

公平与卓越

英国卡梅伦政府医改之路

吴传俭 编著

Equity and excellence:

Liberating the

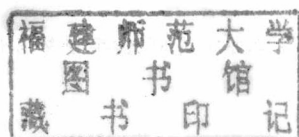
NHS



科学出版社

公平与卓越： 英国卡梅伦政府医改之路

吴传俭 编著



1051883



T1051883

科学出版社

北京

内 容 简 介

英国的医疗保险对于中国的医疗服务体系和社会医疗保险制度建设具有非常重要的影响,而卡梅伦政府的医疗服务体系改革是迄今为止英国医疗服务体系深度最大的改革,涉及较深的层次。本书以卡梅伦联合政府颁布医疗服务体系改革白皮书《公平与卓越:解放国民健康服务》为核心,围绕白皮书颁布的背景、主要内容,以及为实现医疗服务改革的整个立法过程、社会民众与相关的科研机构对白皮书内容的评论,进行了梳理分析。

全书的结构划分为十个章节,梳理了卡梅伦政府医疗服务体系改革发展的整个历程中的关键内容和社会各界作出的评论,以及改革完善的内容,给出了英国历届政府的基本改革历程,并结合中国国情进行了系统的评论,对于中国的相关学术研究和制度建设具有重要的参考价值。

图书在版编目(CIP)数据

公平与卓越:英国卡梅伦政府医改之路 / 吴传俭等著. —北京:科学出版社,2013.1

ISBN 978-7-03-035968-1

I. 公… II. 吴… III. 医疗保健制度-体制改革-研究-英国 IV. R199.561

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2012)第 262802 号

责任编辑:康丽涛 李国红 / 责任校对:钟 洋

责任印制:肖 兴 / 封面设计:范璧合

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>

新科印刷有限公司印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2013 年 1 月第 一 版 开本:787×1092 1/16

2013 年 1 月第一次印刷 印张:11 1/2

字数:267 000

定价:48.00 元

(如有印装质量问题,我社负责调换)

前 言

医疗保险是社会保障体系中的重要组成部分,是维护和促进社会成员身心健康的重要保障。英国是世界上老牌的资本主义国家,也是战后第一个建立的“福利国家”,建立在全科医生和转诊基础上的医疗服务体系或国民健康服务(National Health Service, NHS)系统,为英国国民提供了“免费的”基本医疗服务。对包括我国在内的世界上很多国家的医疗保险制度建设产生了非常大的影响,尤其是全科医生制度和医疗服务信托制度,已经为很多国家所借鉴,并被誉为世界上最为公平的医疗保险制度之一。之所以将“免费的”加上引号,其原因在于英国的医疗保险对于就业人员来讲并不是真正的免费,而是要缴纳直接或间接用于医疗保险费用的国民保险(捐)税和个人所得税等。不用缴纳以上费用的非就业人员与实际上缴纳了医疗保险费用的就业人员,在就诊阶段享受免费的基本医疗服务,因而英国的医疗服务体系实际上是将医疗保险和医疗救助有效的融合在一起,进而体现了更好的公平性,但这样也同时导致医疗费用增长过快、运行效率偏低、就业人员与用人单位和政府财政压力过大等一系列问题。成为自国民健康服务系统建立以后,各届政府,尤其是撒切尔夫人政府以后,一直致力于要解决的问题。为此,可以说当前卡梅伦政府对英格兰医疗服务体系的改革,既是历届政府改革的延续,也是解决公平与效率等新探索。

2010年卡梅伦联合政府成立后不久,卡梅伦就在2010年7月推出了反映政府医疗服务改革基本战略导向和措施的《公平与卓越:解放NHS》白皮书。由于社会各界对医疗改革措施的争议较大,白皮书颁布以后不久,就开始进行了为期3个月的面向社会各界的意见征询活动。根据意见反馈情况,卡梅伦政府最终在2010年11月向议会提交了《解放NHS:立法框架与未来步骤》,正式开始《健康和社会保健草案》的立法安排,在提交议会后经过下院和上院各三轮“乒乓”辩论和修改后,2012年3月,英国女王最终签署了议会通过的《2012年健康和社会保健法案》,拉开了卡梅伦政府国民医疗服务体系的改革大幕。

中国在医疗保险和医疗服务体系建设方面,深受英国的影响,特别是中国在2005年承认医疗保险改革“基本不成功”后,由市场化导向转向政府主导的医疗保障建设阶段,开始积极借鉴和学习英国的全科医生模式和社区转诊制度。相对来讲,中国的社会医疗保险模式与德国的社会医疗保险模式在保险基金筹集、管理和运营上,具有非常明显的区别。从保险的制度设计到医疗服务的提供等深层次运行模式上,更加偏向于英国的医疗保障模式,即主要由公立医院提供基本医疗服务和民营医院积极参与,实行定点医院制度和公立医院托管制度。只是在保险费用缴纳阶段,英国采取的是统一的强制性更大的捐税模式与财政税收调配机制,中国目前还处于保险费用模式阶段,但随着改革的深入,将开始征收社会保障税以加强社会医疗保险的强制性与公平性。在医疗服务提供阶段,中国是按照保险的原理,按比例报销医疗费用,并设定了起付线和封顶

线,英国病人除了缴纳挂号费和处方费等必要的较少费用以外,不再由病人缴纳基本医疗服务费用。

由于英国与中国在医疗保障和服务领域的很多共性,充分了解卡梅伦政府医疗服务体系的改革立法内容、过程和修改内容与立法框架,对于改进中国的医疗保险和服务体制,具有重要的价值。特别是在借鉴英国保险管理与运营模式中,必须紧密跟踪与分析英国存在的问题与改革措施,防止将已经充分暴露了弊端、英国已经准备或已经取消了的措施引入到中国的新的制度建设内容中。

