

全民覆盖的含义与政策目标

任 苒*

大连医科大学社会科学与管理科学学院 辽宁大连 116044

【摘要】全民覆盖是世界卫生组织十年前提出的目标,2010 年世界卫生报告以此为主题,进一步重申这一理念,并敦促各个成员国实现全民覆盖的目标。在中国迈向全民覆盖的进程中,正确的理解全民覆盖目标的深刻含义和政策导向具有重要的理论价值和实践意义。全民覆盖的目标是有效地为所有人提供健康保护和分担筹资风险,其政策导向是改善卫生筹资的公平性。全民覆盖关注的目标是“对所有人的基本卫生保健的”覆盖,而不是“对所有人所有的保健”的覆盖。本文通过泰国、印度、巴西和印度尼西亚四个国家的实例,分析了这些国家实现全民覆盖目标的经验和特征,为中国选择实现全民覆盖目标的路径提供参考。

【关键词】全民覆盖;定义;政策目标

中图分类号:R197 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2011.01.006

The definition and policy objectives of universal coverage

REN Ran

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

【Abstract】 Universal coverage is a goal advanced by WHO ten years ago. It is the theme of the World Health Report 2010, and WHO reaffirms the idea of “Universal Coverage” (UC) and urges the membership countries achieving the goal. It is significant for deeply understanding the right definition and direction of UC on the way of promoting the goal. The aim and policy direction of UC is effective protection of health and financial risk for all citizens. UC more concerns for coverage “the basic health care for all of population” rather than “the all of health care for all”. This article analyzed some countries experiences in pushing the process of UC, such as Thailand, India, Brazil and Indonesia, as the references for choosing the China’s way achieving to the UC goal.

【Key words】 Universal coverage; Definition; Policy objective

1 全民覆盖的含义及发展

世界卫生组织第一次提出全民覆盖的概念是在 2000 年世界卫生报告中。按照 2000 年世界卫生报告的定义,“全民覆盖”(universal coverage, UC)意味着“对所有居民有效的健康保护和分担筹资风险;对每个人按照需要和优先选择提供基本的和可提供的健康保健服务包;不管其收入、社会地位或居住地;即对所有人的基本卫生保健的覆盖,而不是覆盖所有人所有的保健服务”。^[1]

2005 年在第 58 次世界卫生会议上,世界卫生组织

正式向成员国提出实现全民覆盖的卫生系统目标。在此会议上,世界卫生组织要求各个成员国于 2005 年承诺建立本国的卫生筹资体系,从而保证其国民能够获取卫生服务,同时不会因为支付这些卫生服务费用而遭受经济困难。^[2]这一目标被定义为“全民覆盖”,也称为“全民健康覆盖”(universal health coverage)。根据这次会议的文件,全民覆盖定义为“以可提供的成本,实现所有公民健康的促进、预防、治疗和康复等卫生干预措施的可及性,实现可及性的公平。筹资风险分担保护的原则将确保保健

* 基金项目:世界卫生组织、英国国际发展部、卫生部中国卫生政策支持项目“中国医疗保障制度发展研究”(HPSP200607)
作者简介:任苒,女(1954 年-),教授,主要研究方向为医疗保障制度、卫生系统研究和卫生政策评价等。E-mail: renran99@163.com

的成本,从而使患大病的人不会面临筹资风险”。^[3]

之后,世界卫生组织在《2010年世界卫生报告》中又一次重申各个成员国要实现全民覆盖的目标,将2010年世界卫生报告的主题确定为“卫生系统筹资:实现全民覆盖的道路”。^[4]世界卫生组织在本报告中详细阐述了国家就调整筹资系统所能做的事情,从而得以更快地实现全民覆盖这一目标并维持已经取得的成果。报告提出,世界卫生组织成员国已经为自己制定了发展其卫生筹资系统的目标,以确保所有人都能利用卫生服务,同时也要确保不能因为他们为这些服务交费而遭受经济困难。本报告是在新的研究结果和国家经验教训的基础上,为不同发展阶段的国家提供了一个行动纲领,并提出了国际社会支持低收入国家实现全民覆盖和改善健康状况的各种方式。

