

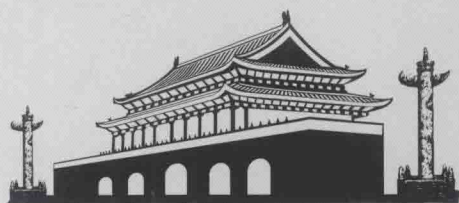


NSFC

国家自然科学基金重点项目

中国基本医疗保险制度： 评价与展望

方鹏骞 张霄艳 主编



华中科技大学出版社

<http://www.hustp.com>

中国基本医疗保险制度： 评价与展望

主 编 方鹏骞 华中科技大学同济医学院

张霄艳 华中科技大学同济医学院

副主编 乐 虹 华中科技大学同济医学院

周尚成 湖北医药学院

编 委 (按姓氏笔画排序)

方 子 华中科技大学同济医学院附属同济医院

尹小钢 华中科技大学同济医学院

王碧艳 广西中医药大学

付 晓 华中科技大学同济医学院

关云鹏 华中科技大学同济医学院

刘 焱 华中科技大学同济医学院

杨兴怡 华中科技大学同济医学院

李 俊 华中科技大学同济医学院

李剑如 华中科技大学同济医学院

陈 婷 华中科技大学同济医学院

林振威 华中科技大学同济医学院

赵圣文 滨州医学院

唐昌敏 华中科技大学同济医学院

韩秋霞 华中科技大学同济医学院

黎 夏 华中科技大学同济医学院



华中科技大学出版社

<http://www.hustp.com>

中国·武汉

内 容 提 要

本书是受国家自然科学基金重点项目“基于利益均衡和制度整合的我国全民医疗保险体系构建和制度安排研究”(713300065)资助的研究成果。本书全面梳理了社会保障核心理念、发展进程、理论派别、体系与模式、保障基金、立法与管理等问题,以及世界各国在医疗保险体系建设方面的经验和教训,提出了中国医疗保险体系存在的主要问题。

图书在版编目(CIP)数据

中国基本医疗保险制度:评价与展望/方鹏骞,张霄艳主编. —武汉:华中科技大学出版社,2015.4
ISBN 978-7-5680-0807-5

I. ①中… II. ①方… ②张… III. ①医疗保险-保险制度-研究-中国 IV. ①F842.684

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2015)第 079546 号

中国基本医疗保险制度:评价与展望

方鹏骞 张霄艳 主编

策划编辑:车 巍

责任编辑:孙基寿

封面设计:原色设计

责任校对:马燕红

责任监印:周治超

出版发行:华中科技大学出版社(中国·武汉)

武昌喻家山 邮编:430074 电话:(027)81321913

录 排:华中科技大学惠友文印中心

印 刷:湖北新华印务有限公司

开 本:787mm×1092mm 1/16

印 张:13.25 插页:2

字 数:332千字

版 次:2015年11月第1版第1次印刷

定 价:68.00元



华中出版

本书若有印装质量问题,请向出版社营销中心调换
全国免费服务热线:400-6679-118 竭诚为您服务
版权所有 侵权必究

前言



□ □ □ □ □ □

社会保障制度是现代社会的“安全网”，是事关社会稳定与经济社会协调健康发展的“稳压器”。其中，医疗保障制度是我国社会保障体系的重要组成部分，在促进我国经济发展、保障人民健康以及维护社会安定中发挥着重要作用。自 20 世纪 50 年代开始，中国开始建设有时代特色的医疗保险体系，经过多年的改革探索，目前已形成由城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗构成的中国基本医疗保险体系。本书结合当前的政治、经济、社会发展等因素，对三大基本医疗保险制度进行全面、系统、深入的评价，剖析改革中存在的问题和面临的挑战，对推进后续改革，进一步完善我国基本医疗保险制度，构建公平、可持续的社会保障体系有着重要意义。

本书是受国家自然科学基金重点项目“基于利益均衡和制度整合的我国全民医疗保险体系构建和制度安排研究”(713300065)资助的研究成果。

首先，本书从社会保障和医疗保险的基本理论出发，全面梳理了社会保障核心理念、发展进程、理论派别、体系与模式、保障基金、立法与管理等，系统地总结和挖掘了世界各国在医疗保险体系建设方面的经验和教训，对中国医疗保险体系存在的主要问题进行了研判。其次，本书回顾了新中国成立以来中国医疗保险体系的制度变迁中关乎成败的社会经济及人口因素，探讨了在我国建成并完善健康保障系统的过程中，在经济发展机遇期，如何使健康保障系统与人口、经济等因素协调发展。再次，本书在确定全民医疗保险制度效果评价的功能、原则、价值取向、内容和方法的基础上，构建了我国全民医疗保险制度的评价指标体系，为开展客观的全民医疗保险制度效果评价提供了科学的评价工具。另外，对于我国医疗保险制度的整合，从社会学、经济学、法学等多视角进行分析，对当前的制度分割造成的负面影响进行了剖析，明确了加快推进城乡基本医疗保险制度整合的意义，分析了我国各地区实施城乡基本医疗保险制度整合的现状。最后，探讨了社会医疗保险参与医疗服务购买方式、医疗保险谈判机制研究的理论基础，评述了国际医疗保险谈判机制现状、概况，可为我国建立可行的医疗保险谈判机制提供参考。

