

第 1 章

医疗保险概述

社会医疗保险作为国家保障体系重要组成部分,尽管在西方国家已经有一百多年的发展历史,但由于其技术性强、赔付率高、管理难度大,至今仍是一个世界难题。而我国正在进行医疗保险制度改革,逐步建立以‘低水平、广覆盖、统账结合’为特点的社会基本医疗保险制度,同时大力发展商业医疗保险和企业补充医疗保险,并在经济相对发达地区开展农村合作医疗保险制度的试点。但由于体制、观念、经验等原因,使医疗保险制度改革仍然面临许多困难,可以说,无论是社会医疗保险还是商业医疗保险,在我国都还处于一种探索阶段,社会公众对医疗保险重要性认识不够,管理部门对建立怎样的社会医疗保险模式不够明确,保险公司对发展我国商业医疗保险的战略选择举棋不定,社会医疗保险与商业医疗保险界限不清,两者如何协调发展尚需探讨。这些都直接影响了我国医疗保险制度的建立与完善。因此,在探讨上述问题之前,我们有必要首先来明确医疗保险的概念与特点、医疗保险的经营范围与作用、医疗保险体系及其历史发展。

1.1 医疗保险的概念与特征

1.1.1 医疗保险的概念

医疗保险(Medical Insurance),有广义和狭义之分,狭义的医疗保险是指被保险人在遭受疾病、分娩或工伤事故发生的医疗费用支出时,由国家或社会向其提供医疗费用补偿的制度。而广义的医疗保险不仅包括补偿因疾病、工伤带来的直接医疗费用支出,而且还对因疾病、分娩导致残疾而失去劳动能力收入减少给予补偿,甚至还包括残疾经济补偿、护理经济补偿和疾病预防经济补偿等内容,因此,广义的医疗保险也可称为健康保险(Health Insurance)。可见,严格来说,医疗保险与健康保险在性质、经营手段和业务范围上还是有区别的。

医疗保险通常包含由政府提供的社会医疗保险(我国称为职工基本医疗保险)和由保险公司提供的商业医疗保险(也称为健康保险)两部分。社会医疗保险是由政府主办的、按有关法律规定的,由劳动者本人、所在单位和国家按工资的一定比例共同筹集资金,对参保人员患病引起的诊疗费、检查费、药费、住院费、手术费和护理费等直接费用进行经济补偿的保险制度。商业医疗保险是指投保人与商业保险公司(保险人)签订保险合同,在规定的保险期间内,保险人在被保险人发生规定范围内的医疗保险事故时,按事先约定给付保险金的一种保险制度。在我国,社会医疗保险是由劳动保障部门组织与提供,商业医疗保险由商业保险公司经营。

目前我国正在努力探索建立个以社会医疗保险为主体,商业医疗保险为补充,包括医疗福利和医疗救助在内的多层次医疗保障体系,但考虑到我国目前的经济发展水平不高,医疗福利和医疗救助的保障范围和程度都极为有限,因此,人们的医疗保障将主要由社会医疗保险和商业医疗保险共同提供,应该说,两者都为社会成员的生活提供医疗保障,它们在客观上都能起到安定社会团

结、稳定社会秩序的作用。但两者又有着本质的区别，具体表现在：

1. 承保对象不同。社会医疗保险的覆盖人群为城镇职工，具体包括所有企业、事业单位、社会团体、民办非企业单位及其职工。商业医疗保险理论上可以覆盖全体国民，任何人都可以参加商业医疗保险。

2. 经营目标不同。社会医疗保险是国家根据法律规定，为保护和增进职工身体健康而设立一种社会保障制度，是非盈利性的。商业医疗保险是由商业保险公司以盈利为目的开办的，通过提供优质的服务和丰富的产品来获取利润。

