

：我国医疗保险改革得失谈

医疗保险是我国社会保险制度的重要组成部分，也是整个社会保险体系中最基本的内容，是所有保险制度中覆盖面最宽广，运行最简捷的一种险种。近年来，我国对医疗改革进行了积极的探索与创新，致力于建立一种惠及大众的全民医疗保险系统，但由于其改革的难度与广度，医疗改革在取得诸多成绩的同时，也尚存在着一些不足之处。

历史成因

我国曾在上世纪六七十年代的计划经济时期，用占 GDP 总量 3% 左右的卫生投入，大体上满足了几乎所有社会成员的基本医疗卫生服务要求，当时各级、各类医疗卫生机构的服务目标很明确，即提高公众健康水平，不以盈利为目的。改革开放以来，中国医疗卫生体制变革的基本走向是商业化、市场化，虽然通过引入竞争以及私营资本的介入，中国的医疗机构能向病人提供更多的床位，医院技术装备水平和医生素质也大大提高，但公平性下降和卫生投入效率低下等后果也不容忽视。

以仅仅涵盖部分人群的公费劳保医疗制度为例，其所产生的问题可以概括为：个人看不起病，单位掏不起钱；费用直线上升，享受范围日益缩小；医疗权益得不到保障，社会矛盾日益突出。而在公费劳保医疗制度之外的农村地区，一些农民却面临着“有病没钱治，有病不敢治”的状况。2003 年底，我国基本医疗保险仅覆盖城镇职工人口的 31.10%，其所占城镇总人口的比例仅为 20.81%（不包括全国农民）。基本医疗保险覆盖面过窄，造成的一种普遍现象就是一人生病，全家吃药，一卡多用（医疗保险卡）等中国特有的问题。

卫生部去年公布的数据显示，近年来中国公众个人卫生支出巨幅攀升。1980 年的卫生总费用中，政府、社会和个人卫生支出所占比重依次是 36.2%，42.6% 和 21.2%，到了 2006 年三者比例则变为 18.1%、32.6% 和 49.3%。此外，城乡之间医疗卫生服务差距的日渐拉大，也成为影响社会稳定的隐患之一。改革开放以来，中国大城市的医院密集程度和拥有的高端服务设备数量纷纷达到西方发达国家的水平，而不少农村地区则医疗资源匮乏。可以说，我国原有的医疗保险制度，存在着诸多弊端。

正因为如此，我国医疗保险制度改革的初衷，便是为了解决原医疗制度的范围有限、受众不公、效率低下、资源配置不合理等诸多弊端，在市场经济条件下建立满足广大群众需要的基本医疗保障，从而实现“老有所医、病有所保”的公平和谐的社会状态。

改革成效

我国医疗保障改革的制度性探索，从 1994 年的试点开始到现在已经整整 16 年。从 1998 年底国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定到全民医保制度的初步建立，我国医疗保险制度改革到现在已经整整 12 年。伴随着我国近年来社会经济的变革和发展，我国的医疗保障体系建设经过全面探索和全面推进后，如今将进入一个新的发展阶段。改革首先需要制度功能的重新创建与政府职能的重新定位，着力构建一个独立于单位、实行社会化管理的医疗保障体系。这就决定了医疗保险制度改革的任务必须建立以基本医疗保险制度为主体，逐步完善多层次医疗保障体系，创建覆盖全民的医保体制，从而实现保障权益、维护稳定、促进改革和发展的目标。

在参保人数方面，2003 年我国参保人员为 10647 万人。其中在职职工占 73%，退休人员占 27%；49% 的国有困难企业职工参加了医疗保险。而在 2009 年，经过短短的 6 年改革，2009 年末全国参加城镇基本养



老保险人数 23498 万人，比上年末增加 1607 万人，比 2003 年增加了 12851 万人，增长了 121%。其中参保职工 17703 万人，参保离退休人员 5795 万人。参加城镇基本医疗保险的人数 40061 万人，增加 8239 万人。其中，参加城镇职工基本医疗保险人数 21961 万人，参加城镇居民基本医疗保险人数 18100 万人。参加城镇医疗保险的农民工 4335 万人，增加 69 万人。参加失业保险的人数 12715 万人，增加 316 万人。全国 2716 个县（市、区）开展了新型农村合作医疗工作，新型农村合作医疗参合率 94.0%。新型农村合作医疗基金累计支出总额为 646 亿元，累积受益 4.9 亿人次。新型农村社会养老保险试点顺利启动。年末全国领取失业保险金人数为 235 万人。

