

# 爱沙尼亚初级卫生保健改革方法评估

凌春笋 江震 江启成

(安徽医科大学卫生管理学院 230032)

**内容摘要** 前苏联加盟共和国都在进行初级卫生保健(PHC)改革,但成效参差不齐。使用多种方法评估爱沙尼亚 PHC 改革,包括:对爱沙尼亚健康保险资金的常规卫生服务数据和相关健康调查的回顾性分析;对政策报告,法律和章程的文献分析;与关键知情人的访谈。同时还分析了爱沙尼亚 PHC 系统在组织结构,章程,财务和服务提供上的变化,以及关键知情人对影响改革推进因素的理解。爱沙尼亚成功地实施和扩大了 PHC 改革,包括新的组织结构,用户对家庭医生(FP)的选择,新的支付方式,家庭医学的专家训练,FP 服务合约,拓宽的服务范围和循证指南。证据表明,通过 FP 提高对主要慢性病的管理,减少了医院的住院天数,PHC 的有效性得到了提高。

**关键词** 初级卫生保健 卫生改革 方法评估 爱沙尼亚

## 一、介绍

随着前苏联解体和计划经济向市场经济的转变,东欧和中亚(ECA)的转型国家主要在卫生保健系统方面发生了大的变动。许多 ECA 国家试图加强 PHC 系统作为卫生部门改革一部分,并通过推行新的财务计划和组织管理转让的现代化方法,来改进管理的质量和可得性,提高健康系统效率。

一些国家试图结合法制的,结构的,组织的,财政的和有益的纲领性改革进行系统干预。大多国家试图推行以家庭医学(FM)为基础的新 PHC 模型。改革触动了一个或更多的初级卫生保健方面的变动,表现为: 1. 立法; 2. 服务组织

和产权归属(在一些国家服务包括私有服务); 3. 实物资产的改善(房屋建筑和设备); 4. 通过循证协议推广新的保健方法; 5. PHC 人员专业档案的变化; 6. 医师和护士的培训; 7. 对 PHC 提供一整套服务的定义; 8. 签约方法和供方支付方式。

虽然许多国家实施了覆盖全国的新 PHC 模型的实验计划,但遇到了抵制。一些国家在特定领域推广了更深刻的改革,但很少有国家采取多目标的全面改革。因此,在多数前苏联加盟共和国中 PHC 改革依然是参差不齐,局部性,并且小规模化的。

迄今为止,在 PHC 改革的投资方面,世界银行在 ECA 地区强化 PHC 数额方面就有超过 2 亿美

2 WHO. Health Systems Indicators. World Health Statistics. 2005

3 WHO. Health system attainment and performance in all Member States. The World Health Report. 2000

4 Thabrany H, Gani A, Pujianto., Mayanda L, Mahlil., Budi BS. Social health insurance in Indonesia: Current status and the plan for a national health insurance. WHO/SEARO. 2003

5 Jakarta. Social Health Insurance Development as an In-

tegral Part of the National Health Policy: Recent Reform in Indonesian Health Insurance System". Coordinating Ministry of Social Welfare and Ministry of Health, Republic of Indonesia

6 田禾. 东南亚医疗保健制度的特点和发展趋势. 中国社科院科学院亚洲太平洋研究所. 2005. 8

7 任苒等. 中国医疗保障制度发展框架研究报告. 中国卫生政策支持项目(HPSP)利贫政策研究报告. 卫生部卫生政策与法规司 2007

元的贷款,占其健康领域投资额的 80%。在许多这些国家,世界卫生组织及世界银行与其它机构成功的建立了联合投资机制。

但是,尽管有如此重大的投资项目,PHC 计划一直未得到系统的评估,并且缺乏经验与教训。因此,有必要汲取成败的经验和教训,为决策者的报告提供政策依据。

爱沙尼亚是一个拥有 138 万人口的波罗的海国家,是第一个以家庭医学为中心的 PHC 改革完全规模化和制度化的国家。1991 年爱沙尼亚从前苏联脱离出来获得独立,2004 年加入了欧共体。在独立之前,爱沙尼亚健康系统是建立在前苏联模型基础上的,该模型的典型特征是拥有一个巨大的二级医疗机构网络,PHC 被分割成一个成人、儿童和妇女的联合诊所,以及专业防治所的三方系统,家庭医学专业并不存在。联合诊所雇佣内科、儿科、妇产科和外科医生。PHC 行使了有限的“守门人”功能,公民采取绕过 PHC 直接接受在防治所或医院的急诊和专家服务。所有医院和 PHC 单位都是公有的,公共卫生工作者是拿薪水的公职人员。与专家比较,在 PHC 工作的医生社会地位低,薪水少。该系统因为财政支付过度的二级保健机构而成为医药焦点。

