

[文章编号]1009-3729(2012)01-0089-06

韩国医保适用人群扩大过程中的经济要素分析及其对中国的启示

侯圣伟

(郑州轻工业学院 政法学院, 河南 郑州 450002)

[摘要]经济发展水平制约或推动医疗保障政策的实施。韩国根据自身经济发展水平,分阶段、分层次地建立起覆盖全民的医疗保险体制,最终有效解决了发展初期由遗留的医疗保险适用人群“碎片化”、“局部化”等问题而引发的医疗资源享有不均的难题。借鉴韩国的经验,结合我国经济发展的现实条件,我国应采取先试点再逐步全面推进建立全民医疗保险制度的思路,并注意建立法律基础,统合管理机关,采取差额征收保险费和扩大保障范围,实施医药分离和处方总额预算等方案,以推动我国“十二五”规划确定的“实现覆盖城乡居民的社会保障体系、改革医药卫生体制”目标的顺利实现。

[关键词]经济水平; 医疗保险政策; 统合医保

[中图分类号]C913.7 **[文献标志码]**A

医疗保障是一种通过社会共助原则解决公民个人力量无法解决的医疗问题的社会保障制度。医疗保障制度对增进公民健康、推动国家经济社会健康发展发挥着重要作用。医疗保障制度作为社会保障的一种制度安排,其建立和发展受到国家经济发展水平、社会文明程度和政治制度安排等多方面的影响,但经济基础决定上层建筑,经济发展水平对医疗保障政策的影响是巨大的。这一点可以从韩国医疗保险制度发展历程中得到验证。韩国在1948年8月15日建国之后,结合自身经济发展程度,逐步走出了一条“先局部,再整体”、“先碎片、再统合”的医保发展之路,并在正式实施医疗保险法仅仅12年的时间里完成了医疗保险全民覆盖的目标。正如美国普林斯顿大学教授乌韦·莱恩哈德(Uwe Reinhardt)所指出的那样“韩国的医疗保障制度,在坚持德国和加拿大等国家形式的社会保险体系的同时,还追求公平性和效率性,取得了丰富的成果,值得其他国家借鉴。”^[1]韩国作为我国

的近邻,虽然两国社会制度不同,但在经济发展模式上与我们有诸多相通之处,所以与西方国家相比,韩国医保制度改革对于我们来说更具有借鉴意义。当前国内学术界有关韩国医疗保险制度的研究大多是引用和分析已有研究成果,缺乏第一手资料,存在资料被“过滤”的缺陷;并且已有研究成果仅限于对韩国医疗保险制度概括介绍的层面,鲜有对其发展背景进行深入分析的研究。本文拟充分利用原始资料,以韩国医疗保险适用人群的扩大过程为切入点,从实证研究的角度来分析经济发展水平对医疗保障政策的影响,并就我国医疗保障制度的发展提出建议。

一、经济发展水平对医疗保障政策的影响分析

工业化的进展引发了人们对医疗政策的社会性需求。这可以从随着工业化而出现的劳动阶层的壮大、社会结构和家庭结构的变化、产业灾害的

[收稿日期]2011-12-06

[基金项目]2010年教育部人文社会科学青年基金项目(10YJC630036);河南省软科学研究项目(112400430006);郑州轻工业学院2011年博士科研基金资助项目

[作者简介]侯圣伟(1977—),男,山东省梁山县人,郑州轻工业学院讲师,博士,主要研究方向:医疗保障、福利经济学。

加重等多方面得到佐证。^[2]但这种社会性需求要转变为现实的医疗福利政策,必须具备可以吸收消化它的足够社会福利财源。这就是经济发展水平对社会政策的影响,即社会必须具备将主观需求转化为客观现实的经济基础。从结论上来说,经济发展水平在医疗保障政策的决定因素中占有重要地位。如果政府、企业和个人等经济主体不具备可以满足医疗保障政策需要的财政能力,那么即使存在对于医疗政策的社会性需求,不管这种需求多么强烈,都无法推进医疗保障政策的实施,或者只能是有限度地推进医疗保障政策的实施。

