

古巴、巴西、阿根廷医疗卫生体制机制及启示

查竞春 段振楠

摘要：医疗水平的提高是社会健康发展的重要保障，完善的体制机制是医疗卫生发展的重要一环。探讨并寻找更好的医疗卫生体制，对我国经济发展有着重要的意义。古巴、巴西、阿根廷作为三个典型的拉丁美洲国家，不断推进医疗改革，建立了与其国情相适应的医疗卫生体制机制。在深化医疗领域改革的大背景下，古巴、巴西、阿根廷的医疗卫生体制机制对我国有一定的借鉴意义：一是加强民生领域的职能配置；二是促进市场和社会力量参与提供医疗卫生服务；三是促进政府改进公共服务管理方式。

关键字：古巴；巴西；阿根廷；医疗；改革

中国分类号：R197.1 **文献标识码：**A **文章编号：**1673-5706(2019)02-0116-05

一、古巴医疗卫生体制机制情况

(一) 古巴医疗卫生体制的成就

古巴政府把医疗卫生作为国家发展的优先领域，建立了全民免费医疗制度，逐步扭转了医疗资源匮乏、分布极不平衡、缺医少药严重等局面，取得了举世瞩目的成就。根据《2016年世界卫生统计》，古巴以人均卫生总支出558美元的低投入，实现了发达国家的医疗卫生指标，如古巴人出生期望寿命男性达77岁、女性达81岁，新生儿死亡率为0.23%，5岁以下儿童死亡率为0.55%，结核病发病率每十万人9.4名等，这些数据均接近或超过美国等高收入国家水平。2015年世界卫生组织宣布，古巴成为世界上首个消除艾滋病毒和梅毒母婴传播的国家。

(二) 古巴医疗卫生体制的优势

1. 完备的医疗服务体系和家庭医生制度。古巴医疗卫生保健体系包括三级：由社区综合诊所和家

庭医生诊所组成的初级医疗卫生服务网络，由省、市级医院组成的提供专科医疗服务的二级医疗服务网络，由国家级医院组成的提供疑难和重症服务的三级医疗服务网络。建立“家庭医生”制度，每位家庭医生有一个诊所，所内配备一名护士，共同负责120户或600-700位居民医疗保健工作。家庭医生为其负责的家庭和居民建立卫生档案，负责卫生保健知识宣教，协助解决环境卫生和饮水卫生问题。古巴医疗卫生单位达1.3万个，其中包括150余所医院和约1.15万个家庭医生诊所。

2. 高质量的药品研发和生产。在药品供应严重短缺的情况下，古巴政府下决心大力发展草药产业和生物制药行业，倡导使用从中国引入的中草药、针灸等传统疗法，在全国建立了169个“草药治疗中心”，种植常用药材，减少对化学药品的依赖。通过自主创新，古巴在疫苗、干扰素、降血脂药物、

癌症化疗药物等方面达到世界领先地位，已申请1200项世界专利，有能力生产研发世界领先的新型药品，如治疗肺癌的疫苗、治疗糖尿病的新药等。

3. 高水平的医疗卫生人员培养和配置。古巴建有14所医科大学，分布在首都和各个省会城市，各个地市都有自己的医学院。政府通过对入学标准、学科设置、课程设计、毕业分配等事务的安排，掌控医务人员结构与分布。医科学生免费入学，毕业后服从国家安排，到缺医少药的偏远农村地区服务两年。这一政策扩大了医务人员队伍，既促进了医疗资源的地区间公平，也提高了资源配置的效率。据统计，2012年古巴医务工作者已达26万余名，其中包括约8万名医生和1.3名家庭医生，平均每位医生服务的人口仅为137人，是世界上人均拥有医生最多的国家之一。

