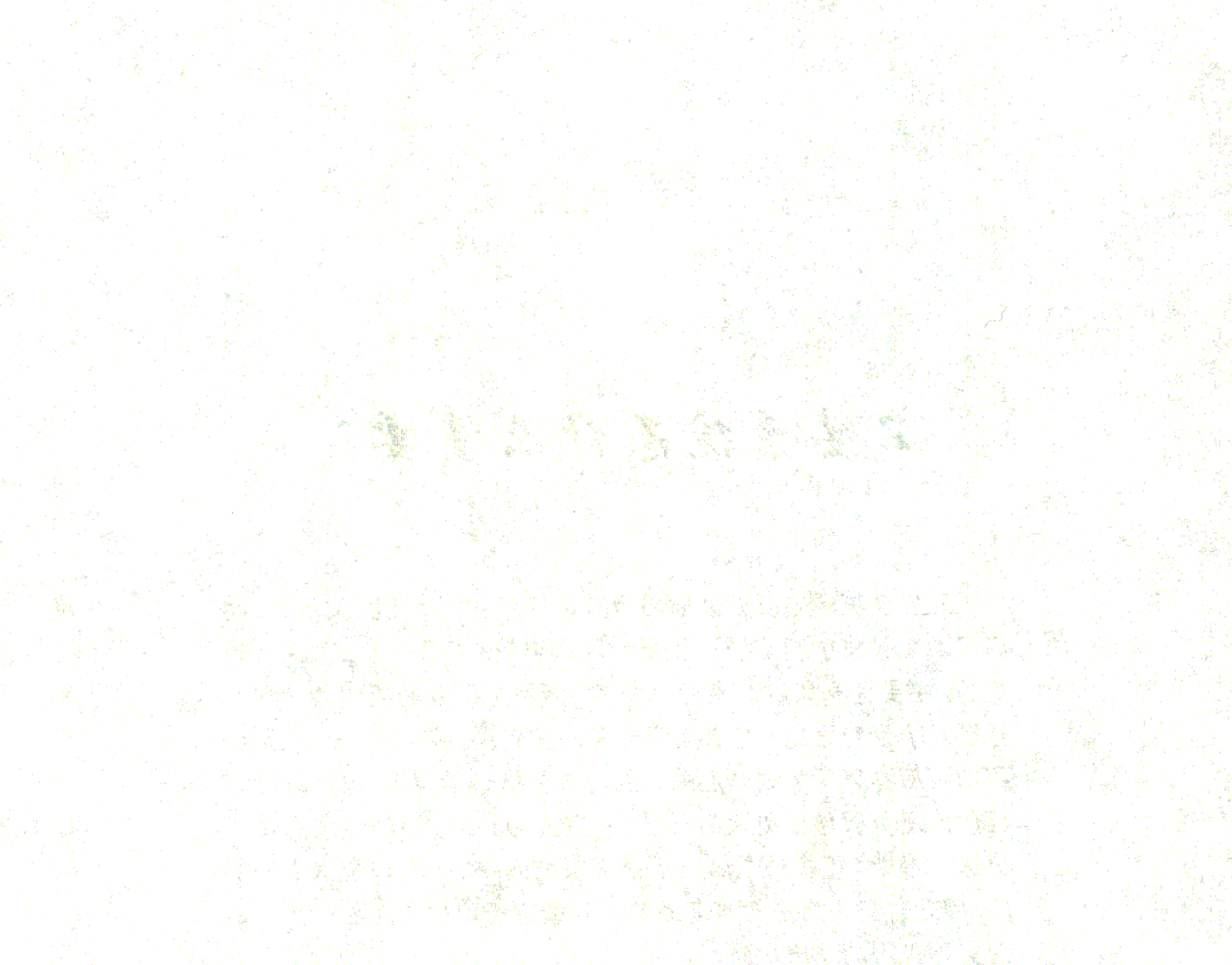


第一章

卫生系统为什么重要？

卫生系统涵盖以促进健康为基本目标的所有人员及行动。他们可能会被集中起来统一接受指导，但通常并非如此。那种小规模、主要为私人的或慈善性质的、多数是无效的组织的状况历经了几个世纪之后，随着知识的获取和应用，在本世纪，这些组织如雨后春笋般地成长起来。他们对于提高健康水平贡献极大，但他们还可以作出更大的贡献，尤其是为穷人。之所以没能发挥出这一潜能，更多的原因在于整个系统的缺陷，而非技术上的局限。因此当务之急是对当前的效能实绩进行评估并对卫生系统如何实现其潜能作出决断。



1

卫生系统为什么重要？

不断变化的环境

1999年10月13日，赫拉克·法利玛（Helac Fatima）在萨拉热窝的一个妇科诊所产下一名男婴。这是一个特别时刻，因为联合国人口统计学家曾计算出在这一天全球人口将达到60亿。这名萨拉热窝小男孩被定为这个星球上的第60亿个人。

当今世界人口是100年前世界人口的四倍，现在每天每分钟大约有4000名婴儿降生——自那时起发生的无数令人迷惑的变化中，最深刻的变化发生在人类的健康上。举例来说，赫拉克·法利玛的祖先们在1899年左右即使有也是极少数人可能见到过医院，更不用说在医院出生了。

生活在那个时代的15亿人中绝大多数也是如此。整个世界，分娩毫无例外地都在家中，极少有医生参与。大多数人依靠传统的方案和疗法，其中有一些方案和疗法已有几千年的历史了。大多数婴儿出生在子女众多的家庭中，在婴儿时期和童年时期一直面临着许多可能致命的疾病的威胁，其中包括麻疹、天花、疟疾和脊髓灰质炎。婴幼儿死亡率极高，产妇死亡率也非常高。成人寿命期望很短，甚至在半个世纪以前，寿命期望仅为48年。

去年赫拉克·法利玛的儿子以73年的寿命期望降临到这个世界——目前波斯尼亚人寿命的平均值。全球人均是66岁。他出生在一个配备有经过良好训练的助产妇、护士、医生和技术人员的城市医院中，这些医务人员有现代化的设备、药品和医疗作后盾。这家医院是复杂的健康服务体系的一部分。它还与一个大网络联结在一起，这个网络的人员和行动以这样或那样的方式与他以至全人类今后健康的维持和提高联系在一起。所有这些有关的团体，无论他们是提供服务、提供资金还是制定管理政策，他们合起来共同构成了卫生系统。

卫生系统对20世纪期间寿命期望所发生的巨大变化起到了作用。他们为改善健康作出很大贡献而且影响了全世界数十亿男、女、老、幼的生活和幸福。他们的作用愈来愈显得重要。

然而，卫生系统的潜能与他们的实际成效之间仍有很大差距，而且在那些看似具有同样的资源条件和能力的国家中实施结果却迥然不同。为什么会这样呢？卫生系统在面对需求和刺激方面似乎与其他社会体系没有什么不同，而且在一定程度的国家指令条件下，人们可能希望卫生系统的运作就像其他

