

中国城乡医疗救助面临的问题及对策

姚 岚* 陈 丽

华中科技大学同济医学院医药卫生管理学院 湖北武汉 430030

【摘要】本文通过对我国城乡医疗救助实施情况的分析,探讨影响我国医疗救助水平提高的主要原因,提出健全医疗救助制度应重视政府在医疗救助的责任,同时应结合我国国情来开展弱势群体的医疗救助的工作。

【关键词】贫困人群;医疗救助;制度设计

中图分类号:R197.1 文献标识码:A 文章编号:1674-2982(2008)01-0035-04

Challenges and solutions: China's medical financial assistance system

YAO Lan, CHEN Li

School of Medical and Health Management, Tongji Medical College, Huazhong University of Science and Technology, Hubei Wuhan 430030, China

【Abstract】By analyzing the implementation of medical financial assistance system (MFA) in China's urban and rural area, this paper discusses the main reasons that affect the improvement of China's MFA achievement. It's suggested that government's responsibility be attached importance to improve the MFA system. In addition, the implementation of MFA for the vulnerable groups must take into account of the appropriate situation in China.

【Key words】Poverty population, Medical financial assistance, Institutional arrangement

随着我国经济社会的快速发展,人民生活水平得到了很大的提高,但贫困群众看不起病的问题依然存在。城乡医疗救助制度是国家为缓解困难群众看病难问题而建立的制度,是医疗保障体系的重要组成部分,我国部分城市自 1990 年代后期开始就陆续展开医疗救助工作。1998 年,我国政府利用世界银行第八期卫生贷款,在农村贫困地区开展“加强中国农村贫困地区基本卫生服务项目”(简称“卫生八项目”),对农村医疗救助进行了初步探索;2001 年,由卫生部妇幼保健司推动、英国海外发展署资助,沈阳、成都、西宁、银川四个城市开展了中英城市社区卫生服务与贫困救助项目(UHPP),在城市对医疗救助工作进行研究和探索;2003 年 11 月 18 日民政部,卫生部,财政部联合发布了《关于实施农村医疗救助的意见》;2005 年 3 月 14 日国务院办公厅转发了民政部,卫生部,劳动保障部,财政部《关于建立城市医疗救助制度试点工作意见》。《关于实施农村医疗救助的意见》和《关于建立城市医疗救助制度试点工作意见》的发布实施标志着我国城乡医疗救助工作进

入了新的规范化建制发展阶段。自城乡医疗救助工作开展以来,约有 51.9 万^[1]城市低保对象和 304 万农村困难群众因此受益。但是,一个制度的建立是一个长期的过程,在这个过程中,不断地探索和完善是必不可少的。

1 城乡医疗救助存在的问题

1.1 城乡医疗救助资金不足,成为提高医疗救助水平的制约因素

现阶段医疗救助资金还不能满足我国城乡贫困人群的医疗需求。2006 年农村医疗救助共计筹集资金 27.63 亿元,人均筹资 70.18 元。2006 年城市医疗救助共计筹集资金 21.01 亿元,人均筹资 145.85 元,其中中央财政补助资金 4.8 亿元,地方筹集救助资金 16.21 亿元。与 2005 年相比,尽管资金总量有所增加,但总额仍难于满足试点地区贫困人口的就医需求,尤其是西部地区救助资金预算总额明显少于东中部地区,其中 2006 年预算少于 3 000 万的省份有 10 个,占西部省份总数的 83.3%。以城市为

* 作者简介:姚岚,女(1967 年-),教授,博士生导师,主要研究方向为卫生政策、社区卫生,Email:lanyao@vip.163.com。

例,截止 2006 年 9 月,地方各级财政平均为每位城市低保人员投入医疗救助金 121.72 元,低于全国城市地区的均次门诊费用 219 元,仅为全国城市地区均次住院费用的 1.60%^[2]。与同期的城镇职工基本医疗保险 1 019.37 元的人均筹资额度相比,城市医疗救助人均筹资额仅为城镇职工基本医疗保险人均筹资额度的 11.94%。

由于各地社会经济水平存在差异,医疗救助也不可能制定一个全国统一的筹资标准,大部分地区也没有经过详细的测算,仅仅是根据财政的能力大小给予一定的资金安排。在我国社会主义初级阶段,要满足医疗救助资金的需求,在很多地方特别是中西部地区尚无足够财政能力,更多情况下得依赖中央财政的转移支付,虽然各级政府不断加强资金投入力度,但是与贫困人口实际医疗卫生需求还有很大的距离。因而导致的医疗救助水平还处于一个比较低的状况,救助人次、水平受到限制,一些贫困农民未能受到及时救治,影响了农民的身体健康和农村经济的发展。