本书的编写得到了中国医疗保险研究会、湖北省卫生和计划生育委员会医改办、湖北省卫计委新农合办公室、湖北省人力资源和社会保障厅及医疗与生育保险处、湖北省医疗保险管理局等各级领导、学术同仁及社会各界多方的支持和帮助。本书由华中科技大学同济医学院、华中科技大学同济医院、华中科技大学健康政策与管理研究院、湖北医药学院的各位编者共同编写。本书的出版得到了华中科技大学出版社的鼎力支持。在此表示衷心



的感谢!本书的编写参阅了大量文献,特此对文献原作者表示敬意和感谢!鉴于医疗保险制度改革涉及的理论、方法等较广,加之编者水平有限,书中难免存在不足之处,敬请广大读者批评指正。

编 者

目录



□ □ □ □ □ □

第一章 中国特色医疗保险理论体系构建 /1

第一节 文献计量分析 /2

第二节 我国医疗保险体系发展问题研判 /4

第三节 我国医疗保险体系的价值体系研究——伦理取向与价值判断 /19

第四节 医疗保险体系的政治分析与政策研究 /24

第五节 中国全民医疗保险政策愿景 /33

第二章 基于经济与人口变迁的中国医疗保险发展战略与目标构建 /41

第一节 文献计量分析 /42

第二节 我国三大基本医疗保险制度发展历程概述 /44

第三节 经济发展对医疗保险制度的影响 /46

第四节 人口变迁对医疗保险制度的影响 /50

第五节 构建协调发展的医疗保险制度的困难与挑战 /54

第六节 建设中国特色全民医疗保险体系的构想 /57

第七节 展望 /62

第三章 全民医疗保险制度的效果评价 /69

第一节 医疗保险制度效果评价的计量分析 /70

第二节 概述 /80

第三节 全民医疗保险效果评价的价值取向 /94

第四节 全民医疗保险效果评价内容概述 /100

第五节 国际全民医疗保险制度效果评价概况 /102

第六节 国内全民医疗保险运行现状及效果评价 /106

第七节 全民医疗保险制度效果评价指标体系构建的总体设计 /138

第八节 全民医疗保险制度效果评价中值得探讨的问题 /146

第四章 全民医疗保险制度整合模式与优化机制研究 /151

第一节 医疗保险制度整合的文献计量分析 /152

第二节 医疗保险制度整合的相关概念 /154

第三节 医疗保险制度整合研究的不同视角分析 /155



- 第四节 我国实施城乡基本医疗保险制度整合的形势分析 /160
- 第五节 我国各地区实施城乡基本医疗保险制度整合的现状分析 /164
- 第六节 建议与展望 /168

第五章 医疗保险谈判机制研究 /173

- 第一节 医疗保险谈判文献计量分析 /174
- 第二节 医疗保险谈判文献内容分析 /185
- 第三节 医疗保险谈判机制研究的理论基础 /189
- 第四节 国际医疗保险谈判机制现状概况 /195
- 第五节 典型国家医疗保险谈判现状剖析——以德国为例 /201

第一章 中国特色医疗保险 理论体系构建



.....

.....



本章旨在论述中国特色医疗保险理论体系的构建。一方面从社会保障和医疗保险的基本理论出发,在全面梳理社会保障核心理念、发展进程、理论派别、体系与模式、保障基金、立法与管理等方面内容的基础上,系统总结和挖掘世界各国在医疗保险体系建设方面的经验和教训,研判中国医疗保险体系存在的主要问题。另一方面从伦理学(制度伦理学、公共健康伦理学)的角度解析和谐社会背景下“以人为本”的医疗保险伦理价值体系,形成中国特色医疗保险系统的基本价值判断与伦理取向;从政治学、公共管理学、公共政策学的视角构建中国医疗保险体系改革的政治愿景、政治分析和政策策略。研究内容包括中国医疗保险体系发展问题研判、我国医疗保险体系的价值体系研究、医疗保险体系的政治分析与政策研究以及中国全民医疗保险政策愿景。

中国医疗保险体系发展问题研判从我国医疗保险体系发展历程(包括我国早期医疗保障发展概况和我国现阶段医疗保障发展状况两方面)着手,通过对比分析国外主要医疗保障体系治理理念,最终提出我国医疗保险体系存在的主要问题。

