

医保基金有效使用:风险管理、国际经验与政策建议

董丹丹* 孙纽云 孙冬悦 房珊杉 梁铭会

卫生部医院管理研究所 北京 100191

【摘要】 医保基金有效使用是医疗保险制度运行管理的核心,本文分析了我国医保基金有效使用与管理过程中人口老龄化、价格上涨、社会福利政策完善所致医疗需求释放等外部风险因素以及医保系统本身的运行风险,总结了国际上应对医保基金运行管理风险的经验,结合我国国情提出为确保我国医保基金有效使用应科学预估医保基金运行风险,合理确定医保筹集费率与补偿标准;提高医保基金统筹层次,提升基本医保互助共济水平;健全医保基金监测机制,提高基金使用效率;完善医保报销目录,加强医疗服务项目管理的相关建议,以期完善我国医保基金的管理。

【关键词】 医保基金;费用管控;效率

中图分类号:R197 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2013.01.004

Effective use of health insurance funds: Risk management, international experiences and policy recommendations

DONG Dan-dan, SUN Niu-yun, SUN Dong-yue, FANG Shan-shan, LIANG Ming-hui

National Institute of Hospital Administration, Beijing 100191, China

【Abstract】 Effective management of the health insurance funds is the core of the operation and management of the medical insurance system. This paper comprehensive analyzed the risk in health insurance funds use and management. the risks include ageing, economic inflation, release of medical needs caused by Social welfare policy improvement and other external factors, as well as the internal factors in health insurance system. Furthermore, we summarized the advanced foreign experience during the health insurance funds operation and use. Finally, based on the fact of China, it proposed the advices on effective management of the health insurance funds such as to determine the medical insurance raise rate and compensation standard reasonably with estimating the medical insurance fund operation risk scientifically, to develop the medical insurance relief level with improving the insurance overall level, to improve the efficiency of funds use with establishing the health insurance funds monitoring mechanisms, and to strengthen medical service project management with Improving medical insurance reimbursement directory.

【Key words】 Health insurance funds; Costs control and management; Efficiency

医保基金的有效使用与管理是整个医疗保险制度的核心,也是保障其健康持续运行的根本。当前经济社会快速发展、人口老龄化日益加剧、医疗技术日新月异、医学模式不断转变,如何基于我国经济和社会发展趋势,充分估计医保基金运行风险,建立合理稳定的医保基金使用与管理机制,使医保基金的

使用与管理更加科学、规范和高效,达到既降低医保基金风险,又能为参保患者提供较好医疗服务的目的,成为医保管理部门和定点医疗机构共同面临的一道难题。结合当前我国经济社会发展现状,本文分析了我国医保基金运行管理的风险因素,在借鉴发达国家医保基金使用与管控经验基础上,提出促

* 作者简介:董丹丹,女(1986年—),实习研究员,主要研究方向为医院管理、医院运行绩效管理、病人安全及医疗风险管理。E-mail: d19860126@126.com

通讯作者:孙纽云。E-mail: sunny6879@163.com

进我国医保基金有效使用的建议。

1 我国医保基金运行管理的主要风险

1.1 医保体系外部因素

1.1.1 人口老龄化

伴随经济高速发展,我国人口期望寿命逐步提高,老龄人口比例逐步增加。2010年人均期望寿命达到74.8岁,2011年65岁以上老年人比例达9.1%^[1],已经远超联合国教科文组织规定的7%的老龄化国家标准。相关研究预测,2020年我国老年人口将达到17.2%^[2],进入“超老龄社会”。人口老龄化程度的加深以及参保人群高龄化的趋势对医保基金的使用与管理提出了挑战。目前基本医疗保险制度中,与在职职工相比,退休老龄人口享有不缴费、个人账户划入多、统筹基金个人自付比例低等政策优惠。虽然每年医保基金存在大量结余,但造成结余的很大一部分原因在于参保人口年龄结构比较年轻,医保资金消耗较少。随着参保人群老龄化程度不断加深,在职与退休比逐渐降低,这些优惠政策的效应将会不断放大,使得统筹基金支出大幅增加。因此,从医保基金纵向平衡的视角出发,目前的基金结余只是表面现象,现有的基金结余能否补偿未来参保结构老龄化加剧的医疗费用支出,已经成为医保基金使用与管理的重大风险问题。

