

经济学前沿译丛 / 主编 王宇

〔美〕贝内迪克特·克莱门茨

〔爱尔兰〕戴维·科迪

〔印度〕桑吉夫·古普塔 编

王宇 等译

医保改革的经济学分析

THE ECONOMICS OF PUBLIC HEALTH
CARE REFORM IN ADVANCED AND
EMERGING ECONOMIES



商务印书馆
The Commercial Press

经济学前沿译丛 / 主编 王宇

〔美〕贝内迪克特·克莱门茨

〔爱尔兰〕戴维·科迪

〔印度〕桑吉夫·古普塔 编

王宇 等译

医保改革的经济学分析

THE ECONOMICS OF PUBLIC HEALTH
CARE REFORM IN ADVANCED AND
EMERGING ECONOMIES



商务印书馆
The Commercial Press

2017年·北京

The Economics of Public Health Care Reform in Advanced and Emerging Economies
Copyright © 2012 International Monetary Fund

Translated and Published by The Commercial Press

This translation is published under license. The International Monetary Fund does not accept any responsibility for the accuracy of the translation. In case of any discrepancies, the original language shall govern.

图书在版编目(CIP)数据

医保改革的经济学分析 / (美)贝内迪克特·克莱
门茨, (爱尔兰)戴维·科迪, (印)桑吉夫·古普塔编;
王宇等译. —北京: 商务印书馆, 2017

(经济学前沿译丛)

ISBN 978-7-100-14950-1

I. ①医… II. ①贝… ②戴… ③桑… ④王… III. ①医
疗保健制度—体制改革—经济分析—研究 IV. ①R197.1

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2017)第 162859 号

权利保留, 侵权必究。

医保改革的经济学分析

〔美〕贝内迪克特·克莱门茨 〔爱尔兰〕戴维·科迪

〔印度〕桑吉夫·古普塔 编

王宇 等译

商 务 印 书 馆 出 版

(北京王府井大街 36 号 邮政编码 100710)

商 务 印 书 馆 发 行

北 京 冠 中 印 刷 厂 印 刷

ISBN 978-7-100-14950-1

2017 年 11 月第 1 版

开本 880×1230 1/32

2017 年 11 月北京第 1 次印刷

印张 16 5/8

定价: 49.00 元

推荐者序 全球医改：人类的共同挑战、 教训和经验

朱民

在过去数十年中，世界各国在推进医疗服务体系和医疗保险制度建设方面取得了重大成就。人类预期寿命大幅上升，公众健康水平明显提高，医疗服务可得性不断提高，医疗保险制度逐步完善。不过，挑战依然存在。发达国家面临的主要挑战是如何降低公共卫生支出，维持医疗服务的可持续性；发展中国家面临的主要挑战是如何提高医疗服务效率，实现基本医疗全覆盖。

本书作者通过对各国医疗服务体系和医疗保险制度的理论分析、实证研究和国别比较，说明了医改对于降低公共卫生支出、提高医疗服务水平、实现基本医疗全覆盖的重要性。在总结各国医改经验教训的基础上，提出了相关政策建议。

一、发达国家面临的主要挑战：减少公共卫生支出

一个时期以来，世界各国的公共卫生支出都出现了大幅攀升。在发达国家，公共卫生支出占国内生产总值的比重从 6% 上升至 12%；在发展中国家，公共卫生支出占国民生产总值的比重由 3% 上升至 5%。发达国家的上涨幅度是发展中国家的一倍以上。

更严峻的挑战是，过去四十多年发达经济体的人均医疗支出增长了四倍多，其中医疗支出增长的 2/3 源于不断上升的公共卫生支出，公共卫生支出占医疗支出的比重由 55% 上升至 60%。国际货币基金组织预测，如果不采取有效措施，未来二十年，发达国家的公共卫生支出将无法持续——2011—2030 年新增公共卫生支出净值占国内生产总值的比重将升至 26%；2011—2050 年新增公共卫生支出净值占国内生产总值的比重将升至 98%。

