和几点体会:

1. 世界各国卫生保健体制的发展都经历了一个由无到有、由低到高的渐进过程。不可能超越经济发展阶段,但也不能长期滞后于经济社会发展。而且,目前世界上尚未有一个可堪称完美的体制,各类制度仍在进行不断的改革探索和调整完善。

2. 一个国家卫生保健体制建立和完善,不仅取决于经济发展水平,更取决于政府的政治意愿和社会价值取向。也就是说,卫生保健制度不仅为人民群众的健康服务,也为国家的政治、经济服务。不论是发达国家、还是经济转型国家和发展中国家都把建立和发展健康保障制度的核心理念定位于保障广大公民基本健康权益和促进社会公平。卫生保健体制成为国家政治、经济和社会发展的标志。

3. 国家卫生保健制度不能只采取单一的模式,而是根据本国国情,借鉴国际经验,确定一种模式为主体、多种模式共存的复合型保健制度。以政府税收和社会保险为基础,公立医疗机构为主体,同时发挥市场机制的作用,以私立医疗服务和商业保险为补充,满足多层次、多样化的医疗服务。

4. 政府在建立和完善卫生保健体制中发挥主导作用,主要职能包括:①通过政府筹资和社会保险,建立社会医疗卫生安全网,保障绝大多数人群,特别是弱势人群基本医疗卫生服务的可及性;②组织和提供公共卫生服务;③制订长远卫生发展战略,发展医学科学研究和医学教育;④规范和监管医疗服务市场,保障医疗服务质量和安全。经济越发达,政府公共筹资占卫生总支出的比重越大,政府卫生支出占政府预算总支出比例也越大。

5. 各国卫生保健体制的基本功能是大体一致的。尽管不同类型国家的卫生保健体制的内容有所不同,并随着经济社会发展和居民医疗卫生服务需求的变化而不断完善和改革,但是各国卫生保健体制的基本功能体现了“加强政府干预、促进公平可及、合理配置资源、对应人口老化、规范就医流程、降低疾病成本、控制医疗费用、提高服务质量、确保病人选择、改进健康绩效”的原则,都是围绕着保障公民的基本健康权益,并持续地增进公民健康这一总的目标。

四、改革与创新我国卫生保健体制的政策建议

卫生发展面对诸多的问题与挑战,关键所在就是要按照科学发展观的要求,正确认识和总体把握我们处在怎样的发展背景下,探索建立一个什么样的国家卫生保健体制,以适应人民群众多层次、多样化需求;当务之急就是要认真研究“看病难、看病贵”的成因,加快体制和机制创新,探索有针对性的政策措施和解决办法,促进卫生事业健康发展。

从根本上讲,解决上述问题的关键就是国家卫生保健体制的改革与创新。世界各国卫生保健体制的改革与发展,实际上有三种目标选择:一是优先满足部分社会成员的所有或大部分的医疗卫生需求;二是对所有社会成员按照实际需求提供均等的、有限水平的服务保障;三是优先保障所有社会成员的基本卫生服务需求,在此基础上,满足更多社会成员更多的医疗卫生需求。我们认为,我国卫生保健体制的制度设计必须从国情出发,从人民群众的根本利益出发,优先发展和保障全体居民的基本卫生服务需求,体现社会公平,在此基础上,逐步满足社会成员多层次化、多样化需求。为此我们提出以下建议。

(一) 明确一个发展目标:“人人享有初级卫生保健”

“人人享有卫生保健,不断提高全民族健康素质”,是党中央提出的我国社会主义现代化建设的重要目标,是人民生活质量改善的重要标志,是经济和社会可持续发展的重要保障。

选择这一发展目标的具有时代特征,符合世界卫生保健体制发展的潮流。1978年阿拉木图会议上,WHO提出把“人人享有卫生保健”作为全世界各国卫生工作的方向。20余年来,各国政府为此作了不懈努力,“人人享有卫生保健”受到世界的广泛接受。在1979、1980年直至2003年的联合国大会与世界卫生大会上得到反复重申。几乎所有的国家元首与政府首脑都对这一目标的实现作了承诺,中国前总理李鹏和前国家主席杨尚昆也分别在1988年和1991年代表我国对此作了承诺。

