

21世纪的健康威胁

对“媒人”埃尔文·罗斯的采访

中国在学习跳探戈



FINANCE and DEVELOPMENT

2014年12月号

金融与发展



为全球卫生
而战

《金融与发展》2014年12月号 1

Jeremy Hayden

主编

Marina Primorac

责任编辑

Khaled Abdel-Kader Hyun-Sung Khang

Gita Bhatt Natalie Ramirez-Djumena

Jacqueline Deslauriers James L. Rowe, Jr

Glenn Gottselig Simmon Willson

高级编辑

Maureen Burke Bruce Edwards

助理编辑

Lijun Li

印刷/网络产品专员

Sara Haddad

社交媒体经理

Niccole Braynen-Kimani

高级编辑助理

Jeamine Yoo

编辑助理

Luisa Menjivar

创意主管

Steven Coleman Michelle Martin

美术设计

编辑顾问

Bernardin Akitoby Laura Kodres

Bas Bakker Paola Mauro

Helge Berger Gian Maria Miles-Ferretti

Tim Callen Paul Mills

Paul Cashin Inci Otker-Robe

Adrienne Cheasty Laura Papi

Stijn Claessens Uma Pamakrishnan

Luis Cubbedu Abdelhak Senhadji

Alfredo Cuevas Janet Stotsky

Domenico Fanizza Alison Stuart

James Gordon Natalia Tamirisa

Thomas Helbling

欲知广告事宜，请与IMF出版部联系。

地址：700 Nineteenth Street, NW

Washington, DC, 20431, USA.

电话：(202)623-7430

传真：(202)623-7201

电子邮件：publications@imf.org

©版权所有，IMF 2014年。翻印本刊文章

应向主编提出申请。地址：

Finance & Development

International Monetary Fund

Washington, DC, 20431, USA

电话：(202)623-8300

传真：(202)623-6149

网址：http://www.imf.org/fandd

本刊对非经济目的的翻印一般会迅速

免费予准。

本刊的文章及其他材料仅为作者本人观点，

并不反映IMF的政策。

中文版由中国财政经济出版社翻译出版。

地址：北京海淀区阜成路甲28号新知大厦

电话：88190916

传真：88190916

邮政编码：100142

网址：http://www.cfeph.cn

中文版刊号：ISSN 0256-2561

特辑

为全球卫生而战

6 全球卫生事业之现状

全球卫生事业已取得长足进步，但未来还有很长的路要走

大卫·E. 布鲁姆

12 迈向地方化

在新兴和发展中经济体，公共卫生支出正从中央政府向州和城市转移

维多利亚·范·阿曼达·格拉斯曼

16 21世纪的全球健康威胁

当今的世界更加健康，但人类依然面临着一些重大问题

奥尔加·乔纳斯、伊恩·派瑞、丹·奇泽姆、尼克·巴纳特维拉、拉玛南·拉斯梅纳理恩

21 进步的代价

新药价格威胁哥伦比亚的医疗改革

亚历杭德罗·加德里亚

22 医疗卫生账单

发达经济体的公共卫生支出增长近期减缓，但这种情况持续下去的可能性不大

本尼迪克特·克莱门茨、圣吉夫·古普塔、尚保平

26 全球卫生体系的监管

随着工作重点的转移，新的参与者涌入了这个曾经由世界卫生组织独占的舞台

戴维·斯里达尔、切尔西·克林顿

30 提高效率 势在必行

公共卫生支出必须提高效率，以避免过于庞大的政府财政支出

大卫·科迪、莫拉·弗兰切塞、尚宝平

33 预防高于一切

卢旺达预防埃博拉病毒在本国传播的努力显示了采取超越卫生部门的跨部门合作的必要性

艾格尼斯·比纳格瓦胡

34 公私医疗质量之比较

在许多国家中，初级卫生保健服务由谁提供不应成为争论的重点，质量才是重点

乔治·考拉萨、杰西努·达斯、杰弗里·汉默

37 财政与健康

以税收来引导健康生活方式的举措具有一定的局限性

帕特里克·佩蒂特、马里奥·曼苏尔、菲利普·温杰德



- 38 重视创新
对抗新型疾病的药物的研发存在阻碍
卡罗·A·娜希

本期还有

- 39 贸易放缓
自金融危机爆发以来，全球贸易放缓部分受到结构性因素而非周期性因素的影响
克里斯蒂娜·康斯坦丁内斯库、阿迪特亚·马图、米歇尔·卢塔
- 44 龙腾鬣断间
中国与拉丁美洲之间的经济
和金融关系对该地区
越来越重要
安东尼·埃尔森
- 47 大数据的积极作用
数据分析可以促进发展中国家的发展
克里斯托弗·W.苏达克、莎拉·阿加瓦尔
- 52 财富共享
享受资源暴利的国家应当谨慎对待全部资金的全民直接分配
桑杰夫·古普塔、阿利克斯·塞古拉-乌维尔戈、恩里克·弗洛尔



其他内容

- 2 经济学人物
问题解决者
莫琳·伯克对诺贝尔经济学奖得主埃尔文·E.罗斯的采访，他利用博弈理论改善人们的生活状况
- 42 图表释义
城市人口持续增长
到2050年，全世界2/3的人口将居住在城市地区
娜塔丽·拉米雷斯-杜莫纳
- 50 回归基础
税收原则
善用必要之恶
鲁德·德·穆伊、迈克尔·基恩
- 56 书评
《亚当·斯密如何改变我们的生活：意想不到的人性幸福指南》，拉斯·罗伯茨
《金钱的社会价值》，奈吉尔·多德



本刊在线阅读网址：www.imf.org/fandd

浏览《金融与发展》的Facebook：
www.facebook.com/FinanceandDevelopment。

第一财富

美国哲学家拉尔夫·瓦尔多·爱默生在1860年写下了著名的“健康是人生第一财富”这句话。

在本期重点文章中，哈佛大学经济学家、卫生专家大卫·E.布鲁姆引用了爱默生的这句名言，提醒我们良好的健康状况是构建人生、社区和经济体的基础。

人类已经取得了重大成就，疫苗的开发以及医疗技术的发展让我们活得更久、更健康。而诸如让更多的人获得洁净的水和医疗卫生设施等其他方面的进展帮助我们战胜了长期存在的疾病，为活得更健康铺平了道路。

然而，我们并非一直处于进步之中。在出版本期杂志时，全世界正忙着应对有记录以来最严重的埃博拉病毒的爆发，这让我们看到了自己的脆弱以及差距。尽管这类问题并没有经常出现在头条，但卫生方面的巨大差距——例如，日本的预期寿命（83岁）和塞拉利昂的预期寿命（45岁）相差38年——让平等问题再次引发关注，并指出我们需要在多方面做出努力。

本期《金融与发展》汇集了一批专业的作者，从不同角度来解读全球卫生。其中包括当前的卫生体系（为居民医疗卫生需求提供服务的人员、实践、规则以及机构的结合体）及其背后的经济学问题。

在这篇内容丰富的文章中，布鲁姆指出个人和家庭是否有能力上升到贫困线以上或保持在贫困线以上，良好的健康状况扮演着重要的角色。本期还有多篇文章对医疗卫生支出进行了剖析：维多利亚·范·阿曼达·格拉斯曼研究了公共卫生支出从中央政府向州、市转移的问题；本尼迪克特·克莱门茨、圣吉夫·古普塔和尚保平研究了当前在发达经济体中公共卫生支出的减缓是否会持续的问题。

我们还提供了来自第一线的报告：哥伦比亚和卢旺达的卫生部长对其工作中存在的主要挑战进行了探讨，制药公司的CEO则指出开发药物以应对新型疾病所面临的障碍。在本期，还特别收录了21世纪所面临的四大健康威胁。

除此之外，在本期《金融与发展》里，你还将看到莫琳·伯克对2012年诺贝尔经济学奖得主埃尔文·罗斯的采访，以及“图表释义”专栏中对当今这个日益城市化的世界的探究。

杰弗里·海登 (Jeffrey Hayden)
主编

插图：第42、43页，ThinkStock Images；第44页，Michael Gibbs；第45页，ThinkStock Images 和 Michelle Martin/IMF。

摄影：封面，Narinder Nanu/AFP/Getty Images；第2页，Noah Berger；第6页，Jodie Coston/Getty Images；第12页，William Campbell/Corbis；第16页，Ministerio de Defensa de España/Corbis；第17页，Michael Prince/Corbis；第18页，Edward Rozzo/Corbis；第19页，Science Stills/Visuals Unlimited/Getty；第21页，Herminso Ruiz；第23页，Amélie Benoist/BSIP/Corbis；第26页，Stéphane Saporito, WHO；第28页，WHO；第30页，Karen Kasmauski/Corbis；第33页，Stephanie Novak；第34页，Jaipal Singh/epa/Corbis；第37页，ThinkStock Images/Getty Images；第38页，Violetta Markelou；第39页，Tim Martin/Getty Images；第42页，Frederic Soltan/Corbis；第43页，Stephen Jaffe/IMF；第47页，G.M.B. Akash/Panos；第52页，Greg A. Syverson/Getty Images；第56、57页，Michael Spilotro/IMF。

问题 解决者

莫琳·伯克

对诺贝尔经济学奖得主埃尔文·E. 罗斯的采访，他利用博弈理论改善人们的生活状况

至今，埃尔文·罗斯（Alvin Roth）对在1995年接到“全美住院医师匹配项目”的鲍勃·贝伦（Bob Beran）的电话时自己的本能反应仍然记忆犹新。当时，这家机构正在四处寻找适宜的人选来指导其重新设计。这是一家每年负责为美国医学院校毕业的成千上万名新医生提供匹配工作的中介机构。

“为什么是我？”罗斯记得当时自己非常忐忑不安地思考过这个问题。不过，他当然知道贝伦找到他的原因所在。此前，罗斯曾撰写过一部有关就业匹配的著作，并研究了許多市场失灵现象，这些市场失灵状况导致劳动力市场（包括医疗劳动力市场）的供需无法准确发挥作用。罗斯对中介机构和最佳匹配（如配偶之间以及医生和医院之间的匹配）的研究，为其在该领域赢得了杰出声望。

不过，作为一个理论家，罗斯不必担心落实确保稳定匹配（即“最佳配对”）这一机制的具体细节，只需确定这一过程中存在的问题就足够了。不过，如果他同意对该匹配机构进行重新设计，就必须找到完整的解决方案。

该项目标志着罗斯首次进入真正的市场设计实践领域，他也因此于2012年与劳埃德·夏普利（Lloyd Shapley）共同荣获诺贝尔经济学奖。

医师，改善医疗劳动力市场的关键

此前，罗斯曾研究过医疗劳动力市场对新医生的需求状况。他了解到，在20世纪40年代，由于医科学生匮乏，各大医院为争夺这些毕业生，往往不得不提前，有时甚至

在其毕业前一年多就为这些学生提供住院医师实习机会。

几年之后，这一明显失效的医疗劳动力市场系统才得到校正，当时各医科大学同意在某个特定的日期后公布有关其学生的信息——不过此后，新的问题又出现了。那些位于其首选医院候选申请人名单上的医科学生在接受第二选择医院的录取通知时总是犹豫不决，并且尽可能长地拖延时间。因此，在双向选择期结束前，候选申请人名单一直保持不变，最后的选择决定也往往是匆忙草率做出的。同时，如果某个候选人最终拒绝了医院的录取通知，医院要向其他理想的候选人再发出录取通知也为时已晚。

在此背景下，新医生和医院之间实行的双向匹配过程也变得混乱不堪，让这些医科大学毕业生及其潜在的雇主医院颇为不满。为了更好地协调医科大学毕业生和医院之间的双向选择过程，20世纪50年代初推出了“匹配”机构，负责利用毕业生和医院的排序选择表对双方进行配对。

不过，其他新的问题又出现了。医科大学的女学生数量急剧增长，而且许多在医科大学认识并结为夫妻的学生要求该机构为他们提供在同一城市实习的机会。由于机构无法满足这些要求，于是许多学生直接绕开它，这标志着该系统的崩溃。

罗斯同意对该项目进行完善和使其现代化，并与艾略特·佩朗森（Elliott Peranson）共同开发了一个沿用至今数学程序（或算法），负责匹配新医生和医院。目前，30多家劳动力市场中介机构已采纳了该算法。

匹配市场

在经济学家通常研究的市场中，价格本身会进行调整，以实现供求平衡。不过罗斯是一名博弈理论家，他主要研究的是“匹配市场”问题，在这种市场中，仅仅是价格的变动并不能实现市场的供求平衡。市场参与方并不能简单地选择自己想要的东西，即便能够承担其费用也是如此；同时，他们也必须被他人所选择。比如，大学录取市场和婚介市场就是如此。

作为全新的经济学分支——市场设计的开拓者，罗斯采用博弈理论的数学工具来修复市场机制失效的系统。市场设计者在不存在价格的市场中的任务十分明确，这是因为，如果价格不能发挥指示性作用，那么市场就需要另外一种机制来保持其供求平衡。罗斯等经济学家就负责帮助设计这些机制。

在2007年《哈佛商业评论》上发表的一篇文章中，罗斯解释道，市场设计者极力想理解“使各类市场有效发挥作用或无效的市场规则和流程。他们的目标是足够深入了解特定市场的运行情况和要求，以便在这些机制遭到破坏时对其进行修复，或者在这些机制缺失时从头开始构建市场。”

罗斯的研究工作绝大部分是基于夏普利提出的理论。瑞典皇家科学院授予两位经济学家诺贝尔经济学奖的理由是表彰他们在“稳定配置理论及市场设计实践”方面做出的杰出贡献。其中，夏普利获奖的主要原因是在理论方面做出的贡献，而罗斯则是将理论应用于实践方面的贡献。

该项工作的基础来自于“延迟接受算法”，该算法是由夏普利和大卫·盖尔(David Gale)1962年发表在《美国数学月刊》(The American Mathematical Monthly)上的论文《大学录取与婚姻稳定性》(College Admissions and the Stability of Marriage)中提出的。

该算法基于每个人的个人偏好，分析了10名女性和10名男性如何进行配对的问题。既可能是女性主动向男性求婚，也可能是男性主动向女性求婚。在更为传统的情景中，通常是由男性向自己最钟情的女性求婚。接着，每位女性审视不同求婚者(如果有的话)的状况，并最终接受她认为最佳的求婚者(尚未接受的)，并拒绝其他的求婚者。

然后，在第一轮求婚中遭到拒绝的男性再向他们选择的第二位女性求婚，而女性再次接受最有吸引力的求婚，并拒绝其他求婚者。这一过程将延续下去，直至没有男性再想求婚为止。每位女性只接受她保留的求婚，不必再重复进行。盖尔和夏普利从数学原理上证实了这一算法往往可实现稳定的匹配——也就是说，在这种配对中，没有配偶愿意离婚去组建可能使之生活得更好的新的配对。

罗斯利用该算法的各种变量来将学生与学校、法官助理与法官等进行匹配。“市场可以帮助人们生活得更好，”罗斯简单地解释道：“我们应该尽可能地帮助人们改善生活。”

问题少年

埃尔文·罗斯1951年生于美国纽约市皇后区。他的父母是第一代美国人，在当地的公立中学教授打字和速记。罗斯一直是“一个难管教的问题孩子，”他自己也这样说。由于对学校生活感到不适应，他16岁就辍学了。

当时，他已被哥伦比亚大学“科学荣誉课程计划”录取。该课程计划每周六上午对来自纽约市地区天资出众的青少年开设数学和科学课程。在该荣誉课程计划相关人员的帮助下，罗斯在没有获得中学毕业文凭的情况下被哥伦比亚大学工程学计划录取，并在三年后毕业，获得运筹学学士学位。

“谁说我不在乎上课和学习？我只是不太喜欢中学生活罢了，”罗斯说，“我们不是很好的一对。”

1971年，罗斯转入斯坦福大学，攻读运筹学博士学位。人们有时候将运筹学描述为管理复杂系统的一种科学方法。在斯坦福大学，罗斯被博弈理论所吸引。来自耶路撒冷希伯来大学的客座教授迈克尔·马希勒(Michael Maschler)所教授的一课，激发了罗斯对博弈理论的兴趣。此外，罗斯还结识了鲍勃·威尔逊(Bob Wilson)，后者是一位当时在斯坦福商学院任教的博弈理论学家，后来成为罗斯重要的导师。

罗斯的博士论文解决了30年前由数学家约翰·冯·诺伊曼(John von Neumann)和经济学家奥斯卡·摩根斯特恩(Oskar Morgenstern)在其博弈理论的开山之作《博弈论与经济行为》中提出的一个问题。不过，罗斯对这一成就只是轻描淡写，认为整个研究主题最终走入了一个死胡同。但是，走入死胡同并非一定是坏事，他补充道：“该领域通过探索一些陷入死胡同的东西而取得了许多进展。”

在离开加州前往伊利诺伊大学香槟分校任教前，罗斯前去拜访了当时在圣莫妮卡市的智库兰德公司任职的著名博弈理论家夏普利。尽管年轻的罗斯并不认识夏普利，但由于当时该领域的发展规模还很小，想方设法结识该领域内的“大腕级”人物还是可行的。“如果你证明了博弈理论的一个新定理，你就应该找到夏普利并告知于他，这在当时似乎是自然而然的一个想法。”

与此同时，该学科的研究范围开始发生转变。“在我1974年获得博士学位后不久，博弈论似乎开始发展成为运筹学的一部分，但并未发展成为经济学的一部分，”罗斯说。

罗斯22岁受聘为伊利诺伊大学经济学系和工商管理系助理教授。在此期间，他开始与J.基思·默宁翰(J. Keith Murnighan)等心理学家开展博弈论方面的试验。

现任美国西北大学凯洛格商学院教授的默宁翰认为罗斯是一位非常杰出的人才。他说，由于数学家往往在年轻时就达到自己事业的巅峰，“他(罗斯)就担心自己在25岁后不会再有什么伟大的想法了。”

此后罗斯发现，这两个专业对如何在实验室中测试

博弈理论的预测状况存在分歧。不过，他对实验经济学的兴趣持续不减，仍将实验室的工作视为测试有关行为假设条件的一个重要手段。

市场可以帮助人们生活得更好，我们应该尽可能地帮助人们改善生活。

“如果你是博弈论学家，规则就是数据。关于市场，我想了解的一件事情是，市场规则是什么？其最新的规则又是哪些？”罗斯解释道：“当你研究制定规则的人们时，你会怀疑他们正在观察他们极力想调节的某种行为。”这反过来为研究人员打开了一个了解市场的窗口，并为之提供了关于市场最佳设计的线索，罗斯说。

肾源交换问题

1982年，罗斯转入匹兹堡大学经济学系任教，而他在伊利诺伊大学结识并成为其妻子的认知心理学家艾米丽则任职于匹兹堡的西屋电气公司研发中心。

此后，他们在匹兹堡度过了16年。在此期间，美国医学界发生了几个重大事件。当今世界最为著名的器官移植医院之一——美国匹兹堡大学器官移植中心于1985年开业，其负责人是被称作“器官移植之父”的托马斯·斯塔泽(Thomas Starzl，该中心现以其名字命名)。几年之后，波士顿外科医生约瑟夫·默里(Joseph Murray)因其成功实施了首例肾移植手术而荣获诺贝尔医学奖。

因此，当时罗斯对将需要肾移植手术的患者与可移植肾源进行匹配的问题产生了兴趣，这也就不足为奇了。

到21世纪初，美国各大医院已开始开展少量的活肾源交换活动。这种交换活动通常涉及两对器官捐献者——器官接受者。在这种交换活动中，两对早期不相容的器官捐献者——器官接受者中任何一对中的器官接受者可与另一对中的器官捐献者匹配，从而使每个器官接受者均可从另一对器官捐献者——器官接受者中的器官捐献者那里获得肾源。

不过，肾源仍然大量缺乏。2002年，美国有55000多名患者需要已故器官捐献者捐献的肾源。大约3400名患者在等待肾移植的过程中死去，另外900名患者因为病入膏肓而无法实施肾移植手术。

2004年，在哈佛大学任教的罗斯与乌特库·昂弗(Utku Ünver)和泰方·索恩梅兹(Tayfun SÖnmez)共同发表了一篇论文。他们认为，如果有“一家设计合理的中介机构”可以从早期不相容的器官接受者——器官捐献者配对数据库中提取相关数据，器官移植的数量就可能显著增加。他们发表在《经济学季刊》中的建议主要涉及对器官移植数量没有限制的肾源交换项目。

随后，他们将论文寄给了多名外科医生，但仅有一位

外科医生——时任新英格兰器官银行医学部主任的弗兰克·德尔莫尼科(Frank Delmonico)做出了回复。他们与德尔莫尼科的合作最终诞生了“新英格兰肾源交换计划”，该地区14家肾移植中心参与了该计划。

尽管在组织肾源交换活动中取得了成功，罗斯注意到，由“新英格兰肾源交换计划”安排的外科手术数量的增长速度远远低于预期的水平。“我和我的一名同事——麻省理工学院的伊塔·阿什拉吉(Itai Ashlagi)合作研究这其中的原因，”罗斯说。在总的患者人群中，易于匹配的患者多于难以匹配的患者。不过，当真正开始研究参与肾源交换项目的患者时，他们发现易于匹配的配对比预期的数量要少，并且难以匹配的配对数量远远超过预期。

“这其中的问题在某种程度上属于博弈论，”罗斯说，“当我们开始开展肾源交换项目时，主要是与患者和外科医生打交道。不过，当肾源交换项目成为美国器官移植计划的一个常规组成部分时(尽管规模仍然较小)，参与者就发生了变化，器官移植中心的负责人成为了重要的参与者。”

不过，与单独的外科医生相比，器官移植中心的负责人所采取的策略不同。罗斯对此解释道，这是因为他们面临的患者和器官捐献者的数量明显更多。“他们(中心负责人)开始做的事情是扣留那些易于匹配的配对，在医院内部进行匹配，仅仅把那些难以匹配的配对给我们。”尽管这个问题可以得到解决，但在政治层面上非常复杂，罗斯说。

“不过，这仅仅是市场设计中的一个问题，”罗斯注意到，“不仅是市场运行的方式与我们当初撰写的那篇论文所设想的状况并不完全一致，同时设计市场也事实上改变了市场。”

罗斯说，肾移植越来越多地通过我们称之为“非同时链”的方式进行组织。在“非同时链”中，随着时间的推移，可能有很长的一个器官移植链，该移植链由一名愿意捐献肾源的利他主义捐献者发起，但这位器官捐献者并不针对特定的某位器官接受者。

当这名肾源捐献者将肾捐献给一名患者时(该患者此前的自愿捐献者身体健康但免疫学组织不相容)，“非同时链”就得以启动。然后，第一位器官移植接受者的自愿捐献者再将肾捐献给另外一个不相容配对中的患者，如此反复，直至该链闭合，有时由最后一名器官捐献者将肾捐献给申请名单中的患者。该“非同时链”最多参与的人员数量达到60人，使器官捐献计划可以涉及比此前交换项目数量明显更多的人群。

是否存在买卖器官的可能性？

当然，有人认为，如果这些器官可以合法地买卖，肾源匮乏的状况就可能得到明显缓解。通常，人体有一个肾就可以发挥其正常功能。如果操作得当，肾源捐献可以

成为拯救生命的一个低风险方式。因此，为什么人们普遍不愿意考虑建立肾源交易市场，也就成为罗斯迫切希望深入了解的一个问题。

除伊朗以外，世界其他国家和地区买卖肾源均被视为非法。在伊朗，似乎不存在肾源匮乏的现象。“对我来说，这是一个我们经常忽视的大数据点，”罗斯说。

“一种可能发生的情况是，通过仔细地阐述一个得到良好管制的市场可以让成年人从自愿开展器官交换中受益，我们可以朝着这一方向前进，”罗斯补充道，“但是，当你看到几乎到处都是非法器官交易的时候，就必须思考这种交易市场可能存在某些障碍因素，即便你还未能完全认识这一市场。”

这些对器官出售存在的截然不同的看法以及其他“有

令人厌恶的交易——我们为何应该关注这一问题？

对于市场存在的部分交易，有些人赞同，而另外一些人则反对并希望禁止。在2007年发表的论文《有人反对——市场发展的限制因素之一》中，罗斯对此类交易进行了阐释，并认为这些交易值得进一步研究。

罗斯指出，即便某些事物存在自愿的供应方和需求方，如果有其他人非常反对，这项交易就可能被限制或阻止。比如，卖淫和买卖象牙就是这种“令人厌恶的交易”。在不同的文化中，构成一项“令人厌恶的交易”的因素存在显著差异。比如，代孕（付费让另外的妇女帮助生子）在美国加州是合法的，但在美国其他许多州则是非法的。

不过，人们反对的事物随着时间的推移也可能发生转变。比如，契约佣工制（indentured servitude）曾一度是欧洲年轻人从大西洋彼岸来到美国的一种常见方式。如今，这种方式已被视为不可接受的非法行为。

而针对同性婚姻，则出现了完全相反的情形。直至最近，美国各州仍明令禁止的同性婚姻已在30多个州被视为合法，并开始得到认可。“很难确切指出导致部分人反对同性结婚的外部负效应，”罗斯说，“但的确有人对此表示反对。”

部分作为物物交换、被视为可以接受的交易，一旦涉及金钱方面的问题就会遭到反对。器官捐献中的货币补偿就是一个例证。持反对意见者通常有三种观点，认为提供货币补偿会使人体各个部位被物化；穷人可能会被迫出售其器官；此类交易可能导致一些更为无知的做法，如将人体器官用作贷款的抵押品。

为什么经济学家必须研究那些有人反对的交易？罗斯指出，在中世纪的欧洲，教会禁止对贷款收取利息，目前部分文化中仍存在这种现象，但如今要大规模地禁止对贷款收取利息，似乎已难想象。“如果没有资本市场，我们就几乎不可能发展资本主义经济，”罗斯说。

因此，罗斯说，经济学家的作用就是弄清楚哪些是人们对某些交易感到反感的真正因素，然后以有利于整个社会且不会带来明显损害的方式对这些市场进行设计和管制。

人反对的交易”（即一部分人赞同，其他一部分人则希望禁止的交易），使得罗斯更为深入地研究这一现象（见专栏）。

罗斯在美国坎布里奇度过了14年，与他在匹兹堡度过的时间几乎相等。其间，他一半时间在哈佛大学经济学系，另一半时间则在哈佛商学院工作。

“在哈佛，我有两个办公室，每天几乎都要跨越查尔斯河两次。我会从哈佛商学院步行至经济学系，然后再返回，骑自行车或者开车回家，”罗斯在nobelprize.org网站上的自传性描述中写道：“步行的距离很短，但有时感觉这样可以显著改变自己的视角。作为一名市场设计者，我很高兴能在有时看上去如同跨度很大的河流两岸，即理论与实践以及简单抽象与复杂细节之间开展工作。”

在此期间，除了开展肾源交换项目的工作外，罗斯还利用改进后的“延迟接受算法”，帮助纽约市和波士顿的多家公立学校重新设计了其择校制度。此外，他还帮助改进了针对胃肠病学医生和经济学博士生等的美国入门级劳动力市场。罗斯对每个案例均进行了详细具体的分析，揭示了可以解决市场问题的各种方式。

而他采用的是一种非常易于理解的方式来完成这项工作的。

麻省理工学院的帕拉格·帕沙克（Parag Pathak）曾在哈佛大学跟着罗斯学习市场设计，此后与罗斯合作对纽约市的择校制度进行了重新设计。他指出：“在将经济理论介绍给门外汉并对之进行阐释方面，埃尔（罗斯的昵称）具有非凡的才能。他能够将我们的理论转换成非常易于理解的内容。然后，纽约市教育局可以利用这些内容向其选民解释其改变择校制度的原因。”

“事实上，我们很容易迷失在科学世界之中——陷入自己的世界，而与现实脱节，”同样与罗斯合作开展过择校制度研究的、杜克大学经济学教授阿提拉·阿布杜尔卡迪罗格鲁（Atila Abdulkadiroglu）指出：“埃尔经常问的一个问题是，这项研究将使科学界以外的哪些人从中受益？”

2012年夏季，罗斯在阔别近40年后返回斯坦福大学任教——但此次是作为克雷格·麦考和苏珊·麦考经济学教授到经济学系执教。（他至今仍是哈佛大学荣誉退休教授。）

几个月后，罗斯荣获诺贝尔经济学奖——他称之为“一个巨大的荣誉”，但同时大量的电子邮件、演讲和其他活动邀请也纷至沓来。“经过一年的东奔西走之后，我开始担心有人会指责我永远只是在谈论很久以前开展的工作，而不是谈论当前正在做的工作，”罗斯半开玩笑地说道。

不过，荣获诺贝尔经济学奖确实帮助罗斯解决了一项未尽事宜。在得知罗斯获得诺贝尔经济学奖后，马丁·范·布伦中学（此前他从该校辍学）在2014年向他颁发了高中毕业证书（尽管只是一张荣誉证书）。■

莫琳·伯克（Maureen Burke）是《金融与发展》的助理编辑。



全球卫生事业之现状

全球卫生事业已取得长足进步，但未来还有很长的路要走

大卫·E. 布鲁姆

2014年下半年，全世界的医疗卫生新闻充斥着埃博拉病毒爆发的消息。埃博拉病毒疾病具有致命性，目前缺乏疫苗和治疗措施，令人感到恐惧，预期在那些力量薄弱和响应迟缓的地方、国家乃至全球卫生体系中可快速、广泛地传播——潜在的人为过失会加速这种传播。

埃博拉病毒还有可能给受影响国家带来沉重的经济负担，在本已经很脆弱的地方引起恐慌，加剧政治和社会的不稳定性。埃博拉病毒会让人联想起其他的致命性传染病，如鼠疫、天花、脊髓灰质炎、流感和艾滋病。

公共卫生事业在过去曾遭遇重创，当今时代也面临着多种威胁，但一定要记住，在传染病的预防和管理上人类已经取得了巨大成绩。这些成绩在很大程度上

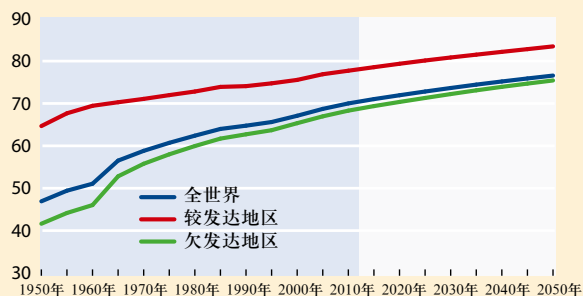
上得益于让更多的人使用洁净水和卫生设施，安全、有效的疫苗的研制及广泛应用、医学诊断和治疗的变革，以及营养、教育和收入水平的改善。卫生体系（即，人员、正式规则和制度、非正规实践及为居民医疗卫生需求提供服务的其他资源的结合体）也做出了重要的贡献。那些强调疾病预防、以覆盖全民为目标、能够实行检查公共卫生所面临的实际和潜在威胁的监督职能的系统发挥了极其有效的作用——推动更有益的健康行为、提升健康标准以及培训、保留、激励医疗工作人员，并授予其相应的权力。

健康无疑是福祉的一个基本方面，无论对个人还是对社会，通过多种途径保护和增进健康能够提高人类的福祉。虽然未来存在风险，但技术和制度创新很可能让世界变得更加健康、富裕、公平和安全。医疗卫生支出不仅是沉重的消费支出，还是对生产力提高、收入增长和减贫的投资。

图1
活得更久

全世界范围内的预期寿命逐年增长，并预计在未来几十年中将继续增长。

（预期寿命，年）



资料来源：联合国，《世界人口展望》（2013年）。

注：联合国人口司将欧洲、北美洲、澳大利亚/新西兰和日本归类为“较发达地区”；将非洲、亚洲（不包括日本）、拉丁美洲和加勒比、美拉尼西亚、密克罗尼西亚和玻利尼西亚归类为“欠发达地区”。2012年以后的数据为预测值。

