

• 社会保障研究 •

各国社会医疗救助制度及其对建立我国 城市贫困人口社会医疗救助的启示

刘 苓 玲

(首都经济贸易大学, 北京 100026)

摘 要: 社会医疗救助是医疗保障体系的重要组成部分。本文描述了新加坡、加拿大、英国和美国等国家社会医疗救助的特点, 分析建立我国城市贫困人口社会医疗救助制度的意义, 并对覆盖对象、资金来源以及保障项目与水平等作出思考。

关键词: 社会医疗救助; 社会保障; 社会救助; 城市贫困人口

中图分类号: D632.1 **文献标识码:** A **文章编号:** 1000-4149 (2006) 01-0065-06

The Implication of Social Medical Assistance System in other Countries to Establishing Urban Poverty's Social Medical Assistance in China

LIU Ling_ling

(Capital University of Economics and Business, Beijing 100026)

Abstract: Social medical assistance (SMA) is one of the most important part of medical security system. This paper describes the characteristics of SMA in Singapore, Canada, the UK and the USA etc, analyzes the importance of establishing SMA system for urban poverty population. At the end, this paper provides some suggestions about eligibility, financial origins, services items and level and so on.

Keywords: social medical assistance; social security; social assistance; urban poverty population

自改革开放以来, 我国就处于一个持续不断的社会分化过程, 尤其是 20 世纪 90 年代中期以来, 社会分化日益加剧, 一个突出的表现就是城市贫困人口的突显。城市贫困人口并非一个单一的社会阶层, 而是一个规模庞大、结构复杂、分布广泛的群体。由于收入的原因, 这些人口的绝大多数人员及其家庭都处于绝对贫困的状态。贫困导致疾病, 疾病也导致贫困, 因病致贫, 因病返贫, 在我国贫困人口已形成一种恶性循环。无疑, 社会救助是最后一道社会安全网, 而社会医疗救助更是社会救助的重要内容。

一、各国社会医疗救助制度简介

从 17 世纪初英国颁布济贫法至今, 许多国家都纷纷建立了符合本国实际的医疗保障体系,

收稿日期: 2005-06-12

作者简介: 刘苓玲 (1971-), 女, 重庆市人, 首都经济贸易大学劳动经济博士研究生, 重庆工学院副教授, 主要研究社会保障, 人力资源管理。

社会医疗救助制度亦成为体系的重要组成部分。对当前各国医疗保障模式的研究，可以根据不同的角度划分为不同的类型。本文根据医疗保障的筹资方式和支付方式划分为福利型、保险型和自保型。福利型模式是指政府以税收或缴费的方式筹集资金，通过国家财政预算或专项基金的形式向医疗机构提供资金，医疗机构则对国民免费或低收费的医疗保障制度。保险型是采取保险的形式，通过大数法则分摊风险的机制和社会互助的原则，将少数社会成员随机产生的各种疾病风险分摊到全体社会成员的医疗保障制度，又可分为社会保险模式和市场医疗保险模式。自保型又可称为个人储蓄模式，是依据法律规定，强制性地要求雇主、雇员缴费建立个人或家庭为单位的医疗储蓄账户，用以支付家庭成员患病所需要的医疗费用的医疗保障制度^[1]。尽管各国的医疗保障制度因本国的政治、经济和文化的差别而选择了不同的模式，但是绝大部分的国家都对穷人、老年人等采取了特殊的医疗救助方式。如表 1 所示:

