

[文章编号] 1009-3729(2014)05-0043-05

医疗改革类型及影响因素研究

——基于 OECD Health Data 2006 的分析

侯圣伟

(郑州轻工业学院 政法学院, 河南 郑州 450002)

[摘要]以 OECD Health Data 2006 为基础,从医疗保障性、医疗费用抑制和医疗质量三方面分析主要经合组织国家医疗保障体系改革,可以归纳出三种改革类型:一是在医疗保障性和医疗质量方面虽取得一定成就,在医疗费用抑制上却未见成效;二是在医疗保障性和医疗费用抑制上虽取得成功,却造成了医疗质量的下降;三是成功达到医疗费用抑制和提高医疗质量的预期目的,却造成了医疗保障性的降低。上述现象的出现与各个国家的经济和社会政治等变量密切相关。从历史实践的角度来看,我国完全可以在保证医疗质量提高前提下提高医疗保障性、降低医疗费用的目标。

[关键词] 医疗改革;医疗保障性;医疗费用;医疗质量

[中图分类号] D669.4;R197.1 **[文献标志码]** A **[DOI]** 10.3969/j.issn.1009-3729.2014.05.009

医疗保障体系改革关乎群众的切身利益,是国民经济持续健康发展的重要保证。西方发达国家的医疗保障体系经过长期发展和不断改革,相对比较稳定和完善,其改革方面的成功经验,可以给予我国医疗改革有益的启示,更好地推动我国医疗保障制度的改革。对于 OECD(经济合作与发展组织,简称经合组织)国家医疗保障体系改革的研究,国内学术界大多集中于医疗卫生数据资料方面的对比分析与具体国家的医疗体制和改革成果的研究;而国外学术界对于 OECD 国家医疗保障的研究,则侧重于定性研究,主要集中于对医疗改革的背景与具体事例的分析上,对于 OECD 国家的医疗改革经验对我国的适用性鲜有涉及。国际医疗改革一直处于不断变化中,本文拟以 OECD Health Data 2006 为研究对象,以当前的视角对 OECD 国家已经取得的医改共识进行定性分析,以期有助于我国的医疗保障制度改革。

一、基于目标实现划分的医疗改革类型

任何社会政策的实施都具有一定目的性,医疗改革成功与否,其主要检验标准为改革的目标是否明确,改革的措施是否围绕目标而进行,以及改革的结果是否实现了预期目标。医疗改革的目标是医疗改革的关键,直接决定了医疗改革能否取得成效。医疗改革目标的设定需要相应的评价标准,并在此基础上进行实践检验。

1. 医疗改革目标及评价标准

当前,医疗改革的目标主要包括医疗保障性、医疗质量和医疗费用缩减 3 个方面。

医疗保障性是指医疗服务需求方在使用和接近医疗服务时,其医疗保障的给付不受收入、人种、地位等因素的影响,将医疗服务使用的公平性视为第一要义。为保障医疗服务使用的公平性,须加快医疗服务体系建设,放宽医疗服务需求方的资格限定,

[收稿日期] 2014-05-31

[基金项目] 2012 年度郑州轻工业学院博士基金项目;2012 年度国家社会科学基金项目(12CGL105);2014 年度河南省教育厅人文社会科学研究项目(2014-gh-125)

[作者简介] 侯圣伟(1977—),男,山东省梁山县人,郑州轻工业学院讲师,博士,主要研究方向:社会保障、卫生经济学。

以及提高服务的可及性。

医疗质量是有关提供多少有效医疗服务的问题,属于医疗保障内在性层面。E. Kelley 等^[1]指出,医疗质量决定于接受医疗服务的意愿,以及与此相适应的医疗保障体系的反应,即患者的需求这一主观层面和新医疗技术及装备引进这一技术层面,更进一步说是为了适应这一要求,政府进行医疗保障体系改革的目的、运营方式等层面的制度性努力。从这一点上来说,医疗质量应主要从患者满意度、新技术的引进和就医等待时间 3 个方面考虑。

