

加拿大与澳大利亚公共卫生服务均等化经验与启示

王芳* 刘晓曦 邱五七 许侠

中国医学科学院医学信息研究所 北京 100020

【摘要】本文利用文献研究的方法对加拿大和澳大利亚两国在实施公共卫生均等化过程中所采取的策略和措施进行了梳理,总结两国的经验,以期对我国基本公共卫生服务均等化的实现有所借鉴。结果显示,加拿大和澳大利亚两国在立法、筹资、财政均等化、行政管理体制、公共卫生服务体系建设以及相关标准和规范的完善等方面均采取了恰当的措施,以保证所有国民能均等地享受到公共卫生服务项目。两国的经验对于当前我国正在实施的基本公共卫生服务均等化,解决我国在上述方面存在的一些问题具有一定的启示作用。

【关键词】公共卫生服务;均等化;公平性;经验;启示

中图分类号:R199 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2010.05.014

Experiences and implications of public health services equalization in Canada and Australia

WANG Fang, LIU Xiao-xi, QIU Wu-qi, XU Xia

Institute of Medical Information, Chinese Academy of Medical Sciences, Beijing 100020, China

【Abstract】 This article aims to provide references for the equalization of basic public health service in China through summarizing the experiences of Canada and Australia in this field by using literature review. It showed that the both countries have improved the systems and measures, in terms of legislation, financing, financial equalization, administration, public health service provision system and the criteria establishment, to ensure the equity and accessibility of health services for every person in the country. The experiences of the two countries have some references and implications to solve the problems and promote the process of equalization of basic public health service in our country.

【Key words】 Public health service; Equalization; Equity; Experience; Implication

健康权是一项基本人权,是人全面发展的基础,而公共卫生服务均等化是公民享有平等健康权利的基石。^[1]长期以来,发达国家政府大多推行包含公共卫生与医疗服务的公共服务均等化政策与措施,保障生活在不同地区的每一个国民都能享受基本均等的公共卫生服务,从而极大地保护人群健康。过去几十年来,我国在经济得到长足发展的同时,人人享有基本卫生服务的既定改革目标并没有实现,不同地区之间、城乡之间和不同人群之间在卫生资源分配、服务利用和健康水平等方面还存在较大差异。公共卫生服务不均等已

经成为我国卫生事业发展的障碍。2009年4月,中共中央、国务院《关于深化医药卫生体制改革的意见》首次提出“基本公共卫生服务逐步均等化”的目标,将“促进基本公共卫生服务逐步均等化”作为《医药卫生体制改革近期重点实施方案(2009—2011)》的五项改革重点之一。加快实现基本公共卫生服务均等化,缩小不同地区、不同人群间的健康差异,是我们现阶段面临的重要挑战与任务。

众所周知,加拿大、澳大利亚等国家人群健康状况处于发达国家前列,而在促成健康状况改善的诸

* 基金项目:中央级公益性科研院所基本科研业务费资助专项(编号:09R0104)。

作者简介:王芳,女(1969年-),博士,副教授,主要研究方向为公共卫生政策与管理、社区卫生、妇幼保健。E-mail: wang.fang@imicams.ac.cn

多因素中,有三个因素比较突出,一是财富的增加及其分配平等性的增强;二是生活方式因素的改进,包括疾病预防和公共卫生措施等;三是卫生保健质量的提高与可及性的改善。^[2]在平等性与可及性方面,这些国家均采取了一系列的措施来保证较高的均等化程度,包括制定相关法律和建立公共财政制度、完善筹资与运行机制、规范服务标准,加强监督与管理等方面。“他山之石,可以攻玉”,我国在实现公共卫生服务均等化的过程中将面临许多问题与障碍,借鉴国外经验,结合我国国情,探索有利途径,对于实现改革目标,加速推进均等化进程十分必要。本文利用文献研究的方法对加拿大和澳大利亚在实现公共卫生服务均等化方面的相关政策、制度与措施及其启示进行梳理和总结,以期为我国加快实现基本公共卫生服务均等化进程提供借鉴与参考。

