

医保改革“路线图”: 关乎经济民生总神经

◎主持人: 邹民生 乐嘉春

医保制度走到“十字路口”, 往哪里去是个问题

主持人: 民生问题是近来人们关注的焦点, 也是影响未来经济政策走向的热点。在医疗、教育、住房三大话题中, 医疗争议最多, 所以我们今天就来谈谈医保问题。近日, 有关领导对新一轮医保改革作了重要指示。两位能否谈谈, 为什么要选择这个时机出台医保改革的政策, 其背景是什么?

李长安: 诚如主持人所讲的, 最近中央领导对新一轮医保改革多次作了重要指示, 而相关部门也在紧锣密鼓地设计方案和制定配套政策。比如, 前不久温家宝总理在全国城镇居民基本医疗保险试点工作会议上明确指出, 建立城镇居民基本医疗保险制度是改善民生的一项重要任务。根据相关部署, 国务院确定的2007年首批79个试点城市, 要在9月底前出台实施方案并正式启动。2008年1月份要提出2007年试点的评估报告和2008年扩大试点的计划。可以这么讲, 2007年是我国医保制度的“改革年”, 也是改革的“关键年”。

之所以选择在这个时候出台医保改革的试点方案和政策, 最重要的原因就在于, 随着经济社会条件的巨变, 我国现行的医保制度进入了一个“十字路口”: 传统的医保制度已经不能适应经济社会的发展要求, 而符合市场经济体制要求的新医保制度却仍未建立起来。

从历史上来看, 我国城镇职工医疗保险制度始建于上世纪50年代, 这种带有浓厚计划经济色彩的公费和劳保医疗保险制度, 运行多年来已显露出不少弊端。在实行市场经济体制改革后, 有关部门对医保制度进行了积极的改革与探索。然而改革中对市场化的认识偏差, 又使我国的医保制度出现了比较严重的方向性失误。

“看病难”、“看病贵”一直是困扰老百姓的头等大事, 已经成为了政府头疼不已的社会民生问题之一。随着医保事件频发, 医疗体制中诸多弊病开始显现, 医保改革也就随之提上日程。

徐月宾: 确实, 中国当前的医疗保障制度已经到了非改不可的时候了。实现全体居民在基本医疗机会面前的平等, 是新一轮医保改革的主要目的。然而, 现实的情况却不乐观, 医疗机会的不平等已经严重地损害了我国现行医疗体制的公平和效率。这种不平等主要体现在:

一是城乡医疗资源差距。根据卫生部的调查结果显示, 占总人口30%的城市人口享有80%的卫生资源配置, 而占总人口70%的农村人口却只能分配到20%的卫生资源配置。

二是医疗服务的质量差距。在农村地区, 许多医疗卫生从业人员素质不高, 业务水平低下, 医疗设备简陋。更让人担心的是, 本来就人手不够的农村乡镇卫生从业人员数, 相比较而言, 绝大多数高素质医生和高质量的医疗设备, 均集中在城市。

三是即使是城市内部也存在着机会不均的现象。普通职工特别是失业下岗人员、伤残人员等社会弱势群体与政府公务员、白领阶层相比, 有着

■嘉宾



徐月宾: 北京师范大学社会发展与公共政策研究所副所长, 教授, 博士生导师, 主要研究方向为社会政策、社会保障。



李长安: 北京师范大学中国劳工问题研究中心访问研究员, 经济学博士。主要研究方向为劳动经济学。

十分明显的差距。可见, 中国的医疗机会不平等现象一直处于十分严重的状态。而世界卫生组织近日公布的数字也证实了这一点: 中国的卫生公平性仅仅排在第188位, 是全世界倒数第4位。

各方利益大调整: 医保改革“手术刀”该从哪里下

主持人: 从两位介绍的情况看, 医疗机会的不平等真是到了不可思议的地步。为什么会出现这种局面呢?

