



全国高等学校医疗保险专业第一轮规划教材

医疗保险国际比较

张 晓 黄明安 主编



科学出版社

全国高等学校医疗保险专业第一轮规划教材

医疗保险国际比较

张 晓 黄明安 主 编

科 学 出 版 社

北 京

内 容 简 介

本书是全国高等学校医疗保险专业第一轮规划教材之一。本书是由国内主要高校的学者,运用比较分析的方法,对各国医疗保障的主要制度发展与特点、管理模式、立法实践、面临共同难题及改革的挑战、改革的主要方法和路径,以及对我国医疗保障制度建设的启示等,进行了较为详细的阐述。全书共八章,第一章概述;第二章医疗保险的形成与发展;第三章医疗保险模式的划分与国际比较;第四章医疗保险立法实践的国际比较;第五章医疗保险管理体制国际比较;第六章几个典型国家的医疗保险介绍;第七章医疗保险面临的共同问题与改革趋势;第八章国际经验对我国的启示。

本书可供高等医药院校的医疗保险、社会保险、卫生事业管理、预防医学及保险等专业的本科生和研究生使用,也可供政府及社会保险经办机构中的相关人员参考。

图书在版编目(CIP)数据

医疗保险国际比较 / 张晓,黄明安主编. —北京:科学出版社,2015.7

全国高等学校医疗保险专业第一轮规划教材

ISBN 978-7-03-045257-3

I. 医… II. ①张… ②黄… III. 医疗保险-对比研究-世界-高等学校-教材 IV. F840.684

中国版本图书馆CIP数据核字(2015)第172236号

责任编辑:刘 亚 郭海燕 / 责任校对:赵桂芬

责任印制:肖 兴 / 封面设计:陈 敬

版权所有,违者必究。未经本社许可,数字图书馆不得使用

科学出版社 出版

北京东黄城根北街16号

邮政编码:100717

<http://www.sciencep.com>

大厂书文印刷有限公司 印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2015年7月第 一 版 开本:787×1092 1/16

2015年7月第一次印刷 印张:10

字数:259 000

定价:39.00元

(如有印装质量问题,我社负责调换)

全国高等学校医疗保险专业第一轮规划教材 编写委员会

主任委员 王东进

副主任委员 郭 清 梁 鸿 林闽钢

总 主 编 周绿林

副 总 主 编 张 晓 李绍华 姚东明 黑启明

吴 涛 周尚成

总 编 委 (以姓氏笔画为序)

于彩霞 马蔚姝 王 玖 王先菊

王志中 王高玲 毛 瑛 刘同芾

刘海兰 李 钧 李君荣 李跃平

吴 静 吴海波 何 梅 宋跃晋

张开金 张美丽 金 浪 周晓媛

郑 林 赵成文 胡 月 俞 彤

柴 云 陶四海 黄明安 彭美华

覃朝晖 鲍 勇 黎东生

秘 书 詹长春 郭海燕 刘 亚

《医疗保险国际比较》编委会

主 编 张 晓 黄明安

副主编 吴 静 任建萍 郭健美 刘 蓉

编 者 (按姓氏拼音排序)

陈曼莉 湖北中医药大学

代宝珍 江苏大学

段明妍 东南大学

郭健美 潍坊医学院

胡 月 南京医科大学

黄明安 湖北中医药大学

景虹雅 山西医科大学

李长乐 内蒙古医科大学

李林蔚 杭州师范大学

刘 蓉 东南大学

孟雪晖 温州医科大学

任建萍 杭州师范大学

吴 静 华中科技大学

张 晓 东南大学

全国高等学校医疗保险专业第一轮规划教材 出版说明

教材建设是专业建设中最基本的教学条件建设,直接关系到教学效果和人才培养质量。中国自 20 世纪 80 年代开始探索医疗保险制度改革之路,90 年代启动试点和扩大试点范围,1998 年国务院正式作出决定在全国建立城镇职工基本医疗保险制度,21 世纪初开始新型农村合作医疗制度试点,随后又进行城镇居民基本医疗保险制度试点和建立城乡居民医疗救助制度。2009 年开始的深化医药卫生体制改革(俗称“新医改”),使我国基本医疗保险制度建设得以迅猛发展,实现了历史性跨越。到目前为止,覆盖人数已达 13 亿人,95% 的国民有了基本医疗保障,全民医保体系初步形成。

伴随着医疗保险事业的发展,我国医疗保险专业建设也走过了 20 年历程。目前全国已有约 40 所高校设立医疗保险专业(方向),这对教材建设提出了更高的要求。

为适应新时期医疗保险专业人才培养和高等医疗保险教育的需要,体现最新的教学改革成果,经相关核心高校商讨,决定编写全国高等学校医疗保险专业第一轮规划教材。2014 年 5 月成立了“全国高等学校医疗保险专业第一轮规划教材编写委员会”,经编委会反复论证,确定了 12 门专业基础课和专业课作为该专业核心课程,并决定进行相关教材的编写。此后在全国范围内进行了主编、副主编、编者的申报遴选工作。2014 年 8 月在江苏大学隆重召开“全国高等学校医疗保险专业第一轮规划教材主编、副主编聘任会暨全体编委会会议”,编写工作正式展开。

