

我国私立部门

在“一带一路”沿线国家的医疗活动及政策建议



中山大學
SUN YAT-SEN UNIVERSITY



艾社康
ASK HEALTH



中山大学国家治理研究院
Institute of State Governance, Sun Yat-sen University



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

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

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

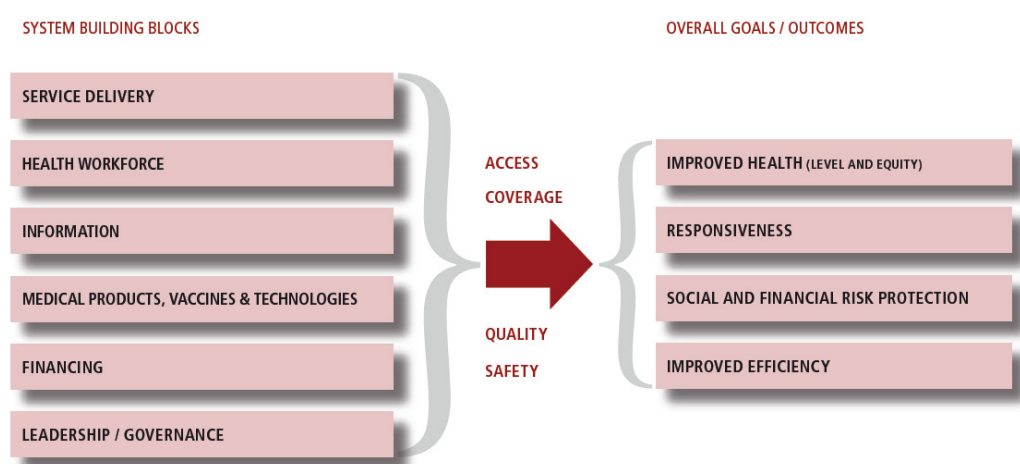
在国家的选择上，我们选取了七个处于中低收入水平的发展中国家，并且各具区域代表性：其中，肯尼亚是东非区域的中心城市，尼日利亚是西非区域的中心城市，安哥拉位于非洲西南部，莫桑比克位于非洲东南部。越南和菲律宾是东盟中重要的两个国家，而尼泊尔位于南亚，紧邻中国和印度。从人口和经济水平来看，尼日利亚是除了中国和印度外的第三个人口大国，和安哥拉一样，都是资源密集型国家。肯尼亚、越南和菲律宾都保持了较平稳发展的经济增长速度，也都是近年来吸引大量海外企业的新兴投资国。尼泊尔和莫桑比克人口基数较小，对援助的依赖性较强，也具有一定代表性。

