

医保 评论

Medical Insurance Reviews

熊先军◎著

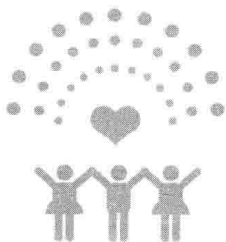


化学工业出版社

医保 评论

Medical Insurance Reviews

熊先军 著



化学工业出版社

· 北京 ·

图书在版编目 (CIP) 数据

医保评论/熊先军著. —北京: 化学工业出版社,
2016.8

ISBN 978-7-122-27313-0

I. ①医… II. ①熊… III. ①医疗保健事业-体制
改革-研究-中国 IV. ①R199.2

中国版本图书馆CIP数据核字 (2016) 第127535号

责任编辑: 李岩松 赵 瑜
责任校对: 陈 静

装帧设计: 史利平

出版发行: 化学工业出版社 (北京市东城区青年湖南街13号 邮政编码100011)
印 装: 北京画中画印刷有限公司
710 mm×1000mm 1/16 印张13 字数168千字 2016年10月北京第1版第1次印刷

购书咨询: 010-64518888 (传真: 010-64519686) 售后服务: 010-64518899
网 址: <http://www.cip.com.cn>
凡购买本书, 如有缺损质量问题, 本社销售中心负责调换。

定 价: 38.00元

版权所有 违者必究

自序

近几年陆续写了一些医改评论文章，一事一议，不成体系。同人有心收集，并分门别类整理，汇成一册，似乎也能成为一本前后贯通、合乎逻辑的书，故交出版社印了。在刷微信朋友圈就能知天下事的现今，看书是一件累人的事，因此，编辑们在版面和编排上下了工夫，风格上没有了学术图书一贯的严肃和古板，以期读者能伴咖啡休闲阅读，或睡前催眠之用。

医改大概是诸多中国问题中关系最复杂的了，涉及多元利益主体，关乎政治、经济和社会各个方面。但任何复杂的关系，都可以抽象为人与人的经济交换关系。在三医改革复杂关系中，从医药服务提供者与医药服务购买者的经济关系出发来梳理各种问题，脉络就会清晰得多，这是我思考问题的基本逻辑。因此，散在这些评论文章中的我的基本观点是：1. 医药服务提供者，他们对自身的知识和技术拥有产权，在遵守医疗行业规则的前提下，有权力以认为对自己有利的方式向社会自由地提供服务并获得收入；2. 患者作为医药服务的利用者，因其对医疗经济风险的不可控和处于疾病状态的生理及心理弱势，不可能通过完全自由交易的方式，与医药服务者达成公平的交易。也正因为如此，医疗保险制度作为修正这一自由交易缺陷的市场机制得以产生，并被世界各国作为治理医药市场的重要制度；3. 全民医保制度下，医药服务的市场关系是医保及其所代表的参保人组成的医疗服务团体购买者与医药服务提供者之间的经济交换关系，市场机制同样发挥作用，同样要遵守公平自由的交易规则，只是规则的外在实现形式与完全自由市场有所不同。

现在一句流行的话是“医改是世界性难题”。但我认为，我们有人口老龄化和医疗技术不断进步等各国共同面临的现状，但“看病难”和“看病贵”还是由于我们自己本身的医疗制度问题。这些问题，在西方发达国家

可以找到答案，但找不到解决问题的经验和方法。因为他们医疗体制没有经历过我们计划经济体制的历史，他们的医疗改革也就没有从计划体制转向市场体制的经历。我们医改之所以难，难在我们不能从世界公认的常识，来发现我们医疗体制自身特有的问题；难在不能痛下决心解决这些问题；难在还有不少人还认为我们的体制有优势，缺的只是国外的先进技术。

一句话，医改难，难在医改的政治决策。因为医疗关乎人的生死大事，人在患病状态下无助，很容易让民粹主义左右医疗领域的意识形态。通过占领道德制高点压制人们的理性思维，继而绑架政策决策，这大概是世界各国的通病。

