

云南省禄丰县新型农村合作医疗门诊总额预付制度研究

姬小荣^{1*} 王禄生¹ 李润萍²

1. 卫生部卫生发展研究中心 北京 100191

2. 云南省禄丰县新型农村合作医疗管理办公室 云南禄丰 651200

【摘要】目的:通过支付方式改革,探索医疗机构的风险共担机制和自我约束机制。方法:对云南省禄丰县进行案例研究。结果:开展门诊总额预付制度改革试点以来,禄丰门诊费用的上涨趋势得到了有效控制,医生的处方行为也得到了明显改善,真正建立起了医疗机构的风险共担机制和自我约束机制。结论:实施门诊总额预付制度,需要以补偿水平的合理确定、各乡镇门诊包干资金总额的科学测算、严格的考核和实施制度的建立为基础。

【关键词】新型农村合作医疗; 门诊; 总额预付制度; 风险共担; 自我约束机制

中图分类号:R197.1 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2011.02.007

The outpatient prepaying system of total amount in New Rural Cooperative Medical Scheme in Lufeng County Yunnan Province

Ji Xiao-rong¹, WANG Lu-sheng¹, LI Run-ping²

1. China National Health Development Research Center, Beijing 100191, China

2. Lufeng New Rural Cooperative Medical Service Management office of Yunnan Province, Yunnan Lufeng 651200, China

【Abstract】 Objective: To explore the risk sharing and self-controlled system of medical institutions through the payment reform. Method: Case study is analyzed to Lufeng County in Yunnan Province. Results: After the reform of outpatient prepaying system of total amount in Lufeng County, the growth of the clinic cost has slow down, and the doctors' prescription behavior has been improved, in the meantime, the risk sharing and self-controlled system has been settled. Conclusion: The implementation of outpatient prepaying system of total amount is based on reasonable determination of compensation level, scientific measurement of each town's total amount, establishment of strict assessment and implementation system.

【Key words】 New Rural Cooperative Medical Scheme; Outpatient; Prepaying system of total amount; Risk-sharing; Self-controlled system

新型农村合作医疗(以下简称“新农合”)是当前我国农村卫生发展的重大制度创新和现阶段农民基本医疗保障的重要实现形式。2003年以来,随着新农合覆盖面的不断增大,门诊统筹试点工作的不断加速,各地也相继暴露出了一些问题,门诊费用的大幅度上涨则是其中的最大难题。

云南省禄丰县从2003年成为新农合试点县,一

开始采取的就是按照服务项目付费的后付制。在运行过程中,这种支付方式的弊端逐渐显露出来。在按服务项目付费制下,医疗机构的收入与其提供医疗服务的多少密切相关,此时,医疗机构的趋利性就会促使其通过增加服务项目和服务数量等方式获取更多的费用偿付。尤其在不完全竞争的医疗市场和缺乏宏观区域卫生规划下,定点医疗机构为了竞争

* 基金项目:世行贷款/英国赠款中国农村卫生项目资助项目(卫 XI-C2009-17A-2)

作者简介:姬小荣,女(1983年-),硕士,助理研究员,主要研究方向为农村卫生服务体系建设。E-mail:jxr@nhei.cn

病人,会争先购置先进的大型诊疗设备以吸引病人^[1],从而导致医疗资源浪费严重,医疗费用快速上涨。作为合作医疗管理方的合管办,则只能被动的采取制定药品目录、制定单张处方限额、频繁考核等方式对其加以限制。但是在医疗服务市场中,由于信息不对称下医患双方委托代理关系的扭曲和医疗服务提供者的自然垄断地位^[2],均使得医疗机构在与合管办的博弈之中占据了绝对的优势,而使合管办疲于应付。

在这种情况下,我们认识到,费用控制的有效方式就是进行支付方式改革,建立起医疗机构自我约束和风险共担机制,转变监管手段,推动合作医疗制度的健康发展。2006年,禄丰县在专家的指导下开始了门诊总额预付制度的探索。

1 禄丰门诊总额预付制度设计与实践

1.1 设计理念

总额预付制度是医疗费用支付方式中的一种,是由政府部门或保险机构考虑医疗服务机构的服务情况,按某种标准,确定某一医疗机构一定时期(一般为1年)的预算总额,总额一旦确定就不可更改^[3],保险经办机构在支付供方费用时,依此作为最高限度进行支付,因此也可以称为总额预算制。