李长安: 这个问题确实值得反思。我认为, 大家对过去的医保改革不满意, 主要是其中有两点出现了较大的失误:

其一是改革的指导思想出现了偏差。我们有句口号, 叫做“效率优先, 兼顾公平”。但这主要指的是经济生产领域, 而全民基本医疗保障却属于一种典型的“公共产品”, 并不适用于单纯的经济效益最大化原则。在这种指导思想下, 许多医院尤其是公立医院弱化了甚至放弃了公共服务的职能, 出现了主要靠向患者收费、过分依赖医疗市场的不良导向。

其二是公共财政的支持力度不够。客观地讲, 随着我国财政收入的逐年增加, 公共财政对构建医疗机会平等的新型医保制度的支持能力有了极大的提高。财政部最新发布的数据显示, 今年1-6月, 全国财政收入达到26117.84亿元(同比大幅增长30.6%)。政府财政收入的快速增长, 为新一轮的医保改革提供了坚实的资金基础。

实际上, 近些年来, 我国公共财政对公共卫生的支持力度也逐年增大。比如2006年国家财政对全国公共卫生支出达到1312亿元, 比2002年翻了一番, 增长了107%。而今年仅中央财政就安排了312亿资金, 比去年猛增了85.8%。

然而, 由于我国的公共财政体制尚未完全建立, 公共财政的观念仍未全面树立起来, 使得公共财政在使用中, 存在着典型的“越位”和“缺位”并存的现象。公共财政在公共卫生医疗体系的投入方面缩手缩脚。有专家测算, 如果建立城乡一体化的新型医疗保障体系, 国家财政每年至少要拿出500亿以上的资金进行补贴。

如果公共财政的使用方式和效率不改变的话, 全体居民医疗机会平等的目标就无法实现。

因此, 医保程度不是什么“财政能力”的问题, 而是“财政选择”的问题。例如世界上实行全民医保的国家中, 既有美国、英国、日本等这样的发达国家, 也有像印度、泰国、古巴这样的发展中国家。

徐月宾: 医保改革涉及到许多部门和人员的利益, 因此, 进行医保改革, 就势必触及到相关利益者的利益大调整。每个利益相关者在这个系统内的利益机制和制约因素是不同的, 他们在医疗卫生体制中的驱动机制各不相同, 所起的作用也不同。

医疗保险体制是一个复杂的系统, 它的改革更是一个复杂和难以掌控的过程, 如果没有一个有效的合作机制和对话协商机制, 以及一个互相讨价还价和相互制约的机制, 就很难提出行之有效改革方案来。即使提出一些建议, 或是难以操作, 停留在理论假设上; 或是头痛医头, 脚痛医脚, 在部门利益的迷宫中盘旋。

所以, 我们要将各个利益相关者的立场、利益、改革的空间和手段, 以及自身的制约因素搞清楚。在这个前提下, 搭建一个平台或建立起一个机制, 使各个利益相关者能够在满足自己利益的同时, 实现整个医疗卫生体制改革的目标, 即人人可及、价格合理、质量保障的医疗卫生服务。这是制定一个合理的医保制度的关键。

这个利益机制的形成和制约功能的形成, 不是由任一参与者可以决定的, 而是所有参与者相互协商、平衡和讨价还价的过程。在这里, 融资、服务递送、资源配置、政府监管、专业人员的自主性和激励机制、管理部门的本位利益、医疗机构、药品和医疗设备公司、保险方, 以及公众, 都是这个过程和机制建设中不可缺少的参与者。

在目前的政府部门分割的情况下, 卫生部门作为医疗服务供方中的一个部门, 很难承担制定和实施医疗卫生发展战略的责任。所以, 现在的关键是要进行体制建设。只有这样, 才能破解这个难题。因此, 我们的建议是, 需要在国家层面建立医疗卫生体制改革办公室, 制定医保改革的游戏规则, 使医保系统所有的参与者都参与进来。

全民医保: 建立一个医疗服务购买方、利用方和供给方之间的制约机制

主持人: 实现全民医保是本轮改革的一大目标。要在2010年真正实现全民医保的目标, 我们现在应该注意哪些问题、采取哪些具体措施加以保障?

