

挪威卫生服务体系研究报告

中国社科院社会政策研究中心 王晶 杨团¹

摘要：本文系对于挪威卫生服务体系进行实地考察后撰写的研究报告。从挪威医疗卫生体系的发展脉络入手，介绍挪威医疗卫生服务体系管理结构的变革，进而探讨什么形式、什么方向的医疗卫生服务体系改革才能较为有效地解决医疗卫生体系中普遍存在的焦点问题。

关键词：挪威卫生服务体系；初级卫生服务；专科卫生服务；精神卫生服务；卫生服务体系管理结构；卫生服务的市场激励

2008年10月20日，我们应挪威科技大学 Arnulf Kolstad 教授的邀请，赴挪威进行了为期半个月的卫生服务体系考察。分别在挪威首都奥斯陆、卑尔根和特隆海姆三个城市访谈了当地政府官员、大学教授、专科医院医生及初级卫生保健系统的全科医生，为我们了解挪威卫生服务体系提供了很好的一手资料，而后我们又通过文献资料将考察的印象明晰化。本文拟从挪威医疗卫生体系的发展脉络入手，介绍挪威医疗卫生服务体系管理结构的变革，进而探讨什么形式、什么方向的医疗卫生服务体系改革才能较为有效地解决医疗卫生体系中普遍存在的焦点问题。

一、挪威的基本概况



挪威地处欧洲最北部，2004年，挪威总人口为 4,577,000 人，国土面积为 324,000 平方公里，人口平均密度约为 14 人 /平方公里。由于山脉和海湾较多，交通并非很方便。（见下图）在西

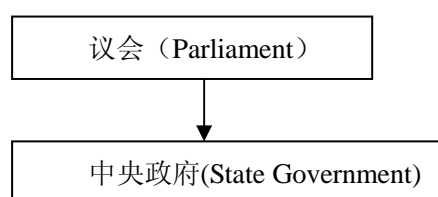
¹ 王晶，中国社科院社会学所实习研究员，杨团，中国社科院社会学所研究员。

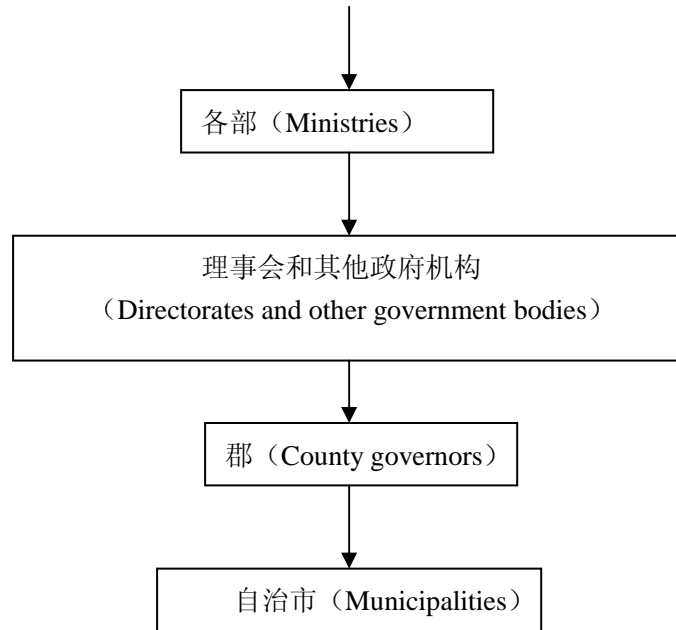
部和北部一些区域，须有船舶协助汽车才能抵达。还有，挪威南北气候差异较大，北部约有 1/3 的区域位于北极圈内。

在挪威，大约 3/4 的人口居住于城市地区，其中，奥斯陆、卑尔根、斯塔万格、特隆海姆四个城市地区的人口就占了 68%，其他 1/4 的人口分散居住在边远的农村地区。北部农村的 7 万多人居住在 4 万 8 千多平方公里的土地上，人口密度只有 1.5 人/平方公里。

在这样的地理和气候环境下，人口稀少和交通不便给医疗服务的可及性带来重要挑战。在许多地方，特别是北部和西部一些区域，人们必须经过数小时才能到全科医生处就诊或到初级卫生保健机构寻求服务，而专科医疗卫生服务更为困难，比如精神卫生服务，大约有 5% 的人口不能在当天及时获得诊治。

在政治环境上，挪威是议会制的君主立宪制国家，挪威议会负有制定法律、决定国家财政预算、管理政府工作和批准国际条约的责任。中央政府在挪威的政治体制中处于核心地位，既是社会服务的提供主体，也可通过一定的手段强力控制某些政治提案。中央政府在各部委设立独立的理事会，专事政策建议和法律、法规的监督与实施。郡和自治市是两级地方行政管理机构。郡的职能主要是修建和管理地方医院、学校和郡内的公路，自治市主要负责健康与社会服务、学前教育和初等教育、自治市建筑规划和文化管理。（见下图）





图二：挪威政治结构图

挪威的政治结构中，中央政府（Government）与郡（County）和自治市政府（Municipality）的关系至关重要，它影响着具体决策的制定程序和实施效果。挪威的地方自治是传统留下来的。早在 1830 年，挪威就设立了自治市政府（称为 Formannskapsloven），并通过选举设立了执行委员会，负责救济穷人、建筑房屋、维护地方道路和学校等地方事务。根据挪威的法律，国家议会可赋予自治市政府管理地方公共事务的权力，自然也可收回自治权力。不过，随着自治市政府在经济和政治上功能的逐渐强化，议会已经无力再收回自治权力。自治市政府开始向国家提出“就近民主”（Close democracy）或“社区民主”（Community democracy）的要求，在价值观上着重强调自由、参与和效率。国家尽管可以依据法律法规向自治市政府摊派一些任务，不过必须给予相应的财政补偿。最近若干年，挪威议会将权力下沉，

赋予了自治市政府更多的自治权，在财政转移上也采取了相应宽松的拨款模式（从指定用途的拨款转向一般拨款），推动自治市政府逐步承担起更多的社会职能。

挪威的郡作为一级行政单位，自 1960 年以来就存在，它是中央政府在地方设立的一个区域性公共管理部门，与自治市政府没有行政隶属关系。郡参议会（County Council）于 1976 年才正式设立。郡的经济依赖于中央政府的财政拨款，除一般管理外，主要的社会功能是承担医院和中等教育的公共服务。近几年，郡政府的政治地位受到越来越大的质疑。这是因为一方面郡政府承担的工作既可上升到国家层面，也可下落到自治市政府层面，而部分工作下落到自治市层面操作更有效率；另一方面，挪威人对郡政府的认同远不及对中央政府和自治市政府那样普遍。在医疗卫生领域，初级医疗卫生和社会服务的管理已经下沉到了自治市政府层面。医院的管理原来属于郡政府一级，但自 2002 年医院改革以后，医院的管理权从郡政府上升到了国家层面。因此郡政府在挪威的地位越来越边缘化。