本次规划教材是我国第一套医疗保险专业系列教材,是医疗保险专业高教工作者 20 年集体智慧的结晶,必将对我国高等学校医疗保险专业建设和人才培养产生深远的影响。

全国高等学校医疗保险专业第一轮规划教材编写委员会

2015 年 5 月 10 日

前 言

医疗保险在世界范围内广泛存在。由于各国国情不同而呈现出不同的特征,形成了不同的制度模式。目前,世界上的医疗保险模式主要有4种,即全民医疗保险模式、社会医疗保险模式、市场主导型医疗保险模式和储蓄医疗保险模式。不同的制度模式有不同的演变过程和特点,因此研究不同国家或地区的医疗保险制度演化过程,以及构建和完善全民健康保险制度,是顺应全民健康覆盖(UHC)发展趋势的实践,对我国医疗保险制度建设具有很好的现实意义。对此,结合多年的教学和研究实践,在查阅大量国内外学术论文与优秀著作之后,我们组织编写了《医疗保险国际比较》这本书,以满足教学和科研的需要。

本书框架由主编拟定,共8章。第一章主要介绍医疗保险国际比较的价值定义、内容界定与比较方法选择,由东南大学张晓编写;第二章主要介绍医疗保险产生的背景及医疗保险自1883年在德国建立时起一个多世纪的发展变革,由温州医科大学孟雪晖、山西医科大学景虹雅编写;第三章主要介绍目前主要几种医疗保险模式及模式间比较分析,由东南大学刘蓉、段明妍编写;第四章主要介绍国际上关于医疗保险的法律和值得我国借鉴的经验,由湖北中医药大学黄明安、陈曼莉编写;第五章主要介绍医疗保险的管理体制国际比较,包括医疗保险筹资与支付管理、信息与监督管理,由杭州师范大学任建萍、李林蔚编写;第六章主要介绍几个典型国家的医疗保险制度,包括德国与英国、日本与韩国、美国与加拿大、新加坡与泰国,德国与英国医疗保险制度由江苏大学代宝珍编写,日本与韩国医疗保险制度由内蒙古医科大学李长乐、东南大学刘蓉编写,美国与加拿大医疗保险制度由南京医科大学胡月编写,新加坡与泰国医疗保险制度由东南大学张晓、刘蓉编写;第七章主要介绍医疗保险面临的挑战与发展新要求,由潍坊医学院郭健美编写;第八章主要介绍当前国际经验对我国医疗保险改革的启示及我国医疗保险制度改革与发展新方向,由华中科技大学吴静、东南大学张晓编写。

本书有以下特点。一是注重整体,注重比较。教材在充分研究国际医疗保险理念与制度发展新方向的基础上,对不同医疗保险模式进行比较分析,并重点介绍几个典型国家的医疗保险制度,具有较强的学术性。二是章节逻辑清晰,主次分明。本书在介绍国际医疗保险制度时着重对不同制度体系进行比较分析,每章最后都有案例分析,加强理论与实践的结合。三是编写人员主要由长期从事医疗保险教学与科研的资深教师组成,队伍阵容强大,权威性强。

《医疗保险国际比较》是全国高等学校医疗保险专业第一轮规划教材,可作为高等院校医疗保险和经管类相关专业的本科生教材及其他相关专业选修、参考教材,也可作为医疗保险实际工作部门中各类人员的学习参考书或培训用教材。

编 者

2015年5月

目 录

第一章 概述	(1)
第一节 医疗保险国际比较价值定义	(1)
第二节 医疗保险国际比较内容界定	(2)
第三节 医疗保险国际比较方法选择	(9)
第二章 医疗保险的形成与发展	(12)
第一节 医疗保险产生的背景	(12)
第二节 医疗保险体系的形成与发展	(17)
第三节 医疗保险体系的改革和发展	(21)
第三章 医疗保险模式的划分与国际比较	(28)
第一节 医疗保险模式分类比较概述	(28)
第二节 各国社会医疗保险体系构成比较分析	(35)
第三节 不同模式社会医疗保险的比较分析	(37)
第四章 医疗保险立法实践的国际比较	(47)
第一节 医疗保险立法体系的建立	(47)
第二节 医疗保险立法理论、原则的国际研究	(52)
第三节 中国医疗保险立法和国际经验借鉴	(58)
第五章 医疗保险管理体制国际比较	(65)
第一节 医疗保险管理体制概述	(65)
第二节 医疗保险的筹资与支付	(70)
第三节 医疗保险信息与监管体系	(76)
第六章 几个典型国家的医疗保险介绍	(82)
第一节 德国与英国	(82)
第二节 日本与韩国	(90)
第三节 美国与加拿大	(93)
第四节 新加坡与泰国	(102)
第七章 医疗保险面临的共同问题与改革趋势	(108)
第一节 健康观念和疾病变化对医疗保险的挑战	(108)
第二节 人口老龄化对医疗保险的新要求	(112)
第三节 医药科学技术发展与医疗费用控制	(118)
第八章 国际经验对中国的启示	(124)
第一节 中国医疗保险改革的历史与现状	(124)
第二节 对完善制度目标和体系设计与改革的启示	(135)
第三节 对完善制度管理体制的启示	(137)
第四节 对中国医疗保险制度改革路径的启示	(138)
参考文献	(147)

