

模式,而是对这些体制的优点进行吸收,对这些体制的缺点尽可能规避。例如我国的制度吸收了英国国家医疗服务模式注重受益公平的优势,但又强调宏观效率和微观效率,进行了一系列制度性安排,尽可能避免英国模式受到长期诟病的排队长、效率低问题。又如,作为发展中国家,为了避免费用增长过快,我国的制度设计中注意改变医疗机构的逐利性机制,以及通过报销比例的变化防止患者的过度医疗、过度报销问题,引导群众留在基层。这些体制机制上的借鉴和超越,使得我国在医改过程中发挥后发优势,为我国医药卫生事业的跨越式发展提供了可能。

虽然新医改已取得很大成就,基层百姓实实在在地得到医改的实惠,但基层医疗卫生体制只是我国医疗卫生体制的一小部分,服务于全民健康、兼顾公平与效率的基层医疗卫生制度初步形成仅仅是医改的第一步,占服务量80%以上的公立医院“逐利性”体制机制尚未扭转。而且在医保的刺激下,医院和医生更有条件进行创收,更有动力“过度用药”和“过度检查”。因此,全面启动公立医院改革,重建公立医院体制机制应当成为下一步医改的重点。否则,我国基层医疗卫生制度就会成为一座改革孤岛,最终难逃昙花一现的命运。

加快完善医疗保障体系

浙江大学社会科学研究院副院长 何文炯

医疗保障体系是医药卫生体系的重要组成部分。在国家实施医药卫生体制改革的进程中,医疗保障体系的改革与建设是走在前列的。目前,医疗救助制度普遍实施,社会医疗保险三个制度(职工基本医疗保险制度、农村合作医疗制度和城镇居民基本医疗保险制度)全面建立并实施,参保人数不断增多,已经惠及全国12亿人口。可以说,社会医疗保险正在由制度全覆盖走向人员全覆盖。然而,从人民群众的期待和医药卫生体制改革的目标看,医疗保障体系还有许多值得完善之处,重点是以下四个方面。

逐步缩小社会医疗保障待遇差别

现代社会中,享受基本医疗保障是国民的一项基本权利。因而,绝大多数国家将其列入政府基本职责范围,不分性别、种族和宗教信仰,也不

论职业和居住地点,其保障待遇基本一致。然而,在我国现行社会医疗保险制度有三个,分别适用工薪劳动者、农民和城镇非工薪居民。另外,还有一个干部保健制度,适用于领导干部。

尽管我国已经把社会医疗保险列入了基本公共服务的范畴,但是不同类型的社会成员依然享受不同的社会医疗保险待遇。且不说干部保健制度实行几乎全免费的医疗保障政策,其他群体之间的待遇差距也很明显:国家机关公务员和事业单位职工,不仅有职工基本医疗保险,还有补充医疗保险——公务员医疗补助,而大多数企业的职工往往只有职工基本医疗保险,很少有补充性的医疗保险。根据笔者这几年的跟踪观察,各群体的社会医疗保险筹资额度之比大约为——农民:城镇居民:企业职工:公务员=1:2:10:20。尽管“政策范围内的报销比率”逐步接近,但各制度的保险责任范围不同,尤其是病种目录和诊疗目录

有明显的差别。还有一个情况,根据国发【1998】44号文件,各地陆续进行社会医疗保险制度改革,大多数地方已经普遍实施职工基本医疗保险制度。然而,中央国家机关和部分省市的党政机关及事业单位仍然采用公费医疗制度,也就是说,1998年国务院提出的改革方案在某些特殊领域尚未得到实行。

客观地说,社会医疗保障待遇在不同群体之间存在差别是有历史原因的。我国城乡二元结构长期存在,尤其是20世纪80年代到21世纪初的20多年时间,农村医疗保障乃至整个社会保障都非常薄弱。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》(中发【2002】13号)提出“建立和完善农村合作医疗制度和医疗救助制度”后,各地陆续实施新型农村合作医疗制度,使得这种状况有所改变。但是,我们决不能因此满足。应该看到,农民和城镇非工薪居民的医疗保障水平还是很低的,社会成员不同群体之间的待遇差距依然很大。

所以,我们必须朝着基本医疗保障服务均等化的目标,持续稳步地提高农村合作医疗制度和城镇居民基本医疗保险制度的保障待遇水平,同时,稳定职工基本医疗保险待遇水平,尽快彻底废止公费医疗制度,严格控制领导干部和国家机关公务人员医疗费用。

加快社会医疗保险制度整合

目前,我们的社会医疗保险制度是按照人群分设的。虽然这是历史形成的,但必须看到,不同群体适用不同制度并给予不同待遇,这既不公平,也缺乏效率。一则引起待遇攀比,从而造成群体矛盾;二则诱发投机行为和道德风险,从而增加管理工作难度;三则社会成本增加,从而造成资源浪费。无论是根据管理学的理论,还是根据社会政策的理论,同一类风险的基本保障制度以统一为宜。社会医疗保险制度乃至各类社会保障制度,都不应该是专为某一人群设置,或是专为某一类