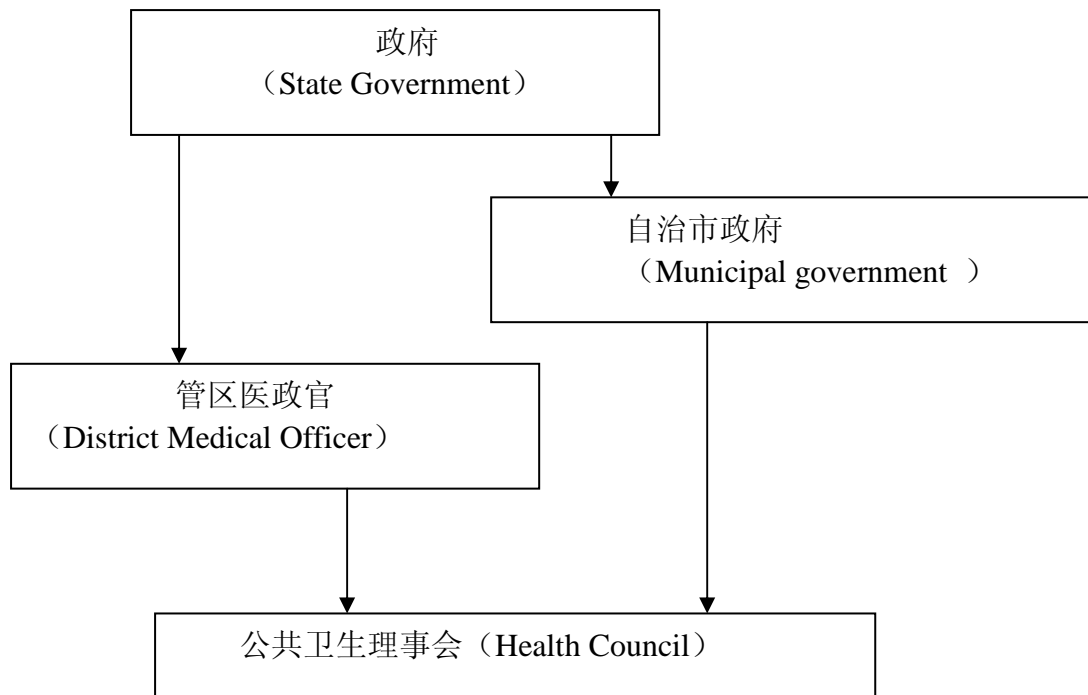
二、挪威卫生服务体系管理结构的发展脉络

卫生服务体系的管理结构对卫生服务绩效有重要的影响。在卫生服务体系中，初级卫生服务与专科卫生服务关注的领域有明显的区别。初级卫生服务涵盖的范围既包括一般性生理疾病的诊治，同时也包括个人健康的管理以及重大疾病后的跟踪服务等。这些服务需要服务提供者更接近社区，以社区人群需求为基础提供以健康维护为目的的服务。而专科卫生服务专业性、技术性强，服务成本较高，服务提

供者需要以治“病”为目的，提供专业化的医疗服务。考察挪威医疗卫生服务的历史才知道，自 19 世纪 80 年代开始，挪威的医疗卫生体系就按照分权模式，分别设置了初级卫生服务和专科卫生服务的体系管理结构：初级卫生服务归属自治市政府管理，专科医疗服务归属郡政府管理。这种分权的管理模式在当时已经考虑了两种卫生服务的特点，但随着人口需求和社会经济条件的变化，挪威初级卫生服务和专科卫生服务的结构也经历了若干次调整。下面从初级卫生服务体系、专科卫生服务体系以及精神卫生服务体系三个方面介绍挪威卫生服务体系的发展脉络：

初级卫生服务体系：

自 19 世纪中期挪威初级卫生服务体系建立至今，其结构主要经历了两次大的变革。19 世纪中期，挪威在经济上还是个穷国，大部分人口还生活在人口稀少的地区，国家在当时的功能主要体现在公共卫生方面，为了预防大规模的流行性疾病，国家雇佣医生为“管区医政官”（district medical officer），在自治市范围内为穷困病人提供医疗服务。1860 年，自治市设立了公共卫生理事会（Health Council），由国家雇佣的管区医政官直接负责，其他成员才由本地选举产生。在当时初级卫生服务的体系结构中（如下），国家雇佣的管区医政官起了主导作用，既提供卫生保健服务，又兼具管理和监督自治市公共卫生理事会的职能，可以说既是管办不分，又是权（力）、权（利）不清。中央以集权的强制权力侵占了地方自治的权利。

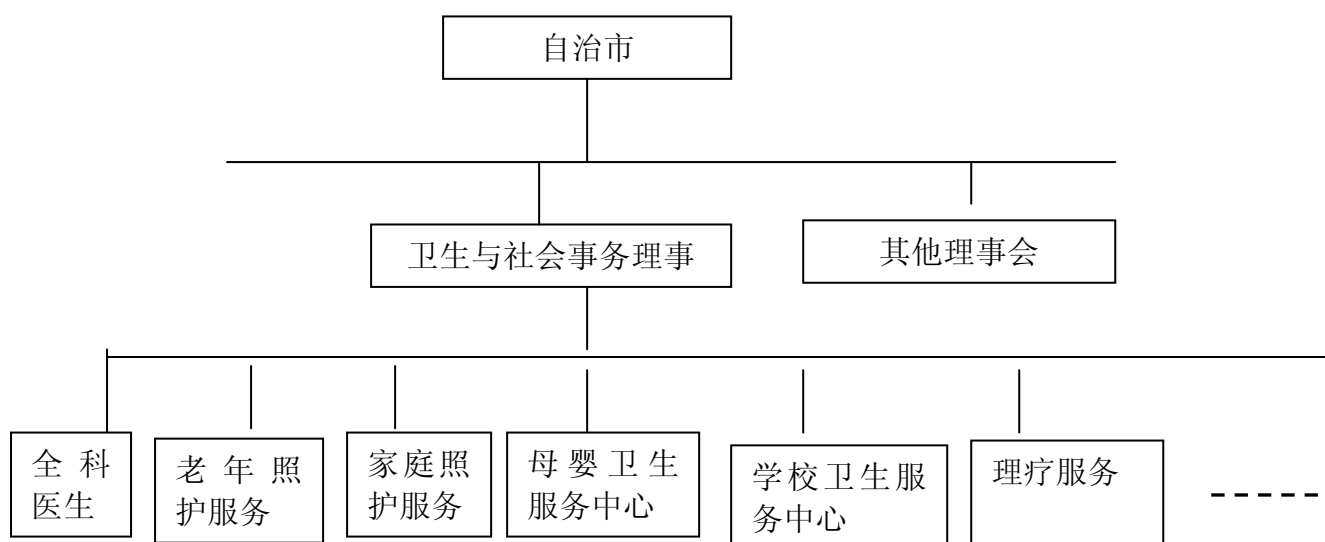


图三：初级卫生保健体系的组织结构

第一次改革：

1984年，挪威政府颁布了《自治市卫生服务法》，这是挪威初级卫生服务体系管理结构的第一次大变革。随着该法令的颁布，挪威初级卫生服务正式归属于自治市的自治管理范畴原有管理结构中卫生理事会和管区医政官均被取消。根据《自治市卫生服务法》的规定，自治市应负责疾病预防、提供初级卫生保健与社会服务，同时要为初级卫生保健和社会服务提供主要的资金支持。在挪威政体中，由于每个自治市都有明确的自治权利，在初级卫生服务的决策上更容易贴近公众需求，提供服务更有效率，因此国家在形成地方自治为主体的卫生管理结构之后，就依托这个政治框架不断地下沉政府职能。1987

年通过的《自治市卫生服务法》进一步将自治市管理的初级卫生服务范围延伸至环境卫生服务领域；1988年，对护理院的管理职责也从郡转到了自治市；1991年，自治市卫生保健机构的管理职责又增加了对残障人士的护理服务。此外，2001年医院改革以后，医院的部分职能如后继性的康复治疗、术后康复治疗等也转移给自治市管理的初级卫生服务体系，自治市实际承担的卫生职能已经远远超出了传统初级卫生服务的范畴。。



