

医疗保障的制度创新与全民医保相关措施探讨(上)

李明强

摘要 全民覆盖是各国医疗保障改革的重要目标。经过长期探索,一些先进国家已经形成了典型的医疗保障模式,从筹资的角度看可以归为税收筹资模式、社会健康保险筹资模式和商业健康保险筹资模式。后起国家的医疗改革并不囿于固定的模式,而是根据本国的社会经济情况,在先进国家经验的基础上进行创新,体现在横向上通过不同模式向无保障的人群拓展;纵向上划分保障层次,安排不同的筹资渠道。文章主要研究了泰国、新加坡和墨西哥等国家在医疗保障制度创新上的经验。在此基础上,结合我国的现实情况,讨论了城镇居民基本医疗保险的制度设计,以及实现医疗保障全民覆盖的实施路径。

关键词 医疗保障 医疗筹资 医疗保险 医疗改革 全民医保

中图分类号: F840.684 文献标识码: A 文章编号: 1003-0743(2008)02-0021-05

The Institutional Innovation of Social Medical Security System and a Discussion for Universal Coverage/LI Ming-qiang Chinese Health Economics, 2008, 27(2): 21-25

Abstract Universal coverage is an important goal of social medical security reform all over the world. Through long-term exploration, some advanced countries have already formed typical social medical security models. Seeing in term of financing, those can belong to the model of tax funded, the model of social health insurance and the model of private health insurance. The health care reforms of the up- and- coming countries are not limited to the prototypes, but according to their own national social economic conditions, carry on innovation in foundation of the advanced countries' experience, which were reflected by expanding to uncovered crowd through different models on horizontal direction, and divide the levels of protection on vertical direction, to arrange different fund-raising channels. This paper mainly investigates into Thailand, Singapore and Mexico, which have rich experience on innovation in social medical security system. On this basis, combining the reality of China, This paper has discussed the design of the social medical insurance scheme for uncovered urban residents and the implementation route of social medical security reform to ensure the universal coverage.

Key words social medical security, health financing, health insurance, health reform, universal coverage

Author's address China Center for Economic Research at Peking University, Beijing, 100871, China

1 引言

人人享有医疗保障是许多国家医疗卫生系统和社会福利部门改革的重要目标。由于健康、减少病痛和维持生存对于每一个人来说都具有无可比拟的价值,所有的社会阶层都将医疗保障视为基本需求^[1]。医疗保障的全民覆盖不仅有其伦理学上的意义,对一国的经济发展也有重要影响。大量证据表明,家庭的经济状况与健康状态存在着代际转移的关系,贫富差距同时伴随着健康水平的差距。经济学学者经过研究指出,健康与收入通过人力资本联系在一起,对健康的投资可以提高生存的概率并且提高劳动生产率。在无医疗保障的情况下,贫困家庭不能进行充足的健康投资,减少死亡的风险,提高自身的人力资本,结果他们为下一代积累很少,使

得贫困和不良的健康状态在下一代持续^[2]。因此,“和谐增长”是医疗改革的重要原则之一,政府必须在保持经济发展和医疗保障投入两方面寻求一种平衡^[3]。

覆盖不足是我国现阶段医疗保障改革面临的首要问题。在城市中,只有正式部门(包括国有单位、集体单位、股份合作单位、有限责任公司、股份有限公司、私营企业和外商投资单位等)的雇员及退休人员可以获得社会医疗保障(包括公费医疗和职工基本医疗保险)。大量非正式部门就业人口,没有从正式部门退休的老人,以及儿童和在校中小學生均无法获得必要的社会医疗保障。在农村,随着新型农村合作医疗的逐步推进,越来越多的农村居民参加,但是,新型农村合作医疗本身的筹资能力较差,统筹层次偏低,在保障力度上与城镇尚存在一定差距,如果不能对资金进行合理的配置,使农民真正得到实惠,基于自愿的新型农村合作医疗制度的拓展覆盖面的能力也将大大受到限制。根据测算,截至2006年,全国一共有约占48%的人口没有任何社会医疗保障,其中城市约占63%,农村约占36%^[4]。

北京大学中国经济研究中心 北京 100871

作者简介:李明强(1983-),男,硕士在读;主要研究方向:卫生经济学;E-mail: mingtsianglee@gmail.com.

