

# 建国 60 年我国医疗保障体系的回顾与展望

宋晓梧\*

中国经济体制改革研究会 北京 100081

【摘要】本文回顾了建国 60 年来我国医疗保障体系的发展历程,重点回顾了近三十年来,中国医保体系的巨大变革。上世纪 50 年代建立的以机关事业单位公费医疗、企业劳保医疗和农村合作医疗为主体的医疗保险制度不适应社会主义市场经济发展的要求,弊端逐步暴露,医疗保险制度改革的必要性日益突出。在这样的背景下,经过初步探索(1978—1992)、构筑框架(1993—2002)和全面推进(2003—)三个阶段,理论体系逐渐明晰,权利义务逐步理顺,运行机制日臻成熟,覆盖范围日渐扩大,初步构建了符合社会主义市场经济体制要求的医疗保险体系。

【关键词】医疗保障体系;改革;回顾;展望

中图分类号:R197.1 文献标识码:A 文章编号:1674-2982(2009)10-0006-09

## Reflections on 60 years development of health insurance system in China: retrospect and prospect

SONG Xiao-wu

China Society of Economic Reform, Beijing 100081, China

【Abstract】This paper traces back the development of Chinese health insurance system since 1949, especially the great reform and restructure during the last 30 years. China's health insurance system, consisted of Government Insurance Scheme, Labor Insurance Scheme and Rural Cooperative Medical Scheme was founded in 1950s, but it was unable to meet the demands of the development of socialist market economy, and more and more flaws in this old system emerged, so the health insurance reform and restructure was urgent. Under this circumstances, through the elementarily exploration during 1978-1992, the framework construction during 1993-2002, and the full scale advance since 2003, new theoretical framework has been constructed gradually, the relation between rights and obligations has been harmonized, and the coverage of the health insurance has been enlarged, so the new system suitable for the socialist market economy has been established preliminarily.

【Key words】Health insurance system, Reform, Retrospect, Prospect

医疗保险制度是工业化革命和社会进步的产物,也是现代国家重要的经济社会制度之一。中国的医疗保险制度始建于新中国成立,当时大体符合计划体制下的经济社会需求。改革开放以来,随着经济体制改革的深化,人民公社解体、国有企业改革、民营经济发展,上世纪 50 年代建立的以机关事业单位公费医疗、企业劳保医疗和农村合作医疗为主体的医疗保险制度不适应社会主义市场经济发展的要求,弊端逐步暴露,医疗保险制度改革的必要性日益突出。当我们打开国门,学习其他国家医疗保险经验时,原苏联、东欧各社会主义国家都抛弃了斯

大林模式的医疗保险制度,发达市场经济国家面临医疗保险负担过重等问题,相继推出提高享受待遇的资格条件,增强个人责任等改革措施。<sup>[1]</sup>可以借鉴的经验不少,但没有任何一个国家的医疗保险制度可以照抄照搬。中国的医疗保险制度改革就是在这样的国际、国内大背景下“摸着石头过河”起步,经过初步探索(1978—1992)、构筑框架(1993—2002)和全面推进(2003—)三个阶段,理论体系逐渐明晰,权利义务逐步理顺,运行机制日臻成熟,覆盖范围日渐扩大,初步构建了符合社会主义市场经济体制要求的医疗保险体系。<sup>[2]</sup>同时应看到,中国医疗保险制度

\* 作者简介:宋晓梧,男(1947年-),研究员,博士生导师,中国经济体制改革研究会会长,主要研究方向为企业改革和劳动体制、社会保障体制。E-mail:xiangruku@vip.sina.com

仍存在城乡发展不平衡、统筹层次低、制度不完善等诸多问题。需要以科学发展观为指导,贯彻落实今年 4 月颁布的《中共中央、国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》,认真总结多年来医疗保险制度改革经验和教训,以公共服务均等化为基本医疗保险的努力方向,建立和完善以城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险和农村新型合作医疗为主体的医疗保险制度,并加强医疗救助制度建设,发展商业医疗保险,争取到 2020 年,构筑覆盖全民的多层次医疗保障体系。这对促进经济社会全面协调可持续发展,全面建设小康社会具有重要意义。

## 1 传统医疗保险制度改革的必要性

中国传统医疗保险制度是上世纪 50 年代初按计划经济体制的要求建立起来的,曾对保护职工和农民的健康起了重要作用。但随着经济体制的转变,传统医疗保险制度与社会主义市场经济发展不相适应的弊端也日益暴露出来。<sup>[2]</sup>

### 1.1 传统医疗保险制度的沿革

传统职工医疗保险制度主要由覆盖企业职工、机关事业单位人员的公费医疗制度以及农村合作医疗构成。

#### 1.1.1 劳保医疗制度

1951 年政务院发布了《中华人民共和国劳动保险条例》,规定享受劳保医疗的主要对象是国营企业的职工,县以上城镇集体所有制企业职工可参照执行。<sup>[3]</sup>50 年代和 60 年代初,企业职工患一般疾病和非因工负伤、残废的,其所需诊疗费、手术费、住院费及普通药费均由企业负担,但贵重药费、住院的膳食费及就医路费由职工本人负担。职工供养的直系亲属患病时,可以在该企业医院或其它特约医院诊治,手术费及普通药费由企业负担 1/2。上世纪 50 年代末已经发现由于劳保医疗国家和企业包得过多,药品浪费严重。1966 年劳动部和全国总工会颁发《关于改进企业职工劳保医疗制度几个问题的通知》<sup>[3]</sup>,适当加大了职工个人的医疗负担,以防止“泡病号”、“小病大治”等现象。劳保医疗经费的来源,1953 年以前全部由企业行政负担;1953 年改为根据行业性质分别按工资总额的 5%~7% 提取。为了便于企业统筹运用基金,1969 年财政部规定将按原工资总额的 2.5% 提取的福利费、3% 提取的奖励基金和 5.5% 提取的医疗卫生费合并改按工资总额的 11% 提取职

