

新芽沙龙·第17期

公共卫生视野下的各国卫生体系：日本

2020年6月12日

为进一步了解全球典型国家的公共卫生体系及应急制度，北京大学区域与国别研究院联合北京大学公共卫生学院、北京大学全球卫生研究院共同开启“公共卫生视野下的各国卫生体系”系列线上研讨。本期沙龙邀请到北京大学公共卫生学院副院长王培玉介绍日本公共卫生体系及卫生应急制度，并就中日公共卫生合作等问题进行探讨。沙龙由北京大学区域与国别研究院院长钱乘旦教授主持。

王培玉教授首先介绍了日本的医疗卫生体系及卫生应急制度，并对中日医疗卫生体系的差异进行了对比。据介绍，世界卫生组织每年都会对各国医疗卫生体系进行评比，评比的内容涉及医疗卫生体系的质量、效率、可及性与公平性四个方面。根据世卫组织的排名，近十年来日本的医疗卫生体系均位居世界第一，中国的排名则呈现不断上升的走势，从最初的80多位上升至目前的64位，但与日本相比仍存在很大的差距。

日本中央层面负责医疗卫生保健的部门是内阁领导的厚生劳动省。“厚生”含有健康与社会福利的意思，因此厚生劳动省的职能涵盖了卫生、民政、劳动三个领域，在部门结构上类似于中国的卫生部+民政部的一部分。在地方层面，除了私人医疗机构，日本每个市都会有一到两所公立医院，

由市财政运营维持。此外，日本的一些党派、社会团体也会在地方设立医院，例如日本共产党就用党费创办了自己的医院系统，致力于为低收入人群提供医疗卫生服务，这属于日本共产党倡导的社会福利内容的一部分。

在疾病预防控制方面，日本和中国不同，没有设置疾病预防控制中心（CDC），而是在厚生劳动省之下设立了国立感染症研究所，在都道府县一级设立了保健所，在市町村一级设立了基层的保健中心，相当于中国的社区卫生服务中心。上述医疗卫生保健系统主要负责疾病预防、疫苗接种、健康教育、健康咨询等工作，并不直接提供看病治疗服务，保健系统与医院系统共同构成了日本的医疗卫生系统。

日本的医疗保险分为社保性质的医疗保险与商业性质的医疗保险两大类。社保性质的医疗保险保费由个人、用人单位与国家各承担 1/3，少年儿童、老年人以及其他不隶属于用人单位的个人，他们保费的 1/3 由地方政府承担，因此，社保性质的医疗保险基本能够覆盖全体民众。日本商业性质的医疗保险也非常发达，许多日本民众在社保性质的医疗保险基础上还会购买 1-2 个商业医疗保险。日本的商业医疗保险又可分为住院险和疾病险两类，生病住院时，社保性质的医疗保险能够报销医疗费用的 70%，住院险则能够提供给病人 6000-7000 日元/天的住院补助，疾病险则一次性提供给病人 10 万-15 万日元的保险金。作为高福利国家，日本形成了一套以社保性质医疗保险为主，商业性质医疗保险为补充的健全完善的医疗保险体系，医疗保险报销比例高，个人医疗负担较轻。日本的福利体系比较健全，涵盖了失业保险、

医疗保险、退休金、年金四个层面。日本福利体系的问题在于人口老化后缺乏足够的劳动人口做支撑，所以它的医疗保险报销比例才会从过去的 90%降至现在的 70%。不过，日本的医疗保险封顶额度还是比中国高很多，大概是中国的 4-5 倍，所以在日本看病贵、因病致穷的问题并不严重。

王培玉教授指出，当前日本面临的最大挑战是“高龄少子化”问题。日本总人口约 1.26 亿，相当于中国的 1/11，其中少年儿童（0-14 岁）的人口占总人口的 12%左右，老年人口（65 岁及以上）占总人口的 28%左右，两者加起来将近 40%。也就是说，日本无法劳动、依靠别人抚养的人数占总人口的 40%左右，这对于剩下的 60%的劳动人口（15-64 岁）是一个巨大的负担。日本的抚养比（被抚养人口/抚养人口）高达 67%，相当于每 100 个劳动人口需要养活 67 个人，差不多等于一个人抚养一个人。同时，日本人口出生率低，总人口已经连续 10 年出现负增长，这意味着日本“高龄少子化”的问题将越来越严重，不但劳动人口的抚养负担会持续加重，整个国家的税收和社会福利制度也将面临越来越大的压力。30 年前，购买了医疗保险的日本民众只需支付看病费用的 10%，后来随着日本政府财政负担的加重，民众承担的看病费用提高到 20%，到 2003 年时已经上涨到了 30%。与此同时，日本民众的税收负担也越来越重，30 年前，日本的消费税率为 3%，后来逐渐提高到 5%、8%，现在已经提高到了 10%。从政府到民众，日本因“高龄少子化”问题承受的负担越来越重。

