

中低收入国家的卫生体系

Anne Mills*

伦敦卫生与热带病医学院 英国伦敦 WC1H 9SH

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2014.06.001

Health care systems in low-and middle-income countries

Anne Mills

London School of Hygiene and Tropical Medicine, London WC1H9SH, UK

过去 10 年来,全球卫生开始逐渐意识到卫生体系的重要性,包括制度、组织和资源(人力、物力、财力)等与卫生服务提供有关的要素,以更好的满足人群需求。而中低收入国家的卫生体系尤为重要,但这些国家缺乏足够资金改善卫生基础设施,一些特定的疾病项目主要依赖外部资金支持,尤其是药物和医疗用品。^[1]运行良好的卫生体系既对实现全民健康覆盖至关重要,也是包括联合国在内的全球利益相关者和组织近期关注的焦点。^[2]

近期研究关注的重点是中低收入国家卫生体系存在的不足。如在调查的 75 个国家(其孕产妇和儿童死亡率占全球的 95%)中,有至少一名熟练卫生人员接生的平均比例仅为 62%,与有能力购买卫生服务的妇女相比,那些没有能力购买卫生服务或者未被医疗保险覆盖的妇女则难以获得相应的卫生服务。^[3]卫生支出财务保护的缺乏意味着每年约有 1 亿人口陷入贫困^[4],也有很多人因为缺乏必要的资金而放弃寻求卫生服务。

为应对卫生体系存在的不足,一些发展中国家及其合作伙伴一直探索引进卫生筹资、组织和服务提供的新模式。本文将简述中低收入国家卫生体系存在的主要不足,列举一些主要的应对措施,并进一步指出三种最受欢迎的应对措施。这些应对措施曾一直备受质疑,包括是否应该通过一般税收或医疗保险基金来支付医疗费用以加强对特殊人群的财务保护;是否应该利用财务激励手段来提高卫生服务的效率和质量;是否应该发展私立医疗机构以扩大

卫生服务的覆盖面。

本研究的资料主要来源于卫生体系不足文献^[1]和卫生体系证据数据库^[5]。然而,卫生体系存在的不足远远多于补救措施。此外,某些国家的具体情况也极大地影响着一些重要的措施能否成功实施。从一些特定国家中得出的卫生体系研究的一般性结论还要考虑这些国家的特殊背景。^[6]因此,单一理想的卫生体系蓝图以及试图弥补所有不足是不可能的。中低收入国家卫生体系的加强应看作是一个长期且发展的过程。

1 卫生体系的制约因素与应对措施

2001 年世界卫生组织宏观经济和卫生委员会(The Commission on Macroeconomics and Health of the World Health Organization)归纳了卫生体系制约因素的分类框架,并沿用至今。^[7]此框架的优点在于可以从横向(如对每个层次进行评估以确定高效率的卫生服务提供所需的全部因素)和纵向(如达到体系内较高层次所具备的条件)两个角度来看待卫生体系本身。表 1 列出了卫生体系所包含的从社区到全球的六个层次和各层次存在的主要制约因素,以及应对这些制约因素所采取的主要应对措施。本文抽取了三种主要的应对措施进行详细阐述。之所以选择这三种应对措施主要基于以下原因:三者均涉及卫生体系的关键功能(如筹资和卫生服务提供);均是国际上关于卫生体系加强所讨论的热点话题;与其它手段相比,进行了更为严格的评估。

* 作者简介:Anne Mills, 女,教授,伦敦卫生与热带病医学院副校长。E-mail: Anne.Mills@lshtm.ac.uk

本文英文原文参见 The New England Journal of Medicine, 2014, 370(6): 552-557, doi:10.1056/NEJMr1110897, 略有删减。

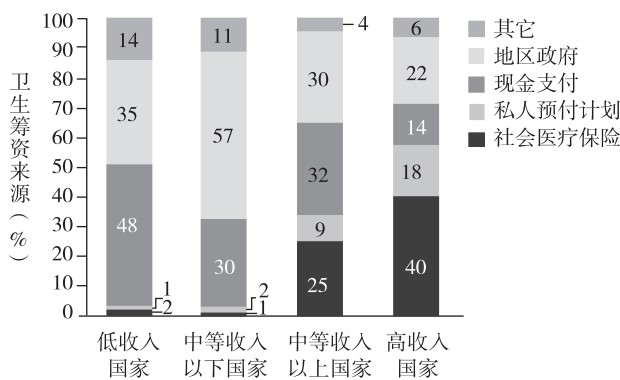
表1 卫生体系的制约因素与应对措施^[1,7-9]

