

蔡江南
主编

医疗卫生 体制改革 的 国际经验

世界二十国(地区)医疗卫生体制改革概览

美国·实现全民医疗保险的百年挣扎

英国·全民健保制度与内部市场化的嫁接 新加坡·公私合作引入医疗卫生筹资和服务

德国·同舟共济与竞争高效的完美结合

日本·控制费用以实现医疗卫生的绩效

韩国·医保、医药和支付方式的三大改革

荷兰·管理竞争理念的首次重要尝试

中欧 医改丛书

医疗卫生体制改革的国际经验

世界二十国(地区)
医疗卫生体制改革概览

蔡江南

主编



上海科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

医疗卫生体制改革的国际经验：世界二十国(地区)

医疗卫生体制改革概览 / 蔡江南主编. —上海：上

海科学技术出版社, 2016. 1

(中欧医改丛书)

ISBN 978 - 7 - 5478 - 2836 - 6

I. ①医… II. ①蔡… III. ①医疗保健制度—体制改革—经验—世界 IV. ①R199.1

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2015)第 245014 号

医疗卫生体制改革的国际经验：

世界二十国(地区)医疗卫生体制改革概览

蔡江南 主编

上海世纪出版股份有限公司 出版
上海科学技术出版社

(上海钦州南路 71 号 邮政编码 200235)

上海世纪出版股份有限公司发行中心发行

200001 上海福建中路 193 号 www.ewen.co

上海雅昌艺术印刷有限公司印刷

开本 787×1092 1/16 印张 28.75 插页 6

字数 420 千字

2016 年 1 月第 1 版 2016 年 1 月第 1 次印刷

ISBN 978 - 7 - 5478 - 2836 - 6/R · 1010

定价：88.00 元



蔡江南

蔡江南 教授

蔡江南教授是中欧国际工商学院卫生管理与政策中心主任、经济学兼职教授；在中国和美国的大学、咨询公司、政府部门从事了二十多年的卫生经济和卫生政策的教学、研究和咨询工作，发表了大量有影响的研究成果；参与了美国第一个(麻省)全民医疗保障制度改革方案的设计、实施和评价，以及中国新医改方案的研究工作。

蔡教授曾是华东理工大学经济发展研究所(所长)和商学院的主要创始人之一(1987—1990年)，曾担任复旦大学经济学院公共经济系第一任系主任(2006—2009年)。曾获1990年孙冶方经济科学论文奖、2002年美国卫生研究学会最杰出文摘奖、2009年上海市社会科学界年会优秀论文奖、2013年《中国卫生》杂志十大医改新闻人物提名。他于1982年获得华东师范大学经济学学士，1984年获得复旦大学经济学硕士，1997年获得美国布兰戴斯大学社会政策博士。

序 一

吴敬琏

国务院发展研究中心研究员

中欧国际工商学院宝钢经济学教席教授

如何能够在社会力所能及的范围内为社会成员提供与社会经济水平相适应的医疗保障,是每一个现代国家都必须面对的问题。而根据世界各国社会医疗体系发展的历史看,妥善地解决这一问题有相当大的难度。对于我们这样一个后进国家来说,就必须认真研究各国的经验和教训,取长补短,存利去弊,建立符合于我国国情的社会医疗体系。

任何一种社会医疗体系,都包含两个既有关联又相区别的组成部分。一个是医疗费用的筹措,即由谁来支付医疗费用:病家自理、由商业保险机构支付,还是政府给予补助;另一个是医疗服务的供给,即由谁来提供医疗服务:由各类医疗机构通过市场提供,还是由政府的公立医院直接以实物形式提供。以上两方面各有自己的难点,需要选择恰当的方法去解决各自的特殊问题。在分析一个国家的医疗体系时,必须把这两个方面区别开来,分别加以考察。在我看来,过去若干年来,我国医改纷争不已,难以找到较多人同意的答案,一个重要的原因就是把二者混为一谈,希图用一个办法,例如政府或市场来同时解决这两个问题造成的。

第二次世界大战结束以来,一些国家由政府为全国居民建立了全民享有的公共医疗保险。公共医疗保险制度体现了现代社会以人为本的普世价值观,而且具有节约管理费用的优点。但各国的实践经验也表明,医疗费用完全由公共机构承担,容易助长医疗费用无节制的增长,而且政府垄断的保险机构容易滋生官僚主义行为和低效率,因而主张允许商业保险公司进入医疗保险市场。此外,由个人承担部分医疗费用的医疗保险计划对于控制医疗支出的无节制增长能够产生积极作用。

