
可持续医疗卫生体系：国际研究

本报告揭示了 11 个国家现有医疗卫生体系当前如何妥善应对不断变化的人口结构、科技和经济变革所带来的挑战。

可持续医疗卫生体系：国际研究

马尔科姆·普劳尔（Malcolm Prowle）、唐·哈雷丁（Don Harradine）

作者简介

马尔科姆·普劳尔教授

作为诺丁汉商学院（NBS）企业绩效教授和一名取得资质的会计师（拥有 ACCA 和 CPFA 证书），马尔科姆·普劳尔为 ACCA 公共部门全球论坛成员。作为执业的高级财务经理、学者和两家主要国际咨询公司的管理咨询师，马尔科姆在医疗卫生领域的财务管理方面拥有丰富经验。他曾任职于政府高层，就各类公共政策和政策执行问题为部长、大使、高级公务员、公共服务管理者和专业人员提供建议。他还担任过英国下议院健康特别委员会特别顾问，以及世界卫生组织的咨询师。

马尔科姆拥有广泛的研究领域，并就公共部门管理和财务发表了 60 余篇著述。同时与人合著了一本公共部门财务管理教科书，并与罗杰·莱瑟姆（Roger Latham）合著了一本关于在财政紧缩时期管理公共服务的著述。

唐·哈雷丁博士

唐·哈雷丁博士为诺丁汉商学院公共部门会计学首席讲师，与马尔科姆·普劳尔为诺丁汉商学院健康和社会关怀研究机构联合负责人，拥有 CIMA 会计师资格。在加入诺丁汉商学院之前，唐曾任职于英国国民医疗卫生服务体系（NHS），担任多个高级财务职位。唐对公共部门会计学问题进行了广泛研究，其博士论文主题是研究协商秩序视角下的英国国民医疗卫生服务体系预算制度运行。他曾就公共部门财务管理与马尔科姆·普劳尔共同发表过若干论文。

执行摘要

可持续医疗卫生的资金和配置在世界各地不断引起争议。在许多国家，医疗卫生体系运行是一项重要的政治议题，而为应对新挑战提出的任何变革常常遭到强烈抵制，使得这些变革最终难以付诸实施。本报告凸显了该议题的重要性，并揭示了 11 个国家（包括澳大利亚、阿布扎比酋长国、加拿大、英国、法国、德国、加纳、印度、马拉维、新西兰和美国）的现行医疗卫生体系如何妥善应对当前和未来挑战。

虽然这 11 个国家的医疗卫生体系在配置和经费筹措方面存在巨大差异，但研究显示，多数国家都面临类似挑战，如不断变化的人口结构（尤其是老龄化）、可预防性疾病的高发等。当今时代，由于公众对医疗保健服务质量的不断提高，对可获得治疗范围的不断扩大，因此不断变化的医疗、人口、科技、经济条件对医疗卫生服务提出了新的要求。

关键发现

在上述 11 个国家中，财政和经济紧缩的影响都非常显著。此外，尽管这些国家的医疗卫生体系明显不同，但过去几年实施的与医疗卫生服务需求增加相关的财政紧缩政策，凸显了现行医疗卫生体系不太可能长期保持可持续性，除非提供额外资金支持和/或采取创新手段提供医疗保健服务。

一套特定医疗卫生体系的优势可通过以下若干标准进行评判：质量、效率、可接受性和公平性。在我们分析的一些国家中，如果按照上述标准来评判，其医疗卫生体系并不均衡。例如，美国医疗卫生体系虽然在质量上得分非常高，但在公平性和效率上的得分却较低。相比之下，马拉维这种发展中国家，虽然医疗卫生体系在服务质量和不同人口群体间的公平性方面有所局限，但就其有限的可用资源而言，效率方面的表现可圈可点。公众对健康服务不同程度的期待以及可获得资金的不同规模表明，一套“放之四海而皆准”的统一医疗卫生体系将不可行。因此，各国国内权力不断下放的趋势更可能增加现有制度的复杂性。

就如何应对医疗保健提供面临的挑战，一些可能的解决方案将会对许多国家的现有医疗卫生体系产生重大影响。问题在于，外部非民主国家或独裁民主国家可能会对变革进行强烈抵制。对于这些国家的政客、医疗卫生体系管理者和专业人才而言，最关键的一点是，他们必须设法说明此类变革的必要性，并阐明变革实施手段。这将要求提高医疗保健治疗成本和范围的开放性，就医疗卫生服务的类型和水平展开有意义的辩论。

在我们列举的多数国家中，都存在某种形式的私营医疗保健部门，向个人直接提供医疗保健服务，同时直接或通过私人医疗保险计划支付医疗费用。政治领域的辩论往往集中在私营医疗保健部门的规模适度问题上，但决策者更感兴趣的却是私营部门在向非私营医疗机构患者提供医疗保健服务过程中发挥的作用。在一些国家，如英国，在公费医疗卫生体系中，私营医疗机构参与度很高，其他国家也正在尝试这一理念。但在其他国家，这一做法却遭到强烈政治抵制。重要的是，采取这一方法的考量应该基于其优势而非某些意识形态，因此不应忽视公共和私营医疗部门之间的潜在合作机遇。

我们列举的多数国家明显非常关注易于预防疾病的高发病率和高死亡率。政客们和决策者们经常谈论需要将资源从护理和治疗服务方面转移到预防服务上。但实践中，这一领域的进步似乎非常有限，部分原因是无力促使个人改变其生活方式，而部分原因则是提供预防性医疗卫生服务的“启动”资金常常不到位。

