



全民覆盖视角下的韩国医疗保险制度研究

孙 菊

摘 要: 中国正在致力于实现全民覆盖的目标,而全民覆盖不仅要求卫生服务的筹资公平,在制度设计上也要综合考虑人口、卫生服务项目以及卫生费用三个维度上的覆盖率,将人口全部纳入医疗保险制度仅仅是全民覆盖的第一步。由于中韩两国存在一些相似之处,从全民覆盖视角研究韩国的制度将给中国很多有益的启示。韩国采用了一系列有效措施,在前两个维度上成就显著,但其卫生费用的个人负担依然沉重。据其全民覆盖的经验,中国应当强化对医疗机构的监管,突出其公益性、整合制度,改善筹资公平性、用治理代替管理、提高卫生费用补偿比要优先于拓宽卫生服务项目的承保范围。

关键词: 全民覆盖;韩国;医疗保险

在 2009 年启动的新一轮医疗体制改革中,中国政府明确提出到 2020 年要实现全民覆盖的目标,如今已经取得了较大进展,截止 2011 年底,城乡居民参加三项基本医保人数超过 13 亿人,比改革前增加了 1.72 亿人,覆盖率达到 95% 以上^①。但是,离真正意义上的全民覆盖目标仍有相当大的距离。因为根据 WHO 的定义,全民覆盖是建立本国的卫生筹资体系,保证其国民能够获取卫生服务,同时不会因为支付这些卫生服务费用而遭受经济困难(World Health Organization, 2008)。显然,要实现全民覆盖目标,将全部人口纳入医疗保障制度还只是第一步,其次还必须避免个人因就医发生经济困难。为此,必须降低患者自付费用在卫生总费用中的比例。WHO 推荐的 比例是 15%—20%,而中国当前个人自付费用仍然占到总费用的 35.3%^②,在实现全民覆盖的道路上还需要相当的努力。鉴于此,研究韩国医疗保险制度,全面分析韩国全民覆盖的现状、经验、取得的成就与面临的挑战,可以为 中国实现全民覆盖目标提供借鉴。

之所以选择研究韩国,主要是基于以下三个方面的原因:首先,在国际医疗保险实践中,韩国是较为成功的范例(Carrin, 2005)。其次,中韩两国除了具有相似的东方文化背景之外,20 世纪 80 年代前后致力于全民覆盖目标时的韩国在一些社会经济发展领域与当前中国有着较为相似的经历。其三,韩国医疗保险经历了从分散到整合的过程。中国当前也在积极寻求实现制度的融合,了解韩国制度整合的做法及其成效无疑是很有意义的。

迄今为止,已有关于韩国医疗保险制度的文献比较多地集中在对其制度体系、发展历程以及面临的挑战等方面的研究(左延莉、王小万、马晓静, 2009;李国鸿, 2009;丁雯、张录法, 2010;黄罗一、金珍珠、金镜河, 2009),而基于全民覆盖视角的研究文献几乎空白。加上一些学者习惯于将单纯的人口高覆盖率等同于全民覆盖,没能全面准确地抓住韩国全民覆盖的本质

① 数据来源:《三年医改目标如期实现成果惠及亿万民众》,载 http://www.sdpc.gov.cn/shfz/yywstzgg/ygdt/t20120619_488921.htm。

② 中国数据来源:卫生部《中国卫生统计提要》。

特征。本文将试图弥补已有研究的不足。

一、全民覆盖的内涵与韩国的现状

根据 WHO 的定义,实现全民覆盖首先要筹集到足够多的统筹基金,而且基金筹集必须遵循筹资公平性的原则,也就是说,基金筹集是以参保人的支付能力而非健康状况为依据的;其次,在制度设计层面要考虑三个维度:人口的覆盖比例、卫生服务项目的承保范围和卫生费用的补偿比例。要实现全民覆盖目标,这三个维度上的覆盖缺一不可,可见,仅有单一的人口覆盖并不是真正意义上的全民覆盖,因为,如果医疗保险没有承保基本的卫生服务项目并提供一定的补偿比,被覆盖在制度之内的参保人仍然会因要自付高昂的医疗费用而遭受经济困难,从而抑制对医疗服务需求。图 1 充分展示了上述三个方面的内容及其相互关系。

