

# 加拿大卫生改革现状、发展趋势及其对我国的启示

杨颖华\*<sup>1,3</sup> David Zakus<sup>2</sup> 张天晔<sup>3</sup> 庄悦红<sup>3</sup> 张炜<sup>3</sup> 王惟<sup>3</sup> 陈文<sup>1</sup> 孙晓明<sup>4</sup>

1. 复旦大学公共卫生学院 上海 200032
2. 加拿大国际发展研究中心 加拿大渥太华 8500
3. 上海市卫生局 上海 200040
4. 上海市浦东新区卫生局 上海 200125

**【摘要】**全民医疗保健制度是加拿大卫生体系乃至社会政策的核心,经济起伏下的筹资增减深刻影响到加拿大近二十年卫生发展历程,以公平、公正为基本价值观,构建低成本高效益卫生服务体系,为全民及时提供高质量卫生服务是加拿大卫生改革发展的基本趋势。本文介绍了上世纪后十年和本世纪初十年两阶段的加拿大卫生改革的背景、现状、特征、主题、内容、影响、经验和教训,并从公平、效率和长期性三方面阐述了对我国卫生改革发展的启示。

**【关键词】**加拿大;卫生体系;卫生筹资;卫生服务;卫生管理

中图分类号:R197.1 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2010.03.012

## Status quo, trends and enlightenments of Canada's health system reform

YANG Ying-hua<sup>1,3</sup>, DAVID Zakus<sup>2</sup>, ZHANG Tian-ye<sup>3</sup>, ZHUANG Yue-hong<sup>3</sup>, ZHANG Wei<sup>3</sup>, WANG Wei<sup>3</sup>, CHEN Wen<sup>1</sup>, SUN Xiao-ming<sup>4</sup>

1. School of Public Health, Fudan University, Shanghai 200032, China
2. International Development Research Centre, Ottawa 8500, Canada
3. Shanghai Municipal Health Bureau, Shanghai 200040, China
4. Health Bureau of Pudong New Area, Shanghai 200125, China

**【Abstract】** Medicare is defined as a core value of health system and even the society of Canada. During the past 20 years, stop-go financing of public health care followed by economic downturn and renaissance in Canada has deeply influenced the recent reform process. The basic trends of health reform and development in Canada are as follows: equity and fairness as the basic values, constructing low-costly and high-efficient health system, and making timely access to quality care for all Canadians. It is introduced in this article the contexts, status quo, features, themes, contents, influences, experiences and lessons of Canada's health reform during recent two decades, and the enlightenments on equity, efficiency and long duration to China.

**【Key words】** Canada; Health system; Health financing; Health delivery; Health management

加拿大是一个国土辽阔、资源丰富、经济发达、人口稀少、文化多元、联邦制的移民国家,按照世界银行的排名,其 2008 年人均 GDP 位于全球第 12 位,2007 年联合国人类发展指数位居世界第四。卫生行业是加拿大第三大劳动力部门,卫生从业人员数约占劳动力总数的 10%,2008 年卫生总费用占 GDP 的 10.8%。2008 年,加拿大健康期望寿命为 81.16 岁,

