

2010 年世界卫生报告概要——卫生系统筹资：实施全民覆盖的道路

1 为什么要实现全民覆盖

促进与保护健康对于人类福祉和经济与社会持续发展不可或缺。30 多年前《阿拉木图宣言》的签署国已经认识到了这一点,《宣言》指出,“人人享有卫生保健”不仅有利于提高生活质量,同时也有利于世界和平与安全。

因此,人们把健康列为最优先考虑的问题也不奇怪,在许多国家,对健康的关注仅次于对经济问题的关注,如失业、低工资以及生活成本过高等。^[1,2]因此,在政府设法满足人民期望时,健康问题往往成为一项政治问题。

促进和维持健康有很多方式。有一些方式已经不在卫生部门的权限范围之内。“人们生长、生活、工作以及变老的环境”对人们的生死状况有着非常大的影响。^[3]教育、住房、食物以及就业等问题都会对健康产生影响。解决这些方面的不公平将会减少健康的不公平。

但是,能够及时获得卫生服务也是至关重要的,包括健康促进、疾病预防、治疗和康复等。除了少部分人群之外,如果没有一个完善的卫生筹资体系的话,这一点很难实现。这决定了人们在需要时是否能够获得卫生服务,同时也决定了卫生服务是否存在。

由于认识到了这一点,世界卫生组织的成员国于 2005 年承诺建立本国的卫生筹资体系,从而保证其国民能够获取卫生服务,同时不会因为支付这些卫生服务费用而遭受经济困难。^[4]这一目标被定义为全民覆盖,有时也称为全民健康覆盖。

在为这一目标奋斗的过程中,各国政府面临三个主要问题。

(1) 卫生系统如何筹资?

(2) 卫生系统如何保护人们因为疾病和支付卫生服务费用而导致的经济后果?

(3) 卫生系统如何促进可利用资源的最佳使用?

所有国家必须保证覆盖是公平的,同时采取可靠方法来监督和评估工作进展。

在本报告中,世界卫生组织概括了各国应如何修改其卫生筹资体系,从而更快地实现全民覆盖的目标,并维持目前已取得的成就。报告将最新研究和各国所取得的经验综合成为一系列的可行性行动,所有不同发展水平的国家都可以考虑采用这些行动,并可根据本国的需求进行调整。同时报告为国际社会提出了一些支持低收入国家来实现全民覆盖的方法。

当今全球都在应对经济低迷问题,与经济全球化并存的疾病全球化问题以及随人口老龄化而来的对慢性病保健的需求日益增加的问题,各国对实现全民覆盖以及卫生筹资的需求变得前所未有的紧迫。

2 现状

2005 年世界卫生大会 58.33 号决议称,人人都应该能够获得卫生服务,同时不会因为支付卫生服务费用而遭受经济困难。对于这两点,世界各国距离实现全民覆盖还有很长的距离。

从服务覆盖面来说,一些国家特别的低,例如,由专业卫生人员接生比例最低的一些国家只有 10%,而在一些孕产妇死亡率最低的国家,这一比例接近 100%。在同一国家内,这种差别同样存在。富裕女性获得服务的覆盖率通常与此相近,不论她们居住在什么地方,而贫穷女性则没有这种机会。人群中最富裕的 20% 女性由专业卫生人员接生的比例比贫穷女性高 20 倍。

从现在到 2015 年,如果在 49 个低收入国家缩小富裕与贫穷人群之间卫生服务覆盖率的差距,将能够挽救 70 多万女性的生命。^[5]与此相同,富裕儿童寿命远长于贫穷儿童;缩小 5 岁以下富裕儿童与贫

穷儿童卫生服务覆盖率的差距,特别是开展常规疫苗接种,将挽救 1 600 多万儿童的生命。

但是收入并不是影响卫生服务覆盖率的唯一因素。在许多情况下,移民、少数民族以及土著人享受卫生服务都远低于其他人群,尽管他们的需求可能更高。

另一方面,当人们利用卫生服务时,他们通常需要为接受的服务支付很高甚至有时是灾难性的支出。

在一些国家,每年最高有 11% 的人群都要遭受这么重的经济困难,5% 的人群被迫变得贫穷。从全球来看,每年有大约 1.5 亿人要遭受灾难性支出,而有 1 亿人被推向了贫困线以下。

生病给人(通常包括看护人员)带来的另外一个经济危机就是失去收入。在大多数国家,病人的亲属在病人生病期间可以提供一些经济支持,不论数量多少。对那些因病而不能工作的人,获得更多的正规财政转移支付的情况却很少见。据国际劳工组织(ILO)称,世界上只有 1/5 的人享有全面的社会保险,可以覆盖因病失去收入的情况,而世界上半以上的人群没有任何一种正式的社会保障。撒哈拉以南的非洲和南亚只有 5% ~ 10% 的人群被社会保障覆盖,而在中等收入国家,社会保障的覆盖率为 20% ~ 60%。

