

卫生服务与医疗保障管理体制的国际趋势及启示

王延中*

中国社会科学院劳动与社会保障研究中心 北京 100732

【摘要】本文在分析医疗卫生服务、医保基金、参保人群三方相互关系基础上,论述了理顺医保基金与卫生服务两大体系之间相互关系的必要性和重要性。文章根据国际上卫生服务与医疗保障管理体制的发展变革趋势,提出应该重视“一手托两家”的体制建设,促使卫生服务体系与医疗保障制度更好地满足患者的需要和时代的要求。

【关键词】卫生服务;医疗保障;管理体制;趋势;启示

中图分类号:R197.1 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2010.04.004

International trends on health care delivery system and health insurance system and its implication to China

WANG Yan-zhong

Research Center for Labor and Social Security, Chinese Academy of Social Sciences, Beijing 100732, China

【Abstract】 This paper gives the general picture of the mutual triangle relationship among health care delivery system, health care fund and patients. Comparing the weak side of patients, the other two sides are much stronger, then it is very necessary and important to build the harmonious relations between health care delivery system and health care fund. There are some experiences in other countries how to build a sound relationship and China should pay much attention on the new trend.

【Key words】 Health care; Health insurance; Management system; Trends; Implication

近年来,我国医疗保障制度不断建立和完善,医药卫生体制改革日益深化。如何处理医疗保障制度与卫生服务两大体系的关系问题,成为大家日益关注的焦点问题之一。特别是城市化的推进和城镇居民医疗保障制度的快速发展,进一步提出了衔接好新农合与城镇居民医疗保障制度的问题。由于这两个医疗保障制度分别由卫生部与人力资源和社会保障部管理,在大的体制框架不动的情况下,应当促进两个部门之间的协作与配合,使日益扩大的医保基金更好地为城乡居民的健康服务。

1 医疗保障制度建立与医、患、保三方关系的形成

从历史发展进程看,传统的社会医患关系只是医疗服务供给方和购买方的双边关系,造成双方无

法达成均衡的主要因素是患者的购买力和医疗服务供方的提供能力。计划经济时期,由于政府或者企事业单位承担了提供基本公共卫生服务的职能,患者只是购买药品,当时制约医患关系的主要因素是供方的提供能力。在市场经济条件下,由于医疗保险制度和医疗保险基金的建立,医患关系从双边关系变成了三方的关系,即形成了第三方购买机制下的三方平衡关系,具体由服务提供方、购买方和消费方构成。那么在这种情况下,如何平衡三方的关系,就是我们需要认真研究的重要议题。处理好三方关系可以在控制总费用的前提下保证医疗服务的公平和质量。但是,这需要建立合理的管理体制和运行机制。处理不好,则往往导致三方关系的扭曲,最终损害患者利益和人民群众的健康。^[1]

* 作者简介:王延中,男(1963年-),研究员,中国社会科学院劳动与社会保障研究中心主任,主要研究方向为社会保障、卫生经济学。E-mail: wangyanzhong01@163.com

医(医疗服务提供方)、患(参保方和服务利用方)、保(基金管理方)三方参与卫生服务过程,可以形成三种对应关系。第一种关系是医保基金和消费方的关系,主要是确定参保人(消费方)缴纳的保费多少,这个关系的平衡相对较容易;第二种关系是医保基金方(第三方)与医疗服务方的关系,主要是如何形成均衡的医疗服务量、均衡的价格等,这个关系的平衡难度很大;第三种关系是医疗服务方和消费方(患者)的关系,主要是平衡规定费用下的服务数量、质量控制和患者的需求愿望,这个关系的平衡难度同样很大。