2 全民覆盖的目标与政策导向

2.1 全民覆盖的目标与导向

全民覆盖的目标和政策导向是为所有人提供有效的健康保护和分担筹资风险,以实现卫生筹资的公平性。卫生筹资的公平性是卫生筹资最主要的政策目标。全民覆盖以改善筹资公平为依据,即是以家庭和个人的支付能力为依据进行医疗保险基金的筹集,而不是按照是否生病为标准。这就意味着医疗保险资金的主要来源是预付和集中支付,而不是来源于生病治疗时所收取的费用。

全民覆盖的实现需要更有效和公平的组织机制和不同的筹资来源,以实现所有参保者分担支付卫生服务的风险,而不是患病者独自承担这种风险;还需要运用这些筹集的基金提供服务或购买有效的健康干预。国家综合这些功能的方式,将决定其卫生筹资系统的效率与公平。

一个国家选择卫生筹资的指导原则,是在该国目前状况下选择最有利于实现全民覆盖目标的筹资方式。如果缺乏分担风险预付基金的筹集机制,并且没有采取公平有效的方式提供健康促进、预防、治疗和康复等服务,全民覆盖的目标将难以实现。

在朝着这个目标推进的进程中,各国政府将面临三个主要问题:(1)卫生系统如何筹资?(2)卫生系统如何保护人们因为疾病和支付卫生服务费用而

导致的经济后果?(3)卫生系统如何促进可利用资源的最佳使用?各国卫生筹资系统必须足够健全以便实现和维持更广的覆盖面。为全民覆盖筹资要具备两个相互关联的政策依据。第一,要确保经济障碍不能阻止人们利用他们需要的卫生保健服务——包括预防、促进、治疗和康复;第二,要确保不能因为人们要为这些服务交费而遭受经济困难。^[5]

根据国际经验和世界卫生组织的相关文件,在全民覆盖目标实现的过程中,政府具有重要的宏观调控作用。无论是确定筹资方式,建立公平有效的筹资机制和卫生筹资政策,还是发动全民覆盖的变革以或通过有效率和公平的方式提供卫生保健服务,政府都将发挥主要作用。WHO强调,许多国家离全民覆盖已不远,另一些正在取得良好的进展。为达到全民覆盖如何最好地建立和调整国家卫生筹资系统,必须考虑到这一问题。

2.2 实现全民覆盖目标的途径

对于怎样实现全民覆盖目标?WHO指出,在未实现全民保险的国家确保达到全民覆盖,有必要扩大预付程度并减少对自付费用和使用费用者的依赖;应通过发展更广泛和公正的税收体系和社会医疗保险制度或它们二者的组合来实现全民覆盖目标。

根据WHO的相关报告和文件,全民覆盖目标的实现,关键是要进行卫生筹资政策和目标的定位和卫生系统变革,改善卫生筹资的资金筹措、风险分担和服务购买及提供的功能。尤其是在筹资机制的建立上,WHO提出,尽管实现全民覆盖有多种组织选择,但通常成功系统的关键特征是家庭筹资贡献采取预先支付和风险分担的方式。按照世界卫生组织的倡导,为了确保实现全民覆盖,必须增加预付的程度和减少家庭和个人依赖自付费用或使用费用者的方式。

“全民覆盖”意味着对所有居民有效的健康保护和抵御筹资风险。WHO特别强调,全民覆盖关注的是“对所有人的基本卫生保健的”覆盖,而不是“对所有人所有的保健”的覆盖。Joe Kutzin进一步限定了其实现途径是在深度上,以可支付得起的卫生保健服务包,以最少的价格提供有效的健康的风险保护和覆盖;在广度上,体现在受到有效的保护而免于健康风险的人口比例上。^[6]因此,对每个人按照其健康

需要和优先选择提供基本的和可提供起的卫生保健服务包,不管其收入、社会地位或居住地。^[7]

政府承担确保全民覆盖的资金筹集和分担责任并非意味着政府必须提供卫生服务。所有的资金筹措和风险分担的组织机制均需要以最好的方式运用所筹集的资源,购买或提供适宜的卫生服务。这些卫生服务的提供可以由私立或公立卫生服务机构承担,也可以由公立和私立的混合体制承担。政府需确保建立相应的激励机制以鼓励提供者提供所需要的和高质量的服务。

3 实现全民覆盖目标的国际经验

与发达国家不同的是,尽管许多发展中国家也陆续建立了社会医疗保险制度,如泰国、印度尼西亚、巴西、哥伦比亚、卢旺达、巴基斯坦,但是多数发展中国家实现医疗保障全民覆盖采取混合筹资的方式,同时拥有多种形式的医疗保障资金筹集方式。