3. 实施方式不同。社会医疗保险是政府强制实施的，在规定的范围内，社会医疗保险机构没有选择被保险人的权利，雇主和雇员也没有选择社会医疗保险机构的权利，费率和保障范围都由政府确定，双方都必须无条件接受。而商业医疗保险是自愿投保，保险公司可以选择被保险人，雇主和雇员也可以选择保险公司，费率和保险责任范围由保险公司制定，但雇主和雇员完全可以不接受，双方完全建立在自愿基础上，且随时都可以退保。

4. 保障程度不同。社会医疗保险的保障程度是根据政府的财力和当时的社会经济发展水平确定的，采取有限责任，以最低基本医疗为主，即基本药物、基本治疗、基本检查和基本服务。而商业医疗保险的保障程度是根据投保人的缴费能力及保险公司的供给能力确定，投保人根据合同约定向保险公司支付保险费，当被保险人发生规定范围内的医疗事故时，保险公司按事先约定给付保险金。

5. 运行机制不同。社会医疗保险的保险费一般由政府、企业和职工共同承担，费率是根据当地医疗消费水平和经济承受能力来决定的，保险金的给付一般强调社会适当性，标准统一，保险给付额通常根据物价指数变动而作调整，确保给付额的实际购买力。

而商业医疗保险的保险费完全由投保人个人缴纳,费率是根据被保险人的风险大小和投保人所选择的保障程度来决定的;保险金给付强调个人公平性,多投多付,少投少付。保险给付额通常在订约时已确定,不会根据物价指数变动而调整。

6. 产品性质不同。社会医疗保险一般是费用型的,社会医疗保险机构赔付的依据是被保险人实际花费规定范围内的医疗费用,即封顶线以内的费用。而商业医疗保险可以是费用型的,也可以是定额给付型的,目前我国主要是定额给付型的险种。定额型的优点是,保险公司的实际赔付完全可以跟被保险人实际花费的医药费用没有关系,只与是否发生保险条款约定的保险事故有关,不管被保险人实际花费多少医疗费,保险公司只要按预先约定的保险金额进行赔付,不与医院发生直接关系,比较容易控制风险,操作较为简便。其缺点是,可能使有的被保险人获得的保险金额远远高于其实际花费,也可能使有的被保险人获得的保险金额不足以支付其实际医疗费用。

由于我国医疗保险制度刚刚起步,因此医疗保险所提供的保障范围还远远不如西方国家广泛,目前主要是对被保险人因疾病或意外事故而支付的医疗费用进行经济补偿,而对收入损失补偿、疾病预防和健康维护等没有纳入到医疗保险范围,即真正意义上的健康保险还没有开展起来。即使商业保险公司开办的险种名义上称为健康保险,而从实际开办的险种来看,也还是以赔偿直接医疗费支出为主。但随着社会的进步,经济的发展,人们对健康保障要求的提高,我国医疗保险的保障范围将会越来越丰富。

1.1.2 医疗保险的特征

医疗保险主要有社会医疗保险和商业医疗保险两部分,有各自不同的特点。社会医疗保险作为社会保险的一个组成部分,具有社会保险的强制性、互济性、福利性和社会性等共同特征,但与其他社会保险相比,由于疾病风险和医疗保健服务需求供给的特

殊性，社会医疗保险又有自身的特点。

1. 社会医疗保险具有承保对象的普遍性。医疗保险是社会保险各险种中保障对象最为广泛的一种，原则上，其覆盖对象应是全体公民，因为疾病风险是每个人都可能遭遇到且难以回避的，不像生育、工伤、失业和年老等风险，主要是劳动者，有些人完全可以避开这些风险。

2. 社会医疗保险涉及当事人的复杂性。医疗保险涉及到医患、保三方当事人，有时还要涉及到用人单位等多方之间复杂的权利义务关系。为了确保医疗保险资源的合理利用，医疗保险还存在着对医疗服务的享受者和提供者的行为进行合理引导和控制问题，这就对医疗保险管理人员的专业和技术提出了较高的要求，保险机构就必须要有专业技术人员去发现和控制医疗服务提供中可能存在的风险。