研究显示，公众对医疗资源的需求增加通常和紧缩时期节约资金的要求相矛盾。必须承认，现有医疗卫生筹资机制往往已经过时，不再适合当今世界。因此，必须进一步解放思想，就医疗保健的替代筹资机制展开辩论，而面临这一情况的国家应当考虑借鉴已进行变革国家的经验教训。

本研究凸显了政党间就医疗卫生政策达成更好共识的必要性。利用长期规划替代短期主义将有助实现附加价值，并提高医疗卫生服务管理者的稳定性。因此，各国将必须对现有医疗卫生体系进行切实变革——但这短期内难以实现。如果继续将医疗保健政策作为政治足球（许多国家都是如此），同时反对党为了短期政治利益而阻挠应有的变革，那么这项任务将变得更加艰巨。

1. 前言

当前，世界上几乎每一个国家都存在着某种形式的医疗卫生体系，旨在为公众提供最基本的医疗健康服务。在许多国家，此类服务被视为一个文明国家及其繁荣发展的基石。

医疗卫生体系因国家不同而各异，即使在一国之内也可能因地区不同而具有显著差异（例如在英国，英格兰、威尔士、苏格兰和北爱尔兰之间就是如此）。虽然不同资料来源（如李和戈德曼/ Lee & Goodman, 2002 年）都对这些医疗卫生体系的性质和配置有所记录，但当今时代对其适当性的深入分析则非常有限。世界各地的医疗卫生体系都面临着一系列挑战，其中之一就是目前存在的所谓“经济和财政紧缩”。在许多国家，医疗卫生体系的运营是一项重要的政治议题，但为应对新兴挑战而对所提供医疗保健服务进行的任何改变常常遭到强烈抵抗，最终往往导致难以付诸实施。

本报告着眼于全球一小部分但具代表性样本国家的医疗卫生体系，来评估这些现有制度如何妥善应对各种挑战（尤其是紧缩挑战），如何建立长期的可持续个人医疗卫生体系，以及计划做出何种变革。附录中将进一步介绍样本国家的详细信息。我们的目的并非简要介绍每个受访国家的当下情况，而是试图明确各国间就所采用方法达成强烈共识或存在巨大分歧的跨领域主题。

2. 医疗卫生体系的性质

虽然一个医疗卫生体系具有多面性，但本报告主要集中在医疗卫生体系的配置及其筹资途径上。

医疗卫生体系的配置

有待考虑许多不同特点，包括：

- 公共和私营部门在医疗卫生体系中的规模和作用；
- 预防服务（首先旨在防止人们生病）、急症护理和长期保健服务之间的平衡；
- 初级治疗、二级治疗和三级治疗之间的平衡；
- 医疗保健和社会关怀之间的关系；
- 不同临床专业之间的平衡；
- 规划和管理医疗保健服务的行政结构和机制，包括集中化程度和提供委托服务；
- 现存于医疗卫生体系中用以维持标准的监管机制；
- 构成医疗卫生体系不同实体（如医院）的性质、数量、规模、作用和所在位置；
- 不同实体的专业化程度；以及
- 医疗卫生体系中各实体间的市场竞争程度。

医疗卫生体系筹资方式

为医疗保健服务提供资金方式众多，但世界卫生组织 2004 年提出主要有以下五种：

- 一般税收；
- 社会医疗保险；
- 自愿或私人医疗保险；
- 现金支付；以及
- 向慈善机构捐赠。

医疗卫生体系很少仅仅依赖一种筹资机制，通常会结合采用多种筹资机制。例如，英国国民医疗卫生服务体系（NHS）主要有四种配置方式（普劳尔，2010年）。

图 2.1：医疗卫生体系有关资金筹措的配置方式

		配置	
		公共	私营
筹资	公共	A	D
	私营	C	B

方式 A

由公共部门机构提供医疗保健服务，通过公共基金（如税收）提供经费支持。在英国，通过国民医疗卫生服务体系提供的绝大多数医疗服务都属于此类。

方式 B

医疗保健服务和经费均由私营部门机构提供。最典型的方式是通过私人健康保险筹措资金。

方式 C

由公共机构提供医疗保健服务，但却通过私人医疗保险等私人渠道提供资金。在英国，部分国民医疗卫生服务体系下辖医院除提供公费服务外，也运营一些私营医疗单位（即患者可以在一家国民医疗卫生服务体系下辖医院获得私人资助的医疗保健服务）。

方式 D

由私营部门机构提供医疗保健服务，但却通过公共基金提供经费支持。在英国现有的治疗机制中，部分患者可选择用纳税人的钱在私立医院中获得医疗保健服务。

该分析模型适用于所有国家的医疗卫生体系，但是很显然，体系不同环节的性质和规模将因国家不同而各异。

3. 全球医疗卫生体系面临的挑战

尽管各国面临的挑战不同，但仍存在诸多共同主题。

人口结构和老龄化

许多国家出现的人口老龄化现象源自：

- 老年死亡率显著下降导致越来越多老年人寿命增加；
- 人口生育率降低。

以上两个因素共同作用，导致一国人口中老龄（60 岁以上）或高龄（85 岁以上）人群比例大幅增加。相比其他人口群体，这一群体往往有更多的医疗保健需求，同时消耗着更多的医疗保健资源。因此，许多发达国家和发展中国家都面临着人口老龄化问题（里森和哈珀/Leeson & Harper, 2007 年）。

医学科技发展

人们通常利用医学科技催生的新治疗方法来解决健康问题。例如，以下几项治疗方法已得到广泛应用：

- 人工关节替代；
- 器官移植；
- 药物和基因疗法（经历长时间的发展）；
- 放射影像技术，如 CT 和核磁共振扫描；
- 无创或微创手术的发展；
- 计算机辅助假体。

