

新芽沙龙·第14期

公共卫生视野下的各国卫生体系：美国

2020年5月26日

今年以来，肆虐全球的新冠肺炎疫情给世界各国造成了灾难性的损失。这场突发的公共卫生事件，对我国应急体系提出了严峻的挑战和考验，也暴露出不少问题。在应对突发公共卫生事件方面，世界上很多国家通过不断实践，已逐步形成了一套较为完善的危机预警和应对体系，并建立了相应的危机管理机制。这些制度和机制的实施，在消除社会恐慌、恢复正常秩序、减轻生命和财产损失等方面发挥了不可替代的作用。

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教授方海介绍美国公共卫生体系及卫生应急制度，并就全球化趋势下的国际公共卫生体系完善及中美公共卫生合作等问题进行探讨。

方海教授指出，随着经济社会的发展，现今医疗卫生条件相比过去有了很大进步，公共卫生对人们生产生活的影晌相较从前逐渐减少。在一百年前的世界，无论是在以中国为代表的发展中国家，还是在以美国为首的发达国家，传染病都是导致人民健康状况恶化或死亡的主要因素：例如天花、

小儿麻痹、骨髓灰质炎等一些传染性疾病，以及病菌性肺炎、流感等呼吸道方面的传染病。随着经济不断发展，特别是医疗水平的提高，在一些发达国家如美国、英国、西班牙、意大利，传染病已不再像从前那样令人谈之色变，加之科学技术的进步，科研人员研制出的疫苗已经能够有效防控传染病。老年人的慢性病变为发达国家主要的疾病之一，在此次新冠肺炎疫情中，病毒对老年人的打击较大，抵抗力弱的老年人感染肺炎后死亡率较高。

新冠肺炎在世界范围内蔓延，给国际政治、经济、文化等方面带来严重影响，人们对公共卫生的关注也达到了前所未有的高度。疫情过后，各方可能要将重大传染病防控当成工作日常去应对。疫情爆发前，国人对公共卫生的概念非常模糊，由于没有得到足够的重视，我国的公共卫生体系存在短板。鉴于此，审视美国的医疗卫生体系，有利于改进我国医疗卫生服务体系的质量，避免重蹈美国体系出现的问题。

• 美国政治概况及其医疗卫生体系

美国的政治体制深刻影响了其医疗卫生体系在疫情防控中的作用。美国横跨东西两大洋，国土面积广大，自然资源丰富，人力资源充沛；经济发达，GDP 水平位于世界前列；文化上较为开放包容。美利坚合众国实行联邦制，地方州的自主权较大，可以在不违反联邦宪法的前提下建立自己的法律法规；政治上实行三权分立，立法权是其中较为独立的体系。在分权制衡体系的影响下，美国中央将权力分配给地方政府，卫生体系的权力分配亦是如此，联邦政府不会出台计划控制地方政府。此种体制有利有弊：有利之处在于，各州

可根据其自身情况更精准地进行预测分析，寻找应对方法；但同时，美国的中央政府缺乏对资源的掌控和调配能力，很难将所有资源分配到重要的部门。新冠肺炎在湖北武汉爆发后，中国政府迅速从各省市调配物资和医护人员驰援武汉，发挥了社会主义体制的优越性，这种能力在美国是不可想象的——联邦政府无权从一个州向其他州调配资源，因为资源是属于各州自有的。

相较于其他西方发达国家，美国的医疗卫生服务体系掌握的权力以及发挥的作用要小，但美国在医疗卫生服务体系中投入了大量资源。德国、英国、法国、意大利等国通过政府税收或居民缴纳的医疗保险，调动大量资金和资源来购买或提供医疗服务。美国虽然在其医疗卫生体系中投入了相当多的资金，但是资金大多来源于私人支付，而非美国公民的税收。美国公民的人均医疗卫生花费为世界第一，比人均花费第二多的挪威高出了约 53%。由于投入了大量资源维持其医疗卫生体系的运行，美国的医疗条件较好，医生整体的水平素养较高，在一些疾病治疗上有丰富的经验，例如癌症患者生存率很高。

2017 年，美国的医疗卫生支出占其 GDP 的 18% 左右，近两年可能会超过 20%，这一比例远远高于英国、法国、加拿大等国 10% 左右的数据，而中国只有 6%，相当于美国上世纪后半叶的水平。不同社会的人口老龄化差别是导致这种数字差异的原因，居民医疗卫生的花费主要用于老年人治疗重病，而年轻人很少生重病。

