

# 如何塑造更有效的卫生福利支出模式？

## ——新加坡案例及启示

蒋浩琛<sup>1,2\*</sup> 胡宏伟<sup>1,2</sup>

1. 中国人民大学公共管理学院 北京 100872

2. 中国人民大学健康保障研究中心 北京 100872

**【摘要】**新加坡是生产主义福利国家的典型代表,始终保持着东亚国家和地区中最低限度的卫生支出,却也依然保有亮眼的卫生绩效。本研究将揭示其如何塑造更有效的卫生福利支出模式。具体而言,新加坡通过筹资侧的个人责任来激发成本意识和提高医疗服务效率,同时,通过供给侧的政府监管来纠正医疗领域的市场失灵,保证为全体居民提供良好且可负担的医疗服务。尽管在人口老龄化等挑战下,政府在卫生福利模式中加入了更多普遍主义的要素,并提供强大的医疗安全网,但其依然只提供最低限度的卫生福利支出,也依然强调个人和家庭对健康的责任。新加坡政府对卫生支出始终保持审慎态度,但通过积极干预和制度设计,政府实际上发挥了比单纯的卫生福利支出更复杂、有效的作用。

**【关键词】**生产主义福利体制;卫生支出;卫生治理;整合型医疗服务体系

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2023.09.010

### How to shape effective health welfare mode: The Singapore case and enlightenment

JIANG Hao-chen<sup>1,2</sup>, HU Hong-wei<sup>1,2</sup>

1. School of Public Administration and Policy, Renmin University of China, Beijing 100872, China

2. Health Security Research Center, Renmin University of China, Beijing 100872, China

**【Abstract】** As a typical example of productive welfare capitalism, Singapore maintains the lowest health expenditure among East Asian countries and regions with impressive health performance. This study aims to discover how such effective health welfare mode can be shaped. Specifically, Singapore uses individual responsibility on the financing side to stimulate cost-consciousness, and improve the efficiency of healthcare services, meanwhile, corrects market failures in healthcare with government regulation on the supply side to ensure good and affordable health care for all residents. Although the government has provided more health benefit and a strong health care safety net in the face of aging population, it still maintains only a minimum expenditure on health benefits and keeps emphasizing individual responsibility for health. Singapore government has always been cautious about health expenditure, but it actually plays a more effective role than simply spending on health benefits through active intervention and institutional design.

**【Key words】** Productivist welfare capitalism; Health expenditure; Health governance; Integrated healthcare system

## 1 引言:东亚福利模式的选择与分化

1990年,艾斯平·安德森划分了福利资本主义的三个世界,即自由主义、保守主义和社会民主主

义。福利三分法在得到普遍赞誉的同时也受到一些质疑,有学者诟病其并未给以新加坡、日本、韩国为代表的东亚国家和地区以位置。<sup>[1]</sup>2000年,霍利德在总结东亚福利体制特质的基础上,提出了生产主义

\* 基金项目:中国人民大学2022年度拔尖创新人才培育资助计划成果

作者简介:蒋浩琛(1997年—),女,博士研究生,主要研究方向为医保政策分析。E-mail:rucjhc@126.com

通讯作者:胡宏伟。E-mail:whuhhw@126.com

的福利资本主义概念。相较于西方国家,东亚国家和地区侧重实施以经济增长为重点的生产主义社会政策,因而具有较低的社会和福利支出。一些零碎的福利安排更多是出于对公民权利的有限承诺,以及强化政府的威权主义特征的需要。<sup>[2-3]</sup> 尽管生产主义福利体制受到一些反驳,如学者 Ramesh 认为,所谓的东亚福利模式并不存在,因为仅仅是韩国和新加坡在社会保障安排方面的差异,就足以挑战东亚福利模式的普遍性。<sup>[4-5]</sup> 但其依然引发了学者们浓厚的学术兴趣,主要原因在于,西方福利国家自上世纪 90 年代起面临着棘手的福利国家紧缩问题,而人们在东亚群中看到了社会政策的发展与经济成长相结合的成功经验。<sup>[2]</sup>

表 1 2020 年不同福利体制代表国家卫生支出与卫生表现对比

福利体制	自由主义	保守主义	社会民主主义	生产主义		
国家	美国	德国	瑞典	日本	韩国	新加坡
人口预期寿命(岁)	76.98	81.04	82.36	84.56	83.43	84.47
政府卫生支出在 GDP 中的比重(%)	10.68	10.06	9.78	9.19	5.10	3.17

