

中国公众的医疗保障信任调查报告（2013）

【内容提要】 社会型医疗保障体系由“需方”、“供方”、“保方”和“管方”四要素构成。医疗保障体系信任体现的是公众对医疗保障体系中供方、保方和管方等三方的信任程度。问卷调查结果显示：我国公众对医疗保障体系总体信任水平中等偏高。其中，对供方信任水平最低，对管方信任水平中等偏高，对保方信任水平最高。调查还发现，公众对非政府主导的医保行为的信任水平偏低。医疗保障信任水平受到城乡地域和工作类型的影响。供方市场化、管方间接化、保方多元化，厘清市场与政府的关系、盘活医疗资源、实现多层次的医疗保障覆盖，是提高公众医疗保障体系信任的有效途径。

【关键词】 医疗保障；信任；医患关系；政府

[中图分类号]D668 [文献标识码]A

这是世界上最安全的地方，也是最危险的地方

这里是最温暖的地方，也是最冷漠的地方

这里是寄托希望的地方，也是陷入绝望的地方

这里充满着慈爱、悲悯、敬畏，这里遍布着傲慢、冷漠、贪婪

这里是最光明的地方，也是最黑暗的地方

这里通往天堂，这里连接地狱

——[英]狄更斯《双城记·题记》

生、老、病、死，是人类无法摆脱的宿命。古人将人的一生活用这四个字概括，其中任何一个阶段都离不开的，就是医院和医生。然而当前，医院已经成为医患间误会、摩擦与冲突的伤心之地。近年，我国由医患纠纷引起的恶性伤医事件呈频发态势，仅2013年10月就连续发生“温岭伤医”事件等4起恶性伤医事件。现阶段，医患关系恶化正是我国医疗保障体系问题的集中体现。

在医疗保障体系中，政府作为医疗保障法规的制定者，通过国民收入再分配，对公民解决医疗费用问题予以帮助，从而使其享有基本医疗保障。任何一种医疗保障模式都是由“需方”“供方”“保方”和“管方”这四要素构成。^①需方，即医疗服务

的需求方；供方，即为需求方提供医疗服务的医疗机构与医务人员，既包括政府举办的公立医疗机构，也包括私人举办的私立医疗机构；保方，即医疗保障的社会保险体系，保方所需资金可以由政府通过税费征收筹集或预算直接安排，也可以由承办医疗保障的法定机构或商业保险机构筹集；管方，在社会型医疗保障体系中，政府作为管方，置于需、供、保三方之上，通过制定法律法规等途径，有效行使管理、调控需方、供方和保方三方的责任。

我们这次对中国公众医疗保障体系信任进行调查并开展相关研究，是为了了解我国民众是否相信医疗保障体系能够保障其利益，能否积极地看待医疗保障中的不完善状况，并为进一步的医疗改革提供建议和参考。调查问卷围绕公众对医疗保障体系中“供方”“保方”和“管方”三个方面的信任设计，调查时间为2013年10月28日~2013年11月8日，共收回有效调查问卷1407份。调查问卷包括医疗保障体系信任问卷和人口统计学变量两个部分。

医疗保障信任问卷的编制

我们拟定了医疗保障体系信任问卷的初始题库，用来测量中国公众对于我国医疗保障的信任程度。选项为李克特5点量表，要求被试评价题目所描述的医疗保障信任的程度(1完全不同意——5完全同意)。

样本被随机分为两组，分别进行探索性因素分析(EFA)(300份)和验证性因素分析(CFA)(200份)。在进行EFA前首先进行了项目分析。将量表的总分按从高到低的顺序排列，项目按27%分位数进行独立样本t检验，以考察题目的区分度。有3个项目没有通过0.05显著水平，予以删除。删除后，问卷的KMO值为0.871，Bartlett球形检验的显著性小于0.001，说明适合进行因子分析。然后，用主成分分析法对剩下的题目进行EFA。按照特征值大于1的原则和正交旋转法抽取因素。删除因子载荷不足0.40以及跨载荷超过0.40的项目。经过多次EFA，删除7个项目后，得到收敛效度与区分效度良好的因素结构，因素命名及变异解释程度如表1所示。接着进行内部一致性信度分析，医疗保障“供方”信任维度的信度为0.83；“管方”信任维度的信度为0.81；“保方”信任维度的信度为0.80；问卷的总体信度为0.87，问卷的信度都达到了0.80以上，表明包含15个项目的医疗保障体系信任问卷信度良好。

利用结构方程对CFA组进行分析。设定三个备择模型：(1)一阶单因素模型，假定15个项目拥有共同潜变量——医疗保障信任；(2)一阶三因素模型，根据EFA结果，将医疗保障系统的供方信任维度、管方信任维度和保方信任维度作为一阶的三个因素；

