

亚洲全民医保的困境

译者：张赏斌，卿欣，秦雨达

在过去的二十年中，亚洲的大部分政府都在实现全民医保的过程中取得了长足的进步。不管是印度、印度尼西亚等中低收入国家，还是新加坡、韩国等高收入经济体，医保都成为了地区政策改革的重点。

这些努力带来了医疗成果的改善，为人们提供了获得医疗服务的更好渠道，更重要的是降低了医保的自付支出。医保中的自付支出，即个人在获得医疗服务时必须支付（没有报销）的金额，是衡量医疗系统所提供的财务保护的一个指标。高昂的自付支出会降低人们获得所需医疗服务的机会，并在某些情况下使弱势家庭陷入贫困，或迫使家庭通过借贷或变卖资产来支付医疗费用。例如，在过去二十年里，中国和新加坡已经将医保方面的自付费用比例减少了50%以上，泰国则从30%降至10%以下。印度在降低孕产妇死亡率方面也取得了类似的成果，有望到2030年实现联合国可持续发展目标。

尽管有了以上进展，亚洲国家在维持全民医保上仍需面对一些挑战：医保成本迅速攀升、公共卫生系统不堪重负、现有医保基础设施捉襟见肘、以及医疗供应链支离破碎等。其中的有些问题在全球新冠疫情期间变得更加棘手。

美国前总统唐纳德·特朗普曾说过“没人知道医保是这么复杂”，这句著名妙语与世界各国政府面对医保改革的挫败感相呼应。医保改革要求各国政府驾驭和管理以下几方面的挑战：

- 拥有充足的资源；
- 正确制定政策；
- 在现有机构内开展工作；
- 应对根深蒂固且相互竞争的利益关系；
- 实施医保改革。

政府需要同时应对这些挑战，这一点很重要。这反过来又要求公共机构对卫生系统有一个全面的了解，并掌握适当的工具，以便在争议最大的政策领域之一 - 医保领域 - 进行干预并实施改革。正因如此，医疗改革就好比是摠下葫芦起了瓢：当你解决了医疗系统中某方面的问题，它就会暴露另一方面的问题。

尽管存在这些挑战，但我对亚洲实现全民医保的前景并不悲观。在过去的十年中，人们对该领域政策的关注与日俱增，而这次全球疫情重新揭示了拥有强大而有韧性的卫生系统的重要性。在当代政策的辩论中，人们认识到像新冠疫情这样的公共医疗危机对卫生系统的影响不可能是一次性的，而拥有全民医保的国家更有能力应对此类危机。然而，实现全民医保是一项复杂的政策任务。