卫生筹资是医疗卫生保障措施中的一个重要部分。为此,世界卫生组织和联合国下设的国际劳工组织作为领导机构联合发起行动,帮助世界各国建立综合性的社会保障平台,包括本报告中讨论的经济风险保护类型和当人们生病时收入替代性保障与社会补助等。^[6]

3 如何解决这一问题

有三个最基本的、相互关联的问题限制了各国实现全民覆盖。第一个是卫生服务的可获得性。任何一个国家,不论多么富裕,都没有能力确保人人能够立即获得可以改善其健康状况或者延长生命的每一项技术和干预措施。

从另一个角度来说,在最贫穷的国家,几乎不能提供什么卫生服务。

实现全民覆盖的第二个障碍是过度依赖人们在获取卫生服务时的自付费用。这些费用包括药费、咨询及诊疗费用。即使人们具有某种形式的医疗保险,他们可能还需要以共付、共险或起付线形式进行支付。

人们一定要在接受卫生服务时以自费的形式支付费用,这阻碍了数百万人在需要卫生服务时对服务的利用,不论这种付费是正式的还是非正式的(私下交易)。而对于那些不得不进行治疗的人群,这一点最终将导致他们遭受经济困难,甚至贫穷。

迅速实现全民覆盖的第三个障碍是卫生资源使用的效率低下和不公平。据保守估计,被浪费的卫生资源占资源的 20% ~ 40%。减少这种浪费将极大改善卫生系统提供优质卫生服务的能力,改善人类健康状况。提高卫生系统效率通常还可以使卫生部更容易从财政部获得额外的资金支持。

这样,实现全民覆盖的道路就变得相对简单——至少从理论上是这样的。各国必须筹集足够的资金,减少对卫生服务自费支付的依赖,并改善卫生服务的效率和公平性。这些问题将在下面的章节中进行讨论。

许多中低收入国家在过去 10 年中已经证明,实现全民覆盖不是高收入国家的特权。例如,巴西、智利、中国、墨西哥、卢旺达以及泰国最近在解决以上三个问题方面已经获得了极大的进步。加蓬已经引进创新方式来筹集卫生经费,包括对移动电话使用进行征税;柬埔寨引入健康公平基金,覆盖了贫穷人群的卫生费用,黎巴嫩已经改善了其初级卫生保健网络的效率和质量。

同时,很明显每个国家都可以在以上三个关键领域中的至少一方面做得更好。即使富裕国家现在也认识到,在面临费用和期望升高的情况下,他们需要不断地重新评估如何才能向前发展。例如,德国已经认识到,该国人群老龄化现象意味着,就业人口在总人群中的比例已经减少,因此依靠传统的以工资为基础的保险筹资机制筹集社会健康保险资金变得越来越困难。因此,德国政府开始从一般性财政收入中为社会健康保险系统投入额外的资金。

4 为健康筹集足够的资源

尽管依靠国内财政支持实现全民覆盖对其可持续性至关重要,但是,期望低收入国家在没有帮助的情况下实现全民覆盖有点不切实际。为迅速提高卫生服务可及性,最贫穷国家仍需要国际社会的财政支持来支持其国内所做出的努力。

要实现这一点,了解可能需要的费用非常重要。最近的一项对所需费用的估计表明,要实现卫生千年发展目标(MDGs),保证重要干预措施的可及性,包括49个低收入国家对非传染病的控制,这些国家到2015年人均(未加权)需要投入60多美元,远高于目前投入的32美元。2015年的这个数字包括扩大的卫生系统的费用,以便卫生系统可以提供指定的干预服务。

因此,实现全民覆盖的第一步是保证最贫穷国家拥有这些资金,同时经费支持在未来的年份中可以持续增长,从而保证这些国家可以扩大卫生服务覆盖面。

但是,即使目前的卫生经费已经超过估计的最低卫生费用的国家也不能掉以轻心。要达到卫生千年发展目标并保证针对非传染病的重要干预措施的可行性(上述估计的费用中已经包括了这些干预措施),现在只是刚刚开始。随着卫生系统的不断发展,对于更多服务、更高质量和(或)更高水平经济风险保护的需求将不可避免地随之而来。高收入国家也在不断地寻求资金来满足国民不断增长的需求和期望,同时为促进健康而迅速增加的技术研发买单。

如果政府和人民都来努力,各国在国内筹集到更多的卫生经费还有很大的余地。有三种主要方式可以实现这一点,同时还有第四种方式,即增加卫生发展援助,使之更好地为健康服务。

(1)增加国家征税的效率。即使在一些高收入国家,避税和低效的税收及保险费征收也是一个严重的问题。征收税款和健康保险费的实际困难是有案可稽的,特别是在有很大一部分非正式部门存在的国家。改善征收的效率可以增加经费的筹集,从而用于提供卫生服务或者为人民购买服务。印度尼

