

# 浅析印度全民医疗保险制度及对我国的启示

葛元

2006 年世界卫生组织推出了一份“成员国卫生筹资与分配公平性评估排行榜”，其中印度排名第 43 位，而中国仅列 188 位。印度人口 11 亿，国民人均年收入仅 700 美元，同样是发展中国家，印度的经验无疑对中国有借鉴意义。现在很多学者都把目光放在研究英美的医保制度上，而我们不妨纵览印度的医保制度，在与我国医保制度的对比中寻找启示。

## 一、印度医保模式简述

印度曾是英国的殖民地，印度政府医疗体系继承了英国殖民时期教会医院的免费帮助行为。1949 年印度第一部宪法中明确规定所有国民都享受免费医疗。半个世纪来，印度政府逐步建立起了覆盖全国的公共医疗服务体系，为人们提供了基本的医疗保障，其中挂号、检查与小病治疗是免费的，大病的诊疗、住院到用药仍然要收费。对于非常贫困的患者，可以大幅度减免费用。

2005 年印度全国医疗卫生总费用 1 万亿卢比（约 349 亿美元）。其中政府支付占 20%，雇主支付占 15%，商业保险支付占 1%，其余 64% 家庭直接支付。随着经济发展，印度的医疗卫生费用呈现持续增长态势，年均增幅 15% 左右。预计到 2012 年，印度医疗卫生总费用将达 3 万亿卢比。印度政府建立了遍布城乡的三级医疗服务体系，全国医疗服务网络中有 60% 是公立医疗机构。其中初级医疗保健机构 15 万家，提供基础预防及普通门诊医疗服务；二级医疗机构 7500 家，提供简单的住院医疗服务；三级医疗机构 120 家，主要为富裕群体提供专家级的住院医疗服务。此外印度还有 4.5 万家私营医疗机构。

## 二、印度医保模式的优点

1. 建立系统的政府医疗服务体系。印度的政府医疗体系分为国家级医院、省级医院、地区级医院、县级医院和乡级医院五个层次。

遍布全国的政府医疗机构满足了大多数国民的医疗需求。同时政府也鼓励私立医院担负一定社会责任，为贫穷患者适度减免医疗费用。

2. 将广大农民纳入全民医保体系。印度的农村医疗网络很健全，占印度人口 72% 的农村居民和城市居民一样享受国家提供的免费医疗。1996 年后，政府设置了社区医疗中心，每 10 万名农村居民配备 1 个社区卫生中心，一个社区卫生中心有 4 名左右的医生，并配有基本检查设备。

3. 不走完全市场化道路。印度认为医保如果完全按市场化运作，不利于社会稳定。因此印度医保制度始终坚持既扶持政府医院的稳定运转，又鼓励私立医院健康发展。这种公立、私立医院并存的现象使印度的富人和穷人患者各有所依。光顾印度政府医院的基本上都是低收入人群，政府医院起到了救助贫弱的“稳定器”作用。

4. 药品价格低廉。支持印度政府免费医疗网的物质基础是其日益发展的制药业及低廉的药品价格。近年来印度政府积极提倡使用印度传统草药，这大大降低了治疗费用。穷人只要拿处方去药店花二三十卢比就可以买到所需的药，价格只有中国的 1/3。

## 三、中印两国医保制度对比

### 1. 组织管理模式

印度：政府起主导作用，卫生服务的全过程主要是政府行为。这种体制的优点在于可按政府意志调整卫生资源的配置方向，使资源覆盖全体国民，提高卫生服务公平性。弊端是造成效率低下，病人候诊时间长，医生服务态度差，供需之间存在一定的矛盾。

中国：医保工作主要由卫生部和社会保障部负责。目前我国实行的医保制度，基本上仍然是先缴保险费，再享受医疗保险待遇，权利与义务对等。在对医保事业的管理上，中央政府统一协调的行政管理作用逐步削弱，地方政

府承担了越来越多的职能。

## 2. 保险资金筹措

印度：保险金来源主要有三条渠道，大部分由家庭支付，小部分由企业支付和政府补贴。即使是承担一小部分，对政府来说也是一笔不菲的开支，每年政府都要承担很重的财政压力。因此印度政府医院存在资金短缺、管理不善、条件较差、药品和诊断化验缺乏、医院环境恶劣等诸多问题。但政府医院满足了弱势群体的基本医疗需求，维护了社会的公平稳定，因此政府宁愿背着巨额的财政负担也要维持这些医院的运转。