的物品和服务的供求一样留给市场调节。

但健康与人们想要的其他东西在根本上是不同的,而且这种区别根源在于生物学。正如Jonathan Miller意味深长的讲话:“在世界上所有的事物中,人体是最独特的:它不仅为它所依附的人所拥有,而且它也拥有和构成了这个人。我们的身体与我们所说的我们拥有的其他东西是完全不同的。我们可以丢掉钱财、书籍甚至房子而我们仍不失自我,但却很难对脱离了肉体的躯壳的思想予以理解。尽管我们在谈到我们的身体时,前提是我们的肉体存在,但这不过是一种特殊形式的租赁:“我们的身体就是我们能被触及的地方”^[1]。寻求医疗保健的人当然是消费者,就像消费其他商品和服务一样,而且在养成良好的饮食、健康和锻炼习惯,同时按照药物治疗或其他健康服务提供人员建议来做之后,他或她又成为自身健康的合作生产者。但他或她也是一个所有的治疗方案都针对的实体目标。

健康也是一种不可剥夺的财产,在这方面,它在某种程度上与其他形式的人类的财产相似,如教育、个人的知识或运动技能。但健康在关键一点上与它们仍有不同。健康要面对大量不可预测的风险,而且绝大多数风险之间是没有关系的。它不能像知识和技能那样累加。这些特性足以使健康根本不像其他财产那样可以让人们上保险以防止损失或破坏,这也是健康保险为何比其他保险复杂的原因所在。如果一部价值10 000美元的汽车在事故后需花费15 000美元来修理的话,保险公司只会支付10 000美元。替换人体的不可能性和人体没有市场价值这一结果就使得健康费用没有极限。

因为穷人和富人一样都注定要生活在他们的躯体中,所以他们需要全面的保护以防止各种健康危险因素。与其他的财产相比,就房子而言,这类寻求保护的 need 或者根本没有,或者只在有一定收入的阶层才有。健康与其他财产的生物学差异甚至可以在其他商品和服务市场衰退的基础上增加新的形式,例如道德公害以及不完美和不均衡的信息。它直接或间接地部分解释了为什么有关健康的市场运作不如其他物品的市场运作好、为什么需要政府起到更为积极的、更多的作用以及为什么通常不能把好的业绩视为理所当然的事。

身体的完整性和个体的尊严在国际法中得到公认,然而却仍有滥用医学知识和技能的不体面的事件发生,例如非志愿地或未知情同意地情况下参与临床试验、被迫做绝育或野蛮地征收器官。因而卫生体系还有一个责任就是根据人权来保证人们受到尊重。

本报告意在分析卫生系统的作用并建议如何使卫生系统更有效,最重要的是如何使其接近和承担起千百万目前不能从中受益的人们的健康责任。不能获得基本医疗保健主要与贫穷有关,这是对人类前景展望的最大打击。在过去的100年间,卫生系统所有的成绩以及良好的意图都无法在全球范围内缩小贫富之间的健康分化。事实上,这一鸿沟正在加大。这类恶化情况常常与经济发展相伴相随,所以已经富裕的国家是最先从中受益的。但卫生系统的这些手段加速了穷人从中分享这些好处,而且通常以较低的费用来分享(栏1.1)。

因此对卫生系统来说,寻找一个成功的新方向成为与贫穷作斗争的强大武器,而WHO正致力于此。不只是为了新世纪的儿童,而且也为了所有公民,各国都需要卫生系统来保护他们免受健康风险和疾病的经济风险的危害。

什么是卫生系统?

在当今这个复杂的社会,很难确切地说卫生系统是什么、它包括什么以及它从哪开始又到哪结束。此报告将卫生系统限定为包括所有以促进、恢复和维护健康为基本目标的活动。

正规的卫生服务,包括个人医疗的专业服务,均在其界定范围之内。传统治病术士的行为和所有药物疗法的使用,无论是否由医务提供者开的处方,均在其范围之内。患者的家庭护理也属卫生系统的范围,70%~90%的身体不适都在家中得到了处理^[2]。一些传统的卫生活动如健康促进和疾病预防,以及其他的增强健康的干预措施,像道路和环境安全性的提高也是卫生系统的一部分。有些活动的基本目的是在其他方面而非健康,例如教育,尽管这些活动可能会间接地促进健康,但它们在—界定范围之外。因此,—般的教育体系在—界线之外,但专门的与健康有关的教育仍包括在此界线之内。那些旨在通过影响非卫生系统的运作来间接促进健康的活动也包括在卫生系统的范围内,例如,增加女孩入学或改变课程以使学生们将来更好地行医或成为更好的医疗护理的消费者的行为。

界定一个系统并不意味着任何程度的集中,也不意味着有人统一负责构成整个卫生系统的各种活动。从这个意义上讲,每个国家都有一个卫生系统,无论它如何被分割成各个不同的组织或无论它的运作看上去多么地不系统。集中和监督并不决定—系统,但却对—系统如何良好地运作有很大的影响。

不幸的是,几乎所有可得到的关于卫生系统的信息仅仅涉及到卫生服务的提供和投资:也就是说,只涉及卫生保健系统,包括预防、治疗和缓解疾病的干预,无论是针对个体还是人群。在大多数国家,这些服务占用了大量的人力、财政支出,并且涉及将被包括入更广义的卫生系统的定义中的活动,所以与现有数据相对应的较狭义的定义看起来似乎不缺少什么。那些数据需花很大力气来收集而此报告进一步提供了几种信息和分析,例如按肢体残疾生存时间调整后的寿命期望的估计值、卫生系统如何对患者提供良好的治疗的评估、国家卫生账目以及家庭对经济贡献的估计。

然而,还需努力对广义定义中涵盖的那些活动做定量分析和评估,以便计算它们在达到系统总体目标方面所做贡献的相对费用和效果。举例来说,美国在1966和1979年间在汽车设计方面引入了一系列安全特性(叠片挡风玻璃、伸缩式转向柱、内部衬垫、膝和肩安全系带、侧指示灯、阻力头部后仰枕、防止燃料泄漏系统、保险杠,增大侧门强度并改进车闸)从而使每英里车祸死亡率降低40%。在这一系列创新中仅有3项使汽车价格上涨幅度超

过10美元,而且在1975-1979年间,它们仅使汽车平均价格增长了2%^[3]。从1975年到1998年,在美国,车座位安全带挽救了估计有112 000个生命,而且车祸死亡总数在持续下降。潜在的健康收益本可以更大:仅在1998年就有9 000人由于没有使用安全带而死亡^[4]。

