

泰国全民健康覆盖经验及对我国的启示

刘晓云*

北京大学中国卫生发展研究中心 北京 100191

【摘要】本文介绍了泰国全民健康覆盖的经验及其对中国的启示。泰国于 2001 年通过“30 泰铢计划”实现了全民健康覆盖。泰国全民健康覆盖显著的特点表现在三个方面,分别是区域医疗联合体为基础的服务提供体系,强调基层医疗卫生服务的核心作用,以及通过按人头支付等措施合理配置卫生资源。有研究证据表明泰国实施全民健康覆盖后,卫生系统绩效得到显著改善。我国在实现全民健康覆盖的过程中,可借鉴泰国经验,加强政府的政治承诺,强化基层卫生服务体系建设,开展协调的综合改革。

【关键词】全民健康覆盖;基层医疗卫生服务;按人头支付

中图分类号:R197 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2014.02.003

Universal health coverage in Thailand and its implications for China

LIU Xiao-yun

China Center for Health Development Studies, Peking University, Beijing 100191, China

【Abstract】 This paper introduces the experiences and lessons of universal health coverage (UHC) in Thailand and analyzes its implications for China's health system reform. Thailand started implementing the “30 Baht Scheme” to achieve UHC in 2001. The key features of Thai UHC policy are 1) integrated district health service delivery system; 2) emphasis on primary health care; and 3) improved resource allocation through capitation. Evidence shows that the health system in Thailand has significantly improved as a result of the UHC policy. China can learn from Thailand's experiences in achieving UHC in terms of political commitment, strengthening primary health care, and improving coordination in health system reform.

【Key words】 Universal health coverage; Primary health care; Capitation

1 泰国的基本情况

1.1 社会经济

泰国位于东南亚中南半岛中部,与缅甸、老挝、柬埔寨等国家相邻,国土面积 513 120 平方公里,全国共分为 76 个省级行政区。这 76 个省通常被划分为 5 个主要地区,包括北部、东北部、东部、中部与南部地区,以首都曼谷为代表的中部地区社会经济发展水平最高,其他区域则相对落后。在省以下,又有更小的次级行政区划,称为“区”(district)与“次区”(subdistrict),根据 2000 年的统计,泰国全国共有 795 个区与 81 个次区。2010 年,泰国总人口 63 878 267 人,其中 67% 为农村人口。泰国属于中等收入国家,2013 年人均国内生产总值 5 939 美元。^[1]

泰国实行以国王为国家元首的君主立宪制,从 20 世纪 50 年代到 1997 年,在经济上取得了快速发展。1997 年亚洲经济危机严重影响了泰国经济发展。2001 年以后,泰国经济逐渐恢复,并稳步增长。2006 年泰国军方发动军事政变,推翻他信政府的领导。近期,泰国政治局势持续紧张,对健康和卫生政策的影响仍有待观察。

1.2 卫生事业发展

WHO 资料显示,2008 年泰国人均期望寿命为 70 岁,5 岁以下儿童死亡率为 14‰,卫生总费用占 GDP 的比例为 4%。^[1] 泰国从国家层面上几乎实现了所有健康相关的千年发展目标,但是医疗服务差异和不平等仍旧存在,某些地区的疾病发生率是曼谷的 4~8 倍。

* 作者简介:刘晓云,男(1973 年—),博士,副教授。主要研究方向为卫生系统与政策。E-mail: xliu@bjmu.edu.cn

目前,泰国面临着人口结构和疾病流行构成的双重转变。总和生育率由1990年的2.1下降到2012年的1.5。疾病负担前10位中有9种属于非传染性疾病。伤害,尤其是道路交通伤害,是最重要的死因之一,给这个国家带来了巨大的经济损失。艾滋病、结核病、疟疾和新出现的病原体导致的疾病等在流动人口和边界地区的人口仍然流行。

表1 泰国概况^[1]

指标	数值
总人口(人,2010)	63 878 267
15岁以下人口比例(% ,2010)	19.37
城市人口比例(% ,2008)	33
期望寿命(岁,2008)	70
5岁以下儿童死亡率(‰,2008)	14
围产期死亡率(每10万活产儿,2008)	44
卫生总费用占GDP比例(% ,2008)	4
人均国民收入(美元,2008)	3 670