造成发达国家公共卫生支出快速上升主要原因包括居民收入增加、人口老龄化、医疗技术进步等。在发达国家公共卫生支出占国内生产总值比重的升幅中，大约有 1/4 是由人口因素推动的，比如人口老龄化，其余 3/4 是附加成本增长，反映了非人口因素的综合影响，包括居民收入增长和医疗技术进步等。

公共卫生支出如此快速增长显然不可持续，如何扭转这一趋势？本书作者分析了多个发达经济体医疗服务和医疗保险的改革经验。加拿大和荷兰主要是在引入市场机制的基础上，实行预算上限和供给约束。芬兰通过一揽子的宏观改革和微观改革来降低成本、提高效率。意大利采取价格管理和成本分担机制来控制公共卫生支出。意大利的经验是“中央政府不对地方医疗服务体系实施救助”。瑞典建立了分

权模式下的问责制度，通过加强公共管理，较为成功地控制了公共卫生支出的过快增长。英国的成就则主要归功于对全国医疗服务体系的整合和改革，以及建立新的管理规范。美国的“全科医生制度”和“管理式医疗计划”也发挥了减少公共卫生支出的作用。

二、发展中国家面临的主要挑战：基本医疗全覆盖

医疗全覆盖是指，“以可承担的成本让所有人享受促进型、预防型、治疗型和康复性的健康干预”。到目前为止，在世界卫生组织的近 200 个成员国中，约有一半左右的国家和地区实现了基本医疗全覆盖。其中，大多数发达国家实现了基本医疗全覆盖；一些发展中国家，由于受到经济发展水平和财税政策等因素的限制，公共卫生支出不足，在实现基本医疗全覆盖方面尚存较大差距。医疗服务低效率是发展中国家面临的另外一个问题，世界卫生组织预测，每年大约有 20%—40% 的医疗资源被低效率浪费了，尤其是在发展中国家。主要原因包括不合理的药物使用、医疗事故、不负责任的治疗和护理、浪费和腐败等。为此，提高医疗服务效率是扩大基本医疗全覆盖的一个重要方面。

在本书中，作者着重介绍了一些发展中国家，尤其是亚洲国家，如何通过医改逐步提高医疗服务水平的经验教训。比如，印度用于医疗、卫生和健康方面的公共支出长期低于国内需求水平，一些经济学家认为，公共卫生支出不足与收入分配不公平是印度贫困的根源之一。近年来，为了实现基本医疗全覆盖，印度政府着手实施了两个计划：一是全国农村健康计划，主要内容是扩大公共医疗卫生支出，让广大农村地区享有平等的医疗服务。二是全民健康保险计划，

主要内容是为那些处于贫困线以下的人群建立国家医疗保险制度。泰国主要是通过三大公共医疗保险计划，实现基本医疗全覆盖。这三个医疗保险计划分别为：针对私人部门雇员的社会医疗保险计划，针对政府雇员的公务员医疗福利计划，以及针对其他人群的基本医疗全覆盖计划。

本书作者认为，医疗全覆盖是指基本医疗全覆盖，而不是全部医疗全覆盖。并且大多数发展中国家对于“基本医疗由政府提供”和“高级医疗由市场提供”已经取得共识。为此，对于发展中国家来说，政府有责任将更多的公共卫生支出用于为全体居民提供基础性医疗服务上来。在此过程中，如何处理好政府与市场的关系，还是一个世界性难题。本书作者的观点是，如果一个国家希望依据医疗价格和居民负担能力分配医疗资源，医疗服务体系的大部分功能都可以交给市场，政府只需要进行必要的监管；如果一个国家希望建立一个人人平等的医疗服务体系，让所有人享受平等的医疗服务，就需要政府对医疗服务体系和医疗保险市场进行严格的监管。

三、全球医改：内容与成效

医疗服务关系到人类健康，医疗部门具有非常特殊的重要性和复杂性，因此，世界各国的医疗服务体系改革和医疗保险制度改革都存在两难：一方面要提高人们的健康水平，另一方面要控制公共卫生支出。在过去数十年中，世界多数国家的医改分为三类，即宏观改革、微观改革和需求管理改革。