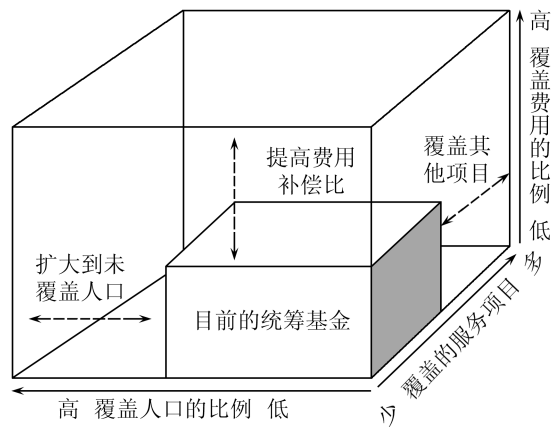


图 1 全民覆盖的三个维度

资料来源:World Health Organization. World Health Report 2008:Primary Health Care;Now More Than Ever. Geneva;2008.

当然,受制于统筹基金的规模,在全民覆盖的三个维度上,没有哪一个国家有能力覆盖所有人的所有卫生保健费用,在实现全民覆盖的过程中都需要在上述三个维度之间进行权衡。具体来说,可以沿着图 1 列出的三个轴做出不同的选择。如果只有正式部门的雇员被覆盖在卫生服务范围内,首要任务就是扩大人群覆盖面,即使统筹基金承保的服务范围和医疗费用的比例相对较小;如果卫生服务覆盖了所有的人群,但覆盖的卫生服务项目比较少,首要任务就是要扩服务项目范围;如果已经覆盖了基本的卫生服务项目,但医疗费用的补偿比例过低就需要提高补偿比。此外,还需要考虑到筹资公平性问题,如果是不同的人群被覆盖在有差异的不同的医疗保险计划或服务项目之中,政府就需要逐渐规范和统一已有的不同筹资方式,以实现筹资公平以及卫生服务利用的公平(许可、刘培龙,2010:4)。

韩国全民覆盖进程同样受到有限资源的约束,需要在上述三个维度之间进行选择。经过 30 多年的发展,韩国在人口维度与卫生服务项目维度上已经取得了显著的成就,但卫生费用的补偿比例仍然处在一个较低的水平。所以,从严格意义上来说,韩国的全民覆盖目标还没有最终实现。

(一) 人口维度上:从大规模企业开始逐步实现了人口的全面覆盖

韩国 1977 年开始在 500 人以上企业实施强制性医疗保险,同年建立了针对低收入群体的医疗救助制度,其后医疗保险逐年扩大,保险覆盖范围至规模 300 人(1979 年)、100 人(1981 年)、16 人(1983 年)、5 人(1988 年)以上的企业。1979 年针对国家公务员和私立学校职工建立医疗保险制度,1981 年在 3 个农村地区进行了自由职业者的地区医疗保险计划试点工作,随后于 1988 年和 1989 年分别建立农村和城市自由职业者的地区医疗保险制度,最终在 1989 年用了 12 年的时间实现了人口的全面覆盖,其人口覆盖的变化情况见图 2。

当前,医疗保险的参保对象包括雇员参保人和地区参保人,前者指企业雇员、公务员、学校教职工以及他们的被抚养人;后者是指雇员参保对象以外的人群。2010 年,全国医疗保险参保人共有 4890.7 万

