

建立有中国特色的医疗保障制度

李少冬

(江苏省卫生和计划生育委员会,江苏 南京 210008)

摘要:文章简要回顾了20年来我国医疗保障制度改革发展的历程和主要成就,分析了建立可持续的筹资机制等需要深入研究8个方面的重大问题,定义了中国特色医疗保障制度的基本内涵,从提高医保的可持续性等方面,提出了16条具体的设想和建议。

关键词:中国特色;医疗保障;医疗保险;制度

中图分类号:R197

文献标识码:A

文章编号:1671-0479(2014)04-260-06

doi:10.7655/NYDXBSS20140402

1994年4月,原国家体改委、财政部、劳动部、卫生部下发《关于职工医疗制度改革的试点意见》,并决定在江苏省镇江市、江西省九江市启动试点工作(简称“两江试点”),建立社会统筹医疗基金与个人医疗账户相结合的社会保险制度。今年是“两江试点”20周年。作为亲历者、参与者,笔者试图通过简要回顾总结20年来我国医疗保障制度改革发展成就和存在问题,立足社会主义初级阶段基本国情,提出建立有中国特色的医疗保障制度体系的设想和建议,抛砖引玉,以飨读者。

一、改革发展历程及成就

(一)改革发展历程

1. “两江试点”

1994年12月,经国务院批准的《镇江市职工医疗制度改革实施方案》正式实施,标志着我国改革开放后与新时期相适应的、不同于建国初建立的劳保医疗、公费医疗制度的新型城镇职工基本医疗保险制度正式走上历史舞台。“两江试点”初步建立了医疗保险“统账结合”(社会统筹与个人账户相结合)的城镇职工医疗保险模式,建立了医疗保险基金国家、单位和个人三方分担机制,建立了基本医疗保障范围,建立了统一的职工基本医保管理体制,建立了参保职工和定点医疗机构双重制约机制等^[1]。

2. 扩大试点

1996年4月,国务院办公厅转发了原国家体改委、财政部、劳动部、卫生部四部委《关于职工医疗保障制度改革扩大试点的意见》,进行更大范围的医改试点。根据统一部署,1997年医疗保障试点工作在全国范围内选择了58个城市。到1999年底,全国被确定为试点地区的58个城市全部开展了试点工作。各试点城市主要对“统账结合”模式进行了完善。

3. 全面发展

1998年12月,国务院召开全国医疗保险制度改革工作会议,发布了《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》,明确了医疗保险制度改革的目标任务、基本原则和政策框架,要求1999年在全国范围内建立覆盖全体城镇职工的基本医疗保险制度。以这一文件的发布为标志,我国城镇职工医疗保险制度的建立进入了全面发展阶段。这一文件吸取了“两江试点”特别是镇江市试点基本制度框架,最大的不同点在“统账结合”和医保管理体制两个方面。镇江市采取的是“三段通道式”,而该决定明确是“三段板块式”;镇江市由卫生部门主导医保经办管理,而该决定明确由劳动部门负责医保经办管理。1999年之后,城镇职工基本医疗保险制度的覆盖面不断扩大,逐步将混合所有制企业和非公有制经济组织从业人员以及农村进城务工人员纳入基本医疗保险范围。到2006年,全国城镇职工基本医疗保险的参保率达到了90%以上。

收稿日期:2014-07-28

作者简介:李少冬(1961-),男,江苏泰州人,博士,副巡视员,兼职教授,研究方向为卫生经济政策,医政和医院管理,医疗保险,组织业务流程重组,卫生事业管理。

4. 深化完善

2009年3月,《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》出台,新一轮医药卫生体制改革全面启动,对作为医药卫生体制重要组成部分的城镇职工基本医疗保险制度提出了改革完善的要求,明确指出“进一步完善城镇职工基本医疗保险制度,加快覆盖就业人口,重点解决国有关闭破产企业、困难企业等职工和退休人员,以及非公有制经济组织从业人员和灵活就业人员的基本医疗保险问题”。该意见实施五年以来,城镇职工基本医疗保险制度在稳定和扩大覆盖面、改革支付方式、提高保障水平等方面正处于不断改革完善之中。