数据来源:世界银行数据库

新加坡是其中的典型代表,霍利德指出,新加坡“也许是最适合生产主义类型的国家”。<sup>[7-8]</sup> 一方面,新加坡是以低成本获得良好健康产出的典范。2019 年,新加坡的健康预期寿命为 73.9 岁,位列世界第一。更让新加坡在其他国家中脱颖而出的,是实现这些指标的成本低廉。新加坡政府卫生总支出占 GDP 的比重仅为 3.17%,不足世界平均水平的一半(6.91%)。

另一方面,新加坡始终保持着东亚国家和地区中最低限度的福利制度安排。人口老龄化、生育率降低等宏观变化,不断挑战着东亚国家和地区的卫生福利运作机理。老年人口增长导致医疗和照护需求发生转变,家庭规模小型化、家庭结构核心化更对深度依赖传统家庭照顾的东亚福利模式提出了挑战。<sup>[9]</sup> 在此背景下,东亚群内部的卫生福利模式发生了分化,各个国家和地区的福利扩张程度存在差异,至少存在两条主要轨迹:一是在韩国和我国台湾地区,福利扩张的速度更快。政府意识到这些问题无法依靠个人和家庭解决,而开始承担更多的福利责任,卫生福利政策经历了较大幅度的扩张而带有普遍主义倾向。<sup>[7]</sup> 另一条路径则存在于新加坡,它延续了福利的选择性特征,公民医疗和照护需求的满足依然具有明显的个人主义和家庭主义的特点。<sup>[10-11]</sup>

卫生政策是社会政策中的重要一环,尽管有关福利国家的讨论似乎常常将其边缘化,但卫生福利支出模式应当是理解一国福利体制的核心。主要原因在于,医疗保健支出几乎是各类福利国家除养老金以外的最大社会支出,并且,国家在医疗保健系统中占据着重要地位:它们或者直接是医疗保健的主要资助者,或者承担着组织和监管医疗保健系统的责任。<sup>[6]</sup> 由于受到儒家传统文化的普遍影响,东亚福利模式下的国家和地区倾向于提供最低限度的卫生福利支出,而由家庭或市场承担主要责任来满足个人的医疗和照护需求。但是,相较其他福利体制,生产主义福利体制下的国家或地区却普遍能够以小规模卫生支出收获良好健康表现(表 1)。

实际上,新加坡代表了一种独树一帜的卫生福利模式,强调让“有限”的卫生支出变得更加“有效”,它对更有效的福利模式的坚持也不是因为缺乏财政实力,而是一种意识形态的选择与坚守。<sup>[12]</sup> 本文将对此进行进一步解读:首先,介绍新加坡模式的基本框架,回答“新加坡如何塑造更有效的卫生福利支出模式”的问题;其次,讨论新加坡模式在经济社会变化下面临的挑战和应对的措施,侧重回答“新加坡模式如何回应挑战”的问题;最后,讨论新加坡政府在更有效的卫生福利模式中的作用和角色,并提供经验和启示。这种强调有效性的卫生福利支出模式,将为中国和泰国等尚未形成分化的东亚群国家和地区,乃至世界范围内各个国家都提供有益的启示。

## 2 新加坡卫生福利模式的基本框架

### 2.1 筹资侧:以中央公积金为中心的个人责任模式

新加坡通过中央公积金的制度安排,满足公民包括养老、医疗、住房在内的一揽子需求。这是一种强制性的个人储蓄制度,包括普通账户、特别账户和医疗储蓄账户,随着参保人年龄的变动对应不同的缴款比例。具体到医疗储蓄账户,参保人在 35 岁之前将有 8% 的缴费进入医疗储蓄账户,达到 35、45 和

50岁时则分别提高至9%、10%和10.5%。<sup>[13]</sup>

新加坡的医疗保障体系主要由3M构成,其中,保健储蓄计划(Medisave)是中央公积金制度的一部分,用于支付本人及家庭成员的医疗服务自付费用;医疗救助计划(Medifund)本质是一个捐赠基金,源于政府财政,利用基金的投资收益为那些无力支付医疗费用的低收入者提供资助;终身健保计划(Medishield Life)的前身是1990年建立的Medishield计划,2015年更改为强制性的社会保险制度,保费可以从医疗储蓄账户中支出,主要定位在于“保大病”。<sup>[14]</sup>

针对照护领域的支出,2002年,新加坡成立乐龄健保计划(ElderShield),以自动加入、选择退出的方式向全体40~69岁的公民开放,保费可以从医疗储蓄账户中支出。乐龄健保计划试图通过保险的模式分散公民因高昂护理费用带来的风险,但其仅提供单一福利等级的基本保护(每月400新元),设置了72个月的福利支付上限,并为参保人设置了颇为严格的评估标准和程序。2017年,乐龄健保计划覆盖了约130万人,占目标人口的64%。