泰国尤其是其农村地区的卫生系统中,公立医疗卫生机构占主体地位。绝大多数公立医疗卫生机构接受卫生部的直接管理。全国约有800家各级医院提供二三级医疗服务,有1万家卫生院提供基层医疗服务。1997年经济危机以后,在政府的支持下,城市地区私立医疗机构开始拓展新的医疗服务市场。国外患者到泰国接受诊疗服务的数目不断增长。私立医疗机构的床位占全国医院床位的25.9%。^[2]基层医疗卫生服务在泰国的卫生系统中始终发挥着重要的作用。

泰国的卫生筹资主要依靠综合税收。据2008年国家卫生帐户提供的数据,卫生总投入中近65%来自中央政府,地方政府投入仅占4%,其余部分则来自个人、家庭和企业。

2 泰国全民健康覆盖政策

2.1 全民健康覆盖之前的健康保障政策

泰国卫生事业发展有着较长历史。1997年泰国宪法就明确规定:“人人有权接受标准的公共卫生服务,贫困人口有权免费享受政府公共医疗中心提供的诊疗服务;泰国政府有义务无偿保护公众健康,有效防治传染性疾病”。^[3]泰国政府于2001年推行全民健康覆盖措施之前,已建立了多种医疗保险计划^[4],包括:

(1) 医疗福利计划(Medical Welfare Scheme,

MWS)。1975年建立的一项健康计划,以保障低收入家庭,后来扩展至60岁及以上的老年人、残疾人以及12岁以下的儿童。

(2) 公务员医疗福利计划(Civil Servant Medical Benefit Scheme, CSMBBS)。1978年皇家法令颁布,由国家财政税收拨款,政府职员及其家属享受全额报销的免费医疗。

(3) 自愿医疗计划(Voluntary Health Card Scheme, VHCS)。建立于1983年,参保家庭支付500泰铢购买医疗卡,家庭成员中4人可以获得所需的医疗和健康照护。政府对这一计划也提供财政投入。

(4) 社会保障计划(Social Security Scheme, SSS)。1991年开始实施,对象包括正式就业的雇员,由政府、雇主和雇员平均承担费用。通过与医院签订医疗合同,实施按人头付费的支付方式。这项计划中雇员的家属不在保障范围内。

除此之外,还有小部分居民参加了商业医疗保险。这些碎片化的保险计划相互割裂,有些相互重复,但人群的覆盖率并不高(表2)。

表2 1991—2001年泰国各种健康保险计划的覆盖率(%)

健康保险计划	1991年	1996年	2001年
医疗福利计划	12.7	12.6	32.4
公务员医疗福利计划	15.3	10.2	8.5
社会保障计划	—	5.6	7.2
自愿医疗计划	1.4	15.3	20.8
商业医疗保险	4.0	1.8	2.1
合计	33.4	45.5	71.0

2.2 30泰铢计划

尽管上述健康保险计划扩大了医疗保障的覆盖面,但至2001年,泰国仍有29%的人口没有医疗保险,他们在看病时必须自费支付所有医疗费用。^[5-8]2001年泰爱泰党(Thai Rak Thai Party)在竞选中提出“30泰铢治疗所有疾病”,即患者每次看病只需支付30泰铢(约合人民币6元),其他医疗费用由政府承担。这为他们2001年大选取得胜利起到了重要作用。大选胜利后,执政党有强烈的政治意愿兑现竞选承诺。卫生部官员抓住这一机遇,与执政党及部分学者结成联盟,成功地推动了这次全民健康覆盖改革。“30泰铢计划”试点工作2001年4月,就已经开始在泰国6个省实施,覆盖当时没有任何健康保险福利的人群。2001年7月该项目迅速扩展至21

个省,到 2001 年 10 月实现了全民健康覆盖的目标,所有省(首都曼谷除外)都加入了这一计划。泰国在如此短的时间里迅速实现了这一保障计划的全人口覆盖。2006 年 10 月新政府上台后,30 泰铢的共付费用也被取消了。全民健康覆盖计划的服务内容包括门诊和住院,也包含公共卫生、急诊、康复等服务。全民健康覆盖的服务包内容不断扩展,比如后来增加了艾滋病抗病毒治疗以及肾透析治疗等项目。^[2,9]全民健康覆盖计划也采用了基本药物目录。

