

加纳国家健康保险计划的实践与启示*

昌敬惠,张露文 综述,王 冬[△] 审校(南方医科大学卫生管理学院/广东省高校哲学社会科学公共卫生政策研究与评价重点实验室/
广州市公共卫生服务体系建设重点研究基地,广州 510515)

[摘要] 加纳政府为推进国家健康保险计划发展付出诸多努力,使国家健康保险计划得到快速发展,但仍存在阻碍因素。文章分析了阻碍的主要原因,提出国家健康保险计划的发展关键在于提升卫生服务的可及性及质量;政府加大投资力度,扩大资金筹措途径;加强各部门间的沟通,优化制度建设;注重政策公平性,建立更加透明的资源分配制度等。

[关键词] 卫生服务体系;卫生筹资;健康保险计划;现状分析

[中图法分类号] R197 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1671-8348(2018)36-4628-03

加纳共和国(简称加纳)是非洲西部的一个多民族国家。按世界银行标准,加纳自 2010 年起从低收入国家进入中等偏低收入国家行列。2011 年,加纳国内生产总值(GDP)增长率达 15%,成为非洲乃至世界经济增长最快的国家之一^[1]。在推行国家健康保险计划(NHIS)的过程中,国家政策的扶持是加纳 NHIS 发展的重要保障,一些社会组织和机构在加纳 NHIS 发展中也做出贡献,国民对 NHIS 重要性的认识及对相关医保政策的认同也推动了加纳 NHIS 的进一步发展。了解加纳 NHIS 发展过程,分析其所取得的成绩和遇到的困难,有助于深入思考 NHIS 发展现状及趋向。

1 加纳卫生体系及 NHIS 发展概述

加纳卫生体系发展良好,结构层次多,综合性强,覆盖全国。与我国的卫生体系不同,加纳的卫生管理体系高度分散,共分为三部分:卫生服务供应方(providers)、监管部门(administrators)及国家医疗保险总局(NHIA)。其中卫生服务供应方包括私人诊所、加纳卫生部、基督教健康协会、附属医学院、精神病院等;监管机构包括医疗与牙科协会、食品药品委员会、护士和助产士理事会等^[2]。卫生部是该体系的组织部门(图 1)。

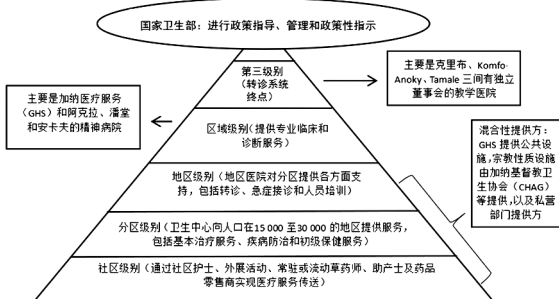


图 1 加纳医疗服务传输系统^[3]

目前,加纳全国共有国立教学医院 4 所,以及省级医院、卫生中心和私人诊所等近 3000 家,平均每 1 万人拥有 1 名医生^[4]。加纳近年医疗人力资源大幅增长,该国培养的护士和医生人数远高于同区域许多其他国家。加纳的私人诊所也蓬勃发展,私人诊所提供 50% 以上的医疗行业的各类服务,并且提供所有形式的非住院性治疗,在国内部分地区占取较大的住院性治疗份额,但它们大部分分布在城市^[5]。

1985 年加纳政府成立了一个委员会对健康保险的可行性进行研究,提出了 NHIS。2003 年,加纳政府通过一项议会法案(2012 年修订了第 852 号法案)设立了 NHIS,为加纳所有居民的基本卫生保健费用提供金融风险保护^[6]。加纳政府认识到让非正式工作群体加入该计划的挑战,在严格执行之前,法律规定了 10 年的宽限期。2004 年,加纳 NHIA 开始实施 NHIS,目前该计划已覆盖全国 48% 的人口^[7]。加纳的 NHIS 由本国早期实施的社区医疗保险计划发展而来,它将较小的筹资组成单位“社区”成比例放大,而且为了在实施的第一阶段将贫困人口和其他弱势群体[18 岁以下儿童、70 岁以上的老人、社会保障和国家保险信托基金(SSNIT)的养老金领取者、孕妇和晚期的精神障碍患者]纳入 NHIS^[8],加纳免除了贫困人口及弱势群体的保费缴纳义务,并提供了专项资金用于这些人群的医保覆盖。

