专 题

典型国家医疗救助制度比较及对我国的启示

王心月，杨金侠
安徽医科大学卫生管理学院，安徽 合肥 230032

摘 要：医疗救助制度是多层次医疗保障体系的重要组成部分，也是促进公平与正义的重要制度安排。英国、日本、德国、美国、新加坡和澳大利亚六个发达国家作为四种典型医疗保障模式（贝弗里奇模式、俾斯麦模式、市场保险模式和混合型模式）的代表，其救助制度已较为成熟和完善。文章系统梳理了上述六国及我国的医疗救助制度现状，并进行对比分析，借鉴国际经验，对我国医疗救助制度提出推进法治化建设、扩大筹资渠道、发挥中央顶层设计作用、提高救助对象精准识别能力和优化先保险后救助的梯次减负机制等相关建议，推动我国实现全民健康覆盖。

关键词：医疗救助制度；医疗保障；国际比较；启示
中图分类号：R197.1 **文献标志码**：A **文章编号**：1671-0479(2026)05-535-006
doi：10.7655/NYDXBSSS260139

全球医疗保障体系的发展呈现出多样化和复杂化的趋势，不同国家基于其社会经济发展、政治制度和文化背景建立了各具特色的医疗保障模式。医疗救助制度作为医疗保障体系的重要组成部分，旨在为弱势群体提供基本医疗服务，减轻因疾病导致的经济负担，从而保障其健康权益[1]。在国际范围内，许多发达国家已通过立法和政策支持构建了相对完善的医疗救助制度，例如英国以全民医保体系为核心建立的医疗救助制度、德国嵌入社会医疗保险体系内的医疗救助制度、美国联邦和州政府共同参与的混合型管理的医疗救助制度等，这些制度为减轻贫困人群的疾病经济负担发挥了重要作用。这些国家的经验表明，医疗救助不仅是一种社会福利安排，更是实现社会公平与正义的重要制度安排。在我国，随着全民医保体系的逐步建立，医疗救助制度不断发展与完善，自2003年和2005年分别在农村和城市建立医疗救助制度以来，我国医疗救助人次持续增长、覆盖范围大幅扩大，越来越多的贫困家庭能够得到基本医疗卫生服务，但是资金筹集渠道单一、法治建设不足、医疗救助标准地区差异较大等问题依然存在，这些问题不仅影响了医疗救助的实际效果，也削弱了医疗保障体系的整体公平性。因此，通过对典型国家医疗救助制度的比较分析，可以借鉴其成功经验，为完善我国医疗救助制度提供理论依据和实践指导。

一、典型国家的医疗救助制度

基于制度代表性的考量，本研究选取英国、日本、德国、美国、新加坡和澳大利亚六国进行比较研究。整体来看，目前全球存在以下四种医疗保障模式，即贝弗里奇模式（英国）、俾斯麦模式（日本、德国）、市场保险模式（美国）、混合型模式（新加坡、澳大利亚）。这六个国家的医疗救助机制较为完善，制度设计各具特色，具有高度典型性和对比价值。

（一）贝弗里奇模式：英国

贝弗里奇模式强调通过政府主导的方式实现全民覆盖，确保每个公民都能平等地获得医疗服务，而无须考虑其经济状况或社会地位。英国国家医疗服务体系（National Health Service，NHS）成立于1948年，旨在为全体公民提供免费或低成本的医疗服务。英国并未额外建立医疗救助制度，而是在NHS框架下实行全民免费医疗，通过补充性费用减免对特定群体给予支持，其中处方费、眼科费等未纳入NHS免费范围内的费用仍需居民自付，自付比

基金项目：国家社会科学基金“‘将健康融入所有政策’的实现路径研究”（17BGL183）
收稿日期：2026-04-02
作者简介：王心月（2003— ），女，安徽合肥人，硕士研究生在读，研究方向为卫生政策与管理；杨金侠（1969— ），女，安徽阜阳人，博士，教授，硕士生导师，研究方向为卫生政策与管理，通信作者，1992500026@ahmu.edu.cn。

