

东莞医改与神木医改: 地方社会政策创新的经验与挑战*

彭浩然, 岳经纶

摘要: 实现全民医保是我国医疗卫生体制改革的基本政策目标。一些地方在建立统一的社会医疗保险制度方面进行了卓有成效的探索。东莞和神木两地结合自身优势, 大胆进行地方政府社会政策创新, 形成了颇具特色的医改模式。两地医改的成功经验包括: 建立了以居民身份为基础的统一的社会医疗保险制度, 重视对参保人的补贴, 形成具有竞争性的医疗服务市场以及实行“守门人”制度。两地进一步医改还需更加注重公平性, 防范恶意骗取医疗保险基金, 以及适应社会医疗保险统筹层次的提高。

关键词: 医疗改革; 社会政策创新; 东莞; 神木

中图分类号: D632.1 **文献标识码:** A **文章编号:** 1000-9639(2012)01-0165-07

一、引言

由于“看病难、看病贵”问题突出, 最近几年我国社会各阶层展开了轰轰烈烈的医改大讨论。医改, 严格来讲应该是指医药卫生体制改革, 它包括公共卫生服务体系改革、医疗服务体系改革、医疗保障体系改革、药品供应保障体系改革四个方面。但是, 由于医疗保障体系改革远远走在其他几项改革的前面, 所以现阶段很多人在提及医改的时候, 更多的是指医疗保障体系改革。在国家层面上, 我国基本医疗保障体系包括城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗和城乡医疗救助四大块。目前, 我国社会基本医疗保险制度在制度框架上可以覆盖全体国民, 但离实现真正的“全民医保”还有一段距离(申曙光、彭浩然 2009)。为了更集中地说明问题, 本文所指的医改主要指社会基本医疗保险制度改革, 不涉及城乡医疗救助。当然, 由于内容的相关性, 在写作过程中, 本文也会涉及到医疗服务体系改革的一些内容。

本文以东莞和神木为例, 从地方政府社会政策创新的角度切入, 探索地方政府社会政策创新的经验和挑战。本文首先介绍东莞医改和神木医改的改革背景及现行做法, 然后在此基础上, 总结两地医改的成功经验, 并指出下一步完善医改所面临的挑战。

* 收稿日期: 2011-06-05

基金项目: 国家社科基金重大项目《新时期中国民生保障体系建设研究》; 国家社科基金重点项目《中国医疗保障体系的制度整合与可持续发展研究》; China Medical Board(Grant Number 09-984); 中山大学“985”工程三期; 中山大学中央高校基本科研业务费专项资金; 教育部新世纪优秀人才资助计划; 东莞市基本医疗保险一体化课题; 中山大学经济研究所基地建设经费

作者简介: 彭浩然(1981—), 男, 湖南邵东人, 经济学博士, 中山大学岭南学院副教授(广州 510275), 中山大学流动人口卫生政策研究中心研究员;

岳经纶(1967—), 男, 湖南邵阳人, 哲学博士, 中山大学政治与公共事务管理学院、中国公共管理研究中心、流动人口卫生政策研究中心教授、博士生导师(广州 510275)。

由于我国地域辽阔,城乡和区域间发展不平衡,加上户籍制度的分割,我国的社会政策一直存在着地方化的特色,导致各地社会保障具体制度和实际福利水平存在着明显的差异。不仅从全国层面看,存在着城乡之间、地区之间、劳动力市场内部与劳动力市场外部的差异,而且这种差异也在城市或区县层面得以小规模复制。改革开放以后,随着中央政府在社会保障和社会福利中角色的弱化甚至退出,以及地方社会政策创新的强化,各地社会保障制度安排和福利水平的差距进一步加大,福利的地方化趋势更加明显。东莞和神木两地政府大胆探索,结合地方实际,积极推动本区域内的社会保障制度一体化建设,设计出了颇具特色的医改方案,在医疗保险领域建立起了以本区域居民身份为基础的、不分城乡、不分职业身份的统一的社会保障制度,在全国范围内产生了广泛影响。这是我国社会保障制度发展中的新趋势。