（一）宏观改革

一是预算上限。预算上限通常表现为政府对公共卫生支出总规模

制定上限约束，包括限制医院的总预算规模，规定对全科医生补贴费用的支出上限等。预算上限对于控制公共卫生支出的过快增长较为有效，世界各国在财政整顿期间，通常都会实行预算上限管理。二是供给约束。供给约束旨在对医疗服务体系的投入和产出进行数量管制，包括限制医疗机构人数，界定药物补贴范围，对高科技固定资产设备实行配给等。三是价格管理。价格管理是指对医疗服务体系投入产出的相关价格进行管理，比如对医疗服务行业的工资水平进行管理，对医院的收费标准进行管理，制定药物参考价格，以及对特定治疗项目实施价格指导等。本书作者认为，不同国家价格管理的成效各不相同，比如德国政府对药物价格的管制仅使药物支出出现了短暂下降，而荷兰政府对药物价格的管制则使药物支出出现了较长时间下降。

（二）微观改革

一是加强公共管理。公共管理包括守门人制度和地方政府参与。守门人制度主要是指由全科医生协调安排病人向二级和三级医疗机构转诊，通过减少不必要的医疗服务环节，优化医疗服务体系的内部安排，控制医疗成本。同时，在分权体系下，为控制公共卫生支出，需要正确处理中央政府与地方政府之间的关系，在加强中央政府监督的同时，激励地方政府更多地参与。二是引入市场机制。包括建立内部市场，全科医生购买由医院提供的服务；实行医疗服务的购买与提供相分离的政策，鼓励医疗服务机构和医疗保险机构竞争；增加患者对医院和医保机构的选择权。

（三）需求管理改革

医疗服务体系的需求管理改革包括发展私人医疗保险和引入成本分担机制等，避免对医疗服务的过度消费，降低由患者负担的医疗

成本比例。其中，患者的医疗费用自付率和私人医保机构的税收是与需求管理改革直接相关的两个重要问题。

我在国际货币基金组织工作时也关注全球医疗改革的进展，并专程去日本主持了由国际货币基金组织举办的全球医疗改革的挑战、经验和教训的研讨会。本书就是该会议发言和论文的文集。本书作者都是我在国际货币基金组织工作时的同事。多年来，他们一直关注全球医疗改革，持续地总结各国医改的困难和经验，不懈地为提高人类健康水平做出努力。我很高兴他们的研究成果能够在中国出版。译者王宇是我在中国人民银行的同事，她对新鲜事物总是保持敏感和思考。繁忙的工作之余，常年坚持翻译国际最新的经济金融研究成果，译作丰盈。我去了国际货币基金组织任职后，每每读到好书，总会寄她一册，王宇则勤勤恳恳地翻译了一册又一册。我很高兴再次为她的新译作序。

目前中国正在推进医疗服务体系和医疗保险制度改革，中国政府也面临着如何降低公共卫生支出水平、维持医疗服务的可持续性，以及如何提高医疗服务效率、实现基本医疗全覆盖的挑战。希望本书所提供的国际经验和国别比较能够为广大读者提供借鉴。

译者序 资金筹集与服务提供：医改再选择

王宇

医改是一个世界性难题。无论是发达国家还是发展中国家，医疗改革都是一个政策难题，需要在多重政策目标之间艰难取舍，形成共识；医疗改革也是一个实践难题，医疗市场因存在着严重的信息不对称而引起市场失灵，医改就是要在政府与市场、公平与效率之间寻找均衡；医疗改革还是一个理论难题，由于医疗卫生体系的专业性、特殊性和复杂性，要求医改研究者必须理清医疗、医保和医药部门及其相互之间的主要矛盾，在庞大而复杂的现象背后发现内在逻辑，明晰内在关系。

本书是由国际货币基金组织研究报告和专家论文组成的文集，这些论文和报告主要来自国际货币基金组织的“全球医疗改革的挑战、经验和教训国际研讨会”，当时朱民博士作为国际货币基金组织副总裁主持了这一会议，并向国内读者推荐了这本书。在本书中，有十几位国际顶级专家，针对全球几十个国家的医改情况进行了详细而全面

