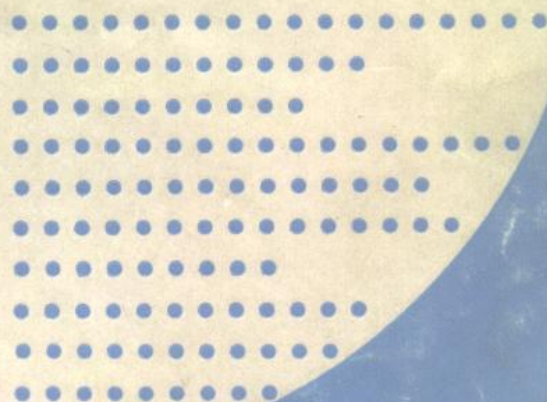


主编 胡善联 副主编 康 庚

WAIGUO WEISHENG
SHIYE GUANLI

外国卫生事业管理



上海科学技术出版社

外国卫生事业管理

主 编 胡善联

副主编 康 庚

编 委 (以姓氏笔画为序)

石大璞 杜乐勋 李曼春

吴长林 吴雁鸣 陈焕生

边同华 施忠道 顾杏元

储振华

秘 书 朱乃苏

上海科学技术出版社

外国卫生事业管理

主编 胡善联

上海科学技术出版社出版

(上海瑞金二路450号)

新华书店上海发行所发行 祝桥新华印刷厂印刷

开本 787×1092 1/16 印张 17.5 字数 427,000

1989年5月第1版 1989年5月第1次印刷

印数 1—8,800

ISBN 7-5323-1241-0/R·336

定价: 9.20 元

序

改革开放的政策给我们的卫生工作带来了新的活力。当前我们正在迈开新的步伐,探索具有中国特色的、科学的卫生事业管理模式。这就不仅仅要总结我们自己的经验,而且要放眼世界,吸取别的国家的经验。

新中国建国以来,我们的卫生工作已经取得很大的成绩,而且积累了丰富的经验,这是与卫生工作的组织管理分不开的。但是,由于过去我们没有把卫生事业管理作为一门专门的科学进行系统的研究,加之新的形势正在向我们提出新的要求,我们在卫生事业管理方面就明显地呈现出落后的状态。也就是说,我们同工业和科学发达的国家比较起来,在卫生事业管理水平上,还有相当大的差距。我们必须学会现代化的科学管理。

但是,把现代化的科学管理用之于我们的卫生事业绝不是轻而易举的。因为这有一个与我国的国情具体结合的过程,也就是理论与实践结合的过程。为此,学习卫生管理专业的人员必须投入到改革的洪流中去,对实际工作进行深入的体会,并对我国卫生事业发展的历史进行深入的研究;具有较长时期实际工作经验的人员必须对现代管理学理论进行认真地学习,并对外国的管理经验进行认真地了解。要走出自己的圈子,同时也不能照搬别人的东西,特别是不能仅以外国中某一个国家的做法作为绝对的依据。总之,要从现代管理学掌握方法,建立起具有中国特色的卫生事业管理模式。而当前的关键在于学习。要提高在职的卫生管理专业干部水平,同时要培养新的卫生管理专业干部。

《外国卫生事业管理》是一本颇适合我们当前需要的书。它是由国内二十位卫生管理学专家编写的,其依据不仅来自丰富的有关图书文献,而且参考了一些外国专家在我国作的专题报告。它所介绍的外国经验,包括具有代表性的各种类型的国家情况。本书的编写开始于举办外国卫生事业管理研究班时的讲稿,经过修订、充实,并在召开外国卫生事业管理教学研讨会期间进行研究、审核,然后再加以整理,前后一共用了将近三年的时间,可见编写者们的严谨态度。此书不仅可以作为院校卫生管理专业的教材,而且可以作为在职干部阅读参考之用。同时,这也是一本供研究工作者参考的资料书。

我想,此书的出版,将对我国卫生事业管理的研究与发展起到一定的促进作用。

黄树则

1987年12月

编写说明

1985年3月上海医科大学卫生管理干部培训中心受卫生部科教司委托开办“外国卫生事业管理高年师资研究班”，要求在国内外专家指导下，经过短期学习，社会调查和研究，在系统掌握本学科理论基础上编写出适合我国特点，具有一定学术水平的教材。

1985年5~6月在上海医科大学举办第一期“外国卫生事业管理研究班”，有全国21所医学院校的25位教师参加，并邀请了16名国内外著名专家作专题报告。着重讨论世界卫生状况、卫生人力、卫生经费、卫生资源、保健制度、医学教育、卫生规划、卫生宣教、卫生评价以及主要国家的卫生事业管理问题。世界卫生组织驻华代表阮显达(Eric Goon)博士及联合国儿童基金会驻华代表泰勒(Carl E. Taylor)博士也到会作了学术报告。在集体讨论的基础上，拟定了“外国卫生事业管理”教学大纲，为进一步编写教材，创建新学科打下了基础。1986年2月经本书编委会讨论和修订，初步完成了第一版教材的审定工作。1987年初由上海医科大学作内部教材出版。

1987年7月又举办了第二期“外国卫生事业管理学教学研讨讲习班”。国内18个医学院校、研究单位交流了外国卫生事业管理学的教学经验，并聘请英国伦敦大学伦敦医院医学院希利埃(Sheila Hillier)教授及澳大利亚新南威尔士大学洛森(Lawson)教授对英国及澳大利亚卫生事业管理作了系统的报告。会后对本书进行了第二次修订。

