

俄罗斯免费医疗：发展历程、 效果分析、困境及未来发展方向*

童 伟 宁小花

【内容提要】 俄罗斯现有的免费医疗体系，主要根源于苏联时期的医疗保障体系。苏联解体后，面对复杂的社会形势和严峻的经济形势，一方面，国家财政负担日益加重，已无法维持苏联时期的免费医疗体系，各种弊端逐渐显露；另一方面，原来的医疗制度已不能适应市场化的经济体制，苏联时期的免费医疗模式逐渐浮现出越来越多的负面影响，民众满意度逐渐下降。在这种大背景下，俄罗斯在沿袭苏联免费医疗体系的基础上对其进行了一系列改革，从原先无限免费医疗服务转变为当前有限基本医疗免费的新型基本医疗免费制度，形成了免费的法定强制医疗保险和自费的私人医疗保险相结合的医疗保障制度。这些改革措施使俄罗斯人免费享受到基本医疗服务，大大增强了民众对国家医疗服务体系的信心，总体来看取得了积极成效，但依然面临着医疗机制之困、医疗资金之困、医疗服务能力之困、医疗公平之困等诸多挑战，未来俄罗斯还需朝完善法律制度、加强顶层设计、加大医疗投入、扩大医疗筹资来源、完善硬软件设施、引入竞争机制、提高卫生服务供给能力等方向继续努力，兼顾免费医疗服务供给的公平性和效率性，实现全民均可享有的高质量的免费医疗服务。

【关键词】 俄罗斯 免费医疗 医疗改革 医疗卫生服务

【作者简介】 童伟，中央财经大学财经研究院教授、博士生导师、俄罗斯东欧中亚研究中心主任；宁小花，中央财经大学财经研究院博士研究生、助理研究员。

免费医疗也被称为公费医疗或者国家医疗，是一个相对模糊的概念，主要是从医疗卫生筹资方式来考量，指国家通过预算分配的方式将税收来源的医疗保障

* 本文为教育部国别区域研究课题“普京第四任期俄罗斯政治发展走向的财政经济支撑”（19GBQY072）阶段性成果。

基金有计划地拨给有关部门，或者直接拨给公立医院，以此向国民提供免费或者低收费的医疗卫生服务的一种医疗保障模式^①，是一种国家对民众的医疗需求承担兜底责任，完全或大部分免除国民医疗费用的医疗卫生体系。从实际运行情况来看，全球的免费医疗实践模式大体上可分为两种：一种是英国、瑞典、瑞士、挪威、加拿大式的高水平的免费医疗，这种模式多应用于欧美等发达国家；另外一种是为广大发展中国家所实行的较低水平的免费医疗，如印度、古巴、朝鲜、乌克兰等国家提供的有限度免费医疗，这些国家居民一般无需缴纳医疗保险费就可获得基本免费治疗。俄罗斯免费医疗属于后者，比较特殊的是其实行医疗保险与免费医疗相结合的制度，以社会医疗保险基金为资金来源，承担起公费医疗的重任。

俄罗斯现有的免费医疗体系可以追溯到 1864 年，正式确立则是在 1922 年苏联正式成立之后。1993 年俄罗斯宪法第 41 条明确规定：每个人都有保持健康和医疗帮助的权利，国家和市政医疗机构依靠相应的预算、保险金和其他收入为居民提供无偿的医疗帮助。作为苏联时期留给俄罗斯引以为豪的“遗产”，尽管中间存在着各种各样的困境和不足，俄罗斯免费医疗制度一直被坚持下来。

20 世纪 90 年代初，随着俄罗斯高死亡率、低出生率和低预期寿命健康危机的出现以及整个医疗保健系统资源的不足，俄罗斯对继承自苏联的医疗保障制度进行了一系列改革，从原先无限免费医疗服务转变为当前有限基本医疗免费的新型基本医疗免费制度，形成了免费的法定强制医疗保险和自费的私人医疗保险相结合的医疗保障制度。经过 20 多年改革，从纵向发展来看，俄罗斯人均预期寿命已从 90 年代初的 63.8 岁提升到 2015 年的 71.4 岁，人口自然增长率由 2000 年的 -6.6/千人提高到 2015 年的 0.3/千人，婴儿死亡率也由 1993 年的 19.9/千人下降到 2017 年的 5.2/千人，孕产妇死亡率自 2011 年以来几乎减半……在这些数据面前我们必须承认，俄罗斯在医疗卫生服务领域的财政投入已取得了良好成效，使其国民医疗水准得以快速提高。但从横向比较来看，根据彭博社 2014 年在世界银行、国际货币基金组织、世界卫生组织以及香港卫生部数据基础上发布的各国卫生系统有效性排名，俄罗斯排在第 51 位^②，大大出乎世界各国的预料，俄罗斯免费医疗也一直被诟病和质疑。

那么，出现这种情况的原因何在，俄罗斯免费医疗及其改革措施实施效果如

^① 王星、葛梦磊 《在市场化与福利化之间——俄罗斯免费医疗体制反思及其启示》，载《学术研究》2014 年第 6 期。

^② 资料来源：<https://www.bloomberg.com>

何,存在哪些问题,未来该往哪个方向发展才能持续性提高国民健康水平,这些问题都是本文思考的出发点与探讨的核心所在。

一 俄罗斯免费医疗体系的发展和改革历程

(一) 苏联时期的免费医疗体系

俄罗斯现有的免费医疗体系,主要根源于苏联时期的医疗保障体系。作为苏联社会保险制度的重要组成部分,苏联的医疗保险制度渗透着苏联国家社会保险制度的基本思想。列宁在1912年1月俄国社会民主工党第六次全国代表大会上指出,最好的工人保险形式是工人的国家保险。在这一基本思想的指导下,苏联成立后,包括医疗保险制度在内的一系列社会保险制度被写入宪法并加以完善,1977年10月7日通过的《苏维埃社会主义共和国联盟宪法》规定“这个社会的生活准则是大家关心每个人的福利和每个人关心大家的福利”。其中第42条明确规定苏联公民有享受保健的权利。公民享受免费医疗的权利理念被合法化,即所有人都有持有健康和享有免费医疗帮助的权利。

在免费医疗服务筹资方面,苏联时期的免费医疗卫生强调国家的无限责任,即采用由国家和单位包揽一切的国家保险模式,医疗费用完全由国家统一筹集并实行高度集中管理,医疗保险预算是国家预算的组成部分,主要来源于企业、机关、组织等投保单位按照工资的比例缴纳的保险费、各种设施的收入和国家补贴,个人基本上无需缴费但普遍享有免费的医疗服务^①。这一时期的医疗保险制度是同高度集中的计划经济相适应并发展起来的,国家垄断了医疗保障体系的资金、组织、许可、实践规范和指南等,私人医疗供给行为在很大程度上是非法的,国家所拥有的医生人数和病床数量均占世界前位。

在免费医疗服务覆盖范围方面,苏联免费医疗体系名义上强调全民普惠性,但在具体实践中,由于受政治意识形态的影响,免费医疗服务的提供是明确分等级的。医疗保健系统在法律上分为六个不同的子系统——中央部门职工、国家精英阶层、首都城市民众、国营企业职工、省会城市民众和农村地区农民,每个子系统以不同的筹资水平和护理标准为不同的人口群体服务,也就是说该免费医疗系统的保障范围覆盖不了全民,只涵盖城市职工和国营农场里的农民,其他广大

^① 徐海燕 《苏联与俄罗斯医疗保险制度比较》,载《中共天津市委党校学报》2008年第10期。

的集体农庄的农民很难享受所谓的免费医疗。直到 20 世纪 70 年代以后，城乡医疗保障才慢慢统筹起来，但在城乡、地区之间还是存在着显著差别。

整体来看，由于苏联所实行的免费医疗模式是建立在高度集中的计划经济体制基础之上的，具有集中性、一体化、分级组织等特点，因此其免费医疗体系需要强大的国家能力作为支撑，这种国家能力主要体现在强大的资源汲取能力上，即通过国家工业化计划刺激经济快速增长，从而使国家有一定的财力和资源去满足民众的医疗需求。这一时期的免费医疗体系存在着医疗费用紧张、费用控制和利益均衡机制缺乏、资源浪费严重、过度医疗现象严重等各种缺陷。尽管如此，这一时期的免费医疗客观上还是起到了较好的社会效果，其制度设计与运行方面的弊端也为俄罗斯免费医疗体制市场化与社会化改革提供了重要的参考与借鉴^①。

（二）俄罗斯现有的免费医疗体系及其改革措施

苏联解体后，面对复杂的社会形势和严峻的经济形势，一方面，国家财政负担日益加重，已无法维持苏联时期的免费医疗体系，医疗经费不足、医疗设备陈旧、医疗技术落后、医疗机构缺乏创新力和竞争力、医疗人员懈怠等弊端逐渐显露；另一方面，原来的医疗制度已不能适应市场化的经济体制，苏联时期的免费医疗模式逐渐浮现出越来越多的负面影响，民众满意度逐渐下降，在这种大背景下，俄罗斯在沿袭苏联免费医疗体系的基础上进行了一系列改革。