医疗保障覆盖不足是导致群众“看病难，看病贵”的重要原因之一。之所以形成看病难，很大程度上是因为没有预付性的风险分担机制，导致大量人群的看病需要完全自付费用，使得中低收入者在就医时受到支付能力的限制，降低了医疗服务的可及性；之所以形成看病贵，很大程度上也是由于大量病人看病靠自费，医院只需要料理自费病人就可以获利丰厚，使得社保机构无法利用其病源规模上的优势，利用支付方式的调节功能，从供给方对医疗成本进行控制。

我国的全民医疗保障并不是遥不可及的梦想，一方面，近 30 年的“经济奇迹”为实现全民医疗保障提供了物质基础；另一方面，“东亚模式”的增长也带来了社会保障缺位等诸多问题。现阶段，我国社会矛盾凸显，民生保障和社会发展问题得到中央政府和全社会的高度重视。实现人人享有基本医疗保障已经成为社会共识。在这样的时代背景下，对全民医疗保障问题的研究带有更多的现实意义。

2 典型的医疗保障模式

从筹资的角度看，医疗保障的模式可以分为依靠税收筹资的保障体系（以英国为代表）、依靠社会健康保险筹资（以德国为代表）的保障体系和依靠商业健康保险筹资（以美国为代表）的保障体系 3 种。几乎所有发达国家都采用其中一种作为主导方式来实现全民医疗保障。表 1 反映了 OECD 国家医疗保障的主要筹资渠道和次要筹资渠道（次要筹资渠道主要用以帮助那些无法负担保费和医疗费用的穷人）。

表 1 OECD 国家医疗服务筹资的主要途径

国家	主要类型	次要筹资渠道	国家	主要类型	次要筹资渠道
澳大利亚	G	...	日本	S	G
奥地利	S	G	韩国	S	G
比利时	S	G	卢森堡	S	G
加拿大	G	...	荷兰	S	G
捷克	S	G	新西兰	G	...
丹麦	G	...	挪威	G	...
芬兰*	SG	...	波兰	D	G
法国	SD	GD	葡萄牙	G	...
德国**	S	SG	斯洛伐克	S	G
希腊*	SG	...	西班牙	G	...
匈牙利	S	G	瑞典	G	...
冰岛	G	...	瑞士	S	G
爱尔兰	G	...	土耳其*	SG	...
意大利	G	...	英国	G	...

* 国家医疗服务通过一般税收和社会健康保险 2 种渠道筹资。

** 一小部分德国人口（主要包括公务员、教师等），医疗保障主要由政府通过税收筹资（约占总人口的 2%）；农民的社会医疗保险基金有政府补贴。

S 代表社会健康保险或其他强制性社会保障计划，D 代表指定用途税，G 代表一般税；资料来源于 OECD，2004。

在上述所有 28 个国家中，主要依靠税收筹资的医疗保障体系有 13 个国家，其中，波兰是采用指定用途税筹资，在其余的 15 个国家中，11 个国家采用社会保险体系，3 个国家将社会保险筹资与一般税筹资结合起来，一个国家将社会保险与指定用途税结合起来（法国）。从以上统计可以看

出，绝大部分发达国家的医疗保障模式都采用了比较典型的医疗保障模式，要么采用基于税收筹资的国家健康服务或者国家健康保险，要么采用社会健康保险。

对于发展中国家来说，通常认为也应该在上述模式中做出选择，因此，出现了所谓模式之争，并将各种操作方案冠以“英国模式”、“德国模式”或“美国模式”等等。但在现实中，各个国家的历史文化和社会经济差别很大，不加考量地照搬某种模式肯定是不可取的。实际上每种模式都有其优点，立足于发达国家经验基础之上进行医疗保障的制度创新，是许多后起国家真正做出的选择。

