

# 全民健康覆盖的发展道路:基于外部视角

梁立霖<sup>1\*</sup> John C. Langenbrunner<sup>2</sup>

1. 北京大学中国卫生发展研究中心 北京 100191

2. 世界银行 美国华盛顿 20433

中图分类号:R197 文献标识码:C doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2013.02.001

## The long march to universal health coverage: Outside looking in

LIANG Li-lin<sup>1</sup>, John C. Langenbrunner<sup>2</sup>

1. China Center for Health Development Studies, Peking University, Beijing 100191, China

2. World Bank, Washington D. C. 20433, USA

### 1 取得的进展

2009 年《关于深化医药卫生体制改革的意见》发布以来,中国在实现全民健康覆盖(universal health coverage, UHC)的道路上取得了长足进步。中国的医疗卫生体制改革是一项十分复杂艰巨的任务,如今已经完成了医改第一阶段——近期三年的目标任务,这一时期内 1 250 亿美元的新增投入使得基本医疗保障制度覆盖了超过 90% 的人口,但这仍然需要卫生、医保等部门与其它 10 余个部委之间开展各种形式的合作。

20 世纪 70 年代,中国开始经济体制改革,伴随这一时期经济的快速发展与城镇化的进程,走向全民健康覆盖的步伐不断加快。这一改革趋势使得中国的生活方式更加西方化,疾病负担从以传染性疾病为主逐渐转向以慢性非传染性疾病为主。随着农村集体经济的转变,经济和卫生部门都进行了分权制改革,这极大地削弱了地方政府的税收征管能力,地方财政收入来源减少,进而导致了以社区为基础的合作医疗制度的瓦解,整体上削弱了疾病风险保护能力。随后,政府逐渐在卫生服务领域中引入市场机制,作为卫生服务提供主体的公共部门逐渐演变为私立部门,除了政府提供 15% 的财政补助外,鼓励医疗机构向患者收取额外费用来弥补差额。

除以上诸多因素外,宏观经济与卫生之间还有

一个重要关系:较弱的风险保护导致中国是世界上居民储蓄率最高的国家之一,进而减少了消费性支出。由于中国政府对宏观经济的关注从生产和投资领域转向寻求经济的平衡,并更加依赖消费性支出。因此,政府增加了医疗卫生的投入,不断扩大医疗保险的覆盖面,降低居民存款利率。这就意味着提高居民的医疗保险覆盖率能够有效刺激居民的消费性支出,进而促进经济可持续增长。<sup>[1]</sup>

21 世纪以来,随着经济快速发展、疾病谱改变和居民疾病风险保护需求的增长,开展医疗卫生体制改革的呼声越来越高。目前,中国医改正在开展 5 项重点改革,城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗制度(简称“新农合”)已经覆盖了 95% 的城乡居民。这一改革措施在农村地区取得的成绩更为显著:通过经济激励和行政干预等措施,新农合已经覆盖了 8 亿多农民。从经济角度来看,由于新农合一般以县为单位进行统筹和组织管理,因此中央和省级财政加大了转移支付的力度,给予新农合适当补助,这有助于将更多的农村家庭纳入医保体系。从行政角度看,新农合纳入地方领导人的目标责任制管理,有助于降低农民个人自付费用,并为贫困农民提供医疗救助。总的来说,到目前为止,新农合运行良好,在筹资水平、参合人数等方面均保持良好势头,并与经济调整紧密结合。

\* 作者简介:梁立霖,女(1980 年—),博士,助理教授,主要研究方向为卫生筹资、支付制度与应用计量经济。

E-mail: lliang@bjmu.edu.cn

## 2 面临的挑战

中国医改虽然取得了显著成就,但要真正实现全民健康覆盖,防范疾病风险,提高卫生服务的可及性,还有很长的一段路要走。长期以来,按项目付费的支付方式导致了医疗成本的大幅增加;住院服务量的增加虽然一定程度上说明了卫生服务可及性的改善,但约有 50% 的住院服务通过门诊治疗更具成本效益;在一些大规模、高水平的医院,排队现象依然严重;虽然政府出台了限额付费等一系列措施,但对居民的疾病风险保护并未得到预期改善。实际上,从中国卫生筹资改革中可以吸取一些经验。