寿命的延长

最明确的健康水平提高的指标之一就是人口寿命的大幅增长。在过去60年里，全球预期寿命增长了至少23岁，据联合国人口司预计，到2050年全球预期寿命将会再提高7岁（见图1）。此图依据特定年份出生的婴儿在出生当年的特定年龄死亡率来对其寿命进行估计。1950—2010年间预期寿命的稳定增长显示了婴儿及儿童死亡率的显著下降（全球婴儿死亡率从1950年的135/千例活产婴儿下降至2010年的37/千例活产婴儿）和成人寿命的增长。在人类历史的大部分时间里，预期寿命都在25—30岁之间徘徊，因此近期和预期的寿命增长堪称人类取得的最大成就之一。



疾病负担的差异

对于发展中经济体来说，传染病是更为危险的致命因素，而在发达经济体中，非传染性疾病更加普遍。

(百分比)

	残疾调整生命年的比例			死亡比例		
	全球	发展中地区	发达地区	全球	发展中地区	发达地区
非传染性疾病						
心血管和循环系统疾病	11.9	10.2	21.3	29.6	25.1	43.4
肿瘤	7.6	6.2	15.3	15.1	12.3	23.7
精神和行为障碍	7.4	6.7	11.1	0.4	0.3	1
肌肉骨骼疾病	6.7	5.7	12.3	0.3	0.3	0.4
糖尿病、泌尿生殖系统以及血液和内分泌疾病	4.9	4.7	5.8	5.2	5.2	5.1
慢性呼吸系统疾病	4.8	4.8	4.5	7.2	7.9	5
神经障碍	3	2.7	4.4	2.4	1.9	4.1
肝硬化	1.3	1.2	1.7	1.9	2	2
消化系统疾病	1.3	1.3	1.5	2.1	2.1	2.2
其他非传染性疾病	5.1	5.1	5.2	1.2	1.4	0.6
传染性疾病						
腹泻、下呼吸道感染以及其他常见的传染病	11.4	13	2.5	10	12	4
艾滋病和结核病	5.3	6	1.7	5	6.3	1.1
被忽视的热带病和疟疾	4.4	5.2	0.1	2.5	3.3	0.03
其他	24.9	27.2	12.6	17.1	19.9	7.37

资料来源：健康指标和评估研究所，全球疾病负担（2010年）。

注：残疾调整生命年用于测量因疾病、残疾或死亡而损失的健康生命年。“其他”类包括因受伤、营养失调、新生儿合并症和分娩并发症导致的死亡。

然而，预期寿命提高带来的经济和财政影响以及对于人类福祉的意义仍不能确定。研究人员给出了一个喜忧参半的前景，即在推迟死亡的同时，是否也能推迟头脑和身体开始衰弱并失去机能独立性的年龄。

虽然活得更久并不总是意味着活得更好，但面对长期存在的和新型的健康威胁，预期寿命的增长是测量潜在进展的一项鼓舞人心的指标。具体的健康威胁包括传染性疾病，如埃博拉、疟疾、肺结核、艾滋病、肝炎、腹泻和登革热（包括这些和其他病原体的抗药性），以及慢性疾病，如心血管疾病、癌症、呼吸系统疾病、糖尿病、神经精神疾病、感觉器官疾病和肌肉骨骼疾病。

2013年，共有630万名儿童不到五岁就已经死亡。1990年，每千例活产婴儿中有90人死亡，2013年这一数字下降到46人。虽然这是一项重大的进展，但即使是较低的儿童早期死亡水平仍突出医疗卫生体系的重大失败。依靠现有知识和相对廉价的干预措施（如接种疫苗、口服补液、改善营养、避孕、使用杀虫剂处理过的蚊帐、产前保健的改进以及依赖技术熟练的接生员），大部分的儿童早期死亡是可以预防的。意外怀孕也是造成婴儿和产妇死亡的一个重要因素。预计2012年全球2.13亿怀孕妇女中非计划妊娠人数占40%。这些非计划妊娠中，38%的妇女最终能够安全生产，据估计大约有30万名孕产妇因妊娠和分娩过程中出现并发症而死亡，这一比例令人惊讶。

非传染性疾病

根除天花和几乎根除脊髓灰质炎的医疗活动被普遍视为有史以来最成功的公共卫生干预。预计每年全球近5300万—5600万死亡人口中，因非传染性死亡的人口占2/3，但是为根除非传染性疾病所做出的努力能提供的经验仍不完全明确。

死亡及预防死亡不只是应对非传染性疾病的唯一问题。

这是因为，死亡及预防死亡不只是应对非传染性疾病的唯一问题。健康的生活方式也非常重要。残疾调整生命年（disability-adjusted life year, DALY）用于测量因疾病和过早死亡而损失的健康生命年。此表按原因呈现了全球死亡和DALY的分布，并将其划分为发达和发展中国家。在发展中国家，传染病造成死亡的比例更大，而非传染性疾病在发达国家中相对更加突出。这种反差反映了一种被称为流行病学转变的现象。然而，这种转变是进步的标志，因为传染病往往在病人年轻时出现，事实上许多非传染性死亡造成的死亡比预想的要早，发生在70岁之前。一些发展中国家（如孟加拉国和加纳）仍处在流行病学转变的过程中，并且面临着传染病和非传染病的双重负担。在众多非传染病疾病中，心血管和循环系统疾病是造成死亡的主要原因，其次是癌症。DALY标准指出，精神疾病也是在全球范围内造成疾病负担的一个重要原因，其对劳动生产率 and 生活质量产生相应的负面影响。

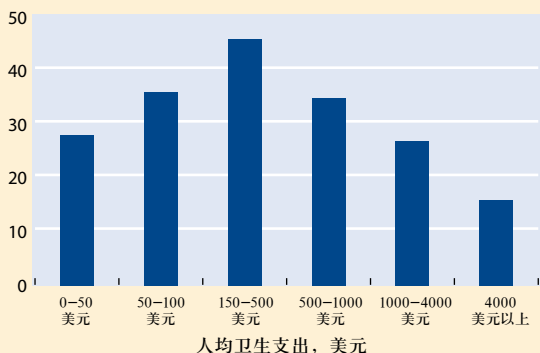
预计非传染性疾病在全部疾病负担中所占的比例

图2

卫生支出额

全球卫生支出差异很大。

(处于不同支出等级的国家数量)



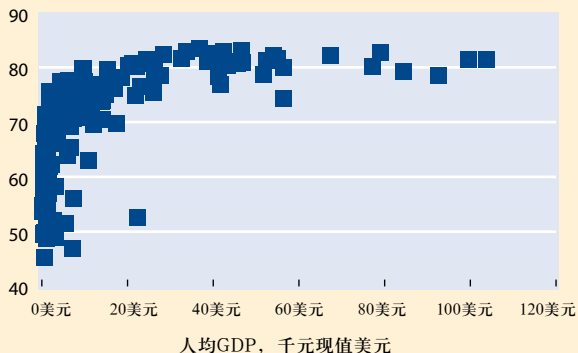
资料来源：世界银行，《世界发展指标》（2014年）。
注：数据为2012年的数据。

图3

有钱人更健康

高收入国家人口的寿命往往高于低收入国家人口的寿命。

(预期寿命, 年)



资料来源：世界银行，《世界发展指标》（2014年）。
注：数据为2012年的数据。

将不断上升——原因是人口老龄化、烟草使用的不良影响、缺乏锻炼、不良的饮食习惯、过度饮酒。

全世界共有 9.67 亿成年烟民（占成年人口总数的 18%），每年有将近 600 万人的死亡与烟草有关。东欧、东亚和东南亚的烟草使用率最高。烟草也可以以无烟的形式消耗，主要集中在南亚和东南亚。自 1980 年以来，虽然全球吸烟率（以及每个烟民消耗的香烟数量）下降了约 10 个百分点，但烟民的数量却随着人口的增长而增长。与烟草使用相关的疾病和死亡的首要原因是慢性阻塞性肺病，每年造成约 300 万人死亡和 7700 万 DALY。肺癌导致 150 万人死亡，3200 万 DALY。从总体上看，女性的吸烟率大大低于男性，但近几十年来性别差距已经缩小。

久坐不动行为

最近几十年里，在农业和工业部门就业的人数减少，服务部门的就业率则取得了显著而广泛的增长，同时导致很多人长时间坐着不动。随着全球城市地区居住人口比例的增长，这一转变日益突出，因为城市地区进行体力活动的机会通常较少。20 世纪 50 年代，世界人口中有 30% 生活在城市地区，如今已增长到 54%（见本期《金融与发展》，“持续增长”）。据世界卫生组织估计，2008 年全球 31% 的成年人缺乏锻炼。

因为人们摄入的水果和蔬菜较少，精制淀粉、糖、盐和不健康脂肪较多，超重或肥胖的成人（从 1980 年占全球人口的 29% 上升到 2013 年的 38%）及儿童不断增多（在同一时期，该比例从约 10% 增长到 14%）。体重过大会导致高血压、高血糖、高胆固醇以及心血管疾病、糖尿病和某些癌症。

全球范围内的酒精消耗量不断增长，尤其在中国和印度。很多人都有较高的不定期的酗酒率，酗酒会

导致肝硬化、心脏病、癌症和受伤。乌克兰和俄罗斯的酗酒率很高，而且酗酒率往往随着各国人均收入的增长而上升。全球约 6% 的死亡与饮酒有关（男性为 7.6%，女性为 4%）。

让人不安的差距

全球卫生状况在诸多方面的最大不和谐性就是成绩与失败之间的巨大差距。例如，

- 预期寿命最长的国家是日本（83 岁），最短的是塞拉利昂（45 岁），两国差距达 38 岁。
- 全球有 14 个国家的预期寿命低于 55 岁，25 个国家的预期寿命高于 80 岁。
- 在过去 20 年中，富裕的工业化国家的预期寿命都有所增长，但下列五个非洲国家的预期寿命却有所下降：博茨瓦纳、莱索托、南非、斯威士兰和津巴布韦，下降的主要原因是与艾滋病相关的死亡。
- 全球 19 个国家的婴儿死亡率高于 60‰（每千例活产婴儿中有 60 名死亡），32 个国家的婴儿死亡率低于 4‰（每千例活产婴儿中死亡的婴儿少于 4 名）。
- 99% 的儿童死亡发生在中等收入和低收入国家。
- 低收入国家的儿童死亡率是 high 收入国家的 12 倍。
- 预计全球范围内女性的寿命比男性长四年。但有 24 个国家的男女寿命差距不超过两年，这同时也反映了重男轻女的现象，具体表现为虐待女童、基于性别的暴力、性别不平等（例如，限制女性获取足够的营养和卫生保健机会）。

• 2012 年，全球有 28 个国家（多数在撒哈拉以南非洲，其总人口约占世界人口的 13%）用于卫生保健的人均支出不足 50 美元，16 个国家（其总人口占世界人口的 10%）用于卫生保健的人均支出超过 4000 美元（见图 2）。其中，挪威的卫生保健支出额最高——

人均 9055 美元，大约是厄立特里亚的 600 倍，该国人均卫生保健支出额仅为 15 美元。

健康的重要性

1860 年，美国哲学家拉尔夫·瓦尔多·爱默生(Ralph Waldo Emerson)写下了著名的“健康是人生第一财富”这句话。

健康非常重要，因为人们重视身心无障碍的长寿生活。发展经济学家习惯以图表阐述收入和健康之间根深蒂固的联系，图 3 从国家层面上显示了这种联系。高收入国家的居民往往拥有更好的健康状况，人们习惯性认为其中的原因是较高的收入能够使其获得更好的营养、饮用安全水、使用更好的卫生设施和获得更好的卫生保健。

除了个人健康外，他人的健康也很重要，这其中包含道德、伦理、人道主义关切和人权法方面的原因。公共卫生也非常重要，因为它有助于建设具有社会凝聚力和稳定的社会。例如，如果政府没有能力满足人民的基本健康需求，其信任就会遭到破坏，而且可能导致不稳定和倒台的重复循环。因此，2014 年 9 月联合国安理会宣布埃博拉病毒不仅是一种公共卫生危机，还对和平与安全构成威胁——多年前，安理会对于艾滋病毒/艾滋病也做出过同样的评价。

良好的总体健康和生殖健康是经济增长的强劲引擎。

近年来，经济学家对于健康的经济重要性的理解有所加深，健康被视为一种可投入生产用途的人力资本形式，如同人的知识与技能。健康是劳动价值的基本决定因素，是大多数贫困人口所拥有的主要资产，从这一层面来说，个体或家庭是否有能力上升到贫困线以上或保持在贫困线以上，健康是一个尤为重要的因素。

微观经济分析为健康的经济价值提供了最严密的证据——因为微观经济分析通常以健康和收入的较大的样本规模和各种衡量标准及其决定性因素为基础进行分析。此外，多项侧重个人健康问题的微观研究都以随机对照实验为基础，并被普遍视为该领域的黄金法则。部分最引人注目的研究项目已经显示出这种做法的有益影响，比如，

- 在肯尼亚，去除寄生虫对学校的出勤率和后续收益的影响；
- 在印度尼西亚，补充铁对劳动力参与率、生产率和收益方面的影响；

- 在坦桑尼亚，补碘对认知功能的影响；以及
- 根除钩虫和疟疾对上世纪美洲的学校出勤率和劳动收益的影响。

审视宏观形势的宏观经济研究在本质上不够严谨，但它表明良好的总体健康和生殖健康是经济增长的强劲引擎，预期寿命每增长一年，人均 GDP 预计会提升 4%。有些方面似乎适用于此。包括健康对以下各项的积极影响：劳动生产率；学校的出勤率、教育程度、认知能力；储蓄率，因为预期退休时间延长后，储蓄额会随之增长；外国直接投资，其通常会带来新的技术、就业机会和贸易增长。更为健康人口的生育率也有所下降，带来所谓的收入普遍上涨的人口红利，因为劳动力增长速度快于依赖劳动力生活的人口（年轻人和老年人）的增长。

着眼于未来

在过去 20 年里，全球卫生的重要性得到了显著提高，这一主题占据了核心地位，是社会和经济发展的指标和工具。

2013 年 11 月《亚特兰大》杂志的一篇文章提到，自约 6000 年前轮胎发明以来，最大程度上决定现代生活性质的前 20 大创新中有 5 项与健康直接相关：青霉素、光学镜片、接种疫苗、卫生设施和口服避孕药。

健康领域的创新层出不穷。分子和基因检测领域的进步所推动的个体化用药和精准施药为疾病的个性化预测和治疗提供了新的可能性。技术革新有望实现疾病的预防和管理，比如新型或改良型疫苗、药物和转基因生物的研发。数字医疗的出现（包括远程医疗、可穿戴式传感器、电子病历、海量数据分析能力的突破、传播卫生资讯和与建议的新方法）开启了以更低成本实现更高质量卫生保健的新的可能性，这着实令人激动不已。新的诊断、辅助及治疗设备创造了类似的可能性。

但是，在创新潜力开始在全世界得到充分认可之前，必须解决许多问题。要实现这个目标，将需要经济实力、政治意愿和众多利益相关者和参与者的跨国和国内合作，包括非政府组织、民营企业、媒体、学术界、医学界和政府卫生及其相关部门。

一部分解决方案只是需要更多的资源，让医疗卫生供应方能够更好地利用现有的有关推动及保护健康的知识。另有一些解决方案需要卫生设施、饮用水、运输、通讯、教育和能源基础设施的建设，所有这些都是提供和获得优质卫生保健服务的重要组成部分。其他解决方案需要新的政策和制度安排，以激励人们在生活方式方面做出积极的改变，鼓励企业在设计和提供有益健康的产品（如疫苗、药物）和服务（健康

埃博拉出血热的爆发

当埃博拉病毒在刚果民主共和国（埃博拉河附近）和苏丹爆发后，1976年科学家们确认了该病毒。

埃博拉病毒近期在几内亚和塞拉利昂、利比里亚的爆发与埃博拉病毒性扎伊尔型相关，扎伊尔型被认为是五种已知类型中最致命的一种。最近的疫情是有史以来最为猛烈的一次——也许是由于恐惧感、耻辱感和公共卫生系统监管不力造成埃博拉病毒的大幅严重漏报。

病毒最有可能通过接触受感染动物的血液或其他液体传染人体。一旦受感染者出现症状（通常需要几天到几个星期的时间），其他人如果接触到穿透粘膜或破损皮肤的体液，就会受到传染——包括死亡以后，如办丧事时为尸体理容的时候未能采取适当的预防措施，也会受到感染。在人手严重不足、物资供应不足、卫生体系薄弱的国家中，埃博拉疾病的病死率为40%—80%。再者，医务人员也会受到疾病感染，而医务人员数量的减少会导致其他疾病的发病率和死亡率上升。

预计病毒的爆发会造成数十亿美元的损失，包括疾病

本身耗费的成本和对疾病蔓延的恐惧，这增加了员工的旷工率，许多经济活动遭到破坏。对传染的恐惧促使人们离开受感染地区，这样会加剧病毒的传播，难以跟踪病毒接触者。

在治疗埃博拉疾病方面，医生主要采用药物治疗来缓解症状，补充流失的体液。对抗埃博拉病毒的实验性药物和埃博拉幸存者的血清正在接受测试。

目前已经开发出颇具潜力的疫苗，但尚未用于人体测试。在基础设施薄弱、供不应求的地方，疫苗的分发难以实现。病毒有可能发生突变，这同样令人担忧。

除了几内亚和塞拉利昂、利比里亚之外，尼日利亚和塞内加尔也出现了疑似和确诊病例，虽然这两个国家迅速地控制了疾病的爆发，并宣布已摆脱埃博拉病毒的传播。在撰写本文时，马里、西班牙和美国都发现了埃博拉感染病例。除了提高认识，了解哪些活动将人群置于埃博拉病毒的危险之中和鼓励采取传染预防措施，应对埃博拉的公共卫生服务还包括对疑似病例的隔离以及对病毒接触者的识别、追踪及其健康监控。

检查、公共卫生信息）以及手术方面进行创新。持续的科技进步必须与这些产品和供应链相融合，应对以下疾病造成的健康威胁所带来的艰巨挑战：埃博拉、基孔肯雅热（一种通过蚊子传播的病毒感染，一般会造发热和关节痛）；MRSA（耐甲氧西林耐药金黄色葡萄球菌）和其他抗生素耐药性感染以及非传染性威胁，如肥胖、抑郁症和环境卫生问题（见本期《金融与发展》，“21世纪的全球健康威胁”）。

必须增强卫生体系的能力，扩大适用范围，采用新的模式实行流行病监测，实现医生、护士、药理学、社区卫生工作者和顾问的有效利用。要求不同参与者和利益相关方在地方、国内和国际层面开展合作，以避免重复劳动、确保生产型信息共享、设定合理的切合实际的优先事项，并确保技术和经济效率。这种合作要能保护卫生事业不会受到经济发展和全球化的溢出效应的影响，如跨境流动、气候变化、荒漠化、干旱以及食品和药物污染。

上述所有工作将以对财政负责的方式展开，但随着人口的增长及年龄超过传统的工作年限，以及卫生体系范围的扩大和服务权限的拓宽，其挑战性将越来越大。许多国家的财政问题使政府难以为卫生事业投入额外的资源（见本期《金融与发展》，“提高效率势在必行”）。

提到卫生策略，“一刀切”的想法是站不住脚的，因为不同国家的社会结构、风俗、政治制度、经济实力和历史遗留问题都不大相同。例如，在一些文化环境中，男医生为女性做检查或治疗是不能接受的。在其他有一些文化环境中，家庭成员希望能够积极参与住院病人的护理。在不同环境里，执业医师认证标准，

甚至是医疗实践（如主流实践、顺势疗法、基于印度教的阿育吠陀、中医）的理念和本质也不相同。

其他一些问题也必须考虑进来，包括国家卫生服务体系的分权化（见本期《金融与发展》，“迈向地方化”）、实施绩效薪酬模型以及通过有条件现金转移来推动当前和未来的人口健康和福祉，可为采取具体行动（如为儿童接种疫苗或保证子女入学）的贫困家庭提供奖励。

政府在通过干预有效地推动卫生服务的供应达到社会的理想水平方面，可自然地发挥作用。未受监管的市场要做到这一点很难，其原因包括与传染病相关的溢出效应和私人医疗服务供应方时机的机会主义行为——他们利用优势情报和专业资格，通过建议消费者接受不必要的昂贵手术对其进行剥削。

如何组建卫生保健体系是一个重要的问题。是做一个纵向上组织最高效、最实用的卫生保健体系，作为一系列针对具体疾病和失调的处理方案（例如，以应对艾滋病毒/艾滋病和疟疾为目标），还是在横向上作为一个处理所有疾病与失调的单一体系，这是卫生保健研究者和政策制定者长期争论的话题。虽然纵向方案称得上是最引人注目的公共卫生成就，而且相对来讲更适于严格的评估，但近年来出现了从纵向到横向干预（和对角干预，将针对具体疾病的举措用于推动整个系统改进）的重大政策转变。出现这种转变的一部分原因是担忧纵向方案的成功会以流失卫生部门其他部分的重要人力和财务资源为代价。这种转变还反映出这样一种观点，即认为纵向组织卫生保健体系在重建基础设施和卫生服务供应机制方面效率低下。许多专业人士还认为，随着新的健康威胁的出现，

横向方案能够得到更好的发展，并且能够更好地塑造社会环境——例如，推动健康的生活方式并坚持药物治疗。

私人部门的职能

私营企业对于健康水平的提高非常重要，它们也许可以承担更大的责任。其优势包括有效的消息传递和分销渠道；创新、实施和快速扩展的能力；以及对推动金融可持续发展的商业原则的遵守。所有国家的私人健康支出都十分庞大（2012年全球健康支出超过2.9万亿美元，其中44%是直接家庭支出），中等收入和低收入国家尤其如此（见本期《金融与发展》，“公私医疗质量之比较”）。尽管存在实力强大的私人部门，政府仍须参与必要的活动，包括为无法获得足够私人医疗供应服务的人口提供一个安全的网络，监控并监管医疗市场，以防止剥削、腐败和其他不正当行为。公私合作伙伴关系尤其可取，它可将政府、跨国机构和私营企业集中起来融资并提供卫生保健服务，这些合作关系能够实现部门间工作的有效分工。

早期检查至关重要，因为早期发现的疾病更易于治愈，治疗成本更低。

预防、早期检查、治疗和护理工作的本质，以及它们之间的平衡，始终非常重要。未来疾病预防将占据重要位置，很可能表现为扩大疫苗接种计划、无烟空间、烟草广告的禁止、烟草税的征收和对胎儿期和儿童早期健康的重视。早期检查至关重要，因为早期发现的疾病更易于治愈，治疗成本更低。治疗必须考虑疾病和药物的相互作用，将重点从治疗转移到生活品质上来，尤其是对于受多种病痛折磨的老年人口。而且政府很可能将要承担更大的长期护理重担，原因是生育率下降且越来越多的女性成为工薪阶层，导致照顾和陪伴老年人的家庭成员数量减少。投资健康能够提供可观的回报，提高经济偿付能力，如果可通过重视疾病预防和早期检查来降低医疗卫生成本，情况将尤为如此，从而有助于延长工作时间、提高工作效率。

必须加强全球卫生治理——关注全球健康的各个机构日益庞大和复杂的结构，及其相互影响——以提高透明度、责任感和效率，推动更加活跃、积极、协调的参与，进而处理国民健康问题与解决对策之间的复杂关系（见本期《金融与发展》，“全球卫生体系的监管”）。世界卫生组织长期以来始终是全球卫生治理的基石。但近年来还出现了新型的、更有说服力

的全球合作伙伴关系，如《世界卫生组织烟草控制、GAVI和疫苗联盟框架公约》（为了增加贫困国家获得免疫接种的机会），和全球抗击艾滋病、结核病和疟疾基金（为预防和治疗活动提供资金）。但仍然需要新的机制推动更加及时、有效的疾病监测和响应、国际数据共享及为私人部门，尤其是制药公司提供保证的知识产权标准，以及为开展研发工作提供的适当的经济奖励，同时需要保持灵活性，以应对贫困人口紧急医疗需要。

2000年由联合国制定的旨在改善贫困、教育和健康的千年发展目标是良好全球卫生治理的最佳标志。千年发展目标虽不具有法律约束力，但具有很大的合法性，因为这些目标得到了联合国189个成员国的承认。建立了千年发展目标问责制，因为其易于衡量和公布。虽然无法严密地估计出千年发展目标为改进全球卫生所做的贡献，但这些目标似乎将国际发展机构的关注点集中到了卫生事业上，促进了卫生保健支出的增长，尤其在低收入国家当中。加大应对饥饿、儿童死亡、慢性营养不良和孕产妇死亡的工作力度也是千年发展目标的重点内容。

在2015年之后的发展议程中，卫生保健无疑将占据重要地位，尽管新目标（或目标）的性质、重点和具体指标目前仍未明确。以下几个方面将尤为引人关注：非传染性疾病的出现地方；重视过程、投入和风险因素，而非健康结果；以及国际社会从埃博拉等疾病的广泛传播中吸取了哪些经验并将其应用于全球卫生新目标的制定。■

大卫·E.布鲁姆（David E. Bloom）是哈佛大学公共卫生学院经济学和人口学教授。

迈向地方化



在新兴和发展中经济体，公共卫生支出正从中央政府向州和城市转移

在卢旺达布雷拉的布塔罗地区，人们参观由“卫生伙伴组织”为卢旺达卫生部建立的一家医院。

维多利亚·范·阿曼达·格拉斯曼

俗话说，除了死亡和赋税，没有什么确定无疑的。

经济学家可能会加上第三种确定的事物：卫生支出的增长。随着各国经济的发展，两大重要趋势汇合，成为卫生融资转变的一部分——医疗卫生方面人均支出的增长和自费支出的减少（见图1）。

但是，如果卫生支出总额的增长无法避免，致贫的卫生支出的降低则并非如此。尽管自费支出整体在减少，但

许多家庭仍因医疗账单而致贫，尤其在那些低收入国家。研究显示，如果自费支出继续缩减的话，政府或是社会必须加强对医疗卫生资源的调动，并随之出台能提高国家卫生体系公款使用效率的政策。

然而，许多卫生方面的公共支出并未达到国家层面，尤其在由州、省这种具有自治权的地方政府组成的大型联邦制国家（见图2）。很多关于如何有效、高效地分配公共卫生资金的棘手决策并非由国家层级制定，而是由区域、地方政府做出的。在发达经济体中，这并非新鲜事。随着新兴市场和新兴经济体的收入增长和民主化、地方分权化以及城市化的持续进行，由地方政府承担的支出很可能会持续增长。例如，1980—2009年，巴西地方卫生支出在公共卫生总支出中的占比从25%增长到了55%（见图3）。

然而，各区域和本地政府的卫生体系支出在改善医疗卫生成果和降低医疗致贫方面的效果却相距甚远。再者，在许多情况下，以预防计划为主（如预防接种、监护、控制流行病爆发，如最近

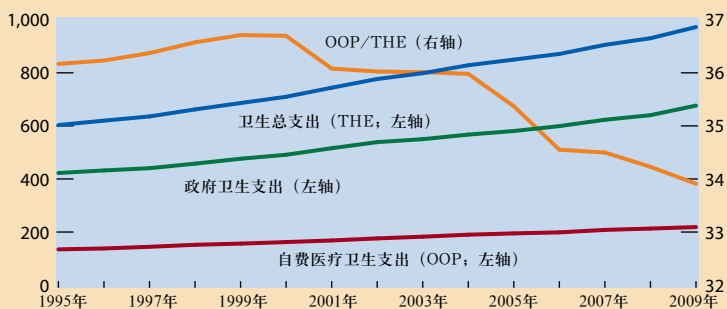
图1

卫生支出攀升，自费部分逐渐回落

全球卫生支出都在稳步增长，但患者的自费支付费用的比重正呈下降趋势。

（年度人均卫生支出，美元）

（自费金额，占年度卫生总支出的比例）



资料来源：Fan和Savedoff（2014年）。

注：数据采用的是126个发达、新兴市场和新兴经济体中的平均值。OOP/THE：自费金额占卫生总支出的比例。



的埃博拉)来保护公众健康的公共卫生体系往往不如那些能治疗疾病的医疗功能更有效果和更出名,这些医疗功能通常在医院进行并要求使用昂贵的技术。因此,公共卫生体系在健康方面收效甚微。

这些趋势表明,我们有必要检查地方卫生支出,包括新兴市场和发展中经济体的地方医疗卫生改革的成功案例,以及中央政府为激发地方创新与实践所付出的努力。

地方性举措

尽管全国性的改革搁浅,但许多地方政府已经成功地推行了卫生、医疗保健、健康方面的改革。改革包括融资和支付、组织和监管行动等方面的调整,甚至尝试改变国民的个人行为,可通过鼓励他们多运动和戒烟来实现这一点。

发达经济体已经开始实施上述某些调整。例如,美国马萨诸塞州于2006年开始扩大医疗保险的覆盖范围。它要求未参保人员购买私人保险并对贫困者购买保险进行补贴。这一试验性做法为具有广泛影响和引起争议的全国医保覆盖范围的扩大提供了模板,后者于2014年开始生效。

但新兴市场和发展中经济体也正经历着诸多转变:

中国:上海,该国主要的商业城市,推行了多元化的医疗改革来减少自费医疗费用和以较低成本改善医疗卫生情况(Cheng, 2013年)。例如,上海的社区卫生诊所向居民提供1000种基本药物目录中的药品——此举早于中国在2009年实行的国家医疗改革,为全国人民提供了307种基本药物。上海可能拥有全中国最先进、整合度最高的医疗信息技术系统,所有医院和医生都能查找到患者的病例。这有助于监管机

构监控医生的行为,控制成本,并且最终改善医疗成果。在构建一级护理、二级护理和三级护理综合服务提供系统方面,上海也处在最前沿。中国的其他省市正在密切关注着上海采取的行动。

哥伦比亚:在南美第二大城市麦德林,政府开始构建一个统一的医疗卫生服务提供网络,以缩小全国医疗服务质量的差距(Guerrero等人,2014年)。

巴基斯坦:在旁遮普省,政府推行了一个基于绩效的资源分配模式,以便清晰明了地将一个地区的拨款与该地区的医疗卫生需求相挂钩。在该模式下,旁遮普的每个地区都可以自动获得其基本拨款的70%,为了获得剩余的30%,每个地区必须根据一些明确的指标来提高绩效,如由医疗卫生机构或有经验的接生员接生的婴儿所占比例,还有全面接受免疫接种的18到30个月的孩子比例。这个基于绩效的方法为旁遮普地区提供了一个明确的激励措施来改善医疗成果。

巴西:圣保罗市实施了“跃动圣保罗”计划,提倡一种积极的生活方式。它向民众传递了这样一个信息:每天30分钟的体育运动是一个能够完成并令人愉悦的健康目标。圣保罗还举办大型活动来鼓励民众改变自身行为,提高全民总体健康水平。巴西的许多其他城市纷纷效仿这些活动(PAHO, 2011年)。

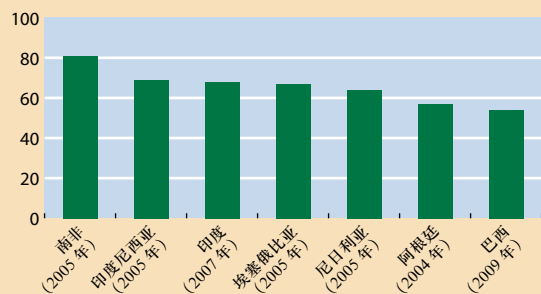
来自上层的推动力

尽管开支和创新方面的权力移交给了地方政府,但国家政府仍在监管和指导地方政府以及利用拨给地方政府的资金来支持其医疗卫生服务活动方面发挥着举足轻重的作用。中央政府可以决定通过何种途径向地方政府拨款或付款给医疗卫生服务机构,以提

图2 地方性支出

在许多新兴市场和发展中经济体,由区域、地方政府承担的卫生支出已经超过中央政府的支出。

(地方卫生总支出的比例,百分比)