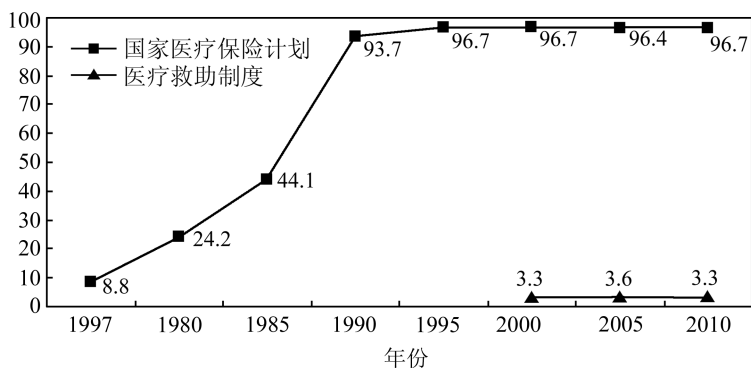


图2 韩国医疗保险的人口覆盖率(%)

数据来源: National Health Insurance Corporation(NHIC)。

人, 占总人口的 96.7%, 其中, 雇员参保人 3238.4 万人, 占总人口的 64.0%; 地区参保人 1652.3 万人, 占总人口的 32.7%。剩下的, 占总人口 3.3% 的低收入人群, 共计 167.4 万人, 则由医疗救助制度提供医疗服务^①。

(二) 卫生服务项目维度上: 从治疗领域扩展到预防、保健和康复领域

韩国医疗保险的承保范围逐步扩大, 已不再局限于传统的疾病诊疗等服务, 而是积极开展多元化的健康促进计划, 发挥疾病预防的重要作用, 如为参保人提供免费的定期健康检查; 针对 40 岁以上参保人提供胃癌和肝癌筛查, 50 岁及以上参保人提供结肠癌筛查, 30 岁及以上和 40 岁及以上女性提供子宫颈癌和乳腺癌筛查, 检查费用 80% 由国家健康保险公司(NHIC)承担, 20% 由受检者承担; 为残疾人购买医疗和康复设备提供补助; 开展多个健康促进与疾病预防项目, 如引导目标人群参加体育锻炼, 免费测量肥胖、血压、骨密度等, 宣传禁烟、适度饮酒与预防肥胖等(National Health Insurance Corporation, 2012: 75)。

(三) 卫生费用维度上: 逐步提高补偿比, 但个人自付费用比例仍在较高水平上

在迅速实现了人口的全面覆盖后, 韩国开始致力于扩大卫生服务的覆盖范围, 并降低医疗费用的个人自付比例, 正是由于这两个方面的努力, 使得韩国的个人自付费用在卫生总费用中的比例逐渐降低(见图 3)。但目前, 韩国卫生费用中个人负担的比重仍然较大, 2009 年韩国的个人自付费用占卫生总费用的 34.2%, 超过了 OECD 国家的 18.6% 的平均水平。韩国个人自付比例在各级医疗机构中都比较高, 详见表 1。为此, 韩国还制定了病人个人负担封顶线, 即根据个人缴纳的保险费的不同, 病人个人自付费用累计达到 200~400 万韩元后个人将不再自付费用。

