

国外医疗保险制度对我国的启示(一)

齐明珠

随着医疗费用的飞涨及人们对自身健康水平的日益关注,医疗保险的需求也日益增加。我国的医疗保险从性质上分为二类,一是社会医疗保险,二是商业医疗保险。其中,社会医疗保险正处于全面改革之中,而商业性医疗保险则刚刚起步。在这种情况下,我们亟须借鉴国外医疗保险制度的成功经验,汲取失败的教训,尽量少走弯路,以便更快更好地建立健全我国的医疗保险制度。国外的医疗保险制度多种多样,但有一点是共同的,即各国的医疗保险制度都是由社会保险、商业保险及各种非盈利性组织构成的多位一体制。只是有些国家更加强调个人责任,典型的如美国;另有些国家更加强调政府、社会应对全体民众健康负主要责任,如日本及西欧许多发达国家。下面就分别阐述美国、日本及欧洲一些国家实行的医疗保险制度,简要介绍其发展历程、成功之处及存在的主要问题,以期对我国正在进行的医疗保险改革有所启迪。

美国医疗保险制度及对我国的启示

一、美国医疗保险制度的发展历程

在美国,医疗费用是非常昂贵的,一次普通的门诊检查化验费就需几百美元,一天的住院费也要几百美元,一般的民众很难负担。所以,民众对医疗保险的需求极为广泛,绝大多数美国人都愿意支付高额的保险费来购买各种医疗保险。医疗保险已成为美国保险市场上普及率极高的险种。

比起一些欧洲国家,美国的医疗保险起步较晚,但发展却最快。1935年,美国政府颁布了《社会保障法案》,实行以“老年、遗属、残疾”为中心的社会保障制度,当时并未包括社会医疗保险,但其成为日后社会医疗保险发展的依据。

从30年代初,随着民众对医疗保障的需求日益强烈,陆续出现了民间组织的医疗保险团体,其中最

有代表性的是蓝十字组织、蓝盾组织和凯撒组织。蓝十字组织是美国民间的区域性医疗组织,它强调志愿服务,不以盈利为目的,但有时也额外收费(投保金额以外的费用),以确保自身生存。比如,蓝十字组织一般不提供需长期护理的高额住院保险,但若患者有需求,也举办额外收费的长期护理。蓝十字组织采用不分投保者年龄、身体状况,均按统一标准收取保险费的作法,从而有利于高危人群,不利于健康人群。可以说,蓝十字组织是现代商业医疗保险的雏形。到40年代中后期,真正意义上的商业性保险公司开始参与竞争。这种保险公司带有盈利性,并按高危人群、低危人群收取标准上不一的医疗保险费,对健康人群有极大的吸引力,商业医疗保险业得到飞速发展。如今,美国提供医疗保险服务的保险公司已有1500多家,私人医疗保险业也方兴未艾。由于经营管理精明得当,既满足了公众对健康保障的需求,又保证了其盈利性。据1978年材料,这类商业医疗保险机构一年实际支出医疗费454亿美元,收取保费530亿美元,一年净盈利76亿美元。到1987年,参加商业医疗保险的人数达到1.8亿,占全国总人数的75.7%。商业医疗保险覆盖率高的行业,有交通、电讯、公共事业、制造业和矿产开发业,达90%以上;覆盖率较低的如农业、服务业等,也可达到70%。此外,公民个人也大量购买各种医疗保险以作补充。

1965年,美国国会以《社会安全法》第18条为依据,通过了医疗照顾计划,以此为标志,美国终于出现了社会医疗保险,结束了单纯的民间医疗保险阶段,开始了政府参与医疗保险的新里程。美国的社会医疗保险以半盈利模式最为著称。它的保障范围小,保障水平差,需个人交纳一定费用,政府补贴有限。在“福利国家”中,美国的医疗费用社会保险水平最差,远不及西欧、北欧的发达国家。1987年6月,美国

国会又投票通过了扩大医疗照顾计划标准的医疗资助范围,以支付受保者的大部分住院费,受保者的自付部分则限定为1370美元。政府的参与,使老年人、残疾人获得了基本的医疗保障。美国的社会医疗保险范围十分有限,可以说,它是为特种对象服务的,包括五类:一是工伤补偿保险,为因工致伤残者提供基本需要、经济补偿和医疗保障;二是专为65岁以上的老年人、残疾人和患有严重肾病的美国公民而设立的医疗照顾制度,享受者约3200万人。以上二类经费的3/4来自联邦政府的财政收入,1/4来自医疗照顾计划享受者所交纳的保险金;三是由联邦政府和州政府共同资助的低收入家庭医疗补助,享受者为处于贫困线以下的低收入家庭,但贫困线标准各州不一,这类受益者全美约有2300万人;四是军人及其家属的医疗社会保险,享受者全美约有890万人;五是由“有未成年子女家庭补助”计划提供资助的社会医疗保险,享受者全美约有2400万人。