## 2.2 供给侧:政府监管下公私混合的医疗服务模式

新加坡的医疗服务体系通过公私混合模式提供医疗服务,被誉为“公私兼顾、公平有效”的榜样。在住院服务中,公立医院占据主导地位,承担了全国80%以上的住院服务。公立医疗机构在运营事务上拥有自主权,自负收支平衡责任,但在不同等级病床数量、科别设置等方面受到政府的严格控制。政府为公立医院提供大量补贴,占其总收入的一半,但“钱随人走”,财政补贴金额是根据公立医院治疗病人数确定的。这一制度安排兼容了政府监管和市场竞争,政府拥有公立医院并能够实施有力的管控,但公立医院必须通过彼此间的竞争来获得生存,刺激公立医院在提供医疗服务上采取更具竞争力的姿态。

门诊服务则恰好相反,1800家私人诊所中的全科医生满足了全国80%的门诊服务需求,由患者直接支付费用,政府运营的公共诊所仅有23家,它们

向愿意排队等待的患者提供服务并且享有大量补贴。私人诊所受到的政府监管不严,但得不到补贴或补贴很少,因此也需要通过市场竞争获得生存空间。通过对公立和私营提供者采取不同形式的干预,新加坡政府能够同时追求不同的政策目标。

除此之外,政府在服务供给环节向患者提供补贴,在政府综合门诊就诊的患者可以享受门诊津贴,而在住院服务中,新加坡将病房分为A/B1/B2/C四个等级,A级病房患者不接受补贴,其余三个级别则随着病房硬件水平下降,享受递增的政府补贴。<sup>①</sup>这种补贴方式降低行政成本并提升补贴精准度,因为通常愿意入住C级病房的都是中低收入人群。但即使选择最低等级病房的患者也必须承担部分费用,期望以此激发其成本意识。

## 2.3 新加坡模式的特点

整体而言,新加坡结合筹资侧个人责任和供给侧政府监管来塑造更有效的卫生福利模式,被视作“国家干预下的自力更生”。<sup>[15]</sup>

一方面,政府建立起个人对健康的责任来激发成本意识并提高效率。新加坡政府警惕地看待免费医疗,认为患者一旦缺乏对价格的敏感将造成大量的浪费。医疗领域的保健储蓄计划和照护领域的乐龄健保计划都建立在个人筹资的基础之上,利用患者对自付费用的敏感性来控制医疗费用。个人责任之下的自由选择也保证了公民可以根据自己的能力和支付意愿来选择医疗服务,并促进提供者之间的价格竞争。

另一方面,政府也通过积极干预来纠正市场失灵。20世纪80年代,新加坡政府曾在卫生部门进行市场化和放松管制的尝试,但导致成本大幅上升,政府进而得出结论:单靠市场力量不足以将医疗成本降至最低,而需要政府出面干预。<sup>[13]</sup>秉持这样的理念,新加坡政府主动介入卫生领域,在筹资侧建立强制性的3M计划并对中低收入群体提供补贴,确保大多数公民都拥有用于医疗的财务;而在供给侧构建了一个管制与激励相平衡的系统,以确保个人和社会能够获得良好且可负担的医疗服务(表2)。<sup>[16]</sup>

① C级:12人病房/风扇通风/共用浴室设施和便利设施;B2级:6人病房/风扇通风/共用浴室设施和便利设施;B1级:4人病房/空调/共用浴室设施和便利设施/每个病人的电视和电话;私人病房A级:单人房/空调/浴室/家具齐全;电视、电话、娱乐系统、冰箱。B1/B2/C三个等级的补贴水平依次为20%、50%~65%和65%~80%。

表 2 新加坡卫生福利模式的基本框架

筹资侧	维度	项目	定位	特征
	医疗:3M 计划	医疗救助计划	兜底性	财政拨款、家计调查
		保健储蓄计划	基础性	个人账户、家庭共济
		终身健保计划	保大病	强制性社会保险
照护:乐龄健保计划		补充性	自动加入、给付标准低	
供给侧	维度	服务提供	财政补贴	特征
	住院服务	80% 由公立医院提供	依病床等级而异	政府监管与市场竞争相结合
	门诊服务	80% 由私人诊所提供	公立诊所的门诊津贴	自由竞争,慢性病人对公立诊所的偏好

