

部分国家慢性病医疗保障政策分析及对我国的启示

黄新* 张开金 包思敏 宋蕾 郭炜

东南大学公共卫生学院 江苏南京 210009

【摘要】慢性非传染性疾病已逐渐成为影响健康的主要因素,目前我国对于慢性病医疗保障的相关政策还不够完善。本文从病种范围确定、筹资、补偿、支付方式等方面对部分国家慢性病医疗保障政策进行分析,探讨不同形式的优缺点,得出对我国慢性疾病医疗保障政策的启示:合理确定医疗保障范围内慢性病类型,建立合理的费用补偿机制等。

【关键词】慢性病; 医疗保障; 政策

中图分类号:R197 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2011.03.006

Analysis on chronic disease policies of medical security in some countries and its implication to China

HUANG Xin, ZHANG Kai-jin, BAO Si-min, SONG Lei, GUO Wei

School of Public Health, Southeast University, Jiangsu Nanjing 210009, China

【Abstract】Chronic non-communicable diseases has gradually become the main factors affecting health, however, health insurance policies to chronic disease in China need to be further improved at present. This article analyses some countries' policy in accordance with the disease scope, financing, compensation, payment and so on, discusses the advantages and disadvantages of different forms. This study provides some revelations: reasonably determine the medical security within the scope of chronic disease types and build a reasonable compensation mechanism.

【Key words】Chronic disease; Medical security; Policy

随着世界经济的发展,疾病谱逐渐转变,慢性非传染性疾病已逐渐成为影响人们健康的主要因素,2005 年全世界范围内慢性病死亡人数占总死亡人数的 60.76%,已成为世界人口死亡的主要原因。^[1]由于慢性病迁延不愈的特性,慢性病医疗费用支出逐年增加,疾病经济负担较大。本文在借鉴法国、澳大利亚、新加坡、荷兰、德国、美国以及北欧等相关国家政策的基础上,对于病种范围确定、筹资、补偿、支付等方面进行归类,探讨不同形式的优缺点,对我国慢性病医疗保障政策提出相关建议。

1 部分国家慢性病医疗保障政策

1.1 纳入保障范围的慢性疾病类型

1.1.1 将影响健康状况最主要的慢性疾病纳入保障范围

法国对艾滋病、帕金森氏综合症等 30 种较为严重的慢性病实行国家全额支付医疗费用。^[2]澳大利亚联邦和州卫生部共同确定了“国家健康重点领域”,提出心血管疾病、癌症、意外损害、心理健康、糖尿病、哮喘、关节炎和肌肉骨骼疾病是影响澳大利亚健康状况最主要的疾病。^[3]这种慢性病医疗保障模式有助于减轻全体公民看病负担,增加政府满意度,

* 基金项目:国家自然科学基金项目(70973018),江苏省科技支撑计划(社会发展)项目(BE2008617)

作者简介:黄新,男(1987年-),硕士研究生,主要研究方向为医疗保险基金管理。E-mail:q470171510@126.com

通讯作者:张开金。E-mail:njkjzh@163.com

但对基金压力相当大,可能会入不敷出,影响正常运作,对财政形成巨大挑战。

1.1.2 将医疗费用过高的慢性疾病单独列出

新加坡的健保双全计划就是针对大病特别是慢性病医疗费用过高的情况,单独列出并纳入保障。新加坡实行的是个人储蓄式的医疗保障制度,强调个人的储蓄,政府起到辅助作用。^[4]这对于人们自觉养成良好习惯,预防慢性疾病起到一定促进作用,但对于糖尿病、高血压、高胆固醇、中风、癌症和哮喘这类在新加坡治疗费用相对较低的疾病,仅允许病人动用保健储蓄,部分病人积累不高的情况下就容易影响疾病的治疗,延误最佳治疗时间,病情恶化,使得实际花费更高。