3 医疗保障的制度创新

本文考虑的制度创新包含横向和纵向的 2 个方面。横向指医疗保障体系向无保障的人群拓展，以泰国为例加以介绍；纵向则指按照不同的社会和个人需求将保障分为不同层次，以新加坡为例加以介绍；最后以墨西哥作为横向创新与纵向创新相互配合的例子。选取这 3 个国家作为典型案例是因为：(1) 这 3 个国家虽然在经济发展水平上存在一定差异，但在实现全民医疗保障方面都属于后起国家，即在 20 世纪最后 20 年和 21 世纪初相继实现医疗保障的全民覆盖，在这一历史时期，先进国家的改革历程为实现制度创新提供了广阔的经验平台。(2) 这 3 个国家的医疗保障改革由于要与本国国情相结合，所要优先解决的问题有所不同，使得改革的重心有所差异，差异性的存在减少了个案研究的局限性。

3.1 泰国：向无保障的人群拓展

2001 年之前，泰国的各种保险计划包括国家公务员医疗保障制度（保障对象为公务员及其眷属，但不需要受益人缴费，由财政全额负担；CSMBS）、社会保障计划（保障对象为私营企业的正式雇员，属于典型的社会健康保险计划；SSS）、工人保险计划（保障对象为私营企业的正式雇员，属于典型的社会健康保险计划；WCS）、自愿性健康卡计划（是有税收补贴的自愿健康保险计划，主要保障对象是低收入阶层；VHCS）、低收入健康卡制度（是税收筹资的福利性计划，保障赤贫人口；LICS）以及商业保险计划等^[5-9]。在未实施全民医疗保障改革以前，约有 30% 的人口没有被任何保障计划覆盖，这一部分人口的主要特征是低收入，且受教育程度低^[7-9]。

2001 年 10 月起，泰国开始推行全民保障计划（UCS），也被称为“三十铢”计划^[9]（根据 1996 年数据测算，政府初始投入约为 900 亿铢，约为 180 亿元人民币）。这一计划在取代 VHCS 和 LICS 的同时，也将当时没有纳入任何保障计划的人群覆盖进来。“三十铢”计划全面推广以后，泰国拥有 3 个公共健康保险计划（社会健康保险、国家健康保险及其混合形式），分别是 CSMBS、SSS 和 UCS，分别保障公务员、企业雇员和其他社会成员。“三十铢”计划的实施使得泰国成为中低收入国家中为数不多的、为全体居民提供基本医疗保障的国家之一，在农业人口约占全国人口 70% 的状况下，实现了医疗保障覆盖人口达到 95% 以上的目标^[9]。

泰国实际上是通过在一国之内同时推行 2 种不同筹资的医疗保险计划实现全民医疗保障的。实际上通过多计划并行实现全民保障并不是泰国的首创，实行社会健康保险制度的国家大多通过覆盖不同地域或者职业领域的保险计划逐步实现全民保障，如德国、日本和韩国。但每个保险计划的筹资属性基本相同，均为基于工薪税的社会健康保险，即使有税

收补贴的成分,也是部分地补贴参保者所需缴纳的保费。对于一个处于中低收入水平的发展中国家来说,大量人口在非正式部门就业,即使是强制性的社会健康保险计划也无法将这部分隐蔽就业的人口纳入进来,同时,还存在着大量的非经济活动人口以及隐蔽失业者。完全依靠社会健康保险,需要等待经济发展到正式部门就业人员占据绝大多数,这往往需要一个漫长的过程,而完全通过政府补贴使得上述无法获得社会健康保险的人群具有参保能力,则需要高昂的成本,因为,针对正式部门企业雇员设计的社会健康保险具有较强的福利性,资金沉淀率也较高,政府要补贴原来无法纳入社会健康保险体系下的人群参保,将不得不面临沉重的财务负担,对中低收入国家来说往往是难以承受的。