此外,美国政府还开展社会福利医疗形式,即免费医疗,对未入医疗保险者给予免费收治。其范围更加有限,仅包括垂危的病婴儿和艾滋病患者,其费用来自联邦政府和州政府的财政收入,即税务收入,在一定意义上讲是由高收入的人群和组织承担的。1986年,全美以免费医疗照顾形式支出的费用达130亿美元,随着艾滋病患者的日益增多,此项支出近几年又有大幅增长。到80年代末,有20%的美国人从社会医疗保险和免费医疗中受益。

二、成功原因剖析

经历了约70年的实践,美国的医疗保险已经相当完善和普及的程度,其种类之多,范围之广,保险服务网络之完备是其它国家所无法比拟的。它体现了美国卫生保健制度的完备,也反映了美国的社会经济发展状况。美国的卫生费用1988年为4500亿美元,1993年已近1万亿美元,其大部分是以健康保险资金的形式筹集和使用的。其中,由个人投入的医疗保险费占卫生费用的15%,私营雇主购买的医疗保险费占卫生费用的30%,联邦政府提供的卫生费用占25%,州政府提供的卫生费用占30%。可见,美国公民享受医疗服务的自费部分已经很少,绝大部分费用是由政府和雇主支付的。美国医疗保险制度,成功原因,大体有三:1. 健康保险法的不断完善。任何完备的法制都不是一蹴而就的。美国的社会保障制度建立以1935年通过的《社会安全法案》为标志,至80年代中期,该法案进行了17次修正。在不

断修改中,保障种类增多,给付水平提高,社会保障税上升。社会医疗保险和免费医疗制也从无到有,从不完善渐趋完善。

此外,根据法律,美国各企业雇主必须为职工及其家属购买私人医疗保险,以补充社会医疗保险的不足。这不仅提高了美国公民的健康保障程度,也促进了美国商业医疗保险的飞速发展。

法律的设立和完备,使各种医疗保险行为有法可依,营造了公平竞争的环境,保证了医疗保险市场健康有序的发展。

2. 严格控制社会医疗保险受惠范围,强调个人责任。美国的社会医疗保险是由政府资助,强制实行的,它的服务对象一直只限于特殊人群,且在实施中也强调个人应负的责任,以尽量减轻政府负担。其医疗给付方案又分为两部分,第一部分是基本的住院保险,保障范围包括住院费、出院延长治疗费用、家属保健费用和门诊费用的补偿,它是真正意义上的强制社会保险,除交纳社会保险税外,无需支付额外的保险费,只要符合条件就可获得给付。但此方案也有自负额,受益者仍须承担一定数额或比例的费用,且有共同保险和最高住院天数的规定,这些规定随医疗费用的上涨而调整。第二部分是补贴医疗费用保险,在联邦政府的契约下由私人保险人经营管理。补贴医疗保险计划是自愿选择的,符合条件的参加者必须另交保费,1975年月交7美元,到80年代末为月交7.2美元,联邦政府从财政收入中支付一个等额基金给这一方案。保障范围包括诊断费和内外科、牙科的治疗、药品、检验、护理费用等。此方案也有自负额的规定,保费和自负额随医疗价格而调整。可见,美国政府资助的社会医疗保险也不是完全享受权利,而不尽义务,这里虽没体现出权利和义务的对等,但从一开始就强调个人在其中应负的责任。不仅减轻了政府的负担,也在一定程度上避免了医疗中的浪费。

3. 私人医疗保险业的高度发达。美国是一个非常强调个人责任的国家,所以,较之于其它发达国家,美国的社会医疗保障水平是比较低的,医疗服务远未实现由国家举办的社会化保险,但它的私人保险业却非常发达。政府鼓励并强制雇主为其雇员及家属购买私人健康保险,被保险人只需支付一小部分保险费。美国政府规定,对私人企业用于雇员健康保险的支出费用免收所得税和社会保险税,鼓励企业多为员工购买健康保险,以提高全社会的医疗保

