

351343

1986年，第7卷，第1期

世界 卫生 论坛

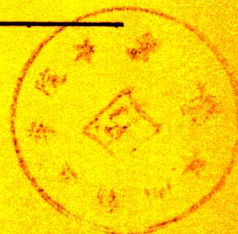
国际卫生发展杂志



世界卫生组织

日内瓦

世界卫生组织委托中华人民共和国卫生部由人民卫生出版社出版本刊中文版



世界卫生论坛

1986年, 第7卷, 第1期

圆桌会议

人人享有保健的资金筹集

保险是个办法吗? 1

Brian Abel-Smith 1

讨论

D. Banerji, Ramsis A. Gomaa, Béatrice Majnoni d'Intignano, James Midgley, Guido Miranda Gutieres, Gerd Muhr, Milton I. Roemer, W. Cezary Włodarczyk 7

卫生计划

解决东南亚的缺碘问题

Graeme A. Clugston 和 Kalyan Bagchi 21

印度甲状腺肿控制规划的教训

Samuel Paul 26

卫生计划的政治

Gill Walt 和 Patrick Vaughan 30

论坛采访

预防孕妇死亡

Mahmood Fathalla, Kelsey A. Harrison, Barbara Kwast, 和 K. Bhasker Rao 34

人民与卫生

村社参与盘尾丝虫病媒介的控制

M. Kassambara, P. Poudiougou B. Philippon, E. M. Samba, 和 D. G. Zerbo 39

百日咳免疫接种的禁忌证: 是凭空想像还是现实?

Angus Nicoll 42

基层支持母乳喂养

Sylvia Brunn 44

读者论坛

Ishwar C. Verma, Jai Kishan & A. Y. Elzouki, William R. Brieger 和 Jayashree Ramakrishna, R. Muneer Ahmed, H. Mahadevappa, Paul Correa 47

预防

青年人能理解的戒烟语言

Jules Older.....51

药物

不足取的疗法：一项实例研究

Elina Hemminki.....55

中国基本药物

杨景勋

药用植物：中国的探索

肖培根

观点

吸烟成瘾的治疗

A. W. Musk 和 R. E. Shean.....61

没有“人人享有和平”，就没有“人人享有保健”

Samir N. Banoub.....62

书评

作者指南

人人享有保健的资金筹集—— 保险是个办法吗？

Brian Abel-Smith

在城区卫生服务中，卫生保险是从雇主和雇员取得大部分资金的一个手段。这样，就可以拿出些资金用于预防和宣教工作以及用于目前还没有或缺乏初级卫生保健的地方。

在那些初步估算出人人享有保健计划费用的发展中国家，关键问题是如何支付这些费用。砍掉一些现有的设施，比如城市医院，以便向全部农村人口提供初级卫生保健资金，这是有阻力的。其结果是，人人享有保健的计划被认为是现有规划的附加物，而不是卫生资源的再分配。这些必要的钱从什么地方弄呢？

自 1977 年提出人人享有保健的目标以来，世界经济形势每况愈下。1979 年石油价格大幅度上涨，使经济增长率放慢，并迫使许多发展中国家进行痛苦的政策调整。许多货币被迫贬值，这进一步增加了进口石油的费用。除此之外，不少这些国家债台高筑，而这些债务是在经济前景显得比较光明的时候欠下的。支付利息和偿还资本所占政府预算的比例令人吃惊，因而不得不削减政府的其它开支以履行所承担的义务。相当一些发展中国家感到有必要在防务方面花更多一些钱。最后，非洲一些国家连年遭受旱灾，使农业生产遭到损害，大批的人民群众已经或接近饥饿的边缘。

虽然现在已有了一些经济复苏的迹象，但

世界已不象 1977 年所认为的那么乐观。卫生方面的支出情况虽然尚无完整的证据，但一些国家在这方面的开支已比 1977 年减少。一些卫生预算实际上已大大削减，虽然并不是所有发展中国家都在这方面受到了影响。直到最近，石油生产国的情况还不错，东南亚和远东的一些国家继续呈现繁荣景象，其增长速度稍有下降，但相对说来仍然是高的。

回顾 1977 年，当时曾希望，北方（即大多数的发达国家）将乐意拿出更多的钱去帮助南方（即发展中国家）如果要求进行这种援助的理由提得充分的话。布兰特的报告争辩说，为了自己的利益，南方有理由这样做，但强烈的请求并没有得到理睬。发达国家的注意力一直集中在调整自己的内部问题上。从一方面或另一方面支持数百万多数是青年人的失业队伍使预算情况一直处于拮据状态。现在的问题是劝说一些国家的政府为解决自己的失业人口问题另辟财源而不要削减旨在帮助其它国家正在为发展而奋斗的更贫困的人民。证据表明，通过与外部合作以支持卫生规划的情况进行的相当不错。然而，并没有证据说明，通过人人享有保健的目标会使工业化国家愿意拿出额外的钱

作者是英格兰，WC2 伦敦：Houghton 大街，伦敦经济学院，社会管理学教授。

去支持这项世界性的规划。

现有的资源

对发展中国家来说，基本上还是要依靠自己，这个信息是很中肯的。没有外来的救世主，人人享有保健的规划几乎全部要用自己的资源来支付。一个可能的办法是让享受城市卫生服务的人出钱或出较多的钱——至少是那些出得起钱的人应该这样。用这种方法收集的资金可以用于发展农村人民的初级卫生保健。农村人民缺少任何有组织的能在合理的距离内获得的服务。提供免费卫生服务的承诺往往只是政治上的空头支票，一个虚伪的竞选诺言。它只是导致对城市居民给予很多补贴。而城市居民一般要比农村人富裕得多。农村最穷的阶层根本就得不到卫生服务。他们不得不静等明天，看来，明天永远也不会到来，这仅仅是因为永远也找不到钱给每个人都提供免费服务。

但是，让病人负担他们所享受的卫生服务的大部分费用远不是一个理想的解决办法。它涉及到谁看病谁出钱而不是让健康的人为那些有病的人的保健作出些贡献。征税主要是向健康人征收，因而是取得卫生服务经费的好办法。所以，为什么劝说财政部去额外找些钱支持人人享有保健规划会这么困难？

许多健康保险方案似乎都是为方便医生而不是为方便病人办的。

选择

财政部容易低估健康可以对发展所作出的贡献，这可能是事实。重要的好处也许很多年以后才能获得——与今天发现的发育迟缓和长期伤残相比，将出现新的一代，他们能够在身体和精神上得到良好的发育。但健康的价值是很难以量计算的。财政部喜欢与数字打交道。一项灌溉工程或改进经济设施潜在的效益非常容易以数量表达出来。而且，当一项经济项目证明是成功的时候，健康对其所作的贡献可以