泰国在实施“三十珠”计划后也出现了一些问题,由于改革的准备不充分,在按人头付费的机制下,许多公立医院出现了经费不足的现象;“三十珠”计划带来的财政负担使得其可持续性面临考验;但通过税收筹资的国家保险计划,与基于工薪税的社会健康保险计划并行的医疗保障模式,不能不说是发展中国家实现全民医疗保障的有益尝试。为经济发展水平相似,同样有全民医疗保障诉求的国家开辟了一条崭新的道路,被世界卫生组织称为“市场经济条件下实现人人享有卫生保健改革的新思路”。

3.2 新加坡:不同保障层次的多渠道筹资

新加坡主要是通过精心设计的医疗筹资系统实现医疗保障的全民覆盖,整个医疗保障体系是由3Ms计划和政府对公立医院的补贴实现的。

Medisave从1984年4月开始实施,是一种强制性的储蓄制度。它旨在帮助新加坡居民拥有用来支付他们的医疗费用(尤其是老年时期的医疗费用)的专用储蓄账户。新加坡的法律规定,每个从业人员都必须将其工薪的6%-8%存入1个人医疗储蓄账户,用以支付其本人及其直接家庭成员的医疗费用,主要包括住院及特定门诊项目费用。Medishield(有一定的起付标准,视病房类别而定。共付额一般为20%;含Medishield Plus)是Medisave的补充部分,在Medisave实施一段时间之后,出现了对于费用高昂,治疗时间长的疾病提供保障不足的情况。Medishield作为一种低成本的应对灾难性病患的补充性措施在1990年被引入,旨在帮助个人解决因重大或长期疾病所引发的灾难性医疗费用。Medifund旨在为赤贫阶层提供最终的医疗保障。新加坡政府于1993年4月启动Medifund,政府每年向Medifund注资,每家公立医院都设有“医院医疗基金委员会”,专门处理基金的申请及调拨^[8,10]。

新加坡所实现的全民健康保障纵向分层明显。所谓纵向分层,即在人人享有保障的基础上,通过不同的筹资渠道,对不同层次的医疗需求进行筹资:对于以处置轻患者为主的普通门诊治疗,3Ms计划几乎不予以支付,基本依靠病人自费,这种做法实际上是基于每个人都能支付得起的假定。但为了使穷人也看得起门诊,新加坡还保持了一定数量的公立社区医疗中心(polyclinics),由政府提供补贴,公立社区医疗中心的低收费对私立诊所的定价产生了一定影响,这些社区卫生中心同时发挥着公共卫生服务的职能^[4]。而对于住院治疗,3Ms计划负责支付一部分医疗费用,并将灾难性疾病与一般疾病区分开来,前者主要由分担风险能力更强的大病保险Medishield支付,后者则是通过医疗储蓄账户Medisave支付。与此同时,不同收入人群因选择不同级别的病房而获

表2 新加坡不同医疗保障层次的筹资渠道

类别	主要筹资渠道	次要筹资渠道
门诊	个人自付	政府开办社区医疗中心,并对各种人群给予不同补贴。
住院	Medisave 和个人自付	政府对C类和B2类病床补贴
灾难性病患	Medishield	个人自付,政府对C类和D2类病房补贴。

得不同程度的政府补贴。上述层次可以总结为表2。

新加坡通过医疗筹资体系的精心设计,实现了资金配置的“优先次序”(priority ranking)。一方面体现低收入者得到了更多的政府资源,以改善其在获得健康方面的不利状况。另一方面体现在灾难性疾病的治疗费用,通过低成本的社会保险机制筹资,能在更广泛的人群中分担风险,减少个体的风险暴露程度。当然,新加坡的医疗保障制度也不是完美的,出现的问题包括:个人账户的引入并没有能有效地控制医疗费用;个人自付的水平较高,从而影响了就医可及性和公平性;分层次筹资造成初级卫生保健与医院治疗分割等^[10,13]。但对于包括我国在内的许多发展中国家来说,在资源有限的条件下,如何实现稀缺资源的优化配置,新加坡的经验颇值得借鉴。

