



文治堂学术专著

我国城镇基本医疗保险制度改革： 世异与备变

黄 丞 张录法 李 玮 著



上海交通大学出版社
SHANGHAI JIAO TONG UNIVERSITY PRESS

国家自然科学基金项目 (70003005, 70241027, 71071094, 71273176) 资助
上海市浦江人才计划资助

我国城镇基本医疗保险制度改革： 世异与备变

黄 丞 张录法 李 玮 著



上海交通大学出版社
SHANGHAI JIAO TONG UNIVERSITY PRESS

内容提要

本论著首先分析了城镇基本医疗保险体系的改革发展历程和现存主要问题;接着分析了医疗保险体系内各个主体行为对医疗费用的影响,并在此基础上提出了控制费用的策略;进一步阐述了国际上医疗保险支付制度的发展趋势;最后对基本医疗保险的适度水平、多层次体系、制度创新及其配套改革进行了研究。

本书内容适合的读者包括中国医改的决策者和实践者,以及相关研究人员和高校师生等。

图书在版编目(CIP)数据

我国城镇基本医疗保险制度改革:世异与备变 /黄丞,张录法,李玮著. —上海:上海交通大学出版社,2014

ISBN 978-7-313-11618-5

I. 我... II. ①黄... ②张... ③李... III. 医疗保险—保险改革—研究—中国
IV. F842.684

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2014)第 126700 号



我国城镇基本医疗保险制度改革:
世异与备变

著 者:黄丞 张录法 李 玮

出版发行:上海交通大学出版社

邮政编码:200030

出 版 人:韩建民

印 制:常熟市文化印刷有限公司

开 本:787mm×960mm 1/16

字 数:307 千字

版 次:2014 年 7 月第 1 版

书 号:ISBN 978-7-313-11618-5/F

定 价:49.00 元

地 址:上海市番禺路 951 号

电 话:021-64071208

经 销:全国新华书店

印 张:18.5

印 次:2014 年 7 月第 1 次印刷

版权所有 侵权必究

告读者:如发现本书有印装质量问题请与印刷厂质量科联系

联系电话:0512-52219025

前言

医疗保险制度关乎社会各阶层享用医疗卫生服务的公平和效率,关乎民众切身利益和社会稳定,是实现和谐社会不可或缺的重要制度保障。近年来,随着全球老龄化的日趋严重、医疗高新技术的飞速发展和广泛采用以及疾病谱的变化等,令医疗费用不断上涨,致使该制度的推行和发展成为各国政府一项无力承载的财政负担,本意欲为国民提供满意的医疗保险制度却成为深受国民诟病的焦点和难点问题。

如何体现公平、可及和高效原则,通过科学规划和有效管理,使卫生保健支出控制在政府、社会、个人的可承受范围之内,使制度自身良性运作进而满足社会大众日益丰富的医疗卫生服务需求,已成为全球公认的改革取向。

医疗保险制度的改革是世界级难题,它既是经济难题,也是政治难题。改革不仅意味着要重新配置医疗卫生资源,同时也隐含着社会阶层利益格局的重大调整。我国医保制度从旧体制向新体制的转型,政府和市场的关系尚未理顺,并在不断地动态变迁过程中,各利益相关者相互博弈,既得利益集团不仅已经产生,而且基本上控制和影响着医改政策的走向。要缓解这些相关利益主体间利益矛盾的冲突,唯有在深化改革的政策创设和推动过程中,尊重医疗卫生服务的内在价值和发展规律,体察各利益相关者主体的利益诉求,发挥医保制度对医疗资源优化配置的“指挥棒”作用,建立权利与责任、公平与效率和谐发展的普适价值观,政府搭建恰当的平台或建立起良性的互动机制,让所有利益相关者参与,相互协商和讨价还价,各种矛盾在冲突中得以释放或缓解,才有可能逐步逼近或有效实现良性的动态平衡。只有最大程度地满足各个利益相关者的利益诉求,才能有效实现医疗保险真正的保障目的,达到整个医疗卫生体

