

福利多元主义视角下的医疗保险政策分析

乐 章*

【摘 要】论文以近年来在西方社会福利与社会政策领域广为盛行的福利多元主义为分析视角,结合调查数据,对我国城市医疗保险改革实践问题进行了实证考察。以福利多元范式分析我国医疗保险改革将发现,不同医疗保障形式因政府、市场和社会三方主体的不同组合而在保障水平上呈现出很大差异,这种差异直接地体现为不同参与群体及其个体享受着不同水平的基本医疗保障待遇。如何合理界定政府与市场在医疗保障中的主体责任,是我国医疗保险改革面临的迫切问题。它不仅直接决定着我国城镇医疗保险改革的进程与效果,也是多层次医疗保障体系的建立和以“全民医保”为目标的新一轮医疗保障制度改革的关键所在。

【关键词】福利多元主义 医疗保险制度 三方筹资机制

【中图分类号】D632.1 【文献标识码】A

【文章编号】1674-2486(2009)05-0037-15

作为一项福利制度,医疗保障一直是社会保障与社会政策中的一个重要内容。我国城镇医疗保障体系起源于1950年代初的城市公费医疗制度与劳保医疗制度。从1980年代末到1990年代初期,针对公费医疗和劳保医疗费用迅速上涨,我国开始对原有城镇医疗保障体制进行了多种形式的改革尝试。至1994年,国家决定采用个人账户与社会统筹为基础的社会医疗保险制度,并在九江和镇江进行试点,1996年在全国57个城市扩大试点;1998年12月国务院下发《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》(国发

* 乐章,华中师范大学政治学研究院,博士后;中南财经政法大学公共管理学院,副教授;中南财经政法大学社会政策研究所,所长。感谢匿名评审人的意见。

基金项目:湖北省社会科学基金2006年度项目“湖北农村医疗保障模式:基于农民疾病风险与保障需求的实证研究”(2006y054)。

[1998]44号),明确要求在全国范围内进行城镇职工医疗保险制度改革。这场改革的宗旨是建立城镇职工基本医疗保险制度,即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。其实质是改变以往国家和企业大包大揽的医疗制度,减轻国家和企业负担,增加职工个人自负比例,保障职工的基本医疗需求。但我国医疗保障制度改革从一开始就受到各方的批评,特别是近几年来,有关医疗改革“应该计划还是应该市场”的争论表明:一方面,政府没有完全承担起应该承担的医疗保障责任,这就导致快速的经济增长未必能切实改善全社会的公共福利状况;另一方面,由于在公共卫生领域人的行为具有强外部性,以及供需双方的信息不对称,市场对医疗卫生资源的配置显失公平且效率低下。在分析我国医疗卫生体制改革中被广泛使用的框架是政府与市场的二元分析,它本身存在着诸多问题。而一些应用“公民社会”(civil society)理论中的国家与社会二元框架来探讨医疗保障问题的研究,在解释效果上也有局限。近年来在西方社会政策与社会福利领域广为盛行的“福利多元主义”(Welfare Pluralism,亦称“福利多元组合理论”),可以为分析我国医疗保险制度改革的实践提供一个很好的框架。

一、福利多元主义的理论视角

在西方,20世纪70年代中期发达资本主义经济“滞胀危机”使得福利国家走上了一个由盛而衰的过程:社会保障支出过于庞大,企业人工成本上升,市场竞争力下降,财政负担沉重。与此同时,主张“重塑政府”、“再造公共部门”之类声势浩大的“新公共管理运动”浪潮在世界范围内涌起。在这种背景下,主张福利多元组合的福利多元主义开始兴起,并越来越受到重视。该思潮认为,国家供给福利服务的优势地位的运用未能让人满意,国家应该担任规划的