- **联邦与地方相互独立，公立与私立相互交叉**

美国各州的医疗卫生体系是与联邦体系相互独立的，新冠肺炎疫情防控是以各州为主导力量。美国联邦政府的卫生部负责管理医疗卫生体系，研发医用药品，支付医疗保险。美国医疗卫生服务体系的权力分配给联邦各州及各地区政府，各州政府有权管理自身的公共卫生体系，支付大量医疗费用；各州制定政策，帮助没有能力缴纳医疗保险的贫困人口进行医疗。美国各州的卫生局及其下属机构同样负责管理公共卫生，但这里指的公共卫生包含很多要素，如空气质量、污水处理、传染病与急救、食品垃圾、枪支弹药、葬礼墓地等，疾控只是公共卫生的一部分。美国各州相互独立防控疫情的方式利弊共存，便利之处在于各州可以根据自身情况制定相应的防控措施，但同时各州之间缺乏有效合作，不利于形成疫情防控的合力。

美国联邦政府与州政府之间存在分权关系，联邦政府在疫情管控中难以面面俱到。湖北地区疫情最严重的时候，呼吸机等医疗设备告急，中国政府迅速从各省市调配资源支援湖北。这种情况在美国并没有出现：各州都在抢呼吸机，出价越高，抢到呼吸机的概率越大。最后的结果通常是，呼吸机因供需关系被炒到很高价格，许多州因此买不到。然而，各州政府也不会向联邦政府寻求帮助，因为在联邦与地方分权的体制下，联邦政府已经将一定权力下放至州政府，联邦政府与地方州政府各司其职，因此联邦政府并没有为各州制定相关预算，也就没有能力向各州提供帮助。

除了官方的医疗机构和部门，美国还存在大量的社会及行业组织，对医疗卫生机构的运行进行有效监管。其中，美

国医学学会对其会员进行组织监管；各个医学专业的学术组织也会对各自的会员进行监管和评级；美国社会非官方的评级机构会对各个医院的等级、综合性、是否符合标准进行考察与评定。

美国医疗卫生体系以私人医疗保险为主。美国医疗保险很大一部分由私人支付，即个人支付一部分医疗保险，所在单位支付一部分。美国各州政府和联邦政府收到钱之后，会购买一些公共卫生与医疗服务，以及将资金投入疫苗研发等科研方面。与中国政府主导的公立医疗卫生服务体系不同，美国除了公立的医疗保险机构，一些医院或独立职业者也会提供有偿的私人医疗服务。美国公立医疗机构的资金约 48% 来自于国家拨款或税收，约 40% 来源于个人医疗保险缴纳，自掏腰包的资金约 12%，所以公立机构资金来源的公私比各占一半。

• 美国的基层医疗、专科医师、医院与医药

美国的基层医疗服务较为发达，从事基层医疗的医师人数约占美国医生总数的 1/3。从事基层医疗的医师大多为自由职业者，他们大多几个人共同开设一个小诊所，为有需要的居民提供有偿医疗服务，服务费用由居民的医疗保险支付。从事基层医疗的医生必须拥有职业资格证，大部分岗位还有学历要求，最高要求获得医学博士学位。在英国、法国、意大利等国，患者没有随意选择医生看病的权利，只能找指定的医生看病，而美国患者在多数情况下是有权利选择医师的。

美国的专科医师既有一部分人在大医院工作，也有一部分医师在基层工作。中国的专科医生大多在大医院工作，如

果居民去社区卫生服务中心看病，能挂号的选择很少，可能只有内科、外科、中医几个泛泛的种类，而美国基层医疗可选择的医师种类则更多。美国专科医生收入高于基层医师，但工作更辛苦，他们的工作多是主刀手术或治疗住院病人。专科医师在病情严重的病人身上花费的时间更多，收取的费用也可能更高。

美国的医院属于非盈利性机构，以服务社会而非赚钱为目的，医院拥有齐全的硬件设施与优良的治疗能力。美国医院的规模虽没有中国医院的大，但少有床位紧张的现象。按照投资主体来看，美国的医院虽为私人投资，却属于非盈利性机构。例如美国的一些教会从其教众中获取资金建立医院，目的是为了服务社会而非盈利，美国公立医院的数量相比于之前急剧减少。统计数据显示，美国的医药花费在医疗服务花销中所占比重较小，只有约 10%左右，而支付给医生的钱则超过了 15%，病人住院的花销则达到了 33%左右。中国的医疗体系实行“以药养医”，即通过药物价格的差价来补贴医生的工资收入，美国则没有这种制度。在美国的医疗体系中，政府投入了很多资金，保障医师能得到丰厚的收入，不需要通过药物价格来补贴。美国的医师收入水平名列世界前茅，拥有医学博士学位的普通专科医师的年收入能达到 15-20 万美元，随着执资格证年限的增加，医师的收入还会持续增长；优秀的专科医师，例如治疗癌症的医生、麻醉医师以及手术主刀医生的工资收入更为可观。美国的药物价格并不便宜，因为美国的制药厂要考虑收回成本的问题。对比美国，加拿大的情况则有所不同，加拿大政府采取批量采购

