

老百姓

LAOBAIXING
ZUIGUANXINDE

最关心的……

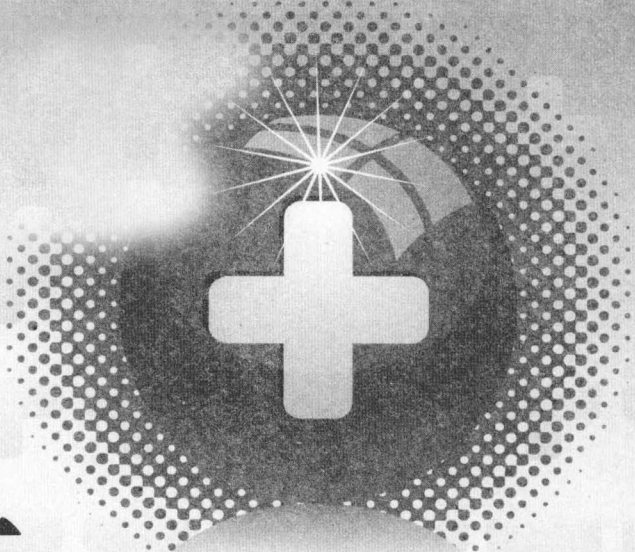
社会医疗保险公平性热点问题

吴传俭 陈明花 © 编著

社会医疗保险是否成为“富人俱乐部”？“看病难看病贵”的症结何在？



中国时代经济出版社



老百姓

LAOBAIXING
ZUIGUANXINDE

最关心的……

常州大学图书馆

社会医疗保险公平性热点问题

吴传俭 陈明花 © 编著

老百姓最关心的——社会医疗保险公平性热点问题

在优雅和智慧之间，

绘出生命的彩虹。

社会医疗保险是否成为“富人俱乐部”？“看病难看病贵”的症结何在？



中国时代经济出版社

老百姓最关注的……——社会医疗保险公平性热点问题 / 吴传俭, 陈明花编著.

—北京: 中国时代经济出版社, 2007.1

ISBN 978-7-80169-908-4

I. ①社… II. ①吴… ②陈… III. ①医疗保险—中国 IV. ①F840

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2006) 第 156562 号

书 名: 老百姓最关注的……——社会医疗保险公平性热点问题

出 版 人: 王鸿津

作 者: 吴传俭 陈明花

出版发行: 中国时代经济出版社

社 址: 北京市丰台区右安门外玉林里 25 号

邮政编码: 100069

发行热线: (010)68320825

传 真: (010)68320634

邮购热线: (010)88361317

网 址: www.cmepub.com.cn

电子邮箱: zgsdjj@hotmail.com

经 销: 各地新华书店

印 刷: 北京市优美印刷有限责任公司

开 本: 787 × 1092 1/16

字 数: 205 千字

印 张: 12.5

版 次: 2012 年 1 月第 2 版

印 次: 2012 年 1 月第 1 次印刷

书 号: ISBN 978-7-80169-908-4

定 价: 22.00 元

本书如有破损、缺页、装订错误, 请与本社发行部联系更换

版权所有 侵权必究

前 言

实现卫生资源公平、高效的利用,减少浪费,合理控制过快增长的卫生费用,保障人民的健康,提高全民健康水平,是社会主义卫生事业的发展目标和基本任务,也是我国政府实行卫生体制改革的最终目的。社会医疗保险制度是我国卫生体制和社会保障制度改革的一项重要内容,是建设“公平、公正”为核心的和谐社会的重要内容之一。然而国务院最近一份研究报告表明,我国到目前为止的卫生体制改革并不成功,主要问题在于没有实现卫生资源的公平利用,绝大多数人群没有进入医疗保障体系,社会医疗保险已经成为“富人俱乐部”。

要提高卫生资源利用的公平性,首先必须了解目前医疗保险存在不公平的现象和造成这些现象的原因,通过客观科学的评价,对我国目前卫生资源利用的公平程度进行合理评估。本书根据医疗保险精算方法理论、计量经济学方法理论和统计学方法,结合社会医疗保险理论,对我国目前社会医疗保险运行过程中存在的公平性问题进行了综合分析,并就这些问题的外延作了研究,形成了社会医疗保险公平性研究的理论、方法体系。

