

中国医疗保障体制的选择、探索与完善^{*}

申曙光 马颖颖

内容提要 关于中国医疗保障体制的选择问题,近年来始终存在着“全民医疗保障”和“全民免费医疗”之争。本文通过比较分析二者的内涵与特点,指出中国目前还不具备全民免费医疗的实现条件,医疗保障的发展之道在于“全民医疗保障”;经过多年的探索,我国的医疗保障体制正在朝这一方向发展,但在发展过程中还存在着诸多问题与难点;文章对这些问题与难点进行了分析,并在此基础上提出了解决这些问题,完善公平、普惠、多层次全民医保体制的对策建议。

关键词 医疗保障 全民免费医疗 全民医疗保障 比较

医疗保障是关系到全体国民切身利益的民生大事,建立一个覆盖全体国民的医疗保障体制,不仅能够使人人都能享有基本医疗服务,而且对于风险分担和经济发展也有着重大的意义。正因为如此,医疗保障事业的发展逐渐成为我国政府民生保障建设的重要内容。理论上,我国的医疗保障有两种可选择的路径——全民免费医疗与全民医疗保障。全民免费医疗通过税收筹资,为全体国民提供免费或低收费的医疗服务;全民医疗保障(以下简称“全民医保”,注)则主要通过征收医疗保险费、建立医疗保险制度、辅之以其他方式的方式提供医疗保障。这两种体制各具特色,各有利弊。正因为如此,中国究竟应采用何种形式,一直存在广泛的争论。

本文结合我国医疗保障发展的制度环境,从

比较分析的角度,指出中国医疗保障发展的正确道路是建立一个公平、普惠、多层次的全民医保体系,而不是建立全民免费医疗体系;事实上,经过多年的探索,我国的医疗保障体制正在朝这一方向发展,但是,从全民医疗保障的角度与要求来看,目前的医疗保障体制在资金筹集、制度整合、保障水平、覆盖面、公平性、可持续发展等方面还存在着诸多问题与难点,这使得我国的“看病难、看病贵”问题没有从根本上得到解决;文章针对这些问题与难点进行了分析,并在此基础上提出了解决这些问题与难点,完善公平、普惠、多层次全民医保体制的对策建议。

全民免费医疗与全民医保之比较和区别

一般而言,全民免费医疗是指免除缴费义务,

^{*} 本文系国家社会科学基金重大项目“新时期中国民生保障体系建设研究”(项目号:10zd&038)、国家社会科学基金重点项目“中国医疗保障体系的制度整合与可持续发展研究”(项目号:09AZD039)的阶段性成果。也有人将“全民医保”理解为全民医疗保险。笔者认为,这容易引起误解,因为全民医保不但包括医疗保险制度,也包括医疗救助及商业医疗保险,单纯的医疗保险制度无法构建起全民医疗保障体系。

通过税收筹资,由公立的、或者签约的私立卫生服务提供者向全体国民提供免费或低收费的医疗卫生服务。全民免费医疗使所有人能够根据治病的需要而非经济支付能力来获得医疗服务。最典型的代表是英国的“国家卫生服务制度”(National Health Service, NHS),该制度是全世界最大的公共医疗卫生服务体系,服务范围涵盖了从预防到康复、从孕检到临终护理、从头疼感冒的小病到心脏搭桥等大病的各类医疗保健服务,一度被英国标榜为“西方最完善的医疗服务体系”^①。而全民医保则是一种覆盖全体国民的多层次医疗保障体系。全民医保不仅包括以收入为基础、由用人单位和个人共同缴费的社会医疗保险这一主体构架,还包括针对少数弱势群体的社会医疗救助制度以及为满足多层次医疗需求的补充性商业医疗保险制度。到目前为止,全世界已有近三十个国家通过构建以社会医疗保险为主体的制度达到全民医保^②,其中典型的代表国家有德国、澳大利亚、法国等。

