

# 医疗卫生公共服务均等化的国内外实践比较与经验借鉴——对我国医药领域供给侧改革的启示

张大为<sup>1</sup>, 高涓<sup>2</sup>, 许婷婷<sup>3</sup>, 孟奎<sup>4</sup> (1. 沈阳药科大学工商管理学院, 沈阳 110016; 2. 上海商学院商务经济学院, 上海 200235; 3. 辽宁科技学院管理系, 本溪 117004; 4. 中共辽宁省委党校经济学教研部, 沈阳 110004)

**摘要 目的:** 通过对欧美(英国、意大利、美国)和亚洲国家(日本、新加坡)及国内广州、成都的医疗卫生公共服务均等化实践进行全面比较和经验借鉴, 提出其对我国医药领域供给侧改革的启示。**方法:** 采用文献研究法、资料分析法及比较分析法。**结果与结论:** 医疗卫生公共服务均等化的国内外实践对我国医药领域供给侧改革的启示主要有(1)医疗卫生公共服务的事权和财权界定清晰;(2)优化资源配置, 保障基本医疗服务供给;(3)完善法律法规保障;(4)医疗卫生公共服务供给市场化;(5)赋予患者更多的自主选择权, 加强公共服务质量监测。

**关键词:** 医疗卫生公共服务均等化; 供给侧改革; 事权与财权; 资源配置

中图分类号: D669; R95 文献标识码: A 文章编号: 1002-7777(2017)07-0716-06

doi:10.16153/j.1002-7777.2017.07.002

## Comparison and Experience of Domestic and International Practice of Equalization of Public Medical and Health Service - Enlightenment of the "Supply Side Reform" of Pharmaceutical Field in China

Zhang Dawei<sup>1</sup>, Gao Juan<sup>2</sup>, Xu Tingting<sup>3</sup>, Meng Kui<sup>4</sup> (1. School of Business Administration, Shenyang Pharmaceutical University, Shenyang 110016, China; 2. School of Business and Economics, Shanghai Business School, Shanghai 200235, China; 3. Management School, Liaoning Institute of Science and Technology, Benxi 117004, China; 4. Department of Economics, Party School of Liaoning Committee of CPC, Shenyang 110004, China)

**Abstract Objective:** To put forward the enlightenment of the "supply side reform" of pharmaceutical field in China based on the overall comparison and experience of equalization of public medical and health service between domestic cities (Guangzhou and Chengdu) and European and American countries (UK, Italy, USA) and Asian countries (Japan, Singapore). **Methods:** Literature research, data analysis and comparative analysis were used. **Results and Conclusion:** Conclusions from domestic and international practice of equalization of public medical and health service to the "supply side reform" were as follows: (1) disposal power and financial power of public medical and health services were clearly defined; (2) allocation of resources was optimized to ensure the supply of basic medical services; (3) legal guarantee was consummated; (4) supply of the public medical and

health service was marketized; (5) patients were given more self-choice right to strengthen the quality monitoring of public service.

**Keywords:** equalization of public medical and health service; supply side reform; disposal power and financial power; allocation of resources

深化医改6年多来,我国医疗卫生公共服务总体发展水平有了较大幅度提高,覆盖城乡的医疗卫生服务体系逐步完善,疾病防控能力不断增强,基层医疗卫生公共服务体系和基本医疗保障制度建设稳步推进。但是,我国至今仍未实现医疗、医药、医保的有效联动,中西部地区在医院建筑、医疗器械和医务人员的执业水平及疾病治疗基本公共服务均等化程度上,都与东部发达地区存在较大差异;且各个地区内部城乡之间医疗卫生领域公共服务的均等化程度差异也较大。究其深层次原因,说明局部调整并不能使中国医疗卫生公共服务均等化问题得到根本改善,我国医疗卫生领域的供给侧体制改革应进入深入发展和内涵建设中,政府在医疗卫生服务领域的财政资源配置和供给主体等政策目标也要做出相应调整,应吸引更多的社会资本等多元化投资主体参与医疗卫生公共服务建设。

