

# 医疗保险设计如何影响卫生服务的成本和可及性

## ——根据 11 个国家不同收入人群的调查

Cathy Schoen<sup>1\*</sup> Robin Osborn<sup>1</sup> David Squires<sup>1</sup> Michelle M Doty<sup>1</sup> Roz Pierson<sup>2</sup> Sandra Applebaum<sup>2</sup>

1. 英联邦基金会 美国纽约 07320

2. 哈里斯互动调研公司 美国纽约 81657

**【摘要】**2010 年的调查研究了澳大利亚、加拿大、法国、德国、荷兰、新西兰、挪威、瑞典、瑞士、美国 and 英国成人的医保相关经历。这些国家的医保有不同的覆盖范围,体现在既有公共的又有公私合营的保险体系,并且具有不同的费用报销比例。总的来说,本次研究发现医疗保险设计导致不同保险的可及性、成本分担和问题等方面存在显著差异。即使在有保险的情况下,美国的成年人承担的医疗费用最高,需要花费大量时间填写保险书面材料和处理争议并且有可能被拒绝支付。德国人和美国人在填写书面材料上花费的时间差不多,但是不需要自付费用;瑞士人的自付费用虽然很高,但是在获得医保或者费用支付上没有任何障碍。对于美国成年人,全面的医疗改革可以在很多方面改进,包括减少本次研究中发现的因收入不同而产生的差别。

**【关键词】**医疗保险;收入;卫生服务;可及性;成本

中图分类号:R197.1 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2011.05.005

### How health insurance design affects access to care and costs, by income, in eleven countries

Cathy Schoen<sup>1</sup>, Robin Osborn<sup>1</sup>, David Squires<sup>1</sup>, Michelle M Doty<sup>1</sup>, Roz Pierson<sup>2</sup>, Sandra Applebaum<sup>2</sup>

1. Commonwealth Fund, New York 07320, USA

2. Harris Interactive, New York 81657, USA

**【Abstract】** This 2010 survey examines the insurance-related experiences of adults in Australia, Canada, France, Germany, the Netherlands, New Zealand, Norway, Sweden, Switzerland, the United States, and the United Kingdom. The countries all have different systems of coverage, ranging from public systems to hybrid systems of public and private insurance, and with varying levels of cost sharing. Overall, the study found significant differences in access, cost burdens, and problems with health insurance that are associated with insurance design. US adults were the most likely to incur high medical expenses, even when insured, and to spend time on insurance paperwork and disputes or to have payments denied. Germans reported spending time on paperwork at rates similar to US rates but were well protected against out-of-pocket spending. Swiss out-of-pocket spending was high, yet few Swiss had access concerns or problems paying bills. For US adults, comprehensive health reforms could lead to improvements in many of these areas, including reducing differences by income observed in the study.