1980 年代以来,西方国家的医疗改革基本都围绕缩减或控制公共支出、提高效率来达到减少公民医疗费目的而展开的。医疗费用的缩减,应主要从扩大资金筹集方式和减少患者本人负担上来进行,但不同的医疗保障体系,由于其资金筹集方式不同,因此其压缩财政支出的效果也不一样。比如,NHS(国民卫生服务体系)方式相比 NHI(国民健康保险)方式,由于其财政收入来源主要为税收,其调节能力较强。本文主要以公共部门与民间部门筹资的比例,以及公民医疗费用支出占 GDP 的比重来进行考察分析。基于以上分析,医疗保障体系改革的目

标与评价指标如表 1 所示。

表 1 医疗改革的目标与评价指标

改革目标	评价指标
医疗公平性	广泛性、资格限定
医疗质量	满意度、医疗时间
医疗费用抑制	资金筹集

2. 主要 OECD 国家医疗改革类型

首先我们看一下根据医疗改革目标与评价指标对主要国家进行的测定值(见表 2)。其中,“广泛性”和“本人负担”为全体医疗费中个人负担所占的比重,为 1999—2004 年的平均值;“资格限定”为 NHS 和 NHI 的适用比率;“可及性”为医疗使用日;“满意度”为 1999—2000 年的平均值;“新技术”为每 100 万人口 MRI(磁共振成像)引进台数;“等待时间”为住院患者入院等待时间;筹资方式为 2003 年度全体支出中公共支出所占的比例。

将各个国家的测定值和国家间的平均值相比,高于平均值赋值为 1,低于平均值赋值为 0,经过二次变数间的转换,可以得出医疗改革的不同类型。将 3 个改革目标的下位值进行核算,再进行二次变数转换,可得出医疗改革的类型(见表 3)。

表 2 主要 OECD 国家医疗改革评价指标测定值

国家	医疗保障性			医疗质量			医疗费用	
	广泛性/%	资格限定/%	可及性/日	满意度/%	新技术/台	等待时间/日	筹资方式/%	本人负担/%
丹麦	15.4	100	5.7	76	10.2	5.2	82.9	15.4
法国	10.2	99	5.9	78	3.2	13.4	78.3	10.2
英国	10.8	100	7.8	56	5	7.2	85.4	10.8
芬兰	19.1	100	12.4	74	14	10.0	76.2	19.1
荷兰	8.5	76	7.8	73	-	12.5	63.0	8.5
澳大利亚	15.6	98	8.3	83	14.9	7.8	70.3	15.6
土耳其	25.3	99	7.3	77	6	-	71.1	25.3
美国	14.9	26	5.1	-	-	6.5	44.6	14.9
挪威	15.6	100	5.4	-	-	8.2	78.2	15.6
德国	10.4	89	9.3	50	-	10.4	83.7	10.4
瑞典	-	100	6.5	59	-	6.2	-	-

注:数据根据 OECD Health Data 2006 整理计算而得出。^[2]

表 3 主要 OECD 国家医疗改革的类型

医疗改革的类型	国家	医疗保障性	医疗质量	医疗费用
相互制约型	丹麦、法国、英国	1	1	0
	芬兰、荷兰	1	0	1
	澳大利亚、土耳其	0	1	1
其他类型	德国、瑞典	1	0	0
	挪威	0	—	0
	美国	0	—	1

从表3可知,德国、瑞典和美国的医疗改革呈现出医疗费用和医疗保障性的逆反性,即德国和瑞典在医疗费用控制方面虽然表现困难,但在保障性方面取得成功,而美国在医疗费用的抑制方面卓有成效。挪威在保障性和医疗费用抑制方面都是失败的,成就不显著。相互制约型的国家都表现为在两个方面取得成就,在一个方面成就不显著。围绕医疗改革的三方面目标,各个国家进行了不同的努力,出现了不同的类型,其中丹麦、法国、英国、芬兰、荷兰、澳大利亚、土耳其7个国家呈现出比较明显的相互制约关系。之所以出现这种情况,与各个国家不同的经济发展水平、政治、人口等方面的原因密切相关。