1.1.2 价格上涨

“十一五”期间我国居民消费价格指数(Consumer Price Index, CPI)在3.3~5.4之间,以2005年为基年,2010年GDP平减指数为1.27,5年物价水平上涨27%,物品与服务的价格与成本都快速提升。在政府卫生投入不足以及医院创收机制不变的情况下,医疗服务的价格也将相应快速提升。2010年我国城镇职工和居民医疗保险基金结余为4741亿元,在价格上涨因素的影响下,粗略估计该结余基金在2015年的实际购买水平仅相当于3733亿元。因此,医保基金的大量结余现象并不能有效保障未来支付能力,如何提高医保基金使用效率,保证医保基金的保值增值应成为当前医保基金管理的重要方向。

1.1.3 新医改政策环境

伴随新一轮医药卫生体制改革中基本医疗保障

的全面覆盖,2009—2011年,全国居民卫生服务3年的需求释放量约为7.8亿诊疗人次。^[3]新医改方案中提高职工医保待遇水平的做法主要体现在两个方面:一是城镇职工医保报销比率逐步提高,扩大和提高门诊费用报销范围和比率,近期又明确了今年各统筹地区职工医保住院医疗费用报销比率要普遍达到70%以上;二是将城镇职工医保最高支付限额由原来当地职工年平均工资的4倍提高到6倍左右。这两项指标的调整无疑会大大增加职工基本医保统筹基金支出,减少结余。2012年3月14日,国务院印发《关于“十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨实施方案》(国发〔2012〕11号),提出加快健全全民医保体系,稳步提高基本医疗保障水平,着力加强管理服务能力,切实解决重特大疾病患者医疗费用保障问题。^[4]2012年8月30日,六部委联合下发《关于开展城乡居民大病保险工作的指导意见》(发改社会〔2012〕2605号),提出要在不增加医保筹资负担的情况下,建立覆盖城乡的大病保障制度。^[5]然而,伴随全民医保制度的完善以及大病保障制度建立,居民医疗服务需求将大量释放,医保费用负担也将随之加大。比如,对于肿瘤患者、血透患者这些特殊病种进行大病保障,将会降低患病死亡率,延长患者生存周期;在患者延长的寿命年限内,反复多次的治疗花费、病人存活数量的增加都将消耗大量的大病保障补偿资金,加大医保基金运营风险。

1.1.4 高新技术、药品、耗材使用与道德风险

科学技术的发展加速了医疗设备的更新换代和诊疗技术的进步,高精尖医疗设备及高值耗材、药品的使用成了医保费用支付增长的重要推动力。2003年我国100万元以上医疗设备为2.25万台,2009年增至4.4万台。目前,国内部分医疗卫生机构在购置医用设备、引进医疗技术时不考虑自身的实际情况,存在过度追求技术新、配置高、功能全的现象,使得医疗资源不能有效利用,医保基金的经济效益与社会效益均得不到有效保证。^[6]同时,由于信息不对称,医疗机构与患者的道德风险大量存在,诱导需求以及联合骗保时有发生,助推了医疗成本上涨,增加了医保基金的运行风险。

1.2 医保体系内部因素

第一,在基金收缴方面,医保统筹层次偏低,不同保险制度的筹资水平、报销比例差异较大,不利于医保风险分担机制的实现。当前以县为主要统筹单元的医保基金统筹规模偏小,医保基金的保障能力有限,同时,部分地区参保率并不理想,参保人员逆向选择问题较为突出,对医疗费用的损失分布难以准确把握,从而增加了基金的风险。^[7]

第二,医保费率测定方面,部分地区对于参保人员结构及其变化趋势估计不足,各地一般以非寿险精算理论为基础实行现收现付的筹资模式,存在对历史债务缺乏妥善处理,对医疗保险关系转移缺乏协调的机制,对提前退休产生的负面效应估计不足等问题^[8],为医疗保险制度持续健康运行埋下了隐患。

第三,在基金支付方面,传统按项目付费的支付方式,难以对医疗服务费用进行有效控制,医务人员成本意识缺乏。部分地区未结合当地社会经济发展情况来制定医保基金的筹集比例与偿付标准,往往导致结余过多或经费超支的问题,增加了医保基金的可持续运行风险。^[9]

