

关于赴哥斯达黎加和巴西考察交流 结果导向型贷款项目实施情况的报告

按照世行贷款中国医疗卫生改革促进项目年度活动计划安排，经请示委领导同意，我们于2017年12月9日-17日赴哥斯达黎加和巴西两国对结果导向型贷款项目实施情况进行了为期9天的考察交流。期间，我们通过和当地政府有关部门召开座谈会，实地考察医院、妇幼保健院、社区卫生服务中心等医疗卫生机构，深入了解了当地实施世行贷款项目以及卫生服务体系运行的有关内容。现将有关情况报告如下：

一、哥斯达黎加

（一）基本情况

哥斯达黎加共和国位于中美洲地峡，属北美洲，面积5.1万平方公里，人口480万。2016年人均GDP为11825美元（国际汇率）。哥斯达黎加高度重视居民健康，将公民享有健康权写入宪法，并在卫生健康方面投入大量资金。目前全国卫生总费用占GDP的比重达到10.5%左右，与OECD国家水平基本持平。哥斯达黎加分区域、分层级规划设置医疗卫生服务体系，将全国7大行政区域划分成520个医疗地区，每个医疗地区设立一个或几个综合保健基础工作组（简称

EBAIS, 相当于一级医院), 由全科医生、护士、技术人员及行政管理人员组成, 负责 5000-7000 名居民的健康保健, 全国共有 1000 多个综合保健基础工作组。患者需要首先在综合保健基础工作组就诊, 然后根据需要逐级转诊到相应的二级医院和三级医院。除急诊外, 患者不能直接到上级医院就诊, 也不能跨区域就诊。家访员 (ATAPS) 是其基层卫生服务体系中的一个重要角色。家访员是综合保健基础工作组的职员, 中学毕业后经过 6 个月培训和 1 个月实习即可, 主要职责是到居民家中宣传普及健康知识, 了解评估家庭的交通、住房、卫生、家庭成员受教育程度等相关状况, 开展传染病、学校卫生监测等, 并能提供简单的药品和诊疗服务, 使居民享受更健康的生活。居民相关基础信息和就诊过程均记入电子健康档案, 实时更新, 患者个人可以查阅, 各级医疗卫生机构均可查询使用。

哥斯达黎加实施全民医疗保险制度。医保基金筹资来源主要有两个渠道, 一是对于国家公务人员、贫困人口、农民等人群由国家出资为其投保; 二是对有固定工作的职员, 由雇主来缴纳保险金, 大约是其薪资总额的 15% 左右, 其中, 9.25% 来自雇主缴纳, 5.5% 来自雇员个人缴费, 0.25% 来自国家补贴。国家社会保险局 (简称 CCSS) 负责管理全国医保基金并通过举办公立医疗机构为所有国民免费提供医疗卫生服务, 同时通过签署协议的形式购买少数私立医疗机构提

供的服务。卫生部主要负责对公立和私立医疗卫生机构的监管，制定颁布卫生法令法规，推进实施营养、运动等方面的健康促进项目，同时也直接管理化验室等一些小型机构。

（二）世行项目管理和实施情况

2016年4月，哥斯达黎加与世行签署贷款协议，正式启动世行贷款卫生促进项目，项目实施周期为5年，到2021年结束。项目主要内容是支持哥国已有的卫生促进规划，提高医疗服务体系质量，保障医保基金的可持续发展。国家层面共安排15.75亿美金，其中有4.2亿美金来自于世行贷款，有11.55亿美金由哥国政府投资安排。为强化项目管理，哥建立了相对完善的管理架构。战略层面，由中央政府与世行签署协议，接受贷款，并将贷款资金拨付给国家社会保险局统一管理使用，明确要求贷款资金仅用于实施项目和提供技术支撑，不能用于人员的薪资发放；管理层面，在社会保险局设立工作委员会，负责推动项目的实施；执行层面，由现有的社会保险局工作人员在工作委员会的指导下，具体推进项目的实施。项目采取结果导向型贷款工具实施，设立了增加流动手术设施的数量、提高肠癌患者的诊疗水平、提高II型糖尿病的规范化管理水平、整合医疗服务体系、提升基层医疗卫生机构的信息化水平、提高患者满意度和提高筹资机制和财务管理的可持续性共7个支付关联指标，每个支付关联指标对应6000万美金的贷款额度，分年度明确了每个指