的方式，以优惠价格购买大量药品，再以较低的价格出售。但美国政府并不鼓励以此种计划经济的方式采购、出售药物，而是将采购与出售药物的环节交予医院和医疗保险，避免政府权力过大，因而经常会出现同种药物在加拿大的售价低于在美国的售价的情况。

• 美国疾控中心的任务和职责

美国疾控部门有两个重要任务：保护人民健康，护卫国家安全。美国疾控中心实行的是7天/24小时连续工作制，从健康、安保、人身安全等方面全天候全方位保护美国民众。无论疾病来自于美国本土还是国外，无论是慢性病还是急性病，无论疾病属于可治疗还是可预防阶段，美国疾控部门都要与之战斗，以此保障居民健康和社区安全。美国疾控部门还会进行科学研究，发表高质量的医学文章，提供医疗健康的信息。例如在美国疾控中心的网站上显示了很多信息，其中就包括许多关于新冠肺炎疫情的信息，以及关于各类疫苗接种的信息。美国疾控中心希望通过信息公示以及疫苗接种的方式来保护国民应对健康危险，保卫国家免遭重大疾病威胁。

作为美国疫情防控的重要部门，美国疾控心理应发挥主导作用，但出于多种原因，美国疾控中心在疫情防控中出现了许多失误。美国的疾控部门是政府下属部门，其工作受到联邦政府管辖。由于美国疾控中心起初没有对新冠肺炎足够重视，没有做好一些病例的控制工作，加之特朗普总统出于政治考虑没有听从一些疾控专家的建议，所以在疫情防控过程中出现了许多失误。需要注意的是，美国疾控中心的一

项职责是检测和防控新发疾病，而当今年 1 月在其他国家出现新冠肺炎疫情时，美国疾控中心就应有所准备。然而，当疫情蔓延至美国，且因感染新冠肺炎而死亡的居民数量暴涨时，疾控中心依然没有做出正确应对，这属于失职行为。

美国疾控中心的职责除了预防和检测新发疾病，还包括解决重大致死疾病的威胁问题，进行技术研发、培养技术人才，监测疾病等职能。当前，新冠肺炎已造成美国超过 10 万人死亡，且这一数字还在激增，疾控中心有责任对此重大的疾病进行管控。此外，作为科研机构，疾控中心会经常性地进行治疗方案等等；疾控中心还会培养大量具有专业知识技能的公共卫生方面的人才；向居民宣传健康的生活方式，使居民改变抽烟饮酒等不良生活习惯。

• 新冠肺炎为何在美国大肆传播？

当世界其他国家出现新冠肺炎疫情时，美国有充足的时间进行预防应对，但由于其医疗卫生体系的特点以及意识形态的原因，美国频频出错：政府没有足够重视，不建议民众佩戴口罩，甚至不建议医护人员佩戴口罩；后来政府戏剧性地建议民众戴围巾或用手帕捂住口鼻，这显然是没有正确认识到病毒的危险性而掉以轻心的表现。

新冠肺炎在美国迅速蔓延的原因有以下几点：首先是没有及时切断与境外的联系，境外输入病例急剧增加。纽约州州长安德鲁·科莫在新闻发布会上曾表示，美国在 2 月初就已与中国断航，几乎没有中国人在此后进入美国，但没有预料到的是，大多数的新冠肺炎患者却是从欧洲返回美国的。

美国是世界上重要的航空大国，美国游客乘坐飞机出国旅行的频率非常高；美国也是世界上重要的航空中转国之一，在疫情已然蔓延的情况下，美国政府却依然没有控制出境与入境的人流量，造成了人口的大量流动，境外输入病例暴涨，其中欧洲输入的病例占到大多数。

其次，美国没有及时限制人员的大型聚会。在 2、3 月时，疫情已经在世界各地蔓延，一些国家已经出台了相应的措施来应对聚集性感染的问题，例如中国实行了封城、封小区、不聚会等政策，严格限制大规模的人口流动，避免人员的密切接触。中国政府的举措有效降低了大规模感染的风险，而此时的美国联邦政府却没有控制大型人员聚集，众多已经感染新冠肺炎而不自知的人员仍参加大型聚会，其余的参加人员缺乏防护意识，没有佩戴口罩，加快了感染的速度。

第三，美国政府对高风险工作区以及人口密集区的管控措施考虑不周。新冠肺炎在武汉爆发之际，正值中国春节假期，出于避免疫情扩散的考虑，中国政府决定延长春节假期，推迟复工复产。在具体的措施方面，中国政府明令各地延期开学，采用网上授课的方式进行线上教学；呼吁减少人员聚集的线下会议，利用网络开展远程云会议；在已经复工复产的单位推行分餐制，工作人员密切接触时须时刻佩戴口罩。一系列措施有效遏制了病毒在中国的大肆传播。反观美国联邦政府，政客出于重视自由主义的文化传统没有实行封城政策，而在日常工作生活中，也没有考虑人员密切接触会造成病毒大量传染的隐患，缺乏必要的防控手段。成百上千人在缺少必要防控的情形下，在同一个环境里工作，在同一个餐

