

中国职工 医疗保健 制度改革

国务院研究室课题组编著

主编 邹 平



华文出版社

中国职工 医疗保健制度改革

国务院研究室课题组 编著

课题顾问	王梦奎
课题负责	苏宁
主 编	邹平

华 文 出 版 社

(京)新登字 064 号

责任编辑:柳中松

封面设计:王毅

版式设计:曹宏志

**中国职工
医疗保健制度改革**

邹平 主编

华文出版社出版

(北京西城区府右街 135 号)

新华书店经销

北京市丰台区丰华印刷厂印刷

开本 787×1092 1/32 印张 6 字数 140 千字

1993 年 8 月第 1 版 1993 年 8 月第 1 次印刷

印数:1—4000 册

ISBN7-5075-0319-4/Z·63 定价:4.50 元

序 言

陈敏章

建国以来,我国实行的职工医疗保健制度,对于保护劳动者的身体健康,促进经济发展和社会安宁,发挥了十分重要作用。但是,随着客观情况的变化和经济体制改革的深入,这一制度的弊端也逐步显露出来。突出表现在:费用增长过快,国家、企业难以负担;卫生投入渠道单一,资金缺口大;缺乏有效的费用约束机制,浪费现象严重;实施范围窄,社会化程度低。这些问题制约我国卫生事业的进一步发展,影响职工的身体健康,成为全社会关注的热点问题。所以,加快这项改革,已成为我国经济社会发展中的一项重要内容和紧迫任务。

党中央、国务院十分重视职工医疗保障制度改革,近十多年来各地积极探索改革现行职工医疗制度,并且取得了一定的进展。但是,如何把这项改革放在整个社会保障体系建设中来考虑,按照建立社会主义市场经济新体制的要求,采取正确的方针和有力的措施,加快建立符合我国国情的、多形式、多层次的医疗保障制度,扩大医疗保险覆盖面,使全体职工和更多人群都能获得基本医疗保健,仍然需要进行大胆的改革实践,深入的研究和探讨。从1992年开始,国务院研究室联合卫生部及一些部门组成课题组,对这一问题进行了大量的调查研究,不少部门也给予了大力支持。现在,他们把调研的初步成果整理出来,供各地参

考。这对加快职工医疗保健制度改革提供了一些思路和启示,是很有意义的一件大事。职工医疗制度改革是一项复杂的系统工程,需要各部门和广大职工的共同努力和支持,愿各方面都来关心这项工作,大胆实践,敢于创新,深入研究,探索出一条具有中国特色的职工医疗保健制度新路子。

1993年4月15日

目 录

序言	陈敏章
研究总报告	
关于我国职工医疗保健制度改革的建议	国务院研究室课题组(1)
研究分报告	
关于我国职工医疗制度改革	国务院研究室课题组(16)
职工医疗经费的筹措与管理	国务院研究室课题组(32)
公费医疗管理体制的改革	国务院研究室课题组(42)
国外医疗保险制度的比较研究	国务院研究室课题组(56)
调研报告	
我国职工医疗制度的有关情况	国务院研究室 经委 经调会 经研局(93)
重庆市认为必须改革公费医疗制度	国务院研究室 教科文卫局(98)
天津市对劳保医疗管理制度改革的思考	国务院研究室 教科文卫局(102)
深圳正式推出职工医疗保险改革新方案	国务院研究室 教科文卫局(105)
顺德县社会医疗保险改革值得借鉴	国务院研究室 教科文卫局(110)
海南省公费医疗保险制度改革思路	

..... 国务院研究室教科文卫局(115)

地方报告

北京市公费医疗制度改革的实践与总结

..... 北京市副市长 何鲁丽(120)

河北省企业劳保医疗问题的调查 ... 河北省政府研究室(134)

江苏省公费医疗管理和改革工作情况 ... 江苏省卫生厅(140)

江西省公费医疗改革情况

..... 江西省公费医疗管理委员会(147)

广东省“附加住院医疗保险”发展概况

..... 中国人民保险公司广东省分公司(154)

青岛市公费医疗和劳保医疗管理改革情况

..... 青岛市政府办公厅综合调研室(160)

汕头市社会医疗保险制度改革情况及建议

..... 汕头市政府体制改革办公室(172)

重庆市大足县近五年来公费医疗管理改革情况

..... 重庆市大足县公费医疗管理委员会(177)

后记..... (183)

