

医疗保障及其国际比较

郭士征

医疗保障是当今世界各国最为普及的社会保障项目之一,从医疗保障的支出来看,也仅次于养老金而居第二位。随着各国社会经济的发展,医疗保障更被置于保障生存权和福利权的高度地位,受到各国普遍的重视。本文欲通过各国特别是发达国家医疗保障的横向比较,了解当今世界医疗保障的发展实态,同时从中吸取必要的经验,以利我国正在进行的医疗保障制度的改革。

作者,郭士征,男,1943年生,上海财经大学副教授。

如果以1883年德国建立疾病保险为起点的话,医疗保障已经过了一个多世纪的发展,在这一百多年中世界发生了巨大变化,人类的生存观和价值观也都发生了前所未有的更新,作为保护人权的重大社会措施——医疗保障,更在激烈的变动中同步前进,虽历经沧桑与反复,但终能与人类生活更为密切,展示出医疗保障对社会经济的发展,以及提高各国国民生活所特有的功能和很强的生命力。

通常,所谓医疗保障就是因伤病使健康受损,并由此带来生活上的困难之际,通过医疗给付(包括实物给付和各种现金给付),使其能进行治疗和维持其生活。但是医疗保障的发展,如今其本身的含义已有很大的扩充,它不仅已成为各国一种社会性的相互扶助系统,而且医疗保障正贯穿于治疗、预防、保健服务、公众卫生等全过程。由于对医疗保障在国民经济,以及提高国民生活质量方面巨大作用的共识,各国都已把医疗保障置于生存权和福利权保障的高度下予以实施,医疗保障支出也几乎是所有国家社会保障支出中仅次于养老金的第二大项目。据美国社会保障局(*Social security programs Throughout The woria* 1989)的资料,如今世界上实施医疗保障的国家已达84个,实施工伤补偿的国家达136个,可见医疗保障已在世界范围得到很大的普及。因此,对各国特别是目前在医疗保障中处于领先地位的发达国家进行国际比较,显然是很有意义的,从中不仅可以了解当今世界医疗保障的发展实态,同时更可从各国的做法中获取必要的经验,以利我国医疗保障能在相互促进中得到更快发展。

一、医疗保障制度的比较

(一)医疗保障制度的类型

目前,世界上医疗保障制度大致可分为两大类型:1. 主要采用公共保健服务方式的“保健服务型”。属于这种类型的国家主要是几个社会主义国家,过去的苏东各国也属这一类型;在资

本主义国家中属于这种类型的不多,仅有英国、新西兰、意大利、丹麦四国。在社会主义国家里,医疗设施大部分是国有的,医务人员是国家工作人员,因此基本是国营医疗;而英国等资本主义国家的医疗设施则不全是国有的,还有私有民营,医务人员是自由职业者。因此虽说两者都是“保健服务型”,实际还是有些基本的不同。但它们都有“保健服务型”的特征,这就是不以国民所得不同而区分开,而是保障全体国民享受相同的医疗机会,政府直接或者通过与政府签有契约的医疗机构,保障其医疗服务。

医疗保障制度的类型

	保健服务型	医疗保险型	
	全体国民	低所得者	其他全体居民
加入者	全体国民	低所得者	其他全体居民
应用方式	公共保健服务方式	公的扶助方式	社会保险方式
给付服务	预防、治疗、社会复归	治 疗	治疗、疗养护理
财 源	税 收	税 收	保障费
管理运营	地方政府或公共团体	中央政府	政府和互济组织

2. 主要是采用社会保险方式的“医疗保险型”。如今世界上大多数国家都采用这种类型的医疗保障制度。此类型的特征之一是筹资制,对给付没有资产调查的规定,如是没有筹资能力的生活贫困者,一般不加入医疗保险,而是成为医疗扶助的适用者。因此,“医疗保险型”的国家,一般都有二元医疗保障体系,即适应所得阶层有筹资能力者加入的医疗保险,以及无筹资能力者适用的医疗扶助。此外,此类型的另一个特征是,医疗保险是以直接、间接地保障医疗费为主要的目的,对医疗服务并不能保障。这主要是由医疗资源在地区间分配不均(如无医少医地区的存在)、医疗的机会非均等化所造成的。因此,如何满足共同需求,改善医疗服务也就成为这种类型国家今后努力探索的课题。