(3)二阶单因素模型，在一阶三因素模型的基础上形成一个二阶因素——医疗保障信任。

利用 Amos17.0 软件验证模型，结果见表 2。可见，二阶单因素模型的大部分指标好于一阶三因素模型，说明医疗保障信任可以解释所有三个一阶因素构念。

医疗保障信任的总体水平

我们将受访者对于医疗保障信任问卷的回答赋值、求和并转化为百分制，得到我国公民对于医疗保障信任指数的得分，分值在 0~100 之间，分值越高，表明公众对于医疗保障体系的信任程度越高。50 分为临界点，高于 50 分，则大体上认为公众对于我国医疗保障体系是持信任的态度；低于 50 分则相反。在分别对医疗保障供方信任、保方信任和管方信任三方面进行量化分析的基础上，本次研究得出的总体医疗保障体系信任指数为 60.0(见图 1)，在临界点之上，属于中等偏高。其中，对于医疗保障供方的信任指数中等偏低，为 48.21，对于保方和管方的信任指数中等偏高，分别为 69.69 和 67.13。

调查问卷使用李克特 5 点量表,为了更好地概括公众对于医疗保障信任所持态度,我们将调查结果分为三个水平。选择 5(非常同意)和 4(比较同意)的归为“同意”，选择 3(一般)的归为“中立”，选择 2(比较不同意)和 1(非常不同意)的归为“不同意”。具体结果和分析结果见图 2 至图 4 所示。

表 1 医疗保障体系信任量表因素分析结果

题目	成份		
	医疗保障系统 供方信任	医疗保障系统 管方信任	医疗保障系统 保方信任
Q1、我完全相信医生对我患病的诊断结果。	.748		
Q2、我相信医院里医生的技术水平都达到了应有的标准。	.733		
Q3、我相信医生要求患者进行的医疗检查都是做出诊断所必须的,不会要求患者进行不必要的医疗检查。	.729		
Q4、把自己交给医生,我不会感到担忧。	.710		
Q5、我相信医生对患者是按需开药的。	.705		
Q6、如果医生建议我住院治疗,我相信住院治疗就是恢复健康必须的。	.695		
Q7、我相信政府能科学地规划新医院的建设。		.774	
Q8、我完全相信政府对医疗保障体系的建设会越来越完善,即使现在中国存在许多医疗保障问题。		.759	
Q9、我相信政府在医疗改革中会加大对居民医疗报销比例。		.702	
Q10、政府在医疗改革过程中已经做出了许多有利于保障公共卫生事业的举措。		.689	
Q11、去哪家医院看病,我现在有多种选择。		.543	
Q12、现行的医疗保障体系的法律法规具有有效的约束力。		.480	
Q13、就算现在不能从政府主导的医疗保险中受益,定期缴纳医保也是值得的。			.836
Q14、参加政府主导的医疗保险可以增加我患病时的安全感。			.816
Q15、政府主导的医疗保险可以满足我患病时的需要。			.597
特征值	5.46	2.26	1.04
解释变量%	36.43	15.06	6.96
累计解释变量%	36.43	51.49	58.45

医疗保障供方信任水平偏低。医疗保障系统中的供方是指为需求方提供医疗服务的医疗机构与医务人员。公众对于医疗保障供方的信任指数为 48.21(见图 1)，属于中等偏低水平，具体情况见图 2 所示。我们主要考察了公众对于医务人员技术水平、能力和诊断结果的信任水平，以及对于药物和医疗仪器使用情况的信任程度。

对于医疗保障供方系统的不信任主要集中在“过度医疗”的认知方面，药械费比高是导致民众对于医疗保障供方不信任的主要原因。近半数的受访者认为，医生并没有按需开药，医院存在过度用药问题。仅有 35.2%的受访者认为自己在医疗活动中没有接受不必要的检查。

表 2 医疗保障体系信任量表三模型比较

检验量	模型 1 (一阶单因素模型)	模型 2 (一阶三因素模型)	模型 3 (二阶单因素模型)
卡方	133.153	101.770	85.337
P	.000	.069	.293
RMSEA	.075	.046	.027
GFI	.862	.897	.912
AGFI	.796	.849	.866
NFI	.781	.832	.859
RFI	.716	.785	.813
IFI	.901	.962	.988
TLI	.865	.950	.983
CFI	.896	.961	.987
PNFI	.602	.650	.647
PCFI	.691	.750	.743
PGFI	.582	.613	.600
HOELITER.05	89	117	135