制改革的目标，即人人可及、价格合理、质量保障的医疗卫生服务。

医改之所以难，其主要根源或许就在于公平与效率难以兼顾，同时牵涉到太多主体的利益，而实现的目标却又是与每个公民生命健康利益密切相连的民生大事。从国际典型国家的医改历程来看，由于各国习俗、价值观念、市场经济发展阶段等的不同，资源配置的方式也相差很大。当实行全民医保、政府责任主导、保证公平模式时，所导致的低效率令人诟病。例如，英国通过增加“内部市场”机制，修正单独强调政府资源配置形成的低效率，并通过初级保健负责机构的责任强化，赋权和敦促初级医疗资源能够被高效利用，加大相关机构或全科医生的优胜劣汰的压力；而当以市场责任为主时，效率提升，费用过快增长无法有效抑制，易于导致公平性失却，美国的商业保险模式体现出即使在政府担当原有责任的同时，也无法避免市场的失灵，不得不倒逼回来迫使政府进行更大力度的改革，尤其是扩大医保覆盖面而又能适当降低过快增长的医疗费用，这一直是美国不断探索的难题。如何在公平与效率之间寻找一个最佳的均衡点，是每个国家在不同时期和地域必须不断研究的动态问题。何况由于不同的政治、经济和社会背景，在世界其他国家或地区哪怕是已经很成功的医改的经验，我国也不可能简单照搬照抄，必须结合我国国情，探索将政府主导和市场竞争有机结合的“度”和“方式”，把握公平与效率的平衡，制定适合国情的政策。而这是一个值得长期追随和探究的问题。

回首国内，随着我国经济体制改革的深化和现代企业制度的逐步建立，传统的针对机关、事业单位职工的公费医疗制度和针对国营和集体企业职工劳保医疗制度彰显出明显的机制缺陷，难以满足新形势下社会成员对医疗保险的需求。因此，1998年12月国务院《关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》的颁布实施，在全国范围内开始推行以建立基本医疗保险制度为重点的城镇职工医疗保险制度改革，中央政府希望能够在减轻国家财政和企业的经济负担的同时，为广大职工提供基本的医疗保障，发挥社会保障的共济功能，服务当时经济改革的大局需要。

进而，2007年7月国家又颁布了《国务院关于开展城镇居民基本医疗保险

试点工作的指导意见》，以消除医疗保障覆盖网的空白或漏洞，推行由每个社会成员自愿参加的城镇居民医保制度的惠民新政。然而，面对民众日益增长且多层次的医疗保健需求局面，我国仍有很长的路需要走，依然存在很多问题需要研究解决。比如，覆盖仍有盲区、保障水平仍然较低、自负费用比例仍然较高等众多问题。

2009年4月6日，《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》及国务院关于《医药卫生体制改革近期重点实施方案（2009—2011年）》相继公布，进一步指出要加快建设医疗保障体系。加快建立和完善以基本医疗保障为主体，其他多种形式补充医疗保险和商业健康保险为补充，覆盖城乡居民的多层次医疗保障体系。进一步完善城镇基本医疗保险制度，加快覆盖就业人口，重点解决国有关闭破产企业、困难企业等职工和退休人员以及非公有制经济组织从业人员和灵活就业人员的基本医疗保险问题。2013年3月，国务院制定了“十二五”期间的医改规划，明确了未来四年医改的规划目标，突出了三项重点任务，要加快建立全民医保体系；巩固完善基本药物制度和基层运行新机制；积极推进公立医院改革，同时也要统筹推进公共卫生服务均等化、人才队伍建设、卫生信息化建设、社会力量办医等配套改革。大量文件的相继出台为深化改革提出了方向和原则要求，基本医疗保险基本实现了全覆盖，城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗（简称新农合）制度体系覆盖全国所有县，参保人数合计超过13亿人，全民医保体系初步形成，基本医疗保险的覆盖率超过95%。