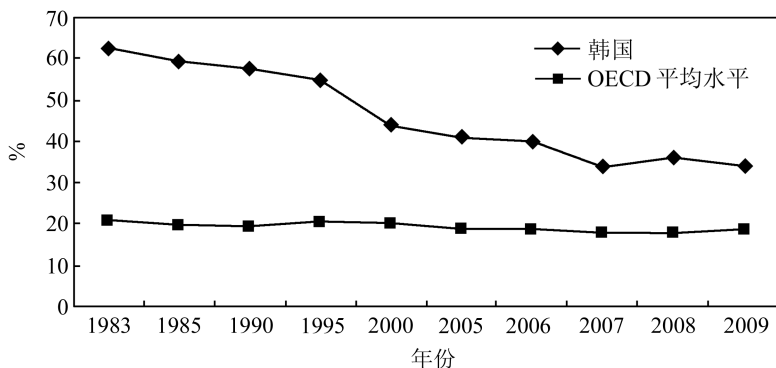


图3 韩国与 OECD 国家个人自付费用(out-of-pocket payment)占卫生总费用的比例

数据来源: OECD Health Data。

^①数据来源: National Health Insurance Corporation(NHIC), 2012。

表 1 韩国医疗费用的共付情况

分类	共付率(病人自付费用的比例)	
住院服务	总治疗费用的 5%~20%(癌症或灾难性疾病的共付率为 5%~10%)	
门诊服务	三级医院	治疗费用和每次就诊咨询费总和的 60%
	综合性医院	治疗费用和每次就诊咨询费总和的 50%
	医院	治疗费用和每次就诊咨询费总和的 40%
	诊所	治疗费用的 30%
	药店	总费用的 30%

数据来源: NHIC, 2012: 12。

二、韩国全民覆盖的有益经验

(一) 通过“低水平广覆盖”策略以及有力的财政补助, 优先实现人口维度的全覆盖

在全民覆盖三个维度的优先次序上, 韩国选择了低水平广覆盖策略: 即通过比较低的保险待遇水平, 优先实现人口全覆盖。其实, 这也是多数国家比较普遍的做法。首先, 较低的待遇水平对应的是较低的缴费率, 而较低的缴费不会给企业和家庭带来大的经济负担, 有利于扩面工作的开展; 其次, 扩大人口覆盖面可以直接提高医疗保险的受益面, 特别是在制度建立之初, 这一做法可以减弱人们对保险制度的抵触情绪。当然, 韩国采用的强制性参保以及被抚养人连带参保的政策, 也是医疗保险能够快速实现人口全覆盖的重要原因。

此外, 医疗保险从正式部门向非正式部门扩面过程中, 政府的财政补助扮演着重要的角色。韩国 1977 年实施的强制性医疗保险是从正式部门开始的, 直到 1989 年才最终将非正式部门人群全部纳入医疗保险制度之内。在任何国家, 医疗保险制度从正式向非正式部门扩展都是一个巨大的挑战, 韩国也不例外。为了这项工作的顺利推进, 政府财政承担了非正式部门医疗保险, 即地区医疗保险缴费的 50%(Kwon, 2009: 67), 直到 2006 年卢武铉政府决定政府补助比例从对地区医保的 50% 改为对整个国民健康保险保费总收入的 20%, 其中 14% 来源于国库, 6% 来源于以烟草税为主要收入的健康促进基金(李莲花, 2010: 6)。

(二) 通过整合制度, 提高筹资公平性和降低管理成本

韩国医疗保险制度最初分为雇员医疗保险计划和地区医疗保险计划两大块。对雇员保险计划而言, 大企业可以建立独立的企业医疗保险社团, 中、小企业则根据地理位置合并为若干个医疗保险社团; 地区医疗保险根据居住地的不同划分为若干个保险社团。在 1998 年之前韩国共有大大小小 367 个医疗保险社团, 包括 139 个雇员保险社团、1 个政府与私立学校雇员保险社团以及 227 个地区医疗保险社团。尽管有很多保险社团, 参保人是无权选择的, 而是根据就业状况和居住地区被分配在相应的保险社团, 各保险社团独立经营, 自我管理, 相互之间不存在竞争。

这种组合式的医疗保险体制带来了许多的问题, 首先是筹资不公平问题。所有保险社团提供的待遇水平是一致的, 但费率不同, 各保险社团有权决定自己的保险费率^①, 这样就导致了明显的横向不公平问题, 即获得相同的保险待遇, 但缴纳的保险费占其收入的比例是不相同的。相对高收入和城市地区居民, 低收入和农村地区居民缴纳的保险占其收入的比例要高得多。此外, 对农村地区而言, 随着经济增长和城市化的加快, 大量人口向城市转移, 人口急剧减少并且快速步入老龄化, 加上相对较差的健康水平, 参保人群的筹资能力降低, 而医疗需求却在增大, 因此地区医疗保险社团普遍面临着严峻的基金压力。

