

Health at a Glance: OECD Indicators – 2005 Edition

Summary in Chinese

卫生概览：2005 年经济合作与发展组织指标

中文概要

概 要

经济合作与发展组织国家医疗系统的规模与重要性均在扩大。在保健和新药开发方面取得的进步促进了经济合作与发展组织国家最近几十年健康状况的改善。同时，保健开支越来越高，消耗着越来越多的国民收入。

健康显然比保健和医疗支出更重要。大量的证据表明，发达国家的人口健康更多地取决于社会经济和生活方式上决定性因素，而不仅在于提供保健服务本身。规划合理的公众健康计划可能促进疾病预防，并帮助缓解对保健系统造成的开支压力。健康的风险因素也在变化之中。例如，虽然过去几十年中很多经济合作与发展组织国家在降低烟草消费方面取得了显著的进步，但是所有经济合作与发展组织国家的肥胖比率均提高了，这是膳食习惯变化和久坐少动生活方式带来的后果。

医疗概览 - 2005 年经济合作与发展组织指标提供了有关医疗系统状况的不同方面，并且可比较的最新数据指标。该出版物依据的是经济合作与发展组织 2005 年医疗数据，这是一个包含 1000 个以上与经济合作与发展组织各国医疗与保健系统有关的时间序列的综合数据库。本期即第三期医疗概览的重点内容不仅涉及到保健系统的资源与活动，而且还包含了更大数量与促进健康和疾病预防有关的指标。例如，关于健康状况的章节中包含更多关于儿童健康的信息，包括他们的牙齿健康。与风险因素有关的章节中包含的烟草消费、烈性酒消费以及超重肥胖的指标中又增加了与营养有关的指标。作为减少疾病发病和相关保健需求的预防性保健服务的例子，在儿童免疫指标

之外，又补充了关于老年人流行性感免疫覆盖率的指标。而且本期医疗概览中对医疗开支做了细分，用以说明不同经济合作与发展组织国家有组织的健康计划所发生的开支。

本出版物中提供了的确凿证据，用以说明 30 个经济合作与发展组织国家之间在健康状况、健康风险指标，以及费用、资源分配和医疗系统产出指标上存在的巨大差别。尽管已对很多指标按人口性别做了基本分类，但是大多数情况下该出版物未能按（次国家）区域、按社会经济群体或按种族进一步细化指标。因此，读者应注意，对于本出版物所示的很多指标而言，在一个国家之内或各国之间可能存在很大差别。

以下内容概要地论述了本出版物中有关医疗系统状况的若干主要结论。

经济合作与发展组织国家的健康状况已经显著改革

- 由于生活水平提高、生活方式改善和教育程度提高，并随着保健条件和医疗效果的改善，最近几十年经济合作与发展组织国家人口出生预期寿命大幅提高。平均而言，经济合作与发展组织各国人口出生时的预期寿命已经从 1960 年的 68.5 岁提高到 2003 年的 77.8 岁。2003 年日本人口整体预期寿命最高，为 81.8 岁，随后是冰岛、西班牙、瑞士、澳大利亚和瑞典（图表 1.1）。
- 各国之间和不同时期内预期寿命的差别可能受到大量非医疗和医疗因素的影响，但是很难估量它们的影响孰轻孰重。在经济合作与发展组织各国之间，通常国民收入越高相关联的出生预期寿命就越长，尽管在国民收入水平更高的情况下这种联系欠明显。即使人均收入相近的经济合作与发展组织国家之间在预期寿命上也存在明显差别。例如，日本和西班牙人口预期寿命就比仅根据人均国内生产总值预测的预期寿命要长，而美国和匈牙利的人口预期寿命则短于根据收入做出的预测（图表 1.3）
- 在过去几十年中经济合作与发展组织国家人口 65 岁预期寿命也大幅增长。2003 年，经济合作与发展组织各国人口 65 岁预期寿命女性平均为 19.3 岁，男性平均为 15.9 岁。这比 1970 年的 65 岁男女预期寿命均高 3 岁多。与出生预期寿命一样，2003 年日本人口 65 岁时平均预期寿命最长（图表 1.5）。预计在未来几十年 65 岁预期寿命会继续增长。经济合作与发展组织的分析预测是，2040 年经济合作与发展组织国家人口 65 岁预期寿命女性将平均达到 21.6 岁，男性平均达到 18.1 岁。
- 由于经济和社会条件的整体改善和产后保健服务的改善，包括儿童免疫条件的改善，所有经济合作与发展组织国家最近几十年在降低儿童死亡率方面已经取得了显著的进

