

补充医疗保险的实际运作： 四个国家比较^{*}

Practical Implement of Supplementary Medical Insurance: Compare Four Countries

贾洪波

内容提要 世界医疗保障制度模式主要包括以英国为代表的全民医疗服务模式、以德国为代表的社会医疗保险模式、以美国为代表的商业医疗保险模式以及建立在储蓄制基础上的新加坡中央公积金模式。英国、德国、美国和新加坡各自的医疗保障制度模式下其补充医疗保险的内容即参保对象、资金筹集、基金管理和待遇支付各不相同。英国、德国、美国和新加坡各自的医疗保障制度模式下其补充医疗保险的发展提供了丰富的值得借鉴的国际经验。

关键词 社会保障体系 医疗保障模式 补充医疗保险

作者单位 北京航空航天大学社会保障研究所 北京 100191

Jia Hongbo

Abstract: The development of basic medical insurance have already got some essential progress, but the development of the supplementary medical insurance is lagged relatively in China. The model of national health service represented by the United Kingdom, the model of social medical insurance represented by the Germany, the model of private medical insurance represented by the United States and the model of mediating insurance based on the Central Provident Fund represented by the Singapore consist of the contemporary model of medical insurance in the world. The supplementary medical insurance content namely the insured, contribution, management of fund and reimbursement related to the different model of medical insurance in United Kingdom, Germany, U.S and Singapore is different. Many international experiences can be got from the development of supplementary medical insurance related to the different model of medical insurance in United Kingdom, Germany, U.S and Singapore.

Key words: social insurance system, the model of medical insurance, supplementary medical insurance

构建和完善多层次社会保障制度体系是中国建设社会主义和谐社会的客观要求和必然趋势。近十几年来,包括城镇职工基本医疗保险制度、城镇居民基本医疗保险制度以及新型农村合作医疗制度在内的中国基本医疗保险制度改革已经在覆盖范围扩大化、保障与激励一体化、管理服务社会化三个方面取得实质性的进步。但是,补充医疗保险的发展还相对滞后,具体表现在补充医疗保险发展依然面临着相应的法律法规不健全、政府角色错位、风险管控困难、与基本医疗

* 该标题为《改革》编辑部改定标题,作者原标题为《补充医疗保险发展的国际经验》。基金项目:2011年国家社会科学基金重大招标项目“城乡社会保障体系协调发展研究”(批准号:11&ZD014);2009年教育部人文社会科学一般项目“城镇居民基本医疗保险适度筹资水平研究”(批准号:09YJC840004);2011年中央高校基本科研业务费项目“新型农村合作医疗适度筹资水平研究”(批准号:YWF-11-06-012)。

保险的有效衔接度低、发展不均衡、参与医药卫生服务体系能力建设能力低等问题。目前,“看病难、看病贵”的问题依然存在。“看病难、看病贵”问题的解决离不开补充医疗保险的参与。因此,有关补充医疗保险的一些重要的学术问题,比如补充医疗保险和基本医疗保险的关系是什么,补充医疗保险发展面临的环境及其功能定位是什么,补充医疗保险发展的国际经验有哪些,补充医疗保险对缓解“看病难、看病贵”能起什么作用,应该起什么样的作用等,都需要深入分析和研究。

一、世界主要医疗保障制度模式下的补充医疗保险

世界医疗保障制度模式主要包括以英国为代表的全民医疗服务模式、以德国为代表的社会医疗保险模式、以美国为代表的商业医疗保险模式以及建立在储蓄制基础上的新加坡中央公积金模式。

(一)世界主要医疗保障制度模式的界定

以医疗保险筹资机制为核心,兼顾医疗服务的供给性质与关系,结合费用的偿付机制,可以得出四大类型的当代医疗保障制度模式:以英国为代表的全民医疗服务模式、以德国为代表的社会医疗保险模式、以美国为代表的商业医疗保险模式以及建立在储蓄制基础上的新加坡中央公积金模式。^[1]这里所指的世

界主要医疗保障制度模式下的补充医疗保险是指英国、德国、美国和新加坡的补充医疗保险。

(二)英国的补充医疗保险

英国医疗费用的筹资和偿付主要包括政府部门的公共医疗保障服务体系,私人部门的私人医疗保险、私人直接付费、非营利部门保险、互助组织保险付费等方面。从表1可以看出,在英国公共医疗保障方面的医疗服务体系是主体医疗保险,私人部门的医疗保险是补充医疗保险。近几年来私人部门的医疗保险在医疗筹资来源中所占的比重明显增加,这主要与近年来政府提倡扩大私人自付和参加私人保险、个人通过私人医疗保健和保险享受较高质量的医疗服务有关。

在英国,私人部门的医疗保险主要包括私人医疗保险、非营利部门保险、互助组织提供的保险三大类。私人部门的医疗保险作为全民保险体系的一种补充,其覆盖人群约占总人口的1/10。其参保对象是自愿投保人,参加私人部门医疗保险者大多为“雇主和经理”阶层等。在资金筹集方面,由参加私人部门医疗保险的投保人按照规定标准缴纳保险费给保险人,保险人在被保险人出险时给予理赔。一般是雇主或者个人缴费,或者是雇主和个人联合缴费。在基金管理

表1 1975~2009年英国主要医疗筹资来源占卫生支出的百分比(%)

