

评估医疗卫生服务资金 筹集办法的新变革

世界卫生组织
专家组的报告



5
97

生出版社

世界卫生组织

(京)新登字 081 号

ISBN 92 4 120829 5 0512-3054

© 世界卫生组织 1993

根据《世界版权公约》第二号协议书规定,世界卫生组织出版物享有版权保护。要获得世界卫生组织出版物的部分或全部复制或翻译的权利,应向设在瑞士日内瓦的世界卫生组织出版办公室提出申请。世界卫生组织欢迎这样的申请。

本书中所用的名称和资料,特别是涉及任何国家、领土、城市或地区或其当局的合法地位,或涉及国境线或边界线的划分的内容,均不代表世界卫生组织秘书处的任何观点。

文中如提到一些公司或一些工厂的产品,并不意味着比其他未提及的同类公司或产品优先得到世界卫生组织的承认或推荐。除了错误和遗漏外,所有专利产品名称的字头均大写,以示区别。

评估医疗卫生服务资金筹集办法的新变革

世界卫生组织研究小组

黎璧莹 沈如 译、校

人民卫生出版社出版

(北京市崇文区天坛西里10号)

人民卫生出版社印刷厂印刷

1000×1400毫米 32开本 $2\frac{3}{8}$ 印张 77千字

1994年10月第1版 1994年10月第1版第1次印刷

ISBN 7-117-02161-6/R·216Z

**评估医疗卫生服务资金
筹集办法的新变革的世界卫生组织研究小组**

1991年12月10日~17日

成员

- Dr A.-P. Contandriopoulos, Professor, Department of Health Administration and Interdisciplinary Health Research Group, University of Montreal, Montreal, Canada
- Mr C. Cruz Rivero, Director, Health System Research Division, National Institute of Public Health of Mexico, Cuernavaca, Mexico
- Mr M. Kaddar, Economist, General and Scientific Directorate, International Centre for Childhood, Paris, France
- Dr G.G. Sikipa, Permanent Secretary for Health, Ministry of Health, Harare, Zimbabwe (主席)
- Dr O. Solon, Associate Professor, School of Economics, University of the Philippines, Quezon City, Philippines (副主席)
- Ms J. Thomason, Head, Department of Community Medicine, University of Papua New Guinea, Boroko, Papua New Guinea
- Professor J. Wasem, Health Economist, Max Planck Institute for Social Research, Cologne, Germany

其他组织的代表

International Labour Organisation

Mr M. Cichon, Health Economist, Security Department, International Labour Office, Geneva, Switzerland

The World Bank

Dr J. Hammer, Senior Economist, Population, Health and Nutrition Division, The World Bank, Washington, DC, USA

United Nations Children's Fund (UNICEF)

Dr D. Parker, Cost and Economics Unit, Programme Division, UNICEF, New York, USA

秘书处

- Dr E. Tarimo, Director, Division of Strengthening of Health Services, WHO, Geneva, Switzerland
- Mr A. Creese, Scientist, Division of Strengthening of Health Services, WHO, Geneva, Switzerland (秘书)
- Ms S. Bennett, Research Fellow, Health Policy Unit, Department of Public Health and Policy, London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, England
(临时顾问, 报告起草人)

* **未出席者** : Dr K. Evlo, Faculty of Economic Sciences and Management, University of Benin, Lomé, Togo; Dr T. Hongvivitana, Faculty of Economics, Mahidol University, Bangkok, Thailand; Dr A. Tibouti, Senior Economist, Ministry of Health, Rabat, Morocco.

目 录

1. 引言	(1)
1.1 研究小组的目标	(1)
1.2 变革资金筹集办法的前因后果	(2)
1.3 评估的框架	(4)
2. 资金来源的变革	(10)
2.1 卫生保健的资金来源	(10)
2.2 政府提供的资金	(12)
2.2.1 趋向与发展	(12)
2.2.2 改变政府筹集资金办法的影响	(16)
2.3 私人资金来源	(18)
2.3.1 趋向与发展	(18)
2.3.2 改变私人资金筹集办法的影响	(19)
2.4 保险	(25)
2.4.1 趋向与发展	(25)
2.4.2 变革健康保险的影响	(26)
2.5 外部资金来源	(30)
2.5.1 趋向与发展	(30)
2.5.2 变革外部筹资的影响	(30)
2.6 小结及需要进一步研究的问题	(32)
3. 支付机制	(34)
3.1 引言	(34)
3.2 趋向与发展	(36)
3.3 对变革支付机制的评估	(39)
3.3.1 资源水平	(39)
3.3.2 效率	(41)
3.3.3 公平性	(42)
3.3.4 可行性	(42)
3.4 小结及需要进一步研究的问题	(42)
4. 医疗卫生资金筹集方面正在改变中的各种作用	(43)
4.1 引言	(43)
4.2 消费者的作用	(45)
4.2.1 提供者的选择	(46)
4.2.2 管理作用及承担的责任	(47)
4.2.3 信息	(49)

