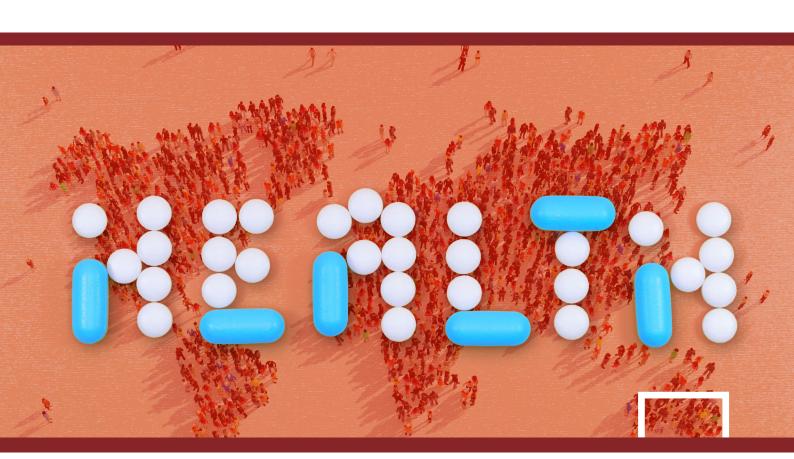
我国私立部门

在"一带一路"沿线国家的医疗活动及政策建议









- 002 前言
- 003 第一章 概述
- 005 第二章 研究方法
- 007 第三章 国家医疗卫生服务体系框架分析
- 007 肯尼亚
- 029 尼日利亚
- **045** 安哥拉
- 960 莫桑比克
- 073 越南
- 089 菲律宾
- 106 尼泊尔
- 122 第四章 "一带一路"沿线国家卫生体系特点及中方参与情况总结
- 122 第一部分七国医疗卫生体系的主要特点
- 126 第二部分中国政府参与一带一路亚非地区卫生援助的政策、方式及问题
- 130 第三部分中国私立部门参与亚非典型国家卫生治理的现状和问题
- 141 第四部分七国当地社会对于中资企业的看法和卫生行业专家的意见
- **144** 第五部分 总结与建议

当前,中国在全球卫生治理中发挥着越来越重要的作用。2017年1月,习近平主席访问世界卫生组织(WHO)总部,与世卫组织正式签署了关于"一带一路"卫生领域合作的文件,体现了中国对国际卫生合作和全球卫生治理的高度重视。然而,作为当代国际体系的后来者,中国参与全球卫生治理的过程中也面临着诸多挑战。中国公立和私立部门在对待全球卫生治理时的态度、策略和实践方式,决定了其参与治理的成效,也间接决定了全球卫生治理的未来走向。而全球卫生治理中各国所面临的挑战也是中国实施"一带一路"卫生合作战略时需要高度重视的问题。此外,"一带一路"的政策规划与推动,带动了国际医疗版图的重整,对"一带一路"沿线国家的医疗硬件建设投入、医疗管理体制建构以及医疗服务需求提供方面都产生了较大的影响。然而,部分"一带一路"沿线国家的经济比较落后,基础设施较不便利,法律制度不够健全,市场竞争机制较不完善,而不同国家和地区间也存在大量贸易壁垒,为我国私营部门在"一带一路"沿线国家医疗健康产业的合作带来诸多挑战。因此,对"一带一路"沿线国家卫生政策进行的国别研究将会为我国未来的医疗产业投资和合作提供支持,同时为我国对外卫生援助带动产业发展提供借鉴。

本研究项目将聚焦"一带一路"沿线国家,通过案头研究和定性调查,了解我国在上述国家医疗卫生领域开展援助、服务(如新建医院)、政策和学术研究、及产业投资(如医疗器械,医药产业)的情况。在系统梳理现状,全面分析成功和失败案例的基础上,撰写政策简报及相关学术报告,为更有针对性在"一带一路"沿线国家开展卫生政策研究打下基础。

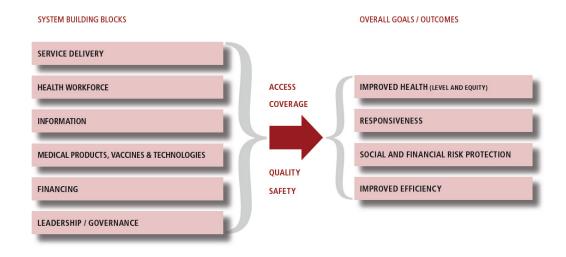
在国家的选择上,我们选取了七个处于中低收入水平的发展中国家,并且各具区域代表性:其中,肯尼亚是东非区域的中心城市,尼日利亚是西非区域的中心城市,安哥拉位于非洲西南部,莫桑比克位于非洲东南部。越南和菲律宾是东盟中重要的两个国家,而尼泊尔位于南亚,紧邻中国和印度。从人口和经济水平来看,尼日利亚是除了中国和印度外的第三个人口大国,和安哥拉一样,都是资源密集型国家。肯尼亚、越南和菲律宾都保持了较平稳发展的经济增长速度,也都是近年来吸引大量海外企业的新兴投资国。尼泊尔和莫桑比克人口基数较小,对援助的依赖性较强,也具有一定代表性。

第一章

概述

本报告首先对每个国家的医疗卫生体系进行了详细的框架分析;而后,根据多方专家的访谈和经验介绍,对私立部门参与全球健康的关键成功因素进行分析总结;最后为政府、私立部门以及两者的有机结合以参与全球卫生治理提出政策建议。

首先,我们通过世界卫生组织医疗卫生服务体系框架对所选七个国家的卫生服务体系进行总结归纳。这一框架包含了医疗卫生系统中的政策监督、服务供给、筹资和支付、卫生人力资源、卫生信息系统和卫生产品管理六大板块,六个板块之间具有互相依赖互相影响的特点。



来源:世界卫生组织

通过框架分析,我们得出以下结论:第一,七国均为发展中国家,老龄人口较少,年轻人口居多,人口结构呈金字塔或梨形结构,具有一定的发展潜力;第二,七国均为世界银行定义的中低收入国家和低收入国家,其中肯尼亚、尼日利亚、越南、菲律宾发展势头较好,莫桑比克和尼泊尔较差,安哥拉中高收入阶层占比高;第三,非洲国家仍需积极应对传染病和新生儿疾病,同时警惕慢性非传染性疾病的攀升趋势,亚洲国家受非传染性疾病影响更为严重,对各类医疗资源均存在一定的需求;第四,七国卫生发展多提出通过多方合作的形式推进基本的全民医疗卫生服务,为私立部门的参与提供机会;第五,除菲律宾外,七国均缺乏覆盖较广的医疗保障体系,也普遍存在个人自付占比偏高的情况;最后,卫生人力资源匮乏,医疗信息系统薄弱也是七个国家均面临的严峻问题。

在此基础上,我们通过对中国和受援国政府官员、企业和社会组织管理者、学者,

以及民众的访谈,结合对大量公开数据的归纳、整理和分析,全景式地展现了中国非政府机构在7国卫生工作中的各种参与类型、渠道和规模,并将其参与情况和政府援助进行了对比。报告发现,非政府机构在这7国医疗卫生领域的活动已经比较广泛和活跃,与卫生体系发展相关的非政府项目共约27项,具体包括各种医疗服务和教育机构的设立和运营,以及医疗设备、器械和药品的供给。合作形式包括无偿捐赠、公私合作的实体运营、合资或独资的企业,以及医疗产品的进出口等。

通过访谈,我们总结了非政府机构参与全球健康建设所面临的挑战:从宏观层面来讲,这些国家目前的政治经济条件及卫生体系与中国存在一定的不适应性;而从微观的操作层面来看,企业可能遇到的实际困难较多,例如进入门槛偏高,差异化的法律法规与药械准入政策等均增加了企业的制度成本;从企业的定位和发展方向来说,中国私营部门基于自身发展和定位投资海外医药的动力不够强烈。

除此之外,私营部门参与全球卫生治理,也应注意以下几个方面: 1)稳定的政治局面和宽松的外汇管控政策; 2)紧密的当地合作伙伴; 3)本地化的人力资源;以及 4)政府之间互通互惠,就监管、税收和资源供给方面达成贸易保护协定和优惠政策。总结来说,需要建立在海外的长期发展策略,建立稳定的发展形象。

而政府也可为私营部门的参与创造条件。私立部门的诉求主要在于: 1)通过考察和培训活动,推动中国创新技术的学术型输出; 2)政府对海外具备发展前景的中资企业给予税收方面的优惠,在国内上下游环节给予资源和硬件设施方面的支持; 3)政府间达成医疗产品准入环节的互相认证体系,并积极推动本国药品认证体系的标准和水平; 4)长远上来看,在国际国币结算中积极引入人民币结算机制。

第二章将介绍研究方法。从第三章起,我们将从医疗卫生服务体系框架入手,对各 个国家进行详细的分析和论证。第四章则主要总结我国私营部门的参与,并提出相关建议。 第二章

研究方法

第二章: 研究方法

本报告的研究主要通过文献综述和定性研究的方式开展。

1. 研究对象及样本量

1.1. 文献综述研究对象

文献综述的研究对象是肯尼亚、尼日利亚、安哥拉、莫桑比克、菲律宾、越南、尼泊尔七个国家的医疗卫生体系。其中肯尼亚、尼日利亚、安哥拉、莫桑比克位于撒哈拉以南非洲,肯尼亚隶属于东非共同体、尼日利亚隶属于西非共同体,安哥拉位于非洲西南部、莫桑比克位于东南部。菲律宾和越南位于东南亚,尼泊尔位于南亚。各国均具有一定的区域代表性。

1.2. 定性研究调查对象

定性访谈的对象从两个角度进行选择: 我国的角度和当地国家的角度。从我国的角度出发,选择的专家包括与对外发展援助相关的国家部委领导、关注公共卫生和全球发展的国际非政府组织专家、国内医疗健康与投资类智库学者和研究者、参与海外公共卫生合作的私立组织和企业等。总访谈专家 19 人次,涉及 2 家政府相关部门、3 家学术机构、1 家国际组织、1 家民间智库、1 家基金会、2 家医疗机构、3 家药品生产企业、4 家医疗器械生产企业、1 家医疗科技企业。

从当地国家的角度出发,我们选择了国外医疗卫生体系的政府专员、非政府组织研究学者,共访谈专家 3 人次,涉及机构种类 3 类。具体的机构和专家信息如下:ACCESS Health International 菲律宾办公室资深研究员 Emmanuel Yujuico 博士;越南卫生部高级官员 Ha Anh Duc 博士;尼泊尔加德满都医科大学社区项目系主任 Biraj Karmacharya博士。

2. 研究方法和内容

2.1 文献综述

文献综述主要应用于对所选国家健康服务体系的回顾和分析。分析框架采用世界卫生组织健康服务体系框架,包括了对每个国家医疗卫生体系六个维度相关文件和报告的采集。这六个维度分别是国家卫生政策、服务供给、卫生筹资、卫生产品管理、卫生人力资源、卫生信息系统。通过搜索大量的政策报告、学术文章、行业简报和新闻报道,对每个国家医疗卫生体系各个维度的信息进行收集,以对该国医疗卫生体系现状进行较为全面的总结。

2.2 定性调查

定性调查主要通过专家深入访谈的形式,调研的内容包括七个国家的卫生服务发展水平、我国政府参与各国卫生体系建设的情况,以及我国私立机构参与七个国家医疗卫生活动所遇到的机遇和挑战等。除此之外,我们还对被研究国家的医疗卫生体系发展和我国参与其中的相关影响因素进行打分和排序。(详见附录 1)

第三章

国家

医疗卫生服务体系

框架分析



肯尼亚

1. 国家基本情况

1.1 国家概况

1 《对外投资合作国别(地区) 指南: 肯尼亚》(2017年版), 中华人民共和国商务部国际贸易 经济合作研究院。

- 2 Kenya, Country brief (2019). World Bank.
- 3 OECD Aids at a glance charts(2017), World Bank GDP Databank

肯尼亚共和国地处非洲大陆东部,毗邻埃塞俄比亚,索马里,坦桑尼亚,乌干达和南苏丹,首都为内罗毕,设为省级特区。其余领土被划分为 47 个行政郡县。肯尼亚是东非第一大国,是东非共同体、东南非共同市场等区域合作组织的倡导者,以地理位置的优越和相对完善的经济基础发挥着向东、中部非洲辐射的重要作用 ¹。其官方语言为英语和斯瓦希里语。

地区	东非
人口总量	5,197万
平均寿命	67.291
基尼指数	40.8
国内生产总值(美元)	749.38 亿
人均国民总收入(美元)	3,250
卫生总支出(美元)及 GDP 占比	45 (Z (6.4%)
人均卫生支出(美元)	70

表 1 2019 年肯尼亚社会经济、人口情况 (数据来源:世界银行、世界卫生组织)

1.2 社会经济情况

肯尼亚被世界银行定义为中低收入国家。2017年国内生产总值(GDP)为749.4亿美元,人均国内生产总值1,594.8美元,2015年基尼指数为40.8,贫富差距较大。此外,该国有26.6%的国民生活在城市中,46%的国民生活在贫困线以下²。

2017 年,肯尼亚总计获得 29.42 亿美元发展援助,约占该国 GDP 的 3.7%[OECD Aids at a glance charts(2017), World Bank GDP Databank.]。就 2016-2017 两年的平均援助来看,最大的援助者和援助金额为: 美国,8.36 亿美元; 国际开发协会(International Development Association),5.13 亿 美 元; 非 洲 发 展 基 金(African Development Fund),1.99 亿美元。其他主要的援助国或组织包括英国,日本,欧盟,及全球基金(Global Fund)。在这两年中,平均每年约有 9.5 亿美元援助投入到了健康及人口发展领域,占到总援助的 34%。

- 4 《对外投资合作国别(地区) 指南: 肯尼亚》(2017年版), 中华人民共和国商务部国际贸易 经济合作研究院。
- 5 Country Profile: Kenya(2019), UN Data.
- 6 Institute for Health Metrics and Evaluation, Country profile-Kenya (2019).

1.3 与我国的国际关系

自 2013 年习近平主席和肯雅塔总统确定建立中肯全面合作伙伴关系以来,两国关系已经深度融合:中国是肯尼亚的第一大贸易伙伴、第一大工程承包商来源国、第一大贷款提供国以及增长最快的海外游客来源国。中肯合作了超过 15 个"旗舰项目"。2017年肯雅塔总统作为非洲唯一的国家元首出席"一带一路"国际合作高峰论坛,两国关系提升为全面战略合作伙伴关系⁴。

2 主要健康问题和挑战

截止 2019 年 4 月,肯尼亚总人口约 5,197 万,其中 65 岁以上人口约占总人口的 2.7%, 14 岁以下儿童占 42.1%。人口结构呈金字塔状,具有发展中国家高出生率和高死亡率的 特征。

根据肯尼亚卫生部统计,传染性疾病、孕产妇及新生儿疾病仍然是肯尼亚最主要的疾病领域。目前,肯尼亚第一大致死疾病为艾滋病 (29%),其次是下呼吸道疾病 (8%) 和腹泻。肺结核、疟疾和新生儿疾病也是传染性和致死率较高的疾病。除此之外,世界卫生组织 2010 年的调查显示,肯尼亚是撒哈拉以南非洲国家中慢性病患病率最高的国家 (20.3%),心、脑血管疾病和糖尿病的致死率都呈现攀升趋势。当地医院的数据也显示,50%~70% 的住院病人感染了慢性非传染性疾病,慢性非传染病患者中 50% 的住院病人因 NCD 致死。据估计,到 2027 年慢性非传染性疾病将成为肯尼亚较大的疾病负担。

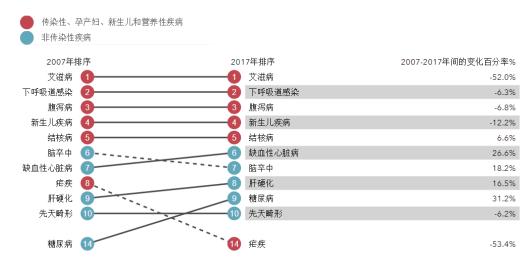


图 1 肯尼亚前十位死因及 2007-2017 年变化 6

3 国家医疗卫生系统概述

本报告在回顾和评估各个国家医疗卫生体系时,选取了世界卫生组织的卫生体系框架。这个框架包含了医疗卫生系统中的政策监督、服务供给、筹资和支付、卫生人力资源、卫生信息系统和卫生产品管理六大板块,六个板块之间具有互相依赖互相影响的特点。 采用这一分析框架的目的是为了促进对于卫生系统的理解,进而了解系统的优势和劣势。

3.1 政策监管

卫生部负责指导和管理肯尼亚所有医疗卫生机构,其主要功能包括制定政策、制定发展计划以及监督各类计划的实施。其中,医疗服务署下属标准和质量部门、政策部门、规划和卫生筹资部门、政府间协调部门等部门,负责监管医疗机构及其提供的医疗服务。

在卫生政策方面,肯尼亚制定了 2014-2030 年国家卫生战略,呼应了肯尼亚 2010 年制定的新宪法,旨在显著改善肯尼亚全国卫生状况,以满足人民的卫生需求,并依此制定了强化医疗卫生体系的框架(方针、原则、任务和目标)。其核心目标为基本人权的实现和对经济发展的帮助,关注国家级和郡级政府之间的责任划分、沟通机制和管理模式。国家卫生战略根据肯尼亚卫生体系中多种利益相关方共同参与的特点,提出了一种综合性的创新方法,把医疗卫生服务体系中所有的利益相关方纳入卫生系统的议程中,听取各方的需求,平衡各方的资源。重点关注的领域包括基础药物和医疗器械的采购和可及性;现代化医疗信息系统;医疗基础设施发展和医疗服务可及性;卫生人力资源发展和普及公平的支付体系;公立医疗保障系统建设。

在这一政策的制定过程中,所有卫生利益相关方,包括政府部门、郡级政府、立宪部门、双边和多边组织、以及私立组织、宗教团体和社区组织都参与其中,具体的策略、卫生项目和实施计划会以五年来陆续展开。

3.2 服务供给

肯尼亚医疗卫生机构从经济形式上可分为三类。第一类为公立部门,包括所有政府卫生设施(公立医院、诊所和药房),医学院和公共药品供应链。第二类为非营利私立机构:包括教会组织(Faith based organization,FBO)及非政府组织(NGO),其中包括教会医疗机构(医院、诊所和药房)和教会药品供应机构。第三类为私立营利机构,包括医疗设施、医疗分销商/供应商、药物/医疗制造商、卫生保障(例如医疗保险),医疗信息通信技术、医疗管理咨询和培训机构。

3.2.1 公立医疗服务

政府负责在国家转诊医院提供医疗服务。国家转诊医院是医疗卫生领域最高级别的医院,提供最全面的医疗服务。目前肯尼亚有四家这类医院:内罗毕的肯雅塔国立医院(Kenyatta National Hospital)、埃尔多雷特的莫伊教学和转诊医院(Moi Teaching and Referral Hospital)、内罗毕的国家脊髓损伤医院(The Spinal Injury Hospital),以及内罗毕的马萨里教学和转诊医院(Mathari National Teaching & Referral Hospital)。

肯尼亚公共部门提供的其他类型的卫生服务有: 郡转诊服务、基本卫生保健服务和社区卫生服务。所有这些都归郡政府管辖。

3.2.2 私立医疗服务

肯尼亚的私立卫生机构较为活跃。过去 20 年以来,私立卫生机构的数量显著增长。主要是由于公立医疗服务质量不佳。同时,一些公立机构也向患者收费,因此价格上并无优势。加之卫生部门对私立医疗服务提供者的许可和监管较为宽松,允许公立机构医务人员到私立部门多点执业,对于患者而言选择的自由度更高,接受的服务更加多元,性价比更高。根据 2005/06 年度估计,肯尼亚私立医疗市场规模约 2.6 亿美元,支出的三分之二用于医院提供的卫生服务。私立医疗机构由营利性和非营利性组成,包括不同类型的卫生保健机构,如非正式的医疗服务提供者(例如传统治疗师、未经注册的药店等),综合诊所、疗养院、诊断中心,以及学术医疗中心。近十年来,宗教组织提供了肯尼亚所有医疗机构中 25% 的服务,非营利组织和非政府组织提供了 19% 的医疗服务,而营利医疗机构提供了 37% 的服务。

非营利性机构: 2009 年,肯尼亚政府与宗教组织医疗卫生服务方签订了合作备忘录,建立了在卫生系统内合作的关系。合作备忘录把宗教组织纳入了公立部门计划制定、监管和评估的参与方,要求宗教组织必须在医疗委员会注册,满足最基本的法律和质量标准。公立部门也给各宗教组织提供不同程度的协助,并定期向政府汇报财政方面的情况。宗教组织的服务场景要发生在诊所、药房、健康中心和初级医院。国际和国内非政府组织的服务场景主要是诊所、药房和护理之家,他们和宗教组织一起服务社会中最弱势的群体,致力于解决服务供给不平均的问题。

营利机构:包括医疗设施、医疗分销商/供应商、药物/医疗制造商、卫生保障(例如医疗保险)、医疗信息通信技术、医疗管理咨询和培训机构。营利机构在所有医疗服务中占据了大约三分之一,主要集中在首都内罗毕和主要大城市。这些机构除了小部分

7 Private Health Sector Assessment in Kenya (2010). World Bank. f 高端国际医院和诊所之外,大部分为面向中低收入群体的初级诊疗服务提供者。由于私立营利机构缺少全面的布局,很多私立营利初级诊疗机构的患者不得不被转诊到二级或三级公立医院。虽然普遍认为私立机构填补了公立机构的空白,但是两者之间的合作较为缺乏⁷。

3.2.3 存在的问题

肯尼亚的服务供给受到了很多层面的限制,如人力资源、财政限制和医药和器械供给。 由此造成了服务可及性和利用的不均衡,进而影响了主要的国家公共卫生指标。其中主要存在的问题有:

肯尼亚城乡之间医疗资源可及性差距巨大。大约 75% 的肯尼亚人生活在农村地区, 然而大多数卫生机构,特别是营利性私立机构都在城市地区,在人口较少的偏远农村地区, 公共医疗机构往往是该地区唯一的医疗机构。

转诊机制运转情况不理想。理论上来说,转诊机制在不同的卫生层级中是存在,然而,在国家的不同区域,实际的实施情况差异较大。郡级医院和四分之三的公立卫生中心中都有转诊服务和沟通设备,国际组织和宗教组织的条件更加优良。而在国家的偏远农村地区,转诊变得十分困难,一些地区没有电信网络,也没有适合崎岖地形的车辆,甚至一些地区无路可走。相关的调查显示一些垂直的转诊缺乏跟进和反馈,因此不确定转诊是否真实发生。根据过去十五年间的持续观察,该国转诊的实际发生率大致为16%。

在母婴健康方面,在农村地区的妇产科服务、转诊服务和延伸服务都没有有效的吸引妇女在医院生产,也没有足够数量的专业接生人员在家庭环境下帮助服务生产。以在卫生机构分娩的新生儿比例为例,在肯尼亚中部的基里亚加郡出生的儿童中,每 10 名中有 8 名以上儿童是在医疗机构出生的;而在最偏远和最边缘化的 Wajir 郡,每 20 名儿童中仅有 1 名出生在卫生机构。

在社区层面,各种战略和计划的推进都十分缓慢,人力资源的匮乏也导致计划无法 推进。由于医疗服务标准和法律规范的不完善,**服务供给的质量**面临挑战,因此,新的 国家卫生战略制定了全新的临床医疗指南,推进了临床监察机制,制定政策鼓励私立医 疗机构改革,**加强公立与私立医疗机构的合作**。

3.3 卫生筹资体系

- 8 Global Health Observatory County Views (2019), WHO.
- 9 Kenya National Health Accounts (2016), USAIDS.
- 10 Kenya Health System Assessment 2010, HFG.

2001 至 2015 年间,肯尼亚卫生总费用占 GDP 比例约为 $4.6\% \sim 6.4\%$,与中国的比例接近(约 6%),但低于经济合作与发展组织(OECD)成员国家的平均水平(约 9%)。

肯尼亚卫生筹资的方式众多,主要有政府卫生支出、私立部分,以及援助。其中私立部分包括个人自付卫生支出和社会卫生支出。政府卫生支出占卫生总费用的比例自2008年以来逐年上升,2015/16年度达到33.1%。个人自付占卫生总费用的比例从2000年46.8%下降到2015年的33.4%,商业保险占据了3%左右,其余30%来自于外国援助⁸⁹¹⁰。

3.3.1 卫生支出

政府卫生支出:政府卫生支出包括国家卫生部、郡级卫生部门、及其他中央政府部门的卫生支出。其中郡级卫生部门的支出近年来增长较快:郡卫生部门预算占郡预算总额的比例从 2013/14 年度的 13% 增长到 2014/15 年度的 22%。这部分资金主要来自于政府的一般性财政税收,再以预算划拨的形式用于政府卫生支出。

社会卫生支出:社会卫生支出主要包括社会医疗保险、商业医疗保险、社区医疗保险,企业补充医疗保险,以及一些社会捐助。肯尼亚目前所有医疗保险覆盖率整体仍为20%,占覆盖人群数提高到了约950万,其中全国医院保险基金约760万人、商业医疗保险约150万人、社区医疗保险约50万人。肯尼亚的医疗保险覆盖率与周边国家相比(例如卢旺达91%,加纳60%),依然有显著的提升空间。

个人卫生支出:目前肯尼亚医疗保健覆盖率只有25%左右,75%的肯尼亚人口没有任何健康保险,完全依靠自付费用。虽然目前肯尼亚个人自付占总卫生支出的比例逐年降低,但依然高达全国卫生总支出的三分之一。2015年,肯尼亚人均卫生总支出为70美元,约为中国的七分之一,其中国民自费部分约为23美元。高居不下的个人自付卫生支出是肯尼亚居民获得卫生保健服务的一大障碍,也是因病致贫的主要原因(个人自付卫生支出使4.1%的家庭面临灾难性卫生开支,1.5%的家庭跌落到贫困线以下),并严重限制了肯尼亚人民,特别是贫困人口获得医疗保健的机会。卫生部估计,16%的病人由于经济困难而放弃就医,38%的病人须变卖资产或借款来支付医药费用。

援助: 肯尼亚在一些主要的项目方面对于经济援助的依赖性较强,例如艾滋病项目,占据了所有援助经费的 75%。60% 的卫生类援助资金通过国际非政府组织,输入肯尼亚,中间要收取较高的行政费用,由此产生了一些实际障碍,如现有资源的利用和捐赠方承诺目标的实际达成。

11 Working in Health: Financing and Managing the Public Sector Health Workforce (2009). World Bank.

3.3.2 支付和定价

肯尼亚的医疗服务支付方式 (按项目付费) 和定价方式 (公立政府定价, 私立自由定价, 药品加成) 与中国两三年前的普遍模式比较类似, 方法上比较落后, 不利于医疗费用控制和医疗效率, 但相对有利于医疗服务机构的运行。

3.3.3 存在的问题

该国卫生筹资方面的主要痛点是**较高的个人自付卫生支出和对援助的依赖性**,尤其是在公共卫生干预项目上。这些问题激发了政府制定新的卫生筹资政策,公立医疗保险体系建设也纳入了国家卫生战略 2014-2030 的主要目标之一。目前,公立医疗系统采用直接拨付给医疗机构的方案,资金的管理由地区层面的机构来管理。然而除资金本身不充足以外,管理机构的专业性和向基层推广的能力仍需提高。在援助方面,对援助资金的较大依赖使肯尼亚传染病防治工作的可持续性面临挑战,尽管肯尼亚政府把传染病筹资问题放在了首位。

3.4 卫生人力资源

肯尼亚卫生人力资源总体较为匮乏。截至 2012 年,肯尼亚全国注册的卫生人员约为 10 万人,其中医生仅占 18%(8,092 人)。世界卫生组织(WHO)建议每万人至少有 23 名医生、护士和助产士。而相比之下肯尼亚每万人仅 1 名医生、12 名护士和助产士。除了数量上的匮乏,卫生人员流失情况也较严重。肯尼亚的卫生人员除正常退休外,有较大比例的卫生相关人员出国或者至 NGO 工作,直接造成了肯尼亚本国卫生人力资源的流失。

肯尼亚每年医学本科生入学数量较少,不到 1 万人。近年来有逐年递增的趋势,从 2008/09 年的 4,009 人增长至 2012/13 年的 7513 人,增幅达 47%。医学生最多的专业是 医学和外科,占医学生的 42.2%。肯尼亚每年毕业的医学生(本科毕业后被称为 Medical Officer)数量更少:2010 年仅毕业 360 名医学生,主要来自于内罗毕大学和 Moi 大学。

肯尼亚的卫生人力资源在整个撒哈拉以南地区都具有独特性。虽然有绝对的卫生人才短缺,但是医师和人口的比例(1.69/1000)在整个区域来看相对较高。而最关键的问题在于**卫生人力分布的不均衡**,不论是在城市和农村,在不同的地区,还是在不同的服务层级上。农村药房只有 20% 的人员配备率,而地区医院的人员配备率达 120%。整个医疗卫生系统中卫生人力经费的 25% 都用于了两个主要的转诊医院 ¹¹。

12 Kenya Health Policy 2012-2030. Ministry of Medical Services, Kenya.

13 14 Drug Regulation in Kenya (2014). Leishamaniasis East Africa Platform. 总结来说,肯尼亚面临的卫生人力问题主要是专业人才的培养跟不上实际的需求, 公立系统对人才的保留机制不足,导致流失严重,资源短缺。此外,现有资源具有分布 失衡的现象,国家对于卫生人力资源的财政投入分配也存在不均衡的问题。

3.5 卫生信息系统

国家卫生信息系统由卫生部制定和指导,由来自财务和人力资源部门人员组成的委员会进行协调。肯尼亚医疗信息系统架构包括日常服务数据、人口普查和动态统计、调查、检测、基于人口和机构的数据统计和研究、管理数据统计(其中包括人力资源、财务、医疗机构和医疗用品四个分支)和信息通讯技术。然而,这些功能之间的连贯性和配合度十分有限。不同层次和不同部门对于信息的反馈和应用也有所区别。信息产物的质量、效率和可及性都不足以满足需求 ¹²。

总体来说,虽然目前的国家医疗信息系统在持续加强,但是目前其响应速度和效率仍不够完善,造成这些问题的原因主要包括:来自不完善的治理结构和政策框架文件执行不力的制约;各级卫生系统缺乏熟练的专业人员;分散的垂直型公共卫生干预项目。此外,底层医疗数据到上层决策的信息分析和反馈机制存在问题,数据的质量也得不到保证,亟需更为先进的信息管理产品来提高卫生信息的质量和效率。

3.6 卫生产品管理

3.6.1 筹资

药品方面的经费来自于卫生部、援助伙伴和私立组织。除此之外的费用主要通过公立部门和宗教组织在药房购药的自付费用获得¹³。

3.6.2 监管

肯尼亚药品、医疗器械及药房的监管统一由肯尼亚药品管理局(the Pharmacy and Poisons Board)负责。卫生部监督肯尼亚药品管理局履行行业监管职责。其中一部分医疗器械的质量检验是由国家质量监督实验室(National Quality Control Laboratory,以下简称 NQCL),非营利机构"基药器械使命"(The Mission for Essential Drugs and Supplies,以下简称 MEDS)和国家标准局完成的¹⁴。

3.6.3 准入

15 16 17 18 Regulatory & Market Profile of Kenya (2017). Pharmexcil.

17 18 19 Kenya Pharmaceuticals and Healthcare Report Q4 (2017), BMI Research. 卫生产品进口商需满足一系列的法规要求,包括在卫生部注册、为肯尼亚标准管理局提供药品样本质量检测,生产过程中遵循 GMP 标准等。一些药品享有快速注册通道,如在本地生产的药品,针对某一类疾病无替代药品的新药等。药品快速注册的全流程申请时间需要 90 个工作日,每种药品的注册有效期为五年。肯尼亚作为东非的中枢,享受东非共同体和东南非共同市场药品出口的特殊准入和关税减免政策 ¹⁵。

3.6.4 采购分销

肯尼亚采购渠道分为三类:公共部门对医药和医疗器械的采购主要通过肯尼亚医疗用品管理局负责,政府通过指定的代理商进行招标采购,供给肯尼亚医疗中心,再由该中心向各公立医院、药房、健康中心进行分销。私营市场通过药品进口商和分销商分销到各郡的一级批发商和各镇、村的二级批发商。"基药器械使命"是私营市场较大的采购方,采购到的药品器械除了供应连锁药房和营利非营利医院以外,也向周边国家出口。非政府组织是第三类采购主体,如盖茨基金会和全球疫苗免疫联盟(GAVI),从全球采购药品,免费向该国医院和诊所捐赠。

肯尼亚药械市场中可能面临的**最大困难在于采购和流通环节**,主要是由政府卫生项目、援助组织和社会团体工作的重复和交叉导致的。例如,肯尼亚医疗供应局(KEMSA)负责向公立医疗机构供应基础药物,但是又要与 MEDS 和私立分销商竞争市场。除了这些供药渠道之外,还会有来自发展中国家的低价仿制药抢占市场,导致了一些时候公立采购仿制药的价格比原研药还要贵 ¹⁶。

3.6.5 药品市场概况

2017年肯尼亚药品市场规模约为 9.14亿美元,年增长率保持在 10.7%¹⁷。其中处方药占据了四分之三的市场份额。有预测指出,肯尼亚未来五年非处方药物的增速将高过处方药。肯尼亚药品产业主要包括三个板块,分别是制造、分销和零售,供应了全国近5000 个卫生机构。由于政府持续支持本土和外国药品投资,药品制造业和分销商数量都持续增长。目前有 700 家注册分销商和 1300 家零售商,由药剂师运营。

在该国流通的药品中,70%在本国生产,30%为进口。本国生产的药物主要为仿制药,进口的药品包括原研药和仿制药。目前登记在肯尼亚药品管理局下的制药企业有40家,其中只有31家直接生产药物和药品原材料。本地厂商主要生产基础仿制药品,药品目录相似,产品品类相似,大部分企业的生产线只利用了50%-66%的产能,导致药品成本增高,降低了企业竞争力。相比本地药企,进口仿制药在当地的价格更低,市场深入渗透,

更具有竞争力。品牌创新药主要供应给私营渠道消费者 18。

肯尼亚是东南部非洲中最大的药品生产和进口国。其生产和进口的药物除了供应本国的需求以外,也供应了整个东非区域 50% 的药物。其中本地生产厂商只占据一小部分,大部分还是被印度和中国的进口药品占据。由于在价格上难以与廉价的进口药品竞争,当地一部分有一定实力的生产商转而关注质量,在生产中实施了世界卫生组织药品生产质量管理规范(Good Manufacturing Practices,简称 GMP)。其他企业由于缺少资金或技术支持无法达到 GMP 标准,也没有动力提升生产技术。

药品选择: 肯尼亚国家药品目录在过去 30 年经历了五次调整,每五到七年更新一次。 最新的 2016 年基药目录国家药品目录主要是基于国家标准临床指南,并按照医疗服务层 级分类。在国家层面,基药目录指导了药品采购。然而基药目录上的药品并未被全部采购, 主要的原因包括基药目录在部分区域的推广不利,明确指导和说明文件的缺失,以及药 品产业的干涉 ¹⁹。

3.6.6 医疗器械市场概况

2016年,肯尼亚医疗器械进口市场规模达 3.97 亿美元。肯尼亚医疗器械市场几乎完全依靠进口,主要进口国包括中国、德国、印度、荷兰和美国,主导市场的厂商包括通用非洲(General Electric Africa),飞利浦(Philips),引导治疗(Guided Therapeutics)在内的大型设备制造商。

3.6.7 存在的问题

总体而言,在医疗产品管理方面的政策监管较为碎片化,针对药品和器械管理的综合性政策目前并不明确。虽然药械注册明确规定由肯尼亚药品管理局负责,但是实际的注册效率仍需提高。而国家基药目录一直有所更新,但关于基药目录管理和实施的方案较不明晰。另外,药品服务的可及性由于专业人才的缺失,存在一定挑战。最后,在药械筹资方面,虽然已经利用了多样化的筹资机制,依然存在很大的障碍。在公立机构中,机构诊疗费和个人自付方面收集来的经费都用于了药品方面的支出,然而药品供给仍然不够充足。在私立部门,并没有合理的定价机制去控制药品的价格,导致药品价格难以负担,药品走私和假药流通并不鲜见。

3.7 医疗科技创新

肯尼亚目前已经把信息通信技术解决方案应用于医疗卫生领域,是唯一一个拥有全

面电子卫生保健战略的非洲国家,也是世界上唯一一个拥有数十亿美元移动支付(mPesa)支付额的国家。远程医疗,健康管理信息系统,医院信息系统和电子学习越来越受到关注。

3.8 总结

总体而言,肯尼亚政府在卫生方面的支出较低。虽然在其国家经济复苏计划 2030 中把医疗卫生放在优先的问题,但是公立体系不够理想的服务质量、医疗设备的短缺,人力资源的缺乏以及有待提高的卫生基础设施,都对目标的实现造成阻碍。虽然包括个人自付部分的私立支付部分保持下降趋势,然而治疗方面的花销依然限制着低收入群体的医疗可及性。

4 我国在该国的医疗类援助活动

我国对肯尼亚的援助始于 2003 年。截至 2018 年,我国政府在肯尼亚的医疗援助项目共计 16 个,其中包括了药品、器械和医院等硬件设施捐赠、独立的技术援助,如免费医疗服务和医疗技术培训,以及提供优惠贷款帮助医疗基础设施建设。由于海外青年志愿者服务在 2005 年被纳入中国对外援助体系,在本文中也纳入了我国在当地的志愿者医疗服务。中国政府对肯尼亚的援助集中在 1)抗传染病类药物和技术的帮助和扶持,2)基础设施,包括医疗设备和医院诊所的建设,3)生殖类和妇幼保健类设备,4)医疗技术合作。其中 2011 年中国进出口银行提供 7.45 亿人民币的优惠贷款用于肯尼亚肯塔雅大学教学、科研和转诊医院的建设,已不再是纯粹的无偿捐助形式,而是采用低息贷款的新型合作模式。

药物方面的主要集中在疟疾和肺结核两个主要领域,结合了中国自身在抗疟疾和肺结核药物研发方面的相对优势。几次援助行为均为一次性捐赠,不具有时间上的连续性。

项目内容	项目时间	项目类别	项目性质	项目金额(美元)	项目持续时间
中国向肯尼亚卫 生部提供抗结核 药	2002	医药	捐赠		一次性
中国捐赠抗疟药	2003/9/13	医药	捐赠	51,359	一次性
中国捐赠抗疟疾药物	2009/10/06	医药	捐赠	878,295	一次性

表 2 中国政府在肯尼亚的药物援建项目汇总

中国在医疗器械方面的援助多为捐赠一次性耗材和妇婴保健设备,针对较多的领域是母婴卫生,也不具备时间上的连续性。

项目内容	项目时间	项目类别	项目性质	项目金额(美元)	项目持续时间
中国捐赠生殖类 医疗器械(避孕套)		医疗器械	捐赠		一次性
中国捐赠抗疟疾	2002	医疗辅助设备	捐赠	1,000,000	一次性
中国向 Pumwani 妇产 科医院捐赠八个 婴儿保温箱	2014	医疗器械	捐赠		一次性
中国使馆向肯尼亚"超越零点" 工艺项目捐赠医疗设备(病床、 手术台、输液泵、 注射泵以及婴儿 保温箱等)	2018/03	医疗器械	捐赠		一次性

表 3 中国政府在肯尼亚的医疗器械援建项目汇总

医疗服务领域的援助较多,项目不仅针对传染病项目,也帮助解决基础设施短缺的问题。比较值得注意的项目有 2008 年中国提供疟疾防治工作培训,以及 2011 年 -2016 年中国对肯雅塔国家医院进行的援建和技术支持。两次项目都不仅仅是单纯的物资援助,而是通过科研和培训的方式,进行医疗技术的输出,帮助当地促进医疗服务技术水平的提升。其中,中国援建肯塔雅国家医院的案例,通过资金提供和技术援建,为当地技术带头医院进行科研能力建设,并接收当地医务人员到中国培训,为肯尼亚医疗系统赋能,提高了医院的接诊能力和就诊环境,并在此过程中输出中国产的药品和医疗器械,提升了医疗设备的现代化程度,帮助当地医务人员建立起对中国品牌的信赖和使用习惯,有助于帮助国产药械相关品牌进入当地市场。

项目内容	项目时间	项目类别	项目性质	项目金额(美元)	项目持续时间
中国提供疟疾防治工作培训	2008/12	医疗服务	独立技术援助		
中国援建露西·齐 贝吉(卡约里) 医院	2009/06-2011/6	医疗服务	捐赠	7,032,784	两年
中国和平方舟提供免费医疗服务	2010/10	医疗服务	独立技术援助		5天
中国帮助扩建卡 通都医院扩建一 期工程	2013/12-2015/6	医疗服务	捐赠	11,000,000	一年六个月
中国捐赠模块化箱房诊所	2016/12	医疗服务	捐赠		一次性
中国提供优惠贷 款用于肯雅塔大 学教学、科研和 转诊医院建设	2011-2016	医疗服务	贷款(不包括债务重组)	110,909,972	五年

表 4 中国政府在肯尼亚的医疗服务援建项目汇总

案例研究:中国援助肯雅塔大学教学、科研及转诊医院

肯尼亚肯雅塔大学教学、科研及转诊医院项目于 2019 年 5 月完成建设并顺利移交。 该项目是肯尼亚政府使用中国优惠贷款建设的第一个项目,是中国政府援助非洲国家经 济发展的民生项目,是实施国家"一带一路"倡议的战略项目。肯雅塔大学医院项目的 20 肯尼亚肯雅塔大学医院顺利 对外移交,中国江西国际经济技术合作有限公司官方网站 资金来源是中国进出口银行的优惠贷款。双方签署协议,中方向肯尼亚提供 7.45 亿人民币(合 9.85 亿肯先令)的优惠贷款,援建该医院。项目由中国江西国际公司承建,集临床,研究,应急,预防和医疗保健功能于一体,不仅是一家转诊医院,同时也是一家专科医院。合同额 1.1 亿美元。占地 600 余亩,总建筑面积超 8 万平方米,共 650 余张床位,包括 8 间高等级手术室,1 个产妇中心,1 个新生儿重症监护室(NICU),1 个重症监护室(ICU),1 个特别加护病房(HDU),以及医学影像中心、中心供应室、制氧及医用气体系统、锅炉及洗衣房、医疗废弃物处理、殡仪设施、餐厅、教学中心、宿舍等配套设施 20。