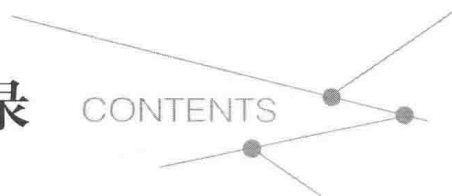
治疗疑难杂症，中医讲“标本兼治”，但何谓标、何谓本，何谓治本之策，何谓治标之计？本人非良医，拙作无处方，一家之言，请读者鉴。

熊先军

2016年8月

目 录

CONTENTS



第一篇 基于国情选择医保制度 // 1

- 1 “两江”试点是全民医保的种子 // 2
- 2 医保制度走社会保险道路是历史选择 // 6
- 3 谈社会医疗保险的社会性 // 10
- 4 全民免费医疗没有宪法依据 // 13
- 5 医疗保障制度的下一步建设 // 15
- 6 完善个人账户政策要谨慎地系统设计 // 17
- 7 医保有结余是制度性结果 // 20
- 8 城乡医疗保险管理体制整合的方向 // 22
- 9 整合城乡医疗保险制度 // 25
- 10 整合城乡医保制度中的若干问题 // 27
- 11 城乡医保管理体制应回到法制的轨道 // 31
- 12 对山东省医保城乡整合调研的体会 // 34
- 13 大病保险应该委托给商业保险吗 // 38
- 14 “社保”和“商保”的比较 // 40
- 15 这算哪门子的市场化 // 42
- 16 建立长期照护保险制度迫在眉睫 // 45
- 17 应加快长期照护保险制度的研究 // 48

第二篇

在医改深水区探索医保发展 // 51

- 18 发挥好市场和政府的两个作用 // 52
- 19 医改要以发挥市场的决定性作用为导向 // 54
- 20 医改应先遵循常规再学习国际先进经验 // 57
- 21 《解读中国医改》书评 // 60
- 22 医改应特别关注委员代表对体制问题的意见 // 63
- 23 五大分歧影响2015年医改 // 66
- 24 发挥全民医保的效能，需要改革医疗服务供给体系 // 69
- 25 公立医院改革应遵循市场规律整体推进 // 72
- 26 关于公立医院改革的战略思考 // 75
- 27 医改要明确医生和医院的关系 // 79
- 28 有医保还需要有效的医疗服务 // 82
- 29 医疗服务质量 // 85
- 30 医保监管延伸到医生难度不小 // 88
- 31 解决医疗体制问题是建立分级诊疗制度的前提 // 91
- 32 对分级诊疗的异见 // 94
- 33 为北京市允许在职医生开诊所的改革思路叫个好 // 101
- 34 取消定点资格审批不是取消定点管理 // 104

第三篇

支付制度是一种价格机制 // 107

- 35 医保支付制度改革的核心问题 // 108
- 36 支付制度与按项目定价制度的关系 // 112
- 37 改革制约支付制度发挥作用的公立医院管理体制 // 116

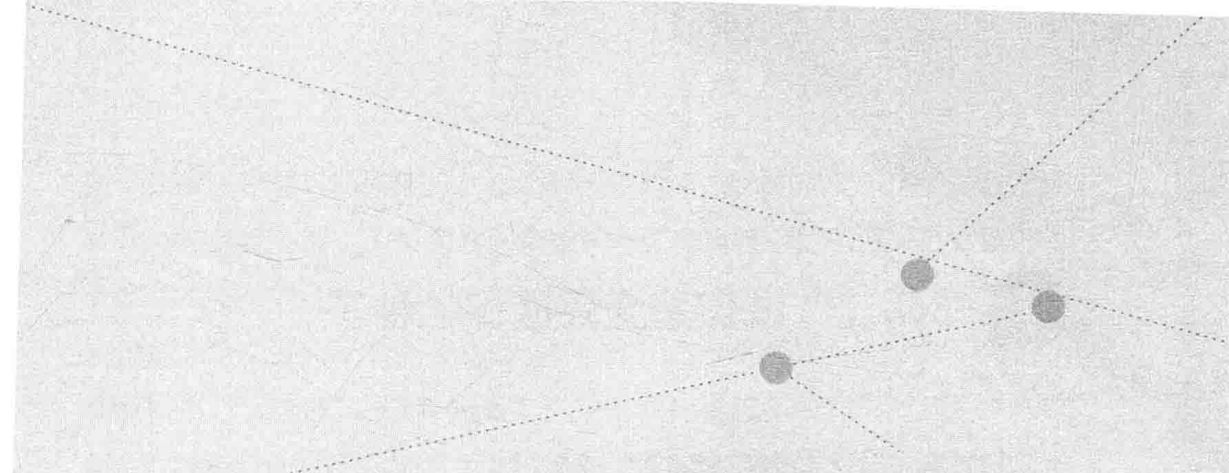
- 38 医疗保险总量控制 // 120
- 39 总额控制不等于总额预付 // 122
- 40 门诊统筹安能担起调整资源配置的重任 // 126
- 41 医疗保险领域的质量与价格 // 128
- 42 药物经济学应用于医药政策决策的困境 // 130