3.3 墨西哥:横向与纵向的深度整合

墨西哥原有IMSS和ISSSTE等2个社会健康保险计划,分别保障私有企业雇员及其家属和公共部门职员及其家属,但在2003年改革前,仍然有55%的人口没有被医疗保险计划覆盖,这部分无保障的人口虽然可以支付使用费在公立医疗机构就诊,但个人现金支付的水平较高,与拥有医疗保障的人群形成鲜明反差,在世界卫生组织的《World health report 2000》中指出,墨西哥的卫生筹资体系严重不平等,将其卫生筹资公平性列在144位(共191个成员国)^[14]。

墨西哥于2003年开始着手建立社会健康保障系统(system of social protection in health, SSPH),于2004年1月1日开始实施,目标是2010年实现全民健康保险。实现这一目标主要通过一个面向原来体制下无保障人口的大众健康保险(Seguro Popular)。参加大众健康保险,家庭需要根据可支配收入状况缴纳保费(以5%为上限;所有保障对象中最低收入的20%可以免于缴费,但以参加健康促进活动为条件),大众健康保险总的缴费结构与IMSS和ISSSTE的“三方责任”对应(表3),由于没有雇主承担共同缴费责任,地方和中央2级政府就充当了这一角色,通过财政资金对参加大众健康保险提供保费补贴。在大众健康保险的“三方责任”中,家庭缴费不是大众健康保险的最主要资金来源,即使是对于收入最高的家庭,联邦政府与州政府的补助也达到将近50%,这使得墨西哥的医疗筹资系统兼具社会健康保险(SHI)筹资和税收筹资的特征。

表3 墨西哥的医疗保障计划及缴费责任

保险计划	缴费责任		
	受益人	共同缴费责任人	政府责任
IMSS	雇员	私有部门雇主	联邦社会资助基金
ISSSTE	雇员	公共部门雇主	联邦社会资助基金*
大众健康保险	家庭	联邦政府(联邦团结基金)和州政府(州团结基金)	联邦社会资助基金

* ISSSTE 的政府责任部分目前还没有到位。

从划分保障层次的角度看,大众健康保险也有所创新:(1) 区分公共物品和个人健康服务。明确公共财政为公共品的筹资责任,为了改变公共卫生投入不足的局面,专门设立了税收筹资的社区健康基金,对公共卫生项目进行投入。(2) 在大众健康保险的个人健康服务中,也划分3个基金。第1个是基本医疗基金,来自政府资金总额的89%和家庭缴费的全部,由州政府管理,提供包括初级(门诊为主)和2级(住院为主)在内的基本医疗服务(截至2006年,保障的项目为249个)。第2个基金是巨灾医疗基金(FPGC),来自政府资金总额的8%注入这个基金,由联邦政府管理^[15]。用以提供引起灾难性医疗费用的专科医疗服务(截至2006年,保障的项目有17个)。第3个是预见性基金,包括政府资金的3%,这部分资金用于调节各州的支出以及支持基本卫生服务提供能力不足的地区建设基础设施。在此基础上,墨西哥形成了多层次的医疗筹资系统(表4)。

墨西哥的SSPH是发展中国家医疗保障系统的深度整合。从横向上,即从覆盖人口的角度看,通过3个不同筹资渠道的医疗保险计划基本实现了面向全民的健康保障^[16];从纵向上看,再循证决策和优先设定原则的基础上^[17-19],医疗服务被划分成不同层次,设定保障项目,由不同的渠道筹资。通过上述安排,政府有限的资源真正用到了“刀刃上”。主要体现在:(1) 公共资金投入的公平性显著改善,政府对原来有保障的人群与无保障的人群的投入比重,从原来的2.31.0下降到1.11.0。无社会保障人群的平均投入从改革前的922.0比索增加到改革后的1959.0比索。(2) 低收入人群财务保障迅速提高,从2000年到2005年,收入最低的20.0%的家庭有保障的比例从7.0%上升到39.4%,家庭中遭受灾难性医疗支出而致贫的比例从2000年的19.6%,下降到2004年的9.7%。(3) 促进了基层医疗机构服务能力的提高,医疗的质量和医疗系统的反应性都得到了改善^[20]。