很容易被忽略。

虽然财政部低估卫生发展的价值，但必须正视这样一个现实，在发展中国家，不能没有限制的增加税收。扩大个人所得税收入在管理上有着极大的困难。因而，额外的税收往往对货物加税。奢侈品的税率已经非常之高，再增加税收往往使更穷的人的负担比例失调。而且他们可能破坏出口前景，因而阻碍发展。向贫穷的人征收更多的税来支付人人享有保健的费用可能要比让病人为病人支付费用好些。但这是不符合人人享有保健政策的，这项政策认为贫困是引起疾病的一个重要原因。鼓吹通过征税使穷人更穷，这是违犯常理的，虽然不通过严密分析很难看到这种后果。

在这方面，作为一种可能比较好的选择办法出现了健康保险。这种保险的实质是共同承担风险。这个办法是这样设想的，那些有幸还健康的人为那些现在病倒的人付些钱。但要有很明确的理解，如果现在健康的人有朝一日生了病，反过来，他们的医疗费用将由别人负担。这种保险在全世界农村可以被看作是形成了一种相互帮助的制度。这种制度是基于这种概念上：“你现在需要，我将帮助你，因为这将使你承担了一个明确的义务：在我需要时你帮助我。”帮助别人就建立起一种义务的资本。在农村情况下，社会控制能保证履行这种义务。在现代保险模式中，对保险金所承担的风险要进行仔细的分析以保证现有的钱能够履行未来的义务。

健康保险

漫长的历史

在工业化国家中，健康保险可以追溯到他们自己仍处于发展过程中。它可以追溯到中世纪的行会或几百年以前就存在的手工业者俱乐部。在不同国家，雇主、医生、工会和不同职业的工作人群一直在促进自愿健康保险。因为生病无法挣钱被认为是人人都会碰得上的危险。这就需要医生诊断疾病和协助恢复健康。

在一些危险行业，如采矿，很早的时候就认识到，最好是通过一个缴费制度预付些钱以便遇到事故时得到治疗，这要比等到因受伤而丧失挣钱能力后再付钱要好。

许多发展中国家，如果要达到人人享有保健的目标，卫生保险捐款可能是他们所需要额外资金的极为重要的财源。

但是，一个多世纪以前欧洲自愿健康保险产生的背景非常有别于今天发展中国家的情况。医生所受的训练要少得多，并且一般地说数量是充分的。草药到处采用，放血疗法，拔火罐以及水蛭疗法是很常见的。医院是一个照顾病人的场所而不是救人的场所，而且常常成为死人的地方。昂贵的高精尖技术医学的时代尚未到来。至于由政府或慈善团体提供的公共卫生服务，这是很差的和低劣的。健康保险使穷人能得到比较富裕的人所享受到的同样的服务。通过正常的捐款就能很容易负担起这种技术水平很低的医疗费用，而向保险基金缴费对技术很熟练的工人说来至少是力所能及的。

1883年，德国实行了第一个义务保险方案。之后，其它欧洲国家先后效仿了德国的榜样。雇主和雇员都被强制性地付钱。一些方案包括医生费及其开的各种药费，而另一些方案还包括住院费。一些方案按人头付给医生费用（即全年按他能看的保险成员付给固定报酬，而不管他是否被请过）。另一些方案按每个病人或每出访一次付钱。还有一些其它方案只报销病人看医生的部分费用。在一些国家，出钱的标准视职业而定，其它一些视地域而决。有时，资金是由工人控制，有时由雇主掌握，也有的是劳资共管。还有些是由特别的团体或政府支配。

实行健康保险主要的是一个政治游说的课题。

之后，义务性的健康保险在拉丁美洲开始

实行。在那里，几乎没有自愿健康保险。在一个时期，医院被认为是卫生保健制度的重要部分。那时，在美国的影响下，医学教育在向科学、外科及专科化方向前进。部分新的社会保险组织建立了自己非常浪费的医院并以此表明，对于工人来说，没有什么比这更好的了。一般地说，为健康保险工作的医生只得到业余工资。因而，他们的收入来自不同渠道。社会保险工作并不一定被看作是最重要的。但是不久，按工人的收入来看，健康保险成为一个昂贵的东西。

欧洲（健康保险）的最后发展阶段是在第二次世界大战之后。那时，越来越多的国家向其全体居民提供和健康保险承保人及其家属所得到的同样服务，在许多国家，劳资双方应向保险公司缴纳的资金被作为支付这种服务的收入来源扣留出来，另外再加上税收资金。

发展中国家

目前，一些谋求向其全体人民提供免费医疗的发展中国家企望跳过欧洲过渡时期的两个阶段——自愿和义务性保险。他们无法通过税收提供全面的卫生服务。欧洲一些现在向全民提供同样服务的国家也曾等待其税收基础极为强大足以支持这些服务或继续部分地依赖于国家税收向健康保险捐款时才这样作。这表明，许多发展中国家，如果要达到人人享有保健的目标，保险捐款将是他们所需额外财源的重要渠道。在过去十年中，在保险方式上，存在着利益的冲突。印度尼西亚、南朝鲜、菲律宾以及新加坡都在使用不同的方案。其它国家如叙利亚、泰国和津巴布韦也有了各自的计划。

既然保险方式能给卫生部门带来很多额外资金，为什么许多卫生部不更积极地采用它呢？第一个最明显的原因是，工作条件的责任。任何有关社会安全未来的发展往往依靠劳动部而不是卫生部。然而，卫生部可以敦促劳动部采取行动，或者把问题提到负责全国计划各部门的较大的论坛上去。也许有这样的担心：劳动部门必然要对可能出现的任何健康保险方案加

以控制，之后，有关卫生部门将来发展的很多权力可能会转到其它地方。事实上，在许多拉丁美洲国家里，的确出现了这些情况。就财富来说，健康保险确已成为卫生部门比较大的一部分，常常使卫生部与其它部门的关系较差，尽管都期望卫生部门提供更广泛的服务，照顾更多的人群。不仅他们得不到充分的资金而且还无法吸引素质好的人员为其工作，特别是在农村地区。健康保险为城市治疗工作提供的报酬如此之多，以致卫生部不得不向几乎各类工作人员支付更多的钱。如果卫生部看到健康保险是一个肯定要毁灭自己的怪物，它就不会推行它，这是不会令人奇怪的。因而，他们可以