外国卫生事业管理是研究世界各国卫生事业管理现状及其发展规律的科学，通过收集各国卫生状况及有关国际卫生组织的资料和信息，从卫生、人口、政治、经济等方面进行科学地分析研究，探讨各国卫生事业的现状、发展以及管理的经验和教训，以适应我国对外开放，经济发展战略的要求，为发展我国卫生事业服务。

“外国卫生事业管理”是卫生管理专业的一门专业课程。目前教学时数为36~54学时。各校可重点选择本书的总论及部分各论章节讲授有代表性的不同社会制度及卫生服务模式的国家。

卫生部前副部长黄树则同志为本书撰写了序言，阐明学习外国卫生事业管理的意义及其重要性。在编写过程中承卫生部科教司李子英同志，上海第二医科大学严珩教授热忱指导和帮助。此外朱乃苏、项政、陈国平同志在编写过程中担任了秘书及校对工作，特此一并致谢。

由于外国卫生事业管理是一门新的学科，编写人员在这方面的理论知识和实践经验都还不足，书中定有不少问题、甚至错误之处，敬请读者批评和指正，以便再版时更正。

胡 善 联

1988年8月

目 录

序.....	1
编写说明.....	2

总 论

第一章 绪论.....	1
第二章 世界卫生状况.....	8
第三章 卫生政策和规划.....	16
第四章 卫生行政与立法.....	25
第五章 卫生保健制度.....	34
第六章 卫生费用.....	42
第七章 卫生人力.....	53
第八章 卫生设施.....	70
第九章 卫生服务.....	80
第十章 国际卫生组织.....	97

各 论

第十一章 苏联卫生事业管理.....	117
第十二章 英国卫生事业管理.....	131
第十三章 联邦德国卫生事业管理.....	146
第十四章 法国卫生事业管理.....	160
第十五章 北欧国家卫生事业管理.....	171
第十六章 美国卫生事业管理.....	185
第十七章 加拿大卫生事业管理.....	199
第十八章 日本卫生事业管理.....	209
第十九章 澳大利亚卫生事业管理.....	224
第二十章 亚洲国家卫生事业管理.....	232
第二十一章 拉丁美洲国家卫生事业管理.....	243
第二十二章 非洲国家卫生事业管理.....	253
附录 1 非政府性卫生组织.....	262
附录 2 世界部分国家医院病床数及医师数.....	264
附录 3 世界部分国家医院病床使用情况及每万人口住院人数.....	264
附录 4 1986年世界各国人口资料.....	265

第一章 绪 论

十一届三中全会以来,全党工作重点已转移到经济工作方面,“对外开放,对内搞活”经济政策的实施,农村和城市的经济体制改革已发生了深刻的变化,卫生工作也面临着新的形势和任务。为适应我国社会主义初级阶段的特点,卫生事业的改革,包括经营管理权力的下放,卫生机构和人事制度的改革已刻不容缓。改革的关键之一是提高各级卫生管理干部的素质和管理水平,借鉴各国卫生事业管理的长处和优点,通过消化和吸收为我所用,开创我国卫生事业建设的新局面,建设具有中国特色的现代化的社会主义卫生事业。这就是我们编写《外国卫生事业管理》一书的出发点。

近年来为了加速我国卫生事业现代化的建设,引进国外先进的技术和设备,卫生领域的涉外活动亦日趋频繁。大批医疗、卫生、科技人员派往国外学习、进修和考察,他们迫切需要了解所在国家卫生事业的现状和进展,我们编写本书的目的也是为出国人员提供这方面的信息。

外国卫生事业管理(international health care system and management)系统地介绍和比较世界各国卫生事业的历史发展、现状以及卫生事业的科学管理。外国卫生事业管理从客观研究各国卫生政策、卫生状况和卫生管理的经验出发,从理论上来总结各国卫生体制的实施模式,探索卫生事业科学管理的客观规律,促进卫生事业的发展。

社会主义的国家卫生服务制度是人类最进步的卫生保健制度。社会主义卫生事业的根本宗旨是最大限度地满足人民对医疗卫生的要求,改善和保护人民的健康。任何国家的卫生保健制度及其管理方法都是在一定条件下产生并为其社会制度服务的。当前我国卫生工作的改革需要借鉴外国的经验,但不能完全照搬照抄。贯彻预防为主方针,实行多种形式办医,坚持以社会效益为主的方向,促使我国卫生工作的改革取得更大的成绩。

第一节 外国卫生事业管理的研究目的和内容

研究外国卫生事业管理的目的是通过对各国间的卫生事业比较研究,以评价卫生政策的效果,改善卫生服务的方式,为制订切合本国实际情况的卫生政策和规划提供根据,最终达到人人都能获得应有的卫生保健措施。

外国卫生事业管理的研究内容主要包括以下七个方面。

(一)卫生保健需求的估计 了解人群对卫生保健的需求是制订卫生规划,做好卫生行政管理的基础。家庭卫生服务调查是卫生服务研究中最常用的一种方法。它可提供人群患病类型,人群对卫生机构的利用率以及人群在卫生医疗开支方面的资料,作出对卫生需求的估计和健康状况的评价。死亡率和发病率的调查是一个地区居民卫生保健需求方面的重要指标,但在很大程度上取决于报告的完整性和准确性。

(二)卫生政策和规划 卫生政策受到多种因素的影响,如政治制度、经济发展水平、历

史文化背景、气候地理条件等。而其中卫生服务的主要提供者(医师)的行为和生活方式对卫生政策的拟订起着主要的作用。因此,在分析比较不同国家的卫生政策时,必须从上述各个方面来进行探讨和研究。世界卫生组织1977年提出的“2000年人人享有卫生保健”(health for all by year 2000)的全球策略,则是世界各国应该遵循的基本卫生政策。