工福利基金,主要用于医疗卫生费和福利费开支。

#### 1.1.2 公费医疗制度

1952 年,政务院发布了《关于全国各级人民政府、党派、团体及所属事业单位的国家工作人员实行公费医疗的指示》。<sup>[3]</sup>公费医疗经费统筹统支,使用时可按照情况重点支付,不允许发放给本人。享受公费医疗人员的门诊、住院所需诊疗费、手术费、住院费、门诊或住院中经医师处方的药费,均由医药费拨付;住院的膳费、就医路费由病者本人负担,如实在有困难者,可由机关给予补助,在行政经费内报销。国家机关及全额预算管理单位的公费医疗经费来源于各级财政拨款,差额预算管理及自收自支预算管理事业单位从提取的医疗基金中开支。公费医疗费支出核定定额,1961 年以前规定机关工作人员每人每年 18 元,以后进行过多次调整,逐步提高到 1979 年的 70 元。以后根据财政体制变化,具体标准由各地制定。

#### 1.1.3 农村合作医疗

1949 年到 1960 年代初期,城镇参照苏联模式建立了公费和劳保医疗制度,但农村并没有建立相应的医疗保障制度,农民实行的是政府医药价格严格管制下的自费医疗制度。所以发生了当年毛泽东主席批评卫生部是“城市老爷卫生部”的故事。1959 年卫生部召开全国农村卫生工作会议,肯定了一些地方自发建立的合作医疗制度。1960 年代合作医疗逐步得到发展,1970 年代末覆盖了全国 90% 以上的行政村。合作医疗大多数是以人民公社为组织单位,由公社卫生院组织本公社所辖大队举办,经费来源于大队统一提取的农民缴费、大队公益金按人头的补贴和业务收入。由于各地农村发展水平差异很大,合作医疗的具体组织方式也差异很大,有的合医不合药、有的合药不合医、有的合医又合药。<sup>[2-3]</sup>

### 1.2 传统医疗保险制度的成效与问题

首先应当肯定,与旧中国广大民众缺医少药,没有任何医疗保险的情况相比,传统医疗保险制度在保证城镇职工和农民身体健康方面起到了历史性的进步作用。劳保医疗的受益人口,包括职工及其家属,约达 2 亿多人;公费医疗的受益人口约有 5000 多万;合作医疗曾覆盖了 90% 的行政村,1983 年被世界卫生组织(WHO)称赞为“在落后国家的经济水平上达到了先进国家的水平”。加上国家在卫生防疫等方面的努力,中国的国民健康素质有了很大提高。

按同等人均 GDP 衡量,中国的预期寿命较高而人口死亡率较低。新中国建国以来,人口死亡率大幅度下降,1949 年为 20‰,1985 年为 6.78‰;人口预期寿命则从 1949 年的 34 岁提高到 1982 年的 68 岁。同时,传统医疗保险制度对推动中国的医疗卫生事业也起了积极作用。从 1949 年到改革前夕的 1978 年,医院和卫生院增长了 25 倍,卫生技术人员增长了 6 倍,每千人口拥有的医生数增长了 1.6 倍,每千人口拥有的医院、卫生院病床数增长了 8.9 倍,在城镇建立起了以大、中型综合医院和专门医院为骨干的政府系统医疗网络,许多行业主管部门以及大中型国有企业还建立了自己的综合或专业性医院,形成了行业和企业的医疗服务系统。

但是,在计划经济体制下曾起了重大作用的传统医疗保险制度,由于不适应市场经济体制的要求,在中国经济体制改革过程中日益暴露出其弊端,主要表现在以下几个方面:

### 1.2.1 城镇医疗保险的覆盖面窄,管理和服务的社会化程度低

公费、劳保医疗制度只在机关事业单位、国有企业和部分集体企业中实行。城镇其他劳动者,包括大量非公有制单位和非正规就业的劳动者,大多没有实行医疗保险。改革开放以来,外商投资企业和私营企业有了较大发展,这些企业的职工在基本医疗方面的合法权益得不到保障。同时,这种状况也不适应以公有制为主体的多种经济成分共同发展的格局,不利拓宽就业渠道和发展多种经济。医疗保险管理和服社会化程度低主要表现在,劳保医疗实际上是单个企业办保险,职工医疗费用支出和管理基本由企业包下来,新老企业之间,不同行业、不同企业之间负担畸轻畸重,缺乏社会互济。<sup>[3-4]</sup>

