

卫生体系分类方法的创新

Federico Toth*

博洛尼亚大学政治和社会科学系 意大利博洛尼亚 40125

【摘要】本文研究的是卫生体系分类问题,希望得到比以往分析的卫生组织模式更深入的成果。从卫生服务的筹资方式看,可在标准三分法(据此可将卫生体系分为三类:自愿保险、社会医保和全民医保)基础上增加两种类型:强制国民医保和特殊人群医保计划。从保险方和服务提供方之间的服务提供和关系来看,有必要对垂直整合和独立的体系加以区分。本文与以往大部分研究的不同之处在于其潜在的逻辑。本文假设所有体系均为混合体系,主张抛开传统的卫生体系分类逻辑(即根据现行体系将各个国家分入不同类别),转而采用拼图逻辑。细分卫生服务或人口的概念,被证明对这一目标非常有用。

【关键词】分类;卫生体系;OECD;分类学;医疗保险;细分;垂直整合
中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2017.01.012

Innovation on classification of healthcare systems

Federico Toth

University of Bologna, Dipartimento di Scienze Politiche e Sociali, 40125 Bologna, Italy

【Abstract】 This article addresses the issue of the classification of healthcare systems, with the intent to take a step further than the previously analysed models of healthcare organisation. As concerns the financing of healthcare services, the standard tripartite classification (according to which healthcare systems are divided into three groups: voluntary insurance, social health insurance and universal coverage) is enriched with two additional types: compulsory national health insurance and residual programs. With respect to the provision of services and the relationship between insurers and providers, it is important to distinguish between vertically integrated and separated systems. What differentiates this analysis from the majority of previous studies is its underlying logic. Assuming that all systems are hybrid, the article proposes to put aside the classic logic for classifying healthcare systems (according to which individual countries are pigeonholed into different classes depending on the prevailing system) in favour of the identikit logic. The concept of segmentation (of healthcare services or population) proves to be remarkably useful to this purpose.

【Key words】 Classification; Healthcare systems; OECD; Typology; Health insurance; Segmentation; Vertical integration

1 传统卫生体系分类的局限性

多年来,研究者提出了多种卫生体系分类方法。很多研究提出将卫生体系分为三类。^[1-5]事实上,应用最广的分类法也将卫生体系分为三大模式^[2]:(1)自愿保险;(2)社会医保(SHI);(3)国民卫生服务体

系(NHS)。基于这三种理想类型所做的卫生体系分类,可以视为标准的三分法^[5-7]。另一些学者则主张将卫生体系“分为四类”。^[8-11]Wendt等人从理论上归结出了27种可能存在的不同类型卫生体系组合。^[12]其中24种组合可以被视为混合形式,只有三种纯粹模式,这意味着还是回到了三分法分类。Böhm等人

* 作者简介: Federico Toth, 博士, 主要研究方向为比较政治学, 公共政策, 卫生政治学与政策。E-mail: federico.toth@unibo.it
本文经原出版商授权在本刊转载, 有删减, 英文原文参见 Health Policy, 2016, 120(5): 535-543, DOI: http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.03.011

对上述 27 种组合分析后指出,很多组合从逻辑上看几乎不可能,一些类型也不适用于现实世界。因此,可将经合组织(OECD)国家的卫生体系归纳为 5 种主要模式。^[13]无论分类法基于三分、四分或五分,上述所有主张似乎都或多或少地存在相同的局限性:(1)将不同的卫生体系纳入同一类别(一些分类法则导致了相反的问题,即将类似的体系归入不同类别);(2)对于各个国家,只考虑了其现行模式,从而存在过度简化的风险。比如:将澳大利亚和加拿大的卫生体系归为与英国、意大利或新西兰相同的类别。^[3,11,13-15]但加拿大和澳大利亚卫生体系的组织形式与英国或意大利的国民卫生服务体系并不相同。^[16,17]很多文献都将瑞士视为与法国或德国一样采用社会保险制度的国家。^[3,13,18,19]但瑞士模式与俾斯麦模式遵循着不同的逻辑。^[13,20]对于美国卫生体系则简单地贴上“自愿私人保险”的标签,明显是过度简化的行为。美国卫生体系是一个非常复杂的混合产物^[21],政府干预并不小,事实证明,在美国,公共卫生支出占 GDP 的 7.9% 左右^[22],高于实行全民卫生覆盖的英国、西班牙、意大利或加拿大等国。这些丰富的案例引发了对现有文献中卫生体系分类方法的反思,本文将探索是否能在分类方法中取得突破。