李长安: 建立城镇居民基本医疗保险制度, 是我国在建立城镇职工基本医疗保险制度和新型农村合作医疗制度之后又一重大举措, 主要解决城镇非从业人员, 特别是中小學生、少年儿童、老年人、残疾人以及群体看病就医问题。

特别值得注意的是, 这次改革重点突出了“城镇居民”而不仅仅是“城镇职工”, 这意味着医保改革的覆盖范围将大大拓宽, 从而将非从业城镇居民和学生儿童、灵活就业人员、进城务工人员等正式纳入新方案的保障范围。

在医保改革过程中, 要注意防止出现两种倾向: 一是盲目攀比, 二是“食洋不化”。不应盲目攀比, 就是要从中国当前的实际财力出发, 制订既能保障全民的基本医疗, 又能符合现阶段的经济实力, 防止出现“超福利化”倾向; 另一方面, 借鉴国外经验, 一定要从中国的实际国情出发。西方国家的卫生体制和监管体系是在不同的条件下形成的。尽管这样, 在发展完善的医疗保险体系之下, 为民众提供高质量且价格合理的医疗卫生服务仍然是各国政府所面临的挑战。

在中国这样一个处于转型期的国家, 人均收入不到2000美元, 还没有形成一个完善的医疗保险市场, 在这样的情况下, 面临的挑战非常大。因此, 看待中国的问题, 要非常小心, 要谨慎对待国际经验。

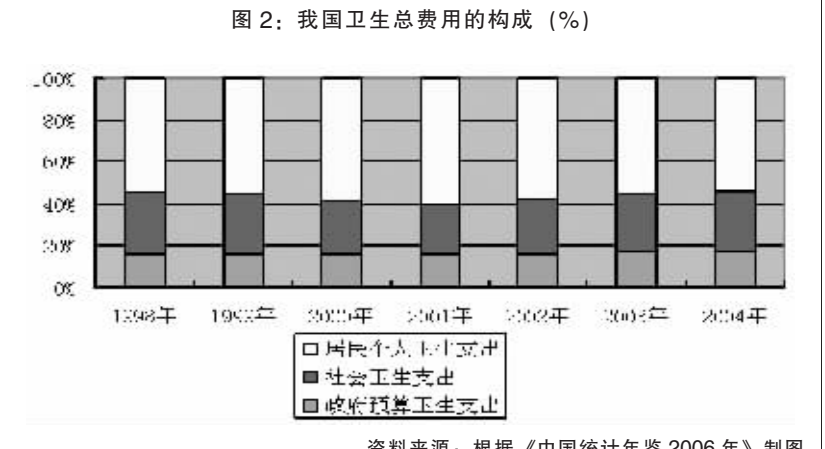
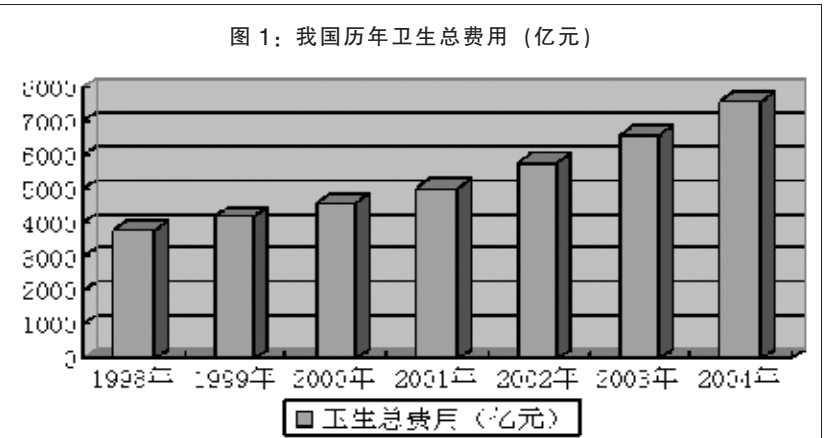
徐月宾: 我认为, 我国的医保改革必须选择“渐进式”的路径, 需要根据我国社会经济条件的过程, 确定切实可行的改革目标。

事实上, 国际上自上个世纪80年代以来的医疗卫生体制改革走的都是整合的路线。一个多元化的医疗卫生保险体系, 购买方可以是政府, 也可以是保险公司; 提供方可以是公立的, 也可以是非营利的。这都不是关键, 关键问题是如何形成一个机制来达到这种三方的相互制约, 而这个制约机制的一个核心就是费用的分担。其中包括供方和需方两个方面。

政府的作用: 第一是要促进这个机制的形成; 第二是推进购买方力量的形成, 目标是用有限的资金取得最好的效果; 第三是为弱势群体提供基本的医疗保障。

改革的第一步是结构性的, 那就是初步形成医疗保险、医疗卫生服务方和消费者三者之间的一个关联, 重点在医疗保险制度的形成和对需方的改革。第二步的改革是推动以需方改革为核心的制约机制建设。