西亚已经全面修订了该国的税收体系,为整个政府经费,特别是卫生方面的经费带来了显著的好处。

(2)调整政府预算优先顺序。在分配政府预算时,一些政府通常将卫生预算安排在相对较靠后的位置。例如,很少非洲国家达到了2001年《阿布贾宣言》中非洲各国首脑认可的目标,即将政府预算的15%用于卫生;该地区签署这一宣言的国家中的19个国家现在政府卫生投入甚至低于2001年。不过,坦桑尼亚卫生投入占财政总预算的18.4%,利比亚为16.6%(该数字包含外部伙伴通过政府投入的份额,很难从中分离出来)。作为一个整体,49个低收入国家政府卫生投入的比例如果可以增加到15%,这些国家每年将从国内多筹集到150亿美元的卫生费用。

(3)改革筹资途径。目前人们关注的重点主要是如何帮助富裕国家为贫穷地区筹集更多的卫生经费。卫生系统创新国际筹资高级别专题小组通过增加机票、外汇交易和烟草的税收方式,每年为全球卫生系统多筹集到100亿美元的经费。高、中、低收入国家都可以考虑采用其中的一些机制作为国内经费筹集方式。在一些国家,征收外汇交易税可以筹集到大量经费。例如,印度有一个非常大的外汇交易市场,每天的交易额达到340亿美元。如果印度认为这一途径合适,对现有货币交易量征收0.005%的税收每年将可以收到大约3.7亿美元的费用。其他方式包括海外债券(卖给国外移民)以及对一些产品和服务征收固定税,如移动通讯。每一种税收对经济都有某种类型的负面影响,同时可能会受到那些有既得利益的人的反对。各国政府需要采取那些最适合本国经济发展并可能获得政治支持的方式。另一方面,对那些有害健康的产品征收税款可以降低该产品的消费,同时筹集更多的资金,因此对改善该人群的健康具有双重收益。在22个有相关数据的低收入国家,对烟草多征收50%的消费税将可以多筹集14.2亿美元的资金。如果这些经费都用于卫生,可使有些国家政府卫生投入增加25%以上,最高可以增加50%。对酒精饮料税收比例提高到零售价的40%将会产生更大的影响。在12个有数据提供的低收入国家,估计显示,酒的消费量将降低10%以

上,而税款将增加 3 倍,达到这些国家卫生总费用的 38%。许多国家都有提高烟草和酒精税款的潜在可能性。即使只有收入的一部分用于卫生方面,卫生服务的可及性也会大大增加。一些国家还考虑向其他有害产品收税,如含糖饮料、高盐食品或者富含反式脂肪的食品。^[7,8]

(4) 卫生发展援助。尽管所有国家,不论富裕或者贫穷,都可以在更大程度上增加卫生经费或者扩大经费来源,但前述 49 个低收入国家中只有 8 个国家可以单独依靠国内资源筹集到 2015 年可以实现千年发展目标的经费。全球团结一致必不可少。这些低收入国家仍面临巨大的经费差额,这也突出了对高收入国家的需求,高收入国家需要兑现官方发展援助(ODA)承诺,并努力提供支持改善援助的效果。虽然创新筹资方式可以为传统的官方发展援助提供补充,但如果各国马上兑现当前的国际承诺,低收入国家的外部资金将比以前增加 1 倍多,实现千年发展目标估计所需经费差额将得到根本解决。

5 消除获取卫生服务的经济风险和障碍

尽管充足的资金非常重要,但是如果人们由于必须立即支付服务费用而遭受经济困难或者不能使用卫生服务,全民覆盖就不可能实现。如果发生这样的事情,那么患者就要遭受因支付服务费用而导致的经济困难。他们必须确定自己是否有能力支付和获得卫生保健服务,而这样通常意味着他们要在支付卫生服务费用还是支付其他必需品的费用之间进行选择,其他必需品包括食物或者儿童教育等。

在需要支付医疗费用的地区,不论经济状况如何每个人都要支付同样的费用。在病人和健康人之间,或者富人和穷人之间没有实现正规的社会互助互济。直接付费还使卫生服务费用无法分布到人生的不同阶段。在直接付费体系下,人们无法在年轻和健康的时候储蓄他们变老和需要的时候提取的健康基金。结果,遭受经济困难和贫穷的风险很高,同时,全民覆盖也不可能实现。

几乎所有的国家都存在某种形式的患者直接支付费用,有时称为分担费用,国家越穷,卫生总费用中患者直接支付费用占的比例越高。在 33 个收入

最低的国家中最极端的例子为,2007 年病人患者直接支付费用占卫生总费用的比例达到 50% 以上。

减少对患者直接支付依赖的唯一方式是政府鼓励风险共担、预付款方式,这也是大多数即将实现全民覆盖的国家采用的方式。当人们开始采用预付款和统筹机制,实现全民覆盖也将变得更加现实。这些机制的基础是在疾病发生前通过某种形式进行融资,并用于为每一个被覆盖的人支付卫生服务费用——包括患者和残疾人的治疗和康复以及所有人的预防与健康促进。

