

# 欧洲国家健康水平的关键影响因素分析

## ——基于欧洲 36 个国家的定性比较分析(QCA)

巍 怡\*

西南政法大学政治与公共管理学院 西南政法大学总体国家安全观研究院 重庆 401120

**【摘要】**国家健康水平受多个健康的社会决定因素共同影响。通过收集 36 个欧洲国家健康水平的相关数据,展示欧洲国家间健康不平等的差异,运用定性比较分析(QCA),旨在探究对于国家健康水平而言,哪些是核心影响条件,哪些因素共同作用及如何作用于健康水平。研究发现,欧洲地区经济发达的国家健康水平更高,风险、质量(效用)、卫生经济和卫生可及性这四个维度共同影响健康总体水平,在诸多指标中找出四个关键指标分别代表四个维度,包括成人饮酒量(-)、可避免死亡人数(-)、人均卫生支出(+)和未被满足的健康需求(-),前三个指标所代表的三个维度对于健康水平的影响是核心条件,高于欧盟平均健康水平的国家,在质量(效用)维度全部优于欧盟平均水平,而其他三个维度相较于欧盟平均水平而言情况各异。从实现更好的国家健康水平的影响因素两条组合路径来看,高支出和高质量作为核心条件的类型组合,比低风险和高质量作为核心条件的类型组合所代表的国家案例略多。欧洲的证据可以为发展中国家实现健康跨越式发展提供发展经验,并对我国区域间健康均等化发展提供有益借鉴。

**【关键词】**人口健康;影响因素;多案例比较

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2020.09.005

### The key influencing factors on population health in European countries: Based on QCA analysis of 36 countries

WEI Yi

School of Politics and Public Administration, Southwest University of Political Science and Law, Chongqing 401120, China

**【Abstract】** Population health in various countries is affected by varied social determinants of health. By collecting health data from 36 European countries, the differences among population health status and health inequalities were reported. Qualitative comparative analysis(QCA) was used to verify the influencing factors lead to population health level, in which what are the core conditions, which kind of combined factors can lead to better health. In general, the overall health of developed European countries is higher than others, and the four dimensions of risk, quality (utility), health economy and accessibility to health can jointly affect the population health. Four key indicators are identified among four dimensions, including adult alcohol consumption (-), avoidable deaths (-), per capita health expenditure (+), and unmet health needs (-), and the first three indicators represented dimensions were the core conditions to better countries' population health. Countries with better population health than the EU average showed better performance in the quality (utility) dimension, but the situation of other three dimensions were varied. In terms of the two combined paths that lead to better population health in European country cases, the combination path with high expenditure and high quality as the core conditions was slightly more common than the combination path with low risk and high quality as the core conditions. Evidence from European nations can provide development experience for developing countries to achieve leap-forward development in specific healthy area, and provide useful reference for the regional health equalization in China.

**【Key words】** Population health; Influencing factors; Multiple cases comparison

\* 基金项目:重庆市社科规划项目(2018PY59);西南政法大学总体国家安全观研究院生物安全风险防控和治理体系建设专项研究课题(JS-ZTGJAQG-008);西南政法大学强化公共卫生法治保障专项的研究成果

作者简介:巍怡(1983年—),女,博士,教授,来华留学生博导,主要研究方向为卫生政策与管理。E-mail: 437732120@qq.com

## 1 欧洲多国健康水平及其影响因素的文献回顾

卫生系统的公平性、可及性、可负担性以及卫生质量等维度是比较国家间健康水平的常见效果指标。<sup>[1-2]</sup>有文献通过分类和异同点比较,归纳跨国卫生治理经验。比如用集群分析对医疗保健系统的卫生资源、服务提供和取得的卫生成果以及效率、有效性和生产率等展开评估比较优劣。<sup>[3]</sup>关于欧洲多国的健康水平相关结果的比较研究,发现市场机制、选举程序、直接经济激励以及专业监督与控制等有利于卫生治理。<sup>[4]</sup>类似研究基于国家为单位的多案例比较,主要通过理论归因识别一些关键的跨国卫生系统的比较指标。健康的社会决定因素受多重因素影响,生活方式、危险因素、卫生投入、经济状况、医保筹资等因素对国家健康水平影响较大。人均期望寿命与经济正相关,但会呈现出一定水平之后的回报递减,说明其他影响因素也有较大作用。<sup>[5]</sup>相关研究为探索实现国家较高健康水平的影响因素提供理论基础。