例通常不足5%。资金主要来源于国家税收和社会保险。救助对象通常覆盖低收入者、老年人、残疾人以及领取国家或政府津贴或享受免税政策的人群[2]。英国政府通过“NHS低收入方案”对低收入人群进行救助,依据个人收入、资产、健康等状况提供全免和部分减免,家庭中有享有收入救助、养老金救助或失业救济金的人群费用全免,遵循“按能力支付”原则[3]。该制度可溯至《济贫法》等法律规范,并设有严格的审批与监督机制,对欺诈行为处以高额罚款,以确保救助资源精准使用。

(二)俾斯麦模式:日本和德国

1. 日本医疗救助制度

日本的医疗救助制度属于俾斯麦模式,其核心特征是强制性社会健康保险,即所有居民必须加入某种公共医疗保险,筹资主要来源于雇员和雇主的工资缴费,参保者通常需要自付30%的医疗费用,70岁以上的老年人自付比例可降低至10%~20%[4]。在这一缴费型医保框架下,医疗救助作为保险的“安全网”存在。对于低收入家庭,日本通过生活保护制度将医疗费用由市町村直接支付给医疗机构,患者无需承担费用,减轻了低收入群体的医疗负担[5]。针对高额医疗费用,日本实行个人自付费用封顶的高额疗养费制度。针对老年人群体专门设立“后期高龄者医疗制度”。这种精细化的对象界定方式不仅提高了救助的精准性,还有效避免了资源的浪费。在管理层面,厚生劳动省负责制定医疗政策、审批医疗技术等核心事务;《健康保险法》和《国民健康保险法》等法律明确规定参保范围、医疗服务范围和报销标准等内容。政府通过全额免除或者部分减免弱势群体的医疗费用来承担主要的救助责任,经资格审核通过的居民可到特定的医疗机构就医或领取费用补助。政府还会定期评估受助者情况,并采取针对性措施加强预防保健,以减少医疗支出[6]。

2. 德国医疗救助制度

德国的医疗系统是俾斯麦模式的典型代表,它建立了法定医疗保险与私人医疗保险并行发展的“双轨运营”的全民医保体系,并且在2009年实现全民强制购买健康保险[7]。在这一模式下,德国没有单独设立医疗救助制度,而是在主体医疗保险内对弱势群体进行医疗救助[1],通过政府资助弱势群体参加医疗保险、提高报销水平等方式来实现。该制度由《社会法典》保障实施,同时作为一个高度组织化的自治系统,由政府监管但由独立的医疗保险机构管理。德国医疗救助资金来源主要是政府财政,由联邦和市政府共同承担,部分养老金补充用于医疗救助。主体保险的筹资体现出典型的俾斯麦模式特征,法定医疗保险(GKV)的筹资主要来源于雇主和雇员的共同缴费,通常各方承担7.3%;私人医疗保险(PKV)主要面向公务员、自营职业者和高收入人群,根据个人的健康风险和选择的服务范围来确定保费,且一旦选择私人医疗保险,通常很难转回法定医疗保险[8]。在救助对象界定方面,德国根据家庭收入和卫生支出综合确定,包括参加医疗保险仍有困难的人群以及因病致贫的低收入和特困家庭。