在上述科技取得突破之前，并不存在相关服务的需求，但随着这些科技的广泛应用，相关服务需求也在不断增加。此外，新药物需要大量的开发成本，而生产药物的私营企业至少需要收回投资成本。这就产生了新的问题：有限的公共基金能否继续满足未来对特定治疗方法的需求？如果医疗保健服务受到限制，就会引发决策难题——公共部门究竟应提供哪些服务和/或哪些资金，地区间差异是否可接受，以及如何管理需求和不断增长的预期。

社会变革和行为

在发达国家，社会结构出现了一系列显著变化，如：

- 部分人的生活方式有害健康，如久坐、暴饮暴食和酗酒等；
- 家庭破裂居高不下，许多孩子生活在单亲家庭中；
- 与三代或更多代同堂或彼此相邻居住的大家庭相比，当今大家庭支持几乎消失殆尽；
- 独居人口数量上升，包括老年人和年轻人。

这些因素都会对包括医疗保健服务在内的许多未来公共服务需求产生影响（莱瑟姆和普劳尔，2012年）。

提高效率和生产率

数十年来，许多国家的一个关键主题是，政府想方设法提高医疗保健服务供应的效率和生产率。实现这一目标的方式多种多样，同时可将这些方法进行不同结合，并已付诸实施。随着时间的推移，财政紧缩的影响以及实现持续改进的需求可能会制约提高效率和生产率的“简单方案”，并且很可能需要越来越多的全新创新方法。因此，明确和实施这些创新型方法也成为了一项关键挑战。

不断提高的患者预期和问责压力

在一些国家，公共信息的可获得性和提高对个人的关注已经改变了公众的预期，并使公众对现有医疗保健服务产生了一些不满，尽管原因多种多样，但很显然，以下两个问题最为重要：患者对医疗保健服务的预期不断提高；以及对公共医疗保健资源使用方式的担忧。在资源有限、尤其是财政紧缩时期，这对公共服务提出了挑战。

其他非健康因素

达格瑞（Dahlgren）和怀特黑德（Whitehead）在其 1991 年最具影响力的著述中指出，一国人口的健康状况受到多种因素的影响，如图 3.1 所示。

除了年龄、性别和遗传等不可控因素，以及生活方式等个人可控因素，还有许多其他重要因素，包括住房、教育、经济状况等，都可能受到非健康方面的政府政策影响。现如今，许多国家人口健康面临的诸多挑战均来自所谓的非健康因素。许多国家面临贫瘠的实体基础设施、低识字率、高贫困率等影响健康的问题。此外，在世界许多地方，战争和社会冲突也导致社会高度混乱和人口流动，而所有这些都严重影响了人口的健康状况。

经济表现

全球经济低迷导致许多国家经济进入衰退期（包括国内经济产出减少）或经济增长放缓。由于衰退，许多国家发现，难以通过当前税收收入提供公共开支项目经费，因此不得不寻求更高水平的借贷——但长期来看，这难以为继。这就使得许多国家不得不采取紧缩

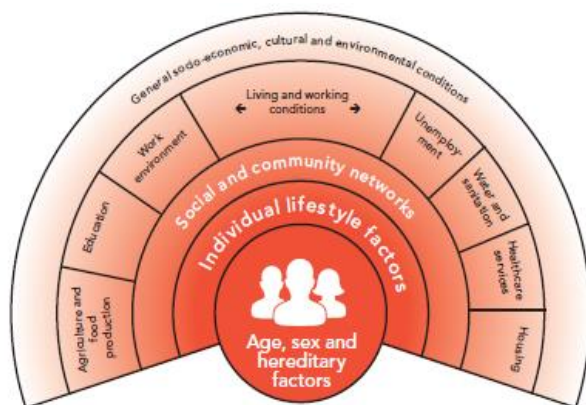
政策，包括增加税收、降低增长水平，甚至削减公共开支。而这些政策对这些国家的医疗保健预算均造成了一定影响。

但是，经济状况仍不明朗，要想回到或保持衰退前的经济增长水平可能面临重重困难。这将对未来公共开支造成影响，并在未来很多年最终使许多国家的医疗保健预算持续受到制约。当然与此同时，这还伴随着公众不断增加的医疗保健服务需求和上文提及的诸多其他挑战。

其他因素

近年来，我们已看到某些现有疗法的有效性降低，尤其是抗生素，其管理成本相对低廉。由于开发这些疗法替代方法的经费鲜有到位，因此，医疗卫生体系可能面临因缺乏治疗和最终由治疗成本所引发的巨大问题。埃博拉病毒就是新型疾病带来潜在问题的例证，尤其是在发展中国家。

图 3.1：影响个人健康的社会、环境和个人因素



English	Chinese Translation
General socio-economic, cultural and environmental conditions	社会经济、文化和环境总体情况
Living and working conditions	生活和工作条件
Agriculture and food production	农业和粮食生产
Education	教育
Work environment	工作环境
Unemployment	失业
Water and sanitation	用水和卫生
Healthcare services	医疗保健服务
Housing	住房
Social and community networks	社会和社区网络
Individual lifestyle factors	个人生活方式因素
Age, sex and hereditary factors	年龄、性别和遗传因素