其次, 众多的保险社团分散了保险资金, 加上很多的保险社团本身的规模就很小, 所以保险基金对疾病风险的分担能力较弱。与此同时, 分散的经营管理也推高了管理成本。1997 年, 管理成本占保险总费用的 8.5%, 个别基金甚至高达 15.6%, 显著高于加拿大 1.5% 及英国 2% 的水平(左延莉、王小万、马晓静, 2009: 214)。

①雇员保险按工资的一定比例缴纳保费, 地区医疗保险是根据收入、财产和家庭人数来确定保险费率。

为了从制度上解决上述几个问题,韩国先后于 1998 年和 2000 年进行了两次整合,最终整合成了 1 个保险社团,并将名称改为国家健康保险公司。整合后的制度采用了统一的保险费率,雇员参保者每月缴纳保险费=每月平均工资*保险费率,由雇主与雇员共同分担;非雇员参保者每月缴纳保险费=标准收入点数*每点金额计算,标准收入点数基于自由职业者家庭的财产、收入、年龄、性别等因素综合计算得出,保险费由每户家庭成员共同分摊,具体费率见表 2。此外,对于部分居住在岛屿、偏远地区、农村地区,定居国外但在韩国仍有直系亲属、65 岁以上的老年人、残疾人、服役军人以及军校学生等特殊人群可以享受 NHI 计划规定的 10%~50%的减除保费或免除保费的优惠政策。

表 2 韩国医疗保险费率水平

分类	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
雇员参保者(费率,%)	4.31	4.48	4.77	5.08	5.08	5.33	5.64	5.80
非雇员参保者(每点金额,万韩元)	126.5	131.4	139.9	148.9	148.9	156.2	165.4	170

数据来源:NHIC,2012。

制度整合一方面解决了筹资不公平的问题,收入再分配效果显著。根据 2008 年数据,将所有参保者按收入分为 5 等分,最低收入组的保费支出相当于最高收入组的 1/5,但获得的保险给付却较为接近,从最低收入到高收入组,获得的保险给付与保费支出的比例分别为 3.36、2.09、1.72、1.46 和 0.98 (Chung,2010:123)。另一方面,制度整合还大大提高了管理效率,降低了管理成本。整合后保险公司雇员减少了 1/3,管理成本由 2000 年的 7.3%降低到 2001 年的 4.4%,再到 2006 年的 3.7%和 2010 年的 3%^①。节约的管理成本可以用于救助低收入人群或扩大补偿范围。此外,统一的保险基金对疾病经济风险的分担能力提高了,而且由于需方垄断地位,提高了其在医疗服务市场的话语权,有利于医疗费用的控制和对医疗质量的监管。

（三）治理代替管理,提高了政府管理效能

韩国医疗保险管理模式也很好诠释了公共管理理念的革新:多元治理替代传统的政府管理,并充分发挥非营利性组织在公共服务提供中的重要作用。萨拉蒙就认为,由民间非营利组织执行政府目标,代为政府执行公共权力,能够增强政府提供福利服务的角色与功能(Salama,1995)。在韩国医疗保险体系中,负有管理职能的有政府部门、国家健康保险公司(NHIC)和保险监督机构(HIRA),其中后两者都是非营利性组织。健康与福利部作为政府部门,并不直接运营医疗保险,而是负责颁布法律、制定政策以及管理和监督,起到宏观调控作用;NHIC 负责执行健康与福利部的政策,代为政府管理全国健康保险计划,对医疗保险行使各项管理职能,包括筹集资金、制定补偿方案、监管医疗机构及对资金进行管理;HIRA 负责监督 NHIC 的管理,并对服务供方提供的服务、药品的数量及适宜性等进行审查,整个医疗保险体系中,各主体之间合理分工、相互制衡和监督(丁雯、张录法,2010:58),最终形成一个良性的医疗保险的社会治理结构。相比传统的卫生部门主管运营或社会保障部门主管运营的模式,在这一治理结构下,政府就可以超脱具体的医疗保险事务,真正以监督者的身份审视医疗保险制度管理与运行情况,可以很好地实现对医疗保险的治理效能。