2 医保基金有效使用与管控的国际经验

自 20 世纪 50 年代开始,西方国家建立了比较完善的医疗保险制度,伴随社会经济发展,这些国家也经历了人口老龄化、通货膨胀、科学技术发展等外部环境改变与内部政策制度完善的阶段,并逐步采取多项改革措施防范以上风险的发生,保证医保基金的安全与有效使用,相关经验对我国具有借鉴意义。

2.1 提高筹资水平,严格补偿管理,防范人口老龄化与经济通胀风险

人口老龄化与通货膨胀加剧了医保基金的运行负担,为提高医保制度互助救济能力,保障医保制度的健康可持续运行,世界各国通过提高医保基金筹集水平和严控补偿管理两个方面开展医保基金的使用与管理改革。

一是通过强制性立法提高医保费率。德国、美国等一些国家的社会医疗保险制度中,医保费用被固定在既定的总额中,按照既定薪资比例和税率来

筹集。^[10]如果医保费用过快增长,这些国家会通过强制性立法程序来重新调整医疗保险费或税率以保障医保经费的支付能力。^[11-12]

二是通过价格与服务量控制来改革医保基金补偿管理。医保费用取决于医疗服务价格与服务量,在服务价格控制方面,国外主要采用协商定价以及强制定价两种方式控制服务价格。加拿大与大多数欧洲国家,医疗服务价格往往通过医保支付者与专业团体(医疗机构)间的协商来确定,一般为价低优先。^[13]日本政府控制费用的主要手段则是通过设定有约束力的全国性给付价格目录来实现。这一价格目录决定了所有门诊和住院病人医疗服务的付费,医生必须完全按照目录标准收费。服务量控制方面,国际上主要通过改变支付单元和利用审查方式,来控制医院诱导需求的现象,避免服务量的不合理增长。

此外,为提高医保基金的整体效率,多数国家医保管理中引入了健康管理概念,通过加大预防服务的偿付力度以及国家立法方式促进参保人员健康。同时,一些国家还通过中央和地方财政来分担人口老龄化所带来的医保费用负担。1982 年日本建立了老年医疗制度,目的是为了“在国民年老之后能保持健康和获得必要的医疗”,实施主体是地方政府,实施对象是已经加入社会保险、70 岁以上或 65~70 岁且长期卧床的辖区内居住者,其医疗费用国家负担 20%,地方政府负担 10%,医疗保险负担 70%。^[14]

2.2 医疗服务供需方双向控制,减少医疗资源浪费,抵御道德风险

医疗机构和参保患者是医疗服务提供与医疗资源消耗的主体,在利益驱动下,占据资源与信息优势的医疗服务提供方容易产生诱导需求的行为,而处于决策信息劣势的参保患者,在医保机构的第三方付费机制下缺乏成本控制意识,往往盲从医疗服务提供者的建议,产生道德风险。为增进医疗资源合理使用,防范医保市场的道德风险,各国纷纷从供需双方采取措施,监测医疗服务行为,控制医疗成本,主要措施包括以下几个方面。

2.2.1 供方

第一,建立服务监管机构与审查制度,防范医疗资源浪费。为加强医疗服务行为监管,提高医保基

金使用效率与效果,德国从2000年开始,在法定医疗保险范围内建立了一个医药处方管理机构,制定了一份可在保险机构报销的药物清单,凡是没有列入清单的药物必须由患者本人支付费用^[15-16];为了确定医疗服务和产品的价值,德国还成立了医疗服务质量和效率研究所(German Institute for Quality and Efficiency in Health Care, IQWiG),主要负责调查确定医疗设备、药品及其他治疗方法的疗效。如果该研究所认为某种治疗方法没有价值,那么就会从保险套餐中将此服务剔除。日本则建立了严格的第三方审查制度,医疗机构定期把医疗结算单送交医疗保险部门,医疗保险部门委托医疗费用支付基金会和国民健康保险团体联合会(第三方机构)进行审查,如果发现医院开大处方等违规行为,立即取消该医院为被保险人提供医疗服务的资格。该措施防范了医疗机构诱导需求的行为,有利于抵御医疗机构的道德风险。^[17]