社会医疗保险制度的实施,改变的不仅仅是卫生费用的支付方式,它对人们的就诊行为习惯、健康观念的改变也起到极为重要的作用,然而这种改变却不会像卫生费用的支付方式那样立竿见影,社会医疗保险实施十多年来,很多人仍然沿用计划经济体制下的公费、劳保医疗理念,仍然没有形成对卫生费用的厉行节约的习惯和行为,社会医疗保险领域的道德风险普遍存在,对保险基金的安全运作造成很大的威胁,本书用大量的篇幅对社会医疗保险道德风险问题进行了分析,其实社会医疗保险公平性问题无非包括社会医疗保险覆盖人群内部、社会医疗保险非覆盖人群以及两者之间的公平性问题,现在很多问题集中在既然社会医疗保险包括了国家和单位补贴的部分,那就是说,社会医疗保险覆盖人群对卫生服务利用总要多于非覆盖人群,其实这也不尽然,由于我国目前合作医疗保险费用是根据参保者的工资水平而不是患病特征进行缴纳的,这种缴费方法就隐含了道德风险的多发,加上药品的可存储性,道

社会医疗保险公平性热点问题

德风险问题已成为社会医疗保险的一块头痛顽疾,这一顽疾对社会医疗保险起到多大的影响、又如何间接作用于卫生服务利用的公平性,需要进一步地探索。

社会医疗保险与其他社会保险制度的主要区别在于保险基金最终要支付给为参保者提供医疗服务的定点医药机构,属于典型的“第三方付费”保险,这种“第三方付费”的保险方式又有着自身独特的特点:首先,参保者只能利用保险基金接受医疗卫生服务,而不能获取保险基金直接现金赔偿。其次,它不同于伤亡保险等被保险人的保险标的属于恶性的严重后果,医疗保险可以通过主观的虚假陈述获得保险赔付,道德风险问题严重;它又不同于以利润为核心的商业医疗保险,社会医疗保险承保机构为政府机构,这些政府机构工作人员的主要收入来自政府财政,而不是参保者缴纳的保险费用,所以它缺少直接受益监管主体。社会医疗保险的这种特殊性必然会导致社会医疗保险基金利用审核、监管力度的疲软。保险基金作为利润通过对参保者的救治行为单向流向在社会医疗保险体制中不承担任何社会责任的定点医药机构,成为社会医疗保险的最大受益者,为了增加来自社会医疗保险基金的收益,各个定点医疗、医药机构都在尽其所能地花费保险基金,对保险基金的利用效率和基金安全造成很大的负面影响,也破坏了社会医疗保险资源利用的公平性。如何控制这种局面,调整医药定点机构在社会医疗保险中的角色,已经引起各方面的重视,本书专门对社会医疗保险与定点医疗服务机构之间的相互影响进行了分析,为定点医疗服务机构正确调整发展战略、控制道德风险、提高卫生服务利用的公平性进行了分析,建立了社会医疗保险与医疗定点机构联立模型。

同时,本书还在社会医疗保险公平性研究的基础上对影响社会医疗保险运作的其他问题进行了分析,提出了物流式定点药店的社会医疗保险模式;对影响卫生资源公平利用的相关因素进行了分析,提出了成立高价值医疗设备共享中心的概念。并且结合我国医疗体制改革过程中关于医药分离的问题发表了一些自己的看法,认为目前在药品经营管理以及流通体制问题较大的背景之下,我国还不具备实行医药分离的条件,建议对常规性疾病实行单病种限价的办法。

本书最后,结合我国目前社会医疗保障的热点问题,在构建社会主义和谐社会和建设社会主义新农村背景下,对新型农村合作医疗、农民工和社会弱势群体的社会医疗保障进行了专题研究。

作者

2006年12月

目 录

前 言	1
第一章 社会医疗保险基本情况	1
第一节 医疗保险现状	4
第二节 我国社会医疗保险基本运行模式	14
第三节 社会医疗保险的公平性问题	17
第二章 医疗保险资源利用的公平性问题	24
第一节 医疗费用不合理利用问题	24
第二节 医疗保险资源过度利用控制措施	27
第三章 社会医疗保险精算基础与内部公平性	31
第一节 社会医疗保险精算概述	32
第二节 社会医疗保险精算模型	36
第三节 我国社会医疗保险精算概述	46
第四节 社会医疗保险地区内公平性分析	49
第四章 社会医疗保险地区公平性	52
第一节 地区合作的必然性	52
第二节 社会医疗保险地区合作的途径	55
第三节 社会医疗保险区间合作实证分析	57
第五章 补充医疗保险对公平性的影响	69
第一节 补充医疗保险概述	69
第二节 大额补充医疗保险再保险精算模型	75
第六章 道德风险对社会医疗保险公平性的影响	79
第一节 医疗保险道德风险提出	79
第二节 道德风险博弈与防控措施	81