在其他国家潜在的资金节省更大。在贫穷国家,道路交通事故增长速度极快而且到2020年疾病-健康负担的世界排序将从第9位升至第3位。即使在某些中等收入的国家中,每汽车英里的死亡率也比在美国高得多^[5]。撒哈拉以南非洲地区在世界上车祸死亡率最高。在中、低收入水平的国家中,相对于医疗保健的支出来讲,改进车辆的费用可能较高,所以在卫生系统的界定中,将这些活动包括进来的效果可能更大。在较贫困的国家,不安全的道路也会造成车辆的报废,而改进道路的费用比将车辆制造得更安全所花的费用高得多。但是行为上的变化则无须花钱却能挽救许多生命,如在安装了安全带后能充分利用它,不超出规定的车速行车等;这些行为很可能比治疗车祸受害者更划算。

与卫生系统的广义定义相应的信息难以得到,此报告必须要利用与卫生系统的广义定义相匹配的数据。即使在目前这种较局限的定义界定范围内,卫生系统仍然是世界经济版图中最大的扇区之一。卫生医疗的全球费用在1997年大约为29 850亿美元,也就是约占世界国内总产值(GDP)的8%,而且国际劳工组织估计在10年前全世界大约有3 500万卫生工作人员,而目前的卫生服务人员可能有更显著的增加。这些数字反映了几千年来一个基本的、非公开的关系,在这个关系中病人由家庭成员或慈善机构的人员提供,或花钱请专业的术士来治疗2个世纪已发展为现今包括一个卫生系统在内的复杂的网络。

除了网络的单纯性的扩大以外,现代卫生系统的产生还包括技能和活动的不断细分和专业化。它也包括疾病-健康经济负担的极大转变。直到最近,因为人们英年早逝或处于重病状态无法全力工作,所以绝大多数的负担造成了生产力的损失。卫生保健的费用仅仅是经济损失的一小部分,因为这种保健相对较便宜而且大多无疗效。生产力损失仍是主要的,尤其是在最贫困的国家,但是在寿命延长和残疾减少方面所取得的成功表明越来越多的负担是由卫生系统来担负的。其中包括使人们保持积极状态的药费,例如控制糖尿病、高血压和心脏病。卫生系统所用资源的部分增长是从其他方式偿付由于疾病或早逝引起的经济损失的一种转变。

卫生系统的资源分布极为不均衡,而且与卫生问题的分布也一点不成比例。低、中收入国家仅有相当于全世界收入的18%,却负担全球卫生费用的11%(2 500亿美元或那些国家GDP的4%)。然而,世界人口的84%生活在这些国家中,他们承担着全世界94%的疾病负担。这些国家在满足他们自身人口的卫生需求,以一种合理而又能负担得起的方式动员足够的资金支持以及保障稀有资源实现其价值方面面临着重大挑战。

如今在大多数发达国家以及许多中等收入水平的国家,政府已致力于关注社会政策和卫生保健。在平等和有效的基础上,他们的涉足是正确的。然

而,在低收入水平的国家,国民总收入用于各方面开支都不足(常常低于GDP的20%),而且公共部门的组织能力很弱,卫生服务的资金支持和利用主要在私营部门的手中。在许多这类国家中,大部分穷人仍无法利用基本的和有效的医疗保健。

专栏 1.1 贫穷、健康不佳和费用—效益

全球疾病负担的估计没有对穷人和富人做区分,但通过按人均国民收入将各国进行排序可以作出一个大致的细分,从最高和最低收入聚类形成小组,每组包括20%的世界人口并研究每组中死亡数按年龄¹、病因和性别²的分布,这些估计表明1990年,在最穷困国家组中所有死亡的70%和因传染病而死亡的92%均超出了按最富国家组的死亡率预测本应在最穷国家组发生的死亡率。残疾调整寿命年(DALY)的总损失数字则相近,这是由于非传染性疾病的因素起了较大作用。传染性疾病和非传染性疾病所起作用的巨大差别反映了在全球穷困国家中传染性疾病所造成的死亡密度和DALY损失:在穷国中传染性疾病约占所有疾病的60%,与之相对,在最富国家组中仅为占8%~11%。这与死亡的年龄分布的不同有密切关系:在穷国中,有一半以上的死亡发生在15岁以前,而在富国中仅有4%。即使在一个典型的高死亡率的非洲国家中,贫富之间的差别都很大,而在一个典型的死亡率较低的拉丁美洲国家中,健康人中几乎没有幼年死亡的情况发生,但贫富之间的差别更大。

已有比较合算的疾病干预措施可以用于对付那些造成大多数贫富差别的疾病,尤其是用于消除儿童的死亡和健康损失³。每减少一个DALY预计花费100美元或更低费用的干预就能对付5岁以下儿童健康不佳10大主因中的8~9个,5~14岁儿童10大主因的6~8个。所有这些或者是传染病或者是营养不良形成的。这些原因所引起的死亡和残疾预计到2020年将迅速下降,基本上可以减轻穷国中传染病和非传染病引起的健康损失。如果传染病造成的损失预计下降率翻倍的话,那么全球富国仅仅能赢得0.4年的寿命期望,而穷国可多赢得4.1年的寿命期望,从而使贫富两组间的差距从18.4年缩小到13.7年。对比而言,如果非传染性疾病的损失速度下降一倍的话,则会优先使富国以及卫生费用相当高的国家受益。贫穷与费用—效益的关系仅仅是部分的,而且可能是暂时的,但在目前的流行病学和经济学条件下,这种关系却是非常牢固的。

¹ Gwatkin,DR: 关于如何很好地向穷人提供政府卫生服务的认识现状:对部门范围内解决途径的意义。华盛顿特区,世界银行,1998.2.5(讨论稿)。

² Gwatkin,DR,Guillot,M: 世界穷国的疾病负担:现状、未来趋势以及对政策的意义。华盛顿特区,世界银行人类发展网络,2000。

³ 世界发展报告1993—卫生投资。世界银行牛津大学出版社,1993:表B.6和B.7。

(李海燕 译)

卫生系统要做哪些事?

