

# 第十三章

# 中国社会主义社会 保险的内容（2）



# 医疗保险制度

- 一、统筹前各地医改模式的类型特征及功能分析
- 二、医疗保险制度模式的框架设计
- 三、医疗保险改革的政策选择
- 四、医疗保险费用平衡分析

## 一、统筹前各地医改模式的类型特征及功能分析

1993年党的十四届三中全会明确提出了“城镇职工养老和医疗保险金由单位和个人共同负担，实行社会统筹和个人账户相结合”的要求。为了指导试点工作，国家体改委、财政部、劳动部、卫生部等有关部门反复调研，形成了《关于职工医疗制度改革的试点意见》（体改分[1994]51号文）。

在“两江”试点经验基础上，1996年5月，国务院办公厅转发了《关于职工医疗保障制度改革扩大试点的意见》（国办发[1996]16号），试点城市扩大到近40个。与此同时，海南、深圳、青岛等地按照“统帐结合”的原则探索了不同方式的医疗保险办法。

## 医改模式大致划分为五大类：

❖ “统帐结合”类，包括以“两江”为代表的“三段通道式”，以海南为代表的“双轨并行式”，以青岛、烟台、平顶山为代表的“三块结构式”；



- ❖ “大病统筹”类，包括以上海为代表的大额住院费用及特殊门诊费用、家庭费用社会统筹，以北京为代表的大额医疗费用社会统筹；
- ❖ 以深圳为代表的“混合”类，即对有当地户籍的职工实行“统帐结合”，对进城务工的农民工实行住院统筹，对离休人员实行全面保障；

- ❖ “特定人群”类，在部分地区仅对退休人员实行医疗费用社会统筹；
- ❖ “初步(内部)改革”类，采取医疗费用企业内部包干及个人按比例自付一部分医疗费用的办法。

上述医改模式中除了第五类改革尚不彻底之外，前四类改革均以“统账结合”为主基调。每种模式各有利弊，大体上说，“统账结合”制度运行较为平稳，社会反映良好，为中国医疗保险改革确立了“统账结合”医疗保险改革的基本框架。



- 首先，由用人单位和职工按一定比例共同缴纳医疗保险基金，实行定点医院与医疗保险机构统一结算的办法，建立了新的筹资机制和经费运行机制；
- 其次，既要按比例支付个人医疗费用，又要采取总量控制与定额结算的办法，对定点医院的医疗费用进行结算，通过对医患双方的制约机制，遏制了医疗费用的过快增长；

再次，实行属地原则，改变公费、劳保医疗分开管理的体制，按统一制度和政策同步改革，实行收支两条线管理办法，保证了基金的安全和合理使用，增强了基金的透明度与民众对医疗基金管理的信任感。

## 1、“三段通道式”医疗保险模式

即设置为个人账户段、完全自负段、累进支付段，相互贯通、互为前提，在实践运行中，由于后一阶段医疗费用的支付，是以前一阶段医疗费用使用完毕为前提，前一阶段医疗费用使用完毕，也就具备了使用后一阶段医疗费用的资格和条件，设置个人账户段、完全自负段，同时规定进入社会统筹后个人仍要支付少量医疗费，职工费用意识有所增强，对医疗费用的过快增长有所遏制。

但从人们患病的非理性要求与实践运行状态看，

同时暴露出以下一些问题：

➤ 首先，“三段通道式”保险“统账结合”模式产生的综合症，表现为部分职工缺乏个人账户的积累意识和社会共济意识，出现了一卡多用、冒用、借用或一人持卡多次在一家医院或几家医院同一天内重复看病的现象，个人账户的积累作用未能得以很好地发挥，直接威胁社会统筹基金的使用与平衡，一定程度上削弱了个人账户的纵向积累与社会统筹的调剂功能，随着时间的推移，个人账户积累量越少，离实际医疗支付水平越远，积累的积极性就越小，将会有越来越多的人挤进社会统筹，造成社会统筹基金的超支。



➤ 其次，个人账户主要用于支付门诊医疗费，而对个人账户使用情况进行过多的、大量的行政干预，是为了保证社会统筹基金的平衡而将防线大大地前移，既增加了管理难度，又使社保机构成为医改过程中各种矛盾的汇合点。进入社会统筹支付之后，出于越来越多的重病患者强烈的求生欲望，如何确定和执行给付制度中社会共济基金中医疗费用的最高限额，既属于人道主义的范畴，又是医疗保险精算中不得不考虑的问题，成为试点改革城市极为棘手的难题。



再次，“三段通道式”统帐结合模式，运行成本高，它允许预支、透支，在扩大参保范围的情况下，难以杜绝部分人“恶意”预支、透支，致使医疗保险基金受到损失。受医疗科技与医疗价格等诸多因素的影响，医疗费用价格以近乎几何级数增长，若动态划分封顶线，会给医疗保险统筹费率的制定、个人账户与社会统筹基金的划分比例以及以支定筹等制度的建立增加许多计量上的困难。





## 2、“双轨并行式”

采用个人账户与社会统筹分块运作，门诊费用由个人账户支付，超支不补，只有住院才动用社会统筹医疗基金，有效地控制了门诊的医疗费用支出，但在一定程度上增加了慢性病患者与常患病患者的个人负担。这样，这两类参保职工依靠个人账户控制医疗费用支出变得不太现实，大量患者将被排挤在医疗保险范围之外。



住院才允许动用统筹医疗基金，虽然比门诊更容易控制医疗费用的流失，但难以避免医院因门诊受损而引发的利益驱动。为了多创收，医院可能对人证不符，一人住院全家吃药的行为放任自流，甚至提供方便。一些试点城市为了控制住院费用支出，对医院实行总量控制或称目标管理，即在医院收治人次和医疗费用支出额均达到一定的指标时，医保机构给予奖励，未达标的给予处罚，超标费用部分或全部由医院负担。

## 总量控制方法引发了两个问题：

一是住院收治人次可以人为分解，二是住院医疗费用额可以人为调整。未达标医院可通过医生诱导患者多开高价药、多做可做可不做的检查，提高医院收入；而当医院医疗费用快超支时，医院可采取推诿病人或是该用的药不用或少用，该做检查的不做检查的办法，来控制医疗费用超标。这种总量控制方法，虽然可以在总量上控制医疗费用，但很可能是以浪费医疗资源或是降低医疗质量为代价的，有悖于医疗改革的初衷。

### 3、“三块结构式”

基本内容：医疗保险基金由个人账户金、单位调剂金和社会统筹金三部分组成，前两部分暂由企业管  
理，后者由社会保险经办机构管理；职工看病先从个人账户中支取，超过部分直接在单位调剂金中支付（其中个人负担10%—20%）而不设“自付段”；对超过规定额度的医疗费用（一般情况下为3万元）部分，采取分档计算、累加支付的办法，按递减的比例（90%-80%）从社会统筹金中报销，剩余部分由单位调剂和个人负担。



#### 4、“大病统筹，小病分流”

也属于“统账结合”模式，“大病统筹”即为社会统筹，“小病分流”即为个人储蓄自保，可实行由社保机构管理的个人储蓄账户或个人自行管理。“大病统筹，小病分流”明确了国家、企业、个人在医疗保险中各自的责任边界，较好地克服了医疗保险大包大揽带来的弊端，减少了社保机构的管理难度，降低了管理成本，同时调动了企业与个人管理医疗费用的积极性。



“大病统筹，小病分流”，降低企业医疗保险基金统筹费率在3%~6%左右，变国家或企业对职工的无限责任为有限责任，有利于改革的顺利起步和稳定推进。对于“大病”的界定则存在纯经济学或器质性病变的纯医学的两重解释，上海的住院医疗保险，癌症在理念上是绝对的大病，作为癌症病患者；海南省将“大病”定义为根据科学的病理判断、应当实施紧急抢救或住院医治的各种器质性病变，是与相应的技术检测措施配套进行的。



## 试点中均存在下列共同问题：

➤ 其一，企业亏损面大，困难企业增多，医疗保险基金征缴困难。新企业年轻职工多，患病率低，对参保存有抵触情绪。尽管医疗保险改革的强制性扼抑了逆向选择问题，但是困难企业参保难、下岗职工、离退休人员如何参保，却是医疗保险改革本身难以解决的问题。

其二，离休人员这一特殊的社会群体，不建立个人账户，医疗费全额报销，在医改中超支十分严重。如何保持政策的连续性，保证离休人员这一特殊群体的医疗，给予他们应有的特殊待遇，同时制约浪费，必须尽快建立相应的费用控制机制，以支持医疗保险改革。

江苏镇江医改试点中，1995年离休人员占参保职工的比例为1.15%，医疗费支出占整个医疗保险基金的9.17%，人均医疗费支出为2960元，是在职职工的11倍、退休职工的4倍。江苏杨洲市1995年与镇江市同步进行“统账结合”的医疗保险改革，离休人员全部进入了社会统筹，退休人员的71%进入社会统筹，而在职工工仅有17%进入社会统筹。

其三，属地化原则引起部属和省属企业与地方政府之间的矛盾磨擦。原中央批准一些行业不参加地方养老保险，为行业养老保险统筹开了口子。而医疗保险实行属地化原则，对于一些部属与省属单位来说，工资相对较高而多缴保险费、健康水平较高而相对降低了医疗待遇、自身的职工医院利益受损等等因素，制约了这些单位参保的激情，直接影响了社会调剂功能，减弱了医疗保险抗风险的能力。

## 二、医疗保险制度模式的框架设计

根据《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》所界定的“低水平、广覆盖、双方负担、统账结合”的基本原则，借鉴国外医疗保险制度改革的经验教训，实行基本医疗保险制度、医疗卫生体制和药品流通体制三项改革。中国医疗保险制度改革要向多元协调的混合型模式转型，建立医疗资金来源多渠道、支付方式科学化，管理办法决策化的医疗保险运行机制。

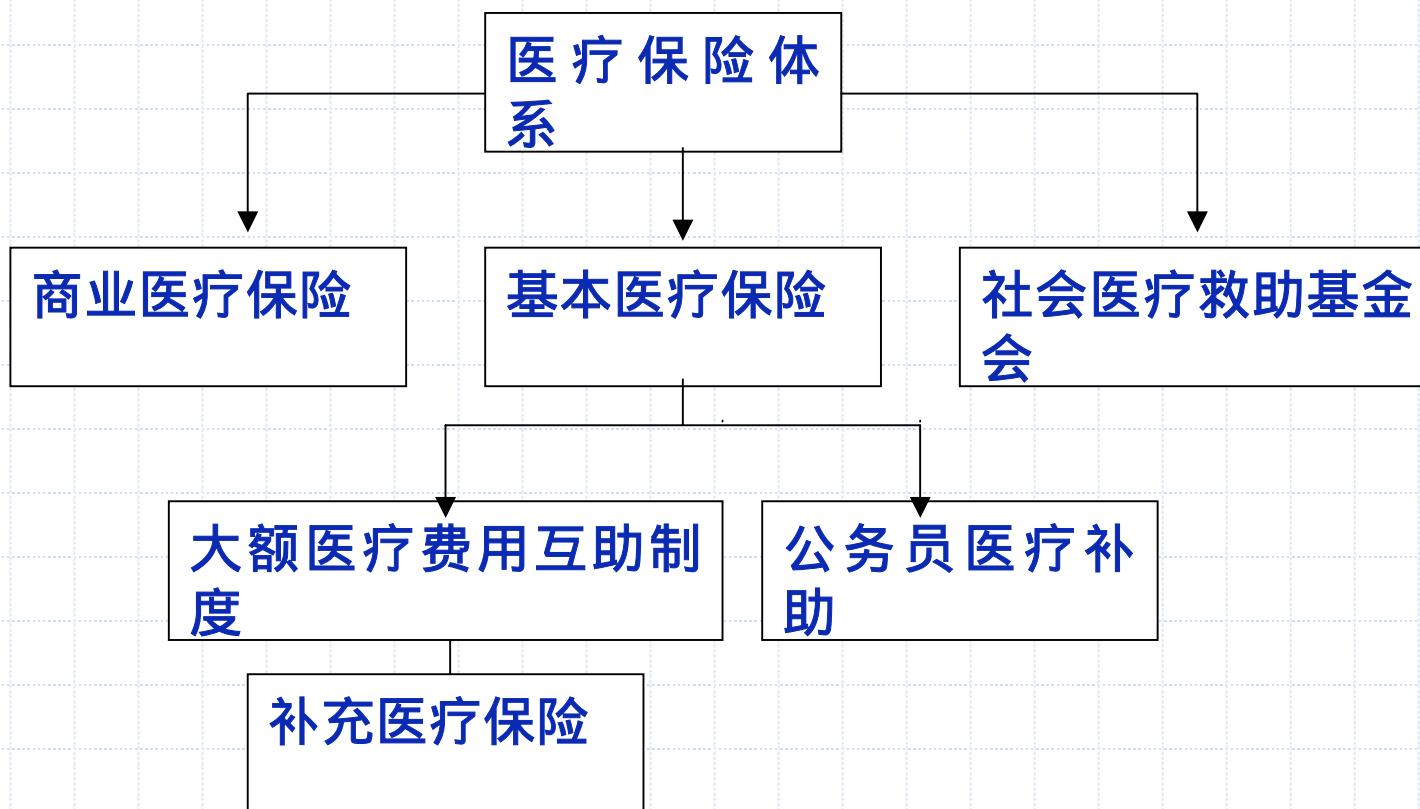




- ❖ 多元合围，建立多支柱医疗保险体系
- ❖ 商业医疗保险是基本医疗保险的重要补充
- ❖ 借鉴“他山之石”，控制医疗费用过快增长



## (一) 多元合围，建立多支柱医疗保险体系



### 多支柱医疗保险体系

## 基本医疗保险

实行社会统筹账户与个人医疗账户相结合，不能脱离当地生产力发展水平，社会保险管理机构管理医疗统筹基金，主要用以统筹范围内调剂职工的医疗费用，确保职工在病种目录、用药范围内及基金范围内的大病医疗。超过统筹基金最高支付额即“封顶”线，由企业补充医疗保险或商业医疗保险加以解决。



## 企业补充医疗保险

是企业给予职工的医疗福利增量，一些效益好的企业在社会统筹基金与个人账户之间设置企业调剂基金，对于超过封顶线以上的医疗费用以及个人负担部分的医疗费用实行医疗补偿，对困难者予以支助，可以有效地发挥企业功能，解决部分困难职工的医疗负担问题，也是增强企业凝聚力和职工对企业认同感的必要手段，政府应从政策上予以扶持。

## 商业性医疗保险

可以设计不同的保险品种，如健康保险、医疗费用保险、住院医疗保险、超社会医疗保险封顶线以外的大病补充医疗保险，后一险种的开设，解除了社会医疗保险统筹基金封顶难的问题，商业组织的医疗保险，有必要纳入社会保障体系；

## 大额医疗费用互助保险

通过职工自愿筹措医疗基金，对超过封顶线的医疗基金实行风险补偿，其宗旨、性质、原则、经营方式和功能蕴藏着自愿、互助、民主与平等的可贵精神，我们应更多地运用市场经济的原则，借鉴国际互助合作联盟（ICIMF）的经验，结合中国国情建立起适应中国特色的互助合作医疗制度，减轻国家和企业负担，建立起充满生机和活力的与市场经济相适应的新型医疗体系。



## 公务员医疗补助

是国家为保障公务员医疗待遇水平不降低而建立的医疗补助，是对封顶线以上部分的医疗费、门诊医疗费个人账户支付不足的部分，统筹基金支付中个人负担过重的部分给予的补助。



## 社会医疗救助基金

为保障城镇居民中享受最低保障待遇人员的基本医疗而设立，由于存在着市场失灵问题，医疗救助定位用于特定的收入群体和特定的服务类型，并以一定的方式进行分配。

## (二) 商业医疗保险是基本医疗保险的重要补充

1998年《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》，提出了城镇职工基本医疗保险封顶线以上的保障可以通过商业保险等途径解决；2000年国务院《关于完善城镇职工社会保障体系试点工作的通知》，明确提出了要建立多层次医疗保险体系，为商业健康保险提供了巨大的发展空间。

### (三) 借鉴“他山之石”，控制医疗费用过快增长

- 利用财政手段控制医疗费品的供给量
- 利用需求政策控制医疗费用的增长
- 通过总额预算控制医疗费用上涨
- 实行药品产、供、销一体化的管理体制

- 实行多元化监管
- 树立成本效果评价办法
- 选择按病种付费的结算办法
- 分割部分统筹账户基金用于疾病预防

## 1、利用财政手段控制医疗费品的供给量。

根据财政预算，按一定比例更新医疗设备及引进新的医疗科技，控制医疗设备及医疗方式的费用增长。受制于财政预算的不足部分，在实行全国财政统筹的国家中，通过建立白色市场加以调节，人们在白色市场中，寻求自己的医疗服务，或是由商业性人身保险加以补充。而在一些不由政府财政统筹的国家中，对新医疗技术的引进亦由政府统一监管，新设备的引进通过客观评价标准立项，否则不能列入医院成本项目；





## 2、利用需求政策控制医疗费用的增长。

需求政策强调医疗保险的享受者要分担一定数额的医疗费用。欧洲经济共同体各国对门诊和住院均规定了个人缴纳的比例，制定了极为详细的分类与精算制度。新加坡实行医疗公积金制度与家庭统筹制度，建立大病保险，鼓励医院、医生之间的竞争。

日本从1999年开始，政府管理的健康保健制度中被保险者自己负担的医疗费用部分从10%提高到20%；德国从2000年开始，为患者住院的康复措施所支出的费用，在德国西部由每天25马克减为17马克，在德国东部由20马克减为14马克；南韩规定了个人负担的高额比例：门诊报销40%，住院报销55%，适得其反，南韩成为世界上医疗费用上涨最快的国家之一；



### 3、通过总额预算控制医疗费用上涨。

20世纪70年代以来，欧洲国家为了扼制医疗费用增长太快的势头，由劳工代表、企业代表、政府代表、保险公司代表和医院代表谈判协商，规定总额预算，让医院和医生进行自我控制，超支部分自己负责。一些国家采取了医疗单位预算方式来控制医疗费用的增长，如比利时、荷兰、西班牙等国家，均取得了较理想的预期效果；



#### 4、实行药品产、供、销一体化的管理体制。

在生产环节，市场经济国家药政管理部门对新建药厂和生产新药，要对企业生产环境、设备条件、工艺要求、人员素质等进行严格审批，核发生产许可证，以保证药品质量。在流通环节上，对流通渠道及经营批发、零售企业的开业条件和从业人员均有明确规定；

## 5、实行多元化监管。

许多国家长期实行医疗剖析制度，对方用药的种类和数量进行限制，严格审查大处方。如美国采用预先审核制，查看病人是否需要住院或作大检查，这种管理可降低10%的费用，但增加了5%的管理费用。许多国家还实行了药品服务和卫生服务的分业管理，对药品和医疗设备定价在一定程度上受政府或保险组织的干预。



有些国家规定住院用药与非住院用药、处方用药与非处方用药、可用药与不可用药、药品价格与代用药品的详细目录，制定了药品及代用品的允许与非允许生产项目表，限制医生出售药品提到的好处费。还有些国家通过关闭一些医院或减少医务人员，控制医学院招生人数，用价格较低的家庭护理和预防保健代替传统的住院治疗，以此降低医疗费用。



## 6、树立成本效果评价办法。

基本医疗保险既是界定医疗技术问题，更要考虑其经济成本，在选择基本医疗保险药品和诊疗项目的具体方法上，借鉴国际流行的经济学评价办法，综合考虑和比较药品或诊疗技术的成本效果。如选择什么药品作为基本医疗的处方用药，要综合考虑药品的价格比、治疗的时间因素及患者的劳务成本，做出经济判断之后，选择最合适的药品，而不是仅仅简单考虑药品的价格问题。

## 7、选择按病种付费的结算办法。

根据每一种疾病或病程所需全部服务进行事

先定价后，按此标准支付给医疗服务的提供者。

美国的预付制和德国的按点数收费，都属于按病

种付费的方式。

随着医疗技术方案的多样化，其体现的诊断手段与各自表现的费用差别也越来越大，医疗保险急需通过科学技术的分析来测算每一病种的标准化治疗、标准化诊断与标准化用药，在众多的治疗方案中，选择适当的、相对成本较低而收效较大的方案，并作为医疗保险机构费用偿付的依据，屏除医疗机构“服务收费”方式，避免提供过度的医疗消费。

## 8、分割部分统筹账户基金用于疾病预防。

21世纪老年人的疾病谱将发生重大变化，表现为慢性非传染性疾病大量增加，并以高血压、冠心病、慢性支气管炎、关节炎为主，其中的许多慢性病与抽烟、酗酒、高盐、高糖以及不合理的营养饮食有关。为了促进参保者增强自我保健意识、提高健康水平，坚持“早发现、早预防、早治疗”的方针，可适当划部分统筹账户基金用于参保职工的疾病预防，进行必要的定期检查，降低慢性病的发病率与发病程度，提高退休人员的生命质量，最终有效节约社会医疗保险资源，减轻个人及其家庭的医疗费用负担。





### 三、医疗保险改革的政策选择

城镇医疗体制改革与医疗保险改革，直接关系到广大人民群众切身利益，关系到社会保险改革的成败，其行为主体涉及政府、各类参保的企事业单位、医院、医药企业、工会组织、保险公司及个人，这是一项庞大的系统工程，只要采取正确的舆论导向，实施合理的技术措施，实行有效的宏观调控与规范化的制度管理，医疗保险改革可望实现政府的预期目标。

❖ 矫正“扩覆”工作中非公有制企业对医疗保险的短视意识

❖ 着眼于基金平衡，社会统筹账户与个人账户分开核算

❖ 多管齐下，实现医疗保险基金的收支平衡

❖ 界定基本医疗，实施医疗保险基金预算与财政专户管理

❖ 建立激励机制，对离休人员与公务员医疗费用

实施有效调控

❖ 选择合理的筹资模式，多元化筹措医疗保险基金

金

❖ 医患双方换位，设立公立医院与非公立医院

❖ 规范医疗服务，完善定点医院的仲裁制度及结

算制度

## （一）矫正“扩覆”工作中非公有制企业对医疗保险的短视意识

一般来说，相对年龄结构偏轻的非公有制企业，医疗费用负担不高，由于权利与义务的暂时不对等，他们会将自己对医改缴费的“贡献”视为为年龄结构老化及医疗费用负担沉重的国有企业及机关事业单位分摊负担。随着时间的推移及禁止统筹账户透支个人账户的改革，年龄结构偏轻的非公有制企业职工个人账户的纵向积累是一种医疗福利准备金，届时统筹医疗基金的横向互助也为这些企业年龄结构的日渐老化提供了风险释散机制，从长远看，会达成这些企业与个人基金缴付与使用的平衡。

扩大覆盖面工作中要解决年龄结构偏轻的非公有制企业及城镇居民对医疗保险的认同问题，政府一要做好政策的解释与宣传工作；二要使《决定》中个人账户使用完毕可以过渡到使用社会统筹医疗基金的“三段通道式”的模糊性表象化，不能造成因为个人账户积累额越多，离使用社会统筹医疗基金的门槛越高的“权利相对剥夺感”，政府可以对个人账户积累额的高低与个人账户使用完毕后进入个人自付比例的高低测定相应的反向系数；三是可以借鉴商业医疗保险的做法，在可能的条件下，按照企事业单位的年龄结构及工作生产条件的风险等级确定缴费率或税率。



## （二）着眼于基金平衡，社会统筹账户与个人账户分开核算

单位按6%左右的统筹费率缴费，一部分转入统筹基金，一部分按年龄段划拨到个人账户，个人缴费加上单位划拨，形成个人账户。两者的记账比例必须合理，如果统筹基金不足，动用个人账户，形成部分“空账”运转，这一技术在以往的养老保险中是通过代际转借作载体（目前养老保险正在着手做实个人账户的改革），而医疗保险使用这一技术未必可行。

这是因为养老保险个人账户积累期长达数十年，养老金的发放借助生命表具有一定的预见性。医疗保险个人账户何时使用、使用多少，难以预期，如果医疗统筹基金大量透支个人账户，时间一长，难以寻求基金转借的载体，若发生跨统筹范围的大面积人群迁移与个人账户的转移，将使地方政府处于尴尬的地步；如果个人账户记账比例过低，则会减弱企业与个人投保的热情。

目前由于医疗费用中统筹医疗基金的失控，造成了统筹基金缺口的态势，必须从技术机制上寻求原因，减少统筹基金账户流量的过大开放。同时除了测度医疗资源消耗以外，还要测度居民生活水平、环境、医疗技术进步、预期寿命等变量的影响，建立多因素分析模型，才能找到多因素指标与投入变量之间的关系，强化两类基金支付的约束力。

医疗改革中用人单位缴费按平均30%左右划入个人账户，这样统筹医疗基金与个人账户明确划分各自的支付范围并分别核算，不相互挤占，避免了统筹吃账户现象的发生。同时，起付统筹医疗基金的标准原则控制在当地职工年平均工资的10%左右，这一“门坎”的设计加大了动用统筹医疗基金的防线，而最高支付额控制在当地职工平均工资的4倍左右，预防了恶意透支或统筹医疗基金过分地集中在少数人身上而发生统筹医疗基金可能发生的支付危机。

由于个人账户与统筹医疗基金有各自的支付范围，门诊医疗应以个人自保为主，节约归己，防止面广量大的门诊医疗需求与供给的弹性缺口，使人们自觉地规范自己的医疗行为。同时，也可以降低企业医疗保险统筹费率，减轻企业负担，支持企业改制。对于不需要住院治疗且门诊费用较大的某些特许慢性病种，可以允许在门诊使用个人账户并进入统筹医疗基金范围。建立大病医疗保险机制，减轻因统筹比例过高给企业造成的压力。





### (三) 多管齐下，实现医疗保险基金的收支平衡

医疗保险基金收支平衡，这是目前医改中最起码的要求，从试点城市看，由于缺少制约机制，征收措施不力，造成拖欠严重，统筹基金出现赤字现象，同时，困难企业缴费难的问题也较为突出。

为此，在未开征社会保障综合税之前，要加强  
医疗保险基金的征缴力度，减少征缴成本，可采  
取委托税务部门或社保部门征缴两种形式，财政、  
银行、税务、社保机构密切配合，实行目标考核，  
制定基金收缴责任制，以适当的行政和经济处罚  
办法，保证医疗保险基金收缴及时足额到位，为  
统筹基金的收支平衡奠定良好的基础。

对于无能力缴费的困难企业，要经过地方政府有关职能部门确认后，才能允许部分或全部缓缴，财政部门要建立一定的医疗救助基金，在批准的缓缴期内，困难企业发生的医疗费用，先由医疗救助基金支付，以保障困难企业职工的基本医疗。



医改中不允许统筹账户透支个人账户，而退休人员医疗费用要使用统筹账户，且其医疗费用开支普遍大大高于在职职工，要减轻统筹基金的过大压力，应根据各地退休职工占全部职工的构成比指标，正确确定单位缴费计入统筹账户的比例。另外，依据薪资制缴费，要重视参保单位瞒报工资总额的问题与欠费问题，这一现象的发生将减少缴费总额，影响收支平衡，政府应规范工资管理体制，尽快实现收入工资化、工资货币化制度的改革到位。

## （四）界定基本医疗，实施医疗保险基金预算与财政专户管理

在目前的情况下，必须在病种目录、用药范围、费用标准、诊疗规范等方面定义基本医疗的“基本”范畴，划分原则性的责任边界，确定基本诊疗技术、基本医疗生活服务的配置标准，建立药品报销目录制度，适当提高患者特殊医疗需求和转诊、转院医疗费个人负担比例，对社会统筹医疗基金的使用实行封顶，都属于基本医疗保险对“基本”一词定义的责任边界的范畴。



财政部门在履行财政专户和收支两条线管理的职能中，还应建立医疗保险基金的预决算审批制度，做好基金预算的编制、审批与执行工作。分析与检查基金的预算执行情况，明确基本医疗保险基金的管理和结算的具体政策和办法，建立统筹基金超支的预警报告，以便及时采取措施，调整对策，确保医疗保险改革的顺利实施。



## （五）建立激励机制，对离休人员与公务员医疗费用实施有效调控

离休人员这一特殊的社会群体，不建立个人账户，医疗费全额报销，在医改中超支十分严重。如何保证离休人员这一特殊群体的医疗，给予他们应有的特殊待遇，同时制约浪费，必须尽快建立相应的费用控制机制，以支持医疗保险改革。

从目前情况看，我们要规范离休人员享受医疗服务

的范围和标准，建立个人医疗费用台账，予以公布，使单位和个人及时了解医疗费用情况，及时发现问题、予以纠正。对于节余医疗费用低于平均水平的离休人员，可采取适当的奖励政策。

同时，离休人员完全游离于医疗保险改革之外的政策也许是不明智的。

公务员医疗补助直接涉及到财政开支，应明确公务员在享受医疗服务中的待遇与标准以满足基本医疗为主的方针，可考虑将公务员的医疗补助直接计入个人账户，与个人账户实施统一管理，这样既可方便就医和简化费用结算，又能一定程度上控制医疗费用的增长。

## （六）选择合理的筹资模式，多元化筹措医疗保险基金

在考虑医疗保险改革的筹资模式问题时，应选择部分积累制筹资模式。

➤ 一是政府应做出年度与长期预算安排，以保证充足的医疗资源，以支持医疗保险改革；



- 二是利用多种金融工具，重视医疗保险基金积累的保值增值，防止积累基金被拆借挪用；
- 三是让公众为自己享受的社区医疗服务承担更多的自付义务，对自己的就医行为负责，让自然的市场力量来约束医疗支出的过快增长；

➤ 四是从医疗保险可持续发展的角度联系风险概率、利率变动对统筹费率或税率进行科学的测算、运筹、预测和论证，在坚持以收定支、收支平衡的基础上，从长远着想，适度地动态扩大医疗保险基金的积累，以应付未来社会的不测事件与人口老龄化社会带来的沉重的医疗费负担。



## (七) 医患双方换位，设立公立医院与非公立医院

国家计委、财政部等八部委制定的《关于城镇医药卫生体制改革的指导意见》，决定实行医疗机构分类管理，设立非盈利性质的公立医院与盈利性质的非公立医院，既可以支持医疗保险的改革，又可以满足不同层次人们对消费的需求。

人们担心这一改革由于经济利益的驱动，会引起医院人才从非盈利医院向盈利医院的流动，从而使非盈利医院医疗资源得不到充分的发挥与利用。问题的关键是如何建立对非盈利医院职工的补偿机制，这里包括四重补偿机制：

- 一是财政补偿，按照预算支出将其列入社会保障周转基金；
- 二是社会保险部门自身开展替代财源建设，取得合法稳定的收入，增强社保部门自身的“造血”功能，支持医疗体制改革；



- 三是在非盈利医院内部允许设立一些盈利性科室，进行利益的均衡配置；
- 四是在降低医疗费用价格的基础上，调整医疗劳务技术价格，以此提高医务人员的收入。精简医院行政机构，减少冗员，提高工作效率，也是一种间接的补偿机制。

## （八）规范医疗服务，完善定点医院的仲裁制度 及结算制度

在定点医院，为了节约医疗费用支出，应由社会保险机构组织专业技术小组，对大病进行准确的医疗界定，对患者在定点医院就医或是否转院诊治，是否需要使用彩色B超、核磁共振、血液流变分析等高新医疗设备，对用药种类和数量、以气质性病变和费用结合的大病界定等引起的争议，根据出台的用药目录和医疗诊治规范，进行严格的剖析和仲裁，做到因病施治、合理检查、合理用药、防止浪费。

如美国健康保险中采用预先审核制，虽然增加了5%的行政费用，但节约了10 %的医疗费用。医院、患者、社会保险机构三方应严格按照仲裁条款或仲裁协议，行使各自的权利、义务和责任。

制定科学合理的结算办法，难度较大，它直接效用于医疗费用的有效控制，同时可有效节约管理成本与简化手续，社保与财政部门应在以收定支、收支平衡、略有节余的原则下，综合考虑医疗机构的利益与医疗基金的承受能力，建立医疗费用结算的绩效评估指标体系，总结统计规律，剔除不合理开支，确定合理的医疗费用年度增长系数。对于低于年度增长系数的定点医院给予奖励，高于年度增长系数的定点医院要自负一定比例。

## 四、医疗保险费用平衡分析

1993年诺贝尔奖获得者、美国芝加哥大学经济史学教授罗伯特·福格尔（Robert W.Fogel）发表了“经合组织国家和中国对医疗需求的预测”的主题演讲。他认为，目前在美国社会已出现退休高峰，国家要支付更多养老金，年轻人也要为此付出更多的税收。因此，如何把社会对医疗的支付比例控制在一个合理的范围已成为美国国会争论的焦点话题，他认为类似的问题也会在中国出现。



排名滞后的原因，主要是农村医疗保险制度缺乏、医疗费用上涨过快、医疗机构服务效率低下等因素造成的。其中最主要的因素是医疗费用上涨过快。一部分医疗费用的增长是社会、经济发展和医疗技术进步等因素造成的，是合理的、不可避免的。除此之外，很大一部分医疗费用的增长是制度性缺陷造成的，其中包括医疗保险制度的不完善、对医学新发展新技术的滥用、医疗机构及人员过度增加、医疗机构没有形成竞争机制造成的。

- ❖ 医疗保险基金收入决定的依据
- ❖ 医疗保险基金支出及降低医疗费用分析
- ❖ 医药体制改革对降低医疗费用的效用分析
- ❖ 实现医疗保险制度基金的收支平衡的措施

## (一) 医疗保险基金收入决定的依据

医疗保险基金收入及影响指标主要为：

医疗保险基金收入=企事业单位缴费+个人缴费+  
财政补贴+利息收入+其他收入（含滞纳金收入）

## 1、工资水平。

医疗保险统筹费率以工资为征缴基数，工资水平的高低直接决定了医疗保险基金的收入总量，任何少报瞒报工资总额的行为都不利于医疗基金的收缴。依据薪资制缴费，要重视参保单位少报瞒报工资总额的问题，这一现象的发生将减少缴费总收入，影响收支平衡，政府应规范工资管理体制，尽快实现收入工资化、工资货币化制度的改革到位。

## 2、参保率。

按照医学统计规律，真正动用社会统筹医疗基金的大病患者仅占参保人数的较小比例，当然随着老年人口结构比例的增加，这种或然率有可能呈上升趋势。但从总体而言，依据大数法则，参保单位和人数越多，医疗保险基金收入越高，释散风险的基金保障越充足；



### 3、基金收缴率。

保证参保单位与个人充足的收缴率，就能充分保障医疗基金的足额到位，而基金收缴率会受到各种因素的影响，一定程度难以保证全部到位，不可避免地影响医疗基金的收入与支出水平；

## 4、统筹费率。

统筹费率应按照社会保障精算原则与多因素决定，出于管理的需要，统筹费率要保持相对的稳定，一般保持若干年不变。统筹费率可以通过以下公式计算：

$$\text{统筹费率} = \frac{\text{医疗保险费用支出} + \text{管理费用} + \text{必要的储备金}}{\text{参保人工资总额}}$$

## 5、退休人员比率及生命期望值。

退休人员参加基本医疗保险，个人不缴纳医疗保险费，而对计入其个人账户的比例和个人负担医疗费的比例还要给予照顾。显然，退休人员越多、预期寿命越长，医疗保险的负担成本越沉重。

简单生命期望值计算式为：

$$e_x = \sum_{k=1}^{\infty} kP_x$$

$P_x$ 为一个 $X$ 岁的人在 $X+1$ 岁时仍然生存的概率、  
 $K$ 为一个离散的随机变量，取值为 $1, 2, 3, \dots$

上述指标分析中不难看出，工资收入、统筹费率、参保率、基金收缴率均与医疗保险基金收入成正比，退休人员比率及生命期望值与医疗保险基金收入成反比；在确定一定的医疗水平的情况下，工资收入、参保率、基金收缴率与统筹费率亦成反比。



## (二) 医疗保险基金支出及降低医疗费用分析

实现医疗保险基金收支平衡，增收节支是关键，医疗保险改革、医药体制改革都影响着医疗保险的收支平衡。医疗保险支付是医疗保险的一个重要环节，将医疗保险的参与者与医疗服务的提供者连接起来，成为两者发生经济关系的纽带。

## 1、个人账户与统筹账户分开核算及支出分析。

统一医疗保险制度之后，单位按6%左右的统筹费率缴费，一部分转入统筹基金，一部分按年龄段平均30%划拨到个人账户，一些省、市划拨一部分医疗基金进入大额医疗费用互助基金。个人缴费加上单位划拨，形成个人账户。统筹账户与个人账户的记账比例必须适度，如果统筹基金不足，很可能动用个人账户，形成部分“空账”运转；如果个人账户记账比例过低，则会减弱个人投保的热情。

目前由于医疗费用中统筹医疗基金的失控，造成了统筹基金缺口的态势，必须从技术机制上寻求原因，减少统筹基金账户流量的过大开放。同时除了测度医疗资源消耗以外，还要测度居民生活水平、环境、医疗技术进步、预期寿命等变量的影响，建立多因素分析模型，才能找到多因素支出指标与投入变量之间的关系，强化两类基金支付的约束力。



## 2、界定基本医疗支出范围。

适当提高患者特殊医疗需求和转诊、转院医疗费个人负担比例，对统筹医疗基金的使用实行封顶，都属于基本医疗保险对“基本”一词定义的责任边界的范畴。是否会因用药质量及医疗控制造成疾病的延期与扩大等类似的疑虑？这些改革必须明确，社会医疗保险改革以大病统筹为主，是以保证公民的基本生存权为目的，基本医疗保险只是整个医疗保险体系中的一部分，需要建立多层次医疗保险制度来保证公民不同的超基本医疗以外的医疗需求。基本医疗保险起步阶段，基点要低，否则将陷入难以自拔的境地。



### 3、对离休人员与公务员医疗费用支出实施奖励与有效调控双重政策。

从目前情况看，我们要规范离休人员享受医疗服务的范围和标准，建立个人医疗费用台账，予以公布，使单位和个人及时了解医疗费用情况，及时发现问题、予以纠正。对于节余医疗费用低于平均水平的离休人员，可采取适当的奖励政策。将公务员的医疗补助直接计入个人账户，与个人账户实施统一管理，这样既可方便就医和简化费用结算，又能在一定程度上控制医疗费用的增长。





## 4、实施定点医院仲裁制。

在社会保险定点医院，为节约有限的医疗资源，医疗保险机构与定点医院具有双方的权利与义务关系，在医疗过程中，对于医疗费用支出较大的病例，应由社会保险机构组织专业技术小组，对所谓的器质性病变进行准确的医疗界定，对患者在定点医院就医或是否转院诊治，是否需要使用彩色B超、动态心电图、核磁共振等高新医疗设备，对用药种类和数量、以气质性病变和费用结合的大病界定等引起的争议，根据出台的用药目录和医疗诊治规范，进行严格的剖析和仲裁，做到因病施治、合理检查、合理用药。使之成为调节医疗资源流量的重要手段。

## 5、制定科学合理的结算办法。

我国各地对需方的控制力度正在扩大，自付比例处于逐渐调高的趋势，起付线的设定普遍采用了根据医院级别和住院次数分段设计的方式，个人账户主要用于支付门诊费用。支付方式在从后预付制向预付制发展，即由事后计算支付额向预先确定支付数额发展。结算方式与标准，正在随着医疗服务价格指数、GDP等变化而调整。经办机构的监控重点逐步转向防止医疗服务提供不足和费用支出向参保人员负担转移。

### (三) 医药体制改革对降低医疗费用的效用分析

- 价格调控与推进药品价格的市场化
- 实行药品采购公开招标制度
- 实行定点医院与定点零售药店的竞争机制降低  
医疗服务与医药品价格
- 运用IT减少医疗成本

## 1、价格调控与推进药品价格的市场化。

中国加入WTO之后，政府对药价的管理，必须从行政手段为主的管理方式，过渡到用法律的经济的手段上来，并符合WTO运行规则，运用市场这只看不见的手来合理调节生产、经营部门的利益，鼓励企业多生产优质价廉的治疗性药品，保证基本药品的正常生产和供应，使药品价格总水平基本稳定。对药品作价原则、办法进行改革和修订，适当减少国家定价的品种范围，加强对垄断性、供不应求药品的价格管理。整顿药品流通渠道与流通市场，加强对药品生产许可证的管理，规范企业价格行为。对一些药品实行利润率水平控制，制止暴利行为。





## 2、实行药品采购公开招标制度。

社保定点医院实行药品采购公开招标，已在北京、广州等城市首开先河，医药供应商参与中标，评标过程中，卫生部门、药品监督管理部门及工商物价部门进行监督，可以保证招标工作的公平与公正，一方面有利于降低医疗费用价格，有效地防止寻租现象的发生，另一方面可充分保证投标单位药品的信誉与质量，减少患者对药品质量每年居高不下的投诉率。



### 3、实行定点医院与定点零售药店的竞争机制降低医疗服务与医药品价格。

配合建立医药专营制度，逐步实行医、药经营分离，以消除医生乱开药方的原动力，模拟国外白色市场的作法，建立医院出方、药店售药、职工直接购药的制度。

## 按照国际通行规范，定点医疗机构的选择按照

- ✓ 有利于促进医疗卫生资源的优化配置，提高医疗卫生资源的利用效率，促进医疗机构合理竞争，降低医疗服务成本，提高医疗服务质量；
- ✓ 有利于促进分级医疗、双向转诊体系的建立；
- ✓ 有利于参保人员方便就医并合理引导患者更多地利用基层医疗服务；

✓ 有利于兼顾综合与专科、中医与西医合理布局，形成网络。

定点零售药店管理要规定药店应具备的资格和条件，资格审查和确定程序，提供处方和配套服务的管理和监督措施。用药范围管理办法则规定了纳入基本医疗保险用药范围药品的基本条件，药品目录的分类及其制定的管理权限。

#### 4、运用IT减少医疗成本。

将各医院的保健纳入互联网，利用信息系统管理医院和医生，网上医疗服务一是通过电子交流方式减少财务交易成本，降低行政费用；二是使用网络记载病人的资料，所有的X光检查、CT、MI都是数字化的，通过进入网址，调阅患者资料，大大降低病例的管理成本；三是采用电子订货，用IT技术使得订购和处理账单的开支大大减少，降低医院药品与器材的库存。

## (四) 实现医疗保险制度基金的收支平衡的措施

➤ 被动调整措施

➤ 主动管理措施



## 1、被动调整措施。

- **被动地提高统筹费率或个人缴费率。** 大多数国家，医疗筹资改革总是局限于控制医疗费用的政策，改革的措施之一就是增加患者的共同付费。在中国，面临医疗保险基金紧张，严重入不敷出的情况，频繁地提高统筹费率或个人缴费率，弥补医疗基金赤字，这非常不利于医疗保险制度的建立，容易引起参保单位或个人的不满与道德风险的进一步升级。

人口老龄化程度加深、疾病谱系变化加快，越要谨防统筹费率调整与个人缴费率的随意性。在确定医疗保险费率标准时，一定要考虑以往医疗费用的实际支出，以及医疗费用上涨的可允许程度及空间，在一定时期内医疗保险费标准确定下来之后，一定要坚持量入为出的原则。

■ **被动实施财政补贴。** 政府要负责一部分转制成本，这无可厚非，由于医疗服务是由不完善的部分垄断的市场提供的，对政府而言，高额的医疗保险开支可能挤占其他公共投资，导致降低经济增长和发展的速度，也可能挤占其他社会保障开支和损害其他社会保护机制的作用。因此，我们要更多地利用市场的力量，来降低医疗保险的改革成本。扩大国家财政预算医疗保险支出应更多地考虑人口老龄化、高龄化的长期战略，考虑对城乡贫困人口的医疗救助问题，对医疗保险本身制度化运转因素出现的收支矛盾，则应谨慎采取财政补贴的后续治理政策。

## 2、主动管理措施。

■ 以**社会保障精算原则**科学地确定**统筹费率**与**个人缴费率**。依据**医疗保险的统计规律**，综合考虑**历史资料各相关指标与前瞻预期指标**，如**门诊率、病种发病率、统筹基金使用率、个人账户使用率、人口老化程度、基金收缴率、疾病风险概率、平均赔付率**等指标进行**科学测算、预测与论证**，在坚持**以收定支、收支平衡、略有积累**的基础上确定**相对稳定的统筹费率**，**个人缴费率**也应按照**精算原则**有计划地进行。

■ 依据大数法则收支平衡原理努力扩大医疗保险的覆盖面。一般来说，相对年龄结构偏轻的非公有制企业，医疗费用负担不高，由于权利与义务的暂时不对等，从而造成这些非公有制企业对医疗保险改革带有一定的抵触情绪。



扩大覆盖面工作中要解决年龄结构偏轻的非公有制企业对医疗保险的认同问题，政府

一是要做好政策的解释与宣传工作；

二是不能造成因为个人账户积累额越多，离使用社会统筹医疗基金的门槛越高的“权利相对剥夺感”，个人账户积累额越高，个人账户使用完毕后进入个人段的自付比例与使用统筹基金的自付比例相应调低；



三是可以借鉴商业医疗保险的做法，在可能的条件下，按照非公有制企业的年龄结构及生产条件的风险等级确定缴费率。或是参考养老保险扩大覆盖面工作中采取的“低进低出法”考虑非公有制企业的医疗保险参保问题。

■ **实施医疗保险改革与医药体制双重改革降低医疗费用。** 医疗保险改革与医药体制改革均涉及重大的宏观体制转换问题，两大改革必须同步进行，不可偏颇，围绕收支平衡这一命题，医疗保险制度运行中要进一步降低改革成本与制度成本，加快费改税的改革步伐，完善各项制度；医药体制改革需要铲除权力寻租的毒瘤，真正优化医疗保险的外围空间，来支持医疗保险改革的健康发展，还老百姓一个明明白白的医疗消费。

■ **建立多支柱医疗保险体系实现收支平衡。** 对个体而言，医疗基金的积累与支出不能实现平衡，迫切需要建立多支柱医疗保险体系分散支付风险，我国一些城市设立了社会医疗救助基金和大额医疗互助基金，有效地解决了弱势群体的医疗保障问题，有条件的企事业单位和个人，通过参加补充医疗保险、商业医疗保险，可以满足医疗消费的更高层次需求。可以说，多支柱医疗保险体系的建立，就是预防收支风险的有效屏障。



■ **加强基本医疗费用结算管理。** 研究科学确定基本医疗费用总额预付制方法，制定基本医疗保险病种费用支付参考标准及结算规范。主管部门科学选择医疗费用支出监测指标与个人负担监测指标，为决策提供科学依据，防止基本医疗保险基金支付压力向参保人员过多转移。通过建立区域性医疗保险信息协作网，制定城镇职工基本医疗保险异地就医管理办法。研究经办机构对医院、社区卫生服务站、营利性医疗机构的定点管理办法与费用结算办法，防止因定点管理不善而形成的新的费用增长点。对于大城市而言，要根据定点医疗机构的区域性分布，尽量实行属地化结算管理，以便减轻医疗机构的申报与结算工作量。