

澳大利亚医疗卫生体系中政府的事权与支出责任

于环

经过多年的发展，澳大利亚各级政府医疗卫生领域形成较为成熟的分工与协作格局，不同层级政府承担的事权不同，其支出责任亦是不同。本文着重分析澳大利亚医疗卫生体系政府事权与支出责任，以期找出对我国有益的发展经验。

澳大利亚三级医疗卫生服务体系

澳大利亚的医疗卫生服务体系属于三级结构，包括初级医疗卫生服务，次级医疗服务和医院服务，这三级服务的界限和范围较为清晰，在三级结构下又可分成更加细致的服务类别。可以通过表1对澳大利亚医疗卫生服务体系进行分析：

首先，从整体上看，初级医疗卫生服务包括两大块，即医疗和卫生，医疗强调对疾病的治疗，主要由全科诊所和全科医生提供，资金来源是政府融资的医疗照顾计划（澳大利亚的全民医疗保险制度），卫生方面包括疾病预防和健康促进服务，如传染病监测，免疫、筛查、禁烟、控酒、精神健康等。初级医疗卫生被称为是“整个医疗卫生体系的最前线”，除急诊外，澳大利亚民众首次就医的地点通常是初级医疗机构。

其次，次级医疗服务通常是指由专科医生或医院门诊提供的服务，与初级医疗卫生服务不同，患者通常不

能直接去专科医生处就诊，而必须通过全科医生的推荐。相对而言，他们从事的领域更为专业，分类也更加细化。麻醉科、精神病科、诊断放射科、急诊科以及专科妇产科是专科医生人数最多的五个专业。专科服务的筹资来源比较多样化，如联邦政府通过医疗照顾计划购买专科服务，州或领地政府在补贴医院的同时对专科服务进行补贴，个人可以自付或通过私人医疗保险计划购买服务。

再次，医院服务可分为两大类：住院服务和非住院服务。其中衡量住院服务的主要指标是住院次数和住院时间，非住院服务又可分为两个部分：急诊和门诊，公立医院是提供急诊服务的主要机构，大约占到急诊总量的93%。在医院的门诊，患者可接受的服务包括咨询、诊断、护理服务和辅助性医疗服务等，其中辅助型医疗服务和咨询服务占据了门诊服务的绝大部分。

在澳大利亚医疗卫生服务供给方面，政府的责任主要体现为直接提供服务和购买服务。政府直接提供服务主要体现在公立医院服务方面：州和领地政府建立医院，联邦政府对其进行补贴。在社区健康和公共卫生、牙科服务、医疗卫生管理与研究、其他医疗商品与服务等方面，采取了公私混合的供给模式，政府或者

直接提供服务或者购买服务。而在初级医疗服务、药品、次级医疗服务和私立医院等方面，供给方主要是私人部门，政府购买部分服务，特别是在初级医疗服务和次级医疗服务方面，政府购买占主要部分。在各级政府的责任划分方面，联邦政府的责任主要体现在初级医疗服务、次级医疗服务和部分药品服务方面，州和领地政府的责任主要体现在社区健康和公共卫生以及公立医院服务方面，即“联邦政府重初级医疗、地方政府重卫生和医院”。

各级政府在医疗卫生中的支出责任划分

（一）以政府为主体的医疗卫生支出模式。近年来，随着澳大利亚医疗卫生体系的日益庞大，医疗卫生支出及其占GDP的比重也在不断上升。1990—2016年间，澳大利亚政府和非政府医疗卫生支出绝对额都呈现上升态势，前者从191.1亿澳元升至1145.9亿澳元，后者从96.3亿澳元增至558.0亿澳元。在支出占比方面，政府医疗卫生支出占总支出的比重维持在65%—70%之间，而非政府医疗卫生支出占比为30%—35%，26年来二者的水平相对稳定，政府在医疗卫生体系中占据了绝对主体的地位。