选择这一发展目标符合我国的基本国情,符合“以人为本”执政理念。“生老病死”是人民群众最关心、最直接、最现实的切身利益,初级卫生保健就是满足人民群众公共卫生服务和基本医疗服务的需求,人人都能得到、体现社会平等权利、人民群众和政府都能负担得起的卫生保健服务。建国57年来,我国卫生事业发展的一条基本经验就是实施了“低水平、广覆盖、高效率”的初级卫生保健,在发展初级卫生保健打下了良好的基础和取得了成功的经验。从我国当前所处的经济发展阶段和解决现实问题的需要看,今后相当长的时间内仍然需要采取低成本、广覆盖、高产出的卫生发展战略。尤其需要确立明确的“人人享有初级卫生保健”(或“人人享有基本卫生服务”)的战略目标,并通过富有远见和创新精神的制度设计,实现基本卫生服务惠及全体人民。

“初级卫生保健”是指基本的、人人能够得到的、体现社会平等权利的、人民群众和政府都能负担得起的卫生保健服务。初级卫生保健反映的核心价值观是社会公平,所奉行的理念是“健康乃人类的基本权利”,所追求的目标是“人人享有健康”,所采用的技术是适宜技术,其筹资机制以公共财政筹资为主,其受益对象是全体社会成员。

初级卫生保健内容主要包括:一般公共卫生、各类疾病预防与控制、环境卫生和基本卫生设施、改善营养与妇女儿童保健,以及疾病早期诊断与治疗、提供基本药物等。这表明初级卫生保健

体现了预防为主、对各种健康危险因素进行早期控制,是一种低投入、高产出的干预策略。明确“人人享有初级卫生保健”,建立初级卫生保健制度,普及基本卫生服务的主要意义在于:

一是可以显著改善健康公平。由国家组织提供基于公平权利而不是个人支付能力的基本服务,确保人人享有。

二是有利于控制费用快速上涨。初级卫生保健强调采用符合成本效益的适宜技术而不是昂贵技术;强调预防优先的干预策略将减少疾病治疗的成本;强调公共筹资为主,有利于扭转服务机构靠收费维持运行和发展的错误激励机制;从制度上保证病人合理分流,减少“小病大医”造成的资源浪费。

三是可成为有效应对人口老龄化以及工业化、城市化及疾病谱变化产生的新的卫生问题的良策。初级卫生保健强调预防、保健、医疗、康复等综合服务一体化,有利于从制度上弥合医疗和预防的裂痕。强调政府、社区、家庭、个人共同为健康负责,明确社会各方面的责任、权利和义务,有利于动员全社会力量共同抵御疾病、增进健康,显著提高卫生系统绩效。

四是人人享有初级卫生保健对促进城乡间、地区间协调发展、增强社会凝聚力,促进社会公正和谐,改善我国卫生领域的国际形象,进一步树立和巩固我国负责任大国的国际地位都将产生积极的长远影响。

实现“人人享有卫生保健,不断提高全民族健康素质”这一长远发展目标,必须有适应我国基本国情的体制保障和制度安排。专家组认为,卫生改革与发展的基本目标定位应该是“构建以政府为主导、需求为导向,以初级卫生保健为基础,‘两层’卫生服务体系和‘多重’健康保障制度为内涵,体现社会公平,人人享有的国家卫生保健体制”。

(二) 改革和完善“两层”卫生服务体系,适应不断变化的卫生服务需求

目前,我国卫生服务体系为三层,结构呈“倒三角”现象,患者拥挤大医院,基层机构萎缩,导致资源浪费和高额费用。必须改革现有卫生服务体系,把一级和部分二级医疗机构转向社区和家庭,构建“两层”服务体系,贴近患者、降低费用,规范医疗服务流程,改变“大医院拥挤看小病、基层社区没病看”的局面,提高卫生资源利用效率。

1. 改革完善“两层”卫生服务体系,加快发展城乡社区卫生服务

“两层”卫生服务是指社区卫生服务和医院服务。

社区服务层次:将社区卫生服务定位为执行国家基本公共卫生服务免费制度、社会医疗救助制度和提供基本医疗服务的主要载体。社区卫生服务履行初级卫生保健的功能,其任务是提供最基本的、人人都能得到的、体现社会平等权利的、人民群众和政府都能负担得起的公共卫生和基本医疗服务。国家通过支付制度(如按“人头”付费)和购买方式的改革,完善社区卫生服务的筹资机制,充分发挥社区卫生服务机构作为公共卫生服务主力军和医疗服务“守门人”的作用。社区卫生服务体系在城市由社区卫生服务中心和社区服务站、在农村由乡镇卫生院和村卫生室构成。政府主导、财政筹资,直接组织(或购买),面向全体公民提供基本公共卫生、基本医疗保健服务,强调适宜技术、适宜人才、基本药物、成本效益和“守门人”作用,防止片面追求高技术、高档次、高标准的错误导向,不得随意扩展服务内容和从事营利性服务,提高卫生服务的公平性和可及性,保证普惠性,促进社会稳定与和谐。在城市,将一级和部分二级医疗机构转向社区,把坐等病人转向深入社区和家庭,贴近患者、方便病人、降低费用,发挥“六位一体”功能;在农村,探索建立乡村一体化服务体系,规范医疗卫生服务流程,完善初级卫生保健功能。