4 小 结

整个世界的医疗保障改革都处在动态之中,没有哪个国家有完全成功的经验。包括医疗保障改革在内的医疗改革本身是世界性难题,上述3个国家的改革正是建立在整个人类医疗保障改革实践的基础之上的,其改革的目标也体现出了各国在医疗保障改革领域的广泛共识:在横向上,向无保障的人群拓展,通过提高覆盖程度,提高医疗保障系统的公平性;在纵向上,在划分保障层次的基础上,安排合适的渠道优化资金配置,提高医疗保障系统的效率。

在明确上述目标的基础之上,需要进一步明确政府、个

人与社会其他部门在构建医疗保障体系中的责任。从上述3国以及其他国家和地区的经验中,可以得出的结论是:在构建医疗保障体系的过程中,政府应该在筹资领域起主导作用。国内许多学者、研究部门与国际组织,如世界卫生组织和世界银行等的相关研究也普遍支持这一观点^[21-23]。财政税金是政府发挥筹资主导作用的重要工具,一方面要认识到,作为一种医疗筹资渠道,税收筹资的公平性强^[23-25],管理效率高^[24],在世界各国的医疗筹资体系中,税金都在发挥着越来越重要的作用;另一方面,在经济对税负承载能力有限的情况下,也不能片面地强调增加政府预算支出在卫生总费用中的比重,使其占有绝对优势。财政税金除了直接提供保障,还可以起到杠杆作用,将有限的税金集中投入到具有优先属性的领域,可以发挥规模效应,优化医疗资金的配置,实现社会效益的最大化。如新加坡的政府财政预算支出只占卫生总费用的25%^[26],在OECD国家中,这一比例是比较低的,但新加坡同样取得了良好的卫生绩效。

在政府主导筹资之下,医疗保障是否能够实现制度创新?答案是肯定的。(1) 医疗卫生事业承载着社会公平,政府承担着一定的社会压力与政治压力;(2) 医疗卫生部门作为一个产业部门,在整个国民经济中占有重要地位,医疗卫生部门的无效率将消耗经济增长的成果,成为社会发展的阻力;(3) 高涨的医疗费用会给政府带来沉重的财政压力,甚至造成严重的财政赤字,从而对社会经济造成不利影响。因此,政府激励可从筹资的角度出发,主导医疗保障制度的创新,以更好的实现社会公平,提高资源利用效率,抑制医疗费用过快上涨。本文所述的泰国、新加坡和墨西哥的医疗保障改革,均是在政府主导筹资下实现的制度创新,从改革路径上看,遵循了横向拓展和纵向划分的思路。

横向拓展主要通过新增的医疗保障计划,向原来无保障的人群扩展,如泰国和墨西哥,由于经济中非正式部门就业的人口比重较高,社会健康保险制度的近一步拓展受到限制,所以,税收筹资在新辟的保障计划中更多地被采用。值得注意的是,这种扩展不能是随意的,而应该是带有规划性的,并为未来的整合留有通道。国际医疗保障改革的经验表明,医疗保障基金应该尽量减少分割程度,这样可以提高风险分担的效率,同时,可以降低管理成本,促进筹资的公平性,缓解困难地区保障基金的财务危机;此外,统一的支付方可以在一定程度上形成买方垄断力量,从而拥有与医疗服务提供者谈判价格和选择服务方签约的能力。因此,在制度设计时,要谨慎地处理新增保障计划的数量,增强保障计划之间的协调性,为未来的制度整合留有足够的空间。

在纵向上划分层次,以安排合适的筹资渠道,则要更多地体现成本效益原则和优先次序原则。比照上述3国的经验,并结合其他国家的经验,优先次序应该首要考虑的3个方面分别是:初级卫生保健、扶助低收入者(如泰国)和帮助个人抵御灾难性医疗费用风险(如墨西哥)。