**【Key words】** Health insurance; Income; Health service; Access; Cost

2010 年,英联邦基金会执行了第 13 次年度卫生政策调查,该调查关注内容广泛,包括医疗服务的可及性、成本和保险实践。关注这些领域的目的是深入

了解不同国家不同的保险覆盖范围设计如何影响医疗保健的可及性、疾病发生时的经济保障和医疗保险的复杂性。11 个国家的成人接受了调查,这些国

\* 作者简介:Cathy Schoen,女,英联邦基金会高级副总裁,负责政策、研究与评估。E-mail:cs@cmwf.org

本文英文原文参见 Health Affairs, 2010,29(12):2323-2334. doi:10.1377/hlthaff.2010.0862

复旦大学公共卫生学院博士研究生何达翻译,陈英耀教授审校。

由于篇幅限制,译文中删掉了原文表格部分,相关内容请参见原文。

家包括澳大利亚、加拿大、法国、德国、荷兰、新西兰、挪威、瑞典、瑞士、美国和英国。

这 11 个国家的保险和医疗系统各不相同。<sup>[1]</sup> 例如,在英国,保险和大部分的医疗服务由国民卫生服务系统(National Health Service, NHS)提供。美国是一个混合系统,通过医疗保险制度、医疗救助制度和其他制度使该系统包括了私人保险、主要基于雇佣关系的保险(generally employed based)和公共基金保险(substantial publicly funded coverage)。德国拥有欧洲历史最悠久的全民覆盖保险体系,在该系统中,保险公司之间相互竞争,他们提供了一套标准的综合福利待遇,同时收入更高的家庭可以选择非法定的“疾病基金(sickness funds)”来购买私人保险项目(2009 年有 10% 的人选择这样做)。瑞士和荷兰要求居民购买一份标准的综合医疗保险。在瑞士这些保险由非盈利的私人保险公司提供,在荷兰由盈利和非盈利的保险公司共同提供。本研究中的所有国家都因为可以获得更多利益或者可以帮助病人减少一部分医疗费用而允许私人保险的存在。

## 1 受益和成本共担

在本研究涉及的 11 个国家中,保险覆盖的架构在核心福利(core benefit)、向消费者提供经济保护、费用报销比例、收入相关保险费和赔偿金的规定以及私人保险等方面差异很大。例如,除加拿大、荷兰和英国以外,其他国家的保险都包括初级卫生保健(primary care)和其他医疗服务。只有美国、瑞士和荷兰在触及核心福利的医疗保险费用削减工作方面做了努力。在全国性的保险方面,瑞士和荷兰所有的卫生计划都设有起付线,但荷兰的起付线不适用于初级卫生保健<sup>①</sup>。

### 1.1 费用共担

在这 11 个国家中,英国在免除公民的自付医疗费用等方面成就最大。包括牙齿护理和处方药品在内,几乎没有医疗费用需要患者分担,并且还有涵盖多样的福利补助。

在加拿大国家卫生保险项目(Canada's national

health insurance program)中,Medicare 计划无需分担初级卫生保健及保险服务范围内的其他项目费用。但是,Medicare 计划的核心福利不包括门诊病人的处方药品、牙科保健和家庭护理。加拿大大多数省份的医保制度为老年人和低收入患者提供部分医疗费用报销,但各省份报销额度不同。

新西兰拥有一个公共基金系统(publicly funded system),历来包括为初级卫生保健提供大份额的费用共担。但是近年的改革降低或者取消了这些自付费用的范围,以强化卫生服务的可及性,并用来支持初级卫生保健团队建设。

法国公共卫生保险系统的成本共担比例很高,但是通常由追加的私人保险提供资金,大部分居民购买了这些保险,低收入群体则由政府购买。另外,法国拥有一个特别项目,如果患者所患的疾病在 30 种特定慢性病之内,则可以免除其个人分摊的费用。法国医疗保险也包括一个面向处方药的“基于价值(value-based)”的报销计划,该计划降低或者免除高效药品的成本共担。<sup>[2]</sup>

德国医疗保险将患者及其家庭每年自付的医疗费用控制在收入水平的 1% ~ 2%,瑞士、瑞典和挪威为大部分的医疗服务提供费用共担。除起付线之外,这三个国家均规定了年最高自付额度,瑞典和挪威限定每年最高自付医疗费用不超过 300 美元,瑞士则将近 700 美元。

### 1.2 私人保险

在全民医保的国家中,德国是一个特例,它允许高收入家庭选择不参加社会保险而是购买市场化的私人保险。相反,法国和澳大利亚依赖于私人保险以补充共担费用及扩大收益。在新西兰,私人保险主要支付私人医院的服务,因而其承担的责任较小。

荷兰和瑞士在严格的市场环境下依靠私人保险提供必要的核心福利项目。另外,两国大部分成年人会购买其他的保险。荷兰人通常为理疗和牙齿保健购买其他保险。很多瑞士人为了费用分担、跨地区医疗服务或牙齿保健等购买其他保险。

① 瑞士免除了初级卫生保健等一部分服务费用。美国可支付保健法案规定可减免的最高金额为个人 5 950 美元、家庭 11 900 美元;除初级卫生保健除费用外,这些条款将在 2014 年生效;同时,美国没有设起付线。