### 1.2.2 城镇医疗保险缺乏合理的经费筹措机制,职工医疗费用无稳定来源

劳保医疗和公费医疗制度,既存在着医疗卫生资源的严重浪费,也存在着因医疗经费不足,部分职工的基本医疗需求得不到保障的问题。公费医疗经费由各地财政拨款,人均经费定额随财政收入变化而“浮动”,无统一的标准。劳保医疗经费在“统包统配”的计划经济体制下,由于亏损国有企业可以由其主管部门补贴,所以能够享有和盈利企业大致相同的医疗保障待遇。但经济体制改革以来,国有企业逐步走向自主经营,自负盈亏,企业经营效益差时,职工医疗费支付就发生困难,尤其是亏损企业,医疗

费严重不足,职工医疗费不能及时报销,拖欠现象十分严重。<sup>[3-4]</sup>

### 1.2.3 缺乏有效制约机制,医疗经费严重浪费

由于传统的医疗保险制度规定职工就医费用主要由国家财政和企事业单位负担,个人基本不交费,职工缺乏节约医药费用的动力,长期在这种制度下运行,使得一些人无病呻吟、小病大养、盲目追求高标准医疗消费。加上改革过程中对医院实行了“以药补医”的政策,允许医院从售药中得到 15—20% 的药品批发零售差价,以补充政府对医院投入的不足。一些医疗单位在利益驱动下大量经销贵重药、进口药、高档营养滋补品,甚至非医疗商品,盲目重复引进高档医疗设备,造成卫生资源配置上的浪费。职工吃不了的药品扔进垃圾桶等现象随处可见。一些个体户在城市街头公开收购吃剩药品,然后到农村贩销。上世纪 80 年代,据卫生部门调查估算,各种形式的医药浪费约占全部医疗费用支出的 20% 左右。这还大大刺激了医药费用上涨,企事业单位负担日益沉重。<sup>[3-4]</sup>

### 1.2.4 人民公社解体,合作医疗瓦解

农村合作医疗在其所依附的人民公社解体后,不适应联产承包责任制生产方式,迅速瓦解。大部分村级医务室都以承包的名义私有化了,与农民的医疗服务关系演变为单纯的买卖关系。到 80 年代末,全国行政村的合作医疗的覆盖率不到 5%。<sup>[4]</sup>

概括看,由国家出资、单位管理为特色的劳保和公费医疗不适应职工从“单位人”到“社会人”的转变,由集体提留支持的农村合作医疗不适应家庭承包制的实施。有些人留恋传统医疗保险制度,但“皮之不存,毛将焉附”,传统医疗保险制度改革势在必行。<sup>[3-4]</sup>

## 2 医疗保险制度改革的初步探索阶段(1978—1992 年)

党的十一届三中全会标志着中国进入改革开放新阶段。改革从农村起步,首先影响到农村的合作医疗,对于主要适用于城镇职工及其家属的医疗保险制度冲击不大。1984 年,党的十二届三中全会通过了《中共中央关于经济体制改革若干问题的决定》,城镇经济体制改革拉开序幕。<sup>[3]</sup>“决定”把国有企业改革确立为经济体制改革的中心环节。而国有企业改革又必然冲击计划经济体制下形成的劳动保险制度,迫使劳保医疗进行改革,也涉及公费医疗改革。

## 2.1 医疗保险制度改革初步探索的主要进展

### 2.1.1 普遍实行职工就医适当负担部分医疗费用

1984 年,卫生部、财政部发出的《关于进一步加强公费医疗管理的通知》指出:“公费医疗制度的改革势在必行,在保证看好病、不浪费的前提下,各种改革办法都可以进行试验,在具体管理办法上,可以考虑与享受单位、医疗单位或个人适当挂钩。”<sup>[3]</sup>一些省市在部分医疗单位试行了公费医疗经费与享受者个人适当挂钩的办法,此后不少企业也试行了劳保医疗费用与个人挂钩。一般作法是门诊医疗费采取定额包干使用或门诊、住院时个人自付一定比例的医药费。个人负担的比例各地规定不同,大多为医疗费用的 10% ~ 20%,同时还规定了自付限额。1989 年后这一办法逐步在全国推广并加以完善。到 1993 年末,全国公费医疗单位普遍实行了医疗费用和职工个人挂钩的办法,80% 以上的企业劳保医疗也实行了这一办法。<sup>[4]</sup>

### 2.1.2 改革公费医疗管理制度和经费管理办法

在公费医疗经费管理方面,各地探索了一些新的办法,由原来公费医疗管理部门统一管理经费发展到多种管理形式并存,试行了权力与利益相结合,经费分配、管理、使用相联系的费用控制机制。主要有三种形式:一是将医疗费用包给医院直接管理;二是由享受单位管理医疗经费;三是由享受单位、医院、公医办、市、县财政共同管理医疗费用,共同承担责任。多数省市采取了将公费医疗费用包给医院的管理办法。

### 2.1.3 部分省市开展了离退休人员医疗费用社会统筹

1989 年以前,只有极少数市、县实行企业离退休人员医疗费用社会统筹。之后,随着国有企业改革的深化,统筹的覆盖面逐年增加。实行离退休职工医疗费用社会统筹的市县,1992 年为 88 个,1993 年扩大到 134 个。实行离退休人员医疗费用社会统筹体现了社会保险的互助互济性,加强了对离退休人员的医疗服务和管理,有利于社会的稳定。