职责,让非营利民间组织、非正式及营利市场各部门去分担(Johnson,1990;Snower,1996)。福利多元主义理论的核心理念是分权(Decentralization)与参与(Participation)。所谓分权是指,福利领域的权力不仅要由中央政府下放给地方政府,而且也要从政府部门转向市场与社会;参与的实质则是,福利消费者、私人部门和非营利组织都可以参与福利服务的提供与决策。如果将政府在社会福利中的直接供给角色转变为福利服务的规范者、购买者、管理者或仲裁者,政府在福利领域留下的空间则由营利组织、非营利组织、家庭与社区等共同承担,福利多元化的局面也由此形成(Castles,2004;Powell & Hewitt,2002)。

英国阿伯丁(Aberdeen)大学公共政策研究中心的罗斯(Rose,1986)认为,社会中的福利来源于三个部门:家庭(household)、市场(market)和国家(state),这三方提供的福利整合成一个社会的福利整体;德国政治学教授额菲尔(Evers,1988)将家庭、市场和国家并称为“福利三角”(welfare triangle);约翰逊(Johnson,1999)则在福利三元分析之上增加了志愿机构。不少学者使用福利多元组合理论来建立他们的分析框架(彭伟民,2006)。事实上,自哈贝马斯(Habermas,1989)提出“公共领域-经济-国家”的三元分析模式以来,多元分析范式常常被用来解释与分析复杂的社会现象,如“市民社会-经济-国家”模式(Cohen & Arato,1992)、萨拉蒙(Salmon,2002:51)的“政府部门-营利部门-非营利部门”模型等等。福利多元主义也正是这种多元分析范式在社会福利领域的一个有效应用。以此视角来看,社会福利领域中的国家(政治领域)、市场(经济领域)和社会(市民社会领域,包括家庭)分别以不同的机制发挥着作用,而这些作用是作为福利行为主体并承担支付责任来实现的。福利多元主义为福利国家的福利困境提供了一个合理的解释框架,可以为福利国家的社会福利制度改革寻找到一个发展方向。

无独有偶,社会主义国家保障型福利制度也在进行一场类似的

社会保障变革。计划经济条件下以公有制为基础的福利制度的突出特点是:社会福利依附于公有制经济单位,由单位给职工及其家属提供全方位的社会保障,国家财政是这种单位福利制度的基础(Walder,1986)。20世纪80年代以来,中国和其他社会主义国家都对本国的计划经济体制进行了市场导向的改革,社会保障制度变革也随之开始(Chen & Feng,1999)。在医疗保障领域,中国的改革目标是:建立基本医疗保险制度,基本医疗保险费用由单位和个人按一定比例共同负担,国家除了承担组织与管理责任外,在医疗保险基金方面更多地扮演着“最后出场人”的角色;基本医疗保险基金实行社会统筹和个人账户相结合,职工缴费全部记入个人账户,用人单位缴费一部分划入个人账户,一部分用于建立统筹基金。实行国家、企业和个人三方共担责任机制,为城市劳动者提供最基本的医疗保障。经过多年的努力,我们已经实现由全面保障向基本保障的转变,以避免陷入高福利的泥沼;实现了由国家包揽、企业自保向社会互济和独立于企事业单位之外的医疗保障体系转变,体现了分散风险的大数法则;也实现了医疗保障由国家统包向国家、用人单位和个人三方主体转变。这种转轨符合世界福利制度改革与发展的主流,以中国为代表的国家型福利体制改革在一定程度上为福利多元主义提供了经验支撑。

虽然福利多元组合理论起源于欧洲福利国家危机,但这个理论的思想内涵对国家保障型社会主义福利制度转型的解释作用也很强。但有批评者认为,政府对福利多元组合如此偏好说明政府期望摆脱自身的责任,将其本应承担的职责转给非正式的商业或志愿部门(Matković,2006)。而且,这种福利分权并不是灵丹妙药,事实上可能导致一些群体缺乏安全保障而损失惨重(Chen,2003)。值得思考的是,我国医疗保险制度改革已有20余年,至今尚未走出“计划与市场”的怪圈,其根源何在?出路何在?这一理论视角对我国尚未完成的医疗保险改革与制度建设有着特定的应用价值与政策