吸烟、饮酒、肥胖等行为因素对健康的负面影响巨大,甚至比医疗保健因素作用更大。<sup>[6-7]</sup>因此,加强对生活方式的正面引导和干预,能够减少可避免的死亡,提高人均期望寿命。高新科技是延长期望寿命和生命质量的重要因素,提高了癌症存活率,通过医疗科技进一步减少可避免的死亡人数。卫生筹资、经费使用、控费是很多国家的卫生投入重要关切

点。<sup>[8]</sup>第七轮欧洲社会调查的数据显示,25~75岁的欧洲人群自报告对医疗保健不满意的主要原因是,等候时间长和预约可及性不够,教育不平等和财政紧张也会对卫生可及性产生重要影响。<sup>[9]</sup>经济下行会造成卫生投入的紧缩,而国家卫生总支出的下降会导致个人卫生支出的增加,并进一步损害卫生公平性。<sup>[10]</sup>欧洲医保筹资方面除了瑞士等少数以私立保险为主外,多数国家以社会保险为主,但是,无论哪种筹资模式所导致的绩效表现并无明显的优劣,良好设计和治理可以实现更好的绩效<sup>[11]</sup>,也说明尽管医保筹资组织形式很重要,但并不一定是影响国家健康水平的关键因素,会有其他影响因素叠加形成影响。

## 2 欧洲国家健康水平相关指标的比较

研究数据来源是利用欧洲健康概览的数据(health at a glance)<sup>①</sup>,自2010年开始,该数据库每两年更新欧洲各国卫生系统绩效的比较数据和报告。共收集到36个欧洲国家和欧盟平均数据,主要包括28个欧盟成员国、5个候选国家和3个欧洲自由贸易联盟(EFTA)国家的公民健康状况展开的卫生系统绩效指标比较。由于各国数据统计、发布与管理情况不一,欠发达国家的数据存在缺失值。抽取欧洲健康概览官网划分的五个维度的关键性指标展开描述性分析(表1),这些维度划分与国际常用评价体系的分析维度一致。<sup>[1-2]</sup>

表1 欧洲36个国家健康相关指标比较

比较维度	观测指标	欧盟水平	均值	中值	标准差	极小值	极大值	极差(极大-极小)	倍数(极大/极小)	N
健康状况	男性平均期望寿命(年)	78.2	77.1	78.6	3.5	69.5	81.7	12.2	1.2	36
	女性平均期望寿命(年)	83.6	82.5	83.4	2.4	77.5	86.3	8.8	1.1	36
	平均期望寿命(年)	81	79.8	81.2	2.9	74.9	83.7	8.8	1.1	36
	身体健康的人口比例(低收入人群)(%)	60	58.7	61.5	13	28	77	49	2.8	34
	身体健康的人口比例(高收入人群)(%)	78	79.3	80	7.1	61	93	32	1.5	34
风险因素	健康状况良好的人口比例(%)	68	67.4	70	9.7	43	83	40	1.9	34
	成年人中吸烟人数所占比例(%)	20	20.8	20.1	5.1	9.7	31	21.3	3.2	35
	成年人酒精消费量(公升)	9.8	9.4	9.9	2	4.8	13.2	8.4	2.8	35
	儿童肥胖率(%)	12	11.8	11	3.7	6	20	14	3.3	28
效用或质量	成人肥胖率(%)	15.7	16.4	16.6	3.5	9.4	26	16.6	2.8	32
	可避免的死亡人数(每10万人)	127	155	116	79.9	75	326	251	4.3	33
	急性心肌梗塞死亡率(每10万人)	6.8	6.8	6.4	2.1	3.7	13.4	9.7	3.6	25

① 数据来源:<http://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe-23056088.htm>,登录网站采集数据时间:2019年5月。

(续)