1.1.3 兼顾治疗费用和患病率,综合确定慢性病种类

荷兰确定的以药费为基础的慢性病分类模式(pharmacy-based cost group, PCG),以1995年美国确定的28种慢性病为依据,并统计若干年病人的治疗处方,经过筛选,去除9种费用较低的,合并几类相似的,最终确定13种。按照生命损失年的多少,前5位依次为:肺癌、缺血性心脏病、脑卒中、结肠和直肠癌、乳腺癌。^[5]这种方法充分考虑了病人的实际医疗需求、疾病负担和生命质量,同时考虑了政府的基金压力,是一种比较理想的筛选方法,但操作起来比较复杂。

1.1.4 涵盖全部慢性疾病,不单独区分

德国将慢性病预防纳入社会保障体系,对所有慢性病治疗费用均予以报销;美国针对慢性病人设置长期保健服务,确保医疗机构对慢性病人提供适宜的医疗服务。^[2]日本对所有慢性病制定特定的检查指导,从预防上加以支持,^[6]这种做法从预防上将所有慢性病纳入保障,可以有效降低慢性病发病率,降低治疗费用,但对政府管理体制提出了巨大挑战,一旦执行不力,基金支付能力是一个很大问题。

1.2 筹资方式

1.2.1 按年龄缴纳保费

新加坡的健保双全计划对不同的年龄段制定了不同的缴费数,年龄大的发病率高,收取较高的保费(表1)。^[4]这与疾病的损失补偿原则相一致,可以用以平衡基金。

表1 新加坡健保双全计划缴费标准

年龄段	缴费(新元/月)
30岁以下	1
30~40	1.5
41~50	3
51~60	5
61~65	8
66~70	11

1.2.2 从特定税收中抽取一定比例用于慢性病预防保健

澳大利亚成立国家心脏基金会,工作经费从烟税中抽取,是一个不以营利为目的的非政府组织,与健康促进部门密切合作,以社区为基础开展干预工作。这样将疾病预防工作与相关危险因素的预防结合,更能突出工作重点。^[7]

1.2.3 由医疗保障基金支付,不单独筹资

大部分国家实行的都是这种政策,无论是发生医疗费用时的基金支付或者社区开展预防保健,都是从在整个医保经费中按一定比例划拨入其中。

1.3 补偿模式

1.3.1 设定起付线和支付限额

新加坡规定慢性病人健保双全基金年支付上线3万新元,终身12万新元。对于起付线,规定年收入超过6000新元的员工需要将每月收入的6%~8%储存到个人账户中,用来支付户主及家庭成员的费用,对于没有个人账户的低收入者,可以通过保健基金来解决。^[8]但对于真正有需求的病人,设定支付上线的政策是否合理,是否能满足人们的医疗需求,是否会导致因病致贫的情况,需求进一步探究。

1.3.2 不设封顶线

德国规定被保险人为慢性病人,且治疗该慢性病的花费(包括药品、医师服务和交通的共付费)已经超过其收入的1%,可以减免医药费用。但是有一个附加规定:每年医药费用预算设定限额,超过这一限额的费用由相关责任人承担。^[2]这在一定程度上限制了医生乱开药的行为,但能否满足所有病人的医疗服务需求有待考证,同时对相关责任人的界定存在争论。

1.4 支付方式

1.4.1 按人头付费

对每一种慢性病进行费用测算,根据去年不同慢性病平均费用及费用增长幅度等指标,确定医疗服务单位的人数及规定的收费定额,按照人头付费的原则进行操作结算,同时注意每种慢性病的费用控制目标。目前在社区实行的慢性病预防保健和全科医生责任制的国家在对全科医生进行费用补偿时常采用这种方式,例如荷兰、德国等国家实行的社区慢性病防治,就是预先支付一笔费用给供方,盈亏由社区自行负责。^[2]这种制度有利于从整体上控制医疗费用,但是从个体水平来看,容易造成推诿危重病人现象。

1.4.2 薪金制

通过支付医生一定的报酬,使其在规定的时间内解决所有病人的医疗需求,实行医疗保障计划的北欧国家主要采用这种方式。医生在这种支付方式中处于主导地位,但是缺乏相应的激励机制,医疗服务提供的效率不高。^[9]目前,一些国家采用了变通的方法,如澳大利亚的服务激励项目鼓励全科医生对哮喘、糖尿病和心理病患者提供连续性服务,如果被指定实施连续的服务计划,全科医生可以获得额外的奖励性收入。^[10]

