

社会保障橙皮书 2013

ORANGE BOOK OF SOCIAL SECURITY 2013

国际社会保障动态

全民医疗保障体系建设

DEVELOPMENTS AND
TRENDS OF GLOBAL
SOCIAL SECURITY POLICY

上海财经大学公共经济与管理学院 公共政策与治理研究院

俞卫 主编 郑春荣 副主编

 上海人民出版社

社会保障橙皮书 2013

ORANGE BOOK OF SOCIAL SECURITY 2013

国际社会保障动态

全民医疗保障体系建设

DEVELOPMENTS AND
TRENDS OF GLOBAL
SOCIAL SECURITY POLICY

上海财经大学公共经济与管理学院 公共政策与治理研究院

俞卫 主编 郑春荣 副主编

 上海人民出版社

图书在版编目(CIP)数据

国际社会保障动态:全民医疗保障体系建设/俞卫
主编. —上海:上海人民出版社,2013
(社会保障橙皮书. 2013)
ISBN 978-7-208-11773-0

I. ①国… II. ①俞… III. ①医疗保障-研究-中国
IV. ①R197.1

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2013)第 228371 号

责任编辑 王舒娟
封面装帧 王小阳

国际社会保障动态

——全民医疗保障体系建设

俞卫 主编

郑春荣 副主编

世纪出版集团

上海人民出版社出版

(200001 上海福建中路 193 号 www.ewen.cc)

世纪出版集团发行中心发行

上海商务联西印刷有限公司印刷

开本 720×1000 1/16 印张 29.5 插页 4 字数 484,000

2013 年 10 月第 1 版 2013 年 10 月第 1 次印刷

ISBN 978-7-208-11773-0/D·2352

定价 70.00 元

本书获上海财经大学 211 工程(四期)资助

《国际社会保障动态》年度系列报告 学术委员会

学术委员会主任：丛树海

学术委员会委员(以姓氏拼音为序)：

丛树海 邓大松 郭士征 汪 泓 王爱平
俞 卫 郑秉文 郑功成 左学金

《国际社会保障动态——全民医疗保障体系建设》

作者名单

主 编：俞 卫

副主编：郑春荣

第一章：郑春荣

第二章：谌 伟、郑春荣、张 熠

第三章：俞 卫、曾 益

第四章：俞 卫、曾 益

第五章：李 华

第六章：余央央、岳 峯

附录一：郑春荣

附录二：潘 姿

附录三：曾 益

序

90年代初期,我开始师从席克正教授攻读财政学博士学位,在学习和研究财政学理论的过程中,我进一步认识到财政支出问题将成为财政学理论和实践至关重要的核心——至少是比我们之前对财政学收支关系的认识更加重要,而社会保障和社会福利支出将成为财政支出不断增长的基本趋势。有鉴于此,我将博士论文的选题定为《社会保障经济影响的理论分析》。

从那时研究和撰写以社会保障为题的博士论文算起,我对中国社会保障理论与实践的关注已经有20年以上的时间。在这20年里,由于本人的懈怠和才疏学浅,没能在学术上有所成就,但我见证了我国社会保障在理论研究与制度建设上取得的巨大成就,如今,社会保障已不仅成为学术界也成为全社会和老百姓最关注的问题之一。2012年我国城镇五大社会保险基金收入达到28 910亿元,支出22 182亿元,累计结余35 679亿元。如果把我国社保基金纳入全国财政预算,那么,2012年的社保收入(如果算是一种税种——社会保险税的话),已超过增值税,成为第一大税种;2012年社保支出已超过教育支出,应为我国第一大财政支出项目。在丰硕的理论和实践成果面前,作为学者和研究人员,我们应更加理性地思考我国社会保障制度建设的长期趋势和整体设计,应更加加强对社会保障理论和思想的基础性研究和实证研究,直面我国社会保障在理论和实践中存在的问题,着力解决人口老龄化带来的“未富先老”、“老年服务”和“筹资与支付”等难题,着力解决群众的就医难、看病贵,以及“大病负担”等问题,更好地担负起时代赋予我们的历史重任。

上海财经大学社会保障学科各位同仁齐心协力,经过长时间的准备,在撰写和出版了《各国社会保障丛书》的基础上,现在又以关注和研究国际社会保障动态的战略眼光,撰写了社会保障橙皮书,并计划每年出版一本,既将各国社会保障