4.2.4 消费者群体和运动.....	(51)
4.2.5 病人的权利和规则.....	(51)
4.3 购买者的作用.....	(52)
4.3.1 提供者之间竞争的好处.....	(52)
4.3.2 信息.....	(53)
4.3.3 管理和组织.....	(54)
4.3.4 管理.....	(54)
4.4 提供者的作用.....	(54)
4.4.1 私有化.....	(54)
4.4.2 权力下放.....	(55)
4.4.3 提供者的组织.....	(56)
4.4.4 管理.....	(56)
4.5 政府的作用.....	(57)
4.5.1 政府作为决策者.....	(58)
4.5.2 政府作为调控者.....	(59)
4.5.3 政府作为信息来源.....	(59)
4.6 小结.....	(60)
5. 结论和建议	(61)
5.1 结论.....	(61)
5.2 建议.....	(62)
5.2.1 对各国的建议.....	(62)
5.2.2 对世界卫生组织及其他与医疗卫生有关的国际机构的建议.....	(63)
致谢	(63)
参考文献	(65)

1. 引 言

1.1 研究小组的目标

“评价医疗卫生服务资金筹集办法的新变革”研究小组于1991年12月10日~17日在日内瓦世界卫生组织总部召开会议。其工作是1977年“医疗卫生服务资金筹集”研究小组工作的继续；该研究小组的目标是：“对用于获取和分析医疗卫生方面与一切资金来源有关的信息技术进行审查，并确定医疗卫生支出的主要目录”（1）。前几次研究小组的讨论重点放在医疗卫生部门资金筹集类型数据收集的初步方法上。审核了医疗卫生部门中资金筹集的各种不同途径，包括社会保障、社区筹集资金、专用税收以及每一种途径的优缺点。但得到的有关信息看来很少。提出报告后，对国家医疗卫生资金筹集进行了研究，并制定了各种方法（例2）。

1977年以来，医疗卫生服务资金筹集方面有了很大发展。在过去的10年内，经济、政治和社会的变化很快；在这个时期里，许多国家经历了经济缩减，并实施了紧缩预算计划。许多发展中国家实行了结构调整计划。实行中央计划经济的某些国家出现了政治上的变化和经济危机，使社会发生了根本性的改变。

众所周知，中央政府在建立经济和社会政治以及其资金的筹集上面面临着种种困难。这些问题已在1988年召开的第41届世界卫生大会的技术性讨论中进行了广泛的辩论（3）。许多国家现在正摆脱强大的中央控制和资金筹集制度，而非政府机制已成为政策变革的重要手段。

在医疗卫生部门内，这被说成是对个人、家庭及社区承担更多的责任。政府在卫生保健的生产、分配和配置中的适当作用正在被重新确定。无论是为服务筹集资金（例如通过直接支付或保险计划），或是提供服务（例如通过私人部门）的非政府来源已日益为人们所认同，而且在某些情况下得到了积极的鼓励。

然而，卫生保健资金筹集办法的变革会产生深远的后果。通过改变激励结构，即改变医疗保健资金的筹集方法或者是改变向医疗保健提供者支付的方法，能够使提供者之间和提供者与消费者之间存在的关系、它们的型式和好坏发生变化。结果，不同人群对医疗保健的负担能力以及健康状况就可能发生改变。资金筹集方法对卫生保健费用的增长速度、生产出的服务的配置和它的型式，以及受雇人员的数量和类型等，都会产

生影响。显然，必须弄清楚变革资金筹集方法是怎样影响国家医疗卫生政策的目标的。

在过去的 10 年内，并建立起大量的实验性信息资料，对医疗卫生资金筹集问题的兴趣也越来越大。本研究小组在一起要对这些变革产生的影响作出评价，并对获得的实验性信息资料进行审议。