在加拿大,私人保险补充了加拿大 Medicare 系统未覆盖到的方面,包括处方药品、理疗、家庭护理和牙科保健。瑞典和挪威的私人保险购买了更快的卫生服务和私人保健服务,但这在卫生总费用中所占比例非常小。

德国、荷兰和瑞士有强制性购买的保险和可选择购买的保险,这使消费者可以在相互竞争的保险项目中进行选择。在瑞士和荷兰,这些私人计划是在国家和地方监管下实施的。在德国,居民可以选择更换基金,导致地区性的“疾病基金”为争取会员相互竞争。

德国、荷兰和瑞士的卫生保险计划都包括了风险调节指标,用于对不同保险者医疗风险的补偿,试图争取那些最健康的保险购买者。<sup>[3-4]</sup> 瑞士和荷兰要求其公民为保险支付费用,与收入相关的保险费对全国 30% ~ 40% 的居民提供,其中德国要求参保者支付一定比例的收入来补充疾病基金。德国和荷兰的保险计划由雇主和个人共同筹资,并由国家税收做补充,瑞士的保险计划对雇主没有要求。

即使在卫生改革之后,美国按照年龄和收入将公民分组到各个不同的保险项目的做法仍然比较特别。在其他国家,保险覆盖了所有年龄层次和收入水平的居民。

## 2 研究设计和方法

本研究将同一问卷按需要翻译成不同语言,在 11 个国家中随机抽取 18 周岁以上的人员,利用计算机辅助电话访谈方法于 2010 年 3—6 月进行了调查。每个国家抽样人数从 1 000 人到 3 500 人不等。通过赋予样本权重反映每个国家成年人的分布<sup>①</sup>。澳大利亚、加拿大、瑞典、美国的平均抽样误差为 -2% ~ 2%,其他国家为 -3% ~ 3%,可信区间为 95%<sup>②</sup>。

为了研究收入对医疗保险的影响,我们告诉了被访问者所在国家的家庭收入的中位数(表示均值),根据不同的应答将访谈对象分成三组:低于均值、接近均值、高于均值。我们对比分析了低于和高于均值的组,因为在所有国家中,低收入人群可能比

高收入人群更加易于衰老和患有慢性疾病。我们建立了国别的 logit 多元回归模型,用以研究在控制了健康水平、年龄和保险状况(美国)之后,因收入造成的差别是否依旧存在。

## 3 研究结果

### 3.1 可负担性和成本

本研究询问了调查对象在患有重病的情况下支付卫生服务费用的能力、与费用相关的服务可及性和费用负担方面的问题。美国成年人的支付能力最差,他们对医疗服务支付能力的信心明显不如其他国家。他们也更易于因为费用问题放弃医疗服务,更可能承担超过 1 000 美元的自付费用,在支付前几年的医疗费用方面更有困难。对于是否能够获得所需要的有效治疗,美国成年人的信心低于瑞典和挪威之外的其他国家,英国、瑞士和荷兰的成年人信心最强。

11 个国家中,与支付能力、费用相关的可及性问题,以及医疗账单问题都与医疗保险的设计相关。在拥有综合性福利(comprehensive benefits)且需要成本共担极少的英国和荷兰,成年人对他们能够支付医疗费用的信心最强,认为自己失去医疗服务的可能性最小。

在德国和法国,患者自付费用超过 1 000 美元及以上的人很少,也许反映出德国与收入相关的限制政策以及法国对慢性病患者的补偿政策的作用。在新西兰和瑞士,保险覆盖使居民免于大份额的自付费用,半数以上的成年人每年自付费用少于 200 美元,很少会出现自费金额过高或付不起医疗费用的情况。新西兰人因为费用问题看不起病的人口比例已经从 2004 年(34%)开始大幅下跌,这种变动显示了降低医疗服务费用的政策效果是显著的。<sup>[5]</sup> 相反,21% 的澳大利亚成年人,1/4 的瑞士成年人和 1/3 的美国成年人每年花费 1 000 美元以上医疗费用。挪威成年人同样比其他 7 个国家的成年人更有可能负担较高的自付医疗费用。