卫生体系的层次	制约因素	应对手段
社区与家庭	缺乏针对需求的有效干预手段	通过财务激励措施鼓励卫生服务利用,调动社区积极性(如支持创建妇女团体以传播产前和分娩服务信息)
	有效干预手段的障碍(物力、财力、社会)	扩大基层卫生服务覆盖面(如由农村卫生人员和经过培训的药品销售人员提供的服务),通过增加预付费用以及提高卫生服务提供者的反应性(如绩效工资等)来清除筹资障碍
服务提供	合格卫生人员数量不足和分布不均,尤其是在基层卫生领域	增加卫生人员的数量,注重角色定位(如培训社区卫生人员以应对常见病),增加偏远地区卫生人员津贴
	卫生人员工资较低,工作积极性较差	增加工资,加强监督
	技术指导、计划管理和监管较弱	加强培训和监管,实行合同式管理
	药品和医疗用品缺乏	加强公立卫生体系建设,充分利用私立卫生体系
卫生部门的政策与战略管理	设备和基础设施缺乏,卫生服务可及性较差	对公共卫生设施加以更新、升级、扩大,与有能力提供卫生服务的非政府组织签订合作协议
	较弱且过度集中的计划和管理体系	计划和管理的分权化
	较弱的药品政策和供应体系	引进新的供应机制
	药品产业及其他私立部门监管不足,行业惯例不合理	通过法律和激励机制加强监管
政府政策	卫生部门与其它政府部门之间缺乏合作	要求其它政府部门积极参与,并进行服务监督
	缺乏有效的激励机制以使投入更加高效,导致无法有效应对人群需要和偏好	采用以产出为导向的支付方式以及外部援助计划
	捐赠基金呈现碎片化,导致灵活性和自主权减少,降低了体系支持的优先性	对援助管理和提供政策进行改革,为体系提供更多资金支持
	官僚主义(如公务员制度与薪酬,集权化的管理体系)	充分发挥私立部门在卫生筹资、管理和服务提供方面的作用,由自治机构进行服务管理
政治与自然环境	通讯和交通设施有限	不视为卫生问题
	管理与整体的政策框架(如贪污、政府处于弱势、法律法规不健全、合同执行力较差、政治不稳定、政治安全性较差、社会部门未被给予财务决策优先性、公共问责结构较差、新闻自由缺乏)与疾病相关的气候与地理因素,不利于服务提供的自然环境	鼓励民间组织的发展,调动媒体的积极性,改善管理工作和问责机制
全球	不易改变	
	碎片化的全球卫生治理和管理结构	改善全球协调性(如巴黎宣言、阿克拉行动议程)
	医生和护士移民至高收入国家	针对移民医生和护士签订自愿协议

1.1 一般税收 (General Taxation) 与分摊保险 (Contributory Insurance)

中低收入国家存在的主要问题是对于有卫生服务需求的人群缺乏财务保护,妨碍了其卫生服务利用,并加重了其家庭经济负担。图1显示了不同收入水平的国家卫生筹资的主要来源。平均来看,低收入国家卫生筹资中个人自付费用占50%,中等收入国家为30%,高收入国家为14%。低收入国家卫生筹资中只有38%来自于医疗保险基金,而中、高收入国家则分别占60%和80%。

因此,解决中低收入国家卫生筹资问题的关键是如何为家庭提供足够的财务保护。有正式工作并缴纳工资所得税的人群可以纳入社会医疗保险范畴。人们普遍认为,最贫困人口需要通过一般税收获得全部的医疗费用补助,而低收入家庭则需要获



数据来源:世界卫生组织^[10]

图1 不同收入水平国家的卫生筹资来源

得部分补助。但那些没有正式经济来源但又属于最贫困的人群,是否应该通过一般税纳入医疗保险制度范畴?这一直是南亚和东南亚国家全民健康覆盖的核心问题。^[11]以菲律宾和越南为例,二者都是通

过鼓励自愿参加医疗保险计划的方式来寻求财务保护,而泰国等其它国家,多是将一般税收的资金分流到国家和地方卫生部门。印度计划委员会下属的全民健康覆盖高层专家小组发表的研究报告建议卫生筹资应该由一般税收转为由州政府作为公共卫生服务的购买者,由此可见,此份报告明确拒绝了分摊医疗保险基金计划。^[12]

