

河南省医疗保险制度改革刍议

王若军¹ 刘宇²

(1 郑州纺织工学院工商管理系 郑州 450007 2 焦作工学院经济管理工程系)

摘要 建国以来实行多年的公费医疗与劳保医疗,已不能适应社会主义市场经济的需要,本文对如何建立与完善河南省新的医疗保险制度进行了探讨。

关键词 公费医疗 医疗保险 改革

中图法分类号 F840

第一作者简介 王若军,女,1966年生,郑州纺织工学院工商管理系讲师。

医疗保险制度是整个社会保障体制的一个重要组成部分,它包括在岗职工、退休人员、失业人员以及女工生育、工伤保险等诸多方面的问题,不但要考虑国家、单位、个人的经济负担能力,也要考虑广大干部职工的心理承受能力,还要从系统工程的角度出发,考虑保险覆盖面以及与整个社会保障体制的衔接、统一。因而,建立完善的职工医疗保险制度必须切实可行。

1 河南省职工医疗制度改革的现状及问题

河南省“八五”期间开展了社会医疗保险试点,进行了公费医疗管理的改革,为建立新型的职工医疗保险制度打下了一定的基础。

全省在“八五”期间共开展40多次规模不同的公疗调查,去年省公费医疗办公室又组织对省直和郑州等6个城市的行政事业单位干部职工进行了大规模的调查研究,获得了次均门诊、住院费用、不同人群的医疗费用以及占工资总额百分比等上百条数据,为开展社会医疗保险试点工作提供了大量、典型的科学数据。各地在调查研究基础上,按照国家确定的职工医疗保险制度改革的目的和原则,结合当地实际,积极稳妥地开展社会医疗保险试点。新乡市直和商水、郑州市上街等20个县(市、区)已实施了社会医疗保险,许昌、漯河、鹤壁、濮阳等地、市也即将出台实施。商丘县在与个人挂钩的基础上,1995年10月又实行了“统一投保,医院代管,各方参与,按单位集中支付”的社会统筹与个人帐户相结合的医疗保险改革,不仅简化了报销结算手续,而且消除了挂帐等遗留问题,干部职工对享受基本医疗保障普遍感到满意。

医疗制度改革推进的过程中,现行医疗制度中的弊端和问题日益突出,主要表现在以下几个方面。

1.1 现行医疗保障的“单位”太小且条块分割,不符合市场经济体制的要求

现行的医疗保障是职工工作单位承担主要费用,这给职工所在单位特别是以营利为目的的企业带来很大的包袱,而当企业效益不佳时,许多职工的基本医疗又难以保障。

行政事业单位的公费医疗由卫生、财政部门管理;企业的劳保医疗由劳动部门管理;生育保险由计划生育部门管理等,不利于实行社会化、一体化管理,很难体现社会共济和互助。

1.2 缺乏合理的医疗保险基金筹集、管理机制,不利于医疗保障的功能发挥

目前,医疗保障基金来源主要是单位支付,少部分由国家补充,个人很少缴纳,即使是某些实行了社会统筹与个人帐户相结合的单位,也只是将国家、集体的钱拨到个人帐户中去,不能很好体现国家、单位和个人共同承担的原则。

作为老百姓“看病钱”的医疗保险基金,在管理和运营中面临着很多问题:一是政事不分,即政府行政管理与保险基金的运营由一个机构承担,一个医疗统筹办公室或社会保障中心,既负责制定制度,又负责基金的投放、征纳、经办等具体操作。国家明文规定的“专款专用”,由于受区域、部门利益驱动,基金使用存在着严重的违纪、违规现象。二是基金保值、增值与物价上涨的矛盾,目前实行医疗保险制度的单位,普遍是将保险基金存在银行或购买政府债券,利息低,不利于保险基金的保值、增值。

1.3 医患双方缺乏有效的制约机制,医疗机构补偿机制不健全、不完善

职工一人公费医疗,全家用药,医院随意开大处方、人情方,造成医疗费用大幅度上涨。医疗管理措施不完善,浪费严重,个别地方的公费医疗管理,既未实行公疗费与个人利益挂钩,又未对医院采取有效的制约措施。部分医疗管理人员素质比较低,政治素质、政策水平和业务素质不能适应工作的要求。

长期以来,我国医疗单位的财政拨款严重不足,1960年政府财政拨款占医疗单位职工工资总额的73%,1994年为38%。1994年财政补助仅占医疗机构经费来源的11%,客观上也促使医疗机构不断追求增加服务收入和药品收入。在不合理的医疗服务价格体系下,医疗机构就利用新项目高业价和药品加成留用的政策,增加大型医疗设备检查收入和药品收入,现在药品收入普遍占医疗机构业务收入的一半,一些基层医疗机构甚至高达80%。