无论是穷人或富人,今天对健康的要求都与100年前,甚至50年前有很大的不同。人们对能够得到某种形式健康方面的关心,越来越充满希望。同时,对能采取某种措施保护患者、患者家属控制及对付疾病的开支要求也越来越高。由于工业化、交通状况的改善、环境污染及贸易全球化对健康的影响,对健康的要求也越来越高。现在人们希望从健康系统得到帮助的范围越来越广——不仅是为了缓解痛苦,希望治愈身体和精神方面的失调,而且还希望得到饮食方面的建议、孩子教育以及性行为等方面的内容,而这些知识以前都是从别的渠道获得的。

人们与健康部门打交道,最典型的情况是作为病人,每年看一到两次医生,这种接触,大部分是扮演非处方药的消费者及健康相关信息和建议的接受者。人们花钱买健康时,每次都非常清楚,他们从口袋里,保险费里等支

出了多少,但并不清楚他们每次纳税中,有一部分是用于投资健康的。同时对如何向他们征税,包括能向人们提供多少保护都有很大影响。但他还能影响如何满足人们的期望。比如,人们有权要求卫生保健系统在对待他们时,要维护他们的尊严,他们有权立即得到医疗方面的服务,而不是在诊断和治疗前有一段漫长的等待——不仅要满足医疗保健结果方面的要求,而且还要尊重他们的时间,并减少他们的焦虑。病人有时还会要求保密,对他们自身的健康有选择权,包括从哪和从谁那里得到治疗等。也就是说,他们不只停留在被动接受治疗和服务上面。

总之,卫生系统不仅有责任提高人们的健康水平,而且还有责任减少患者的经费开支,并在对待他们时能够保证患者的尊严不受侵犯。和第二章讨论的一样,卫生系统有三个最基本目标:

- 提高所服务人群的健康水平;
- 对人们的某些期望予以满足;
- 能够保障患者财务开支不致过高。

因为这些目标并不是总能满足,因此大众对卫生保健服务的运作、收费等存在普遍不满。加之失误、拖延、粗暴、敌视、漠不关心、拒绝治疗或造成投保人财务上的灾难等,受到的批评就更多。

由于良好的健康是卫生系统追求的最重要的目标,又由于健康状况在穷人中更为恶化,因此很自然人们就会认为,在低收入国家,改善健康状况是所有人的事情。人们应该平摊费用以不至于使人承担财务上的风险,满足人们的要求和期望,被认为是一种奢侈的要求,应该等到收入增加再满足。但是这种观点是错误的,有几个原因。穷人,正像提过的那样,他们和富人一样,需要财务方面的保护,因为对他们而言,那怕是小小的危险都有可能给他们带来灾难。另外,穷人和富人一样,拥有受人尊敬的权利,尽管在物质方面很难为他们做些什么,而且,追求负责任和财务保护的目标,不需要从改善卫生活动方面占用很多的资源。实际上,改善卫生系统的服务以实现上述目标,一般只需很少的开支或无须增加开支。所以,这三个目标在每一个国家都重要,无论这个国家是穷或是富,也无论其卫生保障体系是如何组织的。实现这些目标的较好的方法(会在以后章节中提及),在所有国家和卫生系统中都非常类似,尽管各国的政策会根据收入水平或卫生系统的组织结构不同。

卫生系统为什么重要?

卫生系统对改善健康贡献的研究远较它们是如何满足上述所指的其他两个目标细致。对后两个目标,可比的信息和分析很少。该报告就是希望发展一种方法,针对上述三种目标,对卫生系统如何运作进行评估。尽管卫生系统对改善健康的贡献不易判断,因为不同种类的证据有时给出相矛盾的结果。在对某一特定疾病或状况进行预防方面,目前已有大量的证据表明,无论对

个人或大的群体,都可以合适的成本极大地提高健康水平^[6]。这些数据是在较穷国家进行评估的基础(在这些国家中,于1990年1/3疾病所带来的财务负担以人均12美元的总支出是可以避免)^[7]。

尽管在基础科学方面没有进展,改变目前的干预组织方式和控制方式可逆转流行病的传播,并极大地减少拯救生命的代价。例如,在巴西亚马逊地区,对早期疾病的诊断和治疗很重视,加之对蚊子的控制采取了强有力的措施,改变了疾病的流行方式并节约了拯救生命的成本,从原来的近13 000美元,降到约2 000美元^[8]。

在人们健康总的改善方面,正像《1999年世界卫生报告》所报道的那样,知识的产生应用,即科学和技术的进步,在115个低或中等收入国家中,在1960-1990年间降低了约50%的死亡率,而收入的增加减少的死亡率不到20%,成年女性教育水平的提高对死亡率的降低低于40%,这些估计概括了在发展和应用方面的进步对许多疾病的干预情况。其中最典型的例子是抗疟疾和免疫计划,以及抗生素广泛应用于呼吸系统和其他感染性疾病。由于是卫生系统发展和应用了这些干预措施,已有证据表明卫生系统的工作能极大地改善人们的健康状况。

现在,我们把关注的焦点放在疾病的有效治疗方面,70年代^[9, 10]开始的大量研究已经一致地发现了可避免的死亡,就是说:一些死亡是由不适当的药物处理造成的,而且这种死亡与其他死亡相比可以更快地降低死亡率。同样,一份西欧与前东欧社会主义国家死亡率差异对比报告表明:现代化的药物处理引起估计寿命的差异男性为24%、女性为39%。这样的医疗护理不应该被医疗机构允许存在^[11]。

同时,其他证据表明,不同的卫生保健系统之间的差别很小,这里的比较是不同国家之间的比较而非不同时间段的比较,通常情况下,当人均收入与某种程度的健康状况紧密相关时(如妇女的教育程度收入不等或文化方面的独特性),而与投入如医生或医院临床^[12]与总的健康方面的支出^[13],与强制性的医疗保健方面的开支^[14],或与整个公众在健康方面的投入^[15]很少有独立的联系。这种联系在富裕的国家是比较弱的,但并不奇怪,因为许多导致死亡或残疾的因素已被控制,而且有许多不同的方法花费卫生系统资源,从而对健康状况带来相当复杂的影响,但在卫生系统的开支经常与高出生率和高死亡率的贫穷国家很少有差别,而这些国家首先是应该降低的。

另外,卫生系统代价很高,甚至经常出现致命的失误。仅在美国,每年医疗事故导致44 000例不必要的死亡,还有7 000例开错处方或用错医疗方案,这些失误比机动车事故、乳腺癌和艾滋病更致命^[16],这些失误所造成的经济开支至少170亿美元,其中健康方面的花费占一半多。即使没有失误产生,病人也常在医院里受到新的感染,大规模应用抗生素使抗原产生抗性,因此有些疾病是在治疗另一种疾病时造成的。

这些矛盾的证据可以从两方面得到解释:首先,卫生系统为卫生事业的

进步作出贡献,这种进步无论如何在不同的国家远非一个模式,甚至在相同收入水平的和卫生开支的国家中,也不一样;其次,还要认识到,卫生系统方面的失误减低绝不会抵消它取得的成就。然而,在公众在改善健康状况方面的存在的潜力和实际行动方面存在巨大的鸿沟^[15]。这一点在对资源的利用上也很类似。弥合这种鸿沟的一种措施,就是许多5岁以下儿童的死亡可以以10美元甚至更少的代价避免,但在一些较穷的国家,根据支出和死亡率关系的估计,平均为避免一个死亡的实际开支是50 000美元或更多。儿童死亡率和收入关系意味着在一个200万人口的穷国,要避免一个死亡,总收入约要增加100万美元。这较平均挽救的一个生命所需的花费高出好几个数量级。按人口计算,这些数字意味着健康上多投资0.025美元,收入就要增加0.5美元。收入的差距可以更多解释不同国家健康方面的差异(相对于解释健康投资方面的差异),但增加收入并不是改善健康的低廉或容易的方法。