比较维度	观测指标	欧盟水平	均值	中值	标准差	极小值	极大值	全距 (极大-极小)	倍数 (极大/极小)	N
	中风死亡人数(每 10 万人)	8.6	8.9	8.4	3.5	4.6	18.3	13.7	4	25
	宫颈癌存活率(%)	63.2	64.5	65.1	5.6	53.9	80.1	26.2	1.5	28
	乳腺癌存活率(%)	83	83.1	85.4	4.8	73.5	89.1	15.6	1.2	28
	结肠癌存活率(%)	59.6	60.3	61.6	5.5	48.8	68.2	19.4	1.4	27
卫生可及性	未被满足的卫生保健需求比例(%)	2.5	3.2	2.3	3.4	0.2	15.3	15.1	76.5	35
	低收入人群未被满足的卫生保健需求比例(%)	5	5.7	4.2	5.5	0.3	19	18.7	63.3	35
	高收入人群未被满足的卫生保健需求比例(%)	1.1	1.5	0.9	2.4	0	13.4	13.4	NA	35
	自付比例(%)	18.2	24.1	20.6	12	9.8	56.9	47.1	5.8	36
卫生支出	人均卫生支出(欧元)	2 773	2 456	2 044	1 371	583	5 799	5 216	9.9	36
	卫生支出占 GDP 的比重(%)	9.6	8.3	8.4	1.9	4.2	12.3	8.1	2.9	36

注:数据截至 2016 年(或之前),因为欧洲各国数据采集情况不一,有些国家数据提交延迟或者不齐,但纵观观察来看,相邻年度的一国的健康水平差异不会变化很大。

表 1 显示,从健康状况来看,生命的长度和质量作为考量国家健康的两个分维度,欧洲各国的期望寿命差距控制为 8.8 岁;而欧洲各国间健康人口占比相差 40 个百分点,其中,低收入人口的健康人数占比差距则高达 49 个百分点(爱沙尼亚最低),说明国家经济状况的差距较大影响了健康人口数占比。风险因素方面,吸烟、饮酒和肥胖不同的欧洲国家表现的极大/极小的倍数是 3 左右。卫生效用和质量表现方面,可避免的死亡人数极大/极小是 4.3 倍,中风的死亡率、急性心肌梗塞死亡率极大/极小分别为 4 倍和 3.6 倍,宫颈癌存活率、乳腺癌存活率、结肠癌存活率差异也大,极差分别是 26.2%、15.6%、19.4%,说明高新医疗技术是重要的疾病存活转归的影响效果,欧洲各国医疗技术水平所导致的生存结果差异大。卫生可及性是考察公平性覆盖的重要维度,收集了欧洲各国未满足的卫生保健需求比例,其中低收入人群这项指标各国间极差是 18.7%,荷兰最低,德国、奥地利、卢森堡的高收入人群全部都获得了卫生保健需求的满足。欧洲各国自付比的差异为 5.8 倍(极差为 47.1%)。卫生支出方面的指标差异较大,人均卫生支出相差 9.9 倍(极差为 5 216 欧元),卫生支出占 GDP 的百分比为 2.9 倍(极差为 8.1%)。

上述说明欧洲各国健康水平差异较大,诸多健康的社会决定因素研究发现,尽管经济因素是一个重要的决定因素,但健康水平的进步可能超前于经济发展水平。尽管经济对健康的正向促进作用已被反复证实,但是经济并非绝对主导因素,比如欧洲国家中个别发达国家如葡萄牙的健康表现低于欧盟平

均水平,也有个别发达国家在分维度方面低于欧盟平均水平。下文主要对国家健康水平及影响因素做进一步探究。

### 3 欧洲国家健康水平影响因素的定性比较分析

#### 3.1 欧洲多案例定性比较分析的关键指标筛选

通过选取上述欧洲地区有关国家卫生数据作为研究样本,旨在探究风险因素、卫生效用、卫生支出、卫生可及性四大因素对健康状况的影响。具体而言,以国家数据为个案数据,本文模型解释的因变量为期望寿命和健康人群百分比的复合指标(处理后),自变量包括风险因素(成年人中吸烟人数占比、成年人酒精消费量、肥胖率)、卫生质量或效用(每十万人中可避免死亡人数、急性心肌梗塞死亡率、中风死亡人数占比、宫颈癌、乳腺癌和结肠癌存活率)、卫生可及性(未被满足的卫生保健需求、自付比例)、卫生支出(人均卫生支出、卫生支出占 GDP 的比重)。通过对 36 个国家样本的分析,找到哪些因素是对国家健康水平的关键因素以及这些因素是如何共同作用的,定性比较分析(Qualitative Comparative Analysis, QCA)符合小样本的多案例研究目的。<sup>[12]</sup>二分类变量清晰集比较(crispy set QCA, csQCA),能更好地对欧洲国家健康水平的影响因素展开多案例定性分析。

