

公私医疗质量之比较

乔治·考拉萨、杰西努·达斯、杰弗里·汉默

在许多国家中，初级卫生保健服务由谁提供不应成为争论的重点，

质量才是重点

调查显示，低收入国家的全部卫生保健服务中有 $\frac{1}{3}$ 到 $\frac{3}{4}$ 由私人部门提供。但对于大多数患者来说，私人部门的医疗不包括大型现代化医院和提供综合服务的机构。这类私人部门存在且面向相对富裕的城市居民。适于贫困人口的私人部门包括运营小型营利性诊所或为非营利性机构工作的现代医疗服务人员、接受过传统医学体系培训的医疗服务人员、草药师和顺势疗法医生，而其中许多人不具备医疗资质认证。

要对私人卫生部门在向贫困人口提供医疗服务时承担什么样的角色以及行使哪些职能进行概括是不可能的。然而，有两点归纳似乎在低收入国家私人医疗讨论中占据主导地位。其中一点是推动私人部门发展，将其作为综合部门，可治疗公共部门的不适和的一般机能障碍。另一点认为，掠夺性做法是私人卫生部门的通病，应该得到监管和控制，可能的话，应用政府投资和经营的诊所取代之。

每种观点的正确程度是一个经验问题，依据患者和医疗服务提供者在医疗护理市场中互相作用时出现的问题以及政府处理这些问题的能力进行判定。例如，患者可能无法识别好的医疗服务，只求立竿见影和药到病除的治疗方法。如果这种情况属实，私人部门就会提供这样治疗方法。或者，医疗服务人员可能开具能够提高其经济效益但并不符合

患者治疗需求的处方。比如，在可以选择费用较低的正常分娩的情况下，医疗服务人员可能会选择实施剖腹产，或者为患者配制无用的药物来大赚一笔。事实上，人们普遍认为这种“信息不对称”，即当医疗机构比患者本人更了解病情的情况，造成私人部门治疗性医疗服务供应出现问题。

但目前仍没有明确证据显示政府能够做得更好。服务质量低劣的私人医疗服务人员和严重的市场低效通常与低品质公共部门医疗服务人员并存。潜在监管机构通常缺乏监督和执法能力。真正的公共产品必须由政府提供，如病源的根除（如蚊子）和良好的卫生条件。而一旦涉及治疗性医疗服务，情况就不甚明朗了。

大型私人部门

低收入国家的私人卫生保健部门普遍规模庞大，是初级卫生保健服务的稳定来源，尽管许多国家的公共服务资金有所增加，使用费也取消了。人口与健康调查向家庭成员了解当孩子发烧或腹泻时去哪里就医的情况。1990—2013年（在77个国家的224项调查中），有一

在印度查谟，当地人正在排队注册国家医疗保险。





半去私人部门求医，1998—2013年，即便在最贫穷的40%人口中，也有2/5寻求私人医疗(Grepin, 2014年)。在本世纪最初几年(最新数据)，针对撒哈拉以南非洲的成人与儿童疾病，对私人卫生部门的总体使用率达25%，南亚达63% (Wagstaff, 2013年)。

即便在有公共卫生机构的情况下，人们也会频繁光顾私人卫生机构。

使用大型私人卫生部门的一个潜在原因可能是没有公共卫生机构或公共卫生机构人满为患，而迫使人们选择私人卫生服务机构。但即便在有公共卫生机构的情况下，人们也会频繁光顾私人卫生机构。而且似乎并不存在人满为患的问题。在塔桑尼亚、塞内加尔和中央邦农村地区(印度)，公共初级卫生所的医生每天仅花30分钟至1小时的时间坐诊。在尼日利亚农村地区，公共卫生机构平均每天只看一个病人 (World Bank, 2011年；Das和Hammer, 2014年)。

患者宁愿花钱支付私人卫生服务，也不愿就近去未得到充分利用的公共医疗机构，这反映出在质量方面的诸多问题，如公共机构的医疗服务人员旷职或对客户的关注不足。从卫生健康和政策角度来看，如果私人部门供应商比公共供应商更倾向于顺从患者对产品和服务的需要，提供不适当的药品(如抗生素和激素)或千方百计利用治疗增加收入，对于私人卫生机构的偏好就会成为一个问题。如果这两种现象在公共部门并不常见，政府应考虑扩大公共部门，以取代私人部门或考虑对私人医疗机构进行密切监管。问题的关键在于两个部门的医疗服务质量是否有所差别。