第一章

概述

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

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



来源：世界卫生组织

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

在此基础上，我们通过对中国和受援国政府官员、企业和社会组织管理者、学者，

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

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

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

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

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

第二章

研究方法

本报告的研究主要通过文献综述和定性研究的方式开展。

1. 研究对象及样本量

1.1. 文献综述研究对象

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

1.2. 定性研究调查对象

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

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

2. 研究方法和内容

2.1 文献综述

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

2.2 定性调查

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

第三章

国家 医疗卫生服务体系 框架分析



肯尼亚

1. 国家基本情况

1.1 国家概况

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

2 Kenya, Country brief (2019). World Bank.

3 OECD Aids at a glance charts(2017), World Bank GDP Databank.

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

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

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

1.2 社会经济情况

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

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

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

5 Country Profile: Kenya(2019), UN Data.

6 Institute for Health Metrics and Evaluation, Country profile-Kenya (2019).

1.3 与我国的国际关系

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

2 主要健康问题和挑战

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

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

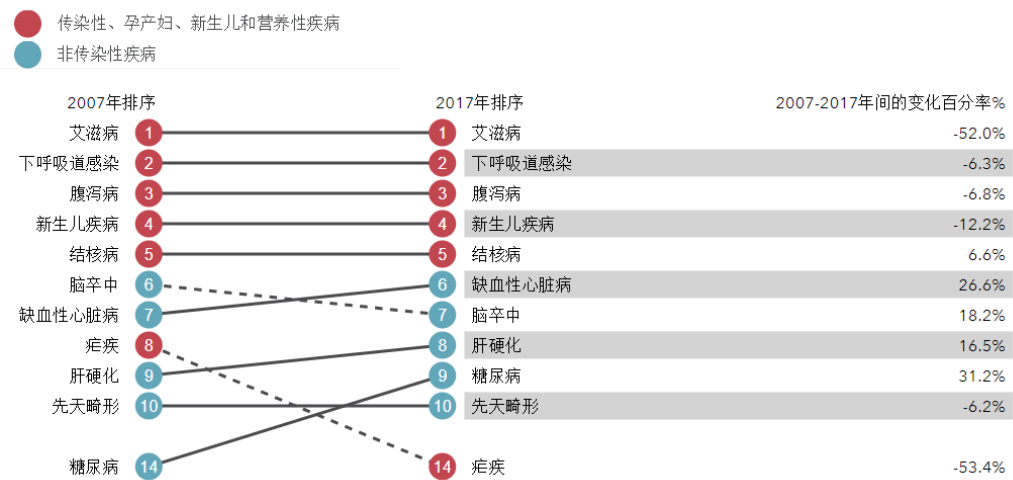


图 1 肯尼亚前十位死因及 2007-2017 年变化⁶

3 国家医疗卫生系统概述

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

3.1 政策监管

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

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

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

3.2 服务供给

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

3.2.1 公立医疗服务

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

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

3.2.2 私立医疗服务

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

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

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

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

3.2.3 存在的问题

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

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

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

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

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

3.3 卫生筹资体系

8 Global Health Observatory
County Views (2019), WHO.

9 Kenya National Health
Accounts (2016), USAIDS.

10 Kenya Health System
Assessment 2010, HFG.

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

肯尼亚卫生筹资的方式众多，主要有政府卫生支出、私立部分，以及援助。其中私立部分包括个人自付卫生支出和社会卫生支出。政府卫生支出占卫生总费用的比例自 2008 年以来逐年上升，2015/16 年度达到 33.1%。个人自付占卫生总费用的比例从 2000 年 46.8% 下降到 2015 年的 33.4%，商业保险占据了 3% 左右，其余 30% 来自于外国援助^{8 9 10}。

3.3.1 卫生支出

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

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

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

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

3.3.2 支付和定价

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

3.3.3 存在的问题

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

3.4 卫生人力资源

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

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

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

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

13 14 Drug Regulation in Kenya (2014). Leishmaniasis East Africa Platform.

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

3.5 卫生信息系统

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

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

3.6 卫生产品管理

3.6.1 筹资

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

3.6.2 监管

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

3.6.3 准入

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

17 18 19 Kenya Pharmaceuticals and Healthcare Report Q4 (2017), BMI Research.

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

3.6.4 采购分销

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

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

3.6.5 药品市场概况

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

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

更具有竞争力。品牌创新药主要供应给私营渠道消费者¹⁸。

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

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

3.6.6 医疗器械市场概况

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

3.6.7 存在的问题

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

3.7 医疗科技创新

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

3.8 总结

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

4 我国在该国的医疗类援助活动

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

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

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

表 2 中国政府在肯尼亚的药物援建项目汇总

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

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

表 3 中国政府在肯尼亚的医疗器械援建项目汇总

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

项目内容	项目时间	项目类别	项目性质	项目金额（美元）	项目持续时间
中国提供疟疾防治工作培训	2008/12	医疗服务	独立技术援助		
中国援建露西·齐贝吉（卡约里）医院	2009/06-2011/6	医疗服务	捐赠	7,032,784	两年
中国和平方舟提供免费医疗服务	2010/10	医疗服务	独立技术援助		5 天
中国帮助扩建卡通都医院扩建一期工程	2013/12-2015/6	医疗服务	捐赠	11,000,000	一年六个月
中国捐赠模块化箱房诊所	2016/12	医疗服务	捐赠		一次性
中国提供优惠贷款用于肯雅塔大学教学、科研和转诊医院建设	2011-2016	医疗服务	贷款（不包括债务重组）	110,909,972	五年

表 4 中国政府在肯尼亚的医疗服务援建项目汇总

案例研究：中国援助肯雅塔大学教学、科研及转诊医院

肯尼亚肯雅塔大学教学、科研及转诊医院项目于 2019 年 5 月完成建设并顺利移交。该项目是肯尼亚政府使用中国优惠贷款建设的第一个项目，是中国政府援助非洲国家经济发展的民生项目，是实施国家“一带一路”倡议的战略项目。肯雅塔大学医院项目的

20 肯尼亚肯雅塔大学医院顺利
对外移交，中国江西国际经济技术
合作有限公司官方网站

资金来源是中国进出口银行的优惠贷款。双方签署协议，中方向肯尼亚提供 7.45 亿人民币（合 9.85 亿肯先令）的优惠贷款，援建该医院。项目由中国江西国际公司承建，集临床，研究，应急，预防和医疗保健功能于一体，不仅是一家转诊医院，同时也是一家专科医院。合同额 1.1 亿美元。占地 600 余亩，总建筑面积超 8 万平方米，共 650 余张床位，包括 8 间高等级手术室，1 个产妇中心，1 个新生儿重症监护室（NICU），1 个重症监护室（ICU），1 个特别加护病房（HDU），以及医学影像中心、中心供应室、制氧及医用气体系统、锅炉及洗衣房、医疗废弃物处理、殡仪设施、餐厅、教学中心、宿舍等配套设施²⁰。

