

台湾地区医疗服务体系管理的经验和启示

侯岩^{1*} 代涛² 郑英² 庄宁¹

1. 国家卫生和计划生育委员会 北京 100044

2. 中国医学科学院医学信息研究所/卫生政策与管理研究中心 北京 100020

【摘要】本文首先介绍了台湾地区卫生行政管理架构与医疗服务体系的基本情况,重点分析了台湾地区医疗服务体系管理的做法及特点,主要包括通过实行“医疗网计划”,合理配置医疗卫生资源;发挥健保制度和医院评鉴的协同作用,规范医疗机构行为;通过“公办民营”提高公立医院效率,以公私平等政策鼓励社会力量办医;严格公立医院运行管理等。最后,提出了对我国加强医疗卫生服务体系规划管理的启示。

【关键词】台湾地区; 医疗服务体系; 管理; 经验; 启示

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2015.05.003

The experience and implications of the health care system management of Taiwan Province

HOU Yan¹, DAI Tao², ZHENG Ying², ZHUANG Ning¹

1. National Health and Family Planning Commission, Beijing 100044, China

2. Institute of Medical Information, Center for Health Policy and Management, Chinese Academy of Medical Sciences, Beijing 100020, China

【Abstract】This paper describes the administrative structure of the health system and its basic characters in Taiwan province, and focus on the analysis of the main approaches and characteristics of the health system planning and management: “Taiwan’s health care network plan” was used to allocate the health resources reasonably; the health insurance system and “The Hospital Accreditation” were combined to regulate the behavior of the medical institutions; the form of public/government hosted and private running” was used to improve the efficiency of the public hospitals; the public and private hospitals were treated equally by the government to promote the private to invest in the hospital; and the public hospitals were managed strictly. Then we proposed several implications from the practices of Taiwan for our country in strengthening health care system planning and management.

【Key words】Taiwan province; Health care system; Management; Experience; Implication

台湾地区居民健康水平较高,2013 年人均期望寿命 79.9 岁,其中男性 76.9 岁、女性 83.4 岁;婴儿死亡率 3.9‰^[1]; 2012 年孕产妇死亡率 8.5/10 万^[2],均达到国际先进水平。台湾地区诊所分布密集,医院分级配置,形成了由医学中心、区域医院、地区医院及基层医疗单位构成的较为合理、完备的医疗卫生服务体系。加之全民医疗保险制度的建立,居民医疗服务利用水平较高。2012 年人均门诊 15.09 次,住院率为 13%。^[3]经过多年发展,台湾地区在优化医疗卫生资源配置、加强医院监管、控制医

疗费用等方面的一些做法,值得借鉴。

1 卫生行政管理架构与医疗服务体系概况

1.1 管理机构与职责

2013 年 7 月,台湾地区将原“卫生署”内 21 个单位与任务编组、5 个所属机关,“内政部”社会司、儿童局、家庭暴力及性侵害防治委员会、居民年金监理会以及“教育部”中医药研究所等单位,整合为包括 8 个司局和 6 个处室的事权统一的新机关——“卫生福利部”,负责台湾地区卫生及社会福利行政事务,

* 作者简介:侯岩,女(1957 年—),国家卫生和计划生育委员会规划与信息司司长。E-mail: houyan@nhfpc.gov.cn
通讯作者:代涛。E-mail: dai.tao@imicams.ac.cn

所属机构包括疾病管制署、食品药物管理署、中央健康保险署、国民健康署、社会及家庭署、中医药研究所等,并直接管理 26 家部立医院。台湾地区的医疗服务管理以“法治”和医院“自治”为基础,注重发挥民间组织和专业团体在行业管理等方面的作用。法律主要有“医疗法”、“医师法”和“全民健康保险法”等,规定了医疗机构的设置,医疗机构运营和医务人员执业行为,健康保险的资金筹集、管理、付费、处罚等内容,但不涉及对医院内部的机构设置和内部管理要求。行政主管部门的主要职能是行政执法,监督法律法规规定事项的执行情况,主要包括医疗机构设置审批、医疗机构级别评鉴、医师职称评定等。行业公(协)会分为若干专科公(协)会,主要负责本专业技术标准的制订、修订和执行,协助官方进行医疗机构级别评鉴、医师职称评定等工作。医疗机构对自身服务工作的组织、经营、安全和品质管理工作负责。^[4]

