

社会医疗保险制度下公立医院财政补助机制

李卫平*

卫生部卫生经济研究所 北京 100191

【摘要】我国医疗卫生体制已从公共融合向公共契约模式转变,社会医疗保险的迅速推进使基本医疗需方投入为主成为实际的政策选择。在社会医疗保险制度框架下,公立医院仍有部分支出不能由社会医疗保险支付,需要财政补助予以保障。政府财政补助应与公立医院绩效评估机制相联系,以对公立医院经营者形成有效的激励约束机制。

【关键词】社会医疗保险;公立医院;财政补助

中图分类号:R197.322 文献标识码:A 文章编号:1674-2982(2008)01-0051-05

Government subsidy mechanism for public hospitals under social health insurance

LI Wei-ping

China Health Economics Institute, Beijing 100191, China

【Abstract】China's healthcare system has been experiencing transition from public-integrated model to public-contract model. As the coverage of social health insurance is quickly expanding, it becomes a practical policy choice that public funds for essential medical services are allocated to demand side. In a policy environment of social health insurance, parts of public hospital expenditures could not be paid by insurance yet and the mechanism of government subsidy is still necessary. It is recommended that the effective incentive and regulating mechanism for public hospital managers should be created. In addition, the study suggests that government subsidies should be linked with public hospitals performance evaluation.

【Key words】Social health insurance, Public hospital, Government subsidy

根据筹资体系与服务提供体系的关系不同,世界各国的医疗卫生体制一般分为公共融合(Public-integrated)模式和公共契约(Public-contract)模式,只有极少数国家采取私人医疗保险/私人医疗服务提供商模式。在公共融合模式下,医疗机构按照预算获得拨款;在公共契约模式下,资金管理者通过契约向医疗服务提供者购买服务。我国的医疗卫生体制经历了改革前后两种模式的转变,从而,使公立医院的财政补助方式发生了重大变化。

1 我国社会医疗保障的制度起点

建国初期,我国通过建立公立医疗机构体系进行了对基本医疗服务的供方投入,1950年代劳动保险医疗和公费医疗制度的先后建立,又开启了基本医疗服务的需方投入渠道。由于公费医疗和劳保医疗的资金管理职能由卫生部门甚至医疗机构承担,

从而形成公共融合的经费补助方式。

在物质匮乏的年代,我国实行医疗保障的公共融合模式,结合采用适宜技术和实行分级分工医疗,在低医疗消费水平上向全体居民提供了基本卫生服务,使居民的基本健康状况在较短时期内获得了很大改善。成功地以世界1%的卫生资源解决了占世界22%人口的基本卫生保健问题^[1],被世界卫生组织誉为发展中国家解决群体卫生保健问题的成功范例,在世界卫生保健发展史上创立了举世闻名的“中国模式”。

但是在计划经济体制下,由于医疗机构基础设施落后和长期实行收入分配平均主义导致的医疗机构服务效率不高,出现了“短缺经济”造成的“看病难、住院难”问题,医疗服务提供不能满足居民的多层次卫生保健需求。到“文革”结束后,在国家财力严重不足的情况下,要求改变设施落后和效率低

* 作者简介:李卫平,女(1954年-),研究员,主要研究方向为公共财政与政府卫生投入、公立医院治理及其绩效评估、医院收入分配制度等,Email:lwp@nhei.cn。

下的状况以满足人民群众的就医需求,就成为从 1979 年开始的卫生改革的最初动力。

2 公立医院的财政补助模式的转变

2.1 从公共融合模式向公共契约模式的转变

为了改变医疗服务供给的短缺状况,经济体制改革开始后,政府首先在财政补助政策上出台了对医院的激励措施。1979 年将“包工资”的办法逐步改为按编制床位实行定额补助的办法,按国家核定的收入和支出,确定补助数额包干使用,结余留归单位支配。此后的十几年间,国家财政体制进行了三次重大改革,主要是推进了财政包干的改革,在加强预算约束的同时调动地方政府和企事业单位的发展积极性。