在筹资体系建设方面, 我们的具体建议是: 建立三级医疗卫生服务筹资体系, 要将投保或覆盖单位要从个人转向家庭。首先, 以企业就业人员为主体的医疗保险体制, 需要实行强制性的包括家庭成员的参保制度, 扩大对家庭成员的覆盖面。其次, 在政府公务员和事业单位人员为主的公费医疗体制中, 可以通过强制性的自费投保的方式, 将家庭成员纳入进来, 也可以将家庭成员纳入到城市医疗保险体系中。实行以家庭为单位的投保政策对扩大覆盖面至关重要, 这也是提升家庭社会保障能力的关键举措。最后, 政府通过税收和财政的渠道, 建立覆盖弱势群体的医疗保障安全网, 通过与其它部门联合的方式, 增强其在医疗服务市场上的讨价还价能力。



■看点

●根据相关部署, 国务院确定的2007年首批79个试点城市, 要在9月底前出台实施方案并正式启动。2008年1月份要提出2007年试点的评估报告和2008年扩大试点的计划。可以这么讲, 2007年是我国医保制度的“改革年”, 也是改革的“关键年”。

●实现全体居民在基本医疗机会面前的平等, 是新一轮医保改革的主要目的。然而, 现实的情况却不乐观, 医疗机会的不平等已经严重地损害了我国现行医疗体制的公平和效率。这种不平等主要体现在: 一是城乡医疗资源差距; 二是医疗服务的质量差距; 三是即使是城市内部也存在着机会不均的现象。

●由于我国的公共财政体制尚未完全建立, 公共财政的观念仍未全面树立起来, 使得公共财政在使用中, 存在着典型的“越位”和“缺位”并存的现象。公共财政在公共卫生医疗体系的投入方面缩手缩脚。医保程度不是什么“财政能力”的问题, 而是“财政选择”的问题。例如世界上实行全民医保的国家中, 既有美国、英国、日本等这样的发达国家, 也有像印度、泰国、古巴这样的发展中国家。

●我国的医保改革必须选择“渐进式”的路径, 需要根据我国社会经济条件的过程, 确定切实可行的改革目标。政府的作用: 第一是要促进这个机制的形成; 第二是推进购买方力量的形成, 目标是用有限的资金取得最好的效果; 第三是为弱势群体提供基本的医疗保障。改革的第一步是结构性的, 那就是初步形成医疗保险、医疗卫生服务方和消费者三者之间的一个关联, 重点在医疗保险制度的形成和对需方的改革。第二步的改革是推动以需方改革为核心的制约机制建设。

■编余

今年以来, 我们就中国改革开放30年的得失, 与多位专家进行了多次对话。我们发现, 从去年开始, 民生问题已成为各方关注的焦点。真有意思。之所以如此, 正说明30年来中国的经济社会虽有很大发展, 但非均衡发展政策思路, 也使得在民生问题上欠账较多。其中, 医疗、教育、住房, 成为全社会争议最多的公众话题。

我想, 大概很少有人不知道“让一部分人先富起来”这句话通俗而又形象地反映了非均衡发展思路的政策着力点。30年前, 在中国经济几近找不到前方的时候, 再要吃大锅, 搞绝对平均主义, 显然是死路一条。在当时情况下, 提出东部部分地区先行探索发展, 一部分人先富起来, 既是历史需要, 也是历史使然。

而今, 我们的改革开放积30年之功力, 综合国力已非往日能比, 国家有实力在改善民生上有所作为。同时, 经过30年的发展, 中国的社会财富分布结构已经发生了极大变化。老百姓总体生活水平虽有很大提高, 但由于收入差距拉大, 生活成本上升, 民生问题已变得日益突出。

在这样的历史转折时刻, 关注民生经济, 已不是件局部孤立的事, 而是要影响全局与经济走向的大问题。衣食住行, 生老病死, 是民生首要。其中, 医保问题, 即关乎老百姓的生活质量, 也关系着消费者的信心与预期, 进而影响整个经济运行。为此, 我们约请两位专家挑出个话题来谈, 试图从医保改革的“路线图”中, 找到一个可以走出迷局的路径。