5 我国私立部门参与肯尼亚医疗卫生建设的情况

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

项目名称	时间	类别	投资方	项目描述	项目持续时间
与肯尼亚高校合作建设肿瘤研究所	2018/09	医疗服务	广州谢诺中非投资管理有限公司（中方合作方）	中肯合作的内罗毕大学 - 谢诺肿瘤研究所项目于 9 月 17 日在肯尼亚首都内罗毕启动。该项目致力于引进中国先进医疗资源，在科研、教学和应用领域推动肯尼亚健康事业发展。	

表 5 中国私立部门在肯尼亚的医疗卫生活动汇总

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

表 5 中国私立部门在肯尼亚的医疗卫生活动汇总

21 中企与肯尼亚高校合作建设
肿瘤研究所，新华网

威高非洲公司在肯尼亚揭牌，主要生产医疗耗材	2015	医疗器械	威高非洲公司	2015 年 10 月 16 日，威高非洲公司在肯尼亚内罗毕市正式揭牌。非洲公司建立后，将加强与当地医院、企业之间的合作，不仅为非洲人民提供优质的医疗器械，也要将先进的医疗技术带到非洲，在非洲国家生产、维护并提供高质量的药品和医疗器械，加强同非洲伙伴在医疗器械领域更加深入的合作。威高集团还将同威建集团强强联合，合作建设肯尼亚埃多雷特国家培训综合医院。并且威高计划在肯尼亚建立透析中心，建设医疗耗材生产基地，进一步扩大非洲市场。	一次性
海信医用显示器出口肯尼亚	2018/06	医疗器械	海信医疗	2018 年 12 月，海信出口一批医用显示器至非洲肯尼亚首都内罗毕，出口产品主要包括医用诊断显示器、大屏电视等多个产品型号。所有产品进入肯尼亚医疗机构后，海信将与中国医疗、医药企业一起支援当地数字医院、区域影像诊断、远程医疗等方面的建设。	五年
桂林南药在肯尼亚设子公司，生产抗疟类药物	2018/02	医药	上海科麟医药（桂林南药子公司）	桂林南药为上海复星医药（集团）股份有限公司控股企业，在复星医药的国际化战略指导下，南药进入非洲市场。在非洲进行药品销售，首先必须在每个国家都要进行药证注册，这就要在非洲寻找当地的合作伙伴，通过他们向各国药监机构申请药品注册。桂林南药通过逐一拜访考察，严格筛选合作伙伴，最终和当地美誉度很高且有合作诚意的专业医药公司签订代理协议，并率先在肯尼亚取得突破。	

表 5 中国私立部门在肯尼亚的医疗卫生活动汇总

北京华立科泰制药公司在肯尼亚设立分公司，主要生产抗疟疾药物，并向当地提供疟疾防治知识	2015/11	医药	北京华立科泰制药公司	北京华立科泰制药公司是世界上最大的抗疟药物原材料生产商之一，种植有 6,000 公顷的青蒿属植物，每年可以生产 100 吨青蒿素甲醚和青蒿素产品。自 2004 年以来，北京华立科泰制药公司在肯尼亚、坦桑尼亚、乌干达和尼日利亚等 32 个非洲国家设立了分公司和子公司。向近 400 名中国对非洲医疗援助项目的官员和医护人员提供了疟疾治疗和预防知识，同时在过去 5 年里捐赠 50 万元人民币为肯尼亚和坦桑尼亚的医学院学生提供奖学金。	
--	---------	----	------------	---	--

表 5 中国私立部门在肯尼亚的医疗卫生活动汇总

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

案例研究：广州谢诺中非投资管理有限公司与肯尼亚高校合作建设肿瘤研究所

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

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

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

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

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

案例研究 2：东软医疗在肯尼亚商业模式分析

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

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

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

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

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

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

6 机遇和挑战

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

具体而言，具有以下机遇：

第一，从政策角度而言，肯尼亚政府明确至2030年的未来十年，将大力发展现代化医疗和诊断设备的目标。而肯尼亚所在的东共体也在推动药品监管协调项目，可以为药

品准入提供统一的评估标准，有利于药品在整个东非区域的流通。

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

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

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

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

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

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

开展和人才培养。

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

但同时，私营部门的参与也存在一定挑战。

从药品和器械方面来看，包括：

一、基础设施较差，影响大型医疗设备的普及：笔者采访的国内某大型医疗器械企业肯尼亚负责人表示，医疗设备的使用环境对基础建设有一定要求，但肯尼亚一些郡基础设施较差，例如陆路未修缮，只能通过最原始的人力搬运的方式把建材运输到目的地，增加了企业在一些区域推广的成本。