筹资来源	公共			私人				
	总额	税收	其他公共	总额	自费	私人保险	非营利部门	互助组织
1975	96.9	89	7.9	3.1	2.2	0.9	—	—
1980	96.3	89	7.3	3.4	2.5	0.9	—	—
1985	94.2	86	8.2	5.8	3.3	2.5	—	—
1990	93.3	79	14.3	6.7	3.4	3.3	—	—
1994	93.6	82	11.6	6.4	2.9	3.5	—	—
1995	93.8	84	9.8	6.2	2.7	3.5	—	—
1996	92.4	79.9	12.5	7.6	3.7	3.9	—	—
1997	91.7	79	12.7	8.3	3.8	4.5	—	—
1998	91.6	78.1	13.5	8.4	4	4.4	—	—
1999	91.8	79.2	12.6	8.2	3.9	4.3	—	—
2000	92.6	80.4	12.1	7.4	3.7	3.7	—	—
2001	92.2	79.8	12.4	7.8	3.8	4	—	—
2002	92.4	80.1	12.3	7.6	3.7	3.9	—	—
2003	93.9	73.5	20.4	6.1	2	4.1	—	—
2004	95.5	74	21.5	4.5	1.5	3	—	—
2005	94.19	73.99	20.2	5.81	2.5	3.31	—	—
2006	94.6	76.2	18.4	5.4	2.6	2.8	—	—
2007	81.3	81.3	—	18.7	11.9	1.1	4.1	—
2008	82.4	82.4	—	17.6	11.2	1.3	4.0	—
2009	81.9	81.9	—	15.9	10.5	1.1	3.7	—

资料来源:1975~2006年数据来自于丁纯:《世界主要医疗保障制度模式绩效比较》,复旦大学出版社,2009年,第146页;2007~2009年数据来自于:OECD Health Data. http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT,2011。

方面,由保险人按照商业保险的一般运作原理进行管理,政府适当提供税收优惠。^[2]在待遇支付方面,由保险人按照商业保险的一般运作原理进行待遇支付,私立医院提供一些在国家^[3]医疗保障制度下要长期候诊的项目。^[3]比如,英国的非营利性国际私立医疗保险公司保柏(BUPA)公司根据客户需求设计各种健康保险计划和健康管理服务,并且积极参与英国医疗卫生体制改革。^{[4][5]}

由此可见,英国的补充医疗保险主要是附加型补充医疗保险。也就是说,参加私人健康保险的人并不是要放弃 NHS 的免费医疗,而是在享受 NHS 服务的基础上,使自己有更大的选择和便利。如使用自费病房、自费病床以及到私人医院就诊,这笔费用则由私人健康保险公司支付。^[6]

(三)德国的补充医疗保险

德国医疗费用的筹资和偿付主要由公私两方面组成,其中公共医疗保障经费来源于政府税收、法定医疗保险基金收入,私人部分的经费来源于个人自费、私人保险以及其他(诸如非营利部门、互助组织提供的保险等)。从表 2 可以看出,公共部门医疗费用筹资和支付体系是德国医疗保健资金的主要来源,私人部门医疗费用筹资和支付体系是德国医疗保健资金的次要来源。政府税收在德国的医疗费用筹资和支付体系中占的比重较小,法定医疗保险基金在德国的医疗费用筹资和支付体系中占较大的比重。因此可以说,在德国的医疗保险体系中,法定医疗保险是主体医疗保险,私人保险处于从属地位,是补充医疗保险。

在德国,所有获得收入的人群和其他特定的群体必须参加法定医疗保险(Gesetzliche Krankenversicherung; GKV),这大概覆盖了德国 88%的人口,但是对于收入超过一定数额的人口可以自由选择参加法定医疗保险或者私人医疗保险(Private Krankenversicherung; PKV)。目前,大约 9%的人口参加了私

人医疗保险。剩下约 2%的人口属于享受国家免费提供医疗的永久公务员、法官、士兵、社会救济接受者等。德国补充医疗保险的主要特征可概括为四个方面:第一,参保对象是自愿投保人。主要是收入超过法定医疗保险规定的收入上限的高收入者以及其他自由投保者。覆盖的人群具体包括:原先投保法定医疗保险,后来因为收入曾经超过了缴费上限而退出者;没有被包括在法定保险中的自雇者;限制或已经退休的长期在公共部门工作的人员;那些希望得到特殊服务的人群。^[7]第二,在资金筹集方面,保险费由参保者的年龄、性别和病史决定,保险费完全按照等价交换的原则厘定,在提供和 GKV 相同的待遇的情况下,PKV 的费率不允许超过 GKV 的平均最高费率。PKV 坚决贯彻“谁投保、谁受益”的原则,参保者需要为其配偶和子女单独支付保险费,和 GKV 相比不实现家庭联保。第三,在基金管理方面,由保险人按照商业保险的一般运作原理进行管理,同时接受联邦保险监督管理办公室的监管,政府适当提供税收优惠。具体来说,德国私人医疗保险的保险条款必须提交到联邦保险监督管理办公室,监管机构将审查这些条款是否符合保险机构监管法及其他相关法规的最低标准。一定限度内的私人医疗保险的保费支出不需要缴税。^[8]第四,在待遇支付方面,支付不参加 GKV 人群的医疗保险费用和 GKV 不包括的医疗保险项目。PKV 实行按项目付费的方式支付医疗费用,这导致了其平均成本增加远远高于 GKV^[9],从而成为德国医疗费用较快上涨的原因之一。

由此可见,德国的补充医疗保险主要是替代型补充医疗保险和附加型补充医疗保险。也就是说,那些被排除在法定医疗保障范围之外的,或者在法定医疗保险体系之外能进行自由选择的人群可以参加补充医疗保险。同时,补充医疗保险增加了消费者的选择,提供了与法定医疗保险不同的医疗服务项目,通常能够提供更舒适的医疗环境和较高的满意度。

表 2 2005~2009 年德国主要医疗筹资来源占卫生支出的百分比(%)