J. S. Robey 等^[3]对 1958—1977 年间的美国政府福利支出与人均国民收入之间的关系进行了比较分析,指出福利支出与人均收入之间存在一种持续性、稳定性的正向关系。这一研究说明经济发展水平作为一种独立变数,在福利政策的决定过程中具有不可替代的作用。并且 Thomas R. Dye^[4]通过分析影响 1890—1970 年美国各州政府福利支出的诸多变数,指出个人所得的增加是诸多变数中的一个可以持续不断影响福利支出的重要因素。

Milton Irwin Roemer^[5]则通过考察比较世界各国医疗保障受益人群的规模与经济发展水平之间的关系论证了这一观点。根据他的研究,在 1990 年,占据世界人口绝大多数的 70 多个国家均采取了医疗保险或相应的方式给全体公民或一部分公民提供了医疗保障服务。其中 34 个国家医疗保障的对象范围为全体公民,而这 34 个国家均为发达国家;另外 36 个国家实行的是医疗保障对象范围部分适用原则,这 36 个国家除了美国均为发展中国家。从中可以看出,经济发展水平对一个国家医疗保障适用对象范围的确定起到了决定性作用。之后 Milton Irwin Roemer 又以人均 GNP(国民生产总值)4 000 美元为标准将这些国家分为发达国家和发展中国家来看,医疗保障的适用人群范围在 90%~100% 的国家有 34 个,其中 29 个为发达国家;适用范围在 25%~89% 的 15 个国家中只有 2 个是发达国家,而低于 25% 的 21 个国家中只有美国是发达国家。适用对象比率在 90% 以下的国家中,绝大多数的适用对象仅限于工业劳动者,并且其家庭成员被排除在医保范围之外;公务员等特殊人群都拥有单独的医疗保险品种;法定保障范围和实际操作不一致的情况时常发生。Milton Irwin Roemer 的研究给我们提供了一个论据,即医疗保障的适用对象范围与经济发展水平存在着密切的关系,它不

仅决定了适用对象范围的界定,还对法定保障的执行力度等产生重要影响。

工业化的发展激发了人们对医疗保障的社会性需求,而工业化带来的经济水平的提高则为这种社会性需求转化为政策现实提供了物质保证。对于这两个要素哪一个对医疗保障政策的制定会产生更重要的影响,学者们的观点多有不同。但对于我们来说,重要的不是去判断哪个要素产生的影响更大,而是必须去研究各个要素是通过什么途径来影响医疗保障政策制定的。通过以上的分析可以看出,无论是经济发展总量,还是人均经济水平,经济发展的水平都对包括医疗保障在内的社会保障政策产生重要影响,国家制定相应的医疗保障政策时,总会根据自身经济实力在医疗保障范围的确定及医疗保障支付范围和幅度上实现平衡,确定先后关系,最终在经济发展到一定水平之后,才会使医疗保障范围扩大到全体公民,才可能采取全方位保障公民医疗需求的医疗保障政策。

二、韩国经济发展历程和医疗保险适用人群扩大过程的实证分析

韩国医疗保险适用人群的扩大与韩国经济的逐步发展是同步进行的。随着韩国经济由战后恢复到逐步发展,其医疗保险适用人群的范围也由当初的“局部适用”跨越到“全民皆保”,建立起了“大一统”的相对完善的医疗保险制度。

1. 经济基础的薄弱成为制约医疗保险适用人群的障碍因素

1948 年韩国政府建立之后,有关医疗保障政策的论述只能见于学校教科书。1950 年代前半期,在韩国还很难找到有关医疗保障的论述,进入 1960 年代,开始出现医疗保障原理性探讨。1959 年秋季,由韩国保健社会部议政局主持、每周四在保健社会部会议室召开的“有关引进健康保险制度的研究会”,可以看做政府层面首次就医疗保障进行政策性的咨询。这种情况与韩国因经历战争导致经济长期停留在世界最不发达国家行列有着紧密联系。韩国从 1945 年脱离日本殖民统治获得解放到 1960 年代初的短短十几年期间,先后面临建立政权、朝鲜战争、战后经济困难和政治动荡等一系列问题,在情况之下根本就不具备推进福利政策的条件。当时,由于贫困和疾病的恶性循环,大部分公民的医疗要求都无法得到满足,国家无法推出解决这种问题的政策构想。在 1963 年之前,医疗保障活动仅仅局限