在《健康和社会保健草案》立法的关键时刻,作者有幸作为2011~2012年赴英“英国社会保障审计”培训班的成员,在英国近距离感受和领悟了草案的辩论与最后阶段的立法过程。为此,在进行培训内容学习之余,结合国内医疗保险和医疗服务体制改革的问题,收集和整理了卡梅伦政府医疗服务体系改革的重要文件资料,将其翻译过来,并结合中国近年来医疗保险改革中存在的问题,对卡梅伦政府的医疗改革与借鉴进行了评述分析,在对比了中英两国社会保障制度差异性的基础上,深入探讨了医疗保障中的承受力问题及其对英国改革的影响。

全书的结构划分为10章:第1章是卡梅伦医疗服务体系改革背景,从2008年世界经济危机和之后引发的欧债危机角度,阐述了经济危机对英国医疗服务体系的影响,还阐述了欧盟主要国家的医疗保险改革及其对英国改革的影响效应,初步介绍了卡梅伦医疗服务体系改革的基本战略。第2章是卡梅伦医疗服务体系改革白皮书《公平与卓越:解放NHS》的内容翻译与整理,尽可能原汁原味地反映卡梅伦政府的医改设想、基本原则和具体的措施规划。第3章是卡梅伦政府医疗改革白皮书公布以后,社会各界对白皮书内容的反应,既包括支持的声音,也包括各种反对的言论。内容涉及白皮书公布、立法修改和最后立法整个阶段各阶层的社会言论和政府做出的回应。第4章是健康与社会保健改革的立法框架与步骤,阐述了卡梅伦进行改革立法的基本思想和基本内容与步骤。第5章是改革立法框架进入议会下院以后,议会针对立法框架内容提出的意见,以及政府进行的修改和完善。第6章是立法进入议会上院阶段,议会成员和NHS未来论坛等机构提出的意见,以及政府进行的修改完善。第7章是卡梅伦政府改革法案《2012年健康与社会保健法案》的基本框架内容,由于英国的立法框架非常庞大,在本章只给出了基本的框架内容。第8章是与医疗服务体系改革内容密切相关的公共健康改革法案的内容,是布朗政府时期颁布的白皮书、卡梅伦时期进行正式立法的健康法案的内容。第9章是从英国整个社会福利体系角度,分析了卡梅伦改革的福利水平适度性的背景,并与中国的保障制度进行了对比分析,而且由于英国特别强调审计对绩效的考核监督,还特别安排了社会保障审计分析的部分内容。第10章是对卡梅伦医疗服务体系改革的整体梳理与评价,提出改革的意义与存在的局限性。

近年来,作者致力于社会医疗保险承受力和医疗服务体系问题的研究,并得到国家教育部人文社会科学研究青年项目资助(编号:11YJCZH186)、江苏省教育厅重点学科哲学社会科学项目(编号:2011ZDIXM023)、中国博士后基金项目(编号:20100480733)、中国博士后基金特别资助(编号2012T50719),以及南京审计学院人才引进项目(编号:2011RCYJ10)等课题的资助,该著作内容既是以上各项目的主要研究内容之一,也同时

得到了各项项目的多方面资助,在此表示感谢。

由于卡梅伦政府的改革涉及内容非常庞大,特别是英国的法律修改与中国存在很大的差异,因而在进行相关材料整理过程中,难免存在疏漏。但本书的主导思想在于根据卡梅伦政府制定和颁布的相关文件,以及各方面对改革的反映,以改革的时间为轴线,梳理出卡梅伦医疗服务体系改革的历程,尤其是其在各个阶段对各方面意见的反映和草案的修改完善,这本身对中国就是一个良好的借鉴。另外,在英语文件的翻译与整理过程中,由于用词方面的文化差异,致使一些词语难以用精准的汉字表达,可能存在一些规范性的问题,敬请谅解,并希望各位同仁提出更好的意见。

吴传俭
2012年8月

目 录

前言

第 1 章 卡梅伦政府医疗服务体系改革背景	(1)
1.1 改革的世界背景	(1)
1.2 改革的欧盟背景	(9)
1.3 改革的历史背景	(13)
1.4 英国医疗服务体系面临的主要问题	(19)
1.5 英国卡梅伦政府改革战略	(21)
第 2 章 卡梅伦政府改革的战略规划与措施	(25)
2.1 解放医疗服务体系概览	(25)
2.2 将病人和公众放在首位	(29)
2.3 改善健康保健产出结果	(35)
2.4 自治、责任和民主法治	(38)
2.5 克服官僚作风和提高效率	(49)
2.6 结论:推动它发挥作用	(52)
第 3 章 社会舆论与政府的回应	(56)
3.1 白皮书以后各种社会舆论与卫生部的回应	(56)
3.2 《健康和社会保健草案》进入立法阶段的评论	(58)
3.3 医疗服务体系重组草案在议会上院的争论情况	(64)
3.4 医疗服务体系法案形成及其争论	(65)
第 4 章 医疗服务体系改革的立法框架	(68)
4.1 健康与社会保健立法的背景与概要	(68)
4.2 《公平与卓越:解放 NHS》的立法设计	(69)
4.3 咨询程序与政府对最初提议的修改	(71)
4.4 咨询中产生的主题	(72)
4.5 主要结论	(76)
第 5 章 在议会下院论证阶段的修正	(77)
5.1 关于在议会下院阶段修正内容的概述	(77)
5.2 服务的连续性	(77)
5.3 监管理事会对基金信托机构的过渡权力	(86)
5.4 相关调控的技术性修正	(86)
5.5 对改革计划和时间表的修改完善	(93)
第 6 章 在议会上院论证阶段的修正	(98)
6.1 更加清晰的卫生部部长责任	(98)
6.2 教育、培训和研究	(99)