1.2 医疗机构的主要类别

按照权属划分,台湾地区的医疗机构主要分为公立、私立两类。公立医疗机构包括“卫生福利部”、“教育部”、“国防部”和“国军退除役官兵辅导委员会”等所属医院,以及直辖市、县政府所属医院等;私立医疗机构包括财团法人和社团法人举办的医疗法人,医师设立的私立医疗机构,私立医学院附设医院、农会和渔会附设医疗机构、事业单位所设医务室等法人附设医疗机构等(图 1)。医疗法人包括医疗财团法人及医疗社团法人,医疗财团法人是由捐助人以从事医疗事业、举办医疗机构为目的捐助一定财产,经主管部门许可并向法院登记的非营利性医疗机构,不允许分红、投资其他行业,医院撤销只能在财团法人之间转移或交给政府,税收方面享受优惠政策;而医疗社团法人是社员出资建立、可以营利及分配盈余的医疗机构。^[5]按照机构形态划分,可分为医院、诊所和其他医疗机构,医院包括综合医

院、慢性病医院、精神科医院、中医医院和牙医医院等,诊所包括中医、牙医、卫生所和医务室等,其他医疗机构主要包括病理中心和捐血机构。按照机构等级划分,可分为医学中心、区域医院、地区医院和基层医疗单位等,医学中心提供特殊及复杂诊断治疗等医疗服务,并兼具教学和科研等功能;区域医院具备比较齐全的科室,分为甲类教学医院、乙类教学医院和非教学医院三个等级;地区医院分为乙类教学医院和非教学医院两个等级。

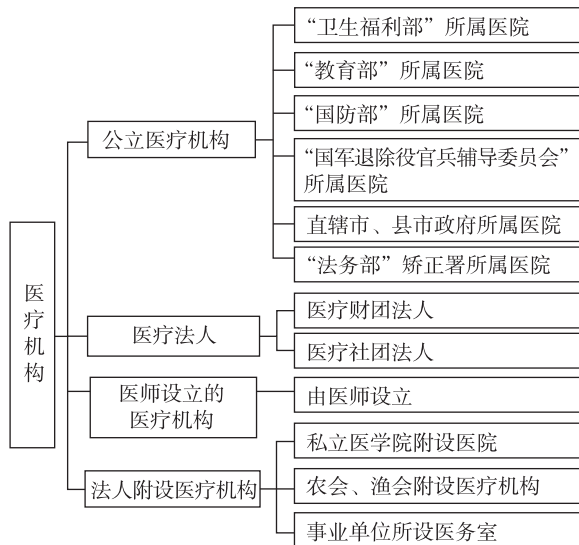


图 1 台湾地区医疗机构类别(按权属划分)

1.3 医疗机构的数量分布

2013 年,台湾地区共有各类医疗机构 21 713 家,其中医院 495 家,包括公立医院 81 家(占 16.4%)、私立医院 414 家(占 83.6%);诊所 21 218 家,其中公立 444 家(占 2.1%)、私立 20 774 家(占 97.9%)。病床数 159 422 张,其中医院床位数 134 197 张(84.2%),诊所床位数 25 225 张(15.8%),每万人口床位数为 68.2 张;公立医疗机构个数占医疗机构总数的 2.4%,床位数占总床位数的 28.7%;私立医疗机构个数占 97.6%,床位数占 71.3%(表 1)。^[6]

表 1 台湾地区 2013 年医疗机构数、床位数及比例

	医院			诊所			总计		
	公立	非公立	小计	公立	非公立	小计	公立	非公立	小计
机构数(%)	81(16.4)	414(83.6)	495	444(2.1)	20 774(97.9)	21 218	525(2.4)	21 188(97.6)	21 713
床位数(%)	45 134(33.6)	89 063(66.4)	134 197	546(2.2)	24 679(97.8)	25 225	45 680(28.7)	113 742(71.3)	159 422

2 台湾地区医疗服务体系管理的做法及特点

2.1 通过实行“医疗网计划”,合理配置医疗服务资源

1985 年,为了应对医疗资源分布不均衡、服务提供机构之间缺乏总体规划和协同发展等问题,台湾地区“卫生署”发起“医疗网计划”。该计划的目标是促进医疗服务资源均衡发展,统筹规划医疗机构及人力资源分布,建立分级医疗及转诊制度,落实医疗本地化,消除健康不平等。^[7,8]截至目前,“医疗网计划”共实施了 7 期。1985—2000 年为第一至第三期,这个时期以基础建设为主,注重硬件建设和人力规划,解决医疗机构设施数量不足及资源分布不均等问题;2001—2012 年为第四至第六期,该期主要目标是健全医疗照护体系,提升医疗品质;2013 年提出了新的第七期“医疗网计划”,即开创全民均等健康照护计划。