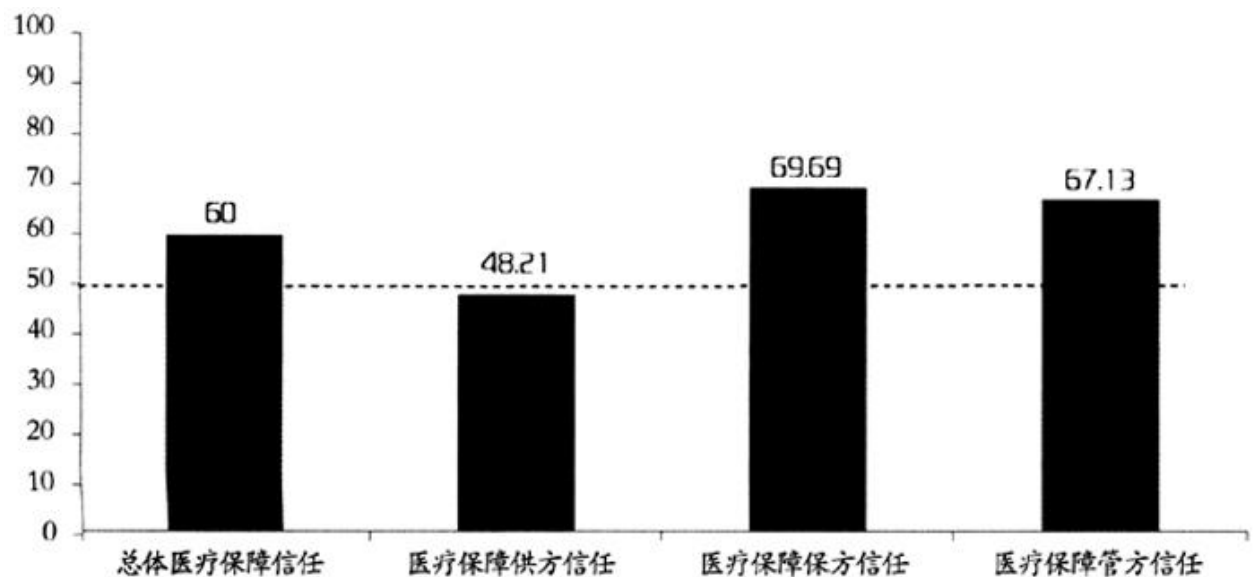


图 1 医疗保障信任得分示意图

“看病贵”是导致民众产生“过度医疗”感知的主要原因。在我们的调查中，近七成的受访者认为“本来 100 块钱就可以看好的病，现在医生会开 200 块钱的药”。据统计，1980 年居民到医院就诊的平均门诊费用是 1.62 元，平均住院费用是 40 元；2012 年，社区卫生服务中心次均门诊费用 84.6 元，人均住院费用 2417.9 元^②——32 年间分别上涨了 52 倍和 60 倍。个人负担的医疗费用增长过快，大大超出了人民群众收入增速的幅度。

一方面，“看病贵”有其合理性。随着生活水平的提高和医疗技术的进步，患者对医疗服务质量的要求越来越高，高档医疗器械和仪器的使用增加，住院时间和恢复期延长，都增加了医疗费用的开支。另一方面，“看病贵”也有其不合理性。医患之间的信息不对称，导致医疗服务机构诱导需方消费，凡诊必查、大处方、大检查、高价药的现行比比皆是，“以药养医”的现象在我国仍普遍存在。

相应地，对于医生能力的信任程度也不乐观。相信医生的技术达标和诊断结果的受访者还不足四成。对于医生能力的信任度低，一方面，与过度医疗行为密切相关。Arrow(1963)^③在《不确定性与医疗保健的福利经济学》一文中提出，患者在医疗信息市场的博弈中处于劣势，增加了患者消费医疗服务时的风险和不确定性。另一方面，医患之间缺乏有效沟通是导致患者对医生能力信任度不高的原因。信任的二元互动模型显示，人际信任是在双方互动中产生和发展的，人际交流是促进双方互动的有效方式。在我们的调查中，有过手术史的个体($M=3.15, SD=.62$)对于医生的信任度显著地高于其他个体($M=2.90, SD=.72$)， $t=2.31, p<.05$ 。有过手术史的个体需要住院治疗，与医生之间的有效沟通远远多于门诊就医的患者，对医生的信任度也就随之上升。

