

迈向地方化

在新兴和发展中经济体，公共卫生支出正从中央政府向州和城市转移



在卢旺达布雷拉的布塔罗地区，人们参观由“卫生伙伴组织”为卢旺达卫生部建立的一家医院。

维多利亚·范·阿曼达·格拉斯曼

俗话说，除了死亡和赋税，没有什么是确定无疑的。

经济学家可能会加上第三种确定的事物：卫生支出的增长。随着各国经济的发展，两大重要趋势汇合，成为卫生融资转变的一部分——医疗卫生方面人均支出的增长和自费支出的减少（见图1）。

但是，如果卫生支出总额的增长无法避免，致贫的卫生支出的降低则并非如此。尽管自费支出整体上在减少，但

许多家庭仍因医疗账单而致贫，尤其在那些低收入国家。研究显示，如果自费支出继续缩减的话，政府或是社会必须加强对医疗卫生资源的调动，并随之出台能提高国家卫生体系公款使用效率的政策。

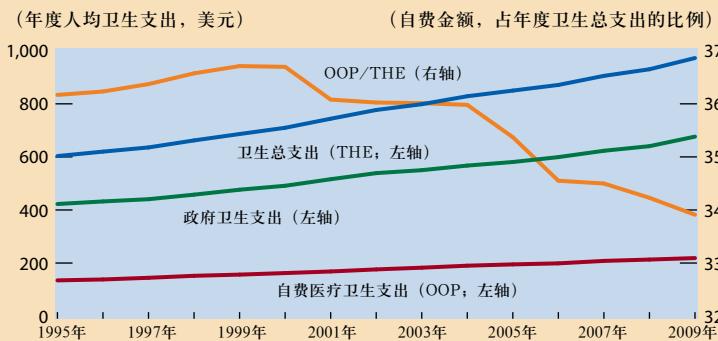
然而，许多卫生方面的公共支出并未达到国家层面，尤其在由州、省这种具有自治权的地方政府组成的大型联邦制国家（见图2）。很多关于如何有效、高效地分配公共卫生资金的棘手决策并非由国家层级制定，而是由区域、地方政府做出的。在发达经济体中，这并非新鲜事。随着新兴市场和发展中经济体的收入增长和民主化、地方分权化以及城市化的持续进行，由地方政府承担的支出很可能会持续增长。例如，1980—2009年，巴西地方卫生支出在公共卫生总支出中的占比从25%增长到了55%（见图3）。

然而，各区域和本地政府的卫生体系支出在改善医疗卫生成果和降低医疗致贫方面的效果却相距甚远。再者，在许多情况下，以预防计划为主（如预防接种、监护、控制流行病爆发，如最近

图1

卫生支出攀升，自费部分逐渐回落

全球卫生支出都在稳步增长，但患者的自费支付费用的比重正呈下降趋势。



资料来源：Fan和Savedoff（2014年）。

注：数据采用的是126个发达、新兴市场和发展中经济体的平均值。OOP/THE：自费金额占卫生总支出的比例。



的埃博拉)来保护公众健康的公共卫生体系往往不如那些能治疗疾病的医疗功能更有效果和更出名,这些医疗功能通常在医院进行并要求使用昂贵的技术。因此,公共卫生体系在健康方面收效甚微。

这些趋势表明,我们有必要检查地方卫生支出,包括新兴市场和发展中经济体的地方医疗卫生改革的成功案例,以及中央政府为激发地方创新与实践所付出的努力。

地方性举措

尽管全国性的改革搁浅,但许多地方政府已经成功地推行了卫生、医疗保健、健康方面的改革。改革包括融资和支付、组织和监管行动等方面的调整,甚至尝试改变国民的个人行为,可通过鼓励他们多运动和戒烟来实现这一点。

发达经济体已经开始实施上述某些调整。例如,美国马萨诸塞州于2006年开始扩大医疗保险的覆盖范围。它要求未参保人员购买私人保险并对贫困者购买保险进行补贴。这一试验性做法为具有广泛影响和引起争议的全国医保覆盖范围的扩大提供了模板,后者于2014年开始生效。

但新兴市场和发展中经济体也正经历着诸多转变:

中国:上海,该国主要的商业城市,推行了多元化的医疗改革来减少自费医疗费用和以较低成本改善医疗卫生情况(Cheng, 2013年)。例如,上海的社区卫生诊所向居民提供1000种基本药物目录中的药品——此举早于中国在2009年实行的国家医疗改革,为全国人民提供了307种基本药物。上海可能拥有全中国最先进、整合度最高的医疗信息技术系统,所有医院和医生都能查找到患者的病例。这有助于监管机