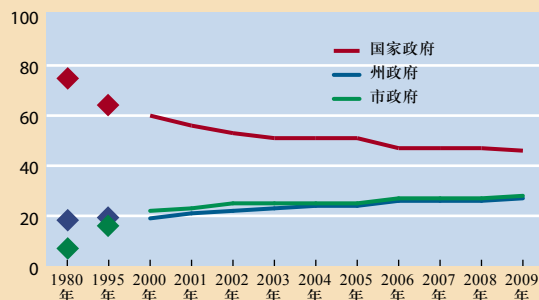
资料来源:作者的计算。

注:各国数据的采集年份不同,并已在括号内标识。

图3 区域性增长

1980—2009年,巴西地方卫生支出在公共卫生总支出中的占比从25%增长到了55%。

(政府的公共卫生支出,占总支出中的比例)



资料来源:Langevin(2012年)。

升州/省甚至更低层面（如市级）的表现。

例如，在卢旺达，国家政府针对地方公共和非营利性宗教医疗卫生服务机构等启动了奖金奖励机制。享受该奖励的条件是提高为艾滋病患者、母亲和儿童提供的医疗服务的数量和质量。该项奖励在独立审核有代表性的绩效报告的基础上获得批准。得益于该项目，儿童的营养得到了明显提升，医疗卫生服务供应增长了20%（Gertler 和 Vermeersch，2013年）。

在阿根廷，联邦政府利用激励机制来促使各省提高婴儿出生的数量和质量。国家政府根据没有保险的家庭加入“纳赛尔计划”的数量、降低新生儿死亡率和提供优质产前护理等情况作为奖励依据。该计划根据吸纳的参保人数，按照平均每人每月5美元的标准返还各省，如果完成某些特定目标，如增加胎儿初生体重和扩大预防接种范围，还有每月3美元的额外补助。也就是说，这项奖励的60%是由参与计划的人数决定，另外40%是由扩大医疗卫生规模和改善医疗成果决定。得益于该项计划，2004—2008年新生儿死亡率降低了22%（Gertler、Giovagnoli 和 Martinez，2014年）。

印度为贫困人群设立“国民健康保险计划”（Rashtriya Swasthya Bima Yojana，简称RSBY），并为鼓励各邦加入该计划制定了奖励机制。在各个邦，私人保险公司会按照区域划分，进行一年一度的比赛。由各邦指定的机构选出每个区最具竞争力和性价比最高的保费。然后，按照参保人数，邦政府支付保费金额的25%，其余部分由中央政府支付。没有根据各公司的业绩提供奖励。区级的保险公司受到鼓舞，为了将收益最大化，他们会尽可能的说服人们投保。该计划从2007年开始实施，现已覆盖超过1亿人，并为其提供相对优厚的住院计划。初期成果显示，因自费医疗支出造成的致贫人数有所减少（La Forgia and Nagpal，2012年）。“国民健康保险计划”的成本较为低廉，在印度公共卫生总支出中只占一小部分。

能力难题

然而，尽管有分权的承诺，但在将政府职能和开支职责转移到地方层面的过程中仍存在严峻的挑战。即便区域政府有强大的决策权，但州或省政府可能会因为行政能力不够或是缺乏问责制而难以始终贯彻落实——通常两者兼而有之。

例如，在墨西哥，绝大部分的卫生支出发生在区域或地方层面。联邦政府曾试图根据早期乳腺癌检测和治疗等健康干预标准来评估国内各州的业绩（Lozano等人，2006年）。然而在一些情况下，业绩评估仅进行了一轮，州政府就不再提供报告，联邦政

府也停止了对外公布。

在许多情况下，逐渐增加的地方责任、开支与国内富裕和贫困地区在医疗服务、公平和成效标准方面的巨大差距相关。造成这些差距有许多原因：不同的种群特征，如年龄、收入和潜在的总体健康状况、风险和行为；不同的收入基础；当地的投资重点等。发达经济体中也存在这些差距。在英国，2011年发布的国民健康服务英格兰健康图谱显示，人们居住的地方不同，医疗卫生服务也存在巨大差距。

政策制定者若能采取愿意试验和学习的态度，定能从中获益良多。

在印度，位于北部中心地区表现较差和较为贫困的城邦（如比哈尔邦和北方邦）的行政能力欠缺，并且在使用中央政府划拨给它们的经费方面存在困难。各地使用中央分配给它们的医疗卫生经费的能力差距很大，从42%（北方邦）到89%（马哈拉施特拉邦）不等。

由于资源和重点不同，各区域在医疗卫生服务提供方面存在差距，这表明如果没有明确的政策来确保从一个州/省到另一个州/省医疗福利的可携带性，在国内迁居的家庭可能会发现自己根本就没有医保。在中国，人们只有在其家庭户口所在地才能享受医保（Roberts，2012年）。

在一些情况下，本应由国家层面履行的职能在转移到区域机构后，为区域机构带去了负面影响。为了提高健康水平而对烟草和酒精等征收税赋、疾病监测和对昂贵又罕见的疾病采取应急响应和风险共担等举措，往往更适合由国家政府来执行。除非有适当的财务风险共担机制，否则仅一种高成本又罕见的疾病就可以使一个当地卫生体系迅速破产。一种快速传播的流行病需要全国的控制响应，如近期埃博拉病毒在非洲西部地区的爆发（当地对卫生的公共支出本就相当不足）可以轻易地击垮地方政府。

总的来说，像疫苗接种和预防性措施这些由于需求不足从而无利可图的公共卫生职能，在联邦和地方层面都受到冷遇。一些国家的区域、当地政府已经意识到了他们的卫生部门过于强调对药物的依赖（治疗疾病），而忽视了侧重于疾病预防和维持民众健康的公共卫生事业。在印度，只有泰米尔纳德邦没有将其注重公共卫生的卫生部门与医疗部门合并。或许正是因为他们重视预防，所以泰米尔纳德邦的医疗效果在印度全国名列第一，尽管它是印度国内卫生保健支出最少的城邦之一。

没有什么政策挑战是容易解决的，我们需要多元

化的方法和尝试。政策制定者若能采取愿意试验和学习的态度，定能从中获益良多。但是试验、创新和学习在技术上有难度，并需要投入大量资源，而且常常会对传统观念和既得利益构成威胁。

在一些国家，试验和创新在州和省的领导下进行，有些地方已经开始力求将试验制度化。在美国，美国医保和医助服务总局下设的创新中心推动系统性制定解决方案，以解决美国医疗体系高投入低效率这一问题。创新中心获得了为期10年的资金资助并独立于资助者（医保和医助总局）运作，这为其扫除了创新过程中常见的障碍和风险。该中心试验了一系列包括“责任医疗组织”和诊疗院在内的新模式和新方法，这些机构致力于在削减开支时分担保险公司和供应商之间的财务风险，从而推动更为和谐的病患护理。联邦和各州联合推出的医疗计划“医疗补助”旨在为贫困人群提供医疗服务，各州可对其覆盖范围进行大幅调整。有了创新中心的资金和技术支持，各州可以根据自身需求调整这些模式并进行试验。

中国试验

制度性试验并不仅限于美国和其他高收入国家。中国也一直在进行这种试验，通常是在全国大约2800个县城中选择一小部分开始。众多试验中最突出的就是农村医疗保险计划，即“新型农村合作医疗制度”。2003年在全国推广之前，该制度已经在一些县城中进行了试验。“新型农村合作医疗制度”主要为农村居民提供基本医疗保险，此前他们求医治病主要靠自费。

在南非，联邦政府已经在54个区中选出11个区进行医疗保险的试点工程，旨在通过建立国民医疗保险制度来完善现有的公共医疗卫生机构体系。然而，试点反映出地区缺乏技术能力，而中央政府也未提供充分的技术支持。自试点工程开始以来，政府从未宣布过针对国民医疗保险的主要举措。

在推动地方开展试验方面，国际捐赠者可以发挥重要作用。例如，世界银行和德国政府的发展机构“德国国际合作机构”为印度的“国民健康保险计划”提供了巨大的技术支持。世界银行为州和省提供贷款——2008年，各国州和省级的贷款金额在该国总借贷额的占比各不相同，从墨西哥的10%到印度、巴基斯坦等国家的超过60%不等（World Bank, 2009年）。但这些运营需要主权担保，这样可能或者可能无法推动那些能偿债的地方政府进行创新。理论上，地方政府都是符合条件的，但只有极少数能够收到来自“抗击艾滋病、结核病和疟疾全球基金”和“全球疫苗免疫联盟”等公私合作组织的捐赠资金。全球疫苗免疫联盟致力于通过对疫苗接种和免疫提供补贴来推动公

共卫生的发展。如果全球医疗投资者能对地方政府给予更多的关注，更具创造性的方法可能会带来更大的健康收效。

卫生体系正变得越来越本地化，这意味着国家和国际的政策制定者对融资、财政转移、支付和供应政策等问题的处理方式应有所转变。至少，应更多地关注地方政府卫生支出方式和绩效奖励从中央政府下达到各州政府的方式。

只有各级政府统一政策以便提升卫生体系的表现，对地方政府在医疗卫生方面放权的承诺才可能兑现。■

维多利亚·范（Victoria Fan）是夏威夷大学的助理教授，全球发展中心的研究员。阿曼达·格拉斯曼（Amanda Glassman）是全球发展中心全球卫生政策主任。

参考文献：

- Cheng, Tsung-Mei, 2013, "Explaining Shanghai's Health Care Reforms, Successes, and Challenges," *Health Affairs*, Vol. 32, No. 12, pp. 2199-204.
- Fan, Victoria, and William D. Savedoff, 2014, "The Health Financing Transition: A Conceptual Framework and Empirical Evidence," *Social Science and Medicine*, Vol. 105 (March), pp. 112-21.
- Gertler, Paul, and Christel Vermeersch, 2013, "Using Performance Incentives to Improve Medical Care Productivity and Health Outcomes," NBER Working Paper No. 19046 (Cambridge, Massachusetts: National Bureau of Economic Research).
- Gertler, Paul, Paula Giovagnoli, and Sebastian Martinez, 2014, "Rewarding Provider Performance to Enable a Healthy Start to Life: Evidence from Argentina's Plan Nacer," *World Bank Policy Research Working Paper 6884* (Washington).
- Guerrero, Ramiro, Sergio Prada, Dov Chernichovsky, and Juan Urriago, 2014, "La Doble Descentralización en el Sector Salud: Evaluación y Alternativas de Política Pública," *PROESA Report* (Cali, Colombia: Icesi University).
- La Forgia, Gerard, and Somil Nagpal, 2012, "Government-Sponsored Health Insurance in India: Are You Covered?" *World Bank Policy Note 72238* (Washington).
- Langevin, Mark S., 2012, *Brazil's Healthcare System: Towards Reform?* (Washington: BrazilWorks).
- Lozano, Rafael, and others, 2006, "Benchmarking of Performance of Mexican States with Effective Coverage," *The Lancet*, Vol. 368, No. 9548, pp. 1729-41.
- Pan American Health Organization (PAHO), 2011, "Non-Communicable Diseases in the Americas: Cost-Effective Interventions for Prevention and Control," *Issue Brief* (Washington).
- Roberts, Dexter, 2012, "China May Finally Let Its People Move More Freely," *Business Week*, March 15.
- World Bank, 2009, "World Bank Engagement at the State Level: The Cases of Brazil, India, Nigeria, and Russia," *Independent Evaluation Group Report* (Washington).

21世纪的 全球健康威胁

当今的世界更加健康，但人类依然面临着一些重大问题

近百年来，全世界的健康状况得到了极大地改善。天花、小儿麻痹症等主要“杀手”得到了根除或抑制。世界上的大部分人口能够获得清洁的水源和更好的卫生条件。药物能够治愈或改善许多疾病，而仅在几十年前，这些疾病曾致人残废或死亡。

然而，人类健康依然面临着严重的威胁，近期爆发的埃博拉病毒证实了这一点。

大疫情风险

奥尔加·乔纳斯

对大疫情有所忧虑的政策制定者中，乐观主义者认为严重的大疫情是百年一遇的事件。

但是，在2014年埃博拉疫情爆发前，包括政策制定者在内的大多数人很少想到大疫情（世界性流行病），这解释了缺乏传染病风险管理和埃博拉危机的原因。

全球社会依然面临着传染病的严重威胁，当前的埃博拉危机证实了这一点。埃博拉疫情仍主要限于三个西非小国，并且已对这些国家的人民、社会和经济造成了严重的损害。如果危机没有得到遏制，对健康和经济的损害将在其他发展中国家出现，而且如果是大规模的流行，甚至会在全球范围内造成不利影响。

传染病先是令人吃惊，然后开始恶化，其原因是有关当局和公众未意识到这种风险以及迅猛扩散的影响。即便没有向全世界扩散，疾病爆发的成本也十分高昂且爆发的频率使人不安。近年来爆发的疫情包括“非典”、H5N1和H7N9禽流感，而现今我们面临埃博拉危机。在当前的政策下，其中一种或另一种病原体将引发一场大疫情。

经济学家劳伦斯·萨默斯（Lawrence Summers）表示，人们对于大疫情的风险意识过于淡薄，“每个孩子都应该了解1918年爆发的流感大疫情”，当时的死亡人数高达1亿，而那时全世界人口还不到20亿。虽然世界银行的一份最新报告将大疫情与气候变化和



金融危机共同确定为全球三大风险，但大多数官方讨论、报告和交流却并未提到大疫情的风险。

结果，政府在减少风险方面无大的作为，即便措施众所周知且成本较低。这些措施主要涉及强化兽医和公共卫生体系，以检测和控制传染病的爆发，毕竟传染病并非凭空出现。令人惊诧的是，

发展中国家的民众每年受到约23亿种动物源性传染病的折磨。不受控制的牲畜疾病和接触野生动物身上的病原体能够周期性地造成传染病的扩散，因为无力的兽医和脆弱的人类公共卫生体系无法阻止传染病的爆发，进而任其肆虐。

即便没有向全世界扩散，疾病爆发的成本也十分高昂。

因此，政策取向也助长了传染病的爆发。对于兽医和人类公共卫生的长期忽视既是一个灾难性的政策选择，又是大多数国家和捐赠项目的通行做法。

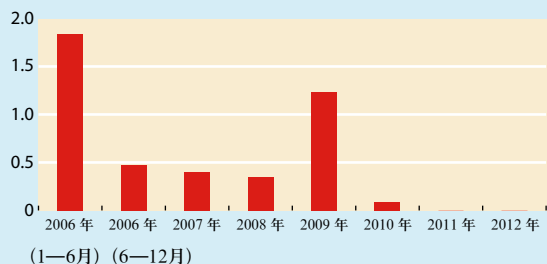
经济约束引人注目。恐惧比疾病的传播速度更快，改变了消费者、企业和政府的行为方式。虽然“非典”在2003年得到了迅速遏制，但由于对企业和消费者信心造成了冲击，因而导致了540亿美元的损失。埃博拉疫情的爆发已严重扰乱了大多数受影响国家的贸



起起落落

在2006年和2009年公众关注流感爆发期间，预防大疫情的资金增加了，而当公众意识减弱时，资金就减少了。

(发展中国家的疾病控制援助，10亿美元)



资料来源：联合国和世界银行（2010年）；世界银行（2012年）。注：在高风险的环境中，要使139个发展中国家的公共卫生和兽医体系达到由世界卫生组织和世界动物卫生组织设定的疾病控制标准，每年需花费34亿美元。

易、生产和医疗保健。在大疫情爆发期间，类似的影响会逐步蔓延至全球，美国国防部在描述其后果时指出，这相当于一场“全球战争”。

严重的流感大疫情造成的一个实际后果就是全球GDP下降了4.8%，相当于3.6万亿美元（基于2013年的全球GDP）。即使乐观主义者认为的每年大疫情的发病率仅为1%的观点是正确的，但一个世纪以来每年对全球经济造成的风险达到360亿美元。全世界目前正在花费5亿美元用以预防大疫情，所以可以确定无疑地说，每年360亿美元足可以消除大疫情风险。可见这笔花费是正当合理的。

幸运的是，抵御病原体的费用只占上述金额的一

小部分。世界银行的一项研究（2012年）发现，每年花费34亿美元就能使所有发展中国家的兽医和人类公共卫生体系达到世界卫生组织和世界动物卫生组织设定的业绩标准，覆盖早期检测能力、正确诊断和迅速有效的传染病控制。（在遭遇了2014年埃博拉疫情的国家中，没有一个国家符合这些标准。）健全的公共卫生体系能够控制可能引发大疫情以及其他对当地造成威胁的疾病的病原体。

对于H5N1和H1N1流感的回应表明了我们防御的脆弱性。随着人们风险意识的提升，资金投入在2006—2009年期间出现了极剧增加，但在政策制定者不再关注时又骤然下跌（见图）。资金的变动与风险水平无关；一旦疫情结束后，资金的枯竭导致公共卫生能力的下降，从而增加了风险。

有效的防御基础设施需要稳定的支持。如果各国没有建立健全的公共卫生体系，前景将不堪设想。如不能及早发现和有效控制疾病的爆发，未来还将出现更多和仍在蔓延的埃博拉疫情一样的、甚至更严重的危机。■

奥尔加·乔纳斯（Olga Jonas）是世界银行的经济顾问。

参考文献：

United Nations and World Bank, 2010, "Animal and Pandemic Influenza, a Framework for Sustaining Momentum" (New York and Washington).

World Bank, 2012, "People, Pathogens and our Planet: The Economics of One Health" (Washington).

环境危害

伊恩·派瑞

虽然许多环境危害威胁着人类健康，包括水污染、工厂和垃圾填埋场的有毒物质排放，但两个最大的担忧是空气污染和全球变暖，这两者在很大程度上都是化石燃料燃烧的后果。

根据世界卫生组织（WHO，2014年），室内和室外空气污染每年导致700万人过早死亡，占全球死亡总数的1/8。室外和室内空气污染分别造成270万人和330万人过早死亡，而剩下的100万例死亡则是室内和室外污染共同造成的后果。污染之所以致命，是因为人们吸入了小到能够渗透肺部和血液的微粒物质，从而增加了心血管和呼吸道疾病的发病率。

在户外污染死亡人数中，近九成发生在人口密集、



低收入和中等收入国家，尤其是西太平洋和东南亚地区。由室外空气污染造成的健康损害成本差别很大，取决于国家和燃烧的化石燃料类型。

例如，根据IMF的预测（Parry等人，2014年），中国煤炭使用的健康成本为11.70美元/焦耳能量，是煤炭能源世界价格的两倍还多。中国接触空气污染的人口众多且排放控制有限。相比之下，澳大利亚的人口密度更低，更少的人接触碳排放，其损害成本为80美分/焦耳能量。煤炭每单位能量造成的空气污染最为严重，其次是柴油，而天然气和汽油造成的污染最轻。

更多地采用控制技术（如燃煤电厂中二氧化硫的过滤技术）有可能降低能源生产的未来排放率，从而

降低健康风险。然而，发展中国家能源需求的日益增加和城市人口的增长加剧了接触污染的机会，因而抵消了技术带来的好处。

几乎所有室内空气污染死亡（从烹饪到取暖燃料）都发生在中低收入和中等收入国家。通过推广更清洁的燃料（比如用木炭替代煤炭）、改进技术（如通风条件更好的炉灶）和为更多的家庭提供电力，可以减少死亡人数。

在能源价格中适当地反映环境成本尤其重要。

化石燃料燃烧还是大气中二氧化碳等吸热气体浓度上升的主要原因。虽然减少温室气体排放的最重要原因是极端的全球风险，如全球变暖失控、冰川融化导致的海平面大幅上升以及墨西哥湾逆流（Nordhaus, 2013年），但在局部层面，气候变化可能通过多种方式影响人类的健康。

例如，据世界银行统计（2014年），洪水、干旱和极端温度等与天气有关的事件在不断增加，尤其是在亚洲和加勒比地区，成为死亡（如饥荒导致的死亡）和经济损失的主要根源。

健康风险还包括热应力、传染病的传播、粮食和水安全的下降以及空气污染的加重。值得特别关注的健康威胁来自于更高的腹泻患病率（对卫生状况较差的人群造成影响）、疟疾（源于热带地区的蚊子迁徙）和营养不良（源于生活水平的降低）。但是，通过收入、卫生和医疗保健状况改善、技术发展（如根除疟疾）

和采取适应性措施（如增加蚊帐的使用）可以减缓未来风险。

采取行动

减少化石燃料使用的政策可能产生较大有益于国内健康，而无需等待全球协作。改进环境健康成果应当成为更广泛战略的一部分。更广泛的战略涉及碳定价、清洁技术投资和向发展中经济体转移，以及减少对非绿色能源的补贴。在能源价格中适当地反映环境成本尤其重要，并将在全球层面上使（由化石燃料燃烧造成的）室外空气污染死亡人数减少大约63%，使能源相关的碳排放量减少23%。与此同时，使能源价格反映环境成本的措施将增加相当于GDP 2.6%的新收入（Parry等人，2014年）。■

伊恩·派瑞（Ian Parry）是IMF财政事务部的首席环境财政政策专家。

参考文献：

Nordhaus, William, 2013, *The Climate Casino: Risk, Uncertainty, and Economics for a Warming World* (New Haven, Connecticut: Yale University Press).

Parry, Ian, Dirk Heine, Eliza Lis, and Shanjun Li, 2014, *Getting Energy Prices Right: From Principle to Practice* (Washington: International Monetary Fund).

World Bank, 2014, *World Development Report 2014: Risk and Opportunity* (Washington).

World Health Organization (WHO), 2014, *Public Health, Environmental and Social Determinants of Health* (Geneva).

非传染性疾病和精神障碍

丹·奇泽姆、尼克·巴纳特维拉

精神障碍和其他非传染性疾病（主要是心血管疾病、糖尿病、癌症和慢性呼吸道疾病）造成许多人过早死亡和严重的健康损害，危害人类和经济的发展。2011年，约有1500万人过早（70岁前）死于这些疾病，其中85%来自于低收入和中等收入国家。此外，在人们饱受伤残折磨的岁月中，有80%是由非传染性疾病，尤其是精神和行为障碍造成的。但是，相关的健康问题可以得到预防或缓解。

非传染性疾病和精神健康问题造成负担不断加重



的原因有很多，包括人口老龄化、快速和无计划的城市化、生活方式的选择，如食用不健康食品（部分是因为不负责任的营销和低风险意识）。很多人患有这些疾病的原因是使用烟草和食用高盐分、高脂肪和高糖分的食品。在城市地区，饮食和体育活动的变化、空气污染、酒精的普及和饮用成为诱发因素。面对这些因素，极少有政府（更不用说个人）及时根据需求采取了保护措施，如颁布无烟法律、抑制有害脂肪、盐分和糖分消耗的法规；减少有害酒精使用的政策；

以及倡导体育活动的更优城市规划。简言之，选择健康生活方式通常面临着诸多不利因素。

非传染性疾病和精神障碍可导致个人和家庭陷入贫困，并阻碍社会 and 经济发展。每年全世界约有 1 亿人因支付他们所需的医疗服务而陷入贫困。在资源缺乏的国家，治疗能够快速耗尽家庭资源。

由于劳动力供应和生产水平的下降，企业的利益也受到了损害。世界经济论坛（2008 年）的一项分析预测，作为最大的新兴市场经济体，巴西、中国、印度、南非和俄罗斯仅 2000 年一年就因心血管疾病失去了超过 2000 万具有生产能力的生命年，而到 2030 年这一数字可能增加 50% 以上。如果预防工作保持不变，在未来 20 年内，因非传染性疾病和精神障碍造成的全球累积经济损失将达到 47 万亿美元。这种迅猛增长将对新兴市场经济体造成越来越严重的打击（Bloom 等人，2011 年）。一项独立研究预测，痴呆症的全球成本也将急剧上升，在 2010 年达到 6040 亿美元（ADI，2010 年）。

虽然对患有上述疾病的人员的预防和照料需要付出一定代价，但与不作为的预计成本相比，这还是一个小数目。例如，在所有发展中国家，为预防和控制心血管疾病而实施的最具成本效益的干预措施，预计每年的费用平均达到 80 亿美元。但是，此项投资的预计回报，即冠状动脉疾病和中风造成的死亡率下降了 10%，使得低收入和中等收入国家的经济损失每年减少了大约 250 亿美元（WEF，2011 年）。

目前，对于精神健康的投资尤其缺乏；许多低收入和中等收入国家仅拨出不到 2% 的卫生保健预算用于治疗 and 预防精神障碍。结果，大量患有常见或严重精神障碍的人得不到治疗。

具有成本效益的、负担得起的和可行的干预措施包括制定策略以减少烟草和酒精的消耗，推广良好的生活方式，制定措施以减少食盐摄入量，在初级护理中治疗常见精神障碍以及管理具有心脏病和中风风险的群体。这些努力能够使非传染性疾病造成的过早死亡率降低至少 25%，而每人每年的成本仅为几美元。

选择健康生活方式通常面临着诸多不利因素。

这些努力需要政治承诺、强有力的跨部门合作以及将医疗保健系统重新定位于慢性（与急性相对）疾病的预防和控制。■

丹·奇泽姆（Dan Chisholm）是世界卫生组织非传染性疾病和精神健康部门的卫生系统顾问，尼克·巴纳特维拉（Nick Banatvala）是该部门高级顾问。作者的观点不一定代表世界卫生组织的决策、政策或观点。

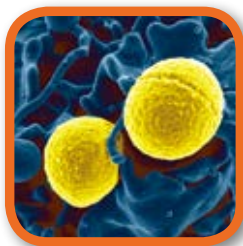
参考文献：

- Alzheimer's Disease International (ADI), 2010, *World Alzheimer Report 2010: The Global Economic Impact of Dementia* (London).
- Bloom, David E., and others, 2011, "The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases" (Geneva: World Economic Forum).
- World Economic Forum (WEF), 2008, *Working towards Wellness: The Business Rationale* (Geneva).
- World Economic Forum (WEF), 2011, "From Burden to 'Best Buys': Reducing the Economic Impact of Non-Communicable Diseases in Low- and Middle-Income Countries" (Geneva).

抗生素耐药性

拉玛南·拉斯梅纳理恩

抗生素改变了行医方式。然而，大规模使用抗生素的后果是致病菌耐药菌株的增加和全球抗生素有效性的降低。低收入和中等收入国家收入的增长催生了对抗生素的巨大需求，但是这些国家的高感染水平和抗生素的无节制使用将逐渐导致治疗的失败，因为当抗生素不起作用时，这些地区的人群无法支付昂贵二线药物。在高收入和上中等收入国家，抗生素的使用率仍然较高，尤其是在医院，耐药性抬高了治疗成本。

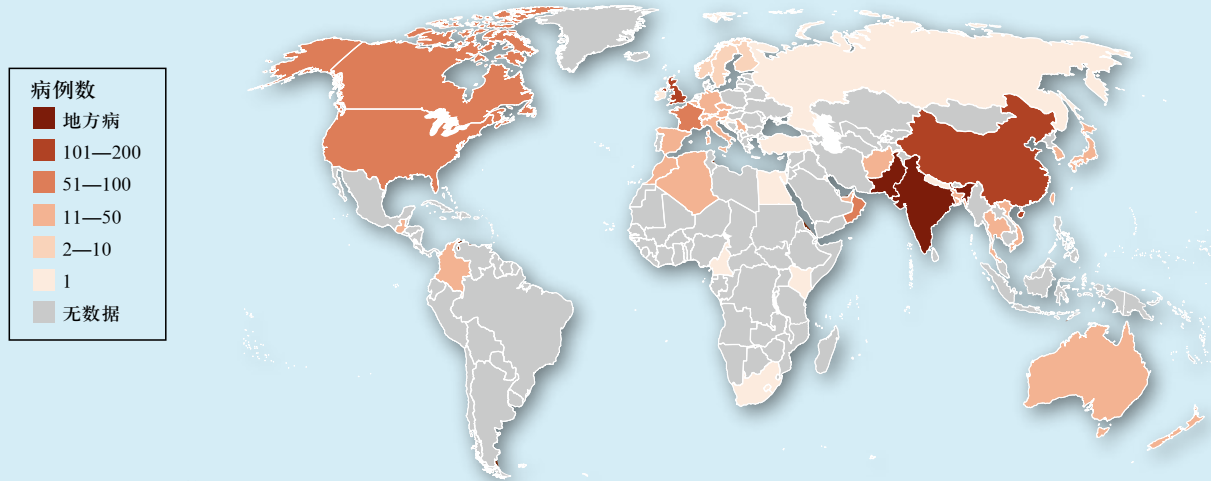


虽然因无法获得抗生素而导致的死亡人数仍然比抗药菌的致死人数要多，但抗生素并不能替代合理的公共卫生政策、疫苗接种、清洁水源和良好的卫生环境。目前低收入和下中低收入等国家的传染病死亡率大幅超过 1941 年抗生素上市前高收入国家的死亡率。

从全球范围来看，抗生素主要用于农业领域，即在动物饲料中添加低剂量抗生素，以促进动物生长和预防疾病。在医院，抗生素已成为（作为疾病预防首

快速蔓延

新德里金属-β-内酰胺酶遗传因子使细菌对抗生素产生耐药性，这种情况于2008年首次出现在印度和巴基斯坦，而目前已蔓延到世界各地。



资料来源：作者的计算。

要手段的)良好卫生和感染控制的低成本替代品。欧盟禁止使用抗生素促进生长，因为证据表明大多数动物饲养无需抗生素。但是，禁用抗生素的提议在美国和其他国家遭到了反对。

耐药性作为一个自然现象正在加速增长，因为没有任何一个患者、医生和任何一家医院、保险公司或医药公司有减少抗生素使用的动机。药物成本由健康保险公司和第三方支付人报销，而控制感染的成本通常不会得到补偿。正如气候变化一样，抗药性受当

抗药性受当地因素推动，但却能造成全球影响力。

地因素推动，但却能造成全球影响力。两个案例可以证明这一点。1967年，耐抗生素淋病出现在越南，然后蔓延到菲律宾，最后抵达美国。而在美国，针对该疾病的青霉素抗药性在不到十年的时间里达到了100%。据报道，使细菌对抗生素产生耐药性的新德里金属-β-内酰胺酶遗传因子于2008年首次出现在印度和巴基斯坦患者体内，而目前已遍布全球(见地图)。

虽然难以量化耐药性的全球负担，但可能集中在三大类：抗感染的成本，抗生素的成本，无法进行依靠抗生素预防感染的手术。感染了具有耐药性的细菌的患者通常需要更长期的住院治疗 and 面临更高的治疗成本。

耐药性对医疗保健系统的影响甚至更为严重。许多外科手术(如移植和搭桥手术)都需要抗生素使患者远离感染。在抗生素出现前，即使简单的阑尾切除

术也可能导致多人死亡，原因并不在于手术方面，而在于血液感染无法得到控制。癌症治疗、移植、甚至根管治疗都会受到耐药性的危害。

要长期保持抗生素的有效性，需要在保持现有抗生素的有效性和药物开发创新方面取得平衡。

要保持现有抗生素的有效性，就要减少对于抗生素的需求(通过疫苗接种和感染控制)和不必要的抗生素使用(通过诊断、激励临床医生少开抗生素，限制强效抗生素的使用以及公共教育)。管理医患互动的规范和患者期望推动了不必要的使用。因为医生开抗生素处方不会受到惩罚，而花时间解释为什么无需使用抗生素也得不到补偿，所以处方率一直居高不下。

虽然开发了新抗生素，但新药物上市的成本非常高。新型复方抗生素的研发速度正在放缓。在今天使用的17类抗生素中，有14类在1970年前就已被发现。多数创新涉及重新设计现有化合物，而非发现新机制。

对于抗生素的公共投资是合理的，因为缺乏有效药物可能导致突发公共卫生事件。例如，在流感大流行期间，继发性细菌感染成为主要“杀手”。美国和欧洲正在鼓励开发新药物。但是，除非将激励药物开发与保持现有抗生素的有效性结合在一起，这些举措才可能简单地将对社会造成重大损失的抗生素问题推到明天。■

拉玛南·拉斯梅纳理恩(Ramanan Laxminarayan)是疾病动态、经济和政策中心的主任，普林斯顿大学的高级研究员。



进步的代价

新药价格威胁哥伦比亚的医疗改革

亚历杭德罗·加维里亚



在过去 20 多年，哥伦比亚已在实现全民医疗保险方面取得了巨大进步。目前，哥伦比亚 97% 的公民享受同等的一揽子福利，保证最贫困人口接受新技术疗法，并且降低了自费费用，降幅超过其他所有发展中国家（Fan 和 Savedoff, 2014 年）。但昂贵的新型药物使这一进步承受巨大压力。

1993 年，哥伦比亚对其医疗系统进行了改革，以确保全民享有经济保障和同等待遇。这场改革大大增加了用于医疗事业的公共资金并调动了私有资源——私立医院和保险公司迅速发展。私营部门的参与度不断提高，从而带来了一些积极变化——提升效率并至少在一段时间内有助于控制成本。

这场改革在许多方面取得了成功。1993 年，30% 的哥伦比亚最贫困人口（占总人口的 1/5）在患重大疾病的情况下，无法享受医疗保险。20 年后，这一比例降到了 3%。如今，2000 多万人（占总人口的一半）享受国家全部补贴的医疗保险。许多城镇贫困人口享有与最有特权的人群同等的医疗待遇。

但成功十分脆弱。由于技术压力，上述许多积极变化处于危险之中。在过去十年的后半部分时间里，开始用公共资金支付未被列入保险公司提供的一揽子福利内的新药物。制药公司、供应商和医生很快意识到国家几乎愿意为一切买单（几乎不考虑价格）。随着用于新药物的支出逐渐增加，财政问题日益加剧。供应商的债务迅速攀升。公众对医疗体制的信心逐渐恶化。

更重要的是，这些变化削弱了改革的平等性。2000 年，在世界卫生组织公布的排名中，哥伦比亚的医疗体制在“财务筹资公正性”方面名列第一位。在哥伦比亚，个人根据其收入对医疗体制做出贡献——国家承担贫困人口的全部医疗保险费用——全民享受同等医疗待遇。可悲的是，技术压力在某种程度上扭转了这种“公正性”。

能够负担未被列入医保范围

的技术的人口呈大幅递减趋势。该图按收入五等分位数显示了支付分布情况。在占总人口 20% 的最贫困人口中，个人支付在总支付中的占比不足 1%，而在处于最高分位数的人口，相比贫困人群，这部分人信息更灵通、更有机会接触到专家，其个人支付在总支付中的占比达 40%。从理论上来说，所有人都应享有平等的机会，而实际上却并非如此。很难想象出比这种公共资金使用递减幅度更大的情况了。

哥伦比亚的人均医疗支出是典型发达国家的 1/5。囊括新技术虽然对于维持医疗体制的合法性必不可少，却使维持改革的可持续性成为难题。哥伦比亚正竭尽全力支付昂贵的新药。哥伦比亚议会通过一项法律，允许不再为无效技术支付费用。哥伦比亚政府成立了一个专门机构，来对所有新技术进行评估。此外，哥伦比亚还实施价格管制并草拟了一项处理类似生物药物（源于生物蛋白质而非化学合成的药物）的政策。从无管制环境中大大受益的制药行业则反对部分政策。

哥伦比亚医疗情况分为三部分：

- 积极的医疗改革在短时间内实现了巨大的社会进步。
- 技术压力使改革的持续性和进步性受到威胁。这些技术压力主要来自于昂贵的新药。
- 匆忙实施以有序合法的方式囊括新技术的各种制度，不考虑各方阻力。

哥伦比亚在监管药品价格、允许仿制药与生物药竞争以及评估技术方面的经验对必须同时应对全民医保挑战和技术压力的发展中国家而言，是一次重要的经验教训。■

亚历杭德罗·加维里亚（Alejandro Gaviria）是哥伦比亚卫生部部长。

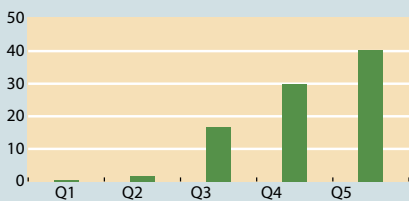
参考文献：

Fan, Victoria, and William D. Savedoff, 2014, "The Health Financing Transition: A Conceptual Framework and Empirical Evidence," *Social Science and Medicine*, Vol. 105 (March), pp. 112-21.