在总额预付制度下,一方面,合管办根据各乡镇卫生院的服务能力、当地经济水平等因素预先制定付费总额划拨给各乡镇卫生院(村卫生室由乡镇卫生院统一管理),乡村两级医疗机构则负责向农民提供规定的医疗服务。在既定的支付额度下,医疗机构的收入就不能随服务量的增长而增长,一旦出现亏损,合管办不再追加支付,亏损部分由医院自付;同时,医疗机构积极控制医药费用而实现的结余也归医疗机构所有,不再扣回。这样就将合作医疗基金的风险转移了一部分至医疗机构,建立起一种风险共担机制。在这种激励机制之下,医疗机构为了达到自身利益的最大化,就会想方设法降低成本,主动减少过度医疗服务的提供,从而建立起医疗机构的自我约束机制,最终达到控制费用的目的。

另一方面,在这种制度下,由于总额一定,各医疗机构为了节约成本,也有可能出现人为削减服务、

推诿病人或降低服务质量的现象,导致参合农民不能享受到应得到的基本医疗保障。^[4]为了避免这一现象的发生,合管办就必须针对医疗服务质量制定严格的考核制度,各个乡镇每月垫付的减免金额在考核后按标准予以拨付。对于用药不合理、服务次数过少、病人满意度不高的医疗机构,相应扣减其当年费用。

通过上述激励约束机制,医疗机构一方面要尽量控制成本,以在可能的范围内获得最大的收益,另一方面要提供高质量的医疗服务,以避免合管办的处罚。如此双管齐下,就使得医疗机构的利益方向与政策导向保持了一致,医疗质量与医疗费用获得了平衡,从而达到了制度设计最初目的。

1.2 设计程序

禄丰县的门诊总额预付制度的设计包括5个主要步骤。其中,分配标准的准确测算、考核制度的科学制定与奖惩办法的严格执行是门诊总额预付制度能够成功运行的关键环节。

1.2.1 确定门诊补偿基金总额

门诊补偿基金总额的确定是门诊总额预付制度实行的基础,按照合作医疗以收定支的原则,即要首先确定合作医疗基金中可用于支付的门诊补偿总额。目前,禄丰的统筹基金主要分为住院统筹基金、门诊统筹基金、家庭保健服务基金和风险金4个部分。

从2003年开始推行合作医疗制度起,禄丰县实行的就是“门诊统筹+住院统筹”的模式。为了扩大受益面,禄丰县在筹资水平逐年增加的前提下,逐步将门诊统筹基金所占比例提高。2006年禄丰门诊与住院统筹基金比例为2:8,2007—2008年间增加至3:7,至2009年,门诊统筹基金所占比例已经达到40%。

1.2.2 测算门诊补偿标准,设计服务包

在补偿基金的可支付总额确定后,就需要根据其可支付能力确定门诊补偿标准,设计门诊服务包。禄丰目前使用的是门诊补偿加家庭保健的服务包,其中仅有门诊补偿被纳入门诊总额包干基金之中,因此,在进行补偿标准测算时,主要需要考虑补偿比的增加对门诊补偿能力的影响;而门诊服务包中的家庭保健服务支出,则主要需要考虑家庭保健基金的偿付能力。

1.2.3 制定门诊基金分配标准

此处门诊基金的分配是指在确定了当年的合作医疗补偿方案之后,县合作医疗经办机构按照一定的标准将门诊统筹基金合理分配至各个乡镇。这是门诊总额预付制度中的关键步骤及一大难点,禄丰在这一方面也进行了多年的探索。本文认为,人口应是影响各乡镇门诊总额包干资金的主要因素,因此,应在人口数量的基础上,结合各医疗机构的服务能力、当地经济发展状况、农民对医疗服务的利用情况等因素,得出相对合理的门诊基金分配标准。

1.2.4 制定评价考核制度,确定奖惩标准

在门诊总额预付办法制定之后,需要制定出严格公正的评价与考核制度,从而形成威慑力,对医疗机构不规范行为进行严格监管,以保证门诊总额预付制度的顺畅运行。具体包括考核指标、考核体系、考核周期、相应的奖惩措施等的制定,作为合管办的监督管理依据,以对医疗机构的执行情况进行核查,了解制度的运行情况,这也是门诊总额预付制度实施中不可缺少的步骤之一。

