

# 新加坡医疗保障制度演变的特点及启示

丁一磊\*

国家卫生健康委员会 北京 100044

**【摘要】**新加坡是世界上卫生支出较低且健康绩效较好的发达国家之一,新加坡医疗保障制度被一些国际机构和学者誉为“公私兼顾,公平有效”的榜样。为了更好地借鉴新加坡健康保障制度建设的经验,作者利用在新加坡学习的机会,与新加坡卫生部相关官员进行交流,并查阅相关文献,对新加坡健康保障制度的主体框架、筹资与待遇保障及其主要特点进行总结分析,并提出了对我国医保制度改革的启示。

**【关键词】**健康保障;保健储蓄账户;终身健保计划;保健基金计划

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2018.10.005

## Characteristics of Singapore's health protection system evolution and its implications for china

DING Yi-lei

National Health Commission, Beijing 100044, China

**【Abstract】** Singapore is one of the developed countries with low health expenditure and good health performance in the world. Singapore's health protection system has been praised by international institutions and scholars as an example of “balance between public and private, equity and effectiveness”. In order to better understand and learn more from experience of Singapore's health protection system which is strongly built, the author grabbed the opportunity of new learning system to communicate with relevant officials of the ministry of health in Singapore where he consulted relevant literature through studies and reading different papers. Therefore, the author analyzed the framework, financing, benefit package and the main feature of the health protection system in Singapore, and then proposed the implications which can be deemed of great asset for China's health protection system reform.

**【Key words】** Health insurance; Medisave; Medishield; Medifund

## 1 引言

新加坡健康保障制度常常被国人简化为“个人账户”,但作者在新加坡经过为期一年的学习后发现,新加坡的健康保障制度的特点绝不是个人账户能够概括的,个人账户只是新加坡健康保障制度中的一个组成部分,以“个人账户”总结新加坡健康保障制度特点存在以偏概全现象。为此,本文对新加坡健康保障制度的制度架构、筹资与待遇保障以及制度特点进行总结和分析,为我国实施健康保障制度改革提供借鉴。

本文以作者在新加坡学习期间与新加坡卫生部的相关官员访谈结果为基础,同时检索了新加坡医疗保障制度发展历程与现状的相关文献和报告,主

要利用的中文数据库有 CNKI 数字图书馆、万方电子期刊;外文数据库包括 Science direct、Web of Science;并登录新加坡政府官方网站(新加坡中央公积金局、卫生部)以及国际组织官方网站(世界卫生组织、世界银行)查询相关数据并下载统计年报。

根据新加坡健康保障制度的架构,本文重点对新加坡健康保障制度不同计划的筹资和待遇保障情况进行综述,并对新加坡健康保障制度的特点进行归纳总结,进而提出了对我国健康保障制度建设的启示。

## 2 新加坡基本情况

新加坡位于马来半岛南端,马六甲海峡出入口。1824年,新加坡沦为英国殖民地;1942年被日本占

\* 作者简介:丁一磊,男(1979年—),博士,处长,主要从事医疗保障管理工作。E-mail:dingyilei2014@126.com

领,1945 年日本投降后,英国恢复殖民统治,次年划为直属殖民地。1959 年实现自治,成为自治邦。1963 年 9 月 16 日与马来亚、沙巴、沙捞越共同组成马来西亚联邦。1965 年 8 月 9 日脱离马来西亚,成立新加坡共和国;同年 9 月成为联合国成员国,10 月加入英联邦。<sup>[1]</sup>

新加坡国土面积 719.9 平方公里,人口约 561 万,2017 年人均国内生产总值 5.5 万美元,是一个资源相对短缺、城市密度高、地处热带的发达国家。建国后,新加坡政府对医疗卫生领域进行了总体的规划和持续投入,使得新加坡居民的医疗保健水平获得持续发展。<sup>[1]</sup>2014 年新加坡卫生保健支出 151 亿美元,占 GDP 的 4.9%,人均卫生支出为 2 752 新元,预期寿命约 82 岁。目前,新加坡基础医疗设施世界排名第四、预期寿命世界排名第七,已有 13 家医疗机构获得国际联合委员会品质认证(JCI),占获得认证的亚洲医疗机构的三分之一。<sup>[2]</sup>

### 3 新加坡的健康保障制度

新加坡医疗健康制度的发展有其偶然因素,二战后,英国从日本手中重新接管了新加坡。面对战后亚非拉国家的独立浪潮,英国明白其殖民下的新加坡和马来西亚迟早会独立。因而,为了不增加英国政府和殖民政府的财政负担,英国在新加坡并没有实行其本国的 NHS 模式。同时,早期的新加坡人口主要是华人为主,主要是年轻时在新加坡赚钱,老了以后还想叶落归根回中国,并不想留在新加坡,因而对于多缴税收而退休后由政府提供免费福利并不感兴趣,而更多的希望少交税,多赚钱多存钱,相信眼见为实。因而,殖民官员想出了强制储蓄,用个人存款应付养老和医疗的办法,政府甩了包袱,民众个人的当期收入也有所提高,个人账户看的见摸的着。可以说,殖民地官员和早期居民出于不同目的而殊途同归的在偶然间造就了新加坡的早期公积金制度。