用人单位设计。因此,要朝着基本医疗保障制度一体化的方向努力,逐步将各项制度统一归并成一个社会医疗保险制度。

现行社会医疗保障体系由职工基本医疗保险制度、农村合作医疗制度、城镇居民基本医疗保险制度和医疗救助制度组成,简称“三险一助”或“3+1”模式。未来的发展趋势应当是从“3+1”模式发展成为“2+1”模式,再发展到“1+1”模式。这里的“2+1”模式是指职工基本医疗保险+城乡居民基本医疗保险+医疗救助,其中城乡居民基本医疗保险制度是指将农村合作医疗制度与城镇居民基本医疗保险制度整合之后的社会医疗保险制度。在这一模式下,凡有工作单位的工薪劳动者强制参加职工基本医疗保险,其他社会成员参加城乡居民基本医疗保险。“1+1”模式是指全民医疗保险+医疗救助,这一模式下,全体社会成员均参加统一的社会医疗保险制度,再辅之以医疗救助。

现阶段的任务是,尽快实现城乡居民社会医疗保险制度的整合,即农村合作医疗制度与城镇居民基本医疗保险制度的整合。这种整合,既有理论上的依据,又有实践中的成功经验。事实上,城镇居民基本医疗保险制度与新型农村合作医疗制度设计的原理一致,且它们所承保的医疗风险基本一样,它们是性质完全相同的社会医疗保险制度。将两者整合起来,将大大降低社会医疗保险制度的运行成本。这几年,天津市、杭州市、成都市等先后完成了这些工作,运行状况良好。在此基础上,还要积极创造条件,完成从“2+1”到“1+1”的过渡。需要强调的是,在这两个阶段,都必须把保障待遇的逐步统一作为其核心内容,因而加快领导干部保健制度改革和彻底废止公费医疗制度是其中应有之义。

有效控制社会医疗保险基金风险

最近几年,社会医疗保险各项制度的基金状况良好,其中农村合作医疗制度的基金基本平衡

或有少量结余,城镇居民基本医疗保险基金稍有紧张,但职工基本医疗保险制度的基金普遍有较多结余。因而,一些人滋长了乐观情绪。有的担心基金积累太多了,提出要通过提高保障待遇,增加基金支出,从而尽快把钱花出去;有的甚至严厉指责基金结余较多的地区,认为其“克扣”了老百姓的权益,还有个别领导同志提出要对此种情况进行督查。

事实上,从长远看,目前社会医疗保险这三个项目的基金都存在着支付危机。多年来,笔者一直跟踪这几个制度的实施情况,并运用精算方法评估其基金风险,发现未来情况不容乐观。其风险因素主要有:全社会人口老龄化;疾病谱的改变;医疗技术的进步;第三方付费制度等。最近几年职工基本医疗保险基金状况良好,主要是因为覆盖面扩大、参保人群年龄结构好转(年轻的缴费人数相对增多,而医疗费用支出较多的年龄较大的人数比重相对下降)。但随着时间的推移,尤其是老龄化高峰的趋近,基金状况就会改变。

因此,需要从保持基金长期平衡的要求出发,进一步完善社会医疗保险制度,既要保障社会成员的基本医疗需求,又要有效控制基金风险。要建立有效的机制,使有限的医疗保障资源发挥最大的效用。所以,重点要做好以下几件事情:一是坚持保障待遇水平的适度性,因为如果保障待遇过低,则不能满足基本保障的需求;如果保障待遇过高,则将引发道德风险,造成资源浪费,并败坏社会风气。因此,必须研究社会医疗保险待遇的适度水平,并在病种目录、诊疗目录、药品目录以及报销的起付线、封顶线和报销比率中合理体现。二是降低社会医疗保险“系统老龄化”。所谓“系统老龄化”,是指在社会医疗保险参保人群中,缴费人数相对减少、享受待遇人数相对增加的趋势。因此要设置最低缴费年限,杜绝提前退休,鼓励延迟退休,并逐步提高法定退休年龄。三是改进医疗费用结算方式。因为社会医疗保险一般采用第三方付费的方式,所以,科学合理的结算机制就变得十分重要。这几

年,各地在总额预付、病种付费、临床路径等方面有许多积极的探索,需要进一步总结、提炼和推广。

积极发展补充性医疗保险

为满足多层次的医疗保障需求,必须建立多层次的医疗保障体系,即在政府所提供的基本医疗保障之上,发展由非政府组织提供的各类补充性的医疗保障项目。对此,政府需要制定规则,实施监管,并给予支持。从人力资源管理的角度看,用人单位应在依法为员工办理职工基本医疗保险并缴纳医疗保险费的基础上,通过员工福利计划,选择合适的机构和适当的待遇标准,为员工办理形式多样的补充性医疗保障,以吸引人才和留住人才。

从国际上看,大多数国家是鼓励用人单位为员工办理补充性医疗保险的,可以通过商业性保险公司,也可以通过互助合作保险机构等民间非营利机构,办理这类保险业务。当然,各国也鼓励社会成员个体参加商业保险或互助合作保险的医疗保险计划。为此,我们需要借鉴国际经验,结合中国实际,制定有效的政策,支持用人单位及其员工和社会成员参加商业性医疗保险或互助合作性医疗保险。同时,也要制定政策,引导和鼓励保险公司经办医疗保险业务。

近几年,一些保险公司在部分地区帮助卫生部门代理农村合作医疗制度,产生了积极的效应,例如江苏江阴、河南新乡、广东湛江、福建晋江等地。无疑,这些做法都是积极的探索。而且,以此为契机,部分地区在代理农村合作医疗的同时,发展了部分补充性医疗保险业务。但是,必须指出,这些工作并不是商业保险公司开展补充性医疗保险的主流。所以,政府需要鼓励和支持商业保险公司开展主流的补充性医疗保险业务,即承保社会医疗保险所不承保的那部分疾病风险。只有这样的保险业务,才是真正属于第二层次的补充性医疗保险。