厅里用餐，病毒在人口密集区域的传播速度更快，危险性更高。

最后，疫情爆发之初试剂检测没有普及，检测试剂短缺等情况制约了美国对新冠肺炎疫情的研判和管控。由于美国联邦政府没有授权公共卫生机构和医院的实验室进行检测，只有疾控中心才能进行检测，同时因检测试剂盒短缺，检测人员会考虑疑似病例的年龄大小、病情轻重等因素，决定是否对其发放检测试剂，所以美国最初的试剂检测范围很小。此外，在进行检测时还出现了其他一些问题，如检测技术有待提高，付费时公民与保险公司都希望对方来承担检测费用，互相推诿。反观中国，由于改进了检测方式，采用混合样本检测，即先进行多人检测，若无感染情况则多人安全，若有感染情况再单独进行个人检测，此种检测方法既提高了检测效率，又可以确保检测结果的准确性。

对于一系列配合检测的后续措施，美国政府也缺乏统筹考量。病毒检测后，一部分患者选择居家隔离，但政府缺乏对社区管控的规划，如没有设立健康码等大数据应用程序实时监控居民的健康状况，以此限制健康状况欠佳的居民的流动范围，加之美国民众追求个人主义自由，依然前往海滩等人流量较大的公共场所，认为政府无权干涉其外出自由，导致美国居民自我居家隔离效果很差。同时，很大一部分被感染的患者需要住院治疗，而美国政府没有针对患者大规模住院的可能情况准备预案。与此相对应，中国在吸取了疫情爆发前期医院床位不够的教训后，在一些规模较大的体育场所设立了方舱医院，确保每一位患者都有住院或隔离的条件，

并且将每一个疑似病例都纳入到监控管理的体系下。

• 奥巴马的医疗改革

美国没有实现医疗保险全覆盖，有超过 15%的公民没有医疗保险。这些人中有一部分富人有足够的钱看病，不需要医疗保险，另一部分是没有工资收入的穷人，没有能力缴纳医疗保险。奥巴马任总统时曾推行医疗保险改革，主要目标是实现医疗保险全民覆盖。奥巴马属于民主党，民主党领导人是希望朝着建立全民医保的方向努力的，美国前总统克林顿也曾尝试过。然而，在美国实现医疗保险全民覆盖面临不小的阻碍。

这种阻碍主要体现在美国民主党和共和党不同执政纲领的冲突，例如共和党希望保持“小政府”的角色，政府只充当国民经济发展的守夜人，不用过多干预民众的自由；民主党更多考虑的是保障人民福祉。奥巴马在推行医疗保险改革时附加了条款，强制美国公民缴纳医疗保险，否则会被罚款。此项条款遭到了很多州和社会团体的反对，反对者认为该条款侵害了公民的自由。不过，美国最高法院最终还是裁定奥巴马的改革条款符合宪法。特朗普任总统后，却想去除奥巴马医改的条款，尽管目前还没有行动，但如果他连任了，不排除在第二任期去除该条款。

医疗保险可以保障美国公民充分享受高质量的医疗卫生服务，但目前没有实现全民覆盖的美国医保正面临困局。美国医生的整体素质很高，基本都接受过高质量的医疗培训，美国医院的科研能力和医疗条件均位于世界前列。在美国无论是去找基层医师看病，还是去医院挂号诊疗，都会优先选

择医疗保险的支付方式，因此那些没有缴纳医疗保险或受经济条件限制而不愿花钱看病的美国公民，就难以享受到高质量的医疗服务。但同时一些没有缴纳医疗保险，选择自掏腰包看病的美国公民表示，实际的花销远高于医疗保险的支付数额，花费更高效果却不是特别好，这种情况也引发了很多人的不满情绪。

• 新冠肺炎疫情暴露出美国公共卫生、养老体系、经济方面等一系列问题

养老院人群聚集，缺乏严格的隔离方式，导致新冠肺炎的急剧扩散，这种情况在一段时间内很难改变。美国老年人在退休后会卖掉自己的房子，搬家去养老院居住，养老院有专门的护工来照顾生活不能自理的老年人。美国的养老机构大部分由私人开设，公立的很少。养老院与医院的性质不同，缺乏专业的隔离病房与医护人员，不是一个像医院一样的专业机构。老年人的抵抗力较差，如果养老院内有老人感染，很容易造成人群的聚集性传播。美国在本国疫情非常严重的情况下，没有足够的精力去考虑养老院人群感染的问题，分身乏术。一些报道显示，由于检测试剂短缺，很大一部分老年人临死前也没能进行病毒检测。美国的养老体系在此次新冠肺炎疫情中面临困局：一方面疏散难度大，由于老年人卖掉了房子，只能在养老院生活，子女无法照顾老年人，另一方面隔离检查资源不足，私人机构不可能像政府那样统一调配资源，对老年人进行隔离治疗。

