

# 从国际经验看卫生筹资和社会健康保障

许可<sup>1\*</sup> 刘培龙<sup>2</sup>

1. 世界卫生组织卫生系统筹资司 瑞士日内瓦 1211
2. 北京大学全球卫生研究中心 北京 100191

**【摘要】**卫生筹资涉及卫生资源的生产、分配和利用,在卫生系统中占有举足轻重的地位,越来越成为世界各国政府和人民关注的中心问题,也是全球卫生研究的热点领域之一。本文从卫生筹资的目的和功能、社会健康保障的含义及实现途径、全球卫生筹资及社会健康保障的现状和面临的挑战、以及应对挑战的策略等角度综述了卫生筹资和社会健康保障方面的国际经验。

**【关键词】**卫生筹资; 健康保障; 国际经验

中图分类号:R197 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2010.12.002

## International experience in health financing and social health protection

XU Ke<sup>1</sup>, LIU Pei-long<sup>2</sup>

1. Health Systems Financing, World Health Organization, Geneva 1211, Switzerland
2. Institute for Global Health, Peking University, Beijing 100191, China

**【Abstract】** Health system financing covers a wide range of issues from resource mobilization to allocation and use of available funds. Health financing plays critical roles and is a growing concern for health systems. It has increasingly become the central concern of governments and people all over the world as well as a focus of research in global health. This paper draws from international experiences in improving health system financing and social health protection. It begins with a review of the objectives and functions of health system financing, followed by a definition of social health protection and steps to achieve universal coverage. It then considers the challenges in the current environment, and ends with a discussion of strategies used by countries in achieving universal coverage.

**【Key words】** Health financing; Health protection; International experience

### 1 卫生筹资的目的和功能

卫生筹资的目的不仅仅是筹集足够的资金以维持卫生系统的运转,还要建立卫生服务费用的风险分摊机制,并为卫生服务提供者制定一套合理的经济激励机制,从而保证每个人得到所需的可支付的服务,实现社会健康保障。

世界卫生组织在 2000 年世界卫生报告中提出卫生筹资有三个功能,即筹集资金、共担风险和购买服务,每个功能都涉及到公平和效率。<sup>[1]</sup>在任何一个国家,无论采取怎样的筹资方式都无外乎围绕着这

三个功能。资金筹集功能要考虑到谁来支付、支付多少、怎样支付及哪个机构来筹集资金。风险共担功能涉及到资金统筹的范围和统筹基金的数量。购买服务是一个广义的概念,包含了基本服务包的设计、服务提供、资源配置和对服务提供者的支付方式等。

总的来说,卫生筹资主要来源于 5 个渠道:国家的一般税收、社会保障税、营利或非营利的非公立医疗保险、自费支付和国外援助。一个比较健全的卫生筹资系统,其资金来源主要是一般税收或社会保障税,或两者兼有。比较典型的以一般税收为主的

\* 作者简介:许可,女(1969 年-),博士,主要研究方向为卫生筹资。E-mail: xuk@who.int

通讯作者:刘培龙。E-mail: liu\_p\_l@hotmail.com

国家有英国和北欧国家,如瑞典、芬兰和挪威。以社会保险为主的国家包括德国、法国、比利时等。在当今国际上对卫生筹资的讨论中,税收和社会保险已不再是两个相互独立的体系,很多国家建立了混合型的筹资机制。在发达国家中,即使德国和法国都在逐渐增加一般税收在卫生筹资中的比例。很多中等收入水平的拉丁美洲国家都是采取混合的筹资机制。近几年来比较成功的例子是泰国,依靠一般税收和社会保险实现了全民覆盖。

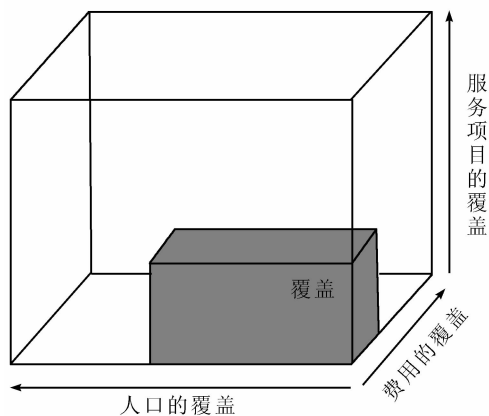
风险共担是保证公平和减少家庭经济负担的关键。共担的目的是把难以承受的、不确定的、大额的费用转化为负担得起的、确定的、小额的费用。在这里,共担有两层含义:健康者与非健康者的互助,富有者与贫困者的互助。前者反映了保险的基本原理,后者反映了社会的共济意识。从国际经验来看,各自为政、多个分散的健康基金是不可取的,首先由于不同人群的不同待遇造成了不公平,其次重复投资功能相似的管理机构增加了管理成本,第三,多个统筹基金的存在削弱了资金持有者控制服务价格的力度。