尽管我国的“新医改”吸引了世界的注目，也取得了阶段性成效，然而由于原有制度下各种利益格局、体制、机制受到极大冲击的深层次矛盾逐步显露，致使改革的复杂性和改革成本剧增，企图短时间内毕其功于一役有可能事倍功半，甚至事与愿违。要实现真正的医疗保障，必须跳出受历史条件和社会发展水平制约的传统、习惯性思维的窠臼，对已经运行的制度效果进行审慎的总结与评价，“取其精华，弃其糟粕”，新设计构建的制度体系必须能有效消除制约基本医疗保险制度“以民为本、利为民谋”功能发挥的体制性、机制性制度障碍，使

我国基本医保制度切实提升服务水平和能级,起到利民惠民的保障功效。

韩非子在《五蠹》中指出:“世异则事异,事异则备变。是以圣人不期修古,不法常可;论世之事,因为之备。”要实现当前医疗保险改革的恢宏目标,就必须勇于面对并主动尽快解决新形势下医疗保险制度改革难以回避并务必正确回答的重要问题。

本书正是基于这种现实背景,以城镇的基本医疗保险制度为研究对象,通过学习、借鉴国内外众多学者的研究成果,采用定性分析与定量分析相结合、国际比较与国内研究相结合的方法,运用卫生经济学、博弈论、机制设计等理论,紧密结合我国医疗保险改革的实际情况,对当前改革中所涉及的若干关键性理论问题进行了比较系统和深入的研究。比如,如何有效控制不合理医疗费用的过快增长,如何界定基本医疗保险的适度水平,如何发挥政府和市场各自的作用,如何客观总结并科学评价我们已经进行的诸多改革措施,以及为何需要建立起混合型的医疗保险体系,如何进行基于“社区‘看门人’制度”的城镇基本医疗保险制度创新和配套改革设想等。

要寻求“事异”之良“备”,犹如大医治病,“精”、“诚”不可或缺。希望我们对这些问题的探讨,能够对我国城镇基本医疗保险制度改革的顺利推进有所裨益。也真诚期待通过与诸位同仁的共同努力,能够为促进形成我国更加良好的城镇医疗保险制度,更好地服务于民生事业的发展,奉献绵薄之力。

黄 丞 张录法 李 玮

2014年3月于上海交通大学法华镇校区

目 录

第1章 绪论	1
1.1 医疗保险概述	1
1.2 医疗保险制度的形成与发展	3
1.3 医疗保险的主要模式	4
1.4 研究的意义、方法和主要内容	24
第2章 我国城镇职工医疗保险制度改革及存在问题	30
2.1 我国城镇职工医疗保险制度的发展历程	30
2.2 新型城镇职工基本医疗保险制度改革的成效和问题	41
2.3 本章小结	49
第3章 我国城镇居民医疗保险制度改革及存在问题	50
3.1 城镇居民医疗保障的历史演变	50
3.2 城镇居民基本医疗保险制度的内涵	51
3.3 居民医疗保险的实践做法——以上海、西安和上饶为例	53
3.4 城镇居民医疗保险存在的主要问题	53
3.5 本章小结	60
第4章 基本医疗保险制度与医疗费用间的作用关系	61
4.1 医疗费用过快上涨的趋势分析	61
4.2 医疗费用过快上涨的合理因素	67
4.3 医疗费用过快上涨的不合理因素	73
4.4 医疗保险制度的市场失效对医疗费用的影响	77
4.5 基本医疗保险体系中市场各参与主体关系分析	83
4.6 基本医疗保险体系的简化模型构建	86
4.7 市场各参与主体的行为及其对医疗费用的影响分析	88
4.8 个人医疗服务的需求及医疗保险对其影响分析	92