在我国医疗保障体制的选择上,人们之所以聚焦于在全民免费医疗与全民医保之间取舍,主要是因为二者都满足我国医疗保障体制的最初构想。无论是全民免费医疗还是全民医保都是为了满足公民的医疗保障权利而做出的制度安排,具有非营利的性质,二者的目的如出一辙:微观上,都是为了解决全体国民“看病难、看病贵”的问题,改善人民群众享有医疗卫生服务的条件;宏观上,医疗卫生是民生大事,免费医疗和全民医保都是为了逐步解决医疗保障问题,彰显社会的进步和发展,从而让全体国民共享社会经济发展的成果。从制度属性来看,免费医疗和全民医保同属于强制性医疗保障,主要依靠国家权威,由政府集中领导和主办,理论上要求将制度规定的人群全部纳入医疗保障的体制之内。区别于自愿性医疗保障制度,二者的保障范围比较广,不仅保大病,而且保小病;对参保条件没有健康上的特殊规定,无论是健康的人还是患病的人都可以参与;支付方式一般都是按照个人医疗费用的一定比例给予补偿。纵观世界各国的医疗保障体制,以全民免费医疗或全民医保为代表的强制性医疗保障占有主体性地位,可以有效避免自愿性医保制度因保险费负担过重或个人保险意识缺乏而造成的医疗

保障缺失。

然而,全民免费医疗与全民医保各具特色,将二者进行比较,其差别也是显而易见的:

从体系特征来看:第一,两种体系下的制度类型不同。实施全民免费医疗的国家,医疗卫生制度单一,往往通过建立统一的医疗体系来提供医疗保障服务;而以社会保险为主的全民医保往往通过建立多样化的保障制度来满足多层次的医疗保障需求。如,日本的全民医疗保险制度,按照不同职业将居民分别纳入到不同的医疗保险组织,整个国家的医疗保险由雇员保险、国民健康和老人保健三大部分构成;德国的医疗保险体系除了包含法定的社会医疗保险以外,还包括私人医疗保险和特殊人群的医疗保险^③。第二,在发展的不同阶段,两种体系的覆盖范围不同。全民免费医疗体系从制度设计之初便覆盖了全体国民,所有基于国民身份的人群,无论是60岁以上的老人、儿童,还是低收入人群、农村地区人群一律享受免费医疗;而全民医保的制度设计不可能一开始便覆盖到全体国民,其覆盖范围有一个不断扩展的发展过程,通常由某一类群体逐步扩大到不同人群,最终随着体系的完善才能实现全面覆盖。第三,公平性程度不同。全民免费医疗的获得与个体收入无关,只依据医疗需求为国民提供全套建立在公共基金之上的医疗服务,公平性程度高;而全民医保的主体性制度即社会医疗保险制度主要依据是否参保来决定医疗服务的提供与否,再加上区域差异、行业差异、收入差异的存在,在进行具体制度设计之时不可避免地会造成制度之间的差距,从而使其公平性程度较低。

从实现条件来看,二者亦有明显的区别。总体上全民免费医疗要求有更为成熟的实现条件。第一,要以雄厚的财政实力为基础。全民免费医疗意味着由国家来提供医疗保障的全部费用,这些费用包括建设医院、引进医疗设施和技术、扩充医疗资源、负担医务人员工资以及全国所有患者的就医费用等,这就要求国家必须有足够的税收以保证全民免费医疗制度的运作。第二,要以良好的医疗卫生条件为保障。全民免费医疗易导致医疗服务与医疗技术缺乏竞争性,为保证良好的医疗服务质量,需要各级公立医院、或签约的私立医院都要具备良好的医疗卫生资源,特别要求作

为第一层次的社区诊所拥有为国民提供基本医疗服务的能力。第三,要以平衡的国民经济和医疗卫生发展现状为依托。国民经济发展不平衡,贫富差距过大,地区医疗卫生资源分配不合理,医疗待遇差距明显等都是全民免费医疗发展的壁垒。比较而言,全民医保也有其特殊的实现条件。第一,全民医保的主体性制度,即社会医疗保险制度需要由“多方买单”,所有具有支付能力的个人和单位都有缴费的义务,从而将国家的财政负担分散到单位和个人。第二,全民医保需要通过多层次的医疗保险制度来实现,风险的分担可以在不同阶层、不同地区、不同群体之间进行,以避免医疗保障职能的缺位。第三,在多样化的制度设计上,既要求根据不同的保障人群而有所区别,又要在整体上相互配合、相互补充,有进一步整合的空间。当然,具体的缴费和支付水平应与当地的经济发展和居民的收入相关。

