

古巴医疗体制发展历程及其启示

王诺¹, 王静²

【摘要】“财富-健康”的因果关系——这个曾经被人们普遍接受的观点现在受到了挑战。古巴作为中低收入国家,其国民健康状况却达到了发达国家的水平。介绍了古巴医疗体制建立与发展的不同阶段,从历史角度理解古巴医疗体制的概貌;同时勾勒了医疗配送和医疗融资体系,从医疗供给与需求的角度描述了古巴的公立医疗体制;最后从古巴的成功医疗体制经验中提出了医疗公平性对发展中国家的重要性、市场手段未必能够保证效率、基础医疗是成功医疗体制的基石,以及医疗供求市场的统一与分离的重新思考等 4 点对中国的有益启示。

【关键词】 医疗体制; 医疗配送体系; 医疗融资体系; 医疗公平性; 家庭医生

【中图分类号】 R-013 **【文献标识码】** A

The History of Cuban Health Care System and Lessons for China

WANG Nuo, WANG Jing *Economic and Resource Management Research Institute, Beijing Normal University, Beijing, 100875, China*

【Abstract】 The view on the relationship between wealth and health, which has been generally accepted, is being challenged now. People's health in Cuba has achieved the level of developed countries although Cuba is a low and middle income country. This paper introduces the various stages of the establishment and development of Cuban health care system, and understands the general picture of the Cuban health system from a historical view. At the same time, the study outlines the health delivery system and health financing system, and describes Cuba's public health care system from the perspective of the medical supply and demand. Finally, from Cuban's successful experiences, the study reaches the four useful enlightenments including the importance of medical equity in developing countries, the uncertainty of efficiency guarantee of market-based instruments, the importance of basic health care and the rethinking on unification of separation among the medical supply and demand market.

【Key words】 Health care system; Health delivery system; Health financing system; Health care equity; Family doctor

“财富-健康”的因果关系曾经被世界银行和世界卫生组织普遍接受,然而古巴作为中低收入国家,却达到了发达国家的健康水平,其取得的健康成就令人钦佩^[1~4]。2001年世界银行前行长詹姆斯·沃尔芬森(James Wolfensohn)高度评价古巴在医疗方面作出“了不起的工作”^[5]。本文介绍了古巴医疗体制的建立与发展,总结该国的成功经验,对我国的卫生体制改革具有重要的指导和借鉴意义。

1 古巴的国民健康发展状况

1959年古巴革命前,其健康状况与其他欠发达

国家没有什么区别,主管医疗卫生的是一个无效率、缺少资金及充斥腐败的部门。富裕的古巴人通过自我融资获得私人医疗服务,占用了大部分的社会资源,其中包括医院 40%的床位^[6];更多的穷人只能获得资金短缺、质量低下的公立医疗服务,农村地区的很多人几乎从来不看医生,不良的卫生习惯、恶劣的卫生环境及令人担忧的营养状况,使得婴儿死亡率高达 60‰,孕产妇死亡率为 125.3/10万,预期寿命仅为 65.1岁^[7]。1959年古巴革命推翻了亲美独裁者巴蒂斯塔政府,取得了民族民主革命的胜利。古巴新政权不屈服美国压力,坚持走独立发展的道路,整个社会高度公平化、城镇人口比例达到 76.0%、成人识字率达到 99.8%,特别是其成功的医疗体系对国民健康状况的贡献尤其显著。对比古巴所在的拉丁美洲和加勒比海地区各国的收入与健康状况,能够反映出古巴医疗体制的卓越成绩。古巴的 5岁以下儿童死亡率(1‰)与同处拉美地区的美国、加拿大两个发达国家处于同一水平,甚至在医

【作者单位】 ¹北京师范大学经济与资源管理研究院医药资源优化配置研究所,北京,100875

²中国社会科学院数量经济与技术经济研究所,北京,100732

【作者简介】 王诺,男,1973年生,博士,讲师,研究方向:宏观经济学,卫生经济政策研究。

【通讯作者】 王静

疗服务获得方面,比发达国家还要公平^[8,9]。但其人均 GDP 却只有美国的 6.3%、加拿大的 8.2%。而与古巴人均 GDP 收入状况相当的洪都拉斯、玻利维亚和海地等加勒比海国家,他们 5 岁以下儿童死亡率分别是古巴的 5.9 倍、9.9 倍和 16.7 倍^[10]。

2 古巴医疗体制的建立与发展

2.1 医疗体制的建立阶段(1959~1970年)