如将上述两大类型医疗保险制度进行比较,并从保障所有国民的医疗机会均等的角度判断的话,不用说比较理想的应是“保健服务型”。但是,现实中采用“保健服务型”的国家却很少,而且看不到有增加的可能。究其原因其实很简单,主要是财源的问题。医疗保险是以劳动所得为根基,课以一定费率的保障费,这不仅是一种与政府其它政策领域没有竞争的独立财源,而且保险费的用途是特定的,因此具有很高的稳定性。这与不具有独立财源,仅仅限依存于政府财源的公的“保健服务型”形成了鲜明对照。此外,作为保障费赋课标准的劳动所得,会因经济增长而提高,所以保险费收入还具有增长性,这也是更多国家采用“社会保险型”的原因之一。

(二) 医疗保险制度的异同

综合各国的医疗保险制度,共同点大致有三:1. 强制加入为主,任意加入为辅。如德国的医疗保险制度属下的疾病保险(对象分为一般劳动者和农业劳动者两种),一般都是强制加入,只有对劳动时间少的就业者(一周少于15小时)、兼业者、工读学生等,才可任意加入。其它国家如荷兰、日本、加拿大……等等国家,虽都设有多种医疗保险制度,但一般也都是强制加入,只有对特定对象(自营业者、被扶养的家属及未成年的孩子)才实行任意加入。2. 财源主要来自劳资共同负担的保险费。在实行医疗保险制度的国家中,国库补助虽都占有一定比重,但主要的财源仍是保险费,有的国家比例还相当高。如德国来自劳资双方的保险费收入要占到全部收入的96%,法国和瑞典的医疗保障费收入也都占到80%左右,澳大利亚的医疗保障支出,几乎都来自根据所得一定比例而征收的保险费。3. 患者本人少量负担。根据有关受益者部分负

担的原理,各国医疗保险制度几乎都有患者本人少量负担的规定,即在交纳保险费的前提下,每次就诊患者还要少量负担医疗费用。尽管有的国家规定十分复杂,部分负担额也不尽相同,但患者本人少量负担是一大原则。如日本“健康保险”本人负担 10%，“国民健康保险”本人负担 30%；又如德国对部分药物实行本人少量负担,每剂药 3—10 马克；美国也是患者在门诊时需负担药费的 10%。

但是在各国医疗保险制度中,也存在一些比较而言的特殊之处,如:1. 一些国家仅有以特定者为对象的公的医疗保险制度。这以美国为最突出,美国的医疗保险制度,仅有以 65 岁以上的老人和一定程度的残疾者为对象的“老人残疾者健康保险”,大部分国民都是利用非营利团体主办的民间医疗保险;2. 少数国家患者在就诊时不负担部分费用。如奥地利、澳大利亚等国的医疗保险制度,都规定了免费住院、免费医疗,患者除负担保险费外,不负担其它费用;3. 一些国家医疗保险中的医疗费负担上,实行部分偿还制度。如瑞典对患者门诊、出诊等医疗费、医药费都规定有一定限额(1991 年为 50—180 克朗),超过部分的医疗费用全部偿还,超过部分的医药费也要偿还 50%；又如法国医疗费和医药费的偿还率原则上分别是 75% 和 80%，而长期高额医疗费用是 100% 偿还。