关于我国职工医疗保健制度改革的建议

国务院研究室课题组

我国职工医疗保健制度主要指劳保医疗制度和公费医疗制度,它们分别始建于1951年和1952年。40多年来,这一医疗保健制度对保障企事业单位职工和国家机关干部的身体康,发挥了十分重要的作用。但是,随着经济体制改革的深入和人们医疗需求的日益增长,职工医疗保健制度长期存在的一些弊端逐步显露出来。党的十四大明确指出,深化社会保障制度改革是建立社会主义市场经济新体制的重要环节。职工医疗保健作为社会保障制度的重要组成部分,加快它的改革,已成为我国经济社会发展中的一项重要内容和紧迫任务。

一、现行职工医疗保健制度存在的主要问题

我们目前的职工医疗保健制度,基本上是采用国家和企业统包费用的办法,职工看病不用交钱,缺乏合理的医疗经费筹措机制和有效的费用约束机制,以致国家负担过重,卫生资源浪费较多,社会化程度低,实施范围窄,出现了不少难以解决的困难和问题。主要表现在:

1. 职工医疗保健支出增长过快,国家、企业难以负担。1990年全国医疗保健费用总支出,从1980年的60亿元上升到283.4亿元,增长4.5倍,平均每年增长17%。其中公费医疗支

出增长 6.7 倍,平均每年增长 20.8%;劳保医疗支出增长 4.5 倍,平均每年增长 17%。1986 年以来支出增长速度更快,1986 年至 1990 年,公费医疗支出增长 2.3 倍,平均每年增长 23.5%,全民所有制职工医疗费用增长 2.5 倍,平均每年增长 28.5%,都大大超过同期财政支出年均增长 13% 的幅度。医疗费用增长过快,国家规定的费用提取比例不能满足需要,行政事业单位就挪用行政事业费,企业则扩大提取比例。一些企业的医疗费用提取比例已从国家规定的 5.5% 提高到 9% 以上,不少企业提取的全部福利费用于医疗都不够,还挤占其他经费,并大量拖欠医院和职工医疗费。医疗费用的这种过快增长超越了国家和企业的经济承受能力,加重了国家的负担,影响了企业的经济效益,也不利于医疗保障事业的进一步发展。

2. 缺乏必要的约束机制,存在严重浪费。主要表现在三个方面。一是,缺乏对医疗对象的约束机制。现行职工医疗保健制度长期被认为是一种单纯的福利性事业,职工个人不负担医疗费开支或负担的比例很小,缺乏节约意识,对过度需求没有自我约束,刺激了一些不合理的医疗消费。据不完全统计,平均每百人年住院人次数,公费医疗对象为 6.2 次,而自费医疗对象为 3.1 次;年平均门诊人次数,公费医疗对象为 4.1 次,而自费医疗对象为 2.6 次。1989 年公费医疗住院病人平均住院天数为 19 天,而自费病人为 9 天。一位急性支气管炎患者住院 6 天后炎症基本控制,但住院竟长达 110 天。据上海市调查,1990 年公费医疗病人人均住院费用为 933 元,而自费病人为 347 元。职工看病取药不吃药,小病大养,无病住院,一人看病,全家吃药等现象十分普遍。不少家属在农村的职工,公费医疗一次,索取全家老小所需药品。一些干部、职工家中所备药品,价格竟在 500 元以上。

二是,缺乏对医疗提供单位的约束机制。不少医院把药品收入和不必要的检查作为创收的重要渠道。医疗单位可以把 15%

的药品批零差价和药房收入纳入医院的总收入,并可从中提取职工福利费用,从而助长开大处方、人情方,销售非治疗性物品。1990年全国医疗总收入的60%是药品收入,金额达177亿元以上。据对重庆市7个机关单位2537张处方检查,大处方850张,占33.5%。一张小感冒处方金额竟达100元。另外,一些医药企业产销疗效不高的药品,以及异型包装和搭配销售,更加重了医疗费用负担。近些年不少医院过多地引进一些高技术医疗设备,仅北京一地有CT65台、核磁共振器8台,而规模差不多的英国伦敦市,CT只有5台,核磁共振器仅有1台。为提高设备利用率进行大量不必要的检查,据统计,一些医疗单位的CT扫描检查中,查出患者有严重疾病的比例仅为10%左右,远远低于国外50%的比例,大量经费都浪费在不必要的检查上。

三是,缺乏对药品及医疗用品价格上涨的约束机制。随着市场经济的发展,药品及医疗用品物价指数变化很大。据调查,1989年比1980年药品及医疗用品价格上涨85.3%,年均上涨12.7%。若以1985年为100计算其价格增长速度,1989年上升到161.4%,平均每年递增35.6%。