全民健康覆盖计划取代了原先的医疗福利计划和自愿保险计划,因此,到 2002 年实现全民健康覆盖后,泰国共有三个并行的医疗保障制度,其目标人群和覆盖率如表 3 所示。^[4, 7, 10]

表 3 2002 年泰国各项健康保险计划及其覆盖率^[4]

健康保险计划	目标人群	人群覆盖率(%)	资金来源	支付方式
公务员医疗福利计划	政府雇员、退休人员及其家属	10	综合税收; 个人不需缴费	按项目付费
社会保障计划	私立部门雇员	13	政府、雇主和雇员三方共同缴费	按人头付费(包括门诊和住院)
全民健康覆盖计划	其他所有人群	74	综合税收; 个人不需缴费	门诊按人头付费; 住院按总额预付和 DRG

2.3 泰国全民健康覆盖政策的特点

泰国的全民健康覆盖计划不仅是一项单纯的医疗保险制度,而是对整个卫生体系的一次深层次改革。全民健康覆盖计划有以下几个显著特征,可以为其他发展中国家开展类似改革提供重要的经验。^[4, 5, 11]

2.3.1 区域医疗联合体为基础的服务提供体系

在卫生服务提供方面,泰国成立了区域医疗联合体(District Health System)。区域医疗联合体作为主要的服务提供方,与医保局签订服务合同。区域医疗联合体由一家区级医院和 10~12 家卫生院组成。区级医院通常有 3~4 名全科医生、30 名护士、2~3 名药剂师、1 名牙医以及别的辅助人员,区级医院有大约 30 张病床。卫生院则只有 3~5 名护士及其他辅助人员。全国共有 900 个这样的医疗联合体,每个医疗联合体覆盖的人群为 1 万~15 万,平均为 5 万人。

区域医疗联合体作为医疗卫生服务提供的守门

人,为当地居民提供基本的医疗卫生服务。居民需要与该联合体签约,才能享受免费的医疗服务。居民第一次就诊时,必须到该医疗联合体接受诊疗服务。如果基层医生判断需要更高级别的医疗服务,会将患者转诊至二、三级医疗机构就医。同时,该制度的设计比较灵活,居民也有权利绕过基层的区域医疗联合体,直接到大医院接受服务,但是不能享受免费服务,所有医疗费用必须自费。

与此相适应,医保资金的流向也发生了变化。在实施全民健康覆盖政策之前,由泰国卫生部及地方卫生行政部门根据既往配置情况拨款至各级医疗机构。政策制定者相信这种资金配置模式会导致资金分配更加偏向于二、三级医疗机构。在新的模式下,国家医保局作为服务购买方,与区域医疗联合体签订服务购买合同,资金也随之直接拨付给基层的区域医疗联合体。区域医疗联合体利用这些经费为签约居民提供基本的医疗服务。如需转诊,由区域医疗联合体代表签约居民向转诊医疗机构购买二、三级医疗服务。在这样一个制度下,基层的区域医疗联合体作为资金持有者,起到守门人的作用,有助于控制费用,加强了初级卫生保健的作用。

2.3.2 支付制度改革

泰国全民健康覆盖计划完全依靠政府投入为 74% 的居民提供医疗保健服务,这对一个中等收入国家的财政来说,是一个不小的挑战。因此,如何设计合理的支付方式以控制医疗费用,成为政策设计者的一项主要任务。泰国全民健康覆盖计划最初设计的支付方式为按人头支付。改革家希望通过这种支付方式,改变资源配置不公平的现状。大多数人力资源和其他资源集中在经济发达的中部地区,其它地区虽然人口众多,所获得的医疗资源却相对偏少。按人头支付方式的设计初衷是人口众多的欠发达地区可以多获得一些资金,从而吸引更多的卫生人才到这些地区工作。同时该政策也可以迫使城市地区主动减少卫生人力。2001 年设置的人均人头费为 1 202 泰铢,到 2011 年,人均人头费上升到 2 694 泰铢。2001 年政府为全民健康覆盖计划的总投入约为 600 亿泰铢,2011 年增加到 1 200 亿泰铢。