3.1 泰国

泰国是通过混合制的筹资方式来实现全民覆盖医疗保障的一个典范。泰国全民覆盖计划始于 1975 年,当时主要覆盖贫困者,2001 年才实现全民覆盖。而泰国在过渡时期,医疗保障的全民覆盖主要采取三种混合型筹资并存的方式,即:税收为基础的筹资、志愿者筹资和强制性保险筹资。实行对不同人群采取不同的筹资方式的策略。

泰国 2001 年引入 UC 的策略是确保全体人群卫生保健服务的公平可及性。从目标人口的有限覆盖到覆盖全体居民,泰国几乎花费了 30 年的努力。UC 计划提供了一种综合性的服务包,包括门诊和住院服务、疾病预防和健康促进等。泰国的 UC 计划采取了按人头付费的签约模式。参保人需要注册并使用签约系统规定的提供者提供的服务,典型提供者是辖区的区卫生系统(由区医院和卫生中心组成)。泰国对这种计划采取税收筹资的方式,此外,参保人每次就诊或住院需要象征性的缴纳 30 泰铢(0.7 美金)。2001 年,在泰国约 95% 的人群被 UC 计划和其他两个公共卫生保险计划所覆盖。

自从 2001 年引入 UC 政策后,泰国在一定程度上减少了总的大病费用的发生率(从 2002 年的 3.3% 到 2004 年 2.8%),并减少了家庭由于自付费

用(out of pocket, OOP)而陷入贫困的比例(从 10.3% 到引入 UC 后的 8%),使贫困差距有所缩小。^[8]多数亚洲国家卫生保健筹资采取 OOP 的方式。亚太 13 个国家健康公平研究表明,泰国和斯里兰卡是这些国家中 OOP 最低的国家。

3.2 印度

印度以社区卫生筹资来解决其贫困人口众多和医疗保障缺乏的问题著称。国际上有关文献认为,发展中国家由于贫穷支付不起建立社会保障制度的费用的论断,在很大程度上成为众多发展中国家在普及社会医疗保险方面不作为的理由。时至今日,在许多发展中国家,社会保险仍是政府公共部门和正规部门从业人员才能享有的奢侈品,占人口大多数的非正规经济就业者及其家庭成员一般都被排斥在保险计划之外。^[9]然而,印度自从独立以来就建立起了全民免费的医疗保障制度,它以自身的实践向世界表明,即使是最穷的国家,也能通过对本国人口中的脆弱群体提供公共支持而创造出丰富多样的社会保障形式。

印度医疗保险分为正式医疗保险计划和非正式部门的非营利性医疗保险计划。正式医疗保险计划主要包括自愿医疗保险(商业医疗保险)、以雇员为基础的医疗保险和强制性的医疗保险(政府运营的医疗保险),但印度拥有正式医疗保险的居民低于总人口的 10%。而覆盖贫困人口和低收入人群主要通过以社区为基础的医疗保险这一非正式部门的非营利性医疗保险计划来完成。这一保险计划由托拉斯医疗机构和非政府组织来运营,主要是为了提高人群(居住在社区中的贫困人群)医疗卫生服务的可及性。筹资途径包括参保者缴纳的保险金、政府的投入和非政府组织的捐助,对流动医疗保健、住院医疗和预防保健等提供保障。印度比较典型的社区为基础的医疗保险计划有三种:(1)古吉拉特邦的自我雇用妇女协会(Self Employed Women's Association, SEWA):为非正规产业的妇女及其家庭提供医疗、生命和财产保险的计划,建立于 1992 年;(2)古吉拉特邦的 CBHI(Community Based Health Insurance)计划:这一计划由 Tribhuvandas 基金会运营,成立于 2001 年,其参保者限制在 AMUL 奶场协作组织;(3)自愿医疗服务(Voluntary Ambulance Service, VAS)计划:

建立于1963年,主要为最贫困的人提供住院服务和院外服务提供保障。

印度模式也有一些教训和启示。一是缺乏统一的主导的医疗保障体制,管理难度大。印度是一个多民族和多种族的国家,在医疗保险计划的制定上,各个州/邦都有自己的一套模式,其中包括私人医疗保险,社区为基础的医疗保险、非政府组织的医疗保险、政府组织的医疗保险及医疗救助等;还有一些针对特定人群如土著居民、妇女、穷人的医疗保险。然而在国家层面上没有一个或两个主导的模式以及统一的管理制度来统筹诸多的医疗保险计划。这些名目繁多的医疗保险计划,实施的方式和针对的人群不一样,增加了管理的难度,加大了管理成本。也一定程度限制和影响了印度医疗保险计划的进一步发展和可持续性。二是非正规保险本身具有的缺陷。印度大部分人参加的是非正规保险,这类保险本身具有一些缺陷,如有的具有商业保险的“逆向选择”的特性,排除了最需要保险的健康高风险群体;一些贫困人口在权衡当前基本生活支出和未来风险支出时,多数放弃后者,使得保险项目聚焦非贫困人口;还有一些社区和一些社团组织和经办的保险项目具有特定的地域限制,不利于跨地区劳动力流动。这些缺陷对于贫困人口的健康保障带来了一些负面的影响。

3.3 巴西

巴西宪法中明确规定健康是所有公民的权利,把建立“统一医疗体系”(Unified Health System, SUS)纳入宪法,使得医疗保障制度能够得到法律的支持、保障和监督。对SUS的管理,各级政府分工明确,各负其责,有利于在实施统一医疗制度中发挥各自的功能。巴西政府举办的医疗卫生机构占机构总数的70%,并且向全体国民提供免费的基本医疗。^[10]另外政府对承担免费医疗的私立医疗机构给予一定的免税政策,如免除营业所得税、医疗设备进口税等。同时支持社会慈善组织或教会举办的医疗机构,帮助其维修房屋、装备设备,使其有能力承担免费医疗服务。巴西在实现全民覆盖进程中具有如下特征:

第一,统一医疗体系的建立为实现全民覆盖的基本卫生保健提供了保障。巴西通过SUS实现了基

本卫生保健的全民覆盖,尤其是贫困人口和中、低收入人口(约占人口的3/4);而对于高层次医疗保障需求的人群,则除了可以享有SUS提供的基本卫生服务外,还可获得更丰富的医疗服务,以满足其不同层次的医疗需求。

第二,卫生服务体系建设和合理布局是医疗保障制度发展的基础。巴西卫生服务体系建设和卫生服务的合理布局,为其医疗保障制度提供了坚实的基础,“分区分级”制度就是一个典型的例子。例如占公立医院94%的县医院主要提供基本医疗服务,重点放在健康普及和预防服务方面,这种分工不仅有利于提供整体化的卫生保健服务,还有利于确保费用控制和系统的可持续性。并且,巴西联邦政府重视农村卫生服务体系建设和,除实行全民统一的医疗保健制度外,还针对农村专门设立“家庭健康计划”,由联邦和州政府统一实施与监管,是一种关注家庭和社区的农村初级卫生保健制度。^[11]实施该制度以来,巴西农民医疗服务可及性明显提高。

第三,在制度设计上,注重对医疗服务提供者的激励。巴西联邦为确保“家庭健康计划”的顺利实施,设立专项经费对其进行支持。为从事农村卫生保健服务者提供启动资金及生活补助,联邦政府确保农村医务工作者可获得不低于城市同类人员2倍的工资,同时,还按服务量进行奖励,激发了他们在农村开展医疗服务的积极性。

第四,医疗保险制度无城乡差别。巴西农民和城市居民参加同一个保险组织,这一做法是在20世纪中叶在企业工人医疗保险制度的基础上逐步建立和完善起来的,在此基础上,循序渐进,待条件成熟时,逐步将农民纳入城市居民医疗保障体系,并最终实现覆盖全民的城乡一体化的医疗保障制度。

3.4 印度尼西亚

印尼则是政府通过税收解决贫困人口医疗保障的例子。印尼政府根据印尼宪法中的相关规定,拟定了《全国社会保障体系法草案》,明确政府有义务向生活困难的居民提供包括医疗保障在内的各类社会保障。自2004年起,印尼政府运用税收方式筹资,向1200万户低收入家庭中的4000万人提供免费医疗。^[12]印尼实现全民覆盖目标具有几个主要特征:

第一,建立多层次的医疗保障制度。受经济发

展水平的限制,目前印度尼西亚政府难以承担全民医疗保障重任,只能由国家、企业和个人分担这一责任。印度尼西亚的劳动力的构成较为复杂,36.2%为领取薪金和工资的工人,51.9%的为自我雇佣人员,3.4%的为雇主,8.5%的为家庭工作者。自我雇佣人员为农民、个体零售商和小部分的自由职业者,正规部门工作的劳动力仅占 1/3。他们逐步认识到,扩大正式社会保障体系的适用范围并不是解决所有社会成员的医疗保障的惟一途径,而应该根据社会成员的不同情况建立合适的项目。按照这个原则,印尼在医疗保障制度方面主张实行国家财政保证的医疗保障制度、商业保险和社会保险制度并存的模式;医疗保障制度逐步拓宽覆盖面,尽可能将所有公民都纳入各种层次的医疗保障制度中。^[13]针对不同的人群,政府建立了不同类别的医疗保障制度,如针对公务员的医疗保险制度(Askes),针对私营企业雇员的社会医疗保险计划(Jamsostek)、隶属于商业医疗保险的类似美国健康维持组织(JPKM)以及针对低收入人群的社区卫生筹资计划和国家安全网计划。这些不同的医疗保障制度几乎覆盖了所有的人群,推进了印尼医疗保障全民覆盖目标的实现。

第二,保证不同收入人群基本卫生保健服务的可及性。由于社区卫生服务中心的价格低廉,同时社区卫生服务中心、社区卫生服务站、护士、普通开业医生和流动卫生服务中心的医疗卫生资源配置合理,印尼高收入人群和低收入人群间享受的基本卫生保健服务方面基本没有差别,参保者和非参保者间服务利用的差别也很小,基本卫生保健服务获得的公平性较好。2000 年 WHO 卫生系统绩效评估中,印尼除期望寿命水平不如中国外,其整体绩效和卫生系统目标实现程度排名较中国靠前,尤其是其筹资公平性位次(排名 73 位)明显好于我国。^[14]

目前,我国基本医疗保障制度已实现了制度上的“全覆盖”,但按照 WHO 全民覆盖的理念,我国还有相当大的差距。在中国迈向全民覆盖的进程中,正确的理解全民覆盖目标的深刻含义和政策导向具有重要的理论价值和实践意义。中国既需要认真回顾和评估在实现全民覆盖目标进程中各地的经验与

差距,也需要汲取国际经验与教训,借助我国医药卫生体制改革的机遇,促使这一目标在我国尽早实现。

参 考 文 献

- [1] WHO. The World Health Report 2000: Health systems: Improving performance[R]. Geneva: WHO, 2000.
- [2] Resolution WHA58.33. Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance[R]. Geneva: World Health Organization, 2005.
- [3] 任苒,黄志强. 中国医疗保障制度发展框架与策略[M]. 北京: 经济科学出版社, 2009.
- [4] WHO. The World Health Report 2010: the path to universal coverage[R]. Geneva: WHO, 2010.
- [5] Carrin G, Mathauer I, Xu K, et al. Universal coverage of health services: tailoring its implementation[J]. Bulletin of the World Health Organization, 2008, 86(11): 857-863.
- [6] Sangan N, Mills A. Achieving Universal Coverage of Health Care[R], 1998.
- [7] World Health Organization. Regional Overview of Social Health Insurance in South-East Asia[R]. Regional Office for South-East Asia, 2004.
- [8] Limwattananon S, Tangcharoensathien V, Prakongsai P. Catastrophic and poverty impacts of health payments: results from national household surveys in Thailand[J]. Bulletin of the World Health Organization, 2007, 85(8): 600-606.
- [9] 朱玲. 从建立传染病社会医疗保险起步[J]. 金融研究, 2003(7): 16-24.
- [10] 姜相春,徐杰. 巴西医疗卫生体制考察与思考[J]. 中国初级卫生保健, 2003, 7(17): 93-95.
- [11] 马丹,任苒. 巴西医疗保障体系[J]. 医学与哲学, 2007, 28(10): 1-3.
- [12] World Health Organization. Social Health Insurance in Indonesia: Current Status and the Plan for National Health Insurance[R]. Regional Overview of Social Health Insurance in South-East Asia, 2004.
- [13] 田禾. 东南亚医疗保健制度的特点和发展趋势[EB/OL]. (2007-07-16) [2010-12-15]. <http://ny.xmu.edu.cn/Article/ShowArticle.asp?ArticleID=879>.
- [14] 王文娟,任苒. 印尼医疗保健制度及对我国的借鉴[J]. 国外医学(卫生经济分册), 2008, 25(2): 66-72.

[收稿日期:2010-12-22 修回日期:2010-12-28]

(编辑 何平)