

中国医疗保障制度改革对政府的要求

中央党校政法教研部 李雅云

医疗保障是指公民因患病、负伤或生育需要治疗时，由国家、社会或劳动者所在企业、机构向其提供必需的医疗服务或经济补偿的一种制度。科学的、合理的医疗保障制度对于满足公民的健康医疗需求，保持社会的稳定秩序，维护公民的基本人权都起着十分重要的作用。中国正在进行从计划经济向市场经济的改革，健全的社会保障制度是中国市场经济体制能否成功建立的一个重要条件。基本医疗保障制度是中国建立社会保障体系的一个突出的难题。中国政府充分认识到了国家基本医疗保障制度对于实现中国计划经济向市场经济转型的重要作用，也认识到这一制度的顺利实施，是政府履行宪法规定的保护公民健康义务的一项重要措施。运用政府职能将公民医疗保障有序地导入法制化的轨道，正是中国政府正在努力探索的。

一、中国医疗保障制度的现状

从 1949 年新中国成立至今，中国的医疗保障制度主要由下列几项制度构成。

(一) 公费医疗制度

公费医疗制度是国家建立的适用于国家工作人员和视同国家工作人员的一种医疗保障制度，其经费主要来源于国家和地方财政，是国家或政府保险型的保障制度。该医疗保障制度享受主体是国家机关的公职人员、全民所有制企业、事业单位的国家工作人员。他们的医疗费用全部由国家承担。

(二) 劳动保险性医疗制度

劳动保险性医疗制度是国家建立的覆盖国有和集体所有制企业职工的一种企业医疗保险制度。企业职工医疗实行免费，职工供养的直系亲属的医疗费按规定享受“半偿”补助。经费来源是企业单位的利润。据统计，至 1996 年，享受劳保医疗的企业职工为 1.14 亿人左右，是中国覆盖面最广的医疗保障形式。

(三) 合作医疗制度

合作医疗制度是在中央和地方政府的组织下，中国农民在集体经济发展的基础上，依靠农村集体经济，或本着农民自愿原则，或依靠地方法规的强制性规范，在预防和治疗疾病上实行互助互济的初级医疗保障制度。合作医疗制度是属于互济型的保险制度。农村合作医疗主要是三种形式：一是医、药均实行合作互助，免收部分药费和诊治费；二是医疗实行合作互助，药费不实行合作互助，即药费自理，免收一般性的诊治费；三是药费实行合作互助，医疗费不实行合作互助，即免收部分药费或是限额免收，而诊断、住院费用自理。

农村合作医疗是农村社会保障制度的重要形式。由于全国农村在农业社会化生产程度、就业结构、分配与消费水平等方面存在明显的差别，农村合作医疗没有能在中国的所有农村地区实质性地推广和实施。按国家卫生部统计数据，1989 年，实行农村合作医疗的行政村只占全国行政村的 4.8%，至 1997 年发展到 10% 左右。¹

由于合作医疗制度这种保险制度受到国家经济实力和地方经济发展不平衡的影响，尽管在中国它的覆盖面和覆盖的人群比较广，是针对贫困地区、贫困人口和“社会弱者”的，但它却是最薄弱的，也是质量最低的一种保险。

(四) 商业医疗保险制度。

20 世纪 50 年代，中国人民保险公司开办了简易人身保险，1959 年停办，1982 年恢复办理。现在，中国商业医疗保险正处在发展阶段。商业医疗保险制度成为市场经济体制下建立健全医疗保险体系的一个重要途径。

二、中国医疗保险制度改革的必要性

¹ 曹远峰：《医疗保险 291 问》，人民法院出版社，1998 年第 1 版，第 159 页。

中国现行医疗保险制度有以下局限性和弊端。

首先是覆盖面窄。在计划经济体制下，医疗保险覆盖的公民人群比率极低，只限于享受公费医疗和劳保医疗保险的部分城镇人口；农村合作医疗只在很少的部分地区存在，商业保险仅限于富裕人群。

其次是不公平。中国的医疗保险的享受人群是金字塔型：从塔尖上的国家公务员——产业工人——职员——城市居民——农民，直到塔基座上的全体公民。越往下实力越薄弱，越往下越是质量低。而且中国广大的城市贫困人口和农村人口，不能享受到基本医疗保险，在医疗权益上，形成国家工作人员与其他公民的极大的不平等。