表 1 各国医疗救助制度比较

国家	医疗保障主体模式	医疗救助制度名称	覆盖对象	资金来源	保障项目
新加坡	自保型	保健基金	穷人或因个人承担医疗费太多影响基本生活的人	政府建立保健基金 (Medi fund)，社会各界募捐，	为穷人支付医疗费用
加拿大	福利型	医疗救助	65 岁以上老年人和贫困人群	财政预算，联邦政府负担 1/3，省政府负担 2/3，特别捐税补助	社区医疗服务，住院医疗服务，医疗保健服务，免费药品、家庭护理和长期护理保健
英国	福利型	社会医疗救助	老年人，精神病患者，儿童	政府预算	提供上门护理、上门保健服务以及优先服务
美国	福利型	穷人医疗救济制度	低收入并有未成年人的家庭、部分老年人、残疾人	联邦和州政府财政	向医院和医生购买规定项目内的服务，提供给符合条件的人
韩国	保险型	家庭医疗保险制度	家庭收入较低、不能按规定缴纳医疗费的人员	按家庭缴费和政府补贴，其中中央财政负担 80%，地方财政负担 20%	由国家举办医疗保险机构，支付参保人一定比例的医疗费用
日本	保险型	老年卫生保健服务计划	70 岁以上或者 65 岁以上的残疾人	政府预算	提供老年人健康护理等与老年疾病有关的服务
俄罗斯	保险型	贫困人口医疗保障制度	儿童、领取养老金和残疾抚恤金的人员、财政供养的就业人员	政府财政拨款	财政向全国强制医疗保险基金会拨款，分配到医疗机构，支付保障人群的医疗费用
法国	保险型	困难人群医疗援助	贫困人群	政府预算	补助个人共付部分

由表 1 可以看出，无论各国的医疗救助在制度规定上有何不同，但都呈现以下特点：
一是社会医疗救助制度所覆盖的人群为特定困难人群。有些制度是按照年龄来划定享受对象的，如老年人或儿童，而大多数制度则是以家庭经济收入来划定享受对象的，也有不少制度涉及残疾人。
二是资金的来源主要是政府的财政预算，其次也包括社会募捐和特别捐税补助。但政府的财政支持是社会医疗救助资金的最主要来源。如美国的医疗救助制度的所有费用都由联邦政府和州政府共同承担，而联邦政府拨给各州的配套费用是以各州的人均收入为基础的，依据的公式是：

$$P=100-45\cdot S/N\ (50\leq P\leq 83)$$

其中：P 是联邦政府的资助率；N 和 S 分别是全国与各州的人均收入。如果一个州的人均收

入等于全国的平均水平，联邦政府的配套率就是 55%。在此，50% 是最小的配套率，83% 是最大的配套率。此外，联邦政府还负担各州 50% 的管理费。

三是在保障的项目上，基本涉及到医疗费用的支付、医疗保健服务、家庭护理等，但所提供的救助往往是最基本的。

二、各国社会医疗救助制度对我国的启示

(一) 建立社会医疗救助制度是扩大我国社会救助内涵、完善医疗保障体系的必经之路

20 世纪 90 年代以来，城市贫困问题被人们所广泛关注。为了解决城市贫困人口的生活问题，我国政府制订实施了城市居民最低生活保障制度。1999 年由国务院颁布了《城市居民最低生活保障条例》，标志着政府开始救助贫困人口，确认贫困人口享有基本生活的权利。但是，各地出台的最低生活保障措施并没有将贫困人口的医疗需求考虑在内，按照《条例》规定，城市居民最低生活保障标准，按照当地维持城市居民基本生活所必需的衣、食、住费用，并适当考虑水电燃煤（燃气）费用以及未成年人的义务教育费用确定，显然《条例》将医疗问题从基本生活项目中排除了。

1998 年的《关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》标志着一项全新的社会保险制度的建立，其目的是试图解决城市居民的医疗问题。但是《决定》中的覆盖对象却是所有用人单位及职工，并未将下岗失业人员、灵活就业人员覆盖在内，而农民工由于自身权益得不到保障，缴费也无从谈起。同时，各地在推行社会医疗保险项目时都规定，必须先参加基本医疗保险，才能参加补充医疗保险，为大额医疗费用的互助设定了“门槛”。因此，尽管补充医疗保险的缴费很低，但难以通过这种形式对贫困人口医疗予以保障。