1.3 配套考核措施

在每一种标准下,医疗机构都会采取相应的行为以获取最大的利益。由此,对医疗机构进行相应的监管与考核就成为支付方式改革中必不可少的部分。禄丰目前实施的是费用支付前的县、乡两级定期考核,之后根据考核结果将基金拨付给各医疗机构。针对制度设计中可能出现的问题,合作医疗经办机构在制定监督考核指标时也要相应地侧重于不同方面。

在实行总额预付制度之初,由于缺乏科学合理的测算方式,常会造成服务能力强、病人多的医疗机构易于亏损,服务能力弱的医疗机构反而可以轻易盈利的局面。门诊总额一旦确定,便易于造成医疗

机构为了控制费用而推诿病人或降低服务质量的现象。因此,在门诊总额预付制度实施前几年,考核重点应主要在于对医疗机构门诊服务质量的考察,并且指标要多要细,打分要严,考核次数要频,随着良好医疗服务行为的形成,要逐年减少考核指标和考核频率,降低考核成本。^[5]

1.4 卫生服务体系配套制度改革

为保证总额付费的实施,禄丰主要开展了乡村一体化管理村医聘任制、全县卫生院会计委派制、院长年薪制等三个方面的卫生机构配套改革,这是禄丰县总额预付制度顺利实施的必要辅助条件。

2 门诊总额预付制度试行效果评价

推行门诊总额预付制度的目的是建立医疗机构的自我约束机制,从而实现控制医疗费用、规范医疗机构行为的目标。自 2006 年以来,禄丰县的门诊总额付费制度已经运行了近三年,本部分通过对 2005—2008 年禄丰县的 14 个乡镇卫生院(4 个中心卫生院,10 个一般卫生院)及所有村卫生室的门诊补偿情况进行具体分析,主要从费用控制和医疗机构行为改变两个方面来评价门诊总额预付制的实施效果。

2.1 费用控制情况

门诊总额付费制度最为直接的目的就是控制医疗费用,而次均费用则是反映其费用变化最为直观和关键的指标。因此,本部分首先对禄丰乡镇卫生院和村卫生室门诊次均费用情况进行了分析。

为了减少通货膨胀等社会经济发展因素的影响,我们以 2005 年我国 CPI(Consumer Price Index,消费者物价指数)为基数,得出 2006—2008 年的调整系数以对当年次均费用进行相应的调整,借以比较禄丰县近年来门诊次均费用状况(表 1)。

表 1 2005—2008 年禄丰县乡镇卫生院和村卫生室门诊次均费用情况

	2005 年		2006 年		2007 年		2008 年	
	卫生院	卫生室	卫生院	卫生室	卫生院	卫生室	卫生院	卫生室
次均费用(元)	20.73	15.53	25.51	16.41	28.31	18.46	33.27	21.30
调整后费用(元)	20.73	15.53	25.58	16.46	27.50	17.93	31.98	20.48
CPI 调整系数	100.0		99.7		102.9		104.0	
增长率(%)	—	—	23.41	6.01	7.52	8.92	16.28	14.19

数据来源:禄丰县新农合报表(2005—2008 年)。

从表 1 中可以看出,近年来,禄丰县乡镇卫生院和村卫生室的门诊次均费用也出现了一定程度的上涨。

2.2 医疗机构行为改变

2.2.1 医疗机构自我约束机制建立

调研结果显示,未实行支付方式改革以前,医疗机构的利润主要来自于药品收入,为了提高收入水平,各乡镇卫生院便将药品收入计入了科室分配。在这种激励之下,医生便充分利用了其在信息不平衡的医疗市场中的绝对优势,多开药、开贵药等诱导需求的现象层出不穷。