只有当患者直接支付费用降低到卫生总费用的 15% ~ 20%,经济困难和贫穷发生的机会才能降低到可以忽略的水平。这是很难实现的目标,较富裕国家有望达到,但其他国家可以设立更适当的短期目标。例如,世界卫生组织东南亚和西太平洋区域的成员国最近设立的目标是将患者直接支付费用降低到卫生总费用的 30% ~ 40%。

资金可以通过多种资源筹集收入和工资税、烟草和酒精产品的扩大增值税或消费税,以及(或者)保险费。预付费管理制度比资金来源更重要。这些费用是否应该强制收取?谁来支付?支付多少?什么时候支付?无力支付保险费用的人怎么办?统筹资金的管理也需要政府来决策,资金是作为统一政府税收管理?还是以一种或多种健康保险金进行管理?是社会的、私人的、社区的还是小额资金方式管理?

一些国家的经验为这类政策制定提供了三个教训。

首先,各国都有一定比例的人群因为太穷而不能支付收入税和保险费。他们需要从统筹资金中得到补贴,通常是从政府税收中获取。这类援助可以采用直接向其提供政府资助服务的形式或者通过补贴保险费的形式。那些所有人群都可以获取一整套卫生服务的国家通常统筹资金的水平相对较高,为国内生产总值(GDP)的 5% ~ 6%。

其次,参保必须采用强制方式,否则富人和健康人可能会选择不参加,这样将筹集不到足够的经费来满足穷人和病人的需求。虽然采取自愿保险方案可以在缺少广泛预付款和统筹基金的情况下筹集到

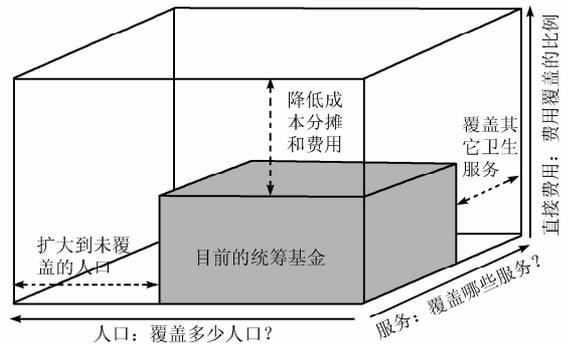
一些资金,同时也有助于使人民了解保险的益处,但是为无力支付保险费的人群覆盖卫生服务的能力有限。因此制定长期计划,增加预付款并将社区和小额保险整合成统筹基金非常重要。

再次,从长期来说,采取保障一部分人群健康需求的融资方式并不可行。几种花费昂贵的疾病就可以使其消耗殆尽。多个融资方式,每个都有自己的管理机制和信息系统,这样效率不高且很难实现公平。通常来说,任何一种统筹资金都将为相对富裕人群提供较高收益,而这些相对较富裕人群又不愿意为穷人往往是健康状况较差的人群进行补贴。

有多种融资方式共存时,可以采用交叉补贴的方式,但还需要有政治意愿和技术和管理能力。例如,在荷兰和瑞士,不同保险计划之间可以进行资金转拨,可以从卫生服务需求较少的保险人群(发生费用也较少)向更多卫生服务需求较多的高危保险人群转移。

即使在已经有预付费和融资机制的地方,仍需要在提高覆盖人群比例、扩大可提供卫生服务的范围以及承保更高比例的卫生服务费用之间进行权衡(图1)。图中的盒子表示“当前的统筹基金”,描述了在一个虚拟的国家内的情况:这个国家内大约一半的公民通过医疗保险可以享受大约一半的现有服务,但是这些服务不到一半的费用由统筹基金承担。为了更接近全民覆盖,这个国家将需要扩大医疗保险范围,提供更多的服务,并且(或者)让统筹基金承担更多的卫生服务费用。在社会医疗保障体系建立历史悠久的欧洲国家,这种“当前的统筹基金”几乎覆盖了整个国家。但是通常所说的实现了全民覆盖的高收入国家,没有一个国家让本国的所有国民通过医疗保险免费地且在不需等候的情况下享受所有现有的卫生服务。各国以自己的方式进行选择,均衡各种服务并利用统筹基金来支付卫生服务费用。卫生服务排队时间因国家不同而存在着很大差异,可能不会提供一些昂贵的服务,公民可能以直接付费的形式自己承担不同比例的卫生服务费用。

然而正是由于有了预付费和集资,这些国家的每个人都能使用一系列卫生服务(预防、促进、



资料来源:改编自参考文献[9,10]

图1 实现全民覆盖需要考虑的三个方向

治疗和康复),并且几乎每个人都可以免于面对卫生服务费用遭受严重的经济困难。即使由于公民和卫生服务提供者的期望、政治环境以及可用资金导致具体细节有所不同,但是基本原理是一样的。

