

改革开放以来城市社会医疗保障体系演进

□ 李晓蕊 邹长青

【摘要】从经济模式上来说,新中国医疗保障体系的发展经历了从计划经济体制向市场经济体制转变的过程。改革开放以来,随着商品经济乃至市场经济在理论和实践中的运用,计划经济时代的公费医疗和劳保医疗制度逐步向现代医疗保障制度转变,我国城市医疗保障制度实现了从理念到架构的重塑。

【关键词】改革开放 社会医疗保障体系 历史演进

【中图分类号】K27

【文献标识码】A

十一届三中全会以来,随着国家经济体制逐步由计划经济向商品经济、乃至社会主义市场经济体制转变,依附于经济基础上的各项工作开始展露新的生机。国家经济体制的这种变化深深影响着各个领域的改革与发展,医疗保障制度概莫能外。公费医疗、劳保医疗和农村合作医疗制度都是以计划经济制度为背景建立起来的,与改革开放后的历史进程是不吻合、不配套的。

十一届三中全会后,城市医疗保障制度的初步改革

城乡二元结构是制约中国医疗保障体系建设的重要因素。城乡医疗保障赖以生存的基础、体制结构发生了翻天覆地的变化,城市在全面展开经济体制改革,农村实行人民公社制度难以为继,必然导致依附于二者之上的医疗保障体制运营困难。

城镇公费医疗、劳保医疗制度的困境与改革。公费医疗和劳保医疗费用的超支与浪费一直是两制度的顽疾,在经济社会环境和国家政治环境发生重大转变时,传统的医疗保障体制更显露出其缺陷。医疗保障制度的改革,一方面是这一体制自身运行暴露出来的弊端,导致不得不采取必要的措施来满足群众健康需求;另一方面则是经济体制改革的浪潮倒逼医疗保障领域进行革新,换句话说,是新的经济体制对旧有医疗保障制度提出了挑战。

1984年10月,中央发布全面经济体制改革的纲领性文件《中共中央关于经济体制改革的决定》。一些企业和地方从20世纪80年代初起,“率先自主开始了对原医疗保障制度的改革”,改变了职工医疗费用的负担方式,“实行医疗费用与职工个人利益挂钩”成为改革的重点。同样自80年代开始,城市医疗保障“在原有制度框架中引入对供需双方的制约机制”,一是对医疗机构的行为进行控费管理、节约医疗费用,二是适当规定医疗中的个人自付比例,以防“小病大治”。为此,卫生部、财

政部印发了《关于医院实行按成本收费试点情况和今后意见的请示报告》的通知(卫计字[82]第259号),强调医院实行按成本收费,这“对解决当前医院的资金困难,起了积极的作用”。卫生部、财政部于1989年8月发布了《公费医疗管理办法》,该《办法》比较详尽地规定了“享受公费医疗待遇的范围”,并对公费医疗的资金使用办法也作出了相应的管理约束。

改革开放后,卫生事业由福利性事业开始向具有“生产性效益”的事业方向转变。随着国家在城市经济体制改革中强调“简政分权”,职工劳保医疗制度的改革就被企业提上日程。1985年以后,部分地区和行业推进了由“企业办保险”向社会保险转变的进程。1988年,医疗制度改革研讨小组成立。1989年,国务院推进“加快社会保险制度的改革”,在四个城市开展医疗保险制度改革试点,分别是丹东、四平、黄石和株洲。1992年9月7日,《关于试行职工大病医疗费用社会统筹的意见》颁布,按照“以支定筹、略有结余”的原则,该《意见》规定统筹的层次为县(市)统一筹集,并明确了统筹的范围。可以看出1990年代初期的医疗保障制度改革显现出社会统筹的发展方向。

邓小平于1992发表了著名的“南方谈话”,为进一步解放思想、推进改革开放起了重要作用。《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》于中共十四届三中全会通过,该《决定》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。以此为契机,城镇医疗保障制度改革由社会统筹试点走向了统账结合的发展阶段。1993年10月,劳动部开始对职工医疗保险制度改革进行试点,实行“职工医疗保险费用由用人单位和职工共同缴纳”的筹资办法,用人单位缴费“不超过职工工资总额的10%”,“职工个人缴费,先从本人工资的1%起步”,随经济发展和工资增加而提高。至此初步实现了由单一的大病统筹基金向大病统筹基金、单位调剂基金和个人专户金三金组成的医疗保险基金的转变。

依据《关于职工医疗制度改革的试点意见》(体改分[1994]



第51号)的要求,镇江市和九江市进行了医保试点改革。1996年,在总结“两江”试点的基础上,国务院在全国选取了50多个城市进行扩大试点。改革的重点仍然是围绕社会统筹和个人账户相结合而开展。