第三是国家的社会保障职能缺失。中国政府并没有很好地实现普遍医疗保险，国家保护公民基本生命健康权的宪法义务没有得到充分、全面的履行。

在计划经济体制下，国家实行高积累政策，过多集中投入基本建设或者是重复建设，于是把本该由国家承担的社会保障职能和责任，全部归属于企业。而实行市场经济以来，一些企业破产、倒闭，使一部分职工，失去医疗保险，甚至是养老保险；一部分被迫退出劳动岗位的人也沦为“保障缺陷”人群。

第四是医疗保险费增势失控，浪费严重。一方面，政府支付公费医疗的费用成为国家的极大负担，如，1986年，国家和地方公费医疗支出18.8亿元，人均83.62元；至1996年支出170.7亿元，人均513.35元。²又据统计，全国1997年职工医疗费用达到773.7亿元，比1978年增长28倍，每年递增19%。由于管理水平低，医疗保险费用超支和浪费现象日趋严重，专家估测职工医疗费用中不合理开支占20—30%。

第五是医疗保险立法滞后。由于国家医疗保险方面的立法不完善，政府行为缺乏法律依据和稳定性，这也成为制约医疗保险发展的因素。

三、中国政府在医疗保障制度改革中遇到的困难及改革的任务

目前，中国的医疗保障制度的改革面临着许多困难，归纳起来主要是三个方面：

一是由于医疗技术水平的提高，人的期望寿命普遍提高，现有的医疗保障制度不能满足社会全体人员的健康需求和医疗需求。

二是医疗费用占国内生产总值(GDP)的比例和政府财政预算支出比例逐年攀升，医疗费用支付不断加大。

三是政府对医疗机构、医生追逐经济利益和对参保人过度消费难以控制。国家既要保障人们享有医疗保障的权利，又要控制医疗保险预算支出过多，减轻国家财政压力。而盈利性的保险公司则追求法定合理的利润；雇主和雇员出于企业和自身的利益尽量规避社会保障金和医疗保险费的盈足缴纳；参保人力图以较低的投入获得最好的医疗服务；医疗机构为谋求发展最大可能的利用医疗保险基金取得投资的回报，因此，政府在这些方面的控制力较弱。

中国共产党第十四届中央委员会第三次全体会议1993年11月14日通过的《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》提出：“社会保障体系包括社会保险、社会救济、社会福利、优抚安置和社会互助、个人储蓄积累保障。”其核心是社会保险，而社会保险中主要包括养老、失业、医疗、工伤和女工生育保险，这个《决定》进而明确：“城镇职工养老保险和医疗保险金由单位和个人共同负担，实行社会统筹与个人帐户相结合。进一步健全失业保险制度，保险费由企业按职工工资总额一定比例统一筹交。普遍建立企业职工工伤保险制度。农民养老保险以家庭为主，与社区扶持相结合。有条件的地方，根据农民自愿，也可以实行个人储蓄养老保险，发展和完善农村合作医疗制度。”

在这个中央文件的指导下，医疗保障制度的改革全面展开。1998年12月，国务院作出了《关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》，明确提出在全国范围内进行城镇职工医疗保险制度改革，改革的主要任务是：适应社会主义市场经济体制，根据财政、企业和个人的承受能力，建立保障职工基本医疗需求的社会医疗保险制度。建立城镇职工基本医疗保险制度的原则是：基本医疗保险的水平要与社会主义初级阶段生产力发展水平相适应；城镇所有

² 陈敏章：《建立适应中国国情的职工医疗保障制度》，《中共中央党校报告选》，1997年第20期，第3页。

用人单位及其职工都要参加基本医疗保险，实行属地管理；基本医疗保险费用由用人单位和职工双方共同负担；基本医疗保险基金实行社会统筹和个人帐户相结合。

四、医疗保障制度改革对政府的要求

政府应考虑到国家的经济基础、人口规模、政府的控制能力，以及国家传统的文化意识和法治环境，来构建医疗保障制度，其基本思路就是政府努力实现基本医疗的目标。

所谓基本医疗是指基本用药、基本诊治技术、基本治疗设施和服务的水准与经济发展和社会发展水平相适应。在中国社会主义初级阶段还不可能在短时期内建立一个完善的社会医疗保险制度，要满足人民群众日益增长的医疗需求，只能根据国家财力能力，通过国家、企业和劳动者个人逐步增加对医疗健康的投入来实现。

中国保证基本医疗的做法是实行“广覆盖、低水平、多层次”的医疗保障。“广覆盖”是尽可能把能进入社会医疗保障范围的人群都容纳进来，按照“以收定支”办法，根据可能而不是根据需要筹资，并且依据筹资来确定支付标准。超过基本医疗标准的，可以通过再保险、商业保险、社会救助等途径解决。“低水平”是根据国家经济条件的局限，不可能支付超过国家、企业和个人承受能力的高额保险费用。国家目前尚不具备高标准支付的条件。“多层次”的实质就是保障一般，兼顾特殊。国家医疗保障法所设定的社会医疗保险只能解决基本医疗，对超过标准的需求，主要依靠个人和家庭及所在机构、企业的经济能力。为实现基本医疗的目标，政府应当做的工作是：