社会医疗保险公平性热点问题

第三节	医疗社会关系与道德风险	86
第四节	道德风险对保险基金安全影响	87
第五节	社会医疗保险基金的安全	92
第七章	关于社会医疗保险公平性问题引发的相关思考	97
第一节	医院医药分离管理体制利弊与对策	97
第二节	物流式定点药店	101
第三节	加大医疗设备与药品管制 缓解“看病难、看病贵”问题	115
第四节	我国社会医疗保险模式兼容性分析	119
第八章	社会医疗保险与医疗服务机构	128
第一节	社会医疗保险与定点医院绩效	128
第二节	社会医疗保险与现代医院经营战略	132
第三节	社会医疗保险与社区医疗服务机构	138
第四节	医院经营与社会医疗保险联立模型	142
第五节	“入世”后民营医院与社会医疗保险的现实关系	146
第九章	社会医疗保险公平性专题研究	155
第一节	农村新型农村合作医疗保险公平性问题	155
第二节	农民工医疗保险研究	160
第三节	城市中弱势群体社会医疗保险研究	167
第十章	WTO 与社会医疗保险区间精算	171
参考文献	180
附录	184
致谢	193

注:本书为国家博士后基金资助项目

第一章 社会医疗保险基本情况

进入 20 世纪 80 年代,随着我国改革开放的深入发展,我国开始对我国的职工医疗制度进行改革,1994 年 4 月 14 日,国务院批准了国家体改委、劳动部、卫生部和财政部起草的《关于职工医疗制度改革的试点意见》(体改委[1994]51 号),由镇江、九江两市先期实行改革试点工作,自 1994 年 12 月起正式启动社会医疗保险制度改革,这就是所谓的“两江试点”,“两江试点”模式的特点是实行社会统筹与个人账户相结合。根据“两江试点”经验,国务院办公厅于 1996 年 4 月 8 日至 11 日,在镇江召开了全国职工医疗保障制度改革扩大试点工作会议,主要讨论在两江经验基础上起草的《关于职工医疗保障制度改革扩大试点的意见》,国务院办公厅在会后不仅以文件形式转发了该意见,还进一步明确了医疗制度改革的组织机构,即医疗保障制度改革试点小组,下设办公室挂靠在国家体改委、劳动部、卫生部和财政部,各部委委派人员参加。

1998 年召开的全国城镇职工医疗保险制度改革工作会议,是社会医疗保险的标志性会议,该次会议指出,社会医疗保险是城镇职工医疗保障制度改革的大趋势,改革的任务是建立城镇职工基本医疗保险制度。1998 年 12 月,国务院颁布了《关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》,该决定主要包括 7 个方面的主要内容:①改革的任务与原则;②覆盖范围和缴费办法;③建立基本医疗保险统筹基金和个人账户;④健全基本医疗保险基金的管理和监督机制;⑤加强医疗服务管理;⑥妥善解决有关人员的医疗待遇;⑦加强组织领导。该决定考虑到我国的地区差异和各地医疗需求与服务的供给实际,只是提出了今后社会医疗保险制度的基本框架,允许各地区结合本地实际,采取灵活的保险模式和管理办法。

《关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》为社会医疗保险制度的建立只是确定了基本的运作框架,这与当时的改革现状是密切相关的,当时改革经验

社会医疗保险公平性热点问题

不足,各地均在探索之中。然而随着我国经济、社会的进一步发展,这种框架式的改革方案越来越暴露出它的弊端。首先是医疗保险含义的界定问题,虽然该决定指出,医疗保险制度改革的主要任务是建立城镇职工基本医疗保险制度,但是这种保险制度仍然不能真正称之为“保险”,因为它没有完全按照保险的规则进行,实质上仍然是一种社会医疗互助制度,这体现在,保险基金主要来源于国家,目前参加保险的1亿4千多万人口,绝大部分是国有企事业单位人员和机关工作人员,约有3/4的其他性质的城镇职工与无业人员并没有进入到社会医疗保险的保障体系;其次,这种具有一定强制性的社会医疗保险模式缺少法律强制性,不对城镇职工所在单位具有普遍性的强制作用,很多私营、个体企业不给其聘用职工提供社会医疗保险单位出资部分;第三,社会医疗保险没有按照一般保险的原则对保险费用、报销额度等针对不同的特征人群进行保险精算分析,使得不同类型的参保人员的保险费缴纳与受益水平不对等;第四,社会医疗保险实行属地化管理,而没有考虑流动人员的医疗保障需求,给流动人员的异地就医造成很多棘手的问题。