3. 医疗改革的影响因素

Saltman 等^[3-4]对影响医疗改革的因素进行了很多研究分析,概括起来,可分为以下几个方面。

(1)经济因素。一个国家的经济发展状况对医疗改革起着决定性的作用。其一,作为经济发展状况表现形式之一的人均GDP,影响到公民医疗需求的增加和医疗服务的供给水准;其二,失业率的上升是福利保障项目缩减的一个重要原因,也会影响到医疗改革成效;其三,政府的财政赤字水平,对于医疗保障项目会产生直接影响;其四,国民经济的开放度会对医疗改革产生影响,在一定程度上会使国家的行动方式发生变化。

(2)政治因素。政治因素可以从制度性和政策性2个层面来分析。从制度性层面来看,国家如果在制度性改革中居于中心地位,就必须从国家的能力和结构来分析其对医疗改革的影响,可以使用宪法结构指数来对其进行分析。宪法结构指数是指对联邦程度、总统制、选举制度类型、公民投票等进行数值化测定后得出的结果。从政策性层面来看,主要是指各政党之间的竞争。从西方国家的发展历程来看,不同政党执政之后往往会带来政策上的变化,而在西欧影响比较大的2个党派是左翼政党和CDU(基督教民主联盟)两大党派的执政时间与所占议席的比例,会使医疗改革呈现不同的特色。

(3)人口因素。人口因素在医疗改革方面一直起着重要的推动作用。根据Roberts^[5]的研究,人口的老龄化虽然在一定程度上反映出医疗改革的成果,但同时也成为医疗改革的主要原因,其根源在于老龄化和超老龄化带来的医疗需求的激增,以及相对应的有关抑制医药费的改革等。

以上总结了有关医疗改革的影响因素,表4对

各个因素的测定方法给予了说明。

表4 医疗改革的影响因素及其测定方法

影响因素	测定方法
经济因素	Log 实际人均 GDP
	失业者人数
	财政赤字占 GDP 的比重
	Log 国民经济开放度
政治因素	宪法结构指数
	左翼政党执政时其所占议席比例 基督教民主联盟执政时其所占议席比例
人口因素	OLD(Log65 岁以上老人人口)

二、不同医疗改革类型的结合原因分析

1. 分析方法

对医疗改革类型的综合因素主要采用定性比较分析,使用布尔代数对影响医疗改革的宏观经济社会因素等进行定性研究。定性比较分析保留了定性分析的特点,并结合具体事例来分析说明,将所有相关的原因变量进行整体组合,结合原因来说明结果变量。比如,如果存在4个原因变量,可将其表示为二次变量形式,可能的原因组合变为16个,再将这16个原因组合以结合变量的名义与结果变量进行对比分析。在本研究中共有8个原因变量(见表4),存在256个组合,通过将其与结果变量进行对比,可以推断出其最终的原因组合。

2. 分析结果

从表3可知,各个国家的医疗改革效果可从保障性、医疗质量和费用抑制三方面来衡量,其在两方面取得成功的同时都会在另一方面存在不足,三者之间是一种相互制约的关系。我们对其医疗改革的成果利用8个原因变量来进行推断,其结果见表5。在表5中,结合原因转化为二次变量来表示,“1”表示测定值大于平均值,“0”表示测定值小于平均值;结果变量中 Y_1 为类型1国家, Y_2 为类型2国家, Y_3 为类型3国家,无数值表示模糊难以界定。例如,结合原因GDP中丹麦的测定值为1,意味着丹麦的GDP高于比较对象国家GDP值的平均数。同理,丹麦的结合原因OLD为0,表示丹麦65岁以上老人的比例低于其他国家的平均比例。由表5可以看出,影响丹麦医疗改革的结合原因,包含相对较高的GDP、政府财政赤字比例、较强的左翼政党影响力,以及较低的老龄化指数、CDU影响力、国家自律性、失业率和经济开放度等。