4.9 本章小结	98
第5章 城镇基本医疗保险制度中的费用控制策略	101
5.1 医疗服务需求方的费用控制	101
5.2 医疗服务供给方的费用控制	108
5.3 基本医疗保险中的医患共谋与防范	116
5.4 基本医疗保险中欺诈问题的博弈分析	122
5.5 本章小结	128
第6章 国际医疗保险支付体系的主要模式和发展趋势	130
6.1 国际医疗保险支付体系的主要模式	130
6.2 几个主要国家医疗保险支付制度	132
6.3 国际医保支付体系的发展趋势	138
6.4 本章小结	141
第7章 我国城镇职工基本医疗保险制度适度水平的思考	142
7.1 基本医疗保险适度水平的界定标准	142
7.2 基本医疗保险统筹基金的收支平衡模型	146
7.3 衡量基本医疗保险适度水平的量化指标	151
7.4 参保职工医疗服务需求的抽样调查	152
7.5 本章小结	160
第8章 我国城镇基本医疗保险与其他医疗保障形式关系	162
8.1 我国城镇多层次医疗保障体系的结构	162
8.2 混合型医疗保险体系的国际比较	167
8.3 我国商业医疗保险的现状与发展策略	174
8.4 我国混合型医疗保险体系的发展模式	190
8.5 混合型医疗保险体系中的逆向选择问题	198
8.6 本章小结	203
第9章 基于“社区‘看门人’制度”的城镇基本医疗保险制度创新	205
9.1 “社区‘看门人’制度”阐释	206
9.2 “社区‘看门人’制度”作用发挥机理	219

9.3 “社区‘看门人’制度”实现途径	222
9.4 “社区‘看门人’制度”的相关措施	223
9.5 “社区‘看门人’制度”的可能过渡形态	228
9.6 本章小结	229
第 10 章 新时期城镇基本医疗保险的配套改革	230
10.1 深化城镇基本医疗保险发展改革的主要着力点	230
10.2 创建多元化竞争医疗服务提供体系	235
10.3 创新整合,构建基于医疗联合体的城市医疗服务提供体系	241
10.4 完善医药生产流通体制改革	243
10.5 本章小结	248
参考文献	250
索引	269
后记	283

第1章 绪 论

当今世界,无论是发达国家还是发展中国家,都面临医疗服务供给和需求的矛盾,面临医疗费用增长和卫生资源有限的矛盾,面临政府如何在对全体国民提供的医疗服务中体现公平和效率的难题,面临保证人人享有基本卫生保健的艰巨任务。目前正在全国组织实施的以建立基本医疗保险制度为重点的城镇职工医疗保险制度改革、城镇居民基本医疗保险与新型农村合作医疗的推出与完善,是我国政府解决医疗服务供给与需求矛盾的一次创举。毫不夸张地说,新世纪的中国医改是关系到未来的国运兴衰和亿万国民切身利益的重要举措。但近年来的改革实践表明,医疗保险改革的制度创新面临着严峻的考验,在转型的社会经济发展环境中,在各种利益主体的诉求下,还存在着相当多的问题需要解决,对其中城镇基本医疗保险制度的关键性问题进行深入的研究和探讨,得出一些有益的结论,无疑对整体实现广大民众的医疗和健康保障具有很强的理论和现实意义。

1.1 医疗保险概述

医疗保险,既可以指由政府提供的社会医疗保险,也可以指由市场提供的商业医疗保险,但更多的情况是指社会医疗保险。本书在使用这个概念时,是指社会医疗保险。因此,医疗保险属于社会保险范畴,其含义是指人们因生病、受伤需要治疗时,由国家或社会向其提供必需的医疗服务或经济补偿的制度。其实质是社会共担风险,目的在于鼓励用人单位和个人缴纳一定的医疗保险费,通过社会调剂,保证劳动者和居民等在其健康受到伤害时能够得到基本医疗服务,使得不会因为基本医疗而严重影响生活。