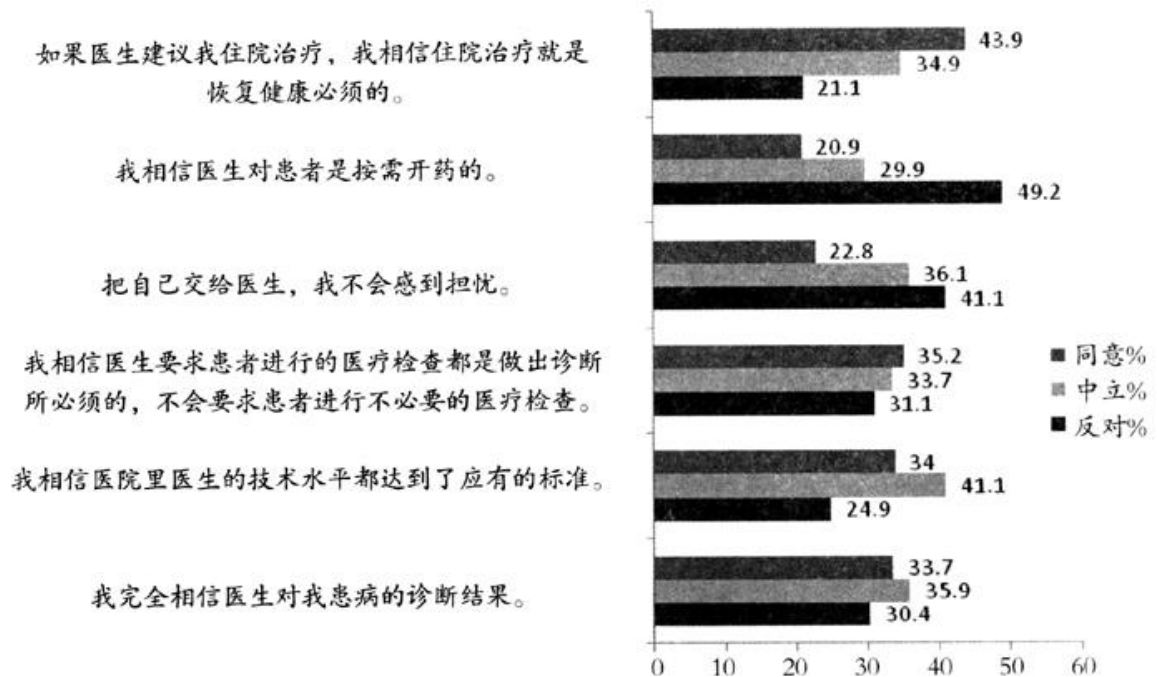


图 2 医疗保障信任供方的信任情况

然而, 在我国, 医疗资源现在还远远不能满足广大公众的医疗需求, 这导致医患之间的有效交流还不能满足广大患者的需要。2012 年的《我国卫生和计划生育事业发展统计公报》称, 2012 年全国门诊总量为 68.9 亿人次, 较上年增长 9.9%, 卫生技术人员为 667.9 万人, 较上年增长 7.7%, 我国每万人口专业公共卫生机构人员 4.96 人。④可见, 我国医疗资源的供应还远远赶不上需求量, 医生并没有足够的时间与患者进行病情的分析交流。越是在患者蜂拥而至的医院, 医生的工作负荷量越大, 医患之间的有效交流越是不能实现。

医疗保障保方信任水平最高。公众对于医疗保障保方的信任指数为 69.69(见图 1), 属于中等偏高水平, 具体情况见图 3 所示。从调查结果上看, 超过半数的受访者认为政府主导的医疗保险可以满足其需要, 并超七成的受访者认为, 对于医疗保险的投资是值得的, 可以增加个体患病时的安全感。

在我国, 具有中国特色、适应市场经济体制的医保制度已经逐步建立起来。1998 年以来, 我国在城市逐步建立了城镇职工基本医疗保险, 国有企事业单位公费医疗也在向城镇职工基本医疗保险制度过渡; 新型农村合作医疗制度从 2003 年起在全国部分县(市)试点, 到 2010 年逐步实现基本覆盖全国农村居民。自 2007 年起, 我国建立起了覆盖城镇非就业居民的基本医疗保险制度。

同时，从资源结构上看，我国个人卫生支出占卫生总费用比重由 2010 年的 35.3% 下降到 2011 年的 34.8%，病人个人负担有所减轻。⑤从本次调查结果看，政府主导的医疗保障体系基本能够落实医保资金，基本可以满足居民的日常医疗消费，因此，民众对于政府主导的医保信任指数最高。

医疗保障管方信任水平中等偏高。公众对于医疗保障管方的信任指数为 67.13(见图 1)，属于中等偏高水平，具体情况见图 4 所示。公众对于政府的医疗保障管理能力信任程度较高，并对医疗保障体系未来持乐观心态。超过六成的受访者相信政府可以克服困难建立健全医疗保障系统；超过七成的受访者相信政府会在医疗改革中加大报销比例。可见，我国民众大部分可以接受现在医疗改革中的不完善状况，并对医疗改革的未来保持乐观期待。

同时，我们还看到，当问及“我相信政府能科学地规划新医院的建设”时，不到半数的受访者对这一问题持肯定的态度。这反映出，现在我国医院布局还存在着不合理现象，民众对于未来政府合理规划医院建设的能力表示担忧。