于对战争灾民、流浪者、难民等急需人群的医疗救助,以及一部分医科大学学生举行的农村医疗服务。

1961年朴正熙上台之后,把引入医疗保障制度作为了政府的一个主要政策课题,并于1963年制定了医疗保险法,但是因为当时韩国财力极其贫乏并未付诸实施。1962年底,韩国人均国民收入仅为94.4美元,公民每月人均医疗费用支出仅为66.70韩元。^[6]但是朴正熙政权在1960年代初开始推行经济开发五年计划,在经济总量的增长上取得了巨大成就,出口扩大,国内储蓄增加,农业开发得到促进,社会间接资本得到扩充,整个经济部门都得到长足发展,到1970年代已经具备了经济飞跃的基础。1959—1969年,这10年间的GNP保持了年均12.6%的增幅,人均GNP则创纪录地增加了77%。第3个经济开发五年计划(1972—1976)在经济增长层面看获得了成功,在正式实施医疗保险政策的1976年,经济实际增长率达13.1%^[7],经济状况得到极大改善,国民收入增加13倍多。经济的发展为医疗保障政策的实施创造了经济基础。

在经济基础还不是非常雄厚的情况下,实施医疗保障还必须考虑保险费对企业造成的负担。在当时的情况下,增加企业负担会削弱政府制定的以出口为导向的经济政策,影响经济复苏进程。基于此,韩国政府决定首先在自身比较容易解决保险费的公共部门和大企业开始实施医疗保险,从而给中小企业留下一定的准备时间来消化吸收医疗费用问题。在这种情况下,1963年12月16日颁布的第1623号法律——医疗保险法——在经过1976年12月22日的修订之后,终于随着1977年1月1日医疗保险事业的开始而拉开了帷幕。如前所述,政府考虑医疗设施的不足和国民的负担能力,采取了自工作稳定的工薪阶层开始推行、逐步扩大适用范围的医保之路。首先于1977年7月在雇佣员工500人以上的企业开始推行医疗保险法,并于1979年1月推广到公务员和私立学校教职员工,其后在1979年7月扩大到雇佣300人以上的企业。

2. 经济的发达加速了医疗保险适用人群的全民化进程

1970年代,韩国工业化的进程逐步加快,1986年第一产业的比重减少为12.3%,而第二产业的比重则急速增加到42.2%。^[8]这种急剧变化的产业结构带来了产业劳动部门的激增。1987—1991年的第6个经济社会发展五年计划全部达到了预定目标,1987年和1988年的经济增长率分别达到

12.0%和12.4%,远超过了8.0%的预定计划。^[9]经济实力的增强为医疗保障的进一步扩大提供了充分的物质基础。这一时期企业的经营收益也呈增强趋势,企业的销售经营收益率从1985年的1.1%提高到1988年的2.0%。^[10]

在宏观经济指标趋向好转的同时,收入不均和贫富分化问题也多少有所好转。从不同阶层来看,20%的处于经济社会地位上层的阶层占有的所得比例从1985年的43.7%逐步减少为1988年的42.2%、1989年的40%;基尼系数由1985年的0.3631降低到1988年的0.3355、1989年的0.3039。^[11]这要归功于韩国政府就经济社会发展方向作出的政策调整。从第5个五年计划开始,政府将“经济开发五年计划”转变为“经济社会开发五年计划”,二字之差反映了国家发展重心的转移。如此,经济情况的好转不仅满足了医疗保障所需要的经济条件,还改变了政府的立场。1986年,韩国总统发表“三大福利政策”,之前主要担任经济部门事务的经济企划院,将工作中心转为以制定福利预算为主。1987—1991年的第6个经济社会发展五年计划,在追求效率和公平的基础之上将实现经济先进化和增进公民福利作为基本目标。

