

关于城镇医疗保险制度改革问题探析

申瑜

摘要：日益高涨的医疗费用问题，医疗保险制度实施过程中的公平欠缺与效率低下等问题日益困扰着我国的医疗保险制度的发展。这是由于医疗保险的特殊性所决定的，由于医疗保险所面临的道德风险和逆向选择远远高于其他形式的保险，所以如何设计一套合理的制度将它们控制在合理的范围内，使医疗保险不至于陷入危机之中而濒临崩溃，一直是医疗保险制度设计的目标。

关键词：医疗保险；制度改革；问题。

医疗保险又称为健康保险或疾病保险，是指通过国家立法，按照强制性社会保险原则和方法筹集、运用医疗资金，保证人们公平的获得适当的医疗服务的一种制度。2009年4月2日，按照党的十七大精神，为建立中国特色医药卫生体制，逐步实现人人享有基本医疗卫生服务的目标，提高全民健康水平，党中央国务院公布了《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》。这份耗时近3年、广泛吸取国内外经验的新医改路线摒弃了此前改革过度市场化的做法，强化政府在本基本医疗卫生制度中的责任，不断增加投入，维护社会公平正义，逐步实现建立覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度，实现人人享有基本医疗卫生服务的目标。

一、城镇医疗保险制度的改革取得的成效。

1、统一的医疗保障管理系统已建立。

初步实现了医疗保障管理职能的归并和统一，逐级建立了医疗保险行政管理和业务经办机构，逐步建立健全了医疗保险管理制度，多数统筹地区配备了信息网络管理系统，绝大多数地区从制度运行之初就实现了社会化管理服务。

2、建立了合理的医疗保险基金筹措机制和医疗费用制约机制。

保障了职工的基本医疗。用人单位和职工个人按医疗保险改革政策的规定统一缴纳医疗保险基金，医疗费用由单位和个人承担，统一使用。通过社会保险的互助共济，有效保障了职工的基本医疗。

3、形成了有效制约与激励相结合的医疗保险新机制。

通过建立医疗费用分担机制、医疗服务竞争机制和医疗待遇保障机制，增强了患者自我保障意识和费用意识，促进了医疗服务质量的提高，保证了参保人员的基本医疗需求，在一定程度上抑制了医疗费用的过快增长。由于医疗保险制度改革以后，初步探索建立了医疗消费制约机制和医疗费用结算办法，医疗费用浪费现象有所遏制。

二、城镇医疗保险制度存在问题。

1、医疗保险水平不高，个人负担重。

近年来，城镇医疗保险覆盖面在逐步扩大。截至2008年底，基本医疗保险已覆盖城镇职工人口3.18亿。但城镇医疗保险水平却有一定不足。基本医疗保险规定了统筹基金支付医疗费用的起付标准和最高支付限额，以及个人在这一支付段中所应承担的自付额。（注：起付标准原则上控制在当地职工年平均工资的10%左右，最高支付限额原则上控制在当地职工年平均工资的4倍左右。）这一措施虽然引入了对医疗服务需求方的成本制约机制，在一定程度上减少了职工过度使用医疗服务资源的“道德风险”。但必须看到，在基本医疗保险只能覆盖家庭部分成员时，其所规定的起付标准偏高，而最高支付限额又偏低，无形中加大了个人和家庭自费医疗的比重，无法充分发挥保险的风险分散和损失补偿的作用。

2、医疗费用上涨过快。

根据调查，2000年全国城镇职工医疗保险基金支出为124.5亿元，2007年达1152.2亿元，增长了将近10倍。从相关统计资料中显示，1990-2003年，卫生总费用占国内生产总值的比重从1990年的4.03%，上升为5.62%，说明卫生费用增长过快，已经远远超越民众的经济承受能力。另外，平均每一出院者住院



医疗费由 1997 年的 2384.3 元上升到 2005 年的 4661.5 元，可见现行的基本医疗保险制度并没有有效地抑制医疗费用过度上涨的趋势。

3、医疗资源配置不合理、效率低下。

城市社区缺医少药的状况没有完全改变。中国目前高新技术、优秀卫生人才基本都集中在大城市的大医院，民众患病在当地医院难以有效就诊，到外地、到大医院看病，不仅加重了医院负担，也增加了患者经济负担。