含义。

二、医疗保障中主体分析与数据来源

“福利多元”的实质是指福利供给行为主体多元化,国家、市场、社会(包括个体及其家庭)构成的制度供给多元行为主体局面可以看成是国家在福利领域“分权”的结果。额菲尔(Evers,1988)展示了福利三角中家庭、市场和国家的互动关系:市场提供着就业福利;个人努力、家庭保障和社区的互助是社会所提供的非正规福利;国家通过正规的社会福利制度将社会资源进行再分配。医疗保险改革中的分权也即“让责”过程。在医疗保障领域,为了使国家的医疗服务系统能够在保证一定公平性的基础上进一步提高效率,工业化国家近年来医疗服务体制改革的基本趋势是,从公共财政体系向公共-私人混合型体系转变,并让患者承担部分医疗服务的费用(Zweifel & Breyer,1997)。我国医疗保险体制改革是将政府包办的一些福利计划推向市场,通过雇主、劳动者和国家公共支出建立起三方共担的城镇职工基本医疗保险制度,在要求个体劳动者及其家庭承担部分医疗福利责任的同时,国家通过强调雇主责任和过渡性引入商业医疗保险以鼓励市场医疗福利的提供。基于个人缴费也是家庭医疗消费的一部分,我们可以将劳动者的个人缴费和家庭为劳动者付出的医疗消费都看成是医疗保险中的社会主体。

表1中的卫生费用支出结构变化,不仅体现着我国医疗卫生体制改革的轨迹,也可以体现出医疗保险中的三方主体及其相互关系。据中华人民共和国卫生部(2007:79-80)有关指标解释,卫生费用指医疗卫生保健服务消耗资金总额;社会卫生支出指政府预算外的卫生资金投入,主要表现为社会医疗保险,其中包括如企事业单位和乡村集体经济单位举办医疗卫生机构设施建设费,企业职工

医疗卫生费,行政事业单位负担的职工公费医疗超支部分等;而个人现金卫生支出指城乡居民用自己可支配的经济收入支付的各项医疗卫生费用和医疗保险费用。从1980年到2005年,我国卫生总费用占国内生产总值的比重从3.15%上升到4.73%;政府预算卫生支出在全国的卫生费用支出中所占比重从1980年(最高点时)的36.2%下降到2005年的18.0%;社会卫生支出在卫生总费用中的比重也呈现明显下降趋势(由42.6%下降到29.8%)。卫生费用支出结构变化,使得一半以上的卫生费用支出落到个体及其家庭上:其支出比例从1980年的21.2%上升为2000年(最高点时)的59.0%,至2005年虽有下降但也达到52.2%(表1)。事实上这部分卫生支出是与就业状态高度相关的,无论是额菲尔还是罗斯都将之视为市场提供的福利。当然,市场主体所提供的医疗保障,还包括商业保险机构提供的医疗保险。而个人现金卫生支出可被看作是社会主体之一的家庭的医疗保障供给,因为个人缴纳的保险费与医疗服务购买都属于作为共同消费的家庭健康支出。

表1 中国卫生总费用及其支出结构变化

		1980年	1985年	1990年	1995年	2000年	2005年
政府预算卫生支出	(亿元)	51.91	107.65	187.28	387.34	709.52	1560.80
	比例(%)	36.2	38.6	25.1	18.0	15.5	18.0
社会卫生支出	(亿元)	60.97	91.96	293.10	767.81	1171.94	2586.41
	比例(%)	42.6	33.0	39.2	35.6	25.6	29.8
个人现金卫生支出	(亿元)	30.35	79.39	267.01	999.98	2705.17	4520.98
	比例(%)	21.2	28.5	35.7	46.4	59.0	52.2
卫生总费用	(亿元)	143.23	279.00	747.39	2155.13	4586.63	8668.19
卫生总费用占GDP	比例(%)	3.15	3.09	4.00	3.54	4.62	4.73

