

医疗救助制度的国际经验及对中国的启示

锁凌燕^{1*} 冯鹏程²

1. 北京大学经济学院 北京 100871

2. 中国人寿保险股份有限公司 北京 100033

【摘要】医疗救助制度是医疗保障制度的重要组成部分,也是衡量一个国家医疗保障制度是否完备和保障水平是否充足的重要标志。为提高贫困人群的医疗服务可及性,缓解重特大疾病带来的沉重负担,国际上绝大多数发达国家都依托各自的医疗保障体系,建立了不同的救助机制。本文对典型国家的医疗救助机制进行了比较研究,发现发达国家公共医疗保险制度多内嵌重大疾病保障机制、向低收入群体提供倾斜性保护,同时设有完备的家计调查式医疗救助制度,并鼓励通过发展商业健康保险释放公共医疗体系压力。基于此,本文从公共资源向低收入弱势群体倾斜、科学界定救助对象、合理确定医疗救助服务范围和标准、加强制度衔接与协调等方面提出了完善我国医疗救助机制的建议。

【关键词】医疗救助; 医疗保障体系; 国际经验

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2014.09.002

International experiences in medical assistance system and implications for China

SUO Ling-yan¹, FENG Peng-cheng²

1. School of Economics, Peking University, Beijing 100871, China

2. China Life Insurance Company, Ltd., Beijing 100033, China

【Abstract】 Medical assistance systems are an integral part of the health security system and they represent the integrity and adequacy of health risk protection. The overwhelming majority of developed countries have already established medical assistance systems to improve the accessibility of healthcare services and provide catastrophic protection for families, especially for the poor. The paper conducts a comparative study of typical foreign medical assistance systems, where in the general method by which developed countries embed catastrophe protection mechanisms into public healthcare security systems and provide tilt protection to the needy is described. Medical assistance is provided on a means-test basis and the development of private health insurance is encouraged to alleviate pressure on the public side. Corresponding implications for China are also warranted, including the provision of tilt protection to the needy, to re-define objects and standards of medical assistance, and enhance the coordination of different medical security systems.

【Key words】 Medical assistance; Health security system; International experience

医疗救助是国家和社会向低收入贫困人口或因患重病而无力支付较高医疗费用而陷入困境的居民提供的医疗保障制度,在促进社会公平、遏制贫困蔓延、维系社会和谐方面发挥了重要作用,也是各国医疗保障体系的重要组成部分。从国际视角来看,20

世纪以来,在公共医疗保险制度的普及和扩张过程中,由于人口老龄化、医疗费用上涨和高科技的应用,人们对医疗保障的需求与日俱增,导致民众期待不断上升,公共医疗保险体系面临的财务压力不断增加。医疗救助制度的改革与发展也成为全球性的议题。

* 基金项目:2012 年度教育部哲学社会科学研究重大课题攻关项目(12JZD036)

作者简介:锁凌燕,女(1980 年一),博士,副教授,主要研究方向为卫生融资体系,风险管理与保险。

E-mail:lingyan.suo@gmail.com

伴随医疗保障体系改革,中国在2003年和2005年先后建立了农村和城市医疗救助体系。从2009年起,将医疗救助正式纳入国家基本医疗保障体系,整合城乡医疗救助制度,建立城乡居民大病保险制度和疾病应急救助制度。医疗救助制度从无到有、从局部试点到稳步全面推进,救助资金不断增加,多层次的救助办法逐步完善,救助对象范围也逐年扩大。据《2013年社会服务发展统计公报》统计,2013年通过资助参加城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗救助6277.8万人,直接医疗救助2126.4万人次,各级财政共投入资金239.3亿元。但由于制度设计方面的问题,在救助对象选择、救助内容的侧重、标准与水平、医疗保障制度整体的衔接等方面仍然存在改进的空间。总结和比较发达国家医疗救助制度发展的历史经验,对于研究如何改进我国医疗救助制度、推动医疗救助制度的改革和完善有重要的政策借鉴意义。

1 发达国家医疗救助制度的特点

各国医疗救助制度及机制都是依托于本国的医疗保障体系发展起来的,各个部门之间相互作用和影响深刻,对医疗救助制度的研究必须基于该国整体的医疗保障体系。从整体来看,目前主要存在以下几种医疗保障模式:政府主导的国家医疗保险模式(如英国、瑞典、澳大利亚)、社会医疗保险模式(如德国、法国)、商业医疗保险模式(如美国)和强制储蓄医保模式(如新加坡)等四大模式;^[1-2]由于不同医疗保障模式提供的公共医疗保险水平及覆盖面不同,各自的医疗救助制度需求也存在差异,总体而言,其制度主要呈现以下特点。