构监控医生的行为,控制成本,并且最终改善医疗成果。在构建一级护理、二级护理和三级护理综合服务提供系统方面,上海也处在最前沿。中国的其他省市正在密切关注着上海采取的行动。

哥伦比亚:在南美第二大城市麦德林,政府开始构建一个统一的医疗卫生服务提供网络,以缩小全国医疗服务质量的差距(Guerrero等人,2014年)。

巴基斯坦:在旁遮普省,政府推行了一个基于绩效的资源分配模式,以便清晰明了地将一个地区的拨款与该地区的医疗卫生需求相挂钩。在该模式下,旁遮普的每个地区都可以自动获得其基本拨款的70%,为了获得剩余的30%,每个地区必须根据一些明确的指标来提高绩效,如由医疗卫生机构或有经验的接生员接生的婴儿所占比例,还有全面接受免疫接种的18到30个月的孩子的比例。这个基于绩效的方法为旁遮普地区提供了一个明确的激励措施来改善医疗成果。

巴西:圣保罗市实施了“跃动圣保罗”计划,提倡一种积极的生活方式。它向民众传递了这样一个信息:每天30分钟的体育运动是一个能够完成并令人愉悦的健康目标。圣保罗还举办大型活动来鼓励民众改变自身行为,提高全民总体健康水平。巴西的许多其他城市纷纷效仿这些活动(PAHO, 2011年)。

来自上层的推动力

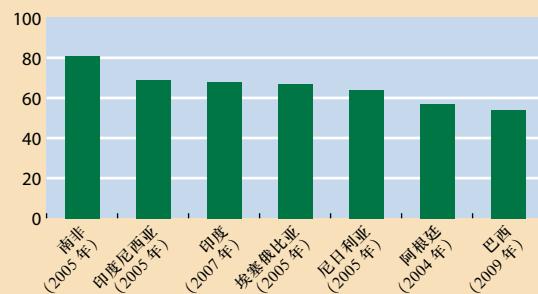
尽管开支和创新方面的权力移交给地方政府,但国家政府仍在监管和指导地方政府以及利用拨给地方政府的资金来支持其医疗卫生服务活动方面发挥着举足轻重的作用。中央政府可以决定通过何种途径向地方政府拨款或付款给医疗卫生服务机构,以提

图2

地方性支出

在许多新兴市场和发展中经济体,由区域、地方政府承担的卫生支出已经超过中央政府的支出。

(地方卫生总支出的比例,百分比)



资料来源:作者的计算。

注:各国数据的采集年份不同,并已在括号内标识。

图3

区域性增长

1980—2009年,巴西地方卫生支出在公共卫生总支出中的占比从25%增长到了55%。

(政府的公共卫生支出,占总支出中的比例)



资料来源:Langevin (2012年)。

升州 / 省甚至更低层面（如市级）的表现。

例如，在卢旺达，国家政府针对地方公共和非营利性宗教医疗卫生服务机构等启动了奖金奖励机制。享受该奖励的条件是提高为艾滋病患者、母亲和儿童提供的医疗服务的数量和质量。该项奖励在独立审核有代表性的绩效报告的基础上获得批准。得益于该项目，儿童的营养得到了明显提升，医疗卫生服务供应增长了 20% (Gertler 和 Vermeersch, 2013 年)。

在阿根廷，联邦政府利用激励机制来促使各省提高婴儿出生的数量和质量。国家政府根据没有保险的家庭加入“纳赛尔计划”的数量、降低新生儿死亡率和提供优质产前护理等情况作为奖励依据。该计划根据吸纳的参保人数，按照平均每人每月 5 美元的标准返还各省，如果完成某些特定目标，如增加胎儿初生体重和扩大预防接种范围，还有每月 3 美元的额外补助。也就是说，这项奖励的 60% 是由参与计划的人数决定，另外 40% 是由扩大医疗卫生规模和改善医疗成果决定。得益于该项计划，2004—2008 年新生儿死亡率降低了 22% (Gertler、Giovagnoli 和 Martinez, 2014 年)。

印度为贫困人群设立“国民健康保险计划”(Rashtriya Swasthya Bima Yojana, 简称 RSBY)，并为鼓励各邦加入该计划制定了奖励机制。在各个邦，私人保险公司会按照区域划分，进行一年一度的比赛。由各邦指定的机构选出每个区最具竞争力和性价比最高的保费。然后，按照参保人数，邦政府支付保费金额的 25%，其余部分由中央政府支付。没有根据各公司的业绩提供奖励。区级的保险公司受到鼓舞，为了将收益最大化，他们会尽可能的说服人们投保。该计划从 2007 年开始实施，现已覆盖超过 1 亿人，并为其提供相对优厚的住院计划。初期结果显示，因自费医疗支出造成的致贫人数有所减少 (La Forgia 和 Nagpal, 2012 年)。“国民健康保险计划”的成本较为低廉，在印度公共卫生总支出中只占一小部分。