同时,要保障县及县以上疾病预防控制机构、卫生监督机构运行与发展,履行政府赋予的公共卫生服务和相关的管理职能。

医院服务层次：由县级及县以上各类医疗卫生机构构成。功能上接受社区卫生服务体系的转诊，提供急症、重症诊疗与康复服务或居民自由选择的服务，开展医学研究、培养医学人才。要强化医院之间的协调性（如检查结果互认、相互转院等）。在区域卫生规划指导下，调整医疗机构布局和功能。在筹资上，政府投入、社会医疗保险、商业保险和适当个人付费有机结合，保证医疗机构正常运转和发展。

2. 改革公立医疗机构管理体制和运行机制

扩大卫生筹资来源，促进卫生领域竞争。满足社会多层次、多样化医疗服务需求。长期以来，政府财政投入不足和“出资人”缺位现象导致公立医疗卫生机构为社会公众利益服务的激励和约束机制不强，公益性质淡化。对现有公立医疗机构进行改革建议如下：

一是根据区域卫生规划和财政支付能力，合理确定医疗机构数量和布局。保留适宜比例的公立医疗机构，既作为体现国家公共政策和卫生工作社会公益性质实现的载体，又是医疗科研、人才培养、医疗服务质量和水平竞争的标杆。这部分医疗机构实行预算制管理或收支两条线管理。

二是对部分公立医疗机构进行改制，可以国有民营，也可以实行股份制或合作制改造，实行区别于公立医院的治理结构、价格政策和用人制度。

三是放宽政策，鼓励社会、民营资本进入医疗领域，举办公益性或营利性医疗机构，以拓宽发展卫生事业筹资渠道，补充公立医院服务的不足。这些医疗机构应主动与社会医疗保险和商业保险机构签订合同，成为社会和商业保险的主要载体，满足一部分社会成员的高层服务需求。

四是制订充分体现医务劳动高技术、高风险特点的医务人员收入分配制度。公立医疗机构工作人员应得到较高的劳动报酬，以体现医务劳动价值，稳定卫生队伍，杜绝灰色收入。改革内部分配机制，拉开分配档次，调动医务人员积极性。

五是公立医疗机构实行灵活的用人机制，允许大医院医务人员在初级卫生保健服务系统兼职或多点执业，并取得合理报酬，以促进人才合理流动，提高基层服务质量。在绝大多数国家，医护人员是自由职业者。应该将医护人员从单位人转变为社会人，医护人员与医院的关系变为签约或雇佣关系，这样才能真正调动医护人员的积极性，尤其是多点执业，满足基层社区对人才的需要，同时引导病人流向社区。

3. 加强医院之间、医院和社区卫生服务机构的协调性和连续性

国际经验告诉我们：①医疗服务流程规范是保证服务可及、质量和费用控制的前提；②通科医师、社区卫生的重要性不仅表现在方便居民就医，而且是双向转诊的基础、卫生服务和费用控制的“守门人”；③医院是整个卫生系统最大的费用支出部门，医院服务质量、效率和费用机制是各国普遍关注的重点；④医疗费用的控制：要从需方和供方两个方面着手，尤其是供方行为。

规范综合性医院、专科医院的服务内涵，加强医院之间的协作和协调。在政策上鼓励和支持医院，尤其是大医院“伸腿”到社区，开办和协办社区医疗卫生机构，加强医院社区卫生服务机构之间的连续性和协作关系，完善医院支持社区卫生服务的机制。鼓励医院医护人员到社区卫生服务机构兼职和多点执业，积极落实医院医护人员在职称晋升需要到农村社区服务半年或一年的政策。在此基础上，认真落实“双向转诊”制度，规范病人流程，努力把大多数门诊病人留在社区，缓解大医院的门诊压力，使医院为更多疑难和重症患者服务，改变大医院拥挤看小病，小医院和社区没病看的局面，提高卫生资源利用效率。

探索成立医疗质量评价监督自律组织。医务人员是一支专业技术队伍，借鉴国际上的通行做法，成立自律性的社会团体，隶属于卫生管理部门，对医疗机构在册医务人员进行横向评价、监督和处罚，受理患者对医务人员方面的投诉，建立医务人员执业档案和记录，强化横向比较和社会监