5 我国私立部门参与肯尼亚医疗卫生建设的情况

我国私立部门参与到肯尼亚医疗卫生建设活动主要在近三到五年的时间,医药类、器械类和医疗服务均有涉及。其中药品类以抗疟疾药物为主。这一方面是由于我国在抗 疟疾药物研发和技术水平上具有领先优势,另一方面也因肯尼亚及其他非洲国家对此类 药物有较为稳定的需求。从数量上看,医疗器械类和医疗服务类活动较多,体现我国私 立部门在该国医疗卫生治理中较为深度的参与,同时,也在一定程度上缓解了当地医疗器械短缺和医疗服务水平落后的问题。

项目名称	时间	类别	投资方	项目描述	项目持续时间
与肯尼亚高校 合作建设肿瘤 研究所		医疗服务	广州谢诺中非 投资管理有限 公司 (中方合 作方)	首都内罗毕启动。该项目致力于引	

表 5 中国私立部门在肯尼亚的医疗卫生活动汇总

华为医疗在肯 尼亚开发数字 医疗和远程医 疗解决方案	2017	医疗服务	华为肯尼亚公 司	华为携手肯尼亚 Micro Clinics 等公司,针对当地医疗资源缺乏的需求,开发了数字医疗和远程医疗解决方案,提升诊疗效率。目前,该数字医疗解决方案已覆盖拉姆郡以及内罗毕周边地区的 42 家诊所及2 家医院,远程医疗解决方案已运用于 10 家医院和2 家诊所,为患者节约了就医的时间与金钱成本。此外,通过远程视频系统,每年还可以为超过 300 名医生提供专业培训。	两年
中成进出口 股份有限公司与 Lianard Holding Ltd (利亚德控股 有限公司)合作在肯尼亚马 查科斯区建设 一座综合医院	2018	医疗服务	中成进出口股份有限公司	中成进出口股份有限公司与 Lianard Holding Ltd (利亚德控股有限公司)签订了《肯尼亚湖畔医疗城项目合同》。工程总价为4,775.88万美元,内容包括在肯尼亚马查科斯区建设一座含220个床位(建设面积为13,400平方米)的综合医院以及300套公寓的住宅(建筑面积25,500平方米)	5天
深圳迈瑞生物 医疗电子公司 在肯尼亚成立 分公司,提供 医疗设备和耗 材	2017/08	医疗器械	深圳迈瑞生物 医疗电子股份 有限公司	2014年,迈瑞正式在肯尼亚首都 内罗毕成立分公司,使得专业的服 务更加便捷、当地化。2015年, 深圳迈瑞生物医疗电子股份有限公 司与肯尼亚签署了总价值 8,000 万 美元的肯尼亚国家医疗中心项目, 覆盖肯尼亚 47 个郡县的 96 家县级 医院。	一年六个月

表 5 中国私立部门在肯尼亚的医疗卫生活动汇总

21 中企与肯尼亚高校合作建设 肿瘤研究所,新华网

	T.	T.			
威高非洲公司 在肯尼亚揭 牌,主要生产 医疗耗材	2015	医疗器械	威高非洲公司	2015年10月16日,威高非洲公司在肯尼亚内罗毕市正式揭牌。非洲公司建立后,将加强与当地医院、企业之间的合作,不仅为非洲人民提供优质的医疗器械,也要将先进的医疗技术带到非洲,在非洲国家生产、维护并提供高质量的药品和医疗器械,加强同非洲伙伴在医疗器械领域更加深入的合作。威高集团还将同威建集团强强联合,合作建设肯尼亚埃多雷特国家培训综合医院。并且威高计划在肯尼亚建立透析中心,建设医疗耗材生产基地,进一步扩大非洲市场。	一次性
海信医用显示器出口肯尼亚	2018/06	医疗器械	海信医疗	2018 年 12 月,海信出口一批医用显示器至非洲肯尼亚首都内罗毕,出口产品主要包括医用诊断显示器、大屏电视等多个产品型号。所有产品进入肯尼亚医疗机构后,海信将与中国医疗、医药企业一起支援当地数字医院、区域影像诊断、远程医疗等方面的建设。	五年
桂林南药在肯 尼亚设子公 司,生产抗疟 类药物	2018/02	医药	上海科麟医药 (桂林南药子 公司)	桂林南药为上海复星医药(集团) 股份有限公司控股企业,在复星医 药的国际化战略指导下,南药进入 非洲市场。在非洲进行药品销售, 首先必须在每个国家都要进行药证 注册,这就要在非洲寻找当地的合 作伙伴,通过他们向各国药监机构 申请药品注册。桂林南药通过逐一 拜访考察,严格筛选合作伙伴,最 终和当地美誉度很高且有合作诚意 的专业医药公司签订代理协议,并 率先在肯尼亚取得突破。	

表 5 中国私立部门在肯尼亚的医疗卫生活动汇总

北京华立科泰制药公司在肯尼亚设立分公司,主要生产 抗疟疾药物,并向当地提供 疟疾防治知识	5/11 医药	北京华立科泰制药公司	北京华立科泰制药公司是全世界最大的抗疟药物原材料生产商之一,种植有6,000公顷的青嵩属植物,每年可以生产100吨青蒿素甲醚和青嵩素产品。自2004年以来,北京华立科泰制药公司在肯尼亚、坦桑尼亚、乌干达和尼日利亚等32个非洲国家设立了分公司和子公司。向近400名中国对非洲医疗援助项目的官员和医护人员提供了疟疾治疗和防预知识,同时在过去5年里捐赠50万元人民币为肯尼亚和坦桑尼亚的医学院学生提供奖学金。	
--	---------	------------	---	--

表 5 中国私立部门在肯尼亚的医疗卫生活动汇总

值得注意的是,由于肯尼亚经济的飞速发展和生活水平的提高,该国在慢病和肿瘤方面的疾病负担情况越加严峻,对于专科医疗和疾病诊断服务方面的需求也越来越高。但该国公立医院普遍医疗设备老旧,服务质量和就医环境落后,患病人群的医疗服务需求得不到满足。一方面,一些支付能力较高的群体选择到欧美资本主导的高端私立诊所就医,或前往医疗水平较高的国家,如欧洲国家和南非寻求医疗服务;而另一方面,中低收入群体难以负担昂贵的自付费用而延误病情。而中等收入群体,一方面无法负担高额的私立医院费用,另一方面又不满足公立医院的医疗服务质量。在这种情况下,我国私立部门通过与当地权威公立教学医院合办私立医院等方式,采取诊疗费用公私共付的形式,定位有一定支付能力的中低收入群体,填补了该国专科医疗服务"两极分化"状况下中间的空白。例如,2018年广州谢诺中非投资管理有限公司就通过与内罗毕大学的合作,先期在内罗毕以肿瘤研究所的方式进军肯尼亚市场,并规划建立公私合营性质的肿瘤专科医院。

案例研究: 广州谢诺中非投资管理有限公司与肯尼亚高校合作建设肿瘤研究所

2018年9月17日,由内罗毕大学和谢诺中非等机构合作成立的谢诺肿瘤研究所项目在肯尼亚首都内罗毕启动。谢诺中非母公司谢诺金融与内罗毕大学签署意向合作备忘录,开展医疗和农业领域合作,内罗毕大学一谢诺肿瘤研究所是首个合作项目。 该项目计划引进中国的基因检测、远程诊断和人工智能诊断技术,一期计划建设非洲领先、具

有中国特色的高端诊断机构,二期计划建成兼具教学、科研、诊疗功能的肿瘤医院。肯尼亚卫生部提供的数据显示,癌症是肯尼亚第三大致死因素,仅次于传染病和心血管疾病。 业内人士认为,设施相对落后、技术及经验缺乏是制约当地医疗服务业发展的主要原因 ²¹。

在实施过程中,根据其公私合营的属性,公立部门内罗毕大学主要提供人力资源和 土地,私立部门谢诺公司和非方投资人共同提供资金支持。就人力资源来说,主要是从 内罗毕大学医学院定向培养医学生,毕业后进入医院执业。此外,该国医生允许多点执业,许多公立医院医生都会在私立医院兼职一部分业务,因此未来该肿瘤医院也会聘请一部分兼职公立医师。中方将聘请专业的管理团队,对医院进行全方位管理。肿瘤研究所选 址也由内罗毕大学提供,位于大学口腔学院附近,地处市中心,交通便利。

从企业的社会责任角度来说,谢诺中非总裁谢晓林认为,不应只考虑经济效益,针对低收入群体的肿瘤治疗也要被考虑,要通过资本的有效利用和流通去创造更多的社会效益。因此,在具体的运营过程中,医院将定位介于公立医院和私立医院之间的档次和收费标准(约为公立医院费用的 1.5 倍),计划引流一部分在公立医院就诊但不满足于公立服务的客户,也吸引一部分在私立医院就诊但支付能力一般的客户。该院计划既接受国民医疗保险也接受商业医疗保险。

然而在实施过程中,也存在许多实际的挑战。由于该项目具备公私合营的属性,对市场准入的要求较高,推进的速度也比预想中慢,企业本身对于整套准入程序的了解程度会直接影响到破除准入壁垒的难易度。此外,比较严峻的挑战包括技术团队管理挑战,目前正在使用的方法是全球招聘具有在发展中国家进行医疗机构管理经验的人才。针对医疗技术资源短缺的问题,通过当地医疗资源水平的提升和一些远程医疗项目的搭建可以解决一部分问题,但是还是有一部分缺口,谢诺拟通过和国内医学院的合作解决这个问题,但仍需长期的培养来逐步补上。

案例研究 2: 东软医疗在肯尼亚商业模式分析

东软医疗系统股份有限公司(以下简称"东软医疗"、"公司")成立于 1998 年,总部位于辽宁沈阳。公司定位于以影像设备为基础的临床诊断和治疗全面解决方案提供商,在海外设有 7 个子公司、1 个办事处,其中在肯尼亚首都内罗毕设立肯尼亚子公司,在越南设立了办事处。根据中国生产的高端医疗设备出口数据显示,截至 2019 年上半年,东软在国产品牌中连续 20 年出口第一,目标客户群主要集中在发展中国家,肯尼亚和非洲市场在五年前定位于长期发展,在 2016 年成立独资的全资控股子公司,以此为平台辐

射东部非洲市场。由于契合了非洲国家重视企业稳扎稳打长线发展的特点,市场开拓进 行的较为顺利,迅速从肯尼亚推广到了埃塞俄比亚、坦桑尼亚,下至莫桑比克和南非。

东软在非洲发展本着"扎根于非洲,服务于非洲"的原则,不仅为肯尼亚各郡安装了医疗影像设备,还连续三年面向当地的放射技师和临床医生,提供了包括硬件、软件、服务、培训等在内的一整套解决方案。本地子公司的设立也保证了在当地可以提供持续的后续维修和配套服务。其全生命周期的客户服务的定位解决了中资医疗设备在非洲市场开拓和维护过程中的最大痛点。

针对偏远地区缺少优秀医生的现状,东软医疗与肯尼亚的公立医院合作,提供了完善的"影像云"解决方案,实现了郡医院与首都大型医院的数据连通。权威专家只需通过"影像云"下载查看病人的 CT 影像及报告,即可远程给出诊疗意见。

针对在非医疗卫生人才稀缺的问题,东软选拔了一批来自位于辽宁省的中国医科大学、大连医科大学等高校非洲留学毕业生,经总部培训后回到本国,在语言、文化、服 务效率和服务质量上都能得到保证。

面对肯尼亚医疗设备市场被欧美老牌企业垄断的现状,东软通过产品全生命周期的高性价比与之竞争。尤其是在后续服务提供这一环节上与欧美品牌相比不仅价格较低,并且将中国人"勤劳"的文化属性作为附加价值,服务响应及时,迎合了非洲用户看重产品价值链条每一环节收益的特征,有助于逐渐打破欧美企业垄断的局面。

6 机遇和挑战

目前肯尼亚经济增长稳定,汇率相对稳定,政治环境安全,是非洲最具吸引力的市场之一。从药品、医疗器械和医疗服务领域的角度而言,我国私营部参与该国卫生体系建设具有较好前景,同时也可补足该国欠发达领域的卫生健康需求。

具体而言,具有以下机遇:

第一,从政策角度而言,肯尼亚政府明确至 2030 年的未来十年,将大力发展现代化 医疗和诊断设备的目标。而肯尼亚所在的东共体也在推动药品监管协调项目,可以为药 品准入提供统一的评估标准,有利于药品在整个东非区域的流通。

第二,从双边关系角度而言,中国政府与肯尼亚关系良好,并且是"一带一路"政 策倡议响应国家,中国企业有望从中得到项目补贴和资金扶持。

第三,从当地的需求出发,我国私立部门可积极参与到卫生建设当中,互惠互利, 共同发展。

具体来说,从药品领域来看,肯尼亚药品市场对于传染病防治药物,如疟疾、艾滋病和肺结核药都有稳定的需求。除此之外,作为撒哈拉以南非洲慢病患病率最高的国家,该国对于慢性病药物的需求也在稳定上升。例如,心血管疾病和糖尿病已成为当地最大和增长最快的处方药细分市场。其中心血管疾病药物细分市场增长速度最快,2017年已达4,000万美元,并保持了15.4%的复合年增长率。糖尿病药物2018年的市场约为3,500万美元,近十年来保持了13.5%的复合年增长率。现阶段来说,我国自主研发的抗疟疾类药物已经在当地市场占据了一定份额,一定程度上满足了该国疟疾患者的医疗需求。随着品牌影响力的逐步加强,有机会进一步加深与基层卫生体系的合作,解决更广泛人群的抗疟疾需求。今后也可考虑慢性病相关药品的引入,更好地参与当地的卫生健康建设。

从医疗器械领域来看,肯尼亚市场需求较大的医疗器械包括 CT 扫描仪、超声设备、X 光设备、核磁共振设备、血管造影及内镜检查设备、大型放疗设备等。而肯尼亚政府已经宣布将在 2020 年前投入 6 亿美元采购医疗设备,因此前景较大。而在肯尼亚 2030 远景规划之中,政府也提出将对全国范围内的 53 所医院与 210 所社区卫生服务机构进行全面的翻新与整修,并在每个郡中设立至少一家卫生服务中心。这些公立医疗服务机构的建立与翻修势必需要大量高质量医疗器械,因此有望继续拉高市场对医疗器械的需求。我国以迈瑞、东软为首的私立医疗器械部门深耕非洲市场,凭借优越的产品性能和完备的售后服务体系,与该国公立卫生体系建立了稳定的合作关系,加强了基层医疗在放射诊断方面的服务能力。未来随着该国对基层医疗服务的大力发展,我国优质医疗器械企业也有望加深与该国的合作,服务更广泛的基层人群。

而就肯尼亚**医疗服务**领域,我国私立医疗服务部门在肯尼亚医疗服务系统中能够发挥更加显著的作用:

一、我国医疗服务人才如医师、护士、护工等资源储备相对丰富,且具备在发展中 国家从事医疗服务的经验,有机会输出更多的技术和人力资源参与当地医疗卫生服务的

开展和人才培养。

二、东非地区大多数国家有自己的医疗保障计划,包括公共医保和商业医保,这些 医保可以为包括国外医疗在内的一些医疗服务项目提供支持,鼓励了一部分中等收入患 者选择私立医疗。在高端私立医疗被发达国家垄断的前提下,我国医疗服务提供者可定 位中端群体,与该国公立医保达成合作,以相对可承受的价格,惠及更多的中等收入甚 至中低收入群体。

但同时,私营部门的参与也存在一定挑战。

从药品和器械方面来看,包括:

- 一、基础设施较差,影响大型医疗设备的普及: 笔者采访的国内某大型医疗器械企业肯尼亚负责人表示,医疗设备的使用环境对基础建设有一定要求,但肯尼亚一些郡基础设施较差,例如陆路未修缮,只能通过最原始的人力搬运的方式把建材运输到目的地,增加了企业在一些区域推广的成本。
- 二、人才缺口:专业的药剂师和专业的放射科人才较为缺乏,需要企业配备相应的技术输出和定期培训,以帮助当地医务人员熟悉并使用我国的器械。
- 三、采购和流通环节中多部门业务交叉和重复可能会给我国私营部门的参与制造隐形门槛。

而在医疗服务领域,我国私营部门参与肯尼亚卫生治理,硬件和软件上同样存在挑战。 硬件上如卫生设备的短缺,一定程度上可以通过投资解决,而软件上的挑战不仅需要资 金的支持,也需要跨国合作进行输出和培养。具体的挑战包括:

- 一、市场准入挑战:虽然肯尼亚对私立医院的准入相对开放,但是对一些公立和私立医院合作项目的准入要求就比较高,推进的速度也比预想的慢。当地的合作人员的情况,以及私营部门本身对于整套准入程序的了解程度会直接影响到破除准入壁垒的难易度。
- 二、团队管理挑战:医学项目是系统工程,也就需要一套系统的管理体系。目前受访企业一般采用的方法是在全球招聘具有在发展中国家进行医疗机构管理经验的人才。

三、商业挑战: 医疗投资非常注重长期性,对各方面统筹协调的要求也比较高,但是一旦形成了有效的投资,就可以搭建出稳定的规模。然而短期来看,对于我国私营部门的耐心和资金实力都是很大的考验。



尼日利亚

1国家基本公共卫生状况

1.1 国家概况

尼日利亚位于西非东南部,非洲几内亚湾的顶点,邻国包括贝宁、尼日尔、乍得和喀麦隆,首都为阿布贾,采用联邦制政体,共有36个州和一个首都特区。尼日利亚是非洲第一大人口和经济大国,在西非地区和整个非洲都具有重要影响。西非国家经济共同体(简称西共体)总部设在阿布贾。官方语言为英语。

地区	非洲西部
人口总量	2.03 亿
平均寿命	53.88
基尼指数	48.8
国内生产总值(美元)	3,972 fZ
人均国民总收入(美元)	5,680
卫生总支出(美元)及 GDP 占比	146.96 (Z (3.7%)
人均卫生支出(美元)	216.6

表 1 2019 年尼日利亚社会经济、人口情况 (数据来源:世界银行、世界卫生组织)

1.2 社会经济情况

尼日利亚被世界银行定义为中低收入国家,贫富差距较大,2018年基尼指数为48.8。该国是非洲最大经济体,2018年国民生产总值为3,972亿美元(国际货币基金组织,2019),人均1,968.4美元,年经济增长率约为6-8%,主要依靠农业、电信和服务产业。52.2%的人口居住在乡村地区,53.5%的国民生活在贫困线以下。

2017年,尼日利亚总计获得 34.72亿美元发展援助,约占该国 GDP 的 0.9%。就 2016-2017两年的平均援助来看,最大的援助者和援助金额为国际开发协会 (International Development Association) ,8.04亿美元; 美国,6.3亿美元; 英国,4.27亿美元。其 他主要的援助国或组织包括全球基金(Global Fund),欧盟,德国和全球疫苗免疫联盟

22 OECD Aids at a glance charts, 2016-2017, 平均政府开发援助 (ODA), World Bank GDP Databank.

23 24 中国同尼日利亚的关系.中华人民共和国驻尼日利亚联邦共和国大使馆官网.

25 Nigeria Health System, World Health Organization.

26 CIA World Fact Book-Nigeria (2017). Central Intelligence Agency.

27 Nigeria Country Office Newsletter, Save the Children. (Global Alliance for Vaccines and Immunization)。在这两年中,平均每年约有十亿美元的援助投入到了健康及人口发展领域,占到总援助的 33%²²。

1.3 与我国的国际关系

中国与尼日利亚于 1971 年 2 月 10 日正式建交以来,双边关系发展顺利。1971 至 1990 年,中尼往来较少。自上世纪 90 年代,中尼开始越来越频繁地在政治、经济、文化、军事等领域开展合作,并取得了丰硕的成果。在政治方面,中尼政府高层往来频繁,经常进行友好访问。在经济方面,两国共同设有经贸联合委员会,自 90 年代以来签署了许多经济协定。尼日利亚是中国在非洲的第四大贸易伙伴,中国是尼日利亚第一大进口来源国 ²³。中方在尼日利亚进行了大量基础设施援建,在当前"一带一路"的倡议下,中尼将围绕技术、金融、旅游等领域展开更多经济合作。在文化方面,中尼已互设文化中心,并签署了文化合作协定和高校合作议定书。在军事方面,两军自二十世纪八十年代开始往来,双方国防部高层多次互访,并于 2014 年举行联合演练 ²⁴。总体而言,中尼战略合作伙伴关系正在不断深化。

2 主要健康问题和挑战

截至 2019 年 11 月,尼日利亚人口总量为 2.03 亿,占非洲总人口的 18%,位列非洲第一位,全球第七位,人口增速为 2.58%。根据目前尼日利亚的人口增长率(2016 年为 2.67%)推算,到 2030 年尼人口将增长一倍,达 2.96 亿,成为世界上人口增长最快的国家之一,构成非洲最大的本土市场。该国国民平均寿命为 52.8 岁,60 岁以上老年人口占全国总人口的 5%²⁵,14 岁以下年轻人口占据总人口的 42.54%,是全球继印度和中国之后年轻人口最多的国家 ²⁶。

作为整个非洲人口基数最大的国家,该国传染病患病率高,患病人数多,病种以艾滋病、疟疾和肺结核为主。根据英国非营利组织儿童救助会(Save the Children)的统计,大约 30% 的新生儿死亡是由传染病感染造成的,5 岁以内儿童死亡率也居全球之最 ²⁷。在 15-49 岁人群中艾滋病的患病率为 3.2%,约为 280 万人。根据美国疾控中心的统计,尼日利亚是全世界疟疾最为泛滥的地区之一,97% 的人口受到疟疾的威胁或已经感染。此外,被忽视的热带病,包括沙眼、非洲人类锥虫病、淋巴丝虫病、麻风、盘尾丝虫病、土壤传播寄生虫、血吸虫在尼日利亚城市贫民窟和农村贫困地区流行。

- 28 Regulatory & Market Profile of Nigeria, Pharmexcil.
- 29 Institute for Health Metrics and Evaluation, Country Profile-Nigeria.

目前,尼日利亚致死率排名前三的疾病主要为下呼吸道感染、新生儿疾病和艾滋病。 其中高发的下呼吸道感染与当地慢性阻塞性肺病的高发有关。紧随其后的疟疾、腹泻、肺结核和脑膜炎导致的高死亡率,显示了该国疫苗普及率不足的现状(WHO 2017 年数据显示该国疫苗覆盖率仅为 53%)。除了上述疾病之外,在中产阶级中,饮食结构的变化和久坐的生活习惯一定程度上导致了非传染性疾病患病率的攀升,包括糖尿病、缺血性心脏病、高血压和肝硬化等,未来将成为较大的疾病负担。此外,值得注意的是,尼日利亚癌症患者数量居非洲国家之首,根据 WHO 2018 年的统计,当年约有 116,000 例新增病例,41,000 人死于癌症(2018 年全世界新增癌症 18,100,000 例,9,600,000 人死于癌症)。其中前列腺癌和乳腺癌是增长最快的癌症类型,肝癌的致死率最高(21%)28

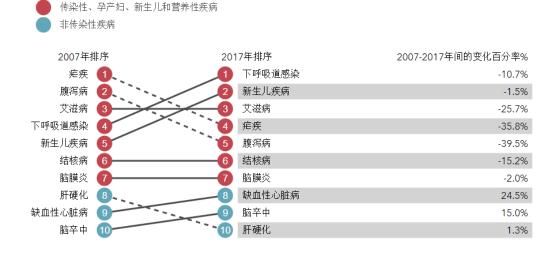


图 1 尼日利亚前十位死因及 2007-2017 年变化 29

3 国家医疗卫生体系概述

本报告以世界卫生组织的卫生体系框架为结构,对尼日利亚医疗卫生系统中的政策监督、服务供给、筹资和支付、卫生人力资源、卫生信息系统和卫生产品管理进行分析。

3.1 政策监管

尼日利亚联邦卫生部是医疗卫生系统的主管机构,负责制定政策和法规,对所有公立和私立医疗机构进行监管,也负责全国范围医药和医疗器械生产、流通控制和监督、 全民免疫保健的组织和管理等。各州政府均有自己的独立卫生预算,收入差异较大。由

- 30 A Closer Look at the Healthcare System in Nigeria, PharmAccess Group.
- 31 Nigeria Health System, World Health Organization.
- 32 Pharmaceutical Sector Profile: Nigeria, UNIDO
- 33 2016 Top Markets Report Medical Devices Country Case Study-Nigeria, USAIDS

于地方政府收到的资金较少,管理松散,导致整个卫生系统基础较为脆弱³⁰。

2014年尼日利亚通过了耗时十年的国家健康法案,为国家卫生体系建立了包括公立和私立医疗服务的标准框架,批准建立了基本医疗供应基金,以确保各类群体,尤其是贫困和需要救助的群体,在有限的医疗资源内享受最优服务都能得到医疗保障。2017年尼日利亚政府通过了第二版国家健康战略计划,将通过公私合营的方式更新和拓展医疗卫生服务,其中包括开发专科医院和诊断机构的服务能力,提供更优质的临床服务³¹。

3.2 服务供给

尼日利亚卫生体系由公立和私立两部分构成,其中主要依靠公立机构运行,私立机构进行辅助。

公立卫生机构按照责任划分为三级体系,第一级为地方卫生机构,根据 2016 年 PharmAccess Group 统计,约有 29,854 家,由地方政府管理,主要提供基层保健,包括 药房和卫生驿站(30%),卫生中心(44%)和诊所(26%),其中 79% 为公立机构,10% 为私立机构,1% 为教会组织,其余机构属性未披露;第二级为州级卫生机构,约为 3,768 家,提供二级卫生保健,包括地区医院、综合性卫生中心、专科医院和综合医院等,其中 32% 为公立机构,28% 为私立机构,4% 为教会组织,其余机构属性未披露;第三级为国家级卫生机构,主要为三甲教学医院,其中 85% 为公立机构,9% 为私立机构,4% 为教会组织,其余机构属性未披露。其中二级和三级服务主要服务城市,一级医疗机构覆盖乡村地区。联邦政府负责对所有医疗服务提供者进行政策规范和技术指导,为三级教学医院和 36 个州的联邦医疗中心提供药品和医疗器械。州政府负责州立医院的医疗资源,也为地方政府提供技术支持。此外,私立医疗体系、传统医学和非营利组织也在国家级、州级和地方级范围内提供医疗服务 32。根据欧盟 MedCOI 尼日利亚国家情况说明书中介绍,在尼利亚的三级卫生体系之间,虽然存在了转诊系统,但由于初级诊疗系统的薄弱,患者往往直接求助于三级医院。

尼日利亚的私立医疗服务体系是高度碎片化的,由很多个个体医疗专家开设的小型 医疗机构组成³³,资源丰富,管理架构清晰,其中一些能够应对几乎所有疾病状况。近年来, 联邦政府也逐渐认可了私立医疗领域的贡献,开始逐渐减少各个州在医疗事务中的角色, 并且鼓励公私合营的模式。目前公私合营在当地政府的倡导下,以几种不同的模式发挥

- 34 A Closer Look at the Healthcare System in Nigeria, PharmAccess Group.
- 35 Restoring Trust to Nigeria's Healthcare System, PWC.
- 36 38 Nigeria Health Financing System Assessment 2018, World Bank.
- 37 Institute for Health Metrics and Evaluation, Country Profile-Nigeria.

作用。第一种模式是政府拨款建立基础设施,由私营合约商来运营此机构;第二种为政府和私营部门共同投资和拥有机构,由第三方独立合约商运营机构;第三种为运营商和政府合资,风险和责任共担。目前已在筹划的公私合营项目有世界级医院计划,国家最高级别财富基金,阿布贾医疗城市计划³⁴。

虽然从整个非洲大陆来看,尼日利亚拥有最多的卫生人力资源,但其护士、助产士和医生的比例(每 1000 人拥有 1.95 个医生)仍然不足以充分提供基础的医疗服务。因此,一部分患者选择到医疗资源更发达的国家旅游就医。根据尼日利亚医学协会估计,尼日利亚每年至少损失 10-15 亿美元用于医疗旅游,其中 60% 的费用用于骨科和癌症手术、心脏病、神经学和癌症治 ³⁵。其中,印度接收了一半以上来自尼日利亚的患者。除了缺乏经过专业认证的医护人员之外,医疗基础设施也相对欠缺。2014 年,尼日利亚约有 13.4 万张病床,相当于每一千人有 0.8 张,远低于非洲地区的平均水平。自 2009 年以来,尼日利亚医院病床数量以 3.8% 的复合年增长率增长,略高于人口增长率,但仍不足以对人口床比产生重大影响。

根据牛津商业集团的报道,为尝试解决以上问题,尼日立亚卫生部制定了一些促进服务可及性的目标,尤其要增加初级护理中心的数量,目标在 2018 年新增 10,000 家。此外,卫生部和尼日利亚最高级别投资局达成合作,签署了一系列致力于扩大和现代化升级国家医疗机构的合约,其中六个合约已经开始启动。一些区域级别的教学医院已经开始建设现代化的诊断中心。

3.3 卫生筹资

2018年,尼日利亚医疗卫生总费用约为 146.9亿美元,占据 GDP 的 3.7%,人均医疗卫生支出约为 216.6美元,其中国民自费部分约为 155.3美元,自付比例占据总卫生经费的 71.7%³⁶。政府只负担了约 13% 的人均医疗支出,仅为南非的 1/7、安哥拉的 1/3,世界平均水平的 1/7;剩余部分由外国援助和非营利组织提供,每年约 20 亿美元 ³⁷。国家医保计划覆盖率只达到 3-4%,主要保障联邦公务员。此外,社区医保、州政府医保和商业保险分别为不到 1% 的国民提供保障。

政府卫生支出:政府的卫生筹资来自于联邦、州和地方三个层级。尽管尼日利亚的近年来经济保持较好的增长,也具有丰富的石油与人口资源,但由于其财政税收能力的不足,难以将经济增长转化为税收的增加。2016年,受石油价格波动影响,其税收只占

- 39 Nigeria Health Budget 2010-2016, Mamaye.
- 40 Nigeria Health Financing System Assessment 2018, World Bank.
- 41 US Foreign Aid by Country, USAIDS.

到 GDP 的 4.8%,比新兴与发展中国家的平均水平(约 25%)低了将近 20 个百分点 ³⁸。此外,由于公共卫生在国家策略的优先级靠后,卫生方面的财政投入在国家财政拨款中所占的比例相对较低,因此卫生部能够拿到的国家经费更加难以满足现实需要。从 2010-2016 来看,政府健康预算占总预算的在 3.7%-5.8% 之间,远低于政府 2001 年在非洲联盟的阿布贾宣言 (Abuja Declaration) 中承诺的 15% 预算目标 ³⁹。

社会卫生支出:社会卫生支出中,私人医疗保险约占5%,而南非为45%。为了满足庞大的投保数量,国家医疗保险也采用了公私合营模式,纳入了非公立体系的社区保险。然而项目并没有达到理想的数量,主要原因是缺少多样的筹资机制。其他的限制包括由于国家电网不稳定,医院自行使用发电机带来的成本,以及进口医疗设备带来的各种税费。

个人自付: 自付比例占据总卫生经费的 71.7%。由于政府健康支出有限,个人经费在总卫生经费中的比例始终居高不下,这也给社会健康的发展带来了挑战。一方面,这限制了国民尤其是低收入人群享受医疗服务,而尼日利亚的许多健康指标也在非洲地区排在末位。另一方面,高个人自付的方式也加剧了贫困。据估计,有 0.8%,即将近 130 万人口受这种支出模式影响,落到了贫困线以下 ⁴⁰。

援助:根据世界卫生组织的数据,2010-2016年,国外资金平均约占当年健康支出的10%。在对尼日利亚的援助中,健康与人口方面占到了三成以上,也是最重要的援助领域。援助包括 HIV/ 艾滋病防治,基础医疗,母婴健康等 41。

3.3.1 支付与定价

尼日利亚的医疗维护组织作为购买者,通过按人头付费及按项目付费的混合方式支付。定价方面,公立机构由联邦政府和州政府共同制定。

3.3.2 存在的问题

在卫生经费支出方面,国家 86% 的卫生经费用于重复性支出,大部分为支付卫生工作者的薪水。留给基础建设方面的费用十分有限,导致卫生部的一些旗舰项目的落地存在挑战,如计划重建 10,000 个初级诊疗中心,保证全国的每一个政治选区都有至少一个实际运行的卫生设施的"初级护理复兴计划"。霍华德学院全球卫生研究所指出,国家经费只有 30% 是根据人口分布情况分配的,常常人口数量最少的州拿到较高的卫生经费。在州一级卫生经费的使用上,经费的分配存在南方和北方的失衡,主要是由于历史和政治原因造成的。

42 43 Nigeria Health Financing System Assessment 2018, World Bank.

3.4 卫生人力资源

根据世界卫生组织的标准,该国至少需要 237,000 名医生。据尼日利亚医疗协会的估计,自 2009 年以来,全国医生人数以 2.7% 的年复合增长率增长,2014 年已达到 66,555 人。相较而言,牙医人数极少,截至 2014 年注册人数不足 3,000 人。造成这一现象的部分原因一度在于人才流失效应(Brain Drain Effect),而近年来的数据显示,卫生人才移居国外的现象开始下降,而更严峻的挑战在于尼日利亚自身人才培养能力不足和人力资源分配不均,大部分的卫生工作者都主要集中在尼南部城市的三级卫生系统中。造成这一现象的主要原因包括政府对于公立和私立部门缺乏资源协调,对于人员规划和使用缺乏计划性导致某些科室聚集了大量人力而另外一些科室人员匮乏,以及农村地区的工作环境中人员缺乏动力和效率低下等。更关键的是,整个国家缺少通用的卫生人力资源数据收集系统,导致管理部门在收集人力信息时缺乏全面合理的规划和协调机制 42。

针对人员在地理区域和学科上分配不均的问题,政府提供了一些解决方案,包括使用远程医疗,针对在外国工作的尼日利亚籍卫生人员设立归国财政激励和归国政策上的便利等。其中一个比较成功的手段是助产士服务计划,主要号召失业或已退休但具备工作能力的助产士和尼日利亚助产士学校的毕业生,到农村地区提供一年期的社区助产服务。

3.5 卫生信息系统

2006年尼日利亚国家卫生信息系统的架构是通过多个政府机构,收集到人群数据和机构数据。机构之间的沟通和协作非常有限,导致卫生信息的碎片化,无法对卫生决策提供支持。针对一系列的问题,2014年尼日利亚卫生信息系统政策运用了新的理论框架,详细地制定了一套数据处理标准,保证各层级数据在信息通讯技术环境下能够保障完整和交叉操作。针对机构之间信息互通机制较差的问题,2014年政策旨在加强政府治理结构,加强跨区域协作,在政策实施的过程中要跟踪所有利益相关方的实际参与情况,保证信息有效收集。

卫生信息的产生主要通过三个层面:一,在基层层面,乡村和社区的卫生工作者每个月向初级诊疗中心汇报,产生的信息每个月汇报给地区中心。此外,初级诊疗中心每季度向所在州汇报。二,在地区层面,主要采用电子信息系统,通过手机和电脑输入信息。国家卫生部和州立政府有权查看这一系统中的所有信息。三,地区信息系统和州卫生部每半年向国家层面汇报 43。

44 Nigeria Health Financing System Assessment 2018, World Bank.

45 Private Sector Pharmaceutical Supply and Distribution Channels in Africa, World Bank 目前,对于 2014 年卫生信息系统策略来说,最大的挑战是财政经费的紧张和人力资源的紧缺。虽然过去尝试这些问题,但至今并没有彻底解决。

3.6 卫生产品管理

3.6.1 筹资

药品方面,尼日利亚政府于 2005 年制定了国家药品政策,提出基药目录内的药品筹资是各级政府的责任,同时鼓励私立部门的参与。

3.6.2 监管与准入

国家卫生部下设尼日利亚药师协会(The Pharmacists' Council of Nigeria)和国家 食品药品管理局(National Agency for Food and Drug Administration and Control), 这两个机构负责监督该国的医药产业。其中,尼日利亚药师协会监管药店的业务以及药师的培训,对药师使用的平台包括生产设施、零售点以及药品仓库等进行监管,以确保 其符合 GMP 的标准。国家食品药品管理局监管药品药物、化学品、瓶装水以及包装食品,以及产品的生产平台,监督管理医疗器械、医药和其他化学产品(包括原料)的技术标准。 这些产品的生产、进出口、销售和广告须在该局注册后方能进行 44。

尼日利亚自 2016 年以来对药品和器械注册开始逐渐实施通用技术文件(CTD)报批,这既是与全球药械注册发展趋势的接轨,也是对于药械注册实行更加严格与规范的管理(中国医药保健品进出口商会,2017)。医疗设备的每次注册收取零税率,但根据尼日利亚医疗保健联合会(HFN)的实际规定,进口商需支付高达 10%的税费。

3.6.3 采购与分销

药品采购是尼日利亚药品流通中最具挑战的环节,因为药品和器械的采购涉及了很多不同的组织却没有得到集中的管理。公立采购的流程是药品和保障用品由各级政府专项基金拨款,由政府组织采购,然后分拨到中央药店和州立药店⁴⁵。但实际上,公立部门的药品采购十分碎片化和分散,许多的采购是由医院或地区医疗主管单位主理的,并没有满足政府集中采购的属性。政府采购在尼日利亚医药采购中所占比率达50%以上,主要提供基本的处方药,用于保障国家公务员和低收入者就医。然而,在基层护理层面,药品储备非常欠缺,因为大部分经费都用于支付人力成本,剩余给药品采购的经费非常少。

46 21 国医药市场概况,中国 医药保健品进出口商会.

47 Tania Holt, Laura Millroy, and Matthews Mmopi, Open Interactive Popup Winning in Nigeria: Pharma's Next Frontier, McKinsey & Company.

48 49 US Foreign Aid by Country, USAIDS.