本文在对欧美(英国、意大利、美国)和亚洲国家(日本、新加坡)及国内广州市、成都市的医疗卫生公共服务均等化实践进行全面比较分析和经验借鉴的基础上,尝试性地提出其对我国现阶段医药领域供给侧改革的5点启示:(1)医疗卫生公共服务的事权和财权界定清晰;(2)优化资源配置,保障基本医疗服务供给;(3)完善法律法规保障;(4)医疗卫生公共服务供给市场化;(5)赋予患者更多的自主选择权,加强公共服务质量监测。

## 1 欧美国家医疗卫生公共服务均等化的实践

### 1.1 英国医疗卫生公共服务均等化的实践

英国医疗卫生公共服务以基本全面公平为目标,以“公平”为理念,强调自由经济的机会均等和国家的主体作用,实行对公民的普遍保障。

在英国,由中央政府负责管理国民医疗服务体系,按照法律规定,全民基本上享有平等的政府出资提供的医疗卫生服务,主要包括两个层次的医疗体系:第一层次是以社区为主的初级医疗,通常在社区驻诊提供医疗保健服务(GP)。英国的社区卫生

生服务在20世纪50年代后期,首先在精神病领域发展起来,以后又逐步扩展到老年人、孕产妇、儿童和残疾人等医疗卫生服务领域。20世纪60年代,又进一步发展了社区老年卫生服务。目前,其内容包括建立家庭健康档案,传染病、慢性非传染性疾病以及意外伤害的预防,健康教育与咨询指导,社区的现场急救医疗,一般疾病的初级诊治,慢性病管理,社区家庭护理,孕产妇保健,儿童保健,老年人保健,重点人群的疾病筛查,社区康复及计划生育指导等。英国社区公共卫生服务内容涵盖方面较多,注重对儿童、老年、妇女、伤残人士等重点人群的倾斜。

第二层次则是医院服务(NHS),由各科的专科医师负责并接手由GP转介的病人,负责或处理一些重大意外事故及急诊者。公共医疗卫生支出的财源大部分来源于政府的一般性税收收入,其他部分主要从国民保险账户划转,个人负担很小部分。英国的医疗卫生服务具有非常平等的特点,任何人都可以享受到一样的均等化服务。

### 1.2 意大利医疗卫生公共服务均等化的实践

意大利是自英国之后第二个在医疗公共服务系统中实行统一原则的欧洲国家。2000年,世界卫生组织(WHO)根据一些关键指标体系对其所有成员国的卫生系统绩效进行排名,意大利在总体绩效上位列第二位;而美国、英国和日本则分别位列第三十七、第十八和第十位。

意大利的医疗卫生公共服务体系从解决医疗卫生服务的提供入手,建立国家医疗卫生保障制度,由医疗卫生机构免费或低价向城乡居民提供服务,实现卫生服务全民覆盖。从整体上看,意大利医疗卫生服务体系的功能主要涵盖5个部分:一是提供预防和公共卫生部分;二是提供初级卫生保健;三是门诊治疗;四是医药服务;五是住院治疗。其中第一和第二部分的公共卫生服务内容包括以下8个方面:(1)环境卫生和劳动卫生;(2)对食品、药品生产、加工、收购、储存、运输和经

营销过程中的卫生监督检查；(3)常见病、多发病、普通疾病的就近诊治，提供医疗信息和转诊服务，开设家庭病床，提供家庭医疗卫生服务；

(4) 孕妇产期保健，儿童疫苗接种，传染病防治和公共场所(包括公墓区)的卫生管理；(5) 出院后家庭恢复期的康复医疗服务，其中包括老年人的医疗保健，残疾人治疗、康复及培养其独立的生活能力；(6) 精神卫生、健康教育、家庭健康咨询；(7) 对毒品控制及对吸毒者的教养；(8) 18岁以下未成年人先天性疾病的防治。

为确保以上5个组成部分的功能能够紧密合作和顺畅运行，意大利国家医疗卫生保健系统主要从中央、大区 and 地方这3个不同组织水平上运行。区域组织体系主要包括意大利行政区划下的19个大区和2个自治省的政府机构，位于该组织结构最底层

的地方一级是更基层的医疗服务实施机构。地方卫生局(ASL)在省一级的层面开展工作，每个卫生局的设立按照覆盖人口30~40万人作为依据，主要由公共卫生部门、区域医疗机构和住院医疗机构组成。整个意大利的医疗保健体系以全科医生为中心，形成了立体网络。全科医生和儿科医生通过与政府签订合同独立开展医疗服务工作，每个居民都有权利选择自己的全科医生。全科医生根据自己服务的人群数量领取一定的经费。

