国际视野下中西方医疗保险的比较

20080309 常兴阳

**概况：**

医疗事业作为民生健康的公共基础保障事业，在疾病的预防治疗中占有重要地位，对维护社会和谐、持续稳定发展有很大作用，是社会发展至今各个阶段都必不可少的事业。而医疗保险的存在让更多的民有机会接受原来由于经济压力无法承担的救助和治疗，随着社会、生产、医疗保障事业的进步。各国政府根据自身国情、医疗事业的发展需要和国民生活保障责任给出了不同的医疗服务保险政策。中国的医疗服务保障体系在几十年的试验打磨下逐渐走向成熟，但仍医疗资源分配不均、“看病难”、“看病贵”、“看不好病”的问题仍然存在。下文将尝试描述中、英、美的医疗保险政策并比较异同，希望从中找到普遍的经验和方法间的差异。

**中国：**

中国的医疗保险模式属于社会医疗保险模式，即国家通过立法的形式强制实施的一种医疗保险形式。通过雇主与个人共同缴纳的形式构成社会统筹医保池和个人医保账户，主要由国家医保局来统筹监督医疗保障基金并给予一定的补贴，参保者及其家属因疾病需要获得必须医疗服务时，由社会医疗保险机构提供医疗服务和物质帮助。

一般分为面向有工作居民的城镇职工医疗保险和面向无工作居民的城乡居民基本医疗保险。前者可在连续缴纳一定年数后额外终身享受保障范围内的优惠待遇，有较高的保障程度，后者仅保缴纳的年份享受优惠待遇，保障程度较低。

为解决历史市场化改革留下的一些问题，中国的目前的医改加大了对医院的财政支出，向基本药物制度转型，力图改变目前国内医院大部分盈利于医疗服务收益的情形；通过约谈药企降低药价并纳入医保降低医保、患者压力。面对纷繁复杂的机构侧重核心相异、医院结构模糊的问题，仍需有效的方针推动改革。

**英国：**

英国的医疗保险模式属于国家医疗保险模式，即免费型或福利型医疗保险，国家通过财政拨款，作为医疗保险基金的主要来源，以保障本国居民获得医疗保健服务的一种健康保障模式。国民医疗服务体系是英国主要的医疗服务提供者，它已经发展成为世界上最大的医疗系统之一。

在英国的就诊流程中，基层全科医生、医院和专科医院构成了严格顺序的“三级结构”，全科医生需经过严格规范的培训才能获资上岗，高水准的基础医师系统使基层医生用极少的医疗经费解决了极大多数的医疗服务。医药分家避免了“以药养医”的机制。

英国的“新医改”重点放在了患者中心、精简行政中心程序、以药效控降药价方面上。核心是转变政府职能，引入市场竞争机制。“新医改”促进公共服务提供者间平等竞争，服务提供者和购买者分离，下放权力，以解决曾经市场失灵难以满足居民不断增长的医疗服务需求、药物自由定价导致患者医保难以承受等问题。

**美国：**

美国的医疗保险模式属于商业性医疗保险模式，是由保险公司承办的、以营利为目的的一种医疗保险形式。根据所有制形式分为营利性和非营利性两类医院。营利性医院属于个人或企业投资，盈利与质量共赢，费用通常较为高昂，需通过购买保险公司的产品；非盈利医院由慈善机构或政府投入，经营效率低于前者，仅为老人等特殊身份的人提供救助，且医疗水平较低，但费用低。

美国的医疗资源丰富，但地理分布不均衡，作为一个完全自由的高度市场经济国家，其医疗服务和经营方式呈现多元化和多样性，但同时导致了医保费用持续上涨，医疗费用不断攀升，美国医疗产业的覆盖率持续下降，特别是对于中低收入群体。其医疗卫生资源的贫困被人做医疗体制的反面教材。

奥巴马执政期间的“新医改”遭到政治、经济、社会各方面利益集团的严峻挑战，其内容主要为扩大医保覆盖面，倡导政府干预主义，利用财政杠杆平衡医疗资源。

**分析：**

综合了解上述中、英、美三国的医疗保障政策及发展过程，不难发现，医疗保障作为一个复杂的基本社会福利事业，单靠政府或市场解决都是难以全覆盖维系的。为了公共卫生保障的全面普及，即使如美国高度市场经济国家也需要政府的对市场的涉入才能完成。由于医疗保障具有的外部性，任由市场发展则会导致保障偏袒，有失社会公正，发生市场失灵；由于医疗事业的不断发展和高财政消耗，全交由政府掌管对于其发展缺乏活力，且会为政府带来巨大的财政压力，不利于长远发展。

所以，我认为，医疗保障中政府与市场的调节结合处理为各个国家在此事业上的普遍经验，即为一“同“；”治疗已病导向“向”预防未病导向“的趋势是医疗保障发展方向的另一”同“普遍共识，民众不断增长的医疗服务需求对于各个国家的财政都是压力，在不降低原有保障质量前提下合理运用资金，节约不必要的支出是重点需要解决的问题。

当然，他国的经验不能照搬，和史前的经验不能照搬一样，脱离国情基础的改革只会雪上加霜。与”小政府“的市场化国家美国相比，我国作为社会主义市场经济国家，政府承担公共医疗服务是社会主义性质的规定，故美国需政府的介入用于解决市场失灵，管控下竞争，中国需市场合理机制引入解决政府失灵效率低的问题；由于人口体量基数和现有医疗结构的差异，中外的政策制定和落实有着不一样的偏好差异和难度：行政机构的结构会影响政策执行的效率，中国基层强能力医护人员的缺失使患者趋于向强能力医护人员聚集的地区求医导致基层资源浪费；机制的不一决定了是盈利为中心的过度医疗还是患者中心的高质量医疗。此些均是国情特殊性导致的差异，提示我们需再多思考。

综合上述异同分析，我认为，中国的医疗保障应着重于落实以下几方面：首先，应端正医疗服务领域的目标，让更多的民众享受到高效平等的医疗服务，而不应成为赚取私利的工具，保持大多医院为国有，加强政府对医护人员的监督规范。为实现此方面，应尝试通过改革立法改变医院收入构成，尽量让医护人员收入与服务质量挂钩，与患者消费额脱钩，避免医护人员的趋利性，同时保障医护人员的利益，才能平滑过渡。其次，为解决执行效率低、资源浪费、繁复的医院行政结构问题，政府一手包揽下场执行或许并不是最佳的方案，此时应发挥市场资源配置的优化作用，在政府提供的公平竞争环境下消化解决运营问题，向监督者转型。再次，完善医疗保障制度常态规范化，让高质量的全科医生分散到基层社会中，降低大医院负担累累地方诊所缺门可罗雀的情况，实现资源合理利用，让弱势群体仍然能享受到长期稳定的医疗服务。最后，新改革应先局部试点，根据探索实践中的现象再做完善，因地制宜，避免法律推出不善扼杀市场活力。

本人学识浅短，本文所述观点浅显不足，思维大条缺乏严谨，有不结合实际的情况。望您见谅。