在购买服务功能中,首先要考虑的是用这些公共资金购买什么样的服务,是门诊服务还是住院服务,是基本服务还是特需服务。从降低个人经济风险的角度考虑,公共资金应该用于购买高费用的服务,如住院服务。但是从服务利用的角度考虑,公共资金应该支付部分门诊服务,特别是慢性病的门诊服务和药物费用。在不同社会文化背景和不同经济发展水平的国家,这两者的平衡点是不同的。第二要考虑的是如何提供这些服务,通过政府预算的公立机构直接提供还是通过合同形式向不同所有制属性的机构购买服务。

## 2 社会健康保障的含义及实现途径

对于“社会健康保障”一词,在国际上没有一个严格的定义,它往往与“全民覆盖”通用。在2005年的世界卫生大会上,世界卫生组织的192个成员国通过了一项决议,提出把全民覆盖作为各国卫生筹资的长远目标。<sup>[2]</sup>全民覆盖的含义是每个人都得到所需的有效卫生服务,同时不应由于支付这些服务

费用造成家庭严重的经济负担或贫困。全民覆盖包含了三个维度:人口的覆盖、卫生服务项目的覆盖和卫生费用的覆盖。<sup>[3]</sup>图1展示了全民覆盖三个维度的相互关系。仅有单一的人口覆盖而没有综合的服务包和适当的费用覆盖并不是真正意义上的全民覆盖。



资料来源:世界卫生组织. 世界卫生报告:初级卫生保健[R]. 2008.

图1 社会健康保障的目标

实现全民覆盖的途径不是单一的。由于各国不同的历史背景和社会文化特征,所以其起点不尽相同。从各国建立包括社会健康保障在内的社会保障体系的过程来看,可以大致归纳为三类路径(表1)。第一类是起步于一个比较小的人群,往往是正式部门的雇员。这部分人群比较容易组织起来,易于收集资金。很多发展中国家采取这种模式。随着时间的推移,这种模式所面临的挑战是扩大人群的覆盖,特别对非正式经济部门人群的覆盖。第二类是起步于一个比较小的服务包,但覆盖全部人口。北欧的很多国家都是这样起步的,非洲的一些国家也在通过政府税收来提供全民覆盖的基本服务。第三类是介于上述两者之间,即政府逐渐规范和统一已有的不同筹资方式。如韩国从300多个小的保险组织发展为统一的国家健康保险制度。<sup>[4]</sup>

不论是通过哪种路径进行发展的,各个国家的目标都是通过不懈地努力实现真正意义上的全民覆盖。实现全民覆盖是一个长远的战略目标,需要经历一个漫长的过程。德国和比利时经历了一个多世纪的努力才实现全民覆盖,奥地利经历了79年,英国和日本经历了36年,韩国经历了26年。<sup>[5]</sup>

表 1 实现全面覆盖的途径

服务包	人群的覆盖面	面临的主要挑战
第一类 中等水平的服务包	较小的目标人群	扩大人口的覆盖范围
第二类 比较小的服务包	全民	扩大服务包
第三类 不同水平的服务包	不同人群	加强整合, 缩小差距, 提高效率

### 3 全球卫生筹资及社会健康保障的现状和面临的挑战

医疗卫生费用给一些家庭带来了沉重的经济负担,全球每年有 1.5 亿人口由于支付医疗费用而面临沉重的经济困难,1 亿人口因支付医疗费用而致贫。此外,很多贫困人口由于支付不起医疗费用而不能得到所需的医疗服务。<sup>[6]</sup>