可见,医疗保险是根据立法规定,通过强制性社会保险原则,由国家、单位(雇主)和个人共同缴纳保险费,把具有不同医疗需求群体的资金集中起来,进行再分配(即集资建立起来的医疗保险基金),当个人因疾病接受医疗服务时,由社会医疗保险机构提供医疗保险费用补偿的一种社会保险制度。其理论基础是:对于每个人来

说,其生病和受伤害是不可预测的,而对于一个群体来说,则又是可以预测的,按照大数法则,这种社会合作才有力量。医疗保险作为社会保险的一个项目,具有强制性、互济性、福利性、社会性等基本特征。它与其他社会保险相比有着明显的区别,具有以下一些自身更为突出的特点:

(1) 医疗保险具有普遍性。医疗保险是社会保险各个项目中保障对象最广泛的一个保险项目。原则上,其覆盖对象应是全体公民,因为疾病的风险是每个人都可能遭遇到且难以回避的,不像生育、失业、工伤、残疾甚至老年风险,保险对象主要是劳动者,而且有些人甚至可以避开这些风险。

(2) 医疗保险涉及主体多,更具复杂性。在其他社会保险项目中,主要涉及两个主体,即被保险人和社会保险机构。但医疗保险必须有第三方,即医疗服务的提供方,而由于医疗服务产品的特殊性,可能进而涉及医药(医疗器械)的生产、流通方。多主体的存在,增加了系统的复杂性,使得主体间可能会因为利益关系形成合谋现象,再加上医疗服务领域的严重信息不对称性,最终导致医疗保险项目中医疗服务提供方和被保险人的道德风险问题非常严重。如何有效应对这些风险因素,成为医疗保险制度健康运作的关键。

(3) 医疗保险的支出具有不确定性。由于疾病发生的不确定性、疾病严重程度的不确定性以及治疗手段的不确定性,再加上上述道德风险因素的存在,所以医疗保险的支出无法像养老保险的支出那样比较容易预测。为此,医疗保险必须研究如何通过支付方式的完善对医疗服务的享用者和提供者的行为进行合理引导和控制的问题,从而控制不合理的费用支出,在保证合理支出的前提下,尽可能地争取基金的收支平衡,从而更好地惠及社会大众的长远利益。

(4) 医疗保险属于短期的、经常性的保险。由于疾病的发生是随机的、突发性的,医疗保险提供的补偿也只能是短期的、经常性的,不像其他社会保险项目,如养老保险或生育保险那样,是长期的、可预测的或一次性的。因此,医疗保险在财务处理方式上也与其他社会保险项目有所不同。

(5) 医疗保险采用医疗给付的补偿形式。医疗保险资金的筹集和使用具有明确的目的性。为了确保医疗保险资金专款专用,对享受者主要采取医疗给付的补偿形式,而且补偿多少,往往与享受者所缴纳的保险费无紧密关系,而与实际病情需要关系更大。这与其他社会保险项目实行定额现金给付,而对其最终用途没有明确限定的做法是明显不同的。

1.2 医疗保险制度的形成与发展

医疗保险制度既是社会保障体系的重要内容,也是卫生保健体系的重要组成部分。医疗保险制度一般是指:由特定的组织机构经办,通过某种带强制性的规范或自愿缔结的契约,在一定区域的一定人群中筹集医疗基金,并为该人群的每一成员公平地分担因疾病而导致的经济风险所实施的一系列政策与方法^①。

医疗保险制度起源于18世纪产业革命时代^②。产业革命解放了生产力,创造了巨大的社会财富,同时也使大量的农民和手工业者成为产业雇佣工人。在当时尚没有社会保险制度的情况下,产业工人为了减轻由于恶劣的工作状况和生活状况所造成的风险,他们自发地采用各种方法对付疾病,共同分担风险。英国在18世纪末、19世纪初开始出现“共济会”等互助组织,由同一行业或同一地区的产业工人和其他劳动者自发筹资,建立基金,以解决生、老、病、死等问题。这些互助组织的共同特征是自愿参加、合作性质,其会员因患病、失业或其他意外事故而陷入困境时,可以从互助组织领取一定数额的基金,获得物质帮助。为了保证会员得到基本的医疗服务,有些互助组织开始定期与医生签订服务合同,后来又发展到组建自己的医疗机构。这种互助共济方法,属于个人自愿投保性质,为后来建立多种形式的医疗保险制度提供了基础。