因此,在市场机制下,平衡三方关系的主要难点在于:(1)出发点不同。医保基金方追求基金平衡,而患者要求服务数量和质量,医疗服务方却考虑的是服务成本和收益问题。(2)约束机制不同。医保基金方与患者关系一方是强势,一方是弱势;医疗服务方与患者的关系也是一方是强势,一方是弱势,并且医疗服务市场存在天然的信息不对称。医保基金方作为第三方购买服务的代理人,具有买方垄断地位,医疗服务方具有信息不对称和服务提供的技术优势,可以通过将矛盾、费用转嫁的方式维护自己的利益。因此,医保基金方与医疗服务方之间是强势组织对强势组织的关系。在医、患、保三方关系中形成了两类强势组织对弱势患者的局面。这也是造成目前“看病难、看病贵”现象的一个重要原因。(3)国家卫生保健目标与上述两个组织方的矛盾。医保基金方把约束服务方(非违规服务)的难题交给患者,而医疗服务方为患者提供服务并把患者作为获取基金收入的载体。

在上述三方关系的支配下,政府的主要目标是费用可控前提下的高质量卫生服务与国民健康。而实现这一目标会引起两个组织方之间的内在矛盾,表现在如果对服务方进行价格约束,则意味着服务方会减少服务量或降低服务质量;如果放开医疗服务方进行市场竞争,虽然可以提高服务质量,但卫生费用将随着上升,达不到控制基金支出的目标。

处理上述矛盾,大体需要两类机制:第一类是市场导向的机制,如美国,主要依靠集团与集团之间的谈判。其好处是尽量保障各方的利益,但后果

是医疗费用的急剧上涨。第二类机制是依靠政府协调。政府协调的方式可以是改革供方体系,尽量确保服务体系公立性质和基本卫生服务提供的公益性;也可以通过调整医疗保障基金的管理体制与组织方式,使医保基金与卫生服务体系更有效地融合在一起。在这方面国际上出现了一些新的趋势:一是在管理卫生服务和医疗保障方面,逐步把管理主体尽可能统一,或者是让医保部门承担控制费用的职能,比如土耳其,还有一些是分别管理,医保和卫生分别管理,把两项业务统起来需要更高的部门。二是建立大部制,即把并列关系变成内部协调关系,即管理成本内部化。大部制后以谁为主,比如美国的卫生大部制,还有社保大部制,还有是不分主次,并列的大部制。管理基金方逐步从管理费用逐步向管理质量和预防转变,即从疾病的管理变成预防管理。^[2]

2 政府对卫生服务与医保的协调组织:国际经验

另外一个问题是政府机构改革,把相近的职能进行整合。比如日本把厚生省和劳动省合并成为厚生劳动省,还有意大利等,总得来看,从国际医疗保障与卫生服务的发展趋势来看,逐渐向大部制以及从费用补偿向全过程管理过渡,这样可以有效地实现政府的两个目标,控制费用和促进健康。

2.1 多数国家统一管理医疗保障和卫生服务

从经合组织成员国的卫生与医疗保障管理体制看,主要有3种模式:一是由卫生行政部门统一管理医疗保障和医疗服务,实行这种模式的经合组织国家占多数。比如英国、意大利、澳大利亚等实行国民卫生服务体系的国家和大多数实行社会医疗保险制度的国家,如德国、法国等;二是通过医疗保障管理部门自办医疗机构的方式对医疗保障和医疗服务进行统筹管理,实行这种模式的经合组织国家有土耳其、希腊和墨西哥等;三是由不同部门分别管理医疗保障制度和医疗卫生服务,实行这种模式的经合组织国家有比利时、匈牙利、卢森堡。还有一些发展中国家也实行统一管理的模式。

2.2 组建大部制对医疗保障和卫生服务进行管理

目前,多数国家对卫生、社会保障、就业甚至社

会福利统一管理,形成“大部制”,具体分以下四种类型:一是卫生大部制,以卫生为主监管卫生服务与医疗保障,如美国的卫生和人类服务部;二是社会保障(社会福利)大部制,以社会保障为主监管医疗保障与服务提供,如葡萄牙的劳动与社会团结部;三是并列大部制(统一机构),双方或多方共同监管卫生服务与医疗保障,多数国家属于此类,如意大利劳动、卫生与社会政策部;四是存在分立的部门管理体制,如德国和中国等。