注:本表是调整后的测算数;按当年价格计算;2001年起卫生总费用不含高等医学教育经费。

资料来源:中华人民共和国卫生部(2007:83)

由此,当前我国城市医疗保障制度主体可表述为:一个由国家(通过中央和地方政府提供的医疗卫生支出)、市场(通过雇主缴纳

的医疗保险费或集体购买商业医疗保险)和社会(通过个体及其家庭的努力)所构成的三方组合。在医疗保险制度改革中,福利多元理论中引起热烈讨论的“参与”包括两个方面,一是制度主体的参与,二是个体行动者的制度参与。医疗保障制度主体参与,指的是家庭与志愿团体、雇主及私人部门、国家与政府等制度主体在保障公民医疗问题中的参与形式及程度。如在当前我国医疗福利体系中,政府的公共支出都因扮演“最后出场者”的角色而具被动性,雇主和保险机构容易因趋利避害而深陷道德风险(moral hazard)的泥沼,个人劳动者及其家庭则容易表现出缴费能力与途径上的不确定性。由此形成了我国医疗保险改革过程中单位医疗保障、社会医疗保险、集体商业医疗保险,以及没有医疗保险等多种制度形式并存的局面。国家、市场和社会的不同组合及不同程度的参与造就了不同制度医疗保障在水平上的差异。从个体或群体所享受到的医疗保障待遇来看,单位医疗保障明显高于基本医疗保险,而集体商业医疗保险处于最低水平。而且,个体行动者的制度参与只是被动地嵌入到医疗保障制度结构的结果,没有参与或享受较低水平的医疗保障待遇则意味着被基本医疗保险制度排斥。

限于城乡二元体制差异与医疗保障制度改革进程,本文所讨论的我国医疗保险改革问题只涉及城市而不涉及农村,分析目标主要针对基本医疗保险而较少涉及医疗救助与医疗福利。基本医疗保险三方主体组合机制如何影响医疗保险改革的总体进程?转型中不同形式的医疗保障在待遇水平方面有何差异?嵌入到医疗保障制度结构中的个体,他们所能享受的基本医疗保障水平又是由哪些因素决定的?本文将通过对数据的统计分析就以上问题展开进一步的探讨。数据来自2004年7月由中国社会科学院社会政策研究中心组织的城市居民社会保障调查中有关医疗保险部分(原始数据)。该调查采取分层抽样、结构式访问的方式收集资料。7个城市共回收有效问卷3 518份。

三、基本医疗保障不同形式及其差异

当前基本医疗保障的不同制度形式中,以“三方筹资”为原则的基本医疗保险制度代表着我国医疗保险改革的目标与方向;单位医疗保障在一定程度上是计划经济条件下公费医疗与劳保医疗的遗留产物,其特点是国家和国有企业依然提供着较高水平的医疗保障而个体劳动者及其家庭承担很少的医疗费用;由于医疗保险筹资没有明确稳定的渠道,一些倒闭、破产、转制的国有企业的退休人员、下岗员工及个体经营者的医疗保障,只能依靠集体商业医疗保险或完全由个人及其家庭承担。如果说上述基本医疗保险、单位医疗保障,以及商业医疗保险和缺乏医疗保障并存的医疗保障局面是转型阶段的表现,那么它们就共同形成了现阶段城市不同群体及其个体在医疗保险待遇享受方面的差异性格局。表2中的数据可以反映当前我国城市基本医疗保障制度构成及其变动趋势。在此调查数据中,只有54.9%的城市居民参与了社会医疗保险,单位医疗保障与商业医疗保险的覆盖率分别达到9%和18.5%,尚有17.6%的城市居民没有参加医疗保障。数据中社会保险和整个医疗保障的覆盖率远远高于1998年国家卫生服务调查数据(但1998年的调查数据不仅包括中小城市和城镇,而且也包括流动人口和郊区人口)。数据说明我国城市医疗保险改革取得了明显成效,单位医疗保障在进一步萎缩,缺乏医疗保障群体的规模在大大减小,集体商业医疗保险及其他办法仍在发挥其应急作用。