当然,这并不意味着经典的三分法和之前提出的其他分类法是错误或无用的,但其用途完全取决于研究者希望进行的分析。如果可以接受一定程度的简化,那么从标准的三分法开始,截至目前提出的分类法,都已足够。相反的,如果要进行更深入的分析,更强调各种体系之间的差异,并致力于充分理解每种卫生体系的架构,那么就需要采用更加复杂的概念性方案。本文将归纳 10 种不同的医疗组织模式:这些类型继承和发展了以往文献中提出的分类主张。但是,本文并不局限于提出一种新的分类法,而是旨在提出一种与传统归档分类法不同的分类逻辑。传统分类逻辑的做法是,首先定义一些理想模式,然后尝试将不同的分析对象——在这里是国家卫生体系——归入唯一已识别模式下,从而得出尽可能同质化的类别。^[23]但是,众所周知,国家卫生体系事实上是复杂的混合体系,混杂和组合了不同模式带来的元素。^[1,8,12,13,24,25]仅仅按照主要模式将国家分类,可能导致与各国卫生体系实际情况不符的简化描述。

为了避免这种局限性,本文提出以不同的方式使用分类法。理想类型将主要用于识别和标明组成

各个国家卫生体系的不同元素。这种分类法将成为一个通用的分析框架,可以通过这个框架重点研究各体系的组成部分,了解各组成部分的功用,同时掌握各个子体系之间的联系。由此可以形成一个简要的概述,揭示各个卫生体系整体设计背后的逻辑。本文将这种处理方式称为“拼图逻辑”(identikit logic)。事实上,这种方法旨在为各个国家的国家卫生体系提供更准确和真实的描述,重现作为卫生体系设计基础的各种元素组合。

一些研究者提出,根据三类不同对象:卫生服务使用者、提供方和保险方之间的关系,可以将卫生体系视为一个三角形。^[4,26]其中卫生服务使用者和保险方之间关系涉及体系的筹资来源,筹资方式通常也会影响提供方获得收入的方式。提供方和使用者之间关系涉及的则是卫生服务的提供;同样,服务提供方式也会受到使用者、提供方和保险方之间关系的影响。过去的一些卫生体系分类法,几乎仅考虑了筹资层面。^[1,25,27]显然,筹资机制和服务提供方法都是卫生体系分类所必需的核心层面。^[2,11,14,26,29]

2 筹资模式

区分卫生体系筹资机制的标准有多种。第一种被广泛使用的标准,是关于保险计划的公共或私人性质^[25,30]: 保险商可能是公立、私立营利或私立非营利实体^[6,12,26]。第二种标准则涉及保险计划的强制性程度^[14,25],即被保险人获得的自由选择权^[31]: 包括纯自愿的保险计划,可选择保险商的强制性计划,以及没有选择权,只能按照法律要求在指定保险方处购买强制保险的制度。因此,可以区分出单一支付方或多支付方体系。^[27]在多支付方体系中,重点是确定保险方之间是否存在竞争关系。^[25,26]很多分类法特别关注保险缴费方式^[4,8,25,30]; 保险计划的资金可能实际来自税收、与工资成比例的社会保障缴费或保险费;在最后一情况下,计算保费的公式具有重要意义^[25,26]。另一种用于不同医保计划分类的标准,则基于享受保险的资格^[1,24,26]: 事实上,要加入特定的保险计划,可能需要是某个国家的居民、定期缴费、属于弱势或特权人群^[24]。资格标准通常会影响的保险覆盖率^[2,4],从而又带来了另一种分类标准。最后,还可以根据筹资机构和保险市场的监管层级和模式对筹资计划进行比较^[25]; 公共监管的严格程度可能更高或更低^[6]。

为整合上述条件,研究者提出了三种理想的筹

资体系类型:(1)自愿保险(又称为“私人医保”或“自愿医保”);(2)社会医保;(3)全民医保。本文主张在保留上述三种模式的基础上,再增加两种模式:特殊人群医保计划和强制性全民医保。除此之外,一些研究者还提出了医疗储蓄账户(MSAs)这种筹资模式。^[7,26,27,32]但这种模式目前尚不普及,新加坡已采用这一模式;美国、南非和中国也部分借鉴了这一模式,但是,MSA体系在上述国家并不占主流:该模式总是配合其他类型的保险使用。因此,在本文中不讨论MSA模式。

2.1 自愿保险

自愿保险模式并未规定公民有为健康风险购买保险的义务。政府可能会为选择投保者提供税收或现金奖励^[26],并可能对在经济奖励下仍然拒绝购买保险者加以处罚。但在任何情况下,公民基本都可自由选择是否购买保险。^[25]不能或不愿购买保险者将自付所需卫生服务费用。

