

上海医疗保险需作全面规划与规范

——郭士征——

《上海市城镇职工医疗保险办法》(下称《办法》)在经过反复研讨论证后,终于进入试点阶段,明年更要在上海市范围内实施,这是上海市为推动社会主义市场经济发展、进一步完善社会保障体系的又一重要举措,也是全市广大城镇职工的福音。《办法》的主要特点是,医疗费用实行国家、单位与职工分担,并且强调两个结合:社会统筹与个人帐户相结合;保障职工基本医疗需求与提高社会医疗保健水平相结合。不用说,《办法》体现的以医疗保险为中心、通过改革建立新型医疗保障体系的指导思想,无疑是应大加肯定的。但是,从《办法》实施内容来看,应该说还是比较初步的,尚未形成完整的制度,特别是有些做法还不规范,因此,继续改善提高应是较为必要的。在此,笔者提出若干建议,以供有关部门参考。

(一)法定职工数额应作为适用企业的衡量标准

根据《办法》规定,医疗保险的适用对象,是本市范围内城镇机关、企事业单位及其退休人员,鉴于我国的国情和综合国力,在初期发展阶段对适用对象作些限制是可以理解的。但是,其中企业的适用对象标准不够明确,按照正确的做法和普遍性原则,是不应把企业的性质作为适用对象的标准,也就是说,衡量的标准只能是企业的规模,即法定职工数额,凡是达到法定职工数额的企业,不论其企业性质如何,都应被强制加入医疗保险。由于上海中小企业要占到全部企业总数的95%以上,所以在上海实施法定数额的规定,并强制实施,将有着特别的意义,这有利于小企业加入医疗

保险行列,从而扩大医疗保险的覆盖面。

(二)个人劳动收入应是缴费比例的依据

我们知道,包括医疗保险在内的社会保险,都有促进国民收入再分配的功能,因此,世界各国都几乎无一例外地把个人劳动收入,作为保险费缴纳的依据,这虽然会造成高低收入者之间缴费差别,但这正体现了社会保险的公平公正。由于保险费是以个人劳动收入为基础进行比例缴纳,高收入者肯定要比低收入者多缴付,但医疗保险的原则是给付平等,因此它对低收入者更有利,事实上,这是通过二次分配,促使国民收入在不同收入阶层中合理转移。但是,《办法》规定职工个人医疗保险费缴纳比例的依据,是全市职工月平均工资,这对低收入者是不利的,同时也不利于国民收入从高收入者向低收入者流动。

此外,建议医疗保险管理部门,能制定出对低收入职工和暂无收入(如大专院校学生)对象的保险费减免规定,以帮助他们加入医疗保险。

(三)国家、单位、个人三者应合理分担费用

由国家、单位、个人三者共同分担医疗费用,是此次本市医疗保险改革的重要特色,也是世界多数国家成功之经验,但是三者分担的比例却有文章可做。对照《办法》,问题主要有两个:首先,国家是法定医疗保险的主体,因此它对承担医疗保险费用负有重大责任和义务,《办法》中除机关、事业单位的医疗保险费不言自明大部由国家承担外,企业部分的国库负担未作承诺,手段也不明确,如果国家也承担部

分责任的话,究竟是定额负担还是出现赤字时予以财政补贴,都未作明确规定;其次,《办法》对个人分担的费用比例偏低(1%),这不仅不利于医疗保险基金的积累,而且与企业分担比例(17%)失衡,按照通常成功的合适比例应是2~3%。这对保证医疗保险的财源,以及个人医疗帐户的充入都是有意义的。

(四) 医疗给付应视病情和有关规定分别处理

医疗保险的难题之一,是如何应付日益增长的给付,因此本市医疗保险有必要从一开始就规范给付,使之能向平衡合理方向发展。由于过去的医疗制度,曾经造成大量医疗资源的浪费,这也是医疗费屡升不减、迅猛增长的重要原因。因此,为了避免医疗保险费用也遭同样困境,除保证必要的给付外,应严格杜绝过剩消费倾向。根据我国已有的教训,建议医疗保险给付比例,特别是门诊时,应视病情和有关规定分别处理。一般对待常见病、小病、轻病,或低额医疗费病例,是采取低给付率的做法,即本人就医时要负担较大比例的医疗费用,反之对待重病急诊、长期慢性病或高额医疗费病例,则采取高给付率的做法。前者的目的是防止不必要的过剩医疗消费;后者则体现医疗保险的特有功能,减轻患者因重病高额医疗费带来的沉重负担,保障其正常生活。它的前提是医疗保险管理部门要会同医疗机构,共同制定出对病情划分和医疗费额度标准的有关规定。根据本市的情况,小病、轻病门诊时,职工自负可提高到25%,退休人员也可达到15%;反之,长期慢性病和重症门诊时,职工自负可降到8%,退休人员也相应减至5%左右。依据国外实践,这一措施将能较好地提高被保险者抵抗大病的能力,同时也更能有效地利用有限的医疗资源。