60 岁以上人口占总人口的 10%或 65 岁以上人口占总人

口的 7%就算是进入了老龄化社会。自 1999 年起，中国已经进入老龄化社会，但到 2018 年止，中国 65 岁以上人口占总人口的比例为 12%，远远小于日本的 28%。日本除了老年人口众多，其人均寿命也高居世界第一位。根据 2017 年的统计数据，中国的人均寿命为 76.7 岁，日本为 83.7 岁，两国之间存在较大差距，不过北京的人均寿命为 82.1 岁，已经接近日本水平。除了人均寿命，健康寿命也是一个重要的医疗保健指标，即人的一生中保持健康状态的年岁。日本的人均健康寿命为 70 岁，而北京的人均健康寿命只有 61 岁左右，在健康质量上，中国人与日本人之间仍存在较大差距。

从 2002 年起日本开始实行养老保险制度，日本的上班族从 40 岁起开始交养老保险，到了 80 岁或 85 岁生活不能自理时，养老中心会派人来照顾老年人，但照顾老年人的费用很高，所以需要有养老保险的报销。日本各个市町村都有养老中心，提供养老服务；许多建筑里都建有老年人台阶，防止老年人摔倒；还有专门的老年人澡盆，防止老年人泡澡时滑倒等。日本还专门设立了一套养老评估体系，根据老年人的生活自理能力分成三个等级，最轻的第一等级是每周一到两次派人到老年人家中打扫卫生，检查药品以及为老年人做营养餐等；第二等级是每周两到三次派人接老年人到养老中心检查身体、帮助洗澡等；第三等级则是将老年人接到养老中心居住。由于工作单调，日本的年轻人都不愿去养老中心就职，因此政府也从制度和收入等各个方面鼓励年轻人前往养老中心工作。

中国的基本医疗卫生保健服务提供者都是公立的医疗

机构，在农村是乡镇卫生院，在城市则是社区卫生服务中心；日本的基本医疗卫生保健服务提供者则以私人诊所、私人医院为主，公立的地域保健中心为辅。在日本，建立私人医疗机构的资金主要来自银行贷款，私人医疗机构建立后，病人在此看病和在公立医院看病一样，可以使用社保性质的医疗保险或商业性质的医疗保险。公立的医疗机构公益性好，但存在效率低的问题；私人医院效率较高，但公益性较差。尽管日本医疗卫生体系可及性好且效率较高，但此次疫情初期，许多私人医疗机构都不愿收治新冠患者或是疑似感染者，因为它们担心这样做会吓跑其他就诊民众，由此也暴露出日本医疗卫生体系在公益性上存在问题，与世界第一的排名并不相符。此外，由于政府无法调动私人医疗机构，所以日本不可能像中国各地支援武汉一样集中力量支援东京、横滨、神奈川等疫情严重的地区。直到日本实行了《紧急状态法》，政府才有权调动包括私人医疗机构在内的医疗资源应对疫情。

王培玉教授认为，日本以私人医疗机构为主的基本医疗卫生体系在一般的慢性病防治以及提供常态的医疗卫生保健服务方面效率较高，但面对突发性传染病时却暴露出很多问题。可以说，在传染病应对方面，中国医疗卫生体系与日本相比并没有很大差距，甚至要强于日本，这也是中国的国家体制具有的优越性。

另一方面，传染病防治体系的弱化也是导致日本在新冠疫情初期应对不力的重要原因。由于日本在二战后就没有暴发过大规模的传染病，因此主要精力都放在了慢性病防治问

题上，从而导致了日本缺乏应对突发性大规模传染病的经验，传染病防治体系趋于弱化。21 世纪以来，几次烈性的国际性传染病——SARS（非典）、H1N1、MERS（中东呼吸综合症）都没有在日本暴发，而中国有抗击非典的经验，韩国有应对中东呼吸综合症的的经验，因此新冠疫情暴发后，中韩都能认识到疫情的危害性，并能根据以往的经验及时采取应对措施。日本由于认识不足且缺乏应对经验，在疫情初期应对乏力，比如在钻石公主号游轮问题上，犯了很多错，导致疫情的蔓延。而同一时期，中国的天津港也接收了一艘感染疫情的国际游轮，但因处理举措及时有效，很好地制止了疫情的扩散，没有造成二次感染。总之，“承平已久”所导致的传染病防治体系的弱化给日本应对疫情带来了很多问题与麻烦。