障水平。美国私人医疗保险的组织方式有两种：一是工商企业（主要是大中型企业）和机关团体形式，由雇主同保险人签订医疗保险合同，为全体职工及其家属提供医疗保险，企业经营效益不同，提供的医疗保障水平也不一样，没有统一标准，二是公民个人投保医疗保险，即个人与保险公司单独签订医疗保险合同。保险内容也异常丰富，大致可划分为五种：住院医疗费用保险，一般医疗费用保险，外科手术费用保险，单项医疗费用保险及巨额或高额医疗费用保险，每一项内容又都有非常具体的规定，管理是非常精细的。

此外，有资格享受社会医疗保险的人群，往往也因保障水平太低满足不了需求而同时购买私人健康保险。如65岁以上的美国公民虽然能享受医疗照顾保险，但由于该保险在基本住院费用里不含医疗费用，而且有自负额、共同保险和最高限额的规定，所以许多人通过私人保险机构获取补充保险。目前，私人健康保险中85%的业务是由美国医疗保险协会的三百余家公司承保的，各公司之间自由竞争，由市场进行调节。医疗保险的广泛需求和自由竞争的环境，促进了美国私人医疗保险业的高度发展，提高了美国社会的医疗保障水平。

三、现存的主要问题

美国的以私人保险为主的医疗保险体系取得了极大成功，却不等于不存在任何问题，恰恰相反，它确实存在一些问题和不足之处，而且已到了非改革不可的地步。

1. 15%的国民没有医疗保险。全美约有85%的人享有政府资助或雇主资助或个人参与的医疗保险，但还有3700万居民（为总人口数的15%）没有参加任何形式的健康保险。他们或是无力支付保险费，或是由于雇主根本不提供任何医疗保险资助而自己的收入又略高于贫困线而不能享受医疗补助，或是由于患有慢性疾病不符合保险条件，而被拒于医疗保险大门之外，或是因失业或转换工作在重新找到工作前没有医疗保险，此外，患病后的居民也往往会失去原有的健康保险。另外，还有2200万居民虽然参加了健康保险，但保障程度较低。在未来的两年中，大约有1/4的美国公民，即约有6300万人将在某个时期缺乏健康保险。

2. 医疗费用高速膨胀，财政不堪负担，成为阻碍经济增长的重要因素。在整个西方社会，医疗费用普遍增长较快，而美国则更加突出。1980~1990年，美

国人均医疗保健支出增长了60%，同期增长率加拿大为48%，日本为44%，英国为37%，前联邦德国为15%。医疗费用的暴涨导致了医疗保险费的急剧上升。从1987年到1991年，医疗费用的暴涨使单身职工的医疗保险费用上升了79%，家庭的医疗保险费用上升了72%。医疗保险的保险金上涨指数是普通物价的3倍。同时，美国政府支出的医疗卫生费用亦在猛增，70年代以来，美国财政的卫生费用逐渐超过军费开支，成为财政第一大支出项目，是财政赤字的主要原因。1992年，政府支出的医疗保健费用已达到6000多亿美元，占国民生产总值的13%，比军费开支高出一倍多。若不加以控制，预计医疗费用在本世纪最后几年的增长值将占国民生产总值增长值的2/3，这意味经济增长的成果大部分将被医疗费用的上涨抵销。所以，医疗费用的剧增，已成为阻碍经济增长的重要因素。

3. 医疗价格垄断，浪费严重。医院和医生在医疗过程中有独特的垄断地位和垄断特权，因此医院或医生经常会随意决定诊疗方案，随意索价，而医疗费用又一般是由保险公司支付的，所以保险公司为稳定经营只好不断提高保费。其提高的费用最终是由政府、企业、个人承担，造成严重的浪费，使保障不充分与浪费并存。

四、改革

有问就必须改革。克林顿总统入主白宫后，将健康保险制度的改革作为振兴经济的突破口。针对上述问题，以克林顿夫人为首的工作班子，经过半年的工作，草拟出了《总统健康保障计划》。1993年5月17日，克林顿总统颁布了全面改革医疗制度的计划，9月22日，克林顿总统又在美国参议院及众议院的联合会上提出了医疗卫生改革方案。《总统健康保障计划》经国会讨论后，听取多方意见，随后又提出了多达1300页的修正案。据称，这是美国40多年来最为庞大的一项社会改革计划。它的目标是实现“人人皆保险”，口号是“如果你现在没有医疗保险，那么你将得到，如果你已拥有它，那么你将不会失去”。这一方案的核心，是在改善服务质量和控制卫生费用的前提下，扩展居民基本健康保险，增强居民的健康保障水平。所有雇主都必须为其职工购买适当水平的健康保险，人人分担保险费用的责任，被解雇的职工也仍可从政府福利中取得医疗保险，承诺全民的永久性健康保险和福利，保证全体公民和合法定居者都能得到适当的医疗服务。