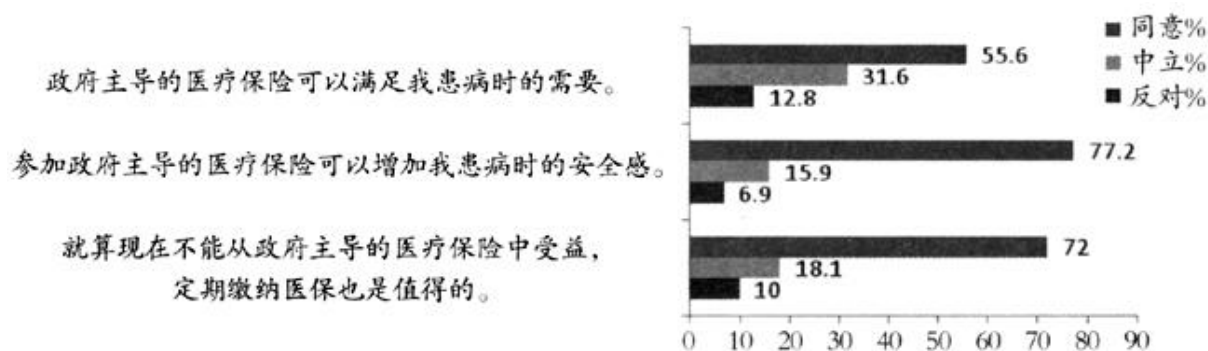


图 3 医疗保障信任保方的信任情况

我国现阶段的医院布局确实还存在诸多不合理的方面。城乡之间的医疗资源占有差距过大，市级地区集中了过多的医疗资源，但布局又有不尽合理之处，有的区域过于密集，而有的区域则过于稀疏。以北京市为例，2012 年东城区的常住人口有 90.8 万，三甲医院有 12 家，而昌平区常住人口 183 万，三甲医院仅回龙观医院一家。同时，我国医疗服务机构的结构也存在不协调现象，医疗行业的“马太效应”比比皆是。三级医院越办越兴旺，而小医院和社区医院的医疗资源则相对闲置。以 2012 年床位使用率为例，三级医院的床位使用率为 104.5%，属于超负荷运作，而一级医院的床位使用率仅为 60.4%。可见，基层医院、专科医院与综合医院还没有形成合理有效的分工。

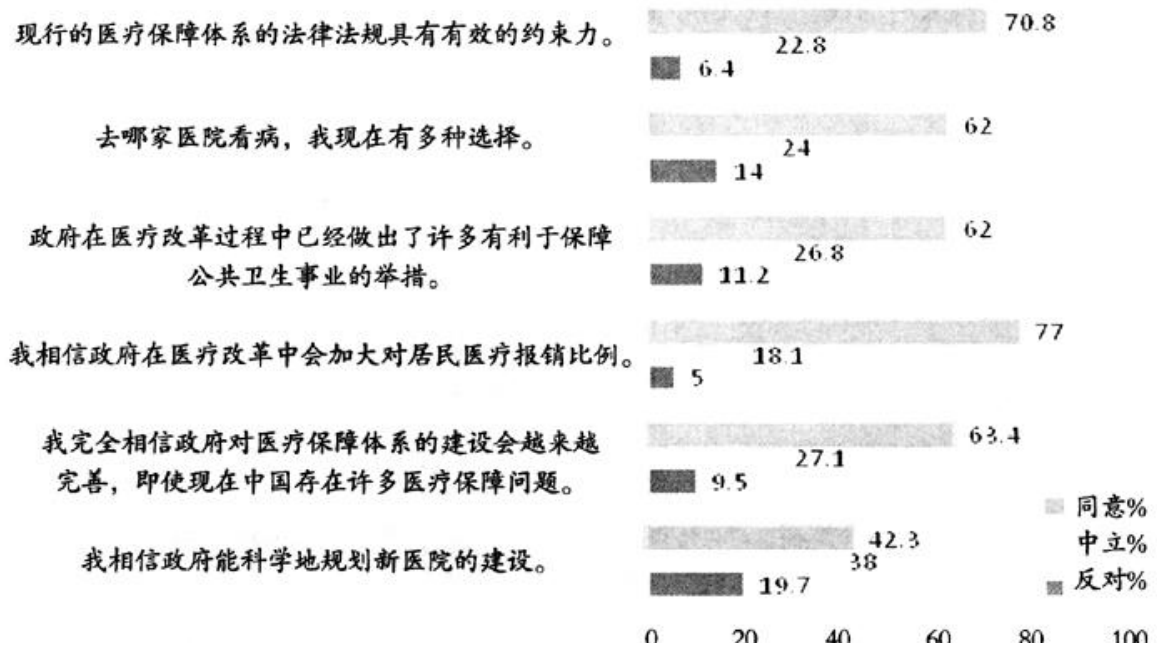


图 4 医疗保障信任管方的信任情况

不同人群的医疗保障信任水平差异

医疗保障信任整体水平呈区域化特点，居住在一线城市的民众对于医疗保障信任度最低，而农村居民对医疗保障信任度最高。我们将受访者的居住地分为一线城市、普通城镇和农村。通过方差分析，我们发现，医疗保障信任在居住地上的差异显著（见表 3）。不管是医疗保障总体信任水平，还是对供方、保方和管方三方面的信任水平，居住在农村的民众的信任指数都是最高的，其次为普通城镇居民，信任指数最低的是居住在一线城市的居民。LSD 事后分析可见，生活在地域两端的一线城市和农村的民众对于医疗保障的总体信任差异最显著 ($p=.013$)，这种差异主要表现在对于医疗保障政府管理能力的信任差异上 ($p=.01$)。