1 加拿大和澳大利亚实施公共卫生服务均等化的经验

1.1 坚持以人为本、保证居民福祉机会平等的理念

人的全面发展是指每个人能得到平等发展、完整发展、和谐发展和自由发展。以人为本既是一种价值要求,也是一种价值理念,它要求公共服务必须体现人的要求、人的权利和人的尊严,实现人的理想。公共服务均等化的价值标识在于权利得到保障、共同富裕,这是当代世界文明国家社会政策的一个趋势,也是发达国家的基本施政纲领,公民享受基本均等的公共服务被认为是公民与生俱来的权利。^[3]在加拿大宪法中,均等化包括三层含义,即居民福祉机会平等、通过经济发展减少机会差别以及所有加拿大居民享有质量适度的基本公共服务。即不管人们居住在哪里,都可以享受联邦政府的均等化项目。《加拿大卫生法》规定,所有居民有免费享受必要医疗服务的权利。这些必要的医疗服务,包括几乎所有的医院、医生(包括某些口腔外科)和诊断服务以及省医保计划提供的初级保健服务。^[4-5]澳大利亚政府在再分配中也较早明确了“均等化”的概念,即强调使公共服务结果均等化、每个社会成员都能享受基本均等的公共服务。澳大利亚政府一贯坚持的观点是,既然各州和地方居民按照相同的个人

所得税法纳税,那么他们所享用的公共服务水平就不应该存在明显的差异。^[6]澳大利亚在1996年7月开始的全国卫生运动中沿用了世界卫生组织人人享有卫生保健政策中的概念,进一步确立了公共服务均等化的理念,并且确定了六个优先干预的领域,包括心血管疾病、癌症、伤害、精神卫生问题、糖尿病和哮喘。在提高服务的可及性上,澳大利亚有两党协议,即通过剔除进入卫生服务系统的经济壁垒,从而保证公共卫生与医疗服务的普及使用。^[7]

1.2 建立和完善卫生相关法律,保障居民健康权利

《世界人权宣言》、《经济、社会和文化权利国际公约》已经成为保护人们经济社会文化权利的专门性国际公约,其内容涉及人们的衣、食、住、行等基本社会保障权、受教育权和环境权等。^[8]从人权属性的角度来理解,公共服务所涉及的内容大多属于基本人权的范畴,在这些领域,政府应当努力为社会公众提供基本的公共服务,保障社会公众在教育、医疗卫生、公共安全、基本社会保障等方面的基本人权得到实现。发达国家多以立法的形式保证国民权利。按照1984年《加拿大卫生法》,一个省和地区内的所有居民,有免费享受必要性医疗服务的权利。澳大利亚《公共服务法》确立了教育、失业、看病、养老等公共服务体系,并在1958年对公共卫生进行了立法管理(《公共卫生法》),组织和动员政府、公共卫生机构、医疗和其他卫生工作人员、消费者、政治家等共同努力,承担公共卫生任务,而且愈来愈重视公共卫生中的合作性、公平性和协调性。^[7]

1.3 建立稳定的筹资机制和完善的财政均等化制度,保证均等化的落实

福利经济学的集大成者庇古于1920年出版了《福利经济学》,提出了国民收入极大化和收入分配均等化两个重要的福利概念,认为要增进人们的福利不仅要增加国民收入,同时还要消除国民收入分配不均等的状况。^[8-9]发达国家在实行均等化中将财政均等化作为主要手段,增强省级政府能力,保证服务提供。加拿大和澳大利亚在财政均等化方面堪称世界典范。