5. 覆盖城乡所有人群的医疗保障制度全面建立

从2002年开始,新型农村合作制度、城镇居民基本医疗保险制度、城乡医疗救助制度、补充医疗保险制度(含商业医疗保险制度)在试点的基础上逐步建立,分别覆盖农村居民、城镇居民、困难群体、有多样化和多层次需要的群体等。到2009年,覆盖城乡所有人群、具有中国特色的医疗保障制度体系全面建立。

(二)取得的成就

不同于传统劳保医疗、公费医疗、合作医疗制度的新型医疗保障制度体系,是在我国1992年党的十四大确定社会主义市场经济体制的大背景下建立的,具有“低水平、广覆盖”的中国特色、时代特点,借鉴了西方发达国家19世纪末以来建立和完善社会保障制度的经验^[2-3],体现了我国社会主义初级阶段基本国情,适应了我国建立社会主义市场经济体制的需要,成为促进经济发展、保障社会和谐稳定的重大制度设计和国家战略,其战略方向和基本原则都是正确的,主要取得了以下几方面的成就。

一是国家、单位和个人医疗费用筹集和分担机制全面建立。城镇职工基本医疗保险制度等三大基本医疗保障制度采取国家、单位、个人共同负担的方式,明确了各方的筹资责任;实行个人账户与社会统筹、门诊统筹与住院统筹等多种支付方式相结合,明确了基金的支付范围,形成了与当代经济社会发展水平和人民群众承受能力相适应的、具有中国特色的基本医疗保障制度框架。

二是医疗保障人群基本上做到了全民覆盖。到2013年底,我国城镇职工、城镇居民基本医疗保险制度和新农合制度的参保率、参合率分别稳定在90%和95%以上。医疗救助范围逐步扩大,不少省份做到了全覆盖。补充医疗保险制度也在稳步发展。

三是医疗保障水平逐步提高,医药费用个人负

担比例有所下降。城镇职工基本医疗保险制度的筹资水平随着城镇职工人均收入的增长而逐年增长。城镇居民基本医疗保险制度和新农合制度的政府财政补助标准也从2003年每人每年10元起步,达到了现在每人每年接近400元,个别发达地区已经接近800元。三大基本医疗保险的住院医药费用医保基金支付率均稳定在70%以上。全国平均医药费用个人负担比例从改革开放后最高峰的60%下降到2013年的34%左右^[4]。

四是医疗事业快速发展,医疗服务能力显著增强。全民医保制度的建立,为医疗事业发展提供了稳定的资金来源,人民群众尤其是农村居民的医疗服务需求不断释放,形成了促进医疗事业发展的强大动力。以东部某省为例,2003年新农合制度建立以来的10年间,在政府没有显著增加投入的情况下,全省床位总数增长了1倍多,每千人床位数增长了近1倍,诊疗总人次增长了2.5倍,出院人次增长了近2倍。

五是医保管理经办体系发展完善,积极进行改革探索。建立了由人社部门统管的城镇职工、城镇居民基本医疗保险制度管理经办体系,建立了由卫生部门统管的新农合经办管理体系,培养和锻炼了一支医保管理经办队伍;借鉴国内外先进做法和经验,结合实际不断进行筹资机制、费用分担机制、定点制度、管理体制、支付方式等方面的改革探索,积累了一些经验,为我国医疗保障制度的不断完善和发展打下了一定的基础。

二、几个需要深入研究的问题

在看到我国医疗保障制度改革发展取得成就的同时,要对存在的问题有深刻而清醒的认识,真正构建起符合国情、适应规律、健康可持续的中国特色的医疗保障制度体系。

(一)要深入研究筹资机制的可持续性

医保筹资机制是医保制度建设发展的根本保证和生命线,建立稳定的医保筹资及其增长机制是医保制度建设发展的首要命题。当前,无论是城镇职工医保,还是城镇居民医保和新农合,都存在筹资机制不够合理的问题。