为进一步探讨不同个体和不同群体在享受医疗保障制度形式方面的差异,本文以变量“医疗保障制度参与”的“单位医疗保障”、“基本医疗保险”、“集体商业保险”、“没有医疗保障”等4个子项作为因变量,将性别、年龄、文化程度和家庭收入等4个个体特征变量作为协变量,职业类型、所有制身份作为因子变量,得到3个多项

表2 城市居民医疗保障制度构成及与卫生部1998年调查数据比较(%)

1998年第二次国家卫生服务调查*		2004年全国七大城市调查**	
医疗保险	1.9	社会医疗保险	54.9
公费医疗	4.9	单位医疗保障(含公费医疗、劳保医疗)	9.0
劳保医疗	7.8	集体商业医疗保险(含其他社会医疗保障)	18.5
统筹医疗	0.4	没有医疗保障	17.6
其他形式	8.6		
自费医疗	76.4		

注: *:数据均为城乡调查中的城镇部分。

** :N=3 518,表中还剔除了回答“不清楚”的1.3%,本次调查对象为各大城市16岁以上城区居民,不含城郊人口与流动人口。

资料来源:中华人民共和国卫生部(2007:176)

Logit 回归方程,其方程式如下:

$$\log\left(\frac{\pi_j}{\pi_1}\right) = \alpha_j + \sum_{k=0}^K \beta_{jk} X_k$$

其中,log 为自然对数,j=2,3,4(集体商业保险、基本医疗保险、单位医疗保障,分类变量。参照项是“1=没有医疗保障”); π_1 至 π_4 分别代表没有医疗保障、集体商业保险、基本医疗保险、单位医疗保障的概率; X_k 为解释变量,包括个体特征(性别、年龄、教育年限、收入水平,均为连续变量)、单位类别(分类变量,参照项为“无业及其他人员”)和所有制身份(分类变量,参照项为“个体及其他人员”)。

模型拟合信息显示: χ^2 为1617.125,显著性P值为0.000;伪 R^2 中的3个值分别达到0.382、0.423和0.208,可见模型拟合效果较好。模型中的似然比检验表明,除性别变量外,其他变量对应的回归系数都具有不同程度的显著性($P < 0.01$)。

据表3中模型参数的极大似然估计结果,可得出以下与“没有医疗保障”相比较的一些统计结果。(1)下岗与登记失业人员、合资与外资企业分别有着比无业及其他、个体及其他更大的参加集体商业保险概率(回归系数为正);而年龄越大、受教育年限越长,参加集体商业保险概率越小,一些职业类型(离退休人员、工人及个体

表3 医疗保障制度形式的多项 Logit 回归模型参数估计表

医疗保障形式(参照项:1. 没有医疗保障)	2. 集体商业保险		3. 基本医疗保险		4. 单位医疗保障	
	β	$\text{Exp}(\beta)$	β	$\text{Exp}(\beta)$	β	$\text{Exp}(\beta)$
截距	1.604		-2.437		-5.179	
个体特征(协变量)						
性别	0.176	1.192	0.058	1.059	0.292	1.339
年龄	-0.017 **	0.984	0.026 ***	1.026	0.038 ***	1.038
受教育年限	-0.209 **	0.811	0.118 **	1.126	0.183 *	1.200
收入水平	0.091	0.913	0.317 ***	1.374	0.265 ***	1.303
职业类型(参照项:无业及其他)						
下岗与登记失业人员	1.620 ***	5.052	0.930	2.535	0.864 **	2.373
离退休人员	-2.690 ***	0.068	0.124	1.133	0.315	1.370
工人及个体人员	-2.349 ***	0.095	-0.220	0.818	0.019	0.981
专业技术人员	-1.043 ***	0.353	0.320 *	1.378	0.501	1.650
干部及管理人员	-1.804 ***	0.165	0.059	1.060	-0.292	0.747
所有制身份(参照项:个体及其他)						
私营企业	-0.677 **	0.508	-0.554 ***	0.575	-0.591	0.554
合资与外资企业	1.712 **	5.537	1.790 ***	5.987	1.278	3.591
集体企业	0.627 ***	1.873	0.257	1.293	0.183	1.201
国有企业	0.833 ***	2.301	1.407 ***	4.084	1.435 ***	4.198
机关与事业单位	0.538 *	1.712	0.928 ***	2.529	1.836 ***	6.273