这一政策的实施遇到了很大的阻力。首先,城

市地区因为人口相对较少,接受的经费减少。其次,为了留住资金,一些区域医疗联合体不愿意将病人转诊至上级医院,致使二、三级医疗机构的收入锐减,甚至无法保证卫生人员的工资。这引起了医院和医务人员的强烈反对。改革不得不对此加以调整。调整后的支付方式为:门诊服务继续采用按人头支付,由国家医保局及其地方分支机构直接拨付给区域医疗联合体。住院服务采用总额预付和按病种支付(DRG)的方式。这部分费用不再经过区域医疗联合体,而是由医保部门直接支付给提供住院服务的二、三级医疗机构。

3 全民健康覆盖政策的实施效果

3.1 实现了医保人群“全覆盖”

泰国全民健康覆盖政策在不到一年的时间内将医疗保障的人群覆盖率从 71% 提高到 97%, 实现了人口的全覆盖。^[12-14]当然,由于泰国有三个医疗保障制度,每个保障制度所覆盖的人群构成有所差异。有证据显示,全民健康覆盖计划所覆盖的人群中,50% 属于贫困人口,而公务员医疗福利计划和社会保障计划所覆盖的人群中分别有 52% 和 49% 属于最富裕的人口。^[15]

3.2 改善了医疗服务可及性

由于人群的全覆盖以及基层医疗卫生服务的强化,泰国居民,尤其是农村居民对服务的可及性明显改善。^[13, 14, 16]有研究显示,2010 年应就诊而未就诊以及应住院而未住院的比例都处于非常低的水平,分别为 1.4% 和 0.4%。而且这些卫生服务需求未被满足的主要原因是地理位置限制,而不是医疗费用问题。这一比例和发达国家基本相同。^[17]相比之下,中国 2008 年的国家卫生服务调查显示,应就诊而未就诊以及应住院而未住院的比例分别为 37.6% 和 25.1%, 远远高于泰国的水平。^[18]

3.3 降低了疾病经济风险

实施全民健康覆盖政策之后,医疗费用的增长得到有效控制。^[12-14]泰国居民由于医疗费用而发生灾难性支出和导致贫困的比例明显降低。灾难性卫生支出的比例由 2000 年的 5.4% 下降到 2004 年的 2.8%。同期,因病致贫的比例则由 2.1% 下降到 0.5%。^[4]

3.4 提高了卫生服务利用效率

实施全民健康覆盖政策后,区域医疗联合体是基层医疗卫生服务的主要提供者。基层医疗卫生服务的利用明显增长,而省级医疗卫生服务利用则有所下降(表 4)。这说明,卫生资源的利用效率在实施全民健康覆盖政策后明显增长。^[4]

表 4 泰国门诊和住院卫生服务利用的效率变化

机构	门诊人次(百万)			住院人次(百万)		
	2000	2003	2004	2000	2003	2004
卫生院	29.7	43.7	63.8	—	—	—
区医院	19.0	16.7	46.2	1.1	2.1	2.2
省级医院	24.5	14.8	20.1	2.1	1.4	1.8

注:卫生院不提供住院服务。

4 全民健康覆盖政策中存在的问题

尽管泰国的全民健康覆盖政策取得了巨大成功,但政策制定者和研究者也提出了其中存在的一些重要问题。

4.1 改革速度过快

发展中国家卫生改革的特点之一是将众多改革措施在较短时间内实现,泰国的全民健康覆盖政策也不例外。在不到一年的时间内,泰国同时开展了成立国家医保局、建立区域医疗联合体、30 泰铢计划、支付方式改革等多项重要的改革措施。同样的改革措施(如购买者和提供者分离的政策)在英国则经历了几十年的时间才逐渐成熟。^[5, 10]