研究小组的目标是：

- 对过去 10 年内各国在变革医疗卫生资金筹集方面采用的主要类型进行审议、比较和分析。

- 对现有的各种证据进行审议，包括这些变革对医疗卫生服务的提供和利用所产生的影响，在可能的情况下，还包括对健康状况的影响。

- 根据上述的信息资料，就资金筹集的各种不同方法对以初级卫生保健为基础的医疗卫生体系的功能所作出的贡献下结论。

- 提出策略上和行动上的建议，使各国和世界卫生组织能够利用它们通过变革资金筹集办法去提高医疗卫生体系的实绩，并支持对资金筹集方案加以前瞻性和回顾性评价。

为了实现这些目标，研究小组提出以下几个问题：

1. 医疗卫生部门资金综合来源的变化（见第 2 节）。
2. 向医疗保健提供者支付方法的变化（见第 3 节）。
3. 在医疗卫生服务组织及提供方面，政府、医疗保健提供者、购买方与消费者的相关作用的变化（见第 4 节）。
4. 这些变化产生的后果。
5. 评价资金筹集方面的各种改革措施。

制定政策的范围和课题本身的规模意味着研究组不可能涉及所有各个方面。研究小组深深感到，各国政府应考虑提高效率和生产新资源问题；但是，为了使各项目标得以实现，没有必要去考虑提高效率的措施。相反地，研究小组的工作应集中在确定资金筹集方面已发生的主要变革，以及今后工作中非常紧迫的一些领域上。同时，研究小组要感谢医疗卫生部门以外的各个领域（例如妇女教育、排水系统及交通运输）所取得的成就，他们为改善健康状况作出了很大贡献。但是这些领域的资金筹集变革问题不属于研究小组考虑的范围之内。

1.2 变革资金筹集办法的前因后果

当前卫生保健资金筹集方面出现的种种变化均与经济、人口、流行病学、社会文化以及政治环境中出现的变化相一致。例如，70 年代和 80 年代期间，当许多国家在改善健康状况上取得明显进展时，全世界生活

在贫困和卫生、营养条件差地区的人数在增多。变化已影响到人民生活的各个方面，在监督世界卫生组织“人人享有卫生保健”全球战略的执行中应予以特别的注意。

经济上的变化

70年代及80年代后期，世界性经济危机（部分由于石油价格上涨）的突然出现导致许多发展中国家经济状况的普遍恶化，使其中许多国家的沉重债务负担加剧。结果，许多国家经受了稳定经济和调整结构的过程。调整政策包括货币贬值、减少政府开支、改变商品和服务的价格，以及采取改进公共部门工作效率的措施。这种政策上的改变常常造成失业人数大量增加及实际工资减少。

尽管有些发展中国家在80年代经历了经济的恶化和沉重的债务负担，但也有一些国家（例如亚洲）经济出现了明显的增长。其他国家并没有被迫实施结构调整计划，但他们的经济并不十分强大。最近中欧和东欧发生了进一步的变化，由于政治上的变革，使以前的中央计划经济出现了戏剧性的结构改变。

许多研究指出，国家的资源状态和资源的分配在决定一个国家的卫生状况上具有重要的作用。然而，政府还应依靠本身的卫生政策更加广泛地影响最终的卫生状况。

人口统计上的变化

在70年代和80年代，已经看到发展中国家的人口统计模式有了转变，他们的生育率和增长速度平均来说均有下降。然而在人口增长、预计寿命及婴儿死亡率方面，发达国家、发展中国家和最不发达国家之间仍然存在很大差异。许多发展中国家由于婴儿死亡率下降，预期寿命增加，他们的年龄结构也发生了戏剧性的变化。结果，在这些社会里，15岁以下的人口所占的比例和老年人的数量有所增高。许多国家出现了城市化过程加快，给自己带来了许多问题。

流行病学上的变化

总而言之，过去十年的情况表明，发病率和死亡率是朝着好的方向发展的，但是全球的数字掩盖了这样一个事实，即最不发达国家是停滞不前的，或者是向相反的方向发展。疾病模式也在改变之中，预料中的慢性疾病增加往往并没有发生人们所期望的传染病的减少。由于移民和城市增多，导致曾被严格控制的疾病复燃。最近在撒哈拉以南非洲国家及拉丁美洲国家爆发霍乱就是一个例证。艾滋病的广泛流行成为10年前所料想不到的大问题，而外伤和意外事故已成为主要的致病和住院的原因。