对爱沙尼亚的家庭医学推广和 PHC 改革有许多描述性和分析性的言论。另外,评估探索了改革在效率、资源利用的可持续性、可得性、产权、服务提供、服务利用以及用户可接受性和满意度等方面带来的变化。这项研究采取一种全面的方法来评估改革,与已有的研究相比,增加了两个新观点:第一,与关键的利益相关者的定性访谈;第二,分析 PHC 改革对慢性病管理的作用。

## 二、方法学

评估框架是在世界卫生组织开发的框架基础之上建立起来的。框架确定组织、章程、资源分配和服务供应作为四个政策“杠杆”。这些杠杆的修改能使决策者达到健康系统的宗旨和目标。框架提供一定数量的中间物(产权,选择,效率,有效性)和健康系统最终目标(健康,财政风险保护,消费者满意度)。

评估时间是 2004 年,具体探索了在 1992—2004 年间政策环境,以及 2000—2004 年卫生服务

利用上的变化。在收集数据时使用定性和定量的调查方法,而主要研究使用了定性方法。通过“目的抽样”和“滚雪球”式方法获得了一个多水平多利益相关者的样本,得到了 35 个关键知情者,他们在 PHC 改革期间从不同层面上介入政策设计、发展和实施,采访分两个阶段进行,包括社会事务部(MOSA),爱沙尼亚健康保险资金(EHIF),Tallinn 和 Tartu 市健康部门,Tartu 大学,五个都市和农村的家庭实践、爱沙尼亚家庭医学协会,爱沙尼亚护理协会,紧急救护车服务和爱沙尼亚医疗保健委员会。第一阶段使用了一张由主要作者开发的具有专利的半结构式问卷,与 MOSA 和世界卫生组织官员在爱沙尼亚合作,并进行面对面的采访。查询表由 MOSA 官员使用,随后在采访的第一阶段被提炼。采访的第二阶段,将第一阶段采访中提炼的关键题材开发成下一步采访的主题指南。采访通过同时期的笔记记录下来。根据提炼的题材进行数据编组。迭代分析允许数据的再分组,以保证次级题材是从主要题材中获得的下一级题材。如果信息达到饱和状态,将停止进一步的采访。从采访中涌现的数据将进一步通过新闻纪录片信息,日常工作,现场调查之前和期间所收集的资料等三方数据进行验证。对三方的主题数据的解释将在与关键利益相关者讨论的基础上作进一步修改和校正。

### 使用框架分析爱沙尼亚 PHC 改革

建议使用三步法来评估卫生改革,描述如下: 1. 驾驭改革的关键背景因素; 2. 改革本身和它的宗旨; 3. 改革已经或正在实施的过程,对这种方法来说还需要增加三步; 4. 描述改革所带来的变化; 5. 分析这些改革给卫生系统宗旨和目标带来的冲击,例如产权,效率,有效性,选择,对健康状况的改进(水平和分布区域),财政风险保护和用户满意度; 6. 确定改革是否达到了政府设定的政策目标。

由于改革涉及面广,围绕改革建立因果关系和产出归因是困难的。通常,改革在控制设计中,既不是清楚地可辨明的干预,也不是隔离的实验,而是多面向的复杂变动程序。卫生改革不是在实验室里产生的,卫生不是“无历史”或“无背景”的,而是在一段时期内沿着一定的轨迹发展,因此是连续事件的一部分而不是一个分离事件。所以从“卫生系统发展”角度来考虑比“卫生系统改革”更合适。

进一步地说,卫生系统的宗旨和结果的变化受个人以及背景因素的影响,例如卫生发展水平,收入,教育,生活方式选择,贫穷,环境和住房等。如果有这些困难,对复杂的政策干预评估将受有限制条件。然而,一个系统的评估方法能产生有用的报告,该报告可能得出似乎合理的结论,为政策制定提供信息。