各国将通过不同的路径实现全民覆盖,具体取决于各自的起点以及开始的方式,沿着图1内列出的三个轴做出了不同的选择。例如,在一些只有社会精英覆盖在卫生服务范围内的地区,首要任务是迅速实现让人人都有医疗保险的制度,无论贫富,即使统筹基金承保的服务范围和医疗费比例相对较小。与此同时,在一个基础广泛的体系内,只有少部分人没有医疗保险,那么该国家可能最初选择有针对性的方法来确定哪些人是被排除在医疗保险体系外的,从而采取措施确保他们获得医疗保险。在此类情形里,这些国家能够为穷人提供更多的医疗保险,并且(或者)承保更高比例的卫生服务费用。

最后,实现全民覆盖需要恪守覆盖100%人口的承诺,并且在一开始就制定针对这一目标的计划,即使这些目标可能不会马上实现。

获取卫生服务的其他障碍

消除患者直接支付中潜在的经济障碍可以帮助贫穷人群获得卫生服务,但是并不能完全确保其获得服务。最近针对患者不能完成慢性病治疗原因的研究结果显示,交通成本与失去收入可能比卫生服务费用对患者的影响更大。此外,如果某项卫生服务无法获得或者无法就近获得,那么即使服务是免费的,人们也难以利用。

许多国家都在寻找克服这些阻碍的方法。有条件的转移支付,即如果人们采取某些促进健康的行为就可以获得相应的现金补助(通常是与预防有关的行为),这一方式相当于在某种程度上增加了卫生服务的使用。另外一种方式包括采用按期结账和报销的方式补偿交通费用,同时小额贷款的方式也可以使贫穷家庭的成员(通常是女性)有挣钱机会,形式可以多种多样,包括寻求或者获取卫生服务的过程。

6 提高效率并消除浪费

筹集足够的卫生经费势在必行,但是只有资金并不能保证实现全民覆盖。通过预付款和建立统筹基金来解决经济障碍也不能保证实现全民覆盖。最终需要确保卫生资源得到有效利用。

所有国家都有利用现有的卫生资源获得更高产出的可能性。目前的情况是,虽然有便宜的、效果相当的药物可供使用时,却通常使用昂贵的药物。在一些机构,抗生素和注射过度使用,库存缺乏但浪费现象普遍,同时购买机构和供应方的谈判的价格差别巨大。减少药物方面不必要的开支,更合理利用资源,加强质量控制,可以为各国节省最高 5% 的卫生费用。

报告中概述了造成效率低下的最常见原因,其中药物问题占了三项。其他六项问题的解决方法可以分为以下几类。

- (1) 发挥技术和卫生服务的最大功效。
- (2) 激发医务人员的积极性。
- (3) 提高医院工作效率。
- (4) 提供及时正确的卫生保健服务以减少医疗过错。
- (5) 消除浪费和腐败。
- (6) 认真评估所需卫生服务。

保守地说,用于卫生保健的资源中 20% ~ 40% 都被浪费了,这些被浪费的资源可以重新得到有效利用,将有助于实现全民覆盖。

所有的国家,不论收入水平如何,都可以采取措施减少无效资源使用,这需要根据报告中提出的分析方法,对当地无效资源使用的现状和原因进行早

期评估。无效资源使用有时可能是因为用于卫生的资源不足,而不是太多。例如,由于工资水平低下,所以医务人员通过做兼职来补充收入,从而降低了其本职工作的产出。因此,我们很有必要对卫生费用进行评估,同时评估合理解决方法对费用可能产生的影响。

可以采用激励措施来提高效率,这种激励可以成为医务人员工资的组成部分。按项目付费的方式容易使医务人员诱导需求,为那些可以负担起费用的人或者费用由统筹资金(如税收和保险)支付的人提供过度医疗服务,为那些不能支付医疗费的人提供的服务又不足。

许多其他备选方案都已经尝试过。每种措施各有利弊。在以按项目付费方式为主导的国家,政府和保险公司不得不引入控制措施以控制过度服务。这些控制措施可能实施起来耗资巨大,需要额外的人力资源和基础设施,从而对服务使用(以及可能的过度使用)进行评估和监督。

在另外一些地方,按项目付费方式在初级卫生保健服务层面已经被按人头收费制度所代替,或者被按病种收费形式所代替,例如在医院中的按照疾病诊断相关组付费。按人头付费指在某一特定的时间段内向到某医生就诊或者某机构治疗的每个病人收取固定的费用,不管提供的服务种类和数量。按病种收费指的是对每种疾病收取固定的费用,同样不论治疗的强度或持续时间。

这两种方法都可以减少对过度服务的诱导。但是,有争论认为疾病诊断相关分组支付方式(也就是说,对每个治疗过程收取标准的费用,不论患者在医院停留的时间长短)可以诱使医院让患者提前出院,然后很快又要住院治疗,这样一个患者就成了两个患者。

向服务提供者的付费方式是一个复杂的、不断变化的过程,一些国家建立了综合支付体系,认为这种方式比单一的付费模式更有效率。

找到一种更有效的方式购买服务也是有可能的,通常称之为战略性购买。按照传统做法,卫生服务提供者按照其所提供的服务获得补偿并且/或者由中央政府根据上一年的预算向其他各级政府、部

门和项目实施单位拨付预算。这种做法即被称为被动购买。而更加主动的购买则能够通过国民的健康需求以及其在各国之间的差异的审查来提高购买的质量和效率:哪种干预措施和服务可以在既有的资源下最好地满足患者需求和期望?用哪一种方式来组合促进、预防、治疗和康复服务更合适?这些干预和服务如何购买?如何提供?向谁购买?谁来提供?