1. 叶利钦执政时期的医疗改革

1991 年苏联解体，俄罗斯政治经济陷入危机，医疗保健系统面临崩溃，民众健康状况堪忧，在政治和经济双重压力下，叶利钦开启了医疗保健系统的一系列改革。

1991 年 6 月，俄罗斯通过了《俄罗斯联邦公民医疗保险法》，该法的出台为新型医疗保险体系的构建奠定了基础。该法规定，俄罗斯境内所有居民必须参与强制医疗保险，保险费由政府和企业共同负担，从业者由其所在单位按照工资收入的一定比例缴纳，无业者由国家财政为其支付，实现强制医疗保险的全覆盖。除强制医疗保险外，还设立自愿医疗保险，企业和个人可视情况参保，由非国有保险公司承担其免费医疗服务之外的医疗服务。强制医疗保险缴费和自愿医疗保险缴费成为俄罗斯医疗保障体系的主要资金来源。政府在强制医疗保险范围内向

^① 王星、葛梦磊 《在市场化与福利化之间——俄罗斯免费医疗体制反思及其启示》，载《学术研究》2014 年第 6 期。

所有居民提供免费医疗服务，其服务范围和标准按照政府批准的强制医疗保险基本纲要执行，实行多缴多付、少缴少得的医疗保险给付制度。

为保证《俄罗斯联邦公民医疗保险法》的顺利实施，保证联邦主体强制医疗保险体系的财务稳定性，拉平各地区医疗服务水平和质量，俄罗斯在1993年和1996年分别通过了《关于建立联邦和地方强制性医疗保险基金会的规定》和《俄罗斯联邦公民强制性医疗保险法》。上述法规再次明确强制医疗保险基金的主要资金来源：（1）强制医疗保险缴费，保险缴费的费率为工资总额的3.6%，其中0.2%上缴联邦强制医疗保险基金，3.4%上缴地区强制医疗保险基金；（2）专门用于完成国家强制医疗保险计划的联邦预算拨款；（3）企业和个人的自愿缴款；（4）基金资本运营所得^①。

此外，根据这些法规，俄罗斯还成立了医疗保险公司，作为独立的经营主体，保险公司不受任何政府卫生部门的管理，而且可承包各种医疗保险业务，企业和国家管理机关作为投保人同保险公司签订合同，被保险人在保险公司指定的医疗服务机构就医，保险公司为被保险人支付医疗费用。医疗保险公司可代表投保人的利益对医疗机构所提供的医疗服务质量进行检查和监督，必要时对医疗单位提出索赔和罚款制裁^②。

1999年7月，俄罗斯通过了《国家社会救助法》，旨在通过强制医疗保险计划保证公民平等获得免费医疗服务，确保公民获得免费医疗的宪法权利。整个计划包含了由强制医疗保险资金所覆盖的全部医疗服务和药物援助，并且对于俄罗斯联邦所有地区都是强制性的。根据联邦政府基本的强制医疗保险计划，地方政府制定了当地的强制医疗保险计划，并规定地方政府医疗保险计划所提供的医疗服务不得差于国家所提供的。地方性的医疗保险计划可以包含更多的额外服务，但这些服务必须由当地的资源提供。

叶利钦执政时期采取的一系列医疗体制改革为俄罗斯医疗保障体系的发展奠定了基础，但由于这一时期出现了严重的经济转型危机，很多医疗卫生服务改革政策并没有得到很好的贯彻与落实，这也使医疗卫生改革的成果未能完全显现出来。

2. 普京执政时期的医疗改革

普京非常重视医疗卫生服务的发展，在不同时期采取了多项措施深化医疗体

^① 董伟等 《2012年俄罗斯财经研究报告》，经济科学出版社2012年版，第237页。

^② 陆南泉 《转型中的俄罗斯》，社会科学文献出版社2014年版，第235~241页。

制改革，以保证叶利钦执政时期建立的医疗制度有效运转。其具体的改革措施分以下几个阶段：

(1) 2000 ~ 2004 年的调整发展改革。普京执政后，首先对俄罗斯税制进行了大刀阔斧的改革，并在 2001 年 12 月 31 日通过了《俄罗斯联邦税法典》。该法典的第二部分确立了统一社会税的开征，并于 2002 年 1 月 1 日起正式实施。税法典规定，统一社会税的一部分纳入强制医疗保险基金，2001 年，强制医疗保险基金的缴费率还是和之前《关于建立联邦和地方强制性医疗保险基金会的规定》所规定的一样：工资总额的 3.6%，其中 0.2% 分配给联邦保险基金 (FFOMS)，3.4% 分配给地方保险基金 (TFOMS)。2005 年，当社会保险税被削减时，缴费率被调整为 2.8%，其中 0.8% 分配给联邦 FFOMS，2% 分配给地方 TFOMS。由于 2005 年年底税法典被修订，从 2006 年开始，强制医疗保险的缴费率为工资总额的 3.1%，其中 1.1% 分配给了联邦 FFOMS，2% 分配给了地方 TFOMS^①。直到 2011 年，统一社会税被取消，并由单独的社会保险基金缴费取代，强制医疗保险的缴费率从 3.1% 调整为 5.1%，为全民免费医疗奠定必要的财力基础（见表 1）。此外，这一时期，俄罗斯在世界银行推行全科医生制度的倡议下，开始尝试推行全科医生制度。

(2) 2005 ~ 2010 年的优先发展改革。2005 年后，俄罗斯的医疗改革开始以预防为主，并在 2006 年提出了“国家优先发展计划”，医疗、教育、住房、农业成为国家优先发展计划的四大领域，由普京亲自担任国家优先发展计划委员会的主席。其中，国家医疗优先发展计划主要通过增加政府医疗支出、改善医疗系统的基础设备、提高医疗资金使用效率、促进医疗领域公平竞争、稳定居民药物保障、关注弱势群体的健康状况、提高医务人员工资等措施来进一步推进俄罗斯医疗体系改革，提高免费医疗卫生服务的水平。2008 年，为了结束区域卫生委员会和医疗保险基金之间的混乱竞争，俄罗斯在 19 个地区启动了“单一渠道融资”试点改革计划，以摆脱卫生部门以投入为基础的粗放管理的医疗融资模式，引入基于卫生产出和质量的绩效管理模式。2009 年，俄罗斯制定了《2020 年俄罗斯制药工业发展战略》，以保证基本药品的供应。2010 年 11 月，为进一步使医疗保险制度与市场化、现代化改革相适应，俄罗斯颁布了《俄罗斯联邦强制医疗保险法》，

^① William Tompson, *Hhealthcare Reform in Russia: Problems and Prospects*, *Economics Department Working Papers*, No. 538, 2006.

开始启动新一轮医疗保险体系改革。该法的主要内容为赋予被保险人自主选择医疗保险公司的权利、扩大强制医疗保险给付范围、取消私人医疗机构进入强制医疗保险体系的限制，同时将强制医疗保险缴费率提高到工资总额的5.1%。

表1 俄罗斯近年来强制医疗保险基金缴费率变化及分配^①

年份	指标	来源	强制医疗保险税率	分配	
				联邦强制医疗保险基金	地区强制医疗保险基金
1993		独立的专项税收	3.6%	0.2%	3.4%
2001		统一社会税	3.6%	0.2%	3.4%
2005		统一社会税	2.8%	0.8%	2.0%
2006		统一社会税	3.1%	1.1%	2.0%
2011		社会保险	5.1%	2.1%	3.0%
2012		社会保险	5.1%	5.1%	0.0%

(3) 2011 年至今的规划发展改革。2011 年，普京再次担任总统后，继续推进医疗体制改革，并承诺在未来 5 年内增加政府医疗支出 100 亿美元。随后 2012 年 10 月，俄罗斯颁布了《2013 ~ 2015 年俄罗斯联邦医疗发展规划》，其中包括加大医疗财政支出、发展初级保健、改善专业医疗服务、创新治疗方法、增加医疗人员配备、加强医疗领域监控、强化医疗保险基金支出绩效等等，以提高俄罗斯医疗卫生服务水平和质量。此外，《俄罗斯联邦 2020 年前医疗体系发展构想草案》《俄罗斯 2020 年前经济社会长期发展战略》也对俄罗斯未来医疗体系发展作出了长远规划^②。

2017 年，依据《俄罗斯联邦强制医疗保险法》中“定期发布国家免费医疗规划的规定”，俄罗斯发布了 2018 ~ 2020 年国家免费医疗服务规划。该规划明确了俄罗斯免费医疗服务的范围包括初级保健、专业化治疗、紧急救助服务以及干预治疗服务，并对免费医疗服务的资金保障、支出标准、支出程序等进行了详细规定。2018 年 3 月初，俄罗斯总统普京在向俄联邦议会发表的 2018 年国情咨文

^① Popovich LI, Potapchik E, Shishkin S, Richardson E, Vacroux A, Mathivet B, “Russian Federation Health system review”, *Health Syst Transit*. Vol. 7, 2011, pp. 1 - 190.