二、东莞的医改探索

东莞是广东省内一座历史文化名城,凭借改革开放的有利时机,以及毗邻港澳的区位优势,大力发展加工制造业,在促进经济增长方面取得了令人惊讶的成绩。上世纪80年代以来,东莞市年均GDP增长保持在两位数以上。经济的快速增长吸引了大批外来人员进入东莞工作和生活。据统计,截至2008年底,东莞市常住人口694.98万人,其中本地户籍人口174.87万人,外来常住人口520.11万人。外来常住人口远远超过本地户籍人口是东莞人口结构的显著特点。并且,由于外来常住人口以中青年为主,所以东莞市常住人口年龄结构比较轻,这对开展社会保险制度改革是重要的利好因素。

根据东莞市社会保障局张亚林副局长的介绍,以及张亚林等(2009)的总结,东莞市医疗保险制度改革可以分为四个阶段。第一阶段:改革公费医疗制度。早在1992年,东莞市就率先打破计划经济时代下公费医疗的桎梏,在国有和集体企业中推行大病住院医保试点。第二阶段:打破职工户籍界限。东莞市2000年将非本市户籍的外来务工人员纳入到基本医疗保险体系中,享有与本市户籍的企业职工同等的医疗保障待遇。第三阶段:打破城乡居民户籍界限。2004年,东莞建立了统一的城乡居民基本医疗保险制度,采取“分层次、低水平、保基本、广覆盖、可持续”的原则进行医保筹资,逐步加大财政对农村居民的补贴力度,最终实现农村户籍居民和城市户籍居民在医疗保障上的无差异。第四阶段:实现企业职工基本医疗保险与居民基本医疗保险制度的并轨。根据东府(2008)51号文件,从2008年7月1日起,东莞市按照统一制度、统一标准、统一基金调剂使用的原则将全市职工、按月领取养老金或失业金人员、全市灵活就业人员、城乡居民及大中专院校在校学生纳入统一的医保体系。至此,东莞市建立了真正意义上的全市统一的社会基本医疗保险制度,这在全国尚属首次,具有重要的标本意义。

不难看出,经过近20年的努力,东莞已经突破了国内目前大多数地区根据不同人群设立医疗保险制度的做法,用一个统一的医保制度覆盖所有人群,包括非本市户籍的外来务工人员,基本消除了城乡差别和户籍歧视。它表明,一个以地级市辖区为范围,以统一的居民身份为基础的,不分职业、不分城乡的,以基本医疗保险制度为内容的福利地区在东莞建立了起来。

从缴费机制和医疗保险待遇水平来看,东莞市的做法可以归纳为“筹资规模统一、缴费渠道多元、医保待遇一致”。“筹资规模统一、缴费渠道多元”指的是参保人不论身份都按上年度全市职工月平均工资的3%进行筹资,但是不同参保人的缴费渠道和财政补贴不一样。根据参保人的类别划分,职工缴费费率构成是单位缴费2.3%,个人0.5%,财政补贴0.2%;灵活就业人员是个人缴费2.8%,财政补贴0.2%;城乡居民和大中专学生是个人缴费1.5%,财政补贴1.5%。“医保待遇一致”是指参保人不论身份和户籍所享受的医疗保险待遇和报销水平都相同。具体待遇规定请参考表1。

表 1 东莞市社会基本医疗保险的待遇水平

待遇水平	支出类型
住院基本医疗	住院基本医疗费用的报销设置起付标准和最高支付限额。起付标准与医院等级挂钩,医院等级越高,起付标准越高。最高支付限额与连续参保的期限长度挂钩,期限越长,最高支付限额越高。统筹基金支付比例与医院等级和医疗费用数额有关,医院等级越高,支付比例越低。以三级医院为例,起付标准 5 万元以下的医疗费用,统筹基金支付比例为 85%;5 万元至 10 万元之间的,统筹基金支付比例为 65%;10 万元至 15 万元之间的,统筹基金支付比例为 45%。
特定门诊	特定门诊基本医疗费由统筹基金按 75% (按月领取养老金的参保人按 80%) 支付,且根据不同病种目录设置年度基本医疗费限额标准。
普通门诊	门诊基本医疗费用由统筹基金按 70% 支付,不设最高支付限额。