表5 医疗改革类型、因素及测定值

国家	结合原因								结果变量		
	<i>GDP</i>	<i>GFB</i>	<i>OLD</i>	<i>LEFT</i>	<i>REL</i>	<i>FBD</i>	<i>UNEMP</i>	<i>OPEN</i>	Y_1	Y_2	Y_3
丹麦	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0
法国、英国	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0
美国	1	0	1	0	0	1	1	0	-	-	-
芬兰	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
荷兰	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0
德国	0	0	1	1	1	1	1	0	-	-	-
挪威	1	1	0	0	0	0	0	0	-	-	-
土耳其	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1
澳大利亚	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1
瑞典	0	1	0	1	0	0	0	1	-	-	-

从整体上来看,结果变数存在3个集团。结合表1和表5,类型I的国家在医疗保障性和医疗质量方面取得显著成就,包含丹麦、法国和英国,其在提高医疗质量的同时,在医疗公平方面也成绩明显,原因在于它们努力减轻医疗费用的负担;类型II的国家包括芬兰和荷兰,其在医疗保障性和医疗费用方面成绩突出,坚持了医疗改革的目的即医疗费用抑制和医疗保障性扩大,但在提高医疗质量方面存在一定问题;类型III的国家有澳大利亚和土耳其,其努力提高医疗质量和压缩医疗费用,但存在医疗保障恶化的可能;而对美国、德国、挪威和瑞典来说,其医疗改革的方向为单向性,特性不明显。

(1) 类型I:医疗保障性+医疗质量

$$Y_1 = (GDP \times GFB \times unemp \times old \times open \times LEFT \times rel \times fbd) + (gdp \times gfb \times UNEMP \times OLD \times open \times LEFT \times rel \times fbd)$$

上式中,大写字母变量表示为对结果产生积极影响,小写字母变量表示对结果产生消极影响;“×”为并列条件,是表示结合原因的符号;“+”为选择条件,表示结合原因的对策。 Y_1 国家类型是通过以下两个途径而形成的。

第一个途径为,人均GDP相对较高,伴随较低的财政赤字、经济开放度和失业率,从政治上来看,左翼政党的力量比较强,CDU的力量较弱,国家组织主要靠自律进行,老龄化指数相对较低。由于类型I是医疗保障性和医疗质量相对较高,从接受医疗服务者的立场来看,都会认为其改革结果会比较公平有效,从这一点来说,政治上就需要保持左翼政党的优势地位和行政权力行使的自律性,并且只有老龄化指数较低,才会降低医疗费用。更进一步来说,为了动员改革资源,需要较高的经济增长率和行

政自律性。

第二个途径为,经济上存在较高的财政赤字和较低的增长率以及较高的失业率,但相对于CDU来说,力量较强的左翼政党和老龄化的进展结合在了一起。在这些国家里,虽然经济比较困难,但比较妥善地处理了老龄化所带来的医疗需求的增长,这一点可在丹麦、法国和英国得到证明。

对于上式,我们可以进行如下简单的因数分解:

$$Y_1 = LEFT \ rel \ fbd \ open \ (GDP \ GFB \ old \ unemp \ + \ gdp \ gfb \ OLD \ UNEMP)$$

括号中相加的两项是并列的关系,各项可以相互代替,为同价要素,括号外的各项为各个国家进行医疗改革的必要结合原因,即为了进行类型I的医疗改革,必须要有强有力的左翼政党和微弱的CDU,需要较低的开发度与国家机构自律性的结合。

(2) 类型II:医疗保障性+医疗费用抑制

$$Y_2 = (gdp \times old \times left \times GFB \times rel \times open \times unemp) + (gdp \times old \times left \times fbd \times gfb \times REL \times OPEN \times UNEMP)$$