从保障水平来看,根据各国的实践经验,全民免费医疗覆盖面广,公平性高,并且其保障水平整体通常高于全民医保的保障水平。这是因为实行全民免费医疗的多数是发达国家或者福利国家,强大的经济基础和较高的工业化、城镇化水平是其实现全民医疗保险的前提与必要保障。欧洲发达国家如英国、瑞典、瑞士、丹麦等都实行全民免费医疗,2009年,上述国家的医疗费用支出占GDP的比重分别为9.3%、10%、11.4%、11.5%,可见,发达国家有能力提供一个保障水平普遍较高的医疗卫生制度。与之相比,由于全民医保体系的子制度比较多,各项具体制度的保障水平差距较大(例如我国的公费医疗制度的报销额度在95%以上,而新农合的报销额度只有30%—40%),具体制度之间的差异使得全民医保难以达成一个相对统一保障水平。但可以肯定的是,全民医保经过一定程度的发展之后,其整体的保障水平一定会不断提高。

我国医疗保障的发展之道——“全民医保”

全民免费医疗在诸多国家和地区实行,这使得许多国人对其心向往之。究其原因,“全民免费医疗”天生就具有对社会大众的“吸引力”——人人都希望国家能够为自己提供免费的医疗服务。然而,世界上并没有“免费的午餐”;事实上,

根本不存在完全免费的医疗制度,所谓的“全民免费”是相对的。

一方面,免费医疗与其他医疗体制相比,最主要的区别在于医疗费用的来源上。全民免费医疗的资金全部来源于国家及地方的财政,这些主要依靠公民纳税的财政资金说到底还是参保人自己缴的钱。因此,可以说,免费医疗的资金是将医疗保险中参保人缴费换成纳税人纳税。另一方面,免费医疗并非意味着公民不花钱即可获得免费治疗。根据《2010中国卫生统计年鉴》的数据,在全球193个国家的卫生费用支出中,个人卫生支出为零的国家一个也没有。那些通常被认为向民众提供免费医疗的国家,如英国、瑞士、瑞典、加拿大、巴西等,2007年个人卫生支出占卫生总费用比例分别为18.3%、40.7%、18.3%、30%、58.4%,免费的只是基本医疗服务,保险目录以外的诸如门诊处方、牙科门诊费以及较高档次的医疗服务仍需自行付费。

除此之外,国内少数地区实行的“全民免费医疗”(以陕西神木模式为典型代表)也并非真正意义上的“全民免费医疗制度”。真正的全民免费医疗体制不用参保,所有户籍拥有者或者所有居民都可以自动享有免费医疗。而根据《神木县全民免费医疗实施办法(试行)》,“未参加城乡居民合作医疗和职工基本医疗保险的人员不予享受免费医疗。”另外,神木模式也有各种费用控制方式,门诊服务只有在缴纳合作医疗保险费后才能免费享受。住院费设有起付线,也有自费的项目,起付线以下费用由患者自付。事实上,“神木模式”只是一种保障水平较高的全民医疗保险制度^④。

鉴于绝对的“全民免费医疗”根本不存在,充分考虑到现阶段的宏观社会经济条件,我国于2009年颁布的“新医改方案”最终摒弃了全民免费医疗的发展路线,选择了走向全民医保的战略方向。我们认为,这是结合多方经验与现实国情而做出的正确选择。

首先,全民医保更加符合我国的财政现状。一般来讲,实行全民免费医疗的国家,政府预算卫生支出在卫生总费用中的比重要高于社会保险制的国家,以英国为例,近年来英国医疗开支占GDP的9%以上,用于NHS的预算高达1000亿英

镑(人均 1980 英镑)^⑤,可见,全民免费医疗需要依靠雄厚的财政能力为支撑。就目前的国情来看,我国仍处于社会主义初级阶段,虽然国民经济已经有了突飞猛进的发展,但是覆盖 13 亿人口的全民免费医疗体系如此庞大,必将造成沉重的税收负担,就像西班牙等部分发达国家一样,易出现财政负担过重,财政赤字高涨,免费医疗体制难以为继的情况。所以说,我国并不具备英、美那样的经济实力,“多方负担”的全民医保体系更具有可行性和可操作性,要想在全社会尽可能做到公平的分配,使医疗服务可持续发展,只能通过向用人单位和个人征缴社会保险费的基础上,发展多层次的全民医疗保障,从而满足公民基本医疗权利的实现。