近年来，各地政府为解决城市贫困人口就医问题进行了积极探索，如为城市贫困人口提供医疗救助金，并减免部分医疗费；确定一部分为城市贫困人口就医提供服务的带有慈善性质的定点医疗机构；为城市贫困人口提供低费医疗服务，如近年来出现的“平民医院”、“助困病房”等。这些措施在一定范围内和一定程度上缓解了城市贫困人口就医难的问题，但对于城市贫困人口整体而言，当前的医疗救助措施仍显不足，表现在：缺乏统一协调的实施机构或组织，救助面窄，救助额低，资金筹集困难以及各地区实施的情况不平衡等等。

当前，许多国家尤其是发达国家都为贫困人口建立了社会医疗救助制度，通过多种形式保障社会贫困人口的医疗需求。从我国的实际情况看，建立城市贫困人口医疗救助制度势在必行，它将扩大我国社会救助的内涵，并起到完善我国当前社会医疗保险制度与体系的重要作用。

(二) 建立社会医疗救助制度是消除社会不公，保障公民社会保障权的关键

1. 社会医疗救助制度是抑制贫困、消除社会不公的重要手段

目前中国城市贫困人口规模究竟有多大，各方众说纷纭。按照民政部 2004 年统计公报的数字，截至 2004 年底，共有 2200.8 万城镇居民得到了最低生活保障，说明我国城市贫困人口在 2200 万人以上，如果加上“应保未保”人口，这个数字应更大一些。而按照一些学者的观点，则在 3000 万人左右，如朱庆芳估计是 3100 万人^[2]，王朝明则估计在 3500 万人左右^[3]。导致贫困的原因，既可能是社会经济因素的影响，也可能是个人智力、体力与技能的差异，但一个不容忽视的因素则是疾病对个人及其家庭收入的影响。以重庆市统计局城市调查队 2003 年对领取最低生活保障家庭的调查为例（见表 2），在领取城市最低生活保障的家庭中，因病和因残的人口比重只略低于就业无门的人口比重，成为家庭致贫的第二大因素。然而，由于收入分配差距的存在，贫困人口的医疗保健支出与中等收入群体和高收入群体却存在着相当大的差距，如表 3 所示。

表 2 家庭致贫原因		
家庭致贫原因	人数 (人)	比重 (%)
因病 (残) 致贫	1648	29. 80
因天灾人祸致贫	53	0. 96
长期拖欠	50	0. 90
单亲家庭	403	7. 29
供子女上学	1072	19. 39
有不良嗜好	30	0. 55
就业无门	1755	31. 75
不愿意就业	18	0. 33
其他	499	9. 03
合计	5528	100

资料来源：重庆市统计局城市调查队，2003 年。

表 3 2003 年城镇居民家庭每人全年医疗保健支出			元, %
收入水平	支出额	占消费支出比重	
最低收入户	174. 17	6. 86	
其中：困难户	137. 67	6. 48	
低收入户	236. 76	6. 67	
中等偏下户	325. 14	7. 13	
中等收入户	415. 13	7. 10	
中等偏上户	560. 89	7. 43	
高收入户	757. 57	7. 87	
最高收入户	1070. 24	7. 37	
总平均	475. 98	7. 31	

资料来源：中国统计年鉴，中国统计出版社，2004 年。

由表 3 可以看出，城镇居民家庭每人全年医疗保健支出因家庭收入状况的差异而存在较大的差异。困难户的年人均医疗保健支出仅 137. 67 元，而中等收入户、最高收入户的差额分别为 277. 46 元和 932. 57 元。由此可见，疾病造成了相当多的城市居民家庭的贫困，而收入分配的差距又进一步加大了社会不同收入阶层的不平等。社会医疗救助应在抑制贫困，消除社会不公的任务中扮演重要的角色。

2. 社会医疗救助制度是保障城市贫困人口社会保障权、提高人力资源质量的根本要求

疾病阻断人力资源的健康发展，如果没有相应的医疗保障，疾病与贫困将形成相互交替的恶性循环。各项调查显示，贫困人口的医疗需求高于非贫困人口的医疗需求，如 1998 年全国卫生服务调查资料显示，城市居民两周患病率在岗人员为 138. 6‰，下岗人员为 155. 2‰，失业人员为 205. 8‰；慢性病的患病率在岗人员为 175. 7‰，下岗人员为 195. 9‰，失业者为 342. 9‰，下岗人员和失业人员的医疗需求高于在岗人员。然而，较之于一些医疗保障体系完善的国家，我国的社会医疗救助几乎停滞不前，看不起病已成为城市贫困人口的现实状况。如表 4 所示：