相反,希望购买医保者可以在多家私营保险商中选择。保险商相互竞争,并可以提供为个人用户定制的保单。保险商可能是营利性的保险公司,也可能是非营利的机构和基金。^[33]对保险公司而言,保费可能是按风险定价,即按照每个用户个人的风险计算的。^[4]非营利保险实体也可按照个人风险计算保费,但它们通常更乐于按社区或群体为保费定价^[26],也就是说,它们会根据较大群体(是否属于特定群体并以相同方式缴费)而非个人用户的特点区别定价。

2.2 社会医保

社会医保(SHI)模式的基本原则是,国家要求特定类别的劳动者将其工资的一部分缴入疾病保险基金。疾病保险基金是半公立的非营利组织,需要接受严格的政府监管,并受命收集用户缴纳的费用^[18];相应的,疾病保险基金的用户可以报销全部或部分医疗支出。因此,SHI模式将人口分为具有不同自由程度的两个群体。一方面,从事某些特定职业者,必须强制缴费。在强制规定下,他们只能选择购买医保计划。另一方面,其他人则没有任何义务约束;如果愿意,他们可以购买自愿医保,也可自付医疗支出。经典的SHI模式是指19世纪末俾斯麦立法引入的模式,在同一国家内设立了多个没有竞争关系的疾病保险基金,法律根据职业将劳动者分入指定的基金。直到近代,一些国家才推出了经典模式的变体:劳动者有权选择自己的疾病保险基金。^[34]在这

些国家,包括德国,劳动者必须缴费,但可以选择加入哪一家疾病保险基金。总之,SHI体系的基本特征在于,这是一种典型的职业体系:医疗保险的缴费义务并不源于国籍或居留权,而是源于个人职业。应向疾病医保缴纳的费用——可能由雇主和雇员共同分摊——并不是按照总收入的百分比计算的,而只是按劳动收入计算。^[26,34]

2.3 特殊人群医保计划

在自愿医保或社会医保占主流的国家,往往还存在补充或剩余性医疗保险计划(Residual programs)。“补充或剩余性”一词来自有关福利国家的文献。^[35,36]本文将资金来自一般税收,专门针对特定目标人群的计划,定义为特殊人群医保计划。这类计划的受益人通常是最弱势群体和健康风险最高的人群:低收入个人、老人和儿童、重病患者、囚犯以及难民,以及国家认为特别需要保护的特定职业(如军人或公务员)人群。特殊人群医保计划和其他筹资模式的关键差异之一在于,在其他模式下,筹资人会获得筹资计划的受益权。而在特殊人群医保计划中,这一点并不一定准确:可能仅有部分(或完全没有)受益人是计划的筹资人。例如,失业人员的医保计划,是由有工作的纳税人筹资的;囚犯的医保,则是由未被囚禁的公民承担的;为儿童设计的医保计划,筹资人是纳税的成年人,以此类推。简而言之,特殊人群医保计划是由社会筹资,但仅供特定类别人群使用的计划。

2.4 强制性国民医保

以往文献中使用的“强制性国民医保”(NHI)一词具有多重含义。^[11,13,14,24,37]因此,有必要纠正可能的错误理解。在本文中,NHI是指一种原则,即国家要求所有居民使用个人资源购买涵盖基本卫生服务的私人医保。不存在可以缴费购买的唯一公共医保计划,只能向多个相互竞争的营利或非营利保险商购买。因此,NHI是一种多支付方体系,公民可在这一体系内选择自己的保险商。国家可能会为低收入公民提供补贴(否则他们可能难以定期缴纳保费),并可能对保险市场采取非常严格的监管措施。不同保险组合的保险范围通常存在差异,并可能提供超过法律规定最低保险范围的保障,因此,每位卫生服务使用者获得的服务可能存在差异。

2.5 全民医保体系

全民医保体系是指通过征税提供资金,覆盖所有

居民的单支付人保险计划(即所有人群适用同一保险计划)。全民医保体系并非全民医疗服务的同义词。与其他保险计划相比,全民医保体系的特点在于,享受医疗服务的权利并不与支付保费或缴费有关,而是以居住在特定国家为基础。因此,医疗成为了该国公民享有的普遍权利。从必须缴费者的角度来看,全民医保体系没有提供选择的自由。除少数存在某种退出机制的国家外,居民无法选择是否购买全民医保计划。同时,考虑到通常情况下收入越高(直接)纳税越高,全民医保计划就成了一种典型的累进筹资体系。^[26,27] 必须强调的是,与 SHI 模式不同,全民医保计划不是只对劳动所得征税,而是对所有形式的收入进行征税。因此,全民医保计划筹集资金的方式,具有明显的再分配目的,最富裕的人群承担了为较贫困人群提供医疗服务的(至少一部分)费用。