与此同时，意大利建立了完善的药品控制体系。1994年成立了国家药品委员会，引入药品共同付费制和药品分类体系。国家药品委员会负责监管药品目录，对药品目录进行重新审定，将采用共同付费的药品重新分为A、B、C、H等4类，4类药品的界定和差别见表1。

表1 意大利共同付费体制下的药品分类体系

药品类别	A	B	C	H
涵盖药品	基本用药和慢性病用药	满足患者主要治疗需求的用药	所有其他药品：(1)尚无临床资料证明其确切疗效的药物；(2)比A类更贵的用药；(3)用于治疗不严重的或是医疗费用较低疾病的用药；(4)不需要处方的药品	仅由医院提供的药品
保障体制	患者只需支付很少费用	患者负担50%的药费	药费全部由患者负担	住院病人可以全免

事实证明，共同付费制是非常有效的成本控制措施。随后，意大利在医疗保健市场上引入了通用名药(非专利药)，力图降低药品开支。为促进通用名药市场的长期发展，法律已提供了一些激励机制。比如比同类专利药品便宜至少20%的通用名药会自动被列入A类和B类药品目录等。

### 1.3 美国医疗卫生公共服务均等化的实践

美国的基本公共医疗服务制度不是针对全民而是对特殊人群制定的，由联邦政府下设的公共医疗服务中心负责，连同公众卫生局、社会保障部、州政府保健医疗机构共同管理。政府举办的基本公共医疗服务是美国医疗保险体系中的一小部分，具体包括少数民族免费医疗制度、医疗照顾制度、医

疗救助制度、医疗补助制度。少数民族免费医疗制度是美国政府对特殊人群提供的医疗服务，主要对象是印第安人阿拉斯加州的少数民族，由卫生和人类服务部的印第安人卫生服务办公室领导，经费单独列支。

医疗照顾制度是根据1965年制定的《老年医疗保险法》实施的，该制度以65岁以上老年人和未满65岁但属于残障者以及晚期肾功能病患者为服务对象，由两部分组成：一是住院保险，以社会保障税为财源；二是补充保险，主要由加入者自愿参保，但联邦政府有一部分财源补助。

医疗救助制度是根据《安全法》的规定，由各州政府依据自己的经济发展条件确定本州的贫困



线,对低收入人群、失业人群和残障人士等提供程度不等的、部分免费的医疗保险制度。医疗救助制度的财源由联邦政府补助金、州政府一般税收和市政府上缴资金共同构成的基金组成,联邦政府负担其中的50%,州政府负担35%,市政府负担15%。对公共医疗制度未覆盖的低收入者,有医疗补助制度,由联邦政府和州政府共同出资管理,并由州政府负责实施。

美国的市场化非常发达,在医疗领域亦充分体现,企业和个人可以购买医疗保险获得基本公共医疗服务。

## 2 亚洲国家医疗卫生公共服务均等化的实践

### 2.1 日本医疗卫生公共服务均等化的实践

从上世纪60年代起,日本就建立了覆盖全体国民的医疗保险制度。日本的医疗保险主要由普通医疗保险、退職者医疗保险和老年人医疗保险构成。社会保险厅及其下设机构负责管理,地方政府具体负责健康保险的运营。日本的公共医疗卫生还有专门的立法作为支持,如《医疗法》《药品法》《食品卫生法》等。

日本社区卫生服务重视对重点人群的服务,老人保健和母子保健是日本社区保健工作的中心。根据《母子健康法》和《儿童福利法》的规定,日本保健所保健中心对结婚、妊娠、分娩、围产期妇女和出生婴儿,直至学龄前儿童给予各种健康诊察、保健指导和医疗援助;社区人员进入40岁即开始建立“健康手册”,开展基本的健康教育、健康诊察等。1993年,日本颁布了《老人保健法》,对家庭访问护理工作实行制度化管理。日本社区公共卫生服务体现了关注重点人群的特点,针对逐渐出现的社会健康问题,采用提出并开展各个保健计划的方式,明确服务重点,便于引起全社会对某一公共卫生问题的关注,从而有效、积极的参与各个保健计划的开展。