在城镇职工基本医疗制度筹资机制方面,对单位实施工资总额的核定、审计不到位,存在按规定比例实际筹资不足的问题。此外,由于存在对困难企业、困难人群的减免等做法,不少地区城镇职工基本医疗保险资金筹集不足的问题比较突出。如东部某省某市,2012年由于核定工资总额不到位和各种

减、缓、免等因素,59%的参保职工只筹集了占标准60%的基金。再加上城镇职工基本医疗保险统账比例划分和使用的不合理设计,各地统筹基金压力一直很大,长期以往难以为继。

在城镇居民基本医保和新农合筹资机制方面,全国统一由各级政府财政拿大头(约4/5),个人出小头,如果要继续提高筹资水平,各级政府财政负担会不断加重,如果达到每人每年1000元的筹资水平,则以8亿农村居民计算,各级政府财政要出资约6400亿元,这也是难以为继的。

在医疗救助制度方面,目前基本上靠各级政府财政一家出资,社会化筹资严重落后,直接影响医疗救助的筹资水平和增长机制,也直接影响医疗救助水平和能力。

在补充医疗保险方面,商业保险筹资机制社会认同度不高,影响了参保的积极性;由城镇居民基本医保和新农合基金主要出资购买大病保险的做法,更是挤占城乡居民基本医疗保险基金,直接影响基金安全和基本医疗保障目标的实现,不符合基本医保“保基本”的原则。

(二)要深入研究基本医疗保障范围

脱离社会主义初级阶段基本国情(人口多、底子薄、劳务收入不高、发展不平衡、各方承受能力有限等),违背“保基本”的根本原则,对基本医疗没有明确界定^[5],随意做出承诺,随意扩大保障范围,保障范围过宽,超出基金承受能力的现象普遍存在。

例如,城镇职工基本医疗保险制度药物目录中抗菌药物品种普遍达到了300个左右,而根据卫生部门的规定,配备抗菌药物品种三级综合医院不超过50种,二级综合医院不超过35种;一些费用高昂的大手术、大检查、进口高档药品和高值耗材也纳入基本医疗保险之内。其他两种基本医疗保险制度也存在类似现象。有相当多的地区把属于保健范围的体检项目(在测算筹资比例时,根本未纳入)也纳入报销范围。这样就造成了筹资水平与保障水平不相匹配(筹资是相对小的“蛋糕”,支出是相对大的“蛋糕”),增加了保险基金的压力,也激化了医、患、保之间尤其是医、患之间的矛盾。

(三)要深入研究基本医疗保障的公平性

促进社会公平正义是社会主义的本质特征之一,也是各级政府的主要职责所在。目前多种基本医疗保障并存的局面是由历史因素和基本国情所决定的,但我国社会保障制度发展的终结目标之一,是实现基本社会保障的公平性。

目前,全国城镇职工基本医保的年筹资水平人

均约为2000元,而城乡居民基本医保的年筹资水平只有人均350元左右,差距巨大。即使是城镇职工基本医保在筹资和保障水平上,由于经济社会发展和收入水平的差距,也存在着很大的地区性差异性。基本医疗保障的社会功能和本质要求就是要逐步实现公平,人人享有平等的基本医疗保障制度。如何实现这一目标,我国还有很长的路要走。

(四)要深入研究医保基金的合理负担

“统账结合”是城镇职工基本医疗保险制度的核心制度和政策,运行近二十年来已暴露出明显的弊端:一是个人账户与统筹基金划分比例不合理,个人账户沉淀过多,统筹基金压力过大;二是现行报销政策诱导参保者更多选择住院,增加了统筹基金的压力;三是上述两方面不合理的政策导向致个人账户的远期储蓄保障功能成为理论上的假设^[6],实践上目标未能实现;四是个人账户流转政策规定,使得个人账户的医疗保障功能弱化。同时,将城镇居民基本医疗保险基金和新农合基金划出一部分用于大病补充保险也是不合理的政策设计。