在非洲,虽然卢旺达自愿性医疗保险的覆盖深度(即服务数量)有限,且对最贫困人群的财务保护仍然不够充分,但实现了较高等度的医疗保险覆盖面。^[13]加纳则引进了国家医疗保险计划,即有正式收入来源的人群强制加入医疗保险,没有正式工作的人群自愿加入,并免费覆盖最贫困人群。然而,在承担这些医疗保险费用和维持自愿加入的过程中产生了一系列问题,因此,执政党建议对拥有正式工作以外的人群实行一次性支付,而非按年度支付。^[14]一般税收一直是加纳国家医疗保险计划的主要筹资来源,而一次性支付无疑会降低分摊保险的重要性。

鉴于中低收入国家税收和家庭支付能力有限,无论采取税收直接支付还是通过分摊保险方式支付卫生服务,财务保护的改善都应该是一个循序渐进的过程。这些国家需要一个综合性的筹资来源,在当前的经济、社会和政治状况下,哪一种筹资方式可以最大可能的保护那些脆弱人群,并确保这种全民健康覆盖的宽度、广度(覆盖人群的数量)和合理的深度,是当前面临的最迫切问题。

1.2 针对家庭和卫生服务提供者的财务激励手段

是否有财务激励措施鼓励家庭利用卫生服务,并鼓励供方提供高质量的卫生服务是卫生体系加强的另一关键措施。此类策略通常称为基于结果导向的筹资(results-based financing)、按绩效支付(pay for performance)和基于产出的援助(output-based aid)。^[15]这些措施旨在应对卫生服务提供者较差的反应性和能动性等问题。这些激励手段以卫生服务接受者为目标(如通过付款凭证或现金支付来规定服务利用条件),或者以卫生工作者个人和卫生基础设施为对象。

有文献对此类财务激励手段的有效性进行了系统综述。从短期来看,以卫生服务接受者和卫生工作者个人为对象,在简单卫生服务的提供和利用方面,这些激励手段还是相当成功的。在拉丁美洲,有条件的现金转移支付计划与不断增加的预防服务有

关。^[17]在卢旺达,基层卫生的按绩效支付已经越来越多地应用到医院及其它医疗机构的孕妇分娩和儿童预防门诊中。^[18]这些有限的证据为其它国家开展类似工作提供了指导。但这些计划在一些资源有限的国家执行起来可能会遇到阻力,这些国家往往缺乏足够的人力、技术支持和完善的体系以实现服务、支付和绩效的有效监管。如尼泊尔针对孕妇的激励支付计划中,次贫困人口受益要高于贫困人口。^[19-20]此外,这一变化能否持续足够长的时间以及这些激励手段对更加复杂的服务是否有效,还不得而知。

财务激励手段的确有效,但也会产生一些不良反应。如最近印度旨在提高住院分娩率的母亲保护计划(Janani Suraksha Yojana),尽管使得住院分娩的孕产妇人数增加,但也造成了印度整体人口出生率的激增。^[21]

财务激励手段的确能够提高卫生服务利用水平和质量。但事实上,并没有研究表明中低收入国家使用这些激励手段就可以实现上述效果。^[16,22-23]这一证据的缺失导致很难给出明确的政策建议。

1.3 利用私立医疗机构扩大覆盖面

中低收入国家的卫生体系中包含了大量的私立医疗机构,尤其是在卫生服务提供领域。这些私立医疗机构包括数量有限的正式的营利和非营利性组织,也包括大量的非正式组织,如药品零售经营者。由于私立医疗机构收入的增长和公立医疗机构提供的服务未达到预期,私立医疗服务提供者的数量不断增加。这一情况引发了人们对实用主义的讨论,既然私立医疗服务提供者是有效的,那么它们应该被用来解决卫生服务地理上的不可及、卫生人员缺乏和分布不均以及药品、医疗用品不足等问题(表1)。

事实上,已有证据表明,药品销售人员培训、药品包装和药店特许连锁经营都可以提高私立医疗服务的质量,尤其是药品零售经营者所提供的卫生服务。^[24]以肯尼亚沿海地区为例,针对药品零售经营者的培训已经显著增加了抗疟疾药物的销售比例^[25],在六个试点国家中,通过在私立药品销售点推广以青蒿素为基础的联合疗法,显著提高了高质量药品的可及性^[26]。然而,不同国家的药品零售市场呈现出不同的特点,因此要想得出普遍性的结论尚缺乏足够的证据基础。