（二）以联邦政府为责任主体的政

表 1 澳大利亚三级医疗服务体系构成

初级医疗服务和社区服务(医疗)	
全科医生服务	主要由私人全科医生服务, 还包括全科护士以及相关的医护人员。通常处理呼吸道、心血管和肌肤骨骼方面的问题, 以及一些非特殊性问题, 如一般性检查等, 该类服务由医疗照顾计划资助。
其他初级服务	包括一些私人诊所、医院和社区提供的服务, 这些服务也可以通过医疗照顾计划报销。
社区健康中心	通常包括一些专业学科或跨学科的医师, 服务于特定的社区 由州政府、地方健康服务组织或社区组织资助。
初级医疗服务协调与合作	2015 年 7 月 1 日澳大利亚在全国范围内建立 31 个初级医疗卫生网络组织对各个地区的初级医疗卫生服务进行整合, 从而提高初级医疗服务的可及性和公平性。
牙科服务	主要由一些私人牙科诊所提供服务 州政府为公共牙科健康项目提供资金来源, 主要面向老年人、残疾人、失业者等, 他们主要在社区诊所或医院牙科获取服务
药品服务	联邦政府还是目录内药品的主要购买者, 州 / 领地政府和地方政府不支付任何药品费用。 “皇家飞行医生服务” 通过现代通信手段提供远程紧急医疗服务, 并为偏远地区的患者提供交通补贴。
初级医疗卫生服务(卫生)	
传染病监测	澳大利亚传染病监测网络对传染病的监测、发作等进行协调, 执行相关政策, 培养该领域的人才等。
免疫	国家免疫项目为儿童、青少年和成人提供免费的免疫接种, 由全科医生提供服务, 地方政府和社区健康中心负责筹资。
筛查	主要负责乳腺癌、宫颈癌和肠癌方面的筛查, 由不同的国家项目支持。
禁烟、控酒和肥胖等方面的健康促进	澳大利亚国家疾病预防控制中心负责相关事宜, 每个州会根据实际情况建立相关项目, 非政府组织也在该领域有所作为。
精神健康	国家行动计划提供相关的早期干预、预防和促进服务等。
家庭计划	家庭计划组织提供相关的咨询服务、信息服务、早期干预和健康促进服务等。
次级医疗服务	
救护车服务	在澳大利亚有 6 个州或领地政府提供该项服务。
精神科服务	主要由全科医生、心理医生、社区中心精神科、精神病医院等机构提供。
酒精和药物治疗	由社区机构或非社区机构提供, 包括药物治疗、排毒、康复、教育和辅导等服务。
听力服务	包括听力评估和监测, 常规检查、提高听力和沟通技能等服务。
医院服务	
医院服务	2014—2015 年度, 澳大利亚的医院数量共有 1322 家, 其中包括 698 家公立医院和 624 家私立医院。

资料来源：WHO, Health Service Delivery Profile Australia 2012,
http://www.wpro.who.int/health_services/service_delivery_profile_australia.pdf.

府支付模式。具体到澳大利亚各级政府支出本身, 联邦政府的支出责任要大于地方政府。2001—2002 年, 联邦政府支出为 277.5 亿澳元, 占政府医疗卫生总支出的 65.4%, 其他层级政府支出为 146.6 亿澳元, 占政府医疗卫生总支出的 34.6%, 到 2015—2016 年, 联邦政府支出提高到 701.7 亿澳元, 但占比下降至 61.2%, 其他层级政府支出升至 444.2 亿澳元, 占比同期

升至 38.8%。总体来看, 联邦政府和其他层级政府支出的占比是相对稳定的, 前者为 60%—66%, 后者为 34%—40%。
从澳大利亚医疗卫生服务的种类出发来分析各级政府的支出责任, 可以得出: 首先, 在初级医疗卫生服务方面, 以 2015—2016 年数据为例, 联邦政府是初级医疗服务和药品服务的唯一购买方, 主要是通过国民医疗保

险制度购买, 地方政府不承担任何责任或在其他医疗服务中承担极少责任, 比如联邦政府承担了全部的 198.1 亿澳元初级医疗服务和药品服务支出。在牙科服务方面, 联邦政府承担了 67.4% 的责任, 而地方政府承担 22.6% 的责任, 整体来说, 政府在牙科服务方面承担了 30.8% 的支出责任, 主要购买方是私人部门。在社区健康和公共卫生方面, 地方政府承担主要

图1 1990-2016年澳大利亚医疗卫生体系中的政府支出和非政府支出构成(亿澳元, %)