许多框架已经被开发出来分析卫生系统的性能。世界卫生组织开发的框架根据许多目标的完成情况比较卫生系统性能:人均健康水平,健康分布,平均反应度,反应度的分布,财政分配的公正性,对卫生系统性能的相对评估,这些内容构成了颇具争议的 2000 年世界卫生报告的主要部分。其它用于分析卫生系统的框架聚焦于效率,获得途径的公正或财政的持续力。由于强调测量健康部门的投入,资源和过程,这些框架是有效度和限制的。在测量产出或结果的同时,对影响卫生系统结果的各子系统之间的交互影响进行测量也是必要的。

在分析框架里,卫生、财政风险保护和消费者满意度作为卫生系统的目标,公平、(技术和配置上的)效率、有效性和选择是中期目标或宗旨。决策者可以修改四个杠杆去达到这些宗旨和目标:1. “财务”,资金怎么被收集,联营;2. “资源分配和供方支付系统”,筹集的资金怎么分配,支付卫生服务供方的机制和方法是怎样的;3. “组织和章程”,描述政策,管理环境,管理工作功能,采购员的结构安排,供方和市场管理者;4. “供应”杠杆,即卫生部门提供什么服务,而不是提供“某种服务内容”的广阔背景。框架也允许对卫生系统所在的社会背景进行分析:探索政治,经济,法律,人口统计,流行病学,科技,环境和社会改革等众多因素。

第二阶段的研究包括对关于爱沙尼亚卫生改革文献的系统回顾,对 EHIF 未限制的出版报告的新闻纪录片分析的补充,发表在同类评论期刊里的研究,统计文件,关键的法律武器,政策文件,以及用户调查。

另外,我们获权进入 EHIF 的数据库,它包括由家庭医生(FP)定期收集的 2001—2004 年 4 年的个体水平的咨询数据、住院、转诊和处方。由作者和 EHIF 统计员开发数据查询功能,以便于对 PHC 服务利用,FP 转诊的专科门诊病人或住院治疗,

处方等进行详细的分析。根据可得数据的实际情况,每一年数据按照患者性别,年龄(0~1;2~7;8~14;15~44;45~65;65~),城乡居住地(区别所有县),就诊原因(在被预先选定的代码抽取三位数 ICD-10 代码)采取不同维度进行分析。针对医学处方,开发查询功能运用 ICD-10 代码和 ATC 代码(药品的化工分类系统)来分析 PHC 在处理常规慢性病的循证用药情况,即:高血压(ICD-10 代码 I10),非胰岛素依赖型糖尿病(ICD E11),哮喘(ICD J45),缺血性心脏病/心绞痛(ICD I20 和 ICD I25),心力衰竭(ICD J50),和抑郁(ICD F32)。

### 三、结果

#### 1. 组织和章程的变化

1992 年爱沙尼亚推广卫生改革,将卫生服务计划、购买和供应分离,发展一个以 FM 为中心的 PHC 系统。MOSA 依然保留战略计划权力,但将一些计划责任分权到县级水平,签约和购买被移交给最近建立的 EHIF,将供应分配给拥有 FP 的 PHC 单位和医院,医院作为自治法定机构,由董事会向州和当地政府负责。根据爱沙尼亚 2015 年医院五年计划,医院配置取得合理化。在 1993 年和 2001 年期间,医院的数量从 115 家下降到 67 家,医院病床从 14 400 张减少到 9 200 张,住院平均时间从 15.4 天下降到 8.7 天。同时 PHC 的发展支持了医院配置的合理化,咨询量从 2000 年 257 万上升到 2003 年 394 万,增加了将近 53%。

1993 年 FM 被指定作为单独的一个专业,这在前苏联加盟共和国是第一个。它在 PHC 中推广了对医学院校毕业生的 3 年住院医师实习计划和为专业工作的上岗培训。

1997 年在卫生服务章程上的变化要求爱沙尼亚公民到 EHIF 签约的 FP 登记,由 EHIF 给登记人口提供 PHC 服务。卫生部对 FP 的责任和专业的实践进行了定义,并结合服务费和津贴推广了一个新的人均付费系统,其中包括培训医生和 FM 专家认证的特别付费。

作为第一个针对 PHC 的部长级章程,它的原则包涵在《卫生服务组织法案》和随后在 2002 年为巩固三方联合诊所结构的章程里,统一的 FM 中心管理所有公民,不论年龄和性别,详细说

