

正确处理医卫公益性与医保基础性的关系

冷明祥

(南京医科大学医政学院,江苏 南京 210029)

摘要:深化医改要以健全医保体系为基础,推进公立医院改革要以完善医保支付制度为重要推手。深化医改与推进医保能否协调同步,关键在于能否处理好医疗服务的公益性与基本医保的基础性关系。

关键词:医改;医保;公益性;基础性

中图分类号: R197.1

文献标识码: A

文章编号: 1671-0479(2012)05-330-004

一、深化医改对推进医保提出新的要求

(一) 医改呼唤健全全民医保体系

继2009年4月,中共中央国务院下发《关于深化医药卫生体制改革的意见》,今年3月又下发《“十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨方案》(以下简称《方案》)。在肯定医卫体制五项重点改革取得进展和初步成效,实现阶段性目标的同时,明确提出“着力在全民基本医保建设、基本药物制度巩固完善和公立医院改革方面取得重点突破,增强全民基本医保的基础性作用,强化医疗服务的公益性。”目前,我国全民基本医保框架基本形成,职工医保、居民医保和新农合参保人数已达13亿,我国医保制度从建立到基本覆盖全民差不多在十年时间内走过了欧美国家几十年甚至上百年的路程,创造了犹如高速铁路发展般的“中国医保发展奇迹”^[1]。但高速发展的背后,医保也留下了亟需巩固完善的任务,在深化医改中,既要加强医保、医药与医疗“三驾马车”协调同步,也要加快构建和完善制度统一、机制健全、保障适度、高效便捷的基本医保体系,实现真正意义上的全民医保,这是深化医改中推进医保的重要内容。

(二) 医保影响公立医院改革环境和成效

《方案》明确提出“公立医院改革将由局部试点转向全面推进。”要坚持公立医院公益性的性质,以破除“以药补医”机制为关键环节积极推进公立医院改革。公立医院改革分完善体制机制与完善医疗服务体系两个层面,一方面要通过“管办分离”、“政事分开”从内部改善管理体制和治理机制;另一方面要

通过完善医保支付制度和医药合理定价机制推进医院补偿机制改革,从外部为医改创造良好市场环境。目前,公立医院改革滞后,一方面是内部管理模式存在问题,管理体制机制没有从根本上改变多头管理、政事不分、管办不分、责任不明、权责不清、缺少约束、监管乏力;另一方面是外部市场环境存在问题,公立医院合理补偿不到位,“倒逼”医院“以药养医”,逐渐形成以增长收入为导向,以占总量80%的床位和医技人员,提供了占总量80%~90%的医疗服务。而且存在医疗服务行为不够规范,过度提供医疗服务,过多见利而为选择服务,导致医疗服务质量存在隐患。一方面公立医院自身控制成本动力不足,过于依赖高投入拉动高收入,纷纷扩大医院规模,甚至不惜债台高筑;另一方面医保支付方式、医药生产流通、医疗服务定价等改革措施与政策存在“碎片化”和“孤岛化”现象,对公立医院改革的保障度和约束力不够,医院改革环境没有得到真正改善。

(三) 以医保为基础凸显医疗卫生公益性

医保与医疗服务表面上是管钱与花钱的矛盾体,实质上两者是在一条船上。这一大船由政府掌舵,医保划左桨,医疗服务划右桨,老百姓坐在船上感受对看病难看病贵的实际缓解度。医保对医疗服务的提供者医院的管理体制与机制改革不起直接影响和作用,但对医院在提升医疗服务质量,获得合理补偿上起着举足轻重的影响和作用。医改要求逐步将医院补偿由服务收费、药品加成收入和财政补助三个渠道改为服务收费和财政补助两个渠道,逐步改革或取消药品加成率^[2]。新的医院制度对药品购