2 加纳 NHIS 实施状况

加纳是非洲少数通过立法,指定将大数额的财政收入用于全部人口的医疗保险项目并严格实施的国家之一。作为一个中低收入国家,加纳能做到这点非常难能可贵。因为,世界上只有约 1/5 的人口享有全面的社会保险,可以覆盖因为疾病而失去的收入。撒哈拉以南的非洲只有不到 10% 的人群被社会保险覆

* 基金项目:2017 年教育部国别与区域研究专项课题(2059999)。通信作者,E-mail:dongw96@126.com。

作者简介:昌敬惠(1988—),讲师,在读博士,主要从事卫生经济、卫生

盖,而在东亚大部分地区,社保覆盖率不到 30%,中等收入的拉美国家,这一比例为 30%~40%^[9]。

根据加纳法律规定,除加纳武装部队和加纳警察署外,所有加纳人都被要求加入 NHIS。对于在经济部门(无论公有或私有)有正式工作的群体,每月直接按工资水平的 2.5% 收税;对于在非正式经济部门工作的群体,收取享受政府补贴的保费;除此之外,政府对全国各行业收取 2.5% 的增值税,全部用于支持卫生体系^[5]。对正式经济部门的筹资类似我国的城镇职工基本医疗保险,而对非政府部门的筹资则类似于我国现行的居民医保制度。相比之下,我国政府每年对居民医保也提供巨额的补贴。

根据加纳 NHIA 的数据,2010 年活跃的参保人员数达 816 万人次,占总人口的 34%。而从 2005 年起,全国卫生服务利用水平逐渐好转,门诊就诊率增加了 23 倍,住院服务量增加了 29 倍,卫生总费用也增长了 40 倍。2011 年参保人数达 820 万,占全国人口的 33%。2013 年,全国覆盖率达到 38%^[10]。但仍然有问题值得讨论:为什么近 14 年来,有相当数量的人不愿意加入 NHIS?

3 加纳 NHIS 实施效果分析

加纳的 NHIS 运行还处于初期阶段。由于大多数新兴市场国家的卫生体系需要 10~15 年才能形成规模,因此 NHIS 面临着严峻的挑战,需要进行结构和运作上的中期改革。

本文运用世界卫生组织(WHO)的卫生筹资理论模型对加纳的国家健康保险进行初步分析,见图 2。模型展示了保险的覆盖机制,共 3 个维度:(1)人口覆盖(宽度),谁获得了医疗保险覆盖?(2)服务项目(广度),保险报销覆盖了哪些服务项目?(3)费用方面(深度),减少了多少共付与自付费用?

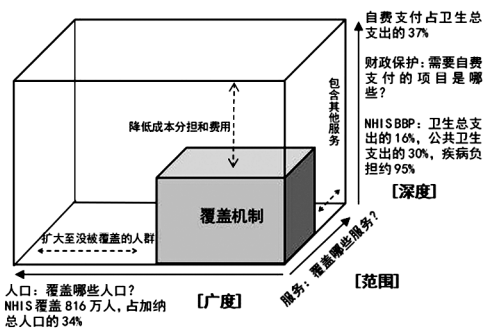


图 2 WHO 的卫生筹资理论模型^[3]

3.1 根据 2013 年的统计数据,加纳的 NHIS 全国覆盖率达到 38%。这一覆盖比例远谈不上令人满意,还有近 2/3 的国民没有获得医疗保险,这对未来的保险筹资和覆盖提出了巨大的要求。

3.2 在服务覆盖范围方面 加纳对所有的地区级医疗保险计划制定了相同的基本服务覆盖范围(benefit package),而且在 5 年内就实现了地区医疗卫生计划与全民医保计划的并轨。

