

# 哥伦比亚医疗保障制度设计与改革成效

任 苒\* 王 伟

大连医科大学社会科学与管理科学学院 辽宁大连 116044

**【摘要】**哥伦比亚是一个发展中国家,在《2000 年世界卫生报告》的卫生系统绩效评估中,卫生筹资公平性的排位为第一位。1993 年改革前,医疗保障覆盖低,卫生服务提供效率低且不公平,只有 20% 的人口得到筹资保护。1993 年卫生改革后,针对不同的人群建立了两种医疗保障筹资模式:缴费型制度和补助型制度,采取雇主-雇员缴费和总税收的混合方式进行卫生筹资。改革不仅扩大了覆盖面,改善了卫生服务的可及性,而且通过按照健康需要和支付能力筹资的方式,改善了卫生筹资的公平性。哥伦比亚医疗保障制度设计特征和改革成效对我国目前医疗保障制度设计和改革具有重要的启示。

**【关键词】**医疗保障;制度设计;改革

中图分类号:R199.775 文献标识码:A 文章编号:1674-2982(2008)02-0058-05

## Colombia health security designing and reform effect

REN Ran, WANG Wei

School of Social Science and Administration Science, Dalian Medical University, Liaoning Dalian 116044, China

**【Abstract】**Colombia is a developing country which was at the first position on fairness of financial contribution measured by 2000 World Health Report. Before the 1993 health reform, Colombia health system was inefficient, low coverage and inequity, only around 20 percent of the Colombian population were financially protected against the risk of health shocks. After health sector reform two regimes were introduced: the Contributory Regime (RC) and the Subsidized Regime (RS), and the system are financed by a mix of employer-employee contributions and general taxes. It showed the main positive results of the social security reform; not only expanded the coverage and access of health care, but also improved equity in health finance based on health need and ability to pay. It is necessary to learn some experiences gained from Colombia for the design and reform of Chinese health care reform currently.

**【Keyword】**Health security, System design, Reform

在《2000 年世界卫生报告》的卫生绩效评估中,哥伦比亚的卫生筹资公平性名列 191 个国家中的第一位;同时,哥伦比亚医疗体制绩效排在拉美地区的首位。并且,在国际上,哥伦比亚的改革模式十分接近世界银行《1993 年世界发展报告》推荐的模式,实行了备受推崇的“有管理的竞争”模式,由此,哥伦比亚试验被广泛认为是最成功的医疗体制改革之一。

### 1 基本情况

哥伦比亚位于南美洲西北部,拥有 4 556 万人口,71% 的居民居住在城镇地区,29% 的居民居住在农村地区。1998 年识字率为 97.2%,6.7% 的五岁以下儿童营养不良,19% 的人口无法获得卫生服务,大约 30% 的人口得不到安全用水(1998 年)<sup>[1]</sup>。哥伦比亚属于发展中国家,人均 GDP 2 290 美元(2006 年),人类发展指数位列世界第 73 位(2004 年)。

2005 年,哥伦比亚卫生总费用占 GDP 7.3%,人均卫生费用 581 美元(表 1)。

表 1 哥伦比亚主要人口与健康指标

指 标	
人口总数(万)	4 556
人均国民总收入(PPP, 国际美元)	7 620
男/女出生期望寿命(岁)	71/78
男/女出生期望健康寿命(岁, 2003 年)	58/66
5 岁以下儿童死亡率(每 1000 活产儿)	21
15 岁至 60 岁男/女死亡率(每 1000 人)	176/87
人均卫生总支出(PPP, 国际美元, 2005 年)	581
卫生总费用占国内生产总值的百分比(2005 年)	7.3

资料来源:2008 年世界卫生统计年鉴。注:除特别指出均为 2006 年数据

从 WHO 2000 年卫生系统绩效评价的主要指标中,可以反映出哥伦比亚卫生系统各项指标在 WHO

\* 作者简介:任苒,女(1954 年-),教授,主要研究方向为医疗保障、卫生系统绩效、区域卫生规划与资源配置,E-mail:ren-ran99@163.com。