图四：第一次改革后初级卫生保健体系的组织结构

注：此图根据特隆海姆市劳动党主席访谈整理。

除了管理结构的变化，在访谈特隆海姆市参议会（Municipal council）劳动党主席时，我们还了解到有关自治市政府在卫生服务决策架构上的变化，这对于我们了解挪威初级卫生服务体系的资源配置很有意义。在自治市层面上，自治市参议会通过组建卫生与社会事务理事会来协调初级卫生服务的各个部门。而卫生与社会事务理事会成员则由不同党派的代表（通过选举产生）和一些专业人士组成。自治

市卫生与社会事务理事局会选派一位官员专门管理卫生事务，其工资由自治市支付，属于自治市政府的雇员。通常，在政治决策上，卫生官员会根据当年该地区的医疗卫生服务情况向卫生与社会事务理事会提交新的意向、经费预算等，卫生与社会事务理事局成员负责对该项目进行审核讨论，如果理事局通过，则需向自治市进一步提交申请，由自治市各个委员会代表投票表决通过，最后由卫生官员负责执行此决议。在这个卫生决策形成的过程中，我们发现政府的卫生官员只是作为政策或方案的提议者起作用，而方案或政策能否通过，在于投票这一关键程序。由于主导性的政党在政治上具有优先地位，一般地，如果一项决议在政党内部讨论通过，在自治市最高参议会上也大体能够通过。如果一个在议会中占多数席位的政党，就能够左右投票的结果，也就能做出一致性的决策。这样的政治关系也适用于自治市政府的卫生服务决策。另外，医疗卫生被列为国家的优先性政策领域，因此卫生服务的提案比较容易通过。例如精神卫生康复机构的筹建、儿童营养餐提案等都在特隆海姆市参议会获得通过。

第二次改革：

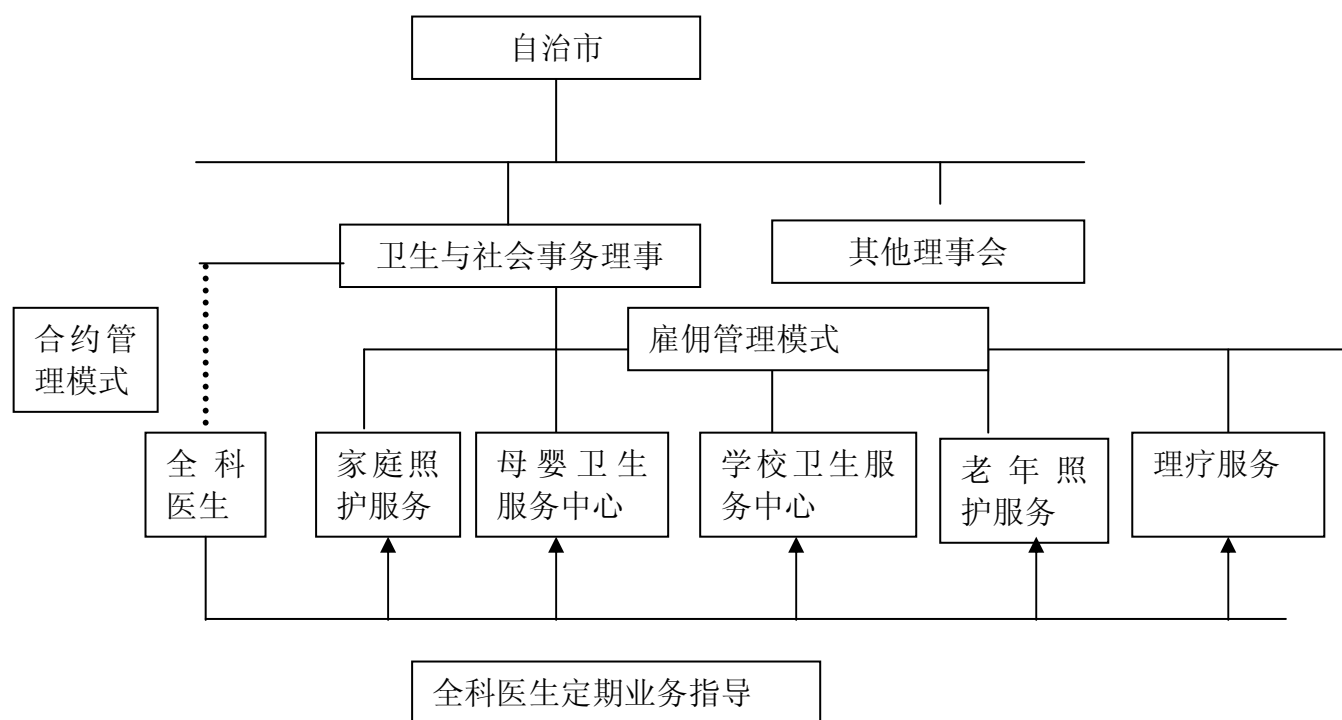
2001年开始，为了进一步提高初级卫生保健服务的质量和可及性，稳固全科医生和患者的关系，挪威政府开始推行“合约全科医生计划”（Fastlege scheme）。这是挪威初级卫生保健体系的第二次变革，此次改革涉及两个方面：

一是对全科医生的组织方式进行了变革。改革之后，许多全科医生都由公共雇员转为与政府签约的私人医生。全科医生要就合约条

款与自治市政府进行协商，但在报酬、患者名单的规模和组成、患者的义务与其它事宜等主要方面都需依照国家的标准（）。在合约的约束下，全科医生必须规划和协调自己所管辖名单中的居民个人预防工作，同时也对这些人各项体检、疾病治疗以及更新病历负有责任。二是政府对全科医生的费用支出方式发生了变化。其中 70% 的收入继续来自按服务项目收费” (fee-for-service)，此项资金源自国民保险系统（NIS）和病人自负支出（诊疗支出），另外 30% 的资金是基于所管辖居民人数计算的固定补贴。这项资金主要由国家通过一般拨款（block grants）项目拨给自治市政府，再由自治市政府进行支配。这种按人头计算的补贴（capitation）取代了原来的以投入为基础的补贴（input-based allowance），从而遏制了地方政府的撇脂行为（cream-skimming）。同时，这种按人头补贴的方式也充分考虑了地方差异，对于人口少于 5000 人的市，医生所辖居民的人数通常较少，这样，自治市就需要给予全科医生封顶的补贴额。

改革后初级卫生服务体系的组织结构也发生了变化。我们在特隆海姆参观了当地的初级卫生服务机构（如下图），在蒙克（Munkegata）自治市，全科医生共有 4 人，全部为与政府签约的私人执业医生，他们在一个租赁的诊所内工作，诊所内没有护士，相当于全科医生诊所。另外，该市还分设了母婴卫生服务中心、老年照护中心，在这些中心内工作的只有护士和护工，日常的工作由她们来承担，需要医疗服务时与全科医生及时沟通，由全科医生定期出诊，并对她们的工作进行业务指导。这种明确的分工将全科医生的部分职能转移给了基础护理