社会及文化上的变化

教育水平的提高，加上通讯设施（例如电话、广播和电视）的改善，以及交通运输的改进使国家内部和国家之间的距离“缩短了”。这些因素和其他因素的相互作用，使人们的生活方式、营养、传统的社会和家庭结构、价值观念和追求都发生了变化。这些变化产生了各种综合的作用：出现了一些社会问题，例如增进精神卫生的服务，以及帮助人们应付某些情况（譬如来自家庭和社会的传统支持网发生变化或出现破裂时）所需要的服务增多了。与此同时，卫生保健的获得往往也有了改善。总之，这些变化可能都会导致对卫生保健体系需求的增加。

政策的变化

许多国家的方针政策和思想意识都发生了变化。多元论和过多地强调个人的思想有所抬头。最明显的例子是许多非洲和拉丁美洲国家获得了民主，同时东欧和中欧的政治结构已完全改变。结果，政策、组织、管理和在各部门得到的服务也随之发生了变化。通过一些事件，例如 1978 年在阿拉木图召开的国际初级卫生大会，和 1990 年召开的世界儿童问题大会，提高了健康问题的政治形象。

随着这些政治上的变化而来的总趋向是：处境困难的政府预算承受着越来越大的压力。虽然政府在过去 20 年对医疗卫生规划的支持，在增进健康方面取得了很大的成绩，但看来我们正在进入一个转变时期。健康问题的类型已有所改变，例如慢性病和非传染性疾病已占据重要的位置，这说明 70 年代和 80 年代开展的大规模公共卫生计划，可能受收益递减法则的制约，同时，关于政府在经济上干预卫生工作的争论已经减少，或者说至少发生了变化。在少数国家，政治上的考虑使政府谨慎地减少资金的提供。但更常见的是，经济衰退意味着：尽管许多政府维持甚至增加对医疗卫生的预算比例，但这常常意味着实际费用的减少。为了满足日益增长的需求，以及消费者对医疗卫生服务更高的期望，各国政府已开始探索新的医疗保健资金筹集方法，以及提高成本效益的新办法。本报告提出了首先要考虑的问题。

1.3 评估的框架

通常，政府参与医疗卫生服务的资金筹集，因为私人卫生保健市场不可能满足（即使是最低限度）社会所要求的效率和平等。经济学家用“市场失效”一词来形容这种情况。虽然绝大多数市场都会遇到某种市场失效，但卫生保健市场比大多数市场更为常见。因此，为了提高效率和平等，政府干预是正确的；与此同时，私人市场也生产和调配他们的商品和服务。医疗卫生部门最常见的市场失效，是由于以下一种或多种原

因造成的：

——对提供“公共商品”缺乏激励；

——忽视“外差因素”；（译注：指在私人费用和社会费用之间，或私人收益和社会收益之间的不一致）

——缺乏了解情况的消费者。

政府干预还有两种理由：一是对于消除贫困的直接关注，而私人市场是不可能做到的；二是需要提供“有价值的商品”，这是指那些社会价值超过个人所赋予它们的商品或服务，例如儿童的营养食品。

有些卫生工作则属于“公共商品”，诸如提供安全饮用水和卫生设施、虫媒防治工作以及预防传染病和寄生虫病的一些措施。由于它不同于一般“私人”商品，不让非支付者享受公共商品的好处是困难的，或者是不可能的。因此，私人提供者对提供这些服务就不积极，或者到最后就不再供应，因为他们不能向用户收取服务费用。政府的主要职责是保证提供这些服务。

外差因素是市场失效的第二个原因，它证明公共部门参与医疗卫生资金的筹集是正确的。外差因素关系到个人在决定寻求医疗保健或预防措施时的外溢效果（译注：指某种商品供应不足而引起对其他商品的需求）的作用。在很多情况下，例如一些可以通过免疫接种预防的传染病（结核病和性传染疾病），个人决定去治疗或是采取预防措施，都会影响到其他人得病的危险程度。不论何种资金筹集制度，对这样一些疾病采取特殊的措施，或是对其治疗给予特殊的补贴，在这些方面政府是起作用的。