收稿日期:2012-06-05

作者简介:冷明祥(1955-),男,江苏丹徒人,教授,研究方向为伦理学、卫生文化与管理研究、社会医疗保障制度研究。

销采用进价核算的方法,为全面取消药品加成做好铺垫工作。同时也为与医保相关的实施单病种限价、规范医疗服务收费提供更为精确的数据支持。针对取消药品加成,各地采取了相应措施,取得一定成效。卫生部领导明确提出要铲除“以药养医”的毒瘤。我国“以药养医”政策形成于上世纪50年代,由于当时国家财力所限,允许医院对药品加成15%销售,以弥补医院运行中的亏损。目前,已发展到药品收入占医院总收入接近50%,俗称“半壁江山”。而国际上平均为20%左右,香港仅为8%。为取消“以药养医”,北京实行“医事服务费”,按医师职级确定收费标准,普通门诊42元,副主任医师、主任医师、知名专家分别为60元、80元、100元。医保定额支付每人每次40元。据北京医改办测算,实行“医事服务费”制度,将增加医保基金支出13亿元。但基本切断了“以药养医”的利益链,医生不再有开“大处方”的动力,医院用药也会趋于合理,最终将有利于医保基金的结余^[3]。浙江在县级公立医院实行综合改革,其中核心内容是控制药占比,取消药品加成。通过调整手术费、治疗费、护理费、诊查费和床位费对医院药品收入差价进行补偿。幅度是90%,医院自身消化10%。改革后,医院药占比明显下降,医院的补偿重点是医疗收入,主要来自医保基金占70%,个人支付30%^[4]。深圳取消药品加成,将原来的普通门诊费3元,副主任医师6元,主任医师8元,根据不同等级医院重新设定为:三级医院门诊费14元,二级及以下为11元;平均每个住院床日提高住院诊疗费37元,提高部分全部由医保基金支付,并由政府兜底补贴。目前,深圳医院药占比为38.8%,低于全国45%的水平^[5]。北京、浙江和深圳在取消以药养医,让医院回归公益性上具体做法不一,但共同的是不增加医保患者的负担,对差额部分由医保承担。这充分体现了医保是医疗服务回归公益性的基础。

二、如何以医保为基础 促使医疗服务回归公益性

(一)深化医保支付方式改革,合理制约医疗费用增长

1. 支付方式是控制医疗费用增长的重要手段

我国目前的医疗费用增长较快。由于医疗消费的质和量主要是由医疗服务供方决定的,而医保对医疗服务供方的控制又是通过选择合理的医疗费用支付方式实现的。因此要加强医保与医疗机构的沟通协调,共同配合实行支付方式改革,医保要通过适当的支付方式一方面对医疗服务起必要的制约和监

控作用,另一方面要由限制性向引导性方面发展,建立激励相容机制,引导激励医疗服务行为,使支付方式发挥更大作用^[6],让医疗机构得到降低成本即可增加收入的激励,让医护人员感到合理诊疗即可在收益上体现技术价值。同时,建立医疗服务质量监测评估体系,根据病人的反映、医疗服务量和服务态度、管理效率等得出质量评估校正系数,医保机构根据系数调整医疗服务费用支付,从经济上对医疗机构进行激励和惩戒,从而更好地控制医疗费用上涨和提高医疗卫生绩效。

2. 支付方式直接制约医疗服务提供方的行为

医保机构和医疗服务提供方建立有效的谈判机制,以合同或协议确定双方的权利义务关系,规范双方的行为^[7]。双方关系中不能简单归结为买卖关系,但也不能忽略双方之间的经济关系,其中最核心的是医疗费用的支付。不同的费用支付方式会造成不同的经济诱因,影响并引起不同的医疗服务行为。我国长期实行比较单一的按项目收费,这是医院增加服务项目,造成过度医疗服务的主要原因。因此革除单一按项目收费,逐步试行按病种定额付费很有必要。但付费方式的改革要注意废除单一按项目收费并不是取消项目收费的方式,而是由单一改为多元,更多采用复合收费方式,包括按病种、人头、床日付费等;同时,由后付制改为预付制。通过运用合理的支付方式这个经济杠杆,辅以严格的配套管理措施,更好地引导和规范医疗机构的医疗行为。