4. 政府包揽的医疗卫生融资体系。古巴将医疗卫生服务机构划分为国家、省、市三级，政府负责卫生基础设施建设，医院、诊所、医学院和医学研究中心等机构的建立，药品和仪器的采购，以及医务人员、教师和研究人员的工资。从1961年起古巴政府不允许开设私人诊所，将全国的卫生资源与卫生机构收归国有，随后建立了一大批公立医院。2012年古巴政府卫生支出占全社会卫生总支出的比重高达94.2%（世界平均水平为57.6%），以政府预算作为医疗卫生基本融资渠道，保证资金来源，降低了医务人员廉政风险，一定程度上抑制了医疗费用的无序上涨。

（三）古巴医疗卫生体制的问题与挑战

一是影响了国家对经济等其他部门的建设投入，正在进行的改革也缺乏资金支持。尽管医生等医务人力资源丰富，但是古巴的医疗设备、药品并不充足。古巴的医疗体系发展是建立在国家财政的巨大投入比例之上的，2012年全国卫生总支出占GDP的8.6%，政府卫生支出占政府总支出的11.5%（2008年高达15.5%）。二是由于古巴在计划经济体制下以统包统揽模式，向医疗过度倾斜配置资源，缺乏私营经济的竞争，且医疗卫生从业人员数量远超过国民的正常需要，导致医院、社区综合诊所和家庭医生诊所，普遍存在效率偏低、人浮于事的问题，给国家经济带来沉重负担。

二、巴西医疗卫生体制机制情况

（一）巴西医疗卫生体制的成就

巴西推行全民统一的医疗体系，把保障公民健康权作为各级政府的重要责任。全民统一医疗体系的主要特征是“免费、平等、普遍享有”，由政府为全体公民提供免费的医疗卫生保健服务。2016年巴西有关医疗卫生指标，如巴西出生期望寿命男性达71岁、女性达79岁，新生儿死亡率0.89%，5岁以下儿童死亡率1.6%，结核病发病率每十万人44名，均优于中高收入国家平均水平（71岁、1.9%、2.3%、110名）。

（二）巴西医疗卫生体制的优势

1. 统一的医疗卫生体系。巴西建立了集医疗、医保、医药“三医合一”的卫生行政管理体制，将医疗保障制度的建立、医疗服务体系的完善、医药生产提供和监督体系的改革作为一个整体，同步推进。根据联邦宪法，联邦、州和市三级政府共同承担保障公民健康的责任。卫生部将其管理的5000多所医院移交给地方管理，通过分权，将权力与责任在三级政府之间重新分配；通过权力下放，改进服务质量，确保公民能够享受到更好的医疗服务。

2. 完善的医疗卫生服务网络。巴西的医疗卫生服务网络包括初级卫生保健机构、公立医院、私立医院、急救点四级。初级卫生保健机构主要提供首诊、转诊和预防保健等服务。巴西实行家庭医生首诊制，家庭医生在上述机构中向辖区居民提供基本医疗卫生服务，病人转诊必须经过家庭医生的转介。公立医院是巴西统一医疗体系的支柱，占有医院的53%，主要承担接受转诊病人、国家医学科研任务和教育等职责。私立医院占有医院的47%，主要分为两类：一类是承担一定公共医疗服务的“半公立医院”，另一类是不向公众免费提供服务，也不享受政府有关优惠政策的“纯私立医院”。急救点由联邦政府按照人口规模设定，由市医疗协调中心负责急救点的日常管理和协调。

3. 医疗卫生体系的筹资管理。巴西实行以税收为基础的卫生筹资机制，筹资来源包括企业所得税、消费税、营业税以及部分人群缴纳的社会保险税等。巴西《预算指导法》规定，卫生预算增长速度不得低于GDP的增长速度，联邦、州和市级政

府财政预算中,卫生经费分别不少于15%、12%和15%。为承担好各级政府卫生职责,联邦政府和州政府主要通过三种方式进行转移支付:一是按照一定标准,定期通过国家健康基金向州和市健康基金拨款;二是直接付款给医疗卫生服务的提供者,包括公立医疗卫生机构和签订特殊合同的私立机构;三是就某些特殊项目与州、市属机构或私立医疗机构等订立特别合同,按合同支付款项。根据《2016年世界卫生组织统计》,2014年巴西卫生总支出占GDP的比重高达8.3%,政府卫生支出占全社会卫生支出的47.5%,政府卫生支出占政府总支出约7.9%,人均卫生总支出1318美元。