20 世纪 70 年代的医疗费用快速上涨助推了新加坡个人储蓄账户的诞生。1971—1981 年,新加坡医疗费用从 0.59 亿新元提高到 2.57 亿新元,在 10 年期间上涨了 4 倍,住院率从 1971 年 7.6% 增长至 1980 年 11%。在经历了 70 年代医疗卫生费用的急剧增长之后,新加坡政府意识到必须对过去福利型医疗保健制度进行改革。李光耀总理提出“提供免费医疗服务的理想和人类的实际行为是互相抵触

的,在新加坡肯定如此”。“提供良好的保健服务,但是同时要求人们负担一些费用,以确保其不致被滥用又能控制成本”。1981 年,新加坡卫生部长宣布“像英国国民保健署及其他福利国家所实施的由生到死照顾周全的医疗制度,并不适用于新加坡”。新加坡及时调整了国家医疗保健的指导思想,由过去国家大包大揽,转变为强调以个人责任为基础,政府分担部分费用来保证基本医疗服务。1983 年 2 月,新加坡卫生部发布《国家健康计划蓝皮书》,提出建立强制性医疗计划——保健储蓄计划(Medisave)。1984 年 4 月,新加坡建立了以个人储蓄账户为基础的医疗保险制度,并成为世界上第一个将个人储蓄账户强制引入医疗保险制度的国家。<sup>[2-5]</sup>

#### 3.1 新加坡健康保障制度发展的基本理念

医疗不是免费的,总有人为此支付,无论是像英国一样由政府通过税收征收、还是像德国一样通过保险筹集,或者是由个人承担,人们都是直接或者间接的在承担费用,只是费用分担方式不同。新加坡的医疗卫生服务费用是由个人和政府两方共同负担。新加坡建设健康保障制度的基本原则是“全民覆盖,多重保护”,遵从三个方面的理念:一是普遍性,即通过政府直接补贴,“使人人负担得起保健服务”;二是有偿性,即强调个人责任,通过共同付费原则分担责任,避免所谓“无偿”医疗服务;三是鼓励集体责任,通过医疗保险来分散大额医疗费用的风险。<sup>[2,6]</sup>

#### 3.2 新加坡健康保障制度的主要框架

新加坡健康保障制度的基本框架包括四部分,即:政府补贴(Subsidy),保健储蓄计划(Medisave)、终身健保计划(Medishield Life)和保健基金计划(Medifund),简称“S+3M 制度”(图 1)。

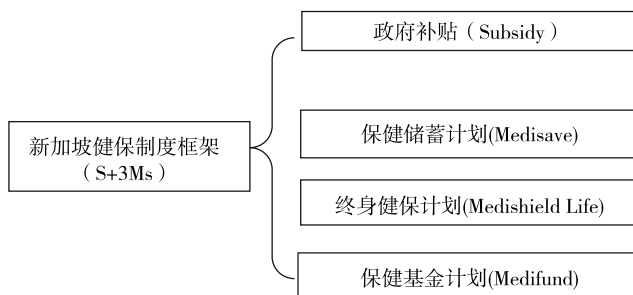


图 1 新加坡多层次健康保障体系构架

新加坡多重保障的健康保障制度设计基本思路:首先由政府对本医疗服务直接进行大量的补

贴,公民在享受基本医疗时,直接支付政府补贴后的价格,此处与英国 NHS 有点类似,但新加坡只对本国公民提供补贴;其次,公民在享受门诊基本医疗时,需要使用自己的现金支付(不可以用公积金),包括绝大多数的普通门诊费用(部分慢性病除外);第三,在住院治疗时,在享受政府补贴的基础上,自付部分可以使用个人公积金支付;第四,在个人公积金支出达到一定额度后,由终身健保计划支付起付线以上部分的大部分费用;第五,对困难人群由 Medifund 制度进行救助。<sup>[2-6]</sup>

新加坡的医疗保障制度强调以个人责任为基础,倡导每个人必须对自己的健康负责,每一代人对个人的健康和养老负责,要求个人在生命历程中自行进行纵向累积,年轻的时候累积年老的时候的支出,而不是由年轻一代支付上一代的花费,不把责任推给国家和下一代。在此基础上,政府对最基本的医疗提供大量补贴,对重大疾病提供健康保险,对困难人群提供救助。<sup>[2,6,7]</sup>

### 3.2.1 新加坡政府向公立医院提供医疗补贴(Subsidy)

各个医疗机构根据成本自行制定医疗服务价格,政府直接对这一价格按照一定比例进行补贴,公民按照补贴后的价格支付医疗费用。政府负担比重是按住院病人和门诊医疗分别制定补贴标准的。一是基本的门诊费用。由政府综合诊所提供,每名患者平均获得约 50% 的医药补贴,中低收入和建国一代还可以享受进一步补贴。患者若由政府综合诊所推荐到专科医院就医,同样也能享有政府补贴。二是住院费用。对住院病人,3~4 床位的 B1 级病房政府补助为 20%,6 床位的 B2 级病房政府补贴为 65%,6~8 床位以上的 C 级病房政府补贴 80%。需要注意的是,此处的政府补贴(Subsidy)由财政通过补助供方的方式直接支付给医疗机构,患者只需支付补贴后的费用,既不动用个人公积金账户,也不动