资料来源：达格瑞和怀特黑德（1991年）。

4. 研究发现

现有医疗卫生体系配置

本研究对医疗卫生体系以下几个方面的配置情况进行审视：

- 医疗保健服务供应：
 - 医院治疗——二级和三级
 - 初级治疗
 - 其他医疗保健服务
- 医疗保健服务的委托和规划

在大多数国家，政府仍是医院保健的主要提供方。虽然私营医疗机构通常与公共医疗机构并存，但前者的规模通常不是很大，而且各国间存在显著差异，美国则是一个例外，其公立医院仅占医院整体的一小部分，尤其是城市地区，这些公立医院往往集中了较多享受医疗保险和医疗补助的患者，并由医科学生们提供大部分治疗。而相比医院整体情况，这些公立医院关闭的速度也高出很多，所以情况总是在不断变化。

总体而言，多数国家的私营医疗卫生部门往往都是营利和非营利机构的混合体，其比例因国家不同而各异。在这方面，一国的历史非常重要，尤其是最初提供此类服务的教会发挥了影响力，而且在某些情况下，教会仍在继续提供服务。在一些国家（如阿联酋），私营医疗机构增长迅猛，主要向生活在该国的大量外国侨民提供医疗保健服务。此外，在一些国家，也有许多被称作“非正式”私营医疗卫生部门的范例，由政府医疗卫生部门雇员有偿提供某些治疗服务（可能使用政府设施和资源），这种做法也引发了有关合法性和道德规范方面的问题。

私立医院通常扮演着两个主要角色：

- 向通过医疗保险付费或自费的私营医疗机构患者提供医疗保健服务；
- 向政府付费的非私营医疗机构患者提供医疗保健服务——该方法有多种不同模式。

第一个角色是私营医疗机构的传统角色，但是第二个角色也非常重要。在美国，大量医疗保健服务都由私立医院提供，但由政府通过医疗保险和医疗补助出资偿付。在其他国家（如英国和澳大利亚），尽管多数情况下公立医院可以提供治疗，但患者往往也可以享受由政府支付的私立医院治疗服务。但在某些特定国家，该方式并不受青睐，因此不太可能得到发展。

而在初级治疗领域则出现了不同情况。一些国家所有初级医疗人员都是政府雇员，而在另一些国家，初级治疗则由私营机构提供，但最终由政府负担费用。研究中，我们可以看到不同的运营模式。例如，基于一份国家医疗卫生服务协议（即患者不必自费支付），英国的私人初级治疗由政府出资承担；在澳大利亚，患者需先向私营机构支付医疗保健

服务费用，然后从政府获得相同金额的报销。第三种情况是，患者选择私立初级医疗机构，个人自费负担费用。无论是公立医院还是私营机构，一个更有趣的现象是初级治疗医师扮演着不同角色。在某些国家，这些人扮演着医院“看门人”的角色，患者必须先见一位初级治疗医师，然后才能被转诊至一家医院。在其他国家，患者实际上既可以选择先去看初级治疗医师，也可以直接前往专业的医疗卫生服务机构。

作为降低可预防疾病发生率和传染率的一种手段，许多受访者都强调了预防性措施的重要性。尽管如此，没有证据显示各国在此种方法方面有重大投入或是取得了重要成果。

在英国的医疗卫生体系中，医疗保健服务的规划和委托部门（英国国民医疗卫生服务体系负责委托专业服务的医师受托管理公会）和服务提供部门（国民健康服务信托和其他部门）存在显著区别。在多数国家，虽然医疗保健服务受托管理和提供之间的正式区分并不常见，但某种程度上，似乎医疗保健规划和受托管理的很多职能都由政府自身执行。在具有两级政府（如州和联邦）的国家中，通常较低一级的政府负责规划和受托管理医疗保健服务，而较高一级政府更多关注国家优先事项，并提供医疗保健资金。而在只有单一层级政府的国家里，这些角色均由相关政府医疗部门负责。

在当前研究所提出的问题中，一个具有争议性的话题是，医疗卫生体系内部现有市场的竞争程度。这种竞争可能存在于医院提供方、初级保健提供方、甚至服务委托方之中。一些领域似乎存在价格竞争，而一些领域则主要存在服务质量竞争——当然这也是服务使用者最关心的问题，尤其是在他们无需直接支付治疗费用时。人们关心的另一个问题是：在某种情况下，要求专科治疗的患者在其国家只有一个提供方。人们常常认为，美国大型私营医疗卫生部门必然导致激烈的价格竞争，但情况似乎并非如此。受访者对于美国医院之间的真实竞争程度表示怀疑——这点也在《经济学人》的一篇文章中得到印证：“美国医疗保健的核心问题是一个重大错觉——即美国可能认为自己拥有活跃的私营医疗保健市场。事实上，美国长期以来一直拥有全球最昂贵、最复杂的补贴体系，在这一体系中，大量的政府资金流向了富人，将数以百万计的普通人排除在外，而个人则几乎不承担任何责任。”（《经济学人》，2014年）

现有医疗卫生体系的筹资方法

在第二章中我们提到，多数医疗卫生体系都有一个或多个资金来源：

- 税收收入；
- 收取服务使用者费用；
- 医疗保险模式（社会或私立）；以及
- 向慈善机构捐款。

研究显示，医疗保健服务的资金筹措通常由政府主导。在多数国家，医疗保健资金的首要来源是政府税收收入，这笔资金可被用于支付公共部门和/或（某些情况下）部分私营部门提供的医疗保健。在英国，大约 90% 的国民医疗卫生服务开支都直接由政府通过税

收收入承担。在其他一些国家，尽管医疗保健服务通过某种形式的医疗保险计划获得资金支持，但部分或全部的医疗保险仍由政府管理的医疗保险计划承担，加纳和阿联酋也是如此。

有些情况下，医疗保险计划似乎具有税金的很多特征，其中保费主要基于收入水平缴纳，而非健康风险——后者才是保险的基本准则。在德国，医疗保险计划是基于工资收入的百分比（目前为 7.3% 到 15.5% 不等）进行强制缴纳。即使在美国（人们常常认为其全部是私营医疗卫生体系），联邦和州政府也通过医疗保险和医疗补助项目为医疗保健提供主要的资金支持——约占美国累计住院医疗总费用的 62%。