自己的分销渠道卖给批发商。

3.6.4 药品市场概况

根据麦肯锡统计的数据,2014年尼日利亚制药市场规模为14亿美元,预计未来十年将保持9%的年增长率,最终在2026年达到36亿美元。与此同时,来自药品销售的收入将达19至22亿之间,其中仿制药将在较长的一段时间,在政府持续投入的背景下,占据越来越多的市场份额,预计其中55%将来自于处方药销售。公立医院进口药品、医疗器械总值约占该国药品、医疗器械进口总额的38%,而私立医院占比达到62%(中国医药保健品商会,2017)。

本土厂家生产的均为基药,主要产品类别包括液体药剂、药片、胶囊、药膏、护肤液以及眼用制剂。本国生产加上通过尼日利亚进口的药物也供应了整个西非地区 60% 的药品,大部分是普药和非处方药,除了治疗艾滋病、肺结核和疟疾的传染病药物以外,还有抗生素、镇痛药、高血压药和肿瘤药。由于科研水平较低,基础设施落后,受进口药品冲击及政策影响,尼日利亚制药产能整体低于 40%,本地企业生产的药品在供应西非区域的所有药品中占据 25%,剩下的 75% 从亚洲公司进口,其中印度占到其中的三分之一 ⁴⁶(中非基金,2018;麦肯锡,2017;中国医药保健品进出口商会,2018)。

尼日利亚目前有约 160 家本土或合资医药企业。截止 2015 年,只有五家通过了联合国 GMP 认证。另有 15 家制药企业正在升级厂房设备,在世界卫生组织的指导下申请 GMP 认证。未来它们将是外国仿制药品厂的主要竞争对手 ⁴⁷(麦肯锡,2017)。

3.6.5 医疗器械市场概况

根据美国商务部国际贸易组织的估算,截至 2018 年 12 月,尼日利亚医疗器械市场 规模为 1.33 亿美元,其中本土生产规模为 600 万美元,出口额 1.2 万,进口额 1.33 亿美元,尼日利亚人均医疗器械产品消费额不到 1 美元,相较之下,主要发达国家人均 100 美元以上、东南亚国家人均 10 余美元,我国人均 6 美元的水平。

本地企业大量的产能属于闲置状态,医疗设备生产能力也极为薄弱,除了能生产少量的注射器、注射针头及病床外,基本上不能生产其它医疗设备。该国主要从西方发达国家进口核磁共振仪、高分辨率 CT 机、高清晰 X 线机等医学影像诊断设备,以及高压氧舱、便携式家用制氧机等医用设备 ⁴⁹。中国是低值耗材和基础器械的主要海外供应商,价格低廉,大多数私人诊所都能负担得起。

3.7 医疗科技创新

除了针对中高收入群体的私营商业保险,面对广大的低收入群体和支付能力不足的问题,"微保险"提供了创新解决方案,一些非医疗健康类保险公司也积极参与,例如国家最大的移动运营商 MTN 就发布了"Y'ello"健康保险,每周只需要预付 1.5 美元,就可以以最多每月两次 / 每年七次的频率到全国 6000 个健康维护组织中看病,保费上限为488 美元。

3.8 总结

总体而言,尼日利亚建立起了以公立医疗服务系统为主,私立医疗服务为辅的医疗体系,政府也通过国家健康战略规划积极推动健康领域的发展。但是,其卫生体系仍然面临着重要的挑战:首先,政府的预算及政策推行能力有待提升。由于政府自身的税收挑战,在健康领域的投入进一步受限,使得卫生系统难以有效地改善。同时,系统内部的沟通协调与资源分配也有待改善,如信息管理碎片化,难以有效支持决策;再如人力资源的不平衡。随着尼日利亚经济的发展,需要进一步加强政府的管理领导能力,以此促进社会健康和长远发展。

4 我国目前在该国的援助活动

我国在尼日利亚的援助类活动相对较少,时间跨度也较大,在 2000 年以后大约有 5 次援助活动,包括药物、器械和资金的援助,以及协助医院建设。

第三章: 国家医疗卫生服务体系框架分析

项目内容	时间	项目类别	资金提供方	项目性质
中国捐赠抗猪流感器械		医疗器械	中国政府某部门	捐赠
中国每年为尼日利亚提供医药物资	2002-2007	医药	中国政府某部门	捐赠
中国援建联邦政府职员医院 / 中尼友好医院	2010-2012	医疗服务	中国政府某部门	捐赠
中国大使馆向尼日利亚红十字会捐款		资金援助	中国大使馆	捐赠
中国为尼日利亚抗疟疾中心建造提供基金	2013-2017	资金援助	中国政府某部门	捐赠

表 2 我国对尼日利亚的对外卫生援助汇总

5 我国私立部门参与尼日利亚医疗卫生建设的情况

我国私立部门在尼日利亚医疗卫生领域较为活跃。在医药方面,私立部门通过在当地建立生产基地等形式,深度参与尼日利亚卫生建设。例如,我国的众多医药企业,包括悦康药业、四川中康光大制药、华方科泰等通过直接在当地建厂或者设立子公司,积极参与尼日利亚卫生治理。而同时,桂林南药研发的青蒿琥酯"Artesun"也在尼日利亚成功上市。值得一提的是,尼日利亚对于青蒿素有着较为强烈的需求,而我国自主研发的抗疟疾药物以较高的质量和可负担的价格,收到了当地患者的欢迎,可以有效帮助该国抗击疟疾疫情。

项目名称	时间	投资方	项目描述
悦康药业集团 在尼日利亚投 资建厂	2008		中国悦康药业集团有限公司、尼日利亚尼第二大制药企业菲森药业公司(FIDSON)及科迪健康产业(香港)有限公司三方合作,在尼日利亚拉格斯州莱基自由贸易区投资新建药厂
桂林南药注射 用青蒿琥酯 "Artesun"在 尼日利亚成功 上市	2009		2009 年,复星医药所属桂林南药成功在非洲尼日利亚、加纳两国举办了核心产品之一"注射用青蒿琥酯"(Artesun)的上市会。这标志着该产品全面、正式进入这两个国家的市场
四川中康光大制药在尼日利亚建青蒿素制药厂	2013		2013 年 8 月,四川中康光大制药公司正式联合四川协力制药有限公司在尼日利亚投资兴建青蒿素制药厂。投资项目主要是利用当地资源生产青蒿素类抗疟疾药品,产品将销售到尼日利亚及其它非洲国家。项目第一期投资额为 371 万美元。
华方科泰在尼 日利亚设立子 公司	2017	华方科泰医药 有限公司	华方科泰在尼日利亚设立子公司可以最高效地将青蒿素 制品及相关成果服务于患病地区和人群。
互联网医疗 团队 Morsun Med 在尼日利 亚推广平价优 质医疗模式"样 板诊所"	2019	IDG,红杉资本 等风险投资机 构	Morsun Med 是一家致力于在非洲提供医院管理、技术支持、业务拓展等服务的互联网医疗公司。其在尼日利亚推出了平价优质医疗解决方案"样板诊所",运用AI、互联网等可复制的辅助手段为社区居民提供就诊服务。

表 3 我国私营部门在尼日利亚的医药类建设汇总

案例研究: 复星科麟药业在尼日利亚的卫生参与

上海科麟医药科技有限公司(下文简称为"科麟医药")成立于 2008 年,是桂林南 药股份有限公司(下文简称为"桂林南药")全资投资的子公司,属复星医药集团成员企业,主要负责桂林南药抗疟药物青蒿琥酯片剂、针剂的海外推广销售等事宜。桂林南药股份 有限公司成立于 2001 年,是复星医药集团旗下的控股成员企业。

作为一家综合性医药企业,桂林南药专注于化学药物研发、生产和销售。目前,公司产品众多,包括片剂、胶囊剂、注射剂、原料药等四大种类两百多个品种。其中,核心产品青蒿琥酯已获得中华人民共和国第 X-01 号一类新药证书。该系列产品属于抗疟药物,是国际抗疟领域中的知名产品,被誉为"疟疾克星"。2015 年,注射用青蒿琥酯入选法国独立医学杂志《处方》(Prescrire) 年度"荣誉榜",是榜单中的少数中国原创药之

一。 截至目前,注射用青蒿琥酯已经销超 1.2 亿支。

随着时代的发展,桂林南药不断推进国际化发展。在 2010 年以前,桂林南药就已尝试开拓非洲市场。同时,为了更好地发挥青蒿琥酯等系列药品的国际市场潜力,桂林南药投资成立了科麟医药,并将科麟医药作为国际营销平台。

近年来,借助"一带一路"倡议,科麟医药愈发积极地参与到非洲医疗卫生建设当中。 从 2009 年到现在,科麟医药在加纳、科特迪瓦、尼日利亚、坦桑尼亚分别成立了四个子 公司,并在肯尼亚、乌干达、马拉维和赞比亚设立了 4 个办事处。 在此过程中,我国政 府也给予了很多支持与帮助,例如,国家的援建项目帮助改善了科麟医药的一些产品在 非洲当地的接受度,中国政府与非洲当地的主动沟通帮助科麟医药的参与从盲目变得精 准。

除了国家政策的支持,非洲的人口结构对我国私营部门的参与也提供了机遇。结合 国家援助规模考虑,科麟医药中短期的投资对象主要为艾滋病、结核病、疟疾这三大类 疾病的抗生素、止痛药、高血压药,尤其是抗疟药物;长期布局中也包含对肿瘤药的投资。

但在产品定价方面,科麟医药的药品在非洲定位偏低,具体体现为价格和质量偏低。相对于一些在药品推广上投入较多的、走高定价路线的企业而言,科麟医药的战略是将药品以较低的价格卖给批发商。从销售渠道角度而言,主要有两种,一种是与国际组织合作,由国际组织分发给国家中央药库,最终分发给各个公立医院;另一种是直接分销到私立药房。当然,科麟医药目前也在为直接在当地建立生产基地等更为稳健的合作方式做准备。

经过多年的努力,科麟医药在非洲的尝试已经取得了很好的成绩。青蒿琥酯已被广 泛认可并使用。根据桂林南药官网统计显示,青蒿琥酯已挽救了 2400 多万非洲虐疾患者 的生命,且其中大部分是儿童。

尽管科麟医药仍在致力于更好地"走出去",但实际上仍面临着很多挑战。例如由于缺少申报材料难以获得药监局的准入许可、当地政府的腐败和拖沓拖慢企业工作效率、 基础设施的不完善导致难以建厂等等。这些困境要求科麟医药不断地寻找新的解决途径。

除了医药产品,中国企业也在尼日利亚参与基础设施项目建设和医疗器械捐赠和合作,如 2015 年,中国能源建设集团投资建设哈科特港专科医院;东软医疗以国家援外项

目为依托,在尼日利亚市场经营影像类医疗设备等。

项目名称	时间	投资方	项目描述
中国能源建设 集团投资建设 哈科特港专科 医院	2015/04	中国能源建设江苏电建一公司	中国能源建设集团江苏电建一公司正式签订尼日利亚哈科特港 1000 床位专科医院 EPC 项目合同,合同金额为 3亿美元(约 18亿多元人民币)。医院建筑面积约 84000平方米,建成后对改善当地人民医疗条件以及促进地区投资与旅游业发展将产生重要影响。
东软医疗为当 地提供医疗器 械	2016	东软医疗集团	东软医疗以国家援外项目为依托,主营影像类医疗设备如 CT、核磁共振、X 线、超声波等,目前业务范围涉及非洲的 45 个国家,有将近 300 台设备投入运作。

表 4 我国私营部门对尼日利亚的非医药类建设汇总

6 机遇和挑战

对于我国私立部门来说,尼日利亚药品医疗器械方面机遇与挑战同在。其中主要的 机遇包括:

- 一、人口数量巨大,政治稳定,社会经济飞速发展。
- 二、作为西非共同体的中心,尼日利亚供应了整个西非区域 60% 的药品,但其自身产能发展跟不上实际需求增长。
- 三、政府大力推广本地建厂,在招标评估中通过对本地厂商采取优先采购和更高的 优惠额度。
 - 四、当地对高质量的医疗卫生服务需求较大。

具体来说,当地主要的药品需求包括抗疟药、抗肺结核药物、疫苗和抗逆转录病毒药、抗生素、驱虫药、肿瘤药物和糖尿病药物等。未来预计内分泌药物、肠胃药、心血管疾病药物、血液病药物和传染病药物会占据 80% 的市场份额(麦肯锡,2017)。我国以康悦为首的私立部门通过在当地生产药物,更为直接快速地满足了其对抗疟疾类药物的需

求; 而桂林南药的青蒿琥酯在当地上市也得到了认可和使用,并以较低的价格为提高了该国药品的可及性。

医疗器械需求较大的包括诊断设备,如磁共振成像(MRI),计算机断层扫描(CT),数字 X 射线,超声波,乳房 X 线摄影和超声波扫描;医疗一次性用品,尤其是用于检测疟疾寄生虫,药物滥用以及艾滋病毒 / 艾滋病和结核病等传染病的医疗一次性用品。大多数私人诊所都难以负担全新的大型设备,因此选择使用二手设备(牛津商业集团,2015)。因此,我国私营部门除了可以提供高精尖仪器设备外,还可以为当地医疗机构供给低值耗材和基础器械,参与并带动当地闲置企业进行基础医疗器材生产,从而使更多本地中小私人医疗部门能负担。

但同时,我国私营部门参与,也存在一定挑战,包括:

- 一、**原材料紧缺,不利于生产商自给自足。**就活性药物成分一项来说,尼日利亚一年就要损失 920 万美元。根据尼日利亚联合药剂师学会的统计,85% 的活性药物成分需要进口,使得药品成本越来越高。许多原料药以化工和石化副产品的形式出现。尽管拥有丰富的碳氢化合物储量,尼日利亚的下游石化行业仍不发达。
- 二、**药品准入要求高,流程复杂**:理论上,该国准入要求接近国际标准,文件要求 CTD 格式。但许多中国仿制药企业目前还未进行一致性评价,缺少相关的 CTD 格式资料,生产设备也需要按照国际标准升级,因此达到准入要求需要花费大量的企业成本。此外, 尼日利亚药监局经常出现文件遗失情况,流程也比较复杂,时间成本越来越大,是尼日利亚药企引进中国产品时的痛点和难点。
- 三、流通分销方面,一些生产商使用私营的物流公司,有些甚至使用快递公司,导致很多药品通过没有注册或许可的销售平台注入民间。多数情况下,运输的效率及质量得不到保证,也出现了产品未达到目的地就过期的情况(中非基金,2018)。目前,中国在当地较为活跃的药企和械企大多选择合作的分销商进行私立市场的销售。因此,我国私营部门需要尤其谨慎选择分销商和分销路径,确保产品的安全性,保证良好的品牌形象。

四、据行业专家指出,本**地品牌在当地的推广难度比较高**,面临来自各方的竞争,推广投入较大,品牌认可需要时间。很多优质的中国产品厂家对非洲关注度不足,在各环节支持很弱。因此目前在当地已经开展业务的厂商普遍选择以较低的价格卖给批发商,

赚取较低的净利润。

在尼日利亚医疗服务领域,我国私营部门也可有发挥较大的作用。

- 一、人口基数大,但获得专业认证的卫生人才少且基础医疗设施欠缺;
- 二、该国对慢性病非传染性疾病的治疗需求越来越高,对于医院诊断和治疗的精确性和综合性提出更高要求;
- 三、中高收入群体具备消费能力,然而该国目前的私立医疗服务领域尚不能满足此 类人群的需求,部分患者选择进行境外旅游就医但造成资金外流。

对此,我国私营部门可以通过参与当地医院建设等方式,一定程度上弥补该国卫生资源的缺乏,并改善当地医疗条件,为更多的人提供就医机会。此外,我国的医疗服务者也可以通过发挥技术优势,提供高质量的私立医疗服务,减少收入较高患者的境外就医,并借此促进其他投资,同时带动当地旅游业发展。

然而,根据笔者对相关专家的采访得知,私营部门的参与也可能存在以下挑战:

- 一、由于政府各种政策的限制和要求,企业与政府合营面对一系列掣肘,而**企业的** 自由度会偏低;
 - 二、**政府部门办事效率低下**,罢工时常发生,不利于项目的及时推进;
- 三、在人力资源方面,当地员工在教育和文化程度方面参差不齐,不同文化背景的 员工对工作的理念也不尽相同,因此在**人员管理上有一定困难**;
- 四、尼日利亚常常有**商业欺诈**的问题,有许多的空头公司、阴阳账本和实际不存在的业务机会,因此私营部门也需注意做好前期的背景调查工作。



50 The International Trade Administration (ITA), U.S. Department of Commerce, Country Commercial Guide-Angola.

安哥拉

1国家基本公共卫生状况

1.1 国家概况

安哥拉共和国位于非洲西南部,北邻刚果(布)和刚果(金),东接赞比亚,南连纳米比亚,是中部、南部非洲的重要出海通道之一,隶属南非共同体。全国划分为18个省,164个市,首都罗安达市所在的罗安达省是全国政治、经济、文化和交通中心。安哥拉实行市场经济,有一定的工农业基础,但常年战乱使大量基础设施在内战中遭到严重毁坏,严重影响了经济发展。战后该国经济以石油出口为基础,随着国际市场原油价格的攀升,安哥拉经济随石油出口收入大幅增加而迅速增长,成为撒哈拉以南非洲第三大经济体和最大引资国之一(中国商务部,2017)。2008年以来,受国际金融危机和国际市场原油价格大幅下跌的影响,安哥拉政府财政收入和外国对安投资减少,经济增速明显放缓;此后,政府大力推进经济多元化,逐步降低国民经济对石油产业的依赖度,取得了一定成效。近年来,随着国际油价的缓慢回升,安哥拉经济形势逐渐变好,但仍面临各种社会经济问题。安哥拉是中国第三大石油进口来源国、主要的对外承包工程市场和重要劳务合作伙伴。该国官方语言为葡萄牙语。

地区	非洲西南部
人口总量	3,222.6 万
平均寿命	55.8
基尼指数	42.7
国内生产总值(美元)	1,082 (Z
人均国民总收入(美元)	6,060
卫生总支出(美元)及 GDP 占比	31.9亿 (2.9%)
人均卫生支出(美元)	108.6

表 1 安哥拉主要社会、经济及人口学指标 (数据来源:世界银行、世界卫生组织)

1.2 社会经济情况

安哥拉被世界银行定义为中低收入国家,贫富差距较大,2008 年基尼指数为 42.7,中高收入人口占该总人口 50%。2018 年安哥拉 GDP 为 1,082 亿美元,人均 GDP3,698 美元,有 64.8% 生活在城市,有 37% 的国民生活在贫困线以下 50 。

- 51 UNICEF, Angola Background.
- 52 Trading Economics, AngolaEconomic Indicators.
- 53 United Nations
 Development Programme,
 Human Development ReportsCountry Profiles (Angola).

2017年,安哥拉总计获得 2.975 亿美元发展援助。就 2016-2017 两年的平均援助来看,援助最多的国家或国际组织依次为国际开发协会(International Development Association),6,418万美元; 美国 5,675 万美元; 欧盟 4,154 万美元。其他主要援助国(组织)包括全球基金(Global Fund)、韩国、非洲发展基金(African Development Fund)和联合国儿童基金会。在这两年的援助中,约有 24% 投入到了健康及人口发展领域。

1.3 与我国的国际关系

中国与安哥拉于 1983 年 1 月 12 日正式建交。建交以来,双方关系一直健康稳定发展,尤其在近二十年,中安关系发展迅速。首先,双方政治关系密切,政府高层积极交流互动。 2010 年,中安建立战略合作伙伴关系。其次,双方经贸关系不断得到拓展,2018 年,中安贸易额达到 277 亿美元。多年以来,中国是安哥拉最大的贸易伙伴,安哥拉则是中国在非洲的第二大贸易伙伴。同时,中国向安哥拉提供了广泛的基础设施建设援助和投资,为安哥拉的战后重建提供了很大支持。此外,在文教等其他领域,中安也在不断寻求新的合作,例如中国在安哥拉设立了孔子学院,并向安方提供政府奖学金。目前,中国和安哥拉均将进入发展新阶段。推动中安合作转型升级、寻找新的发展机遇,将成为中安关系发展的新目标。

2 主要健康问题和挑战

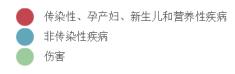
据安哥拉国家统计局最新人口普查结果,安哥拉拥有人口 3,222.6 万,其中 65 岁以上人口约占总人口的 2.4%,24 岁以下人就占总人口的 65%。2016 年,人均健康寿命为 55.8 岁。当地高生育率、高儿童死亡率和高孕产妇死亡率为卫生系统带来了额外的负担——在每名妇女的生育率高达 6.3 个孩子,且只有 57% 的妇女在训练有素的医护人员的帮助下生产 51 的背景下,孕产妇死亡率高达 6.1/1000 人,五岁以下儿童的死亡率为69.2/1000 例 52,主要由肺炎、腹泻类疾病以及疟疾导致。

除了新生儿疾病之外,腹泻病、艾滋病、下呼吸道感染和结核病也是排在前五的致死原因。除了传染性疾病以外,非传染性疾病如缺血性心脏病和脑卒中造成的死亡也呈现攀升趋势,显示了该国也受到非传染性疾病的困扰⁵³。

54 Institute for Health Metrics and Evaluation, Country Profile-Angola.

55 Lopes, L. V., Conceição, A. V., Oliveira, J. B., Tavares, A., Domingos, C., & Santos, L. L. (2012). Cancer in Angola, Resources and Strategy For Its Control. Pan African Medical Journal, 12(1).

56 Armando, A., Bozzetti, M. C., de Medeiros Zelmanowicz, A., & Miguel, F. (2015). The Epidemiology of Cancer in Angola—Results from the Cancer Registry of the National Oncology Centre of Luanda, Angola. Ecancermedicalscience, 9.



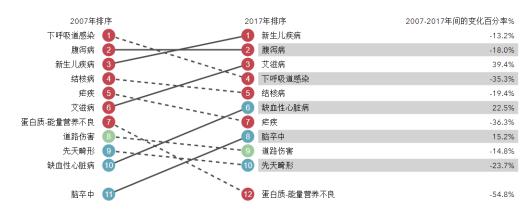


图 1 安哥拉前十位死因及 2007-2017 年变化 54

值得注意的是,在安哥拉,癌症的问题越来越突出,近几年每年的新增发病率约为 9,000 人,主要包括宫颈癌、乳腺癌、头颈癌、食道癌、前列腺癌和胃癌等,致死率超过 80% 以上。造成这一现象的主要原因是早期筛查、诊断和治疗资源的缺乏 55。该国公立 体系中只有位于首都罗安达的国立肿瘤中心拥有诊断和治疗癌症的专科资源和技术能力 56。

3 国家医疗卫生系统概述

3.1 政策监管

安哥拉医疗卫生体系分为三个监管层级:国家级、省级和地区级。国家级卫生体系由卫生部监管,主要负责卫生系统的政策制定、行业规范、人力资源培养、公共卫生项目实施以及基本药物的采购。省级体系由省级卫生指挥部负责监管,而地区级系统覆盖了地市和社区,由地区卫生管理组进行管理。

安哥拉卫生监管结构的执行能力较强,每个地区的医疗行政长官由省级长官任命,行政和财政权下放到地区的医疗行政长官,医疗行政长官任命整个医疗卫生管理部门,并对具体工作进行指导和支持。医疗管理部门中也包括了社区内具有影响力的权威和部落领袖,作为基层和政府部门之间沟通的桥梁。整个医疗系统以地区为基础财政单位,

57 Healthcare Resource Guide: Angola (2018). USAIDS.

58 59 60 Angola Health System Assessment 2010. USAIDS. 各地区可以自行支配自己的医疗经费,无需上级机构批准。

2010 年宪法规定国家的重要任务之一为推动全民免费初级医疗服务,然而,由于受石油价格动荡、内战、贫困和基础设施落后等因素的影响,对于安哥拉政府来说达成这一目标仍挑战重重。此外,虽然目前初级医疗服务还是持续依赖政府拨款和国际援助,但国家健康发展战略 2012-2025 中对于卫生系统的转型还是做出了长远规划,要为从被政府资助的模式,转型成为通过多种渠道筹资的模式 57。

3.2 服务供给

安哥拉公立和私立医疗卫生服务同时存在,构成了其医疗卫生体系。

3.2.1 公立医疗卫生系统

安哥拉实行免费公立医疗,公立医疗卫生服务覆盖率为 44%。公立医疗系统分为三个层级,市级、省级和国家级。市级医疗机构包括卫生站、诊所、市级医院和转诊中心,主要提供初级保健;省级机构包括综合医院,主要提供二级保健;国家级机构包括相当于三甲医院级别的中心医院。市级医疗机构在整个医疗体系中最为重要,因为这些机构架起了国家的初级诊疗网络,可以应对最基础的公共卫生问题,公立经费对市级医疗的拨付也较为充足 58。

安哥拉国家发展计划 2013-2017 和国家健康战略 2012-2025 都明确了政府在医疗卫生体系发展中最首要的任务,包括修缮和扩建公立医疗机构的硬件设施;加强公立机构服务能力,尤其要针对城市里缺乏医疗服务的地区和农村地区;加强专业医疗人才的培养;注意疾病预防。国家发展计划提出从 2013 年到 2025 年,每年国家会投入大约 52 亿美元在公立医疗系统建设,然而由于国家预算短缺,这一目标的实现存在一定难度 ⁵⁹。

3.2.2 私立医疗卫生系统

安哥拉私立医疗卫生系统主要由大型财团和基金公司投资的私人诊所和个人出资的小型诊所构成。安哥拉私人诊所的医疗卫生服务质量高于公立医院,但是费用高昂。即便如此,鉴于公立医疗卫生机构的种种弊端,安哥拉大多数中产阶级及以上消费群体,会选择使用私人医疗卫生服务。近些年受金融危机影响,安哥拉实行外汇管制,宽扎贬值,曾经在富裕阶层盛行的海外就医变得困难,因此,有海外就医需求的民众通常选择安哥拉首都罗安达地区的私人诊所接受医疗卫生服务。在人口稠密的罗安达地区,有超过 25% 的病人选择私人医疗卫生机构,高于安哥拉其他城市和地区 60。

61 Global Health Observatory Data (2019). World Health Organization.

62 63 64 Angola Health System Accessment 2010. USAIDS.

3.2.3 存在的问题

安哥拉公立医疗卫生机构存在以下主要问题: (1) 医疗资源严重不足且分配不均,供给能力远不能满足民众需求,存在医疗不公平性; (2) 覆盖范围不足,医疗机构设施自战后维护不善; (3) 三级医疗机构之间的转介和反转制度不佳; 而私立医疗机构面临的主要问题包括场地拓展空间有限,因此床位有限且以门诊服务为主,遇特殊案例转诊不便。

3.3 卫生筹资体系

2015年,安哥拉卫生总支出占 GDP 的 2.9%,远低于经济合作与发展组织(OECD)成员国家的平均水平(约 9%)⁶¹。其人均卫生支出为 108.6 美元,约为中国的 1/5,其中国民人均自费部分为 33.4 美元,且在逐年下降。相比其他撒哈拉以南非洲国家,安哥拉较少依赖资金捐赠,外界资源仅占卫生总支出的 3.4%,远低于 22% 的非洲地区平均水平。国家卫生发展计划 2012-2025 中计划将国家医疗体系从依靠政府资助的模式转型成为多渠道筹资的模式 ⁶²。

3.3.1 卫生支出

政府卫生支出:政府资金占据了国家卫生总经费的三分之二。政府卫生资金主要来源于自然资源、以及少量来自国家系统内的税收。由于安哥拉整个政府机构主要的收入(53%)来源来自于石油,而近些年石油价格持续动荡,因此未来政府在卫生方面的投入并不会大幅增长。

私立卫生支出:私立部分的资金收入占据了国家卫生总经费的三分之一,主要来自于私营企业、保险公司和个人自付,其中个人自付占据了私立部分的73%。私人健康保险公司自2009年出现在安哥拉,主要集中在罗安达地区,为大型的私立和公立机构提供雇员保险。这类保险中并不保障艾滋病和预防医学服务。长远来看,私立保险公司可以通过被保险人数量的增加和覆盖人群的扩大,为未来的风险和个案管理提供实际的数据基础,也为服务提供方提供保险服务。这些未来都将对国家社会医疗保险提供支持63。

3.3.2 支付和定价

约有 60% 的政府卫生经费用于支付医院服务。在私立医疗以及公立医疗的二级和三级服务中,主要采取按服务项目付费的模式,保险公司通过合作医院按项目与患者结算。 在服务购买和定价方面,安哥拉并没有一个整体的解决方案,因此市面上出现了很多质 量低下、人员技术差的私立医院 64。

3.3.3 存在的问题

在卫生筹资方面,最主要存在的问题是在中央和地区层面之间管理能力不足,缺乏有效的责任划分机制和协调机制,导致卫生系统的各个层级都没有足够的能力去解决自身的不足和困难。地区政府直接将财政经费划拨给医院、卫生中心和市级单位,任由其自由支配,因此医院和市级单位在卫生服务方面拥有完全的自由度,互无沟通和协调,在整个国家医疗卫生系统中缺乏共同认定的工作优先级。此外,由于财政资源稀缺和融资模式不佳,所有的运营资源都需要通过省级或地区级主管部门批准经费,导致大量公共医疗卫生费用流向了转诊和中心医疗机构,基本卫生保健机构发展有限。

3.4 卫生人力资源

公立体系: 安哥拉每 1000 人拥有约 0.1 张病床,共有 3,700 名医生(或每 1,000 名居民约 0.08 名医生,世卫组织建议平均每 1000 人拥有 1 名医生),34,300 名护士和 6,400 名诊断和治疗技术人员(世界卫生组织,2013)。该国只有五所医学院和一些护士学校,每年培养约 200 名新医生。政府计划到 2020 年将这一比例扩大到每年 1000 名医生。外籍医疗专业人员大多来自古巴、巴西和葡萄牙。其中古巴提供了安哥拉全国大约一半的医生,但随着国家外汇收入的减少,这些医生中有相当一部分正逐渐离开安哥拉。

私立体系:私立医疗服务机构中的所有的医生都必须在安哥拉医学委员会注册并且 提供执业地信息,但是这一信息没有对外公开,无法得知服务商的数量。然而根据相关 人士披露,符合资质的私立医疗服务者数量较低,并且集中在城市区域。在一些偏远的 地区,存在一些由私立护士运营的卫生机构,但也有另外一些机构的运营者甚至没有接 受过正式医学培训。

主要问题:超过80%的医疗卫生人力资源(包括医生、护士和其他相关专业人员)集中在罗安达市和省会城市,其他区域的医疗卫生人员的数量少、质量低,分配不均。为了解决这一问题,安哥拉政府一方面计划将每年国内医学毕业生的人数从500人增加至1000人,另一方面积极从古巴、巴西和葡萄牙等国引进外国医生。然而,由于公立医疗卫生机构的收入远低于私立医疗卫生机构,以及"人才流失效应"的影响,很多医生会跳槽至私人医疗卫生机构。

此外,安哥拉缺乏针对医护人员的培训项目,且现有项目的质量也无法保证。医疗

65 Angola Health System Accessment 2010. USAIDS.

卫生监督和服务质量监督体系也不健全、导致卫生服务质量得不到很好的监督。

3.5 卫生信息系统

自 2001 年起,卫生部一直试图建立统一的卫生信息系统和数据库,用于统筹和简化日常数据采集工作。截止 2010 年,11 个省已经建立了详细的卫生地图,一些省份的日常数据已可以可靠收集,监管系统在外部资源的支持下开始运行,垂直健康项目的数据采集和汇报机制也在逐步建立。

然而,在信息披露方面,安哥拉还是存在明显的滞后和限制。例如近年来一些年份的年度卫生统计报告都未曾披露,公共卫生支出数据分析停滞在 2005 年。自 1970 年起,就再也没有实施过全国性的卫生普查。在国家级别以下的领域,数据编辑能力都非常有限。针对以上问题,安哥拉并没有制定有关的解决性政策。

3.6 卫生产品管理

3.6.1 筹资

在公立医疗系统里,医疗用品费用由政府承担。2010年,国家总体预算(General State Budget)提供了 1.21亿美元的预算用于购置医疗用品,仅占卫生部总预算的 7%。政府预算相对实际需求仍有较大缺口,且容易受到宏观经济因素的影响。在政府预算不足的情况下,国际援助也提供药品资金,并通过其项目采购和提供药品。同时,部分医疗产品费用实际上也由个人承担。由于免费的药品供应不足,一些患者只能通过私立医疗机构购买药品。

3.6.2 监管与准入

国家药品和医疗用品理事会(National Directorate of Medicines and Medical Supplies)负责所有药品、器械和医疗商品的管理,其中包括生产、进口、采购和相关医疗技术的运营维护。国家制药和设备管理局(DNME)负责制定进入安哥拉的药品和医疗设备标准,卫生检查办公室(IGS)负责监测进口药品和医疗设备的质量,并确保进口到该国的医疗器械符合 WHO 规范和安哥拉法规。根据葡萄牙咨询机构 Vieira De Almeida 2018 年的调查,安哥拉对于医疗产品的管理和规范依然较为初级和不连贯。法律确立了药品的分类,但是针对每类药品的管理体系还不成熟。生物仿制药在该国没有严格意义的法律界定,但是对相关产品有"治疗效果等同"的法律定义⁶⁵。

要进入安哥拉的医药产品必须在卫生部注册,提交实验室测试以符合规范和标准,并用葡萄牙语标注。注册新产品平均需要至少 18 个月的时间,其有效期为五年,失效后可以更新。中国国家药品监督管理局认证的药品并不能加速注册。该国没有国家质量控制实验室,只有十个小规模的实验室在准入时筛查药品质量,无法覆盖所有的进口药品。这些实验室的储存条件也较差,尤其是需要温度控制的药品无法保证质量稳定。因此,卫生当局计划建立一个用于进口药品质控的公共制药实验室。

3.6.3 采购分销

药品和器械采购通过公立部门、私立部门和国际组织三种不同的路径进行。在公立部门,药物和器械的采购按照国际竞争性公开招标程序集中进行,主要依靠卫生部的中央政府医疗采购中心和半国营的 Angopharma。私营医疗机构直接从海外供应商或通过其指定的当地经销商购买药品和医疗设备器械。而国际组织援助项目所需要的医疗产品,例如抗逆转录病毒药物,生殖健康和生殖健康避孕药具,疫苗和蚊帐则由捐助机构如联合国艾滋病规划署,人口基金和联合国儿童基金会等单独管理。

药品和器械分销主要通过药房,公立医院和私人诊所进行。公立医院的药房通常提供仿制药,私营药房通常提供品牌药。高品质和正规注册药物在城市中更为常见。大城市郊区的小药房经常出售不受监管的来自印度和中国的低成本药物。

在公立医疗机构中,药品免费向患者发放。然而公立医疗体系并不能满足整个国家巨大体量的需求,公立医院里常常出现药品短缺的问题,加之缺乏有效的监管和定价体系,直接导致私立药房里的药品价格虚高,普通民众无力负担。

3.6.4 药品市场概况

安哥拉本国基本不具备自主生产药品的能力,大部分药品依赖进口。以进口药品为主的药品采购每年交易总量超过 3 亿美元,进口药物主要来源于中国,印度和葡萄牙。安哥拉政府采购治疗疟疾和肺结核的药物的资金占每年药品交易总量的 50%,其中 25%来自全球基金,25%来自美国政府;艾滋病相关药品由安哥拉政府资助 60%,全球基金资助 40%。

目前在安哥拉开展业务的共有 219 家药品和医疗器械进口商和分销商。本地生产仅限于 NovaAngomédica,是安哥拉卫生部与私人公司 Suninvest 的合资企业,主要产品包括抗贫血药物,镇痛药,抗疟疾药,抗炎,抗结核和抗过敏药(以药丸和糖浆的形式),

以及盐溶液和软膏。由于严格的药品检测机制缺失,当地药品生产的质量不佳。国家法律规定卫生部鼓励药房订购仿制药,鼓励购买质优价廉的药品,仿制药可以享受更简单和更廉价的注册程序。然而针对这些法律意向,相关的管理体系还没有制定出台。

3.6.5 医疗器械市场概况

医疗器械方面,安哥拉主要依靠进口大型医疗设备,小型仪器和耗材来满足当地需求。 美国、德国、中国、瑞士、英国和日本是主要医疗设备供应商。当地医疗卫生机构较为 认可美国制造商的医疗设备和器械解决方案,我国的医疗器械龙头企业迈瑞的设备也被 安哥拉多家公立医院、私立诊所使用。

3.7 医疗科技创新

一些医疗机构正在利用远程医疗将医疗保健服务扩展到农村地区和低收入城市人口。这些群体通常依赖传统医学,并且互联网接入困难或连接不稳定。目前已经在推进的远程医疗项目包括如 Girassol 诊所通过葡萄牙公司 PT Inovação e Sistemas 的远程系统为全国的医疗保健专业人员提供医疗远程咨询及培训;位于罗安达的儿科医院 David Bernardino 与 PT Inovacao e Sistemas 远程医疗系统合作,培训医疗专业知识,用于诊断和治疗患有心脏病的儿童;以及本格拉省 Nossa Senhora da Paz 医院与西班牙 Vall d'Hebron 研究所一起利用远程医疗获取传染病专业知识和培训等。

3.8 总结

安哥拉公立医疗体系在以下主要问题: (1) 医疗资源严重不足且分配不均,供给能力远不能满足民众需求,存在医疗不公平性; (2) 覆盖范围不足,医疗机构设施自战后维护不善; (3) 三级医疗机构之间的转介和反转介制度不佳; (4) 超过 80% 的医疗卫生人力资源(包括医生、护士和其他相关专业人员)集中在罗安达市和其省会城市,其他区域的医疗卫生人员的数量少、质量低,分配不均; (5) 卫生管理系统(包括信息化管理、数据管理、物流和通信系统)不完善; (6) 财政资源稀缺和融资模式不佳,一方面导致大量公共医疗卫生费用流向了转诊和中心医疗机构,基本卫生保健机构发展有限,另一方面导致药品和医疗耗材不足,尽管实行免费医疗,实际大量药品需要民众向私人医疗卫生机构购买。

4 我国在该国的援助活动

在中国对安哥拉医疗卫生领域的援助中,较为常见的形式包括援建医院、提供设备、 捐赠药物,筹集资金及派遣医疗队伍。在基础设施及设备方面,中国参与了罗安达综合 医院翻新、疟疾中心、本格拉中心医院翻新等不同地区的8个项目。在参与工程建设的 同时,中国也为一些医院如罗安达综合医院提供医疗设备,以提升其医疗服务能力。

项目内容	时间	项目状态	资金提供方	项目性质
中国翻新重修罗安达综合医院并提供设备	2011/01-2015/06	已完成	中国政府某部门	捐赠
中国援建抗疟疾中心	2009/10/23	已完成	中国政府某部门	捐赠
中国翻新重修本格拉中心医院并提供设备	2007/05-2008/08	已完成	中国进出口银行	捐赠
中国将卡库拉马健康中心升级为市医院	2006/10-2008/11	已完成	中国进出口银行	捐赠
中国援建位于马兰热 的3个健康中心并提 供设备	2006/08-2007/08	已完成	中国进出口银行	捐赠
中国援建纳米贝地区医院	2006/04-2008/02	已完成	中国进出口银行	捐赠
中国援建乌伊拉医院 和健康中心并提供设 备	2006/05-2008/06	已完成	中国进出口银行	捐赠
中国翻新重修万博地区医院并提供设备	2006/08-2007/08	已完成	中国进出口银行	捐赠

表 2 中国政府对安哥拉在医院和医疗设备方面的援助汇总

在疟疾、霍乱等疾病预防方面,中国也通过直接药物捐赠,筹款等方式参与援助。

第三章: 国家医疗卫生服务体系框架分析

项目内容	时间	项目状态	资金提供方	项目性质
中国向安哥拉捐赠抗 疟疾药物	2011/11	已完成	中国政府某部门	捐赠
中国为当地预防霍乱 捐款	2006/06/14	已完成	中国政府某部门	捐赠
中国捐赠抗疟疾药物		已完成	中国政府某部门	独立技术援助

表 3 中国政府对安哥拉在药品方面的援助汇总

与此同时,中国也向安哥拉派遣了医疗队,目前第四批队伍正在进行援助。

项目内容	时间	项目状态	资金提供方	项目性质
中国向安哥拉派遣医疗队	2009/06/23	第四批进行中	中国卫生部	捐赠

表 4 中国对安哥拉在卫生服务方面的援助

就以上援助项目来看,中国对安哥拉的医疗援助主要集中在医疗中心援建、设备捐赠等基础设施的援助,但同时也通过药物、资金及人员的援助推动当地医疗卫生的发展。

5 我国私营部门在该国的卫生建设活动

项目名称	时间	投资方	项目描述
中兴建设投资 建立安哥拉首 家中国民营综 合性医院中彦 医院	2015/06	中国江苏中兴 建设(安哥拉) 有限公司	中彦医院是安哥拉首家综合性医院,将为当地居民以及安哥拉中资企业和 20 多万华人提供高质量的医疗服务。创建中彦医院是在安哥拉中资企业转型的需要,也是中资企业积极回报安哥拉社会的善举。中彦医院主楼有三层,总投资 1000 万美元,目前共有来自中国、古巴和安哥拉当地的 100 多名医护人员,医院现有 87 个床位,设有儿科、妇产科、内科、外科等多个科室,已经获得安哥拉卫生部颁发的营业许可证和执照。
华为医疗建立 安哥拉数字医 院	2012	华为安哥拉公 司	华为医疗在安哥拉建立起示范性数字医院,推行医院办公无纸化、无线化、无胶片化,利用 HIS、LIS、PACS等信息化系统提升医生工作效率,每天平均减少每位病人看病等待时间 1 小时。医院网络千兆接入,万兆到核心。2018 年,华为集团计划在信息技术和技术解决方案供应方面增加对安哥拉的投资。
天士力药业提 供复方丹参滴 丸等基础中药 保健品	2008	天士力控股集 团	天士力在安哥拉当地设立分公司、办事处和专卖店,以 直销为龙头带动分销,形成多层次营销体系,主营基础 类中药保健产品,将中药和当地草药以及传统医药和科 技融合在一起,为中国传统医药走出国门摸石探路。

表 5 中国私营部门在安哥拉的医疗卫生建设活动汇总

近年来,中方在安哥拉先后投资兴建和兴办的医院有中彦医院、中泰医院、中铁四局驻地医院、援安哥拉罗安达省总医院、绍里木医院、宽扎河大桥公立医院等。受近几年金融危机影响,安哥拉宽扎兑换美元、人民币及其他货币的汇率暴涨,政府严格限制外汇流出,导致企业资金回流困难,对中资医院的正常运营造成了冲击。此外,许多中资医院有办医资质、医生行医执照等手续不全或不完善的问题,常受到安哥拉当地监管部门(包括卫生部、疾控中心、移民局、税务局、私人投资局和警察局等等)频繁的骚扰式检查。截至2018年8月,随着近年华人大规模离开安哥拉,部分中资医院因存在资质不全和运营管理等问题,大都经营困难,或已关停转让。

6 机遇和挑战

安哥拉的经济被石油带动腾飞,而人口总量相对较小,人均国内生产总值远超其他 撒哈拉以南非洲国家,具有一定的消费能力,对于我国私营部门参与该国药品和医疗器 材领域,存在一些机会:

- 一、该国医药和医疗设备几乎全部依赖进口,发展本土医疗企业是安政府支持和鼓励的重点投资领域。
- 二、该国传染病问题严峻。根据当地专家的介绍,不仅在卫生条件较差的农村地区, 在城市的中高收入人群中,以疟疾为主的传染病感染率依然很高。因此,抗传染病药物 依然是该国的主要需求。
- 三、安哥拉人均 GDP 远高于非洲平均水平,中高收入阶层快速增长,非传染性疾病的问题已经开始涌现。这一群体支付能力强,对于慢性疾病和肿瘤的预防和诊断服务存在较大需求。

四、安哥拉缺乏对儿童和妇女的初级和专业护理,导致儿童和孕产妇死亡率较高。 医疗器械和医药产品有机会加强对儿童和妇女的护理。

目前该国的主要需求在基本药品。具有较大需求的药物包括疟疾药、肺结核药、抗生素、止痛药、腹泻相关药品,高血压、糖尿病等慢病药品,以及抗寄生虫类药物。对此,我国私立部门可通过生产销售低端药物等方式,参与该国药品发展,提高药品可及性,以合理的价格和优质的质量惠及更多人群。同时,私营部门也可得到该国卫生部对仿制药和低价药鼓励政策的支持,更为深入参与卫生建设。

医疗器械方面总体需求量最大的是各种医疗耗材产品,以及快速检验试剂、实验室检测试剂等。此外,由于该国经济的飞速发展,该国的公立和私立医疗部门对于诊断和影像设备的需求都会持续增加。以心脏病为例,患有心血管疾病的人口高达 10%,且大部分患者有高血压或行动不便。而全国只有主要几个专科心脏病中心具备心脏病诊断能力,其余医院基本不具备治疗和外科手术的基础设施和设备。未来,该国对诊断设备的需求也会随着非传染病患者的增加而越来越高。在这一方面,我国以迈瑞为首的企业在当地主要参与影像医学领域,其产品被多家公、私立医疗机构使用。此外,除了出售相应器材,迈瑞还与当地公立医疗机构合作培养相关人才队伍,授人以渔,为安哥拉的卫

生建设做出了一定贡献,获得了较为广泛的认可。

然而,在政策支持和项目实施的过程中,存在许多挑战:

- 一、截至目前,**安哥拉政府和我国政府的投资贸易保护协定没有签订**,所以在安哥 拉投资存在潜在政治风险。
- 二、虽然安哥拉隶属南非共同体,但是共同体**内部国家间就医疗领域没有签订相应 的通行标准**。各个国家之间都有门槛,进入不同的国家要重复征收关税和满足准入标准 限制。而仅靠某一个国家的需求,较难满足企业生产的投入产出利润。
- 三、近年来由于**石油价格下跌,外汇管制,出现了宽扎贬值也不能向外流通的情况**, 企业购买原材料、劳动力、发放工资和其他支出需要美元和人民币,外汇管制会导致资 金链无法形成循环。对于在当地投资的私营部门来说意味着资金链的考验。

在医疗服务领域,安哥拉具备较强的吸引力。由于早期石油交易,安哥拉富裕阶层 具有雄厚的支付能力,由于宽扎贬值,海外就医变得困难,因此私立医疗机构成为这一 部分人以及其他中高端人群的选择。然而该国高端私立医疗机构较为缺乏,而中端机构 发展空间有限,且需求与供给之间存在较大差距。对此我国私营部门可通过提供优质的 高端私立医疗服务,填补空白,也可以增加中端医疗服务的供给,以满足日益增长的需求。 由于安政府重视公私合营医疗机构,我国私立部门也可以借此与当地政府合作建设医院, 减低门槛,以达到当地监管部门的要求。

但是在当地提供医疗服务同样具有挑战,其中包括:

- 一、运营成本高:由于安哥拉缺乏高水平的医疗卫生技术人员以及相关产业从业人员,很大程度上必须引进中国或其他国家相应人员,长期运营还需要培训本地员工,人力资源附加成本高;其次,配套(用水、用电、燃气、垃圾处理等)设施都需要自行新建并运营维护,运营维护成本高。
- 二、**官方的腐败和不作为**对于企业来说也是一大挑战。敲诈、勒索和频繁的稽查对 医院运营会造成很大影响。据调查,中泰医院目前只有两个员工驻扎当地,运营难题较大。 之前碰到类似的政府行为都靠花钱摆平,但效果不佳。而未来私营机构的参与也会遇到 同样的问题。

三、对于私营部门来说,**融资成本很高**,也得不到国家优惠政策支持。同时,该国的卫生市场需要时间逐渐规范,因此短期内成效可能较低。



66 对外投资合作国别指南: 莫桑比克(2018),中国人民共和国商务部。

67 对外投资合作国别指南: 莫 桑比克(2018),中国人民共和 国商务部。

莫桑比克

1国家基本公共卫生状况

1.1 国家概况

莫桑比克位于非洲东南部,南邻南非、斯威士兰,西界津巴布韦、赞比亚、马拉维,北接坦桑尼亚,东临印度洋,隔莫桑比克海峡与马达加斯加相望,是东南部非洲内陆国家重要出海口和区域性交通走廊,是"二十一世纪海上丝绸之路"在非洲的自然延伸⁶⁶。全国行政区划为省、市和地区。其首都为马普托,为直辖市。现有 10 个省,128 个地区和 53 个市。其官方语言为葡萄牙语。

地区	非洲南部
人口总量	3,152万
平均寿命	58.872
基尼指数	54
国内生产总值(美元)	123 亿
人均国民总收入(美元)	1,200
卫生总支出(美元)及 GDP 占比	6.3 (Z (7.8%)
人均卫生支出(美元)	40.26

表 1 2019 年莫桑比克社会经济、人口情况 (来源:世界银行、世界卫生组织)

1.2 社会经济情况

莫桑比克于 1992 年结束内战,社会经济平稳快速发展,2004-2014 年连续十年 GDP 保持 7% 以上的增长。2015 年受原材料价格下跌、自然灾害、货币贬值等影响,增长逐渐放缓。但国际货币基金组织预测,由于 2010 年以来发现的大型天然气田,之后的十年增长会被石油和天然气产业出口贸易带动,莫桑比克经济增速在 2020 年可达 17.6%⁶⁷。

目前,莫桑比克是非洲最贫穷的国家之一,被世界银行定义为低收入国家(人均国民收入低于995美元)。2017年其国内生产总值(GDP)为123.3亿美元,人均426.2美元(同年我国人均 GDP 约8,827美元),基尼指数为54(2014年数据)。有35.5%的人生活在城市,贫富差距较大,收入最高的10%的人群拥有全部国民收入的45.5%,46%的人口生活在贫困线以下。

68 莫桑比克总理称赞中莫 经贸合作关系发展势头良好 (2019),中华人民共和国驻莫 桑比克共和国大使馆经济商务参 赞处官网。).