### 3 新加坡卫生福利模式的演进与发展

#### 3.1 新加坡模式的挑战

在人口年龄较轻、慢性病需求较少的时期,新加坡医疗保健系统得到迅速发展并取得亮眼表现。然而自 2001 年迈入老龄化社会以来,新加坡模式也日益感受到压力和挑战。<sup>[17]</sup>

在预期寿命增加以及生育率下降的共同推动下,新加坡人口迅速老龄化。2022 年,新加坡 65 岁及以上人口占比 18.4%;到 2030 年,每四个人中将有一个 65 岁以上的老年人。<sup>[18]</sup>对于老龄群体而言,疾病将不是单一的,而是多病共存的、慢性的。新加坡的慢性病发病率和共患病率正在上升,2017 年一项针对新加坡老年人的调查研究显示,超过三分之一的受访者报告了三种及以上的慢性病。<sup>[19]</sup>与此同时,长期照护需求也随之上升,约有一半的 65 岁以上的新加坡人可能在其一生中患有严重残疾。<sup>[20]</sup>

在此背景下,以个人和家庭责任为中心的医疗服务筹资模式受到挑战,以疾病为中心的医疗服务供给模式也逐渐显现压力:一方面,对公立综合诊所的门诊补贴导致了慢性病人对公立诊所的偏好,造成了公立诊所的拥堵以及私人诊所的相对闲置<sup>[21]</sup>;另一方面,共患病率的上升使得医疗服务的提供更加复杂,但公立医院和私人诊所分别在住院和门诊服务中的主导地位,造成不同医疗服务等级之间的相对割裂,也导致护理连续性差、护理成本上升等问题。除此之外,长期执政的新加坡人民行动党在 2011 年大选中表现不佳,背后反映出公民对由政府进一步提供高质量的医疗保健的期待,也对新加坡一直延续的卫生福利模式提出了更大的挑战。<sup>[16]</sup>

#### 3.2 新加坡模式的演进与发展

##### 3.2.1 筹资侧的回应:长期护理保险的建立

乐龄健保计划因覆盖水平和福利水平的不足而受到批评。2019 年,新加坡正式通过终身照护保险计划(CareShield Life),卫生部作为管理者,为所有 30 岁及以上的成年人提供强制性长期护理保险。政府将对来自中低收入家庭的公民提供基于家庭调查的保费补贴。终身照护保险计划保留了乐龄健保计划的制度框架,依然提供更具灵活性、选择性的现金福利,并借助严格的评估程序和标准进行把关。但它改变原先的固定保费为随年龄而动态增长,提高了每月的赔付标准(600 新元),也取消了 72 个月的福利支付上限。<sup>[22]</sup>

除此之外,新加坡政府还为建国一代<sup>①</sup>提供了一系列财政补贴,包括门诊补贴、针对医疗储蓄账户和终身照护保险计划的保费补贴等,进一步保障老年群体的医疗照护需求。

##### 3.2.2 供给侧的回应:向整合型医疗服务转型

2017 年,新加坡卫生部提出医疗保健领域的三个关键转变,被概括为“三个超越”。<sup>[23]</sup>第一,超越医疗到健康,即超越提供医疗服务的范围,通过健康和预防计划来改善个人健康。新加坡通过在饮食、运动等方面为新加坡公民创设支持性的环境,鼓励他们形成更加健康的生活方式。<sup>[24]</sup>除此之外,新加坡卫生部为部分符合条件的公民提供筛查补贴,期望通过及早发现来预防或延缓某些疾病的发生。

第二,超越医院到社区,即超越医院而将更多的医疗服务转移到社区和家庭,推行包括社区健康援助计划(Community Health Assist Scheme, CHAS)、初级保健网计划(Primary Care Network, PCN)在内的一系列政策,来形成患者对私人全科医生的偏好,加强初级卫生保健在医疗服务中的作用。<sup>[23]</sup>以社区健康

① 建国一代指的是出生于 1949 年 12 月 31 日或之前,并且于 1986 年 12 月 31 日或之前成为新加坡公民,以表彰和感谢建国一代为成就今天的新加坡而付出的辛勤工作和奉献精神。

援助计划为例,这一计划将原本只针对公立综合诊所的门诊补贴,扩大到参与计划的私人全科医生的患者,以解决公立综合诊所中慢性病人拥堵的现象。从补贴对象来看,仅针对中低收入家庭中的患者;从补贴范围来看,涵盖了各类慢性病药物以及疫苗接种等预防措施。