3. 合适的支付方式可以合理分流就诊人员

目前,普遍出现病人往上走的现象,医保资金在一、二、三级医疗机构出现倒挂现象,分别是社区服务(包括乡镇)约占20%,县级医院占30%左右,40%以上流入市以上医院,大型综合医院更是人满为患。2011年,三级医院床位使用率104.2%,二级医院床位使用率88.7%,一级医院床位使用率58.9%^[8]。同时,护理、康复和慢性病管理的供给,不能满足人口老龄化和疾病谱变化的需求。随着基本医疗保险覆盖面的不断扩大,大部分地区已经将社区卫生服务机构纳入医保范围,要通过向社区卫生服务倾斜的费用支付方式增加社区卫生服务的利用,更好地满足居民的基本卫生服务需求,并对参保者就诊起合理分流作用。

(二)重视发挥医保对医疗服务质量的监控作用

1. 医保要从监管医疗服务质量自觉延伸到监管医疗服务行为

随着医改的深化,医疗机构与社保机构也要不断协调配合,这在一定程度上决定公立医院自身的

发展前景。按病种付费要以单病种质量监控为基础,医疗服务临床路径和费用支付方式,是医保机构监管医疗服务行为的最直接、最有效的手段。同时,要借鉴商业医保对医疗服务费用核算的精细方法,重点强化对医疗服务成本管理的要求,通过总额包干,倒逼医疗机构对成本管理目标、成本核算对象、成本分摊流程、成本开支范围、成本分析机制等明确要求,完善医疗业务成本核算体系。

2. 医保要与政府相关部门配合,强化医改的管理系统性和统筹协调性

医保机构要与医疗卫生主管部门和物价部门加强沟通联系,为深化医改创造健康的外部环境和内部条件,如配套政策、社会信用、补偿办法、激励机制、绩效考核、利益调整和协调。随着医改的深化,医保机构与政府管理要不断协调配合,如果政府相关职能和权力分散将难以对医改产生决定性影响。医保倒逼医疗机构强化成本核算管理,可以满足加强医院管理和政府监管的双重需求。既有利于医院提升管理水平和运营效益,又有利于政府对医院财政补偿情况实施有效监督,还有利于政府主管部门制定合理的医疗服务价格,以完善医疗服务收费补偿机制。

3. 医保实施有效监管要争取医护人员的理解支持

医保与医改承担着满足老百姓基本医疗服务的共同社会责任,各自所体现基础性和公益性是为了同一个目标:既要提供适宜和价格合理的医疗服务,又要实现公共服务效益最大化。但是如果如果没有医护人员对医保和医改的理解和支持,社会责任和共同目标就会成为空谈。经过三年医改,我国已初步进入全民医保时代,医保基金收入日益成为各级医疗机构主要经费来源,也成为政府对医疗机构财政补偿的主要方式之一,因此,医保基金支付方式改革促进医疗机构强化内涵建设,形成有效控制医疗费用不合理增长的自我约束机制,需要医疗机构的正确理解和深度参与。目前,医院运行正常,总体呈现“马太效应”,医院规模越大日子越好过,反之则反。已有一定规模的医院普遍缺少改革的动因,相当一部分医护人员对医改持消极态度,认为自己是“被改革”,担心工作强度加大,工资收入降低。加上医患关系紧张,相互缺乏信任,医生被打被杀时有耳闻,因而形成职业倦怠,感觉医生难当。如果不有效扭转医护人员对医保和医改参与度不高,甚至消极抵制的现状,医保基金就会白白从医生笔下流走。

(三)提升医保管理服务水平,为医改夯实基础

1. 提升统筹水平,增强医保基金共济和抗风险能力

从理论上分析,中国已经进入逐步实现统一社保与医保阶段。根据国际经验:实现统一医保的基本条件包括:人均GDP超过3000美元,农业产值占GDP10%以下,农业劳动力占劳动力总数30%以下^[9]。江苏目前总体接近,部分地区已达到统一医保的基本条件。我国社保法明确规定基本养老保险基金逐步实行全国统筹。医保基金也要在巩固市级统筹效果的同时,逐步推进省级统筹,江苏已明确提出先建立省级医保基金调剂金。要创造条件统筹城乡居民医保管理,在试点基础上,在全国坚定不移地推进城乡统筹,既为了公平,也为了便捷。