^② <https://www.rosminzdrav.ru/news/2014/01/30/1686-gosudarstvennaya-programma-razvitiya-zdravoohraneniya-rossiyskoy-federatsii>

中表示,未来俄罗斯医疗卫生的资金投入应提高一倍,并应向世界最高标准看齐,向居民提供现代化的优质医疗服务。同时普京强调,俄罗斯必须恢复最基本的就近便利的医疗救助,2018~2020年,在100~2000人的居民点都应建立有助产资质的卫生站和门诊部,以进一步提升民众对俄罗斯医疗卫生服务供给的信心。根据俄罗斯卫生部2018年12月最新公布的国家免费医疗保障计划清单,民众可享受以下免费医疗服务:一是初级卫生保健,包括初级急救、初级医疗服务、初级专业医疗服务等;二是专业医疗服务,即专科医生在医院提供的包括疾病预防、诊断和治疗等方面的医疗服务;三是高科技医疗服务,主要指使用高新、复杂、独特的技术和医疗设备来提供的医疗服务;四是紧急医疗护理,主要由州和市医疗机构提供的针对急性发作的慢性疾病、外伤、中毒、流行病监控和隔离等需要紧急医疗干预方面的服务。此外,为了保证民众能够及时得到相应的医疗服务,提高免费医疗服务的效率,国家免费医疗保障计划还根据患者疾病的紧急程度规定了患者接受免费医疗服务的最后期限^①。

从整体来看,从苏联时期到俄罗斯时期,其免费医疗制度实现了四大转变:在筹资方式上,从预算拨款制度向保险制度转变;在管理体制上,从集中管理向引入市场竞争机制转变;在责任主体上,从国家单一主体向政府、企业、个人共同负担转变;在免费程度上,从一切免费到有限免费转变。各项医疗保障改革制度的出台、强制医疗保险基金的引入、非国有医疗保险公司的成立、自愿医疗保险的设立、强制医疗保险卡的实行、私人医疗机构准入限制的取消、统一社会税的征收、国家免费医疗规划的发布、国家优先发展项目“医疗”的设立,为俄罗斯在转轨时期社会医疗保障的改革提供了稳定可靠的环境,尤其是医疗筹资体系的改革,极大缓解了俄罗斯免费医疗体系资金不足的困境,推进了俄罗斯免费医疗体制的全民医疗保险制度的建立。

但是,改革后的免费医疗体制已不再是传统意义上的“免费医疗”服务,而是一种建立在全民医疗保险制度基础上、全民覆盖、较为基本的免费医疗服务供给,是传统免费医疗向医疗保险制度的转化。之所以被称为“免费医疗”主要源于1991年《俄罗斯联邦社会医疗保险法》规定“在强制医疗保险范围内由政府提供免费医疗服务”。1993年俄联邦宪法第41条规定:所有人都有保持健康和享有医疗帮助的权利。国家和市政医疗机关,必须依靠相应的预算、保险金

^① 资料来源: <https://www.rosminzdrav.ru/>

和其他收入，为居民提供无偿的医疗帮助。到 1998 年这一承诺再被具体定义为“政府承诺免费提供的医疗待遇包”。在这其中，历史的路径依赖效应以及苏联传统价值理念为俄罗斯免费医疗体制的发展奠定了社会基础^①，但这种免费医疗制度正常运行，还需强大的政府财政支持和完善的市场化配套机制作为基础。因此，对于俄罗斯的免费医疗体制而言，未来的发展依然面临着诸多挑战。

二 俄罗斯免费医疗改革实施效果分析

根据世界卫生组织发布的《2013 年世界卫生报告：全民健康覆盖研究》^②中关于全民健康覆盖的结果链模型，分析一种医疗模式的实施效果，主要关注在这种医疗模式的安排下，是否能够通过特定的医疗筹资和费用分担，实现全民均可享有高质量的医疗服务，而最终达到不断提高全民健康水平的目标，这其中涉及医疗卫生筹资、医疗服务可及性、医疗质量和国民健康水平四个重要指标。

（一）医疗卫生筹资来源和结构分析

医疗卫生筹资主要指实现足够的、公平的、有效率和效果的卫生资金的筹集、分配和利用活动的总和^③。卫生系统的筹资来源和方式是实现全民健康覆盖的一个关键因素，决定着人们是否能够提供卫生服务和是否可以使用卫生服务，以及可否在需要时负担得起卫生服务。评价一个国家医疗卫生筹资模式的实施效果，不仅要考虑卫生筹资和费用分担的公平性，还要考虑卫生投入的效率性。

医疗卫生筹资公平性主要指资金来源的公平性，国际上一般通过卫生总费用的总量、人均、构成比例等指标来评价医疗卫生的筹资公平性。从卫生总费用来看，该指标主要反映一个国家或地区在一定时期内全社会用于医疗卫生服务的资金总和^④，它包括公共卫生支出（政府卫生支出、社会保障支出等）和私人卫生支出（私人现金卫生支出、自愿健康医疗保险等）两大部分。据世界卫生组织统计，2016 年俄罗斯卫生总费用为 45 925.58 亿卢布，按可比价格计算比上年增长 2.92%，而且从 2000 年开始一直呈现持续走高的态势。2016 年俄罗斯卫

① 王星、葛梦磊 《在市场化与福利化之间——俄罗斯免费医疗体制反思及其启示》，载《学术研究》2014 年第 6 期。

② 《2013 年世界卫生报告：全民健康覆盖研究》，<http://www.who.int/whr/zh/>

③ 程晓明 《卫生经济学》，人民卫生出版社 2012 年版，第 92 页。

④ 黄冠 《建立卫生筹资公平性新视角》，载《中国卫生经济》2011 年第 5 期。

生总费用占国内生产总值（GDP）的比重为 5.27%，与上一年持平，但是总体来看这几年仍处于增长态势。此外，俄罗斯政府卫生支出占政府总支出的比重近几年虽然增长速度较慢，但总体还是呈现上升态势。因此，卫生总费用来看，俄罗斯政府和社会对医疗卫生服务以及居民健康是非常重视的，国家卫生投入公平性正朝着良性方向发展。

从医疗卫生筹资的结构来看，政府卫生支出一般是指广义上的概念，即由政府预算（狭义政府卫生支出）与社会卫生保障性支出（包括企业和个人缴费）两部分组成。政府卫生支出占卫生总费用比重是反映一个国家或地区政府动用自身财政与动员社会保险资金支持卫生系统的能力。而私人卫生支出中主要包括个人直接卫生支出和私人保险支出两大部分，其中个人直接卫生支出最能反映出个人因疾病所面临经济风险的可能性，也是民众最能直接感受到和最关注的方面^①。近 20 年来，随着国内生产总值的逐年增加，俄罗斯政府卫生支出总额也在一直上升，政府对医疗卫生事业发展高度重视。而俄罗斯政府卫生支出占卫生支出总额的比重与私人卫生支出比重变化不是很大，一直处于比较平稳的状态，且政府卫生支出占卫生支出总额的比重一直高于私人卫生支出比重，但近几年私人卫生支出占比增长率逐渐高于政府卫生支出的占比增长率，私人卫生负担在不断加大。

为了分析俄罗斯医疗卫生投入的效率性，本文借鉴杜乐勋^②与王晓洁^③两位学者的医疗卫生的投入—产出比分析方法来具体分析俄罗斯医疗卫生支出的配置效率。在投入—产出比分析方法中，政府卫生支出被看作为政府对医疗卫生的投入，这里采用人均健康投资指标来表示；而私人卫生支出则被看作为医疗卫生的产出，本文采用人均疾病负担指标表示，则二者的比例关系就表示医疗卫生的投入—产出比。该方法基于以下逻辑进行分析：政府卫生支出作为公共健康投入，主要用于健康环境改善、妇幼保健、疾病预防等重要领域的支出，如果政府卫生支出效率高、医疗卫生产品充足，那么民众健康就越有保障，整个社会的医疗卫生环境得到改善，私人卫生负担减少，医疗卫生产出较高。反之，如果医疗卫生投入不足，公共卫生环境恶化，个人患病机会增加，私人卫生支出上升，医疗卫生产出较低。医疗卫生的投入—产出比值是越小说明越有效率，因为其产出指标是人均疾病负担，人均疾病负担越小说明政府对医疗卫

① 赵莹、仇雨临 《英俄印三国“全民免费医疗”比较》，载《中国社会保障》2014 年第 5 期。

② 杜乐勋、赵郁馨、高广颖 《健康投资还是疾病经济负担》，载《卫生经济研究》1999 年第 10 期。

③ 王晓洁 《中国公共卫生支出理论与实证分析》，中国社会科学出版社 2006 年版。

生的投入越有效率。

表2 俄罗斯医疗卫生的投入—产出比率

年份	人均健康投资 (美元)	人均疾病负担 (美元)	投入产出比率 (%)
2000	57	39	0.68
2001	69	49	0.71
2002	82	58	0.71
2003	96	69	0.72
2004	123	86	0.70
2005	166	105	0.63
2006	218	135	0.62
2007	287	175	0.61
2008	382	228	0.60
2009	321	196	0.61
2010	348	219	0.63
2011	429	256	0.60
2012	484	276	0.57
2013	506	305	0.60
2014	459	284	0.62
2015	295	207	0.70
2016	267	202	0.76

数据来源: 全球卫生观察站数据库, <http://apps.who.int/gho/data/node.main.HEALTHFINANCING?lang=en>

从表2来看,从2000到2004年,俄罗斯医疗卫生投入—产出比逐步上升,说明政府健康投资效率稳步下降。从2005年开始,政府健康投资的投入—产出比总体呈下降趋势,到2012年达到0.57,说明居民疾病经济负担是政府卫生健康投资的0.57倍,政府健康投资效率较高。但近几年来,俄罗斯医疗卫生的投入—产出比再一次上升,并高达0.76,说明俄罗斯居民疾病负担正在加重。为了进一步分析其原因,本文对政府健康投入的增长率和居民疾病经济负担的增长率进行分析比较,发现健康投入和疾病负担的增长速度几乎同步,2005年到2008年间,受“国家优先发展计划”以及其他一系列医疗改革