1.2 医疗救助对象范围相对狭窄,流动人口和临界贫困人口成为救助盲点

我国城乡医疗救助制度的救助对象主要是侧重于低保户、特困户中的大病患者。因为低保户和特困户中的大病患者不仅面临“看病难”问题,也同时遭受“看病贵”问题的困扰,所以这类群体面临的“因病致贫”风险也最高^[3]。但流动人口和临界贫困人口并不在城乡医疗救助对象范围之内,这主要是因为流动人口识别困难,且流动性大,许多人不愿意办理暂住证或证件丢失,难以确认。临界贫困人口确定尚无统一的标准,界定困难,但这些人群也迫切需要获得医疗救助。因此,流动人口和临界贫困人口的医疗救助是当前我国城乡医疗救助工作面临的一项挑战。同时,医疗救助的对象应该是所有健康贫困对象,而不仅仅只是经济贫困对象中的患病者。因此,在保持现有救助制度的情况下,逐步纳入高疾病风险的贫困边缘家庭和疾病经济负担高的普通家庭。此外,紧急灾难情况下造成的大量额外伤病人员和大量贫困人员也应该纳入救助考虑范围。所以医疗救助的对象范围设计还需进一步完善,不仅应考虑我国的具体国情,同时也应考虑到城市和农村实施医疗救助制度的差异,并结合当地的经济水平,因地制宜地开展医疗救

助工作。

1.3 大病救助为主的医疗救助内容,不能满足贫困人群的实际卫生需求

医疗救助的内容是为救助对象提供什么方面的医疗帮助及是否对医疗服务类型进行限制,如对门诊、住院或病种的规定^[4]。目前,我国城乡医疗救助制度对于贫困人口的救助,在服务类型方面,多数地区主要以住院和大病救助为主。大病救助是指通过划出一个“病种”范围,将可以得到救助的疾病限制在几种到十几种,人为地限定只有罹患规定范围内疾病的对象才能获得救助。这样,一些发生疾病但不在病种范围之内但却需要高额医药治疗费用的贫困家庭就被排除在救助范围之外。更重要的是,一部分常见病、多发病、慢性病都没有列入可救助的病种,这个庞大的困难群体仍然被拒绝在医疗救助的门外。大病病种设置的限定使救助范围明显缩小,但忽略了大部分贫困人口的实际医药卫生需求。

1.4 起付线的设置偏高,医疗报销比例偏低,限制贫困对象医疗救助服务利用

从全国来看,绝大多数地区的医疗救助都设定了起付线。“起付线”的救助门槛将一部分贫困救助对象挡于医疗救助的大门之外。贫困救助对象要想获得医疗救助,必须首先自己设法支付医疗费用,在报销时,起付线一般达到数百元^[5]。这对已经陷入贫困的救助对象来说,是一种无形的限制。对于救助对象而言,因为设置起付线,使医疗救助成为一个根本不能充饥的“画饼”。即使贫困救助对象迈过了起付线的门槛,但是医疗报销比例偏低,救助对象仍然无能力支付自付部分的费用,又阻碍了其从医疗救助制度中受益。可根据实际筹集资金的情况,适当调整提高报销比例,尽可能使患病的城乡困难群众得到比较多的实惠。

2 针对医疗救助中存在的问题,分析产生问题的主要原因

我国的医疗救助制度还处于起步阶段,很多问题还需要探索和实践得到经验。其次,医疗救助制度的完善需要一个漫长的过程。再次,我国部分地区(特别是西部地区)经济发展水平相对落后,救助资金筹资总量不足,不仅影响了城乡医疗救助的可及性还导致了救助资金的利用率较低。

2.1 筹集的医疗救助资金总量不足,影响了医疗救助的可及性

由于医疗救助资金并不能解决贫困人群所有的疾病经济问题,所以只能将资金首先提供给贫困人群最急需救助的和最不公平的医疗领域,即大病医疗救助。为保证有限的资金供最需要的贫困人群使用,医疗救助资金的管理者为规避资金超支的风险,往往只能采取最为保守谨慎的方案,如选择少数几种或十几种大病病种;设置较高的起付线和较低的封顶线等,来确保救助资金不会超支,但这种过于谨慎的方案设计限制了医疗救助的可及性,将一部分贫困群众排除在医疗救助范围之外。病种范围、起付线和补偿比例等限制必然会将部分有需要的贫困人群排除在医疗救助之外,造成可及性制约因素^[6],即医疗救助的可及性障碍。因此,医疗救助资金的筹集不足限制了对常见、多发病的救助,影响了医疗救助的可及性。