这些情况的发生与卫生筹资体系的设计有着密切关系。世界卫生组织进行了一项包括 90 个国家调查数据的研究,结果显示社会健康保障的水平有以下三个主要影响因素:自费支付在国家卫生总支出中的比例、国家卫生总支出在国民生产总值中的比例和收入的公平性。<sup>[6]</sup>

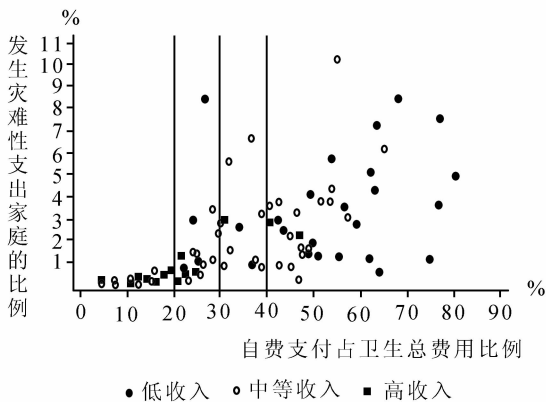


图 2 自费支付占国家卫生总支出的比例与家庭经济负担的关系

如果一个国家的卫生筹资系统主要依赖于自费支付就必然造成很多家庭承受沉重的经济负担或因病致贫。<sup>[7]</sup>图 2 显示了自费支付占国家卫生总支出的比例与家庭经济负担的关系,当自费支付比例小于 20% 时,只有很少家庭出现灾难性的经济负担。目前,在大多数的中低收入国家里,自费支付的比例远远大于 20%。如果卫生筹资体系的结构不发生改变,即便经济的增长和国民收入的增加也并不一定会减轻家庭医疗费用的经济负担,美国就是一个比较典型的例子。

卫生总费用占 GDP 的比例反映了一个国家卫生服务总量的多少或卫生服务价格相对其它产品价格的高低。上述提到的研究发现,卫生总费用占 GDP 的比例越高,越多的家庭容易出现重大的经济负担。<sup>[6]</sup>这一现象在中低收入国家尤为明显。这也说明如果不改变卫生筹资的结构,卫生服务量的增加或服务价格的增长会引起家庭自费支付的增加。

卫生系统的公平与整个社会收入的公平性是相关的。一个国家如果不注重社会收入的公平性,或不能有效地降低整个社会的不公平性,很难建立一个公平筹资和公平服务提供的系统。这与健康的社会决定因素是相呼应的。

这项研究的另一个结论是税收和保险只是资金筹集形式,一个国家采取社会保险还是税收的形式支付卫生费用,与社会健康保障的水平是不相关的。<sup>[6]</sup>一个系统运行的好坏不仅仅由资金筹集的方式来决定,还要看怎样共担风险和有效地购买服务。

在完善卫生筹资体系和促进社会健康保障的过程中,各个国家所面临的挑战不尽相同。例如低收入国家,其首要问题是如何筹集到一定水平的资金来保证基本的卫生服务。2007 年世界卫生组织成员国卫生总费用的统计显示,低收入国家的年人均卫生费用只有 28 美元,其中一半以上的低收入国家年人均卫生费用少于 30 美元,而且将近一半的卫生总费用是以自费支付的形式筹集的。在中低收入国家和中高收入国家中,年人均卫生费用的平均值分别为 152 美元和 465 美元;高收入国家达到 3 000 美元。没有一定数量的基本资金,卫生系统是很难正常运行的。因此,在 Abuja 宣言中,非洲国家的政府给自己设定了 15% 政府财政支出用于卫生服务的目标,但在实际执行过程中只有很少的国家达到了这一目标。<sup>[8]</sup>

中等收入国家中比较突出的问题是减少自费支付比例,增强公平性和提高效率。大多数的中等收入国家已有一定规模的社会健康保障,但覆盖的人群还是有限的,特别是对贫困人口的覆盖。其卫生筹资的体系相对比较分散,比如政府雇员、私立机构的雇员、自由职业者和农民各有其不同的保障机制。筹资的水平、所覆盖的服务项目和自费支付的比例都不相同。

高收入国家所面临的主要挑战是提高效率和控制卫生费用的上涨。2007 年经济合作与发展组织

(OECD) 国家卫生总费用占 GDP 的 9%, 其中奥地利、加拿大、丹麦、法国、德国、葡萄牙和瑞士卫生总费用高于 GDP 的 10%。<sup>[9]</sup>2007 年美国的卫生总费用已高达 GDP 的 15.8%。这些国家大多依靠公共资金来支持卫生系统, 卫生费用的迅猛上涨给公共财政带来很大负担。