(五)要深入研究医保支付方式的改革

基本医疗保险制度支付方式是医疗服务行为和患者就诊行为的指挥棒,关系医保基金的安全,关系群众基本医疗保障水平,关系医疗资源的合理利用,关系规范医疗行为,关系医疗机构的经济运行,关系基本医疗服务的公平性,是完善医疗保障制度的关键一招,意义十分重大^[2,7]。

自改革以来,城镇职工基本医疗保险支付方式就存在简单化倾向,表现在从管理者方便管理出发,普遍采用简单的总额包干或总额控制的办法,而不是从提高医保基金使用效率出发,按病种支付方式覆盖病种少,总体上缺乏科学性和合理性,造成医保基金使用效率不高。门诊和住院报销政策不合理,诱导参保人员不论疾病大小,多选择住院,进一步加剧了统筹基金支付压力。城市大医院与基层就诊报销比例没有拉开足够的档次,增加了基金的不合理支付。其他几类医疗保障制度也存在类似问题。

(六)要深入研究医保管理水平的提升

医保管理水平,尤其是基本医保管理水平直接关系到医疗保障制度体系的运行效率、效果,涉及医保管理经办体制、制度建设、管理队伍、信息化等方面。

理顺基本医保管理经办体制是提升医保管理水平的关键所在。人力资源社会保障部门和卫生部门分别管理经办着城镇职工、居民基本医保和新农合,受经办体制影响,在医保管理经办的制度设计、政策制定、管理队伍建设、信息系统建设等方面都存在各

自为政、重复建设、制度不统一、不协调、不贯通等问题,造成了管理运行效率低下,成本较高,也增加了定点机构和参保人员在管理和就诊方面的诸多麻烦。

(七)要深入研究医保定点机构激励约束机制

在全民医保的大背景下,医疗服务供给方由医、保双方共同组成,分别供给医疗服务和医疗服务经费,理应是相互制约、博弈、合作、共赢的利益共同体。但现在双方缺少合作、共赢的基础和共识,未能形成科学合理的协商谈判机制,使得对医方的激励约束机制缺失。其根本原因在于双方都没能把医疗服务需方的利益放在最高位置,发生目标错位,矛盾越积越深,损害了需方(参保人员)的利益,影响了医保制度整体运行效率,严重偏离了医保制度建设的终结目标。同时,社会药店广泛定点,管理、约束又不到位,以物代药、套取医保基金的现象客观存在,医保基金存在很大的流失风险。

(八)要深入研究医保促进分级诊疗制度的形成

三大基本医保制度和医疗救助制度等补充医疗保险制度管理经办方,都缺乏对分级诊疗制度建设重大意义的认识,都没有明确参保人员的基层首诊制度,不同层级医疗机构就诊报销比例也没有拉大到合理的差距,参保人员选择就诊医疗机构随意性大,往往首诊就到大医院,一是增加了大医院的工作压力,浪费了医疗资源;二是损失了医保基金的使用效率,直接威胁医保基金的安全;三是增加了参保人员个人的直接或间接经济负担。

三、设想和建议

社会保障制度是现代社会的稳定器,而医疗保障制度是社会保障制度的主要组成部分之一。建立有中国特色的医疗保障制度体系,让所有公民做到“病有所医”,是落实科学发展观、构建社会主义和谐社会、促进社会公平正义的迫切需要,是各级党委、政府义不容辞的职责,也是全社会和所有公民共同的责任。

所谓中国特色的医疗保障制度体系,就是立足社会主义初级阶段这一基本国情,适应社会经济发展水平和人民群众承受能力,以满足人民群众基本医疗服务需求为核心,以基本医疗保险制度为主体,建设以低水平、保基本,广覆盖、促公平、多层次、高效率,快发展、可持续为原则,多层次、多形式的医疗保障制度体系。建立有中国特色的医疗保障制度体系是一项复杂而庞大的系统工程,必须进一步理清思路、明确方向,必须进一步加强顶层设计。