支付方式改革之后,由于资金总额预先已经确定,各种不规范行为只会导致医院成本的增加而减少利润,于是乡镇卫生院也相应改变了其对医生的内部分配规则。对于医疗机构而言,费用的控制主要在药品方面,以某乡镇卫生院为例,为了减少成本,医院逐步弱化了药品收入对于利益分配的影响,并且规定药品收入比例超过一定标准会给予处罚,目的就在于引导各科室合理使用基本药物,不开贵药。同时,为了保证合作医疗的顺利运行,各乡镇卫生院均自行成立了合作医疗管理科,专门负责合作医疗的报销和前期核查等工作,大大减轻了乡镇合管办专员及县合管办工作人员的工作量。如此一来,禄丰县于 2007 年正式取消了药品目录的限制,由于合作医疗运行顺畅,2008 年将季度考核改为了半年考核。

禄丰县合作医疗管理方以相对较低的管理成本达到了使医疗费用保持稳定,不规范行为得到控制的良好收益,管理效率有所提高。

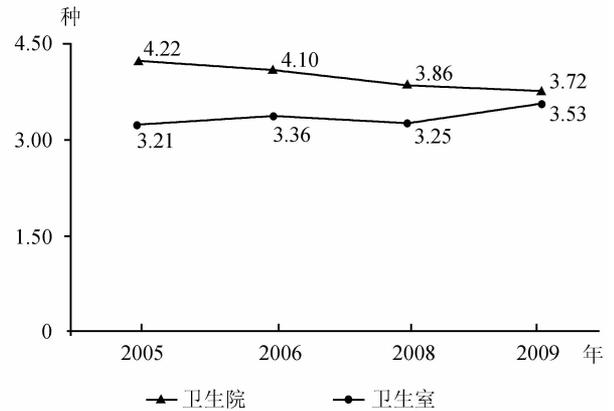
2.2.2 医生处方行为变化

门诊费用与医生的处方行为密切相关,同时,医生对于门诊疾病的处置措施方案主要从门诊处方中体现出来,其用药的合理与否也集中反映了门诊医疗服务的质量。因此,本次研究主要从用药合理性方面探讨医生处方行为的改变,本次调研特抽取 2005—2009 年共 8 683 张处方以分析乡村两级医生处方行为的变化,其中,乡镇卫生院处方 3 906 张,村卫生室处方 4 777 张。

(1) 平均处方用药数有所减少

对 2005—2009 年抽查处方的平均每张处方的用

药数进行分析,结果发现从 2005 年以来,乡村两级门诊平均每处方用药从 3.81 种降低到了 3.55 种,具有显著的统计学差异($t = 3.161, P < 0.001$)。乡镇卫生院从 2005 年的平均 4.22 种/处方下降到了 2008 年的 3.86 种/处方,至 2009 年,平均每处方药品数降至 3.72 种,下降幅度较为明显;而村卫生室平均每处方药品数反而略有上升(图 1)。



注:本研究未调查 2007 年数据,下同。

图 1 2005—2009 年抽查处方中平均每张处方药品数变化(种)

同时,我们对用药 5 种及以上的处方比例也进行了分析,结果发现乡镇卫生院自 2005 年以来,5 种及以上处方比例逐年减少较为明显,村卫生室 5 种及以上处方比例则呈现出了先升后降的趋势(图 2)。

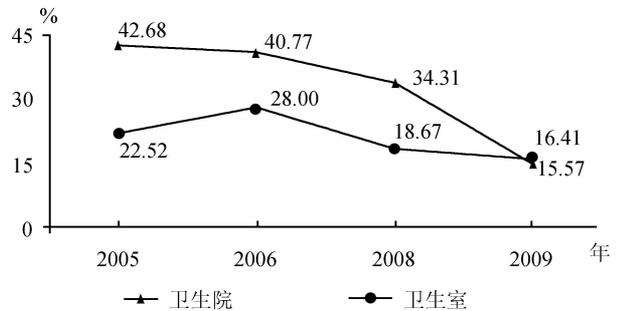


图 2 5 种及以上药品数处方比例变化情况

从图 2 中明显可以看出,乡镇卫生院大处方比例变化相对比较明显,从 2005 年的 42.68% 逐年下降到 2009 年的 15.57%。而村卫生室则较为平稳。

结合平均每张处方用药数的变化推测可能的原因如下:第一,村卫生室的用药相对比较简单,大处方的比例本来就较低,因此变化幅度也不会很大;第二,在一个制度的推行伊始,尚且需要有一定时期的