婴儿死亡率为 4.82‰,孕产妇死亡率 2005 年为 6.3/10 万。<sup>[1]</sup>

## 1 加拿大全民医疗保健制度的发展及其特征

在加拿大所有社会政策中,全民医疗保健制度最受重视,它不仅是卫生体系的核心和基础内容,而且被加拿大人视作高品质生活的支柱和社会核心价

\* 作者简介:杨颖华,女(1974 年-),博士研究生,主要研究方向为卫生管理、基层卫生。E-mail:071102092@fudan.edu.cn

值乃至国家特征的体现。该制度在 1919 年首次提出,1947 年沙士卡其湾省率先推出全省医院保险计划,1966 年联邦政府公布的《医疗保健法案》标志着全国性医疗保健制度的初步建立,1972 年在各省区全面实施,但是直到 1984 年《加拿大卫生法》出台,其指导思想和运行原则才得以全面确立。<sup>[2]</sup>该制度 40 多年来历经多次修改,但“公平、公正”的基本价值观保持不变,即为全体国民提供必要的医疗保健服务。并且,这种服务是基于国民的需要,而不是支付能力。《加拿大卫生法》确定了五项原则:全民性,即省区内符合条件的所有公民在同一标准和条件下享有全民医疗保健;广泛性,指必须涵盖所有基本医疗服务;可及性,即公民不需付费、不受歧视,合理享有同等的基本医疗服务;便携性,即公民在省外、国外均可享有医疗服务;公共管理,指必须由公共部门以非营利形式管理运作。<sup>[3]</sup>该制度的主要特征是:省区政府和联邦政府两级财政筹资,非营利性医院和开业医生等私人部门提供,全民免费享有基本医疗服务,单轨制(不允许私人医疗保险涉足)和公共管理。

## 2 二十世纪末加拿大卫生改革概况

### 2.1 改革背景与特征

加拿大现代卫生改革始于 1984 年《加拿大卫生法》的颁布。20 世纪 80 年代末至 20 世纪 90 年代末,加拿大卫生改革的主要压力是,在通货膨胀、经济衰退,财政赤字居高不下和公共预算不断消减的背景下,卫生保健支出受到明显限制,其中 1993—1996 年公共部门卫生支出连续出现负增长。<sup>[4]</sup>改革的主要动力是,社会对健康的关注度不断提高,并日益认识到卫生系统外部诸多因素对人群健康的影响。<sup>[5]</sup>第一阶段卫生改革的特征是又要马儿跑、又要马儿不吃草,改革主题是削减卫生设施和人力资源,整合各阶段卫生服务,增加卫生质量和可及性,从疾病治疗转向健康维护。<sup>[6]</sup>

### 2.2 主要改革内容

#### 2.2.1 削减卫生支出

一是医院大批关停并转,形成大型外科手术中心,实行总额预算,严格限制医院支出,减少床位数;二是减少卫生人员的岗位、储备和报酬,护士成为医

院总额预算削减的目标,政府强制医生退休,严格控制国外医务人员移民加拿大。减少护士和医学生的招收数量,增加培养年限。改革付费方式,对医务人员的年收入采取封顶限制措施。

#### 2.2.2 卫生资源结构调整

一是医院增加门诊服务,降低住院率,增加日间手术,减少住院天数;二是将资源从医院、长期护理等服务机构转向初级卫生服务、家庭保健、疾病预防、健康促进等领域,推广疫苗接种、健康教育、24 小时健康咨询热线电话等服务项目;三是推进属地化改革,各省区建立地方卫生部门、地方社区理事会,下放卫生管理职能。

### 2.3 改革的主要影响

#### 2.3.1 有利于构建合理的卫生服务体系

卫生服务的重心,从原先以医院和医生服务为核心的全民医疗保健制度逐步向外扩展,公共卫生、初级卫生、社区卫生服务得到重视或加强,整体服务成本得以控制,效益得以提高。管理的属地化有利于按照居民实际需求合理配置卫生资源,整合卫生服务链。

#### 2.3.2 影响联邦和省区政府之间的协调关系

加拿大联邦政府最主要的卫生职责是制定卫生大法和对各省区进行转移支付,省区政府负责辖区内卫生具体法律制定、筹资、服务组织和监管等主要职责。1989—1994 年,联邦对各省区政府的卫生转移支付逐年减少,1995 年甚至将卫生转移支付与其他社会拨款合并。