为了有效利用医疗资源,根据成本效益原则,东莞社保部门按属地原则指定一家社会保险定点社区卫生服务机构作为村(居)委会辖区内参保人的门诊就医点,坚决落实“门诊进社区”,尽量改变参保人小病挤大医院的现象。社区卫生服务机构在东莞医改过程中担当了“守门人”的角色。

在费用控制方面,为了防止参保人的道德风险,除了常用的起付线、封顶线和支付比例外,东莞还实行相关的就医管理制度,比如上面提到的门诊定点就医、逐级转诊等。为了防止医疗卫生机构的诱导性行为和医疗卫生服务提供不足的情况发生,东莞社保部门除了制定定点医药机构管理办法,明确准入门槛和退出机制外,与定点医疗机构按“总量控制、定额结算”方式结算参保人的住院基本医疗费,按病种限额结算特定门诊基本医疗费,按“总量控制、定额包干”方式结算门诊基本医疗费。如果定点医疗机构未能为参保人提供必要的医疗服务,医保部门将按实际支付金额与其进行结算;如果定点医疗机构提供过度服务,超支部分由自己解决。这种“激励性定额包干结算方式”能够较好地将医疗费用支出控制在合理范围内,既保证参保人能够获得较好的医疗服务,也不至于挫伤医务工作人员的积极性。除了以上各方面,朱亚鹏、岳经纶等人(2010)还指出:东莞特别的社会行政管理体制是东莞医改成功的重要原因。

三、神木的医改实践

相对东莞医改的低调演进来说,神木的医疗实践显得高调和张扬。神木县位于陕西北端,依靠地底下丰富的煤炭资源,短短几年内从全国贫困县一跃成为陕西省经济第一大县。2010年,神木县跃居全国百强县第44位,西部百强县第5位。不过,真正让神木县名噪全国的还是因为其在2009年启动实施的全民免费医疗改革。在全国进行新医改大讨论的特殊背景下,“神木免费医疗”的改革模式吸引了全国人民的眼球,赢得了不少赞誉,也引起了一些争议。

神木医改引起争议的一个重要原因在于其究竟是不是“全民免费医疗”,即神木医改的定性问题。这个问题关系到神木医改是否具有可持续性和在全国是否具有推广价值。“神木全民免费医疗”的叫法来源于神木县政府2009年2月9日下发的《神木县全民免费医疗实施办法(试行)》,后来被新闻媒体大量报道(田齐、兰增干,2009;王晨,2010),影响甚远。但是,学术界对“神木全民免费医疗”的叫法并不认同。顾昕(2009,2011)指出:从做法看,神木医改本质上是全民医疗保险,并非真正意义上的全民免费医疗。虽然很多人对“神木全民免费医疗”有误读,但是我们并不能完全否认神木医改的价值。神木医改在很多方面还是值得其他地区借鉴的。接下来,我们将对神木医改的具体做法进行分析。

从覆盖面来看,神木全民免费医疗的对象为全县干部职工和城乡居民,具体包括县属党政机关和事业单位的干部职工,县属国有企业、社会团体、民营企业、私营企业中神木籍户口的职工,神木籍户口的城乡居民。未参加城乡居民合作医疗和职工基本医疗保险的人员不予享受免费医疗。也就是说,神木医改整合了之前的城乡居民合作医疗和职工基本医疗保险制度,这与东莞有类似之处。但是神木医改