1997年,《关于卫生改革与发展的决定》颁布,明确“我国卫生事业是政府实行一定福利政策的社会公益事业”。《决定》提出,在搞好试点工作的基础上,“基本建立起城镇职工社会医疗保险制度,积极发展多种形式的补充医疗保险”。1998年,《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)出台,这标志着“实行了将近半个世纪的公费医疗和劳保医疗制度,被新的职工基本医疗保险所取代”。《决定》明确提出了“基本医疗保险”的概念,表明政府只对医疗保障承担有限责任,这相比于公费医疗和劳保医疗制度是一项重大的理论突破,改变了“近50年雇主全面保障制度”的思想禁锢。从1998年城镇职工医疗保险改革开始,我国试图逐步建立一个多层次的医疗保障体系:以社会统筹和个人账户相结合的职工基本医疗保险制度为基本核心,同时发展补充医疗保险、社会医疗救助以及商业医疗保险作为辅助。尽管此次改革实现了许多历史性的突破,但改革必然触动一部分人的利益,之前参加公费医疗和劳保医疗的职工对“实行统一的有限保障”有看法。但无论如何,中国开始进入真正意义上的社会医疗保险阶段。

1998年后,医疗保障制度的确立与完善

1998年后城镇职工基本医疗保险继续稳步发展,但针对于城镇职工医保之外的非就业人口,国家开始试点实行城镇居民医疗保障。由此,我国在完善城镇职工基本医疗保险的基础上,开始逐步建立起以大病统筹为主的城镇居民医疗保险,与此同时,社会医疗救助开始发展,新型农村合作医疗加快推进,这成为构建社会主义和谐社会在社会保障领域的重要方面。在这一历史阶段,经济社会发展承袭中共十五大的精神,经历中共十六大、十七大两次具有重大意义的代表大会,宏观背景下的新一轮医药卫生体制改革呼之吁出。

城镇职工基本医疗保险制度的完善。随着城镇职工医保制度的出台,国家有关部门陆续颁布了若干配套政策,对定点医疗机构、基本医疗用药范围、基本医疗保险支付标准、定点零售药店等方面进行了规定。

为保证基本养老保险费、基本医疗保险费和失业保险费的征缴顺利进行,国务院于1999年1月发布了《社会保险费征缴暂行条例》。《条例》中明确规定了基本医疗保险费的征缴范围,换句话说,规定的是医保基金的筹资来源。同年年中,为实现社会保障类基金良性运行、维护参保者的合法权益,财政部、劳动和社会保障部还印发了《社会保险基金财务制度》(财社字

[1999]60号)以规范社会保障类基金的管理,约束政府相关部门的管理行为,提升经办机构的管理水平。

随着国有企业的改革,如何解决下岗工人的医疗保障问题成为影响社会稳定的重要问题。劳动和社会保障部对灵活就业人员缴纳的医疗费纳入统筹地区基本医疗保险基金统一治理。灵活就业人员纳入基本医疗保险,一方面扩大了基本医疗保险的覆盖面,使得更多的人群受益;另一方面减轻了经济体制改革的障碍,维护了社会稳定。

根据国有企业改革的进程、混合所有制、非公有制企业发展的新情况,混合所有制、非公有制经济组织从业人员开始纳入基本医疗保险范围(详见劳社厅发[2004]5号文),客观上扩大了基本医疗保险的覆盖面。另外,从参保者个人来说,基本医疗保险的权利得到了保障,健康风险得以分担。最后,从经济社会发展来看,为新兴人群提供基本医疗保障是一个国家顺应时代发展潮流、履行政府社会责任的表现。

医疗救助制度的兴起。中国农村建立医疗救助制度首次被提及,是在中共中央、国务院2002年颁布的《关于进一步加强农村卫生工作的决定》中,该决定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、及对贫困家庭参加合作医疗给予资金补助的形式。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》(民发[2003]158号),医疗救助受益人群是:农村五保户,农村贫困户家庭成员及政府规定的贫困农民;基金的筹集主要依靠财政拨款和社会各界自愿捐助,中西部贫困地区则由中央财政通过转移支付方式给予适当支持。随后,三部委再次发出了《关于加快推进农村医疗救助工作的通知》,为把农村医疗救助制度落到实处起了积极作用。

按照《关于建立城市医疗救助制度试点工作意见》,从2005年开始,各省、自治区、直辖市部分县(市、区)将用2年时间进行试点,随后,再经过2~3年时间,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。医疗救助政策是基本医疗保险制度的有益补充,为保护城乡弱势群体起着保障作用。同时,医疗救助与社会医疗保险制度、补充医疗保险和商业保险共同构成了我国现代医疗保障体系。

城镇居民基本医疗保险的起步。2003年突如其来的“非典”疫情不但暴露了中国公共卫生的脆弱性,而且使得本来已经打算在财政增长的基础上加大投入卫生事业的中央决策层更加坚定了发展卫生事业的决心。2004年,卫生部公布的“第三次国家卫生服务调查”中提到:中国城市没有任何医疗保险的人口占44.8%,农村为79.1%。与此同时,“政府财政投入份额偏低,药品收入份额偏高,群众和医院处于经济利益的对立面,医患矛盾突出”。2005年,国务院发展研究中心的课题报告更是“一石激起千层浪”,将医改的话题推至民众舆论的“风口浪尖”。