1.4.3 按病种付费

按照疾病诊断分组规定每组价格,按病例定额支付。这种定额预付的方式,使医院为得到利润而主动降低经营成本,控制费用。如德国政府在全国范围内强制实施统一的按病种分类偿付与计价系统。^[11]随着总额限制下的按疾病诊断分类付费取代按服务收费,医疗资源的利用向必需和更有效的方向发展。按病种付费对于病例费用控制效果不错,但没有考虑重症患者,对于医疗费用总量控制情况也存在问题。

1.4.4 按资源利用组支付

按资源利用组支付(resource utilization groups, RUG)是美国开发出来的一种用于慢性病人医疗费用的预付制支付方式,其基本思想是根据医疗服务对象的病例构成确定偿付的医疗费金额,对医疗机构按照其服务对象的医疗需要进行资源分配。首先对病人的生理状态进行评价,确定需要接受哪种医疗服务,然后按临床医疗服务工作和患者的日常生

活技能进行分类,最终确定偿付标准。这种支付方式可以弥补按诊断治疗组合支付(diagnosis treatment combinations, DTCs)较少考虑重症患者个体特征的缺陷,确保医疗机构对慢性病人提供适宜的医疗服务。^[12]

1.4.5 按诊断治疗组合支付

目前在荷兰慢性病社区管理和住院实行人头付费和按项目付费相结合的办法,但是这种制度将整个支付系统分割开来,不利于医生提供完整的医疗服务,逐渐不能适应人们的需求。2009 年开始实施的 DTCs 属于预付制,将不同的慢性病医疗服务提供者分为不同组,包括社区全科医生服务组、住院医疗服务组、其他健康照顾组等,医疗保障提供者向不同的服务提供组购买服务,以年为单位制定价格。^[13]这种支付方式与总额预付制类似,支付范围包括了从疾病前期到疾病治疗、护理的各个状态,目前只包含四种慢性病:高血压、慢阻肺、心力衰竭、心血管系统疾病。这种支付方式不但考虑了疾病在治疗过程中的花费,同时对于疾病的预防保健也有照顾政策,充分利用了社区卫生资源,促使社区卫生机构与医院协作,对于病人康复治疗有促进作用。

2 对我国慢性病医疗保障政策的启示

2.1 合理确定医疗保障范围内的慢性病类型

目前,各个国家对于社会保障范围内的慢性病种类的确定,都是基于本国经济状况,在充分把握本国慢性病流行现状的基础上进行统筹规划。目前我国大多数地区开展门诊慢性病管理按照患病率和因病死亡率划分病情严重程度,确定保障病种,而且保障病种范围很小,这就难以满足医疗需求。在我国当前经济发展水平条件下,尚不能将所有慢性病涵盖在医保范围之内,可以在协同医院专家、参保病人和医保经办机构人员等进行综合讨论评估的基础上,测算病种及费用情况,制定出门诊患病率较高、费用较多的若干病种,纳入医保范围,确定筹资及补偿范围和比例。

2.2 逐步建立单独的筹资机制

适当的筹资是待遇的基本保证,但是在目前的情况下,尚不能做到慢性病医疗保障单独筹资,这样费时费力,增加成本。目前我国仅有少量城市实现了单独筹资,如石家庄公务员补充医疗保险缴纳不

同的费率享受慢性病保障。^[14]慢性病的患病多集中于老年人群,随着老龄化的加重,医疗保险基金将承受巨大的挑战。针对目前医疗保障基金收支不平衡的情况,可以从预算中单独提取这部分资金,为慢性病病人提供医疗保障。但是从长远看来,随着老龄化的加剧和疾病谱的改变,慢性病的医疗保障支出逐年增加,逐渐成为影响基金平衡的最主要因素,必须为其单独筹划,按照收支平衡的原则单独建立筹资。