我的核心论点是：实现和维持全民医保需要解决以下四项具体的挑战，而每项挑战又需不同的决策能力。

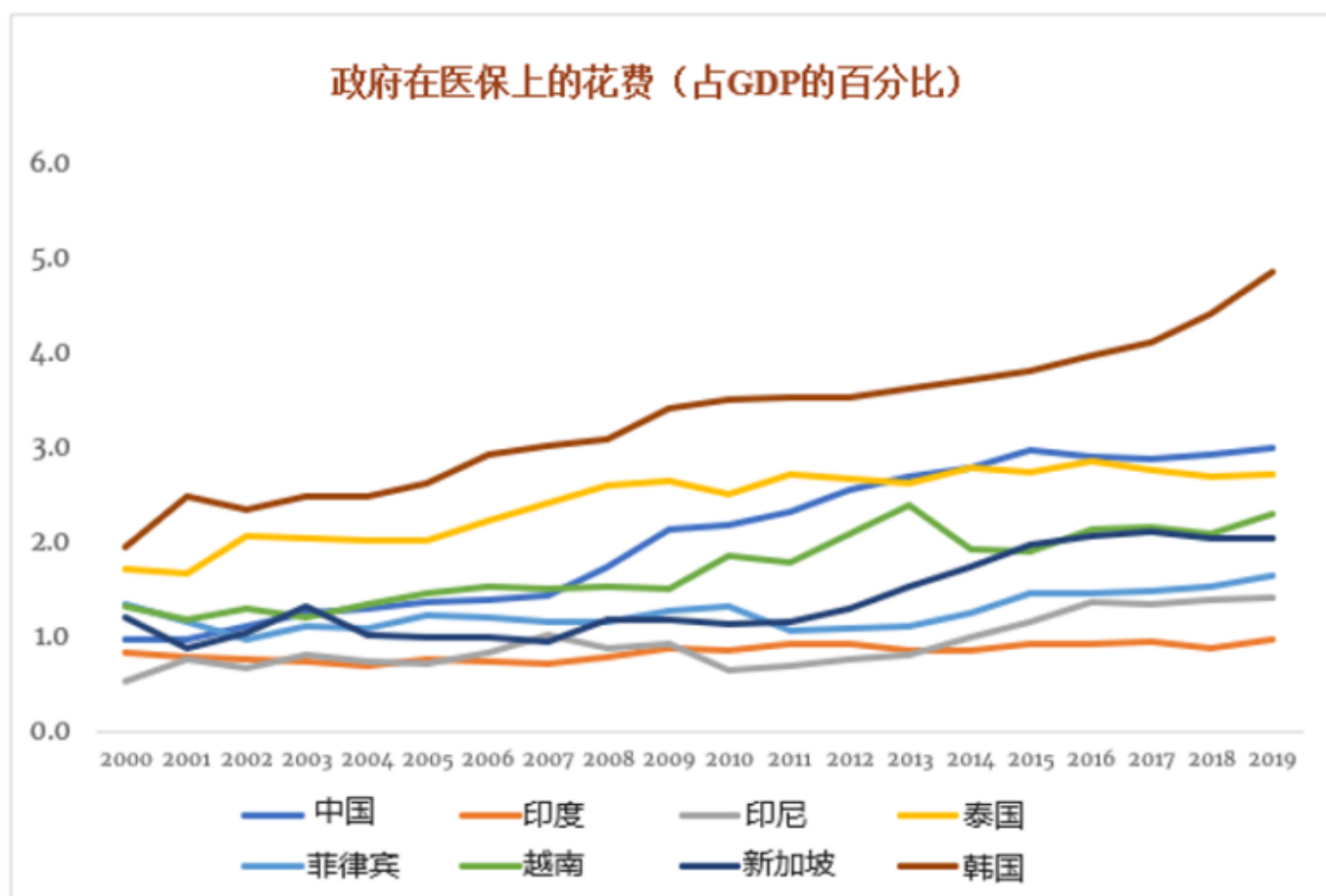
资源分配

第一个政策挑战是在财政能力衰退的情况下给予医保领域充足的资源，以及如何在医保体系中分配这些资源。实现全民医保需要保证不同级别的公共开支，但只有极少数国家的政府能够做到这一点。地区的大多数中低收入国家（如印度、印度尼西亚、菲律宾和越南等国家）的医保公共开支在过去 20 年间一直徘徊在 GDP 的 1%-2% 之间。这些支出大部分用于经常性开支，因此留给诸如公共卫生或传染病管理计划等优先事项方面的投资空间有限。由于过去几十年的政策忽视或着力依赖市场在医保中的作用，地区大多数国家已开始依赖私营部门为医保提供资金。这种私人融资大多没有足够的风险分担机制（例如保险计划），而且由家庭通过自付方式直接支付。在某些情况下，这对重病患者产生了有害影响，包括使弱势家庭致贫。

要克服对私人融资的持续依赖，各国政府就必须增加医疗保健方面的公共开支，而地区的许多国家已经开始行动：新加坡在过去十年中大幅增加了医疗开支。目前，新加坡的医保开支约占 GDP 的 6%，其中公共资金投入占比约一半 - 远超 21 世纪初仅占 3% 的比例。中国是另一个例子。虽然医疗卫生总支出没有发生重大变化（约占 GDP 的 5%），但目前医保的公共支出约占一半 - 与 21 世纪的第一个十年的 20% 相比有了大幅增长。但是，其他许多国家发现履行承诺面临挑战。例如，将印度的旗舰全民医保项目扩大，覆盖到尚未受惠的 60% 国民的计划目前正面临财政困难。类似的是，虽然印度尼西亚已宣布取消针对不同参保人的差别补贴，但该计划并不包括药品，而药品是自付支出花费的主要部分。

