



提高效率 势在必行

菲律宾巴坦加斯市巴坦加斯地区医院的实习护士。

大卫·科迪、莫拉·弗兰切塞、尚宝平

公共卫生支出
必须提高效
率，以避免过
于庞大的政府
财政支出

在过去的半个世纪，全球的卫生事业取得了显著成就。例如，高收入国家的出生时预期寿命提高了约 11 岁，上中等收入国家提高了 26 岁，下中等收入国家提高了 21 岁，低收入国家提高了 20 岁。

尽管上述进步反映出收入上涨和医学技术进步等诸多因素，但公共卫生支出的增长也是一个重要因素。在发达经济体中，公共支出从 1970 年占 GDP 的 3.75% 上升至 2012 年的 7%。在新兴市场经济体，支出从 1995 年占 GDP 的 2.75% 上升至 2012 年的 3.25%；在这段时期内，发展中经济体的支出从占 GDP 的 3% 上升至 3.75%。

尽管公共卫生支出的不断增长带来了巨大的收益，但也为政府预算带来了财政难题。公共卫生支出已经占到公共资金的较大份额，并预计将进一歩增长 (Clements、Coady 和 Gupta, 2012 年)。在那些必须要削减赤字才能应对高水平公共债务问题的发达经济体中，这一支出增长将加大其财政压力。在新兴市场和发展中经济体中，公共卫生支出必须与教育和基础设施等其他优先发展事项竞争资金。

许多国家认为，在不给财政增加额外压力的情况下，提高公共卫生支出的效率应是确保不断取得医疗卫生成果的主要途径。相较于放弃发展医疗卫生服务或者削减在其他领域的支出而言，通过提高效率来控制支出增长在政治层面上也更加容易被接受。不过，该策略的有效性取决于公共卫生体系缺乏效率的程度以及政府缓解上述低效现象的能力。

支出的低效

确定支出缺乏效率的程度存在难度。

首先，低效很难界定。因为公共卫生支出需要达成多个目标。世界卫生组织将主要目标归结为改善人口的健康状况、帮助家庭避免财务风险并响应人们的期望。但是，大部分有关支出低效的研究主要关注医疗卫生成果，如预期寿命指标。虽然此类研究有可能充分体现改善医疗卫生成果这一目标，但是由于预期寿命是与其他相关健康指标高度相关的，所以此类研究所反映的情况并不全面。

其次，衡量低效通常需要将某一特



定卫生体系与一个“富有效率”的体系进行比较。由于除支出之外的许多因素均对卫生产生影响，而且这些因素在各国之间存在差异，所以很难界定达到既定医疗卫生成果所需的最低支出水平。

低效的根源

此外，研究发现卫生领域在公共资源利用方面存在严重的低效现象。根据针对全球医疗保健体系的研究结果，2010年的《世界卫生报告》（WHO, 2010年）提出，高、中、低收入国家的（公共和个人）卫生支出总额的20%至40%对改善人们的健康状况基本没有作用。一项针对经合组织成员国的研究发现，这些国家中存在的低效现象将预期寿命平均缩短了约两岁（Joumard、André和Nicq, 2010年）。一项有关健康质量调整预期寿命的近期研究（IMF, 2014年）表明，由低效现象导致的健康调整预期寿命（HALE，见专栏）的平均损失超过两年（见图1）。考虑到平均而言医疗支出增长50%才能将健康调整预期寿命延长约一年，这一损失可谓非常严重，同时这也表明所有国家在提高效率方面均存在着很大的潜力。

上述低效现象有多种根源，也具有许多潜在的补救方案。

经合组织国家的证据表明，公共卫生体系的类型并非是一个主要因素（Joumard、André、Nicq, 2010年）。大多数国家的政府广泛介入卫生部门，并且形式多样，如直接提供医疗服务、通过税收体系提供资金以及对由私人部门提供的服务进行监管等等。但是，当按照医疗保健体系在其提供和融资过程中市场机制发挥作用的程度来对其进行分类时发现，群体内部的效率差距比群体之间的要大。这说明，效率取决于更具体的因素，如医疗福利待遇的组成、私营机构获得偿付的方式、成本分担的结构以及诊疗规范的制定和实施方式。

卫生支出和医疗保健服务的构成也具有重要意义。有关证据显示，一般而言，基层医疗和预防保健比医院治疗具有更高的成本效益。不过，即便在同一医疗类型当中，不同治疗的成本效益性也会存在显著的区别。例如，非专利药与知名品牌药物同样有效，但费用却低得多。公共福利待遇应仅覆盖或鼓励最具成本效益的治疗方案。