卫生规划则是为了贯彻卫生政策的一系列具体活动。各项规划的成果从影响人群的健康状况,人员、机构的配备以及卫生服务的质量三个方面来进行评价。另外也可从费用和经济、社会效益之间的关系来衡量,甚至需要考虑到病人的态度和意见。它不仅取决于卫生服务的效果,而且还受到社会和物质环境各方面的影响。总之,对卫生规划的不断评价,可使一个国家的卫生体制和卫生服务的模式日趋完善。

(三)卫生体制和管理 卫生体制的管理包括很多职能。具体的管理职能包括卫生规划的制订,卫生行政管理,卫生立法的制订和卫生服务的评价四个部分。这些基本职能是同各自所产生的活动联系在一起。成功的各级卫生规划应该是将卫生力量(卫生人员和卫生机构)按需要分配给各个地区或部门。卫生规划制定后定期收集执行的情况,反馈信息,供领导部门作出相应决策,使计划制订得更加合理和更加完备。

卫生行政管理的研究是十分复杂的,卫生行政管理是指卫生部门如何作出决定,进行监督,授予权力,领导和协调等,可由不同层次的行政管理部门来执行这些职能。在每一个国家卫生体制中,应该研究中央集权和地方分权之间的合理平衡,卫生规划的纵向管理和横向管理。各种规划的协调或一体化的程度是卫生事业行政管理的一个重要方面。卫生部门的管理与国家的立法更是紧密相连的。

(四)卫生体制的组织结构 为了进一步了解各国卫生服务体制的组织机构和职能,必须对不同国家、不同阶段的卫生体制的组织结构进行历史性的比较。了解组织调整和变革的过程,分析各种政府机构(中央和地方卫生机构等)、非政府机构(非营利的慈善机构,私人企业,以及营利目的的私人卫生机构、社会保险机构)和个体卫生人员(开业医师、通科医师)之间的相互关系以及提供卫生资源和卫生服务的方式。保险体制的研究也是卫生体制组成的一个重要部分。一般卫生体制的组织分成预防和治疗两个部门,在大部分国家中,实行卫生服务不单要有卫生部的领导,还需要有教育部、工业部、农业部、劳动部或社会福利部等其他部门的配合。

(五)卫生保健制度 比较研究外国卫生事业管理的基础是以卫生保健制度来分类的。自费医疗、健康保险制度和国家卫生保健制度是最基本的三种形式。不同国家的卫生保健制度往往是与其政治制度紧密相关的。有的国家可以同时存在着多种卫生保健模式,而且一个国家的卫生保健制度也是在不断发展中的。资本主义性质的自费医疗,使贫困者得不到医疗照顾;而社会主义性质的国家卫生保健制度,提供全民免费或减免的医疗,代表了广大劳动人民的利益,是最先进的卫生保健制度。从自费医疗到健康保险,最终达到免费医疗,这是任何政治制度国家卫生服务发展的必然趋势。

(六)卫生资源的来源和分配 这是研究不同卫生保健制度的两个重要因素。卫生资源包括人力资源、财力资源、机构和设备以及知识的资源。而其中以人力资源最为重要。世界上无论哪个国家,卫生资源都是有限的。每个国家都需要以自给的原则来满足卫生方面的需要。应该着重了解卫生人员的种类、数量、结构和分布,培养方式以及人员的管理。研究卫生机构和卫生设施的种类、数量、分布和合理的利用。在发展中国家首先应该应用费用低廉、效

果较好的适宜的医疗技术,探索近 30 年来世界各国卫生费用增长的原因,采取控制方法,做到卫生资源的合理分配。

(七)卫生服务的提供 卫生服务提供的研究是研究在不同卫生保健制度下,人群真正得到具体卫生服务的情况。包括初级、二级和三级卫生保健。从患者求医和向他们提供医疗的医师中收集资料,通过调查农村中各种卫生机构对卫生服务和预防、治疗的覆盖率、患者对卫生机构的信任和满意程度,卫生教育、自我保健的开展情况来评价初级卫生保健的作用。在二级或三级卫生机构中也应开展类似的调查,如通过对住院时间、住院费用、病床利用率的分析来进行卫生人员和卫生机构的效率分析,进一步改进医疗质量,节省医疗费用或重新调整卫生资源的分配。

第二节 外国卫生事业管理的研究方法

对外国卫生事业管理的研究通常采用描述性、分析性和比较性三种方法进行研究。

一、描述性研究

系统收集世界各国有关卫生组织、卫生服务、卫生立法、卫生资源、卫生管理等方面材料。了解卫生事业管理的现状和概况。主要内容应包括:①社会、经济、文化的背景;②社会卫生状况及主要卫生指标;③卫生组织的结构和状况;④卫生保健体制及卫生服务方式;⑤卫生事业费用及人力资源情况;⑥卫生事业改革及组织管理的历史经验。

二、分析性研究

从经济水平、政治策略、文化水平和历史对比中来进行分析研究。

1. 各个国家的卫生服务状况与社会经济的发展有着密切的联系。卫生服务系统是整个社会影响的产物,受到各个国家政治、经济、历史、文化等方面的影响。经济水平的高低不仅决定了卫生服务资源的数量,对人民提供卫生服务的能力,而且还影响到卫生服务系统的实施模式。

医院和其他卫生服务设施的数量,贫富国家之间差别悬殊很大。海地是加勒比海拉美国家中最穷的一个岛国,人均收入不到 150 美元。全国人口 610 万,只有 3500 多张病床,平均每千人仅 0.57 张病床。斯堪的纳维亚的瑞典、挪威、芬兰,以及澳大利亚、日本、联邦德国和苏联早在 70 年代初期,每千人的病床数已在 10 张以上。