的理论研究、实证分析、国别案例讨论和国际经验比较。作为本书的翻译者和研究者，在认真学习、反复思考的基础上，我尝试理清医疗卫生体系的三大关系。是为序。

一、政府与市场：明确政府的基本医疗服务责任

一般情况下，市场要依靠较为完备的信息来引导供求，形成价格，以实现资源合理配置。信息不对称会扭曲交易行为，造成市场失灵。与一般商品市场不同，医疗市场存在着严重的信息不对称问题。在医疗市场上，医生是信息的绝对优势方，无论是对于患者的病情分析、治疗方案、预期结果，还是对于药品定价、住院收费和治疗时间，医生都具有患者无法比拟的优势，拥有无可置疑的信息控制权。“供给诱导需求”就是由此而产生的。“供给诱导需求”是指，为了谋取私利，医生利用信息优势去影响甚至创造患者的需求，从而使得需求曲线向外移动，使均衡价格超过初始价格。

由于医疗卫生体系的信息严重不对称，在完全竞争市场上，基本医疗服务的供给可能无效。为此，政府应当成为医疗服务的主要提供者，承担起维护国民健康的责任。具体来讲：第一，政府作为医疗服务的供给者，应当建立健全公立医疗机构，直接提供基本医疗服务和公共卫生产品。政府应当通过强制储蓄和税收优惠等形式，建立健全个人老年医保储蓄账户，鼓励个人通过该账户积累老年医保资金。这里有两个问题值得重视：对于医保体系来说，政府提供医疗健康保险可能比政府直接建立和运营公立医院更为有效；对于低收入人群来说，政府直接向医保公司提供补贴可能比直接向低收入者提供医保更为有效。第二，政府作为医疗服务的监管者，一方面应当推动商业保

险机构完善公司治理，理顺产权关系，强化内在激励机制和外约束机制；另一方面应当建立健全医务人员资格考试和认证制度，医疗机构的设立资格、标准和规范，以及医疗机构等级、医务人员技术水平的评价体系等。第三，政府作为医疗服务的规划者，应当建立健全适应经济社会发展需要的基本医疗服务体系，建立国家、企业和个人责任明确、分担合理的多渠道筹资机制。明确政府与市场的功能，理顺社会保险与商业保险的关系。建立合理的税收制度，防止不当税收对医疗市场的扭曲。

总之，在医疗卫生体系改革中，必须坚持社会公平的原则，以保证国民享有医疗资源的公平机会和医疗系统筹资的公平性，同时，完善医疗救助制度，以保证低收入者的医疗需求。政府要加大对医疗卫生系统的财政支持力度，适当扩大公共医疗支出，加强公立医院的建设，鼓励发展私立医疗机构和商业健康保险。

二、筹资者和购买者：重新定位医保机构的功能

在医疗卫生体系中，医保作为连接供给与需求的桥梁、作为沟通资金筹集与费用支付的纽带，而成为医改的基础和医改成败的关键。在本书中，作者从不同角度分析了世界各国医保改革的历史变迁和经验教训，从筹资与支付两个方面，为我国提供了深化医保制度改革的参考和借鉴。关于多渠道的筹资来源：英国医疗筹资主要来自政府税收；德国实行双重筹资制度，即医院的基本建设由地方政府预算基金投资，包括公立医院和私立医院，医院运行费用由医疗保险基金支付和患者自付；美国医疗服务筹资源于私人医疗保险体系和社会医疗保险体系。关于多元化的支付方式：英国对医院的支付方式主要按照医

院过去一年所提供卫生服务数量和运营成本做出预算，然后通过地方卫生部门拨付给医院；德国实行预付制，医保机构根据与医院达成的协议，将资金拨付给医院，拨付金额主要根据医院诊治病人所发生的实际费用；美国政府补偿给医院的资金是根据当年医院提供的医疗服务数量来决定。