第四篇 价格改革与医保支付标准 // 133

- 43 放开低价药价格，向市场定价机制迈进一步 // 134
- 44 积极应对药价改革，冷静看待医保支付价 // 137
- 45 推进药品价格改革的看点 // 140
- 46 对医保促进药品市场合理价格的思考 // 143
- 47 药品价格由市场机制确定的几个常识 // 146
- 48 厘清医保药品支付标准的定义和内涵 // 149
- 49 用市场常识理解医保药品支付标准 // 152
- 50 药品价格改革落到具体政策还很纠结 // 155
- 51 药品医保支付价与支付制度改革之间的关系 // 160
- 52 药品“医保支付价”管理的市场化组织构架和
运作方式 // 164
- 53 重庆医疗价格改革为什么夭折 // 167
- 54 医保要警惕医药价格调整的腾笼换鸟策略 // 170
- 55 议“医保要跟上” // 174
- 56 对非公立医疗机构放开价格的期待和疑惑 // 177

第五篇 公平与效率的权衡 // 181

- 57 医疗保障制度的公平性 // 182
- 58 如何理解医保制度的结果公平 // 184
- 59 重特大疾病保障应针对灾难性经济风险 // 187
- 60 “医疗不公平”争论存在误区 // 190
- 61 基本医疗保险保障目标的定位 // 192
- 62 医疗保险的核心任务是提高报销比例吗 // 194
- 63 合理有效的门诊保障让全民医保体系更加全面完整 // 196
- 64 解决异地就医要注重强化管理 // 198



第一篇

基于国情选择医保制度

过去三十多年，中国最重要的国情就是从计划经济向社会主义市场经济转型，市场经济促进了劳动力跨城乡、跨地区的流动，带来了经济的蓬勃发展。医保制度的选择必须符合这一历史潮流。

1

“两江”试点是全民医保的种子

从“两江”试点到现在全民医保体系建立，20年改革成就辉煌。当然，不难发现当前的全民医保体系，还有很多不完善之处，说制度碎片化也好，说公平性欠佳也罢，这都是社会制度建设和发展中的阶段性问题。现在大家都在强调顶层设计，如果是着眼于未来目标，针对存在的问题不断完善政策、健全机制、强化管理，这样的顶层设计是科学的，是本着历史唯物主义态度的，是符合社会制度建设渐进式发展的基本规律的。但是，现在总有个别专家喜欢以顶层设计之名试图把全民医保体系的制度模式推倒重来，鼓吹所谓英国式的全民免费医疗，罔顾历史和社会制度发展的基本常识。

现实的花朵是在历史的土壤中培育生长出来的。现行全民医保体系的根基在于1994年“两江”试点，试点的伟大意义在于，在当时不完善的市场经济中播下了符合中国社会主义市场经济体制的医疗保险制度的种子，并随着市场经济的建立和不断完善而逐渐成长。通过20年的梯次推进和制度延展，逐步发展成为覆盖全民的医疗保险制度体系。“两江”试点是与当今医保现实切割不断的历史，也是未来进一步发展不可废弃的基础。