筹资来源	公共			私人				
	总额	税收	法定保险	总额	自费	私人保险	非营利部门	互助组织
2005	76.6	9.5	67.1	23.4	13.4	9.2	0.4	0.4
2006	76.4	9.2	67.2	23.6	13.7	9.1	0.4	0.4
2007	76.4	9	67.4	23.6	13.6	9.2	0.4	0.4
2008	76.6	9	67.6	23.4	13.3	9.4	0.4	0.4
2009	76.9	8.7	68.1	23.1	13.1	9.3	0.4	0.3

资料来源:OECD Health Data. http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT, 2011。

(四)美国的补充医疗保险

美国医疗费用的筹资和偿付主要由公私两方面组成,其中公共医疗保障经费来源于联邦政府税收以及州政府税收、法定医疗保险基金收入,私人部分的经费来源于个人自费、私人保险以及其他(诸如非营利部门、互助组织提供的保险等)。从表3关于美国医疗费用筹资和支付的负担主体可以看出,私人部门医疗费用筹资和支付体系是美国医疗保健资金的主要来源,公共部门医疗费用筹资和支付体系是美国医疗保健资金的次要来源。政府税收在美国的医疗费用筹资和支付体系中占的比重较小,法定医疗保险和私人医疗保险在美国的医疗费用筹资和支付体系中占较大的比重。从表4关于美国医疗保障的覆盖人群可以看出,私人医疗保险覆盖了大部分人群,公共医疗保障只覆盖了小部分人群。因此可以说,在美国的医疗保险体系中,私人医疗保险是主体医疗保险,法定社会医疗保险处于从属地位,是补充医疗保险。

在美国,法定医疗保障项目主要包括医疗照顾、医疗救助、军人医疗保障、退伍军人管理(VA)、军人健康和医疗保健项目(CHAMPUS)、印第安人健康服务(HIS)。医疗照顾计划是美国法定医疗保险项目的

核心。医疗救助计划实质上属于社会救助项目而非社会保险项目。其他的法定保障项目如军人医疗保障、退伍军人管理、军人健康和医疗保健项目、印第安人健康服务的资金来源于政府预算,一般是为被保障人群提供免费医疗服务,它们实质上属于医疗健康福利计划。因此,这里重点探讨医疗照顾计划的具体特征。

医疗照顾计划是依据1965年美国议会通过的《社会保障法修正案》第十八款建立起来的,属于联邦管理,也是美国最大的公共医疗保险项目。医疗照顾计划目前分为part A、part B、part C、part D四部分,不同部分提供具体不同的医疗照顾服务。Part A是住院保险。Part B是医疗保险。Part C是医疗照顾优先计划。Part D是医疗照顾处方药品计划(MPDC)。医疗照顾计划的主要特征有^①:第一,参保对象为65岁及以上的老年人;65岁以下但是有一定程度的残疾人;任何年龄段的晚期肾病患者(永久性的肾功能失调需要肾透析或者肾移植者)。第二,在资金筹集方面,大

^①医疗照顾计划的参保对象、资金筹集、待遇支付三个特征主要根据美国政府医疗照顾计划办公室的相关资料整理。

表3 2005~2009年美国主要医疗筹资来源占卫生支出的百分比(%)

筹资来源	公共			私人				
	总额	税收	法定保险	总额	自费	私人保险	非营利部门	互助组织
2005	44.1	6.3	37.8	55.9	13.3	35.2	3.5	3.9
2006	44.9	6.3	38.6	55.1	12.9	34.8	3.6	3.8
2007	45.1	6.4	38.8	54.9	12.9	34.1	3.8	4.1
2008	46	6.4	39.6	54	12.7	33.7	3.5	4.1
2009	47.7	6.5	41.2	52.3	12.3	32.8	3.4	3.8

资料来源:OECD Health Data. http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT, 2011。

表4 2009~2010年美国不同医疗保障的覆盖人群(%)

覆盖类型	2009	2010
任何私人计划(Any private plan)	64.5	64.0
以就业为基础的计划(Employment-based)	56.1	55.3
直接购买(Direct purchase)	9.6	9.8
任何政府计划(Any government plan)	30.6	31.0
医疗照顾(Medicare)	14.3	14.5
医疗救助(Medicaid)	15.7	15.9
军人健康服务(Military health care)	4.1	4.2
未被保险者(Uninsured)	16.1	16.3

注:不同医疗保障项目覆盖的人群所占的百分比之和超过了100%,原因是在美国某些人群同时参加了好几个不同的医疗保障项目。

资料来源:U.S. Census Bureau. Health Insurance Data:Income, Poverty, and Health Insurance Coverage: 2010, Table 10. <http://www.census.gov/hhes/www/hlthins/data/incpovhlth/2010/tables.html>。