医疗保险体系的政治分析与政策研究首先系统分析我国医疗保险体系的政治生态环境与功能,运用博弈的方法讨论医、保、患三方竞争合作关系,并提出建立全民性的医疗保障体制框架、发挥政府职能,履行政府支付责任、设立监管机构,保证参保人利益、推进卫生事业改革,完善社区医疗保健体系、防范道德风险,提高公共意识等政策建议。

第一节 文献计量分析

一、确定文献收集年限与范围

(一)文献检索年限跨度

2000年1月至2014年12月。

(二)文献检索范围

中文数据库主要检索范围包括中国学术期刊网络出版总库、中国博士学位论文全文数据库、中国优秀硕士学位论文全文数据库、中国重要会议论文全文数据库、中国年鉴网络出版总库、中国经济社会发展统计数据库及万方知识服务平台、万方医学网期刊及学位论文数据库、维普数据库及超星数字图书馆、超星读秀中文学术搜索、皮书数据库等中文数据库,同时依托于华中科技大学近400万册纸质图书,以北京大学中文核心期刊目录收录期刊及其他高质量循证数据为主,兼顾科技统计源期刊及其他期刊中高质量经典文献。文献类型包括期刊论文、学位论文、会议论文、图书、统计年鉴、皮书等;本研究中社会医疗保障体系核心价值体系构建,政府责任、各利益相关方博弈、各国社会医疗保障体系建设经验及价值评判等内容借鉴了国外经典著作及最新权威文献成果,中国社会医疗保险体系发展历史综述部分仅限于国内文献。因国外文献中仅引用了经典著作及最新文献成果,未纳入文献评阅。

(三)文献检索内容及检索关键词的确定

梁启超曾说:“资料,从量的方面看,要求丰备;从质的方面看,要求确实。所以资料搜



罗和别择,实占全工作十分之七八。”可见文献查阅与收集工作的重要性,根据本章研究内容的结构划分,我们采取分层递进策略逐级检索,力求得到不同领域的研究进展全貌,并摘取其中重要期刊包括全部核心期刊加以阅读分析。首先考察了社会医疗保障理论体系伦理取向与价值判断,选取社会医疗保障、社会医疗保险、伦理、价值四个关键词,检索途径为主题检索,即在题名、关键词、摘要中进行检索,兼顾了查全与查准,检索范围为中国知网、万方数据库、维普数据库三大中文数据库,组合检索式为“(主题=社会医疗保障 or 主题=社会医疗保险)and(主题=价值 or 主题=伦理)”,对三大数据库分别进行检索并利用文献管理软件 NoteExpress 进行查重后得到 210 篇文献,其中学位论文 120 篇,期刊论文 74 篇,其中核心期刊 36 篇,博士学位论文及核心期刊内容均加以详细研读,其他期刊参阅其摘要。

根据同样的方法,通过大量阅读与医疗保险和卫生政策相关核心期刊,理顺本研究的重点研究方向,构建全文研究逻辑框架,确定整个文献研究的提纲和侧重内容,我们分别将“我国医疗保险体系+发展”、“我国医疗体系+存在问题”、“国外医疗保险+治理理念”、“医疗保险+政治环境”、“医疗保险+博弈”作为关键词,在中国知网、万方数据库、维普数据库等文献检索库中进行精确匹配,共检索得到文献 55 篇。

二、收录文献概况分析

从图 1-1 可以看出,社会医疗保障价值取向与伦理研究文献数量大体呈逐年递增趋势,特别是 2009 年新医改实施以来,出现一个研究高峰,2014 年回落态势可能因为 2014 年第四季度电子文献尚未入库所致,近几年呈现平稳态势,可以预见,在我国社会医疗保障事业快速推进与急剧变革的阶段内,关于社会医疗保障核心价值与伦理的研究必将成为一个持久讨论的话题与政策制定与评价方面需要首要考虑的重大课题。