6.3	医疗服务机构的整合与竞争	(100)
6.4	为病人医疗服务的更大作用	(102)
6.5	不公平改进与利益冲突处理	(103)
6.6	公共健康	(104)
6.7	病人隐私问题	(106)
6.8	委任权力和规范改革委员会的建议	(107)
第7章	健康和社会保健草案立法内容与策略	(109)
7.1	健康与社会保健法案框架	(109)
7.2	健康与社会保健法案内容总览	(113)
7.3	关键政策领域	(117)
7.4	改革主题的横切面	(122)
第8章	英国公共健康改革的问题	(131)
8.1	公共健康改革白皮书理念	(131)
8.2	英格兰公共健康战略	(132)
8.3	白皮书重要内容选译	(136)
第9章	英国福利水平适度性:基于中英对比的视角	(145)
9.1	社会保障制度适度性及其影响效应分析	(145)
9.2	中国与英国社会保障制度适度性综合评价	(148)
9.3	中国与英国社会保障审计监督机制对比分析	(157)
9.4	英国社会保障审计对中国的借鉴问题的思考	(161)
第10章	卡梅伦政府医改总结评述	(165)
10.1	卡梅伦医疗保险改革的动因	(165)
10.2	卡梅伦政府医疗保险改革的设想	(167)
10.3	卡梅伦医疗保险改革的妥协让步	(169)
参考文献		(172)
附录 词汇注释		(176)

第 1 章 卡梅伦政府医疗服务体系改革背景

卡梅伦政府的医疗服务体系改革,是在复杂的世界经济危机和持续的欧债危机背景下展开的。受到世界各国社会保障体系改革,特别是欧盟各国医疗保险制度改革的影响,同时也是为了解决以英格兰为主的医疗服务体系在世界经济危机和欧债危机时所面临的以及历史累积的各种问题。在阐述卡梅伦政府的医疗服务体系改革之前,有必要对改革的世界背景、欧盟背景和历史沿革与改革前面临的主要问题进行分析。

1.1 改革的世界背景

1.1.1 世界主要国家的社会保障模式与基本趋势

从社会保障资金筹集方式和保障范围等角度,当前世界主要国家的社会保障可以划分为三种基本的类型,即国家福利型社会保障模式、自我积累型社会保障模式和自保公助型社会保障模式。每种模式都具有比较明显的特点,在社会保障基本功能方面也各有侧重,这与该国的经济水平、经济体制、政治、文化和历史传统等因素有关,没有绝对的好与坏的问题。而且随着各国社会保障模式的改革,社会保障制度之间的相互借鉴,社会保障模式的划分界限也日趋模糊,社会保障混合型趋势比较明显。

(1) 世界主要国家的社会保障模式及其特点

1) 国家福利型社会保障模式:国家福利型社会保障模式是经济比较发达、社会物质生活水平较高的国家实施的一种社会保障模式。由于该模式是高福利国家采取的基本保障制度,故称为国家福利型社会保障模式。从英国等福利国家建立社会保障制度的宣言看,其社会保障制度建设的目标是对每个公民由生到死的一切社会保障需求,包括年老、疾病、生育、死亡和伤残,以及各项社会福利,均给予全方位保障。1948 年英国首先宣布建成“从摇篮到坟墓”均有基本保障的福利国家,欧洲、北美和大洋洲等经济发达国家也相继宣布实施国家福利政策,英联邦国家成员,但最终真正成为国家福利型社会保障模式,英国和瑞典最有代表性。

国家福利型保障模式由政府全面负责各项社会保障资金的支付,整体保障水平较高。国家以累进税制和高税收作为社会保障资金的主要来源,社会保险税是这些国家较大的大税种,同时各社会成员和用工单位还需要缴纳基本保险费用,因而福利国家的社会保险资金来源由税收和保险费用混合而成,而不是简单的国家支付。

国家福利型保障模式的主要特征,概括起来看,主要有 3 个最为明显的特点:一是国家社会保障立法在前,所有社会保障政策的制定和组织实施,都必须依据社会保障法案,保障对象是全体社会成员,符合法定条件的人员必须缴纳社会保障捐税。二是体现公平性是社会保障制度建设的基本原则,福利国家的缴费义务与待遇没有直接的对等关系,而是按照收入所得缴纳捐税,根据需求公平的享受社会保障,不同成员之间的保障水平差异较小。过度强调公平是以效率的损失为代价的,不仅导致企业和政府负担较大,而且就业人口的总体社

会保障税收负担也较大,并导致道德性失业和实体企业资金外逃问题。三是社会保障体系比较健全,包括了各类人群全部人生阶段的所有保障需求,总体社会保障资金支付明显高于社会保险支付标准,尽管如此,国家福利型社会保障的目的仍然是为了维持社会成员的基本生活和健康需求,而不是为了消除贫困或缺乏预防机制。

福利国家的高福利水平和健全的社会保障体系,虽然有利于社会公平与社会稳定,但往往容易导致较大的经济承受能力,特别是20世纪70年代以后的经济滞涨和2008年以来持续的经济危机与欧债危机,对福利国家的财政支付能力带来严峻的考验,福利病问题日益凸显出来。为摆脱社会保障高福利诱发的系列社会经济问题,福利国家对社会保障开始进行大力改革。1979年英国首先采取新经济政策,对社会保障制度进行改革和调整。对不应由国家包揽的部分,通过社会化服务改革加大社会化力度,信托机构开始大量出现。而对于福利病问题,政府则通过鼓励个人通过劳动就业的方式争取更大的福利,经过梅杰、布朗等人的陆续改革后,进入卡梅伦政府时期,退休金、财政预算和国家医疗服务体系成为其改革的重点,以应对人口老龄化和经济危机等问题对社会保障资金的支付压力。