二、人才缺口：专业的药剂师和专业的放射科人才较为缺乏，需要企业配备相应的技术输出和定期培训，以帮助当地医务人员熟悉并使用我国的器械。

三、采购和流通环节中多部门业务交叉和重复可能会给我国私营部门的参与制造隐形门槛。

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

一、市场准入挑战：虽然肯尼亚对私立医院的准入相对开放，但是对一些公立和私立医院合作项目的准入要求就比较高，推进的速度也比预想的慢。当地的合作人员的情况，以及私营部门本身对于整套准入程序的了解程度会直接影响到破除准入壁垒的难易度。

二、团队管理挑战：医学项目是系统工程，也就需要一套系统的管理体系。目前受访企业一般采用的方法是在全球招聘具有在发展中国家进行医疗机构管理经验的人才。

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



尼日利亚

1 国家基本公共卫生状况

1.1 国家概况

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

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

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

1.2 社会经济情况

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

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

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

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

25 Nigeria Health System, World Health Organization.

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

27 Nigeria Country Office Newsletter, Save the Children.

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

1.3 与我国的国际关系

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

2 主要健康问题和挑战

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

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

28 Regulatory & Market Profile of Nigeria, Pharmexcil.

29 Institute for Health Metrics and Evaluation, Country Profile-Nigeria.

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

28。

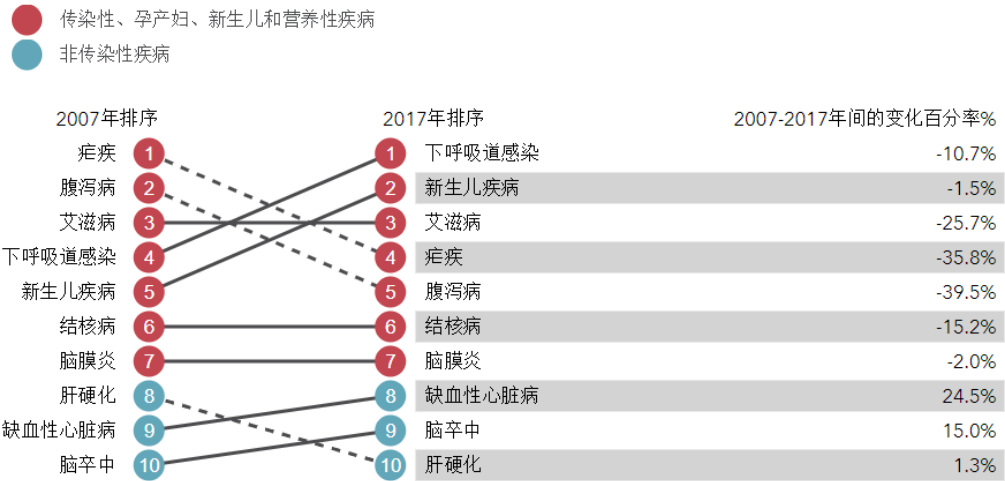


图 1 尼日利亚前十位死因及 2007-2017 年变化²⁹

3 国家医疗卫生体系概述

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

3.1 政策监管

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

30 A Closer Look at the Healthcare System in Nigeria, PharmAccess Group.

31 Nigeria Health System, World Health Organization.

32 Pharmaceutical Sector Profile: Nigeria, UNIDO

33 2016 Top Markets Report Medical Devices Country Case Study-Nigeria, USAIDS

于地方政府收到的资金较少，管理松散，导致整个卫生系统基础较为脆弱³⁰。

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

3.2 服务供给

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

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

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

34 A Closer Look at the Healthcare System in Nigeria, PharmAccess Group.

35 Restoring Trust to Nigeria's Healthcare System, PWC.

36 38 Nigeria Health Financing System Assessment 2018, World Bank.

37 Institute for Health Metrics and Evaluation, Country Profile-Nigeria.

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

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

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

3.3 卫生筹资

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

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

39 Nigeria Health Budget 2010-2016, Mamaye.

40 Nigeria Health Financing System Assessment 2018, World Bank.

41 US Foreign Aid by Country, USAIDS.

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

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

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

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

3.3.1 支付与定价

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

3.3.2 存在的问题

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

3.4 卫生人力资源

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

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

3.5 卫生信息系统

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

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

44 Nigeria Health Financing
System Assessment 2018,
World Bank.

45 Private Sector
Pharmaceutical Supply and
Distribution Channels in Africa,
World Bank

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

3.6 卫生产品管理

3.6.1 筹资

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

3.6.2 监管与准入

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

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

3.6.3 采购与分销

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

46 21 国医药市场概况，中国医药保健品进出口商会。

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

48 49 US Foreign Aid by Country, USAIDS.