既然公共部门的努力已经被证明是失败的或者

是能力有限的,那么更多的正式私立医疗机构可以在合同的约束下,代表公共部门管理基层卫生服务和医院设施。多项研究表明,在一些卫生服务水平低下的地区,受合同约束的非政府机构能够显著增加卫生服务的供给。^[27]尽管在南非的研究结果显示有必要制定约束营利性卫生服务提供者的合同,但有关此类合同约束价值的证据并不多见。^[28]

私立医疗机构的努力一直是一个饱受争议的话题,在某些人看来,这其实是将卫生服务作为商品,进行卫生体系的私有化。^[29]然而,当公立医疗机构能力有限且私立医疗机构人力资源过度集中时,寻求公私混合的服务提供模式则被看作是比较实用的应对手段。如在南非,有关国家健康保险方面的提案就是在寻求建立一种体系,利用公共资金向可信任的公共和私立医疗服务提供方购买综合性的卫生服务包。^[30]

2 一个长期的发展过程

以上证据表明,有关加强卫生体系的最佳战略并不能得出一些清晰的结论。在一个国家有效的方法在另外一个国家并不一定行得通,并不是所有方法都能被所有国家政府或多数人所接受。也不存在一个单一且理想的卫生体系蓝图,也没有一种有效方法可以自动实现卫生体系绩效的突飞猛进。因此,卫生体系是一种极其复杂的社会体系^[31],任何一种模式的成功都将取决于这种体系旨在适合何种制度,以及相关的地方价值观和意识形态。

一项针对卫生体系对改善人类健康贡献的研究显示,5个被调查国家中,成功的卫生体系呈现出了一些相似特点:(1)拥有长远眼光和长期战略;(2)考虑历史条件和先前决定所产生的一些制约因素(路径依赖);(3)在社会层面达成共识;(4)决策的灵活性和自主性;(5)富有弹性,善于吸取经验,并反作用于政策周期;(6)从更广泛的管理和社会经济背景下获得支持,与文化 and 人群偏好保持一致;(7)在部门和执行者之间实现协同效应;(8)在公共与私立部门之间实现公开对话、公开合作,并实现高效的政府监管。^[32]

这些体系有能力去挑选一些有效的卫生战略,并从其它国家和自身的经验教训中吸取精华。加强卫生体系需要人们不仅关注某些特定战略,还要关注一种特定环境下的新形势和鼓励创新。因此,卫生体系加强是一个长期过程,其中涉及许多复杂体系,并需要在开启诸多计划之前加以审慎安排和策

划。全球社会应对各国改革予以支持,并帮助创造一个更加稳固的证据基础,从而有利于多国互相学习和借鉴。

参 考 文 献

- [1] Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems. Constraints to scaling up and costs[R]. Geneva: World Health Organization, 2009.
- [2] World Health Organization. Universal health coverage[EB/OL]. [2014-04-20]. http://www.who.int/universal_health_coverage/un_resolution/en/index.html
- [3] Countdown to 2015: accountability for maternal, newborn and child survival; the 2013 update. World Health Organization and UNICEF, 2013 [EB/OL]. [2014-04-20]. http://www.countdown2015mnch.org/documents/2013-Report/Countdown_2013-Update_noprofiles.pdf
- [4] Health systems financing: the path to universal coverage [R]. Geneva: World Health Organization, 2010.
- [5] Health systems evidence. Hamilton, ON, Canada: McMaster University [EB/OL]. [2014-04-20]. <http://www.healthsystemsevidence.org>
- [6] Gilson L, Hanson K, Sheikh K, et al. Building the field of health policy and systems research: social science matters [J]. PLoS Med, 2011, 8(8): e1001079.
- [7] Hanson K, Ranson K, Oliveira-Cruz V, et al. Expanding access to priority health interventions: a framework for understanding the constraints to scaling up[J]. J Int Dev, 2003, 15(1): 1-14.
- [8] Mills A, Ranson M K. The design of health systems[M]. // Merson M, Black R, Mills A. Global health: diseases, programs, systems and policies. Boston: Jones and Bartlett, 2011.
- [9] Mills A, Tollman S, Rasheed F. Improving health systems [R]. // Jamison D, Breman J, Measham A, et al. Disease control priorities in developing countries. Washington D C: World Bank, 2006.
- [10] Global health expenditure database. Geneva: World Health Organization [EB/OL]. [2014-04-20]. <http://apps.who.int/nha/database/CompositionReportPage.aspx>.
- [11] Tangcharoensathien V, Patcharanarumol W, Ir P, et al. Health-financing reforms in southeast Asia: challenges in achieving universal coverage [J]. Lancet, 2011, 377(9768): 863-873.
- [12] High Level Expert Group. Report on universal health coverage for India: submitted to the Planning Commission of India[R]. New Delhi: Planning Commission of India, 2011.