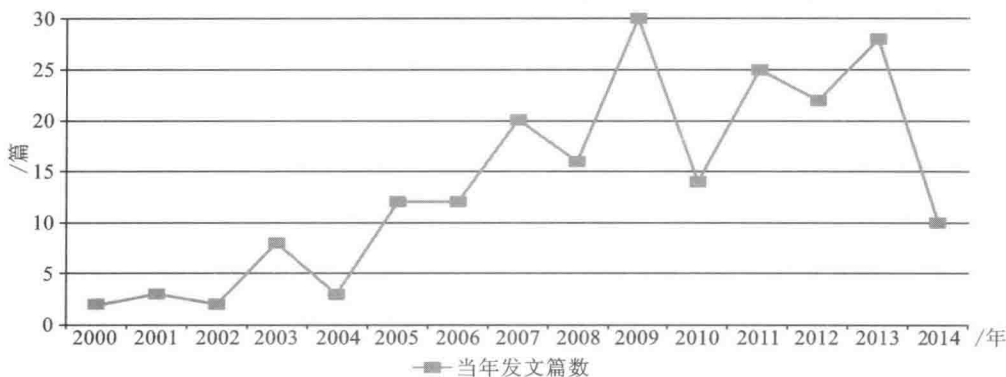


图 1-1 社会医疗保障价值取向与伦理研究文献各年发文数

中国医疗保险体系发展问题研判文献检索结果见表 1-1。

表 1-1 中国医疗保险体系发展问题研判文献检索结果

检 索 词	文献数/篇
我国医疗保险体系+发展	11
我国医疗体系+存在问题	14



续表

检 索 词	文献数/篇
国外医疗保险+治理理念	8
医疗保险+政治环境	10
医疗保险+博弈	12
合计	55

对于以上检索方式检索的文献以以下标准进行收录:①剔除重复文献(15篇);②剔除单纯通知型文献(9篇);③剔除医疗保险体系研究为非主要研究或研究内容过少的文献(20篇)。按照以上标准共收集文献17篇(表1-2、表1-3)。

表 1-2 社会医疗保险发展历史及现况研究研读文献发文年份对比

年 份	文 献 数	百分比/(%)
2005	1	5.88
2006	3	17.65
2007	1	5.88
2009	6	35.30
2010	1	5.88
2011	1	5.88
2012	1	5.88
2013	3	17.65
合计	17	100

表 1-3 社会医疗保险发展历史及现况研究研读文献来源分析

论文或杂志	文 章 数 量	百分比/(%)
硕博论文	9	52.94
经济类杂志	1	5.88
管理类杂志	3	17.65
大学学报	4	23.53
合计	17	100.00

分析发现,关于我国社会医疗保险体系发展历程、存在问题、伦理取向与价值判断、政治生态环境与博弈分析方面的研究,其研究方法以定性分析为主,定量研究较少。涉及资料来源的文献中,均是利用二次资料法,大多引用各年卫生和计划生育统计年鉴数据或日常报表资料、工作记录。

第二节 我国医疗保险体系发展问题研判

社会保障制度是国家以再分配为手段而达到社会安定目标的一种正式的制度安排,它



的主要内容包括社会保险和社会救济及社会福利制度。社会保障制度的目标是保证劳动力再生产、社会安定和经济稳定增长,它是一种社会制度,也是一种经济制度,其目标是双重的,既是社会的“稳定器”,也是一种宏观经济调控制度。

社会保障制度的责任主体是国家:一方面国家通过立法提供社会保障制度的法律制度框架;另一方面国家行政机构政府在此法律框架下,依法规划、组织和实施各项社会保障计划。社会保障制度通过再分配保证社会公平,以贡献、能力为依据的初次分配势必会造成较大贫富差距,为了舒缓由此导致的社会张力,政府有必要从社会公正的立场进行再分配,政府也是唯一有能力组织和实施国民收入再分配的主体。此外,社会保障制度的实施具有强制性,政府以一般税(费)形式强制征集社会保障基金,以保证某一社会保障项目的支出。社会保障制度提供的是基本生活需求的保障,首先社会保障项目与社会成员生存有关,其次,保障水平应限于社会成员的基本生活需求。社会保障制度主要由社会保险、社会救济、社会福利、特殊保障构成。

医疗保障是现代政府职能的重要组成部分,是通过立法途径规定国家、企业和个人之间的权利与义务关系,动员全社会的医疗卫生资源,筹集和支付医疗保障基金,并通过组织有效的卫生服务提供和医疗物资提供,包括药品、疫苗和医疗器械等必要的物资保障,最大限度地分担社会成员的疾病风险,保障人群健康的重要社会保障制度安排。

社会保险是以国家立法强制征集社会保险税(费),并形成社会保险基金,当劳动者及其亲属因劳动者年老、疾病、工伤、残疾、生育、死亡、失业等风险引起经济损失、收入中断或减少时,以社会保险给付支付给受益人,保证其基本生活需求的社会保障制度。社会保险对社会经济生活影响的广度和深度超过其他制度,因此成为社会保障制度中的核心部分。

社会医疗保障主要由社会医疗保险、私人医疗保险、国家卫生服务、医疗救助制度和特殊人群医疗保障等组成,一般国家医疗保障的主体是社会医疗保险。

医疗保障体系是指一个国家医疗保障构成的各种要素的集合。一般包括医疗保障的法律法规和制度,医疗、医药机构和提供看病等医疗服务的机构,医保经费的筹集、分配和支付,医疗保障的管理,经办和监督等要素。