政府筹集医疗卫生资金的第三个理由与消费者对情况不了解一事有关。消费者不了解情况或者是了解得很少，这个问题对医疗卫生服务的私人市场结构的影响是更普遍和复杂的。这种市场的主要特征是病人与医生之间在资讯方面存在一种不对称的现象。医生对提供服务的方式（由于病人常常向他们咨询）以及服务的价格都有独特的控制方法。这就造成非竞争性的市场结构。不幸的是，经济学的理论未能提供一种关于这种市场如何运作的好模式。

最后，由政府筹集资金去提供医疗卫生服务，在总的扶贫策略中是起作用的。凡是外差因素对之有重要作用的疾病，或者是依靠公共服务加以预防的疾病，在很大程度上都属于对穷人有很大影响的疾病。

上述种种考虑证明，政府注意到私人市场的失效，从而加以干预是正确的。然而必须承认，政府也会犯类似的“失误”，因此完全由政府把整个卫生保健服务包下来的做法，并不是一种完善的解决办法。政府的“失误”可能出现在许多方面：从政府本身的腐败到庞大的官僚机构在工

作中出现的问题。政府机构可能代表社会中有特殊权势的集团利益，这样一来它对于全社会就失去“代表性”。如果职业利益已在卫生部内扎根，他们就可能偏向于提供较复杂的治疗服务，放弃预防工作或简单的技术。服务可能只提供给政治上有权势的较富裕的人，而不是提供更需要得到服务的穷人。庞大的官僚主义机构可能对急需的医疗，或者是对卫生事业的特性作较少的改变，以及对公众的需求不作出反应。政府机构范围内的激励可能并不鼓励提供适合公众需求的服务。制定政策时有可能眼光短浅（为了争取选票）而没有长远打算。在考虑卫生保健制度改革时，最要紧的是不要要求政府提供无法提供的东西。

其他商品的市场一般是由提供者和消费者之间的商品或服务的直接传递构成。但在卫生部门，除了这种做法之外，来自病人的资金往往通过中间的资金筹集团体（政府或保险机构）流入（见图1所示）。卫生部门的经济业务中有了这种机构，不仅可以减少疾病造成的整个经济损失的不确定性，而且也方便公共部门进行补贴、提供或担保对具有上述特征的服务的支付。实行公费医疗制度（国家卫生制度）的国家，医疗保健的购买者与提供者通常是同一个，这就是政府。但是，这样做是不必要的。在欧洲，为了促进竞争，人们对把国家卫生制度中的提供者与资金筹集功能分开的做法越来越感兴趣。

图1显示过去十年来在资金筹集方面的变化对每一种关系的影响。虽然注意力主要放在增加资金的方法上，但这必然会影响到对提供者的补偿方法，以及卫生保健消费者与提供者之间的关系。无论是发达国家或是发展中国家，都想采取一种综合的办法，能够把医疗保健的提供者、购买者和消费者各方都考虑到。

已经出现的变化常常被用来设计达到某一种特殊的目的。但是，衡量一下这些变化对其他卫生部门的目标产生的影响也是很重要的。

研究小组制定了一个评估框架，并已用来评估资金筹集方面最新的变化。这里（如表1中所归纳的）提出的评估标准并不是最终标准；对它们曾有过许多争论和异议。研究小组认识到现在还有许多可供选择的评估框架。可以从很多来源（例4）得到有关评估框架和具体标准的更详细的描述。

研究小组成员认为，改变资金筹集方式对资金筹集水平和可靠性带来的影响是任何评估不可缺少的要素。私人市场本身可能对某些公共医疗卫生服务提供的资金不多，但重要的是，其资金筹集制度可以抵御这种市场失效。新的资金筹集机制可能对现有的机制起作用，估计到这一点非常重要。例如，允许人们放弃公共的健康保险计划和参加私人的健康保险计划，就有可能降低公共计划在财政上的可行性。