表 4 城镇因经济困难无法就诊和治疗的人群比重			%
状况	需治疗而未治疗	需住院而未住院	
1993	4. 3	41. 0	
1998	32. 3	60. 0	
2003	36. 4	56. 1	

资料来源：卫生部，国家卫生服务调查（1993、1999、2003）。

表4的调查数据表明，城镇因经济困难无法就诊和治疗的人群，近年来呈现较大的增长，经济困难已成为贫困人口患病就医的最大障碍，更成为贫困人口提高人口素质、脱贫的最大障碍，从国家和社会获得必要的医疗救助，是保障贫困人口社会保障权的基本要求，也是提高人力资源素质，使之尽快走出贫困的根本要求。

(三) 建立社会医疗救助制度是市场经济体制下政府不可推卸的责任

在市场经济条件下，市场机制在配置资源方面从总体上看是有效的，是主导性的。但在外部性很强、信息不对称的领域，市场往往是失灵的，导致资源配置效率降低，公共品提供不足。市场机制缺乏提供公共产品的动机，也不能有效地提供公共产品。社会医疗救助作为典型的公共品，需要政府和公共部门义不容辞地承担其服务的责任。但是目前我国对医疗救助的投入总体上是不足的，这可以从全国卫生总费用的来源构成进行分析。1990 年政府预算卫生支出占 24.99%，社会卫生支出占 37.95%，居民个人卫生支出占 37.06%，2001 年政府预算卫生支出减少到 15.5%，社会卫生支出占 24%，而居民个人卫生支出增加到 60.5%。这种医疗卫生费用逐渐由个人负担的变动趋势，进一步拉大了富裕人口和贫困人口之间享受基本医疗保险的差距，并且弱化了政府在社会医疗保障体系中的必要责任。

三、建立我国社会医疗救助制度的思考

2005 年 2 月由民政部、卫生部、劳动部和财政部联合下发了《关于建立城市医疗救助制度试点工作的意见》，提出从 2005 年开始，用 2 年时间在各省、自治区、直辖市部分县（市、区）进行试点，之后再 用 2~ 3 年时间在全国建立起管理制度化、操作规范化的城市医疗救助制度。这表明我国已经开始了对城市医疗救助制度的实践探索。我国是一个人口大国，出于经济发展水平、地区差异、资源分配不平衡等多种因素的影响，难以像许多发达国家一样建立起全国统一的医疗救助制度，然而借鉴发达国家已有的经验，也是完善我国社会医疗救助制度的必经之路。

1. 对覆盖对象的思考

综观医疗保障体系比较健全的国家，在建立医疗保障制度体系之初，都不同程度地考虑到不同收入人群对医疗保障需求的差异，并根据这种差异设置不同的医疗保障制度。一般而言，会按照收入高低来设置医疗保障的层次，满足不同收入人群的医疗保障需求。如图 1 所示：

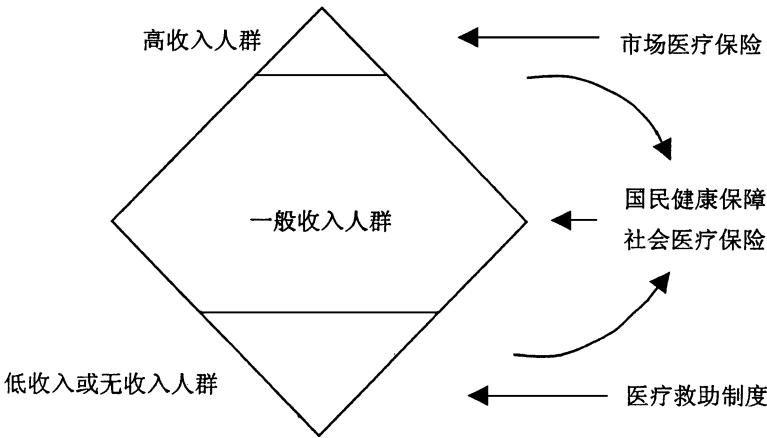


图 1 根据收入水平划分的医疗保障体系

何种人将成为我国社会医疗救助的覆盖对象？这是我国社会医疗救助制度首先要回答的问题。《关于建立城市医疗救助制度试点工作的意见》指出，救助对象主要是城市居民最低生活保