人人享有保健的规划几乎全部要用本国的资源来支付。

找所有的理由去反对它：健康保险必然会造成社会分化；只有有正式工作的人才能享受到；开始，仅有可能向那些为较大的雇主工作的人提供保险；除非健康保险能导致较好的服务，人们是不会打算向其交钱的；给雇员提供较好的服务可能使社会造成分化把卫生工作的重点弄乱了；那些已经在现代部门得到好处的正式职工将得到更多的好处；尽管主要的卫生工作应放在妇幼上，但男人将得到惠顾；更多的钱将用于城市，那里集中的主要是正式职工。然而，最需要的是把卫生资源放到农村；资金将必然地主要地用于治疗，然而，需要的重点仍是预防和宣传。除了以上这些，还可能有这样的争辩，即健康保险在管理上必然成为一场恶梦，它将为盗窃、滥用以及腐败敞开大门。为什么要把钱浪费在公布健康保险权利文件并不断地修改它们上呢？为什么不把钱花在改进每个人的服务上去呢？为什么要创造这样一个机构？经验证明，它只能刺激费用的上升并为技术竞赛提供资金。即便是世界上最富有的国家也不可能在健康保险上花得起这么多钱。把钱给予卫生部，会更好用于适当补充重点项目。而且，经费会受到严格的控制。但事实仍然是，

在许多国家，仅仅通过税收不大可能得到人人享有保健的额外资金。

许多卫生行政管理人员在健康保险上的名声不好，常常是很不值得的。在不少国家，卫生的重点弄乱了。这是由于它重视了城市居民而忽视了农村居民，鼓励治疗医学而损害了预防，造成了惊人的浪费和现代技术的重复。它鼓励了一些不必要的治疗和对一些社会问题的医学化。在一些拉丁美洲国家，它变得如此昂贵，以致为了向全体人民提供同样标准的服务要花占国民生产总值10%以上的费用。而且，那些使用这些服务的人又往往并不满意。看医生要排长队，为了取医生开的药还要再排队。排长队在拉丁美洲一些社会安全部门开办的转诊治疗中心随时可见，在政府医院的门诊部同样有这种情况。这主要是因为，医生们来的晚走得早，许多健康保险方案似乎是为了方便医生而不是为了方便病人而办的。在一些国家里，医务工会强加在资方的限制性办法已经超过了其它所有工会。

教训

在一些国家，虽然健康保险已经毫无疑问地成了实现人人享有保健目标的障碍，但并不是要不惜一切代价地避免它。正如可以从积极的经验中得到教益一样，也可以从不幸的经历中得到教训。很容易忘记，有一些国家，它们的健康保险并没有上述不利的影响。丹麦、挪威和联合王国在他们过渡到全民服务以前情况就是这样。法国，联邦德国和美国，这些国家中没有一个曾面临着严重的费用上涨问题。印度已经放慢实行一项有二千多万人受益的方案，但它面临一些问题没有一个象许多拉丁美洲社会保险方案所面临的那种问题。

卫生部

要汲取的第一个教训是，如果要使健康保险对全国卫生目标作出积极而不是消极的贡献，卫生部就必须对健康保险使用全国卫生资源方面加以控制，至少有否决权。绝不允许劳

动部门资助那些挖墙角的人进入市场贿赂经过培训的卫生人员离开卫生部门。最有破坏性的方案是建立一群相互竞争的自主机构，每个都由各自的劳资双方控制，他们想收多少会费就收多少会费，各自建立互不联系的机构，出高价争聘经过培训的人员，他们出的价钱是卫生部出不了的。不仅要重视支付的报酬水平，而且要注意支付办法。经验表明，按服务付给医生费用和按每天看的病人数付给医院费都必然导致费用上升，这是任何一个发展中国家所承受不了的。如果健康保险要使用私人部门的资源，合同的形式应当是严格控制各项费用。卫生部需要对合同详加审查，然后才能同意，这些部的目标必须能保证，健康保险的发展不能在任何方面干涉已经确定的卫生重点，并且尽可能地促其实现。

现有的规划

从管理上说，建立在任何现有社会保险规划之上的健康保险随时都可以搞起来。许多发展中国家都有工人补偿方案。这些方案一般都是由资方出钱。除了这种办法外，或作为一个替代办法，要求雇员也出小量的资金。在那些已经在收取雇员或雇主资金或同时收取二者资金的地方，可以通过额外征收健康保险金增加缴费内容。管理上的新需要仅仅是为承保人及其家属发放权利文件。一般地说，这类文件每年要重新颁发一次以调整劳动力组成的变化，并保证不发给那些其雇主不缴保险费的人。

保险费和税收

在那些卫生服务收费的地方，一个方案所起的作用不会超过免收承保人和家属应缴款。但是，缴款的水平可以定出来，以便带来收入。这些收入不仅要支付免费服务和更大地利用可能产生的各种服务，而且把用于那些正在参加的人的原来服务费用的一部分转到这个方案上。这样做的理由是，有正式职业的人，在经济上平均说来，比没有正式职业的人要好些。如果正式职员及其雇主能为他们所使用的服务

支付相当一部分费用——如果不能全部支付的话——税收所收集的钱就可以用于加强那些仍然不发达地方的服务，即农村地区。

提供服务

可能给承保人及其家属的其它好处包括在工作时间之外，在初级卫生保健中心享受特殊的治疗时间，减少等待时间，并有权通过预约在特定的时间里找医生。像其余的病人一样，有关的病人可以到这些中心获得预防服务。这样，就可以保证使每个中心的所有辖区都使用这些服务。这可以成为在和人诊室看病的替代办法。医生可以向登记参加这一方案的每个人按人头收取费用；在此基础上，承保人将有权选择医生。还有一个很大的好处，即医生如果不讲礼貌和服务不周，则将失去病人。随之按人头所付的费用将给竞争的医生。在后一种情况下，有必要防止这种保险作法吸引医生们都离开政府部门。选择承保病人的权力只应给予那些至少业余时间政府部门工作的医生。一个医生可以接受承保人的数量应取决于他或她在农村工作了多长时间，在农村服务的时间越长，能接受的承保人就越多。但是，保险费的水平应当注意略高于为承保人及其家属提供特殊照顾所花的费用。

均等

一些人可能争辩说，上述所建议的安排在社会上可能造成分化。事实上，这是对的，只不过是中等程度分化。出钱的人总期望获得一些东西。这些措施有意地结束只供承保人使用、又造成社会极度分化的卫生中心、完全分离的诊所以及医院的缺少现象。对于那些未参加保险的人来说这些医院、中心和诊所提供的是很差的服务。重复性的服务较之这里所建议的服务更容易造成社会的分化。而且，如果重复扩展到成立一些专门设施，可能更浪费。还有，如果对承保病人的单独服务不进行坚定的控制，费用就可能年年上涨，因为要采用越来越复杂的医学，直到这个方案弄得入不敷出，政