另外,社会医疗保险应该是覆盖全民的保险,从广义上讲,农村合作医疗也应该属于社会医疗保险的一部分。随着我国城镇化的进一步加快,更多的农村开发为城镇,随着原先的农民转化为城镇居民,如何解决这些人口的社会医疗保险问题,国家也必须从政策角度进行保障。而这些国家还没有明确的措施,原因有二:一是城镇居民社会医疗保险的低覆盖率,无业人员获取社会医疗保险的难度过大;二是保险模式的不对接、不兼容。这与我国加快新型农村建设和构建和谐社会新社会的大背景相违背。

卫生服务利用的公平性问题近年来一直是社会比较关注的一个焦点问题,在十届人大、政协三次会议上,在共建和谐社会的大背景下,如何将十三亿人口共同纳入社会保障覆盖范围内,促进社会和谐、公平发展,是两会比较关心的热门话题。在2006年召开的四次会议上,温家宝总理的政府工作报告再次明确指出,要突出抓好三个方面的工作,逐步解决群众看病难、看病贵的问题,其中就包括深化卫生体制改革,深入整顿和规范医疗服务、药品生产流通秩序。作为社会保障重要组成部分的社会医疗保险,必须重新审视社会医疗保险对卫生服务利用公平性的各方面影响,从公平性角度入手,利用保险精算和计量经济学方法,充分探讨社会医疗

保险对参保人员和非参保人员卫生服务利用公平性的影响,在注重保障效率的基础上,兼顾公平。以效率提高社会医疗保险的保障能力,提高保险基金的安全能力;以公平提高参保人员的满意度,提高人群覆盖率。

随着中国加入 WTO 进入后过渡期,中国经济即将全面融入世界经济的大环境中,社会医疗保险也不可避免地受到多方面的冲击。加入 WTO 后保险市场的开放,对社会医疗保险基金风险管理带来较大的冲击,保险基金一旦出险,则对于社会医疗保险参加人员带来较大的损失,无法实现社会医疗保险自身的职能。根据国家目前社会医疗保险的政策规定,各种性质企业职工必须参加社会医疗保险,加入 WTO 后,在所有企业平等享受国民政策的 WTO 规则下,社会医疗保险必须考虑政策的统一口径,使得各种性质的企业职工平等地享受社会医疗保险,而外资、合资企业的职工身份性质复杂多样,他们对卫生服务利用的公平程度更需要深入分析。参与社会医疗保险人员的区间流动性更强。这类人员一是未脱离原单位的社会基本医疗保险、临时外出或较长时间驻外;二是工作单位调整,到新的地区参加新单位的社会医疗保险。人群的社会特征影响了他们接受医疗保险的公平性,城镇职工社会基本医疗保险、农村合作医疗保险、公务员医疗保险、商业医疗保险等多险种的存在,实际上并没有体现出投入与待遇的对等。这些都与 WTO 的有关规则相违背,特别是在所有企业同等国民平等政策之下,必然要求社会医疗保险政策的等同性。

目前国外医疗保险制度多数是国家范围的医疗保险管理模式,在国家社会医疗保险的统一标准下,实行省或国家范围的医疗保险管理模式。比较典型的是加拿大的国家医疗保险模式,加拿大实施全国健康保险制度,保证每个公民都享受免费医疗服务。国家医疗保险由联邦和省府共同资助,由省府设立并管理,人们可随职业或住址变化而转移医疗保险。英国主要是间接通过税收的形式资助全国性医疗服务,保证每个人平等享受国家医疗服务。这与我国县市级的属地化管理办法形成鲜明的对比,我国社会医疗保险实践表明,属地化管理虽然能够发挥地方政府的积极性,有助于各地区灵活开展社会医疗保险工作,但也同时限制了人口的合理流动,保险基金的安全系数偏低,给参保人员的异地就诊带来很多问题,在一定程度上影响了居民对社会医疗保险资源利用的可及性,不利于全民社会医疗保险的建设。

