

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

王虎峰

内容提要: 文章通过梳理有关文献并基于对若干国家社会医疗保险统筹层次发展演变规律的分析,首次提出了提高统筹层次的“两代模式”的观点:即第一代提高统筹层次的模式为“单纯统收统支”;第二代提高统筹层次的模式为“基于风险管理与评估进行统收统支”,继而采取这两种模式的典型国家分别进行了案例分析,描述了其运行机理及本质区别。结合中国国情,文章提出我国应该选择第二代提高统筹层次模式的政策建议。

关键词: 社会医疗保险 统筹层次 国际经验

医疗保障制度已经是当今国际社会的普遍选择,统筹层次问题是制度发展完善中的一个重大问题。本文将考察实行社会医疗保险的国家社会统筹层次演变的历史轨迹以及发展的基本趋势,分析它们提高统筹层次的基本路径,并探讨中国提升统筹层次的模式选择。

一、社会医疗保险统筹层次概念溯源及文献综述

“统筹”一词在我国最早源自“文革”后成立的社保基金统筹办公室这一机构名称,原本指劳动保险制度基金的统筹管理,后来被沿用到各社会保险项目的基金共济。在国际上,相对应的英文术语为“pooling”,是基金风险池的概念。统筹层次是指统筹的层级和覆盖人群的规模,一般以各国的相应行政管理层级为参照^①。社会医疗保险统筹层次这个概念也可以理解为在多大程度和范围对参保人分散风险、基金共济以及提供相关服务。

Peter C. Smitha和 Sophie N. Witterb(2004)通过建立四种风险池模型并进行对比研究,发现小的碎片化的风险分散池不利于卫生系统的发展,认为最优的风险分散池应该是一种尽量集中化的风险池设计。韩国全国医疗保险工团(2001)的研究报告认为韩国原有的体制由于碎片化而导致公平性不足和管理费用过高,这些问题必须通过提高统筹层次予以解决。但 K. K. Fung(1998)则从管理角度出发对此持反对意见,认为中央层面的风险分散池以及中央层面的第三方支付机制会由于信息不完全而导致效率损失,因此不主张建立过高层级的第三方

作者简介:王虎峰,中国人民大学医改研究中心主任,中国人民大学公共管理学院副教授。

本文得到中国人民大学“211工程”项目资助。

① 一些国家(地区)的社会医疗保险统筹并不按照行政区划和层级进行统筹管理,如美国的 Medicaid和 Medicare在管理服务上并不按照行政区划来进行,而是重新划分服务区域。我国台湾地区的二代全民健保计划也拟按照跨行政区划的模式进行改革。

支付机制。

在提高统筹层次的方式上,传统的统收统支方式的效果尚存在争议。金渊明(2009)从提高行政管理效率和行政简便性以及成本角度认为中央统支统收是一种合理的模式。Jong-Chan Lee(2002)则从医疗费用的快速上涨角度,质疑这种改革的成功性。

建立在风险管理与评估机制之上的统筹机制是研究的一个新趋势,并在理论界取得高度认同。Erk M. Van Bamevelde和 Leila M. Lamers(1998)认为,通过风险管理与评估机制提高统筹层次可以促进强制医疗保险市场的竞争,减少逆选择动机,提高效率和公平性。René C. J.A. van Vliet(2000)则通过统计分析的方法验证了这个理论的有效性。Kuszewski K. 和 Gericke C. (2005)在研究波兰卫生体制改革时发现改革前的医疗保险机构分散化运行带来了医疗保险待遇不平等等一系列问题,并认为波兰通过这种新方式来提高统筹层次缓解了这一问题。Lisac和 Melanie(2006)提到,德国需要通过对医疗保险市场结构进行改革,建立风险管理与评估机制的办法,来提高医疗保险基金统筹层次,进而提高医疗卫生系统的公平和效率。Elias Mossiahs, Anna Dixon, Josep Figueras和 Joe Kutzin(2006)则从国际趋势角度,认为欧洲实行社会医疗保险国家改革的一个重点就是通过建立风险管理与评估机制来重新分配医疗保险筹资资源,以提高统筹层次,提升医疗系统的公平和效率。吕建德(2009)指出,中国台湾地区现行的统收统支的全民健保体制存在效率不足的问题,未来的发展方向是借鉴欧洲的风险管理与评估机制,进行进一步改革。