一、我国医疗保险体系发展历程

(一)我国早期医疗保障体系发展概况

我国早期的医疗保障体系是由机关事业单位的公费医疗、城镇国有企业和集体企业的劳保医疗以及农村合作医疗三部分组成的,其主体部分是面向城镇职工的公费医疗与劳保医疗。

1. 我国早期医疗保障体系的建立与演变

1) 劳保医疗制度的建立与演变

劳保医疗制度的建立始于政务院 1951 年 2 月公布试行并在 1953 年修订公布的《中华人民共和国劳动保险条例》。该条例规定,劳保医疗的享受对象主要是国有企业职工,县以上的城镇集体所有制企业职工可以参照执行。这一制度规定,企业职工在医疗方面(工伤除外)享有如下待遇。第一,职工患病或非因工负伤所需要的医疗费、手术费、住院费及普通药费均由企业负担,贵重药费、住院的膳食费以及就医路费由职工本人负担,若职工经济状况确实有困难,企业可以酌情予以补助。患者是否应该住院或转院治疗,由医院决定。



第二,职工因病或非因工负伤停止工作医疗时,停止工作医疗期间连续在6个月以内者,由企业按其在本企业工龄的长短发放工资,其数额视其工龄长短为本人工资的60%~100%;停止工作连续医疗期间在6个月以上时,按月付给疾病或非因工负伤救济费,其数额为本人工资的40%~60%,直至职工能重新工作或确定残废或死亡时为止。第三,职工因病或非因工负伤医疗终结确定为残废,完全丧失劳动能力退职后,发给非因工残废救济费,其数额按以下情况确定:饮食起居需要别人扶助者为本人工资的50%,饮食起居不需要别人扶助者为40%,直至恢复劳动能力或死亡时为止,部分丧失劳动能力但还能工作者不发给。第四,职工供养的直系亲属患病时可以在该企业医疗所、医院、特约医院或特约中(西)医医院免费诊治,手术费及普通药费由企业承担1/2,贵重药费、就医路费、住院费和住院时的膳食费及其他一切费用,均由本人自理。

1965年,中央在对国家卫生部党委报告的批示中,在要求公费医疗制度适当改革的同时,提出劳保医疗制度的执行也应适当调整的要求。此后,国家卫生部和财政部以及劳动部等部门分别颁布了改进劳保医疗制度管理的通知。

1966年4月,国家劳动部和全国总工会颁布了《关于改进企业职工劳保医疗制度几个问题的通知》,其中对劳保医疗又作了一些新的规定。其中包括“企业职工患病或非因工负伤,在指定医院或本单位附设的医院医疗时,所需的挂号费和出诊费,均由职工个人负担”等内容。

1977年后,国家有关部委又陆续作出了一系列有关基金管理等方面的政策规定,包括进一步明确了职工福利基金的提取渠道和比例等。

1992年至1993年,财政部规定企业按照工资总额的14%提取职工福利费,并规定企业职工福利费主要用于企业的医疗卫生开支和其他职工福利支出;提取职工福利费分别计入企业的成本。这一政策的制定解决了劳保医疗经费的来源和企业职工福利基金的赤字问题。

2) 公费医疗制度的建立与演变

公费医疗制度建立于1952年,当时的政务院颁布了《中央人民政府政务院关于全国各级人民政府、党派、团体及所属单位的国家工作人员实行公费医疗预防的指示》,建立了公费医疗制度。根据这一指示,公费医疗享受的对象主要是各级人民政府、党派、工会、共青团和妇联等社团以及文化、教育、卫生和经济建设等事业单位的国家工作人员和二等以上革命伤残军人,高等院校在校学生。具体待遇规定,除挂号费、营养滋补药品以及整容、矫形等少数项目由个人支付费用外,其他医药费的全部和大部分由公费医疗经费开支。公费医疗经费全部由国家预算拨款,由各级政府卫生行政部门设立公费医疗管理机构管理或者由享受单位自管。1952年,政务院批准发布了《国家工作人员公费医疗预防实施办法》,进一步明确了享受公费医疗待遇人员的范围。

1964年,国务院批转国家卫生部和财政部文件,明确了享受公费医疗人员经批准到外地就医,路费可参照差旅费的规定报销;未经批准的不予报销。

1974年,国家卫生部和财政部作出公费医疗的自费药品的试行规定;1977年,国家卫生部、财政部和劳动部共同规定了公费医疗自费药品的范围。

20世纪70年代末期,公费医疗制度存在的问题日益突出,越来越引起各方面的关注。国家采取了一些措施,如把公费医疗经费从卫生事业费中单列出来。

1979年,国家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》，对公费医疗的有关问题又作出了以下规定：第一，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办法，退休后由民政部门发放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；凡是退休后由原单位发退休金的仍享受原单位医疗待遇，其医疗费用由原单位报销；第二，高等学校带工资的大学生，一律在学位所在地办理公费医疗，不应该回原单位报销医疗费；第三，享受公费医疗的职工，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，不应在公费医疗中开支；第四，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；第五，已经开除公职或劳动教养人员，不属于享受公费医疗待遇的范围，其医疗费用在原单位其他费用中支付；第六，原享受公费医疗待遇的人员退休以后，如果易地安置，由新居住地方的卫生部门安排其公费医疗。