注:1. $-2 \text{ Log Likelihood} = 5641.214$; $\chi^2 = 1617.125$; $\text{df} = 42$; $P = 0.000$ 。

2. *: $P < 0.10$, **: $P < 0.05$, ***: $P < 0.01$ 。

人员、专业技术人员、干部及管理人员)和所有制身份(私营企业、集体企业、国有企业、机关与事业单位)分别相对于无业及其他、个体及其他的参加集体商业保险概率要小(均为负)。(2)除私营企业比个体及其他有着更低的参与社会保障医疗保险概率外(为负),年龄越大、受教育年限越长、收入水平越高的城市居民,越有可能参与社会医疗保险;与个体及其他所有制身份群体相比,合资与外资企业、国有企业、机关事业单位明显有着更高的社会医疗保险

参与概率;职业类型中仅有专业技术人员显示为,比无业及其他人员更可能参与社会医疗保险。(3)在享受单位医疗保障方面,年龄越大、受教育年限越长、收入水平越高的城市居民也表现出更大的可能性;下岗与登记失业人员相对于无业及其他职业类型有着更高的概率;相对于个体及其他所有制身份的人,机关事业单位、国有企业人员有着更高的概率。

实证分析说明,我国医疗保障制度形式很大程度上是因个体或群体的所有制类型而异的,这种差异也在个体特征和职业类型上有所体现。相对于没有医疗保障,所有制身份在三类医疗保障类型中始终表现出较强的解释力,而且个体特征变量的显著性也在一定程度上是通过所有制身份表现出来的。模型中集体商业保险形式中的职业类型有着明显的解释作用,但在社会医疗保险和单位医疗保障中其作用并不显著。下岗与登记失业人员比无业及其他人员表现出较高的医疗保障制度参与,这在一定程度上是因为他们中的一部分人保留着国有企业职工的身份,当然也与近年来再就业中心的代缴保险制度有关。

四、进一步的讨论

由于单位医疗保障、集体商业保险等过渡性医疗保障形式的存在,以及一些劳动者尚未能享受基本医疗保障,我国医疗保障体制改革进程中形成了制度多元且分割运行的局面。这种状况导致医疗保险覆盖面有限且显失公平,不利于基本医疗保障制度实施和标准统一。结合福利多元主义分析范式,我们尚须根据数据统计结果就以下几个突出问题展开进一步的讨论。

(一) 医疗保险改革进程中三方主体及其责任

尽管我们一直在通过努力建立起三方筹资的医疗保险制度以

解决城市居民基本医疗保障问题,但让雇主承担起医疗保险交费责任是一个艰难的过程,直到今天我们还没有足够的约束机制去扩大企业的参与,特别是一些小规模民营企业与个体企业。一些过渡性的措施也应运而生,如通过集体购买集体商业保险为部分困难企业的劳动者提供较低水平的医疗保障。这种局面使得覆盖城市所有劳动者的基本医疗保险依然是一个难以企及的目标。作为一种社会福利,在国家和雇主承担缴费责任的前提下,动员个体及其家庭缴纳适当比例的医疗保险费并不是难事,除非是那些缺乏支付能力的贫困者(如政府曾一度通过再就业服务中心为下岗职工代缴医疗保险费)。再从政府责任来看,除解决贫困群体和困难的企业保险费缴纳问题外,政府必须为一些纳入城镇职工基本医疗保险的机关和事业单位的人员代行雇主的缴费责任,要以最后出场人的角色解决医疗保险基金的收支平衡,而且还要承担起公共卫生服务福利和医疗救助任务。因此,医疗保险改革中的政府和市场的主体责任是至关重要的,它可以解释医疗保险扩大覆盖面的艰难和改革所造成的差异格局。这种三方主体及其责任界定直接决定着医疗保险改革的进程与效果。