在缴纳保险金时，指望农村居民负担卫生服务的全部费用，那是不现实的。

府也不能均等地支付造成的亏空。特别是当医生的报酬是按服务付给的时候，这种情况就可能发生。最终的结果可能是，按人头计算这种服务昂贵到不能提供到其他人口。

国家现实

那些参加保险的人所得到的特别好处必然是依国家而有区别。这取决于卫生服务是否收费，政府医生是否被允许私人开业，政府机构招聘医生问题是否严重，以及病人是否要受护士或中级医务人员检诊等等。采用健康保险主要是一个政治游说的问题。例如，采取卫生服务收费办法同时有意地考虑让那些参加保险的人免缴，这是合乎逻辑的。这一种办法还可以结合采用免费医疗卡片，贫穷的人经过财产调查后也可以申请这种卡片。这种方案在南朝鲜、泰国以及其它地方正在实行，但主要的目的是给国家收入找到新的附加税收财源。如前所述，按吸入比例规定健康保险会费比一些发展中国家采用的许多其它税收要合理得多。

对于采用健康保险，财政部可能采用的经济论点是什么呢？据说是，资方捐款将增加劳动费用，并助长通货膨胀，出口价格上涨，损害收支平衡。在一些发展中国家，情况大致是，最大的雇主对自己雇员的卫生保险已经花了不少钱。在一些国家，是法律要求他们这样做的。一些资方资助为其职工开办的诊所。另外一些准予报销在私人医疗部门看病的医疗费用，但

每个职员有一定限额。这些雇主有条件在现有的开支中作到有节余并把它用到他们可能被要求缴纳的新保险金中。收集雇主卫生支出的数据也许是明智的，这将能有力地说明这一点。

在一个国家发展的时候，健康保险可以带来稳定增加的收入以支持卫生部门。第一步可以包括最大的雇主，包括政府各种组织和其它公共团体。逐步地，可以将其扩展到中小雇主。这个过程可以和更广泛地发展社会保险同时并举。在这方面，当一个国家发展时，就业的比例日益增加，这是很值得的。

通过他们的农业合作社，对产品征些税，也有可能让独立的农民参加进来。另一种办法是，自谋职业的人参加健康保险可以是自愿的，按统一收费率收取保险金。但是，在缴纳保险金时，指望农村居民负担卫生服务的全部费用，那是不现实的。必然地，这些费用的一部分要通过税收支付。在政府卫生部门免缴费用的卫生卡片也可以在小商店里出售，零售商可以减价购买。这样，每卖一张卡他们可以得到利润。还有一种办法是，除了进行其它活动外，也可以鼓励农村自愿人员售卡。

许多发展中国家都已经采用健康保险办法为卫生服务筹集资金。但就均等来说，有时效果并不好。其它一些国家决定反对这一办法，可能是由于缺少医生。但是，在今后若干年内这种障碍有可能消失，因为医生的外流规模已大大减小了。不仅欧洲和北美的开放受到了严格的限制，而且中东的产油国也正在稳步地用自己国家医学院校培养的民族医生代替外国医生。

——面临的是一场旷日持久的艰难的政治斗争

D. Banerji

在讨论从一个受到严格制约又相互关联的组织结构中取得人人享有保健资金时, Abe-smith 教授提到如何能够冲淡通过初级卫生保健达到人人享有保健策略的某些基本要求, 比如对卫生服务进行社会控制, 群众参与, 自力更生, 各部门共同办医, 把技术放在人们感觉到的需要的从属地位, 完善卫生服务部门, 将宣传、预防、治疗以及康复活动相结合。他举的例子是生动的。

在初级卫生保健范围内, 卫生服务的发展可以被看作为从社会文化、政治、技术以及管理进程获取东西的过程。和这些复杂的进程动力相比, 为人人享有初级保健筹措资金是次要的。

根据初级卫生保健的原理, 人民自己应当拥有自己的卫生服务。因而, 寻找资金的问题只是一个编制预算和进行财政调整的问题。比如在印度, 甚至在阿拉木图宣言之前, 政府就宣布, 人民的健康必须掌握在自己手里^[1]。当然, 根据现行的生产方式, 社会结构, 政治权利的分配, 这些宣言显然非常不现实。大多数人民的健康权利被那些特权阶层及其外国支持者夺走了。因而, 对于那些被剥夺了权利的人来说, 恢复自己权利的斗争主要是一场政治斗争。

脱离基本的政治、社会、流行病学以及卫生制度讨论资金来源问题, 作者不过是用拿错头的望远镜去看达到人人享有保健的问题。

很自然, 当他发现富有国家没有“救世主”愿意施舍些钱去帮助穷国时, 他就感到失望。在这种情况下, 他义愤地认为, 最贫穷的社团“不得不等待似乎永远也不会到来的明天。”

他采取的立场显然是以欧洲为中心, 脱离政治, 脱离历史, 毫无希望地抓住健康保险的稻草。他一厢情愿地希望, 通过制定一个健康保险方案, 在这个方案中, “正式职员及其雇主能为他们使用的服务支付相当一部分费用——如果不能全部支付的话——税收所收集到的钱就可以用于加强那些仍然不发达地方的服务, 也即农村地区。”为此, 他设想了“在工作时间以外, 在卫生保健中心享受特殊的治疗时间。”

在滑坡上越滑越远, 作者考虑到卫生部和财政部之间为分享卫生保健服务的王国而进行的角逐, 以及为何劝说财政部的上帝们, 这样就可以得到卫生保健的资金。在这类方案中, 人民及其政治愿望都是无足轻重的。很显然, 他的办法是一个自上而下的办法。因此, 他就冒险地接近鼓吹有选择的初级卫生保健的北方集团。

顺理成章, 欧洲经验也就成了他的榜样——中世纪的行会, 自愿健康保险以及之后的义务性健康保险方案, 在第二次世界大战以后, 形成的各种各样的国家卫生服务。但是, 他忽视了欧洲工人阶级为争取基本权力所进行的流血斗争, 他也未能指出通过殖民剥削给发展中国家经济所带来的损害以及继续奉行严重不合理的贸易条件才使得一些富有国家得以享受目前水平的卫生服务。他提到了法国、联邦德国、拉丁美洲、美国的费用上涨以及丹麦、挪威、联合王国的正面例子, 但没有进行政治、社会或流行病学的分析。同样盲目的目标使他赞赏印度尼西亚、南朝鲜、菲律宾以及新加坡的方案。他以赞许的态度提到了“包括二千多万人”(七亿五千万中的二千万)的印度方案, 然而