(三)市场保险模式:美国

美国推行市场保险模式,保险提供者并非政府机构,而是以营利或非营利方式运行的私营保险机构。在该模式下,政府仅通过医疗救助计划兜底保障极端贫困人群,主要由联邦政府的卫生与公众服务部中的卫生保健财政局(HCFA)[现为医疗保险和医疗补助服务中心(CMS)]管理,救助资金由联邦和各州政府共同负担。医疗补助(Medicaid)的筹资核心在于联邦政府与州政府之间的财政分担机制,联邦政府根据联邦政府医疗救助资金配套率(Federal Medical Assistance Percentage, FMAP)向各州提供匹配资金,经济欠发达的州,联邦政府拨付较高比例的资金,而经济发达的州,联邦政府则拨付相对较低比例的资金[9]。Medicaid的运作基于一种独特的合作联邦主义模式[10]。联邦政府负责确立Medicaid的总体原则,而各州在救助标准、覆盖范围和服务项目上拥有较大的自主权,因此各州政策差异显著。救助对象分为强制型和选择型两类,强制型包括联邦政府规定的低收入群体及贫困家庭儿童,选择型由各州自行纳入,如老年人、少数民族、残疾人等[2]。服务项目包括住院、门诊、X线检查等必备项目,各州也可以提供选择性的医疗服务项目,如牙科服务、理疗等,费用由州政府承担[11]。Medicaid由管理式医疗(managed care)组织通过与医疗服务提供者签订网络合同,为符合条件的低收入者提供医疗服务的管理与支付,并以固定费用从州政府获得资金。该制度由《社会保障法》《平价医疗法案》等法律保障实施,在强调个人责任与市场作用的同时,发挥政府在托底保障中的重要作用。

(四)混合型模式:新加坡和澳大利亚

1. 新加坡医疗救助制度

新加坡医疗救助制度是由普惠性医疗津贴和针对低收入群体的专项医疗救助计划两部分构成[12],由卫生部负责管理。它的资金主要来源于中央公积金和政府财政补贴,其中中央公积金是一项强制性的个人医疗储蓄计划,由雇主和雇员共同承担。在普惠层面,所有居民在公立医院就诊均可享受政府津贴,但津贴比例按照病房等级实行差异化补贴,病房等级越低,津贴比例越高[2]。在专项救助层面,保健基金计划、专科门诊补助增强计划、药物补贴计划和社区健康援助计划四部分构成了专项

医疗救助计划，覆盖住院、门诊、牙科及药物等多项服务[13]。其中，保健基金计划作为最后安全网，主要针对无力支付医药费用的贫困者，通过严格的家庭经济状况调查机制确定救助对象；社区健康援助计划只针对新加坡公民，根据家庭收入分级提供援助；专科门诊补助增强计划和药物补贴计划救助对象界定标准与社区健康援助计划一致，以减轻居民特别是中低收入者的医疗负担。此外，新加坡医疗救助还广泛动员社会力量积极参与，实行多方共担原则，以缓解政府压力。

2. 澳大利亚医疗救助制度

澳大利亚以国家医疗保险体制为基础，公私混合模式为特征，全民医保（Medicare）计划为核心，辅以私人医疗保险（PHI），共同构成了公私混合的服务框架[13]。在这一混合模式下，医疗救助制度并非独立的救济体系，而是基于国家医疗保险和药物津贴计划（PBS）建立，通过提高福利水平的方式为弱势群体提供支持。医疗救助资金主要来自政府财政和医疗保险税，救助对象根据家庭收入、年龄、卫生服务需要等情况确定，包括享受政府津贴的低收入人群或者家庭[1]。联邦服务部针对不同人群发放相应的福利健康卡，实施差异化福利待遇。持卡者可在Medicare覆盖的公立医院服务、全科医生（GP）门诊、专科医生转诊、部分影像学检查以及处方药等方面享受福利待遇。澳大利亚通过按比例报销或者免除国家医疗保险覆盖范围内的自付费用来进行救助。研究显示，澳大利亚自付费用在国际上属于较高水平，2019—2020年澳大利亚在医疗自付费用上支出约298亿澳元，其中超60亿澳元用于医疗保险补贴的院外服务和处方药[14]。这说明在混合模式下，患者仍承担一定比例费用。《健康保险法》作为Medicare的法律基石，明确了其福利范围、资金来源和运营机制。