支出减少

哥伦比亚政府对普通医疗保险不付款的新药而支付的大部分付款流向了高收入人群。

（对新药的付款，占总支付的百分比）



资料来源：哥伦比亚医疗基金，FOSYGA。
注：数据为 2012 年的数据。接收群体涵盖从收入最低的 20% (Q1) 到最高的 20% (Q5)。

医疗卫生账单

发达经济体的公共卫生支出增长近期减缓，
但这种情况持续下去的可能性不大

本尼迪克特·克莱门茨、圣吉夫·古普塔、尚保平

控制公共卫生支出增长是发达经济体所面临的最重要的财政问题之一。在过去30年间，此类支出大幅增长（Clements、Coady和Gupta，2012年），约占这段时间非利息政府支出增长的一半。

在此期间，个人卫生支出（在发达经济体中通常占全部卫生支出的1/4）也出现上升。尽管更多的卫生支出使得人们的健康水平显著提高，但也为预算带来了巨大压力，尤其是在现在，发达经济体公共债务总额在GDP中的占比已经达到了前所未有的水平。

自2010年以来，公共医疗卫生支出的增长减缓，了解其中的内涵和原因十分必要。这种下降趋势是否会持续下去，卫生支出是否已得到控制？过去，增长减缓之后总会会出现增长加速时期（见图1）。那么，此次增长减缓是否会有不一样的表现呢？解答上述问题对发达经济体的长期经济展望具有重要的影响。发达经济体医疗卫生支出的增长会使政府或者降低在其他优先领域（如教育和基础设施）的支出，或者放慢其减少公共债务的步伐——这两种方法对发达经济体的增长前景均会产生影响。

同步减缓

2010年，公共卫生支出增长出现减缓，这种现象几乎同时出现在所有发达经济体之中。公共卫生支出包括政府医院和医疗卫生设施所提供的服务费用，以及支付私立医院及医护人员医疗服务的公共医疗保险。平均而言，发达经济体的公共卫生支出在GDP中的占比从2009年的7.4%下降至2011年的7.1%。2012年是我们可获得各国可比数据的最近一年，在这一年中，平均公共卫生支出占GDP的比例出现了微弱上涨。经通胀调整之后的公共卫生支出增长情况也与之类似，其占GDP的比例从2009年的4.5%下降到2010年的接近0。尽管实际支出增长于2011年和2012年出现反弹，但仍然远远低于历史平均水平。

在全球金融危机中遭受重创且产出急剧下降的国家（包括希腊、冰岛、爱尔兰、葡萄牙和西班牙），其支出下降的幅度最大。然而，在受危机影响较小的国家，如德国、以色列和日本，支出减缓程度并不明显，或者根本没有减缓（见图2）。增长减缓几乎体现在

医疗卫生支出的所有方面：住院、门诊、药物、预防以及公共卫生（Morgan和Astolfi，2013年）。

几乎所有发达经济体中所有类型的支出增长均出现减缓，而且几乎发生在相同的时间。这说明其背后有着同样的驱动因素。这个相同的驱动因素看似是全球金融危机，其对经济活动以及政府资助公共医疗卫生支出持续增长的能力产生了影响。

然而，增速减缓是否会持续下去取决于影响支出的潜在驱动因素的未来走势。共有五大驱动因素。

人口老龄化：通常，对医疗卫生的需求会随着年龄增长而出现增长。在未来20年中，由于预期寿命的持续增长，发达经济体人口的平均年龄将会增加，这可能将会导致医疗卫生支出的进一步增加。

收入增长：收入的增长通常会带来对更多更好的医疗卫生服务的需求。不过，收入弹性的精确价值（即收入变化所引起的医疗卫生服务需求的变化）是一个热点讨论的问题，而且没有明确的答案。近期的研究表明，医疗卫生服务需求的收入弹性低于或接近1.0（Maisonneuve和Martins，2013年）。

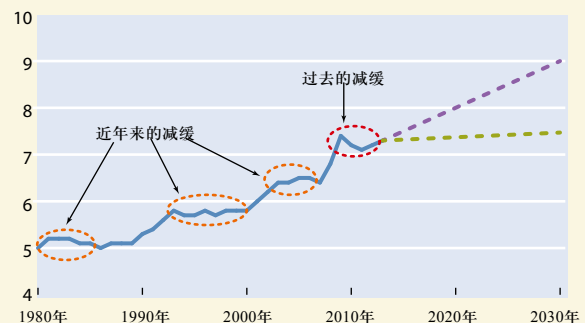
技术进步：医学技术的进步是医疗卫生支出的最重要决定因素之一。新手术方法和药品的持续开发极

图1

未来尚不确定

当前医疗卫生支出增长的减缓是否会持续下去（沿着绿色虚线），亦或是，如之前所发生的那样，随后会出现新的增长（沿紫色虚线）？

（公共医疗卫生支出，占GDP的百分比）



资料来源：经济合作与发展组织，2014年卫生数据库；作者的估算。
注：画圈的区域代表发达经济体医疗卫生支出增长减缓的时期。



瑞士洛桑市，儿科医生在对孩子进行检查。

大地拓展了针对各种疾病的预防和治疗，但昂贵的技术成本也促使医疗卫生支出迅速增长。

鲍姆效应：鲍姆效应以其首创者——经济学家威廉·鲍姆 (William J. Baumol) 的名字命名，是指在生产率水平不易提高的行业，单位劳动力成本的增长相对较高；上述行业包括由政府提供的服务。在制造业领域，可以通过实施新的流程来减少生产一定产出所需的劳动者人数，进而提高生产率。但在医疗卫生领域，由于减少医护人员数量的同时不降低服务水平的可能性十分有限，所以提高劳动生产率存在困难。医疗卫生行业的工资会随着经济体系内的平均值水涨船高，但生产率却不会，所以，医疗卫生领域的单位

劳动力成本的上涨更为显著。

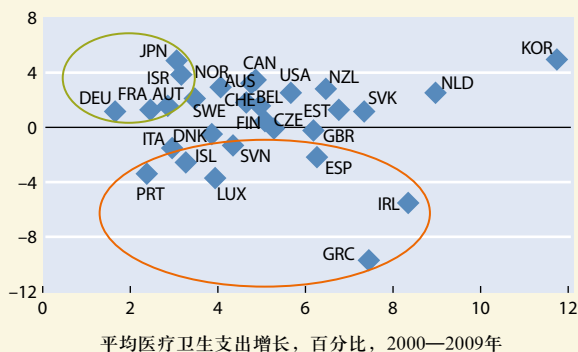
医疗卫生政策和制度：医疗卫生政策和制度可通过影响供应和需求来影响支出水平。在需求端，由政策来决定公共福利计划的覆盖范围或者患者承担费用的比例（如，共同承担就医或处方药的费用）。在供应端，政策对支出产生直接影响（如，公共诊所支出），或者通过向由公共医疗保险（如美国的联邦医疗保险制度）出资支持的私立医院和医生支付来间接地影响支出。

近年来，尚无证据显示人口老龄化、技术进步或鲍姆效应发生了显著变化。这些因素无法解释自2010年以来所出现的公共卫生支出突然减缓的原因。而近年来由经济危机导致的收入增长减缓——或者医疗保险政策和制度方面所发生的变化——能够解释这一现象。不过，很重要的一点是，要区分旨在改善医疗卫生体系职能和效率的结构性改革与针对宏观和财政状况的暂时性（但不具可持续性）响应措施之间的区别。结构性变革可能会对公共卫生支出的增长产生持续性的影响，而暂时性措施的影响则会随着宏观经济和财政状况的改善而减弱。

图2
减缓

遭受全球金融危机冲击最为严重的国家的卫生支出增长的降幅最大。

(平均医疗卫生支出增长, 百分比, 2010—2012年)



资料来源：经济合作与发展组织，2014年卫生数据库；作者的估算。

注：所有数据均为经过通胀调整后的实际数值。位于绿色圆圈中的国家所经历的增长减缓幅度较小，或者基本上没有出现减缓。位于橙色圆圈中的国家经历的增长减缓是幅度最大的。国家名称缩写规则遵照国际标准化组织公布的缩写。

直接节约效应

除收入增长速度减缓之外，近期支出增长放缓期间出现的支出下降似乎体现了那些为应对紧缩宏观经济和财务状况而在短期之内降低支出水平的政策的影响。因此，这些政策不太可能影响到医疗卫生支出的长期增长。许多国家采取的措施主要侧重于产生立竿见影的开支节约，而非改善卫生支出的效率和质量。在希腊、爱尔兰、意大利、葡萄牙和西班牙，所采取的措施主要集中在全国卫生预算的全面削减；在奥地利、比利时、希腊、爱尔兰、荷兰、葡萄牙和西班牙，



则为降低药品和其他医疗物品的价格；在捷克、爱沙尼亚、爱尔兰和西班牙，则为减少对提供者的支出；而在捷克、丹麦、希腊、爱尔兰、葡萄牙、斯洛文尼亚、西班牙和英国，则主要集中于工资的削减（Mladovsky 等人，2012 年）。尽管这些宏观层面上的措施（因为这些措施对整体支出水平产生影响，并无特定目标）有助于在短期之内削减支出，但在不采取改革措施（如为提供高成本效益的医疗服务引入竞争并完善激励措

施）的前提下长期控制支出增长的效果则不甚理想（Clements、Coady 和 Gupta，2012 年）。此外，部分上述宏观措施，如削减卫生宣传和疾病预防方面的支出，从长远看来可能会增加支出压力，因为这些措施对健康所产生的负面影响可能会在未来产生更加昂贵的医疗干预支出需求。

经济计量分析指出，宏观经济和财政指标（如经济增长率、失业率和政府债务总额）由于对部分之前我们所描述的主要支出驱动因素具有直接或者间接的影响，所以成为公共医疗卫生支出增长的重要决定因素。基于采用了 1980—2012 年间所有发达经济体年度数据的模型，该分析表明经济增长的减缓和失业率的上升使得医疗卫生支出的增长放缓。

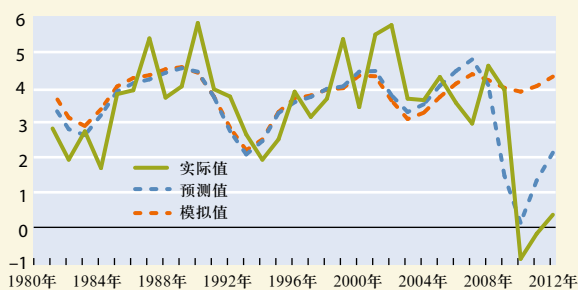
较高的政府债务水平也遏制了支出的增长，这是因为负债累累的政府无力应对增加的支出经费。2008—2010 年，公共卫生支出增长的下降几乎全部可以通过这些因素来加以解释。在这段时期，我们看到的医疗卫生支出的增长与模型预测的增长值非常接近（见图 3）。此外，该模型也能够正确预测在随后的 2011 年和 2012 年公共卫生支出的增长。根据该模型的预测，如果经济危机没有发生，卫生支出的增长将会在危机前的轨迹上基本保持不变。虽然尚无定论，但上述研究成果表明近年来支出增长的减缓基本上是暂时性的。

图3

正如所料

公共医疗卫生支出与失业率和产出等经济发展情况紧密相关，这说明随着发达经济体从全球金融危机中复苏，支出增长将会加速。

（医疗卫生支出，人均实际增长，百分比）



资料来源：经济合作与发展组织，2014年卫生数据库；作者的估算。

注：所有数据均为经通胀调整后的实际数值。“预测值”指根据失业率、经济增长率以及政府债务水平等宏观经济因素，通过经济模型获得的公共卫生支出的增长率预测。预测的增长模式与1980年至2012年之间的实际增长率相呼应。“模拟值”所代表的那条线在2008年以后体现了该模型在假设全球危机没有爆发的情形下对医疗卫生支出增长情况所做的预测（用宏观经济因素在2000年至2007年之间的平均值来替代实际值）。

未来的支出

来自七个国家（芬兰、德国、冰岛、意大利、韩国、荷兰、挪威）的现有医疗卫生支出数据表明，2013 年医疗卫生支出进一步增长，达到 GDP 的 0.1%，这与模型的预测结果一致。美国经济分析局的数据表明，在 2014 年第一季度，消费者在医院、疗养院、就诊和其他医疗卫生服务方面的支出出现了更快的增长，尽管上述增长的部分原因可能是由于《患者保护与平价医疗法案》（即“奥巴马医改”）扩大了医疗保险覆盖范围。关于美国的近期研究也指出，医疗卫生支出增长减缓的主要驱动因素为经济状况，而非医疗卫生行业的结构性变革（Chandra、Holmes 和 Skinner，2013 年；Dranove、Garthwaite 和 Ody，2014 年）。

尽管医疗卫生支出增长的减缓可能基本上暂时性的，但在一些发达经济体中，这种减缓还是会对公共卫生支出产生了持久影响，原因有二：

- 当公共卫生支出的历史增长率得以恢复时，支出增长的基础（占 GDP 的百分比）较之于没有发生过危机的情况要低。

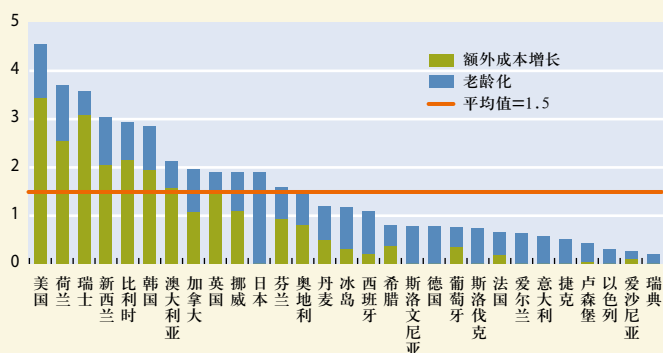
- 阻碍支出增长的某些宏观经济和财政因素（如较高的公共债务比例）预计在近期将不会回归至危机前的水平。

图4

支出将出现增长

在未来的15年中，公共医疗卫生支出将实现增长，增长规模约为 GDP 的 1.5%。其中不到一半来自人口的老龄化；其余的部分来自技术、收入增长以及结构性因素。

（医疗卫生支出的增长，占GDP的百分比，预测平均值，2014—2030年）



资料来源：经济合作与发展组织，2014年卫生数据库；作者的估算。

注：所有数据都经过通胀调整。额外的成本增长是指在排除人口老齡化因素之后，公共卫生支出超出GDP增长的增长部分。它反映了更好但更为昂贵的技术、收入增长以及不断增长的劳动力成本（鲍姆效应）等因素的影响。

在我们的预测中（见图4），由于近期所采取的措施，我们将支出水平下降这一因素纳入考量，并假定支出增长率随着经济的恢复将仅能缓慢地回到历史平均水平。至2019年的预测是基于IMF《世界经济展望》中的宏观经济预测（经济增长率、一般政府公共债务与GDP的比值以及失业率）。2019年之后，

发达经济体的医疗卫生支出并未完全得到控制。

该预测假定额外的成本增长（实际医疗卫生支出增长和GDP增长之差，并根据人口老龄化的影响进行了调整）将在2030年之前回归至其历史平均水平。平均而言，我们预测公共卫生支出在2014—2030年之间将增长GDP的1.5个百分点。其中少一半的增长将是人口老龄化的结果；而增长的其余部分则反映了更好但更为昂贵的技术、收入增长、鲍姆效应以及卫生政策和制度所带来的额外成本增长。

这一结果也表明，在未来的15年中，不同国家的支出增长将普遍存在差异。美国的公共卫生支出（包括联邦政府和州政府的所有医疗卫生计划）预计将增长GDP的4.5个百分点。而希腊、冰岛、葡萄牙和西班牙的公共卫生支出增长预计平均不到GDP的1个百分点。这反映出全球危机对上述国家的公共财政和宏观经济状况产生了持续性的影响。

对财政政策的影响

上述预测对发达经济体的长期公共财政具有相当大的影响。为了实现自身的中期财务目标，发达经济体不得不提高税收或进一步缩减支出。衡量所需要进行的调整幅度的一个方法是，评估各国为达到其目标在2014—2020年之间必须筹集多少“基本财政收入”（国民收入减去支出，不包含利息）。近期所做的预测表明，平均而言，所需要的调整资金大约为GDP的2.25个百分点（IMF，2014年）。此外，各国还需要应对养老金支出的增长，由于人口老龄化，养老金支出在未来15年中的增长预计将达到GDP的1个百分点。因此，财政调整总需求（包括医疗卫生支出方面的预计增长）占GDP的4.75个百分点，这个比例相当之高，并突显了提高政府支出效率的必要性，而这一点可以在许多领域中得以实现：如针对公共部门工资和就业情况进行改革；更好地将教育支出与处于不断变化之中的需求进行挂钩，因为随着人口老龄化进程的推进，需求在不断改变；更有针对性地将社会福利惠及低收入家庭，这将有助于各国政府以较低

成本实现其公平性目标。

在医疗卫生方面，发达经济体并非束手无策，它们可以采取多种措施来控制支出并减缓上述支出在未来若干年中的增长。下面是部分可采取的举措：

- 通过改革促进竞争，提供选择，如在保险公司和医疗卫生服务提供商之间引入竞争以及对医疗卫生服务的价格和质量信息进行披露。

- 对基层医疗和预防性护理加大力度，从而通过保持人口的健康状态来降低对更加昂贵的医疗护理的需求。

- 改进供应商支付系统，为具有高成本效益的治疗提供更多激励。改变过去基于供应商成本或服务的简单报销系统，从而使供应商失去提供不必要护理的动力。上述改进可包括根据“诊断相关组”对医疗服务进行偿付，该种做法针对特定的医疗状况制定治疗方案并确定相关费用组成。

- 更加广泛地应用医疗信息管理系统来收集、存储和交换患者信息。这些系统可能会在增强医疗卫生生产出的同时降低成本。

换言之，发达经济体的医疗卫生支出并未完全得到控制，这说明有必要进行长期的结构性改革来保持并扩展医疗卫生领域已取得的令人鼓舞的成果，减缓支出增长并将其纳入良好控制之中。■

本尼迪克特·克莱门茨（Benedict Clements）是IMF财政事务部处长，圣吉夫·古普塔（Sanjeev Gupta）是该部的副主任，尚保平（Baoping Shang，音译）是该部的经济学家。

参考文献：

Chandra, Amitabh, Jonathan Holmes, and Jonathan Skinner, 2013, "Is This Time Different? The Slowdown in Healthcare Spending," *Brookings Papers on Economic Activity* (Fall).

Clements, Benedict, David Coady, and Sanjeev Gupta, eds., 2012, *The Economics of Public Health Care Reform in Advanced and Emerging Economies* (Washington: International Monetary Fund).

Dranove, David, Craig Garthwaite, and Christopher Ody, 2014, "Health Spending Slowdown Is Mostly Due to Economic Factors, Not Structural Change in the Health Care Sector," *Health Affairs*, Vol. 33, No. 8, pp. 1399-406.

International Monetary Fund (IMF), 2014, *Fiscal Monitor* (Washington, October).

Maisonneuve, Christine, and Joaquim Oliveira Martins, 2013, "A Projection Method for Public Health and Long-Term Care Expenditures," *OECD Economics Department Working Paper No. 1048* (Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development).

Mladovsky, Philipa, Divya Srivastava, Jonathan Cylus, Marina Karanikolos, Tamás Evetovits, Sarah Thomson, and Martin McKee, 2012, "Health Policy Responses to the Financial Crisis in Europe," *Policy Summary No. 5* (Copenhagen: World Health Organization).

Morgan, David, and Roberto Astolfi, 2013, "Health Spending Growth at Zero: Which Countries, Which Sectors Are Most Affected?" *OECD Health Working Paper No. 60* (Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development).

全球卫生体系的监管

戴维·斯里达尔、切尔西·克林顿

随着工作重点
的转移，新的
参与者涌入了
这个曾经由世
界卫生组织独
占的舞台

近日，传染性极高的且常常是致命的埃博拉病毒于非洲西部爆发，在卫生领域开展全球性合作的必要性因而突显出来。当前的埃博拉危机——以及中东呼吸综合症（MERS）的爆发、小儿麻痹症在中东和非洲的死灰复燃——从根本上再次证明了各国政府的“单打独斗”无法控制传染性疾病的蔓延：各国政府经协商所达成的全球性行动准则对于保护其国民的健康至关重要。

埃博拉病毒爆发正是世界各国政府于1948年成立世界卫生组织时考虑到的并且作为全球卫生治理中心的那种危机。

2014年8月，世界卫生组织发出声明称，对抗埃博拉病毒为国际紧急事件，

要求详细报告埃博拉的传播，以便相关机构追踪疾病的发展，集中全球力量控制疾病，调配全球资源对受感染对象进行救治。这些需要都关系到全球性的卫生治理——管理或直接影响全球卫生政策的准则、相关的正式及非正式的制度、规范和流程。

卫生治理的核心职能通常不超出世界卫生组织及其理事会的权限范围，包括召集主要利益相关者，确立共同的价值观，建立标准和监管框架，设置优先级，调动和调整资源，推进研究工作。

全球治理要求各国政府放弃主权的某些方面，将某些权力和职权委托给世界卫生组织等国际机构。指导各国应对国际性卫生风险的《国际卫生条例》就是此类授权的一个明确的例子。

但近年来，新的组织开始跻身全球卫生事业的舞台。对于艾滋病毒/艾滋病或孕产妇死亡率等的特别关注给全球卫生体系带来了更多资金。但那些额外的资金通常来自于新成立的机构。部分机构隶属世界卫生组织，部分为外部机构，另外一些内外兼有。与世界卫生组织广泛、综合的使命相比，大部分新增组织的工作重点是纵向的、集中于狭窄目标的实现，如特定的疾病或健康问题。

保护全球人口的健康需要对世界卫生组织及其使命进行长期投资。但具有明确短期目标的投资者却推动了世界卫生组织的大部分活动，针对具体疾病和



世界卫生组织在几内亚的科洛本谷村举办埃博拉宣传活动。



问题的新型合作关系越来越受到重视。而且，人们日益认识到增强卫生体系（处于医疗卫生服务交付核心的人员、组织和资源）实力的必要性，为针对具体疾病展开的工作提供助力。此外，近期以来，拉丁美洲、亚洲和非洲国家为能在全全球性机构中发挥更大作用所作的努力也给全球卫生治理带来了影响。

参与者日益增加

世界卫生组织创建的最初目标之一是确保各国政府以长远的眼光参与卫生事务的合作。与其隶属于国际联盟的前身组织相比，世界卫生组织被赋予了更多的权力，以便实现这一目标。事实上，全球每个国家都是世界卫生大会的成员（每个会员国有一个投票权），世界卫生组织接受世界卫生大会的管理。

因为环境的不断变化，世界卫生组织面临着融资和治理两方面的困境。

但是，世界卫生组织不再是唯一的全球性卫生机构，如今它面临着来自一些领域的新参与者的激烈竞争，如全球抗击艾滋病、结核病和疟疾基金（全球基金）；GAVI，全球疫苗免疫联盟；比尔和梅林达·盖茨基金会——全球规模最大的以世界卫生为核心使命的私人基金会。

在过去的半个世纪中，凭借拥有的大量资源、与各财政部高层决策者的紧密联系和机构内部的技术专长，世界银行在全球医疗卫生领域的影响力日益增强。世界银行已经向各国政府提供了数十亿美元的贷款，帮助其提高卫生服务水平。

因为环境的不断变化，世界卫生组织面临着融资和治理两方面的困境。虽然资源总量并未减少，但近年来也未实现太多的增长。2012—2013年世界卫生组织的预算为39.5亿美元；2014—2015年预算为39.7亿美元（WHO，2013年）。但真正的挑战是对大部分资金使用方式的限制。世界卫生组织预算的80%来自承担特定使命的捐赠者的“自愿捐赠”，通常不能用于一般用途。非受限资金的短缺是阻碍世界卫生组织应对近期的埃博拉爆发的因素之一（见专栏）。由于对流行疾病的早期响应迟缓而长期遭受指责，这种情况触发了对创建以应对传染性疾病爆发为目的的新的全球性基金的呼吁。

自愿捐赠——来自美国、日本等捐助国政府和私人资金——可被指定用于特定的疾病或行动，如遏制结核病伙伴关系，或用于特定地区，如美洲。过去12年中自愿捐赠增长了183%，而成员国的受评定的核

应对埃博拉

世界卫生组织因在遏制非洲西部埃博拉病毒爆发的早期响应中表现迟缓和力度不足而受到指责。世界卫生组织认为其缺乏内部技术专家和员工。因为大部分预算款项的使用都由指定将其捐赠资金用于短期目标的捐赠方决定，在过去十年中，世界卫生组织在应对突发事件、疾病和流行病方面的核心实力已经衰退。应对疾病爆发和危机的预算降低了五成，从2012—2013年的4.69亿美元降至2014—2015年的2.41亿美元（WHO，2013年），而流行病响应部门被解散，其职责也分散到其他各部门当中（New York Times，2014年）。2014年9月，比尔和梅林达·盖茨基金会等捐赠方承诺为世界卫生组织提供资金，但这个位于全球卫生治理中心的组织需要的是长期的、可持续性的资助。

心捐款仅增长了13%（Clift，2014年）。2012—2013年，世界卫生组织仅对7.6%的自愿捐赠额的使用具有酌情决定权。而且，管理超过200个自愿捐赠国的行政成本将近2.5亿美元，占其预算的5%以上。但是，如果没有自愿捐赠，世界卫生组织的总预算很可能会少很多。

总的来说，政府仍然是世界卫生组织的主要资金来源（评定和自愿捐赠），但是非政府组织的影响力也日益强大。例如，2013年比尔和梅林达·盖茨基金会捐款3亿美元，成为世界卫生组织最大的捐赠机构。在某些情况下，非政府组织会为世界卫生组织项目的实施提供帮助，如旨在根除结核病的遏制结核病伙伴关系项目。非政府组织通过在国际机构的董事会议员身份和选举权，寻求自身在全球卫生治理中的权力和发言权，但它们在世界卫生组织中仅有观察员身份——政策则由各国政府指导。世界卫生组织所面临的挑战在于有目的地增进与利益相关者间的友好关系，同时保持其为所有成员国带来同等利益的公正的政府间机构的地位。

世界卫生组织还必须应对在这一问题上的一些不满情绪。例如，2007年，印度尼西亚卫生部长拒绝为世界卫生组织提供H5N1病毒样本以供其进行分析和制作疫苗，尽管当时全世界都在为禽流感的爆发而忧心忡忡（Gostin，2014年）。这位部长认为从病毒样本中研制出的疫苗和药品不可能提供给发展中国家，他还引用了病毒主权原则，保留病毒样本直至更公平的流行病疫苗使用制度确立。经过紧张的谈判，世界卫生组织各成员国于2011年商定《大流行性流感防范框架》，用以实现流感病毒、疫苗使用及其他优势的共享。该协议旨在通过增加发展中国家的疫苗及其他流行病相关物资的使用机会，平衡已得到改善和加强的流感病毒的共享。

印度尼西亚事件表明，国际机构必须根据需要在实力强大的成员（通常具有特定程度的影响力）的加入和保证通过附属于并参与这个组织的所有成员（包括实力最弱的成员）的最大利益得到满足的需要之间实现平衡。各国必须信任国际机构，才愿意报告传染病威胁并使用国际机构所收集的卫生知识来确保全民利益，同时不会污辱或抵毁受到疾病威胁的国家。