① 可变权重包括年龄、性别、地区、教育程度和与国别标准一致的附加可变条件。可变权重在美国还包括种族。

② 全部结果参见技术附录。http://content.healthaffairs.org/content/early/2010/11/18/hlthaff.2010.0862/suppl/DC1

美国是唯一一个有 1/5 的成年人称支付医疗费用有严重困难的国家,而其他国家中最多只有 9% (澳大利亚 8%,法国 9%)。美国成年人之所以会面临费用问题,原因是医疗保险的缺位以及存在较大比例无保险人群。之前一直享受保险的成年人比无保险的成年人更有可能一年支付 1 000 美元以上医疗费用。在 65 岁以下的美国成年人中,38% 拥有常年保险的人和 35% 部分时间拥有保险的人更有可能每年支付 1 000 美元以上医疗费用。

美国和瑞士在费用相关问题上的对比是非常明显的。两个国家都有起付线,但是瑞士的保险可以让参保者选择相对较低的起付线,而且还为低收入参保者提供补助。调查发现,超过半数以上收入极低的瑞士被访者可以选择低起付线。对面临预算限制的成年人的补助金和低起付线使瑞士因为费用问题不能得到医疗服务的人口比例大大降低。

### 3.2 等待时间

为了评估卫生系统反应性,本研究调查了病人的等待时间。虽然 11 个国家的成年人绝大部分都有固定的医生或者治疗场所,但在等待专科医生、非紧急手术 (elective surgery) 以及工作时间之外保健 (after-hours care) 的时间方面差距很大。

瑞士的病人能快速获得治疗:93% 的瑞士被访者在上一次生病的当日或者次日获得了治疗。与瑞士情况相似,德国和美国也很少出现长时间等待专科医生或非紧急手术的情况。

新西兰、荷兰和英国的大部分成年人也得到了及时的初级卫生保健:70% 或更高比例的被访者称他们在生病的当天或次日能够获得治疗<sup>①</sup>。相反,1/4 或以上的加拿大、瑞典和挪威的被访者生病看医生或护士时需要等待 6 天甚至更久,同英国的被访者一样,这 3 个国家的被访者也更可能需要花 2 个月以上的时间等待专科医生诊疗,花 4 个月以上等待非紧急手术。虽然英国等待 4 个月或更长时间的比例很高,但大部分英国成年人可以在 1 个月内得到治疗——这与之前的调查结果相比进步显著<sup>②</sup>。<sup>[6]</sup>

所调查的国家在提供一天 24 小时、一周 7 天的服务,以及急诊 (Emergency Departments, EDs) 方面有所不同。在加拿大、法国、瑞典和美国约有 2/3 的被访者称不急诊的情况下获得工作时间之外保健非常困难,这个比例比荷兰、新西兰和英国高出一倍。澳大利亚、加拿大、瑞典和美国有 1/3 或更多的被访者称他们在过去的两年内去过急诊室——这个比例比其他国家要高。去过急诊的人中有一半曾经去过两次或更多。

### 3.3 保险的复杂性

就被访者在填写保险书面材料和处理纠纷上消耗的时间以及对保险覆盖的认识方面,各个国家相差悬殊。总体上看,美国人更有可能在文件填写和处理纠纷方面花费时间 (17%), 其次是德国人 (16%)。美国的成年人也可能被保险公司拒绝赔偿或获得的赔偿金额小于他们的期望值 (25%), 其次是法国 (18%)。

相对高的比例也许可以反映出保险的复杂性或近期覆盖面的变化。包括文件填写所需时间和保险公司未按照期望值赔偿的问题在内,31% 的美国成年人在近两年内对保险产生了疑虑——这个比例在此次调查中最高。美国 65 岁以下成年人 (35%) 明显比 65 岁以上的人和医疗救助的人 (16%) 更有可能遇到保险材料填写、纠纷或保险上的意外问题。在年轻的成年人中,对保险高度担忧的原因可能来源于不稳定的覆盖面和保险设计的复杂性。1/3 的人称他们在过去三年中更换了保险种类,并且不止一次。