3 卫生服务的提供:整合体系和分离体系

如上文所述,一般认为,要对卫生体系进行恰当的分类,不仅需要考虑到筹资,也要考虑卫生服务的提供。^[2,4,26,28] 为了理清各种医疗服务提供体系,研究者已提出了多种分类标准。第一种标准是根据法律身份区分提供方。^[2,4,11,12] 据此可以将其区分为公立、私立营利和私立非营利提供方。第二种标准则强调患者享受自由选择权的多少。^[7,38] 在一些体系下,公民——如果享受了某种医保计划——可以自由选择在该国的所有卫生服务提供方。相反的,在另一些体系下,用户的选择范围仅限于一部分活跃的提供方。例如,一些保险计划只允许用户在其签署专门合同的提供方处接受治疗;而由一般税收筹资的计划则可能将患者的选择范围限定在公立提供方内。医疗服务提供体系分类的第三种标准:是否存在或缺少强制性守门人制度。^[4,28,38] 应根据是否依靠守门人机制或直接获取医疗服务来进行医疗服务体系区分。在需要通过守门人制度才能接受专科诊疗(以及诊断测试和特定药物)的国家,往往需要初级保健医师出具转诊书(急救则无需转诊)。在直接获取医疗服务的体系下,公民则可直接联系专科医疗服务提供方。

3.1 整合模式和分离模式

毫无疑问,在对不同的医疗服务提供体系进行分类和理解其实际运营方式时,上述三种标准(法律

身份、患者的选择自由和守门人制度)是三个非常重要的方面。但是,本文提出了一种替代标准:保险方和提供方的整合度。由此可以区分出整合体系和分离体系。之前已有多项关于卫生体系垂直整合的研究指出了这种区别。^[14,25,31,37,39-41]

在整合模式下,保险方通过其自有的设施和医疗人员,直接提供投保人所需的大多数医疗服务。在这种模式下,保险方和提供方的角色相互重合,构成了一个组织。而在分离模式下,保险方和提供方的职能相互独立。它们分属不同的自主组织。因此,保险方没有自己的设施,也不自行雇佣医疗人员;仅仅负责报销第三方提供医疗服务产生的支出。上文提到了医疗三角模型并不适用于整合模式。由于保险方和提供方是同一实体,因此只有两方的互动。相反,独立模式则保持了三角形的结构,具有三个不同的行动者。从概念上看,区分整合和分离模式似乎并不复杂。但在实践中,问题很可能非常麻烦:在现实世界中,可能存在位于这两种模式之间的多种不同组合模式。因此有可能区分出一种中间类别:半整合体系。半整合是指,尽管保险方和提供方名义上是独立的实体,但在经营上——从职能角度而言——采用了类似整合体系的方式。

3.2 筹资和服务提供的 10 种模式

本文提出的概念设想,包括保险方和提供方的整合/分离状况及其与卫生体系筹资机制的互动。结合前面提出的 5 种筹资模式,每种筹资模式都有 2 种版本:整合版和分离版(考虑版面,排除了半整合模式)。从而得出了一张 5 × 2 的表格,对应卫生体系的 10 种组织模式。为了更好地定义这 10 种类型,加入了一些具体示例(表 1)。

表 1 十种卫生体系组织模式

筹资体系	保险方和供应商的整合/分离	
	整合模式(示例)	分离模式(示例)
自愿保险	员工式健康维护组织(HMO)	美国的赔偿计划
社会医保	希腊的 IKA 机构(截至 2011 年) 奥地利的一些医保基金	法国的强制医保基金
特殊人群医保	美国的退伍军人医疗管理局	美国的 Medicaid 体系计划
强制性国民医保	以色列的 Clalit 基金	瑞士的保险公司
全民医保体系	英国 NHS 体系	加拿大和澳大利亚的 Medicare 体系

3.2.1 自愿保险

整合式自愿保险的的例子之一,是美国的员工式健康维护组织(HMO)。一些保险公司通过其设施和人员直接向投保人提供绝大部分的医疗卫生服务。员工式HMO的例子包括哈佛朝圣者健康计划(Harvard Pilgrim Health Plan)或西雅图的集体医疗合作社(Group Health Cooperative)。很多欧洲国家的私人保险公司,则是独立式自愿保险的例子:这些公司并不拥有任何医疗设施,而仅仅是为第三方提供医疗卫生服务费用的报销。美国传统使用的赔偿计划(indemnity plan)也是独立式自愿保险的例子。