4. 基本药物供应。巴西确定了189种基本药物向民众免费提供,主要包括高血压、糖尿病、哮喘等常见疾病所需药品,年人均所需经费约10雷亚尔(约5美元),其中联邦政府承担5.1雷亚尔,其余部分由州、市政府负责。药品采购由各市负责。同时,巴西确定罕见病药物79种,经过集中采购后价格下降到市场价格的一半左右。近年来,巴西推出“公民药店计划”,对于一些规定范围内的药品由全国8万个药店供应,所需费用的10%由个人支付,政府承担90%,高血压、糖尿病和哮喘所需药品则免费供应。

(三) 巴西医疗卫生体制的问题与挑战

一是资源不平等状况依然严峻,如在里约热内卢州每1万人中有40.9位医生,东北部马兰豪州只有7.1位,约700座城市在2013年连一位医生都没有,居民就医困难。二是全民免费医疗造成医疗支出巨大,加重了政府的财政负担,由于对部分公立医疗机构的补助不足,已导致其运作困难。公立医疗机构普遍人满为患,就诊等待时间很长,手术则需要更长时间的预约。三是公立医疗机构的管理运营效率亦有待进一步提升。

三、阿根廷医疗卫生体制机制情况

(一) 阿根廷医疗卫生体制的成就

阿根廷自20世纪90年代开始推行医疗制度改革,改革的主要目标是人人能公平享受高质量、高效率的卫生服务,重点是提高卫生保健的普及率、质量和效率,特别是关注贫困人口的卫生服务公平性问题;发展私立医疗服务系统,促进公立医疗服

务系统内部竞争,和与私立医疗服务之间的竞争;重新梳理联邦政府职责,将中央的部分职责下放到23个省市,给予其高度的自治权利。阿根廷医疗改革成效显著,其人口期望寿命男性为74岁、女性为80岁,5岁以下儿童死亡率1.04%,新生儿死亡率0.59%,结核病发病率每十万人24名,均优于巴西。

(二) 阿根廷医疗卫生体制的优势

1. 建立相对完善的医疗保障制度。阿根廷的医疗保障制度分成三个部分:全民免费医疗制度、行业医疗保险制度和商业医疗保险体系。全民免费医疗制度主要由公立医院向全民提供免费服务,经常获得免费服务的贫困和极贫困、无工作等人员约占全国总人口的48%。行业医疗保险制度类似于我国的职工医疗保险制度,带有一定的强制性,覆盖约45%的人口,所需资金主要来源于雇主和个人。目前执行的总税率为7.5%,其中工人3%,雇主4.5%。行业医疗保险制度按照行业和部门设置,并实行单独管理。以行业协会与公立医院或私立医院签订合同的方式,向参保人员提供近乎免费的医疗服务;商业医疗保险体系主要面向中高收入阶层,覆盖全国约7%的人口,所需保险费用主要来源于个人。政府鼓励商业医疗保险机构发展,给予其税收政策优惠,雇主和个人购买商业医疗保险的费用均可从税前列支。

2. 建立公私并重的医疗服务体系。阿根廷的医疗服务体系主要由公立和私立两部分组成,全国范围内约有58万名医疗卫生专业人员。公立医疗体系:阿根廷共有1万余所公立医院,其中约2000所提供住院服务,约8000所只提供门诊服务。公立医院面向全体国民开放,运营管理费用主要来源于省政府拨款。私立医疗体系:阿根廷支持和鼓励发展私立医疗体系,向全民提供多样化、高端式的医疗服务。总体而言,私立医院服务态度更好,病人选择自主性大,等候时间短。行业医疗保险和商业医疗保险公司与私立医院签订合同,向参保人提供服务。全国已有1万余所私立医院,其中约3000所提供住院服务,约7000所主要提供门诊服务。