除美国之外,法国、德国和荷兰的成年人比其他国家更可能对保险有各种担忧。这也许可以反映这些国家近几年的保险在复杂性或者覆盖面的变化。值得注意的是,从 2007 年起,荷兰成年人抱怨书面材料填写麻烦的比例大幅下降 (从 31% 下降到 8%), 这种变化发生在 2006 年由于荷兰保险公司竞争加剧造成的大量公民更换保健计划的浪潮后。<sup>[12]</sup> 现在,荷兰人更换保险计划的概率已经恢复到了

① 当天治疗的比例为:澳大利亚 42%,加拿大 29%,法国 44%,德国 43%,荷兰 47%,新西兰 49%,挪威 33%,瑞典 41%,瑞士 88%,英国 31%,美国 38%。

② 2007 年,大约有 40% 的英国成年人在 1 个月内接受了非紧急手术。1/3 的人等待时间达到或者超过 4 个月。

2006年前的水平(3%~5%)。在新西兰、挪威、瑞典和英国,认为存在保险材料填写或者纠纷方面问题的被访者很少(低于10%)。与其他国家不同,这四个国家的患者在接受医疗服务时采取使用者付费(user fees)机制,而不是要求保险公司为之买单。

### 3.4 不同收入人群获取卫生服务的经历

在所有国家中,低于平均收入的成年人更易于患有多种慢性疾病或衰老。这可能使贫穷者陷入双重危险:他们更加需要医疗服务,同时更不可能自费购买所需要的医疗资源。65岁以下低收入的美人更有可能失去保险。这些人中,27%的人在调查时或者在调查前一段时间没有保险。为了解收入对获取医疗服务的信心、可及性、成本和保险经历方面造成的影响,本调查在控制了健康、年龄和是否全年都有保险(美国)等因素的情况下对比了收入均值上下的人群,回归分析揭示了各国做法的相同与不同之处。

#### 3.4.1 不同收入人群的信心、可及性和费用

在法国、瑞典和英国,不管是高收入还是低收入人群,都很少出现过高的自付费用(1 000美元及以上)。除挪威之外的其他国家,收入低于均值的成年人比高于均值的成年人更易于认为自付费用过高。虽然瑞士和美国的低收入人群比高收入人群自付费用少,但这些国家的贫困人群比其他国家(除澳大利亚外)收入在均值以上的人群自付比例更高。

除英国之外,各国成年人的收入差距在与费用相关的医疗服务可及性和支付医疗账单的问题上体现的非常明显。即便在健康、年龄和保险状态都被调整之后,这种差别在美国仍然最大。

在所有国家中,低收入成年人对获得需要的医疗服务方面的信心均低于高收入者。英国的低收入成年人在支付医疗费用和获得最有效的治疗方面最有信心。法国、德国、荷兰、新西兰和瑞典的低收入成年人对获得高质量卫生服务的信心在各国中也相对较高。

#### 3.4.2 不同收入人群的等待时间和保险复杂性

在11个国家中,收入不同带来的差别同样体现在等待看医生的时间和工作时间之外获得医疗服务的能力方面。在加拿大、荷兰和美国,不同收入人群

在获得医疗服务的及时性方面差别悬殊,最显著的是美国。

收入不同导致等待时间的差别与国家平均收入有关。加拿大的低收入群体在生病当日或次日得到诊疗的比例最低,而要等待6天及以上的比例最高。瑞士的低收入人群在患病或者需要看专科医生时获得及时治疗的比例最高。事实上,瑞士是唯一的低收入人群看专科医生等待时间比高收入人群更短的国家。

在澳大利亚、加拿大、法国、新西兰和美国,不同收入人群等待专科医生诊疗的时间差别很大。但是,在美国不管是高收入还是低收入人群,等待专科医生诊疗的时间比其他国家都相对更短。