障对象中未参加城镇职工基本医疗保险人员、已参加城镇职工基本医疗保险但个人负担仍然较重的人员和其他特殊困难群众。然而，从贫困人口的构成情况看，还应包括更为广泛的人群。因此，覆盖对象的划分应借鉴国外许多国家的做法，即按照家庭经济收入来加以界定。具体而言包括有：失业人员中未参加基本医疗保险者及其家庭，因非个人原因未参加基本医疗保险的就业人员及其家庭，低收入家庭的儿童与老年人，残疾人，已参加基本医疗保险但个人负担仍然较重的人员，同时还应包括非本地区居民但急需医疗救助的流动人口。

由于社会医疗救助和基本医疗保险不同，无需个人缴纳医疗保险费，因此，必须对救助对象进行资格认定，以防止不符合条件的人员享受，从而加剧医疗待遇的不公平。一个行之有效的作法是制定资格条件的认定程序。如美国的社会医疗救助的申请者，首先必须接受经济调查，新加坡则在每个公立或重组医院设立保健基金委员会，由委员会的成员负责受理申请和分配资金。

2. 对资金来源的思考

社会医疗救助基金的建立，是社会医疗救助事业顺利进行的关键所在。从各国的实践看，政府的财政支持是社会医疗救助资金最主要的来源。事实上，作为公共产品的社会救助，政府应承担绝大部分责任。此外，我国还需探索多渠道筹集资金的办法，包括社会筹集、国际援助、发行专项福利彩票等等。应发动全社会的力量，将社会筹集、发行福利彩票等手段制度化与规范化，并且探索基金合理的运营方式，在基金保值的基础上逐步实现基金的增值。

3. 对保障项目、形式与水平的思考

各国对医疗救助的保障，大致可分为三种形式：一是医疗费用的支付；二是医疗保健服务；三是家庭护理。从我国的社会医疗救助的项目来看，应该包括这样四种形式，即必要的医疗费用的支付，经常性的医疗保健服务，对于老年人和残疾人等的家庭护理以及向被救助对象提供临时性的医疗服务。当然，由于我国的经济发展的限制，我国难以像发达国家一样，向贫困人口提供较高的保障水平，因此，我国的社会医疗救助的基本出发点应确定为“广覆盖，低水平，有重点”。广覆盖，是指应覆盖绝大部分的贫困人口，当其因疾病、伤残而遇到生存和医疗困境时，由社会救助体系向其提供必要的物质帮助和服务；低水平，是指所提供的物质帮助和服务是必要的，也是最低的，以防止被救助者的逆选择行为，并体现与基本医疗保险的待遇差别；有重点，是指对于贫困人口中因患重病和疑难病者，应给予特别的物质帮助，并且发动全社会以及国际组织给予必要的捐赠与帮助。

此外，我国还应尽快完善基本医疗保险制度，加大对欠费单位和个人的征缴力度，使有能力缴费的人群尽可能进入基本医疗保险之中，减轻社会医疗救助的负担。同时，社会救助立法也是必不可少的一项配套工作，应推动社会保障的立法工作，使社会医疗救助有法可依，有据可行，最终使社会医疗救助制度化、规范化和系统化。

参考文献：

- [1] 乌日图. 医疗保障制度国际比较. 化学工业出版社, 2004.
- [2] 朱庆芳. 来自城镇贫困人口的调查. 百科知识, 2000, (11).
- [3] 王朝明. 中国转型期城镇反贫困理论与实践研究. 西南财经大学出版社, 2004. 76- 77.

[责任编辑 童玉芬]