

2007 中国社会保障发展报告

——转型中的卫生服务与医疗保障（节选）

陈佳贵 王延中 主编

目 录

[前言](#)

[第一篇 中国经济转型中的卫生公平问题](#)

[第二篇 快速上涨的医疗费用与看病难、看病贵问题](#)

[第三篇 城镇职工基本医疗保险制度的发展](#)

[第四篇 新型农村合作医疗制度的建立与发展](#)

[第五篇 城乡医疗救助制度的建立与发展](#)

[第六篇 农民工疾病与医疗保障](#)

[第七篇 商业健康保险的发展](#)

前 言

党的十六届六中全会通过了《关于构建社会主义和谐社会若干重大问题的决定》，把构建社会主义和谐社会作为新时期我国经济社会发展的又一重大战略部署。加快建立和完善社会保障体系，不仅是现代社会建设的重要内容，也是构建社会主义和谐社会的基础工程。在构建社会主义和谐社会的背景下，人们将更加关注社会保障问题。中国社会科学院于 2006 年年底发布的“2007 年社会蓝皮书”《2007 年：中国社会形势分析与预测》指出，在 2001~2005 年间，“下岗就业”问题一直是公众关注的首要焦点，而 2006 年“社会保障”取代“下岗就业”问题成为 2006 年城市居民关注的首要社会问题。党和政府也将更加重视社会保障建设，20 世纪 90 年代以来特别是党的十六大以来，我国社会保障建设不断加强，社会保障事业迅速发展。

党的十六大以来，我国社会保障制度建设取得了很大进展，突出表现在以下几个方面：一是社会保险参保人群不断增多，社会保障覆盖面不断扩大。20 世纪 90 年代，我国社会保障制度主要是改革旧的单位保障制度，建立与社会主义市场经济体制相适应的社会保障制度。在改革过程中，社会保障的覆盖面主要还是旧制度的参保人群。进入 21 世纪，特别是党的十六大以来，党和政府对社会保障十分重视，不断加大社会保障事业投入，社会保障覆盖面不断扩大。2006 年，我国城乡低保人群分别达到 2240 9 万人和 1509 1 万人，参加城镇职工基本养老保险、城镇职工基本医疗保险、失业保险、工伤保险、生育保险的人数分别达到 18649 万人、15737 万人、11187 万人、10235 万人和 6446 万人；到 2006 年 9 月底，有 40600 万人农民参加了 2003 年开始试点的农村新型合作医疗制度。

二是城乡居民最低生活保障制度逐步建立，社会救助体系不断完善。传统救助体系主要是救灾和针对鳏寡孤独的“五保”制度，覆盖面很窄，保障水平低。以最低生活保障制度为代表的新型社会救助体系经过 20 世纪 90 年代的起步，到党的十六大前后，城镇贫困居民基本实现了“应保尽保”。党的十六大以来，农村最低生活保障制度不断发展，到 2006 年全国共有 2133 个县（区）开展了农村最低生活保障制度，已有 1509 万农村人口享受了农村最低生活保障。同时，城乡医疗救助、教育救助、住房救助等项目不断发展。目前，社会救助项目不断扩展，救助支出不断增多，救助水平逐步提高，以城乡居民最低生活保障制度为主体的社会救助体系日益完善。三是社会保险制度快速发展，主体保障作用日益突出。20 世纪 90 年代以来，中国逐步建立社会化的社会保险制度，一方面要对在在职的国有企业事业单位保障制度进行改革，使其逐步打破所有制界限逐步向城镇户口的劳动者扩展；另一方面又要通过正在建设的社会保险制度向日益壮大的离退休职工支付离退休金，向社会保险制度的参保者提供各种风险补偿和社会保障。党的十六大以来，中国按照确定的社会保障制度的基本原则和总体目标，加快推进社会保险制度建设，使城镇职工基本养老保险和基本医疗保险以及面向非农劳动者的失业保险、工伤保险和生育保险五大保险制度快速发展。2006 年上述五项保险基金总收入 8517 亿元，支撑了劳动力市场的平稳运行和社会安定大局。目前，我国社会保险制度的框架基本形成，覆盖范围不断扩大，基金的支撑能力逐步增强，主体保障作用日益突出。四是农村社会保障事业不断发展，新型合作医疗制度建设成为中国社会保障体系建设的新亮点。农村社会保障一直是我国社会保障体系的薄弱环节。党的十六大以来，党和政府十分关注和重视农村社会保障事业，把它作为实现科学发展、缩小城乡差别、加快社会主义新农村建设与和谐社会建设的重要举措，加大对农村低保、新型合作医疗试点、农村社会救助制度建设的投入，促进了农村社会保障体系的快速发展。自 2003 年开始，在财政资金扶持下由自愿参保农民缴费形成的农村新型合作医疗制度成为新亮点。到 2006 年 9 月底，全国已有 1433 个县（市、区）（占总数的 50.1%）开展了新型农村合作医疗试点，4.06 亿农民参加了新型农村合作医疗，占试点地区应当参加农民总数的 80.5%和全国农业人口的 45.8%。2006 年 1~9 月，有 1.4 亿农民从新型农村合作医疗中受益，得到医疗费用补偿 95.8 亿元。新型农村合作医疗试点工作已经取得明显成效，得到了广大农民的欢迎和拥护。

由于中国经济发展水平还比较低，城乡差别与地区差别大，要在短时期内完成社会保障制度改革与发展两大任务是非常艰巨的。目前我国社会保障制度仍面临着一些突出矛盾与问题。比如，社会保障尤其是社会保险覆盖面仍然偏小，离人人享有社会保障的目标还有很大差距。在上述五大社会保险制度中，覆盖面最大是基本养老保险制度，但参加该制度的在职职工加上机关事业单位职工还不到 2 亿人，相对于近 2.8 亿城镇从业人员、4.2 亿第二和第三产业从业人员以及 7.6 亿全社会从业人员的总数来说，养老保险的覆盖面分别只有 70%、45%和 25%左右。广大的农村劳动者几乎都没有养老保险，1 亿多丧失劳动能力的农村老人没有社会化的养老保障。而其他社会保险险种的覆盖面更低。目前社会保险制度主要覆盖城镇职工，如何扩大到农民工与非正规就业人员，难度很大。这又与目前社会保险缴费率高、农民工流动性大、农民工与非正规就业人员收入不稳定等因素相关。如何建立适应上述人员就业特点的社会保险制度仍未找到切实可行的办法。同时，社会保障的历史遗留问题很多，从旧制度向新制度的改革成本巨大。旧保障制度主要覆盖城镇国有、集体企业职工。在按照社会主义市场经济要求建立社

会保险制度的过程中，一些困难群众就业难，关闭、破产企业职工安置与并轨遗留问题不少，不同行业、企业职工之间的收入与离退休待遇差别拉大。机关事业单位离退休职工待遇约是企业职工的1倍多，而且差距进一步扩大，从而引起了很多矛盾。目前5000多万离退休职工中，不到法定退休年龄的有1000多万人，每年增加养老保险支出上千亿元，都是现行制度不得不支付的转轨成本。另外，社会保险基金的运行与管理风险依然存在。由于现行制度要承担高昂的转制成本和积累基金管理制度的不健全，社会保障基金投资渠道不畅，如何促使积累基金的保值增值并保障社保基金的运行安全，还有很多工作要做。受城乡差别、地区差别巨大的影响，中国社会保障制度将在相当长的时间内存在着地区之间不统一、城乡之间难衔接的问题。这不仅导致社会保障待遇的差别难以缩小，而且不利于劳动力的流动。

急剧上涨的医疗费用和不完善的医疗保障体系，是中国百姓近年来最关心的问题之一。尽管城镇职工基本医疗保险制度的覆盖面不断扩大，新型合作医疗在农村地区迅速扩展。但是，仍有很多的人没有被医疗保障制度所覆盖，同时，目前的医疗保障补偿水平无法抵销迅速增长的医疗费用。中国亟待解决新的“看病难、看病贵”问题，这也是本书着力研究并希望给出一些可行性答案的问题。

与前两本“社会保障绿皮书”稍微不同的是，第三本“社会保障绿皮书”没有全面评述2004年以来社会保障制度各个主要领域的发展情况，而是集中调查研究目前备受争议的医疗卫生体制改革与医疗保障制度问题。全书一共14篇，前两篇主要介绍了中国经济转型过程中医疗费用急剧上涨的现象，分析了其后果与成因。第三至七篇，分别研究了城镇职工基本医疗保险制度、新型农村合作医疗制度、城乡医疗救助制度、商业健康保险的发展状况以及农民工群体的医疗保障问题，并在此基础上提出了相应的对策建议。第八篇介绍了其他国家和地区医疗保障制度改革情况，为中国医疗保障制度改革与建设提供了国际视角。第九至十二篇，研究了中国医疗卫生服务体制的改革与发展情况，特别是研究了城镇社区卫生和农村医疗卫生服务体系的发展问题，并以日益严重的艾滋病问题为案例，提出了进一步加强公共卫生体系建设问题。与第八篇一样，第十三篇是对医疗卫生体制改革国际趋势的研究，目的是从国际比较的视角为中国医疗卫生服务体制改革提供一些可资借鉴的经验或启示。最后一篇即第十四篇是根据上述研究对中国卫生改革与医疗保障体系建设提出的思路与建议。应当指出，尽管主编对各篇报告的体例和部分内容做了一些调整，但按照文责自负的原则，没有改变各篇作者的基本观点和研究结论。相信读者在阅读中能够得出自己的看法和见解。

本书调查研究工作得到了卫生部、劳动和社会保障部等有关部委的大力支持和帮助，也得到了中国社会科学院国情调研项目的支持。参与本报告调查研究和撰写工作的同志主要来自中国社会科学院社会学研究所、工业经济研究所、农村发展研究所、拉丁美洲研究所、人口与劳动经济研究所等有关研究所。同时，来自劳动和社会保障部社会保险研究所、北京大学、中国人民大学、北京师范大学、山东大学等高校和研究机构的知名专家学者承担了多数报告的调研与撰写工作。还有很多研究生也参与了相关课题的实地调研和写作任务。我们在实地调研过程中，得到了有关部门的大力协助和配合。作为主编，我们衷心感谢诸多专家学者的积极参与，感谢给予经费支持的中国社会科学院科研局，以及完成出版编辑加工任务的社会科学文献出版社的领导及编辑，同时十分感谢在我们调研工作中给予我们各种支持、帮助、配合的相关机构和人员。

与本书集中探讨的医疗卫生服务体制和医疗保障体系一样，现代社会保障制

度也是非常复杂的，它受经济、社会、政治、文化传统等诸多因素的综合影响。建立完善的社会保障体系是一个长期的艰巨任务，但是，社会保障事关人民群众的切身利益、社会的安定团结和国家的长治久安，我们不能等所有条件都具备后再去完善社会保障制度，必须根据现实条件，立足长远，以解决目前最迫切的问题入手，重点解决影响社会保障制度可持续发展的运行机制问题，逐步扩大社会保障制度的覆盖面，伴随经济发展适度提高社会保障的待遇水平，使社会保障制度建设与经济社会发展状况相适应，更好地发挥社会保障制度在构建和谐社会中的积极作用。（陈佳贵）

第一篇 中国经济转型中的卫生公平问题

20世纪70年代末以来，中国逐步从传统的计划经济体制转变为社会主义市场经济体制。经济体制的剧烈变革极大地解放和发展了中国的生产力。经过近30年的快速经济发展，中国的经济总量和人均GDP在世界上的位置明显提前。尽管中国经济体制的深层改革任务（如大中型国有企业改革、金融体制改革等）还很艰巨，但可以说中国的经济体制改革已经取得了举世瞩目的重大成果。然而，在如何建立与社会主义市场经济体制相适应的卫生事业等公共服务方面，尽管中国也进行了艰苦的改革尝试，并取得了一定的阶段性成果，但从整体上看还赶不上经济体制改革的辉煌成就。

我国目前发展的不协调体现在多个方面，集中体现在城乡之间、地区之间、经济社会之间、人和自然之间、国内发展与对外开放之间的不平衡。中国共产党第十六次全国代表大会确立新的科学发展观，目的是解决上述几个方面的不协调问题，实现五个方面的统筹发展。党的十六届六中全会通过的《关于构建社会主义和谐社会若干重大问题的决定》，将发展卫生事业、保障城乡居民享有公平的卫生服务作为构建社会主义和谐社会的重要内容，反映出党和国家日益重视卫生发展与卫生公平问题。卫生事业和健康保障问题曾经是中国计划经济时期的重点发展领域之一，在经济改革过程中卫生事业随着体制的转变出现了一些新情况、新问题。比如，由于医疗费用快速上涨引发的“看病贵、看病难”问题已经成为人们普遍关注的经济和社会热点问题。本文在叙述经济转型过程中卫生事业面临的挑战和问题的基础上，着重探讨问题的成因和根源，在完善社会主义市场经济体制的背景下对如何增强卫生发展的公平与效率、充分发挥医疗卫生和健康保障在建设和谐社会中的作用提出一些意见和建议。

一、经济转型对健康保障提出的挑战与突出问题

在计划经济体制下中国卫生事业和健康保障的主要任务是解决“缺医少药”的问题。由于国家重视、指导思想明确、公共卫生体系比较健全，中国在经济水平较低、医疗卫生资源相对短缺的情况下，尽可能为大多数城乡居民提供了较低水平的、最基本的健康保障，曾创造了卫生保健领域的中国模式。

改革开放以来，伴随着经济运行体制和社会组织体系的转型，传统的以单位或社区为依托的健康保障模式面临着很大的挑战。

在公共卫生体系方面，中国曾经动员政府和人民群众的力量，通过大规模的爱国卫生运动、健康教育运动，有力地整治了卫生环境，同时加大了对传染病、地方病的控制力度，比较好地贯彻了“预防为主”的卫生发展战略。改革以后，

爱国卫生运动失去了组织基础,政府对公共卫生事业的投入难以维持机构的正常运转,基层医疗卫生机构甚至很多公共卫生机构走向商业化或市场化,影响了公共卫生职能的发挥,“预防为主”事实上变成了“口号”。中国公共卫生问题的频繁发生暴露出经济转型之后公共卫生事业所面临的挑战与困境。

在医疗卫生体制方面,改革开放以来医疗卫生机构在市场化的宽松体制下得到了快速发展,医疗服务的供给能力全面提高,除极少部分人口稀少、交通不便的贫困地区外,基本上解决了“缺医少药”的问题。但是,市场机制的导入又缺乏有效引导及监管,导致医疗卫生领域的扭曲服务和低效,极大地提高了医疗卫生费用和城乡居民的医疗负担,出现了日益严重的“看病难、看病贵”问题。

从结果看,改革以来中国居民健康水平提高幅度与医疗费用快速增长不相匹配。改革以来尤其是20世纪90年代以来医疗费用持续高速增长,远远高于同期GDP及城乡居民收入的增长幅度。1978~2003年间卫生总费用年均增长12.09%,高于同期GDP平均增幅近3个百分点。1998~2003年,城市居民年均收入水平增长8.9%、农村增长了2.4%,而年医疗卫生支出城市、农村分别增长了13.5%和11.8%。医疗服务费用增长速度超过了人均收入的增长,医药卫生消费支出已经成为家庭食物、教育支出后的第三大消费。2003年卫生总费用达6584.1亿元,卫生总费用占GDP比重5.62%,而1980年医疗总费用占GDP的比重仅为3.17%。值得关注的是医疗费用占城乡居民家庭收入的比重迅速攀升到10%以上,由于相当数量的城乡居民尤其是农村居民缺乏医疗保障,成为自费医疗群体,迅速高涨的医疗费用已经成为城乡居民的巨大经济负担。

与医疗费用大幅度攀升相对应的是城乡居民的健康状况没有太大改善,有些健康指标甚至出现下降局面。新中国成立到1981年,大陆居民人均寿命从35岁增加到67.9岁,几乎增加一倍。1981~1990年从67.9岁增加到68.6岁,到2000年增加到71.4岁。后20年人均预期寿命增幅明显下降,同时,城乡居民的患病率不断上升。2003年国家卫生普查显示,调查地区居民两周患病率为143.0%(城市为153.2%,农村为139.5%),其中调查居民慢性病患病率为151.1%(城市239.6%、农村120.5%)。此外,近年来重大传染病(如SARS等)发病率出现上升势头。1995~2004年,法定报告传染病176.24/10万上升到235.85/10万,发病率和死亡率均呈上升趋势,其危害和潜在风险加大。

与上述问题相联系,20世纪90年代以来卫生资源的利用效率及公平性均呈下降趋势。公平与效率的关系问题一直是经济学的核心问题之一。在现代经济增长过程中,公平与效率的关系大体可以分为四种类型:经济效率上升,社会公平程度提高;经济效率上升,社会公平停滞甚至弱化;经济效率下降,社会公平提高;经济效率下降,社会公平下降。第一种情况最为理想,但往往需要一个相当长的发展周期。第二、三两种状况在一定程度上反映了不同发展时期经济社会政策的导向或重点,也是可以接受的。第四种情况是最难以接受的。中国为克服计划经济时期的“平均主义”,在经济体制改革中确立了“效率优先、兼顾公平”的改革与发展方针。这一政策对经济发展产生了积极作用。但是,把这一政策应用到市场失灵的经济中,尤其是社会发展领域,如果没有相应的政府作用尤其是严格的市场监管,其结果在公平性下降的同时未必导致效率的提高,卫生行业恰恰不幸成为效率与公平均下降的典型领域。从1993年以来的国家卫生服务调查,清楚地反映出卫生领域并存的“市场失灵”与“政府失效”问题。经过20多年的快速增长,医疗设施和设备有所改善,但是城乡居民的就诊率不断下降。城乡居民两周就诊率在1993年分别为19.9%和16.0%,在2003年分别为11.8%

和 13.9%；年住院率在 1993 年分别为 5.0%和 3.1%，在 2003 年分别为 4.2%和 3.4%。医生人均诊疗人数和医疗机构病床使用率总体上看也呈下降趋势。导致医疗资源利用效率下降的主要原因是医疗费用的上升，使相当多的经济困难群体放弃了医疗机构提供的医疗服务。2003 年调查显示，就诊率比 1998 年下降了 18.4%（城市下降 27.1%，农村下降 15.4%），患者中去医疗机构就诊的占 51.1%，自我医疗占 35.7%，未采取任何治疗措施的占 13.1%。患者未就诊比例为 48.9%（城市为 57.0%，农村为 45.8%）。“看病贵”对城市和农村低收入人群的影响更为严重。未采取任何治疗措施的门诊患者中，38.2%是由于经济困难；应该住院而未住院患者中，70.0%是由于经济困难。城乡低收入人群应住院而未住院率的比例达到了 41%，远高于一般收入人群。1993~2003 年，城乡居民未就诊率、未住院率呈逐步上升的趋势，收入越低，未就诊比例越高，未就诊增加的幅度越高。由此可以看出，城乡卫生服务利用率下降主要归因于低收入人群应当就医而无钱就医。这是中国近年来居民收入差距日益扩大在卫生领域的直接反映。经济不平等性程度的提高也从卫生服务公平性的下降中体现出来。世界卫生组织在全球卫生公平性排序中中国位居倒数第四位的数据，在一定程度上反映出中国卫生公平性下降的事实。

二、中国健康卫生体制“三项改革”的进展与困惑

为了迎接经济转型过程中健康问题的挑战，中国政府采取了一系列的政策措施。20 世纪 80 年代主要采取市场化的手段遏制公费医疗费上涨并为医疗卫生事业的发展筹集资金。90 年代尤其是中期以来，由于市场化后医疗费用上涨的速度更加迅猛，越来越多的人难以就医，政府采取了以加快医疗保障制度、医疗卫生体制和药品生产流通体制改革为核心内容的三项制度改革。这一时期出台的比较有代表性的政策法规包括：《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》（1997）、《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》（1998）、《国务院体改办等部门关于城镇医药卫生体制改革指导意见》（2000）等。

2000 年 7 月，国务院在全国城镇职工基本医疗保险制度和医药卫生体制改革工作会议上明确提出同步推进城镇职工基本医疗保险制度、医疗机构和药品生产流通体制三项改革。2001 年 9 月，在青岛召开的全国城镇职工基本医疗保险制度和医药卫生体制改革工作会议肯定了一年来城镇职工基本医疗保险制度、医疗卫生体制和药品流通体制“三项改革”取得的进展 2000~2001 年，城镇职工基本医疗保险制度框架初步建立，基本医疗保险覆盖人数已达 4800 多万人，占全国应参保人数 30%。医疗卫生体制改革已经全面启动。城镇医疗机构的分类登记工作基本完成，大多数地区开展了住院费用一日清单、医院药品收支两条线管理、医院后勤社会化、病人选医院选医生、药品集中招标采购等方面的改革试点。整顿药品市场秩序取得较大成果。取缔药品无证经营 8600 多户，药品零售连锁经营也快速发展，全国已有药品零售连锁企业 300 多家，连锁门店 5100 多个。（材料来源于青岛会议材料），提出要继续推进改革。2002 年 10 月，《中共中央、国务院关于进一步加强农村卫生工作的决定》，提出在农村建立适应市场经济要求与农村经济发展水平的卫生服务体系和新型农村合作医疗制度，对政府加大农村卫生投入做出了承诺。2003 年突发的 SARS（非典型性肺炎）危机使政府不得不把卫生工作重点放到公共卫生应急机制问题建设方面。2003 年国务院公布施行了《突发公共卫生事件应急条例》，同时加大了对城乡公共卫生体系

及农村新型合作医疗试点的政府投入。

1998 年以来，中国城镇医疗保障制度建设发展迅速。主要体现在城镇职工基本医疗保险覆盖面的扩大上。到 2004 年年末，全国参加基本医疗保险的人数为 12404 万人，其中参保的在职职工 9045 万人，参保退休人员 3359 万人。为了缓解所有城镇贫困居民的医疗负担，2005 年 4 月国务院办公厅转发了民政部、卫生部、劳动和社会保障部、财政部《关于建立城市医疗救助制度试点工作的意见》，推进医疗救助制度试点工作。针对农村居民“看病难、看病贵”而又缺乏医疗保障的状况，中国自 2003 年开始进行新型农村合作医疗制度的试点。中央和地方政府从财政资金中拿出一部分资金，农民以家庭为单位自愿参加，以解决参保农民的大病为主。到 2005 年 6 月底，全国已有 641 个县（市、区）开展了农村新型合作医疗试点工作，覆盖 2.25 亿农民，其中有 1.63 亿农民参加了合作医疗，参合率为 72.6%；全国共补偿参加合作医疗的农民 1.19 亿人次，补偿资金支出 50.38 亿元。2003 年中国首批启动的试点县（市、区）有 304 个，2004 年增加到 333 个，2005 年做到每个地（市）至少有一个试点县。虽然这已经超出了三项改革中职工基本医疗保险的规定，但也意味着医疗保障范围的逐步扩大。

医疗卫生体制和药品生产流通体制的改革继续推进，但是，遇到的问题与困惑可能大于进展。目前中国政策制定部门、理论界、普通民众对医疗卫生体制改革的意见分歧很大，这还涉及中国医疗卫生体制及健康保障的发展走向，值得进一步关注。

中国健康卫生体制改革的一个困惑是如何看待中国医疗卫生体制的改革方向。不论理论界还是实际工作部门，虽然都认同改革的总目标是“建立适应社会主义市场经济要求的城镇医药卫生体制”，但对于这一体制的内涵却有不同的理解。一种观点认为：除承担公共卫生职能的医疗卫生服务机构以外，其余机构要从原来的计划管理体制转变为市场化的经营主体，逐步实行卫生服务领域的产业化和市场化。这在经济体制改革过程中逐步成为理论界的主流倾向，政府有关部门在卫生体制改革的有关文件中对医院实施分类改革、一些地方对卫生院实施“产权”改革、允许和鼓励民间资本及外资进入医疗卫生服务系统，都在某种程度上反映了这种倾向。2003 年末全国登记注册的 28.3 万个医疗机构（不含村卫生室）中，国有（8.5 万个）和集体（4.9 万个）性质的占 47.3%，私营（13.6 万个）和合资（60 个）等性质的占 52.7%。从数量上看，非国有、集体经济性质的医疗机构已经成为多数。根据卫生部等部门的分类，上述机构中非营利性医疗机构（13.5 万个）占 47.7%，营利性医疗机构（14.6 万个）占 51.6%。在大多数非国有、集体性质的卫生机构尤其是营利性卫生机构中，其行为模式逐步趋同于一般性的企业，即走向市场导向和营利导向。在那些仍保留国有和集体性甚至分类确定为非营利性质的医疗机构中，由于公共投入不足和整个医疗市场的竞争压力，其主体行为也已经部分市场化甚至主要以营利为目的了。应该说，中国改革以来医疗卫生服务的产业化、市场化走向是十分明显的。另外一种观点认为，尽管国家和社会不能也不必要把全部医疗服务全包下来，市场在医疗卫生服务中的自我调节作用不能忽视，但是卫生发展和医疗卫生服务机构不能盲目提倡产业化，更不应过分强调市场化。其主要理由包括：① 医疗服务市场供方和需方之间存在严重的信息不对称，不是一个完全竞争的市场，市场机制不可能发挥充足的作用，更不能有效配置卫生资源，在医疗服务中如果鼓吹市场论将会导致严重的健康不公平。② 医疗卫生领域过分强调市场化导致医疗服务既不公平，也没

效率，容易导致价格与监管方面的双重扭曲。③ 在卫生体制改革中商业化、市场化的走向违背了医疗卫生的事业属性、部分公共产品属性和社会公平要求。现代社会没有任何政府完全放任市场力量解决医疗卫生服务问题。

经过 20 多年的改革探索和理论总结，目前我国在医疗卫生领域改革问题上尽管依然存在一定分歧，但至少卫生主管部门已经认识到实践中的“市场化过度”道路不可取。实践证明，医疗卫生体制改革可以借鉴但不能简单照搬套用一般商品（甚至药品）生产领域的市场化改革经验。公共卫生体制必须由政府承担责任，政府应当保留甚至完善一些布局合理、可及性程度高、费用低廉、以社区为依托的公立医疗卫生机构，主要解决贫困人口（可以给予适当医疗救助）和一般居民大众的基本医疗问题。另外，对于医学新技术研究等领域也应给予适当的财政补贴和政策支持。当然，任何一个社会也无法承受由于医疗技术进步导致的巨额医疗费用问题，在基本医疗需求之外的其他医疗服务项目，可以在区域医疗卫生规划的指导下逐步通过市场化、产业化的方式去发展。在医疗卫生机构方面政府与市场可以进行分工，但都应发挥积极作用。政府的作用应当主要集中在公共卫生领域和基本医疗领域，因而政府在卫生体制改革过程中应当“抓小放大”，抓公共卫生，抓社区医疗，抓预防保健。但是，如何把上述意见贯穿到卫生发展和改革的具体实践之中，还需要进一步的探索。

另外一个值得关注的问题是如何实现“三项改革”的相互配套问题。三项改革同步推进的意见在改革试点探索中取得了一定的进展，但从整体上看成效有限。卫生体制方面的具体改革思路面临着重大调整。政府对医疗机构加大医疗费用补偿可以在一定程度上减少城乡居民医疗费用的支出比重，如果不从根本上改革医疗机构的运行机制，医疗费用的上涨势头依然难以控制，长此以往公共资金也难以支撑。同时，目前药品生产尤其是流通环节中的问题太多，药品虚高定价、过多的医疗费用浪费施建祥引用卫生部门的估计数据认为，我国各种形式的医疗浪费约占全部医疗费用支出的 20%左右。见施建祥《中国医疗保险发展模式论》，中国物价出版社，2003，第 19 页。引自马军生等《完善我国医疗保险基金监管体系的思考》，《中国卫生经济》2005 年第 10 期。，抬高了药价，降低了效率，加大了人民群众的负担。如何对这一市场成分比较高的领域进行切实有效的监管，我国还没有找到真正有效的办法和途径。医疗保障尤其是城镇职工基本医疗保险虽然近年来发展较快，但覆盖范围依然不到城镇劳动力总数的 50%。自费医疗群体的大量存在，成为“三项改革”难以取得根本成效的重要标志。

应该说，我国城乡居民的健康保障问题与过去比固然有不少进步，但离建立与社会主义市场经济体制相适应、符合经济发展阶段并能够保障人民群众基本健康需求的健康保障体制的目标还很遥远，还有许多值得研究和探讨的理论与实践问题。

三、促进卫生发展、健康公平与和谐社会的建议

（一）发展卫生事业和促进健康公平是建设和谐社会基础性工程。

健康权是宪法赋予公民的基本权利，也是人权的重要内容。健康状况的改善是一个国家、社会发展进步的直接体现。医疗卫生问题是人类生存发展必须解决的最基本问题之一。因此，解决好卫生问题是关系到经济社会的协调发展，关系到广大人民群众的生活水平和生活质量，关系到一个国家乃至民族的未来。自党中央在十六届四中全会的决议中明确提出建设社会主义和谐社会以来，构建和谐

社会已经成为中国未来发展的重要目标。刚刚闭幕的党的十六届五中全会明确提出“十一五”时期要在构建和谐社会方面取得新进展。卫生事业和健康公平在和谐社会建设进程中担负着重要使命，在一定程度上是和谐社会建设的重要基础之一。事实上，发展卫生事业，促进健康公平本身就是和谐社会建设的重要内容。

发展卫生事业具有促进经济增长的作用。在统计指标中，卫生支出被统计为消费支出，卫生经费被认为是不创造财富的财政负担、社会负担及家庭负担。由于卫生弹性系数一般大于1，根据于德志测算，1978~2003年我国人均卫生费用相对于人均GDP的平均弹性系数为1.29。卫生负担呈不断上涨趋势。的确，在收入增长缓慢的大量中低收入群体中，医疗费用的高速增长越来越超出其负担能力，医疗费用本身已经成为制约他们获取医疗服务的巨大障碍。但是，从全社会来说，医疗费用应当视为对居民的健康投资。作为个人来讲，健康投入应当成为人力资本投资的重要组成部分。因病致贫、因病返贫的家庭也是由于家庭主要劳动力丧失了健康并因此失去了主要经济来源。由此可见，健康投资对家庭与社会来说都是必不可少的基本支出，也是经济发展的重要动力。新中国建立之后经济发展的一个重要因素就是国家和社会对健康投入的增加与广大人民群众健康状况的不断改善，包括人均寿命的增长、传染病和地方病的大规模控制、患病人群的下降与普遍健康状况的改善。世界卫生组织也认为，扩大关键卫生服务的覆盖面，每年可以挽救数千万人的生命，减轻贫困，刺激经济发展并促进全球的安全。世界卫生组织宏观经济与卫生委员会的报告认为，全球用于最不发达国家传染病干预的投资只有140亿美元，可以每年预防800万人的死亡，获得3.3亿残疾调整生命年(DALY)。根据保守估计每个残疾调整生命年获得563美元，3.3亿残疾调整生命年的直接经济利益达到每年1860亿美元，并且有可能高出几倍。

健康公平具有调节收入分配，促进社会公平、和谐、稳定的作用。关于健康和公平分别有各种各样的定义或解释。关于健康的定义，世界卫生组织认为，健康不仅仅是身体没有疾病，而且还要具备心理健康、社会适应良好和道德健康。具体有以下几点：(1)有足够充沛的精力，能从容不迫地应付日常生活和工作压力，而不感到过分紧张。(2)态度积极，乐于承担责任，无论事情大小都不挑剔。(3)善于休息，睡眠良好。(4)能适应外界环境的各种变化，应变能力强。(5)能抵抗一般性的感冒和传染病。(6)体重得当，身体匀称，站立时头肩臂的位置要协调。(7)反应敏锐，眼睛明亮，眼睑不发炎。(8)牙齿清洁，无空洞，无病感，无出血现象，齿龈颜色正常。(9)头发有光泽，无头屑。(10)肌肉和皮肤富于弹性，走路轻松协调。(11)道德高尚，有良好的公德，有道德修养。(12)对自己、对他人的健康负责任，工作、生活、娱乐等以不影响、不损害别人的利益和健康为前提。(13)不侵占、偷窃他人物品和作品、研究成果。(14)不吸毒、不淫乱。这是国际卫生界关于健康的一般定义。中国学者傅连璋认为健康的含义应包括如下的因素：(1)身体各部位发育正常，功能健康，没有疾病；(2)体质坚强，对疾病有高度的抵抗力；(3)精力充沛，能经常保持清醒的头脑，精神贯注，思想集中；(4)意志坚定，情绪正常，精神愉快。美国社会学家沃林斯基结合生理模式、社会文化模式、心理模式确定了健康状况的三维观念，提出了八种特定的健康类型。关于公平的定义，诺贝尔经济学奖获得者阿马蒂亚·森认为公平的内涵是“实质自由和可行能力”的结果公平。社会学家往往从社会平等的角度理解公平问题，把社会公平理解为起点公平、程序公平和过程公平。经济学者一般从收入平等的角度看待公平问题，也有一些经济学家从更宽泛的角度理解公平问题，比如张曙

光认为，仅从收入、效用、福利角度看公平只能是结果公平，考虑的主要是实质公正，但不够完整，还应当从起点平等考察公平，即考虑机会平等或权利平等，这是形式公正、程序公正。除此之外，还应当考虑过程公平问题，它考虑的主要是主体性和参与性，这是把起点公平和结果公平化结合起来的重要途径。把健康公平作为重要的经济社会发展内容和发展目标，主要强调不论通过什么样的方式、途径或过程，广大人民群众能够得到国家和社会提供的基本医疗卫生服务。从结果公平的角度看，虽然不是每一个社会成员都有同样的支付能力，但健康权作为一项基本人权实际上应当作为一个公共目标，而不是任由其他力量侵蚀这项基本权利。如果某些社会成员因个人、家庭等原因无法享受这项基本权利，国家或社会有责任和义务帮助人们得到健康方面的基本保障。维护健康公平，意味着国家与社会对于没有能力获取基本医疗保障的贫困群体给予一定的帮助，这是社会保障职责的重要体现，因而发挥着社会保障调节收入分配、缓解贫富差距、促进社会和谐的作用。当然，要发挥上述作用，关键是看能否实现健康公平本身。

卫生发展和健康公平是保障城乡居民健康的两大支柱，两者不可偏废。如果说改革以来我国在利用多种渠道筹集卫生发展资金、促进卫生发展方面取得了较大的进步，今后卫生事业依然需要相当多的资金、人力和物力的投入，以确保卫生资源总量随着经济发展不断增长，为保障居民健康提供物质基础。在社会主义市场经济条件下，政府在卫生投资领域不应该也不可能是计划经济体制下的单一主体，要借鉴改革以后多渠道筹集卫生发展资金的有益经验，继续吸收社会、个人甚至外资进入卫生领域。在总的医疗资源有限的情况下，用于投资的医疗资源不是越多越好，不能成为有效需求的投资也是一种浪费。因此，卫生投资应当更有规划、更符合经济发展水平的实际需要和实际承受能力，而不是完全由市场来引导。事实上，社会投资渠道不足虽然是中国医疗卫生领域面临的一个问题但还不是主要问题，最主要的还是健康公平性太差、医疗资源利用效率下降的问题。提高卫生资源利用效率尤其是健康保障的公平性，关系到卫生事业的健康发展尤其是广大中低收入群体基本医疗的主要矛盾，应当成为建设和谐社会的基础性工程。

（二）提高健康公平性政府责无旁贷。

目前人们对提高健康公平的目标没有疑义，关键是在市场作为资源配置主要机制的前提下如何实现健康公平的目标。从指导思想上看，关键是发挥政府在医疗卫生服务及健康保障方面的主导作用。这是由于医疗卫生服务保健和医疗保障是“市场失灵”比较普遍的领域，完全依靠市场机制是不行的。纵观世界各国特别是发达国家医疗卫生服务和医疗保障的历史，几乎都有一个由自由市场调节向集中社会统筹的发展过程。完全依靠自由市场是不行的，政府的作用是不可替代的。

公共卫生是面向区域内全部人群、全社会提供的卫生服务，是一项人人均应享有的最基本的医疗卫生服务，是覆盖面最大、公益性最强、收效最好的社会事业和公共产品，也是一个社会整个医疗卫生保障体系的基础。在公共卫生领域，市场失灵的状况更加严重，如果没有政府与社会的干预和介入，其投资难以满足实际需要，而且导致卫生资源使用的严重不公平和整体性低效率。公共卫生服务机构的过度有偿服务和市场化，完全没有认识到由于健康的人力资本价值在人类新发展阶段的重要性，也没有认识到健康状况容易相互转化的后果。非传染病也能导致传染病的连带发生，个体或小范围的传染病在频繁的人口流动作用下也能导致区域性、全国范围乃至国际性的公共卫生事件（如 SARS 和高致病性禽流感感

等),这不仅造成严重的后遗症,而且需要花费更大的医疗费用。这是中国从自己的经历中得出的经验教训。公共卫生作为公共的医疗保健服务具有巨大外部效应,必须要有市场之外的力量来干预、协调和整合。公共卫生预防保健和一定程度的医疗保障制度建设,是政府难以推卸的基本职责。

政府在医疗卫生三项改革中起着主导作用。三项改革是为建立与社会主义市场经济体制相适应的卫生保障体制的重大尝试。受各种因素制约,三项改革还只是在某些方面取得了一定进展,继续改革的任务依然十分艰巨。扩大医疗保障的覆盖面需要政府强力推动,深化城镇职工基本医疗保险制度、城镇居民医疗救助制度、农村新型合作医疗制度改革需要进一步解决影响上述制度健康发展的问题。医疗体制的改革更是任重道远,关键是医疗卫生服务的微观运行主体如何在自身利益与社会利益、短期发展与长远发展之间取得平衡。这需要政府的投入机制作为基础,合理的政策加以引导,严格的监管进行规范。医药生产与流通领域是三项改革中市场化程度最高的,也是市场机制与政府管制结合最密切的领域之一。由于医疗卫生体制的改革还不到位,医药生产与流通领域的改革纠缠在扭曲的医疗卫生体制问题上,很多企业还没有真正成为医疗产业的独立主体,缺乏健康发展的基础和后劲,无法与世界医药界的大型企业进行竞争,为我国城乡居民健康提供的物质技术保障还不能满足实际需要。

政府是国家及区域卫生事业发展规划的制定者和实施者。三项改革还只是一个阶段性的改革目标而不是卫生发展和健康保障的全部。政府在解决卫生问题、保障人民健康方面的任务,所有这些问题的解决都需要政府发挥领导作用,在很多领域都要发挥主导作用。在一些市场、社会、家庭、社团及个人能够更容易、更好地发挥作用的卫生领域,政府当然不应像计划经济时期那样越俎代庖,而担负起为其创造环境、规范行为、进行监管、促进发展等方面的作用。可以说,卫生问题涉及国家与民族的生存及发展的长远目标,现代社会的政府在这方面担负的主导作用及责任是责无旁贷的,不论计划经济还是市场经济都是如此。

(三) 促进卫生发展与健康公平的若干建议。

1. 继续加大财政对卫生事业,尤其是公共卫生事业的投入和在医疗总费用中的比重。

政府财政对卫生方面的投资绝对额是逐年上升的,2003年以来政府卫生投资占卫生总经费的比重也有所上升,但从改革以来的卫生经费构成看,政府预算中卫生支出比重呈明显下降趋势,个人卫生支出比重明显上升(见表1-3)。从国际上看,不论是发达国家还是中等收入水平国家,甚至很多低收入国家,政府及社会卫生支出都占卫生总经费的绝大部分。由于卫生发展尤其是健康公平仅仅靠市场是不够的,而且缺陷很多。解决问题的关键之一是加大政府对卫生事业的经费投入。增加政府卫生投入不仅仅是绝对值的适当增加,而且包括占卫生总经费比例的上升。这样才能使群众自己负担的有关费用降下来。这对那些没有经济承受能力患者的基本医疗需要是一个有力保证,也是维护健康公平的最有力的措施。“个人医疗卫生费用由个人还是由政府负担决不是钱来自左口袋还是来自右口袋的问题。如果医疗卫生费用主要由政府负担,穷人能够享受起码的医疗卫生服务,就会从根本上有利于提高全民族的健康水平和社会的福祉。”王绍光:《中国公共卫生的危机与转机》,《比较》第7辑,中信出版社,2003,第62页。在控制医疗经费过快增长的前提下,根据国际经验和中国国情,力争在“十一五”时期,使政府卫生支出占卫生总经费的比重大约翻一番,政府卫生支出、社会卫生支出与个人卫生支出占卫生总经费的比重各占1/3左右。随着卫生经费支出结

构的调整，卫生事业的公共性质及健康保障的公平性将明显提高。

2. 深化医疗卫生体制改革，使医疗卫生服务提供者的主体部分回到事业性质而不是产业或企业性质。

在卫生体制改革过程中，尽管卫生资源的产权主体依然是以公有甚至国有性质为主，但相当数量的国有、集体性质的医疗卫生机构由于财政投入不足并在“产业化”的口号下行为发生了很大的变形，过多追求机构的商业化、市场化利润而失去了事业单位的本质属性，其行为越来越像商业机构或类似于企业。这显然是重大的行为扭曲。医疗卫生服务机构作为公立机构，尤其是医务人员作为事业单位工作人员，应当扭转过多追逐商业利益的倾向，从而使医疗卫生服务提供者的主体部分回到事业性质而不是产业或企业性质。如何在市场经济条件下做到这点，应当逐步实行医疗卫生服务机构业务项目的收支两条线管理，从根本上切断其通过服务项目的市场化收益渠道。

3. 加强对医药生产流通产业和医疗卫生服务提供者的行为监管，提高其进入门槛和运行的违规成本。

由于医疗费用的日益高昂，单纯依靠政府卫生投入甚至社会卫生投入显然是不够的。事实上，一些超出基本医疗需求的医疗服务，最好的约束是个人付费制度。在这种情况下，还应当允许甚至适当鼓励发展一些市场化的医疗卫生服务机构。由于中国人口众多，医疗需求复杂多样，医药卫生产业的发展必不可少。同时，大量的卫生事业机构也要参照市场价格进行成本核算，这一切都离不开医疗市场的发展。但是，医疗市场作为典型的信息不对称的不完全竞争市场，加上医疗卫生服务人命关天，任何国家都需要对这一市场进行十分严格的管制。不论是服务机构还是相关人员，其行为都应当进行严格的规范，对于违规行为要加大惩处力度和进退壁垒。

4. 努力提高医疗卫生资源的利用效率。

仅仅扩大卫生投入总量而不提高卫生资源利用效率，将使财政和社会无法承受，且不能带来城乡居民健康状况的好转。中国医疗卫生系统费用不断上升、效率持续下降的局面不能继续持续下去，必须进一步深化卫生体系的改革。要成立“深化卫生领域改革”的专职机构和专家咨询委员会，加强卫生改革的领导，研究新形势下卫生改革的整体思路和发展规划。要研究制定符合中国实际的区域卫生规划，在卫生设施、人员配置等方面真正发挥引导和监督作用。要整合卫生资源，强化公共卫生体系的统一管理，改变传统体制不同医疗卫生系统或部门相互隔离和封锁的局面。要深化和切实推进药品生产流通体系和医疗卫生服务体系的改革，加强对药物生产、流通和医疗卫生服务主体的监管，严格卫生监督执法和查处力度。要发挥卫生规划在卫生资源配置中的作用，通过适当收缩政府对城市卫生领域的投资，扩大政府投资在农村卫生和城市社区工作中的主体或主导作用。通过加大农村卫生事业尤其是西部地区农村卫生事业的政府投入，提高农村卫生尤其是全国公共卫生事业的社会性、公益性和福利性，引导医疗资源从“重治疗、轻预防”向预防保健方向转化。积极探索公共卫生投入体制的改革，逐步把向医疗卫生服务机构投资转向城乡居民提供或购买公共卫生服务，根据医疗服务效果提供经费补偿，激励医疗卫生服务机构从营利导向转向保障居民健康导向。要真正改变医药合一体制，对公共卫生机构的财政补偿足以满足基本需要，促使公共卫生机构及医疗服务主体优先提供或发展基本医疗服务。中央要加大对西部地区的公共卫生和农村卫生事业的转移支付，切实解决当地“缺医少药”问题。引导动员医务人员向西部地区转移，加大卫生技术人员培训，提高卫生服务

水平。

5. 加大医疗保障制度尤其是医疗救助制度的强制性推行力度，为社会贫困群体提供最基本的医疗卫生服务。

在市场经济条件下，政府干预医疗卫生领域除进行直接的财政投入外，建立比较完善的医疗保障制度也是最主要的措施之一。同时，这也是提高卫生公平性的关键措施之一。中国城乡医疗保障制度建设已经取得很大进展，但其覆盖面还十分有限，有关管理制度还有待进一步完善。特别是农村医疗保障和城乡医疗救助体系的发展十分急迫。由于中国城乡之间、地区之间的巨大差别，短期内将这么大规模的农村居民全部由新型合作医疗包下来是不现实的。政府在保障和推进公共卫生服务和新型合作医疗的同时，要以大病统筹为重点，继续探索不同类型的农村医疗保障制度。要减少医疗保障制度的管理成本，提高医疗保障基金的利用效率和公平性。对于广大农民来说，疾病威胁主要是大病威胁。因此把新型合作医疗的着眼点放在保大病上的做法是适当的，可以有效防止目前最突出的因病致贫、返贫现象。但从另一方面看，在自愿参保前提下的保大病就不可避免降低覆盖率，起付线越高，收益面越窄。农村新型合作医疗要在保大病的基础上，探索大小兼顾的保障模式。在大病保险基金的管理上，可以引进商业保险公司的运作管理模式，确保基金的有效利用。这实际上是一种半商业性质、半社会保障性质的医疗保险，中外都有类似的做法。鉴于城镇基本医疗保险和农村新型合作医疗覆盖范围窄的特点，要加快建立城乡医疗救助制度。医疗救助是医疗保障制度的一个组成部分和整个社会保障体系的重要内容，也是为贫困人口提供一定的福利性医疗保障的有效措施，对他们摆脱因病致贫和因病返贫具有重要作用。对于区域内、地区内的农村贫困人口，要实施医疗救助计划。可以把医疗救助计划与整个社会保障体系有机结合起来，如借助农村最低生活保障制度的标准，确定实施医疗救助的对象范围。这样既可以真正使贫困者得到救助，又方便可行，减少组织成本。总之，医疗保障制度建设既要发挥政府主导作用，又要按照农民的实际需求和承受能力，在尊重农民意愿的基础上，建立起多层次、多类型的医疗保障体系。

6. 动员广大民众尤其是社会公益组织参与爱国卫生运动，切实解决经济社会迅速变迁过程中面临的急迫卫生问题，如流动人口的卫生服务，大规模公共卫生事件的处理，新型传染病的控制，日益严重的精神健康问题等。

建立医疗保障体系要注意将医疗保障与以预防保健为主的公共卫生紧密结合起来，充分发挥有限的医疗卫生资源的最大效益。大多数国家医疗保障的范围都包括疾病治疗、预防保健、健康护理等项目。随着国家对公共卫生投入的加强和医疗保障制度的完善，医疗卫生服务要以基层社区服务为基础，努力提高基层医务人员的培训质量和业务水平，切实解决人们抛开社区盲目向大医院集中的问题，使预防为主真正贯彻落实到实处。同时，要加大对主要新型传染病的投入和防治力度，处理好突发性公共卫生事件。针对流动人口的卫生问题，要采取逐步将其纳入所在社区管理与服务的新机制。要动员社会力量 and 公民个人参与公共卫生建设。绝大多数公共卫生问题与居民的认识与行为密切相关，通过公共参与，不仅可以扩大公共卫生资源，而且可以在参与过程中进行更有效的健康教育，促进卫生环境建设和公民卫生行为的改变。（王延中）