其次,全民医保更容易把效率和公平有效地结合起来。按照萨缪尔森的“公共支出纯理论”,如果把全部医疗卫生服务都划归为公共产品由政府提供,那么就不可避免地会出现“搭便车”、高成本、低效率等现象^⑥。无论是发达国家还是发展中国家,实行全民免费医疗看似公平性提高了,但是医疗效率问题已然成为医疗保障建设中需要重点关注的问题。个人不付任何费用,肯定会形成大量的资源浪费与低效率,典型的例子是:英国的医疗服务出现的排长队现象,等待免费住院的患者不断增加,特别是外科病人及慢性病人,有的地区要等待几个月、甚至几年,这引起了广大民众的强烈不满。除此之外,看病不花钱还可能造成小病大养,重复医疗,重病患者得不到及时医治,住院率上升等医疗资源浪费的现象,最终导致医疗体系疲惫不堪。比较而言,全民医保通过多层次的制度设计,将各类人群的医疗保障具体化、明确化,可以更好地把效率和公平两者统一起来、平衡起来,以最大限度的发挥各类医疗保障制度的作用。全民医保有利于在实现公平性的基础上,提高医疗效率,完善医疗服务质量,使医疗资源得到最有效的利用。

再次,全民医保更加适应各类人群多层次的医疗保障需求。我国经济、社会发展不平衡、城乡差距过大、收入差距明显、两极分化严重等现象,使得我们不能像英国那样有较为统一的制度环境为社会保险税的征收提供支持。全民免费医疗差异小、层次少,勉强实行很可能会导致两种结果:

一是财政负担过重,二是基本医疗保险保障水平普遍偏低,无法从根本上解决看病难、看病贵的问题。因此,我国在建立医疗保障体系的过程中,必须设计多样化的保障制度来适应全社会各类人群多层次医疗保障需求。全民医保在发展过程中允许多种制度的同时存在,即公费医疗、城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗制度能够各自保障对应的人群。此外,全民医保灵活性较强,各地区在贯彻执行中央总的方针政策的前提下还可以制定符合自身发展情况的制度和政策。事实上,从实际情况来看,我国部分有能力的地区已经直接建立了“二元制”的城乡医疗保障制度,也有些地区在医疗保险制度以外针对特定人群适当发展医疗救助制度或补充性商业医疗保险。

全民医保发展面临的问题与难题

近年来,在中央政府的高度重视下,我国医疗卫生事业取得了长足的发展。可以说,全民医保的发展方向在我国已经基本确立,我们也正沿着“人人都能公平享有基本医疗保障”的道路不断探索。尽管如此,我国目前仍处于体制发展初期,经验不足,现阶段的全民医保仍然是不完善的全民医保体制。这是因为我国所要实现的全民医保是一个公平、普惠、多层次的医疗保障体制,其真正的内涵不仅在于要无条件地满足全体国民的医疗保障权利,而且要保证医保费的缴纳以及医疗费用的支付只与参保者的支付能力有关,更重要的是基本医疗服务的提供应当主要与病人的基本医疗需求挂钩,以此来实现医疗保障在医疗筹资和服务利用方面的公平性^⑦。从我国的实际情况来看,现有的体制离真正意义上的全民医保目标还相差甚远,全民医保在进一步发展中仍然面临着多方面的问题和难题。

(一) 财政投入不足,保障水平低

根据《中国统计年鉴 2011》,2009 年我国医疗卫生总费用占 GDP 的比重仅为 5.15%。其中政府卫生支出占卫生总费用的 27.2%,医疗费用的个人支付比例自 1978 年以来由 20% 左右提高到 50% 左右,政府的医疗卫生财政支出无论是从比重上还是从绝对数上都低于社会和个人的卫生投入。而在欧洲发达国家,医疗卫生费用约占

GDP 的 10% 左右, 其中的 80% - 90% 由政府负担, 可见中国卫生总费用中的公共支出部分在国际上处于较低水平。不仅如此, 由于我国城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗制度的筹资水平、报销比例都偏低, 使得我国相当一部分居民看病就医的个人负担水平仍然较重。个人支付比例过高, 医疗保障水平较低是导致民众“看病贵”的主要原因, 严重的影响了居民对医疗卫生服务的可获得性。