（四）强力的政治需要和快速的经济增长扮演着重要角色

韩国医疗保险制度的建立及其后的快速发展离不开政府的强力支持。1961 年,军政府上台,为了稳定政局,1963 年制定了“医疗保险法”,正式引入医疗保险制度,但由于经济基础非常薄弱,医疗保险法没有得到贯彻执行。直至 1970 年代,朝鲜为其居民提供免费医疗服务,这给当时的军政府带来了巨大压力,最终于 1977 年下决心实行强制性医疗保险。之后,为赢得总统大选,当时的执政党在 1986 年宣布了一系列的社会福利计划,其中就包括将约占总人口 50%的自营业者及其家庭成员纳入医疗保险制度(Kwon,2009:64)。在 1987 年的总统选举中,执政党顺利当选,随即于 1988 年实施了农村地区医保,

^①数据来源: NHIC,2012。

1989年实施了城市地区医保。可见,政府强有力的支持促进了医疗保险制度的建立和人口覆盖面的迅速扩张。

另外,快速的经济增长也为医疗保险制度的快速发展提供了强有力的经济基础。20世纪60年代以来,韩国实施了一系列五年计划,国民经济得到迅速发展,1977年开始实施强制性医疗保险时,人均GDP为1042美元,是1963年的10倍,1986年至1988年,经济以超过10%的速度在增长,使得政府有能力为自由业者参保提供财政补助,从而为医疗保险的覆盖面迅速扩大起到了关键性作用。1989年实现人口全覆盖时,人均GDP为5430美元,是1977年的5.2倍。事实上,国际实践也表明,社会保障制度的建立和快速扩张一般都是以高速的经济增长为前提的,韩国只是不失时机地抓住了这一有利时期。

三、对中国的启示

比较中韩两国全民覆盖的实践,两者在实施路径的选择上存在一些相似之处,譬如,从雇员保险开始、根据参保人身份不同实施不同的医疗保险制度、采取“低水平广覆盖”策略优先实现人口全覆盖、对弱势群体的保险费实行财政补贴等,而这些策略都被认为是非常有益的。为了更好地吸收韩国的有益经验,并规避与韩国类似的困境,我们认为中国在全民覆盖进程中特别需要注意以下几点。

(一) 强化政府对医疗机构的监管,突出公立医疗机构的公益性

与韩国相比,中国的优势在于,卫生服务供给体系是以公立机构为主导的,这样在一定程度上可以避免韩国因私立机构占主导地位带来的一些诸如医疗机构过度逐利、政府的卫生改革政策无法有效实施、卫生费用上涨过快等负面效应。但是,公立医疗机构并不会天然地就与政府期望的目标一致,所以要加强政府的宏观监管,突出公立机构的公益性。

(二) 整合医疗保险制度

中国目前虽然已经将全国95%以上的人口纳入了医疗保险制度,但医疗保险对象因身份的不同,在筹资水平与给付待遇等方面存在显著差异,这种差异不仅造成了筹资不公平和身份歧视,而且分割的制度也推高了整个医保制度的管理成本。借鉴韩国经验,我们认为中国已经到了可以将制度进行逐步整合的阶段,原因在于,在针对非就业人群的新型合作医疗和城市居民医疗保险制度中,目前政府财政已经承担了相当大的筹资份额,并且这一份额还在继续扩大,从而具备了先期进行整合的基础。