过渡,才会逐渐对医疗机构的行为造成影响,而村卫生室受总额预付制度的影响又是间接的,因此其反应期也会更长。

(2) 卫生院抗生素使用率情况平稳

抗生素是指由微生物生物合成,具有抑制或杀灭其它微生物作用的化学物质,如青霉素。^[6]如今,抗生素的使用过度是反映医疗质量问题的一个主要表现。^[7]

在我国,医疗费用增长的一个重要原因是抗菌素的滥用。抗生素的滥用不仅造成了巨大的浪费,还会给患者带来耐药性、过敏和毒性反应等诸多问题。因此,我们将抗生素的使用情况作为医疗机构行为改变的指标之一进行了分析。

在国际上,很多国家对于基本医疗服务中抗菌素的提供都有着比较严格的规范要求。在我国,基层卫生服务机构的抗菌素使用原则上要求慎用 2 种抗菌素联用,禁用 3 种及以上抗菌素联用。^[8]为了了解调查地区乡村医生抗生素的使用情况,我们对抽查处方中含抗生素处方比例、含不同种数抗生素的处方比例分别进行了分析,如图 3 所示,卫生院的抗生素使用情况较为平稳,村卫生室的抗生素使用率则呈现出增加趋势(图 3)。

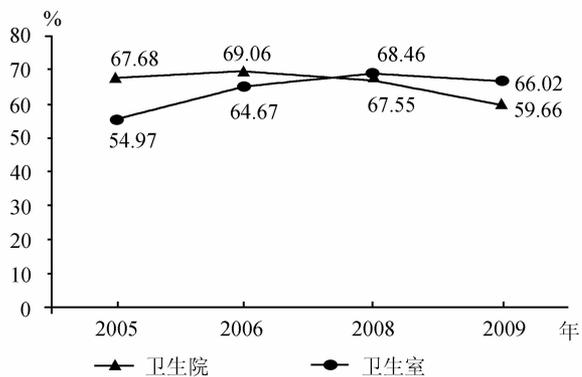


图 3 抽查处方抗生素使用率变化情况

图 3 中清晰直观的显现出在抗生素使用方面,乡镇卫生院一直较为稳定,至 2009 年降至 60% 以下。根据第四次卫生服务调查结果,2008 年我国农村地区的抗生素使用率约为 63.32%,其中乡镇卫生院为 60.8%,村卫生室为 65.9%^[9],均略低于禄丰县抗生素使用水平,但经统计学检验并无显著性差异(乡镇卫生院 $X^2 = 1.092, P = 0.296$; 村卫生室 $X^2 = 0.008, P = 0.928$)。并且,在第四次卫生服务调查中,出现了不少抗生素 4 联及以上的处方,甚至还出

现了抗生素 6 联以及 7 联的处方,而在对禄丰的处方抽查中则尚未发现这种现象。^[9]因此,禄丰县抗生素使用率基本上与我国的平均水平相当。

(3) 激素滥用现象得到明显遏制

抽查处方激素的使用情况变化趋势则与抗生素不尽相同,由图 4 可知,2005 年以来,乡镇卫生院的处方激素使用率明显下降,2008 年的激素使用率仅有 8.78%,仅为 2005 年 17.93% 的一半,而村卫生室的激素使用率则未呈现出规律性的变化。

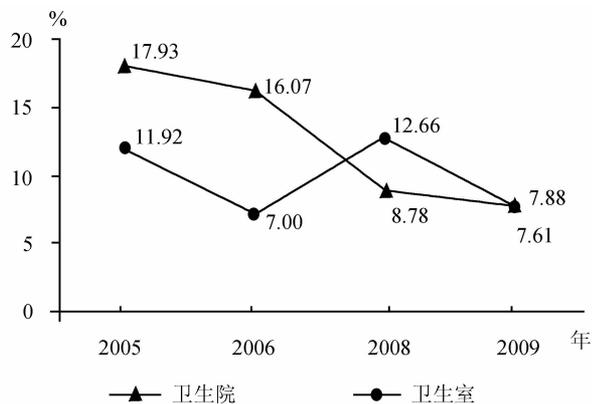


图 4 抽查处方激素使用率变化情况

图 4 中也明确显示,乡镇卫生院激素滥用的现象在很大程度上得到了遏制。根据第四次服务调查结果,我国乡镇卫生院激素使用率为 15.8%,村卫生室的激素使用率为 12.9%,经过对比可知,调查地区的激素使用率已经明显低于全国平均水平。