目前,台湾地区根据人口规模、地理条件和转诊设施以及健保分区等规划成 6 大医疗区域、17 个二级医疗区域、50 个次医疗区域,并以此为单位建立和发展地区医院。同时,鼓励社会资本在医疗条件不佳的地区举办医疗卫生机构,医疗发展基金以贷款的方式予以补贴。通过该“计划”的实施,平衡不同地域的医疗资源分布,使人力资源和机构设施以合理的速度增长和充分利用,提高医疗服务质量,保证居民医疗卫生服务的可及性和可获得性。

2.2 发挥健保制度和医院评鉴的协同作用,规范医疗机构行为

在台湾,影响医疗机构运行的两个最重要的政策即健保制度和医院评鉴制度。^[9]“卫生福利部”统筹运用两种制度协同约束以规范医疗机构行为,从而达到控制医疗费用和提升医疗质量的目的。

1995 年台湾地区开始实施全民健康保险制度,《全民健康保险法》规定该制度由“卫生福利部”主管,并建立“中央健保署”作为唯一的保险人统一经营管理,具体负责健保的组织实施,制定健保支付办法。^[10]设立“全民健康保险监理委员会”监督健保业务,并提供保险政策、法规研究及咨询事宜^[11];设立全民健康保险争议审议委员会,审议保险人、投保单位及保险医事服务机构对保险人核定案件发生争议的事项;设立医疗费用协议委员会,负责协议及分配医疗给付费用。同时,健保采取总额预付为主要的多

元支付方式,并确定每个区域和医疗机构的费用定额,有利于控制医疗费用的不合理增长。此外,台湾地区医院协会代表医院与社会民意代表如劳工协会等谈判健保支付的总额费用,而“健保署”则只作为筹资和执行机构。这与许多国家和地区由医院协会和患者代表共同与健保机构谈判的情况不同,民意代表站在付费方的立场,其主要目标包括节省健保费用、调整资金投入方向等,一定程度上对医疗机构的行为具有较强的约束性。

台湾地区的医院评鉴制度始于 1978 年,1986 年 11 月公布实施《医疗法》,“卫生署”依据规定于 1988 年开始实施台湾地区医院评鉴,同时,配合“教育部”办理教学医院评鉴。1999 年,财团法人医院评鉴暨医疗质量策进会(简称“医策会”)成立,医策会是由“卫生署”联合相关医疗团体共同成立的财团法人机构,受“卫生署”及“教育部”的委托负责全台湾地区医院及教学医院的评鉴工作,代理政府行使医院质量监督职能^[12],医院评鉴自此开始委托民间机构协助办理。医院评鉴制度在规范医院行为上发挥了重要作用,有两个显著特点:一是健保制度的给付比例与医院评鉴结果挂钩;二是实行定时评鉴(每四年一次)、不定时追踪辅导(每年一次)的动态管理机制。医院评鉴结果也会通过网络向社会公布,台湾地区内的所有居民可以清楚了解每家医院的优势劣势。^[13]在此情况下,评鉴制度对医疗机构发展有较大影响力,但主要不在争上等级方面。台湾地区的医学中心数量相对固定,实行末位淘汰,其他医院等级是根据规划的层级确定,评鉴无论是对医疗质量提升,还是对患者权益保护,其意义与成效都是显著的。医院评鉴结果成为医院荣誉和信誉的象征,带动医院质量管理的风气,形成提高医疗质量的推动力。^[14,15]教学医院评鉴对医院研究成果有一定程度的要求,医院为了能通过评鉴,鼓励医师及其他医务人员从事研究工作,从而促进医院间甚至国际间的学术交流。按照医院评鉴结果的等级来确定医疗费用标准,从而限制各级医院的诊疗项目,使医疗保险给付费用趋于合理。为帮助医院进一步提高服务质量,同时达到监管目的,台湾地区于 2001 年建立了适合本地区的医疗质量指标系统(Taiwan Healthcare Indicator Series, THIS),由台湾医务管理学会按照结构、过程、结果框架进行构建,包括四大类 139 项指标,目前,其绩效测量已经逐渐从注重结构性指标转向过程性、结果性指标。^[16]