用终身健保基金。<sup>[8]</sup>

### 3.2.2 保健储蓄计划(Medisave)

该计划是强制性中央公积金制度的组成部分,1984 年由政府设立,覆盖所有在职人员,雇主、雇员双方按照工资的一定比例缴纳,建立保健储蓄基金用于支付投保人及其家庭成员的住院、日间手术及特殊门诊的自付部分费用。保健储蓄基金可用于支付公营或私营医院的收费,目前规定的限额是:住院费每日公积金的支付限额为 400 新元,手术费则设有固定限额,从 150 新元至 5 000 新元不等。<sup>[8]</sup>

筹资方面,新加坡公积金制度由雇主和雇员共同缴纳,形成公积金,根据雇员年龄的不同,雇主和雇员缴纳不同比例的公积金(表 1)。公积金分为三个户头,分别为用于住房、教育和投资的普通账户、主要用于养老的特殊账户和用于公民特定医疗费用支出的保健储蓄户头。<sup>[8]</sup>其中保健储蓄户头要求与 10 年期新加坡政府债券利率挂钩,外加 1% 的利率,且政府确保其不低于 4%。医疗保健户头的资金主要用来支付个人和家属的住院自付费用、门诊特殊病种、日间手术、预防保健、购买 Medishield 的年费等。需要注意的是,Medisave 不可以用于普通门诊医疗费用的支付,普通门诊费用需要个人现金支付。<sup>[5]</sup>根据新加坡公积金局提供的数据显示,2016 年人均医疗保健户头余额为 24 200 新元,照此计算,人均每年的利息约 1 000 新元。其中,55 岁以上会员的医疗保健户头约为人均 3.7 万新元。2016 年,新加坡公积金局也规定,Medisave 账户超过 49 600 新元的部分,自动转入特别户头,可以获得高达 6% 的利息,也确保了更多的退休待遇,防止医疗保健户头累计过多。此外,为了鼓励生育,每名新生儿自动获得 4 000 新元在 Medisave 账户,帮助父母解决婴儿的看病就医费用。<sup>[9]</sup>

表 1 新加坡不同年龄人群公积金缴费率和分配率(2016 年 1 月 1 日起)

雇员年龄(岁)	缴费率(月薪≥750 新元,占薪金的%)			分配率(占薪金的%)		
	雇主缴费比例	雇员缴费比例	总缴费比例	普通户头(还房贷)	特别户头(养老)	保健储蓄户头(医疗)
0~	17.0	20.0	37.0	23.0	6.0	8.0
36~	17.0	20.0	37.0	21.0	7.0	9.0
46~	17.0	20.0	37.0	19.0	8.0	10.0
51~	17.0	20.0	37.0	15.0	11.5	10.5
56~	13.0	13.0	26.0	12.0	2.5	10.5
61~	9.0	7.5	16.5	3.5	2.5	10.5
65~	7.5	5.0	12.5	1.0	1.0	10.5

注:来源于新加坡中央公积金局网站。

从新加坡整个公积金制度的缴费结构看,随着年龄的变化,缴费总额和缴费的分配结构都有动态变化。主要呈现以下特点:一是为了促进老年人就业,增加公积金储蓄,鼓励企业雇佣老年人,新加坡的公积金制度从 55 岁开始将总费率从 37% 降至 26%,到 60 岁降至 16.5%,至 65 岁降至 12.5%。二是普通户头(主要用于组屋贷款)占比逐渐减少。鉴于年轻人需要购买公共组屋,房贷压力大,公积金主要部分在初始阶段主要在普通户头,用于还房贷,随着年龄增长,收入增加,房贷压力相对减轻,至 65 岁,普通户头占薪金比例从 23% 下降至 1%。三是特别户头中间高两头低。特别户头主要用于养老,在初始阶段考虑到房贷压力大,普通户头分配较多,到 50 岁左右,特殊户头分配比例增至 11.5%,加大了用于养老的资金支付比例。从 55 岁开始,又逐渐降低,主要是减轻用人单位负担,鼓励就业。四是保健储蓄户头逐渐增加。从初始的 8% 增加到 10.5%,尤其是 65 岁后,整个公积金只征收薪金的 12.5%,其中 10.5% 进入保健储蓄户头,体现了年老后在医疗方面的花销增加做准备。<sup>[4-6, 10]</sup>

### 3.2.3 终身健保计划(Medishield Life)

终身健保计划(Medishield Life),最初称为健保双全计划(Medishield),2015 年 11 月 1 日后改为终身健保计划,又称基本医疗保险计划,是新加坡医疗保障制度的主体。该计划是新加坡政府于 1990 年 7 月设立的用于支付参保人员住院或特殊门诊(如透析和肿瘤化疗)的医药费用,该计划覆盖新加坡公民和永久居民。终身健保计划属于社会保险性质,制度实施之初采用自愿参加原则,按照起付钱和共付比例制,对投保者住院及部分门诊费用给予偿付。<sup>[11-12]</sup>