多数的人不需要为 Part A 缴纳保险费用,因为他们工作的时候已经缴纳医疗照顾计划税收。不用缴纳医疗照顾计划税的这部分叫作“免费 Part A”。如果某人并不满足享受“免费 Part A”的条件,那么他在满足一定条件的情况下可以购买 Part A。在大多数情况下,如果某个人选择购买 Part A,那么他(她)也必须也要拥有 Part B,并且同时为 Part A 和 Part B 缴纳保险费。如果他(她)的收入有限,其所在的州可以帮助他(她)缴纳 Part A 和 Part B 的保险费。如果他(她)已经参加 Part B,他(她)就需要每个月为 Part B 缴纳保险费。如果他(她)符合首次参加 Part B 的资格而没有签约参加 Part B 时,他(她)必须要为其没有及时参加 Part B 支付一定的罚金。医疗保险优先计划,有时候叫做“Part C”或者“MA 计划”,通常由经过 Medicare 计划批准的私人保险公司来提供。Medicare 计划每月向提供 MA 服务的商业保险公司支付固定数量的保险费用,而这些商业保险公司必须遵守 Medicare 计划所制定的规则。美国有许多不同类型的 MA 计划,比如健康维护组织(HMO)计划、优先服务提供组织(PPO)计划、私人按项目付费(PFFS)计划、特殊需要计划(SNP)、HMO 点服务(HMOPOS)计划、医疗储蓄账户(MSA)计划。有两种方式可以参加 MPDC。一种是医疗照顾处方药品计划,另外一种就是 MA 计划(比如像 HMO 或者 PPO)或者其他的提供 MPDC 的医疗照顾健康计划。上述两种方式所提供的计划被总称为医疗照顾药品计划。医疗照顾药品计划参加者需要支付一定的费用。费用主要包括每月的保险费、年度的起付线、共付费用、药品覆盖缺口成本、额外服务成本、没有及时参加医疗照顾药品计划需要负担的罚金。第三,在基金管理方面,医疗照顾计划是在卫生与人类服务部全面指导和在社会保障管理部门的健康保险局监督之下的计划。医疗照顾计划的日常运作基本上由商业保险公司和蓝十字/蓝盾计划来完成,他们负责审查申请,完成给付。给付请求由服务提供者提出,由受益人签字生效。一旦私人保险公司认定提供者收取的费用合理,他们就进行补偿。^[10]政府采取一定财税政策鼓励参加医疗照顾计划。如对低收入的人群,政府提供财政补贴和费用分担。^[11]第四,在待遇支付方面,在通常情况下,Part A 提供的待遇包括:在医院(比如医疗保健中心、住院康复中心、长期护理院)的住院服务;在特殊护理中心的住院服务(不包括长期护理服务)、安养院的医疗服务以及家庭保健服务、宗教性的非医疗健康照顾机构提

供的住院服务。Part B 通常提供两类服务:一类是必要的医疗服务——对于诊断或者治疗是必需的并且能够满足医疗服务实践中被接受的标准的服务或者供给;另一类是预防性的健康服务——提供预防(如预防流感)或者及早发现某种疾病的健康服务。在所有类型的 MA 计划中,通常会提供急性医疗服务费用。MA 必须提供除了住院医疗服务费用之外所有原发性的医疗服务计划(即 Part A 和 Part B)所能提供的所有医疗服务的费用。医疗照顾处方药品计划会为所有的参保者在自愿的基础上提供处方药物保险的资助,还有为低收入参加者提供共担费用的资助,会增加对原发性的医疗照顾计划、部分医疗照顾成本计划、部分私人按项目付费(PFFS)计划、医疗照顾医疗储蓄账户(MSA)计划的药品的覆盖范围。

由此可见,美国的补充医疗保险是替代型补充医疗保险和附加型补充医疗保险的混合体。

(五)新加坡的补充医疗保险

新加坡医疗费用的筹资和偿付主要包括私人部门的筹资、政府部门的补贴以及以中央公积金医疗储蓄账户为基础的社会医疗保障项目。私人部门的筹资包括居民自负医药费用、参加中央公积金医疗保障项目之外自负的医疗费用以及通过雇员和雇主或相关组织交付保费购买商业医疗保险。政府部门的补贴指政府从税收中支付一部分费用来补贴新加坡公民的医疗保健花费和医疗机构设备添置费用。新加坡的社会医疗保障项目主要包括医疗储蓄计划(Medisave)、自雇人员医疗储蓄计划、健保双全计划、医疗基金、药物援助基金、乐龄健保计划、暂时性乐龄伤残援助计划、初级护理伙伴计划。WHO 中的 World Health Statistics 2011 年的统计数据显示,2008 年新加坡政府用于健康方面的支出占健康总支出的比重为 34.1%,私人用于健康方面的支出占健康总支出的比重为 65.9%,而私人健康支出中有 99.5%是个人自付健康费用。^[12]World Health Statistics 2011 年的统计数据中政府用于健康方面的支出包括了中央公积金医疗储蓄资金用于健康方面的支出,而中央公积金医疗储蓄资金用于健康方面的支出占政府用于健康方面的支出大约为 30%,则在新加坡的整个健康费用支出中大约有 10%左右的健康费用支出是由中央公积金医疗储蓄资金支出的。可见,商业医疗保险并不在新加坡卫生费用支付中占主导地位,私人自付健康费用和政府支出补贴健康费用才是新加坡医药卫生保健资金的主要来源。所以可以断定,在新加坡

居于主体地位的是社会医疗保障制度,商业医疗保险处于补充地位。就社会医疗保障制度而言,医疗储蓄项目是基础,其他医疗保障项目是补充。^[13]因此,新加坡的主体医疗保险制度是中央公积金的医疗储蓄制度,其他的社会医疗保险制度和商业医疗保险制度属于补充医疗保险制度。

新加坡的补充医疗保险计划包括^①:

1. 健保双全计划

健保双全计划是1990年开始实施的,它是一个低成本的国家大病保险计划,旨在为那些患有长期或严重疾病的中央公积金会员及其家属提供高额医疗费用开支方面的保障。健保双全计划的基本特征可概括为四个方面:第一,参保对象是患有长期或严重疾病的中央公积金会员及其家属。第二,在资金筹集方面,健保双全计划中保险费的缴纳可以从医疗储蓄账户中支付。那些想拥有更高程度保险的公积金会员可以从私人保险公司那里购买增进保险计划。私人保险公司可以把增进保险计划和健保双全计划合并为合并保险计划并签订统一的合同以便于收缴保险费和处理索赔。合并保险计划中的保险费可以从医疗储蓄账户中支付,但每人每年每个保单支付的最大限额为800新元。由于新加坡国民的预期寿命越来越长,从2006年1月1日起,健保双全计划赔付的年龄限制从80岁提高到85岁。在健保双全计划中,每年索赔限额为5万新元,一生中索赔的最高限额为20万新元。根据被保险人年龄的不同,健保双全计划每年的保费为30新元到705新元不等。在60岁或者60岁之前就参加保险的中央公积金会员在71岁到85岁之间将享受打折缴纳保险费的优惠,这一优惠程度则取决于中央公积金会员参加保险时间的长短。根据参加保险时间长短,中央公积金会员享受的缴费折扣大约从33.50新元到282新元不等。2006年12月31日,有2363673个中央公积金会员及其家属参与了健保双全计划。第三,在基金管理方面,由中央公积金局统一管理。健保双全计划是一项“选择退出”的计划。换句话说,如果没有选择退出这项计划,16岁以上的新加坡公民或永久居民在首次缴付公积金时,将自动在健保双全计划下参保。从2007年12月1日起,所有新生婴儿如果没有选择退出,将自动参保于健保双全计划。参保与否将根据申请者申请时的健康状况而定,每年的保费将自动从父亲的保健储蓄户头扣除,如果父亲户头的经费不足,保健费用将从母亲的保健储蓄户头扣除。第四,在待遇支付方面,

首先,病人必须支付可扣除的数额(B2级别病房账单所能索偿数目的最初1500新元或C级病房账单所能索偿数目的最初1000新元),然后健保双全计划才支付剩下的所能索偿数目的80%~90%,视账单总额而定,以索赔顶额为限。病人可以动用保健储蓄支付健保双全计划所不能支付的部分。健保双全也支付一些昂贵的门诊治疗,如癌症化疗与电疗以及洗肾疗程。健保双全也为从急诊医院转入社区医院疗养的病患支付病房收费。健保双全计划生效前的12个月内,病人已在接受医药治疗的严重旧有疾病的医疗费,健保双全计划一概拒保。某些病症治疗,例如先前缺陷、整容手术、分娩费、精神病与人格失常等,健保双全计划一概拒保。健保双全计划只涵盖住院、外科手术/日间手术和一些医生所指定的门诊治疗的费用。病人在国外的医药费用是不能索偿的。如果病人在入院时已经在健保双全计划下参保,病人只需通知办理其入院手续的医院职员,即可以在健保双全计划下索偿以支付医院账单的部分数额。院方将代表病人提呈健保双全计划索偿文件。中央公积金在处理病人的索偿申请后直接付款给医院。剩下的余额,可以用保健储蓄或现金支付。健保双全计划的索偿不受病房等级的限制。不过,由于健保双全计划是专为B2或C级病房而设的,病人在高等病房或私人医院的索偿额将以其住院账单的比例来计算。如果病人参保于任何综合保健计划,他(她)应该向保险公司查询该计划的可索偿数额。美国友邦保险公司(新加坡)、英杰华集团(Aviva)、大东方人寿保险、职总英康、保诚保险四家公司提供保健储蓄批准的私人综合保险计划。

2. 乐龄健保计划

乐龄健保计划是一项新加坡国人负担得起的严重伤残保险计划,旨在为需要长期照顾的国人,尤其在他们年老的时候,遭到严重伤残时,提供基本的经济保障。它提供每月现金赔偿以帮助应对在照顾严重伤残人士时所需要的开销。乐龄健保计划的基本

^①医疗基金、药物援助基金、暂时性乐龄伤残援助计划、初级护理伙伴计划均属于医疗救助计划而非医疗保险计划。新加坡补充医疗保险计划不同项目的特征根据“Ministry of Health Singapore. Singapore's Healthcare Financing System.”中的内容整理。网址:[http://www.moh.gov.sg/content/dam/moh_web/Publications/Educational%20Resources/2010/MOH_3M%20booklet%20\(%20English%20\)_2010.pdf](http://www.moh.gov.sg/content/dam/moh_web/Publications/Educational%20Resources/2010/MOH_3M%20booklet%20(%20English%20)_2010.pdf)。

特征可概括为四个方面:第一,参保对象为40岁以上的公积金会员(新加坡国民和永久居民)都会自动成为乐龄健保的投保人。这也是一项“选择推出”计划。在公积金会员40岁时,他(她)并不需要报名或通过身体检查。65岁以上的新加坡国民和永久居民如果不参保,可以向保险公司投保,不过必须通过身体检查。第二,在资金筹集方面,公积金会员可以使用保健储蓄交付乐龄健保一年一次的保费,保费一直缴到65岁为止。如果公积金会员的保健储蓄不够缴费,他(她)也可以用配偶、家长、子女或孙子的保健储蓄。如果公积金会员已经重度伤残,他(她)的乐龄健保计划就会开始给予其应得的赔偿,他(她)接下来就无需再缴付保费了。如果他(她)的重度伤残得以康复,保险赔偿将停止。此后,他(她)也必须继续缴付乐龄健保的保费,直到他(她)的乐龄健保计划无需再缴付保费为止。如果他(她)在所投保的乐龄健保计划(乐龄健保300或乐龄健保400)下,已获偿60个月或72个月的最高赔偿,他(她)的保单将终止。在这样的情况下,他(她)无需再缴付任何保费。在参加乐龄健保附加计划的基础上,投保者可以从任何一家受委托的保险公司购买乐龄健保附加计划。投保者可以用保健储蓄缴付乐龄健保附加计划的保费。如果投保者没有足够的保健储蓄,他(她)也可以用配偶、家长、孩子或孙子的保健储蓄,也可以用现金缴费。投保者用保健储蓄缴付乐龄健保附加计划的保费有上限。第三,在基金管理方面,中央公积金管理局从医疗储蓄账户中出资,或者由个人缴费,由保险人按照商业保险的一般运作原理进行管理。现有三家保险公司提供乐龄健保计划,即中英人寿保险有限公司、大东方人寿保险公司以及职总英康保险公司。三家公司在乐龄健保计划下所收取的保费和赔偿数额是一样的。如果公积金会员是40岁以上的新加坡国民或者永久居民,他(她)可以被分配由任何其中一家保险公司服务,如果他(她)要更换保险公司,他(她)可以在90天内更换保险公司,无需额外付费。如果他(她)在90天后才更换保险公司,他(她)将无法取回已缴付的保费。新的保险公司也将把他(她)的申请视为全新的案例。因此,他(她)可能必须去做身体检查。有三家保险公司提供乐龄健保附加计划,它们是英杰华私人有限公司、大东方人寿保险公司以及职总英康保险公司。第四,在待遇支付方面,乐龄健保300的计划规定每月付出300新元给伤残病人,为期60个月,或者是乐龄健保400的每月400新元,为期72个月。乐