美国是富裕的国家,近十年来每年医疗费用按 11~16% 速度增长,提供给医疗卫生的开支已占国民生产总值的 10~11%。1986 年计划可达 5000 亿美元。平均每人每年医疗费用为 1500 美元。而一些不发达的国家,卫生资源在国民生产总值的比例一般只有 2~4%。

在一些资本主义国家里,卫生事业已被看作为一种卫生产业。从经济观念来看,卫生服务是一种公共产品,可以利用竞争的方式以及市场力量来进行控制和管理。政府一方面是卫生服务的生产者如扩建医院、规划卫生人力发展。另一方面又是最大的消费者,如美国 30% 的卫生财源是由联邦政府支付的,政府可通过干预和投资从宏观方面来控制卫生服务。近年来美国建立了不少健康维持组织 (health maintenance organizations, HMO) 承包卫生服务工作,聘用医师与医院签订合同或自建新医院。利用竞争刺激的方法来降低医疗

成本。因此对于不同国家卫生事业的管理可从经济学的观点来分析和观察问题。

2. 各个国家的社会制度和政策对卫生服务的组织和实施起了决定性的影响。在社会主义国家里,卫生事业由国家统一领导,体现了社会制度的优越性。卫生工作中贯彻执行预防为主方针,建立了专门的卫生防疫和疾病防治的服务机构,苏联已实行了普及免费的医疗制度,除门诊用药低价收费外,一切医疗急救,住院期间的治疗用药均可免费。苏联在卫生事业中的经费只占国家预算支出的4.7%,但每千人口中的医师及床位数却是世界各国中名列前茅的。苏共二十六大作出“关于进一步改进人民保健事业”的措施,1983年苏共中央又进一步作出了“关于改进居民保健事业补充措施”的决定,在全国范围内每年开展全民疾病系统防治工作。

英国国家卫生服务每年的开支约占国民生产总值的6%,每人每年卫生经费以及医师的数量与人口之比均较美国为低,但却能实行全民免费医疗制度和社区的初级卫生保健。英国国家卫生服务法案是1948年英国工党执政时通过的,受到了人民的欢迎,以后换了保守党执政,尽管财政支出上遭到很大困难,但也不敢轻易取消或削弱这个制度,唯恐遭到人民的反对,只能在某些服务项目的收费上和恢复自费医疗方面作出了一些调整和改革。

60年代初期美国人民对约翰逊政府开展了反贫困斗争,提出了“伟大社会”的口号。要求拆除贫民区,改善对穷人及老年人的医疗卫生服务,促使政府于1967年通过了医疗照顾(medicare)及医疗救济(medicaid)法案,对65岁以上老人一定住院期限内提供免费医疗服务,同时对低收入的居民根据其收入的不同提供部分免费医疗。1973年美国又通过了健康维持组织(HMO)法案。这些法案的通过对改变美国卫生服务的模式起了很大的影响。

3. 用历史的观点来分析各国卫生事业的发展。不同国家的卫生保健制度是在一定的历史条件下产生,并在不断变革的,只有结合该国历史的研究才能加深理解。日本现行卫生行政体制是国家、都道府县及市町村三级。全国市、町、村都组建“保健中心”。早年日本卫生服务的模式是仿效德国的。近年的卫生服务受到欧美的影响较大。30年代初期欧美各国公共卫生的重点开始从急性传染病转向以结核病为代表的慢性传染病及妇幼保健。1933年日本参加在瑞士召开的世界农村卫生会议以后,政府也草拟了农村健康保险计划,以人口2~10万为单位设立“保健中心”,作为防治结核病和开展妇幼卫生工作的保健对策。第二次世界大战以后,人民生活和健康发生了危机。1946年日本又仿照美国草拟了新宪法,规定人民健康是基本的权利,引起了国家卫生行政机构的大改革,整顿全国保健中心,全面实行国家健康保险计划。仅用了10年时间在发病率、出生率、死亡率等方面已达到欧洲国家的先进水平。60年代日本经济处于高度发展阶段,公害问题十分严重。1967年政府又通过了“公害对策法”并新设环境厅。由于社会和经济的激烈变化,迫使国家作出一系列卫生政策的改变,提高职工福利待遇,开展了有居民参加、由开业医师和助产士、护士为主体的有计划的保健活动。

医疗保险事业的发展同样应该追溯到18、19世纪资本主义发展的历史。18世纪初期资本主义还处于工场手工业阶段,工人收入菲薄,只能靠自发互助或集体互助,这就是社会保险制度的雏型。19世纪中叶以后,随着大机器生产阶段的来到,通过工人阶级的政治斗争,迫使政府实行强制性的社会保险,并作为立法制度确定下来。1883~1889年德国首相俾斯麦制订了第一部社会保险法对伤害、疾病和养老保险作了规定,对在职工人的工伤提供了医疗保险。目前世界上已有140多个国家建立了不同程度、不同形式的社会保险制度。同样

人身保险制度对不少国家的卫生服务方式也产生了深刻的影响。保险公司根据保险的内容和对象定出保险金的保险费率。这种以保险制度提供卫生服务财政支持的手段,在资本主义国家中是相当普遍的。由于保险公司是私人营利为目的,就必然会不顾质量地降低医疗费用,并采取新的集体医疗保险方法。