第一章

概述

内容提要

医疗保险制度是社会制度体系的重要内容之一,无论是发达国家还是发展中国家的政府都一直致力于为其国民提供公平、可及、高效和经济上可承受的医疗服务。但是,由于各国的国情差异和各自的局限性,医疗保险制度的实践结果难以获得国民完全的满意且饱受责难,成为困扰全球多数国家的难题,各国一直都处于不断的改革探索之中,试图找到让国民满意的方案,形成了不同的保障模式。为观察和借鉴各国的制度实践,获取有价值的制度改革设计和改革措施。本章从3个方面对全球主要国家在改革的价值与动因、改革方向和主要策略选择,以及改革的方式上进行比较,为我国的医改提供参考和借鉴。

第一节 医疗保险国际比较价值定义

一、比较的目的

医疗保险是保障国民身体素质的重要措施,它在人类社会发展起了重要作用。自1883年德国制定世界上第一部医疗保险法——《疾病社会保障法》以来,医疗保险已有了100多年的历史。由于历史背景的不同,各国的医疗保险模式也各不相同。特别是第二次世界大战(以下简称二战)以后,许多国家在发展经济的同时深刻认识到,健全医疗保险制度、发展卫生事业、保证公民基本卫生服务,不仅可以解决或缓解一些尖锐的社会矛盾,而且可作为一种开发人力资源不可缺少的健康投资,还有利于促进本国经济的持续发展和国民素质的不断提高。为此,绝大多数国家都根据本国政治、经济、文化和民俗等因素,建立了各具特色的医疗保险制度。但是,迄今为止,还没有哪一个国家的医疗保险制度是完美无缺的,各国都在不断地进行着探索和改革。

世界上主要存在4种医疗保险模式,分别是全民医疗保险模式、社会医疗保险模式、市场主导型医疗保险模式和储蓄医疗保险模式。但4种制度模式的历史发展、理论基础、基本政策、制度特点差异明显,国际比较需要深入研究各种医疗保险模式产生的背景条件、医疗保险体系的形成和发展,以及医疗保险运行的融资模式、享受条件、保障项目、医疗服务、政府责任等,从多角度比较分析这种差异,归纳各种模式的优缺点,探求医疗保险制度的理论基础、政治基础、经济基础和社会基础。“他山之石,可以攻玉”,通过医疗保险国际比较,可以不断学习和借鉴国外医疗保险制度的经验,吸取教训,解决我国医疗保险制度建设中存在的问题,建设和完善我国医疗保障制度,构建长效可持续发展的医疗保险制度体系,实现保障全民健康的目的。

二、比较的意义

医疗保险作为社会保障制度的重要组成部分,是伴随着经济发展和城市化的进程发展起来的,因而西方发达国家医疗保险制度(简称医保制度)的建立和发展时间比较长,既有丰富的经验又有深刻的教训。对国外医疗保险制度建立和发展过程中的一般规律和经验进行总结,对各种不同的医

疗保险制度模式的特点进行剖析,对指导我国建立和完善社会保障制度具有重要意义。

(一) 总结发达国家医保制度的建设和发展规律,分析总结各种主要医保制度模式的特点

大部分西方国家在 19 世纪末到第二次世界大战结束期间都建立起了各自的医疗保险制度。通过研究各国医疗保险制度建立和发展的历程可以发现,几乎所有的国家都经历了从社会医疗救助到建立专门的医疗保险制度;从覆盖部分职业人群逐步发展到覆盖大多数或者全民的医疗保险体系;从最初的疾病津贴发展到不仅提供医疗津贴和医疗服务,甚至将预防保健、健康教育、康复护理等也纳入医疗保险体系的过程。各国在建立和完善制度过程中的规律性问题和经验教训,更值得我们认真研究和总结。

经济发展水平不是影响医疗保险制度的唯一因素,政治、文化和思想理论也对医保制度产生了重大影响。所以,经济发展水平相同的国家医疗保险体系的制度模式可能不同,不同经济发展水平的国家的医疗保险体系的主要制度模式可能是相同的。并且,从主要的医疗保险体系构成来看,任何国家的医疗保险制度都不是单一的,为了适应不同人群的医疗服务需求,通常都会形成一个多层次、多形式的医疗保险体系。尽管各国的医疗保险模式不同,但是构成各国医疗保险体系的主体制度有很多是相同或相近的,如德国的法定医疗保险、法国的法定医疗保险、日本的国民健康保险和韩国的雇员医疗保险属于相同的制度模式,加拿大的公共卫生保健制度、澳大利亚的全民卫生保健制度及英国的国家卫生服务保障制度属于相同的制度模式。

(二) 医疗保险制度的国际比较对中国构建医疗保险制度具有指导意义

在中国这样一个世界上人口众多的农业大国建立医疗保险制度,首先是要立足于国情,同时还要借鉴发达国家的经验。虽然各国的情况不同,但是建立、发展和改革医疗保险制度的目的都是一致的,即保障人民的身体健康;虽然各国医疗保险的制度模式不同,但是都经历了或将要经历同样或类似的发展历程。通过比较研究对各国医疗保险发展的过程和趋势、原因和结果、正面和反面的经验进行深入分析,在总结经验的基础上探索中国医疗保险制度的未来发展之路。

第二节 医疗保险国际比较内容界定

一、模式选择比较

(一) 国际上现行的医疗保险模式比较

目前世界上主要存在 4 种医疗保险模式:全民医疗保险模式、社会医疗保险模式、市场主导型医疗保险模式和储蓄医疗保险模式。

1. 全民医疗保险模式

全民医疗保险模式是指由政府直接组办的医疗保险,主要通过税收的方式筹集基金,并采取国家财政预算拨款的形式将医疗保险基金分配给医疗机构,由医疗机构向国民提供免费或低收费的医疗服务,其有 4 个特点。