1959 年革命后,国家宣布免费医疗是公民的基本权利,保证每个人公平地获得医疗服务。国家开始大幅降低医药价格,将私人诊所和制药公司国有化。到 20 世纪 60 年代,医疗体系建立并覆盖了整个国家,成立了公共卫生部,主要是集中医疗资源和开展疾病预防。所有的医疗服务人员统一分布到全国,医院延伸到最偏远的地区,“社会和农村医疗服务”计划将医生送到了很多过去没有医疗服务的地区。与此同时,国家成功地开展了扫盲运动、改造饮用水、清洁环境的工作。这个时期主要工作集中在:1961 年,全国推广联合诊所,提供疾病预防、针对基层的基础医疗服务;重视社区委员会、积极参与医疗服务的配送服务等健康工作,以及实行全民就业和义务教育等措施来保障健康状况的改善。

2.2 医疗体制的巩固阶段(1970~1979年)

这个时期是巩固已建立起来的医疗体系,医务工作者的目的是更好地服务社会,病人的满意成为最终目标。整个医疗体系强调基础医疗服务的重要性,具体措施包括增加基础医疗的人力培训,改变过去精英式的高等医学教育,开始将大部分资源和精力转移到基础医疗教育培训,特别是家庭医生和家庭医疗服务的培养。古巴医疗体系的一般原则是统一计划,从需求与供给的角度统一组织医疗服务,依靠行政力量进行安排。到 1976 年,古巴 14 个省被分为 169 个健康地区,每个地区有自己的综合医院或者联合诊所,医疗体制权限被分权到地市一级。

2.3 医疗体制的扩展阶段:家庭医生的推广(1980~1989年)

20 世纪 80 年代是古巴医疗体制深入改革时期,为全体人民提供预防和治疗的健康服务活动在全国推开,现代设备被广泛引入,生物制药研究也开始进行。社会主义和中央计划的制度推动了家庭医生(general practitioner, GP)这项改革的快速完成。这个时期全国培训了将近 2 万名家庭医生,为各个社区的居民提供基本医疗服务,从预防、治疗、保健及健康教育等方面为病人提供服务,是古巴的医疗与健康水平居于世界前列的重要原因。1984 年,全国

10 个医学院的毕业生作为家庭医生在首都哈瓦那工作,后来更多的毕业生作为家庭医生开始到全国其他地区工作,如今 97% 的医学院学生在接受 3 年的家庭医学训练后,成为了家庭医生。1987 年,22% 的古巴人拥有家庭医生,1990 年提高到 47%,1995 年激增到 95%,基本覆盖了全国。

2.4 医疗体制的艰难时期:20 世纪 90 年代的经济危机(1990~1999年)

1990 年国际形势发生了巨大变化,苏联和东欧社会主义国家解体,古巴的对外贸易几乎下降了 80%。与此同时,美国协同其他国家进一步加紧了对古巴的经济封锁政策。古巴坚定地走自己的道路,虽然经济危机阻碍了医疗体系的持续健康发展,药品进口困难,同时因为原材料进口的问题,本国药品的生产也受到限制,但国家对医疗的投入比例不仅没有下降,反而在持续增加,同时医疗设备和药品的价格下降了 1/3。政府财政预算对医疗体制的坚定支持,是古巴医疗体系成功发展的后盾。通过努力,从 1994 年开始,古巴的经济衰退状况得到抑制,国家经济开始恢复。1995~1997 年,经济增长速度分别为 2.5%、7.8% 和 2.5%。

2000 年至今,古巴的医疗体制进入了逐步完善、持续发展的阶段。家庭医生到 2003 年已经达到了 99.2%,与家庭医生相配合的社区联合诊所也得到相应发展,古巴全国城市和农村的医保覆盖率均达到了 100%。国家财政保障的公立医疗体制经过近 50 年的探索,不仅保证了本国人民的健康,而且为世界各国提供了宝贵的借鉴。

3 古巴的公立医疗体制

古巴重点发展公立医疗体制,医疗融资完全依靠国家税收,医疗供给禁止私人进入,所有医务人员都是政府雇员,每个公民都有权得到免费的预防、治疗和康复等服务,这与我国计划经济时期的医疗体制相类似^[11,12]。国家对医疗服务的全部责任、全民获得医疗服务的公平性,以及医疗服务的全覆盖是发展医疗体制广泛认可的原则。

3.1 医疗供给:医疗配送体系

古巴的医疗配送体系(sistema nacional de salud, SNS)建立在国家、省和市三级基础上,与国家行政体系一致^[2]。公共卫生部(Ministerio de Salud Pública, MNSAP)是国家医疗卫生工作的代理机构,提供基础、二级和三级的医疗服务,开展公共卫生和疾病预防工作,促进医学教学和研究;同时选举产生的人