虽然日本的传染病防治体系有所弱化，疫情初期防控工作做得不够彻底，但受传统文化影响，日本民众都比较听话，能够响应政府号召，自觉保持社交距离，在家中远程上班，不到人口密集的地方。日本民众也有较好的卫生习惯，能做好个人防护，自觉行为最终有效地阻止了新冠疫情在日本大规模地蔓延。

王培玉教授指出，虽然中国的医疗卫生体系在应对突发性公共卫生事件时有优势，但也面临着许多问题与挑战，存在许多需要改进的地方，如基层疫情的常态化防控、老年人健康问题、新医改问题、环境污染问题等，在这之中，“双重疾病负担”问题尤为突出和紧迫。

双重疾病负担是指慢性病的防治负担和传染病的应对负担。虽然中国是发展中国家，但某些慢性病发病率与死亡

率已经接近甚至超过部分发达国家。例如中国的心脏病发病率已经接近欧美国家，脑卒中的发病率则是欧美国家和日本的好几倍。中国的慢性病中死亡率最高的是肿瘤，占死亡总数的 26%。对男性来说，肿瘤中死亡率最高的是肺癌、肝癌、胃癌、结肠癌、前列腺癌等，女性则是乳腺癌、甲状腺癌、直肠癌、子宫癌等。近几十年，由于生活方式的变化，结肠癌和直肠癌在中国的发病率和死亡率快速上升，已经成为当代中国人死亡的主要原因之一。除此之外，高血压、糖尿病、慢性阻塞性肺病等也逐渐成为威胁中国人健康的主要慢性病，中国慢性病防治的负担正变得越来越重。

与此同时，中国的传染病防治压力也大于西方国家。传染病一般分为新发传染病和再发传染病两种，前者是指 1970 年以后出现的传染病，如艾滋病等；后者是指 1970 年之前就存在，后来得到控制，近年来又死灰复燃的传染病，如结核病、肝炎等。新冠疫情暴发前，在中国需要报告的国家法定传染病一共 39 种，分成甲乙丙三个级别，传染性最强的甲类传染病有鼠疫和霍乱两种，乙类传染病有 26 种，丙类传染病 11 种，新冠肺炎成为了国家法定的第 40 种传染病。虽然将新冠肺炎归为乙类传染病，但由于其传染性强，中国是按照应对甲类传染病的力度来防治。

除此次疫情外，2003 年暴发的非典是给中国造成较大冲击的新发传染病。当时全球一共报告非典病例 8000 多例，全中国报告 5300 多例，中国大陆、台湾、香港地区都有分布，欧美国家则没有受到较大的影响，这也是此次疫情初期欧美国家不重视的重要原因。2000 年前后的禽流感、

2003-2004 年的 H7N9 禽流感，2008 年的 H1N1 病毒以及 2015 年的 MERS（中东呼吸综合症）都有在国内发现感染病例，但由于防控措施做得比较好，并没有造成大范围的感染。此外，国内部分地区近年来还面临一些再发传染病的威胁，如 2014 年广东、广西、福建、云南等省份再次暴发登革热疫情，尤其是广东报告了 4 万多例病例，情况较为严重；2014-2015 年间在新疆、宁夏、甘肃、内蒙古等畜牧业发达的省份暴发了布鲁氏杆菌病，这是一种由偶蹄目动物（如羊等）传染给人类的再发传染病。

王培玉教授认为，由于所面临的疾病种类不同，因此每个国家构建的医疗卫生体系时应将传染病与慢性病的防治结合起来。例如非洲国家需要优先解决传染病的威胁，所以非洲国家的医疗卫生体系以应对传染病为主；发达国家在几十年前就已经控制住了主要传染病，所以它们的医疗卫生体系以防治慢性病为主；中国的情况是两者兼顾，即中国还存在发展中国家所流行的一些传染病，也出现了发达国家所面临的慢性病，所以中国面临着双重疾病的负担，中国的医疗卫生体系既要做好传染病应对工作，也要做好慢性病防治工作。不过，此次新冠疫情的全球暴发说明了一国所面临的传染病威胁与其经济发达程度并不完全匹配，尤其是对于非典、MERS、新冠肺炎这类呼吸道传染病来说，在全球化的大环境下，便利的交通条件使得呼吸道传染病能够很快地从一国传染到另一国，从一个大洲传染到另一个大洲，发达国家与发展中国家都有可能被传染，并不存在什么区别。这也启示我们需要改变传统的医疗卫生体系构建思维，应该同时抓好传