第三,超越质量到价值,即超越医疗服务质量而转变医疗服务提供方式,提升医疗服务性价比。自2000年开始,新加坡就开始探索医疗集群的做法,期望通过垂直整合促进规模经济、资源协调以及集群内部有效的患者转诊。2017年,新加坡将所有医院和诊所重组为三个综合集群,每个集群都以一家公立医院作为锚点,与初级、二级、三级及各类过渡性医疗服务提供者形成合作,从而实现以患者为中心的连续性、整合性照护服务。<sup>[25]</sup>综合集群需要实施由卫生部确定的优先项目,并在此基础上依据自身优势实施创新计划。<sup>[26]</sup>

除此之外,新加坡政府认为,医疗账单等相关信息的透明化能够帮助患者做出更好的决策。因此自2003年以来,公立医院被要求公布一些常见病症的账单数据,并逐渐延伸至私立医院。2018年,卫生部在此基础上引入了医疗费用基准计划,旨在透过医疗费用标准的确定,为患者选择服务提供参考,进一步提高医疗服务的质量和效率。<sup>[27]</sup>

### 3.3 发展与转型的本质:普遍主义的倾向与生产主义的强化

新加坡通过在筹资侧建立起强制性的终身照护

保险计划、实施建国一代补贴,以及供给侧的三个超越来回应医疗保健系统的新挑战(表3)。透过具体措施看“本质”,在这些政策回应中,新加坡开始呈现出一定的普遍主义趋向。政府建立起强制的终身照护保险计划以应对照护筹资问题,并在其中体现了普遍主义、集体责任、再分配等更具包容性的因素。终身照护保险计划规定全体30岁以上的成年人必须加入,但只有通过评估程序的人才能获得给付,体现了全体社会成员之间的团结,也是照护风险在更大范围内的分担。并且,相较于乐龄健保计划,新的计划也具有更慷慨的给付标准和给付时间。

但另一方面,新加坡也依然具有典型的生产主义特征,始终坚守更有效的卫生福利模式。于个人责任而言,在终身照护保险计划中,每月600新元的赔付标准远低于新加坡长期照护的估计成本(每月2324新元)<sup>[22]</sup>,适度的福利表明,社会制度只提供基本水平的社会保护,而个人和家庭支持依然是最重要的部分。在供给侧,政府也并没有提供直接的帮助,“三个超越”的政策目标实质上都在为个人、家庭和社区赋能,鼓励他们更好地应对医疗和照护负担。于政府角色而言,由政府设计和规划了卫生政策发展和转型的全过程,但卫生支出也依然有限,主要通过财政补贴引导相关行动者参与,并瞄准其中的低收入者实施选择性、补缺型的福利制度安排。<sup>[16]</sup>

表3 新加坡卫生福利模式转型的制度安排

筹资侧	政策安排		政策变化	
	终身照护保险计划		1. 由自动加入变为强制性社会保险;2. 给付水平提高;3. 支付上限取消	
建国一代补贴		1. 门诊补贴;2. 针对医疗储蓄账户和终身照护保险计划的保费补贴;3. 健康筛查等其他计划		
供给侧	维度	政策安排	政策内容	政策目的
	超越医疗到健康	健康和预防计划	饮食、运动健康促进活动	预防或延缓疾病
		健康筛查计划	部分群体的健康筛查补贴	
	超越医院到社区	社区健康援助计划	中低收入家庭在私人诊所就诊的补贴	鼓励初级卫生保健;强化私人诊所作用
		GPFIRST	对经基层转诊的急诊给予补贴	
	超越质量到价值	初级保健网计划	鼓励私人全科医生形成网络	鼓励慢病管理、多学科团队和社区服务
重组综合集群		联合不同等级医疗服务机构	提高医疗服务连续性	
	医疗费用基准计划	医疗费用透明化	提高医疗服务质量和效率	

## 4 新加坡卫生福利模式的经验与启示

### 4.1 政府的审慎态度

对财政支出的审慎态度是新加坡政府制定经济

和社会发展政策的核心原则。在新加坡社会政策的设计中,始终秉持着三项原则:首先,培养自力更生的个人。福利国家会导致个人产生依赖性,需要鼓励个人通过努力来满足医疗、教育、住房等各方面的

需求。其次,家庭是第一线支持。新加坡重视家庭关系,并以家庭为单位分散风险,社会政策应当巩固家庭的功能而不是替代或削弱它。最后,多元主体共同发挥作用。自力更生不是个人主义,提供福利也不应当只是国家的责任,包含公民、家庭、社区在内的整个社会都应当参与其中,建立起彼此支持的社会。<sup>[15]</sup>