#### 4 应对挑战的策略

应对这些挑战要从加强卫生筹资的功能着手。首先在资金的筹集上, 切断服务的使用与个人对服务费用支付的联系是减轻家庭经济负担的第一步。在建立社会健康保障体系的初期, 不论采取什么筹资形式, 是税收、社会保险、还是社区统筹医疗以及私立保险, 均应该鼓励实行预付制度。随着时间的推移逐渐融合这些机制。在低收入的发展中国家, 国际援助在卫生总费用中占有不可忽视的比例。2006 年的资料显示在低收入国家中外援资金在卫生总费用的比例平均为 25%。<sup>[9]</sup>如何保证国际援助的稳定性和如何有效地使用这些资金是低收入国家所面临的问题。目前国际上辩论的热点问题之一, 就是如何确保捐助资金流入的相对稳定和协调, 使得外部援助不仅解决当前资金短缺的问题, 同时能帮助发展中国家建立和完善他们的卫生服务系统。

在风险共担方面, 很多国家正在努力扩大统筹范围, 整合不同的资金来源, 保证低收入人口的覆盖。近期比较成功的例子是泰国。2000 年以前, 泰国的卫生筹资体系包括四个部分: 政府公务员的保险, 正式私立部门雇员的社会保险, 贫困、老年及儿童的社会卫生福利, 以及以自愿为基础的健康卡制度。各个机制所覆盖的服务不同, 对服务提供者的支付方式也不同。而目前基本上达到了人人享有相同的服务包, 对服务者的支付基本上按人头付费。<sup>[10]</sup>其他成功的例子如中国、台湾地区和韩国。近几年来中国迅速扩大新型农村合作医疗制度的人口覆盖也为国际所关注。虽然他们各自的历史和社会背景不同, 但共同点是强有力的政府以及政府对卫生的承诺。

服务购买功能的安排是有效利用有限资源的关键。这里涉及到两个比较关键的问题。一是服务包的设计, 另一个是对服务提供者的支付。从理论上讲, 服务包的设计要考虑根据成本效果分析所确定

的卫生问题的优先重点。但在实践中, 没有一个国家是一张白纸, 可以从零点起步, 理想地设计并实施服务包。他们实际上都在以不同的筹资方式向一定的人群提供着某种卫生服务。而且服务包的确定也往往受到政治因素的影响。因此比较现实的做法是设立一个长期的目标, 从现有的基础出发, 逐渐完善, 最终实现这个目标。

对服务提供者的支付是一个非常复杂的问题。目前国际上没有哪一种支付方式是完美无缺的。一个总趋势是改变对公立机构的财政预算支付方式以提高效率, 即对公立医疗机构的支付从投入为基础(如人员和床位)转变为以产出为基础(按诊疗人次或病种)的支付方式。不同的支付方式对服务提供者意味着不同的激励机制, 比如按服务项目支付鼓励服务提供者提供尽量多的服务。在某些情况下, 可能需要这样的机制, 比如免疫接种, 但是如果所要解决的首要问题是控制费用, 按服务项目支付就不可取了。与之相反, 按人头支付鼓励节省费用, 但可能出现的副作用是没有提供足够的所需服务。

在对住院服务的支付上, 越来越多的国家采取按病种支付的方式 (Diagnosis Related Groups, DRGs)。实现按病种支付需要一定的基础条件, 即有足够的病种成本或费用信息和完善的电子病历。采用的初期往往能够较好地控制成本, 但需要不断调整才能使其效果持续。在实施按病种支付方式的过程中很容易出现诊断升级的现象, 即医院把比较轻的病例归到比较复杂的病例中从而得到较高的单位支付金额。同时患者的重复住院率可能会提高, 甚至出现分解住院的现象。

由此可见, 任何一种支付方式都有利弊。目前在国际上对服务支付方式的讨论很多, 最终的选择还要根据各自的国情来决定, 可以有机结合不同的支付方式, 减少单一支付方式的弊端。另一个与之相关的问题是要有一个统一的支付标准。前面提到, 如果在一个系统中存在多种筹资机制而且各种机制采用不同的支付方式, 服务提供者很容易进行成本转移, 从而达不到社会所预期的结果。