此式也可进行如下因数分解:

$$Y_2 = gdp \times old \times left \times fbd$$

类型II国家出现的原因,从经济层面来看,是其较低的经济增长率;从社会层面来看,是其较低的老龄化;从政治层面来看,是其较低的左翼政党支持度和国家结构的较高自律性等。类型II国家一般来说是以牺牲医疗质量来获得传统性医疗改革的目的——医疗费用抑制与医疗保障性强化。对于这些国家来说,国家有着实施医疗改革的强大能力,并且其较低的老龄化指数未带来医疗费用负担过重的问题,在这种情况下,即使其左翼政党力量软弱和经济增长低迷,其也同时成功实现了医疗费用抑制和医

疗保障性强化的两大目的,但会伴随出现医疗质量下降的问题。

(3) 类型Ⅲ: 医疗质量 + 医疗费用抑制

$$Y_3 = gdp \times gfb \times old \times left \times REL \times unemp \times OPEN$$

由 Y_3 公式可知,类型Ⅲ国家在经济上有着较低增长率和失业率,较高的政府财政赤字;在社会方面其老龄化指数较低;在政治上其左翼政党支持度低而 CDU 相对强势,同时伴随较高的经济开放度。这种改革类型,由于老龄化程度较低,对于医疗的需求相对来说不高,在政治层面上缺乏推动医疗改革保障性的动力,再加上较高的经济开放度和较低增长率及政府财政赤字,其难以确保医疗保障体系的保障性的强化。

三、结论

从以上分析可以看出,成功抑制医疗费用的国家,其共同点在于其具有较低的 GDP 和较弱的左翼政党影响力,即在那些国家中,可以充当医疗财政的资源不足,抵制缩减医疗费用的势力较弱。在提高医疗质量方面,大部分国家的区别并不明显,无论是左翼政党还是 CDU,以及国家经济的开放度,这是因为医疗质量的提高对于所有国家来说都是一个必须面对的重要医改课题。在成功实现医疗保障性的国家中,其共同点在于国家对社会有着高度的自律性,因为在复杂的医疗改革中,国家相关部门的努力是顺利推动改革的关键所在。

目前,我国的医疗改革已经进入到“深水区”,医疗改革不能仅仅局限于数量与表面上的变化,必须满足人民群众对医疗“质”的变化的需求。但我们从主要 OECD 国家医疗改革的经验中可以得知,

医疗保障性、医疗质量与医疗费用抑制难以同时实现。考虑到我国的实际情况及人民群众的实际需求,我国的医改要以提高医疗保障性和医疗费用抑制为着力点,在此基础上强调医疗质量的提高。我国经济一直保持着高速增长,在今后相当长的一段时期,这种高速增长存在持续的可能性,这可为我们的医改提供有力的宏观经济支持。从党的全心全意为人民服务的宗旨来看,医疗改革反映了人民的诉求,是党实施和推动医疗政策的动力来源,是保证医改政策能够落实的强有力的政治保证。现阶段我国虽然已经进入老龄化社会,但随着计划生育政策的调整,如“单独可以生二胎”等,人口结构会发生相应变化和调整,很难说人口红利会终止或者说难以持续下去。由于类型Ⅱ的原因有着经济增长低的因素,所以就我们国家来说,在追求确保和提高医疗保障性、降低医疗费用的同时,结合经济高速发展的前景,应该可以保证医疗质量的同步提高。

[参 考 文 献]

- [1] Kelley E, Hurst J. Health Care Quality Indicators Project: Conceptual Framework Paper [R]. Paris: OECD Health Working Papers, 2006.
- [2] OECD. OECD Health Data 2006 [R]. Paris: OECD Data Base, 2006.
- [3] Saltman R B, J Figueras. Analyzing the evidence on european health care reform [J]. Health Affairs, 1998(2): 85.
- [4] Huber E, Stephens J. Development and Crisis of the Welfare States: Parties and Policies in Global Markets [M]. Chicago: University of Chicago Press, 2001: 346 - 368.
- [5] Roberts M. Getting Health Reform Right [M]. Oxford: Oxford University Press, 2002: 9 - 14.