民权利机构负责监督医疗体系的运转^[8]。绝对禁止私人提供医疗服务,从基础医疗服务到药品进出口都由国家供给,整个医疗配送体系保持了严格的公立性^[9]。这一点,古巴的实践与世界上其他国家的观念截然相反,那些国家普遍认为私有化是保证高质量医疗服务的唯一因素^[7]。

医疗配送体系良好运转的关键是以家庭医生和社区联合诊所为核心的基础医疗。每个家庭医生负责 120 个家庭,大约 600 ~ 800 个居民的疾病预防(疫苗注射)、药物治疗、康复训练及健康宣教(包括烟、酒、饮食和锻炼)等工作。家庭医生有固定诊所,每人配备 1 名护士,提供诊所就诊或家庭上门服务,这主要根据治疗需要和病人要求来决定。家庭医生计划极大地提高了医疗服务获取的公平性和便利性,如今 45% 的医生都是家庭医生。

社区联合诊所也是基础医疗服务的重要一环。每个地市按照平均 3 万人的规模划分成若干个健康社区,每个区域对应 1 个社区联合诊所,一般由 10 ~ 12 名家庭医生组成。联合诊所提供儿科、妇科和内科等专科治疗服务及化验、急诊等技术支持,同时还有监督、教学和咨询功能^[8]。到 1976 年,古巴 14 个省的 169 个地市被分成若干健康社区,每个社区有自己的联合诊所。2003 年古巴每千人拥有 6 名医生,其中 2.90 人是家庭医生,每千人拥有 7.10 名护士,而中国平均每千人拥有 1.40 名医生和 0.99 名护士^[10],通过对比能够直观地体会到古巴医疗体制中医疗配送体系的状况和水平。

3.2 医疗需求:医疗融资体系

古巴的医疗融资体制几乎完全由政府资金支持,包括支付医务人员工资^[2]。国家税收支持的融资体制,保证了古巴医疗体系的全面覆盖和免费公平获得。2002 年,古巴当年 GDP 的 6.30% 用于医疗费用的支付,占全部政府预算支出的 11.80%。

古巴政府非常重视健康投入,1990 年 GDP 的 20.08% 投入到健康和教育等社会计划,高于日本、澳大利亚和美国等高收入国家,是拉美国家的 2 倍(拉美国家用于社会计划的投入占 GDP 的 10.40%)^[13]。1997 年,古巴医疗费用支出合计 1.25 亿比索,占当年 GDP 的 6.70%,相当于人均 139 美元,其中,税收负担的融资占 GDP 的 5.50%,私人家庭负担的医疗支出为 GDP 的 1.20%^[14,15]。从 1990 年开始,出现了私人负担少量医疗费用的现象,主要是门诊处方药中共付比例的设计,以及涉及听力、牙科、整形外科及轮椅、拐杖等类的自费支付的医疗设备^[13,14]。而 2006 年,中国卫生费用支出

占当年 GDP 的 4.67%,其中税收支出占 GDP 的 0.85%,个人自费占 GDP 的 2.30%^[16]。从简单对比中,可以明显看出古巴医疗体制中国家税收融资的力度。

4 对中国医疗改革的启示

中国医疗体制改革 30 年来,政府放松了干预和控制,更多地依靠市场手段,因此出现了严重后果。我国目前出现的“看病难,看病贵”的紧迫问题,反映出当前医疗保险覆盖水平低、医疗服务获得不公平,以及医疗费用个人负担重等矛盾。而同样作为中低收入国家的古巴,达到了医疗服务的全面覆盖和全民医疗的公平获得等目标,古巴的经验对中国有很强的借鉴意义。

4.1 医疗公平性是中低收入国家的首要目标

从医疗供给和需求两个方面保证公平是提高整体健康状况的基础,依靠政府税收融资、减少自费支付方式是医疗融资公平的关键;医疗可获得的公平是医疗配送公平的表现。古巴在克服医疗服务获得的资金和地域障碍方面作出了特别的努力,根据不同的地区和人群对资金和服务进行积极地再分配,保证医疗体系的机会公平;同时实现全面免费医疗、孕产妇免费产前检查和专业接生及儿童免费疫苗注射等措施,保证了结果的公平。而中国改革开放 30 年,经济规模增加了 10 倍,人均收入迅速提高,卫生费用投入也超过世界平均水平,但却忽视了医疗体制的公平性,在世界卫生组织对 191 个成员国的医疗卫生融资和分配公平性排名中,中国位于第 188 位,居倒数第 4 位。公平性的缺失是导致我国健康状况的改善与卫生费用投入增长不匹配的关键^[17]。