二、医疗保障的水准比较

(一)适用范围

医疗保障的适用对象相对人口的比率,是衡量一个国家医疗保障水准的重要标志。当前,医疗保障覆盖面最为广泛的当属北欧、西欧各国,以及日本和加拿大。据近年统计,医疗保障适用范围已达 100% 的国家有瑞典、日本、意大利、丹麦、加拿大等国,法国也已达到 99%。但世界上大部分国家颁布的医疗保障适用范围,并没有达到“国民皆保障”的程度,即使许多发达国家也未能做到,只是由于有民间医疗保险存在,才使国民的医疗保障有所着落。如荷兰公布的医疗保障覆盖面仅 70%，另 30% 是依靠民间医疗保险。又如德国公布的医疗保障适用范围虽达到 92%，但仍有 540 万人是加入民间医疗保险才得到保障的。与此相比,发展中国家的医疗保障适用范围更狭,差距是显而易见的。如印度 1984 年包括医疗保险在内的社会保险投保人数只有 707 万人,仅占总人口的 1.1% 左右,而且主要分布于城市中的劳动者,广大边远地区和农村涉足甚少。因此,发展中国家都把扩大适用范围,作为提高医疗保障水准的首要目标,是可以理解的。

(二)医疗保障支出

由于国民生活水平的提高和多样化,以及各国人口老龄化的发展,使医疗保障支出迅速增长,这也在一定程度上表明医疗保障水准的提高。就以国民医疗费为例,如以 1970 年=1.00 的话,那末 1986 年时英国和法国都已分别达到 9.94 和 9.39,即使增长相对比较慢的日本和美国,同期也分别达到 6.84 和 6.10。由此人均医疗费支出也随之逐年提高,仍以 1986 年人均医疗费为例,美国达 1383 美元(是 1970 年的 5.25 倍)、日本达 14.7 万日元(约 835 美元,是 1970 年的 5.82 倍)、法国达 6262 法郎(约 697 美元,是 1970 年的 8.03 倍)、英国达 298 英镑(约 445 美元,是 1970 年的 9.65 倍)。虽然,从增长速率来看,首推英国为最快,其次是法国,但人均医疗费的绝对支出却是以美国为最多,这主要与美国的医疗价格高昂有关。由于这些国家人口自然增长维持在低水平上,因此即使扣除通货膨胀因素所带来的货币贬值。医疗保障支出

增长仍是明显的。

正如人们所知,国民医疗费的使用途经,主要是医疗给付和有关的医疗津贴,这两大项目的水准,能直接反映出该国医疗保障的实态。为方便起见,我们不防将德、日、法、美、英、瑞典六国作一比较,从中能比较具体地了解这些国家现实的医疗保障水准。

首先,是医疗给付占国民所得的比率,以 1986 年为例,六国的顺序是美国为 4.1%、日本 5.5%、英国 5.9%、西德 7.9%、法国 8.7%、瑞典 9.7%,其中瑞典最为引人注目。其次,在上述国家中,医疗给付列于社会保障总给付第二大项目的有日本、美国和西德三国,1986 年它们的医疗给付在社会保障总给付中分别达到 39%、26%、27%。日本是发达国家中医疗给付所占比例最高的国家,原因与日本有老人医疗费支給制度和社会福利支出较低有关。其它三国虽然医疗给付在社会保障总给付中的比重并不低,也达到 23%(英国)、24%(法国)、24%(瑞典),但是由于年金与社会福利支出额很大,因此医疗给付的地位相对拉后,从绝对给付水准来看,瑞典和英国还是领先的。最后,我们再从具体给付内容来看,这六国的医疗给付水准是:1. 瑞典、英国、西德三国的医疗给付水准较高,这主要表现在医疗费都是全额给付的,医药费虽也由本人少量负担,但负担额相对较低,如英国是每一处方患者负担 2.8 英镑(老人、孩子免除),又如瑞典是门诊患者负担日额 55 克朗,住院则全部免费;2. 法国和日本的医疗给付水准比较接近,它们的共同点,对医疗费和医药费都统一实行患者部分负担的规定。法国是一般门诊治疗自负 25%,住院治疗自负 20%,医药费自负 30%。日本则是根据制度不同,实行不同的自负比例,如健康保险本人门诊、住院治疗均为自负 10%,家属门诊和住院则分别自负 30%和 20%;又如国民健康保险是本人负担 30%,退休者及其家属自负 20%,老人保健门诊 800 日元/日、住院 400 日元/日自负;3. 美国的医疗给付水准相对最低,首先医疗保障对象仅限于 65 岁以上的老人和重度残疾者,不象上述其它国家都是以全体居民为对象,因此医疗给付的人数较少。另外对有关对象的医疗给付业主要限于住院和部分的护理服务,并且本人负担额相当高,如住院治疗最初的负担额高达 652 美元(1992 年),61 日起至 90 日间还需负担日额 163 美元。至于对出院后的养护也仅限在 20 日之内,超出就要全额本人负担,所以表现出相当严格,以及自我负责的浓厚社会风气。