本研究遵循指标纳入全面精准的原则,同时注意多个维度的饱和原则,纳入显著因子和去掉共线性影响,每个维度最终纳入 1 个关键指标。健康水平关键影响指标筛选步骤如下。一是考虑各项指标的缺失程度,尽量选取某个国家报告数多(保留国家

案例数  $N \geq 33$ ) 的指标(覆盖案例数 91.7% 以上;33/36) 展开比较,更具有说服力,二是在上述数据可比性筛选之后,结合健康水平的影响因素相关专业理论进一步筛选指标,最终识别出五个维度 9 个指标。三是,进一步对关键指标进行回归和理论分析精简。因为多案例比较分析(QCA)对于纳入条件的个数数量有严格限制,为保证各维度纳入关键指标的数量

平衡,最终排除成年人中吸烟人数所占比例、自付比例、卫生支出占 GDP 的比重。综上,从风险、效用、可及性、卫生经济四个方面共选出 4 个关键指标来解析欧洲国家健康程度的影响路径(表 2)。最后用于多案例比较分析 QCA 的计算模型为,健康程度 = f(成年人酒精消费量,可避免的死亡人数,未被满足的卫生保健需求,人均卫生支出)。

表 2 关键影响因素的纳入情况

影响维度	纳入关键指标	依据
健康水平(Y)	平均期望寿命(N=36)(50% effect) 健康状况良好的人的比例(N=34)(50% effect)	生命长度和质量共同衡量健康水平
风险因素(X1)	成年人酒精消费量(N=35)	省略了样本量少(N=32)的肥胖率,吸烟指标在回归验证中出现了反常识数值解释
效用或质量(X2)	可避免的死亡人数(N=33)	可避免的死亡,是考察借助医疗保健技术可以避免的死亡。此指标可概况反映因医疗技术导致可避免死亡的总情况,而其余指标小于 30 例数或某单一科技影响而未纳入
卫生可及性(X3)	未被满足的卫生保健需求比例(N=35)	反映卫生筹资的公平性
卫生经济(X4)	人均卫生支出(N=36)	选择精准到个人层面的卫生投入的经济指标

### 3.2 真值表

对样本国家关键性的卫生指标的二分类变量(0,1)的赋值,以欧盟平均水平为基准,即当某国的某个指标高于、等于欧盟水平设定为 1,低欧盟水平

设定为 0。采用 Ragin 等人开发的 fsQCA3.0 分析软件,将一致性阈值设定为 0.8,案例阈值设定为 1,进行 Quine-McCluskey 检测<sup>[13]</sup>,结果见表 3。

表 3 真值表

成年人酒精消费量(X1)	可避免的死亡人数(X2)	未被满足的卫生保健需求(X3)	人均卫生支出(X4)	健康程度(Y)	案例数	raw consist.	PRI consist.	SYM consist.	代表的国家
0	0	0	1	1	6	1	1	1	丹麦、荷兰、挪威、瑞士、瑞典、英国
1	0	0	1	1	5	1	1	1	奥地利、比利时、法国、德国、卢森堡
0	0	0	0	1	3	1	1	1	塞浦路斯、马耳他、西班牙
0	0	1	1	1	2	1	1	1	芬兰、冰岛
0	0	1	0	1	1	1	1	1	意大利
1	0	1	1	1	1	1	1	1	爱尔兰
0	1	1	0	0	2	0.5	0.5	0.5	希腊(Y=1)、塞尔维亚(Y=0)
1	1	1	0	0	6	0	0	0	保加利亚、爱沙尼亚、立陶宛、拉脱维亚、波兰、罗马尼亚
1	1	0	0	0	5	0	0	0	克罗地亚、捷克、匈牙利、斯洛伐克、斯洛文尼亚
1	0	0	0	0	1	0	0	0	葡萄牙

$Y = 1$  共 18 个代表国家,其健康水平优于欧盟平均水平。健康程度较好的国家经济水平都相对较好,但也有个例,如葡萄牙的健康程度低于欧盟水平( $Y = 0$ ),东欧等相对落后国家健康程度低于欧盟平均水平。上述影响因素的组态分析,有助于识别哪些关键条件能使得一个国家拥有更好健康水平。