第一节 医疗保险现状

保险是指具有同类危险的众多单位或个人,以某种规则共同承担分担金的方式对少数成员因该危险事故所致经济损失的补偿行为,其社会本质是参与平均分担损失的单位或个人之间形成的一种分配关系。

医疗保险有广义医疗保险与狭义医疗保险之分。广义医疗保险通常称为健康保险,是意外事故与疾病保险的统称,是针对因疾病或者意外事故引起的人身伤害或死亡而导致的损失进行的经济补偿。狭义的医疗保险是只对医疗费用进行补偿的保险。结合世界卫生组织对健康的定义,广义医疗保险与狭义医疗保险没有严格的区分界限,只是保险范围和程度的差异,因而各国对医疗保险的界定差异较大,实际举办的社会医疗保险模式也存在很大差异。我国正处于医疗保险体制的改革时期,医疗保险主要是狭义的医疗保险,即一般意义上的城镇职工基本医疗保险。近年来随着我国社会医疗保险制度的逐步完善、城镇化速度的加快,特别是随着社会保障制度的发展,我国社会医疗保险制度在各地所赋予的含义与外沿也不尽相同,存在一定的差异,如镇江市已经将城镇边缘的新型农村合作医疗作为社会医疗保险的一个保险险种,给社会医疗保险更大的含义。而我国多数地区仅指城镇职工基本医疗保险,补充医疗保险也没有纳入其中,仍然实行劳动部门管城镇,卫生行政部门管农村的分割局面。

医疗保险根据主办实施机构性质,主要分为政府主办的带有一定强制性的社会医疗保险和由保险公司开办的商业医疗保险。当前以政府主办的社会医疗保险为主,以商业性医疗保险为辅。医疗保险是社会性很强的行为,各国都非常重视本国的社会医疗保险的建设,形成了较为完整的医疗保险理论与制度体系,得到很多经验与教训。

一、国外几个医疗保险典型国家的医疗保险现状及对我国的启示

一个国家或地区的医疗保险制度的形成和发展,与其经济、社会发展和医学科学技术的进步有着密切的关系,它既是一个长期的演变过程,又是一个逐步完善的过程。该研究就几个有代表性的国家的医疗保险制度的形成和发展进行综述分

析,以评述医疗保险制度几个主要模式的特点及其发展趋势,为我国医疗保险制度的完善与发展提供可借鉴的信息。

1. 英国国家保障型医疗保险

英国的医疗制度属于预算拨款型的计划经济模式,即由国家财政负担医疗费用,对负责社会医疗保障医疗机构实行国有制,为全体居民提供免费医疗,医疗经费的分配使用由政府来制定,英国属于典型的国家保障型医疗保险。

英国卫生经费的86%来源于政府预算,10.5%来源于自费床位和健康保险,3%为居民就医时支付的挂号费、门诊费以及一些专科治疗费用。英国的医疗保险管理体制实行政府统一管理,卫生部是英国医疗制度的最高权力机构,下设地区和地段卫生局,共三级。在英国除政府提供的全民医疗保健服务,还有私人医院和私人医疗保险。当前英国有30多家提供私人医疗保险的公司,保险项目多达二百余种,20%以上的英国人参与私人医疗保险。

英国国家保障型的医疗保险制度,使得政府可以有效控制医疗费用的增长。有利于初级卫生保健和有计划的疾病预防措施的实施,一定程度体现了医疗消费的公平性。但是也存在卫生服务效率低下、供需矛盾突出等问题,近些年来,英国政府从市场竞争机制和卫生行政机构职能入手,开始对其医疗保险制度进行改革。允许地段卫生局从自己管辖以外的医院引进低成本的医疗服务,可以向管辖范围外的医院投放卫生经费为本地段居民服务,甚至可以引进医院服务,形成医院之间的竞争,鼓励国立医院与私人医院竞争。对拥有1.1万名以上注册居民的集体开业全科医生,经地段卫生局审核,凡具备一定的技术和设备条件者,可以获得政府批准向居民提供卫生服务的资格。得到政府的住院经费拨款,形成集体开业医生之间和集体开业医生与医院之间的竞争。经地段和地区卫生局的审核,对具备一定条件和管理水平的地段医院,允许他们从地段卫生局的管辖中独立出来,给予自身的人事、工资和经济调配等方面的决定权,他们可以作为政府的合同医院开展独立自主的经营,形成医院之间的竞争。允许居民自由选择全科医生,居民可以根据自己的判断来决定和改变注册全科医生,形成全科医生之间的竞争。1993年,英国政府提出对政府卫生行政管理机构进行重组合并,并于1994年按照改革后的机构运行。经过这次改革,裁减合并掉部分行政机构,把原属于中央的部分责任下放给地区卫生局和卫生服务部门,鼓励由原来