的改革动态汇集和分析给读者,也以每年一个专题的方式就我国社会保障的相关专题进行比较研究。难能可贵的是,课题组还计划每年都深入实践,将各该专题的国内改革发展的地方实践总结出来,形成案例,介绍给读者,供学习研究参考之用。2013年的橙皮书所调查和总结的案例,既有经济发展水平相对较高的江苏太仓市,也有经济发展水平相对较低的广东湛江市,两市的大病医疗保障实践表明,因地制宜地开展大病医疗保障,无论其经济发展水平有高低、无论其财政规模能量有大小,都是可以有所作为的。

借本社会保障橙皮书出版之际,谈以下三点想法。

一、橙皮书系列报告的定位:他山之石,可以攻玉

一个国家的社会保障制度离不开该国特定的历史背景、社会传统和经济发展水平,与此同时,各国的社会保障制度也有许多共通之处,特别是欧洲一些国家对社会保障制度的探索已持续了一个多世纪,其积累的经验教训弥足珍贵。为此在整个20世纪80年代中期至90年代,有不少学者对国外社会保障制度进行了介绍和比较,发表了许多论著,推动了我国社会保障的制度设计和理论研究。

当前,国际国内形势都发生了很大变化。国际上,全球性人口老龄化所引发的养老金制度改革问题、社会保障和社会福利制度过度提供带来的低效率和财政负担、收入分配不公带来的社会排斥、离婚率和未婚率的持续攀升以及少子化严重影响了家庭保障功能、全球性金融危机所引发的养老基金贬值、持续经济低迷形成的长期失业问题等等,使得许多国家都在积极着手对其原有的社会保障制度进行调整和改革。在国内,我国面临着未富先老的人口状况、人口快速城镇化、人们健康水平的快速提高以及对健康保护的进一步要求、产业升级与转型、就业形式多样化、经济全球化的挑战和收入分配差距不断加大等问题,使我们正在建设的社会保障制度体系,同时面临着新的问题与挑战。他山之石,可以攻玉。在新的形势下,很有必要进一步了解各国社会保障制度发展与改革的近况,深入了解各国社会保障制度的内涵,汲取他国经验与教训,为我国社会保障制度建设提供有效借鉴。

橙皮书系列报告旨在归纳总结世界各国最新的社会保障改革实践的基础上,提出可供我国社会保障改革借鉴的经验与教训。正如今年橙皮书中的分析,南欧

国家的“福利病”、拉美国家的“贫困陷阱”，不仅要在我国社会保障基本制度建设过程中予以高度重视，引以为戒，而且在实践中要努力避免。以史为鉴，以邻为鉴，可使中国的社会保障改革未雨绸缪，少走弯路。

二、上海财大社会保障学科的发展思路：汇聚中外，兼容并蓄

汇聚中外英才，是上海财经大学长期以来所贯彻的办学理念。在学校创办之初和上世纪50年代，上海财经大学就汇聚了一大批海外留学回国的学者，近年来，上海财经大学又加快了国际化建设进程，迎来新一批的学成回国人员。目前，仅社会保障学科所在的公共经济与管理学院，就有一批从美国、加拿大、德国、日本等著名大学包括美国南加州大学、美国佐治亚理工学院、美国北卡大学夏洛特分校、美国佛罗里达州立大学、美国加州大学伯克利分校、美国纽约大学、美国弗吉尼亚理工学院、日本大阪市立大学、日本东京大学、美国普渡大学、美国芝加哥大学、美国耶鲁大学、美国哥伦比亚大学、美国约翰·霍普金斯大学等世界名校毕业的博士。同时，国内毕业的社保教师也都有在国外大学访学访问研究的经历，整个社会保障学科团队对国内外社会保障理论和基本制度比较熟悉，成为一支年轻有为、知识结构合理、不断追求的学术团队。

围绕社会保障，多学科兼容并蓄，共同研究“大社保”问题。笔者非常赞成许多同行的观点：社会保障的研究不能局限于某一学科，要鼓励多个学科从不同的角度展开研究。在上海财经大学，汇聚了各个学科的研究者，从政治学、社会学、公共管理、金融学、财政学以及理论经济学等不同视角对社会保障进行研究，取得了一定的成效。今后，我们还将采取双聘、特聘制度，组建多学科协同、校内外协同的研究机构，进一步促进不同学科不同学校学者之间的交流与合作。