自己的分销渠道卖给批发商。

3.6.4 药品市场概况

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

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

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

3.6.5 医疗器械市场概况

根据美国商务部国际贸易组织的估算，截至 2018 年 12 月，尼日利亚医疗器械市场规模为 1.33 亿美元，其中本土生产规模为 600 万美元，出口额 1.2 万，进口额 1.33 亿美元⁴⁸。尼日利亚人均医疗器械产品消费额不到 1 美元，相较之下，主要发达国家人均 100 美元以上、东南亚国家人均 10 余美元，我国人均 6 美元的水平。

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

3.7 医疗科技创新

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

3.8 总结

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

4 我国目前在该国的援助活动

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

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

表 2 我国对尼日利亚的对外卫生援助汇总

5 我国私立部门参与尼日利亚医疗卫生建设的情况

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

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

表 3 我国私营部门在尼日利亚的医药类建设汇总

案例研究：复星科麟药业在尼日利亚的卫生参与

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

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

一。截至目前，注射用青蒿琥酯已经销超 1.2 亿支。

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

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

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

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

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

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

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

目为依托，在尼日利亚市场经营影像类医疗设备等。

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

表 4 我国私营部门对尼日利亚的非医药类建设汇总

6 机遇和挑战

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

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

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

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

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

但同时，我国私营部门参与，也存在一定挑战，包括：

一、原材料紧缺，不利于生产商自给自足。就活性药物成分一项来说，尼日利亚一年就要损失 920 万美元。根据尼日利亚联合药剂师学会的统计，85% 的活性药物成分需要进口，使得药品成本越来越高。许多原料药以化工和石化副产品的形式出现。尽管拥有丰富的碳氢化合物储量，尼日利亚的下游石化行业仍不发达。

二、药品准入要求高，流程复杂：理论上，该国准入要求接近国际标准，文件要求 CTD 格式。但许多中国仿制药企业目前还未进行一致性评价，缺少相关的 CTD 格式资料，生产设备也需要按照国际标准升级，因此达到准入要求需要花费大量的企业成本。此外，尼日利亚药监局经常出现文件遗失情况，流程也比较复杂，时间成本越来越大，是尼日利亚药企引进中国产品时的痛点和难点。

三、流通分销方面，一些生产商使用私营的物流公司，有些甚至使用快递公司，导致很多药品通过没有注册或许可的销售平台注入民间。多数情况下，运输的效率及质量得不到保证，也出现了产品未达到目的地就过期的情况（中非基金，2018）。目前，中国在当地较为活跃的药企和械企大多选择合作的分销商进行私立市场的销售。因此，我国私营部门需要尤其谨慎选择分销商和分销路径，确保产品的安全性，保证良好的品牌形象。