3. 社会医疗保险具有保险期限的短期性。由于疾病的发生是随机的、突发的，医疗保险提供的补偿也只能是短期的、经常性的，不像养老保险那样是长期的、可预测的。因此，医疗保险在财务处理上一般采用现收现付制，而不是基金积累制。

4. 社会医疗保险具有医疗给付的补偿性。我们知道，财产保险实行补偿原则，而人身保险实行给付原则，医疗保险虽属于人身保险范畴，但医疗保险基金的筹集和使用具有明确的目的性，为了确保医疗保险基金专款专用，对享受者主要采取医疗给付的补偿形式，而且补偿多少，主要与实际病情需要有关，而与享受者实际缴纳的保险费无关。

5. 社会医疗保险具有费用控制的困难性。由于疾病的发生频率高，每个人都会遇到疾病风险，有的人甚至会多次遇到这种风险，因此医疗保险的赔付率普遍较高。而且随着社会经济的发展，人口老龄化的加剧，新的医疗设备和技术的运用，更刺激了这种需求的增加，人们越来越希望享受更高档次和更高质量的医疗服务

于是,无限膨胀的需求导致医疗费用的迅猛增长。据统计,我国近几年医疗费用总额的平均增长幅度已达到 25%。在医疗保险涉及三方关系中,只有医疗服务提供者掌握着控制医疗费用的主动权,而要达到有效控制医疗费用的目的,保险人与医疗服务提供者必须密切配合。但由于我国目前还是实行医疗费用后付制,医院的收益与其提供的服务量直接相联系,在利益驱动下,医疗服务提供者(医院)并无控制医疗费用的主动性,甚至想方设法过度提供医疗服务来增加自己的收入。可见,医疗服务提供者对医疗费用快速增长的漠然甚至促进态度使医疗保险的风险远远高于其他保险。

当然,我们上面谈的主要是社会医疗保险的特点,对于商业医疗保险来说,也有其自身的特点。

1. 商业医疗保险具有自愿性。商业医疗保险强调自愿性,因商业医疗保险产品作为一种商品,由投保人根据自己的需求及经济条件决定是否购买,购买哪一家保险公司的哪一种商业医疗保险产品,完全由投保人自己决定。

2. 商业医疗保险具有盈利性。商业医疗保险作为一种完全的市场行为,以追求利润最大化为自己的经营目标,因为利润始终是商业保险公司生存和增强竞争力的基础。

3. 商业医疗保险具有选择性。商业医疗保险的自愿性使得投保人可以选择保险公司和保险产品,商业医疗保险的盈利性又使得保险公司可以选择投保人和被保险人。对于高风险人群,如高龄者、非健康人群及从事危险职业的人群,商业医疗保险完全可以拒绝承保,或者加费承保。

1.2 医疗保险体系

医疗保险体系通常由社会医疗保险、商业医疗保险和补充医疗保险三部分组成。

1.2.1 社会医疗保险

社会医疗保险是由国家立法对公民实施的医疗保险制度,通过强制性社会保险原则和方法筹集资金,保证人们平等地获得适当的医疗服务。由于各国的历史、经济、文化和价值观念的不同,在推行社会医疗保险制度上也存在着不同模式,如以英国为代表的全民医疗保险模式,以德国为代表的社会医疗保险模式,以新加坡为代表的储蓄医疗保险模式等。我国过去几十年实行了公费医疗和劳保医疗制度,由于不适应市场经济发展的需要,1999年起全国开始实行社会统筹与个人账户相结合的职工基本医疗保险模式。虽然各国的具体做法存在差异,但社会医疗保险归纳起来有以下几项共同内容:

1. 社会医疗保险是国家立法强制实施的社会保障制度。
2. 政府通过税收或社会保险费缴纳方式筹集医疗保险基金。
3. 绝大多数国家由政府负责社会医疗保险计划的制定、管理和实施。
4. 政府向全体公民提供统一标准的医疗保险待遇。
5. 医疗保险的待遇水平只限于满足基本医疗需求。
6. 被保险人一般都要求到公立医院或医疗保险机构指定的定点医院就医。