(一)提高基本医保的可持续性

基本医疗保险制度是我国现阶段医疗保障制度体系的主体,其可持续性涉及筹资机制、保障范围、支付方式、管理水平等多个方面,但筹资机制是根本,即建立稳定增长并可持续的筹资机制,是保障基本医保可持续发展的重中之重,否则,基本医保就成了无水之源、无本之木、无米之炊。

1. 建立职工基本医保的合理筹资增长机制

对城镇职工基本医疗保险制度,关键是科学核定工资总额和筹资比例,慎重对困难对象施行减、免、缓政策,加大财政的支持力度,确保基金足够、筹集到位,并保持合理增长。

2. 加大城乡居民基本医保个人或家庭筹资责任

对城市居民基本医疗制度和新农合制度,要逐年提高财政补助标准。同时,要逐年增加城乡居民或家庭个人缴费比例。参照美国新医改的做法^[4],对城乡居民以家庭为单位核算收入水平,对有能力缴纳费用和无力缴纳费用的家庭进行细化划分,采取不同的财政补助政策。

3. 合理调整基本医保基金支出结构

对城镇职工基本医保个人账户与统筹基金的比例重新核算和划分,完善个人账户与统筹基金使用范围,变现行的“通道式”为“板块式”,激活个人账户中沉淀过多的基金,做大统筹基金盘子,促进统筹基金稳定增长。对城乡居民基本医保基金,要进一步完善门诊统筹和住院统筹制度,提高有限基金的使用效率。同时,在定点制度、支付制度等方面实施改革,使基本医保基金的筹集与使用达到动态平衡。

(二)提高基本医保的公平性

公平性是基本医保制度的灵魂所在,对于改善全民医保感受、适应人群流动性需要、维护社会和谐稳定意义特别重大。要把维护公平性作为我国基本医保制度建设发展终结目标之一,在缩小城乡、人群、地区差距上大做文章。

1. 逐步做大城镇职工参保人数基数

以新型城镇化为契机,以新生代农民工的市民化为主要策略,扩大城镇职工基本医保参保人群覆盖面。①探索对那些农村回不去、城市留不下的新生化农民工逐步实施职工化、市民化待遇,对在城市有稳定工作和收入的农民工,只要在一个单位或家庭服务(如保姆服务、月嫂服务、家庭护理服务等)超过3个月以上,都应按其所在单位或家庭参照同城市职工基本医保缴费标准,由用工双方缴纳基本医保基金。②对城市本地和来自农村的城市灵活就业人员,只要达到或超过当地职工平均收入水

平,主要由个人缴费,政府适当资助,全部纳入职工基本医保。③对人均收入水平达到或超过当地城市水平的农村,应鼓励农村居民参加当地职工基本医疗保险。

2. 逐步统一不同人群基本医疗保障范围

通过分析我省城乡居民主要疾病谱及医疗费用水平,与筹资水平相适应,对现行医保报销范围进行深入分析研究,进一步明确基本医保报销范围,并实施不同人群报销范围的统一。在此基础上根据筹资水平确定不同的报销比例,经过一段时期的发展,逐步实现报销比例的统一。这样既有利于促进公平性,也有利于统一管理。

3. 逐步提高基本医保统筹管理层次

加快推进基本医保市级统筹管理,提高市级统筹运行质量,逐步实现以省为单位统筹,最终实现全国统筹。全面建立风险调剂制度,防范基金风险。以信息化为支撑,进一步提高重特大疾病的统筹管理层次,规范建立转诊管理制度,全面实现省内异地就医联网即时结算,积极推进跨省联网即时结算。