考虑到较早时候历史学家曾经争议过,在19世纪和20世纪,在一些欧洲和拉丁美洲国家,他们降低死亡率是否通过改善饮食习惯和其他社会经济的进步达到的,而不是主要通过个人医疗投入。但是卫生系统,从广义上讲,包括所有非个人的,以大众为基础的或公共健康干预,如促进健康的生活方式,喷洒杀虫剂以防疫病传播,反对吸烟运动和保护食物和水等。因此,即使私人服务最近在健康方面取得极小的成就,本报告所定义的卫生系统在改善城市环境卫生和个人卫生方面较一个世纪前已大大进步。这些改变包括清除粪便和垃圾、保护水源、洗手,都是对疾病是如何传播的有更多的了解后发生的,有的甚至在对它们是如何引起的一无所知的情况下就开始做了。一些个人卫生习惯的改善一个世纪前就开始了,但绝大多数都是最近的事。单纯增加收入在目前还不能改善健康状况,由于秽污和拥挤,甚至还有可能恶化,这种情况在较穷的国家很常见,但对健康的威胁已得到较好的控制(栏1.2)。

栏 1.2 卫生知识而非收入说明了城乡卫生差别的变化

19世纪上半叶,伦敦和巴黎的期望寿命分别比英格兰和威尔士或法国的农村地区低许多;20世纪初的几十年里,瑞典也存在着类似的城乡差别。大城市更容易出现体弱多病,因为当人口密集时,个人习惯不卫生更容易传播疾病,还有垃圾甚至粪便的堆积招引了苍蝇和老鼠并污染了空气和水。¹燃烧有烟煤以及工厂的排放物加剧了污染程度。

今天,在贫困国家的大城市里,拥挤和贫穷产生了许多相同的问题,他们那里的空气和水污染情况比富裕国家的城市地区更加严重。一个世纪以前还不为人所知的汽车废气排放今天已成了德里和墨西哥等城市的一个主要的健康威胁。快速的增长已经使诸如扩大自来水管道的、卫生设施和垃圾收集等服务难以跟上步伐。在贫民区里,即使能获得安全饮用水,许多家庭没有废水排放的卫生设施,而且许多垃圾只是简单地堆积起来或露天焚烧。不过,健康后果并没有像150年前的欧洲城市那样严重。一方面,对致病原因及其传播有了越来越多的了解,从而努力减少污染并教育人们更好地保护自身的健康。另一方面,除了向城市移民以外,与许多农村居民相比,即使是非常贫困的城市居民现在也能获得有效的个人保健。例如,位于利马贫民区的居民生病时,像其较富裕的邻近居民一样,他们很容易给其子女实施接种并带他们去看病,比起秘鲁山区的人们来,他们有更多的人会这样做。²公共卫生和个人保健干预对改变城乡卫生状况的差别起了很大的作用。城市人口中更好的健康状况更多的是由于对有关知识了解的增多,而不是城市高收入的增多。

¹ Esterlin RA. 《市场的好处是什么? 死亡率的现代发展回顾》。洛杉矶,南加利福尼亚大学,1998(非出版论文)。

² Musgrove P. 卫生领域公正的评价措施。《世界卫生统计季报》,1986,39(4)。

因此,卫生系统是非常有价值 and 重要的,但是,如果能明白如何改善健康的话,还可以取得更大的成就。现在卫生系统之所以没有充分展现其价值,不是因为知识造成的,而是由于没有充分利用这些知识。这在绝大多数医疗失误中,也证明了这一点:“问题不是人不好,而是在于系统需要更安全的运作^[16],如何评价卫生系统的表现及如何取得更大的成就,是本报告的目的。传播知识的研究从长远来讲是最重要的,正像前两个世纪取得的成就一样,在短期内重点应放在更好的及更广泛的应用目前已有的知识,下一节将讨论目前卫生系统的演进以及为了工作得更好是如何不断改革的。

(张弘译)

现代卫生系统如何演变

有些卫生系统自从人类尝试有意识地保护自身健康和治疗疾病就开始存在了。从全球来看,以草药治疗为基础的传统医药与精神指导相结合,并且同时提供预防和治疗保护,已存在了几千年,而且在当前常常与现代医学共存。其中有许多仍然作为某些健康情况时的治疗选择,或是求助之策,因为现代替代疗法得不到认识,或得不到信任,或太过昂贵。传统中医可追溯到3000多年以前,而且仍然在中国卫生体系中发挥着巨大作用,与此同样古老的还有印度次大陆以及在土著非洲人和美国人中奉行的类似信仰和行为体系。但是,直到现代对疾病知识的认识提高之前,还很少有对失调的治疗方法,而且对疾病的有效预防也不多。

即使在工业化国家,现代意义上的有组织的旨在为全人类造福的卫生体系在一个世纪以前少有出现。尽管在许多国家里,医院的历史要远远早于完整体系,但在100年前也很少有人曾经光顾过——而这种情况今天对几百万贫困人口来讲仍是事实。直到进入19世纪,大多数医院还是由慈善机构掌握,而对于孤儿、残疾人、贫民或精神病患者来说,至多不过是个收容所。没有任何像现代医疗的转诊制度那样,从体系的一个级别到另一个级别,除了由慈善或小规模同行业工人捐赠的联合机构提供之外,很少得到资金风险的保障。

到19世纪末,工业革命改变了世界范围内的人民生活,同时社会开始认识到劳动人口中疾病、残疾和死亡的惊人数字,无论是由传染病造成(它在巴拿马运河建造过程中曾使几千人丧生),或是由于工业事故和辐射所致。蚊子被认为传播了疟疾和黄热病,预防成就的其中之一便是对这种害虫产卵地点的控制,它也使周围社区从中获益。除了人力消耗外,生病和死亡数字也意味着生产力的巨大损失。为此,公司经营者开始为其工人提供医疗服务。由于进一步认识到了洁净饮用水和卫生的重要性,他们还改善了工人的基本生活条件。战争造成了另外一个影响——美国内战表明,双方士兵死于疾病者多于死在敌人手中者。克里木半岛及布尔战争传来的情况亦如此。