3.2.2 社会医保

即使在社会医保体系中,也可能同时存在整合和分离式医保基金。例如法国主要的医保基金:CNAMTS、MSA或CANAM。这些基金没有自己的医疗提供设施,代表了独立社会医保模式。在2011年改革前,希腊的IKA体系则是整合式社会医保的例子。IKA(Idrima Kinonikon Asfalisseon,希腊社会保障机构)拥有自己的医疗人员、诊所和医院,并通过这些设施提供用户所需的大部分初级、专科和口腔医疗卫生服务。在奥地利,也可以找到整合式社会医保基金的例子。^[42]

3.2.3 特殊人群医保计划

如上文所述,特殊人群医保计划是指由一般税收筹资,专门用于特定人群的保险计划。整合式特殊人群医保计划的例子之一,是美国的退伍军人医疗管理局(Veterans Health Administration)。它拥有自己的医院和门诊诊所,由带薪员工管理,并直接向退伍军人提供卫生服务。同样在美国,Medicaid计划则是独立式特殊人群医保计划。Medicaid并不直接管理任何医院或诊所,医疗服务由第三方提供,Medicaid仅负责报销相应支出。

3.2.4 强制性国民医保

瑞士已实施强制性国民医保多年。该国有很多私营保险公司(包括Helsana、CSS和Mutuel)提供多种保险组合。如果是在投保人选择“传统”组合的情况下,保险公司将仅负责报销作为第三方的提供方医疗服务费。因此,这些计划属于独立式全民医保模式。以色列卫生体系在很多方面与强制性全民医保体系相似。其最主要的医疗保险基金是Clalit,该基金有自己的医疗人员,同时拥有和管理自己的医院和门诊设施,通过它们向投保者提供卫生服务。^[43]因此Clalit接近于整合式全民医保模式。

3.2.5 全民医疗体系

加拿大和澳大利亚的卫生体系有时会被分入与英国、新西兰、意大利或西班牙相同的类别。后面几个国家都建立了全民卫生服务体系。但澳大利亚和加拿大从未采用这一模式。加拿大和澳大利亚的Medicare计划是分离式全民医疗体系。而英国的全民卫生服务则是整合式全民卫生体系,NHS通过其自有人员直接管理的医疗设施网覆盖了整个国家。加拿大和澳大利亚也有公立医院,但这些医院并非全为Medicare所有。在加拿大和澳大利亚,Medicare仅仅是一个筹资计划,并没有自己的整体卫生服务供应架构。

4 卫生体系的细分

从比较角度研究卫生体系的研究者们都知道,没有哪个——至少现在已不再有——卫生体系仅仅使用了上文所述的一种模式。所有国家都使用了至少两种或更多模式。与有关福利国家的一般理论相似^[44-46],在医疗领域,唯一适用的原则就是所有国家的体系都是混合性质的。卫生体系研究者已经就这一点达成了广泛共识。^[1,8,12,13,24,47]

但如果认为所有国家都采用了混合体系,那么就难以将每个体系与10种理想类型相匹配:如果一个国家符合超过一种模式,那么分类就不具备唯一性。多位研究者提出,可以通过只考虑每个国家的主流模式来解决这个问题。^[1,8,12]但如何确切定义“主流”一词?假设在某个极端情况下,一个国家中有25%人口适用A模式、22%适用B模式、20%适用C模式、18%适用D模式、15%适用E模式。那么这个国家的主流模式是什么呢?是否能将这个国家列为A模式,尽管这一模式仅适用于1/4的人口?

以主流模式作为权宜之计,显然有其实用价值,在某些情况下是合理的。但仅仅考虑主流模式,可能会过度简化某些国家的情况,特别是卫生体系极为复杂的国家。^[24]本文的建议是,以不同的方式使用这10种模式:并不采用经典分类,而是本文定义的“拼图逻辑”。事实上,每个卫生体系都包含多个组成部分。根据拼图逻辑推理,就意味着识别出这些组成部分,同时重点考虑“细分”这些体系的标准。