染病应对与慢性病防治工作，两者都不能放松。

在讨论环节，与会者围绕沙龙主题与上述内容就相关问题进行了对话交流。

提问：虽然中日韩三国的社会体制、政治体制乃至民众的价值观都存在很大差异，但是在新冠疫情暴发后，这三个东亚国家都很好地控制住了各自国内的疫情。反观西方发达国家，拥有良好的医疗技术条件，却未能很好地控制住疫情，为什么东方与西方在新冠疫情的应对上差异如此鲜明？日本又是怎样控制其国内疫情的？

王培玉教授：总的来说，中日韩三国的民众比较听话，能够自觉地执行政府的抗疫号召。例如日本政府没有强制要求民众进行远程办公，但许多日本企业都自觉地开展了远程办公，政府号召民众保持社交距离、尽量少出门，大多数日本民众也都自觉执行了号召，最后在紧急状态下，政府要求某些行业关门，这些行业也如实执行了政府的要求，积极配合。

反观西方国家，它们一开始抱有侥幸心理，认为此次的新冠疫情和当年的非典一样，并不会传播到它们那里，而且它们中的一部分人认为西方人种具有特异性能够免疫新冠病毒，对中国发生的疫情采取隔岸观火的态度。后来等到新冠疫情传染到西方国家后，它们又缺乏应对传染病的防治经验，因为它们跟日本一样也是很多年没有经历过大规模传染病了，因此连一些专业人士都提出了“群体免疫”等不科学的应对方法。“群体免疫”的概念是指人群中 70%-80%的人都对某种疾病产生了免疫力，该种疾病便不会在人群中大范围

传播，接种疫苗预防麻疹、脊髓灰质炎等就是典型的群体免疫。但是新冠肺炎的死亡率高达 5%-7%，如果采用群体免疫将会造成大量死亡，对人群的伤害太大，所以西方国家的一些专业人士不根据实际情况就错误地提出群体免疫等理论是很不负责的行为，对防治新冠疫情没有任何帮助。英国首相感染新冠肺炎后，亲自感受到了这种疾病的严重性，意识到群体免疫不可行，英国才更加重视起来。此外，西方国家的民众比较向往自由，他们并不怎么听从政府的管制号召，对政府限制出行的举措也比较不满。例如在意大利，虽然最后实施了强制封闭措施，但是它的封闭力度还是要弱于中国的封闭力度，中国的封闭措施是要求民众不能出家门，不能出小区，意大利的封闭措施是要求民众不能出街区，封闭的力度要弱许多。因此，不管西方国家有多么发达的医疗技术、多么完善的医疗体系，当新冠疫情到来时，它们还是很快地陷入了被动，阻止不了疫情大规模暴发的局面。

提问：日本较早地认识到新冠病毒的传染特征不同于以往的指数型增长，而是以集团感染为主，日本认为防控措施除了要以新增感染者为起点，对密切接触者进行医学观察外，还需要着重进行回溯式的调查，确认患者是否有共同的感染地点，是否发生了多起感染等，对出现在感染场所的所有人员进行集中控制，日本的这一做法是否科学？中国的防控举措又是什么样的？

王培玉教授：疫情防控措施分为两种：一种是防止聚集性感染，另一种是防止一般性的蔓延感染。中国的防控措施是两者并举，日本则是因为其确诊病例较少且病例的活动轨

迹相对清楚，所以着重进行回溯式调查，而且相比起印度、孟加拉国、巴基斯坦等国，作为发达国家的日本也更有条件进行回溯式调查，不过日本的回溯式调查做得还没有中国好，中国的防控举措是非常有力的。

提问：有一种说法，日本人非常重视利用中医药，甚至致力于发扬和光大中医药的一些传统学问，想将中医药推广至全世界，这是不是事实？日本人是如何看待中医药的？

王培玉教授：与西方国家相比，日本确实更接受中医药，日本国内还有专门的汉方药。但是，与对西医的充分信任相比，日本对中医药的信任程度还是偏低。日本对于中医药的使用有很多的限制，中医药的注射剂与片剂在日本都是不被允许的，它只使用丸剂和散剂，而且只使用几种传统的中医药方子，不像中国的中医药实行辩证施治。日本的中医药研究主要集中在富山医科药科大学，但是它只致力于用现代科学的方法研究中医药的成分与效用，并不提倡“中药西治”。并且在日本，中医药医师执照的规定比较松散，比较容易考取，但是西医医师执照要求非常严格，考取难度非常大。

北京大学区域与国别研究院院长钱乘旦教授在总结时表示，今天王教授详细介绍了日本医疗卫生保障制度方面的一些基本情况，和中国进行了对比，同时回答了很多包括与新冠肺炎疫情直接相关的问题。通过此次疫情，可以看出中国的体制在这方面是有优越性的，这种优越性以前似乎人们看不出来，但到关键时刻却能够实实在在地表现出来。尽管有一些人不愿承认，但事实就是最好的证明。当然，中国的公共卫生体制也存在一些缺陷，有待完善。通过今天王教授