中国大陆学者多集中研究社会保险统筹层次,而鲜有研究社会医疗保险统筹层次的文献。综上所述,多数学者认为提高统筹层次可以增强医疗保险待遇公平性,提高效率,降低管理成本,但是也有学者认为由于统筹层次提高,可能导致财政负担过重,管理无效率的情况。本文认为,在国际上最新的社会医疗保险统筹模式中,由于新的风险管理与评估机制的引入,无论是在理论上,还是实践上,都对基于这种模式的统筹层次提高给以积极评价。这在理论和实践上都是对原有传统模式的创新。

二、国际上社会医疗保险统筹层次演变轨迹和发展趋势

社会医疗保险作为世界上诸多国家的选择,已经经历了一百多年的发展历程。随着制度的发展,社会医疗保险统筹层次也发生了很大的变化,从历史发展看,大致可以分为三个阶段:

第一个阶段(从中世纪末期到1883年)是社会医疗保险统筹的初级阶段。行会组织和自发互助基金提供医疗保障,行会和互助基金的风险分散池多局限于一个城市中的某个行业,从医疗保险统筹的角度考察,实质上是一种统筹范围极小,风险分散能力有限的地区统筹或行业统筹。

第二个阶段(从1883年到1948年)是以行业统筹为主的阶段。这一时期,以德国俾斯麦政府1881年颁布的《疾病社会保险法》为标志,掀起了社会医疗保险制度建立的高潮。奥地利(1887/1888年)、丹麦(1892年)、比利时(1894年)、瑞士(1911年)、法国(1930年)等相继建立了社会医疗保险制度。这一时期内,医疗保险覆盖范围不断扩大,行业性和地域性医疗保险基金快速发展,公务部门和正规就业部门几乎全面覆盖。以行业统筹发展为先导,部分国家医疗保险突破地域性分割,走向全国行业性统筹。这种统筹层次提高是一种统收统支范围的提升。

第三个阶段(1948年至今)是通过重组和变革快速提升统筹层次的阶段。“二战”后,英国建立了全民免费医疗的模式(NHS),由此进入多种保障模式并存的时期。这一时期,实行社会医疗保险的发达国家都达到全民覆盖或接近全民覆盖的状态。但是,这种全民覆盖与大量独立医疗保险基金并存导致了一系列问题,如医疗保险基金进行逆选择造成“无保障人群”的出现;大量基金破产,政府承担最终责任;医疗待遇不公平等。各国应对挑战的思路就是提高统筹层次,打通不同医疗保险基金的基金池,实现更大范围的风险互济。但是,各国提高统筹层次的方式各异,一些国家采取传统的提高统收统支层级的方式提升统筹层次,一些国家则将统收统支与风险管理与评估机制结合起来提高统筹层次(风险管理与评估模式,即通过风险管理与评估机制来实现医疗保险基金间的调剂与支出管理),而另一些国家则转而实行全民免费医疗或国家医疗保险的模式^①。

进入21世纪以来,实行社会医疗保险的国家和地区在社会医疗保险统筹层次方面又进行了一些变革,呈现以下几个趋势:

第一,单纯提升统筹层次遇到新的问题并酝酿转变。部分国家通过统收统支模式提高社会医疗保险统筹层次,即原有社会医疗保险体系中所有的医疗保险基金合并为一个全国性医疗保险基金,实现全国风险池的合并,管理权完全由该医疗保险基金掌握,原有基金经办机构解散或融入新的体系,如韩国和中国台湾地区。但是,这种统收统支的模式已经出现松动,部分地区开始计划转向风险管理与评估模式。如中国台湾地区的二代健保计划中拟实施的管理式照护组织(Managed Care Organizations MCOs)设计,实质上就是一种典型的风险管理与评估模式的应用。

第二,采用风险管理与评估机制,提升统筹层次。德国、荷兰、比利时、卢森堡等国采用扩大风险管理与评估机制再分配资金的比重,部分国家实质上达到了全国统一风险池的100%再分配的情况,实现了一种新结构的全国统筹。如捷克从2003年的40%升至85%再到2009年的100%资金再分配,德国也在2009年实现了100%的医疗保险筹资再分配。

第三,风险管理与评估机制管理方法不断创新。以往风险管理与评估主要依据国家数据库的历史数据产生的数个指标来确定医疗费用预算,如年龄、性别、收入来源和城市化等指标,对支出的预测性、精确性较低。最近更为科学的费用预测方法不断被引入,现已有药品费用分组标准(Pharmaceutical Cost Groups PCG)、诊断费用分组标准(Diagnostic Cost Groups DCG)两个新的方式被引入。如荷兰,在2002年引入PCG方式,2004年引入DCG方式作为医疗保险筹资再分配标准。