严重的“分布两极化”。例如，西安市 800 多万人，有三甲医院 28 家。而有些千万人左右的地级市，三甲医院数量却屈指可数。而且，我国的城市卫生资源的 80% 配置在城镇大中医院，社区卫生资源只占 20%，许多城市的医院都是按条块划分的，如包括中央、地方、部队、行业、企业等等。大城市、部分区域集中了大批优良设备和高素质人才，医疗资源配置显得很不合理而且边远区域和地段医院的床位和设备多处于闲置状态。卫生资源配置一直是重医疗轻预防。重大医院轻基层医院、重高科技服务而轻基本医疗。尽管目前城镇医疗保险制度的出发点，实现“低水平、广覆盖”，重点明确放在控制医院成本，遏制浪费追求效率上。但由于医疗机构的补偿机制不合理，医疗服务价格的畸形增长，医疗服务效率持续下降。

三、如何进一步完善医疗保险制度。

中国医疗保险改革确实有难点。承认难是为了慎重、积极地改。中国医疗保险改革会非常艰难，不会一步到位，可能经历一个比较长的时期，需要不断提出适应本地经济发展的新方法。

1、继续深化医疗机构改革进程。

在职工医疗保险制度改革运行中，主管医疗保险的部门在选择医疗机构时，引入竞争机制。对医院提供服务不好或医疗、收费行为不规范，可由医保部门取消其指定医院资格；病人也可选择自己较满意的医院看病治疗。这样可促使医院加强内部管理、规范行为、减员增效、降低成本、提供优质服务。

2、实行医药分开核算，分别管理的制度。

要坚决杜绝医疗机构“以药养医”的行为，医院不能再靠医疗和药品费的“暗箱”进行不平等竞争，我国应逐步分离医院的医药不分家的方式。医疗既然已进入市场，就应遵循市场上最基本的“公开、公平、公正”的原则。现在，任何一个顾客进入商场都无法容忍不标明价格的商品。尽管医疗属于特殊消费，也不能游离于市场规则之外。

3、解决好药品虚高定价问题。

药品的定价必须由国家省级有关部门确定，地（市）级以下价格主管部门，不得制定药品价格。要严格按照《药品价格管理暂行办法》和国家确定的政策原则审定药品价格。对药品价格的审定，不能一劳永逸。对已经制定并公布的药价，要及时了解，跟踪企业和医院、药店实际执行的情况。一旦发现企业实际出厂价、批发价低于规定价格较多时，应及时降低政府定价。对列入政府定价的药品价格，要实行定期审价，原则上每两年重新定一次。对实行单独定价的药品，企业应每年向价格主管部门报告价格执行情况和企业的财务状况。所有的生产企业，都要在药品的外包装上印刷政府规定的零售价，企业自己定价的药品，要印刷自己的零售价。要完善药品价格登记公布制度，并加强药品价格监测信息系统建设，把全部药品纳入监测和公布的范围。

4、整合医疗资源，建立全民的基层社区卫生服务体系。

社区卫生服务是国家卫生服务体系的重要组成部分、功能中心和活动焦点，是个人、家庭和国家卫生系统接触的第一环节。是医疗卫生保健服务持续发展的重要基础。推进社区服务可以引导资源的合理流向，可带动相关部门的改革与发展（医院机构改革、区域卫生规划、资源共享、管理体制全行业资源统一管理），走出一条既能满足社会需求、又能节省资源、控制费用的发展路子。

5、扩大医保个人账户资金的使用范围。

例如可以尝试用医保卡支付健身活动的费用。身体素质锻炼好了，才能以充沛的精力投入工作。俗话说：治标更要治本。如果我们把防病工作做在治病工作前面，就能够达到节省医药费的目的。



2008 年奥运会以后，我国把每年的 8 月 8 日定为全民健身日，目的就是激发广大群众健身热情，提高人民身体素质，改善人民生活质量。

四、结语。

总之，我国医疗保险制度的改革虽然已然有了很大程度上的改革，但是仍存在制约整体社会保险体系完善的许多亟待解决的具体问题，改革的进程总是需要付出代价的，这要求政府及社会各界作出极大的努力。

参考文献：

- [1]潘常刚，薛新东。医疗领域的政府干预与声誉机制[J].中国药物经济学，2009，(03)。
- [2]李定国。对新型农村合作医疗制度运行的问题思考[J].湖北师范学院学报（哲学社会科学版），2007，(01)。
- [3]张梅。关于我国医疗保险制度改革的探索[J].西华大学学报（哲学社会科学版），2007，(06)。
- [4]余青，戚巍。关于我国大学生医疗保险制度改革的探讨[J].科技创业月刊，2007，(05)。