在英国和加拿大等一些国家，医疗保险计划是主要用于为私营医疗保健提供资金的私立项目。其他国家也制定了一系列保险计划，这些计划可能包含强制和自愿两部分，既可能是政府提供，也可能是私营部门提供。

虽然收取服务费是私营医疗部门收入的重要来源，但一些国家的公立医疗保健机构也通过间接收取服务费作为其收入的一部分，如医药处方收费、医院停车收费等。在一些国家，也存在直接收取医疗保健服务费的问题。

而在马拉维等发展中国家，医疗卫生体系得以持续运行的关键在于来自其他国家的援助资金。

医疗卫生体系面临的挑战

研究中，我们通过问卷调查结果确认了医疗卫生体系面临的以下挑战。

（1）财政和经济紧缩

问题：过去几年，财政和经济紧缩大环境是否对贵国的医疗保健服务产生了一定影响？

带来严重后果	巨大影响	中度影响	影响很小
18%	46%	27%	9%

近三分之二的受访者指出，紧缩对自身国家的医疗保健服务带来了严重后果，或产生了巨大影响。与受访者的讨论揭示了，财政和经济紧缩以不同方式影响了其所在国家的医疗保健服务。

如前文所指出，在一些国家，经济衰退的影响导致政府必须大量借债来支持公共预算赤字，但这种情况难以为继，因此许多国家被迫大幅削减公共开支，以减少赤字和借贷规模。这种“紧缩”以不同方式影响了各个国家，主要取决于相关政府/资助者对医疗保健服务的保障程度。

某些情况下，经济下行不仅导致公共服务领域出现财政和经济紧缩，也产生了其他一些后果，如失业率上升、收入减少、税收水平提高等。这影响了医疗保健需求和人们支付医疗费用（必须以某种形式）的支付能力。

在发展中国家，医疗保健服务很大程度上依赖于外国财政援助，以支持医疗卫生体系运营预算。某些情况下，援助国的紧缩政策导致对外援助减少，从而最终对受援国的医疗卫生体系产生影响。

(2) 其他挑战

问题：在可预见的未来，您认为贵国医疗卫生体系面临下列挑战的相对重要性如何？

	非常重要	重要	不重要
财政资源增长有限	63%	37%	-
人口老龄化	63%	18%	19%
可预防疾病高发	63%	37%	-
难以招募到员工	37%	63%	-

上表显示，在所有受访国家中，资金持续有限增长被视为一项关键问题。鉴于财政紧缩的性质以及其很可能在未来持续多年的事实，这应该是意料之中。

可预防疾病的高发也是一个重要问题。一位受访者评论指出：“我们采取大量行动来提高医疗保健服务质量，并想方设法预防疾病发生；同时也有许多批评指责我们没有及早治疗疾病，直到它达到紧急护理阶段才试图治疗，但为时已晚。”

尽管如此，这位评论员也指出，预防性医疗保健的关键问题在于其在各方面的有效性都有待证实。他说，需要致力于：“构建新的筹资机制，以奖励（采取积极措施，以避免）在早期感染疾病和防止进入急症阶段的人员。目前这一举措是否成功尚不得而知。我们还在进行大量实验，但我想说，医院里的医师们对我们政府的能力持怀疑态度。尽管每个人都非常努力，但由于不确定是否能够取得预期效果，因此他们表示非常怀疑。”

在多数受访国家中，人口老龄化也被受访者视为一项重大挑战，尽管在发展中国家这个问题似乎不太严重，这是因为发展中国家的人口平均寿命较短，而生育率非常高。一位受访者就人口老龄化挑战表示：“我认为主要的问题是当人口开始老龄化，人们会活得更久，从而提高了医疗卫生体系的压力。事实上，我们知道，除非对当前方式进行彻底变革，否则我们将无法像以往那样提供服务。我认为，解决之道并不是要求下一代照顾你，而是我们这一代自己照顾自己或互相照顾。我认为，这是人口老龄化的唯一解决办法。”

难以招募到在医疗保健服务体系工作的员工也被视作一个重要问题。产生这一问题有诸多原因，包括医院之间对稀缺人才的竞争（导致工资攀升），以及专业人才流失海外等，不一而足。

除上述挑战外，部分受访者还主动提出，他们认为某些其他挑战对本国的影响也十分重大，包括：

- 影响医疗保健供应的僵化劳动力市场；

- 医疗卫生部门治理安排不足；
- 缺乏医疗保健领域的信息技术投资；
- 提供医疗保健时有必要尊重文化
- 医疗保健供应的严重不平等；
- 高度依赖海外援助；
- 高生育率使医疗护理成本不断攀升；
- 医疗保健供需失衡；
- 一些社区难以获取保健服务。

由于上述挑战都是单个受访者主动提出，因此尚不清楚在所有国家是否具有普遍性。即便如此，从访谈内容可以看出，几个受访国家面临一些共同挑战，如保健供需失衡、难以获取保健服务、普遍存在的不平等和治理安排不足（包括对错误预防的治理安排）等。