69 期待中莫合作美好明天 (2015),国际商报.

70 71 72 Mozambique's Health System, World Health Organization. 2017年,莫桑比克总计获得 19.15亿美元发展援助。就 2016-2017两年的平均援助来看,最大的援助者和援助金额为:美国 4.49亿美元;国际开发协会(International Development Association)2.4亿美元;全球基金(Global Fund)1.73亿美元。其他主要的援助国或组织包括日本,欧盟,英国和德国。在这两年的援助中,约有 43% 投入到了健康及人口发展领域。

1.3 与我国的国际关系

中国与莫桑比克于 1975 年 6 月 25 日建交,中国是最早与莫桑比克建立外交关系的国家之一 ⁶⁸。建交以来,双边关系发展顺利。近十年来,中莫关系快速发展,政府高层往来频繁并达成广泛共识。在经贸合作领域,中国承担了莫桑比克大量的基建项目和技术合作项目,同时,中莫贸易量不断增加,在 2014 年,双边贸易总额达到 36.22 亿美元 ⁶⁹。在投资方面,中国企业在莫桑比克的投资存量为 10 亿美元,是莫桑比克的主要投资伙伴。整体而言,中莫政治基础坚实,各方面互补性强,两国关系日益向好发展。

2 主要健康问题和挑战

截至 2019 年,全国总人口约 3,152 万(联合国,2019),人口具有年轻化的特点,六十岁以上人口占据总人口的 4.60%,14 岁以下人口占比 45%,年龄中位数为 17.3 岁。由于长期的贫困和传染病影响,该国的疾病负担十分严重。国家主要的疾病负担包括艾滋病、疟疾、新生儿疾病、腹泻、呼吸传染病和肺结核。艾滋病的发病率较高,15 岁以上人群的发病率约为 16%。疟疾的问题也较为严重,40% 的医院收治患者和 30% 的国民死亡由疟疾造成。肺结核的传染率非常高,2015 年肺结核的发病率为 5.5/1000 人 ⁷⁰。长期的贫困和食物的短缺造成了 41% 的 5 岁以下儿童慢性营养不良,69% 的维生素 A 不足以及 75% 的贫血。除了传染病之外,非传染性疾病如脑卒中和缺血性心脏病也逐渐成为造成死亡的主要病因 ⁷¹。

73 The Five-Year Government Program (2015-2019), Government of Mozambique.

74 The Health Sector Strategic Plan 2014-2019, Ministry of Health, Mozambique.

75 76 Mozambique's Health System, World Health Organization.





图 2 莫桑比克前十位死因及 2007-2017 年变化 72

3 国家医疗卫生系统概述

3.1 政策监管

在政府的五年规划(2015-2019)⁷³ 中,莫桑比克提出发展人力与社会资源的战略,并要扩大医疗服务的普及率及质量,降低产妇死亡率,降低慢性营养不良、疟疾、结核病、艾滋病,非传染性及可预防疾病的发病率与死亡率。

莫桑比克卫生部(The Ministry of Health)自 2000 年起开始制定健康部门战略规划。第三次的健康部门战略发展规划(2014-2019)⁷⁴ 提出了七项战略目标: 1. 增加健康设施的普及性与利用; 2. 提高服务的质量; 3. 缩小不同地区和人群在获得和利用健康服务方面的差异; 4. 提高服务供应和资源运用的效率; 5. 强化医疗合作; 6. 提高公共资产管理的透明度与问责制度; 7. 强化莫桑比克的医疗系统。除提升医疗服务外,莫桑比克也在不断推动医疗体制的改革。在国家卫生部门制定的战略与纲要基础上,由省级及地区级的有关部门负责卫生政策的执行⁷⁵。

莫桑比克卫生部非常注重国际援助与行业合作,实行"全行业策略"("Sector Wide Approach",SWAp),即通过加强政府、援助机构、及行业内重要的相关方的对话与合作,提升卫生领域的治理与政策发展 76 。

3.2 服务供给

77 Mozambique's Health System, World Health Organization.

78 79 The Health Sector Strategic Plan 2014-2019, Ministry of Health, Mozambique. 莫桑比克医疗系统提供三种服务:覆盖了最多地区、提供了多种服务类型的公立体系;私立体系,包括定位于大城市的营利机构和与公立机构紧密结合的国际非营利机构;以及传统医学从业者,主要服务于基层,通过传统的草药等提供服务(国家卫生计划 2014-2019)。

根据莫桑比克相关数据统计,2015年公立医疗服务在全部医疗服务当中的占比为8.1%,私立部分为6.8%,外国援助为85.1%。纵向对比五年数据可以发现,国外援助是莫桑比克医疗服务体系当中的支柱部分,且在近年有显著增长⁷⁷。

3.2.1 公立医疗体系

公立医疗体系分为四个服务层级:卫生中心和卫生驿站提供初级护理,主要由一些卫生项目资助;二级医疗体系由地区医院、综合医院和乡村医院构成,主要服务于多个地区,接收初级护理转诊过来的患者。初级和二级体系共同构成了国家的基础医疗服务。省级医院(三级)、中心医院和专科医院(四级)提供专科医疗服务,接收二级医疗体系转诊来的患者。公立医疗服务的开展并不是围绕一个整合性的服务体系,而是以卫生项目的形式,在国际组织的策略指导下展开。项目根据该国的医疗需求,主要针对营养不良,生殖健康、艾滋病、肺结核、疟疾,被忽略的热带疾病、以及非传染性疾病⁷⁸。

过去十年间,公立医疗卫生体系建设在基层医疗取得了很大进展,建立了约 200 个 初级医疗机构和医院,约 320 家卫生驿站升级为卫生中心,并且提供孕产妇服务;二级和四级医疗机构运行了一些干预性项目,也接受了更多的转诊患者 ⁷⁹。然而其医疗服务体系面临许多问题,其中包括:

- 一、**较差的可及性**。目前全国共有 70 家医院,其中公立医院 50 家,私立医院 20 家,每一千人平均拥有 0.06 个医师,全国牙医共 136 名,基本处于全球最低水平。只有 35% 的城市人口可以较容易地获得医疗资源,可及性较差;剩余 65% 的农村人口主要通过社区卫生员、护理员和接生员获得传统医疗服务,医疗机构多分布在上一级转诊机构周边的镇子和村庄,居民只能花几个小时的时间到最近的公立诊所就医。
- 二、该国卫生系统在基层以卫生项目的形式运转,初级系统与二级系统的对接不通畅, 转诊系统运营情况并不理想。大型医疗机构往往非常拥挤,效率低下,即便只是接受最 基础的护理服务,也要面临很长的等待时间。
 - 三、医疗机构的**运营状况存在问题**,公立机构经常随机停止营业,医生和护士也常

80 Budget Brief 2017: Health (2017). UNICEF.

81 82 Mozambique National Health Account (2012). Ministry of Health. 常缺席。根据世界儿童基金会的非公开调查发现,被调查的卫生机构中只有四分之三的医护人员在岗,其中只有一半的医生可以合理诊断五种基本的疾病,只有三分之一能够遵照临床路径指导治疗常见的孕产妇和新生儿问题。只有三分之一的受访卫生机构有自来水、电力和厕所,五分之二的机构的药品储备完全。

3.2.2 私立医疗市场

私立医疗服务体系中,营利机构局限在城市地区,医生接受过标准的医疗培训,并且能说流利的英语。在马普托,超过半数的营利机构提供药品服务,服务于大公司雇员、外交人员和有医疗保险的人群;如果遇到比较复杂的医疗状况,患者通常寻求去邻国南非就医。非营利服务由国内、国际和教会组织在社区层面提供,主要针对艾滋病治理和妇幼健康。

此外,传统医学在社区层面的覆盖率达到 70%,一个传统医学项目大约可覆盖 200 人次的社区人群。为了管理传统草药使用的安全问题,卫生部成立了传统医院研究院, 除了规范传统医学市场,也负责推广和宣传传统医学。

3.3 卫生筹资

2017年,莫桑比克的卫生总支出约为 3 亿美元,约占 GDP 的 7.8%,略高于低收入国家平均水平,略低于其他撒哈拉以南非洲 ⁸⁰。其人均卫生总支出为 40.26 美元,低于世界卫生组织推荐的人均 60 美元,以及其邻国南非的 150 美元。其中自费比例仅为 4.36%(世界银行)。该国的公立卫生经费极其依赖国际援助,过去十年间平均 48% 的卫生支出来自于援助。所以总体而言莫桑比克卫生总支出偏低,但其中公立部分占比高。

在医疗投入方面,根据 2012 年莫桑比克国家健康审计报告(National Health Account),其医疗方面的支出约占其 GDP 的 6%。世界卫生组织的数据显示,莫桑比克在 2012-2016 年的卫生支出都只占到其 GDP 的 5%-6%。与此同时,在卫生支出的来源中,国外资金仍占较大的比重。

从筹资渠道看,在 2012 的当年健康支出(Current Health Expenditure)中,46%来自政府的医疗卫生项目,10%来自自愿性医疗项目(包括企业给其员工提供的医疗保障服务),38%来自包括发展援助机构在内的其他项目,仅有 6%来自个人自付 ⁸¹。

公立卫生支出:尽管政府及相关的强制性医保项目占到了总支出了 46%,但这部分

- 83 Budget Brief 2017: Health (2017). UNICEF.
- 84 Mozambique National Health Account (2012). Ministry of Health
- 85 Health Financing Profile Mozambique (2016). USAIDS.
- 86 87 Mozambique's Health System, World Health Organization.

的最终经费来源并不都是政府税收,而是包含了国外的资金援助。公立医疗项目中,仅有 54% 来自于政府税收,剩下的 46% 来自于两个部分,由多个捐助机构参与的公共基金 PROSAÚDE 以及垂直项目(Vertical Projects)基金 82。这些项目由莫桑比克卫生部及国家和地方的行政机构下拨并管理。公立医疗服务费用直接以现金结算,大部分患者要支付少部分看病和接受救助的费用,

社会卫生支出:私立部分的支出约占卫生总支出的13%⁸³。一些保险公司在慢慢进入当地市场,对一小部分有支付能力的国民提供商业医疗保险。我国企业也介入相关领域,如复星集团于2014年收购了葡萄牙国有保险集团Caixa Seguros,并进军了莫桑比克市场,针对企业和个人提供医疗保险在内的多种保险业务和金融服务。

援助:根据 2012 年莫桑比克国家健康审计报告,来自国外的资金占到了总体卫生支出(Total Health Expenditure)的 60%,远高于低收入国家的平均水平 27%,和其所在地区东南非洲国家的平均水平 29%。在国外的资金援助中,既有国际机构的直接项目经费和支出,也包含了政府预算及项目中已包含的国际援助 ⁸⁴。援助占到支付的很大比例,其来源包括美国政府基金,以及全球基金的艾滋病、肺结核和疟疾防治项目。在莫桑比克,97%的艾滋病支出都来自于发展援助基金的支持,艾滋病的总支出则占到了 GDP 的 2% ⁸⁵。

存在问题:在筹集方面,莫桑比克对于外部资金的依赖性很强。其未来的挑战在于如何增加其他的筹资方式,通过增加税收,促进公立与私立部门合作以及债务转化等方式,增加其医疗资金的稳定性与可持续性。另外,在保险领域也有一定的发展空间。

3.4 卫生人力资源

莫桑比克的卫生人力资源相比其需求仍有较大不足。2013年,莫桑比克的医生密度是每千人0.055,护理人员密度则为每千人0.4。根据世界卫生组织的报告,每十万人中,国家公共卫生系统的医疗人员数量由2014年的92.6增长到了2016年的106.8,在三年内增长了15%86。在2016年,莫桑比克卫生部通过了2016-2025的卫生人力资源发展规划,以推动医疗人员的发展。人力资源在支出中占比较大,2012年的当年健康支出中,有31.1%用于支付医疗人员的费用,占到所有医院开支的39.4%87。

莫卫生人力资源系统存在的主要问题是整个公立医疗卫生人才培训系统**对于人才的激励、保留和管理机制较弱**,每年从医学院校毕业 2000 人,实际只有 1000-1200 人进入公立医疗体系,同时越来越多的医疗人才(2018 年约 18%)选择在公立体制之外工作。

88 Mozambique's Health System, World Health Organization.

89 Francisca Paulouro, Pedro Fontes (2019), Global Legal Insights.

3.5 卫生信息系统

莫桑比克的卫生信息系统主要基于其所有公共卫生体系的行政数据系统。2016年, 莫桑比克引进了 DHIS2(SISMA)软件。此外,也有基于特定健康领域的专门性信息系统。 莫桑比克卫生信息部也在发展基于多个数据库的信息共享及利用⁸⁸。

3.6 卫生产品管理

3.6.1 筹资

卫生产品的经费来自于多个渠道,并很大程度上依赖于外部援助。大部分的经费主要由莫桑比克国家财政部下拨,其中已经包括了援助机构对政府的总体援助,健康部门公共基金(PROSAÚDE) 以及垂直项目(Vertical projects)经费。此外,也有部分经费由私人支付,包括了在私人诊所的支付及少部分在公立医院的支出。另外,一些国家与援助机构也以捐赠的形式向莫桑比克提供医疗用品⁸⁹。

3.6.2 监管与准入

国家药品部负责药品和医疗器械的规范和注册,所有进入该国的药械都必须在药品部注册,由国家药品质量实验室进行质量检测。但是由于实验室的产能限制,药品质量得不到全面的控制。为促进国内生产,药物活性成分等原材料的进口可以免除关税。

一些权威机构建议在进入当地市场时,可以通过中介或分销商来建立和当地政府机构的关系。此外,中介还可以帮助企业克服执照注册、满足准入条件等耗时的工作。一些企业选择在当地设立办公室,用于处理当地繁琐的事务和对接客户。

3.6.3 采购与分销

国外药械进入莫桑比克有以下三条渠道:一是国际组织采购,通过卫生项目免费发放给患者。二是国际组织将一部分全球资金和募集款发放给莫桑比克公立医院进行采购。企业需要参与国家药品采购中心发布的招标,从而进入公立采购目录。采购的药品种类仅限于国家基药目录中的药品。三是私营市场,包括药店、药房、私立医院和诊所,分销路径为厂家将产品销售给进口商,进口商直接或通过二级批发商分销给私立医院。私立渠道可以购买和使用基药目录之外的药品。

在供应和分销部分,药品、疫苗和器械的管理通过卫生部的两个机构进行,中央药

90 88 Francisca Paulouro, Pedro Fontes (2019), Global Legal Insights.

91 92 The Health Sector Strategic Plan 2014-2019, Ministry of Health, Mozambique. 品储备(The Central Medicine Stores)和供应中心(Supply Centre)。中央药品储备 关注前期规划、采购和分销。中央到省级的药品分销由中央药品储备负责。省级分销中 心每个月向地区分发药物。供应中心负责耗材、医疗和手术设备、医用家具和车辆的供 应链管理。外科手术器械和医院设备(家具,车辆,一般设备,表格和印刷材料)通过 国内外招标采购之后,由供应中心进行中央到省级的通关、储存和分发 ⁹⁰。

3.6.4 药品市场概况

莫桑比克药品市场主要依靠进口,本地药品生产还处在初级阶段,截至 2015 年只有一家由巴西援助的生产商。2012 年其进口药品市场约为 1.4 亿美元,人均药物支出为 5.55 美元。历史上,莫桑比克药品的商业市场活跃度较低,主要依靠外界援助。国际援助药物占到了 81% 的份额,提供药品的国际组织包括世界卫生组织、联合国儿童基金会、联合国艾滋病规划署、全球基金等,免费向莫桑比克提供药品,主要是针对艾滋病、疟疾、结核和禽流感四类疾病 91。

药物进口目前由公立卫生体系主导,约 1.22 亿(85%)的市场由公立体系(通过卫生部中央药品器械局进口药物)进口药物占据,其中有 40% 花在了艾滋病药物上。采购的资金大部分来源于外界捐赠,还有 18% 来自于州政府基金。由于预算有限,政府遵从了非常严格的基药目录,通过官方采购分销和选用仿制药的手段来实现有限药品成本下的利益最大化。在公立医疗机构的大部分医疗场景中,药品都是免费的,只有在乡村的初级诊疗网络中需要为药品支付少许的费用 92。

私立药品市场约为 0.2 亿美元,规模较小,但近些年由于廉价仿制药的介入,药品市场开始快速增长。政府的卫生政策是这一发展的主要驱动力,包括制定新药物审批程序,遏制非法进口,鼓励合法仿制药的进口。一部分高度集中的私立进口商和批发商向 264 家私人药房、40 家公立零售商售卖进口药物。目前有 54 家进口商正式注册,但市场高度集中,4 家最大的药企占据了药物进口总量的 50%,分别是 Medis,Maputo Healthcare, Generics and Specialties 及 Welworth。截至 2012 年,共 2572个药品通过私立进口商注册,其中 55% 产自印度,12% 产自葡萄牙,5% 来自巴西和德国。

3.6.5 医疗器械市场概况

莫桑比克的医疗器械行业主要由印度和巴西供应低值器械和耗材,紧跟其后的是中国。大多数高端诊断设备来自欧洲。目前该国本土有 11 家医疗设备公司,主要生产耗材、诊断检测设备、器械和医院家具。由于产品定位的差异,进口商品与本地生产之间的竞

93 Health Financing Profile Mozambique (2016). USAIDS.

94 The Health Sector Strategic Plan 2014-2019, Ministry of Health, Mozambique. 争几乎不存在 93。

3.7 医疗科技创新

在一些有互联网连接的医院,信息通讯系统能够得以应用。然而在国家的部分区域, 无法接入网络,政府也没有明确的关于信息技术在医疗场景中的法规文件,导致远程医 疗目前还没有完全建立起来⁹⁴。

3.8 总结

整体而言,莫桑比克对于健康事业较为重视,并将健康服务普及和降低疾病死亡率列为战略目标。然而,有限的政府预算和对于国外援助的依赖也成为卫生体系的发展的重要挑战。其公立医疗服务,人才培育及药品的生产与供应仍然有待改善。

4 我国在该国的医疗类援助活动

我国针对莫桑比克的医疗援助活动以医疗服务为主。自 1976 年以来,我国一直有向 莫桑比克输送医疗队的传统,截至 2019 年已经输送了 21 批医疗队伍。针对当地疟疾泛 滥和缺医少药的问题,我国政府也帮助重建了抗疟疾中心。与此同时,也有以医院为主 体的志愿服务,如北京同仁医院的医生为莫桑比克的白内障患者提供手术支持。

第三章: 国家医疗卫生服务体系框架分析

项目内容	起始时间	结束时间	项目状态	资金提供方	项目性质
中国向莫桑比克派遣医疗队	1976	2019/01 (第 21 批)	已完成	中国卫生部	独立技术援助
中国翻新重修马普托抗疟疾中心		2009/11/25	已完成	中国政府某部门	捐赠
"中国光明行" 医疗队为白内障 患者进行复明手 术		2011/09	已完成	北京同仁医院	志愿者服务

表 2 中国政府对莫桑比克卫生援助汇总

5 我国私营部门在该国的卫生建设活动

我国私营部门在莫桑比克参与了多项医疗卫生活动。一方面,中国的医药企业通过 政府招标或与莫桑比克医药企业合作的方式,为莫桑比克提供性价比较高的医药产品和 医疗服务。例如,2016年,汇鸿医药公司与莫桑比克国药集团合作并为其公立医保系统 供应医药及服务。2017年,粤港澳中医药科技产业园帮助中成药企业完成在莫桑比克的 注册,并发展了"以医带药"的模式,推广重要的产品及文化。

项目名称	时间	投资方	项目描述
复星医药 - 桂 林南药公司供 应 400 万人份 的青蒿琥酯联 合用药	2006	复星医药 - 桂林南药公司	复星医药桂林南药公司与莫桑比克签下 400 万人份的青蒿琥酯联合用药的供应合同。本次采购是复星医药一桂林南药和著名国际药品采购公司 Mission Pharm 合作,通过莫桑比克政府公开招标获得。
汇鸿医药长期 为莫桑比克国 药提供医药产 品和服务	2016	汇鸿医药公司	莫桑比克国药集团是莫桑比克唯——家医药工业公司,拥有一座巴西援助的现代化 GMP 药厂,生产本国所需基本药物,完全供应该国公立医保系统。汇鸿医药公司自2016 年起,作为莫桑比克国药的唯一中国合作方,为其提供各类所需医药产品和服务。
粤港澳中医药 科技产业园为 中药企业进行 当地注册	2017	粤港澳中医药科技产业园	粤澳合作中医药科技产业园帮助中成药企业完成在莫桑比克的注册工作。根据产业园与莫桑比克卫生部的合作内容,产业园自 2015 年以来已在当地成功举办了多届针对当地公立医院系统的医生和理疗师的中医技法专业培训,基本建立了"以医带药"进行中医药产品和文化的推广模式。同时根据市场需求,特别是根据产品在疗效以及安全性的要求,严格筛选具有良好临床基础的产品进行注册。

表 3 中国私营部门在莫桑比克卫生建设活动汇总

6 机遇和挑战

对于我国私立部门来说,莫桑比克药品医疗器械方面机遇与挑战同在。其中主要的 机遇包括:

- 一、未来十年经济的快速增长。近年来,莫桑比克大型天然油田的发现,可极大促进其经济水平的提高。根据美国商务部的预测,预计未来十年内该国 GDP 年增长率将保持快速增长。经济的发展伴随着医药市场支付能力的提升,必然会对医疗服务内容和质量提出更高需求(Frost & Sullivan,2018)。
- 二、国家在医药领域的持续关注和投入。过去十年,该国相继出台了医疗卫生方面的多项政策,制定了全民健康保障(UHC)的目标,促进公平性和可及性。如 2017 年《药品疫苗法》修正案,通过立法保证药品、疫苗和其他生物制品的使用环境公平,明确卫

95 Health Financing Profile Mozambique (2016). USAIDS.

96 Mozambique National Health Account (2012). Ministry of Health. 生部和合作国家间的在药品资金缺口方面责任,确保基药和疫苗的及时和定期供应,并且希望通过合法认证,确保价格可及(中研普华,2018)。

三、商业环境改善。为营造良好的商业环境,莫政府采用了价格限制及进口限制政策,鼓励当地药品制造业发展;同时要求在药品上加上国家特定标签,以减少假冒药品及同类药物的进口;另外,其通过法律加强了对药品进口、药品批发零售利润率的限制。而连锁药房也在进行横向和纵向的整合,规范分销和零售渠道(中研普华,2016)。

总结来说,在药品领域,莫桑比克现阶段需求主要集中在传染病和妇幼保健方面,对传染病药物、疫苗和维生素有较大需求。尽管根据政府数据,药品的平均可及率达90%,但根据非正式渠道反映,由于一些疟疾、肺结核等卫生项目的快速推广,供应网络跟不上推广速度,药物供应常常缺货,首都马普托以外的居民更难获得稳定的药物供应。中长期来讲,心血管类等慢性疾病的药物需求增长加快。长期来看,肿瘤药物的需求同样具有较高增长率。由于该国药品进口主要由公立卫生机构主导,药品生产则主要由一家企业经营,因此通过与该企业、或该国公立医疗体系合作的方式,可为我国私营部门的参与提供便利。

在医疗器械领域,该国目前对二手医疗设备的需求很高,尤其是中小型私人卫生诊所、诊断中心和实验室。由于人口的持续增长,该国对医疗设备和诊断设备的需求将越来越大⁹⁵。由于该国大多数高端医疗设备从欧洲进口,我国私营部门则可以通过生产与销售中低端设备及基础医疗耗材参与该国医疗领域,从而发挥更大的作用。

就医疗服务领域而言,公立医疗体系能覆盖大多数人群,但由于上述一系列问题,无力支撑起庞大的需求多样的国家卫生体系。世界卫生组织认为,私立医疗体系中系统管理的医院,专业的技术人员以及运转良好的设施对于国家医疗体系来说至关重要,可以对整个卫生系统提供多样性区别化的服务,并且为公立系统起到技术带头作用。就莫桑比克而言,由于公立系统在基础医疗服务和医院护理方面存在很大的缺口,私立医院的影响就显得尤为突出。例如,位于首都的马普罗的私立医院,拥有全国稀缺的最新技术水平的器械和高端进口药物,并且提供急诊服务、母婴服务、妇产科、儿科、放射科和慢病治理服务等在公立系统中欠缺的服务。虽然私立医疗机构只覆盖了不到 20% 的人群,但是他们提供的全套服务和精准医疗可以吸引该国中高收入人群。目前,这部分人群随着经济的发展而不断增加,导致大量收入较高的人口流动前往邻国就医。以南非为例,仅 2010 年一年,就有约 50 万人次的患者在南非支付了约 1.38 亿美元的诊疗费用,其中近 90% 来自莱索托、斯威士兰和莫桑比克 96。因此,建立私营诊所和医院等基础设施可

以有效的参与该国卫生建设,提供高质量医疗服务。

然而,挑战同样并存:

一、药品流通两极分化,缺少定位于中档价格的药物市场:药品市场准入门槛较低,参与投标的外国药厂鱼龙混杂,常常引起恶性的低价竞争,从而导致药品在整个市场的流通分为两个极端——广泛流通的低价仿制药,和不到 10% 的私立机构流通的品牌药。对于产品定位于中高端的企业来说,想要在莫桑比克获得较大的市场也不得不参与低价竞争。

二、在药品准入方面对私营部门有一定门槛:该国药品实验室工作效率低下,政府的腐败拖沓,导致注册过程常常耗时较长,根据中国医药保健品进出口商会 2017 年的统计,该国医药产品注册平均时长为 15 个月,在非洲 21 个国家中耗时偏长,仅次于安哥拉。因此,私营部门考虑参与该国医药体系发展时,可以选择当地的代理商,专注于注册流程的推进和与政府之间的沟通。

三、仿制药市场开放,市场份额被竞争对手大量占据:该国低端仿制药物市场的主要竞争对手为印度、巴西等仿制药市场发达的发展中国家。印度在过去几年间的药品进口额保持在1亿美元左右,而中国在同时期如2017年出口额仅为243万美元。因此中国私营企业进入该国仿制药市场将面临强大的竞争对手。

四、由于该国人口体量较小,中高收入人群目前为 23 万人左右,总体而言市场体量和规模仍然较小。因此我国私营部门参与该领域,需要花费大量的资金和长期与相关政府部门沟通和申报的成本,值得审慎考虑。



越南

1国家基本公共卫生状况

97 博鳌亚洲论坛发布《亚洲竞 争力 2019 年度报告》(2019).

98 CDC Global Health - Vietnam (2019).

1.1 国家概况

越南位于中南半岛东部,北接中国,西接老挝和柬埔寨,东面和南面紧邻南海,地形狭长,境内四分之三为山地和高原。地处亚热带,气候宜人,降雨丰富。全国划分为58个省和5个直辖市,首都河内是越南政治、文化、经济中心,水、陆、空交通便利。越南属于发展中国家,1986年开始实行改革开放,2001年正式确立以工业化和现代化为中心,建立市场经济的配套管理体制,2006年越南正式加入世界贸易组织。改革开放以来经济总量不断增长,三产结构趋向协调,作为传统农业大国,在经济作物质与量稳步提升的基础上,越南工业水平逐步提高,主要工业产品为煤炭、原油、天然气、液化气、水产品等,第三产业以服务贸易、旅游业和运输业为主,主要贸易对象为美国、欧盟、东盟、日本以及中国。官方语言为越南语。

地区	亚洲东南部
人口总量	9683 万
平均寿命	76.454
基尼指数	35.3
国内生产总值(美元)	2,450 fZ
人均国民总收入(美元)	6,450
卫生总支出(美元)及 GDP 占比	116.2 (Z (5.66%)
人均卫生支出(美元)	122.8

表 1 2019 年越南社会经济、人口情况 (来源:世界银行、世界卫生组织)

1.2 社会经济和人口情况

越南整体经济水平在亚洲处于中下水平 ⁹⁷,2018 年 GDP 总量为 2,450 亿美元,人均为 2,563.8 美元,被世界银行定义为中低收入国家,但经济增长速度较快,2018 年 GDP 增速为 7.076%,是世界平均水平(3.035%)的两倍以上。该国贫富差距较大,2016 年基尼指数为 35.3,约有 2% 的国民生活在贫困线以下。2018 年,该国城市化程度不高,有 35.9% 的人口生活在城市(欧美发达国家城市化率约为 90% 以上,而中国 2018 年城市化率已到 58.5%),城市人口年增长率为 2.98% ⁹⁸。

99 潘金娥 (2018). 建设 "中越 命运共同体"引领新时期中越关 系迈上新台阶. 东南亚纵横, (6),

100 崔玮祎 (2018). 2017 年中 越贸易额突破 1000 亿美元..

101 田莉 (2019). "一带一路" 倡议背景下的中越关系学理论, (5),17.

102 104 CDC Global Health - Vietnam (2019)

103 Gaskill, S., & Nguyen, L.
The Vietnamese Healthcare
Industry: Moving to Next Level.
PricewaterhouseCoopers
(Vietnam) Ltd.

105 Vietnam PharmaceuticalsMarket Update 2018 - PacificBridge Medical. (2019).

1.3 与我国的国际关系

中国和越南同为社会主义国家,于 1950 年 1 月 18 日建立外交关系。在 20 世纪 80 年代,中越曾因利益冲突造成关系僵化,于 1990 年实现了关系正常化。从 90 年代到 20 世纪初,中越确立了"十六字方针"和"四好精神",并在其指导下于 2008 年建立了全面战略合作伙伴关系,于 2017 年建立了中越命运共同体。⁹⁹ 在"一带一路"倡议提出以后,中越经贸合作不断加深。近几年来越南超过马来西亚成为中国在东盟的第一大贸易伙伴。2017 年,中越贸易额突破 1000 亿美元 100,贸易逆差也逐渐得到改善 101。两国的相似性和互通性、互惠共赢的合作目标,会一直引领新时期中越关系的发展。

2 主要健康问题和挑战

根据世界银行 2018 年的统计数据,越南 15-64 岁人口约为 5,693 万,65 岁以上人口约为 709 万,占总人口的 7.4%,14 岁以下儿童约有 2,201 万,占总人口的 23.034%。2017 年,人均寿命为 76.45 岁,高于世界平均水平(72.23 岁) 102。在东南亚范围内,虽然越南经济水平相对落后,但由于过去三十年中医疗卫生水平的不断提升,该国国民健康水平位于地区前列。在泰国和印度尼西亚人均可支配收入为越南的 2-3 倍的前提下,越南的人均寿命、成人和婴幼儿死亡率等与泰国持平、优于印度尼西亚 103。然而与此同时,环境污染、食物及饮用水总量不足且质量不够、战争遗留生化物质污染等问题持续给越南人口健康带来挑战。越南国内主导疾病结构开始调整,非传染性疾病成为主导致死疾病。2018 年所有疾病致死病例中,慢性病占到 73%,主要包括中风、缺血性心脏病、肺癌、慢性阻塞性肺疾病、阿尔茨海默病、糖尿病、肝硬化、下呼吸道感染等,其中心血管疾病是越南国内患病人数最多的慢性病,占到死亡原因的 30% 104。此外,每年有近116,000 人死于癌症。生活与工作方式的改变,如久坐行为的增加,也给健康带来了不利影响。越南约有 10% 的人口患有糖尿病,增长速度为东南亚之最 105。

106 Institute for Health Metrics and Evaluation, Country Profile-Vietnam.

107 Five of the Most CommonDiseases in Vietnam. (2019).Borgen project.

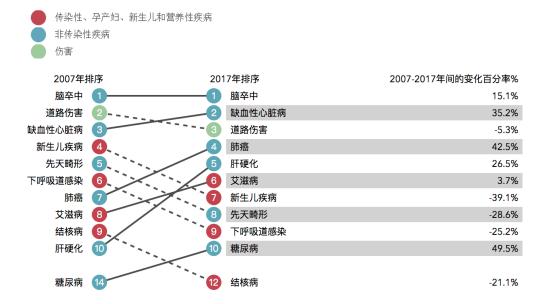


图 2 越南前十位死因及 2007-2017 年变化 106

另外,越南的传染病仍是其卫生健康的一大挑战。越南流行传染病具有明显的地域性特征,主要包括奇昆古尼亚热病、狂犬病、乙型脑炎、伤寒、结核病(每年越南约有17,000 结核病致死病例)等。在越南,由于这些传染病疫苗的接种和可从生活习惯入手的预防措施普及程度较低,因此这些传染病一直得不到积极的处置 ¹⁰⁷。

3 国家医疗卫生系统概述

3.1政策监管

越南医疗卫生体系由四个层级构成:中央级、省级、地区级和社区级。越南卫生部是该国中央级医疗卫生的主管机构,其主要职责是起草和制定医疗护理和保障体系的各项法律文件,以及为卫生部门的长期发展制定长期计划和策略,下辖国立医院、卫生研究所、医科大学等;省级、区级和社区级卫生机构及部门市级医疗机构接受中央机构的领导,在这三个层级中,由人民委员会负责资金和人力资源的分配,其中省级和地方级机构负责在卫生部的监督下提供医疗服务,也有义务支持人民委员会关于医疗卫生和保障方面的工作,下辖各级地方医院、综合诊所、疾病防控中心、医药专科学院等。社区卫生中心提供母婴保健、生育计划指导、急性呼吸道感染治疗、疫苗接种和其它普通疾病的治疗。

108 Le, D. C., Kubo, T., Fujino, Y., Pham, T. M., & Matsuda, S. (2010). Health Care System in Vietnam: Current Situation and Challenges. Asian Pacific Journal of Disease Management, 4(2), 23-30.

109 SON, T. H. A. N. H. (2019). Domestic Medical Service Increasingly Attracts Overseas Vietnamese. 近些年来,政府在政策制定方面显示了不少成效:推动了多项立法,包括禁烟法案,健康保险法案以及健康战略 2011-2020;推动了多项政策革新,包括药品法案、控酒法案、血液和干细胞法案、人口法、医疗器械和疫苗法令等;对社区医疗卫生的建立和发展做出规划。这一系列的工作对卫生部门的进一步发展建立了法律框架。

除了政策层面外,卫生体系的组织框架也在不断改进,以加强管理能力。例如,在中央级别,越南建立了新的信息技术部门和传播效法部门,革新了多个部门的组织模式,包括传统医学部门、行政和科学部门、技术和培训部门等。在地区级别,法案正式确立了社区卫生站在地区卫生中心的管辖范围内,由卫生部联合民政部为省人民委员会领导的地区卫生部门提供全面的指导,对社会卫生站进行垂直管理。截至 2015 年,100% 的省份和城市已经在地区卫生部门的管理下有了食品安全和计划生育署,100% 的地区有卫生办公室,63 个省中的 60 个省已经把地区卫生中心作为地区卫生部门的单元。

存在的问题:

- 一、各项卫生政策没有及时下发,政策内容也存在重复和不连贯的问题。各个相关 责任方之间的合作非常的有限,因此卫生政策的制定缺乏有效的信息和有力的数据依据。
- 二、在执行层面,卫生政策具体执行方案较为缺失,策略和预算部门之间没有互相参考,预算制定主要是根据人力资源、人口数量等指标制定的。
- 三、由于卫生系统关注重点太多并且常常变化,在社区层面,造成了人力资源的不足和行政经费的增加。卫生机构由行政部门管理,导致医院的发展和升级收到限制。

3.2 服务供给

1989年的医疗卫生改革使越南医疗卫生体系从单纯公立医疗体系转变为公私混合制。其中,公立体系开始提供免费医疗,私立体系和民间医药市场合法化。私立医院的数量一直在增长,截至 2014年,全国约 6% 的医疗机构为私立机构。虽然从数量上与公立医院比不具备优势,但是私立医院却提供了超过 60% 的门诊服务,是国家卫生体系中最为重要的组成部分 ¹⁰⁸。截至 2016年,越南共有 1,346 家医院,其中 1,161 家为公立医院,185 家为私人诊所;另外共有 254,885 个医院床位,其中 240,700 个隶属于公立医院,14,185 属于私人诊所,预计 2020 年私人诊所病床比例将增加到 20%。越南卫生部正致力于增强公立系统与私立体系之间的合作交流以达成优势互补,主要合作领域包括医疗设施建设、设备提供和医护人员培训等 ¹⁰⁹。

- 110 GENERAL STATISTICS OFFICE of VIET NAM-Statistical Data. (2012).
- 111 Gaskill, S., & Nguyen, L. The Vietnamese Healthcare Industry: Moving to Next Level [Ebook]. PricewaterhouseCoopers (Vietnam) Ltd.
- 112 Vietnam Healthcare | export.gov. (2019).
- 113 115 Healthcare and Medical Insurance in Vietnam | APRIL International. (2019).
- 114 Nguyen, M. P., & Wilson, A. (2017). How Could Private Healthcare Better Contribute to Healthcare Coverage in Vietnam?. International Journal of Health Policy and Management, 6(6), 305.

3.2.1 公立医疗卫生系统

2008年的卫生部统计数据显示全国有中央卫生机构 21 家,省级卫生部门 64 家、地区卫生机构 622 家和社区医疗服务中心 10,917 家,2012年公立系统内共有 424,237 位医疗工作人员 ¹¹⁰。目前覆盖全国的卫生网络已基本建成,每个卫生中心也都配有相应医务工作人员,但仍存在山区和边远地区资金不足、人手不够,大城市综合医院需接待各地患者而人满为患,医疗资源供不应求等问题 ¹¹¹。

越南卫生部门正不断推进对全国范围内的公立医院进行设备升级并开设新的专业治疗部门 ¹¹²。同时,越南政府正努力通过"1816 计划"(又名"卫星医院计划")重点改善农村地区的公共医疗保健状况。在该计划下,中央医院的医疗专家将轮流前往地方医院培训当地医护人员并提供更多治疗方案,使当地民众可以在本地获得高质量的医疗服务 ¹¹³。

3.2.2 私立医疗卫生系统

越南私立医疗卫生系统主要由各级私人诊所组成,主要设在城镇内,规模较小,病床数仅占全部病床数的 4.2% 且将近 3/4 的私人诊所病床数少于 100 张(越南统计局,2012)。私人诊所普遍服务质量高于公立医院,设备更现代化,医疗工作者往往有海外留学经历,除越南语之外还会说英语、法语等(April international,2019),2012 年私立系统内的医疗工作者占到全国医疗工作者的 16.5%(越南统计局,2012)。私人诊所提供的医疗服务更专业、高端和多元化,除基本疾病诊疗外还可涵盖目前在公立医院尚无成熟治疗方案的儿童疾病、老年疾病、生殖健康与产前保健、传统药物治未病等内容¹¹⁴。越南国民对于私立诊所的信赖度比公立医院高,即便在公立医院和私人诊所服务质量相近时,民众也倾向自费前往私立诊所就诊。故大城市的大型私人诊所往往存在接待患者超出承受能力的问题,另外私人诊所也鲜少开在山区或偏远地区,进一步加剧了城乡之间医疗服务资源的不均衡。

越南国家卫生部为私立医疗体系设定的下一步发展目标即为在公私合作的基础上增加私人诊所的数量,尤其在山区和偏远地区,以此来纾解大城市公立医院的接待压力。同时,私立医疗体系在整个医疗系统中比例的提升也可将全国医疗水平从基本疾病的诊治提升到更加私人化和高端化的先进现代医疗水平,这也符合当前和未来越南经济(预计 2020 年越南国内将有 3,300 万中层阶级人口)、人口、卫生发展的前景。更高质量、成体系、低门槛的私立医疗体系有望惠泽 6,070 万越南国民,约占总人口的 68%¹¹⁵。

116 117 Global Health Expenditure Database. (2019).