同时,在欧洲的一些国家里,工人的健康成了一个政治议题,但原因各不相同。德国总理 Bismarck 分析认为,政府接管劳动联盟的疾病基金将在社会主义工人运动日渐强大的时候取消一项其支持来源,并且还会提高工人的经济保障^[17]。因此,1883年,德国实施了一项法律,要求雇主对某些行业的低收入工人提供健康保险。随后几年里,又加上其他阶层的工人。这是首例国家委托的社会保险模式。该法律在工人中的推行引起了别的国家开始实施类似的立法,如比利时在1894年,挪威在1909年,直到1911年英国实施,对英国工薪阶层的医疗保护多由签约者同工会或友好协会支付,后者再支付给提供方。但享受此保险的只能是工人本人,而不是其家人。

19世纪晚期,俄罗斯已开始建立一项庞大的省级医疗站点和医院网络,在这些地方可免费治疗且受到税务基金的支持。1917年布尔什维克革命以后,颁布法令——医疗保护应向全体人民提供,而且这种体系持续下来达近80年之久。这种完全中央化并且由国家控制的模式是最早的先例。

德国模式的影响在一战后广泛传向欧洲。1922年,在其管理的家长式统治传统基础上,日本在工人的其他保险之外又增加了医疗保险。在1924年,智利对所有享受保险的工人实施了劳动部规划。到1935年,约90%的丹麦人口享受到了与工作有关的健康保险。荷兰引入社会保险是在该国加入二战期间。

在二战较为严重的后果中便是它破坏了许多国家的卫生基础设施并推迟了其卫生体系计划。但与此相反的一面是,它还引入了其他东西铺下了道路。战时处理伤亡人数的英国全国紧急服务处对在1948年成为全国卫生服务处的成立是有帮助的,它也许是影响最广的一种卫生体系模式。1942年的“饮料报告”^[18]把保健看作可行的社会保险体系的三个基本前提之一。1944年政府白皮书所阐述的政策是:“不论收入、年龄、性别或职业,人人都应机会均等地享受可得到的最好和最先进的医疗及相关服务”,并且认为,这些服务应当全面、免费,应提倡身体康健以及治疗疾病。新西兰已于1938年成为第一个引入全国卫生服务的国家。几乎同时,哥斯达黎加在1941年为普通卫生保险打下了基础。在墨西哥,社会保障研究所及卫生部同时于1943年成立。南非于1944年提出了一项与英国模式非常类似的全国卫生服务的计划,包括免费保健和社区网络以及全科医生成为转诊体系中的一部分,但没有实施^[19]。

紧接着战后一段时期,跟挪威、瑞典、匈牙利及欧洲其他国家和智利的做法相同,日本和苏联也同时扩展了其有限的全国卫生体系,将其覆盖到大部分或所有人口。以前的殖民地获得独立后,他们也尝试采取现代的综合体系,并由国家大量参与其中。在1946年的Bhore报告的基础上,印度提出了雄心勃勃的卫生体系五年计划^[20]。促成该阶段的体系建立和扩展的因素包括:对现代政府力量的认识,战后的和解、稳定、重建运动,以及共同的源于战时的团结一致,当家做主的新主人确立了如下信念:相对高效和仁慈的

政府可能会促进一切事业的发展,从而带来一个“统一的全球化”的社会和政治环境,所有人可以免费享有各种卫生保健等等。

今天的卫生体系是针对不同级别,在已有的一个或多个基本计划的基础上建立起来的,并且从19世纪晚期以来历经修改。其中一个目标是,通过委托雇主和雇员支付保险或疾病基金,覆盖所有或大部分公民,同时通过公共及私有提供者来提供保健。最早的这种社会保险体系通常是从小型、最初是自愿性的协会发展而来。通过公共行动产生了后来的(ex nihilo)形式。第二种模式是在最近时期,集中在计划和资金方面,主要依靠税收和公共投入。传统做法是通过预算,有时是根据人口与卫生工作人员或设施之间的比例来分配资源。第三种模式是,政府的投入越来越有限但仍然很重要,提供的覆盖面只是部分人群,使其余部分的老百姓多数依靠拥有设备的经营、提供及所有权的私营机构。在富裕国家里,大多数是某一种模式占资源或提供的大部分;中等收入家庭里,主要是拉丁美洲,基本上是两种或三种类型的结合^[21]。在某一种卫生体系的组织方法是否就比另外一种要好这个问题上存在着争议,但对一种体系的总体结构来说,关键是它如何很好地促使其作用的发挥。

卫生系统改革的三个时期

在20世纪,曾有三次交叉进行的卫生体系改革时期。其出现不只是因为卫生方面的构思不成功,也因为要求对各种体系所为之服务的愿望更高效、公平和反应更快。第一次改革时期建立了国家卫生保健体系,社会保险体系扩展到中等收入国家,较富裕国家主要在40年代和50年代,较贫困国家稍晚一些。60年代末,10年或20年前建立的这些体制面临首巨大的压力:费用在上涨,尤其是发达国家与发展中国家同样都出现了医院保健的数量与质量的增长。在许多名义上覆盖面很广的体系中,仍然主要是富有者在享受卫生服务,而使贫困者获得服务方面努力的还很不够。相当多的人都是自己花钱看病,而且通常获得的只是低效或低质量的保健。

在贫困国家里,这些问题很突出,也很严重。非洲和亚洲的殖民政权及拉丁美洲的各国政府曾经建立的卫生政策把本地人群排除在外。例如,在非洲国家建立的一种欧洲模式的卫生保健,由英国统治,它主要针对殖民统治者及居住于此的外国人,对非洲人提供的是有区别的或是二等保健。跟欧洲许多地方的做法相似,慈善医疗团体和公共卫生规划主要为大多数人提供一些保健。在这些前殖民地和低收入国家里,卫生体系从来不曾对农村地区的人民提供过即使是最基本的服务。在大多数发展中国家里,多数城市医院得到政府卫生预算的约2/3的支持,但却只为10%或20%的人口服务。对医院实际完成的工作的研究表明,在住院病人的全部支出中,有一半或一半以上是花在了通常可以在流动保健点即可处理的病症上,如腹泻、疟疾、肺结核和急性呼吸道感染^[22]。

因此需要进行彻底的改变,这种改变将使卫生体系更加经济高效、公平和易于获得。所以第二次发展时期,开始提倡初级卫生保健,使之成为提高支付得起的全球性覆盖范围的一条路线。这种方法体现在40年代的疾病控制工程经验方面,如南非、伊朗及前苏联等国家,同时也兼收了在以下国家所获得的成功和试验上,如中国、古巴、危地马拉、印度尼西亚、尼日尔、坦桑尼亚联合共和国和印度的马哈拉施特拉州^[23]。其中的一些及其他国家如哥斯达黎加和斯里兰卡,卫生效果良好且费用较低,在短短20年时间里,期望寿命提高了15~20年。无论在以上哪种情况下,都认真承诺保障所有人都能获得最低级别的卫生服务、食品、教育以及充足的安全饮水和基本卫生条件。这些作为基本因素,同时强调公共卫生措施与门诊保健结合、预防与治疗、基本药品与社区卫生工作人员公共教育相结合。通过采取初级卫生保健作为提高目标的战略。“人人享有卫生保健”(WHO/UNICEF初级卫生保健联合会议,1978年,苏联的阿拉木图,即现在哈萨克斯坦的Almaty)。WHO再次鼓励向全世界人民提供初级卫生保健。