1) 具有全民性和公平性。政府对所需医疗的公民,无论其贫富,均提供公平、可及的医疗和保健服务。

2) 实施免费医疗。即医疗费用由社会保险机构直接拨付给医院医生或药品供应者。医生的报酬与服务多少及服务质量不发生任何连带关系,患者对卫生服务的利用程度与其经济利益也不发生

任何关系。其结果导致医疗机构微观运行缺乏活力,医疗资源浪费。

- 3) 医疗保险费用增长过快。由于供需双方缺乏费用意识,医疗消费水平较高,政府不堪重负。
- 4) 住院等待期较长。享受国家卫生服务者住院时,不仅免交医药费,连伙食也是免费供应的。但由于资源的有限性,公共产品的提供会发生拥挤,致使排队现象出现,等待时间较长。

2. 社会医疗保险模式

社会医疗保险模式是指国家通过立法强制实施,由雇主和个人按一定比例交纳保险费,建立保障基金,支付雇员(有时包括家属)医疗费用的一种医疗保险制度,其有 3 个特点。

- 1) 国家医疗保险制度与市场经济有机结合。根据医疗保险的需求,保险机构在国家宏观调控下灵活地调整费率。
- 2) 医疗保费稳定增长。在实行医疗保险的情况下,是以劳动所得为缴费基数,加以一定的保险费,这不仅是一种与政府其他政策领域没有竞争的独立财源,而且保险基金的用途是特定的,因此具有很高的稳定性。
- 3) 保险和服务机构独立核算、职责分明,双方相互制约,有利于卫生资源合理有效的利用,且患者择医的自由度较高,对服务质量的满意度较高。

3. 市场主导型医疗保险模式

市场主导型医疗保险模式是由商业保险公司承办,市场运作的保险业务,保险公司根据需求开发产品提供给市场,参保人自愿参保,供求关系由市场调节。其也有 4 个特点。

- 1) 参保自由,灵活多样,适合多层次的需求。
- 2) 缺乏健康保障。美国的医疗保险制度完全信奉依赖市场原则。由于医疗保险费支出较大,被保险人负担较重,在实行自愿参保制度下贫困者难以得到保障。
- 3) 医疗消费主要通过市场来调节,缺乏有力的制约,容易造成费用的失控。
- 4) 医疗保健制度不健全,管理混乱。医院、医生对被保险人没有承担起相应的责任,医疗质量低,过度服务和费用转移现象严重。

4. 储蓄医疗保险模式

储蓄医疗保险模式是指依法轻质性地以家庭为单位建立医疗储蓄基金,逐步积累,为今后的患病支付费用,是个人积累式的医疗保险模式。该模式有 3 个特点。

- 1) 强调自立与责任,患者如需享受某种医疗服务,必须自己支付相应的费用。
- 2) 雇员缴纳的医疗保险费完全记入个人账户,存款属个人所有,透明度高。
- 3) 直接与个人利益联系在一起,有利于对医疗资源使用的制约和对医疗单位的监督。该模式的不足之处在于:强调“纵向”积累,缺乏“横向”互助共济。

4 种医疗保险模式的简要比较,见表 1.1。

表 1.1 4 种医疗保险模式的对比

保险模式	代表国家	保险人群	筹资方式	管理运行方式	优点	缺点
全民医疗保险模式	英国	全民	国家税收	国家直接管理、财政二次分配	公平	效率低
社会医疗保险模式	德国	产业人群,覆盖多数国民	保险费(企业、个人)	非营利性组织 + 竞争、现收现付	相对公平	选择性低
市场主导型医疗保险模式	美国	保险消费者	保险费	市场竞争、现收现付	富有效率	公平性差
储蓄医疗保险模式	新加坡	工薪人员	保险费	国家管理、纵向积累、自保为主	权责清晰	公平性差

资料来源:Improving the Value of Health Care 及乌日图《医疗保险国际比较》等

（二）模式选择的价值取向

1. 全民医疗保险制度的价值取向

全民医疗保险制度的价值取向是平等主义的思想。平等主义的思想与自由主义相对立。商品平等主义(commodity egalitarianism)认为有些特定商品应该平均分配,这些特定的商品如投票权、食品、住房、教育、医疗等,具有公共产品的某些特性(克里斯托弗·伍达德:《平等主义》,2005年)。在医疗领域,一方面,平等主义者要求“按照需要分配医疗资源”,医疗消费不应该受到人们收入水平或财富水平的影响,即国家强制全体社会成员参与社会医疗保险,主张把健康包括在自然权利之内,医疗服务也主要由政府按照需要提供;另一方面,医疗融资以公共融资为主,按照支付能力融资,即收入较高的人缴纳较高的保险费或承担较高的税赋。