Banerji 教授在印度, 新德里 110067 Jawaharlal 尼赫鲁大学社会医学和群体卫生中心工作。

这暴露了另外一些局限面：他忘记了提到，二个主要的方案——中央政府卫生方案^[2]和雇员国家保险方案^[3]都是注重治疗，国家给予很多补贴，效率非常之低^[4]。这样，这些方案不仅没有成为人人享有保健资金的来源，反而起到了吞掉大量非常有限资金和技术人员的恶劣作用。这些资金和人员本来可以用来将初级卫生保健扩展到被剥夺各种权力和一无所有的人中。作者也未提到印度私人开办但政府补贴的以群体为基础的健康保险工作的失败例子，例如泰米尔那德^[5]和喀拉拉^[6]的自愿组织项目。因此，印度的经验本来不应该使他抱有任何搞保险规划资助可以覆盖发展国家全体人口的卫生服务的希望。

除了是一种社会和政治任务的要求外，第三世界的卫生服务发展是一个重大的技术挑战。

对殖民剥削和社会不公正曾进行过长期紧张斗争的政治领导人，象甘地和毛（泽东）都认识到，要促进各自国家的健康和卫生服务，就有必要摆脱欧洲的办法。他们所进行的斗争使他们知道，根据自力更生，发展卫生服务可以有不同的方式。在他们的社会和政治活动中，他们一直在这样做。他们并不反对科学和技术，但他们坚持科学技术必须用来服务于人民，而不是服务于商业、社会和政治上既得利益者。阿拉木图的宣言可以被认为是肯定这一原则的结晶。因而，除了是一种社会和政治任务的要求外，第三世界的卫生服务发展是一个重大的技术挑战。期待问题能够一夜之间就得到解决，这个想法就太单纯了。面临的是——一场旷日持久的艰难的政治斗争。要发展以人为技术，就需要强有力的具有创造性的工作。既得利益者和深深地打上以欧洲技术文化为中心烙印的广泛惰性将起劲地反对这一进程。回避基本的政治、社会和技术问题，推行通过保险解决人人享有保健资金来源的例子，Abelsmith 教授提供了一个贫穷的、政治上依赖他人的南方

国家在实施初级卫生保健的斗争中碰到障碍的例子，这个例子是令人不安的。

根据初级卫生保健的哲学，人民自己应当拥有自己的卫生服务。

参 考 文 献

1. Government of India. *Annual report 1977~78*. New Delhi, Ministry of Health and Family Welfare, 1978, pp. 1~11.
2. Government of India. *Annual report 1984~85*. New Delhi, Ministry of Health and Family Welfare, 1985.
3. Employees' State Insurance Corporation. *Annual report 1980~81*. New Delhi, ESIC, 1981, p. IV.
4. Banerji, D. *Health and family planning in India: an epidemiological, sociocultural and political analysis and a perspective*. New Delhi, Lok Paksh, 1985, pp. 295~296.
5. Sanjivi, K. S. Mini health centres project of the Voluntary Health Services Medical Centre, Madras. In: *Alternative approaches to health care. Report of a symposium*. New Delhi, Indian Council of Medical Research, 1976, pp. 149~162.
6. George, M. V. Community approach to health care services by popularising cooperative rural dispensaries. In: *Alternative approaches to health care. Report of a symposium*. New Delhi, Indian Council of Medical Research, 1976, pp. 132~137.

——总体上说是国际社会的事

Ramsis A. Gomaa

期待各个国家担负起实现人人享有保健的重担，这是不对的，其结果将成为常常提出的振天响的口号，在贫穷国家很少会有行动。总体上说，这是国际社会的事。通过所有国家的

团结和合作——富国和穷国，发达国家和发展中国家，北方和南方，就有可能达到人人享有保健的目标。

然而，在目前世界经济制度下这个目标是达不到的。这个经济制度已经被剥削、垄断行径和关税壁垒——我们已把它们叫做新殖民主义和伪装的殖民主义，弄乱了。除非国际社会把现行的经济条件纠正过来，实现人人享有保健的机会仍将是很渺茫的。

Abel-Smith 教授列举了一些国家反对健康保险这一想法的几个方面。我还要加上一个政治上的。在那些国家宪法规定国家有责任向其国民提供卫生保健的地方情况更是如此。这意味着，负担国民的任何费用，包括健康保险费用，将成为无稽之谈。

当埃及政府在六十年代实行健康保险时，情况就是如此。当时曾推断，这将改进卫生部门所提供的免费服务。还希望在三年时间内，健康保险将包括所有的政府雇员。在一个限定地区，亚历山大省获得了成功。但由于资金短缺，政府无力支付健康保险金因而不可能在其它州也实行健康保险。后来，通过一种特殊的保险机构和全部必需条件即医院和医生，有一种实行直接卫生服务方法的趋势，也是资金短缺成为一个可怕的绊脚石。

1978 年在埃及所进行的一次普查清楚说明，向个人提供的卫生服务的平均费用，60% 是病人自己掏的腰包，而 40% 才是政府出的钱。免费卫生服务从质量和数量上都证明是差的。不到 20% 的居民，包括城市雇员，但不包括其家属享受健康保险。所有这些，都助长了私人开业的扩展，助长了其收费飞涨，这不仅对于穷人，甚至对于比较富裕的人都无法容忍。最后，情况变得很清楚，唯一的出路是采用一种新的健康保险，允许私人部门和合作组织都参加，代替完全依靠政府推行的模式。

在科威特，有一种动向，让国民分担国家健康保险制度的费用，其目的是尽可能的节约。一般说来，至关重要的是，任何国家的健康保险都要能够满足个人和社团在卫生领域的需

要，其中包括预防和治疗保健。除其它方面以外，还应提供抢救、计划生育、儿童保健、住院以及卫生宣传的服务。当然，这一想法能否实现取决于是否有充分的资源。在进行之前，必须制定优先顺序的尺度。这个保险制度的一个不可缺少的方面是，要强调家庭医生作用的重要性以及在可能的地方病人有权选择他或她的会诊医生。

私人部门参与这项健康保险制度将允许公众从它的相当资源中获得好处，并迫使私人开业医生为了病人的利益相互竞争。付给医生的费用应该和提供的服务质量成正比，以便对那些尽最大可能为病人利益而工作者给予进一步的鼓励。我同意 Abel-Smith 教授的这种意见：和私人开业机构订立合同时，报酬应由卫生部批准。专业工会也应该参与报酬最高标准和最低标准的协商。

有关使用健康保险制度的组织程序和管理程序非常重要，需要高度的协调和简化手续，特别是保险费的收集以保证稳定的资金收入并因此保证这个制度的顺利运转。健康保险服务应该成为综合性的卫生计划的一个组成部分，有具体的目标，用有关的卫生服务和卫生条件水平的指数加以管理。资源和服务应该尽可能的平均分配。这样，所有的参加者，包括那些住在偏僻地区的人都能得到合理的一份。