成员国中的位次。其中,最突出的是卫生筹资公平性的排位为 191 个成员国第一位。它在卫生系统绩效中的健康水平和分布指标也是比较好的,尤其是作为衡量公平性的健康分布指标位次比整个健康水平的指标位次更为居前,这从一个侧面反映出哥伦比亚卫生改革不仅改善了卫生筹资的公平性,对健康改善公平性也产生了影响。作为一个人均卫生费用不到 600 美金的发展中国家,哥伦比亚的卫生系统总的绩效也获得了非常显著的业绩,位于 22 位,这一指标中国排在 144 位(表 2)。

表 2 哥伦比亚卫生系统绩效与中国的比较<sup>[2]</sup>

指标		中国	哥伦比亚	
绩效评估	健康	水平*	82	74
		分布	101	44
	反应性	水平	88-89	82
		分布	105-106	93-94
	筹资公平性	188	1	
整体达标成就	132	41		
人均卫生支出(国际美元)		139	49	
总绩效	按健康水平评估	61	51	
	卫生系统整体效能	144	22	

注:健康水平用残疾调整预期寿命来表达。

## 2 改革前的医疗保障制度与卫生筹资状况

哥伦比亚的医疗体制改革开始于 1993 年。改革前,哥伦比亚医疗保障三套体制并存:(1)社会保险:覆盖正规部门雇员(约 18% 的人口)。社会保险机构覆盖的正规私营部门雇员,由雇主和雇员缴费支撑;社会保险基金覆盖的公营部门雇员,由国家财政买单。(2)私人保险:覆盖有支付能力的人(极少部分人口)。(3)公立医院:没有社会保险和私人保险的其他人,约占 75%~80% 的人口<sup>[3]</sup>。

1993 年卫生改革前,由于缺乏医疗保障制度的覆盖,哥伦比亚的贫困家庭难以抵御疾病风险,只有大约 20% 的哥伦比亚人口得到筹资保护以抵御疾病风险的冲击<sup>[4]</sup>。市场分割、低效率以及极差的公共补助是卫生系统的特征。

### 2.1 1993 年以前

在 1993 年改革以前,政策制定者曾认为哥伦比亚的公共保健费被很好的定向给穷人,公费卫生保健服务对所有的人免费提供,贫困者在需要卫生保健时一般不选择私人提供者。现实中,贫困者面对

疾病有三种选择:设法获取公费卫生保健服务,寻求私人提供者,或者根本不寻求医疗保健。这使得穷人和受教育较少的人选择自我保健时将不得不冒更大的风险<sup>[4]</sup>。

### 2.2 穷人与富人的可及性以及医疗费用负担的差异

1993 年改革前,医疗费用是贫困人口利用卫生保健最主要的障碍。1992 年,在最贫困的 20% 人口中六分之一得病时不去寻求医疗保健,因为他们负担不起就医的费用<sup>[4]</sup>。穷人不但比富人获得较少的卫生服务,并且,由于在寻求卫生保健(无论是去公共卫生机构还是私人机构)时不得不自行付费,他们的收入又较低,因此,贫困者支付的医疗费用占家庭收入的比例比富人更高。

### 2.3 卫生系统的突出问题

在改革之前,与其他发展中国家一样,哥伦比亚卫生系统主要存在三方面的突出问题:(1)低效率:尤其是公立医院处于垄断地位,服务效率低下的问题比较突出。(2)低覆盖率:穷人、非正规部门雇员以及正规部门雇员的家属均未被医疗保险覆盖,九十年代初期,约 45% 的城镇居民没有医疗保险。(3)不公平:主要指医疗服务提供的不公平:高收入者利用公立和私立医院提供的服务更多,贫困者由于支付不起医疗费用,相对于富人较少利用医院,因而缺乏医疗卫生服务的可及性<sup>[3]</sup>。

## 3 1993 年的卫生部门改革

要实现卫生筹资的公平性目标,卫生筹资应采取累进的或按比例缴费的方式。采取自付费用的筹资方式将使穷人医疗费用支出占家庭收入的比例相对非贫困家庭更高。为了弥补这种累退性所带来的负担,哥伦比亚启动了基于社会保险作为中间手段的卫生改革,以此来减少卫生筹资中的自付费用方式,进而减少卫生服务可及性的筹资障碍<sup>[5]</sup>。

