

医疗体制改革与社会医疗保险基金 合理利用原则的研究

郑晓瑛

(北京大学 人口所, 北京 100871)

摘要: 中国医疗体制改革是社会主义经济体制改革的重要部分。中国的公费和劳保医疗制度为保障人民健康,做出了巨大的贡献。然而,40多年的实践证明,这种公费医疗体制不适合社会主义市场经济体制改革的趋势,所以导致了一系列的问题,如:医疗费用激增,医疗服务质量下降,医疗机构配置不合理,以及医疗资源的浪费等。本文在医疗保险基金的筹资—利用系统中,分析了改革试点各种统账方式的利弊。在了解了医疗基金的性质、特征及支付管理内容的基础上,探讨了医疗保险基金支付方式的原则,分析了总额预付制在现阶段实施的可行性,为合理利用医疗保险基金的原则提出了较基础的评价。

关键词: 医疗体制; 保险基金; 医疗资源利用

中图分类号: R197.1; F840.684 **文献标识码:** A **文章编号:** 1000—4149(2000)01—0011—07

The Studies on Health Care System Reform and the Principle of Rational Use of Social Health Insurance

ZHENG Xiao-ying

(Population Institute, Beijing University, Beijing 100871)

Abstract Health care system makes up an important part in China's social economic reform. Public health service and labor insurance has contributed much to ensuring people's health over the past years. However, it has also proved that this practice can not go with the current socialist market economic reform, and consequent problems are inevitable, such as: increasing cost in medical treatment, unsatisfied health care service, unreasonable distribution of medical facilities, and waste of medical resources, etc. By using the health care fund raising—using model, this study tries to find out advantages and disadvantages of different medical insurance systems, discuss the principle of payment by better understanding of medical insurance, its character and feature, and payment management. It finally analyzes the possibility of total pre-payment in current stage.

Key words: health insurance; rational use of medical resources

收稿日期: 1999—11—15

作者简介: 郑晓瑛(1956—),女,北京大学人口研究所所长,教授,博士生导师,世界卫生组织生殖健康和人口科学合作中心主任,亚太地区社会与健康指导委员会委员,世界卫生组织健康与发展临时顾问。

中国现行的医疗体制是在计划经济指导下逐步建立的,这种体制为保障人民健康、促进社会经济发展和维护社会安定做出了巨大贡献,但其弊端也日益暴露出来。在经济体制改革大潮下,对原有的社会保障体制进行相应的改革已势在必行。自90年代中期开始,住房、退休养老和医疗体制三方面的改革成为改革中既敏感又关键的焦点问题。能否将这三方面的改革深化并取得成功,是国有企业和由国家财政负担的事业单位的人事、财务、运行机制、管理模式适应市场竞争机制的重要环节。对人民群众来讲,个人基金筹划给健康方面的比例较大,医疗费用是放在首位考虑的内容,所以医疗保障体制的改革直接或间接地牵制着住房和退休养老制度的改革。在这种形势下,我们需要认真研究分析医疗体制改革的方向及在社会保障系统中如何合理利用医疗保险基金的问题和对策,这既是卫生经济学中的一部分重要内容,也是提高人口健康质量,有效利用卫生资源的重要依据。

本文将以城镇为基础简要回顾中国医疗体制的建立和运行,以及改革现行医疗体制的背景。在分析研究中国医疗体制改革的意向、趋势、内容、经验及教训的基础上,探讨社会医疗保险基金合理利用的对策和可行性,期望此文能抛砖引玉,使人口学者也积极为提高人口健康储量做一些卫生筹资和卫生经济学的努力,使中国医疗体制改革有多学科、多视角的参与,从而使中国的医疗体制改革能够在现有国力的基础上最大限度地满足人民群众的意愿和需求。

一、中国医疗体制改革的形成和运行

中国的医疗保障有两种体制,一种是农村合作医疗体制,另一种就是城镇职工的医疗保障体制。50年代中期,中国农村实行了互助共济的社会性初级医疗保障制度。农村合作医疗保障覆盖面在某些地区达97.3%^[1]。但到80年代初期,农村合作医疗覆盖面下滑到5%左右。农村合作医疗是符合中国国情的农村互助互助保健制度,但由于受到一些政治、经济变化的影响,这种体制陷入低谷。1952年政府发布了《关于全国人民政府、党派、团体及所属事业单位的国家工作人员实行公费医疗预防的指示》后,全国各级人民政府领导的卫生机构,按照单位人事编制进行统收统支医疗费用,对全国各级人民政府、党派、工青妇等团体以及文化、教育、卫生、经济建设等事业单位的国家工作人员和革命残废军人实行公费医疗预防制度,这就明确了我国公费和劳保医疗体制在城镇实施的政策,而农村人口没有被包括在公费医疗体制中。