健康保险机构的预算应当独立以便能够利用保险费改进服务和吸收新的参加者，如若不然，部分收入将被国家收走，就象埃及所发生的那样。得到公共的支持是保险机构义不容辞的责任。这种支持是建立在有效服务，不断更新的情况和卫生宣传并亲自处理承保人的意见和问题的基础之上的。如果财政上可能，就要经常地为保险制度工作的卫生人员举办各种训练班，提高他们的效率，使他们了解医学和公共卫生方面的新知识，并因此协助他们取得病人的信任。

为了防止开大处方，有必要严格控制发药程序，当然并不是控制到合理的需要也不予满足的程度。开大处方在健康保险初期经常发生。

在埃及，健康保险机构已成功地通过下列手段作到了合理用药：

- 提高医生和病人的觉悟；
- 制定一个可以发给又能满足全部医疗需要的药单；
- 使用特别包装以区别健康保险机构和其它机构提供的药，以防止药品流入私人药房。

这些措施使药费降低了22%。此外，制定了费用限额，任何超支部分都要由消费者本人掏腰包。结果，费用减少32%。

总之，健康保险是实现社会正义的一种途径。因为，它是建立在健康人和病人，穷人和富人，劳方和资方团结和合作的基础上的。我们呼吁缔结一项国际卫生公约，缔约国将根据自己的财政能力按比例地缴纳会费。这样，就有可能在世界范围内建立一个对卫生保健共同承担责任的制度。

——要用人人都能出得起钱的价钱实现人人享有保健

Béatrice Majnoni d'Intignano

工业化国家向我们提供了三个卫生制度的榜样：在联合王国，其全国性的制度是通过义务收费和税收资助的，它对全球性的支出和保健的数量提出了一个限度，在人人享有保健的费用之内提供了质量最好的服务。美国的自由制度由私人保险出钱，可以提供自由选择的服务项目和医生，对出得起钱的人提供高质量的服务，但这种服务有点不平均并且昂贵。欧洲大陆采用的是与工作挂钩的制度，由义务性的健康保险资助。它把质量、自由、均等和合理收费有效地结合起来。英国制度每人所花费用是美国的三分之一，是欧洲大陆的一半。这三种制度都有明显的弊端，都可以提供发展中国家可以学习的有用经验。

与工作挂钩的健康保险方案在欧洲的社会主义国家能行得通是因为：

- 资方能够付起保险费（但在经济发展

迟缓和有了慢性的外贸逆差，厂商就不能再承担这些费用）；

- 就业人数与不工作的人口相比要大得多。这些方案已经导致一些弊端，克服它们欧洲也发现非常困难。随着各阶级合作主义的发展，挣工资的人，自谋职业者、城镇居民以及农村人口缴的费用和得到的好处是不成比例的。

这些方案也易成为强大的官僚垄断。他们能否为病人服务，能否成为保健的提供者，能否为自己的雇员提供服务往往是不清楚的。他们有利于医务人员和承保人的不负责任行为。缴费者根据所提供保健的质量所付的平均价钱并不是最低的。高精尖的技术太多而预防和基本治疗又太少。这些方案在富有国家是一种奢侈品，可能浪费钱去支持多到不必要的医院和医生。

健康保险缴费和税收之间有真正区别吗？社会安全缴费数额是分配的，是由受益人管理的。税收是普遍的，其使用是由政治当局决定的。最初，资助健康保险的愿望和能力比现在要大些：个人缴费和得到的好处是相联系的，对这个制度的检查并没有发现重大的问题。但随着健康保险的普遍推行，缴费开始类似税收，是由一个官僚机构规定的，并没有经过政治批准。不再有人去监测费用和质量之间的关系，而每一级的质量都在恶化。当局谋求限制支出和提供的保健。健康保险本应是一项临时性的措施，可能发展成为一个全国的制度，就象法国所出现的情况那样。

卫生保健的收费应以什么为基础？公平地说，各种形式的收入都应资助卫生，这意味着，要用相当数量的税收收入。在那些由于健康欠佳影响劳动力，出现缺勤和生产效率低的地方，加值税收可以弥补社会保险缴费，只要它是用于卫生。如果知道增加的数值，这种筹措资金的方法要比按工资单让资方缴费的办法要好。因为后者增加与资本有关的劳动费，从长远看来它限制了创造就业机会，减少了缴款者的数

目。

应该依靠保险而不依靠团结一致吗?在40岁以前,一个人需要医疗的可能性是很低的。50岁以后,它变得非常之高。在一个年轻的人口中,保险可以资助基本的需要:很多健康人帮助少数病人。当人口老化时,正如一些发展中国家出现的情况那样,就有必要提供强大的团结一致的结构。这样,年轻人就可以帮助老年人。而且,随着经济的发展,就业结构发生了变化:和工作挂钩的健康保险方案可能由于缴费者的数目和受益人的数目不平衡而遭到损害。如果他们在财务上的团结一致不能给予组织或不愿接受这种安排时,现存的这些方案就要受到威胁。比如,挣工资的人总有一天要被要求去帮助数目日益减少的农民。

了解了欧洲的经验以后,我们还应该象Abel-Smith教授所建议的那样去帮助发展中国家建立保险方案吗?是的,我们应该。但也许我们可以提倡一个新的方式以避免欧洲国家所遇到的潜在的困难。每个人都有自由去选择他或她的社会保险制度,不管是国家保险,健康保险或资方保险。这样,人们就能逐步地学会选择以最低费用提供卫生保健的制度。令人遗憾地是,欧洲过去没有提供这种选择。在美国,选择的条件非常苛刻,有着惊人的浪费。这种自由应该引导最穷的人去购买健康担保书而不应去选择免费保健。

应该通过要求保健的提供者收取保健综合费的办法把财政的责任交给他们。这将引导医疗部门向更多的预防和基本治疗方向发展而不鼓励他们要求高精尖的设备。这些原则应当允许建立一些新的健康保险制度。Abel-Smith教授建议卫生部有组织地对他们加以控制,这是正确的。他们可以通过按所看的病人和根据平均的健康状况而不是按有多少程序或有多少医生参与付费让基层的卫生中心保留下来。