在财政体制改革的背景下,1985 年国务院批转卫生部《关于卫生工作改革若干政策问题的报告》和 1989 年国务院批转卫生部等五部委《关于扩大医疗卫生服务有关问题的意见》都明确规定对医院实行定额包干政策。医院的收支结余除按规定提留事业发展基金外,其余部分由单位自主分配。医疗机构在财政硬预算约束下,不断结合自身特点借鉴国有企业改革的经验,逐步从国家预算控制的核心公共部门向着自主化和法人化的方向发展。

回顾卫生改革进程可以看出,政府在 1980 年代一直采取通过给政策激活微观组织活力的做法,逐步扩大医院经营自主权,以提高医院服务效率,改变长期短缺经济造成的看病难、住院难、手术难的状况。在实行经费定额包干的同时,给出了以新项目高收费补贴老项目低收费的政策,加速了大型医院临床技术和医疗设备的更新,为医院的自我发展积蓄了经济实力。1990 年代,大型公立医院的发展使我国医学科学的发展达到了世界先进水平,解决了大量疑难重症的治疗问题,治愈和减轻了人民群众的疾患。但是高新技术广泛应用带来医疗资源日益向大医院集中,也给社会带来了“看病难,看病贵”问题。

随着医疗服务提供方的日益壮大和居民医疗服务需求水平的提高,企事业单位医疗费用负担日益沉重。因此,1990 年代的职工医疗保险制度改革主要是为了解决公费医疗、劳保医疗制度存在的统筹范围小、社会化程度低等问题。政府试图将劳保医疗的单位筹资和单位管理转变为社会筹资和社会管理,提高患者支付能力,为大中型国有企业解困,达到转换国有企业经营机制,建立现代企业制度的目

的。1998 年,根据国务院《关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》,在“两江医改”和扩大试点的基础上,城镇职工基本医疗保险在全国推行。这次改革在社会化筹资与管理的层面上强化了购买方和服务方分离的体制。

进入新世纪,在本届政府以人为本、关注民生的执政理念指导下,为促进经济发展和社会稳定,从解决因病致贫和群众“看病难、看病贵”的现实问题出发,各类医疗保障制度正在迅速扩大覆盖面。为此,中央财政和地方财政都投入了大量资金,以保证全体人民共享改革发展成果。2003 年 1 月卫生部、财政部和农业部《关于建立新型农村合作医疗制度的意见》出台;2003 年和 2005 年国务院先后批转民政部、卫生部和财政部发布了《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的意见》;劳动和社会保障部 2003 年发布了《关于城镇灵活就业人员参加基本医疗保险的指导意见》、《关于进一步做好扩大城镇职工基本医疗保险覆盖范围工作的通知》;2004 年发布了《关于推进混合所有制企业和非公有制经济组织从业人员参加医疗保险的意见》;2006 年发布了《关于开展农民工参加医疗保险专项扩面行动的通知》;2007 年,国务院发布了《关于开展城镇居民基本医疗保险试点的指导意见》。

到 2007 年,我国已基本建立了覆盖各类人群的医疗保障制度。这就从制度框架构建上实现了基本医疗保障的全覆盖,使我国大部分人口的医疗保障发生了从无到有的大逆转,今后一个时期的任务是继续提高筹资水平和完善管理,使分立式的医疗保险向统一的社会医疗保险过渡。在社会医疗保险制度下公立医院的财政补助机制也需要进一步完善。

2.2 公立医院的财政补助及其投入机制

公立医院是国家投资举办的,国家对其承担无限清偿责任,不以营利为目的的,向全民提供普遍服务的医院。因此,国家举办公立医院的目的是为了保障全体国民的基本医疗服务的可得性。在社会保障完善的条件下,对公立医院的补助主要来自政府定价下的医疗保险支付和患者个人共付,其余不足部分还要由政府财政予以补助。这是因为公立医院的某些服务成本不可能全部由医疗保险付费来支付,主要是公立医院的基建设备投入尚无法摊入医疗服务成本;离退休人员费用等一些历史欠帐问题不能摊入成本让现在的患

者埋单;急诊急救等医疗服务的成本高,难以依靠按次计费获得足额补偿;在医疗服务价格仍低于成本的情况下,如果取消“以药补医”政策,仅靠社会保险支付不能完全补偿公立医院的服务支出,还需要政府补助服务定价的政策性亏损。