在实行公费医疗预防体制后,政府根据许多执行中的问题和建议,不断调整公费医疗的覆盖面,并修订了一些内容。如70年代开展了计划生育工作和高考制度的恢复后,卫生部和财政部先后签发《关于公费医疗两个问题的复函》及《关于公费医疗几个问题的答复》文件。文中明确规定:享受公费医疗人员实施计划生育手术的费用和手术后遗症的治疗费用,在医疗经费中开支;高等学校带工资的大学生,一律在学校所在地办理公费医疗等。

为了完善公费医疗体制的实施,以确保财政支出用于广大人民群众的健康保护方面,有关政府部门下达了一系列加强公费医疗管理的文件,特别是80年代以来,卫生部和财政部在《关于进一步加强公费医疗管理的通知》[卫计字(1984)第85号]中明确提出如下管理意见:加强领导,建立健全公费医疗管理机构,加强思想教育,纠正不正之风,建立健全各项规章制度,严格执行国家规定的公费医疗享受范围和医疗报销范围的有关规定,坚持分级分工医疗的原则,认真贯彻预防为主方针,并提出了积极慎重地改革公费医疗制度的建议。我国的公费医疗体制,在80年代就有了改革的意向,但到目前为止,原享有公费医疗的人们基本上还在享用原有的公费医疗和报销制度。

在此,我们需要了解中国的政治运动对医疗体制的影响。在“文革”期间,卫生机构的正常工作秩序和医疗秩序受到了冲击,医务人员被鼓励和调派到农村、工厂一线直接为工农兵服务。提倡用一根银针,一把草药为农民治病,乡村的“赤脚医生”也遍及农村的各个角落。所以说,文化大革命彻底破坏了城市的医疗机构和服务系统。但在农村,不论是提倡的“赤脚医生”卫生保健,还是城市医务人员下乡,都为农村的医疗保健起到了某些积极作用。尽管这不是这场政治运动对卫生体制运行的初衷,但激进的做法间接地影响了农村的医疗卫生保健工作,成为特殊历史时期卫生体制运行的一种状态。

从总体来讲,在国家确立的“面向工农兵”、“预防为主”、“团结中西医”、“卫生运动和群众运动相结合”的卫生政策指导下,我国政府实行的农村医疗互助体制和城镇公费医疗体制以及劳保医疗制度都是社会主义

制度初创阶段总体政策中的重要部分。通过 40 多年的实践证明,它对保障我国人民身体健康,促进人口素质提高起到了非常重要的作用。

二、中国的医疗体制为什么要改革

随着社会的发展和人类健康保健需求的提高,中国目前的医疗费用筹资、支出、管理等方面暴露出一些难以适应市场经济体制的问题,否则,中国公费医疗支出使国家财政不堪重负,而真正有病的患者得不到必要及时的医疗保健,中国医疗保障体制的方针、目的就难以实现。从以下几个方面我们可以进一步思考中国医疗体制改革的必要性和重要性。

(一)中国公费医疗体制继续运行的合理性的评价

我国公费医疗体制的建立是社会保障中的重要部分,这是在特定历史时期所形成的。40 多年的城镇公费医疗保健和预防医疗保健的实践证明,公费医疗在防病治病保证城镇职工及国家干部的健康,调动人们的积极性方面起到了重要的作用。特别是在建国初期,当国家还处在百废待兴的基本建设阶段,国家用有限的资源统筹统支医疗经费。应该说,这种制度运行的意义远远超过医疗保健本身。在社会主义初创阶段,许多社会建设和发展在某种程度上也带有公益性质,实行医疗费用“供给制”也是应该的。然而,从社会发展的长过程来看,这种公费医疗体制必须不断进行调整和完善。有专家认为,当社会发展还不能满足日益增长的医疗需求时,免费医疗则缺乏相应的物质条件保证,这种公费医疗制度的实施将受到制约。同时,在商品经济“按劳分配”的社会制度下,在某种程度上,实行公费医疗对人们的消费观念和意识是一种消极的作用。这就是说,每一个劳动者都应该按照自己的劳动付出得到经济回报部分。人们有权自我支配自己的收入和财产,包括对健康需求的投入。而不应该既实行劳动的“工资制”,又实行医保的“供给制”,这样的体制已不能完全适应社会主义市场经济体制。