具有鲜明的户籍特色,并不包括外来务工人员。东莞早在2000年就已经打破户籍界限。

为了推动神木医改,神木县成立了康复工作委员会,委员会办公室设在县卫生局。全民免费医疗工作在县康复工作委员会统一指导下,由县医保办和合疗办具体实施。

从资金来源看,神木全民免费医疗基金主要由县医保办收缴的基本医疗保险基金、县合疗办收缴的合作医疗基金、县财政拨付的资金以及社会募捐的资金组成。参加基本医疗保险,城镇居民需每年缴纳20元;参加合作医疗基金,农民每年需支付10元。绝大部分的全民免费医疗基金来源于县财政拨付。所以,从筹资方面来讲,神木县政府发挥了绝对主导作用,加大了对医疗卫生服务需求方的直接投入。

从医保待遇来看,神木县也有自己的特点。针对门诊服务,神木县实行全民门诊医疗卡制度。凡缴纳合作医疗基金的城乡居民均可享受每人每年100元门诊医疗卡待遇,这相当于建立了个人账户;城镇职工医保参保人原有的个人账户制度不变。对于住院医疗服务,神木实行住院报销起付线和最高支付限额制度,但却没有共付比例的制度安排。起付线以下(含起付线)住院医疗费用由本人自付,起付线以上费用予以报销,但每人每年累计报销医药费不超过30万元。神木县的起付线标准也较其他地区偏低,例如乡镇医院为每人每次200元,县级医院为每人每次400元。这些制度决定了神木医改具有较高的保障水平,但同时也引起人们对医疗资源利用效率的质疑。事实上,由于神木县没有实行“守门人”制度,较低的住院服务门槛,容易导致“小病大医”的现象。

为了提高全民免费医疗基金的使用效率,控制医疗卫生服务提供方的诱导性行为,神木县在出台《神木县全民免费医疗实施办法(试行)》之后,又先后出台了《神木县全民免费医疗实施细则(试行)》《关于全民免费医疗各定点医院费用指标的暂行规定》《关于对“慢性病门诊治疗全年限额报销”的规定》《关于制定全民免费医疗定点医疗机构考核办法的通知》。在确定定点医院时,神木县对公立和民营医院一视同仁,只要符合一定的硬件、人员配备等条件,均可以成为定点医院。定点医疗机构实行动态管理,一年确定一次,经考核不合格的取消下年度定点资格。在费用控制方面,神木县实行县内住院治疗住院日费用限额以及慢性病门诊治疗全年限额,并且对人均住院费用、平均住院天数、药品占总费用比例、检查阳性率四项指标进行严格监控。其实,这些措施和办法不足以为奇,很多地区都有类似的办法来抑制医疗机构提供过度服务。神木医改能够顺利推行的原因绝不是这些方面,也不仅仅是雄厚的财力支持,而是它具有一个先天优势——已经形成充分竞争的医疗服务市场。据王晨(2010)介绍:从上世纪90年代起,神木县的民营经济发展迅猛,民营资本早就开始进入医疗领域。目前,神木县共有14家医疗定点医院,除县医院外,其余13家皆为民营医院。换句话说,公立医院垄断医疗服务市场的情况在神木不存在,神木已经形成以民营医院为主体、充分竞争的医疗服务市场。所以,神木县推行“全民免费医疗”可以轻松绕开公立医院“管办不分”的难题,通过强大的医保部门形成单一买方市场,在与医疗机构的谈判中占据优势。参保人可以选择去性价比高、医疗服务质量好的医院看病,这样也可激励定点医疗机构提供质优价廉的服务,抑制医疗资源浪费。在本文看来,这才是神木医改真正值得借鉴之处。

不难看出,神木医改在一定程度上具有特殊性。所以,朱恒鹏、顾昕等人(2011)认为:神木模式在其他地区的可复制性受制于两个因素:一是当地的经济水平及相应的财政支付能力;二是当地的医疗服务市场格局及相应的医疗费用水平。

四、东莞与神木医改的成功经验

很多人对东莞和神木两地的医改走在全国前列不以为然,认为两地财力雄厚,并不具有代表性。尤其是神木医改因为贴上了“全民免费医疗”的标签,而成为全国人民关注和争论的焦点,很多人攻击它名不符实。的确,它不是真正意义上的免费医疗,但事实早已证明免费医疗在中国行不通。神木医改的价值绝不在于“免费”两字,而是在于政府对民生的重视,以及打破公立医院垄断、建立竞争性医疗服务