不同收入人群对非上班时间诊疗和急诊的利用模式也许可以反映出地区医疗资源和收入的差别。在加拿大、法国、荷兰、挪威、英国和美国,低收入成年人比高收入成年人明显更加易于报告称难以获得非上班时间的医疗服务,但在其他国家却不一样。在不考虑患者健康状况的条件下,加拿大和美国仍然是收入和急诊利用高度显著相关的国家。

除澳大利亚之外,各国不同收入人群保险复杂性的差别很小。在这些国家中,高收入成年人更加易于报告称其被拒绝赔偿或者没有得到他们预期的保险额。这些担忧可能是由于私人保险公司和公共保险的相互作用:72%收入在均值之上的澳大利亚成年人称他们在公共保险之外购买了私人保险,而澳大利亚允许私人保险和私人医院收取更高的保费。

总体上看,在所有调查的国家中,英国不同收入人群在医疗服务的可及性和支付能力方面差异最小,而美国的差异最大。因为收入不同,低收入成年人面临更大的风险,在其他几个国家中也出现了费用相关的问题。但是,这些并不总是导致在等待就诊时间或者获得非工作时间医疗服务上存在差异的原因。

一般来说,即便在不考虑健康、年龄和医疗保险状况的情况下,美国的收入差距都是最大的。收入在均值之上的美国成年人也比其他国家同等状况者更倾向于担心费用相关问题和纠纷。

### 3.4.3 65 岁以下的美国成年人

在美国,医疗服务的负面经历高发于 65 岁以下的成年人群体。收入均值以下成年人的保险覆盖面更加不确定和不稳定。在这个群体中,50% 的人在被采访时无医疗保险(28%)或在本年度曾经有过失保的时间(22%)。65 岁以下收入水平接近均值的成年人也面临着无保险的问题;24% 的人在调查时无保险或称他们在本年曾没有保险。

在美国,尽管无保险的成年人在承担医疗费用或者获得医疗服务方面风险最大,但年龄在 65 岁以下、常年有医疗保险、收入低于平均水平的成年人中,也有很大一部分有类似担忧。实际上,相比其他国家任何年龄的成年人和美国 65 岁以上低收入成年人,他们更加易于报告因为费用或者医疗账单问题失去保险。

## 4 讨论和启示

综上所述,医疗保险的设计能够影响医疗服务的可及性、费用以及患者与保险公司互动的经历。鉴于被调查者是否能够提供准确的费用支出数据的限制,以及会损失难以获得的弱势人群的信息,因此可能会低估担忧的问题。但是,这次调查的优势在于提供了当前患者经历的相关信息,可以帮助监控各种措施以提高可及性并降低费用。对国家之间的差别提供了一些深入的见解,指出了美国在实施医疗改革前方将出现的挑战。

### 4.1 可及性和费用

在建立了费用共担的国家中,那些拥有保险限额或被减免保费的成年人的费用负担都得到了减轻,特别是低收入群体,更加不会因为费用问题失去获得医疗服务的机会。但是除了几乎不存在使用者付费的英国之外,在其他国家,不同收入的差距还是会带来可及性和医疗费支付方面的担忧。有调查结果认为低收入患者,尤其是慢性病患者,对于基本医疗和非基本医疗的价格都非常敏感,本研究的结论支持这个观点。<sup>[7-8]</sup>

同时,各国之间的不同表明设计费用共担以提高可及性并降低收入差别是可能的。瑞士的起付线

和费用共担相对较高,由于规定了年度封顶线和起付线,加上透明的定价和保险清单,似乎使瑞士人得以做出医疗保健费用预算并避免因保险产生的纠纷或者意外。瑞士的保险采取按项目付费的支付方式,这使医生收入不会因地区和患者收入的差异而不同,促进了医疗服务的公平性。

显然,医疗保险只是影响医疗服务可及性的一个方面。各个国家在能否获得所需医疗服务和等待专科医生治疗时间方面的显著差异,表明了医疗保险设计是提高可及性等方面的一个重要因素。瑞典、挪威和加拿大等待看初级卫生保健医生(primary care providers)或专科医生的时间都超过了其他的国家<sup>①</sup>。<sup>[9]</sup> 这些国家都已经在努力解决这些问题。