通过文献研究和历史回顾,笔者发现,在提升统筹层次方面可以归纳为两种基本模式,一种是单纯提升统筹层次,在更高的层面实行统收统支,笔者将之称为传统模式或第一代提高统筹层次的模式,典型的代表为韩国和中国台湾;另一种是在实行风险管理与评估的基础上提升统筹模式,这有效地避免了传统模式带来的弊端,笔者称之为第二代提高统筹层次的模式,典型代表国家有德国、法国、瑞士、荷兰等。笔者将这种分类方法简称概括为“两代模式”,以下

^① 爱尔兰(1978年)、意大利(1978年)、葡萄牙(1979年)、希腊(1983年)、西班牙(1986年)等国放弃社会医疗保险制度转向国家卫生服务体系,即财政预算资金,实行免费医疗。芬兰(1972年)等国则转而实行国家医疗保险,筹集资金主要为一般税收,全民享受免费和较少比例的自付费医疗服务。

对采取“两代模式”的典型国家分别进行分析和研究。

三、典型国家(地区)提高统筹层次的模式和路径

第一代模式和第二代模式提升统筹层次的理论基础不同,管理方式不同,发展路径也不同。两者都可以有部分统收统支(即调剂金)和全部统收统支(即100%调剂)两种表现形式,但其工作机理是不同的,以下分别进行论述。

(一)第一代提高统筹层次的模式:单纯统收统支

单纯统收统支模式指原本实行行业和地区性统筹的国家或地区,将社会医疗保险体系中原有的多个医疗保险基金合并为一个全国或全地区性的医疗保险基金,同时将各项管理权完全转由全国医疗保险基金掌握,原有各个基金的独立性取消,经办机构解散或融入新的体系,仅作为一个分支机构存在(见图1)。近年来采用这种方式的典型代表是韩国和中国台湾地区。

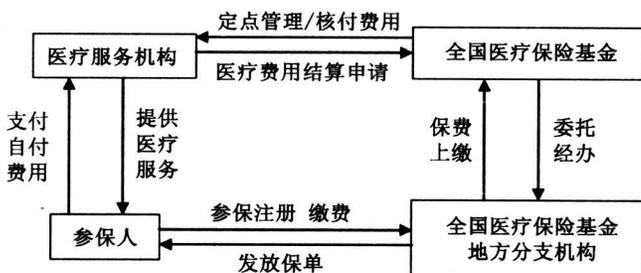


图1 第一代模式运行机制示意图

通过单纯的统收统支模式提高统筹层次的国家或地区,从改革背景上看,存在以下共性:第一,改革前原有医疗保险体系中分散的基金池管理费用偏高。以韩国为例,1997年保险工团管理成本占保险总费用的8.5%,个别达15.6%;第二,各个基金筹资情况不统一,待遇不公平;第三,过于分散的基金结构,使基金难以履行有效控制费用、提高效率的第三方的职责;第四,行政上集权,有可能通过行政命令强力推行。

在改革的过程中,实行单纯统收统支模式提升统筹层次往往遭遇较大阻力,因为这种改革往往依靠行政命令进行利益的重新分配,部分人群利益受损,必然抵制改革。例如,1998年韩国政府尝试将227个自雇者保险工团和公立部门雇员保险工团(KMIC)合并为全国医疗保险工团(NHIC)时,即遭遇巨大阻力,使改革延迟两年实现。中国台湾地区1995年改革时也遭遇相同情况,但由于当时行政的强势,改革得以推行。

在这种模式下,一般是通过以下方式来实现目标:

第一,新建的全国医疗保险基金作为唯一保险人。新设立的全国医疗保险基金行使全国范围内社会医疗保险事务的管理职权,承担全国范围内社会医疗保险费用的筹集、管理和给付责任。

第二,整合旧有社会医疗保险基金作为新的全国医疗保险基金的分支机构。这种机制下将原有的各行业保险基金经办机构予以整合,按照各地区经办需求精简机构和工作人员,按各地区业务需求重新分配,以降低管理成本,提高效率。