社会医疗保险公平性热点问题

的提供卫生服务代表供方利益的位置转变为购买卫生服务代表需方利益的位置。这种转变有利于供方实行竞争,通过竞争达到降低卫生服务成本,提高服务质量的目。

英国国家医疗保障制度对我国社会医疗保险具有很大的启示作用,很多方面值得借鉴,特别是英国这种计划经济模式的社会医疗保障制度,与我国社会医疗保险制度建立之初,有很大的相似性。英国国家医疗保障制度对提供基本医疗保障的医疗机构实行国有制,这与我国当前的卫生管理体制是很接近的,但是英国的国有医疗机构只提供基本医疗,高层次医疗由私立医院提供,这一点与我国又存在明显的差别,也就是这种差别,使得我国社会医疗保险的现状与英国存在很大的差异,应该讲,虽然我国医疗保险最终的目标是建立社会医疗保险制度,但是我国目前社会医疗保险覆盖的人群基本上是国家机关、企事业单位人员,保险基金仍然以政府出资为主,这就意味着要建立真正意义上的社会医疗保险制度,就必须突出其社会属性,让更多的非国家机关、企事业单位的职工参与到社会医疗保险中来,从全社会筹集社会医疗保险基金。另外,我国应该进一步明确公立医院的属性,控制其医疗服务提供。当前我国卫生资源主要集中于大城市的这些公立医院,它们不仅提供基本社会医疗保险医疗服务,同时也提供保险之外的高层次医疗服务,通过项目分解、隐蔽医疗等行为诱发了卫生资源,特别是社会医疗保险资源的过度利用,威胁到保险基金的安全与保障能力。借鉴英国的做法,在有必要时,社会医疗保险承保机构接管部分公立医院专门从事社会医疗保险基本医疗服务的提供,尽管这在当前实行起来的难度较大,但也不是不可以。

2. 德国社会型医疗保障制度

社会保险型医疗保险模式,其经费采用多渠道筹集的办法,医疗服务通过医疗保险机构来实施管理和提供,医疗费用由医疗保险组织筹集和支付,在多渠道的集资形式中,除了各方缴纳的保险基金外,患者就医时还要自己负担一部分费用。实行该类型的代表性国家有德国、日本、法国、加拿大、澳大利亚和西欧等一些国家,本文只对德国当前医疗保险制度现状进行综述,以代表性反映上述几个国家的医疗保险现状。

德国的社会保险是由议会立法、民间实施、政府进行监督管理。按照议会立法,医疗保险分为法定保险和自愿保险两种。保险由民间机构依法实施,全国约有

1270 个疾病基金会,其管理由劳资双方共同管理。保险金的来源是雇员、雇主各负担一半,资金管理采取现收现付的办法,雇员按其工资总额的一个固定百分比缴纳,而不论其家庭人口多少和身体状况如何。其平均的保险费率当前已降至低于工资总额的 13% 以下。

德国的法定医疗保险是强制性的,其对象包括税前月工资低于法定义务标准的雇员、无固定收入的雇员及其家庭成员、退休人员、自顾人员、义务兵、大学生和就业前的实习生等。私人医疗保险的对象包括公共服务行业中享受政府补贴的就业者和税前月收入超出法定义务标准的人员。目前,约 7200 万人参加了法定医疗保险,540 万人参加了私人医疗保险,参加这两种保险的人数达到 99.7%,只有约 0.3% 的特别富有人员没有参加。

德国提供住院服务的医院有三种类型,包括公立医院、非盈利性医院和私人医院。三类医院的经费来源大部分来自于法定保险基金。各疾病基金会分别组成联邦和州的联合会,负责同医院协会和保险医师协会协商,确定医疗服务的收费标准、服务范围和医生工资等事项。对医院经费的确定标准由医院代表和基金管理机构协商确定。主要根据医生工资、折旧费、病床使用费和主要项目的收费单价实行按照住院天数给付。超出部分按照经费的 25% 给付,实际天数少于预计天数还可以给予 75% 的经费。