2.3 通过“公办民营”提高公立医院效率,以公私平等政策鼓励社会力量办医

20 世纪 70 年代,台湾地区医疗服务体系是以公立医院为主,但随着经济社会发展,公立医院提供服务的能力和质量难以完全满足公众的需要,因此,制定政策支持民营医疗机构发展。台湾地区最初的民营医疗机构多是医生作为自然人开设的私人诊所,从 1978 年开始出现以财团法人形式设立的民营医疗机构(林口长庚医院)。为提高公立医院效率,1996 年制定了《台湾省立医院公办民营办法》,开展经营权和所有权分离的探索。主要有两种形式,一是委托经营(Operate-Transfer, OT),在不改变所有权的情况下采用托管的方式管理公立医院,由政府提供土地、房屋等基础设施,托管的医院按照政府定价进行收费,并承担公立医院的公共卫生等社会责任;二是将公立医院委托民间机构兴建及经营若干年后再移交给政府(Build-Operate-transfer, BOT),主要用于计划中需要兴建的公立医院,在政府不出资的情况下由民间兴建并经营一定年限后,政府可以采取收回或是续租和转租。^[17]2000 年以后,开始出现私人诊所合并为社团法人的营利性私人医院,但没有以资本投入形式设立的私立营利性医疗机构,只允许由医生设立(表 2)。私立医疗机构运用先进的经营管理理念和机制,采用有效的治理模式和激励机制,引进现代化的医疗技术和设备,改善患者就医流程,提供优质医疗服务,某种程度上激励公立医院对管理和服务质量的改进。

表 2 不同属性的民营医院比较

项目	财团法人医院	社团法人医院	私人医院
资金来源	捐助或募款	社员出资、持份,社员不得担任法人代表	个人
组织	董事会(9~15)	社员大会 董事会(3~9) 外国人任董事不得超过 1/3,且不得任董事长	自然人
盈余分	不可分配	70% 可分配	归个人
配税	部分免税	依法课税 营利事业所得税 25%	依法课税 个人综合所得税 40%
主管机关监督	对会计及财产有督导考核权	对会计有督导考核权	仅医疗业务

台湾地区对公立、私立医疗机构的政策待遇平等,鼓励社会力量举办非营利性医疗机构。各类医

疗机构收费标准相同,社团法人医疗机构需要交纳所得税、营业税等,而财团法人医疗机构只需交纳所得税。关于医生身份,原来所有公立医院的医务人员都是公务人员,现在逐渐过渡到契约式雇佣人员,私立医疗机构的医务人员是自由执业者,公私立医疗机构之间人员交流渠道畅通。在医院评鉴、资金补助等方面给予民营医院平等或优惠政策,全民健保制度对非公立医疗机构实行与公立医疗机构同等支付政策,在医疗机构设置、规模、大型设备审批和医疗服务监管等方面也同等对待。

2.4 严格公立医院运行管理,切实发挥公立医院作用

台湾地区的公立医院改革可分为两个重要时期,一是 20 世纪 70—80 年代进行的以改善经营管理、提高效率为主的改革;二是 1995 年以后为适应全民健保的建立而进行的一系列改革。台湾的公立医院通过合并、委托经营、BOT 等形式从 1995 年的 95 家减少到 2012 年的 82 家。^[13]公立医院享有一定的政府补助,但近年来随着健保制度全面覆盖,补助比例逐渐下降,政府预算直接用于公立医疗机构支出所占比重从 1994 年的 14.9% 下降到 2013 年的 5.8%^[18],目前主要是一次性建设投入;公立医院承担较多的社会责任和公共卫生任务,在公立医院体系内相互支援,配合紧急行动的调配。

公立医院的组织架构、人事、会计和采购制度在台湾地区是统一的,受到各种法律法规的约束与限制。医务人员薪酬由固定薪和奖励金两部分构成,固定薪与政府其他公务人员标准相同,奖励金最高为固定薪的 4 倍,而私立医疗机构医务人员的薪酬是没有上限的。公立医院也面临人事、财务、会计制度比较僵化,医院经营缺乏自主性,效率较低,医务人员待遇难以充分反映劳务价值等问题。近年,公立医院内部运行也不断改革,一些医院 2009 年开始逐步实行人事自主管理,可以通过契约雇佣人员,政府通过医疗基金委员会进行监管。^[14]

2.5 运用多种措施建立逐级转诊制度,引导公众有序就医

台湾地区没有强制性的“守门人”制度,而是通过一些政策和经济措施引导就医流向。^[11]首先,依靠健保支付引导公众有序就医。健保给付范围广,无论是西医、中医还是牙医的门诊、急诊、住院、康复、护理、居家照料等医疗保健服务均在保险的给付范围内,居民仅需要负担部分费用,全地区医疗机构的