上述公立医院在承担公共职能过程中发生的无法通过收费补偿的成本,就构成了社会医疗保险制度下的公立医院必要的财政补助。现在的问题是如何在实际操作中确定合理的补助标准,以及如何形成有效的财政经费投入机制。

3 社会医疗保险制度下公立医院财政补助机制的政策建议

3.1 基本建设和设备购置投入

政府作为公立医院的所有者和管理者,合理的政策方向应是加强区域卫生规划,主要以区域的医疗需求为导向,对公立医院的基本建设和大型设备购置进行统筹规划。首先将年度基建和设备购置投入情况向社会公开,引入社会监督机制。条件成熟时,将公立医院总收支结余的 60% 上收至地方财政并设立医疗发展基金专户,地方财政同时按 1:1 的比例向专户注入资金。基金统筹用于区域内的医疗基础设施建设和设备购置。公立医院总收支结余的 40% 可用于职工福利。

医疗发展基金相对独立于政府部门,可以通过设立理事会的形式,实现公开、透明的治理。这可以为地方医疗资源配置的决策提供一个多利益主体共同协商的平台,可以使医疗资源配置更合理地满足地方医疗需求,从而使居民受益。

3.2 事业单位养老保险实施前的离退休人员费用

由于公立医院离退休职工的劳动贡献是发生在旧体制之下,而原来的工资分配制度并未给予足额的人力补偿和社会保障积累,因此离退休人员补助应属于补偿历史欠账问题,理应由政府全额埋单。而在职工福利和绩效工资支出主要通过社会医疗保险支付得到补偿,由医院根据经营情况在政策框架内进行自主分配,使公立医院可以获得有效的激励。

国际经验表明,即使在实行国家卫生服务制的英国、瑞典等发达国家,在 NHS 综合医院工作的医生的收入来自于政府拨款的部分也并不很高,部分收入是通过允许医生在私立医疗机构行医来弥补其收入的不足。

3.3 公立医院社会功能投入

世界银行经济学家认为,公立医院的社会功能可以定义为公立医院向社会提供的疾病预防和保健、医学科研和医学教育等公共卫生服务,以及向贫困人口提供免费或低收费的基本医疗服务^[2-3]。公立医院的社会功能是决定医院经营性质、影响医院行为和绩效的要素之一。在我国,公立医院社会职能包括传染病监测和防治、慢性病监测、健康教育以及承担采供血等公共卫生服务职能;医疗科研、重点学科建设和卫生人才培养等医学技术支持职能;提供医疗急救绿色通道、对贫困人群及无主病人的医疗救助职能。在实际操作中,地方政府部门应依据公立医疗机构承担的社会功能情况和成本数据,按医疗机构总支出的一定比例进行补助,并重点进行绩效考核评估,将经费补助与绩效评估结果联系起来。

3.4 医疗服务收费的政策性亏损补助

我国计划经济时期由于实行“包工资”,因而医疗服务收费可以较低。改革开放以来,由于以药品收入和新项目收入补贴医疗服务的低收费,在取消“以药补医”政策后,这部分亏损理应由政府补助,大致可有两种办法选择。一是直接补助医疗服务,取消药品加成;另一办法是逐年根据药品利润下降比例,逐步增加财政投入,消化“以药补医”。第一种办法是一步到位的做法,财政支出结构在新的年度预算内要做出较大调整;第二种办法是逐步到位的做法,财政支出结构可以逐年调整到位,公立医院的临床行为也可以有一个逐步调整适应的过程。

上述公立医院财政补助四部分内容中与世界其他国家相同的是资本性投入和社会功能投入;而离退休人员费用和医疗服务的政策性亏损是我国特有的情况。随着医务人员养老保险的实施和医疗服务价格的调整到位,这两部分财政补助将不复存在。此外,四部分财政补助的机制有所不同。对资本性投入,关键是要考虑如果让医疗机构通过运营自我发展,则医疗服务定价中就要含有资本性投入的折旧,如日本的做法。如果医院是通过政府投资获得发展并满足社会需求,就要考虑建立非营利性筹资平台。对医疗机构承担社会功能的支出和医疗服务政策性亏损的补助办法,关键是如何根据区域水平补偿单个医疗机构,通过绩效评估机制逐步倒逼成

(转下页)