市场的重要性。同样,东莞人口年龄结构轻,财政实力雄厚,这是东莞医改成功的有利条件。但更重要的是,我们要清楚地看到东莞医改的一些做法代表着新的理念和未来发展趋势。这些经验对于推动和完善各地医改都大有帮助。

综合东莞和神木两地医改的具体做法,笔者认为,至少有以下四点经验值得肯定:

(一)打破城乡和户籍界限,建立统一的社会医疗保险制度

现阶段,我国还有很多地区的医保制度“碎片化”程度比较高,不同类型人群享受的医保待遇差别很大。社会医疗保险之所以存在,就是要让不同风险的群体能够在同一个风险池子里共担风险,实现社会公平。“碎片化”的医保制度显然不利于在不同风险群体之间分散风险,有违社会医疗保险的初衷,所以整合不同社会医疗保险制度是大势所趋。建立统一的社会医疗保险制度是我国未来医改的重要方向。目前,我国部分地区已经逐渐统一城乡居民的医疗保险制度,但离建立统一的社会医疗保险制度还有一段距离。东莞医改在这方面走在了全国的最前列。东莞市不仅突破本市和外市户籍职工在医疗社会保险中的差异,对本市城镇职工和外来工实施统一的医疗保险制度,而且打破了城乡户籍的差异,涵盖了农民和未参保的城市户籍居民,实现了对地域内的全面覆盖。从理论上讲,东莞已经在医疗社会保险领域建立了一种地域性的“公民身份”,这一身份消除了不同群体在医疗社会保险上的身份差异,既涵盖了少部分易被忽略的群体,又有效整合了职工、农民、农民工等不同群体。

(二)加大对医疗服务需求方的补贴,减轻个人医疗费用自付比例

我国个人医疗费用自付比例过高一直为人诟病,也是“看病贵”的最直接体现。东莞和神木医改在医保筹资方面都体现了政府的责任,虽然他们在程度方面有很大差别。东莞政府的补贴程度比较低,更多的是象征意义上的;神木政府则在医保筹资方面占据绝对主导地位,参保人只需缴纳非常少的费用。两地的经验证明:加大对医疗服务需求方的补贴,不管程度高低,对于减轻个人医疗费用负担,尤其对于保护低收入者具有非常重要的作用。

(三)打破公立医院垄断,形成竞争性的医疗服务市场

真正要让对医疗服务需求方的补贴发挥实际作用,必须要对医疗服务供给方加以改革,否则对需求方的补贴就会打水漂。我国在医疗保险制度方面的改革推进得比较快,但在医疗服务体系方面的改革一直进展不顺,其中最大的难题就是公立医院改革,核心问题就是“管办不分”。目前,全国大部分地区都是公立医院占据了绝大部分医疗服务市场份额,处于垄断地位,而且卫生部门既办医院,又管医院,形成了强有力的利益集团。这种现状不打破,我国医改很难取得实质性的进展。前文已经提到,神木医改最大的亮点不是“免费医疗”,而是已经形成了竞争性的医疗服务市场,所以神木的医保部门能够充分发挥买方垄断的作用,在与定点医院的价格谈判中处于优势,同时,参保人也可以自由选择接受哪家医院提供的服务,促使医院提供质优价廉的服务。东莞虽然也有不少民营医院,但还未形成像神木那样竞争性强的医疗服务市场,所以东莞的医保部门还要与公立医疗机构在服务提供和费用控制方面进行艰苦的谈判。