118 Health Financing in VietNam. (2019).

3.2.3 存在的问题

在不同的地区之间,卫生服务质量和卫生指标仍存在很大的差距,一些中心医院和 大城市的医院都存在患者大量聚集的问题,分级诊疗已经在政府的卫生议程之中,但是 该问题仍需较长时间才能得到改善。

该国卫生服务质量管理能力较为缺乏,目前国家还没有独立的评估机构,并且全国 44%的医院还没有建立服务质量管理部门,临床审计也没有实施起来。

3.3 卫生筹资体系

2016年,越南卫生总支出约为 116.2亿美元,占 GDP 的 5.66%。其人均卫生支出为 122.84美元,其中政府支出占到 47.43%,约为 58.27美元。私人支出部分共占人均卫生支出的 50%,其中包括:个人自付(Out-of-pocket),约为 54.75美元,占到人均卫生支出的 44.57%,自愿参与的健康保险支出,占到 1%;其他私人健康支出,占 4%。此外,国外资金也占到卫生支出的 2.3%,约为 3 美元 ¹¹⁶。

3.3.1 卫生支出

政府卫生支出: 从 2012-2016 年来看,政府健康支出占每年政府总支出的 9%¹¹⁷。越南的税收筹资能力在中低收入国家中相对较强。根据国家卫生部的统计,该国 2011-2015年通过州财政经费和政府债券筹到的卫生支出约等于州政府全部财政支出的 7.52%,其中有 6.8% 由政府债券得来。其中卫生支出的增速要高过州政府财政支出的平均增速。近年来,卫生部门开始运用更多的来自州政府预算之外的资源,例如通过基础设施投资贷款的形式加强社会化,根据需求实施医疗服务,合资医疗设备安装,公私合营等方式。一些银行已经为医院和投资者提供优惠的基础建设信贷和设备采购套餐,以提高卫生服务的能力和质量。2013年,控烟基金成立,成为了州政府卫生经费的一项新的来源,大约每年可以提供 4000-5000 亿越南盾(约为 1720 万 -2150 万美元)。

政府积极推动全民医保的覆盖,制定了一系列针对健康保险的政策和法规,包括 2014 年修订并通过的医疗保险法。医疗保险的覆盖率逐步提升,从 2010 年的 60.9% 提高到了 2015 年的 76.52%。2018 年,社会医疗保险覆盖率达到 87%¹¹⁸。政府也对低收入 群体的医保进行补贴。被保人的权益和特定群体的共担额都在改善。一些省人民委员会以地方经费协助低收入家庭的承担保费,促进了医保覆盖率的提升。目前,越南 63 个省中已有 39 个省采用了这种方式,其中 27 个省覆盖保费的 30%,12 个省覆盖保费的 5-20%。

119 122 Health Policy Project. (2016). HEALTH FINANCING PROFILE: Vietnam.

120 SON, T. H. A. N. H. (2019). Domestic Medical Service Increasingly Attracts Overseas Vietnamese.

121 Tuan, P. L. (2016). Vietnam 2013 General Health Accounts and Disease Expenditures with Sub-Analysis of 2013 HIV/AIDS Expenditure. **个人卫生支出**:个人自付比例较高,约为健康总支出的 45%,但略低于中低收入国家的平均水平。越南政府也在推动其自付比例的减小。然而,尽管社会医疗保险的覆盖率不断提升,个人自付比例的实际变动较小,未来或需要采取更为有效的政策 ¹¹⁹。

由于国内医疗行业仍存在人手不够、设备不够先进、医疗资源供不应求等问题,患者也会前往海外就医,每年约有 4 万患者出国并总共花费约 20 亿美元来寻求治疗 ¹²⁰。

社会卫生支出:除了个人自付外,私人的卫生支出还来自于企业支付,部分自愿性的保险及非盈利组织的卫生支出¹²¹,在 2016 卫生支出中的总占比约为 5%。

援助:在健康支出中,外部资金所占比例相对较小。从 2016-2017 年来看,越南每年约获得 1.6 亿美元的健康援助。尽管如此,但在艾滋病等传染性疾病的预防上,援助占比较大。在艾滋病的支出上,约有 78% 来自国外援助 ¹²²。

3.3.2 支付与定价

越南目前的支付方式仍以按项目付费为主。

3.3.3 存在的问题

目前依靠州政府拨款的形式依然无法满足人民的健康需求,自付比例较高,医保想要覆盖到未覆盖 24% 人群在目前来讲非常困难,医保基金和风险共担很难达到平衡状态。

在卫生筹资方面缺乏相关的投资预算分配机制和财务激励机制,导致预防医学和公 共卫生方面的质量和效率都得不到提升。在公共卫生设施中安装合资医疗设备取得了积 极成果,然而,技术服务、检测和成像服务的滥用导致了卫生保健费用的增加。医院内 服务价格计算不合理、不全面;卫生设施,特别是公立医院的运作和管理没有得到改善。

3.4 卫生人力资源

不同类型的医疗卫生人才数量一直在逐年增加,其中每一万人对应医生的数量从2010年的7.2人提升至2015年的8人,每一万人对应认证药剂师的数量从2010年的1.76提升至2015年的2.2人。为了解决偏远和贫困地区卫生人才缺乏的问题,一系列的政策和项目已经开始实施,例如一些项目致力于从2013-2020年针对肺结核、麻风病、精神卫生、法医学和病理解剖方面的培训和卫生人力资源发展,一些项目在试点年轻医生志

愿者等。

该国的医疗检验治疗法案从 2011 年开始生效,其要求医疗工作者需持从业资格证并且不断对医学知识进行更新学习。至 2015 年,卫生部直属医院中 95% 的机构和 92% 的员工,其他部委医院下 25% 的机构和 67% 的员工,省卫生部设下 65% 的机构和 89% 的员工都持证上岗。针对需要特定技能的医务人员,如护士、助产士、非临床工作人员,也在近年间设立了从业资格证。针对不同类型的医疗人员的培训和教育认证也一直在发展和设立。

存在的问题:

越南卫生人力面临的主要问题是在区域和卫生层级中的分布不均衡。此外,在社区层面和在偏远地区,卫生人力的服务质量也存在问题。总体来说卫生人力资源从数量上来说不充足,从质量上来说较差,其中省级卫生人力的数量只能满足 60% 的需求。此外,医务人员的管理能力较为有限,经理级别的医务人员中只有 30% 受过专门的管理培训,95% 自认为并不具备管理能力。

3.5 卫生信息系统

针对卫生信息和统计学指标的相关立法一直在有系统性的推动,其中国家卫生信息系统发展策略 2014-2020,展望了 2030 年的目标,制定了 88 个核心健康指标,省、地区和社区级别需要达到的核心指标,以及公立和私立医疗机构需要完成的指标和义务等。2013 年,国家卫生部进行了关于人力资源和卫生统计培训需求的全国调查,对全国 63 个省市和中心部门进行了培训,加强了监测和评估机能,统计数据的质量得到了提升。

在国家卫生部和 63 个省市卫生部, IT 系统在管理和行政部门中得到普及,其中针对近一亿国民的数据库和人口总量变化保持了实时更新; 在私立医院中普及了医院管理数据和临床实践数据的软件系统; 针对艾滋病管理和免疫管理的软件系统、针对传染病监测的系统、医疗记录管理系统和电子病历都开始试点和实施。

存在的问题

虽然已经收取了大量数据,但是目前针对数据传播的机制尚不清楚。在卫生部门和 其他部门之间数据如何对接和流通,并没有明确的机制。此外,针对死亡率和致死原因 的信息系统还不符合 WHO 推荐的标准。针对病历的信息记录系统存在一些问题,导致对 123 Le, D. C., Kubo, T., Fujino, Y., Pham, T. M., & Matsuda, S. (2010). Health Care System in Vietnam: Current Situation and Challenges. Asian Pacific Journal of Disease Management, 4(2), 23-30.

合理治疗方案、并发症的预防、药物副作用等问题上无法带来参考。

这些年来,信息的质量依然有提升空间,医疗机构提供的数据常常不及时、不完整, 私立机构的数据和公立系统对接存在壁垒,IT系统中数据处理、分析和报告的能力非常 有限。

3.6 卫生产品管理

3.6.1 筹资

截止到 2019 年 12 月,未收集到与越南卫生产品筹资相关的信息。

3.6.2 监管与准入

越南的所有药品由越南药品管理局(DAV)监管,该机构是卫生部(MOH)下辖的一个机构。所有医药产品都必须要在 DAV 注册并取得 DAV 发布的市场授权号后才能在越南境内销售。获得药品市场授权号平均需要 12 至 30 个月。外国制药公司不可以直接在市场上销售产品,必须将其产品销售给国内药品经销商。所以通常情况下,外国投资者通过与当地合作伙伴建立合资公司或作为外商独资企业(WFOE)进入国内医药市场。为了使药品市场的各项要求更符合国际标准,2017 年 1 月越南新的药品法律正式生效,放弃了除疫苗外新药临床试验的要求。虽然不用实验,但药品供应商必须为计划向越南市场引进的产品提供足够安全和有效的临床数据,并且已经在至少一个其它国家销售过它们才能予以准入 123。

在上市销售之前,药品公司需将设定的市场价格和市场授权号一并提交给 MOH 正式注册药品。MOH 颁发的上市许可通常有效期为 5 年,之后必须重新注册产品。公司必须在注册到期日前至少 6 个月重新申请许可,但更新过程通常需要 8-12 个月。根据法律规定,在收到完整合法的注册申请之日起 6 个月内,卫生部应颁发药品的药品上市许可(ResearchGate, 2010)。

医疗设备方面政府目前以支持和扩大进口的方式来满足市场所需,因此对于进口设备的准入条件并不是很高,关税低,无配额限,但进入市场的所有医疗设备都受 MOH 的监管和许可要求的约束。MOH 确立了医疗器械的购买准则,并安排下辖的医疗设备和卫生工作部(DMEHW)统管医疗设备的监管工作,另委托科技部(MOST)主要负责国产医疗器械的监管。越产医疗器械的注册程序与进口医疗器械的注册程序不同,导入时设

124 Vietnam - Healthcare | export.gov. (2018).

125 127 Harris, S. (2019). Vietnam's Growing Pharmaceutical Market -Vietnam Briefing News.

126 Vietnam Pharmaceuticals Market Update 2018 - Pacific Bridge Medical. (2019). 备无需注册,而是使用产品特定的进口许可证。进口设备的一切程序工作由 DMEHW 直接负责,只有在越南注册并拥有进口许可证的合法商业实体的公司才有资格出售和分销医疗设备。为满足此要求,外国供应商通常通过当地经销商或代理商进行销 124。

3.6.3 采购分销

药品和器械采购主要通过公立部门和私立部门这两条路径进行,另有少部分的国际援助,主要由世界银行和欧盟提供。在公立部门,药物和器械的采购主要通过医院独立竞标完成而不是通过政府统一招标采购后再分配。公立医院的采购量约占到整个市场的80%。竞标前越南卫生部会使用分级制度将公司/国家划分为不同的等级以决定其参与竞标的程度;1级提供最大自由度,5级提供最少自由度。1级为:人用药品注册技术要求国际协调会议(ICH)会员国或总部设在澳大利亚的制药公司或通过PIC/S或欧盟GMP(药品生产质量管理规范)认证的生产商或获得世界卫生组织GMP认证并曾将其产品销售给ICH成员的生产商;2级为欧盟CMP的成员公司或通过PIC/SGMP认证的制药公司;3级为已获得世界卫生组织FMP的药品生产商;4级为产品已经过生物等效性测试的公司;5级为所有其它情况。该等级划分是招标时的重要参考依据¹²⁵。

一些大型药械国企虽然已经被取消定向输送药械的特权,但公立医院仍倾向选择这些老牌合作伙伴。外资医院和诊所往往从本国购入药品和医疗器械。另外,一些活跃于批发业的外资公司已通过性价比更高的进口产品成功掌握了大部分竞标市场,已成为供应链中的主要参与者,如 Diethelm Vietnam、Zuellig Pharma Vietnam、Mega Lifesciences 等。而一些偏远地区的私立医院或小诊所往往只能购入使用二手或老旧落后的医药器械,出售的药品也往往是价格更低廉的本地仿制药。

根据最新法律,非处方药(OTC)可以在没有药品生产资格证书的企业中销售,如药品柜台或橱柜等 ¹²⁶。

3.6.4 药品市场概况

在经济水平不断提升和人口结构逐渐优化的社会背景下,越南药品市场普遍被认为是具有巨大发展潜力的市场,对国内外资本都有极高吸引力。过去十年内政府也在药品生产售卖政策和进出口监管方面持续改进,越南的药品市场得以不断发展,且高速发展势头仍将继续保持。2015年人均年药品花销为37.97美元,预计2020年可提高至85美元,2025年可提高至163美元;2017年越南药品市场总价为46亿美元,2018年为52亿美元,增速约达10%¹²⁷,预计2020年可达66亿美元。越南药品市场整体而言还处于起步

128 129 130 Vietnam Pharmaceuticals Market Update 2018 - Pacific Bridge Medical. (2019).

- 131 Harris, S. (2019). Vietnam's Growing Pharmaceutical Market - Vietnam Briefing News.
- 132 Vietnam Medical Devices Report– Q2 2018. (2018).
- 133 Healthcare Resource Guide: Vietnam. (2019). Export.
- 134 British Buisiness Group Vietnam. (2019). HEALTHCARE – VIETNAM 2019
- 135 Vietnam Healthcare | export.gov. (2019). Export. gov

阶段,国内药企主要依靠进口原料生产仿制药或者附加值低的基本药品,所以目前越南国内使用的药品绝大多数依赖进口,尤其是对生物技术要求高的原研药品基本全靠进口提供 ¹²⁸。2013 年越南国内 95% 的药品全靠进口取得,进口药物主要来源为法国、印度、韩国等,2017 年进口药品价值高达 21 亿美元 ¹²⁹,其中法国出口额为 3.1 亿美元位列第一,德国出口额为 2.921 亿美元位列第二。同年越南药品出口总价仅为 1.13 亿美元 ¹³⁰,主要出口到老挝、柬埔寨等更加落后的药品市场。近年来,越南国内药物生产量不断增长,2015 年,越南国内生产量已可满足国内一半的药物需求,但药品质量仍然不过关 ¹³¹。

3.6.5 医疗器械市场概况

越南医疗器械市场是亚太地区第九大市场,增长速度较快¹³²。预计到 2022 年,其市场规模可达到 18 亿美元,2017-2022 的预期复合年均增长率约 9.6%¹³³。

受地区性产业转型的影响,越南医疗器械的生产规模及出口在不断上升。国内制造商只能满足基本医疗用品的需求,主要生产产品包括医院病床、手术刀、橱柜,剪刀和一次性用品等。另外,国内制造商通常不能保证提供保修或售后服务,尤其是在越南的偏远地区。

由于当地生产无法满足所需,越南政府鼓励进口医疗设备。目前越南大约90%的医疗设备来自进口,主要供应商来自韩国、中国、日本、美国和德国,占医疗设备进口的71% ^{134 135}。据胡志明市医疗器械协会统计,越南2017年共花费了11亿美元用于进口医疗设备,包括X射线,超声,磁共振成像等诊断成像设备以及手术,内窥镜检查,消毒,测试和医疗废物处理相关的医疗设备。

3.6.6 需求

目前越南需要的主要药品分为两类,一类是针对中风、心脏病、肺癌、阿尔茨海默病、糖尿病、肝硬化等慢性疾病的药品,另一类是针对奇昆古尼亚热病、乙型脑炎等地域性 传染病的药品和疫苗。目前要求高端生物技术的成品药剂和药品原料都有较高需求。

医疗器械和设备的最大需求主要包括成像设备,手术室设备和紧急复苏测试设备。 其它主要需求也包括整形外科设备、应急设备、消毒设备、监控设备以及 CT 扫描仪,超 声波机器,MRI 和 X 光机等诊断设备。

3.7 数字医疗和信息通信技术

136 Chi, K. (2018). Hospitals Going Digital.

137 Vietnam News (2018). MoH Plans to Digitise all VN Medical Records

138 Jio Health Website.

卫生部于 2018 年 8 月与 FPT 公司签署了一项合作协议,即在 2018-2028 年期间 FPT 为国家医院网络应用和开发医疗信息技术。智能医疗模式中最主要的三个项目包括智能 医疗保健、智能医院和智能医疗管理。FPT 会将人工智能、大数据、云端技术和电子化 技术运用到医院的更新上。同时,FPT 也会有针对性地训练医护人员如何进行电子化医 务运营,尽可能最大限度地提高管理和运营效率,节省医疗资源 ¹³⁶。另外,卫生部准备 推行覆盖全国的电子病历(EMR)系统,并已将相关草案发布在在政府门户网站和卫生 部网站 chinhphu.vn 和 moh.gov.vn 上寻求收集公众意见。目前 EMR 系统已在多家医院 试用,包括国家儿童医院和国立妇产科医院等,预计到 2020 年将适用于全国所有医疗机构 ¹³⁷。

另外数字医疗也正在私人领域不断推广,目前最主流的是能私人化定制家庭医生上门服务的应用程序 Jio Health。该程序的目标是通过日常监测、护理、治疗纾解医院人满为患的问题,同时也可以提升患者接受到的医疗服务品质。 Jio Health 提供的服务包括新生儿/青少年疾病防治、年体检、换季流行病诊治、术后护理、慢性病治疗护理等 ¹³⁸。

4. 我国在该国的援助活动

秉承睦邻友好的宗旨,中国与越南合作开展了多项医疗援助活动。首先,通过发起"光明行"为越南的白内障患者提供免费医疗。2009年,中国人民对外友好协会发起"中越友好光明行",为97位患者免费进行复明手术。2019年,云南医疗队在越南海防市开展了两次"光明行"活动,累积为170名患者提供免费白内障复明手术。此外,中越也联合开展志愿医疗服务,在援助中拓展交流。2002年,广西省派出15名青年医疗志愿者,与15名来自越南的医疗工作者一同在越南谅山省开展联合义诊;2018年,中国人民解放军医疗队和越南人民军医疗队在越南高平省开展了为期7天的联合义诊。这些援助活动既为当地患者提供了服务,也促进了健康领域的合作与发展。

此外,受世界卫生组织的委托,中国国家卫生和计划生育委员会统计信息中心为越南代表团举办了卫生信息系统管理培训班,推动其卫生信息管理的能力建设。

项目内容	项目时间	项目状态	资金提供方	项目性质	项目持续时间
中国人民对外友好协会发起"中越友好光明行"活动,为 97 名白内障患者实施免费复明手术	2009/11	已完成	中国政府某部门	独立技术援助	3天
云南省派出医疗 团队,为越南海 防市患者提供白 内障复明手术	2019/6	已完成第二批	中国卫生部	独立技术援助	一次性
	2019/10	已完成第二批	中国政府某部门	独立技术援助	捐赠
中越军医在越南高平省开展联合医疗义诊活动	2018/8	已完成	中国政府某部门	独立技术援助	7天
广西青年志愿者 赴越南开展志愿 医疗服务	2002	已完成	中国政府某部门	独立技术援助	5天
中国为越南卫生 部代表团举办卫 生信息系统管理 培训	2013/9	已完成	中国政府某部门	能力建设	4天

表 2 中国在越南的卫生援助汇总

5 我国私营部门参与建设越南的医疗卫生领域主要工作

我国私营部门参与建设越南医疗卫生领域的主要工作以中国医药集团(国药集团)为代表。在 2002 年,国药集团下属中国医药对外贸易公司,与张家口制药集团公司、越南中央第一制药厂、越南中央第一药品公司和越英药品公司五家共同投资组建了越中制药有限公司,并于 2006 年正式开业,主要生产青霉素类和头孢类粉针。2008 年,越中制药有限责任公司转制为 VCP 药品股份公司。2012 年,中国医药对外贸易公司控股 VCP

139 曹开虎 . (2006). 国药集团"出海"启锚首站选择邻国越南 .

140 国药集团越南大输液项目及疫苗项目获投资许可证. (2010).

药品股份公司。越南的政策和市场也较为支持中药的生产与发展。2017年,VCP新建的中药制剂生产线也通过了越南的 GMP 认证,在药品注册后即可向市场投放。在投资 VCP 药品股份公司的基础上,2010年中国医药对外贸易有限公司在越南成立了中国医药集团(越南)制药有限公司,主要开展输液及疫苗的生产项目建设。

在医疗器械方面,明峰医疗的 ScintCare CT 机在越南的谅江医院投入运行,也为当地提供了精准影像诊断设备。

项目名称	时间	类别	投资方	项目描述
国药集团等与 越南公司在当 地合资建立越 中制药有限公 司 ¹³⁹	2006/07	医疗药品	中国医药集团 下属中国医药 对外贸易有限 公司、张家口 制药集团公司	越中制药有限公司位于越南河内市朔山县,由中国医药集团总公司下属中国医药对外贸易公司,与张家口制药集团公司、越南中央第一制药厂、越南中央第一药品公司和越英药品公司五家共同投资组建。其中中方占51%股份,越方占49%股份,总投资额为350万美元。该合资公司主要生产青霉素类和头孢类粉针,是国药集团在海外的第一家制药厂,也是中国制药企业在越南建的第一家制药厂。
国药集团大输 液项目及疫苗 项目获得越南 投资许可证 ¹⁴⁰	2010/10	医疗服务	中国医药集团	在越南和乐高新技术开发区成立 12 周年庆典大会上,国药集团大输液项目及疫苗项目获得由越南和乐高新技术开发区管委会颁发的项目投资许可证,同时标志着中国医药集团(越南)制药有限责任公司正式成立。

表 3 中国私营部门在越南的卫生建设活动汇总

141 国药集团 VCP 中药制剂生产线通过越南 GMP 认证. (2017).

142 核心部件国产率达 90% 以上! 浙产 CT 机"登陆"越南医院 .(2019).

国药集团 VCP中药制剂生产线通过越南GMP 认证 141	2017/07	医疗药品	中国医药集团 下属 VCP 药品 股份有限公司	2017年7月7日,VCP 药品股份公司(以下简称"VCP")新建的中药制剂生产线通过越南 GMP 认证,获得越南卫生部药品管理局颁发的 GMP 证书。自2016年起,VCP 依托国药集团在中药方面的产品和技术优势,结合越南鼓励发展中药的相关政策,在前期成功运营的基础上,利用自筹资金开展了二期中药制剂生产线扩建项目。VCP 生产线产品包括外用软膏、乳膏、啫喱剂、洗剂,滴丸、冲剂、贴膏、口含片、咀嚼片等。
明峰医疗系统 股份有限公司 的 ScintCare CT 机进入越南 市场	2019/03	医疗器械	明峰医疗系统 股份有限公司 142	明峰医疗来自浙江绍兴,其生产的 ScintCare CT 机在越南北江市谅江医院安装 调试后正式投入运行,当地 70 余名病人首 次用上了 CT 机,改善了医院精准影像诊断 设备缺失的问题。

表 3 中国私营部门在越南的卫生建设活动汇总

6 机遇和挑战

越南现阶段医疗卫生体系在政策、筹资、人力资源和管理能力都依然存在很多问题, 私立部门在这一体系中可发挥一定的作用。在越南药品和医疗器械领域,我国私立部门 具有以下机遇:

- 一、越南社会制度与我国相似,经济水平不断提升,人口结构逐渐优化,国民健康 卫生需求增加。
 - 二、药品依赖进口,对传统医药认可度高。
 - 三、医疗器械准入门槛低,关税低,无限配额。

具体来说,由于本国药品制造能力的不足,各卫生需求的满足比较依赖进口。目前该国主要的需求是针对慢性疾病的药物和针对乙脑等区域性传染病的药品和疫苗。此外,

由于文化的相似性,越南民众普遍对中国的传统草药比较信赖,加之政府对中药发展的相关鼓励政策,我国私立部门可以提供优质的中药满足越南药品领域的需求,参与该国卫生治理。

在医疗器材方面,高端影像设备和手术室设备的需求量也较大,我国私立部门以明 峰医疗为代表,以精准的影像设备对为当地提供了优质的医疗器械,满足当地民众的需求。 由于越南政府对医疗器材进入该国的准入要求不高,我国私立部门可以积极参与医疗器 械领域,同时应注意保障偏远地区的维修等售后服务,从而为更广泛的人群提供产品。

而在医疗服务方面,由于越南公立体系的能力较弱,该国十分欢迎外国私立部门以 公私合营和投资的方式,参与到该国的医疗卫生体系建设。我国私营部门可以积极与当 地政府合作,采用公私合营的模式并开办私人诊所,以补足该国基础卫生体系薄弱的环节。

但实际的操作过程中,我国私营部门在越南医疗卫生领域参与建设也有一定的挑战:

- 一、需要克服监管和准入环节可能存在的门槛,例如在卫生部相关部门注册过程中 对于文件和标准要求的不一致而导致的时间成本,政府人员工作效率低下、推诿等问题, 都普遍存在。
- 二、越南卫生产品市场的一大特点是流通渠道被主流渠道商把控,因此私营部门在 进入当地时与渠道商的合作也会存在一些风险和高成本的问题。



菲律宾

1国家基本情况

1.1 国家概况

菲律宾是位于西太平洋的多民族群岛国家,国土面积约 29.97 万平方公里,北隔巴士海峡,与中国台湾省遥遥相对,南与印度尼西亚、马来西亚隔海相望,西濒南中国海,东临太平洋。地形多以山地为主,沿海有狭窄平原,火山较多,地形狭长,属于季风性热带雨林气候,高温多雨,湿度大,台风多。菲律宾生物资源和矿产资源极为丰富,矿藏主要有铜、金、银、铁、铬、镍等 20 余种。全国划分为 18 个地区,下设 81 个省和 117 个市,首都为大马尼拉市。官方语言为菲律宾语和英语。

菲律宾属于发展中国家,经济为出口导向型经济,对外部市场依赖较大,第三产业 在国民经济中地位突出,加工型工业和农林渔业也为支柱产业。近年来菲律宾政府积极 发展对外贸易,促进出口商品多样化和外贸市场多元化,进出口商品结构发生显著变化。

地区	亚洲东南部
人口总量	1.0877 亿
平均寿命	71.16
基尼指数	40.1
国内生产总值(美元)	3,309 fZ
人均国民总收入(美元)	10,030
卫生总支出(美元)及 GDP 占比	130.4 (Z (4.7%)
人均卫生支出(美元)	129.4

表 1 2019 年菲律宾社会经济、人口情况 (来源:世界银行、世界卫生组织)

1.2 社会经济情况

菲律宾整体经济水平在亚洲处于中等水平,2018 年 GDP 总量为 3,309 亿美元,人均为 3,102.7 美元,被世界银行定义为中低收入国家,但经济增长速度快,2018 年 GDP 增速为 6.244%,约为世界平均水平(3.035%)的两倍。菲律宾是东盟第三大经济体,仅次于泰国和印度尼西亚。2015 年基尼指数为 40.1,国内消费水平和贫富差距大,7.8% 的

143 OECD DAC Aid at a Glance by Recipient_New.

144 145 World Development Indicators. (n.d.). World Bank.

146 Philippines Drug Market Update 2017. (2017, July 14). Pacific Bridge Medical.

147 A Practical Guide to the Way of Life in the Philippines. (n.d.).

国民生活在贫困线以下。2018年菲律宾有 1.0665 亿人,其中 46.9% 的人口生活在城市,城市人口年增长率为 1.9%(世界银行,2018)。

2017年,菲律宾总计获得 8.24 亿美元发展援助 ¹⁴³, 约占该国 GDP 的 0.3% ¹⁴⁴。就 2016-2017两年的平均援助来看,最大的援助者和援助金额为日本 ,3.27 亿美元; 美国 ,2.13 亿美元; 澳大利亚 ,5.39 亿美元。其他主要的援助国或组织包括韩国,全球基金(Global Fund),德国及欧盟。在这两年中,平均每年约有三千八百万美元的援助投入到了健康及人口发展领域,占到总援助的 4%。

1.3 与我国的国际关系

自杜特尔特 2016 年 6 月 30 日就职菲律宾总统以来,中菲关系逐渐从南海争端阴影中走出来。应中国国家主席习近平邀请,2016 年 10 月杜特尔特总统成功访华,双方在经贸、投资、农业等 13 个领域达成一系列合作协议。2017 年 5 月,杜特尔特率团参加在北京举行的"一带一路"国际合作高峰论坛,与习主席再度举行会晤。2018 年 11 月 20 日至21 日,应杜特尔特总统邀请习近平主席对菲律宾进行国事访问,期间共同发布《中华人民共和国与菲律宾共和国联合声明》,该声明正式确立了中菲全面战略合作关系,对中菲关系发展具有里程碑意义。目前中国已经成为菲律宾的第一大贸易伙伴,不久的将来也会成为菲律宾最大的海外投资国。

2 主要健康问题和挑战

根据世界银行 2018 年的统计数据,菲律宾劳动力人口约为 4,373 万,65 岁以上人口约为 525 万,占总人口的 4.92%,14 岁以下儿童约有 3,357 万,占总人口的 31.475%。2017 年,人均寿命为 69.24 岁,略低于世界平均水平(72.23 岁) 145。目前菲律宾正处于流行病结构转型阶段,过去几十年国家卫生部重点解决传染病预防和控制问题,虽然在降低死亡率方面已取得较大进展,但传染病作为发病原因的负担依然很高。菲律宾每天约有二十多个新的艾滋病毒 / 艾滋病病例,使菲律宾成为全球少数艾滋病毒 / 艾滋病发病率上升的国家之一 146。另外由于总体卫生标准仍不达标,结核病在菲律宾依然是排名第五的高致死率疾病。除此以外,因受地理环境和气候条件影响,菲律宾属于东南亚食源性、水源性和蚊虫传播的传染病高发病区,主要传染病包括细菌性腹泻、甲型肝炎、伤寒、钩端螺旋体病和乙型脑炎等,往往难以预防,难以根治 147。疟疾和登革热是该地区最常见的两种由蚊子传播的热带病,也是菲律宾的最主要健康挑战。2017 年的前五个月累计

148 149 Philippines Drug Market Update 2017. (2017, July 14). Pacific Bridge Medical.

150 Institute for Health Metrics and Evaluation, Country profile-Philippines. (2017).

151 152 Vergeire, M. R., & de los Santos, M. S. (2012). Health Promotion and Noncommunicable Diseases in the Philippines.

有近 40,000 例登革热病例。近年来,每年登革热病例数通常超过 10 万例 148。

另一方面,随着人口老龄化、高度城市化、生活节奏和压力加大以及环境污染慢性非传染病已成为致死的主要原因,由它导致的致死率在过去 40 年中稳步上升。心脏病,脑血管病、呼吸道疾病和各类器官疾病等发病范围逐渐扩大,发病年龄也不断年轻化。每年由于慢性病死亡的人数约占该国总死亡人数的 70%。心血管疾病是死亡的主要原因,三分之一的死亡是由心脏病引起的。其他主要的死亡原因包括糖尿病和癌症。肺癌导致男性癌症相关死亡人数最多,女性癌症相关死亡人数排名第三,仅次于乳腺癌和宫颈癌¹⁴⁹。

- 传染性、孕产妇、新生儿和营养性疾病
 非传染性疾病
- 伤害



图 1 菲律宾前十位死因及 2007-2017 年变化 150

除由于外界因素和由身体机能老化导致的慢性病以外,由不当生活方式引起的慢性病发病率也在逐年递增。不健康饮食、压力、久坐、吸烟和酗酒等都增加了居民对慢性疾病的易感性,同时也导致了不同程度的免疫力下降,增加了感染传染性疾病的机率 ¹⁵¹。

还有值得注意的健康挑战是事故受伤带来的健康损害。由于经济发展水平和基础设施建设以及精神文明建设之间的不平衡,菲律宾各类事故受伤多发频发,已成为致死致伤的一大重要原因,其中人际暴力是最主要的致死原因。同时,菲律宾国内不同地区的事故发生数量和发生率差异很大,也存在部分地区漏报少报的情况,尤其是发生在家庭成员之间的暴力事件和轻微的交通事故 152。

153 155 156 159 The Philippines' Health Sector Undergoing Significant Changes. (2016, April 13).

154 158 The Philippine Health System At A Glance. (2012). Ministry of Health.

157 Vergeire, M. R., & de los Santos, M. S. (2012). Health Promotion and Noncommunicable Diseases in the Philippines.

3 国家医疗卫生系统概述

3.1 政策监管

菲律宾卫生部负责领导国家建设富有成效、富有弹性、公平、以人为本的卫生系统, 具体包括制定国家卫生政策、提供国家卫生指南和技术标准并对所有的医疗机构进行监 管。省级政府卫生部门负责提供二级卫生保健,市级卫生部门负责提供初级卫生保健, 具体包括妇幼保健、营养服务以及直接医疗服务,而农村卫生部门则负责提高卫生服务 的可及性。菲律宾食品药品监督局管 (FDA) 制药品、食物、疫苗、化妆品和卫生设备, 决定其是否能够流入市场。

3.2 服务供给

医疗卫生体系分为公立和私立两大部分,其中私立医疗服务在体系中承担了更多部分,总体质量也高于公共卫生系统。整个医疗体系都存在人力资源能力不够、分配不均的问题,另外医疗设施也多集中在大城市。体系中的医疗设施大致包括公立医院、私立医院以及初级卫生保健中心,且公立和私立医院都接受服务能力的等级划分(共四级,等级四为最高等级)。根据 2012 年的数据,全国共有 1,880 家医院,其中公立医院占到 40% ¹⁵³,所有医院中有 56% 属于等级一(公立 362 家,私立 417 家),等级三中私立医院数量约为公立医院的三倍,表明私立医院有更为优秀的中高端医疗服务。总体而言收入水平越高的群体、城市居民等选择在私立医院就诊的倾向性越大 ¹⁵⁴。

3.2.1 公立医疗服务

1991 年,菲律宾国会颁布了"地方政府法",将卫生部的初级和二级卫生服务下放给地方政府单位 ¹⁵⁵。公共医疗卫生系统由国家医院(一级)、地区医院(二级)和各地区初级医疗卫生保健中心三级构成。在所有公立医院中 4% 由国家卫生部直接管辖 ¹⁵⁶,剩下皆由地方政府单位和其它国家部门管辖。患者中约有 50% 经常去公立医疗系统就诊,访问率最高的是各地区的初级医疗卫生保健中心,约占到公立系统中的 66%。患者通常在公立系统寻求的医疗服务包括流感和受伤治疗(68%)、体检(28%)、牙齿护理(2%)等,基本与公立系统可以提供的医疗服务相吻合 ¹⁵⁷。

菲律宾卫生部的业务框架 Fourmula One for Health(F1)于 2005 年通过,其目标是以高速、精确和有效的协调进行关键部分改革,旨在有力提升国民尤其是低收入阶级接受到的医疗服务水平,保证效率、效力和公平性。在该框架的指导下,菲律宾的公立医院都在进行升级改造,但进程较为缓慢 158。另外菲律宾的公立医疗系统一直没有搭建

160 161 163 The Philippines' health sector undergoing significant changes. (2016).

162 Philippines Healthcare Industry Insights. (2013). Healthcare Market Research. 起稳健的转诊系统,导致在经济能力可以承受的情况下患者往往蜂拥至中央卫生部负责的大型医院,医疗服务供不应求 ¹⁵⁹。

菲律宾全国所有公立医院中只有五家医院持有国际联合委员会的认证。公立医院中菲律宾心脏中心、国家肾脏移植研究所以及国家肺脏中心等三级医院医疗服务水平较为突出。世界卫生组织的报告显示菲律宾公立医院总体在资金、基础设施、医学技术、患者安全和支持服务等方面都难以达到东南亚和国外的同行水平 160。

为解决公立医疗服务质量较低的问题,政府采取公私合作的形式,引导了一系列技术转让、人员培训、资金提供和运营优化等方面的合作。一个比较成功的例子是 La Union Medical Center 合资企业获取高端医疗设备。私人投资者向该中心提供血液透析机和其它实验室设备、支付必要的员工工资和其它费用,分享中心 15%的收入。菲律宾南部医疗中心(SPMC)也采用了公私合营的方法,作为一家公立三级医院,该医疗中心缺乏能够购买所需现代医疗设备的资金,于是公开招标能够提供透析机、计算机和数字放射成像机以及血液、生化和免疫测定分析仪等医疗设备的私立合作伙伴 161。

3.2.2 私立医疗服务

菲律宾的私立医疗卫生系统分为特殊私人医院、私人医院和私人诊所三级。该国的医疗保健行业由私立部门主导,约60%的医院为私立医院。一般而言,私人设施价格较贵,但由于结果处理速度更快,设备更先进,设施更清洁,因此可以提供更好的服务 ¹⁶²。

近几年菲律宾的私立医疗卫生系统在合并、联盟和收购等方面取得了积极的增长。比较典型的例子有 Metro Pacific Investment Corporation(MPIC)集团旗下的医药子公司 Metro Pacific Hospital Holdings 公司,收购医院了多家二级和三级医院。该公司计划到 2019 年底能够成功收购菲律宾国内十几家私立医院并全方位升级提高医疗品质,以建立起 MPIC 在马尼拉地区以外的医疗品牌效应。同时,菲律宾最古老的企业集团 Ayala 集团公司已表示打算在全国范围内建立近 12 家三级医院和多家卫星诊所。私立医疗已成为菲律宾国内目前炙手可热的投资项目,在资本运作的不断支持下私立医疗质量将再上一个台阶,与此同时也可在相当程度上解决非首都地区医疗服务质与量都不足的问题 163。

3.2.3 存在的问题

虽然菲律宾人民健康状况得到了很大的改善,但是由于新发传染性疾病的出现以及 老龄化带来的健康问题,使政府需要针对潜在发病人群采取更加及时的预防措施,这也

164 【EMIS Insights】2019-2020 年菲律宾制药和医疗保健 行业研究报告. 凸显了菲律宾卫生部门的主要问题:

菲律宾公立医院投入不足。政府投下的拨款仅能满足公立医院的日常开支,因此, 很多公立医院都存在设备无法及时更新,甚至超期服役的情况,医疗条件和医院环境更 是令人堪忧。

就医疗资源的可得性和可及性而言,菲律宾存在明显的区域差异和社会经济差异。 菲律宾几乎有 2/3 的床位在吕宋岛(该区域包括了首都地区),其中,首都地区平均每 万人中有 23 张床位,而吕宋岛的其他地区、维萨亚斯和棉兰老岛平均每万人中则分别只 有 8.2 张、7.8 张和 8.3 张病床。另外,菲律宾每年有大量的卫生人才外流,但是却不能 保证国内卫生服务人员的供应。

菲律宾缺乏便利的转诊系统,使患者失去了有效利用卫生系统的机会。便利的转诊 系统可以缩短患者从确诊疾病到获得适当的卫生治疗之间的等待时间、使患者及时得到 合适的护理,最终得以改善治疗过程。但是目前在菲律宾,有效的转诊系统并未建立起来。

3.3 卫生筹资体系

自从 2005 年以来,菲律宾的卫生总费用持续增长,卫生总费用占 GDP 比重逐年上升,但总体来说依然位于亚洲中下水平。2015 年,菲律宾卫生总费用占 GDP 比重为 4.7%,同年中国为 5.6%。2016 年卫生支出中,政府支出占比 35%,社会支出占比 12%。2017 年菲律宾的卫生总支出约为 140 亿美元,与 2016 年的医疗支出同比增长 8.0%。尽管菲律宾政府国民提供全民医疗服务,努力通过 PhilHealth 扩大国民的医疗融资,但 2017 年约 54.5%的卫生支出仍是个人支付。政府支付占比仅为 33%,而包括私营保险公司和健康维护组织在内的自愿性个人来源占当前卫生支出总额的 12.5% ¹⁶⁴。

3.3.1 卫生支出

政府卫生支出: 政府的卫生支出金额在名义上有了明显的增长,但是 2016 年卫生支出中,政府支出占比 35%,2017 年这一个数字则为 33%。其中卫生部负责资助地区医院和顶级医院、地方政府负责初级卫生保健机构和二级卫生保健机构。

社会卫生支出: 菲律宾的社会卫生支出主要包括国家健康保险计划、私人医疗保险等。 1995年,由菲律宾健康保险公司(PhilHealth)负责管理的国家健康保险计划正式推行, 标志着以保费为基础的医疗融资保险体系开始建立。2010年 PhilHealth 改革,旨在实现 165 The Philippines Health System Review (2018), The Philippines Health System Review.