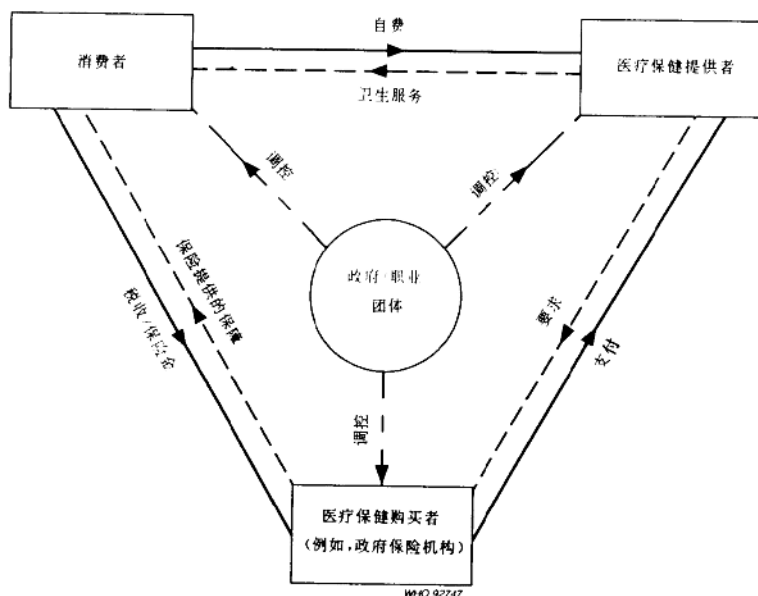


图 1 卫生保健资金筹集中的机构

表 1 评估资金筹集中各种变化的标准

标准	要素
1. 资金筹集水平	数量 可靠性 对其他机制的作用
2. 效率	技术上的 配置上的 管理上的 质量
3. 公平性	利益的分配 负担的分配
4. 可行性	消费者的承受能力 职业性组织的承受能力 政治上的承受能力
5. 对健康的影响	健康状况的改变

效率包含着许多要素，最常引用的是技术上的和分配上的效率。技术上的效率关系到是否用可能用最少的费用去提供服务。对于公共的卫生保健体系，这个问题可能要特别注意，因为它对于维持低费用往往缺

少激励措施。分配上的效率则更多地与卫生保健工作所得到的结果，以及不同的卫生保健服务中资源的分配是否适当有关。

管理上的效率关系到用于该管理系统的资源问题。例如，把大批小型的保险机构改为一个大型的机构就可以通过提高规模经济去改善管理效率。

表1中最后一个效率要素是医疗保健质量。经济学家们常常把质量作为效率的一个方面去考虑，因为，假如资源被有效地分配和使用并取得效益，那么就会有高质量的服务。但是非经济学家们可能更愿意把质量当作一个独立的标准。

在公平方面，不可能期望私人市场做到对全社会公平地提供服务和分担费用。这是显而易见的。因此，评估标准明确地把改变资金筹集方式对不同人群组的影响包括进去是很重要的。这种评估应考虑到政策上的改变是否会促进需要保健服务的人都能平等地获得服务，而不论其收入的多少和住在什么地方。其次，应该考虑到这种改变是否会使不同群体中（包括纳税人与用户，富人与穷人，健康者与病人，以及保险中的预期用户与实际用户）在负担的分配上造成更大的平等。

对可行性的评估，主要是估价政策上的改变是否能被接受并持续下去。许多不同的群体可能会阻止这种改变继续下去；消费者可能会将其需求转移到别处；还有职业组织可能拒绝按照所作的改变去做。由于这些群体拒绝变革，使之在政治上也不被接受。

最后，重要的是从产生的后果上去评价变革的影响。也就是说，政策上的改变是否改善了健康状况的标准措施。消费者对卫生保健服务不完全了解，从而难以判断所得的医疗保健质量，在这种情况下，这一标准尤为重要。

研究小组在整个报告中都采用这一框架去审议医疗卫生部门资金筹集方面最近出现的变革。在经验允许的范围内，对每一种变革均应用了这一框架。在评估健康上的受益方面，得到的信息最少，而健康状况的提高可能是变革医疗卫生资金筹集办法的最重要和最有力的成果。这是今后工作中应该重视的一个重要方面。

在国家一级，评估框架也可以用来指导资金筹集政策的审议工作。虽然各国在医疗卫生发展上处于不同的阶段，而且对评估框架所规定的各项内容的相对重要性，从政治上的考虑也会有不同的看法。

各国的经验表明，资金筹集制度的变革不是一个孤立的事情。变革常常是分阶段进行的，在一个国家的不同地区，或者不同类型的设施，其做法也不相同，同时也可能与应用的研究方法和评估方法有关。在一个时期内，变革产生的作用也会不同；可能出现戏剧性的、立即的反应，而