三、社会保障橙皮书：求新求真，填补空白

目前国内已经出版的社会保障发展报告至少有五本以上，例如武汉大学社会保障研究中心的《中国社会保障改革与发展报告》、中国社科院的《中国社会保障发展报告》、郑秉文教授主编的《养老金发展报告》等等，这些社保发展报告的体系较为完整，数据翔实，对问题的剖析也十分到位，在学界具有重要影响，对我国社会保

障实践具有很好的指导意义。上海财经大学推出的社会保障橙皮书系列报告,不能搞重复建设。橙皮书的撰写,必须既与国内已出版的社保发展报告形成互补,又能充分发挥上海财大社保学科的研究特色。为此,我们进行了几轮充分的论证,认为有必要在介绍国外社会保障改革与实践、指导我国社会保障改革与实践方面发挥独特作用。因此将橙皮书定名为“国际社会保障动态”,旨在系统地、定期地介绍国外社会保障的最新实践,配合国内社会保障热点问题的研究,提出一些可供我国借鉴的有益经验。实际上,早在2009年,上海财大已经组织科研团队开始系统地研究国外社会保障制度,例如全校十多位学者编写的《各国社会保障制度丛书》,已出版12种,总字数达400万字,既包括欧美主流发达国家的社会保障制度,也包括智利、新加坡等新兴经济体的社会保障制度,在各国社保制度的研究方面积累了较为完整的资料,也培养出一支较为齐整的研究队伍。因此总体上看,橙皮书的定位是合理的,也是可行的。

每年的橙皮书主要由“年度国际社会保障运行情况分析”和“主题报告”两部分组成,具体分为四大部分:

第一部分,是对上一年度世界各国社会保障制度运行、改革与实践的情况进行总结、归纳。在写作上要求数据新而全,每年的写作具有连续性,让读者对各国社保制度的最新情况一目了然。

第二部分,是对上一年度和近年世界各国的社会保障制度热点进行专题介绍。例如,今年橙皮书对退休年龄、公共医疗卫生政策、长期护理、工作福利等问题展开了专题介绍。

第三部分,是主题报告,这是每年社会保障发展报告的重头戏。每年我们根据国内外社会保障改革的热点问题选择一个研究主题,例如今年橙皮书的主题是“全民医疗保障体系建设”。在主题报告中,首先系统介绍该项制度在世界各国的建设、运行情况,剖析各种制度模式的起源、成因与优劣;其次,介绍该制度在国内的实施情况,并进行至少两个以上的实地案例调研;最后,在融会贯通国内外分析的基础上,提出适用于中国的制度模式。

第四部分,是社保资料索引,包括上一年度世界各国社保改革大事记、世界各国社会保障主要数据汇编等内容。

橙皮书要体现“新”、“真”。“新”是指数据和资料必须是最新的、尽可能地采用第一手资料或各国政府直接公布的数据;“真”是指写作必须严谨,每年必须有实地

调研案例,充分反映事实。如果能做到这两个要求,相信橙皮书对国内社会保障理论与实践会有其一定的独特作用。

衷心希望上海财经大学社会保障研究团队以橙皮书的出版为契机,多向国内外同行学习,打造一支高水平的社会保障教学科研团队,为我国社会保障改革事业作出更大的贡献!同时,笔者也非常期待国内外学者不吝批评,使橙皮书系列报告能够日臻完善,成为社会保障界的“新品牌”。

丛树海

2013年8月20日

总 论

建设一个完善的社会保障体系是我国现代化发展的必要条件,也是社会文明成熟的一个标志。社会保障体系源自于欧洲工业革命和社会变革,但世界社会保障体系的全面发展则是一个漫长的过程,从19世纪末德国建立社会保障项目开始,到1942年英国“贝弗里奇报告”提出建立国家福利的理念经历了半个多世纪,既有经济条件的制约也包括了社会对提供医疗保障责任的逐步认同。新中国成立以来,我国政府通过职工退休、公费医疗、劳保等制度开始建立城镇社会保障体系,而在经济条件相对困难的农村,则通过村民互助和政府支持相结合的方式提供初级社会保障。改革开放以来,国家经济水平全面提升,工业快速发展,农村人口大量迁移至城市,社会保障体系开始破除城乡二元化的体制向全民统一发展,2011年7月1日开始实施的《中华人民共和国社会保险法》标志着我国社会保障体系建设的一个崭新阶段。