的影响，健康投入增长率一直高于疾病负担增长率，直到 2008 年经济危机后，两者的增长率都急速下降，2011 年普京再次担任总统后，继续推进医疗体制改革，并承诺增加政府医疗支出，使得健康投入增长率达到一个小高峰。但是，从近几年情况来看，政府健康投入增长率一直低于居民疾病负担增长率，2015 年两者相差 8%，这是造成医疗卫生投入产出比上升的重要原因。

（二）医疗卫生服务可及性分析

1. 卫生资源分配分析

医疗卫生服务可及性主要涉及医疗卫生资源的分配与医疗卫生服务的效果。卫生资源是卫生部门为社会提供医疗卫生服务的基础，卫生资源配置的合理性和公平性是实现良好卫生服务的基本条件，也是各国医疗卫生服务体系改革中最重要的一环和目标。一般来说，卫生资源主要包括卫生机构、卫生人力、医院床位、药物供应等组成要素。根据世界卫生组织官网统计数据，2015 年，俄罗斯基本医疗卫生服务覆盖指数 63%，在 183 个国家中排名第 104 位，处于中等偏下水平^①。

表 3 俄罗斯各地区大型医院数量分布情况

地区 \ 年份	2005	2010	2013	2014	2015	2016
全国	9 479	6 308	5 870	5 638	5 433	5 357
中央联邦区	2076	1 513	1 339	1 239	1 206	1 183
西北联邦区	821	584	560	547	521	543
南方联邦区	767	538	505	537	525	504
北高加索联邦区	530	380	340	344	345	339
伏尔加河沿岸联邦区	2081	1294	1227	1165	1132	1097
乌拉尔联邦区	678	574	537	505	461	463
西伯利亚联邦区	1696	995	983	923	875	865
远东联邦区	830	430	379	378	368	363

数据来源 《俄罗斯 2017 年卫生统计年鉴》，http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications

^① 全球卫生观察站数据库，<http://apps.who.int/gho/portal/uhc-cabinet-wrapper-v2.jsp?id=1010501>

表4 俄罗斯各地区的综合门诊数量分布情况

地区 \ 年份	2005	2010	2013	2014	2015	2016
全国	21 783	15 732	16 461	17 106	18 564	19 126
中央联邦区	5 745	4 462	4 531	4 710	4 811	4 999
西北联邦区	1 922	1 641	1 856	1 908	2 033	2 136
南方联邦区	1 679	1 502	1 532	1 710	1 906	1 930
北高加索联邦区	1 188	796	666	692	710	729
伏尔加河沿岸联邦区	4 332	2 940	3 237	3 439	4 002	4 091
乌拉尔联邦区	1 589	1 280	1 219	1 409	1 527	1 570
西伯利亚联邦区	3 641	2 169	2 438	2 289	2 453	2 522
远东联邦区	1 687	942	982	949	1 122	1 149

数据来源 《俄罗斯2017年卫生统计年鉴》，http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications

从卫生机构分布情况来看，近年来，俄罗斯大型医院数量在减少，但是综合门诊数量都有所增加，说明俄罗斯更加注重基层卫生服务的供给，卫生机构资源总量在向好发展（见表3、表4）。但是，从各地区卫生机构分布来看，俄罗斯无论是大型医院数量、综合门诊数量还是预防医疗机构数量的地区差异性都非常大。2016年，俄罗斯各地区大型医院数量中，最多的是中央联邦区1 183家，最少的是北高加索联邦区339家，相差近2.5倍；综合门诊数量中，最多的是中央联邦区4 999个，最少的是北高加索联邦区729个，相差近6倍；预防医疗机构数中，各区域相差也是非常之大，表明俄罗斯区域之间的医疗卫生机构这一卫生资源的公平性有待提高（见表5）。

表5 俄罗斯各地区2016年预防医疗机构数

区域 \ 指标	健康中心	预防医学中心	医疗预防诊所
全国	752	42	4 093
中央联邦区	192	11	920
西北联邦区	81	4	496
南方联邦区	61	2	391

北高加索联邦区	33	5	216
伏尔加河沿岸联邦区	164	5	893
乌拉尔联邦区	76	8	376
西伯利亚联邦区	100	6	606
远东联邦区	45	1	189

数据来源 《俄罗斯 2017 年卫生统计年鉴》，http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications

从卫生人员数量来看，2016 年俄罗斯全国卫生技术人员数量为 432.85 万人，平均每个地区的卫生技术人员数为 54.1 万人，在全国平均水平之上的只有中央联邦区、伏尔加河沿岸联邦区、西伯利亚联邦区，其他地区均低于全国平均水平（见表 6）。2016 年俄罗斯全国每万人口医生人数的平均值为 46.4 人/万人，处于近年来的较低水平。在全国平均水平之上的地区只有西北联邦区、远东联邦区、西伯利亚联邦区，其中最高的是西北联邦区 56.4 人/万人。其他五个地区均处于全国平均水平之下，其中最低的为北高加索联邦区 40.7 人/万人（见表 7）。值得说明的是，虽然俄罗斯每万人口的平均医生人数正在下降，但是和国际上其他国家相比还是比较高的。据世界卫生组织官网数据显示，2015 年，美国、英国、日本、印度、中国、巴西每万人口的平均医生人数分别为 25.68 人、28.25 人、23.67 人、7.58 人、18.12 人、18.52 人，普遍低于俄罗斯每万人口的平均医生数^①。

表 6 俄罗斯各地区卫生技术人员数（单位：千人）

年份 区域	2005	2010	2013	2014	2015	2016
全国	4 357.3	4 464.0	4 360.8	4 344.4	4 347.2	4 328.5
中央联邦区	1 059.5	1 117.1	1 094.1	1 086.8	1 058.3	1 069.0
西北联邦区	435.9	455.3	440.6	442.2	439.0	442.3
南方联邦区	422.2	435.1	423.8	421.2	484.7	482.6
北高加索联邦区	198.5	239.0	247.9	247.2	248.5	246.8
伏尔加河沿岸联邦区	995.1	939.8	897.0	894.3	882.0	867.8
乌拉尔联邦区	372.8	385.3	386.6	386.7	382.4	376.9

① 资料来源：<https://www.who.int/gho/en/>

西伯利亚联邦区	653.6	669.3	652.6	649.2	638.2	629.9
远东联邦区	219.6	223.1	218.1	216.9	214.2	213.3

数据来源 《俄罗斯2017年卫生统计年鉴》，http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications

表7 俄罗斯各地区医生人数(单位:人/万人)

年份 区域	2005	2010	2013	2014	2015	2016
全国	48.6	50.1	48.9	48.5	45.9	46.4
中央联邦区	50.9	53.5	51.0	50.2	46.1	46.3
西北联邦区	54.3	57.8	57.6	57.5	54.5	56.4
南方联邦区	43.6	44.4	43.6	43.0	41.8	42.0
北高加索联邦区	42.5	40.1	41.2	41.6	39.5	40.7
伏尔加河沿岸联邦区	46.7	47.2	46.5	46.7	45.0	44.9
乌拉尔联邦区	42.5	46.0	44.8	44.7	43.1	43.8
西伯利亚联邦区	51.0	52.1	50.4	50.1	47.0	47.5
远东联邦区	54.3	55.8	55.1	54.4	52.8	53.8

数据来源 《俄罗斯2017年卫生统计年鉴》，http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications

从医院床位数这一指标来看,2005~2016年间,俄罗斯全国每万人口床位数从2005年的110.9张/万人在不断下降。2016年俄罗斯全国每万人口床位数的平均值为81.6张/万人,在全国平均水平之上的只有西伯利亚联邦区、远东联邦区以及西北联邦区。其中,最高的为远东联邦区99.1张/万人,最低的为北高加索联邦区72.0张/万人(见表8)。从国际横向对比来看,俄罗斯的每万人口床位数这一指标还是比较乐观的,高于中国、英国、美国、巴西、印度等国家。

表8 俄罗斯各地区医院床位数(单位:张/万人)

年份 区域	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
全国	110.9	93.8	94.2	92.9	90.6	86.6	83.4	81.6
中央联邦区	112.4	92.3	92.5	90.5	87.6	83.8	78.5	76.4
西北联邦区	108.0	93.2	94.2	94.1	92.1	87.6	85.9	83.5

南方联邦区	104.8	90.7	92.2	90.7	87.9	81.5	79.9	79.1
北高加索联邦区	82.3	78.0	77.0	77.7	76.1	74.0	73.0	72.0
伏尔加河沿岸联邦区	111.7	91.9	92.5	92.1	89.5	86.6	83.3	81.5
乌拉尔联邦区	110.1	94.0	94.3	92.1	89.6	84.8	82.5	80.7
西伯利亚联邦区	119.9	104.9	102.6	101.6	100.5	97.2	94.1	92.6
远东联邦区	126.7	108.7	116.4	112.5	111.7	106.2	103.0	99.1

数据来源 《俄罗斯 2017 年卫生统计年鉴》，http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications

从国家整体的药物供应情况来看，2005 年，俄罗斯重要医药产品生产总数为 482.64 亿卢布，而 2016 年这一数值达到 2 988.23 亿卢布，在 12 年时间里增长了 5.2 倍，可见俄罗斯对药品供给和制药业的重视。另外，俄罗斯近年来的药店数量和药品零售亭数量也呈现增长态势，从而保证了居民对医疗药物的可及性和方便性。