尽管六个国家属于四种不同模式，但其医疗救助制度在某些方面存在共性特征。①均以兜底保障为基本功能。无论是以全民普惠为目标的英国，还是以市场保险为主体的美国，医疗救助制度的核心任务都是确保弱势群体能够获得基本医疗服务，防止因病致贫现象发生。②均依赖收入或资产调查进行对象识别。英国通过“NHS低收入方案”审查收入与资产；德国和日本以家庭收入与卫生支出作为救助门槛；美国的Medicaid将收入低于联邦贫困线一定比例作为核心标准；新加坡的保健基金设有严格的家庭经济状况调查；澳大利亚则根据家庭收入、年龄、卫生服务需求等提供福利健康卡。③均通过法律予以规范保障。各国医疗救助制度均有明确的法律依据：如英国的《济贫法》，日本的《健康保险法》，德国的《社会法典》等。④均注重与主体医疗保障制度的衔接。如英国将救助制度内嵌于NHS，德国和日本将救助制度嵌入全民医保框架，澳大利亚将救助融入Medicare与药物津贴计划等。

二、我国医疗救助制度

我国的医疗救助制度始于21世纪初，其发展历程与国家医疗保障体系的完善密切相关。自2003年民政部、卫生部和财政部联合提出关于实施农村医疗救助的意见以来，我国逐步建立了针对贫困人口和弱势群体的医疗救助政策[15]。这一政策的出台标志着我国医疗救助制度从无到有迈出了关键一步。随后通过试点推广，医疗救助制度在全国范围内得以实施，并逐渐成为我国社会保障体系的重要组成部分。特别是在2011年东北农村残疾人社会保障与服务体系的调研后，相关政策进一步完善，强调了对农村残疾人等特殊群体的关注和支持[16]。同时，近年来随着社会救助体系的不断健全，医疗救助制度也在逐步向城市扩展，形成了覆盖城乡的基本框架[17]。

医疗救助制度作为中国“1+3+N”多层次医疗保障体系中的托底层，承担着兜底保障功能。《国务院办公厅关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的意见》（国办发〔2021〕42号）中明确，我国救助对象主要包括低保对象和特困人员、低保边缘家庭成员、农村易返贫致贫人口、因病致贫重病患者。医疗救助资金的来源主要是政府财政，彩票公益金和社会捐款等作为补充[17]。医疗救助制度对困难群众采取分类保障、应保尽保，通过资助参保和费用报销提供托底支持。救助范围涵盖住院、慢性病和重病门诊费用，以及政策内自付费用。在待遇标准上，对特困人员和低保对象基本不设起付线、救助比例不低于70%；其他救助对象按类别设置不同起付标准，一般为当地上年居民人均可支配收入的10%~25%，救助比例相应降低。我国现行医疗救助制度虽已初步建立，但其法律支撑体系尚未健全，存在立法层级不高、制度体系不完善等问题，制约了该制度在保障困难群众基本医疗权益、防范因病致贫返贫等方面功能的充分发挥。

三、不同国家医疗救助制度比较

本文将我国与其他六个国家医疗救助制度的运行效果进行比较和分析，具体如表1所示。可以发现，我国的医疗救助制度在实践中仍面临一些挑战和问题。目前，国家层面缺乏专门针对医疗救助的法律体系，多以“意见”“通知”等规范性文件为主[18]，对救助对象的界定、标准、程序等关键环节缺乏明确统一的硬性规定，导致各地执行标准不一；在资金筹集方面，医疗救助资金高度依赖政府财政拨款，多渠道筹资机制尚不健全；在救助对象

识别方面，当前特困人员和低保对象的认定标准相对明确，但低保边缘家庭成员、因病致贫重病患者的认定标准存在明显的地区差异，尚未形成全国统一标准[19]。此外，部门间数据壁垒尚未完全打破，难以精准识别所有符合条件的困难群众，导致部分地区出现应救未救、应享未享的问题。