老当益壮

健康调整预期寿命（HALE）表示的预计保持良好健康状态的生存年龄。卫生部门的大量资源被用于缓解疾病并改善人们的生命质量。为了较好地反映这一情况，HALE将疾病预防、发病率、持续时间以及人们处于不同健康状态下的年数纳入考虑之中。

公共卫生支出的受益者的组成和特征具有重要性。那些贫困群体和弱势群体如果无法从公共支出中受益，则不太可能有其他获得医疗护理的途径，所以面向贫困群体的医疗卫生支出所获得的益处要大于向富裕阶层的支出。人口更加健康的国家的医疗保健不平等程度一般较低。

世界卫生组织（2010年）将低效现象的主要根源归纳为五大类：卫生领域的人力资源因素，包括不适当的或成本高昂的人员结构以及缺乏激励的工作人员；药物方面的因素，包括非专利药的不充分利用，药品价格虚高、不符合标准的药品和假冒伪劣药品的使用以及不适当和无效药物的使用；医院方面的因素，包括昂贵医疗技术的过度使用（如磁共振影像技术）、不适当的医院规模以及医疗错误和欠佳的医疗护理；浪费、腐败和欺诈；以及低效的治疗方法组合和不适当的治疗水平。应对所有上述低效现象能够将卫生总支出水平平均降低40%以上（见图2）。

应对低效

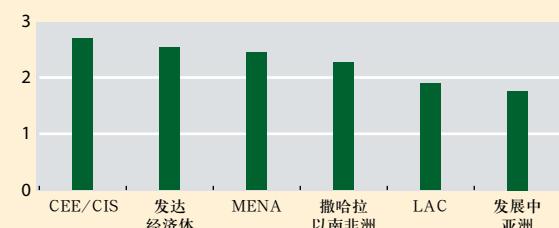
研究者已经确定了可通过改革来减少卫生体系低效现象的几个领域。

- 应该对卫生支出进行重新分配，以促进最具成本效益的服务和治疗方法的采用并为上述高效做法提供激励机制。例如，基层医疗和预防保健（包括许多方面，如定期就诊、免疫和预防艾滋病病毒、吸烟和肥胖症等等）通常提供不到位，也未得到充分利用。这说明，政府在研发、公共医疗保健提供、监管和诊疗规范以及税收措施方面具有非常重要的支撑作用（Jamison等人，2013年）。此外，可以设计成本分担机制来鼓励使用最具成本效益的护理方式，尤其是

图1
健康损失

医疗保健领域的低效使平均寿命减少了超过两年的健康生存时间。

（健康调整寿命损失，2000—2010年）



资料来源：IMF（2014年）、作者的估算。

注：健康调整寿命年是指个人处于健康状态的预期年数。该数据覆盖127个经济体：CEE/CIS=中欧和独联体（16个经济体）；发达经济体（29个）；MENA=中东和北非（7个）；撒哈拉以南非洲（40个）；LAC=拉丁美洲和加勒比地区（24个）；发展中亚洲（11个）。

在医疗保险覆盖不全面的新兴市场和低收入国家。这些国家应该提供涵盖最基本的且最具成本效益的医疗服务的福利待遇，并力争实现全民覆盖；在有能力提高公共卫生支出水平的时候再进行改变。这不但有助于降低不平等性，还有助于提高人口的整体健康水平。

• 政府应增进竞争并提供选择。此类改革包括允许保险公司和服务提供商展开竞争，争取患者以及对医疗服务的价格和质量信息进行宣传。这种做法会迫使医疗卫生服务提供商通过配备适当的医护人员、管理人员组合以及更好地利用基础设施等举措来提高效率。目前已得到证实，竞争和选择方面的改进与更好的医疗卫生成果呈正相关，但对成本的影响还不是非常明确 (Gaynor, Moreno-Serra 和 Propper, 2013 年)。此外，监管也具有非常强大的作用，即确保市场作用的正常发挥并限制医疗保健和医疗保险拨备不足等市场失灵的情况。这种情况对发达经济体可能更具针对性，因为健全的监管需要高水平的管理能力。