2) 自保公助型社会保障模式:与福利国家税收和捐税费用统一进入国家财政,然后按照年度进行预算的现支现付、不设个人账户的模式不同,自保公助型社会保障模式主要是由雇主和雇员按照国家社会保障法规,定期缴纳社会保险税费,以社会保险税方式筹资的德国、法国等国家不设置个人账户,而是按照现收现付方式由国家统一拨付到银行个人养老金账户。以社会保险费方式筹资的中国,设置个人基金账户,并将个人缴纳的部分纳入个人账户管理,但必须达到法定退休年龄后才可以支取,实现了社会保障基金的部分积累。德国的自保公助型社会保障也是建立在社会保险法规的基础上的,具有普遍的强制性。中国也属于自保公助型的社会保障模式,但中国社会保险法的立法是建立在先行试点基础上的,而且是通过社会保险费的方式筹资,实际运作中的强制性还比较薄弱。

但不论是社会保险税还是以社会保险费的方式筹集社会保障资金,自保公助型社会保障模式是由雇主和雇员定期缴纳社会保险费,不足部分由政府补贴。由于该模式下的社会保险是强制性保险,因而该模式又称为强制投保型社会保障制度。西方国家保险型社会保障制度是在工业化取得一定成效、有雄厚经济基础的情况下实行的。其目标是国家为公民提供一系列的基本生活保障,使公民在失业、疾病、伤残、生育或死亡而需要特别支出的情况下,得到相应的经济补偿和保障。我国的社会保障制度是为了适应社会主义市场经济建设和建立现代企业制度的需要,从公费保障改革发展而来,因而在保障水平、保障范围和人口覆盖方面,正在加快建设力度,不断提高社会保障的水平,强调与各方面的承受能力与经济社会发展水平相适应。

相对于高福利水平的国家福利型保障模式,尽管自保公助型社会保障模式,没有达到福利国家较为全面的社会救助和社会津贴等全方位的福利内容。但在社会保险水平上,德国和法国等国家的社会保险水平普遍偏高,在社会保险领域已经超过英国,社会保险的总支付比例接近或超过财政支付的50%。另外西欧国家的社会保险基金普遍采取商业保险公司的运营模式,社会保险的运作与管理、基金的增值保值由保险公司负责,政府负责公司的业务管理费用,并对不足部分进行适度补贴。另外在强制性社会保险的基础上,还积极鼓励社会成员参与各种商业保险,构建多层次的社会保障体系。该模式起源于德国,随后为西欧、美国和日本所借鉴。该模式是发达国家比较典型的一种社会保障模式,由于能较好地贯彻

权利和义务相一致的原则,因而为社会保障的长期稳定发展提供了经济保障。

3) 自我积累型社会保障模式:相对于福利型国家不设个人基金账户、自保公助型部分国家设立个人账户,自我积累型的社会保障模式,强调个人储蓄的积累达到个人保障的作用。该社会保障模式是以自助为主、用人单位按比例缴纳并存入个人储蓄账户的方式,筹集和管理社会保障基金。也就是国家强制个人和(或)雇主共同缴纳社会保险费,并以职工名义存入储金局,计入个人账户,职工退休或其他需要时连本带息返还给职工。自我积累型的社会保障模式的资金来源在本质上与自保公助型的模式非常接近,只是在基金的分配与管理上是以个人的纵向积累的方式,而不是现收现付的模式,具有很强的自我保障的特点,避免了现收现付模式引起代际赡养风险,不会将社会风险进行代际转移。

从社会保障的一般模式上看,社会保障主要由个人及其雇主缴纳的保险费用为主,国家不提供资助。但是对于风险较大的健康医疗保险,政府又采取了多元化的保险模式。以自我储蓄型模式的典型代表国家的新加坡来看,其医疗保障制度安排了医疗储蓄计划、自雇人员医疗储蓄计划、健保双全计划和医疗基金,不同的保险基金的用途和资金筹集途径也存在一定的差异。即使在养老金方面,不同属性的账户,也具有不同的功能和使用要求,普通账户在公积金会员60岁以前,普通账户公积金存款占整个公积金存款的绝大部分。随着公积金会员年龄的增加,这一比例在逐渐降低。普通账户的公积金存款可以用于购置公共房屋、提前退休投资、保险、教育和转拨款项以补充父母退休账户。而特别账户公积金存款占整个公积金存款的比例,随着公积金会员年龄的增长而逐步提高,在公积金会员年满55岁时将停止积累。特别账户的公积金存款主要是为了晚年应急之用,后来的改革也允许对其进行一些安全性较强的投资。公积金达到一定的条件以后,可以在不同的保险领域进行适度调剂,以减少社会保险领域风险与资金储蓄的不均衡问题。

在自我累积型社会保障模式下,政府主要扮演社会保障监督角色,对个人账户基金的运营进行重点监督,保障水平基本上与社会保险基金的实际投资收益率有很大关系,因而各国普遍鼓励个人资金的投资保值增值。该模式以新加坡和智利为代表,主要对东南亚和拉美及非洲国家的社会保障制度有较大的影响。自我积累型社会保障模式可减轻财政负担,但保障程度有限,很难发挥社会共济的作用。

(2) 世界主要社会保障模式的改革趋势

1) 各类保障模式向真正现代意义的社会保障模式发展:尽管世界各国的社会保障在模式上可以从学术角度划分为多种类型,但近年来的改革都普遍趋同于国家、用人单位和个体责任共同分担的社会保障模式转变,一方面确保社会保障的广覆盖,使得不同境况的社会成员都能从社会保障体系中得到基本的物质帮助和各项基本服务;另一方面,通过社会保障费用在不同成员之间的适度调整,调节不同成员的经济承受能力,确保社会保障在适度水平上的可持续发展,并寻求社会保障的多元化和多层次性。