能力难题

然而，尽管有分权的承诺，但在将政府职能和开支职责转移到地方层面上的过程中仍存在严峻的挑战。即便区域政府有强大的决策权，但州或省政府可能会因为行政能力不够或是缺乏问责制而难以始终贯彻落实——通常两者兼而有之。

例如，在墨西哥，绝大部分的卫生支出发生在区域或地方层面。联邦政府曾试图根据早期乳腺癌检测和治疗等健康干预标准来评估国内各州的业绩 (Lozano 等人, 2006 年)。然而在一些情况下，业绩评估仅进行了一轮，州政府就不再提供报告，联邦政

府也停止了对外公布。

在许多情况下，逐渐增加的地方责任、开支与国内富裕和贫困地区在医疗服务、公平和成效标准方面的巨大差距相关。造成这些差距有许多原因：不同的种族特征，如年龄、收入和潜在的总体健康状况、风险和行为；不同的收入基础；当地的投资重点等。发达经济体中也存在这些差距。在英国，2011 年发布的国民健康服务英格兰健康图谱显示，人们居住的地方不同，医疗卫生服务也存在巨大差距。

政策制定者若能采取愿意试验和学习的态度，定能从中获益良多。

在印度，位于北部中心地区表现较差和较为贫困的城邦（如比哈尔邦和北方邦）的行政能力欠缺，并且在使用中央政府划拨给它们的经费方面存在困难。各地使用中央分配给它们的医疗卫生经费的能力差距很大，从 42%（北方邦）到 89%（马哈拉施特拉邦）不等。

由于资源和重点不同，各区域在医疗卫生服务提供方面存在差距，这表明如果没有明确的政策来确保从一个州 / 省到另一个州 / 省医疗福利的可携带性，在国内迁居的家庭可能会发现自己根本就没有医保。在中国，人们只有在其家庭户口所在地才能享受医保 (Roberts, 2012 年)。

在一些情况下，本应由国家层面履行的职能在转移到区域机构后，为区域机构带去了负面影响。为了提高健康水平而对烟草和酒精等征收税赋、疾病监测和对昂贵又罕见的疾病采取应急响应和风险共担等举措，往往更适合由国家政府来执行。除非有适当的财务风险共担机制，否则仅一种高成本又罕见的疾病就可以使一个当地卫生体系迅速破产。一种快速传播的流行病需要全国的控制响应，如近期埃博拉病毒在非洲西部地区的爆发（当地对卫生的公共支出本就相当不足）可以轻易地击垮地方政府。

总的来说，像疫苗接种和预防性措施这些由于需求不足从而无利可图的公共卫生职能，在联邦和地方层面都受到冷遇。一些国家的区域、当地政府已经意识到了他们的卫生部门过于强调对药物的依赖（治疗疾病），而忽视了侧重于疾病预防和维持民众健康的公共卫生事业。在印度，只有泰米尔纳德邦没有将其注重公共卫生的卫生部门与医疗部门合并。或许正是因为他们重视预防，所以泰米尔纳德邦的医疗效果在印度全国名列第一，尽管它是印度国内卫生保健支出最少的城邦之一。

没有什么政策挑战是容易解决的，我们需要多元

化的方法和尝试。政策制定者若能采取愿意试验和学习的态度，定能从中获益良多。但是试验、创新和学习在技术上有难度，并需要投入大量资源，而且常常会对传统观念和既得利益构成威胁。

在一些国家，试验和创新在州和省的领导下进行，有些地方已经开始力求将试验制度化。在美国，美国医保和医助服务总局下设的创新中心推动系统性制定解决方案，以解决美国医疗体系高投入低效率这一问题。创新中心获得了为期 10 年的资金资助并独立于资助者（医保和医助总局）运作，这为其扫除了创新过程中常见的障碍和风险。该中心试验了一系列包括“责任医疗组织”和诊疗院在内的新模式和新方法，这些机构致力于在削减开支时分担保险公司和供应商之间的财务风险，从而推动更为和谐的病患护理。联邦和各州联合推出的医疗计划“医疗补助”旨在为贫困人群提供医疗服务，各州可对其覆盖范围进行大幅调整。有了创新中心的资金和技术支持，各州可以根据自身需求调整这些模式并进行试验。