2. 社会医疗保险制度的价值取向

社会医疗保险制度的价值取向是社会市场经济理论。这种理论体系演绎产生了一种以政府为主、市场为辅的医疗保险模式,主要是以国家实行强制性医疗保险为特点,商业保险作为补充的。主张放弃传统的单一的极端保守性或激进性政策选择,实行介于两者之间的调和性政策选择,强调优先的国家干预与有限的市场调节相结合,主张社会保障中的国家责任、社会责任与个人责任平衡,强调社会保障水平与经济发展水平的协调等。这种理论强调对医疗服务的支付更多地按照收入水平确定,而医疗服务的利用更多地按照需要分配。由于社会医疗保险的重要性及复杂性,如果完全由市场自发组建,可能会导致医疗保险的缺失,从而导致市场失灵,这为政府的广泛介入提供了理论基础。同时政府出面组织医疗保险可以以国家意志的形式形成强有力的管理机制和约束机制。各国政府都对此采取了广泛介入的态度,从医疗服务人员和医疗服务机构的从业资格、卫生资源的合理分配到医疗消费品的价格制定、疾病的诊疗规范和社会医疗保险的支付制度都有一系列严格的规定,因此,社会医疗保险的经济运行将在很大程度上受到政府政策性因素的影响。这种医疗保险就是国家以法律强制手段强制个人向社会机构参加,个人以企业或者组织为单位进行参保,目前此种模式在世界上最为普遍,被绝大多数国家所采用。社会医疗保险制度的原则是横向统筹、现收现付、互保共济。

3. 储蓄医疗保险制度的价值取向

储蓄医疗保险制度的价值取向是自由主义和个人主义。新加坡采取的是公积金制度,其中医疗储蓄账户是作为本人及其家属住院部分及门诊部分项目的医疗费之用,实质上是在政府统一制度下的家庭共济。政府有保证基金保值、增值的作用。这种医疗保险模式以个人责任为基础,政府分担部分费用,强调个人通过积累支付部分医疗费;享受的医疗服务水平越高,付费也越多,这样可避免过度利用医疗服务行为的发生,减少浪费。这一模式要求每个有收入的公民都要为其终生医疗需求而储蓄,以解决自身的医疗保健费用,从而避免上一代人的医疗保健费用转移到下一代人身上。储蓄医疗保险模式的缺陷是,不能实现社会互助共济、共同分担疾病风险,低收入人群得不到医疗保险,或者难以得到更好的医疗服务。

4. 市场主导型医疗保险制度的价值取向

市场主导型医疗保险制度的价值取向是自由主义理论。自由主义理论强调尊重人们的自然权利,其中两项重要的权利是生存权和拥有权。如果人们拥有或给予某种东西并不影响其他人的利益,则这种行为就是合理的,否则就触犯了自然权利。因而自由主义不主张政府干预,认为税收应该控制在最低水平。在医疗领域,自由主义认为医疗可及性和人们的收入相关,富有的人可以比其他人获得更好的医疗服务。按照自由主义的思想,医疗服务的融资主要由私人提供,如商业医疗保险或个人自己支付。医疗服务提供中的政府参与也应控制在最低水平,政府只提供最基本的服务,满

足穷人的需求医疗可及性。就是不论收入高低,个人自愿向社会保险机构投保,国家对此不做强制性规定。

(三) 模式选择比较的结果

不同类型的医疗保险模式在保障对象、政府责任、保障功能、保障水平、社会管理体系中的地位等存在差异,具体比较见表 1.2。

表 1.2 医疗保险模式的选择

制度模式	全民医疗保险型	社会医疗保险型	市场主导型医疗保险	储蓄医疗保险型
保障对象	覆盖所有国民	主要覆盖一般收入人群,高收入人群和低收入人群也可以被强制纳入	主要覆盖一般或高收入人群	主要覆盖低收入的人群
政府责任	政府主办	政府以法律强制形式引导,不直接主办。由社会主办	政府监管,市场主办	政府鼓励,个人自保
保障功能	包括疾病医疗、预防保健等,一般不包括疾病、生育津贴	一般包括疾病医疗,也包括疾病和生育津贴。也有逐步扩展到预防、保健的趋势	一般包括住院保险、重大疾病保险	一般包括住院医疗费用和门诊特殊疾病
保障水平	保障基本健康需求,保障水平较高	保障基本的医疗需求,保障水平因国家经济发展水平不同可有不同	一般保障较高水平的医疗需求	保障基本医疗需求
体系中的地位	一般作为一个国家制度体系的主体	一般作为一个国家制度体系的主体	一般作为一个国家制度体系的补充,也有个别国家作为制度体系的主体	可以作为一个国家制度体系的基础部分
典型制度举例	英国、加拿大、澳大利亚等国家卫生服务制度	德国、法国、日本等国的法定医疗保险	美国的私人医疗保险	新加坡个人储蓄制度

资料来源:Improving the Value of Health Care 及乌日图《医疗保险国际比较》等

二、制度安排比较

(一) 制度设计的理念

1. 全民医疗保险型模式

从制度设计理念来看,国家卫生服务制度是面向全体公民的。在福利型的英国、瑞典等国家,所有的公民都享受统一的医疗保障待遇,实行这种模式的国家秉承普遍、公平、免费(或付少量费用)的宗旨,建立人人享有的“从摇篮到坟墓”的社会保障制度,其中的医疗保障待遇优厚,不分种族、年龄和性别同样享受各种保障待遇。在这几种医疗保障制度模式中,国家卫生服务保障制度模式是最体现社会公平的制度模式。