1.2.2 商业医疗保险

商业医疗保险又称健康保险,是以人的身体为保障对象,以权利义务对等关系为前提,保险人在收取保险费建立医疗保险基金的基础上,对被保险人因疾病或意外伤害造成的医疗费用支出和收入损失进行补偿。

1. 商业医疗保险的分类。

按不同标准,商业医疗保险有不同的分类。

(1)按照保障风险不同,可分为疾病保险和意外伤害医疗保险。疾病保险是指被保险人因疾病风险发生而进行的保险。疾病

风险既包括对被保险人因患病而发生的住院、医药、手术、护理等费用给予的补偿，也包括对被保险人因患病而丧失劳动能力后的收入进行补偿。意外伤害医疗保险是指被保险人遭受意外伤害而发生的医疗费用支出提供补偿。

(2)按照补偿内容不同，可分为定额补贴保险、医疗费用保险和收入补偿保险。定额补贴保险是指以疾病为给付条件的保险，凡是发生了保险条款指明的疾病，保险人不管被保险人支付多少医疗费，都按保单约定支付一定数额的保险金。医疗费用保险是对约定的医疗费用为给付保险金条件的保险，包括住院费用保险、普通医疗费用保险、大额医疗费用保险、特种疾病保险和长期护理保险等。收入补偿保险是以因意外伤害、疾病导致收入中断或减少为给付条件的保险。

(3)按照承保标准不同，可分为简易医疗保险、老年医疗保险、特种风险医疗保险和脆弱群体医疗保险。简易医疗保险是一种经常性缴费和给付保险金额较小的保险。老年医疗保险是专门对老年人提供的保险。特种风险医疗保险是承保普通医疗保险中属于除外责任的风险的保险，如对冒险活动者提供保险。脆弱群体医疗保险是专门为健康状况不佳的人设计的特殊保险，如残疾人或患有严重疾病的人，保险费通常较高。

2. 商业医疗保险的主要内容。

商业医疗保险的保单中一般包含以下几项内容：

(1)受益人。由保险公司承保的有权享受保险金给付待遇的人，一般被保险人本人就是受益人。

(2)投保范围。对所承保的被保险人的资格条件做出严格规定。如职业、年龄、身体状况等。一般要求身体健康者，年龄一般在 60 岁以内。

(3)保险责任。根据合同规定，当被保险人发生约定的风险时，保险公司所承担的给付保险金的责任。

(4)除外责任。一般包括投保人或受益人的故意行为,被保险人犯罪或自杀行为,被保险人整容整形的费用,战争、暴动行为等。

(5)保险期限。商业医疗保险一般都为一年期。

(6)观察期的规定。商业医疗保险一般都有半年左右的观察期规定,即被保险人在保单生效日起半年后才享有享受保险待遇的权利。

(7)保险费。保险费多数是在投保时一次缴纳,也有少数保单采用分期缴纳的方式。保险费的核定主要考虑被保险人的职业、性别、年龄和保险金等因素。

1.2.3 补充医疗保险

补充医疗保险是指单位或特定人群,根据企业的经济效益和职工疾病的严重程度,自愿多购一种辅助医疗保险,是对社会医疗保险的有益补充,是介于社会医疗保险与商业医疗保险之间的医疗保险。

补充医疗保险是在社会基本医疗保险制度之外存在并发展,并对基本医疗保险起到补充作用。补充医疗保险制度通常是在政府的政策鼓励下自愿推行,依法独立承办,根据权益或效率原则享受相应的待遇水平,举办者自负经营风险的医疗保险制度。

补充医疗保险与商业医疗保险既有联系也有区别。补充医疗保险具有商业医疗保险的一般特征,如具体经营方式、费率确定、管理方式等与商业医疗保险相同,而且大多数补充医疗保险就是按照商业医疗保险的模式经营或直接交由商业医疗保险公司经办的。但两者也有本质区别,补充医疗保险被纳入社会医疗保险体系,属于社会保障范畴,因此可以享受财政、税收上的优惠政策。

补充医疗保险的实施原则:

(1)企业或单位自愿决定是否实行补充医疗保险计划,国家给予政策上的鼓励和扶持。

(2)只有参加了社会基本医疗保险的企业或单位才能办理补

充医疗保险。

(3)补充医疗保险是对社会基本医疗保险的补充,它不能替代社会基本医疗保险。

(4)补充医疗保险必须与社会基本医疗保险有机衔接,互为补充。

1.3 医疗保险的原则与作用

1.3.1 社会医疗保险的经营原则

社会医疗保险业务的特殊性和技术的复杂性,决定了它的经营原则不同于一般的社会保险,必须遵循特有的经营原则。

1.疾病风险分散的社会化原则。随着商品经济的发展,社会化大生产中的劳动力已不再是家庭劳动力,而是社会劳动力,劳动力的修复也必须依靠社会力量来完成,仅靠个人的力量去抵抗疾病风险是不够的,那样将会影响社会经济的健康发展。从企业角度来看,企业有大有小,经济效益参差不齐,职工的健康状况也有差别,因此,企业的医疗费负担也有轻有重,这对建立一个公平竞争的环境是不利的。而通过在全社会范围内分散职工的疾病风险,进行企业间共济互助,实现职工医疗保障的社会化,使不同企业可以在同一条起跑线上竞争,企业的领导人也可以从繁杂的事务中解脱出来,集中精力去考虑技术更新、产品换代及市场开拓等关系到企业前途的重大问题,这正是现代企业制度所要求的。

2.保障基本医疗水平的原则。社会医疗保险是以保障人们平等的健康权利为目的的。参加医疗保险的每个成员,不论其缴费多少,都有权得到社会医疗保险所规定的医疗服务。因而社会医疗保险有着极其重要的社会目标,即保证基本医疗水平。所谓的基本医疗是指医疗服务提供方(医院)能够提供的,医疗服务需求方(患者)必需的,医疗保险机构有能力支付的,即基本用药、基本技术、基本服务,具体地说,是在医疗保险规定范围内提供医疗服

务。社会医疗保险只能提供基本医疗保障,缴纳的医疗保险费只能维持基本医疗费用支出,不能全面地满足人们所有的健康需求,如果人们要享受更高的医疗保障,只好通过商业医疗保险来解决。

3. 公平与效率兼顾原则。公平与效率相结合是指社会医疗保险既要体现公平,又要兼顾效率。公平是指无论患‘大病’或‘小病’;无论按规定比例缴纳医疗保险费是多还是少,无论患者是干部还是职工,所享受的医疗保险待遇基本是一样的。效率是指筹集和使用医疗保险基金要讲效率,避免医疗资源的浪费。我国目前的统账结合方式充分体现了公平与效率兼顾的原则。公平性主要体现在社会统筹基金上,只要按规定缴纳了统筹保险费,就能享受大病保障,给付机会是均等的。而效率体现在个人账户上,享受医疗保险待遇与个人对社会的贡献、缴纳医疗保险费多少、参加医疗保险年限长短等方面相联系,有利于提高医疗保险基金的使用效率和减少浪费。

4 医疗保险基金的合理使用原则。该原则要求建立针对医患双方的费用制约机制,使医疗服务的提供方(医院)做到因病施治、合理检查、合理用药、合理治疗和合理收费,使医疗服务的需求方(患者)具有较强的费用意识。要达到减少浪费的目的,就要使医疗费用与医院和患者的利益挂钩,并且要实行定额管理、节余有奖、超支分担的管理办法。

5. 三方合理负担医疗保险费原则。社会医疗保险基金由国家、单位和个人三方共同筹资,改变公费医疗经费完全由财政拨付、劳保医疗经费完全由企业支付的局面。随着医疗技术的提高,人民生活水平的改善,物价水平的上涨,医疗费用支出是不断上升的,在这种情况下,仅靠单方面来筹措医疗保险基金是难以承受的。尤其在遇到特大的疾病风险时,超过一定金额的医疗费用由国家、单位和个人三方负担,有利于劳动者的疾病得到及时、有效治疗,有利于消除或减轻劳动者及其家属因患病而在经济和精神