如上所述,进入1980年代,韩国经济政策的基础目标由成长转为发展,实施以全体公民为对象的医疗保险的基础已经基本具备。韩国政府在1981年1月开始推进农渔村公共保健医疗事业,将医疗保险的适用对象推广到100人以上的企业,7月开始在3个地方试推行医疗保险事业,并于1982年7月将试点地区又增加3处,在12月将医疗保险扩大到雇佣16人以上的企业。

1980年代中期,韩国人均国民收入超过2000美元,国际收支盈余扩大,物价稳定。在此基础上,在1987年首次实行的总统直选中,全斗焕政权出于选举的需要,提出将医疗保险扩大到全体公民的施政目标。总统选举之后,1988年开始实施农渔村医疗保险,1989年开始实施城市地方医疗保险。由此,韩国正式引入医疗保险12年,就开启了全体公民医疗保险时代。但政府考虑过度的财政支出和企业、劳动者的负担问题,在这个阶段还是维持了一直实行的“组合主义”式医疗保险制度,即全体公民虽然都被纳入医疗保险制度之内,但根据所在地区、职业等的不同,分别加入到分属于不同劳动组织的医疗保险项目,在医疗保险费的缴纳、享有医疗保险报销比例等服务上还存在着差异。这属于一种条状化

分割的全民医疗保险制度,因而遗留下医疗保险制度设计上的“碎片化”等不公平问题。

总之,随着经济的起步、发展,韩国医疗保险适用人群从局部适用发展到全民参保,其过程可简化为表1。

3. 经济环境的变化促使医疗保险走向统合之路

战后韩国经济的发展具有极强的权威主义色彩,所有的政策都是在国家主导之下制定和推进的,从而完成了经济成长和工业化,这种经济发展和工业化是以普通劳动者长期的低工资、低保障为代价的。1980年代后期开始的民主化和1990年代后期的经济危机不仅影响到经济领域,还触发了社会政治领域的变革要求,对医疗保险进行改革的呼声在这种背景之下不断高涨。虽然政府为解决危机进行了经济结构调整等大幅改革,但收效甚微。据韩国统计厅、韩国银行及韩国劳动部各年度资料,由贫困率、失业率和GDP增长可以看出,1997年经济危机之后GDP的增长呈现出动荡的态势,增长率放缓,基本维持在4%左右;失业率开始上升,官方公布数据为4%以下,但实际失业率远远高于这个水平,这个推断可以从市场收入贫困率看出端倪。市场收入贫困率自经济危机之后一直在6%的高位线之上,反映了劳动者劳动所得相对下降的态势。可见经济环境的变化直接影响到医疗保险的财政状况。另据韩国国民健康管理工团各年度统计资料,自1997年开始,韩国医疗保险连续出现财政赤字,从1997年亏空3820亿韩元剧增到2001年的24088亿韩元,达8倍之多。在这种情况下,韩国政府于1997年12月制定并公布了国民医疗保险法,并于1998年10月以该法为基础,统合了227个劳动组合保险和公务员、教职工团体医疗保险公团,建立了统一的国民医疗保险管理公

团,开始实施单一的医疗保险制度。1999年2月制定国民健康保险法,决定自2000年1月1日起实施医疗保险管理运营体系一体化。根据该法,自2000年7月起,将所有医疗保险组合的管理、运营都统一规划到国民健康管理公团,对已有的医疗保险组合进行第二次整合。2002年1月制定国民健康保险财政健全化特别法,2003年7月完成了健康保险财政的统一。自此,在实施医疗保险法40年后,健康保险制度完成了管理、运营、财政的完全统一,这在韩国健康保险发展历程上是一件非常具有历史意义的飞跃。

随着健康管理公团的出现,韩国公民的健康保险都被统一纳入到该公团管理之下,实现了全民健康保险制度设计之目的,既往的“碎片化”“局部化”造成的适用对象不公、保障力度不均等问题得以有效解决,全体公民在同一制度下实现了医疗保险“向全体公民提供公平均等的医疗服务”之制度设计的目标。

总之,韩国医疗保险适用人群由局部适用到“全民皆保”的这一扩大过程,诠释了经济发展水平决定医疗保障政策这一命题:医疗保险政策的设计与经济发展水平密切相关,经济发展水平低限制了初期医疗保险适用人群的扩大政策,而在经济发展到一定水平之后,它又成为医疗保险适用人群范围得以扩大的推动力。