官方数据表明,近年来次均门诊费用和每床日住院费用中,个人自付比例并没有减少。<sup>[24]</sup> 2001—2010 年,居民消费性支出中,人均医疗费用支出所占比例并没有降低,城镇居民一直保持在 6.5% 以上,农村居民一般在 5.6% ~ 7.4% 之间。<sup>[5]</sup> 截至 2011 年,新农合和城镇居民医疗保险住院费用实际报销比分别为 50% 和 42%;医院人均住院费用为 6 910 元。而农村居民的年均可支配收入为 6 977 元,这就意味着新农合个人自付费用约占参保人群年人均收入的 50% (新农合报销之后)。<sup>[6-7]</sup> 此外,新医改以前,因病致贫、因病返贫的现象有所增加,从 2003 年的 30.0% 上升至 2008 年的 34.5%,其中 9.2% 是因为发生了灾难性卫生支出<sup>[8]</sup>;但新医改以后,家庭发生灾难性卫生支出的比例从 2008 年的 14% 下降至 2011 年的 12.9%<sup>[2]</sup>。同时,相对较低的实际报销比会产生较高的个人医疗卫生支出<sup>[2,9-10]</sup>,贫困地区和低收入人群发生灾难性卫生支出的比例较高,这说明中国医疗卫生体系中疾病风险保护能力需要进一步提高。

医疗保险覆盖面的扩大并不意味着财政投入已经转化为具有成本效益的高质量的卫生服务产出<sup>[11]</sup>,在这一过程中,有必要考虑个人将会受到什么影响。

## 3 建议

对于中国而言,要想真正实现全民健康覆盖,需要做好以下几个方面。

### 3.1 提高基本医疗保险统筹层次

由于中国的基本医疗保险基金主要在市级和县级进行统筹,目前卫生筹资体系中包含了 3 000 多个医疗保险“基金池”。基金池分散的状态对保险者、

服务提供者和患者都有负面作用,这包括卫生服务利用的不公平、防范家庭发生灾难性卫生支出的能力不足、购买服务中缺乏商业医疗保险公司的参与以及医疗保险未覆盖流动人口等。为改善这一现状,有必要在更高层面上进行资金统筹(即“纵向整合”),如省级层面;同时各省之间建立合理的财政转移支付制度,这可以为个人提供有力的风险保护,促进医疗保险资金在地区间合理流动,减少基本医疗服务包在地区间的不平等。

目前,中国还未出台基本医疗保险整合的国家指导方针,但 1/3 的省已经开展试点,其中最典型的做法是将城镇居民医疗保险与新农合进行整合(即“横向整合”),目前已在广东、重庆、天津和宁夏等地区试点,但整合的程度和范围可能存在不同。中国可以借鉴这些地区的成功经验,首先尝试将几种基本医疗保险制度进行横向整合。要实现这一目标,首先要进行管理或组织层面的合并,促进卫生信息系统等基础设施建设。然而,问题的关键在于哪个政府部门能够将居民利益最大化<sup>[12]</sup>,以及如何建立一种问责制。

### 3.2 开展供方支付制度改革

按项目付费的支付方式导致医生诱导需求,为了追求自身经济利益最大化而牺牲患者利益<sup>[13]</sup>,这引发了患者不满,甚至对医生采取暴力行为<sup>[14]</sup>。取消按项目付费有助于控制医疗成本,抑制医生的诱导需求,提高卫生服务提供的效率和患者满意度,并且有利于重建医患之间的信任。然而,还不能判断哪种支付方式最适合中国,因为目前的支付方式改革试点存在机会主义倾向,没有进行严格的评估,不能提供足够的信息确定哪种支付方式最有效。此外,目前中国有 20 000 多家医院和数量众多的基层医疗机构,它们在具体实践方式和费用构成等方面存在巨大差异。而医疗费用预付制有赖于标准化的信息系统,并需要在具体实施过程中不断调整。此外,支付方式改革应与卫生服务购买策略相结合,而这正是中国现有医疗保险制度所缺乏的。大多数地方政府尚未转变为积极的卫生服务购买者,没有主动参与卫生资源分配、服务质量与结果的监督,仅承担了“被动付款人”的角色。