很大一部分的荷兰和新西兰人称,他们在生病之后能够迅速得到救治,并且可以轻松获得工作时间之外的卫生保健服务,这表明初级卫生保健团队和基于社区的共享服务(community-based shared services)存在潜在的价值。<sup>[10-11]</sup> 瑞士人也可以快速获得初级卫生保健服务。瑞士医生被要求 24 小时不间断的值班,而且在正常上班时间之外的工作可以获得额外津贴(2010 年 8 月 6 日与前瑞士卫生部秘书长 Robin Osborn 私人交流获得的信息)。

### 4.2 保险的复杂性

美国医疗保险设计的复杂性、易变性,以及保险覆盖内容不太透明导致大量的美国成年人称在需要保险赔偿时会遭遇纠纷或“意外”。美国的医疗保险形式不统一,甚至保险覆盖的药品目录也是如此,这浪费了患者和临床医生的时间和保险运营经费。联邦基金 2009 年对全球初级卫生保健的调查中,美国医生是最易于报告由于患者的保险限制浪费了他们大部分的时间。<sup>[12]</sup> 一项近期的研究估计美国医生花费在医疗保险的时间成本相当于每个医生 6.8 万美元,或者每年 310 亿美元。<sup>[13]</sup>

## 5 美国医疗保险改革:前方的挑战

参与调查的美国居民中,表现出更多担忧的是处在工作年龄的人群,这也是改革的对象。在这个年龄层次中,拥有常年保险者之间巨大的收入差异

① 2000 年的数据也显示了瑞典和挪威的候诊时间较长,荷兰候诊时间较短。

凸显了可承担的卫生保健法案(Affordable Care Act)在收入相关问题上的规定。这部法律将扩大医疗救助的范围,将收入在国家贫困线 133% 以内的成年人都包括在内。这也将为收入为贫困线 4 倍的成年人提供保险金补助,为收入为贫困线 2.5 倍的成年人提供费用共担。<sup>[14]</sup>

但是,按照国际标准,美国仍将是费用共担异常值的国家。价格最低的保险的年限额范围将是:对于收入水平刚刚超过贫困线 133% 的成年人每人 2 000 美元(每个家庭 4 000 美元),到对于补助阈值以上的成年人每人 6 000 美元。家庭在能够支付更高的保险费的情况下,可以选择较低的成本风险。

随着美国医改的推进,这将对监管可及性和支付能力非常重要。合理医疗费用法案将为低收入家庭或个人提供数十亿美元的保费和费用共担,以增强医疗服务的可支付性。即便如此,一些被保险人仍有可能因为无法负担医疗费用而面临经济风险。

即便是在卫生改革得到强化之后,美国仍将因为将低收入群体放入单独的项目而与其他国家不同。这在促进项目间公平性和保证保险的连续性方面造成了双重的挑战。在本次调查的其他 10 个国家中,不管被保险人收入水平高低,他们支付的保费数额相同,而目前美国情况并非如此。在卫生改革全部得以实施之后情况可能会变成这样:为避免由于条件变化造成的保险覆盖缺口,需要一些积极的努力,才能够使拥有公共保险和私人保险的人都能有统一的入口,使得家庭在获得或失去保险资格时能更顺畅的转换。就保险提供方网络仍旧因低收入群体而有所不同这一点来说,这些人在改革之后仍有可能在持续医疗服务和保险方面存在风险。

研究保险的相关经历和收入的影响将是美国医改能否成功实施的关键。虽然可及性、疾病负担、保险的复杂性和收入差别的情况可能因改革得到改善,医改成功将依赖于重点州和联邦的行动。仔细研究美国的经验能够对其他国家有益,尤其是对那些统一性不强、更加市场化和患者费用共担更广泛的国家。