### 3.3 必要性分析

为判断单个的原因变量和结果变量之间关系的紧密性,在 QCA 方法中,主要通过一致性指标(Consistency)和覆盖率(Coverage)来分析。当一致性指标大于 0.8 时,则表示该原因变量为结果变量的充分条件,大于 0.9 时则说明是必要条件。借助覆盖率说明该原因变量或原因组合的解释程度。以健康

水平为结果变量,测试各个维度中原因变量与结果变量之间的紧密程度,并筛选最能代表这一维度的原因变量(表 4)。将每个维度一致性和覆盖率指标最高的筛选出来(加粗显示),与上述筛选每个维度

的关键指标相一致。组合原因变量的一致性大于 0.9 和覆盖率 73%,说明原因变量组合可以解释 73% 的案例。

表 4 原因变量的单变量和组合变量的必要性验证分析

	原因变量	一致性指标	覆盖率指标
风险维度	~ 成年人酒精消费量	0.700 000	0.875 000
	~ 成年人中吸烟人数所占比例	0.631 579	0.750 000
	~ 成人肥胖率	0.578 947	0.846 154
	~ 儿童肥胖率	0.500 000	0.461 538
质量或效用	~ 可避免的死亡人数	0.947 368	0.947 368
	~ 急性心肌梗塞死亡率	0.588 235	0.769 231
	~ 中风死亡人人数	0.764 706	1.000 000
	宫颈癌存活率	0.937 500	0.750 000
	乳腺癌存活率	0.937 500	0.882 353
可及性	~ 未被满足的卫生保健需求	0.700 000	0.700 000
	~ 自付比例	0.550 000	0.733 333
	人均卫生支出	0.700 000	1.000 000
四个维度关键指标组合	~ 成年人酒精消费量 + ~ 可避免的死亡人数 + ~ 未被满足的卫生保健需求 + 人均卫生支出	1.000 000	0.730 769

注:“~”表示“非”,表示该条件变量取原变量的相反值。

### 3.4 组态分析

两种路径,组合 1 是低风险和高质量(效用),组合 2 是高卫生支出且高质量(效用)。组合路径 2 比组合路径 1 解释覆盖度更高,路径 2 更普遍,所代表国家数量 14 个多于路径 1 的 12 个国家(表 5)。说明人均卫生支出这一核心条件与降低可避免死亡人数

的组合,更能使得一个国家健康水平更高。而组合 1 说明降低风险因素(饮酒量减少)和降低可避免死亡人数,同时作为核心条件也能促进一国健康水平更高。从两条组合路径来看,两种组合的 X2 都出现,且在路径 1 中是核心条件,也即可避免的死亡人数数值越低,更能引发国家的健康水平的提高,符合理论解释逻辑。

表 5 QCA 运算得出的中间路径和简化路径组合路径表

组合类型	成年人酒精消费量 (X1)	可避免的死亡人数 (X2)	未被满足的卫生保健需求 (X3)	人均卫生支出 (X4)	raw coverage	unique coverage	一致性	国家名
1	⊗	⊗			0.631 579	0.210 526	1	丹麦、荷兰、挪威、瑞士、瑞典、英国、塞浦路斯、马耳他、西班牙、芬兰、冰岛、意大利
2		⊗		●	0.73 684	0.315 791	1	丹麦、荷兰、挪威、瑞士、瑞典、英国、奥地利、比利时、法国、德国、卢森堡、芬兰、冰岛、爱尔兰

solution coverage: 0.947368, solution consistency: 1

注:采用圈来表示原因变量的出现,●表示核心条件。采用⊗表示原因变量不出现,大⊗变量不出现的程度更深。“空白”表示构型中该条件可能存在、可不存在。覆盖率 coverage 表示必要性,一致性 consistency 表示充分性。

路径 1 和路径 2 所代表的国家,有 8 个国家是重复的,说明在欧洲健康水平高于欧盟平均水平的国家中,过半的国家至少有相同的三个核心条件,相较于欧盟平均值,这些国家的饮酒量更低、可避免死亡人数更低、人均卫生支出更高,也即代表性指标所对

应的三个维度,风险因素(X1)、质量或效用维度(X2)、卫生经济维度(X4)是比较重要的影响因素。而在这些健康水平高的国家中,卫生可及程度与欧盟平均水平相比各有差异,卫生可及性方面有 4 个国家芬兰、冰岛、意大利、爱尔兰低于欧盟平均水平,