“初级”这个词很快有了各种涵义。其中有些是技术性的(即,首先直接联系到卫生体系,或者第一保健级别,或者可以由培训时间较少的提供者处理的简单治疗,或者对简单的疾病原因进行干预),有些是政治性的(即,依靠多部门行动或社区参与)。其概念的多样性及常常对政策的互相矛盾的关系可以用来解释为什么没有一种初级保健的模式以及为何难以仿效一些国家或地区的成功先例;它们表明可以凭支付得起的费用取得卫生方面的很大进展。许多国家在培训和使用社区卫生工作人员方面作出了很多努力,以使它们能为一般农村地区的人口提供基本的、经济高效的服务。这些地方的人们以前很少或根本接触不到现代卫生保健。如在印度,对10多万个卫生站的工作人员进行培训和使用,其目的在于为近2/3的人群服务。

尽管作出了以上种种努力,许多计划最终被认为至少是部分失败了:资金不足;工作人员很少花时间在预防上或涉及社区以外的范围;他们的培训和设备不足以应付遇到的问题;保健质量常常很差,因此常被称为“原始的(primitive)”而不是“初级的(primary)”,尤其体现在对贫困者来说,初级保健很有限,并且服务最简单。转诊系统对卫生服务很特殊,也有必要正确实施,但实践证明很难恰当操作,稍低级别的服务又常常很少用得上,病人又经常越过较低层次的体系而直接去医院。部分由于这样的原因,各国继续在三级城市中心投资。

在发达国家里,初级保健很好地与整个体系结合起来。也许因为它更多地联系着综合医疗和家庭医疗,较低级别的提供者如开业护士和医生助理。对这些医师的极大依赖构成了许多发达国家当前改革议事日程的核心所在。例如,有组织的保健在很大程度上围绕着加强初级保健以及避免不必要的治疗,尤其是住院。

初级卫生保健运动强调的方法可能因为对人的卫生保健的“需求”关注

太少而受到指责。如果这两个概念不能结合起来,体系就是不成功的,因为所提供的服务不能与二者统一起来,对需求关注不够表现为完全忽略了私人资助和阿拉木图宣言所说的保健提供,除了仅有社区参与被看作属于小规模私人资助以外。

需求之所以未能表达出来的原因之一是贫困。这个问题可以通过提供费用较低的保健加以解决,不只是经济方面,也包括时间及非医疗支出项目上。但是人民需求及其愿望二者之间不能统一起来的其他原因还有许多,而简单地提供医疗设施和服务不见得就能解决这些问题。总的来说,第一和第二个改革阶段主要以供应为主。目前在许多国家里正在进行的第三阶段的特征有了变化,即更多地关注需求,包括诸如试图使“金钱跟从病人”的改革,以及改变了简单拨给提供者预算的方法,反过来它常常由假定的需求所决定。

如果组织基础和初级卫生保健的质量常常发挥不了其潜力,许多技术基础非常牢固并历经修改。这种发展可简要概括为WHO所说的“新的全球化”的一种逐渐集中——为每个人提供高质量的基础保健,它多数受经济高效标准的规定,而不只是为所有人口提供一切可能的保健,或只是为贫困者提供最简单、最基础的保健(图1-1)。

包括的干预	覆盖的人口	
	只包括贫穷者	每个人
“基本的”或简单的	“原始的”卫生保健	初始概念
“必要的”且经济高效	“有选择的”初级卫生保健	新的全球化
所有有医疗作用的	(从未认真思考过)	传统的全球化

图1-1 初级卫生保健不同概念的人口覆盖和干预

健康和营养干预可能对很多人口的健康造成相当大的差别以及通过有选择地集中力量,战胜疾病,从而解除大量的可避免的生产负担,获得“低成本健康”,这样的概念已在几个国家中在流行病学信息及干预经济高效基础上发展起来。导致大批干预的发展以及更加全面的培训以支持其服务,这在儿童疾病综合管理中最为突出。

这种发展也说明对公共或公共保障和管理资金的强调,但不一定是强调服务的公共提供方面。它表明了干预中优先权的明确选择,考虑了道德原则即有必要且有效地分配服务但又不能排除所有人群。不过,更容易确定一系列干预,如果完全应用,将优先施惠于贫困者,而不仅仅确保或者让多数贫困者实际受益,尽管政府卫生保健服务通常目标是为了贫困者,却常常被富人所采用。在11个国家里,利益的分配是通过公共支出和使用率的分配计算出来的,最贫困的人口从来没有达到过其相同份额(20%),在七个这样的国家里,最富裕者占总利益的29%~33%。这种亲富偏见主要是由于医院服务

被富人不成比例地使用,他们(只有一个例外)在总利益中总是至少占26%。初级保健的分配几乎总是比医院对贫困者有利,证明了对前者的强调是达到贫困者使用的一个途径。即使如此,贫困者有时比富人得到的初级保健服务要少。贫困者常常多是获得其个人的流动保健——占其使用卫生体系及其实际支出的大部分,私营提供者为进一步获取保健提供了很大的机会。

对需要作出更多的反应,更加努力地确保贫困者获得服务,加强资金投入(包括补贴),而不仅仅局限在公共卫生部门内提供,这些观点在许多现行的第三阶段的改革中都有体现。这些方面所作出的努力比早期的改革更加难以描述其特征,因为它们包含了更多的各种原因,并且包括更多的方法试验。它们部分地反映出世界范围内所发生的深刻的政治和经济变化。80年代晚期,中国、中欧及前苏联发生了社会主义经济到市场经济的变革。各地政府对经济的大力干预变得令人失去信心,引起国营企业的普遍丧失,同时提倡更多的内部和外部的竞争。政府的调节与控制减少。总之,对市场机制有了更多的信任。在意识形态上,它意味着对个体的选择及其责任方面有了加强;政治上,它意味着对政府应当做什么有了承诺和愿望方面的限制,尤其通过综合税收,以更好地顺应其实际经济和组织能力。