龄健保400是乐龄健保在2007年经济改革后所推出的计划。普通的乐龄健保计划和乐龄健保附加计划是两个独立的计划,只要投保者符合各计划的赔偿条件,就可以从两个计划索取赔偿。

3.商业保险计划

新加坡商业健康保险也是主体医疗保险的有力补充。其基本特征为:参保对象为自愿投保人;资金来源于个人缴费、雇主缴费或者雇员和雇主共同缴费;由商业保险公司按照利润最大化原则管理;投保人和保险人约定保险待遇,主要是满足法定医疗保障之外的医疗服务需求。

可见,新加坡的补充医疗保险主要是附加型补充医疗保险和增补型医疗保险的混合体。

二、世界上主要医疗保障制度模式下的补充医疗保险发展经验

世界主要医疗保障制度模式下补充医疗保险的发展经验主要可以概括为以下几个方面:

(一)重视补充医疗保险制度发展

无论是英国、德国、美国还是新加坡,都非常重视补充医疗保险制度的发展。即使像英国这样推行全民医疗服务模式的国家也没有让主体医疗保险包办所有的医疗服务项目。各国重视补充医疗保险制度的发展主要体现在:政府部门在医疗保障制度的设计方面注重多层次性,给补充医疗保险发展留有必要的空间;在补充医疗保险的发展方面给予一定的政策优惠,以支持补充医疗保险制度的发展;补充医疗保险举办主体重视补充医疗保险对主体医疗保险的替代性、附加性和增补性,根据不同主体医疗保险的特征来设计不同的补充医疗保险产品;补充医疗保险的被保险人重视补充医疗保险的费用筹集、资金管理和待遇发放,力求使补充医疗保险能够报销更多的医疗服务费用。

(二)把补充医疗保险作为医药卫生费用的重要筹资渠道

把补充医疗保险作为医药卫生费用的重要筹资渠道其实是重视补充医疗保险制度发展的一个表现或者必然结果。前述分析表明,英国、德国、美国、新加坡四个国家的补充医疗保险都是该国医药卫生费用的筹资渠道之一。四个国家的补充医疗保险所筹集的医药卫生费用占卫生支出的百分比为15%~20%。不同国家补充医疗保险和主体医疗保险关系不同,则该国补充医疗保险占整个医药卫生费用筹资来



源的比重就会有所不同。从理论方面进行推断,一般来说,以法定医疗保险为主体医疗保险的国家,其补充医疗保险占整个医药卫生费用筹资来源的比重较以私人医疗保险为主体的国家其补充医疗保险占整个医药卫生费用筹资来源的比重略低,因为法定医疗保险以追求公平为主,其覆盖面较宽,那么补充医疗保险的覆盖面就相对较窄,补充医疗保险占整个医药卫生费用筹资来源的比重也会相对较低。不同国家补充医疗保险的类型不同,即补充医疗保险是替代型、附加型还是增补型,其保险对象、资金筹集、待遇支付也会有所不同,其用于医药卫生费用支付的内容当然也会有所不同。

(三) 实施与本国国情相适应的补充医疗保险制度

补充医疗保险的发展和其他事物的发展一样是一个历史的动态过程。英国、德国、美国和新加坡选择了各自不同模式的补充医疗保险制度,这是和这些国家的特殊国情分不开的。补充医疗保险和其国情相适应的逻辑是其国情决定了其主体医疗保险制度,而其主体医疗保险制度决定了补充医疗保险的范围和规模。比如,与英国国情相适应的全民卫生服务制度是英国主体的医疗保险制度,基本覆盖到了每个英国国民,因此英国形成了以私人医疗保险为主的附加型补充医疗保险制度。与德国国情相适应的法定医疗保险制度是德国主体的医疗保险制度,因此德国形成了以私人医疗保险为主的替代型和附加型相混合的补充医疗保险制度。与美国国情相适应的私人医疗保险制度是美国主体的医疗保险制度,因此美国形成了以医疗照顾计划为主的替代型和附加型相混合的补充医疗保险制度。与新加坡国情相适应的法定的医疗储蓄制度是新加坡主体的医疗保险制度,因此新加坡形成了由健保双全计划、乐龄健保计划和商业保险共同组成的、附加型和增补型相混合的补充医疗保险体系。

(四) 实现补充医疗保险自身以及补充医疗保险与其他医疗保障项目之间的有效衔接

实现补充医疗保险项目之间的有效衔接是补充医疗保险良性发展的重要保证。英国、德国、美国和新加坡补充医疗保险制度发展的成功经验和不足之处都充分说明了这一点。补充医疗保险的多样性决定了补充医疗保险不同险种的保险项目需要实现有效衔接。比如,美国医疗照顾计划的四个组成部分就分别提供不同的医疗保险待遇支付,这就是其有效衔接的一个例证。还比如,新加坡的健保双全计划、乐