步。1970 年以来，葡萄牙的儿童死亡率降低了 90% 多，从死亡率最高的国家变成了 2003 年儿童死亡率最低的欧洲国家之一。墨西哥、土耳其和其他一些南欧国家，例如意大利、西班牙和希腊的儿童死亡率也大幅度降低了。在经济合作与发展组织国家中冰岛、日本和一些北欧国家 2003 年儿童死亡率最低（图表 1.20）。

经济合作与发展组织国家面临着医疗开支扩大的问题

- 经济合作与发展组织国家在过去几十年中显著提高了人口寿命的同时，医疗费用也随着时间的推移而提高，而且多数国家医疗开支的增长速度快于经济整体增长速度。2003 年，经济合作与发展组织国家国内生产总值平均 8.8% 用于保健支出，高于 1990 年的 7.1%，而 1970 年刚过 5%。但是，各国之间的医疗支出在国内生产总值中的分配比例差别相当大，范围在美国的 15% 到捷克共和国和韩国低于 6% 之间。按 2003 年人均医疗支出在国内生产总值中所占的百分比，排在美国之后的支出最高的国家是瑞士和德国，分别占国内生产总值的 11.5% 和 11.1%（图表 3.7）。
- 医疗开支的增长可能归结于几个因素。通常人均国内生产总值较高的经济合作与发展组织国家趋向于人均保健支出更高（图表 3.10）。但是各国之间存在显著差别，这部分地反映了有关医疗系统的适当支出水平、不同的资金筹措方式和组织结构的政策不同和对额外医疗支出与其他物品和服务之间相对价值的不同理解。疾病的预防、诊断和治疗能力的提高是推动医疗成本提高的一个主要因素。一系列因素影响医疗新技术、新药的开发和推广，包括涉及到新设备、新医疗方法或新药的经费问题的决策过程。人口老龄化也促进了医疗支出的增长。所有经济合作与发展组织国家 65 岁或 65 岁以上人口百分比均提高了（图表 5.3），而且预期未来数年和数十年内会继续提高，特别“生育高峰”时代出生的一代人口进入老龄化之后（这一代人口的年龄将在 2010 年之后达到 65 岁）。因为老年人口医疗和长期保健需求常常更大，可以预期人口老龄化会促进这些领域的公共支出上升。

医疗开支造成了对公共开支的压力

- 在大多数经济合作与发展组织国家，公共财政负担的健康保险和公共财政直接负担保健经费占有主导地位。鉴于此，所有国家医疗开支的最大部分均来自公共资金，除美国、墨西哥和韩国例外（图表 3.17）。即使是私营部门在费用负担上发挥了特别大作用的美国，公共医疗支出仍占国内生产总值的 6.6%，与经济合作与发展组织平均水平相当。

- 在经济合作与发展组织国家的公共医疗开支增长方面，上个十年大致可以分为两个阶段。1992 年至 1997 年这段时间内公共医疗开支增长与经济增长速度相当甚至要慢一些，但是最近几年，所有经济合作与发展组织国家公共医疗开支迅速增长，超过了经济增长速度。在有些国家，例如英国和加拿大，最近公共医疗开支的增长反映了为缓解二十世纪九十年代中期的开支限制造成的需求压力而制定的审慎政策（图表 3.6）。
- 近几年药物支出迅速提高—1997 年以来平均每年增长 5% 以上—是推动医疗开支整体上升的一个重要因素。事实上，这个时期内大多数经济合作与发展组织国家药物开支增长均快于医疗开支的整体增长。美国和澳大利亚这个时期的药物开支增长速度是医疗开支整体增长的速度两倍以上。爱尔兰和韩国也出现了显著增长，尽管增长初期的人均基数相对低一些。日本的增长速度要适中得多（图表 3.16）。
- 在经济合作与发展组织各国平均水平上，60% 的药物支出由公共财政负担，余下部分基本上是现金支付，更少的一部分来自私人保险。但是，这个平均数掩盖了公共开支的巨大差别。公共开支负担比例低的是墨西哥和美国，分别为 11% 和 21%，比例高的是爱尔兰，为 86%。差别巨大的原因之一是国民健康计划和公共资助的保险如何甚至是否包括药物支出（表 3.11）。
- 2003 年，美国人均药物支出最高（人均超过 700 美元），随后是法国（刚好超过 600 美元）、加拿大和意大利（约 500 美元）。墨西哥和土耳其的人均支出最低，刚过 100 美元。各国之间药物支出的差别反映了用药量、消费结构和价格水平的差别。各国之间收入水平的差别也影响药物支出（图表 3.14）