加强初级卫生保健(依照国务院发展研究中心的有关研究,将初级卫生保健分为公共卫生和基本医疗)投入是各国的普遍做法,无论是先进国家还是后起国家,在经过成本效益分析后都意识到初级卫生保健可以显著改善一国的卫生绩效,抑制医疗费用的过快上涨。在这一方面,泰国、新加坡和墨西哥无一例外地通过财政税金予以经费保障,这符合初级卫生保健服务具有的公共物品以及准公共物品(较强的正外部性)特征。

表4 墨西哥的医疗筹资系统概况

属性	服务项目	资金来源
公共物品	监督管理;信息、评估、财政预算	
	研究和人力资本投入	
	社区卫生服务 (公共卫生服务为主)	社区健康基金 (Fund for Community health services)
个人健康	基本医疗卫生服务	基本卫生服务基金
	服务(大众(初级和二级治疗)	(Fund for personal health services)
健康保险	灾难性疾病服务	巨灾医疗基金
	项下)(专科三级治疗)	(Found for protection against the catastrophic expenditure)

扶助低收入者是建立医疗保障制度的重要目标,但仅仅以“利贫”为核心的医疗保障,往往难以真正对准贫困人群。在泰国和新加坡的医疗改革以前,都存在着专门针对穷人的社会福利计划,穷人甚至可以在公立医院接受治疗而不需要支付费用,但是,实施这一制度核实身份的成本极高,同时,造成了医疗筹资格局混乱,一方面造成了医院的高额债务,另一方面为医院向公共财政转移成本打开了方便之门。泰国和新加坡的改革实际上都是将贫困群体纳入到带有社会一致性(solidarity)的医疗保障体系中来,实质上是通过补充其可行能力的不足,使其获得在医疗保障方面与其他社会成员同等的权利。

灾难性医疗费用是导致贫困的重要原因^[27-29]。当个人在一段时间内,为了支付医疗费用,需要大幅削减基本生活支出时,这种支出即被认为是灾难性的^[29]。从这个定义来看,灾难性医疗费用不仅仅与实际发生的费用有关,还与当事人的经济状况有关。WHO认为,如果超过了个人支付能力的40%即被认为是灾难性医疗费用。在一国的医疗保障体系中,相当一部分人暴露在灾难性医疗费用风险之下被认为是失公平的^[30]。新加坡和墨西哥的改革都是由政府出面组织了专门的巨灾医疗费用基金,其中,新加坡采用低成本社会保险的方式,而墨西哥的巨灾医疗费用基金实际上是通过税收进行筹资的。帮助个人抵御灾难性医疗费用风险是否需要动用公共财政资源,需要视社会价值判断和医疗筹资制度具体安排而定。除社会健康保险和税收2种筹资渠道外,商业健康保险以及社会再保险(social reinsurance)^[31]等机制也应当加以引导和利用。

(致谢:感谢北京大学医改课题组专家的建议,特别感谢北京大学中国经济研究中心李玲教授、北京大学经济学院孙祁祥教授和郑伟副教授在研究过程中给予的指导。)