3. 通过公立医疗系统向民众提供免费药品。政府按照“中央采购门诊药品、省级采购住院药品”的原则要求,通过公立医疗系统向民众提供免费药

品。免费门诊药品：卫生部和省卫生部门共同确定约 100 种门诊常用药品清单，由卫生部采取公开招标的方式集中采购。这些药品大体满足公民约 80% 的门诊用药需求，其余门诊用药由省级采购或由患者自行采购补齐。免费住院药品：由各省自行采购住院药品向公民免费提供，其范围平均涵盖 350 种左右。总的发展趋势是，由各省联合集中采购这些药品，一些采购不到的药品，则可由医院自行采购。

4. 医疗卫生筹资情况。阿根廷的财政体制分为中央政府、省政府和市政府三级财政，各级财政相对独立，都有各自的收入来源和支出项目。中央、省和市政府均举办卫生医疗机构，但卫生支出责任主要集中在中央和省级政府，中央和省级政府除了为自身举办的公立医疗卫生机构提供经费保障外，还通过转移支付制度支持市级医疗卫生机构。如 2006 年阿根廷中央财政卫生支出约占整个政府卫生支出的 50%，布宜诺斯艾利斯自治市和省政府的卫生支出约占整个政府卫生支出的 45%，其他市政府约占 5%。

（三）阿根廷医疗卫生体制的问题与挑战

阿根廷的公立医疗卫生机构和医疗保障制度较好地发挥了政府作用，但仍普遍存在效率较低、医疗和服务质量不高等问题。此外，由于政府卫生支出负担过重，近年来阿根廷政府已通过各种方式削减卫生支出，2012 年全国卫生总费用占 GDP 的比重为 6.8%（2004 年为 9.6%），人均卫生总费用 994 美元（2004 年为 1274 美元）。地区间医生收入差别较大，矛盾突出，如 2016 年布宜诺斯艾利斯自治市的公立医院和健康专家开展了十次抗议罢工行动，要求政府为其提供更好的工作条件并增长 40% 的工资。

四、对我国医疗卫生体制改革的启示

近年来，我国加大力度推进医疗卫生体制改革，不断增加政府对医疗卫生事业的投入，但看病难、看病贵的情况依然存在，古巴等三个拉丁美洲国家的医疗卫生改革和医疗卫生体制机制，对我国有三方面启示：

（一）促进政府进一步强化医疗服务职能

无论是实行社会主义制度的古巴，还是实行资本主义制度的阿根廷、巴西，在卫生服务方面，都强调要惠及全体国民，尽量实现基本公共服务全覆

盖、均等化。古巴的医疗卫生成就与其医疗体制的全民性密不可分。该国全部卫生资源与卫生机构都为国有，所有医疗卫生人员都是政府雇员。联合诊所和家庭医生制度，使医疗卫生服务能够普遍获得。14 个省都建有医科大学，确保了医疗教学资源地域分配平等和医疗卫生人员供应充足。阿根廷、巴西经过改革，私立医疗卫生机构占比有所上升，更好地满足了国民多样化、个性化医疗需求，主要通过医疗保险促进多方参与提供服务，政府在基本医疗体系中依旧占据主导地位。

党的十九大报告提出要深化医药卫生体制改革，全面建立中国特色基本医疗卫生制度、医疗保障制度和优质高效的医疗卫生服务体系。我国在医疗卫生服务提供方面的短板还比较明显，如看病难、看病贵等现象还普遍存在，这和政府的医疗卫生服务职责“缺位”有关。我们应当以人民为中心、以问题为导向，深刻分析医疗体制存在的问题，将政府的医疗卫生职能重心转移到研究和建立科学的医疗卫生体系上来，通过科学合理地调整机构职能，完善医疗卫生方面的职能配置，推动政府履行好为经济社会发展提供医疗卫生服务等职责。