2. 医疗卫生服务效果分析

医疗卫生服务的效果性主要是指医疗卫生服务供给过程中政府是否能够公平、公正的分配各种可利用的医疗卫生资源，使得每一个公民都能有平等的机会获得相同质量的医疗卫生服务，而不会因为其所拥有的社会特权或者其经济状况不同而出现差别，包括居民获得医疗卫生服务的机会和利用率^①。

从门诊人次来看，2005 ~ 2016 年间，俄罗斯每万人的平均门诊次数呈上升趋势，2016 年这一指标为 266.6 次/万人，八个联邦地区中有六个超过全国平均次数，其中最高的为西北联邦区 317.1 次/万人，最低的为北高加索联邦区 178.4 次/万人。

从病人住院情况来看，俄罗斯近年来无论是每百门诊病人住院率还是病人平均住院日都有所下降，分别由 2015 年的 22.4 人次、13.8 天降到 2016 年的 20.6 人次、11.1 天，这从侧面反映了俄罗斯近年来医疗资源利用率、医院总体医疗质量以及医疗技术的提高，减少了患者的医疗费用，实现了医疗资源成本的最小化（见表 9）。

^① 陈家应、龚幼龙、舒宝刚、严非 《卫生服务公平性研究的理论与现实意义》，载《中国卫生资源》2000 年第 4 期。

表9 俄罗斯近年来医疗资源使用情况

年份 指标	2005	2010	2013	2014	2015	2016
每百门诊病人住院率	22.4	22.2	21.1	21.4	20.8	20.6
平均住院日	13.8	12.6	12.1	11.8	11.5	11.1
病床周转率	22.8	25.5	26.6	27.2	27.9	28.5
平均病床工作日	310	317	322	321	319	318

数据来源 《俄罗斯 2017 年卫生统计年鉴》，http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications

病床周转率和平均病床工作日也是反映医疗质量的指标，病床周转率主要指出院人数与平均开放病床数之比，在一定时间内，病床周转次数越多，说明病人平均住院天数少，床位利用率高。平均病床工作日指标可以反映一个国家的病床数能否满足居民的需要。从俄罗斯卫生统计年鉴数据中，可以看出，俄罗斯在平均住院日下降的情况下，加快了病床周转次数，提高了病床使用率，卫生服务利用率比较高。

从基本卫生服务使用率来看，2006 ~ 2015 年间，俄罗斯无论是农村、城市还是全国平均的基本卫生服务使用率都呈现平缓的上升趋势，2006 年，全国基本卫生服务使用率为 86%，农村基本卫生服务使用率为 63%，城市基本卫生服务使用率为 94%，城市与农村的基本卫生服务使用率相差 31%。2015 年，全国基本卫生服务使用率为 89%，农村基本卫生服务使用率为 76%，城市基本卫生服务使用率为 93%，城市与农村的基本卫生服务使用率差距缩小到 17%，说明城市与农村的基本卫生服务使用率差距正在缩小。

（三）医疗卫生质量分析

医疗卫生质量分析主要从医疗干预措施的覆盖率及其降低健康危险的水平，以及民众对自我健康满意度水平和对国家医疗系统的满意度等方面分析居民对医疗卫生服务的利用情况。这些干预措施不仅包括医疗卫生机构提供的治疗性服务和预防性服务，也包括医疗卫生机构以外提供的其他促进健康的活动，如健康教育等。本文主要从疫苗接种覆盖率、育龄妇女避孕普及率、孕妇产前检查覆盖率、孕妇剖腹产率、专业医护人员接生率、居民自我健康状况满意度、居民医疗系统满意度等指标来分析俄罗斯医疗卫生质量。

疫苗接种覆盖率是反映居民得到重要卫生干预的重要指标之一，一般来说，疫苗接种完成率越高，卫生服务利用水平就越高。从俄罗斯疫苗接种人数来看，近年来，俄罗斯疫苗接种的绝对人数呈现较大的增长趋势，2015 年比 2014 年疫苗接种人数增加 58.2%。从接种覆盖率来看，除了成人阶段，其他各个年龄阶段人群按需接种疫苗的百分比都在逐渐上升，尤其是 0~14 岁儿童的疫苗接种率从 2014 年 82.1% 增长到了 2015 年的 96.1%，说明俄罗斯卫生服务利用率正向良性发展（见表 10）。

表 10 俄罗斯近年来疫苗接种情况

疫苗接种人数 (千人)	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
成人	18 419.4	17 675.9	17 831.6	17 442.3	16 930.2	16 580.7	15 843.6	15 824.0	21 277.7	33 663.7
15~17 岁不含学生	2 756.6	2 500.6	2 269.6	1 968.9	1 804.7	1 593.8	1 357.5	1 267.1	3 507.1	3 509.0
15~17 岁学生	3 716.7	3 442.7	3 193.9	3 029.3	2 901.8	2 865.0	2 815.9	2772.2	—	—
儿童 (0~14 岁)	18 356.8	18 259.0	18 332.0	18 295.0	18 375.9	18 598.7	18 827.5	19 350.7	19 964.1	21 606.3
按需接种疫苗的百分比%	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
成人	92.0	92.5	93.1	93.4	95.0	94.8	95.1	94.2	93.2	88.7
15~17 岁不含学生	95.8	95.9	96.4	95.4	97.1	97.0	94.3	95.6	95.3	95.6
15~17 岁学生	84.1	84.4	84.8	84.5	85.4	86.0	86.2	87.0	—	—
儿童 (0~14 岁)	85.1	85.0	84.7	83.8	83.4	83.0	82.4	83.0	82.1	96.1

数据来源：俄罗斯联邦国家统计局卫生保健数据，http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/healthcare/

根据俄罗斯卫生统计年鉴显示，在 15 至 49 岁女性中，2005 年使用宫内节育器避孕、药物避孕的比率分别为 13.8%、9.5%，而 2016 年这一比率分别为 10.7%、13.1%。2006~2011 年，俄罗斯孕产妇 4 次的产前检查覆盖率为 78.3%，高于印度的 51.2%，但远远低于美国的 92.2%。而全球 4 次产前检查覆盖率约为 75%，俄罗斯的产前检查覆盖率略高于全球水平^①。2006~2011 年，俄罗斯孕妇剖腹产率为 13%，而美国、英国、日本、巴西、中国、印度同一时期的孕妇剖腹产率为 32%、30%、19.7%、55.5%、34.9%、17.2%，从国际相对情况来看，俄罗斯的孕妇剖腹产率低于其他国家。2014 年，俄罗斯孕产妇专

^① 《俄罗斯 2017 年卫生统计年鉴》，http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1139919134734

业医护人员接生率为 99.7%，在全球中处于中上水平^①。

从俄罗斯 2016 年 15 岁以上居民自我健康评估情况来看，居民对自我健康状况的满意度在 90%，其中城市居民健康满意度为 90.1%，百万以上城市居民健康满意度 90.2%，农村居民健康满意度为 89.9%，略低于城市居民。而 2011 年、2014 年俄罗斯居民健康满意度分别为 88.8%、88.1%，说明俄罗斯居民自我健康状况良好且近年来得到进一步改善。2017 年 11 月 17 日，俄罗斯舆论研究中心（VTSLOM）发布了一项关于俄罗斯民众对 MHI 政策和医疗服务质量满意度的调查数据，该研究显示，只有 9% 的民众对俄罗斯医疗体系给予正面评价，37% 表示满意，而 52% 受访者表示对整个医疗卫生服务系统不满，不满的主要原因包括医疗服务等待时间过长、医疗设备陈旧、医疗药品缺乏或过于昂贵、医生缺乏且专业水平不高、医务人员服务态度差、医疗卫生条件差、医疗保险公司效率低下等等^②。

（四）国民健康水平分析

国民健康水平分析主要是对整个国家医疗卫生服务供给以及卫生系统运行的结果进行分析。目前反映一国卫生健康的指标主要有：预期寿命、孕产妇死亡率、婴儿死亡率、儿童死亡率以及居民健康状况等。

其中，预期寿命是指假若当前的分年龄死亡率保持不变，同一时期出生的人预期能继续生存的平均年数。它是衡量一个国家、民族和地区居民健康水平的一个指标，也间接体现了一个国家的医疗卫生服务水平。从表 11 可以看出，从 2006 年到 2016 年间，俄罗斯预期寿命增长了 5 岁，而且这些年一直呈现增长趋势，说明俄罗斯预期寿命正朝着良好的方向发展。但从国际比较来看，俄罗斯的预期寿命与其他国家相比还存在较大差距，2013 年，俄罗斯预期寿命分别比日本、英国、美国、巴西、中国、印度少 15 岁、12 岁、10 岁、6 岁、6 岁、-3 岁。

孕产妇死亡率主要反映妇幼保健的公平程度，2005、2008、2015 年俄罗斯孕产妇死亡率分别为 39/10 万、39/10 万、25/10 万，整体在向好趋势发展，但与发达国家还存在较大差距。从婴儿死亡率、5 岁以下儿童死亡率、5~14 岁儿童死亡率指标来看，俄罗斯这三个指标都呈现了逐年下降的趋势，说明俄罗斯这些

^① 世界卫生组织网，<http://apps.who.int/gho/data/node.main.530?lang=en>

^② 资料来源：<https://vop.ru/zdorovie/2017/11/20/52-procenta-oproshennyh-rossijan-nedovolny-medicinoy>