3.3 在费用共担方面 NHIS 体系极大地降低了个人卫生费用,使个人卫生费用降低至卫生总费用的 37%。但相比来说,与国际社会平均水平仍有较大差距。NHIS 支出只占加纳卫生总费用的 16%,公共卫生服务费用的 30%,服务项目涵盖 95% 的疾病负担^[11]。在一个以社会医疗保险为主要筹资方式的国家,社会医保支出却远低于政府卫生支出(57%)和个人卫生支出(37%),说明医疗保险并没有起到应有的保障作用^[12]。而 2016 年我国的社会医保支出已经占到卫生总费用的 41.2%,超过政府卫生支出(30%)和个人卫生支出(28.8%),成为最主要的筹资来源^[13]。

4 加纳 NHIS 带来的思考

WHO 将全民健康覆盖定义为:“所有能够根据需求而获得促进性、预防性、治愈性、康复性和姑息性卫生保健服务的人,这些服务的所有对象在支付使用的费用时不应面临经济困难”^[14]。研究表明,加纳正在努力实现全民健康覆盖。然而,尽管 NIHS 取得了一定成功,但仍有一些严峻的挑战需要解决。

4.1 提升卫生服务的可及性及质量是关键 尽管加纳的 NHIS 计划实施以来取得了一些进展,但离实现全民健康覆盖(PHC)的目标仍然存在巨大的差距。其中关键问题来自于基础设施、器材及设备的不足,以及医务人员的缺乏,医疗技术的落后。目前,加纳全国共有国立医院 4 所,以及省级医院、卫生中心和诊所等近 3 000 家,平均每 1 万人拥有一名医生^[1]。这悬殊的比例明显阻碍了卫生保健服务的有效施行,也影响了居民参与 NHIS 的积极性。在加纳,对 NHIS 的实证研究中,还记录了患者对于卫生保健提供者处理、支付索赔要求不当拖延的不满^[15-16]。因此,提升卫生服务的可及性及质量是关键所在。

4.2 政府加大投资力度,扩大资金筹措途径 投入加纳卫生保健领域的资金不足,这也是该领域发展面临的一个主要限制。加纳卫生系统筹资主要依靠政府的财政拨款,在融资方面,从现阶段的卫生统筹和支出情况来看,NHIS 的融资总额仍然不足,支出增速过快,NHIS 有破产的风险。保险精算能力不足,保费、税费以及再保险保费的支付没有很精确的保险精算统计。保险管理效率也不高,仍需筹集更多的资金。目前加纳的个人卫生费用占到了卫生总费用的 35%,这些费用包括药费、咨询及诊疗费用,通过正式的和非正式的(“红包”及其他私下交易)渠道转交给政府。

在卫生费用不足的情况下,政府应该通过各种渠道增加税收,改革筹资途径。经验证明,通过增加机票、外汇交易、烟草酒精等税收方式,可以每年为全球卫生系统多筹集到 100 亿美元的经费,高、中、低收入国家都可以使用这种方式提高卫生筹资。对撒哈拉以南的非洲来说,发展国外卫生援助,也是政府的职责之一,而国际社会援助仍将是未来很长一段时间

内,加纳卫生领域的主要筹资来源之一。

4.3 加强各部门间的沟通,优化制度建设 加纳 NHIA 与卫生部的协调不佳,导致 NHIS 基本的福利项目严重偏向于治疗服务;且 NHIS 覆盖 95% 的疾病负担,却不承担成本,这在财政上可能无力实现;特别是在偿付方面的延误,需要认真对待;由于缺乏有效的监管和转诊系统,再加上提供方支付激励手段错位,NHIS 在运作上还不完善。因此,加纳 NHIA 和卫生服务供应方之间应多沟通,以解决在实施国家卫生系统方面的问题。

4.4 注重政策公平性,建立更加透明的资源分配制度 NHIS 参保人员中有 65% 被豁免交纳保费,其中大约 30% 有能力支付。同时,由于对“贫困人群”的定义过于严苛,一些贫困或近贫困者被排除在“贫困人群”外。目前的 NHIS 免责政策在弥补穷人和富人在医疗保险覆盖方面的差距方面可能并不成功。越来越多的证据表明,富人仍然是引入 NHIS 的最大受益者^[8]。要实现 NHIS 的公平目标,就需要更好地识别穷人,考虑到不同社会经济阶层的情况,更积极地提供优质豁免,制定更好的政策,刺激贫困人群自愿加入 NHIS。