1.1 公共医疗保险制度内嵌重大疾病保障机制,并向低收入群体倾斜

发达国家的公共医疗保险制度中基本都内嵌重大疾病保障机制,这是防止低收入人群因病致贫、因病返贫的第一道防线。制度安排的初衷就是在强调个人合理医疗负担的同时,为避免高额医疗费用对居民生活的影响,一般针对个人或家庭设立年(或分项目)最高负担金额,负担金额为固定金额或与家庭可支配收入挂钩。同时,一些国家通过对不同收入人群实行差异化补贴或实行不同的报销比例,实现公共医疗资源向中低收入人群倾斜。实际

所需资金则根据各国医疗保障体系的属性而定:实行国家医保模式的国家,多由国家财政予以资助;实行社保模式的国家,主要由社保基金予以资助,风险池共同分担,国家财政予以支持;实行市场主导模式的国家,则主要由居民个人出资、风险池共担。

澳大利亚是自付金额为固定额度的代表性国家。其国家医保项目医疗照顾制度(Medicare)和处方药补贴计划(Prescription Benefit Scheme)本身设有巨灾保障机制,如果居民(非低收入者)每年的自付医疗费用超过1148.7澳元的临界值^①,超额部分报销比例为80%;年度药品自费部分超过1421.2澳元时,当年剩余时间每一种药品自付金额为6澳元。针对低收入者(联邦优惠卡持有人),澳大利亚设有医疗照顾安全网(Medicare Safety Net)和药品补贴计划安全网(Prescription Benefit Scheme Safety Net),将低收入病人享受医疗费用超额保障的门槛降低到624.1澳元;每一种处方药自付金额降为6澳元(普通人群自付金额为36.9澳元);年度药品自付部分超过360澳元时,剩余时间所用的药品全部免费。^[3]

而自付金额跟个人收入挂钩的代表国家则是德国。德国的社会医疗保险制度设置了参保人费用负担的安全网。一方面,参保人的就医费用不会超过项目限额,如每天住院自付10欧元,每年最高自付28天,而孕妇、未满18岁的参保人不需要自付费用;另一方面,参保人年最高负担金额不超过家庭可支配收入的2%,对于慢性病,最高负担金额为家庭可支配收入的1%。^[4]需要指出的是,德国强制要求所有人必须参加医疗保险,因此,对于经济困难人群,由政府资助参保;参保人员的配偶及子女不需缴纳保险费,也享受医疗待遇,其医疗救助制度同时包含了资助参保这项内容。

1.2 设立家计调查式的医疗救助制度

虽然公共医疗保险制度提供的巨灾保障可以在很大程度上减轻个人和家庭面临重大疾病时的财务压力,避免“因病致贫”、“因病返贫”,但伴随公共医疗保险制度的改革,免赔、共保等费用措施日益普及,低收入群体依然可能面临难以负担的医疗费用压力。因此,绝大多数发达国家还单设家计调查式的医疗救助制度,为低收入者及弱势群体提供直接的医疗救助。表1对几个代表性国家的做法进行了总结。^[2,5-8]

① 自付限额会根据医疗服务价格水平、生活成本、收入水平等因素调整,此为2014年1月1日起适用数据,下同。

表 1 家计调查式医疗救助制度的典型经验比较

代表国家	医疗保障体系模式	医疗救助制度安排	救助对象	保障内容
英国	国家医疗保险模式	医疗救助制度	老年人、体弱多病者、享受政府津贴补助人群、低收入人群等	如果家庭有成员享受收入救助、养老金补助或待业收入津贴,可以全部免除医疗自付费用 其它低收入者可以免除牙医、视力、路途方面的费用
法国	社会医疗保险模式*	普惠式医疗覆盖制度(CMU) 普惠式补充医疗覆盖制度(CMUC)	低收入群体 非法居民中的低收入群体(需在法国不间断居住 3 个月)也适用于国家医疗救助计划(AME)	CMU 保障各类医疗费用,但要求使用规定的诊疗技术和药品目录 CMUC 保障个人自付费用
日本	社会医疗保险模式	法定医疗救助	低收入者	包括门诊、住院、手术、药品等费用,看病时所必需的交通费等费用也纳入救助范围
美国	商业医疗保险主导模式**	医疗救助制度(Medicaid)	包括有抚养孩子负担的家庭计划和补充保障收入计划的援助对象;低收入家庭的小孩和孕妇;低收入的医疗照顾被保险人;有较大医疗开支的人群;接受机构护理的人群	联邦政府规定医疗服务的提供、质量标准、资助标准和参加者的资格要求,由各州参照决策执行
新加坡	强制储蓄模式	医疗救助基金(Medifund)	低收入、缺乏足够储蓄又无家庭支持的弱势群体	补贴医疗费用,由基金认可医疗机构的专门委员会审核并决定救助标准 对 65 岁及以上老人和 18 岁以下少儿有特殊优待