《2005年国际卫生条例》要求近200个签约国向世界卫生组织报告某些国际关注的公共卫生事件（如埃博拉病毒的爆发）并制定世界卫生组织及其成员必须遵守的程序，以维护全球公共卫生安全。该条例旨在通过成员的共同承诺平衡主权权利，以达到预防疾病在全球蔓延的目的。

新的参与者登上了曾经由世界卫生组织独占的舞台，反过来看，为实现自身卫生目标寻求最佳途径的国家也拥有更多的选择权。举例来说，这些国家可以绕过世界卫生组织向全球基金或盖茨基金会申请，获取对抗结核病的资金，这就迫使长期以来的主角对自身角色进行检查并更有策略地运行。这并不意味着世界卫生组织要承担所有的全球卫生职能，一部分原因是世界卫生组织成立时就已经存在区域性的公共卫生机构了（如泛美国卫生组织）。世界卫生组织是一个将不同利益相关方聚集起来的论坛，但仅允许成员国参与全球卫生规则的协商并决定各国为传播和实施这些规则从世界卫生组织获得支持的程度。

合作伙伴关系

全球基金和全球疫苗免疫联盟等公私合作关系仍然是全球卫生合作领域的新生事物。这类纵向基金的治理结构与世界卫生组织和世界银行的治理结构明显不同（Sridhar, 2012）。

不同于世界卫生组织（“所有人尽可能达到其最高健康水平”）和世界银行（“缓解贫困和提高生活质量”）的广泛使命，纵向基金的目标范围较为狭窄。全球基金的任务是吸引并使用资源来防治艾滋病毒/艾滋病、肺结核和疟疾；全球疫苗免疫联盟的使命是通过增加贫困国家儿童免疫接种的机会来拯救儿童的生命，在更大范围内保护健康。

批评人士称这些新的全球卫生资源安抚了捐赠方的担忧，并且更适于受像世界卫生组织这样的多边机构所部署。这些资源虽然代表着全球卫生基金的净增长，但似乎不可能为世界卫生组织更广泛的使命服务。盖茨基金会为全球疫苗免疫联盟提供了最初的推动力——7.5亿美元资金，2002年八国集团的各成员国（加拿大、法国、德国、意大利、日本、俄罗斯、英国、美国）特别绕过联合国启动了全球基金。

纵向基金对不同的利益相关者赋予了权力，而世界卫生组织则仅对有权对政策和集体行动进行协调的政府投资。全球基金的董事会包含来自民间团体和私营部门的有投票权的成员、盖茨基金会以及来自发展中国家和捐赠国的代表。它还包含无投票权的成员，如世界卫生组织和世界银行等合作伙伴。全球疫苗免疫联盟设有多利益相关者董事会，会员包括享有永久投票权的盖茨基金会、联合国儿童基金会、世界卫生组织、世界银行和18个来自发展中国家和捐款国家政府、疫苗制造商和民间团体的无投票权成员。赋予非政府组织选举权使全球疫苗免疫联盟和全球基金获得了更大的合法性（Wallace Brown, 2010年）。

这些组织的资金全部来自自愿捐赠，但尽管世界卫生组织的自愿捐赠数额不断增长，世界卫生组织和世界银行的财务模型仍以评定会费为基础。全球基金接收来自政府、个人、企业和私人基金会的自愿捐赠。全球疫苗免疫联盟依靠自愿捐赠来支持疫苗的研发和生产。各国政府是最重要的资金来源，但仅通过自愿机制捐赠。

全球疫苗免疫联盟和全球基金不直接在资金接受国工作，而世界卫生组织和世界银行通过政府机构发挥职能，在接受国设立办事处并委派工作人员前往。

全球基金依靠国家协调机制制定并提交拨款方案，选择实施这些方案的组织。这些机制通常包括来自申请国政府、地方和国际非政府组织的代表、有兴趣的捐赠者、私营部门代表和患有目标疾病的患者。全球疫苗免疫联盟为各国政府提供资助，利用这些资助提高疫苗的接种范围。

通过有效提高专门制定的卫生产出和成效，全球基金和全球疫苗免疫联盟获得了合法性，而世界卫生组织和世界银行则是具有包容性和参与性的政府间机构。

转向卫生体系的建设

纵向基金继续激增，定向捐赠仍然是世界卫生组织捐赠资金的主体。但发达国家和发展中国家越来越关注对于稳健的初级护理和强大医院体系的需要——这属于横向途径。埃博拉在非洲西部的传播突显了我们对于更强大的卫生体系的需要，这样的体系不仅能够提供妇幼卫生保健服务、对抗癌症和心脏疾病等非传染性疾病，还可对传染病进行检测和治疗。埃塞俄比亚依靠不断增加的国内投资和捐赠者的资助建立了综合卫生体系。

然而，纵向资金不用于增强卫生体系实力或确保所有社会成员享受医疗卫生（全民医疗保障）服务。多数情况下，捐赠者认为国内资源的增长速度之快，

足够资金接受国增强其卫生体系并提供全民医疗保障。他们还担心接受国政府会以新增资金为借口减少国内的医疗投资。捐赠方认为，国家项目必须由本国领导、本国自行设计，因为卫生体系（例如，一国是否已存在国内私营保健服务体系）、国内保险市场、政府预防非传染性疾病的方法都存在差异。许多捐赠方也在小心提防全球卫生治理的进一步分散。

但埃博拉病毒在西非的快速传播突显了缺乏资金的卫生体系在识别及控制疾病中面对的困难。为响应埃博拉的爆发提供支持，美国投入了2.5亿多美元、英国投入了2亿多美元，其中部分资金被指定用于改进卫生体系。埃博拉危机是否会促使纵向出资者持续捐款以改善卫生体系，这一点尚不明确。

新兴市场的崛起

近年来，新兴市场经济体在IMF、联合国等多边机构中发挥了更为重要的作用。这种新的信心已经蔓延到了全球卫生领域中，主要新兴市场经济体在卫生领域的作用反映其国内需求和局限。当经济最发达的新兴市场经济体——巴西、俄罗斯、印度和中国（金砖四国）——参与到全球卫生领域中来时，通常是指参与了特定问题领域，如取得基本药物或技术合作机会，如肺结核的治疗。

区域性似乎也推动了国际合作关系的缔结，并促进了地区性卫生相关机构在非洲、亚洲和拉丁美洲的诞生。以非洲联盟为例，自2002年成立以来，其成员国卫生部长已经参与了地区卫生问题的处理，如传染性疾病、卫生筹资、食品安全和营养方面。巴西、印度和南非已达成一致，共同合作协调卫生与医药的国际推广服务。区域性机构在很大程度上扮演着世界卫生组织附属机构的角色，这些进步是增强世界卫生组织的实力还是削弱其权威，这一点很难预测。

值得一提的是，在中国、印度和俄罗斯，与其他国际问题（如财政政策和国家安全）相比，全球卫生问题只能居于次要地位。巴西已接受将卫生问题作为其外交政策议程的中心，但依据其对全球基金的参与程度进行衡量，目前并未取得经济上的进展。

全球基金的负责人不断号召新兴市场经济体承担一部分对抗艾滋病/艾兹病、肺结核和疟疾的经济负担，但接受了4500万美元拨款的巴西仅捐赠了20万美元。金砖四国中其他国家的情况也很类似。印度接受了11亿美元拨款，仅捐赠了1000万美元；中国接受了20亿美元，但仅捐赠了1600万美元。俄罗斯的记录较好：接受额为3.54亿美元，捐赠了2.54亿美元。

在全球金融危机期间，遭受重创的发达经济体缩

减，甚至撤回了其对全球基金的拨款承诺。金砖四国比许多发达国家更好地经受住了危机的考验。自危机爆发以来，发达经济体没有提高对全球基金（或全球疫苗免疫联盟）的捐赠，这使得其对全球卫生领导层做出的长期承诺受到了质疑。

金砖四国——四个最大的新兴市场经济体——还应继续接受卫生发展援助多久？印度是外部卫生资金的最大接受国，中国是第十大接受国，巴西名列第十五位。对于是否继续为有经济能力提供最基本医疗卫生并已在阻止传染性疾病（无论是肺结核这种存在以久的病，还是像禽流感病毒这样的新疾病）过程中实现经济利益增长的国家提供资金补助，众说纷纭。

然而，尽管这三个国家处于中等收入水平，但巴西、中国和印度的人均收入仍相对较低，必须以经济增长为中心。这些国家还面临着大量健康问题，所以捐赠者仍认为为其提供持续的卫生援助是合理的。但是，多边机构和双边捐赠者必须继续考查中等收入国家是否应继续接受援助（这些援助更应该提供给贫困国家）。

我们从埃博拉危机中得到了重要的教训——需要强大的、有组织的全球性响应机制和权威的、资金雄厚的世界卫生组织的领导。埃博拉的爆发是促使成员国和其他强大的利益相关者增强世界卫生组织的资源和权力，还是促使建立一个新的机构来对抗疾病的爆发，这将是未来数年最重要的全球治理问题。■

戴维·斯里达尔（Devi Sridhar）是爱丁堡大学医学院人口卫生科学中心副教授，切尔西·克林顿（Chelsea Clinton）是哥伦比亚大学梅尔曼公共卫生学院兼任助理教授。

参考文献：

- Clift, Charles, 2014, "What's the World Health Organization For? Final Report from the Centre on Global Health Security Working Group on Health Governance" (London: Royal Institute of International Affairs, Chatham House).
- Gostin, Lawrence O., 2014, *Global Health Law* (Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press).
- New York Times, 2014, "Cuts at WHO Hurt Response to Ebola Crisis," Sept. 3.
- Sridhar, Devi, 2012, "Who Sets the Global Health Research Agenda? The Challenge of Multi-Bi Financing," *PLoS Medicine*, Vol. 9, No. 9, p. e1001312.
- Wallace Brown, Garrett, 2010, "Safeguarding Deliberative Global Governance: The Case of the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria," *Review of International Studies*, Vol. 36, No. 2, pp. 511-30.
- World Health Organization (WHO), 2013, "Proposed Programme Budget 2014-2015 (Geneva).



提高效率 势在必行

菲律宾巴坦加斯市巴坦加斯地区医院的实习护士。

大卫·科迪、莫拉·弗兰切塞、尚宝平

公共卫生支出 必须提高效率，以避免过于庞大的政府 财政支出

在过去的半个世纪，全球的卫生事业取得了显著成就。例如，高收入国家的出生时预期寿命提高了约 11 岁，上中等收入国家提高了 26 岁，下中等收入国家提高了 21 岁，低收入国家提高了 20 岁。

尽管上述进步反映出收入上涨和医学技术进步等诸多因素，但公共卫生支出的增长也是一个重要因素。在发达经济体中，公共支出从 1970 年占 GDP 的 3.75% 上升至 2012 年的 7%。在新兴市场经济体，支出从 1995 年占 GDP 的 2.75% 上升至 2012 年的 3.25%；在这段时期内，发展中经济体的支出从占 GDP 的 3% 上升至 3.75%。

尽管公共卫生支出的不断增长带来了巨大的收益，但也为政府预算带来了财政难题。公共卫生支出已经占到公共资金的较大份额，并预计将进一步增长（Clements、Coady 和 Gupta，2012 年）。在那些必须要削减赤字才能应对高水平公共债务问题的发达经济体中，这一支出增长将加大其财政压力。在新兴市场和发展中经济体中，公共卫生支出必须与教育和基础设施等其他优先发展事项竞争资金。

许多国家认为，在不给财政增加额外压力的情况下，提高公共卫生支出的效率应是确保不断取得医疗卫生成果的主要途径。相较于放弃发展医疗卫生服务或者削减在其他领域的支出而言，通过提高效率来控制支出增长在政治层面上也更加容易被接受。不过，该策略的有效性取决于公共卫生体系缺乏效率的程度以及政府缓解上述低效现象的能力。

支出的低效

确定支出缺乏效率的程度存在难度。

首先，低效很难界定。因为公共卫生支出需要达成多个目标。世界卫生组织将主要目标归结为改善人口的健康状况、帮助家庭避免财务风险并响应人们的期望。但是，大部分有关支出低效的研究主要关注医疗卫生成果，如预期寿命指标。虽然此类研究有可能充分体现改善医疗卫生成果这一目标，但是由于预期寿命是与其他相关健康指标高度相关的，所以此类研究所反映的情况并不全面。

其次，衡量低效通常需要将某一特



定卫生体系与一个“富有效率”的体系进行比较。由于除支出之外的许多因素均对卫生产生影响，而且这些因素在各国之间存在差异，所以很难界定达到既定医疗卫生成果所需的最低支出水平。

低效的根源

此外，研究发现卫生领域在公共资源利用方面存在严重的低效现象。根据针对全球医疗保健体系的研究结果，2010年的《世界卫生报告》（WHO，2010年）提出，高、中、低收入国家的（公共和个人）卫生支出总额的20%至40%对改善人们的健康状况基本没有作用。一项针对经合组织成员国的研究发现，这些国家中存在的低效现象将预期寿命平均缩短了约两岁（Journard、André和Nicq，2010年）。一项有关健康质量调整预期寿命的近期研究（IMF，2014年）表明，由低效现象导致的健康调整预期寿命（HALE，见专栏）的平均损失超过两年（见图1）。考虑到平均而言医疗支出增长50%才能将健康调整预期寿命延长约一年，这一损失可谓非常严重，同时这也表明所有国家在提高效率方面均存在着很大的潜力。

上述低效现象有多种根源，也具有许多潜在的补救方案。

经合组织国家的证据表明，公共卫生体系的类型并非是一个主要因素（Journard、André、Nicq，2010年）。大多数国家的政府广泛介入卫生部门，并且形式多样，如直接提供医疗服务、通过税收体系提供资金以及对由私人部门提供的服务进行监管等等。但是，当按照医疗保健体系在其提供和融资过程中市场机制发挥作用的程度来对其进行分类时发现，群体内部的效率差距比群体之间的要大。这说明，效率取决于更具体的因素，如医疗福利待遇的组成、私营机构获得偿付的方式、成本分担的结构以及诊疗规范的制定和实施方式。

卫生支出和医疗保健服务的构成也具有重要意义。有关证据显示，一般而言，基层医疗和预防保健比医院治疗具有更高的成本效益。不过，即便在同一医疗类型当中，不同治疗的成本效益性也会存在显著的区别。例如，非专利药与知名品牌药物同样有效，但费用却低得多。公共福利待遇应仅覆盖或鼓励最具成本效益的治疗方案。

老当益壮

健康调整预期寿命（HALE）表示的预计保持良好健康状态的生存年龄。卫生部门的大量资源被用于缓解疾病并改善人们的生命质量。为了较好地反映这一情况，HALE将疾病预防、发病率、持续时间以及人们处于不同健康状态下的年数纳入考虑之中。

公共卫生支出的受益者的组成和特征具有重要性。那些贫困群体和弱势群体如果无法从公共支出中受益，则不太可能有其他获得医疗护理的途径，所以面向贫困群体的医疗卫生支出所获得的益处要大于向富裕阶层的支出。人口更加健康的国家的医疗保健不平等程度一般较低。

世界卫生组织（2010年）将低效现象的主要根源归纳为五大类：卫生领域的人力资源因素，包括不适当的或成本高昂的人员结构以及缺乏激励的工作人员；药物方面的因素，包括非专利药的不充分利用，药品价格虚高、不符合标准的药品和假冒伪劣药品的使用以及不适当和无效药物的使用；医院方面的因素，包括昂贵医疗技术的过度使用（如磁共振影像技术）、不适当的医院规模以及医疗错误和欠佳的医疗护理；浪费、腐败和欺诈；以及低效的治疗方法组合和不适当的治疗水平。应对所有上述低效现象能够将卫生总支出水平平均降低40%以上（见图2）。

应对低效

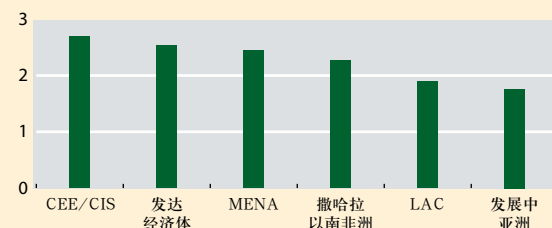
研究者已经确定了可通过改革来减少卫生体系低效现象的几个领域。

- 应该对卫生支出进行重新分配，以促进最具成本效益的服务和治疗方法的采用并为上述高效做法提供激励机制。例如，基层医疗和预防保健（包括许多方面，如定期就诊、免疫和预防艾滋病病毒、吸烟和肥胖症等等）通常提供不到位，也未得到充分利用。这说明，政府在研发、公共医疗保健提供、监管和诊疗规范以及税收措施方面具有非常重要的支撑作用（Jamison等人，2013年）。此外，可以设计成本分担机制来鼓励使用最具成本效益的护理方式，尤其是

图1
健康损失

医疗保健领域的低效使平均寿命减少了超过两年的健康生存时间。

（健康调整寿命损失，2000—2010年）



资料来源：IMF（2014年）、作者的估算。

注：健康调整寿命年是指个人处于健康状态的预期年数。该数据覆盖127个经济体：CEE/CIS=中欧和独联体（16个经济体）；发达经济体（29个）；MENA=中东和北非（7个）；撒哈拉以南非洲（40个）；LAC=拉丁美洲和加勒比地区（24个）；发展中亚洲（11个）。

在医疗保险覆盖不全面的新兴市场和低收入国家。这些国家应该提供涵盖最基本的且最具成本效益的医疗服务的福利待遇，并力争实现全民覆盖；在有能力提高公共卫生支出水平的时候再进行改变。这不但有助于降低不平等性，还有助于提高人口的整体健康水平。

• 政府应增进竞争并提供选择。此类改革包括允许保险公司和服务提供商展开竞争，争取患者以及对医疗服务的价格和质量信息进行宣传。这种做法会迫使医疗卫生服务提供商通过配备适当的医护人员、管理人员组合以及更好地利用基础设施等举措来提高效率。目前已得到证实，竞争和选择方面的改进与更好的医疗卫生成果呈正相关，但对成本的影响还不是非常明确（Gaynor、Moreno-Serra 和 Propper, 2013 年）。此外，监管也具有非常强大的作用，即确保市场作用的正常发挥并限制医疗保健和医疗保险拨备不足等市场失灵的情况。这种情况对发达经济体可能更具针对性，因为健全的监管需要高水平的管理能力。

• 必须改进提供商支付体系。该项改革包括从按服务收费模式转变为按病例收费模式，前者是指服务提供商为所提供的每一项服务获得偿付，而后者则是指采取按人头收费（服务提供商向其提供医疗服务的每一位患者收取一笔固定金额的费用）和诊断相关组（根据患者状况所需标准医疗护理进行偿付）等模式。基于病例的支付模式有助于遏制提供非必要治疗的做法。不过，为了防止治疗不足，需要强有力的诊疗规范和监督。这适用于大部分具有大规模私有医疗卫生部门的经济体。

• 必须采用现代化的卫生信息技术。技术能够通

过减少医疗错误以及程序和检查上的重复来改善医疗卫生成果并降低成本（Hillestad 等人，2005 年）。但是需要进行大规模的前期投资，所以在一些国家中，缺乏资金可能会限制卫生信息技术的采用。

• 政府必须改进公共部门的运营。可以通过在不同政府层级之间统一地分配职责（可避免重叠和过度的管理成本）来提高效率。适当的诊疗规定的制定和

提高公共医疗卫生支出的效率是头等大事。

实施有助于减少过度治疗或者不适当的治疗。提高规定的透明度并完善规定的执行，尤其是那些与采购和偿付相关的规定，可帮助减少腐败和欺诈，而腐败和欺诈在所有经济体中都是一个重要问题。

提高公共医疗卫生支出的效率对于所有经济体而言都是头等大事。旨在提高公共医疗卫生支出效率的改革必须适合于各国的具体情况。在发达经济体中，人口老龄化以及较高的公共债务水平意味着政府必须在损害医疗卫生成果的前提下控制公共卫生支出在 GDP 中的占比或使其保持在稳定水平。发展中经济体必须持续提高医疗卫生成果，并同时保持公共财政的可持续性。■

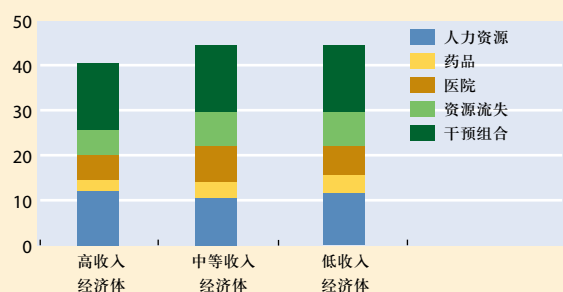
大卫·科迪（David Coady）是 IMF 财政事务部社会支出首席专家，莫拉·弗兰切塞（Maura Francese）是该部的技术助理顾问，尚宝平（Baoping Shang）是该部的经济学家。

图2

多种根源

医疗卫生领域存在的低效现象具有多种根源。

（低效，占医疗卫生总支出的百分比，2010年）



资料来源：世界卫生组织（2010年）。

注：低效现象的根源包括：人力资源因素，如医护人员及其调配；药物因素，如非专利药的使用不足、不符合标准的药品和假冒伪劣药品的使用、药物的不适当使用和无效使用；医院因素，如设备和程序的过度使用；资源流失因素，如浪费、腐败或欺诈；以及干预组合因素，如低效的治疗或不适当的治疗水平。报告的数值基于中间点估计值。由于从各个不同来源获得的效率的增值不一定产生累加作用，所以据世界卫生组织保守估计，卫生总支出中的20%—40%的使用方式对增进健康水平几乎没有任何助益。

参考文献：

Clements, Ben, David Coady, and Sanjeev Gupta, 2012, *Economics of Public Health Care Reform in Advanced and Emerging Economies* (Washington: International Monetary Fund).

Gaynor, Martin, Rodrigo Moreno-Serra, and Carol Propper, 2013, "Death by Market Power: Reform, Competition, and Patient Outcomes in the National Health Service," *Economic Policy*, Vol. 5, No. 4, pp. 134-66.

Hillestad, Richard, and others, 2005, "Can Electronic Medical Record Systems Transform Healthcare? Potential Health Benefits, Savings, and Costs," *Health Affairs*, Vol. 24, No. 5, pp. 1103-117.

International Monetary Fund (IMF), 2014, *Fiscal Monitor* (Washington, April).

Jamison Dean T., and others, 2013, "Global Health 2035: A World Converging within a Generation," *The Lancet*, Vol. 382, No. 9908, pp. 1898-1955.

Jourard, Isabelle, Christophe André, and Chantal Nicq, 2010, "Health Care Systems: Efficiency and Institutions," OECD Economics Department Working Paper No. 769 (Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development).

World Health Organization (WHO), 2010, *World Health Report—Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage* (Geneva).



预防高于一切

卢旺达预防埃博拉病毒在本国传播的努力显示了采取超越卫生部门的跨部门合作的必要性

艾格尼斯·比纳格瓦胡

全球卫生事业发展面临的巨大挑战之一就是狭隘地将单一投资卫生体系视为应对健康威胁的万能之计。

相反，必须增强影响卫生与治理的社会决定性因素的所有部门的实力，包括财政、交通、安全和通信部门，以确保对这种健康威胁做出协同、有效的响应。

以我的国家卢旺达为例，下面介绍一下我们采取了怎样的应对措施来预防已经对非洲西部多国造成破坏的埃博拉病毒的传播。

虽然医疗卫生体系力图防止埃博拉病毒在卢旺达爆发，但同时不应分散其持续抗击因诸如孕产妇和儿童疾病、艾滋病毒/艾滋病、肺结核、疟疾和其他原因造成的过早死亡的注意力。所有部门应做出调整并相互适应，以缓解这种严重的未预期到的健康威胁，这一点至关重要。

治理能力

健康威胁不仅是对医疗卫生体系响应的考验，也是对国家治理能力的考验。卢旺达具备危机响应所需的多部门协同决策机制以及充分利用一切可用资源的一致思维方式。

例如，埃博拉病毒爆发的预防管理工作需要资金——如，在必要情况下快速为所有公立医院配备隔离病房并对一线专业医护人员进行培训——卫生部需要财政部门为其决策提供资金。另外，考虑到入境人口造成的病毒的潜在传播，我们必须依靠交通部门和移民局贯彻我们的对外旅游政策。与此同时，安全部门必须执行应急程序，例如，全国范围内的安全部门24小时待命，以控制任何潜在埃博拉病例的传播。

要将统一这些决策并让所有利益相关各方，尤其是普通民众了解情况，通信部门的参与是至关重要的。

这种跨部门协作的方法并不是面临这场特殊危机时草率的拼凑，而是随着时间的推移谨慎地、协同构建而成。

例如，卢旺达领导人习惯以政策“集群”的方式会面，包括由卫生部和教育部共同主持的社交集群。我们每个月举行一次团体会议，讨论总体形势，并针对如何从有限但不断增长的资源的每一次使用中提取最大价值这一问题建立共识，而不是狭隘地单独开展工作。这样



对埃博拉预防工作的管理仍然耗费巨大。

就将责任落实到不同部门的官员身上，促使他们协同解决问题，而不是相互竞争来争夺政府资金。

成本巨大

在应对当前的威胁过程中，这些惯例对政策制定者来说大有裨益，但对埃博拉预防工作的管理仍然耗费巨大——不但耗资，而且耗时。我们每为预防埃博拉工作一个小时，就少为其他发展目标（比如改进医疗服务的提供）工作一个小时。再者，埃博拉的预防工作给我国经济带来了相当大的财政负担。在短期内应对这种严重的健康威胁的投入可能会推迟新型卫生中心、医院、道路或学校的规划建设。虽然这种调整代价高昂，但相比之下，不采取行动或者采取部分行动或规划行动不当的代价则更大。

埃博拉病毒的威胁要求我们的医疗卫生体系提升到一个新的水平。它教会我们如何利用当前的有限资源（时间和资金），在医疗卫生体系内部和始终参与响应的各部门之间完成更多的工作。

我们应当不断努力加强集体行动，来保护和推动国民的健康和福祉——当然包括加大投资力度，以增强卫生部门的实力。毕竟，如果没有专业医疗人员、设备和基础设施，我们就无法对任何健康威胁进行治理。但是埃博拉危机还教会我们，要提高对潜在挑战的应对能力，我们还必须提高协作管理能力。这不仅包括对提供紧急医疗服务进行投资，还包括对影响人民——我国最宝贵的资源——福祉的所有部门进行更广泛的投资。■

艾格尼斯·比纳格瓦胡（Agnes Binagwaho）是卢旺达卫生部长、哈佛大学医学院高级讲师、达特茅斯大学盖泽尔医学院儿科学临床教授。

公私医疗质量之比较

乔治·考拉萨、杰西努·达斯、杰弗里·汉默

在许多国家中，初级卫生保健服务由谁提供不应成为争论的重点，质量才是重点

调查显示，低收入国家的全部卫生保健服务中有 1/3 到 3/4 由私人部门提供。但对于大多数患者来说，私人部门的医疗不包括大型现代化医院和提供综合服务的机构。这类私人部门存在且面向相对富裕的城市居民。适于贫困人口的私人部门包括运营小型营利性诊所或为非营利性机构工作的现代医疗服务人员、接受过传统医学体系培训的医疗服务人员、草药师和顺势疗法医生，而其中许多人不具备医疗资质认证。

要对私人卫生部门在向贫困人口提供医疗服务时承担什么样的角色以及行使哪些职能进行概括是不可能的。然而，有两点归纳似乎在低收入国家私人医疗讨论中占据主导地位。其中一点是推动私人部门发展，将其作为综合部门，可治疗公共部门的不适和的一般机能障碍。另一点认为，掠夺性做法是私人卫生部门的通病，应该得到监管和控制，可能的话，应用政府投资和经营的诊所取而代之。

每种观点的正确程度是一个经验问题，依据患者和医疗服务提供者在医疗护理市场中互相作用时出现的问题以及政府处理这些问题的能力进行判定。例如，患者可能无法识别好的医疗服务，只求立竿见影和药到病除的治疗方法。如果这种情况属实，私人部门就会提供这样治疗方法。或者，医疗服务人员可能开具能够提高其经济效益但并不符合

患者治疗需求的处方。比如，在可以选择费用较低的正常分娩的情况下，医疗服务人员可能会选择实施剖腹产，或者为患者配制无用的药物来大赚一笔。事实上，人们普遍认为这种“信息不对称”，即当医疗机构比患者本人更了解病情的情况，造成私人部门治疗性医疗服务供应出现问题。

但目前仍没有明确证据显示政府能够做得更好。服务质量低劣的私人医疗服务人员和严重的市场低效通常与低品质公共部门医疗服务人员并存。潜在监管机构通常缺乏监督和执法能力。真正的公共产品必须由政府提供，如病源的根除（如蚊子）和良好的卫生条件。而一旦涉及治疗性医疗服务，情况就不甚明朗了。

大型私人部门

低收入国家的私人卫生保健部门普遍规模庞大，是初级卫生保健服务的稳定来源，尽管许多国家的公共服务资金有所增加，使用费也取消了。人口与健康调查向家庭成员了解当孩子发烧或腹泻时去哪里就医的情况。1990—2013 年（在 77 个国家的 224 项调查中），有一

在印度查谟，当地人正在排队注册国家医疗保险。





半去私人部门求医，1998—2013年，即便在最贫穷的40%人口中，也有2/5寻求私人医疗（Grepin, 2014年）。在本世纪最初几年（最新数据），针对撒哈拉以南非洲的成人与儿童疾病，对私人卫生部门的总体使用率达25%，南亚达63%（Wagstaff, 2013年）。

即便在有公共卫生机构的情况下，人们也会频繁光顾私人卫生机构。

使用大型私人卫生部门的一个潜在原因可能是没有公共卫生机构或公共卫生机构人满为患，而迫使人们选择私人卫生服务机构。但即便在有公共卫生机构的情况下，人们也会频繁光顾私人卫生机构。而且似乎并不存在人满为患的问题。在塔桑尼亚、塞内加尔和中央邦农村地区（印度），公共初级卫生所的医生每天仅花30分钟至1小时的时间坐诊。在尼日利亚农村地区，公共卫生机构平均每天只看一个病人（World Bank, 2011年；Das和Hammer, 2014年）。

患者宁愿花钱支付私人卫生服务，也不愿就近去未得到充分利用的公共医疗机构，这反映出在质量方面的诸多问题，如公共机构的医疗服务人员旷职或对客户的关注不足。从卫生健康和政策角度来看，如果私人部门供应商比公共供应商更倾向于顺从患者对产品和服务的需要，提供不适当的药品（如抗生素和激素）或千方百计利用治疗增加收入，对于私人卫生机构的偏好就会成为一个问题。如果这两种现象在公共部门并不常见，政府应考虑扩大公共部门，以取代私人部门或考虑对私人医疗机构进行密切监管。问题的关键在于两个部门的医疗服务质量是否有所差别。

服务品质

事实上，两个部门的整体服务品质都很差。看诊时间也各有不同，从短短1.5分钟（印度城市地区公共卫生部门）到8分钟（肯尼亚城市地区私人卫生部门）不等。医疗服务人员平均会询问三到五个问题，进行一到三项常规检查，如测量体温、脉搏和血压。在印度农村和城市地区，严重疾病的正确治疗时间低于总看诊时间的40%。当患者接受诊断时，时间不超过总就诊时间的15%。所有部门的全体医疗服务人员均广泛使用不必要的、甚至有害的治疗方法，高资质医疗服务人员可能使用的救生治疗不足1/3，如小儿腹泻的口服补液疗法。上门求医的患者中仅有不足5%能得到正确的治疗。

最近，对公共和私人部门卫生服务供应的质量和效率研究所做的两项系统性审查得出了截然不同的结

论。其中一项支持公共部门（Basu等人，2012年），另一项支持私人部门（Berendes等人，2011年）。当我们参考原始文献寻找这种差异的原因时，却不得不得出了这样的结论——对于公共或私人部门，哪个部门的医疗服务品质更高这种最基本的问题，也只提供了简短的回答：“不知道”。