执政党的政治理念变化推动新加坡终身健保计划完善。新加坡执政党人民行动党在 2011 年大选受到前所未有的挑战之后,意识到民生问题对绩效合法性的负面影响,开始主动调整公共政策及时和精准地回应不同民众的差异化诉求,从注重经济发展向关注民生改善倾斜。人民行动党在 2011 年大选中实际上接受了一次量化的民意需求测验,于是开始高度重视采取精准的政策回应来解决各种民生问题,继续完善和丰富适合本国国情的社会保障制度体系。<sup>[13]</sup>其中与健康保障制度相关的主要有两项,一是实施“建国一代”资助计划。政府专门拨出 80 亿新元建设“建国一代”基金,以感谢年长者为新加

坡早期建设所做的突出贡献,这些年长者将终身获得额外的医疗援助。二是推行关心老年人的“乐龄补贴计划”。2015 年新加坡政府推出乐龄补贴计划(Silver Support),为符合条件的约百分之二十五的年长公民提供退休补贴。新加坡人民行动党将绩效合法性资源拓展至社会民生领域,极力挖掘和提升公共服务方面的新绩效,妥善处理各种民生福利保障问题。人民行动党精准的政策回应使得民众逐渐感受到其对于民生问题态度的转变,不同世代的选民切身体验到了政策带来的实在福利,受益群体逐渐扩大,老年人和年轻人对民生政策的满意度得到了提升,进而增加了人民行动党在 2015 年大选中的得票率。<sup>[13]</sup>

2015 年 11 月,新加坡将从现有的健保双全全面过渡到终身健保。这是一份强制性、全民参保、终身参保的计划。全民参保意味着所有公民和永久居民,健康与否都得加入终身健保。终身健保推行后,绝大多数年龄层的保费都会增加。从健保双全到终身健保是理念上的重大改变。终身健保双全计划在新加坡医疗保障制度中发挥了“顶梁柱”的作用。<sup>[14-16]</sup>

#### (1) 筹资

一是依据年龄确定保费。年龄越大,保费越高。20 岁以下人群每年只需支付 130 新元,而 76~78 岁人群每人每年需支付 1 130 新元(表 2),保费直接从保健储蓄(Medisave)支付。这样做主要原因是,年轻人特别是 50 岁以下的中青年,患大病几率不高,在自愿参保的条件下,参保积极性不高,如果年轻人和老年人征收同样的保费,容易产生逆向选择,因而降低中青年人的保费,鼓励其参保;对于老年人,其参保意愿强,使用健康保险较多,因而收取较高的保费。<sup>[8-9]</sup>

为了保障健保双全计划顺利转向终身健保计划,新加坡政府首先承诺维持终身健保保费五年不变,并实施了过渡期的津贴,承诺未来拨款 40 亿元提供三大类津贴(建国一代年长者津贴、针对中低收入层的永久津贴、以及针对全体国人分四年分发的过渡津贴)协助全民应付保费增加。过渡期津贴主要补助终身健保计划增加的保费,4 年的津贴补助比例分别为增幅的 90%、70%、40% 和 20%。将政府各种津贴计算在内后,所有参保者在终身健保计划推出的第一年,每月保费涨幅不超过 6 元,低收入者不超过 3 元,许多中低收入家庭的保费甚至比现在还

少。当政府过渡性津贴在第五年结束时,较低收入者每月保费增幅介于3~11元;较高收入者每月保

费增幅则介于7~30元(表2)。

表2 2015年不同年龄人群参加新加坡健保双全与终身健保计划保费比较(新元)

年龄(岁)	健保双全年度保费	终身健保年度保费(津贴前)	2015年终身健保保费(津贴后)							
			低收入		中低收入		中高收入		高收入	
			每年	每月	每年	每月	每年	每月	每年	每月
1~	50	130	60	5	61	5	62	5	66	6
21~	66	195	82	7	84	7	86	7	92	8
31~	105	310	131	11	134	11	137	11	146	12
41~	220	435	237	20	241	20	246	20	263	22
51~	345	630	364	30	371	31	377	31	402	34
61~	455	755	462	39	470	39	477	40	515	43
66~	540	815	530	44	546	46	554	46	595	50
71~	560	885	563	47	572	48	581	48	525	52
74~	646	975	634	53	653	54	663	55	712	59
76~	775	1 130	678	57	735	61	778	65	846	71
79~	865	1 175	705	59	764	64	823	69	927	77
81~	1 123	1 250	750	63	813	68	875	73	1148	96
84~	1 150	1 430	858	72	930	77	1001	83	1206	101
86~	1 190	1 500	825	69	900	75	975	81	1252	104
89~	1 190	1 500	825	69	900	75	975	81	1252	104
90~	—	1 530	765	64	842	70	918	77	1258	105