### 3.1 1993 年的第 100 号法令

1993 年第 100 号法令总的原则确定了卫生保健是公共服务,必须以熟练、普遍、社会补偿和参与的条件向公民提供卫生保健服务。法令的第 153 项条款确定医疗保险必须是强制的,服务提供者必须有管理自主性,卫生服务利用者有选择提供者的自由<sup>[6]</sup>。

### 3.2 卫生部门改革的主要目标与内容

卫生部门改革的目标主要体现在三个方面<sup>[6]</sup>:

一是实现反垄断政策,避免形成国家卫生机构的垄断格局;二是允许私人健康提供者进入医疗保健市场;三是创建了补助型的医疗保健体系,为最贫穷者提供补助。总体上,哥伦比亚改革的目标是扩大医疗保险覆盖面,以提高卫生服务的可及性;建立交叉补贴机制;引入竞争促进效率和筹资稳定,提高服务质量,改善公平。

旨在将医疗保健服务延伸给贫困者的卫生改革内容主要有四个方面:第一,在分配公共补助资金过程中,运用了替代的测量指数;第二,转变传统的补助方式,将对提供方补助的方式(原来补助给公共卫生保健机构的经费)转变为直接以个人保险费的方式补助给贫困者,即从“补贴供方”转变为“补贴需方”;第三,通过交叉补助的方式建立了公平基金,确保通过工资筹资和财政补助建立的保险基金流向补贴给穷人的保险费;第四,与公立和私立部门卫生服务提供者签约在服务提供中通过私立提供者的方式创建了竞争的氛围<sup>[4]</sup>。

### 3.3 针对不同的人群建立了两种医疗保障筹资模式

#### 3.3.1 缴费型(供款型)制度(Contributory Regime, RC)

这一制度覆盖正式的雇员和自雇者,通过选择保险公司来筹集缴费。(1)参保人缴纳 12% 的收入,其中 8% 由雇主提供,雇员提供 4%;(2)参保人自由选择保险公司,保险公司收取保费;(3)保险公司从每位参保人的缴款中扣除法律规定的比例,将余额转交给一个公共基金;(4)1% 的缴款转交给地方政府来补贴补助型医保。

#### 3.3.2 补助型制度(Subsidized Regime, RS)

这一制度覆盖穷人和没有任何保险覆盖的贫困者。(1)补助型医保的资金来源:来自供款型医保的补贴(2004 年为 24%)、地方政府(市或省)、中央财政对地方政府的转移支付(64%);(2)进入补助型医保必须经过收入测试(SISBEN):SISBEN 分为六等,1 为最低,6 为最高,只有 SISBEN 1 和 2 的家庭才有资格享受补助型医保;(3)符合条件的参保人自由选择保险公司;(4)保险公司获得与法律规定提供的服务价值相当的保费;(5)各家保险公司与公、私立医院(医生)签订合同,由他们为受益人提供补助型医疗计划许可的服务;(6)如果补助型医疗计划不包括某项服务,属于 SISBEN1 的受益人需支付 5% 的成本,属于 SISBEN2 的受益人需支付 10% 的成本<sup>[3-4]</sup>。

表 3 两类医疗保障模式的差别<sup>[3]</sup>

服务项目/受益项目	缴费型制度	补助型制度
医疗服务与就诊	覆盖,且广泛	覆盖,且广泛
牙科技术	覆盖,且广泛	覆盖,且广泛
门诊药物	覆盖,基本目录	覆盖,基本目录
急救与优先照顾	覆盖,且广泛	覆盖,且广泛
手术	覆盖,且广泛	覆盖,但有限
非手术	覆盖,且广泛	覆盖,但有限
住院服务	覆盖,且广泛	覆盖,但有限
健康促进与预防活动和计划	覆盖,且广泛	覆盖,且广泛
家庭护理	覆盖,但有限	覆盖,但有限
诊断试验	覆盖,且广泛	覆盖,但有限
大病与器官移植	覆盖,且广泛	覆盖,且广泛
康复与辅助要素	覆盖,且广泛	覆盖,但有限
母婴保健与短期伤残补贴	覆盖,对工人	无
不孕不育试验与美容疗法	无	无