92% 均为定点机构^[14], 医疗机构收入的 75% ~ 85% 来自健保。在支付标准上, 向基层医疗机构、经过转诊的患者、不住院或住院时间短的患者倾斜。例如, 未经转诊直接到医学中心就诊需支付 360 元的部分负担, 而首先到就近的诊所就诊只需付 50 元的部分负担。其次, 在服务体系设计上严格控制区域内医疗中心和大医院的床位规模, 根据床位数量配置医务人员。因此, 医院岗位有限, 医务人员“逆向”流动下沉到基层, 加之不同层级医疗机构医务人员的薪酬待遇和执业环境差别不大, 也保证了基层的医疗质量和水平。第三, 台湾地区卫生行政部门对医疗机构的内部管理没有统一的规定, 主要通过法律、法规、作业规范对医疗服务的提供、收费作了详细而明确的规定。^[19] 同时, 采取以总额预付为主的付费方式, 有效地遏制了医院扩张规模、增加服务量的积极性, 引导医院通过加强内部管理, 提高质量和效率, 降低成本来增加收益。

3 对我国加强医疗服务体系规划管理的启示

台湾地区在医疗服务体系规划管理中的一些经验, 可为我国制定实施医疗卫生服务体系规划、加强医疗机构管理提供有益借鉴。

3.1 持续实施医疗卫生服务体系规划, 有助于优化资源配置

台湾地区实施“医疗网计划”的经验表明, 政府通过制定规划, 引导建立功能清晰、层次合理, 定位明确、相互协作的医疗服务体系, 发挥不同层次和功能医疗机构的作用, 为全体居民获得公平可及的医疗服务奠定体系基础。我国大陆要以刚出台的《全国医疗卫生服务体系规划纲要(2015—2020)》为依据, 抓紧制定并实施各地方的医疗卫生服务体系规划, 明确不同层级医疗机构的功能定位、规模和资源配置标准, 建立基层与大医院间的分级诊疗体系, 发挥公立和私立医疗机构的协同作用, 优化卫生资源的配置与利用。加强基层医疗机构建设, 激励优质医疗卫生资源下沉。

3.2 发挥医疗、医保、医药“三医联动”的协同作用, 规范医院行为

发挥医保和医疗服务监管的协同作用, 既是台湾地区的经验, 也是许多国家和地区医疗卫生改革发展的持续探索。当前我国大陆医疗、医保、医药“三医联动”的协同机制还不够完善, 也是公立医院

改革进展不够理想的重要原因之一, 今后有必要进一步发挥“三医联动”在规范医疗机构行为中的协同作用。

3.3 建立科学有效的医疗质量管理与评价体系

台湾地区的医疗质量监管主要委托民间机构医策会办理, 是典型的“第三方”监管, 其医院评鉴制度与医疗质量指标系统(THIS)对医疗机构的管理和医疗品质的提升发挥了很大的促进作用。台湾地区的经验表明, 医疗质量管理需要从制度建设、组织推动、管理手段、评价工具等方面综合推进。医院质量标准化是质量管理的前提, 标准化的关键是科学的指标体系。建立医疗质量评价指标体系应当以患者为中心, 注重医疗服务的过程和结果, 而非仅强调制度结构; 同时, 要对评价结果公开发布, 引导医疗机构和医务人员行为, 从而真正达到控制医疗费用和提升医疗质量的目的。

3.4 改革医保支付方式, 促进分级诊疗制度的建立

合理的医保支付方式是引导医疗机构规范服务、提高质量、控制费用的重要手段。要在把握总体筹资能力的前提下, 以维护基金的长期平衡、保持必要的个人付费为原则, 合理确定支付范围和水平。要针对门诊和住院分别采取不同的支付方式, 如门诊按人头付费或总额预付制, 住院以按病种付费为主, 辅之必要的按项目付费。对是否经过基层医疗机构转诊采取不同的支付政策, 以引导居民养成优先在基层医疗机构就诊的习惯, 逐步建立基层首诊的分级诊疗制度。

3.5 制定操作性强的政策措施, 鼓励社会力量举办医疗卫生机构

明确公立与私立医疗机构在医疗卫生服务体系中的功能定位与作用, 在满足居民基本医疗卫生服务需求的基础上, 鼓励社会力量参与医疗服务提供, 以满足多元化、多层次的医疗服务需求。支持开展多种形式的“公私合作”探索, 制定切实可行的政策措施支持私立医疗机构的发展, 如在准入、土地、税收、医保、学科建设和人才培养等方面给予公、私立医疗机构同等待遇, 营造公私平等的政策环境, 促进功能互补、有序竞争、多元办医格局的形成。