卫生保健资源短缺可能在某些国家引起问题

- 医生的明显短缺在很多国家都是一个严重问题。执业医生的数量、分布和结构受到多种因素的影响，包括对医疗职业准入施加的限制规定、对专科的选择、医生报酬和工作条件的其他方面以及移民。经济合作与发展组织国家之间 2003 年人均执业医生数量存在很大差别。数量较高的是意大利和希腊每千人 4 名以上医生，较低的是土耳其、墨西哥和韩国每千人少于 2 名医生。人均执业医生人数较低的国家还有日本、加拿大、英国和新西兰。这几个国家传统上对医科院校的招生数量是有限制的。
- 某些国家医生群体中外国培训的医生占有很大比例。2002 年，在英语国家，例如新西兰、英国、美国和加拿大，外国培训的医生在所有执业医生中的比例超过 20%。另一方面，外国培训的医生在日本、奥地利和法国的比例则低得多（图表 2.4）。在移民接

收国家，国际移民能够提高劳动力市场上医生和其他卫生职业人力资源的灵活性。但是，当存在从低收入向高收入国家的人员长期净流动时，国际移民也会引起人们对“人材流失”的严重忧虑。

- 在第三期医疗概览 - 2005 年经济合作与发展组织指标中提供了关于**医生报酬**的新数据。这些数据涉及到普通从业者和专科医生（按被雇用和自我雇用分列）。与平均国民收入对比，各国之间在医生收入上存在相当大的差别。例如，荷兰、美国、比利时和加拿大的自我雇用专科医生收入相对高一些。但是，匈牙利、捷克共和国（不论被雇用还是自我雇用）专科医生的收入与平均国民收入相对，要比其他国家的医生收入少一些（图表 2.9）。
- 很多经济合作与发展组织国家也反映存在护士短缺问题。就医生而言，经济合作与发展组织各国的护士数量差别非常大，尽管由于数据可能代表不同类型的护士导致数据的可比性有限。爱尔兰、冰岛和荷兰的人均护士人数最多，2003 年每千人口的护士人数超过 13 位。比例较低的国家中，土耳其、韩国、墨西哥和希腊每千人口的护士人数少于 4 位（图表 2.5）。再看看长期趋势，1990 年至 2003 年之间，大多数国家的人均护士数量至少略有增加，但是在澳大利亚、加拿大、新西兰和波兰是下降的（图表 2.6）。
- 可用的**护士报酬**相关数据只涉及到医院薪金护士。根据十几个国家的数据，与人均国内生产总值相比，葡萄牙护士的相对收入最高，其后是澳大利亚和新西兰。护士相对收入最低的国家是捷克共和国、匈牙利以及挪威（图表 2.11）。
- 某些国家缺少能够保证及时利用最新技术的诊断或治疗设备，这也是令人忧虑的。在过去十年中，所有经济合作与发展组织国家均提高了诊断设备的拥有量，例如 CT 和核磁共振仪。核磁共振是一项比 CT 更新的技术，1990 年以来核磁共振仪数量提高特别快（表 2.8）。尽管如此，各国在医疗技术的推广上还存在很大差别。日本报告的人均 CT 和核磁共振仪数量最高。相反，人均核磁共振仪数量最小的国家是墨西哥，随后是波兰、斯洛伐克共和国和捷克共和国（图表 2.13 和 2.14），考虑到这些设备开支巨大，这也就不足为奇。