在这些原则的指导下,新加坡政府始终对卫生福利保持审慎态度(表4)。政府倾向认为,人们对医疗服务的需求是无穷无尽的,因此应当保持个人对身体健康的责任感,避免不必要的医疗服务,进而节约医疗费用。<sup>[24]</sup>政府的卫生支出始终维持在最低限度,卫生政策呈现出以下几个特点:

首先,福利规模上,适度偏紧的福利支出。无论筹资端还是供给端,新加坡卫生政策的实施都未伴随政府大规模的财政投入,而是强调个人财务责任来激发民众成本意识并提升效率。新加坡政府在卫生政策发展和转型过程中扩大的财政投入,也主要是通过一次性注入资金来实现的。<sup>[16]</sup>2019年,新加坡政府支出占GDP的比重仅有18%,是发达经济体中最低的,同比东亚国家日本和韩国分别为39%和33%;<sup>[28]</sup>具体到卫生领域,新加坡政府卫生支出在GDP中的比重也是最低的。

其次,福利结构上,选择了重视底线公平的选择性福利结构。无论是保费补贴,还是病房等级的梯次补贴,政府的卫生福利支出始终仅限于低收入者、老年人等脆弱群体,呈现出补缺型、兜底型的特征。新加坡政府将财政补贴看作稀缺性资源,需要有针对性地发挥最大效益;普遍补贴反而是低效且不公平的,因为有能力负担的中高收入群体占用有限的政府资金。<sup>[16]</sup>数据显示,2021年,新加坡居住在1~2房式组屋的家庭,得到的财政补贴是3房式组屋的2倍,经由政府财政补贴后,基尼系数也从0.444下降至0.386。<sup>[29]</sup>

第三,福利主体上,个人和家庭的健康责任得到普遍强调。新加坡政府习惯于在卫生领域进行社会投资,即通过政府积极干预来让个人、家庭和社会做好准备适应各种转变,而不是直接出手相助,个人和家庭对健康的责任感也在卫生政策中得到不断巩固。

最后,福利质量上,强调服务效率与成本效益。新加坡讲求实用主义,强调从有限支出中获得最大价值,政府明确表示,公立医院和诊所只提供具有成本效益的医疗服务,而不会提供最新、最好的一切,对医疗新技术的追求将主要通过患者自付来满足。<sup>[27]</sup>

## 4.2 政府的积极干预

另一方面,新加坡的医疗保健市场从来不是国家放弃其角色的放任市场,相反,政府积极干预卫生领域,尽管新加坡政府整体的卫生支出较小,但通过制度设计,政府实际上发挥了比单纯的福利支出更复杂、更有效的作用。

新加坡政府被认为具有家长式作风,透过一系列政策的实施来确保个人和家庭有能力满足医疗保障需求(表4)。具体而言,新加坡政府在卫生领域中的作用主要在于:

首先,在筹资侧,政府强制个人将收入的一部分存入医疗储蓄账户,用于个人和家庭的医疗支出,同时还为医疗储蓄账户的使用设置了限制以防止个人账户耗尽;强制性终身照护保险计划的建立也为照护支出提供了补充性支持。

其次,在供给侧,新加坡政府构建了一个管制与激励相平衡的系统,以确保个人和社会能够获得良好且可负担的医疗服务。政府拥有公立医院所有权,并对病床和医疗服务价格进行规制,但公立医院必须通过市场竞争获得生存;政府重组综合集群并设定优先目标,但允许综合集群自主创新以吸引患者。这些做法的主要原因在于,尽管需要市场力量来保持医院的效率,但由于市场失灵的存在,政府需要进行积极监管以防止道德风险。<sup>[24]</sup>

第三,政府提供医疗服务的安全网。新加坡政府通过医疗救助计划回应低收入群体的医疗服务需求;在住院服务中实施病床等级的梯次补贴,为中低收入群体提供经济援助。尽管政府十分警惕卫生福利过于慷慨及其伴随的风险,但同时,它也进行积极干预来提供更强大的社会安全网,确保全体社会成员都能够拥有医疗服务。除此之外,新加坡政府还积极规划、应对,既负责管理和应对卫生领域新出现的风险,也负责系统地思考未来。

表4 新加坡政府在卫生领域的角色与作用

	维度	政策特点及表现
审慎态度	福利规模	适度偏紧的福利支出;多为一次性财政投入
	福利结构	重视底线公平;选择性福利安排
	福利主体	强调个人和家庭责任;激发成本意识
	福利质量	实用主义;强调服务效率与成本效益
积极干预	筹资侧	强制性医疗储蓄账户;强制性长期护理保险制度
	供给侧	管制与激励相平衡;公立医院的监管与竞争;医疗费用基准计划;医疗集群
	安全网	医疗救助计划;建国一代补贴;选择性财政补贴
政策规划	政府主导卫生治理全过程	