我国城镇职工基本医疗保险制度自1998年开始建立,新型农村合作医疗制度试点于2003年启动,加之城乡医疗救助制度的建立,可以说我国基本医疗保险的覆盖率有很大的提升,城乡医保受益人群大幅度增加。但城镇非就业人员仍然没有获得相应的制度安排,这与基本医疗保险覆盖城乡的目标是不相称的。2007年7月,国务院发文(国发[2007]20号)对城镇居民基本医疗保险试点的时间和范围进行了具体部署:2007年在有条件的省份选择2至3个城市启动试点,2008年扩大试点,2009年试点城市争取达到80%以上,2010年在全国全面推开,并逐步覆盖全体城镇非从业居民。

至此,我国覆盖城乡的基本医疗保障体系的成果开始逐渐显现。由城镇职工基本医疗保险制度、城镇居民基本医疗保险制度、社会医疗救助制度及新型农村合作医疗制度共同构成的基本医疗保障体系为实现全民医疗保障体系奠定了坚实的基础。2003年以来,医疗保障改革的步伐迅速,我国已基本实现“单位保障的劳保医疗向社会医疗保险转型”,医疗保障的改革国家经济转型的大趋势,有力支持了国家从计划经济体制走向市场经济体制的历史转变。医疗保障覆盖面的扩大,一方面使得居民医疗负担得到了实质性的减轻,特别是“大病统筹”使得居民“因病返贫、因病致贫”的现象有所缓解;另一方面增加了患者就医时的选择权,在一定程度上促进了医疗机构之间的竞争,推动了医疗服务体系的改革。新的医疗保障体系注重国家和个人责任相结合的责任机制,健康费用的分担由之前的“国家财政包办”走向国家、社会和个人相结合的机制。“政府补贴、用人单位或者雇主缴费、受保障者个人缴费,共同构成了医疗保障制度的财政基础”,个人在自身健康权上负有相应的义务。

2009年至今,全民医保体系的建设与完善

2009年,中国启动了新一轮的医药卫生体制改革,按照“保基本、强基层、建机制”的原则,医疗保障体系的发展逐步走向了制度化的轨道。截至2013年底,新型农村合作医疗的参保人数已经超过8亿人,全国共有2489个县(市、区)开展了新型农村合作医疗,参保率为98.7%。根据人力资源与社会保障部发布的《2014年度人力资源和社会保障事业发展统计公报》,截止到2014年末,参加职工基本医疗保险人数28296万人;参加城镇居民基本医疗保险人数为31451万人。由此可知,职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新农合,覆盖人数已经超过了13亿人。在一定意义上,应该说我国全民医保体系已经基本形成。在医疗、医保、医药三医联动方向上,医保对于医疗的补偿机制是近年来改革的重点领域。一方面,基本医疗保险必须满足并释放群众的就医需求;另一方面,对医疗机构的补偿和控费机制也须进一步强化,这要求医保改革中必须提升自身的精细化管

理水平。所以说,医保支付制度的改革成为近年乃至相当长时期内我国医保改革的重点。当然,在以扩大基本医疗保险范围为引擎的全民医保体系推进过程中,政府发挥了重要作用,特别是中央和地方政府对城镇居民医保和新农合的补助更是彰显了国家兜底“保基本”的驱动力。

综上所述,可以说社会医疗保障体系的发展,特别是城市社会医疗保障制度的基本确立是先于全面启动的新医改而实施的医疗改革。一方面,医保体系的完善为启动新医改奠定了坚实的基础和可借鉴的经验;另一方面,医保体系建设的进一步完善本来就是新医改的重要内容。在此意义上,可以说我国城市医疗保障制度逐步实现了从计划经济时代的公费医疗及劳保医疗制度走向现代医疗保障制度。人民论坛

(作者单位:中国医科大学附属第一医院,中国医科大学人文社科学院;本文系辽宁省哲学社会科学规划基金项目和辽宁省教育厅科学研究一般项目的阶段性成果,项目编号分别为:L12CGL017、W2015400)

【注释】

张琪,张捷:《覆盖城乡居民的中国医疗保障制度改革30年:回顾与展望》,北京市社会科学界联合会、北京师范大学:《2008学术前沿论坛·科学发展:社会秩序与价值建构——纪念改革开放30年论文集(下卷)》,北京市社会科学界联合会、北京师范大学,2008年11月。

葛延风,贡森等:《中国医改问题·根源·出路》,北京:中国发展出版社,2007年,第101页,第102页。

《国家体改委1989年经济体制改革要点》,国务院批转,1989年3月4日。

仇雨临:《医疗保险》,北京:中国劳动社会保障出版社,2008年,第396页。

《中共中央关于构建社会主义和谐社会若干重大问题的决定》,中国共产党第十六届中央委员会第六次全体会议通过,2006年10月11日。

王绍光,樊鹏:《中国式共识型决策:开门与磨合》,北京:中国人民大学出版社,2013年,第79页。

郑功成:《中国社会保障改革与发展战略:医疗保障卷》,北京:人民出版社,2011年,第2、3页。

责编/王坤娜