4. 文化、习惯和环境因素对卫生服务有影响。天主教的教义认为人类生活是神圣的。人类的受精应该得到尊重,任何避孕措施都是违犯教规的,因此反对计划生育和人口控制。因而造成意大利和一些信仰天主教的拉美国家具有很高的出生率和非法流产率,对妇幼卫生的服务也带来了更高的要求。相反,在西欧和北美等国,由于出生率的下降,期望寿命的延长,总人口处于平衡或略有下降的趋势,对婴儿及产妇的卫生服务也将会越来越少。美国预测到2020年后每两个工作人员就要瞻养一个退休者,这对美国卫生经费的来源和负担将是一个严重的问题。在西方社会中,老年双亲一般和子女分居,经济自助。在这些国家的卫生服务中就需要实施老年人养老金计划,建设养老院,研究老年卫生的问题。

印度教和伊斯兰教把妇女看作为男性的附属物。女病人只能由女医师来看病。印度农村的卫生中心规定必须同时配备男女医师。在印度女性毕竟很难有机会接受医疗职业的专门训练,这就会影响到对女性应有的卫生服务。

美国自1776年独立以后,人民中继续存在着反对中央集权制的思想,长期以来各州大部分的行政事务都由州政府自行处理。卫生事业也是同样情况。包括卫生经费的使用、公共卫生计划的实施、医院建设等卫生服务措施,甚至卫生立法各州间也有很大的不同,具有相对的独立性。美国有82万印第安人,他们多数住在贫困的印第安人保留地内,从事农业劳动,另外在“海外州”阿拉斯加居住的爱斯基摩人,政府对这些少数民族地区的卫生服务都是直接拨款的,由国家建造公立医院雇用医师和护士,这些地区的卫生事业情况与其他州的情况全然不同。

三、比较性研究

全世界有150多个国家,卫生服务系统的模式也是多种多样的。有发展中国家,也有发达国家,情况非常复杂。从完全自费医疗到福利制的国家卫生服务,其间又有很多过渡形式。即使同一国家不同阶段卫生服务系统也在不断地变化。同一模式类型的国家间,也可处于不同的发展水平。我们不可能对每一个国家的卫生事业管理孤立地来进行研究,只能通过横向类比按卫生服务的模式和主要成分进行分类比较,比较各种卫生服务和管理方式的优缺点,从中探索最佳的服务形式。

1. 世界各国的卫生服务模式大致可以分成五大类:

(1) 自由企业性的卫生服务系统:以美国为代表,政府不干预卫生事业,利用市场调节卫生需求、供应和价格之间的关系。医院和医师大部分是私人开设或开业的,商业性质的保险公司和自发组织的许多医疗保险计划在卫生经费的投资上占有重要的地位。在这些国家里,富有者就有权得到最好的医疗服务。

(2) 福利性的卫生服务系统:主要在英国、西欧、斯堪的纳维亚国家中推行国家卫生服务,政府承担大多数国民所需要的卫生服务,大部分为公立医院,医师领取薪金,初级卫生保健由社区内全科医师执行,卫生部门主要工作集中在预防医学上。

(3) 不发达国家卫生服务系统:大部分亚洲和非洲国家属于这个类型。缺乏现代医疗

资源、大部分经费化费在城市医院中,没有社会保险或自愿保险计划,大型企业、农场、宗教慈善机构提供医疗服务,大部分人口居住农村,用传统民间医疗方法治疗。在国际组织帮助下由政府发动控制严重危害人民健康的疾病。

(4) 过渡性的卫生服务系统:大部分的拉美国家属于此类型。过去为农业国、现在医院及卫生服务网已经普及、社会保险已得到了发展,医院医师还可利用业余时间自由开业。

(5) 社会主义性质的卫生服务系统:苏联、古巴、东欧等社会主义国家属于这种类型。卫生服务是公民应该享受的权利,特别关心工人和儿童的健康。国家按计划发展卫生事业,所有卫生设施属于国家所有,大力培训专科医务人员,实行地段医疗保健。

2. 各国卫生服务系统的利用方式大致可以分成以下六种:

(1) 政府补贴:在社会主义国家、英国、斯堪的纳维亚各国、新西兰及石油输出国,尽管社会制度不同,但政府均有保护人民健康的责任,提供免费医疗或按服务项目适当收费的方式进行服务。卫生经费从税收中补贴。美国是自由企业性的服务,但政府对一些特殊人群仍提供免费医疗。如对现役或退伍的军人及其家属,少数民族,领取退休金的老年人和贫困者,罪犯以及患有某些严重危害人民健康的疾病(如结核、性病、麻风、精神病、先天畸形)及残疾儿童等。东德对孕妇及3岁以下儿童的治疗也是免费的。

(2) 社会保险:西欧国家的国家卫生服务实质上就是社会卫生保险。被保险者向保险者定期交纳保险费。保险者可以是政府或有关的部门。政府在建立和执行社会保险中所起的作用,各国情况也不相同。英国的国家卫生保险制度早在1912年已经开始,对工人进行强制性的保险。1948年国家卫生服务制度实行之后,覆盖面就扩大到所有的人民,医院也随之改为国有化。澳大利亚自1975年起也改为类似英国的国家卫生服务制度。相反,美国卫生保险计划都是由商业保险公司或有关健康维持组织进行的,政府仅参与环境保护、预防方面的卫生服务。

各国进行社会保险的人口比例也有很大不同。在亚、非、拉一些不发达的国家里,大部分还处于社会保险的发展阶段。由于失业率高,工资收入低,医疗条件差,加上政府不够支持,社会保险的比例是不高的。相反,在一些发达的国家里,由社会保险支付的平均每人医疗费用,往往超过同期卫生部门给予的经费数字。