发达国家经过一个多世纪发展建设的社会保障体系在2007—2008年爆发的金融危机下暴露出严重问题:刚性的社会保障支出增长和波动的经济实体在短期行为主导的政府组织体制下导致社会保障筹资制度不可持续。财政支付能力仅仅是问题的一个方面,人口老龄化和经济全球化等问题也给发达国家社会保障制度的稳定运营带来了冲击。2010年,欧洲人口中60岁以上的人口超过20%,2030年这一数字将达到30%,人口老龄化直接影响养老金和医疗保险的筹资。经济全球化也给发达国家的社会保障制度提出了挑战,随着资本不断流向生产成本低的国家,各种类别的劳动力也在国家之间开始流动,许多国家政府面临外籍人员的社会保障问题,同时,国际劳动力的流动导致临时性和非全日制工作的增加。在欧盟15国,临时性工作在1995年至2006年间增加了25%,非全日制工作占全部工作岗位的25%,增加了非正规就业人员的风险,同时加剧了社会缴费不足的问题。

我国当前正处于工业化、城市化快速发展的时期,有很多问题同发达国家类似,例如老龄化、农民工和临时性用工等问题。除此之外,我国社会保障体系还有自己的特殊问题,例如区域和城乡经济的巨大差异,占总人口约 20% 的城镇职工(包括政府部门)在医疗保险和养老金方面的待遇与农村等其他人群的显著差异都给我国社会保障体系向全民化和均等化发展带来严峻挑战。当前世界各国在经历了全球经济危机之后开始对社会保障体系进行一系列的改革和制度探索,国际社会保障协会近年提出了动态社会保障(Dynamic Social Security)的理念,以推动社会保障体系在保障制度一体化、主动应变能力和前瞻性三个方面创新发展。

为了促进我国社会保障体系建设同国际社会的持续沟通和相互学习借鉴,上海财经大学社会保障学科团队编撰了国际社会保障动态橙皮系列丛书(简称社保橙皮书),本书是创刊号。社保橙皮书包括三个主要部分:一是国际社会保障动态与热点;二是国际社会保障专题内容介绍;三是我国在所选社会保障专题方面的发展历程、现状和挑战,以及典型案例。创刊号选择全民医疗保障体系建设专题,希望能够对我国医疗保障体系在过去 10 年中的重大改革和发展做一个系统分析和全面总结。自从 2003 年国家正式启动新型农村合作医疗制度建设以来,建设全民医疗保障的计划开始实施,经过不到 8 年时间,新农合覆盖了 95% 以上的农村人口,人均筹资水平也从 2003 年的 30 元提高到 2011 年的 246 元。城镇职工基本医疗保险、新农合和随后建立的城镇居民基本医疗保险,再加上医疗救助制度,构成了我国全民医疗保障体系的基本框架。

社会保障体系建设中,医疗保障困难较多。首先,社会普遍认同的医疗保障强调的是基本保障,但是医疗服务所能够提供的药品和诊疗手段有很大的变化范围,随着新技术和新药品的不断推出和引进,社会应该保障哪些基本医疗服务没有客观和科学的界定,因此无论一个国家的经济实力有多强,医疗保障筹资压力都长期存在。其次,医疗保障不像其他社会保障项目,不仅负责筹资,还必须管理医疗服务的供给,使得医疗保障的管理变得非常复杂。再次,医疗服务行业的发展通常超前于社会支付能力,但医疗服务行业的各种特殊属性(医患信息不对称、医疗产出不确定、医疗保险的道德风险等)使得行业管理变得非常困难,需要很强的技术能力和有效的政治手段。因此,医疗服务系统改革一直是世界各国长期和共同的难题。

全书分六章,第一章介绍拉美、东欧、南欧和北欧国家的社会保障制度,以及

2007—2008年世界金融危机在这些国家产生的影响。社会保障体系具有很强的本土特色和路径依赖性,在过去的50多年里,多数发达国家的社会保障支出占GDP比重已经翻了一番,但是高额社保支出并没有产生预期效果,多数国家的贫富悬殊现象没有好转,政府债务比重连创历史新高,社会保险政策实施的余地不断缩小。2007—2008年全球金融危机促使各国重新思考其社会保障制度的可持续性、公平性和激励效应,思考怎样在社会风险增强时既加强保障力度,又防止社会保障形成反向激励和高额财政负担。