- [13] Lu C, Chin B, Lewandowski J L, et al. Towards universal health coverage: an evaluation of Rwanda Mutuelles in its first eight years[J]. *PLoS One*, 2012, 7(6): e39282.
- [14] Abihiro G A, McIntyre D. Universal financial protection through National Health Insurance: a stakeholder analysis of the proposed one-time premium payment policy in Ghana [J]. *Health Policy Plan*, 2013, 28(3): 263-278.
- [15] Savedoff W. Incentive proliferation? Making sense of a new wave of development programs[R]. Washington D C: Center for Global Development, 2011.
- [16] Oxman A D, Fretheim A. Can paying for results help to achieve the Millennium Development Goals? Overview of the effectiveness of results-based financing[J]. *J Evid Based Med*, 2009, 2(2): 70-83.
- [17] Lagarde M, Haines A, Palmer N. Conditional cash transfers for improving uptake of health interventions in low-and middle-income countries: a systematic review[J]. *JAMA*, 2007, 298(16): 1900-1910.
- [18] Basinga P, Gertler P J, Binagwaho A, et al. Effect on maternal and child health services in Rwanda of payment to primary health-care providers for performance: an impact evaluation[J]. *Lancet*, 2011, 377(9775): 1421-1428.
- [19] Powell-Jackson T, Morrison J, Tiwari S, et al. The experiences of districts in implementing a national incentive programme to promote safe delivery in Nepal[J]. *BMC Health Serv Res*, 2009, 9: 1-11.
- [20] Powell-Jackson T, Neupane B D, Tiwari S, et al. The impact of Nepal's national incentive programme to promote safe delivery in the district of Makwanpur[J]. *Adv Health Econ Health Serv Res*, 2009, 21: 221-249.
- [21] Powell-Jackson T. Financial incentives in health: new evidence from India's Janani Suraksha Yojana[R]. London: London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2011.
- [22] Siddiqi K, Newell J, Robinson M. Getting evidence into practice: what works in developing countries? [J]. *Int J Qual Health Care*, 2005, 17(5): 447-454.
- [23] Bosch-Capblanch X, Liaqat S, Garner P. Managerial supervision to improve primary health care in low-and middle-income countries[J]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2011, 9: CD006413.
- [24] Patouillard E, Goodman C A, Hanson K G, et al. Can working with the private for-profit sector improve utilization of quality health services by the poor? A systematic review of the literature[J]. *Int J Equity Health*, 2007, 6: 17.
- [25] Marsh V M, Mutemi W M, Willetts A, et al. Improving malaria home treatment by training drug retailers in rural Kenya[J]. *Trop Med Int Health*, 2004, 9(4): 451-460.
- [26] Tougher S, Ye Y, Amuasi J H, et al. Effect of the Affordable Medicines Facility—malaria(AMFm) on the availability, price, and market share of quality-assured artemisinin-based combination therapies in seven countries: a before-and-after analysis of outlet survey data[J]. *Lancet*, 2012, 380(9857): 1916-1926.
- [27] Lagarde M, Palmer N. The impact of contracting out on health outcomes and use of health services in low and middle-income countries [J]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2009, 4: CD008133.
- [28] Broomberg J, Masobe P, Mills A. To purchase or to provide? The relative efficiency of contracting out versus direct public provision of hospital services in South Africa[M]. // Bennett S, McPake B, Mills A. Private health providers in developing countries: serving the public interest? London: Zed Press, 1997.
- [29] Unger J-P, Van Dessel P, Sen K, et al. International health policy and stagnating maternal mortality: is there a causal link? [J]. *Reprod Health Matters*, 2009, 17(33): 91-104.
- [30] National Department of Health. Green Paper on national health insurance in South Africa[R]. Pretoria: National Department of Health, Republic of South Africa, 2011.
- [31] Gilson L. Health systems and institutions[M]. // Smith R D, Hanson K. Health systems in low-and middle-income countries: an economic and policy perspective. Oxford, England: Oxford University Press, 2011.
- [32] Balabanova D, Mills A, Conteh L, et al. Good Health at Low Cost 25 years on: lessons for the future of health systems strengthening[J]. *Lancet*, 2013, 381(9883): 2118-2133.

[收稿日期:2014-04-03 修回日期:2014-05-05]

(编辑 赵晓娟)