第二,引入竞争机制,保障患者权利,提高服务效率。20世纪80年代开始,英国对全民医保体制进行了重大变革:引入内部市场机制。在内部市场中,将NHS分为购买者和提供者。原先相关的国家医疗治理机构变成了医疗服务的购买者,负责分析居民医疗需求,代表国家与服务提供者订立承包合同,购买服务。而提供者只有通过提供比以前和其他竞争者更质优价廉的服务,经过激烈的相互竞争,获得购买者的合同,才能取得资金,以继续经营。改革实施四年后,英国医保体系效率提高了1%,医疗机构对治疗成本的信息披露得到极大改善,病人及其代理者的可得信息更为充分,迫使提供者不得不努力降低成本,从而提高对卫生资源的利用效率。^[18-19]

第三,建立医疗机构间合作,提高非住院治疗服务比例。非住院治疗是指日间医院、家庭护理、老年保健院等机构提供的医疗服务。推广非住院治疗的主要思路为政策引导、建立发展基金、改革对家庭护理保健的偿付办法等。以往德国卫生系统严格划分成两大类:家庭医生或专科医生提供的门诊和住院治疗。但这种严格的划分导致了大量的资金浪费,因此德国目前正试图拉近门诊和住院之间的距离,鼓励门诊医生与住院医生紧密合作,在诊所、医院以及保险之间形成网

络,优化医疗资源,提高医保基金使用效率。

第四,医保管理机构自办医疗机构。由于长期形成的历史和社会等方面的原因,在实行市场经济的国家,私人医院、诊所、开业医生以及药商数量众多,医疗保险机构对其不能弃之不用,但其高昂的收费又使医疗保险机构难以承受。为此,南美一些国家的社会保险机构自己设立医疗单位,为被保险人服务,进行国民健康管理。墨西哥把医疗服务和经费集中统一管理,其做法主要有两个特点:一是自办医疗单位,实行严格的分级医疗;二是把加强防治工作放在重要位置,注重保健和预防宣传,以减少参保人员罹患重大疾病的风险,从源头上节约医保开支。

2.2.2 需方

在第三方付费机制的作用下,医疗服务的需求方对于医保经费的成本控制意识较差,各国主要通过调整经济利益,增强患者的费用意识,以达到控制医疗费用的目的。主要改革措施有:

一是增加患者个人自付比例,减少服务项目,提高药品费用分担份额。日本从1999年开始,政府管理的健康保健制度中被保险者自付医疗费用比例已从10%提高到20%。^[20]2004年起,德国病人每个季度首次门诊需交10欧元,住院病人每天需交6~18欧元,每年需付28天的费用;每瓶处方药个人须付费3元,经济困难者可凭证明免除,非处方药费用全部自理;个人越过全科医生直接找专科医生费用要自理。^[21-22]

二是引进奖励机制。20世纪90年代,德国根据卫生改革法要求每一个州,必须要有一部分疾病基金对一年内没有就医的参保人返还部分费用。^[23]

三是建立个人账户。新加坡采用以储蓄为基础的医疗保险体制,建立了强制性的保健储蓄(Medisave)。^[24-25]目前,我国医疗保险改革也是采用社会统筹与个人账户相结合的模式,目的是为了增强参保人的费用意识,促使医疗消费者审慎合理地利用医疗服务,自觉地控制医疗费用。

2.3 提高统筹层次,改革基金结算方式,完善医保管理制度

低统筹、碎片化的医疗保险基金不利于风险分担,最优的风险池应该是一种尽量集中化的设计。^[26]

从国外经验来看,提高统筹层次是各国医疗保险发展的趋势。如韩国将低统筹层次的医疗保险强制合并为高统筹层次的医疗保险。^[27]德国医疗保险以集体化为特征,在保留低统筹层次医疗保险的基础上,建立高层面的机构,对各低层次的医疗保险进行管理,所有在政府确定的收入线以下的居民必须根据联邦法律,强制性成为疾病基金的成员。疾病基金是非营利性的医疗保险组织,疾病基金会代表病人的利益和医疗机构打交道,同时筹集保险金并支付地区医生的服务费。这样的强制性医保集中制措施,提高了医保组织的风险分散池水平,有助于保障患者权益。这些国家的医疗保险改革都经历了统筹层次由低级到中级,再发展到高级的过程。^[28-29]