针对医疗保险制度中存在的不够公平、费用迅速增长和缺乏质量管理、缺乏预防服务等问题,德国政府近年来开始从医疗费用控制等内容进行改革。1996 年实施的《卫生机构改革条例》,开始限制医生数量,按照 1300 个投保人配置 1 名医生的标准配置医生,减少医学生的招生数量,鼓励医生到偏远地区工作。鼓励各疾病基金会与商业保险组织展开竞争,鼓励医院减少多余床位和缩短患者住院天数。1996 年起按照病种标准费用定额付费。建立基本药品清单,费用增加部分自付等。

德国社会医疗保险对我国社会医疗保险的借鉴意义在于其社会医疗保险基本模式与我国比较相近。德国的社会医疗保险属于强制性的,我国的社会医疗保险基本医疗保险部分也是强制性的,区别在于德国实行立法的办法规范了这种强制性,而我国却缺乏这种法律上的规范性。尽管国务院出台了关于建立社会医疗保险制度的决定,作为指导我国社会医疗保险制度建立的指导方针,但是其约束性要明显低于法律的强制性。尽管我国目前亟须一部社会医疗保险立法,并且也已经

社会医疗保险公平性热点问题

在酝酿之中,但是,我们又必须看到,我国目前实行的属地化管理的多种模式社会医疗保险制度,为立法和法律的执行带来一定的难度。因而在社会医疗保险立法之前,有必要先对我国各地实行的社会医疗保险模式进行充分、全面、科学地论证分析,剔除不适合我国发展趋势的社会医疗保险模式,确定下来几个适宜的社会医疗保险模式,并明确各保险模式的适用条件,以及随着条件的变化,这些保险模式的走向,使我国社会医疗保险在一个相对稳定的框架下展开,为保险模式之间的兼容性提供法规上的依据,保障流动人员的社会医疗保险权益,使我国最终实现统一的社会医疗保险模式。

3. 新加坡的医疗保险制度

这是一种比较新型的医疗保险经费筹集和医疗费用支付方式的医疗保险模式,采取私有制与公有制相结合的管理体制。消除了传统社会医疗保险和国家预算性医疗制度的第三方付款造成的弊端,还能克服商业性医疗保险的消费不公平等现象,提高了管理效率,这种类型的典型代表国家为新加坡。

新加坡的医疗保险制度由三大部分组成:即医疗储蓄计划、大病保险计划和穷人医疗救助计划。其中医疗储蓄计划属全民强制性,在医疗保险制度中起主导作用;大病保险计划和穷人救助计划属辅助性,起补充作用,且大病保险计划是自愿的。

新加坡政府在医疗服务领域适当引进了市场机制,通过一定的市场力量来改善医疗服务,提高服务效率,竞争的市场力量有助于促使医疗服务的提供者提高服务质量,为病人提供物有所值的服务。

新加坡这种医疗储蓄计划和穷人医疗救助计划,对我国当前经济状况下的社会医疗保险具有很重要的意义。我国有必要推行医疗储蓄计划,将存款利息的税额转移到社会医疗保险领域,其基本存储金额可以灵活使用,只需要保证存储额度在一定的额度之上,这种储蓄计划需要在达到一定经济水平的地区才可以实行,并且这种计划只涉及筹资方式,与保险基金利用脱离关系,加上保险费用不需直接缴纳,有助于提高人群参保率。在我国经济水平偏低的地区,我国必须实行医疗救助制度,这种救助制度是由国家统一实行,而不是医院。当前很多医院为贫困居民实行医疗费用减免的办法,但是这种减免实际上是国家在承担,医院不应该具有这种医疗救助的行为。国家有必要统一社会医疗救助计划,并明确救助基金的来源和实行救助的操作机构和管理机构。