3. 社会化程度低,难以承担全体职工的医疗保险。目前我国的职工医疗保健制度,只在国家机关、事业单位、全民所有制企业及县以上集体所有制企业范围中实施。职工享受医疗保健的人数仅占全国总人口的16%左右,社会覆盖面较小。同时,劳保医疗费用以企业为单位提取和自行管理使用,实际上是范围狭小的“企业自我保险”,分担风险的能力低。企业间因职工年龄、病种构成不同,医疗费用的负担轻重不一;由于经济效益不同,负担能力差距很大,造成苦乐不均。城乡之间、不同企业之间、干部群众之间存在着医疗服务不公平现象,医疗服务过度和基本医疗得不到保证的现象同时存在。有些地方,看病难、住院难还比较严重。中小企业、亏损企业、老企业往往福利费用紧张,负担

过重,遇到危重病患者,无力承担其医疗费用,职工医疗保障难以为继。一些经济效益差的企业,在现行医疗体制下不得不采取种种变通的办法,诸如职工的医疗经费定额包干到人,超支部分自理,社会保障退化成为自我保障。职工病重缺钱治疗、医药费用长期难以报销,拖欠医院医疗费和个人欠债等问题,在一些地方和单位比较突出。河北省 1992 年对 15 家军工企业调查,有 10 家企业拖欠职工药费高达 98 万余元,涉及 9596 位职工。该省总工会统计,职工因劳保医疗问题上访者,约占全部信访的 14%。因无力支付住院押金而得不到及时治疗的职工,以及因病致贫的职工,在各地时有发生。特别是社会化程度低,使新老企业难以平等竞争,也为企业的兼并、破产,职工的流动,带来了巨大的困难,难以适应改革的需要。

二、职工医疗制度改革的进展情况

医疗保健体制上的这些问题,已引起社会各界的广泛关注。国务院多次召开会议,研究改革方案,并在 1989 年 3 月正式批准丹东、四平、黄石、株洲进行医疗保险制度改革试点,在深圳、海南进行社会保障综合改革试点。

从各地的试点情况看,医疗保健改革方案多种多样,归纳起来大致有三种类型:

——经费统筹。主要是扩大医疗保健经费统筹面,强化社会调剂功能。把“企业自身保险”改为“行业自身保险”或“地区性统筹保险”,这种方法使职工医疗保险的社会化程度有所提高,抗风险的能力有所增强。但是,由于企业经济实力和医疗负担差异很大,这种方法往往受到经济效益高、负担轻的企业抵制,不易推行;同时也难以克服浪费现象。

——定额包干管理。即按享受职工医疗保健的人数和年人均费用定额,将经费全部拨给医疗服务单位包干管理,或者把医

疗费用与职工个人利益适当挂钩。这种方法操作简单,能较好地体现预防为主、因病施治的原则,有利于合理使用卫生资源和克服浪费。但是,由于各种费用连年上涨,对医疗单位的补偿机制又未理顺,医疗单位担心背上超支的“包袱”,对定额包干顾虑重重。同时,职工包干定额数也不易定准。

——建立保险基金。即职工个人和用人单位定期缴纳一定的医疗保险费,保险机构与单位、职工共担风险。目前采用的保险形式有:意外伤害附加医疗保险、住院医疗保险、统筹式住院医疗保险、公费劳保医疗保险,等等。这些作法从我国实际出发,并借鉴西方经验,引进筹资机制、费用控制机制和自我保障机制,从根本上突破了传统医疗制度“包”和“统”的作法。但是,这种作法在体制上动大手术,涉及到方方面面利益,改革起来难度大,存在不少阻力。

这些改革试点工作,对建立有中国特色的职工医疗保健制度进行了有益探索,积累了经验,取得了积极的成果。但从全国情况看,职工医疗保健制度的改革步伐不大,不能适应社会主义市场经济的需要,还存在不少问题。主要表现在:

第一,体制不顺,缺乏有力领导。职工医疗保健制度改革涉及到多方利益和机制的调整,仅由卫生部门牵头困难较大。一些试点市多次研究设计从体制上对原医疗保健制度动大手术的改革方案,因涉及面广,认识不易取得一致,地方领导难以决策,导致一些改革方案不是出不了台,就是在试验途中刹车。

第二,改革中的一些难点问题,单靠地方难以突破。例如,医疗开支与个人挂钩的办法不少地方都认为是一项重要措施,但职工工资改革没有跟上,难以实施;对药品市场缺乏有效的价格管理,使得医疗费用不断增加;公费医疗改革和劳保医疗改革不同步,与待业保险、养老保险、住房改革也不同步,对职工综合承受能力缺乏通盘考虑。这些问题都需要国家统筹考虑,出台一系