在这方面,有必要引入细分概念。这一概念经常用于福利国家的研究,特别是针对劳动力市场。^[48,49]将细分用于医疗领域,是指依照一定的原则将

整体卫生体系分解为适用不同卫生体系组织模式的子体系。细分有两条基本原则:医疗服务的细分;人口的细分。医疗服务的细分是指将整体医疗服务分入不同的组合。例如,可以将医疗服务细分为:(1)必要疗法(例如被视为必要,可以纳入基本保险组合内的疗法);(2)补充疗法(从医学角度并不一定必要的疗法,例如整形手术);(3)与大病风险有关的特殊疗法(用于慢性病或大多数人群在经济上难以为继的严重病症)。第二种细分与人口有关。这种细分逻辑是指将公民分入与不同保险方案关联的不同群体。可以根据不同标准对人口进行细分。最常见的标准包括:职业(例如,区分雇员和自雇员工,或区分政府和私营企业雇员)、劳动收入、年龄(一些计划可能只适用于老人或儿童)。除了这三种标准外,还有一些其他的标准可以用于细分人口;一些计划可能专门用于少数民族、特定疾病患者、囚犯、孕妇等。例如,德国会同时按照职业(雇员和自雇)和劳动收入(收入超过一定阈值者可选择不参加社会医保)进行人口细分。而在美国,则按照多项标准细分人口,包括年龄。例如,适用于 65 岁以上老人(Medicare)和儿童(CHIP)的剩余性计划。

5 一些拼图示例

将上述概念框架用于研究各国卫生体系,有必要提供一些具体的例子。本文将简要分析美国、瑞士和荷兰的卫生体系。这三个国家的卫生体系,在现行分类法下都存在问题并难以归类。^[15,28,47]

5.1 美国

美国每年 GDP 的 16.4% 用于医疗(超过任何其他 OECD 国家),其中 52% 为私人支出,48% 为公共支出。^[22]绝大多数公共支出用于资助典型的特殊人群医保计划。Medicare 是一个主要针对 65 岁以上老人和残疾人的医保计划;Medicaid 专门支持贫困人口;CHIP(儿童医保计划)则专为低收入儿童设计。此外还有针对现役军人、退伍军人、联邦雇员、原住民、囚犯和其他弱势群体的特殊人群医保计划。这些计划可能是整合式(例如退伍军人医疗管理局)或分离式的。总体而言,各类特殊人群医保计划共覆盖了大约 36% 的美国人口。^[50]其他人群——即使在 2010 年奥巴马医改后——加入的都是自愿私人医保体系。美国人可以自由选择整合式、独立式或半整合式的私营保险方。

认为美国有着典型的自愿私人医保体系的说法并没有错误,只是不够完整。考虑到公共计划和私人医保覆盖的人口,更准确的说法是,美国卫生体系的 2/3 基于自愿医保,1/3 基于特殊人群医保计划。但是,获得特殊人群医保计划支持的 36% 美国人并非任意选择的 1/3 人口:它包括了存在更高健康风险的一些人群,因此是花费更高的卫生服务用户。因此,如果不以不同计划覆盖的人口比例为标准,而是考虑相对的医疗支出,那么上文的比例就会发生变化:美国卫生体系中 55% 为自愿保险,其余 45% 为特殊人群医保计划。^[51]

5.2 瑞士

自 1996 年以来,瑞士要么没有被纳入上文讨论的分类^[15],要么被贴上了社会医保体系的标签^[13,18]。但根据本文给出的定义,瑞士实际上是全民医保的极好案例。所有瑞士居民(不仅限于劳动者)都需要购买基础医保。投保人必须自行投保,并可以在相互竞争的众多保险方中自由选择。保险方必须服从非常严格的政府监管:不能通过基础医保营利、(根据开放参与原则)不能挑选投保人并且必须根据社区定价原则计算保费。贫困人口将获得政府补贴以支付医保费用。在瑞士体系下,保险方和提供方之间的关系通常是独立的。但是,在美国的示范下,瑞士也开始依赖健康维护组织(HMO)。瑞士的 HMO 并不拥有医院,但会经营诊所并雇佣医疗人员。因此这类组织具备整合模式的一些特点,非常类似半整合式全民医保模式。上文所述的规定适用于基本医保组合,也就是医疗服务需要强制保险。尽管基本组合保障的范围非常广,但其中并不包括大多数牙科治疗在内的很多疗法。对于非必要疗法,瑞士人可以购买补充保险。补充保险通常属于典型的私人医保体系。

5.3 荷兰

荷兰卫生体系对医疗服务进行了细分。医疗服务分为三个部分:(1)特殊医疗支出;(2)必要医疗服务的基本保险组合;(3)补充疗法。荷兰通过一个覆盖全部人口的强制性全民计划(荷兰语缩写为 AWBZ)承担特殊支出,这一支出专指与残疾人和长期护理有关的费用。因此,AWBZ 计划类似于普惠医疗体系,但资金来自于根据个人工资按比例计算(而不是按总收入累进计算)的缴费。AWBZ 计划没有自己的医疗服务提供设施,因此属于分离式普惠医疗