参 考 文 献

- [1] 2014 年台湾地区卫生福利统计指标[EB/OL]. (2015-02-26)[2015-03-04]. <http://www.mohw.gov.tw/CHT/DOS/>

- Statistic_P.aspx? f_list_no = 312&fod_list_no = 2220&doc_no = 43390
- [2] 台湾地区 2013 年版公共卫生年报 [EB/OL]. [2015-04-04]. http://www.mohw.gov.tw/MOHW_Upload/doc/102年公共卫生年报.pdf
- [3] 2013 年全民健康保险总额支付制度协商参考指标要览 [EB/OL]. [2015-03-04]. http://www.mohw.gov.tw/MOHW_Upload/doc/102年指标要览_0000674001.pdf
- [4] 周守君. 台湾医疗服务与全民健康保险体制分析[J]. 中国医院, 2011(2): 76-80.
- [5] 邹涛, 田侃. 台湾地区民营医疗机构法律地位浅析[J]. 医学与社会, 2009, 22(12): 50-51, 65.
- [6] 台湾地区卫生福利部官网 [EB/OL]. [2015-04-04]. <http://www.mohw.gov.tw/CHT/Ministry/Index.aspx>.
- [7] 周冠虹. 台湾的医疗网计划[J]. 上海医学, 1993(11): 680-681.
- [8] 杜乐勋. 中国台湾地区医疗卫生的过去和现状(一) [J]. 中国医院管理, 1994(5): 48-50.
- [9] 付晨, 张钢. 台湾地区医疗卫生管理体制的启示和借鉴 [J]. 中国卫生资源, 2007(1): 24-26.
- [10] 施存丰, 田志龙. 台湾地区全民健康保险 10 年实施状况及其启示[J]. 中国卫生经济, 2007(7): 65-67.
- [11] 赵喜顺. 台湾的医疗保险制度[J]. 台湾研究集刊, 2000(1): 95-102.
- [12] 尹畅, 董四平, 梁铭会. 台湾医疗质量监管的经验与启示[J]. 中国卫生质量管理, 2011(6): 6-8.
- [13] 郭守仁. 台湾医院评鉴运作模式及医院之因应[J]. 中国医院, 2009(8): 78-79.
- [14] 文武. 台湾医疗卫生体制及其启示[J]. 中国财政, 2011(3): 70-73.
- [15] 林端宜, 黄颖. 台湾医疗卫生改革新进展[J]. 中国医院, 2004(4): 77-79.
- [16] 顾而洲, 陈英耀. 台湾地区医疗质量指标系统的发展和运用[J]. 中国卫生质量管理, 2008(2): 80-82.
- [17] 钱庆文. 台湾公立医院经营的四大变革[J]. 当代医学, 2002(12): 20.
- [18] 2013 年国民医保支出统计表 [EB/OL]. (2015-01-06) [2015-03-04]. http://www.mohw.gov.tw/CHT/DOS/Statistic.aspx? f_list_no = 312&fod_list_no = 5351
- [19] 梁英. 台湾卫生行政管理部门对医疗服务的宏观调控分析[J]. 中国医药导报, 2012, 9(30): 165-167.

[收稿日期:2015-03-10 修回日期:2015-05-16]

(编辑 刘博)

· 信息动态 ·

农村地区健康不公平的相关数据和决策

近日,国际劳工组织发布了关于农村地区健康不公平现状的报告。该报告对 174 个国家农村地区的相关数据进行分析发现,亚洲和太平洋地区的健康不公平现象最为严重。全球 56% 的农村居民未被医疗保险覆盖,卫生人力较为短缺,由于政府卫生投入不足,全球 63% 的农村居民难以获得卫生服务。从全球来看,除了欧洲和北美地区,农村地区的孕产妇死亡率是城市的两倍,而非洲是孕产妇死亡率最高的地区。

该报告指出,城乡居民在卫生服务可及性上存在差异是必然的。关键在于这一差距有多大,以及我们能够做什么。只有采取系统、综合的方法并积极付诸行动,才能有效解决这一问题。一个国家所采取的措施必须系统且同时解决医保、卫生人力短缺、卫生服务质量等问题,才能实现卫生服务的公平可及。

(林伟龙 摘编自《The Lancet》)