战略性购买在被动购买和主动购买之间绝不仅是一个简单的选择问题。各国需要根据其各自的对必要信息的收集、监控和诠释能力决定可以运作购买模式的范围,同时鼓励并执行相应的质量和效率标准。被动购买往往会导致效率低下。各国越接近实现主动购买,该国卫生系统的效率可能就越越高。

7 覆盖中的不公平问题

政府有责任保证所有的卫生服务提供者,不论公立的还是私营的,采取适当措施用经济高效的方式有效地满足患者的需求。他们还需要确保一系列针对预防和健康促进的人群服务项目的使用,例如通过大众传媒项目来宣传降低烟草消费,鼓励母亲带自己的孩子进行免疫接种。

政府还有责任保证每个人都能够获得自己所需要的服务,并且保证每个人不会因为使用服务而遭受经济风险。这可能与提高效率相矛盾,因为利用资源最有效的方式往往不是最公平的。例如,通常将卫生服务场所设置在人群集中地区更有效,但是要使农村贫穷人群获得卫生服务就需要将卫生服务场所设置的离他们近一些。

政府还必须认识到,免费的公共服务可能被富人享受,尽管他们的需求可能较少,但是却比穷人使用的多。在一些国家,只有最富裕的人才能得到充分的服务,而在另一些国家,只有最穷的人被排除在外。某些人群可能被很多系统的缺口漏掉,他们被排除这些公共服务的形式也有所差别。我们必须重视妇女、少数民族和移民人群在获取服务时面临的困难,以及土著人群的特殊问题。

8 行动纲领

在卫生服务筹资的道路上,没有哪个国家是从零开始的。所有国家都具有一定形式的筹资体系,且必须按照其价值观、约束条件和机遇来构建。这一过程可以且应该从国际、国内经验中得到启示。

只要有政治意愿,各国都可以采取更多的措施来提高卫生筹资数量、使其筹资渠道多样化、通过预付费和统筹基金来降低对患者直接支付的依赖,并更有效公平地使用资金。

在提高效率和公平性方面,卫生系统可以成为一个先行者。卫生决策者可以采取很多措施来减少漏洞,尤其是购买过程中的漏洞。他们也可以采取措施,改善卫生服务的提供和整个系统的效率,包括采用制定法规和立法的方式——其他部门可以跟着遵循这些模式。

简单地从现有模式中选择或者引进在其他领域有效的模式是不够的。卫生筹资策略需要根据本国情况来制定,在现有的形势下来推进全民覆盖。因此,各国都需要提高其分析了解本国现有系统优势和劣势的能力,从而对其卫生筹资策略进行相应的改革,并实施、监测和不断完善其卫生筹资改革策略。

9 推动并支持改革

以上所述的经验教训主要是关于卫生筹资改革的技术挑战。但技术层面只是政策制定和实施的一个组成部分;随之而来的一系列促进思考和改革的行动也必不可少。

图2描述的卫生筹资决策全过程只是一项指南,不可当作蓝图。我们所构想的过程在描述时具有概念不连续的特点,但事实上这些过程会相互重叠,并在不断进化。

这里描述的7项行动不仅仅适用于中低收入国家。经济风险保护能力和卫生服务覆盖范围达到相当高水平的高收入国家也需要不断开展自我评估,确保筹资系统在面对不断变化的诊疗实践和技术、日益增长的需求和逐渐加重的财政限制时能够一如既往地实现其目标。