三、韩国经验对我国医疗保险制度发展的启示

改革开放政策对我国的医疗保障体系产生了巨大影响,推动了我国医保体系的改革。特别是中共十六大以来,党和政府更加重视民生问题,十七大以来提出建立全民医疗保险制度的目标,推动了医疗

表1 韩国医疗保险适用对象的变化过程

区分	自愿保险时代	强制保险时代						
	1963—1976年	1977年	1979年	1981年	1982年	1987年	1988年	1989年
企业劳动者 (雇佣人群)	一部分企业适用 自愿保险	<ul style="list-style-type: none"> • 500人以上→ • 300人以上→ • 100人以上→ • 16人以上→ • 5人以上→ 						
公务员、学校教职工	—	<ul style="list-style-type: none"> • 全体公务员、私立学校教职工→ • 一部分示范实施地区→ 						
地方居民 (私营者)	一部分地区适用 自愿保险	<ul style="list-style-type: none"> • 农渔村地区→ • 城市地区→ • 全体公民→ 						

改革的发展,并取得了巨大成就,特别是城镇居民基本医疗保险制度和新型农村合作医疗制度的实施,更是惠及了广大的城乡居民。但我国医疗保险制度由于历史原因和现实条件的限制,在适用对象和保障水平上仍存在着诸多问题,条块分割问题严重,从而很难将现行的医疗保险制度称为全民医疗保险。

1. 我国医疗保险制度在适用人群方面的问题

(1) 我国医疗保险的适用范围分属几个相互孤立的对象集团,彼此之间缺乏医疗保险强调的互助性。可以用一句话来概括当前我国医疗保险制度的问题,这就是“一国两制四民”,即在同一个国家里存在着以城镇和农村为地区来划分的两种制度设计,而在这两种相互分离的制度内,其适用对象又被限定为有工作的城市居民、无工作的城市居民、农民和低收入人群这四类。这种有区分的制度设计又反过来加大了适用对象的地区间、职业间、阶层间的医疗资源利用不均和不平等等问题。根据这种制度设计,我国医疗保险事业没有一个共同的管理机关,分属于人力资源与社会保障部、民政部、卫生部等,保险费的征收及报销范围由各省根据各自的实际情况来制订章程,这种分散的管理制度不仅缺乏效率性,还无助于医疗保障水平的提高。

(2) 医疗资源的地区分布不平衡造成医疗使用上的不平等。从地区分布上来看,东部沿海地区大致占有全国42%的医疗资源,中部地区为32%,西部地区仅为26%^[12],这也从整体上反映了我国经济发展的地区不均衡现状。不仅是地区间医疗资源分布存在不均衡的状况,在同一地区的城乡之间也存在非常严重的医疗资源分布不均的问题。如表2^[12]所示,城市地区虽然仅占有全国医疗机构的26.6%,却拥有占全国70.2%的医生和78.9%的病床。这是因为农村地区医疗机构数目虽然庞大却都是零碎小医院或门诊部,而城市地区吸收了大部分的优质医疗资源的缘故。2009年底,中国国民人均医疗费用支出为1094.5元,其中城市居民医疗费用支出为1862.3元,是农村居民人均医疗费用支出454.8元的4倍。这种医疗费用支出的差异虽然与城乡间生活水平的不同存在一定的关联,但用农村

地区医疗设施不足来解释也许会更恰当一些。

(3) 从政府方面来说,没有制定必须强制加入医疗保险的相关法律规定,不可避免地会导致医疗保险的死角地带存在。特别是在民营、私营企业中,为了减轻负担,企业往往逃避加入医疗保险。不仅如此,在政策规定上,有关保险费缴纳期限也存在不合理现象。加入职工医疗保险的人在退休后无需继续缴纳保险费就可以享有医疗保险待遇,而城乡居民要一直缴纳保险费到去世时才不至于被中断医疗保险服务。基于这些原因,全国没有加入医疗保险的人大概有10%,总数达到13300万。^[12]