### 2.1.4 试行职工大病医疗费用社会统筹

职工大病医疗费用社会统筹最早从丹东、四平、黄石、株州等城市开始试行,以后逐渐在部分地区推广。1992 年劳动部颁发了《关于试行职工大病医疗费用社会统筹的意见》,要求各地结合实际情况试行。<sup>[3]</sup>

## 2.2 初步探索阶段评估

回顾上世纪 80 年代中期开始的医疗保险制度改革,当时主要是一些地方进行了试点探索。这些探索在很大程度上是国有企业改革逼迫的。重要意义在于各级政府和社会各界逐步形成了共识,开始认识到计划经济下形成的传统医疗保险制度已经走到了历史尽头,必须改革。在实际工作中也打破了国家、企业出资,单位管理的旧模式,探索了社会统筹和个人负担一定费用的机制。

主要问题是各地医疗保险制度改革试点局限在具体政策措施上,“头疼医头、脚疼医脚”,没有提出新的系统的医疗保险制度框架。当时探索医疗保险离退休人员社会统筹的层次低,基金的收缴率低,抵御风险的能力还不强。一些地方探索大病统筹的办法还不够科学合理,操作上也存在一定困难。在大病范围的界定上各地看法不同、标准不一。对大病医疗基金的拨付起点各地规定也不一样,有的地方起点定得太高,一些企业反映超过了自身的承受能力,增加了企业负担。此外,农村的医疗保险问题未被纳入视野,合作医疗在人民公社解体后基本瓦解,农村医疗卫生水平呈下降态势。

## 3 医疗保险制度改革的框架构建阶段(1993—2002 年)

1993 年,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》将社会保障制度作为构筑我国社会主义市场经济的五大子体系之一,提出建立包括社会保险、社会救济、社会福利、优抚安置、社会互助和个人储蓄保障的多层次社会保障体系,并明确指出作为社会保险重要项目的城镇职工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。

### 3.1 医疗保险制度框架构建的主要进展

#### 3.1.1 探索统账结合的医疗保险模式

1994 年国家体改委等四部门印发《关于职工医疗制度改革试点意见》,决定在江苏省镇江市和江西省九江市进行试点,探索建立统账结合的医疗保险制度。<sup>[3]</sup>1996 年在总结“两江试点”改革经验的基础上,国务院批准下发《关于职工医疗保障制度改革扩大试点的意见》,在全国范围选择 50 多个城市进行扩大试点。根据国务院有关文件确定的改革目标和基本原则,全国许多城市对统账结合方式进行了探

索,出现了镇江等地的“三段通道”模式、海南等地的“板块结合”模式、青岛等地的“三金管理”模式等丰富的实践经验。

### 3.1.2 统一城镇职工基本医疗保险制度

在对各地不同统账结合模式进行调查研究和反复讨论修改的基础上,1998年国务院颁布《关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》,统一了城镇职工医疗保险的制度框架。<sup>[3]</sup>决定提出,城镇职工医疗保险制度的覆盖范围为城镇所有用人单位及其职工。基本医疗保险基金由用人单位和职工共同缴纳,用人单位缴费率控制在职工工资总额的6%左右,职工缴费率一般为本人工资的2%。基本医疗保险基金实行社会统筹和个人账户相结合。职工个人缴纳的基本医疗保险费全部计入个人账户。用人单位缴纳的基本医疗保险费分为两部分,一部分用于建立统筹基金,一部分划入个人账户,划入个人账户的比例一般为用人单位缴费的30%左右。统筹基金和个人账户分别对应各自的支付范围,并对统筹基金设定起付标准和最高支付限额。提出建立多层次的医疗保障体系,国家公务员享受医疗补助政策,企业建立补充医疗保险,鼓励发展商业医疗保险。<sup>[5-8]</sup>

### 3.1.3 同步推进医药卫生体制改革

医疗保险基金的支出在很大程度上受制于医院财务制度和医生医疗行为,而由于种种原因形成的“以药养医”机制促使医院、医生追求医疗保险基金支出最大化,为此,2000年国务院转发了国务院体改办等8部门《关于城镇医药卫生体制改革的指导意见》,决定与医疗保险制度改革相配套,同步推进城镇医药卫生体制改革。医药卫生体制改革重点抓四个环节:引入竞争机制,提高医疗服务质量;多种形式办医,满足不同层次需求;实行卫生工作全行业管理,进行医疗资源优化重组;推进药品生产流通体制改革,整顿药品流通秩序。<sup>[7-10]</sup>

### 3.1.4 研究制定新型农村合作医疗制度

1997年5月国务院批准《关于发展和完善农村合作医疗若干意见》,在一定程度上促进了农村合作医疗的恢复发展,但仍举步维艰。1999年国务院组织有关部门对农村卫生状况进行深入调研,2002年10月,党中央、国务院做出进一步加强农村卫生工作的决定,提出中央财政补助10元、地方财政补助10元、农民自己出资10元,建立新型农村合作医疗制度,并开始在一些省市进行试点。

## 3.2 框架构建阶段评估

回顾这一阶段的医疗保险制度改革,构建体系框架是突出成果。首先是建立了城镇职工统一的医疗保险制度框架,取代了计划经济时期的劳保、公费医疗制度。城镇职工医疗保险制度从1998年正式启动,到2002年已经积累了较为丰富的经验,形成了管理队伍和运行机制。其次是提出农村新型合作医疗的框架,虽然新型农村合作医疗2002年底才颁布,在这一阶段还没有来得及启动。