激素滥用的另一个表现就是和抗生素的联用。近年来,抗生素与激素联用的处方比例明显下降,从 2005 年的 10.46% 下降到 2008 年的 5.01%,具有显著的统计学差异($X^2 = 16.551, P < 0.001$)。具体变化趋势参见图 5。

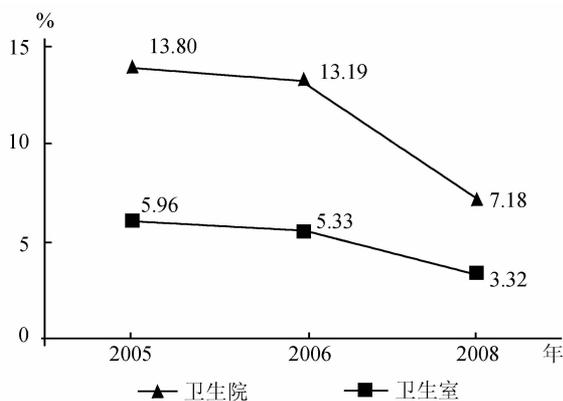


图 5 抽查处方抗生素激素联用率变化情况

由图5可见,抗生素与激素联用率乡镇卫生院明显高于村卫生室,这也与国家第四次卫生服务调查结果相一致。从理论上讲,卫生院的医疗技术水平较高,医疗质量较有保证,如抗生素与激素联用的不规范行为发生率理应低于村卫生室,但实际上却呈现出了相反的趋势。而第四次卫生服务调查发现社区卫生服务中心的抗生素与激素联用率(6.31%)远低于社区卫生服务站(12.24%),由此可以推测,城乡基层医疗机构在抗生素与激素联用情况的差异不一定与其技术水平有关。^[9]

从以上各项指标的分析中可以看出,禄丰县在实行门诊总额预付制度之后,乡镇卫生院的门诊医生处方行为得到了明显的改善,不规范行为得到了较好的控制,主要体现在处方平均用药数的显著减少,5种以上药品的大处方明显减少,针剂使用率显著下降,“三素一汤”的用药行为得到一定程度的遏制,尤其是激素滥用的情况得到极大的改善。

禄丰县的门诊总额预付制度主要对乡镇卫生院门诊处方的不规范行为起到了相当的控制作用,而对村卫生室的制约作用并不明显。这可能有以下几点原因:第一,门诊总额预付制度目前仅允许包干到乡,尚不允许包干到村,因而未能对村医的行为产生良好的控制效果,而对于门诊总额预付是否能够包干到村,尚且需要进一步深入研究;第二,村医多已在当地行医多年,他们之前养成的用药习惯很难改变;第三,患者对于药品知识的了解程度较低,往往认为凡是新药贵药就是好药,作为相识多年的村医,则常为迎合患者而满足其需求。基于以上几点原因,村医的门诊行为并未能得到良好的控制,仍需要进一步加强监管。

3 讨论

3.1 门诊统筹下门诊与住院基金比例的合理划分是前提

实行门诊统筹是开展门诊总额预付制度的前提,只有在实行门诊统筹的地区,才有可能和必要进行门诊总额预付制度的探索。在实行“门诊统筹+住院统筹”模式的地区,门诊与住院基金还需要有合理的划分,这是实行门诊总额预付制度探索的必要

基础。在最初实行新农合试点之时,许多地区都以保大病为主,兼顾门诊统筹,规定门诊与住院基金的分配比例为2:8,甚至1:9。在新农合筹资水平极低的情况下,门诊基金盘子过小,会直接影响到门诊补偿比例的设定,不利于门诊补偿工作的开展。因此,为了更好的开展门诊补偿工作,扩大门诊受益面,需要适当提高门诊基金在基金总额之中所占的比例,扩大门诊基金总量。本研究认为,一般而言,门诊与住院基金的分配以3:7为宜,在经济欠发达的地区,可以适当提高门诊基金的比例,门诊与住院基金的比例可以达到3.5:6.5甚至4:6。

3.2 补偿水平的合理确定是基础

在确定了门诊基金总额之后,合理确定补偿水平就成为影响总额预付制度的一个重要条件。普遍认为,补偿比例低于20%时,基本没有保险刺激作用,那么,任何一种支付方式都无法有效的发挥作用;补偿比例超过80%,可能会引起严重的“道德损害”。