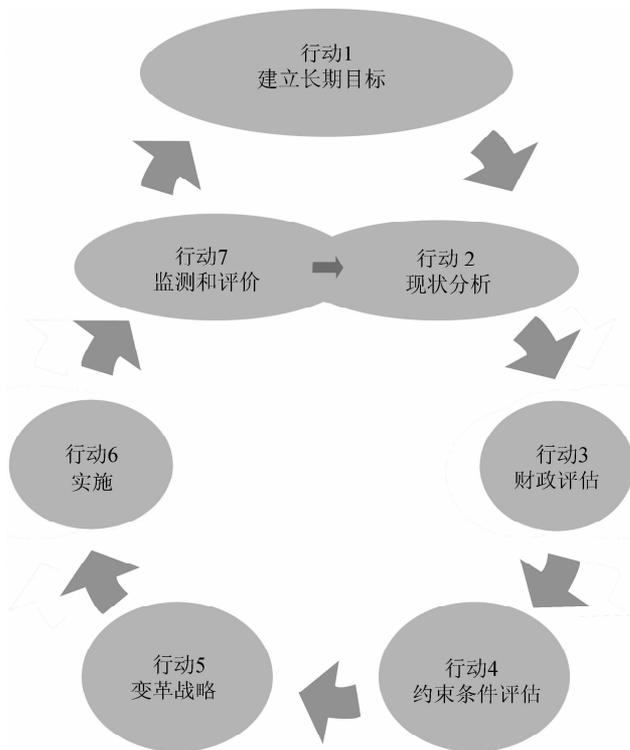


图 2 卫生筹资决策过程

卫生筹资策略的设计和执行,讲究的是不断变更,而不是一味朝着某个设想的完美目标前进。首先要明确卫生筹资体系的原则和目标,确定全民覆盖在特定国家的含义。这些内容构成了形势分析的基础(行动2)。行动3确定了经费需要及其随时间如何变化的情况,这需要考虑有多少人是自己支付费用,有多少费用用于非政府部门。行动4分析了潜在的约束实现全民覆盖计划制定和实施的因素,行动5和行动6概述了具体策略的设计和实施。

当一个国家开始总结自己朝着预定的目标(行动1)前进了多远时,说明卫生筹资决策过程已经全部完成(行动7),这时国家可以重新评估自己的战略,制定新的计划,解决所有问题。这是一个持续学习的过程,根据系统运作现实情况的反馈,不断进行再评价和调整。

卫生筹资系统必须进行变革,这不仅是因为该系统始终存在进步的空间,而且是因为这些系统所服务的国家也在改变:疾病模型在变化,资源不稳定,卫生机构在发展或衰落。

10 外部伙伴的实际行动

如上所述,许多最贫穷的国家很多年内都很难

依靠自己国内资源实现全民覆盖——即使是卫生保健服务需求不太大的国家。为了使最贫穷国家迅速扩大规模,外部伙伴需要履行对国际社会的承诺,增加捐助份额。单独这一行动将可以基本弥补前述49个低收入国家卫生费用的缺额,并在2015年前挽救300多万人的生命。

创新资金来源可以对传统官方发展援助(ODA)进行补充。正如卫生系统创新国际筹资高级别专题小组所建议的那样,前面讨论的某些创新筹集资金方式可以应用于国际水平。其中一些方式已经得到实施,例如千年基金会的大众善行(MassiveGood)行动。许多创新筹资机制并不需要全部得到国际的一致认可。如果每一个高收入国家只引进前面讨论的一条方案,那么就可以多筹集相当大数量的资金,支持最需要支援国家更快地实现全民覆盖。

外部伙伴还可以帮助受援国进一步加强其筹资体系。当前援助国通常采用多个资金捐助渠道,这使国家和国际层面的交易成本大大增加。与目前国内需要大量会计师、审计师及精算师相比较,和谐的筹资系统可以没有许多审计、监督和评估机制,同时还可以解放卫生行政部门和一些其他政府职员,使之可以花更多的时间在扩大卫生服务覆盖面上。

国际社会通过实施《巴黎宣言之援助效率》以及随后的《阿克拉行动议程》的相关措施,取得了较大进展。国际卫生伙伴组织及相关机构也力图根据实施宣言和议程中的原则开展行动。但是,仍有许多问题要解决。2009年,有超过400个国际卫生代表团到越南考察。卢旺达政府须向各捐助者报告超过890项卫生指标,其中仅与艾滋病病毒(HIV)和疟疾有关的指标就高达595项。

11 对未来的希望

世界卫生报告中第一个关键信息是,在实现全民覆盖的进程上,没有捷径。尽管如此,全世界大量的经验表明,各国都可以比过去更快地向前发展,并采取行动保持已经取得的成绩。各国都有可能筹集更多的资金并扩大资金来源。各国都有可能抛弃患者直接支付方式而实施预付费和建立统筹基金的策略或者确保卫生费用的增长从基本上不再过高的依赖患者直接支付,更有效更公平地使用资源。

世界各国已经确立了很好的筹资原则,那些将原则付之实践的国家也总结了很多经验教训。目前是吸取并发展这些经验教训的时候了,因为各国都有空间可以通过进一步地采取措施,加快或维持实现全民覆盖的进程。