注: * 在法国,国家社会医疗保险的门诊报销比例约为 70%,住院费用的报销比例约为 80%,但对癌症、心脏病、糖尿病、艾滋病、心血管病等 30 种重特大疾病,由国家承担全部医疗费用。

** 根据 1986 年《紧急医疗救治和劳工法》,医院必须为需要紧急治疗的人员提供医疗服务,而无论其公民身份和支付能力,资金由政府提供,因此低收入群体还可以通过急诊获得急需的医疗服务。

总体来看,各国的医疗救助制度,从覆盖对象上看,主要是通过家计调查的低收入群体和老年、少儿等弱势群体;从资金来源上看,政府的财政预算是最主要的来源,也包括一定的社会捐赠等,新加坡的制度则较为特别,其救助资金来自于政府拨款、接收社会捐款所设专门基金的投资收益;从保障项目上看,基本涉及到门诊、住院、家庭护理等各项医疗服务,特别是把门诊救助和预防保健也纳入救助范围,已实现早发现、早治疗,当然,所提供的救助项目往往是最基本的。从家计调查要求来看,会明确限定救助者资格,对申请者的收入和资产进行详细调查,通过严格的审批和约束机制,确保资金和资源用在最需要的人群上,如在英国一旦查出在医疗救助申请中弄虚作假,将处以相应医疗费用 5 倍的罚款。

1.3 鼓励通过商业健康保险释放公共医疗体系压力

在将公共资源向弱势群体倾斜的同时,考虑到人口老龄化、对健康的追求、经济增速放缓等因素影响,医疗费用的增长高于经济和财政增长速度已成长期趋势,社会医疗保险制度难以为继,还可能成为债务危机爆发的重要诱因。各国纷纷开始出台各类政策,鼓励

发展商业健康保险,以通过替代效应释放一部分财政负担和公共医疗资源,医疗保障体系越来越向政府、社会、商业健康保险、个人共同负担的多元保障模式转变,“基本服务靠政府,改善服务靠市场”的社会保障改革取向越来越清晰。例如,澳大利亚设有商业健康保险激励计划(The Private Health Insurance Incentives Scheme),鼓励人们购买商业健康保险,以分散医疗费用风险,促使富裕人群更多到私立医院就诊,缓解公立医院人满为患的压力。政府主要采取以下措施:第一,保费补贴。1999 年起,购买商业健康保险可按其收入水平获得政府 10%~30% 的保费补贴。2005 年 4 月起,对于老年群体进一步提高补贴标准,65~69 岁补贴比例 15%~35%,70 岁以上补贴比例 20%~40%;2012 年 7 月起,对于高收入人群不再提供保费补贴。第二,惩罚机制。对高收入个人和家庭,如果没有购买商业健康保险,需要加征 1%~1.5% 的医疗照顾附加税(Medicare levy surcharge)。相对于公共医疗保障体系的被保险人,参加商业健康保险的居民,有权选择医生和病房,从而可以满足其多元化的医疗需求。^[9] 再如,在德国,高收入人群、公职人员、自由职业者可以参

加商业健康保险,其保费在一定限额内可税前列支;商业健康保险保障程度高于社会医疗保险,参保人在就医时享受更好的待遇,如可以要求专家诊疗、指定手术医师、住院时享受单间病房等。

2 发达国家医疗救助制度经验对我国的启示

发达国家对医疗救助制度的安排,具体表现上差异较大,但背后的制度逻辑和改革趋势有相似之处。需要看到的是,不论是突出市场导向还是强调政府责任的国家,都建立了医疗救助机制,为贫困人群提供医疗保障安全网,这是市场经济条件下政府不可回避的责任,也是消除贫困、促进社会公平的重要途径。医疗救助作为社会保障体系的重要内容,首要目标是维护社会公平正义;而为了实现效率目标,很多发达国家在建立完善医疗救助制度的过程中,都试图创新公共服务和医疗救助供给机制与评价机制,为我们提供了许多有益的经验。