(三)提高基金使用的有效性

提高医保基金尤其是基本医保基金使用的有效性,对于保障患者基本医保权益、规范医疗服务行为、保证医保基金安全、促进医保事业和医疗事业健康可持续发展意义十分重大。

1. 大力改革医保支付方式

以大力推行按病种付费为主体,根据各自适应性的不同优势,把总额控制、总额预付、按病种、按单元、按项目、按人头等支付方式有机结合起来;积极推行日间病房、门诊手术等低成本医疗服务方式,发挥支付方式对医疗服务行为、患者就诊行为的制约、引导作用,建立医、患、保三方共同控制医疗成本、节约医疗费用的正向机制。无论是对医方还是患方,关键是要让他们感受到基金使用越节约得到的实惠就越多。

2. 依托医保制度建立基层首诊和双向转诊制度

建立城镇职工基本医保、城镇居民基本医保和新农合参保对象实行基层首诊制度,医保支付政策进一步向基层倾斜,拉开不同级别定点医疗机构间的报销比例差距,引导建立合理就医流向。探索建立逐级转诊制度,对按规范要求从基层办理转诊的,实行差别化的医保结算政策;对符合下转指征转至基层治疗的,提高报销比例;对于未按照程序就医的,降低报销比例,探索形成未经转诊不予报销的制度。建立二、三级医院与基层医疗卫生机构的便捷转诊通道。探索建立县(市)域外转诊审批制度。采取

多种形式,加大宣传力度,引导群众自觉养成小病到基层的习惯。

3. 建立医保经办机构与医疗机构间谈判协商机制

根据公平公正、公开透明和患者利益优先等原则,建立医保经办机构与医疗机构间谈判协商机制,从定点管理走向协议管理,依据相关制度和政策规定,对医保制度保障范围、医保费用支付方式和标准及医疗服务内容、标准和质量要求等内容,协调医、患、保等各方利益,通过沟通磋商达成谈判协议,明确各方的责、权、利关系。

4. 严格基本医保定点制度

严格定点医疗机构和定点药店准入标准,尤其对定点药店要严格准入要求,切实加强监管,防止基金流失,确保医保基金有效利用和安全。

(四)提高医保管理经办科学性

医保尤其是基本医保的管理经办水平高低,直接关系到医保制度运行效率、医保基金安全、参保人员的健康利益和医疗事业健康发展水平,必须从全局的高度把提高医保经办管理水平放在突出位置。

1. 加快健全完善医疗保障法律体系

纵观国际先进国家社会保障体系建设发展的历程和经验,建立完善的社会保障法律体系是一项立根本、管长远的首要制度设计。我国医疗保障制度要健康可持续发展,必须把健全完善医疗保障法律体系放在首要位置。建议加快我国《医疗保险法》及其配套法规的立法进程,通过医疗保险法律法规,从筹资机制、管理体制、支付办法、监管机制、奖惩机制等方面,明确国家、社会和个人的医疗保险责、权、利关系,确保我国医疗保障制度有法可依。

2. 探索基本医保管理体制改革

几类基本医保管理体制统一是大势所趋,在各方意见难以统一的现阶段,建议参照福建省三明市的做法,由第三部门统管基本医保筹资、支付与管理。也可以实行制定政策与经办服务的“管办分开”,整合城乡医保经办资源;各级政府成立医疗保障监督管理委员会,负责制定资金筹集、保障范围与强度、支付结算和监督管理等政策。委员会办公室设在政府医改领导小组办公室,负责落实委员会决策部署和日常工作。整合城镇医保和新农合经办机构,由委员会办公室管理,负责医保经办服务。

3. 提高医保管理信息化水平

信息化是提高医保整体运行效率、方便参保人员就医、加强医疗服务行为监管、实现医保精细化管理的必由之路。要树立大网络、大数据的理念,从方

便参保人员就医和报销、利于结算和监管目标出发,大力实施“三网融合”、“多卡合一”策略,把医保经办信息平台建设与卫生信息化平台、医院信息系统、医院电子病历、城乡居民健康档案等相关平台、系统、数据库有机整合起来。现阶段,要特别重视把医保卡、居民健康卡、就诊卡等统一起来;支持社会保险经办机构与商业保险公司实现参保人员必要的信息交换和数据共享,实现大病保险“一站式”即时结算服务。