加强对预防的重视可能为进一步提高健康水平提供机会，同时还可以降低对保健系统的压力。

- 因为过度重视“对病患者的照顾”和病症治疗，但疾病预防上投入不足，保健系统有时会受到批评。事实上，经济合作与发展组织国家平均只有 3% 的医疗开支花费到预防和公共健康计划上（图表 3.12）。
- 儿童免疫是降低儿童患病和死亡率的最有效预防措施。大约三分之二的经济合作与发展组织国家已经实现了 95% 以上 DTP（白喉、破伤风、百日咳）疫苗接种覆盖，这是人口普遍免疫要求达到的水平。就麻疹而言，大约半数经济合作与发展组织国家也报告了相同的疫苗接种范围。根据人均国内生产总值衡量，一些更富裕的经济合作与发展组织国家，例如爱尔兰、挪威和奥地利报告的白喉和麻疹的免疫覆盖范围低于平均水平（图表 2.21）。
- 在过去十年中经济合作与发展组织国家老年人口流行性感冒（或流感）的免疫变得越来越普遍，这是在严重流感并发症高风险人口群体中预防疾病、减少住院治疗和降低死亡率的一个途径。2003 年，老年人口流感疫苗接种率的差别在捷克共和国、斯洛伐克共和国和匈牙利低于 40% 到澳大利亚、和荷兰超过 75% 之间。在大多数七国集团国家流感疫苗接种率也超过 60%，但是德国和日本例外。这两个国家 2003 老年人口流行性感冒疫苗接种率低于 50%（图表 2.23）

健康风险因素处在变化之中

- 在过去的 20 年中，很多经济合作与发展组织国家在降低烟草消费量方面取得了显著进步，尽管吸烟仍然是早死的首要原因。烟草消费下降主要归因于以降低烟草消费为目标的政策。这些政策通过提高公众意识、广告禁止和加大税赋来降低烟草消费。在澳大利亚、加拿大、瑞典和美国，成年人中天天吸烟人口的比率已经从二十世纪七十年代末期的 30% 以上降低于目前的低于 20%。目前在该比率较高的希腊、匈牙利和卢森堡，天天吸烟的成年人保持在 33% 以上（图表 4.1）。
- 在过去 20 年中，很多经济合作与发展组织国家成年人人均烈性酒消费量也在逐渐下降。广告控制、销售限制和税收已被证明是降低烈性酒消费量的有效措施。在传统葡萄酒生产国，例如意大利和法国，1980 年以来人均烈性酒消费量大幅度降低，但是爱尔兰人均烈性酒消费量提高了 40% 以上（图表 4.6、4.7）。

- 在很多经济合作与发展组织国家，儿童和成年人超重和肥胖比率的提高已经迅速变成一个重大公共健康关注问题。众所周知，肥胖是导致几种健康问题的危险因素，包括高血压、高胆固醇、糖尿病、心血管疾病、哮喘、关节炎和几种癌症。在美国、墨西哥、英国、澳大利亚、斯洛伐克共和国、希腊、新西兰、匈牙利、卢森堡和捷克共和国共十个经济合作与发展组织国家中超过 50% 的成年人目前或超重或肥胖（表 4.6）。
- 重点分析一下肥胖症（能够比一般的超重导致更大的健康风险），成年人口肥胖症流行比例较低的是日本和韩国，为 3%，较高是美国，为 31%。但是，应该注意的是，大多数国家对超重和肥胖症比例的估算是以自我报告数据为依据，但是美国、澳大利亚、新西兰和英国则不然，这些国家是以人们身高和体重的实际测量为依据进行估算。身高和体重的自我报告数据不如实际测量数据那样可靠，因为通常会低估体重。这意味着由于存在报告偏差，目前对肥胖率的估计在大多数经济合作与发展组织是低估了肥胖症的真正流行比率（图表 4.12、4.13）。
- 因为肥胖症牵涉到引起慢性疾病的高风险因素，因此与大量额外保健开支存在因果关系。美国得出的估计结果指出，与正常体重的人相比，肥胖者的保健服务费用要高 36%，药费要高 77%（Sturm, 2003）。从肥胖症的发作到出现相关健康问题，在时间上可能有几年的滞后，这暗示着大多数经济合作与发展组织国家过去二十年中肥胖症人口增多将意味着未来数额更大的保健开支。

© OECD 2005

本概要为经济合作与发展组织非正式翻译文本
允许复制本概要，但须注明版权属于经济合作与发展组织及原文出版物的标题。

多语种概要是经济合作与发展组织英文与法文原文出版物的摘录翻译文本。
经济合作与发展组织在线书店免费提供概要文本，网址为：www.oecd.org/bookshop/。

欲了解进一步信息，请与经济合作与发展组织公共事务与交流司版权与翻译科联系。

电子邮件：rights@oecd.org

传真：+33 (0)1 45 24 13 91

经济合作与发展组织版权与翻译科(PAC)

OECD Rights and Translation unit (PAC)

2, rue André-Pascal

75775 Paris cedex 16

France

请浏览经济合作与发展组织网站：www.oecd.org/rights/