注:来源于新加坡公积金局网站。低收入指每月家庭人均收入少于1 100新元,中低收入指每月家庭人均收入介于1 001~1 800新元,中高收入指每月家庭人均收入介于1 801~2 600新元,高收入指每月家庭人均收入超过2 601新元。

2015年,终身健保计划基金收入10.54亿新元,支出4.61亿新元(其中待遇支出4.38亿,其余为人员工作经费),当年结余5.92亿新元,累积结余13.25亿新元。累积结余相当于当年基金收入的125%,可以支付3年的住院保险支出。<sup>[17]</sup>

二是防止逆向选择。2015年以前,根据新加坡公积金局规定,凡是没有投保Medishield的公民或永久居民,如果在患大病后再参保,需要在原有基础上上浮30%的保费,且连续10年都上浮。这些重大疾病包括癌症、肾衰竭、中风、心脏病和帕金森症等。随着年龄的增长,保费本身就呈加速上升的趋势,如果再上浮30%,则代价要大于年轻时参保的支出,因此新加坡健康的年轻人都自愿参保。<sup>[17-18]</sup>2015年后,Medishield改为Medishield Life,对于新加坡公民和永久居民实行强制参保。

三是根据收入情况减免保费。新加坡公积金局为了支持低收入、中低收入和中等收入人员参保,对相应收入段的人员有参保补助。如对于月收入低于1 100新元的人,属于低收入群体,可以获得25%~50%的保费补助;对于月收入在1 101~1 800新元的

中低收入群体,可以获得20%~45%的补助;对于月收入在1 801~2 600新元的中高收入群体,可以获得15%~40%的补助,超过2 600新元的高收入群体则没有补贴。目前新加坡的养老金每月平均在1 000至1 900新元之间,因而,65岁以上老年人,如果没有其他收入,基本上都可以获得30%左右的补助(表3)。<sup>[17]</sup>

表3 2015年新加坡健康保险制度针对不同年龄段和收入人群的补贴比例

年龄(岁)	新加坡公民根据家庭人均月收入(新元)计算的补贴率(%)		
	低收入	中低收入	中高收入
	(0~1 100)	(1 101~1 800)	(1 801~2 600)
0~	25	20	15
41~	30	25	20
61~	35	30	25
76~	40	35	30
86~	45	40	35
91~	50	45	40

四是保费折扣。为了鼓励年轻人尽早加入Medishield计划,新加坡公积金局规定,在相对年轻时尽

早加入健康保险制度,可以在 66 岁后获得一定的保费折扣<sup>[9]</sup>(表 4)。新加坡终身健保计划的缴费逻辑就是,年龄越大缴费越多、缴费时间越长享受保费折扣越多、收入越低获得补助越多、中断缴费惩罚较

重,患病后再参保惩罚较重。因此,虽然 Medishield 名义上是自愿参加缴费的制度,但实际上几乎 100% 参保。<sup>[2,19]</sup>2015 年实施 Medishield Life 后保费折扣制度仍保持不变。<sup>[18]</sup>

表 4 不同年龄组保费折扣表(1950 年以后出生者)

投保年龄(岁)	不同年龄组年度保费折扣(新元)							
	66 ~	71 ~	74 ~	76 ~	79 ~	81 ~	84 ~	86 ~
0 ~	49	107	184	260	313	440	483	537
31 ~	41	80	138	195	235	330	362	403
41 ~	36	53	92	130	157	220	241	269
51 ~	30	30	46	65	78	110	121	134
61 ~	不适用	12	33	50	64	71	77	90

(2) 待遇保障

报销范围方面,新加坡住院治疗,根据入住病房的等级,住在 C 级病房和 B2 级病房 100% 的费用纳入报销范围,而 B2 + 级病房有 70% 的费用纳入报销范围,A 级病房则只有 35% 纳入报销范围(表 5)。<sup>[11]</sup>

报销比例方面,新加坡一般不采用报销比例的概念,而用自负比例的概念来强调个人的自负部分(Coinsurance)。达到起付线后的费用仍需要个人承担一定的比例。从 10% ~ 3% 不等(表 7),费用越高,个人自负比例越低,报销比例在 90% ~ 97% 之间。

表 5 Medishield 制度下纳入报销范围的医药费用比例

病房级别/补贴状况	新加坡公民(%)	永久居民(%)
C 级	100	44
B2 级	100	58
B2 + 级	70	47
B1 级	43	38
A 级/私人医院	35	35
社区医院(补贴类)	100	50
社区医院(非补贴类)	50	50
补贴类短期住院病房	100	58
非补贴类短期住院病房	50	35
补贴类日间手术	100	58
非补贴类日间手术	35	35
补贴类门诊治疗	100	67
非补贴类门诊治疗	50	50

表 7 2016 年新加坡终身健保的自负比例

服务类别和费用	个人自负比例(%)
门诊治疗	10
病房或日间手术(新元)	—
0 ~	10
5 001 ~	5
10 000 ~	3

起付线(Deductible)方面,所有纳入报销范围内的费用,首先需要扣除自付额。每人每一年度内都有一定的起付线费用,81 岁以上老年人要较 80 岁以下的人群自付额高(表 6),自付部分可以用保健储蓄账户支付。<sup>[11,17]</sup>