的介绍，日本在这方面的经验的确值得我们学习和借鉴。

新芽沙龙·第18期

公共卫生视野下的各国卫生体系：古巴

2020年6月16日

为进一步了解全球典型国家的公共卫生体系及应急制度，北京大学区域与国别研究院联合北京大学公共卫生学院、北京大学全球卫生研究院共同开启“公共卫生视野下的各国卫生体系”系列线上研讨。本期沙龙邀请到北京大学中国卫生发展研究中心徐进介绍古巴公共卫生体系及卫生应急制度。沙龙由北京大学区域与国别研究院副院长翟崑教授主持。

徐进表示，古巴是一个非常特殊的国家，其公共卫生及医疗系统堪称世界典范。在当前形势下对古巴医疗卫生体系及其在疫情当中的一些作为进行剖析具有重要意义。据他介绍，古巴人均预期寿命和美国基本持平，古巴人均医生数远高于美国，每一名医生服务居民比例为147（古巴）：390（美国）。1962年，古巴在全球率先消灭了脊髓灰质炎，1996年，古巴在全球率先消灭了麻疹。2006年国际权威流行病学杂志数据显示，古巴在慢性非传染病方面，如心脏病、冠心病、脑卒中等，都有显著的下降趋势。2010年，古巴的婴儿死亡率已经低于美国。此外，古巴艾滋病患病率在整个美洲国家中是最低的。

近期，古巴在抗击新冠疫情中的表现，反映出其卫生医疗体系的水平优良。3月初，古巴差不多和巴西同时间出现了首例新冠肺炎患者。4月中下旬，古巴每日新增病例数达

到顶峰，但巴西仍持续上升。从累计病例数看，古巴已基本控制住疫情，巴西还处于指数上升的阶段。按新冠肺炎病例占人口的比例粗略计算，古巴每 10 万人中有约 20 例新冠肺炎患者，巴西为每 10 万人 400 例，巴西的感染率是古巴的 20 倍。从死亡率看，古巴每 100 万人约 7.35 个死亡病例，巴西每 100 万人约 200 例，巴西的死亡率是古巴的 20 多倍。考虑到古巴的老龄化程度，取得这样的成绩是非常难的。

徐进认为，古巴的医疗卫生水平得到了全世界的认可，但医疗卫生水平并不是古巴被世界关注的唯一因素，其能在有限的资源下实现高效卫生体系的典范意义才是备受瞩目的重要原因。

按照经济发展水平，世界各国可分为低收入、中低收入、中高收入和高收入国家四类。高收入国家大体上占世界人口的 20%，消耗全球 80% 的卫生资源。美国资源消耗量占发达国家的一半，中国和巴西远远要少，加起来也没有日本用的资源多，更是远远低于美国。古巴人均国民生产总值约 6000—8000 美元，约是美国的 1/10，其卫生资源也有限，但健康公平的水平很高，在有限的资源下实现了高效卫生体系，这背后有其历史和社会原因。

古巴建国之前资源非常少，高度集中在首都哈瓦那。当时，差不多 2/3 的医生（约 6000 位）在哈瓦那。20 世纪 60 年代，美国对古巴实行经济封锁，中情局几次试图推翻古巴政权，古美关系日益恶化，此阶段有约 3000 名医生陆续离开古巴。古巴革命政权与苏联保持了良好关系，苏联高价收购古巴的糖，低价销售石油。由此古巴政府获得了大量资源，

主要投入于社会保障体系，涉及医疗、教育、住房，以及各种补贴福利。古巴政府认为全体国民都应享有医疗服务，于是开展全民培养医生、培养农村医生的行动。同时，古巴构建了国家疾控体系，主要针对疟疾、急性痢疾以及疫苗可预防的一些疾病。

20世纪70年代，古巴建成了53所农村医院，启动了国家母婴健康项目，同时做了大量医学教育的改革工作。改革强调工作能力，强调服务农村、农民、老百姓的医疗能力。政府在各地建医学院和护校，大量培养医生和护士，培养过程免费，招生只看成绩，医学专业直到现在还非常有竞争力，人民非常愿意让自己的子女学医。与此同时，针对病人候诊时间长，医生问诊时间短、问诊简单，医疗和预防脱节，医生倾向于专科而非全科等问题，相关工作重点转向了发展综合卫生体系。古巴在全国普遍建设社区内综合诊疗，类似于中国的卫生院或社区卫生中心。每个社区都有普通的专科，妇科、儿科、内科等普通疾病在这些地方可以得到基本治疗。同时推行医学教育改革，强调环境因素、物理和社会因素的重要性，将综合诊所纳入临床教学基地，把医学教育过程、培养医生的过程和社区结合起来，在理念上灌输基层卫生的核心作用。