明 PHC 设施的要求和转诊服务的设备。改革促使家庭医生成为与 EHIF 签约的私有从业者。2002 年《健康保险法案》为健康保险定义了合格标准。

除了首都塔林,PHC 改革在所有地区迅速地展开了,塔林市健康和社会有关部门支持联合诊所改革,主张保留医生拿薪水的联合诊所。2001 年爱沙尼亚有 557 名医生经过培训成为 FM 专家。2004 年达到 900 名,足够覆盖整个爱沙尼亚。2003 年爱沙尼亚每位 FM 专家拥有一张大约 1 600 服务名单和同 EHIF 签定的一个合同。

## 2. 财务上的变化

1991 年卫生系统财务改革,从原来的将预算分配到供方的国家税收财政体系转变成由社会税收体系支付为主,国家预算以及个人支付为辅的筹资体系。在 1992—2002 年期间,总的卫生费用占国民生产总值的比例从 4.5% 增加到 5.5%,在欧共体 8% 的平均水平之下,与其它前苏联加盟共和国相似。2002 年国营部门财务占 76.3%,私有支出为 23.7%,其中多数(总支出的 20%)是预算外的开支。国营部门财务的大多数是来自健康保险收支(65%—67%),而国家投入占 8%—9%。在 EHIF,健康保险收支和预算调动被合并使用,提供的服务覆盖人口中的 94%。

## 3. 在资源分配和供方支付系统上的变化

PHC 的资助主要来自 EHIF。2003 年 EHIF 在卫生服务上的总开支的 14% 被分配到 PHC 中,其中医院 77%,牙科 8%,健康促进 1%。PHC 支出

占总卫生支出的比例从 1998 年 8.2% 下降到 2000 年 5.5%,随后的 2002 年又增加到 8%。PHC 其他资金来自地方区市,包括部分 FP 经营场所的费用和一部分未保险的治疗费用,但不是所有地区都提供这些费用。

与 EHIF 签定的合同用多种付费系统代替 FP 薪金,包括年龄调整后的按人数计费(三个年龄组 0~1;2~70;70~),服务费,基本卫生服务费,附加的津贴和患者可支付的家访成本分担费用,豁免人群除外,如儿童和领抚恤金人。按人数计费占 FP 收入最大的比例(70%),FFS 和基本的津贴各占另外的 14%。这种比例大体上被维持下来。多种付费机制的综合运用激励了 FP,使他们改进 PHC 服务的组织和转诊,有效地处理临床和实践的管理方面的关系,例如避免多余的干预和治疗,在实践中管理人力资源。

## 4. 服务交付模式的改变

FP 专家培训和 EHIF 合同极大地扩展了在 PHC 规划中提供的服务范围。急性和慢性病管理的循证指南在 PHC 中出现,并在 90 年代后期得到推广,激励 FP 管理这些情况,降低向专家的转诊。

从 2000 年到 2003 年,缺血性心脏病、咽喉痛、心力衰竭、哮喘和糖尿病的 FM 咨询数最初在 2000 年至 2001 年增加,与 PHC 咨询的增加数量一致,当抑郁症咨询增长将近 350% 后便稳定了(图 1)。同期,由 FP 提供的入院数量最初也是增加的,与 PHC 咨询增加情况一致,随后又下降到 2000 年观察水平之下(图 2)。

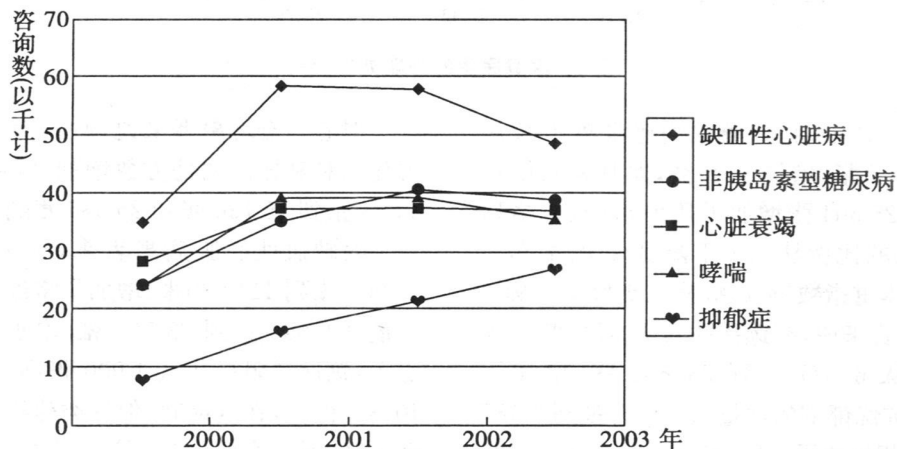


图 1 2000—2003 年每年一般慢性病初级卫生保健咨询数(以千计)