由于医疗市场存在着严重的信息不对称，无论是患者被动搜寻信息，还是医疗机构自愿披露信息，都存在着难以克服的矛盾。患者搜寻信息的成本极高，医疗机构则缺少信息披露激励。为此，建立社会医疗保险的第三方购买机制，明确医保机构在医疗服务市场的筹资者和购买者的双重功能，明确医保机构作为患者利益代表者和医疗服务购买者的双重作用，有利于解决医疗市场由于信息不对称而可能产生的逆向选择和道德风险，实现医疗服务体系的激励相容。

在实践中，为了解决医疗市场的信息不对称问题，发达国家的医保体系主要是由医疗服务提供者（医生）、医疗服务消费者（患者）和医疗保险公司组成，社会医保机构作为第三方购买者，重塑了医疗服务供给者与医疗服务消费者之间的关系。患者直接向医疗保险公司付费，再由医疗保险公司根据医生服务质量和数量向医院付费，这会促使医院为患者提供性价比较高的诊疗方案和用药方案，从而提高患者在医疗市场的博弈能力。目前我国的医疗服务市场还缺乏这种意义上的医保机构——我国的医疗保险公司只是行使事后赔付功能，缺乏对医生和患者的第三方激励和约束机制。未来中国的医改需要重新定位社会医保机构的功能，让医保机构代表患者成为医疗服务的主要付费者，让医保机构以集团购买的方式向医院支付费用，遏制医疗服务供给者“供给诱导需求”，保护医疗服务消费

者的权益。

三、资金筹集与服务提供：医疗卫生模式的国际比较

从理论上讲，一个国家的医疗卫生体系主要由两部分组成，即医疗服务体系和医疗筹资体系。各国医疗改革面对的共同问题都是“医疗服务由谁提供”和“医疗经费由谁承担”。前者对应一国的基本医疗卫生体制和医疗服务机构，后者涉及一国的医疗经费筹集和资金支付。

也就是说，尽管医疗市场庞大而复杂，影响一国医疗卫生体系的因素很多，但最重要的有两个方面：一是资金筹集与支付模式，即医疗卫生体系的需求方；二是医疗服务提供方式，即医疗卫生体系的供给方。筹资与支付模式可分为国家出资、强制保险、强制储蓄、自愿保险和患者自付；服务提供方式可分为公共部门和私人部门，其中公共部门多为公立医疗机构，私人部门包括私人非营利性医疗机构和私人营利性医疗机构。

根据医疗资金筹集方式与医疗服务提供方式的不同，世界各国的医疗卫生模式和医疗保险制度大体上可以分为五种，即全民医疗服务模式、社会医疗保险模式、商业医疗保险模式、储蓄型医疗保险模式，以及混合型医疗服务模式。从某种意义上讲，世界医改的过程就是这些模式在自我完善、自我修正的同时相互取长补短、相互融合、逐步趋同的过程。

（一）全民医疗服务模式

英国是全民医疗服务模式的代表性国家。国家卫生服务体系（National Health Service, NHS）是英国医疗卫生体系的基石，主要由

三级医疗服务机构组成，即基本护理机构、地区医院和中央医疗服务机构。基本护理机构以社区医院为主，包括全科医生、牙医和药房等，主要负责提供初次诊断、小病治疗和预防性保健等医疗服务。地区医院是地区性的医疗服务中心，主要提供综合医疗服务和专科医疗服务。中央医疗服务机构主要负责疑难病症诊治和紧急救助。在英国的三级医疗服务体系中，二三级医疗服务的供给者是公立医疗机构，由国家财政提供经费。国民可享受公立医院免费或低收费的医疗服务。

英国医疗保险体系的筹资来源：一是公共资金筹集，主要包括政府税收、社会保险缴费以及全民医疗服务信托基金等。二是商业保险性质的医保资金，即政府通过税收优惠等政策措施，鼓励有需求的个人购买商业保险，由商业保险公司直接向投保人就诊的医疗服务机构付费。三是个人自费支付渠道，主要指医疗费中需要个人承担的自费部分，以及超出医保服务范围的特殊医疗服务，由个人直接向医疗机构支付。需要强调的是，英国国家卫生医疗服务体系主要通过全科医生和公立医院提供医疗服务。全科医生所开的诊所是私人医疗机构，政府通过合同的方式采购其所提供的医疗服务，并根据其就诊人数和工作量发放经费。

