

国际老年人卫生筹资机制对我国的启示

一、中国老年人医疗保障现状

中国社会医疗保障体系包括基本社会医疗保险和城乡医疗救助。中国社会医疗保障体系存在保障水平较低，筹资能力较差，覆盖面较小；未考虑各个年龄段对医疗卫生需求的差异；缺乏合理的筹资机制，不能形成稳定的医疗费用来源，无社会化运营等问题。老年人由于劳动能力的降低以及退休等原因，个人收入会有较大减少，同时由于年龄及慢性病等因素而医疗卫生费用却会显著上升，中国老年人卫生筹资机制需要不断加强和完善，因此学习国外先进经验就显得尤为重要。

二、国际老年人卫生筹资机制

国际上老年人卫生筹资机制主要有两种类型，一类是基于国家税收的“贝弗里奇”模式，即国家或者政府直接举办医疗保险事业，通过税收筹集医疗保险资金，老年人或者退休人员显然也享受该项服务。该模式盛行于西方福利性国家。另外一种较为普遍的模式是基于社会医疗保险的“俾斯麦”模式，即通过国家立法，按照强制性社会保险的原则和方法筹集、运用医疗保险资金，对于退休人员或者老年人缴纳的保险费有相应的豁免或者减少。例如德国、法国等西欧各国和亚洲的日本、韩国等。而以商业医疗保险为主的美国建立了专有的老年人医疗保障制度——医疗照顾制度（Medicare）。经济发达国家对老年人卫生筹资在国家层面都有特殊安排和考虑，对老年人在个人医疗保险费支出及保障范围和幅度都有所倾斜。以下简单介绍英国、德国、日本和美国老年人卫生筹资机制的一些特点。

1、英国老年人卫生筹资机制

英国实行国家医疗保险模式，老年人医疗保障是包含在其全面、丰富的国民医疗保健服务体系

内的。国家卫生服务制度（National Health Service, NHS）在医疗基金筹资来源上占有绝对的主导地位，在过去的 20 年，80%以上的筹资来源于国家财政预算，只有约 10%来自于国民保险税（National Insurance Contributions），还有部分来自于个人自付（Out Of Pocket），但 65 岁以上老年人是不需要个人自付的这部分费用的。英国的国家医疗保险模式在卫生筹资方面其绝对主导地位，通过国家税收和财政预算的形式来分担医疗卫生风险，老年人卫生筹资也就自然得到了照顾和倾斜。

2、德国老年人卫生筹资机制

从 2009 年开始，德国实行强制性全民医疗政策，德国医疗保险制度的缴费主要来源于雇主和雇员，雇员比雇主多支付 0.9% 以此降低雇主的医疗筹资负担。德国医疗保险基金没有设立个人账户，对于退休人员，个人退休基金（Pension Fund）需要额外负担之前雇主 50% 的医疗保险缴费，之前雇主只需要支付其退休前 50% 的医疗保险缴费。同时，德国对于社会医疗保险的收费只根据经济收入的高低来决定，不受健康情况的影响，按照高收入多缴费、低收入少缴费的原则，但不同缴费标准的人享受同等的医疗保险待遇，由于老年人退休后收入降低，筹资责任明显减轻。

3、日本老年人卫生筹资机制

2008 年前，日本的公共医疗保险制度包括“被雇佣者保险”，以及被雇佣者以外的国民健康保险。在达到退休年龄后，除少部分人以被抚养者身份继续享有“被雇佣者保险”，其余则加入人数较多的国民健康保险。国民健康保险主要由个体户和农民、退休人员等参加。由于不存在雇佣关系，加入者的保险费以个人缴纳为主。国家公费有一定补助，对农民或者个体户国家补助约占