2.1 公共资源要向低收入弱势群体倾斜

从20世纪70年代开始,许多发达国家开始改革公共医疗保险制度,高度强调以医疗救助为托底,建立多层次医疗保障体系;而在公共医疗保险制度改革中,则越来越强调公共资源向低收入弱势群体的倾斜。这种改革的趋势,实际上是希望保证不同人群的医疗负担或享受的待遇水平与收入和承受能力相适应,这与医疗保障制度的公平目标高度契合。在具体做法上,对于高收入群体,国际社会的趋势是鼓励其购买商业健康保险,分流公共资源压力;而在基本公共医疗保险“普惠”待遇的基础上,更强调公共资源部分倾斜,差异化地提高对老人、儿童、残疾人等弱势群体的保障水平。^[10]一方面在公共医疗保险制度中内嵌了低收入弱势群体的保护机制,包括降低其年度自付费用限额、降低共付比例等;另一方面,强调完善家计调查式的医疗救助制度更是市场经济条件下政府不可推卸的责任。

限于我国的经济实力,制度设计者在公共医疗保险制度中设置了起付线、封顶线、共付比例等成本控制措施,但并没有建立根据经济实力水平调整自付限额的工作机制^[11],特别是在城乡居民医疗保险制度下,人均筹资水平较低,多数地区设置的救助比例和封顶线都较低,保障内容一般局限于社保目录,部分救助人群由于治疗需求,目录外用药和诊疗项目较多,个人负担沉重。正因为如此,一定的经济实力在事实上成为了拥有和享受医疗保险待遇的重要先决条件,中高

收入人群对医疗服务利用得更多。而同时,政府对医疗机构进行资金补助,居民对卫生服务的利用越多,享受的公共卫生补贴也就越多。第四次国家卫生服务调查显示,调查地区有34.5%的贫困家庭是因为疾病或损伤致贫,在致贫原因排行榜上高居首位,与2003年数据(30%)相比,疾病或损伤的致贫比例有所增加;虽然低收入人群的两周患病率和慢性患病率均高于全人群平均水平,但两周患病未采取治疗措施者的比例却高于全人群平均水平,主要原因是经济困难。

因此,考虑到我国的国情和财政长期负担,应放缓连年上调、泛福利性的“普遍提待”,在基本医疗保险“普惠”的基础上,应实现医疗资源部分倾斜,可差异化提高对老人、儿童和残疾人等群众的保障水平;同时,在城乡居民大病保险的发展过程中,对医疗费用经济负担较重人群加大“二次补偿”,对于治疗大病不可替代的贵重药品、检查诊疗费用也应逐步纳入到大病保险合规医疗费用中;此外,还要加快探讨商业医疗保险费税前扣除等激励机制,促进商业医疗保险发展,完善多元化主体参与的医疗保障体系,缓解公共医保制度的财政压力。

2.2 科学界定救助对象

由于医疗救助不以个人的缴费或其它贡献作为保障前提,因此必须对救助对象进行严格的资格认定,以避免资源错配、加剧不公。发达国家的医疗救助制度都配套设有严格的家计调查,并建立严格的审批和约束机制,对于弄虚作假者,给予经济处罚和信息公开,以提高制度的严肃性,使得真正需要救助的人群及时得到帮助,最需要的人群获得最大帮助。

从我国目前医疗救助的对象范围来看,各级政府大多以个人或家庭收入和当地最低生活保障线为依据,实践中往往将之等同于城乡低保家庭成员和五保户,医疗救助成为“低保”制度的配套措施,很多低收入家庭和流动贫困人口缺乏有效的制度安排。这种“一刀切”的做法虽然简单,但却不能适应救助对象动态变化的现状,容易导致申请者设法隐瞒自己的实际收入,出现“搭便车”的现象,而很多低收入患者也在事实上被排除在救助范围之外,严重影响了制度的公平性。在公共医疗保险制度基本实现全覆盖的前提下,我国未来医疗救助制度一方面要关注已被保险覆盖的人群的自付费用与其家庭经济承受能力相对应,另一方面更应注意在救助人群方面,将边缘人群和流动困难人群纳入到医疗救助范围,健全家计调查制度。