这一阶段存在的主要问题是,理论上明确了社会保障制度是社会主义市场经济的一个独立的子体系,实际工作中却仍然延续以搞活国有企业为中心环节的改革路径,仍然把包括医疗保险在内的社会保障制度改革作为国有企业改革的配套措施。当时历史条件下这是正确的,但在医疗保险领域长期坚持国有企业改革中心论难免产生以下弊端:

第一,政府以及各方面的注意力主要集中在国有企业职工身上,对城镇其它人员顾及不够,造成城市中不同人群基本保障待遇不平等。例如在研究医疗保险制度改革时,企业职工家属的问题都放到下一步考虑,城镇居民的医疗保险更难提上议事日程了。<sup>[2,4]</sup>

第二,国有企业绝大多数设在城镇,农村的医疗问题长时期难以得到重视。1998年卫生部进行的“第二次国家卫生服务调查”显示,全国农村居民得到某种医疗保障的人口只有12.6%,其中合作医疗的比重只有6.5%。2002年研究建立农村新型合作医疗制度时,连“农村医疗保障”这一词汇都不能使用,似乎社会保障只能适用于城镇,一提农村保障就是给中央财政施加压力。<sup>[2,4]</sup>

这两个重大问题,侵害了基本医疗保险的基本原则——公平性,也造成医疗保险的覆盖面窄。低水平、广覆盖这一构筑我国医疗保险体系框架的原则早就提出来了,但实际工作中由于政府的注意力长期集中在国有企业,广覆盖进展十分缓慢。2002年城镇职工医疗保险只覆盖了9千多万人,其它城镇居民和广大农村人口都自费看病,致使中国公共卫生总费用中个人支出比重过高,上世纪90年代后期徘徊在60%左右,2002年为57.7%。<sup>[5-10]</sup>

## 4 医疗保险体系的全面建设阶段(2003—2020年)

党的十六届三中全会之后,中央明确提出了以

人为本,全面、协调、可持续发展的科学发展观。国有企业改革为中心环节的提法逐步淡出,政府职能转变日渐成为改革的主线。在这一大背景下,医疗保险体系建设突破了长期以来作为国有企业改革配套措施的局限,进入以政府基本公共服务均等化为主线的全面建设阶段。近年来医疗保险制度的覆盖面迅速扩大,建立覆盖全体城乡居民的医疗保险体系是这一阶段的主要任务,到 2008 年底,我国基本医疗保险参保人口总数超过 11.3 亿人。

#### 4.1 医疗保险体系全面建设阶段的主要进展

##### 4.1.1 扩大城镇职工基本医疗保险覆盖范围

2003 年劳动和社会保障部发布《关于进一步做好扩大城镇职工基本医疗保险覆盖范围工作的通知》<sup>[3]</sup>,要求在坚持权利和义务相对应原则的基础上,将城镇符合参保条件的用人单位和职工纳入基本医疗保险范围,大中城市参保率要达到 60% 以上,其中直辖市和省会城市要达到 70% 以上,其他城市也要在 2002 年参保人数的基础上有所突破,统筹地

区的参保人数要达到 50% 以上。对只有部分缴费能力的单位,可按照先建立统筹基金、暂不建立个人账户的办法,纳入基本医疗保险范围。城镇职工基本医疗保险参保人数从 2002 年的 9 401 万人增加到 2008 年的 2 亿人,增长 112.7% (表 1 和图 1)。

表 1 城镇职工基本医疗保险制度数据 (2005—2008)

	2005	2006	2007	2008
参加人数(万人)	13 783	15 732	18 020	20 000
参保职工(万人)	10 022	11 580	13 420	15 000
参保退休人员(万人)	3 761	4 152	4 600	5 000
基金收入(亿元)	1 405	1 747	2 214	2 885
统筹基金收入(亿元)	802	1 041	1 332	1 758
个人账户收入(亿元)	603	706	882	1 128
基金支出(亿元)	1 079	1 277	1 552	2 020
统筹基金支出(亿元)	615	717	869	1 149
个人账户支出(亿元)	464	560	683	871