#### 2.3.3 卫生资源短缺,服务可及性下降

1993—2002 年,加拿大在岗护士数下降 27%,医生数停止增长,但社会人口增加和老龄化引起医疗服务需求持续增加,1993—2000 年加拿大每十万人人口医师数下降了 5.1%。<sup>[7]</sup>新的家庭医生更少,1998—1999 年加拿大仅 85% 的女性、72% 的男性有全科/家庭医生。同时,在卫生资源短缺、手术指征等技术改变、医疗服务需求上涨超过预期等因素作用下,病人等待专科服务和手术的时间明显延长。1996 年 6 月—1999 年 6 月,卑诗省眼科手术等待时间中位数从 6 周增至 8 周,择期妇产科手术从 5 周增至 9 周。民意调查显示医疗服务等待时间长是加拿

大民众强烈关注的问题,并成为社会舆论的焦点。

### 2.3.4 民众对卫生系统满意度下降

根据民意调查,20 世纪 90 年代加拿大人虽然对医疗服务质量感到满意,但对卫生系统的满意度逐年下降,评价优秀或非常好的比例从 1991 年的 61% 下降到 1999 年的 28%。根据公共福利基金会的多国调查,1998 年 27%、1999 年 18% 的加拿大老年人认为卫生系统应当重建,这一比例比英国高,但低于美国、新西兰和澳大利亚。

## 3 近十年加拿大卫生改革发展趋势

### 3.1 背景与特征

近十年加拿大卫生改革与发展的背景与特征与上一阶段明显不同:一是经济走出低谷,持续发展,政府重新加大卫生投入,筹资可持续性得到关注;二是人口老龄化和疾病模式改变,慢性病成为危害人群健康、造成疾病负担的主要因素,卫生需求进一步变化;三是卫生技术快速发展,服务质量日益受到重视;四是卫生服务可及性继续成为社会焦点问题,但上阶段相关改革结果影响到部分服务提供和组织调控能力。

### 3.2 卫生筹资

#### 3.2.1 政府和市场的选择

加拿大建立全民医疗保健制度后,医疗服务筹资主要来源于税收,各级政府支出占卫生总费用的比例从 1997 年起一直维持在 70% 左右。公共医疗卫生支出是政府支出的首要项目,如 2008 年安大略省 45% 的省级财政经费用于卫生支出。然而,支出日益增长也导致了筹资可持续性,2000 年起,一些省提出了支撑全民医疗保健的设想,呼吁市场化改革,建议通过引入医疗储蓄账户或使用用户付费的方式增加私人筹资,来解决公共财政筹资的问题。但是加拿大皇家未来健康发展委员会经过广泛咨询和 12 个集中市民讨论会讨论,在 2002 年发表的罗曼诺夫报告中指出,绝大多数加拿大人仍然支持传统全民医疗保健模式的各项基本原则,支持全民免费享有基本医疗服务,同时要求政府进一步提高效率,对作为全民医疗保健最终筹资人和利用者的公众负责。报告建议联邦政府加大卫生转移支付,并

实施一系列改革。<sup>[8]</sup>

#### 3.2.2 投入稳步增长

在财政状况良好的背景下,作为对一系列报告建议的回应之一,联邦政府加大了卫生投入。2004 年,将 1995—1996 年合二为一的联邦卫生和社会拨款重新分开。2008—2009 年仅卫生转移支付就达 226 亿元,比 1997 年增加了 100 亿元。各省区财政收支平衡,为卫生投入提供了条件。在经历 20 世纪 90 年代中期严重的卫生收支紧缩后,近十年成为加拿大从全民医疗保健制度建立以来卫生收支增长趋势最为持久的时期。据估计,2009 年加拿大人均卫生总费用为 5 452 加元,比上年预计增长 2.5%,卫生总费用占 GDP 的比重增至 11.9%。<sup>[9]</sup>

#### 3.2.3 费用国际比较

根据 OECD 对 2007 年 30 个国家卫生总费用占 GDP 比重的排名,加拿大与澳大利亚并列第六,美国依然高居榜首。<sup>[10]</sup> 与以私人筹资、私人提供为特征的美国医疗服务体系相比,美加两邻国在 20 世纪 50 年代具有相似的医疗保健系统、卫生成本和健康状况,但 20 世纪 70 年代中期起美国卫生支出增长速率明显快于加拿大。加拿大的政府干预与美国自由市场经济下的医疗卫生体系相比,具有全民覆盖、卫生总支出和管理支出更低、计划能力更强、企业成本更低、国民健康状况更好等优势。

