

# 从 2000 年世界卫生报告到 2010 年世界卫生报告：卫生筹资取得了什么进展？

迪·麦金泰尔\*

开普敦大学公共卫生与家庭医学学院卫生与福利教研室 南非开普敦 7925

中图分类号:R197.1 文献标识码:C doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2010.11.003

## WHR 2000 to WHR 2010: what progress in health care financing?

Di McIntyre

Health Economics Unit, School of Public Health and Family Medicine, University of Cape Town, Cape Town 7925, South Africa

人们可能清晰的记得,2000 年世界卫生报告曾尝试使用一套统一的指标对不同国家的卫生体制进行比较。<sup>[1]</sup>当然,南非的高级官员为强调目前卫生系统的困境,反复指出其卫生系统总体绩效在 191 个成员国中排名第 175 位。但是,最主要的问题在于,他们并没有采取任何措施改进卫生系统绩效。<sup>[2]</sup>

对于决策者和卫生管理者而言,仅了解各国卫生系统的绩效排名并没有多大价值。相反,我们需要明确了解卫生系统指导原则,需要构建改进卫生系统绩效的概念框架以及对相关国际经验和教训进行综合分析。

实际上,在 2000 年世界卫生报告中上述问题均有提及,但是决策者没有像了解卫生系统的绩效排名那样清晰的了解到上述的相关信息。本文将集中讨论 2000 年世界卫生报告中提出的改进卫生系统绩效的概念框架和指导原则,主要涉及卫生服务筹资方面。

### 1 2000 年世界卫生报告对于卫生服务筹资的理解有何贡献

从卫生服务筹资方面来看,2000 年世界卫生报告的最大贡献在于使用了 Joe Kutzin 制定的相关框

架,并在 2001 年对其进行了详细阐述。<sup>[3]</sup>该框架基于先前的成果,现在已经被广泛应用于对国际经验的研究。<sup>[4-5]</sup>更为重要的是,它对于国家层面的思考和规划具有重要指导意义。

在此之前,关于卫生服务筹资的争论主要集中于不同的卫生服务类型<sup>[6-7]</sup>,其中最早是对比“贝弗里奇模式”(主要是一般税收筹资)和“俾斯麦模式”(主要由强制医疗保险筹资)。这些不同的模式难以阐释不同国家在资金来源、组织机构、分配机制和其他体制要素方面的差别。而 Kutzin 的框架集中于卫生服务筹资体制的功能,即:筹集资金、形成筹资池和购买服务。从笔者参与南非和其他非洲国家的卫生服务筹资政策讨论的经验来看,该框架使我们对适合的卫生体系筹资类型(诸如是要加拿大模式还是荷兰模式或者是英国模式)等意识形态方面的争论,转向更详细地讨论如何结合本国国情设计筹资体系的各个方面或功能。从更广泛的意义上说,该框架是一个早期关于卫生系统思考的典范<sup>[8]</sup>,它使人们更多地考虑卫生系统的各方面因素以及不同卫生服务筹资功能之间的相互作用。它为更有效的设计和实施卫生服务筹资政策改革提供了重要依据。

引入公平筹资的概念是该框架的另一个重要贡

\* 作者简介:迪·麦金泰尔(Di McIntyre),男,教授,开普敦大学公共卫生与家庭医学学院卫生与福利教研室主任。

E-mail: Diane.McIntyre@uct.ac.za

本文英文原文参见 Health Policy and Planning, 2010, 25(5): 349-351, doi:10.1093/heapol/czq033, 经牛津大学出版社授权编译、刊载。中国医学科学院卫生政策与管理研究中心组织翻译。

献。尽管 2000 年世界卫生报告中对于“筹资公平性”的定义和衡量方法有许多不同的观点<sup>[9]</sup>,但是这引起了各国对卫生服务筹资公平性的关注。同时强调,卫生系统不仅以改善健康状况为目标,通过卫生服务筹资(和提供)提高服务的公平性还能使之具有更广泛的社会价值。