2.3 改革费用补偿机制

2.3.1 对需方的费用控制

对需方的费用控制主要有起付线、封顶线和共付比例。慢性病治疗大部分都是在门诊看病拿药,不需要长期住院,因此,起付线可以以某一年度或者某一病种的看病年限确定总体的起付线。对于封顶线的设置,因为不同慢性病的费用差别较大,因此对于不同病种可以设置不同的封顶线较为合理;但对于患多种慢性病病人的偿付标准,通常的做法是确定一个平均封顶线,但这有“一刀切”的弊端。实际工作中,可以根据各地经济水平、慢性疾病范围、医保信息系统的完善程度等情况,确定一个适宜的封顶线,可以是按病种单独确定,也可以是一类病或者总体确定一个封顶范围。共付比例的确定需要考虑各年慢性病病人的费用状况及基金的承受能力,综合考虑患病人群的收入水平等,通过测算,确定一个合理的比例。

2.3.2 对供方的费用控制

对于供方的费用控制主要是支付方式。目前我国大多数地区实行的是按项目付费,少数地区实行以就诊人头为核心的总额预算管理(如镇江分别制定慢性病年度门诊药品费用标准,年终根据实际慢性病服务人头和年度门诊药品费用标准结算^[15])、单病种付费等。传统的按项目付费在目前不能达到控制医疗费用的目的,按照现有的技术水平又无法实现单一的按病种付费。在目前以治病为主的传统观念已经不适用慢性病流行的趋势,必须贯彻预防为主的思想。可以对慢性病医疗费用实行混合型支付方式结算,门诊和住院分别建立针对慢性病的不同结算模式,对门诊患者,建立门诊统筹,单独规划,确定补偿标准^[16];对于住院患者,在结合各地经济、

疾病谱以及信息系统水平等的基础上,实行按病种付费或者按总额预付。同时对于社区的预防保健工作提供一定的经费支持,结合按人头付费,对于完成一定量的随访工作的给予政策奖励。这样既能将医疗费用的增长控制在合理的范围内,又能激励卫生服务机构提高服务效率,减少诱导需求,满足需方对卫生服务的需要,减少道德风险,促使医疗保障与医疗服务健康协调发展。

参 考 文 献

- [1] 李鹏, 杨文秀. 慢性病现状流行趋势国际比较及应对策略[J]. 天津医药, 2009, 37(4): 254-257.
- [2] 饶克勤, 刘新明. 国际医疗卫生体制改革与中国[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2007.
- [3] 裴丽昆, 刘朝杰, Legge D. 全民医疗保障制度的挑战[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009.
- [4] 屈玮, 王晓先, 慈延宁. 浅析新加坡医疗保障体系对我国的启示[J]. 科协论坛, 2007(8): 92-93.
- [5] Lamers L M, Van Vliet R C. The Pharmacy-based Cost Group model: validating and adjusting the classification of medications for chronic conditions to the Dutch situation[J]. Health Policy, 2004, 68(1): 113-121.
- [6] 刘晓莉, 冯泽永, 方明金, 等. 日本医疗保险制度改革及对我国的启示[J]. 医学与哲学, 2008, 29(11): 43-45, 66.
- [7] Gordon R, Eagar K, Currow D, et al. Current Funding and Financing Issues in the Australian Hospice and Palliative Care Sector[J]. Journal of Pain and Symptom Management, 2009, 7(1): 68-74.
- [8] 徐伟. 国际经验对我国医疗保险费用控制机制的启示[J]. 世界经济与政治论坛, 2010(2): 162-172.
- [9] 艾自胜, 高歌, 潘军燕. 国际医疗保险支付制度理论研究及对我国的借鉴作用[J]. 中国农村卫生事业管理, 2001, 21(1): 40-43.
- [10] Beilby J, Holton C. Chronic disease management in Australia: evidence and policy mismatch, with asthma as an example[J]. Chronic disease, 2005(1): 73-80.
- [11] 董文勇. 德国社会医疗保险用药费用控制制度及其对中国的启示[J]. 环球法律评论, 2006, 28(2): 208-217.
- [12] Dellefield E M. Using the Resource Utilization Groups (RUG-III) System as a Staffing Tool in Nursing Homes[J]. Geriatric Nursing, 2006, 27(3): 160-165.
- [13] Apostolos T, Bethany H W, Karin M, et al. Towards inte-

grated care for chronic conditions; Dutch policy developments to overcome the (financial) barriers [J]. Health Policy, 2010(10): 1-11.