数据来源:2005、2006、2007 年度劳动和社会保障事业发展统计公报;2008 年数据由人力资源与社会保障部医疗保险司提供。

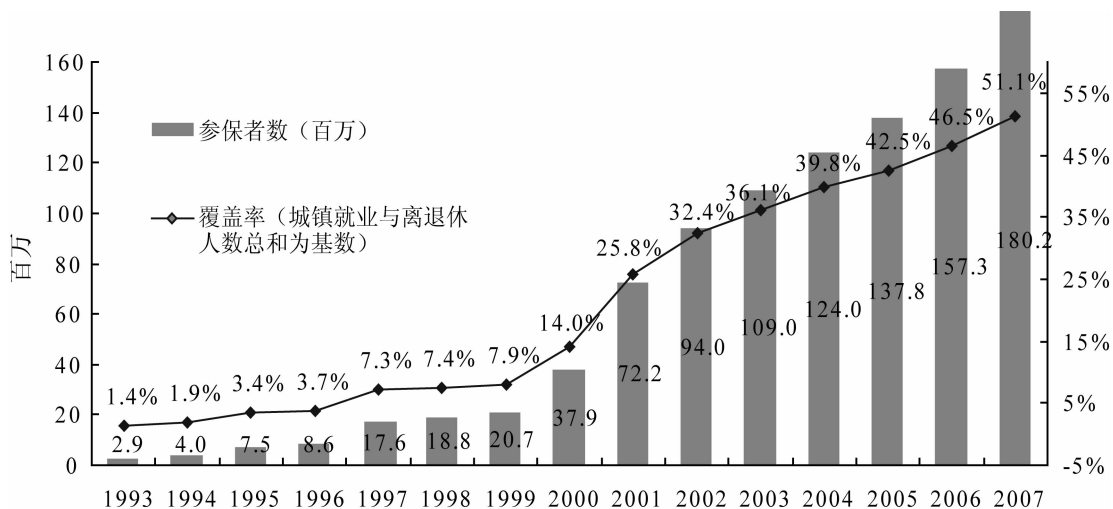


图 1 城镇职工基本医疗保险参保人数和覆盖率

##### 4.1.2 开展城镇居民基本医疗保险试点

2007 年国务院发布《关于开展城镇居民基本医疗保险试点的指导意见》,决定开展城镇居民基本医疗保险试点,争取 2009 年试点城市达到 80% 以上,2010 年在全国全面推开,逐步覆盖全体城镇非从业居民。试点工作坚持低水平起步,合理确定筹资水平和保障标准,重点保障城镇非从业居民的大病医疗需求,坚持自愿原则,实行属地管理。城镇居民基本医疗保险以家庭缴费为主,政府给予适当补助,国

家对个人缴费和单位补助资金给予税收鼓励。2007 年当年,全国城镇居民基本医疗保险参保人数就达 4 068 万人,2008 年底迅速扩大到 1.18 亿人。

##### 4.1.3 大力发展新型农村合作医疗

2003 年国务院办公厅转发卫生部、财政部、农业部《关于建立新型农村合作医疗制度的意见》,提出到 2010 年在全国建立基本覆盖农村居民的新型农村合作医疗制度。新型农村合作医疗制度要遵循自愿参加、多方筹资、以收定支、保障适度、先行试点、

逐步推广等原则,实行个人缴费、集体扶持和政府资助相结合的筹资机制。截至 2008 年底,全国 2 729 个县(市、区)已建立新型农村合作医疗制度,覆盖农村居民 8.15 亿人,参合率达到 90% 以上,合作医疗基金累计收入 785 亿元,支出 662 亿元。新农合的筹资标准从 2003 年试点时的 30 元提高到 50 元,一些地区提高到 100 元。2008 年中央财政补助资金 247 亿元,同比增长 118%。农村因病致贫、因病返贫的状况大大缓解。

表 2 新型农村合作医疗制度数据(2005—2008)

	2005	2006	2007	2008
参合人数(亿人)	2.36	4.10	7.3	8.15
参合县(个)	678	1 451	2 451	2 729
筹集资金(亿元)	109.03	213.59	427.96	785
中央财政补助(亿元)	11.16	42.70	113.54	247
地方财政补贴(亿元)	51.72	107.77	212.37	—
农民个人缴费(亿元)	46.14	58.01	95.76	—
支出(亿元)	61.75	155.81	346.6	662

数据来源:2005、2006、2007 年数据来源于卫生部《卫生事业发展统计公报》,2008 年数据由人力资源与社会保障部医疗保险司提供。

#### 4.1.4 推动农民工参加医疗保险

2006 年劳动和社会保障部颁布《关于开展农民工参加医疗保险专项扩面行动的通知》,要求以省会城市和大中城市为重点,以农民工比较集中的加工制造业、建筑业、采掘业和服务业等行业为重点,以与城镇用人单位建立劳动关系的农民工为重点,全面推进农民工参加医疗保险工作。按照“低费率、保大病、保当期、以用人单位缴费为主”的原则,制定和完善农民工参加医疗保险的办法,同时积极探索完善农民工参加医疗保险和新型农村合作医疗的衔接办法,探索农民工异地就医的医疗费用结算方式,确保参保农民工享受相应的医疗保险待遇。2008 年底将与城镇用人单位建立劳动关系的农民工纳入医疗保险,覆盖了 4 200 万人。

#### 4.1.5 加大财政支持力度

近年来,中央财政加大了对医疗保险事业的支持力度。2008 年中央财政安排 98 亿元资金,用于帮助地方解决政策性关闭破产国有企业退休人员参加城镇职工基本医疗保险问题;对城镇居民基本医疗保险共计拨款 32 亿元予以补助;对新型农村合作医疗共计拨款 247 亿元予以补助。目前,城镇职工医疗保险次均住院费 7 147 元,其中基金支付 70% 左

右;城镇居民医疗保险次均住院费 4 859 元,其中基金支付 50% 左右;新农合统筹基金报销比例为 38%。卫生总费用中个人支出的比重从 2002 年的 57.7% 下降到 45%。

表 3 2007 年中国卫生费用测算

	总额(亿元)	比重(%)	人均(元)
卫生总费用	12 218	100	920
政府预算支出	2 444	20	184
社会卫生支出	4 276	35	322
个人现金支出	5 498	45	414
城市	8 169	67	1 337
农村	4 049	33	565