2000 年世界卫生报告也标志着各国采取一致行动,从实行直接支付转向预付制的卫生服务筹资机制。在 20 世纪 80—90 年代,尽管人们越来越关注使用者付费或现金支付所产生的不利后果,但 WHO 作为卫生领域的全球领导机构,敢为人先,通过 2000 年世界卫生报告率先明确提出反对现金支付,并鼓励各个国家实施预付制。例如,世界卫生报告提出“筹资风险防护的公平性需要将服务出资和服务利用尽可能地分离”。<sup>[1]</sup>

反对现金支付的观点在世界卫生组织随后的研究中得到进一步加强,即在一系列国家开展家庭灾难性卫生服务支出影响程度的研究<sup>[10]</sup>,以及 Wagstaff 及其同事关于现金支付对贫穷的影响研究。<sup>[11-12]</sup>

2005 年的世界卫生大会在关于“持续的卫生筹资,全民覆盖和社会医疗保险”的决议中,<sup>[13]</sup>进一步强调了预付制的筹资机制。该决议明确呼吁将预付制的筹资机制作为“防止因病致贫”的手段,并强调上述证据在促进该决议实施过程中的重要性。更为重要的是,该决议主要关注全民覆盖,即“确保所有的人都能够获得必需的服务,并提供经济风险保护”。全民覆盖目前已成为卫生服务筹资的讨论焦点,2010 年的世界卫生报告关注这个问题也是无可厚非的。可以说,如果没有 2000 年世界卫生报告是不可能取得如此进展的。

## 2 面临的挑战

毋庸置疑,2000 年世界卫生报告对于形成具体的卫生筹资设想具有重要作用,主要包括两个方面:一是构建用于解析国际经验和研究各国政策改革方案措施方面的重要框架,二是相对现金支付来说,报告明确论述了更加重视预付制的必要性。尽管一些国家在上述几个方面进行了调整,但还是远远不够。

越来越多的中低收入国家,尤其是非洲国家(如南非、乌干达、塞内加尔、布隆迪和赞比亚),已经取消了部分或全部公共卫生服务项目的使用者付费,有时也会借助资助机构的财政和其他支持(尤其是英国国际发展署)。然而,这些国家仅仅关注有关减少现金支付的问题,而没有充分重视如何促进预付制筹资的进一步完善。<sup>[14]</sup>加纳是个例外,该国建立了国家医疗保险系统,依此机制来减轻因使用者付费造成的经济负担。<sup>[15]</sup>

卫生筹资面临的一个主要挑战是需要从整个系统的角度出发,而不只是聚焦于某一个具体问题(比如减少现金支付)。为了成功地减少现金支付,政府有必要针对 WHO 提出的卫生系统的全部“构建模块”,制定干预措施来取消使用者付费制度。<sup>[16]</sup>例如,政府应该向公众提供关于政策改革的信息,积极应对医务人员对改革的反应,从而避免他们产生消极情绪,保证足够的药品(以及其他医疗技术)供应以满足患者日益增加的服务需求以及进行有效的领导。<sup>[14]</sup>此外,增加医疗服务领域的公共资金也是相当重要的(这里的公共资金是指可使全体居民受益的财政资源)。乌干达等国的经验表明,取消服务收费可以提高卫生服务的可及性,从而增加医疗服务的利用率。但在没有可持续的、完善的医疗服务公共资金的情况下,服务利用的增加必将引起医疗服务质量的下降,这最终会导致居民更倾向于利用私人医疗服务,而私人医疗服务是以现金支付为基础的。

2000 年左右,尤其在非洲国家,国际援助资金是卫生服务筹资的关注重点,它在纵向疾病基金方面有非常明显的增加,比如全球疫苗免疫联盟(Global Alliance for Vaccines and Immunisation, GAVI)以及治疗艾滋病、肺结核和疟疾的全球基金,而这些资金却导致了医疗系统更大的分裂。尽管人们已经开始关注自愿投保的私人医疗保险<sup>[17]</sup>,并且一直都在关注以社区为基础的医疗保险(community-based health insurance),但随着关注点逐渐转移到全民覆盖问题上,我们可以明显地发现国内公共资金是否充足对实现全民覆盖将起到至关重要的作用。首先,正如大多数中低收入国家那样,我们需要认真思考,在仍