### 3.3 完善基本医疗服务包

为降低个人自付费用比例,政府需要完善现有

的基本医疗服务包,通过扩大门诊覆盖范围,以应对慢性非传染性疾病不断增加的趋势。此外,为了鼓励患者更有效的利用卫生资源,可以推广一些符合成本效益的门诊治疗方法。因此,中国需要一套稳健的成本核算系统、精算模型和科学方法以便更好地设计基本医疗服务包,同时也要考虑到不同地方财政的能力。由于基本医疗服务包的扩展既会提高卫生服务利用,又可能导致费用攀升,因此要进行成本控制。在地方层面上,有必要通过培训和配备医疗保险专业人员,以提高医疗保险经办机构的技术水平。此外,为增强对贫困人群的疾病风险保护力度,医疗救助计划也应拓宽覆盖范围。

### 3.4 改善卫生服务质量,加强基层卫生服务体系建设

为解决当前卫生服务利用模式所面临的问题,有必要改善服务质量——特别是在一些基层地区,需要对不同级别医疗机构的服务提供进行整合。高素质的卫生人才培养也很重要,但这需要较长的时间才能完成。宁夏回族自治区 2009 年推出一项创新工程,通过支付方式改革,旨在改善基层卫生资源的利用效率和服务质量。在这一项目的推动下,宁夏建立了涵盖乡镇卫生院和村卫生室的基层卫生服务体系,实行按人头付费和总额预付的混合支付方式。在资金分配方面,首先对 70% 的资金进行分配,剩余 30% 则根据个人的绩效情况进行再分配。这一方式十分有效,为获得更多报酬,卫生服务提供者会积极争取更多患者,努力提高服务质量。这也证明“激励”是引导个人行为实现政策目标的关键因素。基层卫生服务体系的加强也要与其他领域的改革相结合。最近,哈佛大学萧庆伦教授对这一挑战作了很好的总结,“除非患者信任乡村医生,否则中国很难实现真正意义上的全民健康覆盖<sup>[15]</sup>”。

总之,中国要想真正实现全民健康覆盖,还有很长的一段路要走,这包括加强疾病风险保护力度、提高卫生服务公平性和改善卫生系统绩效。中国需要维持当前的政治意愿并继续推进改革,以解决其在基层卫生服务体系、基本医疗服务包、基金池以及支付方式等方面存在的不足。

### 参 考 文 献

[1] Barnett S, Brooks R. China: does government health and

education spending boost consumption? [R]. Washington, D. C. : International Monetary Fund, 2010.

- [2] Meng Q, Xu L, Zhang Y, et al. Trends in access to health services and financial protection in China between 2003 and 2011: a cross-sectional study [J]. *The Lancet*, 2012, 379 (9818): 805-814.
- [3] Wagstaff A, Lindelow M, Gao J, et al. Extending health Insurance to the rural population: An impact evaluation of China's New Cooperative Medical Scheme [J]. *Journal of Health Economics*, 2009, 28(1): 1-19.
- [4] Sun X, Jackson S, Carmichale G, et al. Catastrophic medical payment and financial protection in rural China: Evidence from the New Cooperative Medical Scheme in Shandong Province [J]. *Health Economics*, 2009, 18(1): 103-119.
- [5] 卫生部. 中国卫生统计年鉴 [R]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2011.
- [6] 国家统计局. 中国统计年鉴 [R]. 北京: 中国统计出版社, 2012.
- [7] 卫生部. 中国卫生统计年鉴 [R]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2012.
- [8] 卫生部. 第四次国家卫生服务调查 [M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2009.
- [9] Zhang L, Yi H, Rozelle H. Good and bad news from China's New Cooperative Medical Scheme [J]. *IDS Bulletin*, 2010, 41(4): 95-106.
- [10] Liu D, Tsegao D. The New Cooperative Medical Scheme and its implications for access to health care and medical expenditure: Evidence from rural China [R]. Bonn: Center for Development Research, 2011.
- [11] Yip W C, Hsiao W C, Chen W, et al. Early appraisal of China's huge and complex health-care reforms [J]. *The Lancet*, 2012, 379(9818): 833-842.
- [12] Yip W C, Hsiao W C. The Chinese health system at a crossroads [J]. *Health Affairs*, 2008, 27(2): 460-468.
- [13] Hsiao W C. When incentives and professionalism collide [J]. *Health Affairs*, 2008, 27(4): 949-951.
- [14] Wang X Q, Wang X T, Zheng J J. How to end violence against doctors in China [J]. *The Lancet*, 2012, 380 (9842): 647-648.
- [15] Second Global Health Systems Symposium [C]. Beijing, 2012.

[收稿日期:2012-12-18 修回日期:2013-01-12]

(编辑 赵晓娟)