2. 社会医疗保险型制度模式

该模式的公平性是有限的,只有在缴费的基础上才能享受有关待遇,因此,理论上讲社会医疗保险制度无论何时都难以覆盖全体公民,所以,实施社会医疗保险制度是以追求大多数人的社会公平为目标的,为绝大部分人提供医疗保障。从微观上看,权利和义务对应原则基础上的互助共济,保证了医疗保险参与者在待遇上的公平,参加社会医疗保险的人群,不论其参加时的收入水平、年龄大小、健康状况、性别差异,都能够按规定的范围和水平享受社会医疗保险待遇,在制度范围内体现了公平性。

3. 市场主导型医疗保险型制度模式

本质是按人群设计的制度安排,但该模式具有鲜明的选择性。商业医疗保险机构或私人医疗保险机构对投保人采取市场筛选的办法,从机制上是尽量将医疗风险小的人群即健康人群纳入保险范围而排斥社会弱者如患者、老人和穷人,尽管理论上也可以而且事实上也设计了针对老人、穷人和已有病史人群的医疗保险产品,但由于这部分人群中大部分是低收入人群,没有能力购买市场医疗保险给他们提供的保险产品。所以在大多数国家市场医疗保险的客户主要是社会中上阶层的高收入人群。因此,市场主导型医疗保险制度模式在宏观上无法体现社会公平。因此,很多国家都将市场医疗保险作为主体的医疗保障制度的补充,共同构成一个完善的医疗保障体系。

4. 个人储蓄医疗保险型制度模式

该模式在实现社会公平方面比市场主导型医疗保险制度模式要稍好一些,主要体现在强制储蓄,在缴纳公积金时,由雇主和雇员共同缴纳,在保值增值方面政府给予优惠政策,使尽量多的人能够参加并享受个人储蓄医疗保障。和社会保险制度模式相比,由于个人储蓄医疗账户与个人收入直接联系,所以高收入人群和低收入人群的个人储蓄医疗账户资金额差距比较大,再加上没有社会共济的功能,所以它的公平性比社会医疗保险制度模式要差。

(二) 政策制定的价值取向

1. 保障型价值取向的医疗保险模式

社会医疗保险模式,大多数国家和社会保险制度都是通过法律强制实施的,而非个人或者保险人的自由选择,这是与市场主导型医疗保险制度的重要区别之一。强制实施的主要目的是防止出现逆向选择的风险,保证不同收入和不同健康状况的人员能够在同等条件下参加保险,同时保证医疗保险基金有足够的抵御风险和互济的能力,从而实现医疗保险的保障目的。与此类似的是国家医疗保险模式,国家医疗保险模式是指政府以税收或缴费的方式筹集资金,以国家财政预算拨款和专项基金的形式向医疗机构提供资金,由医疗机构向国民提供免费或低收费的,包括预防保健、疾病诊治和护理康复等一揽子卫生保健服务的医疗保障制度。这两种制度在制定上把保障目的放在第一位。

2. 基金安全型价值取向的医疗保险模式

在政策制定的价值取向上,市场主导型医疗保险模式和个人储蓄型医疗保险模式更侧重于基金的安全。市场医疗保险是一种“第三方”支付的机制,参保人发生的医疗费由保险组织向医疗机构支付。医疗服务作为一种商品,面向社会所有成员,其供求关系由市场进行调节,保险机构根据市场的不同需求开展业务,基金安全有保障。个人储蓄型医疗保险模式要求每个有收入的国民在年轻时就要为其终生医疗需求储蓄资金,从而避免了医疗保健费用的代际转移,强调个人的自我保障意识和责任,保持医疗消费水平与国家经济发展相适应。个人储蓄医疗账户的资金只能用于个人和家庭成员的医疗消费,雇主、雇员的缴费比例实行动态调整,这样就能尽量避免医保基金风险。

三、管理体系比较

(一) 单独管理体制:单一购买者

全民(国家)健康保险模式是一种由单独机构管理的福利型制度。在福利国家向全体国民免费提供,在其他国家是向特定人群免费提供。在绝大多数实行国家卫生服务保障制度的国家,政府是该制度的直接组织者,政府通过建立医疗机构,或购买私人医疗服务,直接向全体国民或特定人群提供医疗服务,不存在“第三方”支付。例如,英国 NHS 的管理机构由上至下包括中央卫生部、大区卫生管理局、区卫生局、全科医生委员会和社区卫生服务委员会。

(二) 单一管理体制:一个部门管理

社会医疗保险制度模式是依法设立社会化管理的医疗保险机构作为“第三方”支付组织,这些经办机构都是依法设立的公共管理机构,这与商业医疗保险机构不同,最主要的区别是不以营利为目的,代表参保人统一管理医疗保险基金,并按规定向给予参保人提供医疗服务的医疗机构支付医疗费用。纯粹是为了服务社会医疗保险的经办机构有3种类型:第一种是由政府举办的公共事业机构,经办机构的业务经费、人员工资均由财政负责,例如,日本国民健康保险的经办机构。第二种是民办法定社团机构,其是通过参保人群选举产生管理委员会下设的经办组织,管理费用从医疗保险经费中按国家规定的比例提取,如德国的社会医疗保险各类疾病基金会。根据德国法律,医疗保险疾病基金会被定义为“受国家法律制约的私人公司”,它们实行自主经营、自我管理和自负盈亏,政府不会给予任何补贴。第三种是行业和企业举办的社团协会。对员工达到一定规模的企业和行业,法律允许在行业(企业)内组建医疗保险经办机构,负责企业内部雇员及其家属的社会医疗保险经办业务。管理费用可以从基金中提取,企业也可以投入一定的经费,如日本的由大企业管理的雇员健康保险等。