数据来源:《2008 中国卫生统计年鉴》。

中国社科院的一项社会调查表明,城乡居民对医疗服务满意的比例,由 2006 年的 58% 上升到 2008 年的 72%,不满意的由 37% 下降到 24%。其中很重要的原因是城乡居民医药费完全自理的比例大幅度下降。在 2006 年的调查中,农村居民医疗费完全自理的占 72.7%,城镇居民医疗费完全自理的占 56.6%;而根据 2008 年的调查,农村居民医疗费需要完全自理的比例大幅度降到 17.2%,城镇居民医疗费完全自理的比例也降到 33.1%。<sup>[11]</sup>到 2010 年,各级财政对城镇居民医疗保险和新型农村合作医疗的补助标准将提高到每人每年 120 元(增幅为 50%),城镇职工或居民医保最高支付限额分别逐步提高到当地职工年平均工资和居民可支配收入的 6 倍左右,新农合最高支付限额逐步提高到当地农民人均纯收入的 6 倍以上,随着财政支持力度加大,卫生总费用中个人支出的比重将进一步下降。

## 4.2 迈向全民医保

### 4.2.1 医疗保险制度改革的新里程碑

2009 年 4 月,《中共中央、国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》(以下简称“意见”)公布,正式承诺中国将在 2011 年实现“基本医疗保障制度全面覆盖城乡居民,基本药物制度初步建立,城乡基层医疗卫生服务体系进一步健全,基本公共卫生服务得到普及,公立医院改革试点取得突破,明显提高基本医疗卫生服务可及性,有效减轻居民就医费用负担。”到 2020 年,覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度基本建立。具体到医疗保险方面,“意见”明确提出“建立覆盖城乡居民的基本医疗保障体系。城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保

险、新型农村合作医疗和城乡医疗救助共同组成基本医疗保障体系,分别覆盖城镇就业人口、城镇非就业人口、农村人口和城乡困难人群。坚持广覆盖、保基本、可持续的原则,从重点保障大病起步,逐步向门诊小病延伸,不断提高保障水平。建立国家、单位、家庭和个人责任明确、分担合理的多渠道筹资机制,实现社会互助共济。随着经济社会发展,逐步提高筹资水平和统筹层次,缩小保障水平差距,最终实现制度框架的基本统一。进一步完善城镇职工基本医疗保险制度,加快覆盖就业人口,重点解决国有关闭破产企业、困难企业等职工和退休人员,以及非公有制经济组织从业人员和灵活就业人员的基本医疗保险问题;2009 年全面推开城镇居民基本医疗保险,重视解决老人、残疾人和儿童的基本医疗保险问题;全面实施新型农村合作医疗制度,逐步提高政府补助水平,适当增加农民缴费,提高保障能力;完善城乡医疗救助制度,对困难人群参保及其难以负担的医疗费用提供补助,筑牢医疗保障底线。探索建立城乡一体化的基本医疗保障管理制度。”从改革传统医疗保险制度起步,在较长时间内以解决国有企业职工医疗保险问题为重点加以推进,历经 30 年艰难曲折的探索,中国的医疗保险制度改革终于在自己的进程中树立了为全体国民提供基本医疗保险的里程碑。

#### 4.2.2 医疗保险制度改革仍任重道远

医改是世界性难题,现在没有哪个国家敢宣布自己的医疗保险制度是楷模。中国是个发展中大国,还处在计划经济向市场经济、农业社会向工业社会的双重转轨之中,在大的经济社会背景尚不成熟性的条件下,医疗保险制度改革和医疗保险体系建设难度更大。正如“意见”中指出的:“当前我国医药卫生事业发展水平与人民群众健康需求及经济社会协调发展要求不适应的矛盾还比较突出。城乡和区域医疗卫生事业发展不平衡,资源配置不合理,公共卫生和农村、社区医疗卫生工作比较薄弱,医疗保障制度不健全,药品生产流通秩序不规范,医院管理体制和运行机制不完善,政府卫生投入不足,医药费用上涨过快,个人负担过重,对此,群众反映强烈。”应当充分认识到落实“意见”还有许多艰苦的工作要做,改革仍任重道远。

第一,医疗保险体系自身的建设任务很重。例如:如何做好城镇职工基本医疗保险制度、城镇居民基本医疗保险制度、新型农村合作医疗制度之间的

衔接;如何妥善解决农民工基本医疗保险问题;如何做好以异地安置的退休人员为重点的异地就医结算服务;等等问题就不是三、五年内可以解决的。有的问题在城乡二元结构长期存在的背景下,操之过急可能欲速则不达。又如职工基本医疗保险中的个人账户,当初设立是为了增强职工的自我保险意识和自我约束行为,以便减少过去传统医疗保险中的大量浪费现象。但是实践中发现,医疗保险费用的支出主要不取决于患者而取决于医生,“个人账户的增强个人自我保障和节约意识这一功能体现得并不强,且管理难度大、成本高,有待调整改进。”<sup>[12]</sup>而调整改进个人账户制度涉及职工基本医疗保险社会统筹与个人账户相结合的原则,也会触动已经形成的管理体制和利益格局,应十分谨慎。再如 1998 年《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》明确提出职工基本医疗保险制度应覆盖城镇所有用人单位,但中央国家机关至今未被覆盖。党政干部过多占用公共医疗资源,也是公众对医疗保险制度不满的原因之一,真正实现基本公共医疗服务均等化绝非易事。