上产生的负担,保证劳动者及家庭的正常生活,保证社会的稳定。

6 现收现付制核算原则。考虑到医疗保险短期性特点,世界各国一般都采用现收现付的核算原则,确保当年的医疗保险基金收入能满足当年的医疗费用支出。在确定医疗保险费标准时,应考虑以往医疗费用的实际支出,尤其应考虑医疗费用的上涨速度。医疗保险基金的使用应坚持‘量入为出’。在医疗保险基金运营上要遵循‘收支平衡,略有结余’原则,略有结余是为了应付某些疾病大流行时使用,主要是针对急性传染病和潜伏期较长的慢性病。

1.3.2 社会医疗保险的作用

社会医疗保险从表面上看是直接作用于患者个人及其家庭,而实际上其积极作用深入到社会经济生活的各个方面,对社会主义市场经济的建立、社会保障体系的完善、社会的长治久安和国有企业深化改革都有重要意义。

1. 有利于提高劳动生产率,促进经济的发展。社会医疗保险是社会进步、经济发展的必然结果,反过来,医疗保险制度的建立和完善又会进一步促进社会的进步和经济的发展。一方面,医疗保险解除了劳动者的后顾之忧,使其安心工作,从而可以提高劳动生产率,促进经济的发展。另一方面,医疗保险也保证了劳动者的身心健康,保证了劳动力正常再生产。

2. 有利于切实解决职工基本医疗保障,确保社会长治久安。近些年来,随着改革开放的深入和社会经济的发展,人民群众的生活和基本医疗保障水平都得到了很大程度的改善和提高。但同时我们也注意到,由于经济发展的不平衡和经济转轨时期国有企业内在矛盾显化,一些经济不发达地区和困难企业职工医疗保障问题得不到有效解决,一些地区和企业出现长期拖欠职工医疗费的现象,影响了职工基本的健康保障,有的甚至出现了‘因病致贫’、‘因病返贫’的情况,一定程度上激化了社会矛盾,成为影响社会稳定的一大隐患。而建立社会基本医疗保险制度,有助于解决地

间、企业间贫富不均而产生医疗费难以落实的问题,不管什么地区或什么企业,职工的基本医疗都能得到满足,确保了社会的长治久安。

3. 有利于实现收入的再分配,体现社会的公平性。发展市场经济的根本目的是解放和发展生产力,但市场竞争必然带来企业效益和职工收入的差距,这就需要通过强化政府对社会收入分配的调节功能。政府一方面要通过建立市场经济规则,保护竞争,形成一个追求效率的市场经济运行机制;另一方面,要通过建立收入分配调节机制,有效调节收入差距,维护社会公平。而社会医疗保险是通过征收医疗保险费和支付医疗保险费用来调节收入差距的,因医疗保险费按工资总额的一定比例缴纳,高收入多缴,低收入少缴,而医疗费用的支付是根据病情需要而定的,这就实现了收入的再分配。

4. 有利于社会保障体系的完善,促进社会的文明和进步。一个完整的社会保障体系是由养老保险、失业保险和医疗保险共同构成的。社会医疗保险制度的建立有助于完善社会保障体系。医疗保险也是社会互助共济的制度,通过在参保人之间分摊疾病费用风险,体现了“一方有难、八方支援”的新型社会关系,有利于促进社会文明和进步。

1.4 医疗保险制度的历史发展

1.4.1 西方社会医疗保险制度的历史与发展

欧洲是医疗保险的发源地。在中世纪晚期,基督教会为贫困病人建立了慈善医院,手工业者则自发成立了“行会”组织,会员定期缴纳会费,行会筹资帮助生病的会员渡过难关。随着工业化大生产的发展,大量农民和手工业者成为产业雇佣工人,工人在工厂里做工,一旦遭受疾病,不仅收入减少,甚至可能威胁到工作,在当时还没有社会保险制度的情况下,产业工人为了减轻疾病风险,就