4.2 以家庭医生和社区联合诊所为核心的基础医疗是医疗体制成功的基石

基础医疗是古巴高水平国民健康的保证,同时具有广泛的可获得性和社会公益的正外部性。我国在计划经济时期,同样也重视初级卫生体系建设,在农村开展“合作医疗”,推广“赤脚医生”及群众性的“爱国卫生运动”等措施,是我国医疗卫生事业取得巨大成就的宝贵经验,得到了世界卫生组织的认可。但随后开始的医疗体制改革,放弃了对初级医疗的资金支持,这是导致目前医疗状况不健全的原因之一。古巴的经验再次证明必须依靠政府投入,大力发展基础医疗,这是低成本高效率的必经之路。

4.3 通过市场手段或私人服务来提高医疗服务效率的观念受到质疑

古巴的经验表明,过多地偏向私人部门,会限制

医疗服务的正外部性,同时损害医疗体制的公平性。禁止医疗市场的私人进入,有效地防止了缺乏资金的医疗体系陷入盲目发展高成本的专科和大型综合医院,以及昂贵药品的陷阱。国家公立医疗系统能够保证有限的资金,优先发展低成本高效率的公共卫生、预防医学和基础医疗;同时,面对公立医疗供给的生产效率低等的弊端,古巴政府积极推行治疗程序指导措施、基础药品目录供给及医疗质量监督机制等措施。而中国的医疗体制改革,为了消除公立医疗体制带来的低效率问题,引入了市场手段,逐步放开私人医疗服务市场,但同时却带来了医疗服务正外部性减退,威胁医疗获得的公平性。

参考文献

- [1] Jerry M, Yassi A. Lessons from the margins of globalization: appreciating the Cuba health paradox[J]. *Public Health Policy*, 2004, 25(1): 85-110.
- [2] Gericke CA. Comparison of health care financing in Egypt and Cuba: lessons for health reform in Egypt[J]. *Eastern Mediterranean Health*, 2005, 11(5): 1073-1086.
- [3] Garfield R, Santana S. The impact of the economic crisis and the US embargo on health in Cuba[J]. *Am J Public Health*, 1997, 87(1): 15-20.
- [4] Swanson KA. Primary care in Cuba: a public health approach[J]. *Health Care Women Int*, 1995, 16(4): 299-308.
- [5] Lobe J. Learn from Cuba, says Worldbank[EB/OL]. (2001-04-30) [2004-03-25]. <http://www.one-world.net/external>
- [6] Kamran N, Candido M, Lopez-Pardo. Economic crisis and access to care: Cuba's health care system since the collapse of the Soviet Union[J]. *Int J Health Serv*, 2005, 35(4): 797-816.
- [7] PolDV. Cuba's national health system since 1959 revolution[J]. *Int J Health Serv*, 2005, 35(1): 189-207.
- [8] Roemer MI. A comparative systems approach is often used to explore specific health care systems National Health Systems as Market Interventions[J]. *Public Health Policy*, 1989, (10): 63-77.
- [9] Conkin DW. *Comparative Economic Systems*[M]. Cambridge: Cambridge University Press, 1991.
- [10] 中华人民共和国卫生部. 中国卫生统计年鉴 2007[M]. 北京:中国协和医科大学出版社, 2007.
- [11] PAHO. Health in the Americas: Cuba[R]. Washington DC: Pan American Health Organization, 1999.
- [12] Mesa-Lago C. Social welfare reform in the context of economic-political liberalization: Latin American cases[J]. *World Development*, 1997, 25(4): 497-517.
- [13] Uriarte M. In *Social Policy at Crossroads: Maintaining Priorities, Transforming Practice*[R]. New York: Oxford, 2002.
- [14] PAHO. Perfil de sistema de servicios de salud de Cuba Profile of the health services system of Cuba[M]. Washington DC: Pan American Health Organization, 2001: 1-21.
- [15] PAHO. Health expenditure for Latin America and the Caribbean[M]. Washington DC: Pan American Health Organization, 2002.
- [16] 刘民权, 李晓飞, 俞建拖. 我国政府卫生支出及其公平性探讨[J]. *南京大学学报*, 2007, (3): 23-33.
- [17] 王绍光. 政策导向、汲取能力与卫生公平[J]. *中国社会科学*, 2005, (6): 101-120.