尤其是欧洲的福利国家保障模式,由于整体福利水平偏高,导致国家财政的经济负担过重。为了减轻国家财政负担,以英国为代表的高福利国家一方面大力引进和发展社会服务,将部分社会保障的服务采取政府采购的方式,将公共部门直接承担的服务向私人部门转移,强化企业和个人的社会保障责任;另一方面,削减公共部门开支和管理费用,努力提高社会保障管理与运行效率,重视社会服务需求的管理,根据政府和相关利益主体的支付能力,合理控制社会保障服务需求。从英国2012年《社会福利改革法案》、《健康和社会保健法案》和

《财政预算改革法案》来看,英国已成为国家福利模式中社会化保障趋势改革最为明显的国家之一,国家福利体系中的社会保障部分开始真正转向现代意义上的社会化的保障模式。

2) 保障资金筹资普遍重视部分积累或完全积累的作用:自 20 世纪六七十年代以来,发达国家经济存在滞胀与发展共存的问题,经济危机尽管没有导致诸如三十年代的大萧条,但对各国的社会保障资金和基金的运作带来越来越大的影响,传统的现收现付模式,往往难以有效应对人口老龄化、医疗费用过快增长,以及经济波动所带来的众多社会风险,因而各国普遍开始重视具有防范风险的储备型筹资模式,实现保障资金的部分或完全积累。^[1]一是加大个人账户建设,按照个人工资比例而不是特定的额度缴纳保险费用,计入个人账户作为长期风险应对资金。同时鼓励社会成员积极参加商业保险等各种补充保障,实行多途径应对老龄化和疾病风险等问题。二是政府逐渐改变财政预算的直接支付,加大返还性的社会保险费用的征缴力度,鼓励社会保障基金的延后支付,尽可能实现社会统筹基金产生更多的结余,以应对老龄化和各种社会风险因素的影响。以智利为代表的国家已经在尽可能缩小传统现收现付制的规模,建立起诸如新加坡储蓄型的强制性完全积累的个人账户体系。而东欧国家则在改革国家保障体系的基础上,建立起现收现付制与完全积累制相结合的多层次的社会保障体系。

3) 更加严格地控制社会保障的各项开支:近年来西方国家普遍面临经济增长速度放缓的风险,特别是在持续的经济危机与欧债危机面前,国家财政的增长规模有限,而政府债务赤字又要进行严格控制,在社会保障水平能升不能降的压力下,社会保障水平较高的欧洲国家,在小范围削减福利水平的同时,将更多的精力放在控制社会保障的各项开支方面。从英国 2012 年的社会福利改革法案和医改法案来看,其社会保障水平仅对部分老年人口的退休金向低水平靠齐外,主要的内容是加大了对社会福利和社会救助的控制,强化了以个人财产评估为基础的发放标准。通过引入竞争和病人参与决策,控制医疗服务费用支出规模,将医疗服务向费用较低的一线服务转移。同时调整了退休年龄,并限制提前退休,在未来几年将实行男女相同退休年龄的办法,缓和社会保障基金的支付压力。

4) 在确保社会保障基金安全的前提下积极探索保值增值的多元化投资途径:在人口老龄化和社会通胀压力下,如何实现社保基金,尤其是养老金的增值问题,一直是世界各国普遍关心的问题,随着各国对养老基金部分积累或完全积累筹资模式的引入,各国在基金探索养老金的增值与保值问题。改变原来单一的银行存储或投资于国家债券的方式,逐渐向收益水平更高的股票市场投资,这在各国推进社会保障制度改革之前,即使有一定积累的美国和新加坡,对社会保险基金的投资都比较谨慎,一般只用来购买国债,以确保基金的安全。但是,随着多层次的社会保障体系的建立和完善,社会保障基金积累的节余越来越多,开始将保险基金委托给信誉良好的基金公司,并鼓励个人在确保基金安全的情况下,将资金投入收益较好的资本市场,以提高资金收益率,减轻财政资金压力。

5) 社会保障政策由被动保障转向主动促进:社会保障的主要功能就是在保障成员基本生活和健康需求的前提下,积极促进国民福利水平的不断提高,具有风险防范与福利促进的双重职能。但是在社会保障的相当长的时间内,社会保障还是为了满足社会成员的基本物质需求和基本服务需求,高福利国家的社会保障不仅没能积极实现福利促进,反而滋生了社会懒惰。为此,不仅高福利国家在积极探索具有激励作用的保障政策,发展中国家也在汲取发达国家出现的福利症问题,从基本保障开始,通过促进就业和加大预防保健,将社会保障

被动地接受风险结果,通过积极的税收政策等手段,转向积极促进发展教育、促进社会成员就业、重视预防和减少社会救济群体,这不仅有助于减少社会保障资金的整体支付规模,提高财政支付能力,同时对社会物质文明和精神文明的提高,促进全体社会成员的福利水平,提高个体自我保障水平,减轻社会保障基金负担。