2.2 救助制度设计过于保守,引发救助资金剩余过多,造成资金利用率偏低

目前,医疗救助还处于探索阶段,资金测算方法还不够成熟。由于各地筹集的医疗救助资金与困难群众的实际需求差距较大,以及部分地区对医疗救助对象就医情况缺乏深入细致的基线调查和认真测算,对医疗救助资金需求分析不够,为防止资金不足或断档,在制度设计上不少地区过于谨慎和保守,以致医疗资金结余过多,使得医疗救助资金没有得到充分利用。2006 年,全国各省份共结余城市医疗救助资金超过 6 亿元^[6],各省份医疗救助资金结余平均达到 1 867.7 万元,使用率不足 70%。一方面部分困难群众难以得到医疗救助,另一方面有限的救助资金又出现大量结余。正是因为医疗救助制度中的技术性与可及性障碍,从而导致救助资金结余过多和医疗救助资金的低利用率。

2.3 医疗救助的相关法律法规建立滞后,医疗救助工作缺少法律保障

健康是基本人权之一,对病人进行救治,对弱势群体实施医疗救助,是人道和人权的充分体现。随着社会文明的不断发展和民主与法制建设的不断完善,形成合理健全的医疗救助立法机制是很有必要的。目前,我国的医疗救助的许多工作只能依靠相关部门的规定或政策来确定,缺少一套完整的法律法规体系来规范救助调查、医疗救助申请、机构审

批、救助实施、政府或社会监督等各方面的工作,影响了医疗救助实施的效果。所以有必要把医疗救助工作纳入法制化的轨道,制定出台一套相关法律法规,以确保卫生资源使用的合理性、合法性,使医疗救助工作有法可依,确保城乡贫困人口的医疗保障落到实处。此外,以立法的形式完善医疗救助制度,能提高全社会的公信度和公民的责任感。

3 完善城乡医疗救助的若干启示

3.1 加大政府筹资力度,同时拓展社会筹资渠道

医疗救助制度是以政府为主导,社会力量广泛参与,为贫困群体中因疾病致使生活陷入困境的人群提供救助,旨在帮助恢复健康,缓解疾病对家庭生计造成的负担,体现的是对公民健康权的保护。所以它的特点是强调政府职责,以贫困人群为对象,维护健康公平。所以政府应在筹资中扮主要角色,同时应吸收社会力量作为补充,丰富医疗救助内容。首要任务是加大政府筹资力度,改善贫困人口的健康状况是政府义不容辞的责任。在中央财政不断加大投入的同时,还要督促地方各级财政特别是省级财政加大救助资金投入,进一步扩大城乡医疗救助基金规模,不断提高对困难群众的保障水平,确保医疗救助基金规模、救助人数(次)、救助水平都有所增长和提高。同时也应该重视拓展社会筹资渠道,吸纳社会捐助,社会捐助也是医疗救助的主要经费之一。此外,还要动员和发动社会力量,通过慈善和社会帮扶等,多渠道帮助困难群众缓解“看病难”。

为扩大医疗救助资金的来源,可开辟特别新捐税,此项税收直接进入社会保障基金医疗救助特别账户。同时医疗保险作为一种社会保险,应从医疗保险基金中适当划入一部分,为社会弱势群体的医疗服务提供一定的支持;应制定优惠政策,建立多元化的对弱势人群事业的投资机制,鼓励企事业单位、个人和外商投资弱势人群的医疗救助事业;此外,还应从各种罚没收入、社会福利彩票收入中划入一部分作为医疗救助资金。医疗救助工作最繁重的是基层工作人员,而与贫困居民接触最多,最了解情况的也是基层工作人员,可以说,他们是医疗救助工作的坚强基石。只有他们能力提高了,医疗救助工作才能顺利开展。所以同时也应加大对基层救助工作的人力、物力和财力投入。

3.2 加强理论研究,根据各地不同发展水平,合理设计救助方案

加强理论研究,有利于更好指导工作开展。为了更好推进工作的进展,各地要积极借助专家学者的技术力量,研究解决当前工作中存在的问题,进一步规范完善救助制度,确保医疗救助工作健康发展。