根据国际劳工组织(ILO)的《社会保障(最低)基准条约》(第 102 号条约)规定,加入国际医疗给付外,还必须实施伤病津贴和生育津贴,事实上这两项支出不仅在医疗保障支出中占有很大份额,而且也是衡量医疗保障水准的一个侧面。

1. 伤病津贴。六国中瑞典和德国的伤病补贴较高。瑞典是根据患者收入和患病期间长短决定,如对年收入 6000 克朗以上,24 万 1200 克朗以下的患者,病休 1—3 日给予所得的 65%、4—90 日 80%、90 日以上 90%的伤病津贴,并且没有支付期限限制,直到治愈为止。德国则是最初病休 6 周内补贴 100%的基本工资,而后从第七周起为基本工资的 80%,支付期也较长,最多可达 3 年;法国和日本的伤病补贴水准也和医疗给付一样相当接近。法国是基本工资日额的 50%(3 个孩子以上,从 31 日起给予基本工资的 2/3),支付期为一年(长期疾病为 3 年)。日本的伤病补贴为标准报酬日额的 60%,支付期为一年半;英国的伤病津贴是实行独特的均一方式,即按周计算,单身为 35.70 英镑,夫妇为 57.80 英镑,另每一个孩子加算 7.25 英镑,支付水准不低,但支付期限很短,仅 28 周,而且需从病休后第 4 天起计算;美国的伤病补贴在六国中,不仅水准最低,而且至今仅在加利福尼亚等五个州内有伤病补贴规定,在全国范围内没有统一规定。

2. 生育津贴。德国、法国和英国的生育津贴水准接近。德国是劳动收入的 100%，法国是工资日额的 90%，英国实行的是和伤病补贴一样的定额标准，三国的产假也差不多，德国 14 周、法国 16 周、英国 18 周；日本的生育津贴相对较低，仅仅是标准报酬日额的 60%，产假和德国一样是 14 周；瑞典和美国的两国差距很大，瑞典的产假长达一年半，并且 12 个月内可获相当劳动收入的 90%，12 个月后的 6 个月内每日还可获 60 克朗的津贴。美国却仅在四个州内有生育津贴规定，并且支付水准也低，如纽约州是支付相当月报酬的 50%，夏威夷稍高也仅达月报酬的 55%。

(三) 医疗保障供给

其水准主要体现在医疗机构、设施以及有关医务人员的配置上，在国际上通常是用医院数、平均每一病床的人口占有数和每一万人中的医师、护士数来表示。根据联合国(UN)《统计年鉴》的资料表明，北欧各国处于领先地位，西欧北美各国居后，亚非各发展中国家水准最低，与发达国家差距很大(见下表)。相对于发展中国家医疗的供给不足，某些发达国家却出现明显的供过于求的情况，因而采取了限制供给的措施，如意大利就采取严格医生开业制度、缩编医学院的招生人数等等。从这也可看出目前世界医疗保障的供给，不仅水准差异性大，而且存在着极端的不平衡性。