(二) 制度“碎片化”, 既有损效率, 又有失公平

尽管多层次的医疗保障是必要的, 但是医疗保险这一主体性制度之下的多种子制度最终应随着制度的完善而走向整合, 形成统一、高效的医疗保险体系。单就这一方面来看, 我国各地都有至少四种不同的医疗保险制度, 包括城镇职工基本医疗保险制度, 城镇居民基本医疗保险制度, 新型农村合作医疗制度, 以及公务员免费医疗制度, 不同医保人群之间差距明显, 固化了城乡二元结构和社会阶层结构。再加上医保统筹层次目前主要还停留在县市级, 每一个统筹区域内的医疗保险制度“各自为政”, 其具体的政策规定、特别是权利和义务关系都有较大的差异。可以说, 基本医疗保险制度体系是一种“碎片化”的体系, 不仅有损医疗保障的效率, 而且将造成统一劳动力市场的障碍, 阻碍社会融合, 有悖于“公平性”原则。

(三) 补偿模式与补偿机制设计不合理

目前我国的医疗保险制度除了常见的报销比例过低, 参保人自付比例较高之外, 在补偿范围和补偿方式上也存在着弊端。一般而言, 常见病的发病率远远高于重大疾病, 以“大病统筹”为主要补偿范围的制度设计, 不仅对门诊的报销相对较少, 而且弱化了对常见病预防和治疗的重视, 最终会加重医疗体系的治疗负担。后付制的补偿方式对中低收入群体来说, 尤其是在患大病、需长期住院的时候, 垫付医疗费用成为一个难题。不仅如此, 后付制的补偿方式还会引起报销时手续麻烦, 补偿限制过多的问题。具体来说, 起付线过高使得报销门槛过高, 部分基本医疗风险得不到分担; 封顶线使得大部分穷人在患大病时医疗负担仍然过重; 报销药品的目录范围较窄使得多层次的医疗需要得不到满足; 对于异地就医的人群来说, 报

销程序的复杂更是阻碍了医保的转移支付。种种补偿机制设计上的不合理使得我国的医疗保险制度受益面窄, 达不到应有的效果。

(四) 对医疗弱势群体的保护不足

一般而言, 收入越低, 社会保险的参加率也越低。基于医疗保障制度最初形成的原因和现在遇到的困难, 存在着一类“医疗弱势群体”, 主要包括: 失业人员、残疾人、孤寡老人、农民工, 以及被排除在“医疗体制”之外的人(即那些从来没有在“单位”工作过, 靠打零工、摆小摊养家糊口的人)和较早退休的“体制内”人员。这部分医疗弱势群体大多是位于极端贫困人口之上的大量边缘贫困人口和相对贫困人口, 他们在遇到较大的疾病风险时, 由于经济能力的限制, 很容易陷入极端困难和贫困的境地^⑧。我国的医保制度尚不完善, 医疗卫生制度建设的目标与方式存在某种程度的偏差, 本应最需要医疗保障的“医疗弱势群体”得到的保护却十分有限, 这就造成了风险保护的错配。较典型的是农民工群体, 一方面新农合的制度设计针对农民工保护不足, 在该制度下农民工通常要承担高额的自费用, 且必须向籍贯所在地的县级政府申请补助, 不但补助金额很低, 而且补助申领程序耗时很长; 另一方面, 城镇职工医疗保险易造成漏保, 且流动性差, 部分未签订劳动合同的非正规就业农民工被排除在制度之外, 致使其基本医疗权利得不到保障。

(五) 城乡二元分割致使医保缺乏公平性

这主要表现在两个方面。第一, 医疗卫生资源分配不公平。长期以来, 医疗资源过度集中在发达地区的城市, 农村医疗卫生基础设施十分薄弱, 医护人员、药品供应处于短缺状态, 管理手段落后, 导致农民医疗的可及性远比城镇居民差。把有限的医疗资源优先满足少数优势群体的需求, 这显然是不公平的。第二, 城乡居民医疗保障待遇不公平。据统计, 2008 年我国医疗卫生总费用为 14535.4 亿元, 其中城市医疗卫生费用为 11255.02 亿元, 占总费用的 77.4%, 农村医疗卫生费用为 3280.38 亿元, 占总费用的 22.6%, 农村居民在人均医疗费用筹资标准、参保人数和报销比例上远低于城镇居民。从收入分配的角度看, 农村医疗保障待遇太低, 使得很多参保人群在遇到疾病风险时仍不敢就医, 这就导致了社会保

