

[文章编号] 1672-7320(2010)01-0109-08

迈向全民医保的路径与条件 ——以珠海为例

黄奕祥 张志叶

[摘 要] 全民医疗保险制度的建立在中国不仅是一个政治意愿和利益博弈问题,还具有中国社会的独特性与制度设计的技术问题。珠海的实践证明,经济发展水平并非是一个地区实行全民医保的充分条件,还需要依赖各地政府的重视程度和人口学特征等相关约束条件,以及各种制度并轨的切入点是否可得。

[关键词] 医疗保险;全民覆盖;改革路径

[中图分类号] D01 [文献标识码] A

一、问题的提出

实现全民享有医疗保险是一个世界性的难题,它常常使一个国家的政府处于两难的境地。一方面,医疗保险体系要有效地保障全体国民的身体健康,使国民满意;另一方面又要将医疗开支控制在一个可以接受的范围,避免医疗保险基金出现财务危机,以至于影响宏观经济的健康发展。医疗行业的特殊性,如信息、保险、与药品行业的关系等问题,所涉及的利益关系极其复杂^①,迫使各国政府艰难地在社会和经济目标、宏观和微观经济效益、利益既得者与普通大众之间寻找平衡点,以期制定出各方都能接受的医疗保险政策。因此,是否实行全民医疗保险成为各国政治生活中最敏感、争议最大的话题之一,也是世界各国政府不容回避的重大问题。当前,无论是发展中国家还是发达国家,医疗保险政策都处于一个调整时期,变革的浪潮此起彼伏。

新中国建立后的医疗保险制度变迁大致经历了三个阶段:计划经济时期的建立阶段(1949—1978年)、经济转轨时期的改革阶段(1978—2005年)、近年的重新定位与发展阶段(2005年—)^②。前两个阶段,中国的医疗保险制度格局是城乡分隔的,城乡居民及其各阶层之间享受的医保和医疗待遇水平差别较大。造成这种现象的原因很多,受约于中国传统的二元经济社会和低水平的城镇化、工业化是社会共识。但就表面看来,计划经济时期老百姓对医保制度意见并不很大。主要原因可能有二:一是国家刚刚摆脱战乱,人民当家作主后的喜悦和对解决温饱问题的渴望暂时搁置了健康和医疗保险需求;二是相比较而言,当时医疗服务在经济和地理上的可及性好。由于医疗服务供给量和价格受到严格控制,城镇范围内的全体公有制单位职工及其家属基本上获得的是相对公平、全面的医疗保障。农业合作化和人民公社化时期,受益于正确卫生工作方针^③指引,“集预防、医疗于一体的农村三级医疗卫生网”很快建立起来,并覆盖了全国大多数农村地区,农民享受了虽是低水平却是公共卫生与医疗服务有机结合的卫生服务,免疫接种、血吸虫病防治等公共卫生服务全部免费向农民提供,看病一般免交诊费和劳务费,只需

作者简介:黄奕祥,中山大学公共卫生学院讲师,中山大学管理学院博士生;广东 广州 510080。

张志叶,广东省珠海市人力资源和社会保障局干部。

基金项目:广东省科技计划软科学项目(2008B070800087);广东省中医药局科研基金(2009161)