拉美国家在经历了高速经济发展阶段以后,出现了两大问题:一是经济发展停滞不前,出现“中等收入陷阱”;二是贫富差距严重恶化,呈现“增长性贫困”现象。造成这两个问题的原因很多,社会保障制度不完善是主要原因之一。例如,社保制度严重滞后于城市化进程,住房和就业等问题突出;养老保险计划的覆盖面较低,形成逆向分配;养老金私有化带来了养老保险计划高昂的管理成本;社会保障制度的结构失调,社会保险比重偏高,社会救助比重偏低;非正规部门过于庞大,在就业稳定、收入保障和参保等方面存在许多问题;社会保障和教育机会的缺失,造成代际贫困的恶性循环。近年来,拉美国家在最低养老金制度、有条件现金转移支付计划等方面采取了许多新举措,在一定程度上缓解了贫富差距。

东欧国家在20世纪90年代以后相继建立了私有化的养老保险制度,但从2004年以来,私有化的养老保险制度改革出现停滞,甚至重新回到原来的现收现付型的政府养老金制度。私有化养老保险制度在实施中遇到很多新的问题:账户管理成本较高;个人账户不具有收入再分配功能,导致贫富差距难以缩小;低收入者不参保,造成养老金计划的参保率无法提高;2008年以来的金融危机影响了养老基金的投资收益,政府无法支付庞大的养老保险转轨成本等。

南欧国家是本轮全球金融危机的“主角”之一,以政府负债累累著称。在一定程度上,其慷慨与扭曲的社会保障制度拖垮了财政预算,影响了收入公平和经济增长。以希腊、意大利、西班牙、葡萄牙为代表的南欧国家在社会保障制度方面存在不少问题:社会保障计划的内部分配结构失衡,用于老年人的支出比重、用于公务员等特权阶层的支出比重过高;庞大的地下经济和盛行的家庭养老模式影响了社保收入再分配效果;由于政治体制缺陷,社会保障制度长期缺乏改革动力,矛盾长期得不到解决,最后酿成财政危机。

北欧国家的社会保障制度经历了90年代的痛苦改革,重新焕发活力,在2008

年的金融危机中经受住了考验,失业率、经济增长率等各项指标名列发达国家前茅,再次成为各国学习的楷模。其成功的经验包括:通过社会投资政策,成功提升劳动者技能,使之能够积极应对新的风险;灵活的社会保障制度免去了雇主的解雇压力,家庭友好型的政策(如高质低价的儿童照顾服务)减少了雇员的家务劳动,这些都促进了就业率提升;极高的社会信用度使社会保障融资和给付都非常高效,最大程度避免了逃税、骗领社保金等不良现象的发生。

综合各国在社会保障制度建设方面的经验、教训,我们得出许多启示:在社会保障制度设计上,要适应本国国情,不宜追求高缴费高保障的模式;要防止地区间的福利攀比和劳动力市场割裂;要扩大社保制度的覆盖面,合理配置社会保险与社会救助的比例,防止社会保障出现逆向再分配;降低非正式就业的比重,实现“体面劳动”;加大社会保障事前预防功能,从增强劳动者的能力角度强化社会保障的功能;此外,还要重视并切实提高青年女性的就业率。

第二章介绍了当前国际社会保障体系中的几个热点问题:退休年龄调整、欧元区国家财政危机对社保体系的影响、美国商业长期护理保险和欠发达地区社区医疗保险。

目前,OECD国家的主流退休年龄是65岁,各国正在提高退休年龄,预计退休年龄的主流标准将提高到67岁。与退休年龄制度改革相配套,许多国家已经立法,禁止雇主歧视老年雇员,有的国家已经规定,雇主以年龄为理由,强制高龄劳动者离职是违法的。本章以英国提高退休年龄的具体政策方案为例,分析了从政策制定到通过立法的整个过程和需要的时间,同时讨论了我国启动相关政策研讨和立法的可行性。

通过对比欧元区国家在公共医疗卫生领域应对危机的政策,发现各国共同目标是实现收支平衡,但根据危机严重程度,在具体政策选择上有所侧重。危机程度较严重的国家一般会更多地采取较为激进的政策,如削减公共医疗卫生领域员工的工资和福利。危机程度较轻的国家则会通过较长期的收支调整逐步达到平衡预算的目的。值得我们关注的是几乎所有国家都出台了控制药品价格、特别是专利药品价格的政策,并将此政策作为实现公共医疗与卫生领域收支平衡的一项重要手段。