的护士和护工，使得各项基础卫生服务的内容更加具体和细分化，尽管全科医生在承担整个卫生服务体系中仍居主要地位，不过，护士在这个体系中显然占据了越来越重要的地位。



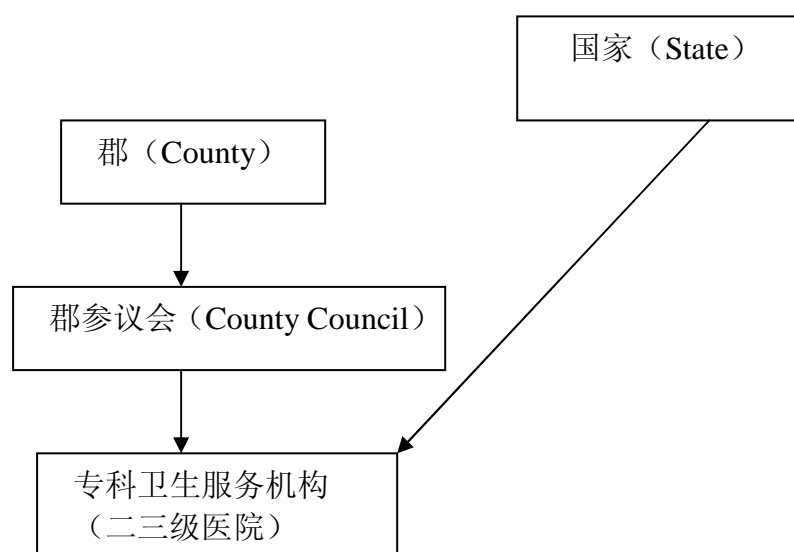
图五：第二次改革后初级卫生保健体系的组织结构

注：此图根据 Munkegata 自治市精神卫生中心院长访谈整理。

专科卫生服务体系：

1969 年，挪威颁布了《医院法》（1970 年生效），对所有医疗机构实行统一标准，郡政府可以根据自身需要规划、修建和管理医院（中央政府仍然拥有对二三级医院的控制权）。自这个法令颁布之后，挪威 19 个郡都相继明确了对专科医疗卫生服务筹资、规划和管理责任。专科卫生服务资金的一部分来源于一种特殊的郡税收（County Tax），但大部分还是来自中央政府的转移支付。根据前文

对挪威政治结构的描述，挪威设立郡一级政府的目的之一就是为了管理专科医院。挪威的郡所管辖的公共事务范围比一般国家的中层政府（比如中国的省）要窄一些，其行政权能也较脆弱。若郡级政府在管理专科医院这项主要职能上业绩不佳，那么，郡政府存在的意义就会受到质疑。在 20 世纪后期，挪威郡政府恰恰遭遇了这种尴尬。



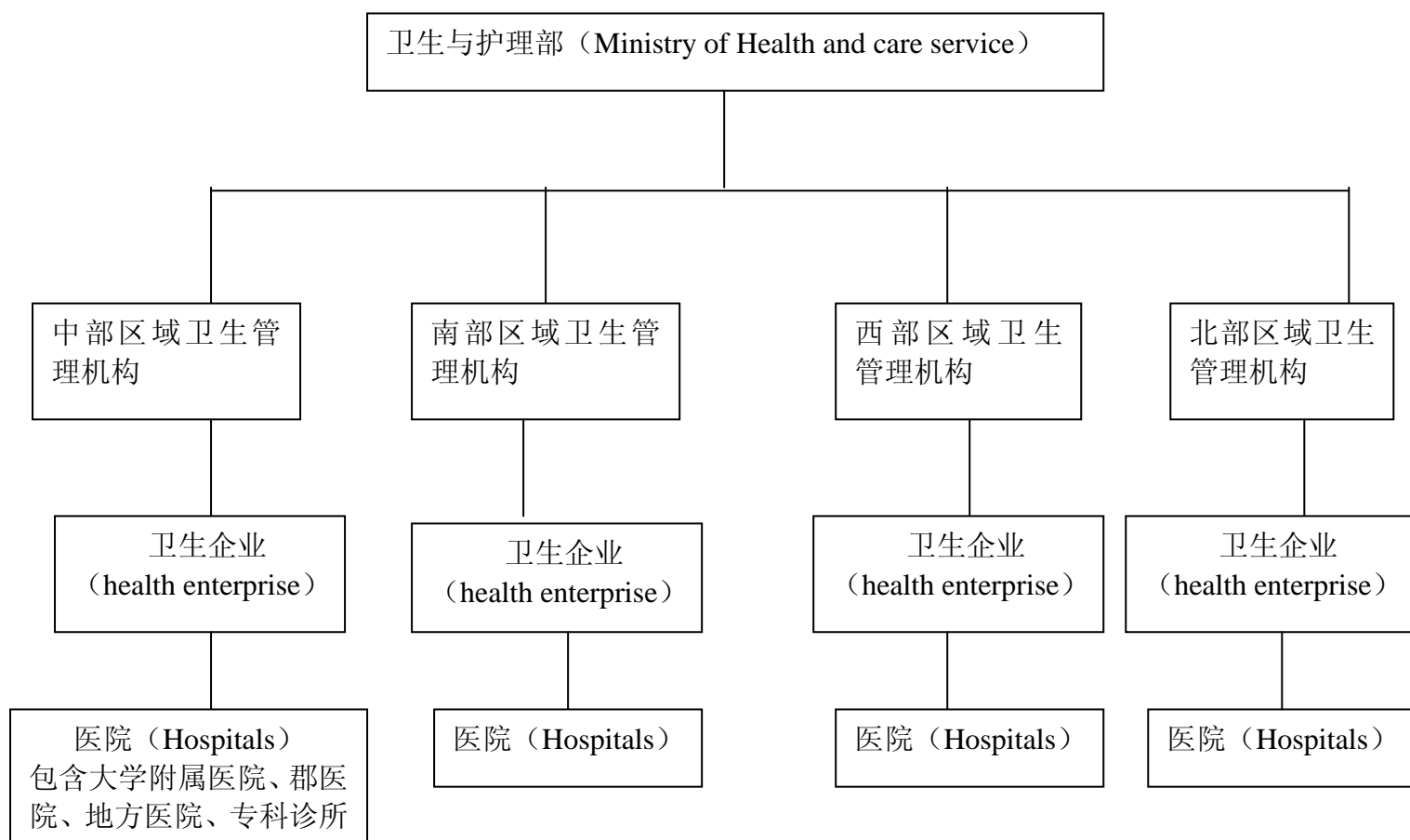
图六：专科卫生保健体系的组织结构

医院改革（The hospital reform）

从 1975 年到 2001 年，专科医疗卫生机构由郡政府管理了 20 多年。在这 20 多年中，挪威专科医疗机构出现了一些比较严重的问题。首先，郡一级医疗资源有限，等候诊疗的时间和诊疗的质量都不能满足患者的需求；其次，由于各个郡独立调配了自身的医疗资源，因此大部分郡都期望建立种类齐全的医疗机构，而从全国范围看，这种配置资源的方式既造成资源配置重复，同时也降低了服务质量。因此，2002

年，通过民主投票的方式，国家收回了医院的管辖权。

医院被上收归国家管辖以后，国家在全国建立了 5 个区域卫生管理机构（目前已经合并为 4 个区域卫生管理机构），这些区域卫生管理机构拥有该区域内的所有医院的管辖权，同时监测这些医院的成本和服务质量。每个区域内的卫生企业都要为居住于此区域的所有居民提供平等的服务。中央政府仍然承担政策制定和医疗筹资的责任（结构如下图）。