(二) 基本医疗保险的制度公平与多层次医疗保险体系建设

多元医疗保障制度并存直接导致了不同群体所享受到的基本医疗保障水平存在极大差异。这种差异可以通过所有制身份与职业类型得到直接的观察(表3):所有制身份很大程度上决定了不同群体在多元医疗保障形式中的制度安排,部分机关与事业单位人员因政府过多包办从而能享受到较高水平的基本医疗保障待遇,而一些个体、非正规就业及无业人员极容易因市场主体的缺位而游离于正式的医疗保障制度之外。由于个体及其所属群体是被动地嵌入到医疗保障制度结构之中的,当制度多元与标准多元的基本医疗保障体制向不同群体及其个体提供不同标准的保障待遇时,社会排斥

问题就在所难免。这种社会排斥极容易发生在那些所有制身份处于相对弱勢的群体身上,如果考虑到城市中的郊区人口与外来人口,社会排斥现象会更为普遍。从长远发展来看,社会中的特定群体与个体在遭遇到不同程度的医疗困境时应能享受到不同层次的医疗保障,如在保证基本医疗保障制度公平的同时,鼓励效益好的企业提供补充医疗保险等以增强抵御疾病风险能力;政府和社会也应陷入医疗困境中的群体提供最直接与最基本的医疗救助。从这个意义上来讲,医疗保险改革应该强调的是医疗保障体系中的主体多元和层次多元,而不是当前医疗保险改革所形成的基本医疗保障方面的制度多元格局。

(三) 医疗保险制度的机制完善与医疗体制改革问题

医疗保险是最为迫切和最为复杂的社会保险。医疗保险制度包括医疗保险的管理机制、运行机制、投入机制、补偿机制、监管机制等核心内容。当前制度设计方面存在一些突出问题,包括:控制医疗费用支出不合理上涨的机制建设还没有从根本上得到解决;部分统筹地区出现了医疗保险统筹基金当期收不抵支现象;一些群体的医疗保险费用来源没有明确而稳定的渠道,缺乏合理的制度性安排。而且,医疗保障体制改革到目前为止其目标人群只包括就业人员及符合条件的退休人员,将绝大部分少年儿童、相当一部分老人以及其他无法就业的人员排除在外(国务院发展研究中心课题组,2005)。现行城镇职工医疗保险制度设计的不完善是影响到医疗保险改革进程的最关键因素,也是我国当前新一轮医疗保障体制改革和“全民医疗保障”目标的现实基础。另外,医疗保险改革也是一个涉及医疗服务体系、医疗保障体系、药品供应体系等广泛内容的复杂过程,任何一个环节发展滞后,都会影响健康医疗保险改革的效果。因此,坚持医疗服务体系、医疗保障体系、药品供应体系的“三改并举”与“三改联动”,是积极推进城镇医疗保险制度改革与