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

赚取较低的净利润。

在尼日利亚医疗服务领域，我国私营部门也可有发挥较大的作用。

一、人口基数大，但获得专业认证的卫生人才少且基础医疗设施欠缺；

二、该国对慢性病非传染性疾病的治疗需求越来越高，对于医院诊断和治疗的精确性和综合性提出更高要求；

三、中高收入群体具备消费能力，然而该国目前的私立医疗服务领域尚不能满足此类人群的需求，部分患者选择进行境外旅游就医但造成资金外流。

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

然而，根据笔者对相关专家的采访得知，私营部门的参与也可能存在以下挑战：

一、由于政府各种政策的限制和要求，企业与政府合营面对一系列掣肘，而**企业的自由度会偏低**；

二、**政府部门办事效率低下**，罢工时常发生，不利于项目的及时推进；

三、在人力资源方面，当地员工在教育和文化程度方面参差不齐，不同文化背景的员工对工作的理念也不尽相同，因此在**人员管理上有一定困难**；

四、尼日利亚常常有**商业欺诈**的问题，有许多的空头公司、阴阳账本和实际不存在的业务机会，因此私营部门也需注意做好前期的背景调查工作。



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

安哥拉

1 国家基本公共卫生状况

1.1 国家概况

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

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

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

1.2 社会经济情况

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

51 UNICEF, Angola
Background.

52 Trading Economics, Angola
- Economic Indicators.

53 United Nations
Development Programme,
Human Development Reports-
Country Profiles (Angola).

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

1.3 与我国的国际关系

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

2 主要健康问题和挑战

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

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

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

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

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

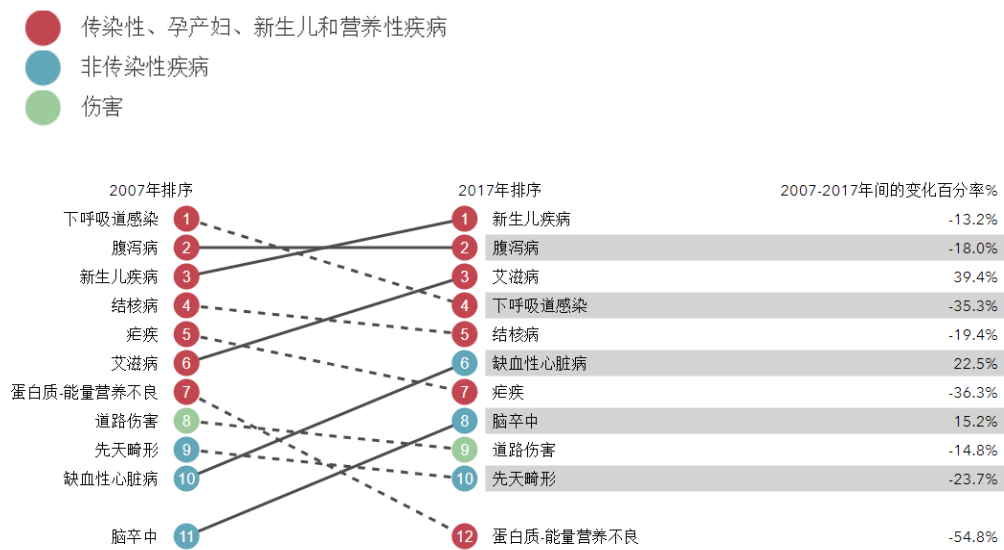


图 1 安哥拉前十位死因及 2007–2017 年变化⁵⁴

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

3 国家医疗卫生系统概述

3.1 政策监管

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

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

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

58 59 60 Angola Health
System Assessment 2010.
USAIDS.

各地区可以自行支配自己的医疗经费，无需上级机构批准。

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

3.2 服务供给

安哥拉公立和私立医疗卫生服务同时存在，构成了其医疗卫生体系。

3.2.1 公立医疗卫生系统

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

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

3.2.2 私立医疗卫生系统

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

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

62 63 64 Angola Health
System Assessment 2010.
USAIDS.

3.2.3 存在的问题

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

3.3 卫生筹资体系

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

3.3.1 卫生支出

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

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

3.3.2 支付和定价

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

量低下、人员技术差的私立医院⁶⁴。

3.3.3 存在的问题

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

3.4 卫生人力资源

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

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

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

此外，安哥拉缺乏针对医护人员的培训项目，且现有项目的质量也无法保证。医疗

卫生监督和服务质量监督体系也不健全，导致卫生服务质量得不到很好的监督。

3.5 卫生信息系统

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

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

3.6 卫生产品管理

3.6.1 筹资

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

3.6.2 监管与准入

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

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

3.6.3 采购分销

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

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

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

3.6.4 药品市场概况

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

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

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

3.6.5 医疗器械市场概况

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

3.7 医疗科技创新

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

3.8 总结

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

4 我国在该国的援助活动

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

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

表 2 中国政府对安哥拉在医院和医疗设备方面的援助汇总

在疟疾、霍乱等疾病预防方面，中国也通过直接药物捐赠，筹款等方式参与援助。

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

表 3 中国对安哥拉在药品方面的援助汇总

与此同时，中国也向安哥拉派遣了医疗队，目前第四批队伍正在进行援助。

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

表 4 中国对安哥拉在卫生服务方面的援助

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

5 我国私营部门在该国的卫生建设活动

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

表 5 中国私营部门在安哥拉的医疗卫生建设活动汇总

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

6 机遇和挑战

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

一、该国医药和医疗设备几乎全部依赖进口，发展本土医疗企业是安政府支持和鼓励的重点投资领域。

二、该国传染病问题严峻。根据当地专家的介绍，不仅在卫生条件较差的农村地区，在城市的中高收入人群中，以疟疾为主的传染病感染率依然很高。因此，抗传染病药物依然是该国的主要需求。

三、安哥拉人均 GDP 远高于非洲平均水平，中高收入阶层快速增长，非传染性疾病的问題已经开始涌现。这一群体支付能力强，对于慢性疾病和肿瘤的预防和诊断服务存在较大需求。

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

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

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

生建设做出了一定贡献，获得了较为广泛的认可。

然而，在政策支持和项目实施的过程中，存在许多挑战：

一、截至目前，**安哥拉政府和我国政府的投资贸易保护协定没有签订**，所以在安哥拉投资存在潜在政治风险。

二、虽然安哥拉隶属南非共同体，但是共同体**内部国家间就医疗领域没有签订相应的通行标准**。各个国家之间都有门槛，进入不同的国家要重复征收关税和满足准入标准限制。而仅靠某一个国家的需求，较难满足企业生产的投入产出利润。

三、近年来由于**石油价格下跌，外汇管制，出现了宽扎贬值也不能向外流通的情况**，企业购买原材料、劳动力、发放工资和其他支出需要美元和人民币，外汇管制会导致资金链无法形成循环。对于在当地投资的私营部门来说意味着资金链的考验。

在医疗服务领域，安哥拉具备较强的吸引力。由于早期石油交易，安哥拉富裕阶层具有雄厚的支付能力，由于宽扎贬值，海外就医变得困难，因此私立医疗机构成为这一部分人以及其他中高端人群的选择。然而该国高端私立医疗机构较为缺乏，而中端机构发展空间有限，且需求与供给之间存在较大差距。对此我国私营部门可通过提供优质的高端私立医疗服务，填补空白，也可以增加中端医疗服务的供给，以满足日益增长的需求。由于安政府重视公私合营医疗机构，我国私立部门也可以借此与当地政府合作建设医院，减低门槛，以达到当地监管部门的要求。

但是在当地提供医疗服务同样具有挑战，其中包括：

一、**运营成本高**：由于安哥拉缺乏高水平的医疗卫生技术人员以及相关产业从业人员，很大程度上必须引进中国或其他国家相应人员，长期运营还需要培训本地员工，人力资源附加成本高；其次，配套（用水、用电、燃气、垃圾处理等）设施都需要自行新建并运营维护，运营维护成本高。

二、**官方的腐败和不作为**对于企业来说也是一大挑战。敲诈、勒索和频繁的稽查对医院运营会造成很大影响。据调查，中泰医院目前只有两个员工驻扎当地，运营难题较大。之前碰到类似的政府行为都靠花钱摆平，但效果不佳。而未来私营机构的参与也会遇到同样的问题。

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



66 对外投资合作国别指南：莫桑比克（2018），中华人民共和国商务部。

67 对外投资合作国别指南：莫桑比克（2018），中华人民共和国商务部。

莫桑比克

1 国家基本公共卫生状况

1.1 国家概况

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

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

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

1.2 社会经济情况

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

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

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

69 期待中莫合作美好明天 (2015) , 国际商报 .

70 71 72 Mozambique's Health System, World Health Organization.

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

1.3 与我国的国际关系

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

2 主要健康问题和挑战

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

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

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

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

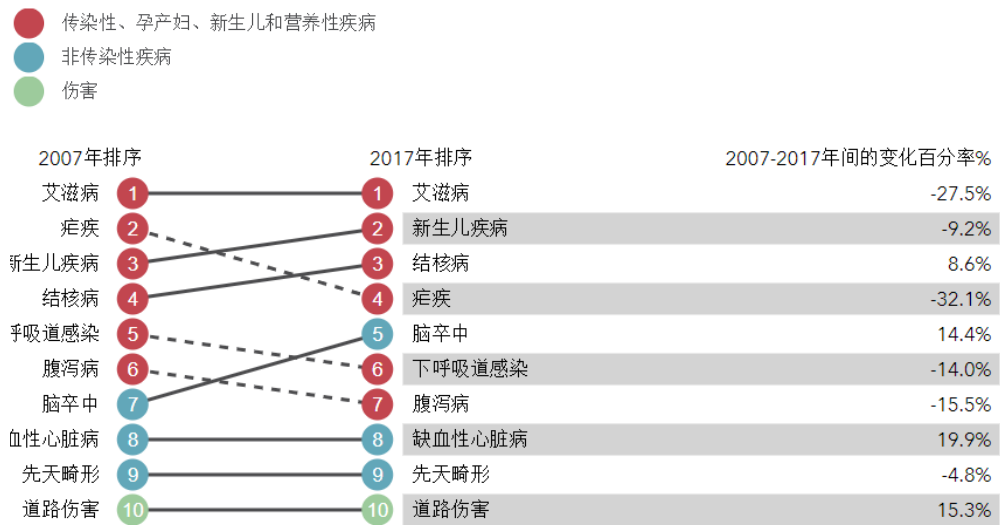


图 2 莫桑比克前十位死因及 2007-2017 年变化⁷²

3 国家医疗卫生系统概述

3.1 政策监管

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

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

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

3.2 服务供给

77 Mozambique's Health System, World Health Organization.

78 79 The Health Sector Strategic Plan 2014-2019, Ministry of Health, Mozambique.

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

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

3.2.1 公立医疗体系

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

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

一、**较差的可及性**。目前全国共有 70 家医院，其中公立医院 50 家，私立医院 20 家，每一千人平均拥有 0.06 个医师，全国牙医共 136 名，基本处于全球最低水平。只有 35% 的城市人口可以较容易地获得医疗资源，可及性较差；剩余 65% 的农村人口主要通过社区卫生员、护理员和接生员获得传统医疗服务，医疗机构多分布在上一级转诊机构周边的镇子和村庄，居民只能花几个小时的时间到最近的公立诊所就医。

二、该国卫生系统在基层以卫生项目的形式运转，初级系统与二级系统的对接不通畅，**转诊系统运营情况并不理想**。大型医疗机构往往非常拥挤，效率低下，即便只是接受最基础的护理服务，也要面临很长的等待时间。

三、医疗机构的**运营状况存在问题**，公立机构经常随机停止营业，医生和护士也常

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

81 82 Mozambique National Health Account (2012). Ministry of Health.

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

3.2.2 私立医疗市场

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

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

3.3 卫生筹资

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

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

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

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

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

84 Mozambique National Health Account (2012). Ministry of Health.

85 Health Financing Profile Mozambique (2016). USAIDS.

86 87 Mozambique's Health System, World Health Organization.

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

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

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

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

3.4 卫生人力资源

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

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

88 Mozambique's Health System, World Health Organization.

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

3.5 卫生信息系统

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

3.6 卫生产品管理

3.6.1 筹资

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

3.6.2 监管与准入

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

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

3.6.3 采购与分销

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

在供应和分销部分，药品、疫苗和器械的管理通过卫生部的两个机构进行，中央药

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

91 92 The Health Sector
Strategic Plan 2014-
2019, Ministry of Health,
Mozambique.

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

3.6.4 药品市场概况

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

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

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

3.6.5 医疗器械市场概况

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

93 Health Financing Profile
Mozambique (2016). USAIDS.

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

争几乎不存在⁹³。

3.7 医疗科技创新

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

3.8 总结

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

4 我国在该国的医疗类援助活动

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

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

表 2 中国对莫桑比克卫生援助汇总

5 我国私营部门在该国的卫生建设活动

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

项目名称	时间	投资方	项目描述
复星医药 - 桂林南药公司供应 400 万人份的青蒿琥酯联合用药	2006	复星医药 - 桂林南药公司	复星医药桂林南药公司与莫桑比克签下 400 万人份的青蒿琥酯联合用药的供应合同。本次采购是复星医药—桂林南药和著名国际药品采购公司 Mission Pharm 合作，通过莫桑比克政府公开招标获得。
汇鸿医药长期为莫桑比克国药提供医药产品和服务	2016	汇鸿医药公司	莫桑比克国药集团是莫桑比克唯一一家医药工业公司，拥有一座巴西援助的现代化 GMP 药厂，生产本国所需基本药物，完全供应该国公立医保系统。汇鸿医药公司自 2016 年起，作为莫桑比克国药的唯一中国合作方，为其提供各类所需医药产品和服务。
粤港澳中医药科技产业园为中药企业进行当地注册	2017	粤港澳中医药科技产业园	粤澳合作中医药科技产业园帮助中成药企业完成在莫桑比克的注册工作。根据产业园与莫桑比克卫生部的合作内容，产业园自 2015 年以来已在当地成功举办了多届针对当地公立医院系统的医生和理疗师的中医技法专业培训，基本建立了“以医带药”进行中医药产品和文化的推广模式。同时根据市场需求，特别是根据产品在疗效以及安全性的要求，严格筛选具有良好临床基础的产品进行注册。

表 3 中国私营部门在莫桑比克卫生建设活动汇总

6 机遇和挑战

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

一、未来十年经济的快速增长。近年来，莫桑比克大型天然油田的发现，可极大促进其经济水平的提高。根据美国商务部的预测，预计未来十年内该国 GDP 年增长率将保持快速增长。经济的发展伴随着医药市场支付能力的提升，必然会对医疗服务内容和质量提出更高需求（Frost & Sullivan，2018）。

二、国家在医药领域的持续关注和投入。过去十年，该国相继出台了医疗卫生方面的多项政策，制定了全民健康保障（UHC）的目标，促进公平性和可及性。如 2017 年《药品疫苗法》修正案，通过立法保证药品、疫苗和其他生物制品的使用环境公平，明确卫

95 Health Financing Profile
Mozambique (2016). USAIDS.

96 Mozambique National
Health Account (2012). Ministry
of Health.

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

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

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

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

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

以有效的参与该国卫生建设，提供高质量医疗服务。

然而，挑战同样并存：

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

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

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

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