列配套政策,才能解决。

第三,为减少矛盾,改革的主体思路大多停留在对现行职工医疗保健制度的进一步完善上。主要是强化医疗管理,完善必要的规章制度,重新确定年人均公费医疗预算定额,确定医疗单位,制定经费管理、使用办法和门诊、住院、会诊、转诊等规定。虽然这些基础性工作也十分重要,但由于没有从根本上解决原体制存在的医疗保健经费浪费严重、资金短缺和筹资渠道单一等问题,致使改革缺乏针对性,不能取得突破性进展。

三、建立新型职工医疗保健制度的基本构想

按照建立社会主义市场经济的要求,新型职工医疗保健制度的基本目标是:从我国国情出发,合理使用卫生资源,力求节约,尽可能满足广大职工对医疗保健的基本需求。总结我国医疗保健工作及保健制度改革的经验,借鉴国外有益的方法,我国职工医疗保健制度改革的基本原则是:

第一,从我国国情出发,努力保障全体职工对医疗保健的基本需求。确保职工病有所医,是社会主义制度的优势所在,但医疗保健又要受到国家经济实力的制约,因此必须合理确定医疗保健的标准,做到职工满意、国家可以承受。

第二,扩大职工医疗保健的社会覆盖面,把更多的劳动者纳入医疗保健范围,提高保健的公平性。

第三,国家、用人单位和职工个人三者合理分担医疗费用。逐步扩大医疗保健的对象和基金筹措渠道,实行管理、服务、监督社会化。形成自我制约和相互制约机制,以扩大医疗保险基金筹措渠道和节约医疗费用。

第四,有利于提高医疗质量。医疗质量关系到职工的切身利益。医疗保障制度改革中,必须确保医疗质量不下降,并逐步有所提高。这也是改革成功与否的重要标志。

第五,提高综合效益。用有限的卫生资源,为更多的职工提供更好的服务。

第六,因地制宜,实事求是。各地区经济发展水平、职工收入水平及医疗服务能力差距很大。职工医疗制度改革,不可能是单一模式。各地区应在国家总体方案指导下,制定适合本地区特点的改革方案。

根据上述基本原则,我们对改革现行职工医疗保险制度,提出以下几点构想。

(一)建立以基本医疗保健为主,其他医疗服务为辅的多层次医疗保健结构。

随着人民生活水平的提高和医疗技术的进步,人们对医疗保健的需求不断增加。特别是改革开放以后,国外先进医疗技术、药品、器材的引入,刺激医疗需求增长加快。但是,医疗保健的供给要受到国家经济实力的限制。即使西方发达国家对纳入医疗保障的服务项目,也有各种限制和规定。我们是一个发展中国家,经济基础比较薄弱,只能从我国的实际情况出发,对职工的医疗保健采取量力而行的方针。面对国力的限制和人民的多种需求,职工医疗保健应该采用多层次结构。国家只能重点保障人民群众享受最基本的医疗保健,对于过高的医疗需求采取特殊保健或个人付费的方法。

1. 基本医疗保健。这是国家实行职工医疗保健的重点,用以防治常见病、多发病、流行病、职业病,以保证广大人民群众身体的基本健康。对那些重大疑难症、高技术和高档次的医疗服务,目前还不能够全部列入职工基本医疗保健范围。国家医疗保健管理部门要尽快制定基本医疗保健内容,包括:病种、使用药品、设备、服务标准。各地可根据本地具体情况适当调整。

2. 特殊人群医疗保健。国家高级公务员、建国前参加工作的离休干部和在乡二等乙级以上残废军人,继续享受特殊医疗保

健,纳入保健的医疗项目也要由有关部门做出明确规定。

3. 商业性医疗保险。对于一时不能纳入职工医疗保健的人群和病种,鼓励发展多种形式的商业医疗保健,自愿参加,自求平衡,国家要尽快制定规范办法,使商业医疗保险能够健康发展。

4. 个人特殊医疗保健。不少人有较高的经济负担能力和医疗保健需求,医疗单位可以对他们提供高技术、高档次的医疗保健服务,按质定价,实行市场调节。由个人自己付费或自愿参加商业医疗保险。

(二)建立国家、用人单位和职工个人共同负担医疗费用的筹资体制。

改变过去职工医疗费用全部由国家 and 单位包下来的作法,逐步建立国家、用人单位、职工个人三方共同负担的职工医疗保险基金制度。国家、单位用于职工个人的医疗保健费用逐步由过去的暗补改为明补。