为顺利推行这一改革方案,克林顿政府又拟订出一系列措施。据预测,如果这个计划得以实施,自1995年起至2000年的5年内,美国政府需要增加医疗卫生费3310亿美元,由此增加的收入可达3890亿美元,收支抵掉后,财政可净增收入580亿美元。对于这种利国利民的改革计划,民意测验中大多数人表示支持,但也有不少经济学家、团体和政党持有疑问;医疗服务质量会不会因此而下降?改革方案给原来收益颇丰的医疗保险行业带来巨大冲击,它将对社会产生什么样的反弹作用等等。美国医疗保险改革计划能否实现其允诺的目标,目前尚不可知。

五、美国模式对我国医疗保险制度改革的启示

1. 大力削减社会医疗保险的保障范围。美国的社会医疗保险只为特种对象服务,范围很小,因此能得以实施。而我国在50年代初,则一口气出台了包括疾病保险在内的项目齐备的社会保险制度,缺乏渐进的过程,不仅超越了当时的经济水平,与今天的经济发展水平也不适应。其结果必然导致医疗保险费入不敷出,若不加改革,终将引致医疗保险制度的全面崩溃。所以,我国应大力缩减医疗保险的保障范围,包括两个方面,一是缩小保障对象,打破城乡差距,仅把保障对象定为某些特殊人群,如高龄老人,特殊疾病患者等,参考美国社会医疗保险的保障范围,把有限的资金用在最适合的人群上;二是减少保障内容。以前凡是享有社会医疗保险的人,其一切医疗费用均为免费,这造成一些享受社会医疗保险的人不爱惜药品,任意浪费,一些医务人员不讲医德,专开贵重药方、滋补药方,使“小病大养”,造成了不应有的浪费。减少保障内容,可以避免一定程度上的浪费,减轻财政负担,实现基本保障,而不是全面保障。

2. 个人承担一定的费用。以往的社会医疗保险中,个人是不交费的,一切费用均由国家财政、地方财政负担。但在美国,社会医疗保险中个人是要交纳一定比例的保险费的,这样可以有效地减轻政府负担,也利于社会医疗保险工作的持续进行。个人不交费,已使很多人把社会医疗保险当成了福利,甚至出现了个人医药费承包模式,即把每年额定的医药补

助费分发到职工个人手中,若职工一年后不就医,医疗补助费就归个人所有,相当于给职工的福利,这就完全混淆了社会保险与社会福利。鉴于个人不负担费用的种种弊端,各国都寻求改革方案。因为适当收费,会促使享受者减少就医,减少药品及医疗服务的浪费,而且有利于提高医疗质量,减轻就医难。

3. 大力发展商业医疗保险,建立以商业医疗保险为主体,社会医疗保险为补充的医疗保险体系。我国经济实力尚不雄厚,远未达到能为全体公民提供社会医疗保险的水平。社会医疗保险是社会保障体系的重要一环,需政府财政补贴的金额是个大数目,处理不好,会严重阻碍经济的发展。以美国雄厚的经济实力,尚难承受,我国就更应该借鉴美国以商业医疗保险为主的模式,商业医疗保险在相当长的时期内都应占据医疗保险的主体地位。鼓励雇主为雇员及其家属购买医疗保险,并由鼓励逐渐过度到强制,这就需要为医疗保险立法。

4. 为医疗保险立法。从美国的医疗保险发展历程可以看出,该国医疗保险制度的每一次完善和改进,无不伴随着法律的设立。而我国至今仍没有一部完备的医疗保险法,医疗保险的改革总是在若干政策的指导下进行,而这些政策有的是国家颁布的,有的是地方颁布的,它们有时甚至互相抵触,而政策又经常变化,令公民对医疗保险产生不信任感,所以必须为医疗保险立法,即使其最初不是很完备。令一切医疗保险行为受法律的约束,同时也受法律的保护,这才是最重要的。

(作者工作单位:首都经济贸易大学人口所)

参考文献:

1. 侯文若著:《现代社会保障学》,红旗出版社,1993年7月
2. 朱一清主编:《美国社会保障制度》,劳动人事出版社,1986年版
3. 《世界银行报告》,中国财政经济出版社,1994年