1984年，国家卫生部和财政部联合发出《关于进一步加强公费医疗管理的通知》，明确提出要加强领导，建立和健全公费医疗管理机构和规章制度，严格执行国家规定的公费医疗享受范围和医药费报销的规定；坚持分级分工医疗的原则等，并明确了应积极慎重进行公费医疗制度的改革的方针。

3) 农村合作医疗制度的建立与演变

新中国成立后的农村合作医疗是随着农业合作化的发展而出现的。随着农业合作化的发展，山西、河南和河北等省农村出现了一批由农业生产合作社举办的保健站。1955年初，山西省高平县米山乡建起了合作医疗制度，具体办法是：第一，在乡政府领导下，由农业生产合作社、农民群众和医生共同集资建站；第二，在自愿原则下，每个农民每缴纳2角钱的“保健费”，免费享受预防保健服务，患者治疗免收挂号和出诊等费用；第三，保健站坚持预防为主、送医送药上门，医生分片负责所属村民的卫生预防与治疗工作；第四，保健站的主要经费来源是农民缴纳的保健费、农业社会公益金提取15%~20%和医疗业务收入（主要是药品利润）；第五，采取计工分和发现金相结合的办法解决保健站医生的报酬。这一做法得到国家的认可并被广泛推广。1958年，实现“人民公社化”以后，合作医疗制度发展较快。1960年，全国农业生产大队举办合作医疗制度的达到40%。此后由于国民经济发展经历困难时期，农民无力缴纳保健费，对农村合作医疗制度产生了很大的冲击，一些地方的合作医疗制度甚至陷入了停顿。1978年，五届人大通过的《中华人民共和国宪法》，把“合作医疗”列入进去。1979年，国家卫生部、财政部和农业部等部委下发《农村合作医疗章程（试行草案）》，对合作医疗制度进行了规范（表1-4）。

表 1-4 20 世纪 50 年代末到 80 年代末传统农村合作医疗覆盖率

年 份	农村合作医疗覆盖率/(%)	年 份	农村合作医疗覆盖率/(%)
1958	10.0	1960	32.0
1962	46.0	1968	20.0
1976	90.0	1978	82.0
1980	68.8	1982	52.8
1984	7.6	1985	5.4
1986	4.8	1989	4.8

（数据来源：沈寿文著，《政策与法制——农村合作医疗制度演进浅论》）。

2002年10月，《中共中央、国务院关于进一步加强农村卫生工作的决定》提出了逐步建立新型农村合作医疗制度的思路。提出解决因大病而出现的因病致贫、因病返贫问题；



坚持自愿原则;实行个人缴费、集体扶持和各级政府资助相结合的筹资机制;各地先行试点,取得经验,逐步推广;到 2010 年,新型农村合作医疗制度要基本覆盖农村居民。

2003 年 1 月,国家卫生部、财政部和农业部联合发布了《关于建立新型农村合作医疗制度的意见》,对新型农村合作医疗制度的目标和原则、组织管理、筹资标准、资金管理、医疗服务管理和组织实施作了明确规定。新型农村合作医疗制度试点工作在全国展开。新型农村合作医疗制度是原来合作医疗从低层次的保障向高层次保障的转化,是原来合作医疗的进步与发展,是农村医疗保障制度的初级阶段。

2. 我国早期的医疗保障体系评价

传统医疗保障制度与原有的计划经济体制相适应,应该说在特定的历史阶段起到了积极的作用。对保障人民健康、推动医疗卫生事业的发展、维护社会稳定发挥了重要的作用。

但是,传统医疗保障制度毕竟是在计划经济体制下建立起来的,多年来,基本上没有随着客观情况的变化进行改革和调整。随着社会主义市场经济体制的建立,它已经难以解决市场经济条件下的医疗保障问题,其弊端已日益突出。

这种制度性的弊端突出表现为三个方面:一是统包统揽的福利制弊端,单位和个人没有自我保障和约束;二是单位自我保障所带来的非社会管理弊端,既没有建立稳定的筹资机制,也会导致不同单位负担畸轻畸重,更导致职工待遇苦乐不均;三是医疗与保险一体化运作,没有第三方制约。