与此同时,“预付群体医疗”组织在美国也逐渐形成。这种组织由医生和管理人员发起,参加该组织的成员预先交付一定的费用给医疗服务提供者,一旦生病就可获得减免费医治。创立于1883年的梅奥诊所(Mayo Clinic)是最早的“预付群体医疗”组织。这些组织依靠社区群体互助合作的力量增强了抗御疾病的能力,同时为合理补偿医疗服务提供者的成本消耗提供了保证。这也为后来的商业医疗保险的发展作了初步的尝试。

在19世纪末和20世纪初,医疗保险制度在世界范围内逐步开始建立和发展。1883年,德国政府颁布了《疾病保险法》,规定收入低于一定标准的工人,必须参加疾病基金会。世界上第一个社会保障性质的强制性医疗保险制度就此诞生。随后,医

① 王龙兴. 卫生经济学的理论与实践[M]. 上海:上海交通大学出版社,1998.

② 蔡仁华. 医疗保险与医院改革[J]. 中国医院管理,2000,20(1-7).

疗保险思想得以广泛传播,被许多国家采用,奥地利、挪威、英国、法国等也相继通过立法实施医疗保险制度。20 世纪上半叶,医疗保险逐渐以各种形式在欧洲得到推广,覆盖人群从低收入工人发展到较高收入的工人,保险范围也随着医疗技术和医疗服务的发展而不断扩大。1922 年以后,医疗保险从欧洲传至亚洲、美洲等地,日本、智利等国家也相继建立了各自的医疗保险制度^①。

20 世纪 30 年代以来,尤其是第二次世界大战后,医疗保险制度在世界各国得到了广泛而迅速的发展,出现了多种各具特色的医疗保险模式。同时,随着社会经济的发展,这些制度模式也在进行着广泛而深刻的变革^②。

1.3 医疗保险的主要模式

实行医疗保险制度的国家,由于各自的经济发展水平不同,文化传统不同,价值理念不同,其制度运行也呈现出不同的特点。纵观世界各国的医疗保险制度,形式多种多样,可以从不同的角度进行不同的分类。由于医疗保险资金的筹集是决定医疗保险制度能否顺利持续运行的关键因素,所以我们主要讨论按医疗保险资金的筹集方式来划分的医疗保险模式。

国际医疗保险制度经过百余年的发展和演变,目前从资金的筹集方式角度来看,大体上存在着四种模式,即国家(政府)保险型、社会保险型、商业保险型、储蓄保险型。各种模式在公平性、可及性、效率与效益等方面各有其优缺点,同时,各种医疗保险模式也在不断地进行着改革和调整,以便更好地解决医疗保险体系中出现的问题,适应社会的需要。

下面对各种医疗保险模式及各自具有代表性的国家分别进行简单的介绍。

1.3.1 国家(政府)医疗保险模式

国家(政府)医疗保险也称为全民医疗保险,是指政府直接举办医疗保险事业,通过税收形式筹措医疗保险资金,采取预算拨款兴办公立医疗机构的形式,向本国居民直接提供免费或低收费的医疗服务。实施这种模式的国家以英国、加拿大、瑞

① 张肖敏. 医疗保险基本理论与实践[M]. 香港:世界医药出版社,1999.

② 罗元文. 国际社会保障制度比较[M]. 北京:中国经济出版社,2001.