自发成立了一些‘共济会’、‘友谊会’等共担疾病风险组织,大家出钱,筹集资金,以便在患病时互相帮助。这种简单形式的医疗保险从一开始就具有团结协作、互助共济的社会自助性质,明显区别于一般商业保险。

到了 19 世纪末,这种互助组织已经覆盖到欧洲一半以上的人口,以后,这种互助性医疗保险不断发展扩大,由一定人群扩大到一个行业,最后由政府出面扩大到全社会的大多数劳动者,直到融为整个社会保障体系的一部分。1883 年,德国政府颁布了《疾病保险法》,规定收入低于一定标准的工人,必须参加疾病基金会。这是世界上第一个社会保障性质的强制性医疗保险组织。英国工人运动发展较早,在斗争中取得许多成果,积累了许多经验,因此建立全国性的社会保障系统具有比德国更广泛的社会基础。1875 年,英国议会通过了《公共健康法》,20 世纪初又通过了《国民保险法》,规定了政府的责任。继德国、英国之后,奥地利、挪威、法国等欧洲国家也相继通过立法实施社会医疗保险,这些国家医疗保险的覆盖率大多达到 90% 以上,个别甚至达到 98%。

到 20 世纪上半叶,社会医疗保险在欧洲逐渐以各种形式推广,覆盖人群从低收入工人发展到较高收入的工人,保险范围也从最初的医疗服务费用、药品费用,扩大到住院医疗,后来又发展到牙科、眼科等。1910 年以后,社会医疗保险由欧洲发展到其他国家,加拿大于 1914 年建立了都市医疗计划,1957 年又发布了医疗保险及诊断服务条例。日本于 1922 年也建立了欧洲式的强制社会医疗保险。1920 年以后,社会医疗保险又扩大到发展中国家,1924 年,南美州的智利是第一个建立医疗保险的发展中国家,政府通过建立医疗和急救设施,雇用医生,向他们支付报酬,由他们向投保人提供医疗服务。20 世纪 50 年代,埃及、利比亚、土耳其等国纷纷效仿这一做法建立本国的医疗保险制度。

到 20 世纪 80 年代,社会医疗保险已发展到 85 个国家,其中,

一半是工业化国家,有 90% 以上的人参加了社会医疗保险;另一半是发展中国家,虽然这些国家医疗保险的覆盖人群不到 30%,但保险范围正在不断扩大。

1.4.2 中国社会医疗保险制度的历史演变

中国历史上虽然早已有了义仓等济贫机构,却尚未见到医疗方面互助共济的组织,这也许与中国的社会结构长期建立在小农业生产方式上的家族为基础有关,许多互助共济行为发生在家族内部,而较少表现为社会性的组织行为。解放前,旧中国战祸绵延,灾疫相继,人民的生命财产都得不到保障,更谈不上医疗保障了。据有限的统计数字估计,当时中国人口平均寿命约为 35 岁,婴儿死亡率达 200‰ 以上,每 5 名新生儿中,就有 1 人活不到周岁。新中国建立后,中央政府在 1950 年初就召开全国卫生工作会议,提出普及医疗事业,确定了在三五年内使每个县都有医院,每一个区都有卫生所的要求。而新中国职工医疗保险制度是在 20 世纪 50 年代初建立起来的,传统的职工医疗保险制度主要由覆盖企业职工劳保医疗制度和覆盖机关、事业单位人员的公费医疗制度构成。

1. 劳保医疗制度的建立与发展。

1951 年 2 月 26 日,政务院发布了《中华人民共和国劳动保险条例》。根据该条例的原则规定,劳动部、全国总工会对劳保医疗制度制定了实施细则和具体办法。当时规定,享受劳保医疗的主要对象是国营企业职工,县以上城镇集体所有制企业职工可参照执行。劳保医疗分工伤和非工伤两种。企业职工患一般疾病和非因工负伤、残废的可享有以下待遇(1)职工患病或非因工负伤,其所需诊疗费、手术费、住院费及普通药费均由企业负担。(2)职工因病或非因工负伤停止工作医疗时,其停止工作医疗期间连续在 6 个月以内者,按其本企业工龄的长短,由企业发给病伤假期工资,其数额为本人工资的 60%—100%。停工达 6 个月以上时,按