——亚夫

农民工纳入城镇医保需解决四大问题

正在进行的城镇居民基本医疗保险试点工作, 引起了全社会的广泛关注。在此次新一轮的医疗保险制度改革中, 其中最大的亮点之一就是将以农民工为主体的城市流动人口纳入医保范围。不过, 该项政策到底具体怎样实施及效果如何, 却是对相关部门执行能力的一大考验。

其实, 从法律上来说, 我国现行的医疗保险制度并没有排斥正规就业的农民工。对于在用人单位正规就业的农民工参加基本医疗保险问题, 虽然国家尚未为其建立专门的制度, 但在《劳动法》实施后, 进入城镇用人单位的农民工原则上也适用该法, 应当参加法定的包括医疗在内的基本养老、失业、工伤等社会保险。虽然农民工参加医疗保险的通道是敞开的, 但因多方面的原因, 目前总体参保率不超过20%, 这说明大多数农民工并未

参保。而且, 现行城镇社会医疗救助体系只覆盖城镇户籍人口, 农民工没有本地户口, 虽然与当地人口同样享有当地的经济保障, 却享受不到医疗等方面的任何救助, 在因疾病或意外伤害使生活陷入困境时, 往往陷入孤立无助的境地。

吸纳农民工加入城镇居民基本医疗保险, 首先面临的第一个问题就是: 农民工到底该参加城镇居民基本医疗保险, 还是该参加正在农村推行的新型合作医疗保险。鉴于身份上的尴尬, 农民工往往陷入两难选择的境地。因为农民工既不同于城镇居民, 又有别于农村居民, 如果参加城镇职工基本医疗保险无疑有许多制约因素, 而参加以大病统筹为主的新型农村合作医疗保险制度又与其务工现状相背离, 致使他们中的大多数处于无保障的状态。

第二个问题是, 农民工就业状态不稳定导致参保困难。在城镇就业的大多数农民工没有稳定工作。据劳动保障部调查, 农民工在一个单位工作3年以上的只占20%~30%。另据农业部固定观察点数据显示, 在全部外出劳动力中, 外出时间3个月以内的占9.7%, 4~6个月的占14.5%, 半年以上的占75.8%, 其中10个月以上的常年性外出占60.2%。在外出农村劳动力中, 有就业岗位但是不稳定的几乎占到一半。由于技能不高, 又面对工资低、劳动强度大、且受到不平等对待, 为寻找更好的工作机会, 多数人频繁流动。高流动性导致单位和工人都缺乏参保积极性, 也给劳动保障部门缴费基数核定及监察执法等工作带来困难。

第三个问题是医疗保险门槛高、负担重, 导致农民工参保意愿不高。

现行医疗保险缴费标准的起点多以职工月平均工资的比例为标准, 而职工平均工资的统计口径不合理, 尚不能完全代表全体劳动者的收入水平。有资料显示, 超过70%的农民工实际工资达不到最低缴费基数。由于费率过高, 形成了高门槛, 影响了单位和农民工个人参保的积极性。

第四个问题也是最为关键的问题, 就是公共财政如何支持农民工参保。过去我国城镇居民基本医疗保险制度最大的一个特点就是属地原则, 缺乏流动性, 跨地区转移十分困难。很显然, 许多农民工之所以在很长的时间内享受不到城镇基本医疗保险, 核心问题就是流入地政府不愿意管这些“外来人口”, 而流出地政府又认为你不在我这里纳税, 我理所当然不给你上保险。公共财政“不公共”的局限性集中体现出来。

面对上述种种困难, 农民工要么对参保不感兴趣, 要么即使参保也很快退保。一份最新调研显示, 在农民工集中的广东省, 有的地区农民工退保率高达95%以上。农民工大量退保并不表明他们不需要基本医疗保险, 而是突出显示了当前这种医保制度的体制性缺陷。

正是由于农民工与城镇职工之间存在的这些实际差异, 必然对此次城镇居民基本医疗保险制度改革提出了很大的挑战。因此, 在具体的实施方案中, 必须针对农民工的工作特点和性质, 提出符合农民工流动频繁、实际收入水平较低等方面特征的基本医疗保险措施, 以满足数以亿计的农民工对医保的需求。这不仅是对医保管理部门的一大挑战, 也是对各级政府“执政为民”能力的一大挑战。

(李长安)