同时,补偿比的设定还应拉开乡村两级的差异。否则,就会逐渐导致病人和门诊基金流向乡镇卫生院,损害到村医的利益,也不利于降低整体医疗费用和减轻农民疾病负担。因此,建议拉开乡村两级的补偿比差距,政策和经济手段双管齐下,引导农民尽可能到村卫生室就诊。

需要注意的是,补偿比的调整一定要慎重。因为补偿比的升高会直接刺激门诊需求的释放,如果测算不准,盲目调高补偿比,就会引起门诊人次的井喷,从而威胁到基金的安全。

3.3 乡镇门诊包干资金总额的科学测算是关键

如前文所述,在进行了各乡镇门诊包干基金的测算是门诊总额预付制度的关键,禄丰目前按就诊人次进行基金在乡镇间分配的方法具有一定的合理性,但是其弊端也显而易见。经过分析,本文认为,各乡镇总额基金的测算需要综合考虑乡镇人口数、农民对医疗服务的利用情况、医疗机构的服务能力三个方面的影响。

3.4 考核和培训制度的建立和实施是抓手

严格的考核标准和考核制度是保证门诊总额预

付制度的一个抓手。考核指标要根据门诊支付制度设计当中可能出现的漏洞和问题进行设定。在门诊总额预付制度试行初期,考核指标可以较繁较细,至其运行一段时间以后,则可逐步简化。并且,在制度实行的初始阶段,考核周期应较短,考核频率应较密集,以对医疗机构的行为产生一定威慑力,督促协助总额预付制度尽快步入正轨。

同时,还应建立对乡村医生的培训体系。从前文分析可知,乡村医生的不合理用药行为中有很大一部分是由其知识水平的不足造成的,如抗生素、激素等的滥用行为。因此,加强对乡村医生的培训,使其认识到药物不合理使用的危害,再与制度约束双管齐下,才能真正达到减少乡村医生不规范行为的目的。

参 考 文 献

- [1] 李一平. 医保支付如何影响医疗行为[J]. 中国医院院长, 2009(7): 60-61.
[2] 秦其荣, 朱捷, 江启成. 医患关系信息不对称的伦理思

考[J]. 中国医学伦理学, 2005, 18(1): 16-18.

- [3] 王晓京, 朱士俊. 医疗费用支付方式的比较[J]. 中华医院管理杂志, 2006, 22(7): 481-483.
[4] 程晓明. 卫生经济学(2版)[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007.
[5] 王禄生. 新型农村合作医疗门诊总额包干付费研究[R]. 卫生部新型农村合作医疗研究中心. 2008.
[6] 库宝善. 药理学[M]. 北京: 北京大学医学出版社, 2004.
[7] 唐镜波. 医疗质量与合理用药的现状与对策[J]. 药物流行病学杂志, 2003, 12(4): 169-175.
[8] 张亮. 基层医疗卫生机构卫生服务质量评价研究[M]. //中国基层卫生服务研究——第四次国家卫生服务调查专题研究报告(一). 北京: 中国协和医科大学出版社, 2009.
[9] 卫生部统计信息中心. 2008 年中国卫生服务调查研究[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2009.

[收稿日期:2010-05-28 修回日期:2010-07-11]

(编辑 田晓晓)

· 动态讯息 ·

世界癌症日: 生命在于运动

2月4日是世界癌症日,世界卫生组织当天发表了《健康体育活动全球建议》报告,重新强调了加强体育锻炼在强壮身体、预防癌症等各种疾病的重要性。报告指出,定期的体育活动可预防诸如乳腺癌和结肠癌等癌症,同时也可以成功降低心血管和糖尿病等疾病的发生概率。目前,癌症是仅次于心血管疾病造成人类死亡的第二大疾病。世界每年有1 200万人被确诊为癌症,760万人死于癌症。另据

WHO估计,如不进行干预,2005—2015年期间将有8 400万人死于癌症,而其中大多数将发生在中低收入国家。国际原子能机构表示,将与WHO等多家国际机构共同合作,通过“癌症治疗行动计划”(Programme of Action for Cancer Therapy)帮助发展中国家抗击癌症。

(来源:联合国网站)