标的具体任务。邀请独立第三方评估每项指标是否达到预期要求，每完成一个指标，即可获得 6000 万美金的资金拨付。除支付关联指标外，世行不再设置其他监测或评估指标，但要求遵守世行关于环境保护等的有关规定。目前项目进展较为顺利，很多指标任务均已经提前实现，并提前获得了贷款资金。

二、巴西

（一）基本情况

巴西联邦共和国是南美洲最大的国家，国土总面积 854.74 万平方公里，总人口 2.02 亿。共分为 26 个州和 1 个联邦区，州下设市，共有 5570 个市。巴西是世界上贫富差距最大的国家之一。为改变医疗卫生领域的不公平状况，上世纪 90 年代开始，巴西把保障所有公民的健康权作为各级政府的责任，提出建立“统一医疗体系”（SUS）。其特点：一是以公立医疗机构为主体，私立机构为补充。巴西的公立医疗机构由政府举办，分为基层卫生服务机构、二级医院、三级医院，分别由市、州和联邦负责管理；私立医院、诊所等是医疗服务体系的重要补充，约有 30%左右的居民选择使用私人医疗系统。此外，还有承担公共卫生等方面任务的实验室、制药厂、血库、医疗科研等机构。二是实行全民免费医疗，同时发展私人医疗保险。宪法规定每一个巴西公民都有权在政府举办的公立医疗机构获得免费的治疗，不收取任何

费用，住院患者还免费享受一日三餐。联邦政府统一收缴社会保险经费（雇员缴纳本人月工资收入的 8.5%-10%，雇主缴纳该单位职工月工资总额的 17.5%，农民以税收附加的形式缴纳保险金，国家财政给予适当补贴），用于退休人员养老保险、残疾人补助和医疗保险，按照各州实际情况经综合平衡后下拨至各州。其中医疗保险经费分别占到州、市两级预算的 12%、15%左右。目前“统一医疗体系”提供的免费医疗服务已经覆盖 60%以上的人口。同时，巴西大力发展私人医疗保险，已经覆盖约 30%左右的人口。三是以区域为单位形成包括预防、治疗、康复和健康促进等在内的医疗服务网络，强调医疗卫生服务的全面性和系统性，医保按照区域服务链整体进行付费。参保人患病后，首先在当地医疗机构诊治，需要转诊的必须经初诊医师同意后，办理转诊手续，如果患者不遵守首诊和转诊制度，随意找医院就诊或请私人医生就诊，所需费用则全部由个人支付。四是确立“分级管理”、“权利下放”和“社会参与”的组织原则，联邦、州、市三级政府职责清晰、责任明确。我们访问的巴拉那州皮纳斯市妇女儿童医院，由联邦政府负责基础服务设施设备投入，州政府负责医院的基本建设和 50%的人员工资投入，另外 50%的人员工资由市政府负责投入。

（二）世行项目管理和实施情况

我们考察了巴拉那州实施世行贷款妇幼保健项目情况。

世行整体项目设计是由 9 个子项目组成，自 2011 年开始实施，贷款总金额为 9000 万美金，其中对卫生领域的妇幼保健项目贷款金额是 1200 万美金，主要用于降低孕产妇和婴幼儿死亡率。该项目较早较成功地应用结果导向型贷款工具。一是贷款资金支付以相关指标完成情况为依据。项目设计了筛查出高危人群的比例、孕期进行至少 7 次检查等指标作为支付关联指标，根据指标的完成情况而拨付相应的贷款资金。二是将项目实施作为卫生改革发展的重要内容。过去六年里，通过项目实施，推动设置完善初级卫生保健机构，对所有的孕产妇进行初诊和分流，按照风险程度进行分级，转诊至相应等级的医院进行分娩、康复和护理，使医疗服务体系从传统的金字塔型转变为网络型服务体系，并帮助医疗机构建立服务标准和流程。三是州卫生局负责项目的组织管理和实施，资金支付也是以州级层面指标完成情况为依据，不再向下分解指标。项目实施取得了比较好的效果。从总体情况看，卫生妇幼保健项目是 9 个子项目中实施状况最好的领域，孕产妇死亡率和婴儿死亡率均有大幅降低，对整体项目贡献了 60-70% 的目标实现率。