计划。第二个部分(Zvw)是必要医疗服务的基础保险组合,这一部分采用了全民医保体系,但是,在保费计算方面,这一体系又采纳了社会医保体系的一些典型元素。全体荷兰居民都需要购买涵盖基本医疗服务的保险。投保人可以从相互竞争的大约40家保险方(包括营利和非营利的保险方)中自由选择,低收入居民和儿童可享受政府补贴。Zvw计划的大多数保险方都与医疗服务提供方相互独立(独立式全民医保)。但享受专用特殊人群医保计划的军人和因宗教或理念原因拒绝保险的人不属于强制保险范围,但他们同样必须缴费(这是人口细分的一个例子)。

第三部分则是补充医疗(牙科、理疗、替代疗法、整容手术等)。补充医疗属于典型的私人医保(分离式)体系。

参 考 文 献

- [1] Terris M. The three world systems of medical care: trends and prospect [J]. *American Journal of Public Health*, 1978, 68(11): 1125-1131.
- [2] Organisation for Economic Cooperation and Development. Financing and delivering health care: a comparative analysis of OECD countries[R]. Paris: OECD, 1987.
- [3] Bambra C. Worlds of welfare and the health care discrepancy[J]. *Social Policy & Society*, 2005, 4(1): 31-41.
- [4] Rothgang H, Cacace M, Grimmeisen S, et al. The changing role of the state in healthcare systems [J]. *European Review*, 2005, 13(1): 187-212.
- [5] Freeman R, Frisina L. Health care systems and the problem of classification [J]. *Journal of Comparative Policy Analysis*, 2010, 12(1-2): 163-178.
- [6] Rothgang H, Cacace M, Frisina L, et al. The state and healthcare. Comparing OECD countries[M]. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2010.
- [7] Blank RH, Burau V. Comparative health policy[M]. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2004.
- [8] Roemer M I. Health departments and medical care—a world scanning[J]. *American Journal of Public Health* 1960, 50(2): 154-160.
- [9] Field M G. The concept of the “health system” at the macro-sociological level [J]. *Social Science & Medicine*, 1973, 7(10): 763-785.
- [10] Moran M. Understanding the welfare state: the case of healthcare [J]. *British Journal of Politics and International Relations*, 2000, 2(2): 135-160.
- [11] Lee S L, Chun C B, Lee Y G, et al. The National Health Insurance system as one type of new typology: the case of South Korea and Taiwan [J]. *Health Policy*, 2008, 85(1): 105-113.
- [12] Wendt C, Frisina L, Rothgang H. Healthcare system types: a conceptual framework for comparison [J]. *Social Policy & Administration*, 2009, 43(1): 70-90.
- [13] Böhm K, Schmid A, Götze R, et al. Five types of OECD healthcare systems: empirical results of a deductive classification [J]. *Health Policy*, 2013, 113(3): 258-269.
- [14] Organisation for Economic Cooperation and Development. The reform of health care systems [R]. Paris: OECD, 1994.
- [15] Wendt C. Changing health care system types [J]. *Social Policy & Administration*, 2014, 48(7): 864-882.
- [16] Healy J, Sharman E, Lokuge B. Australia: health system review [J]. *Health Systems in Transition* 2006, 8(5): 1-158.
- [17] Marchildon G P. Canada: health system review [J]. *Health Systems in Transition*, 2013, 15(1): 1-179.
- [18] Saltman R B. Social health insurance in perspective: the challenges of sustaining stability [M] // Saltman R B, Busse R, Figueras J, ed. *Social health insurance systems in Western Europe*. Maidenhead: Open University Press, 2004.
- [19] Greß S, Wasem J. Insurance plans and programs: an overview [M] // Heggenhougen K, ed. *International encyclopedia of public health*. New York: Elsevier, 2008.
- [20] Theurl E. Some aspects of the reform of the health care systems in Austria, Germany and Switzerland [J]. *Healthcare Analysis*, 1999, 7(4): 331-354.
- [21] Marmor T, Oberlander J. The patchwork: health reform, American style [J]. *Social Science & Medicine*, 2011, 72(2): 125-128.
- [22] Organisation for Economic Cooperation and Development. OECD health statistics 2015 [R]. Paris: OECD, 2015.
- [23] Sartori G. Comparing and miscomparing [J]. *Journal of Theoretical Politics*, 1991, 3(3): 243-257.
- [24] Frenk J, Donabedian A. State intervention in medical care: types, trends and variables [J]. *Health Policy and Planning*, 1987, 2(1): 17-31.
- [25] Organisation for Economic Cooperation and Development. Proposal for a taxonomy of health insurance [R]. OECD: Paris, 2004.
- [26] Mossialos E, Dixon A, Figueras J. Funding health care: options for Europe [M]. Buckingham: Open University Press, 2002.