险中的逆向收入分配。

完善我国全民医保体系的对策建议

全民医保是一个巨大的系统工程,要想最终实现多层次、高水平、广覆盖的全民医保,不仅需要加强政府、医院、用人单位以及个人等多方主体的支持与配合,还需要从整体上完善全民医保的制度设计。根据目前的形势和相关情况,结合上文分析的问题与难点,我们分别从覆盖面、制度整合、政府责任、医疗卫生体制以及多层次的医疗保障等方面提出政策建议。

(一) 坚持强制性原则与政府补贴相结合,继续扩大医疗保障覆盖面

由于城镇居民医疗保险和新农合的“自愿参保”原则,不可避免地会存在一部分因经济贫困而无力参保的人,或者因缴费年限不够,制度体制漏洞而被排除在医疗保险的体制以外的人群,这使得全民医保无法实现真正意义上的全覆盖。我们要把诸如广大非正式就业人口、破产困难企业的退休职工、老知青以及农村低收入农民等“医疗弱势群体”作为医疗保障扩面工作的突破口,促使政府积极地发挥医疗保障责任主体的作用,不仅要从政策层面上规定所有人群都要强制性参加医疗保障制度,还要有针对性地对低收入人群进行补贴,这样才能有效地解决目前存在的逆向财政补贴问题^①。总之,要将全体国民都无条件地纳入到相应的社会医疗保障中去,这在目前阶段是可行且必要的。

(二) 加快制度整合,走渐进的全民医疗保险之路

城乡分割、地区分割、人群分割严重阻碍了我国全民医保的发展,医疗保险逐步从“多元制”或“三元制”过渡到“二元制”,最终实现“一元制”已经势在必行。我国应该选择渐进式全民医保道路,对于城乡经济差距不太大的地区,应优先考虑将城镇居民基本医疗保险和新农合这两种制度合并,然后逐渐与城镇职工基本医疗保险制度接轨;对于条件不具备的地区,目前则要认真考虑不同制度间的衔接问题,待条件成熟后,再将不同制度合并。具体做法是:首先消除制度间存在的明显不平等;然后通过完善制度设计,实现医疗筹资和服务利用方面的公平;最后要逐渐提高医疗保障

水平,促进全体国民健康水平的提高,增进国民福祉^②。为此,需要中央出台相关政策,完善顶层制度设计,鼓励条件成熟或基本成熟的地区(最好是以地市为单位,条件合适时也可以以省市为单位)进行医保制度整合及医保共同体建设的试点。我们认为,广东省的珠三角地区,江苏省的苏南地区,北京市,上海市,浙江省等地区可以成为第一批试点地区。这种试点,可以是医保共同体建设的试点,即建立在区内“无障碍”参保与就医的体系;也可以是制度整合的试点,即将三种制度进行合并,或只先行合并其中的两项制度。总的来说,医保共同体建设的难度相对较少,可以较大范围的开展试点,并不断扩大和联通这些共同体,最终实现全国的统一。目前,国内的不少地区已开展了相关的工作,并取得了不错的进展,但是,还没有形成全国的联动态势。

(三) 政府承担主要责任,为弱势群体提供基本医疗保障

全民医保并不是说所有的人都必须付出一定费用,事实上,对于家庭收入水平很低、确实没有能力付费的人群,国家应该破除按照市场经济效率先行原则的做法,大力发展医疗救助制度。立足于让所有社会群体公平地享受医疗保障,甚至是优先解决弱势群体的医疗保障问题,政府所属的医疗卫生机构应当以低价格辅助贫弱人群获得医疗卫生服务。此外,还可以通过财政制度安排,开办医疗救助医院和福利医院,把医疗弱势群体一次性纳入医疗保障体系之中。总结国外的成功经验,像美国这样的资本主义国家,政府的医疗卫生财政开支集中在关注贫困和老年人口等弱势群体的保障上,而让一般的人群通过商业保险等多种机制得到保障;法国也专门推出了公共财政共同分担贫困人口医疗费用的计划,明显减少了专家服务偏向富人的倾向。我国作为社会主义国家,更应重视对弱势群体的医疗保障,建议国家对一定收入标准以下的人群设置较低的起付线和较高的共付比例,减轻他们的负担,减少和防止有病不愿看和因病致贫、因病返贫的现象发生^③。