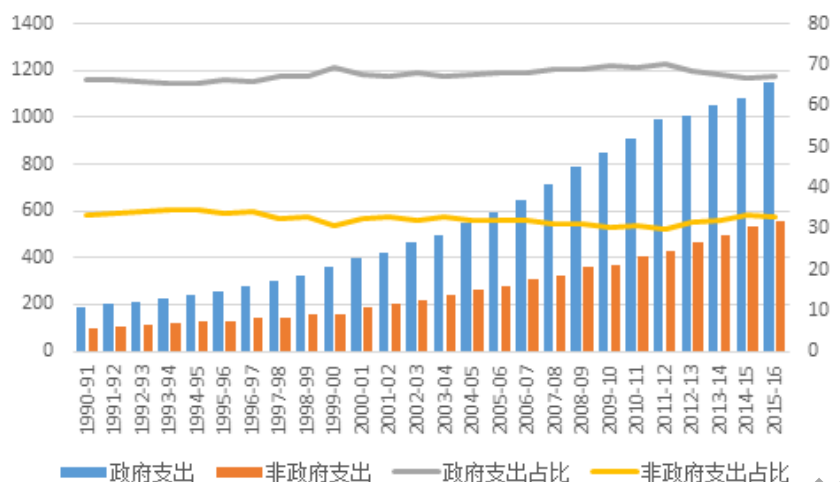
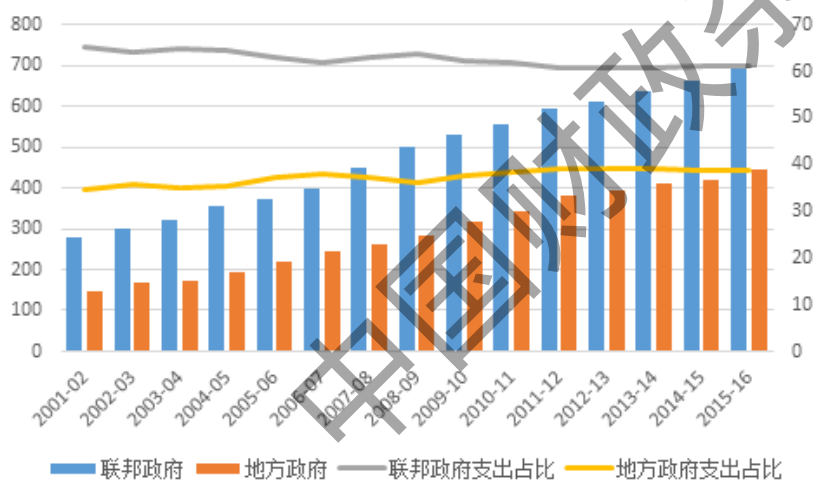


图2 2001-2016年澳大利亚政府医疗卫生中的联邦政府和地方政府支出(亿澳元, %)



的支出责任, 2014—2015年支出为82.4亿澳元, 联邦政府支出为21.9亿澳元。从整体来说, 在2015—2016年度初级医疗卫生服务政府支出中, 联邦政府承担了74.0%的责任, 其他层级政府承担26.0%的责任。其次, 在次级医疗服务方面, 联邦政府承担了所有支出。再次, 在医院服务方面, 地方政府是公立医院服务主要筹资方, 筹资占比为57.2%, 同时, 联邦政府还

通过补贴地方政府的方式购买公立医院服务, 当年支出为200.6亿澳元, 占公立医院服务总支出的42.8%, 此外, 联邦政府还是私立医院服务的主要购买者。从整体来说, 在2015—2016年度医院服务政府支出中, 联邦政府承担了46.4%的责任, 其他层级政府承担53.6%的责任。最后, 在其他服务方面, 如医疗相关的服务, 包括管理服务、患者交通服务等, 前者为联邦

政府占主导, 后者为其他层级政府占主导; 在医疗研究方面, 联邦政府是主要支持者, 而在医疗资产投入方面, 其他层级政府占主导地位。

(三) 联邦政府承担责任的方式和内容。联邦政府在医疗卫生支出方面主要包括五个方面: 第一, 联邦政府直接支出占总支出的比重超过50%, 在2015—2016年达到60.2%, 该部分支出主要通过医疗保险制度进行支付, 包括医疗照顾计划和药品福利计划; 第二是补贴地方的医疗卫生支出, 根据国民健康改革协议, 联邦政府需要对地方进行专项转移支付, 2015—2016年该部分支出占联邦政府医疗卫生总支出的比重为27.0%; 第三是联邦政府对私人医疗保险制度的税优政策, 1997年, 澳大利亚政府开始鼓励私人医疗保险发展, 私人医疗保险支出的增加并未带来非政府支出的上升, 主要是因为联邦政府对私人医疗保险的税优支出, 2015—2016年税优支出占联邦政府医疗卫生支出的比重为8.2%; 第四是老兵事务部的特别支出, 主要是为老兵及其家属支付的相关医疗产品和服务, 该部分的占比为4.5%; 第五是大额医疗支出返还, 当个人及其家属当年医疗支出超出一定金额时, 可申请部分支出返还, 2015—2016年该部分支出占比为0.1%。