图七：医院改革后专科卫生保健体系的组织结构

挪威卫生理事会的高级顾问 Vegard Nore 先生向我们介绍了区域卫生管理机构的管理机制和基本职能：每个区域卫生管理机构都建

立了一个由国家卫生与护理部指定的执行理事会，其首席执行官负责管理。这种模式也适用于每个区域内的医院。在挪威，每个医院都是医疗卫生企业。在这种模式下，每个医院仍是独立的法人实体，有一个对其所有活动承担管理责任的理事会。这个理事会需要不定期地向区域执行理事会提供经营报告，同时负责自身的财政预算。在出现赤字的情况下，理事会可以利用短期预算或挪用下年的预算。因此，尽管医院被收回国有，却在实际上保留了自我管理的独立权力。国家并没有强迫医院每年必须平衡预算，同时国家要对这些医疗机构承担兜底的风险，即不会允许这些医疗机构破产。

那么，四个区域管理机构彼此之间是一种什么关系呢？在挪威首都奥斯陆最大综合类医院——Ulleval 大学附属医院，医院管理官员 Gunnar Saeter 就区域卫生管理机构的筹资和管理等问题进行了专门报告，其中谈到这些区域管理机构既可以选择“竞争模式”，使管辖区域内的地方医院与其他区域内的医院竞争患者；同时，也可以选择“合作模式”，通过不同区域内不同专业优势的医院的合作达到资源互补。例如，Ulleval 医院的优势项目是突发性疾患（车祸骨折、厌食症等）。在这些优势项目上，Ulleval 医院与其他几家大的医疗机构保持着紧密的合作关系。实际上，由于挪威的公立卫生医院数量不多，但是规模巨大，而私立医院的规模都比较小，在整个卫生体系中的作用微乎其微，因此，私营卫生企业之间竞争的动力也不大。另外，由于经过整合之后，卫生企业之间的专业化程度更强，不同专业的卫生企业难以竞争，这样，卫生企业之间的竞争反而减少。所以，总体

上看，区域卫生企业是以合作的模式为主导。

精神卫生服务

精神卫生服务在传统上应属专科卫生服务的范畴。但是挪威的精神卫生服务目前正在积极突破专科卫生服务的范畴，向初级卫生服务的方向延伸。在这个过程中，我们发现专科卫生服务与初级卫生服务两大体系在筹资、人力资源等方面在尝试进行结构性突破，从而激活了原本僵硬的两大体系的中间连接部，显示出了新结构的生长可能性。。

挪威的精神卫生服务最早可以追溯至 1848 年，从 1848 年到现在，精神卫生服务大致经历了三个发展时期：

1848 年到 1961 年为排斥时期。1848 年，挪威政府起草了一份“精神卫生服务的法案” (Sinnssykeloven)，此法案一直运行到 1961 年。在这一时期，精神病患者被视为影响社会安全的危险因素，因此需要政府设立专门的收容所 (asylums) 进行管控。到 1921 年，大部分郡都建立了针对精神病患者收容所，除此之外并没有建立专门的医疗机构。这一时期，精神病患者在社会上备受排斥和歧视。

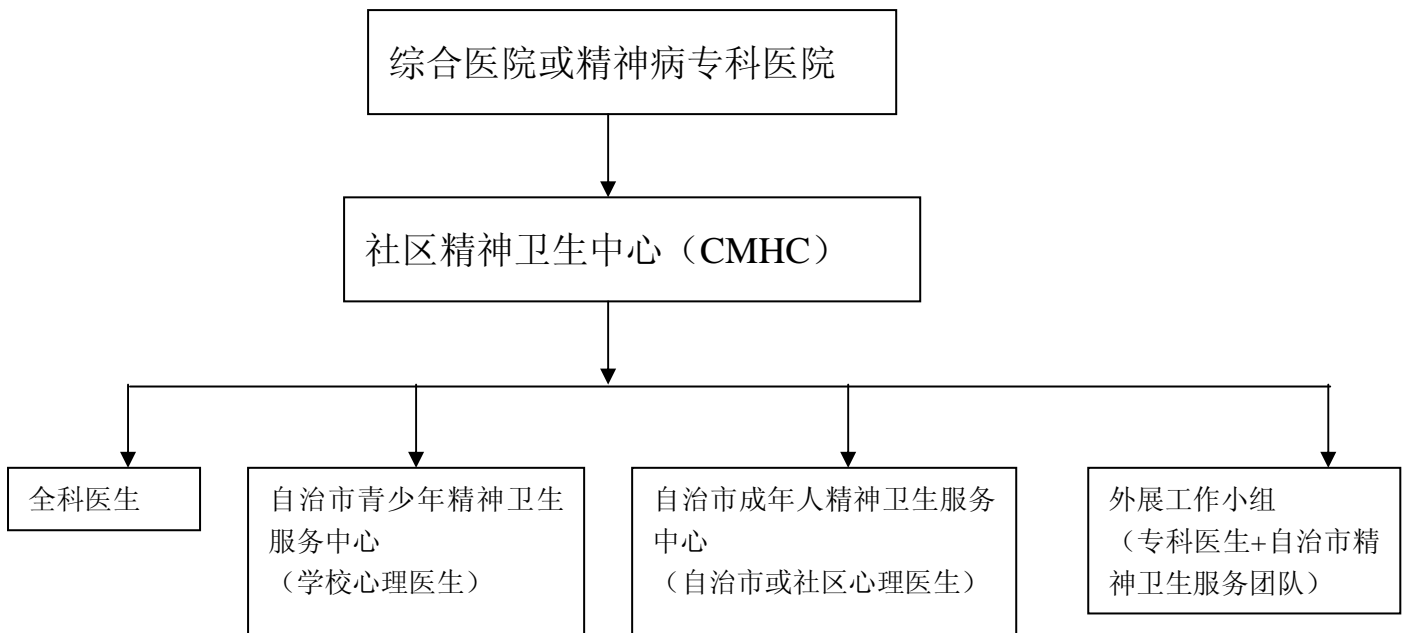
1961 年至 1970 年为定位时期。1961 年，挪威政府通过了新的“精神卫生服务法案” (Lov om Psykisk helsevern)，此法案将精神卫生服务的人群扩大，同时将精神卫生服务的机构进行拓展。在服务人群上，除原有的较严重的精神病患者，也扩展到轻度精神错乱，神经衰弱者等新的人群。在服务机构上，一些郡的综合医院开设了专门精神科病房，同时国家鼓励郡政府新建针对儿童和未成年人的精神卫生服务

机构。这一时期，挪威的精神卫生服务才被纳入到专科卫生服务的范畴，服务方式逐步走入正轨。

1970年至1997年为发展时期。1970年，政府通过了新的“医院法”（Hospital Act），对精神卫生服务的方式给予了新的界定。该法案认为，专科精神病院和一般医院的精神病房应专门针对急性精神病人（“active” treatment），而需要长期治疗的病人需要转移至地方精神护理中心（psychiatric nursing homes）或患者家中维持治疗。在这一时期，挪威政府已经具备了专科精神卫生服务与初级卫生服务应当链接起来的意识，但还只是初步的提法，没有设立相关的配套资金，另外，也没有专门为初级卫生服务体系配置必要的精神卫生服务专业人员。因此，这一时期精神卫生服务仍然是以专科卫生服务为主，初级卫生服务的力量相对薄弱。