（二）促进市场和社会力量参与提供公共服务

政府过于包揽医疗卫生服务会带来不良后果，如财政支出占比过高、人力资源效益发挥不充分、市场和社会活力不足等。巴西、阿根廷实行全民免费医疗，不仅医疗支出巨大，还存在机构管理运营效率不高，服务水平不佳等缺陷。实行政府统包统揽模式的古巴这方面问题更为突出。在医疗方面古巴国家投入过大，根据《世界卫生统计年鉴》，2012 年古巴政府卫生支出占卫生总费用的 94.2%，2013 年每万人口拥有医疗卫生人员 173.5 名，配置病床多达 66.8 张，人浮于事、效率偏低的问题也就难以避免。

从医疗卫生服务的发展方向看，引入竞争机制，实现适度社会化是一种必然趋势，但要分清政府应该包揽的和放开的领域，实行部分而不是全部公共服务职能的社会转移。对公立医院，政府应该花力气办好，保持其非营利性；在政府直接举办公立医院的同时，可支持社会力量通过举办非营利机构等方式，参与提供基本医疗卫生服务。在医疗资源过

于集中的地域，可以选择部分公立医院改制为高端或特色医院。

（三）促进政府改进公共服务管理方式

古巴等三个国家对中央、省、市三级政府在卫生服务权责上界定比较清晰。在服务提供方面，三个国家都偏重由基层政府作为提供者，国家和省不直接举办医疗卫生服务机构。巴西、阿根廷分别将管理的 5000 多所和 300 余所医院移交给地方管理。另外，三个国家的初级卫生保健机构都立足于解决民众大多数常见病问题，大中型公立医院和专科医院解决少部分的医疗需求，并且在实践中都严格执行分级诊疗的做法。在初级医疗服务体系中，家庭医生“守门”以及基层首诊、分级诊疗、双向转诊制度，是引导群众有序理性就医，集约卫生资源的有效途径。

我们的政府职能部门在该管、管不好的事情上插手太多，而在事中事后监管和评估上又着力不够。应进一步改进医疗卫生服务管理方式，通过编制并细化权责清单，明晰每个职能部门、每个岗位的权责，给权力划定边界，有效解决政府“越位”问题，避免权力滥用和自由裁量权过大。此外，应着力推进医疗卫生服务领域“放管服”改革，持续简政放权，扩大医疗机构自主权；强化事中事后监管，探索监管方式创新，完善对医疗卫生机构的评估。

医疗卫生服务管理体制机制在全面建设小康社会的历史进程中起着重要的“调节器”作用。近年来，古巴等三国政府在医疗卫生体制机制改革中注意从社会整体利益出发，在促进社会经济政治发展方面取得了明显的进展和成功的经验，值得我们学习。我们更应该取长补短，以成功避开“拉美陷阱”，使我们国家的公共服务管理体制机制与经济社会发展有效适应，为实现人民对美好生活的向往提供支持保障。

参考文献：

- [1] 卿思敏，孙津. 从古巴的公共医疗看中国医改[J]. 中国发展，2013，（13）.
- [2] 杨善发. 古巴社会主义卫生事业发展历程与改革动向[J]. 中国农村卫生事业管理，2013，（33）.
- [3] 陈龙，冯蕾，张瑞宏，毛勇，王凯. 医疗服务

公私伙伴关系个案分析及对中国的启示——基于巴西、南非、和印度的分析[J]. 中国卫生政策研究，2014，（7）.

[4] 房连泉. 20 世纪 90 年代以来巴西社会保险制度改革探析[J]. 拉丁美洲研究，2009，（31）.

[5] 倪思明，董鸣. 阿根廷的医疗卫生和医疗保障制度[J]. 中国医疗保险，2009，（2）.

[6] 世界卫生组织：2016 年世界卫生统计[Z]. 日内瓦，2016.

作者：查竞春，深圳市机构编制委员会办公室事业单位登记管理局局长（监督检查处处长）、博士段振楠，深圳市南山区委组织部（区编办）事业机构编制科副科长

责任编辑：周修琦