(4) 医疗保险的保障比较低,个人的医疗负担过重,造成很多人放弃治疗,无法享受到所谓的医疗保险服务。如新疆新型农村合作医疗保险对住院患者的医疗费用报销比例,镇卫生院为51.5%,县医院为39.8%,州医院为27.9%,自治区医院为24.3%。医院等级越高,报销比例越低,这也是一个全国性的问题。更严重的问题是,规定1年内对患者的报销金额不能超过当年农民平均收入的5倍。城镇居民基本医疗保险制度的情况大致与此一致。根据顾昕^[13]的研究,因为经济原因放弃治疗的城镇和农村居民的比重,随着时间的推移表现出逐年增加的趋势:1993年为5.2%,1998年为13.8%,2003年为18.7,其中城市居民的比重为1.8%、12%、17.7%,农村居民比重为6.7%、16.1%、20.7%。

可以说,我国“看病难,看病贵”的问题并没有随着医疗保险制度的实施而发生根本的变化,当前我国医疗保险制度存在着严重的适用人群“碎片化”问题,在参保人群医疗保障上存在着低端化的缺陷。

2. 韩国经验对我国的启示

从整体经济发展水平上看,我国还不具备在全国范围内实施统一的医疗保险制度的条件,但部分地区已经具备或达到了这个条件,其可能性可以从下面两个方面来说明。首先,当前我国医疗保险发展程度与1989年韩国实施全民医保时相似。从经济规模来看,1989年韩国实施全民医保时的GDP为0.2万亿美元,人均GDP为4782美元,而我国当

表2 2009年我国城乡医疗资源分布和利用差异情况

类别	医疗机构		医生		病床		人均医疗支出/元
	总数/个	利用率/%	总数/个	利用率/%	总数/个	利用率/%	
合计	916 571	100	7 781 448	100	4 416 612	100	1 094.5
城市	244 174	26.6	5 461 222	70.2	3 483 188	78.9	1 862.3
农村	672 397	73.4	2 320 226	29.8	933 424	21.1	454.8

前GDP为6.04万亿美元,人均GDP为4492美元,虽然我国经济总量为韩国的30倍,但人均规模大致相同。这反映到医疗保险上,体现为两国都处于医疗保险适用对象“碎片化”、“局部化”的水平。从这一点上来说,当前我国医疗保险面临的这些问题是与我国当前的经济实力相关的,这在韩国医疗保险发展过程中已经得到了验证,也充分说明我国医疗保险在适用对象上还存在很多可以改善的地方。其次,从经济实力上来看,虽然我国目前整体上还不具备实行全国统一的“全民统合医疗保险制度”的条件,但一部分发达地区已经具备了进行局部化“全民医疗保险”的物质基础。2003年韩国实施统合的国民健康保险时,其人均GDP为12030美元,如果以12000美元的水平来衡量,山东省东营、青岛等市已经达到了这个标准。2010年山东省人均GDP为5786美元,但东营市和青岛市的人均GDP分别为17697美元和11266美元,另外威海市、淄博市、烟台市的人均GDP也超过1万美元,接近了这一水平。除山东省外,广东、江苏、浙江的许多地市和北京、上海等直辖市也已经达到或超过了韩国实施国民健康保险时的人均GDP标准。从上面的分析可以看出,我国已经具备了在一部分地区先期实行城乡统筹一体化医疗保险制度的可能性,我国以全民为对象建立“全民统合医疗保险制度”的努力完全可以在这些地区先行展开,积累经验,为全国性的实施提供试点。

所以,我国在实施以全民为对象的统合医疗保险制度时,不能单方面追求“量”的扩大,而更应该参考国际经验,结合我国实际,实现“质”的提升,在促进全民统合医保的同时,做到立法和管理等各方面综合完善。

(1) 从全盘考虑,在经济相对发达的地区先行展开全民医疗保险试点工作,创建“医保改革特区”,为建立城乡统筹医疗保险制度探索一条可行之路,以推动和加快医疗保险制度的改革步伐。