1997年至今是改革时期。这一时期，挪威精神卫生服务成为挪威政治议程中的重大问题。根据2004年的统计结果，挪威大约有15%的人口患有心理压抑性（psychological distress）疾病，大约有4%的人口需要接受专科精神服务机构的治疗。而20世纪末挪威的精神卫生服务机构尚未有足够的承载力来解决这些问题。1997年，政府发布了一本白皮书（Sosial- og helsedepartementet, 1997），这份报告着重指出现有体系在各级别上的主要缺陷：（1）预防措施不充分；（2）自治市提供的卫生服务匮乏；（3）专科卫生服务可及性低；（4）出院后的跟踪治疗系统与常规检查工作不够完善。根据这份白皮书所提出的问题，1998年，国会通过了一份为期十年的“国家精神健康计划”

(Norway's Current National Mental Health Program, 1999-2008, 简称 NMHP 计划)。该计划包括了国家、区域和地方级别的战略和方法,其总目的是在各行政级别上为精神疾病患者提供的充足、连贯、功能完善的服务,具体包括:(1)精神卫生服务机构重组,逐步淘汰传统的精神病治疗服务机构,建立以社区精神卫生中心为主体的权力分散模式(CMHC)(Distriktpsikiatriske senter,DPS)。(2)增强自治市对精神病患者的服务供给能力。(3)鼓励患者组织和其他健康促进小组参与各级政府的精神卫生保健工作。该项国家计划的核心是精神卫生服务机构的重组,使社区精神卫生中心(CMHC)成为国家精神保健计划的基石。这样做的主要目的的一方面是与专科医院合作,一方面与初级卫生保健机构和自治市的社会服务机构合作,从而为服务需求者创造一个具有连续性的、功能完善的服务链。重组后的结构如下图所示。在综合医院、精神病专科医院与自治市精神卫生服务机构之间,社区精神卫生中心成为担当地方精神卫生服务的主体。在行政结构上,它属于专科卫生服务的管辖范畴,其服务项目主要包括门诊诊所和服务、白天治疗门诊(日间培训/日常治疗)、危机处理与家庭治疗小组、住院服务等。在服务范围上,它立足于社区,通过指导和协助自治市精神卫生服务工作,提高整体人群的精神卫生服务可及性。这种精神卫生服务体系的新结构将原有的专科卫生服务和社区卫生服务两大体系进行了以精神卫生为核心目标的资源整合,形成了一个你中有我、我中有你的卫生服务体系新格局。



图八：精神卫生服务体系的组织结构

三、改革后挪威卫生服务体系的支持机制

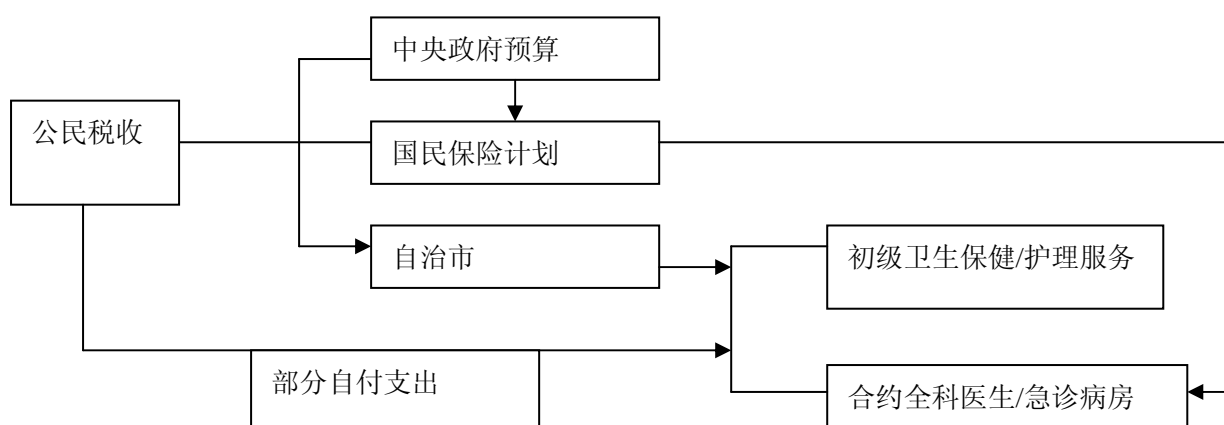
挪威是实行全民福利的国家，卫生服务体系的资金主要来源于中央政府、地方政府的税收和国民保险计划（NIS）三方面的支持。2004年，这三者的比例占到总筹资的84%，而私人筹资只占到总筹资额的16%。经历若干次的结构调整，初级卫生服务体系、专科卫生服务体系和精神卫生服务体系在支持机制上各有变化，那么目前三种卫生保健体系的支持机制到底如何呢？

初级卫生保健服务

初级卫生服务的资金主要来源于各个自治市税收、中央政府的转移支付、国民保险计划（NIS）和患者的部分自负支出。1986年以前，中央政府的专项拨款主要通过部门转移支付完成。1986年以后，

这种方式被一次性专项拨款转移支付所取代。在计算补偿款时，国家制定了一套分配规则，包括对自治市地区特征、人口年龄特征等因素的考虑。比如，有的自治市地处人口密度小、社区之间相对距离遥远的北部山区，组织初级卫生服务的成本较高。再如，有些地区老年人口的比例较高，对于护理服务和其他照护服务的需求也较其他地区为高，因此在其他条件相当的情况下需要更多的资源。总之，中央政府在做出一次性专项拨款转移支付方案时会重点考虑自治市提供初级卫生服务的成本。

而国民保险计划（NIS）和患者自负支出两种筹资方式随自治市政府和卫生从业人员的关系变化而变化。在自治市政府与卫生从业人员签订合约的情况下，卫生从业人员可以直接从国民保险计划（NIS）中领取津贴（此时卫生从业人员的地位是私人医生）；在自治市政府雇佣卫生从业人员提供服务的情况下，自治市可以获得国民保险计划（NIS）的资金支持（此时卫生从业人员的地位是公共雇员）。



图九：初级卫生保健体系的筹资结构

关于初级卫生服务的人力资源情况，我们此次考察不多，但一点印象深刻，即护理人员的严重短缺。在挪威创新、科研和教育研究所 (Norwegian Institute for Studies in Innovation, Research and Education), Hakon Host 研究员向我们介绍，由于北部一些边远的农村地区人口稀少，护理人员非常缺乏，现在挪威一些自治市政府采取措施、培训当地非专业人员成为助理护士，辅助全科医生完成初级卫生保健工作。这些助理护士由于培训时间短，卫生基础差，效果并不理想。

从这点看，挪威卫生服务人力资源的主要问题还是出在初级卫生服务上，而且人口稀少的边远地区尤为严重。随着人口老龄化和精神疾病问题的突出，护理人员短缺的问题可能会越来越严峻。

专科卫生保健服务

专科卫生保健的筹资方式与初级卫生保健体系的筹资方式不同。在 2002 年“医院改革”之前（医院的管理权由郡上收至国家），专科医疗卫生体系的筹资方式已经历了一次大的变革。变革的分界点在 1997 年。1997 年之前，中央政府对专科卫生服务采取一般拨款的方式，每年都给郡政府一笔固定的一般拨款，用于资助医院和由郡政府开展的初中教育、文化事业和交通运输事业等其他活动。这些资助款项的多寡根据一系列设定的标准综合确定，包括：郡的税收收入、人口年龄结构、人口密度等。在这种拨款方式下，中央政府允许郡议会统筹医院的全部成本，因而强化了郡对医院成本的控制。1997 年之后，挪威政府对医院进行了“以服务为基础”的筹资改革 (system based on activity)。这项改革使政府改变了过去以一般拨款 (Block grant)