(3) 医疗卫生体系配置的可能变革

开始时，通常会询问受访者，在应对所面临挑战方面，所在国家医疗卫生体系配置的适用情况。

问题：您如何评价贵国当前医疗保健服务配置应对挑战的适用程度？

非常适用	适用	不适用	非常不适用
-	45%	37%	18%

超过半数的受访者表示，自身国家当前医疗卫生体系的配置不适用（或非常不适用），因此需要进行变革。问卷还要求受访者考虑对当前配置进行不同类型变革的可能性。

问题：您认为贵国是否有可能对医疗卫生体系配置进行下述变革？

	非常可能	可能	不可能	非常不可能
某种形式的行政重组和（或）医疗卫生体系重组	63%	28%	9%	-
政府医疗卫生体系进一步下放权力	9%	37%	45%	9%
加剧医疗保健服务提供方之间资金方面的市场竞争	9%	63%	28%	-
私营医疗保健部门扩张	28%	36%	28%	8%

在公共医疗保健供应中纳入 私营部门	55%	18%	18%	9%
----------------------	-----	-----	-----	----

超过 90% 的受访者表示，他们预期本国内将可能（或非常可能）进行某种形式的医疗卫生体系行政精简和/或重组。医疗卫生体系的评论员对这一情况可能持怀疑态度，因为这并不能解决医疗卫生体系内部不平衡的根本问题。绝大多数受访者进一步表示，他们预测，此种变革可能不会使决策权进一步下放到医疗卫生体系内部的较低层级。

鉴于一些受访者认为医疗卫生体系往往由供应方利益所驱动，而非患者利益，因此提出另一项变革，即加剧医疗保健领域的市场竞争。研究显示，该领域可能得到发展，甚至在某些国家（如澳大利亚、加拿大和英国）已经出现发展势头。一个重要的相关特征是，委托方职能与提供方职能相分离，以及发展基于活动的资金支持——即医疗提供方根据所承担工作数量（及或许质量）获得资金支持。

总的来说，受访者们强烈认为，私营部门向私营医疗机构患者提供医疗保健服务的作用在不断增强，但或许更具争议性的是，在公费医疗卫生体系中，私营部门向非私营医疗机构患者提供医疗保健服务。后者可能采取多种形式，如英国采用的公私伙伴关系（PPPs）。一些国家似乎更热衷于这类发展，而其他国家则较为审慎，行动也较为缓慢。下面是受访者对前者发表的评论：“最新的发展趋势是建立公立医院的私营运营商，这样我们就将拥有实业，并与私营部门订立契约，从而提供服务。我们刚刚就一座新医院进行招投标，那是一座有 700 个床位的教学医院，我们实际上是全程面对私营部门进行招标。”

只有一个受访者主动提出，关于医疗卫生体系配置的一个可能变革是重新设计医疗保健服务供应。研究显示，就对医疗保健服务提供形式进行根本性变革这点而言，鲜有支持者，这在财政紧缩和其他挑战的背景下尤其令人感到惊讶。当然，这并不意味着不需要考虑这类变革，但是对于多数受访者而言，这似乎并非其优先考虑事项。

（4）现有医疗卫生体系资金筹措的可能变革

问卷提出，为解决出现的挑战，医疗卫生体系的资金筹措方法是否适用。

问题：长期而言，您认为贵国现有医疗保健服务的资金筹措方法是否具有可持续性？

肯定具有	或许具有	不太可能	不可能
9%	27%	55%	9%

只有 9% 的受访者表示，长期而言，现有医疗保健服务的资金筹措方法肯定具有可持续性，而 64% 表现，这不太可能具有或根本不可能。这是一个有力的发现，并对全球大多数筹资体系的可行性提出了质疑。

问题：就对贵国医疗卫生体系资金筹措做出以下变革而言，您认为每项变革的可能性怎样？

	非常可能	可能	不太可能	非常不可能
政府提供更多资金	-	36%	55%	9%
引入医疗保险或扩大保险范围	27%	27%	46%	-
引入对服务使用者的收费或扩大收费范围	9%	55%	27%	9%
推动效率改善	82%	18%	-	-

鉴于上文提到的财政和经济紧缩影响，因此毫不奇怪，绝大多数受访者并未将增加政府资金支持作为一个解决方案。许多国家已通过某种形式的医疗保险来资助其医疗卫生体系，但相关保险计划仍存在巨大差异。有些保险计划可自愿参加，有些则强制参加。有些保险具有最低的强制性要求和自愿选择险种，从而覆盖各种险别。医疗保险计划可能由政府提供，也可能由私营部门提供，抑或二者联合提供。当提到医疗保险筹资模式时，由于数以千万计的人口尚未参加保险，因此，许多人（包括许多美国人）认为医疗保险计划并非良策，从而借此认为美国医疗卫生体系不完善。但是，本研究显示，医疗保险计划在许多国家的运行令人满意，但是一部分计划并非真正的医疗保险计划（保费与风险相挂钩），而是一种税收形式，将税收收入作为医疗保健专项资金。

质疑者强烈认为，扩大对服务使用者的收费范围是医疗卫生体系筹资模式的一种可能变革。虽然已对服务使用者收取了各种费用（如停车费、医药处方费），但直接收取医疗保健服务费仍是一个具有很大争议性的问题。在许多国家的医疗卫生体系中，早已开始对初级和二级治疗进行混合收费，而在其他国家中，这种做法还是新生事物，且具有争议性。显然，关于引入医疗保健收费或扩大收费范围有许多担忧，会对贫困人口和行政性收费均产生影响。

所有研究国家受访者明确的一个共识是，政府面临的一个关键问题在于改进医疗卫生体系表现的各项举措。目前尚不明确是集中推动，还是通过下放决策权实现，成功前景亦不明朗。人们频频指出，效率改善举措似乎是政客们的最后一根救命稻草。一些评论人士指出，只有通过医疗卫生体系的颠覆性创新转型方可实现改善，但对于政客和公众来说，这一过程或许都难以接受。