- [27] Hussey P, Anderson G F. A comparison of single-and multi-payer health insurance systems and options for reform [J]. *Health Policy*, 2003, 66(3): 215-228.
- [28] Wendt C. Mapping European healthcare systems: a comparative analysis of financing, service provision and access to healthcare [J]. *Journal of European Social Policy*, 2009, 19(5): 432-445.
- [29] Giaimo S, Manow P. Adapting the welfare state. The case of health care reform in Britain, Germany, and the United States [R]. *Comparative Political Studies*, 1999, 32(8): 967-1000.
- [30] Thomson S, Foubister T, Mossialos E. Financing health care in the European Union. Challenges and policy responses [R]. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, 2009.
- [31] Hurst J W. Reforming health care in seven European nations [J]. *Health Affairs*, 1991, 10(3): 7-21.
- [32] Hsiao W C. Medical savings accounts: lessons from Singapore [J]. *Health Affairs*, 1995, 14(2): 260-266.
- [33] Mossialos E, Thomson S. Voluntary health insurance in the European Union [R]. Copenhagen: World Health Organization, 2004.
- [34] Busse R, Saltman R B, Dubois H F W. Organization and financing of social health insurance systems: current status and recent policy developments [M] // Saltman RB, Busse R, Figueras J, ed. *Social health insurance systems in Western Europe*. Maidenhead: Open University Press, 2004.
- [35] Wilensky H L, Lebeaux CN. *Industrial society and social welfare* [R]. New York: Russell Sage Foundation, 1958.
- [36] Titmuss R M. *Social policy: an introduction* [M]. London: Allen & Unwin, 1974.
- [37] Evans R G. Incomplete vertical integration: the distinctive structure of the health-care industry [M] // Van der Gaag J, Perlman M, ed. *Health, economics, and health economics*. Amsterdam: North-Holland, 1981.
- [38] Reibling N, Wendt C. Gatekeeping and provider choice in OECD healthcare systems [J]. *Current Sociology*, 2012, 60(4): 489-505.
- [39] Robinson J C, Casalino L P. Vertical integration and organizational networks in health care [J]. *Health Affairs* 1996, 15(1): 7-22.
- [40] Londono J L, Frenk J. Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America [J]. *Health Policy*, 1997, 41(1): 1-36.
- [41] Conrad D A, Dowling W L. Vertical integration in health services: theory and managerial implications [J]. *Health Care Management Review*, 1990, 15(4): 9-22.
- [42] Hofmarcher M. Austria: health system review [J]. *Health Systems in Transition*, 2013, 15(7): 1-291.
- [43] Rosen B, Samuel H. Israel: health system review [J]. *Health Systems in Transition*, 2009, 11(2): 1-226.
- [44] Esping-Andersen G. *Social foundations of postindustrial economies* [M]. Oxford: Oxford University Press, 1999.
- [45] Arts W, Gelissen J. Three worlds of welfare capitalism or more? A state-of-the-art report [J]. *Journal of European Social Policy*, 2002, 12(2): 137-158.
- [46] Kasza G. The illusion of welfare 'regimes' [J]. *Journal of Social Policy*, 2002, 31(2): 271-287.
- [47] Burau V, Blank RH. Comparing health policy: an assessment of typologies of health systems [J]. *Journal of Comparative Policy Analysis*, 2006, 8(1): 63-76.
- [48] Reich M, Gordon D, Edwards R. A theory of labor market-segmentation [J]. *American Economic Review*, 1973, 63(2): 359-365.
- [49] Korpi W, Palme J. The paradox of redistribution and strategies of equality: welfare state institutions, inequality, and poverty in western countries [J]. *American Sociological Review*, 1998, 63(5): 661-687.
- [50] US Census Bureau. *Health insurance coverage in the United States: 2014* [R]. Washington, DC: US Government Printing Office, 2015.
- [51] Centers for Medicare & Medicaid Services. *National health expenditures tables*. Baltimore: Office of the Actuary, 2014. Available from: <http://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/NationalHealthExpendData/nationalHealthAccountsHistorical.html>.
- [52] Collier D, Levitsky S. Democracy with adjectives: conceptual innovation in comparative research. *World Politics* 1997, 49(3): 430-451.

[收稿日期:2016-08-05 修回日期:2016-12-10]

(编辑 刘博)