在加拿大,主要以联邦和地方税收作为卫生的

筹资渠道。^[10] 20 世纪 30 年代世界经济出现大萧条, 经济危机导致加拿大一些省份陷入财政困境, 一些省级政府没有足够的税源来确保法定的基本公共服务供给, 特别是一些工业欠发达省份根本就没有能力提供与发达省份相同的法定基本公共服务。于是, 欠发达省份只好求助于联邦政府。为了帮助这些省份应对世界经济大萧条带来的挑战, 加拿大政府于 1937 年建立了处理各省关系的委员会, 对那些没有能力为本省居民提供基本公共服务的省份给予财政援助。二战后, 均等化措施越来越正规化、制度化, 并于 1957 年建立了财政均等化项目, 1982 年将其纳入宪法。卫生转移支付 (the Canada Health Transfer, CHT) 是加拿大联邦政府转移支付项目中的一项。从卫生总费用的构成看, 绝大部分资金来源于联邦或州政府的一般性财政收入资金, 自 1997 年以来, 政府投入所占比重长期稳定在 70% 左右, 主要包括省级政府投入 (包括联邦政府转移至省级的资金)、联邦政府直接用于卫生保健的费用 (如公共卫生、药品法规、药品安全、原住民和因纽特人卫生保健服务等)、市政府以及社会保障基金, 其中第一项所占比例自 1975 年以来一直保持在 90% 以上。^[11-12] 虽然联邦政府转移支付贡献的百分比或计算方法一直备受争议, 但是从 1998 年至今, 根据加拿大卫生信息研究所发布的数据看, 联邦政府转移支付给省和地区的人均资金一直处于上升趋势。2004 年, 联邦政府出台了一个新的加拿大卫生转移支付方案, 整个转移支付资金中卫生所占的比重由从前的 43% 提高到约 62%, 高于社会救济和社会服务。^[4]

澳大利亚的卫生经费也是主要来源于税收, 包括一般征税和基于强制税收的健康保险。其税收实行一级管理制, 政府级次少, 税务结构单一, 整体税制设计良好。^[13] 卫生服务主要由两个国家补贴计划资助, 即医疗保健和药品福利计划, 而公立医院和公共卫生部分经费是通过联邦和州政府联合资助协议获得。其中, 公共卫生支出中 40% 左右来自联邦政府。与加拿大相似, 澳大利亚也依靠转移支付作为基本手段推行财政均等化。其转移支付大致分为两类: 一类是一般性拨款, 按人均相关因素进行财政资金分配, 包括中央

政府对州政府、州政府对市政府两个层面的转移支付; 另一类是特殊目的转移支付 (specific purpose payments, SPPs), 其投入主要集中在教育、卫生、交通、社保、住房等公共领域, 前三项约占 75%, 其目的在于更好地体现中央宏观调控的政策意图、维持经济的区域协调发展。^[7] 从卫生总费用的构成情况看, 近十年来, 澳大利亚政府投入占卫生总费用的比例基本稳定在 67% ~ 69%, 其中联邦政府占 42% ~ 44%, 地方政府投入占 23% ~ 25%。^[14] 以澳大利亚 2007—2008 年度公共卫生费用为例, 联邦政府占全部政府卫生投入的比例为 63.6%, 其中一般性拨款和 SPPs 分别占 26.1% 和 37.5%, 直接来自地方政府的投入所占比例为 36.4%。^[15]

1.4 明确联邦与地方政府职责, 保证事权财权相匹配

在加拿大和澳大利亚, 联邦和省 (州) 及领地之间的职责划分是十分明确的, 联邦政府主要负责税金的收取和分配, 由州管理或提供多数公共服务, 即财政和职责是分开的。也就是说, 均等化并不是直接把居民个人、各省或其他区域放在更平等的财政地位上, 而是把省政府放在更平等的财政地位上, 赋予省政府均等提供基本公共服务的财政能力。按照有关法律, 联邦政府除了作为收税和转移支付机构, 还负有公共卫生、卫生研究和卫生数据统计方面的重要职责。另外, 在加拿大, 联邦政府还直接负责原住民、因纽特人、陆海空三军和皇家骑警、退伍军人和联邦监狱的服刑人员卫生服务的筹资、管理和提供, 而省 (州) 级政府的主要职责是承担省 (州) 内的教育、卫生和社会服务等基本公共服务的供给。^[16] 澳大利亚有三级政治体系。第一级是联邦政府, 第二级是六个州和两个领地政府, 第三级是地方政府 (市和郡议会)。澳大利亚联邦体系的显著特征是各级政府职责明确, 合作程度高。在澳大利亚, 卫生系统的一个重要部分是由州管理或提供多数公共服务, 联邦政府收取主要的税金, 把收入总额分配给各州和领地, 即财政和职责是分开的。联邦向各州拨出公共卫生补助金, 而州政府对公共卫生承担主要职责, 包括按照公共卫生法和其他法律向人口提供卫生服务。地方政府监管公共卫生、食品安全和饮