在社会主义国家中,同样是社会保险制度,支付的方式也有不同。捷、波、保、阿的劳保费用全部由国家或工厂企业单位支付,并不影响工人工资的收入。而在民主德国、匈牙利和南斯拉夫,工人需要从工资中支付一定比例的社会保险费。

二次世界大战后比利时、法国、希腊、荷兰、意大利等国出现了国家保险计划(national insurance program),有的对低工资强行保险,有的是自愿参加保险。在一些欧洲国家,经过工人阶级的斗争,政府工作人员、邮政、铁路、矿山、海员或农场工人等不同职业还有其各自的社会保险制度和办法。

(3) 企业福利:在第三世界国家中许多投资开发的企业,如橡胶园,可可、咖啡种植园,矿山甚至现代化工业企业,其职工的卫生保健工作均由企业来承担。

(4) 预付的非营利组织:美国的一些健康维持组织就是建立在这种预付医疗费用的基础上的,它们与工会或工人组织达成协议,每个参加的成员每月交付一定的费用,当患病时就得到医疗照顾,如加利福尼亚州的Kaiser-Permanente卫生计划就是一种较大的HMO组织。

(5) 慈善机构：早年在欧洲所有医院都是由教会办的，目前除比利时、荷兰、联邦德国和一些第三世界的国家还保留一些教会医院外，一般都已转向收治精神智力障碍、残疾或失能的人，而且得到了政府的资助。随着反殖民主义斗争的胜利，不少国家的教会医院已收归国有。

(6) 自费医疗：美国自由企业性质的卫生服务主要反映在自由开业及大量营利的保险公司的出现。在一些发展中国家的大城市里同样也有存在。如巴西三分之二的国家卫生经费用于私人医院、诊所、预付非营利组织和自由开业医师，只有少数的上层阶级能够得到好处。即使在西欧国家卫生服务制度的国家里，自费医疗仍作为一种辅助政策。社会主义的捷克也给一些专科退休医师或齿科医师开业执照，以增加他们的收入。

第三节 外国卫生事业管理与其他学科之间的关系

学习外国卫生事业管理的主要方法是收集材料，阅读文献，专题研究，有条件者还可出国考察。引进某些国外卫生事业管理的方法，选点实践，或结合本国卫生事业管理的具体问题进行对比研究，从中探索适合于我国国情的卫生服务模式以及管理的方式。

学习外国卫生事业管理需要应用到统计学、流行病学、医学人口学、社会学、卫生经济、医院管理等多种学科的综合知识。与外国卫生事业管理关系比较密切的有以下三门学科。

1. 管理学：这是外国卫生事业管理的基础，而外国卫生事业管理又是管理学原理在外国卫生事业范畴中的具体应用。前者是基础，后者是应用，在管理专业教学中管理学是专业基础课，而外国卫生事业管理是专业课程。卫生机构中管理者的管理原则，管理职能的五个方面包括计划、组织、指挥、协调和控制都可在卫生事业管理中得到具体的应用，如卫生规划、目标管理、组织层次、控制和评价均是制定卫生政策的基础。

2. 社会医学：医学服务适应社会需要而发展起来的一门科学。研究卫生事业发展的规律、居民的健康状况和影响健康的各种社会因素和自然因素。外国卫生事业管理中对各国人民社会卫生状况的了解和卫生服务的评价都是建筑在社会医学研究的基础上的。

3. 国际卫生：研究发达及发展中国家的卫生服务系统，比较它们之间的作用、差别和存在的问题以及国际卫生机构的组织、管理、计划和财务。在国外凡派往国际机构或国外工作的人员，都要学习这门学科。外国卫生事业管理是从国际卫生中发展出来的，学科间有交叉，但国际卫生多半局限于描述各国卫生服务情况，而外国卫生事业管理偏重于从宏观上来进行卫生服务制度的比较以及研究科学管理的原则和方法。

(上海医科大学 胡善联)

第二章 世界卫生状况

第一节 概 述

一、研究世界卫生状况的意义

分析世界卫生状况,研究世界卫生事业的发展规律是学习外国卫生事业管理的一项基础工作。卫生事业管理的主要目标是从社会经济的发展水平出发,针对现实存在的社会卫生问题,科学地组织卫生服务,合理地使用卫生资源,提高卫生服务的工作效率及社会效益,以满足人民日益增长的卫生服务需求,保护并增进人民健康水平。分析社会卫生状况,明确现实存在的主要社会卫生问题,不仅是科学地确定卫生工作目标,制定卫生方针政策,编制卫生事业发展规划及计划的主要依据,也是检查卫生工作目标的实现程度,卫生方针政策及卫生事业发展规划和计划的贯彻执行情况,评价卫生服务的工作效率及社会效益的主要依据。

研究世界卫生状况,了解各国卫生状况及其变动趋势,是研究外国卫生事业管理,比较分析各国卫生政策、卫生保健制度及卫生服务组织,科学地评价各国卫生事业管理的历史经验的重要内容。不了解各国的政治、社会经济、人口及社会卫生状况,就很难理解各个国家为什么采取这样或那样的卫生政策、卫生保健制度及卫生服务组织,就不可能对各国卫生事业管理的优缺点作出客观评价,从而借鉴各国卫生事业管理的经验教训,为我所用。

世界卫生状况有它自己的变动规律。研究世界卫生状况及其变动规律,有助于各级卫生管理干部掌握这些客观规律,了解影响人群健康的各种主客观因素,进而正确地组织卫生工作,发展卫生事业,提高卫生事业的科学管理水平与卫生工作的社会效益。