在发展初期依靠健康保险的观点是好的。但如果要以大家都出得起钱的价格达到人人享有保健的目标,就必须搞一些超越目前欧洲制度以外的东西。

——提倡社会保证是靠不住的

James Midgley

在过去几十年内,发展中国家的社会保险明显地扩大了。第二次世界大战之前,它只限于拉丁美洲的某些国家。但大战之后,它在提供收入支持,卫生保健和其它社会服务方面成为很受欢迎的一种办法。各式各样的保险资助的规定,从法语非洲的家庭补贴到印度的卫生保健都搞起来了。许多的发展中国家政府用保险方案代替雇主责任方案和提供少量的资金办法,社会保险得以继续发展。Zschock^[1]发现,90个发展中国家有48个在使用保险方案提供卫生服务。但是,发展中国家的社会保险的扩大并没有取得完全的成功,遇到了管理、财政、覆盖面和均等一些等问题。管理上的问题不仅包括效率低和管理不善,而且也反映了许多发展中国家特殊的社会经济情况。这些情况使评定收入,收集保险费以及支付保险赔偿等方面很困难。除此以外,社会保险方案管理上的混乱,特别是在拉丁美洲,已导致出现一个混乱情况。在这种情况下,许许多多的社会保险机构只能满足不同的工人团体的需要。

找钱资助的问题已经变得非常严重。通货膨胀破坏了利润的价值,给许多人造成了严重的困难。目前的经济状况又限制了政府提供额外资金去缓和财政困难的能力。

但是,最严重的问题还是覆盖面和均等问题。许多研究表明,社会保险只覆盖了第三世界人口中很小一部分。在非洲,一个几百万人口的国家,参加社会保险方案的人数不到五万人。即便在拉丁美洲,也只有人口中的少数受到保护,而那里的社会保险较之第三世界的任何地方都要发达。这种有限的覆盖面形成了把一些人排除在外的提供制度。在这一制度下,有固定工作经济条件较好的工人、军队、文职官员、机关职员得到了社会保险的保护,而从

作者是美国 LA70803 Baton Rouge, 路易斯安那州立大学社会工作教授。

事农业生产的大量群众和城镇自谋职业者却得不到保护。这种模式使现在发展中国家医疗质量差的服务变得更糟。因为其中有许多国家的税收制度严重退化，政府对社会保险方案的补贴纯粹是把资源从最穷的人转到比较富裕的人身上。发展中国家的这些和其它社会保险问题现在有许多文字证明，更认识到有必要在发展中国家采取国际社会安全协会称之为“社会保护的替代形式”。

因而，Abel-Smith 教授提倡把社会保险作为发展中国家卫生服务集资的一个手段的想法可以被认为是个时代的错误，特别是当他认识到了许多有关的问题之后。他特别关心的是建立二级卫生服务。在这种制度下，社会保险向现代经济部门的绝大多数提供高标准的卫生服务，而由经费不足的卫生部向穷苦大众提供质量差的服务。他也认识到了与保险资助的卫生保健规划有关的管理效率差，浪费和滥用等问题。但他相信，这些问题可以得到解决，保险金可以让有工资的就业人员提供。这样，就可以将收税得来的资金用以资助大多数人的卫生保健。但是，这种想法产生了许多困难。

首先，虽然 Abel-Smith 教授争辩说，通过保险集资是税收集资的替代办法，但普遍地认为，保险金就是另外形式的税收——也即工资额税。如果通过常规的征税形式为卫生保健集资有困难的话，通过工资额税的办法这些困难就不大可能不存在。劳资双方都会反对增加保险金。一旦他们认识到增加保险金旨在补贴那些未参加保险人的卫生保健，他们就有可能更坚决地反对。发展中国家劳资双方在反对这种保险费增加中都在政治上处于有利地位。

第二个困难是这样设想，付保险费的大多数对使用和穷人一样的卫生服务不会感到不满。如 Abel-Smith 教授所提出的，即便给他们特权，保险组织的成员们也许会要求和接受特别适合他们自己的条件。在这种方案下，排外的保险方式在发展中国家已得到了充分的说明。在巴西、墨西哥以及其它国家，正在谋求把保险机构提供的卫生服务扩展到其余的人

口，但都没有取得明显的成功。

向全民提供卫生服务的问题确实很多，急需有一些新的途径来解决第三世界国家卫生保健经费的问题。鼓吹把社会保险作为发展中国家卫生服务资金筹措的替代办法是靠不住的。所需要的是变革性的政治制定。需要新的提供资金的政策，这将解决阻碍把卫生保健扩展到人民群众中去的特殊问题。常规的社会保险方式也许仍然很有效，特别是在一些新兴的就业水平高的发展中国家。但对于那些现代经济部门小，仍然很穷的农业国家实行社会保险未必能给普通的人带来多少实质性的好处。

虽然 Abel-Smith 教授提及了卫生保健集资的替代形式，但对其潜力他没有深入地探讨。他争辩说，依靠税收为卫生保健集资的第三世界国家在卫生保健的演进中跳过了二个阶段（像发达国家所经历的那样）即自愿和义务性保险。虽然，在卫生服务的发展中有没有自然的演进过程，这是一个值得商榷的问题，但自愿保险这一想法是重要的。国家支持的农民、自谋职业的艺人以及商人的保险合作社可以动员卫生服务的资金并向那些被排斥在现代社会保险方案之外的许多人提供服务。这是一个很有潜力的，有用的集资形式，在第三世界仍然很不发展。事实上，Abel-Smith 教授的演进模式就表明，这类自愿保险应优先于他目前所鼓吹的义务性规定。

Abel-Smith 教授还简略地提到了另外一种有潜力的有用的开创性政策的形式，就是特别为农村人民的卫生规划集资的对庄稼课税。这个办法在希腊已使用了多年，但对其效益的经验性研究还很小，评定它在第三世界的潜在价值也不多。Abel-Smith 教授还提到社会协助的潜在用途和最近发展中国家关于它作为社会保护的一个替代办法作用的一些讨论。他关于通过向农村商贩购买保健卡作为预付卫生保健金的建议也是令人感兴趣的，需要更详细的研究。虽然这些具有创造性的集资政策需要系统的评价，但和沿袭传统的社会保险方式相比，这些政策提供了在发展中国家满足

人人享有保健需求的较好前景。已经对使用传统社会保险的方式进行了调查,发现他们是很欠缺的。

和沿袭传统的社会保险方式相比,这些政策提供了在发展中国家满足人人享有保健需求的较好前景。

参 考 文 献

1. Zschock, D. K. *International social security review*, 34:3~16(1982).
2. Mouton, P. *Social security in Africa*. Geneva, International Labour Office, 1975.
3. Paillas, C. A. *International social security review*, 32:288~303(1979).
4. Midgley, J. *Social security, inequality and the Third World*. Chichester, John Wiley & Sons, 1984.
5. Andricopolous, C. *International social security review*, 29:18~48(1976).
6. Midgley, J. *International social security review*, 36:247~264(1984).