典等西方福利国家和原苏联东欧国家为代表。

这类医疗保险制度的主要特征是：

(1) 医疗保险资金绝大部分来源于税收(包括一般税和特种税)。如英国,2009年的GDP有大约10%花费在医疗服务上。英国国民健康服务基金75%来自一般税(general taxation),20%来自国民保险(national insurance)如工资税(payroll tax),其他收费以及收入占3%^①。

(2) 政府卫生部门直接开办医院,提供医疗服务。医院的基本建设、设备购置和日常运营经费一般由政府预算拨款。医疗服务活动具有国家垄断性。或者政府通过合同方式购买民办医疗机构或私人医生的医疗服务。

(3) 医疗服务覆盖面一般是本国全体公民。医疗服务基本为免费或低收费服务,体现社会分配的公平性和福利性。

(4) 医疗卫生资源配置、医疗服务价格等一般由政府管制,不利用市场机制的调节功能。出现了医疗服务效率低下、浪费严重、服务质量不尽如人意等问题,其中尤以病患候诊时间过长为显著特征。人群的医疗需求也往往受到医疗服务供给相对不足的限制^②。

英国是最早实行全民医疗保健制度的国家,也是国家医疗保险模式最具有代表性的国家,其他实行这种模式的国家都是从英国学习而来的。

英国于1911年首次正式提出了“全民义务健康保险法案”,其中规定所有的工资收入者都应参加医疗保险,保险金由个人、雇主和政府三方负担,参加者可在指定的医院内免费就医,但不包括家属。在1911年法律中,政府承诺国家在国民健康保障中的责任,规定医疗保险金实行三三制、按周计算原则:“国家出资2便士、雇主出资3便士、职工个人交纳4便士(其中女职员交纳3便士)”,16~70岁的体力劳动者以及年收入低于160英镑的患病男职员可以获得每周10先令的补助,患病女职员可获得7.5先令、患病残疾认可获得5先令的补助,而女工产前也可以获得每周30先令的补助。这是英国社会医疗保险的开始,国家负担原则后来也逐渐被其他国家所承认。

^① International Profiles of Health Care Systems. 2011. The Commonwealth Fund November 2011.

^② 蔡仁华. 医疗保险与医院改革[J]. 中国医院管理, 2000, 20(1-7).

“二战”结束前夕,为鼓舞士气,战胜德国法西斯,英国政府承诺要变“战争国家”(warfare state)为“福利国家”(welfare state),于1942年通过了以“国家卫生服务”为支柱的《贝弗里奇报告》。1944年,英国政府根据经济学家贝弗里奇(W. H. Beveridge, 1879—1963)的研究,正式提出了“国家卫生服务体系”(National Health Service)的口号和方案,4年以后颁布了《国家卫生服务法》,并提出医疗保险服务的三个原则:要对每个人提供广泛的医疗服务;卫生服务经费应该是全部或大部分从国家税收中支出;卫生服务应该由初级服务、地段服务和医院服务三个部分组成。1948年英国通过的《国家卫生服务法》(The National Health Service Act),实行了对所有医疗机构的国有化,医疗机构的医护人员是国家卫生工作人员。中央政府实行卫生规划,使医生在全国各地区均匀分布,地方政府则负责规划医院和分配预算的经费,保险经费不是来源于个人的保险费而是来自于税收,《国家卫生服务法》和其他四个法律一起构成了英国的社会保障体系。也正因如此,英国首相艾德礼于1950年自豪地宣称,英国在世界上第一个建成了从“摇篮到坟墓”的“福利国家”^①。1964年,英国又颁布的《国家卫生服务法》,规定凡是英国公民,无论其财产多少,均可免费享受公立医院的医疗,患者只需付挂号费^②。