年的医疗卫生服务效果显著。从国际横向对比来看,2016 年俄罗斯婴儿死亡率是印度、巴西、中国、美国、英国、日本的 0.19 倍、0.49 倍、0.78 倍、1.18 倍、1.78 倍、3.3 倍,虽然在发展中国家中相对公平较强,但与英国、日本等发达国家还存在一定差距。值得一提的是,由于医疗卫生服务的发展,从 2013 年开始,一直困扰俄罗斯的人口负增长状态得到了一定缓解。

表 11 俄罗斯近年来国民健康情况

年份 健康指标	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
预期寿命	66.69	67.61	67.99	68.78	68.94	69.83	70.24	70.76	70.93	71.39	71.87
孕产妇死亡率 (1/10 万)	39	—	39	—	—	—	—	—	—	25	—
婴儿死亡率 (每 1 000 人)	10.2	9.4	8.5	8.1	7.5	7.4	8.6	8.2	7.4	6.5	6.0
5 岁以下儿童死亡率 (每 1 000 人)	12.9	12.0	11.2	10.6	10.0	9.5	9.0	8.6	8.3	8.0	7.7
5-14 岁儿童死亡率 (每 1 000 人)	3.7	3.5	3.3	3.2	3.1	2.9	2.8	2.7	2.6	2.5	2.4
出生率 (每 1 000 人)	10.3	11.3	12	12.3	12.5	12.6	13.3	13.2	13.3	13.3	12.9
死亡率 (每 1 000 人)	15.1	14.6	14.5	14.1	14.2	13.5	13.3	13.0	13.1	13.0	12.9
人口自然增长率 (每 1 000 人)	-4.8	-3.3	-2.5	-1.8	-1.7	-0.9	0.0	0.2	0.2	0.3	-0.01

数据来源 《俄罗斯 2017 年统计年鉴》, http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1135087342078

三 俄罗斯免费医疗发展存在的困境

通过以上分析,自苏联解体后,俄罗斯一直坚持“免费医疗”的全民健康覆盖理念,采取多项措施确保人们免费享受到基本医疗服务,大大增强了民众对国家医疗服务体系的信心,总体上来看俄罗斯医改取得了积极成效,但还是一项未完成的改革产物,其公平性不足、效率低下等问题不容忽视,需要俄罗斯政府持续关注。这些问题主要体现在:

1. 医疗机制之困。从宏观角度来看,90年代初,经过一系列改革,俄罗斯成立了医疗保险公司,履行承保人的职能,受理各类医疗保险业务,向医疗机构购买医疗服务,同时负责管理医疗保险基金,并代表被保险人的利益对医疗机构提供的医疗服务质量进行监督和检查。1993年,为进一步推动强制医疗保险制度改革,俄罗斯又通过了《关于建立联邦和地方强制医疗保险基金会的规定》,建立了强制医疗保险基金会,这些基金会及其分支机构被授权可以同医疗保险公司签订医疗保险合同,也可以履行承保人职能与医疗机构发生业务关系,拥有监督和管理医疗保险公司、医疗机构业务活动的权力。同时,俄罗斯也继续保留原有的医疗保健行政机构。因此俄罗斯免费医疗体制架构中形成了强制医疗保险基金会、医疗保险公司、医疗保健行政机构三足鼎立的局面,分别负责医疗资金征收、支付、监管的职能,但由于缺乏整体性和规范性,这三者之间职责权限一直没有得到清晰的界定和划分,导致在医疗体系运行过程中相互之间利益冲突现象严重,扯皮推诿事件时有发生,极大影响了俄罗斯免费医疗体制的运行效率。从微观角度来看,俄罗斯免费医疗体制中医疗资金绩效管理机制、医院内部管理制度、医疗人员利益激励机制、免费医疗服务供给标准的缺乏或不完善,也是导致俄罗斯免费医疗公平性差、效率较低的重要原因。

2. 医疗资金之困。根据世界卫生组织网站数据,近年来,俄罗斯医疗卫生支出占GDP的比重不断上升,2016年达到5.27%,但是与美国(17.07%)、英国(9.76%)、日本(10.92%)、巴西(11.77%)等国家差距较大^①,如果要追上欧洲的平均水平还任重道远,这也是俄罗斯免费医疗目前只能覆盖基本医疗服务、有广度而没深度的主要原因。那么,要实现真正意义上的全民免费医疗,俄罗斯医疗资金的缺口到底有多大?卡尔米科夫和雷赫季娜依据粗略死亡率(CDR)分析法得出,基于当前俄罗斯的出生率、死亡率、国家健康优先项目的发展以及国家对医疗卫生支出投入的增长率,2020年,俄罗斯预期寿命将比2005提高7.8岁,增长率为112%。同时,国内生产总值预计将从21.6万亿卢布增至94.6万亿卢布(增长率为437.6%)。相对应的,国家医疗卫生支出预计将从2005年的0.797万亿卢布增至2020年的5.8万亿卢布,增幅为735.6%。由于预期寿命的增长幅度会远远小于国内生产总值和医疗卫生支出的增长幅度,因此俄罗斯要想通过免费医疗制度给人口健康状况带来了积极变

^① 据世界卫生组织统计,俄罗斯在医疗卫生支出排名第70位,在医疗卫生效率方面排名第130位。

化,就不得不面临巨大的医疗卫生支出压力^①。加之俄罗斯经济发展具有较大的能源依赖性,财政收入往往与国际经济形势以及能源价格浮动相关,医疗保险费上缴率有时甚至得不到保障,使得医疗资金不足问题长期困扰着俄罗斯免费医疗体系。2012 年年初,俄罗斯强制性医疗保险体系的资金缺口已达到 1 000 亿卢布左右^②,医疗经费不足是导致俄罗斯医疗机构设备陈旧、医疗人员工作积极性不高、医疗服务水平下降的直接原因。

3. 医疗服务能力之困。充足、高效的医疗服务供给不仅需要充足的财政投入,还需要相对应的医疗硬件和软件配套,才能保证人们享受高质量的医疗服务。但从俄罗斯免费医疗体制目前的运行情况来看,俄罗斯的医疗硬件、医院管理、医务人员、药品供给、初级保健等方面与广大民众的需求之间还存在很大的差距,这也是民众对俄罗斯免费医疗满意度较低的原因之一。

从医疗硬件来看,由于国家财力不足,政府卫生投入有限,医疗资金无法到位,很多基层医疗机构甚至是公立医院的设施都存在老化现象,医院的诊断设备和医疗设备不足,高科技医疗设备更是非常缺乏,亟需进行改造升级。这就导致民众遇到大病、重病、急病时,由于公立医院缺乏先进医疗设备而不得不选择自费转向私立医院,使得免费医疗效果大打折扣;从医院管理来看,由于免费医疗服务极大释放了民众对医疗服务的需求,导致医院的医疗服务供给与民众医疗服务需求矛盾不断加深,只能通过排队方式进行医疗服务分配,加上医生收入较低,很多患者只得另辟蹊径向医生提供“红包”来获取优先免费服务,“免费”医疗质量难以保证;

从医务人员从业数量来看,2016 年俄罗斯全国卫生技术人员总数量为 432.85 万人,每万人口医生人数的平均值为 46.4 人/万人,与其他国家相比还处于较高水平。但从横向来看,俄罗斯医务人员还存在着地区分配不均、农村地区医务人员配置较低、医务人员专业、年龄结构不尽合理等问题。从医务人员的质量来看,俄罗斯医疗人员瓶颈问题十分突出,医务人员资质较差、培训不足、专业素质较低,导致医疗质量差,医疗保健质量满意度低,例如,俄罗斯乳腺癌患者的存活率、住院死亡率,在医院感染并发症的患者比例是经合组织国家平均水

^① Nikolay Nikolaevich Kalmikov, Natalia Vasilevna Rekhina: The Health - Care System Issues and Prospects in the Russian Federation, “Biology and Medicine”, 2016, 8: 4.

^② 肖来付 《俄罗斯医疗保险制度改革: 现状、问题及前景》,载《中国卫生经济》2015 年第 7 期。

平的2倍^①。此外，尽管近年来俄罗斯已在逐步提高医务人员的工资水平，并缩小区域间医务人员的工资差距，2014年年底，俄罗斯各地区医生平均工资差距从2012年的3.2倍降至1.6倍，护士平均工资则从2.5倍降至1.6倍^②，但与欧盟成员国相比，后者医务人员的平均工资是俄罗斯的1.5~2.5倍，这直接导致大批优秀的医务人员流向私营医疗部门，民众开始越来越多地使用私立医院的付费服务，2016年，俄罗斯私人卫生支出比例达到43.05%，比2015年增长4.88%，有偿医疗服务总额达到7324亿卢布^③，有偿医疗服务的增长加上人口医疗保健的可承受性较低使得俄罗斯免费医疗正在逐渐被有偿医疗服务所取代。

从药品供给来看，俄罗斯实行医药分离制度，医院和药店相互独立，患者可以享受到的免费的基本医疗服务，但是需要自费购买所需药品，这在一定程度上避免了以药养医现象的发生，但是由于苏联解体后俄罗斯医药制造体系非常脆弱，国内药品市场并不发达，药品供给严重不足，很多药品需要依赖进口，2016年，俄罗斯药品出口总值为4.39亿美元，但是药品进口总值达70亿美元，超过药品和医疗器械的出口总额。国内药品断档、进口药品价格昂贵，使得俄罗斯家庭卫生支出的大部分用于药品支出，大约80%的住院病人需要支付药品费用，且药品支出达到所有医疗卫生支出的40%左右，远远高于经合组织（OECD）国家18%的平均水平，加重了民众的医疗卫生负担^④。

从初级保健供给来看，俄罗斯虽然一直实行强制转诊制度，初诊都是在社区诊所，只有社区诊所处理不了才能转到大医院治疗，但社区尤其是农村诊所却存在床位不足、硬件设备落后、医务人员不足、专业素养低等各种问题，在这种情况下，民众对于初级诊所的信心越来越低，过于依赖专家治疗和住院治疗，加重了公立医院的就诊压力和医患矛盾，也客观上加大了民众的卫生支出负担。

4. 医疗公平之困。尽管俄罗斯实行“全民免费医疗”制度，注重医疗卫生服务的普惠效果，全面覆盖确保底线公平。但在医疗资源分配、医疗服务可及性

① Umbekova GE: The Russian Federation health care system: results, problems, challenges and solutions. Roszdravnadzor Bull, 2012 (2): 33-38.