三、对我国实施世行项目的启示和有关思考

哥斯达黎加和巴西两国实施结果导向型贷款工具的卫生项目，开展时间较早，积累了一定的经验，对我国实施世行贷款医疗改革促进项目具有参考借鉴意义。

一是建立完善的组织管理架构是推动项目顺利实施的重要保障。两国在推进项目过程中，均依托现有机构和人员建立了相应的指导、管理和实施机构，如哥斯达黎加明确了三个层次的组织架构，对每个支付关联指标均由责任单位、协助单位组成工作小组予以推进；巴西在州级层面实施项目，设立技术监督主任，对于指导、协调、督促项目顺利实施发挥了重要作用。我国中央层面已经建立了比较完备的项目指导委员会、中央项目办等组织管理机构，要进一步完善有关工作机制，在中央项目指导委员的指导下，充分发挥项目办的主动性和积极性。项目省作为项目实施主体，更应注重理顺和健全管理体制和工作机制，为项目的顺利实施奠定工作基础和提供组织保证。

二是把项目实施融入深化医改整体工作推进。两国项目的设计均是从本国的实际需求和整体卫生规划出发，将项目实施内容作为卫生改革与发展的重要组成部分加以推进，有效发挥项目的助力作用。哥斯达黎加利用项目的实施，加强了医疗卫生服务体系的整合性，提高了财政资金使用效益；巴西以项目实施为契机，进一步健全了网络化卫生服务体系，构建起更加有序的分级诊疗体系，从而使卫生资源配置更加有效。我国实施世行贷款项目已经明确在两省已有医改规划的基础上，划定三个重点领域，要进一步强化项目实施与医改工作的融合，在制定实施年度计划、安排资金预算、

开展监测评价、推动相关任务落实等方面，均应体现国家和省级医改任务和目标要求，发挥项目对提升卫生系统整体绩效的重要作用。

三是结果导向型贷款工具对于提高资金使用效率，保证项目实施效果具有积极意义。两国实践均证明，支付关联指标只是资金支付的依据，在完成指标的同时，还应当统筹推进相关工作任务的完成。我国实施世行项目，要进一步明确结果导向型贷款工具的有关要求，正确认识和处理好支付关联指标及项目实施效果的关系。一方面，要按照协议完成 8 个支付关联指标规定的任务，并可根据实际情况，提前完成任务、提前申请资金拨付。另一方面，认真梳理分析项目投入产出结果链，在关注投入的基础上，更加关注项目进展过程、阶段性产出和最终结果，及时加以指导，激励两省在更大范围推广成功经验，进一步拓展改革成效。

四是推进分级诊疗、构建整合型医疗服务体系。从两国项目的实施情况看，在推进项目实施的过程中，均注重构建分级诊疗格局，强调基层首诊、逐级转诊和急慢分治，并强调医保政策支撑，特别是巴西提出医疗服务体系从传统的金字塔型向区域型、网络型转变的理念，这与我国医改坚持的理念与方向高度契合，也是我国实施世行贷款项目构建以人为本、一体化的医疗卫生服务体系的应有之意。我们要充分借鉴国际的先进经验，在安徽、福建两省强化推进分级诊疗

的实践探索，从而保证服务的可负担性和卫生体系的可持续发展。

此次考察，我们在重点交流学习两国结果导向型贷款工具的实施情况的基础上，也了解到两国的医疗服务和医疗保障体系的一些特色做法。一是两国均实行全民免费基本医疗，患者在公立医院就诊不支付任何费用；二是两国均实行强制性分级诊疗制度，未经基层首诊医保不予支付；三是公立医院基本建设、员工薪酬全部由政府或医保机构通过预算来负担。四是两国都注重信息化建设，发挥信息化在健康管理、分级诊疗、医院考核中的重要作用。同时，两国卫生体系面临的主要问题也有类似，一是人口老龄化、疾病谱变化、慢病患者增加带来卫生费用上涨，医保基金可持续运行压力逐渐增大；二是患者向二、三级医疗机构集中，就医等候时间过长，就医体验不佳；三是农村地区卫生人员缺乏，特别是全科医生数量不足，医疗服务条件有待进一步改善。尽管由于不同国家之间卫生和医保管理体制不同，但上述情况对我国也有一定的启发和借鉴意义，需要在今后项目实施和医改工作推进过程中，进一步加以交流学习和分析借鉴。

团组成员名单

薛海宁	体改司副司长
张朝阳	卫生计生委项目监管中心主任
黄贵平	财务司机关财务处处长
赵莉娜	国际司综合处处长
周小园	体改司改革指导处副处长