### 2.2 新加坡医疗卫生公共服务均等化的实践

新加坡是储蓄医疗保险模式的代表性国家。新加坡政府强调对公共卫生事业的投入,致力于建立良好的基本医疗服务体系。政府、私人或民间资金、社会人士或福利团体分别是公立医疗卫生机构、赢利性医疗卫生机构和其他社会医疗卫生机构的创办主体。在医疗付费上,遵循“人人负担得起”和“节约医疗资源”的原则,通过明确政府和

个人责任,确保医疗保健制度的有效运行。

## 3 国内医疗卫生公共服务均等化的实践

### 3.1 广州医疗卫生公共服务均等化的实践

广州市结合自身经济与社会发展的实际情况,以医疗保险覆盖全体城乡居民为目标,积极探索医疗保险城乡均等化的模式和路径。首先,整合现行各种医疗制度,建立统一的城乡医疗保险制度体系;其次,建立、健全医疗保险信息管理系统,通过信息化管理,实现医疗费用即时入账、报销;再次,改革管理机制,统一住院起付标准、定点医疗机构和结算方式;最后,采取有效措施解决医疗保险多头管理的混乱局面。

### 3.2 成都医疗卫生公共服务均等化的实践

2003年以来,成都市在公共医疗卫生服务均等化建设方面积极探索,为全国其他地区提供了宝贵经验。成都市政府重点解决城乡非从业人员的医疗保险问题,建立了统一的城乡居民基本医疗保险制度,并统一基础补助标准,城乡居民可以自由选择参保档次,从而享受相应的医疗待遇;在管理机构上,通过整合医疗保险管理资源,有效提高了医疗保障制度的公平性和管理机构的运行效率。

## 4 医疗卫生公共服务均等化的国内外实践对医药领域供给侧改革的启示

### 4.1 医疗卫生公共服务的事权和财权界定清晰

从国外城乡公共医疗卫生服务均等化的实践来看,无论是中央政府还是地方政府,在财力上如何分配及在各级机构职能如何分工,都有一个共同的特点——对各级政府的事权和财权都做了明确清晰的界定。如果事权和财权不相对应,则通过各种转移支付的形式在财力上使之平衡。

各国都强调政府在公共卫生服务资源配置领域的责任,确保在全国各地开展较为统一的基本医疗服务。在筹资方面,一般以政府公共财政投入为主,服务供给呈现多元化态势,其中既有政府部门负责的直接供给;又有政府、非政府组织和社区等竞争性的资源配置,从而使其相互竞争,为公众提供廉价优质的公共医疗卫生服务。

### 4.2 优化资源配置,保障基本医疗服务供给

医疗卫生服务体系作为重要的公共服务体系,理应更加强调公平性,同时突出预防和干预保护措施的重要性。将有限的医疗卫生资源重点配置到具有社会临床和流行病学重要意义的某些疾病方

面,使其用于提供切实有效的服务,且服务于能够从中受益的个体;重点考虑那些能够取得低成本高效益的干预措施。意大利等国医疗卫生服务均等化实践在这方面做出了一些有益探索。

医疗卫生领域供给侧改革的重点应该放在改善基本医疗服务供给上。在医保政策和医保体系的建立上,赋予卫生管理部门更大的发言权,使整个体系向基层医疗卫生保健领域倾斜,才能建立起良性循环。这与新医改中“坚持以人为本、坚持公平和效率统一,统筹兼顾,把维护人民健康权益放在首位”的原则相适宜。

#### 4.3 完善的法律法规保障

法律法规是实现医疗卫生公共服务均等化的根本保障。在法治国家,法律法规有力地保证了医疗卫生基本公共服务的投入和管理机制顺利实施。如日本,相继颁布《医疗法》《药品法》《食品卫生法》《母子健康法》和《儿童福利法》等,从而建立了相对完善的法律法规体系,以立法形式保障医疗卫生公共服务均等化的顺利实现。

#### 4.4 医疗卫生公共服务供给市场化

市场经济较为发达和完善的国家实践证明,可以通过市场化来快速推进医疗卫生基本公共服务供给。坚持政府主导、优化配置、多元举办的原则,在提供方式上引入竞争机制,打破政府垄断和限制,有利于提高公共服务的质量和水平,减轻政府支出压力。采用公开招标创建社区卫生服务机构等方式,扩大政府购买卫生公共服务的区域覆盖范围,参与基本医疗服务的监管。在坚持公立医院提供基本医疗服务的基础上,鼓励民办医疗机构、社区社会组织参与提供医疗卫生基本公共服务,间接实现医疗卫生服务均等化。