② The report of the Ministry of Health of the Russian Federation "On the outcome of the Russian Ministry of Health in 2014 and tasks for 2015", Moscow, April 2015.

③ 资料来源: <https://businessweeknews.com/post/rynok-meditsinskih-uslug-v-rf/>

④ Tompson, William: Healthcare reform in Russia: problems and prospects. Economics Department Working Paper, No 538. ECO/WKP (2006) 66, Organisation for Economic Co-operation and Development.

等方面仍然存在各种不公平之处，这些不公平主要体现在家庭之间、地区之间、区域内城乡之间的不平等性^①。

从家庭层面来看，尽管随着俄罗斯近年来的经济复苏和增长，俄罗斯家庭收入不断增加，贫困率降低，但家庭贫富差距持续存在且越来越大，这种收入差距直接导致了家庭在获取医疗卫生服务水平和类型上的差距。根据俄罗斯纵向监测调查（RMLS）结果表明，1998 年以来，俄罗斯最富有的五分之一人口与其他人口在使用私人卫生服务方面差距有所扩大，俄罗斯私人卫生设施支出占家庭卫生支出的三分之一，但只为全国不到 4% 的患者提供服务。这五分之一人口寻求医疗服务和救助的频率比收入最低的五分之一人口高近 40%，医疗卫生支出是收入最低的五分之一人口的两倍，但卫生支出其占家庭收入的比重却比收入最低的五分之一人口少十倍。因此，总体来看，贫困家庭的医疗支出比例要高得多，医疗卫生负担也重得多。

从区域层面来看，由于俄罗斯的经济增长在很大程度上依赖于自然资源的出口，尤其是石油和天然气，区域经济发展水平和人均国内生产总值出现两极分化，导致俄罗斯各地区的财政能力、人均卫生支出和卫生成果也存在明显差异。据《2017 年俄罗斯卫生统计年鉴》数据显示，2016 年俄罗斯各地区卫生预算支出中，85 个联邦主体的平均卫生预算支出为 150.72 亿卢布，其中卫生预算支出最少的地区为涅涅茨自治区，人均卫生预算支出为 3 047 卢布，卫生预算支出最多的为莫斯科地区，人均卫生预算支出为 15 655 卢布，两者相差 4 倍。而且各地医疗人员和设施的分布也非常不均衡，2016 年俄罗斯全国每万人口医生人数的平均值为 46.4 人/万人，在全国平均水平之上的地区只有西北联邦区、远东联邦区、西伯利亚联邦区，其中最高的是西北联邦区 56.4 人/万人，最低的为北高加索联邦区 40.7 人/万人。2016 年俄罗斯全国每万人口床位数的平均值为 81.6 张/万人，在全国平均水平之上的只有西伯利亚联邦区、远东联邦区以及西北联邦区。其中，最高的为远东联邦区 99.1 张/万人，最低的为北高加索联邦区 72.0 张/万人^②，且贫困地区居民的家庭卫生支出比例远远高于富裕地区居民，但富裕地区居民通过付费医疗往往得到更高质量的医疗卫生服务，健康结果也会截然不同。

^① Cook L. Constraints on universal health care in the Russian Federation, Inequality, informality and the failures of mandatory health insurance reforms. 2015 (2).

^② 资料来源 《俄罗斯 2017 年卫生统计年鉴》，http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications

从城乡层面来看,与城市居民相比,农村居民获得医疗服务的机会较少,总体健康状况较差。世界卫生组织网全球卫生观察站数据显示,2015年,俄罗斯全国基本卫生服务使用率为89%,农村基本卫生服务使用率为76%,城市基本卫生服务使用率为93%,城市与农村的基本卫生服务使用率相差17%。根据俄罗斯统计部门的数据,2013年,俄罗斯农村男性预期寿命比城市低1.85岁,农村女性预期寿命低于城市1.57岁,而且城市和农村人口的健康状况也存在显著差异^①。

四 俄罗斯免费医疗可持续发展的未来发展方向

在全民健康覆盖(UHC)已经成为国际卫生组织以及世界各国在卫生运动以及卫生政策领域共同理念和追求目标的大背景下,俄罗斯政府一直积极推动免费医疗制度,在医疗改革过程中承担必要的转轨成本,坚持医疗卫生服务的“底线”公平,对于这样一个财力并不雄厚的大国来说无疑具有重要的现实意义。当前,俄罗斯免费医疗服务的层次还并不是很高,医疗卫生资源分配、医疗投入、健康水平方面不平等不断加剧,医疗筹资水平、医疗分配效率和效益都比较低,俄罗斯免费医疗体制面临着组织、管理和融资等各方面的挑战,未来俄罗斯还需朝以下方向继续努力,兼顾免费医疗服务供给的公平性和效率性,提高免费医疗的层次。

1. 坚持政府主导,完善法律制度,加强卫生顶层设计

公共卫生作为一种公共产品,政府对其发展有着不可推卸的责任,政府在公共卫生方面的财政支出力度和侧重点决定着公共卫生事业的发展速度及方向,影响着公共卫生服务提供的质量、可及性和公平性。尽管俄罗斯免费医疗目前还存在各种问题,但是总体方向是对的,为实现高效的基础免费医疗服务,确保免费医疗制度得以长期运行,俄罗斯政府应不断尝试改革医疗体系,完善医疗卫生法律制度,加强医疗卫生顶层设计,加大对免费医疗的支持力度。继《宪法》《俄罗斯联邦公民医疗保险法》《关于建立联邦和地方强制性医疗保险基金会的规定》《俄罗斯联邦公民强制性医疗保险法》《国家社会救助法》《俄罗斯联邦税法典》《俄罗斯联邦强制医疗保险法》等法律法规从不同角度对医疗卫生服务的资

^① Николаюк Е. А. Самооценка здоровья и самосохранительное поведение сельских жителей и дачников Костромской области, " Социальные аспекты здоровья населения", 2015, №3.

金保障、服务范围、支出标准、支出程序等进行了较为详细的规定后，俄罗斯在《俄罗斯联邦 2020 年前医疗体系发展构想草案》《俄罗斯 2020 年前经济社会长期发展战略》《2010 年前卫生信息系统概念草案》中进一步明确未来俄罗斯免费医疗体制的发展方向，如通过改进国家保障计划、倡导健康生活方式、扩大医疗筹资来源、改善医疗组织和管理、提高医疗管理效率、加强医疗卫生领域监管和控制、制定国家药物政策，为国内医药制造业的发展创造条件，改善医务人员的管理，建立医务人员继续教育制度，制定和实施统一的卫生信息系统等，让免费医疗服务落到实处。为实现这些目标，目前俄罗斯政府正在争取提高免费医疗配额和病患的医疗费用，同时增加人均免费医疗资金的融资额度，通过调整强制医疗保险征收比例，加大税收对医保的支持力度，科学设计免费医疗福利包的清单和标准，以改善俄免费医疗质量，扩大医保覆盖面。

2. 加大医疗投入，扩大医疗筹资来源，保证免费医疗资金

俄罗斯国家医疗保障计划（PSG）旨在为俄罗斯联邦人民提供免费医疗服务，但由于资金不足导致该计划未能按照俄罗斯政府设计的现代医疗标准覆盖全部俄罗斯人口，其可用资金比欧盟国家少 4~5 倍^①，俄罗斯政府也一直非常重视这个问题。随着近年来俄罗斯经济的复苏，俄罗斯政府已经开始加大了在医疗方面的投入，并采取一系列措施扩大卫生筹资来源：2005 年，俄总统普京提出了医疗、教育、住宅和农业 4 大领域的国家优先发展计划，根据此计划，在医疗领域的年投入达到 1 456 亿卢布，其中 21% 用于社区诊所，20% 用于医疗设备更新，11% 用于提高医疗服务质量；2008 年开始，俄罗斯在 19 个大区实行卫生系统试点项目，旨在确定合理的卫生筹资系统改革方法。这些改革包括：卫生机构通过强制医疗保险体系进行单渠道筹资；根据卫生经济学标准和服务质量确定资金支出限额，并依此限额报销住院费用；引进资金持有系统报销门诊机构费用；针对医务人员建立绩效工资体系等；在《俄罗斯联邦 2020 年前医疗体系发展构想草案》中，俄罗斯政府提出了 2020 年实现将人口死亡率降至 10/1 000，预期寿命提高到 75 岁，免费医疗的公共资金逐步增加到能够提供现代化医疗标准的水平，并指出要实现这些目标，国家卫生支出要达到 GDP 的 6%。此外，俄罗斯还采取将强制医疗保险体系过度到单渠道筹资体制、提高雇主的保险支付额、确