其余 14 个国家高于欧盟平均水平。从整体来看,健康水平高的国家大多数公平可及性也高。

## 4 结论及建议

### 4.1 欧洲影响因素的组合效应,加大卫生投资并不断提高医疗质量

研究发现,风险因素、质量(效用)、卫生经济和卫生可及性这四个维度共同影响健康总体水平。在 QCA 分析过程中,被省略的因素并非不重要,而是出于组合条件筛选的简约原则,找出最能代表四个维度的指标,主要与国家健康水平相关的指标包括成人饮酒量(-)、可避免死亡人数(-)、人均卫生支出(+)和未被满足的健康需求(-),前三者是对国家健康水平影响的核心条件。表 5 中两条路径皆显示,那些健康水平高于欧盟平均水平的国家,可避免死亡人数所代表的质量(效用)维度是关键影响因素,而在风险因素、卫生经济和卫生可及性三个维度的指标与欧盟平均水平相比,情况各异,数值有高有低,但是,优于欧盟平均水平表现的维度数越多的国家,其国家健康水平越能高于欧盟平均水平。

两条组合路径发现,高支出和高质量作为核心的类型组合,比低风险和高质量作为核心条件的类型组合所代表的高卫生绩效的国家样本数略多,即是现实上述两种核心条件组合更能达到高于欧盟平均水平的国家健康水平,但加大卫生投入和提升卫生质量同等重要。对我国的启示是,医保扩面实现基本医保的全面覆盖之后,如何更有效的促进卫生系统的质量提升也很重要,包括医保险种之间的平衡,以及公立医院改革等路径,都是从供需双方加大对卫生系统质量提升的路径。

### 4.2 增强可及性,不断缩小因经济和地区差异导致的健康差距

结合欧洲 36 国相关指标的描述性研究可见,不同经济发达程度所导致的国家间和国家内部收入不同人群的差异持续存在,且差距不小。在对一些关键性领域加强管控的同时,英国、芬兰等国家采用多种政策工具积极改善健康不平等。<sup>[14]</sup>如欧盟政府重视基础医疗保健和公共卫生人才的培养,也注重整合式医疗和医疗质量提升。很多国家在筹资、风险分担和监督机制方面不断完善,控费、管办分离是重要的改革趋势。<sup>[15]</sup>一项全球卫生研究发现,尽管政府的卫生总支出与国家医疗质量和可及性(HAQ)指数

得分存在着正相关,比如作为经济发展中等程度的中国,仍能在质量和可及性方面取得较大进步。<sup>[16]</sup>借助良好的卫生治理,可以部分抵消经济因素导致的国家健康水平差距。以缩小健康水平的国内差距来看,欧洲数据库分低收入人群和高收入人群在可及性和健康人群占比方面的指标值得我国借鉴,我国地区经济差异巨大,区域间卫生绩效表现差距也大,在实现医保扩面基础上,应重点关注低收入人群在可及性和健康实现的可能程度,并对相关指标进行持续监测,围绕健康中国人人享有基本医疗保健的规划来展开。

### 4.3 加强慢性病相关指标的细化监控

从欧洲数据库来看,考察质量和效用的水平还包括可避免死亡率的控制,癌症的存活率,以及降低急症中风、心梗等致死率,这些均是考验卫生系统质量水平的重要指标。吸烟、饮酒和肥胖(成人和儿童)作为风险的三个衡量指标,表明了慢性病在欧洲的流行程度已经将这些风险因素纳入各个国家常规监测指标,其实也与我国现有的慢性病发病态势一致,可作为地方卫生疾控部门长期的控制观察指标。

### 4.4 不断推进卫生大数据建设,促进卫生协同发展

除了加强有效的卫生投资,也要提高人群数据的使用和整理。<sup>[17]</sup>欧洲各国在数据可获得性、公开透明方面存在较大的文化差异,也因对监管重视和执行程度不同而在卫生系统治理效果方面差异较大。<sup>[18]</sup>欧洲相关国家数据比较规范,有经合组织 OECD 数据库和欧盟数据库 Eurostat,对相关指标的处理也有统一的标准要求,能更好开展国家间的比较。<sup>[19]</sup>我国应当选取和开发关键性影响指标,形成跨境和跨层次的卫生大数据共享比较机制,有利于卫生实务界提升卫生绩效的全过程科学管理。基于数据的循证政策,更能帮助各地区应对卫生发展过程中所面临的各种挑战。数据的开发和利用是第一步,基于数据基础上的科学判断和卫生政策处方,还有赖于可比较的大数据支持和基于价值的卫生系统<sup>[20]</sup>协同运作。