龄健保计划以及乐龄健保附加计划都有各自不同的保障对象以及保险待遇,因此也实现了补充医疗保险不同保障项目的有效衔接。除了不同补充医疗保险保障项目之间的有效衔接外,补充医疗保险保障项目与其他医疗保障项目之间的衔接也非常重要。比如,在英国,补充医疗保险主要包括私人医疗保险、非营利部门保险、互助组织提供的保险三大类,它们主要提供附加型补充医疗保险,与主体医疗保险制度提供的医疗保险待遇重复的地方较少,因此英国在控制医疗费用上涨方面成效显著。比如美国,主要是以医疗照顾计划的四个部分为主组成的替代型和附加型相混合的补充医疗保险制度,同一人员可以同时选择参加包括主体医疗保险制度在内的多个医疗保障项目,因此美国成为世界上年度医药费用支出占GDP比重最高的国家。因此,补充医疗保险不同险种保障项目之间的契合程度以及补充医疗保险项目与其他医疗保障项目之间的契合程度是直接关系到医药卫生费用支出的因素之一。

(五) 完善补充医疗保险发展所需要的配套体制

与补充医疗保险制度发展关系最密切的外部体制有两个,一是市场经济体制,二是医药卫生体制。补充医疗保险属于补充医疗费用保险,其运作必然涉及不同的市场主体,而且市场经济体制的发达程度决定着补充医疗保险交易的运行方式和灵活程度,进而会最终影响到补充医疗保险的实施效果。因此,市场经济体制的健全是补充医疗保险制度充分发展的一个必要前提条件。英国、德国、美国、新加坡四个国家的补充医疗保险发展得较好且成为医药卫生费用支出的重要筹资渠道,这与其市场经济的发展程度较高有密切关系。英国、德国、美国都是老牌的发达资本主义国家,其市场经济有了上百年的发展,市场机制比较完善。新加坡属于后起的新兴的资本主义国家,其市场化程度也相当高。这为补充医疗保险的发展提供了经济体制保障。补充医疗保险最终是为被保险人分担一定额度的医疗费用,所以必然和医药卫生体制要发生关系。世界上没有哪一个国家的医药卫生体制是十全十美的,但是可以肯定,英国、德国、美国和新加坡的医药卫生体制是相对较完善的,人口预期寿命以及婴儿死亡率就能部分地说明其医药卫生体制所带来的绩效。比如,根据《中国卫生统计年鉴·2009》的数据,英国、德国、美国和新加坡人口的平均期望寿命在2007年为分别为80岁、80岁、78岁、81岁,5岁以下儿童死亡率分别为5‰、4‰、6‰、

2‰。这些国家有较完善的公共卫生制度、药品供应保障制度、医院管理制度以及医药费用支付制度,从而大大增加了补充医疗保险的风险可控性,使补充医疗保险的供求双方实现了双赢。

(六)探索补充医疗保险提供和生产的有机组合方式

英国、德国、美国和新加坡的补充医疗保险发展状况表明,补充医疗保险提供和生产的方式不是唯一的,是多样化的,根据不同的国情以及补充医疗保险类型的不同选择补充医疗保险不同的提供方式和生产方式是必要的和可能的。以英国为例,其私人商业保险是补充医疗保险的主体,其提供主体和生产主体均是商业保险公司,补充医疗保险的生产主体和提供主体是统一的。像美国这种以法定医疗保险为补充医疗保险的国家,其补充医疗保险的提供主体是政府部门,但是其生产主体是商业医疗保险公司,补充医疗保险实现了提供主体和生产主体的分离。由此可以得出,一般地,补充医疗保险的提供主体可以是政府部门,也可以是商业医疗保险公司,而补充医疗保险的生产主体通常是商业医疗保险公司。提供和生产的有机结合是提高补充医疗保险运营效率的一个重要举措。

(七)定位政府在补充医疗保险发展中的合理职能

补充医疗保险的多样化决定了在补充医疗保险发展中必须相机抉择政府的职能定位。在以商业保险为补充医疗保险的国家,比如像英国和德国,政府的职能主要表现在制定相关法律制度、提供税收优惠政策、实施保险行业监管、提供行业基础数据信息等方面。可见,政府主要是提供公共服务,并不直接提供补充医疗保险。在以法定医疗保险作为补充医疗保险的国家,比如像美国和新加坡,政府的职能除了制定相关法律制度、提供税收优惠政策、实施保险行业监管、提供行业基础数据信息等职能外,还直接承担着补充医疗保险的提供任务,具体涉及补充医疗保险运行的各个环节,但是通常并不直接生产补充医疗保险。

(八)注重补充医疗保险在参与卫生服务体系能力建设中的作用

英国、德国、美国和新加坡这四个国家的补充医疗保险的生产基本上都由商业健康保险公司来实施,其参与卫生服务体系建设的能力较强。比如英国保柏公司,它不仅提供医疗保险理赔服务,而且还包括巨大的健康产业链,它不仅致力于专业的健康保障和