（二）社会医疗保险模式

社会医疗保险的代表性国家是德国和日本。

德国的社会医疗保险制度

德国是社会医疗保险制度的发源地，社会医疗保险制度已经覆盖了德国 90% 的人口，商业保险占比仅为 9%。德国社会医疗保险由法定医疗保险和私人医疗保险两大系统构成，国民可以在两者之间进行选择，也可以在参加法定医疗保险的基础上，参加私人保险所提供的

补充医疗保险。德国社会医疗保险机构以非政府、非营利性质的“疾病基金协会”为主体。德国有 100 多家“疾病基金协会”，参保者可自愿选择。德国的医院主要包括由政府出资建立并管理的公立医院、由教会和慈善机构建立并管理的私立非营利医院，以及由政府建立并委托给私人机构经营的私立营利医院。

德国医保资金的主要来源：一是社会医疗保险机构的保费收入，约占医保总收入的 50%。二是政府财政补贴，政府规定退休教师、大学教授、公务员以及其他的永久性公共雇员不必参加社会医疗保险，由政府补贴 50% 以上的医保费用。三是商业医疗保险保费收入，居民自愿参保，作为社会医疗保险的补充。四是患者自费部分，主要指医疗费中需要个人承担的自费部分，以及超出医保范围的特殊医疗服务，由个人直接向医疗机构支付。

德国医保资金支付方式：首先将保费归集到全国健康基金，然后在各地区的“疾病基金协会”之间进行再分配；收到全国健康基金拨款后，地区“疾病基金协会”将与当地医生协会进行谈判，按照医疗总费用和参保人数确定支付总额预付；地区“疾病基金协会”将资金分配给医院和医生。

日本的医疗保险制度

日本社会医疗保险制度历史悠久，分为“职工医疗保险”和“国民健康保险”两部分。“职工医疗保险”主要包括产业工人、政府机关工作人员、公共事业人员等在职职工及家属。“国民健康保险”主要包括农民和自由职业者，以及各类职业的退休人员。

日本医疗保险费主要由国家、企业和个人共同负担。就个人和企业看，对工薪收入者，每月缴纳医疗保险费率约为工资收入的 8.2%，

其中企业和个人各负担一半。个人所缴部分，由企业从工资中代扣，并由企业直接代缴至保险机构。不同险种的保险费率略有差别，但企业与个人分别负担 50%。在个人和企业缴纳的基础上，政府适当给予补贴。政府对不同险种的补贴有所区别，具体比例视市町村的情况而定。为了方便征收，绝大多数市町村采取纳税方式。在由自营业者和农民参加的国民健康保险中，个人和国家各自负担 50%。对于老年人的保健医疗，所需经费分别由保健医疗机构、中央、都道府县、市町村按比例分担，个人不缴纳任何费用。

日本不同保险制度下的支付形式基本相同：一是现物支付，即医疗服务部门向患者（被保险人）提供诊断、治疗、住院、药品和护理等服务，患者按照相关规定仅向医疗保险公司支付部分费用就可以接受这些医疗服务，然后由医疗保险公司按照相关规定向医疗服务部门支付患者所发生的费用。二是偿还式支付，即患者先向医疗服务机构全额支付医疗费用，然后再从医疗保险公司报销。

（三）储蓄型医疗保险模式

新加坡是储蓄型医疗保险模式的典型。新加坡的储蓄型医疗保险制度主要包括三大计划，即“全民保健储蓄计划”、“健保双全计划”和“保健基金计划”，并且以“全民保健储蓄计划”为主体，以“健保双全计划”和“保健基金计划”为补充。“全民保健储蓄计划”要求，有薪金收入的国民必须按月缴纳国家设立的中央公积金，由雇主和雇员共同承担，以雇员工资总额为基数，并按照依雇员年龄和月收入进行细分的缴费比例，分别向中央公积金账户缴费，再按照一定比例依次计入保健储蓄账户、特殊账户和普通账户三种不同类型的中央公积金账户。“健保双全计划”，主要用于弥补“全民保健储蓄计划”在保