第二,与医疗保险密不可分的公共卫生服务体系、医疗服务体系、药品供应保障体系改革任务很重。同步推进医疗保险制度、医疗机构管理体制和药品生产流通体制改革在 2000 年就明确提出来了。<sup>[13]</sup>当时提出的坚持公共医疗卫生的公益性质,坚持预防为主、中西医并重的方针,实行政事分开、医药分开、营利性和非营利性分开,强化政府责任和投入,实行全行业管理等,今天看来一点也不过时,许多具体政策和措施的实践还为新的医药卫生体制改革提供了经验。应当承认,当时尽管提出了改革目标,但落实阻力很大。例如以药养医问题,曾作为医改的关键环节提了出来,可是在实践中不仅没有解决,一些地方还变本加厉。主要原因是前一阶段一些地方 GDP 挂帅,有的减少对公立医疗机构的财政支持、有的要医院上缴以增加收入扩大投资、更多的是允许公立医疗机构创收以减少财政负担。对于推进医改来说,现在大环境比 10 年前要好得多,各级政府都把民生放到重要位置,开始重视经济与社会的协调发展。同时也要看到,公立医疗机构的改革、药品生产流通体制的改革都涉及数百万人的利益格局调整,真正落实“意见”所提出的各项措施,仍然是一项艰巨复杂的任务。



### 参 考 文 献

- [1] 雅诺什·科尔奈, 翁笙和. 转轨中的福利、选择和一致性: 东欧国家卫生部门改革[M]. 北京: 中信出版社, 2003.
- [2] 宋晓梧. 中国社会体制改革 30 年回顾与展望[M]. 北京: 人民出版社, 2008.
- [3] 劳动和社会保障部, 中共中央文献研究室. 新时期劳动和社会保障重要文献选编[M]. 北京: 中国劳动社会保障出版社, 2002.
- [4] 宋晓梧. 改革: 企业·劳动·社保[M]. 北京: 社会科学文献出版社, 2006.
- [5] 顾昕. 走向全民医保[M]. 北京: 中国劳动社会保障出版社, 2008.
- [6] 葛延风, 贡森. 中国医改: 问题·根源·出路[M]. 北京: 中国发展出版社, 2007.
- [7] 王虎峰. 解读中国医改[M]. 北京: 中国劳动社会保障

- 出版社, 2008.
- [8] 宋晓梧. 中国社会保障体制改革与发展报告[R]. 北京: 中国人民大学出版社, 2001.
- [9] 中华人民共和国卫生部. 2007 年中国卫生统计年鉴[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2008.
- [10] 中国经济研究和咨询项目组. 中国社会保障体制改革: 问题和建议[M]//吴敬琏. 比较: 第 24 辑. 北京: 中信出版社, 2006.
- [11] 中国社会科学院社会学所. 中国社会状况综合调查报告(GSS2008)[R]. 2008.
- [12] 王东进. 中国医疗保险制度改革: 回顾与展望[M]. 北京: 中国社会科学出版社, 2008.
- [13] 国务院体改办, 国家计委, 国家经贸委, 等. 关于城镇医药卫生体制改革的指导意见[Z]. 2000.

[收稿日期:2009-08-27 修回日期:2009-09-01]

(编辑 许素友)

### · 动态讯息 ·

## 欢迎到各地邮局订阅 2010 年《中国卫生政策研究》杂志

《中国卫生政策研究》杂志是中华人民共和国卫生部主管, 中国医学科学院主办, 中国医学科学院医学信息研究所和中国医学科学院卫生政策与管理研究中心承办的卫生政策与管理专业学术期刊, 国际标准连续出版物号为 ISSN 1674-2982, 国内统一刊号为 CN 11-5694/R。

杂志以“传播政策、研究政策、服务决策”为办刊方针, 及时报道卫生政策研究最新成果和卫生改革发展新鲜经验, 促进卫生政策研究成果的传播利用及卫生政策研究者与决策者的交流合作, 提高卫生政策研究理论水平和实践能力, 为政府科学决策、改进卫生绩效和促进卫生事业发展提供重要学术支撑。主要适合各级卫生行政部门和卫生事业单位管理者、卫生政策与管理相关领域的专家学者和实践者、高等院校相关专业的师生等阅读。主要栏目有:

院士述评、医药卫生体制改革、卫生发展战略、卫生政策研究、国际卫生保健、医疗保障、社区卫生、农村卫生、医院管理、药物政策、公共卫生、理论探索、经验借鉴、书评等。

杂志为月刊, 每月 25 日出版, 国内外公开发行, 每期 64 页, 大 16 开本, 进口高级铜版纸彩封印刷, 定价 15 元/册, 全年 180 元(含邮资)。全国各地邮局均可订阅, 邮发代号 80-955, 也可向编辑部直接订阅。

地址: 北京市朝阳区雅宝路 3 号中国医学科学院医学信息研究所《中国卫生政策研究》编辑部

邮编: 100020

E-mail: cjhp@imicams.ac.cn

healthpolicycn@gmail.com

电话: 010-52328667 52328670

传真: 010-52328670