### 3.3 卫生服务

#### 3.3.1 总体改革趋势

在卫生经费增加的同时,加拿大大力推进卫生服务改革。总体是延续上阶段的改革方向,进一步构建具有良好成本效益的卫生服务体系,努力提高医疗卫生服务公平可及和质量效率。改革趋势为:从医疗机构走向社区、家庭,从卫生系统内部走向外部,强调初级卫生保健,重视公共卫生和健康促进,加强医学科研创新和服务质量。<sup>[11]</sup>

#### 3.3.2 改革战略框架

在 2003 年《医疗保健革新协议》基础上,各省省长于 2004 年共同发布《加强卫生保健十年计划》,提出了“让所有加拿大人及时获得高质量医疗卫生服务”的目标。<sup>[12]</sup> 明确三项原则:巩固全民医疗保健基本原则,强调服务的获得基于需要而非支付能力,关

注病人需求;四项策略:加强政府合作,推广先进经验,提供持续信息,做法因地制宜;九项重点领域:减少等待时间、提高可及性,卫生人力资源战略行动计划,家庭保健,基层卫生改革,国家药品战略,预防、促进和公共卫生,提高原住民卫生服务可及性,卫生创新,对民众负责和报告。

### 3.3.3 主要改革进展

(1)减少等待时间,提高可及性。及时获得医疗保健是加拿大人最为关注的问题,被提到了社会政策优先战略的高度。联邦政府为减少等待时间采取的主要措施有:一是针对肿瘤、心血管、影像诊断、视力复明和关节置换5个问题,设定减少等待时间的总体目标和分年度具体目标,并对各省每年落实情况进行公示;二是引入排队理论,建立测量方法和标准;三是推进人员培养、要素替代和团队建设,增加各类卫生专业人员的培养和使用,让护士、药师等其他专业人员承担原由医生做的部分工作,建立以家庭医生为主、护士等各类技术人员参与的初级卫生保健综合服务团队;四是提高区域服务能力,增加CT、MRI等影像诊断设备,开展远程医疗,使用医疗救护直升机,加强信息化建设;五是分流病人,扩大门诊服务范围、增加社区卫生项目,发挥家庭保健在精神卫生、急性期后治疗、临终关怀等方面的作用,并由政府在各地区建立社区保健管理中心(Community Care Access Centre)来组织提供长期护理、家庭保健等服务。卫生服务可及性是服务能力、需求、分布、技术等多因素影响下的综合结果,所以虽然加拿大采取了一系列综合措施来提高可及性。2007年96%的慢性病患者定期看家庭医生或到便利诊所(Walk-in Clinic)。虽然家庭医生数从2001年0.95人/千人口增至2007年0.98人/千人口(高于OECD国家平均数),但有固定家庭医生的人数比例却从88%降至85%。2003—2007年非急性手术平均等待时间中位数维持在4.3周,CT/MRI诊断等待时间仍停留在2~3周。42%的加拿大人因慢性疾病看专科医生的等待时间超过两个月,而在新西兰和英国这一比例为33%,美国为10%。加拿大的医疗卫生资源与OECD国家总体发展水平相比还是较低(表1)。尤其是人力资源发展在许多省区未达到阶段性目标,使得卫生人力短缺问题更加突出。<sup>[13]</sup>

表1 2007年加拿大与OECD国家卫生资源比较

	医生 /千人口	护士 /千人口	床位 /千人口	MRI /百万人口	CT /百万人口
加拿大	2.2	9.0	3.4	6.7	12.7
OECD国家	3.1	9.6	3.8	11.0	20.2