41%，但退休人员则无国家补助，这样老年人在国民健康保险中的筹资责任还是比较重的。随着老龄化的加剧，老年人医疗费用急剧膨胀，国民健康保险筹资方式难以平衡收支，随后于 2008 年 4 月得到“有关确保高龄者医疗法”，即将满 75 岁的老人须退出公共医疗保险制度，转而加入“后期高龄者医疗保险制度”，其保险费用构成为公费约占 50%，国民健康保险以及被雇佣者保险的支援金约占 40%，剩余 10% 由被保险人自己承担，这就大大地降低了 75 岁及以上老年人的卫生筹资负担。而且后期高龄者医疗制度公费部分也分别由国家、都道府县、市町村按 4:1:1 比例分担。

4、美国老年人卫生筹资机制

美国于 1965 年建立 Medicare，一项主要是针对老年人的医疗保险制度。最初，Medicare 只由 Part A (Hospital Insurance, 住院保险) 和 Part B (Medical Insurance, 医疗保险) 两部分组成。后增设 Part C (Medicare Advantage, 医疗照顾优势计划) 和 Part D (Prescription Drug Coverage, 处方药计划)。Part A 要求 65 岁及以上的参保者至少工作 10 年，并在此期间缴纳支持社会保障 (Social Security) 和 Medicare 的联邦工资税，才有权享受 A 部分的保险。美国工人及其雇主须缴纳强制性工资税。自 1990 年以来，缴费率没有改变，占工资总额的 15.3%，在雇主和雇员之间平均分配。自雇者自己支付全部费用。在 15.3% 中，12.4% 指定用于社会保障 (养老金制度)，2.9% 用于医疗保险的 A 部分。Part B 的保险费需按月支付，以上一季度支出情况为基础进行调整，以求收支平衡。其资金来源于两个途径，一方面是参保人每月支付的保费，约占保费的 25%，剩余的金额由一般联邦收入支付。Part C 和 Part D 一般需要借助于私人医疗保险公司来经营管理，个人也需要缴纳保险费，但是国家会有相应的补助。由于美国采用私人医疗保障制度，Medicare 为老年人卫生筹资提供了额外安排和倾斜。

三、借鉴和启示

1、构建专业化、规范化的老年人医疗保障体系

相对于其他年龄组人口，老年人口的医疗需求有所不同，健康水平、收入状况都处于劣势。在卫生筹资方面，如将老年人与其他人“一刀切”，势必会导致老年人的健康得不到很好的保障。因此，国家应建立对老年人卫生筹资有所倾斜和照顾的医疗保障体系，将卫生资源进行科学合理的统筹管理，使老年人获得更好的医疗保障。中国可建立一个针对老年人，在筹资、支付、服务提供和利用等均不同于其他年龄段老年人卫生筹资特殊制度，该制度的基金池可与其他人群在一起，形成一个集中化、整合式的基金池 (integrated risk pool)，有利于老年人的医疗保障。

2、建立多元化、稳定的老年人卫生筹资机制

医疗保障基金池是医疗保障制度平稳运行的物质基础，各国的医疗保障基金都是多元筹集机制。首先可以允许补缴保费，并形成惩罚制度，例如美国的 Medicare；其次，筹资主体多元化，例如日本和德国等社会医疗保险国家；其三，根据现实条件，实行合理统筹模式。学习德国先进经验，建立基金池的风险管理和控制模式，随着社会医疗保险信息系统的进一步发展，可逐步引入更多的源自临床医学经验和基于健康数据库的风险管理和评估指标，提高社会化管理水平。

3、强化政府作用，配套建立与医疗保障制度相关的其他制度

从国际经验来看，政府对医疗保障制度的构建和完善承担着义不容辞的责任，应增加医疗卫生方面的投入，做好宏观调控，将卫生资源合理分配至老年人，完善监督管理；推动老年人医疗保障立法，国外在建立医疗保障制度的过程中，往往是立法先行，法律、法规、规章等规制紧跟其后。只有医疗保险是不能满足老年人的健康需求的，因此应同时配套建立老年人的长期照护以及社会救助体系。(景日泽、方海)

《卫生发展瞭望》是北京大学中国卫生发展研究中心根据研究成果、系统综述、会议讨论、国际交流等获得的信息，每期针对一个卫生发展领域热点问题，发表研究发现、观点和政策讨论。www.cchds.pku.edu.cn