### 4.3 来自新加坡模式的经验与启示

新加坡以相对较少的卫生支出取得了突出的健康成就,呈现出一种独树一帜的、更有效的卫生福利模式。归纳而言,这种模式建立在政府财政审慎的理念之上,定义了个人对健康的责任,但也透过政府对医疗保健系统的积极干预来保证个人自力更生的有效性。尽管在新的挑战下,政府在卫生福利模式中加入了更多普遍主义的要素并提供强大的医疗安全网,但其始终保持着最低限度的卫生福利支出。可以说,政府财务审慎和积极干预的强烈反差,塑造了新加坡更有效的卫生福利模式,这其中值得借鉴的经验在于:

第一,强调政府谨慎地对待卫生费用的支出和增长。卫生福利具有刚性特征,并且,卫生系统中存在的问题也不能一味通过费用增长来解决。因此,要保持财务审慎,将卫生政策重点转向管理和投入的有效性。

第二,强调政府对医疗市场的纠正和积极干预。相较社会中的其他任何主体,政府最有意愿也有能力纠正医疗服务的市场失灵问题,良好的治理能力也将发挥比单纯财政投入更强大、更有效的作用。

第三,强调政府有限的财政资源瞄准低收入群体。卫生资源总是会出现稀缺和配给困难的问题,政府更应当实施选择性福利制度,将有限的财政资源从有能力支付的群体中腾出空间,以更好地满足低收入群体需求。<sup>[16]</sup>

第四,强调个人和家庭等多元主体对健康的共同承担责任。卫生政策的制定应当强化个人和家庭对健康的责任感,向其赋能,帮助其适应医疗和照护需求转变带来的挑战。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

#### 参 考 文 献

[1] 王小兰. 东亚“生产主义福利体制”:学术争论与内容流变[J]. 中国社会科学院研究生院学报, 2020, 239(5): 46-57.

[2] 林卡, 赵怀娟. 论“东亚福利模式”研究及其存在的问题[J]. 浙江大学学报(人文社会科学版), 2010, 40(5): 64-72.

[3] Holliday I. Productivist welfare capitalism: Social policy in East Asia[J]. Political studies, 2000, 48(4): 706-723.

[4] Ramesh M. Social policy in East and Southeast Asia;

Education, health, housing and income maintenance[M]. Routledge, 2004.

[5] Ramesh M. Social security in South Korea and Singapore: Explaining the differences[J]. Social Policy & Administration, 1995, 29(3): 228-240.

[6] Moran M. Understanding the welfare state: the case of health care [J]. The British Journal of Politics & International Relations, 2000, 2(2): 135-160.

[7] Nam Y. The divergent evolution of east Asian welfare states: Japan, South Korea, Taiwan, and Singapore [J]. Asian Politics & Policy, 2020, 12(4): 559-574.

[8] Holliday I. East Asian social policy in the wake of the financial crisis: farewell to productivism? [J]. Policy & Politics, 2005, 33(1): 145-162.

[9] 林闯钢, 陈颖琪. 东亚福利体制研究争论及新议题[J]. 中国社会科学评价, 2020, 24(4): 128-140, 158.

[10] Kwon H. The reform of the developmental welfare state in East Asia [J]. International Journal of Social Welfare, 2009, 18: S12-S21.

[11] Teo Y. Differentiated deservedness: Governance through familialist social policies in Singapore[J]. TRaNS: Trans-Regional and-National Studies of Southeast Asia, 2015, 3(1): 73-93.

[12] Choon C N. Social protection in Singapore: Targeted welfare and asset-based social security[M]. Asher M G, Oum S, Rarulian F. Social Protection in East Asia-Current State and Challenges, 2010.

[13] Ramesh M, Bali A S. The healthcare system in Singapore [M]. Lee Kuan Yew School of Public Policy, 2017.

[14] 蒿思宇, 毛宗福. 新加坡保健储蓄账户制度及对我国职工医保个人账户改良的启示[J]. 中国卫生经济, 2021, 40(12): 113-117.

[15] Teo Y. Interrogating the limits of welfare reforms in Singapore[J]. Development and Change, 2015, 46(1): 95-120.

[16] Lim J. Sustainable health care financing: the Singapore experience[J]. Global Policy, 2017, 8: 103-109.

[17] Lai Y F, Lee S Y F, Xiong J, et al. Challenges and opportunities in pragmatic implementation of a holistic hospital care model in Singapore: A mixed-method case study[J]. Plos one, 2021, 16(1): e0245650.