（一）促进医疗保障社会化

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，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，都要参加基本医疗保险。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。

政府应当努力在更大范围的行政区里，实行基本医疗保险基金的统筹。目前，基本医疗保险原则上以地级以上行政区（包括地、市、州、盟）为统筹单位，也可以县（市）为统筹单位，北京、天津、上海3个直辖市原则上在全市范围内实行统筹（以下简称统筹地区）。所有用人单位及其职工都要按照属地管理原则参加所在统筹地区的基本医疗保险，执行统一政策，实行基本医疗保险基金的统一筹集、使用和管理。铁路、电力、远洋运输等跨地区、生产流动性较大的企业及其职工，可以相对集中的方式异地参加统筹地区的基本医疗保险。基本医疗保险费用由用人单位和职工共同缴纳。用人单位缴费率应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收入的2%。随着经济发展，用人单位和职工缴费率可作相应调整。

根据1996年的统计资料估算，中国享受社会保障的人群为2亿人，覆盖面为29%，其中城镇享受社会保障的人群为1.85亿人，覆盖面为80.2%，农村享受社会保障的人群为1474万人，覆盖面仅为3.3%。在不享受社会保障的4.3亿劳动者中，农业劳动者占96%以上。³在享受社会保障中，享受医疗保障的人群比例要比享受其他种类社会保障的人群低得多。特别是有些国有企业进入调整时期，效益明显下滑，企业亏损面越来越大，失业人员增多，职工的医疗保险名存实亡。政府在国家医疗保障制度改革方面，应当使医疗保障既面向劳动者又要面向全体公民；既要保障公民的基本健康需求，保护公民基本生存权利，又要注意积极满足不同层次人群的高水平的医疗保健需求。

政府应当确保享受医疗保障的主体是：1. 城镇劳动者，包括城镇三资企业、私营企业、个体和失业人口以及季节工、临时工等；2. 农村劳动者，包括从事农林牧副渔劳动者、三资企业和乡镇企业及从事私营、个体劳动者；3. 城乡丧失劳动能力的老年人和残疾人；4. 大中小学生及婴幼儿；5. 军人。

（二）实行强制性医疗保障

由于中国在计划经济体制下，只有少部分的城镇行政、事业机构人员及国有和集体所有制企业职工实行“免费医疗”，而其它更大范围人群的医疗保险则是处于一种非规范的无序状态，医疗保障的抗风险能力极为脆弱。建立国家基本医疗保险制度，必须依法使之具有法的

³朱庆芳：〈社会保障覆盖面有多大支出额有多大〉，《中国资产新闻》，1997年2月27日。

强制性。虽然国务院颁布了《关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》和《社会保险费征缴暂行条例》，但其法律效力层次较低，而且缺乏必要的法律责任。现行的城镇职工基本医疗保险制度，并没有充分体现国家在承担公民医疗健康保障义务上的进步。以法律的形式规定人人必须参加医疗保险，改变仅靠经济的手段、行政的手段管理医疗保障的模式，是十分必要的。实行强制性医疗保障就是使国家医疗保险有法可依，公民依法参保，依法享受医疗保险待遇，依法调整国家、参保人、保险人和医疗机构之间的利益关系。

(三)实行国家(政府)补偿，大力发展国家(政府)医疗保险模式

国家(政府)医疗保险模式在国际上惯称为“直接供给模式”。这种模式的特点是：医疗保险基金主要来源于税收；医疗保险基金拨给国立医疗机构或是通过合同方式购买民办医疗机构和私人医生的医疗服务；医疗服务覆盖面广、个人负担比例低，体现了社会分配的公平和社会福利。政府通过大力发展国家(政府)医疗保险模式，促进完备的国家医疗保障体系的建立。