农村居民对于我国医疗保障信任的提升得益于新型农村合作医疗制度(新农合)的建立，这是我国政府历史上第一次为解决农民的基本医疗卫生问题进行大规模的投入。新农合从 2003 年起在全国部分县(市)开始试点，覆盖率逐年扩大。参合率从 2005 年的 75.7% 上升到 2012 年的 98.3%，参合人口从 2005 年的 1.79 亿上升到 2012 年的 8.05 亿，基本实现覆盖全国农村居民。并且，新农合基金收支的管理力度加大，2012 年全国新农合统筹基金当年结余率为 3.1%，收支基本平衡，略有结余。⑥可见，新型农村合作医疗制度得到农民群众的广泛拥护。我国农村居民的医疗保障从无到有，从缺乏基本医疗保障到得到政府保障并逐年增强，农村居民实实在在地从国家医疗保障

政策中获益，参合农民的就医经济负担有所减轻，这增强了农村居民对于政府医疗保障的信任感。

相对于农村居民近年来医疗保障环境的改善，一线城市居民与国际的接轨更早更近，在进行社会比较时，会与国外发达国家进行比较。虽然，居住在一线城市的居民大部分一直处于有政府医疗保障的范围之内，但是，相对于农村居民的医疗保障从“无”到“有”的心理满足感而言，一线城市居民从“有”到“更好”的心理期待更难得到满足。因此，二者社会比较客体的差异可能导致了两地居民对医疗保障的信任感存在差异。

工作类型影响医疗保障信任。工作单位类型在总体医疗保障信任感上的差异显著 ($F=4.91, p<.01$)。LSD 事后分析发现，政府部门和国企、事业单位之间的差异不大，差异存在于私企工作人员与政府机关、国企、事业单位工作人员之间。私企工作人员医疗保障信任感显著低于政府机关、国企、事业单位工作人员，这种医疗保障信任的差异主要表现在对医疗保障保方的信任和对管方的信任上(见表 3)。

表 3 不同人群的医疗保障信任水平差异分析

		总体医疗保障信任		供方信任		保方信任		管方信任	
		M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
居住地	直辖市/广深	3.22	.66	2.82	.66	3.56	.74	3.45	.74
	城镇	3.41	.55	2.93	.71	3.70	.65	3.70	.65
	农村	3.57	.68	3.15	.87	3.81	.92	3.87	.61
F		3.56		1.77		1.94		4.01	
p		.03		.17		.15		.02	
工作单位类型	政府部门	3.44	.54	2.92	.70	3.91	.80	3.73	.57
	国企/事业单位	3.43	.56	2.96	.71	3.75	.84	3.72	.66
	私企	3.1	.73	2.76	.76	3.48	.92	3.26	.89
F		4.91		1.22		3.81		7.56	
p		.01		.30		.02		.00	

调查结果显示，政府主导的医疗保险在私企与政府机关、国企、事业单位的工作人员中的覆盖率存在显著差异 ($\chi^2=53.05, p<.001$)。在受访者中，政府部门和国企、事业单位工作人员享受公费医疗或城镇职工基本医疗保险的比例都超过了 95%，医疗保障基本覆盖了所有职工。相比之下，私企工作人员中仅超过一半的个体(56%)享受到了政府主导的医疗保险，受访者中还有 3.9%的个体没有任何医疗保障。1998 年国务院就出台了建立城镇职工基本医疗保险制度的决定，然而，从调查中可以看出，该制度的执行力还有待提高，尤其是在私营企业中，受企业的支付意愿和支付能力所限，实际参保人群覆盖面有很大局限，医疗保障体系的法律法规还不能有效地约束私营业