封顶线方面,2015 年之前,Medishield 有封顶线为每年 7 万元,终身 30 万新元。从 2016 年起,Medishield Life 封顶线改为每年 10 万元,终身没有封顶线。<sup>[17]</sup>

表 6 2016 年新加坡终身健保的起付线

病房级别/治疗	80 岁及以下 (新元)	80 岁以上 (新元)
C 级	1 500	2 000
B2 级及以上(含入住私人医院)	2 000	3 000
日间手术	1 500	3 000

报销目录方面,对于 Medishield 制度来说,采用正负清单同时并存的方法,由卫生部制定国家基本药物目录并纳入报销范围,同时采用负面清单的办法,列出不支付的项目,对于其他项目可以按照一事一议的方式根据临床需要进行申请,获得批准后准予报销。只要是住院期间医疗生活必须的费用,甚至包括标准化的餐食在内,都直接由终身健保计划支付。<sup>[17]</sup>出院后的费用,则算作门诊费用,属于癌症化疗、放疗、肾透析、器官移植抗排异反应等特殊病种的,终身健保计划按照标准按月或按疗程支付,自付部分可以使用保健储蓄账户。<sup>[8,17]</sup>属于一般门诊的费用,按照分级诊疗规定,由患者自付,因而不存在报销目录的说法。

支付方式方面,主要包括按床日付费、按病种付费和按手术难度付费。

按床日付费方面,对于普通住院治疗,终身健保计划制定了按床日付费的上限,例如普通病房为每天 700 新元,重症监护病房(ICU)为每天 1 200 新元,社区医院为每天 350 新元,精神科为每天 100 新元。<sup>[17]</sup>

按病种付费方面,对于门诊特殊大病,如癌症化疗规定每个月支付不超过 3 000 新元,肾透析每月支付不超过 1 000 元,器官移植排异反应治疗每月不超过 200 新元,移植每次 7 000 新元,近距离放疗每个疗程 500 新元等。<sup>[17]</sup>

按手术难度付费方面,根据手术和治疗的复杂程度,新加坡将治疗分为 7 级 21 个收费等次(表 8),2 000 多种成熟的治疗方式都有规定编码,并被归入相应公积金的支付标准和等次<sup>[17]</sup>,控制了医药费用的不合理增长和各种原因的滥用。

表 8 2016 年新加坡各类别医疗服务的 Medisave 支付限额

手术等级	Medisave 支付限额(新元)
1A / 1B / 1C	250 / 350 / 450
2A / 2B / 2C	600 / 750 / 950
3A / 3B / 3C	1 250 / 1 550 / 1 850
4A / 4B / 4C	2 150 / 2 600 / 2 850
5A / 5B / 5C	3 150 / 3 550 / 3 950
6A / 6B / 6C	4 650 / 5 150 / 5 650
7A / 7B / 7C	6 200 / 6 900 / 7 550

### 3.2.4 保健基金计划(Medifund)

保健基金计划是一项由新加坡政府发起的用于帮助有需要的新加坡公民的计划,该计划类似于我国的医疗救助计划,承担新加坡健康保障制度的托底功能。该计划于 1993 年设立,新加坡政府根据财政收入和国家经济状况,政府每年拨 1 ~ 2 亿新元,并随预算盈余而逐渐增加到 20 亿新元,资助保健储蓄仍不足以支付医疗费用的贫困国民,使这一部分人群也能看得起病。每间公立医院均设有《医院保健基金委员会》,成员由政府委任,负责审核申请及拨款。基金自 1993 年成立以来,向基金申请补助的人 99% 获得财政资助。<sup>[2,20]</sup> 为了帮助更多的老年人和年轻人,新加坡政府于 2007 年和 2013 年分别启动了银发保健基金计划和年轻人保健基金计划。<sup>[20]</sup>

新加坡的健康保障制度,除了以上几个部分,还有乐龄健保计划。这是新加坡 2002 年开始建立的一项针对老年人出现身体残疾、生活无法自理等情

况的保险制度,目的是为老年人提供生活补助。该计划根据起始缴费年龄的不同,设定了不同的保费金额,最早从 40 岁开始缴费,最晚允许缴费的年龄为 64 岁,超过 64 岁不允许缴费加入该计划。起始缴费年龄越小,缴费越低;缴费持续时间越长,年缴费金额越低,缴费年限至少持续 5 年(2007 年以后改为 6 年);同样年龄,女性缴费高于男性。受益人在 65 岁以后可以获得每月 400 新元的生活补助(2002 ~ 2007 年期间参加该计划的补助标准为 300 新元)。<sup>[2,20]</sup>

## 4 新加坡健康保障制度主要特点与启示

### 4.1 多层次保障有机衔接,有效防止了因病返贫和因病致贫现象

新加坡建立了包括保健储蓄账户、终身健保计划和保健基金计划在内的多层次健康保障制度,不同保障计划的支付标准和支付范围有机衔接,有效防止了因病致贫和因病返贫现象的发生;保健储蓄账户防止就医时个人自付负担过重;大额医疗费用主要由终身健保计划支付,贫困人口和支付医疗费用困难群体由保健基金计划保障。新加坡以较少的卫生投入,取得了较好的健康绩效,新加坡医疗保障制度被一些国际机构和学者誉为“公私兼顾,公平有效”的榜样。<sup>[2,18,21]</sup>