在受众范围方面，在此次改革中，不仅将原公费、劳保医疗享受人群基本纳入新的制度，而且使得数量众多的农民成为新型医疗的受益者。作为重大利益调整的世界性难题，6 年来，我国医疗保险制度推进之快，运行之平稳，基本保障之成效，对改革发展稳定之作用，受到最广大群众之欢迎，已经取得了广泛的社会共识。6 年全面推进医疗保险制度建设的作用与意义，不仅在于保障了 12715 万多人的基本医疗需求，不仅在于实现了基金收支的基本平稳，也不仅在于控制了医疗费用的过快增长和不合理医疗消费。其更大意义在于：确立了国家基本医疗保险的制度框架，建立了新型农村合作医疗；确定了国家基本医疗保障在健康保障方面的基础性地位和作用，为商业医疗保险的发展开拓了空间，为实现人的全面发展和满足多层次的健康需求创造了条件；促进了医疗机构的竞争和内部改革及医疗卫生资源的合理配置，并通过 2003 年非典、2009 年甲流两个特殊时期，检验了我国医疗保险发挥的保障作用，推进了我国公共卫生体系的建设。

存在问题

我国近年来实行的医疗卫生体制改革，取得了一系列积极的成果，但由于对基本医疗保险有关方面在认识上存在误区，认为医疗卫生服务不创造经济效益，为减少医疗卫生费用的支出而把医疗卫生事业市场化、产业化，一些问题也由此而生。突出表现在两个方面：

一是医患信任缺失，双方矛盾加深。医疗制度不完善的一个具体表现为“以药养医”政策，使医疗服务的提供者（医院）必须依靠销售药品实现自己的生存，并且还要从药品的销售中获利，医务人员的收入也与开出药品价值的多少相联系。医生的工资奖金与医院的经济收入挂钩，想方设法从病人身上创收就成了医生的通常选择。在部分地区有些人平时不参加社会医疗保险，身体出现不适需要住院，就以自由职业者身份去参加医疗保险，出院后就停止缴费。这也是一种“以药养医”政策后果的具体体现。这种制度的存在更促使医疗机构想方设法从患者身上创收，并且这种制度并未触犯现有的法律和政策。这种“不给钱给政策”的方式已经成为主管部门纵容医院乱收费的通行方式。政府一味鼓励卫生行业去讲究经济效益，财政自给，这就相对地转移开了对“预防为主”政策的关注，因为预防和保健在经济上是不盈利的，因此出现了整个社会对预防保健和公共卫生事业越来越不重视的倾向，从而给未来的公众健康和医疗埋下了巨大的隐患。

二是卫生资源配置不合理。我国对卫生资源的配置过多地集中在东部地区、大城市、大医院，集中在医疗上，而不是公共卫生和广大农村基层，造成了卫生资源分配的不合理状况。受市场经济作用的影响，卫生资源重复配置形成闲置和浪费，医疗机构基础设施的改造、医疗补偿机制不完善。与此同时，近年来国家相对减少对卫生事业的投资和拨款，鼓励卫生医疗机构广开财源，提高效益，采取的措施是把医药费收入与医院利益挂钩，把医疗卫生事业作为一个产业来经营。这一切都具有促使卫生保健系统进入市场，或使其逐步适应商品化的倾向。医疗机构对资源的利用极不合理，存在极大的浪费。

未来发展



今后几年，我国社会医疗保险将随着时代背景的变迁迎接新的挑战与变革，这是经济体制改革深入到一定程度的必由之路。社会医疗保险的改革和发展要与这个大背景相适应，需重新考虑自身的功能使命定位，应高度重视以下两个方面。

一是现代健康观和医学模式的变化，对于传统的医疗服务产生了巨大的影响，将深刻影响到卫生服务和医疗保障的服务模式。第一，医疗服务从治疗服务扩大到预防服务，预防保健的思想贯穿在生命的全过程，重视三级预防。第二，医疗服务从技术服务扩大到社会服务。医生除诊治疾病外，还应当通过社会医学诊断，发现居民的健康问题，进行健康指导和健康促进，指导人们形成健康的生活习惯和行为方式。第三，从生理服务扩大到心理服务。现代医学模式要求卫生服务的整体性，在进行躯体照顾的同时，也要对普通人群和病人进行心理服务，了解影响病人的心理因素，加强心理护理和心理康复工作，不断丰富心理服务的内容和措施，从而使每个人越来越重视预防和早期治疗，越来越重视健康宣传和咨询服务。

二是未来的医疗服务将向基层发展，向社区发展。在国际上不管是典型的福利国家还是典型的市场经济国家，都将发展社区卫生组织和基层医疗作为工作重点。英国社区卫生服务被认为是组织结构和功能最完善的，主要由全科医生提供服务。英国法律规定，非急诊病人必须先找自己的全科医生就医，否则不能享受到免费医疗服务。人们普遍认为，英国的全科医生“看门人”制度是其医疗费用保持低增长的关键原因。在利用卫生服务的人次中，90%是在社区卫生组织进行，医院服务只占10%。德国为了加强社区服务，调整医生的专业结构，提高全科医生的比例，将专科医生与全科医生6:4的比例调整为4:6，同时提高全科医生的收入。这对于我国而言，显然有着很好的借鉴价值。