(二)公费医疗费用增长趋势和引发的问题

国际社会认为中国是卫生投入少,健康效益高的成功典型,为发展中国家的医疗保障创造了低成本、高效益的模式。随着经济体制的改革,卫生机构、保健设施、服务技术、医药价格也进行了调整。但其中的一些调整并未与现行的卫生经济政策相匹配,从而使卫生费用在某种失控的状态下迅速上涨,使国家、集体和个人的利益都受到了影响。从建国后卫生医疗费用增长的趋势,连年上涨的医疗费用比例已经超出了卫生费用增长的弹性系数(1.34)。当我国经济增长速度还在 8%~10% 的范围内努力时,卫生费用却远远超出 8%~10% 的增长指标,有些地区高达 25%,超出了全球卫生费用平均增长水平和发达国家卫生费用增长水平。这早已超出一个发展中国家所能负担的最大限度。由于卫生费用增长引发了一系列卫生保障体制中的新问题,如卫生需求严重不足,卫生不公平性继续存在并有加重趋势,国家卫生费用投入不足,经费筹资系统不畅,医药价格管理缺陷等。如果继续维持这样的体制,2000 年人人享有初级卫生保健和满足人民群众服务需求的目的难以实现。

在市场经济体制下,我国的公费和劳保医疗制度体现出较多的缺陷和问题,概括来讲,主要表现在以下几个方面:

1. 公费医疗卫生保健筹资来源困难

我国原有的公费和劳保医疗筹资渠道是国家政府和单位。职工是免费的,其家属大约享受 50% 的公费医疗。在这种经费筹措的运行体制中,职工本人及家庭都没有加入到个人积累的机制中,当企业和财政的支出能力受到限制后,这种医疗保健的筹资来源就显现出困难的局面。一方面,国家财政有限,另一方面,医疗保障抵御疾病风险的能力下降,因为这个惟一渠道的资金难以支付得起日益增长的医疗服务费用。只有将医疗保障体制的筹资渠道拓宽成政府、企业、个人共同负担的格局,医疗保健费用才能得以保障并维持下去。

2. 供需双方的制约机制失控

公费医疗费用由国家政府包揽以后,供方和需方都逃避了对医疗保障体制运行的责任。医疗单位以各种手段促进高消费医药服务运行,患者则顺势利用公费医疗“小病大养”、“一人有保多人受益”,每年不合理医疗费用支出约占全部医疗费用的 20%~30%^[2]。这种供需双方的制约失控状态几乎与医疗保障体制共同维持到现在,是医疗费用上涨和浪费的最重要原因。

3. 公费医疗体制的覆盖面小

由于公费医疗仅限于机关事业单位和全民所有制企业等,许多新的经济体制下的经营者都不能被这种体制覆盖。这不仅不利于所有劳动者权益公平性的体现,同时,也不利于劳动力的合理流动。

4. 公费医疗保障的不平衡

公费医疗体制以单位保障为主,社会在行业间产生极大的不平衡,这是引发社会矛盾的一个原因,提高医疗费用的社会共济化程度及管理和服务的社会化程度,是解决公费医疗保障不平衡的出路之一,从而也可以缓解由此引发的社会矛盾。

5. 劳动者行业间流动的限制

公费和劳保医疗体制,使企业、事业的人员为了“医有所保”而不敢离开原单位。特别是在企事业改革中,离岗人员尽管脱离了和原单位的工作关系,但他们的医疗保健仍在原单位。所以,他们不愿意流动到其他无医保的单位就业。否则,他们将失去医疗保健的优越。这种医保制度严重地限制了劳动力的合理流动,并使在岗职工真有病时,企业又处在无法有效抵御风险的尴尬处境。