主，使其为雇员提供医疗保障。这也导致私企人员对于医疗保障管方的信任度显著低于政府机关和国有企事业单位的人员。

对于非政府主导的医疗保障行为的总体信任水平普遍偏低

我们还分别调查了民众对商业医疗保险和私立医院的信任感。调查发现，民众对于商业医疗保险的信任度中等偏低 ($M=2.80$, $SD=.61$), $t=-7.1$, $p<.001$ 。我国商业医疗保险起步晚，规模不大、专业化程度较低、风险控制能力薄弱、外部经营环境有待改善，商业医疗保险水平还跟不上国民经济发展步伐，产品还没有丰富起来，远不能满足广大人民群众日益增长的健康保障需求。同时，理赔手续较繁琐，等待时间长，使一些民众望而却步。加之商业医疗保险的宣传不够，导致民众对其信任度较低，参保人员不足。在美国，80%以上的人口享有商业医疗保险；然而，本次调查受访的群体中，仅有 29.2% 的个体购买过商业医疗保险。

本次调查还发现，公众对于私立医院的信任程度中等偏低 ($M=2.78$, $SD=.89$)，显著地低于对于公立医院的信任度 ($M=3.12$, $SD=0.88$)， $t=7.13$, $p<.001$ 。现阶段，我国的私立医院仍存在规模小、技术力量薄弱、民众缺乏信任等一系列问题。⑦国家对于医疗体系的管理，既要管，又要办，卫生行政部门往往从部门利益出发庇护公立医院，私立医院面对的是完全不公平的竞争环境，例如税收、人员招聘和晋升、医保定点等方面不能与公立医院享受同等的政策。这导致私立医院使用非正当手段谋取经济效益，使民众对私立医院形成了不良的刻板印象。

结论和建议

“看病难，看病贵”一直是我国医疗现状中的“顽疾”。本次问卷调查结果反映出的医患信任缺失、医保覆盖人群欠缺等诸多问题，也都是“看病难，看病贵”导致的后果。十八届三中全会《决定》提出“深化医药卫生体制改革”，统筹推进医疗保障、医疗服务、公共卫生、药品供应、监管体制综合改革。当下，政府、市场、企业、个人的职责能否合理划分，是决定医药卫生体制改革成败的关键。

供方市场化，管方间接化，厘清政府与市场的关系，盘活优质医疗资源，打破医疗资源垄断，化解“看病难”的问题。现阶段，我国的医疗资源主要集中在政府主导的公立医院，公立医院占据了全国 90% 以上的医疗资源，形成了事实上的垄断。医疗资源的垄断导致优质医疗资源高度集中在大城市、尤其是特大城市，资源分布的“马太效应”比比皆是。优质的资源必然价高和有限，但病痛的降临，可不分贫富和阶层。在北京的一些著名三甲医院，患者为了挂上专家号，在零下 10 度的冬天通宵排队，

有些专家几元的挂号费被票贩子炒到数百元甚至上千元。正是优质医疗资源的过度集中，导致了患者“看病难”问题的凸显。

在医患关系的一端，患者看病难的问题得不到解决，而在另一端，医生的人力资源价值又得不到体现。公立医院作为国有机构，其体制特征决定了它既没有用人自主权，也没有收入分配自主权。这就使我国出现了“在职医生超负荷工作，医学院毕业生就业困难”的怪现象。医院想进人，就需要有编制，而人员编制需要等政府批。同时，医院的国有机构性质，使得收入分配需按资排辈，医生“多劳多得，优绩优酬”的收入分配制度无法制定。可见，在我国现行的医疗体制下，政府既要管，又要办，管办不分，导致医疗资源分配不均衡，病人看病难，医生的价值低，医患关系的紧张在所必然。

对于我国当前医疗体系面临的种种矛盾，只有厘清政府与市场的关系，实现医疗资源的市场化，鼓励社会资金的进入，使医生从“单位人”转变为“社会人”，才能盘活优质医疗资源，使患者在基层就能得到有效救治，医生的人力资源价值也才能得到应有的体现。三中全会《决定》提出“允许医师多点执业”，在政策上解决了“优质医疗资源纵向流动”问题。例如，北京一家大医院的医生在完成本院每周出诊、治病、手术任务的情况下，就可以到基层医院去担任一天的医生，甚至可以做一些培训工 作，帮助基层医护人员提高对某些专科疾病的认识，使患者在基层医院也能看到专家。《决定》提出的“鼓励社会办医”“放宽投资准入”“推进医疗服务的有序开放”等，也为医师多点执业创造了条件，使优质的医疗资源可以分流到基层。

然而，“医师多点执业”的政策卫生部早在 2009 年就已提出，却在实施中出现了“叫好不叫座”的现象。在现有医疗体系下，医生是“单位人”，要遵循医院的管理，医生一旦多点执业，最担心的就是来自原单位的阻力。医生的职称、社保都在原单位，一旦出现了多点执业，原单位可能会通过增加医生尤其是优秀医生的原有工作量和阻碍晋升等方法进行阻挠。