到目前为止,美国的经历提醒人们注意保险设计过于复杂、管理费用较高和收入差别过大带来的问题。同样,随着各国保险系统通过参考定价、价值

导向的保险设计等对患者和保险方进行激励,以及由相互竞争的保险体系的国家发展风险评估,进而聚焦于价值的竞争,美国也应借机进行学习。

## 致谢

本研究由英联邦基金会资助。作者感谢 Health Affairs 杂志的编辑和审稿人的意见,文责自负。

## 参 考 文 献

- [1] Commonwealth Fund. Description of health care systems; Australia Canada, Denmark, France, German, Italy, and the united States [R]. New York, 2010.
- [2] Thomson S, Mossialos E. Primary care and prescription drugs: coverage, cost-sharing and financial protection in six European countries [EB/OL]. [2010-10-22]. <http://www.commonwealthfund.org/Content/Publications/Issue-Briefs/2010/Mar/Primary-Care-and-Prescription-Drugs-Coverage-Cost-Sharing-and-Financial-Protection.aspx>.
- [3] Schoen C, Helm D, Folsom A. Harnessing health care markets for the public interest: insights for US health reform from the German and Dutch multipayer systems[EB/OL]. [2010-10-22]. <http://www.commonwealthfund.org/Content/Publications/Fund-Reports/2009/Dec/Harnessing-Health-Care-Markets-for-the-Public-Interest.aspx>.
- [4] Leu RE, Rutten FFH, Brouwer W, et al. The Swiss and Dutch health insurance systems: universal coverage and regulated competitive insurance markets[EB/OL]. [2010-10-22]. <http://www.commonwealthfund.org/Content/Publications/Fund-Reports/2009/Jan/The-Swiss-and-Dutch-Health-Insurance-Systems--Universal-Coverage-and-Regulated-Competitive-Insurance.aspx>.
- [5] Schoen C, Osborn R, Huynh PT, et al. Primary care and health system performance: adults' experiences in five countries[J]. Health Affairs, 2004, 30(3):w487-503.
- [6] Schoen C, Osborn R, Doty MM, et al. Toward higher-performance health systems: adults' health care experiences in seven countries [J]. Health Affairs, 2007, 26(6):w717-734.
- [7] Tamblyn R, Laprise R, Hanley J A, et al. Adverse events associated with prescription drug cost-sharing among poor and elderly persons [J]. Journal of the American Medical Association, 2001, 285(4): 421-429.
- [8] Chernew M, Gibson T B, Yu-Isenberg K, et al. Effects of

- increased patient cost sharing on socioeconomic disparities in health care [J]. *Journal of General International Medical*, 2008, 23(8): 1131-1136.
- [9] Siciliani L, Hurst J. Explaining waiting-time variations for elective surgery across OECD countries [EB/OL]. [2010-10-22]. <http://ideas.repec.org/a/oec/ecokaa/5lgxvrgnnh37.html>.
- [10] Abrams M, Schor E L, Schoenbaum S. How physician practices could share personnel and resources to support medical homes [J]. *Health Affairs*, 2010, 29(6): 1194-1199.
- [11] Huibers L, Giesen P, Wensing M, et al. Out-of-hours care in Western countries: assessment of different organizational models [J]. *BMC Health Service Research*, 2009 (9):105.
- [12] Schoen C, Osborn R, Doty M M, et al. A survey of primary care physicians in eleven countries, 2009: perspectives on care, costs, and experiences [J]. *Health affairs*, 2009, 28(6): w1171-1183.
- [13] Casalino L P, Nicholson S, Gans D N, et al. What does it cost physician practices to interact with health insurance plans? [J]. *Health Affairs*, 2009, 28(4): w533-543.
- [14] Commonwealth Fund. Timeline for health care reform implementation: health insurance provisions [EB/OL]. [2010-10-22]. <http://www.docin.com/p-58602052.html>.
- [收稿日期:2011-02-22 修回日期:2011-04-03]  
(编辑 刘 博)

· 信息动态 ·

## 欢迎订阅《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

healthpolicycn@gmail.com

电话:010-52328667 52328669

传真:010-52328670