[14] 石家庄市城镇职工补充医疗保险暂行办法[Z]. 2000.

[15] 镇江市社会医疗保险结算办法[Z]. 2008.

[16] 王敏, 张开金, 姜丽, 等. 门诊统筹模式的建立与思考 [J]. 中国全科医学, 2009, 12(4): 538-542.

[收稿日期:2010-12-20 修回日期:2011-02-24]

(编辑 刘博)

· 动态讯息 ·

陈竺:看病难在哪里、贵在何处?

日前,卫生部陈竺部长在中宣部等六部门联合举办的热点问题形势报告会上深刻分析了看病难与看病贵的表现及其成因。

1 看病难,难在哪里?

陈竺认为,看病难比较确切的意思,是病人看病就医要走很远的路、花费大量的时间、耗费很大的心血,才能来到比较满意的医院或看上比较认可的好医生。用卫生经济学的概念表示,看病难就是看病就医的地理可及性较差。从其成因及其表现形式看,看病难可分为两种。

第一种是绝对性看病难。这是由于医疗资源绝对不足造成的看病难,是因缺医少药而无法满足基本医疗卫生服务需求的看病难。新中国成立 60 多年来,特别是改革开放以来,我国卫生事业取得了显著成就,覆盖城乡的医药卫生服务体系基本形成,现在这种看病难往往发生在中西部经济落后、交通不便、地广人稀的偏远农村地区。

第二种是相对性看病难。这是由于优质医疗资源相对于居民需求的不足,造成患者去大医院看专家难的问题。许多人看小伤小病也不去基层医疗机构,而是纷纷涌到大医院。大医院车水马龙、人满为患,专家号一号难求。门诊看病“三长两短”:排队挂号、交费和拿药的时间长,但医生问诊和检查时间较短。病人入院、检查、手术排长队,抱怨连连;医生连续工作、经常加班,苦不堪言。结果是患者不满意,医生不满意。这是目前看病难的主要表现形式和特征。

2 看病贵,贵在何处?

陈竺认为,看病贵的概念更复杂,涉及看病就医的价格、费用以及医疗费用对家庭个人的经济影响等方面的情况。

第一种是个人主观感受的看病贵。患者主观认为看病就医所花的钱超过了自己的预期水平,或者认为所花的医疗费用与看病的效果相比不太理想,钱花得不是物有所值。这种认识和感受来源于生活经验。比如,30 年前,在县医院做一台阑尾炎手术只需要几十元,但是现在则要花几千元。医疗费用涨了几十倍,病人当然抱怨看病贵了。

第二种是家庭无力支付的看病贵。是看病就医的总花费超过了家庭支付能力而影响了家庭正常生活,甚至因此花掉存款,卖掉家产,造成因病致贫和因病返贫问题。这类看病贵的实质是疾病的经济负担过重而缺乏有效的社会医疗保障问题。反过来说,如果有很好的医疗保障,看病不用自己掏腰包,病人就不会抱怨看病贵了。比如,儿童急性粒细胞性白血病,可通过骨髓移植治愈,但其总花费高达四五十万元,普通城市工薪家庭和广大农村家庭一般无力承担。

第三种是社会无法承受的看病贵。从社会发展角度看,全社会医疗费用的总水平有一种不断增长且增速居高不下的趋势,但如果不能有效控制,当它超过了整个社会的承受能力时,就会影响经济社会的可持续发展。国家、社会和个人的医疗卫生支出既是消费也是投资。医疗卫生支出就像教育支出一样,不仅能够满足人们对医疗卫生消费的需求,而且具有投资价值,能够给个人和国家带来丰厚的回报,既可促进个人收入的提高,又可增强国家经济增长的可持续性。世界银行曾经测算,在过去 40 年的世界经济增长中,8%~10% 来自于人们健康水平的提高。哈佛大学研究表明,亚洲经济发展奇迹 30%~40% 来源于本地区人群健康的改善。

(来源:卫生部网站)