在过去10年时间里, 联邦政府直接支出无论是绝对额还是所占比重都呈现逐步上升趋势, 分别从2005—2006年的255.3亿澳元和55.8%升至2015—2016年的422.4亿澳元和60.2%; 补贴地方支出亦是从2005—2006年的121.3亿澳元和26.5%升至2015—2016年的189.7亿澳元和27.0%, 但补贴地方支出的增

表 2 2015—2016 年澳大利亚各级政府在医疗卫生体系中的
筹资责任分工（百万澳元）

		联邦政府	地方政府	政府支出总计
初级医疗卫生服务	医疗服务	9925		9925
	牙科服务	1570	761	2331
	其他医疗服务	2050	5	2056
	社区健康	899	7035	7934
	公共卫生	1293	1206	2500
	药品	9884		9884
	总计	25621	9008	34629
次级医疗服务		13210		13210
医院服务	公立医院	20064	26819	46882
	私立医院	3973	819	4791
	总计	24036	27638	51674
其他医疗相关的服务		3127	3140	6267
医疗研究		4073	841	4914
资产投入		68	3790	3857
大额医疗支出返还		36		36
总计		70171	44416	114587

资料来源：Australian Institute of Health and Welfare, Health expenditure Australia 2015-16, Canberra, 2017, p44.

长速度要低于直接支出的增长速度；对私人医疗保险的税优支出稳步增加，但支出占比一直维持在8%左右，老兵事务部医疗卫生支出以及大额医疗支出返还支出都呈现一定的下降趋势。

（四）地方政府承担责任的方式和内容。从整体上看，澳大利亚地方政府在医疗卫生方面的支出可分为六部分，其中，地方政府补贴医院的支出所占的比重最大，为80%左右，特别是在补贴公立医院方面，其比重在过去10年里长期维持在66%—68%之间，社区健康和公共卫生支出是另一个主要的支出构成，维持在20%左右。有意思的是，交通服务支出在澳大利亚地方政府医疗卫生支出中也占据了6%左右的比重，且近年来占比不断上升，这与澳大利亚地广人稀的地理格局密切相关。

对我国的启示

（一）政府切实承担医疗卫生责任，降低个人医疗卫生支出。如前所述，在澳大利亚医疗卫生服务体系中，政府支出占全部支出的比重维持在65%—70%之间，政府承担了主要责任，这是符合医疗卫生发展逻辑的。首先，政府担责是保证医疗卫生资源有效配置的重要因素，在澳大利亚，初级医疗卫生支出是政府支出的重要组成部分，从而保证初级医疗卫生体系的“守门员”作用，并构建起高效的三级医疗卫生体系。其次，健康权是属于公民的基本权利，政府要予以保证，最直接的方式就是通过增加政府在医疗卫生体系方面的投入，降低个人支出占比。自2004年以来，澳大利亚医疗卫生支出中的个人支出占比一直维持在17%左右，而在我国，自改革开放

以来，个人医疗卫生支出占比经历了先升后降的过程，在2001年，个人支出占比一度高达60%，“看病贵”成为我国的一大难题。之后个人支出占比不断下降直至2016年的28.8%。总体来看，我国医疗卫生支出中的个人支出占比依旧较高。值得注意的是，澳大利亚的福利模式属于补救型福利，政府在福利提供中承担次要责任，但是在医疗卫生体系中政府却承担起主要责任，这也从另一个侧面说明政府担责对于医疗卫生服务体系的重要意义。