美国正面临老龄化的挑战,如何建立、完善一个可持续发展的长期护理产业对于应对老龄化的挑战至关重要,而长期护理服务融资是其中的重要一环。与商业

保险在美国医疗行业的主导地位不同,商业长期护理保险在美国长期护理产业融资中所占比例非常小,远远落后于占主导地位、由政府主办,并带有社会救济性质的 Medicaid。这样一来既不能有效地发挥市场在相关资源配置方面的优势,同时也加大了联邦与地方政府的支出负担。本章从商业长期护理保险的供给、需求和保险产品的市场结构三方面分析了造成商业长期护理保险困境的原因,并介绍了近几年美国政府与保险业为解决长期护理融资难题的最新进展。

近 30 年来,亚洲、非洲广大低收入和中低收入国家通过建立社区医疗保险为其低收入居民和在非正式行业就业的员工提供医疗保障,形成了这些国家建立全民医保的一种有益探索。在这些国家,作为一种对社会医疗保险缺位的补充,社区医疗保险在降低低收入人群的医疗支出、防止他们因病致贫、因病返贫,以及提高医疗资源使用效率上都产生了积极的作用,值得我国欠发达地区借鉴。

第三章讨论了世界医疗保障体系建设的起源和全民化发展历程。该章分析了典型国家医疗保障项目启动的社会因素和全民化发展历程。根据地域分布、医疗保障水平、经济发展水平、医疗保障的筹资方式等因素,我们选取了 11 个已经实现全民医疗保障的国家——德国、法国、英国、西班牙、瑞典、美国、加拿大、智利、日本、韩国和新加坡。美国虽然在奥巴马总统的推动下才开始将医疗保险推向全民,但美国的医院在政府和社会的支持下,基本上为没有医疗保险的居民在重大疾病治疗方面提供了必要医疗服务。通过资料分析,我们将全民医疗保障的启动因素归为三类:第一类是由工业革命和工人运动推动下开始实施工伤和医疗保险,德国、英国、法国、日本和韩国均属于该类;第二类是在社会发展中受到其他国家的影响,由民众和政府推动社会医疗保险的实施,加拿大、瑞典和西班牙属于此类;第三类是市场主导下的政府补缺型,主要反映了美国民众希望控制政府功能的社会理念。

第三章分析了各国从产业工人医疗保险推向全民的时间历程,即从建立医疗保险制度到实现全民医疗保障间隔的时间。德国是最早建立医疗保险制度的国家(1883 年),但是德国从建立医疗保险制度到实现全民医疗保障总共经历了 89 年,是时间最长的国家。英国是最早实现全民医疗保障的国家(1945 年);瑞典从建立医疗保险制度到实现全民医疗保障历时 15 年,是用时最短的国家。这 11 个典型国家平均用了 38 年,其中欧洲 5 个国家平均用了 46 年,美洲 3 个国家平均用了 37 年,亚洲 3 个国家平均用了 31 年。

该章也分析了医疗保障全民化的人群覆盖进程,由工人运动促进医疗保险的国家首先覆盖工人,然后再逐渐扩展至其他人群,由社会认同促进的国家一开始就覆盖了大部分居民甚至是全体居民,美国政府则仅覆盖弱势群体(老人和穷人)。最后,我们分析了影响医疗保障体制与运营的客观因素,包括人口结构与人口密度因素、经济因素、健康因素和政治与法律体制因素。人口结构一般会影响医疗保障体系的筹资,人口密度会影响医疗保障体系的管理方式和体制;经济是构建医疗保障体系的充分条件,但不是必要条件;政治与法律体制也是一个影响医疗保障全民化进程的重要因素,一院制的国家实现全民化的时间往往要短于两院制的国家。