• 必须改进提供商支付体系。该项改革包括从按服务收费模式转变为按病例收费模式，前者是指服务提供商为所提供的每一项服务获得偿付，而后者则是指采取按人头收费（服务提供者向其提供医疗服务的每一位患者收取一笔固定金额的费用）和诊断相关组（根据患者状况所需标准医疗护理进行偿付）等模式。基于病例的支付模式有助于遏制提供非必要治疗的做法。不过，为了防止治疗不足，需要强有力的诊疗规范和监督。这适用于大部分具有大规模私有医疗卫生部门的经济体。

• 必须采用现代化的卫生信息技术。技术能够通

过减少医疗错误以及程序和检查上的重复来改善医疗卫生成果并降低成本 (Hillestad 等人, 2005 年)。但是需要进行大规模的前期投资，所以在一些国家中，缺乏资金可能会限制卫生信息技术的采用。

• 政府必须改进公共部门的运营。可以通过在不同政府层级之间统一地分配职责（可避免重叠和过度的管理成本）来提高效率。适当的诊疗规定的制定和

提高公共卫生支出的效率是头等大事。

实施有助于减少过度治疗或者不适当的治疗。提高规定的透明度并完善规定的执行，尤其是那些与采购和偿付相关的规定，可帮助减少腐败和欺诈，而腐败和欺诈在所有经济体中都是一个重要问题。

提高公共卫生支出的效率对于所有经济体而言都是头等大事。旨在提高公共卫生支出效率的改革必须适合于各国的具体情况。在发达经济体中，人口老龄化以及较高的公共债务水平意味着政府必须在不损害医疗卫生成果的前提下控制公共卫生支出在 GDP 中的占比或使其保持在稳定水平。发展中经济体必须持续提高医疗卫生成果，并同时保持公共财政的可持续性。■

大卫·科迪 (David Coady) 是 IMF 财政事务部社会支出首席专家，莫拉·弗兰切塞 (Maura Francesc) 是该部的技术助理顾问，尚宝平 (Baoping Shang) 是该部的经济学家。

参考文献：

Clements, Ben, David Coady, and Sanjeev Gupta, 2012, *Economics of Public Health Care Reform in Advanced and Emerging Economies* (Washington: International Monetary Fund).

Gaynor, Martin, Rodrigo Moreno-Serra, and Carol Propper, 2013, "Death by Market Power: Reform, Competition, and Patient Outcomes in the National Health Service," *Economic Policy*, Vol. 5, No. 4, pp. 134–66.

Hillestad, Richard, and others, 2005, "Can Electronic Medical Record Systems Transform Healthcare? Potential Health Benefits, Savings, and Costs," *Health Affairs*, Vol. 24, No. 5, pp. 1103–117.

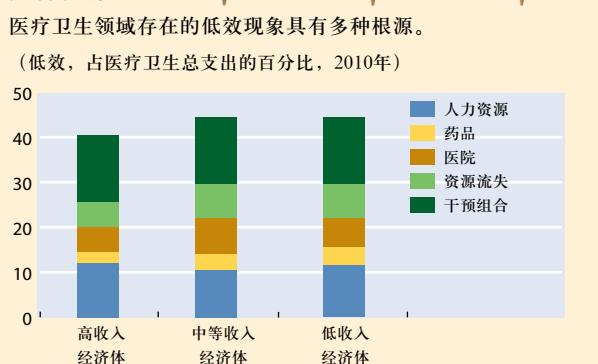
International Monetary Fund (IMF), 2014, *Fiscal Monitor* (Washington, April).

Jamison Dean T., and others, 2013, "Global Health 2035: A World Converging within a Generation," *The Lancet*, Vol. 382, No. 9908, pp. 1898–1955.

Joumard, Isabelle, Christophe André, and Chantal Nicq, 2010, "Health Care Systems: Efficiency and Institutions," *OECD Economics Department Working Paper No. 769* (Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development).

World Health Organization (WHO), 2010, *World Health Report—Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage* (Geneva).

图2
多种根源



资料来源：世界卫生组织（2010年）。

注：低效现象的根源包括：人力资源因素，如医护人员及其调配；药物因素，如非专利药的使用不足、不符合标砖的药品和假冒伪劣药品的使用、药物的不适当使用和无效使用；医院因素，如设备和程序的过度使用；资源流失因素，如浪费、腐败或欺诈；以及干预组合因素，如低效的治疗或不适当的治疗水平。报告的数值基于中间点估计值。由于从各个不同来源获得的效率的增值不一定产生累加作用，所以据世界卫生组织保守估计，卫生总支出中的20%—40%的使用方式对增进健康水平几乎没有任何助益。