参考文献

- [1] 中华人民共和国外交部. 加纳国家概况[EB/OL]. (2018-08-01)[2018-06-01]. https://www.fmprc.gov.cn/web/gjhdq_676201/gj_676203/fz_677316/1206_677776/1206x0_677778/.
- [2] Ministry of Health (MoH), Holistic Assessment of the Health Sector Programme of Work 2012, Ministry of Health, 2012, Government of Ghana[EB/OL]. (2014-11-17)[2018-06-02]. <http://www.moh-ghana.org/Upload-Files/Publications/Holistic%20Assessment%20Report%20June%202014140811072318.pdf>.
- [3] SCHIEBER G, CASHIN C S, KARIMA S. Health Financing in Ghana[M]. Washington D. C: World Bank Publications, 2012: 18, 21.
- [4] JEHU-APPIAH C, SEKIDDE S, ADJUIK M, et al. Ownership and technical efficiency of hospitals: evidence from Ghana using data envelopment analysis[J]. *Cost Eff Resour Alloc*, 2014, 12: 9.
- [5] AKAZILI J, GYAPONG J, MCINTYRE D. Who pays for health care in Ghana? [J]. *Int J Equity Health*, 2011, 10(1): 26.
- [6] AWOONOR-WILLIAMS J K, TINDANA P, DALINJONG P A, et al. Does the operations of the National Health Insurance Scheme (NHIS) in Ghana align with the goals of

Primary Health Care? Perspectives of key stakeholders in northern Ghana[J]. *BMC Int Health Hum Rights*, 2016, 16(1): 23.

- [7] FENNY A P. Live to 70 years and older or suffer in silence: understanding health insurance status among the elderly under the NHIS in Ghana[J]. *J Aging Soc Policy*, 2017, 29(4): 352-370.
- [8] KUUIRE V Z, TENKORANG E Y, RISHWORTH A, et al. Is the pro-poor premium exemption policy of Ghana's NHIS reducing disparities among the elderly? [J]. *Population Res & Policy Rev*, 2017, 36(2): 1-19.
- [9] APPIAHDENKYIRA E, HERBST C H, SOUCAT A, et al. Toward interventions in human resources for health in Ghana: evidence for health workforce planning and results [J]. *Uspekhi Mat Nauk*, 2013, volume 2002 (10): 234-236.
- [10] AMO T. The National Health Insurance Scheme (NHIS) in the Dormaa Municipality, Ghana: why some residents remain uninsured? [J]. *Global J Health Sci*, 2014, 6(3): 82-89.
- [11] APPIAHDENKYIRA E, HERBST C H, SOUCAT A, et al. Towards interventions in human resources for health in Ghana: evidence for health workforce planning and results [J]. *Uspekhi Mat Nauk*, 2013(10): 234-236.
- [12] 中华人民共和国国家卫生健康委员会. 2016 年我国卫生和计划生育事业发展统计公报[EB/OL]. (2018-08-01)[2017-08-18]. <http://www.nhpc.gov.cn/guihuaxxs/s10748/201708/d82fa7141696407abb4ef764f3edf095.shtml?from=groupmessage&isappinstalled=1>.
- [13] Organization WHO; World Health Assembly adopts the Rio Political Declaration on Social Determinants of Health 2012. [EB/OL]. (2018-08-01)[2013-01-01]. <http://www.who.int/sdhconference/background/en/>
- [14] SODZITETTEY S, AIKINS M, AWOONORWILLIAMS J K, et al. Challenges in provider payment under the Ghana National Health Insurance Scheme: a case study of claims management in two districts [J]. *Ghana Med J*, 2012, 46(4): 189-199.
- [15] DALINJONG P A, LAAR A S. The national health insurance scheme: perceptions and experiences of health care providers and clients in two districts of Ghana [J]. *Health Economics Rev*, 2012: 2-13.
- [16] BOACHIE M K. Health and Economic Growth in Ghana: An Empirical Investigation [J]. *Fudan J Human Soc Sci*, 2017, 10(2): 1-13.

(收稿日期:2018-07-11 修回日期:2018-09-26)