参 考 文 献

- Daniels N. Just health care[M]. Cambridge University Press, 1985.
- Chakraborty S, Das M M. Human capital and persistent inequality[J]. Journal of Economic Growth, 2005, 10(2): 159-192.
- Kornai J, Eggleston K. Welfare choice and solidarity in transition: reforming the health sector in Eastern Europe[M]. New York: Cambridge University Press, 2001.
- 中华人民共和国国家统计局. 中华人民共和国 2006 国民经济发展和统计公报[R]. 2006.
- 匡绍华, 陈宁嫻. 泰国健康保险制度改革及其对我国的启示[J]. 中国卫生经济, 2003, 22(9): 56.
- Pannarunothai S, Patmasiriwat D, Srithamrongsawat S. Universal health coverage in Thailand: ideas for reform and policy struggling [J]. Health Policy, 2004, 68(1): 17-30.
- Tangcharoensathien V, Wibulpholprasert S, Nitayaramphong S. Knowledge-based changes to health systems: the Thai experience in policy development[J]. Bulletin of the World Health Organization, 2004, 82(10): 750-756.
- Tangcharoensathien V, Tantivess S, Teerawattananon Y, et al. Universal coverage and its impact on reproductive health services in Thailand[J]. Reproductive Health Matters, 2002, 10(20): 59-69.
- 国务院发展研究中心社会发展研究部课题组. 建立全民覆盖的基本卫生服务制度研究[R]. 2007.4.
- Dong W. Can health care financing policy be emulated? The Singaporean medical savings accounts model and its Shanghai replica[J]. Journal of Public Health (Oxford, England), 2006, 28(3): 209-214.
- Barr MD. Medical savings accounts in singapore: a critical inquiry [J]. Journal of Health Politics, Policy and Law, 2001, 26(4): 709-726.
- Hsiao WC. Peer Review. Medical savings accounts: lessons from singapore[Z]. Health Affairs, 1995.
- Hsiao WC. Behind the Ideology and Theory: What is the empirical evidence for medical savings accounts[M]. Duke Univ Press, 2001.
- Frenk J, Gonzalez P E, Gomez D O, et al. Comprehensive reform to improve health system performance in Mexico [J]. Lancet, 2006, 368(9 546): 1 524-1 534.
- Knaul FM, Arreola O H, Mendez C O. Evidence is good for your health system: policy reform to remedy catastrophic and impoverishing health spending in Mexico [J]. Lancet, 2006, 368(9 549): 1 828-1 841.
- Knaul FM, Frenk J. Health insurance in Mexico: achieving universal coverage through structural reform[J]. Health Affairs (Project Hope), 2005, 24(6): 1 467-1 476.
- Frenk J. Bridging the divide: global lessons from evidence-based health policy in Mexico[J]. Lancet, 2006, 368(9 539): 954-961.
- Frenk J, Sepulveda J, Gomez D O, et al. Evidence-based health policy: three generations of reform in Mexico [J]. Lancet, 2003, 362(9 396): 1 667-1 671.
- Gonzalez P E, Gutierrez D C, Stevens G, et al. Priority setting for health interventions in Mexico's system of social protection in health[J]. Lancet, 2006, 368(9 547): 1 608-1 618.
- 饶克勤, 张 愈. 中国基本卫生服务及国家基本卫生服务包研究[R]. 2007.
- Gottret PE, Schieber G. Health financing revisited: a practitioner's guide[M]. World Bank Publications, 2006.
- Fabricant S, Bayarsaikhan D, Bhushan A. Health financing: a basic guide[R]. World Health Organization, 2006.
- Evans RG. Taxation and the alternatives in Funding health care[R]. WHO Financing health care: Options for Europe 2002.
- Savedoff W. Tax-based financing for health systems[R]. WHO, 2004.
- Wagstaff A, Doorslaer E. Equity in health care finance and delivery [J]. Handbook of Health Economics, 2000(1): 1 803-62.
- Wagstaff A, Doorslaer E, Burg H, et al. Equity in the finance of health care: some further international comparisons[J]. Journal of Health Economics, 1999, 18(3): 263-290.
- Xu K, Evans DB, Kawabata K, et al. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. Elsevier, 2003.111-117.
- Damme W, Meessen B, Por I, et al. Catastrophic health expenditure [N]. Elsevier, 2003.996-996.
- Kawabata K, Xu K, Carrin G. Preventing impoverishment through protection against catastrophic health expenditure[N]. Scielo Public Health, 2002.612-612.
- Murray CJL. Global programme on evidence for health: defining and measuring fairness in financial contribution to the health system[R]. World Health Organization, 2001.
- Dror DM, Preker AS. Social re-insurance: a new approach to sustain community health financing [R]. International Labour Organization, 2002.

[收稿日期 2007-12-16] (责任编辑 杨永萌)