2.3 医疗保障制度管理理念和功能逐渐变化

医疗保障制度管理理念从单纯的“第三方付费”向“管理型医疗”过渡,使得医疗保障制度从单纯的费用补偿逐渐过渡到公平的费用补偿、质量提高和费用控制三者兼顾。20 世纪 70 年代中期以来,美国一些健康保险公司开始采用“管理型医疗(Managed care)”开展医疗保障业务,对医疗保健的价格、医疗服务的质量和人们获得医疗服务的途径进行严格的管理,从而将医疗服务提供和基金管理结合在一起,在提高医疗服务质量和降低成本方面都收到了较好的效果。一些国家也开始用“管理型医疗”的理念来改革本国的医疗保障制度管理,其典型表现为突出卫生行政部门在医疗保障制度管理中的作用,改变以往单纯强调费用控制的管理理念,同时通过医疗保障和医疗服务的统筹管理,提高了医疗服务的质量和加强了费用的控制。

2.4 卫生行政管理职能与社会保障制度管理职能出现了整合趋势

近年来,一些国家开始组建卫生与社会保障部等类似部门,整合卫生行政管理职能与社会保障制度管理职能。日本于 2001 年合并了厚生省与劳动省,成立厚生劳动省(Ministry of Health, Labor and Welfare),负责日本的国民健康、医疗保障、医疗服务提供、药品和食品安全、社会保险和社会保障、劳动就业、弱势群体社会救助等职责;意大利于 2008 年合并卫生部和劳动与社会保障部,成立劳动、卫生与社会政策部(Ministry of Labor, Health and Social Policies),综合管理各项社会保障制度。这对医疗保障的特殊性和复杂性是重新认识,也是卫生行政部门统筹管理医疗服务与医疗保障的合理性与有效性的新认识。

3 重视建设“一手托两家”的管理体制

卫生部陈竺部长在 2010 年全国卫生工作会议上的工作报告中,提出应正确处理医疗服务体系与医疗保障体系之间的关系。^[3]国际上对医疗服务和医疗保险筹资广泛采取“一手托两家”的管理体制,卫生部门既管医疗机构,又管医疗保险资金偿付。这是在我国官方文件中第一次看到“一手托两家”管理体制的表述,很新颖,也很重要。

从广义的角度看,“一手托两家”是指一个部门或机构统管医疗服务体系与医疗保障体系。但由于“医疗服务体系”与“医疗保障体系”都是宏大的概念,内涵与外延很难准确界定,加上历史上形成的管理格局比较复杂,用广义的概念很容易引起误解或争议。而陈竺部长提出的“一手托两家”是指“由卫生部门既管医疗机构,又管医疗保险资金偿付”。把“医疗服务体系”与“医疗保障体系”分别界定为“医疗机构”和“医疗保险资金偿付”,这是比较狭义的提法,不是指“医疗服务体系”和“医疗保障体系”的统一管理体制。这种提法比较明确,尤其是对“医疗保障体系”的内容仅仅定义为“医疗保险资金偿付”环节,而不是针对“医疗保障体系”或者“医疗保险资金”全过程管理,应该说这是很有分寸的,体现了卫生部门对自己参与“医疗保险资金”管理过程的期望和预期。

建立“一手托两家”的管理体制的作用在于把服务成本控制和机构监管“内部化”,主要理由如下:第一,“一手托两家”能够统筹医疗服务供给和需求管理;第二,“一手托两家”能够有效实现满足医疗服务需求和控制医疗费用的平衡;第三,“一手托两家”能够从促进并改善国民健康全局出发推动各项事业发展;第四,“一手托两家”有利于形成集中决策、统一负责的机制。

我国在历史上曾经有过推行“一手托两家”的成功经验,如在计划经济时期的公费医疗和劳保医疗。当时公费医疗由各级卫生行政部门管理,成功实现了卫生事业发展和控制公费医疗经费的双重目标。计划经济时期,卫生与医疗保障制度也有明显的缺点,主要是政府对医疗机构管的太死,医疗保障的社