在研究过程中，要区分公共和私人两个部门的质量差异，两个部门数据都应掌握。研究还应该排除因患者、培训和资源可用性的差异而产生的干扰因素。（将农村地区的小型诊所中没有接受过专业培训的私人部门医疗服务人员与设施完善的医院中训练有素公共部门医生相比较是没有帮助的。）

在这两项审查所涵盖的182个出版物中，仅有一项研究（Pongsupap和Van Lerberghe, 2006年）符合这些标准。这项研究使用了标准化病人（神秘顾客）来测试曼谷私人部门和公共卫生部门医生治疗焦虑症的“相似度”。标准化病人——向部分医疗服务人员提出同样情况的当地新入院病人——在广义上被视为此类研究的黄金标准，因为他们提供了服务质量的客观测量尺度，包括医疗服务人员遵守协议的可能性有多大、治疗的准确性和非必要疗法的使用情况。这使得研究者能够评估不同医疗服务人员是如何治疗同样的患者的。在这项研究中，作者指出私人部门的服务更加以患者为中心，但公共和私人供应商之间在治疗准确性方面不存在差异。医生均未提供正确的治疗（相当于没治疗）。

印度农村地区

在我们开展的对印度农村地区的研究中，我们首先将标准化病人送到随机抽取的公共和私人部门的医疗服务人员处就诊，然后再送到两个部门中的合格医生处就诊（Das等人，2014年）。我们发现了几个值得注意的问题。

第一，公共和私人部门的大部分医疗服务均由未接受正规医疗培训的人员提供。在私人卫生部门中，这反映了愿意在农村地区执业且经过培训的专业人士的缺乏。在公共卫生部门中，由于医生旷职，64%的时间里由未接受过医疗培训的工作人员提供医疗服务。各国研究发现，公立诊所的医生领取固定薪水，经常性旷职——在印度，医生旷工的时间大约占总工作时间的40%，在乌干达，这一比例达到了35%，而在印度尼西亚则为40%。

第二，配备公共部门医生的私人部门中，以病人为中心的互动最多、治疗准确性最高。同一个医生会花费更多的时间且询问更多的问题，更有可能遵照检查单询问推荐问题并执行检查，私人部门的治疗正确

率高于公共部门（见图）。两个部门之间在非必须药物的（大量）使用上无差异。

第三，两个部门同样存在着抗生素使用过量的问题。在私人部门，48.2%的合格医疗服务人员及39.4%的不完全合格医疗服务人员会给病人配制不必要的抗生素。公共部门的初级卫生所的医生花费75.9%的时间为腹泻患者开抗生素，花费1.5分钟决定治疗方法。

应利用政策切断诊断和治疗之间的联系。

第四，在私人部门，更严格地遵守检查单和正确的治疗方法意味着收费更高。这与消费者为更高的质量支付额外费用的市场模式相一致，并且说明他们了解服务的质量，关注治疗的准确性。但并没有针对非必要治疗支付额外费用，这说明患者不会判断他们拿到的额外药物是否必要。

私人部门药物的过度使用能够反映出服务提供者利益和开处方之间的联系：研究显示，如医生没有因开非必要抗生素而获得报酬，他们就不会经常这样做。但公共部门抗生素的使用量也同样过多。因此，利益动机可能只是部分原因，但并不是唯一的原因。同样地，必须改变认为患者无法判断医疗质量的惯常思维，因为合理的医疗质量差异与更高的价格相关联。

鼓励优质药品的使用

由于证据不足，私人部门的弊病一直被过分夸大。患者们往往在距离、候诊时间、价格和服务质量等因素的影响下做出合乎逻辑的选择。没有证据表明患者选择去私人诊所就医是非理性的决定。私人卫生保健

机构在诊断和收取治疗报酬时存在药物使用过度的现象，但公共部门也存在同样的问题。

私人 and 公共卫生部门的深层问题不在于患者的无知或不合理行为，而在于整体医疗质量，目前两个部门的医疗质量都很低。可能需要更好的基础设施和培训，但仅靠这两方面并不足以提高医疗质量（Das和Hammer，2014年）。必须改变影响医务人员工作的行为、结构和激励机制。例如，为减少不必要药品的使用，应利用政策切断诊断和治疗之间的联系。这就需要在处方行为和配药及医学检测之间设置法律障碍。

如果公共医疗服务的质量不及它所取代的服务，则没有理由扩大公共医疗的规模。公共卫生保健部门的扩大可能适用于极少数国家——那些私人市场严重失灵和公共部门问责制相当完备的国家。但是即便如此，政府仍必须大力加强公共部门的能力或建立大范围监管系统。相对简单的办法是把注意力放在现有资源上，并尽力做出改进。如果政策制定者承认病人因服务质量低劣而不使用公共医疗并把注意力放在如何对此进行改进上，那么患者们可能会做出最佳选择。■

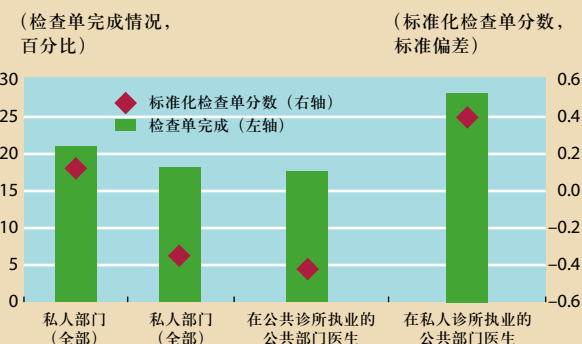
乔治·考拉萨（Jorge Coarasa）和杰西努·达斯（Jishnu Das）分别是世界银行的高级经济学家和首席经济学家，杰弗里·汉默（Jeffrey Hammer）是普林斯顿大学经济发展研究客座教授。

参考文献：

- Basu, Sanjay, Jason Andrews, Sandeep Kishore, Rajesh Panjabi, and David Stuckler, 2012, "Comparative Performance of Private and Public Healthcare Systems in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review," *PLoS Medicine*, Vol. 9, No. 6, p. e1001244.
- Berendes, Sima, Peter Heywood, Sandy Oliver, and Paul Garner, 2011, "Quality of Private and Public Ambulatory Health Care in Low and Middle Income Countries: Systematic Review of Comparative Studies," *PLoS Medicine*, Vol. 8, No. 8, p. e1000433.
- Das, Jishnu, and Jeffrey Hammer, 2014, "The Quality of Primary Care in Low-Income Countries: Facts and Economics," *Annual Review of Economics*, Vol. 6, pp. 525-53.
- Das, Jishnu, Alaka Holla, Michael Kremer, Aakash Mohpal, and Karthik Muralidharan, 2014, *Quality and Accountability in Health: Audit Evidence from Primary Care Providers* (Washington: World Bank).
- Grepin, Karen, 2014, "Trends in the Use of the Private Sector: 1990-2013: Analysis of Demographic and Health Surveys" (unpublished; New York: New York University).
- Pongsupap, Yongyuth, and Wim Van Lerberghe, 2006, "Choosing between Public and Private or between Hospital and Primary Care: Responsiveness, Patient-Centredness and Prescribing Patterns in Outpatient Consultations in Bangkok," *Tropical Medicine & International Health*, Vol. 11, No. 1, pp. 81-89.
- Wagstaff, Adam, 2013, "What Exactly Is the Public-Private Mix in Health Care?" *Let's Talk Development* (blog), Dec. 2.
- World Bank, 2011, "Service Delivery Indicators: Pilot in Education and Health Care in Africa," *African Economic Research Consortium Report* (Washington).

疗效更佳的药物

在印度农村地区私人 and 公共部门均有执业的医生相对更有可能在私人部门遵循检查单中的推荐问题及检查。



资料来源：Das等人（2014年）。
注：此项研究在印度麦迪亚邦农村地区完成。



财政与健康

以税收来引导健康生活方式的举措具有一定的局限性

帕特里克·佩蒂特、马里奥·曼苏尔、菲利普·温杰德



在发达国家中，超过一半的成年人超重或肥胖，而且这一数据仍在持续增长（OECD，2014年）。全球每年有280万人死于肥胖症这种流行病（WHO），2008年仅美国就花费了1470亿美元应对肥胖症问题（Finkelstein等人，2009年）。这些国家的政府当局考虑或执行了一系列措施对抗这一流行病（Jamison等人，2013年），其中最受争议的措施是脂肪税和糖税的征收。

现代税收制度主要依赖于税基广阔的税收，例如，为政府预算提供资金的所得税和消费税。但有时也会实施附加税，以实现更广泛的政策目标，如减少外部效应——来自生产或消费的但并未显示在价格中的对他人的影响。污染就是一个很好的示例。这些税收一般采用消费税的形式，对小范围的产品或服务征税。

鉴于提高价格会减少消费，烟草消费税的成功刺激了不健康食品税的实施。但是，烟草和不健康食品之间存在重要差别——不健康食品主要是指含脂肪和糖的食品。烟草的计税基数很容易确认，因为它不同于脂肪和糖，其消费形式较少且没有近似的替代品；它的供应链短且简单、集中，因此易于控制，以防止非法交易。再者，烟草的使用具有明确的外部效应，具体形式为二手烟和卫生保健支出，而且在任何消费水平上，烟草的使用都是不健康的。这些特点无论从经济还是健康方面都能证明，并保证烟草消费税的切实可行性。

相对而言，对于脂肪和糖，如果能有节制地进行消费，其并不会损害健康，产生的外部效应也很小。最重要的是，它们以多种多样的天然及人工形式出现，并且通过差异较大且复杂的供应链供应。因此，针对某一特定形式的糖或脂肪定义计税基数十分困难，向某一种含糖或脂肪的食品征税会导致制造商使用其他不健康食品作为替代。因此，与烟草相比，税收在降低对某类食品消费方面的相对效果并不显著。此外，由于脂肪和糖被视为食品，因此通常免征一般销售税——所以向其征收消费税就更不具说服力。

当然。这并不意味着向脂肪和糖征收消费税毫无作用。在一定条件下，税收能够有效增加收入，限制无营养卡路里的消费。例如，软饮料是卡路里的一种

主要来源，易于以税收为目的进行界定，并且其消费具有价格敏感性。但由于各国的消费习惯、支付能力和替代形式存在显著差异，因此需要制定适用于具体国家的政策。

此外，消费税有时需要国际协调，以实现预期的征收目标。丹麦于2011年10月实施的一项饱和脂肪含量税在执行15个月后被废除，其原因是这项税收对消费习惯的影响并不明显，并且迫使丹麦消费者跨境到德国去购物。法国等其他国家在采用消费税降低软饮料消费方面相对更加成功；美国某些社会经济群体也显示了消费税给消费带来的重大影响（Powell和Chaloupka，2009年）。

针对脂肪和糖的消费税可能永远也无法像烟草税一样普及或有效，但在设计合理且适用于一个国家的消费方式及食品供应链的情况下，它们在某些情景下也能够发挥一定的作用。然而，请不要忘记，肥胖的主要原因是摄入得太多：解决这个问题需要对影响价格和消费的更广泛的政策进行再研究，如针对征收一般销售税的食品、接受监管的食品或享受补贴的食品的税收政策。■

帕特里克·佩蒂特（Patrick Petit）和马里奥·曼苏尔（Mario Mansour）是IMF财政税务部高级经济学家，菲利普·温杰德（Philippe Wingender）是该部的经济学家。

参考文献：

- Finkelstein, Eric A., Justin G. Trogon, Joel W. Cohen, and William Dietz, 2009, "Annual Medical Spending Attributable to Obesity: Payer- and Service-Specific Estimates," *Health Affairs*, Vol. 28, No. 5, pp. 822-31.
- Jamison, Dean T., and others, 2013, "Global Health 2035: A World Converging within a Generation," *The Lancet*, Vol. 382, No. 9908, pp. 1898-1955.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), 2014, *Obesity Update*, June.
- Powell, Lisa M., and Frank J. Chaloupka, 2009, "Food prices and Obesity: Evidence and Policy Implications for Taxes and Subsidies," *The Milbank Quarterly*, Vol. 87, No. 1, pp. 229-57.
- World Health Organization (WHO), *Global Health Observatory Database* (Geneva, various years).

烟草和不健康食品之间存在重要差别。



重视创新

对抗新型疾病的药物的研发存在阻碍

卡罗·A. 娜希



当新的医学威胁浮出水面时，比如非洲埃博拉病毒，我们对其造成大量人员死亡表示谴责并质问制药公司为何没能更努力地寻找治疗办法（Surowiecki, 2014年）。创新总是姗姗来迟的原因很多，其中包括经济激励措施不足和信息传播不力。

2003年，波及37个国家、造成775人死亡的“非典”（严重急性呼吸综合症）在中国爆发后，传染病医生共同为《纽约时报》制作了一份图表，将因非典造成的死亡与因其他全球性传染威胁造成的死亡进行了比较。高居疾病影响排名首位的是肺结核。全世界每年都有数百万人死于肺结核，其中大部分处于经济生产能力的高峰。若患艾滋病毒/艾滋病，则是致命的。

我们为非典或埃博拉等神秘的新型传染性疾​​病深感焦虑，但长期以来，肺结核已经被我们忽略了，过去100年中死于肺结核的人数大于所有其他传染病。

如果肺结核直到近期才引起人们对新药研发的关注，那么将如何为更具局限性的传染病研究提供支持？部分答案在于决定如何为仅影响少数人口的全球健康威胁的新疗法融资，支付其巨额研发成本，据估计每种药的研发需至少10亿美元（PhRMA, 2013年）。问题是，这笔钱谁来出？

然而，不仅是新产品推出的经济性阻碍了制药业对发达经济体外的流行传染病的关注（Wall Street Journal, 2014年）。公共卫生资讯的传播无意中产生了巨大的影响。各国政府和国际性的卫生组织在努力管理始终稀缺的公共卫生资源时，往往将工作重点放在现有工具的有效利用上。这种对改进药物服用的重视经常被制药厂商解读为有关机构没有看到未满足的医疗需求，只看到了效率问题，无论这种解读是否正确。

过去几十年中，公共卫生信息传播阻碍了药物研发，肺结核就是一个非常切实的例子。过去40年中，对肺结核的治疗一直采用1950—1970年间发现的四种抗生素。这几种药物的结合使用可在数月中产生显著效果，但它们会带来令人不适的流感样副作用和不良反应，如肝损伤。六个月治疗期和药物副作用致使许多患者在治愈前停止用药。结果，残余的肺结核细菌对抗生素产生了耐药性。

发现这个严重的治疗问题后，公共卫生解决方案

中并未要求寻求更安全、起效更快的药物，而是启动了药物服用计划，以保证病人在整个治疗期间坚持服用已有40—60年历史的传统药物。而患者仍然会提早结束治疗，肺结核病菌对这些传统药物的耐药性越来越强。一部分肺结核病菌的菌株现在已经对所有抗生素产生了耐药性。耐药肺结核已成为全球健康的重大威胁——据世界卫生组织估计，在每年报告的900万结核病例中，对多种药物有耐药性的结核新增病例超过50万。耐药肺结核的治疗成本至少增长了10倍，而全球成功治愈率不足50%。

耐药肺结核的治疗成本至少增长了10倍。

在过去的15年中，耐药肺结核数据使制药行业相信肺结核的医疗需求并未得到满足，已经有一部分公司提出比现有药物更安全、更有效的新药研发计划。10—15年的新药研发时间期限，从发现到市场授权，意味着制药行业仅仅能够及时应对日益严重的对多种药物有耐药性的肺结核危机。近期，欧盟和美国相关机构分别于2012年和2014年批准了两种对抗肺结核的新药，另有多项其他新型抗肺结核药物即将完成临床开发，其中包括本公司（Sequella）研制的两种新药。

当然，我们一定还会发现给公民社会带来严重破坏的其他传染性疾病。为促使业界研发出能够改变全球流行病潜在轨迹的药物，全球公共卫生机构必须传达正确的信息——寻求创新，而不只是寻求效率，明确研究资源需要专攻的重点，并提供经济激励措施和报销比例，以便实现此类药物的巨额研发成本合理化。■

卡罗·A. 娜希（Carol A. Nancy）是Sequella公司首席执行官。这是一家致力于将耐抗生素传染性疾病的新型治疗方案市场化的私营企业。

参考文献：

PhRMA, 2013, *Profile* (Washington: Pharmaceutical Manufacturers of America).

Surowiecki, James, 2014, “Ebolanomics,” *The New Yorker*, August 25.

The Wall Street Journal, 2014, “The Medical Innovation Threat,” August 20.



贸易放缓

自金融危机爆发以来，全球贸易放缓部分受到结构性因素而非周期性因素的影响

克里斯蒂娜·康斯坦丁内斯库、
阿迪特亚·马图、米歇尔·卢塔

世界贸易增长出了什么问题？自2010年从大衰退的历史低谷中恢复过来后，世界贸易的增长始终维持着出人意料地缓慢速度。

2012年和2013年，贸易增长不足3%，而危机前的平均水平为7.1%（1987—2007年；见图1）。40多年来，贸易增长第一次低于全球经济增长。经济学家们想弄清楚当前的全球贸易放缓是一个会随着时间推移而自行修正的周期性现象，还是有着更深层、更持久（即结构性的）的决定因素——以及这个问题的答案对于世界贸易的未来和收入增长意味着什么。

是周期性，还是结构性

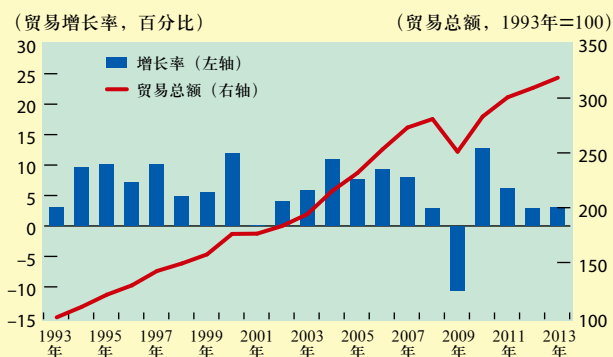
许多经济学家认为全球贸易放缓主要是一种周期性现象，其驱动因素是近年来一直困扰着欧洲的经济危机。这种观点有一定的实证支持。欧盟大约占世界贸易总量的1/3，因为按照惯例，欧盟国家之间的贸易应计入世界贸易总额之内。经济危机降低了欧洲的进口需求。2012年，经济危机的震中地带——欧元区的进口量下降了1.1%，2013年仅上升了0.3%。从这一点上看，如果欧洲经济复苏，世界贸易增长应该会再次回升。

但周期性因素（如欧洲的危机）只是一部分原因。

回顾过去十年GDP中进口量所占的比例，会发现当前的贸易放缓有更长期的原因。虽然金融危机过后大部分经济体中进口量与GDP总量的比率较为稳定，但在危机爆发前，中国和美国似乎就已经出现了进口份额的停滞。这两个国家的进口额在实际GDP中的占比自2005年起就基本保持不变：“大停滞”似乎开始于大衰退之前，这说明存在导致全球贸易放缓的长期决定因素（见图2）。

图1
增长更加缓慢

从大衰退中恢复后，过去几年的世界贸易增长异常缓慢。



资料来源：IMF，《世界经济展望》；作者的计算。

这种长期的停滞的确反映了更深层次的原因：与上世纪90年代相比，21世纪初贸易与收入关系呈现结构性变化。在最近的一篇文章（Constantinescu、Mattoo 和 Ruta，2014年）中，我们对过去40年间贸易与收入的关系进行了分析，发现贸易对收入的响应能力（即经济学家所说的贸易的长期收入弹性）在上世纪90年代显著上升，但在21世纪初下降至上世纪70年代至80年代初的水平。上世纪90年代，全球收入每增长1%，世界贸易就会相应地增长2.2%。

但是，这种贸易增速超过GDP增速两倍的趋势于世纪之交告终。进入21世纪，世界收入每增长1%，世界贸易仅相应增长1.3%。我们的研究证实，上世纪90年代贸易与收入的关系与该时期之前和之后相比经历了统计学上的显著变化。

这些结果表明，自全球金融危机爆发以来，贸易增长越来越缓慢的原因不仅在于全球收入增长的缓慢，还包括贸易自身对收入增长的敏感度大大减弱。与影响全球GDP增长的周期性因素相比，贸易放缓有着更深层次的根源。对影响贸易增长的长期和短期因素进行分析后发现，与2009年贸易崩溃相比，当前全球贸易放缓在很大程度上受到结构性因素而非短期因素的影响（见图3）。

醉汉和他的狗

研究全球贸易和收入的关系就像分析醉汉和他的狗的行为一样：两者都不会沿着直线往前走，尽管如此，我们仍希望他们彼此能够靠得近一些。毕竟世界是一个封闭的经济体，商品和服务的交易规模必须与其经济活动相关联。

但贸易与收入之间的关系会随时间的推移发生变化；很多因素时而拉近，时而拉远两者之间的距离。

对于贸易对收入的响应能力的降低，以下是几种可能的解释：

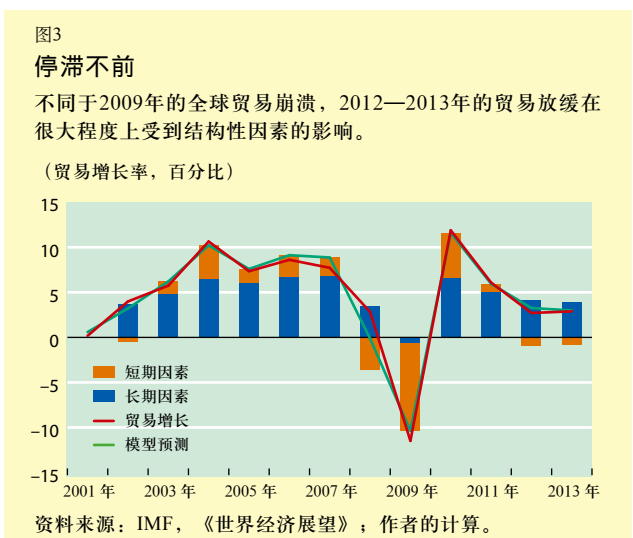
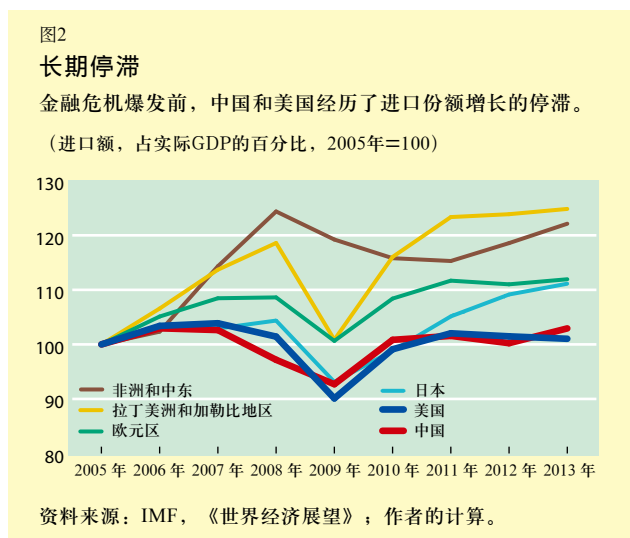
- 贸易结构的变化与全球供应链的扩张或收缩相关（见“形成链条的价值”，《金融与发展》2014年3月号）；
- 世界贸易构成的变化，如商品与服务的相对重要性；
- 世界收入构成的变化，如投资与消费的相对重要性；
- 贸易制度的变化，包括导致全球市场分散的保护主义的出现。

我们的分析显示，全球贸易和收入之间关系的不断变化主要受到两个最大的贸易经济体——中国和美国的供应链贸易变化的影响，并非受到保护主义或贸易及收入构成变化的影响。

贸易构成不是造成21世纪初贸易弹性下降的全部原因，因为近年来其构成（即商品和服务）始终处于非常稳定的状态。同样，需求构成的变化也不是其全部原因，因为长期投资和贸易的消费弹性也是类似的情况。最后一点，保护主义的增强并不显著——即便在金融危机后的一段时间里也是如此，这说明贸易政策仅是造成世界贸易弹性下降的很小一部分原因。

一项针对国家层面的分析表明，美国和中国都经历了贸易对增长的响应能力的显著下降（美国从3.7下降到1.0，中国从1.5下降到1.1）。与之相比，欧洲未表现出明显变化。其他地区的贸易弹性随着时间的推移发生了明显的变化，但是这些地区在全球贸易中所占的份额很小，因此几乎无法作为世界贸易弹性改变的原因。

区域和国家层面的贸易与收入关系的波动与国际贸易结构的不断变化有关。中国提供了经济力量发挥作用的例子。



不断变化的供应链

上世纪90年代，贸易收入弹性的增强可能反映出国家间生产活动的日益分化（Escaith、Lindenberg 和 iroundot，2010年）。20世纪90年代，信息和通信技术的冲击导致全球供应链的迅速扩张，用于加工和再出口的零部件的进口数量大增，中国的进口量增长尤其显著。因此，零件来往贸易的增长促使量化贸易增速超过了国家收入。

反过来，中国贸易弹性的下降可能预示着中国在国际生产中的角色发生了进一步的改变。已有部分证据表明，或许21世纪初期中国的国际供应链已经成熟，导致中国贸易对GDP的响应能力下降。这一变化在中国出口总额里零部件进口份额的下降中得以体现，从上世纪90年代中期的60%的峰值下降到当前的35%左右。

2012—2013年间的放缓在未来几年可能会持续下去。

所有这些改变并不意味着中国将要背离全球化。出口总额中零部件进口份额的下降确实反映出中国企业用国内投入代替了国外投入，中国企业不断增长的国内附加值为这一发现提供了证据（Kee 和 Tang，2014年）。但是，国内可用投入的增长一直与外国直接投资相关。这些改变可能还表现在地理位置方面，中国沿海地区已经开始更多地从国内采购，其原因是国内的运输和通信成本下降的幅度比全球其他地区更大。当前的贸易一体化可能更多采取国内贸易而非国际贸易的形式，但官方统计数据往往仅体现后者。

美国贸易对收入响应能力的下降在某种程度上反映了中国的发展趋势。美国曾是中国和其他新兴市场经济体的零部件进口事业迅速发展的主要源头以及组装产品出口的主要目的地。上世纪90年代，美国企业不断在境外重新安置生产基地，当时的贸易似乎能在更大程度上响应收入的变化。近年来，虽然离岸贸易并未减少，但国际分散的速度似乎有所减缓。进入新世纪以来，美国制造业进口额在GDP中的份额始终保持在8%左右，而在此前的15年中，其进口份额将近现在的两倍。

与中国和美国相比，21世纪初欧元区贸易对GDP的响应能力居高不下。这可能是供应链从欧元区国家（如德国）向东欧和中欧持续扩张的结果。

新旧驱动力

全球贸易放缓是否会持续下去？它是否会对世界经济增长和试图以贸易驱动增长的国家产生影响？我们的发现显示，2012—2013年间的放缓是受到贸易和收入关系的结构性（因此更加持久的）变化的影响，这说明在未来几年，这种状态可能会持续下去。世界经济的发展潜力可能会因此受到影响，因为贸易和收入两者间并非毫无关联。

但是我们还必须意识到，造成贸易放缓的贸易与收入不断变化的长期关系象征着国际生产模式不断变化。上世纪90年代，贸易对增长的高响应度反映了生产的日益分化，美国和中国共同促进了这种分化。如今这个特殊的驱动引擎似乎耗尽了它的推动能量。但欧洲仍然存在大量增加国际分工的机会，这对于尚未充分利用全球供应链的地区（如南亚、非洲和南美洲）的未来非常重要。二十国集团的发达和新兴经济体的贸易议程将发挥一定的作用，以确保把握住这些机会。■

克里斯蒂娜·康斯坦丁内斯库（Cristina Constantinescu）和米歇尔·卢塔（Michele Ruta）分别是IMF战略、政策和检查部对外部门的助理研究员和高级经济学家；阿迪蒂亚·马图（Aaditya Mattoo）是世界银行贸易和国际一体化部的研究主管。

参考文献：

Constantinescu, Cristina, Aaditya Mattoo, and Michele Ruta, 2014, "Global Trade Slowdown: Cyclical or Structural?" (unpublished; Washington: IMF and World Bank).

Escaith, Hubert, Nannette Lindenberg, and Sébastien Miroudot, 2010, "International Supply Chains and Trade Elasticity in Times of Global Crisis," WTO Staff Working Paper ERS-2010-08 (Geneva: World Trade Organization).

Kee, Hiau Looi, and Heiwai Tang, 2014, "Domestic Value Added in Exports: Theory and Firm Evidence from China" (unpublished; Washington: World Bank).