中国：多渠道资金筹措机制。中国医疗保险人口基数巨大，国家财政同样无法独立支撑医保资金的筹集。我国目前实行的是多渠道资金筹措机制。如城镇职工医疗保险是由政府、企业、个人共同筹集保险资金；城镇居民医疗保险与新农合是由政府和个人共同筹集；公费医疗由政府全部筹集。筹资渠道的多元化保证了中国在经济相对落后的条件下，尽快地建立起适合我国国情的医疗保障体系，有效提升了我国国民身体健康水平。

## 3. 公平与效率

印度：医保制度覆盖全国，公平性方面优越于中国。但由于上述提到的政府主导医疗保障、医保支出负担过重等原因，大部分公共部门的医院低效运营。印度的对策是鼓励私立医院发展，私立医院的诊疗水平和费用远高于政府医院，使得经济条件好的患者自然“分流”到私立医院，而政府会对私立医院的诊疗费和医药费实行严格监管。

中国：目前我国享有医疗保险的公民占全民的比重和保障水平与印度相比还有一定差距。尤其在农村，虽然建立了新农合制度，但保障效果还不明显。另外由于保险基金的不平衡使我国医疗保险制度运行效率低下，亟须改善。公平性和宏观效率的低下不仅影响到国民的健康，也带来了诸如贫困、公众不满情绪增加、群体间关系失衡等一系列社会问题。

## 五、印度医保制度对我国的启示

### 1. 提高我国医保制度的覆盖率与公平性

目前我国医疗保险的最大弊病就是保险覆盖率低、保障水平低。我国尚有大量人口未被纳入医疗保险范畴，其身体健康无任何国家保障可言。相对城镇人口，我国农村人口医疗保障的水平要低很多。中国将来的医疗保险制度也可以实行灵活多样、多层次、符合中国国情

的形式，以实现全覆盖为其最大目标，努力提高贫困人口及弱势群体对于公共卫生服务的利用率并增强服务可及性，这样才能体现社会公平和兼顾利益平衡。

### 2. 医疗行业公私并存，提高效率

覆盖广和公平很容易导致效率的低下，印度的对策是发展私人医院，这种公私并存的状态使印度各层消费群体在价格和服务等方面都能找到适合自己的医疗服务提供者。所以我们也应该建立能满足不同层次需求的医疗体系，措施之一就是积极鼓励、扶持私立医院，政府应当制订严格的准入制度，在资格准入上公平竞争不受歧视和排斥，让市场竞争的规律使其达到自然的优胜劣汰，同时各级政府卫生行政部门要加强监管，引导其健康发展。

### 3. 改革医疗服务体制

低廉的药价是印度免费医疗网的物质基础。在我国改革医保制度后，医院为解决自身的生存困境，逐步形成了以药养医的局面。据调查，一个三级医院 50% 的盈利通过药品销售获得。我国出台的药房托管、药品价格下调的规定。无法从根本上解决以药养医和药价虚高的问题。印度医疗模式的医药管理方面采用了医药分离制。医院为病人诊疗，病人可以去药店开药，药品价格由市场决定，同时政府予以监管。政府对医院和医生建立合理的补偿机制，加强监管。

### 4. 城乡医疗保障一体化

从医疗保障制度建立之初直到现在，印度城乡一体化的制度理念始终未变。印度农民的比重比中国还高，尽管为此印度的医疗保障财政大量支出，政府仍始终遵循医疗保障资源享用的人人平等原则，并没有以牺牲农民的利益为代价。强调政府有限责任、调动社会各方资源完善医疗保障制度，这对于我国城乡医疗保障制度的改革，实现全民医疗保障覆盖具有一定的借鉴意义。

综上所述，印度医保制度的优点和缺点都十分鲜明。印度政府非常注重公共卫生制度的创新，在医疗保险制度上走出一条适合自己的路。虽然其经验不一定完全适用于我国，但它证明经济相对落后的发展中国家完全能够根据本国的社会政治经济文化的特点，建立独特的公共卫生和医保制度，利用医疗救济手段援助贫困人口，以满足国民最基本的健康需求。

(作者单位：首都经济贸易大学劳动经济学院)