166 Philippines Drug Market Update. (2017, July 14).

全民医疗保险覆盖。截至 2018 年,PhilHealth 大约惠及 9811.8 万人,约占该国人口的 92%。政府的最终目标是通过覆盖未登记的剩余 8%的菲律宾人来真正实现全民覆盖。 作为医疗费用的第三方支付方,PhilHealth 保险部门在早期就引入了卫生技术评估以对 现在的卫生医药 / 技术进行监管,并为政府部门制定卫生政策和设计医疗保险提供依据。 截至 2017 年,菲律宾健康保险公司覆盖了预计人口的 93%。

在 2017 年,菲律宾保险公司实行了一项全新的计划: The Point of Service。该项服务计划拨款 30 亿元比索,去保障那些在住院时尚未成为 PhilHealth 成员的贫困菲律宾人。虽然健康保险覆盖了大量的人口,但是由于筹资金额有限,覆盖的服务主要针对住院病人,门诊病人的报销仅限于贫困人口,且报销比例很小,所以菲律宾健康保险公司支出总金额一直维持在总支出的 1/3 左右。随着经济的增长和对优质卫生服务需求的增加,菲律宾私人医疗保险的筹资金额越来越大,目前已经占卫生总支出的 8.6%。

个人卫生支出:目前,在菲律宾的卫生筹资系统中,虽然政府加大对于卫生的投入,但个人支出仍然占据了最大的比重。在 2017 年,菲律宾约 54.5%的现有医疗支出是个人支付,中国这一比例为不到 30%,而世界平均水平则在 17% 左右。高居不下的个人卫生支出是菲律宾居民获得卫生保健服务的一大障碍,也是因病致贫的主要原因,并严重限制了菲律宾人获得医疗保健的机会。

援助: 医疗援助在菲律宾的卫生筹资体系中仅占到很小的一部分,来自菲律宾国民健康账户的数据显示,在过去的几十年中,来自于国外和官方的的医疗援助从未到过卫生总支出的 3%。尽管金额相对较小,但是卫生部为这笔资金专门设置了管理方法,以确定这些资金的来源,并将其更有效率的使用。但是也必须意识到,一些医疗援助方在参与援助时仍然处于被动的地位 ¹⁶⁵。

3.3.2 支付和定价

菲律宾政府采用按病例付费的方式支付公立医院,同时允许医院通过提供服务赚取收入,但医生的服务收费不与工作量挂钩,服务收入由医院统一管理,平均分配,医生劳务是按工资实施补偿的。同时,在公立医院实行医药分家制度,即就诊免费,但是买药需要另收费。公立医院医疗服务收费通常低于私立营利性医院,私立部门除营利性医院外,还有大量的慈善医疗机构。这些机构通常向贫困人口提供免费医疗,或有一点自愿性付费。菲律宾华人社团举办了很多类似的慈善医疗机构,实施贫困医疗救助 166。

167 The Philippine Health System At A Glance. (2012). Ministry of Health.

168 The Philippines' Health Sector Undergoing Significant Changes. (2016). 有 PhilHealth 的国民中 56% 会选择高质量的私立医院就诊,没被 PhilHealth 覆盖到的 国民中只有 28% 会选择私立医院,比例锐减一半 167 。

3.3.3 存在的问题

卫生筹资的碎片化造成了菲律宾卫生系统筹资的低效。比如国家卫生部、地方卫生部门、PhilHealth 保险部门同时为妇幼保健服务筹集资金,却忽视了慢性非传染性疾病的救治,最终这些资金的使用缺乏协调,导致相应的医疗服务效率低下,造成非传染性疾病病例不断增加。

个人自付比例仍然较高。虽然近年来政府对于卫生系统的投入呈现出逐年递增的趋势,并且菲律宾健康保险公司(PhilHealth)的覆盖人群也已经达到了 90% 以上,但是目前菲律宾卫生总支出中个人自付比例仍然超过了 50%,中国这一比例为不到 30%,说明该国人民的就医负担仍然较大。

3.4 卫生人力资源

在菲律宾医疗机构工作的医务人员中,排名前四位的分别是护士 (90308 名)、医生 (40775 名)、助产士 (43044 名)和医务技术员 (13413 名)。其中有大约 91% 的医生和 74% 的护士分布在各级别医院中。世界卫生组织(WHO)建议每万人至少有 23 名医生、护士和助产士。而菲律宾每万人中有 8.45 名护士、3.82 名大夫以及 4.04 名助产师。

除了医务人员数量上的匮乏,菲律宾医务人员流失情况也较严重。菲律宾是全球卫生工作者的主要出口国。虽然专业监管委员会每年授权约 2600 名医生、67,000 名护士、3900 名助产士和 1400 名医疗技术人员,但是大部分医务人员更倾向于出国寻求工作。在一些菲律宾的农村和贫困地区仍然面临卫生工作者供不应求的情况,并且医疗工作者在全国各地的分配也呈现出严重不均衡的现象,大都集中在首都马尼拉和其它大城市等城市地区,主要原因是城乡收入差异过大,农村地区医疗卫生工作者每月收入甚至会低于 25,000 比索(约合 555 美元)。为解决城乡错配的问题,卫生部推出了一项旨在缩减城乡差距的激励项目,加入该项目的医生被分配到农村地区工作时可保证每月收入获得约 54,000 比索~60,000 比索(约合 1,198 美元~1,320 美元)¹⁶⁸。

总结来说,菲律宾面临的卫生人力问题主要是职业人才的培养数量过少,跟不上实际的需求。国家对医务人员的保留机制不足,导致人才流失严重,资源短缺。此外,现有资源具有分布失衡的现象,绝大部分卫生人力集中在几个比较大的城市,国家对于卫

生人力资源的财政投入分配也存在不均衡的问题。

3.5 卫生信息系统

为了对卫生信息系统和数据源进行整合和协调,以及优化卫生部门的治理结构等问题,卫生部于 2005 年颁布了与卫生信息系统相关的工作准则和指南。卫生部规定所有中央和地方的医疗机构接受卫生信息部门的评估,以确保卫生信息的合法性、准确性和可持续性,消除重复的卫生信息,优化卫生资源。菲律宾医疗信息系统包括日常服务数据、人口普查和动态统计、调查、检测、基于人口和机构的数据统计和研究、管理数据统计(其中包括人力资源、财务、医疗机构和医疗用品等分支)和信息通讯技术。为了构建一流的卫生信息平台,卫生部还加入了卫生计量网络,由来自财务部门和人力资源部门组成的委员会进行协调。倡导全部门加强、整合和协调卫生信息系统。

虽然菲律宾卫生信息系统的功能在不断优化,数据质量也在不断提高,但是目前仍然存在一些问题;比如效率和可及性仍然不能满足卫生保健和科研需求。造成这些问题的原因主要包括:卫生系统不完善的治理结构和政策文件执行不力;各级卫生系统缺乏熟练的专业人员;分散的垂直型公共卫生干预项目。此外,底层医疗数据到上层决策的信息分析和反馈机制存在问题,数据的质量也得不到完全保证,所以菲律宾仍然需要更为先进的信息管理理念和技术来提高卫生信息的质量。

3.6 卫生产品管理

3.6.1 筹资

菲律宾卫生产品的筹资主要通过国家卫生部、地方卫生部门、PhilHealth 保险部门以及个人支付方式获得。2013年的数据显示:个人支付占到总卫生筹资的为51.5%,而又有48.5%的个人支付投入于药物、神经保健品和医疗产品等。这表明在卫生产品的筹资中,个人支付仍然占据较大比例。

3.6.2 监管与准入

菲律宾食品和药物管理局(FDA)是菲律宾所有医药产品管理和监督的主体,主要负责产品归类、分级和注册。在菲律宾 FDA 进行药品注册必须先获取经营许可(License to Operate),此许可证的申请周期一般需要 90 天。药品的注册则需要准备众多许可证和具有法律效力的合同文件,没有已知的互相认证体系。但是,作为东盟药品工作集团的医院,菲律宾 FDA 正在开展针对东盟成员国的互相认证体系。在药品生产和流通阶段,

169 Healthcare Resource Guide: Philippines (2019), USAIDS.

170 Douglas. B, Klara.T.(2009).Public Procurement Prices of Medicines in the Philippines

171 175 Philippines Pharma: All Set For Continuous Growth (2019). KPMG.

172 174 Philippines Healthcare Industry Insights. (2013). Healthcare Market Research.

173 Philippines Drug Market Update 2017. Pacific Bridge Medical. 法律规定所有的本地和国外生产商、零售商、分销商都需遵循 GMP 标准。

菲律宾食品药品管理局(FDA)下属的设备管理、辐射健康和研究中心(CDRRHR)全权负责医疗设备市场和产品的监管工作。菲律宾是东盟医疗器械监管协调研讨会的成员国之一。该研讨会的主要目的是改进和标准化该地区医疗器械监管程序。2018 年 1 月,菲律宾卫生部批准并发布了行政命令(AO)第 2018-0002 号,即"根据东盟协调技术要求颁发医疗器械授权指南"。新的 AO 提供了关于医疗器械注册的文件要求的指南,并根据东盟医疗器械指令的规定将注册要求与共同提交的档案模板(CSDT)保持一致。新要求适用于在菲律宾销售、进口、制造或使用的所有医疗器械。该行政命令于 2019 年 3 月 生效 169。

3.6.3 采购分销

菲律宾的药品和医疗器械采购采取分级分别负责的方式。卫生部直属中央医院的采购由卫生部中央办公室投标和奖项委员会统一进行公开招标。地方政府的后勤办公室会负责地方各级医院的药品采购,但往往存在贪污腐败、质量不合格、运输延期等问题。私立医院自行完成采购流程 ¹⁷⁰。

菲律宾共有 500 多家药品交易商、700 家药品进口商和 5,000 家药品经销商 ¹⁷¹。药品销售中 70% 来自医师处方,非处方(OTC)产品约占 24%,保健药品占据了剩余的份额。各类分销渠道中医院药店占到 30.9%,公共药店占到 29.5%,仿制药专卖店占到 29.5%,乡村药店占到 5.9%,NGO 运营药店占到 3.9%,其它药店占到 0.3%¹⁷²。

3.6.4 药品市场概况

菲律宾是亚太地区第 11 大最具吸引力的医药市场,也是仅次于印度尼西亚和泰国的东盟第三大医药市场。2016 年菲律宾药品市场总价约为 36 亿美元,有望以 3.5% 的年复合增长率在 2020 年增长到 40 亿美元 ¹⁷³。菲律宾具有规模较大、发展较快的制药行业,根据菲律宾医药保健协会的数据,该国的制药行业市场规模在过去五年内平均每年增长 4.5%,从 2014 年的 1,460 亿比索增加到 2018 年的 1,640 亿比索。另外在世界排名前 20 位的制药公司中,超过 14 家在菲律宾拥有制造工厂。制药业也是菲律宾非常重要的支柱产业之一,在全国 240 个行业排名中,制药业排名 22% 的位置。虽然制药行业市场规模大,但本国公司占比小,截至 2017 年,菲律宾共有 225 家本地制造商和 400 家加工商。外国制药公司占整个市场的 75%以上(欧美公司为 70%),市场份额较高的外国公司包括赛诺菲、辉瑞和葛兰素史克等,外国制药公司一般不在菲律宾国内投资设厂 ^{174 175}。2016 年,药品进口额达 11.8 亿美元,预计将以 2.5% 的年增速在未来五年达到 14 亿美元。

176 The Philippines' Health Sector Undergoing Significant Changes. (2016).

177 Philippines Drug Market Update 2017. Pacific Bridge Medical.

178 Regulatory & Market Profile of Philippines. Ministry of Commerce & Industry, Govt. of India.

179 The 5th Edition of MEDICAL Philippines 2020, (2011).

在政府合理科学开发研制仿制药的政策号召下,菲律宾国内几大制药公司,如 GV International、Natrapharm、United Laboratories 和 Pascual Laboratories 都已先后进入仿制药市场,慢慢克服了菲律宾国民对仿制药的不信任。为了与仿制药市场竞争,许多外国制药公司降低了品牌药的价格,在某些情况下降低了 60% ¹⁷⁶。目前市场流通的所有药品中 60% 为仿制药,40% 为品牌药 ¹⁷⁷。印度医药出口促进会认为,未来仿制药业会成为菲政府振兴医疗行业的主要受惠者。由于政府卫生政策着力于覆盖低收入人群 ¹⁷⁸,仿制药的高性价比可更好的服务低收入人群。而目前菲本地低价药制造商的生产能力有限,未来会有更多的投资涌入仿制药制造的领域。

3.6.5 医疗器械市场概况

2011 年菲律宾医疗器械市场规模约为 4 亿美元,市场规模适中,与印度尼西亚的医疗器械市场规模相近。所有医疗器械产品中影像诊断产品是主要项目,占 35.8%; 其次是一次性医疗消耗品占 21.9%,其它医疗器械占 21.5%,辅助器械、牙科产品和骨科植入物分别占 9.1%,8.6%和 3.2%。由于国内医疗器械行业的不发达,菲律宾医疗器械市场严重依赖外国进口。在医疗消耗品方面,国内只能生产基本组件和一次性用品,约 94%的伤口敷料产品依赖从比利时和中国进口;82%的导管、手术手套和防护设备主要从马来西亚进口的。此外,超过 98%的辅助设备,如助听器和起搏器等是从中国香港和瑞士进口,人工关节大部分是从台湾进口,市场需求不断扩大 179。

3.6.6 存在的问题

总体而言,菲律宾在卫生产品管理方面职责分工较为明确,但仍然存在着以下问题:

卫生产品的筹资过于依赖患者自付。同卫生总筹资一样,在卫生产品的筹资中,患者自付占了较大比例, 这说明了菲律宾人民的卫生经济负担比重过大,严重影响了卫生保健以及医药资源的可及性,进而影响到了人民的卫生获得感和幸福感。

卫生产品准入和采购机制复杂。目前进口医疗产品进入菲律宾国内市场审批程序过于复杂,严重影响了先进的医药产品在菲律宾的流通性。在药品采购过程中,往往存在采购部门贪污腐败、药品运输延期等问题,这也在一定程度加重了患者的经济负担。

卫生产品国内创新不足,严重依赖于进口厂商。虽然政府意识到卫生领域潜在的市场, 大力发展卫生产业,也出现了一些规模较大、发展速度较快的医药公司,但是卫生产业 在国内的经济占比过小,目前菲律宾的卫生产品仍然严重依赖进口厂商,这也是大部分 180 Montemayor, T. (2018). DOH Intensifies Health Care Delivery Thru Telemedicine. 发展中国家的通病。

3.7 数字医疗和信息通信技术

现代技术解决方案已经通过由菲律宾马尼拉大学和国立卫生研究院牵头组织的国家远程医疗中心主要负责在全国范围内实施远程医疗计划。其中之一是使偏远和农村地区的医生能够向菲律宾综合医院等三级医院的专家发送短信或电子邮件来实现患者的"高端远程监护";另外国家卫生部还正在全国范围内推行RxBox设备,该设备是一个诊断设备的组合,能够识别常见的医疗问题、数字化结果并电子传输数据,目前全国范围内已部署3,500个。在未来规划中,该计划会加入12导联数字心电图、数字肺活量计、点检测器、超声探头、数字耳镜、USB电话听诊器、腹部USB超声探头、多功能摄像头等设备部署¹⁸⁰。

除公立系统以外,很多私立企业也在进军数字医疗领域。菲律宾公司 Globe Telecom 正在与 KonsultaMD(由菲律宾执业医师组成的远程医疗热线)进行数字医疗的合作咨询,该服务凭借其及时性和有效性受到了农村地区患者和在城市居住的患者的广泛欢迎,患者通过每月支付订阅费用来获取服务。另外医疗信息和服务电子化也在不断推进。圣卢克医疗中心的"MedConnect"应用程序使患者能够预约看诊、访问实验室结果、在线支付账单、预约检查、联系急诊室以及访问健康和保健信息等。私立部门与政府计划之间的竞争促进了健康产业这个相对较新但又重要的部分的增长。

3.8 总结

过去的几十年中,随着经济水平的提高,菲律宾人民越来越重视健康,政府在改善卫生服务提供方面已作出广泛努力,但是菲律宾的卫生系统仍然存在较大问题。例如,卫生资源可及性方面存在明显的区域和社会经济差异;基础设施分布不均,主要集中在马尼拉和其他主要城市;卫生保健人员供不应求,且同样具有较为明显的地区差异;患者自费医疗费用过重,严重影响了卫生资源的使用等,这一切都需要国内外各方面的努力,使菲律宾人民的健康状况得到改善。

4 我国在该国的医疗类援助活动

我国自从 2013 开始对菲律宾展开援助,2013 年 11 月菲律宾遭受台风重创,3 支中国应急医疗队先后抵达"海燕"台风重灾区莱特省阿布约市并对灾民进行医疗救助。医

181 182 赵洁民.(2013).中国 医疗队开始在菲律宾重灾区进行 医疗救助. 疗队抵达后迅速开始物资卸载和营地搭建工作,建立了一个有 12 张床位的小型医院。另中国红十字会也派出两支医疗队在受灾最严重的塔克洛班市搭建帐篷医院,帮助菲方利用医院现有设施和携带的先进设备和药品为灾民提供各种医疗救助。中国政府还向菲律宾灾区提供人道主义紧急物资援助。

2018 年 12 月,为了协助菲律宾政府更好的管理戒毒人员,中国援建菲律宾建设了一所戒毒中心。该戒毒中心位于菲律宾南部棉兰老岛的萨兰加尼省阿拉贝尔市,建筑主体包括行政及医疗综合楼、探视房、过渡房、员工用房和汽修站等,建筑面积超 6,700 平方米,共设有 150 个床位。

项目名称	时间	类别	投资方	项目描述
中国应急医疗 队为菲律宾"海 燕"台风重灾 区进行医疗救 助 ¹⁸¹	2013/11	医疗服务	中国卫生部	2013年11月24日3支中国应急医疗队先后抵达菲律宾"海燕"台风重灾区莱特省阿布约市并对灾民进行医疗救助。医疗队抵达后迅速开始物资卸载和营地搭建工作,建立了一个有12张床位的小型医院。另外,中国红十字会也派出两支医疗队在受灾最严重的塔克洛班市搭建帐篷医院,帮助菲方利用医院现有设施和携带的先进设备和药品为灾民提供各种医疗救助。中国政府还向菲律宾灾区提供人道主义紧急物资援助。
中国援建菲律 宾戒毒中心 ¹⁸²	2018/12	医疗服务	中国某部门	2018年中国援建菲律宾的戒毒中心是近年来在菲律宾第一个完工的中国援建项目,工期不到 11 个月,比预计工期缩短一半。该戒毒中心位于菲律宾南部棉兰老岛的萨兰加尼省阿拉贝尔市,建筑主体包括行政及医疗综合楼、探视房、过渡房、员工用房和汽修站等,建筑面积超 6,700 平方米,共设有 150 个床位。

表 2 我国对菲律宾卫生援助汇总

5 我国私营部门目前在该国的卫生建设活动

随着中菲之间关系进入了新阶段,中国私营部门在菲律宾的各类活动日益增多。

2018年,中国在菲律宾投资金额达 487亿元,增速达 80倍之高。而在卫生领域,中国也在菲律宾进行了一系列的援助和投资。

为了保证菲律宾所有目标儿童免疫接种乙型脑炎,菲律宾政府启动免疫接种计划,中国生物成都公司于2017年6月正式向菲律宾药监当局递交了乙脑减毒活疫苗注册文件,同年,菲律宾政府委托联合国儿童基金会(UNICEF)采购了48万瓶该疫苗。2019年1月底,菲律宾卫生部正式启动了乙脑免疫项目。

2019年6月,福建中医药大学援建的中国-菲律宾中医药中心在马尼拉开业。中菲中医药中心是中国首个中医药海外中心项目,面向本地民众提供各类中医药服务,包括中药、针灸、刮痧和推拿等,旨在使菲律宾社会更加深入地了解中医药。为突出中心"智能中医"的特色,由福建中医药大学自主研发的中医健康管理太空舱也将首次在菲律宾进行运用,为当地民众提供标准化、数字化和科学化的中医诊断和疾病预防服务。此外,该中心还计划打造中医海外培训平台,推动菲律宾本地的中医师培训和中医药适用,使中医药得到菲律宾主流社会的高度认可。

183 菲律宾启用国药集团乙 脑减毒活疫苗用于儿童免疫. (2019).

184 中国 - 菲律宾中医药中心 在马尼拉开业 . (2019).

项目名称	时间	类别	投资方	项目描述
国药集团乙脑 减毒活疫苗用 于菲律宾迪勒 拉省儿童疫苗 183	2019/01	医疗药品	中国医药集团下属中国生物技术股份有限公司成都公司	菲律宾科迪勒拉省免疫目标儿童共计 17.5 万人,菲律宾卫生部计划通过挨家挨户的免疫项目保证免疫接种所有的目标儿童。伊洛戈省也宣布将乙脑减毒活疫苗纳入了免疫计划,已于 3 月底启动。国药集团于 2017 年6 月正式向菲律宾药监当局递交了乙脑减毒活疫苗注册文件,同年,菲律宾政府委托联合国儿童基金会(UNICEF)向国药集团采购了 48 万瓶该疫苗。
中国 - 菲律宾 中医药中心在 马尼拉开业 ¹⁸⁴	2019/06	医疗服务 & 医疗药品	福建中医药大学	中菲中医药中心是中国首个中医药海外中心项目,面向本地民众提供各类中医药服务,包括中药、针灸、刮痧和推拿等,旨在使菲律宾社会更加深入地了解中医药。为突出中心"智能中医"的特色,由福建中医药大学自主研发的中医健康管理太空舱也将首次在菲律宾进行运用,为当地民众提供标准化、数字化和科学化的中医诊断和疾病预防服务。此外,该中心还计划打造中医海外培训平台,推动菲律宾本地的中医师培训和中医药适用,使中医药得到菲律宾主流社会的高度认可。

表 2 我国私立部门在菲律宾卫生建设活动汇总

通过对非营利组织 ACCESS Health International 菲律宾办公室的资深研究员 Emmanuel Yujuico 博士的访谈,我们也了解到了我国私立企业在菲律宾的活动现状。从目前来看,我国医疗卫生类私立企业在菲律宾医疗卫生市场的定位比较混乱,受到了西方国家和日本企业的压制。在药品方面,许多菲律宾人眼中中国是冰毒制造原料的来源国,我国私立部门的品牌形象较差。在医疗器械方面,中国主要销售技术含量和精密度较差的仿制耗材,例如听诊器和温度计等。同时,也有部分来自中国的伪造药品非法进入该国,对该国患者造成了负面影响,不利于进一步深入卫生领域合作。

但是,对于中国私立部门来说,未来在菲律宾的医疗产品和服务方面仍存在很多机会。 如在仿制药和大型医疗设备方面,中国高性价比的产品都有可能打破欧美大牌垄断的局面,缓解医疗卫生系统负担。

6. 机遇和挑战

菲律宾 2018 年 GDP 增长率为 6.8%,是目前亚洲增长最为迅速的经济体之一,政治环境安全,人均寿命大幅上升,人民对于健康的需求日益增长。中方与菲方关系良好,在"一带一路"背景下,中方私立部门进入该国医疗服务、药品和医疗器械领域存在一定的机遇。

- 一、从政策方面而言。在菲律宾 2017-2022 年国家 5 年健康规划中,已经明确提出了实现全民卫生医疗保健目标,并且在卫生服务的提供过程中,对所有人(特别是穷人、边缘群体和弱势群体)的社会风险保护,让菲律宾人感到被尊重、被重视和被赋予权力。
- 二、 从双边关系而言,中菲关系回暖,中菲两国已成为战略合作伙伴,并且在"一带一路"背景下,官方和民间的来往均日益密切。
- 三、从实际市场情况来讲,我国政府和私立部门都可从当地的需求出发,互惠互利, 共同发展。

在药品领域,菲律宾药品市场对于热带病防治药物、传染病防治药物,如艾滋病、肺结核药都有稳定的需求。但随着经济结构转型,国民慢性病发病率也不断增高,因此对于慢性病药物的需求上升。例如,癌症、心脏病和糖尿病已成为威胁菲律宾人民的主要慢性疾病。此外,菲律宾卫生部的数据显示,87.4%的菲律宾人患有蛀牙,菲律宾在口腔健康方面远远落后于西太平洋地区的其他国家。另外,菲律宾政府还特别提出要加强孕产妇、新生儿和儿童的卫生保健,目前,菲律宾12-23个月大的儿童中只有62%能做到完全免疫,而他们需在1岁前接受卡介苗、麻疹和白喉、百日咳、破伤风、脊髓灰质炎和乙型肝炎等。这些都是中方可参与菲律宾医疗卫生治理的重点领域。

在医疗器械领域,菲律宾是国际新兴市场之一。菲律宾医疗设备市场规模在 2011 年约为 4 亿美元,与印度尼西亚市场规模相当,在 2016 年的整体医疗设备市场达到了 6 亿美元,年复合增长率为 8.14%。2011 年,影像诊断产品为龙头,占 35.8%、其次是医疗器械的占 21.9%、其他医疗设备占 21.5%、辅助设备、牙科产品和骨科植入物占 9.1%、8.6% 和 3.2%,由于国内医疗器械行业不发达,菲律宾医疗设备市场主要依赖国外进口。根据分析,约有 94% 的医疗器械需要进口: 比如伤口敷料产品依靠从比利时和中国进口;导管、手术手套和保护设备主要是从马来西亚进口;超过 98% 的辅助设备,如助听器和心脏起搏器,均来自香港及瑞士;这都说明了菲律宾医疗器械市场潜力巨大,中方完全可以凭借自身产业优势进入菲律宾市场。

但是,对于私立部门来说,参与该国卫生治理存在在一些障碍:

- 一、基础设施较差,影响大型医疗设备的普及: 菲律宾高温、多雨、湿度大、台风多,是典型的季风型热带雨林气候。菲律宾由 7107 个岛屿组成,铁路交通运输不发达,主要依靠公路和海运。而卫生药品和设备的使用及普及对于基础设施有很大的要求,菲律宾独特的气候条件和落后的交通运输增加了我国私立部门在该国进行产品推广和使用的成本。
- 二、人才缺口:虽然菲律宾每一年都会培养大量的医务人员,但是这些医务人员大都以出国为目的,目前国内对于卫生人才的需求远远得不到满足,因此我国私立部门在参与过程中,可能同样会面临人才缺口。我方一方面可以通过短期卫生援助的方式,向菲律宾输送一批专业的卫生人员,另一方面也可以协助菲律宾政府开办更多的卫生院校,以解决菲律宾卫生人才供给不足的问题,更为深入的参与该国的卫生治理。
- 三、竞争较为激烈。随着菲律宾经济水平的提高,一些中高收入阶级对于高端医疗的需求逐渐旺盛,并且在全世界范围内,也有越来越多的人前往菲律宾进行旅游养老。菲律宾目前约有 60% 的医院为私立医院,其中一些医院有能力提供更好的医疗服务。所以中方私营部门在参与医疗服务领域时,必须提前做好计划、努力提高自身的专业水平,更为切实地提供更好可及的服务,增强竞争力。

第三章: 国家医疗卫生服务体系框架分析



尼泊尔

185 博鳌亚洲竞争力 2019 年度 报告发布! 韩国第 1,新加坡第 3,中国呢? (2019-03-26)

186 GDP (current US\$) – Nepal. (n.d.). World Bank. Retrieved December 13, 2019.

1. 国家基本公共卫生状况

1.1 国家概况

尼泊尔为南亚内陆山国,主要位于喜马拉雅山南麓,也包括印度恒河平原的部分地区,北部与中国接壤,南部,东部和西部与印度接壤。2015年通过的《尼泊尔宪法》确认尼泊尔为"世俗"的联邦民主共和国,全国划分为7个省,共753个地方单位,包括6个大城市,11个次大城市和276个城市和460个农村城市(urban& rural municipalities)。加德满都是首都和全国最大的城市。

尼泊尔属于农业国家,经济落后。上世纪 90 年代初起,开始实行以市场为导向的自由经济政策,但由于政局多变和基础设施薄弱,收效不彰。该国严重依赖外援,预算支出的四分之一来自外国捐赠和贷款。旅游业是其支柱产业。

尼泊尔的主要出口商品为地毯,服装,大麻,皮革制品,黄麻制品和谷物,主要出口伙伴是欧盟,美国和德国;进口商品主要是黄金,机械设备,石油产品和化肥,进口伙伴主要是印度,阿拉伯联合酋长国,中国,沙特阿拉伯和新加坡。官方语言为尼泊尔语。

地区	南亚
人口总量	2,884万
平均寿命	69.2
基尼指数	39.5
国内生产总值(美元)	39.5
人均国民总收入(美元)	2,710
卫生总支出(美元)及 GDP 占比	36.1 (Z (6.29%)
人均卫生支出(美元)	134

表 1 2019 年尼泊尔社会经济、人口情况 (来源:世界银行、世界卫生组织)

1.2 社会经济情况

尼泊尔整体经济水平在亚洲处于落后水平 185 ,2018 年 GDP 总量为 288.12 亿美元 186 ,人均为 1025.8 美元,被世界银行定义为低收入国家。2018 年 GDP 增速为 6.29%,

187 Nepal GINI Index, 2017-2018. (n.d.).

188 Poverty Headcount Ratio at \$1.90 a Day (2011 PPP) (% of population) - Nepal. (n.d.). World Bank.

189 OECD DAC Aid at a Glance by Recipient_New. (n.d.).

190 World Bank GDP Databank. (n.d.).

191 Labor Force, Total - Nepal. (n.d.). World Bank..

192 Life Expectancy at Birth, Total (years) – Nepal. (n.d.). World Bank. 是世界平均水平(3.039%)的两倍以上。2018年基尼指数为 39.5^{187} ,15%的国民生活在贫困线以下 188 。2018年有19.74%的人口生活在城市,城市人口年增长率为3.722%。

2017 年,尼泊尔总计获得 14.26 亿美元发展援助,约占该国 GDP 的 5.7%。就 2016-2017 两年的平均援助来看,最大的援助者和援助金额为:国际开发协会(International Development Association),2.65 亿 美 元; 亚 洲 发 展 银 行(Asian Development Bank),2.44 亿美元;美国,1.76 亿美元。其他主要的援助国或组织包括英国,欧盟,日本及瑞士。在这两年中,平均每年约有 1.59 亿美元的援助投入到了健康及人口发展领域 189 ,占到总援助的 12%

1.3 与我国的国际关系

尼泊尔北邻中国。1955 年 8 月 1 日建交以来,中尼传统友谊和友好合作不断发展。 两国高层往来密切。尼国王、首相多次访华。周恩来总理曾两次访尼,邓小平副总理也 曾访尼。1996 年底,江泽民主席对尼进行国事访问,两国建立面向 21 世纪的世代友好 的睦邻伙伴关系。中尼两国政府于 2017 年 5 月签署关于在 "一带一路"倡议下开展合作 的谅解备忘录。中尼先后签订贸易、经济技术合作、避免双重征税、交通、中国西藏自 治区同尼泊尔通商等协定。双边经贸促进机制有:中尼经济贸易联合委员会、藏尼贸易 洽谈会、中尼民间合作论坛等。2019 年 10 月 12 日,国家主席习近平在加德满都会见尼 泊尔总统班达里。两国元首共同宣布,双方将本着同舟共济、合作共赢精神,建立中尼 面向发展与繁荣的世代友好的战略合作伙伴关系。

2. 主要健康问题和挑战

根据世界银行 2018 年的统计数据,尼泊尔劳动力人口约为 1622 万 ¹⁹¹,65 岁以上人口约为 161 万,占总人口的 5.728%,14 岁以下儿童约有 854 万,占总人口的 30.414%。2017 年,人均寿命为 70.17 岁 ¹⁹²,低于世界平均水平(72.383 岁)。

193 Institute for Health Metrics and Evaluation, Country Profile-Nepal. (n.d.).



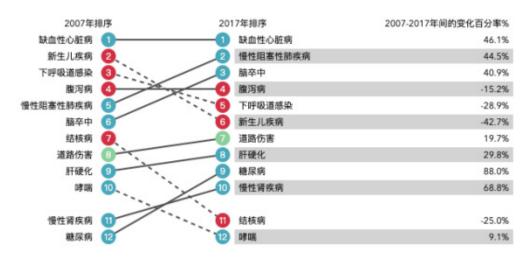


图 1 尼泊尔前十位死因及 2007-2017 年变化 193

在尼泊尔,排在前十位的致死原因主要由慢性非传染性疾病构成。据《2017年全球疾病负担研究》估计,2017年尼泊尔共有182,751人死亡。其中66%为非传染性疾病(NCD),其余9%是意外伤害,25%是由于传染性、孕产妇、新生儿和营养的原因导致的死亡。慢性阻塞性肺疾病和缺血性心脏病是尼泊尔最主要的死亡原因,其中慢性阻塞性肺疾病死亡率从2005年到2015年增加了22.1%。是该国第二大死亡原因,仅在2012年,就造成17100人死亡。除此之外,脑卒中、糖尿病、肝硬化和其他慢性病导致的死亡数量都呈现上升趋势,主要的致病因素包括高血压,吸烟,饮酒等,非传染性疾病已成为该国的主要疾病负担。

下呼吸道感染和结核病是致死原因中唯二的传染性疾病,是尼泊尔的主要公共卫生威胁。尼泊尔政府与合作者密切合作,实施了多项创新计划,在控制这些病种方面取得了巨大进展,从 2005 年到 2015 年,与结核病相关的死亡率下降了 19.1%,下呼吸道感染死亡率下降 42.3%。但是,由于环境污染、生活条件较差等原因,这两类仍然是主要致死原因。

3. 国家医疗卫生系统概述

3.1 卫生政策

在 2014 年国家卫生政策的基础上,《尼泊尔卫生部门策略 2015-2020》成为近五年

来指导卫生部门的基础准则。这一策略沿袭国家卫生政策的使命和目标,确定"得到基本的卫生服务是每个尼泊尔公民的基本权益"。这一目标和国家对于实现全民卫生覆盖的承诺有效衔接,也为积蓄资源和经费打下了基础。

尼泊尔卫生策略部门把合作关系作为卫生事业发展的基石。此策略由政府和其发展伙伴协同制定,双方都承诺把卫生策略作为他们工作的重点,并且会为最终的卫生效果负责。卫生部门也与其他部门合作,一同治理影响健康的其他社会因素。未来五年,致力于通过以下方式促进健康的生活方式和健康的环境多部门行动。其中包括:从年轻人群入手,鼓励健康的生活方式;为卫生设施赋予健康生活方式学习的功能;解决营养不良,促进健康食品的消费;减少因道路交通事故而不断增加的伤亡人数;促进环境健康,包括更好地应对与气候变化有关的健康风险等。

为了达成全民卫生覆盖的目标,卫生策略部门制定了四个具体的战略原则: 1. 卫生服务的公平可及性, 2. 高质量的卫生服务, 3. 卫生体系改革, 4. 多部门合作。卫生策略部门重视研究的重要性,积极推动数据的利用,也一直在推进利用现代科技进化卫生信息管理系统,加强采购和供应链的协同关系,提高基础卫生设施的效率和数量。

国家卫生人口部作为主要部门负责卫生部门政策的实施、监管和评估。在此基础上也和其它同级别部委、发展伙伴、非政府机构、市民社会、私立部门和社区合作。

3.2 服务供给

卫生保健提供者和卫生机构的迅速扩展为卫生部门的发展提供了机会。但是,随着众多的国家和非国家部门参与并逐渐发挥自身的影响力,卫生部门正变得越来越复杂。 非官方卫生服务提供者和卫生机构的数量继续迅速增长,使卫生部门整体管理变得愈加困难。《国家卫生政策》规定,要在跨部门多方合作的基础上,确保在国家和社区采取更强有力的公共卫生行动,并结合更加综合的方法将卫生发展作为国家发展的中心组成部分。

在 2017-2018 年提供基本医疗服务的主要机构包括 125 家公立医院,1,822 家非公立 医疗机构,198 个初级卫生保健中心和3,808 个卫生站。除此之外,还有11,974 个医疗保健外展诊所站点提供了初级保健服务。共有15,835 个扩展免疫计划诊所提供了免疫服务。阿育吠陀的保健服务由的1个中央阿育吠陀医院(Nardevi),1个省级医院(Dang),14 个阿育吠陀区域药房、61 个地区阿育吠陀卫生中心和305 个阿育吠陀药房组成。

194 Department of Health Services (DoHS) Annual Report 2074/75 (2017/18). (July, 2, 2019).

3.2.1 公立医疗服务

尼泊尔卫生和人口部是政府的卫生行政主管部门,下设健康服务管理中央级医院和中心,5个发展区各设置1个区域卫生理事会,管理该发展区所有专区级医院、县健康办公室及其下属单位。在2018年,尼泊尔大概有125所公立医院、198所初级卫生保健中心和3808个卫生站。11,974个初级卫生保健外展诊所(PHCORC)站点也提供初级卫生保健服务。共有15835个扩大免疫方案诊所提供免疫服务。这些服务得到了51,420名女性社区卫生志愿者的支持。公共卫生系统、非政府组织、国际非政府组织和私营卫生机构的成就信息由美国卫生与公众服务部的卫生管理信息系统(HMIS)收集 194。

3.2.2 私立医疗服务

在过去的十年中,尼泊尔各地如雨后春笋般涌现出众多私立卫生设施。 1990 年,尼 泊尔有 16 家私立医院。到 2006 年,数量增加到 190 家,截至 2014 年,尼泊尔有 301 家注册私立医院。而到了 2018 年,这一数字达到了 1822 所。事实上,2012 年收集的数据显示,私立医院的床位数(19,580)远远超过公立医院的床位数(5,644)。这些私人医院大多集中在城市地区(其中 67 家在加德满都谷地),主要迎合高收入人群的需求。在农村地区,也有越来越多的人使用私立医疗服务,尤其是提供基本医疗咨询的私人药店。总体而言,私立部门在改善卫生服务可及性方面做出了一定的贡献;公共部门需要改善其服务供给,以确保人们能够以可承受的成本获得更多有效的卫生选择。而现实情况还远远未达到这一点,监管私立部门并充分利用公私伙伴关系的战略机制还较为缺乏。由于对私营部门监管不力,公民常常接收到不合适、不足或不必要的医疗服务。

3.2.3 存在的问题

无论是在卫生资源及卫生服务的总体拥有量还是在人均占有量上,尼泊尔的配置水平都比较低。虽然近年来政府的卫生投入逐年增加,此外其所获得的国际国内援助也较多,但是由于其基础水平较低,显得卫生投入增加的力度还不够大。

未能调动私营部门在卫生方面的投资为国民提供服务。虽然目前尼泊尔目前私立医疗机构的数量总已经超过了公立医院,床位数几乎是公立医院的两倍,但是这些医疗机构大部分定位于满足高收入人群的需求,还远远不能满足所有尼泊尔人民的健康需求,政府应该出台相应的政策,吸引国内外的资本投资于尼泊尔的卫生行业。确保公民以公平的价格获得高质量的卫生服务。

3.3 卫生筹资体系

195 Current HealthExpenditure (% of GDP) - Nepal.(n.d.). World Bank.

196 Health Financing Profile2017 Nepal.

197 World Bank GDP Databank. (n.d.).

198 Public Expenditure Review on Health Sector 2003/04 to 2005/06. 2016年,尼泊尔卫生总支出约为 13.3 亿美元,占 GDP 的 6.29%¹⁹⁵。当年人均卫生支出为 45.45美元,其中政府支出 8.44美元,占到人均支出的 18.58%,私人支出 31.69美元,占到人均支出的 69.71%,剩余部分为包括援助在内的外部支出,约占 12%。自 2000年以来,尼泊尔的卫生支出在 GDP 中的占比总体呈上升趋势,其增长主要受个人自付的增长驱动 ¹⁹⁶。

3.3.1 卫生支出

政府卫生支出: 自 2007-2016 年间以来,政府卫生支出在政府总体支出中的占比相对稳定,约为 5%¹⁹⁷。卫生和人口部约占政府卫生总支出的三分之二 (70%),财政部 (14%)和教育体育部 (10%)所占比例紧随其后,其余由其他部委承担。在政府支出中,约有45%用于 I 类优先项目(EHCS 干预),49%则用于 III 优先项目,援助部分 91.5%用于 I 类优先项目。支出模式在城乡地区、不同疾病类型中几乎相同:政府支出的 44.5%用于农村地区,捐助者的比例为 84%。捐助者提供的资金中有 93%用于传染病,政府支出则为 24% ¹⁹⁸。

尼泊尔目前提供全民免费医疗,覆盖的服务包括: 预防保健、临床服务、基本住院服务、分娩服务和基本药物服务。政府通过税收对这一些列服务进行购买。

社会卫生支出: 2016 年,除个人自付外,私人支出中其他私人支出占到了 14%。健康保险占比很弱,不足 1%。

个人卫生支出:尼泊尔的个人自付程度相对较高。2016年,其个人自付比例有所下降,但仍然占到卫生支出的55%。个人面临着较大的健康支出负担。据估计,医疗花费占个人总花费十分之一以上的人口占到了尼泊尔总人口的10.7%,超过了300万人。此外,约为1.67%的人口因为采用个人自付的医疗支出方式而落到了贫困线以下(每人每天低于1.9美元)。高额的自付医疗负担使得部分尼泊尔人更加贫困。

自费支出(OOP)仍是尼泊尔医疗服务筹资的最大的问题。在缺乏全面直接的费用监管的情况下,公民在寻求护理时会面临卫生服务价格过高,或者卫生服务供给不足以及接受不必要的医疗服务等问题。

援助: 在卫生支出之中,外部援助的占比在逐步降低。2000-2005 年,其外部援助在卫生总支出中的占比在20%-30%之间。自2006 年以后,基本保持上大概10%的水平。

199 安苏,高雅,高青,陈少贤.尼泊尔与中国的卫生资源比较分析[J].中国农村卫生事业管理,2015,35(03):322-325.