交纳药品成本费,广大农民实际上间接得到了国家补贴。所以,计划经济时期,整体经济水平尽管相当低,但通过有效的制度安排,我国用占 GDP3%左右的卫生投入,大体上满足了所有社会成员的最基本医疗卫生需求,国民健康水平迅速提高,不少国民综合健康指标达到了中等收入国家的水平,曾一度被一些国际机构如 WHO 等评价为发展中国家医疗卫生工作的典范。换言之,新中国建立后的相当一段时间,国民在医疗卫生服务的实际利用上,最大限度地享受到了社会主义制度的优越性,人们在主观上并未有遭到不公平待遇的感觉,反而觉得十分满足。到了经济转轨时期,随着医疗卫生体制和医疗保障制度的改革不断深入,政府在医疗卫生领域的缺位、错位和越位现象越显严重,医疗服务供需双方的利益都遭到巨大损害^④。医疗机构这个在群众心目中的福利或“慈善”机构在断了“奶”——政府补助之后,无奈中成为了事实上的市场竞争主体。尽管医疗服务的价格有所控制,终因医疗行业的特殊性、管理水平的相对落后等,政府在医疗费用的控制上变得软弱无力^⑤。1978 年至 2007 年间,卫生总费用的年平均增长速度达到两位数,为 11.33%,超过了 GDP 9.79%的年平均增长率^[1](第 34 页)。对于普通老百姓而言,问题不仅仅在于医疗费用的增加,重要的是公费医疗和劳保医疗逐步被城镇职工基本医疗保险取代,在保障水平有所下降的同时,保障的范围也变化很大,原本城镇职工的家属及企事业单位改制新生的拥有城镇户口但在非正规部门的人员^⑥都被排除在医疗保障范围之外。农村居民的医疗保障情况更糟,可以毫不夸张地说,改革开放后的 30 年里,农民的医疗保险问题根本未真正引起政府及社会各界的重视,合作医疗在失去集体经济的支持之后几乎全面崩溃。2003 年全国第三次卫生服务调查数据显示,农村 79%的人口完全靠自费医疗^[2](第 210 页)。城镇中尚有相当数量人群因为医疗保险的缺失而“因病致贫”和“因病返贫”,农村的现象有多严重可想而知。庆幸的是,国家逐渐意识到加快医疗保险制度建设的重要性和紧迫性。政府一方面开始建立并逐步完善城镇职工基本医疗保险制度,另一方面开始重新思考并着手构建农村医疗保障和卫生服务体系。例如,2003 年国务院办公厅转发了卫生部等部门《关于建立新型农村合作医疗制度的意见》的通知,并首次从中央财政中给予相应的财政补贴,旨在帮助农民防范大病风险。另外,城镇居民的医疗保险问题也引起了全社会的广泛关注,针对贫困人群和特殊人群,还建立了医疗救助制度。不难看出,我国城乡医疗保障体系呈现出了四分五裂的状况,各种保险制度和保障措施并存。不仅管理成本极高,且这些人群身份之间实际上是某种程度动态变化的,也给实际工作和促进医疗保障制度的完善带来巨大难度。2005 年,国务院发展研究中心的研究给中国 20 多年的“医改”下了“判决书”——“从总体上讲,改革是不成功的”^[3](第 2 页),这个结论可谓震惊了社会各界,包括政府、学者在内,开始再一次反思曾经走过的医改之路。2006—2007 年,包括 WHO、麦肯锡公司和清华大学在内的多家研究机构共有十套医改方案诞生,足见全社会对我国医改的极高关注。中国医疗卫生体制改革核心议题聚焦到建立全民医疗保险制度、构建覆盖全民的医疗保障体系上。学术界纷纷把是否、何时和怎样建立全民基本医疗保险和医疗保障制度作为中心研究课题,民众关于推行全民医保的呼声越来越大,愿望空前高涨。但在中国建立全民医疗保险制度,尚无人能给出清晰的整体思路,全民医疗保险制度框架设计议题仍然处于政策制定过程中的关注、调研、论证和公共争论阶段^[4](第 172 页)。社会各界包括学者和各地政府都在本着“干中学”的态度,已经在进行着不同形式的有益尝试,期待找到适宜的“全民医保”之路。

二、中国全民医疗保险实践工程的复杂性

全民医保的提出并非当政者或学者们心血来潮、空穴来风。纵观诸多发达国家,如 OECD 国家,除美国外都建立了各种形式的全民医疗保险制度。但这不意味着经济发展水平一旦提高或只要政府官员一冲动,这个制度就可以建立起来。推行全民医疗保险制度是一项非常复杂的系统工程,在中国的难度往往会比想象中还要大许多。这既源于我国尚欠发达的经济水平、各地区经济发展差异巨大,还与社会转型时期各种制度的重新建构和我国复杂的社会结构等因素关系颇大。如果我们不把制度设计的约束条件考虑得更加充分,轻易上马,就难免和有些地区举办的合作医疗一样,不断收到“春办秋黄”的苦果,

严重伤害百姓和工作人员的积极性,且造成巨额社会成本浪费。我们试从以下几个方面来分析实施全民医疗保险工程的复杂性:

其一,特殊经济发展阶段及区域间经济实力差异明显。中国各省各地市之间,同一地市甚至同一县的不同乡镇之间,尤其是城乡之间,经济水平的差异都是相当之大,各地居民健康状况差异情况和健康影响因素也大不相同。公众参保的逆向选择现象十分严重,加之市场经济体制尚不完善,经济承受能力的巨大差距,各地各类型所有制企业的共存等,都给医疗保险基金的测算和资金筹集带来非常大的难度。

其二,流动人口的大量存在。中国正在从一个传统农业大国向工业化国家过渡,在此过程中,训练有素的专业化产业工人十分短缺,代而替之的是大量“离土不离乡”的“农民工”队伍。这些农民工兄弟大多缺少专业的技术训练。中国社会被称之为“差序格局”^[5](第29-40页)的社会结构和信任体系,农民工的工作相当多依靠亲友同乡介绍。因此,社会医疗保险制度的缺失使得企业对农民工们没有多少长期忠诚工作的诱惑力,很多农民工一年半载就会换一种工作;反过来,也造成了企业无意愿进行人力资本投资而不对农民工进行系统化的专业技术培训。于是,没有医疗保险和农民工流动性大之间形成了恶性循环。越是医疗保险工作不到位,农民工就越容易流动;农民工流动性越大,企业针对他们的医疗保险就更加无法建立起来。人口的广泛而无序性流动使得其户籍所在地的合作医疗工作也难以顺利开展。一方面,留守在家的农民,多数为老弱妇幼病残和文化水平很低而无法外出找到工作者,医疗需求水平相对较高,合作医疗资金筹集只有在“当家主人”假期归来时才能支付;另一方面,流动的农民工又无法或不易享受到当地的合作医疗待遇。如果农民工生病时在工作所在地就医而年终回户口所在地报销,不仅费用水平相对较高且难以监控,又会因报销和核查手续繁琐而增加管理成本。这些都加大了合作医疗管理和基金筹集难度。可见,中国大规模的人口流动和小规模的人口迁移现象使得合作医疗工作陷入了绝对的两难境地。农民工的医疗保险方式需要在实践中进行制度创新而有所突破,农民工的医疗保障问题也成为各地推行全民医保重要和必须跨过的坎。

其三,不合理的卫生资源配置。中国目前的卫生资源配置极其不合理,就医疗资源来说,人力、床位和固定资产的80%配置在大城市,大城市中又有80%配置在大型医疗机构中。打个比方:如果把大型医疗机构看成是五星级酒店,那么就是五星级酒店太多了,例如广州市就有30多家三级甲等医院,老百姓只要一生病就往大医院赶,正所谓大医院门庭若市、小医院门可罗雀。这就是说,如果普通百姓只要出差、旅游都住在五星级酒店,必然会造成五星级酒店房间紧张,更重要的是造成住宿费用大大增加,如果再没有单位报销,必定人人都会叫苦。可见,我们的社会“高端”医疗服务产品提供实际“过剩”,而普通医疗服务产品却相对不足。医疗技术服务没有或难以标准化^⑦导致服务质量不能保证、患者对基层医疗服务机构的不信任、“守门人”制度的缺失、医疗保险“经济杠杆”作用未充分发挥均是主要症结所在。不合理的医疗卫生资源配置现状导致医疗保险成本和基金风险大幅度增加,致使医患之间单次交往次数增多^⑧,医疗服务产品的交易成本变得高昂,居民疾病经济负担不合理加重^⑨。

其四,多种制度并存与相对落后的医疗保险管理水平。先前的公费医疗和劳保医疗向城镇职工基本医疗保险的转轨并非一蹴而就,各地区在相当长时间内多种制度并存。改革中不仅受到多层次多种利益和管理主体意见的影响,还受到医疗保险发展水平低、管理水平相对落后的制约。同发达国家的社会医疗保险机构来比,我们的医疗保险高端管理和专业技术人才缺乏、历史数据匮乏、信息化程度不高,医疗费用控制的研究和管理手段十分滞后。例如,目前绝大多数医保机构与医疗服务供方之间还是采取按项目收费的结算制度,或者是简单地按人次付费,实际工作中,医患合谋过度消费医疗服务和医疗机构受制于医保机构的硬约束预算而使医疗服务提供不足的现象并存。当然这些跟我国的医疗保险起步晚、工作重视度不够、数据和管理经验的积累少、经济水平有限和群众配合难度大密切相关。

这些就是我国医疗保险制度设计中短时间内难以克服而又必须重点克服的问题。如果一个地区能在这四种主要约束条件中具备或找寻到相对合理的平衡点及突破口,那么该地区就有可能在全民医疗保险制度的试行工作中率先迈步。

三、珠海市医疗保险的发展历程及全民医保的实现条件

(一) 珠海市医疗保险发展进程

珠海是我国南方的一个海滨城市和经济特区。1953 年建县, 1979 年建市, 1980 年设立经济特区, 享有全国人大赋予的地方立法权。下辖香洲、斗门、金湾 3 个行政区, 总面积 7653 平方公里, 其中陆地面积 1687.8 平方公里。2007 年末, 全市常住人口 145.44 万人, 其中户籍人口 95.69 万人, 是广东省 21 个地级市中人口规模最小的城市。

伴随全国医疗保险制度的改革, 继 1994 年“两江”医疗保险试点改革之后, 珠海市成为 1996 年国务院扩大试点的 57 个城市之一, 开始了城镇职工基本医疗保险(简称“职工医保”)的试点工作。1998 年 1 月 1 日珠海城镇职工基本医疗保险正式实施, 至 2008 年 1 月 1 日城乡居民基本实行医疗保险。在 10 年的医疗保险发展历程中, 珠海从实际出发、分步实施、稳步推进, 实现了“四大步”跨越, 基本建立起涵盖从成年人到未成年人、从国家公务员到一般民众和国企特困职工、从本市户籍到外来劳务人员、从城镇到农村这样一个多层次、广覆盖、统筹城乡、相对公平、协调发展的全民医疗保险政策体系。

第一步: 建立城镇职工基本医疗保险制度, 解决城镇职工的基本医疗保险问题。

医疗保险制度改革是因公费、劳保医疗在经济和社会转型中问题不断凸显而实施的, 珠海市抓住 1996 年被确定为“试点城市”的良机, 基于实践经验和广泛调研, 1997 年出台了《珠海市职工医疗保险暂行规定》及其补充规定和相关配套政策, 次年 1 月 1 日起正式实施。2001 年 1 月, 在城镇职工基本医疗保险发展较好的情况下, 珠海开始将城镇中灵活就业人员即所谓自由职业者纳入到职工基本医疗保险覆盖范围, 2002 年 8 月开始接纳该市省内行业统筹单位人员参加属地医疗保险。2001 年 7 月 1 日《珠海市国家公务员医疗补助暂行办法》开始实行。同时, 为支持国有企业改革, 2002 年 9 月珠海出台了《关于做好市属国有企业产权制度改革中特困失业人员医疗保障的意见》。从政策层面看, 经过 4 年多时间, 在珠海市正规部门的就业人员都有了医疗保险。

第二步: 实施外来劳务人员大病医疗保险制度, 解决外来劳务人员基本医疗保险问题。

珠海市的外来劳务人员约占该市劳动用工总量的 60%。政府很早就意识到建立农民工医疗保障对当地发展的重要性, 然而由于农民工群体主要集中在非公有制企业, 年轻、文化程度不高、收入普遍较低、流动性大, 在这个群体和这类企业当中推行统账结合的基本医疗保险模式显然不太现实。因此, 珠海先于全国和广东省其他地区, 针对这个群体的医疗保险制度进行了探索, 2001 年 8 月颁布并正式实施了《珠海市外来劳务人员大病医疗保险暂行办法》^⑩, 该办法规定保险费全部由用人单位按月工资的 2% 缴纳, 外来劳务人员无需缴费。此举显然对于稳定农民工队伍起到巨大作用。

前两步, 珠海城镇中全部劳务人员(即有“工资”收入人群)的医疗保险制度便建立起来了。

第三步: 探索解决未成年人和农民的基本医疗保险问题。

未成年人和农民这两个人群的医疗保障问题的解决难度是比较大的。原因是前者绝大多数是在校学生, 没有收入; 后者则是属于没有固定收入的人群, 经济收入和健康意识相对都不高。经过 2002 年的调研、筹备和方案制订, 2003 年 6 月, 珠海市在国家和广东省有关新型农村合作医疗的政策框架下出台了《珠海市农村合作医疗保障制度暂行规定》和实施方案。至 2003 年底, 已把全市 20 多万的农村人口纳入了新型农村合作医疗的制度保障范围, 并在之后逐年提高筹资标准和保障水平。接下来的工作重点落在城乡居民的子女即未成年人的医疗保障的提供上。珠海对此也是分步实施的, 先在 2004 年出台了《珠海市机关事业单位干部职工供养子女统筹医疗暂行办法》, 2005 年 1 月起在机关事业单位干部职工的子女中开展未成年人医疗保险试点工作, 总结经验后, 于 2006 年 9 月, 在全市范围内正式实施《珠海市未成年人医疗保险暂行办法》^⑪, 将 18 周岁及以下未成年人、大学生全部纳入了覆盖范围。

第四步: 建立城乡居民基本医疗保险制度, 实现全民享有基本医疗保险。

前三步的成功迈出, 珠海市各个不同人群都有了不同程度的医疗保障。接下来面临的还有三个主

要问题:一是城镇居民当中非从业人员未纳入医疗保险制度覆盖范围;二是城镇和农村居民还实行两种不同的医疗保障制度,待遇存在较大差距,且不能相互衔接;三是新型农村合作医疗覆盖对象与城镇职工医疗保险的覆盖对象存在交叉,即进入城区工作的珠海市户籍农民在城镇职工基本医疗保险和新型农村合作的覆盖中存在交叉,管理资源重复浪费。于是,在已有的职工医保、外来工大病医疗保险、未成年人医疗保险和新型农村合作医疗等医疗保障制度的基础上,2007年12月,珠海市制定了《珠海市城乡居民基本医疗保险暂行办法》^⑩,以解决全市尚未纳入医保的城市户籍居民的看病就医保障,并将新型农村合作医疗与之并轨,全称为城乡居民大病统筹医疗保险(简称“居民医保”)。居民医保根据经济发展水平和各方面承受能力,制订了两种可供参保人选择的筹资水平和保障标准,以逐步实现所有无医疗保障人群的“应保尽保”。

至此,职工医保、外来工大病医保、未成年人医保和居民医保四个部分组成了珠海的基本医疗保险制度体系,从制度上完成了基本医疗保险对全市社会成员的全覆盖。

由于医疗保险制度的原位缺陷,就保险对象的疾病风险而言,医疗保险体系中必然存在着制度真空。贫穷人群往往因经济困难不能进入到医疗保险的覆盖范围,本意为防范道德风险而设立的起付线和封顶线又难免让一部分人群应该享受却无法享受到医疗费用偿付,医疗保险机构在疾病预防上也往往不愿或难以有所作为。珠海当然也遇到了同样的问题。2007年12月,珠海市提出“大病统筹救助、中病进入保险、小病治疗免费”的卫生战略目标,力争构建全民医疗保障体系。该体系的核心是建立全民基本医疗保险制度,即前述的“四种医疗保险”;体系的基础是通过实施“小病治疗免费”,向城乡居民提供大致均等的、基本免费的基本医疗服务和公共卫生服务,力争做到无病防病、有病早治,既体现了我国“预防为主”的卫生工作方针,又可以减小基本医疗保险基金风险的压力;体系的保底制度是通过建立和完善城乡医疗救助制度,实现城乡居民“大病统筹救助”。更重要的是,医疗救助的对象包括了四种医疗保险的参保人和非参保人。前者在享受了医疗保险待遇后,当年仍无力承担个人重大疾病医疗费用或后者无力承担医疗费用的,医疗救助基金根据医疗救助的标准给予全额或限额救助。珠海全民医保制度的生存环境至此更加改善了。

(二)珠海市全民医保的实现条件分析

1. 经济发展水平高

珠海处于改革开放的最前沿——广东省,且位于经济发展水平更高的珠江三角洲地区。2007年该市人均GDP为61071元,按平均汇率折算约合7976美元,居广东省第3位。其实从2005年起珠海的人均GDP就仅次于广州市和深圳市,跃居到广东省第三名的高位,这一人均GDP水平相比较于全国所有地市来说也是处于靠前的位置了。

2. 人口条件优越

珠海市的人口状况有几个特点:第一,人口结构上属于比较“年轻”的城市。就2005年的人口数据来看,全市141.43万常住总人口中,0-14岁、15-64岁、65岁及以上的人口分别为23.24万、110.39万和7.81万人,分别占总人口的16.43%、78.05%和5.52%。全市人口平均年龄为32岁,年龄中位数为31.2岁。从这个人口结构尤其是老年人口系数来看,珠海尚处于“成年型”社会。第二,城镇人口占比例高。2005年,珠海市常住人口中城镇人口为124.32万人,占常住人口的87.9%;农村人口17.11万人,仅占12.1%。第三,流动人口虽多,但以人口输入和青壮年为主。2005年,珠海市流动人口共有62.79万人,占全市常住人口的47.58%,主要来源于外省,外省籍流动人口占56.08%。从年龄构成看,外来人口主要是集中在20-44岁之间的青壮年,比例占到66.54%;从性别看,男女性别基本持平,性别比为100:57。第四,从业人员所占比例高。2006年,珠海市的从业人员为98.43万人,占全市常住人口的67.9%。据2005年1%人口抽样调查,该市就业人口中,男性占54.5%,女性占45.5%。且在就业年龄段中,30-39岁的最多,占33.6%;其次是20-29岁年龄段人口,占33.2%;合起来,20-39岁年龄段就业人口占全市就业人口的66.7%,是就业人口的主力军。第五,本地农村外出从业人员很少。

2006 年,农村外出从业劳动力为 2.75 万人,按当年全市常住总人口 144.99 万人计算,仅占 1.90%。而且外出从业劳动力中,在乡外县内从业的劳动力占 41.13%,在县外市内从业的劳动力占 31.64%,在市外省内从业的劳动力占 21.29%,去省外从业的劳动力只占了 5.94%。

人口较为年轻,疾病风险相对较低;城镇人口和就业人口比重高,利于筹资;农村人口总量和比重都相对较低,本地居民出省外打工的只有极少数的比例等,使新型农村合作工作的初始强度和难度都大大降低,更加方便城乡居民统一的医疗保险制度的建立。

3. 医疗卫生资源配置相对合理

珠海的市内医保定点医疗机构 232 家,其中三级医院 5 家(500 张病床及以上的医院 3 家),二级医院 9 家(病床数在 100 张左右),乡镇卫生院和民营医院 32 家,社区卫生服务中心 6 家,社区卫生服务站(所)64 间,其它门诊 116 家。可以说,除了少数个体诊所外,珠海市内绝大多数医疗机构都纳入了医保定点单位。从医疗费用的控制角度来说,珠海市平均 50 万人才拥有一家 500 张床位及以上的综合医院,这样的医疗卫生资源配置还是比较合理的^③。从病人就诊的可选择性来看,市内有医疗水平非常高的医院如中山大学附属五院,又有不少二级医院和方便就诊的众多基层医疗机构,还有位于广州和珠海周边城市的医保定点二级和三级医院 44 家供参保者在必要时选择。多数情况下,珠海市民是不需要远奔市外就诊的。从住院费用分析,珠海市 2005、2006、2007 年三年的人均住院费用分别是 6136 元、6144 元和 6164 元,如果扣除物价因素,费用水平不升反而有所下降,这样的费用水平仅仅基本相当于广东省的平均水平,且远低于广州市同时期 10621 元、10380 元和 10420 元的水平。参保人医疗消费的个人总自付率一直维持在 23%这样较为合理的水平。可见,珠海的人均 GDP 和人均可支配收入虽然处于广东省前三甲的水平,但其人均医疗消费却只相当于经济上处于中等水平的地市。这种现象的产生与前述的珠海市三级医院数目较少和医疗保险在医疗服务利用中的经济杠杆作用有关。

4. 珠海医疗保险开展较早,管理水平和信息化程度相对较高

珠海医疗保险经过十多年的发展,每一项政策措施都是从试点开始再到正式实施,在积累了丰富经验的基础上稳步推进的。其开展的外来劳务人员、未成年人、灵活就业人员医疗保险,不仅在广东省,就是从全国范围来说也都是时间最早、措施最为完善的地区之一。因此,2008 年初实施城乡居民医保时,珠海市的居民就只需要在居(村)委会就可以办理参、停保手续,几种医疗保险关系也都顺利地实现了衔接和转换^④。同时,医疗保险管理的信息化推行,也确保了对医疗机构行为的监督力度。不断完善定点医疗机构的准入标准和基金使用监督,既利于医疗保险基金的合理使用和监控,也提升了医疗机构的自身管理水平。珠海市较高的医疗保险管理水平和较为完善的信息管理系统形成了医疗保险机构、医疗服务机构与参保人之间及其内部较为良性的运行机制。

四、小结与启示

一个地区能否推行全民医疗保险,其经济发展水平不是充分条件,还要依赖于有利的人口结构和当地政府对医保工作的重视程度,以及其医疗卫生服务体系的完善等,而且医疗保险制度如果单独运行,其制度本身的缺陷也会导致公平性问题突出,最好辅以医疗救助等政策,立足社会经济发展条件和需要,在最大限度上满足本地全部民众的医疗保障需求。

珠海的全民医保实践过程对于我国其他地区来说,至少提供了以下几点启示:

首先,政府的重视程度是一个地区医疗保险制度发展的前提。1996 年,珠海在经济发展水平并不太高的情况下,充分利用国家的政策环境和当地的经济条件,先是推行了城镇职工基本医疗保险。接着,根据时机和当地企业发展的需要,在全国较早地起动了外来劳务人员的大病医疗保险,可以说这对推动当地企业发展、增强当地经济实力起到了巨大的作用。后来又逐步实行了包括农民工子女在内的未成年人医疗保险制度,对解除全体从业人员的后顾之忧和稳定从业队伍功不可没。最后,在较好的经济条件和合理的人口生态条件下推动了统一的城乡居民基本医疗保险。以“大病统筹救助、中病进

入保险、小病治疗免费”的卫生战略目标为助力,以实施健康城市工程为契机,建立了覆盖城乡所有居民的医疗保障制度。这一过程全部是在政府的主导下进行的,反映了当地政府为民服务的政治意愿和较为科学的执政理念。

其次,全民医疗保险的推进要与当地实际的经济发展水平和人口生态特征相适应。珠海的全民医疗保险制度改革是逐步展开、稳步推进的,充分考虑了当地的经济条件,把医疗保险制度作为推动经济发展的重要手段,又借助不断发展的经济来扩大医疗保险的覆盖人群。同时,紧密结合当地的人口状况,根据各个不同人群的工作、经济条件和分布特征,在初期对不同的人群采取了不同的医疗保障制度。珠海从开始就没有立足建立完全统一的医疗保险制度,也没有盲目地提出不切实际的口号或采取那些财政和社会条件难以支撑的政策措施。

再次,医疗保险制度的实施要与医疗卫生服务体系建设配套进行,相辅相成。珠海的医疗保险制度改革是与医疗服务体系建设同步推进的。一方面,把高端医疗服务引入珠海如与中山大学合作在珠海建立了中山大学附属第五医院;与此同时,也大力发展社区卫生服务,满足患者不同层次的医疗服务需求。珠海还充分利用了医疗保险基金的经济杠杆作用,一定程度上助推着医疗服务体系的健康发展,对不同级别医院采取了不同的报销比例,最大限度地引导居民把常见病和多发病放在社区解决。这样,通过医疗保险制度建设和医疗服务体系建设,较好地解决了居民关于医疗服务的经济和地理可及性。

最后,不同人群不同保障制度的发展模式需要在实践中不断评估和完善。应该说,珠海渐进式的医疗保险改革使政策制定有足够的试点和论证时间,也使得各项政策之间的衔接相对顺畅和科学合理。珠海采取的“小病治疗免费”、“大病统筹救助”也可能会较好地抵御“中病进入保险”的医疗保险基金风险。

当然,珠海全民医疗保险制度的可持续发展问题,不同人群采取不同保障制度和水平的问题,仍需思考和研究,但这毫不影响珠海率先迈向全民医保给予全国的示范价值。

注 释:

- ① 篇幅所限,此不详述,请参见 Folland, Sherman & Allen C. Goodman, Miron Stano. 1997. *The Economics of Health and Health Care*. Upper Saddle River: Prentice Hall.
- ② 参考了葛延风和贡森等在《中国医改:问题·根源·出路》一书中对中国建国以来的医疗保障制度建设进行的回顾和评析,书中虽未明确描述为本文的三个阶段,但其写作过程显然是按此三个阶段进行的。
- ③ 即“面向工农兵、预防为主、团结中西医、卫生工作与工人运动相结合”四大卫生工作方针。
- ④ 指政府在卫生政策上的失误导致卫生资源配置极其不合理和供方行为扭曲;医疗保障制度的缺失致使普通民众经济可及性差,因此,医患之间从对付疾病的“战略联盟”变为矛盾难以调和的双方。
- ⑤ 药品虚高定价、防御性医疗、服务递送系统中的守门人缺失,尤其是医疗服务供方的劳务价值长期未得到体现与按项目收费的制度下医疗费用失控等都是导致卫生总费用过快上涨的重要原因,所以很多学者和医院管理者也喻医疗机构是逐步从“良”被逼为“娼”的。参见拙著《论医院服务效益范畴及其评价》,载《医学与哲学》2005年第11期。
- ⑥ 也有学者称之为“灵活就业人员”,加上家属和无业人员,其总数是不小的,现在有些地区开始考虑这部分人群的医疗保障问题,并称之为“城镇居民医疗保险”。目前学术界和政府医疗保障问题上所称的“城镇居民”实际就是指城镇中的灵活就业和无业人群,本文沿用这一含义。
- ⑦ 笔者参加2007年出国留学人员经验交流会,一位澳大利亚的华裔全科医生介绍,在澳取得全科医生资格非常之难,全科医生经过严格培训和选拔之后,如果一位患者生了病去几家全科医生诊所看病,医生的诊断和治疗几乎一样,表明其获得的医疗服务产品质量可以得到保证;而如果这位患者在中国则很可能面临几种差别很大的诊断或治疗。
- ⑧ 笔者认为医患之间单次博弈次数增加是导致医患信任机制难以建立的重要原因之一,请参见笔者另一篇拙文《社区卫生服务发展面临的信任困境与对策》,载《中国卫生事业管理》2009年第1期。
- ⑨ 因为疾病经济负担包括医疗费用和因看病所带来的差旅费等,而医疗保险只能给付医疗费用。
- ⑩ 从1998年基本医疗保险制度建立开始,珠海市就规定了用人单位必须为本市户籍的农民工购买基本医疗保险,且按照城镇职工的筹资标准,本办法主要是为非本市户籍的农民工建立大病医疗保险制度。《办法》中同时规定,参加

大病医疗保险满 25 年(不足 25 年可以一次性补足),符合在本市按月领取养老金条件的,退休后可直接享受基本医疗保险待遇,无需再缴纳医疗保险费。国家到 2006 年才由国务院出台文件《国务院关于解决农民工问题的若干意见》提出专门解决农民工的医疗保障问题。另,“外来劳务人员”是按流动人口输入地的角度对离开自己户籍所在地在外地打工这一人群的总称,它与农民工、外来务工人员、外来工实为同意。

- ⑪ 本办法中的未成年人指各类学校及幼儿园在册学生(包括外来工子女),本市户籍不在校、未入园的未成年人,大学生。此办法实施的同时废除了 2004 年出台的《珠海市机关事业单位干部职工供养子女统筹医疗暂行办法》。
- ⑫ 此《办法》规定的实施范围是城镇职工基本医疗保险、未成年人医疗保险和公费劳保医疗覆盖范围以外的本市户籍居民,包括 18 周岁及以上的本市城镇非从业人员、农民和被征地农民,没有养老金收入的老人。另,珠海的“居民医保”规定以家庭为单位参保。
- ⑬ 实际上 2006 年之前珠海市只有两家医院的床位达到和超过 500 张,而广州市平均 20 万人就拥有一家床位规模超过 500 张的综合医院。
- ⑭ 另外,截止 2008 年 6 月,珠海医疗保险参保人数 113 万人,加上生育险参保的 33.3 万人,以在编管理人员(含行政及经办)36 人算,人均管理服务对象为 4.06 万人,即使包括 10 名合同聘用人员,以 46 人计算,人均管理服务对象也有 3.18 万人,上述工作量还未含对医保定点服务机构的管理等,这在某种程度反映了当地相对较高的管理水平。

[参 考 文 献]

- [1] 张振忠:《中国卫生费用核算研究报告》,北京:人民卫生出版社 2009 年版。
- [2] 卫生部统计信息中心:《中国卫生服务调查研究——第三次国家卫生服务调查分析报告》,北京:中国协和医科大学出版社 2004 年版。
- [3] 国务院发展研究中心课题组:《对中国的医疗卫生体制改革的评价和建议(概要和重点)》,载《中国发展评论》2005 年增刊第 1 期。
- [4] 刘继同:《统筹城乡卫生事业发展与全民医疗保险制度建设的核心理论政策议题》,载《人文杂志》2007 年第 2 期。
- [5] 费孝通:《乡土中国》,北京:北京出版社 2005 年版。

(责任编辑 叶娟丽)

Approach and Condition forward Universal Coverage in Zhuhai

Huang Yixiang¹, Zhang Zhiye²

(1. School of Public Health, Sun Yat-sen University, Guangzhou 510080, Guangdong, China;

2. Bureau of Human Resources & Social Security, Zhuhai City)

Abstract: The establishment of Health Care for All system in China is not only an issue linked with political will and interest, but a technical problem of system design together with specificity in Chinese society. This article briefly analyzes the course of the establishment and reform of the medical insurance in China. Taking the Zhuhai model as an example, it analyzes the path and condition towards universal coverage. Zhuhai's experience offers us a countrywide inspiration: To carry out Health Care for All model needs to comprehensively consider the economic and social conditions in different places and search for the connection point of various systems as well as the entry point for supporting policies.

Key words: medical insurance; universal coverage; path reform