几国医疗机构、设施和医务人员的占有情况

国别	年份	医疗设施			年份	医务人员				
		医院数	病床数	平均每一病床人口数		医师数	每一万人的医师数	护士数	每一万人的护士数	
发达国家	瑞典	1981	699	121099	69	1985	21596	26.4	69261	84.7
	挪威	1982	929	60821	68	1984	9176	22.2	72448	175.3
	美国	1980	7051	1333360	171	1984	501200	21.4	3212700	136.7
	英国	1981	1937	351505	159	1981	92172	16.4	182897	32.66
	意大利	1979	1832	554595	103	1986	245116	42.4	168465 (1978年)	32.39
	日本	1990	10096	1676803	74	1990	210197	17.0	745301	60.3
发展中国家	孟加拉国	1981	504	19727	4545	1985	14944	0.7	5533	0.3
	巴基斯坦	1982	50335	1737	1987	34850	3.1	20295	0.4
	埃塞俄比亚	1980	86	11147	2787	1984	534	0.1	1896	0.35
	苏丹	1981	160	17328	1091	1984	2095	1.0	14661	6.9
	哥伦比亚	1980	849	44495	609	1984	23520	8.4	44520	16.4
	秘鲁	1977	437	29934	547	1984	18200	9.5	14900	9.1

资料来源：根据联合国(UN)《统计年鉴》(1982、1983、1984、1987年)资料编制。

三、医疗保障的财源和诊疗报酬支付的比较

(一) 医疗保障的财源

如从负担角度来分析，目前世界上医疗保障的财源，大致可分为四种结构：

1. 劳资双方负担。以德国和荷兰等国为代表。德国劳资双方负担的医疗保险费,要占到财源的绝大部分(1992年保险费率为所得比例12.5%),国库仅负担1—2%。荷兰强制加入的医疗保险,更是全部来自劳资双方折半负担的保险费(1992年保险费率为所得比例8.6%),国库没有补助;2. 基本由国库和地方财政负担。以加拿大和英国等国为代表。加拿大虽因州而有不同规定,但一般都不征收保险费,其财源基本由州财政负担50%,国库负担50%。英国的医疗保障财源,90%是由国库依靠税收予以承担,余下10%是由国民保健基金(7%)和本人负担(3%)分别提供;3. 企业主全额或大部负担。以瑞典和法国等国为代表。瑞典的医疗保险费是由企业主全额负担,法国也是由企业承担75%,余25%由劳动者本人负担。两国都是在医疗保障出现赤字时,国家与地方财政才予以补助;4. 主要来自本人负担。以美国为代表。美国的医疗保障,主要由“住院保险”(HI)和“补充性医疗保险”(SMI)组成,基于个人负责的原则,前者除交定额的月保险费192美元(1992年)外,正如前述住院还需本人负担高额费用。后者从1991年起规定65岁以上老人,收入在贫困线以上者,必须缴纳月额31.90美元的补充医疗保险费,以及年间自负定额100美元的医疗补充金,并且每次就诊本人还须支付20%的费用。国家即联邦政府不对“住院保险”提供任何财政援助,仅对“补充性医疗保险”提供财政补助,财源来自未满65岁的就业者那里征收的社会保障税。

(二) 诊疗报酬支付方式

在实施各种医疗保障类型的国家里,对医生和医院等医疗设施,都规定有各自的诊疗报酬支付制度,综合分类其方式主要有:

1. 根据营业额支付方式。以德国、法国、美国、加拿大、日本等国为代表,一般医生和专科医生(包括保险医生),都根据营业额对照契约费用表(或公定费用表)支付报酬,住院费用由医院根据和保险部门的契约决定;2. 人头承包支付方式。以英国、意大利等国为代表,一般医生(包括家庭医生)和专科医生,都根据登录居民数,即按人头承包支付报酬。英国的医院多为国营,意大利则一般为公营医院,所以医疗服务费用都由国家或地方预算承担,只有私立医院是采用日营业额对契约予以支付;3. 组合根据营业额和人头承包的支付方式。以荷兰、丹麦等国为代表,一般医生是根据登录居民的人头支付报酬,但专科医生和医院的医疗服务费用,则都根据营业额对照公定费用表支付报酬;4. 工资与支付方式。这是以中国、朝鲜等社会主义国家为代表,原苏联和东欧各国原先也都对医务人员的报酬实施工资支付方式。医院由于大部分是国营或公营,其医疗服务费用几乎都来自国家和地方财政;5. 组合工资支付和定额支付的方式。这以瑞典为代表,医务管理人员是支付工资,保险医生则是基于公定费用表的定额支付。瑞典的医院一般都是公营为多,所以对医疗服务也不设特别的诊疗报酬规定,由地方财政供给费用。