与此同时,由公共机构免费提供医疗服务也会造成服务供给难以满足无限增长的需求难题。因此在事实上,利用市场上在服务质量和价格方面展开的竞争改善医疗服务,已成为世界性的趋势。然而,医疗服务市场的突出特点是信息不对称。疾病的诊断、治疗需要专业知识,供给方(医院、医生)在医疗市场中具有垄断优势和信息优势,需求方(病人)通常缺乏必要的医疗知识,对于祛病延年却有迫切的要求。虽然病人可以选择医生和医院,但对疾病的治疗主要还是由医生决定。当然,政府对医疗服务提供的监管也必须加强,强化市场竞争与加强政府监管并重,走向“有管理的市场化”是全球医改特别是医疗服务提供体制改革的大趋势。

把医疗费用筹措和医疗服务提供这两个维度综合起来观察,可以把世界各国的医疗卫生体制大体上划分为四种模式:

一是以英国为代表的“国家医疗保障模式”。其特点是:政府以税收

方式筹集资金,直接组建医疗机构,或对已有的医疗机构进行国有化,免费向全民提供包括预防保健、疾病诊治和护理等一揽子卫生保健服务。由于在这种模式下政府的医疗支出成倍增长、待诊待治时间过长、医疗质量不高,英国在 2000 年以后对这种政府全包的体制做出了一些改进,允许私立医院进入医疗服务市场和吸引私人资本投入医疗投资项目。

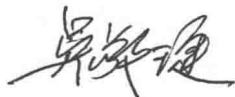
二是以德国为代表的“社会医疗保障模式”。资金来源于雇员和雇主按比例强制性缴纳的保险费(税),国家适当给予补贴;基金的设立按社会职业确定并相互独立,基金管理方式是实行社会与个人之间结成伙伴关系的自治或半自治的模式,在政府和医生组织、基金和医生组织之间,或以上三者之间进行集体谈判签订协议,由政府批准或备案并最终由政府出面直接监管或委托监管。

三是以新加坡为代表的“个人储蓄医疗保障模式”。依据法律规定,强制性地以家庭或个人为单位建立医疗储蓄基金,用以支付日后患病所需医疗费用。新加坡医疗服务的分工比较明确,初级卫生保健主要由私立医院、开业医师、公立医院及联合诊所提供,而住院服务则主要由公立医院提供。

四是以美国为代表的“混合型医疗保健模式”。其特点是:联邦政府向 65 岁以上的老人提供的“医疗保健”(medicare)、向低收入家庭提供的“医疗救助”(medicaid)等公共医疗保险覆盖全美人口的 1/4。另有约

60%的人口由职工个人和雇主购买私人医疗保险覆盖,还有15%左右的美国人没有任何医疗保险。至于医疗服务,则由公立医院、私立非营利医院、私立营利医院、开业医生等通过市场提供。

由蔡江南教授主编的这本书,汇聚了二十个国家(地区)医改的经验总结,而且是在这些国家(地区)本土专家学者的研究基础上改编的,都是第一手的材料和数据,具有很重要的参考价值。我希望这本书的出版,能够对我国的医改起到积极的作用,使其少走弯路,降低改革成本。因此,我热忱地向关心医改的朋友推荐本书。



二〇一五年八月廿七日

序 二

钟南山

中国工程院院士,中华医学会会长

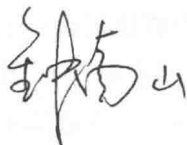
医疗卫生体制改革关系到每个人的利益,涉及面广,在任何国家都是困难重重。我国的新医改从2009年开始,致力于解决老百姓看病贵、看病难的问题。尽管新医改取得了一些进展,特别是医保覆盖面扩大到绝大多数人,但是大医院的公益性尚未真正体现,老百姓看病贵、看病难问题还没有得到根本解决,医患矛盾有加重的趋势。想要解决我国医改中的深层次矛盾,还需要我们进一步解放思想,克服局部利益的阻碍。

世界各国的医改都需要综合考虑本国的历史、经济、文化等因素,无法简单照搬其他国家的经验。不过,各国医改中面临的问题和挑战又多有相似之处,学习和借鉴彼此的经验教训,可以少走弯路,避免犯一些不必要的错误。

例如,医生是医疗卫生体制中最重要生产力,如何调动医生的积极性,更好地提高医生生产力,这是任何一个国家医改都需要注意的问题。不少国家都经历了以药养医的过程。我国的医改始终没有在医生问题上下功夫,没有能够调动医生的积极性。各国的医改经验表明,医生的收入补偿应该在各种职业中居于前列,这样才能够吸引优秀人才从事医疗工