在所有的卫生支出中,外部发展伙伴的援助占据了三分之一,其中 2009 年最高,达到整体卫生支出的 42%,2013-2014 年最低,约为 25%。卫生和人口部将获得 461 亿 NR 的外国融资总额的 9%。预期的主要捐助伙伴是亚行,日本,世界银行,德国复兴信贷银行和英国国际发展部。

由于尼泊尔计划在 2022 年实现全民医保覆盖,并且尼泊尔的整体贫困率在逐年下降, 因此未来外部发展伙伴的卫生援助很有可能会继续减少,减少的部分计划由政府的卫生 支出来填上。

3.3.2 存在的问题

个人卫生支出比例过高: 个人卫生支出构成了该国最大的卫生开销,是尼泊尔医疗服务筹资的最大的问题。 由于尼泊尔目前总体经济水平还不高,个人卫生支出比例过高意味着容易造成灾难性卫生支出现象的发生。

3.4 卫生人力资源

尼泊尔卫生系统的特点是拥有广泛的卫生设施网络和社区工作人员和志愿者。尼泊尔国家卫生培训中心是卫生部门人力资源开发的最高机构。该机构的总体目标是建立具有卫生服务和管理能力的人才。人事管理科(PAS)负责例行和计划管理职能。其主要职能包括升级卫生机构,卫生工作者的调动,将卫生工作者的职等提升至第七级,能力建设以及人员的人力资源内部管理。尼泊尔现有卫生相关人员3万余人,其中卫生技术人员2.4万余人,卫生行政人员6300余人。

2010年尼泊尔每千人口卫生人员数(医生护士和助产士)为 0.21 人,与中国相比相差了 10 倍之多,并且也未能达到经济合作与发展组织(OECD)的平均水平(2.8)。此外,在宗教色彩浓郁的尼泊尔,全国估计有 40 万名传统宗教迷信医疗者,差不多是每 40 人有 1 名。有研究表明,这些传统信仰很大程度上助长了疾病的传播。

当前尼泊尔卫生人力短缺情况突出,数量、质量和分布不平衡同时存在¹⁹⁹。越来越多的尼泊尔籍的医生选择去其他地方工作,这种趋势让原本短缺的卫生人力显得更加捉襟见肘。分布上,医师密度上城市的1:1000,与农村的1:48000悬殊巨大,且城乡医务人员的技术水平差别也较大,甚至于在许多地方,社区医生是整个医院唯一的医生,专科医生均分布在城市的中心医院。

第三章: 国家医疗卫生服务体系框架分析

200 Health Sector Information System National Strategy. (2019). Government of Nepal, Ministry of Health & Population.

201 HealthCare Financing in Nepal (2019).

3.5 卫生信息系统

尼泊尔卫生与人口部门负责多个卫生信息系统的管理。其中包括健康管理信息系统, 人力资源管理信息系统,库存管理信息系统,财务管理信息系统,药品信息网络等。其 信息主要从政府的医疗机构收集,私立医疗机构的信息则相对缺失,一些私立医院有自 己的信息系统,而私立诊所方面则通常不保存医疗记录,因此信息有限。

信息系统的收集和汇报周期相对较长。其中,健康管理信息系统按月收集,但国家卫生部门每三个月才会将数据汇总成表,并且按年度对绩效进行回顾。库存管理信息系统则按季度提供各机构药品及其他物品的供应,使用和库存情况,作为采购及分配的参考。

综合来看,尼泊尔的卫生信息系统存在一些重要的挑战。首先,一些重要的健康数据缺失,包括私人医疗机构的情况,健康状况等;其次,一些数据存在不够可靠或不一致的问题;此外,对数据缺乏足够的分析,汇报和使用也使得卫生信息系统难以充分发挥作用。鉴于这些情况,尼泊尔也推出了一些相应的政策。其尼泊尔 1997-2017 第二次长期健康规划设立了与卫生信息系统相关的优先目标,包括提高收集、分析和使用健康信息的能力,强化现有的多个信息系统的整合和兼容性,提高信息的可及性等等。2007年,尼泊尔也发布了国家健康行业信息系统政策,以期推动卫生信息系统的完善²⁰⁰。

3.6 卫生产品管理

3.6.1 筹资

在尼泊尔,卫生产品的筹资与卫生服务的筹资方式一样,主要是通过个人筹资。尼 泊尔卫生总支出占 GDP5%-7% 左右,卫生总支出的增长率和卫生支出占政府总开支的比 例表明,进一步增加卫生预算的财政空间有限,在这种情况下,政府能用于卫生产品上 的资金就更有限。另外,国际援助也为尼泊尔卫生产品筹资做出一定贡献。目前,尼泊 尔在卫生产品筹资方面有多种合作伙伴模式,包括与非营利组织、非政府组织,私立营 利医院和医学院合作。但是,在合同结构缺乏统一性和有效监督的情况下,这些伙伴关 系只能被视为创新性试点,不能由长期可持续性的推广²⁰¹。

3.6.2 监管

药物管理局(DoA)的职责是规范与现代医药、兽医和传统药物有关的所有功能,包括误用和滥用药物及原料,制止虚假和误导性广告,并通过控制药品的生产、销售、分销、进出口,存储和使用,向公众提供安全,有效和优质的药品

202 Essential Drug Procurement and Distribution Program Under 政策环境方面,尼泊尔政府对中医药发展非常重视,除加大对中医药领域的投资外,还放宽外资投资政策以支持和鼓励中医药的发展。不仅对生产尼医、顺势疗法和其他传统医药的企业给予国家优先照顾,而且还实施了 24 项鼓励外资投资的措施,例如外资企业工业收入所得税不高于 20%;在现行所得税法基础上,允许外资企业增加三分之一折旧;外资企业出口所获收入免所得税等。

3.6.3 准入

该国自身有一套明确的针对药品质量认证的标准,并不存在与别国或国际组织的互相认证体系,尼泊尔中央药品实验室本身也没有和世卫组织预认证项目合作。但法律也规定所有外资制造商必须遵循药品生产世卫组织制定的药品生产质量管理规范,所有药品在进入市场之前必须注册。

3.6.4 采购分销

药品采购涉及多个步骤,例如信息收集,广告(招标公告),与供应商联系,招标,报价和直接采购,目的是以尽可能低的成本提供优质药品。由于政府已制定规则采购法(2007年)颁布后的采购法规和规定,遵循采购周期,其中第一步是采购计划,然后进入标人资格的确定,投标资格预审的邀请,招标的发出文件,投标前会议,开标,投标评估,投标选择,合同授予及其实施。资格预审和招标程序在招标公告中进行了描述。尽管采购法使采购系统更简单,更灵活,但它具有不鼓励零散的采购行为,以试图降低商品价格和服务。此外,资金已转移到各地区,以解决紧急情况。尼泊尔正在实行各种招标机制和直接采购。

尼泊尔将通过改革采购和物流系统,对供应链流程进行预测,招标,订约,建立由 采购专家组成的采购中心,包括进一步提高供应链管理能力,采取创新方法改善供应链 管理。中央权力下放地方,保证建设采购能力与药品质量。实施合并的年度采购计划, 扩大保健产品和服务的合同范围,试点中央招标和本地订购方法,并酌情扩大规模²⁰²。

3.6.5 药品市场概况

尼泊尔目前国内药品市场仍由外国产品(尤其是印度产品)主导,但国内生产商市场份额正在增加。《南亚贸易经济与环境观察》(SAWTEE)进行的一项研究显示,2005年国内公司在本国制药市场的份额仅为30%左右,如今国内公司所占份额达到45%,按照目前的增长率,预计到2025年,国内制造商将占据国内80%市场份额。

203 Brhlikova, P., Harper, I., Subedi, M., Bhattarai, S., Rawal, N., & Pollock, A. M. (2015). Aid Conditionalities, International Good Manufacturing Practice Standards and Local Production Rights: A Case Study of Local Production in Nepal. Globalization and health, 11(1), 25.

204 205 Budhathoki, S. (2012). Drug Drive: The Rising Business of Pharmaceutical Companies in Nepal. New Business Age.

206 Nepal – Medical Equipment and Drugs and Pharmaceuticals. (February, 8, 2019). 最初,尼泊尔本国公司只生产普通药物、抗生素和补品,治疗普通感冒、腹泻、发烧、咳嗽。但目前也可为心脏、糖尿病和肝脏患者提供基本药物。

尼泊尔制药公司专注于二级和三级生产(配方和包装),仅向当地市场供应药品。 2004年,制药公司在尼泊尔药品市场上占有 25-27%的份额,进口则由印度药品生产商(近 250个进口商中的 170 家印度公司)主导。尼泊尔和印度产品在市场上的分配比例为 30:70²⁰³。在尼泊尔,尽管当地生产一些基本药物,但大多数是进口获得。2011年《国家基本药物目录》中列出的 537 种不同强度和剂型的产品中,尼泊尔公司生产的 176 种产品不到三分之一 ²⁰⁴。公立制造商"皇家药品公司"专注于公共卫生计划的药品,而私营生产商主要在私营市场上参与品牌竞争 ²⁰⁵。

除西医药外,尼泊尔药品市场的另一大类为尼医药,由尼卫生部传统医药局管理。 尼泊尔人对传统医药的认同度比较高,尤其是在传统医药对治疗慢性病的疗效方面的认同度更高,70%以上的人生病后愿意接受中医治疗,对廉价且有效的传统医药需求量很大并且有增长的趋势。尼泊尔中草药加工产业生产技术落后,远不能满足国内需求,其80%的药品需要进口,因此,其传统医药市场开发空间巨大。

3.6.6 医疗器械市场概况

尼泊尔医疗器械领域发展潜力较大。尼泊尔各地开设近十所医学院,主要在加德满都谷地,拥有现代化医疗设施的医院数量逐渐增加,为医疗设备的销售创造了机会。这些学院和医院不断升级其诊断和治疗设施,以使其服务具有竞争力,因此需要定期进口现代医疗器械设备。

尼泊尔领先的医疗器械子行业包括: X 光机、超音波机、心电图机等检测设备。以及医疗、外科、牙科或兽医学中使用的仪器和设备。尼泊尔医疗器械领域具有很大需求,其私立部门医疗设施的扩展为我国乃至全球各个国家医疗设备和用品出口商提供了重大机遇²⁰⁶。

3.6.7 存在的问题

尼泊尔在建立药品供应的采购系统和控制方面取得了一些进展,但仍需要更多努力来改革采购管理和供应链系统,例如,目前尼泊尔政府内部公共财务管理和会计的有效性仍令人感到担忧,而这正是确保对该部门的管理取得进展和信心的关键要素。尼泊尔政府缺乏促进制药行业发展的主动性,导致行业出现严重动荡。没有营造良好的经济和

社会环境,对进口产品的依赖较大。

3.7 数字医疗和信息通信技术

尼泊尔不断提高的 IT 素养和数字能力、数字基础设置投资以及政府及其合作伙伴多数字解决方案的优先考虑,为尼泊尔创造了一个动态的数字环境。过去十年中,数字医疗计划激增,从卫生服务数据、卫生人力资源、卫生筹资和卫生护理质量等支持卫生系统功能和服务的多个方面。尼泊尔政府在创建可互操作的数字医疗生态系统的过程中取得了显着进步,并且正处于其数字医疗发展的关键时刻。

尼泊尔数字医疗与信息通讯技术发展的推动力主要有三方面:一是阐明了数字医疗的总体远景,二是获取了关键卫生部门利益相关者之间对数字医疗的能力、认知和理解,三是在国家卫生部门采用系统方法进行数字化。

数字化能够加强并加速尼泊尔的卫生系统改革,体现在三个方面:一是优化和加强现有的数字系统,并支持引入更好的数字技术。例如,通过支持使用 DHIS2 平台推出电子报告和引入电子健康记录。二是与政府合作伙伴合作,以证明开源、可互操作的数字解决方案可大规模运行。例如,通过支持在全国范围内扩大数字社会健康保护管理系统OpenIMIS,以及用于管理医院设备维护和维修的健康服务计划、管理资产(PLAHMAS)软件。三是在卫生系统各个层面的关键卫生部门利益相关者之间发展数字医疗与信息通信技术,同时根据世界其他国家在加强卫生系统和数字能力建设方面的长期经验,利用专家的判断来决定何时、如何提供这种支持。这也使尼泊尔数字可持续、健康发展成为可能。

3.8 总结

过去的几十年中,随着经济水平的提高,尼泊尔人民越来越重视健康,政府在改善卫生服务提供方面已作出广泛努力,但是尼泊尔的卫生系统仍然存在较大问题:在卫生资源方面,无论是卫生服务总体拥有量还是人均占有量,尼泊尔的配置水平都比较低,未能调动私营部门进行投资。在筹资方面,尼泊尔目前经济水平不高,个人卫生支出比例过高意味着容易造成灾难性卫生支出现象的发生。这一切都需要国内外各方面的努力,使尼泊尔的健康状况得到改善。

4 我国在该国的医疗援助活动

中尼两国友谊源远流长,我国自 1999 年起,便在尼泊尔开展医疗援助活动,开展援助项目均为医疗服务,项目性质有独立技术援助和捐赠,项目金额在 50 万元人民币 -500 万元人民币之间。医疗队员均以精湛的艺术、良好的医德、无私的奉献为救治病人,促进尼泊尔医疗卫生事业的发展做出了积极的努力。

项目内容	项目时间	项目类别	项目性质	项目金额	项目持续 时间	项目描述
中国援建尼泊尔 B.P. 柯伊拉腊纪 念肿瘤医院和中 国援尼泊尔医疗 队	1999- 2019	医疗服务	捐赠、独 立技术援 助	-	20 年	2018年8月31日,中国援尼泊尔医疗队所驻医院,B.P. 柯伊拉腊纪念肿瘤医院,新大楼及放疗加速器落成启用仪式暨药品捐赠仪式在医院礼堂顺利召开。 B.P. 柯伊拉腊纪念肿瘤医院位于尼南部奇特旺地区,是尼规模最大、实力最强的癌症诊治医院,其服务范围甚至已经到达了印度的北部区域。从1999年至今,已经有12批中国医疗队共211位来自河北省各大医院的医务人员先后到该院工作。
中国援助尼泊尔医疗药械交接	2012/ 5/17	医疗服务	捐赠	-	-	2012 年 5 月 17 日上午,中国援助尼 泊尔医疗药械交接仪式在尼泊尔首都 加德满都举行。本次援助的物品均为 尼泊尔急需的医疗器械及药品,这些 药械的使用,对进一步提升当地诊疗 水平,推动当地医疗卫生事业的发展 将发挥积极作用。

表 2 中国对尼泊尔卫生援助项目汇总

中国多支医疗救 援队赴尼泊尔进 行震后医疗援 助、提供两轮 道主义物资援助	2015/4- 2015/5	医疗服务	独立技术物资捐赠	-	-	由国家紧急医学救援队四川队相关单位 58 人组成的中国政府医疗队,于2015 年 4 月 27 日凌晨 4 时左右从成都双流机场乘坐包机出发,前往尼泊尔地震灾区参加抗震救灾医学救援。由四川省各医疗单位抽调的 58 名救援人员,是急诊内科、外科、骨科、放射科等专业科室的骨干,将在尼泊尔开展医疗救治、卫生防疫、心理危机干预等工作。商务部已牵头会同外交部、财政部、民航局、总参谋部、总后勤部等有关部门组织实施了两轮对尼泊尔紧急人道主义物资援助,提供了总价值6000 万元人民币、546 吨救灾物资。第一轮的物资援助主要侧重于帮助尼方开展救灾安置工作,中方提供了1600 顶帐篷、1 万条毛毯、327 台发电机等灾区急需物资。第二轮物资援助主要侧重于解决震后的卫生安全问题,增加了净水设备和急救包等。
中国(四川)医疗队赴尼泊尔义诊活动	2017/12	医疗服务	独立技术	-	10 天	医疗队由四川省政府外事侨务办牵头,四川省卫生计生委、省人民医院、省疾病预防控制中心等共同组队。医生来自感染、消化、皮肤、中医、心血管、急诊、公共卫生、消毒等专业。在尼期间,医疗队克服道路艰险、工作生活条件落后等困难,辗转杜立克 (Dhulikhel) 市巴达尔岗 (Badal Gaun)、拉利特普尔 (Lalitpur)市巴德岗 (Bade Gaon)、卢布胡 (Lubhu)、皮尤塔 (Pyutar)、邦加马地 (Bungamati)5个村庄,与当地医务工作者配合对民众开展免费诊疗,累计诊治病人 1200 人次,发放药品 1100 例。医疗队还对上述 5 个村庄的饮用水、垃圾、厕所、厨房等环境卫生情况进行实地走访、调研,覆盖人口共 47000 人,对 2440 人次进行了卫生健康宣教

中尼签署《中华 人民共和国国家 卫生和计划生育 委员会与尼泊尔 卫生部关于开展 妇幼健康工程试 点项目的协议》	2017/ 1/18	医疗服务	独立技术援助,捐赠	-	-	援尼妇幼健康项目旨在发展中尼双方 妇幼健康领域的合作交流,帮助尼方 提高妇幼健康领域医疗水平,培训妇 幼健康专业人员,捐赠有关设备及药 品,开展妇幼健康监测、筛查和咨询 等活动。该项目是中尼双方首次在妇 幼健康领域开展合作,也是中方首次 专门在妇幼健康领域援助尼方,项目 为期一年。
中尼签署《中华 人民共和国国家 卫生和计划生育 委员会与尼泊尔 卫生部关于开展 医院对口支援合 作的协议》	2017- 2020	医疗服务	独立技术援助	3年	-	援尼医院对口合作项目确定河北医科 大学第四医院与尼泊尔 B.P. 柯伊拉腊 纪念肿瘤医院在病理专科建立合作关 系,中方将帮助尼方建立病理专科领 域中心,为尼方提供优质医疗服务, 本次签署的援尼医院对口合作项目将 进一步巩固中方援尼成果,拓展和深 化中尼双方在医疗卫生领域交流合 作,项目为期三年。

表 2 中国对尼泊尔卫生援助项目汇总

5 我国私营部门目前在该国的卫生建设活动

2017年,尼泊尔和中国签署了"一带一路"合作谅解备忘录,尼泊尔与中国有避免 双重征税协定。中国是尼泊尔最大的外国直接投资来源国、第二大贸易伙伴和第二大外 国游客来源国。双边贸易、投资和旅游都在逐年快速增长,但在未来几年里,在扩大贸易、 投资和旅游方面仍有巨大的提升空间。

但医疗领域,私立部门的参与较少。其中较为突出的是,2009 年,中国私立部门在加德满都独资建设"中尼博大医院",为当地居民提供了较为优质的服务。

第三章: 国家医疗卫生服务体系框架分析

6 机遇与挑战

我国私立部门进入尼泊尔医疗卫生领域具有一定的机遇与挑战,其中主要有以下机遇:

第一、尼泊尔作为中国的邻国,与中国关系友好,双方签订了避免双重征税协定。

第二、尼泊尔经济增长速度逐渐加快,国民对健康卫生需求增加。

第三、《尼泊尔卫生部门策略 2015-2020》这一目标为该国对于实现全民卫生覆盖做出承诺,也为医疗卫生领域投入资源和经费打下了基础。

具体来说,药品方面尼泊尔对治疗慢性非传染性疾病的药品需求较大,如慢性阻塞性肺疾病、缺血性心脏病、糖尿病和肝硬化等;现阶段,由于环境污染,生活条件差,在该国,下呼吸道感染和结核病的死亡率都较高,因此针对此类疾病的药品也是尼泊尔的一大需求。除此之外,由于当地对中药信赖度和认同度较高,而自身生产水平有限,且政府对中药发展有相应鼓励政策,我国私立部门也可以将传统药物作为品种进入尼泊尔药品领域。

医疗器材方面,随着尼泊尔医学领域的发展,现代化医院和医学院的数量逐渐增加,对高端医疗设备的需求逐渐增多,为我国私立部门的参与提供了一定机会。而在医疗服务方面,尼泊尔私立医疗机构逐渐增多,但除了为高收入人群提供较优质的服务的机构,其他机构的数量和质量仍不能满足更广泛人群的需求,我国私立部门可以响应当地政府对私立医疗机构建设的鼓励政策,与有关部门合作,进入该国医疗服务领域建设私立医疗机构,以满足更广泛的人群的健康卫生需求。

但同时我国私营部门参与尼泊尔医疗卫生建设存在以下挑战:

第一,尼多年来政局动荡,政府官员腐败,常常因索贿刁难投资者,不愿承担责任, 互相推诿,办事拖拉,效率很低,内乱结束至今,这种状况未见明显好转。

第二,基础设施不完善。必要的公路、仓库、电力、生产和生活用水、投资服务设施和配套政策十分缺乏,对经济特区无力开发。

第三,没有利于外资参与投资的政策,现有优惠政策不能充分落实,如对外资企业实行一个窗口服务政策,实际上难以做到,手续繁琐、时间随意、费用不定。在投资环境上,外资企业和本地企业的待遇区别不大,有些地方甚至不及本地企业,不及国民待遇,例如外商投资领域受到诸多限制,某些领域的外资企业的经营服务和销售网络受到来自政府和民间势力的排挤等。

第四,工业资源少,贫困人口多,消费市场小,聘用具有一定水平的专业技术人员 和管理人员有困难等等。 第四章

"一带一路"

沿线国家

卫生体系特点

及

中方参与情况总结

207 国际劳工组织局长报告 (2016),国际劳工组织第 16 届亚 太区域会议.

第一部分

七国医疗卫生体系的主要特点

该部分主要通过世界卫生组织卫生体系框架对本研究所选的七个国家卫生服务体系进行总结归纳。这一框架包含了医疗卫生系统中的政策监督、服务供给、筹资和支付、卫生人力资源、卫生信息系统和卫生产品管理六大板块,六个板块之间具有互相依赖互相影响的特点。采用这一分析框架的目的是为了促进对于卫生系统的理解,进而了解系统的优势和劣势。其中卫生产品管理将在本章节第三部分进行详细讨论。

一、七国均为发展中国家,老龄人口较少,年轻人口居多,人口结构呈金字塔或梨形结构

从人口结构来看,非洲四国 60 岁以上老龄人口占比均未超过人口总量的 5%(同比 2015 年世界平均水平为 12.3 %),而生育率偏高,年轻人口所占总人口比例较高,14 岁以下儿童在总人口占比均在 40% 以上,呈现人口年轻化的特征。 亚洲三国的 14 岁以下年轻人口占比(20%-30%)与非洲平均水平相差 10%,老龄人口占比略高于非洲四国,位于 5%-7% 的水平。非洲四个国家的人口结构均呈现金字塔状,属于典型的发展中国家人口结构。亚洲三个国家的 14-65 岁人口占比与非洲国家相比较多,呈现梨形的人口结构。

二、七国均为世界银行定义的中低收入国家和低收入国家,其中肯尼亚、尼日利亚、越南、菲律宾发展势头较好,莫桑比克和尼泊尔较差,安哥拉中高收入阶层占比高

从世界银行数据库中最新的按购买力平价 (PPP) 衡量的人均国民总收入(GNI)水平来看,七个国家各自具备不同的发展特征,其中菲律宾发展水平最高,约为 10,030 美元 (同比中国人均 GNI 为 16,760 美元) ,越南与安哥拉处于类似的发展水平,人均 GNI 分别为为 6,450 美元和 6,060 美元,尼日利亚在七个国家中位于中等水平,人均 GNI 分别为 5,680 美元。肯尼亚和尼泊尔的发展水平接近,分别为 3,250 和 2,710 美元,略低于撒哈拉以南非洲平均水平上下(3,827 美元),莫桑比克发展相对滞后,人口基数小,人均 GNI 仅 1,200 美元。从基尼指数来看,七个国家的贫富差距在全世界范围来看都属于中等及偏高的水平(联合国计划开发署规定基尼指数在 30-39 为中等等级,40-59 为高等等级),越南的贫富差距最小,菲律宾与肯尼亚紧随其后,都在 40 上下。安哥拉(42.7)和尼日利亚

(48.8) 虽然人均 GNI 指数较高,但贫富差距依然较大,可能与这些国家属于自然资源密集型国家,国内一部分人群财富增长较快有关。经济发展水平最差的尼泊尔和莫桑比克两个国家中,莫桑比克的贫富差距最大,为 54。而尼泊尔的基尼指数不到 40,与菲律宾和肯尼亚接近,主要原因是底层 40% 人口收入的提高 ²⁰⁷。

总结来说,在两个区域内,均存在人口基数大且发展程度相对较好的国家和人口基数小并且发展程度较差的国家,唯有安哥拉国家例外,该国人口基数并不庞大(2976万),然而由于自然矿产资源的丰富,人均 GNI 水平远超其他六个国家,且国内中高收入水平人口占比 50%(按照世界银行标准测算,中国中高收入人口占比约为 40%),城市化程度达 64.8%,几乎是撒哈拉以南非洲平均水平(39.5%)的两倍。然而,尼日利亚和安哥拉这类资源密集型国家受最近几年全球范围的经济增速放缓的冲击较大,反而是一直致力于经济结构改革的国家如肯尼亚,迎来了经济持续性的增长。

三、非洲国家仍需积极应对传染病和新生儿疾病,同时警惕慢性非传染性疾病的攀升趋势; 亚洲国家受非传染性疾病影响更为严重。

纵观各个国家的致死原因排名,传染病依然占据显著位置。非洲国家主要受艾滋病、下呼吸道感染、疟疾、结核病等传染病的影响,新生儿疾病的致死率也依然偏高,还停留在传染病防控和妇幼保健的公共卫生初级阶段。亚洲国家也受结核病、下呼吸道感染和艾滋病的困扰,但传染性疾病负担与非洲国家相比相对较小。然而受全球化影响和生活环境的变化,在医疗水平相对较高的亚洲国家如越南和菲律宾,主要疾病构成开始调整,慢性非传染性疾病成为主要致死疾病。在这两个国家中慢性非传染性疾病在致死原因前十位中均超过半数。非洲国家同样受慢性非传染性疾病困扰,心脑血管疾病、糖尿病和肿瘤同为七个国家的主要致死原因。

四、七国卫生发展目标集中于通过多方合作推进基本的全民医疗卫生服务

就卫生政策导向来看,七国均有推进医疗卫生体系建设和全民健康覆盖的决心和投入,响应了联合国"全民健康覆盖"(Universal Health Coverage)的倡议,具体来说,主要包括通过多渠道的强有力的筹资模式,缓解低收入人群的卫生服务财务压力;通过对卫生服务框架的调整和与多个利益相关方的合作,提高医疗服务,尤其是初级卫生保健服务的水平和医疗产品的可及性;通过法律的制定,加强医疗卫生体系管理的力度。

五、除菲律宾外,七国均缺乏覆盖较广的医疗保障体系;七国普遍存在个人自付占比偏高的 情况

从卫生筹资机制上来看,相比经合组织国家(OECD)平均 8.8%的水平,莫桑比克、尼泊尔和肯尼亚的卫生支出在 GDP 中的占比与之较为接近(见表 1),与此同时这三个国家每年接受国际援助的比例也相对较大(见表 2)。其他国家与 OECD 国家相比仍有较大差距,需加大对医疗卫生的投入。从社会保障体系来说,一些国家仅为特定群体提供保障,商业保险未能广泛参与到卫生筹资体系建设中,仍有可提升的市场空间。七国

的个人自付比例均较高,主要体现在公立医院的自费部分和私立医院就诊服务。一些高收入国民出于对更高服务质量的追求,选择海外就医。

六、卫生人力资源匮乏是七个国家共同面临的严峻问题

从医疗人力资源来看,七国均存在医务人员匮乏的问题,与世界卫生组织推荐的每万人至少有23名医生、护士和助产士相比,菲律宾每万人中有3.82名医生、8.45名护士和4.04名助产师,肯尼亚每万人仅1名医生、12名护士和助产士。主要由两个方面的原因造成: (1)本国能够培养医学本科生的高校较少; (2)一部分医学生、在职医生和护理人员选择到其他国家执业。

七、医疗信息系统非常薄弱,建设十分滞后。

七国均没有较成体系的医疗信息系统,虽然七国均有关于医疗信息系统的相关规范 或法律,但是由于财政经费的紧张和人力资源的短缺,国家的政策得不到彻底的贯彻和 执行。

国家	越南	尼泊尔	菲律宾	肯尼亚	尼日利亚	安哥拉	莫桑比克
地区	亚洲东南部	南亚	亚洲东南部	东非	非洲西部	非洲西南部	非洲南部
人口总量	9,683万	2,884万	1.0877 亿	5,197万	2.03 亿	3,222.6万	3,152万
平均寿命	76.454	69.2	71.16	67.291	53.88	55.8	58.872
基尼指数	35.3	39.5	40.1	40.8	48.8	42.7	54
国内生产总值(美元)	2,450亿	39.5	3,309 fZ	749.38 亿	3,972亿	1,082 亿	123 亿
人均国民总收入(美元)	6,450	2,710	10,030	3,250	5,680	6,060	1,200
卫生总支出 (美元)及 GDP占比	116.2 亿 (5.66%)	36.1 (Z (6.29%)	130.4 (Z (4.7))	45 fZ (6.4%)	146.96 fZ (3.7%)	31.9 fZ (2.9%)	6.3 (Z (7.8%)
人均卫生支 出(美元)	122.8	134	129.4	70	216.6	108.6	40.26

表 4.1 七国经济社会发展基本情况比较

第四章 "一带一路"沿线国家卫生体系特点及中方参与情况总结

国家	安哥拉	肯尼亚	尼日利亚	莫桑比克	菲律宾	尼泊尔	越南
援助总量在 GDP 的占比	0.20%	3.70%	0.90%	15.10%	0.30%	5.70%	1.50%

表 4.2 七国每年接受的援助总金额在 GDP 中占比

综上所述,七个国家经济社会发展水平不高,对卫生服务体系的支撑作用小,加上卫生体系本身比较薄弱,亟需借助外部力量推动实现全民健康覆盖,例如肯尼亚、越南、菲律宾政府都对公私合营模式抱持开放态度。中国的私营部门想要参与到全球卫生治理之中,既需要和政府的对外卫生援助相配合,也需要通过自身能力建设配合最佳投资策略,助力企业"出海"。以下,我们将回顾我国政府在七个国家卫生援助的主要方式和问题,梳理总结私营企业海外投资遇到的瓶颈和挑战,讨论政府职能与企业投资有机结合的可能性。

208 王琪如, & 谭晓东. (2018). "一带一路"背景下中国全球健康治理的角色定位. 公共卫生与预防医学, 5.

209 国家卫生计生委办公厅关于印发《国家卫生计生委关于推进"一带一路"卫生交流合作三年实施方案(2015-2017)》的通知,国家卫生计生委办公厅,2015.

第二部分

中国政府参与一带一路亚非地区卫生援助的政策、方式及问题

在"一带一路"倡议提出之前,中国政府在全球健康治理中的角色主要在于参与世界卫生组织议题以及对以非洲为主的欠发达国家援助为主。近几年来国家"一带一路"倡议中关于医疗卫生方面的方针政策主要依据 2015 年原国家卫计委出台的《推进"一带一路"卫生交流合作三年实施方案(2015-2017)》。该方案中要求与沿线有关国家逐步建立"一带一路"卫生合作机制,具体要求在 3-5 年内初步建立沿线国家的卫生合作网络,在 5-10 年内建设全方位合作新格局 208。随着"一带一路"政策的不断推进,我国政府在全球健康治理中体现了更多的决心和责任,国家间交流合作逐步增多,以下我们将从:(1)政府间卫生援助与合作;(2)私营部门活动两个维度对我国在上述七个国家参与健康治理的情况进行梳理和分析。

一、我国卫生发展援助的政策和主要方式

《推进"一带一路"卫生交流合作三年实施方案(2015-2017)》中关于卫生发展援助方面的策略是在总结我国卫生发展援助的经验基础上提出的,即"向部分欠发达国家或地区提供多种形式的卫生援助,派遣中国政府医疗队","派遣医疗卫生人员与公共卫生专家开展技术援助。援建医疗卫生基础设施,捐助药品和物资。开展多种形式的培训项目以及开展'光明行'等短期义诊活动"。受援国多为不发达或中低收入国家,并且医疗卫生基础设施落后,中国卫生援助项目将"致力于改善全球贫困和脆弱地区的医疗服务可及性的目标"²⁰⁹。

一带一路目标国家下的卫生援助主要有以下几种方式: (1) 援建医院为主的成套项目; (2) 援外医疗队的组建和派遣; (3) 卫生领域的人力资源开发与合作; (4) 公共卫生应急领域的合作。目前我国在这七个目标国家基本都已经有援建的医院; 莫桑比克、安哥拉、尼泊尔都已经有派驻的医疗队; 七个国家也都有人员来中国参加短期或长期的医疗健康和卫生服务的培训; 公共卫生应急领域的合作也一直在开展,比如 2015 年尼泊尔地震、2016 年安哥拉蝗灾病疫爆发的时候我国也都派出了医疗团队或者公共卫生专家指导疾病处理和防控。一些项目已经从完全不计回报的人道主义援助转型为低息贷款的模式。中国在肯尼亚和尼日利亚目前没有医疗队。从整个非洲来看,除了援建医院以外,其它的医疗合作项目相对而言较少。

二、我国卫生发展援助的经济效益和社会效益

210 赵剑治,敬乂嘉,&欧阳喆. (2018).新兴援助国对外发展援助的治理结构研究:基于部分金砖国家的比较分析.中国行政管理,(2018年02),130-136.

211 Carter, B. (2017). A literature review on China's aid. K4D Helpdesk Report. Brighton, UK: Institute of Development Studies.

212 王云屏,金楠,&樊晓丹. (2017). 中国对外援助医疗卫生机构的历史,现状与发展趋势.中国卫生政策研究,10(8),60-67.

针对中国政府卫生发展援助为受援国带去的经济效益和社会效益,商务部有专门的 援外项目管理办法,一般是会委托第三方对已有项目进行一些监测和评估。针对援外医疗队,卫健委也有一套内部办法来进行业绩考核,一般会统计工作量和诊疗人次。就项目评估来说,针对现在国际上对于中国援建项目的一些负面评价,各部委已经商定并且 开展行动对中国援建医院进行对口专科合作来提升项目的质量,以期可以发挥出我国援建想要达到的效果。

综合来看,国际组织、外国媒体和专家学者对中国对外卫生援助的评价较为公允,如联合国认为中国的国际援助对非洲国家过去 15 年的经济快速增长和有效脱贫起到了重要作用 ²¹⁰;西班牙中国政策观察网站认为中国医疗援助的动力来自于人道主义支持而非经济利益;纽约大学全球发展中心的 Karen A Grepin 等学者认为,比起传统的发达国家援助关注卫生体系投入和疟疾,中国的医疗援助为非洲的医疗卫生体系提供了重要和独特的财政支持资源。哥伦比亚大学林爽等学者,认为中国在卫生援助中积极分享了中国卫生成就和药品研究投资方面的经验和教训,在传染病和其他疾病威胁的跨国传播中起到了很好的管控作用。根据我国学者王云屏等人总结,中国的卫生援助切实改善了受援国的医疗卫生基础设施,一定程度上缓解了当地医疗卫生资源稀缺和居民就医可及性的问题,也存在一些援助效果不佳的非预期结果。林爽等学者也认为,中国卫生援助方式的最主要缺陷是中国卫生外交政策缺少一个连贯的方法论和各方紧密结合的策略 ²¹¹。

三、卫生发展援助的主要问题和挑战

(一)对外卫生援助缺乏统一性纲领

从我国 2014 年发布的《对外援助白皮书》可以看出,我国对外卫生援助体系和整个国家的援外体系是融合在一起的,并没有像英美等国家把卫生援助作为独立的政府事务。目前对外卫生发展援助计划和战略规划主要着眼于三年一次的中非合作论坛或高层领导在国际多双边合作机制下的国际承诺 ²¹²,没有统一性纲领对卫生援助的总方向和阶段性战略进行指导。

(二)各部委在卫生援助方面功能缺乏整合性

在 2018 年国家国际合作署成立之前,各相关部委之间的责任架构分割开来,医疗卫生机构建设所属的"成套项目援助"、产业投资、人员培训等都由商务部主导,紧急人道主义救援由外交部领馆主导,卫健委仅负责援外医疗队的组织派遣和管理,也牵头一些新增的对口医院合作、公共卫生合作。国合署刚成立不久,涉及卫生领域的主要工作

214 王云屏,金楠,&樊晓丹. (2017). 中国对外援助医疗卫生机构的历史,现状与发展趋势.中国卫生政策研究,10(8),60-67.

是在一带一路的合作框架下对外卫生援助的一个顶层设计和政策规划研究,承担更多布局方面的职能。对外援助的资金、项目管理、物资采购等还是由商务部负责。责任分配机制缺乏统一性和整合性,各个部委在援助项目决策的前期规划中缺乏有效沟通。

在项目实施的过程中,"机构'硬'援助与医疗技术'软'援助衔接不够"²¹³,援外医疗队和援建医院未能顺利合作。根据卫健委的信息统计,目前在 16 个发展中国家虽有中国援建医院,但没有一家医院进驻了我国医疗队。

(三)缺乏对受援国卫生需求和卫生服务能力的前期评估

统一性纲领的缺失和各部委之间协作机制的不明确导致了政府在做卫生援助项目计划时缺少对受援国卫生体系的评估,导致出现项目无法满足实际需求的问题。在我们关注国家中的典型体现是我国政府援建的肯雅塔大学转诊教学医院项目。我国共提供了近 2亿美元的低息贷款,帮助肯雅塔大学建设了一流水平的教学转诊医院,科室设置全面,并配备了国际一流水平的医疗设备和器械。该项目于 2019 年 5 月移交肯尼亚,然而直至11 月,医院还没有正式投入运营,原因在于在当地雇佣不到管理团队。该国本就存在卫生人力资源缺乏的问题,而肯雅塔大学所培养的医学生在经过分配后仍不足以满足对该医院的人力资源供给,导致医院无法营业。究其根本原因,在中国"交钥匙"式的援助方式(中方将建成的医疗卫生机构交付受援国政府即标志着项目完成)下,援助项目在医疗可行性规划阶段对受援国基础设施建设、配套条件以及卫生管理和专业技术人员进行充分合理的评估,导致了医院建成之后处闲置状态,无法真正起到服务当地患者的作用。

(四)援外产品未被受援国重视和有效利用,导致资源浪费

在访谈多家中资企业的过程中,许多参与海外援助或投资的业界人士都透露了一致的信息:中国政府援助他国的医疗设备常常处于未启用或停用状态。其原因主要是一些医疗设备的规格不匹配当地实际标准,如电源插头为中国式,不适应当地制式;电压不统一等。如遇到一些简单的维修问题,无售后人员进行跟踪服务和培训,当地选择直接弃用援助设备。造成这些现象的更深层次原因是 1)在援外产品的选择上,采购目录仍停留在早期收录的老牌企业,没有及时的收录我国最新涌现的技术创新、质量过硬、品牌影响力强的医疗产品。停留在目录内的一些援建的产品品牌并不能得到受援国的认可,捐赠到海外医疗机构后无法成为医疗人员的首要选择。2)在商务部援外产品采购的过程中,出现一些承包商或中间商抢占了援助指标,由其采购的卫生产品并不能体现中国制造的最高标准,中间商也不能提供相应的配套服务体系,导致援助产品未被受援国重视。

总之,目前这种以项目为方式的碎片化、割裂式的援助方式成本效益不高,尽管取得了社会、外交和政治上的较好效果,但是耗费的资源太多,输血式的援助既不利于受援国获得更多的收益,也不利于援助国援助的可持续性。而一带一路的方式则有助于缓解这种情况,重新转变援助理念、调整援助方式、整合援助资源,实现多方共赢的结果。

第三部分

中国私立部门参与亚非典型国家卫生治理的现状和问题

"一带一路"倡议发出以后,我国私立医疗卫生部门也积极参与到当地医疗卫生体系建设之中,在医药、医疗器械、医疗服务和医疗科技四个领域,进行了较为广泛的交流合作。在本次研究过程中,我们采访了参与到相关国家和区域医疗卫生体系建设的私营部门,以及围绕这一领域进行长期观察和合作的从业者、学者和国际组织,试图了解我国私立部门参与海外医疗卫生事务的出发点、经营策略、以及实际遇到的障碍和挑战。其中,访谈专家共19人次,涉及2家政府相关部门、3家学术机构、1家国际组织、1家民间智库、1家基金会、2家医疗机构、3家药品生产企业、4家医疗器械生产企业、1家医疗科技企业。下文将通过对医疗卫生市场中医药、医疗器械、医疗服务和医疗科技四个领域中机遇和挑战的分析,进一步阐述私立企业的意愿和诉求,和政府能够从中起到的作用,希望可以为政府的"投援结合"提供借鉴意义。

一、药品市场

(一) 七国药品需求与供给基本情况

总体来说,七个国家药品市场中主要流通的为高端创新药和中低价位的仿制药物。同样属于中低或低收入国家,由于疾病谱和人口结构的变化,对于药品的需求在不同国家之间存在一定差异。例如,非洲四个国家针对传统传染病如疟疾、艾滋病和肺结核药物的需求依然较强,亚洲三个国家由于传染病负担较为缓解,对慢性非传染性疾病药物的需求更大。

(二) 中国私立部门在七国的药品供应情况

通过对中国私立部门在亚非七国药品市场现有商业活动的梳理,可以看出,私立部门主要通过出口贸易和在外国开设厂房两种形式输出本国药品。输出的药品主要分为抗传染病创新药和定位中低档市场的仿制药品两类。其中,在非洲四国中比较典型的企业有复星科麟药业,在肯尼亚和尼日利亚都设立了分公司,在莫桑比克也与当地分销商合作,以出口贸易的形式长期销售青蒿素类抗疟疾产品;悦康药业集团和中康光大制药则先后在尼日利亚设厂,前者在当地主要制作和销售中成药、粉针及化学药,后者主要生产和销售青蒿素类抗疟疾产品。而在亚洲三国中,目前仍缺乏较大规模的中资民营药品商贸活动。

(三) 七国药品监管与准入现状、问题及应对措施

1. 监管和准入政策

在监管和准入环节,七国对外国生产厂商和流通渠道要求遵循药品生产质量管理规范(GMP),与中国不存在与国家间的互相认证体系(MRA)。企业在进入对方国家时需要在责任部门如卫生部或医药管理局进行进口许可和经营许可注册。在企业获得执照之后,每种单一药品都需再次注册认证。