四、老人医疗制度和抑制医疗费对策的比较

(一) 老人医疗制度

相对于发展中国家,各发达国家的人口高龄化程度要高得多,因此许多发达国家都从医疗发展战略出发,建立了老人医疗制度,这对于提高老人的医疗水准,无疑起了很大的推动作用,综观这些国家的实施现状,可把它分为以下几点:

1. 设立特别制度的国家,以德国、美国、荷兰、日本等国为最典型。德国设“年金受给者疾病保险”,即以65岁以上的老人为中心的各种年金受给者为对象,由年金保险和疾病保险各负担

财源的 50%，并由疾病保险金库负责运营；美国有以 65 岁以上老人和残疾者为对象的老齡者健康保险，虽然其中的“住院保险”的财政是独立的，加入者需要付出定额保险费和高额的入院费，但联邦政府对“补充性医疗保险”是承担财源的 74%（1987 年）的。老齡者健康保险的运营，由与政府签约的代理机构（保险公司），或非营利医疗保险团体负责；荷兰设“老人健康保险”，以一定所得以下的 65 岁以上老人为对象，是一种任意加入的老人医疗保险制度，其财源来自国库负担（50%）、从强制加入的健康保险转入（25%）和老人保险费（25%），运营由健康保险基金负责；日本设老人医疗费支给制度，以 70 岁以上的老人和 60 岁以上 70 岁未滿的瘫痪老人為对象，费用全部由公费负担（2/3 由国库负担、1/3 由地方财政负担），运营则由地方基层市、镇、村政府负责。

2. 没有设立特别制度，但实行以老人医疗为重点的国家，以其它一些欧美发达国家和原苏东国家为主，这些国家主要是在整备老人医疗的供给制度，以在预防、在宅护理、疗养和促进康复等方面，重点地向老人提供医疗服务。

（二）抑制医疗费用增大的对策

由于需求增大，尤其是高龄化引起医疗费用剧增。进入 70 年代后，各国医疗费用普遍急剧增加（医疗费的增长率一般都在 15%—20% 左右），而进入 80 年代后，虽然各国的经济增长都呈低下，但国民费对国民所得的比率却继续上升，医疗费虽有所控制，但增长率仍达 10% 左右。因此，医疗费负担已成为各国财政上的一大难题，为了抑制这种增长势头，各国都相继采取对策，主要在增收和节支两个方面入手，各国具体采取的行动，可细分为四种类型：

1. 实行对医疗保险等支出和医疗供给双抑制对策，以德国、法国、荷兰为代表。德国为此制定了“疾病保险费用抑制法”，以及“医院医疗费抑制法”，并严格了有关诊疗报酬和医院的建设计划；法国也同样实施各种新法律，并重点限制诊疗报酬、医疗给付、医疗设施的建设等等各种开支；荷兰除制定医疗设施法，压缩医院建设开支，又重新对医疗保险制定新的医疗费用表，以抑制医疗费器的过快增长。

2. 重点实施医疗供给面的抑制对策，主要是丹麦、瑞典、加拿大等国。具体抑制措施包括限制长期疗养和在宅医疗，紧缩医院等医疗设施的建设，削减医科大学的定员等等。

3. 根本上改革医疗保障制度，意大利是典型。为了抑制医疗费猛增，改变低效率和浪费，意大利从 1979 年起，就将医疗保障制度改换为国民保健医疗服务制度，采取了增加自费负担、削减医疗设施（如病床）和医学院校招生数，并加强管理运营中央集权化等等措施。但改革结果未随人意，由于低效率和供过于求的局面未能扭转，医疗费仍在快速增长。

4. 仅对医疗保险的财政采取对策，这以日本和美国为显著。它们正在研究和已在实施的抑制医疗费增长的措施有：提高保险率、增加个人部分负担，以及对各种医疗保险制度实行财政调整，既为减缓眼前医疗费器的上升，也为将来实施统一的医疗保险财政作准备。

责任编辑：张志敏