表1 典型国家医疗救助制度比较

比较内容	中国	英国	日本	德国	美国	新加坡	澳大利亚
制度模式	政府主导的托底保障模式	贝弗里奇模式	俾斯麦模式	俾斯麦模式	市场保险模式	混合型模式	混合型模式
救助逻辑	政府兜底，精准帮扶困难群体，保基本、防因病致贫	全民普惠，救助内嵌于免费医疗	以全民医保为基础，进行精细化管理	社会医疗保险为主，救助为辅	市场为主，政府仅兜底保障弱势群体	个人责任优先，政府兜底	普惠保障，实行差异化补贴
政府和市场关系	政府主导，市场补充	政府全面主导，市场发挥作用极弱	政府对社会保险进行立法和监督，市场发挥作用弱	政府对社会保险进行立法和监督，服务主要由私营机构提供	政府作为合同监管者和资金拨付者，市场承担主要职责	政府仅在极端情形下实施救助，市场参与程度较低	政府承担统筹职能，市场补充
覆盖对象	低保对象、特困人员、低保边缘家庭成员、农村易返贫致贫人口、因病致贫重病患者	低收入者、老年人、残疾人以及领取国家或政府津贴或享受免税政策的人群	低收入家庭、残疾人士、老年人等弱势群体	参保仍有困难的人群以及因病致贫的低收入和特困家庭	符合条件的低收入个体、儿童和家庭（各州标准不同）	低收入群体、慢性病患者、老年人等	享受政府津贴的低收入人群或者家庭
资金来源	政府财政拨款为主，社会捐赠等为补充	政府税收和社会保险	雇员和雇主的工资缴款	政府财政和部分养老金	联邦和州政府的财政拨款	中央公积金和政府财政补贴	政府财政和医疗保险税
核心保障内容	住院费用救助、门诊慢性病费用救助、大病保险倾斜补助等	住院服务、门诊服务、眼科、牙科、预防、复健等多元医疗救助服务	覆盖社会医疗保险未包含的医疗费用，如部分药物、眼镜、牙医服务费用补贴	基本医疗诊疗、药品、住院、康复等费用补助	住院、大额门诊费用补助	基本医疗服务、药品费用、康复护理、长期护理等费用补助	免费或低收费的住院、门诊、急救、预防保健等基础医疗服务
制度核心特点	兜底性强，聚焦“因病致贫”问题，与基本医保、大病保险衔接紧密	公平性优先，全民可享基础保障，救助针对性解决低收入群体额外负担	全民覆盖，保障均衡，救助与强制医保深度融合	强制性参保，雇主雇员共担成本，救助减轻弱势群体缴费与自付压力	救助范围窄，依赖商业保险补充，各州制度差异大	储蓄与救助结合，强调个人责任，政府兜底大额医疗风险	福利性突出，政府主导医疗资源配置，救助覆盖重点困难群体

四、对我国医疗救助制度的启示

公平正义是社会制度的基石，而医疗救助制度是这一理念在公共卫生领域的直接实践，它通过为弱势群体提供基本医疗服务，努力缩小因收入、身份等因素造成的健康不平等。福利经济学理论强调通过优化资源配置来实现社会整体福利的最大化，根据它的观点，医疗救助作为一种公共服务，能够有效纠正医疗领域的市场失灵，确保弱势群体获得基本医疗保障，从而提升社会总福利水平[20]。而社会正义理论则认为健康是每个公民的基本权利，医疗救助制度通过对低收入群体、残疾人及老年人等弱势群体提供倾斜性保护，从而缩小不同社会阶层之间的健康差距，实现社会公平与正义。这些理论不仅为医疗救助制度的合法性奠定了基础，也为各国在具体实践中制定相关政策提供了指导。因此，医疗救助制度的完善方向需要以公平正义为核心，回归到制度本身。

（一）推进医疗救助法治化建设

医疗救助制度的正常运行离不开法律法规的支持，上述典型国家都已建立相对成熟的法律体系，如美国的《社会保障法》（1935年）、日本的《生活保护法》（1950年）、英国的《国民健康服务法》（1946年）。我国医疗救助制度与其他国家相比发展较晚，目前我国现有法律体系存在法律层级偏低、制度碎片化、衔接机制不畅等问题。有研究指出，我国医疗救助制度法规建设滞后，缺乏统一的法律规定，容易发生骗取、滥用救助金等现象[21]。2026年

《中华人民共和国社会救助法》的正式施行,标志着我国社会救助领域的法治化建设迈出了关键一步。该法确立了救助的基本原则和核心内容,然而在统一各地执行标准等方面仍有待后续配套法规的进一步明确。

