

试述确保我国医疗保险的可持续发展的若干对策

张晶

摘要：“看病贵”和“看病难”成为当今百姓最高的呼声。所谓“看病贵”，意味着医疗费用的超长快速增长，超过了民众收入的增长；而“看病难”则意味着医疗服务的可及性存在问题。有人认为是政府对医疗机构投入不足，医疗机构过度追求自身的经济利益，导致“市场化”，医卫体制商业化、市场化完全错误。我认为不尽然。医疗费用快速增长固然同医疗服务的市场化有关，但是更能看出现行医疗保险制度的缺陷，乃是政府在医疗改革进程中职能的缺失，中国医疗体制改革，并不是放弃市场化，而是走向有管理的市场化。下面就针对这个问题进行简要探讨。

关键词：医疗保险 改革 可持续发展

1. 中国医疗保险制度情况

我国的职工医疗保险制度建立于 20 世纪 50 年代初，包括公费医疗和劳保医疗两部分。这项制度实施几十年来，对于保障职工的健康、减轻职工的个人和家庭负担、提高全民族的健康水平等起到了积极作用，促进了经济发展，维护了社会的稳定，在我国政治经济和社会生活中曾发挥了重要作用。但随着改革开放和市场经济的发展，我国医疗保险制度中存在的弊端也日渐暴露出来。主要表现在以下几个方面：①医疗费用国家和企业包得过多，负担沉重、管理不善、缺乏有效的费用控制机制，造成极大的损失和浪费；②医疗保险的覆盖面窄，服务的社会化程度低，部分职工的基本医疗需求得到满足与医疗资源浪费的现象并存，公费医疗和劳保医疗制度不统一。由于原有的这套医疗保险制度已经不适应市场经济发展的要求，甚至阻碍了体制改革的进一步深化。因此，国务院于 1998 年 12 月下发了《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》（国发〔1998〕44 号）（以下称《决定》），部署全国范围内全面推进职工医疗保险制度改革工作，要求在 1999 年内全国基本建立新的职工基本医疗保险制度。《决定》颁布以来，全国各省市以“低水平、广覆盖，双方负担，统账结合”为原则，加紧城镇职工基本医疗保险体系的建设，取得了重大进展。各省市基本上都根据实际建立起了城镇职工基本医疗保险的基本框架，成立了社会医疗保险经办机构（社保基办），建立了基本医疗保险基金的社会统筹基金和个人账户，并由社保基办负责审核并选定了定点医疗服务机构和定点药店，拟定出基本医疗保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施标准及相应的管理办法等。在基本医疗保险之外，各地还普遍建立了大额医疗费用互助制度，以解决社会统筹基金最高支付限额之上的医疗费用。

2. 确保医疗保险的可持续发展对策

医改是一面镜子。它让我们看到政府的责任，向中低收入的患者提供最基本的医疗服务。通过市场化推动外资和民营医院向高端发展，为有支付能力的高收入阶层提供高档服务。只有不断完善医疗保险制度，建立全民医疗保障体系才可充分体现其公平与效率的原则。政府作为一个有影响力的卫生服务市场的参与者，通过发挥宏观调控职能，运用行政和经济手段，监督和调控有竞争的卫生服务市场，规划合理配置医疗资源，约束医疗费用的上涨，引导医疗市场走向有管理的市场化。

2.1 建立全民医疗保障体系，扩大医疗保险覆盖面，降低医疗保险风险

基本医疗保险是整个医疗保险的基础，是职工应普遍享受的医疗保障，也是医疗保障体系的基本制度，体现社会公平性的宗旨。只有全民参保才可使医疗费用在全民中分担，降低医疗保险风险。同时降低医保道德风险，提高医保抗风险的能力，使医保能够稳定、健康向前发展。



2.2 建立第三方购买制度，约束医疗费用的上涨

在现有医疗保障制度下，参保者在寻求医疗服务时，比如：大额门诊、门特等还必须缴纳全额医疗费，然后再向医保机构报销。这样就导致了一个相当严重的后果，即这些参保者在就医时还相当于自费者。若有拒付，则由患者自己承担，医保管理者的工作重心在于控制病人，而不是控制医院的行为。本来，民众缴纳保费给医保管理者，是希望他们成为自己的经纪人，代表自己同医院讨价还价。但是，现在的医保管理者成为民众的“婆婆”。