#### 4.5 赋予患者更多的自主选择权,加强公共服务质量监测

在医疗卫生服务体系中,由于信息不对称,患者经常处于弱势地位。医疗卫生资源的高度集中化也使得患者没有更多的选择权,不利于医疗卫生服务供给方自身服务水平的提高。在意大利的医疗卫生服务体系中,突出了患者的自主选择性,主要从全科医生的选择方面入手,每个公民对于全科医生和儿科医生有充分的自主权。若对其服务不满意,患者可以在任何时候终止这种医患关系。

意大利的医疗卫生公共服务均等化实践,加

强了民众对卫生服务质量评价的跟踪力度,通过民众的满意度来评估所采取的措施和改革方案是否深入人心。多次进行了大范围的公民满意度调查,针对调查结果做出针对性的改革。

综上所述,本文通过对欧美(英国、意大利、美国)和亚洲国家(日本、新加坡)及国内广州市、成都市的医疗卫生公共服务均等化实践进行全面比较和经验借鉴,提出了对我国医药领域供给侧进行改革的若干启示,希望对相关工作有所助益。

#### 参考文献:

- [1] 李玲. 英国模式: 国民卫生服务体制[J]. 中国医疗前沿, 2006, (7): 4-8.
- [2] 杨存, 郑晓瑛, 陈曼莉. 意大利医疗保障体系建设及启示[J]. 中国卫生经济, 2011, 30(5): 94-96.
- [3] Bagliani dr Carlo, Antonio Giulio de Belvis, Silvia Baricca. 意大利与中国医疗体系的比较[J]. 中国危重病急救医学, 2001, 13(7): 387-389.
- [4] Le Grand J. Inequalities in Health: Some International Comparisons[J]. European Economic Review, 1987, 31(1): 182-191.
- [5] Wagstaff A, Van Doorslaer E, Calongge S. Equity in the Finance of Health Care: Some International Comparisons[J]. Journal of Health Economics, 1992, 11(4): 361-387.
- [6] Atharina Hauck, Peter C. Smith, Maria Goddard. 明智的支出为穷人购买医疗卫生服务[M]. 北京: 中国财政经济出版社, 2006: 126-200.
- [7] 赵红, 王小合. 基本医疗卫生服务均等化研究进展与路径选择[J]. 中国卫生政策研究, 2011, 4(11): 29-36.
- [8] 谭琼. 统筹城乡背景下成都市基本医疗卫生服务均等化研究[D]. 成都: 四川农业大学出版社, 2010.
- [9] 梁娟, 曾伟, 叶庆临, 等. 成都市促进城乡基本公共卫生服务均等化的实施策略研究[J]. 中国公共卫生管理, 2011, (2): 114-116.
- [10] 安体富, 任强. 公共服务均等化: 理论、问题与对策[J]. 财贸经济, 2007, (8): 33-35.
- [11] 龚锋, 卢洪友. 财政分权与地方公共服务配置效率—基于义务教育和医疗卫生服务的实证研究[J]. 经济评论, 2013, (1): 42-53.
- [12] 孙健夫, 要敬辉. 公共财政视角下中国医疗卫生支出

- 分析[J]. 河北大学学报: 哲学社会科学版, 2005, 30 (3): 67-71.
- [13] 北京师范大学政府管理研究院. 2012中国民生发展报告—跨越变革世界中的“民生陷阱” [M]. 北京: 北京师范大学出版社, 2012.
- [14] 罗鸣令, 储德银. 基本公共医疗卫生服务均等化的约束条件与公共财政支出[J]. 当代经济管理, 2009, 31 (8): 44-48.
- [15] 孙逊, 张寓景, 汤明新, 等. 基本卫生服务均等化界定、评价及衡量方法[J]. 卫生软科学, 2009, 23 (4): 425-426.
- [16] 詹洪春. 医药领域供给侧改革如何“对症下药” [J]. 中国当代医药, 2016, 3 (23): 1-3.

(收稿日期 2016年6月1日 编辑 王萍)