(四) 深化医药卫生体制改革,建立可持续的运行机制

医疗保障是一项涉及多种关系、多个部门、多方主体的系统工程,科学合理的医药卫生体制有

利于医疗保障效率的发挥,是全民医保可持续发展的必要条件。因此,在全民医保的发展过程中,深化医药卫生体制改革也是不容忽视的重点问题。按照中央的决策,深化医药卫生体制改革要突出“三个重点”:即加快健全全民医保体系,巩固完善基本药物制度和基层运行新机制,积极推进公立医院改革,简单地说就是健全医保、规范医药、创新医疗^⑫。从这个角度看,深化医药卫生体制改革要注意以下方面的问题:关于“健全医保”,要注意不断完善医疗保险基金筹集、支付与管理制度的问题,发挥各方面的积极性,这样才能在未来建立起国家统一的全民的医疗保障制度;关于“规范医疗”,一方面要完善基本药物制度,确保所有公立基层医疗卫生机构均能免费或低价向病患提供“基本药物”;消除医疗卫生机构开具“大处方”的诱因;改善招标过程,以取得性价比更高的药品^⑬;另一方面,破除以药补医机制,推进医药分业,促使基层医疗机构由逐利性转到公益性的运行轨道;关于“创新医疗”,要继续推进县级公立医院改革试点,拓展深化城市公立医院改革试点;大力发展非公立医疗机构;调整医疗服务价格,全面开展便民惠民服务。

(五) 鼓励商业医疗保险的介入,建立多层次的保障体系

商业健康保险是对全民基本医保的重要补充,在经办管理服务和满足社会需求方面有很大优势。我国这样一个人口大国,各地区差异比较大,商业医疗保险的补充余地会更大。因此,面对日益上升的医疗卫生保健需求和日益沉重的财政负担,在加大对公立医院投资的前提下,也要积极鼓励商业医疗保险和私人医疗机构的发展。具体做法是,商业保险公司要通过积极的市场调研,掌握居民不同层次的需求情况,加强医疗保险产品的开发和推广,以满足不同层次的医疗保险需求。政府方面应该加强保险市场的宏观管理,通过税

收优惠政策等相关支持,如对经营补充医疗保险的经营者给予减免税优惠等,鼓励商业保险公司积极参与到补充医疗保险的市场运作之中,实现基本医疗保险和商业医疗保险的良性互动,最终促进医疗服务水平的全面提高。□

- ①⑤ 顾昕《英国免费医疗走向市场化》,载《21世纪经济报道》2011年2月21日。
- ② Carrin G. James C. (2005). Social health insurance: Key factors affecting the transition towards universal coverage. *International Social Security Review*, 58(1), 45 - 64.
- ③ 于坤、曹建文《以社会医疗保险为主体医疗保障制度国家间的比较和分析》,载《中国卫生资源》2006年11月第9卷第6期。
- ④ 顾昕《“全民免费医疗”还是“全民医疗保险”》,载《中国社会保障·视点·特别关注》2009年第8期。
- ⑥ 贺春香、冯泽永、穆迪《对神木县全民免费医疗的几点质疑》,载《管理改革评论·医学与哲学》(人文社会医学版)2009年10月第30卷第10期。
- ⑦⑧⑩ 申曙光、彭浩然《全民医保的实现路径——基于公平视角的思考》,载《中国人民大学学报》2009年第2期。
- ⑧ 申曙光《政府责任与医疗弱势群体的医疗保障》,载《学海》2006年第1期。
- ⑩ 郑功成《中国社会保障改革与发展战略——理念、目标与行动方案》,北京人民出版社2008年,第203页。
- ⑫ 《船进“深水区”——对话国务院医改办公室主任孙志刚》,载《财经国家周刊》2012年5月11日。
- ⑬ 《世界经合组织发布研究报告聚焦中国医改》,新华时政, <http://news.xinhuanet.com>。

作者简介:申曙光,中山大学岭南学院教授、博士生导师,中山大学政治与公共事务管理学院教授、博士生导师,中山大学社会保障研究中心主任;马颖颖,中山大学政治与公共事务管理学院博士研究生。广州,510275

(责任编辑:毕素华)