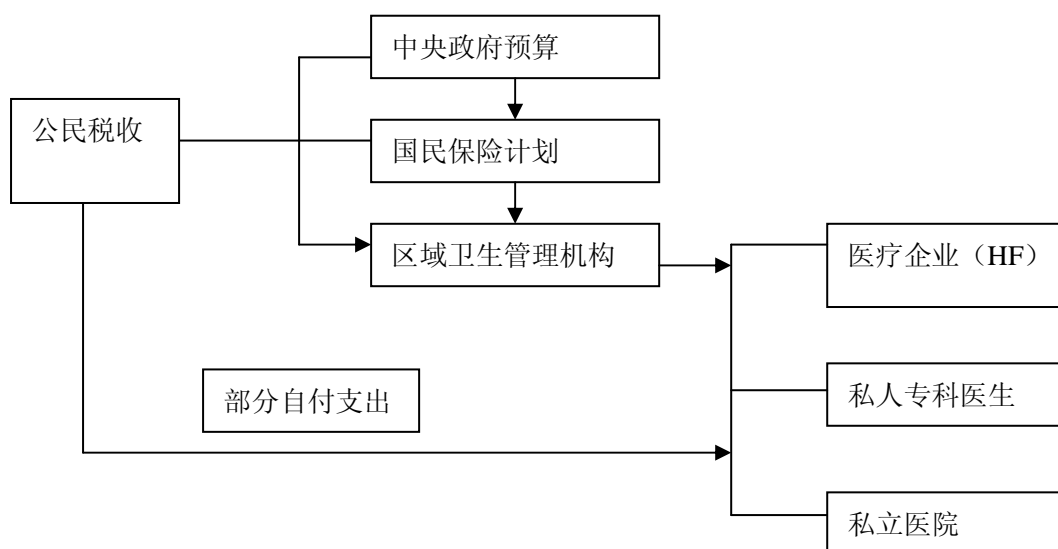
形式向医院筹资拨款的模式，取而代之的是以服务数量为基础的计量式拨款和一般拨款相结合的方式。医院住院服务的拨款包含两部分：一般拨款和以服务为基础的拨款，后者拨款的依据是医院服务病人的数量和按病种付费的系统（the Diagnosis Related Group (DRG)）。自1997年引入以服务为基础的补助模式以后，以服务为基础的专项拨款和一般拨款的相对比例一直处于不断波动的状态，如下表：

表一： 专科医疗卫生机构的分项筹资比例

| 年份 \ 筹资比例 | 以服务为基础的补助 | 专项补助 | 总计 |
|-----------|-----------|------|------|
| 1997 | 35% | 65% | 100% |
| 2005 | 60% | 40% | 100% |
| 2006 | 40% | 60% | 100% |

2002年，随着医院管辖权从郡一级上收到国家，全国建立了5个区域卫生管理机构（目前合并为4个），专科卫生拨款的途径也随之发生了一些变化：每个区域成为独立的法人实体，具有独立的财政核算和分配资金的权利，因此国家的一般预算拨款都要通过区域卫生管理机构才拨给卫生企业；同时，区域卫生管理机构也可以把一些服务外包给私人医院、私人诊所或其它中介机构，以满足患者的需求。如果卫生与护理部认可了这些机构，那么患者获得的补助水平与在卫生企业下属的公立医院就诊时一致。私人卫生机构所获得的全部款项都要经过与区域卫生管理机构签订合同方能获得，如果私人卫生机构

没有与区域卫生机构签订的合约，那么患者将不得不自付全部的医疗费用。



图十：初级卫生保健体系的筹资结构

精神卫生服务：

自 1998 年挪威国会通过了 “国家精神健康计划” (Norway’s Current National Mental Health Program, 1999-2008, 简称 NMHP 计划)。之后，挪威政府对于精神卫生服务的扶持力度大大增加。在 NMHP 计划之下，挪威政府共计拨付 63 亿挪威克朗(相当于美元 8.34 亿)，除此之外，政府每年还投入 3.76 亿挪威克朗用于精神病患者的保护性就业和人力资源的培育。

在初级卫生服务上，自治市主要负责提供初级卫生保健服务和社会服务，其中包含了精神卫生保健服务的内容，因此，精神卫生保健服务的筹资方式与自治市其他服务筹资方式大致相同，主要通过自治

市地方税收、中央政府的一般拨款、中央政府特别补贴。

在专科卫生服务上，精神卫生保健服务主要通过区域卫生管理机构进行筹资和管理。筹资主要通过四种渠道：（1）中央政府对区域卫生管理机构的一般拨款（78%）；（2）中央政府对精神卫生保健服务的特别补贴（12%）；（3）中央政府对门诊病人的补贴（7%）；（4）其他收入（4%）。这些资金一方面用于公立精神卫生医疗机构的运营费用；一方面用于公立医疗机构提供的服务费用，在 2003 年服务费用当中，成人精神病人的医疗支出占总支出的 85%，儿童和青少年精神病人的医疗支出占总支出的 15%。具体支出项目如下：

表二：精神病患者各项医疗支出比例

| 支出比例 服务项目 | 成人精神病人支出 | 儿童和青少年精神病人支出 |
|--------------|----------|--------------|
| 住院服务 | 80% | 45% |
| 门诊服务 | 14% | 47% |
| 日间照护服务 | 4% | 8% |
| 私人医疗服务 | 2% | |

关于精神卫生服务的人力资源情况，截至到 2003 年，专科医疗机构内有资格的人力资源的全时工作数量(full time equivalent employers)已增至 18293 个，较 1998 年 NMHP 项目实施之前有显著增加。这里所谓有资格的人力资源 (qualified personnel) 包含了在专科精神卫生服务机构就职的内科医生、精神病医师、心理医生和有资格的护士。在所有这些人力资源中，1998 年具有大学学历的占 13%，2003 年，

又增加了 44%的大学毕业从业人员。在专科医疗机构中，这些人力资源主要分布于以下的业务范围：区域内精神病科护士(21%)；一般护士(14%)；心理医生(6%)；精神病医师(4%)；其他内科医生(3%)；其他具有大学学历的临床医学专家(9%)；其他卫生人力资源(26%)；其他辅助人员(16%)。

在初级卫生服务上，精神卫生服务的从业人员也日趋增长，主要包括：全科医生，精神科护士，一般护士，学校心理医生，学校护士，自治市心理医生，社会工作者，家庭医生，家庭咨询办公室人员等。这些基层的精神卫生服务人员广泛分布于自治市社区、学校、办公场所等地，在一些大的自治市，社区精神卫生服务与其他初级卫生服务相互链接，为精神病患者提供的服务相对较为完善（如 Oslo 市），而在一些较小、较边远的自治市，并非所有门类的精神卫生服务人员都一应俱全。

前文提到挪威的精神卫生服务正在从专科卫生服务领域向初级卫生服务领域延伸，这种延伸并不仅仅指业务上的下沉，同时也包含人力资源上的融合。精神卫生服务需要处理的问题相对一般卫生服务更加复杂，包含多层面的社会、环境、生理和心理问题，因此需要多学科、多层次的人力资源相互进行团队合作。在挪威走访期间，Ullevål 大学附属医生的厌食症医生 Per Johan Isdahl 向我们介绍了这种团队合作的模式，从患者被诊断出精神病问题开始，团队合作模式即已开始：在专科医疗机构诊断期间，大区医院的精神病专科医生需要与患者的全科医生（GP）和家属合作，定期开展小组讨论，为患者确定