(三) 联合管理体制:两部门及以上的联合管理

市场医疗保险也是一种“第三方”支付的机制,但要接受两部门以上的联合管理。在市场医疗保险模式下,政府的责任是制定与医疗保险相关的法律法规,从制度上规范保险市场和医疗服务市场的行为,而医疗保险机构的规范是由联邦政府、州政府和一些民间的自律性机构3个层次来实施的,即医疗保险组织作为雇员保险金提供者,它们接受联邦政府的监管;作为保险公司,它们又接受州保险部门的监管,另外,在医疗保险行业还存在着一些自律性的机构和独立的标准制定机构,它们对医疗保险的业务操作有重大的影响。

在管理体系上,个人储蓄医疗保险制度模式通常也是由几个部门联合管理的。以新加坡为例,新加坡的卫生服务行政管理是由3个政府部门负责的,包括卫生部、环境部及人力资源部。其中卫生部负责制定全国卫生政策,协调公立和私营卫生服务部门的发展和规划,制定诊疗标准,负责提供预防、治疗和康复服务;环境部负责与环境有关的公共卫生服务,传染病控制,食品安全;人力资源部负责职业卫生事宜。

四、制度改革比较

(一) 改革的动因:共同的原因

1. 社会经济发展

(1) 劳动力市场变化:中国经济的快速发展,带来了劳动力市场的变化。首先,工业化、城镇化推动了就业模式的转变,大量就业者,从农业转向非农部门,农民丧失了作为主要生产资料的土地,成为了出卖劳动力的雇佣工人家庭。逐步开展的机器大生产又导致家庭手工作坊逐渐衰退,家庭的实物生产功能逐渐丧失,其保障能力下降,导致医疗保障的需求增加。工业化、城镇化伴随着人均预期寿命的延长,工业化既依赖于科学技术,又促进了科学技术的进步。医疗技术的进步与生活水平的提高是工业化国家人均预期寿命延长的主要原因,它们又与工业化和城镇化互为因果。这也会增加对医疗保障的需求。同时,完善的医疗体系也是维持经济持续稳定增长的必要保证。

(2) 失业与流动:随着我国的改革开放和城乡经济的不断发展,劳动力的流动逐渐频繁,流动人口的数量迅速增加。流动人口的社会保障问题已成为我国社会保障体系亟待解决的严峻问题,医疗保险问题尤为突出。同时,失业人口也有所增长,失去收入后家庭抵御医疗风险的能力大大增加,失

业者医疗保险的接续等问题突出。新常态经济形势下的劳动力失业和流动现象会更加活跃,这对现在的医疗保险体系提出了新的问题和挑战,对医疗保险的改革势在必行,以满足经济新常态的发展需要。

2. 医疗支出的压力:医疗费用的快速上涨

(1) 人口老龄化:人口老龄化是指一个国家或地区在一个时期内老年人口比重不断上升的现象或过程。国际上一般以 60 岁或 65 岁为老年人的年龄起点,老人比重占 5%~10% 称为成年型人口,10% 以上为老年型人口。人口老龄化将增加劳动年龄人口的负担,还给社会公共福利、医疗卫生等方面带来影响。19 世纪以来,科技发展及医学进步使人类得以通过各种疫苗、抗生素、卫生用水、卫生设施和各种保健常识等,在整体上成功地降低了婴儿的死亡率,控制了各种传染病的蔓延并延长了人类的寿命。20 世纪末的最后几周,全球人口已突破 60 亿大关。然而,由于本世纪人类生育率和死亡率的大幅度降低,人口老龄化造成劳动力衰退的问题暂时取代了人口爆炸的忧虑,而成为 21 世纪人类所面临的巨大挑战。随着生产人口和新生婴儿的增长速度放缓,老龄人口急剧上升而造成的社会成本将重重地降落在日渐减少的生产人口肩上。数量日渐缩减的生产人口将需要负担起数目日益庞大的老龄人口的医疗保障费用,甚至陷入不胜负荷的境况。

(2) 医药技术的发展:高新技术的发展,促进了医学进步,有利于提高健康水平,创造更大的社会价值,但同时引发了医疗费用的高速上涨,大大加重了社会负担。首先,医学高新技术发展加剧了卫生资源分配不公,临床医学中强调的广泛而昂贵的治疗虽然挽救了某些危重患者的生命,延缓了死亡进程,但是这种关注疾病而忽视患者的倾向,以及为患者和社会带来的沉重经济负担越来越受到人们的批评。过分依赖医疗新技术造成的误诊也会导致医疗费用上涨。在医疗过程中,医生最重视的是手中的检查报告,忽视了患者心理、社会因素对疾病的影响。其次,各家医院为了经济利益,采取各种物质奖励办法促使医生多开高技术检验单,医生在开检验单时,考虑诊断疾病的适应性和患者的经济承受力少了,考虑自身的经济利益多了,造成了大量的卫生资源的浪费。