城市人口持续增长

到2050年，全世界2/3的人口将居住在城市地区

目前，全世界超过半数的人口居住在城市。联合国的一项最新报告称，到2050年，这一比例将增至66%。预计，仅印度、中国和尼日利亚三个国家增加的人口数量就占到2014—2050年间世界城市人口增量的37%。

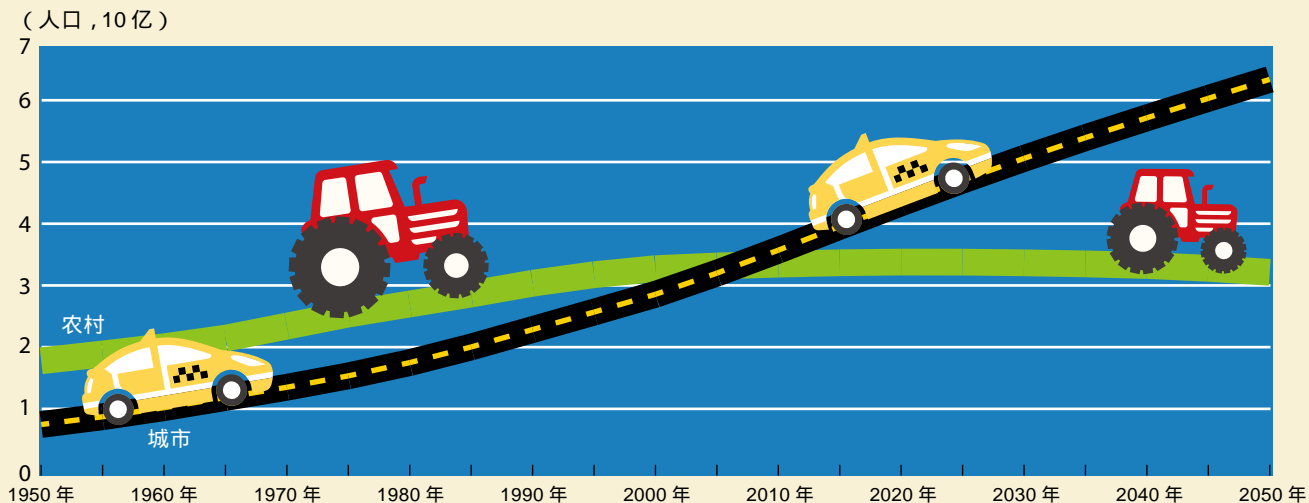
如今，城市化程度最高的是北美洲和拉丁美洲。相反，非洲和亚洲的大部分地区仍是农村。预计在未来几十年里，各地区都将加速城市化进程，尤其是非洲和亚洲的城市化进程将远远超过其他地区。

该报告指出，到2030年全球将有超过40个特大

城市，每个城市的人口至少会达到1000万。东京是全世界最大的城市，拥有3800万人口。尽管人口数量预计将会有所下降，但到2030年东京仍将是全世界最大的城市，人口数量达到3700万。紧随其后的是拥有3600万人口的新德里。

随着全世界城市化进程的发展，最关键的发展挑战将集中在城市，尤其是在城市化进程最快的下中等收入国家。该报告强调，城市应当提供更好的收入和就业机会，确保平等地获取服务，并扩大水、环境卫生、交通、住房、能源以及信息和通讯方面的基础设施。

全世界的大部分人口居住在城市



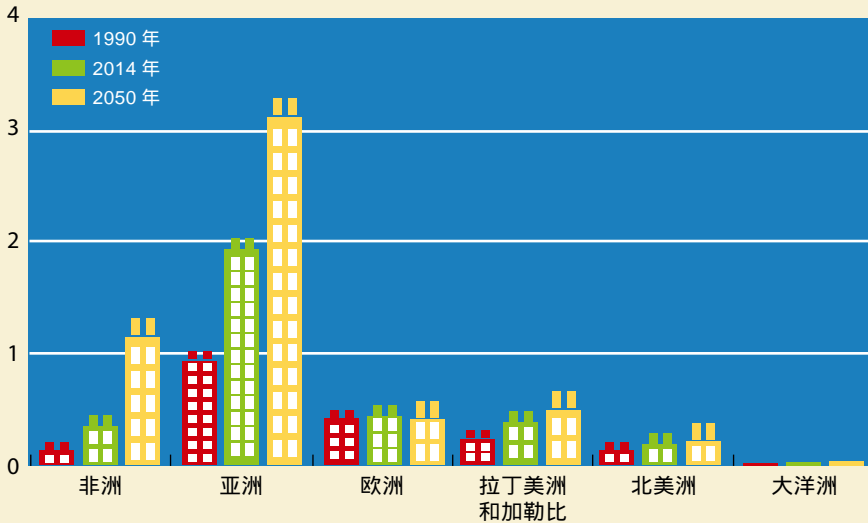
2014年全世界最大的城市

(人口, 百万)



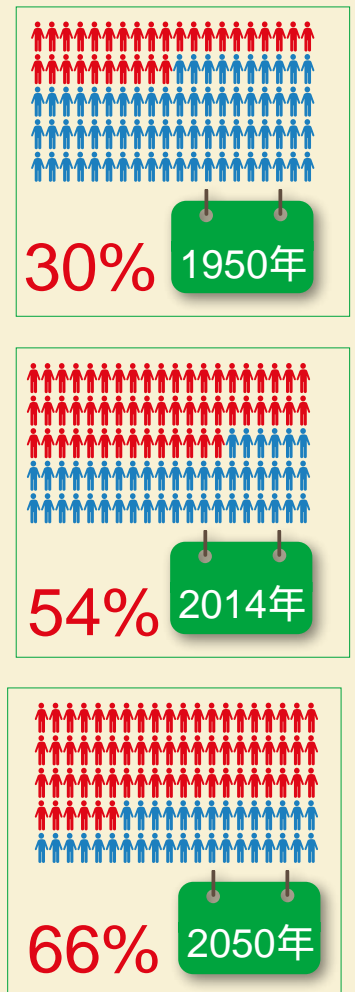
各地区的城市居民数量差异巨大

(城市人口, 10 亿)

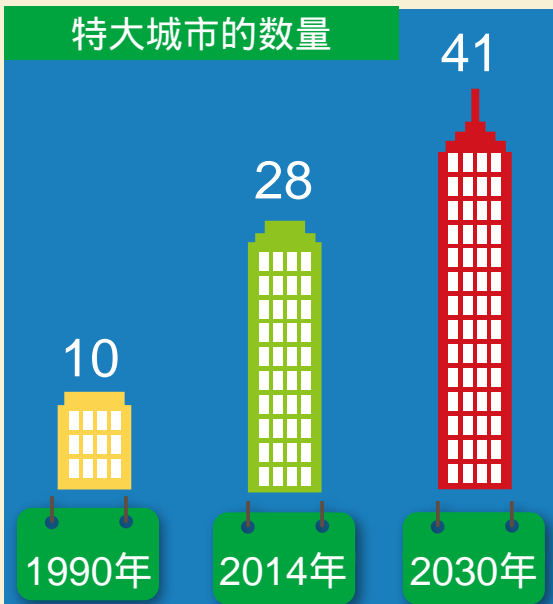


城市人口

(占总人口的比例)



特大城市的数量



2007年

全球城市人口
超过全球
农村人口

本文由《金融与发展》的高级编辑娜塔丽·拉米雷斯-杜莫纳 (Natalie Ramirez-Djumena) 撰写。文字和图表是基于联合国于2014年7月出版的《世界城市化展望：2014年修订，概要》。可在网上浏览此报告：esa.un.org/unpd/wup/Highlights/WUP2014-Highlights.pdf。



龙腾鬣蜥间

安东尼·埃尔森

中国与拉丁美洲之间的经济和金融关系对该地区越来越重要

2014年7月，中国国家主席习近平对拉丁美洲进行了访问。期间，习主席将中国与拉丁美洲的关系描述成“命运共同体”，而中国似乎是这一命运的塑造者。

自2001年中国加入世界贸易组织以来，随着经济的开放，其在全球经济贸易和外国直接投资方面迅速占据领先地位。2012年，中国成为世界上最大的贸易国。2013年，中国成为仅次于美国的第二大外国直接投资接受国和仅次于美国、日本的第三大外国投资来源国。

进入21世纪以来，作为全球贸易和投资活动大规模扩张的一部分，中国显著加强了与拉丁美洲的经济和金融关系。中国的这些举措并非仅仅针对拉丁美洲，它们只是中国更广泛的“走出去”战略的一部分，该战略的宗旨是与许多南部发展中地区（包括非洲、中亚和东南亚以及拉丁美洲）建立贸易与金融关系。

中国和巴西之间南南关系发展的重要性也在2014年习主席的访问中得到了

体现。访问期间，金砖国家联盟（即巴西、俄罗斯、印度、中国和南非）在巴西福塔雷萨签订了针对发展中经济体的新贷款协议。

更密切的关系

自本世纪初以来，中国和拉丁美洲之间的双边贸易关系呈指数级增长，从2000年的120亿美元增至2013年的2890亿美元（见图）。在此期间，这两个贸易伙伴之间的不均衡状况日益加剧，形势对中国更有利。这种双边贸易的不对称还体现在，与拉丁美洲作为中国的贸易伙伴相比，中国是拉丁美洲更加重要的贸易伙伴。目前，中国是拉丁美洲第二大进口来源国（仅次于美国）以及第三大出口目的国（仅次于美国和欧盟）。

拉丁美洲对中国的出口几乎全是初级商品（油气、铜、铁矿石、大豆）。中国对于这些商品的需求是拉丁美洲在2008—2009年全球金融危机前五年贸易

条件明显改善的一个原因。与前十年相比，贸易条件的改善及伴随的出口量的增加极大地推动了该地区实际 GDP 和收入的增长。

中国从拉丁美洲的进口反映出其需要大量的原材料，以支持自身的发展。中国从该地区的进口高度集中，主要源自阿根廷、巴西、智利、秘鲁和委内瑞拉。中国已成为这些国家的主要出口伙伴国。然而，中国对原材料和半成品的进口十分多元化，还从非洲、亚洲和北美洲的供应商处采购。唯独铜是一个例外，55% 的铜由拉丁美洲地区供应（其中 30% 来自智利）。

源自中国的外国直接投资主要用于扩大拉丁美洲自然资源的开发。

反之，中国对拉丁美洲的出口主要是制成品，与南北国家间产业间贸易的历史模式相仿。但是，这种以原材料换取制成品的传统模式也有一些值得注意的例外情况，其中一个最重要的例子就是中国近期从巴西航空工业公司购买了喷气式飞机。

但更为普遍的是，中国重大的行政壁垒抑制了拉丁美洲向中国出口制成品，原因是运输成本比西半球市场的成本更高。此外，对于中国可能向阿根廷和巴西倾销钢铁、纺织品和家用电器等简单的制成品，联合国拉丁美洲和加勒比经济委员会对此表示了担忧。

贷款和投资

五年来，中国和拉丁美洲之间的金融联系显著增加，尽管中国的贷款和投资活动与从该地区的进口相比在绝对数量上小得多。根据总部位于美国华盛顿特区的美洲国家对话组织的数据，自 2005 年以来，中国国家开发银行和中国进出口银行对拉丁美洲的总贷款承诺达到近 1000 亿美元。

2010 年，中国放出的贷款数额大致相当于世界银行、美洲开发银行和美国进出口银行的总和，但此后该数额出现了下滑。与从这些机构贷款不同的是，中国的大部分融资都分配到了阿根廷、厄瓜多尔和委内瑞拉，因为这些国家获取其他官方和私人资金的渠道有限。委内瑞拉从中国的借款额几乎占该地区从中国的借款总额的一半，预计将通过石油出口，以实物偿还大部分贷款。中国对于向该地区的贷款设置了极少的条件，贷款被分配到了各种基础设施项目上。

在最近一次出访拉丁美洲期间，习主席宣布提供 350 亿美元新贷款，以资助符合中国和拉丁美洲受援国共同利益的其他基础设施和发展项目。此外，习主席访问期间还宣布成立一个新的联合论坛，由中国与

拉丁美洲和加勒比国家共同体组成，负责管理大部分资金。论坛的宗旨是促进两个合作伙伴在除经济和金融关系以外的更广泛问题上开展合作。

中国、巴西和秘鲁当下正在讨论的一个重要基础设施项目就是在南美洲建设一条洲际铁路，这将开创此类区域项目的先河。另外，中国私人投资商和尼加拉瓜政府也针对通过尼加拉瓜的越洋运河展开了讨论。

源自中国的外国直接投资密切地反映了其进口模式，主要用于扩大拉丁美洲自然资源（铜和铁矿石开采、油气勘探、大豆生产）的开发。2010—2012 年，阿根廷、巴西和秘鲁成为中国对外直接投资的最大接受国，共接受了 320 亿美元。中国企业在秘鲁拥有一系列特别有力的项目，以开发该国的铜矿资源，项目总额达 200 亿美元。这一数值超过了美国和加拿大企业的投资总额，而这两国企业迄今为止一直是秘鲁铜矿产业的主要投资者。

联合国贸易和发展委员会的统计数据显示，中国对拉丁美洲的对外直接投资中，很大一部分是通过英属维尔京群岛和开曼群岛流入的。然而，这些资金流动的最终去向却无法明确。除了通过这些离岸金融中心的资金流外，中国的对外直接投资仅占拉丁美洲近年来外来投资总额的 5% 到 6%，尽管这一份额预计还将增加。

不全是好消息

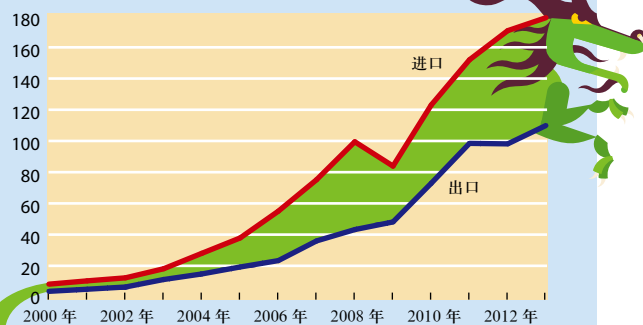
近年来，拉丁美洲与中国的经济和金融关系为该地区带来了重大效益，主要体现在出口扩张和外资流入方面。但从长期看来，可能也会带来负面的影响。

其中一个问题与所谓的区域出口再商品化有关。原材料在拉丁美洲出口中的份额已从 20 世纪 80 年代初期的 52% 左右跌至 90 年代末期的 27%，但在全球

咆哮的巨龙

进入 21 世纪以来，中国与拉丁美洲的双边贸易出现了大幅增长，对该地区的销售额超过了采购额。

（拉丁美洲与中国的贸易，10 亿美元）



资料来源：泛美开发银行。

金融危机前夕又升至 50% 以上。拉丁美洲历史上对于以自然资源为基础的出口的依赖已成为该地区的一大问题。为此，拉丁美洲面临着贸易条件的波动的影响，并且制造业的竞争力也因汇率波动而削弱。

拉丁美洲近期从中国进口制成品数量的增长加剧了再商品化现象。进口的制成品中，大部分与面向国内和区域市场的本地制造业形成了直接的竞争。反过来，这可能抑制对于（作为这些产业上游供应商的）其他制造业和非制造业产品的需求。上述倾销问题只会增加这些担忧。鉴于中国对于该地区出口的性质，出口对于该地区生产技术提升的贡献微乎其微。

根据联合国拉丁美洲和加勒比经济委员会编制的数据库，制造业占该地区 GDP 的比重从 1980 年的 25% 下降到 2000 年的 21% 和 2010 年的 15%。在此期间，东南亚国家联盟和中国的制造业占 GDP 的比值提升至大约 40%。最近一项研究得出的结论是，中国向拉丁美洲和第三方市场出口低成本制成品极大地削弱了拉丁美洲在这些市场的竞争力，严重阻碍了该地区产业基地的扩张（Gallagher 和 Porzecanski, 2010 年）。

除了来自中国制成品的竞争，拉丁美洲还要应付近期外部贸易条件的放宽以及全球商品需求减弱的问题，后者部分与中国从投资向国内消费转移的重整措施有关（见“中国的转变”，《金融与发展》2014 年 6 月号）。根据 IMF 最新的《世界经济展望》的预测，这一发展反过来使该地区重新面临增长显著放缓的前景。

在这些不利因素的影响下，拉丁美洲的长期发展面临挑战，这些挑战在与中国接触前同样阻碍了该地区的持续发展。其中的一个障碍是在缺乏中国支持的情况下扩建和升级交通、运输和发电基础设施。近年来，拉丁美洲在基础设施方面的投资不足。在过去十年，每年的公共投资仅占 GDP 的 2% 左右，低于高速发展的东亚经济体的每年投资比例的一半。

作为基础设施建设的一个重要方面，一个国家的贸易便利化服务质量已成为出口竞争力的一个关键因素。贸易便利化服务包括清关和过境手续、通信设施、贸易金融和新企业注册安排。随着全球价值链在国际贸易中的重要性与日俱增，这些服务变得不可或缺。例如，南美洲在全球价值链的参与度很低，远低于东亚。由于建立了支持出口的跨境制造业联系的密集网络，东亚地区被称为“亚洲工厂”，而中国在其中发挥了关键作用。

拉丁美洲未来发展的第二个关键领域是技术创新，这是升级制造业基地和提高劳动生产力的关键所在。与制成品技术复杂度提升相关的出口多样化是提高经济增长率的关键因素。世界经济论坛开展的国际调查显示，与东亚相比，拉丁美洲的私营企业通常缺乏商

业运作的技术能力，这体现在研发支出、投入应用的创新能力和发表的专利数量方面。

除了这些改进领域外，拉丁美洲政府还应利用新成立的中国—拉丁美洲和加勒比国家共同体联合论坛，寻找方法实现该地区出口贸易的多元化并增加对中国的对外直接投资。考虑到人民币的预期升值和国内工

中国经济的重整应该能够为该地区的制成品出口提供增长机遇。

资和消费水平的提高，前述的中国经济的重整应该能够为该地区的制成品出口提供增长机遇。经过一段时间后，这些努力应该能够使拉丁美洲从与中国的经济和金融关系中进一步受益。中国已成为拉丁美洲在全球经济中的重要合作伙伴之一。

习主席 2014 年对拉丁美洲的访问确切地证明了这种发展对中国也具有深刻的战略意义。■

安东尼·埃尔森（Anthony Elson）任教于杜克大学和约翰·霍普金斯大学，是《全球化和发展：为什么东亚遥遥领先而拉丁美洲远远落后》（*Globalization and Development: Why East Asia Surged Ahead and Latin America Fell Behind*）的作者。

参考文献：

Gallagher, Kevin, and Roberto Porzecanski, 2010, *Dragon in the Room: China and the Future of Latin American Industrialization* (Palo Alto, California: Stanford University Press).

大数据的积极作用

克里斯托弗·W. 苏达克、莎拉·阿加瓦尔

一位农民仅需一部手机就能获知农作物的价格，然后找到出价最高的买主。这是技术如何推动社会和经济发展的最常见的例子。

但如今的科技水平让这种便利更上一个台阶。通过一部智能手机和一些简单的应用软件，买主可以及时跟进记录他们一天见了几位农民，农民也可以随时获知自己一年的收入。通过一年中收集到的有效信息，手机应用软件可以告诉农民他们的农产品在何时、何地出售最适宜。应用软件将市场需求与气象变化联系起来，这样农民就可以知道哪一天最适合播种和收割。此类分析工具还可以帮助农民了解降雨和土壤情况，以及它们对农作物的影响。它们还能提醒农民相关农作物病虫害的传播情况及防治方法——而这些步骤只需通过一个按键动作就能完成。通过运用大数据，种植规模小的农民可以做出更明智的选择，从而提高效率，获取更丰厚的利润。

人们通常将“大数据”定义为收集、分析和利用海量的数据。但现有的工具已经能够做到这一点，真正使得大数据与众不同的是它可以从大量的、有时甚至是毫不相关的信息来源中发掘事物间那种之前未被发现的联系。现在我们可以提出新的问题，并且获得新的答案。我们可以通过共享的基础设施（如云计算）做到这一点，所以几乎每个人都可以使用大数据。我们可以比从前更加了解人类的行为，而人类的行为总是与解决问题紧密相连。

与所有技术一样，大数据也存在一定的负面影响。收集海量数据可以提高人们的生活质量，但也可能用以被控制、操纵和牟利。绝大多数机构是出于好意来使用信息，但有的机构却并非如此。人们日益担忧数据对其造成的影响，许多政府也开始意识到需要对此加以监管。

若想在发展中国家实现大数据的承诺，则需要在科学技术的使用和应用两方面进行改革。只有这两方面都得到了显著改进，大数据才能最大程度地促进该国的发展。而政府将和为其提供支持的非政府组织、捐赠人和基金会一起，发挥极为重要的作用。

大数据正在迅速成为一种人们提出新问题与更好的问题的手段。每当你使用手机或是在社交媒体平台上发帖子的時候，你都在生成数据，这些数据会汇集成一片更为广阔的数字海洋。分析员收集这些数据，而不同于以往只能提出“发生了

数据分析可以促进发展中国家的展



孟加拉国孟什贡吉地区一位种植土豆的农民正在使用智能手机。

什么”，现在他们可以提出更有力量的问题——“为什么”。为什么人们要这么做？为什么某个特定的输入会产生特定的结果？这些问题的答案可以揭示很多内容。

现在我们可以提出新的问题，并且获得新的答案。

例如，为了弄清为什么在某一特定地域容易出现更高人均比例的致命疾病，分析员可能会发现在一年中的某个特定时期，那个地方很少有人去看医生。与其他数据交叉对比后，分析员发现看医生的人数与一年中那个时期的低水位之间有联系。当水位较低时，边界的敌军可以跨过河流，进入该地区的医院。由于担心人身安全，所以人们在那个时期即使生了病也不会去医院。将诊所迁至别的地方可以解决这个问题，这是针对古老问题的新答案。

切实可行的解决方案

“惠普地球洞察”，一项由保护国际基金会和惠普公司联合成立的项目，极大地促进了有关植物、物种、碳储量和气候方面的数据收集、分析和共享。过去，科学家们需要花数周时间去钻研各种不同的数据，以及看上去毫无关联的各种野生动物的海量照片。这些野生动物跨越 15 个不同的国家，分散在 17 个热带雨林中。而使用大数据软件来整合不同的数据组，再进行计算与模拟，只需几分钟便可以确定趋势，更好地了解森林减少和气候变化是如何导致物种消失的。保护国际基金会可以及时地提出解决方案，并且审查哪种方案最有效。

或者再看看 Kreditech，这是一家通过搜集包括社交网站在内的公开信息，利用大数据来评估潜在借贷人信用记录的私营公司。这样做很重要，因为很多发展中国家的人们没有历史信用记录，从而限制了他们获得贷款、或是争取合理利率的机会。但 Kreditech 采用了有别于传统的方法，可以帮助那些以前被认定为不合格的借贷人获得无担保贷款。例如，如果一位申请人的朋友成功获得了贷款，这会被视为申请者信用的一个积极因素。迄今为止，Kreditech 在一些市场的贷款偿还率高达 93%，这证明了他们的标准不仅是合理的，甚至可能比传统的指标更好。Kreditech 可在传统的信用机构之外发挥作用，这意味着数百万尚无信用评分的人可能会很快获得信贷。

关于大数据促进发展的其他例子还有法国的跨国电信运营商 Orange 和瑞典的非营利组织“弗洛明德基金会”。它们均使用手机的语音和文本数据功能来监测人口流动，这样就能知道在何处设立埃博拉治疗中心的效果最好。

大数据有助于提高对现存发展问题的分析能力，但只有明智的领导者可以解决这些问题，并带头努力处理社会、经济难题。这里，情境信息是指发现受关注信息和作为本地采取行动的依据的信息之间的区别。单从国外引入数据科学家是不够的，熟悉当地问题和文化的本地人更适合去分析这类数据。因此，在支持培养本地数据分析师方面，国际捐助者和政府将发挥关键作用。反过来，政策制定者也必须愿意尝试大数据促成的富有创新性且大胆的新政策。

技术强心剂

以往政府从传统渠道获取的信息可能不够完整或是不够准确，很多人想知道大数据能否填补这项空白。通过现有的手机、电表、卫星等渠道，我们已经能够从发展中国家的数据中获取很多信息，如旅游模式、经济活动等。但如果有更为完善的基础设施，我们可以做得更多。

新兴市场中的大多数人已经开始使用一种升级版的手机，可以通过这种手机收集一些其他数据。随着越来越多的人将旧手机换成智能机，相关数据库将扩大。这是因为智能机通过手机应用软件促进了更多的人机互动行为，从而创造了一座更大的数据宝藏供分析员们去挖掘。鼓励人们使用智能手机去解决某些具体领域（如医疗和农业）和具体地点（如具有一定规模的城镇）的问题，这意味着信息的数量和质量都将呈几何级数增长。

捐赠者和政府一直不愿意为买不起智能机的人提供资助，这是因为他们可能将智能机视为奢侈品，就像电视一样。但是鉴于数据所创造的巨大社会价值，政府为了收集用户数据，理应考虑为智能手机或是相关的数据计划提供财政补贴。政府可以将用户数据匿名处理后，在道德范围内出售给需要将这些数据用于商业用途的公司，从而弥补此前的支出。在这个数据收集的时代，智能手机不是奢侈品，而是重要的公共基础设施建设过程中的最后且关键的步骤。

一旦更多的人开始使用智能手机，他们会需要额外的手机应用软件来提供相关的当地信息。手机应用软件帮助人们寻找家附近的洁净水源，提醒他们霍乱或埃博拉病毒的爆发，或是协助他们资助当地的学校。相应地，这些应用软件也会产生更多的信息来推动更精确的数据分析，并回答一些我们甚至还没有想到的问题。的确，在手机应用软件被广泛使用之前，我们从未想到可以收集如此全面的信息。

由熟悉当地人各项需求的本地人开发与管理的手机应用软件十分重要。当地开发商是完成这项工作的关键，而且各方应当全力支持他们的首创精神。使用智能手机的人越多，应用软件开发人员也就越多，而且政府、捐赠者和非政府组织应该对其提供培训、办公区域和其他形式的

支持。软件研发人员的工作应该被视为官方统计工作的延伸：他们在信息收集工作中的作用同样非常重要。

也有人担心，大数据在新兴经济体和发展中经济体的使用会助长独裁政府的实力，而独裁政府可能会利用这些信息来维护其政权统治。至少，对收集到的数据使用不当可能随时会侵犯他人隐私。但评判任何一项科学技术有益与否的标准在于我们如何运用它，而非技术本身。

为了树立民众对数据收集的信心和确保数据得到合理使用，保密政策和其他的保障设施必不可少。移动运营商、政府、应用软件提供商和社交媒体网络供应商拥有收集到的数据。以整合、匿名的形式公开这些数据，以便进行数据分析，这一点至关重要。如果需求合法，政府也应制定相关政策，确保落实这一点，私人机构也不例外。

蚊帐使用的最大化

有人认为，对发展中经济体来说，大数据工具及其所需的投资不如其他某些东西来得重要，如蚊帐。但如果大数据可以更精确地预告分发蚊帐的时机呢？事实上，现在已经可以做到这一点。一个名叫“除蚊地带决策信息系统”（Where's Mosquito Abatement Decision Information System）将卫星数据图像、气象模型和蚊虫

生物学相结合，在幼蚊未孵化前就能确定可能出现的大规模蚊虫灾害，最终为蚊帐供应商和使用者提供宝贵的信息，指导他们在哪里使用蚊帐效果最好。

这个例子表明，通过最佳利用稀缺资源，如何更好地使用数据来提高工作成效。大数据关注的不仅仅是更强大的觉察力或更精确的预报，同时还关注如何做到事半功倍。

通过数据分析来推动发展中国家的发展需要以下几个举措：投资合适的技术和教育产业，支持企业家和转变观念，落实保护隐私和开放数据的相关政策。最好同时进行这些工作，因为任何一项工作的落后都将影响全局的进展。

大数据可以并且将会在发展中经济体发挥重要作用，但进展与收效如何，取决于我们当下怎么做。为了充分发挥大数据的潜力，我们必须开拓新的信息来源和形成如何利用信息的新思路。只有这样，才能鼓励更多的发展中经济体使用大数据这种高效的新工具。■

克里斯托弗·W. 苏达克（Christopher W. Surdak）是《数据大爆炸：信息浪潮怎样推动新商机生成》（Data Crush: How the Information Tidal Wave Is Driving New Business Opportunities）一书的作者，从事电子取证与分析工作；莎拉·阿加瓦尔（Sara Agarwal）是惠普公司国际金融机构主任。



PROGRAM IN ECONOMIC POLICY MANAGEMENT (PEPM)

Confront global economic challenges with the world's leading economists, policymakers, and expert practitioners, including Jagdish Bhagwati, Guillermo Calvo, Robert Mundell, Arvind Panagariya, and many others.

A 14-month mid-career Master of Public Administration focusing on:

- rigorous graduate training in micro- and macroeconomics
- emphasis on the policy issues faced by developing economies
- option to focus on Economic Policy Management or International Energy Management
- tailored seminar series on inflation targeting, international finance, and financial crises
- three-month capstone internship at the World Bank, IMF, or other public or private sector institution

The 2015–2016 program begins in July of 2015. Applications are due by January 5, 2015.

pepm@columbia.edu | 212-854-6982; 212-854-5935 (fax) | www.sipa.columbia.edu/academics/degree_programs/pepm
To learn more about SIPA, please visit: www.sipa.columbia.edu



税收原则

善用必要之恶

鲁德·德·穆伊、迈克尔·基恩

在某种程度上，很难想象还有什么没有被政府征过税。扑克牌、尿液、壁炉、奴隶、少数宗教团体、窗户，所有这些都某种程度上引起了税收机构的关注。如今，我们将所得税、增值税、烟草税及同类税收视为主要的收入工具。但用来认识、评估所有这些税收的基本原则几乎是相同的。在本杂志前两篇以税收为主题的文章中，我们对这些原则进行了剖析。在2015年3月号的《金融与发展》中，我们将会把这些原则应用到当前的一些争议事件中。

经济合作和发展组织将税收定义为“强制地、无偿地向政府支付的款项”。就是说，钱必须缴，您还得不到任何回报——至少不会立即得到回报。（您可能从公共支出中受益，因为您缴纳的税金帮助提供了公共支出，但如果您没能得到任何好处，那么从税收的角度来看，就太糟糕了。）

然而，重要的是，许多政策工具不属于法律意义上的税收，却也具备几乎相同的效力。社会捐赠就是一个最好的例子。这些款项与个体劳动或企业收入相关——能够赋予其享受退休金或其他社会福利的权利。严格来讲，个性化福利的意思是这些都不是税收。但是支付款项和捐款之间的关联往往不具备精算公平性，预期收益非常微小，以至于它们的效力很可能与直接税收的效力非常相似。

有效税收

撇开税收收入资助的任何项目的任何实际利益不谈，税收将资源从私人部门转移到公共部门，会不可避免地给私人部门带来实际损失。但几乎所有税收都会带来比上述损失更严重的危害，因为在一般情况下，税收会在买方为某商品支付的价格与卖方收取的金额之间制造一个差额——这可能会阻碍一部分互利交易。

举例说明，劳动收入税的征收说明了雇主雇用某位员工的成本超出了这位员工的所得。劳动者可能愿意接受一份报酬为（至少）100美元的工作，而雇主愿意支付（不低于）这一金额的报酬，但征收工资税则将会阻止这项交易的发生。这种因税收造成的福利损失超过了因实际资源从私人部门直接转移出去造成的损失，被称为无谓损失（或超额负担），经济学家在提到税收扭曲时会考虑这一损失。（在上述示例中，因为劳动者未被雇用，因此不存在税金的支付，但无谓损失仍然实际存在。）

鼓励特殊活动的税收激励政策也常常提供避税机会。

有效的税收设计旨在最大程度降低这些损失，损失的大小取决于两个主要因素。第一，计税基数对税收越敏感，损失就越大。例如，假设对于劳动者劳动的需求是完全非弹性的，也就是说，雇主为得到劳动者的服务愿意付出任何代价。那么，当税率为20%时，上述示例中的雇员会得到100美元的报酬，但是雇主的雇佣成本将为120美元。雇员在不存在任何扭曲的情况下被雇用。但如果市场的一方有替换方案可以取代这种需要缴税的交易，扭曲就出现了，替换方案越容易实施，这种扭曲就越严重。这是事实（以多个假设为依据），无论是受税收影响的雇用决策，还是逃避或规避税收的决策。第二，损失会随税率的提高而超比例地增长。在已经存在严重扭曲的情况下，税率越高，扭曲的增加越有害。

有效税收政策的制定应遵循以下两项原则：以较高的税率向无弹性需求或无弹性供应的商品或服务征税，以及向尽可能多的商品和服务征税，以维持较低

的税率水平。这两项原则都有条件限制——因为在某些情况下，遵循这两项通用原则可能会带来负面后果。

例如，向无需求弹性的商品征税几乎不影响所需商品的数量，但会减少对其他商品的支出，从而导致其他市场发生较大变化（在2015年3月号期刊中，将对此有更多的论述）。

对于寻求尽可能广泛的税基的强制指令必须通过最强大的公共财政规范予以调和：这个规范就是企业间的交易不应被征税。这是因为税收在中间产品的买入价格和卖出价格之间制造了一个差额，很可能导致企业选择其在无税收情况下不会选择的产品。最终，企业的产量会低于产能。因此，通过纳入更多的中间交易扩大税基，对于税收效率来说是非常不利的。以面向所有交易的营业税（包括企业对企业销售）为例，它的税基会比最终消费税（如增值税）税基大得多，并以更低的税率实现等额的税收收入。但扭曲的程度也会严重得多。

另外一组税收限制条件来源于外部效应——对于潜在税收决策中未涉及的因素的影响（有利的或不利的）。环境破坏（如气候变化）是一个主要因素。这种情况需要的是矫正税。这种税收也被称为庇古税（以提出此概念的经济学家亚瑟·C·庇古的名字命名），其设计旨在将行为扭曲到令人满意的方向，在必要情况下企业行为也包括在内——当然，同时还要实现收入增长的有效利用。（见“什么是外部效应”，《金融与发展》2010年3月号）。

税收负担的承担与分担

最终承担实际税收负担的人可能不是为缴纳税款承担法律责任的一方。例如，在上述示例中，当对劳动力的需求被满足后，20美元的损失由雇主而非雇员承担——无论由谁来承担向政府纳税的法律责任，这都将是事实。这也说明了一个通用原则，即税收负担——其有效发生率——更多地落在弹性响应度最低的交易方，即更难从被征税活动中摆脱的一方。

这些影响通常会被忽略。例如，目前针对许多跨国公司缴纳小额企业所得税的愤怒情绪。企业不是人，只有真正的人——股东、员工、客户——能够纳税。在有效税率低的情况下，如果不考虑税收的真正受益人是谁，那么对企业所得税的争论是毫无意义的。

税收的公平性始终是一个重要问题，共有两个主要的衡量尺度。纵向公平性关系到对于不同收入的人口的待遇。税收系统对于该衡量尺度的影响取决于它的累进性，即随着收入水平的增长，收入中被征税部分的增长速度。横向公平性则认为，在所有相关方面情况相同的人应得到同等待遇。