改革后的缴费型制度和补助型制度所覆盖的服务项目范围基本接近(表 3),在手术、家庭护理、诊断试验和康复等方面补助型是受限的,对于基本卫生服务项目(门诊药物、医疗服务与就诊、急救、大病与器官移植等)相差无几。医疗服务提供者由公立和私立提供者共同承担,两个模式监管由全国医疗社会保险委员会和卫生部负责(表 4)。

表 4 哥伦比亚 1993 年改革后的医疗体制<sup>[3]</sup>

监管	全国医疗社会保险委员会卫生部
筹资	强制性医疗保险 供款型医保:参保人需支付 12% 的收入 补助型医保:经过收入检验的低收入人群
承保	私营保险公司 国立保险计划
服务	医疗服务的提供者 公立和私立医疗服务提供机构
利用	消费者 消费者协会

### 3.4 卫生筹资

哥伦比亚卫生筹资采取雇主-雇员缴费和总税收的混合方式。缴费体系的筹资是按照收入的 12% 方式,雇主支付三分之二,雇员支付三分之一。自雇者则必须自己缴纳 100% 相应的保险金。补助系统则是由总税收筹资,由中央支付筹集并通过转移支付的方式拨付给市政府。这些资金通过市政府的补助加上从缴费体系中转移支付 8.33% 的费用,增强了筹资水平<sup>[1]</sup>。

改革后的哥伦比亚卫生筹资体现了团结一致的原则。在缴费型和补助型体系中均体现了团结一致

的理念和机制。在缴费体系中,采取按照固定收入比例缴纳保险金的方式,使之通过收入高者补贴收入低的参保者的方式体现了团结一致的机制;通过按人头付费的方式,又体现了健康者帮助患病者的机制。在缴费型(富人和就业者)和补助型体系(贫困者)中,由于缴费体系中的 8.33% 拨付给补助体系,也体现了交互的团结一致精神。并且,所有纳税人的税金通过保险金的补助补贴给了贫困者。缴费型和补助型两种机制综合起来,62% 的资金补偿给了最贫困的 40% 的人群。

#### 4 改革成果及其对卫生筹资公平性的影响

##### 4.1 改革的积极成果

社会保险改革增加了公共或个人卫生资源,扩大了覆盖面,改善了卫生筹资和医疗保险覆盖的公平性,提高了群众对卫生系统的满意度。

##### 4.1.1 增加卫生筹资,改善了卫生筹资的公平性

公共卫生支出占 GNP 的百分比从 1980 年 0.53% 增长到 1996 年的 1.41%。由于实行了预付制,个人卫生支出在 1990 年以后也迅速增长,占 GNP 的百分比从 90 年代以前的 2% ~ 2.5% 增加到 1995 年的 3.7%<sup>[7]</sup>。同时,人均卫生费用在 1987-1995 八年间增长了两倍之多,从 24.7 美元增长到 58.7 美元;而贫困人口的人均卫生费用增长了三倍,从 58.5 美元增长到 192.4 美元。

##### 4.1.2 扩大了医疗保险覆盖面

卫生改革的主要影响体现在保险的覆盖面上。90 年代中期以前覆盖了总人口的 23% 左右,1997 年曾达到 57%,2003 年又降低到 53%。从发展趋势看,80 年代覆盖率的增长非常缓慢,1980 年为 10.3%,到 1986 年仅增长到 11.9%。卫生改革不仅扩大了覆盖面,更重要的是增加了不同收入水平、不同年龄以及不同教育水平人群之间的公平性<sup>[1]</sup>。