作。在许多国家,医生享有自由执业的权利,这有利于医生资源的充分利用,有利于调动全科医生的积极性,吸引医生从事全科医疗。

蔡江南教授主编的《医疗卫生体制改革的国际经验:世界二十国(地区)医疗卫生体制改革概览》一书,给我们提供了一个学习其他国家(地区)医改经验教训的机会。这些国家(地区)既包括了欧美发达国家,也涵盖了亚洲和美洲的发展中国家(地区)。由于这些国家(地区)的文化、历史和经济发展背景不尽相同,为达到医改目标,各出其招,优缺点并存。目前,中国的医改还在摸索,对于覆盖城乡的新农合和城镇医保体系的建设,无疑取得空前的进步。但对于公立医院的医改,无论是体制或是运转机制方面,都还存在着比较大的问题。在当前医疗卫生投入有限的情况下,如何体现公立医院的公益性,逐步消除医院的逐利性,从各国的医改经验中,我们可以借鉴和吸收很多东西。医改不仅是政府需要关注的事情,我们在医疗卫生体系中工作的人也都需要加以关注。我希望这本书的出版,可以对我国的医改有所帮助,也衷心希望我国的医改能够取得实质性的进展,使得我国老百姓能够看得起病,健康水平得到更大提高。



自序

尽管世界各国的医疗卫生体制有着各自不同的特点,各国的医改面临着不同的问题,但是他们还是带有一些共同的特征,各国之间的医改还是可以互相学习,从中吸取经验教训,避免走弯路。2009年我国新一轮医改酝酿的时期,我正好在复旦大学工作,参与了新医改方案的起草。当时便感到我们需要有一个系统介绍国外医改的材料。

我在2008年担任了复旦大学经济学院的指导老师工作,当时学院希望学生可以参加老师的研究工作,我便有了这个想法。我从已经发表的英文文献中,搜集有关二十个国家(地区)医改的文章,一般都是由本国(地区)的专家撰写,这样可以保证对这些国家(地区)的医改反映第一手的材料,而不是道听途说和走马观花。我选择了四十名学生参加这个项目,每两名学生负责一个国家(地区),学生们以这些文章为基础,同时又补充了其他的文献,进行重新编写。我同时邀请了在美国工作的赵强编写了美国和绪言两篇文章。第二轮的编辑工作由研究生完成。最后请了复旦公共卫生学院的何治同学进行全文的文字编辑工作,前后历时两年多。之后,我自己又对全文进行了两遍的文字编辑工作。由于我的原因,整个过程一直拖了有六年时间。

我国的新医改开展已经有六年时间,医疗卫生体制中的一些问题还需要解决,一些基本的观念和认识还需要突破。从本书提供的二十个国家(地区)的医改经历中,我们可以得到一些启发和思考。各国的医疗卫

生体制主要由两个领域组成：一个是医疗经费的来源和支付，另一个是医疗服务的提供方式。在医疗经费的领域内，设计主要问题是医保；在医疗服务的领域，主要问题是医疗机构的所有制结构。贯穿着两个领域的一个医改主线就是：政府和市场应当发挥什么作用，发挥多大的作用。每个国家根据自己的历史、文化、政治制度、经济发展水平来进行选择，同时不断进行调整和改革。尽管我们不能直接照搬任何一个国家的医疗卫生体制，但是这并不妨碍我们学习和借鉴他人的经验教训。这本书对于任何关心我国医疗卫生体制的人都可以作为参考。

蔡江南

二〇一五年八月十五日

目录

绪言 医疗卫生体制改革的国际经验 / 001

亚洲篇 019

- 第一章 韩国·医保、医药和支付方式的三大改革 / 021
- 第二章 新加坡·公私合作引入医疗卫生筹资和服务 / 043
- 第三章 泰国·“三十铢”计划与医疗保障全覆盖 / 062
- 第四章 印度尼西亚·摸着石头过河的公立医院改革 / 078
- 第五章 印度·解决贫困人口的医疗公平问题 / 101
- 第六章 以色列·开放商业医疗保险带来的挑战 / 127
- 第七章 中国台湾·实现全民健康保险制度的奇迹 / 145
- 第八章 日本·控制费用以实现医疗卫生的绩效 / 164

欧洲篇 185

- 第九章 俄罗斯·从政府主导到角色缺失 / 187
- 第十章 英国·全民健保制度与内部市场化的嫁接 / 209

-
- 第十一章 法国·自由与约束并存的医疗卫生体制 / 229
- 第十二章 德国·同舟共济与竞争高效的完美结合 / 251
- 第十三章 瑞典·公平与效率的冲突与兼顾 / 270
- 第十四章 荷兰·管理竞争理念的首次重要尝试 / 286