—— 卫生部和社会保险机构必须协调一致地工作

Guido Miranda Gutierrez

最初工业化带来的财富加速生产是更多地强调经济发展而不是社会发展。但在最近几十年,对社会现象的较深理解鼓励去寻求平衡发展。许多国家的社会保险方案在财富和收入的分配上已经获得了某种程度的正义。伴随着经济的发展,生活方式,健康和生病的概念已经发生了深刻的改变。随着致病因素的发现,采取预防措施已成为可能。良好的健康要依赖于一系列经济和其它条件。认识到这一点,就可能从最广义的角度为了人民的健康而工作。健康不再被简单地认为是不得病。

Miranda Gutierrez 博士,哥斯达黎加, San José, Apartado 10105, 哥斯达黎加社会保险基金执行主席。

令人遗憾地是,在一些发展中国家,非常缺少卫生发展所需要的这种资源。在一些地区,现在的情况比几十年以前的情况还要糟。不幸的是,人民的期望常常比实际可能满足他们的要高得多。

许多发展中国家向市场出口农产品,竞争非常激烈;他们的经济结构已经过时,大量的直接税收使他们沉重地背起了穷困的包袱。结果,重新分配财富的前景并不好,显著地改善营养、住房、穿衣、饮水供应、用电以及环境这些影响健康的因素看来是遥远的。稀少的农村人口缺少发展所必需的主要组织因素。在出现健康促进之前,继续面临着疾病威胁。任何短期措施所得到的进展,卫生和教育的进步都需要坚持不懈的行动。

五十年前拉丁美洲所建立的社会保险机构多数仍然只能向拿工资的雇员提供保护;家庭受益极微,卫生保健设施需要很高的维持费用,有一种使用高精尖技术的趋势,组织是官僚主义的和笨拙的。因而,在这个领域内对前进有一种内在的阻力。发展中国家正在遭受着通货膨胀,出口价格压低,进口价增加的困难,外汇赤字又导致不断的负债。由于问题的面大和复苏办法的迟缓,前途是捉摸不定的。面对这种经济恶化,许多国家已把精力放在维持已达到的标准而不希冀作什么改善。其结果是对社会发展,卫生保健规划和疾病预防本身投资明显减少。对社会发展投资也许已经产生了卫生效果。

人人享有保健的目标有着深刻的社会和经济意义,它旨在提高社会价值及个人的尊严。但这个口号提出时的经济条件要比今天的经济条件更有利。七十年代的经济状况要好得多,也许回顾社会经济组织那时不太紧迫。现在在政治上回顾一下是不可避免了。一方面,参加保险的人得到昂贵的卫生保健,另一方面,没有参加保险的人们得到很差的服务。现在有一种广泛的愿望要取消长期形成的分化。

传统的社会保险机构不能为人人享有保健提供资金。但是社会保险在发展中国家是向经

济上活跃的，拿工资的，自谋职业的人提供卫生服务的唯一手段。通过这个方案，劳资双方和国家都可以作出贡献。这是一个自我资助制度。这个制度在实施新的卫生保健规划时要比通过死板的税收更灵活。它是在城乡地区扩大卫生保健的最好办法。有国家的支持，它可以把经济上不活跃的部分人也包括进来。对一个方案参加人员来说，卫生保健的资助程度将依赖于这个社会保险制度纵横发展程度。主要来源于税收的国家预算可以大部分地分配给卫生部，使他们从治疗疾病花费中解脱出来。当卫生部和社会保险机构开始协调一致地工作时，新的希望产生了。这样就可以避免服务的重复。卫生服务规划在公费开支、培训和合理使用资源上应当成为国家政策的一部分。卫生部门资源短缺使得有必要采取果断的行动去建立以卫生部、社会保险和社团为基础的全国性的卫生保健制度。

卫生部应该负责营养规划、治疗保健、环境卫生和卫生教育。其目的应当是发展这些活动的范围，特别强调和其它机构和部的协调。对于社会保险机构来说，它们应当谋求建立新的、简易、价廉的服务以适应初级卫生保健。一般地说，这个程序特别适用于农村地区。那里的人民缺少这种服务，渴望参与解决自己的问题。必须抵制住城市（医学）中心要求发展高精尖技术的压力。明确说明国家在卫生方面的政策可以大大地改善进展前景。

在过去，享受服务的团体很少或根本没有机会表达自己的意见。让我们不要忘记，许多拉丁美洲国家的社会保险机构的诞生是一种政治上的权宜之计。在极少的国家里，它们是工人阶级斗争的直接结果。今天，要扩大它们就要有社团的积极参与。社团常常以自己的蓬勃精神，极大的学习能力和乐意合作，特别是在初级保健规划上乐意合作使旁观者感到吃惊。从某种程度上说，这是第一次要求他们直接协助，这方面的领导人物很快就出现了。对他们进行培训所花的钱是很少的，他们的行动很快受到欢迎，因为有关的人熟悉他们工作的社会。

情况要求，社会保险机构应当增加他们直接和间接受入，减少工作费用，实施能向全体国民提供卫生保健的新方式，如果他们打算满足社团的需要的话。

—— 国家必须承担起向全民提供平等保健的责任

Gerd Muhr

Abel-Smith 教授的论点可以被解释为呼吁在发展中国家通过社会保险的方式支持卫生部门。在任何这样的事业中，很重要的是避免某些组织性的错误。这些错误在许多由保险资助的卫生保健国家里已经导致费用上涨，社会不平衡，本末倒置，鼓励治疗医学而反对预防医学。联邦德国的社会保险支付大部分的卫生支出，它的经验基本证实了 Abel-Smith 教授关于这些现象的论断。

我愿简单地介绍一下联邦德国的情况。之后，列出在我们国家工会联合会看来，如果要纠正这些偏差有必要进行的结构改革。

在联邦德国，我们目睹卫生保险资助的开支明显增加，特别是从七十年代以来。支出从 1970 年的大约 70 亿美元增加到 1985 年的大约 370 亿美元。结果，缴纳保险金的比例从 1970 年的 8.2% 增加到 1985 年的 12%。几乎所有的专家都同意，如果不改变费用增加的结构的话，这种趋势还将继续下去。普遍同意这一点，如果作一些适当的机构上的变革的话，目前花在卫生保健上的全国产品比例足以维持一定的标准，包括在医学上采用一些新技术。

除了费用增加外，还看到一些其它缺陷和问题：

- 在一些地区供过于求而在其他地区则又供不应求；
- 滥用技术的趋势，特别是在诊断方面；
- 偏重治疗医学；
- 过份强调身体疾病；

Muhr 先生是联邦德国工会联合会的副主席，2601 邮政信箱，4000 Düsseldorf，联邦德国。