1980年，古巴进一步发展三级医疗，建设专科医学中心和三级卫生服务。同时，发展本土生物科技，在拉美率先引进核磁共振仪器，建立产前检查筛查的制度。此后，古巴面临着流行病向老龄化、慢性病为主转型的趋势，同时受《阿拉木图宣言》特别是中国赤脚医生的经验影响，古巴认同通

过基层医生实现全民享有卫生健康的理念，决定建立基于综合性家庭医学的体系，类似中国提出的家庭医生全民覆盖体系。其组织建构是一个医生加一个护士，医生需经过6年培训，比中国大部分乡镇卫生院医生的训练年限更长、更正式。家庭医护团队类似于中国村一级的医疗服务，几个家庭医护团队加上一个综合诊所构成一个基本工作组，考核在基本工作组框架下进行。家庭医护团队和基本工作组负责协调医疗服务、引导健康促进、分析辖区人口健康等工作。

1999年，古巴家庭医护团队已经覆盖了全体人民。家庭医护团队强调卫生习惯，强调预防，强调在社区能够享受及时连续综合的服务。除卫生外，家庭医护团队还协同其他服务，包括发展社区康复，推动家庭环境和社区环境卫生，研究辖区内人口健康需要等。

徐进指出，古巴基层卫生服务模式里有两点特别重要。第一，针对人群的邻里健康诊断。通过统一模板收集社区内人员的基本疾病和风险因素，风险因素包括抽烟、饮食习惯、血糖水平、影响健康的环境因素等。这就像是给社区逐个画像，最终汇总成一张图，可以看到全国各地不同社区的情况。其中部分数据来自家庭为单位的病例记录，每年更新两次并汇总到全国。邻里健康诊断不只是用于治疗，同时强调体系、社区概念，分析社区因素，以期提高卫生服务效果。

第二，通过连续性评价和风险评估的方式从社区落实到个体，对所有居民按照疾病和危险因素进行分类。家庭医生护士依据评估数据访遍所有住户，慢性病病人至少每三个月访视一次。专科医生通过会诊对家庭医生进行支持，不断评

估风险，进行指导，联合诊所考核家庭医护团队的工作，形成一体化的结构。除了卫生服务机构，社区人民理事会也对基层卫生工作进行支持，包括组织健康宣教、疫苗接种、蚊虫消杀等等。

古巴现行卫生服务体系结构分为三层，属于分级诊疗的体系。顶层是专科医院，服务大概 5%人口的健康问题；第二层是 200 多个综合性医院，服务大概 15%人口的健康问题；第三层是综合诊所和家庭医护团队，服务大概 80%的人。每个家庭医护团队组大概服务 150 个家庭，约 375 个个体。古巴全国各地医生收入水平一样，每个月平均基础工资 30 美元，此外有各种补贴。近几年，古巴出现了卫生重心从医院下降到基层的趋势，门诊比例从 70 年代的 24%下降到了现在的 14.7%，急诊也有比较明显的下降，而初级卫生保健和初级卫生占比在不断提高。

在全球医疗卫生发展中，古巴扮演着非常重要的角色。上世纪 60 年代起，古巴向 160 余个国家派出了 60 万名医生。据统计，2018 年有 4 万名古巴医生在海外工作。每个国家将医生费用支付给古巴政府，医生从中获得一定比例的工资，年均收入约 4000 美元，比古巴国内的医生工资高出 10 倍多，因此古巴医生都很愿意出国服务。医生是古巴最大的出口项目，年收入超过 80 亿美元，约占外汇收入的 60%。1998 年，飓风袭击了中美洲和加勒比海地区，3 万人罹难。古巴援救时发现很多地方没有医生，于是提出为这些拉美国家培养留得住的医生，因此建立了拉美医学院。

拉美医学院是全球最大的医学院，每年招生数千人，范

围涉及拉美、非洲甚至是美国。全院在校生人数过万，来自近百个国家，学制六年。学校免收学费、住宿费，且提供生活费，唯一条件是学成之后回原籍。尽管招收的学生很多来自贫困地区，科学基础很差，但由于课程要求严格，教学质量得到了世界卫生组织及美国加州考试委员会的认可，80%的学生能够顺利毕业，因此在国际上口碑很好。拉美医学院的教学理念不是精英化，而是培养领导者。医生作为领导者，和护士、同行以及社区居民一起推动当地健康事业的发展。