数据来源:OECD Health Data 2007,其中床位/千人口为2006年数据。

(2)提高医疗服务质量。2001年沙卡士其湾卫生委员会报告指出,与卫生服务可及性和卫生投入相比,应当更关注卫生服务质量。近年来加拿大借鉴其他国家的质量管理经验,主要采取以下措施提高服务质量:一是成立相关质量研究机构,如2003年建立了加拿大病人安全研究所,5个省先后成立卫生质量委员会;二是广泛开展质量改进活动,2005年发起名为“更安全的卫生保健服务”(Safer Healthcare Now)的全国性活动,三年内参加活动的医院因通风设备导致的肺炎感染率和医疗技术事故下降了一半,医疗责任事故下降了三分之二,2007年又开展全国性的“停!先洗手”活动以降低院内感染;三是提升项目工作的质量,2003年起先后建立糖尿病、急诊优先治疗等30多个项目协作组,通过计划、实施、评价,使各项服务操作更接近专家指南标准;四是严格质量监管,一些省规定医院必须定期上报院内感染情况;五是加强质量研究;六是推进循证医学,加速成果和知识转化,如安大略省应用2006年底新英格兰杂志一篇论文的研究结果推广了重症监护室五个操作关键点的最佳实践,在各级各类医院实施3个月,就使导管相关性感染率降为零。

(3)发展公共卫生。加拿大近十年在健康促进、疾病和伤害预防等方面取得了进一步的发展,主要有:一是重视健康促进,两个省将卫生管理部门更名为健康福利部门,三个省政府另建了健康促进部门;二是大力推进具有显著成本效益的干预措施,重点开展严重威胁生命健康、经济负担重的糖尿病、丙肝、艾滋病、宫颈癌等疾病防治,加强慢性病管理,实施全国儿童免疫计划,开展女性HPV疫苗接种;三是致力于减少健康不公平,支持早期儿童发展和孕期保健;四是针对非医学健康影响因素,大力开展控烟、健康学校等跨部门行动。加拿大通过健康教育、禁止烟草广告、提高烟草税率等一系列政策减少烟草消费,使成人吸烟率从1980年的34%降到2007

年的 18%。然而加拿大近年来在重大传染病防治方面路途坎坷,2003 年 SARS 肆虐动摇了民众和医护人员对卫生系统的信心,SARS 后加拿大总结教训,建造的一批公共卫生机构在 2009 年面对 H1N1 流行时发挥了积极作用,但政府协调不力、媒体过度宣传、公众信息混乱等因素使防控工作不尽如人意。

(4)药品管理使用。加拿大全民医疗保健制度建立时,没有将住院以外的药品费用纳入公共医疗支出,病人需通过自费购买私人保险或由雇主购买额外集体保险的方式承担药品费用。随后各省逐步建立起公共药物计划(public drug plan),覆盖部分人群的部分药品费用。受疾病模式转变等引起用药增加和药品更新换代引起价格上涨等诸多因素影响,药品费用迅猛上涨。为此十年计划提出不能让加拿大人因经济困难得不到所需药物。2006 年国家药物战略发布,提出了建立国家统一药物目录、加强药物定价和采购管理、规范处方行为和提高药物安全、有效性和成本效益等九方面措施。<sup>[14]</sup>但除一些省已宣布灾难性药物覆盖计划外,其它各项战略措施进展缓慢。目前加拿大普通药品价格高(超过美国)、使用率低,药费占卫生总费用比例从 1975 年的 8% 增加到 2008 年的 17%,跃升为第二大卫生支出项目。加拿大人均药品支出仅次于美国,2007 年药品公共支付比例为 38%,在 OECD 国家中排倒数第四。虽然国家统一药物目录建立有待时日,但加拿大的统一药物评审制度值得一提。以往联邦、各省区自行对纳入公共药物计划的药品进行审查,为减少重复,使各种新药统一、公正地接受高级别专家审查,促进用药质量和可持续性,2003 年 9 月起加拿大实施了统一药物评审制度(Common Drug Review),其程序是:新药通过加拿大卫生部审批获准上市后,如要进入公共药物计划,则由药品厂商报加拿大药物统一评审委员会进行临床证据和药物经济学审查,评审结果交由加拿大药品专家咨询委员会给出具体推荐及理由,最终上网公布,各省区根据推荐意见自行决定是否将新药纳入公共药物计划。据统计,各省接受了 90% 的新药推荐。