这种制度本身存在问题,使得这种制度运行 40 多年来,产生了花费不少、效率低下的结果。具体表现为如下几点。

1) 医疗保障覆盖面窄

从 20 世纪 50 年代初建立起来的公费医疗和劳保医疗制度,其适用对象主要是国家机关、事业单位职工和全民企业职工(大集体企业参照执行),虽然绝对数高,近 1.5 亿,但在全国人口中所占的比例还不到 12%,加上家属也达不到 20%。医疗保障的覆盖面窄,不利于劳动力的合理流动,更不能适应不断增长的医疗保障需要。

2) 国家和单位对职工医疗费用包揽过多

职工不负担或负担很少的医疗费用,缺乏自我保障意识,财政和企业不堪重负。在公费劳保医疗制度实行的后期,绝大多数企业已经无法执行公费劳保医疗制度的规定,而是采取定额包干或按比例报销的办法,一些企业一年也就报销几十元钱,一些困难企业则长年无力报销职工的医疗费。

3) 医疗费用增长过快,浪费严重,财政和企业不堪重负

全国职工医疗费用仅从 1978—1997 年就增长了 28 倍。由 27 亿元增长到 774 亿元,年递增约 19%,而同期财政收入只增长了 6.6 倍,年递增约 1.1%。职工医疗费用的增长速度超过了同期财政的增长速度。同时,据有关部门调查分析,不合理的医疗费用支出占全部医疗费用的 20%~30%。一些医疗单位在利益的驱动下,大量经销贵重药、进口药甚至滋补品、非医疗用品,盲目进口和使用 CT 和磁共振等高档医疗设备,乱收费,高收费。一些职工缺乏节约医疗费用的意识,“小病大养”,“一人劳保,全家吃药”。

不可否认,医疗费用上涨有医疗技术进步、人们的保健意识提高和离退休人员增多等诸多因素,但更主要的是由职工医疗保障的高福利和医疗卫生管理体制上的漏洞造成的。

4) 与社会主义市场经济体制存在冲突和矛盾

公费医疗特别是劳保医疗在不同企业和事业单位之间没有可调剂性,属于单位或企业



“自保”,国有企业承担着就业、养老、医疗和住房保障等社会服务、社会管理及社会保障的责任。这使许多国有企业负担沉重,在市场竞争中步履艰难,不仅阻碍了企业改革的深化,也阻碍了企业职工流动,而改革以来成长起来的各种非公有制企业却没有相应的医疗保障,这显然不能适应建立社会主义市场经济体制的需要。

5) 缺乏合理的医疗经费筹措机制

公费医疗经费由各地财政拨款,人均经费定额随财政收入变化而“浮动”,没有统一的标准。劳保医疗经费在“统包统配”的计划经济体制下,由于亏损企业可以由其主管部门补贴,所以,能够享有盈利企业大致相同的医疗保障待遇。但是,随着经济体制改革的深入,国有企业逐步走向自主经营、自负盈亏,虽然按规定企业可以按工资总额的一定比例提取医疗和福利费,但企业经营效益差时,职工医疗费支出就发生困难。此外,由于公费和劳保医疗费用是由国家和企事业单位包揽的,职工个人缺乏医疗资金的积累,没有年轻时、身体好时积累一定的医疗费用,到年老多病医疗费支付增多时就难于承受。

6) 医疗管理和服务社会化程度低

劳保医疗没有体现企业之间的风险分担。医疗经费以企业为单位提取,自行管理和使用,实际上是一种企业自我保险,这种方式由于未进行社会统筹调剂,造成企业之间医疗费用负担严重不平衡,特别是在与那些未在劳保医疗覆盖范围内的外资企业、股份制企业、私营企业的竞争中,国有企业和集体企业因负担沉重,明显处于不利地位。这既不利于企业之间的平等竞争,也不利于保护这些劳动者合法权益和劳动力的合理流动。

(二) 我国现阶段医疗保障发展状况

1. 城镇职工基本医疗保险制度

改革以来城镇职工基本医疗保险制度的发展迄今经历了四个阶段。

1) “两江”改革试点(1994—1996)

1994年,开始两江试点。十四届三中全会以后,国务院决定在江苏省镇江市、江西省九江市进行社会统筹与个人账户相结合的社会医疗保险制度的试点,为全国医疗保险制度改革进行探索。

1994年年初,国务委员彭珉云带领劳动、卫生等部门有关人员视察镇江、九江两市,对医疗制度改革进行了部署。随后,劳动部、卫生部、国家体改委、国家计委、财政部等部门分别组成镇江市和九江市联络小组,赴两市协助改革试点准备工作。1994年4月14日,国家体改委、财政部、劳动部、卫生部向江苏、江西省人民政府印发了《关于职工医疗制度改革的试点意见》之后,镇江市出台了《镇江市职工医疗制度改革实施方案》,九江市出台了《九江市职工医疗社会保险暂行规定》。1994年11月18日国务院予以批复,1994年12月开始实施。