[18] Asian Development Bank. Singapore's long-term care system adapting to population aging [EB/OL]. [2023-08-10]. <https://www.adb.org/sites/default/files/publication/637416/singapore-care-system-population-aging.pdf>

[19] The Straits times. Proportion of older adults with multiple chronic diseases surges[EB/OL]. [2023-08-10]. <https://>

- www. sgh. com. sg/news/tomorrows-medicine/proportion-of-older-adults-with-multiple-chronic-diseases-surges
- [20] ElderShield Review Committee. ElderShield Review Committee Report [ EB/OL ]. [ 2023-08-10 ]. <https://www.moh.gov.sg/docs/librariesprovider6/resources/eldershield-review-committee-report.pdf>
- [21] Khoo H S, Lim Y W, Vrijhoef H J M. Primary healthcare system and practice characteristics in Singapore[J]. Asia Pacific family medicine, 2014, 13(1): 1-8.
- [22] Fong J H, Borowski A. Long-term care insurance reform in Singapore[J]. Journal of Aging & Social Policy, 2022, 34(1): 73-90.
- [23] Tan K B, Earn Lee C. Integration of primary care with hospital services for sustainable universal health coverage in Singapore[J]. Health Systems & Reform, 2019, 5(1): 18-23.
- [24] Tan C C, Lam C S P, Matchar D B, et al. Singapore's health-care system: key features, challenges, and shifts [J]. The Lancet, 2021, 398(10305): 1091-1104.
- [25] Gunapal P P G, Kannapiran P, Teow K L, et al. Setting up a regional health system database for seamless population health management in Singapore [ J ]. Proceedings of Singapore Healthcare, 2016, 25 ( 1 ): 27-34.
- [26] Nurjono M, Shrestha P, Lee A, et al. Realist evaluation of a complex integrated care programme: protocol for a mixed methods study[J]. BMJ open, 2018, 8(3): e017111.
- [27] Ramesh M, Bali A S. The remarkable healthcare performance in Singapore [ M ]. Compton M. Great policy successes, 2019.
- [28] Ministry of Finance. Singapore's Fiscal Policy [ EB/OL ]. [ 2023-08-10 ]. <https://www.mof.gov.sg/policies/fiscal>
- [29] Singapore Department of Statistics. Key Household Income Trends, 2021 [ EB/OL ]. [ 2023-08-10 ]. <https://www.singstat.gov.sg/-/media/files/publications/households/pp-s28.pdf>

[ 收稿日期:2023-08-26 修回日期:2023-09-10 ]

( 编辑 薛云 )

## 欢迎订阅 2024 年《中国卫生政策研究》杂志

《中国卫生政策研究》杂志是国家卫生健康委员会主管,中国医学科学院主办,医学信息研究所和卫生政策与管理研究中心承办的卫生政策与管理专业学术期刊,国际标准连续出版物号为 ISSN 1674-2982,国内统一刊号为 CN 11-5694/R,本刊为中文核心期刊、中国科学引文数据库(CSCD)核心期刊、中国科技核心期刊(中国科技论文统计源期刊)、RCCSE 中国核心学术期刊(A)、《中国人文社会科学期刊评价报告(AMI)》引文数据库期刊、人大复印报刊资料数据库重要转载来源期刊。

杂志以“传播政策、研究政策、服务决策”为办刊方针,及时报道卫生政策研究最新成果和卫生改革发展新鲜经验,促进卫生政策研究成果的传播利用及卫生政策研究者与决策者的交流合作,提高卫生政策研究理论水平和实践能力,为政府科学决策、改进卫生绩效和促进卫生事业发展提供重要学术支撑。主要适合各级卫生行政部门和卫生事业单位管

理者、卫生政策与管理相关领域的专家学者和实践者、高等院校相关专业的师生等阅读。主要栏目有:专题研究、医改进展、卫生服务研究、医疗保障、药物政策、社区卫生、农村卫生、公共卫生、医院管理、全球卫生、卫生人力、卫生法制、理论探讨、经验借鉴、书评等。

杂志为月刊,每月 25 日出版,国内外公开发行,大 16 开本,进口高级铜版纸彩封印刷,定价 20 元/册,全年 240 元(含邮资)。

全国各地邮局均可订阅,邮发代号 80-955,也可向编辑部直接订阅。

地址:北京市朝阳区雅宝路 3 号中国医学科学院医学信息研究所《中国卫生政策研究》编辑部

邮编:100020

E-mail:cjhp@imicams.ac.cn

电话:010-52328696、52328697