受访者还指出了他们认为可能对医疗卫生体系进行的其他变革，但是这些变革似乎大部分都与医疗卫生体系自身的内部资金分配息息相关，包括：

- 分配资金时更加关注质量测评指标；
- 通过行政权力下放改变原有资金分配模式；
- 通过内部筹资机制变革，重组治疗模式。

实现所需的变革

本章简要介绍了面对财政和经济紧缩及其他挑战，有必要对医疗卫生体系的配置和筹资方式进行诸多变革。确认期望的变革固然重要，但执行和实现这些变革却常常非常艰巨。

英国一位前任财政大臣（财政部长）尼格尔·劳森（Nigel Lawson）曾发表过这样的评论，即对民族宗教而言，国民医疗卫生服务体系对英国人可谓休戚相关。一位评论人士对此表示：“这是一句非常有用的措辞，因为它解释了为何政客们总是胆颤心惊地进行国民医疗卫生服务体系改革。如果公众认为这是对信仰的亵渎，那么他们就应该使用一个非神学的术语。”（摩尔/Moore，2011年）

有人指出，一些国家（如英国）对国民医疗卫生服务情感投入太多，因此难以快速进行大刀阔斧的变革。虽然这可能是一个极端案例，但在外部非民主或独裁民主国家，似乎总有可能抵制统一提供的医疗卫生体系进行任何变革。一位受访者就此发表了以下评论：“我认为对任何一个国家而言，医疗都是非常敏感的政治问题，因为每个人都关心医疗问题，而且这也是该行业的本质所在。因此我认为，我们不能逃避所有这些糟糕的重大事件，我们希望阻止政客们做出无益于医疗行业发展的任何变革。”

来自另一国家的一位受访者表示：“我认为我们在获取资源、整合资源和权利下放方面存在诸多问题，但这些问题政府已着手应对。因此我认为，在医疗保健政策方面没有必要进行任何彻底变革，至少近期是这样。”

还有一位受访者表示：“当然，政府中最不具吸引力的职位之一就是卫生部长，虽然他们总是尝试各类改革，但总是以失败告终。”

问题：关于贵国医疗卫生服务组织结构或筹资机制领域的变革，您认为以下因素的阻力强度如何？

	非常高	高	低	非常低
公共舆论	55%	27%	9%	9%
医护人员	9%	64%	18%	9%
雇员	19%	36%	36%	9%
媒体舆论	18%	55%	18%	9%
财政资源匮乏	55%	27%	9%	9%

除财政资源匮乏外，与之前评论一致的是，很显然，公共舆论也被视为变革的重要阻碍因素之一，此外还有来自健康专业人士和媒体等影响公共舆论的阻力。缺乏财政资源也可能引起强烈抵制，这表明，如能在紧缩开始前就设法对医疗卫生体系实施必要变革，情况或许会更好一些。

访谈中，其他被视作变革阻碍因素的还包括：

- 政客们对所需变革的性质缺乏共识；
- 国内私营经济利益的影响；以及

- 官僚机构维持现状的意愿。

克服这些变革阻力是一项艰巨任务，没有简单的解决办法。主要有以下两个因素：即技术因素和政治因素。技术因素涉及医疗卫生体系内部的变革流程组织，但它总是差强人意。一位受访者评论道：“……这是我国面临的重大问题之一，没有中央机构……或授权……来指导变革、改革或任何事情。”其他受访者也发表了类似看法。

对医疗保健改革缺乏政治共识也是一大阻碍。受访者强烈认为，由于选民就医疗保健政策赋予了政客们较高特权，因此政客往往不是关注需要做什么，而是把“医疗”视为政治足球，作为对抗政敌的加分筹码。政客和学者已多次呼吁就医疗保健改革达成更进一步共识。（普劳尔，2012年）

5. 研究成果讨论

该部分主要分析了在数个国家产生共鸣的跨领域主题。

预防性医疗保健的角色

在许多国家，人们对较高的发病率和死亡率表示高度关切，而通过改变个人生活方式很容易进行预防。因此，政客和决策者们常常谈论需要将资源从护理和治疗服务转向预防服务。但实践中，该领域的进步通常很有限，可能存在诸多原因。

第一个原因是，不能说服个人为改善健康状况而改变生活方式（如戒烟、减少饮酒、减肥）。尽管各国尝试了各种方法，但取得的成效喜忧参半。或许应考虑的关键问题是，在为个人提供改变生活方式的动力（如英国政府正在考虑向减肥人士提供健康食品购物券）和对不愿作出此类改变的人实施制裁之间寻求一个平衡点。第二个原因有关筹资机制，尽管预计将实现成本节约，但预防服务往往需要事先投入启动资金。

私营医疗保健部门的角色

显而易见，几乎每个国家都存在某种形式的私营医疗保健部门，直接或通过私人医疗保险计划为私人有偿提供医疗保健服务。有关私营医疗保健部门的规模适度问题，必然总会引发政治方面的讨论，但是决策者们更关心的是，私营医疗部门在向非私营医疗机构患者提供医疗保健服务方面的角色问题。

理论上讲，为此目的使用私营医疗保健部门大有裨益，包括可以以较低成本使用私营部门的闲置资源，促使公共医疗保健提供方参与市场竞争。但是，也可能存在一些不足之处，特别是在盈利动机和公共服务平等考量相冲突时，就会引发问题。在某些国家，如英国，私营医疗保健部门较大程度地参与公费医疗卫生体系，其他国家也开始纷纷尝试这一做法。但在某些国家，这一做法却遭到强烈抵制，也可能是政治上的抵制。因此，应当基于优势而非意识形态来考虑是否采取某种做法，这一点非常重要。