几年的实践证明在市场体制中，政府要想控制医疗费用的上涨，完全有新的招数。就是让医疗保障管理者扮演好医疗服务第三方购买者的角色。把医疗服务中传统的医生-病患的双方关系，转变成为医生-病患-付费者的三角关系。当人们把医疗费用预付给医疗保障机构之后，医疗保障机构就可以以集体的力量，成为医疗服务市场上的具有强大谈判能力的购买者，从而有能力运用各种手段来控制医疗服务机构的行为，约束医疗费用飞速上涨，确保医疗服务的质量与价格相匹配。

2.3 政府作为宏观调控者，统筹规划医疗资源的配置，建立健全初级医疗卫生服务体系。

从个人的角度来说，医疗卫生费用主要来源于百姓个人，因而个人医疗费用占卫生总费用的比重较大。百姓个人在医疗服务机构的选择上享有比较充分的自由，医疗资源的配置主要由医疗服务市场力量(也就是病人的流向)所主导，俗称“钱随着病人走”。市场力量主导的结果必然导致医疗资源向医院(尤其是级别高的医院)集中、向城市集中，而与此同时农村医疗机构和城市基层(社区)医疗机构的市场份额必定偏低，相应地其能力建设也必定遭遇困难。这对于初级卫生保健服务可及性的公平性造成了不利的影响，同时也驱使大多数病人涌向医院，尤其是级别高的医院，造成了医疗资源的浪费，影响了医疗体系运行的效率。

从政府投入的流向来看，政府卫生投入也越来越倾斜于大医院，全国 80% 的医疗资源集中在大城市，其中 30% 又集中在大医院。大医院人满为患，小医院无看病。虽然政府的资源已经非常有限了，但主要还是用于补助已经占据了大部分市场份额的医院，尤其是高级医院。以社区为基础的医疗卫生服务机构，无论是乡镇卫生院还是城市社区医疗卫生机构，从政府那里获得补助很少。这一点并不奇怪。在市场化力量主导资源配置的大背景下，人满为患的医院有充分的理由向政府要求获得更多的补助，以资助其改善设施，提高能力。行政级别高的医院，在行政体制内更具影响力。随着医院能力建设水平的提高，它们也就越具有竞争力，越能吸引更多的病人，也就越来越拥挤，从而也就越有理由要求政府进一步追加补助或投资。政府通过宏观调控建立健全社区医疗卫生体系，直接向社区居民提供基本的、费用低廉的医疗服务。

2.4 健全医疗保险的监督体系，抑制医疗市场中的违规行为

几年来，医疗保险同样作为一个特殊的市场，存在着一些不规范、不正常的市场因素，同时由于医疗保险法律法规的缺失，给监管带来了一定的难度。对于医生和医院在行医中的违规违纪行为没有相应的处罚权，对参保患者的骗保行为的处罚也显得苍白无力，以至于侵蚀医疗保险的现象屡屡发生。在这种情况下，维持资金平衡就成为医疗保险自身的难题。需要建立健全我们的医疗保险监督体系，运用有效的监督手段，尽量减少各种违规行为，确保医疗保险的正常运转。目前我们的监督体系有待完善。比如对医疗机构数量的控制对于市场进入缺乏明确的客观标准，新医疗机构的进入取决于主管部门的行政许可。对参保人员结构动态变化的监测；对医疗保险基金的收支余情况的监测；费用支出项目的监测；对医疗保险相关政策的贯彻落实情况的监测；对基本医疗保障程度的监测；对疾病发生及相关费用情况的监测；对药品价格的监测，对各种违规行为的监督，对无照行医的监察。



建立完善的医疗保障制度，既要发挥政府强有力的管理职能，同时发挥市场的运作机制，走向有管理的市场化，确保医疗保险制度改革可持续发展。