此外，全球新冠疫情改变了公共支出的分配。各国政府理所当然地将支出重点放在加强公共卫生系统、实现疫苗接种和大流行病防范目标上。世界银行最近的一份报告虽然强调了在许多低收入和中低收入国家中医保的公共支出水平在各个级别上有所提高，但在财政空间缩小和经济增长乏力的情况下，这种情况不太可能持续下去。

政府在医保上的花费（占GDP的百分比）



来源：世界发展指标 注：医疗支出的可比数据有三年的滞后。

政策设计

第二个挑战是如何“正确”设计政策，支持全民医保计划。从本质上说，实现全民医保要求政府实现那些不易协调的目标。政府需要设计一个公民可普遍获得医疗服务的医疗系统，并确保医疗服务提供者能以社会能够承受的成本回应患者的需求。这个任务极具挑战，因为不同的利益相关方对这些目标的优先考虑级别各有不同。政府和第三方支付者（如保险公司）理所当然地关注降低医疗成本。患者和医疗服务提供者则优先考虑医疗服务的响应速度、护理的即时性和护理质量，但不愿意承担成本。这些相互竞争的偏好很难得到调和。

我们以支付医疗服务提供者的费用这样一个相对直接的问题为例。对于不同类型的医疗服务，政府采用的支付方式包括按服务收费（医疗服务提供者为其提供的每项服务收取费用）、按人头收费（医疗服务提供者为其治疗的每个人收取固定金额）、按诊断分组收费（医疗服务提供者根据病人的症状和诊断收取固定金额）和整笔拨款（政府一次性拨款）。每种收费方式为控制医疗成本和回应患者需求提供了根本不同的动力。因此，要实现控制医疗成本和回应患者需求这两个目标，政府需要使用不同类型的支付方式，并确保这些不同类型的支付方式协同工作。

要做到这一点也并非易事 – 这不仅需要能够获得有关医疗费用、人口和流行病学参数等方

面的分类数据，还需要有具备使用这些数据并为政策建言献策的专业人士。这是一项艰巨的政策要求，有限的资源是帮不上忙的。例如，覆盖了 4000 万受益人的美国的医疗保险 [Medicare] 是由 6000 名具有卫生管理专业知识的工作人员负责管理的。相比之下，印度有着 2 亿人口的北方邦和 1 亿人口的比哈尔邦，在邦政府级分别只有 42 名和 10 名医保管理人员。

世界银行和世界卫生组织等国际组织在加强医保水平能力方面发挥了重要作用，但政策期望与实际政策实践之间往往仍存在巨大差距。例如，菲律宾医疗保险公司 [PhilHealth] 一直未能完全执行其“无差额收费”政策，事实上医院在获得补贴的情况下仍向病人收取一笔象征性的费用。不过，这方面的情况也并非毫无希望。在 21 世纪的第一个十年之初，泰国投资建设其国内卫生政策界的研究能力的做法对调整其旗舰全民医保计划的设计起到了至关重要的作用。负责管理政府全民医保计划的印度国家卫生局已采取了一系列措施来收集和共享有关各种费用和保险索赔的数据。

新冠疫情并没有实质性地改变有关全民医保的设计挑战。但是，它更加凸显了投资公共卫生和加强初级医保的必要性 - 这是一个在卫生政策改革中没有得到充分重视的领域。优先纳入考虑这些要素的计划需要卫生政策机构更多的设计工作。