^① " Комиссия Министерства здравоохранения и социального развития РФ по разработке концепции развития здравоохранения до 2020 года" , <http://www.medprivat.ru>

定非就业人口强制医疗保险资金额度的计算方法、从利用补贴来填补强制医疗保险大区项目赤字状况转变到最低按人头均摊费用、确定所有卫生服务的价目、在医疗领域引进分期付款方法、建立提高医疗保险公司绩效的经济激励机制、将卫生财务和管理职能集中在卫生和社会发展部等各种措施建立现代化的卫生筹资系统^①，这些措施在后期最新出台的《俄罗斯强制医疗保险法》中也得到了部分体现。

总之，与大多数中等收入或高收入国家相比，俄罗斯的医疗筹资体系还是比较分散和低效的，其多年的卫生筹资实践经验表明，强制医疗保险对经济环境的适应性比财政预算的福利性医疗保障更强，自我稳定性更高，因此要想实现未来免费医疗的效果和目标，合理的费用共担机制是现代俄罗斯免费医疗保障制度的必要设计，这些设计内容不仅应该侧重于足够的融资水平和寻找最佳的融资模式，而且应该侧重于成本效益和成本控制机制的实施，解决筹资公平问题，刺激保险公司之间的良性竞争。

3. 完善硬软件设施，引入竞争机制，提高卫生服务供给能力

在坚持全民强制医疗保险方向不变的前提下，如何通过重点领域的改革，为民众提供一份既清晰明确又有合理质量保障的免费医疗服务清单，实现高效的基础医疗服务，将是俄罗斯今后医疗体系改革的一大重点。俄罗斯在其 2020 年前医疗体系发展构想草案中，指出在以下几个方面加大资金投入，提高俄罗斯卫生保健系统组织和管理的效率：为俄罗斯所有居民实现符合 SGBT 国际标准的统一医疗标准；将医务工作者的工资至少提高 2.5 ~ 3 倍；增加至少 2 ~ 2.5 倍的药品、医疗消耗品、医疗设备和设施投入成本；在门诊治疗中增加对门诊药物至少 2 倍补贴；确保国家和市级卫生保健设施材料和技术基础达到标准；初步建立统一的医疗卫生信息化系统；建立符合国际标准的持续医学教育体系等等^②。2017 年，俄罗斯医疗产品市场已达到 2 550 亿卢布，且国内医疗产品份额占到了 21%，比 2011 年增长 4.2 个百分点。根据俄罗斯官方网站公布的《2030 年以前俄罗斯医疗产业发展战略草案》，到 2030 年俄罗斯医疗产品产量将要增长 3.5 倍，出口交付量增加 10 倍，自 2019 年以来每年至少注册 100 种新的医疗产品。草案建议通过建立医疗产品工业园区、为重要类型的医疗器械的开发和生产提供

^① Popovich LI, Potapchik E, Shishkin S, Richardson E, Vacroux A, Mathivet B, "Russian Federation Health system review", *Health Syst Transit*. Vol. 7, 2011, pp. 1 - 190.

^② " Комиссия Министерства здравоохранения и социального развития РФ пораз работке концепции развития здравоохранения до 2020 года", <http://www.medprivat.ru>

国家支持、加快市场上注册和推出医疗器械程序、刺激国外生产者在税收激励下将医疗产品生产本土化、刺激国内医疗器械消费等具体措施实现以上目标。

此外，俄罗斯政府对于提高医务人员资格、建立激励机制，规范药品供给市场，在医疗领域发展公私合作伙伴关系等方面，也提出了未来的发展规划。如通过提高医务人员的平均工和社会保障水平，使工资水平与医疗质量和数量相匹配，使高等和中等医学和药学教育体系符合欧洲教育质量，建立持续的医学研究生教育体系，提高各级和各类医务人员的高级培训周期和再培训效率，提高中等医学教育机构水平，建立医疗和制药工人的持续教育制度，在农村地区建立有针对性的就业和留住医疗人员的制度，将医务人员的报酬与提供的医疗保健数量和质量挂钩等措施规范医务人员职业责任，提高医务人员工作积极性；通过加强对国内药品的生产许可和质量控制，加大对市场药品价格的监管力度，推出透明的药品定价和价格管制系统，建立所有药物的定价程序，建立药物供给的统一程序，激励外企在俄罗斯境内进行药物生产并建立临床前研究中心，通过税收、投资优惠政策鼓励国内外生产商进行药物生产，降低药品生产发展所需设备的关税等措施完善药品供应系统等措施规范药品市场。值得一提的是，2009 年，俄罗斯还批准了《2020 年前俄罗斯制药工业发展战略》，并于 2010 年通过了“2010 年前医药产业发展及前景分析”的联邦目标计划，指出 2020 年前要实现国内 50% 的创新药品在国内进行生产，从而减少药品成本，减轻患者负担；同时，俄罗斯还通过鼓励国家和私人资本共同出资建设医疗保健基础设施，引导和促进基层医疗机构发展，强化基层卫生服务，建立科学合理的医疗资源分配机制等措施平衡地区医疗差异，消除城市居民和农村居民在医疗服务范围、质量和负担能力方面的不平等，实现全民均可享有的高质量的免费医疗服务。

(责任编辑 张红侠)

Russia , India and Europe , analyzes the geopolitical strategies formulated by these big powers based on their geopolitical and economic interests , the geo – challenges and China ’ s corresponding measures. This paper insists that the “C5 + 1 mechanism” , which is originated from Trump ’ s geostrategy to weaken America ’ s international leadership responsibility , does not have a counter geopolitical effect on the “Belt and Road” Initiative. Although the mutual trust between China and Russia has reached unprecedented heights , the potential risks of geopolitical imbalance between the Eurasian Economic Union and the “Belt and Road” can not be ignored. India ’ s “Indo – Pacific Conception” and its “big country dreams” are bound to weaken the positive functions of the “strategic docking” in our expectations. The European version of “Belt and Road” Initiative reflects that the EU attempts to raise its voice in Eurasian through the so – called “sustainable” Asia – Europe connectivity strategy. Due to some internal cognitive differences , the EU still suspects that China schemes to “divide and rule” Europe.

Key Words “Belt and Road” Initiative , Eurasian Economic Union , “C5 + 1 Mechanism” , Indo – Pacific Conception , Euro – Asian Connectivity Strategy

The “Belt and Road” Initiative: Looking from the Northern and Central Eurasia Perspective

Evgeny Vinokurov

Countries in Northern and Central Eurasia , including its largest economies , Russia and Kazakhstan , appreciated the potential positive implications of the “Belt and Road” Initiative. Over the last years , they increasingly embraced various aspects of the BRI , most importantly additional investment and rising volumes of trans – Eurasian transit. The latter , apart from being a lucrative business on its own , should eventually lead to better internal connectivity between inner – Eurasian regions. In this paper , we start with the providing estimates on the volumes of trans – Eurasian transit as a starting point. Then , we provide an analysis of Northern and Central Eurasian states ’ interests and perceptions on the BRI. We complement this analysis by looking into the real and perceived worries of the involved countries. We conclude by looking into the international economic and institutional capacity which is needed to make the BRI even more valuable for Northern and Central Eurasia.

Key Words “Belt and Road” initiative , Russia , Central Asia , Eurasian Economic Union , Transport Infrastructure

Free Medical Care in Russia: Development History , Effect Analysis , Dilemma and Future Direction

Tong Wei & Ning Xiaohua

Russia ’ s existing free medical system is mainly derived from the Soviet medical security system. After the fall of the Soviet Union , the social and economic situations

have become more complex and severe. On the one hand , the state ' s financial burden has become increasingly heavier and thus the free medical system has been unable to be maintained; on the other hand , the original medical system failed to accord with the market - oriented economic system , and the free medical model gradually showed more and more negative effects. Against this background , Russia has carried out a series of reforms on the basis of the Soviet free medical system , wherein the original unlimited free medical services are changed to the current medical system with limited free basic medical services. A medical insurance system combining free compulsory medical insurance and private medical insurance at own expense has been established. In general , these measures have achieved positive results , but problems including the faultiness of the medical mechanism , the funding of medical services , the capabilities of medical services and medical equity do exist. In the future , Russia need to improve its legal system , strengthen the top - level design , increase medical investment , expand sources of medical financing , improve hardware and software facilities , introduce competition mechanisms , and improve the capacity of health services. In this way , it can address the issue of fairness and efficiency in free medical services , and achieve high - quality free medical services for all.

Key Words: Russia , Free Medical Care , Medical Reform , Medical and Health Services

Review of the State - owned Farmland Systems in Central and Eastern European and CIS Transition Countries

He Wei

Many countries in the Commonwealth of Independent States and Central and Eastern Europe have changed their farmland ownership after the transformation , but the reform is not complete and some state - owned farmland has been retained. Land management agencies manage state - owned agricultural land through economic means including renting and selling , in order to form a reasonable - scale agricultural production unit , solve the problems of land fragmentation and dual structure of production units after the transformation of agricultural ownership , improve agricultural production efficiency , and promote the integration of farmer production and modern agricultural development. Some agencies also carry out rural public service functions. In terms of this paper , we argue that separating the farmland ownership , contracting rights and management rights , ensuring the stability of leases , improving the supporting legal system and land transaction system as well as optimizing the market environment could effectively improve the efficiency of state - owned farmland and enhance its sustainability.

Key Words: Central and East Europe , CIS , Farmland Systems , State - owned Farmland , Land Fund