## 局限性

限于篇幅与数据收集情况,对欧洲 36 国 2016 年的跨国截面数据进行比较,并未从制度和治理类型方面深入拓展。下一步可运用多时间序列的面板数据展开影响欧洲健康水平的趋势和预测分析。

## 作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

## 参 考 文 献

- [1] 谭鹏, 代涛, 傅鸿鹏, 等. 国际卫生系统绩效评价框架的特点及启示[J]. 中国卫生政策研究, 2019, 12(4): 6-12.
- [2] Roberts M J. 通向正确的卫生改革之路[M]. 北京: 北京大学医学出版社, 2010.
- [3] Éric N. Tchouaket, Paul A. Lamarche, Lise Goulet, et al. Health care system performance of 27 OECD countries[J]. Int J Health Plann Mgmt, 2012, DOI: 10.1002/hpm.1110
- [4] Smith P C, Anell A, Busse R, et al. 七个发达国家卫生系统的领导与治理[J]. 中国卫生政策研究, 2012, 5(11): 1-11.
- [5] 何江江. 欧盟卫生概况: 趋势、问题与挑战[J]. 国外医学卫生经济分册, 2012, 29(3): 97-99.
- [6] Jordan D W, Boucher D. US healthcare international comparisons: what are we comparing? [J]. Healthcare Policy, 2019, 1(1): 89-107.
- [7] 李奇峰, 王小万. 欧洲卫生系统对人口健康的改善作用[J]. 国外医学(卫生经济分册), 2010, 27(4): 153-157.
- [8] 范娜娜, 雷海潮. 典型发达国家的卫生筹资历史经验及对中国的启示——比较研究的视角[J]. 中国卫生政策研究, 2017, 10(5): 70-74.
- [9] Fjær E L, Stornes P, Borisova L V, et al. Subjective perceptions of unmet need for health care in Europe among social groups: Findings from the European social survey (2014) special module on the social determinants of health[J]. European Journal of Public Health, 2017, 27(s1): 82-89.
- [10] 峻怡. 论欧盟国家卫生制度设计的团结安排及变化趋势[J]. 中国卫生政策研究, 2015, 9(1): 52-57.
- [11] 顾昕. 社会医疗保险和全民公费医疗: 医疗保障制度的国际比较[J]. 行政管理改革, 2017(12): 63-70.
- [12] Grofman, Bernard, Schneider C Q. An Introduction to Crisp Set QCA, with a Comparison to Binary Logistic Regression[J]. Political Research Quarterly, 2009, 62(4): 662-672.
- [13] [美] 查尔斯 C. 拉金(Charles C. Ragin). 重新设计社会科学研究[J]. 机械工业出版社, 2019.
- [14] 任洁, 王德文. 健康治理: 顶层设计、政策工具与经验借鉴[J]. 天津行政学院学报, 2019(3): 86-95.
- [15] 王小万, 冯芮华. 欧洲卫生改革: 共识基础上的整体推进[J]. 国外医学(卫生经济分册), 2012, 29(1): 1-8.
- [16] GBD 2015 Healthcare Access and Quality Collaborators. Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990—2015: A novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015[J]. 2017, 390(10091): 231-266.
- [17] 李成福, 刘鸿雁, 梁颖, 等. 健康预期寿命国际比较及中国健康预期寿命预测研究[J]. 人口学刊, 2018, 40(1): 5-17.
- [18] 冯芮华, 刘英. 欧洲各国基于问责制的卫生系统绩效评估[J]. 国外医学·卫生经济分册, 2011, 28(4): 153-157.
- [19] 胡广宇, 龚伯雄. 基于国家间联合行动: 健康期望寿命在欧洲的研究与实践[J]. 中国卫生政策研究, 2014, 8(1): 58-63.
- [20] 深化中国医药卫生体制改革: 建设基于价值的优质服务提供体系[R]. <http://www.wpro.who.int/china/publications/healthy-china-service-delivery.pdf>

[收稿日期:2020-06-29 修回日期:2020-09-14]

(编辑:薛云)