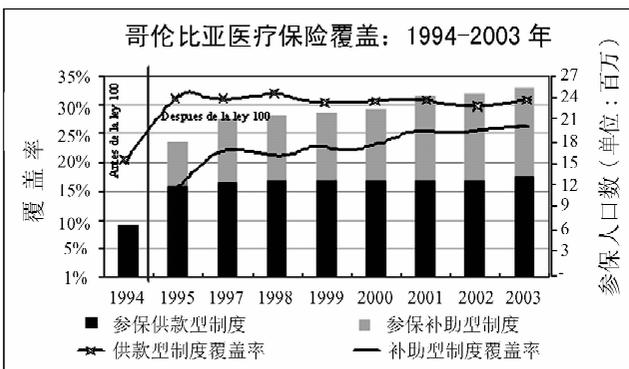


图 1 1994 年—2003 年间哥伦比亚医疗保险覆盖率

##### 4.1.3 促进了医疗保险的及可性和公平性

1993 年,社会保险机构对参保人群的补偿金额占 GNP 的 1.21%,其中 20% 的低收入组人群占 GNP 的 0.04%,中间 60% 的三个收入组别的人群占 GNP 的 0.7% (总补偿金额的 60%),20% 最高收入组人群获得的补偿为 GNP 的 0.27%, (总补偿金额的 22.3%)。

1997 年,补助型制度中补偿金额增加到 GNP 的 3.2%,其中最贫困的 40% 的人获得了 66%,而高收入人群获得的补偿仅占 2%。缴费型制度中,补偿金额达到 GNP 的 0.63%,其中中间三个收入组的人群 (60%) 获得了 0.9%。最高收入组的人群没有参保的积极性,他们缴纳费用却得不到补偿。这两种机制综合起来,62% 的资金补偿到了最贫困的 40% 的人群,而最高收入组的 20% 的人仅得到了 5.3%。

从图 2 可以看出,卫生体制改革减少了对高收入组人群的补偿。从 1993 年到 1997 年,对第 4 个收入级别的补偿从 0.61% 降低到 0.51%,第 5 个收入级别的补偿从 0.38% 降低到 0.20%<sup>[1]</sup>。

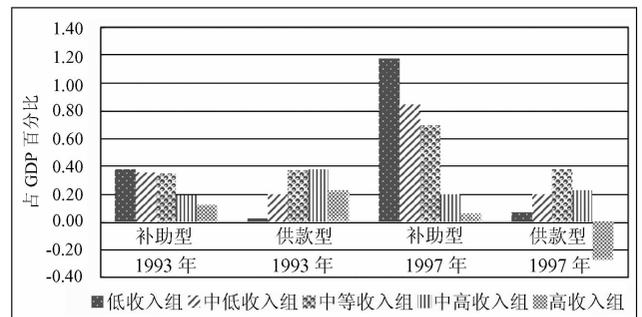


图 2 哥伦比亚收入五分组人口获得的净补助金及占 GDP 百分比

##### 4.2 目前的问题与面临的挑战

哥伦比亚卫生体制改革的一个最主要成就是扩大了健康保险的覆盖面,进而提高了公平性,明显减少了城乡和不同收入人群之间的差距。此外,为贫困者提供了资金补助,使其基本卫生服务的可及性得到了明显改善,尤其是最低收入人群保险覆盖率由 3.1% 增加到 43.7% (表 5)。然而,分析表明,还有许多方面有待改进,比如与收入关联的覆盖面的可持续性,以及这些因素在较贫困地区的重要影响<sup>[1]</sup>。

哥伦比亚实施改革已历时十余年,但目前还没有实现全民覆盖的目标,最近七年的覆盖率始终保持在一个水平上。这也带来了许多的问题,包括全

民覆盖,目前实行的策略是否恰当以及需要的前提条件。同时,现行体制中也存在许多与医疗保障基金和成本相关的问题需要解决。例如,是否可以减少运行过程中的管理成本?如何才能消除或减少逃避缴费或骗保的发生?是否存在更有效的公私结合的投保人和提供者的模式?哪些策略是保证竞争和良性竞争的最佳策略?总的卫生体制能否有所改进使其更加有效?还有一个值得注意的问题是,在缴费型和补助型两种体制下所提供的基本卫生服务包的不公平。若要改善这种不公平需要什么样的条件?在政治上、经济上是否具有可行性?如果可行,什么样的政策才是最适宜的?尽管所得数据信息有限,仍可以充分证明改革后,哥伦比亚卫生服务的可及性得到了明显的改善。目前还没有公平和质量方面的数据,对于这两个方面需要作进一步的研究。