#### 3.3.4 应对经济危机条件下的卫生问题

2008 年起加拿大陷入全球经济危机,卫生筹资可持续性进一步受到关注。2009 年安大略省出现

250 亿加元卫生赤字,为此省政府主要采取以下应对措施:一是削减医院开支,如削减 2010 年圣迈克医院 3.2% 的运行经费预算,医院将减少部分服务项目;二是降低服务成本,实施政府采购,立法让护士等医务人员承担原来由医生做的工作<sup>[15]</sup>;三是提高医院服务效率,进一步缩短住院床日,减少等待时间,大力推广电子病历以减少重复检查等;四是加强院外服务,计划投入 500 万加元用于糖尿病人血糖监测等慢性病管理项目,以期节省 3 亿加元医疗费用,3 年内投入 7 亿加元用于老年人家庭护理,以减少住院服务;五是从 2009 年 1 月起启动“确认和减少浪费”项目(2008 年创始于美国、澳大利亚),查找并解决在管理、运作、临床环节中存在的浪费。

### 3.4 卫生管理

#### 3.4.1 背景与特征

加拿大卫生管理体制的特征与其福利国家的政治制度密切相关。一是在全民医疗保健占绝对主导地位的背景下,政府对私立性质的医院和医有很强的管理控制能力,具有典型的公共管理特征;二是在联邦制政治体制下,省区政府拥有较大管辖权,卫生管理以省为主,联邦政府除通过转移支付进行资金引导外,有对各省建议权和信息披露权;三是在政党政治背景下,卫生工作由定期选举出的政治家决定政策方向,由任职相对稳定的政府官员负责实施,而医院往往邀请具有政治影响力的人物加入董事会以争取自身利益;四是卫生界具有行业自律的传统,各类学/协会和非营利性组织在医务人员资质认证、权益维护、医患纠纷处理、行业标准制定、质量管理、政策咨询和决策参与等方面发挥重要作用。

#### 3.4.2 主要进展、问题和趋势

一是强调政府要对民众负责,并进行报告。联邦政府通过卫生信息公开履行信息披露权,每年向民众报告健康状况和卫生结果。1999 年起联邦政府投入 3.55 亿加元推进卫生信息现代化,通过加拿大卫生信息研究所等机构开展数据系统采集与综合分析,公开卫生年度报告、等待时间报告等大量及时、准确、可比的卫生信息,不仅有助于临床、管理人员和政策制订者进行循证决策,而且有利于缓解卫生服务提供者与使用者之间的信息不对称,促进机构间竞争以改进服务,并使卫生部门更好地满足民众需求。

二是开展卫生系统绩效管理,落实卫生发展目标。如2008年艾尔伯塔省成立卫生服务管理委员会取代原有的9个专业委员会,直接对省卫生厅长负责,以“向所有艾尔伯塔居民提供以病人为中心、便利、可持续、高质量的卫生保健系统”为使命,将质量、可及性、可持续性作为该省卫生系统的三大目标,依次分解成8个重点领域和20个优先战略,并细化到每个医务人员的绩效考核评价指标中进行具体落实。

三是存在各层级间协调不畅问题,影响重大公共卫生事件处理。加拿大公共卫生权力高度下放,平日运行良好,然而一旦出现重大突发事件,就会暴露问题,影响决策时机和执行效率。SARS后,加拿大总结了联邦、省、市三级公共卫生机构职责不明确,公共卫生部门和医院因管理不对口缺乏沟通,政治干预和经济考虑优先于科学指导等教训,然而这些体制性问题未能在2009年甲流感防控中彻底解决,一度出现原住民居住区甲流感流行严重、机场内外管理不协调、疫苗供应短缺等现象。