第三,系统运行模式发生转变。在新的系统中,国家医疗保险仅负责制定相应医疗保险的各种标准及选定签约医疗服务机构,其分支机构负责医疗保险筹资。参保人到当地的分支机构进行参保登记和缴费,所缴费(税)直接进入全国医疗保险基金的基金池中,被保险人遭遇疾病风险后,到相应医疗机构就医,个人只需交纳自付部分,其余医疗费用由全国医疗保险基金与医疗服务机构进行结算。

从运行效果上看,这种模式进一步保障了国民的基本医疗权和平等权,解决了待遇不一的问题,也通过医疗经办机构的整合,精简人员和简化工作流程,行政管理费用得以节约,并强化了第三方职责。但是,这种机制却带来了新的问题。首先,医疗费用高速增长,以韩国为例,改革后的医疗费用以每年23%的速度增长,医疗卫生支出占GDP的比重从1997年的3.9%激增至2005年的6.0%;其次,保费筹资额不足且能力下降,自付比例上升,国民就医出现困难。医疗保险体系对医疗服务市场控制能力有限,即使整合多个医疗保险基金,提高了第三方谈判能力,但是由于集中管理引致的信息不对称,造成医疗服务供给和消费过快“双增长”。究其原因,在于通过单纯统收统支模式提高医疗保险统筹层次,在统筹层次提高的同时,加剧了中央与分支机构以及医疗服务供给机构间的信息不对称,造成分支机构筹资动机下降,筹资能力不足;中央对定点医疗机构距离增加,监管成本上升,监管不足,在基金统筹向上集中的同时,支出风险也大面积积聚。虽然整合第三方资源名义上加强了医疗保险第三方的谈判能力,但实际上由于信息不对称,实际支出控制能力反而下降了。

(二)第二代提高统筹层次的模式:基于风险管理与评估进行统收统支

第二代模式,指原本实行行业和地区性统筹的国家或地区,建立一个中央层面的医疗保险基金筹资再分配机构,在风险管理和评估的基础上,对部分或全部保费收入实行再分配,达到合并全国或地区风险分散池,同时有效控制支出风险的目的(见图2)。发达国家多采用这种方式提高统筹层次,典型代表有德国、法国、瑞士、荷兰、奥地利、捷克、比利时、斯洛伐克、卢森堡等国。

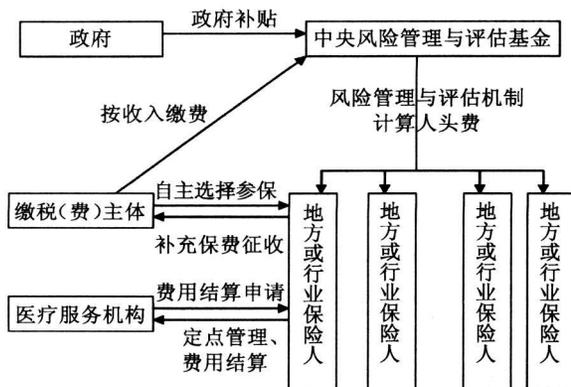


图2 第二代模式运行机制示意图

通过风险管理与评估模式提高统筹层次的国家,从改革背景上看,存在以下共性:第一,原有分散化的医疗保险市场结构造成不同医疗保险基金间筹资比例和待遇差异极大,公平性不佳,这是改革的主要原因;第二,分散式非公有的医疗保险市场机构,基金易产生自保压力,具

体表现为保险机构进行逆选择,造成“无保障人数”上升;第三,部分基金存在大量结余,部分基金存在亏损,医疗保险基金使用效率偏低;第四,个体医疗保险基金作为第三方谈判能力有限,约束供给方的能力差;第五,地区发展不平衡,平均疾病风险水平不同,费率畸高畸低,影响了地区经济发展。

通过第二代模式提高统筹层次,一般通过以下方式来实现目标:

第一,建立全国(中央)风险管理与评估基金。该基金负责对部分或全部社会医疗保险的保费进行事前再分配。这种分配依据参保人的风险程度预测估计每个人一定期限内需使用的医疗费用,并将这笔费用拨入为该人提供医疗保险的基金。每个基金的拨款总量由其覆盖人群的相应人头费汇总而成。

第二,原有基金仍为独立法人。在这种模式下,医疗保险基金市场机构并未改变,各地区性或行业性医疗保险基金仅仅将部分或全部筹资权交由全国(中央)风险管理与评估基金,但是仍保有其他各项权利,并独立承担责任。