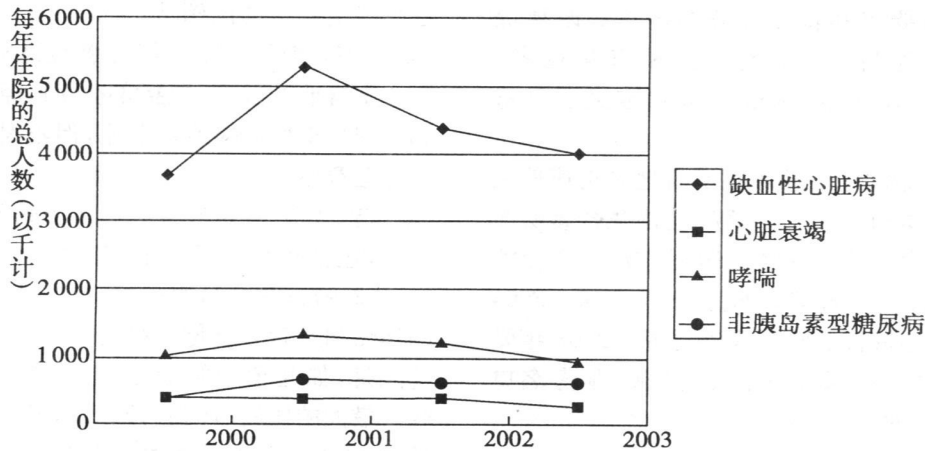


图 2 2000—2003 年家庭医生提供的一般慢性病住院总人数(以千计)

与哮喘患者增加的咨询数相反,口服茶碱和  $\beta_2$  受体激动剂的处方数从 2000 年的 11 423 张下降到 2003 年的 10 613 张,下降了 7.1%。同期,抗生素处方数从 2000 年 1 044 张下降到 2003 年

647 张,下降了 38%。而口服吸入  $\beta_2$  受体激动剂的与口服吸入类固醇比例从 1.83 下降到 1.65,表明要进一步强调对哮喘患者的预防管理(图 3)。

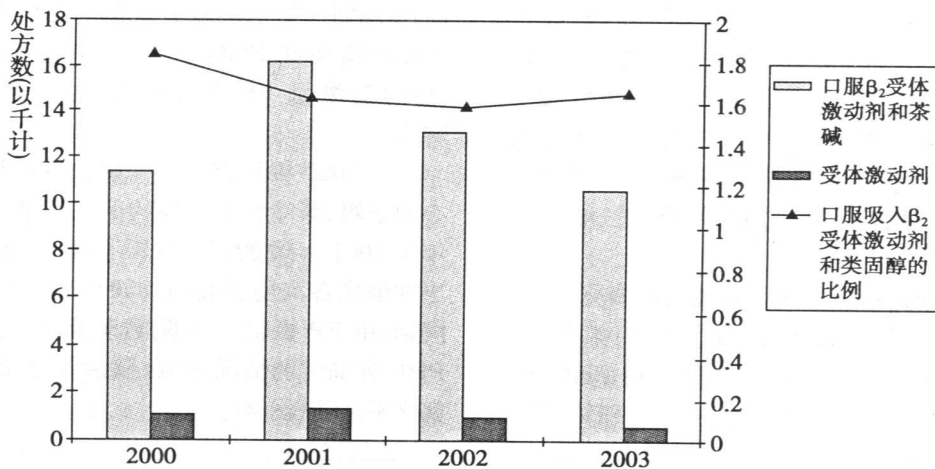


图 3 家庭医生的哮喘处方模式

在 2000—2003 年期间,糖尿病患者处方数从 20 147 张到 30 107 张,增加了 49%,尤其是二甲双胍从 5 307 张到 25 304 张增加了几乎 500%。格列苯脲与二甲双胍的比例从 3.8 下降到 1.2,基本上反映了高 BMI(体重指数)糖尿病病人更好的目标。

对抑郁症患者来说,有选择性的 5-羟色胺摄入抗化剂处方数从 6 677 张到 28 631 张,增加了 329%。而三环抗抑郁剂的数量从 2 941 张到 4 187 张,增加 42%。相比之下,苯二酚类处方数从 2 222 张到 567 张,突然下降了 74%。