	·
肯尼亚	进口商需卫生部注册、为肯尼亚标准管理局提供药品样本质量检测,生产过程中遵循GMP标准等。一些药品享有快速注册通道,如在本地生产的药品,针对某一类疾病无替代药品的新药等。药品快速注册的全流程申请时间需要 90 个工作日,每种药品的注册有效期为五年。
尼日利亚	进入尼日利亚的所有医疗器械必须首先在国家食品药品监督管理局(NAFDAC)注册。 国家食品药品管理局监管药品药物、化学品,以及产品的生产平台,监督管理医疗器械、 医药和其他化学产品(包括原料)的技术标准。这些产品的生产、进出口、销售和广告 须在该局注册后方能进行。药品生产流通需遵循 GMP 标准。
莫桑比克	所有进入该国的药械都必须在药品部注册,由国家药品质量实验室进行质量检测,注册 新产品的平均时间约为 12-15 个月。
安哥拉	要到安哥拉的医药产品必须在卫生部注册,提交实验室测试以符合规范和标准,并用葡萄牙语标注。注册新产品平均需要至少 18 个月的时间,其有效期为五年。
越南	所有医药产品都必须要在 DAV 注册并取得 DAV 发布的市场授权号后才能在越南境内销售。获得药品市场授权号平均需要 12 至 30 个月。外国制药公司不可以直接在市场上销售产品,必须将其产品销售给国内药品经销商。在上市销售之前,药品公司需将设定的市场价格和市场授权号一并提交给 MOH 正式注册药品。MOH 颁发的上市许可通常有效期为 5 年。
菲律宾	在菲律宾 FDA 进行药品注册必须先获取经营许可(License to Operate),此许可证的申请周期一般需要 90 天。药品的注册则需要准备众多许可证和具有法律效力的合同文件,没有已知的互相认证体系。在药品生产和流通阶段,法律规定所有的本地和国外生产商、零售商、分销商都需遵循 GMP 标准。
尼泊尔	该国自身有一套明确的针对药品质量认证的标准,并不存在与别国或国际组织的互相认证体系,尼泊尔中央药品实验室本身也没有和世卫组织预认证项目合作。但法律也规定所有外资制造商必须遵循世卫组织制定的药品生产质量管理规范,所有药品在进入市场之前必须注册。

2. 监管、准入障碍及应对措施

从七国关于药品准入的书面说明材料来看,要求并不算严苛。但是我们访谈的企业和组织负责人均认为,准入申请门槛实际较高。原因在于申请操作过程中可能会遇到"隐形障碍":(1)虽然七国的药品准入标准不如欧美国家如欧盟标准、美国 FDA 标准那么高,七国均有自己的药品检验标准,但是国家中央实验室能力不足或者没有中央实验室,缺乏检验该标准的能力,一些非洲国家只能将样品送至临近的发达国家如南非进行检验。这种现象带来的问题是申请材料递交到政府以后,得不到及时的反馈或者没有反馈。所以注册可能无限期的拖延下来,导致一些中国企业无法承受长时间损耗的时间和人力成本,选择放弃进军该国市场。(2)在申请材料的准备方面,许多中国企业面临药品注册资料的缺失。七国对药品注册所需材料均不相同,一些所需材料从未做过,或者在中国大力推动仿制药品"一次性评价"的过程中,先前的资料失效。(3)一些国家由于政治经济等多方面原因,相关法规时常发生变动,或者法规界定的比较模糊,企业由于语言或者文化差异的原因难以理解当地政府的要求。(4)中国企业尤其是私立部门在政策法规文件解读和理解方面有所欠缺,过于看重眼前利益,不愿意过多的投入资金和资源,不认真准备材料甚至造假,不能达到准入要求。在这些情况下无论药品本身质量如何,都很难达到出口国的准入标准,造成了药品出口的一大障碍。

为应对繁冗的申请手续和可能存在的语言、文化、身份等障碍,受访企业一般选择 当地的中介机构进行注册手续经办。由于对本地法律法规和社会文化的熟悉,以及本国 人身份的便利,中介机构在申请过程中如遇到政府拖延、刁难等实际障碍,比起外资企 业有更加有效的应对策略。

(四) 我国私立部门药品流通途径现状、问题及应对措施

1. 我国私立部门药品流通途径基本情况

在药品采购和流通环节,我国企业主要通过国际组织采购和分销商两种方式在国际市场销售。一方面,国际组织主要包括联合国及其合作组织(联合国儿童基金会、艾滋病防治署等)、世界卫生组织、全球基金、盖茨基金会和全球疫苗联盟等,以上组织共同认证的世卫组织预认证体系对药品的质量确定了统一要求,药品通过预认证后可直接被上述组织采购,以国际组织援助的形式直接流入当地市场,药企本身并不需要自行开拓当地市场渠道。根据世界卫生组织的统计,从 2001 年药品预认证项目正式开展,截至2019 年 11 月,有超过 550 种药品和产品通过了预认证,其中 69% 的产品为抗击艾滋病的抗逆转录病毒产品,15% 为抗击肺结核产品,8% 为抗疟疾相关产品,5% 为口服计生

药物,2%用于治疗伤寒,另外还有一款治疗丝虫病的药物。可以看出,预认证所批准的药物全部属于抗传染病和计生类范畴。在我们所接触的在非洲和东南亚占据一定市场份额的中资抗传染药品和设备企业之中,也都全部通过了预认证。此外中国疫苗企业出口的主要形式,也都是通过上述国际组织采购的模式。因此,可以说,对于我国生产抗传染病药物或产品的企业来说,通过世卫组织预认证是打开国际组织采购通路的首要手段。

第二种流通方式是通过正常进出口渠道。由于七国均存在公立和私立两块医疗服务体系。进入公立采购通道需要首先进入政府采购目录,需要一定的门槛,也有一些国家如莫桑比克公开招标,门槛较低。进入私立采购通道则需要通过分销商打开销售渠道。分销商的选取则取决于药品本身的市场定位和定价。以一些中资药企在尼日利亚的市场策略为例,由于在尼日利亚药品市场,中国药品的定位列于欧美和日韩品牌之后,因此国产药品在当地的分销渠道主要通过批发市场,而不进行市场推广和患者教育,只以批发价出售。在其他国家也存在类似的情况,由于高档药品市场一般被国际一线原研药品牌占据,国产仿制药多定位中低档市场,通过低廉的价格和较高的性价比与印度、巴西等仿制药强国竞争。

除了出口贸易这种手段之外,一些中国企业也通过在当地设厂的举措参与海外医药市场的生产流通环节。一方面,肯尼亚、尼日利亚、越南等国都对外资本地设厂提供了一系列优惠政策,例如肯尼亚给予设厂厂商 15% 的产品议价权。另一方面,肯尼亚和尼日利亚都是所在区域共同体的中心城市,在此设厂的药厂具备向区域共同体内国家辐射的天然优势。而例如尼泊尔这类与多国接壤的国家,根据专家学者的观点,同样具备作为区域中心向周边市场辐射的潜在实力。

已经在非洲设厂的企业中,根据我们的信息,只有上海医药集团一家国有企业经营 状况良好。值得一提的是,上药厂房设在苏丹,该国先天性政治经济条件较好,政府开 放程度和包容度较高;同时,上药进入时间较早,在 20 年前就与政府达成了直接的合作, 稳定有力的合作伙伴保证了业务开展的顺利,即便 2019 年初的苏丹政变也未对上药的厂 房和当地业务造成严重影响。

2. 我国私立部门药品流通存在的困难

通过国际组织在外流通这一渠道,企业无需自行开拓海外市场,对于企业来说可降低销售成本。但是取得国际组织认证耗时长,投入成本大,对企业的资金实力和决心来说是很大的考验。通过我们对某家正在盖茨基金会帮助下进行预认证申请的抗传染病产品企业的访谈,我们得知了在申请认证过程中可能遇到的其他困难: (1) 对于预认证体

系的认识和工作思路的转变困难:由于预认证体系的整个申请流程需要花费较长的时间和资金,十分考验企业的决心和长远眼光。一些私立部门领导固步于在国内一贯的思维体系和商业手段,无法顺应国际化标准项目的工作流程,由于对战略前景信息不足,常常导致半途而废。一些企业认为产品多用于不发达地区,采购价格相对较低,利润不高,缺乏投入积极性;(2)从技术层面上来说,预认证体系的技术要求中存在很多"绿色壁垒",也就是"技术壁垒"。预认证体系的建立过程中参照了许多世界 500 强医药企业的工艺流程,对于许多私立部门来说存在一定的技术门槛,需要投入强大的科研力量去满足技术标准;(3)申报流程的困难。申请流程需要一个非常熟悉全申请流程的国际团队,按照世卫组织制定的标准一步步按照流程循序渐进。并不是所有企业都有资源或资金或意愿去聘请这样的专业团队,也客观造成了申请过程中的困难。也正是因为种种困难和障碍,目前我国取得世卫组织预认证的企业较少。截至 2019 年通过预认证的国内制剂企业有 12 家(表 4),原料药企业有 24 家。

值得注意的是,在我们采访的众多产业和学术界专家中,一部分专家认为,通过国际组织采购的渠道将中国产品销往海外的模式并不能算作真正的私营部门"出海",原因在于这些企业自身并不具备主动在海外布局的内在驱动力和战略眼光。中国作为世界最大的疫苗生产国,每年被全球疫苗联盟和盖茨基金会大量采购疫苗输出非洲,但企业重心仍在国内,鲜少有企业通过主动探索海外机会或直接参与海外卫生建设。从长远发展上看,若企业自身产品质量达标并充分利用当前海外市场的机遇,主动提升自身生产实力,即便未来国际组织停止采购,私立部门依然有能力通过贸易出口销往海外,实现真正意义上的企业"出海"。

通过访谈得知,相对准入环节,通过出口贸易渠道流通外国市场的中国药企,遇到的困难与阻碍较小。一些企业是由于渠道本身的政治特性,例如进入公立采购渠道的路径主要通过政府间的商贸协定。另一些企业则是产品本身定位中低端市场,与当地分销商合作在私立市场中流通,企业并没有花费成本进行相应的品牌营销和市场推广工作。

而对于当地设厂这一方式,虽有上药苏丹厂这类成功先例,但是由于近年一些国家政府对于与外资企业合作变得较为保守,上药的经验无法在非洲其他国家复制。此外,在实际办厂的过程中,由于基础设施落后,厂房水电供给存在不稳定的状况,或需自行投入供水供电;本地不具备原材料生产的能力,如上药苏丹厂的药品原料、辅料、药品包装、说明书等所有原材料都需从中国进口,供应链长、高库存、采购成本高,成本开支巨大。而外汇的控制和汇率动荡都会对资金链和投资收益造成严重影响。以上障碍造成了许多中资在非药厂停止运转。长期深耕非洲市场的中非发展基金项目经理助理陈思认为,本地化生产的实现需要多种因素的集合,包括政策的连贯性、监管体系的强化、

可持续生产的必要筹资、商业案例分析和人才培养、生产技术的可及性、以需求为基础的创新、以及投资激励措施的引入。目前我们关注的国家从多个维度都达不到这样的标准,因此本地设厂目前来说并不是最佳的投资选择。

(五) 小结

总结来说,七个国家的药品领域准入标准不高,但顺利进入药品领域的可能性较小。中国私立部门可能面临的主要困难包括繁冗的资料准备和申请流程,政府部门能力不足或拖延造成的时间成本,仿制药品国内资料失效。企业需提前考察出口国的药品法规,寻求可靠的中介代办机构。如果选择通过国际组织采购销往海外的模式,则需要企业主动迎合国际认证的执行标准和行为逻辑。最后,从部分行业人士的评价来看,目前亚非发展中国家基础设施和配套设施仍然达不到药品高科技和精细化生产的要求,在当地开办厂房需要投入高昂的成本。这种投资方式仍需要等待本地经济、社会、环境等外部环境,尤其是基础设施的进一步发展。

二、医疗器械市场

(一) 七国医疗器械发展现状

在我们关注的七个国家之中,所有国家都不具备自行生产中高端医疗器械的实力, 医疗器械几乎全部依赖进口,本国只生产少量简单耗材。整个市场或被传统欧美大牌垄断, 或被大量低端杂牌器械充斥,良莠不齐。虽然七国均为发展中国家,经济水平仍处在较 为落后的阶段,但是对于优质品牌和高端医疗器械的需求较大。在非洲,国家本身医疗 卫生体系基础差,一部分中高收入人群选择到迪拜或印度接受更先进医疗服务,医疗费 用和交通成本较高。因此一些区域共同体中心城市的医院设置高端设备可具备较广的辐 射范围,吸引周边国家的患者以相对较低的时间成本和交通成本得到同等质量的服务。 亚洲三个国家的医疗设备也都严重依赖外国进口,对高端影像诊断设备的需求较大。

肯尼亚	进口商需卫生部注册、为肯尼亚标准管理局提供药品样本质量检测,生产过程中遵循 GMP 标准等。
尼日利亚	进入尼日利亚的所有医疗器械必须首先在国家食品药品监督管理局(NAFDAC)注册。 国家食品药品管理局监管药品药物、化学品,以及产品的生产平台,监督管理医疗器械、 医进口商需卫生部注册、为肯尼亚标准管理局提供药品样本质量检测,生产过程中遵循 GMP 标准等。循 GMP 标准。
莫桑比克	所有进入该国的药械都必须在药品部注册,由国家药品质量实验室进行质量检测,注册 新产品的平均时间约为 12-15 个月。
安哥拉	要到安哥拉的医药产品必须在卫生部注册,提交实验室测试以符合规范和标准,并用葡萄牙语标注。注册新产品平均需要至少 18 个月的时间,其有效期为五年
越南	医疗设备方面政府目前以支持和扩大进口的方式来满足市场所需,故因此对于进口设备的准入条件并不是很高,关税低,无配额限,但进入市场的所有医疗设备都受 MOH 的监管和许可要求的约束。
菲律宾	需遵循《根据东盟协调技术要求颁发医疗器械授权指南》
尼泊尔	该国自身有一套明确的针对药品质量认证的标准,并不存在与别国或国际组织的互相认证体系,尼泊尔中央药品实验室本身也没有和世卫组织预认证项目合作。但法律也规定所有外资制造商必须遵循药品生产世卫组织制定的药品生产质量管理规范,所有药品在进入市场之前必须注册。

表 4.6 七国医疗器械市场准入标准对比

(二) 我国医疗企业在非洲等国的供给现状

我国的医疗耗材和设备企业在非洲地区的销量较大,高端影像设备的领头企业如"迈瑞医疗"、"东软医疗"知名度较高,产品质量较好,技术较先进,性价比较高,配套服务较完善,在非洲被欧美传统 500 强企业垄断和被不知名品牌产品充斥的医疗器械领域占有较大比例,从而占据了一定的市场份额,也取得了非洲国家对于品牌的认可。销售的主要品包括 CT、核磁共振、X 线、超声波等。除了高端医疗设备外,还有一些医疗器械中的检验检测设备,主要包括免疫化学、发光分子诊断设备等。但在我们关注的国家之中,医疗器械类的商业投资活动较为不频繁,只有明峰医疗在越南投入使用了 CT 设备。非洲和东南亚地区也活跃着一批人工智能算法辅助影像诊断的企业,这一部分将在"医疗科技"这一章节详细论述。

(三) 我国医疗器械企业在非洲等国面临的挑战

医疗耗材在七国的准入标准较低,目前我们所接触的多家医疗器械企业也都接受了 国际标准认证,在准入环节存在的障碍较小。

在采购环节,我国高端医疗设备既参与公立医疗机构采购,也通过当地代理商销往私立医院。我们采访到医疗设备厂商表示,非洲国家公立采购十分看重企业是否在当地医疗卫生领域稳定且长期发展,通过个人和渠道提供产品的方式并不被政府招标所看重。在具体的操作层面,遇到了许多实际的挑战和困难: (1) 基础设施较差,运输条件和运输工具方面存在较大障碍。在非洲偏远的省份和一些郡县,公路没有完全布设,需要运送大型医疗设备的车辆无法直接送到医院;而菲律宾海岛和河流众多,尼泊尔有大量山地,想要搬运大型设备到这些地区都需要基础公路的铺设到位。因此目前虽然七国需求量较大,但是客观条件阻碍了设备的大范围流通。 (2) 外汇管制导致支付能力出现问题。非洲许多国家均有外汇管制的问题,外汇储备较少,一旦涉及商业问题很难顺利完成支付。在采购环节之外,也存在诸如影像诊断方面的人力资源稀缺的问题。即便各医疗机构配备了高端的影响设备,但是缺少足够的放射科医师或技术水平进行相应的诊断技术支持。

与药品不同,医疗设备的使用周期长,对企业提供的售后配套服务有较高要求,在设备需要维修或更换零件时,厂商必须能够及时的提供服务。然而,我国部分企业出于对市场的短视,做"一竿子"买卖,不对任何售后服务负责,器械出现问题无人维修,无法更换配件,严重影响了企业的信誉和品牌形象。而我们采访到的在海外市场份额较高的设备厂商,无一例外非常重视在设备销售之外的全流程配套服务。结合各个国家影像诊断方面人力资源稀缺的问题,这些企业也注重定向的培训服务,在输出设备的同时为使用人员提升技术水平,为外国放射人才赋能,培养了品牌的忠诚度和用户黏性。

案例: "打造产品品牌,推动产业交流" ——某医疗器械企业的"一带一路"

某企业是行业顶尖的医疗技术企业,主要覆盖高端的医疗市场。目前,该企业已经进入十余个一带一路国家,为当地的医疗项目提供产品和技术支持。与此同时,企业凭借其在医疗领域的资源,与政府、行业专家深入合作,积极推动国内外医疗领域的交流发展。

产品+营销,形成竞争优势

面对激烈的市场竞争,该企业通过加强研发与营销,形成了自己的优势。首先,企业在产品研发方面大力投入,保证流程制造工艺。其产品质量在行业内属于国内顶尖的水平,为其品牌形象奠定基础。同时,企业发展了较为强大的营销体系,包括售后,代

理商合作,学术交流活动等。通过十几年的发展,企业的品牌和产品质量都在海外市场 获得了较高的认可。

该企业搭建了成熟的售后体系。首先,通过对代理商的多次培训,培养其售后服务能力。其次,通过厂商力量解决"疑难杂症"。该企业在非洲多国设有分公司,可通过当地工程师和应用人员,为较复杂的产品问题提供支持。最后,售后团队中的工程师和应用人员会到医院、诊所为提供技术培训,把售后也变成客户了解、接受产品的窗口。由于很多公司都难以维持有效的售后体系,这也成为了该公司的一个优势所在。

在营销方面,在一带一路国家,会选择合适的分销商、代理商进行合作。企业的营销和产品团队也会和代理商进行配合,熟悉和了解当地情况。同时,企业也积极拓展学术推广和交流活动,通过促成医疗领域的交流也树立自身的品牌形象。企业推动医疗专家的"走出去、引进来",邀请中外医疗专家互访,搭建学术交流平台。同时,企业也协助促成中国和国外医院的合作,发展"友谊"、"姐妹"医院,推动产业交流。

"一带一路"下的企业发展

国家的一带一路政策支持也对企业产生了重要影响。首先,随着一带一路的开展,在政府的发起组织下,该企业发挥其原有的国内外资源积累,举办、推动了更多高层次的医疗交流与合作。另一方面,通过国家在一带一路国家医疗援助或商业贷款,企业也有机会获得通过竞标等方式获得一些项目订单。随着政策的发展,如果未来中国对非洲的医疗健康有更多的援助支持,对于进入这些国家的医疗企业,也会有更多的机会和支持。

该受访人认为,非洲的医疗市场是可期的。非洲许多国家的公立医疗设备相对老旧,因此设备购买及更新换代的需求较大。而相比于欧美品牌,中国医疗产品较好的性价比也带来了一定的优势。如果能够做好售后和长线发展,对企业来说会是很好的机会。与此同时,在非洲投资发展也有一定的挑战,包括代理商,当地的购买力,以及社会安全等现实问题,需要妥善地评估。

从具体的建议上,该受访人认为,在非洲发展选对合作伙伴很重要,包括其团队、 财务水平、诚信度,以及对公司模式的接受程度。如果选择采用分销的方式,那么分销 渠道就是成功与否的关键点,好的合作伙伴能够有效进行市场推广,建立人际关系。同时, 要考虑当地政治经济水平,尤其是政治局势的变化。如果是医药企业,还必须要考虑当 地的税法和准入门槛。 最后,该受访人总结认为,在七个国家的医疗器械市场,最具市场投资价值和潜力的是中高端影像设备这一方向,因为七国均对其有较强需求。然而值得注意的是,非洲和东南亚国家中除了尼日利亚以外,人口总量都不算庞大,市场容量有限,并且已经被传统欧美大牌抢占了一大部分市场,因此想要扎根在这些海外市场,除了自身产品质量和技术过硬外,还应强化和完善配套技术支持和售后服务等环节,全面布局,树立起"金字招牌"。

三、医疗服务市场

(一) 七国医疗服务提供现状及问题

七个国家的医疗卫生服务市场面临的问题较为类似: (1)公立卫生机构资金缺乏,一些国家通过与私营资本合作的模式为公立体系"造血",如越南、菲律宾、尼泊尔、肯尼亚、安哥拉等; (2)分级诊疗机制不佳,基层机构诊疗能力弱,患者集中在大城市的三级医院,就医体验和服务质量不佳; (3)除了菲律宾外均缺少普及大多数国民的全民医疗保险,(包括菲律宾在内的)个人自付卫生支出过高,中高收入人群选择高端私立诊所或周边发达国家就医; (4)人力资源严重不足,并且非洲七国和菲律宾都存在比较显著的人才流失现象。

(二) 中国参与七国医疗服务提供的现状

这些问题的存在给外来资源带来了发展机遇,如与公立部门合营、针对中等收入人群的医疗服务机构、针对中高档收入人群的商业健康险等。而目前我们所了解到的大部分中资企业在海外医疗服务市场的活动,也基本涵盖了以上几类,其中最多的只要是医疗机构并购项目,也就是资本"出海",中国资本去收购海外比较好的项目,品牌也有没有主动强调"源自中国"这一属性。此类行为在经济发展程度较高的肯尼亚和人均富裕程度较高的安哥拉均有类似的项目。这些项目的本地合作方也基本是公立部门,属于典型的公私合营模式。例如肯尼亚的谢诺中非肿瘤研究所,就是和肯尼亚首都的内罗毕大学合作,定位于中等收入人群,用一流的硬件设施、技术实力和相对中档的价格,引流一部分高端私立医院的就医者,吸引一部分公立医院患者。在支付方式方面,同时接受国家医保和商业保险,灵活度较高。坐落于内罗毕的市中心,不仅可以吸引本国人群,还可以吸引东非区域其他国家的患者前来就医。(详情请见本报告中的肯尼亚国别报告章节)

(三) 中国参与七国医疗服务提供的优势与建议

从缓解卫生人力资源短缺的角度来说,虽然目前中国企业还没有参与到卫生人才输出,但是一些行业观察者认为中国医疗服务的特性非常适合在其他发展中国家推广。中国医疗服务的水平从全世界来看不算是最顶级的,但是有个重要特点,那就是从业人士经过长期大量人群临床训练,技术手法和临床经验丰富,在医疗服务机构,尤其是整个的医疗服务体系的构建,比较适应于处于类似或既往发展阶段的国家,针对大量人群,去提供相对适合其当前状况和经济条件的服务。 尤其是在发展中国家经济条件有限的情况下,其核心需求并不是提供针对所有疾病的解决方案和配套设施,而是集中资源让最紧迫的问题(如传染病)得到解决,让大部分人群的医疗条件得到改善。在这一点上中国医疗卫生体系有所许多过往经验,也较为擅长这种解决问题的方式。除此之外,通过几十年的发展,中国医疗服务体系改革也培养出了大量优秀的专家资源,对许多单病种都有了深入的研究,对于海外技术合作、培训和指导都能够发挥作用。专家牵头、民营资本配合,加上我国几十年培育出来的医疗人才,尤其是这些人在掌握了适应性强的医疗服务体系基础上,未来也许是我国在医疗卫生服务市场的又一个发展方向。

四、医疗科技

近些年随着技术的更新迭代,应用在医疗领域的科技成果也越来越多。对于发展中国家,尤其是人口基数较大的国家来说,医疗可以在卫生领域的应用有助于缓解医疗卫生体系的不足,在基础设施欠缺、人力资源不足、技术水平达不到的地区,提高医疗服务的可及性。例如通过以手机短信为基础的远程问诊,为缺少初级诊疗设施的偏远地区居民基础的用药指导,通过 AI 影像诊断缓解放射科人力资源不足的问题,以及通过电子化流程管理对疫苗的运输和发放进行监控。高端影像设备公司如东软医疗,已经为其在非洲的一些设备配备了 AI 诊断服务。迈瑞医疗也已经与国内创新医疗设备厂商联影医疗联手拓展非洲版图。然而在实际的访谈中发现,虽然一些医疗科技产品在非洲和东南亚具有广阔的市场,但是在具体的推行过程中,仍然受到客观条件的强烈限制,如政府支付能力不足、基础设施条件较差等问题。一些新兴互联网企业面对苛刻的客观条件,也设计了新颖的解决方案,例如由中国创业者组建的互联网医疗团队 Morsun Med,针对的是尼日利亚公立医院资源供给有限和私立医院服务质量良莠不齐的问题。然而核心区域房租较高,于是选择了成本较低的方案:在社区空地搭建活动板房,由本地专业医生和护士坐诊,通过 AI、互联网等可复制的辅助手段提升就诊效率。

第四部分

七国当地社会对于中资企业的看法和卫生行业专家的意见

一、调查的基本情况: 定性调查

为真实了解别国对我国政府卫生援助和中资社会企业的看法和意见,我们联系了各个国家长期关注双边关系和医疗卫生体系的研究学者和政府官员,通过他们提供的意见了解当地社会真实的想法。其中我们联系了 ACCESS Health International 菲律宾办公室的资深研究员 Emmanuel Yujuico 博士,越南卫生部卫生战略和政策部门主任 Ha Anh Duc 博士,以及尼泊尔加德满都医科大学社区项目系主任 Biraj Karmacharya 博士。

二、定性研究的主要结果

(一) 资金、基础设施和医疗人力是受援国最亟需的领域

从本国的角度出发,这些国家医疗卫生系统最急需的资源主要在资金、基础设施和 医疗人力方面。几个国家均对外来资源持开放态度,在资金方面希望得到低息贷款、延 长付款周期、针对成批采购医疗设备的折扣等;针对基础设施的支援包括,帮助急救车 辆快速运送患者的公路网络建设,和联合所有个体医疗机构的交互式电子医疗信息体系。 在人力资源方面,需要组织内部培养良性的人才培养和激励机制,而外界资源能提供的 是诸如国际间技术合作和培训等"赋能"项目。

(二) 合理的药品定价和药品质量评估是七国社会对外国企业的主要期待

民间社会对于外国企业的期待是遵守法纪,尊重本地文化,并承担起相应的企业社会责任。在医疗卫生领域,主要指的是合理的药品定价,在药品上市前进行合理的药效评估,以及在实现经济效益之余遵守环境和社会准则。典型的案例是赛诺菲巴斯德在菲律宾投放的登革热疫苗被证明对儿童有安全风险,最终导致了严重的公共卫生危机。由于在追逐经济收益的同时完全不考虑当地民众的健康状况,导致企业的名声一落千丈。

(三) 以中国深化医改经验为载体,提高产品质量有利于发挥中国企业的比较优势

在多个针对中国从业专家和海外专家的访谈得知,过去一二十年中国产品和服务在 一些国家的声望不高,例如安哥拉中铁四局驻地医院某负责人曾表示在安哥拉投资的一 些中资民企医院存在资质不全、设施不达标、医护人员行医资质证书不齐全,医疗文书 不能按当地语言书写等问题,对中资医院品牌影响力造成影响。菲律宾的 Yujuico 博士也表示曾经中国制造的药物在当地多意味着假冒伪劣甚至走私的冰毒原料。但是近些年随着中国经济的发展和科技的进步,中国企业在海外的医疗用品和服务供给方面存在很多机会。首先,中国高质量的仿制药企有机会代替欧美大公司的专利过期药,尤其是在药品可及性存在严重问题的国家,中国仿制药企主动参与竞争有助于促进这些国家整个医药市场的药品可及性。目前,许多印度和其他国家仿制药企的原料均来源于中国,中国的生物创新药也已经引起了海外市场的兴趣,并且可以满足发展中国家对于有效性和低价格的需求。其次,亚洲国家由于文化上的相似性,如越南和尼伯尔这种长期使用传统医药的国家,对于中国传统草药的接受程度非常之高。中药也在这些国家享有较高的声誉。因此我们所关注的国家有一部分对中国药品非常有信心。在医疗器械领域,一些新崛起的中国制造商已经有能力提供高端 CT 和核磁共振设备,可以和欧美一线大牌同场竞争,打破垄断局面,通过更优惠的价格降低出口国的设备采购成本。

总体来说,中国作为全球第二大药品市场和全世界人口最多的国家,有利于中国本地制药企业发展。中国的医疗卫生需求与我们关注的国家有许多相似之处,如菲律宾、越南等国家的老龄化趋势和较高的慢性病患病率,非洲人口基数较大和对于基药类仿制药的强烈要求。因此外国专家认为中国药企已经建立了针对这些需求的解决方案和实力,也欢迎中国参与到外国的医疗卫生体系建设。并且中国优质药械企业出海也有利于扭转"中国制造"假冒伪劣和粗制滥造的既往形象。

最后,在医疗服务方面,中国在整合式医疗方面的成功经验,如"罗湖模式",也可以作为中资医疗服务企业在海外提供技术咨询的案例。菲律宾国家卫生部目前正在研究如何在国家卫生体系中借鉴罗湖模式,在服务供给方面提高整合性。和中国一样,菲律宾、越南、尼日利亚、肯尼亚等国家人口基数较大,发展水平处于中等,很需要像"罗湖模式"这种已经在中国局部推广并取得成功进展的服务模式,而中国政府与这些国家建立良好的双边关系可以有助于成功模式在这些国家的推广和延伸。目前国际社会对于中国医疗卫生产业的印象是有力的制造商,而医疗服务模式成功经验的"出海",不仅可以进一步提升中国医疗卫生的形象,在其中中国企业也可以作为优秀服务体系的承办商,为别国卫生体系提供技术性的管理经验指导。

在合作模式方面,除了政府卫生部门之间的公对公合作,或中国企业与别国政府展 开的公私合营模式以外,Biraj 博士也建议,在如尼泊尔这类由高校教学医院承担主要医 疗服务职能的国家,中国企业应考虑直接和这类学术机构进行合作。类似的合作模式可 以参考前文中提到的中国谢诺中非投资有限公司与肯雅塔大学教学医院合作,由中方与 肯方共同出资,由中方提供管理团队,由肯雅塔大学医院提供医院建筑用地和医务人员 资源,在内罗毕建设的肿瘤专科医院(详见本报告第二章"肯尼亚"篇第五节)。

第五部分

总结与建议

一、投资海外医药产业面临的挑战

(一) 宏观政治经济条件与卫生体系与中国存在一定的不适应性

在我们关注的国家中,整个医疗卫生体系的市场环境目前不是十分利于中方企业在 当地开展投资或合作,而同时,中国企业"走出去"的意愿也并不强烈。从**宏观层面**来 看,首先,由于历史原因,除了越南外,其他国家体制受西方国家的影响较深,同时, 以往一些中国个体企业的短视行为也对中国医疗品牌形象的伤害,导致这些国家对于中 国出产的医疗卫生产品的质量不是很信任;第二,虽然受援国家当地医疗产品比较匮乏, 但由于多方面的原因,对于中国捐赠的产品不是很认可;第三是政治因素,在政局不稳 定的局面下需要承担未知的政治风险。一旦局势发生动荡或者两国外交关系发生变化, 对于企业的打击可以是毁灭性的。**最后**,也是最根源的原因,中国国内市场的体量和吸 引力非常大,企业没有内在动力主动布局海外市场,对于出海存在一定顾虑。

(二) 差异化的法律法规与药械准入政策增加了企业的制度成本

从微观的操作层面,企业实际遇到的困难重重,进入门槛偏高:首先,在药品和器械准入环节可能遇到较大阻力,商业进程无法按照预期的计划推进,甚至计划泡汤。其次,国际标准认证耗费的时间成本和资金成本大,对企业的决心和长远眼光提出了挑战。再者,政府不作为、标准模糊、责任推诿、敲诈等不良行为,以及在与当地合作方合作过程中可能出现诈骗等问题,人为提高了企业的进入门槛。最后,在实际运营过程中碰到的法律政策挑战,例如在当地雇佣劳动关系,发生纠纷时中国投资者总是处在弱势位置。每年上药苏丹厂的很大一部分预算都用于解决劳务关系纠纷。

(三) 中国企业基于自身发展和定位投资海外医药的动力不够强烈

从企业的定位和发展方向来说,国有企业本身是为了服务国家大型战略目标的,所以它们对于参与"一带一路"项目兴趣比较大,比如实力雄厚的国药集团,会控股一些海外的医院来进行卫生方面的合作和投资。私立部门分为两类,一类是本身在国内已经有一定的市场规模,当前发展目标是扩展海外业务的,对于"一带一路"沿线国家的投资还是很有意愿的,但准入还有派驻销售团队对于企业本身有一定技术和资本的要求,是企业会顾虑的主要因素。另一类企业主要是公共卫生器械相关的企业,在国内抢占不

到市场份额的情况下就目标占领其他发展中国家市场,但是这类企业往往本身规模比较小,种种壁垒对它的阻挡效力更大,就尤其需要一些政府政策方面的支持。

二、投资海外医药产业需要考虑的因素

对企业自身来说,海外发展中国家的医疗卫生市场确实存在较强的投资吸引力,但是在走出去的过程中,存在诸多需要关注的关键因素。对此,我们邀请受访的近十家企业高管,对部分因素做了简单的排序。在十个因素(详情请见附件 1)中,他们选择了对于自己企业来说最为关键,最需要所有出海企业关注的环节,总结来说,主要有以下几点:

(一) 政治因素和外汇问题

政局稳定是所有受访企业最为关注的因素,直接关系到企业在海外业务的存亡。政治稳定的国家其经济发展速率也是相对稳定的,货币汇率也相对稳定。然而政治局势属于不可预测因素,因为建议企业在前期规划时选择政局相对稳定,部落和种族矛盾较少的国家。此外,上药控股国际总部总经理买买提艾力认为,对方国家与中国政府之间的关系也较为重要,如果对方国家与中国保持长期友好关系,那么国民对于中国和中国商品的接受程度也会相对较高。

此外,与政治因素相结合的外汇问题也是所有企业关注的核心问题。非洲国家严峻的外汇管制问题对中资企业投资造成了较大损失,所有受访企业都提到在选择投资国之前一定要体现规划好可持续的筹资机制。

(二) 合作伙伴

除了政治因素以外,合作伙伴在所有受访企业最看重的因素中排在第二位。受访的成功企业均已与当地合作伙伴建立了紧密关系。在合作伙伴的选择上,某知名医疗设备企业高管建议,要全面考虑合作公司的 1) 财务状况,对方是否有充足的资金帮助中国企业在当地落地,2) 团队建设,需要包括销售人员、售后人员和技术应用人员,如果企业有进入高端医院市场的需求,需要相匹配的人员打通高端医院客户的资源;3) 思维模式是否匹配,合作伙伴是否能够接受中国企业的企业文化和商业逻辑,4) 最好是有从事过医疗卫生方面的经验。在实际的合作过程中,可能遇到的主要困难包括资金缺陷,可能需要中国企业帮助对方企业进行融资和财务协助。

(三) 本地化人力资源

214 王云屏,金楠,&樊晓丹. (2017). 中国对外援助医疗卫 生机构的历史,现状与发展趋势.中国卫生政策研究,10(8), 60-67. 有五家企业都提到了中资出海企业的人力资源本地化的问题。我们所了解到的在海外经营较为成功的企业,如迈瑞、东软和华大基因,都较为注重本地员工的培养。在当地厂房或分公司的人员配置方面,一般用几个中国籍管理层管理大批当地员工,这些当地员工中一些通过国内高校的外国留学生定向招收,一部分本地招聘的人员送回中国进行培训,保证企业员工深入了解和传达中国企业文化。

(四) 政策优惠

一些企业提到政府间制定的贸易保护协定和政策优惠对于驱动企业投资也是至关重要的。通过政府间合作达成的针对企业的贸易保护协定和优惠政策,例如在监管、税收和资源供给方面的优惠和特殊通道,对于企业有着较强的吸引力。但企业也要做好心理建设,一些政府在政策的后续落实过程中会和承诺有较大差异,要提前做好准备。

总结来说,有意参与东南亚和非洲区域医疗卫生建设的私营企业需要建立在海外的 长期发展策略,建立品牌的稳定形象,从而深入该国卫生治理。非洲客户对于品牌的忠 诚度较高,十分看中整个产业价值链条带来的收益。其次,在当地要有独立的合作伙伴 帮助企业进行前期的准入工作,在企业进入市场以后帮助维系客户关系;第三,在产品 的后续服务体系、人员和物流体系都需要一定程度的投入。

三、"投援结合"援助背景下的政策建议

在国家层面,政府有意地通过一些援外项目带动和推动企业走出去,也就是"投援结合"的工作思路。但在后续的跟进和改善方面,企业并没有发挥本身应起到的作用。 因此这也是政府未来援外要重点探讨的方面,要加大政府和私立部门尤其是企业的合作来提升援外的效果。具体来说,我们提出以下几点建议:

一是从以单一项目为单位的援助方案转向整合性的连贯的援助体系。如卫健委号召的"一揽子"援助方案,将"医疗技术援助、公共卫生合作、卫生人力培养以及医药产业发展等进行以为题和结果为导向的整体设计,制定国别援助规划"²¹⁴,以及"**投援结合**",通过政府援助项目带动私立企业参与欠发达国医疗卫生体系建设。

"投援结合"的模式目前已经在我国的一些援助项目,2015年华大基因与中国疾控中心合作在塞拉利昂建立了病毒研究临时实验室,共同抗击埃博拉病毒,就是典型的政府与企业共同合作参与全球卫生治理的案例。

二是整合现有援助资源,实现单一项目援助向综合性投援结合转变:针对医疗卫生体系中某一领域的问题,通过一揽子综合方案中的多个援助项目,将卫生技术援助、公共卫生合作、卫生人力培养和卫生产品援助几个方向与私营部门的职能有机结合;部委的联动与协调,各个项目的整合与协同。

三是基于需求和资源现状,做好投援的评估。在"需求牵引"的前提下,对援助效果、 关键门槛、潜在障碍进行预先评估,发挥私立部门在医院管理运营、产品售后服务等方 面的作用,避免捐助设备不被使用、援建医院无人运营情况的发生,既建立中国援助的 国际声誉,又打造了企业在外的良好形象;

四是充分发挥政府、企业、国际组织等的作用,实现对当地卫生领域治理的良好参与。政府在与企业的合作中,将新涌现的国内创新医疗产品采纳进入政府援外补助名录,在技术援助项目中利用中国创新产品和技术帮助解决受援国的实际医疗问题,同时也传授给受援国对于中国创新产品和技术的使用。从企业的角度来说,要积极的了解其他国家,尤其是发展中国家的需求,主动向国际标准和国际商业规则靠拢。对于第三方组织来说,积极倡导政府推进卫生援助体系的完善,帮助企业克服国家认证过程中的种种障碍,共同促进我国对外援助与投资相结合体系建设。

四、一带一路背景下政府对私营部门的政策扶持建议

除了在对外援助式对企业予以助力以外,国家从"一带一路"的战略高度上说,对于扶持私营部门出海也有一定考量,比如在签署战略合作备忘录的时候会有就企业优惠进行一些磋商,在合作平台和政策上给予企业一定的支持,也给企业营造良好的合作环境。从企业的诉求出发,希望政府在以下方面给予实际的支持:

- (一)推动中国创新技术的学术性输出,邀请新兴优秀企业代表参加外国考察团和 专家培训活动,对外国专家进行新技术的培训和指导,增加优秀企业曝光机会;或由政 府牵头,通过高层次交流合作,由企业搭建中外医疗卫生领域的合作平台,提升企业形象;
- (二)政府对海外具备发展前景的中资企业给予税收方面的优惠,在国内上下游环节给予资源和硬件设施方面的支持。此外,政府也应加大力度鼓励私营企业申请优惠贷款,或以股权投资的方式扶植优秀企业海外起步;
- (三)中国医疗产品认证体系政府间达成准入环节的互相认证体系,取得国产标准 认证的产品无需经过二次认证,减少认证申请过程中的损耗和沉没成本。此外,积极推

动本国关于药品认证体系的标准和水平,积极向国际标准靠拢,增强中国认证医药的公信力和品牌价值;

(四)长远上来看,在国际货币结算中积极引入人民币结算机制:许多国家受制于外汇管制的条例,企业的投资收益无法及时获取回报,对于私营企业的资金流来说是很大的挑战。人民币结算机制有助于企业及时收回成本,保证生产和后续投资的持续。

致谢

本项目历时一年多的时间,得到了各界师长和同仁的帮助和主持,在此感谢卫健委 国际交流中心相关领导和中非发展基金陈思老师对项目的多次深入探讨和在资源上的倾 囊相助,感谢中山大学公共卫生学院廖老师、李老师、林美娟、侯丰苏的帮助和支持。

来自医药和医疗器械、医疗服务机构、产业协会等产业合作伙伴和富有国际卫生治理经验的国际组织官员和研究学者也为本报告提供了建设性的行业洞见和政策建议等丰富内容,我们十分感谢他们给予的宝贵建议与指导。

感谢来自艾社康的赵泽宇、贾帅琦、孟准等多位同事在项目研究发现和审校过程中 的无私帮助,报告的成文离不开他们对全球健康产业创新和政策研究的热情以及专业表 现。

作者团队简介

郝元涛 中山大学公共卫生学院院长 中山大学公共卫生学院全球卫生研究中心主任

徐东 中山大学全球卫生研究中心创始常务副主任

郝春 中山大学公共卫生学院副教授 中山大学全球卫生研究中心副主任

刘畅 艾社康(上海)健康咨询有限公司 大中华区主任

李群 艾社康(上海)健康咨询有限公司研究与咨询部总监

谢宇 中国药学会科技开发中心政策研究部部长

于哲 艾社康(上海)健康咨询有限公司 研究与咨询部 高级项目经理

施怡聆 艾社康(上海)健康咨询有限公司 青年学人

附录一:企业投资因素调查表

·请您在以下因素中,选出您认为对于影响企业在当地投资的 3-5 个最关键因素:

序号	因素	请勾选您选择的因素
1	政局稳定	
2	与中国政府就相关领域签署贸易协定	
3	监管环境规范	
4	准入门槛较低	
5	可靠的本地合作伙伴	
6	完善的基础设施建设	
7	消费阶层稳定增长	
8	移动网络普及率高	
9	政府办事效率高,工作流程透明	
10	稳定的销售渠道	

・除了上述因素之外,	请列出您认为最关心的影响企业在当地投资的因素: