

医疗投资与成果

在中央和东欧



目录

摘要 3

公共卫生投资 4

快速增长的分歧之路：中欧及东欧医疗投资

5

各国在迈向欧盟4国水平的不平衡竞赛中，与欧盟4国相比，中东欧国家继续面临更差的健康结果。 6

贫困投资于中欧及东欧的药企与DALYs的增加呈直接相关性

9

生活水平更低 创新差距：中欧和东欧地区的获得仍不均衡 10

零付自付支付在CEE卫生融资中扮演着重要角色，使得患者

12

经济脆弱 人口侵蚀威胁财政可持续性 13

制药行业通常是一个“隐形的支付者”，通过补偿金来实现。 15

健康投资推动生产力和增长 17

好的做法在CEE：医疗创新的推动者 18

政策解决方案，以改善健康结果并提升经济绩效 20

附录1 22

作者

Dr. Slaveyko Djambazov
Dr. Luka Voncina Dr. Aleš
Rod Dr. Marcin Czech

本报告由欧洲制药工业联合会 (EFPIA) 委托并资助。

摘要

中欧和东欧（CEE）的健康体系在融资、覆盖范围和服务提供方面经历了重大改革，且在医疗保健投资和成果方面呈现出积极趋势。然而，与欧盟4国（德国、法国、意大利和西班牙）相比，仍存在显著的差距。中欧和东欧国家政府在卫生方面的GDP投入比例更低，人口面临可治疗性死亡和残疾水平更高，患者获取创新药物的时间更长。

2023年，中东欧国家的公共卫生投资平均占国内生产总值的5.47%，而欧盟4国为8.17%。自2017年以来，差距仅略有缩小，从3个百分点降至2.78个百分点。按人均计算，中东欧国家的公共卫生和医药支出仍远低于欧盟4国水平，而自付费用占总医疗支出的22%，而在欧盟4国为15%，但这掩盖了中东欧各国自付费用的明显差异。

中东欧地区健康状况反映出投资差距：与欧盟4国相比，中东欧地区记录的DALYs高出约41%，可治疗死亡率高出约137%。此外，中东欧地区在长寿方面与欧盟4国的趋同速度更慢：自1960年以来，中东欧地区的平均出生预期寿命提高了约14%，而欧盟4国则提高了约20%，到2024年仍存在5年的差距（分别为78.2岁和83.2岁）。

创新获取是另一个关键差距。2020年至2023年期间，中东欧（CEE）的病人平均仅获得31%的EMA授权新药医保覆盖，而欧盟4国为76%。从EMA授权到医保覆盖的平均时间为705天，比欧盟4国的平均445天多出260天。

人口结构变化将进一步加剧卫生体系和公共财政的负担。到2050年，中欧和东欧地区的15至64岁劳动年龄人口预计将减少1290万人（20%），如果当前趋势持续，每年将减少约146亿欧元的个人所得税收入。同时，55岁以后，与年龄相关的每人医疗支出急剧上升。

GLOBSEC 2024年医疗准备指数（HRI）总结了这些挑战：中东欧国家在“今天准备情况”和“明天准备情况”两方面均系统地低于欧盟4国，突显出持续投资以缩小准备差距的必要性。尽管如此，趋同正在发生。中东欧的公共卫生和制药支出增长速度快于欧盟4国，在几个市场，如果保持当前趋势，未来二十年内可能达到今天的欧盟4国水平。因此，本报告的核心信息是，应将医疗视为支持增长、生产力和财政稳定的战略、长期投资，而不仅仅是一种短期成本。

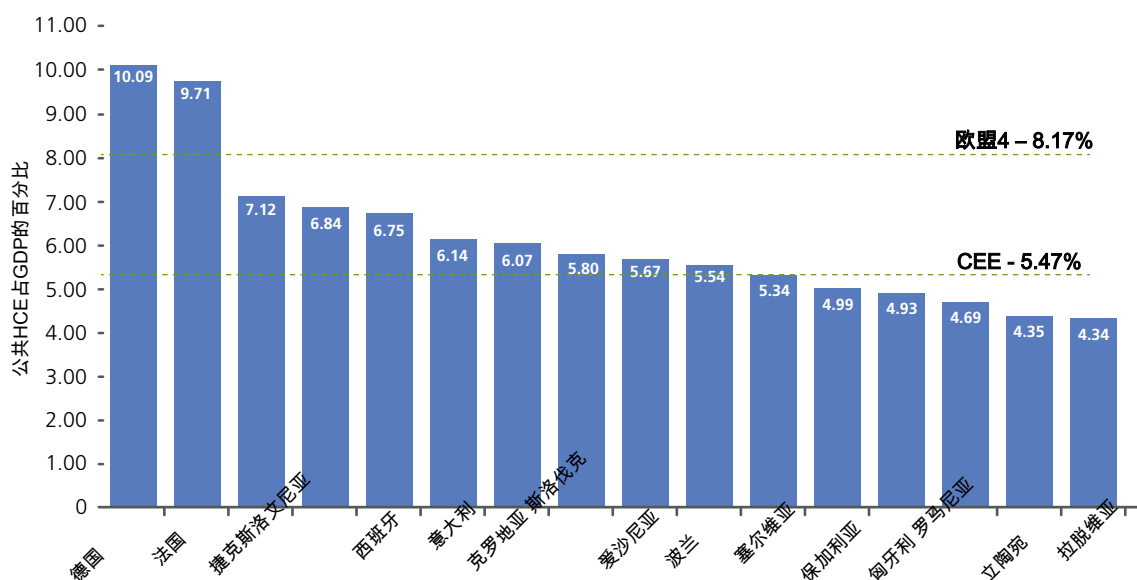
公共卫生投资



欧盟4国，特别是德国和法国，在卫生方面的投资超过GDP的9.5%（或平均每人4,543欧元），是许多中欧和东欧国家投入的两倍多。与此同时，这些西欧国家保持了人均GDP高于欧盟平均水平，这反映了更强的经济能力和更健康、更有生产力的民众。相比之下，中欧和东欧国家在卫生方面的较低投资与较低的人均GDP相关，加剧了结构性经济劣势。

拉脱维亚、立陶宛、保加利亚和罗马尼亚在医疗保健上的支出均在GDP的4.3%至4.9%之间（或每人平均1300欧元，几乎是德国和法国平均水平的3.5倍低），这是欧洲最低的之一，同时其人均GDP也远低于欧盟平均水平（低于欧盟平均水平的72%至77%）。这意味着每人的经济产出较少，投资系统的可支配预算更低——这对竞争力和人力资本保持产生双重拖累。如果没有显著增加投资，这些国家面临人口进一步减少、人才流失和劳动力削弱的风险，这将损害增长。

捷克和斯洛文尼亚——中东欧国家中距离欧盟平均卫生投资（约7%）最接近的国家——在人均GDP方面也相对较高。这表明社会投资与经济表现之间存在正相关关系。有针对性的提高卫生投资可以成为加强劳动力参与、减轻疾病负担和提高生产力的杠杆。尽管如此，人均医疗保健投资平均为2300欧元，比欧洲最顶尖的经济体低两倍多。



注意： 中欧和东欧的平均卫生保健投资是根据克罗地亚、捷克共和国、爱沙尼亚、匈牙利、波兰、罗马尼亚、斯洛伐克、斯洛文尼亚、拉脱维亚、立陶宛、塞尔维亚和保加利亚的数据计算的。欧盟4的平均卫生保健投资是根据德国、意大利、西班牙和法国的数据计算的。

来源： 欧洲统计局，按融资方案划分的医疗保健支出，总计和政府方案及强制性缴费医疗保健融资方案

快速崛起，路径分化：中欧及东欧地区医疗保健投资向欧盟4级水平的非均匀赛跑



中东欧国家在医疗保健方面的投资结构上仍然低于西欧。2023年，中东欧地区的公共医疗投入人均均为1618欧元，而欧盟4国（德国、意大利、西班牙、法国）为3221欧元——大约是欧盟4国水平的一半。（图2）。

CEE地区复合年增长率（9.2%）高于EU4（4.9%）。然而，仅凭这种加速增长仍不足以填补投资缺口。除非有持续和针对性的国家政策承诺，否则目前的增长率可能无法持续。

四个国家——斯洛文尼亚、波兰、克罗地亚和保加利亚——预计到2040年将达到欧盟4的平均投资水平，但前提是当前的增长率得以维持。相反，匈牙利、罗马尼亚和拉脱维亚需要加速投资以避免落后更多。如果没有根本性的政策变革，塞尔维亚本世纪既无法达到中东欧国家（CEE）的轨迹，也无法达到欧盟4战略的轨迹。

持续的政策承诺和结构改革对于保持趋同轨迹和确保该地区有足够的医疗资金至关重要。

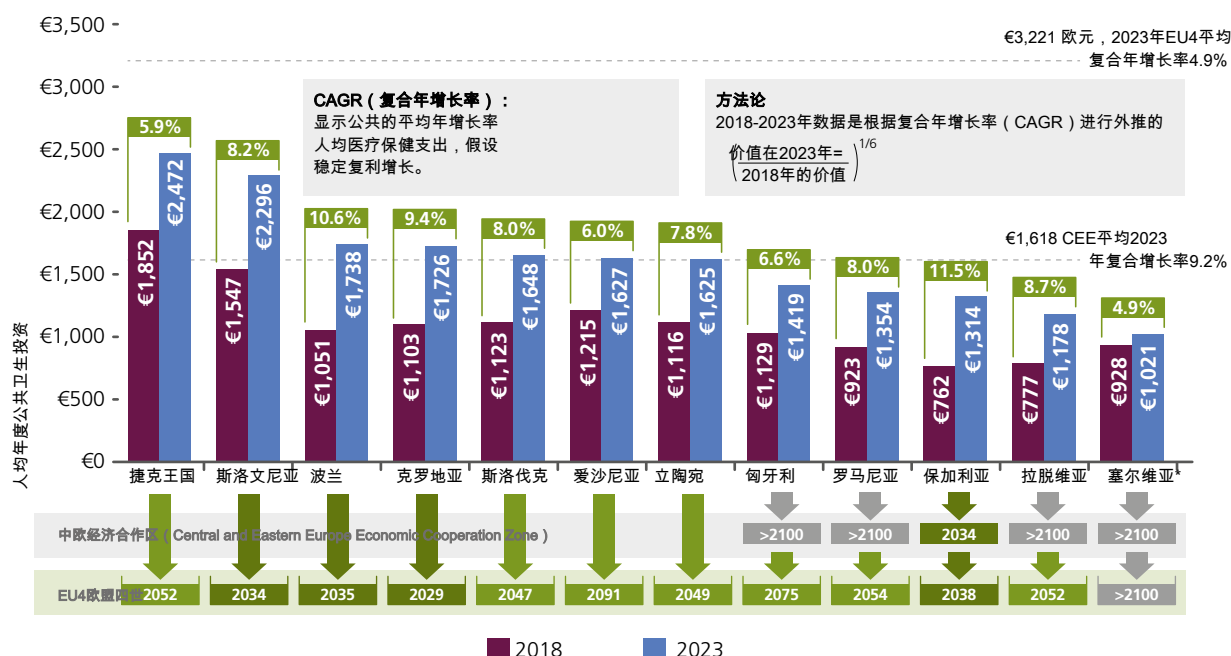


图2. 各国人均公共卫生投资：2018-2023年回溯性数据和基于平抑CEE平均和EU4平均的CAGR预测

注意： 平均数值用于欧盟4国（法国、意大利、西班牙、德国）和中欧及东欧（保加利亚、塞尔维亚、拉脱维亚、立陶宛、罗马尼亚、匈牙利、克罗地亚、斯洛伐克、斯洛文尼亚、波兰、爱沙尼亚、捷克共和国）

来源： 欧洲统计局关于卫生保健支出按融资方案的数据，包括政府计划和强制性的供款型卫生保健融资方案，以每人计算的特别可比价格（PPS）计算，2018-2023年。

中欧国家与欧盟4国相比，继续面临更差的健康状况



在整个中东欧地区，健康结果继续落后于西欧，这与长期存在的投资差距和缓慢的趋同是一致的。

寿命预期提供了对人口健康的有效总结，既反映了长期进步，也捕捉到了中欧和西欧之间差距的持续性。在这项分析中，2024年的出生时预期寿命数据来源于欧盟统计局。¹，而历史1960年的基准年数据来自经合组织²。在1960年至2024年期间，中欧和东欧（CEE）的人均预期寿命增长了约14%，相比之下欧盟4国（EU4）增长了约20%，这表明长期改善速度较慢且未实现完全趋同。在绝对数上，到2024年这一差异仍然很大：CEE的平均预期寿命为78.2岁，而EU4为83.2岁，差距达到5.0岁。

区域内差异也十分明显，凸显了中欧和东欧国家并非同质化的健康结果群体。斯洛文尼亚（82.3岁）和捷克（80.3岁）与欧盟4国水平最为接近，而保加利亚（75.9岁）和塞尔维亚（76.2岁）则落后得最远。这种分散性表明，在国家政策选择和更广泛的社会经济约束下运行的健康体系绩效可以影响结果。

为了评估经济能力和长寿之间的关系，通过从欧洲统计局（Eurostat）获取的按购买力平价（PPS）计算的人均GDP（2024年）来考察预期寿命。³ 跨区域协会在统计学上具有显著性（斯皮尔曼 $p = +0.88$, $p < 0.000006$ ），与大量证据一致，表明较高的收入水平通过多个渠道与更长的预期寿命相关联，包括生活质量的提高。

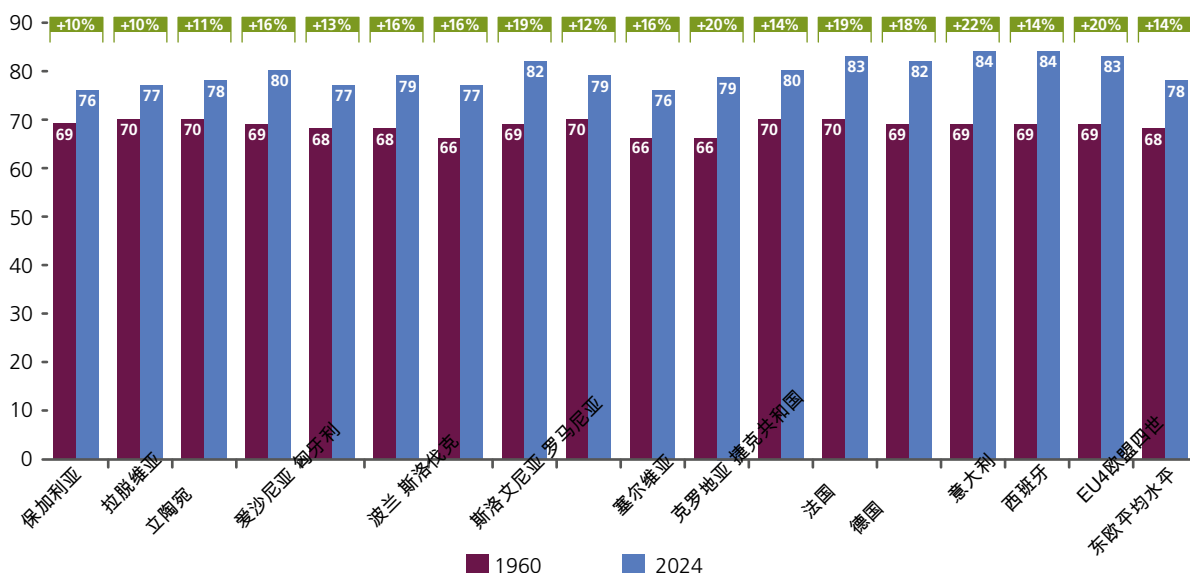


图3. 出生时预期寿命：1960年与2024年间的差异

注意：平均值用于欧盟4国（法国、意大利、西班牙、德国）和中欧及东欧地区（保加利亚、塞尔维亚、拉脱维亚、立陶宛、罗马尼亚、匈牙利、克罗地亚、斯洛伐克、斯洛文尼亚、波兰、爱沙尼亚、捷克）。

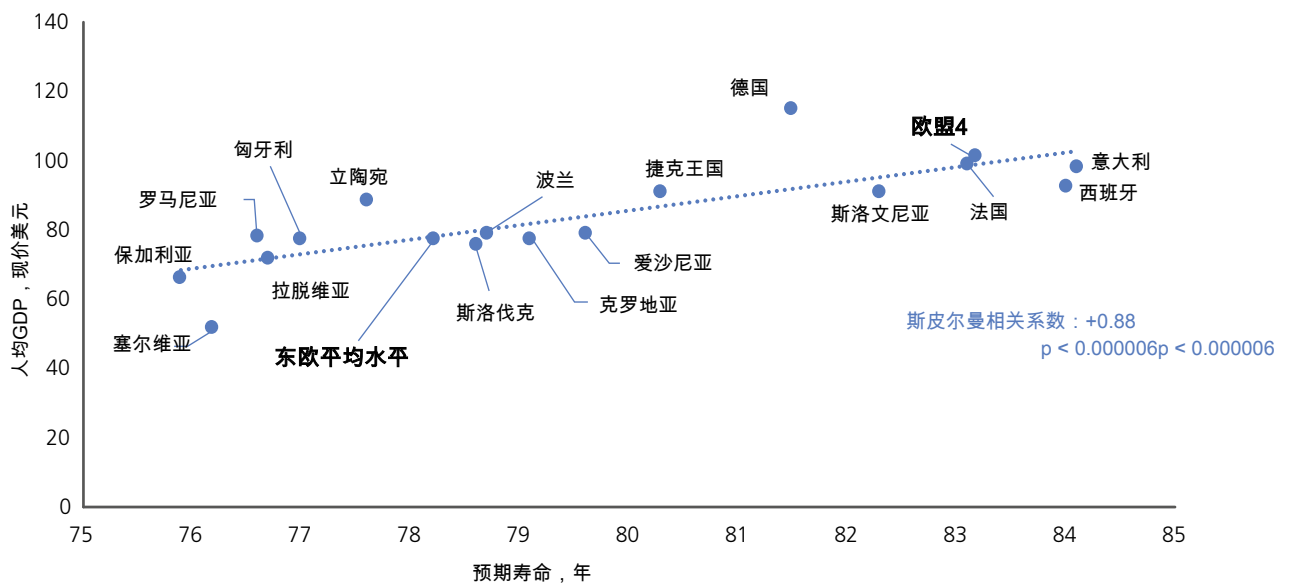
来源：欧洲统计局关于出生时预期寿命的数据（2024年）以及经合组织关于出生时预期寿命的数据（1960年）

¹ 欧盟统计局数据，按年龄和性别划分的出生时预期寿命（2024年）：https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/demo_mlexpec/default/table?lang=en

² OECD出生时预期寿命数据（1960年）：<https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN?end=2023&locations=OE&start=1960&view=chart>

³ 欧盟统计局关于人均国内生产总值（2024年）的数据：<https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tec00114/default/table?lang=en>

欧盟4消费大约
在政府医疗服务领域
50% 更多
人均投资比中东欧地区多



注意：平均值用于欧盟4国（法国、意大利、斯洛文尼亚、德国）和中欧及东欧地区（保加利亚、塞尔维亚、拉脱维亚、立陶宛、罗马尼亚、匈牙利、克罗地亚、斯洛伐克、斯洛文尼亚、波兰、爱沙尼亚、捷克）。
来源：欧盟统计局关于出生时预期寿命（2024年）和人均国内生产总值（2024年）的数据。

经济条件改善和更强的财政能力以支持有效的卫生系统。尽管这种观察到的相关性并非本质上的因果关系，但它突显了经济发展中的持续差距与寿命差异之间的对应关系。

关键的是，仅仅长寿并不能低估差距的规模。如残疾调整生命年（DALYs）等反映疾病总体负担的指标，显示出更大的地区差异：平均而言，中东欧（CEE）有**比欧盟4国高41%的每10万人可治疗死亡率137%**（表1，附录1）。这种表现不足与明显的投资差距并存：欧盟4国大约花费了**人均政府医疗投资增加50%**比CEE和**人均净公共药品支出增加57%**（表1，附录1）。与下文图中显示的相关性一致，国家按照以下模式聚集：**欧盟4国经济聚焦于更高支出和更佳成果**然而，当**中欧经济合作组织（CEE）的平均消费水平较低，但疾病调整生命年（DALYs）和可治愈死亡人数较高**。在东南亚经济圈（CEE）内部存在着显著差异，投入较高的国家表现接近欧盟4国标准，而投入较低的国家则处于承受重负的一端。

自2016-2017年以来，更高经济绩效与更好的健康结果（如更长的预期寿命、更少的DALYs和更少可治疗死亡）之间的积极关系一直存在。

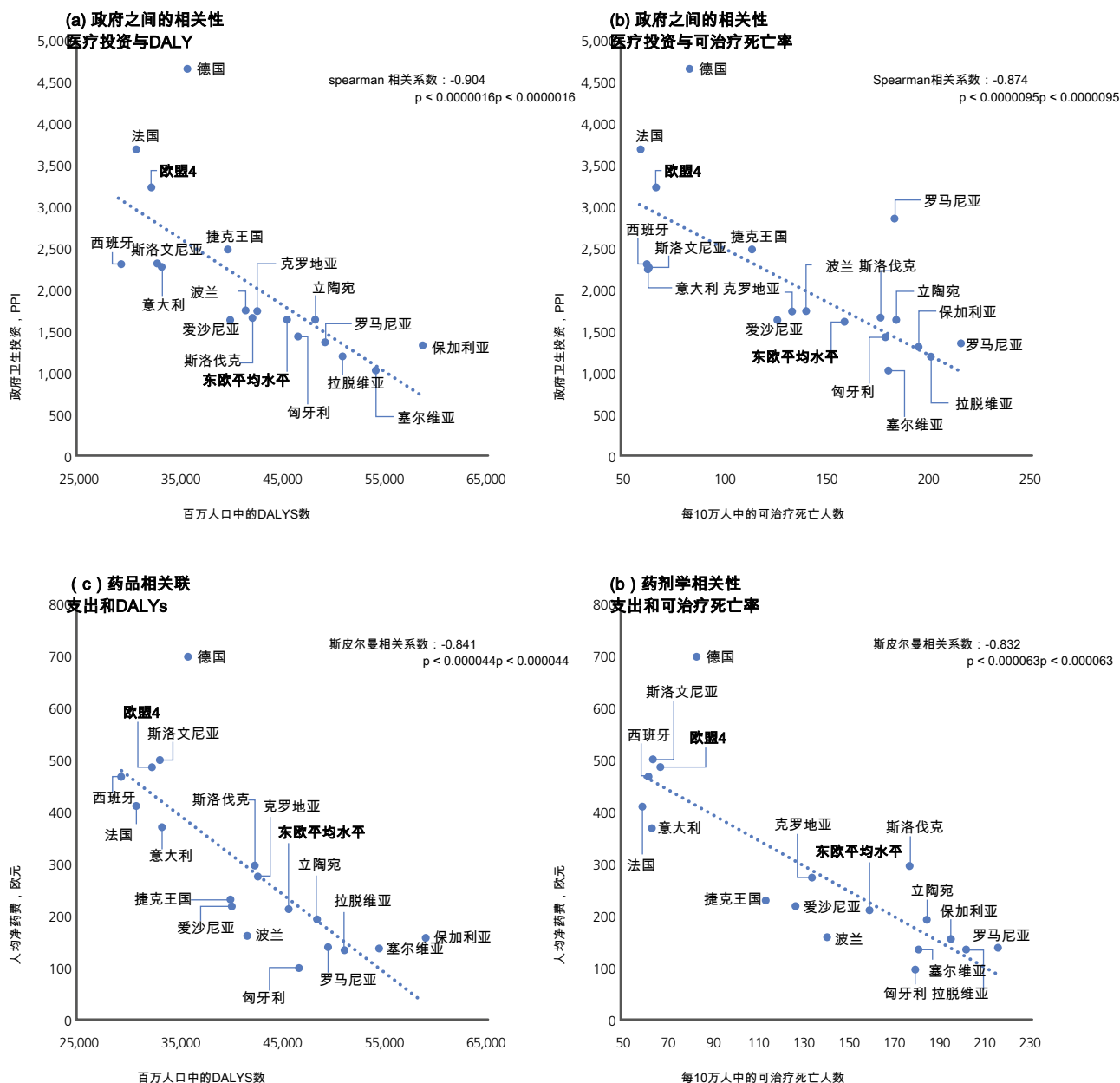


图5. a) 调整寿命年 (DALY) 与政府医疗投入 (GHCI) 的相关性 ; b) 可治疗死亡率与GHCI ; c) DALY与净药品支出 ; d) 可治疗死亡率与净药品支出

注意： 平均数值用于欧盟4 (法国、意大利、西班牙、德国) 和中欧和东欧 (保加利亚、塞尔维亚、拉脱维亚、立陶宛、罗马尼亚、匈牙利、克罗地亚、斯洛伐克、斯洛文尼亚、波兰、爱沙尼亚、捷克) 的购买力平价 (PPP) 是欧盟统计局使用的一种人工货币单位，用于在考虑购买力平价 (PPP) 调整价格水平差异时，表示国民核算总体的数值。因此，购买力平价可以理解为PPP对欧元的汇率。可治疗死亡率指的是在疾病发生后，通过及时有效的医疗干预，包括二级预防本可以避免的过早死亡。

来源： 世界卫生组织关于DALY (2021) 的数据 ⁴ 欧洲统计局关于可治疗死亡的数据 (2022年) ⁵ IQVIA数据关于净药费支出和Eurostat数据关于通用药物支出 (2023年) ⁶

⁴ 世界卫生组织DALY (2021) 数据：<https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/global-health-estimates-leading-causes-of-dalys>

⁵ 欧统局可治死亡数据 (2022年)：https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_cd_apr/default/table?lang=en&category=hlth.hlth_cdeath.hlth_cd_pbt

⁶ 欧统局关于GHCE (2023) 的数据：https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_SHA11_HF_custom_19754605/default/table

中欧及东欧国家在医药领域的投资不足，与更多DALYs（伤残调整生命年）以及更差的生活质量直接相关。



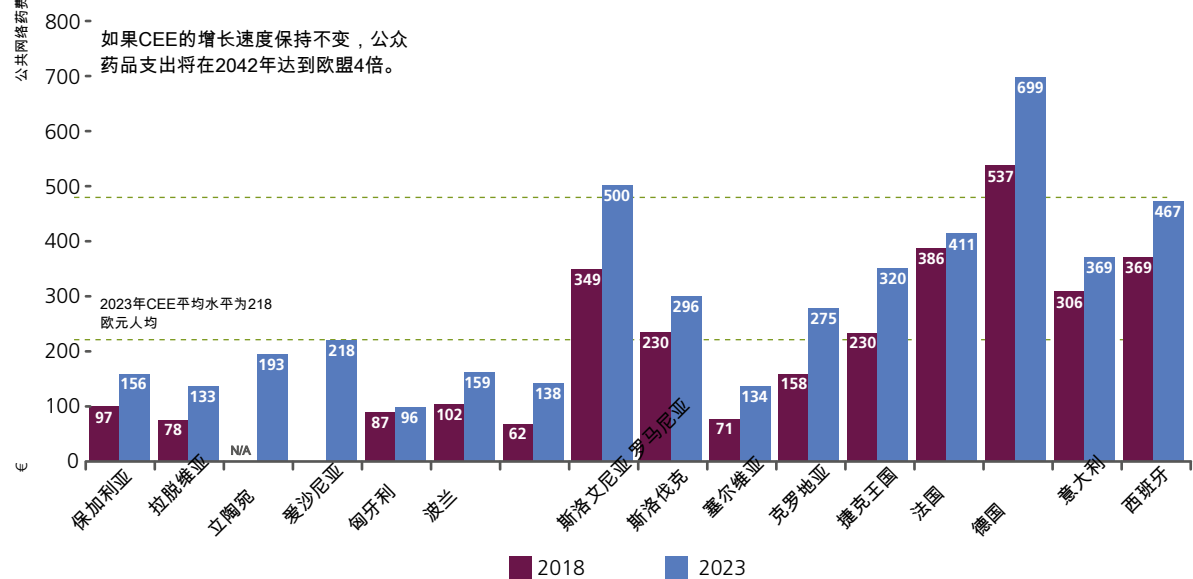
在2023年，中东欧国家与欧盟4国在公共网药支出方面的差距依然很大。在中东欧国家中，只有斯洛文尼亚超过了欧盟4国的平均水平。总体而言，中东欧国家政府在药品支出上的人均投入为218欧元——这比欧盟4国平均的人均投入487欧元低了一半还多。

这种较低的投资在人口健康成果上得到了反映。在记录区域最低人均药物支出的保加利亚、拉脱维亚和罗马尼亚，也面临着最重的疾病负担，每10万人中的残疾调整寿命年（DALYs）分别为保加利亚的58,640个，拉脱维亚的50,873个，以及罗马尼亚的49,224个。这些数字凸显了有限卫生保健投资与更差的健康成果之间强烈的关联。

公共网药人均支出，2023年欧盟4国平均为每人487欧元

同时，认识到正在进行中的进步也很重要。中东欧国家在药物投资方面，增长速度明显快于欧盟四国。在测量的年份中，中欧和东欧国家平均年复合增长率（CAGR）为7.66%，而欧盟4国的平均年复合增长率为3.18%。如果这种势头得以保持，东欧地区理论上到2042年有望缩小支出差距，只要保持目前的速度。

这一轨迹既展现了中东欧各国政府对加强医疗保健体系的承诺，也体现了确保欧洲范围内创新公平获取和改善人群健康状况持续需要针对性投资。



注意：欧盟4的平均医疗保健支出是根据德国、意大利、西班牙和法国的数据计算的*2022年数据。

来源：IQVIA，人均公共药品支出（欧元）。

创新差距：在CEE地区，获取机会仍然不均衡



在整个中东欧地区，创新药物的可及性比欧盟4国更为有限且延迟。为了量化可及性，这项分析依托于2020-2023年欧洲制药工业协会（EFPIA）的“患者等待获得创新疗法”（W.A.I.T.）调查，该调查测量了欧洲各国对新药品授权的报销时间差异。⁷

两种互补性指标被使用。首先，新药的可及性衡量了每个国家有多少EMA授权的药品可供患者使用。如果患者可以在报销方案下获得药品，则认为药品在市场上可用。图7报告了各国患者可及的新EMA授权药品数量。

其次，上市时间（图8）体现了患者获取药物的时间延误，其定义为从一种药物的EMA市场批准日至可供患者使用的日期之间的天数，这对于大多数国家而言，相当于产品获得纳入医保名单的时间点。上市日期指的是医生可以开具或医院可以按照适用医保条件给国家内的患者提供药物的首次日期。

地区基准是通过每个组内的平均值计算的：欧盟4国（德国、法国、意大利、西班牙）和东欧国家（保加利亚、塞尔维亚、拉脱维亚、立陶宛、罗马尼亚、匈牙利、克罗地亚、斯洛伐克、斯洛文尼亚、波兰、爱沙尼亚、捷克）。根据结果，中东欧国家平均能提供173种药品中的53种（≈31%），而欧盟4国能提供173种药品中的131种（≈76%）。暗示着报销的创新药物广度有45个百分点的缺口。延迟同样重要：在CE国家平均可用时间长达705天，而欧盟4国为445天，这表明患者获得服务的平均差距为260天。

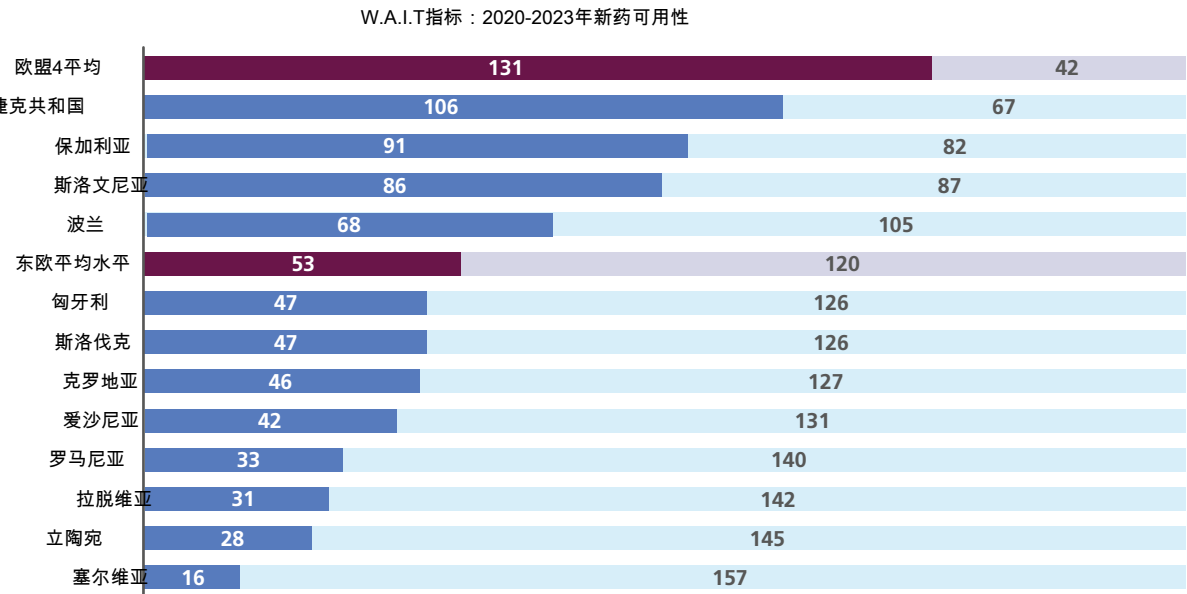


图7. 各国EMA授权新药的可获得性

⁷ EFPIA患者W.A.I.T.指标2024调查（2025年5月发布）

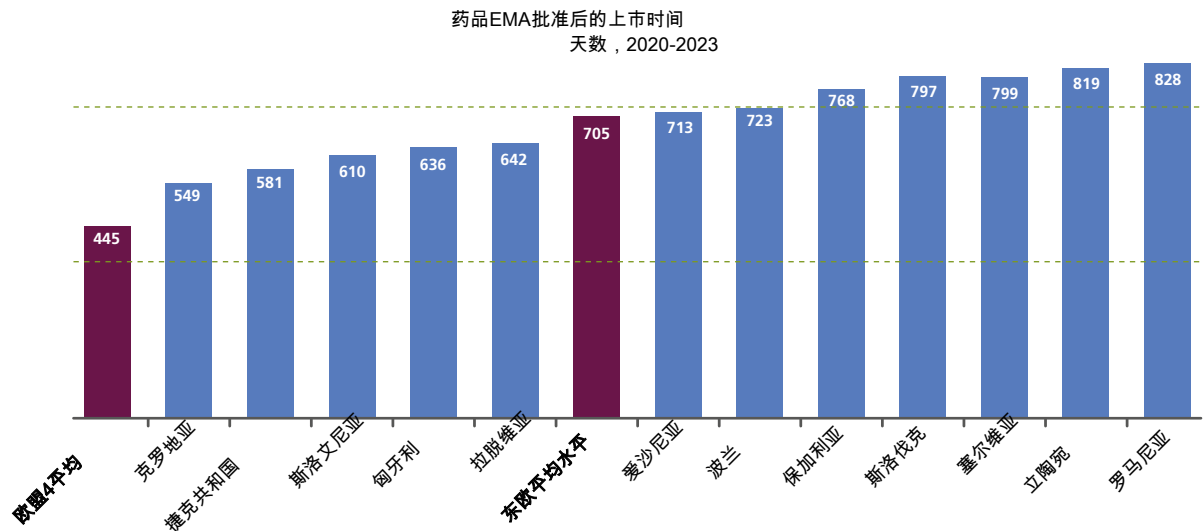


图8. 新EMA授权药品的上市时间（天数）

这个差距在CEE地区并不均匀。为了描述跨国的异质性，各国根据它们在两个维度（可用性和时间）上与CEE平均值的偏差被分组。这产生了四种接入概况：（i）有限和延迟接入（爱沙尼亚、罗马尼亚、斯洛伐克、立陶宛、塞尔维亚），（ii）延迟接入（保加利亚、波兰），（iii）有限接入（克罗地亚、匈牙利、拉脱维亚），以及（iv）广泛且相对及时的接入（捷克、斯洛文尼亚）。捷克和斯洛文尼亚在广泛和及时可用性方面在CEE地区表现突出，尽管仍需进一步改进，因为结果仍然落后于EU4平均水平。在爱沙尼亚、罗马尼亚、斯洛伐克、立陶宛和塞尔维亚，接入仍然有限且延迟，其中立陶宛和罗马尼亚的延迟时间最长，平均可用时间超过两年（分别为819天和828天）。

这些延误是由结构性障碍驱动的，包括价格和报销流程、价值评估流程以及健康系统限制和资源。在一些国家，额外的决策流程层可能会进一步延长时间表，并加剧地区差异。⁸

随着患者需求的增加，医疗系统面临日益增多的压力。在此背景下，对创新疗法的及时获取成为衡量医疗系统性能的关键因素。如果不通过扩大获取途径和缩短可用时间来推进行政改革，中欧及独联体国家在医疗结果上的不利差距将持续加大——削弱医疗体系挖掘药物创新在医疗和经济价值上的潜力。

与2016-2019年度基于W.A.I.T.的评估相比，2020-2023年度更新的W.A.I.T.结果显示，中欧和东欧地区的接入限制依然存在。具体来说，**在东欧和中欧地区，可报销的EMA授权新药份额仍然很低，从2016-2019年的约34%下降至2020-2023年的约31%。**时间可用性仍然是一个主要挑战。在2016-2019年期间，中东欧国家相对于欧盟4国平均额外等待304天，而在2020-2023年期间，这种额外延迟减少到223天——减少了81天。尽管如此，中东欧的整体等待时间仍接近两年，或在一些国家超过两年。⁹

需要注意的是，2016-2019年的报告以欧盟5国为参照组，而2020-2023年的分析则使用欧盟4国；分析中包含的EMA批准的药物总数也有所不同（2016-2019年为N=152，2020-2023年为N=173）。¹⁰

⁸ 根本原因在于创新药物的可获得性和延迟

⁹ 医疗保健结果和支出在中央和东欧——综述

¹⁰ 医疗保健结果和支出在中央和东欧——综述

自费用在中东欧的医疗融资中发挥着重要作用，使患者在经济上变得易受伤害。

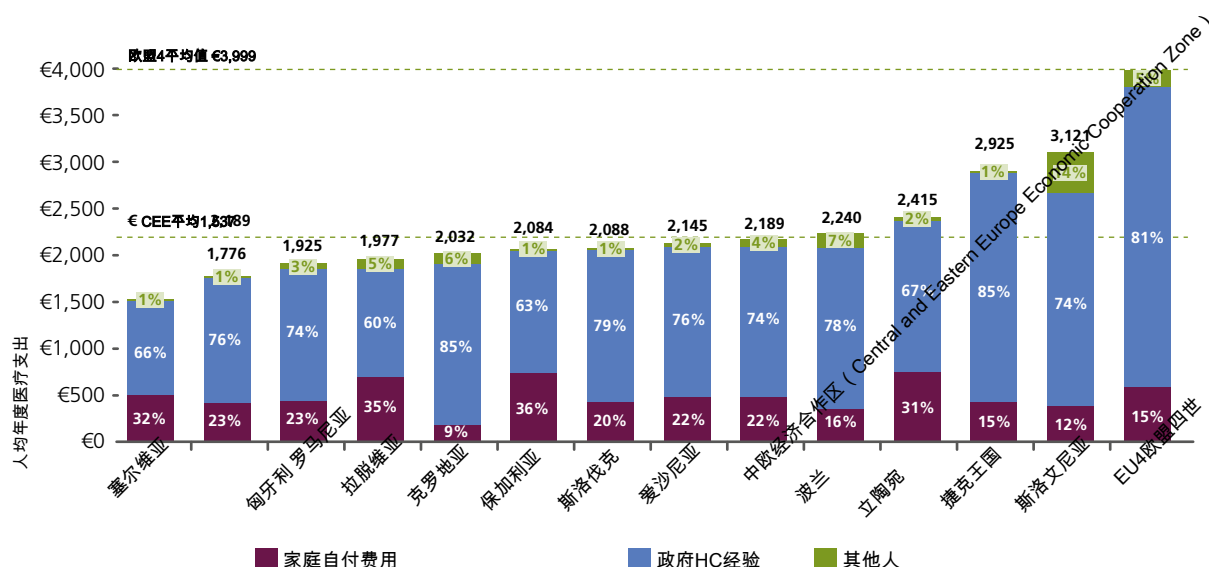


尽管结构性投资不足，家庭在东欧国家中越来越多的填补了医疗资金缺口。自费用（OOP）在CEE国家占总医疗支出的22%，而欧盟4国为15%。（图9），将负担从集中融资转移给个别患者。

公共医疗支出仅占总支出的74%，而欧盟4国为81%。这一模式呈现出明显的跨国差异，塞尔维亚、拉脱维亚、保加利亚和立陶宛显示出尤其低的公共支出占比，低于地区和欧盟4国平均水平。

世界卫生组织的研究表明，高自费用水平会增加经济困难未满足的医疗需求的风险，并且与健康结果恶化有关。¹¹ 尽管适当的保障措施下的控制性成本共担可以支持效率，但当前CEE的门诊自付比例已超过最佳阈值。

医疗保健支出增长的不合理部分是由自费支付而非加强公共融资推动的。这种不可持续的趋同模式必须得到扭转，才能弥补投资缺口而不将成本转移给家庭。



注意： 平均用于欧盟4国（法国、意大利、西班牙、德国）和东欧（保加利亚、塞尔维亚、拉脱维亚、立陶宛、罗马尼亚、匈牙利、克罗地亚、斯洛伐克、斯洛文尼亚、波兰、爱沙尼亚、捷克）的值

来源： 欧统计局2023年卫生支出按融资方案的数据，包括总支出、政府方案和强制性供款卫生融资方案，以及每人每户自付医疗费用（以个人支付计划计算）

¹¹ 人们能否负担得起医疗保健费用？欧洲40个国家的经济保护证据。世界卫生组织欧洲区域办事处；2023年；
<https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289060660>

人口流失威胁财政可持续性

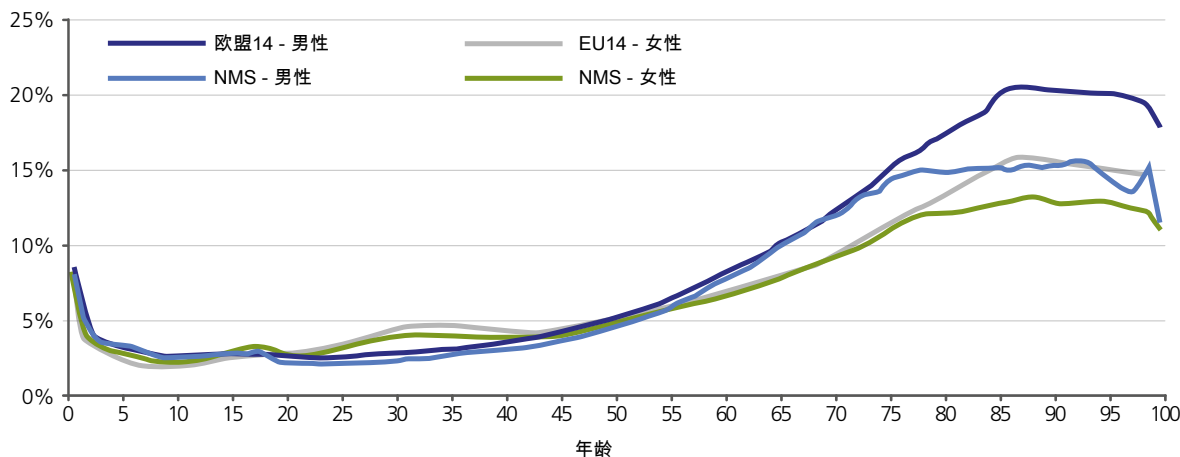


老龄化是欧洲医疗保健支出增加的关键结构性驱动因素。欧盟委员会的证据表明，年龄与医疗保健支出之间存在强烈的非线性关系，人均成本在成年期间稳步增加，55岁后急剧上升（见图10）。¹² 这种模式反映了慢性病、多重疾病和残疾在老年人群中日益普遍，这需要更加密集和资源消耗更大的护理。

特定年龄段的消费概况表明，在55岁到85岁之间，每人平均的医疗保健支出大约增加三倍。尽管这一趋势在欧洲联盟的老成员国（EU14）和新生成员国（NMS）中都观察到，但当支出以经济能力为相对标准时，会显现出重要差异。在NMS国家，峰值相关的医疗保健支出约占总人均GDP的13-15%，而在EU14国家中这个数字则为16-20%。虽然这些比例看似大致相当，但它们掩盖了一个基本的结构性不利因素：NMS国家的较低人均GDP意味着在较高龄时，每人可获得的绝对医疗资源大大减少。

因此，随着人口老龄化，NMS医疗保健系统相对于可用的财政能力面临显著更高的预算压力。高龄人群中75至85岁的人口比例不断上升，加剧了这种失衡，对公共卫生预算造成了持续的压力，限制了这些系统吸收未来需求增长的能力，同时又不能牺牲覆盖范围或护理质量。

与人口老龄化并行，中东欧正经历着其劳动年龄人口显著减少（见图11）。预测显示，到2050年，中东欧地区的15至64岁人口将减少约1290万人。相应的平均降幅约为20%。这一人口结构变化反映了长期的趋势，即持续低生育率、人口老龄化加速以及持续的外迁，尤其是从中欧和东欧国家向西方欧洲的迁移。¹³



¹² 2024年老龄报告。欧盟成员国经济和预算预测（2022-2070年）

¹³ 2024年老龄报告。欧盟成员国经济和预算预测（2022-2070年）

劳动力下降的幅度在不同国家有所不同，预计在拉脱维亚（31%）、立陶宛（28%）、保加利亚（25%）、罗马尼亚（23%）和波兰（20%）将出现尤为剧烈的减少。相比之下，像法国和意大利这样的大型西欧经济体预计将经历较为温和的劳动力收缩，分别约为4%和16%。

这种差异对中欧经济地区的劳动力供应、经济增长以及公共财政的可持续性具有重要意义。劳动年龄人口的下降同时导致税收基础减少，而与年龄相关的公共支出，特别是医疗和长期护理，却在迅速扩张。

中欧和东欧地区（CEE）劳动力人口的收缩预计将导致所得税收入大幅减少。¹⁴ 到2050年，该地区的年度所得税收入预计将比2023年水平下降约146亿欧元。（图11）¹⁵ 波兰预计将遭受最大的绝对收入损失（-670亿欧元），其次是罗马尼亚（-190亿欧元）和立陶宛（-160亿欧元）。

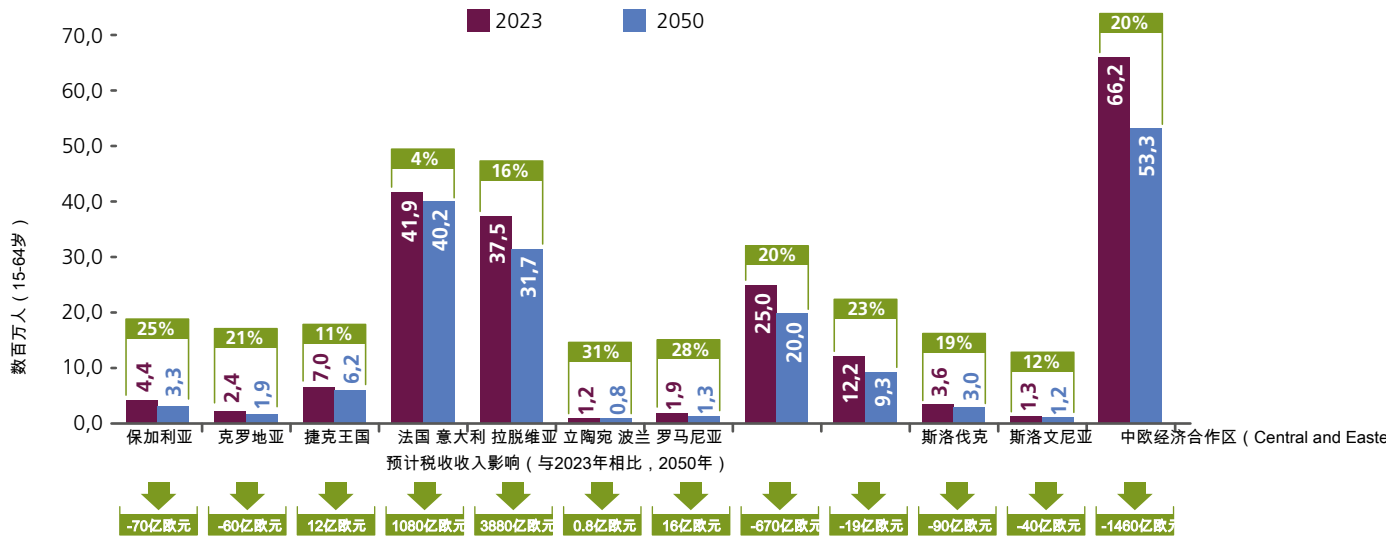


图11. 劳动年龄人口（15-64岁），百万，2023-2050

尽管法国(-€10.8亿)和意大利(-€38.8亿)预计将承受更大的财政损失，但这些发生在劳动力减少幅度远小于、经济基础更大的背景下。因此，西欧国家一般更有能力通过逐渐的财政调整和生产率驱动的增长来管理人口压力，这反映了更广泛的经济基础、更高的劳动生产率和预计的劳动力减少幅度更为温和。¹⁶ 相比之下，中东欧国家面临着日益增长的与年龄相关的支出需求与不断下降的收入能力之间的更尖锐的不平衡。

加速的人口老龄化、老年人医疗保健支出增加以及劳动年龄人口减少的叠加效应，导致中欧和东欧（CEE）国家卫生体系中财政压力日益加剧。如果没有结构性改革、生产力提升或针对成本效益好的医疗干预措施的投资，这些趋势可能损害该地区公共卫生融资的长期财政可持续性。

¹⁴ 欧洲统计局人口预测数据
¹⁵ 欧盟统计局税收预测数据
¹⁶ 2024年老龄报告。欧盟成员国经济和预算预测（2022-2070年）

制药行业常常是“隐藏的付款方”，通过回购来支付。

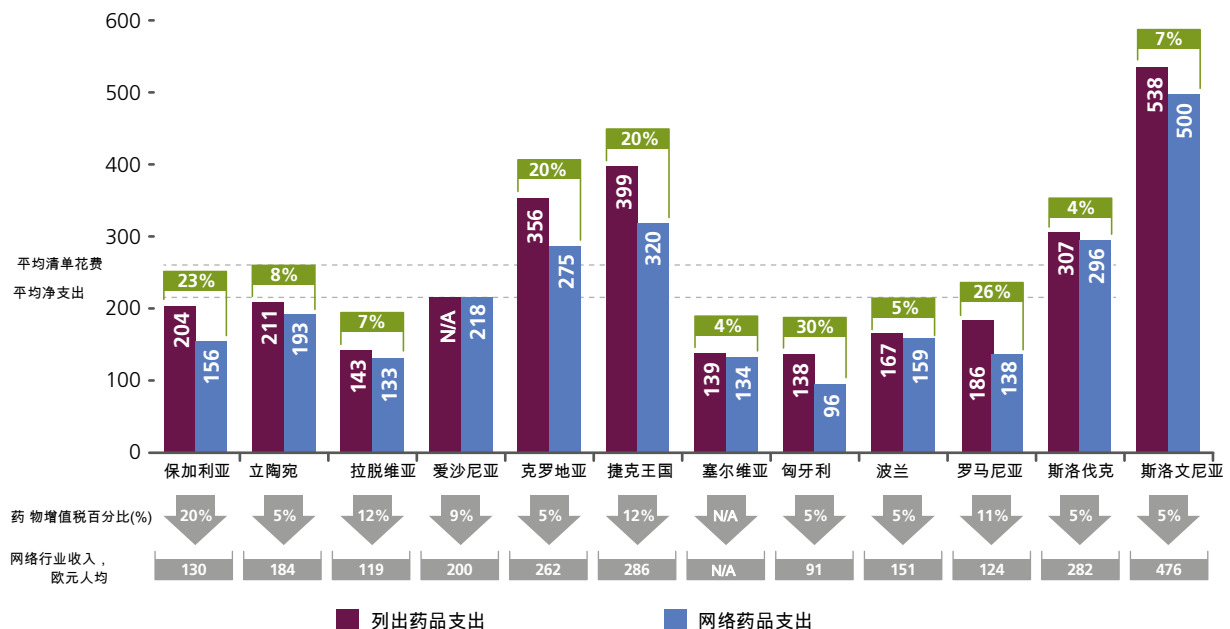


截至2023年，该行业的贡献达到公共药品支出的1/3至1/5。

匈牙利（30.4%）、罗马尼亚（25.8%）、保加利亚（23.5%）和克罗地亚（22.8%）是2023年对工业贡献最高的中欧及东欧国家。此外，保加利亚在2018年至2023年期间，工业贡献对净药费增长的复合年增长率（CAGR）位居前列，增长了+29.88%。斯洛文尼亚（+36.02%）、塞尔维亚（+30.77%）和波兰（+17.76%）的行业贡献显著增加。这种快速增长预示着结构性预算不足，而非临时性过度支出。这为公司创造了重大的不可预测的财务风险，削弱了计划的确定性，并提高了市场商业不可行的风险。

公共医药预算在大部分中东欧地区仍保持结构性偏低。政府越来越多地依赖高额追回和强制折扣来控制超额支出。这种做法实际上是将公共卫生体系的资金从国家转向私人制药公司，使得这个行业实际上成为一个“隐藏的付费方”。

随着对制药公司的金融压力加大，延迟产品发布、限制产量或减少投资组合宽度的可能性增加。这直接影响到患者，与欧盟4国相比，那里的更高公共投资降低了依赖惩罚性回款的情况，他们可能体验到创新和救命疗法获取速度较慢。



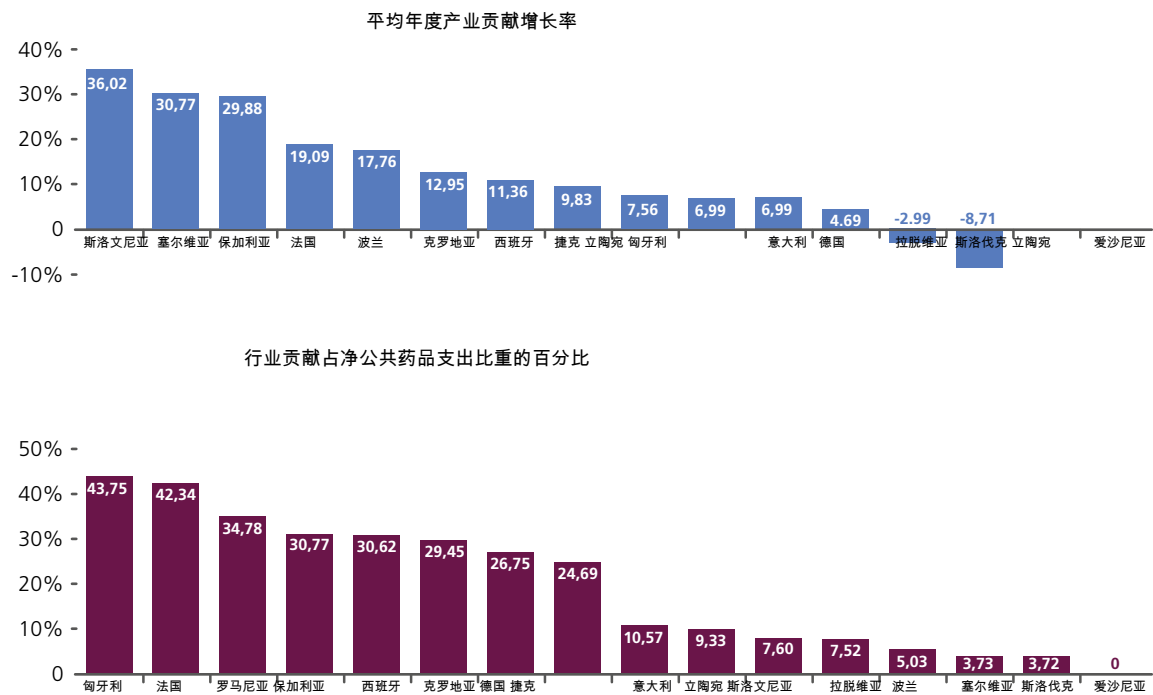


图13. 产业贡献的快速增长导致公立医药领域的不可持续性。

来源：IQVIA。从上至下：2018年至2023年行业贡献的复合年增长率；2023年行业贡献以占净公立药品支出的百分比表示。2023年立陶宛、爱沙尼亚、捷克共和国的复合年增长率数据不可用。爱沙尼亚和捷克共和国2023年净公立药品支出数据也存在缺失。

各国政府越来越多地依靠高
额追回金和强制退款来

包含
过度消费。

健康投资推动生产力和增长



卫生支出构成的是生产性公共投资，而非随意性成本。资金不足的卫生系统通过降低劳动力供应、增加缺勤率、提前退出劳动力市场、增加残疾索赔和增加社会福利成本，产生经济后果。

GLOBSEC医疗准备指数（2024）将中欧地区（CEE）的评分为50.9，而欧盟4国（EU4）的评分为59.4，差距为14%（图14）。这种不足在准备度指标上尤为明显，CEE国家在“今日准备度”上比EU4国家低22%（14.3比18.3），在“明日准备度”上低21%（36.6比46.5）。¹⁷

对于正经历适龄人口减少的CEE国家来说，维持劳动力健康至关重要。高价值干预措施包括预防和早期检测、加强初级保健、及时获取有效药物以及降低可避免住院的护理途径。

将预算向这些高影响干预措施倾斜，并辅以问责制和高效的实施，可以使公共卫生支出在中等期限内既负担得起又具有财政可持续性。

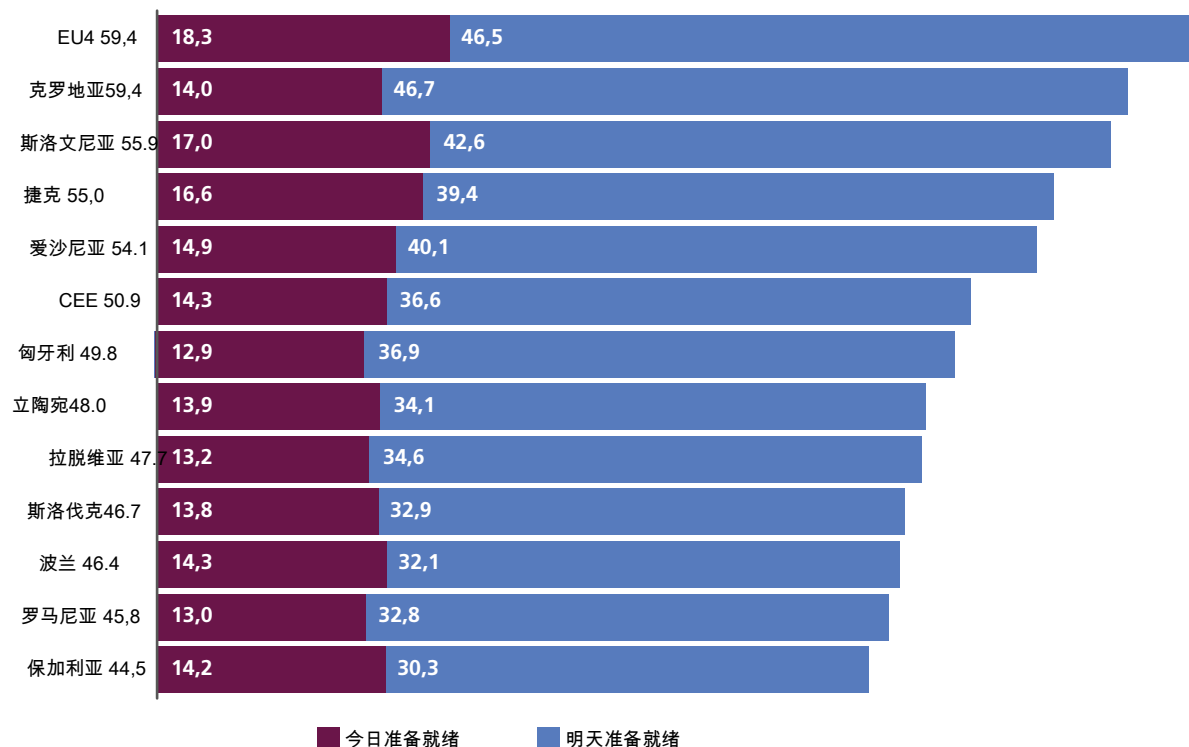


图14. 2024年GLOBSEC全球卫生准备指数

¹⁷ GLOBSEC 医疗准备指数2024

良好的实践在CEE： 驱动医疗创新的因素

1 制度合作与治理

HTA授权和利益相关者参与：



在波兰，卫生部（MoH）增加了HTA在决策中的参与度，要求支持优先级确定、评估和鉴定。同样，斯洛文尼亚在FarmaForum和斯洛文尼亚HTA机构之间建立了基于信任的伙伴关系，促进了透明对话，并让行业参与到方法论建议的形成中。

跨行业平台：



斯洛文尼亚利用跨行业平台将健康定位为经济发展的关键驱动力。

合作途径：



捷克共和国通过与行业、卫生部、药品机构、付款人和患者组织的广泛合作，成功地推出了孤儿药物通道。

2 可持续融资与创新定价模式

以价值为本和个性化协议



克罗地亚已经放弃了“一刀切”的线性回报或追回模型，转而要求针对药用产品的个性化合同，这些合同反映临床相关性和实际健康结果。

风险分担和保密：



波兰广泛推出了风险共担计划和结构化谈判以管理有效价格。在克罗地亚，引入价格保密机制使得更灵活和可持续的补偿结构成为可能。



预算保障与再投资：



克罗地亚使用药品费用名单（EDL）作为一种战略保障，确保在财政压力期间能够获得突破性治疗方案。在波兰，卫生部和社保基金之间的预算执行严格监控，加之疫情期间产生的节约，形成了一种“盈余”，从而推动了政治转向，允许新的报销。



可预测的资金：



斯洛文尼亚在创新药物预算上持续增长，并坚持无强制回购政策。

3 提升接入度和运营效率

简化时间进度



通过行业（AIFP）与药物机构之间的联合行动，捷克共和国将P&R程序的时间线从平均600天缩短至180天。

去中心化护理：



捷克共和国已开始将产品从主要肿瘤中心转移到区域中心，减少了患者的出行，改善了生活质量。

扩大处方权：



捷克共和国全科医师（GPs）的处方标准在特定治疗领域，如心血管健康，已放宽，以扩大治疗方案。

4 专业护理和预防项目

罕见病基础设施：



斯洛文尼亚已设立了一个罕见病智囊团、一个国家级罕见病中心和全国非恶性肿瘤罕见病登记处。这一基础设施支持了对约50种罕见病的扩展新生儿筛查。

疫苗评估：



捷克共和国推出了一种新的HTA评估流程，专门针对自愿疫苗，以提高疫苗接种率和可及性。

5 沟通与公众意识

价值观倡导：



克罗地亚推出了具有影响力的意识提升计划，包括主题出版物和有针对性的社交媒体活动，以在决策者和公众中培养对医疗创新价值的更深入了解。

政策解决方案以改善健康结果并提升经济表现



中东欧国家在加强其卫生体系方面取得了有意义的发展。公共卫生和医药支出增长速度超过西欧，且一些国家正逐渐趋近欧盟4国家的投资水平（从GDP比例来看）、可及性和体系绩效。

尽管如此，仍然存在一个重大差距。在东南欧地区未能增加卫生保健投资带来了巨大的经济和人力成本。如果当前的支出水平持续下去，该地区预计将累积超过49百万伤残调整寿命年（DALY），并且每年将出现超过17.6万可预防死亡。相比之下，若将卫生保健投资与欧盟4星标准对齐，则可避免超过1300万DALY，并挽救超过10.1万人免于因可治疗原因而死亡。¹⁸ 考虑到中欧和东欧地区的平均人均GDP为21,800欧元，这一改善可能转化为高达3000亿欧元的经济节省。数据显示，中欧和东欧地区的医疗保健体系——主要依靠公共资金——已无法再承担“无所作为”的经济负担。

这些挑战因人口结构压力而进一步加剧——人口老龄化、劳动力减少——这既增加了对健康服务的需求，又缩小了可供维持融资的财政基础。

创新药物的重大影响抵消了风险因素（反弹效应）；因此，有必要强调减少吸烟、肥胖和饮酒等风险因素，以增加健康投资的净影响。

要将当前动力转化为持久趋同，中东欧各国政府需要将卫生支出定位不只是一种社会责任，更是一项对人力资本、生产力和财政可持续性的战略长远投资。趋同需要改革，这些改革将提升公共支出的效率，减轻可避免的家庭成本负担，并加快获取高价值创新的速度。

重要的是，当与针对吸烟、肥胖和有害饮酒等主要可改变风险因素更强有力的预防策略相结合时，药物和医疗保健投资的净人口健康和经济收益最大化。

加强所有卫生领域利益相关者的合作——包括公共机构、供应商、支付方和行业——将至关重要。

凭借这些步骤，今天的卫生投资有助于中欧和东欧国家缩小差距，支持经济增长，并为人口健康和福祉带来实质性的改善。

¹⁸ 关于避免残疾调整寿命年（DALYs）和预防可避免死亡率减少的预测被提供以展示维持现状的潜在成本。然而，这些预测是初步的，而不是方法上稳健的；它们是从西方欧洲国家健康投资与结果之间的生态相关性中推断出来的，因此仍然受到多变量混杂因素的局限。

对医疗投资进行调整以符合欧盟
4级标准，可能节省超过

101,000
死于可治疗原因。

关键政策建议

1

加强健康融资的可持续性和效率，以改善人口健康结果。中东欧各国政府应优先考虑改革健康支出，以提高资源配置效率、系统性能和长期财政可持续性。

A

通过现代化治理和系统集成提高健康支出的效率和效果。通过加强数字基础设施、提高监控支出效率和成果的分析能力、整合各层级护理的融资以及使用前瞻性扫描以支持预算规划，健康系统可以在预算受限的情况下实现更好的成果。这些改革可以减少浪费、提高问责制，并将资源引导至能带来最高健康和生产率回报的干预措施。

B

提高医药融资的可预测性，减少扭曲性的还款机制。在几个中东欧国家，过度依赖回收金、回扣和临时还款计划反映了结构性预算不足，给支付方和供应商都带来了不确定性。更加透明和可预测的资助框架可以加强预算规划，支持及时获取低成本效药物，并减少延迟上市或限制供应的激励，确保报销政策与可持续创新接入保持一致。

2

降低创新药物及时获取和可及性的结构性障碍。有效疗法获取延迟仍然是欧洲健康不平等的主要原因。平均而言，中欧和东欧患者只能获得约三分之一的EMA批准的新药，延迟超过600天。解决这些差距需要协调的价格、报销和系统能力改革。

A

将融资与长期价值对齐。传统的部门预算往往无法捕捉由有效治疗产生的更广泛系统节省。中东欧国家应探索综合预算编制、以结果为基础支付模式以及多年期资金分配方法，以优化资源配置，更好地反映减轻疾病负担和避免可预防住院的长期经济效益。

B

通过更广泛的价值和现实世界证据加强HTA框架。HTA应通过整合现实世界数据、患者报告结果以及更广泛的社会和生产影响，向基于价值的决策制定发展。为满足高度未满足需求的疗法提供更快、更适当的评估途径，可以支持更高效的采购决策，同时改善该地区获取的公平性。

C

成员国应利用联合临床评估（JCA）的成果，在国家级别使用JCA报告，而不是在JCA提交文件中重复数据请求和分析。JCA成果应无缝融入国家级的高值医疗评估（HTA）和支付与风险管理（P&R）流程，从而在国家级别促成更快且更稳固的决策。

3

将预防措施和风险因素降低作为健康投资的核心理念补充。当与更加强有力的预防政策相结合时，包括针对主要可改变风险因素的疫苗，医疗保健支出和药物创新的长期健康和经济效益最大化。CEE国家应扩大烟草控制、肥胖和营养策略、酒精危害减少以及早期检测项目，特别是在人口老龄化和慢性病负担不断上升的情况下。

附录1

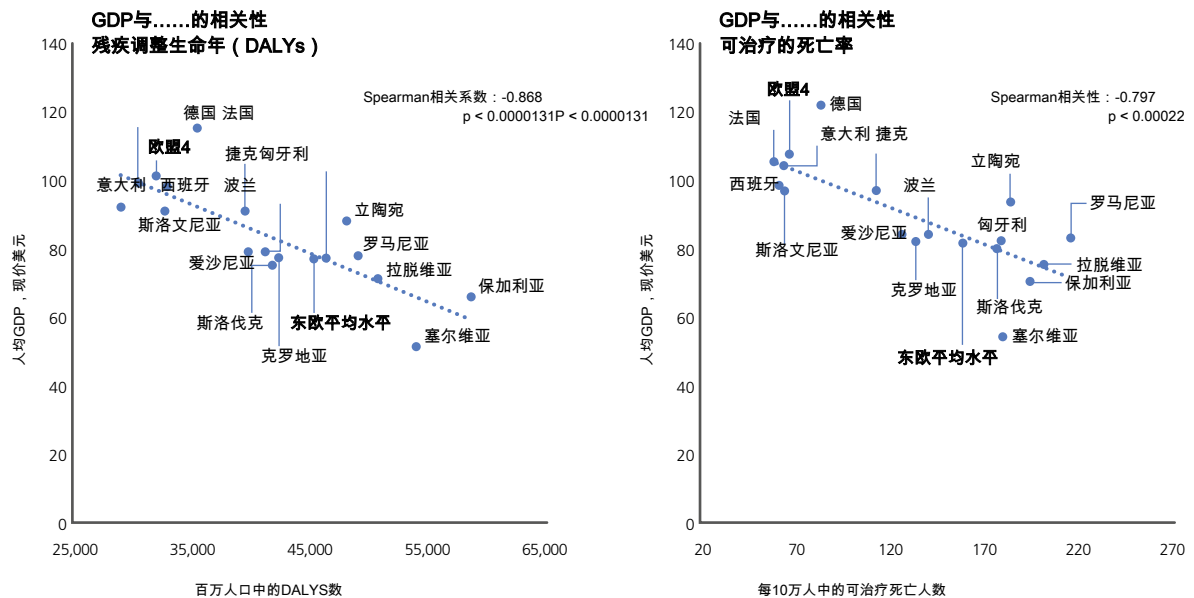


图15. 与欧盟4国平均水平相比，中欧和东欧国家残疾率和可治疗死亡率更高，人均国内生产总值（GDP）也较低。

平均值用于EU4（法国、意大利、西班牙、德国）和CEE（保加利亚、塞爾維亞、拉脫維亞、立陶宛、羅馬尼亞、匈牙利、克羅地亞、斯洛伐克、斯洛文尼亞、波蘭、愛沙尼亞、捷克）的PPP（购买力平价）是欧盟统计局用来在价格水平差异调整后，表达国家账户合计的一个人为货币单位。因此，PPP可以理解为PPP对欧元的汇率。可治疗死亡率是指在疾病发生后，如果实施及时有效的医疗干预措施（包括二级预防），本可避免的过早死亡。

来源：世界卫生组织DALY数据（2021年）；欧盟统计局治疗性死亡数据（2022年）和欧盟统计局人均GDP数据（2024年）

表1. 中欧和欧盟4国残疾调整生命年 (DALY)、可治性死亡率、药品净支出和政府医疗投资数据

国家	每日死亡率 100 000*	可治疗的死亡人数/ 100 000**	政府医疗保障 人均投资 PPS***	网络药品 支出, 欧元 人均
保加利亚	58 640	194	1 314	156
拉脱维亚	50 873	201	1 178	133
立陶宛	48 206	183	1 625	193
爱沙尼亚	39 941	126	1 627	218
匈牙利	46 486	178	1 419	96
波兰	41 453	140	1 738	159
罗马尼亚	49 224	215	1 354	138
斯洛文尼亚	32 980	64	2 296	500
斯洛伐克	42 104	176	1 648	296
塞尔维亚	54 104	180	1 021	134
克罗地亚	42 544	133	1 726	275
捷克王国	39 743	113	2 472	230
法国	30 756	59	3 680	411
德国	35 738	83	4 652	699
意大利	33 192	63	2 255	369
西班牙	29 331	62	2 296	467
欧盟4国平均值	32 254	67	3 221	487
东欧平均水平	45 525	159	1 618	211
绝对差异 between EU4 and 东欧平均水平	-13 270	-92	1 603	276
差别在于 EU4 : 欧洲联盟第四国 平均, %	-41%	-137%	50%	57%

世界卫生组织数据2021年 **欧盟统计局
数据2022年 ***欧盟统计局数据2023年 *

***IQVIA数据

总体而言，中东欧政府分配
对药品开销——较少
€218 人均
比欧盟4国平均每人投入的487欧元的
一半还要多。