美国在此次抗击疫情的过程中出现了医疗资源短缺的现象，这不仅暴露了美国公共卫生领域的不足，也反映出经

济方面的问题。美国本国生产不了口罩、呼吸机等医疗物资，只能依赖进口。口罩生产属于劳动力密集型产业，美国如果让本国工人自己生产口罩，则付给工人的工资远远高于从中国或其他国家进口的成本。但若没有必要的医疗物资储备，美国应对疫情又会面临很大困难。新冠肺炎疫情对美国未来的经济分工影响很大，在疫情稳定后，美国可能会调整其产业链布局，将一些重要的医疗防疫物资、生活用品转回本国生产，但回流到何种程度受到劳动生产率等因素的影响，有待观察。

美国的政治文化观念深刻影响了其疫情防控的效果。在中国、韩国、日本、新加坡等东方文化国家中，民众较为听从政府的倡议，服从政府的决策。居民大多能够自觉的戴好口罩，做好居家隔离，减少外出，这有利于遏制新冠肺炎疫情的大规模传播。而在美国、英国、意大利、西班牙等发达国家，政府发挥的作用有限，在疫情防控方面颁布的措施难以兼顾全局。同时，民众较为追求个人自由，特别是在佩戴口罩等于患病的文化观念影响下，民众对佩戴口罩较为抵触。此外，不重视保持适当的社交距离，个人居家隔离的效果较差，也造成了疫情的大规模传染。

发言结束后，方海教授与参加沙龙的师生就全球疫情发展趋势，美国与世卫组织的关系，政治因素对美国公共卫生体系的影响等问题进行交流探讨。北京大学区域与国别研究院院长钱乘旦教授对沙龙进行总结时表示，新冠肺炎的出现不仅会对整个社会的生态和世界格局造成很大影响，也会对人们生活的习惯带来重要的影响，尽管目前这些影响的后续

效果我们仍无法看到。此外，新冠肺炎也给了人们思考的机会，过去相当长的一段时期内人们形成的一些固有的观念、想法如今正受到严重冲击，比如关于小政府和大政府的问题，社会作用的问题等等，人们需要对这些问题进行重新思考。可以说，新冠疫情在人类历史的发展过程中是一个重大的转折点。

“新芽沙龙第 15 期”

公共卫生视野下的各国卫生体系第二讲：德国

2020 年 6 月 3 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。本期沙龙邀请到德国柏林全球卫生研究所所长 Ole Döring 教授介绍德国公共卫生体系，并就全球化趋势下的国际公共卫生体系完善及中德公共卫生合作等问题进行探讨。沙龙由北京大学公共卫生学院全球卫生学系主任郑志杰教授主持。

Ole Döring 教授首先介绍了德国在应对此次疫情时的表现。他认为，德国在此次新冠疫情中的表现相对不错，目前已较为成功地度过最严重的阶段。德国是欧洲领先的经济体，一些基本特征比如多元化要素相互支持，家庭、个人、社区、专业团体、协会都参与管理，成为了德国社会经济的基石。健康医疗是深深植根于社会经济结构中的，因此这些终端的、中层的结构非常重要。而法国是一个中央集中化的体系，法国医疗水平非常高，但信息沟通方式和德国很不一样。一个多元化的社会也是一样，我们把它放在总体法律框架这把大伞下，各种要素可以在其中进行非常好的互动。德国可能是欧洲唯一具有这种特点的国家，我们的技术、文化、创新的思路、民族都非常多元，其他的国家可能不太适用我们的这

套体制。

德国的信息多元性也是优势，可以把不同标准汇总起来，使最后的成果更好地应对不同类型的挑战。德国在数据监测和收集上有三个层面，一个是联邦层面，柏林的机构直接和卫生部相连，不仅收集相关数据，还会将不同州的数据进行进一步的整合。各州市当然也进行数据收集。社区层面，德国并没有统一的数据收集方式，报告方式和数据质量也不一样。目前我们认为仍需要由整个监管体制进行统一化或者标准化，但资金不足在社区层面是一个非常重大的问题。

欧盟间的人员自由流通对于德国疫情防控也产生了影响。他认为，目前为止，对于在部分国家间设定边界是否有助于控制疫情并不特别明确，因为过去对人员流动是没有监测的。意大利有很多老年群体，由于之前没有设立边界，很多感染者到达意大利后造成当地大规模的感染。实际上，从边界的角度思考控制疫情并不现实，不如从社区的角度思考更为合理。