我国目前已经建立了城镇职工基本医疗保险制度、城乡居民基本医疗保险制度、城乡居民医疗救助制度等医疗保障制度,制度框架基本完善,可以借鉴新加坡的经验,加强不同保险制度之间的衔接,协同发挥不同医疗保险制度的保障功能,更好地防范因病致贫和因病返贫现象的发生。

### 4.2 补供方与补需方相结合,医保制度与分级诊疗制度协调发展

新加坡在建设医疗保障制度过程中,坚持供需结合,医保制度与分级诊疗制度协同发展。针对需方,在各国社会保障纷纷提高标准的风潮下,新加坡政府牢牢地坚守住了谁获益谁付费的原则,没有一味的由国家大包大揽,独树一帜的坚持推行公积金医疗账户付费模式,控制了个人对医疗费用的滥用,避免了社会保险模式国家的个人滥用现象。<sup>[22]</sup> 针对供方,坚持补贴 + 收费的原则,居民自愿就医,医疗机构收费,通过竞争提高医疗机构的效率,避免了完全由国家大包大揽导致的医疗机构低效率、排队长、服务差的现象。政府通过对医疗机构进行部分的补



助、对基本医疗服务的补助以及国民和非国民的差别化的价格,利用有限的投入引导居民在基层、低级别病房就医,降低总体费用,同时用外国人的高收费进行一定弥补。医保基金针对不同等级机构和不同服务的支付比例差距较大,有效地引导了患者合理利用医疗服务,促进了分级诊疗制度的建设。

我国目前实施的医药卫生体制改革,也强调供需协同,三医联动,建议借鉴新加坡的经验,加强医保制度建设与医疗卫生服务体系建设的协同,通过支付方式改革,引导居民合理就医,促进分级诊疗制度建设。

#### 4.3 注重个人筹资责任,促进了健康保障制度的可持续性

新加坡强调个人在建设健康保障制度建设中的责任,促进了健康保障制度的可持续发展,新加坡公民无论其年龄大小、社会收入状况如何,都需要缴纳一定额度的保费,尤其是终身健保计划,个人缴费额度随着年龄的增加而逐渐提高。60 岁以前,公积金缴费费率个人缴费额度不低于雇主。<sup>[2,14,16]</sup>

我国正在进行的城镇职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险制度改革,可以借鉴新加坡健康保障制度建设的经验,逐步强化个人在医保筹资中的责任,一是逐步调整雇主与职工之间的比例,适度提高个人筹资比例,使雇主与职工在医保筹资的责任分担逐渐均衡;二是可以考虑让退休人员适当承担部分医保筹资责任,采用老人老办法、新人新办法的方式逐渐过渡;三是调整个人与各级财政在城乡居民基本医疗保险制度的筹资责任,适度提高个人在城乡居民基本医疗保险筹资中的比重。

#### 4.4 创造性地设立了个人储蓄账户,丰富了健康保障制度的建设路径

新加坡设立的保健储蓄账户,主要用于支付住院和部分昂贵的门诊治疗费用,普通门诊费用不在支付之列,有效地防止了过度医疗现象。新加坡允许个人使用保健储蓄账户的余额缴纳具有社会统筹性质的终身健保计划,拓展了保健储蓄账户的功能;保健储蓄账户允许家庭直系亲属(配偶、父母、子女或孙子孙女)使用,使保健储蓄账户具有了互助共济的功能。

新加坡保健储蓄账户设立了余额的上限和下限,既防止基金沉淀过多,又防止基金余额较少,个人医疗负担较重现象。新加坡保健储蓄户头要求与

10 年期政府债券利率挂钩,外加 1% 的利率,且政府确保其不低于 4%,初步实现了保健储蓄账户的保值增值。

我国城镇职工基本医疗保险制度中也设立了个人账户,但个人账户缺乏互助共济功能,基金沉淀较多,且沉淀基金仅按照当年的银行利率计算利息,未能实现沉淀基金的保值增值。我国可借鉴新加坡的做法,逐步拓展个人账户的用途,如在家庭范围内共济,允许用于支付补充医疗保险、商业健康保险保费或长期护理保险保费;设定个人账户余额上限,防止基金沉淀过多;对于个人账户沉淀基金,建议与政府债券利率挂钩,且设定最低收益率,以实现个人账户沉淀基金的保值增值。