改变医疗服务结算方式也是完善医保制度,提高医保经费使用效率的重要措施。总体来看,国际上医保结算方式改革趋势由单一后付制向混合预付制转变,主要通过总额预付、按病种付费、按人头付费等方式,制定预付标准和总量来约束供方行为,使其共同承担经济风险,自觉规范医疗行为。^[30]

3 提高我国医保基金使用效率的政策建议

3.1 科学预估医保基金运行风险,合理确定筹资费率与支出标准,确保基金安全

医疗保险制度是社会资源再分配的有效手段,医保基金的使用与管理必须充分考虑基金的成本效益,按照“以收定支,收支平衡,略有结余”的原则,结合各地经济发展水平,合理厘定医保筹集费率,充分估计人口老龄化、价格上涨以及医疗需求释放对医保基金运行造成的风险,处理好基金结余和提高待遇水平的关系。然后,建立确保合理筹资的精算标准和技术体系。国家可在总体基金收支测算的基础上,先提出指导各省(市)确定费率的计算公式,然后由各省(市)测算出本地区执行费率和待遇支付总水平,以此实现依据经济发展程度不同的全国分地区的差别费率和梯级待遇支出标准,并以此进行风险评估与管理,指导各省对所辖各地市进行保险费用征缴和资金再分配。^[31]此外,为确保结余基金安全,针对大量结余基金,应管理监督结余基金的使用与利息,在确保基金安全的前提下,探索基金保值增值

的有效途径。

3.2 提高医保基金统筹层次,提升基本医保互助共济水平,实现制度公平

依据社会保险的“大数法则”,医保统筹层次越高,医保基金的互助共济、抗风险能力就越强,医保制度的运行就越持续稳健。统筹与公平是医保制度发展的重要方向,在我国经济社会转型的主要时期,确保医保基金的使用效率,必须把握三个方面的统筹:

一是制度内统筹。在我国大多数地区,城镇职工医保制度与城镇居民医保制度均由各地社保部门管理,但筹资水平、补偿比例相差甚远。一个地区内的城镇职工的工资收入水平往往高于城镇居民,目前管理分离、制度分设的医疗保障制度呈现高收入高补偿,低收入低补偿的问题,不能有效发挥医疗保险的风险分担机制,也造成了人力与管理资源的浪费。因此,制度内统筹首先应解决城镇医保的统筹问题,统筹城镇职工与居民医保制度,扩大医保基金的风险池,提高城镇医保基金的共济能力。

二是地域内统筹。在医保制度建立之初,为满足参保人就近就医,降低管理难度,实行较低的统筹层次是适宜可行的,但其造成的资源分散,管理成本高、效率低、漏洞多、抗风险能力弱等问题日益突出,提高统筹层次已刻不容缓。统筹层次实质是统筹区域间的协调发展,层次越低,区域间的差距就越大,公平程度越低。“十二五”规划提出要“逐步提高统筹层次,加快实现医保关系转移接续和医疗费用异地就医结算”,就是要通过提高统筹层次,减少医保关系在区域间转移和异地就医医疗费用结算的难度,提高区域间的公平性。地域统筹层次的提高,将打破原有多地医保经办机构分管的管理模式。因此,首先应统一医保政策,科学合理地测算医保经费筹集与支出水平;其次应统一基金管理经办服务,规范服务标准与管理报销流程;最后应划分权责,合理确定新统筹地区和原统筹地区的职权和责任,确保基金的运行效率。

三是制度间统筹。伴随大病保险制度逐步建立,医疗救助制度的不断完善以及商业医疗保险的介入,基本医保制度的完善需统筹考虑多种保障制

度的衔接问题,例如不同制度的转换、各项制度的筹资与报销、参保地就医与异地就医、以及起付线、共付比例、封顶线之间的关系等,都应统筹设计、相互协调。

3.3 健全医保基金监测机制,提高基金使用效率,抵御道德风险

建立医保基金监测机制,动态调整医保政策是完善医疗保险制度和优化决策过程的必然要求,也是制定和调整医疗保险费用支付方式与标准的基础。^[32] 总体来讲,由于制度间覆盖人群存在交叉,不同医保制度与地域间医保基金筹集水平与偿付额度存在差异,医保基金转移支付体系尚未完善,我国现有的医保基金难以统计参保人员全部医疗费用支出情况,多数地区也尚未针对医疗保险费用和基金收支情况建立系统而灵敏的监测体系。针对这一情况,建议:

一是尽快建立系统完整的医保基金监测体系,对医保基金、医保定点医疗机构、药店以及参保人员的整体情况进行监测。动态分析医保基金的筹集、支出以及结余趋势,监测医保定点机构服务与成本空置情况,分析参保人员的年龄结构、医疗服务利用趋势及人群疾病风险。结合监测结果,动态调整医保经费收缴比例与偿付标准。

二是增进医疗机构成本意识,激励医院在总额预算的支付方式下,控制医疗成本,提高医疗服务质量与服务效率,降低医院道德风险与诱导需求倾向。可建立医保定点机构的质量评估体系,在目前对定点医疗机构考核的基础上,进一步增加对于医院服务质量的考核,充分考虑患者的反应、医疗服务量、服务态度、医疗质量、医疗管理等多方因素,在考核结果中引入质量校正系数的理念。医保机构依据质量校正系数对医院结算费用进行调整,从而建立起经济上的激励和奖惩机制。此外,为了操作简便,增加对医疗机构的控制力度,可以在每次支付给医院费用时,预留一定比例的费用,年终根据医院的总体考核状况给予奖惩。

3.4 完善医保报销目录,加强医疗服务项目管理,控制医疗成本

尽管我国大部分地区已经开展总额预付、按服务单元付费等预付制支付方式改革,但现有医保报

销政策中,仍是以按服务项目、药品及耗材为单位进行报销,在当前城镇医保全面推进总额预付的契机下,完善基本医保报销目录,推广使用基本药物制度,采用适宜技术,有助于医院在既定总额下控制成本,规范诊疗行为,提升医保基金使用效率。加强医疗服务项目管理,要做好以下三方面:

一是结合医药科技发展现状,完善基本医保药品目录,持续增加疗效好、成本低的基本药物,加强对药品合理使用监测与经济学评价,推进普适性诊疗技术的开展,促进相关政策的落实。^[33]

二是伴随诊疗技术的规范与发展,完善基本医保诊疗项目目录。由于目前基本医保尚缺乏对医用耗材的规范管理,建议尝试建立基本医保医用材料目录,规范医用材料的使用,控制医用材料成本。

三是应借助信息化技术,与相关部门协调合作,规范医保报销目录的诊断编码、技术规范等标准,建立完善基本医疗保险药品、诊疗项目和医用材料数据库以及疾病诊断库,逐步建立统一完整的服务管理信息库。

参 考 文 献

- [1] 中华人民共和国国家统计局. 2012 年中国统计年鉴 [DB/OL]. [2012-12-30]. <http://www.stats.gov.cn/tjsj/ndsj/2012/indexch.htm>.
- [2] 全国老龄工作委员会办公室. 中国人口老龄化发展趋势预测研究报告 [EB/OL]. [2012-12-30]. <http://www.ctc-health.org.cn/file/20061213lnqs.pdf>.
- [3] 中华人民共和国卫生部. 2012 中国卫生统计提要 [DB/OL]. [2012-12-30]. <http://www.moh.gov.cn/zwgkzt/ptjty/201206/55044.shtml>.
- [4] 国家发展和改革委员会. 国务院关于印发“十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨实施方案的通知(国发[2012]11号) [EB/OL]. [2012-12-30]. http://www.ndrc.gov.cn/zcfb/zcfbtz/2012tz/t20120830_502833.htm.
- [5] 中华人民共和国国家发展和改革委员会. 关于开展城乡居民大病保险工作的指导意见(发改社会[2012]2605号) [EB/OL]. [2012-12-30]. http://www.sdpc.gov.cn/zcfb/zcfbtz/2012tz/t20120830_502833.htm.
- [6] 钱英, 羊月祺. 我国大型医用设备管理现状及发展趋势研究 [J]. 医疗卫生装备, 2011, 32(7): 115-116.