美洲篇

307

-
- 第十五章 美国·实现全民医疗保险的百年挣扎 / 309
- 第十六章 加拿大·如何协调中央与地方政府的作用 / 338
- 第十七章 墨西哥·注重公平和全民覆盖的医疗保险 / 364
- 第十八章 巴西·以分权为核心的医疗卫生体制改革 / 378

大洋洲篇

395

-
- 第十九章 澳大利亚·公私医保之间的博弈 / 397
- 第二十章 新西兰·分权与集权摇摆中的医疗卫生体制改革 / 423

后记 / 445

绪言

医疗卫生体制改革的国际经验

现代医疗的根本特性

从 20 世纪 90 年代开始,美国、德国、日本、中国等世界主要国家纷纷开始对本国的医疗制度进行改革。改革的起因既有现代医学和医疗发展在全世界范围内引起的具有普遍性的挑战,如医疗费用持续大幅度升高;也有各国由于各自不同的医疗制度在运作过程中出现问题而面临的具有特殊性的困境。近二十年来,各国的医疗制度改革时断时续,在本国都引起过不小的社会和政治争议,在中国也不例外。我们认为在 2009 年 3 月中国新一轮医疗制度改革启动之后,研究和对比世界其他主要国家在医疗制度改革中面临的挑战和采取的因应政策,并检讨其得失经验,对中国正在进行中的医疗体制改革应该有一些参考和借鉴的价值。因此,我们整理、编辑了这本《医疗卫生体制改革的国际经验:世界二十国(地区)医疗卫生体制改革概览》,作为帮助各界人士了解、比照其他国家(地区)医疗制度改革的基本参考书。

在读者阅读书中某一个具体国家(地区)的医疗制度改革之前,我们就现代医疗和医疗制度本身做一些分析,并阐述基本的、带有普遍意义的有关医疗制度改革的理论观点。本节先指出现代医疗的几个基本特征,作为理解医疗制度和医疗制度改革的根本出发点。

首先,现代医疗是结合了多种自然科学(包括解剖学、生理学、微生物学、遗传学、物理学、化学、统计学等)、现代制造工业(化工和生物制药、医疗

器械制造业)、现代信息技术、现代教育和现代管理的高科技复杂作业,而且医学内部的分科也越来越细致。这个特点与人类历史上以往的各种各样基于传统和医师个人经验的疗法(如印度的阿育吠陀医学,中国传统医学,北美原住民疗法,各地普遍存在的赶鬼驱魔疗法等)有本质的区别。现代主流医疗的高科技特征是其本质特征,充分认识和接受这个现实是分析现代医疗和医疗制度问题的基础。至于现代医疗和传统医疗孰优孰劣,是否可以进行结合,如何进行结合,那是另外一个重要问题,需要另外讨论。

其次,上述现代医学基于多种现代科学、现代工业的高科技特性,决定了其内部结构和过程的复杂性。一般人往往把医疗仅仅看作去医院或诊所找医生看病,然后开个药方吃点药这样简单。其实他们不了解,即使现在只到医院看医生,配点药吃,其背后所牵涉的产业链条、机构部门、管理步骤,以及随之而来的系统复杂性与传统医疗就完全不可同日而语。同时医疗制度的复杂性并不只限于医疗内部的复杂性。由于医疗又是一种重要的社会行为和经济(服务)行为,它与外部的整个社会生活、政治生活和经济生活有多重复杂关系。这一点,我们在讨论医疗制度复杂性的时候将另有论述。

第三,由于现代医疗的高科技特征、内部结构、与外部环境关系的极端复杂性,因此现代医疗是成本高昂的,而且还在不断攀升。这个特点造成了世界上应用现代医学的所有国家都必须面临的挑战,就是医疗费用的持续性上升问题。当然世界各国医疗费用持续上升的原因有很多,我们在本章还要继续讨论,但是现代医疗本身的高科技和复杂性造成的单位成本上升是主要原因之一。

第四,从经济学意义上来讲,医疗作为一个经济行为,是一种消费性活动,而医疗产业是消费性产业。某些产业,比如冶金、机械制造、信息系统、基础设施建设等,是生产性产业;也就是说,这些产业的产品是其他产业和经济活动的基础或生产工具,发展生产性产业可以广泛推动整个经济持续的生产能力和生产效率。而医疗则是最终消费性产业,医疗产业再发达,除了延长人类寿命、提高生活质量之外,不能像生产性产业一样对整个经济的生产力产生持续推动力。这个特性决定了只有经济高度繁荣、生产力高度发达的国家才有余力,能够大范围地在医疗上进行巨额消费。从另一个角度来说,医疗卫生事业的发展程度是一个国家经济、社会发展程度、人民生活水平的重要指标之一。纵观世界各国,没有任何一个贫穷落后的国家医