建立国家医疗保障是国家对公民健康权利应尽的义务。国家补偿是依法应该明确的国家义务。国家补偿包括：

1. 国家对行政、事业机构工作人员的医疗保险补偿。
2. 国家对全部或部分丧失劳动能力的残疾人以及老年人的医疗保险补偿。应该提出的是农村中的丧失劳动能力的老年人，国家有必要给予医疗资助，尤其是对农村中计划生育的老年人群体，可以在国家医疗保障法下享受照顾。
3. 国家对军人、在校学生及婴幼儿的医疗保险补偿。非义务教育阶段的大中专学生，可以贷款支付医疗保险费，待就业后偿还，也可以在上学期期间确定医疗保险费支付数额，一旦发生伤病，用贷款支付医疗费用。义务教育阶段的学生和婴幼儿由家庭强制承担保险，对福利院孤儿及残疾儿童国家给予补偿和救助。
4. 国家对城镇失业人员和农村特困人口给予不同的低标准的医疗保险补偿。
5. 国家对承担社会医疗保险的国家医疗机构给予补偿。过去，国家医疗机构长期实行财政补助与服务收费、药品批零差价收入相结合的经济补偿政策。由于医疗服务价格偏低，药品收入越来越成为医疗机构补偿的主要来源，成为维持医疗机构生存和发展的“经济”选择，形成了“以药补医”的恶性循环。国家依法补偿，国家也要依法监管，增设和提高体现医务人员技术劳务的收费项目及标准，降低大型设备检查治疗项目过高的收费标准；提高技术劳务收入的比重，降低药品收入的比重；实行医、药收支分开核算、分别管理。

(四)促进个人积累

中国政府还没有财力解决发达国家都难以依靠国家财政支持的庞大的医疗保险需求，所以，强制个人储蓄积累是解决现实矛盾的关键。

根据国务院《关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》，政府正在努力促进建立基本医疗保险统筹基金和个人帐户。基本医疗保险基金由统筹基金和个人帐户构成。职工个人缴纳的基本医疗保险费，全部计入个人帐户。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，一部分划入个人帐户。划入个人帐户的比例一般为用人单位缴费的30%左右，具体比例由统筹地区根据个人帐户的支付范围和职工年龄等因素确定。统筹基金和个人帐户要划定各自的支付范围，分别核算，不得互相挤占。要确定统筹基金的起付标准和最高支付限额，起付标准原则上控制在当地职工年平均工资的10%左右，最高支付限额原则上控制在当地职工年平均工资的4倍左右。起付标准以下的医疗费用，从个人帐户中支付或由个人自付。起付标准以上、最高支付限额以下的医疗费用，主要从统筹基金中支付，个人也要负担一定比例。超过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。统筹基金的具体起付标准、最高支付限额以及在起付标准以上和最高支付限额以下医疗费用的个人负担比例，由统筹地区根据以收定支、收支平衡的原则确定。

建立以个人积累为原则的强制储蓄保险，可以分为若干层次：

1. 城镇居民，包括无业人员、失业人员等，凡有收入的必须设立个人医疗保险储蓄的帐户，可以一次也可以多次划入同年龄相匹配的保险金额，暂无收入的可以暂不设立个人帐户，也可以在无收入时暂停划入保险金额。帐户按规定达到一定数据，发生个人医疗消费时，由帐户支付，支付不足由保险机构按比例支付。
2. 城镇职工由行政、事业机构及企业开设个人帐户，按自愿原则可以另建再保险、

商业保险的个人储蓄保护帐户，在医疗费用超过基本医疗标准时，由再保险、商业保险个人储蓄保险金按比例支付。

3. 丧失劳动能力的老年人和残疾人，个人储蓄保险金使用完后，由国家按比例给予救助补偿保险。
4. 农村以家庭储蓄为主，依据家庭人口的年龄结构计算储蓄保险金，并按地区经济差别确定支付比例。国家集中的储蓄医疗保险金由省级保险公司运作和监管，个人帐户的本金和利息归个人所有，可以结转使用和继承。

（五）加强医疗服务管理

政府要确定基本医疗保险的服务范围和标准。政府在建立医药分开核算、分别管理的制度，形成医疗服务和药品流通的竞争机制和合理控制医药费用水平方面，要做好宏观调控和规制、管理工作；要引导医疗机构规范医药服务行为，减员增效，降低医药成本；要理顺医疗服务价格，合理提高医疗技术劳务价格；要合理调整医疗机构布局，优化医疗卫生资源配置，积极发展社会卫生服务，将社区卫生服务中的基本医疗服务项目纳入基本医疗保险范围。

（六）健全基本医疗保险基金的管理和监督机制

医疗保险制度的核心内容是医疗资金的筹集、使用和偿付，主要涉及到医疗服务供给者、医疗服务需求者与医疗基金经营者三个方面的利益再分配。政府在这个利益分配上起着重要的宏观调控和对医疗服务市场规制的作用。