中国在 20 世纪 50 年代曾是实现人人享有基本健康保障的典范, 近 10 年来, 中国在促进社会健康保障中所取得的成就, 特别是新型农村合作医疗制

度的建立和发展再次引起世界的瞩目。在国际经济下滑的当今时代,中国政府加强卫生的投入,对农村和贫困人口采取倾斜政策,得到国际社会的肯定。中国是从不同水平的服务包覆盖不同人群起步的国家,在通向全民覆盖的社会健康保障体系的征途上还有较长的道路要走,有众多的挑战要应对。国际经验将有助于中国加快步伐,扩大人口覆盖,增加农村合作医疗的补偿力度,减少城乡和不同卫生筹资机制之间的差异,以及探索适合中国国情的服务提供者补偿机制以提高效率和控制卫生费用,从而最终实现卫生服务的全面覆盖。而中国卫生发展和改革所经历的道路,在卫生筹资方面取得的经验和教训,特别是目前新一轮以回归公益性为宗旨的卫生改革,也将极大地丰富国际上对卫生筹资的认识和实践,为其它国家特别是发展中国家提供可借鉴的经验。

#### 参 考 文 献

- [1] World Health Organization. The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance[R]. Geneva, 2000.
- [2] World Health Organization. Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance[Z].

- [3] World Health Organization. The World Health Report : Primary health care: now more than ever[R]. Geneva: 2008.
- [4] Ministry of Strategy and Finance. Budget of Korea 2008 [R].
- [5] Carrin G, James C. Key performance indicators for the implementation of social health insurance[J]. Applied Health Economics and Health Policy, 2005, 4(1): 15-22.
- [6] Xu K, Evans D B, Carrin G, et al. Protecting households from catastrophic health spending[J]. Health Affairs, 2007, 26(4): 972-983.
- [7] Xu K, Evans D B, Kawabata K, Zeramdini R, et al. Household catastrophic health expenditure: A multicountry analysis[J]. Lancet, 2003, 362(9378): 111-117.
- [8] Abuja declaration on HIV/AIDS, tuberculosis and other related infectious diseases[R]. Abuja, 2001.
- [9] WHO. National Health Accounts estimates[R]. Geneva, 2009.
- [10] Gottret P, Schieber G. Health Financing Revisited: A Practitioner's Guide[R]. Washington DC, 2006.

[收稿日期:2010-09-15 修回日期:2010-11-19]

(编辑 刘 博)

#### · 动态讯息 ·

## 欢迎订阅 2011 年《中国卫生政策研究》杂志

《中国卫生政策研究》杂志是中华人民共和国卫生部主管,中国医学科学院主办,中国医学科学院医学信息研究所和中国医学科学院卫生政策与管理研究中心承办的卫生政策与管理专业学术期刊,国际标准连续出版物号为 ISSN 1674-2982,国内统一刊号为 CN 11-5694/R。

杂志以“传播政策、研究政策、服务决策”为办刊方针,及时报道卫生政策研究最新成果和卫生改革发展新鲜经验,促进卫生政策研究成果的传播利用及卫生政策研究者与决策者的交流合作,提高卫生政策研究理论水平和实践能力,为政府科学决策、改进卫生绩效和促进卫生事业发展提供重要学术支撑。主要适合各级卫生行政部门和卫生事业单位管理者、卫生政策与管理相关领域的专家学者和实践者、高等院校相关专业的师生等阅读。主要栏目有:

专题研究、医疗保障、药物政策、社区卫生、农村卫生、公共卫生、医院管理、国际卫生、理论探索、经验借鉴、书评等。

杂志为月刊,每月 25 日出版,国内外公开发行,大 16 开本,进口高级铜版纸彩封印刷,定价 15 元/册,全年 180 元(含邮资)。全国各地邮局均可订阅,邮发代号 80-955,也可向编辑部直接订阅。

地址:北京市朝阳区雅宝路 3 号中国医学科学院医学信息研究所《中国卫生政策研究》编辑部

邮编:100020

E-mail:cjhp@imicams.ac.cn

healthpolycn@gmail.com

电话:010-52328667 52328669

传真:010-52328670