四是全民医疗保健制度继续处于发展变化之中。不少人认为该制度是为急性疾病治疗而设计的,而今慢性疾病成为主要问题,医疗保健制度也应当随之改变。正如当年该制度设计者汤姆·道格拉斯所言:“当我们开始设计全民医疗保健时,就指出制度发展将分两个阶段。第一阶段是消除经济上的障碍,第二阶段是重组和改革服务体系,当然,这是一件大事,我们还没有完成。”

## 4 对我国的启示

虽然中国和加拿大两国卫生在政治、经济、社会、文化背景、发展基础、制度设计等方面具有明显差异,但在人力发展、疾病防治、费用控制等方面面临相似的挑战,在建立公平高效的卫生体系、保障人民健康方面具有共同的使命。加拿大卫生改革发展的主要趋势和现状对我国的卫生发展有以下启示。

### 4.1 公平公正是卫生系统发展的基本价值观

公平和公正应当是所有国家卫生系统的基本价值观。我国已将“建立健全覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度”作为深化医药卫生体制改革的总体目标,加拿大的全民医疗保健制度发展表明要实现全体人民病有所医的宏伟目标,基本医疗保障、基层医

疗卫生服务、药品供应保障三者缺一不可。

### 4.2 从系统和整体出发提高卫生资源配置效率

医疗费用增长的总体趋势不可避免,合理有效地配置稀缺的卫生资源,形成结构优化、梯度合理的卫生服务架构,建设低成本、高效益的卫生服务体系,不仅是提高卫生系统效率的基础手段,而且是保持卫生可持续发展的必然要求。加拿大健康促进的经验显示了控制健康影响因素对于改善人群健康、减少疾病负担、减轻卫生系统压力的重要性。

### 4.3 充分认识卫生改革发展的长期性和艰巨性

第一,公共卫生保健筹资增减深刻影响到加拿大近二十年卫生改革历程,卫生改革和发展离不开社会经济发展的大背景;虽然我国已重视并开始加大对卫生事业的投入,但要认识到投入不可能在短期内一步到位,因此既要基层卫生发展、公立医院改革等做好长期准备,又要珍惜当前大好时机积极争取各方对卫生改革发展的支持和投入。

第二,加拿大初级卫生发展的历程表明,人才队伍建设并非一朝一夕,我们的社区“守门人”制度建设任重而道远。在强调基本卫生服务重心下沉社区的同时,必须以卫生人力和财力资源配置重心下移为保障,进一步加大全科医生和社区护士培养,按照公共财政理念加大各级政府对社区卫生软硬件建设投入,同时医疗保险资金使用分配要向社区倾斜。

第三,加拿大质量促进的经验说明,仅靠卫生财力和人力不足以建立起安全、高质量的卫生服务系统,许多服务质量提高主要依靠知识转化和行为改变,并不需要高成本技术和额外人力投入,要制定和不断完善各项卫生服务操作规范,并将一些研究成果及时转化为适宜技术进行推广。

第四,加拿大加强卫生保健十年计划的进展说明,卫生发展目标提出容易实现难,改革征程路漫漫。一要将改革目标细化分解落实到各项分阶段操作性指标,开展系统绩效管理,确保目标实现;二要加强政策执行研究,及时总结经验、发现问题,开展循证决策和管理;三要加强卫生信息服务,及时公布卫生服务管理机构和人民群众关心的健康状况、卫生绩效等最新结果,推进循证医学发展,并使卫生部门更好地响应民众需求;四要充分发挥社会主义制度优越性,加强政府主导和沟通协调,卫生改革不仅

