

大型国有企业实行“健康保险”的可能性探讨

王楠

我国医院管理专家董炳琨同志在《城镇职工医疗保障制度与卫生改革》一文中提出：“有条件的企业可以考虑用补充保险或其它办法，把医疗保险变为实际上的‘健康’保险，或者探寻其它办法。”“健康保险”比医疗保险更高级，就全国来说应是未来的目标。董老提出的“健康保险”不仅是大型国有企业未来的目标，在有条件的大型社区或包含一二三级医院的医院集团所属区域内也应进行试点，取得经验逐步推广。本文从首钢几十年来医疗卫生工作的基础、传统和参与北京市大病统筹的部分经验出发，就实施“健康保险”的必要性和可能性及其方式方法进行探讨。

据国内外专家预测，慢性病治疗费用上升是今后卫生总费用上升的一个重要因素，针对慢性病的最有效措施是实施病因预防工作，而非单纯治疗措施。因此，必须从现在起就积极开展慢性病的预防工作，落实机构、人员和经费，针对严重危害居民健康的心脑血管疾病、糖尿病、恶性肿瘤等开展广泛的预防工作，降低人群危险因素水平，控制发病率和患病率的上升，达到控制慢性病治疗费用上升的目的。世界卫生组织早就提醒我们，如果现在就加强慢性病预防，卫生费用的增长会控制在可承受的范围之内，否则到2010年卫生总费用会超过国民生产总值的10%，2030年会达到25%，国家财政难以承受。世界银行也认为，由于中国疾病谱和死因谱的变化，以及重治疗轻预防的现状和临床服务效率的低下，在未来若干年，中国卫生总费用将急剧上升，结果将导致国力不堪重负。据卫生部经济研究所测算：如不对慢性病进行有效地预防和控制，我国到2030年卫生总费用占GDP比例将达到24%，大大超过警戒线（10%~12%），远远高于目前任何一个国家，对我国宏观经济将形成沉重压力。

我国新时期卫生工作方针仍把预防放在首位；江泽民总书记的《在全国卫生工作会议上的讲话》中也明确提出：“要把预防保健工作放在优先地位”；董炳琨同志在《城镇职工医疗保障制度与卫生改革》一文中指出：“根据我国目前经济水平，即将推行的医疗保险制度并不包括预防保健康复等内容，对一些非传染慢性病也没有主动防治管理的任务。如果在推行医疗保险时对这一大块有所忽略，整个卫生工作将走回头路，已经获得的成果也将部分丧

失。”我国有些大型企业几十年来建有相当完善的卫生服务体系，防病治病紧密衔接，形成防治一体化格局。有的在慢性病管理和防治方面已取得显著成效，发病率和死亡率逐年降低，有效地保护了劳动力。这些成果来之不易，应该注意绝不能使这些成就因实行医疗保险而受损。否则，将意味着卫生工作的倒退。”这一观点，可以说是明确指出了当前在实施职工医疗保障制度改革中应注意的主要问题和可能出现的负面效应。就首钢来说，如果机械地执行地方统一的医改改革方案，公司和职工的经费负担不会减少，而且还可能增加，预防、保健、卫生、康复及健康教育将会大大削弱，也可能由于经费来源不足而被取消，其后果则是慢性病失去管理，发病率大大提高，健康水平大大降低，一线劳动出勤率下降，劳动生产率大受影响。这对国家、对集体、对个人都是很大的损失。

目前，世界各国也都在进行探索，寻求一个既能节省医疗费用，又能提高服务效益的医疗保健服务运行模式，以适应健康保健服务需求。近年来，美国出现了“健康维持组织”（Health Maintenance Organization, HMO）她是在医疗保险费用难以控制的背景下产生的。HMO筹资方式的基本思想是利用一定的资金，承包一定人群在一定时期内的健康。参加HMO者将保险金额先付给HMO，在规定的合同期间，HMO对所有参加者的健康负责，为投保人提供以医院为基础的预付性集体服务。经多年的研究证明：HMO通过科学的管理和经济手段改变了医生和医院的行为，改善了医疗服务的运行机制。大量文献报导了HMO在增加门诊卫生服务利用、减低住院利用、提高社区居民健康状况和控制卫生费用方面的优越性。国际上这个发展趋势同我国目前大型国有企业所实行的“总额预付，费用包干”是相类似的。我国台湾早在70年代就开始试行。

笔者认为，从目前大型国有企业的现状出发，有一定规模的稳定人群，有相当完善的一体化卫生服务体系和相关制度，只有使各方领导（医保机构、卫生行政部门和公司领导）明白了这个道理，在总的政策原则下，实事求是地给这些企业卫生机构以特殊安排，在参加所在统筹地区的“基本医疗保险”的基础上，采取类似HMO模式即“健康保险”的方式是可行的。根据当前形势和国家政策原则，可以设想：

1. 参加所在统筹地区的“基本医疗保险”，执行统一政策，基金统一筹集、使用和管理。

(2) 对职工医疗机构提供的医疗服务，采取“总额预付结算”方式。由区域保险机构按参保人数预付医疗保险金给企业医疗机构；其预付的保险金与企业的补充医疗保险金“捆绑”使用，作为“健康保险”的运作基金，在医疗保险机构的监管下，由职工医疗机构统一管理和使用。

医疗保险制度改革根本目的是让人民群众享有高质量、低成本的医疗服务。能否达到这个目的，关键在于能否建立起比较科学、合理的管理模式和支付方式。在“两江”方案和一些大型国有企业内部医疗改革过程中都发现了在支付方式上的种种弊端，对供方的支付方式已成为“医改”中最大的难点。所以探索适合中国国情的先进支付方式，已成为当前医疗保险制度改革中的一项重要内容。国家《关于国城镇职工基本医疗保险费用结算管理的意见》中提出：“基本医疗保险费用的具体结算方式，应根据社会保险经办机构的管理能力以及定点医疗机构的不同类别确定，可采取总额预付结算、服务项目结算、服务单元结算等方式，也可以多种方式结合使用。”我们所设想的是属于当前国际上认为比较多弊少的一种付费方式，即“总额预付结算”，也就是按人头支付和总额预算。这是一种预付制的形式，是根据医疗机构服务的人口数量，按每人或每月支付固定的金额来覆盖所规定的卫生服务项目。

“总额预付结算”是经过协商，限定了价格和服务数量后，按固定的时间提供规定的服务所发生的费用，预付给提供者。“总额预付结算”在控制费用的力度上是最强的，因此，笔者认为：这是改革的方向。这种方法虽然也有不足之处，如可能减少服务过程，影响服务质量等（可以用加强监管给以弥补）。但是，最大的好处是可以鼓励供方加强预防保健服务，减少发病；同时医疗机构可以灵活地利用医疗卫生资源，选择治疗方案，降低社会医疗成本。

“总额预付结算”既可保障职工基本医疗，又有控制医疗费用的浪费，并且操作简单，管理方便；大型国有企业所在的社区，参保人数相对稳定，更适合这种方式的运作。在基本医疗保险中采取“总额预付结算”方式，是实施“健康保险”的基本保证。

（参考文献略）

□ 收稿日期 1999—11—19

□ （责任编辑 郝秀兰）