会化程度不高。^[4]后来我们对其进行了改革,总的方向是将医疗保障筹资和医疗服务提供分开,并逐步形成了由两个部门分别管理的体制。

2003年开始试点建立的新型农村合作医疗采取了“一手托两家”的管理体制,在满足医疗服务需求和控制医疗费用之间取得了很好的平衡效果,以较低的筹资水平,缓解了农民群众就医的经济风险。我国有些地区如江苏省镇江市长期实行卫生部门统管医疗服务和医保费用结算的体制,该体制已经健康运行了十几年,显示出来良好的发展前景。党的十七大第一次提出了“加大机构整合力度,探索实行职能有机统一的大部门体制,健全部门间协调配合机制”。2008年十一届全国人大一次会议审议通过《国务院机构改革方案》,在建立健康大部门体制上迈出了实质性的步伐,特别是将分散出去的食品药品监督管理局改由卫生部管理,体现了新的大健康观。^[5]实行“一手托两家”将涉及国民健康的医疗保障资金使用问题统一到一个部门统筹管理,为我国健康保障的大部门体制迈出重要的一步。

在目前分散的管理体制下建立“一手托两家”体

制还只是一个设想,操作起来肯定有很多困难和阻力。从总体上看,“一手托两家”体制更符合保障健康需要,也符合“大部制”改革设想。只要按照设计缜密、措施得力、试点先行、稳妥推进、总结推广的总体思路,切实解决改革中的困难和问题,逐步建立“一手托两家”的管理体制还是可以实现的。

参 考 文 献

- [1] 中国发展研究基金会. 建立全民共享的发展型社会福利体系[M]. 北京: 中国发展出版社, 2009.
- [2] 卫生部课题组. 国际医疗保障管理体制(内部研究报告)[R]. 2008.
- [3] 陈竺. 2010年全国卫生工作会议上的工作报告[R]. 2010.
- [4] 陈佳贵, 王延中. 中国社会保障发展报告 NO. 3[M]. 北京: 社会科学文献出版社, 2007.
- [5] 郝时远, 王延中. 中国农村社会保障调查报告[M]. 北京: 方志出版社, 2010.

[收稿日期:2010-03-05 修回日期:2010-03-22]

(编辑 许素友)

· 动态讯息 ·

联合国发布未来5年对华发展援助框架

联合国和中国政府于2010年4月1日在北京联合发布《联合国对华发展援助框架(2011—2015年)》,这一框架方案将为24个联合国驻华机构为中国实现第12个五年计划提供指导和支持。《框架》描述了联合国和中国政府在未来5年的三个重点合作领域,分别是确保环境的可持续发展,应对气候变化,推进绿色和低碳经济;确保最贫困和脆弱群体更多地参与中国的社会和经济发展和从中受益;中国更广泛参与国际社会事务,以取得更多互利互惠的成效。据悉,三个重点领域筹资总额达3.73亿美元。其中,在确保最贫困和脆弱群体更多地参与中国的社会和经济发展的领域,联合国儿童基金会将加大对残疾人和贫困人群的技能培训力度,使他们能获得更多的就业机会;世界卫生组织将加强与中

国卫生部等的合作,以加强艾滋病预防和为艾滋病患者提供有效的治疗和关爱;联合国粮农组织将与农业部一起,增加贫困和弱势群体、妇女和儿童的微量元素和营养的摄入。在更广泛地参与国际社会事务领域,联合国将与中国一起进一步落实《烟草控制框架公约》、《儿童权利公约》等;联合国艾滋病规划署将支持中国政府总结艾滋病防控经验,以及与非洲等国家的合作交流;世界卫生组织将支持中国落实《国际卫生条例》以及与邻国的传染病防治联合计划,支持中国与其他发展中国家分享在落实公共卫生政策、战略和行动等方面所取得的有益经验。

(来源:科学时报;摘编:田晓晓)