#### 4.5 运用市场机制防范逆向选择,推动从自愿参保向强制参保转变

新加坡的健保双全计划,采取的是自愿参保的原则,但为了防范逆向选择,实施了与参保年限挂钩的差别缴费费率(折扣费率),有效地防范了参保人员的逆向选择,降低了医保基金的风险。设立了过渡期津贴制度,保障了健保双全制度顺利过渡到终身健保制度。经过 25 年左右的实践,新加坡于 2015 年实施了终身健保计划,采取了强制参保的原则,实现了基本医疗保险制度的全民覆盖。我国城乡居民基本医疗保险制度也是本着自愿参保的原则运行的,在筹资过程中,可以借鉴新加坡的经验,逐步探索与参保年限挂钩的差别缴费费率,对于连续参保的给予一定费率折扣,对于中断参保的适当上浮,防止参保人员的逆向选择,促进城乡居民基本医疗保险制度的可持续发展。随着基本医疗保险制度的逐步推进,应逐步将自愿参保过渡到强制参保;在过渡期,可以借鉴新加坡的经验,设立过渡期的津贴制度。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

#### 参 考 文 献

- [1] 新加坡国家概况[EB/OL]. (2018-03-01) [2018-04-03]. [http://www.fmprc.gov.cn/web/gjhdq\\_676201/gj\\_676203/yz\\_676205/1206\\_677076/1206x0\\_677078/](http://www.fmprc.gov.cn/web/gjhdq_676201/gj_676203/yz_676205/1206_677076/1206x0_677078/)
- [2] William A. Haseltine. Affordable Excellence: The Singapore Healthcare Story [M]. Brookings Institution Press, Washington, D. C., 2013.
- [3] Ministry of Health of Singapore. "The National Health Plan



- A Blue Paper". 1983.
- [4] 穆辰, 朱坤, 张小娟, 等. 新加坡医疗储蓄账户发展现状及对我国的启示[J]. 中国初级卫生保健, 2015, 29(6): 27-31.
- [5] 冯鹏程, 荆涛. 新加坡保健储蓄计划研究及启示[J]. 社会保障研究, 2013(6): 94-101.
- [6] 陆昌敏, 冯泽永, 冯光谓, 等. 新加坡医疗保障体系的特点及对我国的启示[J]. 医学与哲学(人文社会医学版)2007, 28(12): 32-34.
- [7] Healthcare Financing Philosophy[EB/OL]. (2017-09-07) [2018-04-03]. [https://www.moh.gov.sg/content/moh\\_web/home/costs\\_and\\_financing.html](https://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/costs_and_financing.html)
- [8] Medisave[EB/OL]. (2015-04-30) [2018-04-03]. [https://www.moh.gov.sg/content/moh\\_web/home/costs\\_and\\_financing/schemes\\_subsidies/medisave.html#1](https://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/costs_and_financing/schemes_subsidies/medisave.html#1)
- [9] Medisave[EB/OL]. (2018-06-01) [2018-06-23]. <https://www.cpf.gov.sg/Members/Schemes/schemes/healthcare/medisave>
- [10] 陈昱方, 林婕, 张亮. 新加坡卫生服务体制对我国卫生服务体制改革的启示[J]. 医学与社会, 2012, 25(1): 71-73.
- [11] What is MediShield Life[EB/OL]. [2018-04-03]. [https://www.moh.gov.sg/content/moh\\_web/medishield-life/about-medishield-life/what-is-medishield-life.html](https://www.moh.gov.sg/content/moh_web/medishield-life/about-medishield-life/what-is-medishield-life.html)
- [12] 孔祥金, 李贞玉, 李枏, 等. 中国与新加坡医疗保险个人账户制度比较与启示[J]. 管理改革评论, 2012, 33(4): 46-48.
- [13] 陈文, 袁进业, 黄卫平. 新加坡人民行动党长期执政的合法性建构研究——基于2011—2015年新加坡大选的跟踪调查[J]. 中共浙江省委党校学报, 2016(3): 28-34.
- [14] Jeremy Lim. Sustainable Health Care Financing: The Singapore Experience [J]. Global Policy, 2017, 8(S2): 103-109.
- [15] 傅媛媛, 程沛然. 新加坡和我国医疗保险个人账户基金支付的比较差异分析[J]. 中国初级卫生保健, 2018, 32(1): 9-11, 14.
- [16] 冯鹏程. 走向终身强制:新加坡终身健保计划及启示[J]. 中国医疗保险, 2016(3): 63-66.
- [17] MediShield Life[EB/OL]. (2015-11-01) [2018-04-03]. <https://www.cpf.gov.sg/Members/Schemes/schemes/healthcare/medishield-life>
- [18] Kelvin Bryan Tan. Universal Health Coverage in Singapore: Common lessons from and for the rest of the world[R]. 2016.
- [19] 金维刚. 新加坡如何实现全民医保(上)[J]. 中国医疗保险, 2011(4): 65-67.
- [20] Medifund [EB/OL]. (2016-12-19) [2018-04-03]. [https://www.moh.gov.sg/content/moh\\_web/home/costs\\_and\\_financing/schemes\\_subsidies/Medifund.html](https://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/costs_and_financing/schemes_subsidies/Medifund.html)
- [21] Jeremy Lim. Healthcare Reforms In Singapore[R]. 2013.
- [22] Chiang Yin Wong, Hsien Chieh Lee. Healthcare in Singapore: Challenges and management [J]. JMA, 2008, 51(5): 343-346.

[收稿日期:2018-05-09 修回日期:2018-07-29]

(编辑 薛云)