Ole Döring 教授表示，通过介绍德国的卫生体系有助于理解德国在此次疫情中的应对和表现。德国的卫生体系实际上是德国社会保障体系中的一部分，德国的社会保障体系于19世纪兴起和发展，并通过多次改革不断得以完善。

与欧盟制定政策体系相似，德国社会保障体系展现出以下几点特质。首先，扎根于多样性管理（rooted in management of diversity），蕴含辅助性（subsidiarity）理念。由于内部的种族构成、政治制度、宗教文化等非常多元，需要更为综合的管理体系，以保证和平，防止战争，实现经济和社会稳定

发展。政策制定时虽然通常采取由上至下的方式，但通常让各个州掌握一定的自主权，同时认为政策应该交由专业人士制定。第二个特点是可持续发展（sustainability），主要目的是保证社会生产或社会福利。19世纪时内战频仍，制定政策体系时希望能够进一步推动国家的持续发展，除生产财富外还要求考虑人类更加长远的发展问题。第三个特点是团结（solidarity），即基于社会经济相互联系的角度来设计社会保障体系。它重视的不仅是对家庭成员或自身所在群体的关切，同时要求考虑整个社区乃至社会，希望能够实现不同宗教、文化以及国家之间的团结一致。第四个特点是启蒙与创业的互动（interaction of enlightenment and entrepreneuring）。德国在制定总体规划时重视创新、创业，同时关注自然科学及其与社会经济发展的紧密联系，这同样影响医疗领域。第五个特点是专业主义（professionalism）。医疗和健康领域长期以来都牢牢掌握在医生及医疗专业人员手中，他们是该领域的顶尖专家，需要对每一个病人进行良好的管理，要求能够代表人们的健康利益。第六个特点是遵循理性立法（rational legislation）和治理（governance）的基本原则。这套做法源于普鲁士时期，后来成为德意志的一套完整体系。此外，德国社会保障体系还受到工业化和社会文化改革的影响。19世纪，工业化引发了各种思想创新以及关于社会秩序和价值体系的新讨论。原先的政策体系在新时期受到挑战，难以解决大规模的贫困、不公正与社会失稳等问题。人们对于社会保障的迫切需要，家庭不断解体，工会支离破碎难以发挥作用在一定程度上也推动了社会保障体系的重构。

关于德国社会保障体系的历史和文化背景，Ole Döring 教授表示，19 世纪末的德意志帝国，健康服务原属于私营性质的活动，当时德国的非私营健康服务或是由教会出资支持，或是纳入大城市的市政服务当中。大城市的居民比较稠密，传染病更容易爆发，因此市民会敦促政府提供更多的健康服务。德国很早就从立法上实行了医药分家，1710 年，德国出现第一所大学附属医院。1794 年，普鲁士将所有医院收归国有，建立全新的医院体制。1803 年，教会不再被允许提供医疗救治，所有医生都要求具备执业执照，这一阶段的健康医疗服务实际上已由国家来提供。此后医疗健康改革加速，较为重要的措施包括重视职业健康和执行安全措施，这主要是基于当时工作场所出现较多重大事故，缺乏安全措施对其进行管控，也体现出普鲁士的理性思维模式。

随着法定的健康基金、事故基金及养老基金等制度相继建立，德国的保障体系日益完善，其中法定健康基金覆盖了 18% 的人口。截至 1885 年，已经有超过 1.8 万个疾病基金。基金开始是由工人缴纳每月工资的一部分构成，随后逐渐演变为工人和雇主共同缴纳一部分资金，以保证基金的长期发展。工业化发展使城市出现较多涉及健康的问题，贫困家庭数量较多，生活条件较差，容易患病。由于担心整个社会可能受影响，卫生保障体系逐渐开始覆盖这些贫困人群。此外，尽管未进行计划生育，很多家庭生育了很多孩子，但由于父母收入有限，不足以支持大家庭的发展，这些孩子有的夭折了，有的被送到国外寻找生存机会。基于人民福祉和工业化所需人力的考虑，德国以健全完善社会保障制度的目标出发，

成立了包括慈善协会、平等福利协会等几个协会对食品供应、母婴健康、贫困人口等进行社会援助。

文化背景方面，19 世纪的德国统一更多体现为一种思想、情感和共同经历的统一，是理想主义的，超越了具体的社会层面。德国社会保障体系也基于这一共享的语言、历史和文化基础，即认同我们是同一个种族、是一体的观念。德国二战后的宪法确定了最基本的人权，这种宪法理念实际上是人类思想的启蒙，包括责任、公平、团结等精神。基于宪法的相关承诺使人们有一种归属感，也催生了爱国的情感，使社会能够更好地发展。1871 年，德意志帝国通过叙事的方式管理国家的多样性，考虑到民族主义、科学主义、民本主义等多个方面，使人们有共同的归属感，能够让各个不同的阶层之间形成抽象的连接。德国的科学家也做出非常重要的贡献。罗伯特·科赫（Robert Koch）作为德国的医生和细菌学家曾指出：我们必须了解人类，人类是一个社会的实体，我们要了解社会，社会是人类自然的环境。这也提醒我们要采用一体化的、整体的原则来推进科学进一步的发展。纳粹时期，社会保障体系被意识形态化和工具化。由于这段历史，生态、团结、爱国主义、权威等概念很难得到后世的信任。当国家提出为保障健康应该如何行事时，人们心里是非常抵触的，比如说很多德国人会非常主动地去反对疫苗接种，认为疫苗接种是国家的一种控制手段。