(2) 国家制定相关医疗保险法律,从根本上确立医疗保险的法律地位,规定试点地区的公民必须无条件强制性加入医疗保险,为全民医疗保险制度的推进提供法律保障,改变地方政府将扩大医疗保险制度作为政绩表现的做法,保持医疗保险政策的连续性和可持续性。

(3) 对分散的医疗保险管理机关进行整合,设立统一的专门性医疗保险管理机构。前面已经提到,这种分散的医疗保险管理体系严重削弱了医疗保险执行的效率性,已成为提高医疗保险保障水平

的障碍。在国家层面上设立医疗保险管理总局,在各试点地区设立分局、支局,实施自上而下的垂直管理,独立运营,不隶属于当地政府。总局依据医疗保险法制定相关医疗保险政策,从宏观上把握试点地区医疗保险推进的方向。分局、支局具体管理负责各个地区的医保业务,定期向总局汇报工作,反映在日常医保业务中出现的重要问题和动向,为总局制定和改进医疗保险改革政策提供实际经验。

(4) 试点地区医疗保险费的征收根据各地经济发展水平和人群差异,可以采取差额征收的办法。对于城市无工作人员和农民,按照其资产规模来计算,在一定的限度之下实行分级等额征收法,达到一定年龄之后可以终止其保险费的缴纳,在体现出其经济水平差异的基础上提高医疗保险的社会互助水平。对于有工作的人员,可以延续之前的方法,由工作单位和个人根据月收入按比例缴纳。

(5) 医疗保险报销范围根据医疗机关的等级按照定额制和定率制执行,所有参保人员享受统一的报销标准,消除城乡差别、职业差别。具体来说,门诊的情况下实行定额制,根据有无不同级别医疗单位间门诊经历,个人负担不尽相同。住院的情况则根据医院等级和病房等级及住院天数来实行定率制。同时废除医疗保险上限,实施个人医疗费用负担上限制,个人负担的医疗费用在超过一定水平之后,超过部分由医疗保险公司全额负担。同时扩大报销范围,从总量上减轻患者负担。为解决可能由此带来的医疗保险公司医药费用报销过重的问题,预防出现医疗保险财政赤字,抑制个人过渡医疗需求和医院过渡用药,应积极推进医药分离的步伐和实施处方总额预算制。根据医院规模和年度就诊量等以往数据,预先设定医院每年可以处方开药的限度,超过部分由医院自身解决,不纳入医疗保险报销范围。同时国家必须通过多种形式,例如通过代志明^[14]提出的提高医疗服务价格、增加零售药房税收来补贴医生等措施来确保医院及医生的合理利益诉求,以保证医药改革的顺利进行。

四、结语

经济基础决定上层建筑,作为事关人民生命健康安全的医疗保险也不能摆脱经济发展水平的制约。我们从韩国医疗保险发展的过程中可以看出,初期发展受到经济发展严重制约的适用对象范围设定,随着韩国经济的起飞得到迅速扩大,最终建立了全民统一的国民健康保险制度。借鉴韩国的

(下转第99页)

工作队伍创造条件。系统化的培训和在职培训以及正式的继续教育机会,对于保证老年照料服务的人力资源水平是非常必要的。四要完善非政府组织的监督体制。英国、美国、日本都主要通过对老年照料服务的提供方进行检查和监管的方式来确保服务质量。美国不仅设置了严格的年度检查,还建立了监察员制度、数据管理的量化评估体系和标准等补充措施,以保证老年照料服务的质量。我国内地非政府组织除了建立内部监督机制外,还应通过政府、第三方的独立审计和舆论监督等方式来完善监督机制。

境外政府与非政府组织在老年生活照料服务中的实践经验为我国内地提供了有益的借鉴,同时给予我们许多宝贵的启示。我们应有步骤、分阶段地开展老年生活照料服务事业,以逐步建立起科学的、具有中国特色的老年照料服务体系。

[参 考 文 献]