第三,筹资渠道和资金运行途径往往会发生转变。在这种模式下,医疗保险的部分甚至全部筹资权多从各个医疗保险基金转向相应的税务机关承担。全部或部分保费上缴到国家风险管理与评估基金;再由该基金按照科学设定的计算方式,借助信息系统和数据库计算各个基金所覆盖群体中的每个人的个人风险程度,并以此核定人头费数额,并将相应的人头费拨付给保障该人的疾病基金,这是事前的风险管理与评估过程;由于疾病风险具有不确定性,各个医疗保险基金在其医疗费用支出超出国家平均基金预测值时,允许基金向其被保险人征收部分保费以弥补超出部分费用,这种机制可以看作是对基金超支的弥补,同时,也是对该地区费用控制不力的惩罚和制约。

第四,采取渐进式改革。改革最初,各基金只上缴较低比例的保费收入,如10%的调剂金,而随着时间的推移,各基金上缴的保费收入比例不断提高,部分国家已经达到100%的资金再分配。

从运行效果上看,这种模式实现了国民医疗待遇的公平;同时,赋予个人自主选择医疗保险基金的权利,防止地方机构对医疗服务市场监管动机的下降;通过将医疗保险筹资责任部分或全部转由税务部门进行,防止了统筹层次上升带来的医疗基金筹资动机的下降。此外,还解决了原有的医疗保险基金可能逆选择的问题;也实现了医疗费用的科学分配,提高了医疗保险体系的效率。该模式的不足主要有:资金预测方式科学性有待提高,依旧存在部分基金支出超出预测值的情况,当然这一情况比未实现风险管理与评估机制时较低。从整体运行效果来看,优于第一代模式。

四、借鉴和提高——中国医疗保险提高统筹层次的模式选择

我国2009年出台的医改方案提出通过“城镇职工医疗保险、城镇居民医疗保险和农村新型合作医疗”三个项目覆盖全民,到2020年将实现全覆盖。与全民医保目标构成巨大反差的是,我国社会医疗保险统筹层次相当低下:由于经济发展不平衡,在启动医疗保险项目时,受地方分散决策,财政“分灶吃饭”,以及人事问题、管理权限和结余资金等问题的影响,医保基金的“碎片化”严重。仅城镇职工基本医疗保险约有2600多个统筹单位。这几个保险项目统筹层次存在着实施过程中“就低不就高”或者“起点低”的问题,统筹层次多数在县一级,少数在

地市一级,个别大城市全市统筹。现行统筹层次低下的状况,已经构成了实现全面医保的障碍,并带来了一些突出问题:划小单元的统筹方式催生了大量的异地就医需求;不同统筹地区医疗保险政策差异大,异地就医报销困难;转移接续困难,尤以进城务工农民最为突出;基金结余难以调控,多头开发计算机系统成本较大等。

党的十六届三中全会提出了“五个统筹”的原则,十六届六中全会专门提到了“统筹城乡社会保障”的问题。提高统筹层次是未来统筹城乡社会保障的必由之路,同时,也必将有力地促进医疗保障的公平,有利于劳动力的流动和转移,提高基金分散风险能力,提高管理水平。根据我国现实条件,借鉴国际经验,提出提升我国社会医疗保险统筹层次的政策建议如下(见图3):

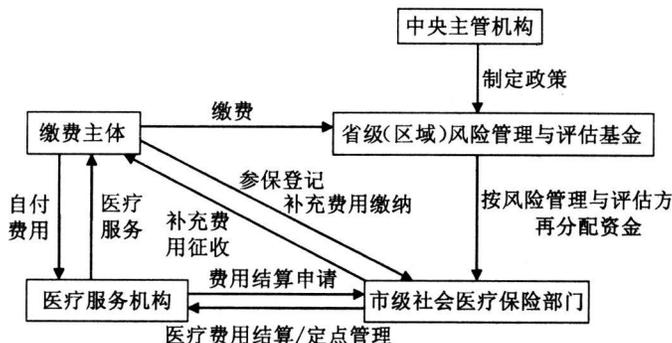


图3 采取新模式提高统筹层次运行机制示意图

第一,建议借鉴和采用第二代统筹模式来提升统筹层次。第一代模式的特点是基金统收统支单元提升后,风险也随之积聚,导致管理无效率,基金支出增加,财政负担加重,最终基金收不抵支。而第二代模式的先进之处在于统收统支单元提升后,风险控制和管理依然能落在基层。根据我国现实条件,特别是在现有财政、人事管理体制下,只有这种模式才能在提高统筹层次后,不至于出现大面积的风险过度积聚现象,实现社会医疗保险事业的可持续发展。