改革步伐过快的局限性之一是利益相关者对某些改革措施的抵制难以在短时间有效化解。比如,改革措施中按人头支付的预期目标是改善资源(包括财力和人力资源)的配置,即通过经济杠杆的作用吸引卫生技术人员到农村和偏远地区提供卫生服务,但是大医院和卫生技术人员对该政策的抵制使得这一预期目标没有实现。

4.2 卫生人力资源限制

卫生人力资源在地区间的分布不平衡是全球许多国家面临的共同问题。泰国政府为此采取了许多政策,包括扩大医学院的培养规模、强制医学毕业生到农村服务等措施。尽管如此,中部发达地区仍然比其他地区拥有更多高素质的卫生技术人员。农村和基层缺少卫生技术人员,影响了当地居民获取高

质量的医疗卫生服务。而且,随着私立医疗机构规模不断膨胀,有越来越多的卫生人员离开公立医疗机构,到私立医疗机构就业,造成公立医院卫生人员短缺。^[10]

4.3 潜在的不公平

尽管泰国已经实现了全民健康覆盖,但目前仍由三种不同的医疗保障制度。这三种制度覆盖不同的人群,有不同的医疗服务包设计。其中公务员医疗福利计划作为一种费用最高、效率最低的健康保险方式,与全民健康覆盖系统平行运行。这项福利计划为泰国约 300 万公务员和 400 万公务员家属提供医疗保健福利,其人均医疗费用几乎是全民健康覆盖计划人均医疗费用的 3 倍。^[19]

5 对我国的启示

泰国实现全民健康覆盖的宝贵经验,对其他发展中国家有着重要的借鉴意义。中国也应该借鉴其经验,争取早日实现全民健康覆盖。

5.1 持续的政治承诺

实现全面健康覆盖绝不是卫生部门单独能够完成的任务,必须有政府长期的政治承诺以及多部门的紧密合作。泰国作为一个发展中国家,能够率先实现全民健康覆盖,在很大程度上取决于政府长期致力于消除贫困和帮扶农村的健康政策。尽管近些年来泰国政局频繁发生变动,但是对全民健康覆盖的承诺始终没有变化。

5.2 强调基层医疗卫生服务

泰国全民健康覆盖政策的一个显著特点就是强调基层医疗卫生服务。通过建立区域医疗联合体,并且由区域医疗联合体代表居民购买医疗服务,通过资金分配吸引财政和人力资源向基层和农村倾斜,大大加强了基层医疗卫生服务体系的发展,提高了卫生服务的公平和效率。

5.3 制定综合的改革方案

卫生服务体系的每一个部分相互联系,相互影响。任何一项单独的改革措施都难以有效实现其改革目标,必须有综合配套的改革方案。泰国实现全民覆盖的改革是一个典型案例,值得认真研究和借鉴。建立区域医疗联合体、守门人制度、按人头支付

等多项措施无不紧密配合,形成一个运行良好的整体。

参 考 文 献

- [1] World Health Organization. Country cooperation strategy at a glance [EB/OL]. [2013-12-23]. http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/countries/ccsbrief_tha_en.pdf
- [2] Pachanee C A, Wibulpolprasert S. Incoherent policies on universal coverage of health insurance and promoting of international trade in health services in Thailand [J]. Health and Policy Planning, 2006, 21(4): 310-318.
- [3] Chan Chee Khoon. 30 泰铢治疗所有疾病--泰国医疗保健制度的一种尝试[J]. 医学与哲学: 人文社会医学版, 2007, 28(10): 7-8, 13.
- [4] Tangcharoensathien V, Prakongsai P, Limwattananon S, et al. Achieving universal coverage in Thailand: what lessons do we learn? [EB/OL]. [2013-12-23]. http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/universal_coverage_thailand_2007_en.pdf
- [5] Hughes D, Leethongdee S. Universal coverage in the land of smiles: lessons from Thailand's 30 baht health reforms[J]. Health Affairs, 2007, 26(4): 999-1008.
- [6] Tangcharoensathien V, Tantivess S, Teerawattananon Y, et al. Universal coverage and its impact on reproductive health services in Thailand [J]. Reproductive Health Matters, 2002, 10(20): 59-69.
- [7] Tangcharoensathien V, Wibulpolprasert S, Nitayaramphong S. Knowledge-based changes to health systems: the Thai experience in policy development [J]. Bulletin of the World Health Organization, 2004, 82(10): 750-756.
- [8] Ngorsuraches S, Sornlertlumvanich A. Determinants of hospital loss in Thailand: experience from the first year of universal coverage health insurance program [J]. Health Care Management Science, 2006, 9(1): 59-70.
- [9] Tantivess S, Werayingyong P, Chuengsamarn P, et al. Universal coverage of renal dialysis in Thailand: promise, progress, and prospects[J]. BMJ, 2013, 346: f462.
- [10] Thoresen S H, Fielding A. Universal health care in Thailand: Concerns among the health care workforce [J]. Health Policy, 2011, 99: 17-22.
- [11] Hughes D, Leethongdee S, Osiri S. Using economic levers to change behaviour: the case of Thailand's universal cov-