因此,各级卫生管理干部、教学和研究人員,都应该了解卫生状况的研究内容和研究方法,世界卫生状况的发展、现状及变动趋势,以便掌握社会卫生状况及卫生事业的客观发展规律,科学地、有效地组织社会卫生服务,这是提高卫生事业的科学管理水平,提高卫生工作的社会效益的重要前提之一。

二、社会卫生状况的研究内容

社会卫生状况有狭义和广义两种含义。狭义的社会卫生状况,主要指一个社会中人群的健康状况,一般称为居民健康状况。居民健康状况可以从人群的生育、发育及营养水平、疾病状况、死亡水平及平均寿命等几方面去研究。

人群的健康水平决定于许多因素。除了人类生物学因素(如遗传、发育、成熟、老化等)以外,人群健康水平还受到人类行为因素(如人群的生活劳动方式,烟酒嗜好及风俗习惯等)及社会卫生条件(如居住条件,饮食及营养条件,劳动条件等)的影响。

人类的生存与发展,离不开环境,包括自然环境及社会环境。人类所赖以生存的自然和

社会环境对人群健康有重要影响。一个社会对其成员所提供的卫生资源(卫生人力、卫生经费、卫生设施等)和卫生服务(预防、保健、治疗及康复)的数量与质量也会影响到人群健康状况。人类生存的社会卫生条件、卫生服务状况及人类的卫生行为等又在很大程度上取决于社会制度及社会经济发展水平。因此,广义的社会卫生状况研究,除了人群健康状况以外,还应包括社会制度及社会经济发展水平,社会卫生条件,卫生服务状况及人类的卫生行为等方面。

卫生服务的对象是人群。不同人群的健康状况及卫生服务需求不一样。一定社会中人口的数量、分布、结构及其变动状况,不仅是确定卫生方针政策,拟订卫生事业发展规划及计划的主要依据之一,而且是分析评价卫生服务的效果及人群健康状况的重要方面。因此,研究社会卫生状况时,首先要分析人口状况,包括人口的数量、分布、结构及其变动趋势。

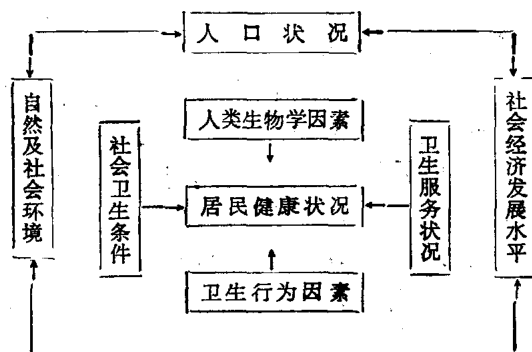


图2-1 居民健康状况及其影响因素之间的相互关系。

三、社会卫生状况的研究方法

(一)研究世界卫生状况的资料来源

1. 世界卫生组织定期发表的《世界卫生状况》报告。为分析世界卫生状况,研究世界卫生战略与策略,世界卫生组织总部(日内瓦)广泛收集世界各个国家与地区的卫生状况资料,综合分析后定期(每6年一次)发表世界卫生状况报告。《世界卫生状况》第六次报告,1980年发表。全书分二卷,第一卷为全球性分析,包括世界人口状况,食物与营养,社会经济的变动趋势,与健康有关的行为因素,卫生政策,国家卫生规划与计划,卫生立法,卫生服务体系,疾病防治,环境卫生,家庭卫生,卫生教育,精神卫生,卫生资源及卫生研究等各方面卫生问题。第二卷为各国和各个地区的卫生状况分析。

2. 世界卫生组织编辑出版的卫生统计定期刊物,主要有《世界卫生统计季刊》(World Health Statistics Quarterly)及《世界卫生统计年报》(World Health Statistics Annual)。这些刊物对世界卫生状况的变动作比较全面的年度分析,或对某一卫生问题作长期变动趋势分析,是在两次“世界卫生状况”报告期间了解世界卫生状况的重要资料来源。

3. 联合国专门组织,如联合国开发计划署、联合国人口活动基金会、联合国儿童基金会及世界银行等出版的专门报告。例如,世界银行所作的各国卫生状况的研究报告,比较深入地收集并分析了各国的人口状况、卫生状况、营养状况、卫生资源及卫生服务状况。

4. 联合国及世界卫生组织等编辑出版的各种统计年鉴,如人口年鉴、经济年鉴等,也是了解世界卫生统计数据的主要来源。

5. 有关人口、经济、卫生管理、流行病学等专门期刊。

(二)世界卫生状况的统计指标

1. 反映社会经济发展水平的指标常用的有社会总产值、工农业总产值、国民收入及国民生产总值。社会总产值指工业、农业、建筑业、运输邮电业及商业等五大物质生产部门的劳动者,在一定时期(通常为1年)内所生产的全部生产资料 and 消费资料的总值。工农业总产值是社会总产值的一部分,是工业及农业(包括林、牧、副、渔业)产品的总值。国民收入是指各物质生产部门的劳动者在一定时期内(通常为1年)新创造的价值(净产值)的总和。社会总产值、工农业总产值及国民收入等是实施物质产品平衡表制度国家(如苏联等)所采用的反映国民经济发展水平的综合指标。按人口平均的社会总产值、工农业总产值及国民收入,称为人均社会总产值、人均工农业产值及人均国民收入。

国民生产总值(GNP)是实施国民帐户制度国家(如美国、西欧、日本等)所采用的反映国民经济活动的指标。它是指一个国家或地区的国民经济所有部门的劳动者在一定时期(通常为1年)内提供的用货币表示的增加价值的总和。国民生产总值中不仅包括了物质生产部门提供的产品价值,也包括了非物质生产部门提供的劳务价值,是比较真实、客观地反映一定时期国民经济发展水平。按人口平均的国民生产总值,称为人均国民生产总值。