(三) 统一并创新管理与运行机制,引入治理理念

按照新公共管理理论,非营利组织进入公共服务领域,可以从一定程度上规避公共部门的X效率问题。奥斯本与盖布勒认为,非营利组织实际上已经成为提供集体物品的优先机制,是处理社会问题的最有效的组织(孙静,2005:32)。中国医保的多头管理是个老生常谈的话题,统一并创新管理体制,既可以保障制度整合的顺利进行,也可以提高管理效率。借鉴韩国经验,在国家层面设立独立运营、不隶属于政府部门的非营利性的国家医疗保险机构,负责医疗保险管理与运营的具体业务,接受主管部门的监管与指导。主管部门可以是人力资源和社会保障部,也可以是卫生和计划生育委员会,主管部门从宏观上统一规划、协调和监督,但不直接管理医疗保险事务,从而使政府宏观调控与业务机构自主经营有机结合,协调发展。

(四) 应当在卫生费用补偿比达到一定水平后再考虑逐步拓展保障范围

目前中国面临着与韩国相似的高个人负担比情况,此时应当优先选择提高费用补偿比,而不是拓宽卫生服务项目。韩国在全民覆盖三个维度的选择上,优先选择了拓展卫生服务项目的承保范围,而不是提高卫生费用补偿比,主要是因其国内私人医疗机构占有绝对的主导地位,一些抑制医疗机构行为与控制医疗费用上涨的政策措施难以得到贯彻执行。而中国的情况完全相反,公立机构占有主导地位,因此,当务之急是提高统筹基金对医疗费用的补偿比,应当在基本医疗服务的个人负担降低到15%—20%的范围内,再考虑拓宽医疗保险的保障范围,逐步从治疗领域拓展到健康促进领域,实现从治病到防病,从末端治疗到早期干预的转变。

参考文献:

[1] 丁 雯、张录法(2010). 韩国医疗保险制度借鉴. 国际经济,9.

[2] 黄罗一、金珍洙、金镜河(2009). 韩国健康保险的现状与发展课题. 社会保障研究,2.

[3] 李国鸿(2009). 韩国医疗保险体制研究. 国外医学(卫生经济分册),1.

[4] 李莲花(2010). 医疗保障制度发展的“东亚道路”:中日韩全民医保政策比较. 河南师范大学学报(哲学社会科学版),1.

[5] 孙 静(2005). 中国事业单位管理体制体制改革研究. 武汉大学博士论文.

[6] 许 可、刘培龙(2010). 从国际经验看卫生筹资和社会健康保障. 中国卫生政策研究,12.

[7] 左延莉、王小万、马晓静(2009). 韩国医疗保障体系简介. 中华医院管理,3.

[8] Carrin, G. & C. James (2005). “Key Performance Indicators for the Implementation of Social Health Insurance”, *Applied Health Economics and Health Policy*,4(1).

[9] Chung, Hyung-Gun(2010). “National Health Insurance Program of Korea: Achievement and Challenges”,2010,8, Training Course on Social Health Insurance, Korea.

[10] Kwon, Soonman(2009). “Thirty Years of National Health Insurance in South Korea: Lessons for Achieving Universal Healthcare Coverage”, *Health Policy and Planning*,24.

[11] National Health Insurance Corporation(NHIC,2012). *National Health Insurance System of Korea*.

[12] Salamon, Lester M. (1995). *Partners in Public Services: Government-Nonprofit Relations in the Modern Welfare State*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

[13] World Health Organization(2008). *World Health Report 2008:Primary Health Care: Now More Than Ever*. Geneva.

Study on Health Insurance System in Korea from Universal Coverage Perspective

Sun Ju (Associate Professor, Wuhan University)

Abstract: Universal coverage(UC) is the aim of health system reform in China. This paper will give the suggestion about how to get UC through a comprehensive research on the current status of Korea UC, key experience and lessons from Korea UC.

Key words: universal coverage; Korea; health insurance

■作者简介:孙 菊,武汉大学政治与公共管理学院、武汉大学卫生经济与管理研究所副教授,管理学博士;湖北 武汉 430072. Email:sunphh@126.com

■基金项目:教育部人文社会科学研究项目(10YJC630215);武汉大学“70后”学者学术发展计划

■责任编辑:叶娟丽