管理服务,而且在英国医疗改革中发挥了积极的作用。美国的补充医疗保险借助于商业保险来提供,开展了形式广泛的管理式医疗保健服务。德国、新加坡的补充医疗保险提供过程都不同程度地影响着本国的卫生服务体系能力建设。可以把英国、德国、美国和新加坡四国补充医疗保险参与卫生服务体系能力建设概括为以下几个方面:一是与医疗服务提供者合作,增强医疗服务保险和医疗服务提供者的一体化程度。从补充医疗保险的提供者和生产者来看,这不但可以通过提供优质的服务增强补充医疗保险计划的吸引力,同时也可以影响医疗服务提供者的行为,以控制医疗服务成本。二是开发健康管理市场,通过竞争推动整体医药卫生体制的改进。补充医疗保险通过商业健康保险公司来提供,这些商业性健康保险公司通常秉持健康保障和健康的理念,比如在提供健康保障的同时提供疾病预防、健康咨询、健康评估、健康教育、医药费用付费方式革新等方面积极探索,从而对其他健康保险相关主体起到示范作用,以达到推动整体医药卫生服务能力的作用。三是探讨补充医疗保险服务外包,实现补充医疗保险提供主体和生产主体的分离。补充医疗保险服务外包有利于在医疗保障领域开展广泛的公私合作并积累经验,从而达到间接地推动卫生服务体系能力建设的目的。

(九)把医疗保险的参数改革和结构改革相结合

英国、德国、美国和新加坡补充医疗保险发展的经验告诉我们,解决一个国家的医疗保障问题不能靠单一的制度模式,而要靠多个医疗保障制度构成的医疗保障制度体系。上述四个国家的医疗保障制度体系经过几十年到上百年的发展,其医疗保障制度的体系架构基本稳定,比如英国形成了以国家卫生服务(NHS)为主的医疗保障制度模式,德国形成了以社会保险制度为主的医疗保障制度模式,美国形成了以私人商业健康保险为主的医疗保障制度模式,新加坡形成了以中央公积金的医疗储蓄项目为主的医疗保障制度模式。在医疗保障制度体系架构基本稳定的前提下,上述四个国家对主体医疗保险制度进行的结构性改革较少,而实施参数性改革较多。对于补充医疗保险制度而言,上述国家不仅重视补充医疗保险制度内部的结构改革,而且重视补充医疗保险制度的参数改革。比如,美国的补充医疗保险制度已经逐步从原来的两部分逐步增加到现在的四部分,新加坡的补充医疗保险近几年相继推出了健保双全计划、乐龄健保计划以及乐龄健保附加计划。所有这些都是补



充医疗保险进行结构性改革的例证。同时,上述国家还对补充医疗保险进行积极的参数改革,比如动态调整补充医疗保险的费率和待遇支付规定等。由此可见,关注医疗保障制度的结构改革和参数改革都相当重要。

在借鉴上述经验的同时,也要警惕补充医疗保险的某些负面影响。任何事物都存在两面性。在看到英国、德国、美国和新加坡四个国家补充医疗保险发展的成功之处时,也应该警惕其补充医疗保险发展的某些负面影响。比如,同一人群同时参加多个保险项目所带来的重复保险而导致医疗卫生费用支出的增加,美国就是例子;^[14]相当一部分补充医疗保险还没有实施循证医疗保障的激励,比如英国自愿健康保险就没有办法排除那些证据不足的服务项目。^[15]主体医疗保险和补充医疗保险如果都依靠相同的医疗服务提供者来提供医疗服务,则补充医疗保险业务的数量变化可能会对主体医疗保险某些业务量的改进存在压力。比如候诊时间较长是英国目前医药卫生体制改革需要着力解决的一个问题,但是英国的主体医疗保险制度和补充医疗保险制度都依靠大致相同的医疗服务提供者来给被保险人提供服务,那么英国补充医疗保险制度的发展对于缩短候诊时间可能效果不大;在以私人健康保险为主的补充医疗保险制度下,补充医疗保险显示出对高收入人群的偏好,如果这些国家补充医疗保险发展过度,就会出现所谓的双层体制,即高收入人群拥有更高的医疗保障,主要存在于私人医疗保险系统,而低收入人群拥有较低的医疗保障,主要存在于法定医疗保险系统,从而破坏了医疗保障应有的公平性。德国、英国补充医疗保险已经出现这些问题。当然,像美国这样以私人商业健康保险为主体医疗保险制度的国家也存在上述问题。因此,如何有效监管私人健康保险制度并让其保持适度发展是极其必要的。监管不当和发展过度会破坏整个医疗保障

体系的公平性。**Reform**

参考文献

- [1][7]丁纯:《世界主要医疗保障制度模式绩效比较》,复旦大学出版社,2009年
- [2][8]饶克勤 刘新明:《国际医疗卫生体制改革与中国》,中国协和医科大学出版社,2007年
- [3]乌日图:《医疗保障制度国际比较》,化学工业出版社,2003年,第55页
- [4]胡善联等:《英国非营利性私人医疗保险制度》,《国外医学(卫生经济分册)》2002年第1期,第1~3页
- [5]张遥 张淑玲:《英国商业健康保险经验借鉴》,《保险研究》2010年第2期,第124~127页
- [6]刘海燕 石大璞:《英国的医疗保险制度》,《中国农村卫生事业管理》1992年第10期,第46~49页
- [9]Reinhard Busse, Annette Riesberg. Health Care Systems in Transition: Germany. European Observatory on Health Systems and Policies, 2004:80.
- [10](美)威廉·科克汉姆:《医学社会学》,华夏出版社,2000年,第259页
- [11]曹琦 王虎峰:《美国新医改:根由、路径及实质》,《中共中央党校学报》2010年第3期,第88~92页
- [12]WHO. World Health Statistics Report. World Health Statistics, 2011.
- [13]陆昌敏等:《新加坡医疗保障体系的特点及对我国的启示》,《医学与哲学(人文社会医学版)》2007年第12期,第32~34页
- [14]Paul J. Feldstein. Health Policy Issues: An Economic Perspective on Health Reform. AUPHA Press/Health Administration Press, Ann Arbor, Michigan, 1994:17.
- [15]Yvonne Doyle and Adrian Bull. Role of Private Sector in United Kingdom Healthcare System. BMJ. 2000, 321(260): pp.563~565.