服务品质

事实上，两个部门的整体服务品质都很差。看诊时间也各有不同，从短短1.5分钟(印度城市地区公共卫生部门)到8分钟(肯尼亚城市地区私人卫生部门)不等。医疗服务人员平均会询问三到五个问题，进行一到三项常规检查，如测量体温、脉搏和血压。在印度农村和城市地区，严重疾病的正确治疗时间低于总看诊时间的40%。当患者接受诊断时，时间不超过总就诊时间的15%。所有部门的全体医疗服务人员均广泛使用不必要的、甚至有害的治疗方法，高资质医疗服务人员可能使用的救生治疗不足1/3，如小儿腹泻的口服补液疗法。上门求医的患者中仅有不足5%能得到正确的治疗。

最近，对公共和私人部门卫生服务供应的质量和效率研究所做的两项系统性审查得出了截然不同的结

论。其中一项支持公共部门(Basu等人, 2012年)，另一项支持私人部门(Berendes等人, 2011年)。当我们参考原始文献寻找这种差异的原因时，却不得不得出了这样的结论——对于公共或私人部门，哪个部门的医疗服务品质更高这种最基本的问题，也只提供了简短的回答：“不知道”。

在研究过程中，要区分公共和私人两个部门的质量差异，两个部门数据都应掌握。研究还应该排除因患者、培训和资源可用性的差异而产生的干扰因素。(将农村地区的小型诊所中没有接受过专业培训的私人部门医疗服务人员与设施完善的医院中训练有素公共部门医生相比较是没有帮助的。)

在这两项审查所涵盖的182个出版物中，仅有的一项研究(Pongsupap和Van Lerberghe, 2006年)符合这些标准。这项研究使用了标准化病人(神秘顾客)来测试曼谷私人和公共卫生部门医生治疗焦虑症的“相似度”。标准化病人——向部分医疗服务人员提出同样情况的当地新入院病人——在广义上被视为此类研究的黄金标准，因为他们提供了服务质量的客观测量尺度，包括医疗服务人员遵守协议的可能性有多大、治疗的准确性和非必要疗法的使用情况。这使得研究者能够评估不同医疗服务人员是如何治疗同样的患者的。在这项研究中，作者指出私人部门的服务更加以患者为中心，但公共和私人供应商之间在治疗准确性方面不存在差异。医生均未提供正确的治疗(相当于没治疗)。

印度农村地区

在我们开展的对印度农村地区的研究中，我们首先将标准化病人送到随机抽取的公共和私人部门的医疗服务人员处就诊，然后再送到两个部门中的合格医生处就诊(Das等人, 2014年)。我们发现了几个值得注意的问题。

第一，公共和私人部门的大部分医疗服务均由未接受正规医疗培训的人员提供。在私人卫生部门中，这反映了愿意在农村地区执业且经过培训的专业人士的缺乏。在公共卫生部门中，由于医生旷职，64%的时间里由未接受过医疗培训的工作人员提供医疗服务。各国研究发现，公立诊所的医生领取固定薪水，经常性旷工——在印度，医生旷工的时间大约占总工作时间的40%，在乌干达，这一比例达到了35%，而在印度尼西亚则为40%。

第二，配备公共部门医生的私人部门中，以病人为中心的互动最多、治疗准确性最高。同一个医生会花费更多的时间且询问更多的问题，更有可能遵照检查单询问推荐问题并执行检查，私人部门的治疗正确

率高于公共部门（见图）。两个部门之间在非必须药物的（大量）使用上无差异。

第三，两个部门同样存在着抗生素使用过量的问题。在私人部门，48.2%的合格医疗服务人员及39.4%的不完全合格医疗服务质量人员会给病人配制不必要的抗生素。公共部门的初级卫生所的医生花费75.9%的时间为腹泻患者开抗生素，花费1.5分钟决定治疗方法。

应利用政策切断诊断和治疗之间的联系。

第四，在私人部门，更严格地遵守检查单和正确的治疗方法意味着收费更高。这与消费者为更高的质量支付额外费用的市场模式相一致，并且说明他们了解服务的质量，关注治疗的准确性。但并没有针对非必要治疗支付额外费用，这说明患者不会判断他们拿到的额外药物是否必要。