基于对1978年以来改革开放实践经验的总结、理论结合实践的探索和对西方发达国家市场经济体制的充分调研，1993年党的十四届三中全会作出了关于建立社会主义市场经济体制的重大决定，明确了我国经济体制的主要框架，提出了全局性整体推进市场体系建设的一系列重大改革举措。同时，提出要建立多层次社会保障体系，职工养老、医疗保险实行社会统筹和个人账户相结合，建立统一的社会保障管理机构等改革任务。之所以提出这样一个职工医疗保险制度模式，除了在理论上认为，社会统筹的横向调剂与个人账户的纵向调剂既有利于解决现实问题又有利于解决长远问

题并体现公平和效率兼顾外，在当时也有这三方面的现实考虑：一是要将单位化管理的公费、劳保医疗制度改革为社会化管理的医保制度，既能够均衡不同单位的社会负担，又符合公平和效率相统一、权利和义务相对应的原则，社会医疗保险无疑是最佳选择；二是当时经济体制改革的主流认识是打破“大锅饭”，医疗保障实行完全的社会统筹可能形成新的“大锅饭”，为增强个人费用意识、控制浪费，新加坡等国的个人账户制度值得借鉴；三是新建立的制度必须与当时经济发展水平相适应，当时无论是企业效益、政府财政还是职工收入都不佳，为保证企业轻装上阵，改革转型顺利进行，医疗保险筹资水平不能高，只能保障最基本的大病需求，但同时又不能忽略计划经济时期国家对职工特别是退休人员的医疗保障待遇许诺，强行削减待遇可能引发社会不满，而个人账户可以化解医保制度改革前后的心理落差，这无疑是在两难困境中的最佳选择。现在回头看，社会统筹和个人账户相结合的模式，比较成功地化解了经济体制转型社会矛盾，同时实现了职工医保从公费、劳保向社会医疗保险制度的顺利转型，其中个人账户的设计功不可没。然而，个人账户制度没有完全实现缓解老龄化问题的设计初衷，这给医疗保险管理带来了不少麻烦，引起了社会上关于个人账户存废之议，甚至有个别人以个人账户的问题否定我国走社会医疗保险道路的正确性，这种割裂历史的倾向值得高度警觉。

“两江”试点是在1994年国民经济和社会发展的历史背景下开始的。当时的改革者们确实没有像一些先知先觉的专家那样，顶层设计出一个全民医保的方案，而是根据当时国民经济和社会发展的现实需要和未来趋势，务实审慎地进行医疗保障制度改革探索。20世纪90年代初期，在邓小平同志南方谈话的大力推动下，我国在意识形态领域解决对市场经济体制的认识问题，改革开放回到正确的思想轨道，全面系统的经济体制转型改革起步。当时占据国民经济主体资源的国有企业仍然在计划经济模式下运行，而且效益低下，几近或者严格意义上已经破产。许多企业职工待岗，职工和退休人员医疗费大量拖欠，不改革已经没出路。当时的公费、劳保制度已经成为经济体制转型的障碍。企业劳保医疗苦乐不均，公费医疗支

出大幅上涨，不同单位职工的医疗负担畸轻畸重，医疗保障待遇出现了极度的不公平，制度难以为继。90年代初医疗保障制度改革的重点，既要解决职工医保制度本身难以为继的问题，同时医保作为经济体制的配套制度，也要解决经济体制转型出现的社会问题。双重的任务使医疗保障制度改革艰巨复杂，必须将全部精力聚焦于城镇职工医保这个紧迫问题，在探索中前行，一步一个脚印地务实推进。在那时要提出一个全民医保体系的顶层设计，无疑是痴人说梦。