第二,根据我国现实条件,简化第二代统筹模式的操作办法,并逐步增强其管理的科学性。由于我国社会医疗保险体系信息化程度不高,各种信息的共享和处理能力不足,所以应采用由简入繁的方式引入风险管理和评估机制模式提高统筹层次。在初期可以考虑在各省资金再分配中采取普查数据中的社会人口学指标作为基础的风险管理和评估指标,如年龄、性别、职业等。随着社会医疗保险信息系统的进一步发展,可逐步引入更多的源自临床医学经验和基于健康数据库的风险管理和评估指标。在基金的调剂比例上,可以先将10%的保险费用纳入风险管理与评估,以后逐步提高资金调剂比例,直至达到100%。

第三,合理确定费率、统筹层级和管理权限。考虑到地区经济发展的不平衡,国家在总体基金收支测算的基础上,先提出指导各省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。费用征收可以由各地市社会医疗保险经办机构或者税务部门代征并按一定比例上缴省级社会医疗保险经办机构。

在管理权限上,省级社会医疗保险风险管理和评估机构承担全省缴费比率的制定和医疗

保险筹资再分配的功能,但并不承担连带财务责任;地市级机构承担社会医疗保险缴费筹资外的缺口弥补责任,这包括两种情况:一是征缴率偏低导致的计划征缴额缺口;二是基金控制不力,相应地区医疗保险基金出现赤字。若出现这两种情况,则由该地市承担相应财务责任,负责进行二次筹资(通过提高该地征缴费率或者财政补助等方式筹资),自行弥补基金的亏空,以建立对地方的约束机制并化解整体基金的风险。

第四,根据我国地区梯度发展态势,可以考虑允许实行区域性的统筹,打破地方行政区划界限,提高社会化管理水平。由于我国部分地区存在明显的经济区域化倾向,如珠三角、长三角和环渤海地区等,这些区域内经济依赖程度高,经济水平接近,人员流动频繁,具有实行跨省区域性统筹的基础条件和现实需求,可以考虑打破地区行政区划界限,实行区域性社会医疗保险统筹,提高社会化管理水平。这是我国实现全国统筹的一个过渡,应该给予政策鼓励并率先实施。

参考文献:

邓建胜, 2004“我国城市化率达 44.9%”,《人民日报》, 2008-11-17。

何广胜、刘义平, 2008“建立异地就医一体化协管机制”,载《医疗保险异地就医服务管理区域协作论坛论文集》,长沙。

金渊明, 2009“关于国民健康保险公团统合征收社会保险费的意义和局限”,载《第五届社会保障国际论坛论文集》,北京:中国人民大学。

吕建德, 2009“台湾全民健保体制改革刍议:以结构的多元主义为中心的思考”,载《第五届社会保障国际论坛论文集》,北京:中国人民大学。

Bameveld Erik M. van, Leila M. Laners René C. J. A. van Vliet and Wynand P. M. M. van de Ven, 1998. “Mandatory Pooling as a Supplement to Risk-adjusted Capitation Payments in a Competitive Health Insurance Market” *Journal of Social Science & Medicine*. 1998: 223—32.

Fung K. K., 1998. “Decentralizing Tragic Choices Pooling Health Risks with Health Unions.” *American Journal of Economics and Sociology*. 1998: 71—94.

Kuszewski K., Gericke C., 2005. *Health Systems in Transition: Poland*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on Behalf of the European.

Lisaç Melaniç 2006. *Health Care Reform in Germany: Not the Big Bang*. Berlin: Bertelsmann Stiftung Gütersloh.

Mossialos Elias, Anna Dixon, Josep Figueras and Joe Kutzin, 2002. *Funding Health Care Options for Europe*. Buckingham, Philadelphia: Open University Press.

Smitha Peter C., Sophie N. Witter, 2004. *Risk Pooling in Health Care Financing: The Implications for Health System Performance*. Washington DC: The International Bank for Reconstruction and Development.

Vliet René C. J. A. van, 2000. “A Statistical Analysis of Mandatory Pooling across Health Insurers” *Journal of Risk and Insurance*. 2000: 197—217.

(责任编辑:王燕燕)