(3) 消费主义运动:一般认为,医疗消费主义包括过度医疗和医疗高价格。过度医疗的典型症状为大处方、滥检查、滥用高档耗材、“小病大治”、“大病豪治”等。医疗消费主义是一种将医疗服务本身当作目的,并对其实行不正当消费的价值观。在这种价值观的支配下,社会的政策只考虑医疗技术本身的发展及其所带来的效益,而不考虑社会整体的公平与公正。医方将医疗当作营利的手段,从而产生过度医疗、欺骗性医疗等行为。患者把医疗服务等同于健康,从而产生重治疗轻预防、过分地依赖医疗来维持健康等错误观念。这种非理性的消费观念将在很大程度上导致医疗支出的增加,增加医疗保险基金支出,给财政带来压力。

(二) 改革的方向

1. 改革的目标趋同

在医疗改革的问题上,每个国家有每个国家不同的问题,同一个国家的不同时期有不同时期的问题,但是,医疗改革的发展趋势和发展方向,国与国之间的差别是不大的。各国医疗保险体制改革的主要目标是通过医疗改革逐步实现国家医疗保险制度的 3 个转变,即由疾病保险向医疗保险转变,由医疗保险向健康保险转变,由健康保险向健康管理转变。

2. 理念与原则趋同

医疗保险制度设立的目的是保障社会的公平性,各种医疗保险模式改革的原则基本类似。第一是控制医疗成本,具体措施包括减少医疗资源浪费、欺诈行为和高额的管理费用等,减少不必要的医疗检查和医疗服务,减少那些只增加成本、不改善医疗服务的无效行为。第二是维护家庭财务稳定。通过减少企业、个人承担的医疗保险费用及其他医疗支出,使家庭财务状况处于良好状态。防止家庭成员因患病尤其是重病而陷入财务危机。第三是增加疾病预防和保健方面的投入。具体内容包

括减少肥胖人群的比例,减少吸烟人群的比例等,增加体育运动和预防性治疗服务等方面的投入。第四是增加医疗保险的可流动性。改变将人们的医疗保险锁定在一个就业岗位上的做法,增加医疗保险的可流动性。第五是保证全民享有医疗服务。通过医疗改革,最终使每个公民都能够享受到社会为其提供的医疗保险或医疗服务。第六是增加经费投入,保证医疗质量。增加经费投入,以防止因改革而降低医疗品质的情况发生。

(三) 改革的主要措施

1. 改革制度设计

推动医疗卫生管理体制变革,早日实现医药分业,公立医院与私立医院并存发展,医疗卫生资源合理配置的改革思路已运行多年。医疗卫生体制包括医疗机构(主要是医院)的补偿机制问题和药品生产、流通体制问题。参考当今世界各国的社会保障体系可以发现,大多数国家是在向福利多元化的方向发展。这种多元化表现为:行政手段与市场手段并举;政府与非政府组织、营利与非营利组织密切合作;个人、家庭、企业、社区和政府共同分担等。然而在中国,社会保障改革仍然只有政府一家有积极性,企业和个人都还没有找到自己的位置,社会团体更是要耐心等待政府的号令。但是,如果没有全社会的积极参与,保障的社会化就不可能形成,所谓社会保障最终也只能是政府保障。

2. 改革支付方式

医疗体制改革是一项复杂的系统工程,而医保的付费方式是关乎改革成败的关键。要实现医疗卫生体制的变革,就必须从医保支付方式的改革切入,通过支付方式的改革,带动医改的发展。实行科学合理的医保支付方式,可以带来4个方面的改善:一是有效控制医疗费用的不合理上涨;二是鼓励医疗机构加强医疗质量管理,提高诊疗水平;三是改变医院激励因素,提高医疗效率,降低经营成本,促使医院走集约化道路;四是提高病案管理质量,促进信息化、标准化管理。

第三节 医疗保险国际比较方法选择

一、健康的政治和政策

健康政治或健康政策(health policy)的概念,目前没有公认的定义,世界卫生组织(WHO)认为,健康政策是各种机构(尤其是政府)针对健康需求、可用的资源及其他政治压力而发表的正式声明或制订的程序,用以规定行动的轻重缓急和行动参数。英国 Wales Swansea 大学社会政策学者 Blakemore 认为“健康政策”可以从狭义和广义两方面来定义,狭义的定义是指政府为改善公民健康状况而采取的医疗卫生服务政策;广义的定义是指政府的任何影响卫生和公民健康的活动,不只是卫生部门、国家卫生服务体系、医疗专业人员或其他医疗服务活动。他还认为,广义的定义表明健康政策与其他许多政策密切相关,如住房政策、烟草销售税、空气和水污染管理、食品安全和工作环境安全等,都会对民众健康产生影响。根据胡锦涛同志在中国共产党第十七次全国代表大会报告中对“完善国民健康政策”的阐述,结合我国国情,可以抽象出一个比较切合中国实际的定义:健康政策是政府或其他机构为了实现人人享有基本医疗卫生服务的战略目标,提高全民健康水平而制定的决定、计划和行动。这一定义应包括5个方面的内涵:一是制定健康政策的目的是实现人人享有基本医疗卫生服务。二是健康政策不同于“卫生政策”,与“健康政策”相比,“卫生政策”的内涵明显窄了许多。三是在健康政策的概念框架内,基本医疗卫生政策仍处于核心地位。正如有关研究中注明的:基本医疗卫生制度,是指由政府统一组织、向居民公平提供公共卫生和基本医疗服务的医疗保障制度,通常是一个国家国民健康政策的核心部分。四是健康政策的政策措施体现了坚持公共医