国家机关及全部预算管理的事业单位由国家负担部分,现阶段由各级财政拨款,随着财政预算制度的改革,逐步过渡到由用人单位负担;由单位负担的部分在单位福利费中开支。差额预算管理的事业单位及自收自支预算管理的事业单位的医疗健康保险基金,在用人单位提取的医疗基金中开支。全民所有制和集体所有制企业和医疗健康保险基金,在企业职工福利基金中开支。

职工个人负担的医疗健康保险基金,在职工工资或退休金中按一定比例缴纳。确定职工个人缴纳的比例,既要考虑减少国家、单位负担,又要兼顾个人的承受能力。可以从较低水平起步,随着收入水平提高和工资制度改革,逐步提高。

职工医疗保健基金按职工工资的一定比例提取。提取比例,既要满足职工基本医疗需求,保证医疗机构的合理补偿,又要考

虑国家、企业的负担能力。并且,应根据财政收入的增长、职工收入水平的提高,以及物价上涨情况进行适当调整。提取的医疗保险基金全部存入在银行开设的“医疗保险基金专户”,按医疗保险基金管理条例进行管理。

(三)建立社会、单位共济与自我保障相结合的职工医疗保健形式。

目前国际上医疗保障制度有两种主要形式,一种是社会共济,一种是自我保障。前者是通过建立社会医疗保险基金,动员社会力量来帮助少数人承担疾病风险;后者是依靠建立个人医疗保险基金进行自我积累,支付医疗费用。社会共济虽然可以分散病人费用负担,但会刺激个人过度的医疗需求。自我保障虽然有利于资金节约,但个人难以承受大病负担。结合我国国情,我们建议采取社会共济和自我保障相结合的医疗健康保险办法。同时,根据我国目前地区差异大,企业效益差异大的特点,一下做到全社会共济,不利于节约,也影响效益高的企业的积极性,因此,共济部分可以由社会共济和单位共济相结合。形成社会、单位共济与自我保障相结合的保障形式。

个人自我保障要建立个人医疗保健帐户,而不能简单使用目前试点单位的定额包干办法。后者是把单位提取的医疗基金的5%—10%包干给个人使用,节约归己,超支由单位全部或部分负担。这种方法超支部分还要由单位负担大部分或全部,节余部分造成医疗费用流失,反而不利于医疗费用节约。建立个人帐户,专款专用,节余、利息滚存,无病时为有病积累基金,能较好地发挥自我保障的作用。

社会、单位共济与自我保障相结合可以同“大病投保、小病自理”对应使用。即:大病由社会共济为主,以分散风险,增加个人抵御疾病的能力;小病由自我保障为主,以充分动员个人力量,利于节约。

按照这一思路,国家、用人单位和个人缴纳的医疗保险金按比例分成三部分,分别集中在保险机构、用人单位和存入个人医疗帐户。小病医疗费由个人和单位分担,从个人和单位医疗帐户中支付,具有职工自我保险性质;大病医疗费由社会医疗保险机构和用人单位分担,从保险机构和单位帐户中支付,具有社会共济性质。一般讲,小病门诊费用个人负担 20—30%,单位负担 70—80%;大病住院费用个人负担 5—10%,单位负担 10—20%,保险机构负担 70%左右。由于提高个人支付比例,有利于个人的节约。随着改革深入和社会发展,单位帐户比例可逐步缩小,最后过渡到社会共济与个人自我保障相结合。有条件的地方,开始就可以不设单位帐户。

社会医疗保险机构、单位、职工个人帐户均采用专项存储、专户管理、专款专用,任何单位、个人均不得擅自挪用,所得利息并入基金。当年结余部分结转下年继续使用;当年基金超支部分,先由滚存结余弥补,仍有不足,在调整医疗保险缴费比例之前,个人帐户由单位和个人比例分担,单位帐户由单位承担,社会医疗保险帐户由国家、单位合理分担。

(四)建立医疗机构的自我约束和外部制约机制。

医疗机构是医疗保健的直接提供者,是进行有效服务、充分利用医疗资源、控制不合理费用支出的重要环节。在职工医疗保健制度改革中,建立医疗机构的自我约束和外部制约机制具有十分重要的意义。

1. 在医疗保健服务中,医疗机构要本着人道主义和力求节约的原则,为职工提供合理、有效的服务;同时逐步按成本(包括医务人员劳务、器材、药品)收取费用,使服务得到合理补偿。

2. 社会医疗保险机构和用人单位向医疗机构付费,可采用定额包干或实报实销的方法。前者又可分为按病种或按人数定额包干两种。即:在合理定额的基础上,将医疗费用包干给医疗