针对这一问题，三中全会《决定》进一步提出了“逐步取消医院的行政级别”“建立事业单位法人治理结构，推进有条件的事业单位转为企业或社会组织”的政策。这一方面为医生“单位人”身份的转变提供了可循路径，另一方面，政府放权，让用人权掌握在医院手中，为医院根据实际病源量合理聘用医护人员提供了政策支持。医生是国家培养、医院共用的，医生可以自由流动，哪里适合他，他就可以到哪里。同时，要把医生真正变成一个“社会人”，国家还应出台相应政策，由社会来承担医生的医疗、养老等社会保险，只有这样，才能真正使医生从单位中独立出来。只有使医生从

“单位人”转变为“社会人”，才能真正做到优质医疗资源的纵向流动，才能切实使患者愿意接受“小病在社区，大病去医院”，才能使医改政策不只是看上去很美，才能切实解决“看病难”的问题。

理顺医药价格，保方多元化，以基本医疗保险为主导、商业医疗保险为补充，化解“看病贵”的问题。本次调查发现，医疗费用的药械比过高是影响医疗保障信任的一个重要因素。在我国，个人负担的医疗费用确实出现了增长过快、大大超出人民群众收入增速的现象。“以药养医”是导致药械费用过高的原因之一。在我国，医院属于差额拨款的事业单位，政府对于医院建设和医疗资金的投入还远远不够，因此，医院自身建设和医生收入等支出的扩张，就只能通过药械费用增长这一灰色地带进行转嫁。三中全会《决定》提出“取消以药补医，理顺医药价格，建立科学补偿机制”，为解决“看病贵”的现象提出了化解途径。北京市自2012年开始试点取消药品加成，将挂号费和诊疗费合为医事服务费，设42元、60元、80元、100元四个级别，并将其纳入医保报销范围。半年下来，不仅病人药费降低，医务人员收入也有所提高。取消药品加成，提高医事服务费用，将医事服务费纳入医保报销范畴，是解决“看病贵”的途径之一。

其次，实现医疗保险的全民覆盖，建立多层次医疗保障体系。在我们的受访者中，有13.9%的个体需要自费就医，私营企业职工将近一半没有参加医疗保险。在城市的边缘，还存在着大量农民工群体、自由职业者和失业人员得不到医疗保障。可见，我国当前的社会医疗保险覆盖范围有限，保障对象主要为城镇职工，而自由职业者、长期在城镇务工或经商的其他类型城镇劳动力群体均未被纳入进来。而在医保制度的另一端，公费医疗群体对于有限医疗资金的大量占用加剧了医疗资源分配的不均衡。据调查，在我国政府投入的医疗费用中，80%是为以党政干部为主的群体服务的。^⑧

十八届三中全会《决定》明确提出“整合城乡居民基本医疗保险制度”。逐步缩小城乡之间、有无业人员之间的医疗保障的差异，取消公费医疗，将现有的医疗保险整合为职工、城乡居民两大模块，医保的全民覆盖和医疗资金的均衡分配才能成为现实。最终，我国医疗保障体系将形成四大支柱：第一支柱是面向全体公民的国民基本卫生保健制度，建立基于政府补贴与个人缴费的、适度普惠的国民基本卫生保健制度。该制度由政府提供专项补贴资金，体现普惠与公平。第二支柱面向职工及其他从业人员，政府给予税收优惠政策和承担兜底责任，体现公平与效率。第三支柱是面向多层次医疗需求的大病补充医疗保险制度，由个人或者单位缴费，可以由商业保险公司或社会保险机构经办，政府给予政策引导，体现效率。第四支柱是面向重大疾病患者的医疗救助与捐助制度，政府建立专项资金，对重大疾病患者给予救助。^⑨

最后，促进商业保险的发展，作为社会医疗保险的有力补充。商业保险可以补充社会医疗保险未保障的部分。社会医疗保险的费用设有起付线和封顶线，在起付线和封顶线之外的费用，都可以通过购买商业保险解决。可见，商业保险的发展空间是巨大的。政府可以在医疗管理中发挥宏观调控的作用，加强商业保险的风险监管，加大保险产品开发力度，鼓励人们参加商业医疗保险，满足不同人群的需要。

(人民论坛问卷调查中心 执笔：石晶、于飞)

注释：

①王军：《病与医》，北京：人民出版社，2008年，第18页。

②④⑤⑥国家卫生和计划生育委员会：《我国卫生和计划生育事业发展统计公报》，2012年。

③Arrow, K. J., "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care", *American Economy Review*, 1963(53), pp. 941-967.

⑦黄端、王耀刚：《我国非公立医院发展现状及发展建议研究》，《前沿》，2011年第24期。

⑧人民网：《看病贵看病难问题突出医卫服务体系存在不公》，<http://politics.people.com.cn/GB/30178/4964262.html>, 2013年12月27日引用。

⑨环球网：《公费医疗范围缩减至个别省份将退出历史舞台》，<http://china.huanqiu.com/hot/2013-11/4572532.html>, 2013年12月27日引用。