需要卫生系统内部各服务环节之间的整合,也需要卫生决策、执行和研究部门之间的联合,更需要各相关政府部门之间的配合。

### 参 考 文 献

- [1] Canadian Institute for Health Information. Health Care in Canada 2008[R]. Ottawa, Ont. : CIHI, 2008.
- [2] Marshall W. Raffel. Health Care and Reform in Industrialized Countries [M]. The Pennsylvania State University Press, 1997: 1-20.
- [3] Health Canada. Canada's Health Care System[R]. Ottawa; Health Canada, 2003: 4-25.
- [4] Canadian Institute for Health Information. Health Care in Canada 2009[R]. Ottawa, Ont. : CIHI, 2009.
- [5] Canadian Institute for Health Information. Health Care in Canada 2001[R]. Ottawa, Ont. : CIHI, 2001.
- [6] Gregory P. M. Health System in Transition; Canada[M]. Toronto; University of Toronto Press, 2005: 105-133.
- [7] Canadian Institute for Health Information. From Perceived Surplus to Perceived Shortage: What Happened to Canada's Physician Workforce in the 1990s [R]. Ottawa, Ont. : CIHI, 2000.
- [8] Commission on the Future of Health Care in Canada. Bulding On Values - the Future of Health Care In Canada[R]. 2002.
- [9] Canadian Institute for Health Information. Health care spending in Canada to exceed \$ 180 billion this year[EB/OL]. (2009-11-19) [2010-01-12]. [http://www.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw\\_page=media\\_20091119\\_e](http://www.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=media_20091119_e).
- [10] OECD. OECD Health Data 2009: Statistics and Indicators for 30 Countries[R]. 2009.
- [11] Williams A P, Lum J M, Deber R, et al. Aging at Home: Integrating Community-Based Care for Older Persons [J]. HealthcarePapers, 2009, 10(1) : 8-21.
- [12] Health Canada Ottawa, 2004 First Ministers' Meeting on the Future of Health Care. A 10-year plan to strengthen health care[R]. 2004.
- [13] Canadian Nurses Association. Review of the 10-year Plan to Strengthen Health Care[R]. Ottawa Ont, 2008.
- [14] Health Canada. National Pharmaceuticals Strategy Progress Report[R]. Ottawa, 2006.
- [15] Ontario Ministry of Health and Long-term Care. Regulated Health Professions Statute Law Amendment Act, 2009[Z]. Ontario, 2009.

[收稿日期:2010-12-14 修回日期:2010-01-12]

(编辑 薛云)

· 动态讯息 ·

## 欢迎订阅 2010 年《中国卫生政策研究》杂志

《中国卫生政策研究》杂志是中华人民共和国卫生部主管,中国医学科学院主办,中国医学科学院医学信息研究所和中国医学科学院卫生政策与管理研究中心承办的卫生政策与管理专业学术期刊,国际标准连续出版物号为 ISSN 1674-2982,国内统一刊号为 CN 11-5694/R。

杂志以“传播政策、研究政策、服务决策”为办刊方针,及时报道卫生政策研究最新成果和卫生改革发展新鲜经验,促进卫生政策研究成果的传播利用及卫生政策研究者与决策者的交流合作,提高卫生政策研究理论水平和实践能力,为政府科学决策、改进卫生绩效和促进卫生事业发展提供重要学术支撑。主要适合各级卫生行政部门和卫生事业单位管理者、卫生政策与管理相关领域的专家学者和实践者、高等院校相关专业的师生等阅读。主要栏目有:

专题研究、医疗保障、药物政策、社区卫生、农村卫生、公共卫生、医院管理、国际卫生、理论探索、经验借鉴、书评等。

杂志为月刊,每月 25 日出版,国内外公开发行,每期 64 页,大 16 开本,进口高级铜版纸彩封印刷,定价 15 元/册,全年 180 元(含邮资)。全国各地邮局均可订阅,邮发代号 80-955,也可向编辑部直接订阅。

地址:北京市朝阳区雅宝路 3 号中国医学科学院医学信息研究所《中国卫生政策研究》编辑部

邮编:100020

E-mail:cjhp@imicams.ac.cn

healthpolicycn@gmail.com

电话:010-52328667 52328670

传真:010-52328670