“两江”试点是国务院根据中央“先在局部试验，取得经验后再推广”的要求确定的职工医疗保险制度改革的第一步。目的在于探索社会统筹与个人账户相结合的政策框架，并配套解决市场经济体制转型带来的社会问题，包括八个方面：一是如何建立与经济发展水平相适应的筹资机制和政策水平；二是如何确定统账结合的政策模式，包括基金管理、保障责任和支付政策的衔接；三是如何建立分担机制，包括用人单位和个人的筹资分担、医保基金和患者个人的医疗费用分担；四是如何根据以收定支的原则，确定保障范围和水平，起付线、封顶线和共付比例的测算方法与具体标准；五是如何加强医疗服务管理，遏制医疗费用过快上涨；六是如何建立社会化管理的组织体系和经办服务管理规则；七是如何建立对制度运行的评估体系；八是如何能够稳步实施，实现制度顺利转型，确保社会稳定。这八个方面涵盖了一个社会医疗保险制度及其实施最为核心的部分，在“两江”试点之前，有个别地方或对其中一些进行了探索，在理论上也或各有侧重地进行研究，但全面系统地在一个中型城市实施尚无先例。现在来看全民医保体系的各项制度，尽管政策和管理措施丰富了许多，标准和水平提高了不少，然而构成其政策框架的主干仍然是以“两江”试点时的政策框架为基础。反过来讲，正因为有了“两江”试点确定的政策框架以及其成功实施的经验，才有了56个城市扩大试点对政策的进一步完善，才有了1998年44号文件以及之后城乡居民基本医保制度的政策体系。

“两江”试点是为全国改革探索路子的试点，是只能成功不能失败的试点，是允许部分政策不完善、措施不充分但绝不允许出现方向性错误的

试点，情况复杂，任务艰巨，充满风险。许多地方政府面对经济体制改革和社会矛盾的巨大压力，对医疗保险制度改革大多认识不足，有的感到心里没底，担心风险太大；有的认为搞不好要付出大的代价，背上包袱；有的甚至认为是给经济体制改革添乱找麻烦，拒绝改革。而此时“两江”的市委、市政府能大胆接受国务院的试点任务，需要有第一个吃螃蟹的勇气，这种敢为天下先的精神难能可贵。大胆决策之后是务实审慎地实施。试点期间，国务院领导、各相关部委负责同志以及由各部门组成的工作团队和技术团队，多次下“两江”动员部署、深入调研听取意见、研究重大问题、直接参与方案设计和重大政策标准的测算和评估。“两江”的市委市政府和各相关部门也全力做好组织动员、调研测算、拟订方案、科学论证、组织实施、监测评估等试点的具体工作。上下全力以赴，齐心开拓进取，相互协调配合，合力克难攻坚。研究方案花费时间近8个月，试点持续2年，试点评估坚持6年。试点工作准备充分，决策科学，实施务实，没有大轰大闹的炒作，没有浮皮潦草的决断。“两江”试点不仅不断积累了制度建设的经验，也不断体现改革创新的精神和求真务实的工作作风，并随着改革的全面推开，逐步形成了全国医疗保险系统忠诚、团结、敬业、奉献的“医保人精神”。

（《中国医疗保险》“医药改革20年”2014年5月第6期）

2 医保制度走社会保险道路是历史选择

回顾我国社会主义建设几十年的历史，大体可以发现，出现重大的挫折，往往在于犯了简单幼稚病的“左”倾错误；取得巨大的成就，往往在于尊重常识，脚踏实地。

2013年年末，英国《金融时报》发表了一篇题为《中国“免费医疗”的可能道路》的文章。文章作者给英国的医疗服务制度戴了一个免费医疗的帽子，用英国医疗保障制度的优点，批判一些持否认免费医疗态度的专家观点。之后，作者笔锋一转，提出中国实行税收筹资的免费医疗模式比实行社会保险模式更具优势，认为我国医疗卫生体制费用较快上涨的原因是医保和医疗分属两个部门管，建议将医疗保障体系和医疗服务体系合并，实现国家通过税收资金免费提供医疗服务的模式，并提出部分



切入点就是要整合城乡基本医疗保险管理体制，形成强有力的医疗服务市场的购买方。

医保基金直接用于公立医院日常收支差额和人员经费补偿，对公立医院进行预算管理。

对于这篇文章的观点，实话说不值得一一理论。比如，即便是英国人也从来没宣称自己搞的是免费医疗，也承认存在效率低下的问题，作者在英国《金融时报》为英国人戴高帽子用意何在？又如，英国的医疗服务体系具有很多优点，但有什么证据证明在中国实行免费医疗比实行社会保险模式更具优势？德国等欧洲绝大部分国家、邻国日本以及同根同族的我国台湾地区都采取了社会医疗保险模式，为什么在中国采取这种模式就没有优势？再比如，医治医疗体系痼疾，为什么不从医疗体系中计划经济管理体制的遗留问题做文章，反而通过摧毁好不容易建立的医疗保险制度找出路？