1.1.2 世界主要国家医疗保险的资金筹集与存在的问题

(1) 国家福利型医疗服务费用的筹集与存在的问题:当前世界主要的医疗保险模式划分为四种基本类型:社会医疗保险模式、国家医疗保险模式、自我积累型医疗保险模式和市场医疗保险模式。对这四种医疗保险模式的划分更多的学者是从保险基金的筹集和来源途径的不同而划分,但这一点是值得商榷的,因为四种医疗保险模式的基金来源有一个共性,就是主要成员都必须为自己的医疗保险提供基本费用,区别只在于是通过税收的途径筹集,还是通过相关责任主体缴费的方式筹集,这一点在不同的模式中并没有明显的界限。如果将医疗费用各方分担作为社会医疗保险的显著特征的话,福利国家的国家医疗保险模式,实际上也是按照费用分担机制进行的,只不过是统一的税收方式缴纳的,这些税收中包含了医疗保险费用支付。国家在提供医疗服务的过程中,将所有社会成员进行了整合,表面上是国家只征税不收费,然后所有社会成员公平免费接受基本医疗服务。但是这里面蕴含了一个最基本的假设,就是没有购买能力的群体必然需要政府救助、高收入群体不愿意多拿出购买自己医疗服务需求的费用,去为低收入阶层的医疗服务费用买单,如果将这个假设区分对待的话,必然要求所有具有支付能力的群体强制参加医疗保险,而对无力购买服务的群体进行医疗救助。福利国家的医疗保险则没有对这个假设进行区分对待,而是直接通过征收个人所得税和企业所得税的方法,强制具有支付能力的群体为整个社会成员承担医疗服务费用,如果国家财政较好,足以能够为没有缴税的人员(这部分人员属于失业者或低收入群体)担负一部分救助费用,则整个医疗保险就会处于平稳的发展,否则只能通过削减财政支出、控制医疗费用或增加就业人员及其雇用单位的收税的方式,弥补用于医疗服务的税收与总医疗费用之间的缺口问题。这就是以英国为代表的福利国家当前医疗保险面临困境的形成机制。

(2) 社会保险型医疗服务费用的筹集与存在的问题:社会保险型医疗保险模式的服务费用筹集的基本指导原则,是各种利益相关主体共同承担医疗费用,针对不同的保险对象,各相关主体的承担额度和承担比例也不尽相同。在西欧主要的社会医疗保险模式国家,如德国,政府一般不进行直接财政支出承担医疗费用,而是将个人与单位缴纳的部分作为社会医疗保险基金的主要来源,只有在医疗保险面临较大的资金困境时,政府才会加大财政资金的扶持力度,或直接建立以国家为主的特殊保险基金,这是德国社会医疗保险费用筹集的基本特点。而法国的社会医疗保险则正好相反,在相当长的时间内,保险者个人除缴纳社会保险税以外,就可以享受较高的医疗服务水平,这个差额是由政府买单的,当政府财政无力承担时,自然就会增加个人的分担比例或增加收费项目,这是法国社会医疗保险模式面临的现状。中国的社会医疗保险模式,在医疗服务费用的筹集上,划分为两种比较典型的模式,即职工为代表的就业群体和以城乡居民为代表的非就业群体。就业群体的医疗保险费用的筹集主要由个人和用人单位按比例缴纳医疗保险费用,作为个人医疗服务费用的主要来源,国家负责免费的公共健康部分的基本费用支付,以及医疗保险承办机构人员的工资和公立医

院工作人员的基本工资;非就业群体多数以家庭为单位缴纳医疗保险费用,国家进行适度补贴,对逐级转诊要求比较严格,以控制医疗服务支出费用,并积极引导居民合理就医。

由于社会医疗保险模式是当前世界上最为普遍的模式,目前有超过 100 多个国家采取了社会医疗保险模式,或基本归类于该模式。因而在医疗费用筹集面临的问题方面,也不尽相同,但在第三方支付模式下,主要是医疗服务费用控制的道德风险问题、各相关责任主体的费用承担的适度性问题、医疗费用的支付与控制途径和方法,以及保险覆盖面和地区统筹问题等。

(3) 商业保险型医疗服务费用的筹集与存在的问题:商业健康保险模式,与早期的德国社会医疗保险模式比较相似,要求职工和用工单位按照比例缴纳保险金,保险承保人也是按照市场运作的保险公司。政府只负责保险监管和制定保险法规。商业健康保险模式,重视市场化机制在医疗费用承担和配置中的作用,但这种保险模式的弊端是保险公司是按照利润最大化运营的,往往无法解决医疗保险服务领域市场失灵的问题,在保险费用缴纳水平一定的情况下,保险公司不愿意承保高风险的低收入群体,导致部分人员游离于医疗保险覆盖范围以外,为了解决这部分人群的医疗保险问题,就需要国家进行较大的干预,并在企业面临缴费困难时,政府进行财政补贴扶持,这是以美国为代表的商业健康保险模式国家当前的现状问题。

(4) 自我累积型医疗服务费用的筹集:自我累积型的医疗保险模式,强调个人医疗服务费用的个人账户累积,要求其在就业获得薪金收入的阶段,为了保障本人及其家庭成员的医疗服务需求,按照特定的比例和额度对部分薪金进行专有账户累积。但进入个人账户的资金,并不仅仅来源于个人的薪金收入,雇主还需要按照特定的比例,为其等比例缴纳医疗保险费用,纳入个人账户,因而对于自我积累型的医疗保险模式,在个人健康储蓄账户的资金筹集方面,也属于多方筹资承担医疗费用的模式。职工和用人单位缴纳的费用进入个人账户,国家对个人账户进行严格的监管,在退休之前储蓄额度没有达到国家规定的,个人账户只能用于个人医疗费用的支付,只有在储蓄额度达到一定的规模或退休以后,个人账户积累才能提取一部分作为养老金补贴或购买住房。这种模式的典型代表国家是新加坡,并为智利等国家所借鉴采用。但新加坡模式在健康储蓄账户的基础上,还针对大病支出和弱势群体(包括没有纳入个人储蓄计划的人员)提出了健保双全计划(以及后来退出的补充计划)和医疗基金制度,以满足不同社会成员的不同层次的医疗服务需求的费用支出需要。

自我累积型的医疗服务费用的控制不仅有效得到了个人账户的自我控制,减少了道德风险问题,而且政府还通过有效的医疗服务费用补贴与控制,实现民众对医疗服务的可及性和支付能力。但新加坡的医疗保险模式极具本国的特点,一是经济发展速度较快,国家和个人、雇主具有较高的经济负担能力;二是新加坡属于典型的国家,地区差异和人口差异程度较小,有利于实行统一的医疗保险政策;三是在始终坚持低水平、可负担的基本指导原则,有效地控制了医疗费用的快速增长的失控问题。