当人们和各种机构习惯了这种改变时，反应就会缓和下来。这些因素使转变本身和评估过程变得非常复杂。说明 1 列举的例子证明了一个国家在变革资金筹集办法，以及随着转变出现的费用问题的复杂性。

说明 1

德国：变革资金筹集体系的费用问题

变革的性质

联邦德国和民主德国统一后都同意将双方的医疗卫生制度统一起来。这就意味着要发展一种以联邦德国的经验为基础的保险制度，并稍作修改后使之适于在民主德国境内和居民中实施。

变革范围

经过变革的新制度要向前民主德国的 1 600 万居民提供保障。前民主德国有 500 多个医院和 600 个综合诊所，以及约 1 000 个附设的保健院，共雇用 50 万名职工，在 17 个区域内提供服务。

民主德国医生的工资大致相当于工人的平均工资。前民主德国的国内生产总值有 6~7% 用于医疗卫生服务。

几乎所有前民主德国的居民都参加了新制度，享受联邦德国健康基金会提供的保障。

时 限

转变始于 1989 年，现尚未完成；计划在技术上尽可能快地地完成改革。

直接费用

差不多有 1 000 名会计人员、计划人员和其他技术工作人员参与这项工作，许多人从 1989 年起就是全日工作的。计算机和电讯系统，新的会计程序、病案管理系统和统计系统已设计、修改完毕，已付诸实施。

新的合同、保险费、补偿和定率负担制等系统均已建立，操作人员已经过培训。

人力资源开发

医疗卫生专业人员相互承认的方法已取得一致，它也包括临床各专业的方法。会计员和登记员需要重新接受培训和接受专业开发。以前在民主德国医疗卫生机构工作的职工将有 10~20% 的人属于过剩人员、被解雇人员或调到医疗卫生机构以外单位工作的人员。

确切的计划

以前的综合诊所系统实际上已成为多余的；绝大多数医院将要重新装配，使他们提高到联邦德国规定的标准；在合格鉴定过程中，大部分以前的医院，特别是大量的病床已被关闭，或转给社会部门。前民主德国的建筑和医院的设备要达到联邦德国的标准，估计需要2 000万美元。

资金来源

德国政府和保险基金会从储备金、额外收入税和赤字预算中为这一变革筹集资金。他们没有作任何预算计划以满足估计的总投资额，也没有从外部寻求任何拨款和贷款。

德国的经验是独特的：一种卫生保健制度基本上把另一种制度吸收进去。但是任何一种制度在转变或改革中的费用要素是可以十分明确地被加以确定的。它们取决于：

1. 变革的性质和规模。
2. 实施转变所需的时限（转换期）。
3. 直接的费用——研究、系统设计、公共关系、咨询。
4. 人力资源开发：培训、再培训、人员征募及冗员处理。
5. 确切的计划和建设。

2. 资金来源的变革

2.1 卫生保健的资金来源

审议一个国家的资金筹集制度时，首先要注意确定医疗卫生部门的资金来源。在许多国家，医疗卫生部门最重要的资金筹集来源是政府资助，虽然近年来其他的来源在补充政府负担上显得日益重要。医疗卫生部门有4种主要的资金筹集来源：政府、私人来源、健康保险和外部的来源。

政府筹集资金 政府为卫生保健筹集的资金包括各级政府的卫生经费，还有公共企业的经费。某些服务，特别是具有公共商品特性的那些服务，应被视为政府应负的主要责任，应该由政府筹集资金。

私人筹集卫生保健资金可以是直接的或是间接的。

1. 直接支付：就是个人直接向各种提供者付费，包括向私人开业医

生、传统的民间医生及私人开业的药剂师交费。无论是政府提供的或是私人提供的医疗卫生服务，用户支付的费用都是自己掏钱，所以这里把它看作是来自私人的一种医疗卫生资金来源。同样，由社区筹集资金计划成员缴纳的费用、保险金或预付金也被考虑为来自私人的、非政府的资金来源。

2. 间接支付：就是由雇主支付卫生保健服务费用（例如，在发展中国家由私有的大工业联合企业支付的费用，或者是在工业化国家由雇主分担的卫生保健费用），以及由其他非政府团体（诸如为健康筹款的地方慈善基金会）筹集的医疗卫生资金。