(四)严格执行守门人制度,优化医疗资源配置和控制费用过快上涨

在我国,“看病难”问题突出的一个原因是人们习惯于去大医院就医,而基层医院往往乏人问津。这样不仅造成医疗资源配置不合理,缺乏效率,还造成医疗费用过快上涨。东莞实行严格的守门人制度,参保人按属地原则在一家社保定点社区卫生服务机构接受门诊医疗服务,按规定享受医保待遇,大大减轻了参保人小病挤大医院现象的发生,优化了资源配置,有效控制了费用过快上涨。东莞用较低的筹资水平(社平工资的3%)实现了较高的医保待遇水平,守门人制度功不可没。

五、东莞与神木进一步医改面临的挑战

从单个地区来看,东莞和神木的医改已经取得了不错的成绩,有很多值得其他地区学习的经验。但

是,从更高的要求 and 层次来考虑,两地进一步医改还面临着不少挑战。

(一) 如何进一步提高医改的公平性

任何一个国家或地区的医疗改革都不能忽视公平性。尤其在现阶段的中国,严重的收入差距问题已经引起了社会的不安。作为关系到所有人切身利益的医改工作如果不重视其公平性,必将引起严重的社会问题。一般来说,医改的公平性体现在两方面:从医疗费用筹资的角度看,个人应该按照其缴费能力来进行缴费,收入高者应该多缴费,即所谓的垂直公平;从医疗服务利用的角度看,不管病人的社会经济状况如何,只要具有相同的基本医疗需求,就应该获得相同的基本医疗服务。事实上,没有哪一个国家能够做到绝对的公平,区别在于不公平程度的高低。以东莞为例,对不同人群的财政补贴水平存在差异,统一医保筹资额的办法与实现垂直公平的要求还相差较远,尤其是对于低收入人群,医保缴费还是存在一定的压力;而且在服务利用方面,高收入人群所占用的资源远远高于低收入人群。所以,东莞医改还需要重视医保筹资的垂直公平,加大高收入群体对医保基金的贡献。

(二) 如何防止恶意骗取医疗保险基金

由于我国地区经济发展不平衡,各地的医疗保障水平和医疗服务提供存在较大的差异。东莞和神木两地的医改具有个人缴费负担轻、医保待遇水平较高的特点,这使得两地成为典型的福利地区,对外来人口具有较强的吸引力。由于现行的财政体制和医疗保险中存在的道德风险问题,两地必须采取相应的对策以防止被人恶意骗取医疗保险基金。以神木为例,由于神木县在民生方面的投入远比周边地区要高,而且其公共服务具有明显的户籍限制,这使得许多其他地区的居民想方设法要获得神木户籍。目前神木县已经加强了对外来人口加入神木户籍的限制和审批工作。东莞在这方面碰到的麻烦远比神木大得多,原因在于东莞医改已经放开户籍限制,外来人口只要来东莞就业,连续参保并足额缴费后第三个月起便可按规定享受住院及特定门诊、门诊医保待遇。据东莞社保局有关负责人反映,已经在东莞发现有人成立空壳公司,所招聘的外来务工人员大部分都患有重大疾病,专门来东莞享受较高的医疗保险待遇。这些人钻了现行制度的空子,恶意骗取了不少医疗保险基金。目前,东莞社保局已经加大了对恶意骗取医疗保险基金行为的打击力度。无论如何,只要地区间医保待遇存在较大差距,这种行为就很难杜绝,必将对发达地区医疗保险基金的平稳运行造成威胁。如何防止恶意骗取医疗保险基金,是许多发达地区未来所要面临的重要挑战之一。

(三) 如何适应社会医疗保险统筹层次的提高

2011年7月1日施行的《社会保险法》明确规定“基本养老保险基金逐步实行全国统筹,其他社会保险基金逐步实行省级统筹”。毫无疑问,东莞和神木的医改已经具有鲜明的地方特色,在很多方面已经领先于其他地区。如果未来要实现医疗保险基金省级统筹,东莞和神木如何做好与其他地区之间的对接工作以适应统筹层次的提高,将会是一个很大的挑战。陕西省的很多地市不太可能象神木县那样在医保筹资方面大包大揽,广东省其他城市在短期内也不太可能像东莞一样实行统一的基本医疗保险制度。那么,在各地财政实力相差悬殊、医保制度迥异的背景下,如何实现社会医疗保险统筹层次的提高,将会是摆在政策制定者面前的一道难题。