对心力衰竭患者来说,血管紧张素转换的酵素抗化剂和利尿药的处方数增加了将近三倍,分别从 5 594 张到 15 766 张和 25 636 张到 60 286 张。

对缺血性心脏病患者来说,硝酸盐处方数从 58 000 张到 114 000 张,增加了将近 100%, $\beta$  受体阻滞剂从 9 600 张到 23 500 张,增加了 150%。相比之下,钙通道阻滞药从 4 900 张到 3 000 张,下降了 40%。但是,在这期间,他汀类药物处方数从 200 张到 4 560 张,增加了 250 倍。图 4 可以看出,预防治疗使用的增加降低了胆固醇水平。

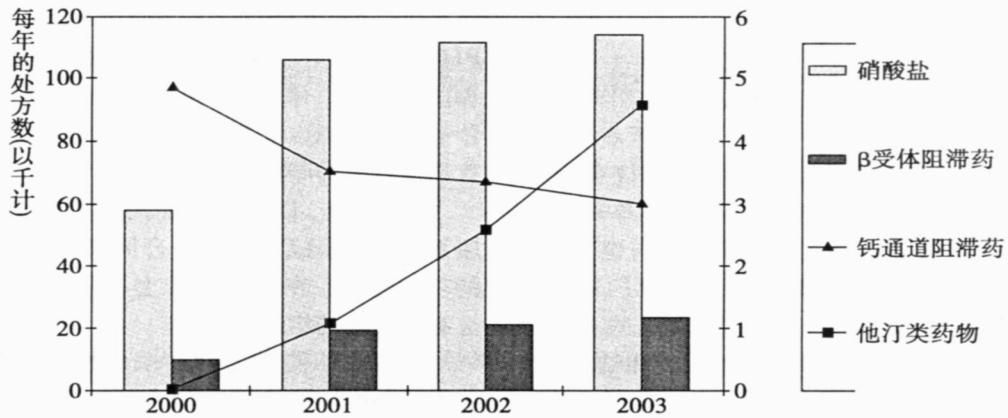


图 4 2002—2003 年家庭医生的缺血性心脏病处方模式

新型 PHC 模型被大多数人所接受。EHIF 调查数据表明,2001 年 79% 的调查人群和 2003 年 88% 的调查人群对 PHC 服务非常满意,或基本满意。90% 的人知道他们私人的 FP,只有 15% 的人主要因为住址改变在早期改变了他们的 FP。

### 5. 定性研究结果

大多数调查对象强调,以家庭医学为中心的 PHC 改革的关键成就是:(1)增加了整体人口的覆盖面;(2)以顾客为中心;(3)更加个性化的服务;(4)加强保健的连续性;(5)治疗所有年龄组的能力;(6)患者和病症的横向观点;(7)在 PHC 水平上提高职业化,强化家庭医生和护士的角色;(8)提高卫生人员(家庭医生和护士)的独立性;(9)与过去的负责人模糊的联合诊所模型对比,采取固定的医务人员责任制使责任更加明晰。

调查对象指出,用户选择他们的 FM 专家的能力,同 EHIF 的合同,详细说明公民权利的章程和费用共担的水平都促进了改革的透明度。

PHC 改革授权了家庭医生(FP)和护士,提高了他们的独立性和职业化,扩展了他们的工作范围,促使在管理上有更多的投入,如一名 FP 所说的:“FP 现在有管理临床工作和实践的可能性。多数人感受到自己的一份责任,这种独立性刺激了他们。”

改革意味着,FM 专家对用户有更加清楚的责任,与“过去的负责人不清楚的联合诊所模型相比”,多数调查对象共同认为:“PHC 团队现在尝试并提供高质量服务,努力满足患者的需要。”

(1) 创造一个使改革迅速崛起的环境因素。许多调查对象评论,爱沙尼亚 PHC 系统与芬兰、瑞典等国家很相似,加强了合作,从正面影响人们对以 FM 为中心的 PHC 观念。爱沙尼亚的面积小,有助于改革的迅速推广。长期的寻求独立赋予了爱沙尼亚人一种动力来改进自己,保证作为一个小国家在没有对外在协助的持续依赖性的情况下生存。