(二)拓宽筹资渠道

我国医疗救助资金来源渠道单一,基本依靠政府财政进行补助,彩票公益金和社会捐款虽然是补充资金,但其占比较低,导致财政压力加剧[22]。在资金层级方面,我国医疗救助资金过度依赖地方政府,中央和省级的补助虽存在,但地方政府压力巨大[23]。目前社会慈善力量参与医疗救助的监管机制、信息披露制度不完善,公信力有待加强[24],可以通过搭建公开透明的募捐平台,依托省级或国家级平台,整合发布救助需求,公开资金流向,提升慈善公信力。同时可以学习借鉴日本的经验,积极推动与普惠性商业健康保险的衔接,通过政府为困难群体投保,设定差异化保费或待遇等方式,引导惠民保等产品承接部分救助功能。

(三)发挥中央顶层设计作用

我国地区发展不平衡,经济发达地区财政充裕,社会资源丰富,筹资相对容易;而经济欠发达地区则是医疗救助需求最大、财政最紧张的地区,容易形成恶性循环。政府应继续发挥顶层设计作用,统一救助标准、资金管理规范和信息系统建设,同时赋予省级及以下政府更大自主权,允许其根据当地经济水平、医疗资源状况动态调整救助对象范围、服务内容和支付方式[25],支持有条件的地区开展医疗救助与基本医保、商业健康保险、社会慈善的整合试点。同时可以借鉴美国FMAP计算公式,确立适合我国的中央财政医疗救助配套率,根据各省人均收入、医疗成本等因素,确定中央与地方的分担比例。并且对中西部财政困难的地区提高补助比例,增强其救助能力,推动医疗救助从兜底保障向促进健康、防止返贫的战略转型。

(四)提升救助对象精准识别能力

从国家层面要加快推动相关法律法规的出台,明确各部门在信息共享中的责任与义务,规范数据使用流程,切实保护救助对象的隐私[19]。同时要拓展监测范围,在现有的低收入人口动态监测平台基础上继续增大监测维度,从单一的收入标准转向多维度的风险监测。此外,还应加强政策宣传,确保救助政策真正惠及有需要的群体,依托现有基层网格化管理体系,调动社区工作者、志愿者、网格员等力量,建立便捷的信息上报与响应机制。通过积极鼓励社会力量参与,构建政府主导、多元协同的救助发现网络。

(五)优化先保险后救助的梯次减负机制

俾斯麦模式下的日本和德国通过衔接社会保险和社会救助实现了医疗救助的有效运转。目前我国已建立了基本医保、大病保险和医疗救助三重梯次减负机制,并在经办层面通过一站式结算实现了三重保障的有效衔接,应坚持先保险后救助的逻辑,进一步完善各层次之间的责任划分标准,明确救助的标准、比例和封顶线等,避免因功能重叠和交叉导致资源错配,同时需继续完善大病保险对困难群众的倾斜支付政策。

参考文献

[1] 薛秋霁,孙菊,姚强. 全民医保下的医疗救助模式研究——英国、澳大利亚、德国的经验及启示[J]. 卫生经济研究,2017,34(2):49-54

[2] 杨自根. 国外弱势群体医疗救助的实践及启示[J]. 卫生经济研究,2017,34(1):58-60

[3] 余臻峥. 国外典型国家医疗救助制度经验及其借鉴[J]. 现代商贸工业,2010,22(19):97-98

[4] Kusaoi M, Murayama G, Tamura N, et al. Reimbursement for therapeutic apheresis devices and procedures for using the healthcare insurance system in Japan[J]. Ther Apher Dial,2020,24(5):530-547

[5] Yuda M. Healthcare utilization under a comprehensive public welfare program: evidence from Japan[J]. Front Public Health,2022,10:895679

[6] 王磊,姜兆刚. 日本医疗救助制度及对中国的启示[J]. 理论界,2021(5):1-7

[7] Schut F T, Henschke C, Or Z. Changing roles of health insurers in France, Germany, and the Netherlands: any lessons to learn from Bismarckian systems?[J]. Health Econ Policy Law,2023,18(4):362-376