水质量等。^[7,17]

1.5 建立和培育多元化的公共卫生服务提供体系,满足居民健康需要

加拿大和澳大利亚有一个共同的特点就是卫生服务的提供基于人群的健康需要,而不是支付能力,即“相同的需要,相同的可及”,面临更多健康危险或收入更低的人群应该得到更多的服务。在加拿大,各级政府都指派一名首席卫生/医疗官员领导所在辖区内的公共卫生工作。2004年,加拿大成立了公共卫生署,作为加拿大卫生部的一个部门,发挥一系列公共卫生职能,包括监测、应急预案、传染病控制、国家免疫和疫苗计划以及外伤预防项目、慢病和旅行卫生。由于保健职责的广泛性,省级卫生部门一般都设有公共卫生部门,涵盖了几乎所有的公共卫生问题。在服务模式方面,加拿大采取权力下放、公共与私人部门混合提供卫生服务的模式。各省负责本辖区内公共卫生保健服务的管理和提供,但实际的服务提供工作则委托给各卫生组织和医生,这些医生可以按服务项目付费(fee for service, FFS),也可以是省政府谈判确定的混合薪酬制度下的。健康促进、疾病预防等初级卫生保健工作不仅仅由医生提供,而是提倡所有的健康服务提供者参与,使资源能够最大化的有效利用。^[4,17]

澳大利亚的卫生服务供给体系主要由医院与社区两大部分组成,而公共卫生服务体系是由公立医院、私人医疗机构、非营利医疗机构、妇幼保健、老年服务、精神卫生、全科医生诊所和社区卫生服务中心组成。联邦政府的总体思路是培育多元化的机制,促进多元化组分之间的互补、制约和竞争,从而最终提高卫生服务提供的质量,改善卫生服务的效率、效益和公平性。1996年以来,为了加强联邦和州之间的合作,建立了国家公共卫生合作伙伴关系。社区卫生服务中心基本上承担了公立医院、私人诊所以外的所有社会性、区域性公共卫生服务,与社区居民的日常生活紧密贴近。^[18-20]

1.6 制定专业标准和行为规范,加强监督与管理

为了保证服务的质量和和提高服务的规范化和标准化程度,加拿大和澳大利亚两国均通过专业规范

机构和各省级法律条款和条件设立专业标准和行为规范,并且这些专业标准要反映出相应的司法标准,这些司法标准是通过医疗事故诉讼来确立的。在加拿大,主要通过“独家执业范围”、“冠名权”和“行为控制系统”等三种不同监管方式来规范提供者的行为。^[4]澳大利亚公共卫生法律体系非常健全,除联邦制定全国性的法律外,各州都有相关的实施办法和标准。每一项标准的规定都非常详细,便于理解与操作。例如在食品卫生与安全的管理中政府非常重视温度的控制,为此,在政府的相关网站就温度计的种类、使用范围、获取渠道以及如何正确使用、如何进行清洁和消毒处理、如何保养温度计等进行了详细的说明。^[21]

2 国际经验的启示

当前,我国已经明确了促进基本公共卫生服务逐步均等化的目标,并且作为近期5项重点工作之一开始实施,相关资金已逐步到位。但是,在实施均等化的过程中,我国在政策、制度、机制、组织和投入方面还存在许多不够完善和成熟之处,需不断改进。从加拿大和澳大利亚实施均等化的策略和措施来看,实施基本公共服务均等化战略必须从消除地区间的基本公共服务不均等入手,具体的建议和启示如下。