(五)提高医保制度体系的系统性

随着经济社会发展和人民群众生活水平的提高、老龄化速度加快、疾病谱的变化、生活方式的改革和医学科技进步,人民群众对医疗服务需求呈现出多样性、多层次性。在适应发展、逐步提高基本医疗保障水平的基础上,根据医疗服务需求的变化,必须大力发展补充医疗保险,包括大病补充保险、商业医疗保险等,努力建设以基本医疗保险制度为主体、多种医疗保险形式共同发展的医疗保障制度体系。同时,要根据改革发展的系统性、整体性、协同性要求,深化医疗服务体系、药品生产供应体系改革,实现改革发展“三医联动”。

1. 大力发展商业医疗保险

丰富商业健康保险产品,鼓励商业保险公司提供多样化、多层次、规范化的产品和服务。鼓励个人对自付医疗费用部分投保商业医疗保险,进一步减轻个人负担。

2. 大力发展大病补充医疗保险

以防止城乡居民“因病致贫”、“因病返贫”为目标,对大病发病率、费用水平进行精准调查、科学测算,合理确定大病补充医疗保险的筹资水平、保障范围。拓宽大病补充医疗保险的筹资渠道,尽可能避免挤占基本医保基金。从成本效益和成本效果原则出发,合理确定大病补充医疗保险管理经办机构。

3. 建立医保经办机构与药品生产流通领域的谈判协商机制

根据“谁出钱、谁主导”的原则,改变原有药品集中采购体制,由医保经办机构就基本医保制度内的药品、高值医用耗材的品种、数量、质量、价格、供应保障等,与药品生产流通领域进行谈判协商,控制价格、保证质量、保障供应。

建立中国特色的医疗保障制度体系是一项长期而艰巨的任务,不可能一蹴而就。只要我们认真贯彻落实党的十八届三中全会精神,立足全局、放眼长远,敢于担当、勇于创新,深化改革、持续改进,就一定能把这项关系中华民族长远利益的伟大事业推向光明的未来。

参考文献

- [1] 镇江职工医疗保障制度改革评估小组. 镇江市职工医疗保障制度改革试点工作评估研究概述[J]. 江苏卫生事业管理, 1996(7):281-284
- [2] 李妍,袁祥飞. 主要发达国家医疗卫生体制模式比较及启示—以英国、美国和德国为例[J]. 价格理论与实践, 2009(5):44-45
- [3] 张毓辉,万泉,翟铁民,等. 2012年中国卫生总费用核算结果与分析[J]. 中国卫生经济, 2013,33(2):5-9
- [4] 赵强. 揭秘美国医疗制度及其相关行业[M]. 南京:东南大学出版社, 2010:62
- [5] 李少冬. 建立有中国特色的基本药物制度[J]. 南京医科大学学报:社会科学版, 2013, 13(2):93-96
- [6] 陆昌敏,冯泽永,冯光谓,等. 新加坡医疗保障体系的特点及对我国的启示[J]. 医学与哲学:人文社会医学版, 2007,28(23):32-34
- [7] 郭永祥. 国内外医疗保障制度的比较研究[J]. 医学与哲学:人文社会医学版, 2007,28(15):2-5

To establish essential medical security systems with Chinese characteristics

Li Shaodong

(Jiangsu Provincial Commission of Health and Family Planning, Nanjing 210008, China)

Abstract: This article briefly retrospected the courses and main achievements of reform and development of medical security systems in China, analyzed 8 major problems those need to be further studied, such as establishment of continuable funding mechanism and etc., defined the basic meaning of medical security with Chinese characteristics. From 5 aspects of enhancing the continuity of medical security systems, presented 16 detailed plans and suggestions.

Key words: Chinese characteristics; medical security; medical insurance; systems