第二篇 快速上涨的医疗费用与看病难、看病贵问题

目前人们普遍关注的“看病难、看病贵”关于“看病难、看病贵”的提法，目前在学术界和社会上通常使用的用法有不同的理解。有的学者认为，不能泛泛地说“看病难、看病贵”，因为对于大多数居民来说，医疗卫生服务的可及性问题已经基本解决，问题主要是人们看好医院、好（专家）医生比较难。“看病贵”是一个大问题，但也不是所有的医疗服务都是贵的。有的学者认为，在市场经济条件和价格机制作用下，“看病难”和“看病贵”是一个相互矛盾的问题，不应当并列使用。本文不想在概念上对“看病难”和“看病贵”进行辨析，只是对大家普遍使用的这个说法或者其中体现的这种社会现象做一些分析。问题，归根结底是医疗费用的上涨超出了人们的经济和心理承受能力。本文以近年来医疗费用的快速上涨为背景，分析问题背后的原因及其后果，提出缓解看病难、看病贵问题的思路与对策。

一、快速上涨的医疗费用超出了现阶段人们的经济和心理承受能力

改革开放 20 年来，我国卫生事业不断发展，医疗费用也不断增长。2004 年，我国卫生总费用为 7590.29 亿元，比 2003 年增加了 1006.19 亿元，增长了 15.28%，比 1978 年增加了 748.08 亿元，增长了 67.87 倍。2004 年，我国人均卫生医疗费用是 583.92 元，比 2002 年增加了 74.42 元，增长了 14.6%，比 1978 年增加了 572.47 元，增长近 50 倍。

同期医疗费用占 GDP 的比重不断增长。1978~2004 年，我国医疗费用由 110.21 亿元增加到 7590.29 亿元，按照可比价格计算，其年平均增长速度为 11.95%，而同期 GDP 的年均增长速度只有 9.39%，卫生消费弹性系数为 1.27，即 GDP 每增长 1%，卫生总费用就增加 1.27%，可见医疗卫生费用的增长速度远远超过 GDP 的增长幅度。卫生消费弹性系数是指卫生总费用的增长速度与 GDP 的增长速度之比，它是衡量卫生事业发展与经济发展之间是否协调的重要指标。卫生消费弹性系数大于 1，表示卫生事业的发展超过了国民经济的增长；卫生消费弹性系数小于 1，说明卫生事业的发展滞后于国民经济的发展。1978~1983 年，我国卫生弹性系数基本上比较稳定，保持在 1.2~1.8 之间；1984~1988 年之间，卫生弹性系数较低，有时候甚至低于 1，即卫生总费用的年增长速度低于同期 GDP 的增长速度；到 1989 年和 1990 年，我国卫生消费弹性系数创历史高峰，达到 3.90。这主要是因为卫生费用大幅度上升的同时经济增长速度明显下降造成的。1991~1995 年，由于经济增长速度明显加快，同期卫生消费弹性系数基本徘徊在 1 左右。1996 年，卫生总费用突破原有增长区间，进入高速增长期，到 1998 年，卫生弹性系数突破 2，创造历史新高峰。20 世纪 90 年代末期之后，经济增长与卫生费用保持了持续快速增长态势。由于卫生费用基数的扩大，卫生弹性系数呈适度收敛趋势，但卫生弹性系数一直大于 1（2004 年是一个拐点），说明同期卫生费用增长幅度高于经济增长速度。

改革开放以来我国人均卫生费用的增长更多地体现为个人费用的上涨。卫生总费用分为公共卫生支出和私人卫生支出两个部分。公共卫生支出和私人卫生支出占卫生总费用的比重是衡量公众（政府、社会）与个人对医疗费用负担程度的指标，两者存在此消彼长的关系。如果一个社会卫生费用的上涨主要由公共卫生

费用承担, 尽管对整个公共支出系统造成压力, 但一般不会对个人造成直接经济负担。我国在改革前政府与社会卫生支出占医疗费用的比重还比较高。改革后政府卫生支出的绝对量上升, 但占卫生总费用的比重和财政支出的比重呈不断下降趋势, 其结果是居民个人的卫生支出迅速上升。

个人医疗卫生费用的上升说明我国卫生总费用的增长主要由居民个人负担。这种上升幅度明显超过同期城乡居民可支配收入的增长幅度。1990~2004年, 我国城镇居民人均可支配收入由1510.2元增加到9421.6元, 增加了5.24倍; 农村居民人均纯收入由686.3元增加到4039.6元, 增加了4.89倍。与此同时, 我国城乡居民人均医疗保健支出分别增加了19.57倍和5.86倍, 居民卫生支出的增长速度远远超出了其收入的增长速度。从居民的门诊费用和住院费用来看, 其门诊病人人均医疗费用从1990年的10.9元上升到2004年的117.7元, 出院病人人均医疗费用从473.3元增加到4283.7元, 分别增加了9.80倍和8.05倍, 同样也超过了同期城乡居民人均收入的增长速度。

市场机制的导入又缺乏有效引导及监督, 导致医疗卫生领域的扭曲服务和低效, 极大地提高了医疗卫生费用和城乡居民的医疗负担, 出现了日益严重的“看病难、看病贵”问题。**改革以来中国居民健康水平提高幅度与医疗费用快速增长不相匹配。**改革以来尤其是20世纪90年代以来医疗费用持续高速增长, 远远高于同期GDP及城乡居民收入的增长幅度。1978~2003年间卫生总费用年均增长12.09%, 高于同期GDP平均增幅近3个百分点。1998~2003年, 城市居民年均收入水平增长8.9%、农村增长了2.4%, 而年医疗卫生支出城市、农村分别增长了13.5%和11.8%。医疗服务费用增长速度超过了人均收入的增长, 医药卫生消费支出已经成为家庭食品、教育支出后的第三大消费。2003年卫生总费用达6584.1亿元, 卫生总费用占GDP比重5.62%, 而1980年医疗总费用占GDP的比重仅为3.17%。值得关注的是医疗费用占城乡居民家庭收入的比重迅速攀升到10%以上, 由于相当数量的城乡居民尤其是农村居民缺乏医疗保障, 成为自费医疗群体, 迅速高涨的医疗费用已经成为城乡居民的巨大经济负担(见表2-3)。

二、医疗费用快速上涨造成了一系列的经济社会问题

20世纪90年代以来我国医疗费用快速上涨, 不仅给企业、国家和个人带来了沉重的经济负担, 而且带来了严重的经济和社会后果。由于医疗费用的急速上涨而且主要是居民个人负担, 导致我国居民的医药负担越来越重, 门诊病人的人均医疗费从1990年的10.9元增长到2004年的117.7元, 住院病人的人均医疗费从1990年的473.3元增加到4283.7元。农村居民一年的人均纯收入都难以支付一次住院费用。不堪负担的医疗费用使很多患病人不敢到医院就诊。医疗公平性下降造成了医患之间的信任度明显降低。随着计划经济向市场经济的转变, 医疗机构逐步向经营主体发展, 很多医院转向了商业化经营, 造成医患之间向买卖关系转变。不少医生出售医疗技术, 病人变成了客户, 很多医生在诊断病人病情时, 首先考虑的是个人的经济利益, 尽量给病人多开药、多检查。因此, 在医患关系趋向于经济关系的前提下, 医患关系越来越不和谐, 相互之间的信任度在不断降低。为了安心起见, 老百姓看大病时往往找关系, 手术前要主动给医护人员送礼、塞红包, 一份检查结果要找很多人分析, 拿着医院的处方到药店去买药等等。这些都体现了当前我国医患关系的紧张程度, 患者对医生的信任度在不断下降。**据中国消费者协会的调查, 92.3%的居民因为看病贵而对医疗机构和医生产**

生不满意。同时，医药生产流通环节的问题不断暴露，在造成医疗费用上涨的同时，也由于红包、回扣、开单提成现象使老百姓心目中对医生“白衣天使”的形象一去不再，造成医德与社会风气之间的恶性循环，损害了整个医疗系统的正常秩序。

在医疗服务公平性不断下降的同时，医疗机构的服务效率却并没有提高。近几年来随着人口的不断增加，居民发病率有所提高，医生的门诊量和住院量却不断下降。1980年我国医疗机构诊疗人次为25.53亿人次，到2003年仅为20.96亿人次。

从1993年以来的国家卫生服务调查，清楚地反映出卫生领域并存的“市场失灵”与“政府失效”问题。经过20多年的快速增长，医疗设施和设备有所改善，但是城乡居民的就诊率不断下降。经济不平等程度的提高也从卫生服务公平性的下降中体现出来。2000年，世界卫生组织对191个会员国的卫生系统进行了绩效评估，在卫生负担公平性方面，中国被排列在188位。世界卫生组织在全球卫生公平性排序中中国位居倒数第四位的数据，在一定程度上反映出中国卫生公平性下降的事实。

三、医疗费用快速上涨的因素与根源分析

影响我国医疗费用快速上涨的原因很多，既有宏观经济本身的影响，也有医疗服务需求方需求增加而引起的上涨，但是更多的是与我国医疗体制不合理、改革滞后相关。下面我们简要分析其中的一些主要因素。

1. 人口老龄化与老年慢性疾病成为导致医疗卫生支出增加的重要因素。

老年人的身体素质较差，60岁以上老年人的患病率是年轻人的6.5倍，这必然会加重社会的负担，带来医疗费用的高速增长。据调查，在过去10年中我国门诊和住院费用由1993年的1363亿元增加到2003年的5838亿元，其中，老年人门诊和住院的医疗费用由164亿元增加到1487亿元，占总费用的比重由12%上升到25.47%。人口老龄化的加剧是无法避免的，而且我国正处于人口老龄化的加速时期。老龄化体现了社会的进步，标志着人类寿命的延长、生活质量的提升，但由此带来的医疗费用上涨也是客观存在的，在某种程度上甚至是难以控制的。

2. 居民收入和消费档次的提升带来的医疗消费增长。

在经济发展的不同时期，居民的卫生开支会表现出相应的差别。在经济水平比较低的时期，人们最大的需求是解决温饱问题，其卫生需求是低层次的。但是随着收入水平的提高，尤其是在我国人均GDP达到1000美元之后，老百姓的求医需求逐步增大，医疗消费弹性逐步增大，求医倾向已经从“看上病”转而要求“看好病”，人们看病往往信赖大医院，著名专家，希望用好药，用贵重仪器检查，而不在乎花钱多少。因此，居民收入的增加、消费档次的提升，必然会促进医疗费用的增加，但是这种增加是理性消费者理性选择下合理的要求，是一个必然的趋势。医疗消费弹性系数大于1将是我们不得不长期面对的客观现实。

3. 疾病谱的变化成为医疗费用上涨的重要因素。

在传染性疾病和非传染性疾病中，人类最先克服的是传染性疾病问题。传染性疾病是由于病毒、病菌、寄生虫等引起的，如痢疾、肝炎等。但对于因生活方式、环境影响等引起的非传染性疾病则还没有找到十分有效的办法。随着现代生活方式的变化和生活环境的影响，心血管疾病、糖尿病、癌症及其他慢性疾病在

疾病谱中所占的比例增大，形成了巨大威胁。据统计，慢性非传染性疾病引起的死亡占我国全部死亡数的 2/3，1993 年我国慢性病病例为 19080 万人次，到了 2003 年增长为 21811 万人次，增长率为 14.3%。而一般来讲，慢性疾病所需要花费的医疗费是比较高的，因为这些疾病诊断复杂、治疗艰难、治疗期也比一般疾病长。另外，很多疾病还需要配合各种贵重药品，尤其是很多患者要进行器官移植并需要血液制品，而且在诊疗期间必须用先进的医疗设备。例如，做 CT 检查平均每人次需 150 元，做核磁共振平均每人次需 800 元，等等。

4. 医学科技进步促进了医疗费用的快速上涨。

当今社会是科技高速发展的时代，高新设备与技术不断涌现。技术进步已经成为医疗费用不断增长的主要推动力。据统计，我国目前医院拥有的心电图机、超声机、B 超、伽玛刀等医疗设备比 10 年前都有大幅度增加。1990~2004 年，全国卫生服务的需求规模在缩小，表现在总诊疗人次、门诊人次、人均门诊次数等方面都在下降；而同时卫生服务的供给量却在扩张，表现在卫生机构床位数、每千人口医生数、每千人口拥有病床数等都在上升，这样医疗服务的供需之间出现矛盾。从经济学角度看，为了实现供求之间的均衡，只有降低供给量和拉动需求两种方法。但是在医疗服务的供给量不变的条件下，只有依靠拉动需求来实现均衡，而拉动需求只能依靠提高单位服务的技术含量，比如尽可能多地利用先进的技术设备、提高设备的使用频率、增加门诊住院病人的药品量和检查量等，这必然会导致个人医疗费用的迅速增长。

5. 经济的持续增长、物价上涨、医院劳动力成本上升等因素在一定程度上促进了医疗费用的上涨。

经济增长必然会带动医疗卫生产业的发展，使医疗产品及器械不断更新换代，改变人们的消费倾向，促进医疗需求的增长。并且经济增长可以提高居民的收入水平，从而为居民医疗需求的增长创造可能性。同时，物价上涨带动医疗费用的上涨。医疗费用等于医疗服务数量与医疗服务价格的乘积，在目前医疗服务数量没有增长反而有所下降的情况下，医疗费用的过快上涨主要是由医疗服务价格的上涨所导致的。现代经济增长一般伴随着持续的物价上涨过程。医疗服务价格的上涨则是由于物价指数引起的，全社会物价的一致上涨必然会导致医疗价格上升。医务人员工资上升也在一定程度上导致医疗费用增加。就医院劳动力的成本而言，1978 年我国职工的平均货币工资为 615 元，卫生行业职工为 573 元；到 1990 年全体职工的平均工资为 2140 元，卫生行业职工增长到 2209 元；到 2002 年，全体职工的平均工资为 12422 元，而卫生行业的职工为 14795 元，远远高于其他行业职工的平均工资。医务人员工资的增长，必然会导致医疗支出增加，成为医疗费用上涨的重要因素。

上面我们主要分析了引起医疗费用快速上涨的一些正常因素。除此之外，经济体制转轨时期一些特殊的政策、体制因素和行业垄断特征，也使我国医疗费用上涨中包含着诸多不合理、不正常的因素。下面我们简要分析其中一些主要的不合理因素。

第一，医疗、药品市场本身的特殊性决定了医疗机构的优势地位，医生开大处方、重复检查现象严重。医疗服务市场不同于一般商品市场，它具有自身的特殊性，使得市场难以实现资源的优化配置。在医疗服务市场中，供需双方即医患双方存在信息不对称的情况。患者在医院看病时，由于其对药品的疗效以及用药了解很少，因此只能委托有丰富专业知识的医生来代理患者本人决定治疗方案及用药的种类和数量，这种委托—代理关系使得患者处于一种非常不利的地位，作

为代理人的医生和医院很可能出于自身利益利用其自身的信息优势尽可能地向患者多开药，催促患者多做检查，或者延长患者的住院时间等，这样患者就会承担额外的交易费用，从而导致医疗费用的不合理上涨和卫生资源的浪费。同时，医疗产品是一种缺乏需求弹性的商品，其需求不会因为价格的变化而有明显变化。因为医疗产品的消费属于一种维持生命权的产品，故价格变动对于药品等医疗产品需求调节不灵敏，患者对于医疗产品价格的变动，其需求的变动会很小。因而当医药产品的价格上升时，患者也不会因此而不去看病吃药。医疗市场作为一个不完全竞争市场，竞争环境弱，并带有一定的垄断性质。医疗、药品市场被各大医院所垄断，买方（患者）很难与其抗争，而且这些医院之间倾向于避免竞争，以维持其较高的利润，他们往往受到自身利益的影响，产生诱导需求，促使医疗费用持续上涨。

第二，政府定价的药品在成本核算时虚高，自主定价药品存在垄断攀升现象，新药、特药、合资企业自主定价药品价格攀升速度过快。我国的药品定价分为两种：一种是政府定价药品，这些药品仅限于国家基本医疗保险范围内的药品以及其他特殊药品，纳入政府定价的药品大约只有 16000 种，不足药品总数的 10%。庄小琴：《平价药房引发的经济学思考》，《当代财经》2003 年第 12 期。由于药品生产过程比较复杂，技术性较强，政府主管部门难以了解各种药品确切的成本消耗，对其价格不能进行有效的监管，使得一些药品定价虚高。同时，即使政府实行了药品降价，很多医生也会转向非政府定价的替代药品，将其开给患者。另一种是企业自主定价药品，这大概有 2 万多种，都实行市场调节价。因此一些企业为了追求更高的利润，都希望维持高价，他们往往将药品的出厂价大幅提高，再将这部分附加值弥补推销过程中的回扣，让利于经销商。近年来，国内药厂如雨后春笋，新药层出不穷，各种进口药、合资药、特效药更是多如牛毛，而且政府对这些药都有优惠政策，因此同一种药，产地不同、名称不同，价格就相差好几倍。很多生产企业利用这种优惠政策，通过改用新的名称、新的包装大幅提高药品价格，很多基本药物改头换面就上涨了好几倍。药品价格的上涨，最后必然会由患者来买单，致使很多人陷入看不起病、吃不起药的境地。药品定价太高，新药、特效药价格更是一路攀升，这必然会导致居民的医疗支出上升。

第三，医疗机构投入的过度市场化和行为的过度商业化。1978 年改革开放前的近 30 年中，我国虽然处于计划经济时期，但是医疗服务并非是免费的，其支付方式是以政府总体预算为主，群众按服务项目付费为辅。20 世纪 80 年代我国开始卫生体制改革，当时主导的理论倾向是将医疗服务机构逐渐转变成为市场经济的经营主体，逐步实行卫生服务领域的产业化和市场化。1989 年，卫生部、财政部、国家物价局联合发文，提出医疗改革的新政策：全面实施医疗机构承包制，医疗机构实行自主管理、自主经营、自主支配财务；允许医疗卫生人员和医疗机构从事各种有偿服务等，至此医疗机构开始转变为以提供服务来换取收入的组织，其收入来源越来越倚重于其经营业绩。汝信、陆学艺、李培林：《2006 年：中国社会形势分析与预测》，社会科学文献出版社，2005。在这种政策的指导下，一些地方对卫生院实行产权改革，套用国有企业的改革模式，采用租赁、股份制等方式改革医院体制，允许和鼓励民间资本及外资进入医疗机构，这些都在一定程度上反映了医疗机构市场化的倾向。医疗机构投入的市场化和产业化的理论倾向使得医疗服务纯粹以营利为目的，导致 **20 年来医疗费用持续且高速上涨，同时医疗服务的公平性在下降**。由于医疗服务市场不是典型意义上的完全竞争市场，在这里存在市场失灵问题，因此不能照搬套用一般市场的改革经验。医疗机

构行为的过度商业化与卫生补偿机制不合理密切相关。政府投入不足加上医药不分体制，导致医院将药品差价收入作为其收入的主渠道。长期以来，我国医疗机构的补偿渠道有三个：财政拨款、医疗服务收入以及药品差价收入。开始卫生体制改革后，最初几年中政府会为每个医院支付一个固定的预算，这个预算额取决于政府的财政能力，而非意愿的实际需要。在医疗服务价格方面，主要是医务人员的医疗服务价格与其价值相背离。医务人员的劳动价值没有得到承认，没有得到应有的价值补偿。这就使得医生会利用其他途径实现自身价值，比如说开大处方，收受回扣等。前两种补偿的明显不足导致药品差价收入成为维持医疗机构运营的主要渠道，即在医院药品买卖中可以有 15%~40%的差价收入。因此医院销售的药品金额越大，其利润也越多。这样，“以药养医”促使药费过快增长。据卫生部统计，在医院收入中药费的比重平均约为 60%以上，少数中小医院达到 70%~80%。据统计，2001 年卫生部门综合医院患者平均每次门诊费用为 93.6 元，其中药费为 54 元，所占比重为 57.7%，而经合组织国家只占 5%~20%，大部分发达国家也只占 15%~40%。

第四，卫生监管不到位，商业贿赂大行其道。20 多年来的改革导向是将医疗机构推向市场，但是作为市场监管者的各级卫生管理机构却没有及时调整其职能，医疗机构政出多门，多头管理现象严重，而且缺乏相应的法律法规，这就使一些卫生机构的不规范行为未能得到有效监管，过度医疗、药品回扣等问题屡见不鲜。有资料显示，某种处方药的定价为每盒 100 元，那么给医生的回扣大约 40 元；花在药品推销员身上的成本——包括底薪和提成，最低 10 元；中间商——医药公司要赚 10 元；医药招标中的费用为 15 元。75 元的流通过费用就这样产生了，而生产上的纳税约 14 元，原材料、生产成本、企业管理费用、销售成本、工人工资一共才 11 元。作为药品流通的最终环节——医院是药品回扣、商业贿赂的最大问题所在。各药品企业为了扩展市场占有率，赢得高额利润，往往维持着庞大的营销网络，这些人员一般称为“医药代表”，他们负责亲自上门到医院推销药品，往往采取各种手段向医生行贿，其行贿手段已经不仅仅限于送现金、出国旅游，甚至是替需要评职称的医生发表论文。受利益的驱动，医生的收入往往跟其开药多少相关联，因此医生会增加药品的消费总量，开大处方，或者在处方药中增大高价药的消费比重，在消费总量既定的情况下从高价药的消费中可以得到更多的差价收入。

第五，公费医疗和劳保医疗的制度缺陷导致个人浪费医疗资源现象严重。计划经济时期建立起来的公费医疗制度和劳保医疗制度，为参加者低费甚至免费提供福利性质的医疗服务，这就出现了一个医疗卫生服务的优势群体，引发了所谓的“道德风险”问题。这部分群体有较高收入，在经济效益较好的单位工作，卫生资源的可及性比较强，而且有便利的其他费用支撑以便其就医，吴传俭、周绿林：《医疗保险费用不合理利用的原因与控制措施研究》，《中国卫生经济》2005 年第 5 期。因此他们在就医时会利用各种手段钻国家医疗保障制度的漏洞，“一人医保，全家看病”。还有些医保患者用药存在“求新、求贵、求洋”现象，这就造成了医疗资源的极度浪费。过于优待的公费医疗尤其是离休人员几乎不计成本的过高医疗补偿制度设计超越了我国经济的发展阶段，成为导致医疗费用快速上涨的诱导因素。

第六，医疗保险覆盖面下降，居民预防意识差，小病往往拖成大病。目前我国城镇医疗保险覆盖面比较窄，保障水平也很低，很多城市农民工、私营企业人员、城镇失业人员等都没有被纳入进来。在农村，新型合作医疗还未覆盖全部

农民，且保障力度也不够。据第三次国家卫生服务调查结果显示，有 44.8% 的城镇人口和 79.1% 的农村人口没有任何医疗保障，完全依靠自费看病。在目前医疗费用高涨的情况下，个人自费渠道单一，无法抵御疾病风险。因此很多居民小病都不敢去看，直到拖成大病、重病才去医院花大钱治病，这样一来，医疗费用肯定会有一定程度的上涨。可以说，医疗保险制度用于补偿疾病治疗而不是注重预防的保障机制，也是导致医疗费用快速增加的一个重要因素。

目前我国医疗费用上涨是多种因素共同作用的结果。其中不少是正常因素，但也存在诸多不合理因素。其中医药不分体制下医药商品市场的混乱和腐败，无疑是其中重要的不合理因素。根据笔者的调查，居民认为我国医疗费用上涨的最主要原因是药品在流通领域加价过高。

四、解决看病难、看病贵问题的思路与对策

我国目前的看病难、看病贵问题，是新形势下出现的新问题，也可能成为一个长期问题。解决这个问题，首先需要正确认识问题的症结所在。伴随着经济增长和社会发展，医疗费用的合理增长是必然的。但是，我国目前的医疗费用快速上涨却是由很多不合理因素导致的。因此，解决看病难、看病贵问题的关键不是仅仅控制医疗费用的上涨，而是采取有效的措施控制医疗费用的不合理上涨。

解决我国目前的看病难、看病贵问题，首先要对一些基本问题形成共识，这样才有利于形成比较明确的思路和对策。我们认为，以下几个方面的共识是必要的：第一，看病难、看病贵问题不等于卫生问题不重要。恰恰相反，发展卫生事业极端重要。它不仅具有促进经济增长的作用，而且卫生事业和健康公平在和谐社会建设进程中担负着重要使命，在一定程度上是和谐社会建设的重要基础之一。第二，看病难、看病贵问题的重要症结在于卫生系统的效率下降和整个健康卫生保健体系的公平性下降。解决看病难、看病贵问题必须着力于提高卫生系统的效率和我国健康卫生保健体系的公平性。卫生发展和健康公平是保障城乡居民健康的两大支柱，两者不可偏废。如果说改革以来我国在利用多种渠道筹集卫生发展资金、促进卫生发展方面取得了较大的进步，今后卫生事业依然需要相当多的资金、人力和物力的投入，以确保卫生资源总量随着经济发展不断增长，为保障居民健康提供物质基础。在社会主义市场经济条件下，政府在卫生投资领域不应该也不可能是计划经济体制下的单一主体，要借鉴改革以后多渠道筹集卫生发展资金的有益经验，继续吸收社会、个人甚至外资进入卫生领域。关键是发挥政府在医疗卫生服务及健康保障方面的主导作用。这是由于医疗卫生服务保健和医疗保障是“市场失灵”比较普遍的领域，完全依靠市场机制是不行的。纵观世界各国特别是发达国家医疗卫生服务和医疗保障的历史，几乎都有一个由自由市场调节向集中社会统筹的发展过程。完全依靠自由市场是不行的，政府的作用是不可替代的。

1. 继续加大财政对卫生事业，尤其是公共卫生事业的投入和在医疗总费用中的比重。

政府财政对卫生方面的投资绝对额是逐年上升的，2003 年以来政府卫生投资占卫生总经费的比重也有所上升，但从改革以来的卫生经费构成看，政府预算中卫生支出比重呈明显下降趋势，个人卫生支出比重明显上升。从国际上看，不论是发达国家还是中等收入水平国家，甚至很多低收入国家，政府及社会卫生支出都占卫生总经费的绝大部分。由于卫生发展尤其是健康公平仅仅靠市场是不够

的，而且缺陷很多。解决问题的关键之一是加大政府对卫生事业的经费投入。增加政府卫生投入不仅仅是绝对值的适当增加，而且包括占卫生总经费比例的上升，这样才能使群众自己负担的有关费用降下来。这对那些没有经济承受能力的患者的基本医疗需要是一个有力保证，也是维护健康公平的最有力的措施。“个人医疗卫生费用由个人还是由政府负担决不是钱来自左口袋还是来自右口袋的问题。如果医疗卫生费用主要由政府负担，穷人能够享受起码的医疗卫生服务，就会从根本上有利于提高全民族的健康水平和社会的福祉。”在控制医疗经费过快增长的前提下，根据国际经验和中国国情，力争在“十一五”时期使政府卫生支出占卫生总经费的比重大约翻一番，政府卫生支出、社会卫生支出与个人卫生支出占卫生总经费的比重各占1/3左右。随着卫生经费支出结构的调整，卫生事业的公共性质及健康保障的公平性将明显提高。

2. 深化医疗卫生体制改革，使医疗卫生服务提供者的主体部分回到事业性质而不是产业或企业性质。

在卫生体制改革过程中，尽管从卫生资源的产权主体看依然是以公有甚至国有性质为主，但相当数量的国有、集体性质的医疗卫生机构由于财政投入不足并在“产业化”的口号下行为发生了很大的变形，过多追求机构的商业化、市场化利润而失去了事业单位的本质属性，其行为越来越像商业机构或类似于企业。这显然是重大的行为扭曲。医疗卫生服务机构作为公立机构尤其是医务人员作为事业单位工作人员，应当扭转过多追逐商业利益的倾向，从而使医疗卫生服务提供者的主体部分回到事业性质而不是产业或企业性质。如何在市场经济条件下做到这点，应当逐步实行医疗卫生服务机构业务项目的收支两条线管理，从根本上切断其通过服务项目的市场化收益渠道。

3. 加强对医药生产流通产业和医疗卫生服务提供者的行为监管，提高其进入门槛和运行的违规成本。

由于医疗费用的日益高昂，单纯依靠政府卫生投入甚至社会卫生投入显然是不够的。事实上，一些超出基本医疗需求的医疗服务，最好的约束是个人付费制度。在这种情况下，还应当允许甚至适当鼓励发展一些市场化的医疗卫生服务机构。由于中国人口众多，医疗需求复杂多样，医药卫生产业的发展必不可少。同时，大量的卫生事业机构也要参照市场价格进行成本核算。这一切都离不开医疗市场的发展。但是，医疗市场作为典型的信息不对称的不完全竞争市场，加上医疗卫生服务人命关天，任何国家都需要对这一市场进行十分严格的管制。不论是服务机构还是相关人员，其行为都应当进行严格的规范，对于违规行为要加大惩处力度和进出壁垒。

4. 努力提高医疗卫生资源的利用效率。

仅仅扩大卫生投入总量而不提高卫生资源利用效率，将使财政和社会无法承受，且不能带来城乡居民健康状况的好转。中国医疗卫生系统费用不断上升、效率持续下降的局面不能继续持续下去，必须进一步深化卫生体系的改革。要研究制定符合中国实际的区域卫生规划，在卫生设施、人员配置等方面真正发挥引导和监督作用。要整合卫生资源，强化公共卫生体系的统一管理，改变传统体制不同医疗卫生系统或部门相互隔离和封锁的局面。要深化和切实推进药品生产流通体系和医疗卫生服务体系的改革，加强对药物生产、流通和医疗卫生服务主体的监管，严格卫生监督执法和查处力度。要发挥卫生规划在卫生资源配置中的作用，通过适当收缩政府对城市卫生领域的投资，扩大政府投资在农村卫生和社区卫生工作中的主体或主导作用。通过加大农村卫生事业尤其是西部地区农村卫生事业

的政府投入,提高农村卫生尤其是全国公共卫生事业的社会性、公益性和福利性,引导医疗资源从“重治疗、轻预防”向预防保健方向转化。积极探索公共卫生投入体制的改革,逐步把向医疗卫生服务机构投资转变向城乡居民提供或购买公共卫生服务,根据医疗服务效果提供经费补偿,激励医疗卫生服务机构从营利导向转向保障居民健康导向。要真正改变医药合一体制,对公共卫生机构的财政补偿足以满足基本需要,促使公共卫生机构及医疗服务主体优先提供或发展基本医疗服务。中央要加大对西部地区的公共卫生和农村卫生事业的转移支付,切实解决当地“缺医少药”问题。引导动员医务人员向西部地区转移,加大卫生技术人员培训,提高卫生服务水平。

应当指出,加大政府投入必须与改变卫生机构的服务模式结合起来。通过改变政府对医疗机构的补偿模式引导医疗机构建立新机制。要加强基层卫生机构的投入,改变按照医院的规模(即床位数和卫生技术人员的数目等)向医院拨款的旧模式,以克服医疗机构把精力主要用于争预算、争项目的弊端,解决医院盲目要求上档次、上规模、上高精尖医疗设备的问题,解决80%的卫生资源集中在大城市、大医院和大批资源被浪费的现象。因此在财政投入的方式上,要改变过去的做法,要根据定点医院服务的人口数量、服务质量等指标来决定补偿的数量,这样才能减轻群众的医疗费用负担,保证居民的健康水平。

5. 加大医疗保障制度尤其是医疗救助制度的强制性推行力度,为社会贫困群体提供最基本的医疗卫生服务。

在市场经济条件下,政府干预医疗卫生领域除进行直接的财政投入外,建立比较完善的医疗保障制度也是最主要的措施之一。同时,这也是提高卫生公平性的关键措施之一。中国城乡医疗保障制度建设已经取得很大进展,但其覆盖面还十分有限,有关管理制度还有待进一步完善。特别是农村医疗保障和城乡医疗救助体系的发展十分急迫。由于中国城乡之间、地区之间的巨大差别,短期内将这么大规模的农村居民全部由新型合作医疗包下来是不现实的。政府在保障和推进公共卫生服务和新型合作医疗的同时,要以大病统筹为重点,继续探索不同类型的农村医疗保障制度。要减少医疗保障制度的管理成本,提高医疗保障基金的利用效率和公平性。对于广大农民来说,疾病威胁主要是大病威胁。因此把新型合作医疗的着眼点放在保大病上的做法是适当的,可以有效防止目前最突出的因病致贫、返贫现象。但从另一方面看,在自愿参保前提下的保大病就不可避免降低覆盖率,起付线越高,收益面越窄。农村新型合作医疗要在保大病的基础上,探索大小兼顾的保障模式。在大病保险基金的管理上,可以引进商业保险公司的运作管理模式,确保基金的有效利用。这实际上是一种半商业性质、半社会保障性质的医疗保险,中外都有类似的做法。鉴于城镇基本医疗保险和农村新型合作医疗覆盖范围窄的特点,要加快建立城乡医疗救助制度。医疗救助是医疗保障制度的一个组成部分和整个社会保障体系的重要内容,也是为贫困人口提供一定的福利性医疗保障的有效措施,对他们摆脱因病致贫和因病返贫状况具有重要作用。对于区域内、地区内的农村贫困人口,要实施医疗救助计划。可以把医疗救助计划与整个社会保障体系有机结合起来,如借助农村最低生活保障制度的标准,确定实施医疗救助的对象范围。这样既可以真正使贫困者得到救助,又方便可行,减少组织成本。总之,医疗保障制度建设要发挥政府主导作用,又要按照农民的实际需求和承受能力,在尊重农民意愿的基础上,建立起多层次、多类型的医疗保障体系。

6. 动员广大民众尤其是社会公益组织参与爱国卫生运动,切实解决迅速经

济社会变迁过程中面临的急迫卫生问题，如流动人口的卫生服务，大规模公共卫生事件的处理，新型传染病的控制，日益严重的精神健康问题等。

建立医疗保障体系要注意将医疗保障与以**预防保健**为主的公共卫生政策紧密结合起来，以充分发挥有限的医疗卫生资源的最大效益。**大多数国家医疗保障的范围都包括疾病治疗、预防保健、健康护理等项目**。随着国家对公共卫生投入的加强和医疗保障制度的完善，医疗卫生服务要以基层社区服务为基础，努力提高基层医务人员的培训质量和业务水平，切实解决人们抛开社区盲目向大医院集中的问题，使预防为主真正贯彻落实到实处。同时，要加大对主要新型传染病的投入和防治力度，处理好突发性公共卫生事件。针对流动人口的卫生问题，要采取逐步将其纳入所在社区管理与服务的新机制。要动员社会力量和公民个人参与公共卫生建设。绝大多数公共卫生问题与居民的认识与行为密切相关，通过公共参与，不仅可以扩大公共卫生资源，而且可以在参与过程中进行更有效的健康教育，促进卫生环境建设和公民卫生行为的改变。这是解决疾病负担日益加重、医疗费用居高不下的根本途径。

根据上述思路，我们认为应当把解决导致医疗费用急剧上升的不合理因素作为突破口。具体建议如下。

第一，逐步实行医药分家，彻底切断医生收入与其处方量之间的经济利益联系。医疗费用过高，其实核心部分是**药价贵**。而药品价格是由研发费用，生产成本，流通费用，转嫁到药品上的医务人员收入，医疗机构和医药流通企业有关人员的回扣，制药企业、流通企业、医疗机构的利润等六部分组成。目前我国药品价格中占大头的是后三项，分别对应的是以药养医、商业贿赂和行业暴利等问题。丰雷、孙林岩：《医药分家问题综论》，《经济管理》2006年第6期。因此，降低医疗费用除了整顿药品生产流通领域外，还要解决以药养医问题。要从根本上解决以药养医现象，就必须切断医生收入与其处方量之间的联系，要实行医药分家，即医院只管看病，提供医疗服务；医院的药房统一由医药公司接管，医药公司直接进行药品的零售。目前在医疗卫生市场上，医院对患者和药品生产流通企业来讲，都处于双头垄断地位。一方面医院可以用患者代表的身份，向药品市场上采购药品，至于采购药品的品种和数量，都完全由医院来决定。另一方面，作为患者的代理人，医院利用其专业性完全垄断消费者的用药自主权。而医药分家正是打破这双重垄断的有效途径，它可以使医院从药品销售环节中退出，使药品流通领域真正实现充分竞争，这样患者可以买到质优价廉的药品，各种医疗回扣也没有了滋生的土壤。医疗服务市场作为一个不完全竞争市场，片面强调其福利性或者强调其市场竞争，都是不利的。因此要实行政府指导价和市场调节价相结合的原则。应当出台新的医疗收费标准，适当提高医院的服务费、处方费、手术费以及护理费等，使医务人员付出的劳务和技术价值得到真正体现，从而弱化医院药品收入对医院的补偿功能。同时加强对医疗机构各项收费的监管和监督检查，规范医疗市场秩序。

第二，改革医院管理体制，正确定位营利性医院和非营利性医院。我国目前90%的医院都是公立医院，即非营利医院。但是从经济发展和医疗供需的角度看，单一的公立医院已经不适应形势的发展，而且国家也没有足够的财力将所有医院包下来。因此，必须将医院分类经营，分为营利性医院和非营利性医院，目的在于形成医院之间的竞争，促使医疗机构提高效率，降低医疗费用，同时“用低廉的费用为广大人民提供优质的医疗服务”。值得注意的是，分类标准不能简单按照医院的所有制状况来界定属于营利性还是非营利性，而应该根据医疗机构的经

营目的、服务任务等来划定。非营利性医院主要承担公共卫生和基本医疗服务，可以由政府直接举办，也可以引入其他非政府组织举办。如果由政府举办，则要纳入政府预算，实行统收统支；如果由非政府组织举办，则要加大税收优惠支持力度，并且加强政府的监管。而作为营利性医院，则可以引入竞争机制，以形成医院之间、医生之间的竞争，通过竞争来提高医院的服务水平，迫使医院合理用药，提供质优价廉的医疗服务。政府只对医院和医务人员的资质条件、服务价格、服务质量等实行监管。

第三，加快医药产品生产流通体制改革，加大政府对药品定价的监管力度，将药品集中采购作为药品供应的主渠道。政府应严格控制药品生产企业和药品种类的审批。目前我国有 5000 多家药品生产企业，还有 1 万多家药品流通企业，医药市场重复现象严重，且效率低下。因此，政府应该按照 GMP（药品生产质量管理规范）和 GSP（药品经营质量管理规范）标准，淘汰一批生产条件和资质不合格的药品企业，形成几个较大的药品生产集团，这样可以节省政府管理成本。要加强药品的成本审核，对药品进行科学定价。药品定价的虚高是医疗费用过快上涨的源头，因此应该由物价部门在弄清药品的生产成本后，经过专家评议和行业评审制度，确定适合市场供求、老百姓消费水平的批发和零售价格，定期公布药品生产的社会平均成本，并在必要时通过公众听证会来确定特定药品的价格。应该将政府集中招标采购作为向医院、药店供应药品的主渠道。药品集中招标采购，是指由医疗机构向集中采购机关提出用药目录，由集中采购机关向厂家、药品经销部门发出通知，在规定的地点、地点进行公开招标，按照质量好、价格低的原则确定中标单位，然后供需双方在有关部门监督下签订购销合同的一种采购方式。应该扩大招标药品的范围，将政府能够采购到的药品全部纳入招标范围，从而减少药品的流通环节，降低人民群众的医疗负担。要坚决查处涉及卫生行业的商业贿赂行为，建立健全治理医药购销领域商业贿赂的长效机制，完善管理制度，创新医疗机构监督机制。

第四，严格控制大型医疗设备的购置和使用。高新技术的发展促进了医学的进步，挽救了病人的生命，延缓其死亡的进程。但是“医疗设备行业开发新的医疗卫生技术的能力大大高于购买者对这些能力的临床应用价值以及这种创新技术的成本效益的估价”。世界银行：《1993 年世界发展报告：投资于健康》，中国财政经济出版社，1993。美国一项研究表明，至少有 20% 的临床检查属于没有必要，另一项对某医院的调查认为 47% 的临床检查可以取消，并且不会影响医疗质量。乌日图：《医疗保障国际比较》，化学工业出版社，2003。。国际上很多国家的政府都采取一些措施，控制大型医疗设备的使用，比如美国 1976 年通过了《食品、药品、化妆品修正案》，赋予食品药品监督管理局对医疗设备进行审查和批准的权力，后来又实行《设备需求证书法案》，规定凡是超过 10 万美元以上的医疗设备，购买时必须经过卫生主管部门的审批。政府应当鼓励发展适用性医疗设备，控制大型医疗设备的运用，将卫生投入向提供公共卫生和基本医疗服务所需的卫生设备倾斜；探索现有设备的新用途以提高其使用效率；对医疗机构采购各类昂贵的医用设备进行严格审批。

第五，加强对医患双方不合理费用的控制。医疗保障制度作为控制医疗费用上涨的有效途径，主要体现在对医疗服务的供需双方的控制上。一方面，要体现对医疗服务提供者的控制，这是难点和焦点。国外积累了丰富的经验，值得借鉴，同时要探索适合我国国情的支付方式和管理方式。另一方面，要体现对医疗服务需求方的控制。我国计划经济时期建立起来的公费医疗和劳保医疗制度，缺乏对

需方的费用制约机制，造成卫生资源的大量浪费。因此，在医疗费用的需方控制上，首先要把道德风险较高的项目放在医疗保险责任之外，将社会医疗保险定位于基本医疗，而商业医疗保险则定位于大病医疗。逐步实行费用后付制，患者需要自己先垫付医疗费，这样患者就会有所顾虑，考虑自己的医疗费是否能够报销，从而会减少医疗资源的浪费。

第六，加快建立和完善我国城乡初级卫生健康服务体系。目前，我国社区医疗卫生服务严重滞后，各种疾病的防治、诊断以及康复等工作都由各级医院承担，城镇居民无论大小病，也都往大医院跑，这就造成医疗资源的过分集中和相对垄断，为医疗费用的过快上涨提供了滋生的土壤。社区卫生服务体系应具有广泛性、便捷性的特点，它集医疗、预防、保健、康复、健康咨询为一体，可以把很多常见病、多发病遏制在基层，既能分流大医院的就医压力，也能降低医疗成本，减轻患者负担，从而避免医疗资源的浪费。在完善我国社区医疗卫生服务体系的过程中，最重要的是要明确社区卫生服务中心和医院各自的功能和服务范围，严格限定各自的职能，形成合理的二级医疗卫生服务体系。乡村两级卫生服务体系是我国初级卫生健康服务体系的基础，尤其应当受到各级政府的重视。应当加大投入力度，并鼓励地方探索适合新形势要求的乡村卫生发展之路。（王延中 王文清）

第三篇 城镇职工基本医疗保险制度的发展

1998 年底国务院颁布了《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》，标志着中国选择了社会医疗保险，为城镇职工提供基本的医疗保障。城镇职工基本医疗保险将医疗保险的目标人群界定在城镇里的有单位的工作人员，这样的界定，具有明显的二元经济色彩，同时，可以看到明显的计划经济印记。而这些特征的存在，反复提示我们，中国城镇职工基本医疗保险制度的形成和发展，离不开中国社会经济发展的大环境，离不开中国的国情。研究中国城镇职工基本医疗保险制度的发展，必须坚持历史的、发展的观点，只有尊重历史、坚持创新才能够不断推进研究进入更加深入、多维、广角的境界。

一、城镇职工医疗保险制度的形成

改革以来城镇职工基本医疗保险制度的发展迄今经历了四个阶段。

（一）“两江”改革试点（1994~1996）。

1994 年，开始“两江”试点。按照党的十四届三中全会决定要求，国务院决定在江苏省镇江市、江西省九江市进行社会统筹与个人账户相结合的社会医疗保险制度的试点，为全国医疗保险制度改革探索路子。

1994 年年初，当时的国务委员彭佩云同志率劳动、卫生等部门有关人员视察镇江、九江两市，对医疗制度改革进行了部署。随后，劳动部、卫生部、国家体改委、国家计委、财政部等部门分别组成镇江市和九江市联络小组，赴两市协助改革试点准备工作。1994 年 4 月 14 日，国家体改委、财政部、劳动部、卫生部向江苏、江西省人民政府印发了《关于职工医疗制度改革的试点意见》。之后，镇江市出台了《镇江市职工医疗制度改革实施方案》，九江市出台了《九江市职工医疗社会保险暂行规定》。1994 年 11 月 18 日国务院予以批复，1994 年 12 月开始实施。

“两江”试点的核心是探索“统账结合”的社会保险制度，重点解决单位和

个人的缴费责任和缴费比例，建立社会统筹医疗基金和职工个人医疗账户，以及设定医疗保险的保障范围和职工的待遇水平；探索定点医疗机构的管理机制，通过支付机制的建立，规范供方服务行为；从制度层面防范逆向选择和道德风险。

（二）扩大改革试点（1996~1998）。

1996年，国务院决定，在“两江”试点的基础上，扩大改革试点。1996年4月国务院办公厅在镇江召开“全国职工医疗保障制度改革扩大试点工作会议”，会上，传达、部署了国务院批准的《职工医疗保障制度改革扩大试点意见》，之后，全国29个省、市、自治区的58个城市申请参加试点，有20多个省区的40多个城市的医改方案获准试点。

扩大试点的目的：一是可以在较大的范围内，进一步摸索积累改革经验，进一步完善职工医疗保障改革方案，以便为在全国推行新型的职工医疗保险制度打下坚实的基础。二是通过扩大试点，可以使各省、自治区、直辖市取得医疗保障制度改革的经验，为在全国推行职工医疗保障制度改革进行必要的实践准备。

在“两江”试点的基础之上，各地的探索为实现改革的目标，做了大量有益的探索。由国务院办公厅转发的国家体改委、财政部、劳动部、卫生部《关于职工医疗保障制度改革扩大试点的意见》规定，职工医疗保障制度改革的目标是“适应社会主义市场经济体制和提高职工健康水平的要求，建立社会统筹医疗基金与个人医疗账户相结合的社会医疗保险制度，并使之逐步覆盖城镇全体劳动者。”

各地的试点，在中央的指导下，坚持如下原则。

（1）为城镇全体劳动者提供基本医疗保障，以利于形成比较完善的社会保障体系。

（2）基本医疗保障的水平与方式要与我国的社会生产力发展水平以及各方面的承受能力相适应，国家、单位和职工三方合理负担医疗费用。

（3）公平与效率相结合，职工享受的基本医疗保障待遇要与个人对社会的贡献适当挂钩，以利于调动职工的积极性。

（4）职工医疗保障制度的改革要有利于减轻企事业单位的社会负担，有利于转换国有企业经营机制，建立现代企业制度。

（5）建立对医患双方的制约机制，促进医疗机构深化改革，加强内部管理，提高医疗服务质量和工作效率，遏制浪费，同时建立健全对医疗机构合理的补偿机制。

（6）推进区域卫生规划，有计划、有步骤地推进企事业单位医疗机构的社会化，逐步实现医疗资源的优化配置与合理利用。

（7）公费、劳保医疗制度要按照统一的制度和政策同步改革，职工医疗保险基金的筹集方式与基本结构要统一，基金使用可以分别管理，独立核算。

（8）实行政事分开。政府主管部门制定政策、规章、标准；职工医疗保险基金的收缴、给付和营运等由相对独立的社会保险事业机构承担，加强管理和监督，保证资金的合理使用。

（9）对职工医疗保险基金实行预算内管理，专款专用，不得挤占和挪用，也不得用于平衡财政预算。

（10）职工医疗保险管理实行属地原则，中央和省（自治区、直辖市）两级机关和所属企业、事业单位要参加所在地的社会保险，执行当地统一的缴费标准和改革方案。

事实证明，上述原则的确立，奠定了城镇职工基本医疗保险制度的基石。

（三）建立城镇职工基本医疗保险制度（1998）。

1998年，开始全面推进建立城镇职工基本医疗保险制度。国务院颁布《关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》（国发〔1998〕44号），要求在全国范围内建立与社会主义初级阶段生产力水平相适应的、覆盖全体城镇职工的、社会统筹和个人账户相结合的基本医疗保险制度，标志着中国医疗保险制度改革的基本目标、基本原则和主要政策已经确定。

现在人们评价城镇职工基本医疗保险制度时，会有这样或那样的评述。但是，当我们重新审视我们从公费、劳保医疗制度走出来所做的艰难选择时，我们又不幸当年改革者的睿智。

1. 为职工提供更加有效的制度保障是建立社会医疗保险的初衷。

一个时期以来，有些人一直对公费和劳保医疗制度大唱赞歌。诚然，公费和劳保医疗制度在历史上，曾经为中国的劳动者提供了医疗保障。但是，建立在单位保障基础之上的公费和劳保医疗，随着我国市场经济体制的形成和发展，凸显其制度设计的局限。由于覆盖面窄、基金互济能力差，这种制度安排抗风险能力脆弱十分明显。改革之前，医疗保险待遇在不同地区、不同所有制、不同行业 and 不同单位之间的差异很大，苦乐不均，很多人的医疗保障名存实亡。职工的一场大病可以导致企业破产；更多的人有公费或劳保医疗，但是，医疗费用长期得不到报销。职工因看不起病，医疗费用得不到报销而找单位、找政府、上访、告状的事件频繁发生。

2. 建立可持续的医疗保障制度是城镇职工医疗保险制度改革的重要目标。

在人口老龄化、人类疾病谱的变化和新药、高新技术检查设施层出不穷的发展环境之中，医疗费用上涨是不可避免的趋势。有限的资源与无限的需求的矛盾非常突出，处理不好就会引发经济、社会甚至政治风险的发生。1998年以前的形势，迫使我们寻求可持续的发展道路。据1997年统计，全国职工医疗费用为773.7亿元，比改革初期的1978年增加了28倍，年递增19%；而同期财政收入增加了6.6倍，年递增11%。此时，我们实行的是以单位为依托的高福利公费、劳保医疗制度，单位资源严重匮乏，又要承担无限责任，对费用控制既没有制度优势，也缺乏有效的政策约束。支付不足成为公费、劳保医疗的普遍问题。单位拖欠职工医疗费，职工医疗费数年得不到报销的现象引发职工的极大不满。

因此，寻求可持续的发展道路成为改革的重要任务目标。

（四）三改并举（2000年以来）。

2000年开始同步推进医疗保险、医疗卫生体制和药品流通体制改革，重点解决医疗卫生服务和医疗保障制度改革中面临的体制性障碍。

2000年7月，国务院召开上海会议，第一次提出“三改并举”的改革思路，要求同步推进城镇职工基本医疗保险制度、医疗卫生体制改革和药品流通体制三项改革。2001年7月，国务院又召开了青岛会议，再次讨论三项改革问题。但是，同步改革的思路，因为政府换届而搁置。城镇职工基本医疗保险制度的发展因为孤军深入，而困难重重。

但是，经过十余年的奋斗，城镇职工基本医疗保险作为一种保障制度已经建立起来，制度的基本框架已经形成，逐渐完善，发挥着重要作用。主要包括以下几点。

1. 城镇职工基本医疗保险的实施范围和统筹层次。

城镇职工基本医疗保险的实施范围是城镇所有的用人单位（包括各类机关企事业单位和民办非企业单位）及其职工和退休人员，在政策规定上，城镇灵活就业人员和农民工也在制度覆盖范畴。基本医疗保险原则上以地级城市为统筹单

位，也允许以县为统筹单位。中央、省属单位都要按照属地管理原则参加统筹地区的基本医疗保险，执行当地的统一制度和政策。

2. 基本医疗保险缴费。

基本医疗保险费用由用人单位和个人共同缴纳。用人单位缴费水平按照当地工资总额的6%左右确定，个人缴费水平为本人工资的2%。具体到各个统筹地区，则由当地政府根据各方面实际负担能力、经济发展水平和医疗消费水平确定。

3. 医疗保险统筹基金和个人账户。

按照统账结合的制度模式，基本医疗保险基金分为统筹基金和个人账户两个部分。个人账户的资金来源于两个部分：一部分是个人缴纳的本人工资的2%全部计入个人账户；另一部分是单位缴费的30%左右划入个人账户，具体划入方法由统筹地区在考虑疾病支出风险的基础上确定。个人账户主要支付门诊（小额）医疗费用，归个人使用，可以结转和继承。统筹基金主要支付住院（大额）医疗费用，由社会保险经办机构统筹调剂使用。统筹基金支付的起付标准为当地职工年平均工资的10%左右，超过起付标准以上的费用由统筹基金按一定比例支付，在一个年度内支付的最高限额，一般控制在当地职工年平均工资的4倍左右。超过封顶线以上的费用，通过实行职工大额医疗费用补助、公务员医疗补助、企业补充医疗保险、社会医疗救助和商业医疗保险等途径解决。

4. 医疗服务管理机制。

基本医疗保险的医疗服务管理，主要是对医疗服务范围、医疗服务机构和医疗费用结算的管理。

(1) 基本医疗保险医疗服务范围的管理，包括用药、诊疗项目和医疗服务设施等。

(2) 对提供医疗保险服务的医药机构实行定点管理。对为医疗保险参保人员提供医疗服务的医药机构实行定点资格审定，参保人员按规定在取得定点资格的医药机构就医购药，医疗保险经办机构与定点医药机构签订协议。

(3) 医疗保险费用的结算管理。医疗保险经办机构按协议规定的结算方式与参保人员和医疗机构结算医疗费用。结算方式包括按项目付费、按住院床日付费、按就诊（住院）次均付费、按病种付费等多种形式。

5. 国家公务员医疗补助和职工大额医疗费用补助。

为了保证国家公务员原有的医疗待遇，在国家公务员参加基本医疗保险的同时，根据公费医疗实际支出和基本医疗保险筹资水平筹集医疗补助经费，列入财政预算，按一定比例补助公务员封顶线以上医疗费用、个人自付医疗费用和医疗照顾对象享受照顾发生的费用。对不享受公务员医疗补助的职工，实行大额医疗费用补助，主要解决职工发生在基本医疗保险封顶线以上的医疗费用。企业还可以为职工建立补充医疗保险，所需经费在工资总额4%之内的部分可以进成本。

6. 有关人员的医疗保障政策。

(1) 离休干部、老红军，二等乙级以上革命伤残军人的原待遇不变。

(2) 退休人员参加基本医疗保险，享受三方面照顾：个人不缴费，个人账户比在职职工多计入，统筹基金支付范围内个人自付比例比在职职工低。

(3) 下岗职工以当地职工平均工资的60%为基数按当地缴费率由再就业服务中心代缴，包括单位缴费和个人缴费两部分。

(4) 灵活就业人员可以不建个人账户，相应医疗保险由个人缴费，享受统筹基金支付待遇。

(5) 农村进城务工人员按照“低费率、保大病、保当期”的办法参加医疗保

险。

城镇职工基本医疗保险制度的建立，标志着我国医疗保障制度的重大变革，基本完成了从公费、劳保医疗福利保障制度到社会保险制度的历史性转变。截止到 2006 年 6 月，参保人数达到 14527 万人，其中：在职人员 10587 万人，退休人员 3940 万人。原公费、劳保医疗覆盖人员中，77%的企业职工和退休人员、85%的机关事业单位职工和退休人员参加了医疗保险。

二 医疗卫生发展危机与发展医疗保障制度

中国城镇职工医疗保险制度的发展，根源于中国社会经济和政治制度的演变。对于卫生发展形势的分析，更加有助于我们分析判断城镇职工医疗保险制度发展的趋势。

（一）医疗卫生发展危机。

中国医疗卫生发展面临危机是个不争的事实。医疗卫生危机是社会经济长期发展不平衡的结果。“看病难、看病贵”是医疗卫生发展危机的表现形式，问题的核心原因是政府公共服务职能的缺位，表现为社会医疗保障制度的缺失和医疗卫生服务效率的低下。

1. 收入差距扩大和再分配制度缺失与“看病难、看病贵”。

20 世纪 90 年代以来，我国贫富分化迅速扩大，反映社会分配不公平性程度的基尼系数，在 2000 年为 0.437（世界银行），到 2005 年更达到了 0.45（联合国计划发展署），如果加上各种非法收入、非正规收入，中国的基尼系数高达 0.49。中国的分配不公已经超过了国际警戒线。在这种情况下，显然会有一部分贫困人口没钱看病。

在贫富分化迅速加大的背景下，我们在很长时间内却忽视了社会保障制度的建设，社会再分配的功能未能有效地发挥作用。中国从计划经济向市场经济转型过程中，一方面，人们从原来的国有企事业单位走向市场竞争的时候面临的经济风险加大，另一方面，由于财政制度、人事制度，以及政府机构的改革，原有的社会保障体系逐渐瓦解。在医疗卫生领域，原来的农村合作医疗迅速解体，劳保制度在大多数企业名存实亡，人们医疗就医的自付比例迅速升高。中国社会的贫富差距迅速扩大，社会医疗保障制度缺失，使得贫困家庭根本无力承担高额的医疗费用。“看病难、看病贵”问题和“因病致贫、因病返贫”交织在一起，使得社会矛盾更加复杂。

2. 公共筹资严重缺位，引发“看病难，看病贵”问题。

我们不能否认占世界 GDP 近 10%的医疗卫生事业是国民经济中重要的产业，但是医疗卫生事业的特殊性在于，它同时也是一项公共服务。从卫生服务的经济特征看，它具有某些公共产品的性质，尽管许多医疗卫生服务属于私人产品，但是由于其关系到人们的基本生活，医疗卫生服务具有很大的外部性。如何提供这些服务在社会和政治生活中具有重要意义。因为市场不能有效地提供公共产品和准公共产品，也不能保证公平分配基本的生活资源，越来越多的国家把一些医疗卫生服务纳入公共服务的范围，由政府来提供或购买。公共服务的公共性在于“公共决策”，例如为公众提供哪些医疗卫生服务，提供多少数量等，而形成公共决策的基本条件是“公共筹资”。改革开放以来，我国政府提供卫生公共服务的能力明显减弱了，1980 年以来，我国卫生服务的公共筹资（政府预算加社会支出）迅速减少，尽管 2000 年以后有回升，但是速度非常缓慢。

在忽视卫生事业公共服务性质的同时，我们的医疗机构改革走上了垄断服务、市场筹资的道路。政府授予医疗机构市场垄断权，允许医疗机构向消费者直接收取服务费用，随着政府对医疗机构的投入减少，医疗机构变成了以市场筹资为主的相对独立的经济实体，在生存和发展过程中，医疗机构必须在集团利益和公共利益之间抉择。集团利益衡量指标是产值增长、收入增加，而衡量公共服务的指标则是公平和效率。在公共筹资机制缺失的情况下，具有服务决定权的医疗机构失去了公共服务性质的制约，医疗服务提供追求“高利润、低产出”的高新技术，忽视“低利润、高产出”的基本卫生服务，其结果是卫生总费用迅猛增长，而总体卫生绩效下降。巨大的投入，买来的是“看病难、看病贵”的危机。

（二）医疗卫生发展危机，呼唤建立和完善医疗保障制度。

从老百姓“看病难、看病贵”的感受，到中国卫生体系绩效在世界上的排名，都显示中国的医疗卫生面临发展危机。从深层次看，这个问题背后蕴藏着经济、社会、政治上的风险。“看病难、看病贵”问题不仅是医疗卫生领域的矛盾的集中体现，也是当前改革进入攻坚阶段，社会焦点矛盾的反映。制度性危机，只有通过制度创新才能化解，用改革的思路，解决发展中的问题，才是唯一的出路。

1. “看病难、看病贵”问题引发的经济风险。

2003 年国家卫生服务调查显示，城乡居民的年人均收入不抵一次生病住院费用，在目前医疗保障制度很不完善的情况下，对许多家庭来说，住院就意味着破产；在中国每 13 个人中，就至少有 1 个处于贫困或者贫困的边缘，这其中有 1/4~1/3 跟疾病直接有关；因为无法支付巨额医疗费用而自杀的恶性事件时有报道。20 多年的改革开放政策获取了丰硕的经济成果，大幅度提高了居民生活，让相当一部分城乡居民达到了小康生活，然而病魔可以轻而易举地夺取经济成果，粉碎来之不易的小康生活。社会和谐面临严峻挑战。

如果这些微观经济主体的破产似乎并不影响国民经济的发展，来自宏观经济的数据显示，医疗保障制度缺失是制约内需的重要因素。宏观经济学认为，消费、投资和净出口是拉动经济增长的“三驾马车”，需求不足，消费率低下不利于国民经济的健康发展。近年来，高储蓄率、低消费率成为困扰我国经济发展的重要因素，市场需求不足是造成投资不足、失业率上升的因素之一，同时，也给本来就脆弱的中国金融体系增加了负担，增加了金融风险发生的几率。表 3-1 比较了部分国家的消费率，中国处于较低的水平。最近，对各大城市的居民储蓄动机调查显示，医疗排在重要的地位。2004 年，上海的调查显示，41.8% 认为“养老、医疗、教育”是储蓄的最重要动机；2006 年中国人民银行全国居民储户问卷调查结果显示，教育、养老、购房和预防意外，是前四位的储蓄动机，占了储蓄原因的 56.5%，住房、教育、医疗成为我国居民的“不能承受之重”。另外，由于“看病难、看病贵”造成的人力成本的损失对我国经济的影响更是难以估计。

医疗卫生领域的问题对宏观经济造成的风险不容忽视，“看病难、看病贵”不仅威胁到百姓的生计，也破坏着宏观经济的健康发展。

2. “看病难、看病贵”问题足以激发尖锐的社会矛盾。

首先，“看病难、看病贵”问题势必直接激化医患矛盾，医患矛盾已经成为当前社会矛盾的焦点，医疗纠纷、医疗官司、医疗问题上访频繁发生。有些医患矛盾还可能扩散成为全国性的社会矛盾，例如哈尔滨的天价医疗费用事件。50% 的人患病后不就医，其中绝大多数选择了“自我医疗”，从另一个方面也说明了百姓普遍对这个医疗卫生体系的不信任。显然，这些矛盾不会仅局限于医疗卫生领域，当前全社会对卫生体制的大讨论，矛头直指国家医疗卫生政策的得失和政

府的行政能力。这些问题严重损害了医疗机构、卫生行政部门在人们心目中的形象，造成社会心理失衡，酝酿进一步的社会矛盾。

更为严重的是，多年来弱势人群的医疗保健遭到忽视，在贫困人群中，“看病难、看病贵”问题更为突出。国家卫生服务调查显示，1993~2003年，未就诊、未住院比例跟收入的相关性明显增大（见表3-2）。10年来，“看病难、看病贵”问题加重，主要归因于低收入人群。另外，还有1亿多农民工，他们被排斥在正常的公共卫生服务体系之外，无法获得基本医疗服务和公共卫生服务。人们通常认为，农民工是强壮的劳动力，但是最近湖北进行的一次关于农民工生存状况的调查中，结果发现40%左右的农民工带病上岗，他们几乎无法获得正规治疗，这个人群的“看病难、看病贵”问题可能会成为社会矛盾的一股暗流。

3. “看病难、看病贵”问题可能酝酿政治风险。

诺贝尔经济学奖得主保罗·萨缪尔森说：“时代不同，人民争论福利政策的焦点也不同。过去人们讨论的是所得税、老年人补贴和再分配税收之类。而到了20世纪90年代初，人们则就医疗保健的组织问题展开了持久的争论。”保罗·萨缪尔森：《经济学》（第17版），人民邮电出版社，2004，第324页。随着经济发展、社会进步，医疗卫生事业的政治意义日益突出，医疗卫生领域的危机爆发将威胁经济增长、社会和谐和政治稳定。“看病难、看病贵”问题长期得不到有效解决，不仅引发了人们对国家医疗卫生政策的质疑，也引发了人们对政府执政能力的怀疑、对社会分配政策的不满，甚至对既定的社会发展目标的信念产生了动摇。众所周知，2003年的SARS危机的后果远远超出了医疗卫生领域，对经济、社会、政治造成了重大影响，给政府管理危机的能力敲响了警钟。“看病难、看病贵”问题是一个深刻的社会问题，其造成的冲突没有SARS那么迅速、尖锐，但是这个问题后面蕴藏着汹涌的能量，将会超过SARS危机。

“看病难，看病贵”问题的严重性，要求我们从制度层面有所建树，人们将厚望寄托给正在建设和完善的中国医疗保障制度无可厚非。

（三）医疗保障制度与化解医疗卫生危机。

医疗卫生危机的结果是严重的。很多国家都是通过建立医疗保障制度来化解医疗卫生危机的。

1. 医疗卫生产品属性与医疗保障制度建设。

从根本上说，医疗保障制度的建设是医疗服务特殊性的要求。医疗服务的特殊性主要包括不确定性和信息不对称、外部性和公共产品性质，以及健康的特殊性。

（1）不确定性和信息不对称。经济学家Arrow早在1963年提出，医疗服务行业跟理想的市场模型相比，其特殊性从根本上说是一个信息不完备的问题，主要包括不确定性和信息不对称。因为疾病发生的概率不确定，发生疾病以后的损失不确定，医疗服务的治疗效果不确定，因此个人无法很好地规划将来对医疗服务的需求，转而寻求保险机制。但是，医疗服务市场中，存在医、保、患三方严重的信息不对称，使得保险方将同时面临被保人逆向选择的风险、过度利用医疗服务的道德风险，以及医疗服务提供方诱导需求的风险。信息不完备导致了医疗服务市场失灵很难纠正。以自愿参加为基本原则的商业保险在经营医疗保险时面临巨大风险，无法发展成为解决疾病风险的有效机制。在自由市场条件下，老百姓不得不个人承担疾病带来的医疗费用支出的经济风险，以及疾病导致劳动能力损失造成的经济风险，并且不得不面临医生诱导需求的风险。

在政府干预之下建立医疗保障制度是解决医疗服务市场失灵和医疗保险市

场解体的重要途径。政府干预的关键是建立集中筹资的机制，来承担分散的个人风险。广泛覆盖的医疗保障制度可以利用“大数法则”解决医疗服务的不确定性问题。医疗保障制度可以看作是一种集中购买，集中购买提高了消费者的市场权力，增强了消费者跟医疗服务提供方的议价能力，便于从服务价格和服务质量上对供方进行监督，因此在很大程度上解决了供需双方信息不对称带来的问题，而强制性的医疗保障制度则在很大程度上解决了保险方和参保人信息不对称的问题。因此，强制性的现代医疗保障制度在很大程度上矫正了医疗服务市场的失灵，提高了资源配置的效率。

(2) 外部性和公共产品性质。医疗服务的特殊性还包括外部性和公共产品性质。外部性是指一个经济单位的活动所产生的对其他经济单位有利或有害的影响，并且不能通过市场来弥补这个影响。某些医疗服务具有正的外部性，例如预防接种可以使接种者免于感染传染病，也减少传染病传播的概率。从更深的层次说健康也具有外部性，一般来说健康人的经济活动对整个社会是有益的，而不健康的人参与经济活动的的能力下降或丧失，而且可能要消耗社会保障的资源，所以说健康具有正的外部性。也就是说消费医疗服务维护健康的活动具有正外部性，而且对健康影响越大的医疗服务项目，其外部性越大。

公共产品的性质是比外部性更为严格的一种定义。公共产品的基本特征是：非排斥性和非竞争性。非排斥性是指一旦它被提供给某些社会成员，就使得排除他人的消费成为不可能或无效率，非排斥性也可以归结为一种外部性。非竞争性是指该产品的生产成本全部是固定的，其边际的生产成本为零。也就是说，非竞争性的产品存在无限的规模经济，在一个市场中往往只允许一个提供者而无竞争对手，例如城市自来水网络等。因为公共产品具有无限的规模经济，所以它处于自然垄断地位，市场中仅存在一个提供者的时候才是最有效的，但是公共产品又具有非排斥性，所以这个提供者无法对消费者收取租金。由于以上两个特点的存在，注定了市场无法提供公共产品。在医疗服务市场中仅有少数产品具有公共产品的性质，例如健康宣教画报等。

如果由消费者个人决策购买具有外部性的产品和公共产品的数量，那么就可能人人都希望别人多掏钱消费这类服务，让自己可以免费享受别人这些商品的外溢的利益，而自己则尽可能少消费这类商品，这就是所谓的“搭便车”的现象。如果由自由市场提供这类产品，就会出现提供不足和使用不足的现象。外部性越大，消费不足的现象就越严重，社会福利的损失也就越大。根据世界各国的经验和世界卫生组织的忠告，我们知道初级卫生保健对人群健康的影响最大，这就是大多数国家的医疗保障制度首先覆盖这些服务项目的原因。

(3) 健康效用的特殊性和健康公平。卫生经济学的创始人格罗斯曼指出，人们利用医疗服务不是为了享用医疗服务本身，而是为了健康。他认为健康才是人们真正所需求的，而人们对医疗服务的需求仅仅是一种衍生的需求。格罗斯曼对于健康的特殊性做了很好的总结：健康给人快乐，所以健康本身是一种效用品；健康是享用其他商品的前提，因此健康是消费其他任何商品的补充品；健康是从事生产劳动获取收入的基础，因此健康还是一种投资品。

不管对于个人还是对于社会来说，健康水平下降，他们的幸福和经济收入都将大打折扣。健康效用的特殊性，促使人们更加关注健康公平。著名的发展经济学家阿马蒂亚·森对贫困的定义是“缺乏一定的最低限度的能力，来获得争取物质的富裕的机会”阿马蒂亚·森：《以自由看待发展》，中国人民大学出版社，2002，第88页。。从这个角度来看，贫困不是一个收入问题，而是一个能力和机会的问

题。如果没有健康，他就可能减弱或丧失“致富的机会”，也就是陷入了真正的贫困。因此，健康公平跟教育公平一样是一个机会公平问题，政府应该保障为每一个国民维护其基本健康水平的医疗服务，健康公平应该优先于其他领域的公平。

综上所述，无论从公平还是效率的角度出发，建立广泛覆盖的基本医疗保障制度是必要的。医疗服务的特殊性规定了医疗保障制度的许多特征和原则。

医疗服务的特殊性对医疗保障的要求医疗服务特殊性导致的问题解决问题思路不确定性个人无法安排医疗服务的消费广泛覆盖信息不对称医疗服务市场出现供方诱导服务的问题，医疗保险市场出现“逆向选择”和过度利用医疗服务的道德风险强制保险或政府引导外部性，公共产品对社会效益较好的服务项目利用不足，或者市场无法提供政府补助、购买或直接提供健康的特殊性健康是人们的生存和发展的重要条件，没有健康公平就没有其他领域的公平在政府职能中，给予维护健康公平较大的优先权

三 城镇职工医疗保障制度的成长与挑战

（一）扩面迅速与制度目标人群局限。

基本医疗保险覆盖面不断扩大在先行试点的基础上，中国政府于 1998 年颁布《关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》（国发〔1998〕44 号），在全国推进了城镇职工基本医疗保险制度改革。随着全国城镇职工基本医疗保险的逐步推进，基本医疗保险覆盖的范围不断扩大，覆盖的人口也不断增加。根据劳动和社会保障部的最新统计数据，截止到 2006 年 9 月底，全国城镇就业人员总数约为 28263 万人，基本医疗保险参保人数达到 14966 万人。

基本医疗保险参保人数占城镇就业人员的比例从 1998 年的 5% 增长到 2006 年第三季度的 53%。尽管基本医疗保险覆盖人数增长较为迅速，但自 1998 年国务院决定建立城镇职工基本医疗保险制度以来，基本医疗保险覆盖的城镇职工人数直到 2005 年才首次超过一半，这充分说明基本医疗保险的扩面工作还有很长的路要走。

根据 1998 年国务院 44 号文件，基本医疗保险制度的覆盖范围为“城镇所有用人单位，包括企业（国有企业、集体企业、外商投资企业、私营企业等）、机关、事业单位、社会团体、民办非企业单位及其职工”，而“乡镇企业及其职工、城镇个体经济组织业主及其从业人员是否参加基本医疗保险，由各省、自治区、直辖市人民政府决定”。在我国基本医疗保险制度设计之初，基本医疗保险首先是为适应社会主义市场经济体制要求而推出的企业改革配套措施，为原来计划经济体制下参加公费医疗和劳保医疗的正规就业人群所准备的。后来才逐步提出要“坚持以人为本，树立全面、协调、可持续的发展观，促进经济社会和人的全面发展”的原则，把“健全就业、收入分配和社会保障制度”作为完善社会主义市场经济体制的任务之一。基本医疗保险的覆盖人群也随之逐步开始向其他在非正规单位就业的城镇就业人口开放。

在 2003 年 5 月通过《关于城镇灵活就业人员参加基本医疗保险的指导意见》将基本医疗保险的制度覆盖面扩展到“以非全日制、临时性和弹性工作等灵活形式就业的人员”。随后国务院又在 2004 年 9 月的《中国的社会保障状况和政策》白皮书中提出要“将符合条件的城镇各类从业人员逐步纳入基本医疗保险”。在 2006 年 11 月公布的《劳动和社会保障事业发展“十一五”规划纲要（2006~2010

年)》中则更进一步地提出要建立比较完善的社会保障体系,要“进一步扩大社会保障覆盖范围,基本实现城镇各类就业人员平等享有社会保障”,要“不断完善城镇基本医疗保险政策和管理,建立健全运行保障机制,加快城镇医疗救助制度建设,进一步规范补充医疗保险,构建以基本医疗保险为主体,以保障大病风险为重点,兼顾多层次需求的医疗保障体系,逐步扩大基本医疗保险覆盖范围”。

在政策层面不断扩大完善职工基本医疗保险制度的覆盖范围,为基本医疗保险扩面带来更大的挑战。各地医疗保险经办机构在当前扩面工作中,除了要进一步做好灵活就业人员参保的工作外,还要采取积极措施,大力推进混合所有制和非公有制经济组织从业人员的参保工作,逐步解决国有困难企业职工参加基本医疗保险的问题。同时,还要继续推进农民工参加基本医疗保险的专项扩面行动,在农民工人数较多的统筹地区,特别是省会城市、副省级城市和计划单列市等大城市,积极探索出台农民工医疗保险办法,进一步扩大基本医疗保险的覆盖面。此外,有些地方已经着手探索将基本医疗保险向城镇职工家属和其他非就业人群的扩展,以实现“城镇职工基本医疗保险”向“城镇居民基本医疗保险”的转换。

另外,人口老龄化为城镇职工基本医疗保险带来新的问题与挑战。在基本医疗保险的参保人群中,尽管离退休人群所占的比重仍在进一步上升,但就全国而言,在职职工所占的比重仍然超过70%(见图3-3)。但值得注意的是,随着我国人口老龄化进程的进一步加快,离退休人员所占的比重必将进一步升高。根据2000年第五次全国人口普查的结果,我国65岁及以上人口已达到8811万人,占总人口的6.96%。开始进入人口老龄化社会。已经进入老龄化社会的日本的经验是:1997年占人口18.5%的65岁以上老人,医疗费用占医疗总费用的51.1%,每人医疗卫生支出是0~64岁年龄组的5倍。

随着人口的进一步老龄化,我国基本医疗保险的负担将进一步加重。如何在新的形势下发展基本医疗保险,扩大基本医疗保险的覆盖面,加强基本的抗风险能力,以应对即将到来的老龄化危机,需要我们进行深入的研究。

(二) 参保人支付能力的提高和“看病难、看病贵”问题。

参保人对门诊服务和住院服务的使用率都明显高于城镇非参保人,尤其是住院率的差异,前者是后者的2倍,并且前者的次均门诊费用和次均住院费用也比后者高50%左右。这说明医疗保险制度提高了参保人群的支付能力,使他们获得了更多的医疗服务。当然,关于参保人较强的支付能力,也应该考虑到他们相对于非参保人来说,有较高的经济地位。

但是,即使在参保人群中,应就诊未就诊比例和应住院未住院比例仍然较高,特别是应就诊未就诊比例仅略低于非参保人。然而,如果分析应就诊未就诊和应住院未住院的原因,就会发现差异。在城镇非参保人群中,经济原因占了应就诊未就诊原因的54.3%,而在参保人群中,经济原因仅占了应就诊未就诊原因的15%。这说明,非参保人应就诊而未就诊,主要是“看病贵”的问题,而参保人应就诊而未就诊则是因为“看病难”的问题。在非参保人群中,经济原因占了应住院未住院原因的63%,而在参保人群中这个比例也达到了48%。以上说明,尽管目前医疗保险住院费用的报销比例已经达到65%,但是“看病贵”仍然使得10%的应住院的参保人无法住院,另有12%的应住院参保人则因为“看病难”放弃了住院。

从目前的数据来看,医疗保险制度在门诊方面应该重点解决“看病难”问题,在住院方面应该重点解决“看病贵”问题。这个问题的解决取决于医疗服务模式的转变。医疗保险机构应该凭借本身所具有的强大的购买力引导医疗服务模式的

转变。在门诊方面主要是推动社区卫生服务的发展，建立经济、便利就诊体系，并且可以进一步引导管理保健模式的开展，促使医疗服务从“坐堂行医”向主动服务转变。在住院方面主要是推行按病种支付的结算方式，控制住院费用。

（三）基金大量结余与使用效率低下问题共存。

自 1998 年城镇职工医疗保障制度正式建立以来，从全国来说，医疗保险基金每年都有结余，并且 2001 年以来，基金的累计结余已经超过了基金的当年支出。到 2005 年底基金累计结余达到 1278 亿元，而当年基金支出也仅为 1079 亿元。如果扣除个人账户的结余额，2005 年底统筹基金累计结余为 750 亿元，而当年的统筹基金支出为 615 亿元。也就是说，统筹基金即使没有收入，也已经足够 14 个月的支付，这显然跟“收支平衡、略有结余”的统筹基金管理原则有出入。

统筹基金的大量结余在医疗保险制度建立的初期有利于维护制度的稳定性，但是长此以往，就会损害参保人的利益，降低基金使用效率。因为统筹基金的大量结余是以参保人待遇的降低为代价的。目前统筹基金大量结余的原因，一方面是因为某些破产企业为其职工一次性囤缴了多年（一般是 10 年）的保费，另一方面则是由于各统筹地区的规模较小，许多县区级统筹仅覆盖几万人，在风险池过小的情况下，为了避免出险，医疗保险管理机构不得不加大结余水平。从目前情况来看，后一个原因是基金结余过多的主要原因。因此，提高统筹层次或者建立地区间的风险调剂基金，是解决基金大量结余和使用效率低下问题共存的关键措施。

（四）完善医疗保险个人账户的问题。

1994 年底开始试点的城镇职工医疗保险制度的最显著的制度特点是引入了个人账户，形成了“统账结合”的模式。设计个人账户的初衷是增加参保人的费用意识，抑制参保人过度利用医疗服务的行为，从而控制医疗费用。在我国引入个人账户的另外一个重要原因，是为了顺利从原来高福利的公费劳保体系向以住院待遇为主的保险制度过渡，通过个人账户的建立给职工的门诊费用一定的补助。

然而，医疗个人账户在理论上受到了质疑。首先，医疗服务市场存在严重的信息不对称，在没有限制的医疗服务市场中，供方起主导作用，他们在很大程度上决定了医疗服务的价格和服务量，个人账户只能控制需方的“道德风险”，而无法控制供方的诱导作用，因此个人账户是否能够控制医疗费用还值得怀疑。其次，个人账户增强了需方自由选择的权利，但是同时增加了需方的医疗风险，由于需方的健康状况和经济能力差异很大，个人账户可能抑制部分人群对基本医疗服务的需求，从而导致了医疗服务利用的不公平和健康的不公平。另外，对于个人账户的积累作用也存在反对意见，因为在个人账户积累的同时，减弱了统筹基金代际转移的能力，使得统筹基金当前的支付能力下降；结果是，一方面个人账户为未来积累了资金，另一方面统筹基金当前出现支付危机，降低了整个医疗保险基金的使用效率。

我国和新加坡医疗在个人账户实践中，基本上支持以上对个人账户的质疑。

为了促进医疗保险覆盖面的扩大，许多地区允许困难企业和灵活就业人员参保不建立个人账户，而单建大病统筹。随着医疗保险制度向城镇居民扩面，单建大病统筹的参保人的比例会逐渐增加。“统账结合”模式的未来走向还存在一定争议，是淡化个人账户，建立大病保险为主的保险模式，还是建立门诊住院都由统筹基金支付的保险模式？也许一个可行的途径是尊重参保人的个人选择，把个

个人账户变成自愿选择而不是强制性规定，这样参保人既可以选择“统账结合”模式，也可以选择“单建统筹”的模式。如果允许参保人用个人账户购买门诊保险，那么实际上就形成了统筹支付覆盖门诊和住院的保险模式。

四、中国社会医疗保险制度的展望

中国城镇职工基本医疗保险制度是中国医疗保障制度的重要组成部分，它的发展与中国医疗保障制度的未来走势息息相关。

(一) 呼唤中国的“贝弗里奇报告”，明确我国的社会保障建设的基本理念。

60年前，英国正处于“最残酷、最全面、最关键”的战争期间，贝弗里奇爵士为英国设计了一整套“从摇篮到坟墓”的社会保障制度，被称为福利国家的蓝图。“贝弗里奇报告”拉开了福利国家建设的序幕，对战后的资本主义世界的社会结构重建、政府职能转变影响深远。尽管，“贝弗里奇报告”中许多关于社会保障制度的设计在后来的实践中作了很大改变，但是它清晰的发展理念，永远闪烁着建立公平和谐社会的智慧、勇气和悲悯之心。

20多年前，深受贫困之苦的中国选择了“以经济建设为中心”的发展战略，但是经济增长的成就并没有及时带动社会的进步。表现在医疗卫生领域，就是医疗费用的高投入，并没有带来卫生系统绩效的改善。深受各种社会矛盾困扰的中国，同样也需要一份“贝弗里奇报告”，为中国的社会保障发展提出全面的清晰的蓝图。“贝弗里奇报告”中提出的以下几点重要理念，对当前中国的社会保障制度具有重要的启示作用。

1. 社会保障制度的根本目标是确保每一个公民在任何情况下都不会陷入生活困境。

贝弗里奇在测算基本生活需求标准的时候，始终坚持“让最困难的人过上正常的生活”这一条标准。进入21世纪以来，党和政府领导人反复强调建设和谐社会理念，在建设和谐社会的过程中，我们要通过公共服务，让先富起来的人帮助贫困的人过上正常的生活，在制定有关社会保障政策的时候，应该把注意力集中于“社会底层”的人们的生活水平，为他们提供社会安全网。

2. 经济和财政困难并不是推迟全民社会保障制度建设的理由。

“贝弗里奇报告”出台后，许多人以国家财政困难为理由，无限期推迟社会保障制度的建设。贝弗里奇以三条理由进行反驳：①社会保障制度是以缴费为前提的，并不是来自政府的“免费午餐”，因此对国家财政的压力有限。②社会保障主要是一种收入再分配方法，以便先满足最紧迫的需要，以便尽可能合理地利用资源。因此，从总体上看，即使资源不足以保持满意的生活标准，社会保障也是物有所值。③社会保障制度下，全国人民万众一心把人们从基本物质需要得不到满足的窘境中解脱出来，能够增强社会凝聚力，激励人们为美好的生活而奋斗。

3. 尽量扩大社会保险制度的覆盖范围，减少社会救济的范围。

社会保险制度是权利和义务的统一，加入社会保险是以缴费为条件，享受社会保险待遇只跟风险事件是否发生有关，而跟参保人的经济条件没有关系。社会救济可能鼓励滋长不劳而获的思想，经济调查增加了管理成本，并且有损社会救济接受者的自尊。社会救济的财政约束较软，政府有可能为了减少财政支出而缩小救济范围，降低救济水平，最后导致社会救济制度破绽百出。而社会保险具有明确的社会契约关系，其待遇具有刚性，基金独立运行，能够保证制度的正常运行。

4. 社会保障制度的重新规划需要一个跨部门的协调委员会来完成。

社会保障制度建设是一个复杂的系统工程，要牵涉到社会各利益集团的利益和政府各部门的利益。在“官本位”思想根深蒂固的中国，更是需要一个超越各级政府各级部门的协调委员会来协调各方的关系，这样才能客观地评价现实情况，设计合理的制度。

社会保障制度是现代工业社会衍生的硕果，是人类社会的伟大发明。不管是老牌的资本主义国家，还是新兴的工业化国家，都在经济起飞阶段逐步建立了社会保障制度。社会保障已经成为现代国家的一项基本职能，是保障社会稳定的“安全阀”。尽管，我国要建立全民覆盖的社会保障制度还面临种种困难，但是我们不能因为面临困难就放弃这个理想。东亚新兴工业化国家的经验告诉我们，在经济起飞阶段，着手建立全民覆盖的社会保障制度对社会发展具有关键性作用。全民覆盖的社会保障制度应该成为我国建设和谐社会的基本指标，成为我国政府职能转变的基本内容，成为我国经济增长的重要目的。

(二) 以筹资模式的转变为突破口，推动管理、服务和就医模式的转变，促进全民健康加大公共投入，建立公共筹资机制是医疗卫生改革的突破口。

公共筹资机制在卫生保健体系中有三个方面的重要意义：一是一种风险共担机制，把疾病的成本在人群中平均分配；二是一种再分配机制，让健康人群为体弱人群承担一部分医疗费用，让富裕人群为贫困人群承担一部分费用；三是卫生服务公共性的体现，有助于对购买卫生服务内容、数量、质量和价格形成公共决策。在我国目前卫生公共筹资机制很不完善，筹资能力低下的情况下，应该注重第三方面的意义。城镇职工基本医疗保险制度的建立，为增加公共投入、建立覆盖城乡居民的医疗保障制度，在公共筹资与公共支出管理方面积累了丰富的实践经验与理论探讨素材，为科学决策、扩大医疗保险覆盖面、加强医疗保险基金管理以及医疗保险经办管理队伍建设等方面作出了突出贡献，为发展具有中国特色的医疗保障制度奠定了制度基础，探索出基本的发展框架。

加大公共投入，建立公共筹资机制可以从两个方面入手：一是直接增加财政投入，在“看病难、看病贵”已经成为社会焦点问题的今天，增加对卫生领域的财政投入已经具有很高的优先权；二是扩大社会保障覆盖面，把城镇职工医疗保险制度的覆盖面扩大到城镇居民，在农村发展新型合作医疗保险。中国百姓无力抵抗疾病风险的严峻现实，要求我们加快制度建设，当前，要在保证职工应保尽保的基础之上，研究解决职工家属参保问题，疾病风险是以家庭为单位承担风险的。新型农村合作医疗已经实现了以家庭为受益单位的机制，城镇职工基本医疗保险制度的发展要在职工家属参保方面有所创新。

公共筹资机制的建立将有助于公共决策的形成，解决医疗服务外部性问题，提高医疗服务利用的合理和公平性。公共筹资机制的建立增强了政府医疗保障管理部门的财力，它代表公众购买医疗服务的时候具有更大的议价能力，对医疗服务的质量具有更大的监督权。因此，公共筹资机制的建立将有助于卫生管理模式从单纯的行政管理向以法律为依据，以经济为杠杆的管理转变。在公共筹资机制基础上形成的公共决策能够更好地决定人群购买哪些服务，购买多少服务，从而促进服务模式的转变，使得医疗服务机构提供的服务跟人群的需求相匹配，解决基本卫生服务提供不足的问题，扭转各级医疗机构以资源扩张为主的服务发展趋势，遏制因费施治服务动机，实现预防为主、防治结合的事业发展方针。公共筹资机制的建立，能够引导公众以更理性的方式利用医疗资源，促进医疗资源的利用效率，形成小病在社区、大病进医院的就医模式。公共筹资机制管理机构的目的

的就是在现有的资源约束下，达到最佳的健康产出，从而使得维护人群健康成为产业发展的核心。

值得一提的是，增加公共投入不等于增加对公立机构的直接投入，并不是强调由公立医疗机构提供服务。国际经验表明，医疗卫生事业的公共服务性质不在于医疗服务提供机构姓“公”还是姓“私”，而是在于筹资的公共性，在于公共筹资基础上形成的购买和消费公共服务的决策的公共性。在关于中国医疗改革成败的讨论中，许多人认为把“看病难、看病贵”问题归咎为“商业化、市场化”倾向。我们认为这种观点有失偏颇，即使在德国、加拿大这样实行了全民医疗保障的国家，其卫生服务主要还是由私人部门根据市场原则来提供的。我们对世界卫生组织 191 个成员国的卫生费用和卫生绩效的分析表明，公共的卫生支出占医疗总支出的比例是影响卫生公平和效率的最重要的影响因素，其次才是 GDP 和卫生总费用。公共支出所占的比例越高，卫生绩效越佳。而医疗服务提供机构中，公立和私立的相对比例却几乎不影响卫生系统的绩效。因此，卫生事业的公共性应该体现在公共筹资、公共购买，而不一定由公立机构提供。

同时，我们并不否认公立医疗机构的责任。由于全民社会医疗保险的建立并非一日之功，为了解决威胁百姓生命财产安全的大病风险，我们建议：建立医疗实物救助制度，公立医疗机构责无旁贷。公立医疗机构之所以姓“公”，是因为其承担了公共医疗服务的最终责任。在社会保险制度覆盖面非常有限的情况下，通过公立医疗机构进行医疗“实物救助”，是解决“看病难、看病贵”问题的权宜之计，在将来社会医疗保险制度覆盖面扩大的时候，公立医疗机构的医疗救助范围可以逐步缩小。公立医疗机构为无力承受巨额医疗费用的病人提供统一的最低标准的免费医疗服务，只有这样才能够有效避免由于巨额医疗费用导致的种种社会悲剧。当然，医疗救助的成本应该由税收承担。即使在经济状况最困难的情况下，为无力支付医疗费用的病人提供最低标准的免费医疗服务也是物有所值，因为毕竟把钱花到了最需要的人身上。

城镇职工基本医疗保险制度的发展必然要面临与其他医疗保障制度板块衔接的问题。当前要特别注意与城镇居民医疗保险制度的衔接，与新型农村合作医疗制度的衔接，与商业医疗保险的衔接，与医疗救助制度的衔接等。只有完成城镇职工医疗保险制度与其他制度安排之间的衔接问题，才能够完成覆盖全民的医疗保障制度建设，才能为全体城乡居民提供可以相互转换的医疗保障，使每一个人、每一个家庭不再因为生病而破产。（关志强 崔斌 董朝晖）

第四篇 新型农村合作医疗制度的建立与发展

新型农村合作医疗制度是由政府组织、引导、支持，农民自愿参加，个人、集体和政府多方筹资，以大病统筹为主的农民医疗互助共济制度，也是中国农村地区医疗保障制度的一种主导类型。自 2002 年中央决定建立新型农村合作医疗制度以来，全国各地陆续开展了这一制度的试点工作。为了更好地总结新型农村合作医疗制度试点工作的经验教训，推动新型农村合作医疗制度的健康发展，中国社会科学院评估组受国家卫生部委托，对新型农村合作医疗制度的试点情况进行了评估。

评估工作采取文献研究与典型调查相结合、定性研究与统计分析相结合的方式进行。评估组成员先后分成 5 个调查组，访问了甘肃、浙江、山东、重庆、河南 5 省（市）的 5 个试点县，直接向农户了解对新型农村合作医疗制度的看法和

意见，回收了 1471 份有效的农户调查问卷。同时，评估组还对 257 个试点县的合作医疗机构发放了调查问卷，收回有效问卷 257 份。在此基础上，评估组和调研组参考国家卫生服务总调查、实地访谈等有关资料，完成了 5 份调研报告、2 份问卷分析报告、1 份技术评估报告和 1 份政策报告。

这次调研的各项工作得到了卫生部各有关司（局）尤其是农村卫生管理司的领导和同志们的大力支持和帮助，卫生部新型农村合作医疗研究中心提供了相关统计数据和资料，实地调研地区卫生系统和各相关部门领导及调查对象对我们的调研给予了极大的帮助和配合。对于上述各项帮助，评估组深表感谢。应当指出的是，由于受水平及时间的限制，我们对各种调研数据和资料的分析还是初步的，有些分析受数据信息不完整、不同年度数据难以一一对应等因素的制约，还不是很精确，目前的观点也只是一个很粗浅的看法，还远不是定论。另外，我们将研究重点从评估过去 3 年来的试点向后延伸了一些内容，即更多地关注目前还存在的“问题”，其目的是为了更好地解决上述“问题”，推进新型农村合作医疗的健康发展和制度建设。但是，这样做可能把已经取得的成效和工作成绩忽略了或者没有说透，对存在的问题可能看得过于严重，甚至有可能把一些短暂的现象看成了比较严重的“问题”。因此，希望专家和在实际部门工作的同志能不吝赐教，以便于我们的评估更客观、更准确、更符合实际，更有利于推进新型农村合作医疗试点的发展。

一、新型农村合作医疗试点工作进展状况

2002 年 10 月，中共中央、国务院作出《关于进一步加强农村卫生工作的决定》。这是新中国第一个关于农村卫生问题的中央文件，确定了农村卫生工作的目标、重点和主要措施。文件明确提出建立和完善新型农村合作医疗制度和农村医疗救助制度，各地要先行试点，总结经验，逐步推广，到 2010 年，新型农村合作医疗制度要基本覆盖全部农村居民。政府对新型农村合作医疗和农村医疗救助给予支持。从 2003 年起，中央财政对中西部地区除市区以外的参加新型农村合作医疗的农民每年按人均 10 元安排合作医疗补助资金，地方财政对参加新型合作医疗的农民补助每年不低于人均 10 元。

根据《中共中央、国务院关于加强农村卫生工作的决定》，国家从 2003 年起进行新型农村合作医疗制度的试点工作。截止到 2003 年 9 月，西部 12 个省（自治区、直辖市）和中部 9 个省的试点县（市、区）参加新型农村合作医疗的农民为 4351 万人，占其农村人口的 74%。国务院确定将浙江、湖北、云南和吉林 4 个省作为试点省，并在其中各选取 1 个县作为全国的试点来抓。随着新型农村合作医疗试点工作的陆续展开，为积极稳妥、扎扎实实地做好试点工作，国务院新型农村合作医疗部际联席会议进行了广泛深入地调研，听取了浙江、湖北、云南和吉林 4 个试点省的情况汇报，召开了专家座谈会，研究拟订了《关于进一步做好新型农村合作医疗试点工作的指导意见》，进一步明确了新型农村合作医疗的性质（互助共济）、原则（坚持自愿参加）、重点（大病统筹）和基金管理等问题。2003 年 12 月，吴仪同志在全国新型农村合作医疗试点工作会议上提出“扎扎实实做好新型农村合作医疗试点工作”的要求。这次会议总结了前期试点工作，要求各地结合实际制订试点方案，下发了《关于进一步做好新型农村合作医疗试点工作的指导意见》，指导下一步的试点工作。

2004 年 10 月，召开了全国新型农村合作医疗试点工作会议。截止到 2004

年6月30日，全国已有30个省、自治区、直辖市先后启动了310个县（市）的新型农村合作医疗试点，覆盖农业人口9504万人，实际参加新型农村合作医疗的农民达到6899万人，参合率为72.6%。其中，中西部22个省（区、市）启动了233个试点县（市），覆盖农业人口为6331万人，实际参加为4524万人，参合率为71.5%。全国共筹集资金30.2亿元，其中，各级财政补助15.01亿元，农民个人缴费10.9亿元，集体和其他渠道支持4.32亿元。中西部地区共筹集资金14.71亿元，其中农民个人缴费5.13亿元，中央财政补助3.93亿元，地方财政补助5.04亿元，其他渠道支持6188万元。一年多来的试点工作取得了初步成效。吴仪同志出席全国新型农村合作医疗试点工作会议并强调要实事求是地认真总结成绩和经验，充分认识存在的问题，把思想统一到中央的要求上来，进一步在实践中合理调整试点工作方案，完善试点的配套政策和措施，积极稳妥地扩大试点，为全面建立新型农村合作医疗制度打下坚实的基础。

根据会议要求，新型农村合作医疗制度试点逐步扩大。到2005年6月，新型农村合作医疗试点在全国21%的县（市、区）顺利推行，有1.63亿农民参加。为了进一步推进新型农村合作医疗制度的健康发展，2005年9月在南昌召开了全国新型农村合作医疗试点工作会议。吴仪同志在会议上强调要切实贯彻落实近期国务院关于加快建立新型农村合作医疗制度的部署和要求，加大力度，加快进度，突破难点，积极推进新型农村合作医疗制度健康发展。明后两年要将试点县（市、区）覆盖面分别扩大到40%和60%左右，同时加大政府对新型农村合作医疗制度的财政支持力度。从2006年起，中央财政对中西部地区参加合作医疗农民的年人均补助提高到20元，地方财政也相应提高补助标准，同时将中西部农业人口占多数的市辖区和东部部分省份困难地区的县（市）纳入中央财政补助范围。

2006年初，根据国务院第101次常务会议和2005年全国新型农村合作医疗试点工作会议精神，卫生部、国家发改委、民政部、财政部、农业部、国家食品药品监督管理局、国家中医药局联合发布《关于加快推进新型农村合作医疗试点工作的通知》（卫农发〔2006〕13号），决定从2006年起，调整相关政策，加大力度，加快进度，扩大新型农村合作医疗试点。2006年，使全国试点县（市、区）数量达到全国县（市、区）总数的40%左右；2007年扩大到60%左右；2008年在全国基本推行；2010年实现新型农村合作医疗制度基本覆盖农村居民的目标。2006年新型农村合作医疗试点明显加快。截止到2006年3月31日，全国开展试点的县（市、区）达到1369个，占全国应开展合作医疗县（市、区）总数的47.8%；覆盖农业人口为4.74亿人，占全国农业户口总人数的53%；参加合作医疗的人口为3.74亿人，参合率为79.1%；不含中央财政补助在内的筹资总额为88亿元，其中来源于地方财政34.9亿元，个人缴费48.11亿元。目前新型农村合作医疗发展的数量已经达到了计划目标。

推进新型农村合作医疗建设工作是党和国家近年来农村工作的一个重点，也是社会主义新农村建设的重要内容。党中央和国务院十分重视新型农村合作医疗试点工作。每年召开的新型农村合作工作会议，事实上都是对这项工作的年度评估，根据会议精神出台的有关政策和文件对这项工作的不断推进发挥了很好的指导作用。我们调查研究的重点不是当年的工作，而是对新型农村合作医疗试点3年来的制度运行情况及其成效得失进行综合测评。希望我们的研究有助于全面认识和评价目前存在的主要问题，促进新型农村合作医疗试点工作更好地发展。

二、新型农村合作医疗制度的主要特点

根据 2002 年 10 月《中共中央、国务院关于加强农村卫生工作的决定》（以下简称《决定》），以及 2003 年 1 月卫生部、财政部和农业部《关于建立新型农村合作医疗制度的意见》（以下简称《意见》）的规定，新型农村合作医疗制度具有以下特点。

新型农村合作医疗在筹资机制、资金管理、组织体系、监督管理等方面具有六个特点。

第一，筹资机制相对完善，明确了个人、集体、政府的筹资责任，加大了政府的支持力度。传统合作医疗遭受挫折的重要原因之一是没有明确筹资标准以及筹资方法。传统合作医疗虽然也采取个人、集体、政府多方筹资的筹资机制，但政府补助资金方面没有明确的标准和具体的实施办法，所以，各级地方政府的资金一般难以落实到位。集体经济原来是合作医疗的主要筹资来源，但农村实行家庭联产承包责任制后，其所能提供的补助资金变得十分有限。结果，合作医疗只能以农民筹资为主，从而影响了农民个人缴费的积极性。而新型农村合作医疗在

新型农村合作医疗制度的主要内容项目主要内容组织体系各级政府负责建立新型农村合作医疗管理体制，包括负责组织、协调、指导的农村合作医疗协调小组、农村合作医疗管理委员会，负责具体业务的农村合作医疗经办机构，以及负责监督的农村合作医疗监督委员会。经办机构的人员和工作经费列入同级财政预算，不得从合作医疗基金中提取。筹资机制实行个人缴费、集体扶持和政府资助相结合的筹资机制。农民个人每年的缴费标准不低于 10 元，乡村集体根据实际情况给予适当扶持，地方财政对参合农民年人均补助不低于 10 元，中央财政对中西部地区除市区以外的参合农民年人均资助 10 元（2006 年财政资助标准提高）。资金管理采取“以收定支，收支平衡，专款专用，专户储存”的原则。合作医疗基金中农民个人缴费及乡村集体的扶持资金，由农村合作医疗管理经办机构负责收缴，存入开设在国有商业银行的合作医疗基金专用账户。地方财政的补助资金，由地方各级财政部门根据参加新型农村合作医疗的实际人数，划拨到合作医疗基金专用账户。中央财政的补助资金，由财政部根据各地区参加新型农村合作医疗的实际人数和资金到位等情况核定，向省级财政划拨。合作医疗基金主要补助参合农民的大额医疗费用或住院医疗费用。如有条件，可实行大额医疗费用补助与小额医疗费用补助结合的办法。监督管理采取组织监督、民主监督、制度监督、审计监督等监管办法。农村合作医疗监督委员会和审计部门定期检查、监督合作医疗基金使用和管理情况。农村合作医疗经办机构定期公示合作医疗基金的具体收支、使用情况，接受参合农民的监督。医疗服务

管理在农村卫生机构中择优选择农村合作医疗的服务机构，并加强监管力度，实行动态管理。完善并落实各种诊疗规范和管理制度，保证服务质量，提高服务效率，控制医疗费用。组织实施各级政府制定新型农村合作医疗的具体方案，并组织实施。资料来源：根据《关于建立新型农村合作医疗制度的意见》整理。

个人、集体、政府的筹资标准以及筹资方法上有明确的规定，尤其是明确了政府对农民的补助标准，制定了各级政府补助资金的拨付程序，在一定程度上保证了政府补助资金的落实到位，使新型农村合作医疗制度获得了财政保障，农民个人缴费有了一定的激励。政府对参合农民的补助，也反映出政府的卫生补助重点从供方转向需方。政府对需方的补助，有利于增加农民对医疗卫生的可及性，促进农民对医疗卫生的利用，同时也为医疗机构带来收益。

第二，突出了以大病统筹为主，共济抗风险能力提高。传统合作医疗采取的是预防保健与门诊医疗相结合，仅在有条件的地方实行住院合作医疗保险的补偿模式。由于筹资区域小、筹资水平低，这种补偿模式帮助农民抵御大病经济风险的能力很低。而新型农村合作医疗制度以保“大病”为主，提高了农民抵御大病经济风险的能力，对有效解决农民因病致贫、因病返贫问题具有重要作用。

第三，提高了统筹层次，扩大了统筹范围，增强了合作医疗的抗风险能力。传统合作医疗制度以乡村为单位统筹合作医疗基金。因为乡村人数少，不能形成具有经济规模的参合人群，筹资水平低，农民看病所支付的医药费用不能通过合作医疗制度得到较多减免，所以，农民抵御疾病风险的能力较低。新型农村合作医疗制度以县为统筹单位，扩大了统筹范围，增加了参合人数，提高了合作医疗基金规模，增强了合作医疗的抗风险能力。

第四，提高了管理层次，加大了政府的管理责任。传统合作医疗实行由乡村管理的办法，而新型农村合作医疗的管理机构设在县及县以上行政部门，管理层次有所提高。并且，经办机构及监督管理机构由政府组建，管理经费由地方政府承担，不得挤占、挪用合作医疗基金。新型农村合作医疗被规定为政府公共事务管理的职责之一。

第五，强调农民自愿参加的原则以及农民知情、参与监管的权力。新型农村合作医疗制度与社会保障制度不同，是建立在农民自愿参加基础上的医疗互助共济制度，因此，强调农民自愿参加的原则。新型农村合作医疗制度还通过吸收农民代表参加管理委员会及监管委员会、经办机构定期公开报销制度及其运行情况等方法，赋予农民知情、参与监管的权力。

第六，同步建立农村医疗救助制度，强调合作医疗制度与医疗救助制度之间的有机联系，帮助贫困农民参加合作医疗，并从中受益。

三、新型农村合作医疗制度的运行状况

（一）参合与筹资情况。

1. 参合情况。

截止到2005年底，全国共有678个县（市、区）参加了新型农村合作医疗试点，覆盖农业人口2.36亿人，占全国农业人口的26.7%，参加合作医疗的农民达到1.79亿人，占全国农业人口的20.2%，农业人口参合率为75.7%。贫困农民中，五保户的人口参合率高达88.06%，其他贫困人口参合率也达到了70%。从不同地区看，东部地区的农业人口参合率较高，但贫困和特困人口的参合率较低。中西部地区的农业人口参合率较低，但五保户、贫困和特困人口的参合率较高。

对257个调查试点县（市）均为2003年、2004年开始试点的县（市）。据卫生部介绍，2004年全国新型农村合作医疗试点县（市）的数据的采集对象，与2005年257个调查试点县（市）数据的对象相同。因此，在本文中把这两组数据作为同一调查对象在不同时点的状况而进行统计处理、分析。2005年的参合情况考察，也可以看到这些地区的农民参合水平较高。

与2004年相比较，2005年257个调查试点县（市、区）的参合水平总体上略有增加，而五保户参合率则有明显增加，但同时贫困人口和特困人口参合率有所减少。分地区看，东部地区的参合率增加较为明显，而中部和西部地区却相对减少。五保户的参合率明显增加，贫困人口和特困人口的参合率减少现象，在各

地区都有所表现。

我们调查的 5 个试点县（市、区）共有 168.88 万农民参加了合作医疗，农业人口参合率为 84.2%，高于全国平均水平。5 个试点县（市）1471 户中，1320 户参加了合作医疗，户参合率为 89.7%。中部地区（汤阴县）农业人口参合率最高，东部地区（五莲县、余姚市）次之，西部地区除个别县外（如皋兰县）总体较低。综合全国调查和评估组调查来看，可以说试点县（市）农民参合水平总体较高，但中西部地区参合率、贫困和特困农民参合率近年有所下降。

个试点县（市、区）的参合率与农民人均纯收入的关系进行回归分析，发现参合率与农民人均纯收入之间关系不大。两者之间有正相关，但该系数值很小，说明人口参合率与农民人均纯收入之间的相关性不大。

我们实地调研 5 个县（市、区）的情况也能反映这个特点。这 5 个县（市、区）经济状况有较大差异，但人口参合率基本都在 85%~90%，差距不大。农民人均纯收入最高的余姚市参合率较低，而农民人均纯收入较低的皋兰县和汤阴县反而参合率较高。这说明对农民参合水平最有影响的不是农民的收入，而是其他因素。我们通过调查了解到，在试点初期，地方政府的宣传、动员方式，直接影响着农民的参合水平。农民参合水平较高，主要是因为地方政府的宣传和动员深入、细致，使农民认识到了合作医疗的好处，但也不排除一些地方通过“垫付参合费”等措施提高了参合率。

2. 筹资来源及筹资水平。

新型农村合作医疗资金，现阶段由各级政府的财政补助和农民缴纳的参合费构成。这些资金是否及时足额到位，关系到新型农村合作医疗的筹资稳定性。按照《意见》要求，新型农村合作医疗的筹资标准，在经济发展不同地区可以有所不同。原则上讲，参合农民人均筹资标准是 30 元，其中农民缴费不低于 10 元，地方财政补助不低于 10 元，中央财政对中西部地区除市区以外的农民的人均补助是 10 元。

从全国情况看，试点地区筹资情况较好，人均筹资水平超过了“人均 30 元”的标准。2005 年全国筹资总额中，农民缴纳资金占 38.1%，各级财政占 56.2%，其他资金占 5.7%。

但是，不仅地区之间差别较大，有些地区与《意见》规定之间也存在着差距，中央财政不能足额到位的情况较严重。从筹资来源看，东部地区农民缴纳资金的比例较高，地方财政尤其是县乡两级财政的补助资金的比例也较高，农民缴纳约占 2/5，地方财政约占 3/5。中部和西部地区由于中央财政的补助，农民缴纳和地方政府补助的比例都较低。东部地区农民缴纳资金比例高于中西部地区。从人均筹资水平看，东部地区人均筹资水平最高，西部地区次之，中部地区最低，且未达到“人均 30 元”的标准。中部地区人均筹资水平低于规定标准，可能与中央财政的补助资金没有及时到位有关。中央财政的补助资金在西部地区也没有及时到位。这种情况在 5 个调查试点县（市、区）也存在。汤阴县主管合作医疗的卫生局领导同志反映，2005 年省财政配套资金于同年 8 月才全部到位，中央配套资金至今仍有 25%未到位。从 2006 年起，当地根据省规定，提高新型农村合作医疗补助比例，基金支出增幅较大，但由于中央、省财政配套资金不能足额及时到位，所以，现有资金管理有入不敷出的感觉。中央政府对农民看病给予财政补助，这是新中国成立以来的第一次，是新型农村合作医疗制度获得新的生机和活力的重要条件。卫生部农村卫生管理司：《新型农村合作医疗培训讲义（试行）》，2005，第 3 页。政府负有明确的经济责任，是新型农村合作医疗制度超越旧的合

作医疗制度的“创新之处”。如果中央财政不能及时足额到位，不仅降低筹资水平，影响农民受益面，而且也会留下“失信于民”的不好印象。所以，有关部门应当对包括中央在内的各级财政拨款不能及时到位的情况重视起来，及时采取相应对策。

人均筹资水平低于《意见》所规定的标准，还有其他原因。在调查的5个试点县（市、区），五莲县、重庆渝北区的人均筹资标准均低于“人均30元”（见表4-6）。据当地合作医疗管理负责人反映，五莲县人均筹资标准低主要是因为该地属东部地区，不能享受中央财政的补助，而地方财政又没有能力增加补助资金。重庆渝北区虽然属于西部地区，但因为该区农业人口只有69.2%，未满70%，达不到享受中央财政补助的条件，加之地方财政的补助能力有限，所以，人均筹资水平未达到“人均30元”的标准。所以，中央财政对农民的补助如果只是笼统地按照试点地区的地理位置、农业人口多少来决定，而不考虑试点地区地方财政的实际能力、农民的实际收入水平，就会使一些虽然不符合补助条件但实际经济水平低、地方财政不富裕的地区降低筹资水平。

通过调查还了解到，如果经济发达、地方财政富裕、集体经济为农民缴纳参合费，那么，就可以提高人均筹资水平，降低农民缴纳资金占筹资金额的比例。如余姚市人均筹资水平为75元，宁波市、余姚市乡镇各级人均筹资15元，共45元，占60%，集体经济人均支持16元，约占21%，农民人均缴纳14元，只占19%。有的村替农民全部缴纳了参合费，如余姚市阳明街道姚驾桥村替农民全部缴纳了参合费。如果经济不发达，但有中央财政的补助资金，那么也可提高人均筹资水平，降低农民缴纳资金占筹资金额的比例，如2006年皋兰县人均45元，中央财政拨款人均20元为2006年的筹资标准，地方财政拨款人均15元，农民缴纳10元，约占22%。但是，依靠财政拨款来提高筹资水平毕竟程度有限，从根本上提高筹资水平必须发展农村经济，提高农村的工业化程度。

新型农村合作医疗制度强调与农村医疗救助制度的有机结合。据我们调查了解，由于民政部门 and 地方政府承担了贫困农民的参合费，所以贫困农民的参合水平较高。在这个方面，各地做法有所不同。余姚市最低生活保障线以下的人员及五保户的参合费由市、乡镇（街道）财政各负担50%。有的富裕村还承担了60岁以上老人的全部参合费。皋兰县的特困户、贫困户由民政部门解决参合费。汤阴县的五保户、特困户由乡镇财政和民政部门协调解决。有关贫困农民的参合问题将在其他分报告中详细说明。

3. 资金收缴方法。

试点地区的资金收缴方法可归纳为6种。①县、乡干部及合作医疗经办机构人员登门收取。这种方法在试点初期用得较多，要投入较多的人力、物力。②农民到指定地点缴纳。这种情况有所增加，主要是因为农民对合作医疗制度的认识有所加深，自愿参合的人数有所增加。③乡村政府为农民垫付参合费。虽然中央强调“农民自愿”原则，不允许为农民垫付参合费，但在有些试点地区仍存在着乡村政府为农民垫付参合费的情况。据皋兰县介绍，2005年上半年农业生产投入大、收入少，部分农户手中暂时无钱缴纳参合费，于是，为了扩大参合范围，对这些农户采取了先由乡村垫付农民参合费的办法。五莲县某村干部反映，向农民收缴费用在太麻烦，为了减少麻烦，村里就为农民先垫付了参合费。④动员农村致富户、个体企业家等社会力量帮助有参加意愿但经济困难的农民缴纳参合费。皋兰县已有781人得到了社会力量的资助。⑤乡镇财政、民政部门为五保户和特困户缴纳参合费。⑥由农税部门代扣参合费。我们所调查的试点县

(市、区)中至今没有一个地方实行过这种办法,但皋兰县按照省统一规定,从2006年起将采取“在农民自愿参加并签约的基础上,由农税机构代收参合费”的办法。

目前,农民主动交费的情况有所增加,但通过干部上门收取农民参合费的情况仍占较大比重。评估组在5个调查试点县(市、区)对1320户农户的最近一次交费方式调查,去掉一户没有回答,54.6%的农户主动交费,41.2%的农户的参合费由干部上门收取,3.1%的农户交费采取代扣代缴的办法,1.1%的农户的参合费得到减免。

一些学者及合作医疗管理人员指出,合作医疗资金靠干部上门收取,成本太高。评估组通过5个试点县(市、区)调查也认同这种看法。所有调查的基层干部都反映,现在筹资不如试点初期困难,但筹资仍是合作医疗中最困难的工作。相当数量的农民对合作医疗制度的认识尚未达到“自愿交费”的阶段,而筹资又不能违背“农民自愿”的原则,只能说服农民交费,不能强迫农民交费。但从合作医疗基金的可持续性考虑,又必须有较多农民参合,保证较高的参合率。所以,基层干部对收缴参合费感到很大压力。为了吸引和说服农民,提高参合率,各地动用所有力量,使出浑身解数,采取的措施可谓“五花八门”。有利用广播、电视、宣传车、传单、标语进行宣传的,也有召开村民大会、搭台唱戏吸引农民的,耗费的人力、物力、精力都相当大。据重庆市渝北区某镇主管卫生的副书记反映,该镇每年收缴农民参合费约30万~40万元,但筹资成本为10万元,相当于每收取10元钱就要贴进去2~3元成本。筹资成本主要为动员和宣传费用,不含人员费用。五莲县、汤阴县的多位乡镇干部反映,所有乡镇干部、卫生院人员都要参与收缴参合费,时间大约为1个月,动用的人力太多。但是,各地目前都没有找到更合理的收缴办法。汤阴县合作医疗管理负责人提出,让政府替农民缴纳10元参合费,也许能从根本上解决筹资困难。

(二) 基金使用情况。

从总体上看,基金使用情况体现了“以大病统筹为主”的宗旨。2005年,合作医疗基金支出总额为617500.4万元,其中74.2%用于住院补偿,20.4%用于门诊补偿,2.1%用于体检支出,1.7%用于风险基金支出,1.6%用于其他支出。东部和中部地区的基金支出构成大致相同,用于住院补偿的基金支出比例分别高出西部地区8.4%和10.1%,用于门诊补偿的基金支出比例分别低于西部地区12.1%和12.3%。因此,可以说西部地区的基金支出的特点是在“补大病为主”的框架下兼顾“补小病”。

257个试点县(市、区)调查显示,2005年基金使用构成也明显呈现出了以“大病统筹为主”的特点。当年基金支出总额的70.8%用于住院补偿,22.7%用于门诊补偿,1.8%用于体检支出,2.6%用于风险基金支出,2.2%用于其他支出。

2005年全国合作医疗基金支出617500.4万元,占当年筹资的82%,基金结余135953.7万元,占当年筹资的18%(见表4-11)。而2005年257个调查试点县(市、区)基金支出305714.2万元,占当年筹资的90.6%,基金结余31638.8万元,占当年筹资的9.4%。与2004年相比,2005年257个调查试点县(市、区)的基金结余率减少了近20个百分点。可以看到,257个“老试点县(市、区)”的资金使用率明显提高,并且比包括新试点县在内的全国合作医疗试点县基金使用率高出了8.6个百分点。其主要原因是,“老试点县”在2005年普遍提高了补偿比例和封顶线,降低了起付线,促使报销人次增多,报销支出增加。而新试点县合作医疗基金规模小,一些地方担心基金超支,补偿比例、封顶线设置较低,

起付线设置较高，导致了较多的结余。

2005年257个调查试点显示，中部地区资金使用率最高，西部地区次之，东部地区最低。对257个调查试点县（市、区）2005年资金使用率的分布情况加以考察，发现各地之间差距较大。257个县（市、区）中，资金使用率低于60%的占6.2%，资金使用率在60%~80%之间的占14.8%，资金使用率在80%~100%之间的占46.3%，资金使用率在100%~120%之间的占23.4%，资金使用率超过120%的占9.3%。84个县（市、区）基金超支，占调查试点县（市、区）的33%；54个县（市、区）资金使用率低于80%，基金结余较多，占调查试点县（市、区）的21%。中部地区基金超支相对突出，而东部地区基金过多结余相对突出，且明显集中在个别省份，如东部某省有11个县（市、区）资金使用率低于60%。

造成基金超支的主要原因是：①制度调整。大多数试点县为减少基金结余提高了补偿比例、封顶线和降低了起付线，一些地区补偿方案调整较大，报销人次、报销金额的增加幅度过大，致使基金超支。这反映出一些地区补偿设计的管理能力较低，尚不能有效控制基金平稳运行。②筹资机制。一些地区当年筹资没有到位，造成基金超支。基金过多结余也与筹资机制和制度设计有关。在现有财政拨款程序下，中央财政拨款不能及时到位，且中央财政只预拨75%的资金，地方财政层层滞后的现象较为严重，导致一些地方担心基金超支，不敢花钱。同时，国家对补偿比例没有具体规定，一些地方担心基金超支，对参合农民报销设置了较高的条件，导致参合农民实际报销金额较少。

按照“以收定支，收支平衡”原则，合作医疗基金在扣除上年结余和风险基金后，大体上应该保持收支平衡。基金超支会造成支付风险，且基金超支后降低补偿比例等会影响参合农民的积极性。基金过多结余则会影响参合农民的受益程度，削弱合作医疗对减轻疾病负担的共济作用。而且这部分剩余资金在现行制度规定下不能用于经营，也就不能产生收益，却相反要增加随之而来的管理费用。基金过多结余还可能成为地方政府考虑解决临时困难的一个资金渠道。所以，为了防止基金超支或基金过多结余，有必要制定一个稳定的补偿方案，建立合理增长的筹资机制，修改财政拨款程序，促进政府补助资金及时足额到位。

有些试点地区采取大病与家庭账户相结合的补偿模式，建立了家庭账户。2005年257个调查试点县（市、区）的户均家庭账户金额为37.81元，户均家庭账户支出金额为29.75元，户均家庭账户结余约为8元，户均家庭账户支出金额占户均家庭账户金额的比例是78.7%，结余占21.3%。东部地区家庭账户结余较多，户均约23元，占户均家庭账户金额比例为44.9%，中部和西部地区家庭账户结余较少，户均约5元，结余分别占16.8%和15.2%。总体来看，在以住院统筹和家庭账户为主的中西部地区，家庭账户的利用率较高，而在以大病统筹为主的东部地区，家庭账户的利用率较低。

2005年住院补偿费用中流向县级医疗机构的比例最高（42.7%），流向县以上医疗机构的比例次之（36.8%），流向乡镇医疗机构的比例最低（20.5%）。257个试点县（市、区）的住院补偿费用流向情况是：县以上医疗机构占35.6%、县级医疗机构占45%、乡镇医疗机构占19.4%。这说明合作医疗在促进农民对县以及县以上医疗机构住院服务的利用方面效果十分显著。从不同地区看，东部地区住院补偿费用流向县级医疗机构的比例最高，流向乡镇医疗机构的比例最低。西部地区住院补偿费用流向县以上医疗机构的比例最低，流向乡镇医疗机构的比例最高。

从全国来看，2005年84.2%的门诊补偿费用流向了乡村两级医疗机构，11.2%

流向了县级医疗机构，4.6%流向了县以上医疗机构。从257个试点县（市、区）看，2005年82.2%的门诊补偿费用流向了乡村两级医疗机构，12.5%流向了县级医疗机构，5.3%流向了县以上医疗机构。合作医疗在促进农民对乡村两级医疗机构门诊服务的利用方面也有较明显的作用。在这个方面，地区之间的差别较大。中西部地区门诊补偿费用流向乡村两级医疗机构的最多，占93.8% [257个试点县（市、区）为96.6%]，流向县级和县以上医疗机构的占6.2% [257个试点县（市、区）为3.5%]，而东部地区门诊补偿费用流向乡村两级医疗机构的比例只占79% [257个试点县（市、区）为72.3%]，另有20.9%的门诊补偿费用流向了县级和县以上医疗机构 [257个试点县（市、区）为27.7%]。中部地区和西部地区比较，前者门诊补偿相对集中在村级医疗机构，后者门诊补偿相对集中在乡镇医疗机构。其原因可能与中部地区村级医疗机构发达、西部地区村级医疗机构落后有关。

与2004年相比，2005年住院补偿费用的流向构成变化不大。

（三）补偿方式与方法。

1. 补偿方式。

新型农村合作医疗制度以大病统筹为主，兼顾小额门诊。从257个试点县（市、区）看，合作医疗开展“住院+家庭账户”的县最多，开展“住院+门诊统筹”的次之。据卫生部与世界银行联合调查，我国中部和西部地区以开展住院和家庭账户为主，东部地区只补大病的县明显多于中西部地区。评估组对5个试点县（市、区）的调查情况也基本相同。东部地区的余姚市采取“住院、特殊门诊和大病救助为主”的补偿模式。特殊门诊是指恶性肿瘤、糖尿病、肺结核、脑卒中、慢性尿毒症、组织器官移植后续治疗六种规定病种。大病救助是指对一次性住院费用在5万元以上、导致家庭生活特别困难者的救助。东部地区的另一个试点县五莲县采取“住院、门诊大额和门诊统筹为主”的补偿模式。中西部地区的3个试点县（市）则都采取了住院与家庭账户相结合的补偿模式。

建立家庭账户的试点县主要集中在中西部地区。但目前这些试点县对建立家庭账户看法不一致。一种意见是主张取消家庭账户，这种意见主要来自于合作医疗管理者。高梦滔、高广颖、刘可通过调查认为，设立个人账户实际上将住院统筹资金限定在了中央和地方财政投入的总和，而代管个人账户仅仅加大了管理成本和一种父爱主义的体现，因此提出取消个人账户。汤阴县的家庭账户从个人参合费中拿出8元组成。家庭账户由农民自主使用，用于看门诊。如有结余，可滚动到下年度使用。但是，农民很少动用家庭账户，一是因为农民可基本负担小病医药费，没有必要使用家庭账户里的钱；二是因为家庭账户使用麻烦，农民需要先全额支付医药费，然后到乡镇合作医疗管理办公室办理账户存折的支取手续，最后才能在银行支取家庭账户补助金，而且补助金额都很小，农民认为不值得。因此，农民通常把家庭账户的8元滚动到下年度，用于抵缴部分参合费。然而按照当地规定，家庭账户的结余是不能用作抵缴参合费的。汤阴县卫生局一位负责同志认为，当初建立家庭账户是为了调动农民参合积极性，但现在参合率已达到90%，积极性已不成问题，建立家庭账户不仅减少了统筹基金，降低了住院大病报销率，管理成本还很高，农民使用起来也不方便，家庭账户几乎起不到作用。他建议取消家庭账户，把用于建家庭账户的资金投入到统筹基金中去，提高住院大病的报销率。另一种意见是主张保留家庭账户，认为家庭账户在实际运作中虽然对门诊补偿所起作用有限，但是能够提高参合率，具有储蓄积累作用，当家庭账户积累到一定程度时，对门诊补偿的作用就会体现出来，并且家庭账户还具有

抵抗基金风险的作用，一旦基金出险，家庭账户可用于应急垫付。从农民角度看，家庭账户可用来满足部分看病需求，还可由自己支配使用，应该保留。评估组对3个有家庭账户的调查县715户农户调查，79.9%的农户表示支持建立家庭账户，20.1%的农户反对建立家庭账户，支持建立家庭账户的占多数。支持的理由有：看病时方便（占52.3%）；从自己口袋里拿出的钱，理当自己支配（占26.1%）；自己和家人身体好，不经常生病（占12.1%）；对基金管理人员不放心（占5.8%）。当然，农民之所以支持建立家庭账户，很可能还与他们不知晓其他补偿模式、不能进行不同补偿模式间的比较有关。

从家庭账户的使用情况看，东部地区家庭账户使用率较低，“资金沉淀”较多，家庭账户对门诊补偿的作用确实不大，因此，在该地区取消家庭账户或减少家庭账户的金额，用节省下来的资金充实到大病基金中，提高大病统筹的补偿比例，可以说是更合理的措施。但是，中西部地区家庭账户使用率并不低，资金虽有结余但不多，说明家庭账户对门诊补偿仍在起着不小的作用，因此，目前在这些地区如何对待家庭账户还存在着意见分歧。我们在调查中发现农户与合作医疗管理机构的意见有些不一致。

合作医疗的补偿支付方式，以按服务项目支付、混合支付方式（部分按病种，部分按服务项目支付）为主。在199个县（市、区）有效样本中，按服务项目支付的占45.7%，按混合支付体系支付的占20.1%，按总额预付制支付的占8.5%，按病种支付的占5.0%，按单元付费的占1.5%。在5个调查试点县（市、区）中，汤阴县、重庆市渝北区为了规范医疗机构行为，减轻农民的医疗费用负担，推行了“单病种定额付费报销制度”。该制度实行单病种付费最高限额，超出最高付费部分由医院支付。

合作医疗住院报销方式以固定机构报销为主要形式，服务机构报销次之，直接减免的最少。合作医疗门诊报销方式以直接减免为主，固定机构报销次之，服务机构报销最少。

在5个调查试点县（市、区）中，小额门诊医药费的报销在建有家庭账户的地方采取家庭账户报销方式，在没有家庭账户、门诊统筹地方采取在乡村卫生机构直接减免或报销的办法。大额门诊费用及住院费用一般采取到乡镇合作医疗经办机构报销方式，农民实际获得报销金额需要两周至1个月。各试点县采取了一些便民措施，以方便农民报销。汤阴县每周二、周三定时由经办机构工作人员将补助金（限5000元以上金额）专人专车送到报销者手中，同时对报销农民的身份证、合作医疗证、病种等再次进行现场核对，既方便了参合农民报销，又防止了弄虚作假现象的发生，也能借此机会宣传合作医疗的优越性。余姚市阳明街道芝山村的村会计兼任合作医疗联络员，负责收集农户报销单据，帮助填写报销申请表，到街道医管办办理报销手续。重庆市渝北区建立了“农民报销手续代理制”，到合作医疗定点医院就诊的参合农民，可以向当地镇、街道政府提交报销单据，由镇、街道政府干部每月定期到区合医办集中办理报销事宜。

根据卫生部与世界银行对试点县57759人的调查结果，门诊报销的主要方式依次是直接减免、先全付后报销、在规定机构报销。认为门诊报销方式方便程度很好的占55.43%，较好的占31.04%，较差的仅占0.58%。住院报销的主要方式依次是在规定机构包销、先全付后报销、直接减免，认为住院报销方式方便程度很好的占42.2%，较好的占34.8%，差和很差的占3.9%。不论是门诊病人还是住院病人都认为直接减免的报销方式的方便程度远远好于其他两种报销方式。综合卫生部、世界银行以及评估组的调查结果，可以认为目前的报销方式，尤其是住

院报销方式与参合农民的需求之间还存在着较大差距，有待于进一步改善。

2. 起付线、封顶线及补偿比例。

大多数县设置了住院起付线。医疗机构的级别越高，起付金额越高。东部地区设置起付线的县相对较少，中部地区设置起付线的县比例最高。东部地区的起付金额明显高于中西部地区。中部地区的起付金额与西部地区差别不大。为了有效利用基层卫生资源，方便农民看病，乡镇医院的起付金额一般低于县级医院，县级医院低于县级以上医院。

绝大多数试点县（市）设置了住院封顶线。封顶金额一般在 10000 元左右。中部地区设置封顶线的县比例最高，东部地区次之，西部地区最低。东部地区封顶金额最高，一般在 20000 元左右；中部地区次之，一般在 10000 元左右；西部地区最低一般在 5000 元左右。

大多数试点县采取按不同级别医院、分费用段补偿的办法。各地一般把乡级医院的补偿比例设置得高于县级医院，县级医院高于县级以上医院。大多数地区的乡级医院补偿比例为 35%~55%，县级医院补偿比例为 30%~50%，县以上医院的补偿比例为 20%~45%。2003~2004 年，住院报销比例一般在 30%~50%。

与之比较，2005 年住院报销比例明显提高。中部地区的补偿比例略高于东部地区，西部地区的补偿比例最低。

东部地区主要开展门诊大额补偿模式。这个地区的门诊起付金额的平均值为 1078.6 元，封顶金额为 9419.5 元。中西部地区主要开展门诊统筹和家庭账户补偿方式。

在 5 个调查试点县（市），除了五莲县没有设置起付线以外，其他 4 个县（市）都设置了起付线。其中皋兰县、汤阴县、重庆市渝北区按照医疗机构所属级别设置起付线。皋兰县 2006 年规定，省、市、县、乡镇的起付线分别为 1200 元、800 元、300 元和 70 元。余姚市则是按照医疗机构等级来设置起付线的，一级、二级、三级医院的起付线分别是 500 元、1000 元、1500 元。各地在试点初期设置了较高的起付线，造成资金结余较多，但经过一段时间的制度运作，对起付线的合理标准有了新的认识，并逐步降低了起付线。汤阴县 2003 年乡镇、县级及县级以上医疗机构的起付线分别是 300 元和 600 元，该标准在 2004 年和 2006 年经过了两次调整，目前情况为乡级医院起付线 100 元、县级起付线 400 元、县级以上起付线 1000 元。重庆市渝北区的区、镇级起付线下调为 100 元，皋兰县的乡镇起付线下调为 70 元。5 个调查试点县（市）乡级起付线为 70~100 元，县级起付线为 300~400 元，县级以上起付线为 800~1500 元。

5 个试点县（市、区）中，皋兰县 2003~2005 年对超过起付线部分按照 40% 的比例补偿，年内累计最高补偿额度为 8000 元，2006 年开始按照省市级 45%、县级 50%、乡级 60% 的比例补偿，年内累计最高补偿额度为 20000 元。汤阴县、重庆市渝北区、余姚市采取分段补偿办法，同时设定最高补偿额度。五莲县没有设置起付线，对所有医药费用实行分段按比例补偿，同时设置最高补偿额度。总体上，5 个试点县（市、区）近 1~2 年逐步上调了补偿比例。县及县以下医院的住院补偿比例一般在 30%~70%，最高报销额度在 10000~20000 元，门诊报销比例在 20%，最高报销额度为 200 元。这些试点县合作医疗管理负责人都认为，目前的补偿比例仍然太低，不能从根本上解决“因病致贫、因病返贫”的问题。汤阴县主管合作医疗的有关负责人认为，合理的住院补偿比例应该在 30%~70%。

各地对贫困人群的补偿方法大致相同，一般采取由民政部门为贫困人群缴纳参合资金，贫困人群看病先按合作医疗补偿制度报销，然后由民政部门对剩余部

分按 15%~25%的比例报销。

（四）受益情况。

总体来看，参合农民获得补偿的人次在增加，新型农村合作医疗使越来越多的农民受益。2005 年与 2004 年相比，获得住院补偿的人次增加了 14.7%，获得门诊补偿的人次增加了 7.5%，获得体检补偿的人次减少了 10.6%。东部地区获得住院、门诊补偿的人次分别增加了 21.0%和 34.6%，中部地区获得住院补偿的人次增加了 39.6%，获得门诊补偿的人次减少了 33.6%，西部地区获得住院、门诊补偿的人次分别增加了 27.7%和 12.7%。

用住院或门诊补偿人次占参合人数的比值表示受益率（或受益面），对 2004 年和 2005 年全国新型农村合作医疗试点县的受益情况加以考察，可以看到 2005 年全国试点地区住院补偿的受益率为 3.3%，门诊补偿的受益率为 53.4%。中部和西部地区受益率相对高于东部地区。对 5 个调查试点县（市、区）1320 户农户调查，575 户农户得到过补偿，占调查农户的 43.6%，745 户农户没有得到过补偿，占 56.4%。农户调查的有效样本中，537 户农户接受过免费体检，占 41.3%，762 户农户没有接受过免费体检，占 58.7%。包括住院、门诊在内，合作医疗已使 2/5 的参合农民受惠。综合全国调查和评估组调查，应该肯定新型农村合作医疗制度已让超过半数的参合农民受惠。但也应看到，多数参合农民所享受到的只是门诊补偿带来的实惠，获得住院补偿的参合农民比例还不到 4%，受益面还较窄。因为住院补偿费用在合作医疗基金中占 3/4 的比例，而门诊补偿费用只占 1/3 的份额，所以从补偿金额看，多数参合农民的受益还只是一种低水平的受益。

参合农民人均补偿费用在增加，农民的医药费用负担有所减轻。从住院补偿看，2005 年次均住院费用为 3343.9 元，人均补偿费用为 782.9 元，补偿比为 23.4%。2005 年与 2004 年比较，次均补偿费用增加了 12.6%，西部地区次均补偿费用增加了 26.2%。虽然医药费用也在上涨，但合作医疗通过对住院费用的补偿来减轻农民医药费用负担还是有效果的。但应该看到，补偿比还不高，虽然合作医疗减免了一部分医药费用，但大部分医药费用仍要农民自付，农民的医药费用负担还相当重。另外，医药费用上涨很快，2005 年次均住院费用的增长速度已超过了人均补偿费用的增长速度，造成农民个人自付住院费用比 2004 年增加。因此，要让农民自付更少的医药费用，除了提高合作医疗报销比例以外，还要严格控制医药费用的上涨。

门诊费用方面，次均补偿费用也在增加，多数地区参合农民的医药费用负担得到了减轻。2005 年次均门诊费用为 41.4 元，人均补偿费用为 13.2 元，补偿比是 32.0%。中西部地区的门诊补偿比较高，相当于东部地区的 2 倍以上。2005 年与 2004 年比较，补偿比东部地区有所减少，中部和西部地区有所增加。东部和中部地区个人自付费用减少，西部地区个人自付费用略有增加。

通过合作医疗对住院费用的补偿，增强了农民抵御大病经济风险的能力。2005 年次均住院补偿费用已接近农民人均纯收入的 1/4，西部和中部地区的这个比例更高，分别是 27.8%和 26.1%（见表 4-30）。现有补偿额度还不能从根本上使大多数农民尤其是贫困农民完全摆脱因为支付住院费用而“致贫”的可能性。但是，与新型农村合作医疗制度实施前相比，农民抵御因为支付住院费用而“致贫”的能力得到增强，也是显而易见的。

（五）管理情况。

1. 人力、物力投入情况。

新型农村合作医疗制度的运行需要投入大量的人力、物力和财力。经过两年

多的试点，新型农村合作医疗管理队伍不断充实。2005 年全国新型农村合作医疗县级管理人员已达到 4036 人，而正式编制只有 3284 人，缺编 752 人，占实有人数的 18.6%，缺编问题较为突出。但同时，据实际工作人员反映，一些地方还存在着有编制无人的情况。对 5 个试点县（市、区）调查发现，缺编问题不仅县合作医疗经办机构存在，下设在乡镇卫生院的经办机构也存在。在调查中发现，汤阴县，合作医疗经办机构中，2 个负责监管业务的工作人员就没有正式编制。在汤阴县，乡镇一级由卫生院人员兼职管理合作医疗的现象也很普遍。乡镇经办机构一般由 2 名工作人员组成，其中 1 人由县合作医疗管理机构派遣，有编制，而另 1 人则由卫生院人员兼职，卫生院负担其工资。如此严重的缺编，容易造成经办机构人员不稳定和工作质量下降，不利于制度的稳定运行和规范管理。

由于中央规定合作医疗管理费用不得从合作医疗基金中提取，所以地方财政负担了运行合作医疗制度所需要的人员工资及工作经费。2005 年地方财政对合作医疗县级管理机构共拨款 2.6 亿元。东部地区财政拨款最多，相当于中西部地区的 5 倍。但是，不同地区之间差距很大。对 244 个试点县（市、区）县级合作医疗管理机构调查显示，县均财政拨款东部地区为 99.61 万元，中部地区为 23.84 万元，西部地区为 20.17 万元。评估组所调查的 5 个试点县（市、区）的财政拨款，东部地区余姚市和五莲县分别为 66.4 万元和 12.19 万元，中部地区的汤阴县为 34.54 万元，西部地区的渝北区和皋兰县分别为 50 万元和 7 万元。这些财政拨款目前在很多地区已不能完全弥补合作医疗费用的支出，管理费用支出普遍超过了财政拨款，中西部地区尤其突出。5 个调查试点县（市）中，4 个县认为工作经费不足，1 个县认为够用。五莲县年管理费用 20 万元，参合人口为 30.3 万人，管理费用分摊到每一个人头上，其人均成本为 0.66 元，约占人均 20 元筹资的 3.3%。汤阴县年管理费用为 36 万元，参合人口为 33.23 万人，人均成本为 1.08 元，约占人均 30 元筹资的 3.6%。超出财政拨款的支出一般由卫生部门解决。这对卫生部门来讲，是一个不小的负担。

2005 年 257 个调查试点县（市）合作医疗县级经办机构管理人员年人均承担的参保人数为 46826 人，少于 2004 年的 51374 人。经办机构费用支出与当年合作医疗支出费用的比值，2005 年为 4.4%，高出 2004 年的 3.2%。分地区看，中部、西部地区的机构费用比值 2005 年均比 2004 年低。

近两年来，各试点县（市）通过配备计算机、管理软件、网络建设等在信息管理方面增加了投资。在 215 个有效样本县（市）中，42.3% 的县使用计算机管理，且与乡镇卫生院实行网络管理；36.7% 的县使用计算机管理，但未实行网络管理；19.1% 的县使用手工管理；此外，1.9% 的县采用其他方式进行管理。总体上，单纯使用手工管理的县不多，初步建立了信息管理平台，但还存在着联网速度慢、管理软件使用不方便及功能不全、管理人员只会做简单的信息汇总与储存等问题。车辆在合作医疗经办机构是必备的工作设备，如要用之为农民送报销款、进村宣传、到定点医疗机构检查等，但有的经办机构没有专用车。汤阴县反映，经办机构与急救中心合用一辆车，非常不方便，而且该车陈旧，经常出故障，车型也不适合乡村路况。

2. 制度建设情况。

通过调查了解到，试点地区的合作医疗实施办法、基金管理办法、办公室工作制度、财务管理制度、医疗审计监督制度、转诊管理制度、会计管理制度、定期公示制度等，都是按照《决定》、《意见》及省市政府统一要求来制定的。主要制度框架基本上是统一的、标准化的，地区间差别较小。但在具体的实施办法上，

各地都有一些特点。如汤阴县制定了“定点医疗机构缴纳保证金制度”，要求定点医疗机构每年年初向县合作医疗管委会交纳一定数量保证金，年内如无弄虚作假等现象，金额和利息全部退回，如发现有违规现象，将按报销金额的3~5倍从保证金中扣除，并在全县通报，情节严重的，取消定点医疗机构资格。该县还规定，合作医疗经办机构工作人员每月发70%的工资，30%作为考核工资，年内如无弄虚作假等现象，考核工资全部退还，如有违规现象，将按报销金额的1~2倍扣除工资，1年出现2次违规现象，取消经办人员资格。余姚市阳明镇芝山村设置合作医疗村联络员帮助农民报销。重庆市渝北区建立了“农民报销代理制”等。

（六）组织体系及其运作情况。

试点地区按照中央要求建立了合作医疗管理委员会、合作医疗管理经办机构、合作医疗管理监督委员会。在257个调查试点县（市），合作医疗管理委员会平均有19人，合作医疗监督委员会平均有13人。

中央要求合作医疗管理委员会和合作医疗管理监督委员会中应有参合农民代表参加。但从调查结果看，还有相当数量的试点地区并没有吸收参合农民代表参加合作医疗管理。257个调查试点县（市、区）的合作医疗管理委员会主要由卫生、财政、民政、农业、审计部门人员组成，有参合农民代表参加的县比例只有63.4%。合作医疗管理监督委员会也应该有参合农民的代表，但有约23%的试点县（市）合作医疗管理监督委员会中没有参合农民代表。

在有效样本县中，192个县（市、区）采取“卫生行政部门指导经办机构制订方案，经办部门负责业务，财政部门负责监管，代理银行负责基金支付”的管理模式，占总样本县数的82.8%，占有效样本的95.05%；6个县（市、区）采取“卫生行政部门负责方案制订，经办机构负责业务管理，商业保险公司负责基金支付”的管理模式，占总样本县（市、区）数的2.6%，占有效样本的2.97%；另外还有两个县采取“卫生行政部门与商业保险公司共同制订方案，经办机构负责监管，商业保险公司负责费用审核和基金支付”的管理模式，2个县采取“卫生部门负责方案制订，城镇职工医疗保险管理中心负责基金管理”的管理模式。

县合作医疗管理经办机构大都设在县卫生局内，其负责人一般为分管合作医疗的卫生局副局长，工作人员也基本来自卫生部门，所以合作医疗管理经办机构与卫生部门关系密切。在有效样本县中，有248个县经办机构承担了收集、汇总、分析、上报合作医疗基金筹集和使用情况的职能，占99.2%；有241个县经办机构承担了定期公示基金筹集、使用情况的职能，占96.8%；有238个县经办机构承担了审核医药费用的职能，占95.6%；有235个县经办机构承担了监督定点医疗机构服务行为，占94.4%；有233个县经办机构承担了审定定点医疗机构的职能，占93.6%。

合作医疗监督委员会实际承担的工作有：检查监督合作医疗补偿及时到位情况及有无超范围、超标准补偿；监督检查合作医疗基金封闭运行、专款专用、收支平衡情况；检查监督合作医疗制度相关政策和规定的贯彻执行情况；监督检查合作医疗实施方案和工作计划的落实情况；检查监督合作医疗基金的落实情况；五保户和贫困人口参合补助资金落实情况；定期公示合作医疗基金收支、使用情况；受理群众举报、投诉；查处违规、犯规、贪污行为。

试点地区对合作医疗的宣传工作做得较深入。只有让农民清楚地了解制度内容，掌握制度规则，合作医疗制度才能够顺利运行。各地采取了一些有力的宣传措施，如发放“县长致干部群众的一封信”、“实施办法明白纸”，通过广播电视

开播合作医疗专栏报道节目，在定点医疗机构及乡村公示合作医疗报销情况等。对 5 个试点县（市、区）1320 户农户的调查中，在农户通过什么方式知道新型农村合作医疗制度的调查选项中，乡村干部的宣传在所有选项中占 71.5%，广播、电视占 15.6%，传单占 10.7%，邻居占 1.0%；其中，有 1222 户、占 93.1%的参合农户是通过乡村干部的宣传知道新型农村合作医疗制度；20.3%的参合农户通过广播电视，13.9%的参合农户通过传单知道新型农村合作医疗制度。多数农民对新型农村合作医疗制度有所了解。在 5 个试点县（市、区）1320 户农户的调查中，90%的农户了解新型农村合作医疗制度的相关内容或知道交费看病可以报销，8.8%的农户听说过但不清楚，只有 1.2%的农户一点也不了解。但是，还有相当多的农民对新型合作医疗制度的具体规则不是很清楚。如在农户调查的有效样本中，36.4%的农户不知道报销情况要定期公布，18.7%的农户不知道外出期间的医药费能报销，45.9%的农户不知道不同级别医疗机构住院报销的起付线、报销比例和封顶线等。

农户调查的有效样本中，多数农民表示能够承受现有筹资标准（76.1%），但多数农民表示不能接受现有起付线（48.2%），不能接受现有补偿比例（45.7%）。多数农民在肯定经办机构管理工作的同时提出了一些意见。如 72.9%的农户认为报销时工作人员态度很好，25.3%的农户认为报销时工作人员态度一般，1.9%的农户认为很差；51.8%的农户回答报销情况定期公布，5.9%的农户回答不定期公布，5.9%的农户回答从不公布，36.4%的农户不知道报销情况是否定期公布；42.1%的农户回答医生看病时告知报销项目及药品，57.9%的农户回答医生看病时不告知报销项目及药品。评估组在入户调查中还了解到，有的地方农民必须给经办机构工作人员送礼才能顺利报销，有的地方经办机构工作人员与农民合伙篡改处方、报销单等。从总体上看试点地区在执行报销、定期公示制度以及对定点医疗机构实施监督方面，还有许多值得改进的地方。

四、新型农村合作医疗制度的初步成效

（一）试点地区农民参合水平总体较高，新型农村合作医疗制度得到大多数农民的支持。

新型农村合作医疗试点近 3 年来，试点地区农民参合水平总体较高。2005 年试点地区农民参合率达到 75.7%，部分地区已达到 90%。五保户人口参合率高达 88.06%，贫困人口以及特困人口的参合率约 70.84%。新型农村合作医疗制度覆盖了试点地区大多数农村居民及贫困农民，有助于缓解农民“因病致贫、因病返贫”问题。试点地区农民参合水平高，一方面是因为各级政府做了大量的工作，另一方面是因为农民对新型农村合作医疗制度的认识有所提高。对 5 个调查试点县（市、区）的农户调查，在有效样本中，95.8%的农户认为新型农村合作医疗对自己有益，只有 2.9%的农户明确认为没有好处，1.3%的农户不清楚新型农村合作医疗对农民是否有好处。约 1/3 的农户认为参加新型农村合作医疗能减轻医药费负担，1/3 的农户认为参加新型农村合作医疗能减轻大病医药费，1/5 的农户认为参加新型农村合作医疗能获得政府集体补助。95.7%的参合农民表示继续参合，未参加新型农村合作医疗的农户中，51.3%的农户明确表示下年度参加。农民参合积极性较高，说明新型农村合作医疗制度得到了大多数农民的支持。

（二）试点地区参合农民受益范围有所扩大，医药费用负担有所减轻。

实施新型农村合作医疗制度以来，随着基金规模的扩大和管理办法的不断完

善，试点地区普遍降低了起付线，提高了补偿比例和最高补偿金额。实施方案的调整扩大了参合农民的受益范围，提高了参合农民的受益程度。2005年试点地区获得住院补偿、门诊补偿的人次比2004年分别增加了14.7%和7.5%，次均住院补偿费用和次均门诊补偿费用分别比2004年增加了12.6%和3.9%。虽然医疗服务价格也在上浮，但合作医疗对参合农民医药费用负担的减轻还是有效果的。对5个试点县（市）的农户调查显示，在有效样本中，27.6%的农户回答参合后医药费有所减少，58.9%的农户回答没有变化，只有13.5%的农户回答医药费有所增加。在这些地区，新型农村合作医疗制度使27.3%的农户减少了医药费用。

（三）试点地区参合农民抵御大病经济风险的能力得到增强。

合作医疗基金的3/4用于住院费用补偿，充分体现了新型农村合作医疗制度是“以大病统筹为主”，重点缓解农民“因病致贫、因病返贫”的互助共济制度这一宗旨。通过近3年的试点，次均住院补偿费用已接近农民人均纯收入的1/4，西部和中部地区的比例更高，分别是27.8%和26.1%。合作医疗对住院费用的补偿使参合农民抵御大病经济风险的能力得到了一定程度的增强。

（四）促进了卫生服务设施利用水平的提高和农村医疗资源的有效利用，为农村医疗机构的发展提供了机会。

根据调查资料，实施新型合作医疗制度之后，参合农民与不参合农民相比，就诊次数有一定提高，未就诊次数下降。同时，参合农民的住院率高于不参合农民，参合农民的未住院率低于不参合农民。这说明参合农民提高了对卫生服务的利用量，促进了农村卫生资源利用程度的提高。大多数试点地区对基层医疗机构设置了低于高级别医疗机构的起付线和高于高级别医疗机构的补偿比例，这对促进参合农民到基层医疗机构就诊起到了积极作用。随着试点地区降低起付线和提高补偿比例，参合农民流向基层医疗机构，尤其是乡村两级医疗机构的比例有所提高。2005年有约2/3的住院补偿费用流向了县级和乡镇医疗机构，约4/5的门诊补偿费用流向了乡村两级医疗机构，流向乡村两级医疗机构的门诊补偿费用比2004年增加了3.6%。参合农民到基层医疗机构就诊，增加了这些医疗机构的经营收入，促进了基层医疗机构人力资源和物资设备的有效利用，为基层医疗机构的发展创造了良好的人力、物质基础。通过新型农村合作医疗的实施，各地加强了对定点医疗机构的监督管理，促进了定点医疗机构规范就医行为和医德作风、建立和健全内部管理制度，从长远看有助于提高农村医疗机构的管理水平和服务水平。

（五）新型农村合作医疗的制度框架和运行机制基本形成，管理制度不断完善。

试点地区已经建立起新型农村合作医疗的组织体系，制订了实施方案和规章制度，并根据实际运行情况，对合作医疗实施方案、管理制度进行了多次调整，摸索出了一些有效的管理办法，积累了不少有益的经验，为全面实施新型农村合作医疗制度奠定了基础。合作医疗基金运行基本平稳。与2004年相比，2005年257个调查试点县（市、区）的基金结余率减少了近20个百分点，基金过多结余现象明显减少，这提高了参合农民的受益水平。新型农村合作医疗制度的管理队伍不断壮大，2005年与2004年相比，县级经办机构管理人员人数增加了近3倍。新型农村合作医疗制度得到了地方财政的大力支持，2005年县级经办机构的财政拨款比2004年增加了近4倍。在对257个试点县（市、区）调查的有效样本县中，42.3%的县使用计算机管理，且与乡镇卫生院实行网络管理；36.7%的县使用计算机管理，但未实行网络管理；只有19.1%的县使用手工管理。这说

明试点地区已初步建立了信息管理化平台，管理水平有所提高。新型农村合作医疗的管理效率在中西部地区得到了提高。与 2004 年相比，2005 年中西部地区合作医疗县级经办机构管理费用支出占合作医疗总支出的比值分别下降了 0.3% 和 2.1%。总的来说，新型农村合作医疗管理体制的雏形已经形成，但今后随着条件的成熟，应该着重在防范基金风险、监督定点医疗机构，以及在提高服务水平、管理效率方面多下工夫。

五、新型农村合作医疗制度存在的主要问题

新型农村合作医疗试点 3 年以来已经取得了显著的成效，但制度运行仍存在一些问題。以下从筹资、管理、运行和效果等方面，对新型农村合作医疗制度存在的问题进行探讨。

（一）筹资成本比较大，筹资机制还不够稳定和健全。

目前，在推进新型农村合作医疗试点方面，国家的政策一直强调要坚持自愿的原则，尊重农民的参合意愿。而地方政府在执行这一政策的过程中，都普遍规定了最低限度的参合率，而且越是基层的地方政府所规定的参合率指标越高。地方政府尤其是县乡基层政府之所以在执行政策中出现这样的偏差和扭曲，一是为了避免农民的逆向选择行为；二是参合率的提高能够得到更多的上级财政的补贴；三是参合率是政绩的体现。但在目前的社会经济条件下，各试点县以“完全自愿”的原则实现政府所规定的参合指标很困难。这是因为：①农民对于新型农村合作医疗的认知需要一个过程。②在农村人口异质化的背景下，不同地区、不同类型农民对合作医疗的需求不同。例如有的农民因为自身保障能力高或有其他形式的保障而不愿意参加；有的农民因为当年收入少而没有能力参加；有的农民因为长年外出打工而难以享受该制度的好处。③在政府与农民之间的关系上，很多农民基于过去的经验，对政府的信任度不高。这样，地方政府为了完成参合指标，就不得不动用各种力量向农民收取费用，这就增大了新型农村合作医疗的筹资成本。调查表明，我国农民基本上能够支付每人每年 10 元的参合费用。在农户调查的 1316 个有效样本中，平均 76.1% 的农户表示他们基本能够接受这一负担水平，16.3% 的农户勉强可以接受，2.8% 的农户认为无所谓，只有 4.8% 的农户表示缴费负担过重。

但是，在实际筹资过程中向农民收取合作医疗费用还很困难，成本也很高。在收缴合作医疗费时，村干部垫缴的现象很普遍；一些地方派驻工作组进村收取；还有一些地方向教师摊派任务。例如，浙江省余姚市新型农村合作医疗筹资标准为每个参合农民每年 75 元。其中宁波市、余姚市和乡镇（街道）财政各按参加人数分别给予每人每年 15 元的资助；个人缴纳和村集体扶持 30 元，最低生活保障线余姚市最低生活保障线是户人均年收入 1500 元。以下的人员及五保户的个人缴费由市、乡镇（街道）财政各负担 50%。个人和村集体分摊的 30 元因各村情况不同而有所差异，村集体经济实力强的村，集体负担的比例高一些，乃至全额负担。全市平均情况为个人承担 14 元，村集体扶持 16 元。每年收取参合费的时候村干部都会感到一定的压力，收费过程大约需要半个月，在这个过程中可谓是“各村有各村的高招”，有利用广播、传单和村民大会的，有请出村里德高望重的老人帮助收费的，还有搭台唱戏吸引村民的。据反映，该市向农民筹集资金的隐性成本约占所筹资金总额的 10%。重庆市渝北区按照收取农业税的成本给乡镇拨付筹资成本，每个农民 2 元钱。该区新型农村合作医疗制度规定农民每人每

年缴纳 10 元，全部入个人家庭账户。即使如此，动员农民缴费也很困难。据该区某镇一个主管卫生工作的领导反映，每年他们镇从农民手里收上来的参合费大约为 30 万~40 万元，但是投入的行政成本就达到 10 万元！相当于每收取 10 元钱就有 2~3 元钱被收费的过程消耗掉了。该镇某村的村干部还反映，如果没有村干部们上门做宣传发动工作，单靠农民自觉参加的话，恐怕参合率都不足 20%。

另据评估组 2005 年对江苏省姜堰市某村的调查，每年镇政府都向村里下达筹资数额。如果按时完成，可以得到筹资总额 2% 的奖励。村级负担从转移支付扣除，返还 2%。现在的筹资成本很大。到收取费用的时候，村组干部挨家挨户收取。该村的村主任说，“每年收取费用的时候，干部们厚着脸皮、硬着头皮、说破嘴皮、跑破脚皮”，但一些农民因各种各样的原因而不缴纳。于是，村组干部为了完成指标任务而不得不代缴。

合作医疗基金实际上筹资困难，一方面是因为参保“自愿性”制度规定。为了争取更多的农民参保，基层工作的干部不得不采取各种各样的办法对农民进行宣传动员，不得不动用大量人力、物力直接向农户收取参保资金。这种筹资机制缺乏制度化的保障。另一方面，在农民参保资金与政府补贴比例方面也缺乏稳定的机制，政府补贴比例各地很不相同，补贴的具体数额又具有很大的随意性，不利于合作医疗基金形成稳定的、可持续的、透明的筹资机制。

（二）大病保险为主的制度规定在一定程度上限制了受益面的扩大。

新型农村合作医疗的筹资水平并不高，为了把有限的合作医疗资金解决或缓解农民看不起病的问题，减轻“因病致贫”的后果，目前的制度主要是对农民的大病进行一定的补偿。各地通常补偿一定的住院费用，对于门诊费用往往不予补偿，或者采取变通方式处理，比较典型的办法是在合作医疗基金中拿出一定比例（一般是家庭成员缴费的全部或者一部分）建立家庭账户。中西部地区基本都建立了家庭账户，其出发点是吸引更多的农民参加“新型农村合作医疗”制度，同时将部分资金用于补贴农民的门诊费用，促进农民对门诊服务的利用。应该说，大病补偿模式和全部补偿模式（包括门诊补偿）的焦点是如何更有效地使用合作医疗基金的问题。主要补偿大病的模式更有利于克服得大病的农户的医疗风险，但是受益面偏窄，影响农民参合的长期积极性；扩大到门诊补偿可以扩大参合农民的受益面和积极性，却导致相当比例的资金分散，势必会降低住院费用的补偿水平，从而使通过新型农村合作医疗提高农民抗风险能力的效果大大减低。这是在资金有限情况下的“两难”处境。这是自愿“参合”前提下“新型农村合作医疗”制度长期可持续发展必须考虑的一个关键问题。

（三）新型农村合作医疗的运行机制有待进一步完善。

目前，新型农村合作医疗给予农民的补偿方式包括住院补偿、门诊补偿和体检三项。2005 年，合作医疗基金支出总额 61.75 亿元，其中住院补偿总金额 47.85 亿元、门诊补偿总金额 12.60 亿元、体检补偿总金额 1.3 亿元，分别占基金支出总额的 77.49%、20.4% 和 2.1%。我国中西部地区基金支出总额 19.22 亿元，其中住院补偿总金额 14.13 亿元、门诊补偿总金额 4.64 亿元、体检补偿总金额 0.45 亿元，分别占基金支出总额的 73.52%、24.14% 和 2.3%。

可以看出，不论是全国还是中西部地区，70% 以上的基金支出都用在了住院补偿方面，这与该制度重点解决农民因病致贫、因病返贫问题的目标相一致。但是，合作医疗基金管理中存在的一些问题仍然突出。

1. 试点初期的资金沉淀问题。

新型农村合作医疗实行“以收定支、量入为出”的原则，但是试点县大多将补偿标准定得比较保守，出现资金沉淀现象。山东省五莲县 2003 年 3 月份被山东省确定为首批新型农村合作医疗试点县。该县的合作医疗制度按运行周期计算，目前已经进入第三周期的试点工作。第一周期筹集合作医疗资金 643.5 万元，支付合作医疗补偿资金 522.4 万元，累计基金结余 121.5 万元；第二周期筹集合作医疗资金 591.4 万元，支付合作医疗补偿资金 632.7 万元，累计基金超支 41.3 万元；第三周期合作医疗试点情况较好，筹集合作医疗资金 605.6 万元，支付合作医疗补偿资金 408.5 万元，累计结余 197.1 万元。甘肃省皋兰县 2003 年 7 月份启动新型农村合作医疗试点，到 2005 年底，该县基金结余共计 150 万元。按现在的补偿情况，可以保证半年的报销。重庆市渝北区 2003 年开始新型农村合作医疗试点，但该区 2004 年资金使用率不超过 60%，有 40% 多的沉淀。浙江省余姚市 2003 年启动新型农村合作医疗试点工作，2004 年该市合作医疗基金收入 4255.18 万元，支出 3102.86 万元，结余 1153.32 万元；2005 年基金收入 4188.27 万元，支出 4172.98 万元，结余 15.29 万元，比 2004 年大幅度缩小。但是，由于新试点县不断增多，全国合作医疗基金的年度结余总量还是比较大的。因为在新型农村合作医疗试点初期，由于担心超支，所以一般严格控制报销。由于财政补助资金往往难以根据规定足额及时到位，导致基金管理部门难以确切计算资金流量。在每年下半年甚至年底财政资金到位以后，又过了当年的资金统计年度，出现了大量资金沉淀问题。资金沉淀多与目前的财政资金补偿程序的具体规定以及实际管理部门能力不足有直接关系。随着制度运行尤其是财务制度的逐步完善，资金沉淀问题将逐步缓解。老试点县 2005 年之后资金沉淀问题已经基本解决，值得注意的是，一些新试点县出现了当年资金的超支问题。

2. 家庭账户没有发挥应有的作用。

从试点情况看，目前全国开展新型农村合作医疗的 678 个试点县的报销模式主要包括 3 种类型。一是单纯大病统筹模式（住院为主），其中，东部地区占 76%，中部地区占 16%，西部地区占 8%。二是住院统筹加门诊家庭账户，其中 80% 集中在中西部地区。三是住院统筹加门诊统筹，其中 78% 集中在东部地区，19% 在中部地区。报销模式的多样性反映了我国区域社会经济差异性的差异性。调查显示，设立家庭账户地区的多数农民认可了家庭账户的办法，其中皋兰县的支持率达到 89.9%，渝北区的支持率 87.9%，河南省汤阴县为 48.7%。皋兰县、渝北区、汤阴县参合农户对家庭账户的看法示意图为什么农民欢迎家庭账户？制度设计和执行者认为并不是农民对家庭账户的优缺点有清楚的认识，而是因为这能够增加农民参加新型农村合作医疗的积极性，尤其是在刚刚建立制度的初期。这也在一定程度上迎合了农民怕“合”与不信任的心态。但是，从客观效果分析，家庭账户在解决农民门诊需要方面发挥的作用有限，其弊端还在于减弱了统筹基金的规模，影响了患大病农民的受益面和受益额。

河南省汤阴县农民缴的 10 元参合费中，有 8 元存入家庭账户，2 元归统筹。但据调查，农民很少动用家庭账户的资金。其原因主要有两个，一是农民收入有所提高，在乡村两级的小额门诊费用，他们基本上能够负担；二是报销麻烦，因为数额太小，农民不愿去报销。他们通常的做法就是把这 8 元滚动到下一年。这样，第二年他们只需缴 2 元参合费就可以了。这种情况说明家庭账户在看病方面的作用很小。设置家庭账户减少了统筹资金，降低了大病报销的金额，导致了资金沉淀，增加了经管部门的工作量和管理成本。甘肃省皋兰县合作医疗基金也划分为家庭账户和大病统筹两大块。农民缴纳的 10 元中 2 元为大病统筹，8 元为

家庭账户，家庭账户资金只可用于门诊，每人每年门诊补偿不得超过家庭账户总额的80%。但是，自2003年7月1日至2005年年底，门诊家庭账户报销24.7万人，报销门诊医药费184 66万元，虽然98%的参合农民动用了家庭账户资金，但使用数额远远低于账户实有资金。渝北区的家庭账户2006年底之前为15元，其中10元为农民个人缴纳，5元为政府补贴；从2006年开始，仅仅把农民缴纳的人均10元计入家庭账户。家庭账户的资金可以全部用于门诊费用，但是不得超过家庭账户总金额。但截至2006年3月，该区家庭账户沉淀资金共计670万元。

农民家庭账户中的沉淀资金，实质上是农民家庭医疗的资金储蓄。农民可以凭借这一储蓄，在一定程度上应对或缓解将来的疾病风险。但是，沉淀资金过多会导致不少问题。第一，弱化了制度的共济功能。第二，增加了筹资的困难。目前动员农民参加新型农村合作医疗很困难。对于一些贫困家庭和隐性贫困家庭来说，一方面每人每年缴纳10元的参合费相对困难，另一方面他们缴纳的钱又用不上。这样，他们就不可避免地对参加这一制度产生抵触情绪，从而增大了政府推动的成本。第三，存在着家庭账户空账运行的隐患。据调查，一些地方统筹资金亏空了，就动用家庭账户的资金来弥补统筹资金的不足。这种做法形成农民的家庭账户资金的空账运行。由于农民不可能一下子提空、用完家庭账户中的资金，所以这种家庭账户空账的运行方式还没有太大的问题。但长此以往就会出现与目前城镇职工养老保险同样的问题，制度很难有可持续性。

3. 体检对农民的作用不大。

在实践中，一些地方也已经把体检、健康教育纳入了新型农村合作医疗的补偿之中。有的地方对参加了这一制度但没有受益的农民进行了体检；有的地方则对所有的参合农民进行普遍的体检。2005年，我国合作医疗基金支出总额61.75亿元，其中体检补偿总金额1.3亿元，占基金支出总额的2.09%。我国中西部地区基金支出总额19.22亿元，其中体检补偿总金额0.45亿元，占基金支出总额的和2.3%。体检费用支出在合作医疗基金支出总额中所占的规模并不算大。但是，这种做法效果不大。这是因为体检主要由乡镇卫生院承担，而乡镇卫生院的技术和设备等软、硬件条件都很有有限，在农民身体健康的情况下，难以通过这种简易的体检项目检查出潜在的疾病。医院对农民的体检具体检查了什么、检查得怎么样难以核查。从操作性上看，由于农村人口的流动性很强，很多农民常年在外打工，把这些人口纳入体检范围没有可操作性。在一些地方的调查中看到，一些地方把新型农村合作医疗资金的一部分直接划拨给乡镇卫生院，用于给农民体检的支出。这种做法实际上变成了对卫生院的变相补偿。

4. 制度运行不够稳定。

我们在调查中发现，各地几乎每年都要调整上年的合作医疗管理制度细则、报销比例甚至家庭账户资金的比例。不停地调整相关制度和管理办法，这在一制度处于试点摸索阶段是难免的。但是调整过于频繁容易引起农民的不信任，也加大了管理和运行成本。制度一旦确定下来，应当适当保持其稳定性。

（四）对定点医疗服务机构的监管需要加强。

新型农村合作医疗中有起付线、封顶线和报销比例的限制，如果定点医院的医疗费太高就会限制农民参加该制度的积极性。如浙江余姚市陆埠镇一个62岁的糖尿病患者介绍说他一年服药在药店购买需2000元，但到医院购买需3000元，减去500元起付线后再按30%补偿，可报 $2500 \times 30\% = 750$ 元，仍需自负2250元，所以他不会选择到医院看病。同时，在第三方支付（新型农村合作医疗）的情况

下，医疗服务的供给方（定点医疗机构）就更加可能利用其专业性优势和垄断地位诱导需求，提供过度服务，如大处方、抗生素滥用、大检查和手术滥用等。这种情况将严重影响合作医疗基金的使用效率和制度的可持续性。调查显示，各试点县开始采用了一些控制定点医院医疗费用的手段和措施，但难度很大，效果并不明显。

1. 对医疗机构缺乏适宜的监管手段。

医疗是一种特殊的技术性服务，医生更可能知道如何才能以最经济的投入治愈患者的疾病。因此，对医疗行为的监管很困难。目前，在一些地方尝试采取单病种付费的办法，试图在治愈疾病和减少统筹资金风险之间找到平衡，减少医院的过度医疗问题。但是这种做法也无法解决信息不对称的问题。第一，由于人们体质的强弱等因素的影响，同样的疾病所需要花费的医疗费也不相同。但是，在单病种付费的情况下，医生有对所有的人都采用最高限额的倾向。而对有可能超过限额的病人则会采取拒绝治疗或者让其提前出院。第二，对哪些疾病实行单病种付费、付费的限额是多少，医疗机构掌握更多的信息。

2. 卫生局、新型农村合作医疗管理办公室（中心）和定点医院三者之间的关系不顺，难以对定点医院的行进行控制。

各县的新型农村合作医疗办公室（中心）是实施管理机构，其职能之一就是对定点医疗机构的行为进行约束。但是，这一机构通常都设在卫生局，机构的负责人常由卫生局的领导兼任，并不是一个独立的事业机构。同时，新型农村合作医疗定点机构的人、财、物基本由卫生局管理，甚至在所调查的某县，其县级医院的院长也一直由卫生局的领导兼任。

在这样一种关系下，卫生局和新型农村合作医疗管理办公室（中心）对定点医疗机构的管理、约束就会往往只能停留在表面上，一些管理方面的政策、做法，甚至与约束定点医疗机构的目标背道而驰。例如，把新型农村合作医疗与民办医疗机构的发展片面对立起来，在准入制度上，限制民办医疗机构的进入，维护定点医疗机构的垄断地位。根据在某县的调查，该县目前共有个体诊所 60 个，但其中 40 多个都是 2000 年之前批准的。目前虽然每年都有 2~3 人申请，但现在对农村个体诊所实行严格控制的政策，都没有批准。又如，在各个医疗机构之间投资的相对均等化，既有利于农民选择医院，又会限制个别医院的垄断。但现有的投资主要集中于县城的个别医院，对乡、村医疗机构的投入非常有限。根据 2005 年对甘肃某一国家贫困县的调查，2002~2004 年，该县医疗卫生领域项目建设总投资 843 万元，其中国家补助、国债资金和以工代赈 428 万元，自筹 415 万元。但是，在项目的总投资中，用于乡镇卫生院的只有 84 万元，占总投资的 10.4%，在国家补助的 428 万元中，用于乡镇卫生院建设的资金只有 39 万元，占国家补助总额的 9.0%。村卫生室的建设没有得到任何政府财政资金的支持。这种投资政策，就必然使得一部分医疗机构的条件越来越好，从而使得政府约束其行为变得越来越困难。

3. 对县外医院的监管很困难。

新型农村合作医疗以县为单位参保和管理，但有相当数量的疾病到县外医院就医。由于到县外就医的花费明显高于本县，合作医疗基金中县外医院的补偿比例很高。目前对县外医院就医行为管理还有一些困难。一方面，目前我国农民的流动性很大，外出打工的劳动力很多，一些农户甚至全家都常年在外；另一方面，县外级别更高的医院的医疗技术、医疗条件好，交通条件也越来越便利。这样，农民在县外医院就诊、住院的比例越来越多。目前新型农村合作医疗对医疗提供

方的监管仅仅局限在县域内的定点机构，对县外医院的约束、监管却非常困难。第一，基本用药目录中的药品少、局限性强，不少县外医院也缺乏这些药品，这样医生不得不用更多的自费药。第二，因隶属、管理关系的不同，新型农村合作医疗管理机构对县外医院没有监督权。第三，县外医院控制药品费用的自我激励性弱。例如，与县内医院特别是乡镇卫生院主要以农民医疗消费的特点不同，县外医疗机构的病源多样化。因此，县外医疗机构没有针对农民的消费需求和基本用药而有针对性地购买药品的激励机制。县内医院、卫生院为了争取到新型农村合作医疗定点医院的资格，往往能够主动接受管理机构的约束；但县外医院的这种自我激励就很小。甘肃省皋兰县卫生系统的审核结果显示，近年来该县乡镇卫生院过度用药的情况基本很少，用药相对规范；但县外医院的用药有许多都超过了新型农村合作医疗的基本用药范围，存在过度医疗的问题。

4. 农民没有真正参加到新型农村合作医疗的管理之中。

农民是新型农村合作医疗的受益主体。由农民参与到合作医疗资金的筹措、使用，将有助于使这一制度更加贴近农民的需求，也能有效防止资金的挪用和贪污现象。但是，我国农民没有建立相应的组织体系。在这种情况下，就难以产生代表农民利益的农民代表。所以，即使有农民代表加入到新型农村合作医疗的管理之中，但农民并不知道这些人是否能够反映他们的呼声、维护他们的利益。在实地调查中发现，一方面农民表达了对新型农村合作医疗资金管理的担心；但另一方面，农民对由农民代表参与管理合作医疗资金并不特别感兴趣。问卷调查显示，在合作医疗应该如何管理方面，选择政府管理的有 556 户，占 44.0%；选择卫生局的 463 户，占 36.6%，选择农民自己管理的 464 户，占 36.7%。这是一个多项选择问题，加总不等于 100%。这说明农民对参与新型农村合作医疗的管理有一定需求，但实际上并没有在制度上加以落实。

（五）贫困农民参加新型农村合作医疗的补偿办法还有待进一步完善，确保参合贫困农民真正从中受益。

目前我国农村居民内部的收入差距很大，2005 年农民人均纯收入的基尼系数扩大到了 0.3751，比 2004 年提高 0.0059。2005 年底，按人均收入 683 元的标准，农村贫困人口为 2365 万人；按人均收入 944 元的标准，农村低收入人口为 4067 万人。

为了使得贫困农民能够享受到新型农村合作医疗的好处，我国还配套建立了农村医疗救助制度。到 2005 年底，全国已经开展医疗救助的县（市、区）有 347 个，筹资总额 13.5 亿元，其中中央财政 6.0 亿元，省级财政 1.4 亿元，县市财政 3.9 亿元，各级彩票投入 0.4 亿元，社会捐助 1.7 亿元。农村医疗救助的对象主要是两类人群：一是农村贫困人口；二是虽然不属于贫困人口但因为医疗开支很大而导致沉重家庭负担的一般农户。就贫困人口而言，各地所采用的主要方式，一是减免人均 10 元钱的合作医疗费；二是实行二次补偿的办法，即对于在原有报销的基础上仍然难以承担自付医疗费的家庭给予一定数额的报销。一般来说，人们得到医疗服务的数量和质量与其收入状况密切相关，收入高的群体更容易得到医疗服务。我国尽管在农村合作医疗制度和农村医疗救助制度方面对贫困人口进行了照顾，但现有的制度框架还不能有效解决贫困人口的“看病难”问题，贫困人口得到的医疗服务和公共补助收益低于其他群体。

到 2005 年底，全国新型农村合作医疗试点地区贫困人口中有 64.1%参加了这一制度，其中多数得到了减免缴纳人均 10 元的合作医疗费。但是，新型农村合作医疗的大病住院补偿有起付线和封顶线，而且超过起付线部分的补偿率也有

限,也就是说,农民患病后需要自付很大一部分医疗费。这样,贫困农民将因无力支付自付部分的医疗费而放弃治疗,从而不能享受新型农村合作医疗的好处。根据张振忠(2005)对某县的调查,该县的新型农村合作医疗补偿呈现一定的不公平。按照收入五等份分组,越是收入高的群体,一年内获得门诊补偿和住院补偿的数额越大,贫困农民获得的最少。2006年4月对重庆市渝北区的调查,也证实了贫困农户在这一制度中受益的不对称性。2005年底,重庆市渝北区的农业人口176139户、513474人,其中农村五保户3602户、3622人,农村贫困户数1606户、5620人。在2005年的3月份,全区共有777人得到了住院补偿。其中一般农户760人,占一般农户总人数的0.15%;五保户和贫困户17人,占五保和贫困人口总数的0.18%。可以看出,一般农业人口与五保、贫困人口的住院率大体相当。但是,从住院分布结构看,在得到报销的760户一般农户中,在区以上医院的255人,在区级医院的234人,在乡镇卫生院的271人;而五保和贫困人口在相应医院住院的人数分别为1人、6人和10人。显然,五保和贫困人口获得住院补偿的层次低。目前,越是层次高的医院的医疗费越高,因而从合作医疗中得到的补偿也多,五保和贫困人口更多地选择乡镇卫生院,从而获得的补偿相对要少。

(六) 新型农村合作医疗制度外部环境有待改善。

任何一项制度安排的运行效率都必定内在地联结着其他的制度安排,共同“镶嵌”在制度结构中。所以它的效率还取决于其他制度安排的完善程度。就我国新型农村合作医疗制度而言,由于与其紧密相关的其他制度安排(或政策)的不完善而影响了其持续健康的发展。

1. 我国农村公共卫生薄弱,使得新型农村合作医疗在覆盖范围上面临两难选择。

农民健康体检、疾病预防、防疫、保健、健康教育等公共卫生事业的发展能够减少农民患病的概率,从而减轻新型农村合作医疗制度的压力。由于公共卫生属于纯公共产品,所以,公共财政有理由承担其筹资责任。但是,目前财政在农村公共卫生方面的投入严重不足。从县、乡、村三级预防保健网络看,县(市、区)级预防保健机构基本上由财政全额拨款,但这一投入只能保证人员的基本工资。乡镇卫生院是农村三级医疗卫生服务的枢纽,承担辖区内基本的医疗服务以及预防、保健、健康教育、公共卫生等职能。但是,目前多数乡镇卫生院是差额拨款事业单位,财政投入仅仅保障人员工资的50%~60%。村卫生室按照国家政策规定需要承担卫生行政部门赋予的预防保健任务,提供常见伤、病的初级诊治。由于村级卫生室不属于政府系列,所以财政不承担村卫生室的经费,仅仅因为执行公共卫生职能而由财政或乡镇卫生院根据其完成的工作的多少和质量给予相应的微薄补助。在政府财政缺位的情况下,我国基层公共卫生机构从生存和创收出发,不得不采取各种各样的办法。例如,有的公共卫生机构把本来应该实行的免费服务变成有偿服务,通过服务收费解决经费缺口。据调查,在一些地方本属应该由国家支付疫苗的购买费和注射费、免费的小儿麻痹预防疫苗目前也进入了市场。另外,流脑、甲肝、流感、狂犬病作为特殊的医疗服务,注射费用均未列入国家支付,甲肝的疫苗购买费也由个人支付,不少乡镇的村医都帮助县卫生院收取注射费和疫苗购买费。

基于公共卫生的重要地位和目前公共卫生服务资金供给严重不足的现实,一些学者提出了新型农村合作医疗的资金用途应该涵盖免疫等公共卫生服务,从而加强公共卫生服务的提供。在实践中,一些地方也已经把体检、健康教育纳入了

新型农村合作医疗的补偿之中。2005年，我国合作医疗基金支出总额61.75亿元，其中体检补偿总金额1.3亿元，占基金支出总额的2.09%。我国中西部地区基金支出总额19.22亿元，其中体检补偿总金额0.45亿元，占基金支出总额的2.3%。但是，这种做法使本来已经很紧张的新型农村合作医疗资金更加紧张，影响新型农村合作医疗保大病以及缓解农民因病致贫、因病返贫的制度目标。

2. 医疗改革滞后引发的医疗价格快速上升。

新型农村合作医疗是一种以收定支的防范群体疾病风险保障制度。如果医疗价格在高位运行而且不断上涨，在既定的补偿方案下将会因收支缺口增大而难以维持。因此，如何遏制医疗价格上涨对新型合作医疗的健康发展非常重要。但是，改革开放以来的国民经济快速发展和改革的不断深化，扭转了计划经济时代特有的商品普遍短缺的局面。与这种变化相对应，几乎所有的商品都由卖方市场变为买方市场了。然而，药品和医疗服务市场不仅没有发生这样的变化，而且在卖方市场的轨道上越走越远。最为显著的特征就是：在药品出厂价格越来越低的情形下，病人支付的药品价格却越来越高。其主要原因包括以下方面。

(1) **医院补偿机制不合理：目前的医疗卫生机构都是差额预算管理，政府财政投入占医疗机构支出的比重不到50%。**

(2) **新药审批机制不合理：**据统计，2004年，我国国家食品药品监督管理局共受理10009种新药的报批，而同期美国国家食品药品监督管理局受理的新药报批数为148种。一种药品限价后，药厂立即更换包装改头换面再以高价销售。据余姚市三七镇某村民介绍，以前一盒头孢20元，后来限价降到10元了，但容量也从两板降到一板。

(3) **药品流通机制不合理：**很多药品在合作医疗定点机构的实际价格在扣除报销额度之后，仍然高于药店中的价格。

(4) **加价机制：**医院在进价的基础上加15%出售给患者。10元的药赚15元，20元的药赚3元。医院当然有动力进更高价的药。

(5) **医院的垄断地位：**按照经济学原理，需求的价格弹性正比于其可替代性。而对患者来说，生命是无可替代的，所以医疗需求几乎是价格刚性的，医院是价格垄断方，可以索取垄断价格，患者处于弱势。

笔者在调查中发现，实施新型农村合作医疗之后，参合农民虽然得到一定程度的资金补偿，但由于医疗费用的持续上涨，补偿后农民实际支付的医疗费用并没有显著下降。一些农民反映合作医疗的主要受益者是医疗机构，如何控制医疗机构的费用上涨问题还没有真正得到解决。

六、完善新型农村合作医疗制度的思考和建议

(一) 进一步明确全国制度基本统一、对不同地区实施分类指导的原则。

国家确立的新型农村合作医疗制度从总体上看是符合农民意愿、总体运行效果较好的初级医疗保障制度。新型农村合作医疗制度的基本原则和框架在实践中得到了一定的验证，在一定时期内可以保持基本稳定。但在具体运行机制和管理办法方面，还需要根据形势的发展、农民群众的意愿以及在运行过程中发现的问题逐步调整和完善。从基本模式上看，新型农村合作医疗在资金筹集方面采取政府财政补贴与参保农民集资相结合的方式是适宜的，这是基本制度，全国应当保持基本统一。由于我国地区差别很大，不同层级政府的出资办法和比例可以有所不同；参保农民的缴费方式和具体数额也应当从各地实际出发，允许地方差异存

在。在指导方针上，要进一步明确全国制度基本统一和分类指导相结合、允许各地因地制宜的新型农村合作医疗发展原则。

我们可以对本次调查涉及的浙江省余姚市、山东省五莲县、河南省汤阴县、重庆市渝北区和甘肃省皋兰县的一些相关数据来进行分析。按 2005 年农民人均纯收入来排序，这 5 个调查县（市、区）依次是浙江省余姚市，6943 元；山东省五莲县，4000 元；重庆市渝北区，3479 元；河南省汤阴县，2985 元；甘肃省皋兰县，2113 元。需要说明的是，虽然调查样本县（市、区）分东部、中部和西部抽取，但从农民人均总收入看，并没有符合国家统计局口径——贫困线 683 元、低收入线 944 元——的真正的贫困县（市、区）。很可能这部分贫困地区和低收入地区迄今还没有包括在新型农村合作医疗试点的视野之内。从“能够接受的交费水平”看，在农户调查的有效样本中，汤阴县、渝北区和皋兰县都是 0~10 元的居多，汤阴县高达 82.4%，渝北区和皋兰县分别为 66.7%和 65.6%，而五莲县是 10~20 元的居多，占 66.7%，余姚市则是 40 元以上的居多，达 57.7%。从调查数据看，“对新型合作医疗现有交费水平的看法”，认为“负担过重”的渝北区、汤阴县较多，分别为 9.4%和 7.8%；皋兰县居中，为 4.3%；余姚市和五莲县较少，分别为 2.6%和 1.6%。以上数据分析说明，中等地区和欠发达地区受到经济发展水平导致的筹资水平的限制，农民的期望与现行制度设计比较吻合；而发达地区则不然。从五莲县选择交费 10~20 元占 66.7%、余姚市选择交费 40 元以上达 57.7%的统计数据看，发达地区农民的期望是高于现行制度设计的。发达地区的经济发展水平、地方财政的实力和个人及家庭的经济能力，已经具备向更高层次医疗保障模式过渡的必要性与可能性。我们建议允许和鼓励在有条件的发达地区“新型农村合作医疗”逐步向全民社会医疗保险模式方向“转轨”，给他们另一种选择的机会。其实，有些地方上已经有这样的考虑。浙江省义乌市的城乡统一的大病医疗保险制度，上海市的“小城镇社会保险制度”中的大病医疗保险部分已经在城乡医疗保障制度衔接方面先行一步。从渝北区、汤阴县两地认为“负担过重”的接近 10%左右的比例看，调查范围之外的“真正的”贫困地区可能更加难以负担。现行模式对经济条件太差的欠发达地区可能也有相当难度。因为每人每年缴费 10 元，一个四口之家就是 40 元，如果还要考虑老人，还会超过这个数。这样的筹资水平可能对当地至少 50%的农民来说，是有困难的。对这些地区，加大中央政府支持力度，支持地方建立这一制度十分必要。同时，要进一步完善农村医疗救助制度，确保贫困农户和低收入农户参保，使其真正得到必要的医疗服务。

（二）进一步加大农村医疗救助支持力度，确保农村贫困人口真正从合作医疗中得到实惠。

据国家统计局和国家扶贫办最近公布的数字，以年人均收入 683 元为贫困线来计算，我国还有农村贫困人口 2365 万人，占农村人口的比重为 2.5%。贫困人口众多是我国农民尤其是中西部地区的客观现实，如果他们像正常农户那样参合（或者通过救助基金代缴），在实际执行中也容易导致他们因为实际支付能力弱而难以得到平等的医疗服务。建立“新型农村合作医疗”的目的之一是要解决农民的因病致贫、因病返贫的问题，但是现在的政策设计离达到这个目标还有相当大的距离。

从几年来的实践看，要解决农村贫困人口的就医问题，仅仅用农村医疗救助资金帮助农村贫困人口“参合”不是一个有效的办法。因为这样做，虽然使贫困人口名义上“参合”，但因为他们是拿不出钱去看病，同时也没法支付医疗费

用中高达 50%或以上的“自付部分”，所以他们的实际状况改善不大。皋兰县对特困户和五保户，组织民政部门多方筹集资金，资助其参加合作医疗。目前，全县共拨付医疗救助资金 2.2 万元，解决了 2201 人的合作医疗参合问题。但是，由于农村五保户、特困户、优抚对象等部分困难群众极度贫困，无力缴纳合作医疗基金的自筹部分，即使通过多种途径资助其参加了合作医疗，但对住院医疗费用个人承担部分（门槛费和按比例补助后个人承担部分）仍无法负担，也就是说无钱看病，仍享受不到合作医疗的补助。

为了确保贫困农户从新型农村合作医疗制度中真正受益，建议政府进一步加大农村医疗救助力度，增加医疗救助资金投入。一方面利用救助资金为他们代缴“参合”费用，另一方面为他们负担一部分需要自己承担的医疗费用，即政府为贫困农民直接购买了一定的医疗卫生服务。同时，在新型农村合作医疗制度中要适当降低这些贫困农户的医疗费用的个人负担比例，使其在花钱不多的情况下真正得到最基本的卫生服务。由于政府缴纳比重已经大幅度提高，现在已有条件和能力让农村贫困人口免交或者少交个人负担的费用。这样，我们就可以使新型农村合作医疗和农村医疗救助两个制度“联合行动”，先用医疗救助资金帮农村贫困人口垫付医疗费，然后在合作医疗基金中报销一部分，看完病后再帮他们全部或部分支付费用的自付部分。只有这样，才能使农村贫困人口真正能够看上病。

（三）建立与经济增长和农民收入增长相衔接的相对稳定的筹资机制。

筹资机制问题是社会保障制度包括新型农村合作医疗制度的核心问题。目前新型农村合作医疗的筹资机制是政府确定农民缴费标准和各级财政的补偿数额，这在制度建设早期是非常必要的。但随着制度的发展，应当逐步建立正常的、符合经济社会发展水平的稳定筹资机制。国外社会保险制度的资金来源一般是雇主与雇员共同承担相同的筹资比例，不足部分由财政补贴，其好处是风险共担，能够根据经济状况及时调整比例满足基金需要。我国城市职工基本医疗保险制度，雇主承担费用高一些（制度规定为工资总额的 6%，雇员为本人工资的 2%左右）。新型农村合作医疗制度针对的是农村居民，政府补贴部分实际上承担了雇主缴费的责任。目前政府承担新型农村合作医疗 80%的基金费用比例，反映了政府为农民办实事、为农民办好事的精神和努力。但是，从总体上看，我国对医疗保障基金的筹资问题还缺乏严格的测算，还没有建立稳定增长的调整机制和增长机制。各级政府的预算资金增长及保证责任要进一步落实，逐步建立资金标准调整的长效筹资机制，各地经济发展水平不一样，地方政府的补助标准也不必要明确规定高限。由于经济增长和医疗保健费用的不断上涨，固定资费的筹资机制没有与收入有机挂钩，将来筹资还需要调整基本制度，应当逐步建立按收入比重缴纳费用的稳定机制。这是一个复杂问题，涉及农民实际收入的核查，有一定难度；同时，按实际收入的一定比例缴纳费用往往引起农民之间的攀比，进一步增加筹资难度。在一定时期内可以继续使用相对规定的缴费数额，但可以适当调整农户与政府的缴纳费用比例。笔者建议农民缴费占总费用的比重不要超过 50%，但也要尽可能在总费用的 1/3 以上。可以根据地方经济发展水平，由地方确定农民和政府之间的具体筹资费用比例。同时，建议有条件的地区，逐步探索按农户实际收入即按农户能力缴纳费用的新机制。对新型农村合作医疗制度如此，其他社会保障制度也应调整筹资机制。

（四）进一步加强农村卫生基层服务能力，完善农村社区健康服务体系。

现行的农村三级卫生服务体制中，县医院的中心作用十分明显，但是医疗费用相对较高。经历过相当一段时间的萎缩后，在国家加大经费投入和新型农村合

作医疗制度的支持下，乡镇卫生院的地位和作用有所增强。村卫生室是初级卫生保健体系的末梢和基础，还需要进一步加强。调查数据显示，在有效样本中，农民无论生大病或生小病，到乡镇医院看病的都只有 20%左右；而生小病时，72.8%的农户选择村卫生室；生大病时，59.9%的农户选择县医院。做出以上选择的原因，首选（77.8%）是因为“距离近”，次之（49.9%）是因为“费用低”。为了进一步强化农村卫生服务体系建设，国家应当对符合区域卫生规划的村级卫生机构加大支持力度，强化其初级预防保健能力；对乡镇卫生院的定位进行适当调整，使其在保留一定卫生服务能力的同时，把重点尽量放到社区健康服务管理方面，逐步成为农村社区卫生健康的管理中心。

当然，基层卫生机构的改革必须因地制宜，防止“一刀切”。贫困地区的乡镇卫生院还可以继续适当发展，但对大部分尤其是经济相对发达地区的乡镇卫生院（即大约 60%~70%的农村地区），我们认为可以逐步调整。按照区域卫生规划，一个县域范围内的乡镇卫生院应该打破现在按行政区划设卫生院的体制，而是按有效服务半径来设置社区健康服务中心，大致上相当于现在的几个行政村“连片”设一个基层社区中心。乡镇卫生院可以改造为乡镇中心，保留其检查、化验等功能，也可以考虑保留产房。主要的医护人员应该下到社区健康服务中心去，使基层中心专业化。现在的乡村医生主体主要是非专业的医务人员，已经大大地落后于我国的社会经济发展水平。同时，由政府支付或部分支付工资的专业医生到基层社区去提供直接的服务能减轻农民的医疗负担（乡医的人工成本实际上是在看病的过程中要让农民分摊的）。现在的乡医可以有两条出路，一是用连锁经营的药店来消化这部分人员；二是经过一定的培训，在健康服务中心担任护理人员或文员（负责记录健康档案等事宜）。这样以社区为依托的服务体制会大大降低健康服务的成本。在基层，把“公共卫生”与“治疗”截然分开，是非理性的，因为这两者在基层实际上是难以分开的，一旦分开，反而会造成体制上的障碍。

同时，在当代社会中，健康问题已并非是一个可以靠“治疗”来解决的“技术性问题”。在 20 世纪中期之前，威胁人类健康的主要杀手是传染病，在发明了疫苗和抗生素以后，大多数传染病逐渐得到了控制。因而现在威胁人类健康的主要杀手已经发生根本性的变化，大多是与生活方式相关的疾病，如高血压、糖尿病等。传染病与慢性疾病的一个主要的区别是，前者是可以“治愈”的，后者却只能“控制”，因此影响疾病和治疗过程的社会性因素大大增加。所以，将医疗卫生领域的技术性和社会性整合起来，才能更好地达到健康保障的目标。

社区健康服务中心的任务应该是建立健康档案、宣传保健知识、定期检查身体、治疗常见疾病、提供出诊服务、转诊疑难病症、预防传染性疾病、负责疫苗接种等，最主要的是要在基层建立一个主动为所有的居民服务的真正的社区中心，而不是要在基层再建一个坐等病人上门的医院。

过去的合作医疗体制就是一个将服务设立在基层社区的体制，并且由“赤脚医生”提供了很多方便的、贴心的服务。从这个意义上说，没有赤脚医生就没有合作医疗。我们现在仍然应该提倡“赤脚医生”的服务精神，更重要的是建立新型的以健康为主导的卫生服务制度。当健康服务体制与“新型农村合作医疗”真正能够水乳交融地结合到一起，才能使整个农村的医疗卫生事业有光明的前景。

在卫生服务管理体制方面，建议根据社会主义市场经济的要求，政府主管部门进一步深化“管办合一”体制的改革，逐步建立“政事分开”的新型管理体制，保证经办机构公开、公正地进行竞争，创造卫生服务的公平环境。同时，政府部门站在“局外人”的立场上，更好地维护患者的权益。

（五）采取切实措施控制医疗费用的快速上涨。

控制医疗费用不合理上涨，尤其是药品价格、检查价格和治疗费用价格的快速攀升是减轻农民疾病负担的根本措施。为了不让新型农村合作医疗制度给农民带来的好处被急剧上涨的医疗费用抵消掉，切实降低不合理的医药费用势在必行。随着居民收入的增长，医疗费用增长是难免的，也是正常的。但是，医疗费用增长必须保持在相对合理的幅度和范围之内。然而，目前我国医疗费用的快速增长确实存在着不少不合理的因素，加重了患者负担，败坏了医疗服务系统的声誉，降低了政府的信誉。近年来，政府采取了不少措施抑制医疗费用的过快增长，收效不大。农村合作医疗制度的确在一定程度上增加了医疗服务的利用量，但在缓解和减轻农民患病负担方面效果不明显。这说明解决医疗费用的快速上涨问题需要下大力气，关键因素是需要医疗卫生体制、医疗保险制度以及药品生产流通体制三项改革的共同推进。政府应该加大宏观调控力度，形成推进三项改革的合力，迫使医疗服务系统放弃“逐利”的动机和机制。当然，这个任务十分艰巨。

目前合作医疗采取了适当控制需方的措施尽管有必要，但主要的工作应当通过合作医疗这个杠杆，寻找控制供方的得力措施和手段。国际经验表明，控制供方价格上涨的最有效体制是国家直接购买或者生产卫生服务，即免费的全民卫生保障体制；次之的是社会医疗保险体制，在患者与卫生服务提供者之间架起能够约束双方行为的制度机制；商业保险加大了参保患者的集体谈判能力，但在控制费用方面效果不佳；最不利于患者的是自费医疗方式，一方面患者往往因自身或家庭经济困难难以得到充分的医疗服务，另一方面无法形成对医疗机构的组织约束，处于完全的被动地位或者放弃卫生服务的无奈境地。

根据调查，合作医疗制度对管制内的机构有了一定的费用约束，但目前作用还比较有限。虽然不能将目前医疗费用的过快增长归结于合作医疗制度及过度服务，如何更好地发挥合作医疗制度在控制医疗费用过快增长方面的作用值得深入探讨。笔者建议在“新型农村合作医疗”制度框架内，探索农村社区组织参与制约医疗服务和药品流通领域的“专业权力”的新机制，降低医疗服务费用。目前的“新型农村合作医疗”只是在农村建立了一个低标准的付费（报销）机制，并没有对医疗服务和药品流通形成有效制约。所以，在高昂的医药费用冲击下，这个付费机制仍然不能解决农民的“看病难”和“看病贵”的问题。“看病难”、“看病贵”的根本问题是医生和医院的专业权力难以受到有效制约，医疗费用难以降下来。现在关于医疗改革问题的讨论中，常常谈到医患双方的“信息不对称”。其实，由于相关的法律法规授予医院和医生一些特别的权力，譬如行医权、处方权，药品的“国药准字”等，这就把“信息不对称”变成了“权力不对称”。所以，医疗卫生领域的“专业权力”问题必须得到重视。

在调查中，按调查对象的意愿，希望政府加强对新型农村合作医疗和整个医疗体系的监管是非常突出的。譬如，问“合作医疗应该由谁来管理”，44.1%的人认为应该由“县政府”，加上选择“县、乡、农民一起管理”的17.5%，将近2/3。问“合作医疗管理机构的人员组成”，44.0%的人认为应该有“政府指定的人”，36.6%的人认为应该有“卫生局的人”。所以，政府及相关机构要进一步加强资金的管理与监督，保证资金确实用于农民的医疗补偿，而不会被挪用或侵占。要通过设计更好的补偿方案最大限度地减轻农民的经济负担，并有效地约束医疗机构为少数患者提供过度服务和少数患者过度利用服务的行为。

但是，“新型农村合作医疗”毕竟应该是农民自己的“新型农村合作医疗”，应该重视其“社区性”和“合作性”。从农民的意愿看，也有36.7%的人认为在

“合作医疗管理机构的人员组成”中应该有“农民自己的代表”。所以，以建设社会主义新农村为契机，将“新型农村合作医疗”与农村基层组织建设结合起来，可以以已有的农村基层组织为依托，也可以建立在村党支部和村委会指导之下的农民健康维权组织，以对医疗服务和药品流通形成监督机制。

一是形成农村社区组织对健康服务中心医护人员的监督，单个的农民在医生和医院的“专业权力”面前永远是弱者，是无法进行对话的。只有组织起来，才能取得起码的话语权，才能有能力和“专业权力”抗衡。调查发现，也有 14.6% 的农户认为新型农村合作医疗应该由“农民自己管理”，有 17.5% 的农户认为应该“（县、乡政府和农民）三方共同管理并以农民为主”，如将两者相加，则可达到 31.3%。虽然这一问是“多选”，但是从题意上看，调查对象一般不会同时选择这两个答案。因此，需要探索农民参与监督和民主管理的长效机制，规范运作。在新型农村合作医疗的组织管理体系中逐步吸收一定数量的农村居民代表参与决策和管理，使最广大的受益者发挥主体作用。在管理委员会和基金监督审计委员会中，农民代表要逐步达到一定比例，使他们真正成为这一制度的参与者而不仅仅是被动受惠的对象。

二是社区健康服务中心的运作应该是“非营利性”的，必须做到公开化、透明化，接受农民和基层社区组织的监督。现在各地对这个问题还是比较重视的，农户调查的数据表明：有效样本中，知道报销情况“定期公布的”占 51.8%，“不定期公布”的占 5.9%，加起来就有 57.7%；但是另一方面，“不知道”的也有 36.4%。可见公开、透明的广度还不够。所以，要增强制度的公开性和财务的透明化。几年来试点实践的经验证明，凡是制度公开尤其是财务公开的地方，农民的信任程度和拥护程度就高。

三是建立农村健康服务中心的药品联合采购机制，通过“公正、公平、公开”的方式来采购药品。目标是既保证质量、又降低成本。同样，单个的农民在药品流通领域更是“两眼一抹黑”，对假药、过期药、失效药乃至毒药很难有辨别能力。调查表明，有 79.9% 的人担心“药品价格”，28.2% 的人担心“药品质量”，因此，要研究得力措施切实解决农村药品价格高、急剧上涨以及杜绝假药、过期药、失效药乃至“毒药”的问题。

（六）逐步完善新型农村合作医疗的运行机制和管理办法，降低新型农村合作医疗的运行成本。

新型农村合作医疗本身的运行成本对于这项制度的有效性和可持续性至关重要。现在影响制度成本的比较多，比较突出的因素有：一是家庭账户。目前中西部地区主要通过设立家庭账户的方式作为吸引农民参合的一项措施。其实这是对参合者的误导，因为看病（门诊或小病）用的实际上还是自己的钱。从这个意义上说，如果将农民自己出的 10 元钱都放在家庭账户中，那就等于没有出。从理论上去分析，医疗保险及类似制度（新型农村合作医疗）的设计原则是最符合大数定律的，绝大多数不生病的人拿出一元钱来帮助生病的人渡过难关。但是家庭账户破坏了这个规律，明明是自己的钱，偏要交给有关机构来管理，所花费的经济成本和机会成本，无论对政府还是个人都是一种浪费，因此这项政策措施并非明智之举。建议已经实施家庭账户的地区逐步过渡到正常的引导方式上来。

二是降低筹资成本。从问卷调查数据看，在有效样本中，能够“主动交费”的要占 54.6%，而需要“上门收取”的要占 41.0%。但是从访谈和座谈中收集的资料看，余姚市反映：主动交费的实际上只占 1/3 左右。我们在重庆调查中得知，如果没有村干部们上门做宣传发动工作，单靠农民自觉参加的话，恐怕参合

率都不足 20%。这说明基层干部筹资工作十分辛苦。他们谈到：“每年的筹资阶段，各级政府及相关单位都要召开会议，进行宣传发动工作，并需要印制大量的宣传材料挨家挨户进行发放。合作医疗筹资工作是一项非常浩大的工程，需要大量的人力、物力和财力的投入，造成筹资成本过高。”目前国家在新农村建设中采取了许多惠农、利农措施，直接从农民那里筹集的资金已经很少。建议在国家财政的某些惠农资金中寻找一个稳定的渠道，将从农民那里筹集的合作医疗资金纳入其中，既降低了筹资成本和干群矛盾，又使国家的惠民措施落到实处。具体的办法值得研究和探讨。

三是尽可能降低管理人员开支和管理费用，投入更多的资金用于农民看病。

四是要切实解决合作医疗基金的沉淀和平稳运行问题。取消家庭账户后的合作医疗基金就变成了现收现付的保障基金，应当根据实际需要进行筹资，对筹集的资金尽可能使用好，不要有过多节余，更不要形成大量资金沉淀，否则可以降低筹资比例或数额。这是一个观念转变问题，也需要根据实际情况进行相应的制度调整。当然，不要矫枉过正，也不要因为避免“沉淀”而形成基金大量透支或者超支的局面，这也不利于基金的平稳运行。

五是要完善政府补贴机制和程序，加快形成根据收入状况进行缴费和财政补贴的筹资机制，简化财政拨款手续，加快拨款进度，减少直接和间接管理成本，提高基金管理效率。

（七）努力加强新型农村合作医疗软硬件建设，不断提高管理水平。

从调研情况看，目前管理机构不健全、人员不足、素质不高的问题还比较突出。因此，要加强新型农村合作医疗软硬件建设。一方面需要各级党委政府的高度重视，在人力、物力、财力等方面给予大力支持，尽快健全机构，充实人员，完善相关制度。另一方面需要建立一支高素质的管理队伍，尤其要加大人员培训力度。

在管理体制方面，要逐步吸收一定数量的农村居民代表参与决策和管理，使最广大的受益者发挥主体作用。在管理委员会和基金监督审计委员会中，农民代表要逐步达到一定比例，使他们真正成为这一制度的参与者而不是被动的受益对象。

在财务管理方面，进一步增强制度的公开性和财务的透明化。凡是制度公开尤其是财务公开的地方，农民的信任程度和拥护程度就高。要进一步加强资金的管理与监督，保证资金确实用于农民的医疗费用补偿，而不会被挪用或侵占。为此，需要探索农民参与监督和民主管理的长效机制，规范运作。

（八）稳妥推进新型农村合作医疗保障水平的提高，促进新型农村合作医疗的可持续发展。

新型农村合作医疗在 2006 年大幅度扩面之后，尤其是 2008 年后甚至逐步覆盖农村地区，管理能力问题成为关键。要根据合作医疗管理机构的定编、人员和正常运行所需保证管理费用的及时到位。随着推广进度的加快，健全管理体系提高管理能力的任务十分重要，否则进度加快可能会有风险。需要保持每年召开一次全国新型农村合作医疗工作会议的制度，及时总结、评估进展、推广经验、发现和解决问题。同时，要加大专家指导力度，健全省级专家队伍，及时培训县级新型农村合作医疗管理队伍和辅助队伍。制度需要人去执行，队伍建设是关键，一定要给予足够的重视和支持。

在保障水平方面，国家规定新型农村合作医疗保障水平的最低标准之后，允许各地从实际出发确定适当的筹资水平、补偿水平和保障水平。目前的新型农村

合作医疗保障水平还是比较低的，随着经济发展，保障水平可以适当提高，住院补偿费比例从目前的 1/4 可以逐步提高到 1/3 或者 1/2。但是，这个过程应当因地制宜逐步提高。在国家基本建立新型农村合作医疗制度之后，建议各地对“自愿”参合采取更加灵活的方式，降低筹资成本，扩大新型农村合作医疗的覆盖面，更加公平地解决农村居民的基本健康保障问题。

在制度层面，中西部地区新型农村合作医疗的“家庭账户”承担着一定程度的门诊保障作用，是一种现实的选择。短期内如果不取消“家庭账户”，应当加强对“家庭账户”资金的管理；如果决定取消“家庭账户”，应当对该制度中关于门诊补偿的规定做出一些安排。考虑到中西部地区农民收入比较低、看病需求严重不足的情况，建议在总经费中拿出一定比例用于门诊补偿，补偿的比例和范围可以由各地根据实际情况具体测算。在东部地区和大城市郊区，可以根据合作医疗基金逐步增长的情况，在适当的时候（比如新型农村合作医疗制度实现基本覆盖之后）拿出一定的资金用于门诊补偿。这样一方面可以适当扩大新型农村合作医疗制度的受益面，激励农民参合的积极性，适当扩大医疗需求；同时，避免参合农民的逆向选择，有利于强化合作医疗基金的筹集和统一管理，完善制度运行模式，在总体保障水平比较低的情况下促进新型合作医疗制度的健康持续发展。（王延中 刘湘丽 崔红志 唐钧）

第五篇 城乡医疗救助制度的建立与发展

自 20 世纪 80 年代以来，医疗保障问题逐渐成为困扰中国社会的一个“老大难”问题。在 2002 年以来历年的《社会蓝皮书》中，零点公司关于“城乡居民生活质量”的调查表明，对“社会保障”在零点公司设计的指标体系中，“社会保障”这个指标是涵盖了“医疗保障”的。根据《社会蓝皮书》中零点公司的具体分析，医疗保障中存在的问题对“社会保障”的影响很大。和“医疗制度改革”的社会关注率基本上都名列前六位之中。从 2002 年以来历年的《社会蓝皮书》提供的资料看，2004 年的数据与其他年份有较大的差异，“医疗制度改革”未进前六，但其原因难以判断。

医疗保障问题对城乡贫困家庭的影响更大。从国际经验看，世界卫生组织的数据显示，在低收入国家每年大约有 2%~7% 的人口因病致贫。在中国的贫困人口中，因病致贫、因病返贫的因素要占 30%~60%，个别地区高达 70%。国务院发展研究中心 2004 年的相关调查数据表明：农村贫困户中，约 41% 是由于疾病导致了家庭贫困。而据民政部提供的信息：城市中因病致贫、因病返贫的家庭要占城市低保家庭的 58%，而城市低保人员参加城镇职工基本医疗保险的只占低保人数的 7%。

正因为如此，1999 年中国的城市居民最低生活保障制度在全国普遍实施之后，建立医疗救助制度以帮助城乡贫困人口摆脱“因病致贫、因病返贫”的困境逐渐成为社会共识。因此，在时正新主编的《中国社会救助体系研究》时正新主编《中国社会救助体系研究》，中国社会科学出版社，2002。和李彦昌主编的《城市贫困与社会救助研究》李彦昌主编《城市贫困与社会救助研究》，北京大学出版社，2004。中都郑重提出：医疗救助是“社会救助体系的重要组成部分”。以下，我们将分四个方面，对中国医疗救助的建立过程、实施现状、存在问题和发展前景分别做出阐述。

一、城乡医疗救助制度的建立过程

改革开放以后，由于农村的合作医疗制度趋于瓦解，城市的劳保医疗制度和公费医疗制度正在向医疗保险制度转变，城市贫困人口的医疗问题日益突出。在这样的社会经济背景下，医疗救助被提上政府的议事日程。

20世纪80年代，医疗救助的概念和做法开始出现在农村扶贫和加强农村初级卫生保健的政府文件中。到了90年代，随着城市贫困人口的剧增，一些地方开始通过政府下发专门文件乃至通过地方立法开展医疗救助，使之成为地方政府的一项职责。譬如，为缓解低收入群众看病难问题，北京市在1997年与城市低保制度配套出台了新的医疗收费优惠办法。同年，在山东省有关建立和完善城市低保制度的政府文件中，也提出对保障对象的医疗费实行减、免、缓等优惠政策。然而，中国社会科学院社会政策研究中心的调查结果表明，“减免”政策的落实状况是令人怀疑的。因为要医院这类已经深陷于市场之中的事业单位去“减免”，实际上是很困难的。《中国城市贫困与反贫困报告》提出，“不如采取‘政府买单’的方式”。

到世纪之交，城市居民最低生活保障制度已经在全国普遍建立，为进一步提高和完善这项制度，2001年，国务院办公厅发出通知，提出要认真落实最低生活保障对象在医疗等方面的社会救助政策。于是，在一些地方，开始按“政府买单”的思路制定新政策。2002年年初，大连市出台了《特困居民重大疾病医疗救助暂行办法》，在与《暂行办法》配套的《实施细则》中明确提出：“特困居民重大疾病医疗救助，是政府从救急的角度为缓解重大疾病特困居民医疗困难提供的一种资金救助。”毫无疑问，这个新的提法已经走出了“减免”、“优惠”的旧模式，开辟了真正的“资金救助”新方向。2004年，辽宁省民政厅以大连等地的政策实践为基础，制定了《辽宁省特困居民重大疾病医疗救助办法（试行）》，将实施医疗救助制度的范围扩大到全省。

2002年中共中央、国务院制定并出台了《中共中央、国务院关于进一步加强农村卫生工作的决定》，首次提出了在中国农村建立医疗救助制度，并明确了对农村贫困家庭实行医疗救助、实施以大病补偿为主以及对贫困家庭参加合作医疗给予资金补助的救助形式。为贯彻实施此文件，2003年11月，民政部、卫生部、财政部三部委联合下发了《关于实施农村医疗救助的意见》，对农村医疗救助的目标和原则、医疗救助对象的选择、救助基金的筹集和管理、服务提供、纠正制度的管理、组织与实施等方面做出了进一步细化。

2005年国务院办公厅转发了民政部、卫生部、劳动和社会保障部、财政部《关于建立城市医疗救助制度试点工作意见》，提出用2年的时间在各省、自治区、直辖市的部分县（市、区）进行试点，再用2~3年时间和在全国建立起管理制度化、操作规范化的城市医疗救助制度。之后，城市医疗救助试点陆续在全国展开。

至此，医疗救助制度的雏形已经清晰可见，作为一项建设中的全国性制度，其发展方向是与城市职工医疗保险制度和农村新型合作医疗制度以及可能在2007年出台的“医改”新方案相配合，将为解决城乡贫困人口的“因病致贫”、“因病返贫”问题作出应有的贡献。

二、城乡医疗救助制度实施现状

在当前城乡二元结构的中国社会中，医疗救助制度也仍然分为两大块，一是城市医疗救助制度，二是农村医疗救助制度。

1. 城市医疗救助制度现状。

如前所述，进入 21 世纪以来，虽然在一些省市（主要在东部发达地区），地方政府已经开始实施对城市贫困人员的医疗救助。但是从总体来看，这项制度尚且处于探索和起步阶段，患病的贫困人口因负担不起医疗费用而得不到治疗，或因患病和治病导致家庭生活陷入困境，仍是常见现象和突出问题。

2005 年，国务院办公厅转发了民政部、卫生部、劳动和社会保障部、财政部《关于建立城市医疗救助制度试点工作意见》，此后，城市医疗救助制度呈现出全面推进的态势，并且取得了突破性进展。

按现行政策设计，城市医疗救助制度的对象主要是：城市居民最低生活保障对象中未参加城镇职工基本医疗保险的人员、已参加城镇职工医疗保险但个人医疗费用负担仍然较重的人员和其他有特殊困难的群众。

城市医疗救助的方式主要是：对救助对象看病发生的医疗费用，在扣除各项医疗保险可支付部分、单位应报销部分及社会互助帮困给予的补贴后，须由个人负担的超过一定金额的医疗费用或政策规定的特殊病种的医疗费用，再按一定比例或确定金额给予一定的补助。

2005 年，城市低保人员得到医疗救助的为 114.9 万人次，医疗救助支出 3.2 亿元。2006 年，得到医疗救助的为 145.5 万人次，支出 5.1 亿元。得到救助的人次增长了 21.03%，医疗救助费用支出增长了 37.25%。

2. 农村医疗救助制度现状。

2002 年，中共中央、国务院发布了《中共中央、国务院关于进一步加强的农村卫生工作的决定》，2003 年，民政部、卫生部、财政部三部委联合下发了《关于实施农村医疗救助的意见》，此后，建立农村医疗救助制度的工作全面推开。根据民政部提供资料，截至 2006 年第一季度，全国所有有农业人口的县（市、区）都基本上建立了农村医疗救助制度。

按现行政策，农村医疗救助的救助对象主要包括：农村五保户、贫困户家庭成员和地方政府规定的其他符合条件的农村贫困农民，具体条件由地方政府民政部门会同财政、卫生部门制定，报同级人民政府批准。

农村医疗救助的方式主要是：在开展新型农村合作医疗的地区，资助医疗救助对象缴纳个人应负担的全部或部分资金，使之能够参加当地合作医疗，享受合作医疗待遇。对因患大病经合作医疗补助后个人负担医疗费用过高，影响家庭基本生活的，再给予适当的医疗救助。在未开展新型农村合作医疗的地区，对患大病个人负担费用难以承担，影响家庭生活的，给予医疗救助。按国家规定的特种传染病救治费用有关规定给予补助。医疗救助对象全年个人累计享受医疗补助金额原则上不超过当地对等的医疗救助标准，对于特殊困难人员可适当提高医疗救助水平。

截止到 2004 年年底，全国已有 30 个省（自治区、直辖市）和新疆生产建设兵团出台了农村医疗救助管理办法，1501 个县（市）开展了农村医疗救助工作，全年共筹集医疗救助金 13.5 亿元，累计支付医疗救助金 4.43 亿元，累计救助贫困农民 640.7 万人次。2005 年，民政部门资助参加合作医疗 654.9 万人次，民政部门医疗救助 199.6 万人次，累计 854.5 万人次，全年共支出农村医疗救助金 7.8 亿元。2006 年农村民政部门医疗救助 286.8 万人次，资助参加新型农村合作医疗 984.4 万人次，累计 1271.2 万人次，农村医疗救助支出 8.9 亿元。与前一

年的数据相比,2005年,医疗救助人次增长25.02%,医疗救助支出增长43.21%;2006年,医疗救助人次再次增长32.78%,医疗救助支出再次增长12.36%。

3. 城乡医疗救助的主要救助方式。

政府行为主要包括现金救助、医疗减免和临时救助。现金救助是政府以财政投入为主,多渠道筹资,建立起医疗救助基金。在城乡低保对象(也包括享受农村特困救助的对象)、农村五保对象以及优抚对象中的特殊困难人员因医疗费用过重而使基本生活得不到保障时,给予一定的资金援助,以减缓他们在支付医疗费用方面的压力。

医疗减免是医疗救助的最原始的形式,可分为一般医疗减免和重大疾病医疗减免。一般医疗减免是指救助对象凭有效证件到定点医院就医时,可获得免受门诊挂号费、普通门诊诊疗费、普通门诊注射费、住院诊疗费、住院护理费等优惠待遇,在血常规、尿常规、大便常规、肝功能、胸透、心电图等单项检查费用上,则按一定比例减收。重大疾病医疗减免,主要针对事先规定的若干种重大疾病,凡符合条件者在指定医院住院时,可给予诊疗费、药品费、住院床位费、手术费等医疗费用按一定比例的给予减免。承担医疗服务减免收费的成本有三种方式,由医疗救助基金负担、由医院(一般是公立医院)以及由医疗救助基金和医院分担。

临时救助是政府对不属于医疗救助对象范围,但又确实因就医发生经济困难的一般人员酌情给予的一次性救助。有时,这种方式也用于帮助按规定接受医疗救助后经济上仍有较大困难的贫困救助对象。

医疗机构行为以相当于甚至低于成本价,为贫困救助对象提供医疗服务。这是一些基于政府支持或慈善事业支持的医疗机构自觉行为,譬如,得到政府支持平价医院或平价病房,得到社会组织支持的慈善医院或慈善病房。因为在当前社会经济环境中,有一些医院,主要是一级医院和部分二级医院,因种种原因经济效益不好,所以在得到某种程度的支持后,为增加就医人数,减少病房空床率,并可以此提高自己的公众形象,所以,这种做法在基层还是较为普遍。

社会行为主要是以“奉献爱心”和“互助互济”为号召,依靠社会力量以扩大医疗救助可用的社会资源。

这种方式包括由社会组织,主要是慈善组织为贫困人群组织开展的义诊、义捐和无偿的义务诊疗活动;也包括由行业、单位及工会支持建立的医疗互助组织,从单位福利费、工会费用及其他筹资渠道筹集资金,设立单位内部的医疗帮困基金,以在必要时给予困难职工一定的补助。

4. 城乡医疗救助的地方性特色。

经过几年的探索和实践,城乡医疗救助制度有了一套基本的做法,但各个地区又根据当地的实际情况发展出了个性化、多样化的地方性特色。

关于救助对象,一般来说,大部分省(直辖市、自治区)都以已经得到确认的贫困救助群体为医疗救助的对象。但一部分地区,如吉林、新疆,还将农村“见义勇为人员”也列为农村医疗救助对象,这可能是考虑到这些人在“见义勇为”时受到了有损健康的伤害,进行治疗需要资金;甘肃省则将农村独生子女领证户列为农村医疗救助对象,其用意是鼓励计划生育。

在医疗救助的具体内容上,可划分为“大病救助”、“大病与常见病兼顾”和“以常见病为主”三种不同做法。上海、湖南、辽宁、西藏、甘肃采取的是“大病救助”的做法,河北、山西、陕西、新疆采取的是“大病与常见病兼顾”的做法,而青海、宁夏采取的是“以常见病为主”的做法。

在医疗救助的具体方式上，大体上可分为“现金支付”和“现金支付为主、兼有政策减免与医疗照顾”两种不同做法。大多数省（直辖市、自治区）采用的是“现金支付”的模式。湖南省便是以“资金支付”的典型，政策减免的力度较小或基本没有减免。上海市则以现金支付为主，同时还有政策减免和医疗服务照顾。

在医疗救助的时间上，可分为“医前救助”与“医后救助”以及两者结合的三种做法。最近，有些省市还推出了“医中救助”的新的做法。

在医疗救助的资金筹措方面，可分为五级财政（中央、省、地、县、乡镇）投入与四级财政投入（中央、地市、县、乡镇）两种做法，其差别在于省（直辖市、自治区）是否有专款投入。

在与其他医疗保障制度的配合方面，也有四种做法：其一为医疗救助与新型农村合作医疗相配合，这在已经开展新型农村合作医疗的地区很普遍；其二，医疗救助与基本医疗制度（主要是城市职工医疗保险制度）相配合，多见于东部发达地区；其三，有少数地市采用了医疗救助与商业保险相结合的做法；其四，在还没有开展农村新型合作医疗的地方，医疗救助制度只能独立运行。

5. 医疗救助体系建设的重庆模式。

重庆市民政局在实践过程中对完善和改进现行医疗救助制度做出的改革尝试值得关注。2007年年初，中国社会科学院社会政策研究中心对于重庆市的医疗救助工作的丰富经验进行了总结，将其概括为“重庆模式”。

“重庆模式”的核心是一个“三明治”式的政策组合板块，在农村医疗保障体系中体现得更为突出。这块“三明治”中内容丰富的夹心层，亦即制度中坚是“新农合”，外面两边的主食层，亦即辅佐制度是医疗救助。在当前的现实状况下，“新农合”制度必然要有一个起付线，这对贫困人口不利，所以医疗救助首先把这个门槛给垫平了。这样，患病的贫困救助对象就可以毫无障碍地进医院看病。发生医疗费用之后，便由“新农合”负责按规定补偿，大多数情况下是一次性补偿，现在有些地方还可以对大额医疗费用进行二次补偿。“新农合”的补偿完毕之后，再进入医疗救助，对自付部分再进行救助。医疗救助可以不因“病种”来区别补助金额的高低，而是一视同仁，譬如平均每人可补偿3000元。在完成了这样的“三明治”式的医保流程之后，1万元以下的医疗费用大约能够补偿70%左右。

在调研中，发现九龙坡区有一个很好的创意，就是建立“医疗救助基金”，以财政拨款为主，辅之以各种社会渠道筹集的资金。这样就有可能对“三明治”之外的医疗费用再给予一定的补偿。

在与基层干部讨论中，中心提出了一个建议，即把医疗救助基金“社会帮困”的部分（即除去政府财政拨款之外的部分）办成民间的慈善基金，用慈善的工作方式再去补充医疗救助的不足。理由是，政府的救助责任本来应该是无限的，但在现实条件下可能只能“有限操作”，所以以政府基金来承接“三明治”之外的医疗费用，有些不妥。不如把这件“好事”让给慈善事业去做，慈善事业的行为方式是有限救助，也就是说，有多少钱，办多少事。所以将这个“尾巴”放给慈善机构去操作，实际上更有回旋的余地。

在讨论中，还涉及用医疗救助资金资助贫困救济对象“参合”的问题，其实这从理论上是不能自圆其说的。社会救助资金一般只能直接用到保障对象的身上，用于准保险性质“参合”，实际上改变了这笔资金的“用途”。所以研究者建议，这笔资金可由地方政府代为交付。在不发达地区，地方政府在交付了这笔费

用后，就不必再出医疗救助的“配套资金”了。此为上策。

还有一个办法，就是采用类似“希望工程”的“一对一”式的慈善援助方式，在全国，主要在发达地区进行社会募捐。请有“慈善意识”的人们，为贫困地区和贫困农民代缴这10元钱。如果每人平均捐款10元，那就给了2600万人一次表达爱心和善心的机会；如果每人平均捐款100元（为10位贫困农民），那就给了260万人一次表达爱心和善心的机会；如果每人平均捐款1000元（为100位贫困农民），那就给了26万人一次表达爱心和善心的机会。这种方式成功的可能性很大，也给中国社会弥补社会裂痕创造了一个极好的机会。建议建立若干个专门的慈善机构来运作此事，这也可以给大学生和城镇新生劳动力及失业人员的就业提供机会。但是，这也许对政府的权威会产生一定的负面影响。是为下策。

最后，应该指出：医疗救助并不能解决“看病贵、看病难”的问题。高额医药费用是医疗救助对象和医疗救助制度面临的共同问题。目前对医院管理体制和药品流通体制的监管是不完善、不到位的，同样的药在不同地方的价钱仍然相差很大，特别是在定点医院的价钱，贫困群体普遍反映比较高。因此建议在定点医疗救助机构中引入竞争机制，有更多的、不同层次的定点医院可以供患者选择。可以以就诊率和满意率作为评价定点医院表现的主要依据，淘汰那些医疗服务质量差、价格居高不下的定点医院的资格。另外可考虑实行医药分离，这也有助于打破医疗机构对于药品的垄断，抑制药品价格，也可以考虑在医疗救助定点服务机构实行医疗服务和药品价格公示制度，建立用于药品集中采购制度，建立药品专供系统，以加强对药品流通环节的监管。

三、城乡医疗救助制度存在的主要问题

近年来，城乡医疗救助制度的确有了长足的进步。但是，由于制度处于初创阶段，又缺乏可资借鉴的现成经验（国际的和国内的），因此，从目前实施的状况看，这项制度从设计到实施都还存在一些问题。

1. 制度设计的问题。

一开始，医疗救助制度对自己在整个医疗保障体系中应该扮演的角色是很模糊的，所以在设计时大多参考了城市职工医疗保险制度和农村新型合作医疗制度的一些做法，这使医疗救助制度的运行有趋于“保险化”或“准保险化”的缺陷。这包括以下几个方面。

（1）起付线的设计使大部分贫困救助对象不能得益。现在的制度设计，大多采用了“起付线”的救助门槛，这将大部分贫困救助对象挡于医疗救助的大门之外。贫困救助对象要想获得医疗救助，必须首先自己设法支付医疗费用，在报销时，起付线这道门槛，常常高达数百元，甚至上千元。这对已经陷入贫困的救助对象来说，是一道难以逾越的障碍。对于救助对象而言，因为设置起付线，使医疗救助成为一个根本不能充饥的“画饼”。

（2）封顶线的限制使贫困救助对象得益甚微。即使贫困救助对象迈过了起付线的门槛，后面还有一个封顶线的限制，所以救助标准就被压缩在一个狭小的范围之内。贫困人口得了大病花费可能是成千上万元甚至高达几十万元，由于封顶线的限制，他们只能得到几百或几千元的补助，这对患病贫困救助对象几乎是杯水车薪。

（3）特殊病种的限定使救助范围大大缩小。大病救助往往还划出一个“病种”范围，将可以得到救助的疾病限制在几种到十几种，患病如果患的是没有列

入规定范围的病种就得不到救助。这样，一些亟须救助的贫困家庭就被排除在救助范围之外。更重要的是，绝大多数常见病、多发病、慢性病都没有列入可救助的病种，这个庞大的困难群体仍然被拒绝在医疗救助的门外。

(4) 申请手续和行政程序过于纷繁复杂。医疗救助的实施涉及诸多政府职能部门，还有医疗服务机构和农村自治组织，协调难度大，运行成本（包括机会成本）高。各方为了消化自己这一方发生的成本，都想制定有利于自己的行政程序，这常常会使制度在实施过程中发生变异，不但降低效率，最重要的是会使贫困救助对象望而生畏，进而放弃治疗。

(5) 指定定点医院使救助对象毫无选择余地。贫困救助对象只能在政府指定的定点医院就医和住院才能获得救助，如果患者所患的病定点医院看不了或者没有相应的专科，因而不得不去其他非定点的但是级别更高、专业更对口的医院就诊和住院的话，就不能够获得医疗救助。另外，定点医院的医疗费用常常比社区医院或村卫生室的医药费用高，而社区医院或村卫生室的医药费用又比一些私人诊所的医药费用高，而已经陷入贫困的救助对象仍然不能选择费用较便宜的其他非定点医院，定点演变成垄断。

总而言之，以上种种限制，实际上使贫困救助对象可以选择的余地小到了极点，既不利于缓解贫困救助对象医疗费用方面的困难，也不利于医疗机构提供价廉质优的服务。

2. 资助农村救助对象“参合”没有达到保障的目的。

新农合的现行模式对欠发达地区同样是有问题的。因为每人每年缴费 10 元，一个四口之家就是 40 元，如果还要考虑老人，还会超过这个数。这样的筹资水平对贫困救助对象肯定是有困难的。他们的收入本来就是由政府财政加以保证的，但低保金中并没有包括看病吃药的钱。

从近年来的实践看，用医疗救助资金帮农村贫困人口“参合”不是一个有效的办法。因为这样做，虽然使贫困人口名义上“参合”，但因为他们还是拿不出钱去看病，同时也没法支付医疗费用中高达 50% 或以上的“自付部分”，所以他们的实际状况并没有得到改善，结果是：他们的“缴费”是给看得起病的人“作了贡献”了。同时，因为民政部门掌握的有限的医疗救助资金，相当一部分作为“参合”的缴费支付给“新农合”了，这就限制了医疗救助本身的支付水平。

3. 医疗救助经费使用出现了严重的畸形。

一方面，医疗救助资金不足严重掣肘医疗救助制度的发展。2006 年，医疗救助的资金总量约为 14 亿元，城市 5 亿元，农村 9 亿元，就开支巨大的医疗费用而言，根本就是杯水车薪。在欠发达地区，配套资金不足或不到位是常见的事。因为这些地方市县财政能力非常薄弱，常常被揶揄为“吃饭财政”，根本不可能加大在医疗救助方面的投入。

另一方面，2006 年人均医疗救助支出，农村仅 70 元，城市为 348 元。如此规模的资金投入只能稍稍缓解患病的贫困救助对象的就医困难。如果真正患大病，对数目巨大的医疗费用而言，有限的医疗救助过于微薄，仍然不能解决就医困难的问题。很多患者在医疗救助资金用完之后，就不得不出院回家，听天由命。

以上的问题又造成了医疗救助制度的另一个困境。医疗救助在操作过程中的种种限制使得许多贫困人群享受不到医疗救助，或者享受的额度实际上很小，这就使得一些地区民政部门的医疗救助资金在年底还有相当多的结余，而不能及时地、有效地花出去。这使医疗救助资金的使用趋于更不合理。

四、完善医疗救助制度的思考及建议

在对医疗救助制度的现状及问题进行了回顾与描述之后，现在的任务是要将已经发生的这一切整合到一个理论框架中，再进行冷静的、理智的思考和深层次的分析，并据此对医疗救助制度的进一步发展做出展望。

对贫困人口实施的医疗救助，与通常所理解的社会救助或低保制度所起到的“最后安全网”的“兜底作用”应该是有差别的。所谓“救助”，按国际惯例，其所需资金主要来自于政府财政。如果对医疗保障需求不加限制，其结果常常会花费巨大，这笔基金如果完全要让政府财政来负担肯定是难以为继的，尤其在仍处于“发展中”阶段的当代中国，这个目标不太现实。

在医疗卫生领域，体现“社会公平”的底线可称之为“可及性”，也就是说，在患病时应该能够去医院进行诊治。但由于家庭经济状况拮据，加上没有享受任何医疗保障待遇，中国的城乡贫困人口在患病时一般都会放弃就医，其结果必然是贫病交加，其生活质量和生命质量都会处于极其悲惨的境地。

因此，在中国，医疗救助制度的目标，现实一点讲，就是初步解决医疗卫生的“可及性”问题，让贫困人口在患病时能够去医院就诊。简单说，就是要让贫困人口看得上病。或者说，是在有限制的医疗水平范围内给予贫困人口经济援助，以使贫困家庭不至于由于家人须看病治疗而断绝生计，初步达到避免“因病致贫”、“因病返贫”的目的。其具体的做法如下。

首先，铺设一条能够帮助贫困人口跨越制度上和经济上的障碍和门槛的“绿色通道”，使他们能够进入医疗保障领域的主体制度（如现行的城市职工医疗保险制度、农村的新型合作医疗制度以及拟议中的医改方案包括的其他制度）使医疗保障制度能够惠及贫困人口。

其次，帮助贫困家庭分担一部分在主体制度负责解决的医疗费用之外的费用，譬如医疗卫生领域的各类现行制度中都存在的“个人负担部分”。

再次，尽可能地用其他方式，譬如通常由政府组织的社会帮困、民间运作的慈善事业，以及市场运作的商业保险，等等，尽可能地在经济上帮助贫困家庭中患病的家庭成员进行必要的诊治。

综上所述，就是要以医疗救助为“黏合剂”，将现在尚且未能整合成一体的医疗保障制度整合起来，为贫困人口提供说得过去的医疗服务。（王海燕 刘蔚玮 唐钧）

第六篇 农民工疾病与医疗保障

农民工是指具有农村户口身份却在城镇或非农领域务工的劳动者。这个群体出现于 20 世纪 80 年代末，其规模不断扩大并一直延续至今。农民工现象既是我国传统户籍制度与现代化进程相矛盾的具体体现，也是我国经济体制改革和城乡统筹发展的显著标志。在观察农民工现象的过程中，可以发现，农民工群体在务工过程中，社会保护明显不足，疾病医疗更是影响农民工生存与发展的重大制约因素，本文将结合我们于 2005 年 7~11 月在全国范围内进行的大规模农民工社会保护状况问卷调查的相关数据，通过对农民工群体的医疗保障需求分析及现实描述，提出解决农民工疾病医疗保障问题的方案。

一、农民工群体的基本特征

了解农民工群体的基本特征,是评估农民工疾病医疗保障现状并提出相关政策建议的依据。概括而言,农民工群体具有如下基本特征。

1. 农民工群体规模庞大。

目前,农民工(包括外出务工的农民工和在当地乡镇企业务工的农民工)总数约为2亿人,如果加上农民工的家属,这个数字将更大。同时,农民工群体的规模还将随着农村剩余劳动力数量的不断增加和我国工业化、城镇化进程的不断加快而进一步壮大。庞大的规模使农民工个人的疾病风险上升成为群体的社会风险,如果不能以恰当的方式解决这个庞大群体的疾病医疗风险问题,就可能导致严重的社会后果。同时,农民工群体的医疗问题不仅涉及农民工群体本身,还将影响到其他社会群体。例如,一旦农民工群体受到了传染性疾病的威胁,且无法得到有效预防和治疗的话,必将影响到其他人群的身体健康状况。2003年“SARS”的爆发,如果不是采取特殊措施稳定农民工的大规模流动,则“SARS”带来的危害还将会进一步扩大。因此,农民工群体的大规模性,意味着针对农民工的医疗保障制度建设具有必要性和迫切性。

2. 农民工群体具有较强的流动性与就业的非稳定性。

农民工群体往往处于流动状态,这种流动性首先体现在部分农民工仅仅是利用农闲时间进城打工,他们穿梭于城市与农村之间;其次,部分农民工仍在寻找合适的打工城市,他们穿梭于不同的城市之间;再次,部分农民工在一个相对固定的城市里寻找合适自己的工作岗位,他们穿梭在不同的企业和职位之间。我们的调查数据有力地支持了这一点:2003年至调查期间(2005年4~11月),有接近一半的农民工变动过工作。相应的,农民工的就业也处于非稳定的状态。在所有签订了劳动合同的被调查对象中,接近80%的劳动合同期限是一年或以完成一定工作为期限。农民工群体的流动性和非稳定性客观上要求不同地区、不同项目的医疗保障制度都向农民工群体敞开:当农民工在城市里打工时,应当有权利参加城镇的医疗保险制度;当农民工回到农村时,则应当有权利参加农村合作医疗制度;当农民工处于就业状态时,应当有权利参加医疗保险;当农民工处于失业或生活困难状况时,则应当有权利得到医疗救助。因此,农民工群体的高流动性和非稳定性要求现行的各种医疗保障制度都向农民工敞开大门,无论是城镇还是农村,都应当简化参保机制,消除制度的进入性壁垒,允许农民工以年度为单位,自由选择参加某种类型的医疗保障制度。

3. 以青年为主的年龄结构,但主要从事劳动密集型工作,工作强度大。

进城务工的劳动者普遍比较年轻,根据我们的调查,农民工平均年龄为28.6岁,其中,21岁以下占17.9%,21~25岁占27.6%,26~30岁占20.7%,31~35岁占12.9%,35岁以上占20.9%。基于此,我们认为,该群体的身体机能和免疫能力处于较好的状态,疾病风险相对小于整个人群的疾病风险,对医疗保障的需求也主要集中在日常性疾病方面(即门诊需求),而对慢性病等中老年人易患的疾病保障需求并不强烈。当然,相对年轻的年龄结构并不意味着农民工群体不需要医疗保障,因为他们所从事的工作往往是劳动密集型工作,其工作强度远远高于城镇职工。根据我们的调查,超过半数的农民工平均每天工作时间在9小时以上,其中有10%的农民工每天工作时间在12小时以上;同样,超过半数的农民工月休息天数在4天以下,其中有20%在一个月中没有休息过一天,农民工普遍反映“工作太辛苦”。以上数据意味着农民工正在通过透支自己的身体、牺牲自己的健康来赚取更多的收入,这将使农民工群体面临巨大的潜在疾病风险,一旦

其步入中老年，身体状况极有可能全面下降，对医疗保障的需求将急剧提升。综合考虑以上两个特征，我们认为，虽然从现阶段看农民工对医疗保障的需求并不显得非常迫切，但从中长期看，该群体的疾病医疗问题必将成为一个重大的社会经济问题。因此，绝不能因为农民工目前的年龄结构而忽视其医疗保障制度的建设。

4. 受教育程度不高。

虽然进城务工劳动者的受教育程度在总体上呈现出不断提高的趋势，但从绝对水平上看，该群体的受教育程度不高。调查数据显示，该群体中初中以下文化程度的占 11.6%，初中程度的占 48.6%，高中及中专程度的占 35.9%，大专及以上学历的占 3.9%。相对较低的受教育程度使其缺乏对医疗保健相关知识的了解，日常预防措施不足，对疾病产生的严重后果无法准确估计，因此往往在预防和治疗过程中处于被动地位。农民工群体的这种特征要求我们健全现有的医疗保障服务体系，积极主动地开展工作，向农民工宣传卫生保健的基本常识，并需要通过加强社区卫生服务体系建设以提高医疗服务的可及性。同时，农民工群体较低的文化程度，又使其在复杂的医疗关系中处于绝对被动的信息劣势地位，其直接后果是农民工有可能承担过重的且不必要的医疗费用，对其即期收入水平产生极大影响。基于此，在农民工医疗保障制度的建设过程中，政府有必要通过公权介入，提高医疗服务的透明度，保证农民工的知情权。简言之，农民工群体相对较低的受教育程度一方面要求我们积极开展卫生保健基础知识的普及工作，另一方面要求医疗服务体系提高透明度，改变农民工作为投保人的信息劣势地位。

5. 收入水平较低。

虽然与进城务工前相比，农民工的收入水平得到了大幅度的提高，但是与城镇职工以及城镇消费水平相比，农民工的收入仍显得捉襟见肘。调查数据显示，农民工的月收入水平低于 500 元的占 11.6%，在 500~800 元之间的占 31%，在 800~1200 元之间的占 31.9%，在 1200~1500 元之间的占 13.6%，在 1500 元以上的占 11.9%。在收入水平的严格约束下，农民工往往对高昂的医疗费用望而却步。调查结果显示，18.4%的农民工目前最害怕的问题就是生病（该选项在所有备选项中位列第二），87.6%的被调查者认为目前的医疗费用比较贵或太贵，而有接近 60%的被调查者在生病时选择“去街头小医院”、“自己买药”或“先忍忍，不得已再去医院”。这一方面意味着即使是小病的花费也会对农民工的即期收入产生较大影响，而大病则极可能使农民工因病致贫或返贫。另一方面，较低的收入水平还意味着农民工群体参加医疗保险制度的缴费能力有限。根据现行的城镇职工医疗保险制度，个人账户用于支付门诊费用，而个人账户资金又主要来源于个人缴费。因此，农民工较低的收入水平和以门诊为主的医疗需求，决定了现行的制度体系并不适合该群体，我们有必要通过制度调整或设计专门制度来解决农民工群体的医疗保障问题。

6. 缺乏利益代言人与权益维护机制。

调查结果显示，农民工参加工会的人数比例较低，仅有 13.2%的农民工参加了工会组织，12.6%得到过工会的帮助。同时，政府针对农民工的权益维护机制亦不够完善。调查结果显示，仅有 3%的人得到过当地居委会和政府的帮助。社会保护机制的缺失使农民工在权益受损时，很难得到有力的维护，只能依靠自己或亲朋好友。因此，绝大多数的农民工都迫切希望政府为其建立包括社会保障制度在内的权益维护机制。在以城市居民作为政策制定主体的背景下，农民工群体由于缺乏利益代言人，而无法使自身的利益诉求在政策过程中得以充分体现，权

益受损的情况进而会更加严重。在这种情况下，政府应当积极主动地通过公权介入，在利益均衡与协调的过程中，充分考虑农民工群体的利益需求，避免产生对农民工造成歧视、排斥甚至是损害的社会政策。同时，由于医疗保障制度中主体的多样性与关系的复杂性，农民工无法以个人的形式参与制度的监督管理。因此，我们应当将农民工视为产业工人的重要组成部分，使其以工会等组织形式，充分参与医疗保障制度的监督管理。简言之，农民工群体在权益保护方面的弱势地位客观要求政府在其医疗保障制度建设中发挥主导作用，同时应当将农民工视为产业工人的重要组成部分，使其能够以组织的形式参与医疗保障制度的监督管理工作。

7. 农民工群体正处于分化之中。

农民工群体正处在分化之中。他们其中的一部分已经在城市工作、生活了很多年，有了稳定的工作和收入，他们与城镇居民已没有本质的区别；有些农民工则仅仅是农闲时期在城镇打工，一年中绝大多数时间仍居住在农村，并且愿意留在农村进行农业生产活动；而更多的农民工则仍处于选择阶段，但无论如何，他们最终都将成为城市居民或农村居民。农民工群体的这种特征客观上要求我们在进行农民工医疗保障制度建设时，既应当考虑现阶段民工群体的特殊需求，也应当考虑其长远发展趋势，将农民工医疗保障问题的解决置于全民医疗保障问题解决方案的框架之中，统筹规划，协调发展。具体而言，我们认为解决农民工的医疗保障问题应当与现行的农村及城镇医疗保障制度及其发展趋势相契合，即使建立单独的农民工医疗保障制度，也需要长远规划，为将来的制度衔接和统一奠定基础。

通过以上分析，可以得到的基本结论是：农民工是我国社会经济转型期的一个特殊群体，具有规模大、流动性强、年轻、受教育程度不高、收入水平较低、利益维护机制缺乏和正处于分化之中等基本特征。这些基本特征对农民工医疗保障制度的建设提出了以下要求：第一，以政府为责任主体，充分认识农民工医疗保障问题的重要性并尽快予以解决。第二，在充分考虑农民工年龄结构、收入水平等方面特征的基础上，使制度安排既能满足农民工群体的普遍需求，又要契合农民工群体分化的客观规律；既要解决农民工当期的医疗保障问题，又要防止长期制度分割局面的出现。第三，将农民工视为产业工人的重要组成部分，改变其信息劣势地位，确保其平等参与医疗保障的监督管理。

二、农民工医疗保障制度的现状与问题

目前，我国并没有关于农民工医疗保障制度的统一规定，总体来看，农民工可以获得的医疗保障主要来自于以下三个方面：①流入地政府建立的医疗保险制度。流入地政府针对农民工的医疗保障制度模式又有两种：第一种是由流入地政府为农民工建立独立于城镇职工的综合保险制度，该制度包含了对养老、医疗和工伤的保障，代表城市是上海市和成都市。第二种是由流入地政府将农民工纳入现行城市职工医疗保障制度体系之内，但在内容、缴费水平和待遇水平方面有所差别，代表城市是北京市和深圳市。②流出地政府建立的新型农村合作医疗保险制度，即农民工与其他家庭成员一同加入新型农村合作医疗保险制度。目前，这种制度还处于分散试点阶段，并未形成统一的模式。③农民工所在单位提供的基本医疗保健服务和劳动安全卫生设施。现行《中华人民共和国劳动法》第五十二条和第五十四条分别规定，“用人单位必须……对劳动者进行安全卫生教育，防

止劳动过程中的事故，减少职业危害”，“用人单位必须为劳动者提供符合国家规定的劳动安全卫生条件和必要的劳动防护用品……对从事有职业危害作业的劳动者应当定期进行健康检查”。以下分别对现行各类型农民工医疗保障制度进行分析和评估。

（一）流入地政府建立的农民工医疗保险制度。

1. 农民工综合保险制度——以成都市为例。

成都市于 2003 年 3 月 1 日起实施《成都市非城镇户籍从业人员综合社会保险暂行办法》，成为继上海市之后，第二个推行农民工综合社会保险制度（以下简称“综保”）的城市。综保的参保对象是除从事家政服务业以外的所有非城镇户籍从业人员。成都市综合保险缴费标准为用人单位和农民工本人分别按缴费基数 14.5% 和 5.5% 交纳，缴费基数共有八个档次供选择。在医疗保险待遇方面，则是对住院费用中起付线以上的部分，根据一定标准予以报销，且设置了上限。截至 2006 年 3 月底，全市参加综合社会保险人数达 25 万人，累计征收综合社会保险费 4.6 亿元，累计为 21856 人支付各项待遇 8092 万元。其中，累计为 2295 人报销住院医疗费 3839 万元。

通过以上介绍，我们可以总结出成都市综合保险制度的若干特点：第一，在运行上与城镇职工医疗保险相分离，仅在农民工内部进行风险分散和费用共担。第二，在内容上则是参照城镇职工医疗保险的相关标准。例如，待遇支付的起付线与城镇职工医疗保险制度中的起付线标准相同。这显然不符合农民工收入水平普遍较低的特点。第三，在保障范围上，则只能按比例支付农民工的住院费用，即以“保大病”为目标，门诊小病的费用则完全由农民工个人负担。第四，医疗保障的福利性不及城镇职工。根据测算，截至 2006 年 3 月，如果不考虑管理费用，按照实际支付水平，成都市农民工医疗保险的费率为 2.93%，且只能用于住院费用；而城镇职工的医疗保险费率为 2%，且既可享受门诊又可享受住院医疗。

2. 将农民工纳入现行城镇医疗保险体系——以北京市为例。

北京市劳动和社会保障局于 2004 年 7 月颁布了《北京市外地农民工参加基本医疗保险暂行办法》，将北京市外地农民工纳入基本医疗保险统筹范围。在缴费标准上，由用人单位以上一年本市职工月平均工资 60% 为基数，按 2% 的比例按月缴纳基本医疗保险费，其中 1.8% 划入基本医疗保险统筹基金，0.2% 划入大额医疗互助资金，农民工个人不缴费，不建个人账户，不计缴费年限，缴费当期享受相关待遇。统筹基金按照一定比例支付住院费用，设置起付线和封顶线，封顶线以上部分由大额医疗互助资金按一定比例支付。2005 年 7 月，北京市劳动和社会保障局又发布了《关于加快本市农民工参加工伤保险和医疗保险有关问题的通知》，同年 10 月又发布了《关于简化农民工参加工伤保险和医疗保险有关管理问题的通知》，推动农民工参加医疗保险的进程。

北京市农民工医疗保险体系的特征包括：第一，在运行上，社会统筹部分与城镇职工混合运行，使住院费用在更大范围内被分担。第二，在内容上，亦参照城镇职工的相关规定。例如农民工住院费用的起付线标准为 1300 元，虽然低于城镇职工的标准，但与农民工收入水平相比，仍然较高。第三，在保障范围上，与综合保险相同，北京市的农民工医疗保险制度设计也是以“保大病”为基本目标，日常的门诊费用仍然由农民工个人承担。第四，在福利性上，由于农民工年龄结构的特征，其住院费用开支相对较小。因此，农民工群体在该制度中的福利性不及其他城镇就业群体。显然，其制度特征与“综保”制度基本相同。

3. 对以上两种流入地政府建立的农民工医疗保险制度的基本评价。

第一，流入地政府建立的医疗保险制度对农民工具有福利性，但福利性不及城镇职工。在北京市的制度模式中，企业是唯一的缴费主体，农民工个人无须缴费，具有福利性。在成都市的制度模式中，农民工的所得也大于所付。因此，总体而言，两种制度都对农民工具有福利性。但同时，农民工在制度中的福利性不及城镇职工。在北京市的模式中，农民工与城镇职工的缴费比例相同，但因没有个人账户而仍需自己支付门诊费用。在统筹账户中，由于农民工年龄结构的特征，其住院费用开支相对其他就业群体明显较小，福利性显然不及城镇职工。成都市模式的该项目特征在前文已有论及，在此不做冗述。

第二，制度设计以防范大病风险为基本目标，农民工日常的门诊费用需要自己承担，无法全面满足农民工的医疗需求。在北京市的制度模式中，农民工只加入了城镇职工医疗保险的统筹账户部分，住院费用因此得以按一定比例予以报销，而大病统筹制度更是以防范大病为目的，支付统筹账户封顶线以上的医疗费用。成都的农民工综合保险基金也只按一定比例支付住院费用。不可否认，这种以防范大病为基本目标的制度设计思路，一方面避免了农民工因病致贫和因病返贫现象的发生，较好地解除了农民工“生大病”的后顾之忧，但另一方面，农民工特殊的年龄结构使他们的医疗需求以解决日常小病风险为主。现行的制度设计没有充分考虑到农民工群体的该项特殊性，门诊费用完全由个人承担，其结果必然导致农民工小病不看或为减少开支而到非法医疗机构就诊，极不利于农民工群体长期的身体健康。

第三，门诊费用的完全自负和住院费用起付线的设置使农民工医疗费用负担仍然比较沉重。如前所述，在两种制度模式下，农民工需要自己承担所有的门诊费用。这对于收入水平较低的农民工而言无疑是一项较为沉重的负担。在住院医疗费用的报销机制中，起付线和封顶线的设置亦减弱了制度的福利性水平。成都市农民工住院医疗费用的起付线标准为上一年本市职工年平均工资的一定比例，根据就诊医院的级别有所区别。根据 2005 年成都市城镇职工的年平均收入标准，一级、二级、三级定点医院的起付线分别为 998 元、1596 元和 2395 元。北京模式中的起付线标准相对较低，第一个结算期住院费用的起付线为 1300 元，以后则下降到 650 元。而根据我们的调查，两市农民工的月平均工资水平都集中在 500~800 元之间，而基本开支（住房开支和食物开支）则占据了纯收入的 60% 以上，月可支配收入仅在 300 元左右。在这种情况下，住院费用中起付线以下的部分对于农民工而言仍然是一个较为沉重的负担。

第四，农民工的实际参保状况显著地受到企业所有制、工会组建情况以及劳动合同签订状况的影响，扩大覆盖面存在来自企业的抵触。根据我们的调查，北京市农民工约有 10.4% 参加了医疗保险，低于总体样本的水平；成都市则有 23.4% 参加了综合保险，与总体样本水平基本持平。两个城市的实际参保率都远低于农民工的意愿参保率。调查结果还显示，农民工参加医疗保险的状况与农民工本人的性别、年龄、受教育程度等客观因素无显著关系，但却显著地受到企业所有制、企业工会组建情况以及劳动合同签订情况的影响：公有制企业、建立了工会的企业和签订了劳动合同的农民工参保状况更好。农民工由于自身技能有限，往往集中在产品附加值低的劳动密集型行业，这些行业的利润主要就来源于低劳工成本，因此雇主具有强烈的逃避参保的动机。同时，农民工还大量集中在非正规就业部门，合同签订率低，劳动关系不规范，为参保工作带来了阻力。就成都市的综合保险而言，由于采取了捆绑参保的方式，企业总缴费率水平比较高，在一定程度上也不利于扩大参保。在覆盖面有限的情况下，社会保险的风险分散功能亦

无法得到充分发挥，同样不利于制度内农民工的福利提升。

第五，现行的城镇医疗保险制度无法有效地防范和化解农民工的医疗风险。在以“保大病”为目标的医疗保险制度中，普遍比较年轻的农民工得大病的几率较低，往往无法体会到医疗保险带来的福利性，因此对制度缺乏信心，甚至产生怀疑，不利于制度的进一步发展。根据我们的调查数据，无论在哪个城市的样本中，“生病”都是农民工目前最为担心的三个问题之一。同时，随着农民工的比较标准从“与自己以前的情况比”转变为“与身边的城市人比”，他们已开始不满足于现行制度的福利性水平。在成都市的调查过程中，就有很多农民工反映希望与城镇职工享受同样的福利待遇。因此，现存的两种以流入地政府为主导的农民工医疗保险制度虽然可以避免农民工因病致贫或返贫现象的发生，但与城镇职工的医疗保险制度相比，仍具有“制度内歧视”，无法全面适应农民工群体的医疗需求。

（二）流出地政府建立的新型农村合作医疗制度。

城镇化和工业化是一个国家不可逆转的发展趋势，因此，农民工中的绝大部分都将最终成为城市居民，但一方面这是一个长期的过程，现阶段仍然存在大量利用农闲时间进城打工，一年中在农村的居住时间长于在城市居住时间的农民工。另一方面，即使在实现城镇化之后，仍会有一定数量的农村居民，即一部分农民工最终仍将回到农村。根据我们的调查，有近 45% 的被调查者将来打算回到农村，其中有 10.9% 打算继续务农。因此，农民工流出地政府在建立和完善新型农村合作医疗制度的时候，也应当充分考虑农民工群体的需求。

新型农村合作医疗制度是我国预防和化解农民疾病医疗风险的重要制度安排，该制度从 2002 年起开始在全国各地试点，截止到 2006 年 9 月，全国范围内新型农村合作医疗的试点县已经达到 1433 个，占全国总县(市、区)数的 50.07%，参保农民 4.06 亿人，占全国农业人口的比重达到 45% 以上。我国新型农村合作医疗参加人数已达 4.06 亿人。就农民工参加新型农村合作医疗的情况而言，根据我们的调查，在所有样本中，有 9.7% 的被调查者在老家参加了新型农村合作医疗，其中以年纪较大的农民工为主。我们认为，现行新型农村合作医疗制度对农民工医疗保障问题主要产生了以下几个方面的影响。

第一，新型农村合作医疗制度为农民工返回农村后解决医疗问题奠定了制度基础。新型农村合作医疗制度的建立与发展弥补了旧农村合作医疗制度瓦解后农村居民医疗保障的制度空白。从城市返回农村的农民工依然可以参加新型农村合作医疗保险，医疗福利不至于有太大幅度的下降。同时，由于新型农村合作医疗保险的缴费水平相对较低（一般是每人每年 10 元），这也比较适合收入水平比较低的进城务工者。另外，对于大量季节性农民工而言，他们只是利用农闲时间进城打工，其绝大多数时间仍居住在农村，参加新型农村合作医疗可以使他们以更低的成本享受到更便捷的医疗服务。

第二，以户为单位的新型农村合作医疗参保方式不利于农民工及其家属参保。根据卫生部等部门《关于建立新型农村合作医疗制度的意见》的规定，农民必须以家庭为单位自愿参加新型农村合作医疗。对于家中有长期在外打工人员的家庭而言，一方面打工者可能已经加入了打工城市的医疗保险制度。即使没有参加城镇的医疗保险制度，由于其长期在外打工，也无法便捷地享受新型农村合作医疗提供的医疗服务，因此，他们往往并不倾向于参加合作医疗制度，并进而影响其家庭成员参保。另一方面，外出打工者往往是一个家庭中的主要经济来源，缺少了他们的资助，家庭其他人员的缴费能力也会相应下降。因此，以户为单位

的参保方式使处于流动状态的农民工面临两难：如果参保则往往难以享受相应服务，如果不参保则又使家庭其他成员无法享受到医疗保障。

第三，新型农村合作医疗的保障水平和保障内容对已经加入城镇医疗保险制度的农民工而言不具有吸引力。现行的农村合作医疗制度在充分考虑农民收入水平与支付能力的前提下，采取低缴费、低保障的模式，并且以“保大病”为主要目标，小病的医疗费用仍然需要农民自己支付。这种模式与现行流入地的农民工医疗保障模式基本相同。同时，新型农村合作医疗的服务提供方往往是本地县、镇、乡的一些医疗服务机构，其医疗服务质量显然不及城市里的大医院。因此，在保障内容方面，合作医疗与城镇保险基本相同；在保障水平方面，合作医疗则显著低于城镇保险。在缴费水平差别不大的情况下，在北京的农民工城镇保险模式下，农民工不需缴费；在成都的综合保险制度模式下，虽然农民工缴费水平略高于合作医疗，但在保障项目和水平上则远远大于合作医疗。现行的合作医疗显然对流动性较高的农民工群体不具有吸引力。

第四，新型农村合作医疗的服务提供方式和范围制约了农民工参保。现行的合作医疗制度统筹层次较低，往往是县级统筹，甚至是乡镇统筹，农村医疗卫生服务资源无法得到充分利用。同时，与城镇医疗服务水平相比，农村医疗服务不仅绝对量不足，而且质量亦有待提高。对于参加新型农村合作医疗的参保者而言，只能在一个比较小的范围内选择医院就诊。这种医疗服务的提供方式不适应农民工流动性强的特征，农民工在异地的医疗费用无法通过合作医疗解决。同时，新型农村合作医疗目前仍属于试点阶段，各地的诊疗目录和药品目录并不统一，在医疗过程中易产生纠纷。因此，尚未定型的农村合作医疗对于在异地工作的农民工而言，服务可及性较弱。

综上所述，仍处于试点阶段的农村合作医疗制度虽然为从城市返回农村的农民工以及以后将回到农村的农民工解决医疗保障问题奠定了制度基础，但其参保方式、保障内容和水平以及服务提供方式显得并不适合大多数流动性较高的农民工群体，而对于就地转移和季节性外出打工的农民工而言，则比较适合。同时，农民工群体的存在及其发展却会在很大程度上影响新型农村合作医疗制度的发展。例如，农民工的大量外出，使农村的人口结构发生显著变化，并因此会对合作医疗制度的财务可持续性产生一定冲击。因此，在城镇化的背景下，新型农村合作医疗制度在现阶段还无法成为解决农民工医疗保障问题的核心制度安排。

（三）用人单位建立的职业安全卫生与劳动保护制度。

根据我国现行《中华人民共和国劳动法》的规定，用人单位有责任为其职工建立必要的职业安全卫生和劳动保护制度。这些制度不仅是保障劳动者身体健康并进而使其能够投入扩大再生产的基础，更是企业必须履行的法定责任。绝大多数农民工进入城市是为了通过在企业里打工来赚取更多的收入，他们在城市里的绝大多数时间都是在企业里度过的。因此，企业的劳动环境和安全卫生状况是影响农民工身体健康水平的关键因素。良好的职业安全卫生与劳动保护状况不仅可以提高企业的生产经营效率，也可以有效地预防疾病风险，减轻农民工的医疗负担。根据对农民工大规模问卷调查的相关数据，可以了解到农民工的职业安全卫生与劳动保护状况。

第一，农民工所处行业和职业危险程度较高，但劳动保护措施严重不足。根据国务院研究室课题组的调查，农民工主要以制造业、建筑业和服务业为主，往往干着最累、最苦、最脏、最危险的工作。由于缺乏平等的教育与技能培训机会，农民工往往只能在劳动密集型企业工作，这里工作强度大，劳动环境差，对农民

工的健康造成了极大的威胁。根据我们的调查，有 27.8%的农民工曾经从事过有毒、有害或危险的工作，而“劳动条件恶劣”则是大多数农民工在打工过程中遇到的主要困难之一。调查结果显示，43.5%的农民工没有接受过单位提供的劳动安全卫生教育，39.4%的农民工没有得到过单位提供的必要的劳动保护用品，52.8%的农民工没有得到过单位提供的定期健康检查。以上条款都是现行《中华人民共和国劳动法》规定企业必须提供的基本劳动保护措施，但很多农民工却没有享受到这些应有的保护，用人单位在这个方面难辞其咎。

第二，现有的劳动保护制度供给呈现出结构性失衡现象。首先，调查结果显示，用人单位提供劳动保护的状况与企业的所有制性质、工会组建情况以及合同签订情况有显著关系：公有制企业、已建立工会的企业劳动保护制度更健全，签订了劳动合同的农民工更有可能得到企业提供的职业安全与劳动保护措施。这充分说明推行规范用工和劳动合同制度不仅有利于形成稳定、和谐的劳动关系，亦对提高劳动者的职业安全状况有所帮助。其次，与正常的逻辑相反，调查结果显示，农民工从事岗位的危险程度与其劳动保护状况呈反相关关系，即从事危险、有害岗位的务工者劳动保护状况反而不如未从事相关岗位的务工者。这种结构性的失衡现象意味着农民工职业安全卫生状况存在两极分化的现象，处于危险岗位的农民工面临着潜在的且日益扩大的疾病医疗风险。

第三，工伤保险制度的缺失使农民工面临潜在的医疗费用负担。工伤保险制度是用以防范和化解工伤风险的重要制度安排。根据我国现行的《工伤保险条例》，所有的农民工都应该参加工伤保险。但是据我们的调查，仅有 29.1%的农民工参加了工伤保险，这就面临潜在的工伤治疗费用负担。调查结果还显示，有 22.9%的农民工在打工过程中受到过工伤或职业病，其中接近半数的农民工是自己进行了治疗，16.1%由自己和单位共同分担治疗，4%没有进行任何治疗，同时，1/3 以上的企业并未建立工伤与职业病补偿制度。在这种情况下，一旦农民工发生工伤事故或患上职业病，就有可能面临沉重的医疗费用负担，即使在就业期间用人单位可以负担一部分医疗费用，但当其退出劳动力市场之后，高昂的医疗费用将会对其晚年生活造成无法估计的影响。

第四，女性农民工与未成年工缺乏特殊的劳动保护。现行《中华人民共和国劳动法》第七章对女职工及未成年工（指年满 16 周岁未满 18 周岁的劳动者）的特殊保护进行了详细规定。但是根据我们的调查，接近一半的女性农民工未能在孕期得到特殊的劳动保护。在调查样本中的所有 38 名未成年工中，有 5 人从事过危险或有毒有害的工作，24 人未得到过单位提供的定期健康检查，13 人未受到过劳动安全卫生教育，17 人未得到过单位提供的劳动保护用品。

由上可见，部分用人单位并没有严格按照《中华人民共和国劳动法》的相关规定，为农民工提供必要的职业安全卫生环境和基本的劳动保护措施，这种制度缺失不仅体现在绝对量上，也体现在结构分布上：它使得一部分处于高危行业的农民工的医疗和工伤风险不断积聚。以用人单位为主体的职业安全卫生与劳动保护措施严重滞后不仅不利于企业自身的扩大再生产，也必将会对公共卫生体系和社会医疗保障制度带来负面影响，值得引起特别的关注。

（四）其他相关制度安排。

除上述制度安排外，还有一些其他的制度安排亦与农民工有着相关关系。

1. 医疗救助制度。

尽管从理论上讲，医疗救助制度是保障贫困人口疾病医疗的层次最低的医疗保障制度安排，它同样应当覆盖到农民工中的贫困群体身上。但在现行的制度安

排中，最低生活保障制度却是以户籍身份为标准的，只有拥有城市户籍的困难居民才可以享受申请医疗救助的权利，农村地区的医疗救助亦仅在少数地区试验。对于很多收入水平较低的农民工而言，虽然其人均家庭收入水平已经低于城市最低生活保障线，但由于其不拥有城市户口而无法享受到医疗救助。这种“底线安全网”的缺失，极易使农民工尤其是大量未参加社会保险的农民工在遭遇重大疾病风险时，陷入绝望境地。

2. 公共卫生制度。

公共卫生是通过有组织的社区努力来预防疾病、延长寿命和促进健康的医疗保障服务系统。虽然我国的公共卫生事业取得了一定的成就，但仍面临着诸如政府投入严重不足、卫生资源分布不平衡等严重问题。对于农民工群体而言，公共卫生服务更是严重不足。我们的调查发现，城市社区的公共卫生健康服务站数量极少，每个社区即使有卫生服务站，也根本无法满足众多外来务工人员的医疗保健服务需求。同时，一些地方的公共卫生服务站还将农民工排除在外。农民工群体的出现及其生产、生活的城镇化，客观上给公共卫生体系的构建与发展带来了新的问题和挑战。

一方面，现有的公共卫生服务体系未能很好地为农民工群体服务。首先，由于农民工的生活环境较差，聚居性强，同时缺乏必要的安全卫生常识，因此，他们极易成为传染病的高发人群。卫生部在各地的调研数据显示，农民工群体的法定传染病报告发病率高于当地居民。其次，农民工未成年子女的计划免疫工作和健康状况都相对较差。如在北京、上海、广州和杭州四个城市对流动儿童卫生保健服务利用情况的调查结果显示，四个城市流动儿童建立儿童系统保健管理卡/册的只占 45.27%，“四苗”覆盖率为 67.61%，与四个城市的户籍儿童相比都有较大差距。国务院妇女儿童工作委员会及联合国儿童基金会在北京、深圳、武汉和成都等九个城市的调查显示，流动儿童中婴儿和 5 岁以下儿童死亡率分别为 13.8% 和 24.8%，均明显高于常住人口的相应比例。再次，女性农民工在孕产期的保健质量低下。例如，无锡市 2002 年流动人口围产儿死亡率为 9.17‰，流动人口孕产妇死亡率为 41.73/10 万，均显著高于当地户籍人口的相应指标；北京、深圳等九城市 2002 年流动人口孕产妇死亡率为 54.9~199.6/10 万人，也超过了全国平均水平。此外，食品安全问题严重。近些年来频频发生的农民工群体性食物中毒现象正是由于农民工用餐环境较差，食品安全存在重大隐患所导致的。

另一方面，农民工群体的出现给公共卫生制度建设带来了新的挑战。首先，农民工的高流动性，使其往往成为疾病传播的重要主体。农民工长期在城乡之间以及城市之间流动，提高了传染病防控工作的难度。2003 年的“SARS”危机就是一个最好的佐证。其次，农民工的健康卫生知识比较缺乏，主动保健意识比较薄弱。这一方面会给公共卫生的推广工作带来一定的阻力，另一方面农民工不恰当的卫生防疫或保健措施反而会增加公共卫生的工作难度。第三，地域分割式的公共卫生管理体制无法适应农民工非稳定性的就业特征。目前尚未形成全国统一的公共卫生服务标准和信息沟通机制，难以为农民工提供连续的医疗卫生服务。例如，目前结核病的治疗方式需要病人接受 6~8 个月的连续治疗，部分疫苗也需要在较长的一段时间内分次注射。在缺乏信息沟通机制的情况下，处于流动中的农民工群体显然难以得到有效的防疫和治疗。

综上所述，公共卫生与医疗救助制度的缺失，使整个医疗保障制度结构严重不合理，它既使医疗保险制度承担巨大压力，又使大量未被医疗保险覆盖的农民工面临极大的医疗风险。虽然农民工群体的年龄结构比较年轻，但他们往往是在

通过透支体力、牺牲自己的身体健康来提高即期的收入水平，这意味着该群体的疾病医疗问题将不可避免地在不久的将来成为一个重大的社会问题。因此，迫切需要制定相关政策措施，努力解决农民工的医疗保障问题。

三、建立农民工医疗保障体系的政策建议

对于农民工疾病医疗的现状与医疗保障制度的缺失，我们提出自己的如下政策建议。

1. 宜将农民工的疾病医疗保障问题提升到国家发展的战略层面来考虑。

首先，从经济发展战略的角度看，农民工的医疗问题将直接影响我国的工业化进程和产业升级。健康的身体是劳动力投入再生产的基本条件，农民工已经成为我国产业工人中的主力军。如果农民工的身体素质全面下降，那么既会对我国的新型工业化发展产生极大的不利影响，又会延缓我国产业结构升级的步伐。服务业的发展是产业升级的根本途径。而服务业，尤其是餐饮业，都对从业人员的健康状况有较高要求，农民工作为这个行业的主要从业人员，如果他们的疾病医疗风险无法解决，则必将阻碍服务行业附加值的不断提高，并进而影响产业结构的优化。其次，从社会发展的角度看，农民工的医疗问题将直接决定我国“人人享有基本医疗保障”之目标的实现。“人人享有基本医疗保障”是建设社会主义和谐社会的应有之义，消除人们的疾病恐惧是确保国民正常参与社会经济活动的基本前提。现行的制度已经对农村居民和城镇职工的医疗问题做出了正式的制度安排，因此，农民工医疗问题的妥善解决将成为实现该项目目标的关键所在。再次，从政治发展战略的角度看，解决农民工的医疗保障问题是维护公民基本权益的必然举措。长期的城乡分割使我国的市民与农民的权利处于极不平等的状态，市民独享了很多特有的权利，这种局面不应当继续延续。医疗保障权是一项基本的社会保障权，因此也是一项基本的人权，是宪法赋予每个人的平等权利。解决好农民工的医疗保障问题，就等于保护和实现了流动人口的医疗保障权，是对流动人口的公民权利予以尊重和维护的体现。

2. 应当大力发展公共卫生，完善医疗救助制度，有效预防和化解农民工的基本医疗风险。

首先，无论在城市还是在农村，公共卫生体系均应当成为最基础的医疗卫生服务，立足城乡社区逐步建立、完善公共卫生服务网络，不仅可以有效地预防和控制疾病的产生与传播，而且可以通过较小的成本将一些常见的疾病消灭在萌芽状态。在公共卫生制度的建设过程中，政府应当起到推动并制定相关法律法规和政策、执法监督、财政支持、应对突出公共卫生事件、控制传染病流行、健康教育、公共卫生人才培养等作用。其中，中央政府应当起到统筹规划的作用，并且在财力上对欠发达地区给予一定的补贴，使各地能够普遍建立起最基础的公共卫生设施。同时，针对农民工的特殊性，公共卫生制度应当有相应的举措：一是要加强对农民工基本医疗保健知识的宣传，使其能够主动地以正确的方式维持自己的健康；二是要不断改善农民工的居住和生活环境，将流行病传播的几率降低到最小；三是要建立农民工生存环境和基本健康状况的追踪监督机制，相关职能部门应当加强合作，以实地检查的方式确保其生活与工作环境的基本卫生状况；四是要高度关注女性农民工及农民工未成年子女的健康卫生状况，改善女性农民工的生育环境，及时为农民工子弟接种疫苗等。总之，政府需要不断完善城乡地区的公共卫生制度，同时向农民工敞开公共卫生服务的大门，使包括农民工在内的

全体国民平等地享受公共卫生服务。同时，有必要健全城乡医疗救助制度，对于已经城镇化的农民工，应当纳入城镇医疗救助的范围；对于处于流动状态中的农民工而言，为了避免其因病而陷入绝望境地，也应当通过各种方式酌情为其提供医疗救助。从长远来看，应当逐步探索建立农村居民的综合救助制度及面向城市中流动人口的特殊救助制度，以便解决农民工的应急之需。

3. 根据农民工的不同特征，分类解决农民工的医疗保障问题，尊重农民工的选择权。

公平的公共卫生制度和完善的医疗救助制度是确保农民工生命健康的第一道防线，水平也相对较低。面对农民工不断增长的医疗需求，仍有必要针对不同农民工群体的特点，将其纳入不同类型的社会医疗保险制度。如前所述，农民工群体目前亦处在分化之中，有些农民工已经基本城镇化，其对医疗保障的需求与城镇居民基本没有差别，有些农民工则受到居住地、收入水平等因素的影响，对医疗保障的需求和支付能力有限。因此，我们应当根据农民工群体的不同特征，在不断完善和充分发挥现行制度优势的基础上，分类解决农民工的医疗保障问题。我们认为，由于医疗保障涉及医疗服务的可及性问题，因此，可以以居住地为标准，将农民工纳入不同的制度体系。从总体上而言，可以根据常驻地的不同，将农民工分为“离土不离乡”的农民工和“离土又离乡”的农民工。其中，前者主要是指在乡镇企业里务工的农民工，由于其常驻地在农村，因此为了方便其获得医疗服务，可以优先考虑将其纳入新型农村合作医疗制度。另外，对于只是农闲时期进城打工、一年中绝大多数时间仍居住在农村的农民工而言，也宜优先考虑纳入新型农村合作医疗制度。“离土又离乡”的农民工是指已经完全城镇化或者绝大多数时间居住在打工城市里的务工者，他们应当优先考虑纳入城镇医疗保险制度。另外，尤其需要特别指出的是，在将农民工纳入现行医疗保障制度的过程中，应当充分尊重农民工的选择权。医疗保险与养老保险制度不同，其追求的不是长期平衡，而是年度平衡，因此基本不存在医疗保险关系衔接的问题。农民工可以今年选择参加城镇医疗保险，第二年回到农村后可以选择参加农村合作医疗，其间不存在制度衔接或权益累计的问题。赋予农民工以选择权不仅适应了农民工流动性强的特点，而且可以造成制度竞争的局面，促使两种制度不断地自我完善和发展。

4. 进一步完善城镇医疗保险制度，提高参保农民工的福利水平。

工业化、城市化是我国发展不可逆转的趋势，绝大多数农民工最终将成为城镇居民，并被纳入城镇医疗保险制度，因此，完善城镇职工与城镇居民的疾病医疗保障制度是提高包括农民工在内的城镇劳动者与城镇居民健康水平的长久之策。在完善城镇基本医疗保障体系的过程中，需要着重注意如下几点：首先，需要纠正错误的制度发展理念。在过去相当长的一段时间内，城镇职工医疗保险制度改革的目标都是费用控制，通过各种手段控制费用支出，以期达到基金平衡的目标。这种制度发展理念偏离了医疗保险制度的本意，因为医疗保险制度发展的首要目的是全面提高包括农民工在内的参保人员的健康福利水平，因此，必须摒弃以追求基金结余为目的的现行做法，代之以不断提高医疗服务质量，最大限度地满足参保者的需求。其次，适当降低起付线标准，提高参保农民工的福利水平。在现行的两种针对农民工的城镇医疗保险制度中，统筹账户的起付线标准基本都是按照城镇职工的收入水平确定的，与农民工的实际收入有较大差距，无法有效地降低农民工的费用负担，因此，针对农民工群体，可以适当降低起付线标准，甚至可以允许农民工使用统筹基金支付部分门诊费，这样安排看似是农民工的优

惠或者是对城镇职工的不公平，但实质上却是公平的，因为农民工异常年轻型的年龄结构使其住院费用开支相对较小，允许其使用统筹基金支付门诊费用并不会对制度稳定造成太大影响。

5. 进一步推进药品流通体制改革和医疗卫生体制改革，减轻农民工门诊费用负担。

现行的农民工医疗保险制度方案，都是以解决农民工的“大病”风险为基本目标的。在农民工支付能力有限、年龄相对比较年轻的情况下，这种思路从目前来看是正确的，但从长远来看，也必须探索降低农民工门诊费用负担的有效方式。根据我们的调查，51.6%的农民工希望医疗保险制度可以在小幅度降低保障水平的情况下既保大病也保小病。现行城镇职工医疗保险制度通过个人账户支付门诊费用的方式显然是不适用的。我们认为，解决农民工门诊费用负担除了要通过大力发展公共卫生服务体系并以合理的价格将门诊疾病解决在基层社区医院，以及允许农民工用统筹账户资金支付部分门诊费用的方式之外，还有必要进一步推进药品流通体制改革和医疗卫生体制改革。通过在药品市场采取统购政策引入竞争机制等方式，不断降低药品价格；通过医疗卫生体制改革，明确公立医院的非营利性质，使农民工能够以合理的价格获得高质量的医疗服务。

6. 监督用人单位建立和完善职业安全卫生制度，预防农民工疾病风险的发生。

建立和完善职业安全卫生制度是用人单位的法定责任，它不仅可以有效地防止农民工遭遇疾病风险，也可以提高企业的劳动生产率，维持健康和谐的劳资关系。尤其对于农民工群体而言，他们集聚的很多行业存在严重的噪音、粉尘、有毒气体等职业安全卫生问题，如果不及时改善劳动环境，提供必要的劳动保护措施，则必将对农民工的身心健康造成巨大损害，并进而为医疗保障制度带来更大的压力。在监督用人单位建立和完善相关职业安全卫生制度方面，政府、工会、社会公众都应当起到各自的作用。政府必须承担主要责任，应当严格根据相关法律规定，确保农民工的劳动环境和居住生活环境符合基本的卫生标准，确保从事危险岗位的农民工能够得到有效的劳动保护。工会应当积极维护包括农民工在内的广大职工的基本权益，监督用人单位建立并不断完善适应职工需求的职业安全卫生制度。社会公众，尤其是社交媒体应当宣传典范，曝光劳动条件极其恶劣的企业名单，给其造成社会压力，促使其改善劳动环境。

综上所述，农民工医疗保障问题的解决需要以政府为核心的多方主体共同参与，协同合作。在明确理念的基础上，以建设和完善制度为重心，理性分析，审慎决策，循序渐进，不断提高农民工的健康保障福利水平。（郑功成 鲁全）

第七篇 商业健康保险的发展

商业健康保险（以下简称“健康保险”）是商业保险经营的重要领域和新的增长点，是社会保障体系的重要组成部分，对于丰富和完善医疗保障体系，促进和谐社会的构建具有重要作用。近年来，随着我国社会医疗保险体制不断深入和居民收入水平的不断提高，商业健康保险保持良好的发展势头，逐渐走上了专业化发展道路，增强了有效供给能力和满足社会需求的能力，跃上了新的发展平台。本篇在分析和评价我国商业健康保险发展历史、基本现状的基础上，深入探讨我国商业健康保险发展中存在的问题及原因，并展望未来发展思路，提出对策建议。

一、商业健康保险发展的历史回顾

健康保险属于商业保险中人身保险的一个项目，我国的健康保险是从 1982 年开始出现的，至今已经有 20 多年的历史了。我们可以将健康保险的发展分为健康保险的萌芽阶段、初步发展阶段、快速发展阶段和专业化发展阶段四个阶段。

（一）萌芽阶段（1994 年以前）。

1982 年国内恢复保险业务后，中国人民保险公司开始经营人身险，险种主要是简易人身保险、养老年金保险和团体人身意外伤害保险。同时，经上海市人民政府批准，中国人民保险公司上海分公司经办了“上海市合作社职工医疗保险”，并经 1982 年的试点后于 1983 年 1 月实施。据现有资料显示，这是我国国内恢复保险业务后第一笔健康保险业务。1985 年，中国人民保险公司开始在部分地区试办附加医疗保险和母婴安康保险，当年保费收入 1178 万元。1987 年 1 月，中国人民保险公司上海分公司与上海市卫生局共同制定了《上海市郊区农民医疗保险》。1998 年 5 月，根据《中华人民共和国中外合资经营企业劳动管理规定》和《上海市中外合资经营企业劳动人事管理条例》，商业保险公司开始开办合资企业职工健康保险，保险责任包括门诊和住院医疗。1990 年，为了配合计划生育基本国策，中国人民保险公司上海分公司又推出了人工流产安康保险，与之前的分娩节育保险、母婴安康保险共同形成了计划生育系列保险。

1991 年 10 月，中国人民保险公司在国内率先开办中小学生和幼儿园儿童住院医疗保险，年底时有近 200 万中小学生、幼儿参保。到 1992 年底，累计医疗保险基金达到 2369 万元。随后太平洋保险公司开办了大学生平安附加住院医疗保险，平安保险公司也于 1993 年推出了 24 个团体医疗保险产品，于 1994 年推出了 5 个人医疗保险产品。

萌芽阶段健康保险的主要特点有以下几点。

（1）从需求来看，这一时期人民生活水平和收入虽然得到一定程度的提高，但普遍缺乏保险意识，同时在城镇地区，国家实行公费和劳保医疗制度，基本上由国家、企业包揽职工医疗费用；在广大农村地区，旧的农村合作医疗制度依然能够发挥一定的作用，农民的收入水平还比较低，农民购买商业健康保险的能力有限。因此总体而言，社会大众对商业健康保险的需求不大。

（2）从供给来看，这一时期的保险市场是以财产保险为主，产寿险混业经营，健康保险只是作为一种附属品来经营。保险公司经营比较粗放，商业健康保险的有效供给能力非常有限。

（3）从产品来看，保险公司由于经验数据匮乏、产品开发技术不成熟、风险控制经验欠缺，提供的健康保险大多是费用型医疗保险产品，保险人根据被保险人实际发生的医疗费用进行一定补偿，责任比较简单，保障水平有限，且只局限于在局部地区为团体提供医疗保障，业务量很小。

（二）初步发展阶段（1994~1998 年）。

进入 20 世纪 90 年代后，国家开始逐步推行社会主义市场经济改革，国民经济继续保持高速增长的态势，人民生活水平不断提高，收入大幅度增加。在解决了基本的温饱问题后，社会大众开始追求生活质量，越来越关注身体的健康。

从社会医疗保障制度改革来看，公费和劳保医疗制度的弊端日益突出，医疗费用持续大幅上涨，国家和企业已不堪重负。为了控制医疗费用的不合理增长，减轻国家和企业的负担，各地开始探索并逐步试行新的医疗保障制度。1994 年，镇江市和九江市被国务院确定为职工医疗保障制度改革的试点城市，推行社会统

筹和个人账户相结合的社会医疗保险模式，1996年，试点扩大到近40个城市。传统的公费、劳保医疗制度被打破，新的社会医疗保险制度正在探索之中，这为商业健康保险的发展腾出较大的空间。

从保险业内部来看，保险市场的竞争主体增多，“人保”一统天下的格局不复存在。产寿险分业经营被提上议事日程并逐步实施，平安人寿、太平洋人寿快速发展，泰康人寿、新华人寿相继成立，外资公司友邦人寿也在部分地区开展业务并引入个人营销员制度，客户在保险公司和产品方面有了更多的选择。

随着我国保险市场竞争主体的增加，各保险公司在提高服务水平的同时，也积极吸取国外经验，积极开发新产品。1995年，我国首次推出个人附加定期重大疾病保险，提供了包括癌症、脑中风、心肌梗塞、冠状动脉绕道手术、尿毒症、瘫痪和重要器官移植在内的7种重大疾病保障。此后，各家寿险公司相继推出了多款重大疾病保险产品，从保险费规模来看，重大疾病保险成为商业健康保险市场的第一大险种。按保险期间划分，重大疾病保险可以分为定期和终身两类。定期重大疾病保险为被保险人在固定的期间内提供保障，固定期间可以按保障期限确定（如10年）或按被保险人年龄确定（如保障至70岁）。有的公司将定期重大疾病保险设计为“两全”的形态，即被保险人在保险期间内未患重大疾病且生存至保险期末也可获得保险金，有的还提供等额的身故和高度残疾保障。与定期重大疾病保险相对应，终身重大疾病保险可为被保险人提供终身的保障。“终身保障”的形式有两种，一种是重疾保障为被保险人终身提供，直至被保险人身故；另一种是指定一个“极限”年龄（如100周岁），当被保险人健康生存至这个年龄时，保险人给付与重大疾病保险金额相等的保险金，保险责任终止。终身重大疾病保险产品都会含有身故保险责任，费率比较高，交费方式比较多样，目前大部分客户都采用分期交费的方式（如20年期交）购买该类产品。

初步发展阶段健康保险有以下主要特征。

（1）从需求方面来看，居民的收入不断提高，购买保险的能力随之得到提高。经济成分多元化，旧的社会医疗保险体系处于改革之中，国家在政策上意识到商业保险在社会保障中的补充作用，如党的十四届三中全会通过的《中共中央关于建立社会主义市场经济体制若干问题的决定》中指出：“建立多层次的社会保障体系……发展商业性保险业，作为社会保险的补充”。居民对健康保险的有效需求得到提高。

（2）从供给方面来看，健康保险核保、理赔技术相对较弱。在这个时期，虽然各家保险公司都或多或少地经营着健康保险业务，但在健康保险的专业化经营方面仍然是一片空白，健康保险的核保、理赔基本上沿用寿险的方法。

（3）从产品方面来看，出现了重大疾病保险产品，并获得很快的发展。在重大疾病保险的销售初期，各保险公司都比较谨慎，承保额度较低，核保政策较严。但是重大疾病保险的独特保障内容很快得到市场的认同，销售量直线上升，各公司也全面升级产品，扩大病种范围，变附加险为主险，将定期保障延长至终身。随着个人营销模式的推广，购买健康保险的客户不再局限于机关、企事业单位团体，重大疾病保险的出现使得更多的个人能够获得健康保险所提供的保障。

（三）快速发展阶段（1998~2004年）。

1998年11月26日，全国城镇职工医疗保险制度改革会议在北京召开。12月25日，国务院颁发了《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》

（国发[1998]44号），全面推行社会基本医疗保险制度的改革，这标志着在我国实行了40多年的公费、劳保医疗保障制度即将被新的社会医疗保险制度所取

代。新的社会医疗保险制度的指导思想是“低水平、广覆盖”，实行社会统筹和个人账户相结合的医疗保险模式。社会基本医疗保险的“低水平”主要表现在三个方面，一是统筹基金有起付标准（即“起付线”），“起付线”以下的医疗费用由个人自己负担；二是统筹基金有最高支付限额（即“封顶线”），超过“封顶线”的医疗费用也需由个人自己负担；三是“起付线”至“封顶线”之间的医疗费用由统筹基金和个人共同负担。一般情况下统筹基金的“起付线”为上年度当地职工年平均工资的 10%，统筹基金的“封顶线”为上年度当地职工年平均工资的 4 倍。

社会医疗保险改革为商业健康保险留下了广阔的发展空间。由于参加社会医疗保险的员工若生病住院需要自负相当高的比例，因此一些经营效益较好的单位开始考虑建立职工补充医疗保险。同时，国家在政策上鼓励企业和个人在参加基本医疗保险的基础上投保商业保险，《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》中提出，“……超出最高支付限额的医疗费用，可以通过商业医疗保险等途径解决”。财政部也下发了关于企业建立职工补充医疗保险的文件，企业补充医疗保险费在工资总额 4% 以内的部分，可从应付福利费中列支。这些都为商业健康保险的发展提供了契机。

随着健康保险需求的增加，健康保险产品也呈多样化的发展趋势。除了先前的重大疾病保险外，定额给付型医疗保险、住院费用型医疗保险、与社会基本医疗保险制度衔接的高额医疗保险以及包括住院和门诊医疗的保障综合型医疗保险等产品纷纷出现。进入 2000 年后，健康保险需求急剧增加，“保证续保”、非传统门诊医疗保险产品开始出现，有的寿险公司开始推出分红型重大疾病保险，有的公司开始通过银行渠道销售健康保险产品，有的寿险公司还开始与社会医疗保险进行衔接开展补充医疗保险业务，并开拓农村健康保险市场，这一期间我国健康保险业务得以快速发展。

2000~2005 年健康险保费收入和增幅对比图在经营主体上，2002 年，九届全国人大常委会第三十次会议通过了关于修改《中华人民共和国保险法》的决定，规定财险公司经监管机构核定，可经营意外伤害险和短期健康险业务。根据修改后的《中华人民共和国保险法》，从 2003 年开始，财产保险公司也可以经营短期健康保险，这使得目前有资格经营健康保险的主体增加到 60 个以上。大部分财产保险公司逐步涉足销售短期健康保险产品。财产保险公司经营短期健康险业务，在一定程度上可以不断挖掘健康保险市场的潜力，促进健康保险市场的繁荣，同时也能更好地满足消费者的健康保障需求。在业务规模上，2003 年我国健康险保费收入总计 242 亿元（按传统口径计算），占人身险保费收入的 7.98%，同比增长 96.91%，保持了连续快速增长的势头。

在监管方面，2003 年上半年，中国保监会颁布了《人身保险新型产品精算规定》，其主要目的是统一人身保险新型产品的技术标准。《人身保险新型产品精算规定》规定，“分红保险可以采取终身寿险、两全保险或年金保险的形式。保险公司不得将其他产品形式设计为分红保险”。根据这一规定，分红健康保险必须退出市场，取而代之的是非分红的健康保险。《人身保险新型产品精算规定》的出台和分红健康保险的停售对于进一步建立科学的健康保险核算基础，保护消费者利益，防范和化解健康保险经营风险有着深远的影响，表明了我国保险业对健康保险的监管和经营理念正在不断走向成熟。分红健康险停售的主要原因有四个：一是从设计原理上讲，健康保险主要的功能是保障，价值积累增值功能不强，而分红保险比较注重价值积累。二是健康保险风险大，管理复杂，加上分红的因

素之后管理难度更大，不利于公司风险控制。三是部分保险公司有意识地将健康险包装为分红保险，并把“投资功能”作为卖点进行炒作，在一定程度误导了消费者的保险需求。四是分红健康险远离了健康保险的本意，停办分红健康保险有利于促进真正意义上健康保险的发展。

快速发展阶段健康保险有以下主要特征。

(1) 与萌芽阶段和初级发展阶段相比，快速发展阶段健康保险业务增长迅速，健康保险产品更为丰富，不论是主险还是附加险、个人险还是团体险、短期险还是长期险，均得到不同程度的发展，保障更充分，形成了以寿险公司为主的健康保险市场格局。

(2) 商业医疗保险开始进入农村市场，并且进行了一些探索和试点，在部分领域有一定的突破，比如管理农村基本医疗保险业务。

(3) 出现了与基本医疗保险制度衔接的补充医疗保险产品，并很快在各地得以推广。在这一阶段，分红型健康保险被要求停售，健康保险逐步回归于健康保障的功能上来。

(4) 社会大众对健康保险需求很大，但保险公司的有效供给不足。2001年国务院发展研究中心市场经济研究所与中国保险学会等共同组织的“中国50城市保险市场调研”结果显示，在未来三年里，有49.9%的城市居民考虑购买商业保险，其中健康保险的预期购买率达到预期消费者总数的77%，成为未来三年里中国城市居民最希望购买的商业保险产品，这与目前健康险保费收入占全部保费收入不到10%的地位很不相称。

(四) 专业化经营阶段(2004年至今)。

2002年，中国保监会大力推广健康保险专业化经营理念。中国保监会组织行业力量，完成“中国商业医疗保险”课题研究，出版了我国第一本系统论述商业健康保险的专著，明确提出中国商业健康保险发展必须走专业化发展道路的研究结论。同年，中国保监会主办首届商业健康保险发展论坛，宣传专业化经营理念，扩大健康保险的行业影响。2004年以来，健康保险专业化经营理念被业界广泛认同，是专业化经营实质推进的时期。特别是中国保监会积极推动健康保险行业走专业化经营道路。

2003年底，中国保监会颁布《关于加快健康保险发展的指导意见》，以正式文件形式鼓励保险公司推进健康保险专业化经营，并继续主办第二届商业健康保险发展论坛，研讨专业化经营的具体问题，深化对专业化经营理念的认识。

2004年，中国保监会批准人保健康、平安健康、昆仑健康、阳光健康和正华健康5家专业健康保险公司筹建，新公司不以经营寿险业务和财险业务为主，而专注于健康保险业务，在市场竞争中专注探索健康保险专业化经营模式，推进中国特色的健康保险专业化经营道路。

2005年，人保健康、平安健康、瑞福德健康(由阳光健康更名而来)、昆仑健康等四家专业健康保险公司顺利开业，我国健康保险专业化经营迈出实质性步伐。

2006年6月，国务院下发的《国务院关于保险业改革的若干意见》(国发[2006]23号)中明确提出，“统筹发展城乡商业养老保险和健康保险，完善多层次社会保障体系。大力推动健康保险发展，支持相关保险机构投资医疗机构；积极探索保险机构参与新型农村合作医疗管理的有效方式，推动新型农村合作医疗的健康发展”。该文件明确指出，商业保险是社会保障体系的重要组成部分，并要求加强对专业健康保险公司等专业公司的扶持力度，促进商业健康保险的发

展。

2006年8月，中国保监会颁布《健康保险管理办法》，这是健康保险第一部专门化监管规章，该办法统一财险公司、寿险公司、专业健康保险公司在健康保险业务经营上的监管标准，为多种主体的公平竞争提供制度保障；明确了健康保险在经营管理、产品管理、销售管理、负债管理方面的基本监管要求，规范健康保险市场，维护投保人的合法权益，促进健康保险可持续发展。同时，《健康保险管理办法》贯穿了推进健康保险专业化经营的基本思想，设定了经营健康保险的专业化条件、明确支持保险公司加强与医疗机构深层次合作、管控医疗服务质量、强化健康管理服务等发展方向。

快速发展阶段健康保险的主要特征有以下几方面。

(1) 与快速发展阶段相比，专业化经营阶段健康保险业务的增长速度有所回落，但业务质量相对得到提高，公司更加注重产品的内含价值。健康保险产品更为丰富，不论是主险还是附加险、个人险还是团体险、短期险还是长期险，均得到不同程度的发展，保障更充分。

(2) 从供给方面来看，形成了寿险公司、财产险公司以及专业健康保险公司等多种形式经营主体共同经营健康保险的格局，但专业健康保险公司刚刚起步，市场依然以寿险公司为主，寿险公司经营的健康保险业务占全部健康保险业务的90%以上。

(3) 对于商业保险的定位，国务院有关文件给予了明确的规定，商业健康保险与基本医疗保险同属于医疗保障体系的重要组成部分。商业保险积极发挥其精算、风险管理、核保核赔等方面的行业优势，发挥其社会管理职能，积极参与医疗保障不同层次的试点，为医疗保障体系的建设和社会主义和谐社会的构建贡献力量。

(4) 社会大众对健康保险需求很大，关键的问题还在于保险公司的有效供给能力不足。商业保险对于医疗费用风险的控制能力与手段依然落后，这在一定程度上制约了经营主体的产品开发能力与服务能力，进而制约了市场的持续健康发展。

二、我国商业健康保险业务发展的主要成就

在医疗保障问题上，世界各国都面临着用有限的资源提供更高品质的医疗服务的挑战，实践证明，充分发挥商业健康保险的作用是众多的解决方法之一。健康保险本质上是一种解决医疗费用支付的融资方式，是一种“分散风险、互济互助”的自愿参加的医疗保障制度。健康保险通过集合投保人群的保费，使其中患病人群得到健康人群的资助，分担患者个人难以负担的医疗费用。

健康保险是保险业做大做强的重要领域。健康保险具有旺盛的市场需求和巨大市场潜力，完全可以成为千家万户关注、百姓大众需要的保险险种；发展健康保险不仅可以实现保险业务规模增长，更可以扩大保险覆盖面，提升保险业的社会影响。同时，健康保险是风险保障强、服务要求高的保险业务，发展健康保险有利于保险公司提升风险管理水平，增强核保、理赔、客服和医疗管理能力，突出保险行业的核心竞争力。此外，健康保险着眼于增进投保人群的健康水平和生活质量，发展健康保险有利于实践以人为本的宗旨，有利于发挥保险业促进社会和谐发展的天然职能。

党的十六大以来，保险业得到了较快的发展。2005年保费收入接近5000亿

元，是 2002 年的 1.6 倍，年均增长 17.3%；保险机构 93 家，比 2002 年增长了 51 家；保险从业人员 180 万人，比 2002 年增加了 30 多万人；保险业总资产超过 1.5 万亿元，是 2002 年的 2.4 倍；保险业资本金总量 1097 亿元，是 2002 年的 2.6 倍。健康保险是保险业的传统业务领域，集中体现了保险的产业特点和专业优势。发展健康保险既是保险业必须承担的社会责任，也是保险业做大做强的历史机遇。健康保险的发展得到党中央、国务院以及保险监督管理部门的重视，取得了一定的成就，这主要表现在以下几方面。

(一) 健康保险的基础得到进一步夯实，行业有效供给能力和防风险的能力得到提高。

1. 覆盖人群逐步扩大，规模迈上新台阶。

2002 年以来，商业健康保险取得较快发展，2002 年以来年均增速为 37%，远远高于同期 GDP 和保险业整体的发展速度。2005 年健康保险实现保费收入 312 亿元（另有重大疾病保险保费收入 380 亿元），累计承保 2.5 亿人次，承担保险金额 13 万亿元。2006 年上半年，健康保险保费收入 193.73 亿元，同比增长 21.23%。

2. 市场主体不断增加，市场体系不断完善。

保险业致力于推动健康保险的专业化经营，不断提高行业对健康保险的有效供给能力，运用制度创新促进健康保险的跨越式发展。截至 2005 年底，有 42 家寿险公司、35 家财险公司开展了健康保险业务，人保健康、平安健康、瑞福德健康和昆仑健康 4 家专业健康保险公司先后开业，形成了多种主体共同经营健康保险的局面。从健康险市场保费收入的市场份额分配来看，2005 年寿险公司的健康险保费收入约为 307 亿元，占比约为 98.3%；财产险公司保费收入约为 5 亿元，占比约为 1.6%；专业性的健康险公司 5365.37 万元，占比约为 0.172%。这表明，目前我国的健康险市场依然是以寿险公司为主导。

3. 产品供给日益丰富。

1992 年，健康保险产品仅有 70 余种，至 2003 年底已经超过 300 种，到 2005 年健康保险产品近千种，涵盖了医疗保险、疾病保险、护理保险和失能收入损失保险。其中，医疗保险保费收入 150.47 亿元，同比增长 22.29%；疾病保险保费收入 161.31 亿元，同比增长 9.22%；失能保险保费收入 0.02 亿元，同比增长 -91.23%；护理保险保费收入 0.05 亿元，同比增长 -69.87%。可见，医疗保险和疾病保险是主要的产品类型。保险公司还开展了健康管理服务，对缓解“看病贵”、“看病难”起到积极作用。如中国人寿“两康”产品自开办以来累计赔付约 42 亿元，尤其受农村群众的欢迎。2005 年，全国健康保险业务的赔款与给付支出 108 亿元。2003 年，我国寿险公司加强了健康保险产品的开发力度，并不断拓宽健康保险的服务领域。据统计，1992 年全国销售的各式健康保险产品仅有 70 余种，经过十余年的发展，2003 年年底我国商业健康保险险种已经超过 300 个。目前，我国的健康保险产品除了传统的重大疾病定额给付保险、住院医疗费用补偿性保险和住院津贴等几类保险外，保险公司也开始涉足失能收入损失保险和长期护理保险等新领域，健康保险产品的供给日益丰富。

我国保险公司在不断的开拓创新中逐渐具备了经营健康保险的六大优势：一是有效分散风险。保险公司可通过在全国范围内进行承保和在全球范围内进行再保险有效分散健康保险的经营风险。二是提供多样化和个性化服务产品。保险公司可以针对不同地域、不同人群设计相应产品，满足多元化健康保障需求。三是合理控制费用。通过保险公司建立投保人和医疗机构之间的有效制衡机制，控制

经营成本和医疗费用。四是提高管理效率。保险公司之间的有序竞争和专业化经营可以提高健康保障体系的管理效率。五是提供精算技术支持。保险公司可以充分运用精算技术，科学测算管理风险，提高健康保险的经营管理水平。六是预防疾病发生。保险公司的健康管理理念和服务有利于人们形成正确的健康观念和生活习惯，预防疾病发生。正是凭着这些优势，保险公司在健康保险领域继续锐意进取，勇于创新，不断开拓健康保险发展的新局面。

（二）服务领域不断拓宽，积极服务于医疗保障体系建设。

随着更多的人选购商业健康保险产品和对健康险保障层次的不断提高，客户希望所购买的优质产品、包含有优质服务和附加值服务的期望度也更加突出了。许多寿险公司都推出了针对健康保险更为方便、快捷、高效和人性化的服务措施，比如向客户赠送健康宣传手册，提醒广大客户注意加强自身保健等。目前，商业保险公司提供的健康保险已经覆盖了包括电力、铁路、邮政、通讯等行业在内的各大行业，服务范围也不再局限于简单的费用报销和经济补偿，而是逐步向预防保健、健康教育、医疗指导等附加值服务的纵深方向发展。同时，保险业还积极参与医疗保障体系不同层次的建设，保险公司先后开办城镇职工补充医疗保险、贫困居民重大疾病保险，并积极参与农村新型合作医疗试点工作，取得一定成绩，得到社会各界的高度评价。

1. 积极参与新型农村合作医疗试点。

2003年1月国务院办公厅转发了卫生部、财政部、农业部《关于建立新型农村合作医疗制度的意见》，保险业积极响应国家的号召，积极稳妥地参与新型农村合作医疗试点工作。2006年上半年，中国人寿、太平洋人寿、平安人寿、新华人寿和中华联合5家商业保险公司在江苏、河南、广东、福建、浙江、山东、山西、新疆8个省区及宁波、青岛、厦门3市的62个县（市、区）开展了农民医疗保险工作，涉及的参合农民1874万人，试点地区平均参保率为86%，共筹集合作医疗资金59471万元，为259万人次提供了医疗补偿服务，补偿金额达25567万元。太平洋的江苏省江阴模式、中国人寿的河南省新乡模式和广东省番禺模式，都得到党和国家领导的高度肯定和社会各界的好评。这些模式的成功都在一定程度上证明，保险公司参与新农合主要有下列的优势：

一是有利于建立“管办分离”运作机制，提高新农合运行效率。保险公司承担了日常的经办事务，政府可以专注于宏观层面的政策制定、规划指导、监督管理工作。

二是有利于发挥保险公司专业优势，加强风险管控。可以降低人情赔付、“挂床”住院等人为风险。

三是有利于形成资源共享机制，降低政府成本。新乡市政府反映，商业保险公司参与后，政府从事新型农村合作医疗管理工作的人员由原来借调的544人减少到50人。

四是有利于发挥保险公司服务优势，提高对农民的服务水平。比如在保险公司参与试点的江阴市，参合农民可以在出院时凭有关单证当场结报补偿费用。

2. 积极参与城镇职工补充医疗保险。

在补充型医疗保障层面，商业保险发挥主导作用，提供更多的保障产品和更高的保障程度，弥补社会医疗保险供给的不足，丰富和完善整个国家医疗保障体系。保险公司积极开展了城镇职工补充医疗保险，早在1997年，太平洋人寿保险公司就在厦门开展补充医疗保险试点，在建立城镇职工基本医疗保险的基础上，以厦门市职工医疗保险管理中心为投保人，为参加基本医疗保险的全体职工

投保职工补充医疗保险。2000~2001年，新华人寿在天津开展了大额医疗互助试点及在北京开展企业补充医疗保险试点。2002年7月至2003年4月，健康保险发展的云浮模式则更为令人关注。1999年以来仅中国人寿一家就在205个地区、972个县区开办了职工团体补充医疗保险，保费收入累计超过30亿元，累计承保人数达到2200万人，占社保参保人群的17%。从对补充医疗保险商业化经营的成功典范——“厦门模式”的调查结果来看，政府是可以有效利用市场手段，借助商业保险公司的社会管理职能实现补充医疗保险的管理的。通过招标的方式把补充医疗保险交由商业保险公司运作，利用商业保险公司的人力和技术解决社会医疗保险的管理难题，取得了明显效果。主要表现在：①减轻了财政的压力，节约了人力资源。②优化了医疗资源的配置，减少了医疗资源的浪费，医疗费用得到有效的控制。③加强了对医疗机构的管理。④社保部门吸取保险公司经营补充医疗保险的经验，将商业保险公司的专业化、市场化的运作机制运用到基本医疗保险管理上，促进了全市基本医疗保险管理的规范化和科学化，增强医疗保险体系抵抗风险的能力。⑤提高了居民的保险意识。引进商业保险，大额医疗费用由商业保险公司来赔付，有利于居民转变看病靠国家的观念，在一定程度上避免社会保险承担过多，造成职工过分依赖国家的问题。

3. 积极参与医疗救助试点。

2005年，健康保险不仅开展纯粹商业保险业务，积极配合社会医疗保险发展补充医疗保险，还参与到社会救助领域。4月，平安人寿辽宁分公司与锦州市民政局协议，由锦州市政府出资360万元为4.5万特困居民投保了重大疾病住院医疗保险，保险责任包括尿毒症等8种重大疾病，每人每年最高赔付限额为5万元。原有的民政疾病救助制度转变为“政府出资投保、民政部门管理、保险公司运营”的保险制度。

不管是太平洋人寿的江阴模式和厦门模式，新华人寿的北京模式和天津模式，还是中国人寿的云浮模式和新乡模式，平安的锦州模式，这些试点工作的开展是我国商业保险公司经营健康保险业务的重要探索，并为我国商业健康保险的发展积累了宝贵的数据和经验。

（三）理论研究取得突破，发展思路逐步清晰。

发达国家在商业健康保险的经营管理和社会医疗保险的商业化运作等方面积累了许多成功经验，也形成了相对成熟的运作模式，有许多管理方法和先进技术值得我们吸收和借鉴。保险业加强了健康保险方面的理论与实践研究，积极组织员工到国外经营健康保险的公司进行学习，引进了一些先进的管理经验和经营理念；一些保险公司还积极组织员工参加由保监会或行业协会组织的理论研究，在报纸、杂志等新闻媒体中介绍国外健康保险的发展状况、服务体系、风险控制、产品定价和成功经验等；同时也有一些专家学者提出要在我国成立健康保险公司的初步设想和经营模式。这些活动的召开进一步开拓了我国发展健康保险的视野，推动了理论研究的创新，进一步明确了商业健康保险是医疗保障体系的重要组成部分、我国商业健康保险发展处于初级阶段，并且为进一步探索研究适合国情的商业健康保险经营模式提供了很好的学习和交流机会，我国健康保险的专业化发展道路与思路在全行业不断的研究和探索中越来越清晰。

1. 商业健康保险是医疗保障体系的重要组成部分。

商业健康保险的发展有助于解决“看病难、看病贵”问题。以美国为例，目前美国是世界上商业健康保险最发达的国家之一，健康保险内容多而全面，主要包括了涉及医疗费用保险的住院手术保险、大额医疗费用保险，而后者包括补充

医疗保险和综合医疗保险。2003年，全美健康与意外保险保费收入12300亿美元，其中，商业人寿与健康保险公司5449亿美元，蓝十字、蓝盾组织2091亿美元，财产与灾害保险公司4354亿美元，其他各类组织406亿美元。2002年，美国居民将他们个人可支配收入（即个人收入减去个人税收）的6%用于购买各种商业健康保险。2002年，美国参加商业健康保险的人数达1.91亿多人，占全国总人数的68.6%。

商业健康保险的发展有利于医疗保障制度改革的顺利进行。在苏联、东欧各国，由于长期以来实行国家医疗保障制度（又称公费医疗制度），近年来各国商业健康保险都得到一定程度的发展，俄罗斯、捷克、斯洛伐克、匈牙利、波兰、罗马尼亚、保加利亚等国，已转型为社会医疗保险制度模式，商业健康保险弥补了社会保险改革留下的空间，医疗保障制度改革进展顺利。

2. 我国商业健康保险发展处于初级阶段。

国际经验显示，一个成熟的保险市场，健康险保费收入占总保费的比例一般要在30%左右。2001年世界上有39个国家的商业健康保险保费收入占总医疗卫生费用的比例大于5%，有7个国家该比例大于20%，他们分别是乌拉圭（37.3%）、美国（35.6%）、纳米比亚（25.1%）、津巴布韦（23%）、智利（22.6%）、南非（42.4%）、巴西（20.9%）。这七个国家主要是欧洲移民国家，三个在非洲撒哈拉地区（纳米比亚，南非和津巴布韦）、三个在南美（巴西，智利和乌拉圭）。三个非洲国家，尽管商业保险占总支出份额很大但是覆盖的人口相对较小。例如，2001年津巴布韦大约有8%的人口购买商业保险，占总卫生费用的23%。大多数高收入国家中，商业保险为起主要作用的社会保障体系提供辅助保障作用。例如，在法国，86%的人口购买商业健康保险，而在新西兰，超过90%的人口购买商业健康保险。

我国商业健康保险发展不足，在社会保障体系中的作用没有得到充分发挥。2003年，我国医疗卫生总费用6623亿元，占GDP的5.65%，人均卫生总费用512元，其中政府预算卫生支出占17.2%，社会卫生支出占27.3%，个人卫生支出占55.5%。同期，我国商业健康保险的总保费239亿元，其中一年期及以内的健康保险保费96.7亿元一年期以上的健康保险主要是重大疾病保险，一年期及以内的健康保险主要是对医疗费用的补偿。2005年，我国商业健康保险的总保费306.7亿元，其中一年期及以内的健康保险保费123.4亿元。商业健康保险占医疗卫生费用的比例为3.6%。这些统计数据都显示出我国健康保险的发展还仅仅处于起步阶段，目前的发展速度跟不上国民经济与社会发展的要求，与全面建设小康，构建和谐社会的形势还不适应。

3. 商业健康保险应向专业化发展。

我国的健康保险是伴随着寿险的发展开始成长的，大部分的健康保险产品都是作为寿险产品的附加，成为开展寿险业务的“敲门砖”。在产品的设计时，很多健康保险产品具有显著的寿险产品特征。健康保险的经营理念 and 经营方式也大都沿用寿险模式。其实健康保险在保障功能、风险评估、管理成本、核保理赔等各方面都与寿险存在显著差异。

健康保险业务与寿险业务的比较
寿险健康保险
风险因素死亡疾病与失能
风险发生次数1次N次
理赔额确定不确定
外部环境对风险的影响小大
精算基础生命表疾病发生率、住院费用等
经验数据对经验数据的依赖低高
常用精算要素死亡率、利率、附加费用率、退保率等
起付额，赔付上限和共保因子或住院率、住院天数和医疗费用等
逆选择风险低高道德风险低高核保要求低高
理赔程序简单复杂
管理成本低高
营销员的告知解释义务少多
业务参与主体保险人、被保险人
保险

人、被保险人、医疗服务提供方最担心的风险资产负债是否匹配医疗费用支出是否合理忽视健康保险的特殊性，把健康保险定位于寿险的附加地位，将无法形成独立的健康保险产品体系，导致健康险市场上产品设计雷同、有效供给不足，使得健康保险的专业保障功能无法充分体现。健康保险的特殊性，使其在经营过程中必须强调专业化经营。从我国的实际情况和其他国家的经验来看，发展专业化健康保险是实现我国健康保险跨越式发展的必由之路。中国保监会一贯坚持专业化的理念来引领健康保险持续快速发展。

2006年8月，中国保监会在《关于加快健康保险发展的指导意见》的基础上，经过行业的认真讨论与研究，制定并下发了《健康保险管理办法》（以下简称《办法》），该办法进一步明确了健康保险专业化发展的思路与方向，在促进专业化经营方面的具体举措有以下几方面。

（1）规范了健康保险专业化经营的基本条件。《办法》明确了经营健康保险业务应当具备的基本条件，包括作为专业化经营前提的业务独立核算制度、作为风险管理能力保障的精算制度和核保理赔制度、作为核心竞争力的数据管理制度和电脑系统等。

（2）进一步推进了产品专业化。《办法》规定医疗保险产品和疾病保险产品不得包含生存给付责任；长期健康保险中的疾病保险产品，可以包含死亡保险责任，但死亡给付金额不得高于疾病最高给付金额。

（3）进一步推动健康保险专业化队伍的建设。《办法》要求经营健康保险应当配备具有相关专业知识的精算人员、核保人员和核赔人员，应当对从业人员进行专业培训。

（五）商业健康保险监管框架初步形成，行业防风险能力得到有效提高。

近年来，保险监管部门不断积极协调各方力量，力求为健康保险发展争取良好的政策环境，为健康保险快速发展提供了坚强的保障。在监管资源配置方面，2003年中国保监会还在人身保险监管部增设了养老与健康保险处，专司健康保险的发展与监管工作，2006年中国保监会颁布并实施《健康保险管理办法》，健康保险的监管框架和思路初步形成，行业防风险能力得到有效提高。

1. 以监管促发展，用发展的思路实施监管。

“十五”期间，监管部门积极借鉴国际经验，紧密结合中国保险业的实际，提出了“以监管促发展，用发展的思路实施监管”的新理念。具体地说，监管的最终目的是在风险有效控制的基础上促进行业可持续发展。监管部门将把职能转换到创造公平竞争的市场环境，通过监管促进发展。通过为市场主体服务和创造良好发展环境，包括诚信建设和偿付能力监管，树立公众对健康保险行业的信心；通过对市场行为监管，规范市场秩序，形成健康的良性竞争市场。同时，发展是实施有效监管，防范化解风险的有效途径。只有加快行业发展，才能用增量盘活存量，化解风险，也才能从根本上提高健康保险抵御风险的能力，使监管工作真正收到实效。

2. 以风险为监管核心，构造防范风险的五道防线。

发达国家金融保险监管经验表明，监管部门应该提高保险监管的科学性、主动性和预见性，将风险作为监管的核心，并围绕这个核心，建立完整的风险识别、检测、评估与化解体系，从而实现了对保险风险的早发现、早防范、早化解的目的。围绕这个核心，我国保险监管部门构筑了“以公司内控为基础、以偿付能力监管为核心、以现场检查为重要手段、以资金运用监管为关键环节、以保险保障基金为屏障”的五道风险防线。健康保险的监管将以风险为核心，由过去的合规型监

管为主，转向了治理监管、偿付能力监管与市场行为监管并重的模式。

3. 加强健康保险专业监管，充分调动其他监管力量。

健康保险是专业性非常强的保险业务，不仅需要强调专业化经营，还需要强调专业化监管。同时健康保险是一项参与主体多，保障功能巨大，风险因素庞杂的系统工程。对健康保险的发展中国保监会自然要起到主要监督管理职能，为加强健康保险的专业化监管，中国保监会先后下发《关于加快健康保险发展的指导意见的通知》、《保险业开发针对非典新产品的指导意见》、要求停售分红健康保险，防范和化解健康保险潜在经营风险、颁布并实施《健康保险管理办法》。但是，仅仅依靠保监会单方面的力量是不够的。监管部门在加强自身建设的同时，将会充分调动其他监管力量的作用。具体包括实施分类监管，推动公司加强内部管理；加强对行业协会的指导，推动行业协会在建立行业标准、进行行业自律等方面应该发挥的作用；通过规范健康保险公司信息披露和告知义务，加强投保人对市场的监督作用。

三、商业健康保险发展存在的问题及原因分析

从以上分析可以看出，近年来，在国家有关部门和各地方政府的大力支持下，经过保险行业的努力，我国商业健康保险的发展取得了一些成绩。但总体而言，目前我国商业健康保险尚处于发展的初级阶段，存在整体规模小、产品单一、专业化程度较低、风险控制能力薄弱、外部经营环境还有待改善等问题，与全面建设小康社会、构建社会主义和谐社会的要求不相适应，与建立完善的社会主义市场经济体制不相适应，与经济全球化、金融一体化和全面对外开放的新形势不相适应等问题。

我国健康保险发展存在的不足和问题，具体来说，主要有以下几点。

第一，专业化经营理念认识还不够清晰，专业化经营模式还没有成形。健康保险的发展必须走专业化经营道路。但是一些保险公司在战略层面对专业化经营认识不够。有人认为目前专业化经营条件不成熟，健康保险必须依赖寿险业务才能生存；有人认为必须给予市场垄断才能实现专业化，要求监管机关授予健康保险业务的专营权；有人认为成立专业化健康保险公司或者专门健康保险管理部门就是健康保险专业化经营。其实，专业化的核心是根据健康保险风险特点建立与之相适应的经营管理模式，而这不是依靠寿险经营模式、不是依靠专营垄断、不是依靠专门机构就能自动实现的，必须踏踏实实、长期投入、夯实基础。保险公司缺乏清晰的专业化经营理念，没有投入足够资源去建立专业化经营模式，由此导致健康保险赔付率偏高，健康保险的盈利能力很低；反过来，公司更不愿投入资源加强专业化经营的基础建设，如此形成恶性循环。不牢固树立专业化经营理念，健康保险发展就很难跳出上述恶性循环怪圈，很难探索出具有中国特色健康保险专业化经营模式。

第二，数据基础建设相对滞后。经验数据缺乏是困扰我国健康保险发展的老问题，经过十余年的积累发展，却依然没有明显改观。可见，问题的核心不是保险公司缺乏数据，而是保险公司缺乏数据积累和数据分析的能力。一是没有科学的编码系统数据，数据定义不统一，无法集中、归类、分析；二是没有专业有效的IT系统，数据难以共享，甚至淹没在寿险等其他业务数据中，难以萃取；三是缺乏严格有效的数据管理制度，数据失真、流失现象较为严重。此外，保险行业内部、保险行业和医疗、社保行业之间都没有建立起有效的数据共享机制。数据

是风险管理的基础，是健康保险专业化经营的依托，没有强大有效的数据库，健康保险专业化难以取得实效。

第三，与医院合作模式尚未取得实质性突破。由于我国医疗资源分布严重不均，保险公司与病源充足的大医院谈判能力有限，很难建立可以影响医院医疗行为和医药费用的深层次合作机制；保险公司还主要依靠报销病人的医疗单据进行理赔，没有实现对医院的直接供款，没有形成“风险共担、利益共享”的利益联系纽带，难以介入医疗服务过程，难以控制医疗费用。我国保险公司还没有一张覆盖广、效率高、可控制的合作医院网络，在这一点上，商业健康保险甚至已经落后于社会医疗保险，后者的社保定点医院已经初步成形。近年来，个别保险公司也在尝试收购医院的股权，通过资本纽带加强对医院的控制，但由于投资政策限制，保险公司也不可能大量收购医院，而且不一定具备经营医院的能力，效果尚不明显。因此，如何建立与医院合作的良好模式，如何形成有效的合作医院网络，还需要继续探索。

第四，客户服务有待改进提高。由于过去健康保险主要依赖于寿险，在产品销售、核保、健康管理、医疗服务等许多客户服务环节，还没有体现出健康保险投保人的要求，还没有完全落实“以人为本”原则。2005年底、2006年初媒体热炒对重大疾病保险的质疑，就暴露出销售时对客户期望理解不够、销售时对医疗专业术语解释不够等问题。因此，健康保险的客户满意度还有待提高。此外，投保人对健康越来越关心，但是保险公司的健康管理服务刚刚起步，仅仅在尝试健康咨询、健康提醒、定期体检等简单服务，还难以开展糖尿病等慢性病管理一类的服务，还不能满足客户不断提高的服务要求。

第五，社会医疗保险保障水平与商业医疗保险发展空间失衡。作为社会医疗保险的必要补充，商业医疗保险的发展空间在于六个方面：①社会医疗保险中规定的个人自付比例部分和医疗费用超封顶线部分。包括门诊、住院起付标准以下个人自付部分；统筹基金支付需个人按比例自付部分；门诊、住院大额医疗互助支付需个人按比例自付部分；超封顶线部分。②社会统筹医疗保险不保的特殊药品。③社会统筹医疗保险不保的诊疗项目，如健康体检护理费用、高科技移植手术费用等。④社会统筹医疗保险不保的医疗服务设施和非指定医疗机构。如康复治疗、陪护费、急救车费、高级床位费、私人诊所、特需病房等。生活水平的提高和对健康的关注，必然引发护理、看护、私人门诊、健康咨询、好的病房环境等消费需求。⑤收入补贴型和护理津贴型费用。⑥社会统筹医疗保险的未覆盖人群。包括非就业群体或职工家属，如幼儿、学生、老年退休人员、个体业主、乡镇企业职工及农民。

从北京市的情况来看，基本医疗保险的起付线规定为1300元，医疗费用封顶线规定为5万元，并对于大额医疗费用建立了大额医疗费用互助制度，其在一个年度内累计支付最高数额为10万元。加之医疗保险存在的道德风险问题和费用控制问题，从而给商业保险公司留下的发展空间很小。

四、商业健康保险发展展望及对策建议

商业健康保险的发展潜力很大。当前，商业健康保险迎来了一个大发展的好时机。从国际上看，各国纷纷进行健康保障制度改革，不断调整政府和市场在保障体系中的角色，政府积极运用市场机制、加强宏观调控、鼓励和支持商业保险公司竞争经营，推动商业保险发挥更大的作用。在我国，党中央国务院高度重视

保险工作，多次对健康保险的发展做重要指示。保险业要抓住这个难得的发展机遇，努力发挥自身优势，大力发展商业健康保险。

（一）我国商业健康保险发展的政策背景分析。

1. 党中央、国务院的高度重视为健康保险快速发展提供难得的机遇。

近几年，商业健康保险的发展得到了党中央、国务院的高度重视。2002年，温家宝同志曾经连续两次对商业健康保险作出重要批示：“逐步发展商业健康保险，并把商业医保结合起来，不仅有利于满足广大群众的医疗需求，而且有利于发展经济、稳定社会”。根据温家宝同志的批示精神，保险业加紧了对健康保险的研究，大胆创新，勇于尝试，在实践中积累了丰富的经验。中国保监会也积极沟通协调，为健康保险发展争取良好的外部环境。2006年下发的《国务院关于保险业改革发展的若干意见》中明确了商业保险在社会保障体系中的地位，并为保险业的发展指明了方向和道路。这些都为我国健康保险的快速发展提供了难得的机遇。

2. 完善市场经济体制为健康保险提供了良好的发展契机。

党的十六大报告明确提出“社会保障体系比较健全，社会就业比较充分，家庭财产普遍增加，人民过上更加富足的生活”是全面建设小康社会的目标之一，同时指出“建立健全同经济发展水平相适应的社会保障体系，是社会稳定和国家长治久安的重要保证”。当前，我国市场经济体制正在逐步完善的过程中，与之相配套的社会保障制度的建设也在加速进行。要健全社会保障体系必须发展商业健康保险。我国近年来基本医疗保险改革的实践表明，单靠政府力量难以满足广大人民群众快速增长的多元化健康保障需求。作为社会保障体系的重要组成部分，完善社会保障体系为商业健康保险提供了良好的发展契机。发展商业健康保险，可以充分发挥市场机制作用，降低社会健康管理成本，提高健康管理质量和效率，可以减轻政府负担，构建健全的社会保障体系，促进社会主义市场经济体制的完善。

3. 医疗卫生体制改革为健康保险发展带来了现实动力。

医疗卫生体制市场化改革也为健康保险发展带来了现实动力。国务院已经加强了医疗保险、医疗卫生和药品流通体制“三改并举、同步推进”工作，医疗系统正面临着巨大的改革，医院将逐步走向市场化，医疗资源与药品资源将得到更合理的配置。现时我国的医疗服务提供者与健康险经营机构不存在直接的经济利益和行政隶属关系。在推进医疗卫生体制改革的进程中，通过发展商业健康保险，加强商业健康保险与医疗服务提供者的合作，不仅可以建立投保人和医疗机构之间的有效制衡机制，控制经营成本和医疗费用，提高健康保障体系的管理效率，完善医疗保险的风险控制体系，而且可以针对不同地域、不同人群提供多样化和个性化服务产品，满足多元化健康保障需求。因此，医疗卫生体制的改革大大加快了医保合作的步伐，同时为健康保险发展带来了巨大的现实动力。

4. 社会大众的健康保险需求大幅增强，成为健康保险快速发展的内在要求。

收入水平不断提高，健康保险意识逐步增强。近10年来，中国经济保持持续增长态势，改革开放25年来，我国经济平均年增长速度超过9%，接近世界平均水平的3倍。人民生活显著改善，总体达到小康水平。国家统计局的数据显示，2003年我国人均GDP为1090美元，首次突破1000美元大关。伴随着居民收入水平的不断提高，人民群众的健康保险意识逐步增强，对健康保障的需求也日益高涨。人们已经不再满足于简单的疾病医疗等服务，对预防保健、健康教育、医疗指导等综合服务的需求越来越强烈。国务院发展研究中心在全国50城市的保

险需求调查显示，居民对健康保险的预期需求高达 77%，在人身险各类业务中居第一位。因此，大力发展商业健康保险，不仅可以满足人们日益增长的健康保障需求，还可以通过提供健康管理服务，有效提高全民健康素质和生活质量。

完善社会保障制度需要商业健康保险进一步发展。1998 年 12 月国务院下发《关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》，明确了改革的任务、原则和主要政策，其目标是建立一套“广覆盖、低水平、多层次”的社会保障体系，这就需要商业健康保险提供“低水平”之上的保障。从覆盖人群来看，虽然国家的目标是“广覆盖”，根据测算，基本医疗保险体系完全建立起来后将使中国享受该保障的职工达到 2.1 亿人。但是截至 2003 年 12 月底，全国基本医疗保险参保人数刚突破 1 亿人，这与我国 13 亿人口相比，只占到总人口的 1/12 左右。目前全国约 79.56% 的非城镇职工、城镇中的个体劳动者、私营企业从业人员和乡镇企业从业人员仍未纳入社会医疗保险的保障范围，这部分人员急切希望购买商业健康保险来满足其自身健康保障需求。因此，大力发展商业健康保险是完善社会保障制度的内在要求。

（二）健康保险发展的方向展望。

随着宏观环境的不断改善、人民生活水平的不断提高和健康保障意识的不断增强，我国商业健康保险发展迎来了难得的发展机遇。在未来的发展过程中，我国健康保险将沿着以下方向发展。

1. 健康保险专业化经营进程将不断推进。

商业健康保险对服务要求更高，专业性更强，需要投入更多的人力、物力。专业化是健康保险发展的核心，如果没有了专业化经营，商业健康保险就成了无源之水。因为医疗保险具有设计方面多（保险人、投保人、被保险人、医疗服务提供者）、风险类型多、风险控制难度大等特点，专业化要求很强，专门的健康保险公司可以专注于提高服务质量，促进业务发展。在未来几年里，健康保险专业化经营进程将在不断探索中快速推进，这不仅表现在专业化经营理念的不断强化，专业经营主体的增加和相关专业法规和管理办法的出台，从业人员资格和市场准入专业标准的规范，同时表现在健康保险核心竞争力的不断增强及战略地位的不断提 高。随着健康保险专业化进程的不断推进，我国健康保险的盈利能力和战略地位将逐步提高，健康保险发展的核心竞争力将日益增强。

2. 医疗服务提供者和保险机构之间将逐步建立战略利益联盟。

风险控制是保险公司盈利能力的根本保证，我国商业健康保险的发展一直受阻于赔付率较高的问题，其原因就在于缺乏有效的医疗风险控制机制，影响了保险公司的盈利能力。一方面，一些公司尚未建立专门的健康保险核保核赔制度，缺乏健康保险的核保核赔资格认证体系，难以控制道德风险的发生。对医疗风险的控制则更难。另一方面，由于目前保险公司和医院之间缺乏有效的控制关系，难以形成利益共享、风险共担的合作机制，保险公司难以介入到医疗服务选择的过程之中，无法针对医疗服务内容进行合理性认定，难以控制医疗费支出的风险。正是由于专业化程度较低，风险控制能力薄弱，造成部分公司部分险种赔付率较高，影响了健康保险的盈利能力，也影响了部分保险公司经营健康保险的积极性。目前，保险监管部门也在积极争取卫生部门的支持，同时鼓励保险公司探索与医院有效合作的多种方式，促进保险公司和医院建立“风险共担、利益共享”的合作关系，这不仅是突破健康险发展瓶颈的重要措施，更是完善我国商业健康保险发展机制的必要条件，对完善健康保险的风险控制体系和长远发展大有益处。

3. 健康保险外部政策环境将逐步改善。

应当说，目前国家已经给予了商业健康保险一定的优惠政策，比如在税收政策方面，健康保险业务经保险公司申请可以免征营业税；企业购买补充医疗保险费在工资总额4%以内的部分可直接列入成本，不再经同级财政核准等。这些优惠政策在很大程度上促进了健康保险业务的发展。目前我国健康保险的发展仍然需要进一步得到政策支持。从消费者的角度来说，许多消费者都在呼吁能够争取减免个人购买健康保险的所得税，进一步鼓励和吸纳更多的居民个人参加商业健康保险；从保险公司角度来说，保险业也在积极争取对长期健康保险业务或专业健康保险公司在所得税方面给予一定的优惠政策，鼓励更多的公司积极推进健康保险专业化进程；从风险控制角度来说，监管部门正在积极探求如何从政策上支持保险业与医疗服务提供者战略合作机制的建立。我们完全可以相信，健康保险外部政策环境将日益改善。

4. 健康保险产品将逐步差异化、多元化，产品体系将不断完善。

我国地域辽阔，人口众多，各地经济发展水平的不平衡导致了保险市场不均衡，呈现出明显的需求差异性。为了更好地发展健康保险产品体系，满足社会大众多元化的健康保障需求，目前有些保险公司已经开始根据自身的业务规模和管理水平，积极拓展健康保险新的业务领域，逐步完善健康保险产品体系。一些保险公司为使推出的健康保险产品切实满足市场需求，为市场所接受，他们在市场调研的基础上，尽可能掌握不同地区、不同收入层次、不同年龄群体对商业健康险的需求状况，摸清市场的真实需求，并在市场细分的同时，根据自身实力确定目标市场，开发切合市场需求的新型健康保险产品，同时采取一系列措施扩大健康保险的社会影响，扩大健康保险的有效需求。随着人们健康保障需求的不断丰富，差异化、多元化的健康保险产品将不断推出，健康保险的产品体系将逐步完善。

五、加快商业健康保险发展的对策建议

医疗保障是世界性的难题，尤其是对于像中国这样一个“未富先老”的发展中国家，政府没有足够的能力为所有人口的医疗保障提供足够的资金支持。在缺乏有效的可以覆盖所有人口的社会医疗保险制度的情况下，最好的解决方法是政府充分利用好市场机制，发挥好政府与市场两种资源配置方式的作用。要促进商业健康保险的发展，充分发挥商业保险的社会管理职能，为政府服务，为经济社会的发展服务，这需要改善商业健康保险发展的外部环境，同时也要不断提高商业保险的经营管理水平和有效供给能力。

(一) 加快医疗保障体制改革，为商业健康保险的发展创造更好的外部环境。

1. 搭建医疗保障制度建设的整体框架，在制度层面上为商业健康保险的发展腾出空间。

我国医疗保险制度改革应该及早建立起城镇职工医疗保险、公务人员医疗保险、农村医疗保险相互配合，基本医疗保险、补充医疗保险、商业医疗保险有机衔接的新型医疗保障体系。新型医疗保障制度的整体框架（如图7-2所示）能够在人群覆盖率、医疗保障的程度上与国民经济发展水平、政府财政力量相适应，由两个子系统组成：一是医疗保险体系，即按照保险的原理和经营机制向保障对象提供医疗保障服务，包括基本医疗保险和商业医疗保险两个有机的组成部分。二是医疗保险制度的补充，包括医疗补助、新型合作医疗、政府福利性的医疗保障、医疗救助和个人自我医疗保障，如医疗储蓄等。这一层次的医疗保障在某种程度上不再具有保险的性质。

这一医疗保障制度框架的基本理念仍然是：提高效率、减少浪费——政府的力量集中于医疗保障体系中市场失灵的部分，而将可以借助市场力量的部分交给市场运营；追求公平、稳定社会——政府提供的医疗保障尽量涵盖更大范围的弱势群体（如无生活来源的贫困人口），而不是为少部分人（当前已经获得了基本医疗保障的人口）提供更高水平的保障。

此构想实现的条件并不复杂，首先是以政策法规的形式明确医疗保险体系和医疗保险体系的补充这两者之间，以及基本医疗保险与商业健康保险之间的关系。界定好政府和市场各自的职能、作用空间、保障范围和保障程度。并明确基本医疗保险和商业医疗保险双轨发展、各司其职、相互配合的发展方向。加强社保部门与商业保险公司之间的合作，使商业医疗保险真正成为医疗保障体系的重要组成部分。

2. 加大对商业补充医疗保险的政策支持力度。

从国际经验看，鼓励商业健康保险发展的措施很多：一是把部分法定医疗保险费用支付业务委托保险公司管理；二是对鼓励发展的健康险业务免征营业税和所得税，甚至给予一定的财政补贴；三是对购买商业健康保险的单位在一定限额内允许税前列入成本，对个人则免缴其购买健康险部分的个人所得税。国务院的有关文件中规定，企业补充医疗保险费在工资总额 4%以内部分，从职工福利费中列支，福利费不足列支部分，经同级财政核准后列入成本。这是国家鼓励发展补充医疗保险的优惠政策，也是建立多层次医疗保险体系的有力保证。为此，建议尽快落实有关补充医疗保险的优惠政策，在政策上扶持医疗保险制度的健康发展。

3. 补充医疗保险的商业化运作。

目前补充医疗保险的管理方式主要有捆绑式经营和商业化运作两类，使得商业保险与社会保险处于竞争状态，而不是合作状态。而在这种竞争状态下，政府行为的边界没有受到有效约束，政府部门往往利用其行政权力优势，使其处于竞争的优势地位。为此，建议社保部门尽快退出补充医疗保险的经营，将精力集中于基本医疗保险，在政府统一制度框架下，将补充医疗保险交给商业保险机构经营，充分发挥商业保险的社会管理职能。

（二）不断提高行业有效供给能力，满足多样化的健康保障需求。

1. 要走专业化的道路。

专业化经营是今后健康保险发展的重要趋势。成立专门的健康保险公司也是提高专业化水平的一种重要方式。同时，通过合资或吸收外资参股，引进保险外资股东在健康保险方面的专业技术和经验是一条捷径。今后，保监会鼓励多种形式的专业化发展方向，不断提升健康保险专业化经营水平，充分发挥保险业在健康保障领域的优势。

2. 要加大创新。

创新是推动健康保险发展的源泉和动力。今后，将不断推动保险公司加大技术创新力度，建立销售、核保、理赔、客户管理、信息统计分析、风险评估等健康保险风险控制体系；探索在保险公司和医院之间建立起风险共担、利益共享的合作机制，并运用多种方式与医药服务集团建立利益联盟或战略合作伙伴关系，有效降低医疗风险的发生率，逐步建立医疗风险控制网络体系，不断完善健康保险的医疗风险控制和管理办法。

3. 要促进规范化经营。

完善的法制环境和规范的市场秩序是促进健康保险发展的前提条件。健康是

社会公众的普遍需求，商业健康保险作为有效分散疾病风险、合理提供医疗服务融资的重要手段之一，在构建社会主义和谐社会的进程中必将发挥越来越重要的作用。健康保险同样需要一个“健康”（有序）的和“保险”（可持续发展）的经营条件，这也正是我们监管者所努力实现的目标。《健康保险管理办法》为健康保险经营管理提供一个较完整的操作规范。只有不断加强商业健康保险方面的监管制度建设，严格监管执法，为商业健康保险的发展营造一个公平有序的市场环境，严格防范经营风险，商业健康保险的健康持续发展才有可能实现。（郭金龙 段家喜）

资料来源：中国网

<http://www.china.com.cn/> 06/18/2007