2.1 立法确定公民公平享有基本公共卫生服务的基本权利是实现均等化的基础

通过立法确定基本公共服务是公民的基本权利,消除基本公共服务领域的地区差异和城乡差别。虽然我国自1989年制定《传染病防治法》以来,已陆续制定了《母婴保健法》、《食品卫生法》等法规,但这些法律法规基本上都局限于公共卫生的某一领域,而缺乏一部统领卫生全局的《卫生法》或《健康法》。法律制度的不健全,是筹资、投入和服务提供缺乏稳定性的重要原因。

2.2 明确政府在公共卫生服务均等化中的主导作用是实现均等化的前提

加拿大和澳大利亚虽然走的是市场经济道路,但是在公共服务领域,特别是医疗和公共卫生、教育

等领域,却采取了政府干预的方式,明确了为所有居民提供公共服务应是政府职责,基本公共服务均等化成为国家政府的基本政策、价值取向与制度安排。改革开放后,我国政府在公共卫生服务领域的投入逐年减少,责任逐渐淡化,导致公共卫生服务公平性和可及性严重下降。新医改方案十分强调政府的主导作用,旨在改善卫生服务的公平性,这对于基本公共卫生服务均等化的实现提供了十分有利的政策环境。

2.3 建立完善的财政转移支付制度是实现均等化的有效手段

我国在转移支付制度方面还存在一些缺陷。^[13]一是转移支付制度的设计环节不够科学,二是转移支付制度的执行和监督环节还存在不足。在实际操作中转移支付受人为因素的影响很大,带有很大的随意性,“权力寻租”行为普遍存在。而加拿大和澳大利亚都建立了相当完善的财政转移支付制度,通过转移支付,平衡了地方政府间的财政能力,强化了中央政府对全国基本公共服务的宏观调控和指导,这为我国推进基本公共服务均等化提供了有益借鉴。

2.4 合理划分政府间事权财权是实现基本公共卫生服务均等化的关键

如前所述,在加拿大和澳大利亚,联邦和地方政府之间的责任划分十分明确,事权财权相匹配,通常采取联邦政府负责筹集资金,进行宏观调控与管理,地方政府负责服务提供,各部门之间相互协作,形成良好的互动。我国政府层级多,财权与事权往往不相匹配,财权逐级减弱,事权逐级放大,导致公共卫生服务的开展难以得到保障。因此,减少政府层级,明确各级政府的责任与权利,责权利相统一,是保证政府投入真正发挥作用的关键环节。

2.5 完善公共卫生服务提供体系,创新服务模式是实现均等化的重要条件

政府主导、多方参与,有助于保障服务质量和居民的选择权利。目前我国公共卫生服务的提供还存在一些问题,如城乡之间卫生资源分配不平等;工作

模式落后;人力资源有限,能力不足;群众对公共卫生服务的认知不够,社会参与程度不高等。完善城乡公共卫生服务体系,合理引进市场机制和培育有序的公共卫生服务产品供应市场,创新公共卫生服务供给模式,形成多元化的供给机制,同时,加强公共卫生服务队伍能力建设,不断提高公共卫生服务质量与水平,是提高服务可及性和改善服务质量的重要条件。

2.6 制定基本公共卫生服务的国家标准是实现均等化的技术保障

公共卫生服务的提供是一个技术过程,可以在各种专业化的不同的机构中完成,因此,需要一套技术标准(包括公共卫生服务的范围、种类、内容和标准等),加强监督与管理,规范服务流程,保证服务质量。我国公共卫生服务标准制订工作还比较滞后,评价体系还很不完善。这主要表现在公共卫生服务在政府政绩评价体系中的权重较低以及缺乏科学合理的公共卫生服务均等化评价指标和评价标准、缺乏政府基本公共卫生服务严格问责制的有效实施。随着我国基本公共卫生服务项目的确定和规范的颁布,相应的标准和评价体系也在进一步的完善中,为保障基本公共卫生服务均等化的有效实施奠定了良好的基础。