此次新冠疫情暴发，古巴一方面在国内艰难抗击疫情，一方面支持全球抗疫工作。今年1月，古巴开始给医护人员培训与新冠病毒相关的知识，3月出现首例确诊病例后，25家医学院总计2.8万名医生护士开始开展健康促进预防和寻找病例工作，上门了解病人情况，对有风险的人员进行检测和隔离。与此同时，强调政府领导下的多部门合作，所有经济、社会部门都参与抗疫工作，突出基层卫生的重要性；强制国民戴口罩，进行物理隔离，老百姓很配合，效果显著。在自己境况艰难的情况下，古巴依旧派出了医生援助全球抗疫。最初古巴有59支医疗队在27个国家工作，之后又新增了34支医疗队约2000多名医务人员。

徐进认为，应对新冠疫情一定程度上可以说超越了常规卫生功能，是一个全新挑战，一定程度上反映出古巴卫生及应急体制较为稳固，社区中有稳定的卫生服务覆盖，以及政府比较强的约束力。反观其他国家，比如巴西，它不只是卫生体系不完善的问题，主要是决策者水平以及观念问题。最近其一些做法比如放弃对新冠病例的统计、退出世界卫生组织

织等都是比较危险的。再比如美国，其 CDC 是全世界技术最强的机构，但是政府却选择了错误的道路。英国的卫生体系也是非常强大的，每个人都有免费医疗，公共卫生技术包括人才方面都是最发达的，但是政府的选择、决策和治理能力，以及一些社会基础对于应对疫情的效果产生了很大负面影响。很难说新冠疫情能够评价一个国家卫生体系的全貌，但它却是非常重要的试金石，能够测试出该体系是否有足够的韧性应对全新的挑战。

徐进指出，每个国家的卫生体系都有很多很好的经验值得其他国家学习借鉴。古巴值得中国思考的方面有很多，从人的角度来说，我们需要学习古巴能够培养出更多更好的医生，以及水平较高的公共卫生人员。医疗和公共卫生之间不应有那么大的界限差别，每一个医生都应该是很好的公共卫生人员。其次就是要发挥社区公共卫生哨点的功能，此次疫情开始时，大多数人都聚集到医院就诊，客观上加大了病毒传播的概率。古巴的关键经验之一就是充分利用基层医疗的功能，强调公共卫生和医疗的结合，强调预防和治疗相结合。

讨论环节中，与会者围绕沙龙主题与上述发言内容就相关问题进行了交流。

提问：古巴东西很长，南北很短；智利南北很短，东西很长。像智利这样的国家，面临的自然灾害和疾病传播可能和古巴很不一样。请问大体处于同一纬度的自然环境和某些疾病的传播或者预防有着怎样的关系？

徐进：同纬度地区的致病因素相对一致。像古巴这样的热带岛国，疟疾、登革热、蚊虫为媒介的疾病，以及寨卡病

毒的风险特别大。智利我不是特别了解，我感觉它的疾病谱会更复杂，风险因素也可能更复杂。随着疾病谱的变化，风险因素越来越趋同。生活方式、饮食问题、生存环境问题对人的健康影响会增加。

顺便提一下，智利、古巴、哥斯达黎加和中国在国际上被认为是以较低成本实现较好医疗体系的“4C 国家”。这几个国家卫生发展的水平较好，目前面临的挑战也较为类似，主要是慢性病的挑战，包括高血压、心脏病等。古巴现在还面临着高吸烟率的问题，历史上烟草是古巴的重要产业，尽管其吸烟率已从 50% 下降到 30% 多，但仍有比较大的空间，很多控烟措施没有执行很好，未来这方面还有很多挑战。

提问：古巴是本次系列讲座中唯一的社会主义国家。其医疗体系发展的很好，甚至比一些资本主义强国发展的还要好。它的医疗服务质量和效率怎么样？过去几十年，古巴医疗水平有突飞猛进的发展，它是如何把最先进或者最好的医疗服务纳入到国民的日常医疗服务当中的？如何平衡有限资源和医疗水平进步之间的关系？大多数国家的医疗服务是针对本国居民，古巴医疗服务更像是一项产业，所以医疗体系的良好发展是否是因为医疗服务本身是重要产业？如果不是对外输出或者重要产业，它还可能发展这么好吗？

另外，70 年代末以来，英国、美国对医疗服务进行了市场化和私有化的改革。尤其是英国，英国原来的医疗服务是国有化的，改革的原因是因为认为市场机制是最好的，所以把医疗服务交给市场解决，其质量效率会更好，但是实际情况是不是这样？

徐进：20 世纪 90 年代以来，古巴经济很困难。在应对医疗质量和效率方面，它没有侧重于发展专科医疗，全民健康覆盖的实现也不是走的以技术为中心的发展道路，而是强调医疗和公共卫生的结合。