有许许多多的理由要求政府去考虑推动私人为医疗卫生筹集资金。首先，可以把它看作是引入外部资源引进医疗卫生保健部门的一种手段。其次，卫生保健市场的价格可能对改善整个商品及服务配置效率起作用。价格竞争和私人部门提供的在个人所有权方面的有利条件，两者加在一起可能有利于提高整个部门的效率。最后，私人筹集资金在某种情况下可能对政府的财政起到一种替代作用，从而减轻政府对某些服务的财务负担。

健康保险是这样的一种制度，参加保险的预期的保健消费者以一种保险计划的形式向第三方支付，以后遇到生病时，保险计划便向医疗提供者支付某些或全部医疗费用。健康保险是一种混合的资金来源，因为它常常从雇主和雇员收取保险金，有时还从政府得到资助。为这种计划缴纳的保险金往往是强制性的。下面把保险划分为三种主要类型：

1. 政府保险或社会保险 这些制度是为在正式部门中的受雇人员提供强制性的保险（或者在较小的范围内提供自愿的保险）。保险费或保险金一般根据个人的收入而定，不考虑实际的风险。

2. 私人保险 私人保险通过在私人部门中营业的第三方支付者机构向群体或个人提供保险。保险费倾向于根据患病及服务利用的情况精算出来；也就是说，保险费一般与收入无关，并且因年龄和性别而异。

3. 以雇主为基础的保险 这种保险界于上述两种之间。在这种保险中，雇主或者是国营的或私营的团体作为第三方支付者或收款代理人，其资格依雇用情况而定。国家劳工法常常需要这种计划。

在这些类型中，每一种都把健康保险看作是一种方法，它能使政府把医疗卫生部门的收入来源做到多样化，并让个人在支付自己的卫生保健费用上发挥一定作用，以此提高工作效率；同时把一个时期内医疗卫生费用的负担分散开来，并涉及较广泛的人群，从而使风险减少。存在风险就是保险的基本原理。卫生保健费用可能不是经常要支付的，但它有可能会很高，这意味着没有保险的话，个人可能无力支付即使是他愿

意支付的医疗费用。

保险市场正经受着市场失效，特别是与信息不完备有关的失效。这些问题往往被描述为道德上的公害（被保险人倾向于过度利用有保险的服务）和逆向选择问题（认为需要医疗保健的人比别人更多地购买保险，从而造成费用增高，收益减少，保险费提高，结果是保险用户越来越少）。这些问题经常意味着根本没有私人保险市场。当这种市场真正存在时，当保险人不接受风险较大的消费者时（根据其收入或以往的健康状况而定），他们可能受到“捞油水”的谴责，这样就会损害整个保险的价值。这种市场失效说明为什么政府倾向于在健康保险市场中扮演一个调控者的角色。

外部的来源作为资金筹集的代理人已变得十分重要，特别是在某些发展中国家，政府已无力用内部的资源去满足医疗卫生的需要和政府所作出的承诺。外部来源主要是多边的及双边援助的捐赠者，还有非政府的机构，但后者的范围较小。

医疗卫生体系很少完全依赖于单一的资金来源（如果有的话）。上面把资金来源分开来谈只是为了阐述清楚。医疗卫生体系依靠一种以上来源，这一事实使医疗卫生政策得以实现更为复杂的目标。利用各种不同的资金来源去增加国家的医疗卫生资源，与此同时要做到有效和公平，这就比单一来源的体系困难一些。同时，来源的多样化对整个经济具有稳定作用，并且可以更好地适应国内各种各样的经济与文化条件。因此，需要有多多种多样的资金筹集机制，以便最大限度地发挥每一种来源的潜在作用，并保证它们都为实现整个医疗卫生政策的目标和增进健康而努力。在混合型的筹资体系中最常见的内在危险性，是职能和保险范围中的重复与交叉。

重要的是把服务资金的筹集与服务的提供区别开来：对服务来说，很可能是由公家出钱而由私人提供，反之亦然（见表2）。然而资金筹集与提供是相互作用的。虽然本报告的这种划分完全着重于资金筹集的来源上，实际上促进私人提供医疗卫生服务的政策，也可能使私人的资金增加。

2.2 政府提供的资金

2.2.1 趋向与发展

提供资金只是政府在医疗卫生部门中许多作用中的一种（见第4、5节）。因为对医疗卫生来说（其他部门亦然），政府在整个决策和战略性