这两个概念都不像其表面看起来那样明确。很明显，人们对于累进性的适当程度持有不同看法。例如，人们对于应依据年收入（一段非常任意的测量时期）还是终生收入来确定累进税可能会有不同的意见。与年收入相比，消费税可能具有累退性，但与支出相比，这种累退性明显减弱，因此可能是一个更好的个体终生收入指标。

而且横向公平性的概念似乎并不具有争议性，但“相同”对于公平性来说意味着什么？根据年龄、婚姻状况、地区、性别、身高的不同征收不等的税金，是否可以被接受？隐性分化可以被接受吗？向消费群体主要为男性的须后水征收重税是横向负税不公的表现吗？

税收

偷税漏税（非法）和避税（合法）之间的界线并不像表面听起来那么明确——税务律师收取高额费用，花费大量时间对两者的区别进行检验。所有国家都将此两者作为关注的重点。税收的设计与实施都面临着挑战。在政策方面，鼓励特殊活动的税收激励政策也常常提供避税机会。

税务机关战斗在抗击不纳税行为的第一线。它帮助那些想要支付全部应缴款项的人简化程序，通过制定易于理解（尽管广泛的目标范围和覆盖范围导致税收制度设计的简明性难以实现）并易于获取的税务规章（罗马皇帝卡里古拉的税收制度仅在棘手的环境中实现了小规模公开）。归根到底，税务机关的办法就是确保违规行为检查的概率——以及违规后的惩罚——高到足以激励人们遵守法规的程度，同时支持并反映遵守规定的广泛意愿。健全的税收机关必须能够实现所有这些目标，同时将其自身（管理成本）和纳税人（合规成本）的开支降至最低。

有时，我们所探讨的多个不同的目标会指向同一个方向——关税（进口税收）被同等税率的消费税所替代就是这样一个例子。这种替代未改变进口价格由消费者承担的事实，却增加了政府收入（因为目前国内资源销售也需纳税），并且通过减少贸易保护主义提高了效率。但这种例子并不常见。税收的真正困难在于目标的冲突——我们将在2015年3月号中具体探讨这一问题。■

鲁德·德·穆伊（Ruud De Mooij）是IMF财政事务部副部长，迈克尔·基恩（Michael Keen）是该部的副主任。

财富共享

桑杰夫·古普塔、阿利克斯·塞古拉-乌维尔戈、恩里克·弗洛尔

享受资源暴利的国家应当谨慎对待全部资金的全民直接分配

安哥拉是撒哈拉以南非洲第二大石油生产国，也是非洲最富裕的国家之一。但该国五岁以下儿童的死亡率却高于全球大部分国家。

大多数资源丰富的国家缺乏有效管理自然资源财富的机构，对于享有资源暴利的国家来说，过去的表现并不能预示美好的未来。这些国家的众多公民面临着长期贫困，生活条件显著改善的希望十分渺茫。安哥拉五岁以下幼儿的死亡率就是一个活生生的例证。

近年来，较高的商品价格和新自然资源的发现提高了许多国家的资源收入，无论是在预算中所占的份额还是在 GDP 中所占的比例都有所增长，给人民生活水平的提高带来了新希望（见图 1）。但除博茨瓦那、智利、挪威和美国的阿拉斯加以外，很少有国家能在资源财富的有效管理方面表现突出。

成功案例的实践表明，自然资源财富管理需要实现三个相互关联的原则：财政透明、以规则为基础的财政政策和强大的公共财政管理机构。例如，挪威和美国阿拉斯加收取及规划自然资源收入的方式是财政透明的典范。这种透明度帮助人们了解资源财富的使用，促使政治领导人为他们的决策负责。智利的财政法规能够保护资源财富不受政治压力变化的影响，强大的机构能够管理公共投资。这有助于将自然资源财富转换成生产性资产，包括基础设施和人力资本。

有人建议政府应放弃资源收入，将其直接分配给国民，并且还提出了充分的理由支持这一观点——当然，也存在强烈的反对意见。直接分配并不是最有效的解决办法（Gupta、Segura-Ubiergo 和 Flores，2014 年）。

美国阿拉斯加，米尔恩波因特油田附近，
极光下的阿拉斯加输油管。

魔鬼的粪便

新的资源发现是福也是祸——大部分资源丰富的国家在自然资源收入使用上的不良记录都为这一观点提供了支持。为什么会这样？

资源部门的繁荣会造成货币实际汇率上升，从而降低国家出口竞争力，将资源转移到不参与对外贸易的经济部门——即众所周知的荷兰病。而且，分析人员发现资源财富常常与破坏民主问责制的政府腐败相关。这些观点通常用于说明资源财富可能会变成一种“资源诅咒”。委内瑞拉前矿业和能源部长及石油输出国组织（OPEC）共同创办人胡安·巴勃罗·佩雷斯·阿方索（Juan Pablo Pérez Alfonso）生动地呈现了这一观点，他将石油比作“魔鬼的粪便”，并就石油会造成的浪费、腐败、过度消费和债务提出了警告。

许多资源丰富的国家缺乏稳健的公共财务管理系统，以确保预算流程的透明度和效率，同时还缺乏资源财富有效使用所需的决策过程的制衡机制。由于缺乏这些条件，各国只能艰难地效仿博茨瓦纳、智利和挪威的正面示范。

建立强大、稳固的机构需要时间。与此同时，一些学者提出，国家应该将资源收入直接分配给国民，以推动经济增长，提高生活水平（见“花费还是分配”，《金融与发展》2012年12月号）。

支持这一观点的论据有很多，主要是认为分配可防止政府对资源收入的滥用和政府规模的扩大。有些资源丰富的国家按理乐于接受部分形式的直接收入分配，但是在另一些国家，资源收入的分配可能会限制公共物品的最佳供应。而且，虽然这种分配的目标是通过限制对资源收入的使用来限制政府规模，但降低税收等替代方案可能收效更大。

另一个论据重点强调税收对问责制的影响（Sandbu, 2006年）。如果将资源收入分配给国民并收取税金，来为一部分公共物品提供资金，公民将要求加强公共支出项目的问责制。但这个论据假设了一种情况——因政府问责制加强所带来的收益高于将收入转移给国民后再收回一部分税金造成的效率损失。再者，转移机制可能会遭遇如一般资源丰富国家所遭遇的同样的机构缺陷和腐败的破坏，这一点并未被考虑在内。

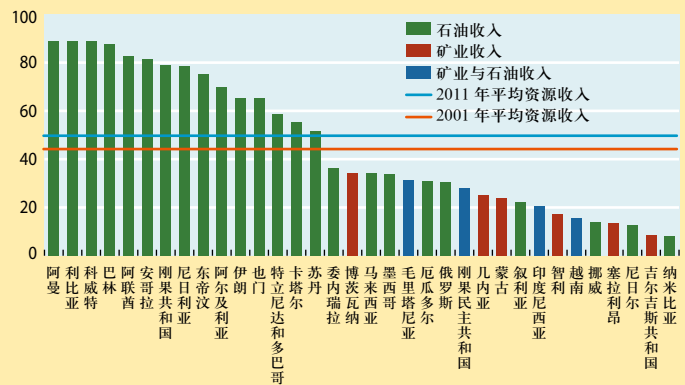
分配额度和对象

直接分配是将部分或全部资源收入转移给公民以削弱政府对于此类资源的自由裁量权并加强政府问责制的一种方法。自由裁量权与问责制是相互联系的，

图1
日益增长的资源收入

多个国家资源收入不菲且稳步上升。

（自然资源收入，占总收入的百分比，2011年）



资料来源：IMF工作人员的估算。

其原因在于如政府官员能够选择资源收入的接受对象，公民往往较少要求问责。

在分配额度方面，各方意见也各不相同。其中一种极端的观点是，要求将所有自然资源收益全部转移给公民，同时也有相对适中的建议——Birdsall和Subramanian（2004年）建议伊拉克至少将五成资源收入分配给公民——即仅仅返回资源收入的一部分或甚至自然资源基金投资收入的一部分。分配额度的争论中心在于分配的经济后果，包括分配对工作动机、家庭储蓄和整体宏观经济稳定性的影响。

在哪些人应获得资源收入的问题上，政府有耐处权，而将资源分配给全体公民的做法会消除政府自行决定哪些群体应当受益的耐处权。但这种全民分配会带来意想不到的后果——比如，部分家庭会因此生育更多子女，这种情况可通过限定成年人的转移额度进行控制。有些人主张通过锁定最贫困人口或强制条件（如儿童入学率）实现社会发展目标。这些积极的目标有助于增加公民对此类机制的支持。但是，这种分配通常会导致分配范围缩小和问责制增强之间的冲突加剧，锁定特定部分人口，特别是政治发言权较弱的贫困人口，会缩小分配的范围。再者，贫困人口并不具备应对收入波动的能力，此时将需要这些机制做出应对。

有些人主张进行预算外直接分配，这种做法容易受到政府腐败的影响。将资源收入从预算账户中划出，或许由独立机构而非议会对其进行监督。收取和分配甚至都可以由独立机构而非国家税务机关负责。这一想法的支持者们认为，在公众的眼中，使用独立机制分配资源收入可信度更高。但无论以何种方法实现分

配，直接分配并不是消除腐败的良方。认为腐败政府会同意通过直接分配收入处理问题的想法是幼稚的。而且也无法保证分配机制不会遭遇类似的腐败问题。

让经验说话

阿拉斯加实施了最著名的、或许可以称之为最成功的直接分配机制。但只是一个保守模式，分配金额较小，仅占阿拉斯加人均收入的3%—6%。阿拉斯加仅拿出石油收入的一部分作为分配基金，而且仅限对此项基金的投资收入进行分配——不超出该基金市场总值的5%。此项基金由阿拉斯加税务局管理，预算范围内强大的制衡机制使其在很多方面都成为高透明度的典范。阿拉斯加的收入分配被普遍视为成功案例，而不是一个应对制度性问题的解决方案，只是很明显它是通过有力的、高透明度的机构实力来实现的。

大规模的直接分配在全球任何地方均未有过试验。

鉴于全球范围内直接分配机制的数量有限，对相关政策的研究带使人们深刻认识到什么是有效机制和什么是无效机制。通过相关政策得出的推断结论总是带有风险，但下列实例能够为我们提供一些经验：

- 委内瑞拉已经建立了一系列社会项目，称为米西奥内斯项目。有的致力于成人扫盲，为辍学学生补习高中课程；有的主要提供全民初级卫生保健服务；其他各项目包括为贫困人口新房建设、贫困人口的退休福利、折扣价食品和研究生奖学金问题。正如Rodríguez、Morales和Monaldi（2012年）所强调的，这些项目由国有石油公司直接投资，因此在政府预算范围之外运行。所以，它们给了政府更大的自由裁量权。有些研究显示，这些项目会遭受与预算拨款本身同等程度的腐败和平民主义压力——这就提出了预算外直接机制是否能够避免腐败的问题。

- 发达经济体的收入补助项目实践突出了直接分配转移对劳动力供应的合理的负面影响。这些项目旨在为低收入或无收入家庭提供基本补助。这部分收入补助随后会因缴纳税金而所剩无几。这一类项目因无法为低收入劳动者提供足够的劳动动力而受到了批评；它的替代方案是仅为劳动者提供的劳动收入信贷计划。

- 目前，许多发展中经济体流行的有条件现金转移项目也会削弱劳动者的工作积极性。这些项目设法以现金转移的方式提供资助以实现减贫目标，但有一定的限制条件，如招收儿童入学或接受疫苗接种。其目标是通过帮助这一代人，同时推动对下一代的投资

来打破贫困的循环。大部分研究发现，如果这种转移额度较小并且以最贫困的家庭为受益对象，那么其对劳动力供应的影响是可以忽略不计的。额度较大、范围较广——将富裕人口包括在内——的转移项目会进一步降低劳动力的参与度。

- 大额能源补贴在石油大国很受欢迎，因为人们希望从丰富的石油资源中获得好处。税前补贴能让企业和家庭享受到低于国际通行价的价格，在中东和北美地区，税前补贴使企业和家庭所支付的价格要低于国际流行价格，约占GDP的8.5%。这种全面的补贴导致了资源的低效配置——破坏了增长——以及富裕人口从中得到过多好处，因而只会加剧收入不平等现象。尽管存在着缺点，公众仍然支持补贴，因为他们找不到从富足的自然资源中获利的其他方式。

- 劳工汇款——在国外工作的人寄回家的钱——给家庭部门带来了额外的资源，相当于直接分配机制。实践表明，大部分劳工汇款都用于日常消费，对于长期增长的影响尚无定论。有人认为直接分配不会加剧荷兰病，因为私人部门会采取政府的做法——接受资源暴利后进行储蓄，劳工汇款使人们对这一观点产生了怀疑。

经验教训

以下是从阿拉斯加的实践与相关政策中吸取的经验教训。

首先，财政政策的整体设计可纳入直接分配机制，从小规模开始控制其对劳动力供应的影响。限制直接分配资源的比例可确保政府享有足够的资金来提供关键的公共服务，同时改善荷兰病的影响——Hjort（2006年）如此强调。

其次，直接分配与公共项目一样易受到腐败的破坏，因此不应将其排除在预算范围之外。

最后，务必要记住资源收入的直接分配不能保障子孙后代的需求。

在着手进行资源收入的直接分配前，国家必须通过以下方式制定财政框架：

- 确定保证国内宏观经济稳定性和可持续外部平衡所必需的公共收入和开支的水平；

- 实施的政策应能够减轻商品价格波动对收入的影响；

- 将自然资源生产水平的不确定性和经济体能够吸收的收入水平考虑在内；以及

- 为子孙后代节约资源。

直接分配不会消除应直面这些问题的必要性。虽然有人认为将管理这种波动性的重担转移到私人部门会提升效果，但几乎没有证据支持这一观点。正如上

文所述，汇款接收国的证据显示，其所接收的大部分现金用于消费，而非储蓄。虽然资源丰富国家的公共部门对于波动性的管理还称不上优秀，但IMF2012年开展的一项研究显示，随着这些国家从1970—1999年间采用的强化商品价格变动的政策转移到过去十年间基本中立的政策，公共部门对于价格波动的管理似乎有所改善。

直接分配能够对收入分配产生深远的影响。以加纳为例，其资源收入占GDP的5%左右。10%的最贫困人口的收入仅占GDP的2%，因此全民直接分配会将这一群体的收入提高约25%。但是，资源收入的分配会减少用于提供公共服务的预算资金，反过来给收入的分配带来不良后果。

直接分配的另一个结果无疑是缩小政府规模。将资金转移至私人部门会减少一些资源丰富国家的浪费支出，但在其他国家，这种做法可能会将公共支出削减到影响必要基础设施和公共物品供应的程度。资源丰富国家的总支出平均约占GDP的28%左右，大体上与非资源丰富经济体保持一致。但是，各资源丰富国家的政府规模和机构能力存在很大差异（见图2）。直接分配对收入分配和提供公共服务的潜在影响只会强化从小规模做起的需要。

值得试一试吗？

虽然直接分配会导致问责制得到加强的观点很有吸引力，但大规模的直接分配在全球任何地方均未有过试验。很少有证据表明，将所有资源收入分配给国民的极端做法是有效的，但是像阿拉斯加模式的这种

适当直接分配的办法是可以考虑的。

即便是经过审慎判断的分配也必须在适当的财政框架下小规模实行，以降低直接分配的合理风险——对提供重要的公共服务的抑制，导致劳动力参与率下降或政府的行政能力不堪重负。■

桑杰夫·古普塔（Sanjeev Gupta）是IMF财政事务部副主任，恩里克·弗洛尔（Enrique Flores）是该部的高级经济学家，阿利克斯·塞古拉-乌维尔戈（Alex Segura-Ubiergo）是IMF驻莫桑比克常驻代表。

参考文献：

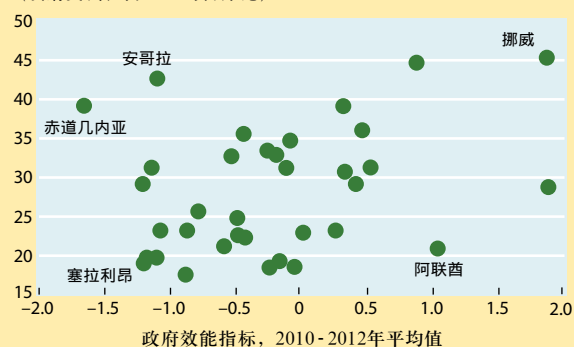
- Birdsall, Nancy, and Arvind Subramanian, 2004, "Saving Iraq from Its Oil," *Foreign Affairs*, Vol. 83, No. 4, pp. 77-89.
- Gupta, Sanjev, Alex Segura-Ubiergo, and Enrique Flores, 2014, "Direct Distribution of Resource Revenues: Worth Considering?" IMF Staff Discussion Note 12/08 (Washington: International Monetary Fund).
- Hjort, Jonas, 2006, "Citizen Funds and Dutch Disease in Developing Countries," *Resources Policy*, Vol. 31, No. 3, pp. 183-91.
- International Monetary Fund (IMF), 2012, "Macroeconomic Policy Frameworks for Resource-Rich Developing Countries" (Washington).
- Rodríguez, Pedro L., José R. Morales, and Francisco J. Monaldi, 2012, "Direct Distribution of Oil Revenues in Venezuela: A Viable Alternative?" Center for Global Development Working Paper 306 (Washington).
- Sandbu, Martin E., 2006, "Natural Wealth Accounts: A Proposal for Alleviating the Natural Resource Curse," *World Development*, Vol. 34, No. 7, pp. 1153-170.

图2

撑得慌还是饿得慌？

资源丰富国家的政府规模各有不同，但并不始终与其效能挂钩。

（政府支出，占GDP的百分比）



资料来源：世界银行，政府效能指数；IMF工作人员的估算。

注：政府支出是指1980—2013年间每个国家有效日期的平均支出。该指标代表了人们对于公共服务质量、行政部门质量、独立于政治压力的程度、政策制定和执行的质量以及政府对这些政策的承诺可信度的看法。

智慧与美德

拉斯·罗伯茨

《亚当·斯密如何改变我们的生活：意想不到的的人性与幸福指南》

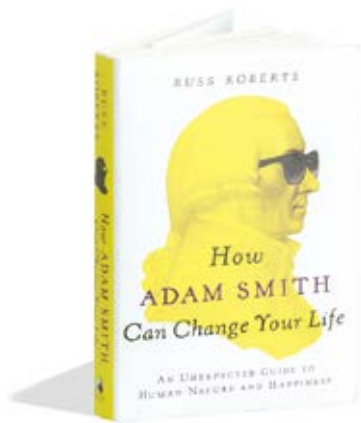
Portfolio/Penguin, 纽约, 2014年, 272页, 27.95美元(精装)。

在如今的经济中，道德伦理学似乎又重新回归并流行。这显然是因为全球金融危机的爆发，它暴露出金融领域中令人震惊的渎职行为和道德行为，给全球经济和人民生活带来了灾难性的后果。但它同时也反映出对于统治现代经济学大半江山的功利主义和狭隘的技术官僚主义的深深不满。越来越多的人开始寻找——有时是迫切需求——一种更广泛的经济学研究方法，一种结合了哲学、心理学和历史学关键元素的方法，这种现象并非偶然。

基于这种时代精神，以亚当·斯密道德哲学为主题的著作的诞生相当适时。斯密可能是现代经济学的创始人，但他首先更多的是一位道德哲学教授。然而，他的主要哲学著作《道德情操论》(The Theory of Moral Sentiments)却鲜为人知。拉斯·罗伯茨(Russ Roberts)试图在他的新书中填补这一空白——将被人们严重忽略的经典著作中所蕴含的智慧宝藏公诸于众。

在本书中，罗伯茨描述了一个发生在圣诞节早晨的奇迹，一个孩子踏上了一段新奇且令人兴奋的冒险旅程。他以极富感染力的热情提到曾有一本书让他爱不释手，沉浸其中无法自拔。这本书充满了令人难忘的故事和生动有趣的小插图。总而言之，这是一本简单易懂、引人入胜的读物，出色地介绍了斯密的道德哲学。

罗伯特将斯密的道德理论归结为简单的生活规则：“追求智慧与美德。就像有一个公正的旁观者在



注视你时一样表现吧。”

本书的第一部分着重讲述了一个有点过时的话题——“自我提升”，第二部分的主要内容是我们如何在社会中的彼此互动。在本书中，罗伯茨指出了斯密的重要观点——虽然我们可能会自然地将自身的幸福凌驾于他人的幸福之上，但以这种方式生活，单纯地为了己之私去伤害或剥削他人是错误的。为什么？因为公正的旁观

就像有一个公正的旁观者在注视你时一样表现吧。

者——斯密眼中道德的终极仲裁者不会赞同这种行为。

作为道德的推动者，“公正的旁观者”是一个深刻有力的概念。例如，诺贝尔奖获得者经济学家阿马蒂亚·森(Amartya Sen)更加着重强调了这种简单、实用的论证的优势，而非重点关注完美正义和完善的制度系统的主流哲学方法。但罗伯茨始终未能真正梳理出这种思考方式的全面影响，而是更倾向于将《道德情操论》视为一本自助书。

在本书的最后一章，罗伯茨确实触及了斯密的道德出发点对于现代经济运行的影响，然而这却是本书最薄弱的一章。

多年来，有关著名的“亚当斯密问题”的文章屡见不鲜——如何调

和《道德情操论》中强调的仁爱与《国富论》中强调的利己主义。最显而易见的答案是，后者关注的是有利市场交换的最低条件，而前者侧重于更广泛的社交互动的深层基础。

正如森所表述的，斯密的观点狭隘地局限于交易，忽略了生产与分配等其他同等重要的概念。而且即便在单纯的交易当中，利己主义也不能再发挥更大的作用，并且必须以各参与方道德行为中的互信作为补充。换句话说，道德情操绝不仅仅只停留于表面。

在本书中，罗伯茨采用了一种不同的思路进行阐述。他认为，斯密的两本著作分别涉及两个不同的、不相重叠的人际交往领域。他借用了经济学家和哲学家弗里德里克·哈耶克(Friedrich Hayek)的观点，认为“我们需要同时生活在两个不同的世界中，与我们的家人互动，然后转移到商业领域中与陌生人互动”。因此，《道德情操论》针对的是我们的“个人空间”——朋友、家人和知己存在的世界，而《国富论》则是针对“陌生人世界”中的人际交流。这是两个不同的世界，有着不同的行为规范。

透过哈耶克的双重视角来阅读斯密的著作无法令人信服。将哈耶克受压抑的哲学世界观强加于斯密，对斯密毫无助益，反而大大缩小其理论的适用范围。

归根结底，斯密关注的是美德——尤其是仁爱、勇气、节制、正义和谨慎。实际上，迪尔德丽·麦克洛斯基(Deirdre McCloskey)认为，斯密是最后一位沿袭了始于亚里士多德的悠久传统的美德伦理学家。我们提到美德时会很自然地想到人类生活各个方面的繁荣。一分为二或脱离现实的美德是不存在的！

罗伯茨在不同的生活领域中间划了一条界限，因此他没能真正地梳理出斯密的道德哲学对当今经济的影响——但这才是我们真正关心的问题。这一点非常遗憾，因为斯

密的见解在当今社会尤为珍贵。

譬如，公正的旁观者会如何看待近年来金融领域的极端不计后果和短期主义泯灭了所有道德观念的行为？或者，更概括地说，对于一

种将短期利益凌驾于其对利益相关者（如工作者、客户、自然环境和社

能真正地做出回答。

安东尼·阿内特

(Anthony Annett)

哥伦比亚大学地球研究所，
气候变化与可持续发展顾问

两美分的价值



奈吉尔·多德

《金钱的社会价值》

普林斯顿大学出版社，普林斯顿，新泽西，2014年，456页，35.00美元（精装）。

金钱是什么？伦敦经济学院社会学教授奈吉尔·多德（Nigel Dodd）将带领我们在《金钱的社会价值》一书中探寻答案。在这个过程中，我们将了解文学、哲学、社会学以及其他诸多学科领域中的重要人物对金钱的看法。本书不像是社会科学著作，更像是一部现代艺术著作。它让我们——尤其是我们当中那些接受过经济学教育的人——走出安乐窝，让我们感到不安，又故意不告诉我们问题的答案。

多德带领我们从通常不被认为是货币理论学家的一些人物——包括乔治·路易斯·博尔赫斯（Jorge Luis Borges）、雅克·德里达（Jacques Derrida）、米歇尔·福柯（Michel Foucault）、基斯·哈特（Keith Hart）、弗里德里希·尼采（Friedrich Nietzsche）、让-雅克·卢梭（Jean-Jacques Rousseau）和费迪南·德·索

绪尔（Ferdinand de Saussure）——对金钱某一方面的观点入手，再逐步呈现另一些相互矛盾但同样富有见地的观点。这本书可不是轻松的休闲读物，在你努力弄清楚本书的含义时，作者会提醒你所有这些观点都提供了独特的信息。金钱的变化无常不是一个观点就能道尽的。

多德并未提出新的观点；他试图用多种观点给我们带来启发。从这个意义上说，他本人要传达的讯息则是冒天下之大不韪：顽固的实践者认为，严格的法律制度是金钱的驱动力这个神话已经被粉碎。相反，他提醒我们，金钱，尤其是政府发行的纸币，总的来说是一种社会建构物。印在棉麻纤维上的100美元纸币需要花费12.5美分的生产成本，我们不会对此提出质疑，因为，鉴于美国政府对其公民和资源的税收能力以及伴随而生的军事实力，我们相信它会履行职责。一个国家即使拥有丰富的资源，足智多谋的人才，但如果缺乏对社会的信任，金钱的价值也会崩溃——就像现在的委内瑞拉、1990年的阿根廷和巴西以及1923年的魏玛共和国一样。

金钱是一种对社会的要求，这种说法并不新颖，多德提醒我们参考齐美尔（Georg Simmel）等人的观点。但再次重申这一观点是正确的。传统观点仍将货币的起源追溯为某种未被记载的、更加有效的原始易货方式。这一观点美化了社会起源阶段频繁上演的掠夺与杀戮。与更高效的和平交易相比，金钱的出现与来自战败者的贡品和奴隶制带来的利润有着更大的关联。金钱的诞生并不清白。

多德试图对这一主题做更进一步的阐述。社会结构并不一定是指国家。它可能是指流动的、无政府的社会交易网络，人们通过这个网络交换劳动或被称之为比特币的分散化的支付系统。

金钱的变化无常不是一个观点就能道尽的。

然而，随着阐述的深入，作者最终放弃了他的立场。例如，有时文中内容会令你觉得作者似乎将金融危机和近期出现的其他弊病归咎于金钱。但是作为社会建构物，金钱是一种更具说服力、更可预测的理论。社会结构和社会内部权力的组织方式会带来刺激因素，这些因素促进了繁荣，也造成了不可避免的萧条。这些刺激因素通常以金钱的形式投射出来，但可以存在于任何现行货币之中。金钱存在于社会建构物之外的情景可以想象，但不能令人信服。比特币终将会失势，因为它没有国家税收力量做支撑并且与国际反洗钱法规相冲突——并非因为它是无储备金的数字货币。

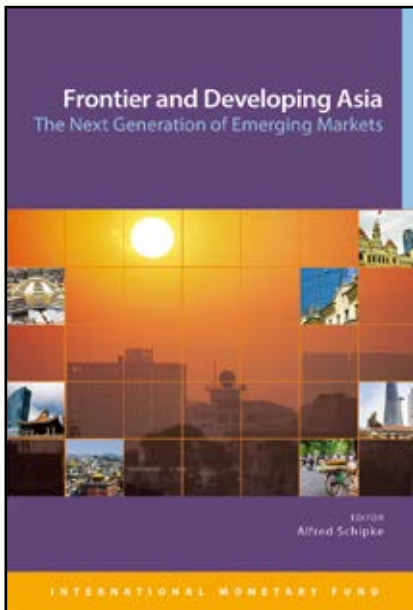
本书真正想要阐述的观点在于结构决定形式。如果我们想要金钱发挥“更好的作用”，那么一直对其存在形式进行改动并不会产生什么影响，除非我们改变通常存在于社会结构中的刺激因素。

艾维纳什·佩尔绍德

(Avinash Persaud)

彼得森国际经济研究所，
非常驻高级研究员

IMF 最新出版物



前沿发展中亚洲： 下一代新兴市场

Alfred Schipke 编

前沿发展中亚洲地处全世界发展最快的地区，包括诸如越南、柬埔寨、孟加拉国等国家，有着客观的人口数量，其总人口加起来超过 3.5 亿。尽管这些国家各有不同，但却面临相同的宏观经济、金融以及结构性挑战。本书的内容涉及经济增长、结构性转型以及贫困陷阱和日益扩大的收入差距所带来的风险。同时，本书还分析了有关金融部门和货币政策框架的一系列问题。

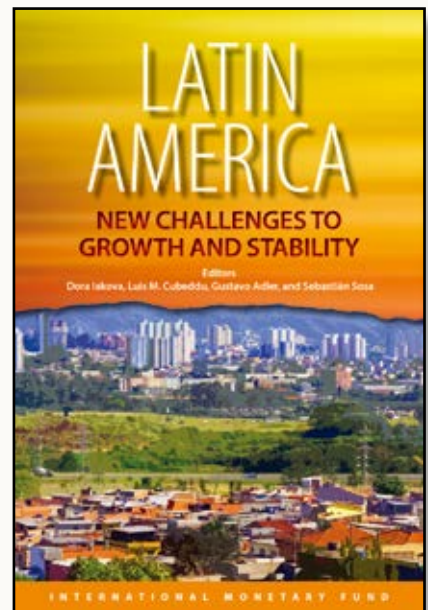
25 美元；ISBN：978-1-47559-551-2；2014 年出版。

拉丁美洲： 在全球大变革的环境下 维持增长和稳定

Dora Iakova、Luis M. Cubeddu、
Gustavo Adler 和 Sebastian Sosa 著

在过去 15 年里，拉丁美洲国家在加强经济和提高人民生活水平方面取得了巨大成就。尽管其产出在全球金融危机期间有所下滑，但大多数国家迅速从危机中复苏。然而，整个地区的经济活动已经放缓，该地区正面临一个更具挑战的未来。本书指出，拉丁美洲能够战胜挑战，该地区的政策制定者们已经在教育、能源及其他领域推行了改革措施。在拉丁美洲寻求继续改善其生活水平的道路上，需要做的还很多，充满了可能性。

25 美元；ISBN：978-1-49832-816-6；2014 年出版。

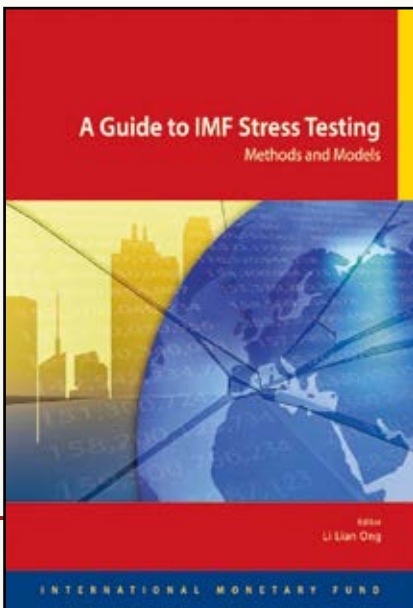


IMF 压力测试指南： 方法及模型

Li Lian Ong 编

全球金融危机让焦点聚集在对单个银行和整个金融体系的压力测试上，以检测其是否具有充足的资金以及良好的程序来度过艰难时期。自十几年前推出“金融部门评估规划”（Financial Sector Assessment Program, FSAP）起，IMF 广泛参与了对金融体系的压力测试。本书提供的一系列方法和模型可用于对全世界单个银行和金融体系的监管。这些都是基于大量有关压力测试技术的实践经验和实际应用的。

65 美元；ISBN：978-1-48436-858-9；2014 年出版。



请浏览 imfbookstore.org

Finance & Development, December 2014



MFICA2014004