寻求医疗保健的其他资源

公众对医疗资源的需求增加通常和紧缩时期节约资金的要求相矛盾。必须承认，现有医疗卫生筹资机制往往已经过时，不再适合当今世界。因此，必须进一步解放思想，就医疗卫生替代筹资机制展开辩论，而面临这一情况的国家应当考虑借鉴已尝试全新筹资方法国家的经验教训。

不适宜的医疗卫生体系

同筹资机制一样，现有医疗卫生体系机制也已过时，当前不再适用。此外，运用某些特定的绩效评估方法也会引起功能失调，这在近期英国一些重要的医疗报告中可见一斑。因此，在重新设计此类安排时，需要进一步拓展思路。

就医疗保健达成更多政治共识的必要性

研究进一步凸显了政党间就医疗保健政策达成更多政治共识的必要性。利用长远规划取代短期主义将有助实现附加价值。我们的议题首先强调了需要对现有医疗卫生体系进行切实变革，而这在短期内将难以实现。在反对党寻求短期政治利益时，如果继续把医疗保健政策当做政治足球（许多国家如此），这一任务将变得更加艰巨。

6. 结束语

研究显示，某一特定医疗卫生体系是否具有优势，可通过以下评判标准进行评判：

- 质量；
- 效率；
- 可接受度；
- 公平性。

在分析受访国家的医疗卫生体系时，如果按照上述标准来评判，我们发现有些体系并不均衡。例如，美国医疗卫生体系在质量上得分非常高，但许多受访者指出，它在公平性和效率上得分却较低。另一方面，马拉维等发展中国家的医疗卫生体系可能在医疗质量和不同人口群体间的公平性上有所局限，但相较于其有限资源，效率上的表现可圈可点。而在其他一些医疗卫生体系中，这四项标准之间似乎已达成很好的平衡。鉴于不同国家有不同的要求和架构，因此一套“放之四海而皆准”的统一医疗卫生体系将不可行，这一点毫不奇怪。

本研究显示，在受访国家中，财政和经济紧缩的影响非常显著。此外，尽管这些国家的医疗卫生体系各有不同，但过去几年实施了与医疗保健服务需求增加相关的紧缩政策，其影响表明，现有体系长期不太可能保持可持续性。

总体而言，应对这些外部驱动因素影响的可能途径将对现有医疗卫生体系产生重大影响。问题在于，非独裁民主国家可能会对任何此类变革进行强烈抵制。因此，对于这些国家的政客、医疗卫生管理者和专业从业人员而言，或许最关键的一点是，他们必须设法说明此类变革的必要性，并阐明变革实施手段。

附录：研究方法

本项目所采取的研究方法如下。

相关文献综述

我们首先参考了介绍不同国家医疗卫生体系的相关文件，包括政府文件、世界卫生组织等国际报告以及学术评论等。

结构化访谈

通过采用视频会议形式，我们对各个国家的受访者进行了结构化访谈。受访者或是医疗保健部门的财务专业人员，或是该领域的学术评论员。每个访谈持续约 60 至 80 分钟，主要根据以下内容框架进行访谈：

- 了解受访者的职位和背景；
- 讨论该国医疗卫生体系的配置形式；
- 讨论医疗卫生体系的筹资情况；
- 询问受访者自身国家现行医疗保健筹资体系的优势与不足之处；
- 询问受访者自身国家近期是否就医疗卫生体系配置或筹资形式进行任何重大变革，或是计划进行重大变革；
- 询问受访者医疗卫生体系当前面临的挑战及其应对情况；
- 与受访者分析财政紧缩或经济放缓对该国医疗保健和其他公共服务的影响，并指出对医疗保健筹资方式的可能影响；
- 探讨公众对该国改变医疗卫生体系变革的态度；
- 明确从该国体验获得的经验教训。

访谈过程非常灵活，会向受访者询问一些补充问题，并请受访者就某些特定问题作进一步解释说明。我们将记录访谈内容并做系统分析。多数情况下，都是两位研究员参与访谈，确保对访谈内容进行三角化剖分，有助之后进行整理反思。

访谈开始前，通常会询问受访者，他们是否可以提供有关本国医疗卫生体系的一些其他背景信息，这也有助开展访谈。

发放和分析问卷

访谈后，会要求每位受访者完成一份关于所提出问题的较短问卷。第四章的表格就是基于问卷采用的形式。目的旨在以更加量化的形式，清楚确立受访者对特定问题的看法。问卷随后收回并作分析。

访谈包括的国家

某种程度上，本研究关于相关国家的选择是根据特定受访者个人的配合度和意愿确定的。尽管如此，如下表所示，我们还是尽力试图覆盖不同类型国家。

	国家	大洲	类型
1	英国	欧洲	发达国家
2	法国	欧洲	发达国家
3	德国	欧洲	发达国家
4	美国	北美	发达国家
5	加拿大	北美	发达国家
6	澳大利亚	大洋洲	发达国家
7	新西兰	大洋洲	发达国家
8	加纳	非洲	发展中国家
9	马拉维	非洲	发展中国家
10	阿布扎比酋长国	亚洲	中等收入国家
11	印度	亚洲	中等收入国家

研究覆盖了全球多数大洲的 11 个国家（南美洲除外，因为那里缺乏讲英语的受访者，也没人愿意参加访谈），分别处于经济发展的不同阶段。我们并不尝试利用这一有限数量的国家准确反映出全球医疗卫生体系的现状，但是这些国家确实就一系列跨领域问题提供了有趣的视角，这些都至关重要，并形成了清晰的主题。