2.3 合理确定医疗救助的服务范围和标准

首先,医疗救助体系的目标是避免疾病对救济对象造成灾难性的影响,因此只是定位于满足其基本医疗需求,并不关注改善性需求。不过各国对于哪些服务和药品属于“基本需求”的范畴并无一致结论,一般都是在既定的资源约束条件下由公共选择机制决定。例如,美国俄勒冈州就曾经耗时四年,通过公开的讨论过程,根据不同诊断与诊疗方案组合的成本收益比、有效性等,选定医疗救助制度的承保范围,以便让有限资源发挥最大效力,并维持制度的可持续性。

其次,医疗救助服务范围的界定,要以促进民众健康水平的改善及提高医疗保障体系的可持续性为目的。从我国医疗救助制度的现状来看,其救助理念关注的焦点更多是“因病返贫”,主要体现为患大病之后的补救,在制度设计和运行中,较少关注病前干预、“因贫致病”的问题。从发达国家经验来看,医疗救助制度安排与公共医疗保险制度有很好的衔接,实行综合医疗救助模式,低收入弱势群体的门诊和预防医疗服务都能得到较为完整的保障,可以较好地避免贫困人口因无力支付门诊费用而发生由小病变大病的情况,从而大大缓解贫困人群和医疗救助系统的负担。

2.4 加强公共医疗保险制度与医疗救助制度的衔接与协调

涉及医疗保障体系的改革和学术争论主要集中在两点,一是制度的公平性,二是制度的可持续性。为了“鱼与熊掌兼得”,各国普遍采取公立医疗保险制度为基础、医疗救助托底、由商业健康保险满足多样化需求的制度体系,而多元化体系发挥最大效能的前提就是各种制度之间有良好的协调。^[12]从发达国家经验来看,公共医疗保险制度大多内嵌有巨灾保障机制,对低收入群体在保障水平上适当倾斜,而且大都指定相同的行政部门同时管理医疗救助和公共医疗保险制度,例如,美国联邦医保和救助服务总局(CMS)同时负责医疗照顾制度和医疗救助制度,制度整合程度高,能够保证救助对象及时高效地获得医疗服务。从中国的情况来看,基本医疗保险、医疗救助由不同部门管理,影响“一站式”即时结算的全面实现,影响了医疗服务可及性,也不利于基本医

疗保险、大病医疗保险、商业医疗保险、医疗救助和社会慈善的衔接与制度合力的发挥。

参 考 文 献

- [1] 孙祁祥, 郑伟. 商业健康保险与中国医改——理论探讨、国际借鉴与战略构想[M]. 北京: 经济科学出版社, 2010.
- [2] 锁凌燕. 转型期中国城镇医疗保险体系中的政府与市场——基于城镇经验的分析框架[M]. 北京: 北京大学出版社, 2010.
- [3] Australian Government Department of Human Services. 2014 PBS co-payment and safety net amounts[EB/OL]. [2014-08-18]. <http://www.pbs.gov.au/info/news/2014/01/co-payment-safety-net-amounts-update>
- [4] The German health care system 2009[EB/OL]. [2014-08-18]. http://www.commonwealthfund.org/Topics/International-Health-Policy/Countries/~ /media/Files/Publications/Other/2010/Jun/International%20Profiles/1417_Squires_Intl_Profiles_Germany.pdf
- [5] 冯鹏程. 新加坡健保双全计划及启迪[J]. 上海保险, 2013(11): 53-58.
- [6] Ministry of Health Singapore. Medical Endowment Fund Annual Report 2012/2013[R].
- [7] 吉宏颖. 英国医疗保障的政府与市场定位[J]. 中国医疗保险, 2014(1): 67-70.
- [8] United States Census Bureau, Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States [R]. 2013.
- [9] 澳大利亚政府商业健康保险专员网[EB/OL]. [2014-08-18]. www.privatehealth.gov.au
- [10] Ke Xu, David B Evans, Kei Kawabata, et al. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis [J]. The Lancet, 2003, 362(9378): 111-117.
- [11] 韩志奎, 董振廷. 困难群体医疗保障政策的实践效应分析——基本医疗保险制度改革以来的历程[J]. 中国医疗保险, 2013(11): 7-11.
- [12] 赵福昌, 李成威. 国外医疗保险与医疗救助制度及其衔接情况与启示[J]. 经济研究参考, 2013(46): 52-60.

[收稿日期:2014-07-29 修回日期:2014-09-01]

(编辑 谢宇)