月付给疾病或非因工负伤救济费,为本人工资的 40%—60%。

(3) 职工因病或非因工负伤医疗终结确定为残废的,完全丧失劳动力退职后,发给非因工残废救济费。(4) 职工供养的直系亲属患病时,可以在该企业医疗所、特约医院就诊,手术费及普通药费由企业负担一半。

关于劳保医疗经费的来源,1953 年以前全部由企业行政负担,1953 年以后改为根据行业性质分别按工资总额的 5%—7% 提取。为了便于企业统筹运用基金,1969 年财政部规定将原来工资总额的 2.5% 提取的福利费、3% 提取的奖励基金和 5.5% 提取的医疗卫生费合并改按工资总额的 11% 提取职工福利基金,主要用于医疗卫生费和福利费开支。

2. 公费医疗制度的建立与发展。

1952 年 6 月,政务院发布了《关于全国各级人民政府、党派、团体及所属事业单位的国家工作人员实行公费医疗预防的指示》,决定自 1952 年 7 月起实施。公费医疗的实施范围是各级人民政府、党派、工青妇等团体,各种工作队以及文化、教育、卫生、经济建设等事业单位的国家工作人员和革命残废军人。自 1952 年下半年起,在上述人员中分批实行公费医疗制度。享受公费医疗人员的门诊、住院所需诊疗费、手术费、住院费,均由医药费拨付,但住院的膳食费、就医路费由病者本人负担,如有困难者,得由机关给予补助,在行政经费内报销。

1979 年 6 月和 11 月,卫生部和财政部先后下发了《关于公费医疗两个问题的复函》和《关于公费医疗几个问题的答复》,对公费医疗作了修改和补充规定。具体有:

(1) 原来不享受公费医疗的行政事业单位的职工,凡是符合国务院退休规定,退休后由民政部门发给退休金的,可以享受公费医疗待遇,其医疗费用由当地公费医疗管理部门报销。

(2) 高等学校带工资的大学生,一律在学校所在地办理公费医

疗,不再回原单位报销医疗费。

(3)享受公费医疗职工,由于打架斗殴、交通肇事以及医疗事故等造成伤残,其医疗费用应视情况由肇事者单位或本人负担,不应在公费医疗经费中开支。

(4)享受公费医疗人员施行计划生育手术的费用和手术后遗症的治疗费用,在公费医疗经费中开支。

关于公费医疗的经费来源,国家机关及全额预算管理单位的公费医疗经费来源于各级财政拨款,差额预算管理及自收自支预算管理的事业单位从提取的医疗基金中开支。

应该说,建国初期建立起来的医疗保险制度在保障职工身体健康方面发挥了重要作用,人口死亡率大幅度下降,1949年为20‰,1955年为12.28‰,1965年为9.5‰,1985年为6.78‰;人口的预期寿命则从1949年的34岁提高到1957年的57岁、1982年的68岁,1990年的72岁。同时,传统的医疗保险制度对推动中国医疗卫生事业发展也起到了积极作用,从1949年到改革开放前夕的1978年,医疗设施增长了25倍,卫生技术人员增长了6倍,每千人口拥有的医生数增长了1.6倍,每千人拥有的医院、卫生院病床数增长了8.9倍,在城镇建立起了以大、中型综合医院和专门医院为骨干的政府系统医疗网络,许多行业主管部门以及大中型国有企业还建立了自己综合或专业性医院,形成了行业和企业医疗服务系统。当然随着市场经济的发展,传统的劳保和公费医疗保险制度越来越不适应市场经济发展的要求,其弊端也日益显现出来,因此20世纪90年代初开始在全国进行医疗保险制度试点改革,并在20世纪末逐步在全国推开职工基本医疗保险制度。