2 建立、完善河南省职工医疗保险制度的几个关键环节

河南省是一个人口大省,区域之间经济发展不平衡,产业结构不太合理,基础工业比重过大,而第三产业和高精尖技术密集型产业等利润率高的产业比重较小,企业平均利润率低于全国水平,人均收入水平在全国处于下游。这些都要求尽快建立起广覆盖、低标准、人人享受初级卫生保健和基本医疗保险的制度,保证企业改革的顺利进行。

2.1 扩大职工医疗保险实施范围,动员全体职工参保,保证医疗基金筹集到位

在保证效率的基础上强调公平原则,注意与其它社会保障制度相衔接,使城镇全体劳动者都能获得基本医疗保障。打破机关、全民和集体企事业单位的界限,将各公有制单位职工和私营企业从业人员、个体劳动者纳入同一个医疗保险体系,实行相同的保险政策,取消行业统筹。这样,参保人数多,医疗保险基金绝对值大,抵御风险的能力大大增强,尤其是那些效益不佳的企业和行业,只要缴纳少量保险基金就会由社会承担起企业绝大部分的医疗费用,实际上,实行国家、单位、个人三方负担的医疗保险制度,企业等单位不但没有增加负担,反而减轻了负担。据统计,1991~1994年间国有单位职工和离退休人员的医疗费用占其工资总额的比例分别为8.8%、8.6%和7.6%,河南省可制定低于“两

江”的筹集标准，将医疗保险基金筹集标准定为职工工资总额的 9%（用人单位 8%，个人 1%）。

实行较低的筹集标准，最大限度地争取干部职工的理解和参与。“两江”经验之所以成功，其中很重要的因素就是资金到位率在 95%以上。为保证医疗保险基金到位，个人缴纳部分，可由单位从工资中代扣，单位承担部分必要时可采取强硬措施。

2.2 建立系统的医疗保险基金筹集管理机制，征、管、用分工协作

医疗保险基金的征收应认真贯彻执行国家体改委等四部委《关于职工医疗保障制度改革扩大试点的意见》。医疗保险基金应纳入预算管理，建立、健全预算管理的各项规章制度，做好预算的编制及决算的审核。要确保医疗保险基金专款专用，杜绝任何形式的挤占、挪用。应坚持政、事分设的原则，医疗保险机构不得从基金中提取管理费，其经费由财政预算供给。财政部门要按照全供事业单位的标准供给经费，同时根据工作需要，实事求是地核拨业务经费。建

立由政府、用人单位、工会、职工和专家代表参加的医疗保险监督组织，检查基金使用情况，并对基金缴纳人作出汇报。

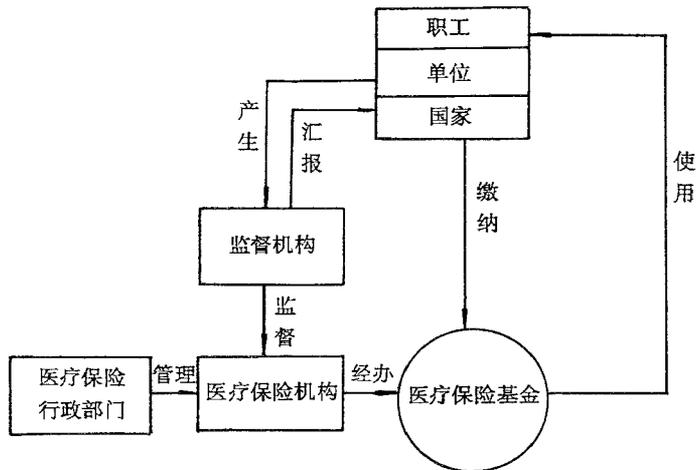
医疗保险基金管理模式如附图。

2.3 建立、健全制约与补偿机制

建议实行国际惯例的医药分业模式，药房从医院中分离出来，属医药公司经营，从根本上消除开

大药方可以增加医院收入的利益驱动机制。每个参保者可选择 3 个医疗保险体系中的定点医院，促使各定点医院在医疗质量、服务态度方面展开竞争，并把医护人员的收入同医院的门诊收入挂起钩来。

医院的补偿可以首先按医疗服务成本合理确定医疗服务收费价格，可以适当提高，以保证医疗单位日常费用和基本建设开支，同时对医疗单位的规模发展及医疗设备的购置实行严格的规划管理。在现有基础上，加强内部管理，挖掘潜力，拓宽基本医疗服务领域与方式，如搞好社区医疗卫生服务、家庭病房，提高服务质量和水平等来合理增加业务收入。另外，财政结合河南省的实力，也尽可能多投入一些。



附图 医药保险基金管理模式

参考文献

- 1 课题组 深化城镇职工社会保障制度改革的系统思路和操作性方案 管理世界, 1996, (1)
- 2 周顺明 市场经济体制与社会保障制度改革 中南财经大学学报, 1996, (1)
- 3 沈秀英 我国社会保障制度的改革思路 中南财经大学学报, 1996, (4)