良好的治疗方案；在精神病患者从专科医疗机构转至社区精神卫生中心（CMHC）或患者家庭期间，大区医院的专科医生需要定期对精神病患者进行访视，与社区精神卫生中心的医生、全科医生（GP）、精神科护士，一般护士、社区工作者、心理医生、病人家属等共同进行讨论，对患者的后续治疗提供方案。这种团队合作模式在挪威精神卫生服务领域也属初创时期，尚在探索中，不过，从方案设计上看，对类似精神疾病这样较为复杂、治疗过程较为漫长的疾病，团队合作模式不失为一种有力的解决的办法。

四、挪威卫生体系改革的启示

卫生服务体系改革是一个持续的、不间断的过程，随着政治环境、经济发展情况、人口结构等社会因素的变化而不断变化，但是其中存在着一定的规律。什么形式、什么方向的医疗卫生服务体系改革才能较为有效地解决问题？此次对挪威卫生服务体系的考察，引发了我们对于医疗卫生改革中普遍存在的焦点问题的思索。

第一，对于不同层次的卫生服务，到底由什么性质的组织机构进行管理更为合理？是政府机构还是半政府、半市场机构。选择的主要原则是适应需求的专业化程度和效率还是行政权威？选择的方式是市场机制优先还是行政管理机制优先？

如果由政府进行管理，那么是选择集权性质的中央政府管理还是分权性质的基层政府管理？如果由半政府半市场机构进行管理，那么是选择市场合约式的管理还是行政方式的管理？

从挪威卫生改革的脉络中，我们看到的是挪威政府依不同层级的卫生服务需求特征选择了不同的管理模式。

由于初级卫生服务的对象主要分布在社区，服务的需求多种多样，既包括医疗服务，同时也包括母婴照护、老年人照护、慢性病照护等社会性较强的健康维护服务。因此初级卫生服务的管理机构需要贴近基层、贴近服务，才能从根本上了解、适应各类人群的需求，积极有效地组织起应对需求的卫生服务。在挪威，卫生服务改革的方向一直朝着向社区下沉的思路，不断地将贴近社区公众的卫生服务项目交由自治市政府管理，同时在决策机制和财政筹资上予以扶持。

而专科卫生机构服务的对象主要集中于病情较为严重的患者，他们需要的卫生服务专业化较强，同时适时性也较强，要求医疗机构在尽量短的时间内提供有效的服务。在挪威，医疗筹资采取的是全民福利的公共财税筹资模式，如果没有很好的管理机制，很容易造成服务效率低下，等待时间长等问题。2002年以前，郡管专科卫生机构的时期，这些问题已经相对突出。为了提高卫生服务的效率，挪威在专科卫生服务层面上采取了相对初级卫生而言市场化较强的半政府、半市场的组织管理模式。而且将这种模式也延伸至每个医院，从而将医院成功地改制为公共医疗企业。经过若干年的观察，这种半市场化的管理模式确实起到了提高医疗服务可及性的效果。

第二，初级卫生服务体系关系到整个人群健康，对提高全民的健康水平具有重大的意义。而对初级卫生服务体系的政治决策机制又是影响该体系平稳发展的根本因素。从挪威初级卫生服务体系的历次改

革中可以发现，改革的方向始终如一，改革的内容是连续性的，且在每次改革中逐步递进，逐渐强化。相比我国农村在初级卫生服务体系方向上的大幅度摇摆，我们认为，挪威初级卫生服务体系能够维系下来并不断扩展的关键在于地方政府的自治性。地方政府是该地区综合利益的整体代表按照挪威法律具有代表一方与中央政府谈判的权利和能力。前文我们提过，1830年挪威就已经引进了自治市政府（称为 Formannskapsloven），负责决策一些地方事务，这种决策方式并非“上令下行”的被动政治决策，而是在涉及地方权益、地方公共事务时的民主决策机制。自治市通过参议会的决议与挪威议会和中央政府进行博弈，从而为本自治市居民谋得福利。从挪威的政治体系变迁来看，随着郡政府在政治体系中的弱化，自治市政府的公共事务管理职能更加强化了。这种基层政府管理职能的强化对初级卫生服务体系的可持续具有积极的意义和作用。

第三，医疗服务的筹资模式和支付模式是影响医疗卫生绩效的重要因素。在筹资模式上，挪威自20世纪80年代以来一直依赖巨大的海外石油收益和高额税收维系着以公共筹资为主体的模式，而在支付模式上，挪威的卫生体系却在不断变革。根据对于北欧福利国家的粗略考察，在一个以公共筹资为主体的国家，如果没有良好的激励机制，对于初级卫生服务机构的全科医生、护士或者专科卫生机构的医生，无论政府采取固定工资收益模式还是一般拨款模式，都难以让卫生人员的有效医疗卫生服务可持续，总是会趋于减少服务数量、缩短服务时间等方式自发地降低自身的服务工作量。无论1997年对医院实行

的“以服务为基础”筹资改革（system based on activity），还是 2001 年为提高初级卫生服务质量所实施的“合约全科医生计划”（Fastlege scheme），都是挪威政府试图通过市场机制的激励方式，促使专科卫生保健系统内的公职人员，合约形式雇佣的全科医生等更有积极性提供更高效的服务以提高医疗服务的可及性。从实际效果看，改革是一把双刃剑：正面的影响是医疗卫生系统的服务效率确实有所提高，专科医疗机构的候诊时间缩短了，全科医生服务的积极性也提高了；负面的影响是挪威政府的医疗支出呈直线上升趋势。采取了按绩效支付工资的激励机制，致使医疗人员提供的服务种类和数量都比过去增多，专科医疗机构过去很少开展的手术，现在却频繁开展（比如鼻腔打鼾手术）；而初级卫生服务机构的全科医生转诊病人的数量业较过去有明显增加。

第四，对于复杂性较强的慢性疾病，需要建立一种贯通专科卫生服务和初级卫生服务的服务机制。在挪威，典型的例子就是精神病卫生服务新体系的建立。自 1998 年挪威国会通过了“国家精神健康计划”（NMHP 计划）之后，挪威政府已经初步探索出了针对精神疾病预防治疗的上下贯通方案。尤其将精神卫生服务的领域拓展到社区，而专业人员由专科服务机构管理的模式，较好地解决了初级卫生服务体系总是专业人才短缺、供不应求的矛盾，有可能会在未来展现越来越好的效果。

参考文献：

保罗·奥尔森著，2008，《四国精神卫生服务体系的比较：英国、挪威、加拿大和美国》，石光、栗克清译，北京：人民卫生出版社。

杨·罗斯·简森等，李敬等译，2006年，《转型中的卫生体系：挪威》，《欧洲卫生体系与政策观察站》第8卷第1期。

Arnulf Kolstad & Haldis Hjort, 2005, *MENTAL HEALTH SERVICES IN NORWAY*

Directorate for Health and Social Affairs, *Trends in the health and social sector 2007*, Oslo

Knut Heidar, 2001, *Norway: Elites in Trial*, Westview Press, Oxford.

Norwegian Directorate of Health, 2008, *Health create welfare-the role of the health system in Norwegian*, Oslo.

OECD, 2005, *The performance of the Norwegian health care sector*, OECD Economic Surveys: Norway

Olaug S. Lian, 2003, *Convergence or Divergence? Reforming Primary Care in Norway and Britain*, The Milbank Quarterly, Vol.81, No.2.

van den Noord, P., T. Hagen and T. Iversen, 1998, *The Norwegian Health Care System*, OECD Economics Department Working Papers, No. 198, OECD Publishing. doi:10.1787/571585217086