对于这些大规模的变化所产生的影响,卫生体系未能幸免,其中一个结果便是对明确的保险机制的关注有了大大增加,包括私人资助的保险。改革包括:在几个亚洲国家里发生的变化;几个国家引入了不同级别的综合卫生保险,如朝鲜共和国、马来西亚、新加坡和中国(台湾省);阿根廷、智利、哥伦比亚和墨西哥等国出现的风险分担更强的改革包括:加强和扩大保险的覆盖面;而几个前社会主义国家的许多公共体制由一系列保险和现金支付的卫生保健所取代;在覆盖面已经很广的发达国家里,在资助卫生保健方面通常没有发生太急剧的变化。但是在由谁来决定资源的利用、资金的汇集并支付给提供者的管理方面则产生了很大的变化。全科医生和初级保健医生,作为卫生保健的“守门员”,有时“不只要对其病人的健康负责任,而且还要对任何规定的治疗资源的较广泛利用负责任”。在一些国家里,这种作用通过建立全科医生和初级保健医生的“预算股权(budget holding)”被形式化,如英国实行的是全科医生的“基金股权(fund holding)”,美国则有“卫生维护组织(Health Maintenance Organization)”,新西兰有“独立行动协会(Independent practice Associations)”。在美国,权力从提供方到保险方产生了很大改变,后者很大大地控制了医生和病人之间的相互接触。

关键在运行

本报告并没有详细分析当前改革的努力和提议,也没有提出如何建设或重建的模式。世界目前正在发生很多变化,没有一个非常明显的最佳办法。但似乎应该能得出这样明显的结论:组织、规定和推动有助于卫生体系利用

其资源实现目标;这是第三章的主题。在当前已有的资源条件(人力、建筑、设备和知识)下,能完成多少很大程度上取决于以往生产这些资源的投资和培训。而投资方面的失误会带来长期的后果。如何最佳地生产资源,避免出现何种失误则是第四章的主题。如何恰当地资助该体系,有两个同样的结论,这些在第五章叙述。总的来说,卫生体系需要综合监督,引导它完成目标,并确保适当完成其提供经费、投资和提供服务的任务。第六章提出了有关其普通作用方面的建议。这些主题被部分地加以强调,因为今天的改革目的在于发展这些方面而不只是扩展供应或提供哪些干预。要使所有变化都合理化,必须完善该体系的实施。

那么,卫生体系的潜力如何发挥?除了保护健康之外,还要满足人民的愿望并保护他们在生病的时候不受费用的影响,他们如何能更好地实现这些?第二章提出了一个获得卫生体系实施的框架以及对在四个关键领域内的促成因素的认识,这些会在以后的章节中介绍:提供该实施系统时所需的服务,发展资源(包括人力、物资和观念),动员和引导经费提供,并且保证组成该体系的个体和组织成为财富和给予其保健的信心的优秀管理者。

(李秋芳 译)

参 考 文 献

1. Miller J. *The body in question*. New York, Random House, 1978: 14.
2. Kleinman A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Social Science and Medicine*, 1978, 12: 85-93.
3. Claybrook J. Remarks at the Seventh Annual North Carolina Highway Safety Conference, 1980. On Bureau of Transportation Statistics, Transportation Research Board web site at <http://www4.nas.edu/trb/crp.nsf/>
4. US Department of Transportation. *Traffic safety facts 1998*. Washington, DC, National Highway Traffic Safety Administration, 1998.
5. OECD. *International road traffic and accident database*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 1999.
6. Jamison DT et al. *Disease control priorities in developing countries*. New York, Oxford University Press for The World Bank, 1993.
7. *World development report 1993 - Investing in health*. New York, Oxford University Press for The World Bank, 1993: Table 5.3.
8. Akhavan D et al. Cost-effective malaria control in Brazil. Cost-effectiveness of a malaria control program in the Amazon Basin of Brazil, 1988-1996. *Social Science and Medicine*, 1999, 49(10): 1385-99: Table 5.
9. Rutstein DD et al. Measuring the quality of medical care - a clinical method. *New England Journal of Medicine*, 1976, 294(11): 582-588.
10. Charlton JR, Velez R. Some international comparisons of mortality amenable to medical intervention. *British Medical Journal*, 1986, 292: 295-301.
11. Velkova A, Wolleswinkel-van den Bosch JH, Mackenbach JP. The East-West life expectancy gap: differences in mortality from conditions amenable to medical intervention. *International Journal of Epidemiology*, 1997, 26(1): 75-84.
12. Cochrane AL, St Leger AS, Moore F. Health service 'input' and mortality 'output' in developed countries. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1978, 32(3): 200-205.
13. Musgrove P. *Public and private roles in health: theory and financing patterns*. Washington, DC, The World Bank, 1996 (World Bank Discussion Paper No. 339).
14. Mackenbach JP. Health care expenditure and mortality from amenable conditions in the European Community. *Health Policy*, 1991, 19: 245-255.

15. Filmer D, Pritchett L. The impact of public spending on health: does money matter? *Social Science and Medicine*, 1999, 49(10): 1309-1323.
16. Kohn L, Corrigan J, Donaldson M, eds. *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC, Institute of Medicine, National Academy of Sciences, 1999.
17. Taylor ASP. *Bismarck - the man and the statesman*. London, Penguin, 1995: 204.
18. *Social insurance and allied services. Report by Sir William Beveridge*. London, HMSO, 1942.
19. Savage M, Shisana O. Health service provision in a future South Africa. In: Spence J, ed. *Change in South Africa*. London, The Royal Institute of International Affairs, 1994.
20. Government of India. *Health Survey and Development Committee Report. Vol. 1-4*. New Delhi, Ministry of Health, 1946.
21. Londoño JL, Frenk J. Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. *Health Policy*, 1997, 41(1) :1-36.
22. Barnum H, Kutzin J. *Public hospitals in developing countries: resource use, cost, financing*. Baltimore, MD, The Johns Hopkins University Press, 1993.
23. Newell KN. *Health by the people*. Geneva, World Health Organization, 1975.
24. Sanders D et al. Zimbabwe's hospital referral system: does it work? *Health Policy and Planning*, 1998, 13: 359-370.
25. Gwatkin DR, Wilcox JR, Wray JD. The policy implications of field experiments in primary health nutrition care. *Social Science and Medicine*, 1980, 14(2): 121-128.
26. Halstead SB, Walsh JA, Warren KS, eds. *Good health at low cost*. New York, Rockefeller Foundation, 1985.
27. Bobadilla JL et al. Design, content and financing of an essential national package of health services. *Bulletin of the World Health Organization*, 1994, 72(4): 653-662.
28. Bobadilla JL. *Searching for essential health services in low- and middle-income countries*. Washington, DC, Inter-American Development Bank, 1998.
29. Tullock J. Integrated approach to child health in developing countries. *The Lancet*, 1999, 354(Suppl. II): 16-20.
30. Gwatkin DR. *The current state of knowledge about how well government health services reach the poor: implications for sector-wide approaches*. Washington, DC, The World Bank, 5 February 1998 (discussion draft).
31. Berman P. The organization of ambulatory care provision: a critical determinant of health system performance in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78(6) (in press).
32. Wilton P, Smith RD. Primary care reform: a three country comparison of 'budget holding'. *Health Policy*, 1998, 44(2): 149-166.