2) 扩大改革试点(1996—1998)

1996年4月国务院办公厅在镇江召开“全国职工医疗保障制度改革扩大试点工作会议”,会上,传达、部署了国务院批准的《职工医疗保障制度改革扩大试点意见》。之后,全国29个省、市、自治区的58个城市申请参加试点,有20多个省区的40多个城市的医改方案获准试点。

扩大试点的目的:一是可以在较大的范围内,进一步摸索积累改革经验,进一步完善职工医疗保障改革方案,以便为在全国推行新型的职工医疗保险制度打下坚实的基础;二是



通过扩大试点,可以使各省、自治区、直辖市取得医疗保障制度改革的经验,为在全国推行职工医疗保障制度改革进行必要的实践准备。

在“两江”试点的基础之上,各地为实现改革的目标做了大量有益的探索。由国务院办公厅转发的国家体改委、财政部、劳动部、卫生部《关于职工医疗保障制度改革扩大试点的意见》规定,职工医疗保障制度改革的目标是“适应社会主义市场经济体制和提高职工健康水平的要求,建立社会统筹医疗基金与个人医疗账户相结合的社会医疗保险制度,并使之逐步覆盖城镇全体劳动者”。

各地的试点,在中央的指导下,坚持如下原则:①形成比较完善的社会保障体系,从而为城镇全体劳动者提供基本医疗保障;②基本医疗保障的水平与方式要与我国现行社会承受能力相适应,国家、单位和职工三方合理负担医疗费用;③公平与效率相结合,职工享受的基本医疗保障待遇要与个人的社会贡献联系起来,以利于职工积极性的调动;④要有利于企事业单位的社会负担的减轻,有利于国有企业经营机制的转换,建立现代企业制度;⑤建立对医患双方的制约机制,促进医疗机构深化改革,加强内部管理,提高医疗服务质量和工作效率,遏制浪费,同时建立健全医疗机构合理的补偿机制;⑥推进区域卫生规划,有计划、有步骤地推进企事业单位医疗机构的社会化,逐步实现医疗资源的优化配置与合理利用;⑦公费劳保医疗制度要按照统一的制度和政策同步改革,职工医疗保险基金的筹集方式与基本结构要统一,基金使用可以分别管理,独立核算;⑧实行政事分开,政府主管部门制定政策、规章、标准,职工医疗保险基金的收缴、给付和营运等由相对独立的社会保险事业机构承担,加强管理和监督,保证资金的合理使用;⑨对职工医疗保险基金实行预算内管理,专款专用,不得挤占和挪用,也不得用于平衡财政预算;⑩职工医疗保险管理实行属地原则,中央和省(自治区、直辖市)两级机关和所属企业、事业单位要参加所在地的社会保险,执行当地统一的缴费标准和改革方案。

3) 建立城镇职工基本医疗保险制度(1998)

1998年,推进建立城镇职工基本医疗保险制度全面开始。国务院颁布《关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》(国发[1998]44号),要求在全国范围内建立与社会主义初级阶段生产力发展水平相适应、覆盖全体城镇职工、社会统筹和个人账户相结合的基本医疗保险制度,从而确定中国医疗保险制度改革的基本目标、基本原则和主要政策。

(1)为职工提供更加有效的制度保障是建立社会医疗保险的初衷。虽然公费和劳保医疗制度在历史上,曾经为中国的劳动者提供了医疗保障。但是,建立在单位保障基础之上的公费和劳保医疗,随着我国市场经济体制的形成和发展,凸显其制度设计的局限。由于覆盖面窄、基金互济能力差,这种制度安排抗风险能力脆弱十分明显。改革之前,医疗保险待遇在不同地区、不同所有制、不同行业 and 不同单位之间的差异很大,待遇不均,很多患者的医疗保障名存实亡。职工的一场大病可以导致企业破产;更多的人有公费或劳保医疗,但是,医疗费用长期得不到报销。职工因看不起病,医疗费用得不到报销而找单位、找政府、上访、告状的事件频繁发生。

(2)建立可持续的医疗保障制度是城镇职工医疗保险制度改革的重要目标。在人口老龄化、人类疾病谱的变化和新药高科技检查设备层出不穷的情况之下,医疗费用上涨是不可避免的趋势。有限的资源与无限的需求的矛盾非常突出,处理不好就会引发经济、社会甚至政治风险的发生。1998年以前的形势,迫使我们寻求可持续的发展道路。据1997年统计,全国职工医疗费用为773.7亿元,比改革初期的1978年增加了28倍,年递增19%;