机构

与机构相关的一个问题是医保领域现有机构所施加的限制。这里的机构不仅指正式组织，如参与该领域的政府机构或私营公司，也指组织医保的现有机构，如新加坡的保健储蓄账户 [Medisave]、菲律宾的菲律宾医疗保险公司 (PhilHealth) 或印度的印度雇员国家保险公司 (ESIC)。这些机构受到根深蒂固的观念和利益影响。这些观念和利益限制了政策制定者在设计全民医保计划时的可选方案。

例如，菲律宾和越南在各自国家存在大量的非正规就业人口，但是继续存在的诸如菲律宾医疗保险和越南社保等社会保险项目不适合实现全民医保。同样，尽管印度的印度雇员国家保险公司一直表现不佳，它也仍然存在。

更重要的一点是，实现全民医保改革的政策努力须要引导在该领域运作的现有机构。这些现有机构有一定的惰性，往往会减缓改革步伐。选举和突如其来的危机都会暂时降低这些阻碍，并创造一个有利于引入新计划的环境。

印度的全民医保计划“全国健康保护计划”或泰国的全民医保计划都是在选举取得巨大成功后推出的罕见例子。

大多数政府选择对现有医保计划打补丁，这给政策间的协调带来了挑战。例如，印度 2008 年的卫生政策改革结果导致了一项新计划由劳动部负责，而不是由卫生与家庭福利部负责，这种做法就引发了政策协调问题。2015 年该计划又移交还给了卫生部。

政治

体制障碍与全民医保的政治斗争相呼应。这源于不对称的权力关系，其中的一个例子就是诸如医院和医生团体等医疗服务提供者在医疗系统中占据的主导地位。医生在诊断疾病和开具处方中所起的作用赋予了医疗服务提供者政治权力，他们用这种权力抵制任何侵蚀他们物质利益并损害他们专业自主权的政策。虽然他们可能会为病人的利益而单独竞争，但围绕着维护他们物质利益这一更广泛的目标，他们是捆绑在一起的利益共同体。

全民医保计划无一例外地涉及到改变对医疗服务提供者的支付方式 - 从追溯支付（医疗服务提供者在治疗病人后获得报酬，最常见的例子是按服务收费）转为预期支付（医疗服务提供者获得固定金额的报酬，如工资或按人头付费）。如果这些政策有损于他们的利益，这些政策通常会遭到医疗服务提供者和医疗服务提供者团体的抵制。即使像是在中国，有着高度政治合法性的政府和公有医疗系统，医疗服务提供者团体也发出了反对的声音，使得推行预期付费改革具有挑战性。

医疗服务提供者仅是主要利益相关方之一。其他团体，如工会和承保医疗项目的大型保险公司，也会阻挠有损它们利益的改革。筹集医保资金的方法通常是通过提高税收、附加收费、或要求公民为获得医疗服务支付更多费用，这些都与稀缺公共资源分配相关的国内政治密切相关。克服利益集团的阻力，争取不同利益相关群体的支持，是围绕全民医保开展政治斗争的核心。

实施

最后的问题是全民医保在运作方面会面临的各种挑战。这些挑战主要在于协调方面以及包括各级政府之间和跨政府机构之间的协调。经济学者钱继伟在分析中国卫生政策机构时估算了有至少 11 个部委积极参与医保服务中，但由于这些部门职责互相重叠，结果导致决策拖延并产生多个否决权。同样，印度国家公共财政研究所发表的一项研究发现，在比哈尔邦，从联邦机构向邦一级执行机构转移资金需要经过 32 个“部门”的审批，这导致资金交付延误近 12 个月。印度和印尼规模庞大的全民医保计划 - 印尼的“卫生和社会保障部计划” (BPJS Kesehatan) 覆盖约有 2.5 亿人，印度的“全国健康保护计划”(Ayushman Bharath) 覆盖约有 5 亿人 - 在执行操作上障碍重重，例如，如何操作才能减少判断公民是否符合参保条件的错误，尤其是在人口结构中存在大量非正规就业人口时做到这一点。