三、中国医疗体制改革实践的分析

中国医疗体制的改革实践是从1984年10月中共中央十二届三中全会后全面展开的。党的十一届三中全会后,医院的经营管理权具有了较多的自主性,县级以上医院试行了“全额管理、定额补助、结余留用”,并允许少数个体开业行医(卫办字第141号)。从此,卫生管理模式打破了由国家全部包揽的办医格局。经过6年的改革设想和探索,已经在全国形成了医改的氛围。80年代以来,医改的中心围绕着公费和劳保医疗制度存在的问题,寻求不影响医保质量前提下的医疗费用控制的有效办法。许多地区尝试了公费医疗与个人利益挂钩以及医疗费用定额管理的办法,还有的地区试行了大病、住院、离退休医疗费用的社会统筹实践。国家有关部委及职能部门也曾提出引进社会保险机制,建立多元医疗投资主体,国家、单位和个人合理负担医疗费用的设想³⁾。但是,这些改革与探索都没从根本上将医疗保障转变为市场经济体制的新型社会医疗保险制度,所以,旧的问题依然没有从根本上解决。

1993年,党的十四届三中全会明确指出了“城镇职工养老和医疗保险金由单位和个人共同负担,实行社会统筹和个人账户相结合”的要求。国务院首先在江苏省镇江市和江西省九江市进行试点工作。1996年试点工作已推广到近40个城市,探索了三种统账结合方式⁴⁾。

1. “两江”模式

“两江”模式首先在第一期试点城市——镇江和九江形成。它的主要内容是用人单位和个人共同缴纳保险费。按规定比例分别建立社会统筹医疗基金和个人医疗账户,支付医疗费用的顺序是根据医疗需求由个人医疗账户、个人工资的一定比例、最后由社会统筹医疗基金按比例支付。但这种模式对统筹基金与个人账户的管理水平要求很高,如果控制的力度不够,统筹基金超支是不可避免的。

2. “海南—深圳”模式

在海南、深圳医疗改革中,将支付的内容分成不同的“板块”。首先要建立社会保险基金和个人账户,明确规定二者的支付范围、管理职责和核算方式。由于社会统筹基金只用于支付住院医疗费和某些特殊门诊费用,而个人账户仅用于支付门诊医疗费用和统筹基金需个人自付的部分。尽管这种统账方式会导致或加重“小病大养”以及特殊医疗设施不必要的使用的一些问题。但这种模式毕竟是社会统筹基金和个人医疗账户独立核算的尝试,对医疗管理起到了一定的借鉴作用。

3. “青岛—烟台”模式

青岛和烟台等地的试点总结了个人医疗账户和企业调剂基金设置在企业,并由企业管理的方式。这里面包含三方面的支付方式:即个人账户支付小额医疗费;企业调剂基金支付补充个人账户不足的部分;统筹基金支付大额医疗费用。这种与“海南—深圳”模式不同的是以医疗份额不同,采取不同的支付方式,企业调剂基金在个人与国家医疗费用投入间起了一个缓冲与调控的作用,调动了企业医疗费用控制的积极性,但基金较为分散,共济能力不如上二种模式。

全国开展医改后,企业和职工对医疗费用的筹资机制有了明确的认识。在试点地区,在保障职工医疗和

职工力所能及的条件下,初步建立了较为合理的医疗保险基金筹措机制和医疗费用制约机制。这对抑制医疗费用增长过快和医疗费用浪费起到了很重要的作用,但从整体水平来看,统筹层次低,企业参保率低,筹资比例较高,基金征缴困难。这些问题在经济不发达地区表现尤为突出。这些问题反映出中国现有的医疗保险基金筹措机制与医疗保险基金的利用之间的不完善和不协调。因为基金利用的不合理会导致筹资来源和支付管理间的矛盾,各筹资方的积极性受挫后,会形成筹措和利用医疗保险基金的恶性循环。如果没有配套的医疗机构适应市场经济机制下的医疗保险基金运作,医疗体制改革不可能从根本上解决问题,这在我国试点改革地区和一些企事业的医改实践中已得到充分的证明。

四、医疗保险基金合理利用的原则和途径

国务院于1998年下达了《关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》(以下简称《决定》)。《决定》指出:加快医疗保险制度改革,保障职工基本医疗,是建立社会主义市场经济体制的客观要求和重要保障。并要求在试点工作的基础上,在全国范围内进行城镇职工医疗保障制度改革。在《决定》的指导下,政府有关部门总结了各试点医改的经验和教训,反思了医疗保险基金筹措困难的原因,其中基金利用合理性方面存在的一些问题是不可忽视的。医疗保险基金的合理利用是在医疗费用筹资—利用—保健系统中起调节和缓冲作用的杠杆,而不单单是保险基金的简单流通。所以,我们应该在深化医疗改革中,在理解医疗保险基金的性质、作用、运行、管理的原理基础上,探索医疗基金得以合理利用的原则,特别是支付原则,才能真正改善医疗基金的筹措。

(一) 医疗保险性质和特征

医疗保险是为补偿因疾病带来的医疗费用的保险,可分为社会医疗保险和商业性医疗保险,本文所指主要是社会医疗保险的内容。

1. 中国医疗保险的性质

我国的政治体制决定了医疗保险必须具有福利性质,这种福利性应该体现出社会主义“按劳分配”的原则。医疗保险的目的是为健康保健所用,而不是以盈利为目的。在医疗保险基金筹措机制中,个人、单位和政府都有责任负担不同比例的经费。当然,在我国的医疗保险制度中也体现出经济性质、公益性质和普遍性、强制性、补偿性、互济性、储蓄性等属性。正是由于这些性质的共同作用,才能建立和实施医疗保险制度。

2. 医疗保险的特征

只有正确认识医疗保险的特征,我们才能真正形成完善医疗保险制度的思路,这也是医疗体制改革中的一个重要问题。由于人们患病、生育、意外事故的风险具有很强的特殊性,这类保险的累积和支出的方式也不能完全类同于其他保险。首先,要求社会实行强制保险。医疗保险基金是专款专用,并根据受保对象的患病情况支付保障补偿金额,而不受其他因素的影响。但是,医疗保险应与其他社会保险共同为劳动者提供医疗保障,提高抵御与疾病风险共存的其他风险的能力。全社会人员应有均等的机会享受由政府提供的社会性和群众性的医疗保险。

(二) 医疗保险基金合理支付和管理原则

中国已进入老龄型社会的边缘。中国人口的疾病谱也发生变化。近年来,心血管病和癌症等病程长、耗资多的疾病已居疾病谱的前列,也改变了中国人口死亡率以传染性疾病为主的死因构成。这些特点连贯在一起共同作用于医疗保险基金的使用中,形成了医疗体制改革的自然背景。自然背景和原有医疗体制的弊端会使医疗服务的质量和数量失衡。如老年人个人支付能力减弱,企业的负担能力又有限,但他们是最需要医疗保障的特殊群体。这就需要在提高社会共济能力的前提下,改善医疗保险基金支付和管理的机制。

1. 医疗保险基金支付方式选择的意义

医疗保险基金最终用于支付医疗费用。假设医疗保险基金的筹措渠道和质量都有保证,如何支付医疗保险基金,使其最大限度地发挥医疗保障的功能,是合理利用保险基金的中心环节。前面我们介绍了几个试点地区医疗基金付账模式,从其中的利弊可以看出,不同种类和不同额度的付账方式都没有真正解决医疗费用增长和使用不合理的问题。选择什么样的支付方式才能适应市场经济体制是迫在眉睫的工作。由于支付方式的复杂多样性,在中国这样一个人口大国,很难找到非常确定的单一通用模式。在医疗改革的实践过程中,

医疗费用支付方式在医疗需求和利用中的引导作用较多地体现在消费者方面,即费用分担方式,而没有较多地考虑医院供方的支付方式,这是过度消费未被有效遏制的主要原因之一。根据国情,选择医疗保险基金在供需双方合理的支付方式,能促进医院走“优质、高效、低耗”的新路,也能刺激个人积累的积极性,从而为解决医药费上涨和浪费等医改问题做出较重要的贡献。

2. 支付方式选择的思路

任何一种支付方式都必须坚持“既能保证职工获得基本的医疗保障,又能有效地减少和杜绝浪费,合理利用医疗卫生资源,提高效益和保障水平”的原则⁵⁾。根据中国的国情,坚持实事求是,在支付方式的选择上是多元的,在执行过程中是灵活的。对供需双方都应全面综合考虑,把被保险人和保险机构的支付方式的选择视为一个系统工程看待,求得最佳效应。

我国试行的个人医疗帐户方式,从理论上讲,是被保险人参与的支付方式,即费用分担方式。被保险方的支付强度的选择是费用分担比例的关键。在我国,大多数企业单位的分担比例占总费用的10%左右,这主要是考虑我国参保人员经济支付能力不强,个人积累正处于起步阶段,过高比例会直接影响他们的生活和稳定。事实上,我们应该根据各地区经济发展水平的差异,将负担比例控制在15%~20%左右。世界上许多发达国家和地区也实行了个人参与支付的机制,一方面,减缓国家和企业的医药费用负担,另一方面,也提高了人群对费用控制的责任。根据美国的一项研究表明,人均卫生费用随自付比例增加而下降,但总体看并不影响被保险人的健康状况⁶⁾。在支付的强度确定后,我们应该对支付的结构给予清晰的分层。根据人口特征和医疗资源情况,将个人支付的不同内容细分,使经费真正用在最需要的方面。

目前,有关保险方的支付方式仍沿用按服务付费的支付方式。实际上,这种方式是医院控制了医疗费用的流向、流量和流程。供方诱导机制对医院的资金积累和运转有利,但国家和个人的利益成为医院积累的“无名供方”。除了按服务付费的支付方式外,还有按住院日、病人数的定额支付方式、按病种支付方式、总额预算方式及一体化方式等,但每一种方式都有利弊。根据我国的国情,在现阶段实行按病种支付的方式(DRGS)时机仍不成熟,尽管这种方式可以激励医院方重视成本—效率,但所需的管理技术颇高,并存在着减少必要诊疗的潜在危害。曾尝试过的按住院日、病人数定额支付方式,对控制医疗费用浪费、减少保险方工作量、提高服务公益性和公平性有积极作用。但导致了医院愿意收住低成本病人住院,而拒绝重病人就医,或刺激门诊就医次数等问题。而保险机构对医疗服务运转信息知之甚少,控制力大大下降。在某种程度下,负责的保险机构是不愿意采用这种方式。

总额预算方式被一些专家公认为是现行适合中国国情的一种支付方式。总额预算支付方式是由政府或保险机构与医疗供方协商,确定医疗供方单位时间总额预算。保险方支付过程中,以预算最高限度,强制控制支付需求,医院方在保险范围内对所有病人提供规定医疗服务。这种支付方式可有效控制医疗费用,刺激医院控制成本,提高服务需求。以往总是想尽办法控制医院的运行管理,现在医院充当了促进费用积累和控制费用双重角色,从目前来看,这种方式应该是首选的方法。执行这种支出方式要做到总额预算相对准确,监督管理机制健全,医院服务的公益性和公平性进一步提高,否则,会出现一些其他问题,如:病人的应有服务减少,医院方的积极性下降等。一体化方式是总额预付制的一种特殊形式,也可以在特殊地区作为一种特殊的方式实施和完善。总额预算方式之所以可以适应中国国情,原因有二个方面。首先,保险机构和政府在控制医疗保险基金的筹资和利用中都有较大的主动性,互相制约的能力也比较强。在中国,国力不强,人民各种公益意识需要提高改善的情况下,带有一些强制性的医疗保险基金的积累和支付手段,是实现“低水平和广覆盖”医疗改革体制的一个保障。另外,总额预算方式,能使被保险人的责任感增强。因为限定的费用额度必须用在规定的服务内容中,被保险人除了监督医院和保险方的承诺外,对规定内的服务内容合理利用也必须评价和规划。

3. 医疗保险基金的管理

医疗保险基金的筹集、支付、使用、监督必须根据国家社会保险的总的政策法规执行,任何一个环节出了问题,都有可能导致医疗保险基金的不合理利用。在我国已确立的“社会统筹医疗和个人账户相结合”的医疗保险模式运作下,各类保险基金的账户要明确职责、运营范围及监督仲裁机制。在这里我们要特别提出医疗

保险基金的运用原则。医疗保险基金的运用方式和管理有不同的种类,但其原则是一样的,都必须遵循6个基本原则,即安全性、收益性、合法性、多样性、社会性和流动性。医疗保险基金运用效果可以通过核算进行检验,核算的内容和科目必须根据中国现行的医疗体制和改革实践进行,照搬国外的方法或沿用老的核算方法,都将导致对改革措施的错误判断。目前,对医疗保险基金的核算要坚持“以收定支、收支平衡、略有节余”的原则,尽管我们还没有较好的核算实践,但我们可以根据目前改革的经验、教训和改革的目标,探索中国医疗保险基金核算体系和方法。

4. 卫生保健服务的利用与医疗保险基金的合理利用

随着疾病谱的改变,卫生保健服务的内容和模式应有相应的调整以适应新的需求。医疗保险基金的筹措、预算大都是以医院供方的固定模式为依据,而现在仍在变化过程中的信息很难被考虑进去。服务机构的设施和服务方式能否被充分用于保护人民健康,治疗预防疾病,是对保险基金利用最实际的评价。当心脑血管及癌症等疾病排位移前后,老龄人口增加,预防和功能恢复的卫生保健需求与以前大不相同。如果医院的保健服务设施跟不上这种卫生需求,医院现有的设施必须在设备耗资保障的情况下闲置,而服务对象又难以得到所需要的服务,这就严重的影响了服务利用,继之影响到医疗保险基金的利用。有一些医院就住院的病人越来越少,其中服务可利用性是一个原因。许多医院大量引进高科技的设备,甚至超出发达国家的一些医院拥有高尖设备的水平。而大多数老百姓卫生保健并不需要非常昂贵的技术手段做为初诊,恰恰相反,初诊需要的是基础诊疗技术和优质的服务内容。如果做不到这一点,现有的服务很难被广大群众接受。所以,在医疗改革过程中,健全医疗机构的补偿机制,纠正卫生资源配置不合理因素,对现有卫生保健服务的利用应给予评价与指导,使医保基金合理流通在医疗保健的运行体制中。

5. 卫生保健服务系统的控制

控制卫生保健服务系统的方式就是对系统的资金流入和流动进行调节⁷。在一些发达国家,调节方式多采用补贴、行医限制、比率控制、质量控制等,这通常可以调节政府在投入整体卫生保健服务系统的费用,当医院人力资源过剩时,补贴培养医学人才的费用可以移到提高服务技术和服务质量上,或许将统筹医疗费用政府投入的比例提高。卫生保健系统的控制是整体水平的调节,这更为准确地将有限的总体医疗保障投资划为急需和暂缓的内容。通过这种调节,可以减少费用的浪费,增加医疗保险基金的筹措能力,使医疗保险基金的运用范围和能力提高,这也是医疗保险基金有效利用的方面。我国也应该在医疗体制改革中对这方面进行深入探讨和研究。

五、中国医疗体制改革的前景

在市场经济机制下建立和完善的医疗保障体制,应该最大限度体现公平性和有效性,这就需要在这场改革中紧紧抓住问题的实质,解决传统医疗保障体制的弊端,保留有利于提高人民健康水平的医疗政策法规。中国医疗体制改革已经积累了许多经验和教训,可以说,中国医疗改革已经迈出了艰难探索的步伐。但是整个医改仍面临着巨大的挑战,医疗保险基金制度的建立和完善是首当其冲的挑战,医疗保险基金制度改变了国家一包到底的卫生保健制度,这不仅冲击了人们卫生保健的传统观念,也影响着原有的医疗管理机构和体制。在医疗保险基金制度建立过程中,涉及了医改方方面面的问题,合理的利用医疗保险基金是医疗改革成功的关键。只有合理利用医疗保险基金,筹资渠道才能畅通,医患双方的制约才能建立,国家、企业和个人负担医疗费用的积极性才能调动起来,医疗费用也可得到控制。但所有这些都需医疗政策的调整,以确保改革方案的顺利实施。

职工医疗改革意味着中国享受公费和劳保制度的1.5亿人将扩大到3亿城镇全体劳动者及离退休人员。改革的目的是在近几年建立较为完善的社会统筹和个人账户相结合的基本医疗保险制度,逐步形成含有基本医疗保险、补充医疗保险,社会医疗救助及商业医疗保险等多层次的医疗保障体系。在现阶段推行的“低水平和广覆盖”的初级医疗保险模式将会维持相当一个时期,但最终会逐步过渡到“高水平 and 广覆盖”的模式,使医疗保险为提高中国的人口健康水平做出应有的贡献。

(衷心感谢北京大学和北京医科大学联合办学经费对本项目的支持。)

(参考文献见第26页)

解、弱化。当进入第三阶段,我们用真诚的服务去赢得人心时,最初的不理解、不配合最终都会随着社会经济的发展和新生育观的建立而改变、而消失。所以,计划生育工作是一种越做越好做的工作,而党群关系也只有管理工作推进中得到改善,得到发展。

第四,社会生产力的发展和人民生活水平的提高是计划生育阶段发展的历史动力。人口理论告诉我们:生育行为受生育观念影响,生育观念属于上层建筑范畴,而上层建筑又受经济基础制约,所以,归根到底,计划生育、人口转变受制于经济基础的发展。事实也是如此,只有实现社会的全面进步,实现“两个文明”的双丰收,才能真正从观念上彻底改变人民群众的生育意愿,从而影响其生育行为,实现计划生育。没有社会生产力的进步,没有生活水平的提高,就不能实现真正意义上的人口再生产类型的转变,就不可能进入计划生育管理的最高发展阶段。

从宣城地区的计划生育工作实践来看,后来者可以居上。只要科学认识计划生育科学管理的阶段性发展规律,把握好各个发展阶段的基本特点,顺应其发展趋势,就不难在较短的时间里改变本区域的计划生育工作局面。

我们从三个地区的比较中可以看到,宣城地区的计划生育率突破80%是在1991年;突破90%在1992年。而湖州市与衢州市的计划生育率突破80%分别在1985年和1986年,紧接着在1987年就又突破了90%。作为一组对比的数字,我们又看到:1986年,浙江省计划生育率为83.31%,1988年,浙江省计划生育率为93.75%。由此可见,宣城地区的计划生育工作与浙江计划生育工作相比,相对地说

落后了五年。这是问题的一个方面。但是,另一方面,宣城地区只用了1990年到1993年的四年时间,就彻底改变了计划生育工作落后的面貌。这四年中,他们几乎是年年上一个台阶。为什么宣城地区计划生育管理在短短的几年中会有如此之大的改观,究其主要原因,就是他们牢牢地把握住了计划生育工作各个阶段发展的内在规律,顺应台阶趋势,强化阶段衔接,抓住了时机,抓住了机遇。其工作发展的脉络十分清晰,他们在每个发展阶段的推进中都表现了很大的果断性,工作一个台阶一个台阶地上,一环紧扣一环,环环相扣,阶阶相连。一个阶段过去,不容彷徨,没有犹豫,新阶段的工作紧跟而上。尤其是第一阶段过后,他们几乎是在二三年中就迅速理清了多年积累下来的所有四项手术欠帐。在此基础上,又不失时机地将工作推向经常化、制度化,巩固成果,形成规范。进而又很快转入服务型管理,并继续向社区化管理不断演进。他们在很短的时间里,不仅迅速改变了计划生育工作的落后面貌,实现了人口自然增长率的大幅度下降,而且使当地的人口再生产类型也很快有了转变,进入低生育率水平。计划生育管理与人口控制,由此进入良性循环的轨道。

因此,计划生育工作暂时的落后并不可怕,而不能很快地跨越工作的困难阶段则是导致工作难度增加的重要原因。也就是说,对于目前计划生育工作还处于落后状态的地区而言,计划生育工作没有捷径,四大阶段,逐级上升;如果说要有捷径,这个捷径就是:从现在起就毫不犹豫地脚踏实地从头做起,争取在较短的时间里跨越计划生育工作阶段间的局限,那就一定能够在较短的时间内改变落后局面。

(上接第17页)

参考文献:

- [1] 刘敬怀,李才芳. 广东大力推进农村合作医疗事业. 瞭望新闻周刊,1996(47).
- [2] 王东进主编. 医疗保险操作指南. 北京:改革出版社,1999.
- [3] 宋联仲. 我国职工医疗制度改革探讨. 卫生软科学,1991(6).
- [4] 同[2]
- [5] 彭~云. 谈医疗制度改革. 健康报,1995-5-9.
- [6] 宋联仲. 国外医疗保险制度比较研究. 北京:北京医科大学联合出版社,1994.
- [7] 孙牧红等译. 健康社会学(原著 Fredric D. Wolinsky). 北京:社会科学文献出版社,1999.