(五) 医疗保险的诊疗者地位应予逐步改变

长期以来,我国医疗体系实行的是所谓公共保健服务方式,其中医疗设施是国有或公有

的,医务人员也是拿工资的国家工作人员。但是,现在要向医疗保险方式转换,原有的医院和医务人员即诊疗提供者,其地位也需作相应改变。在医疗保险方式下,医院的职能是履行与保险部门的合同,它的主要收入也是根据营业额或工作量从保险部门获得;医生也是对被保险者负责,他们的收入也是根据工作量对照公定收入表(由保险部门牵头制定),或是按承包被保险患者人数来决定,所以医生地位也发生变化,趋向按保险合同行事的自由职业者。这种诊疗者的地位改变,是医疗方式改变的直接结果,当然这需要一个过渡期才能逐步改变。依笔者之见,由于诊疗提供者地位的改变,是紧随医疗保险方式改变后必须具备的配套改革,因而,能否从医疗机构开始改革,使之更适应医疗保险制度的推行。诊疗者地位的改变,其好处是明显的。首先,它使医疗机构和医生,都能在医疗保险制度的总要求下规范行动,保证医疗保险质和量的实施;其次,对医院和医生来说,也可保证其收入来源,更能体现按劳取酬的原则;此外,诊疗提供者与作为被保险者的患者之间,关系更为直接与密切,有利于提高医疗服务的质量。

(六) 医疗保险应该实行强制、任意、民间三头并进方针

通常说来,属于社会保险范畴的医疗保险,根据对象不同主要采取两种方法,一是强制加入,一是任意加入。换言之,法定医疗保险可以采取强制加入方式的同时,实施任意加入。目前《办法》的主要对象是机关、企事业单位的正式职工,对他们实行强制加入、强制筹资,是适时正确的。与此同时,是否可以三资企业和私营企业的职工,甚至临时工、流动劳动者、季节工以及企事业单位职工的家属,实行任意加入、定额筹资的办法,以便把这部分人也纳入医疗保险网内。任意加入的方式是社会保险的一部分,它不同于民间医疗保险,在资金提供上国家与企业也承担部分责任,给付相对强制加入要低些,个人定额筹资是法定的。此

外,作为与法定医疗保险并进的民间医疗保险,即由保险公司、邮储部门、银行等牵头建立的医疗保险也很有发展的必要,它能使法定对象以外的人,得到必要的医疗保障。因此,可以说它又是法定医疗保险的有力补充,因为即使是法定对象也可以民间医疗保险为第二重医疗保险,以增强个人整体防病保障能力。总之,三头并进,就能在我国较快地建立起覆盖面较宽、互补性较强的医疗保险系统,从而促进医疗保障事业的更快发展。

(七)实施医疗保险应有医疗扶助系统配套

综观国际医疗保险的实施现状,凡是实行医疗保险方式的国家,都存在着二元医疗保障体系,即在实行医疗保险的同时,还要建立一套医疗扶助系统,后者的对象主要是社会的生活贫困者,即处在无业、老龄、残疾、遗属等困境下的贫困者。该系统是以国库为主提供财源建立“社会性医疗扶助基金”,目的是要帮助处于贫困线以下有特殊困难的人们,向他们提供一个起码的医疗保障手段。针对我国的财政状况,建立这种扶助基金,要尽可能发挥社会力量,除国家承担一部分外,社会各界要发扬爱

心踊跃捐赠。目前社会中已出现的“义诊”,以及对社会特困人员免费医疗等等,应予以制度化 and 长期化,并纳入医疗扶助系统。不过,从各国执行的实际情况看来,国库支出仍是基金的主力,它是稳定基金财源、使其真正坚持下来发挥作用的关键。

(八)医疗保险的发展战略,应逐步向提高医疗保障整体水准方向转移

建立医疗保险制度,向医疗保险方式转换,其最直接的动力,是要解决日益困难的医疗费负担,由于医疗保险特有的功能,可以说它是目前为止保障医疗费的最佳办法。但是,实施医疗保险的目的不仅仅是为了保障医疗费,如果没有良好的服务和医疗质量,即使医疗费有保障,患者也无健康保障。因此,在初步建立起医疗保险制度后,除继续健全完善外,就应把发展重点转移到提高被保险者的健康素质和医疗保障的整体水准上来,医疗机构、医务人员,以及医疗保险管理部门,都应有切实的措施,在保证实施医疗保险过程中,完善服务和提高医疗质量,以提高我国全民族医疗保障水准。

简讯

本刊所载裘逸娟教授撰写的论文荣获市优秀成果一等奖

1995年10月11日,中共上海市委宣传
部隆重举行本市邓小平建设有中国特色社会
主义理论与宣传优秀成果颁奖大会,一批
在这方面作出突出贡献的优秀成果的作者与
编辑受到表彰。《财经研究》1994年第4期上

刊登的裘逸娟教授撰写的论文《社会主义政治
经济学的伟大变革——邓小平经济思想学习
体会》荣获一等奖(责任编辑刘志远)。

(力平)