- erage health care reforms [J]. Social Science and Medicine, 2010, 70(3): 447-454.
- [12] Prakongsai P, Limwattananon S, Tangcharoensathien V. The equity impact of the universal coverage policy: lessons from Thailand [J]. Advances in Health Economics and Health Services Research, 2009, 21: 57-81.
- [13] Somkotra T, Lagrada L. Payments of health care and its effect on catastrophe and impoverishment: experiences from the transition to universal coverage in Thailand [J]. Social Science and Medicine, 2008, 67(12): 2027-2035.
- [14] Coronini-Cronberg S, Laohasiriwong W, Gericke C A. Health care utilisation under the 30-Baht Scheme among the urban poor in Mitrapap slum, KhonKaen, Thailand: a cross-sectional study [J]. International Journal for Equity in Health, 2007, 6:11.
- [15] Suraratdecha C, Saithanu S, Tangcharoensathien V. Is universal coverage a solution for disparities in healthcare? Findings from three low-income provinces in Thailand [J]. Health Policy, 2005, 73(3): 272-284.
- [16] Teerawattananon Y, Russell S. A difficult balancing act: policy actors' perspective on using economic evaluation to inform health-care coverage decisions under the universal health insurance coverage scheme in Thailand [J]. Value in Health, 2008, 11(1): S52-60.
- [17] Thammatacharee N, Tisayaticom K, Suphanchaimat R, et al. Prevalence and profiles of unmet healthcare need in Thailand [J]. BMC Public Health, 2012, 12: 923.
- [18] 卫生部统计信息中心. 2008-中国卫生服务调查研究-第四次家庭健康询问调查分析报告[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社 2009.
- [19] International Labour Organization. Thailand: technical note to the government: financing universal health care in Thailand[R]. Geneva, 2004.
- [收稿日期:2013-12-20 修回日期:2014-01-10]
(编辑 刘 博)

· 信息动态 ·

世界卫生组织发布《2014 年世界癌症报告》

2014 年 2 月 3 日,世界卫生组织发布了《2014 年世界癌症报告》。该报告揭示了当前全球癌症负担情况,并强调需要落实有效的预防策略以遏制该病。

目前,全球癌症负担不断加重,未来 20 年每年新发癌症病例将达到 2200 万,同期癌症死亡数将上升到 1300 万例。受人口增长和老龄化影响,发展中国家的癌症数量不断攀升,全球 60% 的病例发生在非洲、亚洲和中美洲及南美洲地区,并且占全世界癌症死亡数的 70%。

该报告提出了一些有效措施来遏制癌症危机:(1)有效开展免疫接种运动和健康促进。如对乙肝病毒和人乳头瘤病毒采取有效疫苗接种,可相应大

幅度降低肝癌和宫颈癌;在中低收入国家进行烟草控制对预防癌症至关重要;在发达国家应促进身体活动和避免肥胖。(2)早发现、早诊断和早治疗。政府应加大政治承诺,以逐步加大高质量筛查和早期发现规划的落实。(3)适当立法,减少接触和危险行为。适当的立法措施对于减少接触和危险行为具有重要作用,如《烟草控制框架公约》通过税收、广告限制和其他措施有效减少了烟草消费,在饮酒、接触工作场所致癌物以及环境污染物等方面,也需要对类似措施做出评估。

(来源:世界卫生组织网站)