参 考 文 献

- [1] A global look at public perceptions of health problems, priorities, and donors; the Kaiser/Pew global health survey. The Henry J Kaiser Family Foundation, 2007 (<http://www.kff.org/kaiserpolls/upload/7716.pdf>, accessed 23 June 2010).
- [2] Eurobaromètre standard 72: l'opinion publique dans l'Union Européenne, 2010 (http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/eb/eb72/eb72_voll_fr.pdf, accessed 23 June 2010).
- [3] Closing the gap in a generation- health equity through action on the social determinants of health. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_eng.pdf, accessed 23 June 2010).
- [4] Resolution WHA58.33. Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance. In: Fifty-eighth World Health Assembly, Geneva, 16-25 May 2005. Geneva, World Health Organization, 2005 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_33-en.pdf, accessed 23 June 2010).
- [5] Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems, Working Group 1. WHO background paper: constraints to scaling up and costs. International Health Partnership, 2009 (<http://www.internationalhealthpartnership.net/pdf/IHP%20Update%2013/Taskforce/Johansbourg/Working%20Group%201%20Report%20%20Final.pdf>, accessed 23 June 2010).
- [6] World social security report 2010/11: providing coverage in the time of crisis and beyond. Geneva, International Labour Organization, 2010.
- [7] Leonhardt D. The battle over taxing soda. The New York Times, 18 May 2010, B:1.
- [8] Holt E. Romania mulls over fast food tax. Lancet, 2010, 375: 1070. doi: 10.1016/S0140-6736(10)60462-X PMID:20352658
- [9] The world health report 2008: primary health care- now more than ever. Geneva, World Health Organization, 2008.
- [10] Busse R, Schlette S, eds. Focus on prevention, health and aging, new health professions. Gütersloh, Verlag Bertelsmann Stiftung, 2007.

尾 注

在本报告中,名词“卫生服务”包括健康促进、预防、治疗

和康复,包括针对个体的服务(如儿童免疫或结核病治疗)以及针对群体的服务(例如大众戒烟运动)。

本世界卫生报告是在卫生系统与服务助理总干事 Carissa Etienne 以及副总干事 Anarf Asamoah-Baah 的全面指导下编制完成的。本报告的主要编写人有 David B Evans、Riku Elovainio 和 Gary Humphreys;对于报告编写付出心血的人员还包括 Daniel Chisholm、Joseph Kutzin、Sarah Russell、Priyanka Saksena 以及 Ke Xu。

以下人员对报告导读栏或分析数据等内容做出了贡献: Ole Doetinchem、Adelio Fernandes Antunes、Justine Hsu、Chandika K Indikadahena、Jeremy Lauer、Nathalie van de Maele、Belgacem Sabri、Hossein Salehi、Xenia Scheil-Adlung(国际劳工组织)以及 Karin Stenberg。

地区干事、助理总干事以其有关工作人员为报告的编制提供了建议和意见。

以下人员还提供了纲要、草稿或特定章节的分析、数据以及审阅(除上述人员以外): Dele Abegunde、Michael Adelhardt、Hector Arreola、Guitelle Baghdadi-Sabeti、Dina Balabanova、Dorjsuren Bayarsaikhan、Peter Berman、Melanie Bertram、Michael Borowitz、Reinhard Busse、Alexandra Cameron、Guy Carrin、Andrew Cassels、Eleonora Cavagnero、Witaya Chadbunchachai、John Connell、David de Ferranti、Don de Savigny、Varatharajan Durairaj、Bob Emrey、Tamás Evetovits、Josep Figueras、Emma Fitzpatrick、Julio Frenk、Daniela Fuhr、Ramiro Guerrero、Patricia Hernandez Pena、Hans V Hogerzeil、Kathleen Holloway、Melitta Jakob、Elke Jakubowski、Christopher James、Mira Johri、Matthew Jowett、Joses Kirigia、Felicia Knaul、Richard Laing、Nora Markova、Awad Mataria、Inke Mathauer、Don Matheson、Anne Mills、Eduardo Missoni、Laurent Musango、Helena Nygren-Krug、Ariel Pablos-Mendez、Anne-Marie Perucic、Claudia Pescetto、Jean Perrot、Alexander Preker、Magdalena Rathe、Dag Rekve、Ritu Sadana、Rocio Saenz、Thomas Shakespeare、Ian Smith、Peter C Smith、Alaka Singh、Ruben Suarez Berenguela、Tessa Tan-Torres Edejer、Richard Scheffer、Viroj Tangcharoensathien、Fabrizio Tediosi、Sarah Thomson、Ewout van Ginneken、Cornelis van Mosseveld 和 Julia Watson。

此外,来自各类机构的众多有关人士还为本报告的编写提供了背景文件;这些背景文件可至 http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en 网站上下载。

Michael Reid 负责本报告的编辑工作,Gael Kernen 负责本报告中的数字统计,Evelyn Omukubi 提供了宝贵的秘书和行政支持。Sophie Guetaneh Aguetant 和 Cristina Ortiz 负责本报告的设计和版面布局。Edel Tripp 负责插图编辑工作(<http://edeltripp.daportfolio.com>)。

翻译:马彦民 陈强 万明 许媛媛

审稿:苏雪梅 赵琨 王建生 马彦民 于石成

么红燕 张群 金水高

感谢洛克菲勒基金会、美国国际开发署 (USAID) 以及德国联邦卫生部为本报告编制提供的资金支持。