六、结 语

以东莞和神木为代表的地方政府,积极推动本区域内的社会医疗保险制度的一体化建设,逐步建立起以本区域居民身份为基础的,不分城乡、不分职业身份的统一的社会医疗保险制度,换言之,就是在医疗保险领域内建立一个整合性的“福利地区”(也可以说是“地方福利国家”)。在这个“福利地区”内,原有的城乡二元式的、就业导向的医疗保险体系逐渐消失,形成了以本地户籍身份或居民身份为本位(可以称之为“地域公民身份”)的社会权利安排(也可以称为“地域社会公民身份权利”)。这是我国社会保障制度发展中的新趋势,值得我们深入思考。

通过以上对东莞和神木两地医改的分析总结, 不难发现两地的许多做法都与 2009 年《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》相吻合。比如“完善以社区卫生服务为基础的新型城市医疗卫生服务体系”、“转变社区卫生服务模式, 不断提高服务水平, 坚持主动服务、上门服务, 逐步承担起居民健康‘守门人’的职责”、“加强对医疗保险经办、基金管理和使用等环节的监管, 建立医疗保险基金有效使用和风险防范机制”、“强化医疗保障对医疗服务的监控作用, 完善支付制度, 积极探索实行按人头付费、按病种付费、总额预付等方式, 建立激励与惩戒并重的有效约束机制”、“加快形成多元化办医格局, 鼓励民营资本举办非营利性医院”等等。

在现阶段, 作为单独的地区, 东莞医改和神木医改都取得了不错的成绩, 有许多值得学习借鉴的地方。但是, 未来外部环境的变化也会给两地的医改带来许多不确定性和挑战, 比如外来人口大量流入、矿产资源逐渐耗竭、福利移民所带来的道德风险、统筹层次的提高等等。不过, 无论如何, 从目前来看, 东莞和神木两地在医改方面的探索还是值得肯定的。

需要特别指出的是, 从我国整个医改的目标和进程来看, “全民医保”仅是医改工作的一部分, 离实现我国医药卫生体制改革的总体目标——“建立健全覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度, 为群众提供安全、有效、方便、价廉的医疗卫生服务”还有很长一段距离。片面强调医疗保险制度方面的改革, 而忽视医疗服务提供等方面的改革, 必将导致我国医药卫生体制运行效率低下和整个医改的失败。比较理想的医改模式应该是综合了东莞医改和神木医改的长处, 即同时具有强大的医疗保险基金实力和充分竞争的医疗服务市场, 再加上必要合理的费用控制手段。

(感谢东莞市社会保障局张亚林副局长以及肖棣文同学提供的资料)

[参 考 文 献]

- 顾昕. “全民免费医疗”还是“全民医疗保险”. 中国社会保障 2009 (8).
- 顾昕, 朱恒鹏, 余晖. 有管理的竞争. 经济观察报 2011—03—04.
- 申曙光, 彭浩然. 全民医保的实现路径——基于公平视角的思考. 中国人民大学学报 2009 (2).
- 田齐, 兰增干. 神木“全民免费医疗”追踪. 中国社会保障 2009 (8).
- 王晨. 神木医改周年记. 西部大开发 2010 (6).
- 张亚林, 叶春玲, 郝佳. 东莞市统筹城乡医疗保障制度的现状与启示. 中国卫生政策研究 2009 (12).
- 朱恒鹏, 顾昕, 余晖. 神木模式成不了神州模式. 经济观察报 2011—03—11.
- 朱亚鹏, 岳经纶, 肖棣文. 社会行政在社会保障制度发展中的作用: 全民医保的“东莞模式”研究. 中国公共政策评论(第 4 卷), 上海: 上海人民出版社 2010 年.

【责任编辑: 杨海文; 责任校对: 杨海文, 许玉兰】