（二）发挥初级医疗卫生服务体系的作用，实现财政资源的有效配置。2016年，我国财政在医院方面的支出为2075.13亿，在基层医疗卫生机构和公共卫生方面的支出为2902.26亿，但是在服务提供方面，2016年医院诊疗人次增加1.9亿人次，基层医疗卫生机构诊疗人次仅增加0.32亿人次，同年乡镇卫生院和社区卫生服务中心（站）门诊量占门诊总量的比重比上年下降0.2个百分点。而在澳大利亚，2014—2015年间，政府在医院方面的支出为482.94亿澳元，在初级医疗卫生方面的支出为321.34亿澳元，但是在服务提供方面，当年去全科诊所就诊并通过医疗照顾计划（Medicaid）报销的就诊人次为1.39亿，2013—2014年度，医院提供的门诊服务仅为5500万人次。在这种资源配置条件下，澳大利亚取得了较好的医疗卫生效果，究其原因，主要在于强制性的、运行良好的初级医疗卫生体系。相对而言，初级医疗卫生服务作为整个医疗卫生体系的“守门员”，主要处理简单的病患问题，服务成本低，收益低，特别是在公共卫生方面，投入并不能立刻产生收益或收益较小，极少有私人部门愿意提供该服务。但初级医疗卫

生潜在的社会经济价值是巨大的,体现了较强的正外部性,是典型的公共产品,理应由政府提供。而在我国,首先,初级医疗卫生服务体系的运行面临诸多限制,医疗资源向大医院集中,患者对初级医疗卫生缺乏信任,从而导致“钱往下走,病人往上走”的困境;其次,并未真正建立起强制性的初级医疗首诊制,患者就医范围较广也成为“看病难”的主要原因。未来发展医疗卫生体系的一个突破口应该定位于初级医疗卫生服务,从而实现财政资源的合理配置。

(三)合理划分政府间的医疗卫生责任。在财政分权的背景下,必须要处理好不同层级政府在医疗卫生领域的分工与合作,发挥各级政府的优

势,从而推动医疗卫生体系的进一步发展。首先,中央政府更倾向于宏观调控,其主要职能在于保证国民的基本就医权利,如澳大利亚联邦政府制定医疗卫生发展计划,为国民购买初级医疗服务,更加偏重治疗性服务等。其次,地方政府在管理公共卫生、健康和疾病预防方面更加具有优势,比如在公共卫生方面,政府拨款通常以人头为补贴标准,地方政府在掌握人口变化方面更方便,特别是在澳大利亚这种地广人稀的国家,联邦政府对于地方健康和卫生的掌控情况更困难,从而将疾病预防、健康促进与公共卫生等方面的职责集中于地方政府,这对我国是具有借鉴意义的。

(四)强化政府购买医疗服务,维

持医疗卫生的公益性。如前所述,除了公立医院外,澳大利亚医疗卫生服务的主要供给方是私人部门,表现在初级医疗服务领域尤为明显,政府承担责任的方式是购买服务。这种做法有助于充分发挥政府与市场的活力,一方面政府通过承担支付责任来维持医疗卫生服务的公益性,另一方面通过竞争的市场机制提高医疗卫生服务的质量,优胜劣汰,优质的私人部门医疗服务成为政府购买的对象,同时避免了行政部门对服务供给方的过多干预,也避免了公立机构低效供给的问题,这对于我国未来政府购买医疗服务具有较好的借鉴意义。□

(作者单位:中国财政科学研究院)

责任编辑 张敏



“我眼中的改革开放四十年”摄影作品征稿启事

中国改革开放的四十年,是在中国共产党领导下中国人民创造了一个又一个历史奇迹的四十年。

四十年,风云激荡。从经济飞跃、制度创新到技术革命、产业崛起,中国开启了波澜壮阔、日新月异的发展篇章。

四十年,改天换地。从海天探索、江河工程到你我生活、衣食住行,中国每一个角落都发生着天翻地覆的变化。

四十年,砥砺前行。从南海岛礁上飘扬的五星红旗,到跨江越海的中国桥梁、高铁;从山区七村八寨里铺就的条条坦途,到高原边疆的朗朗书声。改革开放成果惠及千家万户,百姓有了更多获得感、幸福感、安全感。

四十年后的今天,中国特色社会主义已经进入新时代,开启新征程。为纪念改革开放四十周年,本刊“财政光影”栏目推出“我眼中的改革开放四十年”特别策划,现面向广大读者征集稿件。

征集主题:充分记录和展示改革开放四十年来中国社会发展成就的摄影作品。

形式要求:原创单幅图片或组图,配以简短文字说明。组图要求每组最少5幅。图片为JPEG格式,单张图片大小2M以上。(欢迎反映改革开放发展变化的老照片)

投稿方式:来稿请以电子邮件方式发至邮箱czyongheng@126.com,并标明作者姓名、通讯地址、联系方式。

投稿联系人:刘永恒

投稿联系电话:010—88227038

《中国财政》编辑中心