政府应当确保基本医疗保险基金纳入财政专户管理，专款专用，不得挤占挪用。

社会保障经办机构负责基本医疗保险基金的筹集、管理和支付，并要建立健全预决算制度、财务会计制度和内部审计制度。社会保险经办机构的事业经费不得从基金中提取，由各级政府的财政预算解决。

政府的劳动保障和财政部门，要加强对基本医疗保险基金的监督管理。审计部门要定期对社会保险经办机构的基金收支情况和管理情况进行审计。统筹地区应设立由政府有关部门代表、用人单位代表、医疗机构代表、工会代表和有关专家参加的医疗保险基金监督组织，加强对基本医疗保险基金的社会监督。

（七）政府应当重视医疗保障法律制度的建设，依法行政。

由于中国的基本医疗保障制度的建立是在改革的过程中进行的，在不间断的改革中，需要比较多地通过政府行政立法的方式，对基本医疗保障制度进行规范。国家对社会成员的社会保障标准，只有通过立法才能加以确立和公示于众；国家对需要基本医疗保障的特殊群体给予的经济帮助，只有通过建立法律制度才能得以强制施行。因此，政府应当根据中国经济和社会发展实际水平，建立有中国特色的国家医疗保障法，既要借鉴西方发达国家的经验，又要充分考虑西方发达国家和发展中国家在政治制度、经济体制、传统观念、立法基础、实施条件等方面的区别，确定中国医疗保障制度的行政性立法的原则。

国家机关和被授权的其它组织应当严格执行医疗保障的法律。医疗行政主管部门作为政府的职能部门，代表政府管理辖区内的医疗保险事业，可以作出具有法律效力的行政行为，也承担相应的法律责任。国家和地方政府医疗保险行政管理职责是：第一具有决定和命令发布权。可以依据医疗保障法的规定，就管辖范围依法发布决定和命令；第二具有行政监督检查权。对医疗保险承办机构、约定医疗机构、保险人等方面依法监督检查，对法律规定处罚范围内的问题作出处理；第三具有行政裁判权。对医疗保险范围内的纠纷进行裁定和处理。

医疗基金管理机构和社会保险机构作为法律授权的行使医疗保险金管理的主体，同样承担相应的法律责任，并且接受法律的监督。

根据《刑法》、《保险法》、《合同法》等法律，对在医疗保障实施中构成欺诈、贪污、侵占等犯罪的，依法追究法律责任。政府还应当通过颁布医疗保障的行政性法规，就医疗保险公司合同的管理、保险费的征集和偿付、保险基金的监管、医疗保险服务的责任作出明确的法律规定。

（八）政府应培养公民主动参与医疗保障的意识，教育公民增强对自身和家庭健康权益的法律保护的意识。

医疗保险不完全取决于一个国家的经济状态，同时还取决于一个国家及其公民对疾病的习惯观念。在中国，习惯上认为疾病医疗和疾病保险不属于个人问题，而是政府应当大包大揽的责任。在计划经济时期，国家公务员、国有和集体所有制企业职工，由国家和企业、事

业机构承担医疗费用，当时这被认为是社会主义制度的“最大优越性”的表现，职工个人没有任何对疾病风险进行个人投入的保险意识。

政府应当通过实现公民的最低标准的社会保障，依法行政、服务公众和加大对医疗保障制度改革宣传、教育，来促进公民对自身和家庭健康权益的法律保护意识的增强。政府应当使人们认识到，一方面人民有权对国家财政再分配的公平性和对国家是否履行了照顾“社会弱者”生存权进行监督；另一方面，国家有义务使人人享有健康保健利益，国家(政府)有义务使医疗保险覆盖全体国民。医疗保障制度是攸关“社会弱者”生存权利的、具有人权保障性的课题，它体现国家与公民的共同利益。

现在，中国公民对人权，包括获得生存权利以及健康权利、医疗权利、环境权利等法律赋予的权利越来越重视，得到国家医疗保障已成为人们衡量权益受保护程度高低的重要标准之一。

中国是一个正在发展培育社会主义市场经济体制的国家，人口过多、资源相对贫乏、地域经济差异大、人均 GDP 处地世界落后国家位置。中国要建立医疗保障制度，是对“世界性难题”的挑战，西方发达国家“从摇篮到坟墓”、“从摇篮到天堂”的“社会保险箱”型，以及中国计划经济下长期的“国家保障”型都面临改革的冲击。中国构建社会主义市场经济体制的过程，也是建立适应市场经济需要的社会保障体系的过程，这个“过程”首先是构筑社会保障制度的法律框架，其次是在社会保险、社会救济、社会福利、优抚安置和社会互助、个人储蓄积累保障等方面形成比较完整的、适用的保障体系。