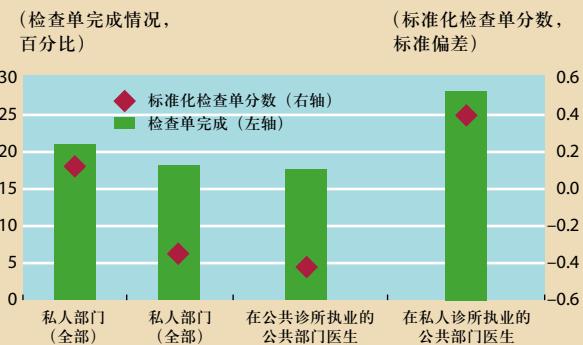
私人部门药物的过度使用能够反映出服务提供者利益和开处方之间的联系：研究显示，如医生没有因开非必要抗生素而获得报酬，他们就不会经常这样做。但公共部门抗生素的使用量也同样过多。因此，利益动机可能只是部分原因，但并不是唯一的原因。同样地，必须改变认为患者无法判断医疗质量的惯常思维，因为合理的医疗质量差异与更高的价格相关联。

鼓励优质药品的使用

由于证据不足，私人部门的弊病一直被过分夸大。患者们往往在距离、候诊时间、价格和服务质量等因素的影响下做出合乎逻辑的选择。没有证据表明患者选择去私人诊所就医是非理性的决定。私人卫生保健

疗效更佳的药物

在印度农村地区私人和公共部门均有执业的医生相对更有可能在私人部门遵循检查单中的推荐问题及检查。



资料来源：Das等人（2014年）。

注：此项研究在印度麦迪亚邦农村地区完成。

机构在诊断和收取治疗报酬时存在药物使用过度的现象，但公共部门也存在同样的问题。

私人和公共卫生部门的深层问题不在于患者的无知或不合理行为，而在于整体医疗质量，目前两个部门的医疗质量都很低。可能需要更好的基础设施和培训，但仅靠这两方面并不足以提高医疗质量（Das和Hammer，2014年）。必须改变影响医务人员工作的行为、结构和激励机制。例如，为减少不必要的药品的使用，应利用政策切断诊断和治疗之间的联系。这就需要在处方行为和配药及医学检测之间设置法律障碍。

如果公共医疗服务的质量不及它所取代的服务，则没有理由扩大公共医疗的规模。公共卫生保健部门的扩大可能适用于极少数国家——那些私人市场严重失灵和公共部门问责制相当完备的国家。但是即便如此，政府仍必须大力加强公共部门的能力或建立大范围监管系统。相对简单的办法是把注意力放在现有资源上，并尽力做出改进。如果政策制定者承认病人因服务质量低劣而不使用公共医疗并把注意力放在如何对此进行改进上，那么患者们可能会做出最佳选择。■

乔治·考拉萨（Jorge Coarasa）和杰西努·达斯（Jishnu Das）分别是世界银行的高级经济学家和首席经济学家，杰弗里·汉默（Jeffrey Hammer）是普林斯顿大学经济发展研究客座教授。

参考文献：

Basu, Sanjay, Jason Andrews, Sandeep Kishore, Rajesh Panjabi, and David Stuckler, 2012, "Comparative Performance of Private and Public Healthcare Systems in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review," *PLoS Medicine*, Vol. 9, No. 6, p. e1001244.

Berendes, Sima, Peter Heywood, Sandy Oliver, and Paul Garner, 2011, "Quality of Private and Public Ambulatory Health Care in Low and Middle Income Countries: Systematic Review of Comparative Studies," *PLoS Medicine*, Vol. 8, No. 8, p. e1000433.

Das, Jishnu, and Jeffrey Hammer, 2014, "The Quality of Primary Care in Low-Income Countries: Facts and Economics," *Annual Review of Economics*, Vol. 6, pp. 525–53.

Das, Jishnu, Alaka Holla, Michael Kremer, Aakash Mohpal, and Karthik Muralidharan, 2014, *Quality and Accountability in Health: Audit Evidence from Primary Care Providers* (Washington: World Bank).

Grepin, Karen, 2014, "Trends in the Use of the Private Sector: 1990–2013: Analysis of Demographic and Health Surveys" (unpublished; New York: New York University).

Pongsupap, Yongyuth, and Wim Van Lerberghe, 2006, "Choosing between Public and Private or between Hospital and Primary Care: Responsiveness, Patient-Centredness and Prescribing Patterns in Outpatient Consultations in Bangkok," *Tropical Medicine & International Health*, Vol. 11, No. 1, pp. 81–89.

Wagstaff, Adam, 2013, "What Exactly Is the Public-Private Mix in Health Care?" *Let's Talk Development* (blog), Dec. 2.

World Bank, 2011, "Service Delivery Indicators: Pilot in Education and Health Care in Africa," *African Economic Research Consortium Report* (Washington).