

# 加拿大医疗保险简介

○孙志筠 陈志斌

## 一、加拿大的医疗保险体制

加拿大的医疗保险实行的是由政府参与和管理的全民医疗健康保险制度,属预算拨款型。这个制度的优点是,一方面使每个人只直接支付很少医疗费用的条件下就能享有基本的住院医疗服务保险和门诊医疗服务保险,一方面又能充分发挥医疗机构的作用,防止医疗服务的过度利用和有效地控制医疗费用的上升,促进卫生事业的发展,达到患者、医院都比较满意,受到了国际社会的较高评价。

加拿大对医疗卫生服务实行联邦政府统一计划和管理,卫生服务提供过程中表现出许多国家垄断的特征。其医疗保险结构可划分为如下三方:(1)供方。泛指医院和医生,实际上包括提供医疗服务的一切医疗技术人员。公立医院的医生属医院职工,工资由医院支付,提供医疗服务不要求病人支付任何费用。大多数医生不属于国家公职人员,而是由私人挂牌开业,看病收费,实际上是由政府按服务付费。一般情况下,私人医生和医院只存在业务协作关系,不存在经济利益关系。(2)需方(投保方)。由于加拿大实行的是全民医疗保险,所以全体居民不论其经济状况如何,均可自动成为投保者和医疗保险的享受者;个人交纳保险金的方法和比例各省虽不尽相同,但交纳的多少同享受医疗保险的程度没有任何关系,穷人或丧失劳动能力的人可以申请减免保险费;65岁以上的老年人可享受免费医疗保健。(3)第三方。直接的第三方是隶属于各省卫生署的住院医疗保险和门诊医疗保健服务计划两个职能部门,主要负责各省医疗保险的日常管理工作,包括制定各省各医院的年度预算补贴,审批各医院的固定资产投资,检查行医和医院住院服务质量,制定医疗服务标准,审查医生的病历档案;制定医疗收费标准和医生收入的限额,控制医疗服务成本。联邦卫生福利部作为间接的第三方,主要职责是负责保障和全面提高加拿大人民的健康水平,制定全国性的医疗计划和健康保

险法律文件,决定联邦政府对各省医疗保险承担的经济责任和制定医生的培养计划,进行卫生改革等。联邦政府通过卫生法令和对各省医疗保险的预算拨款形式进行宏观管理,医疗保险方案的制定和实施由各省负责。

## 二、医疗保险经费的筹集

加拿大的医疗保险经费来源分为公共部分和个人部分。公共部分主要来自于政府的税收,约占95%,个人直接交纳的部分保险基金和社会捐赠以及为患者提供超常规医疗服务收费,约占4.6%。公共部分,为联邦政府和省政府各提供50%,但由于医疗费用上涨,联邦政府负担日益加重,近几年联邦政府采取措施,以控制医药费的过快增长,支付的医疗保险费用已下降到占整个支出的20%左右(约150亿加元)。联邦政府承担的费用并不通过中央下拨预算,而是由省政府在上缴的联邦所得税中按比例直接扣除,省政府和个人、雇主等负担的医疗保险费用,也一次性地从个人的所得税中扣除。

## 三、对医疗保险费用的管理与控制

加拿大1991年医疗卫生费用占国内生产总值(GDP)的比重为9.9%,预计到2000年,比重仍将保持为10%左右,比较平稳;而相邻近的美国,1991年的比重为12.3%,与加拿大相差2.4个百分点,预计到2000年,将达到19—20%,差距扩大到9—10个百分点。这说明了加拿大政府在实施其医疗保险制度的过程中,对医疗卫生费用进行了较为有效的管理与控制。其方法主要有:(1)通过集中的、非盈利的行政管理机制,使医疗保险费用降至较低水平。(2)联邦卫生福利部代表政府实行宏观调控,通过预算定额安排等措施对医院进行成本控制,让医院发挥自主管理的优势,合理利用卫生资源,控制超前消费,建立自我约束机制。(3)政府通过经济补偿措施和制定统一的医疗费用标准及医生收费细则,有效地控制了医生和医院向患者额外收费。谁随意提高收费标准和滥开处方,谁将受到自动失去联邦政府补贴的经济制裁。同时,大多数医生按服务收费,只有努力工作,才能得到相应的报酬,因而医生的工作主动性较高。(4)完备的信息网络体系,并辅之以“药物委员会”、“专利药物中心”和“高技术评估中心”等部门,从事信息搜集、数据整理、成本效益分析、规划布局、控制药价和高技术医疗设备滥用、人员培训、监督管理等方面的工作,对有效控制医疗费用的上涨,起到了积极的作用。