存在大量非正式就业人群的中低收入国家如何实现全民覆盖。是要像泰国的政策和加纳最新提案建议的那样,充分筹集公共资金(特别是一般税收)来覆盖非正式就业群体的医疗服务?还是要像加纳现行的政策那样,鼓励非正式就业群体自愿参加以社区为基础的医疗保险?这种模式很容易变成简单依靠穷人补穷人的交叉补贴方式。<sup>[18]</sup>其次,自 2000 年世界卫生报告出版以来,政府对卫生筹资风险池保护作用的关注就一直不够。相比碎片化的卫生系统,建立一个单独的筹资池(pool of funds)或通过风险共担机制整合一些大的筹资池,来分担风险和实行交叉补贴(从健康者向患病者,从富人向穷人),更容易实现全民覆盖。<sup>[15]</sup>以上要点皆明确提示应提高国内公共资金并集中使用,才能保证实现全民覆盖的目标。

2010 年的世界卫生报告承诺要重新应对卫生筹资面临的挑战,并将重点关注全民覆盖。然而,为了实现这一目标,我们需要的不仅仅是提炼现有理论思考或提供新建议的一份报告,更为重要的是,在对报告进行广泛宣传之后,我们需要付诸持续的共同努力,不断完善实现全民覆盖的政策,并且在国家层面上把这些政策转化为行动。

### 参 考 文 献

- [1] WHO. The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance[R]. Geneva, 2000.
- [2] Coovadia H, Jewkes R, Barron P, et al. The health and health system of South Africa: historical roots of current public health challenges[J]. The Lancet, 2009, 374(9692): 817-834.
- [3] Kutzin J. A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements[J]. Health Policy, 2001, 56(3): 171-204.
- [4] Gottret P, Scheiber G. Health Financing Revisited: A Practitioner's Guide[S]. Washington DC: The World Bank, 2006.
- [5] McIntyre D. Learning from Experience: Health Care Financing in Low- and Middle-Income Countries[R]. Geneva, 2007.
- [6] Roemer M. National Health Systems of the World[M]. Volume I: The Countries. New York: Oxford University Press, 1991.
- [7] OECD. The Reform of Health Care: A Comparative Analysis of Seven OECD Countries[M]. Paris, 1992.
- [8] De Savigny D, Adam T. Systems Thinking for Health Systems Strengthening[R]. Geneva, 2009.
- [9] Wagstaff A. Measuring equity in health care financing: reflections on and alternatives to the World Health Organization's Fairness of Financing Index[R]. Washington DC, 2000.
- [10] Xu K, Evans D, Kawabata K, et al. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis[J]. The Lancet, 2003, 362(9378): 111-117.
- [11] Wagstaff A, Van Doorslaer E. Catastrophe and impoverishment in paying for health care: with applications to Vietnam 1993-1998[J]. Health Economics, 2003, 12(11): 921-934.
- [12] Wagstaff A. Measuring financial protection in health[R]. Washington DC, 2008.
- [13] WHO. Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance: World Health Assembly resolution WHA58.33[R]. Geneva, 2005.
- [14] Gilson L, McIntyre D. Removing user fees for primary care in Africa: the need for careful action[J]. British Medical Journal, 2005, 331(7519): 762-765.
- [15] McIntyre D, Garshong B, Mtei G, et al. Beyond fragmentation and towards universal coverage: insights from Ghana, South Africa and Tanzania[R]. Geneva, 2008.
- [16] WHO. Everybody's Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes: WHO's Framework for Action[R]. Geneva, 2007.
- [17] Ghatak A, Hazlewood J, Lee T. How private health care can help Africa[J]. The McKinsey Quarterly, 2008 (3): 1-5.
- [18] Bennett S, Creese A, Monasch R. Health insurance schemes for people outside formal sector employment[R]. Geneva, 1998.

[收稿日期:2010-08-13 修回日期:2010-09-14]

(编辑 薛云)