(2) 机遇。相对卫生而言,议会和政治家更关注于经济改革,但支持为公民健康进行卫生改革的初衷。正如一位决策者陈述的,该国政治家们“政治辩论往往集中于自由化和私有化。政客对健康不感兴趣,因此改革者能够迅速地使卫生改革通过。”

(3) “低调”的政策。决策者在 PHC 发展早期小心翼翼,不鼓励过分地宣传,以寻求在实施中阻力最小的道路。这项“低调”的政策,是一种明确战术。正如同决策者评论的:“当变化在农村地区推广时,媒体是沉寂的,直到在塔林推广时才开始关注,但那时模型已经普及全国了。”

(4) 简单的起点。对改革能够达到什么程度,决策者是很现实的。改革的关键元素设计得非常简易,譬如支付系统和合同。在改革的早期,多数调查对象选择了简单的起点作为改革的关键力量。

(5) 早期的 FM 制度和改革。制度化的 FM 独立以后作为一门专业被社会所认可。EHIF 被认为是改革的一台重要的仪器,它的合同赋予 FM 法律认识和大量需求的安全感。家庭医生表达的一种观点被广泛认同:“EHIF 合同驾驭了改革,它发出一个强烈的信号,FM 是一个专业,允许国家放宽

FM 标准。”

## 6. 面临评论的挑战

尽管成功地实施了 PHC 改革,挑战依然存在。多数调查对象评论,只有很少一部分的决策者和政客对卫生系统和 PHC 问题完全理解。在议会中,有许多政客及某些狭隘的医学专家抵制改革,他们通过各种途径,给改革设置障碍,并操纵与健康相关的事态。正如某些资深决策者评论的:“PHC 发展的最大障碍是‘在政策水平上缺乏真正的 PHC 知识’。人们陷入微观问题却忽略了宏观和结构问题。很少有人能在健康系统组织和管理方面受过教育。”

管理 PHC 需要完善法律以保持步调一致,因此,改革和创新会遇到一定的法律障碍,特别是关于人力资源,技能代替和数据收集等方面。例如,目前的法律给那些想在业余时间做兼职医生制造了一个问题。作为 FM 教员的大学讲师和教授们无法成为合作伙伴,也不会有他们自己的患者名单。结果,人力资源短缺成为问题。多数医生感觉“行政工作太多了”。“给患者的时间越来越少”,大多数调查对象也认同这些观点。

## 四、讨论和结论

爱沙尼亚成功地推广了多层面的 PHC 改革,并使其制度化,在城市和农村形成了规模。爱沙尼

亚是第一个,也是唯一一个使以家庭医学为中心的 PHC 改革完全地规模化和制度化的前苏联加盟共和国的国家。因此,对前苏联和其他国家来说,爱沙尼亚在实施以家庭医学为中心的 PHC 改革方面有许多重要的经验和教训。

在结构上,以前苏联模式为基础的爱沙尼亚健康系统被变换成一个公众合同模式,使购买和供应的功能分离。在组织机构上,医院更合理化了,并且有了新颖的组织结构。

财税改革使原先的一个由税收资助的健康系统变成一个由健康保险为主要资助、正式私人现金付款和政府捐款为补充的混杂模式,供方资源分配系统被供求双方的合同所替代,新 PHC 供方支付系统综合权衡每一方的支付能力、免费服务和定量供应(津贴)。因为患者有他们的 FP 选择,医疗费用由患者支配;卫生服务供给发生了变化,循证指南支配的 PHC 服务范围进一步拓宽。

PHC 的有效性进一步增加,提高了服务的连续性和完全性,减少了慢性病由 FP 向医院转诊的情况,在 PHC 规划中改变了规定的模式,改善了慢性病的管理,增加了顾客的满意度。

爱沙尼亚的 PHC 改革是一种复杂的创新,它包含了结构的,组织的,财政的,临床的和诸多关系的变动。复杂创新的成功实施必须要特别强调对变动的管理和多种方法的实施。

## 本刊敬告作者

1. 本刊稿件一般不退,敬请自留底稿,不要同时一稿多投。
2. 稿件一经刊用,酌收版面费。
3. 稿件从发表之日起,其专有出版权和网络传播权即授予本刊,同时许可本刊转授第三方使用。

4. 本刊作者保证来稿中没有侵犯他人著作权或其他权利的内容,并将对此承担责任。
5. 对于上述合作条件若有异议,请在来稿时声明,否则将视作同意。

本刊编辑部