中国试验

制度性试验并不仅限于美国和其他高收入国家。中国也一直在进行这种试验，通常是在全国大约 2800 个县城中选择一小部分开始。众多试验中最突出的就是农村医疗保险计划，即“新型农村合作医疗制度”。2003 年在全国推广之前，该制度已经在一些县城中进行了试验。“新型农村合作医疗制度”主要为农村居民提供基本医疗保险，此前他们求医治病主要靠自费。

在南非，联邦政府已经在 54 个区中选出 11 个区进行医疗保险的试点工程，旨在通过建立国民医疗保险制度来完善现有的公共卫生机构体系。然而，试点反映出地区缺乏技术能力，而中央政府也未提供充分的技术支持。自试点工程开始以来，政府从未宣布过针对国民医疗保险的主要举措。

在推动地方开展试验方面，国际捐赠者可以发挥重要作用。例如，世界银行和德国政府的发展机构“德国国际合作机构”为印度的“国民健康保险计划”提供了巨大的技术支持。世界银行为州和省政府提供贷款——2008 年，各国州和省级的贷款金额在该国总借贷额的占比各不相同，从墨西哥的 10% 到印度、巴基斯坦等国家的超过 60% 不等（World Bank, 2009 年）。但这些运营需要主权担保，这样可能或者可能无法推动那些能偿债的地方政府进行创新。理论上，地方政府都是符合条件的，但只有极少数能够收到来自“抗击艾滋病、结核病和疟疾全球基金”和“全球疫苗免疫联盟”等公私合作组织的捐赠资金。全球疫苗免疫联盟致力于通过对疫苗接种和免疫提供补贴来推动公

共卫生的发展。如果全球医疗投资者能对地方政府给予更多的关注，更具创造性的方法可能会带来更大的健康收效。

卫生体系正变得越来越当地化，这意味着国家和国际的政策制定者对融资、财政转移、支付和供应政策等问题的处理方式应有所转变。至少，应更多地关注地方政府卫生支出方式和绩效奖励从中央政府下达到各州政府的方式。

只有各级政府统一政策以便提升卫生体系的表现，对地方政府在医疗卫生方面放权的承诺才可能兑现。■

维多利亚·范（Victoria Fan）是夏威夷大学的助理教授，全球发展中心的研究员。阿曼达·格拉斯曼（Amanda Glassman）是全球发展中心全球卫生政策主任。

参考文献：

- Cheng, Tsung-Mei, 2013, “Explaining Shanghai’s Health Care Reforms, Successes, and Challenges,” *Health Affairs*, Vol. 32, No. 12, pp. 2199–204.
- Fan, Victoria, and William D. Savedoff, 2014, “The Health Financing Transition: A Conceptual Framework and Empirical Evidence,” *Social Science and Medicine*, Vol. 105 (March), pp. 112–21.
- Gertler, Paul, and Christel Vermeersch, 2013, “Using Performance Incentives to Improve Medical Care Productivity and Health Outcomes,” *NBER Working Paper No. 19046* (Cambridge, Massachusetts: National Bureau of Economic Research).
- Gertler, Paul, Paula Giovagnoli, and Sebastian Martinez, 2014, “Rewarding Provider Performance to Enable a Healthy Start to Life: Evidence from Argentina’s Plan Nacer,” *World Bank Policy Research Working Paper 6884* (Washington).
- Guerrero, Ramiro, Sergio Prada, Dov Chernichovsky, and Juan Urriago, 2014, “La Doble Descentralización en el Sector Salud: Evaluación y Alternativas de Política Pública,” *PROESA Report* (Cali, Colombia: Icesi University).
- La Forgia, Gerard, and Somil Nagpal, 2012, “Government-Sponsored Health Insurance in India: Are You Covered?” *World Bank Policy Note 72238* (Washington).
- Langevin, Mark S., 2012, *Brazil’s Healthcare System: Towards Reform?* (Washington: BrazilWorks).
- Lozano, Rafael, and others, 2006, “Benchmarking of Performance of Mexican States with Effective Coverage,” *The Lancet*, Vol. 368, No. 9548, pp. 1729–41.
- Pan American Health Organization (PAHO), 2011, “Non-Communicable Diseases in the Americas: Cost-Effective Interventions for Prevention and Control,” *Issue Brief* (Washington).
- Roberts, Dexter, 2012, “China May Finally Let Its People Move More Freely,” *Business Week*, March 15.
- World Bank, 2009, “World Bank Engagement at the State Level: The Cases of Brazil, India, Nigeria, and Russia,” *Independent Evaluation Group Report* (Washington).