4. 美国商业医疗保险现状

商业保险型医疗保险模式,是通过市场来筹集基金和提供服务,对医疗保险机构、医疗服务机构和医疗服务实行市场调节,属盈利性质。医疗服务的供给、医疗服务的价格等是通过市场竞争和市场调节来决定的,政府基本不干预或很少加以干预,在体制上属于市场体制型。商业医疗保险从界定上不属于社会医疗保险的范围,但是它可以作为社会医疗保险的补充形式,并且当居民生活水平达到一定水平,社会成员对医疗救助的依赖程度逐步降低之后,商业医疗保险则可以凭借其灵活性获得越来越大的发展空间。商业医疗保险必须与健全的医疗救助制度同步,否则容易诱发很多社会公平等社会问题,不利于卫生资源的公平合理利用。其代表性国家有美国、菲律宾等。

美国的医疗保险制度以自由医疗保险为主,全国有各种不同类型的医疗保险组织 1800 多个,保险形式分综合保险、单项保险和多项保险。这些保险组织分为政府和团体开办的公立医疗保险以及由私人 and 私人团体开办的私立医疗保险,全国有 1000 家左右以盈利为目的的商业性机构。近年来美国按照疾病分类定额付款制度,将 1 万 3 千多种疾病病历经过电子计算机的处理,组成 467 种疾病诊断分类,根据患者的年龄、性别、手术内容、并发症、住院时间、诊断内容等不同情况制定出各种病历治疗的标准费用,医院在收治过程中超过标准费用以外的政府不给予支付费用,如果低于标准,则节约部分可以作为医院的积累,这种方法促使医院必须设法将医疗成本控制在最小的限度范围内。

二、我国社会医疗保险现状

我国医疗保险制度是在计划经济体制下建立的职工医疗保障制度和农村合作医疗制度基础上发展而来的,随着我国经济体制市场化改革的逐步深入,自 20 世纪 80 年代以来,我国对传统医疗保障制度进行了一系列改革,1993 年党的十四届三中全会明确提出要把“社会统筹和个人账户”相结合的部分积累制模式作为城镇职工基本医疗保险的基本目标和原则,经过 90 年代中期的改革试点,国务院于 1998 年年底颁布了《关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》,构建了新的医疗保险制度的基本框架。

1. 我国城镇职工基本医疗保险

在我国职工医疗保障制度的改革过程中,为寻求统筹结合最佳方式的探索,形成了职工医疗保险制度不同的改革模式,当前我国职工医疗保障制度已形成多种模式。这些模式具有明显的地区性特征,在社会医疗保险制度建立初期,对于快速建立社会医疗保险制度、提高人群覆盖率等方面发挥着重要的作用。但是随着我国社会医疗保险制度的逐步完善,这种地方性特征明显的社会医疗保险模式却又阻碍了社会医疗保险制度的进一步发展,近年来我国社会医疗保险制度覆盖人群增加速度的急剧放缓表明,社会医疗保险模式需要进一步改进。

(1)以深圳为代表的“混合式”模式

该模式的医疗保险的实施范围包括凡是具有深圳市常住户口的在职职工和退休人员参加的综合医疗保险,综合医疗保险实行社会统筹和个人账户结合;对具有深圳市暂住户口的职工和领取失业救助金期间的失业人员,实行基金统筹,不建立个人账户,参保人按照规定缴费,其住院医疗费主要由医疗保险基金支付;如果参保人为离休人员和二等乙级以上革命伤残军人,其个人不缴费,就医不自付,实行公费医疗。在职职工费用按照工资总额的9%(单位7%,个人2%)缴纳;离退休人员按照其退休金的12%缴纳,由财政、单位或养老基金支付。劳务工的住院医疗保险费由单位按照深圳市上年度职工月平均工资的2%缴纳,个人不负担;失业职工的住院医疗保险费由失业保险机构按照深圳市上年度职工月平均工资的2%缴纳,个人不负担。

这种保险模式对参保人员的社会属性定义比较明确,也限制了社会医疗保险的灵活性,并且具有一定的歧视性,不利于全民社会医疗保险模式的建立,但是这种模式在当前状况下能够考虑到非公职人员的医疗保障需求,有助于提高社会医疗保险的人群覆盖率。

(2)以镇江、九江为代表的“两江直通式”模式

“两江直通式”医疗保险模式采用社会统筹与个人账户相结合,这种医疗保险模式既可以用于住院、门诊也可以进入统筹,互济面较宽;职工住院和门诊、大病小病都可以享受同样待遇,公平性比较好,这种医疗保险模式还可以提高保障程度和保障面。由于这种模式使得参保人员受益比较直接,并且有较大的受益层面,这也是多数地区采取的基本社会医疗保险模式。但是这种保障模式对基金的管理比较