深入分析各类医疗保险模式解决社会成员的医疗费用支付问题,可以看出所有的医疗保险模式都明显具有多方共同负担医疗费用的问题,区别点在于医疗保险费用和医疗服务费用的设置与缴纳方式不同。因而所有的医疗保险模式都不能称为福利或自我保险,而是社会成员医疗费用的适度分担问题。也正是这个基本假设的成立,使我们非常容易理解为什么当前世界国家的改革,都在不断调整费用的负担机制,无非就是根据各方的承受能力以

及承受能力出现的缺口,通过其他可行途径进行弥补。这个结论是对英国医疗保险制度进行研究的重要理论依据,因为根据这个结论,英国的国家医疗保险模式只是将其他模式区分对待医疗服务需求和能力问题,在本国进行了统一的整合,不同点就是以强制税收的方式,对整个医疗服务的供给进行了新的整合,看起来好像只剩下免费医疗服务的形式了。其实英国只是为本国居民提供医疗保险,或者提供了税收的外国人也就可以免费获得医疗服务,就非常好解释了。

1.1.3 当前世界经济危机背景下医疗保险面临的主要问题

(1) 当前世界经济危机的成因与特点:2008年经济危机是由美国的房地产次贷危机引发的,本质是金融领域的金融衍生品对投机性收益的追求导致的投资泡沫,并迅速向外扩散到各种实体经济的,进而导致全球经济陷入困境。这与20世纪二三十年代的经济大萧条,六七十年代的经济滞涨等资本主义经济周期性的生产过剩导致的经济危机不同,是对资本主义经济基础社会发展的严重破坏。在经济全球化、各国贸易关系密切的背景下,必然会引发世界范围内的经济危机。由于2008年经济危机是对资本市场和实体经济的双重破坏。导致美国、英国和德国、法国等老牌资本主义国家,难以有效制定摆脱经济危机的对策,进而蔓延到整个欧洲,并导致了持续的欧债危机。可以说2008年世界经济危机,以及之后的欧债危机,既与投机资本对利润的过度贪婪有关,同时也看到资本主义国家周期性经济危机产生的必然性。

与2005年东南亚金融危机影响范围小、持续时间短和对实体经济的影响有限等特点不同,2008年的经济危机及其引发的系列经济社会问题,具有非常明显的三个特点:一是经济复苏受到很大的投资信用影响,国家主权危机及其对资本市场的影响日益显现,各国的财政经济政策及其施政者的政见,对资本市场的投资额度与方向,具有非常明显的关联性,进而导致股市、黄金、石油和各种期货市场处于持续低迷状态,信用成为资本投资的一个重要影响因素;二是对实体经济造成很大的破坏,相对于20世纪历次较大的经济危机,2008年的经济危机通过全球贸易,对国家的实体经济,尤其是外向型的实体经济带来严重的破坏,严重削弱了实体经济的支付能力和发展后劲;三是持续时间和影响范围日益广泛,在社会大量资本累积到部分大亨财团手中以后,在缺乏有效的资金投资渠道以后,部分热钱为了保值增值的需要,开始寻求各种与民生相关的投资,这不仅导致实体经济难以获得充足的资金需求,使得世界经济难以短期内从经济危机中复苏,还导致部分人为炒作问题,诱发通货膨胀,进而影响了普通民众的生活购买力。

(2) 世界经济危机对社会医疗保险(障)的影响:经济危机引发的经济收入减少、利润水平下降,必然会导致社会承受能力的下降,这不仅包括进行资本投资获得利润收益的实体企业、为其提供劳动力的职员,还包括通过企业缴税获得财政收入的国家。因而经济危机对医疗保险的直接影响就是医疗保险费用筹集能力的普遍下降,进而影响到医疗保险基金的安全运行。当前世界上四种主要的医疗保险模式,普遍是由企业和个人分担主要的医疗费用,如果企业和个人的收入减少,其医疗保险费用的承受压力就会明显增加,从而会导致保健基金筹集规模受到影响。同时各类医疗保险模式还涉及政府的资金支持,只是在不同的保险模式之间,国家财政的支持力度和范围存在一定的差异,但风险兜底是各国财政在医疗保险基金安全中的重要作用,财政资金缺乏,必然会导致政府寻求削减医疗福利的政策。在这方

面表现最为明显的是西欧的高福利国家,首先是希腊政府在面临严重的财政危机时开始的各项福利削减政策,法国适度增加调整医疗服务费用的承担比例,英国开始大规模的管理费用支出计划等。

医疗保险在面临基金筹集减少风险的同时,还面临医疗服务成本增加和医疗服务需求提高等问题。为了应对经济危机导致消费需求不足,以及增加工作岗位保障民生基本需求,各国普遍采取了经济刺激计划和(或)扩大内需的办法,这些激励措施在防止经济陷入严重倒退的、促进经济增长的同时,还会导致引发国内的潜在或显性的膨胀问题,并传导到医疗服务领域,导致直接或间接医疗服务成本增加。同时失业或社会紧张还会导致社会成员精神或身体不适,增加就医需求,推动医疗服务需求增加。由于近年来世界各国普遍面临医疗服务费用过快增长的难题,经济危机导致的承受力降低、经济刺激计划导致的成本增加以及失业压力增加导致的就医需求提高,无疑都会给医疗保险带来较大的负面影响。尤其是高福利的国家保险模式,已经被迫采取削减医疗服务财政投入、控制医疗服务支出和适度进行成本转移等措施,并引发了职员罢工等一系列社会稳定问题。

(3) 世界主要国家医疗保险应对经济危机影响的主要措施:医疗保险的基本原则,在于将基本医疗费用以不同的途径,分别由相关利益主体共同分担,当某个利益主体的承受能力下降,影响医疗保险正常发展时,或者需要其他主体承担更多的费用,或者降低基本医疗费用和成本,这也是世界各国医疗保险改革的主要动因之一。