第四章主要分析各国全民医疗保障体系的基本框架、管理体制和运营机制,包括医疗保障体系对不同人群的保障制度、医疗保障体系的管理模式、医疗保障体系的筹资方式和筹资水平,以及医疗保障体系的支付方式。由于多数国家的医疗保障体系起源于工人运动,从工人逐步扩大到全民通常会覆盖四类人群:一是企业职工;二是军人、警察和公务员;三是农民和个体经营者;四是贫困人群。虽然大部分国家建立了至少两种人群以上的医疗保障制度,但是不同医疗保障制度之间的保障水平基本一致或完全一致。该章随后总结了各国医疗保障的三类管理模式。第一类是政府直接管理,即中央政府负责制定医疗保障的法律和政策,实施该模式的国家包括英国、西班牙、瑞典、美国(仅限于老人和穷人医疗保险)和加拿大;第二类为政府委托管理,即国家专门成立一个庞大的医疗保险公司,负责医疗保障基金的运营,而政府只负责医疗保障政策的制定,实施该模式的国家有智利和韩国;第三类为非营利组织管理,即国家只负责医疗保险政策的制定和医疗保障资金的分配,而医疗保障资金的运营则交由不同的医疗保险经办机构或者疾病基金会来运营和管理,然后由医疗保险经办机构或疾病基金会向医药行业协会购买医疗服务,实施该模式的国家有德国、法国和日本。

第四章还分析了各国医疗保障体系的筹资方式和水平。从理论上分析,政府直接筹资占卫生总费用的比重越高,公平性和再分配性就越强,政府卫生支出较高的国家有法国、德国、西班牙、瑞典、英国和日本。政府直接筹资并不代表个人自付比例很高,只是筹资方式不同。个人自付比例高于30%的国家只有智利、韩国和新加坡,这是由于它们独特的医疗保障体系。政府筹资水平会受到经济发展的影响,一旦经济增速下滑或出现负增长,政府卫生支出的水平可能会下降。各国医疗保障支付方式的转变与发展趋势一般表现为以下三种趋势:从按项目付费向按病种

付费转变(德国、美国和日本等)、从按预算支付制向按病种付费转变(英国等)以及从按病种付费向按人头付费转变(美国等)。本章最后探讨了各国医疗保障体系面临的挑战,包括医疗费用的快速上涨对筹资的压力和人口老龄化对医疗保障基金的影响。

第五章全面介绍了我国医疗保障体系的发展历程,分析了现状和主要存在的问题,同时与国外医疗保障体系进行了比较,指出了值得借鉴的地方。我国医疗保障体系建设经历了三个阶段:一是计划经济体制下国家、集体和单位分别保障的阶段;二是经济改革之后在市场经济冲击下医疗保障功能弱化的阶段;三是开始构建覆盖全民医疗保障体系的阶段。2009年,覆盖全体国民医疗保障体系框架初步完成,与此同时,卫生总费用、政府卫生支出和医疗保障支出呈现快速增长趋势。我国医疗卫生支出属地化特征明显,政府财政主要补助城乡居民基本医疗保险,中央财政重点补助中西部地区新农合。城乡居民基本医保实现了与社会医疗救助的紧密衔接,医药卫生体制改革坚持了“保基本,强基层,建机制”原则,卫生资源和服务量均呈现增长趋势。

我国全民医疗保障体系建设中也面临诸多困难与挑战:自愿参保机制尚难以保证城镇居民医保和新农合参保率的稳定性,职业间医疗保障双轨制备受质疑,保障水平有限;基本医疗保险存在人均筹资、保险范围、保障水平的城乡差异,社会医疗救助水平和卫生资源配置的城乡差异,有违医疗保障的公平性;地区间基本医疗保险筹资、卫生资源配置差异明显,统筹层次低与跨区就医矛盾,不利于公共服务均等化目标实现;商业医疗保险发展较弱,成为全民医保体系的“短板”;未富先老,长期护理问题凸显,但欠缺应对老龄化的护理保障制度。

我国卫生总费用处于世界较低水平,考虑到经济发展水平和人口老龄化趋势,我国医疗卫生筹资应保持“适度增长”,应遵循社会保障公平性原则,逐步消除城乡、地区和职业间的差别,建立职工和国民“双保险”体系,实现城乡社会医疗救助一体化,打通城乡基层医疗卫生服务体系,实现跨城乡就医无障碍。无论采取哪种医疗保障模式,世界各国都非常重视商业医疗保险在全民医疗保障体系中的作用,我国亦应着力发挥商业医疗保险的补充作用,找好目标人群和服务内容,拓展发展空间。我国应积极学习世界医疗保险支付方式改革经验,构建“分类施法”的混合支付体系。探索建立积极应对老龄化的基本护理保障制度是我国医疗保障体系中的另一个挑战,通过保险原则进行筹资需要进一步探索。