懂一点中国医疗保障制度历史的人都知道，我国不是没有尝试过免费医疗。公费医疗、劳保医疗就是免费医疗。在那个时期，医疗机构都是全额拨款养机构养人，同时通过公费医疗、劳保医疗、缴费报销或单位直接向医疗机构拨款的方式，补偿医疗消耗性医药物质产品成本，职工免费获得医疗服务。合作医疗也按相似的思路设计。公费医疗、劳保医疗建立后，有关部门几乎年年发文控制医疗费支出，即便是在经济极度困难时期也是如此，可见免费的公费医疗、劳保医疗制度本身就有控制不住医疗费用增长的劣根！只是在计划经济下，全民物资短缺，医药物资也很紧张，免费医疗想免费的东西都不存在，所谓大处方、乱检查、拿回扣等医疗痼疾才没有物质基础。

改革开放以来，市场经济体制改革带来了物质供应的快速增长，公费医疗、劳保医疗免费制度难以控制医疗费用的弊病日益显现，公费医疗、劳保医疗制度根本就不适应市场经济体制，这才对其进行彻底的改革。在1994年进行职工医改试点之前，也曾对公费医疗、劳保医疗制度进行政策修补，包括将公费医疗经费全部划拨给公立医疗机构、建立公费医疗医院等，然而均以失败告终。而在1994年通过“两江”试点，确定了走社会医疗保险制度之后，我国的医疗保障制度才有了新农合、居民医保，继而

实现全民医保。应当肯定地说，我国走社会医疗保险的道路，是在公费医疗和劳保医疗的免费医疗制度失败的教训上建立起来的。

在过去 20 年的医疗保障制度改革过程中，从来就不存在改变医疗保障制度的模式及发展道路的问题。1993 年十四届三中全会通过的《中共中央关于建立社会主义市场经济体制若干问题的决定》明确提出：建立包括社会保险、社会救济、社会福利、优抚安置和社会互助、个人储蓄积累保障在内的社会保障制度；建立统一的社会保障管理机构；城镇职工养老保险费和医疗保险费由单位和个人共同负担。第一次明确了我国医疗保障制度的主要模式，确立了发展道路。

根据中央的决定，1994 年进行“两江”试点，1996 年扩大试点，1998 年全面推开。2003 年十六届三中全会通过的《中共中央关于完善社会主义市场经济体制若干问题的决定》明确提出，“继续完善城镇职工基本医疗保险制度、医疗卫生和药品生产流通体制的同步改革，扩大基本医疗保险覆盖面，健全社会医疗救助和多层次的医疗保障体系……积极建立新型农村合作医疗制度，实行对贫困农民的医疗救助”。

据此，建立了以政府补助加个人缴费的具有社会保险性质的新农合制度。2007 年，在职工医疗保险的基础上，建立了城镇居民医疗保险制度，将基本医疗保险的覆盖面扩大到城镇居民。2009 年《中共中央、国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》也明确提出，“城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗和城乡医疗救助共同组成基本医疗保障体系，分别覆盖城镇就业人口、城镇非就业人口、农村人口和城乡困难人群”，明确了全民医保体系的制度框架。2010 年通过的《中华人民共和国社会保险法》规定，“国家建立基本养老保险、医疗保险、工伤保险、失业保险、生育保险等社会保险制度，保障公民在年老、疾病、工伤、失业、生育等情况下依法从国家和社会获得物质帮助的权利”。可以说，我国医疗保障制度体系以社会医疗保险模式为主体，是改革开放以来根据实践探索和本国实际确立，并通过法律的形式确定下来的基本制度和基本道路。2013 年，党的十八届三中全会通过的《中共中央关于全面深