英国实施的国家医疗保险模式,其优点是:社会保险机构可以直接控制医疗费用的开支、更好地实行初级医疗服务;医疗消费体现较强的平等性。因此,英国的卫生费用在发达国家中属于数额比较低、控制较有效的。而且英国90%以上的居民依靠国家卫生服务体系NHS提供医疗保健,基本上实现了全民保障。该模式的不足之处是:缺乏费用约束机制,刺激医疗消费,造成资源浪费;缺乏激励与竞争机制,造成服务质量不高,工作效率低下。英国的医疗服务体系存在着无病就医、小病大医等医疗资源浪费现象,造成医疗费用的较快增长,给国家财政带来负担。同时,公立医院的服务效率低下,难以满足社会医疗保健需求的增长趋势,患者就医等待时间过长,有的病种甚至要等待一年或几年才能住进医院,引起了公众的强烈不满。

为了解决国家医疗保险模式存在的问题,英国政府进行了一系列改革。从1984年起,英国开始实行国有医院私有化,并鼓励私营医疗等福利事业的发展,以加强医疗服务市场的竞争。1989年,英国宣布了卫生服务改革计划,试图将国家卫生服务

① 高连克,杨淑琴.英国医疗保障制度变迁及其启示[J].北方论丛,2005(4).

② 仇雨临,孙树涵.医疗保险[M].北京:中国人民大学出版社,2001(1).

体系的优势(人人平等)同市场体制的优势(适应消费者的需求)有机地结合起来。1990年,议会下院通过《卫生医疗服务及社区护理法案》,对国家卫生服务体系进行改革,在NHS中引进市场机制,将购买方和供应方的作用分开,通过建立医疗服务供、需双方“内部市场”关系来规范医院的行为。

NHS改革后,取得了初步成效,主要表现在:病人作为医疗服务消费者的地位得到提高,利益受到保护;卫生经费的分配和使用情况比以前透明;医院效率提高,病人等候医疗服务的现象减少;医疗质量提高,平均住院时间缩短。但在改革过程中也出现了新的矛盾,如医院面临的压力较重,对医疗服务的要求提高,而医生的实际收入有所降低,出现推诿病人的现象等。因此,国家卫生服务体系的改革仍需要继续深化和推广。

1993年以后,梅杰政府又“对国民健康服务体系进行了重组”,首先将地区卫生局和家庭医疗服务机构合并,简化管理责任、削减管理费,仅伦敦就由12个减少到9个,每所医院根据就诊人数向政府提交经费预算;其次,精简医疗管理层次和管理人员,全国14个大区合并为12个,177个地区减少到77个,社区和通科医生管委会直接由地区负责;再次,医院和地区卫生部门签订合同,超支则减少人员乃至关门。同时,保持初级和二级医疗服务的一致性,加强中央政府对市场的控制。这些改革提高了医疗服务效率(4年提高了1%),降低了治疗成本,增强了信息的透明度,患者的满意度有所提高。但是,医疗管理费用始终没有能够降下来。

1997年,工党领袖布莱尔出任首相后,提出了“新英国、新经济”口号。并在前政府福利政策基础上继续深化这场“福利革命”。新政府试图在减轻国家财政负担前提下不降低国民的健康福利,发挥社区等“第三部门”在医疗保障中的积极性,努力在社会保障权利与义务之间寻求“第三条道路”,变原来的“消极福利”为现在的“积极福利”,强调“没有责任就没有权利。”针对20世纪80年代以后两届政府在医疗保障领域里的改革过分强调压缩医疗保障费用、削减民众医疗保障待遇而忽视中下层尤其是弱势群体利益情况,是年12月,布莱尔政府发布了新的国家卫生服务体系白皮书,即“增加医疗经费来源;明确病人权利和完善评价指标;提高服务效率和质量;改革内部市场、代理和计划机制;降低管理成本;建立卫生服务地区。”显然,布莱尔政府试图实行控制医疗保障费用和提高服务效果两大目标并举措施,即“在提高筹资来源、规模的基础上比以前更加突出卫生服务提供的公正性、可及性和效率”。但布莱尔政府的这场改革依然没有达到预期目标。有关资料显示,到2002年3月底,