2. 提升结算水平,增强医保服务效能和信用

要创造条件实现即时结算,患者只需支付自付部分,其余由医保与医疗机构直接结算,及时对医院支出进行回笼和补偿;对异地包括跨省也要逐步实现即时结算。利用信息技术,建立包括基金管理、费用结算和控制、医疗行为监督与管理等功能的复合性信息系统,并与医疗机构和电子病历与档案等相关信息系统对接,方便参保人员就医和结算。

3. 提升保障水平,增强医保救助力度和实力

《方案》提出到2015年居民医保和新农合政府补助标准提高到每人每年360元,住院费用支出比例要达到75%。保障水平要考虑适宜,与经济发展水平相适应,不是越高越好。要加大医疗救助和创新救助方式,帮助贫困人群参加医保,帮助完全无收入人群填补起付线,帮助因支付医疗费而致收入低于生活最低标准的人群由政府兜底。适应我国“未富先老”的国情,适时将老年照护纳入医保,引导一级医疗机构向护理、康复为主转型^[8]。要做好基本医保与大病救助之间的衔接,可建立重大疾病保障基金,用于参保对象患重大疾病给予高额补助,以减少因病致贫、返贫现象,可作为补充医疗保险委托商业医保机构经办服务。并适应医保改革需求,做好城乡统筹等基本医保形式之间的衔接。

4. 提升筹资水平,增强医保筹资公平和活力

目前,我国家庭或个人直接承担卫生筹资的方式主要有参加基本医保、商业健康和现金卫生支出。与商业健康保险筹资的累进性相反,基本医保筹资为累退性。卫生筹资累进性指筹资负担与支付能力的相关关系,反映筹资累进性的指标是Kakwani指数^[9]。在医保和新农合参保者中,少数收入高的缴费标准偏低,Kakwani指数为负数。因此,

要建立与家庭收入挂钩的医保筹资机制,使高收入人群的卫生费用占其收入的比重更大。同时,减少灾难性卫生支出和致贫支出。以上海市为例,2008年国际贫困线标准为人均年纯收入2 134元,上海1 888万常住人口中,因病致贫影响的有1.1%,约21.3万人,需对其补助197.7万元^[9]。医保在实行普惠的同时,更要关注因病致贫的群体,力求花钱少,见效大,真正起到雪中送炭的效果。

参考文献

- [1] 胡大洋. 全民医保:我们准备好了吗? [J]. 南京医科大学学报(社会科学版), 2011, 11(6): 427-430
- [2] “十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨实施方案 [Z]. 2012
- [3] 张景华. 北京公立医院改革:勇啃“硬骨头”[N]. 光明日报, 2012-05-23(5)
- [4] 杨敬. 开启公立医院改革的破冰之旅[J]. 卫生经济研究, 2012(5): 3-6
- [5] 易运文. 深圳出狠招:让医院回归公益[N]. 光明日报, 2012-05-15(6)
- [6] 张亚东. 医疗费用控制与医疗保险纵向一体化研究 [D]. 武汉:华中科技大学, 2003
- [7] 张晓. 医疗保险谈判理论与实践[M]. 北京:中国劳动社会保障出版社, 2011: 23
- [8] 李玲, 陈秋霖. 理性评估中国医改三年成效[J]. 卫生经济研究, 2012(5): 7-12
- [9] 金春林, 李芬, 王力男, 等. 从公平的视角看上海市卫生筹资[J]. 卫生经济研究, 2012(5): 79-82

On the relationship between public welfare of health care and fundamentality of health insurance

LENG Ming-xiang

(School of Health Policy and Management, Nanjing Medical University, Nanjing 210029, China)

Abstract: Deepening medical reform should improve the health care system, and promoting the reform of public hospitals should develop the medicare payment system. The point of the coordination between deepening medical reform and promoting health insurance is dealing with the relationship between public welfare of health care and fundamentality of health insurance.

Key words: health care reform; health insurance; public welfare; fundamentality