[8] Jens S. Die PKV im Spagat zwischen freiheitlichem Versicherungssystem und sozialpolitischer Verantwortung[J]. Z Für Wirtschaftspolitik,2012,61(3):310-319

[9] 张焘,马翠花. 美国医疗救助制度的得与失[J]. 人民论坛(中旬刊),2011(3):176-177

[10] Huberfeld N, Watson S, Barkoff A. Struggle for the soul of Medicaid[J]. J Law Med Ethics,2020,48(3):429-433

[11] 毕芳,任苒. 美国医疗救助制度沿革及其对我国的启示[J]. 中国卫生资源,2007,10(1):41-43

[12] Landon B E, Larkin S, Elshaug A G. Challenges of a supplemental private option under national health insurance-observations from Australia[J]. JAMA Intern Med,2021,181(4):421-422

[13] 孙菊. 新加坡医疗救助制度及经验启示[J]. 中国卫生经济,2017,36(8):93-96

[14] Law H D, Marasinghe D, Butler D, et al. Progressivity of out-of-pocket costs under Australia's universal health care system: a national linked data study[J]. Health Pol-

icy,2023,127:44-50
[15] 严妮,李静萍. 我国农村残疾人医疗救助制度建设分析[J]. 社会保障研究,2014(1):14-19
[16] 李明坤,杜昕昱,刘远立. 我国医疗救助制度发展现状及建议[J]. 中国卫生经济,2024,43(6):50-53
[17] 孙会,宋璐璐,魏春艳. 城乡医疗救助制度发展趋势初探[J]. 地方财政研究,2013(9):66-68
[18] 满洪杰. 从健康权角度看医疗救助的法治化[J]. 西北大学学报(哲学社会科学版),2022,52(6):35-49
[19] 李秀丽,金今花,张美丽,等. 我国医疗救助制度的功能受限困境及其优化建议[J]. 中国卫生经济,2021,40(5):29-32
[20] 孙婵,陈云良. 医疗救助制度立法生成的理论逻辑[J]. 社会科学家,2019(4):104-112
[21] 任珂,陈杏. 中国医疗救助政策演进与改善策略探索[J]. 中国卫生事业管理,2020,37(3):166-170
[22] 任珂,曾理斌,杨晓胜. 城乡医疗救助制度之现状、问题与对策[J]. 南京医科大学学报(社会科学版),2015,15(1):11-14
[23] 蒋美华,徐浩然,韩虹谷. 我国医疗救助事业的发展:历程、现状及对策研究[J]. 齐齐哈尔大学学报(哲学社会科学版),2023(2):83-87
[24] 赵国强,孙晓杰,邵雨辰. 我国慈善组织参与医疗救助的现状及困境分析[J]. 卫生经济研究,2019,36(2):16-19
[25] 朱铭来,胡祁. 中国医疗救助的对象认定与资金需求测算[J]. 社会保障评论,2019,3(3):132-146

(本文编辑:姜 鑫)

Comparison of medical assistance systems in representative countries and implications for China

Wang Xinyue, Yang Jinxia
School of Health Management, Anhui Medical University, Hefei 230032, China

Abstract: The medical assistance system is an important part of the multi-level healthcare security system, and a key institutional mechanism to promote equity and justice. As representatives of four typical medical insurance models, including the Beveridge model, the Bismarck model, the market-based insurance model and the mixed model, six developed countries, namely the United Kingdom, Japan, Germany, the United States, Singapore and Australia, have developed more mature and comprehensive medical assistance systems. This study systematically reviews and compares the current situation of medical assistance systems in these six countries and China to identify the problems that need to be solved and improved in China´s medical assistance system. Drawing on international experience, this study puts forward relevant suggestions, including improving the legal and regulatory framework, expanding financing sources, enhancing the function of central top-level design, strengthening the accurate identification of eligible beneficiaries and optimizing the tiered financial burden reduction mechanism that prioritizes insurance before assistance, aiming to promote universal health coverage in China.

Key words: medical assistance; healthcare security; international comparison; implications