目前哥伦比亚卫生改革还需要应对三个挑战:(1)如何使保险覆盖面扩大到所有穷人;(2)如何改善服务的质量;(3)怎样为穷人提供一个更完整的受益计划。

表 5 哥伦比亚医疗保障制度改革的结果<sup>[3]</sup>

公正目标	积极后果	消极后果
服务可及性的公平	增加最低收入人群保险覆盖率(从 3.1% 升至 43.7%)	医疗保险覆盖面的扩展仍不足(从 23.7% 升至 57.2%)
服务利用的公平	卫生总费用增加(从占 GDP 的 4% 升至 10.5%)	参保者的服务利用率提高,但集中指数差异不大

## 5 结语与启示

### 5.1 采取交叉补助方式和政府补助相结合的方式,解决了贫困人口卫生筹资的难题

哥伦比亚根据不同人群的筹资(支付)能力,建立了两种筹资模式。对于补助型医疗保障资金,地方政府和中央财政共同筹资。此外,最具特色的是通过“缴费型”向“补助型”的交叉补助方式,实现了覆盖穷人和贫困者补助型资金部分来源于缴费型医保的补贴的目的,即体现了“富帮穷”的特征。

### 5.2 卫生筹资水平的不断提高,为改善不同收入者卫生筹资的公平性提供了可能

90 年代中期后,哥伦比亚无论是公共卫生资金投入还是个人卫生支出均有较大的提高。从 80 年代初到改革后,公共卫生投入的资金占 GDP 的比例有了明显提高,同时,通过预付制和交叉补助政策,个人卫生支出也迅速增长,其中贫困人口的增长比

例高于一般人群,贫困人口的人均卫生费用增长了三倍。

### 5.3 改善了卫生筹资的公平性,贫困人口受惠最大

补助型制度中最贫困的 40% 人口从补助金中受益达 66%,远高于高收入人群。最贫困的 40% 的人群获得缴费型和补助型两种筹集机制的 62% 的资金补助。

### 5.4 减少了对高收入组人群的补偿

这符合世界银行所倡导的“境遇好的人支付更多的费用”的原则。采取这一作法,实际上等于使政府补助更多的集中在贫困人口上。

### 5.5 体现了按健康需要提供医疗保健服务的理念

尽管个人筹资水平不同,补助型与缴费型的受益范围是相近的,补助型模式不仅覆盖了门诊药物、就诊与急救、还包括大病与器官移植等,由此反映出其制度设计的基本理念是按照参保者的健康需要来提供所需的服务,体现了卫生服务利用的公平性。

这些改革成果与特征对当前我国医疗保障制度设计和改革无疑具有重要的启示与借鉴作用。

## 参 考 文 献

- [1] Yepes F J, Ramírez M, Cano M G, et al. Aiming for Equity in Colombia's Health System Reform: Achievements and Continuing Challenges[M/OL]. [2008-10-02]. [http://reseau.crdi.ca/es/ev-118490-201-1-DO\\_TOPIC.html](http://reseau.crdi.ca/es/ev-118490-201-1-DO_TOPIC.html).
- [2] WHO. The World Health Report 2000—Health Systems: Improving Performance[M]. Geneva: WHO, 2000.
- [3] Thomas Bossert. 哥伦比亚的医疗体制改革—成功的改革与改革的成功[M]. 世界银行学院, 2007.
- [4] Escobar M L. Health Sector Reform in Colombia[J]. Development Outreach, May 2005: 6-9, 22.
- [5] Castano R A, Arbelaez J J, Giedion U B, et al. Equitable financing, out-of-pocket payments and the role of health care reform in Colombia[J]. Health policy and planning, 2002, 17(suppl1): 5-11.
- [6] Health in Colombia[EB/OL]. [2008-10-02]. [http://en.wikipedia.org/wiki/Health\\_in\\_Colombia](http://en.wikipedia.org/wiki/Health_in_Colombia).
- [7] Vargas J E, Sarmiento A. La descentralización de los servicios de salud en Colombia[R]. //Public Policy Reforms Series, no. 51, Santiago, Chile. Economic Commission for Latin America and the Caribbean, 1997.

[收稿日期:2008-11-02 修回日期:2008-11-05]

(编辑 田晓晓)