新冠肺炎疫情以来，相关治疗费用非常高，但实际上，预防比治疗更重要，效率也更高。大部分医疗服务不需要特别高的技术，有一个你能够信任的家庭医生经常做健康指导，比得病后再吃药或使用很高级的医疗手段都有效，质量也更好，这就是社区公共卫生医疗的重要性。

产业的问题是很关键的问题。古巴社会福利的完善原来很多都依赖苏联体制，苏联的贸易援助给古巴政府充足的资源做各种社会福利。苏联解体加之美国的制裁，给古巴经济带来了诸多限制和问题。因此，上世纪 90 年代以后，古巴越来越将医疗作为其国家创收来源。我觉得不是先有产业，才有了全民覆盖，应该是先有了全民覆盖，才有基础形成产业。古巴先把本国卫生体系做好，做成了全球都认可的标杆，才能有形成产业化的趋势和资本。

英国医疗服务在上世纪 80、90 年代进行了市场改革，最初确实是希望通过市场化降低成本。但是改革以后，英国发现市场仍需要政府干预，因为原先拨款的时候，卫生部按项目或者整笔预算拨给医院，医院没有盈利机制，只要把钱给下去，把工作安排好，照做就是了。可是在市场化的要求下，市场不能一对一选择医疗服务机构，市场化的改革成果在英国的体制里面很难体现，因为它的医生不赚钱，医院也不靠医保来赚钱，政府也没有增加钱给他赚。

美国医保体系存在一个非常强大的利益集团，一直在推动改革。美国有很多变化，但是主要是商业保险驱动，主要的问题是不能实现全民覆盖。因为医保比较破碎化，每个人有不同的保险种类，美国的医院里面最大的部门就是算帐的部门，因为要面对不同医保部门进行支付，还包括各种各样的商业保险。每个商业保险种类支付的价格都不一样，有的差的非常多。所以市场化的改革对医疗服务并不是特别有效。所以并不能说市场化一定不好，每个国家有自己的条件和限制，关键在于政府和市场如何配合以达到最好的效果。

提问：古巴的卫生体制或许不是自然而然形成的结果，可能是领导、政府有意提倡的结果。古巴和朝鲜长期受苏联经济援助，苏联解体以后这两个国家都面临经济产业单一、没有办法出口创汇的问题。朝鲜的办法是大规模输出劳工——手艺人，能够制作体积非常大的领导人铜像的劳动者，以此作为出口创汇主要途径。古巴大力发展医疗产业，外派医生，是不是为了解决国内产业单一，没有办法出口创汇的难题？

徐进：古巴早期发展得益于苏联支持，它有跟朝鲜类似的地方。但是，古巴卫生模式是因为援外才产生的，这个说法不客观，不符合历史发展历程。古巴卫生发展道路更多因其自身的历史发展，包括它有良好的教育基础，以及美国实行的技术封锁。我认为这和我们完全相反。1978年改革开放后，我们认识到技术不行，开始引进各种各样的技术、设备，放弃了以基层卫生为核心的发展策略。这几年我们开始意识到不能再走这条路了，因为要实现全民健康，我们面临着很

大的挑战。我们把钱大量放在医院里、侧重技术投入，忽略发展基层卫生的路径未必是对的，古巴在这方面的经验可能更适合几件。

古巴援外医生是条件约束下的被迫选择。这些年在新的政治形态下，古巴希望发展旅游业，尽管受到美国限制，其旅游业目前的创收还是很可观的，通过专业人才的输出获取一些收入，也是比较重要的。我遇到过一些古巴医生，感觉他们和我们生活在不同的年代。中国的医院更注重经济激励，古巴医生也在乎，但不是最重要的，如果你和他说不好好干活就没有经济上的收益，他们会觉得带有羞辱的意味。他们认为医生就是服务人员，他们不认为自己是精英，而是社会的一份子，是社区里面很受欢迎的一份子，并且认为医生的服务精神很重要。

北京大学区域与国别研究院副院长翟崑教授在总结时指出，古巴卫生体系的特点可以用两句话概括。一是“天下大事必作于细，必作于小”，说明建立社区卫生防范体系对打造高质高效的古巴公共卫生体系有重要的基础作用；二是“大医治未病”，说明在防治上多下工夫，更有利于提升整个社会的公共卫生健康水平。通过学习古巴经验以及与其他国家进行横向比较，中国在这方面应该有新的认识。感谢这个系列新芽沙龙给我们的知识框架带来的完善和补充，以及知识框架完善以后我们对于疫情之后的国家治理、全球治理所带来的启发和想法。