Ole Döring 教授指出，有人认为，英国的医保体系和德国体系有非常多的相似点，这也是新自由主义改革导致的后果。但实际上，新自由主义摧毁了社会免疫系统。新自由主

义改革对英国影响更大一些，因为英国具有基于国家、自上而下的福利国家卫生体系理念。德国在组织自身的卫生体系方面是后来者，后发优势是起点比较高，我们掌握现有的知识，更加强调多元化。社会就像一个巨大的实验室，你可以在实验室当中将不同的经验经历进行比较。总体来说德国还有一个比较稳健的监管体系。然而，德国的社区健康提供者还有管理局人员急缺，由于私有化举措导致资金不足，没有办法按照自己的宗旨来提供服务。德国社会现在还是具有韧性，新自由主义改革也就搞了差不多 30 年，实际上还没有完全摧毁过去良好的体系，还有很多社会力量在发挥作用，实际上就是要把它调整到正轨上，来对抗新自由主义的改革。德英之间不能直接进行比较，新冠病毒的感染率、死亡率差别很大，政治在各国发挥的作用也不一样。默克尔总理应对疫情的方式更多是基于科学的、更加理性的理念，和英国首相采取的方式非常不一样。比较这两个国家不同的应对方式可能非常困难，目前不能完全收集到全部数据，从政策角度来讲其实还是要考虑到文化差异。

德国目前有 16 个州，州下面还有更小的行政区划，它们都掌握着包括健康方面的管辖权。除系统性的公共健康问题外，其余健康事务都靠每个州自身进行管理。这实际上又回到了开篇提到的分权或权力下放的概念，这种多元的综合管理方式像一把伞盖住了整个国家。曾有一段时间，德国卫生体系不断修正，不同的利益群体都想推动某种决策，这其中包括政客为满足自身利益推动某些变化，这实际上为新的医疗技术或服务病患利益提供了新的驱动力。当新情况出现

时，就会有人主张要有新的立法，这有时是好事，有时也是一件坏事，无论立法还是决策都需要充分理解其背后的理由。1990年两德统一，两个地区当时的卫生体系差异很大。东德是社会主义国家，医疗服务体系由国家提供，在某些公共健康领域相当成功。但两德统一后，它们过去成功的做法式微，西德体系进而引入东德，东德好的做法被彻底抛弃。德国的卫生体系在两德统一后主要有三个驱动力：第一，管理竞争的需要，这是因为医疗体系呈现多元化的特点；第二，提升效率，比如说要有创新性；第三，保障产品和服务质量。

Ole Döring 教授进一步阐述了德国现有社会保障体系的基本特点和主要原则。

首先是权力下放，即将管理的权限自上而下地放开。这意味着要进行自我管理，一些专业团体和协会可以在很大程度上对政府决策及健康治理问题发挥影响。它们和国家是互相独立的，可以按照某个州的程序自己组织和运行。权力下放的目的是将管理和决策权尽可能地交由专业人士和基层组织来完成。第二个特点是团结。总体看，德国体系的成功率较高，死亡率和患病率相较以前有极大改善，2020年的预期寿命为80岁左右，疾病基金覆盖率达90%，医保缴费率为15%。德国是基于团结概念建立起的保险制度和医疗体系，大部分公民是强制性的保险购买者，国家自动从其工资里强制性地扣除保险费用，雇主也要共同支付。有趣的是，当某个成员购买保险后，其家庭成员将自动得到保障。第三个特点是强有力的立法。

在具体治理方面，联邦政府和各州政府都有卫生管理局

负责公共卫生。其中联邦卫生部主要的执行机构是罗伯特·科赫研究所，它相当于德国的疾控中心，主要管理传染病的防控，目前负责牵头管理新冠病毒防控。联邦联合委员会是一个非常重要的组织，专业的、私人的、社会的、州的各方面与卫生相关的主体都可以参与进来，在这个委员会内部提出合作建议或出台政策，这也是德国权力下放的具体表现形式。同时，一些州的科学研究机构乃至一些私营企业也提供质控保证服务。德国有 800 多个疾病基金，各自有负责运营的相关实体，整体的缴费情况也有所差异。联邦层面的中央联邦疾病基金协会对不同的疾病基金或者保险进行总体协调。