德国的社会医疗保险,政府起初并不直接承担医疗保险费用,而是由企业和个人按比例分担。随着保险机构与用工单位承受能力的下降,2007年通过《加强法定医保竞争法》改革法案,重新设立由税收注入的中央保险基金,帮助医保机构提高效率、减轻企业缴费压力。2011年初议会通过旨在降低药品价格的《医药市场重建法案》,以削减医疗保险药费支出。

法国医疗保险在医疗费用增长过快和财政紧缩压力下,开始降低基本费用报销比例、增加参保者个人的负担比例。2008年的《医疗保险自付定额措施》,要求病人适度承担医药服务和交通费用,缩减报销药品范围和报销比例,加强对保险欺诈等问题的监管,并对部分医疗服务进行控制,2011年开始设置旨在增加财政收入的保险税种,以分散政府的医疗保险财政压力。

医疗保险高福利的英国,企业、政府和就业个体是医疗费用的主要承担主体,企业和就业者的税收负担普遍偏高,导致企业资金外逃和道德性失业问题。卡梅伦政府2010年7月公布了《公平与卓越:解放NHS》白皮书,加大了医疗服务供给的社会化改革力度,给予全科医生和病人更大的决策权和选择权,但由于财政资金不断紧缩,对基层医务人员授权,在一定程度上也就是将费用承担责任转嫁给医疗服务机构,因而并没有得到他们的积极响应。

商业健康保险模式的美国,健康保险公司对利润的追求,必然不会主动分担被保险人的承受压力,导致大量高疾病风险的低收入群体游离于医疗保险之外。奥巴马政府2010年开始实施的新医改法案,提出政府创建并适度补贴一个新的保险市场,让个人和小企业能够以有竞争力的价格购买医疗保险,增加富人税收,并向保险公司和医疗器械厂商征收附加费。实际上是在调整政府、保险公司、用工单位和富人的承受压力,是政府部分责任的转嫁,必然会受到“被分担责任的”非责任主体的反对,这也是商业健康保险模式难以克服的弊端。

1.2 改革的欧盟背景

欧盟主要国家深陷欧债危机的严重影响,各国普遍采取了以削减福利水平的医疗保险改革,调整各相关利益者的承受压力,但受到欧盟的财政政策制约,改革的效果并不明显。

1.2.1 欧盟财政货币政策对其主要国家医疗保险改革的约束性

在经历世界金融危机并深陷欧债危机中的欧盟各国,在欧盟财政政策的限制下,普遍采取了以削减福利开支为主要内容的社会保障制度改革,以大幅度减少社会福利支出,达到控制财政赤字、改善财政承受力的目的,其中医疗保险制度已经成为各国改革中的一项重要内容。世界金融危机与欧债危机和紧缩的货币与财政政策,对欧盟各国经济社会政策具有深远的影响,也是对其高福利政策的一次严峻考验。

(1) 欧盟与欧元区主要的财政政策:包括已经批准加入的克罗地亚,欧盟目前已经有 28 个成员国,其中 17 个国家已经加入欧元区,采用欧元作为通用货币。根据 1992 年欧盟首脑会议签署的《马斯特里赫特条约》,决定自 1999 年开始实行欧元作为单一货币,并要求欧元区国家实施统一货币政策。尽管欧元区采取了统一的货币政策,但各国在财政政策上是各自独立的,只是在财政赤字和债务规模进行限制,要求包括非欧元区的欧盟国家,其财政赤字和债务不能超过其 GDP 的 3% 和 60%,形成了欧元区财政政策与货币政策的不对称结构格局。欧元区的统一货币政策与限制性财政政策,导致政府在干预经济社会发展方面,不但失去了灵活的货币政策,也使得财政政策受到很大的约束。欧元区国家在得到货币统一带来的国际贸易与资源利用的便利、汇率成本降低和区域经济平衡发展等众多益处的同时,却不得不面对宏观经济政策调节手段受限的问题。因而在应对金融危机及其引发的全球金融危机,以及设法解决长期的欧债危机时的有限措施,与这种货币政策与财政政策的不对称结构、挤压调控空间有着极为密切的关系。

(2) 欧盟主要国家医疗保险模式财政支付与个人支付状况:欧盟是社会保障制度的发源地,也是当前社会医疗保险制度模式比较集中的地区,既有德国典型的社会医疗保险模式、英国和瑞典等典型的国家医疗保险模式,也有正在从私营或商业属性的保险模式转向这两种类型改革的爱尔兰和荷兰等国。欧盟主要国家的医疗保险基金筹集分为社会保险缴费模式和税收筹资模式,在个人与私人医疗支出比例和公共医疗支出比例上,又各不相同,在社会保险缴费模式国家中。根据《2008 年泛欧企业健康和福利调研》的资料,比利时、匈牙利、波兰和斯洛伐克等国个人支出比例较大,相应的公共医疗开支比例较少,荷兰私人支出比例较小,但公共开支比例也比较小,而奥地利、捷克、法国和德国在公共医疗支出方面比例较大,个人承担比例偏小。同样在税收筹资模式国家里,保加利亚、葡萄牙、罗马尼亚和西班牙等国的个人支出较大,公共支出较小,相对卢森堡低私人支出与低公共医疗开支,意大利恰好相反,而丹麦、芬兰、爱尔兰、挪威、瑞典和英国的个人支出比例偏低,公共医疗开支较大。从整体情况看,公共医疗开支较大的德国、英国、瑞典和法国等国家,由于医疗保险福利水平偏高,已经普遍面临医疗财政负担偏重的问题,企业因税负偏高而引发的资金外逃问题比较严重,增加企业税负的空间不大,主要是开始寻求增加个人支出或减少医疗保险支付范围。