- [7] 高向华, 应锋. 新型农村合作医疗制度下逆向选择问题及防范[J]. 中国医学伦理学, 2006, 19(2): 15-16.
- [8] 杨一心, 刘晓婷. 对城镇职工医保基金结余的再认识[J]. 中国医疗保险, 2009(11): 25-27.
- [9] 李兴国. 社会医疗保险可持续发展微观分析[J]. 中国卫生事业管理, 2005, 21(6): 324-326.
- [10] Altenstetter C. Health care reform in Germany: patchwork change within established governance structures [J]. Journal of Health Politics, Policy and Law, 2005, 30(1): 121-142.
- [11] Getzen, Thomas E. Health Economics: Fundamentals and Flow of Funds [M]. New York: John Wiley & Sons. Inc., 1997.
- [12] Gunnar W P. Universal health insurance: Will it control the cost of U. S. healthcare? [J]. Perspectives in Biology and Medicine, 2008, 51(2): 285-291.
- [13] Hughes J S. How well has Canada contained the costs of doctoring? [J]. the journal of the American Medical Association, 1988, 260(18): 2676-2681.
- [14] 冯英, 聂文倩. 外国的医疗保障[M]. 北京: 中国社会科学出版社, 2008.
- [15] Germany trade&invest. The German Social Security System [EB/OL]. [2012-12-30]. <http://www.invest-in-germany.com/homepage>
- [16] 丁纯. 德国医疗保障制度: 现状、问题与改革[J]. 欧洲研究, 2007(6): 107.
- [17] 孟开, 张玲. 日本医疗费用审核制度及其启示[J]. 中华医院管理杂志, 2010, 26(8): 637-640.
- [18] 侯立平. 英国医疗保险体制改革[J]. 中国改革, 2006(8): 64-65.
- [19] 高连克, 杨淑琴. 英国医疗保障制度变迁及其启示[J]. 北方论丛, 2005(4): 110-113.
- [20] Yutaka Imai. Health care reform in Japan[R]. OECD Economics department, 2002.
- [21] Sawicki P T. Quality of health care in Germany: A Six country Comparison[J]. Medizinische Klinik, 2005, 100(11): 755-768.
- [22] Busse R. Determining the "health benefit basket" of the statutory health insurance scheme in Germany methodologies and criteria[J]. The European Journal of Health Economics, 2006, 6(suppl 1): 30-36.
- [23] Anon. Although national health insurance covers general practice outlay, contract physicians are responsible for carelessness in clinics[J]. MMW Fortschritte der Medizin, 2005, 147(23): 44-45.
- [24] Ministry of Health Singapore. The 2007/2008 Medical Endowment Scheme Annual Report[EB/OL]. [2012-12-30]. [http://www.moh.gov.sg/mohcorp/uploadedFiles/Publications/Reports/2008/FY_07%20Annual%20Report%20and%20MOH%20FS%20\(fin\).pdf](http://www.moh.gov.sg/mohcorp/uploadedFiles/Publications/Reports/2008/FY_07%20Annual%20Report%20and%20MOH%20FS%20(fin).pdf).
- [25] Reisman D. Payment for Health in Singapore [J]. International Journal of Social Economics, 2006, 33(2): 2.
- [26] Smith P C, Sophie N, Witterb. Risk Pooling in health care financing: The implications for health system performance [M]. Washington, DC.: The international Bank for Reconstruction and Development and The World Bank, 2004.
- [27] Huck-ju Kwon, Fen-ling Chen. Governing Universal Health Insurance in Korea and Taiwan[J]. International Journal of Social Welfare, 2008, 17(4): 355-364.
- [28] Melanie L. Health care reform in Germany: Not the big Bang [J]. Health Policy Monitor, 2006(8): 1-9.
- [29] Thomson S, Foubister T, Mossialos E. Finan Cing health-care in the European Union Challenges and policy responses [M]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European, 2009.
- [30] Porter C. A new emphasis on health care safety, quality, and cost containment: how will this affect dietetics practice? [J]. Journal of the American Dietetic Association, 2004, 104(11): 1667-1670.
- [31] 王虎峰. 中国社会医疗保险统筹层次提升的模式选择——基于国际经验借鉴的视角[J]. 经济社会体制比较, 2009(6): 60-66.
- [32] 吴晓峰. 德国医疗保险制度改革[J]. 国外医学·卫生经济分册, 2000, 17(3): 97-103.
- [33] 蔡跃进. 居民医疗保险: 从试点走向完善[J]. 中国劳动, 2008(7): 10.

[收稿日期: 2012-12-18 修回日期: 2012-12-28]

(编辑 赵晓娟)