综上所述,促进公共卫生服务均等化是世界各国共同追求的目标。作为公共服务的组成部分,政府应在公共卫生服务中承担主要责任,加大投入,建立健全各项制度,完善运行机制,并且需要多部门和社区、个人的广泛参与。虽然各国社会制度不同,经济发展模式各异,但是均等化的理念应该是相同的,因此在实现公共卫生服务均等化的过程中,采取的方略应该具有相似性,可以相互借鉴。当然,每个国家的社会经济、文化和卫生保健制度还存在较大的差异,他国经验不可以全盘复制,照抄照搬,必须结合各自国家的国情,发展和完善富有特色的实施策略和措施,加快均等化进程。

参 考 文 献

[1] 曾光. 中国公共卫生与健康新思维[M]. 北京: 人民出

- 版社, 2006.
- [2] 丁元竹. 基本公共服务均等化: 战略与对策[J]. 中共宁波市委党校学报, 2008, 30(4): 6-12.
- [3] 孟添, 张恒龙. 财政均等化的意义与国际经验[J]. 山西财经大学学报, 2007, 29(1): 130-131.
- [4] Marchildon G P. Health Systems in Transition: Canada [M]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2005.
- [5] Reichenfeld H F. Quality end-of-life care: the rights of every Canadian [M]. Canada: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 2000.
- [6] KEWLEY T H. Social Security in Australia: 1900-1972 [M]. Sydney: Sydney University Press, 1973.
- [7] Hillless M, Healy J. Health care systems in transition: Australia [M]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2001.
- [8] 郭宏宝. 公共服务均等化: 理论评价与实际应用[J]. 当代财经, 2008(3): 32-33.
- [9] 贾康. 论分配问题上的政府责任与政策理性—从区分“公平”与“均平”说起[J]. 经济与管理研究, 2007(2): 11-15.
- [10] Ramsay C. Determining the extent of public financing of programs and services [M]. // Marchildon G P, McIntosh T, Forest P G. The fiscal sustainability of health care in Canada. Toronto: University of Toronto Press, 2004.
- [11] McIntosh T. Intergovernmental relations, social policy and federal transfers after Romanow [J]. Canadian Public Administration, 2008, 47(1): 27-51.
- [12] Canadian Institute for Health Information. National Health Expenditure Trends, 1975 to 2009 [M]. Ottawa, Ont.: CIHI, 2009.
- [13] 杨聪杰. 澳大利亚转移支付简介及其对我国的启示 [J]. 桂海论丛, 2006, 22(2): 27-29.
- [14] Australian Institute of Health and Welfare. Health expenditure Australia 2007-08. Health and welfare expenditure series no. 37 [M]. Canberra: AIHW, 2009.
- [15] Australian Institute of Health and Welfare. Public health expenditure in Australia, 2007-08. Health and Welfare Expenditure Series no. 38 [M]. Canberra: AIHW, 2009.
- [16] Lazar H, St-Hilaire F. Money, politics and health care: reconstructing the federal-provincial partnership [M]. Montreal Kingston: Institute for Research on Public Policy, 2004.
- [17] Marchildon G P. The public/private debate in the funding, administration and delivery of healthcare in Canada [J]. Healthcare Papers, 2004, 4(4): 61-68.
- [18] Podger A, Hagan P. Reforming the Australian health care system: the role of government [M]. // Bloom A L. Health Reform in Australia and New Zealand. Melbourne: Oxford University Press, 2000.
- [19] Healy J. Welfare Options: Delivering Social Services [M]. Sydney: Allen & Unwin, 1998.
- [20] 刘朝杰. 澳大利亚的卫生体制与卫生政策 [J]. 中国全科医学, 2004, 7(21): 1545-1548.
- [21] 靳清汉. 澳大利亚公共卫生服务对我国卫生服务的借鉴 [J]. 中国医院, 2005, 9(7): 66-67.

[收稿日期:2010-03-24 修回日期:2010-04-20]

(编辑 何平)