提高医疗保险改革效果的重要基础与条件。

五、研究结论

20 世纪 80 年代以来医疗保障制度改革是以计划经济条件下医疗保障模式的解构为背景的。在不考虑城乡二元体制差异和城市流动人口、郊区人口的条件下,城市基本医疗保障中单位医疗保障、社会医疗保险和集体商业保险等多种形态分割运行,不同医疗保障形式因政府、市场和社会三方行为主体的不同组合而在保障水平上呈现出很大差异。单位医疗保障制度中的行为主体主要是政府、雇主,个人及其家庭较少承担责任并能享受到较高水平的医疗保障待遇;集体商业保险主要通过个人出资及雇主资助,而国家较少涉及。市场主体的缺位使得我们实现覆盖城镇所有劳动者的基本医疗保险依然是一个短期内难以企及的目标。城市居民的个体差异、就业状态,以及所有制身份等因素,都在不同程度上决定了他们所享受的医疗保障待遇上的差别。从福利多元组合主义理论视角出发,本文认为通过培育医疗保障中的市场主体、合理界定政府责任,以健全医疗保险主体责任机制,是我国医疗保险改革所面临的一个迫切问题,也是我国建立多层次医疗保障体系的关键。这一结论对于我国正在启动中的新一轮城市医疗保险制度改革以及全民医疗保障目标的实现有着丰富的政策含义。

参考文献

- 国务院发展研究中心课题组(2005). 对中国医疗卫生体制改革的评价与建议(概要与重点). 中国网:<http://www.china.com.cn/chinese/health/27874.htm>.
- 刘继同、冯喜良(2005). 转型期多元福利实践与整体性福利理论框架. 北京大学学报, 3: 129 - 135.
- 彭华民(2006). 福利三角: 一个社会政策分析的范式. 社会学研究, 4: 157 - 168.
- 萨拉蒙(2002). 全球公民社会——非营利部门视角. 北京: 社会科学文献出版社.

- 中华人民共和国卫生部(2007). 2007 中国卫生统计年鉴. 北京: 中国协和医科大学出版社.
- Castles, F. G. (2004). *The Future of the Welfare State: Crisis Myths and Crisis Realities*. Oxford: Oxford University Press.
- Chen, B. & Feng, Y. (1999). Economic Development and the Transition to Democracy: A Formal Model. *Social Choice and Welfare*, 16 (1): 1 - 16.
- Chen, S. (2003). General Public Policy and Development Strategy. *China Perspectives*, 48. From: <http://chinaperspectives.revues.org/document388.html>.
- Cohen, J. L. & Arato, A. (1992). *Civil Society and Political Theory*. Cambridge: The MIT Press.
- Duffy, K. (1998). *The Human Dignity and Social Exclusion Project-Research Opportunity and Risk: Trends of Social Exclusion in Europe*. Strasbourg: Council of Europe.
- Evers, A. (1988). Shifts in the Welfare Mix: Introducing a New Approach for the Study of Transformations in Welfare and Social Policy. In Evers, A. & Wintersberger, H. Eds. *Shifts in the Welfare Mix*: 7 - 30. Vienna: European Centre for Social Welfare Training and Research.
- Habermas, J. (1989). *The Structural Transformation of the Public Sphere: An Inquiry into a Category of Bourgeois Society*. Cambridge: MIT Press.
- Johnson, N. (1990). *Reconstructing the Welfare State: A Decade of Change 1980 - 1990*. London: Harvester Wheatsheaf.
- Matković, G. (2006). *Decentralisation of Social Welfare in Serbia*. Belgrade: Center for Liberal-Democratic Studies.
- Powell, M. & Hewitt, M. (2002). *Welfare State and Welfare Change*. Buckingham: Open University Press.
- Rose, R. (1986). Common Goals but Different Roles: The State's Contribution to the Welfare Mix. In Rose, R. & Shiratori, R. Eds. *The Welfare State East and West*: 13 - 39. New York: Oxford University Press.
- Snower, D. J. (1996). The Modern Welfare State: Problems and Suggested Reforms. *Empirica*, 23(3): 207 - 226.
- Walder, A. G. (1986). *Communist Neo-Traditionalism: Work and Authority in Chinese Industry*. Berkeley: University of California Press.
- Zweifel, P. & Breyer, F. (1997). *Health Economics*. New York: Oxford University Press.

(责任编辑: 朱亚鹏)