落实全民医保的另一个挑战是缺乏强大的卫生信息系统以及分类的人口和流行病学数据库。卫生信息系统和数据库对于为全民医保计划的设计提供数据和证据至关重要。虽然在开发这些数据库方面取得了一些进展，但进展是零散而不均衡的。例如，在印度的一些邦，只有 25% 的死亡被登记在官方记录中。这些重要数据的缺乏会降低任何社会执行政策的效率。

今后将何去何从？

世界银行负责长期观察亚洲医疗改革的约翰·蓝根布鲁纳(John Langenbrunner) 将实现全民医保的政策制定与推行描述为一场长征。亚洲的每个国家都处于长征的不同阶段。然而，这些国家面临着一些共同的障碍。在高收入经济体如新加坡和香港，近期的政策重点是努力缩短公共系统中漫长的候诊时间。这两个国家的医疗系统已经解决了控制成本、提高医疗质量以及全民医疗运作等问题。尽管取得了这些成功，但这些国家和地区仍面临着来自精英和医疗服务提供者群体要求提高公共开支水平的压力。

另一方面，泰国既以如此低的支出水平实现了全民医保，其医保计划也面临着如何提高医疗质量的设计难题。泰国投资建设卫生政策机构的能力帮助其开发了中等收入国家中最先进的一套支付系统，并对其进行了调整。公共卫生部在该系统的融资和实施方面所占据的主导地位有助于解决全民医保改革所面临的困难，因此，尽管政局持续不稳，其政治设计师也流亡海外，但医保计划仍持续获得政治上的支持。

越南和菲律宾仍在应对上述所提到的大多数挑战。尽管过去 10 年里采取了统筹政策，两国政府仍无法在减少自付费用方面取得有意义的进展。一部分原因在于政策设计方面的挑战——特别是如何向医疗服务提供者支付费用这个难题，另一部分原因在于“按服务收费”的制度惯性，以及不适合实现全民医保的社会保险制度。此外，在执行现有法规、追究违规医疗服务提供者的责任以及医疗服务提供者团体的抵制等方面，也存在诸多执行上的挑战。与其各自经济发展水平相比，这两个国家的医疗卫生总支出相对较高。重要的是，大部分支出都是通过私营部门的自付支出来实现的，这再次说明了全民医保计划在设计上的艰难。

印度和印度尼西亚的全民医保计划是地区最新的计划，反映了两国从过去 20 年地区卫生改革中汲取的经验。它们的设计依赖于先进的预期支付手段，有着合理的政治支持，并与现有的卫生政策机构保持一致。这些国家面临的困难更多的是如何使资源与计划规模配套，以及如何解决操作上的障碍。印度和印尼目前的公共开支不到 GDP 的 2%，只为政府干预医疗行业 and 解决其医疗优先事项提供了有限的手段。

最后是对卫生系统的信任问题。萧庆伦[William Hsiao]是中低收入国家卫生改革的资深观察家，他认为全民医保的最终试炼是普通人是否信任公共卫生系统。也就是说，公共卫生系统是否便于使用，是否能提供高质量的医疗服务，更重要的是，它是否能激发公民的信心？在新冠疫情期间，该地区许多国家的公共卫生系统是获得医疗服务的首选，也是民众首次与几十年来一直被忽视、资金不足、资源相对于私营系统不足的系统进行联动。当前我们迫切需要重建公民对公共卫生系统的信任，确保公共卫生系统不是那些无法获得私人医疗服务的人们的最后庇护所。

在当代的政策讨论中，有一种趋势是将实现全民医保的困难概念转化为主要是财政性质的

障碍；也就是说，政府就是没有资金来支付全民医保。虽然这在某些情况下可能是正确的，但还有一系列其他问题和挑战是公共机构必须引导的。每一项挑战都需要根本不同的决策能力，同时，要想在实现全民医保方面取得有意义的进展，政策辩论应更多地关注发展解决这些挑战的具体能力。

图片：印度一位正在接受听力测试的儿童。图片来源：圣三一关爱基金会/发掘 (Flickr) 图片分享网站.

English version here.