德国社会健康保险有以下几个结构性原则。第一是团结辅助，如此前所述。第二是社会福利，患者可以直接得到治疗，不用预先付款，整体的费用在治疗后再进行计算。第三是雇主和雇员共同缴费。此外，德国的社会保险以自我管理为主，呈现多元化特点。德国的法定医疗保险制度更多体现为基金而非保险。

德国的医疗资源也存在地区性差异。北方、西北部分地区医疗机构相对缺乏，目前正在建立更多的医学院，医学院的学生每年大约有 3000 名。德国护士需求量非常大，目前还有较大的缺口。德国希望在全世界范围内寻求有能力的护士到该国从事医护服务，目前已有许多中国护士来到德国就业，但要彻底解决这个问题可能还需很长的时间。医生结构方面，很多医生都接受过十年左右的学习或者训练，在四到六年基础学习训练后，会在某个领域进行更专业的学习。部

分医生是私人执业，拥有自己的诊所。患者就医的模式也在进一步改变，德国正在尝试出台电子就医卡，收集不同患者就医的数据。不过人们也存在一些顾虑，主要是担心个人信息数据安全。

德国卫生体系的一个特点是非常关注劳动群体，不仅关注其安全问题，还包括劳动力整体的健康问题，比如工人的时间管理问题。关于身体功能性的观念也有一定转变，过去人们关注身体功能运转本身，现在还关注心理健康等问题，采取了更为整合的、全面的角度来看待健康问题。在多元化、多样性方面，由于不同主体有不同想法，德国需要询问自身的标准、未来所走的方向应该是什么，以进一步地探讨健康的边界问题。

对于德国未来应打造怎样的社会保障体系，Ole Döring教授认为，职业化是一个非常明确的概念，这直接塑造了德国的卫生体系。19世纪，传统医疗体系建立在医生作为一个自营职业、独立的、具有道德承诺的基础上，类似的支持公众监督和医患关系的系统已经在社会上深深扎根，有助于构建普遍信任和更高的健康水平。最近的政策模式引入了国家主导的医疗企业，形成了公私性质的医疗服务竞相争夺消费者市场份额和资源的模式。然而，由于管理疾病而不是保障健康更有经济利益可图，这也导致预防医疗方面或在健康投资方面只有投资而无法获得收益。

Ole Döring教授表示，德国社会保障体系仍存在一些问题。首先是系统性的不一致。德国虽然有强制性的私人保险和共同健康基金，但实际上10%的最富裕人群并没有在共同

基金中出资。政府目前面临较大的经济压力，资金池里的钱越来越少，而共同健康基金又要投入公共诊疗，公共诊疗是有股东参与的，股东最后能够分到利润。这显示出健康医保当中缺乏一致性的问题，实际上会导致公民对医疗健康系统丧失信任。此外还存在基础设施欠缺、护理人员不足、信息组织与流动不畅、后勤物流效率低等问题。德国国内缺乏明确的公共卫生标准和鼓励健康行为的措施。德国是欧盟中唯一允许在公共场所做烟草广告的国家，很多烟草广告在社会上大肆传播，不负责任地进行宣传。尽管在慈善、福利、教会等方面，德国有充满激情的基层活动，但联邦政府并未给予任何支持，社区的保健资金和人力资源非常不足。

另外，德国还需进一步提升在新技术应用方面的力度。在德国内部有不同文化的区分，年轻人和老一辈的德国人对这些问题看法不同。年轻的德国人具有开放的思维，对于使用先进技术大多持积极态度。不过，在德国还有很多人对前沿技术持保留意见，他们非常保守，质疑这些技术是由谁控制，信息最后掌握在谁手中，关注个人的数据隐私由谁保护等问题。整体上看，德国有各种各样的新技术，在基因筛查等技术领域处于先进，但并没有大规模推进应用，因为观念认知在不同文化中存在差异，德国很难向市场解释这一点。这些技术当然有它的用途，但是大家对它持有保守的看法，认为其中存在隐含的风险。

Ole Döring 教授最后指出，中德这两个强大的国家在全球范围内掌握着促进健康合作的有益途径。比如说联合国可持续发展目标里有将健康融入所有政策的原则，中德可以根

据世界卫生组织的一些整体定义在预防治疗、卫生保健等方面展开合作，同时注意信息的健全、心理的健康、儿童的保障等问题。

发言结束后，Ole Döring 教授与参加沙龙的师生就欧洲疫情发展趋势，德国家庭医生制度的发展等问题进行了交流探讨。北京大学公共卫生学院全球卫生学系主任郑志杰教授在总结时首先感谢 Ole Döring 教授的精彩讲座，他表示，网络技术给疫情形势下的学术交流提供了便利，希望今后能和更多的国外学者以这种方式开展教学及其他学术交流，欢迎教授有机会来中国进行面对面的对话。