有的国家及地区还用职工平均(年)工资、农业人口(或农业劳动力)平均(年)收入等来说明群众的实际经济收入水平。劳动人口就业率及失业率(待业率)则从就业面这一角度说明社会经济发展水平。

2. 反映国家或地区文化水平的指标,主要有15岁以上成人识字率或文盲率。

3. 反映人口状况的统计指标,主要有总人口数及人口密度,人口性比例及人口年龄构成比,人口出生率、死亡率及增长率等。

人口的性别、年龄结构与社会卫生状况有密切关系。不同性别、年龄组人口的生育率、发病率及疾病结构,死亡率及主要死亡原因均不同,卫生服务需求与利用也不一样。人口性别年龄结构对居民健康指标有重要影响。分析人口的性别结构时,常用的统计指标有性别构成比及性别比(或性比例)。人口总数中0~14岁人口所占百分比说明儿童人口比重,65(或60)岁以上人口所占百分比高低说明人口老龄化程度。

人口的出生率、死亡率及增长率是说明人口自然变动的主要统计指标,也是评价居民健康状况的重要统计指标。

4. 社会卫生条件,包括居民的生活卫生条件、劳动卫生条件及环境卫生条件。常用的社会卫生条件指标有人均住房面积,有上下水道、卫生设备及电气设备的住宅所占比例,安全给水率,人均主要食物消费量,接触有毒、有害职业人口在总人口中所占的百分比及各种环境(大气、水、土壤及食物)污染指标等。

5. 卫生服务指标包括卫生资源、卫生服务利用及卫生服务费用等几方面。反映某国(地区)卫生资源的指标主要有人均卫生经费,卫生经费占国民生产总值或政府财政支出的百分比,每千人口中的病床数、卫生人员数及医师(药师、护士)数等。说明卫生服务利用程度的统计指标常用的有每年人均门诊入次数,每千人口年住院次数(住院利用率),主要疫苗接种(覆盖)率,孕妇产前检查率,住院接产率,儿童健康检查率及已婚妇女节育率等。常用的卫生服务费用指标有年人均卫生(医疗)费用及每次门诊(住院)医疗费用等。

6. 不良卫生的行为主要指吸烟、酗酒及吸毒等,说明人群中不良卫生行为的统计指标

有吸烟率,人均烟草消耗量、酒精消耗量及吸毒率等。

7. 居民健康状况一般可以从生育、发育及营养、疾病、死亡及寿命等几方面来评价。

评价生育水平的统计指标常用的有(粗)出生率,育龄妇女生育率及总和生育率。

说明儿童青少年发育及营养状况的指标,常用的有低出生体重比例,分年龄的身高及体重合格率,上臂周长合格率等。

8. 反映国家或地区主要疾病流行程度的统计指标,主要有发病率、患病率、因病伤缺勤率、卧床率、伤残率及死亡率等。死亡率是国际上评价居民健康水平的主要指标之一,常用的统计指标有总(粗)死亡率,婴儿死亡率,儿童死亡率及孕产妇死亡率等。

死亡原因分析是了解居民健康状况,确定卫生策略及重点的重要依据之一。这方面常用的统计指标有死因别死亡率及死因构成百分比。

9. 期望寿命(life expectancy)是衡量一个国家或地区居民健康状况的另一个重要指标,期望寿命是根据某一国家(地区、人群)的年龄组死亡率计算出来的,它说明在一定年龄组死亡率条件下,不同年龄人群预期尚能存活平均年(岁)数。出生时期望寿命(life expectancy at birth),简称平均寿命,则是各年龄组死亡率的综合反映。

第二节 世界卫生状况

50年代以来,从全世界看,随着社会经济的发展,卫生资源明显增加,卫生服务有所加强,人类健康水平显著改善。但是在不同地区、不同国家间进展程度很不平衡,大多数人所居住的地区及国家(如亚非拉各国),经济及收入仍停留在很低水平上,广大人民生活贫困,卫生水平仍相当低,卫生资源有限且分配利用不当。发展中国家中的大多数居民并未得到应有的卫生服务,许多社会卫生指标仍然是不能令人满意的。

一、社会经济发展

50年代及60年代世界经济持续增长,但从70年代以来,许多国家的经济增长速度减慢,发达国家与发展中国家之间经济发展水平上依然存在着很大差距。1983年按人均国民生产总值,经济发达国家大多数在1万美元以上(如美国14090,西德11420,澳大利亚10780,法国10390,日本10100),而不少发展中国家还不到1000美元,如印度260,印尼560,埃及700,尼日利亚760,埃塞俄比亚、扎伊尔等低收入国家的人均产值在200美元以下。

据世界银行估计,世界上有8亿人生活在绝对贫困之中,有12亿人(占世界人口的25%)生活在亚洲的低收入国家中,人均收入不到150美元,另外9亿人生活在中等收入国家中,人均收入为750美元。在低收入国家中,87%人口居住在农村,成人中77%是文盲,48%儿童未上小学,75%人口无安全饮用水。在中等收入国家中,57%人口居住在农村,37%成年人是文盲,3%儿童未上小学,48%人口无安全饮用水。

随着教育事业的发展,近20多年来成年人文盲率在下降,儿童入学率在增加,70年代前半期,学龄前教育学生每年增加6.1%,小学入学率每年增加2%,中学入学率每年增加3.9%,高等学校入学率每年增加5.4%。但在不同地区及国家间差别仍很大,低收入国家近半数儿童未上小学;多数高收入国家已普及教育,而低收入国家仍有近80%的成年人未