- [1] 程欣. 老年人生活照料研究综述 [J]. 赤峰学院学报, 2010(10): 117.
- [2] 裴晓梅, 房莉杰. 老年长期照护导论 [M]. 北京: 社会科学文献出版社, 2010: 84 - 89.
- [3] 祁峰. 英国的社区照顾及启示 [J]. 西北人口, 2010(6): 20.
- [4] 王名, 李勇, 黄浩明. 英国非营利组织 [M]. 北京: 社会科学文献出版社, 2009: 128 - 129.
- [5] 郭竞成. 居家养老模式的国际比较与借鉴 [J]. 社会保障研究, 2010(1): 29.
- [6] 陈超. 美国老年人长期照护法律体系及其对我国的启示 [J]. 中国老年学杂志, 2005(2): 69.
- [7] 施巍巍. 日本长期照护保险制度研究 [J]. 经济研究导刊, 2010(35): 284.
- [8] 丁华. 整合与综合化——香港养老服务体系改革的新趋势及其借鉴 [J]. 西北人口, 2007(1): 1.
- [9] 香港圣公会福利协会. 2009—2010 年报 [EB/OL]. (2010-12-31) [2011-01-06]. <http://www.skhw.org.hk/site/portal/Site.aspx>. 2010.
- [10] 唐咏, 徐永德. 香港“持续照顾”的老年福利政策及其借鉴意义 [J]. 山东社会科学, 2010(11): 158.
- [11] 陈卫民. 发达国家老年照护服务供给体制改革及其借鉴意义 [J]. 南开学报: 哲学社会科学版, 2002(3): 58.

(上接第 94 页)

经验,结合我国经济发展的现实条件,我国应采取先试点再逐步全面推进建立全民医疗保险制度的思路,并注意建立法律基础,统合管理机关,采取差额征收保险费、扩大保障范围、实施医药分离、处方总额预算等方案。当前我国正处于医疗保障制度改革的关键时期,上述建议方案有助于推进医疗保障制度改革的力度和深度,把我国医疗制度改革提升到一个崭新的层次,推动我国“十二五”规划要求“实现覆盖城乡居民的社会保障体系、改革医药卫生体制”目标的顺利实现。

[参 考 文 献]

- [1] [美]乌伟·莱恩哈德.“韩国-台湾健康保险国际研讨会”特别演讲稿 [N]. 统一民族报, 2006-06-04(4).
- [2] 侯圣伟. 论韩国和台湾医疗保障适用对象的扩大过程——以对中国医疗保障体系的借鉴为中心 [D]. 城南: 韩国学中央研究院, 2011.
- [3] Robey J S, Jenkins R. The Economic Basis of State Policies: A Longitudinal Analysis [J]. Social Science Quarterly, 1982(3): 566.
- [4] Dye Thomas R. Understanding Public Policy [M]. 5th ed. Englewood Cliffs N J: Prentice-Hall, 1984: 299 - 314.
- [5] Milton Irwin Roemer. 世界保健医疗制度 [M]. [韩]姜民善,译. 首尔: 韩律出版社, 2002: 142 - 146.
- [6] [韩]金政廉. 从最贫国到发达国家的门槛——韩国战争 30 年 [M]. 首尔: 兰登书屋韩国出版社, 2006: 373.
- [7] 韩国银行. 国民计定 [Z]. 首尔: 韩国银行, 1976: 25.
- [8] 韩国经济企划院. 经济白皮书 [Z]. 首尔: 韩国经济企划院, 1988: 44.
- [9] 韩国财政经济院. 预算概要参考资料 [Z]. 首尔: 韩国财政经济院, 1993: 268 - 269.
- [10] [韩]金行范. 论福利政策的产出要因 [D]. 首尔: 首尔大学, 1993.
- [11] 韩国统计厅. 韩国的社会指标 [Z]. 首尔: 韩国统计厅, 1993: 60, 66.
- [12] 中华人民共和国卫生部. 2010 中国卫生统计年鉴 [EB/OL]. (2010-12-31) [2011-02-11]. <http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/zwgkzt/ptjnj/year2010/index2010.html>.
- [13] 顾昕. 走向全民医保: 中国新医改的战略与战术 [M]. 北京: 中国劳动社会保障出版社, 2008: 49.
- [14] 代志明. 韩国医药分离改革的经验及其对我国的启示 [J]. 郑州轻工业学院学报: 社会科学版, 2011(3): 46.