在制度设计方面着重考虑以下几个方面。首先,由大病到慢性病和常见病,从住院到门诊的循序渐进地扩展病种范围。根据当地的实际情况,逐步实践,积累经验,扩展救助范围。其次,取消起付线,医疗救助的目的就是降低健康不公平性,所以如果只能纳入有限对象,那么应该是贫困人群中最困难、最需要帮助的那部分人群,而起付线恰把这部分人群拦在救助范围之外。对于受到财政条件制约的地区,可以从降低起付线做起。同时可以通过封顶线和救助比例的调节,来保证救助资金的安全。最后,提高救助比例,提倡分类分段设置救助比例,有条件的地方可以探索按病种定额付费。提高救助比例是真正提高贫困人群救助水平的关键。

3.3 总结经验,树立典型,充分发挥示范点的引导带动作用

城乡医疗救助工作政策性强、技术操作复杂、涉及环节多,且由于这项工作开展时间不长,普遍缺乏可供学习和借鉴的经验。因此,根据全国各个医疗救助工作示范点的相关经验,一方面促进示范点进一步完善救助方案,建立健全各项制度,另一方面在此基础上,通过培训、观摩以及现场会的形式指导其他各地工作的开展。同时,各地要抓好典型的示范带动作用,进一步推进城乡医疗救助工作的开展。

3.4 加强部门之间合作,加大医疗救助宣传力度

虽然“政府领导、民政牵头、部门协作、社会参与”的工作管理体制在试点地区已基本建立起来,但是由于医疗救助工作涉及部门多,工作内容繁杂,所以特别需要各部门之间默契的协作,尤其是以民政部门 and 卫生部门之间为重要。因此,各部门之间应加强沟通和协作,提高工作效率,为贫困居民提供高效便捷的服务。同时,由于贫困人群是一类特殊群体,有着不寻常的心理压力和负担,所以仍需街道或居委会工作人员加大医疗救助宣传力度,实施主动服务,提高医疗救助知晓率和可及性。

3.5 医疗救助和有效率的服务体系相结合

现行的医疗救助制度主要是从医疗救助基金的使用与管理单一要素出发。事实上,一个科学合理的医疗保障制度设计必须与医疗服务供给体系有效

链接。从单一救助基金扩展为救助基金、服务体系和社会医疗保障制度三元要素的互动框架,在社会发展与卫生改革的宏观背景下,贫困医疗救助与有效率的服务体系相结合。在城市,着重构建以社区卫生服务为基础的医疗救助模式;在农村,促进医疗救助制度和以乡村卫生服务体系为基础的合作医疗制度的连接和互动。通过把医疗救助和有效率的服务体系相结合,提高城乡医疗卫生服务的水平。

3.6 积极稳妥地完善医疗救助法律法规

为进一步完善医疗救助制度法律法规建设,有必要制定出台一套相关法律法规,确保卫生资源使用的合理性、合法性,使贫困人群医疗救助工作有法可依。医疗救助制度能否贯彻到位连续运行,关键在于基层各相关部门的责任是否明确、基层工作运转是否顺畅、业务流程是否有序和连贯,这是城乡医疗救助制度规范化管理的具体体现。通过制定一套完整的法律法规体系来规范医疗救助等各方面的工作,有助于提高医疗救助实施的效果。同时制定和完善相关法律法规来明确医疗救助资金的筹资渠道,从另一个角度缓解了筹资难的问题。

总之,目前我国医疗救助制度已经初步形成,但仍存在一些理论和技术层面的难点与障碍,医疗救助制度的完善还需要一个较长的过程。正确认识我国贫困人口医疗救助运作现状以及分析目前工作开展过程中存在的问题,可以为我国制定适合国情的、可操作性强的城乡医疗救助发展模式提供科学的依据,有利于推动社会救助体系和医疗保障体系的进一步健全和完善。

参 考 文 献

- [1] 梁鸿. 完善贫困医疗救助制度,促进社会和谐[R]. 医疗救助理论与实践, 2007.
- [2] 民政部, 卫生部, 劳动保障部, 财政部. 关于建立城市医疗救助制度试点工作的意见(2005)[EB/OL]. (2005-8-15)[2008-2-20]. http://www.gov.cn/zw/gk/2005-08/15/content_21817.htm.
- [3] 孟庆跃, 姚岚. 中国城市医疗救助理论与实践[M]. 北京: 中国劳动社会保障出版社, 2007.
- [4] 梁鸿, 赵德余, 曲大维. 中国贫困医疗救助模式的制度缺陷及其改进思路[J]. 中国卫生资源, 2008, 11(1): 32-34.
- [5] 王保真, 李琦. 医疗救助在医疗保障体系中的地位和作用[J]. 中国卫生经济, 2006, 25(1): 40-43.
- [6] 2006 年城市医疗救助试点工作报告[R]. 医疗救助理论与实践, 2007.

[收稿日期:2008-09-20 修回日期:2008-10-08]

(编辑 许素友)